

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# گروه درمانی

---





---

عنوان و نام پدیدآور	: گروه درمانی
مشخصات نشر	: تهران : میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۲۲۶ ص.مصور.
شلبک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۱-۶
وضعیت فهرست نویسی	: فیبای مختصر
یادداشت	: فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: <a href="http://opac.nlai.ir">http://opac.nlai.ir</a> قابل دسترسی است
یادداشت	: تالیف: محبوبه دادفر - علی اصغر نژادفرید - محمدرضا پیر مرادی - سعیدعبادی زارع - پیرحسین کولیوند.
شناسه افزوده	: دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	: مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۸۲۴۳۶۶

---

# گروه درمانی

تألیف:

دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید

روانشناس

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر سعید عبادی زارع

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

دکتر محمد رضا پیرمرادی

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

دکتر پیر حسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا



میراث

۱۳۹۴ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی  
خاتم الانبیاء (ص)

## گروه درمانی



مرکز  
تحقیقات  
علوم  
اعصاب  
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر علی اصغر نژاد فرید، دکتر محمدرضا پیرمرادی، دکتر سعید عبادی زارع، دکتر پیرحسین کولیوند  
ناشر: میرماه  
گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده  
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند  
صحافی: عطف  
نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴  
شمارگان: ۵۰۰ نسخه  
قیمت: ۲۱۰۰۰ تومان  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۷۱-۶

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)  
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

جامعه‌شناسی و روانشناسی دو رشته‌ای هستند که به دلیل مباحث مرتبط از یکدیگر تفکیک‌ناپذیرند. از این رو روانشناسان نباید از مطالعات و تحقیقات جامعه‌شناسی دور باشند. در رشته جامعه‌شناسی گروه عبارت است از تعدادی از افراد که براساس روابط متقابل و احساس همبستگی، با یکدیگر همکاری و همیاری دارند. رشته روانشناسی گروه را از رشته جامعه‌شناسی به عاریت گرفته است.

دامنه رشته روانشناسی و انواع روان‌درمانی در جهان گسترش پیدا کرده است. رویکردهای روانشناختی در درمان اختلال‌های جسمانی و روانی بسیار متنوع‌اند. هر یک از این رویکردها دارای نظریه پرداز و مبانی نظری مشخصی هستند و در آنها تعاریف و مفاهیمی مانند شخصیت، آسیب‌شناسی روانی، پروتکل، فرایند، تکنیک‌ها و جلسات روان‌درمانی تشریح شده‌اند. این رویکردها را می‌توان به صورت انفرادی، گروهی، زوج و خانواده بکار برد.

از نظر مورنو انسان در گروه متولد می‌شود، در گروه زندگی و کار می‌کند و در گروه بیمار و درمان می‌شود. از نظر گیبسون و میشل (۱۹۹۰) برای تاثیر گروه بر افراد سه دلیل وجود دارد:

۱- انسان موجودی است که به گروه تمایل دارد. افراد مایلند یکدیگر را تحسین و تمجید کنند، به همدیگر کمک و یاری برسانند و از وجود یکدیگر برخوردار گردند. بروز این پدیده در گروه جزئی از ماهیت گروه است.

۲- انسان تمایل دارد تا اکثر نیازهای اساسی، شخصی و اجتماعی خود مانند نیاز به خویشتن و رشد روانی را از طریق گروه برآورده نماید. بنابراین گروه طبیعی‌ترین و ضروری‌ترین مسیر یادگیری افراد می‌باشد.

۳- گروه بیش از همه بر رشد، یادگیری و کسب الگوهای رفتاری، شیوه‌های انطباقی و سازگاران، ارزش‌ها، قابلیت‌های پیشگیری و فنون انطباقی و سازگاران افراد تاثیر می‌گذارد.

امروزه مراجعین و بیماران بر اساس جنسیت، سن، و تشخیص‌های مختلف از گروه‌درمانی یا روان‌درمانی گروهی بهره‌مند می‌شوند. هدف کلی گروه‌درمانی، افزایش آگاهی افراد از خویش و دیگران

و کمک به آنها برای روشن ساختن تغییراتی است که افراد در زندگی تمایل دارند به آنها دسترسی پیدا کنند و همچنین فراهم ساختن وسایل و شیوه های ضروری برای انجام تغییرات مورد هدف. در گروه درمانی افراد مبتلا به اختلال های جسمانی و روانی به منظور کمک به یکدیگر برای تغییر دادن خود در گروهی قرار داده می شوند که بوسیله یک درمانگر هدایت می شود. گروه درمانی تجربه اصلاحی هیجانی جدیدی را بوجود می آورد که اعضای گروه این تجربیات را با خود به خانواده، آشنایان و دوستان، محیط کار و جامعه ای که در آن زندگی می کنند، منتقل می نمایند. اعضای گروه با تعامل با دیگران در یک محیط پذیرا و اطمینان بخش، فرصت پیدا می کنند تا رفتارهای جدید را تجربه کنند و در خصوص تاثیرات رفتارشان، پسخورندهای لازم را از دیگران دریافت کنند. در گروه افراد یاد می گیرند با دیگران چگونه برخورد کنند. درمان گروهی می تواند بر سلامت افراد تاثیری عمیق داشته باشد. تجربه گروهی فرصتی ارزشمند برای برقراری یک رابطه واقعی و نزدیک با دیگران است. این تجربه در درمان فردی اتفاق نمی افتد.

هر یک از گروه ها دارای ساختار، اندازه، تعداد جلسات، طول دوره، ملاک های انتخاب اعضای گروه، وظایف درمانگر، وظایف هر یک از اعضای گروه، فرایند درمان، فنون درمان و محتوای جلسات درمانی خاصی هستند. گروه درمانی، یک درمان مقرون به صرفه و برخوردار از حمایت های تجربی می باشد. در پژوهش های متعدد مقایسه و اثربخشی هر یک از انواع گروه درمانی در بهبود علائم انواع اختلال های جسمانی و روانی گزارش گردیده است که بیانگر کارایی آنها در کاهش علائم و درمان افراد مبتلا می باشد. کتاب حاضر با تمرکز بر اثربخشی و کارایی گروه درمانی در بافت فرهنگی ایران، به تشریح انواعی از آنها پرداخته است.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی



## فهرست

۱۱	..... کلیات گروه درمانی
۲۳	..... گروه درمانی معنوی
۲۹	..... معنادرمانی گروهی
۳۲	..... امید درمانی گروهی
۳۹	..... گروه درمانی وجود گرا/هستی گرا
۴۵	..... درمان گروهی مرور زندگی
۵۰	..... خاطره گویی گروهی
۵۵	..... روایت درمانی گروهی
۵۸	..... گروه درمانی مراجع محوری راجرز
۵۸	..... گروه درمانی گشتالتی
۶۷	..... رویکردهای سیستم‌های اجتماعی
۶۹	..... روان درمانی بین فردی گروهی /درمان بین فردی گروهی
۷۹	..... گروه‌های خودیاری
۸۷	..... گروه درمانی عقلانی عاطفی رفتاری
۱۰۲	..... گروه درمانی پذیرش خویشتن با شیوه درآیدن
۱۰۴	..... گروه درمانی شناختی رفتاری
۱۰۹	..... درمان گروهی پذیرش و تعهد به عمل
۱۳۴	..... واقعیت درمانی گروهی
۱۴۰	..... گروه درمانی با رویکرد روان تحلیلی
۱۶۹	..... گروه درمانی چندوجهی لازاروس
۱۷۲	..... گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل یا تحلیل تبادلی یا تحلیل ارتباط محاوره ای
۱۸۰	..... گروه درمانی تصمیم گیری دوباره
۱۸۶	..... سایکو دراما
۱۹۲	..... منابع



### کلیات گروه درمانی

گروه درمانی مانند روان درمانی انفرادی است با این تفاوت که در گروه درمانی روانشناس به جای تمرکز بر روی یک فرد و مشکلات مختص به وی با یک گروه و یا چندین نفر سر و کار دارد. هر یک از اعضا مشکلات خود را در گروه مطرح می‌کنند، بازخورد و مشکلات دیگر اعضا را نیز می‌شنوند و در مورد آنها نظر، احساسات و افکار خود را بیان می‌کنند. در نتیجه این تعاملات، اعضای گروه در روند ایجاد تغییرات به یکدیگر کمک می‌کنند و روانشناس نیز به عنوان عضو تسهیل‌گر (Facilitator) و بی‌طرف، مسائل گروه را در مسیر مناسب و تا رسیدن به بینش هر یک از اعضا نسبت به مشکل خود، هدایت می‌کند. درمان گروهی و انفرادی را درمان همزمان (Concurrent therapy) می‌نامند. درمان همزمان دارای دو فرم است: درمان ترکیبی (Combined therapy) یعنی درمانگر واحدی هر دو درمان گروهی و فردی را ارائه می‌کند و درمان هم پیوسته (Conjoint therapy) که در آن درمانگران متفاوتند (کوری و اشنایدر، ۱۳۸۲، پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۹، رجب پور، احمدی، طباطبایی و رفیعی نیا، ۱۳۹۰، خضری مقدم، بهرامی احسان و رستمی، ۱۳۹۱، بخشی پور و دسری، ۱۳۹۳).

گروه درمانی یا روان درمانی گروهی یک شیوه درمانی است که گروه کوچکی از اعضا و یک یا چند درمانگر دارای تخصص در گروه درمانی را شامل می‌شود (امینی و

دریایی، ۱۳۹۲). گروه درمانی به منظور ارتقای رشد روانی و کاهش مشکلات روانی صورت می‌گیرد. این وجه گروه درمانی را از گروه خودیاری (Self- help group) و گروه حمایتی (Supportive group) تمایز می‌دهد. اهداف ارتقای رشد روانی و کاهش مشکلات روانی از طریق اکتشاف شناختی و عاطفی تعاملات میان اعضا و بین اعضا و درمانگر حاصل می‌شود.

در خصوص تاریخچه شکل‌گیری گروه‌درمانی می‌توان گفت جوزف پرات (Joseph Pratt) از درمان گروهی برای بسیاری از جمعیت‌های بیمار استفاده کرد. ال کودی مارش (L Cody Marsh) چارچوب درمان گروهی را برای جمعیت‌های روانپزشکی به کار برد. وی پایه‌گذار محیط درمانی (Milieu therapy) بود. جمله مشهور «گروه افراد را بیمار کرده و گروه آنها را درمان خواهد کرد» از اوست. مارش به مؤلفه‌های دینی در گروه درمانی نیز توجه داشت. ادوار لازل (Edward Lazell) از رویکرد گروهی به منظور درمان افراد اسکیزوفرنیک و دو قطبی در بیمارستان الیزابت شهر واشنگتن استفاده کرد. گوستاو لوبن در کتاب غوغا (Crowd) در مورد ذهن گروهی (Group mind) و گروه‌های بزرگ (Crowd) صحبت کرد. ویلیام مک دوگال (William McDougall) میان گروه‌های سازمان یافته (Organized group) و بدون سازمان (Disorganized group) تمایز قائل شد. زیگموند فروید در سال ۱۹۲۱ کتاب "روانشناسی گروهی و تحلیل در من" را نوشت. تریگنت بارو (Trigant Burrow) عقاید نظری فروید و یونگ را در رویکردش نسبت به کارگروه ادغام کرد و برای نخستین بار گروه‌های تجربه‌ای (Experiential groups) را با دانشجویان، بیماران و همکاران به راه انداخت. لوئیس وندر (levis wander) گروه درمانی را با زمینه روانکاوی آغاز کرد. گروه‌ها از نظر او چهار نوع فرآیند را از سر می‌گذرانند: ۱) عقلانی سازی (Intellectualization): در واقع مقصود او این است که حین تجربه گروهی، شناخت و عاطفه ترکیب می‌شوند. در نظریه یالوم به این فرآیند "یادگیری بین فردی" می‌گویند. این ترکیب از راه‌هایی صورت می‌گیرد که سازگار با نظریه پردازان شناختی معاصر است. ۲) انتقال

بیمار به بیمار (Patient-to-patient transference): بنا به این فرآیند عناصری از روابط میان اعضا با هم می‌تواند مشتقانی از رابط اولیه اعضا باشد. ۳) پالایش در خانواده (Catharsis in the family): گروه به مثابه یک کل می‌تواند بر انگیزاننده واحد خانوادگی اولیه عضو باشد و واکنش‌هایی را فرا خواند که فرد در برابر اولین تصاویر رابطه‌ای داشته است. ۴) تعادل میان اعضا (Interaction): دیدگاه شخص از خودش، اجتماعی پایه گذاری شده است به منظور تغییر آن، نیاز به تجربه اجتماعی است که غنی‌تر و متنوع‌تر از آن چیزی است که در درمان فردی می‌تواند فراهم شود. در واقع تعادل میان اعضا، کلید پیشرفت و بهبودی آنها است.

ساموئل اسلاوسون (Samuel Slavson) در نیویورک گروه درمانی را به عرصه درمان کودکان آورد. الکساندر ولف (Alexander Wolf) نیز رویکردی روانکاوانه در گروه درمانی اتخاذ کرد. یاکوب مورنو (Jacob Moreno) طرفدار یک روش عمل محور بود تا اعضا را به اهداف خود برساند. وی پایه گذار سایکودراما (Psychodrama) بود و اظهار می‌داشت افراد طی سایکودراما می‌توانند به خلاقیت و خود انگیزگی دست یابند. در سال ۱۹۴۲ انجمن روان‌درمانی گروهی و سایکودرامای امریکا (ASGPP) را پایه گذاری کرد. مورنو خود را پدر گروه درمانی خواند و ادعا کرد که اصطلاح روان‌درمانی گروهی را او در سال ۱۹۳۱ به کار برده است. اینجا و اکنون و برون ریزی (Acting out) از اصطلاحات مورنو است. از نظر ویلفرد بیون (Wilfred Bion) فرضیه پایه (Basic assumptions) مبنی بر این است که الگو یا فرهنگ‌های گروه به مثابه یک کل بر نیازهای ناهشیارشان استوار است. هنری ایزرائیل (Henry Ezriel) این فرضیه درباره زندگی ناهشیار گروهی را پذیرفت. اس.اچ. فولکس (S.H. Foulkes) بر وجوه بالقوه مثبت گروه تاکید داشت. وی اصطلاح ماتریس گروه را به کاربرد که شبکه روابط درون حیات گروهی اشاره دارد. دو نوع ماتریس گروهی تشخیص داد: ۱) ماتریس بنیادی (Foundation matrix) در واقع زمینه‌ای که اعضا به واسطه انسانیت و مشارکت‌شان در فرهنگ‌های مشترک یا همپوش، در آن شریک‌اند. ۲)

ماتریس پویا (Dynamic matrix) که به مجموعه‌ای از تجارب منحصر به فرد اعضای یک گروه خاص اشاره دارد.

کورت لوین (Kurt Lewin) یک فرا نظریه از زندگی گروهی را ارائه داد. اصطلاح پویایی‌های گروهی را وی اولین بار به کار برد. نهضت بهداشت روانی جامعه نگر در دهه ۶۰ میلادی بر استفاده وسیع‌تر از گروه درمانی تاثیر گذاشت و گروه‌های آموزشی (T-groups)، گروه‌های حساسیت، گروه‌های مواجهه و گروه‌های ماراتون شکل گرفتند. اروین یالوم (Irvin Yalom) کتاب نظریه و عمل گروه درمانی را نوشت. این کتاب انجیل گروه درمانی تلقی می‌شود. رویکرد وی رویکردی بین فردی به درمان گروهی است. مدل‌های درمان‌های کوتاه مدت در دهه ۸۰ و ۹۰ میلادی شکل گرفتند و عمومیت مداخلات شناختی رفتاری افزایش یافت.

برای ساختن یک گروه معمولاً دو اقدام صورت می‌گیرد: ۱) انتخاب اعضا و آماده ساختن آنها برای تجربه به شیوه‌ای که حداکثر سود را از بودن در گروه ببرند و ۲) انتخاب درمانگر به گونه‌ای که درمانگر اهداف گروه و فرایندهایی را که به اهداف می‌انجامد، بشناسد. در انتخاب اعضا باید توجه داشت که آیا عضو احتمالاً از تجربه گروه سود می‌برد؟ آیا عضو احتمالاً مشارکت مثبتی با سایر اعضا خواهد داشت؟ معیارهای داخل شدن در گروه بر مبنای دو عامل زیر تعیین می‌شوند: ۱) اهداف و فرآیندهای درمانی و ۲) ترکیب. معیارهای اخراج از گروه شامل عدم تمایل یا انگیزه پایین برای شرکت، سطوح شدیداً بالای ناراحتی، عدم قبول و همراهی با قواعد و ظرفیت پایین برای ارتباط می‌باشد.

برای طراحی گروه، درمانگر باید موارد زیر را مشخص کند: اهداف گروه، فرایندهای درمانی که به ارضا و دستیابی به اهداف می‌انجامد، مداخلاتی که فرایندها درمانی را می‌سازد، قواعد و ویژگی‌های ساختاری که از ظهور فرآیندهای درمانی حمایت می‌کند. مبنای ترکیب اعضای گروه می‌تواند دو گونه گروه درمانی همگن (Homogenous) یا ناهمگن (Heterogenous) داشت. با در نظر گرفتن اصل ترکیب، درمانگر باید در انتخاب اعضا، میان

همگنی یا ناهمگنی اعضا، توازن و تعادل برقرار کند. یالوم دو مفهوم نظری را در مسئله ترکیب اعضای گروه دخیل دانسته است: همجواری (Cohesion) و جهان صغیر (Microcosm). سه روش برای انتخاب اعضا وجود دارد: ۱) مصاحبه (Interviewing) که در آن اهداف زیر دنبال می‌شوند: آشنایی مصاحبه‌گر با داوطلب از طریق مشاهده رفتار بین شخصی او در مصاحبه، شناسایی سازگاری میان انگیزش داوطلب با اهداف گروهی و آشنا کردن داوطلب با گروه از طریق ارائه اهداف، فرآیندها، قواعد و غیره، ۲) سرندهای گروهی (Group screens) و ۳) ارزیابی روانشناختی (Psychological assessment) با ابزارهای سنجش اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیت، مقیاس‌های توانایی شخص در دریافت واقعیت، وجود یا عدم وجود اختلال تفکر، توانایی فرد در تعدیل عواطف، حساسیت فرد به برگه‌های عاطفی و توانایی شخص به اصلاح طرح‌واره‌های شناختی.

در آماده سازی برای گروه درمانی دو هدف دنبال می‌شود: ۱) ارائه تصویر صحیحی از گروه به فرد، و ۲) اطمینان یافتن از این نکته که رفتار عضو از اهداف گروهی حمایت می‌کند. اطلاعاتی در خصوص زمان جلسات گروه، طول جلسات، مکان، هزینه، واقعیات پایه در باره فرآیند گروهی، تعداد اعضا، ترکیب اعضا (نسبت زن و مرد) و قواعد گروه به اعضا داده می‌شود. آماده سازی دارای سه فایده است: ۱- کاهش نرخ ریزش، حتی ۴ ساعت آماده سازی نرخ را به میزان قابل توجه کاهش می‌دهد، ۲- افزایش حضور و ۳- بروز بالاتر انواع رفتارهایی که اعضا را به سوی اهداف شان حرکت می‌دهند.

جنبه‌های ساختاری گروه شامل ترکیب گروه، محل، مکان گروه، اندازه گروه، ویژگی‌های زمانی (طول جلسات و فراوانی جلسات)، ویژگی‌های فضایی گروه (Spatial) که ساختار فیزیکی آن از رازداری (Confidentiality) محافظت کند و اعضا را از مداخلات (Intrusions) بیرون، محفوظ نگه دارد. علاوه بر این درمانگر باید به آرایش صندلی‌ها به طوری که اعضا بتوانند همدیگر را ببینند چیدمان، بیضوی یا دایره‌ای باشد و فاصله بین افراد مناسب باشد، میزان نور که در سطح متوسط باشد. اندازه اتاق نه زیاد کوچک و نه زیاد بزرگ

باشد، میزان سر و صدا، میزان دما مناسب باشد زیرا دمای بالا، پرخاشگری را تشدید می‌کند، بسامد و طول مدت جلسات (Frequency & Length) توجه داشته باشد.

مدت مشارکت (Duration of participation) یا تعداد جلسات که برای آن دو مدل وجود دارد: گروه بسته (گروه برای مدت تنظیم شده همدیگر را ملاقات و همه اعضا با هم شروع و در زمان واحد به گروه درمانی پایان می‌دهند)، و گروه باز (ورود و خروج اعضا در گروه به طور مستمر صورت می‌گیرد).

اندازه گروه (Size of the group) که برای آن دامنه ۵ تا ۱۰ عضو در بسیاری از گروه درمانی‌ها مورد قبول می‌باشد. با تعداد فراتر از ۱۰ عضو، برای هر فرد، فرصت مشارکت فعالانه در گروه و دریافت درونداد از سایر اعضا محدود می‌شود. تعداد بیشتر از ۱۰ عضو، به همجوشی نیز آسیب وارد می‌کند. معمولاً گروه‌ها با ۴ تا ۱۶ نفر تشکیل می‌شوند.

کورسینی و روزنبرگ، بیش از صد مقاله در باره عوامل درمانی در گروه (عواملی که در تغییر در گروه درمانی نقش دارند) یا (Therapeutic factor) بازنگری نمودند و ده عامل درمانی را شناسایی کردند. سیستم طبقه‌بندی مک کینزی (۱۹۹۰) عوامل درمانی را به چهار گروه عوامل حمایتی (Supportive factors)، خود ارزشیابی، یادگیری از دیگران (Learning from others) و عوامل کاری روانشناختی (Psychological work factors) تقسیم کرده است. عوامل حمایتی دارای مؤلفه‌های القای امید (Instillation of hope)، پذیرش (Acceptance)، نوع دوستی (Altruism)، جهانشمولی (Universality) و همجوشی (Cohesion) هستند. مؤلفه هم جوشی در سه سطح واقع می‌شود: در سطح گروه (تجربه احساس با همدیگر بودن در گروه)، در سطح عضو به عضو (میزان جذب اعضا به یکدیگر) و در سطح فرد - عضو (میزان احساس تعهد به گروه). همجوشی گروهی معادل و هم ارز با رابطه درمانی (Therapeutic alliance) در درمان فردی است. عوامل خود ارزشیابی دارای مولفه‌های خود آشکارسازی / خود افشایی یا Self - revelation (آشکار ساختن خود برای گروه به شیوه‌ای شناختی، و کاتارسیس / پالایش (آشکار ساختن خود برای گروه به شیوه‌ای



عاطفی که با احساس آرامش همراه است و در چارچوب شناختی صورت گیرد). یادگیری از دیگران دارای مولفه‌های سرمشق‌گیری (یک عضو گروه از رفتار دیگری، نسخه برداری می‌کند)، یادگیری نیابتی، راهنمایی (از سوی یک عضو دیگر یا درمانگر صورت می‌گیرد)، و آموزش است. عوامل کاری روانشناختی دارای مولفه‌های یادگیری بین فردی (دستیابی به آگاهی شناختی عاطفی از سبک بین فردی شخصی و تأثیراتی که آن روی دیگران می‌گذارد) و خود فهمی (نیل به بینش نسبت به فرآیندهای درونی و عناصر روانشناختی) می‌باشد (بخشی پوررودسری، ۱۳۹۳). کوری (۲۰۰۵) عمومیت، نועدوستی و امید را در پیشرفت درمان در گروه مهم می‌داند. از نظر یالوم (۲۰۰۸) مکانیزم‌های تغییر "عوامل درمانی" هستند نه "عوامل شفابخش". تغییر بر اثر درمان بوسیله بازی متقابل و پیچیده تجارب انسانی ایجاد می‌شود یعنی عناصر درمان یا عوامل درمان که شامل یازده عنصر یا عامل امیدوار کردن، همگانی بودن تجارب انسانی، فراهم کردن اطلاعات، نوع دوستی، اصلاح رفتار درمانجو در موقعیتی مشابه وضعیت خانوادگی او (بازسازی خانواده)، ایجاد تکنیک‌های اجتماعی شدن، رفتار تقلیدی (همانندسازی)، یادگیری بین فردی، انسجام گروه، تخلیه هیجانی و عناصر وجودی هستند. این عناصر/عوامل درمان رابطه متقابل و وابسته به یکدیگر دارند و جداگانه عمل نمی‌کنند.

التزام اعضا به قوانین گروه الزامی است. این قوانین باید پیش از آغاز جلسات درمان به اطلاع همه ی اعضای گروه برسد و اعضا خود را ملزم به رعایت آن نمایند. قاضوی (۱۳۹۰) وظایف اعضای گروه را به شرح زیر بر شمرده است:

۱- درمانگر پیش از هر جلسه (در هفته) درباره ی آنچه می‌خواهد در گروه مطرح کند، بیندیشد و در صورت لزوم بنویسد.

۲- باور داشته باشد که گروه، چیزی جز تجربه ی باورها و احساس‌ها نیست؛ بنابراین، نباید انتظار دست نیافتنی در خود ایجاد نماید.

۳- بحث‌های داخل گروه را به وضعیت شخصی خود مربوط سازد و از مقاومت پرهیزد.

۴- از محدود کردن خود در بیان احساس پرهیز کند، زیرا مانع پیشرفت گروه است.

- ۵- انتظار تغییرات سریع در خود نداشته باشد.
- ۶- به پیشرفت‌های خود امتیاز دهد (منتظر قدردانی دیگران نباشد).
- ۷- در هر زمان فقط یک احساس را بیان کند (تمرکز روی یک احساس).
- ۸- نصیحت دیگران، پرسش از دیگران و بازخورد به دیگران ممنوع است.
- ۹- درون خود را عمیقاً کاوش نماید (احساسات عمقی خود را بیان کند).
- ۱۰- به تغییر دیگران نیندیشد (در گروه فقط به فکر تغییر خود باشد).
- ۱۱- انتظار درک شدن از سوی دیگران نداشته باشد.
- ۱۲- هنگام همکاری هر عضو، به وی توجه و تماس چشمی برقرار نماید.
- ۱۳- سخن اعضای دیگر را قطع نکند.
- ۱۴- پیش از ورود به گروه، تمام نقاب‌ها و عناوین خود را خارج کند.
- ۱۵- درباره‌ی میزان انگیزه‌ی خود برای تغییر بیندیشد.
- ۱۶- در ابتدای هر جلسه، درباره‌ی هدف خود از شرکت در این جلسه فکر کند.
- ۱۷- گروه، درمانگر است (گروه، عامل تغییر در فرد است).
- ۱۸- سعی کند هنگام مشارکت هر عضو، او را درک کند (همدلی) بکوشد خود را به جای او قرار دهد و احساس فعلی او را حس نماید.
- ۱۹- پس از خروج از جلسه‌ی گروه، هیچ صحبتی درباره‌ی مباحث مطرح شده در گروه، حتی با اعضای گروه مطرح نکند.
- ۲۰- در ابتدای ورود به گروه پنج دقیقه سکوت لازم است (سعی کند ذهن خود را در جلسه گروه متمرکز نماید).
- ۲۱- از گفتن داستان اجتناب کند.
- ۲۲- پس از پایان صحبت هر عضو، حداقل سی ثانیه سکوت لازم است.
- ۲۳- نخستین عامل درمانی در گروه، احساس پیوستگی اعضای گروه با یکدیگر است (همانند برقراری ارتباط بین مددجو و مشاور در درمان فردی، که شرط اولیه‌ی درمان است).

۲۴- اعتماد اعضا به یکدیگر، شرط پیوستگی اعضا با یکدیگر است.

۲۵- احساس این که او تنها کسی نیست که از مشکلاتش رنج می‌برد، به وی آرامش و آمادگی بیشتر برای درمان می‌دهد.

۲۶- پایه‌های درمان در گروه: ۱- تشخیص مشکلات، ۲- افزایش آگاهی از توانایی‌ها و ضعف‌های خود، ۳- تجارب اصلاحی هیجانی و شناختی، ۴- یادگیری پاسخ‌های جدید، ۵- انتقال یادگیری به زندگی واقعی روزمره، ۶- پذیرش واقعیت و ۷- مسئولیت‌پذیری (قاضوی، ۱۳۹۰).

درمانگر گروه باید به گروه درمانی به مثابه یک درمان مشروع و موثر اعتقاد داشته باشد، خوش بین باشد، ظرفیت برای همدلی و تیمار داشته باشد، آگاهی از خویش پیدا کند، توانایی مقابله با خودشیفتگی و شرم داشته باشد، ظرفیت آگاه بودن از سطح چندگانه تعامل را داشته باشد و توانایی اداره ترس و اضطراب را داشته باشد. به نقش‌هایی که اعضای گروه در جلسات درمان گروهی ایفا می‌کنند و شامل عضو متظاهر، عضو ساکت، عضو مهاجم، عضو مسلط، عضو مانع پیشرفت، عضو توجه طلب، عضو مبتکر، عضو بررسی کننده و عضو هماهنگ کننده می‌باشند، توجه نماید. به مسائل اخلاقی در گروه درمانی مانند مقدم دانستن نیازهای اعضا بر نیاز خود، رازداری، رابطه دو گانه و چندگانه، درمان بین فرهنگی یا دیدگاه چند فرهنگی و غیره را در نظر بگیرد (کوری، ۲۰۰۵، عاطف وحید و دادفر، ۱۳۹۳، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳).

در مرحله پایانی گروه درمانی، اعضا آنچه را در گروه کسب نموده‌اند یکپارچه ساخته و درباره اینکه چه رفتارهای آموخته شده‌ای را به زندگی روزمره خود انتقال دهند، تصمیم می‌گیرند. همچنین اعضا فرصتی برای بررسی معانی تجارب خویش خواهند یافت. مهم‌ترین وظیفه افراد در این مرحله، آموختن روشی برای ادامه تغییرات رفتاری در دنیای بیرون از گروه می‌باشد. رهبر اعضا را متوجه تغییرات در افکار، احساس و رفتارشان می‌کند. توجه به پرسش‌های زیر در این مرحله مفید خواهد بود: آیا اعضای گروه به اهمیت بیان احساسات به

جای مدفون کردن آن پی برده اند؟، آیا اعضای گروه متوجه شده اند که جلوگیری از احساسات باعث بروز آن به شیوه‌ای غیر مستقیم خواهد شد؟، در شناخت و ادراک اعضای گروه چه تغییراتی به وجود آمده است؟، آیا اعضای گروه باورهای خود را به چالش کشیده‌اند؟ و چگونه اعضای گروه می‌توانند رفتارهای مفید خود را ادامه دهند؟ (کوری، ۲۰۰۵، یالوم، ۲۰۰۸).

رویکردهای نظری مختلفی به روان درمانی گروهی وجود دارند. نظریه‌ها، موضوعاتی مانند ذهنیت، اعمال و اقدامات درمانگر را در گروه هدایت می‌کنند. برخی از رویکردها و نظریه پردازان آنها شامل موارد زیر هستند:

- گروه درمانی معنوی (G-ST) (Spiritual group therapy)
- معنادرمانی گروهی (G-LT) (Group Logotherapy): معنادرمانی توسط فرانکل مطرح شد.
- امید درمانی گروهی (G-HT) (Group Hope therapy): امید درمانی توسط اسنایدر مطرح شد.
- گروه درمانی وجودگرا/هستی گرا (G-ET) (Existential group therapy): درمان وجودگرا/هستی گرا توسط یالوم و مولان مطرح شد.
- درمان گروهی مرور زندگی (G-LR) (Group Life review): درمان مرور زندگی توسط باتلر مطرح شد.
- خاطره گویی گروهی (G-RT) (Group Reminiscence therapy): خاطره گویی توسط وات- کیلایز مطرح شد.
- روایت درمانی گروهی (G-NT) (Group Narrative therapy): روایت درمانی توسط ایستون و وایت مطرح شد.
- گروه درمانی مراجع محوری (G-CCT) (Group client - centered therapy): درمان مراجع محوری توسط راجرز مطرح شد.

- گروه درمانی گشتالتی (G-GT) (Group Gestalt therapy): درمان گشتالتی توسط پرلز مطرح شد.
- رویکردهای سیستم‌های اجتماعی (Social system Approaches): رویکردهای سیستم‌های اجتماعی توسط آگازارین، بورلو و دورکین مطرح شد.
- گروه درمانی تصمیم‌گیری دوباره (Rediction Group Therapys): درمان تصمیم‌گیری دوباره توسط گولدینگ و گولدینگ مطرح شد.
- تحلیل رفتار متقابل یا تحلیل تبدلی گروهی (G-TA) (Group Transactional Analysis therapy): درمان تحلیل رفتار متقابل یا تحلیل تبدلی توسط اریک برن مطرح شد.
- روان‌درمانی بین‌فردی گروهی / درمان بین‌فردی گروهی (G-IPT) (Group InterPersonal Therapy): توسط یالوم و لیزک مطرح شد.
- گروه‌های خودیاری (Self help Group)
- گروه درمانی عقلانی عاطفی رفتاری (G-REBT) (Group Rational Emotive Behavioral Therapy): درمان عقلانی عاطفی رفتاری توسط الیس مطرح شد.
- درمان گروهی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن (Group self -Acceptance by Dryden): درمان پذیرش خویشتن توسط درآیدن مطرح شد.
- گروه درمانی شناختی رفتاری (G-CBT) (Group Cognitive Behavioral Therapy): درمان شناختی رفتاری توسط بک، رز و وایت مطرح شد.
- درمان گروهی پذیرش و تعهد به عمل (G-ACT) (Group Acceptance and Commitment Therapy): درمان پذیرش و تعهد به عمل توسط هیز، استروسال و ویلسون مطرح شد.
- واقعیت‌درمانی گروهی (Group Relality therapy): واقعیت‌درمانی توسط ویلیام گلاسر مطرح شد.

- گروه درمانی با رویکرد روان تحلیلی (Group Analytic Therapy) توسط بیون، شیدلینگر، آلونسو، راتان و استون مطرح شد.
  - گروه درمانی چندوجهی (G-MMT) (Group MultiModel Therapy) درمان چندوجهی توسط لازاروس مطرح شد.
  - سایکودراما (Psychodrama) توسط مورنو، بلاتز و کیپر مطرح شد.
- برخی از انواع روان درمانی انفرادی وجود دارند که می‌توان آنها را به صورت گروهی نیز انجام داد مانند درمان شناختی تحلیلی (Cognitive Analytic Therapy CAT) که توسط آنتونی رایلی (Antony Ryle) بوجود آمد (دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳) و درمان فراشناختی (Meta Cognitive Therapy MCT) که توسط آدریان ولز (Adrian Wells) بوجود آمد (دادفر، غرابی، نوری قاسم آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳). در کتاب حاضر برخی از رویکردهای گروه درمانی و یافته‌های پژوهشی مربوط به اثربخشی آنها، با تاکید بیشتر بر یافته‌های تحقیقات انجام شده در فرهنگ ایرانی، توضیح داده خواهد شد.

### گروه درمانی معنوی (Spiritual group therapy)

مفهوم سلامت با چهار بعد زیستی روانی اجتماعی معنوی (Bio Psycho Socio Spiritual) بر اساس مفهوم "وابستگی وجودی" است. امروزه روان‌شناسان اهمیت توجه به علایق مذهبی و معنوی را در محیط‌های درمانی مورد عنایت قرار می‌دهند. دین و معنویت جلوه‌گاه نیازهای وجودی هستند و به‌عنوان یک مؤلفه مهم در برنامه مشاوره‌ای و درمانی بیماران لازم است مورد توجه قرار گیرد. مجموعه عظیمی از آثار میان رشته‌ای شکل گرفته‌اند تا جهت‌گیری معنوی در روان‌درمانی در روانشناسی گسترش پیدا کند (کاندا و فورمن، ۱۹۹۹؛ بک‌وار، ۱۹۹۷؛ فوکویاما و سویگک، ۱۹۹۹؛ کرن، ۱۹۹۸؛ ریچارد و برگین، ۱۹۹۷، ۲۰۰۰؛ وست، ۲۰۰۰؛ استیر، ۱۹۹۷؛ کلی، ۱۹۹۵؛ میلر، ۱۹۹۹، به نقل از بهرامی، دادفر و دادفر، ۱۳۹۳، میلر و همکاران، ۲۰۱۲، شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳، اعتمادی، ۱۳۸۴ و حسنونند، ۱۳۹۱).

موسسه بهداشت روان در سال ۱۹۹۷ در اولین زمینه یابی ملی گزارش داد که بیش از نیمی از استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی پاره‌ای از اشکال نگرش‌های معنوی را دارند که در بهداشت روان آنها نقشی مثبت و حائز اهمیت داشته است. بیماران در خصوص نقش نگرش‌ها و فعالیت‌های معنوی و مذهبی در زندگی، بر اهمیت راهنمایی و ارشاد، درک هدف و معنا، آرامش، استقامت، کاهش بروز و بیان آلام شخصی، رشد عشق به خود و همدلی با دیگران تاکید داشتند (نیکولاس، ۲۰۰۲، فالکنر و لایزل، ۲۰۰۰). شواهد موجود از تغییر نگرش‌ها و دیدگاه‌ها به سمت و سوی نقش پیشگیرانه و تاثیرگذار فعالیت‌های مذهبی و معنوی بر سلامت روان حمایت می‌کنند (فوسکت و همکاران، ۲۰۰۴، سیبولد و هیل، ۲۰۰۱، ویور و همکاران، ۲۰۰۳).

هوگنز (۲۰۰۲) چهار بعد معنویت شامل معنای زندگی (Meaning of life)، ارزش‌های ذاتی و اصیل (Intrinsic values)، اعتقاد به تعالی (Belief in transcendence)، و جامعه معنوی (Spiritual community) را توصیف کرد و معتقد بود که این ابعاد با بیماری افسردگی رابطه خطی قوی‌ای دارند. اسویتون (۲۰۰۱) معتقد بود که اضطراب و استرس

می‌تواند علاوه بر علائم کلاسیک، متشکل از یک سری علائم معنوی به شرح زیر نیز باشند: فقدان معنا در زندگی، افکار و اعمال مذهبی و سواس گونه، احساس بیگانگی و بی‌علاقه‌گی، فقدان اعتقادات و نگرش‌های مذهبی در گذشته، عدم درک صحیح از آینده، ترس از مرگ، ترس از پیامدهای «گناه» یا رفتارهایی که از لحاظ مذهبی «بد» تلقی می‌شوند، و ناتوانی در جهت‌گیری به سمت و سوی خداوند و تامل در آن.

برخی یافته‌ها نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر آموزه‌های معنوی مذهبی می‌تواند متغیرهای بالینی مرتبط با مرگ مانند ترس از مرگ، اضطراب مرگ، نگرانی مرگ، و سواس مرگ و افسردگی مرگ را کاهش دهد (باشی و لستر، ۲۰۱۳، دادفر و لستر، ۲۰۱۴، بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق، ۲۰۱۴، دادفر، لستر، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید و بیرشک، ۲۰۱۴ الف، دادفر، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید، لستر و بیرشک، ۲۰۱۴ ب، دادفر و لستر، ۲۰۱۴ پ، دادفر و لستر، ۲۰۱۴ ت، بهرامی، دادفر، آنته غیر و زارعان، ۲۰۱۴).

شاو و همکاران (۲۰۰۵) در یک مطالعه مروری به سه یافته عمده دست یافتند: اول، مذهب و معنویت معمولاً در افراد در مواجهه با پیامدهای تروما تأثیر گذارند. دوم، تجربیات آسیب‌زا باعث تعمیق مذهب و معنویت می‌شود. سوم، روش مقابله مذهبی مثبت، گشودگی مذهبی، آمادگی پاسخ‌گویی به سؤالات هستی‌شناسانه و مشارکت مذهبی با بهبود پس از تروما در ارتباط است. بورمن و همکاران (۲۰۰۵) گزارش دادند که تفکر و تعمق در یک لغت یا عبارتی که دارای بار مذهبی است به‌ویژه خواندن سرودهای مذهبی، باعث کاهش استرس و علائم مرتبط با آن در بازماندگان جنگ می‌گردد و تکرار سرودهای مذهبی به‌طور معناداری علائم استرس، اضطراب و خشم را کاهش داده و نیز کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی را بهبود می‌بخشد. هاریس و همکاران (۲۰۰۵) گزارش دادند که احساس پیوند و همبستگی، خودآگاهی، درک هدف و معنی، و معنویت عوامل تأثیرگذار در بهبود بیماران پس از تروما بودند. متخصصین بهداشت روانی غالباً نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی یا معنوی بیماران را درک نمی‌کنند یا به‌ارسی و پیگیری آنها نمی‌پردازند یا زندگی معنوی بیماران را به‌طور کامل نادیده می‌گیرند (یانگابری-هیکس، ۲۰۰۴) و یا به تجربیات معنوی آنها به چشم علائم یا



نشانگان آسیب شناختی می‌نگرند (رتنیک، ۲۰۰۴). معنویت نهایتاً به درک وسیع‌تری از خوداکتشافی یا توانمندی فردی می‌انجامد (بارکر و باچانان- بارکر، ۲۰۰۵).

معنویت دارای ابعاد گسترده و وسیعی است. بخشش/بخشودگی یک از جنبه‌های معنویت است. پژوهش قمری گیوی، محبی و صادقی (۱۳۹۳) نشان داد که درمان گروهی آموزش بخشش بر اساس مدل فرایندی انرایت (The Enright Process Model of Psychological forgiveness) سبب کاهش شاخص کلی پرخاشگری و افزایش بخشش بین فردی در پسران نوجوان مقیم در کانون اصلاح و تربیت گردید.

