

پنجمین گنگره انجمن روان‌درمانی ایران

۲۹ آذر الی ۱ دی ماه ۱۴۰۲

تهران - سالن همایش های بیمارستان میلاد

برنامه و کتابچه چکیده مقالات

- **عنوان:** برنامه و کتابچه چکیده مقالات پنجمین کنگره انجمن علمی روان‌درمانی ایران
- ناشر: انجمن علمی روان‌درمانی ایران
- طراح جلد و پوستر کنگره: دکتر غلامرضا ترابی پاریزی
- تیراژ: ۴۵۰ نسخه
- چاپ: آذر ۱۴۰۲

# هیئت رئیسه کنگره

رئیس کنگره  
دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه

دبیر علمی  
دکتر حمید یعقوبی

رئیس شورای سیاست گذاری  
دکتر بهروز دولتشاهی

دبیر اجرایی و معاون دبیر علمی  
سهیل جعفر صالحی

دبیر شورای سیاست گذاری  
دکتر غلامرضا ترابی پاریزی

دبیر کارگروه ویرایش  
دکتر حمیدرضا حسن آبادی

رئیس دبیرخانه الکترونیک  
دنیا یرمیان تهران فر

## حامیان کنگره

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران  
انجمن علمی روان‌شناسی ایران  
جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران

انتشارات ارجمند  
سیویلیکا (CIVILICA)

## فهرست مطالب

|         |  |
|---------|--|
| ۶.....  | اعضای شورای سیاست‌گذاری کنگره.....   |
| ۷.....  | کمیته علمی کنگره.....  |
| ۹.....  | کمیته اجرایی کنگره.....  |
| ۱۰..... | دبیرخانه الکترونیک کنگره.....  |
| ۱۱..... | سخن رئیس کنگره.....  |
| ۱۲..... | سخن دبیر علمی.....   |
| ۱۳..... | سخنرانی‌های کلیدی و پانل‌های تخصصی در یک نگاه.....   |
| ۱۴..... | برنامه مبسوط کنگره: سخنرانی‌ها و پانل‌ها.....  |
| ۱۵..... | نشست اول کنگره: افتتاحیه.....  |
| ۱۶..... | نشست دوم کنگره.....  |
| ۱۷..... | نشست سوم کنگره.....  |
| ۱۸..... | نشست چهارم کنگره.....  |
| ۱۹..... | نشست پنجم کنگره.....   |
| ۲۰..... | نشست ششم کنگره.....  |
| ۲۱..... | نشست هفتم کنگره.....   |
| ۲۲..... | نشست هشتم کنگره.....   |
| ۲۲..... | نشست نهم کنگره.....  |
| ۲۳..... | نشست دهم کنگره.....  |
| ۲۴..... | نشست یازدهم کنگره.....   |
| ۲۵..... | نشست دوازدهم کنگره: اختتامیه.....  |
| ۲۶..... | برنامه کارگاه‌ها.....  |
| ۲۷..... | چکیده مقالات کنگره.....  |
| ۲۸..... | هنجاریابی آزمون سنجش رابطه برث لنارد: فرم ۶۴ سؤالی نسخه مراجع.....   |
| ۲۹..... | هنجاریابی پرسشنامه همدلی اظهار شده جین واتسون.....   |
| ۳۰..... | مقایسه اثر بازی درمانی رابطه محور اکسلاین و بازی درمانی روان پوشی رابطه محور بر بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مرکز نگهداری از کودکان بهزیستی استان زنجان..... |
| ۳۱..... | مقایسه اثر رویکرد پیش درمانی گری پروتی و سیستم روان درمانی عمومی پترسن بر بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مراجعان در آستانه طلاق استان زنجان.....               |
| ۳۲..... | پویایی‌های سیستمی و چالش ارتباطی در مداخلات خانواده درمانی: یک مطالعه کیفی.....  |
| ۳۳..... | رابطه کیفیت زندگی کاری مشاوران با رضایت مراجعان از فرآیند مشاوره.....  |
| ۳۴..... | رابطه بین همدلی و فرسودگی شغلی مشاوران.....  |
| ۳۵..... | مقایسه اثر رابطه‌ی درمانی مبتنی بر شفقت و رابطه‌ی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر باورهای ارتباطی و میزان اعتماد زناشویی زوجین متقاضی طلاق.....                  |
| ۳۶..... | اعتیاد دیجیتالی پیشینی کننده نشخوار ذهنی و نگرانی تصویر بدنی.....  |
| ۳۷..... | کارکرد توجه و حافظه کاری در افراد افسرده.....  |
| ۳۸..... | رابطه درمانی در بیماران مقاوم به درمان در روان‌درمانی تحلیلی.....  |

|    |  |
|----|--|
| ۳۹ | تأثیر طرحواره درمانی بر شیفتگی شغلی و رضایت شغلی درمانگران اعتیاد شهر کرمان  |
| ۴۰ | رابطه سبک‌های دلبستگی و خودکارآمدی شغلی در روان‌درمانگران شهر کرمان  |
| ۴۱ | ارزیابی شاخص‌های اضطراب بر اساس نشانگرهای زیستی و عصب‌شناختی   |
| ۴۲ | مقایسه امید به زندگی و سلامت روان بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین                                     |
| ۴۳ | زندگی نازیسته در اتاق درمان: یک مطالعه کیفی  |
| ۴۴ | مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری کوتاه مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای مسئله مدار معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز |
| ۴۵ | مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری کوتاه مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای مسئله مدار معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز |
| ۴۶ | تأثیر ارتباط آنکولوژیست و بیماران مبتلاء به سرطان تحت مراقبت‌های تسکینی: یک بررسی پدیدارشناختی   |
| ۴۷ | تأثیر رابطه درمانی در افزایش شادکامی مادران دارای کودک سندروم داون   |
| ۴۸ | نقش سرکوب‌گری عاطفی والدین در پیشبینی سرزنش خود، سرزنش دیگران و تحمل پریشانی فرزندان   |
| ۴۹ | تأثیر طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا   |
| ۵۰ | تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر اضطراب صفت- حالت و تکانشگری  |
| ۵۱ | ارتباط درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی  |
| ۵۲ | تأثیر روان درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایی، امید، رابطه درمانی و نظمدهی رفتار) بر علایم آسیب شناسی روانی در زنان نابارورتحت درمان IVF                 |
| ۵۳ | تأثیر طرحواره درمانی بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی زنان  |
| ۵۴ | تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری- شناختی بر خشونت زناشویی زنان شهر کرمان   |
| ۵۵ | مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان شناختی رفتاری حضوری در کاهش علائم بیماران مبتلا به علائم اضطراب و افسردگی                |
| ۵۶ | تأثیر درمان گروهی مبتنی بر شفقت در اهمال کاری و بهزیستی روان شناختی دانشجویان با پیگیری ۳ ماهه   |
| ۵۷ | تأثیر سوگیریهای فرهنگی در رابطه درمانی، اثربخشی درمان و راه‌های پیشگیری از آن: یک مطالعه مروری   |
| ۵۸ | نقش تجلیات چهرهای و لحن صدای روان‌درمانگر در انتقال همدلی به مراجع: یک مطالعه مروری  |
| ۵۹ | مروری نظام‌مند براتحاد درمانی و نقش آن در بهبود علائم مبتلایان به PTSD   |
| ۶۰ | بررسی رابطه‌ی درمانی در بیماران مقاوم به درمان   |
| ۶۱ | بررسی رابطه‌ی درمانی و ویژگی‌های بیمار و درمانگر   |
| ۶۲ | گزارش یک مورد: مدیریت رابطه در درمان بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای  |
| ۶۷ | یادداشت  |

---

## اعضای شورای سیاست گذاری کنگره

---

رئیس شورای سیاست گذاری: دکتر بهروز دولتشاهی

### اعضای شورای سیاست گذاری (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر عباس امید، عضو هیات مدیره و خزانه دار انجمن

دکتر غلامرضا ترابی پاریزی، دبیر شورای سیاست گذاری کنگره

سهیل جعفر صالحی، دبیر اجرایی و معاون دبیر علمی

دکتر بهروز دولتشاهی، رئیس هیات مدیره انجمن

دکتر محمدرضا شالبافان

دکتر فرهاد طارمیان

دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه، رئیس کنگره

دکتر نسیم نکویی شجاع، دبیر انجمن

دکتر شبنم نوحه سرا

دنیا یرمیان تهران فر، رئیس دبیرخانه الکترونیک کنگره

دکتر حمید یعقوبی، دبیر علمی کنگره

# کمیته علمی کنگره

دبیر کمیته علمی: دکتر حمید یعقوبی

## اعضای کمیته علمی (به ترتیب حروف الفبا):

|   |   |
|---|---|
| دکتر رضا احمدی  | دکتر رضا دانشمند، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی   |
| دکتر حامد اختیاری، ستاد علوم شناختی                       | دکتر پرویز دباغی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش                 |
| دکتر محسن ارجمند، انتشارات ارجمند                         | دکتر محمود دژکام، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی           |
| دکتر فرناز اعتصام، دانشگاه علوم پزشکی تهران               | دکتر شیوا دولت آبادی، دانشگاه علامه طباطبایی              |
| دکتر مهرداد افتخار، دانشگاه علوم پزشکی ایران              | دکتر بهروز دولتشاهی، دانشگاه توانبخشی و سلامت اجتماعی     |
| دکتر مهدی اکبری، دانشگاه خوارزمی                          | دکتر کنایون رازجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی       |
| دکتر مرتضی امامی پارسا                                    | دکتر محمدعلی رحمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن      |
| دکتر عباس امید، دانشگاه علوم پزشکی ارتش                   | دکتر آناهیتا رحمتی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی |
| دکتر عبدالله امیدی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان              | دکتر هادی رحیمی دانش                                      |
| دکتر همایون امینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران               | دکتر مریم رسولیان، دانشگاه علوم پزشکی ایران               |
| دکتر رضا باقریان سرارودی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان       | دکتر فرزین رضاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران                |
| دکتر نورمحمد بخشانی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان            | دکتر امید رضایی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی    |
| دکتر عباس بخشی پور رودسری، دانشگاه تبریز                  | دکتر عبدالحسین رفعتیان                                    |
| دکتر جعفر بوالهروی، دانشگاه علوم پزشکی ایران              | دکتر حسن رفیعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی     |
| دکتر بهروز بیرشک، دانشگاه علوم پزشکی ایران                | دکتر بابک روشنایی مقدم                                    |
| دکتر ایمان اله بیگدلی، دانشگاه فردوسی مشهد                | دکتر فیروزه ریسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران                |
| دکتر علی پوررمضانی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان              | دکتر فریبا زرانی، دانشگاه شهید بهشتی                      |
| دکتر میثم پورغلامی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی         | دکتر مریم زوار موسوی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان            |
| دکتر حمید پورشریفی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی | دکتر زهرا زنجانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان                |
| دکتر غلامرضا ترابی پاریزی                                 | دکتر سیدحسین سراج زاده، دانشگاه خوارزمی                   |
| دکتر مهدی تهرانی دوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران           | دکتر سامرند سلیمی   |
| دکتر علی ثاقبی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد                   | دکتر سید وحید شریعت، دانشگاه علوم پزشکی ایران             |
| دکتر آتیه چاپاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز                | دکتر امیر شعبانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران                |
| دکتر احمد حاجبی، دانشگاه علوم پزشکی ایران                 | دکتر محمدرضا شعیری، دانشگاه شاهد                          |
| دکتر حمیدرضا حسن آبادی، دانشگاه خوارزمی                   |   |
| دکتر جعفر حسنی، دانشگاه خوارزمی                           |   |
| دکتر حسن حمیدپور  |   |

دکتر هادی خانیکی، دانشگاه علامه طباطبایی  
دکتر رضا خجسته مهر، دانشگاه شهید چمران اهواز  
دکتر محمد خدایاری فرد، دانشگاه تهران  
دکتر محمدرضا خدایی اردکانی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر عنایت خلیقی سیگارودی  
دکتر نوید خلیلی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
دکتر اکرم خمسه‌ای، دانشگاه الزهرا  
دکتر محبوبه داستانی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شهاب دانش  
دکتر محمدرضا عابدی، دانشگاه اصفهان  
دکتر محمدکاظم عاطف وحید، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر سمیه عرب زاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر فریبا عربگل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر حسن عشایری، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر شهین علیایی زند، دانشگاه علامه طباطبایی  
دکتر جواد علاقبند راد، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر بنفشه غرایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر لادن فتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر علی فیروزآبادی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر مریم کوشا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
دکتر منصوره کیانی دهکردی  
دکتر ناصر گودرزی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش  
دکتر فرح لطفی کاشانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن  
دکتر امیرعباس کشاورز، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر عزیزالله مجاهد، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
دکتر شهرام محمدخانی، دانشگاه خوارزمی  
دکتر مجید محمود علیلو، دانشگاه تبریز  
دکتر جواد محمودی قرایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر ربابه مزینانی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر نهاله مشتاق،  
دکتر آزاده مظاهری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر محمدعلی مظاهری، دانشگاه شهید بهشتی  
دکتر مهدیه معین‌الغربایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر آذرخش مکرری، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر شهریار شهیدی، دانشگاه شهید بهشتی  
دکتر فاطمه شیخ مونس، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر شیما شکیبا، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر رضا شیرالی  
دکتر شهاب شیرخدا، دانشگاه علوم پزشکی یزد  
دکتر مهدی صابری، سازمان پزشکی قانونی ایران  
دکتر علی صاحبی، موسسه واقعیت درمانی گلاسر  
دکتر خیرالله صادقی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه  
دکتر مجید صادقی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر منصوره السادات صادقی، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی  
دکتر امین صلحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر محمد صنعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر فرهاد طارمیان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر سیدکاظم ملکوتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر مهدی ملک محمد، انتشارات رشد  
دکتر نادر منیرپور، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم  
دکتر نیلوفر مهدوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر امیرهوشنگ مهریار، دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
دکتر فرشته موتابی، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی  
دکتر سیده شکوفه موسوی، دانشگاه علوم پزشکی بابل  
دکتر سید حسن موسوی چلک، انجمن مددکاران اجتماعی ایران  
دکتر علی ناظری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر فرشته مومنی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
دکتر عباس ناظمیان  
دکتر علی اکبر نجاتی صفا، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر مهدی نصر، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر قاسم نظیری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز  
دکتر نسیم نکویی شجاع، دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
دکتر حمیدرضا نقوی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر شبمن نوحه‌سرا، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر اعظم نوفرستی، دانشگاه تهران  
دکتر مصطفی نوکنی، دانشگاه علوم پزشکی اراک  
دکتر حبیب هادیان فرد، دانشگاه شیراز  
دکتر شهرام وزیری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن  
دکتر مونا هاشم زاده  
دکتر نوید هنربخش  
دکتر محمدتقی یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر حمید یعقوبی، دانشگاه شاهد

---

## کمیته اجرایی کنگره

---

دبیر کمیته اجرایی و معاون دبیر علمی: سهیل جعفر صالحی

اعضای کمیته اجرایی (به ترتیب حروف الفبا):

علیرضا زرین بافت  
دکتر سپیده صیدی  
دکتر فاطمه کاظمی خالدي  
دکتر شبنم مقتدري  
دکتر پگاه منجزي  
دکتر فاطمه میرسعیدی

دکتر ستاره اسماعیلی  
ندا اقدامی پور  
دکتر هما بقایی  
زهرا جانباز نیستانی  
زهرا جانباز نیستانی  
دکتر شیرین جلال الدینی  
زهرا خلفی  
زهرا دامرودی

---

# دبيرخانه الكترونيك كنگره

---

رئيس دبيرخانه الكترونيك: دنيا یرميان تهران فر

اعضای دبيرخانه الكترونيك (به ترتيب حروف الفبا):

مهلا تاجور

بابک رحيم پور

مهدي معنوی

کیارش مهبد

اراد وارسته

وحيد ولدی

---

## سخن رئیس کنگره

---

با استناد به انبوهی از پژوهش‌ها، امروز با قاطعیت می‌توانیم بگوییم ارتباط درمانی استوارترین پیوند را با نتیجه و پیامد درمان دارد. علم و هنر ارتباط همدلانه و مؤثر شرط لازم و ضرورت مداخلات تشخیصی و درمانی، فارغ از سبک و روش درمان، می‌باشد.

در یک دهه‌ی اخیر، پیشرفت تکنولوژی فضای اتاق درمان را وسعت بخشید، اما آنچه درمانگر و درمان‌جو را علی‌رغم بعد فاصله و ارتباط برخط در فضای درمانی نگاه داشت، همان مؤلفه‌های پایدار، اصول و استانداردهای رابطه‌ی درمانی بود. اساس و بنیانی که در سال‌های اخیر سبب شد ارتباط درمانی پویایی خود را در گذر از بحران صورت‌های پشت‌ماسک و نگاه‌های داخل مانیتور، نشان دهد.

پیچیدگی‌ها و چالش‌های شکل‌گیری، تداوم و اختتام رابطه‌ی درمانی، نیازها و ویژگی‌های گروه‌های هدف مختلف، ویژگی‌های درمانگر و نوع درمان، از جمله مباحث ارزنده‌ای هستند که مرور و آشنایی با تازه‌های آن ارزنده خواهد بود.

انجمن علمی روان‌درمانی می‌کوشد تا با اختصاص پنجمین همایش سالانه‌ی خود به «رابطه‌ی درمانی» با یاری گرفتن از اندیشمندان این حوزه نگاهی دقیق و جامع به زوایای مختلف این ارتباط داشته باشد.

