

آشنایی با علم روان شناسی بالینی

در ابتدا بهتر است به معرفی روانشناسی بپردازیم : واژه «روان» در اکثر منابع، معادل واژه عربی «روح» گرفته شده است همانند معادل انگلیسی اش کلمه *Psyche* در زبان یونانی هم مطلقاً «روح» معنا می‌دهد. روان شناسی شاخه‌ی مشترک علوم انسانی و علوم تجربی است که با استفاده از روش علمی به پژوهش و مطالعه روان (ذهن)، فرایندهای ذهنی و رفتار در موجودات زنده می‌پردازد. به عبارتی دیگر روان‌شناسی به مباحث رفتار و فرایندهای روانی می‌پردازد که منظور از رفتار کلیه حرکات، اعمال و رفتار قابل مشاهده مستقیم و غیرمستقیم و منظور از فرایندهای روانی مباحثی همانند احساس، ادراک، تفکر، هوش، شخصیت، هیجان و انگیزش، حافظه و ... است. روانشناسی شامل شاخه های متفاوتی مانند روانشناسی بالینی، روانشناسی عمومی، روانشناسی صنعتی سازمانی، روانشناسی کودک، روانشناسی کودکان استثنایی و روانشناسی اجتماعی می باشد. روان‌شناسی بالینی شاخه‌ای است که به درک، پیش بینی و درمان نابهنجاری، ناتوانی و آشفتگی های شناختی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری کمک می‌کند. از عمر این رشته به عنوان یک رشته تخصصی و مستقل حدود ۹۰ سال می‌گذرد. تاریخ رشته روانشناسی بالینی با تکامل روان‌شناسی مرضی آمیخته است و گذشته آن به زمان انسان اولیه می رسد؛ زمانی که بشر نخستین امراض روانی را پدیده‌ای ماوراءالطبیعه می‌دانست.

تاریخچه روانشناسی بالینی

روانشناسی بالینی شاخه‌ای از روانشناسی است که به درک، پیش بینی و درمان نابهنجاری، ناتوانی و آشفتگیهای شناختی، هیجانی، زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و رفتاری کمک میکند و در گستره وسیعی از جمعیت‌های در جستجوی درمان کاربرد دارد. (رزنیک، ۱۹۹۱) از عمر روان‌شناسی به شکل علمی و منظم فقط حدود یک قرن می گذرد. ولی رشد آن در چند سال اخیر اعجاب آور بوده است، و امروزه در امریکا حدود ۳۰ - ۲۰ بخش در رشته‌های تخصصی دارد و هر بخش علاقه و مهارت خاصی را عرضه می کند. ولی در ۲۰ سال اخیر هیچ یک از رشته‌های روان شناسی به اندازه روان‌شناسی بالینی پیشرفت نکرده است و تعداد افرادی که در این بخش تحقیق می‌کنند از رشته‌های دیگر روان شناسی به مراتب بیشترند. ریشه‌های روان‌شناسی بالینی نوین را می‌توان در جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم جستجو کرد که در نهایت به بهبود مراقبت‌هایی انجامید که از بیماران روانی به عمل می‌آمد. یکی از مهمترین شخصیت‌ها در این جنبش، فیلیپ پینل^۱ پزشک

¹ Philippe Pinel

فرانسوی بوده است. او که از ظلم و رفتارهای وحشیانه معمول در بیمارستان‌های روانی قرن نوزدهم متحیر شده بود، به ریاست تیمارستانی در “بیختر” و سپس “سالپتریر” رسید. کارهای پینل نقطه عطفی در تحول و پیشرفت روان پزشکی، بهداشت روانی و در نهایت روان شناسی بالینی محسوب می‌شد. در سال ۱۸۳۸ اسکیرول^۲ برای اولین بار فرق میان پسیکوز و عقب‌ماندگی ذهنی را مشخص کرد. قبل از این تاریخ، همه این افراد را تحت عنوان دیوانه می‌نگریستند. تمایز بین این دو که یکی از دست رفتن گنجایش هوشی به سبب ابتلاء به بیماری روانی و دیگری عدم پیشرفت و تکامل گنجایش‌های اولیه است اهمیت بسزایی در آن زمان داشت. اسکیرول، مشاهده کرد که درجات مختلف عقب‌ماندگی وجود دارد و به منظور پیدا کردن معیاری که به وسیله آن بتوان این گونه افراد را تشخیص داد، تکلم را بهترین معیار قرار داد.

در زمان اسکیرول، عقیده اغلب دانشمندان بر این بود که افراد عقب مانده قادر به یادگیری نبوده و هر نوع کوشش به منظور تعلیم این افراد بی‌فایده است. تصادفاً حادثی نیز که این‌گونه افکار را تایید می‌نمود به وقوع پیوست. یکی از این وقایع این بود که پسر وحشی ۱۲ ساله‌ای در جنگل‌های فرانسه پیدا شد این کودک صداهایی شبیه حیوان از خود بروز می‌داد و با چهار دست و پا راه می‌رفت. پینل روان پزشک مشهور، او را عقب‌مانده تشخیص داد و او را غیرقابل درمان دانست. یکی از همکاران پینل به نام ایتار^۳ معتقد بود که دلیل اصلی عقب ماندگی هوشی این کودک دور بودن از تمدن و نداشتن تربیت صحیح است و به همین جهت سعی کرد که او را تعلیم و تربیت نماید. این کوشش به مدت ۵ سال انجامید ولی ایتار نتوانست کودک را آن قدر تعلیم دهد که قادر به محافظت از خود باشد. اهمیت واقعی کوشش ایتار در این بود که علاقه یکی از شاگردان خود به نام ادوارد سگین^۴ را برانگیخت تا درباره عقب‌ماندگی هوشی تحقیقاتی به عمل آورد.

در سال ۱۸۴۸ سگین به آمریکا رفت و مراجع صلاحیت دار را تحت تاثیر عقاید خود قرار داد و طولی نینجامید که آموزشگاه‌های متعددی به منظور کمک به افراد عقب مانده ایجاد شد. در اواسط قرن نوزدهم فعالیت‌هایی در زمینه تکامل و وراثت انجام شد. کتاب مشهور داروین به نام “منشا انواع” که در سال ۱۸۵۹ منتشر شد، کمک شایانی به پیشرفت علوم بیولوژی نمود و روان‌شناسی وراثت، قسمتی از نظریات علمی داروین و اصول تکامل شد. در سال ۱۸۶۹ همزمان با کشفیات داروین، دانشمند بزرگ انگلیسی گالتن^۵ مشاهدات خود را در مورد ارثی بودن بلوغ در کتابی به نام “نبوغ ارثی” منتشر نمود و در سال ۱۸۸۳ روش بسیار مهم تحقیق در وراثت را به وسیله دوقلوها

² Esquirol

³ Itard

⁴ Segeein

⁵ Galton

معرفی کرد. در سال ۱۸۸۲ گالتن لابرآتواری در لندن به منظور اندازه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعاتی درباره مشخصات جسمی و روانی افراد تاسیس نمود. در سال ۱۸۷۹ اولین لابرآتوار رسمی را ویلهم وونت آلمانی در دانشگاه لایپزیک تاسیس نموده و این امر سبب ایجاد علاقه علمی در بین دانشمندان آن زمان شد. (فیروزبخت، ۱۳۸۲)

تولد روان‌شناسی بالینی توسط لاتیز ویتمر^۶ در سال ۱۸۹۶ اعلام گردید. وی در این سال در بین اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا چهار اصل را مطرح کرد که عبارت بودند از:

- ❖ قبل از نوع روش درمانی، باید ارزشیابی تشخیصی بر روی افراد انجام شود.
- ❖ برای درمان مناسب باید یک تیم با چند رشته تخصصی تشکیل شده و مشاوره با همه آنها صورت گیرد.
- ❖ هر نوع مداخله درمانی باید بر اساس پژوهش و بررسی قبلی صورت گیرد.
- ❖ قبل از اینکه برای افراد مشکلات و یا بیماری‌هایی پدید آید، باید بتوان آنها را قبل از بروز شناسایی و درمان کرد.