استفاده از روش‌های مذهبی و معنوی در درمان بیماری‌های روانی مورد بررسی پژوهشگران و روان‌درمانگران قرار گرفته است و گزارش‌های چندی در خصوص اثربخشی این روش‌ها انتشار یافته است (اظهر و وارمه، ۱۹۹۵؛ پریستر، ۲۰۰۱؛ استیونس و استیونس، ۱۹۹۹؛ استانی و همکاران، ۲۰۱۱، کوئینگ، ۲۰۱۲، بیان‌زاده، ۱۳۷۶؛ دادفر، ۱۳۸۳؛ کجاف و سجادیان، ۱۳۸۴، اژدری فرد و همکاران، ۱۳۸۹، قاضوی، ۱۳۸۹، آقاعلی، زندی‌پور و احمدی، ۱۳۹۰، غفوری، مشهدی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۲).

توجه به مسائل معنوی در فرایند درمان بیماران ضروری است. درمانگر باید در درمان مسائل مهم معنوی، بیمار را در زمان مناسب مد نظر قرار دهد. بیمار از طریق معنویت می‌تواند معنی و هدف زندگی خود را پیدا کند (دادفر، ۱۳۷۶، ۱۳۸۳، ساعد و روشن، ۱۳۸۷، فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۱۳۸۷، بواله‌ری، ۱۳۸۹، بواله‌ری، دوس‌علی‌وند و میرزایی، ۱۳۹۱، بواله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱، کاظمی، ساعد، بحرینیان و پهلوان، ۱۳۹۲، دادفر، ۱۳۹۲، بهرامی، دادفر و دادفر، ۱۳۹۳، رضانی‌فرانی، کاظمی، کولیوند، دادفر و بهرامی، ۱۳۹۳). معنویت درمانی موضوع‌ها و مسائل معنوی که مرتبط با بهبود و سلامت فرد هستند را بررسی می‌کند. روش درمانگر بی‌طرفانه و غیر قضاوتی است (ریچاردسون، هارتمن و بارت، ۲۰۰۷). قاضوی (۱۳۹۰) دو مؤلفه‌ی اساسی در درمان یکپارچه توحیدی را شامل راهبردهای انگیزشی و کاربرد گروه درمانی می‌داند.

گروه درمانی معنوی موجب ارتقاء حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت می‌گردد. اثربخشی گروه درمانی معنوی بر کاهش برخی از مشکلات

روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال افزایش عزت‌نفس زندانیان مرد (حسن آبادی، ۱۳۸۵)، کاهش افسردگی و اضطراب دانشجویان (ترقی جاه، نوایی نژاد، بواله‌ری و کیامنش، ۱۳۸۶، بهرامی دشتکی، ۱۳۸۵، بهرامی دشتکی، عزیزاده، غباری بناب و کرمی، ۱۳۸۵، یعقوبی، سهرابی و محمدزاده، ۱۳۹۱)، افزایش امید، شادمانی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان (فلاح، گلزاری و دادستانی، ۱۳۸۸، فلاح جوشقانی، ۱۳۸۹)، کاهش علایم روانی بیماران اسکیزوفرنیک (رحمتی، فلاحی خشک‌ناب، رهگوی و رهگذر، ۱۳۸۹)، اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی (محمدی، اکبری، حاتمی، مکرری، کاویانی، سلمانیان و صحت، ۱۳۹۰)، بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان (کشمیر، اکبری، شفیع زاده، لطفی کاشانی، موسوی، فلاح و جهانگیری فرد، ۱۳۹۰)، افزایش امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان (فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی و اکبری، ۱۳۹۰)، نشانگان ضربه عشق (باقری، نظیری، بواله‌ری و غلامی، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی و سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه (بواله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۰)، کاهش میزان افسردگی، اضطراب، و استرس و ارتقای بهزیستی معنوی افراد مبتلا به کرونا قلب (غلامی، نظیری، بواله‌ری و باقری، ۱۳۹۰)، بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد مرد (یابنده، بواله‌ری و نظیری، ۱۳۹۰)، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه (بواله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱)، کاهش مشکلات روانشناختی پرستاران (روحانی، رجایی و کیمیایی، ۱۳۹۱)، افزایش تاب آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (تقی زاده و میر علائی، ۱۳۹۲)، افزایش عزت‌نفس و کاهش افسردگی و اضطراب زندانیان (آقامحمدیان شعریاف، ۱۳۹۲)، بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش آموزان (موحدی، کریمی نژاد، هاشمی نصرت آبادی و موحدی، ۱۳۹۳) و کاهش پرخاشگری و افزایش میزان بخشش (قمری گیوی، محبی و صادقی، ۱۳۹۳). جداول ۱ و ۲ دو نمونه خلاصه شده از جلسه‌های گروه درمانی معنوی را نشان می‌دهند.

جدول ۱- خلاصه جلسه‌های گروه درمانی معنوی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثیر آن در زندگی
جلسه دوم	خود آگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه سوم	خود انگاره
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که مراجع به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا و یا هر قدرت برتری که مراجع به آن ایمان دارد. نوشتن نامه‌ای به خدا و یا هر قدرت برتری که مراجع به آن ایمان دارد.
جلسه پنجم	نوع دوستی، انجام کاری معنوی به صورت گروهی
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات
جلسه هفتم	حل رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود
جلسه هشتم	بخشش
جلسه نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج
جلسه دهم	ایمان و توکل به خدا
جلسه یازدهم	قدردانی و شکرگزاری
جلسه دوازدهم	جلسه پایانی

\* اقتباس از بوالهری و همکاران (۱۳۹۱)

جدول ۲- خلاصه جلسات آموزش گروهی معنویت درمانی

عنوان جلسات	جلسات آموزش
اجرای پرسشنامه‌های مرتبط با مشکل فعلی افراد، توضیح و تعریف مشکل فعلی افراد	جلسه ۱
پله اول: خودشناسی، شناخت ماهیت خود، توانمندی‌ها و محدودیت و پذیرش مسؤولیت الهی خود	جلسه ۲
پله دوم: پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده پله سوم: تعریف و تعیین سرنوشت و کیفیت زندگی و برنامه‌ریزی برای آن	جلسه ۳
پله چهارم: اعتراف به گناهان نزد خداوند و پذیرش ضعف‌های خویش پله پنجم: شناسایی ستم‌هایی که بر خود و دیگران کرده ایم و تلاش برای احیای حقوق الهی، مردم و خود با رعایت تمام جوانب	جلسه ۴
پله ششم: تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی	جلسه ۵
پله هفتم: یادگیری و باورمندی معنوی پله هشتم: تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی	جلسه ۶
پله نهم: فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی پله دهم: الگوگیری از معنویات در نظر و عمل	جلسه ۷
پله یازدهم: آزادسازی احساسات و عواطف	جلسه ۸
پله دوازدهم: توانمند و مقتدر شدن جهت حل مشکلات خود و دیگران	جلسه ۹
پله سیزدهم: گسترش تجربه‌های معنوی و رسیدن به اوج لذت و ابراز عقاید و تجربه‌های معنوی	جلسه ۱۰
پله چهاردهم: ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته‌تر از خود و مرور و جمع‌بندی	جلسه ۱۱
اجرای مجدد پرسشنامه‌های مرتبط با مشکل فعلی به افراد	جلسه ۱۲

\* اقتباس از تقی زاده و میر علائی (۱۳۹۲)

### معنادرمانی گروهی (Group Logetherapy)

معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنی در زندگی شان آماده کند. فقدان معنا در زندگی با بیماری روانی در ارتباط است. از نظر فرانکل (Frankle) فقدان معنا منبع اصلی استرس وجودی و اضطراب است و نوروز وجودی را تجربه بی‌معنایی می‌داند. از نظر وی درمان برای کمک به مراجعان است تا معنایی را در زندگی شان پیدا کنند و به وسیله راه‌های زیادی مانند (کار، عشق، رنج و انجام دادن کاری برای دیگران) می‌توان به معنا دست یافت (فرانکل، ۱۳۸۴، محمدپور یزدی، ۱۳۸۴). فنون معنا درمانی شامل تغییر نگرش‌ها، قصد متضاد، اندیشه زدایی، معنادرام (logodrama) و استفاده از معانی ماوراء الطبیعه می‌باشند. وقتی فرد از طریق رنج بردن، کار و عشق، چالش ایجاد نماید، فرایند درمانی به نتیجه می‌رسد. معنادرمانی بر پایه مفاهیم اساسی از قبیل آزادی، مسئولیت پذیری، ارزش‌ها و جستجوی معنا قرار دارد. هر کس باید خودش در زندگی معنایی داشته باشد. احساس معنا از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارآمدی و خود ارزشمندی تحقق می‌یابد.

اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال امید به زندگی و کاهش افسردگی دانشجویان (رباط میری، ۱۳۸۷)، سلامت روان زنان سالمند (فخار، نوابی نژاد و فروغان، ۱۳۸۷)، امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی (غلامی، پاشا و سودانی، ۱۳۸۸)، عزت نفس زنان دارای ضایعات پوستی (۱۳۸۹)، امید به زندگی بیماران سرطانی (حسینیان، ۱۳۸۶، حسینیان، سودانی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۸، قادری، رفاهی و پتق، ۱۳۹۱)، افسردگی سالمندان (پور ابراهیم، ۱۳۸۵، اصغری، علی اکبری و دادخواه، ۱۳۹۱)، افسردگی بیماران سرطانی (حقیقی، خدایی و شریف زاده، ۱۳۹۱)، کاهش اضطراب مرگ دانشجویان (حیدری، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی زنان یائسه (جعفری، ۱۳۹۰)، فرایند رویارویی پرستاران با مرگ بیماران (ضرغامی بروجنی، ابراهیمی و رئیسی دهکردی، ۱۳۹۰)، صمیمیت زناشویی مراجعان در آستانه طلاق

(یوسفی، ۱۳۹۰)، امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی در مردان بازنشسته (شجاعیان، ۱۳۸۸، سودانی، شجاعیان و نیسی، ۱۳۹۱)، استرس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (قراء زیبایی، علی اکبری دهکردی، علیپور و محتشمی، ۱۳۹۱)، سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (نصر آزادانی، ۱۳۹۱)، اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی (کریمی نژاد، موحدی و موحدی، ۱۳۹۲). معنا درمانی گروهی به صورت ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه می‌باشد. جدول ۳ نمونه‌ای از جلسه‌های معنادرمانی گروهی برای سالمندان افسرده را نشان می‌دهد.

جدول ۳- خلاصه جلسه‌های معنادرمانی گروهی برای سالمندان افسرده

جلسه ها	اهداف	فعالیت ها
۱	آشنایی، تعیین هدف و قوانین گروه، شناخت افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معرفی اعضاء و رهبر</li> <li>- تشویق اعضاء به بیان یک عبارت هدفمند برای شرکت در گروه</li> <li>- جمع بندی و بیان قوانین گروه</li> <li>- بیان نشانه‌های افسردگی</li> </ul>
۲	بیان مشکل، صورت‌بندی قرارداد درمانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان مشکل توسط اعضاء و فراخوانی نشانه‌های افسردگی و سؤال از معنا توسط درمانگر</li> <li>- سؤال از انتظارات اعضاء و بیان برنامه گروه و قرارداد درمانی توسط درمانگر</li> </ul>
۳ و ۴	دریافت زمینه اصلی احساس گناه در افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- خواستن از اعضاء که داستان زندگی خود را به صورت خلاصه بیان کنند.</li> <li>- توصیف افرادی که در زندگی بیشترین تأثیر را در زندگی آنها داشته اند.</li> <li>- انعکاس معنای نهفته در داستان زندگی افراد که حاکی از یک احساس گناه است توسط درمانگر</li> </ul>

جلسه ها	اهداف	فعالیت ها
۵	کار در مورد نگرش های اعضاء گروه	- بحث باورهای کلیشه ای در مورد سالمندی، همچنین نگرش منفی و بدبینانه به زندگی
۶	تصریح معنایابی	- اجرای آزمون هدف زندگی کرونباخ - اجرای معنادرام
۷	بررسی موضوع معنی زندگی و مرگ	- تشویق اعضاء برای صحبت در مورد اهداف زندگی از گذشته تا امروز - سؤال از رابطه بین اهداف و معنی زندگی - توصیف نمونه ای از رویارویی فرد با مرگ و نگرانی فعلی در مورد مرگ - بازخوردهای لازم
۸	غلبه بر یاس	- تحریک علاقه اجتماعی به عنوان مثال آوردن عکس از خانواده و صحبت راجع به آن با اعضاء گروه
۹	- حمایت عاطفی اعضاء از یکدیگر - تعامل بیشتر	- تکمیل جملات ناتمام - استفاده از فن صندلی خالی، رفتن به طرف یکدیگر و آرامش دادن به همدیگر به روش خود (مثلاً لمس کردن و در آغوش گرفتن) - ارائه تکلیف برای داشتن تماس های جدید با افراد خارج از گروه
۱۰	خلاصه و اختتام	- افراد گروه دو به دو در مورد آموخته های خود با هم صحبت و نتیجه صحبت را در گروه بیان کنند. - بیان خلاصه جلسات توسط اعضاء و رهبر گروه

### امید درمانی گروهی (Group hope therapy)

امید یک سازه مثبت در روانشناسی است. از نظر اسنایدر (Snyder) امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پیدا شود، بلکه یک فرایند شناختی است که افراد بوسیله آن اهداف خود را دنبال می‌کنند. امید فرایندی است که طی آن افراد (۱) اهداف خود را تعیین می‌کنند، (۲) راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف خلق می‌کنند و (۳) انگیزه لازم برای به اجرا در آوردن این راهکارها را بوجود آورده و در طول مسیر حفظ می‌کنند. اسنایدر (۱۹۹۴، ۱۹۹۵) این سه مؤلفه الگوی امید را به عنوان اهداف، تفکر گذرگاه (Pathway thinking) و تفکر عامل یا کارگزار (Agency) شناسایی کرده است. این سه مؤلفه بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند. اهداف، نقطه پایان رفتارهای هدفمند هستند (اسنایدر، ۱۹۹۴، اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷). همه آنچه که یک فرد انجام می‌دهد به سمت دستیابی به یک هدف است. هدف هر چیزی است که فرد مایل به دستیابی، انجام و تجربه یا خلق آن است (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲). اهداف منبع اصلی هیجان مثبت و منفی هستند. هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است. هیجان منفی ناشی از شکست در دستیابی به هدف یا تصور دور شدن از آن است (اسنایدر، ۲۰۰۲). تفکر گذرگاه، توانایی ادراک شده فرد برای شناسایی و ایجاد مسیریابی به سمت هدف است (اسنایدر، ۱۹۹۴). افراد دارای امید بالا به منظور مقابله با موانع احتمالی چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند. آثار سودمند امید ناشی از توانایی واقعی در ایجاد گذرگاه‌ها نیست بلکه ناشی از این ادراک است که چنین گذرگاه‌هایی در صورت لزوم می‌توانند تولید شوند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). تفکر عامل (کارگزار)، تفکری است که افراد در مورد توانایی خود برای شروع و تداوم حرکت در مسیر انتخاب شده به سمت هدف دارند. این افکار در خودگویی‌های مثبت مانند "من می‌توانم این کار را انجام دهم" یا "رها نخواهم کرد" مشخص می‌شود (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۸). تفکر عامل فرد را برای شروع و حفظ حرکت در طول مسیر به سمت هدف برمی‌انگیزد (اسنایدر، ۲۰۰۲، اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۳).



امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود و منبع زندگی انسان است. امید با کارآیی درمانی ارتباط دارد و به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظر گرفته می‌شود (ورنر، ۲۰۱۲، موحدی، باباپور خیرالدین و موحدی، ۱۳۹۳). تغییر امید یک فرایند یادگیری است. امید درمانی یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در این درمان شرکت کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا شده و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت کنندگان یاد می‌گیرند که اقدامات زیر را انجام دهند:

- ۱) اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند.
  - ۲) گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند.
  - ۳) منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند.
  - ۴) پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند.
  - ۵) اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (اسنایدر، ۲۰۰۲، اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۳، علاء الدینی، کجباف و مولوی، ۱۳۸۷، رسولی، بهرامیان و زهراکار، ۱۳۹۲).
- امید درمانی به صورت گروهی اجرا می‌شود زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده یک فرایند تبادلی (Transactional) است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷). اثربخشی امید درمانی گروهی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (بیجاری، ۱۳۸۶)، امید و سلامت روانی دانشجویان (علاء الدینی، کجباف و مولوی، ۱۳۸۷)، شادکامی سالمندان (قاسمی، عابدی و باغبان، ۱۳۸۸)، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی (ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروانی، ۱۳۸۹)، توانمندی‌های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده‌خویی (نامداری، مولوی، ملک پور و کلانتری، ۱۳۹۰)، افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر (سادات

رئیس‌بان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰)، مردان مبتلا به سندرم نقص ایمنی (اثباتی و قزلسفلو، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ ای وی مثبت (قزلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (رسولی، بهرامیان و زهراکار، ۱۳۹۲)، کاهش پریشانی روانشناختی زنان دچار سرطان پستان (لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی و زین العابدینی، ۱۳۹۲)، افزایش عزت نفس و سلامت روانشناختی نوجوانان (موحدی و فلاحی، ۱۳۹۲)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان (موحدی، موحدی و فراهانی، ۱۳۹۲)، حکیم پور، عالی ساری نصیر لو و عطا دخت، بی‌تا، فرهادی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳)، اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه (یوسفی، ۱۳۹۳) و افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان (موحدی، باباپور خیرالدین و موحدی، ۱۳۹۳). جداول ۴-۶ سه نمونه خلاصه جلسه‌های امید درمانی گروهی را نشان می‌دهند.

#### جدول ۴- خلاصه جلسه‌های امید درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معرفی ساختار جلسه‌ها و اهداف برنامه آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه امید اسنایدر برقراری رابطه درمانی لازم با هر یک از مراجعان و توجه به فرایندها و پویایی‌های گروه
جلسه دوم	تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر اختلال روانی برقراری رابطه درمانی لازم با هر یک از مراجعان و توجه به فرایندها و پویایی‌های گروه
جلسه سوم	درخواست از هر یک از اعضای گروه تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کنند.
جلسه چهارم	تبیین این داستان‌ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید اسنایدر

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	(هدف، عامل و گذرگاه‌ها) و قالب بندی مجدد این داستان‌ها شناسایی مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضا گروه توجه به موفقیت‌های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌ها) هدف امیدافزایی (enhancing hope) در اعضای گروه
جلسه پنجم	درخواست از هر یک از اعضای گروه برای فراهم کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود مشخص نمودن میزان اهمیت هر یک از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت خود از هر یک از آنها امید افزایی در اعضای گروه
جلسه ششم	مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر سپس ترغیب افراد برای تعیین و انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب در هر یک از حیطه‌های زندگی خود امید افزایی در اعضای گروه
جلسه هفتم	مطرح کردن ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب و درخواست از آنها تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسبی را انتخاب کنند. سپس آموزش به آنها تا گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند.
جلسه هشتم	مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل از جمله درخواست از اعضای گروه برای اینکه به خودگویی مثبت و تصور/تمرین ذهنی پردازند تا به اهداف خود برسند انجام دهند. آموزش به آنها تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار برند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند، عامل لازم برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند.

\* اقتباس از علاء الدینی و همکاران (۱۳۸۷)، موحدی و همکاران (۱۳۹۳)، فرهادی و همکاران

(۱۳۹۳)

جدول ۵- خلاصه جلسه‌های امید درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	این جلسه شامل معارفه و آشنایی اعضای گروه و درمانگر با یکدیگر می‌باشد. در این جلسه قوانین گروه و ساختار جلسات برای اعضای گروه، هدف هر یک از اعضا از شرکت در گروه و انتظار از دوره بیان می‌شود. نظریه امید و مفاهیم شبه امید مانند خوش خیالی، خوش باوری توسط درمانگر تعریف و لزوم داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی، راه‌های رسیدن به هدف و داشتن انگیزه لازم برای پیگیری اهداف شرح داده می‌شود. پیش‌آزمون در مورد اعضای گروه اجرا می‌گردد.
جلسه دوم	مؤلفه‌های امید، مفهوم قدرت صبر، فواید فهرست کردن و اولویت‌بندی اهداف و شیوه‌های افزایش نیروی اراده از طریق تنظیم اهداف و رابطه تفکر و احساس، مفهوم پیوستار پیشرفت و لزوم ارزیابی مجدد اهداف برای اعضای گروه شرح داده می‌شود.
جلسه سوم	هدف انتخابی و علت انتخاب آن از سوی اعضا بیان می‌شود و فرمول امید، راهکارهای تنظیم اهداف به شیوه عملی از جمله تنظیم اهداف عینی با در نظر گرفتن نقطه پایان، تنظیم اهداف عینی در چارچوب دستیابی به آنها و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدف‌ها، توسط درمانگر بیان می‌شود و در مورد هر یک از راهکارها و فواید آنها به طور جداگانه با کمک اعضا بحث می‌شود.
جلسه چهارم	دو حوزه اصلی انگیزش و انرژی روانی از جمله انگیزش جسمانی، انگیزش روانی یا نیروی اراده ذهنی بیان می‌شود و درباره خودگویی‌ها به عنوان یکی از عوامل مهم نیروی اراده ذهنی بحث می‌شود و همچنین تاثیر خودگویی‌ها، چگونگی شناسایی منابع خودگویی‌ها،

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	دلایل کاربرد خود‌گویی‌های منفی و راهکارهای تغییر خود‌گویی‌هایی منفی توسط اعضا مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. سپس درمانگر به رفع موانع ذهنی امید می‌پردازد.
جلسه پنجم	توانایی مسیریابی برای رسیدن به هدف بیان می‌شود و راهکارهایی برای تقویت توانایی مسیر نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست برداری از آنها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیر آموزش داده می‌شود و فواید فهرست برداری از مسیرها و فواید مجسم سازی توسط درمانگر بیان می‌شود.
جلسه ششم	دیاگرام هدف از سوی اعضا ارائه می‌شود. درباره میزان پیشرفت به سوی هدف و اینکه هر کدام از این اعضا در پایان جلسات می‌خواهند در چه مرحله‌ای از پیشرفت باشند صحبت می‌شود و دو راهکار برای افزایش سطح نیروی اراده جسمانی اعم از اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم و فواید آنها ارائه می‌گردد.
جلسه هفتم	راهکارهای مختلف برای برخورد با موانع رسیدن به هدف از جمله داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آنها، برداشتن موانع، دور زدن موانع، تعیین اهداف موازی، لذت بردن از مسیر رسیدن به هدف، داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی توسط درمانگر بیان می‌شود.
جلسه هشتم	درباره امکان عود یا لغزش اعضای گروه صحبت می‌شود و در ادامه، پس از آزمون در مورد اعضای گروه اجرا و به تمامی سؤالات اعضا نیز پاسخ داده می‌شود.

جدول ۶- خلاصه جلسه‌های امید درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
پیش جلسه	آشنایی اولیه با بیمار، برقراری رابطه درمانی، ایجاد اعتماد در بیمار نسبت به حفظ اطلاعات بیمار، اجرای پرسشنامه‌ها
جلسه اول و دوم	بیان رابطه یک بیماری با موضوعات بهداشتی و سلامتی بیمار، بررسی تاثیر بیماری بر بهداشت و سلامت بیمار، تعیین رابطه امید بر بیماری و بهداشت و سلامت بیمار، انتخاب اهداف درمانی و تشخیص آمیج‌ها برای مداخله، شناخت مشکل کلی بیمار در زمینه بهداشتی و سلامتی، به کارگیری فنون امید محوری شامل اجرای روش‌های درمانی تسکینی و نفوذی (گوش دادن توجه آمیز، درک همدلانه و طرح سوالات بسته، باز، حلقوی و...)، تعیین اهداف آمیج‌های درمانی با توجه به شناخت بیشتر از مشکل بیمار، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با موضوعات بهداشتی و سلامتی بیمار، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با بهداشت و سلامت بیمار
جلسه سوم و چهارم	ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار، حفظ اتحاد درمانی، استفاده از فنون مداخلاتی راه حل محور، معرفی مفهوم و اصول و مبانی امید درمانی و مولفه‌های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیمار با تاکید بر مثال‌هایی از فرهنگ ایرانی اسلامی
جلسه پنجم و ششم	استفاده از فنون روایتی و داستانی در زمینه امید با تاکید بر نقش امید، دهی ادیان به خصوص دین اسلام به منظور امید سازی یا القای امید، تفسیر وقایع از منظر دین و روان شناسی مثبت، جهت دادن بیماران به

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	زمان حال و آینده به جای ماندن در گذشته، تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود، رابطه آن با بیماری فعلی فرد و اداره آن در جلسه بعدی درمان
جلسه هفتم و هشتم	گوش دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه شده در جلسه قبل، ادامه امید افزایی در بیماران، تعیین اهداف درمانی امید بخش و آشنایی با مراحل هدف‌گزینی در زندگی، استفاده از فنون مختلف هدف‌گزینی و خلق اهداف روشن و عملی، رفع موانع ذهنی امید با استفاده از فنون امید درمانی، تعیین میزان مداخلات امید محورانه با تاکید بر بهداشت و سلام، بررسی اظهار نظر بیماران در باره میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، تحکیم اثر مداخلات درمانی متمرکز بر امید در بیماران، اجرای آزمون نهایی
اجرای پس آزمون	اجرای پرسشنامه‌ها بلافاصله پس از اتمام مداخله

\* اقتباس از رسولی و همکاران (۱۳۹۲)

### گروه درمانی وجود‌گرا/هستی‌گرا

روان‌درمانی تحلیل وجودی دوگانگی بین روان‌درمانی و معنویت را تضعیف نموده و به عوامل معنوی زندگی افراد می‌پردازد. در این رویکرد باور این است که همه انسان‌ها آزاد هستند. پس به این خاطر نسبت به انتخاب‌هایشان مسئولیت دارند. انسان‌ها قربانی شرایط نیستند و دارای حق انتخاب برای چگونه بودنشان هستند. یکی از اهداف فرایند درمان تحلیل وجودی، به چالش کشیدن مراجعین برای کشف موقعیت‌های گوناگون زندگی و انتخاب بین آنها است. وظیفه درمانگر تحلیل وجودی این است که به فرد این آگاهی را بدهد که نباید همیشه به عنوان موجود منفعلی که رویدادها، زندگی او را رقم می‌زنند و اهداف او را تعیین

می‌کنند، عمل کند، بلکه می‌تواند به طور آگاهانه تبدیل به خالق و مؤلف خود گردند (قنبری هاشم آبادی و بلقان آبادی، ۱۳۹۱، بشیرپور، سلیمی بجزستانی و فرحبخش، ۱۳۹۲).

گروه درمانی به طور اولیه بر پایه درمان بین فردی قرار دارد و فرمت درمان گروهی وضعیت ایده آلی است که در آن انواع رفتارهای غیر انطباقی امتحان و تصحیح می‌شود. تم مسئولیت، زیر بنای بسیاری از کارهای بین فردی است. کلید اصلی درمان گروهی هستی گرا، مسئولیت است. در درمان هستی گرا، مسئولیت یک مفهوم اساسی و پایه‌ای است. مراحل زیر در گروه تلویحی و آشکارا، تلاش‌های هدایت بیماران را در گروه نشان می‌دهد:

۱- بیماران یاد می‌گیرند که رفتار آنها چگونه توسط دیگران مورد مشاهده و توجه قرار می‌گیرد، یعنی از طریق بازخورد از سایر اعضای گروه، بیماران یاد می‌گیرند که خودشان را از دید دیگران ببینند.

۲- بیماران یاد می‌گیرند که رفتار آنها چگونه احساسات دیگران را می‌سازد یعنی اعضا گروه پاسخ‌های عاطفی فردی خود را با یکدیگر به مشارکت می‌گذارند.

۳- بیماران یاد می‌گیرند که رفتار آنها چگونه نقطه نظرات و اعتقادات دیگران را در مورد آنها به وجود می‌آورد. از طریق سهیم شدن احساسات اینجا و اکنون، اعضا گروه یاد می‌گیرند که در نتیجه رفتار آنها، دیگران نقطه نظرات و اعتقادات خود را در مورد آنها شکل می‌دهند.

۴- بیماران یاد می‌گیرند که رفتار آنها چگونه بر نقطه نظرات و اعتقادات دیگران در مورد آنها تاثیر می‌گذارد یعنی اطلاعات حاصله از سه مرحله قبل منجر به این می‌شود که بیماران انواع خاصی از خود ارزشیابی را فرمول بندی کنند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۹). هر کدام از گام‌های فوق، با رفتار خود بیمار آغاز می‌شود. رفتارهایی که نقش آنها در شکل‌گیری روابط بین فردی کمرنگ می‌شود. نقطه پایانی این مراحل این است که بیمار شروع به درک و فهم این نکته می‌کند که آنها مسئول نحوه رفتار دیگران با خودشان هستند و



آنها مسئول به وجود آوردن روشی هستند که دیگران با آنها ارتباط برقرار می کنند. این مسئله یکی از عمده ترین و مهم ترین جنبه های گروه درمانی است: تمام افراد در یک لحظه و زمان متولد می شوند. هر فردی مسئول موقعیت بین فردی خود است. هر فردی این مسئله را به زندگی خود گسترش می دهد. کار درمانی در گروه نه تنها به افراد اجازه می دهد تا تغییرات لازم را در نحوه ارتباط خود با سایرین ایجاد کنند بلکه این تغییرات را به خانه ببرند و در زندگی خود نیز پیاده کنند (یک مکانیزم درمانی هستی گرایی).

اثر بخشی گروه درمانی وجود گرا/هستی گرا بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال عزت نفس و سلامت روانی زندانیان (بهروزی فر، ۱۳۸۷، حسین آبادی، ۱۳۹۰)، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (بهمنی، اعتمادی، شفیع آبادی، دلاور و قنبری مطلق، ۱۳۸۹، بهمنی، قنبری مطلق و کرمانی رنجبر، ۱۳۸۹، بهمنی، کرمانی رنجبر، قنبری مطلق و اسکندری، ۱۳۹۱)، شناخت فرد از خویش و تلاش برای رشد شخصی (غفاری، بهروزی فر و ناروئی، ۱۳۸۹)، منبع کنترل و رضایت زناشویی (راضی، ۱۳۹۰)، کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی (گلی گرمیانکی، قمری گیوی، میکائیلی و آق، ۱۳۹۰)، امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان (اسکندری، بهمنی، حسنی، شفیع آبادی و دکانه ای فرد، ۱۳۹۰)، بهبود مهارت حل مسئله (قنبری هاشم آبادی و بلقان آبادی، ۱۳۹۱)، کاهش کمرویی (بشیرپور، سلیمی بجستانی و فرحبخش، ۱۳۹۲) و صمیمیت، وابستگی بین فردی و عزت نفس (اولیائی، ۱۳۹۲). جدول ۷ خلاصه جلسه های گروه درمانی وجود گرا/هستی گرا و جدول ۸ خلاصه جلسه های گروه درمانی وجود گرا/هستی گرا را برای کاهش کمرویی نشان می دهند.

جدول ۷- خلاصه جلسه‌های گروه درمانی وجود‌گرا/هستی‌گرا

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	اهداف (آشنایی با فرآیند گروه درمانی، آشنایی با قواعد و هنجارها، ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا) شیوه‌ها (تیین شکل‌گیری مشکلات بر اساس رویکرد تحلیل وجودی، تییین گروه درمانی تحلیل وجودی، معرفی قواعد و هنجارهای گروه، معارفه اعضا، بررسی نگرانی‌ها و نظرات اعضا نسبت به مسایل مطرح شده)
جلسه دوم	اهداف (ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، افزایش خودآگاهی، حضور در زمان حال، افزایش مشارکت اعضای گروه) شیوه‌ها (ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار، آموزش اعضا در مورد همدلی و بازخورد دادن، تمرکز بر اینجا و اکنون)
جلسه سوم	اهداف (تعمیق بخشیدن به خودآگاهی، افزایش جرات ابراز وجود و باز بودن، افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر) شیوه‌ها (افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع شیوه بودن، تحلیل وجودی باز بودن و ابراز وجود، تشویق اعضا به بیان احساسات و افکار شخصی، ترغیب اعضا به بیان واکنش‌ها در برابر باز بودن سایرین)
جلسه چهارم	اهداف (آشنایی با مفاهیم روانشناختی آزادی و انتخاب، آگاهی از جایگاه پیامدهای آزادی و انتخاب) شیوه‌ها (تحلیل وجودی مفاهیم آزادی و انتخاب، تییین رابطه آزادی و انتخاب در روابط انسانی، ترغیب اعضا به تصمیم‌گیری‌های جدید)
جلسه پنجم	اهداف (آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب)

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	با ناتوانی در مسئولیت پذیری) شیوه‌ها (تحلیل وجودی مفهوم مسئولیت پذیری، تبیین نقش مسئولیت پذیری در رشد شخصی و رشد روابط انسانی، ترغیب اعضا به گفتگو در مورد تصمیم‌گیری‌های جدید و پذیرش مسئولیت انتخاب)
جلسه ششم	اهداف (تجربه اصالت خود در برقراری رابطه با دیگران، درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت‌های غیرقابل اجتناب، درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی) شیوه‌ها (ترغیب به بازخورد دادن اعضا نسبت به تجارب یکدیگر در مورد روابط عمیق با دیگران، تحلیل وجودی مرگ به عنوان مکمل زندگی، گفتگوی اعضا درباره نگرش و احساس درباره مرگ)
جلسه هفتم	اهداف (درک معنا و هدف زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده) شیوه‌ها (تحلیل وجودی هدفمندی و معنا جویی در زندگی، گفتگوی اعضا درباره اهداف گذشته و یافتن معناهای پنهان)
جلسه هشتم	اهداف (یکپارچه سازی و تبیین هماهنگی مطالب جلسات قبل، تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، پایان دادن به فرآیند گروه) شیوه‌ها (مرور مطالب قبل و فرآیند گروه، تبیین چالش‌های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری)

\* اقتباس از قنبری هاشم آبادی و یلقان آبادی (۱۳۹۱)

جدول ۸- خلاصه جلسه‌های گروه درمانی وجود گرا/هستی گرا در کاهش کمروبی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی با شرکت کنندگان و روشن کردن اصول کار گروهی، توضیح مفهوم کمروبی و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	بررسی تکالیف و صحبت اعضا در مورد توانایی‌ها و ضعف‌های خود، پرداختن به مفهوم اضطراب و شیوه‌های بودن و تبیین کمروبی بر اساس این دو مفهوم
جلسه سوم	بحث در مورد مفهوم آگاهی و زمان حال و بیان تجارب اعضا در مورد کمروبی
جلسه چهارم	بحث در مورد مفهوم آزادی و انتخاب و تلاش برای پی بردن اعضا به اینکه قادرند تصمیمات جدید و بهتری نسبت به موقعیت‌های غیرقابل تغییر اتخاذ کنند.
جلسه پنجم	ارایه توضیحاتی در مورد مسئولیت پذیری و ارتباط آن با آزادی و انتخاب و سعی بر تبیین کمروبی براساس این مؤلفه‌ها
جلسه ششم	پرداختن به مفهوم اصالت و اصیل بودن در زندگی ارائه تکلیفی در مورد آغاز کردن گفت و گو با دیگران و نشان دادن خود بیانی نیرومند در روابطشان به اعضای گروه در پایان جلسه، به طوری که افراد باید سعی کنند کاملاً اصیل باشند و به هیچ وجه از دروغ استفاده نکنند.
جلسه هفتم	پرسش‌سوالاتی از افراد در مورد علت و معنای زندگی و مفهوم مرگ و سپس پرداختن به توضیح این دو مفهوم، بالا بردن آگاهی اعضا در مورد این مفاهیم، برای افزایش درک آنها تا برای مقابله با کمروبی خود بدون استرس بی خیال شوند.

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه هشتم	مروری مختصر بر جلسات درمان و در این جهت به یکدیگر بازخورد دادن، آموزش‌هایی در جهت نحوه انتقال یافته‌ها به خارج از محیط گروه، اجرای پس آزمون، ارائه تکلیف در پایان هر جلسه و بررسی آنها در شروع جلسه بعدی

\* اقتباس از بشیرپور، سلیمی بجستانی و فرحبخش (۱۳۹۲)

### درمان گروهی مرور زندگی (Life Review group therapy)

یکی از روش‌های مشاوره و درمان غیر رفتاری روش درمانی مرور زندگی است (هایت، ۱۹۸۸، هایت و همکاران، ۲۰۰۰، آندو و همکاران، ۲۰۰۹). مرور زندگی، نقشی طولانی مدت هر چند نه همیشگی در روان درمانی سالمندان دارد. باتلر (۱۹۶۳) اصطلاح مرور زندگی را در مقاله تاریخی خود مطرح نمود. وی مرور زندگی را کنش طبیعی و فرآیند عمومی می‌داند که طی آن فرد تجربیات گذشته خود را فرا می‌خواند، به آن فکر می‌کند، آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و با هدف دستیابی به خودشناسی بیشتر در عمق آن فرو می‌رود. زنده شدن تجارب و تعارض‌ها در جلسه درمانی مرور زندگی، باعث ارزیابی مجدد، حل آنها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت می‌شود (کریمی، اسماعیلی و آراین، ۱۳۸۹).

این روش بر پایه نظریه اریکسون بنا شده است و با مرور خاطرات و حوادث مهم زندگی سعی می‌کند تا فرد را در رویارویی با مسائل و مشکلات هر دوره از زندگی قرار دهد. احساس انسجام بر اثر نگاه به زندگی گذشته، از طریق مرور زندگی به دست می‌آید و فرد از دستاوردهای خود احساس کامل بودن و رضایت می‌کند. مرور ساختار یافته زندگی در افراد سالمند می‌تواند نه تنها مفید بلکه حتی نوعی درمان محسوب شود. هدف از شیوه درمانی مرور زندگی، افزایش رضایت از زندگی و ارتقاء عزت نفس است. مرور زندگی می‌تواند به فرد سالمند در پذیرش چرخه زندگی منحصر بفرد خود کمک کند. همچنین این شیوه به فرد

سالمند کمک می‌کند تا با بحران‌ها و تغییرات زندگی‌اش و آنچه از دست داده است کنار آمده و از طریق حل تعارض‌های گذشته، امروزش را بپذیرد. باتلر (۱۹۷۴) با ارائه چارچوبی برای انجام این وظیفه‌رشدی، آن را هدفمندتر ساخته، شکل درمانی به آن بخشید. در این روش بیمار در طی درمان داستان زندگی‌اش را بازسازی کرده و با همراهی درمانگر، تجربیات مثبت و منفی را دوباره می‌آزماید. مهم نیست که دقیقاً چه حوادثی در گذشته فرد رخ داده، بلکه مهم آن است که فرد چه حوادثی را به یاد آورده و بر چه مسائلی تأکید دارد، زیرا همین خاطرات باقی مانده هستند که بر ساختار روانی تأثیر می‌گذارند، به این صورت که فرد با بازسازی مجدد حوادث زندگی، آنها را در یک قالب جدید جای داده و فهم و درک خویش را از معنای زندگی‌اش گسترش می‌دهد. درمانگر در این روش، مانند مربی و همراه است و کمک می‌کند تا فرد سراسر زندگی خود را با تمرکز بر مراحل هشت گانه اریکسون مرور و واکاوی کند. در هر دوره که تعارضی به وجود بیاید، این وظیفه درمانگر است که با استفاده از فنون معنوی کمک کند تا فرد تعارض‌ها را حل کند و در نهایت، به یکپارچه‌سازی موفقیت آمیز تجارب زندگی دست یابد. فنون معنوی بسیار مهم در این روش، دعا، مراقبه و اندیشه معنوی، بخشایش‌گری، خدمت و همراهی است که به تناسب تعارض موجود و شیوه پذیرش مراجع انتخاب و ارائه می‌شود (کریمی، اسماعیلی و آراین، ۱۳۸۹، عزیزاده فرد، ۱۳۹۱).

اثربخشی روش درمانی مرور زندگی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال افسردگی زنان سالمند (کریمی، اسماعیلی و آراین، ۱۳۸۹)، خشم نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک (زال پور، عابدین و حیدری، ۱۳۸۹)، نوجوانان مضطرب خانواده‌های طلاق (کاظمیان و اسمعیلی، ۱۳۹۰)، اضطراب دختران نوجوان خانواده‌های طلاق (۱۳۹۱) و سالمندان مبتلا به درد مزمن (عیزاده فرد، ۱۳۹۱).