سپاسگزار اعتماد و تلاش‌های مستمر و ارزشمند همکاران گران‌قدر در هیئت‌مدیره‌ی انجمن و کلیه‌ی دست‌اندرکاران برگزاری همایش و به‌ویژه دبیران ارجمند علمی و اجرایی جناب آقای دکتر حمید یعقوبی و جناب آقای سهیل صالحی می‌باشم.

مشارکت و هم‌اندیشی فعالان عرصه‌ی سلامت روان موجب امتنان و غنای همایش خواهد بود.

نیلوفر مهدوی هزاوه

روان‌پزشک، روان‌درمانگر

عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## سخن دبیر علمی

پنجمین کنگره‌ی انجمن علمی روان‌درمانی ایران به‌طور مستقل به مفهومی می‌پردازد که تاکنون هیچ کنگره یا همایش یا سمیناری در ایران به آن نپرداخته است و آن «جایگاه رابطه‌ی درمانی» در روان‌درمانی است. اگرچه در ادبیات پژوهشی روان‌درمانی، به تفاوت‌هایی بین واژه‌هایی همچون رابطه‌ی درمانی، راپور، اتحاد درمانی و اتحاد کاری اشاره شده است اما در این کنگره منظور ما همه‌ی این‌ها است و با اندکی تساهل همه‌ی آنها را ذیل مفهوم رابطه‌ی درمانی می‌آوریم. همان‌گونه که به‌خوبی می‌دانیم ارتباط بین درمانگر و مراجع به‌عنوان مهم‌ترین عامل در روان‌درمانی تلقی می‌شود. به نظر من می‌توان رابطه‌ی درمانی را به «پل» یا کانالی تشبیه کرد که با ماهیتی پویا و دینامیک در هر لحظه بین درمانگر و مراجع وجود دارد و بدون وجود آن نمی‌توان هیچ تکنیکی را اجرا کرد. لمبرت و بارلی (۲۰۰۱) در تأیید این امر اشاره می‌کنند که از مجموع عواملی که بر پیامد درمانی اثر می‌گذارند «۳۰ درصد» آن به عوامل مشترک یا همان رابطه‌ی درمانی برمی‌گردد که این میزان دو برابر تکنیک (۱۵ درصد) است. البته ۴۰ درصد موفقیت درمان را به عوامل خارج از درمان و ۱۵ درصد آن را هم به پلاسیبو ربط می‌دهند. رابطه‌ی درمانی به پیوند بین درمانگر و مراجع اشاره دارد که برای نتایج موفقیت‌آمیز درمان ضروری است و شامل اعتماد، ارتباط و درک متقابل بین درمانگر و بیمار است. رابطه‌ی درمانی نه تنها برای رفاه مراجع بلکه برای پیشرفت حرفه‌ای درمانگر نیز حایز اهمیت است.

این مفهوم اولین بار توسط فروید توصیف شد. او مفاهیم انتقال و انتقال متقابل را بیان کرد که عبارتند از احساسات یا عواطف ناخودآگاهی که بیمار نسبت به درمانگر خود احساس می‌کند (انتقال) و بالعکس (انتقال متقابل). تحقیقات بیشتری که توسط راجرز (۱۹۵۱) انجام شد، در زمره‌ی اولین پژوهش‌هایی است که همدلی را به‌عنوان ویژگی اصلی این اتحاد درمانی برجسته کرد. بعدها اندرسون و همکاران (۱۹۶۲) همدلی و راپور (Rapport) را به‌عنوان ویژگی‌های اصلی «پیوند درمانی» مفهوم‌سازی کردند.

رابطه‌ی درمانی بر چندین عامل از جمله همدلی، اصالت و توجه مثبت بدون قید و شرط بنا شده است. منظور از همدلی، توانایی درمانگر در درک و به اشتراک گذاشتن احساسات و تجربیات مراجع است. اصالت به صحت و صداقت درمانگر در تعامل با مراجع اشاره دارد. به پذیرش و نگرش بدون قضاوت درمانگر نسبت به مراجع توجه مثبت بدون قید و شرط می‌گویند.

رابطه‌ی درمانی به چند دلیل ضروری است. اولاً، فضای امنی را برای مراجع فراهم می‌کند تا افکار و احساسات خود را بدون ترس از قضاوت یا انتقاد به اشتراک بگذارد. این می‌تواند به ایجاد اعتماد بین درمانگر و مراجع کمک کند، و به‌خوبی می‌دانیم که این اعتماد تا چه اندازه برای پیامد مؤثر درمان ضروری است. ثانیاً، یک رابطه‌ی درمانی قوی می‌تواند به بهبود پایبندی به درمان کمک کند، زیرا مراجع‌کنندگان در صورت احساس ارتباط قوی با درمانگر، احتمال بیشتری برای شرکت در درمان دارند. در نهایت، یک رابطه‌ی درمانی قوی می‌تواند به کاهش خطر خاتمه‌ی زودرس درمان کمک کند، زیرا اگر مراجعان احساس کنند که توسط درمانگرشان مورد حمایت و درک قرار می‌گیرند، احتمال ترک درمان کمتر می‌شود.

در پنجمین کنگره‌ی انجمن علمی روان‌درمانی ایران به‌دنبال آن هستیم تا ضمن بررسی این مفهوم از منظرها و دیدگاه‌ها و رویکردهای مختلف روان‌درمانی، به نقش و جایگاه و اهمیت رابطه‌ی درمانی در مشاوره و روان‌درمانی بپردازیم. منتظر مشارکت حداکثری شما متخصصان عزیز حوزه‌ی سلامت روان و به‌ویژه روان‌درمانی هستیم!

دکتر حمید یعقوبی

دانشیار روان‌شناسی بالینی و

دبیر علمی کنگره

## سخنرانی‌های کلیدی و پانل‌های تخصصی در یک نگاه

| سخنرانی‌های کلیدی و پانل‌های تخصصی پنجمین کنگره انجمن علمی روان‌درمانی |  |  |   |
|--|--|--|---|
| نشست   | زمان                                       | عنوان سخنرانی کلیدی  | عنوان پانل تخصصی  |
| نشست اول   | چهارشنبه ۲۹ آذر ماه،<br>ساعت ۰۸:۰۰ - ۱۰:۰۰ | دل بسته شدن یا نشدن؟ روان‌درمانی این است.  | -----   |
| نشست دوم   | چهارشنبه ۲۹ آذر ماه،<br>ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۲:۱۵ | ارتباط درمانی در عصر دیجیتال<br>ادبیات داستانی و روان‌درمانی   | پانل مقاومت در درمان‌های شناختی رفتاری  |
| نشست سوم   | چهارشنبه ۲۹ آذر ماه،<br>ساعت ۱۳:۰۰ - ۱۶:۰۰ | صورت‌بندی فرهنگی مراجع و اتحاد درمانی<br>چگونگی تنظیم روابط و تعامل تیم درمانی در فرایند درمان<br>جایگاه رابطه در تغییر مراجع  | پانل یکپارچه‌سازی روان‌درمانی پویشی<br>کوتاه‌مدت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| نشست چهارم   | چهارشنبه ۲۹ آذر ماه،<br>ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۹:۰۰ | اهمیت رابطه درمانی در فرایند و پیامدهای روان‌درمانی افراد<br>دارای تجربه تروما<br>ویژگی‌های رابطه درمانی کارآمد<br>اتحاد درمانی در روان‌درمانی یکپارچه نگر<br>پیامدهای رابطه درمانی بر درمانگر   | پانل رابطه درمانی در ملال جنسیتی<br>دبیر پانل: دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه          |
| نشست پنجم  | پنجشنبه ۳۰ آذر ماه،<br>ساعت ۰۸:۰۰ - ۱۰:۰۰  | چالش سازمان‌های پاتولوژیک شخصیت (خودشیفته و مرزی)<br>در برقراری رابطه درمانی<br>جویبازی از روان‌درمانی در بستر روان‌شناسی ایران  | پانل «رابطه با بیمار در اختلالات روان‌تنی»                                      |
| نشست ششم   | پنجشنبه ۳۰ آذر ماه،<br>ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۲:۱۵  | روابط عاشقانه در افراد خودشیفته<br>ابعاد رابطه درمانی در قصه شاه و کنیزک مثنوی   | پانل «اخلاق در روان‌درمانی»   |
| نشست هفتم  | پنجشنبه ۳۰ آذر ماه،<br>ساعت ۱۳:۰۰ - ۱۶:۰۰  | آیا تو به ChatGPT احساسی داری؟<br>هیجان و رابطه درمانی<br>اتحاد درمانی و نتیجه درمانی  | پانل «بودگی درمانگر - رابطه درمانی<br>(گسستگی رابطه درمانی در روان‌کاوی)»       |
| نشست هشتم  | پنجشنبه ۳۰ آذر ماه،<br>ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۹:۰۰  | مراسم نکوداشت جناب آقای دکتر آذرخش مگری  |   |
| نشست نهم   | جمعه ۱ دی ماه،<br>ساعت ۰۸:۰۰ - ۱۰:۰۰       | کار با فرایندهای بین فردی به‌عنوان وسیله‌ای برای تغییر:<br>تکنیک‌های رابطه‌ای در بافت درمان‌های شناختی رفتاری<br>مدیریت رابطه در درمان بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای                          | پانل «خودکشی دستیاران پزشکی: شناخت<br>چندوجهی»                                  |
| نشست دهم   | جمعه ۱ دی ماه،<br>ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۲:۱۵       | اتصال در روان‌درمانی<br>با فرد آسیب‌دیده جنسی چگونه ارتباط درمانی برقرار کنیم؟   | پانل «جایگاه رابطه در زوج‌درمانی»   |
| نشست یازدهم  | جمعه ۱ دی ماه،<br>ساعت ۱۳:۰۰ - ۱۶:۰۰       | اتحاد درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی<br>مروری بر نقش و کاربرد استعاره در فرایند ارتباط درمانگر-مراجع<br>رویکرد مغز محور در روان‌درمانی<br>رابطه درمانی در روان‌درمانی کودک: افسانه یا واقعیت؟ | پانل «علم و شبه علم»  |
| نشست دوازدهم   | جمعه ۱ دی ماه،<br>ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۸:۳۰       | The Place of the Therapeutic Relationship in Positive<br>Psychotherapy<br>رابطه درمانی در درمان‌های شناختی رفتاری: واقعیت‌ها در برابر<br>میت‌ها  | -----   |

---

# برنامه مبسوط کنگره: سخنرانی‌ها و پانل‌ها

---

پذیرش کنگره: چهارشنبه ۲۹ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۰۸:۳۰ - ۰۸:۰۰

نشست اول کنگره: افتتاحیه

چهارشنبه ۲۹ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۰:۰۰ - ۰۸:۳۰

|   |               |
|---|---------------|
| تلاوت قران مجید - سرود جمهوری اسلامی ایران            | ۰۸:۳۰ - ۰۸:۴۰ |
| خیر مقدم و سخن آغازین کنگره                           | ۰۸:۴۰ - ۰۸:۵۵ |
| دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه / رئیس کنگره                  |               |
| خیر مقدم رئیس هیات مدیره انجمن علمی روان‌درمانی ایران | ۰۸:۵۵ - ۰۹:۰۵ |
| جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی                         |               |
| گزارش روند علمی کنگره و اهداف آن                      | ۰۹:۰۵ - ۰۹:۲۰ |
| دکتر حمید یعقوبی / دبیر علمی کنگره                    |               |
| گزارش روند اجرایی کنگره                               | ۰۹:۲۰ - ۰۹:۲۵ |
| سهیل جعفر صالحی / دبیر اجرایی و معاون دبیر علمی       |               |
| دل‌بسته شدن یا نشدن؟ روان‌درمانی این است.             | ۰۹:۲۵ - ۱۰:۰۰ |
| دکتر حسن حمید پور، روانشناس بالینی                    |               |

استراحت

ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۰:۰۰

## نشست دوم کنگره

چهارشنبه ۲۹ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۲:۱۵ - ۱۰:۱۵

هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر رضا احمدی، دکتر جعفر بوالهروی، دکتر بهروز بیرشک، دکتر فریبا زرانی

|  |               |
|--|---------------|
| سخنرانی کلیدی / ارتباط درمانی در عصر دیجیتال                               | ۱۰:۱۵ - ۱۰:۳۵ |
| دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |               |
| سخنرانی کلیدی / ادبیات داستانی و روان‌درمانی                               | ۱۰:۳۵ - ۱۰:۵۵ |
| دکتر گودرز عکاشه، متخصص روانپزشکی  |               |
| بازخوردهای هیئت رئیسه  | ۱۰:۵۵ - ۱۱:۰۵ |
| پانل مقاومت در درمان‌های شناختی رفتاری                                     | ۱۱:۰۵ - ۱۲:۱۵ |
| دبیر پانل: دکتر بهروز دولتشاهی   |               |

مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر بهروز دولتشاهی، دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
مقاومت اعتبارجویی و اعتبار گریزی

سعیده زنوزیان، استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
مقاومت طرح‌واره‌ای

دکتر ندا علی بیگی، دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
مقاومت ساختار درمان

فرشته مؤمنی، استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
مقاومت قربانی

نماز و ناهار

ساعت ۱۲:۱۵ - ۱۳:۰۰

## نشست سوم کنگره

چهارشنبه ۲۹ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۶:۰۰ - ۱۳:۰۰

### هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محمد خدایاری فرد، دکتر مریم رسولیان، دکتر علی صاحبی، دکتر مصطفی نوکنی

|  |               |
|--|---------------|
| سخنرانی کلیدی / صورت‌بندی فرهنگی مراجع و اتحاد درمانی<br>دکتر ایمان بیگدلی، استاد روانشناسی دانشگاه فردوسی   | ۱۳:۰۰ - ۱۳:۳۰ |
| سخنرانی کلیدی / چگونگی تنظیم روابط و تعامل تیم درمانی در فرایند درمان<br>دکتر سیدوحید شریعت، استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران                         | ۱۳:۳۰ - ۱۳:۵۰ |
| سخنرانی کلیدی / جایگاه رابطه در تغییر مراجع<br>دکتر علی صاحبی، روانشناس بالینی، موسسه ویلیام گلاسر   | ۱۳:۵۰ - ۱۴:۲۰ |
| بازخوردهای هیئت رئیسه  | ۱۴:۲۰ - ۱۴:۳۰ |
| پانل یکپارچه‌سازی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<br>دبیر پانل: دکتر عبدالله امیدی<br>با حضور افتخاری و آفلاین پروفیسور استیون هیز | ۱۴:۳۰ - ۱۶:۰۰ |

### مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر عبدالله امیدی، استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
یکپارچه‌سازی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش  
دکتر سجاد بهرامی - روانشناس سلامت بخش خصوصی  
تلفیق جایگاه Self در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش  
دکتر علی کلاهدوزان - استادیار روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
جایگاه RFT در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مقایسه آن با روان‌درمانی‌های سنتی  
دکتر نادر منیرپور - دانشیار روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم  
نقش رابطه در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت

استراحت

ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۶:۰۰

## نشست چهارم کنگره

چهارشنبه ۲۹ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۹:۰۰ - ۱۶:۱۵

### هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محمدرضا خدایی اردکانی، دکتر شهرام وزیری، دکتر فرح لطفی کاشانی، دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه

|  |               |
|--|---------------|
| سخنرانی کلیدی / اهمیت رابطه درمانی در فرایند و پیامدهای روان‌درمانی افراد دارای تجربه تروما<br>دکتر نورمحمد بخشانی، استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان | ۱۶:۱۵ - ۱۶:۳۵ |
| سخنرانی کلیدی / ویژگی‌های رابطه درمانی کارآمد<br>دکتر عباس امید، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش   | ۱۶:۳۵ - ۱۶:۵۵ |
| سخنرانی کلیدی / اتحاد درمانی در روان‌درمانی یکپارچه نگر<br>دکتر شهرام وزیری، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی  | ۱۶:۵۵ - ۱۷:۱۵ |
| سخنرانی کلیدی / پیامدهای رابطه درمانی بر درمانگر<br>دکتر فرح لطفی کاشانی، دانشیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی  | ۱۷:۱۵ - ۱۷:۳۵ |
| بازخوردهای هیئت رئیسه  | ۱۷:۳۵ - ۱۷:۴۵ |
| پانل رابطه درمانی در ملال جنسیتی   | ۱۷:۴۵ - ۱۹:۰۰ |
| دبیر پانل: دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه   |               |

### مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر آذین احمدزاده، فلوشیپ طب روان‌جنسی، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
درمانگر ملال جنسیتی و تعامل با خانواده  
دکتر فیروزه ریسی، استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
انتقال متقابل در اتاق درمان  
دکتر آناهیتا عربی، دستیار فلوشیپ طب روان‌جنسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
گروه‌درمانی و چالش‌های رابطه‌ی درمانی در آن  
دکتر آزاده مظاهری، فلوشیپ طب روان‌جنسی، دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید  
بهشتی  
انتقال در اتاق درمان

## نشست پنجم کنگره

پنجشنبه ۳۰ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۰:۰۰ - ۰۸:۰۰

هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محبوبه داستانی، دکتر رضا دانشمند، دکتر پرویز دباغی، دکتر کتایون رازجویان

|   |               |
|---|---------------|
| سخنرانی کلیدی / چالش سازمان‌های پاتولوژیک شخصیت (خودشیفته و مرزی) در برقراری رابطه درمانی | ۰۸:۰۰ - ۰۸:۲۰ |
| دکتر مهدیه معین الغربایی، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران                    |               |
| سخنرانی کلیدی / جویباری از روان‌درمانی در بستر روان‌شناسی ایران                           | ۰۸:۲۰ - ۰۸:۴۰ |
| دکتر انوشیروان رضایی، دکترای تخصصی روانشناسی  |               |
| بازخوردهای هیئت رئیسه   | ۰۸:۴۰ - ۰۸:۵۰ |
| پانل  | ۰۸:۵۰ - ۱۰:۰۰ |
| «رابطه با بیمار در اختلالات روان‌تنی»   |               |
| دبیر پانل: دکتر فرناز اعتصام  |               |

مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر فرناز اعتصام، فلوشیپ طب روان‌تنی، دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مدیریت ارتباط با بیمار دشوار در بخش‌های طبی

دکتر الهام شرفی، فلوشیپ طب روان‌تنی، دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
ارتباط با بیمار دارای اختلال علایم جسمانی

دکتر سمیه عرب‌زاده، فلوشیپ روان‌درمانی، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
Psychosomatic Today: The Psychoanalytic Perspective  
دکتر زهرا هوشیاری، دکترای روان‌سنجی، استادیار دانشگاه تهران  
آیا اخلاق با زبان بدن هم سخن می‌گوید؟

استراحت

ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۰:۰۰

## نشست ششم کنگره

پنجشنبه ۳۰ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۲:۱۵ - ۱۰:۱۵

هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر بهروز دولتشاهی، دکتر محمدعلی رحمانی، دکتر آناهیتا رحمتی، دکتر عبدالحسین رفعتیان

|   |               |
|---|---------------|
| سخنرانی کلیدی / روابط عاشقانه در افراد خودشیفته             | ۱۰:۱۵ - ۱۰:۳۵ |
| دکتر فرزین رضاعی، استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران |               |
| سخنرانی کلیدی / ابعاد رابطه درمانی در قصه شاه و کنیزک مثنوی | ۱۰:۳۵ - ۱۰:۵۵ |
| دکتر محمدرضا شعیری، دانشیار روانشناسی دانشگاه شاهد          |               |
| بازخوردهای هیئت رئیسه                                       | ۱۰:۵۵ - ۱۱:۰۵ |
| پانل «اخلاق در روان‌درمانی»                                 | ۱۱:۰۵ - ۱۲:۱۵ |
| دبیر پانل: دکتر غلامرضا ترابی پاریزی                        |               |

مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر حمید پورشریفی، دانشیار روانشناسی سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
مدیریت روابط چندگانه در روان‌درمانی شناختی رفتاری  
دکتر غلامرضا ترابی پاریزی، روان‌پزشک، عضو هیات مدیره انجمن علمی روان‌درمانی ایران  
روابط چندگانه در روان‌درمانی و اهمیت آن  
دکتر محمدکاظم عاطف وحید، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
مدیریت روابط چندگانه در روان‌درمانی تحلیلی

نماز و ناهار

ساعت ۱۳:۰۰ - ۱۲:۱۵

## نشست هفتم کنگره

پنجشنبه ۳۰ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۶:۰۰ - ۱۳:۰۰

هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر شیوا دولت‌آبادی، دکتر امید رضایی، دکتر زهرا زنجانی، دکتر جعفر حسنی

|   |               |
|---|---------------|
| سخنرانی کلیدی / آیا تو به ChatGPT احساسی داری؟  | ۱۳:۰۰ - ۱۳:۴۰ |
| دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی (روان‌پزشک و فلوشیپ روان‌درمانی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران) و دکتر فاطمه سادات میرفاضلی (روان‌پزشک و استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران) |               |
| سخنرانی کلیدی / هیجان و رابطه درمانی  | ۱۳:۴۰ - ۱۴:۰۰ |
| دکتر جعفر حسنی، استاد روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی  |               |
| سخنرانی کلیدی / اتحاد درمانی و نتیجه درمانی   | ۱۴:۰۰ - ۱۴:۲۰ |
| دکتر عباس بخشی‌پور، استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز   |               |
| بازخوردهای هیئت رئیسه   | ۱۴:۲۰ - ۱۴:۳۰ |
| پانل «بودگی درمانگر - رابطه درمانی (گسستگی رابطه درمانی در روان‌کاوی)»  | ۱۴:۳۰ - ۱۶:۰۰ |
| دبیر پانل: دکتر سیامک موحدی   |               |

مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر شهاب شیرخدا، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد  
مهاجرت درمانگر و تأثیر آن بر رابطه درمانی  
دکتر آرش عسکری، فلوشیپ روان‌درمانی و استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
حاملگی درمانگر و تأثیر آن بر رابطه درمانی  
دکتر سیامک موحدی، استاد روان‌کاوی، مدیر انستیتو و برنامه دکتری مطالعات روان‌کاوی، جامعه و فرهنگ در دانشکده روان‌کاوی بوستون  
بررسی فاکتورهای مؤثر در گسستگی رابطه روان‌کاوانه  
دکتر نسیم نکویی شجاع، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
بیماری و مرگ درمانگر و تأثیر آن بر رابطه درمانی

استراحت

ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۶:۰۰

## نشست هشتم کنگره

پنجشنبه ۳۰ آذر ۱۴۰۲ - ساعت ۱۸:۰۰ - ۱۶:۱۵

۱۶:۱۵ - ۱۸:۰۰ مراسم نکوداشت جناب آقای دکتر آذرخش مگری با حضور پیشکسوتان حوزه سلامت روان و هنرمندان محبوب کشور

## نشست نهم کنگره

جمعه ۱ دی ۱۴۰۲ - ساعت ۱۰:۰۰ - ۰۸:۰۰

### هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر بابک روشنایی مقدم، دکتر رضا شیرالی، دکتر علی فیروزآبادی، دکتر علی امیر نجاتی صفا

سخنرانی کلیدی / کار با فرایندهای بین فردی به عنوان وسیله‌ای برای تغییر: تکنیک‌های رابطه‌ای در بافت درمان‌های شناختی رفتاری ۰۸:۰۰ - ۰۸:۲۰  
دکتر شهرام محمدخانی، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی  
سخنرانی کلیدی / مدیریت رابطه در درمان بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای ۰۸:۲۰ - ۰۸:۴۰  
دکتر علی فیروزآبادی، دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
بازخوردهای هیئت رئیسه ۰۸:۴۰ - ۰۸:۵۰  
پانل «خودکشی دستیاران پزشکی: شناخت چندوجهی» ۰۸:۵۰ - ۱۰:۰۰  
دبیر پانل: دکتر فهیمه سعید

### مباحث و اعضا (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر امیرحسین جلالی ندوشن، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
چراغ‌های خاموش رابطه: اهمیت رابطه درمانی در ارزیابی و مدیریت پزشک خودکشی‌گرا  
آقای هادی دانش رحیمی، روانکاو، عضو IPA  
کنکاشی در کارآیی مداخله‌های مبتنی بر گروه برای کاهش یاس و فرسودگی  
دکتر فهیمه سعید، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
چرایی خودکشی دستیاران: روایت آماری  
دکتر شهاب شیرخدا، فلوشیپ روان‌درمانی و استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد  
خودکشی دستیاران ایرانی: جستجویی در پویایی‌های درون روانی-بین فردی

استراحت

ساعت ۱۰:۱۵ - ۱۰:۰۰

## نشست دهم کنگره

جمعه ۱ دی ۱۴۰۲ - ساعت ۱۲:۱۵ - ۱۰:۱۵

### هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مهدی تهرانی دوست، دکتر مهدی صابری، دکتر میثم پورغلامی، دکتر حمیدرضا حسن آبادی

|  |               |
|--|---------------|
| سخنرانی کلیدی / اتصال در روان‌درمانی                                   | ۱۰:۱۵ - ۱۰:۳۵ |
| دکتر آذرخش مگری، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران          |               |
| سخنرانی کلیدی / با فرد آسیب‌دیده جنسی چگونه ارتباط درمانی برقرار کنیم؟ | ۱۰:۳۵ - ۱۰:۵۵ |
| دکتر شهین علیایی زند، دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی         |               |
| بازخوردهای هیئت رئیسه  | ۱۰:۵۵ - ۱۱:۰۵ |
| پانل «جایگاه رابطه در زوج‌درمانی»                                      | ۱۱:۰۵ - ۱۲:۱۵ |
| دبیر پانل: دکتر فرشته موتابی   |               |

### مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مونا چراغی، دانشیار روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی  
رابطه درمانی: عامل کلیدی تغییر در درمان هیجان مدار  
دکتر سامرند سلیمی، متخصص روانپزشکی  
همسر نادیده در روان‌درمانی فردی  
دکتر مهرداد قایم مقامی، متخصص روانپزشکی  
درمانگری جنسی در عصر تکنولوژی  
دکتر فرشته موتابی، استادیار روانشناسی بالینی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی  
زوج‌درمانگری شناختی رفتاری: آمیزه‌ای از انعطاف و اقتدار

نماز و ناهار / ساعت ۱۳:۰۰ - ۱۲:۱۵

## نشست یازدهم کنگره

جمعه ۱ دی ۱۴۰۲ - ساعت ۱۶:۰۰ - ۱۳:۰۰

### هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر منصوره کیانی، دکتر مجید محمودعلیلو، دکتر علی ناظری، دکتر قاسم نظیری

|   |             |
|---|-------------|
| سخنرانی کلیدی / اتحاد درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی<br>دکتر مجید محمودعلیلو، استاد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز                         | ۱۳:۰۰-۱۳:۲۰ |
| سخنرانی کلیدی / مروری بر نقش و کاربرد استعاره در فرایند ارتباط درمانگر-مراجع<br>دکتر قاسم نظیری، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی | ۱۳:۲۰-۱۳:۴۰ |
| سخنرانی کلیدی / دیدگاه مغز محور در رابطه درمانی<br>دکتر محسن ارجمند، متخصص روانپزشکی  | ۱۳:۴۰-۱۴:۰۰ |
| سخنرانی کلیدی / رابطه درمانی در روان درمانی کودک: افسانه یا واقعیت؟<br>دکتر حمیدرضا حسن آبادی، دانشیار روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی       | ۱۴:۰۰-۱۴:۲۰ |
| بازخورد هیئت رئیسه  | ۱۴:۲۰-۱۴:۳۰ |
| پانل «علم و شبه علم»<br>دبیر پانل: دکتر امیر شعبانی   | ۱۴:۳۰-۱۶:۰۰ |

### مباحث و اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر محمد حاتمی، دانشیار روانشناسی دانشگاه خوارزمی  
چالش‌های قانونی مقابله با روانشناسی شبه علمی (زرد)  
دکتر امیر شعبانی، استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
خط سیر مفهوم علم  
دکتر ربابه نوری، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی  
روان درمانی شبه علمی (زرد)  
بحث و پرسش و پاسخ: دکتر محمد حاتمی، دکتر بابک زمانی، دکتر امیر شعبانی، دکتر ربابه نوری

استراحت / ساعت ۱۶:۱۵ - ۱۶:۰۰

## نشست دوازدهم کنگره: اختتامیه

جمعه ۱ دی ۱۴۰۲ - ساعت ۱۸:۳۰ - ۱۶:۱۵

هیئت رئیسه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر غلامرضا ترابی، دکتر حسن عشایری، دکتر امیرهوشنگ مهریار، دکتر مهدی ملک محمد

|   |               |
|---|---------------|
| سخنرانی کلیدی /   | ۱۶:۱۵ - ۱۷:۲۰ |
| KEYNOTE SPEAKER/ Professor Tayyab Rashid, University of Melbourne The Place of the Therapeutic Relationship in Positive Psychotherapy |               |
| سخنرانی کلیدی / رابطه درمانی در درمان‌های شناختی رفتاری: واقعیت‌ها در برابر میت‌ها  | ۱۷:۲۰ - ۱۷:۵۰ |
| دکتر لادن فتی، دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران  |               |
| بازخورد هیئت رئیسه در مورد کنگره  | ۱۷:۵۰ - ۱۸:۰۰ |
| اختتامیه  | ۱۸:۰۰ - ۱۸:۲۰ |
| قرائت قطعنامه کنگره   |               |
| تقدیر از فعالان کنگره   |               |
| عکس دسته جمعی   | ۱۸:۲۰ - ۱۸:۳۰ |

## برنامه کارگاه‌ها

| تاریخ              | عنوان کارگاه   | مدرس  | ساعت      | مکان         |
|--------------------|--|---|-----------|--------------|
| چهارشنبه<br>۲۹ آذر | پرسشگری سقراطی: شیوه پرورش هنر و مهارت پرسشگری                                     | دکتر علی صاحبی  | ۱۰ الی ۱۳ | سالن شماره ۴ |
|                    | کاربرد دلبستگی در درمان‌های شناختی و رفتاری  | دکتر حسن حمیدپور  | ۱۳ الی ۱۶ | سالن شماره ۴ |
|                    | الگوهای دلبستگی درمانگر و بازتاب آن در رابطه درمانی                                | دکتر علی فیروزآبادی (استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز - روان‌درمانگر تحلیلی و تروما) - دکتر عاطفه کمالو (روان‌پزشک و روان‌درمانگر شناختی-رفتاری و تروما)  | ۱۶ الی ۱۹ | سالن شماره ۴ |
| پنجشنبه<br>۳۰ آذر  | رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان وسواس                                  | دکتر عبدالله امیدی - استاد دانشگاه علوم پزشکی کاشان   | ۱۰ الی ۱۳ | سالن شماره ۴ |
|                    | فراز و نشیب رابطه در بیماران بوردرلاین   | دکتر فرزین رضاعی - استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانش آموخته مرکز روانکاوی دانشگاه کلمبیای نیویورک<br>دکتر صبا فرجی - روان‌پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران<br>دکتر فرناز کافی - روان‌پزشک | ۱۳ الی ۱۶ | سالن شماره ۴ |
| جمعه<br>۱ دی       | رابطه‌ی درمانی تغییر دهنده در روان‌درمانی تحلیلی: گفتگوی بین‌ذهنی و فهم بیناتانانه | دکتر نادر منیرپور، دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی   | ۱۰ الی ۱۳ | سالن شماره ۴ |
|                    | زندگی در جوار همسر (پارتنر) خودشیفته   | دکتر سامرند سلیمی، روان‌پزشک - دکتر علی ثاقبی، روان‌پزشک  | ۱۳ الی ۱۶ | سالن شماره ۴ |

---

## چکیده مقالات کنگره

---

---

# هنجاریابی آزمون سنجش رابطه برث لنارد: فرم ۶۴ سؤالی نسخه مراجع

---

سیدعبدالله احمدی قلعه\*  
کارشناسی ارشد مشاوره

## چکیده

توجه به میزان و کیفیت رابطه درمانی از دیرباز مورد توجه بسیاری از متخصصان و روان‌درمانگران بوده است. این پرسشنامه یکی از کاربردی‌ترین آزمون‌هایی است که به این منظور سنجش کیفیت رابطه درمانی ساخته شده است. نمونه پژوهش شامل ۲۵۰۰ مراجع مراجعه کرده به روان‌درمانگر و مشاور خانواده بود که بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای به‌طور تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه سنجش کیفیت رابطه برث لنارد فرم ۶۴ سؤالی (نسخه مراجع) را ۱۲۵۰ مراجع که به روان‌درمانگر مراجعه کرده‌اند و ۱۲۵۰ مراجع که به مشاوران خانواده مراجعه کرده‌اند، تکمیل کردند. بررسی اعتبار پرسشنامه رابطه درمانی برث لنارد از طریق آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۵ را نشان می‌دهد که ضریب بسیار بالایی محسوب می‌شود. از روش همبستگی درونی برای تعیین میزان روایی مقیاس‌ها (همدلی پذیرش و همخوانی) استفاده شد و حداکثر آن ضریب ۰/۸۸ به دست آمد. نتایج نشان داد که پایایی تست به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۲ و به روش باز آزمایی ۰/۸۴ و به روش دو نیمه کردن ۰/۶۳ می‌باشد. ضریب همبستگی بین دو تست سنجش همدلی اظهار شده جین واتسون و سنجش رابطه برث لنارد ۰/۶۲ و تست سنجش کیفیت رابطه تراکس و کارخوف ۰/۶۹ می‌باشد. روایی تفکیکی با مقایسه دو گروه مشاور و روان‌درمانگر به دست آمد و با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان گفت که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که پرسشنامه رابطه درمانی برث لنارد به‌عنوان یک ابزار تشخیصی معتبر و قابلیت استفاده در موقعیت‌های تشخیص، درمان و پژوهش‌های بالینی در زمینه رابطه درمانی دارد.