در سال ۱۹۰۴ آلفرد بینه و همکارش سیمون را وزارت آموزش و پرورش فرانسه مأمور بررسی در تعلیم و تربیت کودکان عقب‌افتاده کرد. بدین منظور بینه و سیمون اولین تست هوش را در سال ۱۹۰۵ ساختند. با وجود اینکه بینه روان‌شناس بالینی نبود، کار او را از بسیاری جهات اساس روان‌شناسی بالینی می‌توان خواند. تست‌های هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به وجود آمد. در سال ۱۹۰۹ استانلی هال، فروید را به آمریکا دعوت نمود. تاثیر فروید در گسترش روان‌شناسی بالینی در آمریکا بسیار زیاد بوده است. با این حال سخنان وی نتوانست روان‌شناسان آمریکایی را در پیروی از مکتب روان‌کاوی ترغیب کند.

در سال ۱۹۱۹ انجمن روان‌شناسان بالینی^۷ پایه‌گذاری گردید که خود را مستقل از انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح نمود. اما دو سال بعد این دو انجمن به یکدیگر پیوستند و اینک انجمن روان‌شناسی بالینی یکی از زیرشاخه‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا است. در حدود سال ۱۹۲۰ تست‌های هوش فردی و گروهی، کلامی و غیرکلامی به نسبت قابل ملاحظه‌ای ساخته شد. اصطلاح بهره هوشی رایج شده بود و اندازه‌گیری هوش، عملی متداول محسوب می‌شد. دو واقعه مهم در دهه ۲۰ نیز در رشد روان‌شناسی بالینی بسیار تاثیرگذار بوده است. اولی آزمون لکه‌های رورشاخ بود که در سال ۱۹۲۱ نوید آزمون‌های فرافکن را داد و دومی استفاده از اصول یادگیری برای جریان اضطراب توسط ماری جونز در سال ۱۹۲۴ بود. قدم بزرگ دیگری که در پیشرفت و توسعه رشته

تست سازی برداشته شد، مطالعات تحقیقاتی بود که آرنولد گزل در سال ۱۹۲۸ درباره تکامل کودکان نمود و تست‌هایی در این زمینه ساخت که اساس تست‌ها و تحقیقات بعدی درباره کودکان شد. در سال ۱۹۲۷ ترستون تحقیقات مهم خود را درباره فاکتور آنالیز هوش شروع نمود. از نتیجه این تحقیقات ترستون پیشنهاد کرد که هوش از تعدادی عوامل مستقل تشکیل شده که می‌توان آن را تفکیک کرد. در سال ۱۹۳۹ وکسلر تستی را برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان طراحی کرد. این تست نه تنها بهره کافی از هوش به دست می‌داد بلکه بهره‌هایی از استعدادهای معین افراد نیز عرضه می‌داشت. ایجاد و توسعه روان‌شناسی بالینی در ایران نیز دستخوش فراز و نشیب‌ها و چالش‌های فراوانی بوده است.

تاریخچه روانشناسی در ایران

علم روانشناسی قد متی پنجاه ساله در ایران دارد در واقع تا اوایل دهه ۱۳۴۰ فعالیت چشمگیری در روانشناسی وجود نداشت و این علم یا به عنوان بخشی از برنامه‌های رشته فلسفه و علوم تربیتی یا به صورت بخشی از دوره‌های تربیت معلم تدریس می‌شد. دهه ۱۳۴۰ را باید دهه گسترش سازمانی روانشناسی در ایران نامید، چون طی این ۱۰ سال دوره لیسانس روانشناسی نخست در دانشگاه تهران و بعدها در سایر دانشگاه‌های ایران تاسیس شد. در دانشگاه تهران دوره فوق لیسانس روانشناسی به وجود آمد و موسسه روانشناسی بنیان‌گذارده شد. برخی از این تحولات حاصل کوشش‌های دکتر محمود صناعی بود که در همان دوره پا به صحنه روانشناسی ایران گذاشت. خدمت بزرگ دکتر صناعی ترجمه کتاب اصول روانشناسی نوشته نرمان ل. مان در سال ۱۳۴۲ بود. در سال ۱۳۴۲ اولین مرکز روانی - پزشکی - اجتماعی که تشخیص و درمان اختلالات کودکان و نوجوانان را بو عهده داشت، در انجمن ملی حمایت کودکان آغاز به فعالیت کرد. ایجاد و توسعه روان‌شناسی بالینی ایران مرهون تلاش‌های اساتید بزرگی چون دکتر سعید شاملو، دکتر محمود منصور و دکتر پریخ دادستان است. از سال ۱۳۸۱ انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران توسط گروهی از متخصصین تاسیس شد.

در سال ۱۳۴۴ دکتر سعید شاملو، بنیان‌گذار روانشناسی بالینی ایران اولین کلینیک مرکز مشاوره و راهنمایی در دانشگاه تهران را تاسیس کرد و بعدها به تدریج چنین مراکزی در دیگر دانشگاه‌ها تاسیس شد. با گسترش دوره‌های روانشناسی در دانشگاه‌های کشور، کوشش‌های فراوانی در زمینه تالیف و ترجمه مکتب درسی در این رشته به عمل آمد. از آن جمله اصول روانشناسی عمومی (۱۳۴۸) تالیف دکتر سیروس عظیمی، کلیات روانشناسی علمی (۱۳۴۹) به ترجمه دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر رضا شاپوریان. اصول روانشناسی (۱۳۵۲) به ترجمه و اقتباس دکتر محمد

ساعتچی. به هر ترتیب با کوشش و فعالیت استادان بزرگ، این نهال کم جان، جانی دوباره یافت، اما از آن جایی که در این حرفه محور تمامی مباحث انسان است، دشواری های فراوانی پیش روی شاغلان آن وجود دارد که تجربه فراوان می‌طلبد

روان‌شناسی بالینی بزرگترین حوزه در بین حوزه های روان‌شناسی است و خصوصاً در ایران بیشترین شمار روان‌شناسان در این رشته کار می‌کنند، یعنی رشته ای که سر و کارش با کاربرد اصول روان‌شناختی در امر تشخیص و درمان مشکلات عاطفی و رفتاری مانند بیماری روانی، بزهکاری نوجوانان، اعتیاد، کشمکش های زناشویی و خانوادگی، و سایر مشکلات سازگاری است روان‌شناسی بالینی خود دارای چند رشته تخصصی است که از آن میان می‌توان به سلامت روانی کودکان، سلامت روانی بزرگسالان، اختلالات هیجانی، سوء مصرف مواد، ناتوانی های یادگیری و روان‌شناسی سلامت اشاره کرد.

حوزه فعالیت روان‌شناسان بالینی

روان‌شناسان بالینی در حوزه های ارزیابی تشخیصی، درمان؛ تحقیق؛ آموزش و پیشگیری فعالیت دارند.

اهمیت و ضرورت رشته روانشناسی بالینی

رسیدن به آرامش و اطمینان و دوری از افسردگی و اضطراب از اساسی‌ترین نیازهای سرشتین آدمی و از دیرباز جزو مسائل اساسی بشر بوده است. همین مسئله موجب شده تا در ادیان و آیین های کهن بشری، ضمن تشریح علل آرامش روحی و روانی، راهکارهایی برای پاسخ به این نیاز اساسی بشر ارائه شود. از طرف دیگر، بهداشت و سلامت روانی یکی از نیازهای اجتماعی نیز هست؛ چراکه عملکرد مطلوب جامعه مستلزم برخورداری از افرادی است که از نظر سلامت و بهداشت روانی در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند. بعلاوه رفتارهای انسان متفاوت است و از طرف دیگر این رفتار در سنین مختلف و زمان های مختلف به صورت های متفاوتی تجلی می‌کند. برای شناخت رفتار انسان

در سنین مختلف و در زمان ها و حالت های مختلف، نیازمند آگاهی از روان آنان هستیم . امروزه در اکثر رشته های تحصیلی، روان شناسی به عنوان یکی دروس اصلی به شمار می رود.

روانشناسی شاخه های متعدد دارد و هر شاخه زمینه و عامل رشد و سلامت جامعه هستند زیرا وجود افراد سالم، از شرایط مهم و اساسی برای رشد يك جامعه است . مشکلات روحی و روانی هر علتی را که داشته باشند زنگ خطری برای جامعه هستند . جامعه ای که به سلامت جسم و روان اعضای خود توجه می کند، ضمن عدم صرف هزینه های سرسام آور درمانی، انسانهایی سالم نیز پرورش می دهد که این خود ضامن رشد فردی و اجتماعی آن جامعه است . باید توجه داشت که همه مشکلات مردم جامعه جسمی نیست و چه بسا تظاهرات بسیاری از اختلالات روانی بصورت جسمی است.