طبق راهنمای درمان مرور زندگی (گارتویت، ۲۰۰۳، ۲۰۰۸) جلسات ۱ ساعته و هر هفته ۲ جلسه می‌باشد. در این طرح، درمان ساختار و جامعیت و فردیت مدنظر است. جلسه اول بر کودکی، جلسه دوم بر نوجوانی، جلسه سوم بر جوانی، جلسه چهارم بر میانسالی، جلسه پنجم بر

دوران پیری و جلسه ششم بر خلاصه و ارزیابی و جمع بندی فرد تمرکز دارد. در این جلسات، درمانگر درباره اتفاقات مهم هر دوره با توجه به مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون پرسش‌هایی را طرح می‌کند و از افراد می‌خواهد تا هر یک با یادآوری خاطرات و اتفاقات زندگی خود به پرسش‌ها پاسخ گویند. برای مثال، درمانگر برای یادآوری در دوره کودکی می‌پرسد می‌توانید مادرتان را توصیف کنید؟ در کودکی از چه چیزی می‌ترسیدید؟ بازی محبوبتان چه بود؟ البته ضمن جلسه، درمانگر مراقب است تا افراد از بیان گذشته خود بازخورد مثبت بگیرند و سعی می‌کند تا تعارض‌های هر مرحله را بشناسد. در ادامه، افراد تشویق می‌شوند تا با کمک درمانگر و اعضای گروه برای رفع و حل آن تعارض تلاش کنند. در جلسه آخر نیز از افراد خواسته می‌شود تا تمام زندگی خود را در قالب داستانی کوتاه یا چند عبارت خلاصه و جمع بندی کنند. در ارزیابی نهایی، تلاش بر این است که افراد بتوانند با وجود نکات مثبت و منفی گذشته، در مجموع، زندگی خود را معنا بخشیده و هدف نهایی آن را درک کنند (علیزاده فرد، ۱۳۹۱).

مدل درمانی هایت و ویستر (۱۹۹۵) که در آن ساختار، ارزیابی، جامعیت و فردیت مورد توجه قرار گرفته است، به مرور کل چرخه زندگی فرد در ۶ جلسه ۱ ساعته به صورت هفتگی می‌پردازد. دو جلسه اول بر دوران کودکی، خانه و خانواده فرد تمرکز می‌کند. دو جلسه بعدی بر نوجوانی، جوانی و بزرگسالی کار می‌کند و دو جلسه آخر به خلاصه و جمع بندی می‌پردازد. فرایند خلاصه و جمع بندی زمانی انجام می‌شود که انتظار می‌رود عمل یکپارچه سازی عملاً روی دهد، ولی رعایت ترتیب زمانی حوادث از کودکی تا حال ضروری نیست. ضروری است که همه مراحل رشدی اریکسون را مورد پوشش قرار دهد (کریمی، اسماعیلی و آراین، ۱۳۸۹). در هر جلسه، رهبر گروه با توجه مثبت بی قید و شرط، گوش دادن فعالانه و انعکاس احساس از مقاومت مراجع می‌کاهد و به وسیله ی بازسازی شناختی افکار و دیدگاه‌های اشتباه افراد گروه، نامگذاری مجدد و تعبیر مثبت از جنبه‌های منفی خاطرات آنها و نیز با تأکید بر خاطرات مثبت، به انسجام من فرد کمک کرده، از ناامیدی وی کاسته و باعث

تخفیف مشکل روانی فرد سالمند خواهد شد. جدول ۹ خلاصه جلسه‌های درمان گروهی مرور زندگی را بر اساس مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون نشان می‌دهد.

**جدول ۹- خلاصه جلسه‌های درمان گروهی مرور زندگی سالمندان بر اساس مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون**

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	<p>اهداف: تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر، ایجاد جو دوستانه و اعتماد در گروه، بررسی خاطرات دوران کودکی و حل تعارض‌های حل نشده آن دوره</p> <p>روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه:</p> <p>۱- اولین خاطره‌ای که از دوران کودکی خود به یاد می‌آورید چیست؟</p> <p>۲- آیا در دوران کودکی همه شما را دوست داشتند و همیشه مواظب شما بودند؟ (مرحله اعتماد اساسی در برابر بی اعتمادی)</p> <p>۳- آیا در دوران کودکی کمرو و خجالتی بودید؟ چه خاطره‌ای را به یاد می‌آورید (خودمختاری در برابر شک و شرم)</p>
جلسه دوم	<p>اهداف: مرور خاطرات خانه و خانواده و دو مرحله‌ی بعدی رشد اریکسون</p> <p>روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه:</p> <p>۱- آیا امکاناتی را که دوست داشتید برای شما آماده بود؟ با چه کسی خیلی صمیمی بودید؟</p> <p>۲- آیا زیاد خرابکاری می‌کردید؟ چه بازی‌هایی می‌کردید و چه چیزهایی درست می‌کردید؟ به عنوان یک کودک آیا احساس گناه و بد بودن می‌کردید؟ (ابتکار در برابر احساس گناه)</p> <p>۳- آیا کودک پر جنب و جوش و زرنگی بودید؟ (سازندگی در برابر احساس حقارت)</p>



محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>اهداف: بررسی خاطرات دوران نوجوانی روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه:</p> <p>۱- آیا در سن نوجوانی دوستانی داشتید که با یکدیگر حرف بزنید، و یا گروه و دسته‌ای بود که در آن شرکت کنید؟ (هویت در برابر سردرگمی نقش)</p> <p>۲- آیا کسی بود که در زمان نوجوانی خیلی او را دوست داشته باشید؟ آیا با او رابطه‌ی نزدیک و صمیمانه‌ای داشتید؟ (صمیمیت در برابر انزوا)</p> <p>۳- به عنوان یک نوجوان احساس خوبی از خودتان داشتید و شاد و شنگول بودید؟</p>	جلسه سوم
<p>اهداف: مرور خاطرات دوران بزرگسالی و زمان حال روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه:</p> <p>۱- آیا فکر می‌کنید که آدم مسئولی بوده اید و وظایف خودتان را به خوبی انجام داده اید؟</p> <p>۲- به عنوان پدر و مادر آیا وظایف خود را به خوبی انجام داده اید و به نسل بعدی کمکی کرده اید؟ (زاینده‌گی در برابر رکود)</p> <p>۳- آیا از زندگی زناشویی خودتان راضی هستید؟</p>	جلسه چهارم
<p>اهداف: خلاصه کردن و ارزیابی کل زندگی روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه:</p> <p>۱- در مجموع فکر می‌کنید که زندگی شما چگونه بوده است؟ اگر قرار باشد دوباره زندگی تان را آغاز کنید دوست دارید چه چیزهایی را تغییر دهید و چه چیزهایی را بدون تغییر باقی می‌گذارید؟</p> <p>۲- سه خاطره خیلی خوب از زندگی تان بگویید.</p> <p>۳- هر کسی تلخ‌ترین، شیرین‌ترین، غرورآفرین‌ترین خاطره زندگی خود را بیان کند (یکپارچگی در برابر ناامیدی).</p>	جلسه پنجم

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	۴- چه چیزی را دوست دارید در آینده انجام دهید؟ از چه چیزی می‌ترسید؟
جلسه ششم	اهداف: کمک به احساس یکپارچگی در فرد روش اجرا: به بحث گذاشتن موضوعات زیر در گروه: ۱- بیان تمام نکات مثبت زندگی هر فرد به کمک سایر اعضای گروه ۲- نامگذاری مجدد جنبه‌های منفی زندگی فرد و تعبیر مثبت آنها ۳- بررسی میزان رضایت فرد از گروه

### خاطره‌گویی گروهی (Group Reminiscence therapy)

در مورد مشکلات سالمندان مانند افسردگی، توانایی‌های شناختی، مهارت درک فرد از موقعیت کنونی، سلامت و رفاه روانی، احساس تنهایی، ناامیدی، نیاز به تعلق خاطر، کاهش اضطراب و هیجان‌ات منفی، بهبود عزت نفس، بهبود سازگاری با مسائل زندگی، افزایش رضایت از زندگی و بهبود فعالیت‌ها و عملکردهای اجتماعی می‌توان از خاطره‌گویی برای آنها استفاده نمود. یکی از درمان‌های شناختی خاطره‌گویی گروهی است که به صورت کلامی یا غیر کلامی اغلب به صورت مرور حوادث زندگی است. در کشور انگلستان خاطره‌گویی یک روش رایج شناخته شده در درمان بیماران مبتلا به دمانس است که با کارکرد مؤثر و اثربخش بر روی حافظه یک روش درمانی مؤثر در اکثر خانه‌های سالمندان این کشور به شمار می‌آید. یکی از اقدامات در راستای افزایش سلامت روان سالمندان، شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی سازمان یافته است. خاطره‌گویی موقعیت و مداخله‌ای است که اغلب برای سالمندان به کار می‌رود و اساس آن یادآوری رویدادها، احساسات و تفکرات گذشته به منظور ایجاد و تسهیل احساس لذت و بالا بردن کیفیت زندگی یا سازگاری با موقعیت‌های بعدی است. سالمند در خاطره‌گویی، سراسر زندگی خود را با تمرکز بر مراحل هشت گانه اریکسون مرور و واکاوی می‌کند و با کمک بازسازی مجدد حوادث زندگی، آنها را در یک قالب جدید جای داده و درک خود را از معنای زندگی خویش گسترش می‌دهد.

خاطره‌گویی یک مداخله مستقل پرستاری است و انجمن پرستاری آمریکا نیز از این شیوه درمانی به عنوان یک مداخله استاندارد پرستاری حمایت کرده است.

خاطره پردازی پدیده‌ای چند بعدی است و انواع مختلفی دارد. وات و وانگ (۱۹۹۱) خاطره پردازی را تقسیم بندی کردند. از بین انواع خاطره پردازی، خاطره پردازی انسجامی (Integrative reminiscence)، ابزاری (Instrumental reminiscence) و روایتی (Narrative reminiscence) را دارای ارزش درمانی می‌دانستند؛ در حالی که جنبه‌هایی از خاطره پردازی مانند خاطره پردازی وسواسی (Obsessive reminiscence) و خاطره‌پردازی گریزی (Escapist reminiscence) نه تنها مفید نیستند، بلکه اثر تخریبی نیاز دارند (وات و وانگ، ۱۹۹۱، به نقل از مومنی، ۱۳۹۰). خاطره‌گویی روایتی بیشتر جنبه توصیفی دارد و هدف آن بیان حوادث گذشته، آموزش و ایجاد ارتباط با دیگران است. البته این نوع از خاطره‌گویی نسبت به بقیه امتیازاتی دارد و باعث افزایش احساسات مثبت در تعاملات اجتماعی و رضایت از زندگی و ایجاد صمیمیت و مدیریت احساسات فعلی می‌شود. مومنی (۱۳۹۰) گزارش داد که روش خاطره پردازی انسجامی اثر معناداری در کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند داشت ولی روش خاطره پردازی روایتی در کاهش علائم افسردگی تاثیری نداشت.

بر اساس پروتکل وات-کیپلاز (Watt-Cappeliez)، موضوع هر جلسه می‌تواند به ترتیب جلسه اول (حوادث سرنوشت ساز زندگی)، جلسه دوم (تاریخچه خانوادگی)، جلسه سوم (حرفه یا فعالیت عمده زندگی و علایق فردی)، جلسه چهارم (تجارب استرس زای زندگی)، جلسه پنجم (مروری بر عشق‌ها و نفرت‌های زندگی فرد)، جلسه ششم (معنای زندگی و اهداف مورد نظر هر فرد در زندگی) انتخاب گردد. در این پروتکل در آغاز، جلسه اول با خوش آمدگویی به اعضا، معرفی رهبر گروه به اعضا و اعضا به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، تعیین اهداف مشترک با همکاری رهبر و اعضا گروه شروع می‌شود. برای صرفه‌جویی در وقت در ابتدای هر جلسه، مدت زمان بازگویی خاطرات برای هر فرد تعیین می‌شود به نحوی که همه افراد گروه وقت صحبت کردن

داشته باشند. به هر فرد بسته به موضوع ۱۲ تا ۱۵ دقیقه فرصت داده می‌شود تا به بیان مطالب خود بپردازد. روز قبل از هر جلسه با واحدهای پژوهش تماس گرفته و ساعت و عنوان هر جلسه به آنها یادآوری می‌شود. با شروع جلسه، رهبر گروه شرکت کنندگان را به بازگویی خاطرات دعوت می‌نماید و افراد به صورت داوطلبانه شروع به صحبت می‌کنند و در ادامه، با علاقه‌مند شدن دیگر شرکت کنندگان برای بیان خاطرات خود، جلسات شکل می‌گیرد. در حین بیان خاطرات توسط فرد گوینده، دیگر اعضای گروه نیز ملزم به گوش دادن بدون هیچ گونه اظهار نظر و یا قضاوتی، مگر به درخواست رهبر گروه هستند. در پایان هر جلسه پس از اتمام خاطره گویی توسط همه شرکت کنندگان، از حضور اعضاء تشکر و قدردانی می‌شود. سپس موضوع جلسه بعدی توسط رهبر گروه اعلام می‌شود و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا خود را برای جلسه بعدی آماده کنند. این کار مهارت شرکت کنندگان را در استفاده از روش مداخله تسهیل می‌کند. به این ترتیب، افراد بر محتوای ذهنی خود مروری دوباره می‌کنند و با روش مداخله به سرعت درگیر و هماهنگ می‌شوند و پس از آماده کردن خود در جلسات، از زمان نیز به طور مؤثرتری استفاده می‌شود. مزیت دیگر این بود که با کمک آن انطباق شرکت کنندگان با این مداخله در طی جلسات قابل ارزیابی است، به گونه‌ای که با این روش، افراد به سرعت می‌توانند خود را برای جلسات هماهنگ کنند.

محتوای جلسات خاطره گویی شامل خاطرات دوران کودکی، جوانی و تحصیل، تشکیل خانواده و ازدواج، تولد فرزندان، تجربیات کاری و موفقیت‌ها، مسافرت‌ها، جشن‌ها و اتفاقات خاص و مهم زندگی گذشته سالمندان است. ممکن است رهبر گروه به تناسب خاطرات مطرح شده در جلسات از تصاویر، موسیقی‌ها و اشیای قدیمی استفاده کند تا یادآوری و بیان خاطرات با سهولت بیشتری انجام گیرد.

اثر بخشی خاطره گویی گروهی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه سالمندان ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال کیفیت زندگی (نعمتی دهکردی، دشت بزرگی، پاک سرشت و راسخ، ۱۳۸۶)، افسردگی (صد هزاری و همکاران، ۱۳۷۹، محمدی و

همکاران، ۱۳۸۱، نعمتی دهکردی، نعمتی دهکردی، نکویی و فروزنده، ۱۳۸۷)، سلامت روانی (مرادی نژاد، صحبایی، نکاوند و زارع، ۱۳۸۹)، احساس تنهایی و نیاز به تعلق خاطر (حجتی، شریف نیا، حسینعلی پور، نیک خواه و آسایش، ۱۳۹۰)، میزان عزت نفس و رضایت از زندگی (حجتی، شریف نیا، حسینعلی پور، آخوند زاده و آسایش، ۱۳۹۰)، توانایی های شناختی (قنبر پناه، فلاحی خشکتاب، محمدی شاهبلاغی، مداح و خدایی اردکانی، ۱۳۹۲) و نشاط سالمندان (یوسفی، شریفی، تقریبی و اکبری، ۱۳۹۳). جدول ۱۰ خلاصه جلسه های خاطره گویی گروهی برای سالمندان را نشان می دهد.

جدول ۱۰- خلاصه جلسه های خاطره گویی گروهی برای سالمندان

جلسه های درمان	محتوای جلسه های درمان
جلسه اول	آشنایی با روند کار و اهداف گروه و آشنایی سالمندان با همدیگر تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر، ایجاد جو دوستانه و اعتماد در گروه تعیین موضوعات جلسات بعدی
جلسه دوم	بیان خاطرات دوران کودکی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن شان می رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی مشخص کردن موضوع جلسه بعدی
جلسه سوم	مرور تکالیف اختصاص داده شده صحبت درباره خاطرات دوران نوجوانی، جوانی و تحصیل و سربازی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن شان می رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی مشخص کردن موضوع جلسه بعدی
جلسه چهارم	مرور تکالیف اختصاص داده شده بازگو کردن خاطراتی درباره ازدواج و تولد فرزندان و خاطرات از پدر و مادر

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	مشخص کردن موضوع جلسه بعدی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن‌شان می‌رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی
جلسه پنجم	مرور تکالیف اختصاص داده شده بیان خاطرات و تجربیات شغلی و موفقیت‌های آن دوران مشخص کردن موضوع جلسه بعدی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن‌شان می‌رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی
جلسه ششم	مرور تکالیف اختصاص داده شده بیان خاطرات جشن‌ها و مسافرت‌های دوره‌های قبلی زندگی مشخص کردن موضوع جلسه بعدی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن‌شان می‌رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی
جلسه هفتم	مرور تکالیف اختصاص داده شده بیان خاطرات مربوط به اتفاقات خاص و مهم در زندگی مشخص کردن موضوع جلسه بعدی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن‌شان می‌رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی
جلسه هشتم	مرور تکالیف اختصاص داده شده مشخص کردن موضوع جلسه بعدی نوشتن هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهن‌شان می‌رسد بر روی کاغذ و آوردن آن به جلسه بعدی
جلسه نهم	مرور تکالیف اختصاص داده شده جمع بندی و اتمام جلسات تشکر و خداحافظی از اعضا گروه

\* اقتباس از حجتی و همکاران (۱۳۹۰)

### روایت درمانی گروهی (Group narrative therapy)

روایت درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر گزارش وقایع و روایت داستانی از زندگی فردی است. هر فردی تمایل دارد تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتهای دارد، روایت کند. بر اساس روایت و حکایتی که از خود بیان می‌کند نسبت به احساسات و کلیت زندگی اش آگاه می‌شود و تجربیات جدیدی کسب می‌کند. روایت درمانی روشی است که افراد رویدادهای زندگی خود را در قالب روایت می‌ریزند و با نگاهی تازه به آن، روایت جدیدی می‌سازند. روایت درمانی عبارت است از فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی که شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان هاست (فاضل، ۲۰۱۰). این رویکرد مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کند مردم دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آنها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند و راهی برای فهم تجربه انسان و یک ابراز بالینی است (باربارا، فیش و آرنولد، ۱۹۹۹). در روایت درمانی به مشکلات انسانی به عنوان مسایلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج آور تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است. فرآیند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است مشکلات به صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند. در این رویکرد مراجع و درمانگر در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است؛ به عبارتی نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد تسکین و بهبود مسایل روانی خود به عهده بگیرد و آن را تمرین کند. چون هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد

همزمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه چندان مهم را کنار می‌گذارد در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این رویکرد مورد تأکید است یعنی افراد باید داستان زندگی‌شان را مرتب و ویراستاری کنند (بانکیر، کاست و کاترین، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد که رویکرد روایت درمانی با در نظر گرفتن سطوح ضمنی و تمثیلی تجارب مراجعین، برونی سازی مسئله، افزایش سطح ارتقاء شخصی، اثر درمانگران در شکل‌گیری روایت‌ها و داستان‌های فردی می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات فرد داشته باشد. طرح درمان گروهی روایت درمانی با اقتباس از برنامه درمان وایت و اپستون (۱۹۹۰) تهیه می‌شود (ربیعی، فاتحی زاده و رحمانی، ۱۳۸۶).

اثربخشی روایت درمانی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال بر افزایش رضایت زناشویی (بوستان، ۱۳۸۶، بوستان، هاشمیان، شفیع آبادی و دلاور، ۱۳۸۶)، کنترل عواطف در نوجوانان دختر (قادری، خدادادی و عباسی، ۱۳۸۸)، شاخص تصویر بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی (مکیان، اسکندری، برجعلی و قدسی، ۱۳۸۹)، افسردگی زنان (نظیری، قادری و زارع، ۱۳۸۹)، میزان تمایل به بخشودگی در زنان (نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱)، نگرانی از بدریختی بدنی در دانشجویان (حسنی، ۱۳۸۸، بساک نژاد، مهربابی زاده هنرمند، حسنی و نرگسی، ۱۳۹۱) و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق (نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی، ۱۳۹۳)، اضطراب اجتماعی و عزت نفس دانش‌آموزان (قوامی، فاتحی زاده، فرامرزی و نوری امامزاده ئی، ۱۳۹۳). جدول ۱۱ نمونه‌ای از خلاصه جلسه‌های روایت درمانی گروهی را نشان می‌دهد.



## جدول ۱۱- خلاصه جلسه‌های روایت درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی، معرفی، توضیح قوانین گروه، معرفی روایت درمانی، توصیف داستان مسلط افراد در زندگی و روایت زندگی و دادن تکلیف خانه
جلسه دوم	آغاز برون سازی، بررسی روایت‌های زندگی افراد، داستان زندگی من، آغاز اکتشاف استعاره خود
جلسه سوم	بررسی استعاره‌های افراد، استعاره سازی در مشکل فعلی فرد
جلسه چهارم	راهبردهای مشکل، بحث گروهی راجع به نگرش نسبت به مشکل
جلسه پنجم	بحث گروهی در مورد پسخوراند جلسات قبلی، تسلط و حاکمیت بر فرد، دادن تکلیف خانه در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مورد علاقه مرتبط با موضوع فرد و شفاف سازی
جلسه ششم	بررسی معایب خود، نکاتی در خصوص نیرودهندگان مشکل، ایفای نقش و توضیح تمرین جملات ناتمام
جلسه هفتم	تکنیک‌های مقابله با احساسات منفی نسبت به مشکل و بیان روایتی از تصورات شخصی درباره مشکل فعلی فرد
جلسه هشتم	بحث گروهی و بررسی احساس فرد، آرزو و رویاپردازی در ارتباط با مشکل فرد و خلق داستان‌هایی از مشکل خود، بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال
جلسه نهم	بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده و دادن عنوان جدید به روایت زندگی، آرامسازی از طریق تکنیک اتاق کنترل، توضیح دادن درخصوص ایجاد روایت جدید و کمک فردی
جلسه دهم	بحث گروهی درباره تغییرات ایجاد شده در افراد به واسطه شرکت در جلسات، بررسی شواهد مربوط به تغییر در گروه

\* اقتباس از بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۱)

### گروه درمانی مراجع محوری راجرز

رویکرد مراجع محوری راجرز پدیده شناختی و رشد محور است نه تحولی و عمدتاً بر اساس مفهوم خود (درک خود) است. این رویکرد به هنگام تعارض به افراد و گروه‌ها کمک می‌کند. این رویکرد تأکید زیادی بر آزادی در بروز احساسات و پذیرش آنها دارد. باید به اعضای گروه اجازه داده شود تا روش‌هایی را که از احساسات خود اجتناب کرده یا آن را تشدید می‌کنند، مورد شناسایی قرار دهند.

هسته اصلی فرایند درمان در گروه درمانی مبتنی بر مراجع محوری عبارت است از مواجهه یا رویارویی اساسی و بنیادی (Basic encounter) و این مسئله زمانی روی می‌دهد که فرد در گروه با همدلی یکدست به سایر اعضای گروه پاسخ می‌دهد. رهبر گروه نقش راهنما یا تسهیل کننده را دارد.

فرضیه اصلی رویکرد مراجع محوری این است که افراد در درون خود دارای منابع ارزشمندی برای خودفهمی و تغییر ادراک‌های خود، رفتار، نگرش‌ها به طرف دیگران و مفهوم خود دارند. اثربخشی گروه درمانی مراجع محوری راجرز در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی گزارش گردیده است. (دادفر، بیرشک، دادفر، بهرامی، صادقی و کولیوند، ۱۳۹۴)

### گروه درمانی گشتالتی

در گروه درمانی گشتالتی ضروری است که درمانگر با تک تک اعضا و کلیه اعضا با یکدیگر در تماس باشند تا در اعضای گروه احساس امنیت بوجود آید. سیستم گشتالت درمانی شامل ابزارهایی برای سازمان بخشیدن به آگاهی و جهت یابی فرد است. بیماران تشویق می‌شوند تا با درمانگر و دیگر اعضای گروه در تماس باشند و در مورد تجارب خود صحبت کنند. همچنین آنها تشویق می‌شوند که اینجا و حالا (Here & Now) با درمانگر و گروه تماس برقرار کنند. این تکنیک در بالا بردن احساس امنیت در افراد مهم است. همچنین تأکید بر این است که بیماران چه چیزی انجام می‌دهند و چگونه انجام می‌دهند (What & How)

که در تعامل بین بیماران و درمانگر و گروه اهمیت دارد. در گروه درمانی گشتالتی سه مدل وجود دارد:

۱- اعضای گروه تک تک با درمانگر کار می کنند در حین اینکه دیگر اعضا نسبتاً ساکت هستند و به صورت مشاهده ای عمل می کنند. کار درمان سپس توسط بازخورد و تعامل با دیگر اعضا به خصوص تمرکز بر نحوه چگونگی متاثر شدن افراد از کار درمان، پیگیری می شود.

۲- اعضا با یکدیگر با تاکید بر مستقیم بودن (Direct) در رابطه با اینجا و اکنون بین اعضای گروه با یکدیگر گفتگو می کنند. (این مدل شبیه مدل یالوم در گروه درمانی هستی گرایی است).

۳- این مدل دو فعالیت قبلی را در یک گروه با هم ادغام و مخلوط می کند. گروه و درمانگر خلاقانه حرکت و توازن میان تعامل و تمرکز یک به یک را کنترل و تنظیم می کند.

بنابراین در گروه درمانی گشتالتی ترکیبی از کار فرد در جلسه درمان و کار بر روی تعامل است. در مرحله عمل بهتر است به اعضای گروه اجازه داده شود تا خود مباحث جلسات را انتخاب کنند و رهبر به جای دیکته کردن دستور کار جلسات از آنها در باره مسائلی که علاقمند هستند در گروه مطرح شود، سوال می کند. به اعضای گروه کمک می شود تا با احساسات خود در اینجا و اکنون تماس برقرار نمایند. تجارب گشتالت به خاطر تمرکز بر آگاهی در زمان حال و کار کردن روی امور ناتمام گذشته مناسب می باشد. در مرحله عمل از رویکردهایی که در آن از اعضای گروه خواسته می شود تا مباحث مربوط به گذشته را به زمان حال بیاورند مانند گشتالت درمانی و سایکودراما استفاده می شود. می توان از تکنیک های گشتالت درمانی و نمایش روانی که در آن اعضا احساسات خود را به طور کامل تجربه می کنند، استفاده نمود. ارزیابی نیازهای مراجع و کار کردن در چهارچوب فرهنگی مراجعین از نکات مهم در این مرحله است. باید به اعضا اجازه داده شود تا به جای صحبت در باره احساسات و افکار، آنها را در زمان حال به تجربه در آورند. تماس با احساسات از طریق ایفای

نقش یا تکنیک‌های گشتالت درمانی و سایکودراما، موثرتر از صحبت کردن صرف در باره احساسات می‌باشد. گروه مکان مناسبی است تا اعضا فرضیه‌های آزمون نشده یکدیگر را به چالش کشیده و در باره منافع و مضرات رفتار یکدیگر به بحث پردازند. کار کردن روی سطوح رفتار روش مناسبی برای اصلاح افکار و احساسات نامطلوب است. در مرحله عمل، رهبر تمرکز زیادی بر اعمال اعضای گروه در خارج از جلسات دارد و در پایان هر جلسه از هر یک از اعضای گروه خواسته می‌شود تا به سوال‌های زیر پاسخ دهند: در این جلسه چه چیزی درباره خودت آموختی؟، در طول هفته قصد داری چه رفتارهایی را تمرین کنی؟، چه تکلیفی را دوست داری برای خودت تعیین کنی و آن را انجام دهی؟، به این طریق رهبر مباحث آموخته شده در گروه را تقویت کرده و به اعضای گروه در به کارگیری رفتار و افکار جدید در زندگی روزمره کمک می‌کند.

در درمان گشتالتی از روش‌های تمرین و من مسئولیت می‌پذیرم، طرح بزرگ نمایی و اغراق، کار یا موضوع ناتمام، تکنیک صندلی خالی، تکنیک خیال بافی، تکنیک بیان افکار، تکنیک افزایش آگاهی، اظهارات و سؤالات آگاهی بخش، تخلیه هیجانی، قطبیت‌ها و متمرکز بودن بر زمان حال استفاده می‌شود (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۹، صادقی، قادری و جاهدی، ۱۳۹۰). تکنیک‌های درمانی تجربه مستقیم و آزمایش و تجربه، تمرکز بر آگاهی، با این بمان، اجرا (ایفای نقش، سایکودراما، صندلی خالی، بیان خلاق، تجارب روانی و رویای هدایت شده و تصور کردن، آگاهی بدنی، از دست دادن و پیوستن و یکپارچه کردن) در گروه درمانی گشتالتی کارایی دارند. گروه‌های گشتالتی با یک روش شروع می‌کنند که در آن اعضا گروه را وارد اینجا و اکنون و تماس با یکدیگر می‌کنند که به این کار Rounds یا Checkin می‌گویند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۹، یی و شن، ۲۰۰۷، جوسی و سیلز، ۲۰۱۲).

اثر بخشی گروه درمانی گشتالتی در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است برای مثال بر کاهش خشم نوجوانان (زال پور، ۱۳۸۷)، کاهش

اضطراب، افسردگی و پرخاشگری (یوسفی، ۱۳۸۴، یوسفی، اعتمادی، بهرامی، فاتحی زاده، احمدی، ماورانی، عیسی نژاد و بطلانی، ۱۳۸۷)، افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه افسرده (بهرامی، سودانی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۹)، میزان ابراز وجود دانش آموزان (حاجی حسنی، اعتمادی و آری، ۱۳۹۰)، صمیمیت زناشویی مراجعان در آستانه طلاق (یوسفی، ۱۳۹۰)، افزایش سازگاری زناشویی (زهراکار، ۱۳۹۰)، کاهش اضطراب مردان (خیاط، پاشا و سودانی، ۱۳۹۰)، بهبود کیفیت زندگی جانبازان (صادقی، قادری و جاهدی، ۱۳۹۰)، بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی (بابایی کفاکی، حسن زاده و جدیدی، ۱۳۹۲)، شادکامی سالمندان (سعادت، یونسسی، فروغان و لشنی، ۱۳۹۲) و خودکارآمدی زنان مطلقه (سعادت و لشنی، ۲۰۱۲). جدول ۱۲ نمونه‌ای از خلاصه جلسه‌های گروه درمانی گشتالتی را بر شادکامی سالمندان و جدول ۱۳ نمونه‌ای از خلاصه جلسه‌های گروه درمانی گشتالتی را بر ابراز وجود دانش آموزان نشان می‌دهد.

جدول ۱۲- خلاصه جلسه‌های گروه درمانی گشتالتی بر شادکامی سالمندان

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با همدیگر، بیان اهداف گروه درمانی و رعایت مسائل اخلاقی در گروه درمانی مانند رازداری، حق جواب ندادن، سرزنش نکردن و قضاوت نکردن، سپس با استفاده از تکنیک بهترین دوست، از اعضا خواسته می‌شود تا خود را معرفی کنند. هدف این تکنیک، معرفی خویش به روشی کمتر تهدید کننده است. از هر یک از اعضا درخواست می‌شود فردی را که بهتر از هر کس دیگری آنان را می‌شناسد، مشخص کنند مانند مادر، پدر، همسر یا دوستی که او را بهترین دوست می‌نامیم هر یک از اعضا به نوبت بلند می‌شود و پشت صندلی خود می‌ایستد و خود را آن گونه که بهترین دوستش می‌خواهد، از زبان او معرفی می‌کند و درباره

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>علائق خود یا چیزهایی که از آن بیزار است یا هر ویژگی دیگر صحبت می‌کند.</p>	
<p>درباره شادکامی و اصول گشتالت درمانی، مانند امور ناتمام و زندگی در زمان حال و تأثیر بر افزایش شادکامی از دیدگاه گشتالت درمانی صحبت می‌شود. سپس، برای افزایش آگاهی اعضا از زمان حال، تکنیک‌های فکر - احساس و تمرکز کردن به کار می‌رود. تکنیک فکر - احساس با هدف تمرکز بر تمایز فکر و احساس استفاده می‌شود. اعضا جملات ناتمام را تکمیل می‌کنند با این عنوان که من " الان احساس می‌کنم " و " من الان فکر می‌کنم ". این جمله‌ها بررسی می‌شوند تا اعضا به تمایز میان فکر و احساس دست یابند. تکنیک دیگر، تمرکز کردن با هدف رسیدن به آرامش روانی و فیزیکی و عاطفی در زمان حال است. در این تکنیک، از اعضا خواسته می‌شود تا (۱) با چشمان بسته و به راحتی بنشینند، (۲) تنها از آنچه در جریان است، آگاه شوند، (۳) سعی در انجام دادن یا انجام ندادن فعالیتی خاص نداشته باشند، (۴) درباره اتفاقاتی که می‌افتد، احساسات و افکار خود را درک کنند و سعی در تغییر یا توقف آنها نکنند و (۵) اجازه دهند هرچه در حال وقوع است، پیش رود تا افکار و احساسات به آرامش برسند.</p>	جلسه دوم
<p>تبدیل رؤیا به زندگی، آشکار کردن کارهای ناتمام، تصاویر موجود در رؤیا، ابعاد مختلف شخصیت فرد را نشان می‌دهد. از اعضا خواسته می‌شود فرض کنند، اکنون خواب آنها در حال رخ دادن است. آن را همین حالا اجرا کنند و رؤیا را با صدای بلند و با افعال مضارع تعریف کنند. در این روش، درمانگر سعی می‌کند از احساسی که فرد موقع</p>	جلسه سوم

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>گفتن رؤیا دارد، آگاه شود و تمام عناصر موجود در رؤیا مانند افراد، حیوانات، رنگ‌ها و حالات مختلف را فهرست کند. فرد از هر یک از موقعیت‌ها مثل مرگ و سقوط، به طور مشخص و جداگانه آگاه می‌شود و با فرار یا پریدن از خواب از آنها دوری می‌کند. اعضای گروه تمام عناصر را به نمایش می‌گذارند. هر یک از عناصر چه می‌گویند"، "شما به آنها چه می‌گوئید؟"، "عناصر به همدیگر چه می‌گویند؟"</p>	
<p>جلسه چهارم نیز با استفاده از تکنیک پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها با هدف بررسی انکار مسئولیت انتخاب‌ها، علایق، ترس‌ها و ضعف‌ها برگزار می‌شود.</p> <p>۱- ترجیح می‌دهم که... (به جای مجبورم که...)                  ۲- حاضر نیستم که... (به جای نمی‌توانم که...)                  ۳- می‌خواهم که... (به جای نیاز دارم که...)                  ۴- دوست دارم که... (به جای ناراحتم که...)                  ۵- نمی‌خواهم که... (به جای قادر نیستم که...)</p>	جلسه چهارم
<p>استفاده از تکنیک مرور تجربه گذشته در وضعیت حاضر، با هدف کمک به حل تعارض‌های حل نشده و کارهای ناتمام در این روش، درمانگر مراجع را تشویق می‌کند با اجرای مجدد ماجراهای گذشته و آوردن آنها به زمان حال، به گونه‌ای که انگار اکنون در حال رخ دادن است، هیجانات مرتبط با آن مانند ترس، اضطراب و گم‌گشتگی را تجربه کند. با کاربرد این تکنیک، حالت بسته فرد در قبال حادثه، تخفیف یافته و فراخوانی آن تسهیل می‌شود.</p> <p>از دیگر تکنیک‌های استفاده شده در این جلسه، تکنیک والدین/</p>	جلسه پنجم

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>همسران است که هدف آن، فراخوانی رنجش و حل تعارض است. درمانگر از مراجع می‌خواهد کسی را که از او آزرده خاطر است، تصور کند و به بالشتکی که در اختیار او قرار گرفته است، ضربه بزند و تمام چیزهایی را که موجب نفرت از او شده است، نام ببرد؛ مانند این جمله "او به مادرم فحش می‌داد و قبل از اینکه بزرگ شوم، مرد"، این کار ادامه می‌یابد تا زمانی که درمانگر از او می‌پرسد "آیا او مرده است؟" و مراجع جواب مثبت می‌دهد. در این هنگام، درمانگر از او می‌خواهد سعی کند او را ببخشد.</p>	
<p>از تکنیک صندلی خالی با هدف فرصتی برای بیان ناگفته‌ها و پرداختن به مسائل متعارض درونی و ارتباطی مراجع استفاده می‌شود. روش کار، تحریک افکار و برانگیختن هیجانات فرد است. در این روش، فرد مقابل صندلی خالی می‌نشیند و فردی را روی آن تصور می‌کند که کاری ناتمام با او دارد؛ فردی که دوست دارد به او چیزی بگوید یا کاری برای او انجام دهد. این فرد ممکن است یکی از افراد زیر باشد (۱) یکی از نزدیکان یا کسی که با او مشکل ارتباطی دارد، (۲) کسی که فوت کرده است و (۳) کسی که مراجع در کودکی با او مشکلی داشته است. مراجع باید هم نقش خودش و هم نقش او را بازی کند.</p>	جلسه ششم
<p>از تکنیک گفت و گوی موازی، با هدف وحدت بخشیدن به شخصیت اعضا و آگاهی بیشتر از نیروهای متعارض استفاده می‌شود. زمانی که در ادراک و رفتار مراجع دوگانگی و تضاد دیده می‌شود، از او خواسته می‌شود گفت و گویی واقعی میان این دو جزء برقرار کند مثلاً پرخاشگر مقابل منفعل، قابل اعتماد مقابل غیرقابل اعتماد، شاد مقابل غمگین، اجتماعی مقابل خجالتی، استقلال مقابل وابستگی و ضعف</p>	جلسه هفتم



محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>مقابل قدرت. این گفت و گو همچنین ممکن است میان شخص و یکی از افراد مهم زندگی او برقرار شود؛ به گونه‌ای که انگار الان آن فرد در آنجا حضور دارد و واکنش‌ها و پاسخ‌های او نیز به شکل تصویری بیان می‌شود.</p>	
<p>کاربرد تکنیک رفت و برگشت میان اینجا و آنجا (میان واقعیت و خیال) با هدف کشف آنچه در حال حاضر جای آن خالی است. در این روش، از گروه خواسته می‌شود چشمانشان را ببندند و در خیال به جایی بروند که آنجا احساس امنیت و شادکامی می‌کنند. به اینجا و اکنون برگردند و دو موقعیت را با هم مقایسه کنند. اکثر مواقع، آنجا به اینجا ترجیح داده می‌شود. رهبر گروه می‌پرسد: "چگونه آنجا را ترجیح می‌دهید؟"، "چه چیزی می‌خواهید؟"، "چشمانتان را ببندید و دوباره به همان موقعیت برگردید و هر جا دوست دارید بروید"، "آیا نسبت به دفعه قبل، متوجه هیچ تغییری نشده‌اید؟"، "به اینجا و اکنون برگردید و دوباره دو موقعیت را با هم مقایسه کنید". "آیا هیچ تغییری پیش نیامده است؟"، گروه به رفت و برگشت به موقعیت اینجا و اکنون ادامه می‌دهد تا آنکه در موقعیت اینجا احساس آرامش کند. افراد، این تکنیک را در هر موقعیت سخت و ملال آور انجام می‌دهند. در اغلب موارد، موقعیت‌های "آنجا" سرنخی برای چیزهایی است که اکنون نداریم. اختلاف میان اینجا و آنجا جهتی را به فرد نشان می‌دهد که می‌خواهد بدان سو حرکت کند.</p>	جلسه هشتم

جدول ۱۳- خلاصه جلسه‌های گروه درمانی گشتالتی بر ابراز وجود دانش‌آموزان

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا و رهبر گروه با یکدیگر، روشن کردن اصول و مقررات کار گروهی رویکرد گشتالت درمانی و راهکارهای مربوط به آن، توضیح دادن مفهوم ابراز وجود، فواید آن و بیان تفاوت بین رفتار ابراز وجود با رفتارهای دیگر به وسیله رهبر گروه، برای تکلیف جلسه اول، از هر یک از اعضای گروه خواسته می‌شود موقعیت‌هایی را که در آن نتوانستند از حقوق خود دفاع کنند و یا اینکه از خود ابراز وجود نشان ندادند، مشخص کنند.
جلسه دوم و سوم	رسیدگی به تکلیف اعضا، فنون "بازی فرافکن"، "صندلی خالی" و "کار ناتمام" اجرای فنون برای شناسایی احساسات شخصی اعضا، اندازه‌انرژی سرمایه‌گذاری شده آنها در روابط گذشته و اندازه برونداد هیجانی بیماران، در پایان جلسه، تکالیفی در جهت انجام دادن رفتارهای جرات‌آمیز در بیرون از جلسه درمان به اعضا داده می‌شود.
جلسه چهارم و پنجم	رسیدگی به تکالیف نشست پیشین، اجرای فنون "صندلی داغ"، و "فرض مسئولیت" در میان اعضای گروه تا اعضا بتوانند در کنار شناخت ارزش‌های خود، ارزش‌های نامعقول دیگران را نپذیرند. در پایان، به عنوان تکلیف از اعضا خواسته می‌شود تا هر روز و با استفاده از تمرین آینه، گفته‌های مثبت به خود بگویند و پس از فراهم نمودن نمایه‌هایی از اهداف‌شان در گستره‌های مختلف ارتباطی، طرحی گام به گام را برای رسیدن به هر یک از آنها در نظر بگیرند.
جلسه ششم و هفتم	در این جلسات پس از رسیدگی به تکالیف اعضای گروه، به منظور فعال کردن آنها در موقعیت‌های اجتماعی و مبارزه با احساس کم

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	ارزشی، از راهکار "واژگون سازی"، و "تمرین و آزمایش" استفاده می‌شود. تکلیف اعضا در جلسه شامل گفتن جملات امیدبخش و مثبت درباره آینده و ایفای نقش دلخواه در یک موقعیت اجتماعی است.
جلسه هشتم	رسیدگی به تکالیف اعضا، رهبر، پرداختن به جمع بندی گفته‌ها و کارهای انجام شده توسط رهبر و اعضای گروه، در پایان اجرای پس آزمون برای اعضای گروه.

