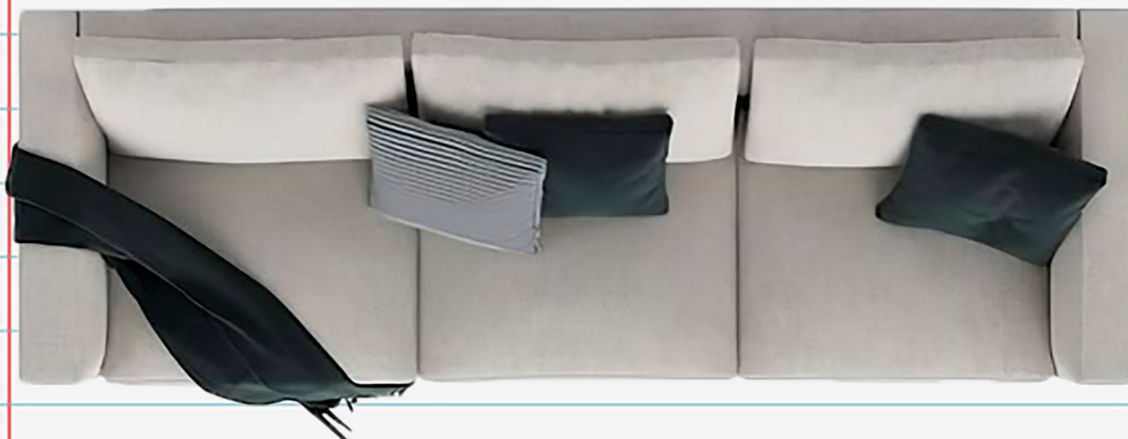


فصل نامه علمی دانشجویی روان شناسی



سُهِش



شماره ششم؛ زمستان ۱۴۰۳

درمان

پرونده ویژه: خودکشی

فصل نامه ی علمی-دانشجویی روان شناسی سُهش

شماره ی ششم؛ زمستان ۱۴۰۳ : درمان

صاحب امتیاز: انجمن علمی روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مدیرمسئول: سیددانیال شالفروشان

سر دبیر: آرنوشا امانی زوارم

ویراستاری: آرنوشا امانی زوارم، سیددانیال شالفروشان

صفحه آرای: آرنوشا امانی زوارم، علی دستورانی

طراحی جلد: علی دستورانی

استاد مشاور نشریه: دکتر زهرا حسین زاده ملکی

شماره مجوز: ۱۴۰۳۲۴۱۵

نویسندگان این شماره: حانیه آزمون، حانیه اسعدی نژاد، فاطمه اصغری بیرامی، آرنوشا امانی زوارم، ریحانه امیرسالاری، اسما امیری، نرگس پشت چمن، مبینا حبشی زاده، فاطمه خدارحمی، علی دستورانی، مرتضی رستمی، سیده الهام شالفروشان، فاطمه صابر حقیقت، مهدی قائم پناه، یکتا کارگر، مبین کشمیری، سامان میرزایی فرد، ریحانه نعیمی

Sohesh Psychology Student Quarterly Journal Vol. 2025 -6 Winter: Therapy

Concessionaire: FUM Psychology Scientific Association

Managing Editor: Seyed Danial Shalforoushan

Editor-in-Chief: Arnousha Amani Zoeram

Literary Editors: Arnousha Amani Zoeram, Danial Shalforoushan

Layout Design: Arnousha Amani Zoeram, Ali Dastourani

Cover Design: Ali Dastourani

Advisor: Dr. Zahra Hosseinzadeh Maleki

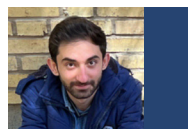
License Number: 14032415

Contributers to this Issue: Arnousha Amani zoeram, Asma Amiri, Reihane Amirsalari, Hanie Asadinezhad, Fateme Asghari beirami, Hanie Azarm, Ali Dastourani, Mahdi Ghaempanah, Mobina Habashizade, Yekta Kargar, Mobin Keshmiri, Fateme Khodarahmi, Saman MirzaeiFard, Reihane Naeimi, Narges Poshtchaman, Morteza Rostami, Fateme Saberhaghighat, Seyede Elham Shalforoushan

فهرست مطالب

سخن مدیر مسئول	۴
سیددانیال شالفروشان	
سخن سردبیر	۴
آرنوشا امانی زوارم	
انسان درمانگر	۶
ریحانه نعیمی	
کسی هست که هر هفته منتظر من است!	۹
یک تجربه شخصی	
مبينا حبشی زاده	
مرز میان درک و پیش داوری:	۱۰
برچسب زدن در اتاق درمان	
فاطمه صابر حقیقت و اسما امیری	
می خواهم حرف بزنم، ولی نمی خواهم تغییر کنم!	۱۲
نگاهی به سریال سوپرانوز	
مرتضی رستمی	
نادرشاه: هراسی بودن	۱۴
مبین کشمیری	
سکوت در اتاق درمان	۱۷
مریم بخشیان	
شفا در هزارتوی رنگ و نور:	۱۸
وقتی اتاق درمان، درمانگر می شود.....	
نرگس پشت چمن و ریحانه امیر سالاری	
سایه ابژه بر روی ایگو	۲۳
پدیده ی خودکشی	
مهدی قائم پناه	
چرا گروه درمانی؟	۲۷
سیده الهام شالفروشان	
درهم تنیدگی امید و تردید:	۲۸
درمان در زبان روان رنجور	
علی دستورانی	
گذار به درمان از راه دور:	۳۰
تجربیات درمانگران متمرکز بر هیجان	
حانیه آزمون و فاطمه خدارحمی	
چرا روان درمانی نمی روم؟	۳۲
مقاومت روان در برابر دگرگونی	
آرنوشا امانی زوارم	
شرم درمانی:	۳۶
نگاهی نو به درمان شرم	
فاطمه اصغری بیرامی	
معرفی رویکرد درمانی شناختی-رفتاری:	۳۸
Cognitive Behavioral Therapy	
سامان میرزایی فرد و یکتا کارگر	
اتاق درمان	۴۴
حانیه اسعدی نژاد	
منابع	۴۸

سخن مدیر مسئول

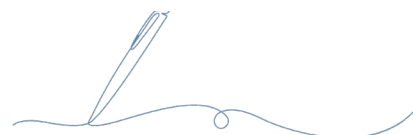


شماره ششم از نشریه شَهش را با موضوع «درمان» به دست شما می‌رسانیم. شاید دلیل انتخاب این موضوع مسئله بلوغ این فصل‌نامه بود. آزمون این پرسش که «آیا می‌توانیم از تجربیات‌مان یاد بگیریم و درباره‌شان بنویسیم؟»

فکر می‌کنم از آنچه دوستان ما در این شماره نوشتند بتوان فهمید که آنچه که نوشته شده قبل از آنکه نوشته شود تجربه شده، در واقع عمل‌گرایی وجود دارد که بر قلم حضور پیدا کرده است. همانطور که کریستیان بوبن، نویسنده فرانسوی قرن بیستم، نویسنده را کسی می‌داند که از خود سخن می‌گوید، ما نیز در اینجا و در این شماره بیشتر از خود و البته از تجربیات خود سخن گفته‌ایم.

فروید بیان می‌کند که درمان چیزی جز تجربه کردن‌های ما نیست، امیدواریم این شماره از نشریه توانسته باشد مقداری از این تجربه را به دیدگان شما برساند.

سیددانیال شالفروشان، زمستان ۱۴۰۳



سخن سردبیر



«درمان فرآیندی است برای شکافتن زره‌هایی که فرد برای محافظت از خود ساخته است، بی‌آن‌که او را در برابر بادهای سهمگین زندگی بی‌پناه رها کند.»
- اروین د. یالوم

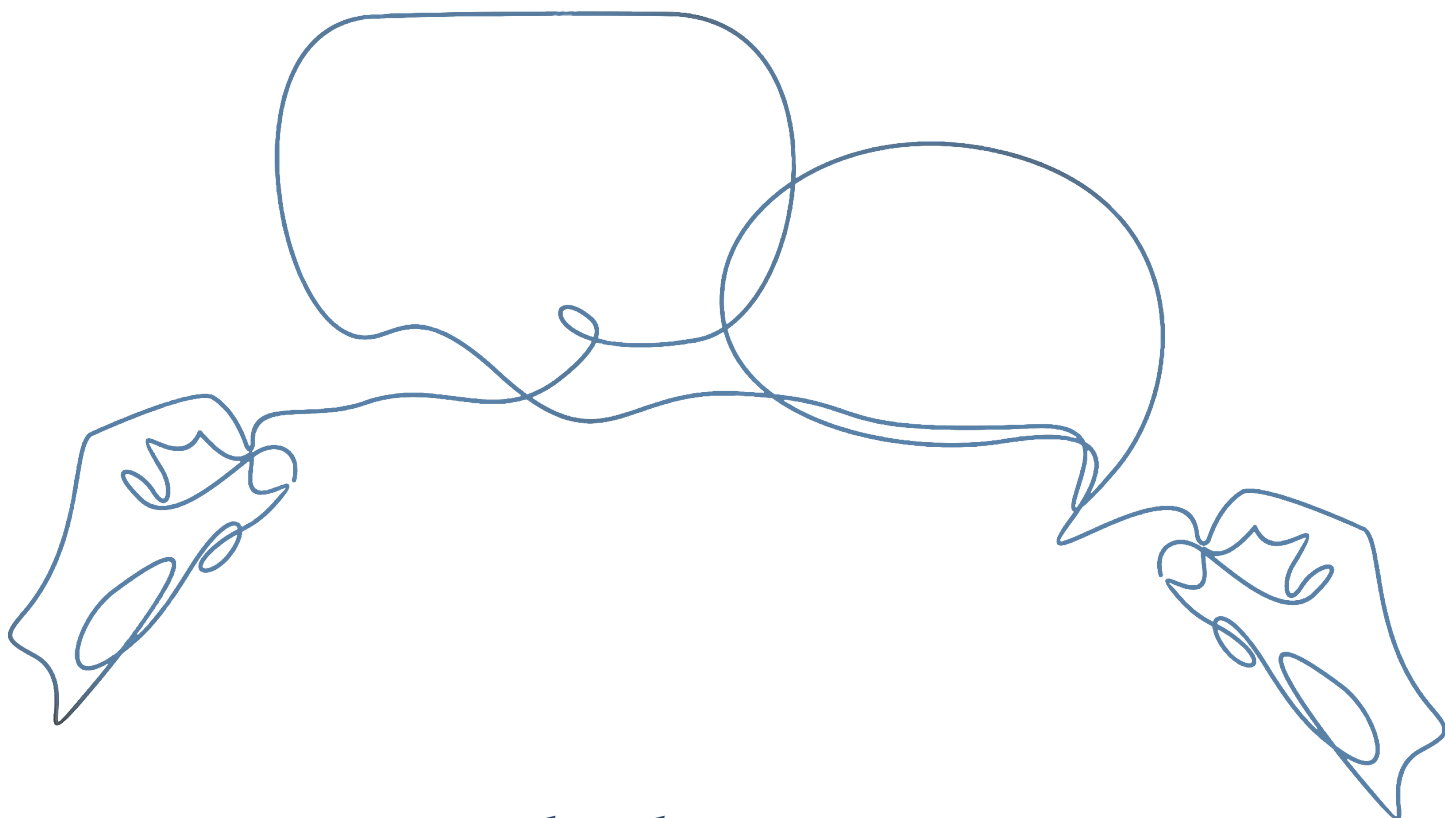
روان‌درمانی، سفری است از رنج تا امکان بازسازی خویشتن؛ سفری نه به سوی مقصدی روشن، بلکه به دل تاریکی‌هایی که تنها در پرتو مواجهه با آن‌ها، معنایی نو متولد می‌شود. در ششمین شماره از نشریه شَهش، تلاش شده است تا با همراهی نویسندگان دغدغه‌مند، سفرنامه‌ای چندصدایی از این مسیر روایت شود؛ روایتی که هم از زبان آن‌که بر صندلی مراجع تکیه زده، و هم آن‌که روبه‌رویش نشسته می‌گوید و حتی، هم از زبان اتاقی که بی‌کلام، اما همیشه حاضر است.

این شماره، از تجربه‌های شخصی و زیسته آغاز می‌شود؛ از آن کسی که هر هفته چشم به راه روان‌درمانگر خود می‌نشیند، تا آن‌که در دل سکوت، طنین پرسش‌های بی‌پاسخ را می‌شنود. نویسندگان از شرم گفتند، از مقاومت در برابر دگرگونی، از تمنای تغییری و هم‌زمان، ترس از لمس آن. آنجا که مرز درک و برچسب‌زدن به چالش کشیده می‌شود، آنجا که حتی نادرشاه با تمام فتوحاتش، در برابر روان پرآشوب خویش درمی‌ماند، در این جا، روان‌درمانی نه یک امکان، بلکه ضرورتی انسانی جلوه می‌کند.

در این شماره از اتاق درمان گفتیم؛ از نوع بودن انسان درمان‌گرو از فضاهایی که روان را در آغوش می‌کشند و ذکر رویکردهای نوین روان‌درمانی. از درمان برای همه و از همه‌جا؛ از امکان‌های درمان آنلاین و تجربه‌های نوظهور آن. از درمان در بافت جمعی، از قدرت گروه، از زبانی که هم‌زمان تردید را در خود دارد و امید را. و در نهایت، در پرونده‌ای ویژه، نگاهی انداختیم به آن سوی درمان؛ به آن سوژه‌ای که مسیر دیگری را برگزیده است: خودکشی؛ پدیده‌ای که نه پایان یک زندگی، بلکه گاه، پاسخی دردناک به رنج بی‌کلام روان است.

در پایان، سپاسگزارم از نویسندگان این شماره که با صداقت، شهامت و ژرف‌نگری، امکان این گفت‌وگوی چندلایه را فراهم کردند. در روزگاری که درمان هنوز گاه با تردید و سکوت همراه است، نوشتن از آن، خود شکلی از آغاز است.

آرئوشا امانی زوارم، زمستان ۱۴۰۳

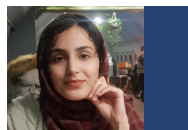


«درمان روان‌کاوانه، گفت‌وگویی است
که در آن سوژه با حقیقت خودش مواجه
می‌شود؛ نه با راه‌حل، بلکه با میل.»

-ژاک لکان

انسانِ درمانگر

ریحانه نعیمی



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

فضای روان‌درمانی جایی است میان دو انسان که قلمرو ذهن و روح گشوده می‌شود. نقشه‌هایی برای این قلمرو چیده‌اند؛ یکی از مشرق می‌رود و دیگری از مغرب. گویی تنها چیزی که در انتهای این مسیرها مشترک و قطعی است، هدف است. هدف روان‌درمانی، درمان بیماری ذهن است.

در ساده‌ترین حالت، روان‌درمانی را می‌توان به دو جنبه تقسیم کرد: جنبه فنی و جنبه رابطه‌ای. جنبه فنی روان‌درمانی به فنون و روش‌هایی مربوط است که درمانگر برای ایجاد تغییر در درمان‌جو به کار می‌گیرد. این فنون و وظایفی که درمانگران بر عهده می‌گیرند، توسط نظریه‌ای تعیین می‌شود که انتخاب می‌کنند. پیچیدگی این نظریه‌ها در کنار پیچیدگی‌های روانی و فردی درمان‌جویان، روان‌درمانگری خوب را بسیار دشوار می‌سازد. اما جایی که پیچش و شبهه دوچندان می‌شود، جنبه رابطه‌ای درمان است. در اینجا، سختی کار نه پیچیدگی نظری است و نه تشخیص و تأویل، بلکه قدم برداشتن و قدم درست برداشتن در بُعد ناهموار و ناشناخته احساس آدمی است. و مگر می‌شود به قلمرو احساس آدمی سفر کرد و از احساس خود مایه نگذاشت؟

ظاهراً می‌شود. برخی روان‌درمانگران بر این عقیده‌اند که در مواجهه با درمان‌جویان نباید احساسی به خود راه دهند، زیرا به دلایل مختلفی معتقدند حفظ فاصله حرفه‌ای و بی‌طرفی درمانگر برای ایجاد محیطی درمانی امن و مؤثر ضروری است. این اعتقاد تا حدی میراث روان‌درمانی کلاسیک است، اما این حد از افراط در سایه سوءتعبیری خطرناک قرار دارد.

لازم است که درمانگر به لحاظ عاطفی با شما و مشکلاتتان درگیر باشد. این تصور که درمانگر باید در دنیای جدا افتاده خود باشد و از چیزی که می‌گویید یا کاری که انجام می‌دهید متاثر نشود، نه تنها اشتباه است، بلکه به شدت خطرناک نیز هست. درمانگر باید زنده و پرحرارت باشد و نسبت به آنچه می‌گذرد واکنش نشان دهد (نویل سمینگتن، ۲۰۰۳).

درمانگر قرار نیست چیزی احساس نکند، بلکه باید به عنوان یک روان‌درمانگر، بر تجربه اولیه یک احساس (مانند خشم، غم یا ترس) که تجربه می‌کند (فرایندهای شناختی و تحلیلی متفاوتی را اعمال کند. او باید احساسات خام را به فهم تبدیل کند. درمانگر نباید احساسات خود را از خود جدا کند، زیرا احساس، ابزار حصول فهم او است و این فهم در نهایت قرار است به کمک بیمار بیاید. اگر درمانگر راه احساس را ببندد، راه شفاف‌بخشی را بسته است.

اگر درمانگر با خویشتن در ارتباط باشد، آنگاه خواهد توانست با بیمار در ارتباط باشد.

این ارتباط، نوعی حرکت و جریان را در فرایند درمان به راه می‌اندازد. این‌گونه، درمانگر جریانی سیال و پویا را در اتاق درمان می‌آفریند. این جریان، حامل احساس و بهبودی خواهد بود. اما اگر درمانگر خود را بی‌حس ساخته باشد، راه ارتباط را بسته است. آنگاه فضای اتاق درمان به مردابی ساکن بدل خواهد شد. احساسات بیمار، همچون برگ‌هایی پژمرده، در آب راکد فرو می‌روند. درمانگر و درمان‌جو در چنین مردابی به هم نمی‌رسند. درمانگر نمی‌تواند در دنیای بی‌روحی که خود به آن وارد شده است، بیمار را از قعر مرداب بیرون بکشد. اینجاست که درمان به بن‌بست می‌رسد. برای آنکه درمانگر بتواند با دنیای عواطف و احساسات درمان‌جو ارتباط برقرار کند، باید خود در این جریان زندگی کند؛ نه به معنای غیر حرفه‌ای عمل کردن، بلکه به معنای حضور واقعی. تنها از دل احساسات جاری می‌توان معانی عمیق یافت و این‌گونه، درمانگر با جریان زنده خویش، درمان‌جو را به سوی درمان هدایت خواهد کرد.

به عقیده پیترو لوماس، گرچه روان‌تحلیل‌گران بیش از پیش بر این نکته واقف شده‌اند که

اما این عبارات همچنین می‌توانند کلیشه‌های بی‌اثری باشند که بیمار را در حاشیه نگه می‌دارند، حس شکننده تخصص درمانگر را محافظت می‌کنند و از ورود زندگی واقعی به تعامل بیمار و درمانگر جلوگیری می‌کنند.»

او در ادامه، اصطلاح «پس زدن بافت» در فرایند روان‌درمانی را مطرح می‌کند که زمانی اتفاق می‌افتد که کلام، فرایپام ضعیفی دارد. فرایپام، چیزی است که درمانگر ناخواسته یا ناهشیارانه می‌گوید؛ بخش هیجانی و ارتباطی پیام. بخش زیادی از فرایپام به این مربوط است که درمانگر به لحاظ احساسی با بیمار درآمیخته است یا سرد و بی‌اعتنا است. کلامی که پیام دقیق اما فرایپام ضعیف دارد، همچون پیوند عضوی است که بدن بیمار آن را به عنوان بیگانه شناسایی کرده و پس می‌زند.

درمانگر باید موجودیتی اصیل، واقعی و انسانی داشته باشد. درمان‌جو باید باور کند آنچه می‌بیند، واقعاً همان چیزی است که وجود دارد. درمانگر نباید برای او موجودی خیالی و جدا از واقعیت زندگی باشد که در ابعادی دیگر و دور از جهان ملموس و آشنا زندگی می‌کند. بنابراین، به نظر می‌رسد درمان‌جو باید تا حدی احساس کند که درمانگرش را می‌شناسد. اما این امر چگونه ممکن خواهد بود؟

چارلز جی. گلسو در کتاب «رابطه واقعی» پاسخ این سؤال را این‌گونه می‌دهد:

«درمانگر باید از لحاظ هیجانی فعال و درگیر باشد. این درگیری هیجانی شامل خودافشایی پیشتر از سوی تحلیل‌گر و همچنین تأکید بیشتر بر اصالت درمانگر و خصوصیات مرتبط با آن است. اصالت تحلیل‌گر، حضور اصیل او، شخصیت و رفتارش را شامل می‌شود.»

خودافشایی درمانگر به معنای به اشتراک گذاشتن بخش‌هایی از تجربیات، احساسات یا نظرات شخصی اوست، اما این اشتراک‌گذاری باید با دقت و در زمان مناسب صورت گیرد. این خودافشایی نباید به گونه‌ای باشد که تمرکز از درمان‌جو برداشته شود و درمانگر به محور اصلی گفت‌وگو تبدیل شود. هدف از خودافشایی این است که به‌طور موقت و با احتیاط، درمانگر

اتفاق مشاوره از دو انسان تشکیل شده که هر دو احساسات نیرومندی نسبت به یکدیگر دارند و متخصص باید چیزی بیش از ماشین تأویل باشد، تلاش کمی برای تشخیص این مسئله انجام شده که تکیه بر نظریه‌ای که بر مبنای یک پارادایم تأویل بنا شده، دیگر معنایی ندارد. لوماس معتقد است، درمانگر نمی‌تواند تنها باور داشته باشد که به عنوان یک متخصص، آنچه باید انجام دهد ارائه تأویل‌های درست است.

روان‌درمانگران بیش از گذشته به جنبه ارتباطی روان‌درمانگری اهمیت می‌دهند، اما به باور من، این اهمیت تنها کمی از جنبه نظری فراتر رفته است. آموزش ارتباط درمانی در بسیاری از موارد صرفاً به توضیح ساده‌ای از همدلی داشتن محدود می‌شود، بدون آنکه حتی به پرورش مهارت همدلی حقیقی پرداخته شود. درمان‌جو در نهایت می‌آموزد که کلمات همدلانه به کار ببرد، اما قلبش به درمان‌جو نمی‌رسد.

پل واکتل در کتاب «ارتباط درمانی»، مفهوم «روان‌درمانگرنمایی» را مطرح می‌کند که اشاره به آن دسته از سخنان درمانگر دارد که به پیشرفت کار کمکی نمی‌کند و تنها موجب می‌شود درمانگر «درمانگر به نظر برسد». درمانگرنمایی بدین معناست که فردی به دلیل احساس عدم امنیت در موقعیت‌های درمانی، اغلب به عبارات تکراری و کلیشه‌ای پناه می‌برد. این عبارات، حس تخصص و اقتدار او را حفظ می‌کنند و به‌طور ناخودآگاه از بروز واکنش‌های واقعی و انسانی درمانگر جلوگیری می‌کنند. هنگامی که فردی دچار درمانگرنمایی می‌شود، احساس تهی بودن، ناراحتی، فریبکاری یا رسمی بودن خواهد کرد که از نظر او به‌طور دردناکی واضح و آشکار است، اما درمانگر به سختی تلاش می‌کند مانع از آشکار شدن آن برای بیمار شود. فرد در این حالت، به گونه‌ای منفی از «درمانگر به نظر آمدن» خود آگاه است.

پل واکتل (۱۹۹۳) می‌گوید:

«مشاهده مشارکتی درمانگر در جلسه درمان که ترکیبی است از حضور و درآمیختگی در جلسه و توجه و تأمل همزمان به آنچه در جلسه می‌گذرد، با درمانگرنمایی نیز ارتباط دارد. در واقع، عبارتی یکسان گاهی می‌تواند نشانه درمانگرنمایی و گاهی نشانه تخصص درمانگر باشد. حذف کامل آن‌ها از واژگان درمانی ما می‌تواند کار را به‌طور چشمگیری تضعیف کند.

مربوط می‌شود.

خودافشایی غیرمستقیم به این معناست که درمانگر بخشی از ویژگی‌های شخصیتی و درونی خود را بدون اینکه به‌طور مستقیم وارد جزئیات زندگی شخصی‌اش شود، به درمان‌جو منتقل می‌کند. این نوع خودافشایی به شکلی طبیعی و بدون زحمت در جریان گفت‌وگوها و تعاملات درمانی پدیدار می‌شود؛ به‌طوری که درمانگر به‌عنوان فردی واقعی و انسانی با ویژگی‌هایی مانند صداقت و صمیمیت، باعث می‌شود مراجع تصویری واقعی و حقیقی از او دریافت کند.

ساختن یک رابطه‌ی واقعی و اصیل در فرایند روان‌درمانی، یکی از ارکان بنیادین و کلیدی درمان به‌شمار می‌آید. این مفهوم در نظریه‌ها و رویکردهای مختلف روان‌شناسی به‌طور گوناگون مورد توجه قرار گرفته است، اما با این وجود، هنوز جای صحبت و از آن مهم‌تر، عمل بسیار دارد.

به باور من، ارتباط و احساسات در فرایند روان‌درمانی چیزی فراتر از تصورات علمی‌اند. آنها نباید محصور در دیوارهای ذهن درمانگر بمانند، بلکه باید در میان کلمات، در میان لحظه‌های سکوت و در میان نفس‌های مشترک میان درمانگر و درمان‌جو زندگی کنند. باید با دل باز در این فضا حضور داشت، زیرا،

این تنها حضوری

از جنس
انسان
است که
به درمان
شکل
واقعی
می‌دهد.

جزئیات محدودی از خود را آشکار سازد که برای روند درمان مفید باشد. خودافشایی می‌تواند شامل تجربیات مشابه با درمان‌جو یا بیان احساساتی باشد که درمانگر نسبت به وضعیت درمان‌جو دارد. خودافشایی بیش از حد یا غیرضروری از سوی درمانگر می‌تواند مرزها را مخدوش کند و رابطه درمانی را به‌سوی حیطه‌های شخصی و خارج از کنترل سوق دهد.