شیوع و گسترش افسردگی در جهان نگرانی جامعه بین المللی را برانگیخته است . بیماری که تهدیدی برای سلامت انسان ها محسوب می شود و می تواند زندگی بشر را با خطرهای فراوانی روبرو سازد . چنانچه بر پایه پیش بینی های صورت گرفته این بیماری تا ۲۰۲۰ میلادی در رتبه دوم بعد از مشکل های قلبی عروقی به عنوان عامل تهدید کننده سلامت انسان ها قرار خواهد گرفت، به همین دلیل شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ میلادی «بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم» نام گرفت. شعار روز جهانی بهداشت «بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم» به نوعی تاکید بر تاثیر درمانهای روانشناختی و ضرورت علم روانشناسی را بیان میکند زیرا یکی از ابزارهای مورد استفاده در درمانهای روانشناختی گفت گو و کشف الگوهای مهم زندگی و الگوهای فکری بیمار است . بیشتر توجه روان شناسان، امروزه صرف یافتن راههای مناسب برای حل مشکلات روحی روانی است که انسانها در برخورد با مسائل روزمره و عملی با آن روبرو هستند زیرا کمتر کسی در برابر بیماریهای روانی مصونیت دارد.

با توجه به اینکه عوامل متعددی مانند ژنتیک، فیزیولوژی، و محیط بر سلامت روح و روان انسان مؤثر هستند. و همه این عوامل تاثیر متقابل بر یکدیگر دارند . بعبارت دیگر ظهور آسپه های روحی، روانی و اجتماعی عدیده بر سر راه مردمان جوامع ضرورت توجه به علم روانشناسی و مشاوره را بیش از پیش افزایش می دهد و علم روانشناسی در ردیف یکی از پایه ای ترین ضرورت های زندگی انسان امروز مطرح می شوند آن هم، در دوره ای که انسان سالم، محور توسعه پایدار تلقی می شود. لذا به همین لحاظ ضروری است در درمان اختلالات اعصاب و روان نه تنها از درمانهای زیست شناختی و شیمیایی بلکه از درمانهای روانشناختی هم استفاده کرد.

لذا با اشاره بر تحقیقات انجام شده در رابطه با تاثیر روان درمانی بر مغز که در مباحث بعدی به آن اشاره خواهد شد ضرورت استفاده از علم روانشناسی و تاثیر روان درمانی در عرصه بهداشت و آموزش، تاکید میگردد.

❖ پایبند بودن به اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای در حوزه روانشناسی مبتنی بر پنج اصل عمده است. این اصول به روانشناسان کمک می‌کند تا در چهارچوب اخلاق حرفه‌ای در حوزه‌های درمان، آموزش، سنجش به فعالیت بپردازند. درمانگرانی که به پایبند اصول اخلاقی حرفه‌ای هستند درصدد انجام هر نوع خدمت حرفه‌ای بر می‌آیند که برای مراجعانشان مفید باشد. (هرلپی و کاری ۱۹۹۴). مهم‌ترین وظیفه متخصصان بهداشت روانی، بالا بردن سطح سلامت روان مراجعان است. نظام‌نامه‌های اخلاقی جهت پیروی از این روند و حمایت از متخصصان بوجود آمده است. این قوانین برای حل چالش‌های اخلاقی و حرفه‌ای متخصصین تدوین شده است، که در صورت برخورد با دوراهی اخلاقی به این نظام‌نامه اخلاقی مراجعه نمایند. (مالي و ریلی ۱۹۹۹). در تحقیقی که کیانی و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی و رعایت اخلاق حرفه‌ای در مشاوران و روان‌شناسان انجام داده‌اند برای این منظور، ۱۱۰ نفر از مشاوران و روان‌شناسان شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی و پرسشنامه محقق ساخته اخلاق حرفه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی با میزان رعایت اصول اخلاقی توسط روان‌شناسان و مشاوران رابطه معناداری دارد. لذا در این پژوهش گزارش شده نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای، تبعات و آسیب بسیار فراوانی برای مراجعان بدنبال خواهد داشت و اقبال عمومی و اعتماد آحاد جامعه به جامعه روانشناسی مخدوش می‌گردد.

لذا پنج اصل عمده اخلاق حرفه‌ای در حوزه‌های درمان، آموزش، سنجش که لازم است روانشناسان به آن پایبند باشند عبارتند از:

۱. اصل احترام به شان و آزادی انسان‌ها : این اصل اشاره به احترام روانشناسان به تمامی انسان‌ها صرف نظر از رنگ، نژاد، قومیت، جنسیت، مذهب و... دارد.
۲. اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری : روانشناسان در قبال رفاه و امور مربوط به سلامت روانشناختی افراد جامعه احساس مسئولیت دارند.

۳. اصل سودمندی و عدم آسیب رسانی : این اصل به تلاش روانشناسان برای رساندن منافع سلامت روانشناختی به افرادی که با آنها کار می‌کنند اشاره دارد. علاوه بر این آنها تلاش می‌کنند تا به این افراد آسیبی وارد نشود و در مواقعی که اجتناب از این آسیب امکان پذیر نیست، سطح آن را به حداقل برسانند.

۴. اصل عدم تبعیض : این اصل اشاره به این باور ذهنی و عملی روانشناسان دارد که تمامی افراد جامعه حق بر خورداری از خدمات روانشناختی با کیفیت برابر را دارند و از این لحاظ نباید تفاوتی بین افراد قایل شد.

۵. اصل توجه به نظام ارزش های جامعه : روان شناسان همواره در چهارچوب ارزش ها و معیارهای اجتماعی قدم برداشته و به آنها پایبند هستند . (سازمان نظام روانشناسی، نظام نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روانشناسی)

❖ پذیرش بدون قید و شرط و بدون قضاوت و داوری یکی دیگر از خصیصه های تخصصی روانشناس است

تفاوت روانشناسی و روانپزشکی :

اگرچه روانشناسی بالینی و روانپزشکی دو شاخه علمی متفاوتی هستند ولی به دلیل داشتن اهداف مشترک، یعنی تأمین سلامت روان مردم و کیفیت زندگی نیروی انسانی جامعه که بزرگترین سرمایه هر کشوری به حساب می‌آیند، بایستی با ارتباط و هماهنگی کامل و به عبارتی دوشادوش و دست به دست هم، در درمان مراجعین و سلامت روان جامعه با هم همکاری تیمی داشته باشند . بخصوص با توجه به اینکه در پژوهشهای انجام گرفته نشان داده شده است که در بسیاری از بیماریهای روانپزشکی ترکیب رواندرمانی با دارو درمانی بهبودی بالاتری را رقم می‌زند. اما تفاوت‌های اساسی بین این دو رشته از لحاظ نوع تخصص وجود دارد که به شرح ذیل می‌باشد.

ابعاد وجودی انسان به سه بخش فیزیکی ، روانی و اجتماعی تقسیم می‌شود. در واقع می‌توان گفت روانپزشک با ابعاد فیزیکی سرو کار دارد اما روانشناس با ابعاد روانی و اجتماعی فرد سر و کار دارد.

روانپزشکان عامل زیربنایی اختلالات روانی را در ژنها، زیست شیمیایی وکالبد شکافی اعصاب (اختلال در ساختار مغز) جستجو می‌کنند و درجهت درمان بیماران خفیف (نورزها)ویا شدید

روانپزشکی (سایکوزها) معمولاً از درمان شیمیایی (دارو) و یا الکتروشوک درمانی (ECT) استفاده می‌کنند.

روان‌شناسی یک شاخه علمی از علوم انسانی است که هدفش مطالعه رفتار انسان است. به عبارت بهتر روان‌شناسی مطالعه رفتار و فرآیندهای ذهنی است. روان‌شناسی بالینی را امروزه علم بهزیستی می‌خوانند. چون در این حوزه به انسان آموزش می‌دهند که چگونه فرض‌های غلط را در ذهن خود تصحیح کند و زندگی خوب و راحتی داشته باشد. در اصل در این روش علت بیماری روانی ریشه‌یابی می‌شود و با روش‌های مختلف مانند شناخت درمانی، رفتاردرمانی و روان درمانی بیمار را معالجه می‌کنند، و معمولاً در درمان بیماری‌های روان‌نژند مانند وسواس، افسردگی و اضطراب که بیمار از آن رنج می‌برد و آگاهی به مشکلات خود دارد و درمان را جستجو می‌کند؛ مداخله می‌نماید.