\* اقتباس از حاجی حسنی، اعتمادی و آرین (۱۳۹۰)

### رویکردهای سیستم‌های اجتماعی (SSA) Social Systems Approaches

خاستگاه نظریه عمومی سیستم‌های، برتالانفی است. مطابق نظریه سیستمی، سیستم ترکیبی از عناصر است که هر یک از آنها بر یکدیگر اثر می‌گذارند و از هم اثر می‌پذیرند. از سوی دیگر عناصر و هر سیستم از لحاظ سلسله مراتب و پویایی با سایر سیستم‌ها مرتبط‌اند (دادفر، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و کولیوند، ۱۳۹۳). هلن دورکین، جیم دورکین و جان بوریلو، مفاهیم نظریه عمومی سیستم‌ها را برای کار با گروه درمانی به کار گرفتند. مطابق این رویکرد، گروه درمانی یک سیستم است با مرزی که آن را از محیط خارجی جدا می‌سازد (بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳).

گروه، اعضای گروه را شامل می‌شود که هر یک از آنها زیر سیستمی یا سیستم مجزایی هستند. هر عضو از زیر سیستم‌های متنوعی ساخته شده است. زیر سیستم اولیه، من یا خویشتن (Ego) است که مرز میان عضو و جهان خارجی را تنظیم می‌کند. در گروه درمانی این جهان خارجی در درجه نخست می‌شود گروه. رابطه میان گروه به مثابه یک کل و عضو، تبادل اطلاعاتی مداوم است. اعضا به عنوان زیر سیستم‌های گروه به طور مداوم و مستمر

دروندهایی دریافت می‌دارند که عضو را تغییر می‌دهد و بروندهایی فراهم می‌سازد که گروه را تغییر می‌دهد. درمانگرهای سیستم‌های اجتماعی مفاهیم نظریه عمومی سیستم‌ها را با مفاهیم روان‌پویشی یکپارچه می‌سازند تا چگونگی تغییرات در گروه‌ها را توصیف کنند. برای نمونه، همانند سازی‌های فرافکنانه به مرز نفوذپذیر میان خود و یک عضو دیگر، یا یک زیر گروه از اعضا، درمانگر یا گروه به مثابه کل نیاز دارد به گونه‌ای که اولی می‌تواند عواطف و تکانه‌های غیرقابل تحمل را به دیگری انتقال دهد. وقتی فرافکنی دریافت شد تا زمانی می‌تواند محاط شود که به طور کامل مجدداً از آن خود شود، فرآیندی که چنین نفوذپذیری بین مرزها را ضروری می‌سازد. از طریق این تبادل اطلاعات، هر سیستم، افتراق یافته‌تر و پیچیده‌تر می‌گردد. برای مثال، یک عضو، بعد از آنکه عاطفه خشم را به یک عضو دیگر فرافکنند، عاطفه خشم را از آن خود می‌سازد. نه تنها آن عاطفه را دریافت می‌کند بلکه شیوه بار آوردن عاطفه آن عضو را هم دریافت می‌کند. به محض اینکه اعضا این دروندهای جدید را درونی ساختند؛ شیوه نگرستن قدیمی خویشتن به تدریج تغییر و تبدیل می‌یابد به گونه‌ای که همزمانی آنها با محیط بیشتر می‌شود.

یک مفهوم دیگر که نظریه سیستم‌ها از نظریه روانپویشی در خود ادغام می‌کند این است که مشکلات انسانی ریشه در تعارض‌های روانشناختی دارند. مانند روان‌درمانگران روانپویشی، درمانگران سیستمی معتقدند که این تعارض‌ها در سطح گروه به مثابه کل طی دوره تحول گروه رخ می‌دهد. نظریه پردازان سیستم‌ها معتقدند که نفوذپذیری مرزهای اعضا نسبت به محیط گروهی، اعضا را قادر می‌سازد تا در هر پیشرفتی که گروه در حل کردن تعارض‌ها بدان دست می‌یابد، سهم شوند. همچنین نفوذپذیری، اعضای گروه یا زیرگروه‌های اعضا را قادر می‌سازد تا به گروه به مثابه کل اثر بگذارند. وقتی مساله‌ای در گروه سر بر می‌دارد، اعضا مبتنی بر عوامل مختلف از جمله ویژگی‌های از پیش موجود در شخصیت، همچنین مشکلات روانشناختی پیشین، مواضع متفاوتی در ارتباط با آن اتخاذ می‌کنند. برای مثال، در جهت اتخاذ یک موضع در برابر یک تعارض، یک عضو ممکن است نقش ابراز خصومت معطوف به

رهبر را نشان دهد و عضو دیگر ممکن است نقش ابراز آرزو به پاسخ دادن مطیعانه را بازی کند. اعضای که موضع مشابه دارند درباره یک مساله به هم می‌پیوندند و زیرگروه شکل می‌گیرد. اقامت اعضا در یک زیرگروه برای آنها امنیت و آسایش فراهم می‌سازد به طوری که آنها قادر به کشف وجوه دفاعی موضع شان می‌شوند. برای مثال گروهی که اتخاذ موضعی مطیعانه در برابر رهبری را بر می‌گزینند می‌تواند کشف کند، چگونه اطاعت‌شان یک دفاع علیه آن بخشی از خودشان است که آرزو دارد علیه اتوریته طغیان کند. یادگیری‌هایی که از این خلال در زیرگروه رخ می‌دهد به محیط گروهی وسیع‌تر انتقال می‌یابد و به رشد گروه به مثابه کل منتهی می‌شود. نقش درمانگر در نظریه سیستم‌ها، اداره کننده مرز است. مسئولیت‌های اداره کننده مرزها شامل موارد زیر هستند:

۱- تعریف و نظاره‌گری تکالیف

۲- گزینش اعضا

۳- تعریف و تحدید مرزهای برون گروهی (نقش‌ها، قاعده‌های پایه، فرهنگ و قرارداد)

۴- تعریف، تعیین و اداره نقش خویشتن / مرز شخصی

۵- تعریف، تعیین و اداره مرزهای گروهی محیطی

۶- عمل کردن به عنوان یک کاتالیزور و حفاظت کننده

پردازش و تفسیر اطلاعات. برای درمانگر، برخی نقش منفعل و برخی نقش فعال فائند

(بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳).

**روان درمانی بین فردی گروهی (Group interpersonal psychotherapy) / درمان**

**بین فردی گروهی (IPT - G)**

درمان انفرادی بین فردی (IPT) ابتدا توسط کلرمن و وایسمن توصیف شد. در IPT

فرض بر این است که پیدایش و تداوم برخی بیماری‌های روانپزشکی در بافتار اجتماعی و بین

فردی صورت می‌گیرد و شروع بیماری، پاسخ به درمان و فرجام بیماری تحت تاثیر روابط بین

فردی بیمار و افراد مهم زندگی وی قرار دارد. هدف کلی IPT کاهش یا حذف علائم روانپزشکی توسط بهبود کیفیت روابط بین فردی فعلی و کارکرد اجتماعی بیمار است. IPT اختلال روانشناختی را به عنوان مشکلی بر اساس روابط بین فردی می‌داند. همین که کنش اجتماعی درمانجو و توانایی بین فردی بهبود یافت، اختلال درمانجو برای مثال افسردگی یا پرخوری بهبود می‌یابد. این مسئله با کمی توجه خاص به اختلال واقعی به غیر از آموزش روانی تربیتی در مورد ماهیت تاثیر و دوره بیماری حل و فصل می‌شود. سیر معمول IPT ۱۲ تا ۲۰ جلسه و حدود ۴ تا ۵ ماه طول می‌کشد. IPT از سه مرحله مشخص تشکیل شده است:

۱) مرحله ابتدایی (جلسات ۱ تا ۵) شامل شناسایی حوزه‌ای از مشکل است که هدف درمان قرار می‌گیرد، ۲) در مرحله میانی (جلسات ۶ تا ۱۵) بر روی حوزه یا حوزه‌های مشکل هدف کار می‌شود و ۳) مرحله پایانی یا خاتمه درمان (جلسات ۱۶ تا ۲۰) بر تحکیم منافع حاصل شده در جریان درمان و آماده سازی بیمار برای ادامه مستقل کار متمرکز است. IPT به عنوان یک نوع روان درمانی فردی توسعه داده شد، اما قواعد کلی آن ممکن است به گونه انعطاف پذیری در سایر فرمت‌ها به کار رود. IPT اخیراً برای کار گروهی به کار رفته است. گروه IPT که گاهی IPT-G نامیده می‌شود بر اکتساب مهارت‌های بین فردی و راهبردهایی برای سر و کار داشتن با مشکلات اجتماعی و بین فردی تاکید دارد. کاربرد گروهی IPT نه تنها از انگیزه کارایی بیشتر سرچشمه می‌گیرد، بلکه در ضمن از شناسایی فرصت‌های درمانی که اعضای گروه می‌توانند با توجه به اختلال بین فردی فراهم کنند، نیز حاصل می‌شود.

گروه IPT، الگوی IPT فردی را دنبال می‌کند. یک رابطه مثبت، حمایت گرانه و روشن بین درمانجو - درمانگر شدیداً تشویق می‌شود. مشکلات بین فردی هر درمانجو در ارزیابی الگوهای رابطه‌ای ارزیابی می‌شود و در چهار حوزه اصلی طبقه بندی می‌شود: داغدیدگی، اختلال در نقش، انتقال در نقش یا مشکلات بین فردی. پرسشنامه‌های خود

گزارش دهی برای شناختن مشکل اصلی درمانجو و اندازه گیری پیشرفت به کار می‌رود. معمول ترین مقیاس‌های خود گزارش دهی حوزه‌های اصلی درمانجو درباره ناراحتی - خلق و خو، رفتارهای خوردن یا الگوهای بین فردی را ارزیابی می‌کند. برای هر درمانجو یک تا سه هدف شناسایی می‌شود که به آنها کمک کند تا بر کار تمرکز کنند و گروه درمانی را آغاز کنند.

سیر زمان، تعداد شرکت‌کننده‌ها و زمان جلسات IPT گروهی به شرح زیر هستند: سیر معمول IPT گروهی ۲۰ جلسه در طول یک دوره ۵ ماهه است. توصیه می‌شود تعداد اعضای گروه ۶ تا ۹ نفر بوده و بسته به منابع موجود و نیازهای آموزشی یک یا دو رهبر گروه در آن حضور داشته باشند. در کوشش‌های آزمایشی مختلف، درمان‌های گروهی با دو تا سه شرکت‌کننده و جلسه‌های گروهی ۲۰-۱۶ هفتگی که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامد، به کار گرفته شده است.

شرایط درمان IPT گروهی شامل موضوعات زیر هستند: درمانگرانی که روان درمانی بین فردی گروهی را به عهده می‌گیرند باید هم در زمینه فرمت گروهی و هم در زمینه تشخیص مورد نظر تجربه داشته باشند. بایستی برای به حداکثر رساندن همگنی تلاش شود: بیماران باید یک تشخیص مشترک (به طور آرمانی تمرکز بین فردی مشترک) داشته باشند. برای مثال اگر روان درمانی بین فردی گروهی برای افسردگی انجام می‌شود، ممکن است منطقی باشد که بیمارانی را که با داغدیدگی بغرنج دست به گریبان هستند در یک گروه و بیمارانی را که دچار مشاجره‌های نقش هستند در گروه دیگر و غیره گرد هم آورد.

ساختار درمان IPT گروهی به شرح زیر است: یک دوره نوعی درمان شامل یک تا دو جلسه فردی اولیه است و هشت تا بیست جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای که تا سه یا چهار ماه بعد هم درمانجو پیگیری می‌شود. بعضی از درمانگران، جلسه فردی ارزیابی میان گروهی دارند. جلسات گروهی را می‌توان به عنوان جلسات تقویت‌کننده در فواصل معمول و ماه‌های بعدی مرحله فشرده درمانی، برنامه‌ریزی کرد. گروه درمانی شامل یک مقدمه اولیه و مرحله آشنایی

است، مرحله کاری میانی و مرحله آخر شامل مرور بر جمع بندی است. خلاصه‌های مکتوب گروه را می‌توان قبل از جلسه برای هر عضو گروه فرستاد. اولین مرحله گروه که اعضا اهداف شخصی خود را ارائه می‌کنند، کمک می‌کند تا انسجام و همگانی بودن روشن شود. آموزش روانی تربیتی، حل مسئله بین فردی، توصیه، بازخورد برای هر درمانجو از سوی اعضای گروه و درمانگر فراهم می‌شود. شکل ایده آل برای درمانگر، حمایت و تشویق است. موضوعات مربوط به انتقال سامان داده می‌شوند و نه اینکه بررسی شوند، درمانجویان تشویق می‌شوند تا الگوهای ارتباطی را با افراد محیط خود روشن کنند ولی نه اینکه تنش‌های عضو با عضو را حل کنند.

برای هر یک از اعضا سه جلسه انفرادی برگزار می‌شود: قبل از جلسات گروهی، بعد از جلسات گروهی و یک جلسه نیز در میانه جلسات مزبور. زمان بندی این جلسات متناسب با مقاطع زمانی مهم در سه مرحله IPT است. هدف از جلسات گروهی این است که در کنار سایر فنون درمانی تمرکز راهبردی و انحصاری بر روی حوزه‌های مشکل بین فردی هر بیمار حفظ شود (که علامت مشخصه IPT است).

جلسه پیش از گروه برای تسهیل کار اختصاصی هر بیمار در مرحله نخست IPT گروهی اهمیت اساسی دارد. این جلسه ۲ ساعته بر شناسایی حوزه‌های مشکل بین فردی، انعقاد قرارداد درمانی برای کار بر روی حوزه‌های مشکل و آماده سازی بیمار جهت درمان گروهی متمرکز است. پس از شناسایی مشکل یا مشکلات بین فردی بیمار شامل (نقائص بین فردی، اختلاف نقش، گذارهای نقش یا سوگ)، درمانگر با همکاری بیمار تجویزات عینی جهت تغییر و نیز گام‌های اختصاصی که بیمار باید برای بهبود روابط اجتماعی و الگوهای ارتباطی بر دارد را جمع بندی می‌کند. این اهداف درمانی به زبانی بیان می‌شوند که تا حد امکان اختصاصی بوده و برای بیمار معنی دار باشند. پیش از شروع کار گروهی، هر عضو گروه خلاصه مکتوبی از اهداف خویش را دریافت می‌کند و به وی گفته می‌شود که این اهداف راهنمای کار وی در گروه خواهند بود.



عنصر مهم دیگر در جلسه پیش از گروه آماده سازی مناسب بیمار برای درمان گروهی است. به عبارت دیگر بیمار تشویق می شود که گروه ها را " آزمایشگاهی بین فردی " بداند که در آن می تواند رویکردهای جدیدی را برای مقابله با موقعیت های دشوار بین فردی امتحان کند. از این لحاظ بیماران از مهارت های بین فردی مهمی که در گروه آموخته می شوند مطلع می گردند مانند (مواجهه بین فردی، ارتباط صادقانه و بیان احساسات) و تشویق می شوند وقتی تغییر را در سایر اعضا می بینند از آنها بیاموزند. درمانگر تاکید می کند که بیمار باید کار خود را در گروه بر تغییر موقعیت های بین فردی فعلی یا تقویت روابط موجود مهم خود متمرکز سازد و از گروه به عنوان جایگزینی برای شبکه اجتماعی استفاده نکند.

مرحله ابتدایی درمان IPT گروهی به شرح زیر است: پنج جلسه نخست درمان گروهی شامل مرحله ابتدایی در درمان IPT گروهی است. در طول این مرحله، درمانگر بر روی پرورش هنجارهای مثبت گروهی و انسجام گروه کار می کند و در عین حال بر مشترک بودن علائم اعضا و نحوه پرداختن به آنها در فضای گروه تاکید می کند. در این مرحله اعضای گروه تشویق می شوند تا اهداف خود را با گروه مرور کرده و برخی تغییرات ابتدایی را در حوزه های مشکل بین فردی خود به عمل آورند و وقتی اعضا شروع به امتحان تغییرات مندرج در اهداف می کنند، درمانگر با همکاری تک تک اعضا، پیش از شروع مرحله میانی، به حکم و اصلاح حوزه های هدف افراد می پردازد.

در خلال مرحله میانی کار IPT گروهی یعنی در جلسات ۶ تا ۱۵، اعضای گروه کارهای انجام شده بر روی اهداف خود را با یکدیگر در میان می گذارند و همزمان درمانگر پیوند بین اعضا را تسهیل می کند. برخلاف رویکردهای گروهی تعاملی، روان درمانگر بین فردی گروهی کمتر به فرایندها و روابط داخل گروه می پردازد مگر اینکه با کار بر روی حوزه مشکل بین فردی یکی از اعضا ارتباط داشته باشد (مانند نقائص بین فردی). اما درمانگر پیوسته و به صورت مستمر اعضای گروه را تشویق می کند تا مهارت های بین فردی آموخته شده جدید را در داخل و مهم تر از همه، در خارج از گروه تمرین کنند. در اینجا نیز همچون IPT

انفرادی، کار اساسی در سرتاسر مرحله میانی، تاکید بر ارتباط مشکلات اعضا در زندگی بین فردی خود و مشکلات روانپزشکی آنها است.

جلسه انفرادی میانه درمان در اواسط مرحله میانی (معمولاً بین جلسات ۱۰ و ۱۱) برگزار می‌شود. این جلسه فرصتی برای مرور مفصل پیشرفت هر یک از اعضا در زمینه مشکلات خود و اصلاح هدف بین فردی فراهم می‌کند. درمانگر در این جلسه برای تاکید بر رئوس کار باقیمانده در درون و بیرون گروه تا قبل از خاتمه درمان، با اعضای گروه مجدداً قراردادی منعقد می‌کند.

در مرحله پایانی (جلسات ۱۶ تا ۲۰)، درمانگر به وضوح در مورد خاتمه درمان با اعضای گروه گفتگو می‌کند و به آنها کمک می‌کند تا خاتمه درمان را به عنوان دوره‌ای از سوگ و فقدان بالقوه بشناسند. درمانگر اعضا را کمک می‌کند تا پیشرفت خود و پیشرفت سایر اعضا را ببینند. در خلال این مرحله اعضای گروه تشویق می‌شوند که تغییرات اختصاصی در علائم روانپزشکی خود، بخصوص موارد مرتبط با پیشرفت‌های حاصله در روابط و حوزه یا حوزه‌های خود مشکل شناسایی شده را توصیف کنند. هر چند بسیار پیش می‌آید که اعضای گروه بخواهند خودشان جلسات گروهی را ادامه دهند یا گردهمایی‌های مکرری داشته باشند، اما اعضای گروه تشویق می‌شوند از این مرحله گروه به عنوان جلسه رسمی خداحافظی با یکدیگر و درمانگر استفاده کنند. درمانگر یا درمانگران نیز از این مرحله برای تشویق اعضا در جهت بیان مفصل برنامه‌های خود برای حفظ پیشرفت‌های حاصله در حوزه یا حوزه‌های بین فردی شناسایی شده و بیان رئوس کار باقیمانده استفاده کنند.

جلسه پس از درمان، یک هفته پس از جلسه پایانی گروه برگزار می‌شود. درمانگر یا درمانگران از این جلسه انفرادی پایانی برای تدوین طرح مختص هر عضو گروه، جهت ادامه کار بر روی اهداف بین فردی، استفاده می‌کنند. درمانگر یا درمانگران تجربه حضور در گروه و تغییراتی که فرد در حوزه مشکل بین فردی و روابط مهم اش اعمال کرده است را مرور می‌کنند.

IPT گروهی برای بیماری‌های مختلف کاربرد دارد. ویلفلی و همکاران (۱۹۹۳) نخستین انطباق روان درمانی بین فردی گروهی را بر روی بیماران مبتلا به پرخوری بسط و گسترش دادند. این رویکرد دو جلسه انفرادی اولیه را با جلسه‌های گروهی بعدی ترکیب می‌کرد. نشست‌های انفرادی به درمانگر اجازه می‌داد تا همزمان با مشخص کردن تاریخچه بیمار، نشانگان و جمع بندی روان درمانی بین فردی، یک اتحاد درمانی با هر یک از بیماران ایجاد کند و بیمار را برای گروه آماده سازد. این نشست‌ها مرحله اول درمان را تشکیل می‌دادند. زمانی که گروه تشکیل شد، درمانگران بیماران را با بازخوردهای مخصوص خود روانه خانه کردند. در افسردگی، اصطلاح "نارسایی‌های بین فردی" بر کناره‌گیری اجتماعی و مشکلات در تعامل‌های گروهی دلالت دارد. بیماران مبتلا به پرخوری می‌توانند در سطح عمقی با گروه تعامل داشته اما در افشای احساس‌های درونی شان مشکل دارند، اصطلاح "نارسایی‌های بین فردی" به طور واضح معنی متفاوتی برای آنها دارد. جمع بندی بین فردی مشترک، گروه را به گونه سودمندی همگن می‌سازد؛ درست همان طور که قائل بودن تشخیص ابتلا به پرخوری مرضی برای همه بیماران، این همگنی را فراهم می‌آورد.

با این تغییرات عملکردهای روان درمانی بین فردی گروهی بسیار شبیه عملکرد روان‌درمانی بین فردی انفرادی است. ساختار کلی جلسه‌های آغازین، میانی و پایانی حفظ می‌شود. تمرکز بر ارتباط بین احساس‌ها و موقعیت‌های زندگی است و بیماران موضوع‌های رایج را شناسایی کرده و به همدیگر کمک می‌کنند تا مشکلات بین فردی شان را با هم برطرف کنند.

پژوهش مربوط به اوگاندا با نوجوانان افسرده، نخستین انطباق روان درمانی بین فردی در فرمت گروهی برای افسردگی بود. کاربرد آن در امریکا با نوجوانان افسرده و افسردگی پسازایمانی زنان و در نروژ برای اختلال اضطراب اجتماعی گزارش شده‌است. اولین کاربرد گروه IPT برای درمانجویانی که دچار اختلال خوردن بودند ایجاد شد، ولی اکنون برای افسردگی، فویبای اجتماعی و تروما نیز به کار می‌رود. این روش به نحو موثری به عنوان

درمانی به تنهایی و با دارو به کار رفته است یا با هم و یا به صورت متناوب. کاربرد آن در فرهنگ دیگری (اوگاندا) هم نشان داده شده است و این توانایی را دارد که به نحو موثری به مربیانی که تا حدودی روانشناسی می‌دانند، آموزش داده شود.

بکارگیری گروه درمانی چندین مزیت آشکار بر روان درمانی بین فردی دارد:

(۱) گروهی که عضویت در آن بر اساس مشابهت تشخیصی مانند افسردگی، جمعیت هراسی و اختلالات خوردن استوار است، می‌تواند سبب شود دغدغه بیماران مبنی بر اینکه فقط آنها دچار نوعی از اختلال روانپزشکی هستند کاهش یابد و در عین حال محیطی اجتماعی برای بیماران منزوی، کناره جو یا بی ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. گروه درمانی از طریق فراهم آوردن محیطی که در آن مشکل‌های بین فردی مورد بحث قرار گرفته و حل می‌شوند، کناره گیری بین فردی را کاهش می‌دهد.

(۲) با توجه به تعداد و انواع مختلف تعاملات بین فردی در شرایط گروهی، مهارت‌های بین فردی که آموخته می‌شوند با سهولت بیشتری نسبت به درمان انفرادی به حیات اجتماعی بیرونی بیمار انتقال می‌یابد. علاوه بر این اسلوب گروهی خصوصیات درمانی خاصی دارد که در روان درمانی انفرادی دیده نمی‌شود مانند یادگیری بین فردی.

(۲) روان درمانی بین فردی به بیماران اجازه می‌دهد تا ببینند که دیگران در بیماری آنها شریک هستند و نقش مریض که روان درمانی بین فردی به آن قائل است را تایید می‌کنند. بیماران با پی بردن به این موضوع که قادر هستند به سایر اعضای گروه کمک کنند، ممکن است احساس رضایت کنند.

(۳) شکل گروهی روان درمانی بین فردی همچنین شناسایی مشکلات در بسیاری از بیماران را تسهیل کرده و جایگزین مقرون به صرفه‌ای برای درمان انفرادی محسوب می‌شود. روان درمانی بین فردی گروهی همچنین به درمانگر اجازه می‌دهد تا تعداد زیادی از بیماران را مورد درمان قرار دهند که این موضوع در موقعیت‌هایی که منابع محدود است آن را به

عنوان یک گزینه بالقوه کم هزینه یا درمان عملی تر مطرح می کند. در جدول ۱۴ ارتباط مراحل روان درمانی بین فردی با مراحل شکل گیری گروه نشان داده شده است.

جدول ۱۴ - ارتباط مراحل IPT با مراحل شکل گیری گروه

تکالیف/مراحل IPT	مراحل گروه	کار اعضا	مداخله ها
ابتدایی: جلسات ۱ تا ۵ شناسایی حوزه های مشکل	ورود به رابطه (engagement): جلسات ۱ تا ۲	اعضا در عین حال که با اضطراب عضویت در گروه و در میان گذاشتن مشکلاتشان دست و پنجه نرم می کنند، در جستجوی ساختار هستند.	برقراری ساختاری که خودافشایی متناسب را تسهیل کند. تسهیل هنجاریابی برای ارتباط کلامی موثر
تمایز یابی: جلسات ۳ تا ۵		اعضا بر روی کنترل احساسات منفی مربوط به تفاوت های بین فردی در داخل گروه کار می کنند.	ارتباط کلامی موثر
میانمی: جلسات ۶ تا ۱۵ کار بر روی اهداف	کار: جلسات ۶ تا ۱۵	اعضا تفاوت ها را می شناسند و برای دستیابی به اهداف مشترک تلاش می کنند.	کمک به اعضا برای درک واکنش های شان در بافتار تفاوت های بین فردی در زندگی اجتماعی بیرون
			تسهیل پیوند بین اعضا در حین کار مشترک آنها با همدیگر. تشویق تمرین مهارت های

تکالیف/مراحل IPT	مراحل گروه	کار اعضا	مداخله ها
			بین فردی جدید کسب شده در داخل و بیرون گروه
پایانی: جلسات ۱۶ تا ۲۰ تحکیم درمان	خاتمه: جلسات ۱۶ تا ۲۰	اعضا برای مقابله با فقدان قریب الوقوع پیوند با سایر اعضای گروه تلاش می کنند.	کمک به اعضا برای تحکیم کارهای انجام شده و برنامه ریزی برای ادامه کار، کمک به آنها برای سوگواری فقدان گروه

روان درمانی بین فردی گروهی نقاط ضعف بالقوه‌ای به شرح زیر نیز دارد:

- ۱) بیماران توجه فردی کمتری را از سوی درمانگر روان درمانی بین فردی دریافت می‌دارند.
  - ۲) علاوه بر آن، ممکن است مشکل‌های مربوط به گرد هم آوردن تعداد کافی بیماران برای تشکیل گروه، درمان را به تاخیر بیندازد.
  - ۳) به خصوص در مورد روان درمانی بین فردی، اگر بیماران با حوزه‌های مشکل بین فردی مختلف معرفی شوند گروه درمانی خطر سردرگمی را افزایش می‌دهد. هر قدر قدرت روان درمانی بین فردی در تمرکز درمانی آن نهفته باشد، خطرهای روان درمانی بین فردی گروهی برای وضوح سازمانی کاهش می‌یابد.
- تفاوت بین گروه IPT و الگوی تبادلی بین فردی این است که گروه IPT از آنجا که قرار است کوتاه‌تر و اهدافش محدودتر باشد غالباً بر اینجا و اکنون تاکید نمی‌کند و کنش

گروه را به عنوان یک نمونه کوچک اجتماعی نمی‌بیند. این مسئله باعث کاهش تنش‌های بین فردی و عدم توافق‌های محل می‌شود. (این گونه اختلال‌ها برای تغییرات طولانی مدت خوب است اما به درمان کوتاه مدت آسیب می‌رساند). گروه از طریق کنش‌های الگویی و حمایتی یک مسئله اجتماعی مهم می‌شود. در برخی مواقع تبادل اینجا و اکنونی گروه به کار می‌رود و بر اهداف درمانجو و مسئله اصلی او تمرکز می‌شود.

اثربخشی گروه درمانی بین فردی در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال در درمان اختلال افسرده خویی (پهلوان، ۱۳۸۳)، کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد (سلیمانی، محمدخانی و دولتشاهی، ۱۳۸۷)، بلوغ اجتماعی دانش آموزان (حمیدی و بیاضی، ۱۳۹۱)، افسردگی نوجوانان (اسمخانی اکبری نژاد، اعتمادی، لطفی عطاری و نصیرنژاد، ۱۳۹۲)، ترمیم نیازهای زنان آسیب دیده از عهدشکنی (مومنی جاوید و شعاع کاظمی، ۱۳۹۲)، کاهش میزان افسردگی دوران بارداری و افزایش رضایت زناشویی (قره داغی، ۱۳۹۳).

#### گروه‌های خودیاری (Self – help groups)

گروه‌های خودیاری افرادی هستند که می‌کوشند با مشکل یا بحران معینی کنار بیایند. بر اساس وظیفه مشخصی سازماندهی شده‌اند و قرار نیست در آنها وضعیت روانپوشی افراد عمیقاً کشف یا کارکردهای شخصیتی آنها به مقدار قابل توجهی اصلاح شود. این گروه‌ها، سلامت روانی و آسودگی بسیاری از افراد را ارتقاء داده‌اند.

تمرکز معاصر بر گروه‌های خاص، بدون در نظر گرفتن گروه‌های خودیاری کامل نخواهد بود. مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۷ نشان داد که ۱۰ میلیون امریکایی در گروه خودیاری شرکت داشتند و مجموعاً ۲۵ میلیون امریکایی در گروه خودیاری در گذشته شرکت کرده‌اند. این مطالعه منحصراً به گروه‌های خودیاری که رهبری حرفه‌ای نداشتند متمرکز بود. در حقیقت بیش از ۵۰ درصد گروه‌های خودیاری به نحوی از هدایت حرفه‌ای برخوردارند که به این معنا

است که میزان واقعی تر مشارکت در گروه‌های خودیاری ۵۰ میلیون نفر به طور کلی بیش از تعداد افرادی است که مراقبت حرفه‌ای تخصصی دریافت می‌کنند.

وجه تمایز گروه‌های خودیاری همگنی آنها است. اعضا گروه‌های خودیاری اختلال و تجاربی مشترک (خوب یا بد، موفق یا ناموفق) دارند. آنها به هم آموزش می‌دهند، از یکدیگر حمایت می‌کنند و احساس از خود بیگانگی را که معمولاً در این گونه افراد دیده می‌شود، تقلیل می‌دهند.

در گروه‌های خودیاری تاکید بر احساس تعلق است. احساس تعلق در این گروه‌های خودیاری بسیار قوی است. بین اعضا گروه‌های خودیاری به دلیل وجود مشکلات و علائم مشابهی که دارند، پیوند هیجانی پر قدرتی تشکیل می‌شود.

گروه‌های خودیاری باز و قابل دسترس هستند و برای هر کسی که ویژگی‌های تعریف شده گروه را داشته باشد، حمایت روانشناختی فراهم می‌کند. گروه‌های خودیاری بیشتر بر روابطی که در درون گروه است، تاکید می‌کنند و بر عوامل بیرون از گروه کمتر تاکید دارند. تجربه مشترک اعضا سبب می‌شود که این افراد هم بتوانند در کنار یکدیگر کار کنند و هم مانند متخصصان رفتار کنند. اعضا می‌توانند مقایسه‌هایی سازنده و حتی الهام بخش کنند، به نحوی که متخصصان در بیرون از این جمع از عهده چنین کاری بر نمی‌آیند.

اعضا گروه‌های خودیاری به طور همزمان هم حمایت می‌کنند و هم از دیگران حمایت می‌گیرند و از این دو نقش بهره می‌برند، ارزش خود از طریق نوع دوستی افزایش می‌یابد، بر آسیب شناسی کمتر تاکید می‌شود و وابستگی کاهش می‌یابد. راهبردهای فعال مانند آنهایی که در گروه‌های خودیار دیده می‌شود باعث افزایش پیامد کارکردی می‌شود.

مشکلاتی که در سیستم بهداشت روانی به آن توجهی نمی‌شود در گروه‌های خودیاری مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که گروه‌ها به نحو موثری به اعضا کمک می‌کنند تا ناهنجاری خود را بپذیرند و عادی جلوه دهند، برای کسانی که قربانی برچسب خوردن اند به ویژه مفید هستند.



گروه به اعضا این احساس را می‌دهد که بتوانند به راحتی درباره هر نگرانی صحبت کنند بدون اینکه از انتقاد بترسند. گروه به اعضا فرصت می‌دهد تا بازتاب کلامی و غیر کلامی دریافت کنند تا احساس کنند واقعاً درک شده‌اند. در این گروه تجارب مشترکی وجود دارد و واکنش‌های آنها عادی است. افراد گروه را بایستی متوجه موفقیت‌های بزرگی که تا به حال کسب نموده‌اند، کرد و جنبه‌های مثبت نحوه مقابله آنها را مورد تحسین قرار داد نه اینکه به آنها گفته شود چه کار دیگری هم می‌شد انجام داد. به افراد گروه باید اجازه داد اگر دلشان می‌خواهد فقط گوش بدهند، با خود خلوت کنند و یا استراحت نمایند. افراد گروه احساس امید واقع بینانه را تجربه می‌کنند. بسیاری از گروه‌های خودیار تاکید زیادی بر ایجاد عنصر درمانی امید می‌کنند. به اعضا گروه باید فرصت داد راه حل‌های مختلف افراد عادی که با شرایط مشابه آنها مواجه بوده‌اند را بشنوند، راه حل‌هایی که هیچکدام ماهیت آمرانه نداشته باشند. افراد گروه بفهمند که تجارب و پیشنهاد‌های آنها خیلی مهم هستند. در صورتی که این گروه قادر به کمک کردن نباشد، اعضا را به یک گروه مناسب‌تر هدایت کنند. به اعضای جدید خوشامد بگویند و در صورتی که تشخیص دهند که احتمالاً یک مسئله خاص آنها را به جلسه آورده است، آنها را به صحبت کردن تشویق نمایند. جو محرمانه را به رسمیت بشناسند. افراد گروه باید قادر شوند جلسه را با احساس خیلی بهتری از زمان ورود ترک کنند یا حداقل، اطمینان حاصل کنند که شماره تلفن یا یک آدرس برای پیگیری مبادله می‌شود.

گروه‌های خودیاری به تجربه اعضای خود بیشتر از اطلاعات کارشناسان تکیه می‌کنند. اتفاق نظر و همکاری چیزهایی هستند که برای یافتن راه حل‌های موثر مورد استفاده قرار می‌گیرند. مردم از همدیگر یاد می‌گیرند. بنابراین رفتار اعضا، فعالیت گروه و ساختار و محل جلسات همگی با موفقیت گروه ارتباط خواهند داشت. سازش، شوخ طبعی و حساسیت در باره دیگران باعث شکل‌گیری یک قانون نوشته نشده در باره طرز رفتار گروه می‌شود. رفتارهای معینی می‌توانند هماهنگی را بر هم بزنند مانند زیاد حرف زدن در اغلب موارد، سلطه جویی، گوش نکردن، انتقاد کردن و غیره. این پیامدها را زمانی که بروز می‌کنند، باید تشخیص داد و

آنها را حل کرد. گاهی فقط خشم، ناامیدی و ناکامی فرد است که این نوع رفتار را پیش می‌آورد.

شیوه رهبری هماهنگ کننده، جلسه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. حفظ حالت توازن بحث، خلاصه نمودن و روشن کردن نکات، خارج نشدن از بحث و فرصت صحبت به همه دادن، کمک می‌کند که جلسه به آرامی و دوستانه پیش برود. این کار همین طور به تحقق هدف مشترک، آموزش سازگاری با مشکلات و درک یکدیگر کمک می‌کند. افراد واکنش‌های متفاوتی نسبت به یک مشکل خاص دارند. بایستی به تجربه و احساسات منحصر بفرد همراه با تجارب سایرین ارزش گذاشته شود. هیچکس نباید احساس خجالت یا شرم کند یا به هر دلیلی از ابراز خود بترسد. گروه با گوش دادن به یکدیگر می‌توانند به همدیگر کمک کنند. بعضی از اعضای گروه کمتر از دیگران مایل به همکاری هستند. اعضای ساکت تر اغلب از اینکه به آنها کمی دلگرمی و فرصت برای صحبت کردن داده شود، استقبال می‌کنند. آنچه در گروه اتفاق می‌افتد کاملاً محرمانه است. با وجود این شاید عضوی بخواهد در باره موضوعات کلی تری که در گروه بحث شده با خانواده و دوستان صحبت کند. یکی دیگر از ویژگی‌های گروه یادگیری راه‌های مقابله با اندوه از سایر اعضای گروه است.

مدت جلسه گروه اغلب بسیار کوتاه به نظر می‌رسد. با شکل‌گیری دوستی‌ها و پیوندهای جدید بسیاری از اعضا بعد از پایان جلسات رسمی گروه، به طور غیر رسمی به دیدن یکدیگر ادامه می‌دهند. گروه به افراد کمک خواهد کرد تا یاد بگیرند چگونه با مشکلات خود زندگی کنند و به زندگی ادامه دهند.

موضوعات مورد بحث در گروه ترتیب مشخصی ندارد. می‌توان دو موضوع یا بیشتر را در یک جلسه گنجانید. با این وجود مهم است که بیشتر موضوعاتی که مطرح می‌شوند برای کل گروه مفید باشند. امکان دارد موضوعات دیگری باشند که مختص هر گروه به طور انفرادی باشند. جلسه معارفه بیان مشکل خود و سرگذشت خود است. در مصاحبه‌نهایی از دو

جلسه مانده به آخرین جلسه گروه، وقایع مهمی که در گروه اتفاق افتاده مجدداً به یاد آورده و مرور خواهد شد. دستاورد گروه و اهمیتی که برای هر یک از اعضا داشته، ارزیابی می‌شود. در جلسه نهایی تسهیل کننده گروه باید بداند که خداحافظی کار آسانی نیست و نسبت به اهمیت جدایی و پایان یافتن برای گروه هوشیار باشد و آنها را تبدیل به فرصت‌هایی برای رشد نماید. گروه را باید تشویق کرد تا با تسهیل کننده گروه در تماس باشند و خودشان با یکدیگر ملاقات کنند. اغلب گروه‌هایی برای بعدها، برنامه‌ریزی شده‌اند.

گروه‌های خودیاری آن‌چنان مشهور هستند که بندرت لازم است اشکال مختلف آن را فهرست کرد. بندرت نوعی اختلال و ناراحتی، مشکلات رفتاری یا محیطی را می‌توان یافت که برای آن گروه درمانی نباشد. گروه‌هایی مانند الکی‌های گمنام (AA) مؤسسه ریکاوری، دوستان همدل (والدین عزادار)، قلب‌های ترمیم شده (برای افرادی که بیماری قلبی دارند)، افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، کسانی که وزن شان تحت کنترل است، گروه افراد چاق گمنام، گروه‌های بسیار تخصصی، بزرگسالان ناشنوا، نوجوانان ناشنوا که متعلق به خانواده‌های الکی‌اند، قربانیان جرایم بزرگ، حلقه دوستان (دوستان کسی که مرتکب خودکشی شده‌اند)، والدین کودکان مقتول، باشگاه افرادی که سکت قلبی کرده‌اند و گروه منتظران معجزه (حمایت از فرزندپروری). هر گروه خودیاری ممکن است مشخصه‌های منحصر به خود داشته باشد و اعضا امکان دارد نوعی قدرت شفابخش جادویی را به این ویژگی‌ها نسبت دهند. نمونه گروه‌های خودیاری الکی‌های گمنام (AA)، قماربازان گمنام (GA) و پرخوران گمنام (OA) است.

گروه‌هایی که برای اختلالات سوء مصرف مواد تشکیل می‌شوند، بدون شک از گروه‌های خودیاری‌اند که تعداد آنها زیاد است. بیش از ۱۰۰ هزار گروه AA در صد و پنجاه کشور وجود دارد. الگوی دوازده گامی فقط در AA به کار نمی‌رود بلکه شکل‌های مختلف آن توسط بسیاری از متخصصان حرفه‌ای در موارد مختلف به کار می‌رود مانند گروه‌های پرخوران گمنام (OA) و گروه‌های معتاد به نارکوئیک‌ها. هر چند گروه‌های دوازده گامی

تحت رهبری حرفه‌ای نیستند، بسیاری از گروه‌های خودیار دیگر (شاید بیش از نیمی از آنها) رهبری حرفه‌ای دارند که در جلسات فعال است و به عنوان مشاور و راهنما کار می‌کند. گاهی یک متخصص بهداشت روان کمک می‌کند تا یک گروه خودیار تشکیل شود و سپس خود را کنار می‌کشد و می‌گذارد اعضای گروه خود آن را اداره کنند. هر متخصص بهداشت روانی که به عنوان مشاور کار می‌کند باید از خطرات احتمالی نشان دادن مهارت حرفه‌ای خود آگاه باشد، گروه خودیار در صورتی که خودش عهده دار کارهایش باشد، بهتر عمل می‌کند.