اما چگونه درمانگر می‌تواند از خودافشایی بدون آسیب به فرایند درمان استفاده کند و چگونه باید همزمان اصیل باشد و در عین حال برخی از افکار و احساساتش را پنهان کند؟ (این پنهان کردن در فرایند درمان ناگزیر است.)

تمایزی میان خودافشایی ناشی از انتقال متقابل و خودافشایی ناشی از اهداف مشخص درمانی درمانگر وجود دارد. درک درست خودافشایی درمانگر، راه را برای غلبه بر ترس درمانگران از انسانی و طبیعی بودن باز می‌کند و واکنش دفاعی و پنداری «خنثی و عاری از عواطف بودن» را که میراث ناخلف روان‌کاوی سنتی است، بر ملا می‌سازد (نیمای قربانی، ۲۰۲۳).

چارلز جی. می‌گوید: «یک درمانگر می‌تواند بسیار اصیل باشد، در حالی که به‌ندرت خودش را مستقیماً افشا می‌کند. واژه تعیین‌کننده در اینجا «مستقیماً» است؛ زیرا درمانگر می‌تواند شخصیت و حضورش را به شیوه‌های غیرمستقیم بی‌شماری ابراز کند» (چارلز جی. گلسو، ۲۰۱۱). همان‌طور که گلر (۲۰۰۵) گفته است، حضور خود درمانگر اطلاعات زیادی را در مورد او به بیمار منتقل می‌کند. حضور، به خصوصیات ظریف و ذاتی او



کسی هست که هر هفته منتظر من است!

یک تجربه شخصی

مبینا حبشی زاده

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



هر روز به خود یادآوری می‌کنم که در این دنیا، کسی هست که هر هفته منتظر من است و حرف‌ها و افکارم برایش اهمیت دارد. کسی که فعالانه به من گوش می‌دهد و نکاتی را همیشه یادداشت می‌کند. کسی که وقتی به من می‌خندد، در چشمانش حس تازه‌ای می‌بینم که حاکی از تمسخر و اهمیت نداشتن مسائل من نیست.

حقیقتاً برای من خیلی اهمیت ندارد که درمان‌گرم مدرک دکتری یا ارشد داشته باشد، برای من شخصیت و دغدغه‌مندی و میزان توجه و مهارت درمانگر اهمیت دارد.

همیشه دوست داشتم همراه درمان‌گرم، به تجسم بپردازم. آن جلسه، یکی از موقعیت‌هایی که برای تمرین افکار خودآیند منفی نوشته بودم را با چشمان بسته با درمان‌گرم تجسم کردم و هیجان‌هایم را تماشا کردم و سعی کردم نگذارم افکار منطقی در آن لحظات بر من غالب شوند. تجربه بی‌نظیری بود، به گونه‌ای که من و درمان‌گرم متوجه گذر زمان نشدیم.

درمان‌گرم بسیار انعطاف‌پذیر است. در طی دو جلسه یکی از تروماهای کودکی‌ام را با تمرکز بر هیجان واکاوی کردیم و من تلاش کردم با جزئیات بیشتری خاطرات را در ذهنم تداعی کنم. تابحال خودم هم با این دقت و ریزبینی، آن خاطرات تلخ را مرور نکرده بودم.

من به کمک درمان‌گرم به این بینش رسیدم که الگ ذهن من، جنبه‌های مثبت وقایع را کنار می‌زند و فقط به جنبه‌های منفی توجه می‌کند. مسیر درمان همچنان برایم ادامه دارد و همواره تلاش می‌کنم در راستای رشد و خودشکوفایی‌ام بردارم.

با اینکه دو بار قبلاً به عنوان مراجع، مصاحبه بالینی را تجربه کرده بودم، ولی درمان‌گرم خیلی حرفه‌ای و با دقت و با سرعت تکلم مناسب، تجربه‌ای نوین برایم ساخت. قبل از اینکه برای اولین بار درمان‌گرم را ملاقات کنم، این دغدغه را داشتم که دقیقاً به چه دلیلی دارم مراجعه می‌کنم؟ ناخودآگاه می‌خواستم افسرده‌تر به نظر بیایم، ولی در طی جلسات متوجه شدم که واقعاً برای این درمان مناسب هستم. بخش‌هایی از روانم را که خودم هم نمی‌خواهم و نمی‌توانم ببینم، با درمان‌گرم در جلسه اول درمیان گذاشتم. درمان‌گرم مشتاقانه هر جلسه به صحبت‌هایم گوش می‌داد و پیش‌نیامد که اطلاعاتی که به او درباره خودم گفته بودم را فراموش کند یا جابه‌جا متوجه شود. هر جلسه سوالات چالشی از من می‌پرسید، طوری که تابحال درباره آن‌ها فکر نکرده بودم و برایم به عنوان دانشجوی روان‌شناسی، بدیهی نبودند. زمانی که درگیر چرخه بی‌پایان حرف‌های پیچ‌درپیچ خود می‌شدم و برای هر سوالی که جواب کوتاه داشت، دلیل تراشی می‌کردم، با برگشتن به نقطه اصلی، جلسه را هدایت می‌کرد و به روند آن نظم می‌داد. این‌گونه که از من می‌خواست پاسخ‌های کوتاه‌تر و صریح‌تر بدهم و روندی منظم از پرسش و پاسخ داشته باشیم.

در اولین جلسات، پنج الی بیست دقیقه بیشتر زمان می‌گذشت تا روند جلسه به یک نقطه امن برسد. هرچند دیگر این اتفاق در جلسات بعدی نیفتاد و جلسات معمولاً به موقع اتمام می‌یافت. من احساس خوشایندی از اینکه جلسات کمی بیشتر طول می‌کشید، داشتم.

در جلسه‌ای، وقتی درباره قایم‌موشک‌بازی با پدرم صحبت می‌کردم، از شدت دلتنگی برای اولین بار در اتاق درمان اشک ریختم. احساس می‌کردم خیلی به درمان‌گرم دلبسته شده‌ام و باز والدینی دارد رخ می‌دهد و درمان‌گرم برایم فردی معتمد و قابل اطمینان است.

مرز میان درک و پیش‌داوری

برچسب‌زدن در اتاق درمان

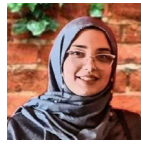
فاطمه صابر حقیقت

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



اسما امیری

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



اروین یالوم:

«برچسب‌ها می‌توانند زندان‌های نامرئی بسازند. درمان یعنی کمک به فرد برای رهایی از این زندان‌ها.»

برچسب‌زدن (Labeling) فرآیندی است که در آن ویژگی‌ها، رفتارها یا هویت فرد بر اساس برداشت‌های سطحی و محدود به او نسبت داده می‌شود، به گونه‌ای که او را در چارچوبی ثابت و از پیش تعیین‌شده قرار می‌دهد. این عمل می‌تواند تأثیرات مثبت یا منفی داشته باشد؛ اگر به درستی استفاده شود، می‌تواند به درک بهتر و رشد فرد کمک کند، اما اگر به طور ناعادلانه یا محدودکننده اعمال شود، ممکن است روند درمان را مختل کند و باعث ایجاد احساس محدودیت یا نقص در درمان‌جو شود.

در تعیین ملاحظات درمانی بیماری‌های جدی با زیربنای زیستی (مانند اسکیزوفرنی، صرع لب گیجگاهی، اختلالات دوقطبی و...)، تشخیص نقش اساسی دارد و در این مقوله جای سؤال نیست، ولی در روان‌درمانی بیمارانی که دچار اختلالات سبک‌تری هستند، تشخیص اغلب غیرواقع‌بینانه است.

چرا؟

اروین یالوم در کتاب هنر درمان اشاره می‌کند که روان‌درمانی عبارت از روندی تدریجی از آشکارسازی که در طی آن، درمان‌گرسعی می‌کند تا حد امکان بیمار را به طور کامل بشناسد. تشخیص، دید را محدود می‌کند و از توانایی برقراری ارتباط انسانی می‌کاهد. وقتی تشخیص می‌گذاریم، در واقع به صورت انتخابی به تمامی جنبه‌هایی که در تشخیص ما نمی‌گنجند بی‌توجه می‌شویم و برعکس، به جزئیاتی که به نوعی تشخیص اولیه را تأیید می‌کنند، بیش از آنچه باید، توجه می‌کنیم. از سوی دیگر، تشخیص گاه مانند پیش‌گویی خودبسنده عمل می‌کند. وقتی با بیماری به عنوان یک بیمار «مرزی» یا «هیستریک» ارتباط برقرار می‌کنیم، این ویژگی‌ها را در او تحریک و تثبیت می‌کنیم.

همچنین، راجرز بر این باور بود که برچسب‌ها می‌توانند مانع از خودآگاهی و پذیرش بی‌قید و شرط

فرد شوند. او اعتقاد داشت که برای رشد روانی، فرد باید آزادانه خود را به شکلی که هست بپذیرد و برچسب‌زدن می‌تواند این آزادی را محدود کند.

ارتباط میان برچسب‌زدن و سوگیری تأیید

در اتاق درمان، رابطه میان سوگیری تأیید (Confirmation Bias) و برچسب‌زدن می‌تواند تأثیر زیادی بر فرآیند درمان و رابطه درمان‌گرو درمان‌جو داشته باشد. هر دو سوگیری می‌توانند باعث محدود شدن درک و تعاملات درمانی شوند و بر نتایج درمان اثر منفی بگذارند.

در سوگیری تأیید، درمان‌گرا یا درمان‌جو ممکن است به طور ناخودآگاه به شواهدی توجه کنند که باورهای قبلی یا پیش‌داوری‌هایشان را تأیید می‌کند و از اطلاعات یا شواهد جدیدی که ممکن است با این باورها مغایر باشد، غافل شوند. این می‌تواند منجر به آن شود که درمان‌گر به مشکلات و ویژگی‌های خاصی از درمان‌جو توجه کند که با پیش‌فرض‌های اولیه او (مثلاً اینکه درمان‌جو به درمان پاسخ نمی‌دهد یا رفتارهای خاصی دارد) هم‌خوانی دارد. برای مثال، اگر درمان‌گر برچسب «اضطرابی» یا «مقاوم در برابر درمان» را به درمان‌جو بزند، ممکن است تمایل پیدا کند فقط به رفتارها و شواهدی توجه کند که این باور را تأیید می‌کند و از شواهدی که نشان‌دهنده پیشرفت یا تغییر در درمان‌جو باشد، غفلت کند.

در نتیجه، سوگیری تأیید می‌تواند باعث تقویت برچسب‌های نادرست و پیش‌داوری‌ها شود، زیرا فرد ممکن است فقط به اطلاعاتی که برچسب‌های قبلی را تأیید می‌کنند توجه کند و از درک پیچیدگی‌ها یا تغییرات در رفتار یا ویژگی‌های فردی اجتناب کند.

برچسب‌زدن و هویت درمان‌جو

برچسب‌ها می‌توانند تأثیر عمیقی بر هویت درمان‌جو داشته باشند. به ویژه وقتی برچسبی منفی به درمان‌جو داده می‌شود، ممکن است به احساس بی‌کفایتی، بی‌ارزشی و حتی احساس گناه در او منجر شود. این وضعیت می‌تواند به ایجاد چرخه‌ای منفی از رفتارها و افکار منفی بینجامد.

برچسب‌زدن در برابر فهم عمیق‌تر

یکی از مشکلات اصلی برچسب‌زدن در درمان این است که به جای تلاش برای فهمیدن عمق مشکلات و پیچیدگی‌های فردی درمان‌جو، درمان‌گران ممکن است به سرعت به یک برچسب ساده و عمومی بچسبند. این می‌تواند روند درمان را سطحی کند و مانع از شناخت علل عمیق‌تر مشکلات شود.

برچسب‌زدن و خودتحقق‌بخشی

برچسب‌زدن می‌تواند منجر به خودتحقق‌بخشی شود، یعنی درمان‌جو ممکن است شروع به انجام رفتارهایی کند که با برچسب داده‌شده به او هم‌خوانی دارد. برای مثال، فردی که برچسب «افسرده» به او زده شده است، ممکن است به‌طور ناخودآگاه رفتارهایی از خود نشان دهد که باعث تقویت این برچسب شود.

دیدگاه رویکردهای مختلف روان‌شناسی در رابطه با برچسب‌زدن

۱. رویکرد روان‌تحلیل‌گری (Psychoanalytic Approach)

نگاه به برچسب‌زدن: در روان‌تحلیل‌گری، برچسب‌زدن می‌تواند به عنوان یک مکانیسم دفاعی یا راهی برای مقابله با اضطراب‌های نهفته در نظر گرفته شود. در این رویکرد، درمان‌گر معمولاً تلاش می‌کند از برچسب‌زدن به درمان‌جو اجتناب کند و به جای آن، به کشف علل ناخودآگاه مشکلات درمان‌جو و تفسیر سمبولیک رفتارها و افکار او بپردازد.

چالش‌ها: برچسب‌زدن در این رویکرد می‌تواند به افزایش فشار روانی مراجع و تثبیت احساسات منفی او منجر شود، زیرا برچسب‌ها ممکن است هویت درمان‌جو را محدود کنند و مانع از رشد و تغییر شوند.

۲. رویکرد شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy - CBT)

نگاه به برچسب‌زدن: در CBT، برچسب‌زدن به رفتارها یا ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند به عنوان یک نوع تفکر منفی و تحریف‌شده دیده شود. درمان‌گران در این رویکرد تلاش می‌کنند به درمان‌جو کمک کنند تا برچسب‌های منفی که به خود زده است را شناسایی کند و آن‌ها را به چالش بکشد.

چالش‌ها: برچسب‌زدن ممکن است باعث تقویت تفکرات منفی و انتقادی درباره خود شود که می‌تواند به تشدید مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شود. در این رویکرد، درمان‌گران معمولاً بر تغییر این تفکرات متمرکز هستند تا به درمان‌جو کمک کنند خود را از برچسب‌های منفی رها کند.

۳. رویکرد انسان‌گرایانه (Humanistic Approach)

نگاه به برچسب‌زدن: در این رویکرد، درمان‌گران بیشتر بر پذیرش بی‌قید و شرط درمان‌جو تمرکز دارند.

برچسب‌زدن در این رویکرد می‌تواند به عنوان مانعی برای رشد فردی و خودآگاهی دیده شود. درمان‌گران سعی دارند درمان‌جو را بدون پیش‌داوری‌ها یا برچسب‌ها بپذیرند تا او بتواند به خودشناسی و رشد شخصی دست یابد.

چالش‌ها: برچسب‌زدن می‌تواند درمان‌جو را محدود کند و مانع از تجربه‌ای آزادانه و بدون قضاوت از خود و جهان اطرافش شود. این رویکرد معمولاً بر ایجاد فضایی امن و بدون قضاوت تمرکز دارد تا درمان‌جو بتواند خود را با تمامی ویژگی‌ها و احساساتش بپذیرد.

کاهش برچسب‌زدن و دیگر سوگیری‌ها در روان‌شناسان

در ابتدا باید به این نکته توجه کرد که علت این سوگیری‌ها ریشه در فرآیندهای شناختی-اجتماعی دارد که بیانگر جنبه‌های اساسی پردازش اطلاعات هستند. با این حال، متخصصان بالینی خیلی کمتر از افراد عادی احتمال دارد که این سوگیری‌ها را در کار خود اعمال کنند.

چگونه این سوگیری‌ها می‌توانند کاهش یابند یا از بین بروند؟

۱. در نظر گرفتن برنامه‌های آموزشی برای روان‌شناسان
۲. کمک به متخصصان بالینی جهت بی‌اثر کردن یا کم‌اثر کردن سوگیری‌ها در تفکر
۳. آموزش متخصصان بالینی به گونه‌ای که پیش از جویا شدن از درمان‌جویان درباره سابقه مشکلات روانی (از جمله تشخیص‌ها و درمان قبلی)، نشانه‌های جاری را ارزیابی کنند.

سخن آخر

بدیهی است که شناختن ماهیت یک مشکل برای یافتن راه‌حل‌هایی برای آن ضروری است. به همین دلیل، روان‌شناسان بالینی و تأمین‌کنندگان دیگر خدمات سلامت روان به آگاه شدن از اینکه چرا مراجعان آن‌ها پریشان هستند، بسیار علاقه‌مندند. در حالت ایده‌آل، شناخت متخصص بالینی باید دقیق باشد، زیرا اگر دقیق باشد، او را به سوی بهترین درمان هدایت خواهد کرد. تا حدی که راه‌حل‌ها مطابقت خوبی با مشکلات داشته باشند، مراجعان به احتمال بیشتری بهره‌مند می‌شوند و بهتر می‌شوند. متأسفانه، همان‌طور که این بخش نشان داده است، شناخت متخصص بالینی همیشه بدون سوگیری و دقیق نیست. گاهی متخصصان بالینی مستعد سوگیری‌ها و تحریف‌های شناختی هستند. گرچه متخصصان قطعاً در بیشتر مواقع در ارزیابی‌هایشان دقیق هستند، اما گاهی تصمیمات نامناسب می‌گیرند و ارزیابی‌های نادرست می‌کنند. اقدامات کاهش‌دهنده سوگیری‌ها در درمان، پژوهش و آموزش برای کار روان‌شناسان بالینی و اجتماعی اهمیت زیادی دارند.

می‌خواهم حرف بزنم، ولی نمی‌خواهم تغییر کنم!

نگاهی به سریال سوپرانوز

مرتضی رستمی



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

اضطراب از آینده، روابط مشکل‌دار با مادرش و تردیدهایش درباره نقش خود در زندگی.

با این حال، درمان تونی هرگز یک مسیر مستقیم روبه‌بهبود نیست. او میان دو دنیای متضاد قرار دارد: دنیای بی‌رحم مافیا و دنیای آسیب‌پذیر ذهنش. این جلسات روان‌کاوی به او کمک می‌کنند که خودش را بهتر بشناسد، اما آیا واقعاً تغییری در او ایجاد می‌کنند؟ یا تونی صرفاً راهی جدید برای توجیه اعمالش پیدا می‌کند؟

درون ذهن یک مافیا

تونی سوپرانو نمونه‌ای منحصربه‌فرد از یک ضدقهرمان است؛ مردی که در عین داشتن قدرت و نفوذ، به شدت آسیب‌پذیر و پراز تناقضات درونی است. شخصیت او ترکیبی پیچیده از اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD)، اختلال شخصیت خودشیفته (NPD) و نشانه‌هایی از افسردگی و اضطراب مزمن است. او هم‌زمان می‌تواند فردی کاریزماتیک و دوست‌داشتنی باشد، اما در لحظه‌ای دیگر بی‌رحمانه دست به خشونت بزند.

یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی در شخصیت تونی، تضاد بین احساس گناه و توجیه اخلاقی رفتارهایش است. او در جلسات روان‌درمانی، به شکلی نامحسوس تلاش می‌کند خود را قربانی شرایط جلوه دهد و با سرزنش دیگران، بار مسئولیت اعمالش را کاهش دهد. با این حال، لحظاتی در سریال وجود دارد که بیننده متوجه می‌شود وجدان تونی هنوز کاملاً خاموش نشده است، مانند زمانی که او نسبت به مشکلات فرزندانش یا خیانت‌هایش به کارملا دچار عذاب وجدان می‌شود.

رابطه پرتنش او با مادرش، لیویا سوپرانو، یکی دیگر از عناصر کلیدی در تحلیل شخصیت تونی است. لیویا شخصیتی به شدت خودشیفته و کنترل‌گر دارد که هیچ‌گاه تونی را به‌عنوان یک فرد مستقل نپذیرفته است. این رابطه ناسالم، پایه بسیاری از مشکلات روحی تونی را تشکیل می‌دهد و باعث می‌شود او مدام در پی تأیید و تسلط بر دیگران باشد.

در همان قسمت اول سریال سوپرانوز^۱ که با شخصیت اصلی این سریال، یعنی تونی سوپرانو^۲، مواجه می‌شویم، به راحتی می‌توان دریافت که او مردی قدرتمند اما درگیر چالش‌های درونی است. تونی، به‌عنوان رهبر یک خانواده مافیایی، چهره‌ای سخت و خشن از خود نشان می‌دهد، اما از همان ابتدا متوجه می‌شویم که پشت این ظاهر، اضطراب و درگیری‌های روانی پنهان شده است. حملات پانیک^۳ و فشارهای ناشی از زندگی مافیایی او را به جایی می‌رساند که، برخلاف تصور رایج درباره جنایت‌کاران، به یک روان‌درمانگر مراجعه می‌کند.

ورود تونی به اتاق درمان دکتر جنیفر مالفی، نقطه‌ای کلیدی در سریال است؛ جایی که مخاطب برای اولین بار او را در موقعیتی می‌بیند که مجبور است درباره احساساتش صحبت کند. این جلسات، تضاد بین دو دنیای او را آشکار می‌کند: دنیای بیرونی که در آن بی‌رحم و مقتدر است و دنیای درونی که پراز ترس، خشم و تردید است.

مافیا روی کاناپه

تونی سوپرانو، برخلاف بسیاری از رهبران مافیا، راهی غیرمنتظره برای مقابله با بحران‌هایش انتخاب می‌کند: روان‌درمانی. او پس از تجربه حملات پانیک و بیهوش شدن‌های ناگهانی، به توصیه پزشک خانوادگی‌اش نزد دکتر جنیفر مالفی می‌رود؛ روان‌درمانگری که تخصصش تحلیل ذهن مجرمانه‌ای مثل تونی نیست، اما به سرعت به پیچیدگی‌های شخصیت او پی می‌برد.

در ابتدا، تونی با همان ذهنیت مافیایی‌اش وارد جلسات می‌شود؛ بی‌اعتماد، کنترل‌گرو بی‌میل به افشای حقیقت. او تلاش می‌کند درمان را به بازی بگیرد و احساساتش را پشت شوخ‌طبعی و داستان‌های ساختگی پنهان کند. اما کم‌کم، تحت تأثیر پرسش‌های دکتر مالفی، بخش‌هایی از روان او که حتی خودش هم از آن‌ها فرار می‌کرد، آشکار می‌شود:

۱ The Sopranos

۲ Tony Soprano

۳ Panic Attack

تونی سوپرانو شاید یک جنایتکار باشد، اما پیچیدگی‌های درونی‌اش او را از یک مافیای کلیشه‌ای فراتر می‌برد. او در نوسانی دائمی بین انسانیت و خشونت، درمان‌پذیری و فروپاشی روانی قرار دارد و همین تضادهاست که او را به یکی از جذاب‌ترین شخصیت‌های تاریخ تلویزیون تبدیل کرده است.

چالش‌های درمان تونی سوپرانو

روان‌درمانی معمولاً برای افرادی طراحی شده است که به دنبال تغییر، خودآگاهی و اصلاح الگوهای رفتاری‌شان هستند. اما وقتی پای تونی سوپرانو در میان باشد، این فرایند با محدودیت‌های جدی روبه‌رو می‌شود. او برخلاف بسیاری از مراجعان درمانی، نه برای تغییر، بلکه برای مدیریت اضطراب و حملات پانیک به روان‌کاو مراجعه کرده است. این یعنی او، به جای پذیرفتن ریشه‌های مشکلاتش، فقط به دنبال راهی برای کاهش نشانه‌های آن است. یکی از چالش‌های اساسی در درمان تونی، عدم توانایی او در همدلی واقعی است. او احساسات دیگران را درک نمی‌کند، اما اغلب از آن‌ها برای دستکاری افراد و حفظ قدرتش استفاده می‌کند. در جلسات درمان، او بارها حقیقت را تحریف می‌کند، از افشای جنایاتش طفره می‌پود و حتی سعی می‌کند دکترومالفی را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین، ذات خشن و محیط زندگی تونی مانعی جدی برای موفقیت روان‌درمانی است. او در دنیایی زندگی می‌کند که احساسات، نشانه

ضعف تلقی می‌شوند و برای بقا، سرکوب آن‌ها ضروری است. جلسات درمانی اگرچه به تونی کمک می‌کنند تا موقتاً حال بهتری داشته باشد، اما هرگز قادر نیستند او را از مسیری که انتخاب کرده است، منحرف کنند.

میراث یک ضدقهرمان؛ تونی سوپرانو و تأثیرش بر دنیای تلویزیون

تونی سوپرانو تنها یک شخصیت خیالی نیست؛ او آغازگر عصر جدیدی در روایت‌های تلویزیونی بود. سریال سوپرانوز نشان داد که یک ضدقهرمان می‌تواند هم‌زمان بی‌رحم، آسیب‌پذیر، کاریزماتیک و عمیقاً انسانی باشد. جلسات روان‌درمانی او فرصتی برای کشف ذهن پیچیده‌اش فراهم کرد، اما در نهایت، نتوانست او را از مسیرش منحرف کند. تونی در کشمکش همیشگی بین عقلانیت و خشونت، درمان و فروپاشی، باقی ماند؛ و شاید همین تضادها او را تا این اندازه ماندگار کرده است.

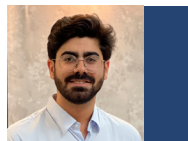
برایان کرانستون، بازیگر نقش والتر وایت در بریکینگ بد، زمانی گفته بود: «اگر تونی سوپرانو نبود، والتر وایت هم وجود نداشت.»

این جمله به خوبی نشان می‌دهد که چگونه تونی، راه را برای نسل جدیدی از شخصیت‌های ضدقهرمان هموار کرد؛ مردانی که نه قهرمان‌اند، نه شرور مطلق، بلکه ترکیبی هستند از سایه و نور، درست مثل انسان‌های واقعی. تونی شاید درمان‌پذیر نبود، اما قطعاً تأثیرگذار بود؛ هم بر دنیای تلویزیون و هم بر ذهن مخاطبانش.