کلیدواژه‌ها: رابطه درمانی، هنجاریابی، همدلی، پذیرش برث لنارد، مراجع

---

## هنجاریابی پرسشنامه همدلی اظهار شده جین واتسون

---

سیدعبدالله احمدی قلعه\*

کارشناسی ارشد مشاوره

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه همدلی اظهار شده جین واتسون بود. آزمودنی‌ها شامل ۱۵۰۰ مراجع مراکز مشاوره ازدواج و خانواده کشور بودند که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای از جامعه آماری انتخاب شدند. اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی ۴ هفته، ضریب همبستگی ۰.۷۷ را به دست داد که در سطح ۰.۰۰۱ معنادار بود. آلفای کرونباخ برای شاخص کل تست رابطه در مرحله آزمون برابر با ۰.۸۳ و در مرحله آزمون مجدد ۰.۸۶ بود که اندازه‌های مطلوبی هستند. در ارزیابی اعتبار پرسشنامه از چندین روش استفاده شد. به منظور برآورد اعتبار محتوا، پرسشنامه به تعدادی از کارشناسان روان‌درمانی ارائه گردید که توان پرسشنامه همدلی اظهار شده را در سنجش رابطه درمانی مورد تأیید قرار دادند. شاخص کل پرسشنامه همدلی اظهار شده همبستگی بالایی ۰.۷۱ را با هر ۳ عامل (همدلی همخوانی و پذیرش) با تست سنجش رابطه برث لئارد و همچنین ۰.۷۰ با تست سنجش رابطه تراکس و کارخوف نشان داد. علاوه بر این، تحلیل عاملی مرتبه دوم این نتیجه را در برداشت که پرسشنامه همدلی اظهار شده را می‌توان به‌عنوان یک سازه تک بعدی برای اندازه‌گیری میزان اثربخشی رابطه درمانی در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: پرسشنامه همدلی، اعتبار، پایایی، رابطه درمانی

---

# مقایسه اثر بازی درمانی رابطه محور اکسلاین و بازی درمانی روان پویشی رابطه محور بر بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مرکز نگهداری از کودکان بهزیستی استان زنجان

---

سید عبدالله احمدی قلعه<sup>۱\*</sup>، شیدا نجفی<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد بالینی

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثر بازی درمانی رابطه محور اکسلاین و بازی درمانی روان پویشی کلاینی بر بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مرکز نگهداری از کودکان بهزیستی استان زنجان بوده است. بر این اساس شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۲۲ از کودکان جایگزین شدند. در این پژوهش طرح از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. داده‌ها با پرسشنامه بهبود ارتباط (ارتباط همدلانه ارتباط پذیرش گرانه) همدلانه برث لnard (نسخه کودکان) گردآوری و با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها و آزمون تعقیبی شفه برای تعیین تفاوت بین میانگین‌ها، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج: یافته‌ها گویای تفاوت معنادار بین هر دو روش با افزایش ارتباط همدلانه و پذیرش مثبت بودند. بازی درمانی رابطه محور اکسلاین در مقایسه با بازی درمانی روان پویشی کلاینی در بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مؤثرتر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مقایسه بازی درمانی رابطه محور اکسلاین و بازی درمانی روان پویشی کلاینی در بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه در افزایش ارتباط همدلانه و ارتباط پذیرش گرانه کارآمد هستند. به همین دلیل می‌توانند به عنوان یک رویکرد درمانی در بهبود کیفیت تربیتی کودکان مورد استفاده قرار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی رابطه محور اکسلاین، بازی درمانی روان پویشی، کلاینی، ارتباط همدلانه، ارتباط پذیرش گرانه، برث لnard

# مقایسه اثر رویکرد پیش درمانی گری پروتی و سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن بر بهبود ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه مراجعان در آستانه طلاق استان زنجان

سیدعبدالله احمدی قلعه\*<sup>۱</sup>، شیدا نجفی<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد بالینی

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثرهای دیدگاه پیش‌درمانی (آماده‌سازی برای درمان) گری پروتی و سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن بر بهبود ارتباط همدلانه در مراجعان متقاضی متارکه اعم از خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده از طرف دادگاه به دفاتر و مراکز مشاوره خانواده استان زنجان بوده است. بر این اساس شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ زوجی جایگزین شدند. در این پژوهش طرح از نوع آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. داده‌ها با پرسشنامه بهبود ارتباط زوجین (ارتباط همدلانه ارتباط پذیرش گرانه) همدلانه برث لنارد گردآوری و با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها و آزمون تعقیبی شفه برای تعیین تفاوت بین میانگین‌ها، تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها گویای تفاوت معنادار بین هر دو روش با افزایش ارتباط همدلانه و پذیرش مثبت بودند. رویکرد پیش‌درمانی (آماده‌سازی برای درمان) گری پروتی در مقایسه با سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن بر ارتباط همدلانه مؤثرتر بود ولی پس از ۳ ماه پیگیری تفاوتی بین دو گروه یافت نشد. همچنین در بین ابعاد ارتباط همدلانه آماده‌سازی برای درمانگری پروتی در بعد و سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن در بعد ارتباط پذیرش گرانه مؤثرتر بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رویکرد پیش‌درمانی (آماده‌سازی برای درمان) گری پروتی و سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن در افزایش ارتباط همدلانه و ارتباط پذیرش گرانه کارآمد هستند. به همین دلیل می‌توانند به‌عنوان یک رویکرد درمانی در رفع نابسامانی‌های زناشویی مورد استفاده قرار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: رویکرد پیش‌درمانی (آماده‌سازی برای درمان) گری پروتی، سیستم روان‌درمانی عمومی پترسن، ارتباط همدلانه و پذیرش گرانه، متارکه

---

# پویایی‌های سیستمی و چالش ارتباطی در مداخلات خانواده‌درمانی: یک مطالعه کیفی

---

مریم اردوخانی\*

کارشناسی ارشد روانشناسی و زمینه‌های وابسته

## چکیده

در راستای ارتقای کیفیت و خدمات خانواده‌درمانی، لزوم شناسایی چالش‌های این حوزه با ضرورت آماده‌سازی خانواده-درمانگران باصلاحیت برجسته می‌گردد. از طرفی ارتباط درمانی، رکن اساسی انواع روان‌درمانی‌ها به حساب می‌آید. از این رو این مطالعه با هدف واکاوی مضامین چالش‌برانگیز رابطه درمانی در خلال مداخلات خانواده‌درمانی بر طبق دیدگاه و تجربه متخصصان خانواده صورت گرفت. در مطالعه حاضر از روش تحلیل مضمون بهره گرفته شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ نفر متخصصان حوزه‌های خانواده با حداقل ۵ سال تجربه کار در این حوزه در استان تهران (۱۴۰۰-۱۴۰۱) بودند. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به دست آمد و داده‌ها براساس روش تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۱۹) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: در راستای چالش ارتباطات درمانی در جلسات خانوادگی، مضمون «ضعف در مدیریت پویایی‌های سیستمی» مفهوم بندی شد که دربردارنده سه مضمون فرعی است: ضعف در پیاده‌سازی دید سیستمی خانواده درمانگر در مداخلات خانوادگی، مهارت ناکافی خانواده درمانگر نسبت به رعایت تعاملات متوازن در جلسات خانوادگی و مهارت ناکافی درمانگر در مدیریت تنش جلسات خانوادگی. نتیجه‌گیری: یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت اتحاد درمانی در مداخلات خانواده‌درمانی، نقش پویایی‌های سیستمی است که به تعاملات و جریان‌های پیچیده و پنهانی اشاره دارند که در بستر رابطه درمانگر با هر خرد سیستم خانواده، شکل گرفته و مدیریت کارآمد آن، افزون بر آنکه صلاحیت درمانگر بر مهارت‌های حرفه‌ای مخصوص این حوزه را می‌طلبد، نیازمند وجود برخی مهارت‌های شخصیتی نیز در وی است. با این حال علی‌رغم اهمیت بسزای آن، تحلیل نتایج حکایت از آن داشتند که بسیاری از افرادی که وارد حوزه‌های مداخلات در خانواده می‌شوند آگاهی کمی پیرامون نقش جریان‌های پیچیده و بستر متفاوت درمان‌های خانوادگی با نوع انفرادی دارد. بنابراین فقدان چنین آگاهی‌هایی، لزوم بسترسازی‌های آموزشی و کاربردی مناسب را برای غلبه بر چنین چالش‌هایی برجسته نخواهد کرد.

کلیدواژه‌ها: پویایی‌های سیستمی، چالش ارتباطی، مداخلات خانواده‌درمانی

---

## رابطه کیفیت زندگی کاری مشاوران با رضایت مراجعان از فرآیند مشاوره

---

حسن الهی فر<sup>۱\*</sup>، افسانه صالحی<sup>۲</sup>، خدیجه حیدری<sup>۳</sup>، مهدیه عابدینی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دکتری مشاوره، گروه مشاوره دانشگاه پیام نور قزوین (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان تأمین اجتماعی، سردار شهید قاسم سلیمانی، ابهر

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشگاه پیام نور خرمدره

### چکیده

کیفیت زندگی کاری نقش اساسی و مهمی در کارایی و اثربخشی افراد شاغل دارد. یکی از موضوعاتی که می‌توان به میزان اثربخشی جلسات مشاوره پی برد میزان رضایت مراجعان از فرآیند مشاوره می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری مشاوران با رضایت شغلی انجام شد. روش پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مشاوران و مراجعین مراکز دولتی و غیر دولتی مشاوره شهر قزوین بود. روش نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی و داوطلبانه بود. نمونه پژوهش شامل ۷۰ نفر از مشاوران شهر قزوین و ۱۴۰ نفر از مراجعین مشاوران بود. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون (۱۹۷۳) را مشاوران پاسخ دادند و پرسشنامه رضایت مراجع از درمان (اتکینسون و گرین فیلد، ۱۹۹۵) دو نفر از مراجعین هر مشاور پاسخ دادند. یافته‌ها: داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی کاری مشاوران و رضایت مراجعان رابطه مثبت وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد کیفیت زندگی کاری مشاوران می‌تواند ۲۰ درصد رضایت مراجعان را پیش‌بینی کند. می‌توان نتیجه گرفت سطوح بالای کیفیت زندگی کاری مشاوران رابطه مثبتی با رضایت مراجعه کنندگان به مشاوره دارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی کاری، رضایت مراجعان، مشاوران

---

# رابطه بین همدلی و فرسودگی شغلی مشاوران

---

حسن الهی فر<sup>۱\*</sup>، مریم محمودی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دکتری مشاوره، گروه مشاوره دانشگاه پیام نور قزوین (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره شغلی

## چکیده

بر حسب ادبیات پژوهشی، کاهش مؤلفه‌های ناسازگار و افزایش مؤلفه‌های سازگار انگیزش و مشغولیت تحصیلی در دانش‌آموزان می‌تواند بستر مؤثری برای ارتقاء تاب‌آوری تحصیلی آنان فراهم سازد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف آزمون تأثیر مداخله چندبُعدی شناختی - رفتاری مبتنی بر نظریه مارتین بر تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان انجام شد. با استفاده از یک طرح مداخله‌ای از نوع پس‌آزمون با گروه کنترل ۲۰ دانش‌آموز دختر پایه هفتم با پیشرفت تحصیلی پایین، در شهر تهران، بر حسب ملاک‌های ورود و خروج و انجام مصاحبه بالینی انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل منتسب شدند. در طی فرآیند مداخله، گروه آزمایش برنامه ارتقای انگیزش و مشغولیت تحصیلی و گروه کنترل برنامه آموزشی بهبود مهارت‌های زندگی را به مدت ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. پس از پایان مداخله، هر دو گروه به مقیاس تاب‌آوری تحصیلی مارتین پاسخ دادند. نتایج آزمون تحلیل t تست مستقل نشان داد که اجرای مداخله چندبُعدی مبتنی بر نظریه مارتین باعث ایجاد تغییرات معنی‌دار ( $P < 0/01$ ) در متغیر تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان به نفع گروه آزمایش شد. تاب‌آوری تحصیلی به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای فردی، به نظر می‌رسد از طریق مداخله چندبُعدی ارتقا یافته و دانش‌آموزان را برای مقابله مؤثر با موانع و چالش‌های وخیم تحصیلی آماده می‌کند.

کلیدواژه‌ها: فرسودگی شغلی، همدلی، مشاوران

---

# مقایسه اثر رابطه‌ی درمانی مبتنی بر شفقت و رابطه‌ی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر باورهای ارتباطی و میزان اعتماد زناشویی زوجین متقاضی طلاق

---

کیانوش امینی<sup>۱\*</sup>  
دکترای روانشناسی عمومی

## چکیده

رابطه زناشویی به‌عنوان یکی از پایدارترین روابط بین فردی محسوب می‌گردد و رابطه‌ی درمانی در پیشگیری و کاهش طلاق و تداوم جلسات مشاوره و زوج‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک موضوع مهم تلقی گردد. هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر رابطه‌ی درمانی مبتنی بر شفقت و رابطه‌ی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر باورهای ارتباطی و میزان اعتماد زناشویی زوجین متقاضی طلاق بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز طلاق شهر اراک بودند که با نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش نشان داد رابطه‌ی درمانی مبتنی بر شفقت بر باورهای ارتباطی و میزان اعتماد زناشویی زوجین تأثیر معناداری داشته است ( $p < 0/001$ ). نتایج پیگیری نشان داد نتایج بعد از سه ماه پایداری داشته و می‌توان از رابطه‌ی درمانی مبتنی بر شفقت به‌عنوان مداخله مؤثر در کاهش طلاق استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: رابطه‌ی درمانی، شفقت، شناختی رفتاری، باورهای ارتباطی، طلاق

---

# اعتیاد دیجیتالی پیش‌بینی کننده نشخوار ذهنی و نگرانی تصویر بدنی

---

مهناز بابائی<sup>۱\*</sup>، سیده ساناز بابائی رودباری<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنج

## چکیده

از جمله مهم‌ترین عوامل تغییرات اجتماعی در جوامع مدرن، رسانه‌ها و وسایل ارتباط جمعی هستند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش اعتیاد دیجیتالی در پیش‌بینی نشخوار ذهنی و نگرانی تصویر بدنی انجام شده است. روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علم و فناوری مازندران در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه ۱۲۰ نفر بود. شرکت کنندگان در پژوهش به پرسشنامه‌های اعتیاد دیجیتالی (یانگ، ۱۹۹۸)، نشخوار ذهنی (نالن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و نگرانی تصویر بدنی (لیتلون، ۲۰۰۵) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین اعتیاد دیجیتالی و نشخوار ذهنی و نگرانی تصویر بدنی و خرده مقیاس‌های متغیرهای مورد مطالعه ارتباط مثبت و معناداری به لحاظ آماری وجود دارد و اعتیاد دیجیتالی تا حدودی می‌تواند نشخوار ذهنی و نگرانی تصویر بدنی در دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند ( $P < 0/01$ ). بی‌تردید هر پیشرفت جدیدی در کنار مزایایی که دارد می‌تواند مشکلاتی هم به همراه داشته باشد. اعتیاد دیجیتالی نیز به‌عنوان یک ابزار ارتباطی جدید مشکلات و آسیب‌های روان‌شناختی متعددی برای جوانان پدیدار کرده که برخی از آنها حتی جامعه جهانی را نگران کرده است.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد دیجیتالی، نشخوار ذهنی، نگرانی تصویر بدنی

---

# کارکرد توجه و حافظه کاری در افراد افسرده

---

مهناز بابائی<sup>۱\*</sup>، سیده ساناز بابائی رودباری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

## چکیده

هدف: اختلال افسردگی از جمله اختلالاتی است که همراه با آسیب در کارکردهای شناختی است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکرد توجه و حافظه کاری افراد افسرده با عادی انجام شده است. روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علم و فناوری مازندران در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. ۲۲۰ دانشجوی دختر به پرسشنامه بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. از میان آنها ۲۰ نفر، که دارای نمره برش تشخیصی افسردگی و ۲۰ دانشجوی دختر بدون افسردگی انتخاب و به پرسشنامه‌های استروپ (استروپ، ۱۹۳۵) و حافظه کاری (کریستوفر و دونالد، ۲۰۰۵) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون مانوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد بین عملکرد توجه و حافظه کاری و خرده‌مقیاس‌های آن در دانشجویان افسرده و عادی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). بدین معنا که افراد افسرده نسبت به افراد عادی در آزمون توجه و حافظه کاری ضعیف‌تر عمل کردند. نتیجه‌گیری: کاستی‌های شناختی افراد افسرده را می‌توان به منابع و فرایندهای نادرست پردازش اطلاعات در این دسته از افراد نسبت داد. لذا در اغلب موارد افراد افسرده از بدکاری و یا نقایص توجه و انواع حافظه از جمله حافظه فعال رنج می‌برند.

کلیدواژه‌ها: توجه، حافظه فعال، افسرده

# رابطه درمانی در بیماران مقاوم به درمان در روان‌درمانی تحلیلی

لیلا بکائی لشکاجانی<sup>۱\*</sup>، پیمان انصاری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد لاهیجان (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> روان‌درمانگر تحلیلی - مدرس دانشگاه‌های گیلان

## چکیده

فریود اولین کسی بود که در مورد مقاومت نوشت و آن را «هر آنچه پیشرفت کار تحلیلی را مختل می‌کند» توصیف کرد از نظر وی مقاومت پا به پای درمان پیش می‌رود. مقاومت به‌کارگیری گستره‌ای مکانیسم دفاعی در جلسه درمان است و از این رو مستقیماً با سبک‌های دفاعی بیمار مرتبط می‌شود. نظریه‌ها مهم‌ترین مشکل در جریان روان‌درمانی را حل و فصل مقاومت‌ها می‌دانند. در این پژوهش تلاش شده است که رابطه درمانی در بیماران مقاوم به درمان و تکنیک‌های درمانی تحلیلی مورد اشاره در بیماران ذکر شده مورد بررسی قرار گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به دفتر مشاوره دبیرستانی در شهر رشت و یک کلینیک روان‌درمانی در شهر رشت بود. از میان آن‌ها افراد در محدوده سنی ۱۵ الی ۳۰ قرار داشتند و دچار یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی، وسواس، سوطن و افکار خودکشی بودند جهت سنجش سبک‌های دفاعی پرسشنامه (DSQ) و اندازه مقاومت و احساسات انتقالی آنها توسط مقیاس‌های مقاومت (RSA) و انتقال (TAS) اندازه‌گیری شد. اندازه نمونه برای هر گروه برابر ۲۰ نفر تعیین شد و طی چهار جلسه با در نظر گرفتن مقاومت مراجعین و شفاف‌سازی احساس انجام گرفت و تحلیل داده‌ها به روش مکرر صورت پذیرفت. یافته‌ها: وجود مقاومت و روبرو شدن با آن انتقال منفی را بیشتر اما در مقابل با چالش مقاومت انتقال مثبت نیز معنی‌دار نبود. پدیده مقاومت با نگرش و بینش مراجع و روش‌های درمان رابطه درمانی با درمانگر و تکنیک‌های درمانی ارتباط دارد. بنابراین درک صحیح مقاومت و عوامل تشدیدکننده آن و شناسایی مسائلی تهدیدکننده توسط درمانگران در اولیت فرایند درمانی قرار دارد. مقاومت مانع بزرگی در فرایند روان‌درمانی تحلیلی می‌باشد و چنانچه تعارض مقاومت در ارتباط با بیمار بیشتر باشد با پدیده انتقال روبرو خواهیم شد و ضرورت توجه به مقاومت و انتقال در فرایند روان‌درمانی تحلیلی ضروری می‌باشد و با عدم توجه درمان از روند اصولی خود خارج خواهد شد. طی فرایند روان‌درمانی موضوعات سرکوب‌شده به هوشیاری دعوت می‌شوند و این امر مقاومت سرکوبی را تقویت می‌کند. هرچه مطالب سرکوب‌شده به هوشیاری نزدیک‌تر باشند مقاومت بیشتر خواهد بود، وظیفه درمانگر این است با تدبیرهایش پیدایش چنین فرایندی را آسان‌تر و برای بیمار قابل تحمل کند.