هر چند که گروه‌های خودیاری به گروه درمانی شبیه هستند ولی تفاوت‌های بسیاری بین آنها وجود دارد. گروه‌های خودیاری با ارائه احساس مقبولیت، حمایت متقابل، کمک به فایق آمدن بر الگوهای غیر انطباقی رفتار یا احساس‌هایی که متخصصان سنتی بهداشت روان و پزشکی عموماً برخورد موفق‌تری با آنها نداشته‌اند، نیازهای اعضای خود را برطرف می‌سازند. گروه‌های خودیاری به اعضای خود توان دست کشیدن از الگوهای رفتار نامطلوب را می‌بخشند مانند گروه‌های درمانی که به اعضای خود کمک می‌کنند که دریابند چرا و چگونه به آن صورت رفتار می‌کرده‌اند. گروه‌های خودیاری از تمام عوامل درمانی استفاده بسیاری می‌کنند به ویژه نوع دوستی، انسجام، همگانی بودن، رفتار تقلیدی، ایجاد امید و تخلیه هیجانی. ولی یک استثنای مهم وجود دارد، عامل درمانی یادگیری بین فردی در مقایسه با گروه درمانی نقش بسیار کمی در گروه خودیاری دارد. یک گروه درمانی به ندرت می‌تواند به نحو موثر و سازنده‌ای در اینجا و اکنون متمرکز شود، بدون آنکه یک رهبر آموزش دیده آن را هدایت کند. به طور کلی گروه‌های خودیاری با گروه درمانی تفاوت دارند به این نحو که کمتر شخصیت را تحلیل می‌کنند، رویارویی کمتر است و عبارات‌های حمایتی و مثبت در آنها بیشتر به کار می‌رود.

غالب گروه‌های خودیاری، چارچوب شناختی باثبات و ظرفی به کار می‌برند به نحوی که بعضی از اعضای گروه که به عنوان رهبران غیر رسمی گروه کار می‌کنند به سادگی می‌توانند این چارچوب را برای اعضای تازه وارد بکار ببرند. هر چند برای اعضا امیدبخشی و

همگانی بودن مشکلات و مزایای زیادی دارد، آنهایی که به نحو فعالانه‌ای انسجام بیشتری را تجربه می‌کنند، بیشترین فایده را می‌برند.

بایستی به جنبش گروه‌های خودیار به عنوان یک منبع نگاه کرد نه به عنوان نجات دهنده. بسیاری از درمانگران از مشارکت در هر نوع گروه (گروه درمانی و گروه‌های خودیاری)، تجربه سودمندی خواهند داشت. هر چند ارزیابی کارایی گروه‌های مستقل خودیاری دشوار است، با توجه به اینکه عضویت غالباً به صورت گمنام است، پیگیری دشوار است و هیچ رکوردی هم نگه داری نمی‌شود و بعضی از مطالعات سیستماتیک، کارایی این گروه‌ها را بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعات نشان داده است که اعضا، گروه‌ها را پر ارزش می‌دانند و گزارش داده‌اند که سلامت و تطابق بهبود یافته است، درک بهتری از شرایط خود پیدا کرده‌اند و از امکانات دیگر کمتر استفاده کرده‌اند. این یافته‌ها سبب شده است که بعضی از پژوهشگران در تلاش باشند تا همکاری بین متخصصان بهداشت روان و جنبش خودیاری را بیشتر کنند.

در گروه خودیاری مشارکت‌های متخصص شامل چهار راهبرد زیر می‌باشند:

- مشروعیت (Legitimization)

- انتقال تکنولوژی (Transfer of technology)

- مشاوره (Consultation)

- توسعه گروه‌های جدید (Development of new groups)

- **مشروعیت (Legitimization):** گروه‌های خودیاری به مشروعیت اجتماعی نیاز دارند.

متخصصان می‌توانند نقش مهمی را در اینجا ایفا کنند. ارائه دهندگان سیستم مراقبت سلامت تا حد زیادی مشروعیت تضمین شده به آنها را از طریق اجتماع به گروه‌های خودیاری انتقال می‌دهند. سایر سیستم‌های سنتی مانند موسسات مذهبی که توسط جامعه برای ارائه خدمت به افراد داغدار منع شده‌اند، تا حد زیادی مشروع کنندگان اصلی گروه‌های خودیاری

داغدیدی هستند. گروه درمانگران می‌توانند از طریق دادن مشروعیت به آنها، به واسطه راهبردهای ساده ارجاع به یک گروه خودیاری به این گروه‌ها کمک کنند، زمانی که برای ارجاع حمایت می‌کنند.

- **انتقال تکنولوژی (Transfer of technology):** شاید رایج‌ترین نقش و آنچه که به طور منطقی جریان پیدا می‌کند از دانش تخصصی درمانگر تهیه مهارت فنی برای غیر متخصصان است. انتقال تکنولوژی - از طریق آموزش، تعلیم و نظارت - از متخصصان به غیر متخصصان تاریخی طولانی و متنوعی دارد. انتقال تکنولوژی لازم است. گروه‌های خودیاری سودمند هستند، آنها یک یک جایگزین برای خدمات تخصصی پیشنهاد می‌کنند.

- **مشاوره (Consultation):** دو حوزه مشکل‌زا در این زمینه وجود دارند. یک مشکل شایع اما نادر که گروه‌های خودیاری با آن مواجه می‌شوند این است که چه کاری باید با یک عضو گروه که آسیب‌شناسی روانی شدید را نشان می‌دهد، انجام داد. بعضی از گروه‌های خودیاری مانند ریکاوری به طور خاص روی آسیب‌شناسی روانی اصلی تاکید می‌کنند و روش‌هایی را برای تاکید بر روی چنین مشکلاتی رشد می‌دهند. بسیاری از گروه‌های خودیاری از یک زمان به زمان دیگر مشکلاتی را تجربه می‌کنند از اینکه چگونه سیستم - اعضای پردردسر، افراد غیر مشارکت‌کننده turnover بالا را اداره کنند.

- **توسعه گروه‌های جدید (Development of new groups):** مرکز خودیاری کالیفرنیا در UCLA تلاش برای گسترش روش‌هایی برای عملکرد به طور کامل گروه‌های خودیاری دارد. آزمایش DUKE گروه‌های خودیاری را برای برخی از بیماری‌ها مانند دمانس آلزایمر در کالیفرنیا شمالی و گروه‌های خودیاری سرطان را در کالیفرنیا جنوبی توسعه داد.

اثر بخشی گروه خودیاری در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است برای مثال خودکارآمدی و سلامت روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (مهاجری، ۱۳۹۰، قمری، مهاجری و نادر، ۱۳۹۱، دادفر، صابری زفرقندی، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳).

### گروه درمانی عقلانی عاطفی رفتاری (REBT)

اهداف گروه درمانی عقلانی عاطفی، آموزش به مراجعان است که چگونه احساسات و رفتارهای ناکارآمد خود را به احساسات و رفتارهای سالم تغییر داده و چگونه با همه وقایع ناخوشایند که ممکن است در زندگی آنها اتفاق افتد، کنار بیایند (وسلر ۱۹۸۶). به طور ایده آل، درمان عقلانی عاطفی ویژگی‌های زیر را برای فردی که از نظر ذهنی و عاطفی سالم است، پرورش می‌دهد: نفع شخصی، خودمحوری، علاقه اجتماعی، تعادل، پذیرش عدم قاطعیت و ابهامات، انعطاف پذیری، تفکر علمی، تعهد، خطرپذیری، پذیرش خود، لذت بردن از وقایع طولانی مدت، تمایل به ناکامل بودن و پذیرش مسئولیت اختلالات عاطفی فردی (الیس، ۱۹۸۷، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶). هدف این مکتب درمانی این است که اعضای گروه را به ابزاری مجهز کند که احساسات ناسالم را کاهش داده یا محدود کنند (از قبیل افسردگی و اضطراب) به طوری که بتوانند زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند. برای دستیابی به این اهداف بنیادی، به مراجعان راه‌های عملی برای شناسایی افکار و باورهای نادرست زیرین می‌دهند تا به صورت نقادانه این باورها را ارزیابی کنند و یا آنها را به باورهای سازنده تغییر دهند. اساساً به اعضای گروه آموزش داده می‌شود که نسبت به واکنش‌های عاطفی خود مسئول اند و می‌توانند اختلالات عاطفی خود را با توجه کردن به تفاسیر فردی و با تغییر باورها و ارزش‌های آن کاهش دهند و همچنین فلسفه‌ای واقعی‌تر و مؤثرتر برای کنار آمدن با اتفاقات ناخوشایند در زندگی اتخاذ کنند. اهداف درمانی این مکتب اساساً برای درمان فردی و گروهی همانند است. این دو در برخی روش‌ها و تکنیک‌های درمانی خاص با هم متفاوتند که به شرح زیر هستند:

هدف اصلی فعالیت‌های گروه درمانی عقلانی عاطفی کمک به مداخله‌های درونی یک فلسفه زندگی است، همانطور که مجموعه‌ای از افکار و باورهای غلط از محیط فرهنگی اجتماعی برخاسته که با برداشت‌های فردی متفاوتند. با فعالیت در راستای این هدف، رهبر گروه وظایف و نقش‌های خاصی دارد. وظیفه اول این است که به اعضای گروه نشان دهد که چگونه خود عامل ایجاد بدبختی خود هستند. این کار با روشن ساختن ارتباط میان اختلالات

رفتاری، عاطفی و ارزش‌ها، باورها و رفتارهای آنها انجام می‌شود. رهبر گروه آنها را با باورهایی که بدون سؤال پذیرفته‌اند روبرو می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه آنها با یک فرضیه آزموده نشده ادامه دهند و چگونه به صورت سازنده فکر کنند. برای کمک به اعضای گروه برای رها کردن شکست و دریافت‌های کنونی که در به وجود آمدن افکار غیرمنطقی دخیل هستند و می‌دانند که ادامه این تفکرات غیرمنطقی آنها را ناراحت می‌کند، درمانگر می‌تواند به آنها کمک کند تا افکار خود را اصلاح کنند. افکار غیرمنطقی آنچنان در افراد دیرینه شده‌اند که تغییر آنها به آسانی انجام نمی‌گیرد. در واقع این کار نقش رهبر گروه است تا به اعضا بیاموزد چگونه فرضیه‌های خود را به چالش بطلبند و چگونه چرخه ارزیابی خود و سرزنش دیگران را متوقف کنند. اما رهایی از علائم اختلال کافی نیست. اگر تنها مشکل و مشخصه‌های خاصی در حال درمان است و سایر ترس‌ها نیز پدیدار می‌گردند گام نهایی در روند درمان این است که به اعضا آموزش داده شود چگونه قربانی افکار غیرمنطقی آینده نشوند. درمانگر هسته افکار غیرمنطقی را بررسی می‌کند و به اعضا می‌آموزد هنگام مواجهه با مشکل در آینده چگونه افکار و باورهای منطقی را جایگزین آنها سازند. REBT تکنیک‌های شناختی و رفتاری و عاطفی بسیاری را به کار می‌گیرد و این روش‌ها براساس درمان فعال صورت می‌گیرند. درمانگران گروهی عقلانی عاطفی تکنیک‌هایی را به دست آورده‌اند از قبیل پرسشگری، چالش طلبیدن، تکلیف دادن و کمک به مراجعان در تجربه روش تفکر، احساس و رفتار جدید. درمانگر نقش یک معلم و نه یک والد وابسته را بازی می‌کند. درمانگر گروهی عقلانی عاطفی از نزدیک شدن بیش از حد به اعضای گروه اجتناب می‌کند و از افزایش تمایل آنها به وابستگی نیز جلوگیری می‌کند. میان پذیرش و ملایمت، تفاوت می‌گذارد. در هر صورت برای اعضای گروه خود ارزش بسیاری قائل است و در کار درمان مشارکت می‌کند. درمان عقلانی عاطفی بر پذیرش بی‌قید و شرط مراجعان بدون توجه به افکار غیرمنطقی آنها تأکید می‌کند. این گونه درمانگران در شرایطی که احساس می‌کنند خودافشایی به درمان مراجعان کمک می‌کند از این تکنیک استفاده می‌کنند. درمانگران



عقلانی عاطفی به مفهوم کارایی درمان بسیار پایبندند و ایس اظهار داشته است که به غیر از مواقع خاص، استفاده از روش‌های ناکارآمد و وقت‌گیر از قبیل تداعی آزاد، تحلیل رویا، تاریخچه گذشته بیمار با ذکر جزئیات و سایر تکنیک‌هایی که در کوتاه‌مدت هیچ نتیجه‌ای ندارند و یا حتی در طول مدت، توصیه نمی‌شود. به جای آن، رهبران گروه برای آموزش مدل‌های نظری، روش‌های کنار آمدن با مسائل و روش‌های آزمودن فرضیه تلاش می‌کنند.

درمان عقلانی عاطفی روش‌های متعدد شناختی، عاطفی و رفتاری در خود دارد. همانند سایر شناخت درمانگران، درمان عقلانی عاطفی تکنیک‌ها را برای تغییر الگوی تفکر، احساس و رفتار مراجع با یکدیگر ترکیب می‌کند. این روش درمانی روش ترکیبی و انتخابی از رفتارهای گوناگونی است که در مکتب وجودگرایی، انسان‌گرایی و سایر رویکردهای درمان استفاده می‌شود. با وجودی که این روش ترکیبی است، تمرکز آن بر ابعاد رفتاری و شناختی است. درمان عقلانی عاطفی بر تکنیک‌های خاصی برای تغییر خود باوری افکار در موقعیت‌های اجتماعی تأکید دارد. علاوه بر شناخت باورها، درمان عقلانی عاطفی به اعضای گروه کمک می‌کند متوجه شوند چگونه باورهای آنها، احساسات و رفتارهای آنها را از تفکرات ناکارآمد می‌سازد. درمان عقلانی عاطفی به کاهش علائم با تغییر فلسفه زیرین آن کمک می‌کند. دامنه وسیعی از اختلالات در درمان گروهی عقلانی عاطفی مورد درمان قرار می‌گیرند مانند اضطراب، افسردگی، خشم، مشکلات زناشویی، مهارت‌های بین فردی ضعیف، مهارت‌های والدینی، اختلالات شخصیت، اختلال وسواسی، اختلالات خوردن غذا، علائم روان تنی، اعتیاد و سایر اختلالات روانی. در مورد مراجعانی که به صورت غیرداوطلبانه ارجاع داده می‌شوند ضروری است تا با راه‌هایی برای ایجاد انگیزه در آنان، با نشان دادن مزایا و روش دیگر، کمک ارائه دهند.

ایس همیشه اشاره می‌کند که بهترین درمان، درمانی است که بتواند به درمانگران بیاموزد در یک زمان محدود چگونه با مشکلات زندگی کنار بیایند. او خصوصیات زیر را برای درمان عقلانی عاطفی در گروه در نظر گرفته است:

- اعضای گروه می‌توانند به سرعت بیاموزند چگونه خود را آزرده می‌سازند. در مدل A-B-C (A= موقعیت فعال‌ساز، B= باور فرد، C= پیامد) مشکلات آنها می‌تواند به سادگی و سهولت نمایش داده شود و در معرض درمان قرار گیرد.

- به علت ماهیت فعال و مستقیم درمان عقلانی عاطفی، اعضا می‌توانند اختلالات خود را در زمان کوتاهی از بین ببرند.

- با استفاده از روش‌های شناختی، عقلانی و عاطفی در این روش درمانی برای مدتی کوتاه، اعضا می‌توانند فلسفه‌ای سازنده‌ای در خود درونی کنند که به مقابله با مشکلات در آینده نیز کمک کند.

براساس دیدگاه شناختی، درمان عقلانی عاطفی به مراجعان نشان می‌دهد که باورها و صحبت‌های درونی آنها را آزرده می‌سازد. تکنیک‌های گوناگونی برای از بین بردن این شناخت‌های خود تخریب‌گر وجود دارد و به افراد آموزش داده می‌شود چگونه بر این افکار غلبه کنند. در یک گروه درمان عقلانی عاطفی، تأکید زیادی بر فکر کردن، بحث کردن، مناظره، چالش طلبیدن، ترغیب، تغییر، توضیح و آموزش وجود دارد. برخی از تکنیک‌هایی که در درمان گروهی عقلانی-عاطفی وجود دارند به شرح زیر هستند:

- آموزش مدل A-B-C: تئوری A,B,C، به مراجعان چه در گروه درمانی و چه در درمان فردی آموزش داده می‌شود. اعضا می‌آموزند که بدون توجه به چگونگی "بایدهای" غیرمنطقی، آنها قدرت مبارزه با این افکار غیرمنطقی را دارند. به مراجعان راه‌های کاربردی برای استفاده از تئوری A,B,C در مشکلات روزمره آموزش داده می‌شود.

- مباحثه باورهای غیرمنطقی: مراجعان می‌آموزند که چگونه ارزش‌ها و رفتارهای مربوط به خود و دیگران را بررسی و اصلاح کنند. درمانگران به مراجعان نشان می‌دهند چگونه مسائل را بد جلوه می‌دهند و چگونه خود را کوچک و حقیر می‌سازند. در نقش آموزش‌دهنده رهبران گروه درمانی عقلانی عاطفی بر مباحثه افکار غیرمنطقی متمرکز می‌شوند و ایده‌های منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی، مصیبت‌زا و فاجعه‌آمیز سازند. آنها نشان می‌دهند که

چگونه این عقاید و باورها، ناراحتی‌های غیر ضروری به وجود می‌آورند و مراجعان را تشویق می‌کنند که این رفتارهای ناکارآمد را تغییر دهند. برای گرفتن نتیجه بهتر مباحثه لازم است که ورای مرحله شناختی رفته و شامل مباحثه احساسات نیز گردد. اعضا با قدرت تمام به پرسیدن و چالش افکار غلط پرداخته و همچنین از روش‌های درمان عاطفی که در پایین ذکر می‌شود برای افزایش تأثیر این مباحثات استفاده می‌کنند.

- آموزش کنار آمدن با عبارات خودساخته: اعضای گروه می‌آموزند که چگونه باورهای غیرمنطقی می‌توانند با عبارات معقول کنار رانده شوند. از مراجعان انتظار می‌رود که روش صحبت کردن خود را با نوشتن و تحلیل کیفیت زبان خود بررسی کنند. برای مثال: یکی از اعضا ممکن است به خود بگوید من باید عالی عمل کنم که به این مفهوم است که من باید "خوب" باشم. اگر من هر اشتباهی بکنم، این افتضاح خواهد بود. من نمی‌توانم بپذیرم که به سرعت جلب توجه به عنوان بهترین را نکنم. مردم تنها زمانی مرا تأیید کرده و به من عشق می‌ورزند که من بهترین هستم و من واقعاً به این تأیید از دیگران برای حس ارزشمندی خود محتاج هستم. با آگاهی از این مطلق‌گرایی و کیفیت، گفته‌های خود به صورت بیرونی و درونی، مراجع می‌آموزد که چگونه آنچه خود می‌گوید او را برای شکست تحریک می‌کند. او می‌تواند این عبارات خود تخریب‌گر را با جملاتی نظیر این جایگزین کند: من هنوز می‌توانم خود را تأیید کنم بدون توجه به ایده‌آل بودنم. با وجودی که دوست دارم بهترین را انجام دهم، لزومی ندارد که خود را مجبور به انجام کارهای ایده‌آل و غیرمنطقی کنم. علاوه بر این، حتی اگر شکست بخورم، هنوز می‌توانم خود را تأیید کنم. من نباید تأیید جهانی شوم تا احساس ارزشمندی داشته باشم.

- روش‌های روانی آموزشی: اعضای گروه درمانی عقلانی عاطفی تشویق می‌شوند که بیرون جلسات درمان برای تغییر فردی تمرین کنند. ایس، ابرام و دنگلیکی (۱۹۹۲) دریافتند که مراجعانی که متون شناختی رفتاری مطالعه می‌کنند، از نوارهای ویدئویی آموزشی استفاده و در کلاس‌های آموزشی درمان عقلانی عاطفی شرکت می‌کنند، بهتر از دیگران الگوبرداری

در این روش را می‌آموزند. درمان عقلانی عاطفی منابع زیادی برای کنار آمدن با مشکلات عاطفی به طور کلی و تمایلات خاص در بردارد که عبارتند از اعتیادهای پیشرفته، افسردگی، مدیریت خشم، مشکلات اضافه وزن، قاطعیت‌ورزی و غلبه بر تعویق انداختن امور. الیس نوارهای آموزشی زیادی ضبط کرده است که تعدادی از آنها برای جلوگیری از نگرانی و غلبه بر اضطراب مناسبند.

به مراجعان گروه درمانی عقلانی عاطفی تکالیفی داده می‌شود که شامل راه‌هایی برای استفاده و کاربرد تئوری A,B,C برای مشکلات روزمره می‌باشد. به اعضا ممکن است فرم "خودیاری" درمان عقلانی عاطفی نیز داده شود. در یک ستون آنها عبارت بحث‌کننده هر باور غیرمنطقی را می‌نویسند. در ستون دیگر یک باور منطقی جایگزین باور غیرمنطقی را یادداشت می‌کنند. در نهایت، احساسات و رفتارهایی را که پس از رسیدن به یک باور منطقی تجربه کرده‌اند را یادداشت می‌کنند. برای مثال عبارت، "من باید تأیید شوم و توسط تمام افراد خاص اطرافم پذیرفته شوم". می‌تواند با عباراتی نظیر زیر به بحث برده شود: کجا نوشته شده که من باید این تأییدیه را داشته باشم؟ چرا باید تأیید آنها را داشته باشم تا احساس ارزشمندی کنم؟ یک باور کارآمد و منطقی می‌تواند اینگونه باشد: هیچ مدرکی وجود ندارد که من باید تأییدیه همه را داشته باشم حتی با وجودی که دوست دارم مورد تأیید افرادی که برایم اهمیت دارند قرار بگیرم. در طول هفته، اعضا می‌توانند موقعیت‌هایی را که در آنها به خوبی عمل کرده یا با سختی مواجه شدند را اینگونه بررسی کنند. اعضای گروه معمولاً به یکدیگر راه‌های به چالش طلبیدن باورها را براساس آنچه در فرم‌های خودیاری وجود دارند می‌آموزند.

درمان عقلانی عاطفی تقریباً همواره رویکردی چندمدلی است که به تغییر خصوصیات افراد با استفاده از روش‌های شناختی، رفتاری و عاطفی است. برخی از تکنیک‌های عاطفی عبارتند از پذیرش بی‌قید و شرط، تصور کردن عقلانی عاطفی، استفاده از شوخی و خنده، تمرین‌های مبارزه با شرم و ایفای نقش عقلانی عاطفی.

به مراجعان پذیرش بی‌قید و شرط داده می‌شود بدون توجه به رفتار آنها در بیرون و داخل جلسه درمان و درمانگر به اعضا می‌آموزد که چگونه به پذیرش خود بدون قید و شرط برسند. اعضای گروه معمولاً دچار این ترس هستند که آنچه انجام داده‌اند و یا آنچه هستند فاش شده و به همین دلیل پس رانده شوند. رهبر گروه می‌تواند به اعضا بیاموزد که با وجودی که رفتار آنها ممکن است نادرست و یا غیراخلاقی باشد اما آنها هیچ وقت افراد بی‌خود و بی‌ارزشی نیستند. این پذیرش بی‌قید و شرط فضای گروهی ایجاد می‌کند که به اعضا اجازه می‌دهد که احساس کنند مورد پذیرش واقع شده‌اند حتی اگر باورها و افکار آنها به چالش طلبیده شده‌اند. الیس به اعضای گروه می‌آموزد که هیچگاه احمق یا بی‌ارزش نیستند. آنها بیش از آنچه فکر می‌کنند ارزش دارند.

به مراجعان نشان داده می‌شود چگونه بدترین چیزهایی که می‌توانند فکر کنند را تصور کنند و سپس احساسات مثبت را جایگزین احساسات مخرب سازند. از مراجعان خواسته می‌شود که خود را در موقعیت خاصی که در آن احساسات آزاردهنده را تجربه کردند تصور کنند، سپس روی آنها کار می‌شود تا آنها را به احساسات سالم تغییر دهند و سپس رفتار خود در آن موقعیت را تغییر دهند. برای مثال درمانگر حتی مراجع دارای مقاومت را می‌تواند تحریک کند تا خود را در موقعیتی تصور کنند که همواره دچار شکست می‌شوند و مورد نقد قرار می‌گیرند و این اتفاقات در او احساس بی‌کفایتی ایجاد می‌کند. سپس، این مراجعان تحریک می‌شوند که احساسات خود را از بی‌ارزشی به افسوس و ناامیدی تغییر دهند. اعضا این تمرین را حداقل ۳۰ روز پشت سرهم انجام می‌دهند تا زمانی که به خود بیاموزند که در مواقع شکست به جای احساس بدبختی، احساس تأسف و ناامیدی داشته باشند. اعضا ممکن است بدترین ترس‌های خود را تجسم کنند. در گروه، آنها این ترس‌ها را با اعضا در میان می‌گذارند و بینش عاطفی بیشتری پیدا می‌کنند که چگونه این ترس‌ها بیشتر آنچه می‌گویند و انجام می‌دهند را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌آموزند که چگونه به طریق دیگری به این ترس‌ها پاسخ دهند.

بدله‌گویی مزایای شناختی و عاطفی، برای احساس در حال تغییر دارد. در کنار تکنیک‌های گوناگونی که توسط درمانگران عقلانی عاطفی استفاده می‌شود، بدله‌گویی و شوخی و خنده به عنوان معروف‌ترین تکنیک در جلسات شناخته شده است. الیس باور دارد که افراد خود را بسیار جدی می‌گیرند. یکی از تکنیک‌های اصلی برای مبارزه با اغراق این تفکر که منجر به مشکل در افراد می‌شود، درمان عقلانی عاطفی از بدله‌گویی و شوخی و خنده استفاده می‌کند. این تکنیک به اعضای گروه می‌آموزد نه به خود بلکه به باورهای خود تخریب‌گر بختند. این تکنیک به افراد نشان می‌دهد که سرسختی آنها تا چه حد مسخره هستند. با وجودی که شوخی و بدله‌گویی زود هنگام در گروه مشکل ایجاد می‌کند و زمانی که اعتماد به وجود آمد، اعضا پذیرش بیشتری برای لذت از خندیدن به خود را دارند. یک مثال از تکنیک بدله‌گویی آن است که الیس از اعضای افراد گروه خواست تا شعرهای فکاهی که توسط الیس در یک کتاب شعر چاپ شده بود را بخوانند. برخی از مراجعان دریافتند که خواندن این اشعار فکاهی در موقع افسردگی و اضطراب به آنها کمک می‌کند.

منطق نهفته شده در زیر تمرین‌های مبارزه با شرم نشان می‌دهد که معمولاً اضطراب نتیجه شرم، احساس گناه، خجالت و تحقیر خود است. هرچه افراد بیشتر با باورهای غیرمنطقی این احساسات به طور مستقیم روبرو شوند، کمتر از نظر عاطفی آزرده می‌گردند. در درمان گروهی عقلانی عاطفی، انواع خودافشایی، خطرپذیری و تمرین‌های مقابله با شرم معرفی می‌شوند. اعضای گروه‌های درمان عقلانی عاطفی تشویق می‌شوند تا در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز به عنوان راهی برای چالش ترس‌های نوروتیک خود شرکت کنند. تمرین‌های مقابله با شرم به مراجعان می‌آموزد که خود را بدون توجه به آنچه دیگران از آنها تعبیر می‌کنند بپذیرند. این تمرین‌ها برای افزایش پذیرش خود و مسئولیت‌پذیری بالغانه انجام می‌شود. اعضای گروه اعتراف می‌کنند که بسیاری از کارها را از ترس آنچه دیگران برداشت می‌کنند انجام نمی‌دهند. در یک موقعیت گروهی سایر اعضا ممکن است فشار درمانی را رد کرده و همچنین محیطی حمایتگر به وجود آورند تا اعضا رفتارهای مخاطره‌آمیز را ابتدا در گروه و

سپس در زندگی روزمره خود تجربه کنند. ایس چند تمرین را که ممکن است مراجعان در جمع انجام دهند ارائه می‌دهند مانند پوشیدن لباس‌های عجیب و غریب، پول قرض گرفتن از یک غریبه و فریاد زدن در ایستگاه اتوبوس. ایس می‌گوید اگر مراجعان این تمرین‌ها را به صورت متناوب انجام داده و بر احساسات خود کار کنند تا احساس شرم و تحقیر نداشته باشند آنگاه قدرت انجام مخاطره و کارهایی که می‌خواهند را به دست آورده‌اند. ایس اظهار می‌دارد که بهتر است تمرین‌های شناختی با این تمرین‌های مبارزه با شرم ترکیب شود. در اینجا چند نمونه از تمرین‌های مبارزه با شرم آمده‌اند:

- در یک پارک راه بروید و با بلندترین صدای ممکن آواز بخوانید.
- در یک آسانسور شلوغ، از افراد تشکر کنید که توانسته‌اند به درخواست شما پاسخ مثبت داده و در این جلسه مهم در آسانسور شرکت کنند.
- با حیوانات صحبت کنید و تظاهر کنید که آنها نیز به شما پاسخ می‌دهند.
- به یک موز طنابی ببندید و آزاد در خیابان به دنبال خود بکشید.
- در مجامع عمومی، رأس ساعت با صدای بلند زمان را با ذکر ثانیه اعلام کنید.
- به داروخانه بروید و با صدای بلند به مسئول داروخانه بگویید: من تعداد زیادی کاندوم می‌خواهم. از آنجایی که تعداد بسیار زیادی استفاده می‌کنم باید به من تخفیف خاصی بدهید (این تمرین مورد علاقه ایس است).

مؤلفه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری در ایفای نقش وجود دارند. یکی از راه‌های کمک به مراجعان برای کنار آمدن و تجربه احساس ترس آنها ایفای نقش مقابل می‌باشد. برای مثال اگر یکی از اعضای گروه احساس اضطراب از مصاحبه کاری آتی خود را دارد، می‌تواند نقش مصاحبه‌گر را ایفا کند. او همچنین می‌تواند خود را در دو نوع نقش فرد ترسیده و فرد با اعتماد به نفس بازی کند. به جای آنکه اعضا تنها درباره مشکلات و افکار و باورهای خود صحبت کنند، اگر به خود اجازه ایفای نقش بدهند از نظر عاطفی نیز درگیر خواهند شد. قطعاً، برخی از اعضا با چالش خود با ترس‌ها برای اجتناب از احساس حماقت در حین ایفای نقش روبرو

می‌شوند که نتیجه ایفای نقش یا تلاش آنان برای درمان از فعالیتی خاص خواهد بود. نه تنها ایفای نقش می‌تواند از نظر عاطفی اعضا را آزاد سازد بلکه به آنها فرصت عمل به طریقی جدید را نیز می‌دهد. مطمئناً ایفای نقش، در اصطلاح روش تفکر، احساسات و رفتار اعضا مؤثر است. در درمان گروهی عقلانی عاطفی، ایفای نقش همچنین شامل ارزیابی شناختی از احساسات و باورهای تجربه شده می‌باشد. با این وجود، اگر یکی از اعضا سعی دارد تا به طور مؤثرتری با پدری که همواره او را به علت کامل نبودن تحقیر کرده است کنار بیاید، می‌تواند نقشی کاملاً متفاوت با نقش واقعی خود ایفا کند، نقشی که در آن دیگر قربانی حس عدم پذیرش پدر خود نیست. پس از آن، این فرد تحلیل شناختی از احساسات تجربه کرده را در حین ایفای نقشی انجام می‌دهد. او ممکن است سعی کند به سؤالاتی از قبیل زیر پاسخ دهد:

- آیا برای بقا به تأیید پدر خود نیاز دارم؟

- آیا ممکن است هیچگاه به درجه‌ای از کمال که پدرم می‌خواهد برسم؟

- آیا می‌توانم خود را همین‌گونه با وجودی که هیچگاه کامل نیستم بپذیرم؟ آیا می‌توانم

از تخریب خود و ارزیابی خود و سرزنش خود به علت عدم کامل بودنم دست بردارم؟

- آیا به تأیید پدر خود نیاز دارم یا تنها خواستار آن هستم؟

- اگر تأییدیه او را نداشته باشم، مهیب، ترسناک و مصیبت‌زا خواهد بود؟

- آیا باید کامل باشم تا بتوانم خود را تأیید کنم؟

الیس اعتقاد دارد که ایفای نقش زمانی مؤثر خواهد بود که به بازسازی شناختی

رفتارهای فاش شده در این تجارب نیز پرداخته شود.

روش‌های رفتاری در درمان گروهی عقلانی عاطفی شامل تمرینات و تکالیف، موارد

زیر هستند:

قبلاً تکالیف شناختی توضیح داده شد که شامل خواندن کتاب، گوش دادن به نوارهای

آموزشی و تحلیل مکتوب می‌باشد. درمانگر این مکتب به وفور از تکالیف فعالیت مدار

استفاده می‌کند تا رفتار به شیوه منطقی را به مراجع بیاموزد. درمانگر به اعضا کمک می‌کند در



ذهن خود در حین فرایند تصور کردن انجام دهند و سپس اعضا را تشویق می‌کند که آن را وارد زندگی روزمره خود کنند. حساسیت زدایی و تشویق مراجعان به تکرار کارهایی که از انجام آن می‌ترسند راه‌هایی برای غلبه بر ترس می‌باشد. شرکت گروه در تمرین تکنیک PYA (خودت را تکان بده)، وادار کردن خود به مقابله با خطر است تا زمانی که بیاموزد در موقعیت‌های ترسناک چگونه عمل کند و با تکرار کارهای مخاطره آمیز به طور متناوب، بر ترس غلبه می‌کنند. این تکالیف که توسط رهبر گروه به اعضا داده می‌شود می‌تواند از داخل گروه و یا بیرون گروه انتخاب شود. برای نمونه چند تکلیف در زیر آورده شده‌اند:

- اعضای گروه که تمایل دارند رهبر گروه را فردی خارق العاده بدانند که باید بدون هیچ شکلی به او ایمان داشته باشند دعوت می‌شوند که رهبر گروه را به چالش بطلبند و رفتار خود در برابر منبع قدرت تغییر دهند. این تمرین به مراجع فرصت می‌دهد در یابد چگونه انجام این رفتارها مانع اخذ قدرت در او می‌شود.

- مردی که در کنار زنان احساس خجالت می‌کند تشویق می‌شود یکی از اعضای خانم گروه را انتخاب کند و در مورد ترس‌ها و انتظارات خود صحبت کند.

- خانمی که به علت حساسیت نسبت به لهجه خود در جلسات گروه بسیار ساکت است خواسته می‌شود خودافشایی کرده و از ترس‌های خود با گروه صحبت کند.

تنبیه و تقویت هر دو برای کمک به تغییر مراجع استفاده می‌شوند. تقویت شامل خواندن یک کتاب، تماشای فیلم، غذای مورد علاقه و یا نرفتن به کنسرت می‌باشد. مراجعان می‌توانند خود را با چیزهای مورد علاقه‌شان تشویق کنند. اما تشویق مختص زمانی است که باید تکلیف را انجام می‌دادند و مدت‌ها از انجام آن اجتناب کرده‌اند. همچنین تنبیه برای انجام ندادن تکالیف در نظر گرفته می‌شود.

آموزش مهارت خاص به مراجعان که در آن تبخّر ندارند تا زمانی که باعث به چالش طلبیدن تفکر غیر منطقی آنها می‌گردد توصیه شده است. فرض بر این است که با آموختن

مهارت جدید احساس اعتماد به نفس اعضا افزایش یافته و تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار آنها به وجود می آید.

مزایای گروه درمانی عقلانی عاطفی به شرح زیر هستند:

- تکالیف فعالیت محور که یکی از مولفه‌های ضروری درمان است در گروه درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فردی دارد.

- گروه محیطی اثربخش برای فرایندهای فعال / مستقیم ارائه می‌دهد از قبیل ایفای نقش، آموزش قاطعیت ورزی، اجرای رفتار خاص، الگوبرداری و فعالیت‌های مخاطره آمیز

- گروه مانند آزمایشگاهی است که در آن رفتارها به عمل تبدیل می‌شوند.

- از اعضا خواسته می‌شود فرم تکالیف خود را پر کنند که نیاز به بررسی موقعیت بر اساس مدل و فهم افکار و رفتار غیرمنطقی دارد. با شنیدن گزارش سایر اعضا و نحوه کنار آمدن آنان با موقعیت، اعضا با مشکلات خود بهتر کنار می‌آیند.

- زمانی که عبارات اعضا بیانگر نحوه تفکر غلط آنهاست، رهبر و سایر اعضا خطا را گوشزد کرده و باعث اصلاح تفکر نادرست می‌گردند.

- با دیدن سایر اعضا فرد نحوه رفتار کارآمد را مشاهده کرده و می‌بیند که افراد خود گام به گام به بهبود خود کمک کرده و درمان موثر نیاز به تمرین و شرکت در جلسات را دارد

(عبدوس، ۱۳۹۱).

به طور کلی در رویکرد REBT افراد گروه به همدیگر کمک می‌کنند تا این رویکرد را به کار ببندند و به یکدیگر آموزش دهند. افراد گروه در مورد به توافق رسیدن برای تکالیف خانگی، زمان و فرصت بیشتری را صرف می‌کنند. در گروه REBT جرات آموزی را آموزش و ایفای نقش را انجام می‌دهند، از تجارب دیگران یاد می‌گیرند، در خارج از جلسات، تعاملات درمانی و اجتماعی با یکدیگر دارند. رفتار افراد گروه توسط درمانگر و سایر اعضای گروه مورد مشاهده مستقیم قرار می‌گیرد. درمانگر در گروه درمانی فعال و مستقیم است. برای بررسی افکار / احساسات / رفتار می‌توان به سیستم باورها و خودگویی‌های اعضای گروه توجه

کرد و با آنها کار کرد. تحلیل ارتباط متقابل (TA)، درمان عقلانی عاطفی رفتاری (REBT) و درمان شناختی برای این منظور مناسب هستند. رویکرد درمان عقلانی عاطفی رفتاری (REBT) به اعضای گروه در جهت مبارزه با افکار خودشکن کمک می‌کند. بعضی از اعضا به خاطر ترس از عدم پذیرش در گروه، سکوت اختیار کرده و معتقدند که برای اینکه کلام آنها درک شود باید عالی و بدون نقص صحبت کنند. اگر اعضای گروه به افکار روزانه خود توجه کنند قادر به شناخت خودگویی‌های بی‌ثمر و زیانبار خود خواهند شد. همچنین می‌توانند به شناخت جدیدی رسیده و آنها را در داخل و خارج گروه تمرین کنند و در نتیجه رفتارهای متفاوتی را آغاز خواهند نمود. تاکید واقعیت درمانی بر اعمال فرد و تاکید بر REBT بر تمرین رفتارهای جدید، پایه و اساسی برای تغییرات دائمی خواهد بود.

اثربخشی گروه درمانی عقلانی عاطفی رفتاری به‌شيوه گروهی بر کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال کاهش اضطراب امتحان دانشجویان (بیابانگرد، ۱۳۸۱)، مهار خشم (صادقی، احمدی و عابدی، ۱۳۸۱)، سلامت عمومی و عزت نفس دانش آموزان (رجبی و خدایی، ۱۳۸۶)، تغییر باورهای غیر منطقی (صفایی، ۱۳۸۸)، کاهش باورهای غیر منطقی (سودانی، ۱۳۸۸)، کاهش پرخاشگری (موسوی، ۱۳۸۸)، خودپنداره و افت تحصیلی دانشجویان (پوربختیار و گل محمدیان، ۱۳۸۸)، کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی (ابراهیمی، جراره و محمدی فر، ۱۳۹۰)، باورهای نامعقول و پرخاشگری در نوجوانان (فرخ زاد، ۱۳۹۰)، سازگاری و خود نظم دهی زوجین (مسلمی، ۱۳۹۱)، کاهش افسردگی معتادین (عصایی، میرتوکلی و آقامحمدیان، ۱۳۹۱)، کاهش استرس (زهراکار، ۱۳۹۱)، عزت نفس و اضطراب دانش آموزان تیز هوش (دادپور، توکلی زاده و پناهی شهری، ۱۳۹۱)، مؤلفه‌های سلامت عمومی (رجبی و کارجو کسمایی، ۱۳۹۱) و حالت‌های روان‌شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی (رهنما، شجاعی، عصمتی و همکاران، ۱۳۹۲). شرح جلسات گروهی درمانی شناختی جلسات و محتوای آنها در جدول ۱۵ آورده شده است.