نادرشاه: هراسِ بودن

مبین کشمیری



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

پرده دوم: نادر در بند انزوا

اولین اضطرابی که به آن می‌پردازم، «تنهایی» است. یالوم در توصیف تنهایی، آن را به سه دسته تقسیم می‌نماید: تنهایی بین فردی، تنهایی درون فردی و تنهایی اگزистانسیال؛ که با توجه به اینکه وصف دو دسته اول در این مقال نمی‌گنجد، به نوع آخرین آن به اختصار می‌پردازم. به روایت ساده، تنهایی اگزистانسیال آن است که ما هر چقدر هم خود را در ارتباط با دیگران قرار دهیم یا هر چقدر هم در درون خودمان با خویش آشنا باشیم، باز هم در انتها درمی‌یابیم که «تنهایی» تصور کنید همه چیز در دنیا محو شود؛ هیچ چیز آشنایی در این پهنه وجود ندارد و تو بمانی و خلا... تنهایی اگزистانسیال از این نوع است. توصیف جالب دیگری از این تنهایی را در مونولوگ عزت‌الله انتظامی در فیلم چهل سالگی می‌توان یافت:

«عشق، ایمان، مرگ؛ همان سه کلمه‌ای که آدمی باید تنهایِ تنها تجربه کند؛ تنها عاشق می‌شوی؛ تنها ایمان می‌آوری و تنها می‌میری.»

این اضطراب هم همان چیزی است که ما به صورت ناخودآگاه در تمام عمر سعی بر فرار از آن داریم و می‌خواهیم آن را با هر چیز دیگری جایگزین کنیم. همان‌گونه که نادرشاه می‌خواست آن را با قدرت پر کند و دریغا که از آن گریزی نیست.

پرده سوم: اضطرابِ پوچی در سایه قدرت

اضطراب دیگری که به آن می‌پردازم، اضطرابِ پوچی است. سوالی بزرگ و عمیق که سال‌های سال است که آدمی از خودش می‌پرسد یا دست‌کم از پاسخ به آن می‌گریزد. سوالی است که مولوی نیز با سرودن تک‌بیتی از خود می‌پرسد:

آمدنم بهر چه بود؟

و لئو تولستوی نیز به‌خاطر درگیر بودن برای یافتن پاسخ، تا پای خودکشی قدم برداشت. نادرشاه نیز همدار فتن را فتح کرد، روس‌ها را از گیلان

نادرشاه را به عنوان پادشاهی مقتدر و استراتژیست برتر جنگی می‌شناسیم که ایران را از چنگ افغان‌ها نجات داد و حتی در برابر سلطه‌جویی روس و عثمانی قد علم کرد و پیروز از میادین نبرد خارج شد؛ اما در پایان زندگی‌اش او به عنوان شخصیتی پارانوئید به ذهن می‌آید. در این بخش، در چند پرده به این بُعد از شخصیت اسطوره‌ای چون او خواهیم پرداخت.

پرده اول: انسان و اضطراب‌های وجودی

اروین د. یالوم، روان‌درمانگر وجودی، به بیان ۴ نوع اضطراب وجودی پرداخته است که به این شرح است: مرگ، آزادی (مسئولیت)، تنهایی و پوچی. می‌توان هر کدام از این چهار اضطراب را در شخصیت هر انسانی به وضوح دید و نادرشاه نیز از این قاعده مستثنی نیست و این چهار اضطراب وجودی در سرنوشت تراژیک او قابل بررسی است. از جنبه‌ی دیگر، ژان پل سارتر، فیلسوف اگزистانسیالیست، مفهومی تحت عنوان **تهوع** را در رمان فلسفی خود به همین نام مطرح می‌دارد. شخصیت اصلی داستان هنگامی که با تصادفی بودن جهان و بی‌هدفی روبرو می‌شود، دچار نوعی تنفر (تهوع) می‌شود که این واکنشی است به فقدان معنا و همچنین آزادی مطلق آدمی. انسان، محکوم به آزادی است که انتهای آن، برایمان پوچی به بار می‌آورد و «معنا» نیز از همین وادی سر بر می‌آورد. گویی نادرشاه را نیز می‌توان از دریچه این نوع اضطراب‌ها به تماشا نشست. اگر به زندگی سیاسی نادرشاه نظر بیندازیم، شکستی آن‌چنانی در پرونده وی نمی‌یابیم؛ اما در نهایت او را دچار انزوای شخصی، بدبینی، تنهایی و پوچی می‌یابیم. انگار نه فتح توانسته او را ارضا کند و نه عقب راندن امپراطوری روسیه و دولت عثمانی تا پشت مرزهای ایران توانسته او را شیرین‌کام نماید. چه می‌شود که پادشاهی با این قدرت در ورطه سخت‌انزوا خود را می‌یابد؟ چه شد که هیچ قدرت خارجی توان خواباندن مچ نادر را در خود ندید، اما نادر در مقابل قلعه‌های اضطراب درون خویش سر تسلیم فرود آورد؟

اخراج کرد و عثمانی‌ها را از خاک ایران گریزانند. شاید پس از همه این‌ها، رو به خودش پرسید: «حالا چه؟» و این سوال، ویران‌کننده است. انگار دنیا را برایمان محو می‌کند و این دوباره ما را به «تنهایی» خود و همچنین در پی یافتن «معنا» رهسپار خواهد کرد. در این‌جا باید توجه داشت که «معنا» و «هدف» با هم تفاوت دارند. هدف، اشاره به این دارد که منظور و مقصود ما چیست اما معنا به مفهوم و انسجام دلالت دارد. شاید نادرشاه پس از رسیدن به اهدافش با پرسش «حالا چه؟» مواجه شد و پاسخی برای آن نیافت و به همین شکل، شاید خشونت‌های نادرشاه در انتهای عمرش برای پرکردن خلأ پوچی بوده است. جمله معروف منتسب به او نیز جای تامل دارد: «همه دنیا را گرفتم اما آرامش نیافتم»

پرده چهارم: فاتحی در دام اختیار

نوع دیگری از اضطراب، اضطراب آزادی است. پیروزی‌های بی‌حد و حصر نادرشاه بازتاب آن است که سارتر می‌گوید:

«انسان محکوم به آزادی است اما این قدرت در نهایت، پوچی را آشکار می‌کند.»

یالوم نیز معتقد است انسان از آزادی می‌هراسد چون مجبور است بار مسئولیت آزادی انتخاب را بر دوش بکشد و گویی نادرشاه نیز از همین هراس، به سرکوب دیگران پناه آورد.

تصور کنید در محوطه‌ی دانشکده قدم می‌زنید. آیا همه افرادی که در حال گذر هستند را می‌شناسید؟ مسلماً خیر. آیا با تمامی آن‌ها غریبه هستید؟ باز هم مسلماً خیر. آزادی (مسئولیت) به وضوح چنین مفهومی دارد و ما به آن محکومیم. ما انتخاب می‌کنیم که چه کسانی را بشناسیم و چه کسانی را خیر. در نگاهی گسترده‌تر، آدمی در برابر آنچه انجام می‌دهد و آنچه انتخاب می‌کند نادیده بگیرد، مسئول است. این بدان معناست که ما وقتی این مسئولیت را بر دوش خود می‌بینیم و از وجود آن آگاه می‌شویم، خود را تنها در دریایی از اضطراب پیدا می‌کنیم. این، ما هستیم که به اتفاقات، آدم‌ها و یا هر چیز دیگری معنا می‌بخشیم و این، ترس‌آور است. دفاع ما آن است که جهان را مستقل از خود ببینیم در حالی که این من هستم که «معنا» دهنده‌ام. مرگ من یعنی رویارویی حقیقی با پوچی. اضطراب آزادی (مسئولیت) آن چیزی است که ما را با دو نوع دیگر اضطراب یعنی اضطراب مرگ و پوچی مواجه می‌سازد و این، هولناک است. نادرشاه نیز به

وضوح پس از موفقیت‌های نظامی و سیاسی‌اش دریافت که از آزادی انتخاب بی‌انتهاایی برخوردار است. این آزادی همان‌طور که اشاره شد، هول‌آور است و بار مسئولیت زیادی را در پی دارد. آزادی انتخاب اینکه به لحاظ نظامی چه کاری انجام دهد، سیاست داخلی‌اش را چگونه مدیریت کند و جانشین خود را به چه شیوه‌ای انتخاب کند. مانند تمامی آدمیان، این اضطراب، نادرشاه را هم هراساند و وی را مجاب کرد تا بار مسئولیت را بر زمین نهد. سعی کرد با خشونت، احساس کنترل خود را افزایش دهد و مثلاً با شیوه اشتباهات را برگردن دیگران انداختن، انکار مسئولیت کند که این‌ها در نهایت وی را به پارانویا رسانید.

پرده پنجم: فرمانده بلامنازع؛ اسیر وحشت نیستی

در نهایت به اضطراب مرگ می‌رسیم. آیا مرگ یک لحظه و آخرین نفسی است که فرو می‌رود و بر نمی‌آید یا پیوستاری است از نخستین دم؟ مونتینی (فیلسوف دوره رنسانس) در رساله‌اش در باب مرگ می‌پرسد:

«چرا از آخرین روز زندگی‌ات می‌هراسی؟ بیش از روزهای دیگر در مرگت سهیم نیست.»

اینجاست که ما دلهره «نیست شدن» را در مقابل چشمانمان رویت می‌کنیم. داستان ترس و اضطراب (دلهره) از اینجا آغاز می‌شود. ترس، ترسیدن از چیزی است اما اضطراب، ترسیدن از هیچ چیزی نیستی است. این نقطه‌ای است که انسان، دلهره‌ی نیست شدن را پیدا می‌کند. حال، روش مقابله با اضطراب (هیچ چیز) چیست؟

اینکه در مقابل «هیچ چیز»، «چیزی» را قرار دهیم؛ همان‌گونه که ما هم، به شیوه‌های متفاوتی چنین می‌کنیم و نادرشاه هم به‌سان ما، «چیزی» را جایگزین «هیچ چیز» نمود. از خیانت پسرش ترسید و او را کور کرد و به کنترل و سواست‌گونه اطرافیان و زیردستانش پرداخت. این سلول کوچک در نهایت تبدیل به غده‌ی پارانوئید شد و وجودش را فراگرفت. البته که امیدوارم این‌ها را، مانند مسائل دیگر، فقط در دیگران نیابیم؛ چراکه یافتن آن در دیگران، کاری است سهل.

به‌عنوان نمونه، شارل دوگل، ژنرال و رئیس‌جمهور پیشین فرانسه که مأموریت نجات فرانسه از بحران را بر دوش داشت (همان‌طور که نادر نیز مأموریت احیای امپراتوری ایران را داشت)، در نامه‌ای به آندره مالرو می‌نویسد:

«آندره، گویی هر تصمیم من، سرنوشت میلیون‌ها نفر را تعیین می‌کند. این

پرده‌ی آخر: همراهان همیشگی

به هر روی، آدمی گویی باید در ابتدا، فارغ از آنچه در بیرون از وجودش می‌گذرد، قلعه‌های اضطراب درونش را بنگرد؛ نه از آن‌ها بگریزد، نه به آن‌ها بتازد و نه حتی برای پنهان کردنشان از مقابل چشمانش، به قلعه‌های بیرونی حمله کند. آن‌ها هستند و ما را در این سفر همراهی می‌کنند.

مرگ، آزادی، پوچی و تنهایی؛ همراهان همیشگی ما در ورطه‌ی زندگی.

قدرت، گاهی شبیه زندانی است که خودم ساخته‌ام.

آنچه به چشم می‌آید، اضطرابی است که دوگل، به واسطه‌ی آزادی انتخابش، بر وجود خود احساس می‌کند. او در نامه‌ای به همسرش نیز می‌نویسد: «احساس می‌کنم وزن تمام فرانسه بر دوش من سنگینی می‌کند.»

عاقبت کار ژنرال دوگل شاید نشانه‌ی اضطراب دیگری در او باشد؛ وی به انزوا پناه برد و گویی با پرسش «حالا چه؟» روبه‌رو شد.



سکوت در اتاق درمان

مریم بخشیان

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

افرادی که تاکنون سابقه‌ی ترابی نداشته‌اند، معمولاً درباره‌ی اینکه چگونه باید در اتاق درمان رفتار کنند، دچار سردرگمی می‌شوند.

حضور آن‌ها در اتاق درمان ممکن است با سکوتی معذب‌کننده شروع شود یا با بیان شرمگینانه‌ی آن‌ها درباره‌ی اینکه نمی‌دانند چگونه چیزی را که می‌خواهند بگویند، بیان کنند.

آن‌ها کنج‌کاو می‌شوند که چه چیزی باید بگویند، چگونه آن را مطرح کنند و یا پس از بیان آن، درمانگر چه فکری درباره‌ی آن‌ها خواهد کرد.

سکوت یکی از پدیده‌هایی است که شما، چه به‌عنوان درمانگر و چه به‌عنوان مراجع، یا عاشق آن هستید یا از آن متنفرید.

در یک تحقیق، از مراجعان درباره‌ی احساسشان نسبت به سکوت در اتاق درمان پرسیده شد. اغلب آن‌ها، خصوصاً در صورت طولانی شدن سکوت، آن را معذب‌کننده توصیف کردند. بیشتر مراجعان تصور می‌کنند که باید دقیقاً بدانند در اتاق درمان چه بگویند و از نداشتن این آگاهی، احساس خجالت و شرم می‌کنند.

روان‌درمانگران می‌توانند معذب بودن سکوت برای مراجعان را احساس کنند. این موضوع گاهی باعث می‌شود که میان دو راهی قرار بگیرند:

آیا باید سکوت را به شیوه‌ای، مانند پرسیدن سؤال از مراجع، بشکنند یا اجازه دهند که سکوت ادامه پیدا کند؟

اما آیا تاکنون به فایده‌ی سکوت در اتاق درمان فکر کرده‌اید؟

مراجعانی که تاکنون فرصت نداشته‌اند باورها و افکارشان توسط دیگری شنیده شود، معمولاً عادت ندارند به راحتی درباره‌ی خودشان صحبت کنند یا اجازه دهند که دیگری آن‌ها را بشناسد. بنابراین، سکوت در اتاق درمان می‌تواند به این افراد فرصت دهد که درباره‌ی خود سخن بگویند، البته مشروط به اینکه بتوانند سکوت را تحت کنترل خود بگیرند، بدون آنکه از آن بترسند.

سکوت می‌تواند به برخی مراجعان این فرصت را بدهد که در محیط امن اتاق درمان، افکار خود را جمع‌وجور کرده و درک کنند که دقیقاً چه چیزی را می‌خواهند بیان کنند.

همچنین، سکوت در دقایق پایانی جلسه‌ی درمان می‌تواند مفید باشد، زیرا به مراجع این امکان را می‌دهد که درباره‌ی تأثیر موضوعاتی که با درمانگر در مورد آن‌ها بحث کرده، بیشتر فکر کند..

شفا در هزارتوی رنگ و نور

وقتی اتاق درمان، درمانگر می‌شود...

نرگس پشت‌چمن

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



ریحانه امیرسالاری

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



بیمارستان‌هایی با رویکردی تجاری‌تر به پیشرفت پرداختند.

چندین پژوهش نشان داده‌اند که واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به زیبایی‌شناسی محیطی، از طریق روش‌های مختلف، به‌طور مستقیم با واکنش‌های فیزیولوژیکی انسان‌ها ارتباط دارند. تحقیقی درباره تجربه بازدیدکنندگان از گالری هنری در یک بیمارستان آموزشی نشان داد که انسان‌ها احساسات خود را بر اساس محرک‌های محیطی مانند رنگ، صدا و اشیاء تغییر می‌دهند.

شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد صحنه‌های هنری طبیعی می‌توانند حواس پرتی مثبتی ایجاد کنند، احساسات مثبت به وجود آورند، توجه و علاقه را افزایش دهند و افکار نگران‌کننده و اضطراب پس از عمل را کاهش دهند. پذیرش روزافزون نظریه حواس پرتی نیز در یک مرور سیستماتیک از مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد مورد حمایت قرار گرفته است که اظهار می‌دارد مشاهده مناظر طبیعی می‌تواند تأثیر مثبتی بر تجربه درد داشته باشد؛ از طریق یک محرک دلپذیر که می‌تواند توجه بیمار را منحرف کند و کاهش درد را تسهیل نماید.

شواهد تحقیقاتی از این نکته حمایت می‌کند که هنر درمانی، روشی معتبر برای ابراز یا آزادسازی احساساتی است که در غیر این صورت پنهان می‌مانند. به علاوه، بیشتر افرادی که به هنر درمانی ارجاع داده شدند، توانسته‌اند در وضعیت موجود، تغییری در شیوه تفکر خود ایجاد کنند و در نتیجه به جلو حرکت کنند.

رنگ محیط

رنگ، به‌عنوان یکی از قدرتمندترین جنبه‌های محیطی، نقش مهمی در سازگاری انسان با محیط و تقویت فرم فضایی دارد. رنگ می‌تواند اندازه و گرمای ظاهری یک اتاق را تغییر دهد، تداعی‌های ذهنی ایجاد کند، درون‌گرایی یا برون‌گرایی را تقویت کند، خشم یا آرامش را برانگیزد و بر واکنش‌های فیزیولوژیکی تأثیر بگذارد.

اتاق درمان، فراتر از یک چهاردیواری ساده، می‌تواند آغوشی امن برای ذهن‌های آشفته و جان‌های زخمی باشد. هر رنگ، نور و چیدمانی، نجواگر داستانی نادیدنی است که می‌تواند بردل و جان مراجعان نقش ببندد. رنگ‌های ملایم، اضطراب را آرام می‌کنند؛ نورهای سنجیده، مسیر اندیشه را روشن می‌سازند؛ و چینش درست فضا، حس امنیت را در جان انسان می‌نشاند. پژوهش‌های مورد بررسی در این نوشتار به رازهای پنهان محیط فیزیکی در روند درمان می‌پردازد و نشان می‌دهد که چگونه دیوارهای خاموش، در سکوت، با روان آدمی سخن می‌گویند و راهی برای التیام می‌کشایند. حال در چند بخش، به عوامل مؤثر بر محیط فیزیکی اتاق درمان می‌پردازیم:

زیباسازی محیط

پژوهش‌های دهه‌های اخیر درباره طراحی و برنامه‌ریزی مراکز درمانی، روابط قابل توجهی میان عوامل فیزیکی محیط و سلامت نشان داده‌اند. محیط فیزیکی که بیمار در آن تحت درمان قرار می‌گیرد، نقش مهمی در نتایج درمانی او ایفا می‌کند.

در دهه ۱۹۷۰، طراحی بیمارستان‌ها زمانی دستخوش تغییر شد که کاربران خدمات درمانی، بیمارستان‌ها را بر اساس جذابیت ظاهری آن‌ها انتخاب کردند. در نتیجه، عناصر زیبایی‌شناختی مانند اشیای زیبا، آثار هنری، مجسمه‌ها و رنگ‌های چشم‌نواز به بخشی از استراتژی بازآرایی بیمارستان‌ها تبدیل شدند.

بیش از یک هزار سال پیش، کاخ‌ها، قلعه‌ها، تالارهای شهر و کلیساهای اروپا عمدتاً برای رسیدن به عظمت دنیوی و یادبود پس از مرگ ساخته می‌شدند. ورود هنر به بیمارستان‌های اروپایی در قرن چهاردهم نمایان شد. از آن زمان، ساختمان‌های مذهبی به‌عنوان محیط‌های درمانی برای مراقبت از بیماران و نیازمندان استفاده می‌شدند و هنر به شیوه‌ای خاص در این فضاها به نمایش درمی‌آمد. در قرن هجدهم، تغییراتی در ظاهر محیط بیمارستان‌ها ایجاد شد و

مطالعات متعددی برای بررسی تأثیر روان‌شناختی رنگ انجام شده‌اند. برای مثال، در حالی که رنگ‌های گرم (مانند قرمز) موجب فعال‌سازی بصری و تحریک می‌شوند، رنگ‌های سرد (مانند آبی) حس ظرافت و آرامش را منتقل می‌کنند. محیط بصری، عنصری حیاتی در تأثیرگذاری بر روحیه و بهره‌وری کارکنان بیمارستان است. مطالعات حتی نشان داده‌اند که یک محیط بصری بهبودیافته می‌تواند سرعت بهبودی را تا ۱۰ درصد افزایش دهد. در واقع، این بهبودها به عناصر خاصی از محیط بصری نسبت داده شده‌اند که شامل استفاده مناسب از رنگ در طراحی داخلی است. در طراحی بیمارستان، رنگ می‌تواند بر ادراک و واکنش‌های افراد نسبت به محیط تأثیر بگذارد و همچنین بر میزان بهبودی بیماران اثر داشته باشد و کیفیت و تجربه کلی بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان را بهبود بخشد. رنگ همچنین ابزاری قدرتمند برای کدگذاری، هدایت و مسیریابی است و می‌تواند حس بهزیستی و استقلال را تقویت کند.

مطالعات متعددی در حوزه روان‌شناسی وجود دارند که رابطه میان رفتار انسان و رنگ را نشان

می‌دهند. با این حال، مطالعات رنگ در حوزه طراحی محیطی تقریباً وجود ندارد. برای مثال، مطالعاتی ارتباط میان رنگ و احساسات کودکان را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که کودکان نسبت به رنگ‌های روشن (صورتی، قرمز، زرد، سبز، بنفش یا آبی) احساسات مثبت و نسبت به رنگ‌های تیره (قهوه‌ای، سیاه، خاکستری) احساسات منفی نشان دادند.

به‌طور کلی، براساس مطالعات پیشین، روند ثابتی وجود دارد که نشان می‌دهد رنگ‌های آبی و سبز محبوب‌ترین رنگ‌ها هستند. اما از آنجا که اکثر مطالعات مربوط به ترجیح رنگ در کنترل متغیرهای مداخله‌گر (مانند ویژگی‌های رنگ) موفق نبوده‌اند، در اینجا به مطالعه‌ای می‌پردازیم که با استفاده از ترجیح رنگ از طریق رضایت بیماران از رنگ‌ها، نتایج آن را بیان می‌کند.

– آزمایش‌های بهینه‌سازی رنگ

آزمایش‌های زیادی در مورد بهینه‌سازی رنگ‌ها انجام شده است. بهینه‌سازی رنگ، فرایندی است که در آن رنگ‌ها برای بهبود وضوح، جذابیت بصری، خوانایی یا کارایی یک تصویر، طراحی یا نمایشگر تنظیم یا اصلاح می‌شوند. از اهداف



بهینه‌سازی رنگ می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. افزایش کنتراست و خوانایی

۲. اصلاح دقت رنگی

۳. افزایش جذابیت بصری

۴. کاهش خستگی چشم

در دو آزمایش شامل آزمایش‌های یک و دو، این پژوهش انجام شد. در مجموع، ۷۵ بیمار با دید طبیعی یا اصلاح‌شده شرکت کردند که شامل ۴۲ نفر برای آزمایش اول و ۳۳ نفر برای آزمایش دوم بودند.

۱. آزمایش اول

۲۷ نمونه رنگی با استفاده از سه ویژگی رنگ (L: روشنایی، A: قرمزی-سبزی، B: زردی-آبی) بررسی شدند. این نمونه‌ها بر اساس شش شاخص احساسی ارزیابی شدند: آرامش بخش-استرس‌زا، امن-ترسناک، فعال-غیرفعال، جالب-غیرجالب، هیجان‌انگیز-کسل‌کننده.

بهترین نمونه رنگی انتخاب‌شده، رنگ آبی روشن متمایل به سرد بود.

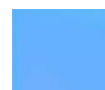
۲. آزمایش دوم

از روش سطح پاسخ (RSM) برای بهینه‌سازی رنگ‌ها استفاده شد. روش RSM شامل مجموعه‌ای از استراتژی‌های آزمایشی، روش‌های ریاضی و استنتاج آماری است که به محقق اجازه می‌دهد بررسی تجربی کارآمدی از سیستم مورد علاقه خود داشته باشد.

بر اساس آزمایشی که انجام شد، مشخص گردید که چهار رنگ زیر از بهترین ترکیب‌های رنگی هستند که بر اساس شاخص‌های مختلف تعیین شده‌اند:



با وجود اینکه رنگ‌های صورتی و آبی در دو شاخص خوب هستند، طبق آزمایش بهینه‌سازی رنگ (RSM)، رنگ زیر به‌عنوان بهترین ترکیب رنگی نهایی انتخاب شد:



با توجه به همه‌ی موارد ذکرشده، ویژگی‌های محیط طراحی‌شده تأثیر معناداری بر نتایج بالینی بیماران دارند و استراتژی‌های طراحی خاص می‌توانند نتایج درمانی را بهبود بخشند. بنابراین، محیط باید به‌گونه‌ای طراحی شود که سبب برانگیخته شدن احساسات مثبت افراد گردد. رضایت بیماران، یک عامل واسطه‌ای مهم میان

محیط فیزیکی و نتایج درمانی بالینی است.

رنگ‌های ترجیحی و تأثیر آن‌ها

رنگ‌های آبی و سبز معمولاً رنگ‌های مورد علاقه افراد هستند و آبی، محبوب‌ترین رنگ برای هر دو جنس و همه گروه‌های سنی است. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که رنگ‌های خاصی مانند آبی باعث کاهش فشارخون، نبض و تنفس می‌شوند، در حالی که رنگ‌هایی مانند قرمز باعث افزایش این عملکردهای فیزیکی می‌شوند. ممکن است بیماران رنگ مشکی را دلپذیرتر و آرامش‌بخش‌تر از سفید ببینند و رنگ سفید ممکن است جوی کمتر دلپذیر ایجاد کند که می‌تواند بر رفتار افراد تأثیر بگذارد. رنگ مشکی ممکن است باعث افزایش صمیمیت بیماران شود، زیرا آن‌ها احساس راحتی بیشتری در بیان احساسات خود دارند.

نور

به‌طور خاص، نور طبیعی با افزایش تمرکز و بهبود خلق‌وخو، کاهش استرس، خستگی و فشار چشمی، و همچنین تنظیم تولید هورمون ملاتونین مرتبط است. ملاتونین بر خواب، زمان شروع بلوغ، رشد تومورها و دمای بدن تأثیر می‌گذارد و زمانی که توسط چشم جذب می‌شود، نقش مهمی در این فرایندها ایفا می‌کند.