کلیدواژه‌ها: مقاومت در درمان، رابطه درمانی، بیمار، روان‌درمانی تحلیلی، انتقال

# تأثیر طرحواره درمانی بر شیفتگی شغلی و رضایت شغلی درمانگران اعتیاد شهر کرمان

مهديه بی نیاز<sup>۱\*</sup>، محمدحسین رودباری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، هرمزگان، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، هرمزگان، ایران

## چکیده

شغل و حرفه‌ای که در آن فعالیت می‌کنیم، بخش مهم و سرنوشت‌ساز از زندگی ما را تشکیل می‌دهد. در خودشیفتگی شغلی فرد میل به تحسین، خودباوری بزرگ، ناتوانی در پذیرش انتقاد، عدم همدلی با همکاران، بی‌ثباتی در تصمیم‌گیری و راهنمایی‌های ضعیف در زمینه شغلی را دارد. رضایت شغلی بیانگر احساسات و نگرش‌های مثبتی است که شخص نسبت به شغلش دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثرهای طرحواره درمانی بر شیفتگی شغلی و رضایت شغلی درمانگران اعتیاد شهر کرمان انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری شش‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه روان‌درمانگران حوزه اعتیاد شهر کرمان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود؛ که از میان آن‌ها تعداد ۴۰ روان‌درمانگر اعتیاد که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش تعداد (۲۰ نفر) و گروه گواه تعداد (۲۰ نفر) گمارده شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پروتکل طرحواره درمانی یانگ در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و با استفاده از پرسشنامه‌های شیفتگی شغلی (WOLF) و پرسشنامه رضایت شغلی (MSQ) انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری شیفتگی شغلی و رضایت شغلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ) براساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت طرحواره درمانی بر شیفتگی شغلی و رضایت شغلی درمانگران اعتیاد مؤثر بوده و نتایج پس‌آزمون پس از پیگیری حکایت از ماندگاری این اثر در طول زمان شش ماه پس از طی روند طرحواره درمانی دارد. از نتایج این پژوهش در جهت درمان خودشیفتگی شغلی و خصوصیات اخلاقی متضاد با شخصیت مطلوب در آن و به دست آوردن ویژگی‌های کاری مانند فراگیری، گشاده‌رویی و تعامل شغلی با همکاران در درمانگران حیطه سلامت روان اشاره داشت. همچنین این پژوهش اثربخشی مطلوب طرحواره درمانی را بر روی درمانگران اعتیاد و استفاده از این متد را در پژوهش‌های دیگر با اثربخشی بالا نشان داد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، شیفتگی شغلی، رضایت شغلی، درمانگران اعتیاد

# رابطه سبک‌های دلبستگی و خودکارآمدی شغلی در روان‌درمانگران شهر کرمان

مهديه بي نیاز<sup>۱\*</sup>، محمدحسين رودباري<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، هرمزگان، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، هرمزگان، ایران

**زمینه و هدف:** آزادی عمل در تمامی مشاغل به‌خصوص قشر درمانگران باعث ایجاد سبک‌های دلبستگی متفاوتی در درمانگران شده است. دلبستگی را می‌توان یک الگوی رفتاری خاص در نظر گرفت که در اکثر جوامع برای رشد سالم اهمیت حیاتی دارد و زمانی دلبستگی مطلوب به وجود می‌آید که در سال اول زندگی کیفیتی متقابل و خوشایند بین کودک و مادر یا (نگهدارنده) شکل گرفته و این رابطه گرم، صمیمانه و پایا بین کودک و مادر است که برای هر دو رضایت‌بخش و مایه خوشی است. دلبستگی دارای سه سبک ایمن، اجتنابی و مضطرب می‌باشد. خودکارآمدی شغلی (Self-Efficacy) باوری است که شخص به قابلیت‌های خود برای سازمان‌دهی و اجرای اقدامات لازم در موقعیت‌های کاری پیش رو دارد. خودکارآمدی شغلی شامل میزان یا درجه‌ای که کارمند دارای خودکارآمدی یا آزادی عمل است. از این منظر توانمندسازی کارکنان عاملی کلیدی در دستیابی به خودکارآمدی شغلی می‌باشد. هدف از این پژوهش تعیین نمودن رابطه سبک‌های دلبستگی با خودکارآمدی شغلی در روان‌درمانگر شهر کرمان بوده است.

**روش پژوهش:** جامعه آماری این پژوهش شامل تمام روان‌درمانگران شهر کرمان بوده است؛ که از میان آن‌ها تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAQ) و پرسشنامه خودکارآمدی شغلی (JSEQ) استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، کروسکال-والیس، t گروه‌های مستقل و کای دو با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 استفاده شد. یافته‌ها: دست آمده از پژوهش نشان داد که نمرات خودکارآمدی شغلی و زیرمقیاس مدیریت شغلی با سبک‌های دلبستگی اجتنابی شاغلین روان‌درمانگر رابطه منفی معنادار به میزان (۰/۳۴-) و نمره مدیریت شغلی به خود با سبک‌های دلبستگی آزمودنی‌های اجتنابی روان‌درمانگر رابطه مثبت معنادار به میزان (۰/۱۰ < P) داشت.

**نتیجه‌گیری:** از نتایج این پژوهش در جهت تعیین نمودن شناخت و افزایش سبک‌های دلبستگی برای خودکارآمدی شغلی در درمانگران با توجه اهمیت آزادی عمل در درمانگران می‌توان استفاده نمود. تعیین رابطه سبک‌های دلبستگی با آزادی عمل شغلی در درمانگران و بررسی دیگر جنبه‌های آن موجب افزایش کارآمدی و مدیریت شغلی در قشر درمانگران خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دلبستگی، خودکارآمدی شغلی، روان‌درمانگران

---

# ارزیابی شاخص‌های اضطراب بر اساس نشانگرهای زیستی و عصب‌شناختی

---

صالحه پیریایی<sup>۱\*</sup>، عطیه عباس زاده<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup>استادیار روان‌شناسی، دانشگاه رفاه، تهران، ایران  
<sup>۲</sup>کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رفاه، تهران، ایران

## چکیده

هدف مقاله حاضر، ارزیابی شاخص‌های اضطراب بر اساس نشانگرهای زیستی و عصب‌شناختی است که می‌تواند در پیشگیری از اختلالات اضطرابی مؤثر واقع شود. روش پژوهش از نوع کمی و همبستگی است. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند، شامل ۲۶ بزرگسال در بازه سنی ۱۶ سال به بالا که در سال ۱۴۰۰ به یکی از مراکز خدمات تخصصی روان‌شناسی در منطقه ۳ شهر تهران مراجعه نموده‌اند. به منظور گردآوری اطلاعات از ابزارهای توالی‌یابی DNA، الکتروانسفالوگرافی کمی (QEEG) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. پس از اجرا، داده‌های خام برای تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS شد. یافته‌ها حاکی از آن بود نشانگرهای عصب‌شناختی قادر به ارزیابی اضطراب بوده اما نشانگرهای زیستی به میزان ناچیز در شناسایی اضطراب نقش داشتند، بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد نقش فاکتورهای محیطی در بروز اضطراب از عوامل وراثتی و ژنتیکی بیشتر است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، نشانگر زیستی، نشانگر عصب‌شناختی

---

# مقایسه امید به زندگی و سلامت روان بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین

---

لیلا جبل زایجانی<sup>۱\*</sup>، مرتضی کشاورز<sup>۲</sup>، علی محمد رضایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران (نویسنده مسئول)\*

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران

## چکیده

سوء مصرف مواد یک فاجعه برای افراد مصرف کننده، خانواده‌شان و جامعه می‌باشد. روند روبه افزایش آن به یک مسأله مهم بهداشت عمومی تبدیل شده و موجب نگرانی سیاست گزاران شده است. در حالی که کشورهای پیشرفته زیادی از درمان‌های دارویی برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر استفاده می‌نمایند در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این روش‌ها پذیرفته شده نیست. در زمینه مداخله‌های درمانی اعتیاد تلاش‌های فراوانی انجام شده که در حال حاضر دو نوع اصلی از داروهای درمان اعتیاد، متادون و بوپرنورفین نام دارند. در این تحقیق به مقایسه امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین پرداخته شده است. داده‌ها مربوط به ۱۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده متادون و بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین در مراکز خصوصی ترک اعتیاد سرپایی شهرستان شیراز است که در دو گروه ۵۰ نفری قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) بود. طبق نتایج هر دو فرض بر اساس روش t مستقل تأیید می‌شوند به این معنا که درمان با متادون امید به زندگی و سلامت عمومی را بیش از بوپرنورفین افزایش می‌دهد. با توجه به نتایج این مطالعه و یافته‌های دیگران و مباحث مطروحه می‌توانیم تأثیر برنامه جایگزینی متادون را مثبت و مفید، برای درمان بیماران وابسته به مواد مخدر ارزیابی نموده و نتیجه‌گیری نمود که درمان پزشکی و دارویی و به‌ویژه بهره‌گیری از روش درمانی متادون به‌طور بالقوه می‌تواند در کشور ایران نیز یک روش مناسب برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: متادون، بوپرنورفین، امید به زندگی، تاب‌آوری، سلامت روان

---

# زندگی نازیسته در اتاق درمان: یک مطالعه کیفی

---

بهارک دل‌آور<sup>۱</sup>  
دکتری روان‌شناسی\*

## چکیده

وینیکات محیط درمانی و رشدی ضروری را محیطی می‌داند که به حس تداوم (going on being) فرد تعرض نکند. این مقاله به بررسی چنین محیطی در فضای آموزشی و درمانی رویکرد روان‌درمانی تحلیلی می‌پردازد. مطالعه حاضر با روش کیفی و طی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با کاندیداهای روان‌درمانی تحلیلی تا رسیدن به اشباع اطلاعات انجام شد. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل محتوا، مصاحبه‌شوندگان تجربه‌های مخربی را از اتاق‌های درمان گزارش کردند که طی آن برخلاف آموزه‌های آزادی‌گرایانه روانکاوی، بستری از تک‌صدایی پنهان و آشکار از طریق روانکاو فراهم می‌شود. این فرایند تحمیلی منجر به عدم پیوستگی در زیست روانی فرد و از دست دادن یکپارچگی روان او می‌شود. چنین فرایندی در مراجعین و روان‌پژوهان به اشکال مختلفی نمود پیدا می‌کند از جمله از دست دادن امکان تفکر، یادآوری تجربیات گذشته، اعتماد به اصالت تجربه زیسته و حتی تخریب حوزه آکادمیک و آشفستگی در یادگیری. پیامدهای این آسیب طبیعتاً به اتاق کار او نیز تسری پیدا می‌کند. همچنین سیر ترمیم چنین ترومای حرفه‌ای ممکن است سال‌ها زمان ببرد. در چنین پدیده‌ای گویی روانکاوی به ضد خود بدل می‌شود. در فرهنگ مرید و مرادی جامعه ما باوری نانوشته وجود دارد که مراجع و درمانگر را به دو نیمه بیمار و سالم تقسیم می‌کند و به درمانگر جایگاهی را می‌دهد که وی را مستعد اعمال قدرت آسیب‌زا می‌کند. از آن سو، تحلیل‌شونده یا سوپروایزی عموماً وی را ایده‌آل می‌بیند. در چنین فضای بینذهنی‌ای، بعضی از موضوعات بسته به آسیب‌شناسی روانی این زوج می‌تواند چنان بحران‌ساز شوند که روان‌درمانگر را از تفکر تحلیلی خالی کند. هشیاری درمانگران و سوپروایزی‌ها به بخش‌های آسیب‌پذیرتر روان خود می‌تواند آنها را در شناسایی چنین موقعیت‌های حساسی که مستعد آن هستند یاری کند تا از هرگونه آسیب ناخواسته‌ای پیشگیری کنند.

کلیدواژه‌ها: اتاق درمان، روان‌درمانی تحلیلی، حس تداوم

---

# مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای مسئله مدار معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز

---

رضا دوساز ایرانی<sup>۱</sup>، رضا احمدی<sup>۲\*</sup>، شاهین نوروزی<sup>۳</sup>، احمد غضنفری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دکتری تخصصی روان‌شناسی و MPH مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)\*

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای مسئله مدار معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز می‌باشد. مطالعه پژوهش حاضر بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) با در نظر داشتن سه گروه آزمایش و گواه و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری از دو مرکز کاهش آسیب اهواز یک مرکز به‌طور تصادفی ساده انتخاب شد. هر مرکز ۱۰۰ نفر معتاد وابسته به مواد افیونی را تحت پوشش دارند. پس از انجام نمونه‌گیری و برآورد حجم نمونه ۸۰ نفر انتخاب شده و گروه‌های مورد مطالعه به شیوه‌ی تصادفی ساده به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه تقسیم شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از بخش مهارت مقابله‌ای مسئله مدار پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور استفاده شد. دو گروه آزمایش هر کدام به مدت ۴ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر قرار گرفتند. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-20 و آزمون تحلیل واریانس استفاده می‌شود و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که هم درمان گروهی شناختی-رفتاری و هم مداخله مختصر در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده‌اند. ولی درمان گروهی شناختی-رفتاری اثربخش‌تر از مداخله مختصر نیست. به‌عبارت‌دیگر درمان گروهی شناختی-رفتاری بر افزایش سبک مقابله مسئله مدار به اندازه مداخله مختصر تأثیرگذار بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان گروهی شناختی رفتاری، مداخله مختصر، مهارت مقابله‌ای مسئله مدار، مراکز کاهش آسیب اهواز

# مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای مسئله مدار معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز

رضا دوساز ایرانی<sup>۱</sup>، رضا احمدی<sup>۲\*</sup>، شاهین نوروزی<sup>۳</sup>، احمد غضنفری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دکتری تخصصی روان‌شناسی و MPH مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)\*

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان‌پزشکی، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر بر بهبود وضعیت مهارت مقابله‌ای ناکارآمد معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز می‌باشد.

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری می‌باشد. از دو مرکز کاهش آسیب اهواز یک مرکز به‌طور تصادفی ساده انتخاب شد. هر مرکز ۱۰۰ نفر معتاد وابسته به مواد افیونی را تحت پوشش دارند. پس از انجام نمونه‌گیری و برآورد حجم نمونه ۸۰ نفر انتخاب شده و گروه‌های مورد مطالعه به شیوه‌ی تصادفی ساده به دو گروه آزمایشی و یک گروه شاهد تقسیم شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از بخش مهارت مقابله‌ای ناکارآمد، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور استفاده شد. دو گروه آزمایش هرکدام به مدت ۴ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر قرار گرفتند. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اسپس پی اسپس وی ۲۰ و آزمون تحلیل واریانس استفاده شد و سطح معنی‌داری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج نشان داد که هم درمان گروهی شناختی - رفتاری و هم مداخله مختصر بر سبک مقابله ناکارآمد معتادان تحت پوشش مراکز کاهش آسیب اهواز در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده‌اند. ولی بین اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و مداخله مختصر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری اثربخش‌تر از مداخله مختصر نیست. مداخله مختصر بر مؤلفه تمرکز بر هیجان و ابراز آن، عقب‌نشینی رفتاری و عقب‌نشینی ذهنی اثربخش بوده است؛ اما بر مؤلفه استفاده از دارو و دخانیات اثربخش نبوده است. ولی درمان شناختی - رفتاری بر هیچ یک از مؤلفه‌های سبک مقابله ناکارآمد اثربخش نبوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در جهت بهبود مهارت‌های مقابله‌ای معتادان می‌تواند از درمان شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت و مداخله مختصر استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان گروهی شناختی - رفتاری، مداخله مختصر، مهارت مقابله‌ای ناکارآمد، اعتیاد

# تأثیر ارتباط آنکولوژیست و بیماران مبتلاء به سرطان تحت مراقبت‌های تسکینی: یک بررسی پدیدارشناختی

سمانه حسینی\*<sup>۱</sup>، مسعود غلامعلی لواسانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دکترای تخصصی روانشناسی سلامت؛ دانشگاه علوم پزشکی شیراز؛ بیمارستان آنکولوژی امیر، واحد روانشناسی\*  
(نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دکترای روانشناسی؛ دانشیار روانشناسی؛ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

## چکیده

**مقدمه:** مبتلاء به سرطان‌های صعب‌العلاج و تحت مراقبت‌های تسکینی و همین‌طور متخصصان آنکولوژی اضطراب‌های وجودی را تجربه می‌کنند که بر سلامت روان‌شناختی آنان اثر می‌گذارد. هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی کیفیت اضطراب‌های در بیماران سرطانی تحت مراقبت‌های تسکینی و پزشکان آنها و تأثیر این اضطراب‌ها بر ارتباط پزشک و بیمار انجام گردید. روش: مطالعه با رویکردی کیفی و پدیدارشناسانه تجربی انجام شد. با ۱۲ بیمار مبتلاء به سرطان بدخیم و تحت مراقبت‌های تسکینی و ۶ نفر آنکولوژیست که پزشکان همان بیماران بودند مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. همین‌طور گفتگوی پزشک و بیمار در ویزیت‌های روزانه ضبط گردید و به‌علاوه بر اساس یک سياهه از مهم‌ترین جنبه‌های ارتباطی، کیفیت تعامل بین پزشک و بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت. متن مکتوب مصاحبه‌های انجام شده با بیماران و آنکولوژیست‌ها تحلیل محتوایی شد. یافته‌ها: تحلیل‌ها نشان داد که عامل تعیین‌کننده‌ی کیفیت تعامل آنکولوژیست و بیمار سرطانی، میزان پذیرندگی بیمار از بیماری‌اش و سطح اضطراب‌های وجودی او می‌باشد؛ به عبارتی این بیمار است که با نوع ارتباط خود با پزشک نوع ارتباط پزشک با خودش را تعیین می‌کند. نتیجه‌گیری: در حقیقت یافته‌های این پژوهش حاکی از اهمیت توجه به اضطراب‌های وجودی بیماران سرطانی و پزشکان آنهاست.