جدول ۱۵- جلسه‌های گروه درمانی عقلانی عاطفی رفتاری

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معرفی خود و سایر افراد به گروه، هدف از تشکیل گروه، تعداد جلسه‌ها و شیوه‌ی تشکیل جلسه‌های آموزشی و توصیه ارتباط بیشتر افراد در اوقات خارج از گروه
جلسه دوم	بیان اولین باور غیرمنطقی "تایید از سوی دیگران به طور مطلق"، توضیح در خصوص برخی از ابهامات این باور، نظر خواهی از افراد گروه در مورد این باور و دادن تکلیف معرفی دومین باور غیرمنطقی "باید از هر جهت انسانی کارآمد، لایق و موفق بود"، جمع بندی دیدگاه‌ها و دادن تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکالیف داده شده در جلسه ی قبل معرفی سومین باور غیرمنطقی "برخی از افراد شرور و بد ذات هستند و باید به شدت تنبیه شوند"، بیان دیدگاه‌های افراد در مورد این باور غیرمنطقی، تعداد دفعات این باور و دادن تکلیف معرفی چهارمین باور غیرمنطقی "فاجعه به بار آمدن در صورت عدم پیشرفت کارها موافق میل"، گوش دادن به نظرهای افراد در مورد این باور غیرمنطقی و احساس‌های ناشی از آن به هنگام چنین باوری و دادن تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکالیف داده شده در جلسه ی سوم و ارائه توضیح‌هایی در راستای انجام بهتر تکلیف معرفی پنجمین باور غیرمنطقی "ریشه تمام اتفاق‌ها و حوادث در خارج از فرد قرار دارند"، به بحث گذاشتن این باور از طریق بیان تجارب در مورد این موضوع و احساس ایجاد شده ناشی از آن در افراد گروه، جمع بندی مطالب و اصلاح باور مذکور براساس نظریه

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>درمانی ایس و دادن تکلیف</p> <p>بررسی تکالیف داده شده در جلسه ی قبل و معرفی افرادی که به بهترین شیوه ی ممکن آن را انجام داده اند.</p> <p>معرفی ششمین باور غیرمنطقی "به شدت اندیشیدن در برابر هر خطر احتمالی و دست کشیدن از کلیه فعالیت‌های عادی روزمره"</p> <p>درخواست دیدگاه‌های افراد در مورد این باور غیرمنطقی و بیان مواردی از این باور و نیز بیان احساس‌های خوشایند و ناخوشایند به دست آمده از آن و دادن تکلیف در این مورد معرفی باور غیرمنطقی هفتم "اجتناب از رویارویی با مشکلات به جای چاره جویی"، بیان دیدگاه‌ها و نظرهای افراد و بحث گروهی در خصوص این باور غیرمنطقی، ارائه راهکارهایی در مورد برطرف کردن این باور و دادن تکلیف در این مورد</p>	جلسه پنجم
<p>بررسی تکالیف داده شده در جلسه ی قبل و دادن بازخورد مناسب در این خصوص</p> <p>معرفی هشتمین باور غیرمنطقی "توجه زیاد به زمان گذشته و اهمیت زیاد به اتفاقات رخ داده در آن زمان"</p> <p>تشریح اهمیت زمان در زندگی افراد و کسب تجارب مفید در آن زمان</p> <p>اولویت بندی تاثیر زمان در زندگی و دادن تکلیف معرفی باور غیرمنطقی نهم "بروز فاجعه در صورت عدم چاره جویی در مورد واقعیت‌های زندگی کردن آن‌ها"</p> <p>ارائه سوال‌هایی در گروه برای آماده کردن آنها برای ورود به بحث مورد نظر و دادن تکلیف در این مورد</p>	جلسه ششم
<p>بررسی تکالیف داده شده در جلسه ی قبل و دادن بازخورد مناسب</p>	جلسه هفتم

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	در این زمینه معرفی باور غیرمنطقی دهم " فرار از مسئولیت و نداشتن تعهد و روی آوردن به تنبلی به عنوان لذت زندگی"، بحث گروهی در این مورد و کمک گرفتن از افراد در جهت هدایت گروه به سمت مطلب موردنظر و دادن تکلیف
جلسه هشتم	جمع بندی و خلاصه سازی درمان و پی گیری جلسه‌های قبلی و راهکارهای لازم

\* اقتباس از رجبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱)

### گروه درمانی پذیرش خویشتن با شیوه درایدن

درمان پذیرش خویشتن به شیوه درایدن (Dryden) یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی رفتاری و بر اساس رویکرد نظری درمان عقلانی عاطفی رفتاری می‌باشد. آموزش پذیرش خویشتن به شیوه درایدن (۱۹۹۹) ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم هفتگی است. عوامل موثر بر احساسات و هیجان‌ها، تغییر هیجان‌ها و احساسات با استفاده از تغییر باورها شرح داده می‌شود. هر جلسه شامل سه بخش است: در بخش اول تکالیف انجام شده اعضا بررسی می‌شوند. در بخش دوم تکنیک طرز فکر یا مهارت آموزش داده می‌شود. در بخش پایانی تکلیفی در ارتباط با مهارت آموزش داده شده ارائه می‌شود (زارع بهرام آبادی، محمدی فر، عرفانی و مشایخی پور، ۱۳۹۱).

اثربخشی گروه درمانی پذیرش توسط تعدادی از مطالعات گزارش شده است برای مثال سلامت روانی و انعطاف پذیری (ماسودا و همکاران، ۲۰۰۷، فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰)، کاهش افسردگی، افزایش سلامت عمومی و بهبود کیفیت زندگی (فولک، پرلینگ و منلیب، ۲۰۱۲)، سلامت روانی معتادین (زارع بهرام آبادی، محمدی فر، عرفانی و مشایخی پور، ۱۳۹۱). جدول ۱۶ خلاصه جلسه‌های درمان گروهی پذیرش خویشتن را به شیوه درایدن نشان می‌دهد.

جدول ۱۶- خلاصه جلسه‌های درمان گروهی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معارفه درمانگر و سایر اعضا، بیان اهداف و رویکرد کلی جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	شرح اصول درمان پذیرش خویشتن برای اعضا گروه، تعیین اهدافی که گروه به آنها دست یابد. توضیح الگوی A، B، C (A= موقعیت فعال ساز، B= باور فرد، C= پیامد)، برای اینکه اعضا دریابند چه عواملی در ایجاد یک هیجان سهم هستند.
جلسه سوم	آموزش به اعضای گروه برای اینکه چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به خود کم‌بینی را زیر سوال برده و آنها را با جایگزین‌های سالمی که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشتن است، جایگزین کنند.
جلسه چهارم	آموزش تکنیک‌های مهارت عقلانی (بر اساس عقل و عاقلانه قضاوت کردن)
جلسه پنجم	آموزش تکنیک زیگزایی (ضعیف کردن متقاعد کنندگی باورهای خود کم‌بینی و نیرومندی سازی متقاعد کنندگی باورهای پذیرش خویشتن) به اعضای گروه
جلسه ششم	آموزش نسخه صوتی تکنیک زیگزایی، استفاده از بیان‌های موثر خود و تصویر سازی عقلانی عاطفی، به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعد کنندگی باورهای ناسالم را کاهش دهند، به اعضای گروه
جلسه هفتم	مرور ذهنی تکالیف شناختی رفتاری، توضیح شیوه‌های فائق آمدن بر موانع با استفاده از شیوه شناخت درمانی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه هشتم	وضع تکنیک‌های شناختی رفتاری، بیان یک استدلال عقلانی برای مبارزه با کمرویی، توضیح اینکه کمرویی باعث می‌شود که افراد فرصت‌های بسیاری را در زندگی خود از دست بدهند.
جلسه نهم	نشان دادن اینکه چگونه باورهای افراد بر تفکرشان تاثیر می‌گذارد، آموزش به اعضای گروه که چگونه استنباط‌های تحریف شده خود را به چالش بکشند.
جلسه دهم	ارزیابی پیشرفت اعضا، پرداختن به استنتاج بازخورد اعضای گروه در مورد گروه، در پایان درمان، کمک به اعضای گروه برای گسترش دادن آموخته‌های خود و بالا بردن پایداری آن، اجرای پس آزمون

\* اقتباس از زارع بهرامی و همکاران (۱۳۹۱)

### گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT - G)

در درمان شناختی رفتاری مشکلات روانی نتیجه پردازش اطلاعات ناقص و اختلال در الگوی تقویت رفتار اجتماعی است. افکار، احساسات و رفتارها با هم ارتباط متقابل دارند، افکار فرد در مرکز فرایند است. در رفتار درمانی نیز ارزیابی مداومی از رفتار اعضای گروه و نتایج درمان صورت گرفته و به تعیین اثربخشی مداخلات درمان پرداخته می‌شود.

روشن سازی افکار از طریق کندوکاو، پرسش سقراطی و تشویق خود، بررسی و کنترل خود و دسترسی به آن صورت می‌گیرد. بعد از شناسایی افکار خودکار (شکل دهنده رفتار خلق و خو و حس خود)، باورهای شرطی شده مراجع مثلاً "اگر این اتفاق بیفتد، در این صورت چنین می‌شود"، بررسی می‌شود. باورهای شرطی شده مبدل به فرضیه‌ها می‌شود. این فرضیه‌ها به طور منظم با بدست آوردن شواهد واقعی که آن اعتقادات را تایید می‌کنند، مورد آزمایش قرار می‌گیرند. آزمودن منجر به شناسایی بیشتر اعتقادهای اصلی یا اعتقادهای محوری مراجع یعنی اعتقادهایی که در مرکز دیدگاه مراجع از خودش قرار دارد، می‌گردد. اعتقادهای



محوری دو دسته هستند: ۱) روابط "آیا من ارزش دوست داشته شدن را دارم؟" و ۲) توانایی "آیا من می‌توانم برای تایید ارزش خود به آنچه که می‌خواهم دست یابم؟". بعد از شناسایی اعتقادهای اصلی یا محوری محلّ ("من کاملاً آدمی غیر قابل دوست داشتن هستم")، آنها به اعتقادهایی خود تایید کننده و تطابقی تر تبدیل می‌گردند.

گروه درمانی شناختی رفتاری ترکیبی از الگوهای چندگانه و جستجو برای کارایی بالینی بیشتر است. در درمان شناختی رفتاری عوامل اصلی زندگی گروهی شناسایی شده و برای درمانگران گروهی کاربرد دارد. تکلیف گروه و روابط اعضای گروه خصمانه تلقی نمی‌شود. به دلیل چارچوب کوتاه گروه، ریزش بیشتر اعضای گروه در افراد در معرض حوادث بد، مشاهده می‌شود.

کاربرد درمان شناختی رفتاری در گروه‌ها، بر اساس نیازهای خاص مراجع در هر گروه خاص تفاوت دارد ولی همه آنها جنبه‌های مشترک بسیاری دارند. گروه درمان شناختی رفتاری همگون، دارای وقت محدود و کوتاه می‌باشد و از ۱۲-۸ جلسه تشکیل شده است که ۳-۲ ساعت به طول می‌انجامد.

گروه درمان شناختی رفتاری بر ساخت، تمرکز و کسب مهارت‌های شناختی رفتاری تاکید دارد. هر یک از اعضا گروه در پیشبرد درمان مسئولیت دارند و بین جلسات تکالیفی را تعیین می‌کنند. نوع تکلیف با مشکلات تک تک افراد مراجع مطابقت داده می‌شود. هر یک از افراد می‌توانند از افکار خودجوش خود یادداشتی بردارند و ببینند چگونه این افکار با خلق و خوی آنها ارتباط دارد و یا تکلیفی رفتاری را در بر دارد که با اجتناب مبارزه می‌کند.

بررسی تکلیف، جزئی کلیدی از هر جلسه گروهی است و نمایانگر تفاوتی کلیدی بین درمان شناختی رفتاری گروهی و گروه درمانی تحلیل تبادلی است. از این لحاظ "فرایند سرد" کارکرد مراجع در خانه با "فرایند داغ" مشخصه گروه درمانی تبادلی جایگزین می‌شود. به عبارت دیگر، گروه بجای تمرکز روی کنش و تبادل در اینجا و اکنون، بر توصیف مراجع از کنش‌های خانگی متمرکز است. اندازه‌گیری ناراحتی و پیشرفت مراجع از طریق پرسشنامه‌های

خود گزارش دهی، بازخورد دائمی فراهم می‌کند یا از درمان حمایت می‌کند یا نشانگر آن است که نیاز به واقعیت‌درمانی است.

در درمان شناختی رفتاری گروهی از مجموعه‌ای از راهبردها و تکنیک‌ها با ترکیبات متنوع استفاده می‌شود. در باره این تکنیک‌ها و به کارگیری آنها با اعضای گروه صحبت می‌شود. این تکنیک‌ها مشکلات مراجع را به بخش‌هایی تقسیم می‌کنند و مانع از گرایش آنها به عمومیت دادن، بزرگ جلوه دادن و انحراف می‌شوند. مثلاً از مراجعین درخواست می‌شود تا موارد زیر را انجام دهند:

- افکار خودبخودی را ثبت کنند.
  - مانع از افکار خودکار شوند.
  - خلق و خو را کنترل کنند.
  - یک سلسله مراتب برانگیختگی ایجاد کنند.
  - فعالیت را هدایت کنند.
  - حل مسئله کنند.
  - تکنیک‌های آرمیدگی را بیاموزند.
  - ارزیابی توأم با خطر بکنند.
- در این گروه، کسب آموزش، از طریق آموزش روانی تربیتی، به شرح زیر انجام می‌گیرد:

- ۵ تا ۷ نفر، ۱۲ جلسه ۲/۵ ساعته
- جلسه پیش گروهی و پس گروهی فردی وجود دارد.
- هر جلسه دارای یک شروع برای طرح مشکل، یک مرحله میانی و یک مرحله مرور پایانی است.
- بر اهداف هر فرد مابین جلسات با استفاده از تکلیف، انگیزش‌های نقش در گروه و قرار دادن فرد در معرض منبع ایجاد اضطراب، متمرکز است.

- در جلسات آخر موانع عود مشکل، شناسایی، مبارزه، بازسازی افکار و اصلاح رفتار بررسی می‌گردد.

در درمان شناختی بازسازی اظهارات شخصی به بازسازی برابر در رفتار فرد منجر خواهد شد. ویژگی‌های رویکردهای شناختی شامل موارد زیر هستند: رابطه مشترک درمانگر - درمانجو، پربشانی روان شناختی حاصل آشفته‌گی‌هایی در فرآیندهای شناختی است، تمرکز بر تغییر شناخت‌ها برای تغییرات مطلوب در عاطفه رفتار، آموزشی، تاکید بر مشکلات خاص، تکلیف، واگذاری مسئولیت به درمانجو برای پذیرفتن نقش فعال در درمان و بیرون از آن می‌باشد. اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در مطالعات زیادی بر روی انواع مختلفی از بیماری‌های روانی گزارش شده است (دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، غرایبی، نوری قاسم آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، صابری زفرقندی، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳). شرح جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری و محتوای آنها در جدول ۱۷ آورده شده است.

جدول ۱۷- جلسه‌های گروه درمانی شناختی رفتاری

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و هدف گروه درمانی و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به همدیگر و بیان انتظاراتشان از همدیگر و بیان قواعد گروه
جلسه دوم	توضیح مدل ABC، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل سازی این باورها، تکلیف (شناسایی باورها و سنجش ارزشمندی آنها)

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، بیان و فهماندن تاثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توام با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی و خطای منطقی)، تکلیف (شناخت افکار و بررسی فرایند آنها)</p>	جلسه سوم
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، توضیح ارتباط افکار، باور و رفتار (پیامد رفتاری ناشی از باورها)، تکلیف (تمرین القای فکر و بررسی رفتارهای ایجاد شده)</p>	جلسه چهارم
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، فعال کردن بیمار (در ارتباط با هر فکر خودآیند بررسی کنید چه معنایی دارد؟ چرا اذیت می‌شوید؟ چرا بد به نظر می‌رسد؟)، تکلیف (توجه به افکار خودآیند خاص در موقعیت خاص و بدنال آن ایجاد هیجانات خاص)</p>	جلسه پنجم
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر باور و ارتباط آن با هیجانات، معرفی مختصر تحلیل باور (تحلیل عینی، تحلیل سودمندی، تحلیل منطقی)، تحلیل عینی باور به طور گسترده، تمرین کنترل یک احساس مثلا خشم بر اساس ABC، تکلیف (تغییر احساس از وقایع)</p>	جلسه ششم
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل منطقی و سودمندی رفتارها به طور گسترده، تعریف اصطلاحات مثل واژه‌های اصلی در باورها به صورت عینی، تکلیف (بیان دقیق و واضح مشکل)</p>	جلسه هفتم
<p>بررسی تکلیف جلسه گذشته، تمرین تغییر رفتار، تقویت افکار مثبت و نتیجه افکار منفی، تعیین قوانین امتحان و شواهد و حکم نهایی، تغییر پایدار</p>	جلسه هشتم

## درمان گروهی پذیرش و تعهد به عمل (Acceptance and Commitment (ACGT) Group Therapy

دکتر استیون هایز، استاد دپارتمان روان شناسی دانشگاه نوودا است. او ۳۴ کتاب نوشته و بیش از ۷۴۰ مقاله علمی دارد. او حرفه اش را بر تمرکز بر تحلیل زبان و شناخت انسان و کاربرد آنها برای فهم و تسکین رنج انسان‌ها قرار داده است. دکتر هایز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس مطالعاتی که انجام داده ارائه نموده است.

درمان پذیرش و تعهد به عمل ACT توسط هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) مطرح شد و نمونه‌ای از موج سوم مداخلات شناختی رفتاری است. طبق دیدگاه هایز افراد رنج می‌برند و آنها نه تنها درد دارند، بلکه رنج خیلی فراتر از آن است. انسان‌ها با انواع مختلف دردهای روان شناختی مانند افکار و هیجان‌های مشکل، خاطرات ناخوشایند، حساسیت‌ها و انگیزش‌های ناخواسته مبارزه می‌کنند. آنها در مورد آن فکر می‌کنند، نگران می‌شوند، منجر می‌شوند، از آنها می‌ترسند و پیش‌بینی شان می‌کنند و به انواع فعالیت‌ها متوسل می‌شوند تا از آنها اجتناب کنند. در همان زمان، انسان‌ها رشادت‌های بزرگ، دلسوزی عمیق، و توانایی قابل توجه برای به فراتر رفتن از گذشته شخصی سرشار از مشکل نشان می‌دهند. ما می‌دانیم که انسان‌ها می‌توانند به همدیگر آسیب برسانند، اما هنوز دیگران را دوست دارند. می‌دانیم آنها می‌میرند اما همیشه به آینده فکر می‌کنند و مراقب هستند.

رنج، واقعیت اساسی زندگی است و محدود به درد روان شناختی یا دردهای دیگر نیست؛ رنج فراتر از آنهاست. انسان‌ها تنها درد ندارند، آنها بر فراز خاطرات دردناک‌شان، هیجان‌های ناراحت کننده شان و خود ارزیابی‌های مشکل شان به خود می‌پیچند. افراد می‌خواهند رنج شان در زندگی در کمترین حد باشد. آنها به احساس بهتر ارزش می‌نهند، اما اندکی احساس بهتر ارزشمندی نمی‌کنند. یک زندگی خوب خیلی بیشتر از یک کمبود رنج ساده است. مردم می‌خواهند به خوبی زندگی کنند و بهترین اوقات را در این زمینه داشته باشند.

ACT دربارهٔ مشکل رنج بشر و فراتر از آن است. دربارهٔ رسیدن به فراتر از رنج کشیدن به اهداف بزرگتر زندگی افراد و کمک به آنها برای فعال‌تر شدن در زندگی واقعی است. ACT بر سوالات زیر تمرکز می‌کند: واقعاً در زندگی تان چه چیزی می‌خواهید؟ یا اگر شما در جهانی زندگی کنید که در آن می‌توانید در زندگی تان هر چیزی که می‌خواهید باشد چه خواهد بود؟

ACT، یک درمان رفتاری شناختی جدید است که توجه زیادی را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است و بر فرایندها و فنونی مثل ذهن آگاهی، پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش تاکید می‌کند. فرض اساسی ACT این است که رنج بردن بخش طبیعی و اجتناب‌ناپذیر تجارب انسان است و تلاش افراد برای کنترل یا اجتناب از تجارب دردناک منجر به این می‌شود که رنج کشیدن طولانی مدت و پایدارتر شود و توانایی افراد برای آماده و مهیا بودن در زندگی را محدود می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجتناب از درد یکی از فرایندهای دردسرساز مکرر و ثابت در علت شناسی افسردگی، مشکلات یادگیری و نیز تجربه حادثه آسیب‌زایی است که منجر به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. شواهد پژوهشی مؤید این ادعای متناقض‌نماست که تلاش برای تغییر افکار و احساسات ناخوشایند باعث می‌شود پایدارتر شوند. ACT، به افراد کمک می‌کند روش‌هایی را برای مبارزه با درد، ذهن آگاه‌تر بودن، شفافیت آنچه واقعاً به آنها اهمیت می‌دهند، و تعهد به زندگی کامل، یک زندگی پرطراوت و چالاک یاد بگیرند. هدف درمان رفع کردن بخش‌های خاصی از تجربه زندگی مان نیست، بلکه یادگیری تجربه کامل‌تر زندگی، بدون مبارزه و با تعهد و انرژی است.

فلسفه ACT بافت‌نگری عملکردی / بافت‌ارگرای عملکردی (Functional contextualism) است. ACT بر اساس نوعی پراگماتیسم شناخته شده تحت عنوان بافت‌نگری عملکردی استوار است. واحد اساسی تحلیل بافت‌نگری عملکردی عمل مداوم در بافت است. مؤلفه‌های اصلی بافت‌نگری عملکردی عبارتند از: (۱) تمرکز بر کل رویداد، (۲) حساسیت به نقش بافت در درک ذات و عملکرد یک رویداد، (۳) تأکید بر معیار

حقیقت عملگرا و ۴) اهداف علمی خاص است. ACT رویدادهای روانشناختی را به عنوان مجموعه‌ای از اعمال مداوم تعامل کل ارگانیزم با بافت‌هایی که تاریخچه‌ای و موقعیتی تعریف شده‌اند، می‌داند. ACT تلاش‌های پایدار برای کاهش یا گسترش کل اعمال به درون بخش‌های مولفه‌ها به عنوان یک راهبرد توضیحی (روشگر) است: آیا آن مولفه‌ها مادی هستند (برای مثال، بخش‌های مولفه ارگانیزم) یا بافتی (برای مثال، انگیزش به عنوان چیز فیزیکی بررسی شود). عملکردها و معناهای رفتار در تعامل هستند. رفع رفتارهای مشکل ساز مراجعان از طریق بافتی که در آن رویداد شرکت می‌کنند انجام می‌شود. معیار حقیقت تمام اشکال بافت نگر، کار موفق است اما آن در عوض نیازمند بیان روشن اهداف است. هدف بافت نگر عملکردی در پیش بینی و تاثیر اعمال مداوم کل ارگانیزم در تعامل با بافت‌های تاریخچه‌ای و موقعیتی تعریف شده است. پیش بینی و تأثیر به عنوان یک هدف خاص (تحلیل‌ها باید به انجام هر دو کمک کند) دیده می‌شود و به همین دلیل تحلیل بافتی عملکرد همیشه شامل متغیرهای بافتی است. انجام دادن یک هدفی که رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهد نیازمند دستکاری موفق رویدادهاست، و تنها متغیرهای بافتی به صورت مستقیم قابل دستکاری هستند. روش دیگر بیان شده تحلیلی است که تنها با متغیرهای وابسته روان شناختی سر و کار دارند (برای مثال، هیجان، افکار و عمل معلوم) هرگز نمی‌تواند مناسب باشد که در مقابل اهداف عملی بافت نگر عملکردی اندازه گرفته شوند.

همانطور که ذکر شد ACT مبتنی بر یک دیدگاه فلسفی به نام بافتارگرایی عملکردی (Functional contextualism) می‌باشد. پایه اساسی فلسفی برای تحلیل رفتار که بر روابط عملکردی بین رفتار و وقایع محیطی تاکید دارد. بافتارگرایی عملکردی ریشه در رفتارگرایی رادیکال اسکینر دارد، تاکید بر رابطه بین ارگانیزم و محیط در درون معرفت شناسی عملگرایانه، پایه فلسفی برای تحلیل رفتار، تاکید بر روابط عملکردی بین رفتار و رویدادهای محیطی، رویدادهای روانشناختی به صورت اعمال جاری کل ارگانیزم دیده می‌شود که در تعامل با بافت می‌باشد.

رویکرد ACT برای آسیب شناسی روانی و درمان آن، بر برنامه ۱۵ ساله تحقیق بنیادی بر فرایند رفتاری زیربنایی زبان و شناخت استوار است. ACT یک درمان رفتاری شناختی وابسته به زمینه می‌باشد و از نظریه چهارچوب رابطه‌ای/ارتباطی (RFT) Relational frame Theory مشتق شده است. یعنی تئوری اساسی و زیربنایی ACT نظریه چهارچوب ارتباطی است. به عبارت دیگر پایه نظریه ACT، نظریه چهارچوب رابطه‌ای می‌باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۱ به نقل از هافمن و آسمونسون، ۲۰۰۸). بر طبق نظریه چهارچوب ارتباطی، زبان و شناخت انسان هر دو وابسته به چهارچوب‌های ارتباطی هستند. وقتی ما فکر می‌کنیم، دلیل می‌آوریم با معنی صحبت می‌کنیم، یا با فهم و درک گوش می‌کنیم، آنها را با استنتاج روابط میان رویدادها انجام می‌دهیم. میان کلمات و رویدادها، میان کلمات و کلمات، میان رویدادها و رویدادها. به دلیل کیفیت التزام چهارچوب‌های رابطه‌ای، وقتی که انسان به صورت کلامی با رفتار خودش تعامل می‌کند، معنای روان شناختی سمبل کلامی و رفتار خودش می‌تواند تغییر کند. نظریه چهارچوب ارتباطی بحث می‌کند که خاصیت دو طرفه بودن است که خودآگاهی مفید را می‌سازد.

RFT از بافتار گرایی عملکردی مشتق شده است. RFT تحلیل رفتاری پس از اسکینر می‌باشد که بر نقش کارکردی زبان و فکر تاکید کرده و به کمک هیز و سایر پژوهشگران، تحلیل رفتاری در سراسر جهان شکل گرفت. RFT سعی دارد تا شناخت و زبان را درون یک چهارچوب تحلیل رفتاری یکپارچه کند یعنی شناخت را از دیدگاه تحلیل رفتاری یا بافتار عملکردی بررسی کند. بر طبق RFT شناخت‌ها قدرتشان را نه فقط توسط شکل یا فراوانی بلکه توسط بافتی که در آن رخ می‌دهند به دست می‌آورند. طبق RFT بافتارهای مسئله ساز شامل بافتارهایی هستند که در آن رویدادهای خصوصی نیازمند کنترل توضیح باور یا عدم باور می‌باشد، به جای اینکه این رویدادهای خصوصی تجربه شوند (هیز و همکاران ۲۰۰۴ به نقل از آسمونسون، ۲۰۰۸). بسیاری از مداخلات ACT بر اساس اصول RFT قرار داشته و برای تاثیرگذاری بر روی ویژگی‌های کارکردی و زمینه‌ای زبان و فکر طراحی شده‌اند.



انسان تمایل دارد تا جهان را از طریق زبان و شناخت ببیند و نمی‌تواند ببیند که جهان، افکار و احساساتش نیست (همجوشی شناختی). آسیب‌شناسی روانی نتیجه تمایل انسان به اجتناب از رویدادهای خصوصی که به طور منفی ارزیابی شده‌اند، می‌باشد. برای تعیین عملکردهای محرک‌ها لازم نیست مستقیماً با آنها تعامل داشته باشیم (وابستگی‌های شناختی). زبان با دامنه‌ای از افکار و احساسات بی‌زاری آور تماس دارد (برای مثال، خود انتقادی که به رفتارهای خود شکن منجر می‌شود تا از این رویدادهای بی‌زاری آور اجتناب کند).

چندین اصل RFT مستقیم با رشد رنج انسانی و آسیب‌شناسی روانی و مداخلات روانی ارتباط دارند: اصل اول، از نظر کارکردی جدا سازی کارکردهای زبان و فکر از زمینه بافتی که در آن ارگانیزم انسانی فعالیت می‌کند، مفید نیست. این فرایندها همچون دیگر رفتارهای انسان آموخته شده و به صورت دوجانبه تقویت و هدایت می‌شود. در RTF، زبان و فکر شکل خاصی از رفتارهای ارتباطی هستند که موجود انسانی را قادر می‌سازند که رویدادها را به صورت دوسویه و در ترکیب با هم قرار دهند، در حالی که تجربه مستقیم یک سویه می‌باشد. دومین اصل اساسی RFT این است که زمینه یا بافت زبان و فکر شامل ارتباطهای کلامی است که به صورت درونی و بیرونی ایجاد شده‌اند. زمینه برونی ارتباط کلامی است که شامل تمرین‌های کلامی فرهنگی انتقال داده شده می‌باشند (مانند زبانی که انگلیسی نامیده می‌شود آن چیزی است که شما صحبت می‌کنید)، پیامدها و تاثیر اجتماعی (نیاز است که با کمک یک سری کلمات توضیح دهید که چرا به یک نفر ضربه زدید و برای این عمل مجازات شدید) و تاثیر روابط بین فردی (اگر شما نتوانید دلیل اینکه چرا به یک نفر ضربه زدید را خوب توضیح دهید، تنبیه بدنی خواهید شد). وسیله اصلی انتقال فرهنگ کسب زبان و پالایش آن می‌باشد. سرانجام، زبان پنهانی و درونی به شکل تفکر تجربه می‌شود. زمینه درونی به صورت ارتباط بین فکر و تفکر کننده تجربه می‌شود. انسان‌ها توانایی کسب افکار، سنجیدن و ارزیابی افکار مختلف و عمل کردن بر اساس مجموعه‌ای از افکار را دارند. پیچیدگی مجموعه روابط مکمل در تعامل دو سویه ثابت با ارتباط کلامی نیازمند درگیر شدن در هزاران هزار

تبادل روزانه فکر و زبان بوده که بسیاری از آنها در زیر آگاهی هشیارانه قرار می‌گیرند. نتیجه این خواهد شد که انسان‌ها چنان به این فرایندهای سمبولیک وابسته خواهند شد که شناسایی آنها برای آنچه که هستند متوقف شده و روابط دلبخواهی با کمک محرک‌های کلامی ایجاد می‌شوند. وقتی که این مساله رخ می‌دهد، زبان و فکر چنان مسلط می‌شوند که سازگار شدن موجود زنده بر اساس ملزومات محیط متوقف شده و در عوض بازنمایی‌های سمبولیک محیط را کنترل می‌کنند. در ACT، این مساله به عنوان تسلط زبان و برتری زبان مورد اشاره قرار می‌گیرد. سومین اصل RFT این مساله است که ویژگی‌های کارکردی خاصی برای زبان و فکر وجود دارند که نه تنها برتری تکاملی فکر انسان را تبیین می‌کنند، بلکه همچنین سمت تاریک (Dark side) وجود را نیز تبیین می‌کنند. دوسوگرایی زبان انسان را قادر می‌سازد که با یادآوری کردن درد در گذشته یا پیش بینی آن در آینده در خود درد را ایجاد کند. به همین دلیل، انسان‌ها نمی‌توانند ناراحتی روانی شان را بوسیله فرار کردن از موقعیت‌های آزار دهنده کاهش دهند، از این رو در عوض تلاش می‌کنند که از هیجان‌ها اجتناب و یا آنها را اصلاح کنند. از این رو اجتناب هیجانی به وسیله زبان انسان ساخته می‌شود.

رفتار ارتباطی در عوض یک رفتار قانون مدار می‌باشد: فرمول بندی کلامی برای هدایت کردن رفتار انسان بوجود آمده است. رفتارهای قانون مدار بوسیله ویژگی کلامی وابستگی‌های شرطی بوجود می‌آیند. این فرم یادگیری عمدتاً پتانسیلی برای یادگیری قوانین مهم، بدون تجربه مستقیم آن قوانین و از طریق مشاهده دیگران، فراهم می‌کند.

به خاطر استفاده گسترده از قوانین، فراگیر بودن اثر رفتار هدف مدار، منطقی به نظر می‌رسد. به نظر می‌رسد که انسان‌ها انگیزه زیادی دارند که روابط را در چهارچوبی قرار دهند که این روابط منطقی به نظر برسند. صرف نظر از اینکه این روابط درست شکل بندی شده اند یا نه، انسان‌ها این نوع طبقه مفهومی را شکل می‌دهند. در ACT از این مساله به عنوان "زمینه استدلالی" یاد می‌شود.

ACT بیان می‌دارد که رنج و بد کارکردی از قوانین رسمی و فرهنگی ناموثر برای رو به رو شدن با تجارب ناتوان کننده ناشی می‌شود. بطور متناقض، استفاده از راهبردهای کنترل و حذف منجر به رنج بیشتر و فقدان کنترل بیشتر بر روی نشانگانی می‌شود که قصد حذف آنها را داریم. به طور خاص، شخصی که میل کمتری به داشتن تجربیات خصوصی مشکل زا دارد، بیشتر آن را تجربه می‌کند. راهبردهای طبیعی و نرمال که بیشتر مردم برای مورد بررسی قرار دادن رنج‌ها و دردها بکار می‌برند، اغلب منجر به درد و رنج بیشتری می‌شود. مراجعان بخاطر این مساله که دچار شکست شده‌اند در درمان شرکت نمی‌کنند، بلکه به این دلیل در درمان شرکت می‌کنند که آنها در دستورالعمل‌های اجتماعی تجویز شده برای آنها که غیر کارکردی بوده، گیر افتاده‌اند.

دستورالعمل‌های فرهنگی به وسیله رفتارهای قانون مدار اساسی حمایت می‌شوند که به صورت نرمال در دامنه هشیاری مراجع قرار نمی‌گیرند. در ACT، این پاسخ‌های غیر کارکردی اساسی به صورت مدل FEAR رنج توصیف می‌شوند:

**هم جوشی (Fusion):** تمایل انسان‌ها به یکی شدن با تجربیات خصوصی شان منجر به مشکل عینیت می‌شود. عینیت به این معنی است که تمایز بین فعالیت سمبولیک و رویدادی که به عنوان مرجع عمل می‌کند، از بین رفته است.

**ارزیابی (Evaluation):** تمایل انسان‌ها به طبقه بندی و نسبت دادن ویژگی‌ها به مرجع می‌باشد، انگار که آنها ویژگی اولیه مرجع هستند. مثال‌هایی از موضوعات ارزیابی مهم در آسیب شناسی و رنج انسان‌ها، خوب-بد، غلط-اشتباه و انصاف-بی انصافی هستند. در طی فرایند هم جوشی، ارزیابی‌ها را نمی‌توان از رویدادهای ارزشمند مورد توجه، جدا کرد.

**اجتناب (Avoidant):** به علت تاثیر دو سویه و رفتار هدف مدار، انسان‌ها تمایل دارند که از ماشه چکان‌های موقعیتی یا تجسمی بخاطر پیامدهای ناگوارشان اجتناب کنند. به طور متناقض، این نوع از اجتناب تجربی ممکن است محرک تجربیات خصوصی ناخواسته و ترسناک مانند افکار، خاطرات و حس‌های بدنی شوند.

**دلیل پردازی (Reason giving):** تمایل برای توضیح علل ایجاد شکل‌های خاص رفتار و تجربیات خصوصی را دلیل پردازی می‌گویند. در اصل، زمینه فرهنگی فکر و زبان به انسان‌ها آموزش می‌دهد که دلایل اجتماعی قانونی برای رفتار، به خصوص رفتار خارج از هنجار اجتماعی مهم هستند.

هدف ACT این است که چند موضوع مهم را به انجام رساند. اول اینکه به مراجع کمک کند تا به جای تبعیت از قوانین، پاسخ‌های مفیدتری را برای چالش‌های زندگی با کمک تجربه مستقیم فراهم سازد. دومین مساله این است که راهبردهای کنترل و حذف منجر به رنج می‌شوند. سومین مساله اساسی این موضوع است که پذیرش و میل راهبردهای جایگزین بهتری نسبت به چالش، کنترل و حذف هستند. چهارمین مساله این است که پذیرش بوسیله یادگیری جدا کردن خود از اثرات قانون مدار زبان و فکر ایجاد می‌شوند. پنجمین مساله این است که خود تغییر ناپذیر و اساسی که به عنوان خود هشیار می‌باشد در جایی قرار دارد که پذیرش و تعهد به عمل در آنجا رخ می‌دهد. نتیجه نهایی این است که جاده با معنی و سرزنده زندگی سفری را شامل می‌شود که انتخاب اعمال با ارزش در نهایت در خدمت یک زندگی با ارزش هدفمند باشد.

ACT تلاش دارد که تردید و شک سالم را در مورد نقش زبان و فکر در کنترل کردن محتوای شخصی منفی بوجود آورد. درمانگر ACT از تمرین‌های بدنی، استعاره‌ها، تصاویر و کلمات به صورتی استفاده می‌کند که اعتماد مراجع به استفاده از زبان و فکر را کاهش داده و زیر سوال می‌برد.

موضوعات هسته‌ای در اینجا به عنوان مراحل توصیف می‌شوند، زیرا که یک مجموعه دلیل و منطق وجود دارد که نشان می‌دهند که چگونه می‌توان رنج‌های انسان را ایجاد و در نتیجه آن را به کمک ACT درمان و از بین برد.

**الف- مرحله موضوعی اول: ناامیدی خلاق (Creative hopelessness):** هدف ناامیدی خلاق کمک به مراجع است تا متوجه شود که دستورالعمل‌های تغییر فرهنگی کاربردی نیستند و به

درد نمی‌خورند. دستورالعمل تغییر که مراجع نوعاً به جلسه درمان می‌آورد تعیین علت درد و رنج و سپس برطرف کردن علت بوده است که در نهایت مشکل از بین می‌رود. مراجع یک سری راهبردهای یکسان را بارها به کار برده، اگرچه بارها غیر کارکردی بودن آنها تایید شده است. در ACT، درمانگر احتمالاً سوال می‌کند که "شما به کدام معتقد هستید؟ ذهن یا تجربه". اغلب، هدف بالینی این مرحله آن است که مراجع استفاده از راهبردهایی را که کارکردی نیستند، متوقف کنند. همزمان، درمانگر تلاش می‌کند تا آمادگی برای دیدن مشکل در زمینه بزرگتر را بوجود آورد.

**ب- مرحله موضوعی دوم: کنترل یک راه حل نیست، بلکه در واقع خود مشکل ساز است.**  
در این مدل موضوعی، مراجع با ماهیت متعارض و غیر کارکردی راهبردهای کنترل و حذف و اجتناب از تجربه و همچنین ماهیت دوری‌گزینی از تجربیات دردناک مواجه می‌شوند. مراجع بوسیله استعاره، داستان و تمرین‌های عملی با ماهیت اصلی راهبردهای کنترل و حذف مواجه می‌شود: با تلاش بیشتر برای کنترل کردن محتوای ناخوشایند، محتوای ناخوشایند بیشتری روی می‌دهند. در این مرحله، اثرات منفی اجتناب عملی برای مراجع تشریح می‌شود. همچنین، مراجع این مساله را ارزیابی می‌کند که آیا اجتناب کردن در خدمت افزایش رویدادهای روانی مثبت یا کاهش رویدادهای منفی روانی قرار داشته است یا نه؟ بطور کلی، مفهوم میل یا گرایش (Willingness) به عنوان جایگزین کنترل، حذف و اجتناب به مراجع آموخته می‌شود. میل انتخاب کردن داشتن مضامین خصوصی منفی و ناخوشایند در سطح آگاهانه بوده بدون اینکه فرد بخواهد آنها را مورد ارزیابی یا چالش قرار دهد. اغلب از مراجعان خواسته می‌شود که برگه "میل-رنج-کاربردی بودن" را تکمیل کنند زیرا به آنها اجازه می‌دهد تا اطلاعات لازم را در مورد ارتباط بین سطوح میل، میزان رنج و کاربردی بودن استفاده از میل در زندگیشان بدست آورند.

**پ- سطح موضوعی سوم: خنثی کردن (Defusing) هم جوشی شناختی: مراجعان زمانی که تجربیات مستقیم، بازنمایی‌های تجربیات مستقیم، افکار، احساسات و غیره را معادل هم قرار می‌دهند، دچار رنج می‌شوند. آنها در مازهای تجربیات خصوصی که در آن جدا کردن**

تجربیات واقعی از بازنمایی‌های آنها مشکل شده است، گم شده اند. هدف این سطح آن است که به مراجع کمک کند تا از معنی تجربیات خصوصی فاصله گرفته و در عوض آنها را به عنوان تجربیات خصوصی جدا از خود واقعی ببینند. این هدف بسیار اساسی بوده زیرا که برای مراجعان خیلی مشکل است که شکل‌های منفی و تحریک آمیز تجربیات خصوصی را بدون دیدن این تجربیات از دید یک ناظر بیرونی، بپذیرند. ACT دامنه وسیعی از راهبردهای خنثی سازی را در این سطح بکار می‌برد. این راهبردها به مراجعان اجازه می‌دهد که افکار را به عنوان افکار، احساس را احساس، علل را علل و ارزیابی‌ها را ارزیابی ببینند. نتیجه این خواهد بود که مراجعان هم جوشی را خنثی می‌سازند. یک مجموعه استعاره‌ها، داستان‌ها و تجربیات عملی به کار برده شده تا چسبندگی به هیجان‌ها، شناخت، حافظه و دیگر بازنمایی‌های خصوصی تجربیات مورد هجوم قرار گرفته و آنها از بین بروند.