ترس از انگ:

علی‌الرغم تبلیغات از رسانه‌های ملی و افزایش سطح تحصیلات مردم اما هم‌چنان ترس از انگ خوردن و برچسب‌یکی دیگر از مشکلات این رشته جهت مراجعه به روانشناس است. اگر هر فردی سردرد، قلب درد و یا دندان درد داشته باشد بدون هیچ دغدغه و ترس به متخصصین مربوطه مراجعه می‌کند. اما اگر مضطرب، وسواس یا افسردگی، اختلال در خواب، کاهش توجه و ... داشته باشند ابتدا به فالگیر و دعانویس مراجعه می‌کنند و در آخرین مرحله شاید مصمم شوند با ترس و دلهره و پنهان‌کاری و دور از چشم مردم به روانشناس مراجعه نمایند. زیرا آگاهی مردم از علم روان‌شناسی ضعیف است.

بسیاری از مردم روانشناسی را معادل نصیحت می‌دانند، چنین واکنش‌هایی بسیار از طرف مردم مشاهده می‌شود:

«مگر پولت اضافه کرده چرا می‌خواهی بری پیش روانشناس»،

«مشکلت چیه به من بگو حلش می‌کنم»،

«مگه دیوانه شدی؟»

قضاوت و نصیحت دیگران بخشی بز رگی از روابط اجتماعی ما را شکل می دهد؛ جامعه ما خیلی نصیحت سالار است البته این موضوع بد نیست، اما با کار روانشناسی فرق دارد . افزایش قدمت یک حرفه در جامعه و تخصصی شدن آن باعث باور عمیق و آگاهی و مورد توجه قرار می گیرد. در گذشته آرایشگرها دندان مردم را می کشیدند و یک قصاب شکسته بندی می کرد و یا یک دعا نویس اختلالات روانپزشکی را درمان می کرد و حلال مشکلات مردم بود لذا با پیشرفت علم، و تغییر نیازهای جامعه، نیاز به راهکارهای جدید بیشتر شده است . امروزه شکل خطا و تاثیر آن در زندگی انسان ها متحول شده و گاهی برای یک اشتباه بهای بسیار سنگینی باید پرداخت . در نتیجه نیاز به علم روانشناسی بیشتر از گذشته به چشم می خورد. اما علی الرغم افزایش نیاز مردم عموماً روانشناس را فردی می دانند که به دیگران راهکار ارائه می دهد. درمان با راهکار تفاوت دارد و گاهی مشاوره های از راه دور تلویزیون و صدا و سیما این باور را به مردم القا می کند که با این شیوه درمان امکان پذیر است در صورتی که این گونه نیست.

تشخیص در روان شناسی بالینی

روان شناسان بالینی از روشهای مختلف برای تشخیص اختلالات استفاده می کنند. از جمله این روشها مشاهده رفتار بیمار، مصاحبه کلینیکی، آزمونهای روانی، بررسی تاریخچه فردی و ... است.

در برخی موارد بر اساس نیاز بیمار جهت تشخیص بیماری از آزمونهای روانشناختی استفاده میشود، اما قبل از آزمون ضروری است از خانواده شرح حال گرفته شود و مصاحبه کلینیکی با بیمار انجام شود، سپس در صورت مبهم بودن تشخیص و جهت ارزیابی دقیق تر از آزمونهای روانشناختی استفاده میگردد.

درمان در روان شناسی بالینی

روشهای مختلف درمانی در روان شناسی بالینی وجود دارد که روان شناسان با توجه به رویکرد نظری که در روان شناسی دارند یکی از آنها بکار می برند. پس از تشخیص در صورتیکه بیمار نیاز به روان درمانی داشته باشد بر اساس شرح حال و شرایط بیمار تصمیم گیری میشود که چه درمانی برای بیمار مناسب است از پروتکل درمانی مورد نیاز استفاده میشود . که اهم این مدل های درمانی عبارت است از: شناخت درمانی، رفتار درمانی، روانکاوی و ...

روان درمانی یا درمان روانشناختی

روان درمانی یا درمان روانشناختی : درمان اختلالات روحی، احساسی، شخصیتی و رفتاری با استفاده از روش‌هایی مانند گفتگو کردن با شخص بیمار، گوش دادن به حرف‌های بیمار و راهنمایی کردن او است. روان درمانی روشی است که توسط درمانگری آموزش دیده (روانشناس) به شکل حرفه‌ای انجام گیرد. روان درمانگری بر دوپایه «رابطه» و «ارتباطات» به شکل کلامی و غیرکلامی استوار است. رابطه‌ای حرفه‌ای بین بیمار و درمانگر است که مبتنی بر اصالت، جدیت، صمیمیت و آزادی است.

روان درمانی کاربرد آگاهانه روشهای بالینی و «مواضع میان فردی است که از اصول روانشناسی رایج حاصل شده و هدف آن کمک به درمانگیران است که رفتارها، شناختها، هیجانها، و دیگر ویژگی‌های فردی خود را، در جهت درمان مطلوب تغییر دهند. روان درمانی دارای سبکهای گوناگونی است به صورت نمونه برای درمان ترس مرضی روان درمانی به «سبک رفتاری» کمک می‌گیرد. در درمان اختلالهای شخصیت، روان درمانی تحلیلی یا روانکاوانه کاربرد دارد. (محمدپور احمد رضا ۱۳۸۹).

ما در این نوشتار قصد داریم برجسته ترین رویکرد های درمانی را به صورت خلاصه ذکر کنیم. اما قبل از اینکه رویکردهای مختلف درمان مورد بحث قرار گیرد لازم به نظر می رسد به تاثیر روان درمانی بر ساختار مغز اشاره‌ای صورت گیرد.

تاثیر روان درمانی بر ساختار مغز:

در تحقیقی که بارساگلینی (۲۰۱۴) و همکاران ۴۲ مقاله مروری را مبنی بر تاثیر روان درمانی بر کارکرد مغز را بررسی کرده در این پژوهش مغز بیماران تحت درمان با مغز افراد سالم و گروه کنترل مقایسه شده اند. در (جدول ۱) به تفکیک اختلالات، گروه ها، و روش درمان (رویکردهای مختلف رواندرمانی) و دارو درمانی (انواع داروهای اعصاب و روان) و انواع تصویربرداری از مغز به تفکیک بر اساس سال پژوهش ذکر شده است. هر چند این تحقیق در نوع خودش اشکالاتی داشته است از جمله عدم همسان سازی در نوع تصویر برداری مغزی اما نتایج قابل توجه ایی بدست آمد ه که در جدول ۲ ذکر شده است.

لذا یافته‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد درمانهای روانشناختی در هر اختلال بر کارکرد کدام ناحیه مغزی تاثیر می‌گذارند. طبق پیشنهاد میشلی^۸ (۲۰۱۰) چگونگی تاثیر روان‌درمانی بر کارکرد مغز را می‌توان از دو راه احتمالی توضیح داد. یک احتمال این است که درمان نابهنجاریهای کارکردی و ساختاری مرتبط با یک آسیب شناسی خاص را که پیش از درمان وجود داشته است، هنجارسازی^۹ می‌کند. احتمال دوم این است که درمان ممکن است منجر به تغییرات جبرانی در نواحی ای از مغز شود که کارکرد آنها قبل از درمان تغییری نداشته است.

هم چنین کندل^{۱۰} (۱۹۹۸) در آزمایش خود نشان داد یادگیری از طریق تغییر در بیان ژنها باعث تقویت ارتباطات سیناپسی و نهایتاً تغییر در کارکرد سیناپس‌ها می‌شود و فرض می‌کند که روان‌درمانی به عنوان نوعی از یادگیری ممکن است تغییرات مشابهی در سیناپس‌های مغز داشته باشد و چارچوبی توصیف می‌کند که شامل چند اصل است:

۱. همه فرایندهای روانی از ساده تا پیچیده، که منجر به رفتار میشوند در مغز رخ می‌دهند. این فرایندها شامل اختلالات روانپزشکی هم هستند، صرف نظر از علتی که از آن ناشی میشوند.
۲. ژنها و پروتئینهای منتج از آنها ارتباطات بی‌ن‌نورونی را تعیین می‌کنند و از این رو بر رفتار تاثیر می‌گذارند. بنابراین، ژنها در ایجاد بیماریهای روانی دخیل هستند.
۳. از آنجا که ژنها از طریق بیان ژن در رفتار نقش دارند، پس رفتار و عوامل اجتماعی هم از طریق بازخورد^{۱۱} باعث تغییر در بیان ژن میشوند و از این طریق کارکرد سلولهای عصبی را تغییر می‌دهند. بنابراین شود " تربیت " نهایتاً به شکل " طبیعت " بیان می‌شود.
۴. یادگیری از طریق تغییر در بیان ژن‌ها در الگوی ارتباطات نورونی تغییر ایجاد می‌کند. این تغییرات مسئول شروع و حفظ نابهنجاریهای رفتاری هستند که از وقایع اجتماعی ناشی شده‌اند.
۵. تا جایی که روان‌درمانی و مشاوره موثر باشد و تغییرات بلندمدتی در رفتار ایجاد کند، احتمالاً باعث یادگیری شده است. بنابراین روان‌درمانی نوعی یادگیری است که در بیان ژن‌ها تاثیر می‌گذارد، قدرت ارتباطات سیناپسی را تغییر می‌دهد، و باعث تغییرات ساختاری می‌شود که الگوی ارتباطات متقابل بین سلول‌های مغز را تغییر می‌دهد.