کلیدواژه‌ها: سرطان، مراقبت‌های تسکینی، اضطراب‌های وجودی، ارتباط درمانی

---

# تأثیر رابطه درمانی در افزایش شادکامی مادران دارای کودک سندروم داون

---

سیما ساعی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد تبریز\*

## چکیده

والدگری کودک مبتلا به سندروم داون یکی از پرچالشترین اموری است که در زندگی یک مادر می‌تواند وجود داشته باشد. از این رو مادران این کودکان معمولاً از شادکامی پایین برخوردارند و همیشه خود را در موقعیت‌های سخت و چالش‌زا می‌بینند. به همین دلیل ارتقای شادکامی در این مادران می‌تواند در بهبود وضعیت روانی و نیز افزایش میل و ترغیب آنها در بهبود رابطه با فرزندشان تأثیر بسزایی داشته باشد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان پژوهش عبارت بودند از ۲۴ زن دارای کودک سندروم داون که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت رابطه درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. جهت سنجش متغیرها از پرسش‌نامه احساس شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) استفاده شد. داده‌ها با آزمون کواریانس تک متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان شادکامی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های پژوهش ضرورت کاربرد رابطه درمانی را در راستای افزایش شادکامی مادران خاطر نشان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: رابطه درمانی، شادکامی، مادران کودک سندروم داون، روان‌درمانی، والدگری

---

# نقش سرکوب‌گری عاطفی والدین در پیش‌بینی سرزنش خود، سرزنش دیگران و تحمل پریشانی فرزندان

---

ایلناز شاهمراذپور<sup>۱\*</sup>، پرستو برزویی پور<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه آزاد واحد خلخال، خلخال، ایران (نویسنده مسئول\*)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه آزاد واحد خلخال، خلخال، ایران

## چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش سرکوب‌گری عاطفی والدین در پیش‌بینی سرزنش خود، سرزنش دیگران و تحمل پریشانی فرزندان بود. روش پژوهشی بکار رفته در این تحقیق از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دوره اول متوسطه مدرسه بعثت مشهد می‌باشد که تعداد آن‌ها ۵۰۰ نفر است و بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۱۷ نفر به‌عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار بکار رفته در این پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، پرسشنامه‌ی سازگاری وینبرگر و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران است که اعتبار آن‌ها توسط اساتید رشته‌ی روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (روش رگرسیون خطی) با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25، استفاده شد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که سرزنش خود، سرزنش دیگران و تحمل پریشانی فرزندان با سرکوب‌گری عاطفی والدین رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد. بر این اساس می‌توان گفت که سرکوب‌گری عاطفی والدین در رابطه با متغیرهای سرزنش خود، سرزنش دیگران و تحمل پریشانی فرزندان نقش پیش‌بین را ایفا کند. با عنایت به یافته‌ی پژوهش، پیشنهاد می‌شود والدین در ارتباط خود با فرزندانشان فرصت ابراز هیجانات را به آن‌ها بدهند.

کلیدواژه‌ها: سرکوب‌گری عاطفی والدین، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تحمل پریشانی

---

# تأثیر طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا

---

رزیتا شرافتی<sup>۱\*</sup>، دنیا یرمیان تهران فر<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup> رزیتا شرافتی، دکترا روانشناسی تربیتی (نویسنده مسئول\*)  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار

## چکیده

هدف از این پژوهش کاهش نشخوار ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا از طریق طرحواره درمانی بود. این پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش طرح آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد الکترونیکی بود. در پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان انتخاب شد که از میان آنها ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. جلسات طرحواره درمانگری طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک پاسخ دهی نشخوار فکری (RRS) نولن هوکسیما و مورواست (۱۹۹۱) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی دانشجویان تأثیر دارد ( $p < 0/05$ ).

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، نشخوار ذهنی، دانشجویان

---

# تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر اضطراب صفت - حالت و تکانشگری

---

نیلوفر شریفی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی\*

## چکیده

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و این انتقال با آسیب‌های جسمی و روانی، خلق‌وخوی پایین و طیف وسیعی از علائم عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری منجر می‌شود. این پژوهش با هدف تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر اضطراب صفت - حالت و تکانشگری نوجوانان انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی در سه مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون بود. در این مطالعه تعداد ۳۰ دختر نوجوان ۱۵ تا ۱۹ سال از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. سپس گروه آزمایش تحت ده جلسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. هر گروه قبل، پس از مداخله با پرسشنامه‌های اضطراب صفت - حالت و تکانشگری ارزیابی شدند. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد در مرحله پس-آزمون، گروه‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نسبت به گروه کنترل در بهبود اضطراب صفت - حالت و تکانشگری تفاوت معناداری داشتند. براساس یافته‌ها، هر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر گزینه‌های مناسبی برای بهبود اضطراب صفت - حالت و تکانشگری نوجوانان می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، اضطراب صفت - حالت، تکانشگری، نوجوان

# ارتباط درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی

فاطمه شیخ مونسی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران\*

## چکیده

نارضایتی از جنسیتی که فرد با آن متولد شده در DSM-5 جزو اختلالات روان‌پزشکی محسوب نمی‌شود و صرفاً یک «تفاوت» محسوب می‌شود. در عین حال، در مسیری که این افراد باید طی کنند تا از نظر پزشکی و قانونی برای جراحی تغییر جنسیت آماده شوند، مستلزم ویزیت‌های مکرر توسط پزشکان و افراد شاغل در حیطه سلامت روان است. در این مقاله عوامل متعددی که در رابطه درمانی با این مراجعین تأثیرگذار است، بررسی می‌شود. در ضمن تجربه درمانگر از رابطه درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی حین برگزاری جلسات گروه‌درمانی، که یکسال به طول انجامید، مطرح خواهد شد.

آموزش ناکافی پزشکان: هر چند اکثر پزشکان با اصطلاح نارضایتی جنسیتی آشنایی دارند اما مهارت لازم برای تشخیص و ارائه مسیرهای مناسب درمانی را ندارند، گاهی همچنان مانند توصیه‌های کتب تخصصی مرتبط با سالهای بسیار دور، تلاش می‌کنند تا نارضایتی را به رضایت تبدیل کنند. در دوران آموزش پزشکی عمومی و حتی تخصص روان‌پزشکی، در کوریکولوم آموزشی، آموزش در این حوزه در نظر گرفته نشده است. بجز مراکز محدودی که افراد با ملال جنسیتی از پزشکی قانونی ارجاع می‌شوند، فرصت برای مصاحبه و ارزیابی این بیماران محدود است. (Eden (2012 به نقش وجود متخصص مرتبط با جنسیت (gender specialist) برای ارزیابی و پیشنهاد انواع درمان‌های هورمونی یا جراحی اشاره کرده است (۱). هدف از روان‌درمانی افراد با ملال جنسیتی آن است که درک بیشتری از خود و شرایط پیرامون خود داشته باشند و به ثبات و پذیرش جنسیتی که لزوماً با جنسیت بیولوژیک آنها هماهنگ نیست، دست یابند.

سرگشتگی و گیجی: در این واحد دوتایی درمانگر-فرد با ملال جنسیتی، درمانگر و مراجع هر دو به درجاتی دچار سرگشتگی هستند و این گیجی از همان ابتدای مصاحبه شروع می‌شود، ظاهر متفاوت با اسم شناسنامه‌ای بیمار، گیجی در چگونه نامیدن وی. این سرگشتگی گاهی در مصاحبه‌های تلفنی که فقط صدای مراجع شنیده می‌شود و سرنخ‌های مرتبط با ظاهر بیمار از دست می‌رود، همچنان وجود دارد...تون صدای برخی حتی بدون هورمون درمانی و جراحی کاملاً هماهنگ با جنس مخالف است. در مورد سایر اقلیت‌های جنسیتی این سردرگمی بیشتر است و حتی ممکن است به علت عدم پذیرش قانونی و مذهبی، انتقال متقابل منفی را در درمانگری که درک متعصبانه‌ای نسبت به جنسیت دارد (binary perception of gender) ایجاد کند.

خشم نسبت روان‌درمانگر: معمولاً روان‌پزشک و روان‌درمانگران به‌عنوان فردی که مانعی در یک مسیر است و باید از آن عبور کرد (gatekeeper) دیده می‌شوند و همین امر باعث انواع انتقال‌های منفی از سوی بیمار، مانند خشم و خصومت می‌شود. در این بستر شکل‌گیری همدلی بین این روان‌درمانگر و مراجع سخت‌تر می‌شود. ماهیت اجباری روان‌درمانی قبل از جراحی تغییر جنسیت هم بر رابطه درمانگر و مراجع تأثیرگذار است.

کلمات واژه‌ها: ملال جنسیتی، رابطه درمانی، سرگشتگی، خشم

---

# تأثیر روان‌درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایشی، امید، رابطه درمانی و نظم‌دهی رفتار) بر علائم آسیب‌شناسی روانی در زنان نابارور تحت درمان IVF

---

کیما صحرائیان  
دکتری روانشناسی\*

## چکیده

ناباروری یکی از بحرآن‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زا می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان‌درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایشی، امید، رابطه درمانی و نظم‌دهی رفتار) بر علائم آسیب‌شناسی روانی در زنان نابارور تحت درمان IVF بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و با ۳۰ زنان نابارور تحت درمان IVF در مراکز درمانی ناباروری شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ انجام شد. شرکت‌کنندگان به روش هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل به شیوه تصادفی تخصیص یافتند. از پرسش‌نامه‌های مقیاس تجدید نظر شده‌ی فهرست ۹۰ نشانه‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) استفاده شد. گروه آزمایش تحت برنامه روان‌درمانی ۴ عاملی قرار گرفت اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS24 انجام پذیرفت. میانگین نمرات خصومت، اضطراب، حساسیت بین فردی و افسردگی در روان‌درمانی ۴ عاملی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته و در مرحله پیگیری همچنان تفاوت چشمگیری با مرحله‌ی پیش‌آزمون دارد ( $P < 0/05$ ). بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت روان‌درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایشی، امید، رابطه درمانی و نظم‌دهی رفتار) بر کاهش علائم آسیب‌شناسی روانی در زنان نابارور تحت درمان IVF اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: آگاهی افزایشی، امید، رابطه درمانی، نظم‌دهی رفتار، آسیب‌شناسی روانی

---

# تأثیر طرحواره درمانی بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی زنان

---

هنگامه غلامین میان گفشه  
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی\*

## چکیده

دشواری هیجانی و نگرانی درباره تصویر بدنی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که بر روی افراد تأثیر می‌گذارند. با توجه به اینکه طرحواره درمانی، درمان یکپارچه، عمیق و کارآمدی است سؤال پژوهش حاضر این است که آیا این مداخله می‌تواند بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی زنان تأثیرگذار باشد؟ هدف پژوهش طرحواره درمانی بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان چاق مبتلا به پرخوری مراجعه‌کننده به یک کلینیک روان‌شناختی پایا شهر رشت در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش را هشت نفر از زنان با نارضایتی بدنی تشکیل داده بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی (DERS)، پرسشنامه‌های نگرانی تصویر بدنی (BICI) لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) و مصاحبه نیمه ساختاریافته و پروتکل طرحواره درمانی (سیمپسون، ۲۰۱۸) بود. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون، طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل در بهبود بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی تفاوت معناداری داشتند. با توجه به تأثیر طرحواره درمانی بر تصویر بدنی و دشواری هیجانی پیشنهاد می‌گردد علاوه بر توجه به مؤلفه‌های جسمانی در درمان افراد با نارضایتی تصویر بدنی به توجه شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، تصویر بدنی، دشواری هیجانی، زنان

---

# تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری-شناختی بر خشونت زناشویی زنان شهر کرمان

---

فاطمه محمدی

فارغ التحصیل کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان\*

## چکیده

این تحقیق با هدف بررسی تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری-شناختی بر خشونت زناشویی زنان شهر کرمان انجام شده است. روش تحقیق نیمه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان و همسران آنها در ۳ ماهه اول سال ۱۴۰۰ تشکیل می دادند. نمونه تحقیق شامل ۴۰ زوج بود که به روش دسترس انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابتدا در هر دو گروه خشونت خانگی با پرسشنامه خشونت خانگی بلالی (۱۳۸۶) توسط زنان قبل از انجام آموزش کنترل خشم با پیش آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت، سپس گروه آزمایش در ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به آموزش کنترل خشم به صورت گروهی پرداختند و دوباره خشونت خانگی در هر دو گروه با پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS20 و آزمون t و تحلیل کوواریانس انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری-شناختی در همسران مرد بر کاهش خشونت زناشویی علیه زنان تأثیر داشته است. همچنین آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری-شناختی در همسران مرد بر کاهش خشونت جسمانی، روانی، جنسی و اقتصادی علیه زنان تأثیر داشته است. با توجه به مجذور ضریب ایتا می توان گفت تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه رفتاری-شناختی در همسران مرد بر کاهش خشونت اقتصادی علیه زنان بیشتر بوده است.

کلیدواژه‌ها: کنترل خشم، آموزش رفتاری-شناختی، خشونت زناشویی، خشونت اقتصادی

---

# مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان شناختی رفتاری حضوری در کاهش علائم بیماران مبتلا به علائم اضطراب و افسردگی

---

سمیرا معصومیان<sup>۱\*</sup>، اسفندیار مهر آوین<sup>۲</sup>، بهاره نوری حاجی فیروزی<sup>۳</sup>، هومن یغمایی زاده<sup>۴</sup>  
<sup>۱</sup> استادیار روانشناسی بالینی، دپارتمان علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (نویسنده مسئول\*)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## چکیده

مقدمه: در مطالعه حاضر به بررسی مقایسه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان شناختی رفتاری حضوری در بهبود علائم بیماران مبتلا به علائم اضطراب و افسردگی پرداخته شده است. روش: جامعه مورد مطالعه شامل تمامی بیماران با علائم اضطراب و افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های روان پزشکی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود و نمونه‌گیری مطالعه حاضر به شیوه در دسترس و تعداد ۴۰ بیمار انتخاب گردید. بعد از ارزیابی ملاک‌های ورود بیماران در دو گروه (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان شناختی رفتاری حضوری) قرار گرفتند. تمامی بیماران پرسشنامه‌های دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه اتحاد کاری (WAI-SR) را قبل و در انتهای درمان تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به روش توصیفی و استنباطی انجام گردید. یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه حاضر بیانگر عدم تفاوت معنادار از لحاظ متغیر اتحاد کاری در بین بیماران در دو گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان شناختی رفتاری حضوری بود. نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر بیانگر این است که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت همانند درمان شناختی رفتاری حضوری اثربخش است و با توجه به محدودیت‌های درمان‌های حضوری، می‌توان درمان‌های مبتنی بر اینترنت را بکار برد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، اضطراب، افسردگی

---

# تأثیر درمان گروهی مبتنی بر شفقت در اهمال کاری و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان با پیگیری ۳ ماهه

---

سمیرا معصومیان<sup>۱</sup>، اسفندیار مهر آوین<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار روانشناسی بالینی، دپارتمان علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (نویسنده مسئول\*)  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** اهمال‌کاری یکی از شایع‌ترین مشکلات در دانشجویان است و با انواعی از مشکلات مانند افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر شفقت در میزان اهمال‌کاری و بهزیستی انجام گرفت. روش: مطالعه حاضر به شیوه نیمه آزمایشی و پیش‌تست و پس‌تست و گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند و نمونه مطالعه به شیوه تصادفی انتخاب شد. بعد از ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج ۴۰ شرکت‌کننده به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی و شاخص بهزیستی شخصی - بزرگسال (PWI-A) را قبل و در انتها و در پیگیری ۳ ماهه تکمیل کردند. گروه آزمایش به‌صورت جلسات هفتگی در جلسات گروهی شرکت داشتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در انتها داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو متغیر اهمال‌کاری ( $p = 0.001$ ) و بهزیستی ( $p = 0.001$ ) بود. نتیجه‌گیری: درمان گروهی مبتنی بر شفقت به‌عنوان درمان مبتنی بر شواهد در دانشجویان در زمینه اهمال‌کاری و بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند بکار برد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان گروهی، شفقت در اهمال‌کاری، بهزیستی روان‌شناختی