**ت- سطح موضوعی چهارم: خود به عنوان محتوا، خود به عنوان زمینه:** پذیرش ممکن است زمانی رخ دهد که یک نقطه غیرقابل تردید و بدوت شک برای مشاهده و جای دادن محتوای خصوصی منفی و ناتوان کننده وجود داشته باشد. مشابه شکل‌های مختلف و متنوع مراقبه، ACT کوشش می‌کند تا به مراجع کمک کند حس از خود را در سطحی بزرگتر از تجربه محصولات رفتار ذهن قرار دهد. در ACT، سه نوع خود وجود دارد:

۱- خود به عنوان محتوای مفهومی که مشابه خود مفهومی می‌باشد. این خود ارزیابی کلامی خلاصه شده‌ای از ویژگی‌ها و صفات می‌باشند (مانند من همیشه از دعوا کردن متنفر هستم). این نوع خود کاملاً غیر منعطف و سخت بوده و در درمان بطور مداوم مشکل ایجاد می‌کنند. بسیاری از مراجعان علیرغم محتوای منفی این خود، از آن دفاع می‌کنند.

۲- خود به عنوان فرایند در حال تکامل و پیوسته که توانایی گزارش کردن وضعیت‌های خلقی موجود، تحلیل‌های کلامی و محصولات دیگر تجربه مستقیم را دارا می‌باشد. این شکل خود برای سلامت روانی ضروری هستند. این خود وسیله‌ای برای تجربه کردن آن چیزی است

که از آن به عنوان تجربه "اینجا و اکنون" یاد می‌شود. اجتناب از این شکل خود منجر به ایجاد شکل‌های اساسی و شدید آسیب‌های روانی می‌شوند.

۳- خود به عنوان زمینه، اساسی‌ترین شکل خود ممکن می‌باشد. این خود، خود آگاه و هشیار بوده و بر خلاف خودهای دیگر شخصیت، غیر قابل تغییر می‌باشد. خود زمینه‌ای، خودی است که همه رویدادهای خصوصی به آن ارجاع داده می‌شود. یادگیری ارتباط برقرار کردن با این شکل از خود، مهارتی است که با تمرین بدست می‌آید. در نتیجه ACT دامنه وسیعی از تمرین‌های مراقبه، آگاهی و حضور ذهن را برای ارتباط برقرار کردن با این خود بکار می‌برد.

ث- سطح موضوعی پنجم: میل به عنوان عمل انتخاب شده: در سطح قبلی ACT، میل به عنوان آگاهی بدون قضاوت از محتوای خصوصی ناراحت کننده تعریف گردید. اما، شکل اساسی تری از میل وجود دارد که برای ACT اساسی و مرکزی می‌باشد. میل به عمل، برگزیدن و انتخاب وارد شدن به فعالیت‌های با ارزش زندگی با این آگاهی ویژه می‌باشد که با این عمل پاسخ‌های خصوصی ترسناک فعال خواهند شد. این "غول‌ها" (Monsters) عموماً با رفتارهای اجتنابی، حذف و کنترل همراه هستند که قبلاً مراجع در آنها گیر افتاده است. این شکل از میل عملی کیفی است که به جای دلیل یا توجیه کردن به کمک انتخاب شکل می‌گیرد. انتخاب مفهومی اساسی در ACT می‌باشد. انتخاب شکلی از داوطلب بودن می‌باشد. تعداد متنوعی از تمرین‌های ACT برای آموزش دادن به مراجعان بکار برده می‌شوند تا به این مساله واقف شوند که میل هم یک عمل انتخابی و هم بدون شک محلی برای تجربیات ترسناک می‌باشد. انتخاب میل برای کسانی که دارای هم جوشی شدید و حس از خود ضعیف می‌باشند، دشوار می‌باشد.

ج- سطح موضوعی ششم: ارزش‌ها، اهداف و تعهد به عمل: گرچه ACT بطور عمده بر روی ابطال کردن رفتارهای هدف مدار ناموثر متمرکز شده است، این مساله فقط زمانی اهمیت دارد که منجر به زندگی سرزنده‌تر و هدفمندتر شود. برای نیل به زندگی سرزنده‌تر باید تعهد

به عمل داشته و به کمک آن اهدافی را که منجر به نتایج ارزشمندتر می‌شوند، دنبال کرد. ACT تلاش می‌کند که تعهد به عمل را به عنوان نقطه جهش (Jump start) در نظر بگیرد که این مساله با کمک کردن به مراجع برای تعریف کردن ارزش‌های زندگی اساسی، اهداف مرتبط و بوجود آوردن تعهد به اعمال خاص شکل می‌گیرد.

چندین نکته ظریف و مهم برای شکل دادن تعهد به عمل اساسی هستند: اول اینکه کمک کردن به مراجع تا بین ارزش‌ها به عنوان فرایند و ارزش‌ها به عنوان نتایج تمایز قائل شود. ACT چندین تمرین مهم را برای آموزش به مراجع بکار می‌برد تا تعهد به عمل را به عنوان سفر نه به عنوان مقصد در نظر بگیرد. اصل اساسی ACT این است که "اهداف فرایندی هستند که به وسیله آنها فرایند به هدف تبدیل می‌شود". سرزندگی بوسیله جستجوی هدف نه دست یابی به نتایج هدفمند بدست می‌آیند. موضوع مهم دوم این است که به مراجع باید آموزش داد تا بتواند داستانی را خلق کند که در آن توضیح دهد که چرا دست یابی به هدف و سرزندگی غیر ممکن است. این داستان تاریخچه شخصی آسیب‌های مراجع و علت نیاز به نگهداشتن بدکار کردی و اشتباهات مراجع را نیز نشان می‌دهد.

مراجع مجبور است که به خاطر دنبال کردن سرزندگی، احساس‌های مربوط به آسیب، گناه و شرم را رها سازد. در ACT این مساله به این صورت بیان می‌شود که "قبل از حس گناه باید به مراجع حس گذشت و عطفوت را یاد داد".

هدف کلی ACT افزایش پذیرش افکار و احساسات ناخواسته و به کارگیری اعمالی است که منجر به بهبود زندگی شود به طور اختصاصی تر هدف ACT تضعیف اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance) می‌باشد. اجتناب تجربه‌ای یعنی عدم تمایل به تجربه، احساسات، افکار و حس‌های بدنی که به طور منفی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. افرادی که سطوح بالایی از اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهند از سرکوبی اجتناب و تاکتیک‌های کنترل برای مدیریت تجربه‌های هیجانی استفاده می‌کنند (هافمن و آسمونرسون، ۲۰۰۸). بر طبق این مفهوم پردازی، ACT درک مفیدی از آسیب شناسی روانی بر اساس اجتناب تجربی



مخرب فراهم کرده است. اجتناب تجربی مخرب در مواردی رخ می‌دهد که تنظیم افکار و رویدادهای خصوصی دیگر (هیجان‌ها، خاطرات و احساسات بدنی) در نهایت شخص را در عمل کردن در جهت یک مسیر با ارزش محدود می‌کند. نقش کلیدی اجتناب تجربی مخرب در بسیاری از اختلالات و مشکلات روانی انسان آن ثابت شده است (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال، ۱۹۹۶؛ لوسیانو و هیز، ۲۰۰۱؛ تورنکه، لوسیانو، والدیویا سالاس، ۲۰۰۸).

ACT برای تضعیف اجتناب تجربه‌ای از تکنیک‌هایی استفاده می‌کند که در نهایت به انعطاف‌پذیری روانشناختی (Psychological flexibility) منجر شود. انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی برای انتخاب رفتاری - در چهارچوب بافتار شخص - تا وی قادر باشد ارزش‌های زندگی را انتخاب کند (هیز و استروسال، ۲۰۰۵).

مفاهیم ACT شامل موارد زیر هستند:

- **ذهن آگاهی:** ذهن آگاهی، یعنی آگاهانه به بار آوردن آگاهی به تجربه اکنون و اینجا با بازبودن، علاقه و پذیرش (هریس، ۲۰۰۶). ذهن آگاهی، زندگی در لحظه حاضر، درگیری کامل با آنچه در حال انجام آن هستید، توجه به احساساتی که می‌آیند و می‌روند (بدون تلاش برای کنترل شان) است.

- **اجتناب می‌تواند بد باشد:** گرایش طبیعی بشر اجتناب از مشکلات است و مشکل چیزی است که ما نمی‌خواهیم. راه حل، کشف کردن رهایی یا اجتناب از آن است. برای مثال، داشتن پنجره بیرونی برای خودتان تا از طریق آن بتوانید رها شوید مثل فعالیت‌ها و فراخوانی قدرت‌ها.

"باران و برف می‌بارد، نمی‌توانید جلویش را بگیرید اما می‌توانید از آن اجتناب کنید".

اجتناب کردن از مشکلات و یا رها شدن از آن وقتی که انواع خاصی از مشکلات وجود دارند، واقعاً موثر است اما آنها وقتی افکار، احساسات، حساسیت‌ها و خاطرات وجود دارند، به خوبی عمل نمی‌کنند. برای مثال، هر کسی اضطرابی دارد اما افراد وقتی تشخیص اضطراب داده می‌شوند که زندگی شان حول کنترل اضطراب می‌گردد. اختلال پانیک، اضطراب درباره

اضطراب اجتناب از مکان‌هایی است که می‌تواند منجر به حمله پانیک شود و یا اختلال وسواسی اجباری، تشریفات دقیق و استادانه برای رهایی از اضطراب است. هدف ACT کاهش نشانه‌ها نیست بلکه کاهش نشانه نتیجه فرعی درمان است. هدف درمان ایجاد یک زندگی غنی و معنی دار همراه با پذیرش دردهایی است که همواره در زندگی وجود دارند. نوع خاصی از تغییر رفتار که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می‌شود.

- **انعطاف پذیری روان شناختی:** توانایی برای تماس با لحظه حال به طور کامل به عنوان یک انسان آگاه بودن و تغییر یا پافشاری (ایستادگی) در رفتار وقتی انجام آن نتیجه با ارزش می‌دهد. برای مثال فوبی مار، وقتی شخصی در مکانی قرار می‌گیرد که مار وجود دارد، ۳ تاثیر بر او دارد: (۱) تنش و برانگیختگی، (۲) اجتناب و (۳) فرونشانی پاسخ‌های دیگر. بعد از مواجهه، شخصی که از مار ترسیده است دامنه‌ای از رفتارها در او وجود خواهد داشت.

"ما می‌دانیم که انسان‌ها می‌توانند به همدیگر آسیب برسانند، اما هنوز دیگران را دوست دارند. می‌دانیم آنها سرانجام می‌میرند، اما همیشه به آینده فکر می‌کنند و مراقب هستند".

ACT، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می‌شوند. در این فرایندها به افراد آموخته می‌شود چگونه دست از بازداری فکر بردارند و با افکار مزاحم آمیخته نشوند که در نهایت باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند. فرایندهای خاص و تکنیک‌هایی که برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به کار می‌رود عبارتند از موارد زیر:

۱- پذیرش (Acceptance)

۲- گسترش شناختی (Cognitive defusion)

۳- تماس با حال حاضر (Being present)

۴- خود به صورت یک بافتار (Self as a context)

۵- ارزش‌ها (Values)

۶- عمل متعهدانه (Committed action) (هیز و همکاران ۲۰۰۶).

۱- پذیرش: ساختن خانه‌ای برای حساسیت‌ها، احساسات، انگیزش‌ها، تفکرات و غیره است. اجازه به آنها تا اینکه بیایند و بروند بدون تلاش برای کنترل آنها. پذیرش تسلیم یا تحمل نیست. شما مجبور نیستید چیزی را که دوست ندارید بپذیرید. بیماران یاد می‌گیرند تا افکار و احساسات خود مانند اضطراب، درد و گناه را بپذیرند تا بتوانند اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهند. بیماران به جای اینکه با این افکار و احساسات خود کشمکش کنند و یا بخواهند آنها را تغییر دهند یا حذف کنند، افکار و احساسات خود را هرچند که دردناک باشد بپذیرند. بیمار یاد می‌گیرد که اقدامات قبلی برای کنترل تجربیات ناخواسته مفید نبوده است و برخی اوقات منجر به ناامیدی سازنده شده است. در اینجا درمانگر با نشان دادن این مدل که تلاش برای کنترل تجربیات درونی مساله ساز است و منجر به ناامیدی می‌شود، از استعاره باتلاق شنی استفاده می‌کند تا بیمار بفهمد هرگونه مبارزه برای کنترل تجربیات درونی محکوم به شکست بوده و مشکل را وخیم‌تر می‌سازد. پذیرش تجربیات درونی بدون اینکه کنترل یا اجتنابی در مورد این تجربیات صورت گیرد (استعاره طناب کشی با غول). پذیرش یعنی بیمار همه تجربیات درونی ناراحت کننده اش را به طور کامل بپذیرد و هیچ گونه دفاعی برای کنترل و یا اجتناب از ایمنی تجربیات انجام ندهد (هیز و همکاران ۱۹۹۹ به نقل از فورمن و همکاران ۲۰۰۸) (مثال: بیماران مضطرب یاد می‌گیرند تا اضطراب خودشان را صرفاً به صورت یک احساس تجربه کنند).

۲- تماس با حال حاضر (ارتباط با زمان حال): آگاهی از اینجا و اکنون، تجربه کردن با باز بودن، علاقه و پذیرش. درمانگر بیمار را تشویق می‌کند تا بدون هیچ قضاوتی با رویدادهای محیطی برخورد کند. یعنی رویدادهای درونی و بیرونی را همانگونه که اتفاق می‌افتند تجربه کنند. برای مثال بیماران یاد می‌گیرند تا افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودشان را مانند جریان رودخانه‌ای در نظر بگیرند. شخص در مورد هر یک از این تجربیات خصوصی آگاه می‌شود. در اینجا از زبان فقط برای توصیف و توضیح پدیده‌ها استفاده می‌شود نه قضاوت یا پیش بینی آنها. تجربه هشیارانه رویدادهای درونی و بیرونی همانطور که آنها رخ می‌دهند بدون

هیچ گونه قضاوتی. تماس با چیزی که در حال حاضر رخ می دهد بدون ارزیابی شناختی در مورد این رویدادها و دیدن چیزی که در حال حاضر تجربه می شود (فرایند) و شما هستید که می بینید (بافتار).

۳- **گسلش شناختی:** یادگیری روش هایی برای کاهش تمایل به جسمیت دادن به افکار، احساسات، تصورات و خیالات. طبق این مفهوم فکرها فقط فکر هستند، مراقب آنها باشید و آنچه را که موثر است انجام دهید، نه ضرورتاً آنچه که افکار می گویند. گسل شناختی یعنی با یک ذهن باز و نقادانه به مسایل زندگی نگاه کردن. گسلش شناختی عبارت است از توانایی به تعویق انداختن یا فاصله گرفتن شخص از افکار خودش به شیوه ای که قادر باشد تا مستقل از افکارش عمل کند. بیمار افکارش را صرفاً به صورت فکر می بیند در اینجا شیوه تعامل شخص با افکارش را با ایجاد بافتارهایی که در آن عملکردهای غیر مفید کاهش می یابد، تغییر می یابد (مثال بیمار به جای اینکه بگوید من خوب نیستم، بگوید این جمله ها صرفاً فقط یک فکر است. به جای اینکه بیمار غرق در تجربیات خودش شود این افکار منفی خود را صرفاً به صورت یک فکر ببیند. اصلاح شیوه ای را که افکار تجربه می شوند تا کمتر بر رفتار ما تاثیر داشته باشند. یاد بگیریم تا افکارمان را صرفاً به صورت افکار ببینیم نه یک واقعیت محض (استعاره عینک آفتابی) و تغییر دادن قواعد کلامی که باعث همجوشی می شود (استفاده از حرف " و " نه " اما").

۴- **خود به صورت بافتار (دیدن خود به عنوان زمینه):** دسترسی به حس متعالی از خود و تداوم آگاهی است. مراجعان معمولاً افکار، احساسات و قضاوت های زودگذر درباره خودشان را با خودشان اشتباه می گیرند. هدف در چنین موقعیتی این است که تفاوت بین آنچه که دیده می شود و فرد آگاهی که می بیند، تجربه شود. هدف ACT این است که وابستگی به خود مفهوم سازی شده (Conceptualized self) را در شخص کاهش دهد. خود مفهوم سازی شده نوعی روایت کلامی است؛ ما درباره خودمان، اینکه چیزی هستیم، چه کسی هستیم، می سازیم. مثلاً داستانی شبیه به این: « وقتی بچه بودم بچه ها خیلی بد با من رفتار می کردند و بنابراین الان

من نمی‌توانم با افراد رابطه برقرار کنم» و این احتمالاً منجر به انزوا خواهد شد و وابستگی به چنین خود مفهوم سازی شده‌ای باعث عدم کفایت اجتماعی می‌شود. خود به صورت بافتار یعنی دریافتی از خود به صورت یک کانون یا دیدگاهی که برای شخص جنبه‌های معنوی و متعالی را با انسان‌های دیگر فراهم می‌سازد. خود به صورت بافتار مهم است زیرا از این طریق شخص می‌تواند از جریان تجربیاتش آگاه شود بدون اینکه به این تجربیات وابستگی داشته باشد و همینطور زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا تجربیات خاصی در آن رخ دهد. خود یک مشاهده‌گر و بافتاری است که تجربیات در آن رخ می‌دهند. ایجاد فضایی بین مشاهده‌گر و چیزی که مشاهده می‌شود. تمایز بین شخص به عنوان مکان تجربیات هیجانی نه بخشی از این تجربیات. صرف تجربه، شما فقط افکار، هیجانات، خاطرات و نقش‌ها نیستید.

۵- ارزش‌ها: کشف مهم ترین چیزها برای فرد در زندگی. هدف این است که به مراجع کمک شود معنی دار و غنی زندگی کند که بر اساس ارزش‌های شخصی افراد استوار است. حوزه ارزش‌ها شامل روابط خانوادگی، روابط اجتماعی/دوستان، روابط عاشقانه/ازدواج، شغل/حرفه، تحصیلات، تفریح/لذت، معنویت/مذهب، جامعه/شهروندی و سلامتی/بهبودی جسمی است. اهمیت ارزش‌ها از این جهت است که مراجعان اغلب به دنبال درمان می‌آیند زیرا آنها به نوعی زندگی نمی‌کنند که می‌خواهند زندگی کنند. افزایش انعطاف پذیری روان شناختی از آن وجه مهم است که مراجعان بتوانند بر طبق ارزش‌هایشان زندگی کنند. یعنی بیمار فرایندهای کلامی را که منجر به انتخاب‌هایی بر اساس پذیرش اجتماعی، اجتناب یا هم جوشی با دیگران بوده کنار بگذارد و به جای آن ارزش‌های شخصی مهم خود را شناسایی و مشخص کند و این ارزش‌ها را به درون اهداف رفتاری بخصوصی انتقال دهد. اهداف یعنی نقاط عطف دست یافتنی مانند درخواست یک شغل درحالی که ارزش‌ها آرزوهای هدایت کننده هستند مانند داشتن یک شغل خوب. بنابراین بیمار باید بتواند دستورالعمل‌هایی را در حوزه‌های مختلف زندگی مثل خانواده، شغل، معنویت و غیره اتخاذ و انتخاب کند. ارزش‌ها کیفیت‌هایی از زندگی هستند که لحظه به لحظه انتخاب می‌شوند اما هیچ وقت به عنوان یک

ابژه قابل دسترسی نیستند. ارزش‌ها چیزهایی هستند که میل داریم تا برای آن کار کنیم (مراقبت یا مادری کردن). تعریف و مشخص کردن ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف (دوستان، خانواده، شغل، معنویت و...). بیمار توجهش را از اهداف ناکارآمد (کنترل تجربیات درونی) به سمت اعمالی که برای وی معنا دار بوده و دوست دارد زندگی اش بر پایه آن باشد، سوق دهد (استعاره حباب در مسیر).

مراحل کار با ارزش‌ها در ACT شامل موارد زیر هستند: ۱) تعریف ارزش‌های زندگی، ۲) تعریف فعالیت‌های زندگی و ۳) مقابله با موانع زندگی با ارزش. برای مثال، زنی با اختلال پانیک با آگروفوبیا تشخیص داده می‌شود. ارزش مهم او در زندگی والدگری و والدی خوب بودن است. دختر این زن به زودی از دبیرستان فارغ التحصیل خواهد شد و او خیلی دوست دارد در جشن فارغ التحصیلی دخترش شرکت کند. اما او از داشتن حمله پانیک در تالار بزرگی که جشن فارغ التحصیلی در آنجا برگزار می‌شود می‌ترسد. اگر او برای اجتناب از حمله پانیک در جشن فارغ التحصیلی شرکت نکند، طبق ارزش‌اش در زندگی یعنی والدگری و والدی خوب بودن خود زندگی نکرده است. در این موقعیت درمان درباره چگونگی رهایی از حملات پانیک این مادر نیست بلکه، درمان درباره این است که او چگونه در جشن فارغ التحصیلی دخترش باشد، در مواجهه با حملات پانیک (مواجهه همراه با انعطاف پذیری روان شناختی).

۶- **عمل متعهدانه:** هدف گذاری طبق ارزش‌ها و پذیرش مسئولیت‌ها نسبت به آنها. استفاده از روش‌های رفتاری مثل مواجهه شکل‌دهی و کسب مهارت‌ها تا شخص بتواند اعمالی را به سمت اهداف و ارزش‌هایش در بافتار پذیرش تجربه‌ای انجام دهد. تمرکز بر تغییر رفتار و شبیه رفتار درمانی است. کاهش تاثیر تجربیات درونی بر اعمال فرد و اهداف و رفتارها در خدمت ارزش‌ها است نه کنترل رویدادهای خصوصی (استعاره لجن‌زار).

همانطور که ملاحظه شد ACT به‌عنوان یک مداخله‌ی روانشناختی مبتنی بر روانشناسی رفتار مدرن می‌باشد که در برگیرنده RFT ذهن آگاهی فرایندهای پذیرش و تعهد و فرایندهای تغییر رفتار برای ایجاد و گسترش انعطاف پذیری روانشناختی است. بر خلاف

درمان شناختی رفتاری که به محتوی افکار می‌پردازد، هدف ACT تغییر و اصلاح عملکرد شناخت‌ها و افکار می‌باشد. هدف ACT انعطاف‌پذیری روانشناختی است ولی هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح محتوی شناخت‌های ناکارآمد و کاهش علایم می‌باشد (هیز و همکاران ۲۰۰۶). انعطاف‌پذیری روانشناختی فرایند تماس با حال حاضر بطور کامل بعنوان انسان‌هشیاری که رفتار را در خدمت ارزش‌های انتخاب شده‌اش، تغییر می‌دهد. بطور خلاصه هدف ACT این است که بیماران پذیرش بیشتری نسبت به تجربیات درونی خود داشته باشند و تعهد خود را در انتخاب رفتارهایی برای بهبود حوزه‌های مختلف زندگی افزایش دهند. این تعهد نسبت به رفتارهایی می‌باشد که با ارزش‌های آنها هماهنگ است.

مدل آسیب‌شناسی روانی ACT به شرح زیر می‌باشد:

۱- اجتناب تجربی (کنترل تجربی): تلاش برای کنترل یا تغییر و اصلاح شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی تجارب درونی (افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی) که بطور منفی ارزیابی شده‌اند.

۲- همجواری شناختی شامل:

- ادغام معنی افکار با رویدادهای واقعی که در مورد آنها فکر می‌کنیم.

- ما جریان افکارمان را می‌بینیم.

- ما "از" افکارمان نگاه می‌کنیم نه "به" آنها.

۳- غلبه گذشته و آینده‌ی مفهوم سازی شده؛ دانش خود محدود شده شامل:

- تمرکز بر گذشته و آینده و عدم توجه به زمان حال حاضر

- رفتارهای ما، توسط داستان‌های گذشته زندگی مان برنامه‌ریزی می‌شود و ما به تکرار این چیزها ادامه می‌دهیم.

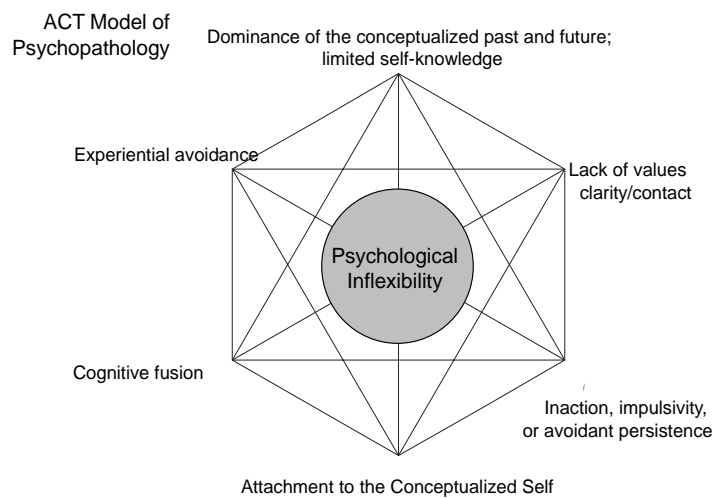
- داستان‌های ما در مورد گذشته و نگرانی‌های ما در مورد آینده بر ما غالب می‌شود.

۴- وابستگی به خود مفهوم سازی شده شامل:

- خود مفهوم سازی شده، روایت‌های کلامی هستند که ما در مورد خودمان می‌سازیم.

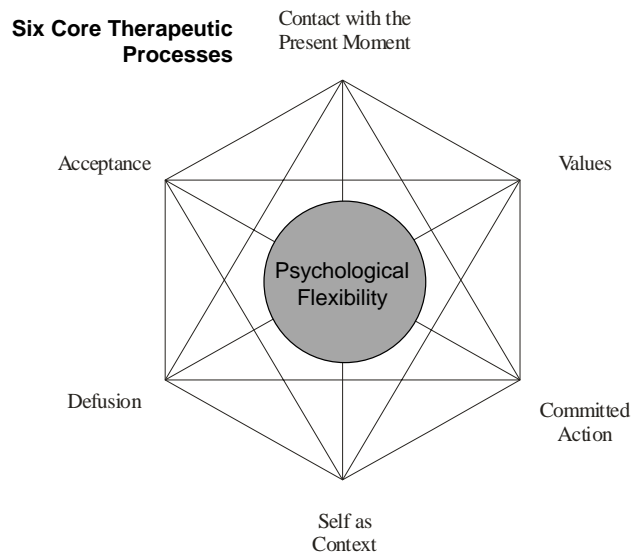
- این داستان‌ها به قدری واقعی به نظر می‌رسند که راه‌های خالی شدن از آن به صورت نامعتبر تجربه می‌شوند.

- ما داستان‌هایی در مورد خودمان می‌سازیم که می‌تواند ما را گیر بیندازد.
- ۵- نقص در روشن سازی ارزش‌ها شامل:
- کمبود ارزش‌ها یا سردرگمی اهداف با ارزش‌ها منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌شود.
- ارزش‌ها=قطب نما
- ۶- عدم فعالیت، تکانشی بودن، یا مقاومت اجتنابی:
- مطابق ارزش‌هایمان عمل نمی‌کنیم.
- بنابراین با تمرکز بر احساس خوب، مدیریت اضطراب، کنترل افسردگی و غیره، چیزهای مهم‌تر را نادیده می‌گیریم (کیفیت زندگی).
- مدل آسیب‌شناسی روانی و شش فرایند اصلی ACT در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده‌اند.



نمودار ۱- مدل آسیب‌شناسی روانی ACT





نمودار ۲- شش فرایند اصلی ACT

مولفه‌های مرتبط با ACT از قبیل واضح سازی ارزش ها، پذیرش و خنثی سازی همجوشی در تحقیقات اساسی به صورت جدا بکار برده شده و کارایی آنها ثابت شده است (برای مثال، گوتیرز، لوسیانو، رودریگوئز و فینک، ۲۰۰۴، هیز و همکاران، ۲۰۰۶، هیز، بیست و همکاران، ۱۹۹۹؛ هیلی و همکاران، ۲۰۰۸؛ لویت، براون، اورسیلو و بارلو، ۲۰۰۴؛ لوسیانو، مولینا و همکاران، ۲۰۰۹، ۲۰۰۵؛ ماسدو و استیو، ۲۰۰۷؛ ماسودا، هیز، اسکات و توهیگ، ۲۰۰۴؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۰۹؛ مک مولن و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاتز، بلارینا و همکاران، ۲۰۰۸، نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی، ۱۳۹۳).

ACT بر اساس تحقیقات انجام شده تحت مفهوم پردازی کارکردی شناخت و رفتار انجام می‌شود (هیز، بارنس-هولمز، روچه، ۲۰۰۱). ACT بیان می‌کند که فرهنگ از تلاش‌هایی که برای کنترل و حذف تجربیات خصوصی ناخوشایند (خاطرات، افکار و

هیجانان منفی) انجام می‌گیرد، حمایت می‌کند و این مساله منجر به درد شخصی، اختلالات رفتاری و فقدان زندگی هدف دار می‌شود. ACT تلاش می‌کند تا مراجعان بیاموزند که به جای حذف یا کنترل تجربیات خصوصی، آنها را پذیرفته زیرا که آنان در ابتدا قابلیت تغییر را ندارند. پذیرش از طریق آموزش به مراجعان برای دیدن تجربیات خصوصی به عنوان پاسخ‌های کلامی شرطی به جای حقیقت‌های اصلی غیر قابل تغییر به انجام می‌رسد. ACT تاکید می‌کند که مراجعان باید به جای دوری کردن از هدف‌های ارزشمند به آنها نزدیک شده، اگرچه نزدیک شدن به این اهداف ممکن است محرک تجربیات خصوصی ناراحت کننده باشد. آزمایش‌های کنترل شده کارآمدی ACT بکار برده شده را برای بسیاری از مشکلات، از هم پاشیدن یا اصلاح کردن تنظیم مخرب رویدادهای خصوصی نشان داده است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). طبق ACT وقتی رنج در خانه شما را بزند و شما می‌گویید که جایی برای او ندارید، رنج به شما می‌گوید “نگران نباش” زیرا او چهار پایه اش را به همراه خودش آورده است. ما نمی‌توانیم رنج حاصل از زبان را تغییر دهیم ولی می‌توانیم مهارتمان را در گذاشتن یا برداشتن جنبه‌هایی از زبان افزایش داده تا رنجمان را کاهش دهیم. اثربخشی ACT در اختلال افسردگی، اختلال وسواسی اجباری، پانیک مزمن، درد مزمن، استرس پس از سانحه، سوء مصرف مواد، سایکوز و سایر شرایط سلامتی گزارش شده است (بردی اوزونی دوجی، ۱۳۹۱، ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). آموزش گروهی پذیرش و تعهد فرمن و هربرت (۲۰۰۸) در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای یا ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک یا دو جلسه به افراد آموزش داده می‌شود.

اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد در برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش شده است. برای مثال بر هراس اجتماعی دانشجویان (پورفرج عمران، ۱۳۹۰)، فراوانی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی جبری (ایزدی، عسکری، طاهر نشاط دوست و عابدی، ۱۳۹۱)، میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه (کیانی، قاسمی و پورعباس، ۱۳۹۱)، میزان افسردگی و سلامت روان بیماران دیابتی نوع ۲ (حر، آقایی و عابدی، ۱۳۹۱)، کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای آشفتگی زناشویی

و اختلال اضطراب فراگیر (ایمانی، رجبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲)، سازگاری دانش آموزان دارای اختلال ریاضی (نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲)، استرس شغلی و فرسودگی شغلی (حسینائی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری، ۱۳۹۲)، افسردگی عمده (تمنایی فر، ۱۳۹۲)، رضایتمندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی (لشنی، ۱۳۹۲)، پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به درد های مزمن لگنی (ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، ۱۳۹۲)، تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق (نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی، ۱۳۹۳)، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳)، پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن (انوری، ابراهیمی، طاهر نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳)، کاهش اضطراب، افسردگی و وزن در زنان تحت رژیم غذایی (متین فر، ۱۳۹۳)، درمان سوء مصرف چندگانه مواد (دباغ قزوینی، ۱۳۹۳)، تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین باز توانی شده (خاکباز، ۱۳۹۳)، افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه (سجادیان، فنایی و حبیب الهی، بی تا)، ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر بیماران زن قلبی- عروقی (عندلیب، گلپور و صانعی، بی تا)، افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به پسوریازیس (مهدوی، نیک یار، ادیبی و اسماعیلی، بی تا) و خود مدیریتی بیماران دیابتی نوع ۲ (مکوند حسینی، رضایی و آزادی، ۲۰۱۴). جداول ۱۸ و ۱۹ دو نمونه از خلاصه جلسه های درمان گروهی پذیرش و تعهد را نشان می دهند.

#### جدول ۱۸ - خلاصه جلسه های درمان گروهی پذیرش و تعهد

جلسه های درمان	محتوای جلسه های درمان
جلسه اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین و اجرای پیش آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر:</p> <p>۱- در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت.</p> <p>۲- بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد.</p> <p>۳- به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند.</p> <p>۴- تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است.</p> <p>۵- کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها)</p> <p>۶- ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به هدف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی</p>	<p>جلسه دوم و سوم</p>
<p>آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)</p> <p>آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف</p>	<p>جلسه چهارم و پنجم</p>

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چگونه کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت (Time-out) توسط هر یک از اعضاء گروه هنگام بروز یک مشکل
جلسه ششم و هفتم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده می‌شود. برشردن نقاط مثبت و منفی افراد توسط یکدیگر بدون هیچ گونه قضاوت و واکنش هیجانی
جلسه هشتم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین آگاهی) مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوجین به یکدیگر
جلسه نهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
جلسه دهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره) آموزش مهارت‌های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس) جمع بندی و اجرای پس آزمون

\* اقتباس از نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)

## جدول ۱۹- خلاصه جلسه‌های درمان گروهی پذیرش و تعهد

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر، با درمانگر و طرح کلی درمان و جلسات
جلسه دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) و تمرین‌های مربوطه
جلسه چهارم و پنجم	افزایش آگاهی روانی تمرکز
جلسه ششم و هفتم	آموزش به افراد نحوه پاسخ گویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی شان و ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها
جلسه هشتم، نهم و دهم	پرداختن به تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر

\* اقتباس از پورفرج عمران (۱۳۹۰)

## واقعیت درمانی گروهی (Group reality therapy)

ویلیام گلاسر، روان‌پزشک آمریکایی نظریه واقعیت درمانی را بوجود آورد. در واقعیت‌درمانی پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت به سزایی دارد. به نظر گلاسر ادراک‌های انسان از واقعیت است که رفتار، کنش‌ها، افکار و احساسات او را رقم می‌زنند نه خود واقعیت. واقعیت درمانی بر سه اصل استوار است: قبول واقعیت، قضاوت درباره‌ی درستی یا نادرستی رفتار، پذیرش مسئولیت اعمال و رفتار. رویکرد واقعیت‌درمانی جهانی و در فرهنگ‌ها و مذاهب کشورهای آسیایی کره، ژاپن، تایوان، استرالیا و مالزی به خوبی پذیرفته شده و قابل اجرا است (جازمین، ۲۰۰۹، هنرپوران، قادری و امیریان زاده، ۱۳۹۰).

گلاسر در سال ۱۹۹۸ نظریه‌ی جدید خود یعنی نظریه‌ی انتخاب (Choice Theory) را ارائه کرد. نظریه انتخاب که یکی از اصول واقعیت‌درمانی است به طور چشمگیری بر مسئولیت‌پذیری، کیفیت عملکرد، انگیزه و تصمیم‌گیری افراد تاثیرگذار است. به عقیده‌ی

وی تمام اعمالی که ما انجام می‌دهیم، رفتار به‌شمار می‌روند و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۱۹۹۸). وی رفتار را شامل چهار مؤلفه‌ی عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که افراد بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر به‌طور مستقیم و بر مؤلفه‌های احساس و فیزیولوژی به‌طور غیرمستقیم کنترل دارند. تأکید اساسی نظریه‌ی انتخاب بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر است (گلاسر، ۲۰۰۰). از مفاهیم دیگر این نظریه می‌توان به مفهوم روانشناسی کنترل بیرونی (External Control Psychology) اشاره نمود. گلاسر عقیده دارد که همه‌ی انسان‌ها با پنج نیاز ژنتیکی متولد می‌شوند و تمامی رفتارهای ما در جهت تأمین این نیازهاست که عبارتند از نیاز به عشق و تعلق، نیاز به آزادی، نیاز به قدرت، نیاز به تفریح و نیاز به بقا.

اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی در برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش شده است. برای مثال بر بحران هویت دانشجویان (احمدی و رضوانی نژاد، ۱۳۷۶)، افزایش رضایت زناشویی (حسینی غفاری، قنبری هاشم آبادی و آقامحمدیان شریاف، ۱۳۸۷)، افزایش صمیمیت زوجین (دربای، صاحبی و یونسی، ۱۳۹۰)، ارتباط مادر فرزندی دختران نوجوان (هنرپروران، قادری و امیریان زاده، ۱۳۹۰)، استرس شغلی (مصلحی جویباری و لنگری، ۱۳۹۱)، تغییر هویت زنان سرپرست خانوار (غلامحسین قشقایی، حسینی المدنی، قائمی، شفیع آبادی و ثنایی، ۱۳۹۱)، رضایت زناشویی زوجین نابارور (عبداللهی، ارشدی، نیری و کشاورز، ۱۳۹۱)، سلامت عمومی و رضایت زناشویی زوجین نابارور (عبداللهی، ارشدی، نیری و کشاورز، ۱۳۹۱)، افسردگی زنان نابارور تحت درمان با روش کمک‌باروری IUI (سلطانزاده مزرچی و توزنده جانی، ۱۳۹۱)، عزت نفس و منبع کنترل دانش‌آموزان دبیرستانی (فرقانی طرقی، ۱۳۹۱)، شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست بهزیستی مشهد (اسلامی، هاشمیان و مدرس غروی، ۱۳۹۱)، اختلال روان‌تنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس (موافق، قاسمی نیا، جوانبخت، صاحبی و کشاورز، ۱۳۹۱)، شادکامی کارکنان شرکت گاز (لنگری، میرزاییان و حسن زاده، ۱۳۹۱)، افزایش عزت نفس پسران معتاد زیر ۲۰ سال (باقری قاجاری و بخشی پور، ۱۳۹۱) و افزایش عزت نفس بیماران مت‌آفتیامین (دیانت، ۱۳۹۲). جدول ۲۰ نمونه‌ای از جلسه‌های واقعیت‌درمانی گروهی را نشان می‌دهد.