8 Mechelli
9 Normalization
10 Kandel
11 Feedback

اما هدف اصلی روان درمانی تغییرات کارکردی در مغز و بهبود نشانه ای نیست بلکه تغییر در خلق، اعتقادات و رفتار فرد است. متخصصان علوم اعصاب نیز تصدیق میکنند که افکار و هیجانها قدرت کافی دارند که بر مدارهای عصبی و رفتار برتری جویند و بر نتایج اثر بگذارند (وینبرگر و گولدرگ^{۱۲}، ۲۰۱۴). دوم این که گزارشهای ذهنی^{۱۳} بیمار و درمانگر یک محور اساسی در ارزیابی درمان است. لذا از پژوهشهای فوق نتیجه میگیریم که ارتباط بین علوم اعصاب و رواندرمانی فواید زیادی در جهت پیشرفت در حیطه آسیب شناسی و رواندرمانی در اختیار میگذارد:

۱. اولین و مهمترین فایده این ارتباط، دانش بیشتر در مورد چگونگی تاثیر و مکانیزم عمل روان درمانی است. فهم عمیقتر در مورد این که رواندرمانی چگونه کار میکند، به مشخص کردن بهترین درمان برای هر اختلال کمک میکند و روشهای علمی در اختیار میگذارد که تشخیص دهیم چه درمانی برای چه کسی مناسب است.

۲. دومین فایده، ایجاد رابطه متقابل بین مکانیزمهای عمل روان درمانی و دارودرمانی است که منجر به درمان بهینه اختلالات روانپزشکی خواهد شد.

۳. فایده دیگر این زمینه تحقیقاتی این است که نشان میدهد محیط چگونه می تواند بر بیان ژن ها تاثیر بگذارد. از این منظر، چنین رویکردی در ایجاد دانش بیشتر در زمینه پیشگیری از بیماریها کمک کننده خواهد بود. مثال، گابارد (۲۰۰۰) بیان میکند که خانواده درمانی میتواند با تغییر در شیوه برخورد والدین با فرزندانشان، بیان ژنهای کودکان را تغییر دهد و از بروز اختلالات جلوگیری کند. لازم به ذکر است، این که روان درمانی بر مغز اثر میگذارد به این معنی نیست که به دارو نیازی نیست یا رواندرمانی میتواند همه عوامل زیستی را تغییر دهد. براساس یک مدل ترکیبی، بعضی زمینههای خاص در آسیب شناسی را باید با دارودرمانی و دیگر زمینه ها را با رواندرمانی هدف گرفت. یک مثال خوب از این مدل ترکیبی درمان اختلالات شخصیت طبق مدل روانی زیستی کلونینجر و همکاران (۱۹۹۳) است. آنها طبق تحقیقات ژنتیک بیان کردند که تقریباً نیمی از شخصیت را انواع مزاجها^{۱۴} تشکیل میدهد که ارثی هستند و خودشان را در اوایل زندگی نشان میدهند. نیم دیگر شخصیت توسط انواع کاراکترها^{۱۵} تعیین میشود که تحت تاثیر عوامل محیطی همچون تاثیرات خانوادگی، اجتماعی و شخصی هستند و در طی بزرگسالی پخته می شوند. وجود یا عدم وجود اختلال شخصیت توسط کاراکتر تعیین می شود، در حالی که مزاج بر تعیین نوع اختلال شخصیت و همچنین آمادگی به اختلالات محور یک اثر می گذارند. بنابراین، مزاج ثابت است و به

12 Weinberger & Goldberg
13 Subjective
14 Temperament
15 Character

رواندرمانی پاسخ نمی‌دهد، در حالی که کارا کتر انعطاف پذیر است و به مداخلات رواندرمانی پاسخ میدهد. این مدل به درمانگر کمک میکند که در طرح درمانی خود تصمیم بگیرد برای هر کدام از این موارد از چه نوع درمانی استفاده کند گابارد (۲۰۰۰).

جدول ۲: مطالعات در مورد اثر روان درمانی بر کارکرد مغز

نوع اختلال	مطالعه	تاریخ تحقیق	درمان (تعداد آزمودنی)	گروه (۱) (گروه ۲) دارو (تعداد آزمودنی)	روش تصویربرداری
وسواسی اجباری	باکستروهمکاران	۱۹۹۲	CBT (۹)	فلوکستین (۹)	PET
	ساکسناو همکاران	۲۰۰۹	CBT (۱۰)	فلوکستین	PET
	ناکاتانی و همکاران	۲۰۰۳	CBT (۳۱)	فلوکستین	Xe-CT
	فریر و همکاران	۲۰۱۱	CBT (۱۰)	فلوکستین	fMRI
وحشتزدگی	بوتل و همکاران	۲۰۱۰	روانپوشی (۱۰)	فلوکستین	fMRI
	کرچر و همکاران	۲۰۱۳	CBT (۱۴)	فلوکستین	fMRI
	برودی و همکاران	۲۰۰۱	IPT	پارکوستین (۱۰)	PET
افسردگی	سیگل و همکاران	۲۰۰۶	CBT (۱۴)	پارکوستین	fMRI
	فیو و همکاران	۲۰۰۸	CBT (۱۶)	پارکوستین	fMRI
	دیچر و همکاران	۲۰۰۹ و ۲۰۱۰	BADT (۱۲)	پارکوستین	fMRI
	بوچیم و همکاران	۲۰۱۲	روانپوشی	پارکوستین	fMRI

		(۱۶)		
fMRI	پارکوستین	CBT (۲۳)	۲۰۱۳	یوشیمورا همکاران
fMRI	پارکوستین	CBT (۱۲)	۲۰۰۳	پاکوته و همکاران
fMRI	پارکوستین	CBT	۲۰۰۶	استروب همکاران
fMRI	پارکوستین	CBT	۲۰۰۹ و ۲۰۰۷	اسکیل و همکاران
fMRI	پارکوستین	CRT	۲۰۰۲	ویکس و همکاران
fMRI	پارکوستین	CRT	۲۰۱۰	هاوت و همکاران
fMRI	پارکوستین	CRT	۲۰۱۱	کیومار و همکاران
fMRI	پارکوستین	CRT	۲۰۱۱	بور و همکاران
fMRI	پارکوستین	BEP (۱۰)	۲۰۰۸	لیندور و همکاران
PET	پارکوستین	VRET ۷ و PE ۸	۲۰۱۰	روی و همکاران

جدول ۳: تاثیر رواندرمانی بر کارکرد مغز در اختلالات مختلف

اختلال	تغییرات کارکردی مغز
وسواس اجباری	هنجارسازی الگوی فعالیت بخصوص در هسته‌های دمی
پانیک	سازمان دهی مجدد کارکردی در شبکه شامل نواحی پیشانی
افسردگی	هنجارسازی الگوی فعالیت در مدار پیشانی - لیمبیک
فوبیای خاص	تضعیف پاسخ مغز در سیستم لیمبیک
استرس پس از آسیب	تاثیر بر نواحی گنجگاهی و پیشانی

انواع روان درمانی

روان درمانی انواع خاصی دارد و تقسیم بندیهای مختلفی بر مبنایهای مختلف برای آن صورت گرفته است. از یک تقسیم بندی که طول زمانی روان درمانی مورد توجه بوده روان درمانی را به دو نوع بلند مدت و کوتاه مدت تقسیم بندی کرده اند. در تقسیم بندی دیگری بر حسب تعداد افراد شرکت کننده در روان درمانی دو نوع روان درمانی فردی و روان درمانی گروهی را معرفی کرده اند. مهمترین تقسیم بندی بر حسب نوع رویکرد مورد استفاده در طول درمان انجام گرفته است. در این دسته روان درمانی مبتنی بر رویکرد روانکاوی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و روان درمانیهای مبتنی بر روند انسان گرایانه قرار می گیرند.