# تأثیر سوگیری‌های فرهنگی در رابطه درمانی، اثربخشی درمان و راه‌های پیشگیری از آن: یک مطالعه مروری

اسفندیار مهر آوین<sup>۱</sup>، سمیرا معصومیان<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی بالینی، دپارتمان علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (نویسنده مسئول\*)

## چکیده

زمینه: اتحاد درمانی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مشترک انواع روان‌درمانی‌ها است که بر طبق مطالعات متعدد، سهم مهمی از اثربخشی درمان را به خود اختصاص می‌دهد. یکی از عواملی که می‌تواند رابطه درمانی را مختل کند و به تبع آن اثری مخرب بر نتیجه درمان بر جای بگذارد، سوگیری‌های فرهنگی درمانگر نسبت به زمینه فرهنگی مراجع است. هدف از مطالعه حاضر بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه تأثیر این سوگیری‌های فرهنگی بر رابطه درمانی و به تبع آن بر نتیجه درمان و راه‌های پیشگیری از آن می‌باشد. روش: این پژوهش از نوع بررسی مروری روایتی می‌باشد که در آن با استفاده از پایگاه داده‌های web of science, pubmed, psycINFO به بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه تأثیر سوگیری‌های فرهنگی بر رابطه درمانی، اثربخشی درمان و راه‌های پیشگیری از این سوگیری‌ها پرداخته شده است. یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که سوگیری‌های منفی درمانگر نسبت به زمینه فرهنگی مراجع (شامل نژاد، زبان، لهجه، دین و...) می‌تواند به نحوی قابل توجه بر رابطه درمانی و نتیجه درمان تأثیری منفی بگذارد؛ از اینرو در ادبیات این حیطه راه‌های گوناگونی برای پیشگیری و کاستن از میزان این سوگیری‌ها پیشنهاد شده است. نتیجه‌گیری: سوگیری‌های منفی نسبت به زمینه فرهنگی مراجع می‌تواند رابطه درمانی را مختل و به تبع آن اثربخشی درمان را کاهش دهد؛ بنابراین درمانگر باید بکوشد تا حد امکان از این سوگیری‌ها اجتناب کند. بدین منظور در ادبیات پژوهشی برخی راه‌ها از سوی پژوهشگران مطرح شده‌اند که برخی از مهم‌ترین آنها عبارتند از گسترش آگاهی فرهنگی درمانگر، توسعه همدلی فرهنگی درمانگر، گسترش آگاهی درمانگر نسبت به ویژگی‌ها و ترجیحات خود.

کلیدواژه‌ها: بررسی مروری، سوگیری‌های فرهنگی، رابطه درمانی

---

# نقش تجلیات چهره‌ای و لحن صدای روان‌درمانگر در انتقال همدلی به مراجع: یک مطالعه مروری

---

اسفندیار مهر آوین<sup>۱</sup>، سمیرا معصومیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی بالینی، دپارتمان علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران (نویسنده مسئول\*)

## چکیده

همدلی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مشترک رویکردهای مختلف روان‌درمانی است که در اتحاد درمانی میان درمانگر و مراجع دارای اهمیت اساسی است. مطابق دیدگاه کارل راجرز نکته کلیدی این است که درمانگر بتواند احساس همدلی‌اش را به مراجع انتقال دهد و در غیر این صورت همدلی او، تأثیری آنچنان که می‌تواند داشته باشد، نخواهد داشت. در فرآیند انتقال همدلی درمانگر به مراجع، علاوه بر همدلی کلامی، تجلیات چهره‌ای، لحن و زیر و بم شدن صدای درمانگر نقشی اساسی ایفا می‌کنند. بر همین مبنا پژوهش حاضر به بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه نقش تجلیات چهره‌ای، لحن و زیر و بمی صدا در انتقال همدلی درمانگر به مراجع پرداخته است. این پژوهش از نوع بررسی مروری روایتی می‌باشد که در آن با استفاده از پایگاه داده‌های web of science, pubmed, psycINFO به بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه نقش تجلیات چهره‌ای و لحن صدای درمانگر در فرآیند انتقال همدلی درمانگر به مراجع پرداخته شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تجلیات چهره‌ای و لحن صدای مناسب با موقعیت روان‌درمانگر در انتقال احساس همدلی او به مراجع نقشی اساسی دارد به نحوی که عدم تناسب تجلیات چهره‌ای با همدلی کلامی می‌تواند موجب شود تا مراجع همدلی درمانگر را غیرواقعی و تصنعی ارزیابی کند. در فرآیند انتقال همدلی از جانب درمانگر به مراجع، تجلیات چهره‌ای و لحن صدای درمانگر باید متناسب با موقعیت و همخوان با محتوای کلامی او باشد در غیر این صورت احساس همدلی درمانگر به مراجع انتقال نخواهد یافت. درمانگرانی که در زمینه استفاده مناسب از تجلیات چهره‌ای و لحن صدا مهارت کافی پیدا کرده باشند می‌توانند رابطه درمانی قوی‌تری با مراجعان خود برقرار کنند.

کلیدواژه‌ها: بررسی مروری، تجلیات چهره‌ای، انتقال همدلی

---

# مروری نظام‌مند بر اتحاد درمانی و نقش آن در بهبود علائم مبتلایان به PTSD

---

جعفر میرزایی

دکتر روان‌شناسی سلامت دانشگاه خوارزمی تهران. معاونت سلامت و توانبخشی جانبازان\*

## چکیده

از آنجایی که در مبتلایان به PTSD عواطف شناخت و رفتار افراد چار بد تنظیمی شده است، بنابراین برای درمان آنها ارتباط درمانی مؤثر و برقراری اتحاد درمانی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های روان‌درمانی می‌باشد. ویژگی بیماران PTSD شامل یادآوری خاطرات مزاحم، اجتناب از افکار و موفقیت‌های مربوط به آسیب، طغیان خشم تحریک‌پذیری تغییرات منفی در خلق و شناخت می‌باشد (کاپلان و سادوک ۲۰۲۲). اتحاد درمانی در این بیماران بدلیل ترس از افراد و موقعیت‌ها و عدم امنیت در محیط کار و زندگی، وجود اجتناب شدید جز مؤلفه‌های بسیار مهم در درمان آنها می‌باشد (ها وارد و همکاران ۲۰۲۲). روش پژوهش حاضر به شیوه مرور نظام‌مند می‌باشد. موتورهای جستجو google و سایت‌های PubMed و مقالات پژوهشی اصیل از سالهای ۱۹۷۹ تا ۲۰۲۲ گردآوری شده است.

**یافته‌ها:** اتحاد درمانی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تغییر در روان‌درمانی می‌باشد که بر سه محور برقراری و پیوند عاطفی، هدف‌گزینی در درمان و همکاری دو جانبه بین درمانگر و درمانجو استوار است. پژوهش‌های متعددی در خصوص اتحاد درمانی در درمان PTSD صورت گرفته و نتایج آنها نشان دهنده تلاش‌های مؤثر درمانگر و درمان‌جو در برقراری رابطه درمانی و شکل‌گیری اتحاد درمانی با هر رویکرد و مدلی مبتنی بر تلاش در جهت کاهش ترس‌ها اجتناب‌ها، ترمیم رابطه و اعتماد آسیب‌دیده در بیماران PTSD است. نتیجه‌گیری: در آخر اتحاد درمانی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم محسوب شده، نتایج درمان PTSD را می‌تواند پیش‌بینی کند و اندازه اثر در روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد در حد متوسط گزارش شده است.

کلیدواژه‌ها: مرور نظام‌مند، اتحاد درمانی، PTSD

---

# بررسی رابطه‌ی درمانی در بیماران مقاوم به درمان

---

## ثریا نظریور ملانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی\*

### چکیده

یکی از مهم‌ترین دلایل عدم موفقیت درمان بیماران، مقاومت بیماران در مقابل درمان است؛ زیرا این فرآیند پیچیده و متأثر از عوامل مختلف بخصوص است. یکی از عواملی که می‌تواند موجب همراهی در این بیماران گردد ایجاد رابطه درمانی بین بیمار و کادر درمان است. با توجه به عدم وجود مطالعه جامع ثبت شده در بانک‌های مطالعاتی ایران، هدف مطالعه حاضر جمع‌بندی مطالعات سالهای اخیر در زمینه نقش ارتباط درمانی در بیماران مقاوم به درمان براساس مرور نظام‌مند متون پژوهشی بود. پژوهش حاضر یک مرور توصیفی و با توجه به روش اجرا جزء مطالعات مرور نظام‌مند است. جستجوی سابقه پژوهشی با استفاده از پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی شامل پایگاه اطلاعات علمی، google scholar pubmed, Proquest, sciencedirect, Ovid با استفاده از کلیدی انگلیسی Relationships, Therapeutic و ... و کلمات فارسی رابطه درمانی، مقاومت به درمان از سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲ گردآوری شدند. نتایج به صورت کیفی گزارش شد. در این مطالعات ارتباط معناداری بین ارتباط درمانی و بیماران مقاوم به درمان گزارش شده است. مقالات مذکور ارتباط درمانی را عاملی مهم در تبعیت از درمان و افزایش کیفیت زندگی در بیماران معرفی کرده‌اند هرچند نیاز به مطالعات تحلیلی آینده‌نگر با کنترل متغیرهای مداخله‌گر جهت مشخص‌تر شدن این رابطه لازم است.

کلمات واژه‌ها: رابطه درمانی، مقاومت در برابر درمان، بیماران مقاوم به درمان

---

# بررسی رابطه‌ی درمانی و ویژگی‌های بیمار و درمانگر

---

## ثریا نظریور ملانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی\*

### چکیده

یادگیری برقراری رابطه بسیار مؤثر بین درمانگر و بیمار، به دوره‌ای به اندازه طول مدت زندگی حرفه‌ای یکفرد (درمانگر)، نیاز دارد. قدرت برقراری ارتباط با بیماران یکی از ضروریات روان‌درمانی است. بدلیل آنکه مردم منحصر به فرد بوده و تحت تأثیر تجربه زندگی مخصوص به خود قرار می‌گیرند، لذا بهترین راه برای ارتباط وجود ندارد، با این وجود درمانگران می‌توانند مهارت‌هایی را که سبب افزایش قدرت آنان در برقراری ارتباط با دیگران شده، و باعث پیشرفت تماس و اعتماد بین فرد می‌گردد، فرا گیرند. این مهارت‌ها یا عناصر اساس رابطه درمانی درمانگر-بیمار می‌باشند. به هر حال یکی از مؤلفه‌هایی که باعث موفقیت در طول درمان می‌شود برقراری رابطه‌ای مناسب و مفید بین درمانگر و بیمار است. در این مقاله سعی شده است به بررسی رابطه‌ی درمانی و ویژگی‌های بیمار و درمانگر پرداخته شود. پژوهش حاضر یک مرور توصیفی و با توجه به روش اجرا جزء مطالعات مرور نظام‌مند است. جستجوی سابقه پژوهشی با استفاده از پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی شامل پایگاه اطلاعات علمی Ovid, Proquest, sciencedirect, pubmed, google scholar با استفاده از کلمات کلیدی (رابطه درمانی، بیمار، درمانگر و ...) بود. نتایج حاکی از آن بود که ویژگی‌های بیمار و درمانگر تأثیر بسزایی بر رابطه‌ی درمانی ایفا می‌کنند.

کلمات واژه‌ها: رابطه درمانی، ویژگی‌های درمانگر، ویژگی‌های بیمار

---

## گزارش یک مورد: مدیریت رابطه در درمان بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای

---

دکتر علی فیروزآبادی\*  
روان‌پزشک و درمانگر تحلیلی

او را برای اول بار در حدود هجده سال پیش زمانی که ۳۷ ساله بود دیدم. یکی از همکاران روانشناس به علت آن که با او به بن‌بست درمانی رسیده و می‌پنداشت بیش از این کاری از دستش ساخته نیست به من ارجاعش داده بود. دوشیزه «م» که از این به بعد او را به این نام می‌خوانیم زنی مجرد و بیکار بود که با خانواده خود زندگی می‌کرد و در ظاهر از علایم نامشخص بدنی و افسردگی و عدم ارتباط مناسب اجتماعی در رنج بود. روانشناس در پیشینه وی چند بار اقدام به خودکشی را ذکر کرده و همچنین گفته بود که او از هفده سالگی تحت نظر روانشناسان و روان‌پزشکان متعدد بوده است.

با گام‌هایی آرام و سری متمایل به پایین و نگاهی که زمین را می‌نگریست وارد شد و در بیشترین فاصله ممکن از من روی مبل نشست. سراپا مشکی پوشیده بود هیچ آرایشی نداشت. زاویه‌ای ۴۵ درجه با من داشت و در طول مصاحبه هرگز به من نگاه نکرد. خود وی اشاره کرد که هیچ‌وقت نتوانسته به چشمان آدم‌ها نگاه کند و هر تلاشی برای انجام دادن آن سراپایش را غرق اضطراب می‌کند.

پرسش من در مورد خانواده‌اش با این پاسخ روبرو شد: من از پدر و مادرم متنفرم. بچه دوم خانواده در میان پنج خواهر و یک برادر بودم. دو سال بعد از خواهر اولم به دنیا آمدم. مادرم همیشه پسر می‌خواست. خواهرم با پوستی سفید و چشمانی رنگی متولد شد. این باعث شد که دختر بودن او بخشیده شود. اما من با پوستی تیره و چشمانی سیاه به دنیا آمدم. بقیه خواهرها هم شبیه خواهر اول شدند. مادرم همیشه از من متنفر بود و هرگز اجازه نمی‌داد با بقیه غذا بخورم. یادم می‌آید در زمان مدرسه هر زمان که در حال برگشت به خانه بودم خانه را در حال آتش گرفتن مجسم می‌کردم. دوست داشتم همه را نابود کنم.

در مورد رابطه با پدر چنین گفت: او مرد بدی نبود اما تحت سلطه مادرم قرار داشت. بیشتر در خانه نبود زمانی که بود تلاش می‌کرد مرا از بدرفتاری‌های مادرم حفظ کند. من دوستش داشتم. یادم می‌آید روزی مادرم ما را به صف کرد و از من خواست به سمت والدی که بیشتر دوست داریم بدویم. تنها کسی که به سمت پدر دوید من بودم.

محیط نامناسب خانواده باعث انزوا و گوشه‌گیری بیشتر من می‌شد و من به دنیای خودم پناه بردم. با خودم حرف می‌زدم و خانه‌ای را با پدر و مادری دیگر در ذهن تصور می‌کردم. در این دنیای تنهایی بدن خود را کشف کردم و فهمیدم که لمس بعضی از قسمت‌ها به من آرامش و لذت می‌دهد. از ۹ سالگی بود که خودارضایی را شروع کردم. اصلاً دوست نداشتم ازدواج کنم هیچوقت حس خوبی به مردها نداشتم. اگر می‌شد بدون رابطه جنسی ازدواج کرد این کار را می‌کردم اما رابطه جنسی برای من یک موضوع کثیف است.

او نگاهی تحقیرآمیز و سرزنش‌کننده نسبت به خود داشت. خودارضایی و تنفر نسبت به والدین دو موضوعی بودند که ذهن او را به خود مشغول کرده بود. «من مایل به داشتن هیچ احساس جنسی نیستم باید آن را در خودم نابود کنم».

---

\*پست الکترونیک نویسنده مسئول: a\_psych@hotmail.com

جلسات بعد را به کنکاش در اولین خاطراتی که او از زمان کودکی داشت گذرانیدیم. او چنین گفت: من خیلی چیزی به خاطر ندارم اما برایم تعریف کرده‌اند که در چهارسالگی زمانی که به اتفاق خانواده به پارک رفته بودیم دو ساعتی گم شدم و بعد یک غریبه مرا پیدا می‌کند و به خانواده تحویل می‌دهد؛ اما خاطره شش سالگی را خوب یادم است. با مادرم به بازار رفته بودیم مادرم مشغول خرید بود و به من توجهی نداشت من دنباله‌ی چادر او را گرفته بودم ناگهان دستی را پشت خودم حس کردم که باسن مرا فشار می‌داد روی خود را برگرداندم و چهره‌ای که دیدم زشت‌ترین چهره‌ای بود که می‌توانید متصور کنید. به سمت مادرم رفتم و چادرش را کشیدم اما او مرا پس زد: چه خبرته؟ چرا اینجوری می‌کنی؟ و من هیچ چیز نتوانستم بگویم چیز دیگری که به یاد می‌آورم مربوط به عروسی خواهرم است. من پشت یک در نیمه باز بودم و آن سوی در مادرم داشت برای داماد با جزییات عملیات شب عروسی را توضیح می‌داد. حتی از انگشتان خود برای ترسیم آنچه پیش می‌آید استفاده کرد. من خیلی وحشت کردم. از آن زمان به بعد رابطه جنسی برایم بدل به امری ترسناک شد. من ۱۴ ساله بودم.

در ۱۶ سالگی هم یادم می‌آید که دایی‌ام به خانه ما آمده بود و شب را آنجا گذراند. نیمه‌های شب حس کردم دستی بر روی سینه‌های من می‌لغزد و در تاریک و روشن چهره او را تشخیص دادم.