همچنین، نور فرابنفش با افزایش متابولیسم پروتئین، کاهش خستگی، تحریک تولید گلبول‌های سفید، افزایش ترشح اندورفین‌ها، کاهش فشارخون و به‌طور کلی ارتقای رفاه عاطفی، به بهبود روند درمان کمک می‌کند. مطالعات متعدد دیگری نشان داده‌اند که نور طبیعی یا دید به بیرون از ساختمان، افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی فصلی و افسردگی دوقطبی را کاهش می‌دهد که در نتیجه، مدت زمان بستری شدن در بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد. در ادامه این خط تحقیقاتی، لوی و همکاران، درمان‌های نوری صبحگاهی و شبانه را بر بیماران مبتلا به افسردگی زمستانی بررسی کرده و ثابت کرده‌اند که نور صبحگاهی حداقل دو برابر مؤثرتر از نور شبانه در درمان اختلالات عاطفی فصلی است.

نتایج تحقیقات به‌طور قوی نشان داده‌اند که دید به بیرون از محیط بیمارستان می‌تواند احساس انزوا و تنگی نفس را کاهش دهد، ارتباط با دنیای بیرون را فراهم کند، به محیط مراقبت‌های بهداشتی جذابیت اضافه کند و جهت‌یابی یا مسیریابی بازدیدکنندگان در داخل بیمارستان را تسهیل کند.

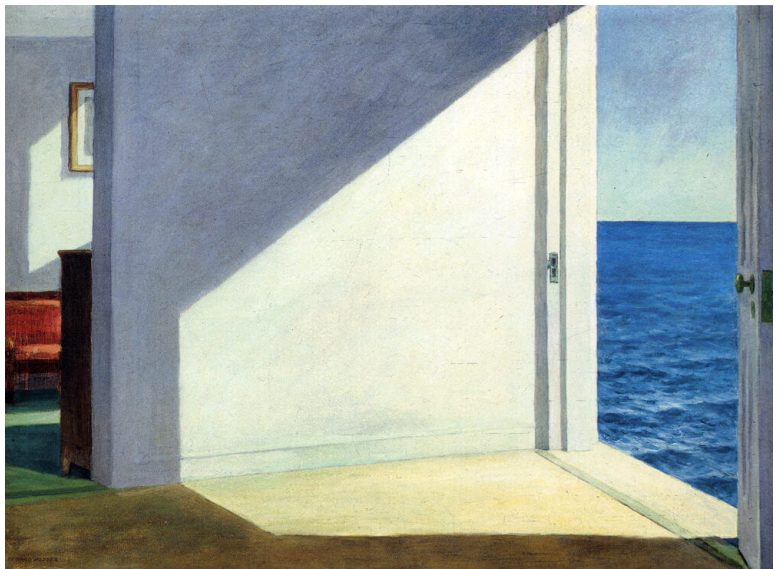
استفاده از گیاهان و عناصر هنری

پوشش گیاهی سرسبز، گل‌ها، آب، صداهای طبیعی هم‌خوان مانند صدای پرندگان، نسیم یا آب و حیات وحش قابل‌مشاهده باشد. مطالعات همچنین نشان داده‌اند که مناظر طبیعی که با درختان، گیاهان سبز و مزارع کشت‌شده ترکیب شده‌اند، می‌توانند به بهبود رفاه بیماران کمک کنند.

تحقیقات پیشین نیز تأکید کرده‌اند که طراحی بیمارستان نباید به بیماران آسیب برساند. طراحی نامناسب می‌تواند منجر به ناراحتی روانی و جسمی شود، اما این اثرات منفی را می‌توان با طراحی مناسب کاهش داد. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران در محیط‌هایی که دارای نور طبیعی، تهویه مناسب، تمیزی، بهداشت اولیه و کاهش سطح صدا هستند، سریع‌تر بهبود می‌یابند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیمارانی که از اتاق خود منظره درختان را مشاهده می‌کردند، دوره نقاهت کوتاه‌تری داشتند، از داروهای مسکن کمتری استفاده می‌کردند و در گزارش‌های پزشکی، احساس بهتری نسبت به روند درمان خود داشتند، در مقایسه با بیمارانی که تنها یک دیوار آجری را مشاهده می‌کردند.

بنابراین، در طراحی محیط‌های بیمارستانی باید جنبه‌های اجتماعی، روان‌شناختی، فیزیکی، معنوی و رفتاری مراقبت‌های درمانی را تقویت کنیم. در واقع، بیماران در محیطی که عوامل مختلف فیزیکی را در بر می‌گیرد، رضایت بیشتری را تجربه کرده و روند بهبودی بهتری دارند. این عوامل شامل گالری‌های هنری، نور طبیعی، عناصر الهام‌بخش طبیعت، ترکیب مناسب رنگ‌ها و دکوراسیون، موسیقی آرامش‌بخش، صداها و مناظر دلپذیر، دسترسی به باغ‌ها و ارتباط آسان با کارکنان درمانی است.

به‌طور کلی، محیط فیزیکی بیمار تأثیرات بسیاری بر روند درمان دارد. این ایده برای اولین بار توسط فلورانس نایتینگل مطرح شد. تحقیقات موجود به خوبی نشان داده‌اند که رویکردهای طراحی خاص در محیط بیمارستان می‌توانند استرس، درد و اضطراب را کاهش دهند. برخی از این عوامل شامل نور طبیعی با کیفیت، رنگ‌های شفاف‌بخش، صداهای درمانی (مانند موسیقی، آواز پرندگان و صدای آب)، حفظ حریم خصوصی و وضوح گفتار در محیط درمانی است.



اتاق کنار دریا، ادوارد هاپر (۱۹۵۱)

موسیقی

مطالعات نشان می‌دهند که محیط‌های پرسرو صدا احساسات منفی ایجاد می‌کنند، در حالی که مداخله درمانی از طریق موسیقی و محیطی راحت، ذهنی آرام‌تر و رفاه بیشتری را برای بیماران در حال بهبودی از بیماری و جراحی ایجاد می‌کند. برای جمع‌بندی اثرات موسیقی درمانی‌ها، مطالعات انباشته‌شده نشان داده‌اند که موسیقی به عنوان یک درمان مؤثر برای تسکین درد در کنار بیهوشی یا داروهای مسکن عمل می‌کند. یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زای محیطی در محیط‌های درمانی، صدای نامطلوب است. تأثیر محرک‌های حسی مانند صدا در ایجاد یک محیط درمانی مناسب در بیمارستان‌ها برای بیماران اهمیت زیادی دارد. با توجه به تأثیر قابل توجه صدا بر سلامت بیماران، نیاز روزافزون به طراحی محیط‌های درمانی وجود دارد که نویزهای ناخواسته را به حداقل برسانند و عناصر شنیداری آرامش‌بخش را در خود جای دهند. این اقدامات ممکن است شامل استفاده از مواد جاذب صدا، اجرای سیاست‌های کاهش نویز و گنجاندن صداهای طبیعی یا مناظر صوتی آرامش‌بخش باشد که به ایجاد محیطی مطلوب برای بیماران کمک می‌کند. نویز در محیط‌های بالینی می‌تواند منجر به مشکلاتی نظیر کاهش حافظه، افزایش اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و حتی اختلالات روان‌پزشکی شود. از نظر جسمی نیز، صداهای مزاحم می‌توانند باعث افزایش فشار خون و ضربان قلب شوند. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت کنترل نویز در محیط‌های درمانی برای جلوگیری از اثرات منفی آن بر بیماران است.

خودکشی می‌تواند نتیجه بازتاب پرخاشگری باشد که به سمت خود برگردانده می‌شود. در این وضعیت، فردی که قادر به بیان خشم خود نسبت به دیگران نیست، این خشم را به درون خود سوق می‌دهد.

- زیگموند فروید



پرونده^s ویژه: خودکشی

سایهٔ ابژه بر روی ایگو

پدیده‌ی خودکشی

مهدی قائم‌پناه



کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی

۱۷. تغییر قابل توجه در عادات غذا خوردن و خوابیدن،
۱۸. افزایش مصرف الکل و مواد مخدر.

در خصوص علت‌شناسی پدیده‌ی خودکشی و اینکه چرا فرد به چنین اقدامی دست می‌زند، می‌توان عوامل گوناگونی را بررسی کرد که مجموعه‌ی این عوامل یا برجستگی یکی از آن‌ها نسبت به دیگران به خودکشی منجر می‌شود. در این نوشته، دو رویکرد مهم را مرور می‌کنیم:

رویکرد روان‌پزشکی

مسائل ژنتیکی و اختلال در ناقل‌های عصبی مغز مانند سروتونین، نوراپی‌نفرین و دوپامین می‌تواند به افسردگی و خودکشی منجر شود. روان‌پزشکان معتقدند که خودکشی می‌تواند از عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی نشئت بگیرد. از نظر آنان، در بررسی خودکشی باید به افسردگی اساسی فرد توجه کرد و به همین دلیل، داروهای ضد افسردگی برای تنظیم ناقل‌های عصبی مغز، به‌ویژه سروتونین، نوراپی‌نفرین و دوپامین، تجویز می‌شود.

رویکرد روان‌کاوی

برای نخستین بار در سال ۱۹۱۰، در انجمن روان‌کاوی وین، درباره‌ی علل خودکشی دانش‌آموزان بحث‌های مهمی میان روان‌کاوان مطرح شد. در این همایش، روان‌کاوان علل خودکشی را به مسائلی چون تعارض بر سر سر تکانه‌های هم‌جنس‌گرایانه و خودارضایی، انتقام‌جویی، احساس گناه در برابر تکانه‌های خصمانه و اعتراض مردانه به احساس حقارت نسبت دادند. یکی از روان‌کاوان چنین اظهار کرد که کسی که هرگز خواسته دیگری را بکشد یا آرزوی مرگ کسی را نداشته، خود را نخواهد کشت. روان‌کاو دیگری اشاره کرد که تنها کسی می‌تواند به زندگی خود پایان دهد که مجبور شده باشد تمام امید خود را به عشق از دست بدهد. فروید به همه یادآوری کرد که در این موضوعات باید محتاط باشند و گفت که ما نمی‌دانیم آیا این پدیده به دلیل لیبیدوی ناامید

پدیده‌ی خودکشی در هر جامعه، به‌ویژه جامعه‌ی ما، موضوعی قابل توجه و معنادار است و انسانی که در چرایی این پدیده تأمل می‌کند، به تفکر فرو می‌رود. در حوزه‌ی روان‌شناسی، این مسئله از چهار منظر بررسی شده است:

الف) علائم فردی که خواستار خودکشی است (سمپتوم‌ها)،
ب) علت و چرایی این پدیده (اتیولوژی)،
ج) مسائل درمانی در حوزه‌ی خودکشی،
د) پیشگیری از خودکشی.

علائم فردی که قصد خودکشی دارد، شامل موارد زیر است:

۱. صحبت درباره‌ی مرگ و تمایل به مردن،
۲. داشتن احساس گناه شدید، احساس شرم عمیق یا نفرت نسبت به خویشتن،
۳. احساس سر‌بار بودن برای دیگران، یعنی زمانی که فرد خود را باری بر دوش دیگران می‌بیند،
۴. احساس پوچی و تهی بودن،
۵. احساس ناامیدی و نبود هیچ روزنه‌ی امیدی در زندگی،
۶. گیر افتادن در شرایطی که هیچ راه خلاصی از آن وجود ندارد،
۷. نداشتن هیچ دلیلی برای ادامه‌ی زندگی،
۸. احساس ناراحتی بیش‌ازحد یا غمگینی شدید،
۹. احساس اضطراب شدید،
۱۰. احساس خشم شدید،
۱۱. دردهای عاطفی عمیق ناشی از دست دادن یک رابطه یا مرگ فرد مورد علاقه،
۱۲. درد شدید جسمانی (مانند بیماری‌های مزمنی که عملکرد فرد را در فعالیت‌های روزانه مختل می‌کند)،
۱۳. داشتن برنامه‌هایی برای خودکشی و تحقیق درباره‌ی چگونگی و ابزارهای انجام آن،
۱۴. دوری از دوستان، خداحافظی‌های نهایی، طلب حلالیت، بخشیدن وسایل مهم به دیگران و نوشتن وصیت‌نامه،
۱۵. انجام ریسک‌های خطرناک مانند رانندگی بی‌پروا،
۱۶. نوسانات هیجانی (دوره‌های خلقی مانند مانیا یا افسردگی)،

رخ می‌دهد یا اینکه «ایگو» به دلایل خودمحورانه از حفظ خویشتن دست می‌کشد. برای او این پرسش مطرح بود که با توجه به قدرت غریزه‌ی زندگی، که داده‌های گوناگون آن را تأیید می‌کند، در خودکشی چه اتفاقی می‌افتد که فرد تصمیم به نابودی خود می‌گیرد.

در مقاله‌ی «سوگ و ملانکولیا» (۱۹۱۷)، فروید این پدیده را به تفصیل شرح می‌دهد. او بیان می‌کند:

در خودکشی، سایه‌ی ابژه بر «ایگو» (خود) سیطره می‌یابد

«the shadow of the object fell upon the ego»

بنابراین، یک عامل پیشین می‌تواند ایگو را چنان قضاوت کند که گویی که ایگو خود یک ابژه (دیگری) است، ابژه‌ی پیشین. فروید می‌گوید مدت‌هاست دریافته‌ایم که هیچ نوروژیکی افکار خودکشی را در سر نمی‌پروراند، مگر اینکه تکانه‌های مرگبار نسبت به دیگری را به‌سوی خود بازگردانده باشد؛ اما نتوانسته‌ایم نشان دهیم که چه کنش و واکنشی میان نیروهای روانی این قصد را به عمل تبدیل می‌کند. اکنون تحلیل ملانکولیا (افسردگی حاد) نشان می‌دهد: ایگو تنها در صورتی خود را می‌کشد که به دلیل نیروگذاری ابژه، بتواند با خود به‌مثابه ابژه رفتار کند؛ یعنی زمانی که بتواند خصومتی را که به ابژه مربوط است و نشان‌دهنده‌ی واکنش ابتدایی ایگو به ابژه‌های دنیای بیرون است، به خود معطوف کند. بدین ترتیب،

در هر دو حالت عاشق بودن شدید و خودکشی، ابژه ایگو را در خود غرق می‌کند.

برای توضیح مقاله‌ی «سوگ و ملانکولیا»، باید به مفهوم تئوری لبیدویی فروید اشاره کنیم. لبیدو از نگاه فروید، انرژی سائق غریزه‌ی زندگی است که مقدار آن محدود و مشخص است. در مراحل اولیه‌ی کودکی، لبیدو معطوف به ایگو است و اگر روند رشد به‌درستی طی شود، پس از آن لبیدو به ابژه (دیگری) معطوف می‌شود (لبیدوی معطوف به ابژه یعنی فرد بر تصویری از دیگری که در ذهن خود دارد، سرمایه‌گذاری روانی می‌کند). سپس به‌مرور، لبیدو میان ایگو و ابژه در چرخش دورانی قرار می‌گیرد. اگر ابژه فرد را رها کند یا ابژه فوت کند، دو اتفاق رخ می‌دهد:

۱. **سوگواری (Mourning):** در سوگواری، به‌تدریج لبیدو از ابژه برداشته شده و ایگو آن را به خود معطوف می‌کند (یکی از نشانه‌های سلامت روان، توانایی پرداختن به سوگ است).

۲. **ملانکولیا (افسردگی حاد):** در ملانکولیا، فرد به‌صورت توهمی این انکار را پیش می‌گیرد که



ابژه او را رها نکرده یا کاملاً نابود نشده است. در این حالت، فرد با ابژه همانندسازی می‌کند و این همانندسازی به معنای افتادن سایه‌ی ابژه بر ایگو است؛ بدین ترتیب، ایگو و ابژه یکی می‌شوند. با توجه به این توضیحات، خودکشی از نظر فروید اینگونه بیان شده است:

خودکشی همیشه دگرکشی است و در هر خودکشی، عاملی از انتقام دیده می‌شود.

برای مثال، بیماری که وارد اتاق درمان‌گرش

می‌شود و همان‌جا با تفنگ خود را می‌کشد و آخرین جمله‌اش به درمانگر این است: «راه دیگری برای بیرون کردن تو از ذهنم نداشتم.»

در پدیده‌ی خودکشی، ایگو خود را تسلیم می‌کند، زیرا احساس می‌کند به‌جای برخورداری از عشق سوپرایگو، مورد نفرت و تعقیب آن قرار گرفته است. بنابراین، برای ایگو، زندگی به معنای معشوق بودن است؛ یعنی معشوق سوپرایگو، سوپرایگویی که همان کارکرد حمایت و ایمنی را دارد که روزگاری پدر و سپس مشیت الهی بر عهده داشته‌اند. آنچه در اینجا مهم است، این پرسش است که چرا برخی پس از فقدان به سوگ می‌روند و برخی دچار ملانکولیا می‌شوند؟ پاسخ این است که هدف و معنای زندگی ایگو در این است که بتواند از سوی سوپرایگو دوست داشته شود. سوپرایگو مجموعه‌ی «نبایدها» و انتظاراتی است که از سوی والدین و دیگران در درون فرد نهادینه شده و پیام آن به ایگو این است: «اگر آن شوی که من می‌خواهم، تو را دوست خواهم داشت؛ و اگر آنچه می‌خواهم انجام ندهی، نه تنها دوستت نخواهم داشت، بلکه تو را مجازات می‌کنم و بر تو احساس شرم و گناه تحمیل می‌کنم.» ایگو باید خود آرمانی (Ideal Self) سوپرایگو باشد. حال اگر ایگو احساس کند در هدف زندگی‌اش شکست خورده و سوپرایگو او را دوست ندارد، دچار شکستی عمیق می‌شود و این مسئله افکار و عمل خودکشی را برمی‌انگیزد.

فروید در سال ۱۹۲۳ می‌گوید برخلاف تصور، خودکشی تلاشی برای رهایی از تنش احساس گناه غیرقابل تحمل به هر قیمت نیست؛ زیرا در نوروتیک‌ها، به‌ویژه نوروتیک‌های جبری (Compulsion Neurotics) که طبق تعریف دچار احساس گناه غیرقابل تحمل‌اند، شایع نیست. دلیل آن این است که در چنین نوروتیک‌هایی، مانند دیگر نوروتیک‌ها، بخش عمده‌ی روابط ابژه دست‌نخورده باقی می‌ماند و آن‌ها فضایی برای ابراز پرخاشگری خود دارند.

کرنبرگ معتقد است خودکشی موفق در افراد با سازمان شخصیت مرزی دیده می‌شود، در حالی که تهدید به خودکشی در نوروتیک‌ها رایج‌تر است. در خودکشی، ممکن است خویشتن با ابژه‌های منفور همانندسازی کرده باشد؛ بنابراین، خویشتن به منبعی برای درد خودشیفتگی شدید تبدیل می‌شود، یعنی دردی که یکپارچگی خویشتن را تهدید می‌کند. در نهایت، خویشتن همراه با ابژه‌ای که در فانتزی او است، حذف می‌شود و خودکشی او نمایانگر حذف نمادین است.

موضوع دیگر در خودکشی این است که خودکشی با تهدید از دست دادن ابژه‌هایی آغاز می‌شود که

به شدت مورد نیازند، اما عشق فرد به آن ابژه یا عشق ابژه به فرد، دوسوگرایانه است؛ یعنی ایگو در عین نیاز و عشق شدید به ابژه، به همان شدت از آن متنفر است. این تنفر نه تنها از سوپرایگویی ناشی می‌شود که برای ایگو احاطه دارد، بلکه ابژه نیز فضایی برای ابراز این تنفر به فرد نداده است. کرنبرگ معتقد است:

خودکشی بیانگر همان نفرتی است که فرد سعی در انکارش دارد.

از منظر کرنبرگ خشم و نفرت از هم متمایزند؛ خشم امری موقت است، اما نفرت پایدارتر است. او خودکشی را دفاعی در برابر آگاهی از واقعیت روانی تنفر از ابژه می‌داند؛ بدین ترتیب، او می‌گوید بیمار قادر به تحمل آگاهی از تنفر نسبت به ابژه نیست و این به دو دلیل است: نخست، نگرانی از اینکه خشمش ممکن است بیش از حد تخریب‌گر باشد و ابژه را نابود کند؛ دوم، ترس از انتقام ابژه.

در درمان روان‌کاوی، به ایگو فرصتی داده می‌شود تا خشم خود را ابراز کند. درمانگر بیمار را تشویق می‌کند که خشمش را بیرون بریزد و به او اطمینان می‌دهد که این خشم سبب نابودی او نخواهد شد.

گابارد در کتاب «روان‌درمانی پویای بلندمدت» به بررسی چهار نوع فانتزی در افراد خودکشی‌کننده می‌پردازد:

۱. فانتزی تأثیرگذاری بر دیگران: برخی تصور می‌کنند خودکشی‌شان به نفع اطرافیان است. درمانگر با بررسی این فانتزی به بیمار کمک می‌کند درک کند که برخلاف تصور او، اطرافیان از خودکشی‌اش آسیب شدیدی خواهند دید.

۲. فانتزی‌های ناشی از کمال‌گرایی: برخی فکر می‌کنند اگر به استانداردهای کمال‌گرایانه‌ی خود نرسند، زندگی بی‌فایده است.

۳. فانتزی انتقام: بعضی خودکشی را اقدامی انتقام‌جویانه می‌دانند و تصور می‌کنند این کار زندگی دیگران را سیاه خواهد کرد.

۴. فانتزی وصال دوباره: برخی که عزیزان خود را از دست داده‌اند، خودکشی را راهی برای پیوستن دوباره به آن‌ها می‌بینند.

تحلیل اسطوره‌ی آژاکس در افسانه‌های یونان باستان

«روزی قرار بود مهم‌ترین زره نبرد از سوی خدایان به آژاکس، به دلیل شجاعتش، اهدا شود؛ اما در واپسین لحظات، خدایان تصمیم گرفتند زره را به اودیسه بدهند. این مسئله خود آرمانی آژاکس را خدشه‌دار کرد و او را بسیار خشمگین ساخت. زره

مشهورترین خودکشی در زمان فروید: خودکشی ویکتور توسک

ویکتور توسک، که تحت آموزش روان‌کاوی نزد فروید بود، از فروید خواست که او را تحلیل کند؛ اما فروید این خواسته را نپذیرفت و به او پیشنهاد کرد نزد هلن دویچ تحلیل شود. توسک سپس نزد دویچ رفت. هلن دویچ، که خود بیمار فروید بود، پس از مدتی تمام جلسات درمانی‌اش را به صحبت درباره‌ی توسک گذراند. فروید او را از این مقاومت، که درمان دویچ را مختل کرده بود، آگاه ساخت و برای رفع آن گفت: «یا تحلیل نزد من را پایان بده یا درمانت را با ویکتور توسک به اتمام برسان.» دویچ پیشنهاد دوم را پذیرفت و درمان توسک را قطع کرد. پال راوزن، نویسنده، در کتاب «برادر حیوان» ادعا کرد که فروید مسبب خودکشی توسک بود؛ زیرا ابتدا پیشنهاد تحلیل او را نپذیرفت و سپس درمان‌گرش را از او گرفت.

پس از انتشار این کتاب، یکی از روان‌کاوان حلقه‌ی فرویدی به نام آیزلر از این نوشته خشمگین شد و در متنی به تحلیل ویکتور توسک پرداخت. او گفت عجیب است که تصور شود روان‌کاوانی چون فروید چنان قدرتی داشته باشند که باعث خودکشی فردی شوند. آیزلر اظهار کرد پدر توسک، که وکیل بود، انسانی بسیار سخت‌گیر بود. به دلیل خواسته‌های پدر، توسک ابتدا در رشته‌ی حقوق تحصیل کرد؛ اما روزی که قرار بود مدرکش را بگیرد، به پدرش گفت: «من نمی‌خواهم وکیل شوم، می‌خواهم روان‌کاو شوم.» پدرش پاسخ داد: «من اسمت را ویکتور گذاشتم و حالا باعث شرمندگی من شدی» و با او قهر کرد. آیزلر در تحلیلی دیگر گفت مادر توسک زنی «جنسی‌شده» (Sexualized) بود و این باعث شده بود توسک روابط جنسی متعددی با افراد و بیمارانش داشته باشد. او این «جنسی‌شدگی» مادر را در دیگران جست‌وجو می‌کرد، اما در روابط کوتاه‌مدت؛ زیرا تحمل مادری جنسی‌شده در طولانی‌مدت برایش ترسناک بود و ترس از بلعیده شدن را به همراه داشت. آیزلر از طریق پسر توسک بیان کرد که توسک پیش از خودکشی نامه‌ای دریافت کرده بود که در آن نوشته شده بود: «دختری ۱۶ ساله که بیمار تو بود، به دلیل رابطه‌ی جنسی با تو باردار شده و قصد دارد این موضوع را به پدر و مادرش بگوید؛ حالا باید با او ازدواج کنی.»

روان‌کاو دیگری سال‌ها بعد تحلیلی دیگر ارائه داد و گفت داستان پال راوزن و آیزلر به نوعی نشان‌دهنده‌ی راه دو پسر است که برای به دست آوردن جایگاه پدر مرده در تقلا هستند، اما هر کدام به شکلی متفاوت: آیزلر در پی دفاع از پدر و راوزن در پی انتقام از او.

نبرد برای آژاکس نمادی بود که با دریافت آن از خدایان، برای همیشه مورد پذیرش آنان قرار می‌گرفت. در پی ناکامی شدید و خشم ناشی از آن، او قصد کشتن اودیسه را کرد؛ اما یکی از خدایان به او گفت به جای اودیسه، گوسفندان بسیاری را بکشد. آژاکس خون‌ریزی شدیدی به راه انداخت و گردن تمام گوسفندان را زد. پس از این کشتار، این فکر به ذهنش خطور کرد که اگر خدایان دیگر و اودیسه از این ماجرا باخبر شوند، او چه احساس حقارتی خواهد کرد. از آن پس تصمیم گرفت خود را بکشد. در لحظه‌ای که می‌خواست خود را به قتل برساند، تصمیم گرفت پسر دوساله‌اش را در آغوش بگیرد. تراژیک بودن داستان در این است که در آخرین لحظات، همان سخنانی را به فرزندش گفت که پدرش سال‌ها پیش به او گفته بود. او به پسرش گفت: در روزگاری نه‌چندان دور، با قامتی افراشته، تو آن زره نبرد را از آن خود می‌کنی و باعث افتخار و شکوه من و اجدادم خواهی شد.