روانکاوی (روان تحلیل گری)

زیگموند شلومو فروید یا زیگموند شلومو فروید^{۱۶} (زاده ۶ مه ۱۸۵۶ - درگذشته ۲۳ سپتامبر ۱۹۳۹) عصب شناس اتریشی است که پدر علم روانکاوی شناخته می شود. (علیرضا طیب، ۱۳۷۹) به اعتقاد این مکتب که توسط فروید به وجود آمد، رشد معیوب شخصیت نتیجه حل ناکافی برخی از مراحل رشدی است. (سید محمدی، ۱۳۹۳) در این مکتب هدف درمان هشیار کردن ناهشیار، بازسازی کردن شخصیت، کمک کردن به درمانجویان در جهت مرور خاطر و تجربیات قدیمی است. هم چنین روبرو شدن با تعارضهای سرکوب شده و دستیابی به آگاهی عقلانی و هیجانی است (سید محمدی، ۱۳۹۳) بعلاوه روان کاوی در جریان درمان بر تعارض های درون فردی تمرکز می کند. (سید محمدی، ۱۳۸۵).

در درمان روانکاوی، روان کاوان از تکنیک هایی چون تداعی آزاد، که در آن بیمار سعی می کند هر چه که به ذهنش می آید را بدون سانسور بازگو کند (هیبنوتیزم، تحلیل رویا و ... استفاده می کنند) (اتکینسون، ۱۳۹۲). البته بعدها انتقاداتی به روان کاوی کلاسیک فرویدی مطرح شد که این مکتب

را به سوی علمی شدن هدایت کرد در روان درمانی روانکاوی غیر کلاسیک به جای کارکردن روی تفکرات خیالی بر مسائل علمی تمرکز می‌شود (سید محمدی، ۱۳۹۳).

متأسفانه سوءتفاهم بسیاری در مورد اغلب مفاهیم فرویدی وجود دارد، از جمله مفهوم «لیبیدو» که با شهوت یکی دانسته شده است یعنی «به فروید این طور نسبت می‌دهند که گویی او همه چیز را بر اساس سکس می‌دانسته‌است در حالیکه فروید «به جای کلمه عرفانی و شاعرانه عشق، کلمه تکنیکی تر و حرفه‌ای تر «سکسوالیته» را انتخاب کرد. در حقیقت او بارها اعلام کرده که واژه های عشق، سکسوالیته، erotisme و Eros را معادل یکدیگر به کار می‌برد. لیبیدوی فرویدی معنای عشق، اشتیاق است (کدیور ۱۳۸۱).

شناخت درمانی

شناخت درمانی در اوایل دهه شصت میلادی توسط آرون تی بک در دانشگاه پنسلوانیا به عنوان نوعی روان درمانی برای درمان افسردگی تدوین شد و در جهت حل مشکلات فعلی و اصلاح تفکر و رفتار ناکارآمد بکار رفت (قراچه داغی، ۱۳۹۰). پس از بررسی‌ها و پژوهش‌های فراوان کارایی این نوع درمان در اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی منتشر، اختلال پانیک، اختلال فوبی اجتماعی، اختلال سو مصرف مواد، اختلال خوردن، مشکلات زوجها تایید شده است و در حال حاضر تنها راه درمان یا یکی از درمان‌های اختلال وسواسی-اجباری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شخصیت و گروه‌های دیگر به کار می‌رود. پرسونز، برنز و پولوف متوجه شدند که شناخت درمانی برای بیماران با سطوح ناکارآمد تحصیلات، درآمد و با پیشینه های متفاوت کارایی دارد و می‌تواند برای معالجه افراد در تمامی سطوح سنی از پیش دبستانی گرفته تا سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد (محمدی، کهن زاده، ۱۳۹۰). شناخت درمانی دارای ضابطه بوده و مشکلات فرد را در سه حیطه زمانی مورد بررسی قرار می‌دهد. در شناخت درمانی بیمار به صورت فعال یاد می‌گیرد تا افکار ناکارآمد خود را شناسایی، ارزیابی و اصلاح کند، همچنین این نوع درمان بر زمان حال تاکید دارد و روی مشکل فعلی بیمار تمرکز می‌کند. هدف آن این است که به افراد کمک کند تا شناسایی و کنترل روش های منفی یادگیری را یاد بگیرند، سپس این گرایش را تغییر دهند و به روش واقعی تری فکر کنند (قراچه داغی، ۱۳۹۰).

درمان رفتاری

در تاریخچه رفتار درمانی دو دیدگاه عمده شرطی کردن فعال و شرطی کلاسیک پایه و اساس رفتار درمانی است. دیدگاه کلاسیک بیشتر بر یادگیریهای عاطفی تاکید دارد حال آنکه شرطی سازی فعال بیشتر بر کاهش رفتار ناپسند و به وجود آوردن رفتارهای مطلوب است (سیف، ۱۳۹۱). رفتار درمانی کاربرد اصول یادگیری برای تغییر رفتار ناسازگار و نامطلوب است. رفتار درمانگران دقیقاً با این مساله مواجهند:

- که مراجع چگونه فرا گرفته است، یا فرا می‌گیرد؟

- چه عواملی یادگیری او را تقویت می‌کنند و تداوم می‌بخشند؟

- چگونه می‌توان فرایند یادگیری او را تغییر داد، تا چیزهای بهتری را جایگزین

رفتارهای نامطلوب خویش کند؟

هدف اصلی درمان آن است که ارتباطهای نامطلوب میان محرک و پاسخ به نحو مطلوبی تغییر یابند. انتظار از رفتار درمانی، در واقع تغییر رفتار نامطلوب است. درمان رفتاری برای طیف وسیعی از اختلالات نتیجه بخش بوده است. این اختلالات شامل اختلال های اضطرابی، افسردگی، جنسی، اختلال های رفتاری کودکان، استرس ها و اختلال در روابط زناشویی و ... می‌شود. (سید محمدی ۱۳۸۵)

درمان شناختی- رفتاری

رویکرد شناختی- رفتاری به درمان یکی از رایج ترین رویکردهای درمانی روانشناسی است. درمان شناختی رفتاری مرکب از دو شیوه درمانی مؤثر شناختی و رفتاری، یک درمان کوتاه مدت است معمولاً کم هزینه تر از سایر گزینه های درمانی است. درمان رفتاری شناختی بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر بسزائی بر عواطف شخصی دارد. هدف درمان شناختی رفتاری آموزش کنترل محیط و تمرکز بر مشکلات خاص است. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. درمان شناختی رفتاری برای درمان طیف وسیعی از اختلالات، از جمله اضطراب، هراس ها، افسردگی، اعتیاد و انواع رفتارهای ناسازگارانه مورد استفاده قرار گرفته است. (سیدمحمدی ۱۳۸۵)

درمان فردی

آلفرد آدلر مفاهیم روان شناسی فردی را مطرح ساخت . در درمان فردی، سلامت روانی شخص به وسیله میزان علاقه اجتماعی او سنجیده می شود و هدف از بهداشت روانی ایجاد تعادل اجتماعی در خانواده و جامعه می باشد. درمان در این نوع درمان، نوعی فرآیند یادگیری است و در طی آن به مراجعان آموزش داده می شود تا ادراک، انگیزه ها و اهداف خود را تغییر دهند. هدف درمان آن است که مراجعان به افکار نادرست و اهداف غیر واقعی خود پی برند و اهداف، مفاهیم و نگرشهای جدیدی را جایگزین آنها نمایند. (سید محمدی ۱۳۸۵)

درمان های انسان گرایانه

درمان انسانگرایانه توسط کارل راجرز ایجاد شد. هر چند درمانهای انسان گرا دارای انواع گوناگونی است با این حال همگی بر گرایش طبیعی فرد به رشد و خودشکوفایی تاکید دارند و اختلالهای روان شناختی را برخاسته از اختلال در فرایند دستیابی به توانمندی های بالقوه شخص، بر اثر شرایط یا دخالت کسانی (پدر و مادر، معلم، خواهر یا برادر) می دانند که سعی دارند رشد شخص را به زمینه هایی که خودشان می پسندند هدایت کنند. هدف درمانگران انسانگرا این است که برای شخص کشف اندیشه ها و هیجانهایش را تسهیل کنند و برای دستیابی به راه حل های خود به او کمک کنند. (سید محمدی ۱۳۸۵)

گشتالت درمانی

گشتالت درمانی توسط فردریک پرز ایجاد شد. در این درمان که نگرش مثبتی به ماهیت انسان دارد، افراد تشویق به آگاهی یافتن و به کار بردن تمام ظرفیت هیجانی خود می شوند. به نظر میرسد که این رویکرد، مخصوصا برای افرادی که نسبتا باز و بی پرده و بیش از حد روشنفکر هستند، مفید باشد؛ زیرا که بر آزادی های حال مراجع، نسبت به استبداد گذشته تاکید می کند. محدودیت عمده گشتالت درمانی، دامنه نسبتا محدود تعداد مراجعان است که چنین درمانی برای آنها قابل اجرا است. این محدودیت نشات گرفته از چند عامل زیر است: نقش مواجهه گر مشاور، شدت تجربه هیجانی مراجع در درمان و فلسفه فردگرایی بسیار شدید که به نظر میرسد هر نظام اجتماعی و روش زندگی دیگر را حقیر می شمارد. (سید محمدی ۱۳۸۵)

درمانهای وجودی

بنیانگذار این درمان "رولو می" می‌باشد. درمان وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می‌دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه های تازه‌ای برسند. تمرکز روی شرایط فعلی درمانجویان است نه بازیابی گذشته خویش.