تجربه دوران بلوغ هم برای من ناخوشایند و دردناک بود. خودارضایی در این دوران تشدید شد. این زمان بود که دچار دردهای شدید در ساق پا شدم و گاهی نیز بدون دلیل از حال می‌رفتم. بعد از تکرار چند باره این حالات مرا نزد پزشک بردند. پزشک عمومی چیزی که به نفع اختلال خاصی باشد پیدا نکرد و مرا به روان‌پزشک ارجاع داد. یادم می‌آید که مادرم به پدرم می‌گفت: این دارد بازی در می‌آورد بس که تو لوسش کردی.

یک شب که بیرون رفته بودم در بازگشت به خانه مادرم داد و بیداد به راه انداخت که چرا دیر آمدم و زمانی که پدر آمد شروع به بدگویی و شکایت از من کرد. پدر آن شب کتک سختی به من زد و من از آن زمان امیدم نسبت به او را هم از دست دادم

روان‌پزشکی که مرا دید به من دارو داد. تا سه سال پیش او می‌رفتم. او را جایگزینی برای پدرم می‌دیدم اما او از اعتماد من سواستفاده کرد. من خیلی نسبت به آن روزها احساس گناه دارم. اصلاً نمی‌توانم بفهمم چرا این رابطه تا این حد به طول کشید. از خودم متنفرم

بعد از آن پیش یک روان‌پزشک دیگر رفتم او مرد بدی نبود و می‌خواست به من کمک کند مرا پیش یک روانشناس فرستاد که او هم از من سو استفاده کرد...

از آن زمان به بعد به روان‌پزشکان و روانشناسان مختلفی مراجعه کرده و آخرین آنها او را به من ارجاع داده بود پس از چند جلسه اولیه و جمع‌بندی که انجام دادم به این نتیجه رسیدم که با فردی مبتلا به یک افسردگی مزمن که بر پایه شخصیتی با ویژگی‌های هیستریکال که از آسیب‌های زمان کودکی رنج می‌برد سروکار دارم و پرونده بسته نشده زمان کودکی او را باید در رابطه مثلثی اودیپال جستجو کنم. بر همین اساس یک برنامه‌ی هفتگی روان‌درمانی تحلیلی به او پیشنهاد دادم که مورد موافقت وی قرار گرفت

در جریان درمان تلاش به تشویق او در جهت سخن گفتن هرچه بیشتر از تجارب گذشته داشتم. اما این روندی بسیار دشوار بود. او مقاومت و اکراه بسیاری برای ورود بر هر دیالوگی از خود نشان می‌داد. همچنان به من نگاه نمی‌کرد و با لحنی یکنواخت آهسته و آرام حرف می‌زد. هر پرسشی از جانب من با مکثی طولانی که صبر مرا لبریز می‌کرد روبرو می‌شد. اما یک امر مثبت در این میان این بود که او بسیار می‌نوشت. هر آنچه را که نمی‌توانست از آن سخن گوید به شکل نوشتاری به من ارائه می‌کرد و من توانستم اطلاعات زیادی را از این طریق به دست آورم.

همچنین به علت اکراه وی در سخن گفتن و تسهیل فرآیند ارتباط تصمیم به استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان گرفتم. در جریان هیپنوتیزم او به راحتی به چشمان من نگاه می‌کرد و به راحتی و آزادی سخن می‌گفت.

من آغاز به تعبیر و تفسیر مشکلات زمان کودکی وی کردم. رابطه وی با والدینش احساس دوسویه عشق و نفرت، همانندسازی با پدر، سرکوب تمایلات جنسی، حس حقارت مرتبط با برداشت وی از ظاهر خود و رقابت او با خواهران

جنبه‌هایی بود که در شش ماهه اول درمان به آن پرداختیم و تا حدی پیشرفتی نسبی در حال وی به وجود آمد. اما همچنان قادر به نگریستن در چشمان من و دیگران نبود و رابطه‌اش با والدین نیز بدون تغییر مانده بود.

برای سه هفته به علت شرکت من در کنگره‌ای در خارج از کشور روند درمان دچار وقفه شد. پس از بازگشت احساس کردم شرایط وی نسبت به قبل دچار تغییر شده است. او افسرده به نظر می‌رسید و از افکار خودکشی حرف می‌زد. «شما خاطراتی را به یاد من آوردید که من برای سال‌ها آن‌ها را فراموش کرده بودم». من این وضعیت را به وقفه درمانی نسبت داده و به خود امید دادم که پس از چند هفته دوباره بهبود پیدا می‌کند.

چند روز بعد زمانی که در درمانگاه در حال دیدن بیماران بودم منشی نامه‌ای را به دست من داد پشت آن چیزی نوشته بود بازش کردم و از همان خط اول حسی غریب مرا همراه کرد:

اجازه بدهید خودم را معرفی کنم. من "ل" هستم. شاید شما فکر کنید این نامه را "م" نوشته است اما اشتباه می‌کنید من "ل" هستم. شما همیشه از یک وجه خرابکار در درون "م" حرف می‌زنید که در برابر بهتر شدن مقاومت می‌کند و همکاری مناسبی ندارد. من همان خرابکار هستم. من در تمام این سال‌ها با او بودم. این او بود که کتک می‌خورد و تحقیر می‌شد من همیشه تلاش داشتم به او امید تزریق کرده و او را قوی‌تر کنم. حالا شما به من خرابکار می‌گویید؟ من از شما بدم نمی‌آید اما از دستتان عصبانی هستم چون شما فکر می‌کنید من تمایلی به بهتر شدن ندارم. شما بدون کمک من به هیچ جا نمی‌رسید شما فقط به "م" توجه می‌کنید و مرا نادیده می‌گیرید من می‌توانم همان خرابکاری باشم که فکر می‌کنید.

این نقطه عطفی بود که فرایند درمانی را تغییر داد. از آن پس من به این نتیجه رسیدم که با فردی مبتلا به اختلال تجزیه‌ای هویت سر و کار دارم و باید منتظر ظهور شخصیت‌های دیگر نیز باشم. براساس خط‌مشی درمانی که در این اختلال پیشنهاد می‌شود روند سه مرحله‌ای درمان را در پیش گرفتم. این روند شامل این مراحل است:

- ✓ تثبیت امنیت و اعتماد
- ✓ کار کردن با شخصیت‌ها و خاطرات آسیب
- ✓ تثبیت دستاوردهای درمان، انسجام بخشی و وحدت دادن به شخصیت و شروع فصلی تازه در زندگی

مرحله‌ی اول اهمیت‌ی حیاتی در درمان دارد به علت تجارب متعدد آسیب در گذشته این افراد در اعتماد کردن به دیگران و درک مفهوم امنیت دچار اشکالی اساسی هستند و درمانگر را نیز شبیه دیگر انسان‌هایی می‌بینند که در گذشته به اعتماد آنها خیانت کرده‌اند به‌ویژه اگر بیمار در جریان رابطه با خود درمانگر چنین تجربه‌ای داشته باشد. امری که در مورد "م" صادق بود. بدون تثبیت اعتماد هرگونه تلاشی برای کار با خاطرات آسیب و شخصیت‌ها عقیم می‌ماند.

بنابراین من تلاش در جهت اعتمادسازی و برقراری رابطه مناسب با "ل" کردم. "ل" در معرض بروز رفتارهای پرخطر بود. به کمک هیپنوتیزم با او سخن می‌گفتم. او چنین می‌گفت که هدف عمده‌اش در زندگی رسیدن به لذت است. "این چیزی است که "م" همیشه خود را از آن محروم کرده است" رفتار او شبیه یک نوجوان تازه بالغ سرکش بود که کنترل رفتارش را برای من مشکل می‌کرد.

یک روز یک ساعتی مانده به ظهر در خیابان در حال قدم زدن بودم تلفنم زنگ خورد آن سوی خط صدای لرزان آشنایی را شنیدم: "تو رو خدا به ما کمک کنید" "م" می‌خواست خودش را از پل پرت کند. مردم جمع شدند و اجازه این کار را ندادند اما مطمئن نیستم دوباره این کار را نکند "از او خواستم خود را معرفی کند: "من "د" هستم". و تلفن قطع شد. چند دقیقه بعد دوباره همان شماره تماس گرفت این بار "م" بود: من هیچ‌چیزی را نمی‌توانم به یاد بیاورم به‌جز این که خودم را در یک ماشین کنار یک مرد غریبه دیدم. وقتی گفتم که اینجا کجا است و تو که هستی. او لبخند زد که شوخی می‌کنی؟ من فریاد زدم و به زور او را وادار به توقف کردم بعد که پیاده شدم فقط می‌خواستم بمیرم. ...

"د" بیانگر بخش واقع بین و تا حدی منطقی شخصیت بود من تلاش کردم تا او را بدل به همدستی در جهت کنترل رفتارهای پرخطر مینا و افکار خودکشی "م" کنم. این یکی از مکالمه‌های من با "د" تحت تأثیر هیپنوتیزم است:

"م" از طرف مادرش آزار می‌دید این تا زمانی ادامه داشت که ریس بزرگ بانو گاندی به ما آزادی داد. زمانی که از او در مورد بانو گاندی پرسیدم چنین گفت: "م به علت پوست تیره‌اش از طرف پدرش با عنوان خانم گاندی خطاب می‌شد همان‌طور که گاندی به هند استقلال داد بانو گاندی هم به ما آزادی بخشید. ما همیشه به فرار از خانه فکر می‌کردیم اما "م" می‌ترسید. "ل" همیشه می‌خواست فرار کند و چند بار در شب این کار را کرد. من تلاش داشتم او را کنترل کنم. او سیگار کشیدن را از ۱۶ سالگی شروع کرد. ریس بزرگ به او چنین می‌گفت: "برو بیرون و از مردها انتقام بگیر" "او به هیچ مردی نه نمی‌گفت او دوست داشت با مردان آشنا شده و بعد آنها را طرد کند. گاهی هم وسط ماجرا "م" به جسم برمی‌گشت و آشفته می‌شد و نمی‌توانست بداند چه اتفاقی افتاده است "ل" همیشه در مورد مسائل جنسی کنجکاو بود و در جریان این کنجکاوی شاهد صحنه‌های خاص شد"

"م در مورد خودارضایی احساس گناه دارد اما ما چنین فکری نداریم. به نظر من این یک نیاز طبیعی است. زمانی که او از یک روحانی شنید که هرکس چنین کاری بکند لعنت شده و به جهنم می‌رود تصمیم به کشتن خودش گرفت اما ما چند تا قرص بی‌ضرر بهش دادیم تا فقط بخوابد. "د" به یک خاطره در مورد نسرین اشاره کرد که ذهنیت او را نسبت به پدر تغییر داد:

"یک روز "م" در حال تعویض لباس در اتاقش بود. به ناگهان در اتاق توسط پدرش باز شد و او به درون آمد. برای او این شبیه صحنه‌ای از یک فیلم وحشتناک بود. یک روز دیگر او در حالی که در راهرو خانه بود انعکاس بدن عریان پدر را از در نیمه باز حمام دید. این یک اتفاق بود اما برای وی حس گناه و سرزنش به وجود آورد"

در جریان مکالمه با "ل" او از یک شخصیت دیگر پرده برداشت: "اسم او "ح" است. او یک مرد مؤدب و ملایم است. همیشه از من حمایت می‌کند. یک شب وقتی که "م" به همراه خانواده به خانه برمی‌گشتند کلید خانه را فراموش کرده بودند. ظاهراً "م" از دیوار بالا رفت و در را باز کرد. اما این "ح" بود. خانواده فکر کردند که "م" این کار را کرده است. همیشه وقتی در خانه چیزی خراب می‌شود مادر از "م" می‌خواهد که آن را درست کند. آنها نمی‌دانند که همه‌ی این کارها را "ح" می‌کند."

تلاش من برای آشنایی بیشتر با ریس بزرگ یا بانو گاندی باعث ارتباط بهتری با کل شخصیت شد. او یک شخصیت مقتدر و حمایت‌گر و تجلی مادری قدرتمند و مهربان بود. از طریق او کنترل بیشتری بر دیگر شخصیت‌ها به دست آمد. او بود که از ماجرای گم شدن "م" در پارک برده برداشت و گفت در آن دوساعتی که کسی خبری از وی نداشته مورد تعرض دو فرد غریبه قرار گرفته است. بانو گاندی در طول زمان بدل به فردی حامی در میان شخصیت‌ها شد که گاه توصیه‌های ارزشمندی را برای برقراری رابطه بهتر با آنها به من می‌داد. با پیشرفت فرایند درمانی او گاه خود به ادغام و یکی کردن برخی شخصیت‌هایی نزدیک به هم می‌کرد و نام تازه‌ای به آنها می‌داد.

از آن پس در جریان درمان شخصیت‌های دیگری نیز خود را نشان دادند که هر یک خصوصیات و ویژگی‌های خود را داشتند. عمر بعضی به چند هفته هم نرسید اما بعضی دیگر تداوم بیشتری نشان دادند و گاه من را با چالش‌ها و دست‌اندازهای سختی روبرو کردند از جمله یک شخصیت مرد به نام "ک" که اصرار عجیبی بر تغییر جنسیت داشت و تلاش فراوانی لازم بود که به کمک ریس بزرگ و "د" بتوانم او را قانع کنم که درک او از هویت مردانه‌اش تنها برداشتی ذهنی است. به‌طور خلاصه در اینجا به شخصیت‌هایی که در طول این سال‌ها یا آنها سر و کار داشتم اشاره می‌کنم:

۱۸ ساله، احساس حقارت، باور به کثیف بودن جسمش، افکار خودکشی

۲۰ ساله، ترسان، مضطرب، افسرده، احساس گناه و حس منفی نسبت به مردان، سرزنش خود

۱۵ ساله، ترس از بزرگ شدن، باور به کثیف بودن جسمش

۲۵ ساله، احساس دو سویه عشق و نفرت نسبت به والدین نسرین و مسائل جنسی

۲۰ ساله، حس عدم امنیت و نفرت از مردان

۲۸ ساله. رقیب من (رویا می‌گوید) حس حقارت

۱۹ ساله سرزنش خود، افکار وسواسی و کنجکاو در مورد نظر دیگران نسبت به خود

۲۲ ساله احساس تنهایی و اعتقاد به پوچی زندگی (الهه همان محسن سابق است که در جریان درمان جنسیت خود را پذیرفت و نامش را به الهه تغییر داد)  
۲۵ ساله، ایده آل گرا و با تفکری سیاه و سفید  
۲۹ ساله حس حقارت و دیدگاه بدبینانه وابسته  
۱۸ ساله حس منفی نسبت به زن بودن خود. حس بزرگ منشی  
۳۰ ساله. نفرت از نسرين تلاش در جهت کنترل جسم به تنهایی  
۴۰ ساله مشکل در درک هویت جنسی او هم ابتدا با نام کامران ظاهر شد و مسیری شبیه محسن در جریان درمان طی کرد.

در طول سالیان طولانی درمان براساس اصولی که در کار با بیماران مبتلا به اختلال تجزیه‌ای هویت از سوی صاحب نظران عنوان شده است تلاش من در جهت بخشیدن هرچه بیشتر انسجام شخصیتی به وی بود. امری که به تدریج محقق شد. در این مسیر لازم است به سه تکنیکی که از آنها برای برقراری ارتباط بهتر با شخصیت‌ها و همچنین انسجام بخشی استفاده شد اشاره نمایم:

### امتزاج: Fusion

برخی از شخصیت‌هایی را که نزدیکی بیشتری نسبت به هم و ویژگی‌های مشابه داشتند از این طریق ادغام و تحت تأثیر تلقین هیپنوتیزمی با یکدیگر ادغام شده و نام تازه‌ای به آنها داده شد. جالب این جا بود که با گذشت مدتی خود ریس بزرگ این کار را با برخی از شخصیت‌ها انجام داد.

### مرخصی: Vacation

گاهی که شخصیتی در دسرساز پیدا می‌شد که احتمال بروز رفتارهای آسیب‌زننده یا بی بندوبارانه را مطرح می‌کرد با استفاده از هیپنوتیزم و جلسه گروهی که با شخصیت‌ها ترتیب داده می‌شد این شخصیت خاص برای مدتی به مرخصی فرستاده می‌شد. گاهی بعضی شخصیت‌ها وساطت کرده و از من می‌خواستند او را بخشیده و زودتر فرمان آزادی‌اش را صادر کنم.

### انعکاس: Mirroring

برای آشنایی بیشتر "م" با سایر شخصیت‌ها و یافتن بصیرت بیشتر، زمانی که تحت هیپنوتیزم با سایر شخصیت‌ها مصاحبه می‌شد این فرایند ضبط شده و برای "م" در جلسه بعدی پخش می‌شد.  
اکنون از زمانی که "م" به انسجام شخصیتی و حل و فصل تعارضات درونی و غلبه بر احساس گناه، شرم، خشم و افسردگی خود دست یافته است (که خود موضوع مقاله‌ای جدا می‌تواند باشد) سه سال می‌گذرد. در این مدت به وی کمک شد تا با گذشت از مرحله بخشودگی و بیرون آمدن از مثلث قربانی - مرتکب - منجی کوله بار گذشته را به زمین گذاشته و به آینده‌ای فکر کند که در آن به‌عنوان یک جسم واحد مانند هر انسانی دیگر باید با فرازونشیب‌های آن روبرو شده و به ساختن فردایی بهتر از دیروز بیاورد.

توضیح: نویسنده اجازه کامل و بی قید و شرط دوشیزه "م" را برای بیان و نشر سرگذشت او از چند سال پیش گرفته است و به‌عنوان یک گزارش موردی در سال ۲۰۰۶ در بیست و سومین کنگره انجمن بین‌المللی تروما و تجزیه درلوس آنجلس ارائه شده است.

# یادداشت

A series of horizontal dotted lines for writing notes.





# یادداشت

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



# یادداشت

A series of horizontal dotted lines for writing notes.