پدر آژاکس برای او و آژاکس برای فرزندش، سوپرایگویی سخت‌گیر بودند که تنها خواستار برآورده شدن تمام انتظاراتش بود. چنین سوپرایگویی در خدمت غریزه‌ی مرگ است. کسانی که با ناامیدی ناشی از ناکامی در زندگی کنار می‌آیند، خود را نخواهند کشت؛ اما اسطوره‌ی آژاکس به ما می‌گوید کسانی که خودکشی موفقی دارند، کسانی‌اند که در نرسیدن به بهشت برین، نتوانسته‌اند ساحت ناامیدی خود را تحمل کنند. این داستان به ما یادآوری می‌کند که سوپرایگو چه آرمان‌بودگی‌ای از ایگو طلب می‌کند.



اوفلیا Ophelia نقاشی ۱۸۵۱-۱۸۵۲ توسط هنرمند بریتانیایی سر جان اورت میلایس در مجموعه تیت بریتانیا، لندن است. اوفلیا، شخصیتی از نمایشنامه هملت ویلیام شکسپیر را به تصویر می‌کشد که قبل از غرق شدن در رودخانه آواز می‌خواند. او یک دختر نجیب‌زاده اهل دانمارک و معشوقه شاهزاده هملت است که به دلیل اقدامات هملت، به جنون می‌رسد و در نهایت خود را در رودخانه غرق می‌کند.

چرا گروه درمانی؟

سیده الهام شالفروشان



دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اقبال لاهوری

به نظرم درمان یکی از آن موضوعاتی است که سخت است قلم را به دست بگیری و شروع به نوشتن کنی. درمان را باید تجربه کرد، لمس کرد و در نهایت با آن زیست. درمان جایی است که مراجع بی‌کلام می‌ماند و منتظر درمانگر است تا به او کلام دهد، اما در فرایند درمان با این واقعیت مواجه می‌شود که درمانگر کلامی ندارد تا به او بدهد، بلکه این مراجع است که باید کلام را درون خود کاوش کند. قرار است با درمانگر خود سفری برود و هر آنچه گفتنش سخت است را معنا کند و به کلام درآورد.

حال می‌خواهم از تجربه سه سال گروه درمانی‌ام بگویم. احتمالاً وقتی کلمه «گروه درمانی» را می‌شنوید، هراسی در جانتان احساس می‌کنید. سخن گفتن از پنهانی‌ترین بخش‌های زندگی‌ام در میان جمع، چگونه ممکن است؟ راستش را بخواهید، اعضای گروه زودتر از آنچه

تصور می‌شود به یکدیگر اعتماد می‌کنند. گروه همان جایی است که کلام، عشق، نفرت، خشم، ترس، شادی و هر آنچه یک انسان به عنوان احساسات مختلف تجربه می‌کند، در آن تجربه می‌شود و اعضای گروه نیز آن‌ها را با هم لمس می‌کنند. به نوعی، اعضا احساسات را در بستر گروه حس می‌کنند، سپس به یکدیگر کمک می‌کنند تا این احساسات را با هم ببینند و پردازش کنند. آنجا جایی است که می‌شنوی و شنیده می‌شوی، و در نهایت، ترکیب این دو سبب صیقل دادن روان و کلام پیدا کردن می‌شود.

این یک تفاوت بزرگ میان درمان فردی و گروه درمانی است. در درمان فردی، مراجع و درمانگر سفری دونفره می‌روند، اما گروه درمانی سفری است که انگار اعضای خانواده با یکدیگر می‌روند

و همدیگر را همراهی می‌کنند تا با وجود سخت‌تر شدن جلسات، ادامه دهند. آنجا خانواده‌ها را پیدا می‌کنی. (خانم جوانی در گروه همیشه از صحبت کردن با خانم میانسالی فرار می‌کرد. در یکی از جلسات، خانم میانسالی از او پرسید: «چرا هیچ وقت به من نگاه نمی‌کنی؟» خانم جوان همان لحظه زیرگریه زد و گفت: «تو مرا یاد مادرم می‌اندازی که سال‌هاست فوت کرده است.»)

این همان جاست که یاد مادر و پدر می‌افتیم و بستری فراهم می‌شود تا درباره آن‌ها صحبت و پردازش کنیم. انتقال‌ها

در گروه سرعت زیادی می‌گیرند؛ با رفتن عضوی از گروه، اعضا سوگوار می‌شوند و با به دنیا آمدن فرزندی یکی از اعضا، شادمان می‌شوند.

این یعنی گروه فرصتی است تا احساسات را با یکدیگر تجربه کنیم. آنجا ناکام

می‌شویم و کامیاب می‌شویم. بهتر است این‌طور بگویم: آنجا با یکدیگر زندگی می‌کنیم.

سخنم را با نقل‌قولی از اروین یالوم به پایان می‌رسانم:

«انسان‌ها از رابطه به وجود می‌آیند، در رابطه رشد می‌کنند، در رابطه آسیب می‌بینند و در رابطه ترمیم می‌شوند.»



درهم تنیدگی امید و تردید

درمان در زبان روان رنجور

علی دستورانی

کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد



ما کجاییم؟

زیست روزانه با انبوهی افکار و ترس‌ها و هیجانات و ممنوعه‌ها و امیال، به عنوان رهاورد سده‌ها تمدن‌مداری، ما را به جایی رسانده که اجدادمان احتمالاً در دورترین تصورات و فانتزی‌هایشان هم نمی‌توانستند زندگی‌اش کنند. با سنج‌های اجداد کمی دورتر و غارنشینان، ما بهشت را روی زمین برپا کرده‌ایم. اجداد نزدیک‌ترمان که توان درک موقعیت فعلی‌گونه‌ی ما در جهان را دارند نیز آن‌چنان لایه‌لای اضطراب بقا در میان جنگ و بیماری و قحطی زیسته‌اند که حق نارضایتی به ما نمی‌دهند و چه بسا از نظرشان، این خوشی و رفاه است که زیر دل ما زده و شده «اضطراب»؛ البته که همه‌ی آن‌ها به نحوی محق‌اند. حاصل هزاره‌ها کوشش و چالش و پویش، به جایی رسید که آدم بتواند سرانجام به «مرگ»، به عنوان پدیده‌ای محتوم ولی بعید بنگرد؛ نه به‌سان درنده‌ای که در جنگل دنبالش می‌کند یا طاعونی که در کوچه و خیابان برای جان نحیفش به کمین می‌نشیند. همه‌ی این کوشش‌ها و چالش‌ها و پویش‌ها، به اضطراب وجودی مختوم شده و به همان انبوه افکار و ترس‌ها و هیجانات و ممنوعه‌ها و امیال! پس عاقبت، زندگی از جان ما چه می‌خواهد؟ یا به تعبیری مسئولانه‌تر، ما از جان او چه می‌خواهیم؟ کجاست این مقصد غیرقابل رسیدن ما و چرا قصد ما همواره ناکافی می‌نماید؟

فقدان

لکان در اینجا le manqué را پیش روی ما می‌گذارد: چاله‌ای که مجذوبمان می‌کند، می‌دواندمان و در پایان، سرخورده و ناکام رهایمان می‌کند. این تراژدی سیزیف وار^۲، جایی شگفت‌انگیز می‌شود که احساس می‌کنیم سرخوردگی مذکور، نه یک سرنوشت تلخ اجباری، که یک میل تکرارشونده

اضطراب شاید اولین مشوق خیلی‌ها مان به دریافت درمان باشد. این البته منوط به تشخیص و تمییز اضطراب از چیزهای دیگرمان است. جایی که خشم حکم می‌راند یا نارسسیسم راه بر ترسیدن می‌بندد، اضطراب، به آن شکل درمانده و رنجورش توان خودنمایی نمی‌یابد. باری، اضطراب می‌تواند یکی از آن معدود جریان‌ات سیالی باشد که راه خودش را از میان توده‌ی متراکم زمین خشک و محکم دفاع‌ها و مقاومت‌هایمان به اتاق درمان باز می‌کند. جایی که بی‌پناه بودن به اجبار پذیرفته می‌شود و می‌بایست رویاروی آسیب‌پذیری نشست (یا حتی دراز کشید). همه‌ی این‌ها اما، برای چه؟ روان‌درمانی، این مفهوم مدرن و -به زعم من- جان‌یافته، چه پیشکشی می‌تواند برای ما داشته باشد؟ در این جستار می‌کوشم تجربه‌ی شخصی‌ام را به ساحت زبان آورم؛ تجربه‌ای احتمالاً بسیار شخصی و نه‌چندان آسان برای تعمیم.



۱ la manque: واژه‌ای فرانسوی به معنای «فقدان» یا «کمبود». (به انگلیسی: the lack). در روانکاوی لکان، به مفهومی بنیادین اشاره دارد که به خلأ ساختاری در سوژه‌ی انسانی دلالت دارد؛ چیزی که همواره غایب است و میل سوژه را سامان می‌دهد. ۲ Sisyphus

در چرخه اجباریه تکرارمان است. سرخوردگی ای که انگار خودمان آن را می‌خواهیم (مگر می‌شود؟!؛ و صدا البته که قطعات پازل همیشه جوراند. همیشه چیزی آن بیرون هست که گمان می‌بریم با به دست آوردنش کامل می‌شویم. ابژه‌ای که تملکش کامروایمان می‌کند، جوری که -گویی- هرگز نبوده‌ایم.

فقدانی ابدی

کشتزار اضطراب سوژه‌ی نورتیک^۳ اینجاست. سوژه‌ای که از انکار کامرواکننده‌ی فقدانش عاجز است. او ناکامل بودنش را پس نمی‌زند؛ بلکه وسواسش را به دست می‌گیرد، با فروماندگی به سراغش می‌رود و از او پاسخ پرسش‌هایش را می‌طلبد: «دیگری از من چه می‌خواهد؟»، «کجاست آن‌جا که می‌توانم که سرانجام آرام بگیرم؟». پاسخ‌ها اما بسیارند و گوناگون: از یک موقعیت شغلی به خصوص و یک شریک عاطفی همه چیز تمام تا ادغام بی‌نقص «عقل» و «احساس» در تصمیم‌گیری‌ها. سوژه در پی این اهداف گوناگون می‌دود و شاید در جایی هم به چنگ آوردشان، در یک لحظه‌ی موردانتظار که کام قرار است روا شود! حال آن‌که کامروایی در همان لحظه از دستش می‌لغزد و آن‌چه درگفتش می‌ماند، ابژه‌ی موردانتظار است و اختگی.

درمان کجاست؟

روان‌درمانی در اینجا وارد می‌شود. جایی که می‌پذیریم فقدانی که شرح آن رفت، نه یک بیماری و اختلال، که داغ انسان بودگی ماست که بر پیشانی و در ساختار روانی‌مان حک شده و ما را به جنبش وامی‌دارد. به سخن دیگر، شاید آن‌چه آدم را به درمان می‌کشاند، نه درد فقدان، که درد «ناتمامی فقدان» است. فقدانی که حاصل یک رخداد بیرونی نیست. بخشی از وجود ماست؛ همیشه بوده. ما با این جای خالی پرناشدنی از مادری با همین بودش زاده شده‌ایم و تمام تکاپوهایمان، در انتهای شب، پاسخی به این بی‌پاسخی بوده است. به قول توماس هابز:



و مادرم آن زمان چنان آکنده از هراس بود که ما هر دو را توأمان زاد، مرا و هراس را^۴.

بنابراین، می‌توان این‌طور مدعی شد که اضطراب، بی‌علت نیامده است و ریشه در خود بودن دارد. با این وجود، بیان نمی‌شود؛

^۳ Neurotic به معنای روان‌رنجور، سوژه‌ای که رنج می‌برد، ولی می‌فهمد. روان‌رنجور به بیانی دیگر کسی است که حقیقتاً رنج می‌کشد، اما از دل همین رنج است که سخن می‌گوید، خیال می‌بافد و معنا می‌سازد.

^۴ از پیشگفتار «لویاتان»

چون آن‌چه نیست، آن‌چه کم است، درواژگان نمی‌گنجد. ساحت زبان، از همان زمان که به واسطه‌ی نام پدر واردش شده‌ایم، برای این بیان ناکافی بوده است. درست به‌سان رابطه‌ی ما و آن چیزی که قرار است فقدانمان را پر کند. ما نیز البته ناامیدانه به واژگان، به نام‌ها و به نشانه‌ها چنگ می‌زنیم تا بلکه توصیفی از اضطراب، آراممان کند. نتیجه اما همواره هم‌سنگ همان چاله‌ی مجذوب‌کننده، دواننده و ناکام‌گر است. درمان هم از این قاعده مستثنی نیست. خود «درمان»، به مثابه امید برای بهبود، امیدی برای رفع فقدان و بازیابی وصالی که هرگز رخ نداده است، احتمالاً راه به جایی نمی‌برد. سوژه‌ی نورتیکی که در پی درمان است، در این نگاه، به دنبال چیزی است که هیچ‌گاه نداشته. او عاجزانه در تمنای یک تصویر خیالی می‌جوشد و گمان می‌برد که می‌تواند سخنی که هرگز گفته نشده را به زبان آورد. این تلاش مذبوحانه اما همچنان مدخلی برای ورود امید در خود دارد. در واقع، از زاویه‌ای دیگر، شاید در پس تمام این تلاش‌ها و ناکامی‌ها، سوژه سرانجام عاصی شود و با طغیان علیه نام پدر و ساحت زبان، دست از تلاش برای پر کردن چاله‌ای که هیچ‌گاه پر نمی‌شود بکشد. در اینجا، درمان اگر معنایی داشته باشد، اگر نامی برای چیزی باشد، احتمالاً دالی است بر آموختن زیستن، با جای خالی او که هرگز نبوده است؛ توان نگاه به نگاه ایستادن در برابر فقدان و در عین حال، بی‌تفاوت به او زندگی کردن. شیوه‌ای از بودن که این خلأ جذاب را انکار نمی‌کند، بلکه با او گفت‌وگو می‌کند و در عین حال در پی وصال هم نیست؛ چرا که پذیرفته وصالی در کار نخواهد بود. سوژه‌ی نورتیک انقلابی در اینجا گویی در امتداد میل قدم می‌زند. نمی‌دود، دل به سراب نمی‌دهد، اما همچنان فعال است، می‌جنبد و میل می‌ورزد. او می‌فهمد که چیزی هست که هرگز به آن نمی‌رسد، اما عامل کامروایی فقط همان یک چیز نیست و طغیان علیه دیگری بزرگ، زیست آرام و میل‌ورزی در پهنه‌ی روان‌رنجوری^۵ است. حرکت در میان خطوط و متون؛ و سیالیت در میان توده‌ی متراکم زمین خشک و سفت دفاع‌ها، مقاومت‌ها، و صدا البته، ناکافی بودن‌ها.

^۵ ترجمه‌ی واژه‌ی Neurosis در روان‌کاوی، که به الگوهای ناپایدار رنج روانی اطلاق می‌شود. رنجی که نه از دیوانگی می‌آید و نه از سلامت کامل، بلکه حاصل کشمکش درونی میان میل، سرکوب و ساختارهای روانی فرد است. روان‌رنجوری نوعی زیستن در شکاف است. زیستن با امیالی که نمی‌شود زیست‌شان، با ترس‌هایی که نمی‌توان از آن‌ها رها شد، و با نظمی که همیشه از درون مختل می‌شود.

گذار به درمان از راه دور: تجربیات درمانگران متمرکز بر هیجان

The Transition to Teletherapy: Experiences of Emotionally Focused Therapists

حانیه آزمون

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد همدان

فاطمه خدارحمی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد همدان



این مقاله با عنوان «گذار به درمان از راه دور: تجربیات درمانگران متمرکز بر هیجان» به بررسی تجربیات درمانگران EFT (Emotionally Focused Therapy) در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و انتقال به جلسات آنلاین پرداخته است. پژوهش از نوع کیفی بوده و از تحلیل تماتیک بازتابی برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های باز استفاده کرده است.

چکیده و اهداف پژوهش

EFT، یک روش درمانی مبتنی بر شواهد برای درمان ناراحتی‌های رابطه‌ای است که بر نظریات تجربی، انسان‌گرایی و دلبستگی استوار است. این روش شامل سه مرحله اصلی است که با هدف کاهش تعاملات منفی، افزایش امنیت دلبستگی و تثبیت تغییرات مثبت انجام می‌شود. با وجود شواهد گسترده در حمایت از EFT، تحقیقات کمی درباره ارائه این روش از طریق درمان از راه دور وجود دارد. هدف اصلی این مطالعه، درک چالش‌ها و تطبیقات درمانگران EFT در هنگام استفاده از درمان از راه دور است.

روش تحقیق

نمونه‌گیری از درمانگران دارای گواهینامه EFT که در دوران قرنطینه کووید-۱۹ از جلسات حضوری به درمان از راه دور روی آورده بودند انجام شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های آنلاین جمع‌آوری و تحلیل تماتیک بازتابی برای شناسایی تم‌های اصلی به کار گرفته شد. این پرسش‌نامه‌ها شامل سوالاتی درباره تجربیات درمانگران در مراحل مختلف EFT و نحوه مقایسه این مراحل در جلسات حضوری و درمان از راه دور بودند.

نتایج

پنج تم نتیجه اصلی شناسایی شد:

۱. تشابهات درمان از راه دور و جلسات حضوری: حدود نیمی از درمانگران تجربه کردند که اصول EFT در درمان از راه دور مشابه جلسات حضوری قابل اجرا است. بسیاری از آن‌ها گزارش دادند که توانسته‌اند اتحاد درمانی و مراحل اصلی EFT مانند نرم شدن پیگیری و تعاملات عمیق را به خوبی در جلسات آنلاین انجام دهند.
۲. چالش‌های درمان از راه دور نسبت به جلسات حضوری: مشکلاتی مانند کاهش تعاملات غیرکلامی، محدودیت‌های فناوری و دشواری در ایجاد امنیت هیجانی برای مراجعان باعث کاهش عمق تجربه هیجانی می‌شد. همچنین، خستگی درمانگران از جلسات آنلاین به‌ویژه در مواردی که نیاز به تلاش بیشتری برای مدیریت هیجانات بود، گزارش شد.
۳. چالش‌ها با برخی از مراجعان: مراجعانی که دچار PTSD، تاریخچه‌های تروما، یا رفتارهای خصومت‌آمیز بودند، با روش درمان از راه دور به سختی مدیریت می‌شدند. درمانگران گزارش دادند که تعامل با

این گروه از مراجعان در جلسات حضوری ساده‌تر بوده و نیاز به تلاش بیشتری در جلسات آنلاین داشتند.

۴. تطبیق EFT برای درمان از راه دور: درمانگران مجبور بودند روش‌های خود را برای درمان از راه دور تطبیق دهند. این تطبیقات شامل توضیح بیشتر درباره اهداف درمان، تغییر در نحوه استفاده از ابزارهای ارتباطی، و ایجاد تغییراتی در مداخلات اصلی EFT بود.

۵. تأثیر درمان از راه دور و همه‌گیری بر آینده درمان: برخی درمانگران تصمیم گرفتند که پس از اتمام محدودیت‌های همه‌گیری، جلسات آنلاین را به‌طور کامل ادامه دهند یا رویکرد ترکیبی حضوری و آنلاین را اتخاذ کنند. همچنین برخی دیگر اشاره کردند که درمان از راه دور انعطاف بیشتری در برنامه‌های کاری آن‌ها ایجاد کرده است.

تجربیات درمانگران

در این مطالعه، درمانگران تجربیات متنوعی از استفاده از درمان از راه دور در EFT گزارش دادند. برخی از آن‌ها بیان کردند که احساس کرده‌اند برقراری اتحاد درمانی و ایجاد فضای امن در جلسات آنلاین چالش برانگیزتر بوده است. به عنوان مثال، یکی از درمانگران اظهار داشت: «وقتی مراجعان من در محیط خانگی خود هستند، گاهی یافتن مکانی امن و بی‌صدا برای جلسه دشوار است و این می‌تواند بر کیفیت درمان تأثیر بگذارد.» از سوی دیگر، برخی درمانگران تجربیات مثبتی از اثربخشی EFT آنلاین داشته و تأکید کردند که این روش توانسته نیازهای مراجعان را در شرایط بحرانی پاسخ دهد.

علاوه بر این، درمانگران به چالش‌های خاصی در تعامل با مراجعانی که در محیط‌های پرتنش خانوادگی یا با محدودیت‌های فیزیکی مواجه بودند، اشاره کردند. یکی از درمانگران بیان کرد که حضور مراجعان در یک فضای مشترک با دیگر اعضای خانواده گاهی باعث کاهش تمرکز و حس امنیت آن‌ها می‌شود. برای غلبه بر این مسائل، برخی درمانگران روش‌هایی مانند توصیه به استفاده از هدفون، برگزاری جلسات در زمان‌های خاص، و بررسی دقیق تر فضای فیزیکی مراجعان را پیشنهاد کردند.

همچنین، تعدادی از درمانگران به خستگی ناشی از استفاده مداوم از فناوری و نیاز به تلاش بیشتر برای درک حالت‌های هیجانی مراجعان اشاره کردند. آن‌ها بیان کردند که برای جبران کاهش تعاملات غیرکلامی، مجبور به پرسش‌های مستقیم‌تر و استفاده از کلمات و عبارات شفاف‌تر بوده‌اند. برخی از آن‌ها برای افزایش تعامل هیجانی، تکنیک‌های جدیدی مانند استفاده از حرکات دست و تنظیم دقیق‌تر تن صدا را به کار بردند.

یکی دیگر از نکات برجسته، تأکید درمانگران بر افزایش نیاز به آموزش و آمادگی بود. برخی از آن‌ها بیان کردند که قبل از ورود به درمان از راه دور، نیاز به برنامه‌ریزی دقیق‌تری برای مدیریت چالش‌های فناوری و همچنین آموزش مراجعان درباره نحوه استفاده موثر از این نوع جلسات وجود دارد. درمانگران پیشنهاد دادند که برای افزایش اثربخشی، باید راهنماهای آموزشی و ابزارهای دیجیتالی جدید طراحی و ارائه شود.

بحث و توصیه‌ها

مطالعه نشان داد که درمان از راه دور EFT می‌تواند موفق باشد اما نیاز به تطبیقات خاص دارد. توصیه‌ها شامل:

• آمادگی: افزایش آگاهی درمانگران از محدودیت‌های فناوری و نحوه مدیریت آن، برنامه‌ریزی مناسب برای مواجهه با مشکلات فنی و دریافت آموزش‌های خاص برای درمان از راه دور.

• ارزیابی: ارزیابی دقیق تر امنیت مراجعان، از جمله امنیت عاطفی و فیزیکی، و بررسی موقعیت مکانی آن‌ها برای تضمین محرمانگی.

• پروتکل‌های جدید ایمنی: استفاده از هدفون برای حفظ حریم خصوصی، تنظیم محیط درمانی به گونه‌ای که مراجعان احساس امنیت کنند، و مدیریت مراجعان پرتنش به صورت جداگانه.

• شفافیت بیشتر: توضیح بیشتر درباره فرایندهای درمان، اهداف هر جلسه و استفاده از روش‌هایی برای افزایش مشارکت فعال مراجعان.

• پشتیبانی درمانگران: توصیه‌هایی برای کاهش خستگی ناشی از جلسات آنلاین مانند تنظیم زمان استراحت بین جلسات، کاهش تعداد جلسات روزانه و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی.

محدودیت‌ها و پیشنهادات آینده

محدودیت‌های این پژوهش شامل نمونه کوچک و وابستگی به تجربیات درمانگران سفیدپوست و زن بود. همچنین، داده‌ها به دلیل استفاده از پرسش‌نامه‌های باز، محدودیت‌هایی در عمق تحلیل داشتند. تحقیقات آینده می‌توانند بر تنوع بیشتر نمونه، استفاده از روش‌های ترکیبی و بررسی اثربخشی EFT آنلاین در مقایسه با روش‌های حضوری تمرکز کنند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه بینش‌های ارزشمندی درباره ارائه EFT از طریق درمان از راه دور ارائه کرد. در حالی که درمان از راه دور چالش‌هایی به همراه دارد، با تطبیق مناسب و آموزش کافی، می‌تواند به ابزاری موثر در درمان زوجین تبدیل شود. همچنین، این مطالعه نشان داد که درمانگران می‌توانند از درمان از راه دور برای گسترش دسترسی به خدمات درمانی استفاده کنند.

چرا روان‌درمانی نمی‌روم؟

مقاومت روان در برابر دگرگونی

آرנוشا امانی زوارم



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

می‌گویند درد اگر بی‌صدا بماند، در جان رسوب می‌کند. با این حال انسان قرن حاضر با وجود دسترسی گسترده به منابع درمانی و آگاهی روزافزون نسبت به مسئله سلامت روان همچنان با اکراه پا به اتاق درمان می‌گذارد.

آن که درد دارد چرا درمان نمی‌جوید؟

این پرسش در ظاهر ساده است، اما در ژرفا پاسخ آن را باید در لایه‌های عمیق و پنهان تجربه‌ی زیسته انسان جست؛ در اعماق اضطراب‌های وجودی‌اش، در بستر فرهنگی که در آن رشد یافته و با کاوش سطوح عمیق‌تر روان او. در این نوشتار با چشم‌انداز تحلیلی، نگاهی تأملی و اگزیزستانسیال بر دلایل گریز انسان از اتاق درمان پرداخته می‌شود.

درمان، دعوتی برای رویارویی با حقیقت زندگی

در نگاه اگزیزستانسیال، روان‌درمانی به تلاش برای رفع یک اختلال روانی تقلیل نمی‌یابد. بلکه رویارویی با ساحت‌هایی است که گاه عمری از آن گریخته‌ایم. اروین یالوم در کتاب درمان شوپنهاور می‌نویسد:

«آزادی، ترسناک‌تر از آن است که بیشتر مردم تاب رویارویی‌اش را داشته باشند.»