درمان وجودی از درمانجویان می‌خواهد روشهای زندگی نکردن به صورت کاملاً و اصیل را تشخیص داده و به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آن را دارند. هدف درمان این است که به درمانجویان کمک شود به سمت اصالت پیش بروند و تشخیص دهند چه موقعی خود را فریب می‌دهند. (سید محمدی ۱۳۸۵)

خانواده درمانی

در این نوع درمان آموزش، پیشگیری و درمان برای کم‌کم به خانواده‌ها، کل خانواده را دربرمی‌گیرد. برای حل مشکل خانواده یا یکی از اعضا آن کل سیستم خانواده مورد توجه قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود علل بروز و عوامل تشدیدکننده مشکل در داخل خانواده و در نوع روابط اعضا با یکدیگر مورد بررسی قرار گیرد. این شیوه از درمان مبتنی بر رویکرد سیستم‌هاست زمانی می‌توان به رفع یک مشکل نائل شد که از نیروی تک‌تک اعضا استفاده کرد و عوامل تنش‌زا را مرتفع ساخت.

زوج درمانی

اغلب درمانگرانی که با زوج‌ها کار می‌کنند از اصطلاح «زوج درمانی» استفاده می‌کنند. فرض روانشناسی که در این حوزه کار می‌کند، این است که ناراحتی و نگرانی که یک زوج با آن روبه‌رو هستند، چیزی بیش از مشکلات و علایم شخصی آنهاست. زوجی که به درمانگر مراجعه کرده‌اند ممکن است در مورد فاصله‌گیری عاطفی، نزاع بر سر قدرت، اشکال در ارتباط برقرار کردن، حسادت، خیانت و اختلالات جنسی و خشونت شکایت داشته باشند. درمانگر به زوج کمک می‌کند که زندگی مشترکشان را مورد بررسی قرار دهند و تصمیم بگیرند که چه تغییراتی لازم است. آنها سعی می‌کنند سوء تفاهم‌های دوجانبه، انتظارات غیرمعقول، و تصورات بیان نشده‌ای را که باعث تداوم تعارض میان آن دو می‌شود، برطرف کنند. نکته‌ای که می‌توان گفت این است که در اغلب

موارد زوج درمانی و درمان فردی با هم ترکیب می شود. همچنین در صورتی که خشونت خانوادگی شدیدی وجود داشته باشد، ممکن است زوجین را به صورت جدا از هم درمان کرد.

سکس تراپی

سکس تراپی شاخه ای از خدمات روان شناختی است که به افراد و زوج ها کمک می کند عواملی را که بر رابطه و رضایت جنسی آنها تأثیر گذاشته شناسایی و درمان کنند. هدف سکس تراپی کمک به مراجعین در راستای رفع چالش های جسمی و عاطفی ناشی از مشکلات جنسی، و داشتن روابط رضایت بخش زناشویی و جنسی است.

اختلالات جنسی شامل:

➤ انزال زودرس یا تاخیر در انزال

➤ اختلال نعوظ

➤ عدم علاقه جنسی یا تحریک دردناک واژینیسموس و dyspareunia

➤ عدم اعتماد به نفس جنسی

➤ دوره نقاهت بعد از تجاوز جنسی

➤ کاهش میل جنسی

سکس تراپی نیازمند به ارزیابی دقیق معاینه جسمی و روانی کامل است. زیرا اختلال عملکرد جنسی ممکن است زیر بنای جسمانی پایه ویا روانی داشته باشد. یک مثال روشن اختلال در نعوظ است که علت آن ممکن است مشکلات گردش خون یا اضطراب باشد نکته حائز اهمیت در مورد اختلال های جنسی آن است که در زوج ها، مشکل زن یا مرد یک مشکل دوجانبه بوده و در واقع «مشکل مشترک زوج» محسوب می شود؛ بنابراین اصل مهم و اثربخش در درمان، همکاری زوج و حذف فشار بر یکدیگر است که کمک می کند با استفاده از تمرین های مدون، عملکرد رضایت بخش جنسی برای زوج حاصل شود.

گروه درمانی

گروه درمانی شکلی از روان درمانی است که در آن، دو یا بیشتر از دو فرد با یک یا چند درمانگر یا مشاور کار می کنند. این روش، روش متداول و جا افتاده ای است که در آن، اعضای گروه می توانند

از تجربیات دیگران آگاه شده و از آن‌ها درس بگیرند. این روش نسبت به روان درمانی فردی، هم از نظر هزینه‌ای با صرفه‌تر است و هم در برخی موارد اثربخش‌تر به نظر می‌رسد. گروه درمانی معمولاً برای کسانی که از بیماری ذهنی یا مشکل رفتاری رنج می‌برند، مفید است همچنین، گاهی فضایی را برای گردآمدن افرادی که در حال حاضر درگیر مشکل مشابهی هستند و یا در گذشته به مشکل مشابهی گرفتار بوده و اکنون نجات یافته‌اند، فراهم می‌سازد. اعضای گروه می‌توانند با پشتیبانی عاطفی همدیگر، رفتارهای تازه‌ای را تجربه کنند.

هیپنوتراپی

هیپنوتیزم به دو بخش خود هیپنوتیزم و دگر هیپنوتیزم و کاربردهای هیپنوتیزم به دو بخش بالینی و غیر بالینی تقسیم می‌شود. حیطه بالینی هیپنوتیزم یا هیپنوتراپی بالینی یا درمان هیپنوتیزمی با قدمتی دیرینه در جهت تشخیص و تکمیل درمان و حتی درمان به کار گرفته شده است. طب نوین پزشکی هنوز در بسیاری از موارد در شناسایی مکانیسم و نحوه درمان بیماریها ناتوان است. بهره‌گیری از توانایی‌های شخصی انسان حتی با اینکه هنوز فرایندی ناشناخته دارد بسیار قابل توجه و کارآمد می‌باشد.

هیچگاه نباید از هیپنوتراپی انتظار معجزه داشت هر چند گاهی اوقات نیز بدون اغراق معجزه می‌کند. امروزه کاربردهای هیپنوتیزم در حیطه پزشکی و دندانپزشکی بسیار گسترده است و ردپای آن تقریباً در تمام بخشها مانند روانپزشکی، طب اطفال، ایمنی، پوست، سرطان، رادیولوژی پرستاری، جراحی و... دیده می‌شود از طرف دیگر آشنایی و تخصص درمانگر در زمان بکارگیری هیپنوتیزم بسیار لازم و ضروری می‌باشد. که این روش در کنار دانش روانشناسی میتواند به عنوان مکملهای یکدیگر در جهت سلامت و بهداشت مورد استفاده قرار گیرد.

در بیشتر روشهای درمانی هیپنوتراپی، خود هیپنوتیزم جزئی از برنامه درمانی است. استفاده از این روش در درمانها به منظور افزایش اعتماد به نفس، افزایش امید به درمان، سرعت بخشیدن به بهبودی کنترل اضطراب و کسب آرامش ایجاد سازگاری با بیماری و پذیرش آن و راه بهبود آن، افزایش کیفیت زندگی بیماران، کاهش و تسکین درد و... انجام میشود. همچنین به منظور افزایش قدرت حافظه و یادگیری، افزایش قدرت تمرکز و مهارتهای اجتماعی و نیز کسب موفقیت‌های مختلف در زندگی و... به طور گسترده در بین افراد جامعه به خصوص دانش آموزان و دانشجویان قابل استفاده است.