روان‌درمانی در این رویکرد فرد را در برابر آزادی‌گزینش زندگی، مسئولیت نوع زیستن و در نهایت آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع قرار می‌دهد. گریختن از روان‌درمانی، گاهی گریختن از رویارویی با پرسشی است که پاسخ ندارد:

«اکنون که می‌دانم، چگونه زندگی کنم؟»

مرگ، خورشیدی که در آن نمی‌توان نگرست

اروین یالوم در خیره به خورشید می‌نویسد که همان‌گونه که چشم انسان تاب نگاه مستقیم به خورشید را ندارد، روان او نیز توان تاب‌آوری نگاه مستقیم به مرگ را ندارد. مرگ، حقیقتی عظیم و ساکت، در پس‌زمینه‌ی هر آگاهی انسانی حضور دارد، اما آدمی در بیشتر عمر خود، آن را نادیده می‌گیرد، انکار می‌کند یا به تأخیر می‌اندازد. روان‌درمانی، در یکی از بنیادی‌ترین

سطوحش، دعوتی است به مواجهه با این امر نادیده‌گرفته‌شده؛ مواجهه‌ای که می‌تواند، هم نجات‌بخش باشد و هم دهشت‌آور.

انسان، هنگامی که بر میل درمان‌گریزانه می‌زند، نه تنها با زخمی در گذشته، بلکه با حدود هستی‌اش، با فناپذیری و محدودیت و اضطراب اگزیزستانسیالش روبه‌رو می‌شود. شاید تا پیش از درمان با این نگاه که «مرگ مال همسایه‌ست!» خود را تسکین داده‌ایم اما در اتاق درمان در می‌یابیم تا چه اندازه شکننده و آسیب‌پذیریم. ترس‌های از دست دادن بسیاری را روزانه با خود به دوش می‌کشیم و مرگ خود، اطرافیان و هر آنچه تا این لحظه ساخته‌ایم، به اندازه‌ی یک پلک برهم زدن، با ما فاصله دارند. از این رو، بسیاری در آستانه‌ی ورود به درمان، یا حتی در میانه‌ی مسیر، دچار نوعی بازگشت می‌شوند؛ نوعی پس‌زدن ناخودآگاه از تماس با حقیقتی که تاکنون با ساختارهای دفاعی آن را مهار کرده‌اند. پس شاید، روان‌درمانی نه فقط روندی درمانی، بلکه آیینی‌ست برای تحمل تدریجی نگاه به خورشید؛ سفری که در آن انسان می‌آموزد از سایه بیرون آید، بی‌آنکه در آتش نور بسوزد.

تماس واقعی، واهمه‌ی پنهان روان انسانی

شاید یکی از عمیق‌ترین دلایلی که انسان مدرن از روان‌درمانی می‌گریزد، نه بی‌اعتمادی به روش، و نه شک به کارآمدی درمانگر، بلکه هراس از صمیمیت بی‌پرده‌ای‌ست که این فرآیند با خود می‌آورد. در اتاق درمان، نقاب‌ها در خطر افتادن‌اند؛ آن‌چه فروپاشی دفاع نامیده می‌شود، در واقع مواجهه‌ای است با خویشتن عریان، با آنچه سال‌ها به زوال رفته یا انکار شده است. رولو می‌در «عشق و اراده» می‌نویسد:

«بیشترین ترس انسان معاصر، نه مرگ است، بلکه تماس واقعی با دیگری.»

او عشق و ارتباط صمیمی - که از لازمه‌های شکل‌گیری ارتباط درمانی است - را فرصتی برای رویارویی با حقیقت فناپذیری انسان می‌داند. مرگ و شادکامی، اندوه و مسرت، اضطراب و اعجاز زایش، تار و پودی است که عشق انسانی از آن بافته می‌شود.

این تماس، نه فقط لمس جسم، که تلاقی روان‌ها و تجربه‌ی بی‌واسطه‌ی حضور است.

اما این آزادی، همان قدر که رهایی‌آور است، دهشت‌زا نیز هست.»

و شاید، روان‌درمانی گاه چنین دهشتی را احضار می‌کند. دهشت انتخاب، دهشت معنا، دهشت اینکه هیچ‌کس به جای من نخواهد گفت «برای چه» زنده‌ام.

روان‌درمانی: دعوتی به زیستن مسئولانه

در نگاهی عمیق‌تر درمان همیشه با تخلیه‌ی عاطفی، ما را به سکون و آرامش خاطر دعوت نمی‌کند؛ درمان اگزیستانسیال نه برای آرام کردن فرد، بلکه برای بیدار کردن او شکل می‌گیرد. بیداری از خوابی که شاید سال‌ها در آن زیسته، خوابی که در آن مسئولیت زندگی به دیگری، به شرایط، به گذشته، یا به تقدیر واگذار شده است. اما روان‌درمانی، به مثابه‌ی فراخوانی وجودی، این انسان خفته را به پرسش می‌کشد: «اکنون که نمی‌دانی چرا اینجایی، آیا آماده‌ای تا به جای فرار، بررسی؟» فرانکل می‌نویسد:

«انسان تنها زمانی واقعاً انسان است که مسئول باشد؛ مسئول در قبال وجود خویش، و در برابر آنچه هست یا می‌خواهد بشود.»

در این معنا، روان‌درمانگر نه تسکین‌دهنده‌ای صرف، که شاهد و همراهی است در مسیر این مواجهه. مواجهه‌ای که برای بسیاری، چنان‌که در مقاومت‌های پیش از درمان یا ترک زودهنگام آن می‌بینیم، بیش از آن که رهایی‌آور باشد، هراس‌افکن است.

زیستن آگاهانه، الزاماً زیستن خوشایند نیست. آگاهی، بار می‌آورد؛ بار انتخاب، بار مسئولیت، بار نگاه به رنج نه به عنوان مصیبتی بیرونی، بلکه پرسشی درونی. و روان‌درمانی، به‌ویژه در ساحت معناگرا، هم‌دست این پرسش است. به تعبیر رولومو،

«اضطراب، سایه‌ی اجتناب‌ناپذیر آزادی‌ست.»

وقتی فرد وارد روان‌درمانی می‌شود، ممکن است با این اضطراب، با این مسئولیت آزادی، و با سنگینی معنای زندگی‌اش روبه‌رو شود. نه تنها برای آن چه کرده، بلکه برای آن چه نکرده است؛ برای زندگی زیسته و نزیسته‌اش، برای آن مسیرهایی که نرفته، برای تصمیم‌هایی که به تعویق انداخته، و برای صداهای درونش که هیچ‌گاه فرصت شنیده شدن نیافته‌اند.

اینجاست که بسیاری از ما عقب می‌کشیم. می‌گوییم: «هنوز آماده نیستم.» یا: «فکر نکنم نیازی به درمان داشته باشم.» اما آیا حقیقتاً

روان‌درمانی همان قلمرویی است که در آن، فرد نه تنها با درمانگر، بلکه با امکان دگرگونی خویش روبه‌رو می‌شود. این تماس، چون هر دگرگونی اصیلی، با گسستن همراه است؛ گسستن از تصویر تثبیت‌شده‌ی خود.

از همین رو، مقاومت‌هایی که در برابر روان‌درمانی شکل می‌گیرد، اغلب ریشه در این بیم اگزیستانسیال دارند: بیم از دست دادن کنترل، فروافتادن از قلعه‌ی تنهایی، و لمسِ خویشتن در آیینهِ نگاه دیگری.

در جست‌وجوی معنا، یا در فرار از آن؟ روان‌درمانی به مثابه‌ی مواجهه با خلا اگزیستانسیال

ویکتور فرانکل در کتاب انسان در جست‌وجوی معنا، انسان را به تفکر درباره‌ی علت بودنش دعوت می‌کند. در چشم‌انداز معناگرایانه‌ی او، انسان موجودی است معطوف به معنا، نه لذت یا قدرت. آنچه روان آدمی را سامان می‌دهد، نه صرفاً تخلیه‌ی تنش‌های روانی یا دستیابی به رضایت، بلکه تجربه‌ی زنده‌ی معنا است.

فرانکل نشان می‌دهد که حتی در تاریک‌ترین موقعیت‌های انسانی - اردوگاه‌های مرگ - امکان معنا یافتن وجود دارد، و چگونه کسانی که معنایی برای رنج خویش نیافته‌اند، در برابر آن فرو می‌پاشند. با این حال اغلب، انسان از یافتن همین معنا گریزان است. روان‌درمانی، در معنای عمیق اگزیستانسیال خود، دعوت به همین مواجهه است: پرسشی از فرد درباره‌ی معنای زندگی‌اش، درباره‌ی مسئولیتی که نسبت به وجود خویش دارد، و پاسخی که تنها او می‌تواند به آن بدهد. و درست همین‌جا، مقاومت آغاز می‌شود. بسیاری در این مرحله به لذت‌گرایی، فسرده‌ی کردن و یا آشکال دیگری از روان‌نژندی روی می‌آورند، چرا که پاسخ‌دادن به این پرسش‌ها، نیازمند اراده‌ای است که شاید در دسترس همه نباشد. فرانکل به درستی می‌گوید که انسان، در عمیق‌ترین لایه‌های وجود خود، مسئول معنا است؛ اما این مسئولیت، برای بسیاری، باریست سهمگین. روان‌درمانی گاه به همین دلیل ترک می‌شود یا هیچ‌گاه آغاز نمی‌گردد؛ چون درمان، برخلاف آنچه عموماً تصور می‌شود، تنها «گشودن گره‌ها» یا «پیدا کردن آرامش» نیست، بلکه فرآیندی‌ست که فرد را با اضطراب آزادی‌اش، با انتخاب‌هایی که کرده یا نکرده، و با معنایی که از آن گریخته است، روبه‌رو می‌سازد.

مقاومت در برابر روان‌درمانی شکلی از مقاومت در برابر خود معنا است فرانکل در این باره می‌نویسد:

«انسان همیشه آزاد است که درباره‌ی نگرش خود به شرایط، تصمیم بگیرد.

آماده نیستیم؟ یا صرفاً از رویارویی با آن چیزی که می‌دانیم در ژرف‌ترین لایه‌های ما پنهان شده، واهمه داریم؟ آن‌چه روان‌درمانی پیش پایمان می‌گذارد، نه فقط بهبود، که امکان «شدن» است. امکانی که تنها از مسیر مسئولیت و پذیرش آزادی خویش عبور می‌کند.

وقتی خودِ آرمانی ناکام می‌ماند...

در بسیاری از موارد، آن‌چه مانع آغاز روان‌درمانی می‌شود نه ترس از مواجهه با دیگری، بلکه ترس از مواجهه با خود است؛ با خودی که از رؤیای بزرگ بودن فرو افتاده است. روان‌درمانی گاه همچون آینه‌ای است که تصویر زخم خورده‌ی «خودِ ناکام» را، بی‌نقاب و بی‌اغراق، آشکار می‌سازد. انسانی که سال‌ها در سکوت، با خودِ آرمانی‌اش زیسته - همان تصویر قهرمان، خردمند، نجات‌بخش یا قربانی والا - با ورود به فرایند درمان، ناگزیر می‌شود این تصویر را در برابر واقعیت درونی خویش محک بزند. از این منظر، مقاومت در برابر درمان، صرفاً یک دفاع روان‌شناختی ساده نیست، بلکه گاه واپس‌زدن بحرانی اگزیستانسیال است: تَرَک خوردن در ساختار معنا بخشی که فرد، زندگی‌اش را بر آن استوار کرده است. درست به‌سان ایچکس، که نه از شکست، بلکه از فرو ریختن تصویر قهرمانانه‌اش در برابر خدایان، تاب ادامه‌ی زندگی را از کف داد.

فرهنگ انکار: چرا روان‌درمانی در زیست ایرانی غریب است؟

روان‌درمانی، برخلاف آن‌چه شاید تصور شود، صرفاً یک فرایند بالینی یا فن‌محور نیست؛ بلکه عرصه‌ای است میان فرهنگی که در آن، زبانِ روان، باید از لایه‌های فرهنگی عبور کند تا به شنیده شدن برسد. در بافت فرهنگ ایرانی، این عبور غالباً با مقاومت، سوء تفاهم، و حتی انکار مواجه می‌شود. فردی که در این جامعه پا به اتاق روان‌درمانی می‌گذارد، نه فقط با خویشتن زخمی خود، بلکه با سایه‌ی گفتمان‌های فرهنگی نیز مواجه است؛ گفتمان‌هایی که او را به سکوت، انکار، و تحمل دعوت کرده‌اند.

آرتور کلاینمن، پزشک و انسان‌شناس برجسته‌ی پزشکی، در آثار خود (از جمله The Illness Narratives, ۱۹۸۸) نشان می‌دهد که معناهای فرهنگی پیرامون بیماری و درمان، تعیین می‌کنند که چه کسی بیماری‌اش را به رسمیت می‌شناسد، چه کسی درمان می‌طلبد، و درمان چگونه فهمیده می‌شود. در جوامعی که رنج روانی به «ضعف شخصیت» یا «نقص اخلاقی» فروکاسته می‌شود، رجوع به درمان نیز امری شرم‌آلود یا نالازم تلقی می‌گردد.

در فرهنگ ایرانی، نوعی اخلاق رنج‌محور تثبیت

شده است؛ نوعی سوژه‌ی فرهنگی که نه تنها رنج را تاب می‌آورد، بلکه آن را چون نشان افتخار با خود حمل می‌کند. این اخلاق رنج‌محور، به تعبیر امانوئل لویناس، دیگری را به عنوان سوژه‌ی اخلاقی فرا می‌خواند، اما خود را از زخم خود محروم می‌کند. «نجابت» اغلب با سکوت گره خورده و «بلوغ» با انکار نیازهای هیجانی تعریف می‌شود.

از منظر اگزیستانسیالیستی، این انکار را می‌توان گریزی از آزادی درونی و مسئولیت هستی‌شناختی دانست. روان‌درمانی فضایی است که در آن، فرد با آزادی هراس‌انگیز خویش مواجه می‌شود - آزادی انتخاب، تغییر، و معنا. و به همین دلیل است که، به تعبیر اروین یالوم در Existential Psychotherapy، «انسان برای درمان، باید شهادت روبرو شدن با عمق تهی بودن را داشته باشد».

در بُعد فرهنگی، این تهی بودن اغلب با مکانیزم‌هایی چون طنز، سرسختی، یا حتی عرفان‌زدگی پنهان می‌شود. همان‌گونه که بروس ریچموند در مقاله‌ی «روان‌درمانی در فرهنگ‌های غیرغربی (۲۰۰۳)» اشاره می‌کند، در جوامعی با گرایش جمع‌گرایانه، درمان عاطفی به ندرت از مسیر فردی و تحلیل‌محور می‌گذرد.

آن‌سوی آستانه

در نهایت، گریز از اتاق درمان را شاید بتوان گریز از رویارویی با خویشتن دانست؛ خویشتنی که در مواجهه با دیگری، با مرگ، با مسئولیت، و با معنای رنج برهنه می‌شود. از دید اگزیستانسیالیستی‌هایی چون یالوم، این پرهیز ریشه در هراسی بنیادین دارد؛ همان‌گونه که خیره شدن به خورشید ممکن نیست، خیره شدن به مرگ نیز جانکاه است. فرانکل از سوی دیگر، این پرهیز را در بی‌معنایی و خلأ وجودی انسان معاصر ریشه‌یابی می‌کند؛ و لویناس، آن را به مثابه مسئولیت نامتقارن در برابر دیگری، به تأخیر انداختن زخم خویش برای پاسخ به دیگری، توصیف می‌کند. همه‌ی این رویکردها، در نهایت به نقطه‌ای واحد اشاره دارند: روان‌درمانی، تنها دانشی کاربردی یا تکنیکی برای رفع علائم نیست، بلکه دعوتی است برای ورود به ساحتی عمیق‌تر از بودن؛ جایی که خویشتن، در آستانه‌ی دیگری، و در پرتو معنای رنج، باز شناخته می‌شود. انکار این دعوت، نه تنها انکار درد، بلکه چشم‌پوشی از امکانی است برای دگرگونی و رشد، برای باز یافتن معنایی اصیل در دل رنج، و شاید برای نخستین بار، شنیدن پژواک صدای خویش در سکوتی بی‌میانجی.

«روتکو نمی‌خواست دیده شود، می‌خواست حس شوید. روان‌درمانی هم همین است؛ دیدنی نیست، اما حضورش لرزش درون را رقم می‌زند.»

مارک روتکو بارها تأکید کرده بود که نقاشی‌هایش درباره احساسات بنیادین انسانی‌اند: تراژدی، وجد، مرگ، و تنهایی. او به شدت از ایده‌ی «فهمیده شدن» می‌گریخت.

«من به آدم‌هایی علاقه دارم که به سمت نقاشی‌های من گریه می‌کنند... چون من هم دقیقاً همان احساسات را هنگام کشیدن‌شان داشته‌ام.»
درحقیقت، آثار او اتاق درمانی برای تماشاگران‌شان بودند؛ فضای بی‌کلامی که روان را وادار به واکنش و تفسیر می‌کرد.

نقاشی «No. ۶۱ (Rust and Blue)» اثر مارک روتکو یکی از شاخص‌ترین نمونه‌های هنر آبستره اکسپرسیونیستی در نیمه‌ی دوم قرن بیستم است—و در عین حال، تجلی بصری یکی از عمیق‌ترین پرسش‌های هستی‌شناسانه: چگونه رنج، حضور، و معنای انسان را می‌توان بی‌واژه بازنمایی کرد؟



یکی از آخرین نقاشی‌های او، «Untitled (Black on Gray)» از سال ۱۹۶۹–۱۹۷۰ است. این نقاشی با رنگ‌های تیره و خاکستری، حالتی سنگین و تأمل‌برانگیز دارد که برخی معتقدند بازتاب‌دهنده وضعیت روحی روتکو در آن زمان است. این نقاشی به آخرین اثر روتکو پیش از خودکشی منسوب شده است.

مارک روتکو در سال ۱۹۷۰، پس از سال‌ها افسردگی، بیماری جسمی، و شکاف با دنیای بیرون، خود را در استودیویش با تیغ کشت. جراحات‌ها دقیق و کنترل‌شده بودند؛ گویی آخرین نقاشی‌اش را با تیغ بر بدن خویش کشیده است. او در کنار آثارش تنها مُرد.

شرم درمانی

نگاهی نو به درمان شرم

فاطمه اصغری بیرامی

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه الزهرا



تغییر دهد و موارد مثبت را جایگزین آن‌ها کند. البته این نکته حائز اهمیت است که این فرآیند یادگیری با تمرین و تکرار به دست می‌آید.

درمان دیگری که می‌توان نام برد، **درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است** که با نام «ACT» شناخته می‌شود. در این رویکرد، بسیار مهم است که فرد هر آنچه احساس می‌کند را به نوعی بپذیرد و از آن‌ها اجتناب نکند. فرد به همین ترتیب برای خود ارزش‌ها و اهداف سالمی تعیین می‌کند و با اقدامات عملی، شرم خود را مدیریت می‌کند. همچنین، برای درمان شرم می‌توان از رویکرد CFT یا درمان مبتنی بر شفقت بهره برد. فردی که با تکرار و تمرین

می‌آموزد نسبت به خود مهربان‌تر و حامی‌تر رفتار کند، احساس شرم خود را نیز به این صورت کاهش می‌دهد؛ زیرا به پذیرش خود رسیده و با افزایش حس اعتمادی که به خود پیدا می‌کند، می‌تواند با شرم مقابله کند.

در درمان بعدی که **متمرکز بر هیجان (EFT)** است، مراجع از همان مراحل اول به شناسایی احساساتش هدایت

می‌شود تا مدیریت آن‌ها را از این طریق بیاموزد. در این رویکرد نیز فرد از طریق اقدامات عملی و تمرینات جلسات تراپی، احساس شرم خود را کاهش می‌دهد.

رویکرد بعدی، **رابطه درمانی** است. در این روش، فرد داینامیک روابط خود را درک می‌کند و متوجه می‌شود که شرم تا چه حد بر روابط او و میزان صمیمیتش با دیگران اثرگذار بوده است. او روابط مثبت را تقویت می‌کند و چرخه‌های سالم رفتاری را در روابط خود دنبال می‌کند.

یکی از نگرش‌های نسبتاً نو به شرم در روان‌درمانی را می‌توان از طریق **شرم درمانی مبتنی بر آگاهی**

شرم از جمله احساسات پیچیده‌ای است که هر یک از ما بی‌تردید در طول زندگی خود با آن روبه‌رو شده‌ایم. این شرم ممکن است ناشی از عواملی مانند تنبیه در دوران کودکی، تمسخر در دوران مدرسه یا مقایسه شدن با دیگران باشد. به طور کلی، وقتی فرد خود را در برابر انتظاراتی که از او می‌رود ناتوان می‌بیند، شرم یکی از احساساتی است که ممکن است در کنار دیگر هیجاناتش تجربه کند. همان‌طور که به نظر می‌آید، شرم احساسی خوشایند نیست و افراد معمولاً تمام تلاش خود را می‌کنند تا از تجربه آن دوری کنند. اما وقتی شرم به طور مداوم فرد را تحت سلطه خود

درآورد، به مرور عزت نفس او را کاهش می‌دهد و او را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند. اضطراب به این صورت که فرد دیگر به خود و توانایی‌هایش اعتماد ندارد و می‌ترسد با انجام هر کاری با بازخوردی شرم‌آور مواجه شود؛ و افسردگی، که روی دیگر سکه اضطراب است، فرد را به گونه‌ای به سمت تسلیم شدن سوق می‌دهد تا دیگر دست به هیچ اقدامی نزند و دچار خشم نسبت به خود شود؛ خشمی ناشی از این

باور که آن قدر ناتوان و شکننده است که نمی‌تواند فعالیت‌های را به خوبی پیش ببرد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که شرم احساسی عمیق است و اگر به خوبی مدیریت نشود، می‌تواند ضربات مخربی بر روان فرد وارد کند.

شرم در اتاق درمان

روش‌های مختلفی برای درمان شرم وجود دارند. برای مثال، در رویکرد **رفتار درمانی شناختی** یا به اختصار CBT، فرد در مرحله اول افکار آزاردهنده و منفی خود را شناسایی می‌کند و سپس با کمک درمانگر یاد می‌گیرد چگونه این افکار را



پیگیری کرد. این دیدگاه ترکیبی از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و شناخت‌درمانی است که در کاهش شرم تأثیر بسزایی داشته است. فردی که از طریق این رویکرد توانسته به روشی مناسب با احساسات منفی خود روبه‌رو شود، در اصل با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی (مایندفولنس)، بدون قضاوت یا غرق شدن در افکارش، احساسات خود را مشاهده کرده و از طریق شناخت‌درمانی و پذیرش، افکار منفی‌اش را با افکاری واقع‌بینانه جایگزین کرده است.

دکتر پتی اشلی (۲۰۲۰)، که درمانگری متمرکز بر درمان مبتنی بر شرم‌آگاهی است، اعتقاد دارد که ریشه برخی مشکلات دقیقاً از شرم «کافی نبودن» یا «خوب نبودن» سرچشمه می‌گیرد. فرد ممکن است از ترس نشان دادن این احساس «خوب نبودن»، دست به جبران افراطی بزند و از طریق کمال‌گرایی تلاش کند از زیر ذره‌بین قضاوت دیگران فرار کند تا این شرم دیده نشود. بنابراین، آنچه در درمان شرم بسیار مهم به نظر می‌رسد این است که این احساس می‌تواند خود را به صورت دفاع‌های مختلفی نشان دهد و درمانگر نیاز دارد نخ این دفاع‌ها را تا افکار و احساسات عمیق‌تر دنبال کند تا بتواند برنامه درمانی مناسبی ارائه دهد.

با اینکه در این متن سعی شد به درمان‌های مختلف و مؤثر در شرم‌درمانی اشاره شود، فرآیند درمان بسیار عمیق‌تر از دسته‌بندی‌های ارائه‌شده است و نمی‌توان از آن انتظار داشت که به سرعت مشکل درونی ما را حل کند. فرآیند روان‌درمانی مانند کاهش وزن است؛ فرد در طی سال‌ها وزن اضافه کرده و نمی‌تواند انتظار داشته باشد که با دو یا سه بار ورزش کردن به وزن ایده‌آل خود برسد. در درمان نیز ما از کودکی درگیر تعاملات مختلفی با محیط خود بوده‌ایم که هریک از این تعاملات آثار خود را برجای گذاشته‌اند. پس صبر و شکیبایی در درمان، یکی از مؤلفه‌های مهم در بهبودی است.

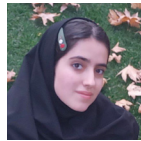
در پایان، اما مهم است بدانیم که شرم نیز مانند دیگر هیجانات، وجودش برای ادامه حیات ما ضروری است و به نوعی، تعیین‌کننده حد و مرزهایی برای عمل کردن به امیالمان محسوب می‌شود. برای اینکه بتوانیم هیجانات خود را به صورتی سالم تجربه کنیم، بهتر است روش‌های مقابله سازگارانه با آن‌ها را بیاموزیم.



معرفی رویکرد درمانی شناختی-رفتاری

Cognitive Behavioral Therapy

یکتا کارگر



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

سامان میرزایی فرد



دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مراجع: همیشه احساس می‌کنم که همکارانم به من احترام نمی‌گذارند و مرا جدی نمی‌گیرند. انگار مانند یک وجود نامرئی در میان آن‌ها می‌چرخم و تنها زمانی مرا می‌بینند که کارم را به درستی انجام ندادم.

درمان‌گر: می‌توانید مثالی بزنید که این احساس را در شما تقویت کرده است؟

مراجع: هفته گذشته در جلسه‌ای ایده‌ای مطرح کردم، اما کسی به آن توجه نکرد.

درمان‌گر: آیا مواقعی بوده که همکارانتان به نظرات شما توجه کرده باشند؟

مراجع: بله، چند بار پیش آمده که پیشنهاداتم را پذیرفته‌اند، اما آن‌ها را نادیده می‌گیرم.

درمان‌گر: به نظر می‌رسد که بیشتر بر مواقعی تمرکز می‌کنید که نظراتتان نادیده گرفته شده است. این می‌تواند نشانه‌ای از سوگیری تأیید باشد، یعنی تمایل به توجه به اطلاعاتی که باورهای منفی‌تان را تأیید می‌کند.

مراجع: شاید حق با شما باشد. من بیشتر مواقعی را به یاد می‌آورم که احساس نادیده گرفته شدن داشتم.

درمان‌گر: چگونه می‌توانید دیدگاه متعادل‌تری داشته باشید که هم تجربیات مثبت و هم منفی را در بر بگیرد؟

مراجع: می‌توانم به خودم یادآوری کنم که همکارانم گاهی به نظراتم توجه می‌کنند و این نشان می‌دهد که برایشان مهم هستم.

در این مکالمه که نمونه‌ای از استفاده از درمان شناختی-رفتاری (CBT) است، مشاهده می‌کنیم که چگونه با یادآوری امری نهفته در واقعیت، فرد می‌تواند بینش خود را تغییر دهد. مانند چیزی که در فیلم «ویل هانتینگ خوب» (Good Will Hunting) می‌بینیم، ویل در ابتدای داستان وجود مفاهیمی مانند معنا، عشق، صداقت و... را از یاد برده است؛ اما درمانگر او، شان مگوایر، با پرسش‌هایی که اغلب به روش گفت‌وگوی سقراطی است، با شرح حوادث زندگی خود که منجر به تخلیه هیجانی ویل هانتینگ می‌شود، مفاهیم و واقعیت‌های از یاد رفته را به ذهن ویل می‌آورد.



در این متن قصد داریم با این رویکرد که تأثیری شگرف بر درمان‌گران امروزی گذاشته، آشنا شویم.

تاریخچه درمان شناختی-رفتاری

در ابتدا به خاستگاه درمان شناختی-رفتاری می‌پردازیم. عناصر بنیادی این رویکرد توسط فیلسوفان سوفسطائی به نام اپیکتتوس، سیکرو و سنکا شناسایی شده بودند. برای مثال، اپیکتتوس معتقد بود آنچه انسان را آشفته می‌سازد، وقوع حوادث نیست، بلکه نظرگاه آنان درباره‌ی حوادث است. همچنین در سنت شرقی و بودائیسیم، شناخت را نیروی اولیه در تعیین رفتار انسان می‌دانستند. زرتشت پیامبر نیز آموزه‌های خود را بر اساس پندار نیک، گفتار نیک و کردار نیک قرار داد. ریشه‌های شناختی در این گفتار دیده می‌شود. بعدها اندیشمندانی مانند کانت، هایدگر، یاسپرس و فرانکل در سده‌های ۱۹ و ۲۰ این نظر را که فرایندهای شناختی خودآگاه نقشی بنیادی در هستی انسان دارند، پروراندند.

در نهایت، آرون تی. بک نخستین کسی بود که به طور کامل در مورد کاربرد مداخله‌های شناختی و رفتاری در اختلال‌های هیجانی نظریه‌ها و روش‌هایی وضع کرد. اگرچه از روان‌کاوی فاصله گرفته بود، اما در ابتدا تحت تأثیر آدلر، هورنای و سالیوان بود. تأکید این روان‌کاوان بر تصاویر مخدوش از خویشستن، مقدمه‌ای را بر پیدایش فرمول‌بندی‌های نظام‌مندتر شناختی-رفتاری در زمینه‌ی اختلال‌های روانی و شخصیت پایه‌گذاری کرد.

فرمول‌بندی‌های اولیه‌ی بک متمرکز بر نقش

پردازش اطلاعات ناسازگار در افسردگی و اضطراب بود. در مقالات اوایل دهه‌ی ۶۰ میلادی، مفهوم شناختی از افسردگی و علائم افسردگی در سه حوزه مرتبط به سبک تفکر منفی خویشتن، جهان (خارج) و آینده مشهود است.

اجزای رفتاری مدل شناختی-رفتاری نیز حاصل فعالیت‌های محققان در دهه‌های ۵۰ و ۶۰ میلادی و همچنین به‌کارگیری انگاره‌های پاولوف، اسکینر و سایر رفتارگرایان تجربی در مسائل بالینی می‌باشد. همچنین جوزف ولپه و هنس ایزنک در بررسی قدرتمندی و ظرفیت مداخله‌های رفتاری از قبیل حساسیت‌زدایی (تماس تدریجی با اشیاء یا موقعیت‌های ترس‌آور) و آرامش‌آموزی پیش‌تاز بودند که از ابتدایی‌ترین مداخلات در حوزه‌ی شناختی-رفتاری به شمار می‌آیند.

مایکن بام و لوین‌سون در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی نظریه‌های شناختی را در رفتار درمانی تلفیق کردند. بک نیز از ابتدای کار درمانی خود به نزدیکی ارتباط شناخت و رفتار معتقد بود. پس از سال‌های ۱۹۶۰، به تدریج تلفیق فرمول‌بندی‌های شناختی و رفتاری روان‌درمانی آغاز شد. به عنوان مثال، د.م. کلارک و بارلو در کارها و آزمایشات خود متوجه شدند آسیمیگی شامل مجموعه‌ای از علائم شناختی (ترس‌های فاجعه‌بار از مشکلات جسمی یا از دست دادن کنترل) و علائم رفتاری (فرار و اجتناب) است.

تعریف درمان CBT

درمان سی‌بی‌تی مبتنی بر دو اصل می‌باشد:

۱. شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان‌ها و رفتارهای ما دارند.
۲. چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های ما دارد.

رفتار درمانی شناختی در حقیقت به معنای تمرکز بر ماهیت واکنش‌ها در موقعیت‌های مختلف، تشویق به خلق الگوهای فکری جدید و مبارزه با تفکرات و کنش‌های مخرب است و کاربرد آن درمان مشکلات روانی رایج می‌باشد. سی‌بی‌تی مبتنی بر تمرکز بر فکر و عمل و احساس و چیره شدن بر مشکلات رفتاری و احساسی است و دارای اصولی واضح و سراسر است و رویکردی معقول و عملی می‌باشد. همچنین این تکنیک درمانی با تأثیرگذاری بالا بوده و تأثیرگذارتر از درمان دارو محور افسردگی و اضطراب است. درمان شناختی-رفتاری به نسبت روان‌درمان‌گری‌های دیگر یا داروها کمتر دچار بازگشت یا لغزش (Relapse) است و این موضوع و نتیجه‌ی مطلوب، وابسته به ابعاد آموزشی CBT است؛ CBT دارای گستره‌ی زیادی از اطلاعات است. این مکتب یکی از مکاتب روان‌درمان‌گری با هدف چیره شدن افراد بر

مشکلات احساسی است.

اکنون شایسته می‌پنداریم که به تعریف برخی اصطلاحات بپردازیم. ابتدا از خود عبارت درمان «شناختی-رفتاری» شروع می‌کنیم: «شناختی» مرتبط با فرایندهای ذهنی مانند رؤیاها، خاطرات، تصاویر، افکار و توجه است. «رفتاری» مرتبط با کنش‌ها و شامل طیف بزرگی از رفتارهای ارادی و غیرارادی مانند تکلم، حل مسئله، و حتی گاز گرفتن زبان است. و در آخر «درمان» رویکردی سازمان‌یافته برای مبارزه با مشکلات، بیماری‌ها و شرایط غیرمتعارف می‌باشد.

«مفهوم کلیدی در سی‌بی‌تی: همان‌گونه که عمل می‌کنید، احساس می‌کنید.»

همچنین سی‌بی‌تی ترکیب ابعاد رفتاری، فلسفی و علمی در یک رویکرد جامع برای فهم و غلبه بر مشکلات روان‌شناختی می‌باشد؛ به تعریف اصطلاحات ادامه می‌دهیم: «علمی شدن»: به معنای آن است که با آزمایشات بسیاری به اثبات رسیده و مراجعان را تشویق می‌کند تا شبیه دانشمندان شوند. مثلاً افکار به عنوان فرضیه‌ها و گمان‌هایی درباره‌ی واقعیت که مورد آزمایش قرار می‌گیرند. «فلسفی شدن»: یعنی کمک به افراد برای پرورش دادن باورهای انعطاف‌پذیر و سازگاری بیشتر با واقعیت.

مشکلات در سی‌بی‌تی تنها معطوف به ذهن نیست و سی‌بی‌تی این مشکلات را درون یک چارچوب/بستر (Context) قرار می‌دهد. زیرا محیط تأثیرگذار است و در صورت تغییر نکردن محیط، ما می‌توانیم چگونگی احساس‌مان را با تغییر روش‌های غیرمفید فکر کردن و رفتار کردن تغییر دهیم. بدیهی است که محیط شامل افراد نیز است. «فعال شدن»: تغییر رفتار به وسیله‌ی تغییر فکر و احساس مانند مواجهه‌ی مرحله به مرحله با ترس در صورت اضطراب است.

سی‌بی‌تی به افراد ابزاری برای پرورش راهکاری متمرکز داده و چگونگی تأثیر افکار آن‌ها بر احساساتشان را نشان می‌دهد (مثال: اگر کسی شما را عصبانی کرده، او تنها عامل عصبانی شدن شما نبوده، بلکه شما درکی از اتفاق دارید و خودتان نیز باعث عصبانی شدن خود شده‌اید). همچنین روش فکر و احساس شما تحت تأثیر عمل‌کردتان نیز می‌باشد (مثال: شدت افسردگی می‌تواند نتیجه‌ی گوشه‌گیری و منزوی کردن خود باشد).

تخلیه هیجانی

تخلیه هیجانی (Emotional Catharsis) در چارچوب درمان شناختی-رفتاری (CBT) به فرایندی اطلاق می‌شود که در آن فرد هیجانات سرکوب‌شده یا مهارنشده‌ی خود را به شیوه‌ای ایمن و سازگارانه بروز می‌دهد. این مفهوم ریشه در نظریه‌های

روان‌کاوی دارد، اما در CBT به شکل علمی‌تری بررسی و به کار گرفته می‌شود.

۱. نقش تخلیه‌ی هیجانی در CBT: در CBT، هیجانات نه تنها محصول افکار و شناخت‌ها هستند، بلکه بر فرایندهای شناختی نیز تأثیر می‌گذارند. بنابراین، تخلیه‌ی هیجانی می‌تواند به کاهش تنش روانی، افزایش آگاهی هیجانی و تنظیم مؤثر هیجانات کمک کند.

۲. سازوکارهای علمی تخلیه‌ی هیجانی در CBT: در CBT، تخلیه‌ی هیجانی معمولاً از طریق روش‌های زیر انجام می‌شود:

الف) مواجهه‌ی تدریجی (Gradual Exposure): در درمان اضطراب و PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)، فرد به‌طور تدریجی با محرک‌های استرس‌زا مواجه می‌شود و این کار به کاهش حساسیت هیجانی منجر می‌شود. این فرایند باعث فعال شدن سیستم پردازش هیجانی در مغز (مانند بادامه (Amygdala)) و ایجاد عادت به محرک‌ها می‌شود.

ب) بازسازی شناختی (Cognitive Restructuring): در این روش، هیجانات منفی (مانند خشم یا غم) از طریق شناسایی و تغییر الگوهای فکری ناکارآمد پردازش و تعدیل می‌شوند. نظریه‌ی ارزیابی شناختی نشان می‌دهد که هیجانات تا حد زیادی به نحوه‌ی تفسیر ما از موقعیت‌ها بستگی دارند. ج) نوشتار درمانی (Expressive Writing): تحقیقات نشان داده‌اند که نوشتن درباره‌ی احساسات و تجربیات دشوار می‌تواند فعالیت سیستم لیمبیک (Limbic System) را کاهش داده و منجر به کاهش استرس شود. این روش در تنظیم هیجانی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر است.

د) تکنیک‌های رفتار درمانی (Behavioral Techniques): تخلیه‌ی هیجانی می‌تواند از طریق تمرین‌های رفتاری مانند ایفای نقش (Role-Playing)، تمرین جرأت‌ورزی (Assertiveness Training) و تکنیک‌های آرام‌سازی (Relaxation Techniques) تسهیل شود.

۳. تخلیه‌ی هیجانی و تنظیم هیجان: در CBT، تأکید اصلی بر تنظیم هیجان (Emotion Regulation) است، نه صرفاً تخلیه‌ی آن. تخلیه‌ی هیجانی باید به شیوه‌ای سازگارانه صورت گیرد، در غیر این صورت می‌تواند منجر به تقویت پاسخ‌های منفی (مثلاً افزایش خشم) شود. ۴. تأثیرات نوروبیولوژیک تخلیه‌ی هیجانی: مطالعات تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که فرایندهای مربوط به تخلیه‌ی هیجانی با فعال‌سازی نواحی خاصی از مغز مرتبط هستند.

■ بادامه: پردازش اولیه‌ی هیجانات قشر جلوی پیشانی (PFC = Pre Frontal Cortex): تنظیم شناختی هیجانات

■ هیپوکامپ (Hippocampus): پردازش خاطرات

هیجانی نتیجه آن که تخلیه‌ی هیجانی در CBT ابزاری مفید برای کاهش فشار روانی و پردازش هیجانات است، اما تنها در صورتی که به درستی هدایت شود.

رویکردهای شناختی-رفتاری از تخلیه‌ی هیجانی به عنوان بخشی از فرایند تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند تا افراد بتوانند پاسخ‌های سازگارانه‌تری به چالش‌های زندگی داشته باشند.

می‌توان ABC را در سی بی تی آموخت و مشکلات را به بخش‌های ذیل تقسیم کرد:

- A = Activating Event: به معنای پیش‌بینی واقعیت و وقایع بیرونی
- B = Belief: شامل افکار، قوانین شخصی، توقعات و معنا بخشی به وقایع درونی و بیرونی است
- C = Consequence: شامل احساسات، رفتارها و حس‌های جسمی که احساسات متفاوت را همراهی می‌کنند، می‌باشد. و فایده‌ی این ABC، تمایز میان احساس، رفتار و واقعیه فعال‌ساز می‌باشد.

از نظر کروین، پالمر، و رادل (۲۰۰۰)، معرفی CBT، راهنمایی برای تفکر مثبت بوده ولی تا حدودی در این زمینه از مسیر خود منحرف شده است.

ویژگی‌های سی بی تی

۱. سبک درمانی: متخصصان، فعال‌اند و نوع گوش دادنشان فراتر از حتی گوش دادن فعالانه می‌باشد.

۲. طرح‌ریزی روان‌شناختی مشکل: طرح‌ریزی روان‌شناختی، تصویری روشن در مورد چرایی مشکل شخص ارائه می‌دهد. طرح‌ریزی‌ها از نظر تشخیص بیماری، دارای تفاوت‌هایی هستند. طرح‌ریزی روان‌شناختی (Psychological Formulation) در رفتار درمانی شناختی (CBT) فرایند پیچیده‌ای است که به دلیل چندین عامل چالش‌برانگیز می‌شود:

الف) چندبعدی بودن مشکلات روان‌شناختی: بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، مانند اضطراب و افسردگی، به دلایل مختلفی مانند عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد می‌شوند. ترکیب این عوامل و درک تعامل آن‌ها دشوار است.

ب) تفاوت‌های فردی: فرد تجربه منحصربه‌فردی از مشکل خود دارد. دو فرد با افسردگی ممکن است دلایل، افکار و واکنش‌های هیجانی کاملاً متفاوتی داشته باشند، که این امر کار را برای ایجاد یک فرمول بندی دقیق و کاربردی سخت می‌کند.

پ) خطاهای شناختی و تحریفات فکری: افراد معمولاً دارای تحریفات شناختی (مانند تفکر دوقطبی، تعمیم افراطی، و استنتاج دلخواه)

هستند که ممکن است تصویر دقیقی از مشکل خود ارائه ندهند. این امر، کشف و شفاف‌سازی الگوهای فکری آن‌ها را دشوار می‌کند.

ت) دشواری در شناسایی باورهای زیربنایی: در CBT، یکی از اهداف شناسایی باورهای اصلی و طرح‌واره‌های منفی است که مشکلات را تقویت می‌کنند. اما این باورها معمولاً ناخودآگاه و عمیقاً ریشه‌دار هستند، بنابراین دستیابی به آن‌ها نیاز به زمان و مهارت دارد.

ث) مقاومت درمان‌جو: برخی افراد ممکن است در برابر بررسی و تغییر افکار و باورهایشان مقاومت کنند. این امر می‌تواند شفاف‌سازی و اصلاح فرمول‌بندی روان‌شناختی را دشوار کند.

ج) عوامل محیطی و تغییرات موقعیتی: فرمول‌بندی روان‌شناختی نباید ایستا باشد، زیرا شرایط زندگی افراد دائماً در حال تغییر است. یک فرمول‌بندی که در ابتدا دقیق به نظر می‌رسد، ممکن است در شرایط جدید نیاز به بازبینی داشته باشد.

۳. روابط بیمار و درمان‌گر: بیمار و درمان‌گر برای ارائه‌ی یک طرح یا فرمول و استفاده از فرایندهای ارزیابی توسط درمان‌گر همکاری می‌کنند تا درمان‌گر بتواند تصویری از مشکلات بیمار به دست آورد. این فرایند مانند اکتشاف یک سرزمین ناشناخته در یک سفر دریایی است.

۴. ساختار جلسات درمانی و روش درمان: آغاز جلسه، از صورت جلسه استفاده می‌شود و با بیمار در روند آماده‌سازی آن مشورت می‌شود. از حداقل زمان ممکن بهره‌برده و انجام مرور در بخش‌های مختلف جلسه صورت می‌گیرد. همچنین به بیمار فرصت برای واکنش رسمی به درمان یا منصرف شدن از آن داده می‌شود. در CBT فرض همیشه بر این است که درمان در نقطه‌ای به پایان می‌رسد که بتواند بخشی از نیازهای مراجع را رفع کند.

۵. مشخص کردن هدفی برای درمان: علی‌رغم امکان تغییر اهداف درمان توسط مراجع و درمان‌گر در طول درمان، اهدافی مشخص می‌شوند. هرچه اهداف مشخص‌شده دقیق‌تر باشند (موقعیت‌ها و کمیت و کیفیت اهداف روشن‌تر باشند)، مفیدتر است.

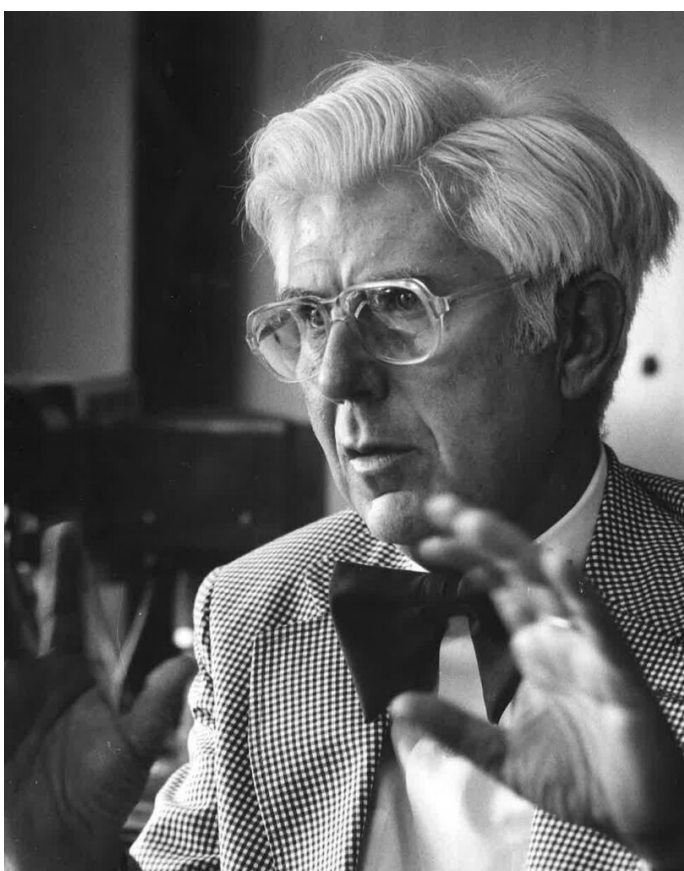
۶. پرسش و بررسی در مورد تفکرات غیرسودمند: پایه و اساس CBT است. «هنگام مطرح شدن CBT، فرد تمایل دارد به چه چیزی فکر کند؟» در CBT از پرسش‌هایی استفاده می‌شود که به بیمار کمک می‌کند فرایند فکری خود را بررسی کرده و ارزیابی مشخصی درباره‌ی کارکرد درمان خود داشته باشد.

۷. دوره‌ی درمان بستگی به طرح‌ریزی انجام‌شده دارد و نسبتاً این طرح‌ریزی متغیر است. همچنین بایستی از اهداف و تکنیک‌های مشخص بهره‌برد. در رفتار درمانی شناختی (CBT) از

پرسش‌نامه‌ها و تکنیک‌های خاصی برای ارزیابی، تشخیص و پیگیری درمان استفاده می‌شود. این ابزارها به درمان‌گر کمک می‌کنند تا افکار خودکار، باورهای اصلی، احساسات و رفتارهای ناسازگارانه را شناسایی کند.

الف) پرسش‌نامه‌های رایج در CBT: این پرسش‌نامه‌ها معمولاً در ابتدا، حین و پایان درمان استفاده می‌شوند:

۱. برای ارزیابی افسردگی و اضطراب:
 - ۵ مقیاس افسردگی بک (BDI-II) برای بررسی شدت افسردگی استفاده می‌شود.
 - ۵ مقیاس اضطراب بک (BAI) برای ارزیابی علائم اضطراب استفاده می‌گردد.
 - ۵ پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر (STAI) تمایز بین اضطراب گذرا و اضطراب پایدار را مشخص می‌سازد.
 - ۵ مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS) شدت اضطراب اجتماعی را بررسی می‌کند.
۲. ارزیابی افکار و باورهای شناختی:
 - ۵ پرسش‌نامه باورهای ناسازگارانه (Dysfunctional Attitude Scale - DAS) باورهای منفی درباره‌ی خود، دنیا و آینده را شناسایی می‌کند.
 - ۵ پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ



شناخت درمانی به دنبال کاهش استرس‌های روان‌شناختی با اصلاح تصورات معیوب و نشانه‌های خود است. با اصلاح باورهای نادرست می‌توانیم واکنش‌های اضافی را کاهش دهیم.

- آرون تی. بک

(YSQ) طرح‌واره‌های زیربنایی شکل‌گرفته در کودکی را ارزیابی می‌کند.

۰ پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای (COPE) نحوه مقابله فرد با استرس را بررسی می‌کند.

۳. ارزیابی نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی:

۰ مقیاس نشخوار فکری (RRS – Ruminative Response Scale) برای ارزیابی میزان نشخوار فکری به‌کار می‌رود.

۰ مقیاس فاجعه‌سازی (CAT) میزان گرایش به بدترین تفسیر ممکن از یک موقعیت را می‌سنجد.

ب) تکنیک‌های کلیدی در CBT: این تکنیک‌ها برای تغییر افکار منفی، اصلاح رفتارها و بهبود هیجانات استفاده می‌شوند:

یک: تکنیک‌های شناختی:

۱. ثبت افکار منفی (Thought Record): شناسایی و اصلاح افکار خودکار منفی با استفاده از ستون‌هایی برای نوشتن موقعیت، احساسات، افکار خودکار، شواهد موافق و مخالف، و جایگزین منطقی

۲. آزمون شواهد (Evidence Testing): بررسی واقعی بودن یک باور از طریق جستجوی شواهد واقعی و غیرواقعی

۳. تکنیک «بدترین اتفاقی که ممکن است بیفتد چیست؟»: کمک به درمان‌جو برای بررسی و کاهش فاجعه‌سازی ذهنی

۴. بازسازی شناختی (Cognitive Restructuring): شناسایی و جایگزینی باورهای ناسالم با باورهای منطقی‌تر

دو: تکنیک‌های رفتاری:

۱. فعال‌سازی رفتاری (Behavioral Activation): برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش برای کاهش اجتناب و بی‌حوصلگی در افسردگی

۲. قرار گرفتن در موقعیت (Exposure Therapy): مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ترسناک برای کاهش اضطراب و فوبیا

۳. آزمایش رفتاری (Behavioral Experiment): امتحان کردن یک رفتار جدید و بررسی نتایج واقعی آن در مقابل باورهای منفی

۴. تمرین حل مسئله (Problem-Solving Training): یادگیری تکنیک‌هایی برای مقابله مؤثر با مشکلات زندگی

سه: تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش

۱. تمرین توقف فکر (Thought Stopping):

کاهش نشخوار ذهنی با استفاده از یک کلمه یا حرکت خاص برای متوقف کردن افکار منفی

۲. ذهن‌آگاهی (Mindfulness): افزایش آگاهی از لحظه حال برای کاهش استرس و اضطراب

۳. تمرین پذیرش و تعهد (ACT – Acceptance and Commitment Therapy): کمک به فرد برای

پذیرش افکار و احساسات، بدون اجتناب از آنها

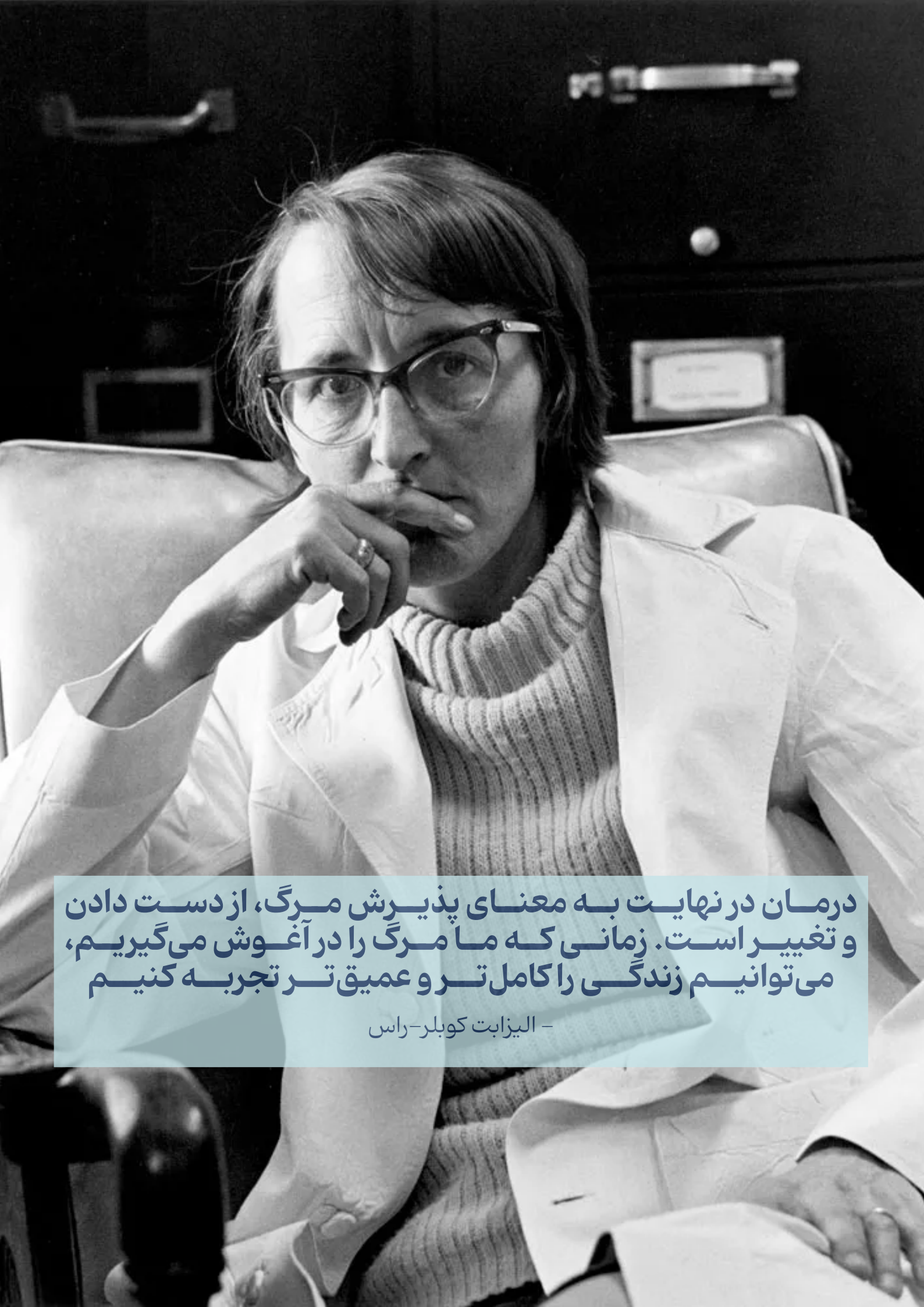
۴. همچنین می‌توان به بیمار برای تبدیل شدن به درمان‌گر خود آموزش‌هایی ارائه کرد؛ البته بستگی به خود بیمار و پذیرش او و بینش نسبت به بیماری خود و درمان آن دارد. نیاز به خاطر نشان نیست که باید به بیمار برای بیان نظریات خود اختیار تام داد تا بواسطه‌ی آن، یادآوری نقش اساسی آن‌ها در درمان بیماری‌اش صورت پذیرد. میزان دیدار با درمان‌گر از منظر این دیدگاه، یک ساعت در هفته یا یک ساعت در هر دو هفته می‌باشد؛ نه بیشتر.