خطرات و عوارض احتمالی هیپنوتراپی

این درست است که هیپنوتراپی یکی از سالمترین و بی خطرترین روشهای درمانی است اما نباید با ساده انگاری از خطرات بالقوه ای که در کاربرد نامتناسب آن وجود دارد غافل باشیم. اما یک اخطار بزرگ و حیاتی این است که تنها و تنها خطر واقعی هیپنوتراپی زمانی است که آن را یک هیپنوتیزور غیر ماهر و بی صلاحیت انجام دهد.

تعداد جلسات و مدت درمان

هیپنوتراپی در بسیاری از بیماریهای مزمن هزینه های درمانی را کاهش می دهد زیرا هیپنوتیزم باعث کاهش طول دوره درمان می گردد. مدت جلسات هیپنوتیزمی به عوامل مختلفی بستگی دارد از جمله نوع بیماری، خصوصیات هیپنوتیزمی بیمار، روشهای مورد استفاده توسط درمانگر و غیره. اما استفاده از هیپنوتیزم کلاسیک در درمان ممکن هر جلسه حدوداً یک ساعت وقت بگیرد. اما در برخی موارد حتماً لازم نیست فرد به طور کلاسیک مراحل ایجاد خلسه را طی کند. زیرا در بعضی از موارد بیمار بدون اینکه خودش متوجه شود یا تغییری در وضعیت او ایجاد گردد از پدیده های هیپنوتیزمی استفاده می شود.

مدلهای هیپنوتراپی

۱. مدل هیپنوتراپی روان پویایی: حل تعارضات دوران کودکی با روش پسروی سنی
۲. مدل هیپنوتراپی اریکسون: در این مدل هیچ تلاشی برای غلبه بر تعارض های ناهشیار نمی شود و هدف آن بیشتر تسکین علایم است تا ایجاد بینش. اریکسون در گفتگو با ذهن ناهشیار، اغلب از روایت ها استعاره های غیرمستقیم استفاده می کرد. در واقع، اغلب به نظر می رسد که خود مفهوم "ذهن ناهشیار" برای اریکسون استعاره یا تمثیل بوده است.
۳. مدل هیپنوتراپی تحولی - شناختی: مدل هیپنوتراپی تحولی - شناختی کاملاً در عرصه درمانی، جدید است. فرض اصلی اش این است که هیپنوتیزم می تواند بویژه در دستیابی مستقیم و اصلاح کردن شناخت های مرکزی که حول مح ور هویت فردی، خودپنداره و قواعد ضمنی

ناکارآمد دور می‌زنند سودمند باشد. هیپنوتراپیست تحولی - شناختی دو تکلیف اساسی دارد: شناسایی ساخت‌های شناختی مرکزی طرحواره‌ها و تغییر دادن این ساخت‌ها (داود، ۱۹۹۷)

۴. مدل هیپنوتراپی شناختی رفتاری: هیپنوتیزم اغلب به عنوان حالت دگرگون شده هشیاری تعریف می‌شود که از نظر کیفی با حالت عادی هشیاری (یا بیداری) متفاوت است. هیپنوتراپی شناختی- رفتاری فرض میکند که علت بیشتر آشفتگی‌های روانشناختی، اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی، بی‌آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هوشیار، پذیرفته می‌شوند (آروز، ۱۹۸۵).

برای مثال، ممکن است فردی تصاویر ذهنی یا افکار تکراری، پیرامون اشتباه کردن در انجام مأموریت مهمی در محل کار یا فراموش کردن ملاقاتی مهم داشته باشد، اما به سختی از حضور نافذشان آگاه باشد، برای علاج این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آنها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیزمی، خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تری بسازند (گلدن و همکاران، ۱۹۸۷).

رواندرمانی التقاطی یا چند وجهی

آرنولد لازاروس در ژوهانسبورگ آفریقای جنوبی در سال ۱۹۳۲ دیده به جهان گشود. و در آنجا بزرگ شد و تحصیل کرد. در واقع این لازاروس بود که برای اولین بار اصطلاح رفتار درمانی را ابداع کرد و از پیشگامان نوع خاصی از التقاط‌گرایی به نام التقاط‌گرایی فنی است.

طبق رویکرد چند وجهی ما محصول تاثیر متقابل سپرده ژنتیکی، تاریخچه یادگیری اجتماعی، و محیط فیزیکی خود هستیم. در رویکرد چند وجهی اختلال‌های بالینی ناشی از تداعی‌های ادراک شده است نه شرطی‌سازی، لازاروس هفت عامل را شکل دهنده شخصیت انسان دخیل میداند و درمان بر اساس همین ۷ عامل که علائم اختصار هفت اصل عبارت است از (BASIC. I. D) صورت می‌گیرد.

۱. تداعی‌ها و روابط بین رویدادهای دفاعی

۲. سرمشق‌گیری و تقلید

۳. فرایندهای ناهشیار

۴. واکنش‌های دفاعی

۵. رویدادهای شخصی

۶. فرا ارتباط ها

۷. آستانه‌های جسمانی

اهداف کلی درمان

لازاروس اهداف کلی روش درمانگری چند بعدی را کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود پیشرفت رشد شخصی می‌داند. مشکلاتی که در هر بعد برجسته می‌گردد می‌تواند بعنوان هدف درمانگری مطرح گردد و باید در هر بعد بین درمانگر و مراجع توافق وجود داشته باشد. درمانگران چند وجهی به لحاظ فنی بهترین گزینه را انتخاب می‌کنند اما از نظر تئوری محکم و ثابت قدم هستند.

ویژگیهای التقاط گرای فنی

اصطلاح التقاط گرای فنی به معنی آن است که درمانگر باید التقاطی باشد یعنی از فنون و روشهای مختلف استفاده نماید.

سکس تراپی نیازمند به ارزیابی دقیق معاینه جسمی و روانی کامل است. زیرا اختلال عملکرد جنسی ممکن است زیر بنای جسمانی پایه و یا روانی داشته باشد. یک مثال روشن اختلال در نعوظ است که علت آن ممکن است مشکلات گردش خون یا اضطراب باشد نکته حائز اهمیت در مورد اختلال‌های جنسی آن است که در زوج ها، مشکل زن یا مرد یک مشکل دوجانبه بوده و در واقع «مشکل مشترک زوج» محسوب می‌شود؛ بنابراین اصل مهم و اثربخش در درمان، همکاری زوج و حذف فشار بر یکدیگر است که کمک می‌کند با استفاده از تمرین های مدون، عملکرد رضایت بخش جنسی برای زوج حاصل شود.

مشاوره قبل از ازدواج

منظور از مشاوره قبل از ازدواج این نیست که در پایان مراجع با یک پاسخ آری و یا نه از طرف مشاور روبرو شویم، در روزهای اولیه ازدواج و در زمان آشنایی قبل از ازدواج خیلی از نکات مهم برای شروع یک زندگی مشترک موفق توسط افراد نادیده گرفته می‌شود، که سبب می‌گردد بعد از سپری شدن سال های اولیه مشکلات و اختلافات زیادی در بین زوج ها به وجود بیاید. هدف

اصلی مشاوره ازدواج یا مشاوره قبل از ازدواج این است که ما یاد بگیریم که چگونه با مشکلات زندگی زناشویی روبرو شویم . در حقیقت مشاوره قبل از ازدواج مانند واکنشی برای پیشگیری از طلاق و مانع از هم پاشیدن زندگی مشترک می باشد . از آنجایی که ازدواج مهمترین تصمیم گیری در زندگی هر فرد می باشد ، آموزش دیدن برای این تصمیم گیری و یادگیری مهارت های لازم برای زندگی مشترک ضروری است . از جمله نکات مهم ، فهم دقیق این مسأله است که زوجین هر کدام در یک خانواده با افکار ، فرهنگ ، علایق و ... کاملاً متفاوت از هم بزرگ شده است . خواه ناخواه بسیاری از معیارها و علایق زندگی آنها متفاوت است . بایدآموخت که چگونه با وجود این فرهنگ ها و علایق در بین زوجین زندگی مشترک بسیار شادی را ساخت.

هدف از مشاوره قبل از ازدواج :

- ۱- بررسی آمادگی هریک از زوجین متقاضی ازدواج برای ازدواج
- ۲- ارزیابی همکف بودن و یا هماهنگی و همسانی زوجین متقاضی ازدواج
- ۳- ارزیابی مهارتهای زندگی مشترک زوجین متقاضی ازدواج