۵. استفاده از تکالیف بین جلسات درمانی الزامی می‌باشد. انجام تکالیف خصوصاً برای جلساتی که بازه‌ی آنها یک ساعت در دو هفته است اهمیت دارد. اگر تکالیف برای بهبود و ایجاد تغییر در بیمار باشند، روشی مفید است. به عنوان مثال: تهیه‌ی لیست از ثبت افکار، پیاده‌روی به انتهای یک باغ هر روز و... به خاطر داشته باشید که لفظ تکلیف می‌تواند آزارنده و سخت‌گیرانه باشد، بنابراین بهتر است از الفاظی مانند وظایف، یا فعالیت‌های میان جلسات درمانی استفاده گردند.

۶. یکی از تکنیک‌ها، کاهش مدت زمان است. در این روش درمان را در مدت زمان مشخصی به پایان می‌رسانیم و هدف از آن تربیت بیمار به عنوان درمان‌گر خود است. این هدف نیاز به مرورهای مکرر و منظم دارد.

۷. دیگر تکنیک بهره‌وری از جلسات ضبط صدا می‌باشد. این روش بیشتر برای تربیت درمانگرهای جدید و یا گوش دادن خود مراجع به جلسات درمانی خود است. اما توسط همه استفاده نشده و توصیه نمی‌شود.

در پایان می‌توان گفت درمان CBT فارغ از کمبودها و محدودیت‌هایش، درمانی کاربردی، گسترده و کل‌نگر است که به درمان‌جو کمک می‌کند با اختلالات خود، خصوصاً افسردگی و اضطراب، واقع‌گرایانه و عمل‌گرایانه مقابله کند. CBT برای درمان مراجع و بهبود او هدف‌گذاری می‌کند و تعیین مقصد برای درمان، به تبع، مسیری مشخص و اقدامات روشنی را به همراه دارد که به زیست روانی فرد پویایی می‌بخشد. اما پرسش باقی برای دنیای درمان این است: آیا CBT کافی است؟ و یا طبق طبیعت و معمول جهان علم، موج سوم و چهارم روان‌درمانی پایان راه نخواهند بود و ادامه خواهند داشت...



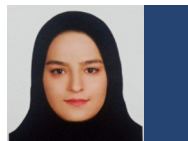
درمان در نهایت به معنای پذیرش مرگ، از دست دادن و تغییر است. زمانی که ما مرگ را در آغوش می‌گیریم، می‌توانیم زندگی را کامل‌تر و عمیق‌تر تجربه کنیم

– الیزابت کوبلر-راس

اتاقِ درمان

حانیه اسعدی نژاد

کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران



در اتاق درمان، دو بیمار حضور دارند؛ تنها می‌توانیم امیدوار باشیم که آن‌که کمتر بیمار است، بر صندلی درمانگر نشسته باشد.

—اروین یالوم

ارتباط درمانی

یکی از اصول اساسی در تأثیرگذاری جلسات روان‌درمانی، اصل «رابطه درمانی» یا «اتحاد درمانی» است. رابطه‌ی درمانی به ارتباط میان روان‌شناس و مراجع اشاره دارد. هرچه این ارتباط سالم‌تر و عمیق‌تر باشد، جلسات روان‌درمانی تأثیر بیشتری خواهد داشت. از ویژگی‌های رابطه‌ی میان مشاور و مراجع می‌توان به همدلی، اصالت، پذیرش، عدم قضاوت و رازداری اشاره کرد. اتاق درمان باید فضایی سرشار از آرامش و انتقال حس خوب به هر دو طرف باشد؛ جایی که بتوان مشکلات و گره‌های زندگی را با دستان یکدیگر گشود. اما اگر در این فضای خاص و چارچوب‌مند، مراجع به روان‌شناس وابستگی پیدا کند یا روان‌شناس به مراجع ابراز علاقه نشان دهد، این موضوع از نظر اخلاقی باید مورد بررسی قرار گیرد. روان‌شناس با رعایت اخلاق حرفه‌ای، رابطه‌ای امن ایجاد می‌کند تا نیازهای برآورده‌نشده مراجع به‌صورت عشق به روان‌شناس بروز پیدا نکند. ریشه‌ی این رابطه باید آن‌قدر استوار و تنومند باشد که بتوان بدون قضاوت، مسائل را ریشه‌یابی کرد. اما این تمام ماجرا نیست...

رابطه‌ی روان‌شناس و مراجع مانند قدم نهادن در مسیر کوهنوردی است که هر دو باید آن را طی کنند. برای رسیدن به قله، باید از سربالایی‌ها و سنگ‌های پیش رو عبور کرد. هرچند این مسیر دشوار است و هرکسی توان پیمودن آن را ندارد، اما کسانی که به قله می‌رسند، پای در جهانی شاد می‌گذارند و می‌توانند در آرامش به زندگی خود ادامه دهند. همچنین، در جریان درمان، احساسات، افکار و رفتارهای فرد آشکار می‌شود. ارتباط درمانی یکی از مهم‌ترین ابزارهایی است که به درمانگر کمک می‌کند تا از طریق ارتباط کلامی

و غیرکلامی، بیمار را بهتر بشناسد و مراجع را تشویق کند تا احساسات و ایده‌های خود را آزادانه بیان کند. در این فضا، مراجع باور دارد که شنیده می‌شود، درک می‌شود و دریچه‌ای به امن‌ترین نقطه زندگی‌اش گشوده شده است.

با این حال، باید تأکید کرد که مراجع تنها زمانی وارد رابطه درمانی می‌شود که این ارتباط به‌درستی شکل گرفته و مهارت‌های درمانی به‌صورت مؤثر به کار گرفته شده باشد. این همان حرفه‌ای‌گری در امر درمان و اجزای ارتباط درمانی است که روان‌شناس، در عین صمیمیت و دوستی با مراجع، حریم مشخصی قائل می‌شود تا از مرزهای اخلاقی عبور نکند و در نهایت، رابطه‌ای سالم شکل گیرد.

مراحل ارتباط درمانی

- ساختن رابطه
- گوش دادن فعال
- اعتباربخشی و همدلی
- شفاف‌سازی و تأمل
- حل مسئله و هدف‌گذاری
- خاتمه دادن و پیگیری

مزایای ارتباط درمانی

- افزایش رضایت بیمار
- افزایش پایبندی به درمان
- تقویت اعتماد و ارتباط

با توجه به آنچه گفته شد، ارتباط درمانی یکی از مؤلفه‌های اصلی جلسات مشاوره است. شناخت و به‌کارگیری این نوع درمان در بخش‌های مختلف سیستم درمانی—مراقبتی می‌تواند نتایج درمانی را به‌طور چشمگیری ارتقا دهد و جلسات را به تجربه‌ای مثبت برای بیمار تبدیل کند.

چالش‌های اتاق درمان

یکی از موضوعاتی که ذهن درمانگر را به خود مشغول می‌کند، چالش‌های اتاق درمان است. از آنجا که مراجع در این فضا عمیق‌ترین و

کند و با تحلیل، بررسی و مراقبت، تجربه متفاوتی از ارتباط برای او رقم بزند. این انتقال ممکن است به صورت خشم یا درخواست‌های غیرمعمول از درمانگر در اتاق درمان بروز کند.

از سوی دیگر، «انتقال متقابل» از چالش‌ها و دغدغه‌های ذهنی درمانگر سرچشمه می‌گیرد و زمانی به مشکلی در اتاق درمان تبدیل می‌شود که درمانگر نتواند آن را کنترل کند و این موضوع به روند درمان یا مراجع آسیب برساند. به همین دلیل، یکی از مهم‌ترین اقداماتی که درمانگر در مسیر حرفه‌ای خود باید انجام دهد، دریافت درمان و تحلیل شدن توسط درمانگری دیگر است. این فرایند به درمانگر کمک می‌کند تا با چالش‌های ذهنی و دغدغه‌های خود آشنا شود و از آسیب به روند درمان جلوگیری کند.

سکوت

سکوت نیز یکی از ابزارهای درمانی است که درمانگر از طریق آن می‌تواند با ناخودآگاه مراجع ارتباط برقرار کند. اما گاهی این سکوت به چالشی در اتاق درمان تبدیل می‌شود. هنگامی که مراجع به هر دلیلی تمایلی به ادامه درمان یا ارتباط با درمانگر نداشته باشد، ممکن است سکوت را انتخاب کند. او با این سکوت، در واقع با درمانگر سخن می‌گوید و نیازهای خود را در روند درمان به او نشان می‌دهد. در این مرحله، بهتر است درمانگر با مراجع همراه شود و در این مسیر از او مراقبت کند.

در نهایت، رابطه درمانی اساس و بنیاد موفقیت در روان درمانی است. این ارتباط، که بر اساس اصولی همچون همدلی، اصالت و رازداری استوار است، نه تنها به مراجع کمک می‌کند تا احساسات و مشکلات خود را بیان کند، بلکه درمانگر را قادر می‌سازد تا فرایند درمان را به طور مؤثر پیش ببرد. با این حال، چالش‌هایی همچون مقاومت، انتقال و انتقال متقابل، و سکوت در اتاق درمان وجود دارد که نیازمند دقت و مهارت درمانگر برای مدیریت آن‌ها است. این چالش‌ها هرچند می‌توانند مانع‌هایی در مسیر درمان باشند، اما در صورت مدیریت صحیح، می‌توانند به فرصتی برای رشد و تحول بیشتر مراجع تبدیل شوند. هدف اصلی روان درمانگر ایجاد فضایی امن و حمایتی است که در آن مراجع به طور کامل درک شود و درمانگر بتواند بهترین ابزارهای درمانی را برای رسیدن به بهبودی به کارگیرد.



دست‌نیافتنی‌ترین احساسات خود را در سطح روانش تجربه می‌کند، این احساسات نیازمند بررسی و تحلیل دقیق از سوی درمانگر است. یکی از شایع‌ترین مسائلی که درمانگر در اتاق درمان با آن مواجه می‌شود، «مقاومت» مراجع است. مراجع اغلب از مقاومت خود برای تغییر آگاه نیست و این فرایند کاملاً در ناخودآگاه او رخ می‌دهد.

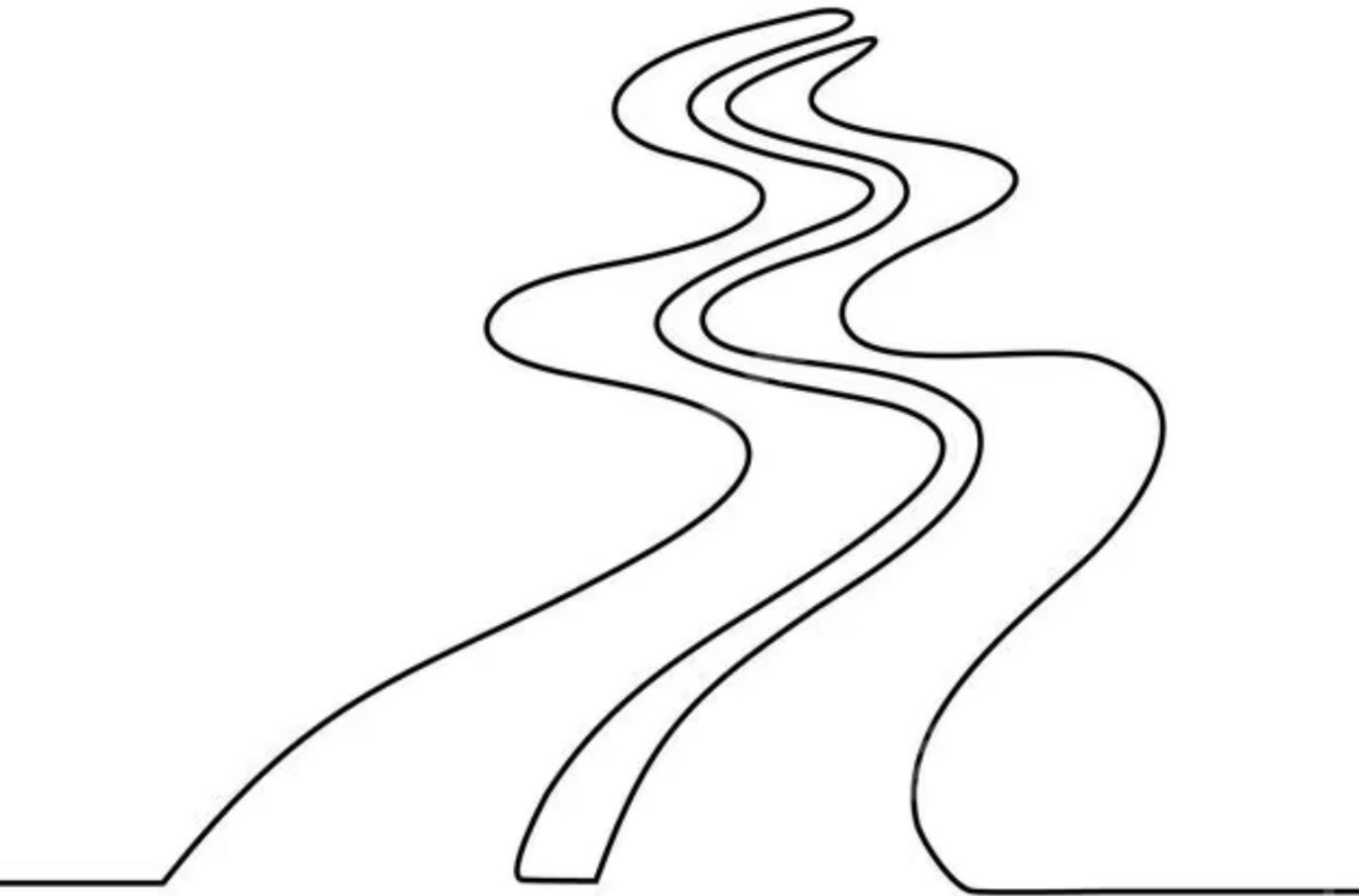
در این شرایط، درمانگر با طی کردن مسیری مشخص، دفاع‌های مراجع را به سطح خودآگاه می‌آورد. این فرایند فرصتی برای مراجع فراهم می‌کند تا با مکانیزم‌های دفاعی و کارکرد ناخودآگاه خود روبه‌رو شود و آن‌ها را بهتر بشناسد. اما از آنجا که این دفاع‌ها ممکن است در زندگی برخی مراجعان نقش مثبتی ایفا کرده و ابزاری برای رسیدن به اهدافشان بوده باشد، پذیرش و تغییر آن‌ها آسان نیست. به همین دلیل، درمانگر ممکن است زمان زیادی را صرف شناخت و تحلیل این دفاع‌ها کند تا مراجع بتواند پیشرفت کند.

انتقال و انتقال متقابل

دو مفهوم کلیدی که مراجع و درمانگر در فرایند روان درمانی باید به آن توجه کنند، «انتقال» و «انتقال متقابل» است. مراجع تمام تجربه‌هایی را که از دوران کودکی خود زیست کرده، به اتاق درمان می‌آورد. انتقال زمانی رخ می‌دهد که او احساسات و تجربه‌های کودکی‌اش را در رابطه با درمانگر نیز تجربه کند و به نوعی همان ارتباطی را که با مراقبان اولیه خود داشته، در اتاق درمان بازسازی کند. در این موقعیت، درمانگر با هوشمندی خود فضایی ایجاد می‌کند که مراجع بتواند این احساسات و تجربه‌ها را دوباره تجربه

The good life is a process,
not a state of being. It is a
direction, not a destination.

– Carl Rogers





زندگی خوب، یک فرایند
است؛ نه یک وضعیت.
یک جهت است، نه یک مقصد.

– کارل راجرز

منابع

- Symington, N. (۲۰۰۳). How to choose a psychotherapist (M. Alinaghi, Trans.). Tehran: Binesh No.
- Wachtel, P. (۱۹۹۳). Therapeutic communication: Knowing what to say when. The Guilford Press.
- Gelso, C. J. (۲۰۱۱). The real relationship in psychotherapy. American Psychological Association.

کسی هست که هر هفته منتظر من است: یک تجربه‌ی شخصی

- Clients' Reasons for Dropping Out of Therapy: A Qualitative Study
<https://doi.org/10.1002/capr.12882>
- Clients' Preferences for Their Therapists' Relational Styles in Psychotherapy: A Consensual Qualitative Research Study
<https://doi.org/10.1002/capr.12887>

مرز میان درک و پیش‌داوری: برچسب‌زدن در اتاق درمان

- یالوم، ا. د. (۱۳۹۳). هنر درمان (م. قاسم‌زاده، مترجم). نشر نی. (اثر اصلی منتشر شده در ۲۰۰۲)

نادرشاه: هراسِ بودن

- Lettres privées de Charles de Gaulle «نامه‌های دوگل به آندره مالرو» (Éditions Gallimard, ۱۹۹۶)
- آرشیو ملی فرانسه (Archives Nationales de France) دوگل: آخرین سال‌ها «اثراریک رولو»
- «خاطرات جنگ» (شارل دوگل، انتشارات Plon).
- «نامه‌های خصوصی شارل دوگل» (فیلیپ دوگل، انتشارات Plon, ۱۹۸۰).
- «دوگل: زندگی یک اسطوره» (ژان لاکوتور، انتشارات Seuil, ۱۹۹۸).

سکوت در اتاق درمان

متن ترجمه از سایت:

- balancepsychotherapy.ie/the-power-of-silence-in-therapy

شفا در هزارتوی رنگ و نور: وقتی اتاق درمان، درمانگر می‌شود...

- Liu, W., Ji, J., Chen, H., & Ye, C. (۲۰۱۴). Optimal Color Design of Psychological Counseling Room by Design of Experiments and Response Surface Methodology. *PLOS ONE*, ۳(۹), e۹۰۶۴۶. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.00۹۰۶۴۶>
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C., & Ikenna, E. S. (۲۰۱۶). The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, ۱۸۸-۱۷۴, ۲۴. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.008>

ایگو در برابر خویشتن: پدیده‌ی خودکشی

- سخنرانی دکتر گوهر همایون‌پور در انستیتو روان‌پزشکی تهران

گذار به درمان از راه دور: تجربیات درمانگران متمرکز بر هیجان

- Edwards, C., Wittenborn, A. K., Morgan, P., Pratt, F., & Heiden_Rootes, K. (۲۰۲۵). The transition to Teletherapy: Experiences of emotionally focused therapists. Family Process, ۱(۶۴), e۱۳۰۶۸.

چرا روان‌درمانی نمی‌روم؟: مقاومت روان در برابر دگرگونی

- Frankl, V. E. (۱۹۴۶). (Original work published ۱۹۴۶). تهران: درسا. (۲۰۰۶, Trans.). انسان در جست‌وجوی معنا (م. بازرگان).
- Kleinman, A. (۱۹۸۸). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. Basic Books.
- La Roche, M., & Maxie, A. (۲۰۰۳). Ten considerations in addressing cultural differences in psychotherapy. Professional Psychology: Research and Practice, ۱۸۶-۱۸۰, (۲)۳۴. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.2.186>
- May, R. (۱۹۶۹). (Original work published ۱۹۶۹). تهران: مروارید. (۲۰۱۱, Trans.). عشق و اراده (ا. سپانلو).
- Sue, D. W., & Sue, D. (۲۰۱۶). Counseling the culturally diverse: Theory and practice (۷th ed.). Wiley.
- Yalom, I. D. (۲۰۰۸). (Original work published ۲۰۰۸). تهران: نشر نو. (۲۰۱۳, Trans.). خیره به خورشید: غلبه بر هراس از مرگ (م. قائد).
- Yalom, I. D. (۱۹۸۰). (Original work published ۱۹۸۰). تهران: نشر نی. (۲۰۱۸, Trans.). روان‌درمانی اگزیستانسیال (س. شهیدی).

شرم‌درمانی: نگاهی نو به درمان شرم

- Goldberg, D. P., & Williams, P. (۲۰۲۳). *Clinical effectiveness and cost-effectiveness of supported mindfulness-based cognitive therapy self-help compared with supported cognitive behavioral therapy self-help for adults experiencing depression: The low-intensity guided help through mindfulness (LIGHTMind) randomized clinical trial*. *Journal of Clinical Psychiatry*, ۵۸-۴۵, (۱)۸۴. <https://doi.org/10.1176/j.jad.2023.37.01.58-45>
- Smith, J., & Brown, L. (۲۰۲۲). *The effect of mindfulness-based programs on cognitive function in adults: A systematic review and meta-analysis*. *Mindfulness Research and Practice*, ۲۵۰-۲۳۴, (۳)۱۰. <https://doi.org/10.1007/s3-190-022-12671>
- Kim, H., & Lee, S. (۲۰۲۴). *Differentiating mindfulness-integrated cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy clinically: The why, how, and what of evidence-based practice*. *Clinical Psychology Review*, ۱۱۵-۱۰۱, ۷۰. <https://doi.org/10.1176/j.cpr.2024.20.4>
- Ashley, P. (۲۰۲۰). *Shame-Informed Therapy: Treatment Strategies to Overcome Core Shame and Reconstruct the Authentic Self*. PESI Publishing

معرفی رویکرد درمانی شناختی-رفتاری: Cognitive Behavioral Therapy

- رایت، جسی ه. و بسکو، مونیکا ر. و تیز، مایکل ای. (۲۰۰۶). آموزش درمان شناختی-رفتاری. ترجمه‌ی حبیب‌الله قاسم‌زاده، حسن حمیدپور (۱۳۹۰). انتشارات ارجمند.
- ویلسون، راب و برنج، رنا. (۱۳۹۲). درمان رفتاری شناختی به زبان ساده. ترجمه‌ی زهره خسروی، سمیه رضایی (۱۳۹۳). انتشارات نسل فردا.
- Simmons, Jane & Griffiths, Rachel. (۲۰۰۹). CBT for Beginners. Sage Publications.

چون عزم کنی ز جهل برکن بی رنج نروید آنچه باید



انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی
موفق شد در چهاردهمین دوره جشنواره دانشجویی
حرکت در بخش‌های زیر برگزیده شود:

- مقام برگزیده حوزه انجمن برتر دانشگاه فردوسی
- مقام برگزیده در بخش نشریه دانشگاه فردوسی (نشریه سَهش)
- مقام برگزیده حوزه پژوهشی
- مقام شایسته تقدیر حوزه رویداد علمی



این موفقیت حاصل ماه‌ها تلاش، همت و استواری در برابر مشکلات موجود توسط اعضای انجمن علمی روان‌شناسی است. سپاس ویژه از استاد مشاور انجمن، دکتر سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی که همواره با حمایت‌های ارزشمندشان مسیر را برای ما هموار کردند.



اعضای فصل‌نامه سَهش در چهاردهمین دوره انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد:

مدیر مسئول: سیددانیال شالفروشان
سردبیر: علی دستورانی

اعضای چهاردهمین دوره انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد:

مهناز یوسفی
سیددانیال شالفروشان
الهه شایان‌مهر
ملیکا مقدم ذکاوتی
یاسمن قدوسی
محمد یاسین طاهری
فاطمه یوسف‌زاده
مجتبی احمدیان

این موفقیت آغازی است برای امید به آینده‌ای پربارتر در مسیر دانش و آگاهی.





اخبار و اعلان های خانه نشریات

آرشیو کامل نشریات دانشجویی

نحوه دریافت حمایت مالی



نحوه درخواست مجوز نشریه



نحوه شرکت در جشنواره نشریات



نحوه ثبت آرشیو نشریه

اسناد و آئین نامه ها



اطلاعات کامل در خصوص کمیته ناظر بر نشریات

دستور العمل نشریات دانشگاهی

ایست نشریات فعال

sanad.um.ac.ir

در سایت سند



آرشیو بروز نشریات دانشجویی