## جدول ۲۰- جلسه‌های واقعیت‌درمانی گروهی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه، آشنایی اعضا با انتظارات، معیارها، نحوه مشارکت در گروه، برقراری ارتباط مناسب، امیدوار بودن صرفنظر از اینکه اوضاع چقدر ناگوار است. تاکید به خواسته‌ها و نیازها و ارزیابی خود، و دادن تکلیف برای جلسه بعد
جلسه دوم	تشویق اعضا به بحث درباره رفتار کنونی، بررسی عذر و بهانه‌ها برای رفتارهای غیرمسئولانه و ارائه اطلاعات استفاده از فن بازی نقش، اتخاذ شیوه انتقادی و پذیرا توسط درمانگر، کاوش جنبه‌های بیان انتظار از درمان و از خود تاکید بر رفتار جاری و زمان حال (اکنون چه کاری می‌خواهید انجام دهید)، پرداختن به رویدادهای گذشته در صورتی که بر نحوه رفتار افراد در زمان حال تاثیرگذار باشد.
جلسه سوم	بحث در باره جهت کلی زندگی از جمله اینکه به کجا می‌روند و رفتارشان آنها را به کجا می‌برد؟ ارزیابی اینکه آیا رفتارشان در جهت مطلوب است یا خیر. تمرکز بر کسب آگاهی و تغییر رفتار کامل فعلی برای مثال با این سوال‌ها "در گذشته چه کاری انجام می‌دادید؟"، "اکنون چه کاری انجام می‌دهید؟"، "در آینده چه کاری انجام خواهید داد؟" در آینده در برابر خواسته‌ها و نیازهایتان که مانع پیشرفت و رسیدن شما به اهداف بلندمدت می‌شود سعی می‌کنید چگونه مقاومت کنید؟ بحث در باره مهارت‌های ارتباطی و چگونگی ابراز نیازها و اجرای آنها با ایفای نقش. تاکید بر اینکه راه حل‌ها و برنامه‌ها تا وقتی که نسبت به اجرای آنها احساس تعهد وجود نداشته باشد بیهوده است و صحبت درباره ضرورت



محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>تعهد در زندگی و آینده. خود ارزیابی، توجه به رفتارها، ارزیابی خواسته‌ها و تشخیص اینکه کدام دست یافتنی و واقع بینانه است و تلاش برای تغییر آنها.</p>	
<p>بحث در باره فنون و مهارت‌های ارتباطی که در جلسه گذشته آموزش داده شده، توضیح نتیجه تمرین این مهارت‌ها. گوش دادن به صحبت اعضای گروه درباره احساسات شان، تایید احساسات مشکل ساز، احساسات تأیید می‌شوند اما به جای تمرکز بر احساسات، اعضای گروه ترغیب می‌شوند تا دست به کار شوند و آنچه را که انجام می‌دهند و فکر می‌کنند تغییر دهند. اعضای گروه درمی‌یابند که تغییر دادن آنچه که انجام می‌دهند و فکر می‌کنند از تغییر دادن احساساتشان راحت تر است. زیرا دیدن آنچه که اعضای گروه انجام می‌دهند، راحت و انکار آن غیر ممکن است. بنابراین در درمان بر آن تمرکز می‌شود.</p>	جلسه چهارم
<p>برای ارزیابی سطح تعهدات نسبت به اجرای طرح‌های تهیه شده و خلق تجارب جدید و کسب مهارت‌های ارتباطی، مشاور سؤالی از این قبیل می‌پرسد: آیا کاری که انجام می‌دهید به شما کمک می‌کند یا آزارتان می‌دهد؟ آیا رفتاری که با افراد دارید همان رفتاری است که دوست دارید؟ آیا افکار و رفتار شما برایتان مفید هستند؟ سعی بر پذیرش خود، و کسب هویت منسجم بحث درباره احساس ارزشمند بودن و عشق ورزیدن که دو نیاز اساسی برای کسب هویت منسجم هستند. صحبت درباره راهکارهای مناسب جهت رسیدن به این دو نیاز و ارضاء آنها و ارائه تکالیف برای جلسه آینده و درخواست از اعضای گروه تا به سؤال‌های مطرح شده با تأمل پاسخ دهند و بگویند جهت رسیدن به</p>	جلسه پنجم

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>هویت منسجم و خودپنداره مثبت چه تلاش‌هایی می‌توانند انجام دهند؟</p> <p>جلسه ششم</p> <p>کمک به اعضای گروه، جهت ارزیابی رفتار</p> <p>بحث درباره ایجاد زمینه کسب هویت مثبت جنسی، اعضای گروه با طرح سؤالاتی به چالش وا داشته می‌شوند تا به هدف اصلی برسند. سؤال‌های مطرح شده در این جلسه عبارتند از:</p> <p>آیا کاری که انجام می‌دهید بر خلاف مقررات است؟ آیا انتظارتان از افراد واقع بینانه یا دست یافتنی است؟ تا چه اندازه خود را نسبت به اجرای طرح‌ها و تغییر دادن زندگی خود متعهد می‌دانید؟ بعد از بررسی دقیق آنچه که می‌خواهید، آیا به نظر می‌رسد که این برای شما و دیگران خیلی جالب است؟ یا باید در خواسته‌هایتان تغییر ایجاد کنید؟</p> <p>ترغیب اعضای گروه برای ارزیابی کیفیت اعمال‌شان و کمک به آنها تا انتخاب‌های ثمربخشی داشته باشند.</p> <p>درباره گذشتن از لذت‌های آنی و توجه به لذت‌های دراز مدت و اثر آن در پیشرفت و تعالی به اعضای گروه توضیح داده می‌شود و اینکه تا زمانی که افراد به این نتیجه نرسند که تغییر مفیدتر خواهد بود، تغییر نخواهند کرد. به دلیل اینکه اعضای گروه در جلسات گذشته به خودسنجی رسیده‌اند، درمانگر در این جلسه به اهداف طراحی شده نزدیک‌تر می‌شود.</p>	
<p>بحث و تبادل نظر با بررسی عواقب طبیعی رفتار در مورد اثرات تغییر رفتار و تفکر در زندگی</p> <p>درمانگر برای تغییر اعضای گروه، رفتار اشتباه آنان را به چالش می‌کشد تا بررسی نماید که این رفتارها در آینده چه اثراتی خواهند داشت. با این کار فکر تغییر را به اعضای گروه معرفی می‌کند و به مسئولیت‌پذیری و نقش آن در زندگی و ایجاد روحیه‌ای هدفمند برای آینده و تصمیم‌گیری مناسب در حل مسایل مختلف و ارائه راهکارهای مناسب</p>	<p>جلسه هفتم</p>

محتوای جلسه‌های درمان	جلسه‌های درمان
<p>در حل مسایل مختلف و ارائه راهکارهای مناسب در حل اختلاف‌ها با سایر افراد و تمرین حل اختلاف‌ها در جلسه درمان و انجام آن در زندگی واقعی (با ایفای نقش) پرداخته می‌شود. سپس با تعیین تکلیف برای جلسه آینده جلسه به پایان می‌رسد.</p>	
<p>هدف اصلی ابراز خواسته‌ها و نیازها به شیوه مؤثر، کاهش شکاف بین نسلی با ایجاد بهبود ارتباط با افراد و متعهد شدن برای به کارگیری رفتارهای مؤثرتر در آینده است. در این جلسه کمک می‌شود که اعضای گروه با بینش مثبت نسبت به افراد و تغییر برداشت‌های منفی و شناخت راه درست از نادرست در موقعیت‌های مختلف زندگی نگاه کنند. در پایان نقش معنویت و مذهب و ارزش‌ها در ابعاد زندگی و نقش ایمان در جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی و اخلاقی در زندگی و نقشی که افراد در آینده دارند و مسئولیت مهمی را که باید بپذیرند و شناختن خودشان قبل از پذیرش این نقش و حل تضادها و اختلافاتشان به بحث گذاشته می‌شود. در این جلسه به اثرات دعا، نماز و راز و نیاز و نزدیکی به خدا برای رسیدن به اهداف زندگی و آرامش درونی در زندگی صحبت و خواسته می‌شود که به تأثیر دعا و نماز در زندگی‌شان و در احساس نسبت به اطرافیان فکر کنند و عشق ورزیدن و محبت کردن به افراد دیگر را تمرین کنند و افراد را برای رفتارهای اشتباهی که خودشان انجام می‌دهند سرزنش نکنند. در این جلسه لزوم تکرار و تمرین تکالیف تعیین شده در زندگی تا اینکه تکالیف جزء رفتار و عادت و کم کم جزء شخصیت آنان شود و خلاصه‌ای از آنچه در طی جلسات گذشته و نیز اهمیت تداوم ارتباط مؤثر و مناسب با سایر افراد و تأثیری که در آینده و زندگی آنها می‌گذارد مرور خواهند شد.</p>	جلسه هشتم

\* اقتباس از هنرپروران و همکاران (۱۳۹۰)

**گروه درمانی با رویکرد روان تحلیلی (Psychoanalytic group therapy)**

یک مصاحبه روان تحلیلی موارد زیر را در بر می گیرد:

۱- اطلاعات شخصی

۲- علت مراجعه

۳- تاریخچه مشکل فعلی

۴- تاریخچه پزشکی و روانپزشکی

۵- تاریخچه رشدی

۶- مشاهدات در طی جلسه

۷- معاینه وضعیت روانی

۸- تشخیص

۹- توصیه های درمانی

در رویکرد تحلیلی موارد زیر ارزیابی می شوند:

- ارزیابی آنچه که نمی تواند تغییر پیدا کند (Assessing what cannot be changed):

سرشت، وضعیت فیزیکی و مادرزادی

- ارزیابی مسائل رشدی (Assessing developmental issues): آسیب شناسی یک تعارض

یا بازداری رشدی را منعکس می کند، نقش یک استرسور خاص در شکل دهی واکنش

روانشناختی مراجع

- ارزیابی دفاع ها (Assessing defenses): درک روش های درونی، ذهنی و انعکاسی که

افراد از طریق آنها سعی می کنند تا از خودشان در برابر درد و رنج محافظت کنند.

واکنش های دفاعی منشی در مقابل موقعیتی (که با استرس مرتبط هستند).

- ارزیابی عواطف (Assessing affects): به کارگیری عاطفه به طور دفاعی (خشم برای

سرپوش گذاشتن بر غم و ناآگاه بودن از آن)، متمایز کردن احساس شرم (حس ناتوانی

- یا تجربه درونی از نگریسته شدن توسط گروه اجتماعی) از احساس گناه (تجربه درونی شکستن دستورالعمل‌های اخلاقی)
- ارزیابی هویت‌ها (Assessing Identifications): فرایندهای درونی سازی، اهمیت قومیت، نژاد، مذهب و فرهنگ بر روانشناسی مراجع
- ارزیابی الگوهای ارتباطی (Assessing relational patterns): موضوع‌های بین فردی تکراری غالب زندگی ذهنی مراجع (نیاز به گرفتن یک شرح حال خوب دارد).
- ارزیابی عزت نفس (Assessing self-esteem): خودشیفتگی، همانند سازی با والدین برای حل عقده اودیپ و آزاد ساختن خود از محرومیت و ناامیدی مقاوم/مداوم، فکر کردن به اینکه "اگر من مانند پدرم بشوم، قادر به پیدا کردن یک همسر شبیه به مادرم خواهم بود".
- ارزیابی عقاید و باورهای بیمارگون (Assessing pathogenic beliefs): عقاید و باورهای بیمارگون مراجع از طریق نظرات کلی مراجع در باره زندگی، شیوه تربیتی اش، رفتار انعکاسی و واکنش‌های انتقالی اش ارزیابی می‌شود.
- ارزیابی روان تحلیلی مراجع شامل موارد زیر است:
- ۱- وضعیت فعلی
  - ۲- شخصیت
  - ۳- پویایی‌ها و ساختمان شخصیت
  - ۴- وضعیت فعلی و تعیین کننده‌های اجتماعی
  - ۵- استرس‌های اصلی و توانایی سازگاری
  - ۶- رشد شخصیت
  - ۷- فرمول بندی مورد
- ۱- وضعیت فعلی: وضعیت فعلی شامل موارد زیر است:

الف - وظائف مهم زندگی فرد: وظائف مهم زندگی مراجع (کار، تحصیل و خانواده) در حال حاضر چیست؟ تا چه اندازه این وظائف را خوب انجام می‌دهد؟ آیا بنظر می‌رسد که کمتر از توان خود کار می‌کند؟

ب - علائم رفتاری:

۱) از نقطه نظر مراجع مشکل چیست؟ چه علائمی نشان می‌دهد؟

۲) از نقطه نظر دیگران مشکل چیست؟ چه چیزی دیگران را ناراحت می‌کند؟

۳) از نقطه نظر درمانگر مشکل چیست؟ چه شواهدی برای وجود یک مشکل روانی مشاهده می‌شود؟ برای مثال آیا اختلال فکری وجود دارد؟ آیا تحریف واقعیت وجود دارد؟ آیا عواطف منفی وجود دارند؟ آیا اضطراب وجود دارد؟ آیا افسردگی وجود دارد؟ آیا تضادها و کشمکش‌های آشکار وجود دارند؟ آیا افکار وسواسی وجود دارند؟ آیا اختلالات مشخص مثل مشکلات حافظه، مشکلات حل مسئله، یا تفکر صرفاً عینی وجود دارند؟

ج - انگیزه برای درمان: انتظارات مراجع چیست؟ چرا مراجعه کرده است؟ و چه انتظاری دارد؟ مثلاً بهبودی علائم؟ تغییر شخصیت؟ تغییر محیط؟ برای او بیمار بودن چه معنی می‌دهد؟ نظرش راجع به بیماری روانی چیست؟

د - ظاهر و رفتار در محیط درمانی: آیا مضطرب است؟ آیا اعتماد دارد؟ آیا مقاومت کرده و همکاری نمی‌کند؟

۲- شخصیت:

الف - ویژگی‌های بیولوژیکی: آیا قوی و سالم است؟ تاریخچه پزشکی چگونه است؟

ب - خلق و خو: آیا فرد فعال، با انرژی یا بی حال است؟ آیا عواطفش شدید است؟ آیا عواطفش کنترل شده یا تکانشی است؟ آیا عواطف منفی یا مثبت بارزتر هستند؟ آیا عواطف مناسب سن و وضعیت زندگی فرد است؟ آیا رفتارش توأم با آرامش و یا بی‌ظرافت است؟ آیا حرکات سر و صورت شدید و غیر ارادی است؟

ج- خصوصیات شخصیتی: مراجع چگونه خود را توصیف می کند؟ دیگران او را چگونه توصیف می کنند؟

د- تعاملات اجتماعی (روابط با دیگران): دیگران چه برداشتی از مراجع دارند؟ آیا مورد علاقه دیگران است؟ آیا مورد احترام و اعتماد دیگران است؟ روابط اصلی او با چه کسانی است؟ چه نوع دوستانی دارد و دوستان وی چند نفر هستند؟ آیا گوشه گیر است و یا با دیگران زود جوش می خورد؟

۳- پویایی و ساختمان شخصیت:

الف- انگیزه‌ها و عواطف: انگیزه‌های خودآگاه و ناخودآگاه کدامند؟ چگونه با هم مرتبط هستند؟ چگونه در تضاد هستند؟ حالات عاطفی از کجا سرچشمه می گیرد؟ یعنی اضطراب، خشم، احساس گناه، و یا شرمندگی مربوط به چه مسائلی هستند؟ فرد از چه چیزی لذت می برد؟ رویاها و آرزوهای آشکار و پنهان فرد چه هستند؟

ب- اصول اخلاقی، ارزش‌های اجتماعی و دیدگاه‌ها: اصولی که مراجع بر اساس آنها زندگی می کند چه هستند؟ آیا وجدان او سختگیر، انعطاف ناپذیر، یا سهل گیر است؟ آیا ایده‌های فرد پخته و انعطاف پذیر هستند یا کودکانه؟

ج - کنش‌های من و هویت: کنش‌های من و هویت شامل پنج مورد هستند:

۱- توانایی‌های من: آیا رفتار فرد خودجوش بوده و تحت کنترل است؟ آیا تکانه‌ها کنترل شده هستند؟ آیا در جهت اهداف تعیین شده خود پیش می رود؟ آیا واقع بینی دارد؟

۲- مکانیسم‌های دفاعی و سازگاری: مکانیسم‌های دفاعی او چه هستند؟ آیا این مکانیسم‌ها، مکانیسم‌های مثبت و سازگارانه هستند؟ آیا مکانیسم‌های ابتدایی تر سریع مورد استفاده قرار می گیرند؟

۳- سازمان فکری، کنترل‌های شناختی و الگوهای فکری: روش برخورد فرد با مشکلات شناختی چیست؟ آیا پیچیدگی آنها را کاهش می دهد (ساده سازی می کند) یا پیچیدگی آنها را افزایش می دهد؟ تا چه حد می تواند ابهامات را تحمل کند؟ آیا جنبه‌های مختلف

را در نظر می‌گیرد یا روی یک یا چند جنبه تمرکز می‌کند؟ آیا قبل از تصمیم‌گیری  
تامل می‌کند یا سریع تصمیم می‌گیرد؟

۴- هوش، توانایی‌ها و شایستگی‌ها

۵- هویت: مراجع خود را چگونه می‌بیند؟ چه نوع فردی به نظر می‌رسد؟ اهداف او چیست؟  
عزت نفس او چگونه است؟ چقدر به خود احترام می‌گذارد؟

۴- وضعیت فعلی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی:

الف - عضویت گروهی و نقش‌ها: به چه گروه اجتماعی تعلق دارد؟ کدام یک از اینها نقش  
تعیین‌کننده در هویت اجتماعی او دارند (یعنی، کدام یک برای او گروه مرجع  
می‌باشد)؟ چه نقشی بنظر می‌رسد برای او اصلی است؟ نقش دکتر؟ نقش یک کارگر؟  
نقش یک فرد خانه‌دار؟ نقشی یک فرد خیر؟ نقش یک کاسب؟ آیا هویت فردی و  
اجتماعی با هم هماهنگ هستند؟ آیا مراجع احساس می‌کند خصوصیات گروهی که به  
آن تعلق دارد را داراست یا نه؟

ب- خانواده: رابطه مراجع با خانواده (همسر، والدین و بچه‌ها) چگونه است؟ سیستم خانواده  
چگونه است؟ آیا سیستم خانواده مراجع با سیستم خانواده پدری او مشابه است؟

ج - تحصیل و شغل: وضعیت تحصیلی و شغلی او چیست؟ تاریخچه تحصیلی و شغلی او  
چگونه است؟

د - اکولوژی اجتماعی: مراجع در چه محلی زندگی می‌کند؟ آیا احساس راحتی یا بیگانگی  
می‌کند؟

۵- استرس‌های اصلی و توانایی سازگاری: استرس‌های اصلی زندگی فرد چه هستند؟ آیا آنها  
شامل مشکلات اجتماعی یا مشکلاتی که از کنترل او خارج هستند (مثل فقر و بیکاری)  
می‌باشند؟ آیا فشار کار روی او زیاد است؟ یا فشار برنامه تحصیلی؟ یا رقابت با  
همسالان؟ آیا با همسر خود مشکل دارد؟ (یعنی آیا استرس‌های او به علت روابط  
خانوادگی و بین فردی است)؟



۶- رشد شخصیت

۷- فرمول بندی مورد:

الف- تفسیر ترکیبی شخصیت: با توجه به اطلاعات فوق چگونه می‌توان فرد را درک کرد؟ بر اساس تم‌های اصلی (تم‌های توصیفی، پویا، سازمانی و ژنتیک) چگونه می‌توان فرد را توصیف کرد؟ چگونه می‌توان اختلال روانشناختی فرد را درک نمود؟ علائم بیماری فرد در شخصیت او چه نقش‌هایی داشته و چگونه از هم پاشیدگی بیشتر فرد جلوگیری می‌کنند (نفع اولیه)؟ آیا شواهدی وجود دارد که فرد منافع دیگری از علائم بیماری خود بدست می‌آورد (نفع ثانویه)؟

فرمول‌بندی تحلیلی شامل موارد زیر است:

۱- خلاصه تاثیرات روانشناختی بر مشکل فرد یا تاثیرات روانشناختی که علت مشکل

فرد است.

۲- تاثیرات در زندگی فرد که در مشکل حال حاضر فرد مشارکت داشته است.

۳- تاثیرات محیطی در علائم فرد

۴- تاثیرات شخصیتی در علائمی که فرد نشان می‌دهد یا تعیین کننده علائم شخص

است و چگونه این تاثیرات با حالت ژنتیکی، خلق و خوی، و بیولوژی فرد تعامل کرده است.

۵- مکانیسم‌های دفاعی که توسط فرد استفاده می‌شود.

۶- منافع اولیه و ثانویه

هدف رویکرد روان تحلیلی، بازسازی نظام شخصیتی مراجع است که بوسیله خود آگاه

ساختن موارد ناخودآگاه و بررسی نمودن آنها حاصل می‌شود. گروه‌های روان تحلیلی،

خانواده مبدا را به طور سمبولیک بازسازی نموده و به بررسی مجدد گذشته‌ی هر یک از

اعضای گروه در حضور سایر اعضا تاکید دارند. مولان و روزنباوم (۱۹۷۸) به استفاده از رویکرد

بازگشت بازسازی در روان تحلیلی گروهی تاکید دارند. این روش به بازگشت به گذشته‌ی هر

عضو گروه برای نایل شدن به هدف درمان که همان بازسازی شخصیت است، اشاره می‌کند. هدف درمان گروهی با رویکرد روان تحلیلی بازسازی شخصیت است.

مزیت‌های ویژه روان تحلیلی گروهی بر درمان انفرادی به شرح زیر است:

- اعضا قادر به برقراری روابطی مشابه با روابط خانوادگی خویش، با سایر اعضای گروه می‌شوند. این روابط در گروه و در شرایطی امن ایجاد شده و موجب پیامدهای مطلوب می‌شوند.

- اعضای گروه فرصت‌های زیادی جهت انتقال احساسات خویش به رهبر و سایر اعضا دارند. آنها با کار کردن روی احساساتشان می‌توانند خودشناسی خویش را افزایش دهند.

- اعضای گروه قادر هستند تا بینش چشمگیری در زمینه کارکرد دفاع‌ها و مقاومت‌های خویش کسب نمایند.

- در گروه، وابستگی به مهارت درمانگر کمتر از مشاوره انفرادی است زیرا افراد در گروه علاوه بر درمانگر از اعضای دیگر نیز بازخورد دریافت می‌کنند.

- اعضا در گروه می‌آموزند که داشتن احساسات شدید و بیان آن احساسات قابل پذیرش است.

- افراد فرصت‌های زیادی دارند تا با استفاده از روش‌های متفاوت به تحلیل اطلاعات و آموختن در مورد خود و دیگران بپردازند.

- افراد در حضور سایر اعضا قادر به تحریف واقعیت یا مقاومت در برابر آن نمی‌باشند.

- وجود مشکلات مشابه در دیگران باعث می‌شود اعضا به منحصر به فرد نبودن مشکل خویش پی برده و از مقاومت خویش بکاهند.

مفاهیم کلیدی این رویکرد عبارتند از موارد زیر:

**تاثیر گذشته:** روان تحلیلی بر تاثیر گذشته در جریان کارکرد شخصیت تمرکز دارد. تجارب ۶ سال اولیه زندگی ریشه تعارض‌های فعلی فرد است. از نظر روان تحلیلی مشکلات افراد ریشه در دوران کودکی آنها دارند. استفاده از اطلاعات مربوط به دوران گذشته در کار

گروهی بسیار مهم است ولی باید دقت نمود که از شرح بی اندازه و نامناسب جزئیات مربوط به تجارب اولیه جلوگیری کرد. ولف و کوتاش (۱۹۸۶) عقیده دارند که بازگویی وقایع گذشته باعث هدر رفتن بیهوده وقت و مانع پیشرفت می شود و پرداختن به وقایع و رفتار متقابل در گروه، از صحبت کردن در مورد وقایع دوران کودکی مهم تر می باشد.

**ناخودآگاه:** ناخودآگاه شامل افکار، احساسات، انگیزه، تکانه ها و وقایعی است که دور از آگاهی افراد قرار دارند. بر اساس نظریه فروید بیشتر رفتار انسان توسط نیروهای خارج از تجارب آگاهانه، برانگیخته می شوند. تجارب دردناک دوره ی کودکی و احساسات مربوط به آنها در ناخودآگاه پنهان شده اند و اغلب باعث ایجاد اضطراب های غیر قابل تحمل کودک خواهند شد. بنابراین همیشه "سایه ای از گذشته" در زمان حال حضور دارد. درمانگر می کوشد تا ناخودآگاه را به خودآگاه تبدیل کرده و بیاموزد که اضطراب غیر قابل تحمل نیست و به مراجع کمک می کند تا از شر گذشته های سرکوب شده اش رهایی یابد. روان تحلیلی به آگاهی در آوردن سطوح ناخودآگاه را هدف قرار می دهد. به آگاهی در آوردن سطوح ناخودآگاه بوسیله استفاده از روش های تداعی آزاد، انتقال، درک مقاومت ها، تعبیر و تفسیر افکار و رویاها صورت می گیرد. افراد با آگاه شدن از انگیزه ها و علل اصلی رفتارهایشان خود مختار می شوند و خود انتخاب کننده رفتارهایشان می باشند.

**اضطراب:** اضطراب در نتیجه ی واپس رانی احساسات، خاطرات، آرزوها و تجربیات آگاهانه ایجاد می شود. وقتی احساسات تهدید کننده خارج از کنترل ما باشند در آن هنگام ما اضطراب را تجربه می کنیم.

**مکانیزم های دفاعی "خود":** در رویکرد روان تحلیلی، مکانیزم های دفاعی "خود" روشی برای توضیح رفتار هستند. این مکانیزم های دفاعی، "خود" را از تهدید افکار و احساسات حفظ می کنند. وقتی "خود" تهدید می شود، اضطراب ایجاد می شود. ما با فریب "خود" و تحریف واقعیت سعی در فاصله گرفتن از اضطراب داریم. تعدادی از مکانیزم های دفاعی که

در گروه درمانی آشکارا مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: سرکوبی، انکار، بازگشت، فرافکنی، جابجایی، واکنش‌سازی، توجیه، مقاومت، انتقال و انتقال متقابل.

**سرکوبی** بیرون راندن احساسات دردناک و تهدید کننده از آگاهی است.

**انکار** سرکوب کردن واقعیات ناخوشایند است. در انکار با "بستن چشم‌ها" بر اضطراب غلبه می‌کنیم. وقتی اعضای گروه سرسختانه از پذیرش مشکلات خویش امتناع می‌کنند، سعی در انکار آن مشکلات دارند.

**بازگشت**، در مواجهه با استرس شدید یا بحران، بازگشتن به استفاده از الگوهای قدیمی می‌باشد.

**فرافکنی**، نسبت دادن افکار غیر قابل قبول، احساسات، رفتارها و انگیزه‌های خود به دیگران است. در جلسات گروهی افراد احساسات و انگیزه‌های واقعی خود را انکار کرده و به دیگران فرافکنی می‌کند. اعضای گروه اغلب احساسات خود نسبت به والدین شان را به رهبر گروه ابراز نموده و خواهر و برادرهای خود را با اعضای گروه همانندسازی می‌کنند.

**جابجایی** تغییر جهت دادن یک کشش است از یک شی ترسناک و نامطلوب محیطی به شی مطلوب‌تری که دلهره‌ی کمتری دارد. جابجایی جهت‌گیری دوباره برخی احساسات از قبیل خشم است.

**واکنش‌سازی**، رفتار به شیوه‌ای متفاوت با احساسات واقعی فرد است. واکنش‌سازی دفاعی است در برابر اضطراب، اضطرابی که از پذیرش احساسات انکار شده توسط فرد ایجاد می‌شود. اگر فردی یک کشش غریزی را سرکوب کند، غریزه متضاد با آن را شدیداً در رفتار خود بروز می‌دهد.

در **توجیه** سعی می‌شود با نسبت دادن انگیزه‌های قابل تحسین و منطقی به رفتار، آنها را توجیه نمود. توجیه تلاشی است برای به حداقل رساندن شدت ناامیدی از شکست‌ها و از دست دادن‌ها.

از دیدگاه روان تحلیلی، مقاومت از دیدگاه فروید توقف تداعی‌های بیمار است. مقاومت رازگشایی مهم روابط شی درونی بیمار است. مقاومت تمام چیزهایی است که جلوی پیشرفت درمان را می‌گیرد. مقاومت هرگونه بی‌توجهی بیمار به وضعیت تحلیلی است. مقاومت روشی است برای اجتناب از به آگاهی در آوردن موارد ناخودآگاه. تعارض‌های اعضا در گروه، ناشی از تعارض‌های درون روانی و تعارض‌های بین فردی می‌باشد. اعضا در عین حال که تمایل به خود اکتشافی دارند، از خودشناسی احساس ترس می‌کنند. رهبر به آنها در جهت شناخت دفاع‌ها و ترس‌هایشان کمک می‌کند. ترکیب دو رویکرد روان تحلیلی و آدلر در مواجهه با مقاومت اعضای گروه مناسب باشد. با کار کردن روی فرافکنی‌ها، انتقال، علائق و دیگر احساسات اعضای گروه، افراد احساساتشان را نسبت به خود و دیگران به شیوه جدیدی تجربه می‌کنند (کوری، ۲۰۰۵).

کار بر روی انتقال و مقاومت اساس شیوه روانکاوی قرار می‌گیرد. در اولین جلسه مصاحبه حدس زدن ماهیت انتقال‌ها و مقاومت‌ها، در جریان درمان تلاش برای تمرکز بر مقاومت‌ها است. بخش عمده‌ای از درمان مستقیماً بر فهم دفاع‌های بیمار و غلبه بر مقاومت صرف می‌شود. در مرحله انتقال اعضای گروه بحث در باره مشکل خود را آغاز می‌کنند. ابراز مشکل با نوعی شک و تردید همراه می‌باشد. زیرا روابط اعضا آنطور که باید و شاید هنوز عمیق نشده است. بعضی از گروه‌ها در مرحله انتقال با مشکلاتی روبرو می‌شوند که به دلیل عدم بررسی و شناسایی تعارض‌ها و دفاع‌ها، مقاومت‌های درون گروه در مراحل قبلی اتفاق می‌افتد. یکی از راه‌های تشخیص مقاومت، ارزیابی سطح رضایت اعضا از شرکت در گروه به صورت مکتوب، منظم و جدول بندی شده است. می‌توان از یک سیاهه برای ارزیابی فرایند گروه استفاده کرد. نقش رهبر گروه در پذیرش و بررسی مقاومت‌ها اهمیت دارد. رهبر ممکن است با اعمال و گفتار خود باعث ایجاد یا افزایش مقاومت در اعضای گروه گردد. همچنین رهبر نباید با شخصی کردن مشکلات حالت تدافعی به خود بگیرد. در عوض باید با اجتناب از پاسخ سریع، دفاع از خود و یا سرزنش، فرصتی را در اختیار اعضای گروه قرار دهد. رهبر باید

مقاومت‌ها را نشانه‌ای طبیعی در حرکت گروه به سمت خودمختاری تلقی کرده و به اعضای گروه در جهت شناسایی منشاء آنها کمک کند.

مکانیزم‌های دفاعی تکراری، استریوتایپی و اتوماتیک هستند که توسط ایگو برای رهایی از اضطراب به کار می‌روند. دفاع‌ها طبق درجه نسبی بالیدگی همراه با آن به صورت سلسله مراتب گروه بندی می‌شوند و شامل دفاع‌های خودشیفتگی (ابتدایی ترین دفاع‌ها و توسط کودکان و بیماران پسیکو تیک بکار می‌رود)، دفاع‌های نورو تیک (در بیماران وسواسی، هیستریک و افراد بالغ تحت استرس بکار برده می‌شود) و دفاع‌های پخته (مکانیزم‌های انطباقی سالم و بهنجار زندگی در دوران بزرگسالی) هستند. بین گروه‌های مختلف دفاع‌ها همپوشی وجود دارد. فهرست دفاع‌ها طبق طبقه بندی وایلانت شامل چهار طبقه است: ۱- خودشیفتگی (انکار، دگرگون سازی و فرافکنی)، ۲- ناپخته (کنش نمایی، انسداد، خودبیمارانگاری، درون فکنی، رفتار منفعل - مهاجم، واپس روی، تخیل اسکیزوئید و جسمانی کردن)، ۳- نورو تیک (مهار کردن، جابجایی، تجزیه، برونی سازی، بازداری، اندیشه ورزی، جداسازی، دلیل تراشی، واکنش سازی، سرکوبی یا واپس زدن و جنسی کردن) و ۴- پخته یا کامل (نوع دوستی، پیش بینی، ریاضت کشی، شوخی، والایش و فرونشانی).

دفاع‌ها مانند صحبت کردن بسیار کند یا بسیار تند، بسیار زیاد یا بسیار کم، داشتن احساس خوشایند یا ناخوشایند نسبت به درمانگر، تمرکز بر جزئیات یا اجتناب از آنها هستند. تجزیه و تحلیل دفاع‌ها و مقاومت‌ها باید به آهستگی و تدریجی صورت گیرد. از این طریق می‌توان فهمید که خصوصیات فرد در پاسخ به رویدادهای بحرانی و روابط دوران کودکی چگونه شکل گرفته است. هدف روانکاوی از بین بردن دفاع‌ها نیست، بلکه این است که دفاع‌های پخته تر، واقع بینانه و ارضاء کننده را جایگزین دفاع‌های ناپخته و تحریف کننده سازد. رقابت برای کنترل میان فردی، اغلب به این صورت است که دفاع‌های چه کسی بر رابطه حاکم خواهد شد. روش‌های کنترل تیپ‌های شخصیت پیش تناسلی به شرح زیر است: شخصیت دهانی با چسبیدن به دیگران، شخصیت مقعدی با لجاجت محض و شخصیت آلتی با

اغواگری. درمانگر باید ببیند که رفتار کنترل کننده چه موقع در خدمت مقاصد دفاعی مقاومت است و چه موقع در خدمت مقاصد ارضاء کننده انتقال است. بیمار با تلاش هایش برای کنترل کردن، مواجهه می‌شود و سپس معنی و علت مانورهای کنترل کننده وی تعبیر می‌شود. موثرترین روش کنترل تقابلی (Countercontrol) روانکاو، سکوت است.

یکی از مشکل ترین مقاومت‌ها که غلبه بر آن دشوار است از مکانیزم دفاعی انزوا (Isolation) ناشی می‌شود. یعنی گرایش بیمار به مدارا با افکار خود، انگار که آنها خالی از احساس هستند یا اینکه با اعتقادات و یا رفتارهای آنها نامربوط هستند.

دفاع‌ها یا مقاومت، نیمی از محتوای روانکاو هستند. اشکال مقاومت به شرح زیر

می‌باشد:

(۱) مستقیم ترین شکل عبارت است از زمانی که بیمار ساکت می‌ماند و چیزی نمی‌گوید.

(۲) فراموش کردن جلسات و فرار ملاقات‌ها یا خواب ماندن

(۳) دیر آمدن به جلسات

(۴) بهانه بهای درمان را کردن

(۵) با وجود آنکه جلسات متعددی می‌گذرد هنوز بیمار مشکل خود را بیان نمی‌کند.

(۶) به یاد نیاوردن رویاها، یا رویایی را در اول جلسه می‌گوید بدون آنکه دیگر اشاره‌ای

به آن داشته باشد و یا اینکه بر عکس تمام جلسه را با بیان رویای خود پر کند.

(۷) از اعضای خانواده و دوستان خود می‌خواهد که در جلسات حضور داشته باشد.

حل و فصل مقاومت مهم ترین شکل جریان درمان است و خنثی کردن مقاومت از

اهداف عمده درمان است. شکستن مقاومت با جلب توجه مراجع به قسمت‌های حساس و موثر

رویاها، خیال‌ها، شوخی‌ها، لغزش‌ها و هذیان‌ها انجام می‌گیرد. با خنثی شدن مقاومت‌ها،

می‌توان به مقاومت اصلی که ریشه بیماری است، رسید و با شکستن مقاومت فرد به پالایش

روانی می‌رسد که باعث بهبودی وی می‌گردد. مقاومت‌ها دو دسته اند: (۱) مقاومت مانوس به

خود و (۲) مقاومت نامانوس به خود.

**مقاومت مانوس به خود:** تشخیص مقاومت مانوس به خود مشکل و همکاری مراجع پایین است. مراجع آن را آشنا، منطقی و با هدف احساس می‌کند، متوجه جنبه مقاومتی آن نمی‌شود مانند عادات رفتاری جاافتاده و خصوصیات منشی مراجع که گاهی ارزش اجتماعی فوق العاده‌ای دارند، واکنش‌سازی، بروز مستمر احساسات، مقاومت‌ها، نگرش‌های ضدفوییک و دفاع‌های حفاظی.

مقاومت‌ها از نظر فاین در کتاب کرسینی به صورت مستقیم و غیر مستقیم است:

- مقاومت مستقیم که مراجع به سادگی از آنها دست می‌کشد مانند حضور در وقت معین، پرداخت هزینه مشخص، صحبت کردن، دراز کشیدن بر روی صندلی راحت.
- مقاومت غیر مستقیم در تمام طول درمان تجلی می‌کند و متضمن تاکید فوق العاده بر واقعیت، خواست‌های نامعقول و واکنش‌های درمانی منفی است. در این نوع مراجع بجای آنکه تعبیر و تفسیرها، انتقال‌های بیش از حد، جسمانی کردن، تجلی احساسات، بازگشت‌های مداوم، حالات عاطفی افراطی و فقدان احساسات را بر زبان آورد، بدتر می‌شود و جریان درمان را کند می‌کند.

مقاومت عبارت است از اکراه افراد از به آگاهی در آوردن احساسات تهدیدآمیزی که قبلاً سرکوب یا انکار شده‌اند. همچنین مقاومت، تلاش ناخودآگاه برای دفاع در برابر مقادیر بالای اضطراب است. مقاومت‌ها نشانه‌های با ارزشی از دفاع‌های مراجع علیه اضطراب هستند و باید به‌وسیله درمانگر و مراجع شناسایی شوند. رهبر گروه باید توجه کند که برچسب زدن و قضاوت کردن فقط باعث افزایش مقاومت می‌شود. انواع مختلف مقاومت در گروه عبارتند از:

- نگرانی از پیوستن به گروه

- نگرانی از شرکت در فرآیند گروه

- علاقمندی به ترک فضای گروه

ولف (۱۹۶۳) انواع دیگری از مقاومت‌های اعضا را در گروه به شرح زیر عنوان نموده

است:



- ترس از دست دادن خلوت تنهایی
  - نیاز به تملک انحصاری درمانگر
  - ترس از مواجه شدن با یکی از اعضای خانواده در گروه
  - ترس ناخودآگاه از تسلیم شدن در برابر تمایلات روان نژندانه و اضطراب وجود نشانه‌های زیر در گروه، دال بر وجود مقاومت اعضای گروه است.
  - کسانی که دیر می‌رسند یا اصلاً خودشان را نشان نمی‌دهند.
  - کسانی که همیشه ابراز رضایت نموده و خود را متفاوت با دیگران نشان می‌دهند.
  - کسانی که خود را پشت دیواری از سکوت یا پرحرفی پنهان می‌کنند.
  - کسانی که مباحث را بسیار عقلانی می‌کنند.
  - کسانی که تمایل افراطی برای کمک به دیگران دارند.
  - کسانی که بدگمانی و سوء ظن دارند.
  - کسانی که رفتارشان توأم با همکاری نیست.
  - کسانی که بیش از حد برون ریزی و تخلیه هیجانی می‌کنند.
  - کسانی که فقط به دلیل اینکه نیازمند داشتن مناسبات اجتماعی هستند، در گروه شرکت می‌کنند.
- انتقال مفهومی اساسی در رویکرد روان تحلیلی است که به تغییر جهت ناخودآگاه مراجع به سوی درمانگر یا اعضای دیگر گروه اشاره دارد. در حین فرآیند انتقال، افراد با مرور گذشته به تاثیر گذشته‌ها بر عملکرد فعلی خویش، بینش کسب می‌کنند.
- انتقال ترکیبی از افراد در گذشته بیمار و روابط واقعی با درمانگر در زمان حال است. انتقال مجموعه روابط عاطفی موجود بین مراجع و درمانگر است. این روابط عاطفی با افرادی ارتباط دارد که در دوران کودکی طفل مرجع قدرت بوده‌اند. نوروژ انتقالی، تکرار طرح‌های نوروژیک در ارتباط مراجع با درمانگر است. مشکل صمیمیت، مشکل انتقال است. برای افراد

ناپخته، روابط جنسی هم نوعی روابط انتقالی است. عوامل موثر بر پیدایش انتقال شامل موارد زیر هستند:

- نیاز بیمار به تکرار گذشته

- خویشنداری روان درمانگر

- تداعی نسبتاً آزاد بیمار

- تفسیر دفاع ها

- تفسیر انتقال

کاربردهای انتقال در روان درمانی روانپویشی شامل موارد زیر می‌باشند:

- احیای گذشته

- کمک به یادآوری وقایع گذشته

- کمک به فهم واکنش‌های فردی بیمار در همه موقعیت ها

در جریان انتقال، اعضای گروه با کار کردن روی تعارض‌های حل نشده می‌توانند به بینش رسیده و با اثرات منفی تجارب دردناک مقابله نمایند. انتقال در گروه از طریق تلاش اعضا برای جلب نظر موافق رهبر گروه آشکار می‌شود و از این تلاش‌ها می‌توان برای کشف نیاز مراجعین به جلب نظر موافق همگانی و چگونگی تاثیر این نیاز در زندگی شخصی افراد استفاده نمود. در درمان گروهی انواع مختلفی از انتقال مشاهده می‌شود. در درمان فردی، فرافکنی مراجع مستقیماً به طرف درمانگر است اما در درمان گروهی این فرافکنی به سمت اعضای دیگر نیز متمایل می‌شود. در گروه رقابتی که بین اعضا ایجاد می‌شود نیز حائز اهمیت است. با مشاهده رقابت در گروه، می‌توان به رقابت‌های دوران کودکی بین خواهرها و برادرها پی برد.

انتقال متقابل شامل پاسخ‌های عاطفی ناخودآگاه درمانگر به مراجع است. انتقال متقابل احساس درمانگر نسبت به بیمار بر اساس ترکیبی از خصوصیات واقعی بیمار و کیفیات مربوط به افراد از گذشته درمانگر است. انتقال متقابل از دید فروید مانعی است که باید روانکاو درک

کند تا در کار درمان تداخل نکند. انتقال متقابل از دید روانکاوان بعد از فروید مانع نیست بلکه منبع مفیدی برای اطلاعات در مورد بیمار است، احساس روانکاو به بیمار بازتاب نحوه پاسخ دیگران نسبت به او است، قرائنی از روابط شی درونی خود بیمار می‌باشد. انواع واکنش‌های مربوط به انتقال متقابل شامل دو مورد زیر هستند:

- همگامانه (Concordant): درمانگر موضع احساسی بیمار را تجربه می‌کند و با آن همدل می‌شود.

- تکمیلی (Complementary): درمانگر احساسات فرد مهمی از زندگی بیمار را تجربه می‌کند و با آن همدل می‌شود.

در پردازش انتقال متقابل درمانگر موارد زیر را در نظر بگیرد:

- باید نسبت به مسائل رشدی و زندگی خود هوشیار باشد.

- نباید با احساسات بیمار برخورد شخصی کند.

- نباید انتقال متقابل را به عمل درآورد.

- باید با استفاده از انتقال متقابل به تشکیل تفسیرهای خود پردازد.

- باید از خشم ناشی از انتقال متقابل برای فهم حالت مخاصمه آمیز بیمار استفاده کند.

- باید واکنش‌های احساسی خود را بررسی کند تا بتواند سرنخی از دینامیک بیمار به

دست آورد.

- باید در بیماران مرزی، با مرتبط ساختن انتقال و انتقال متقابل به هم، انگاره‌های دو نیم

شده بیمار از خود (Self) و شیئی (Object) را تشخیص دهد.

- باید هنگامی که انتقال متقابل تکمیلی پیدا می‌کند، به جستجوی انتقال متقابل همگامانه

برآید.

رهبر در گروه‌های تحلیلی درگیر مسائل انتقال و انتقال متقابل می‌شود. کوتاش و ولف

(۱۹۸۳) انتقال متقابل را عکس العمل ناخودآگاه، غیر عمدی، نامناسب و موقتاً خشنود کننده به

انتقال مراجع می‌دانند. رهبر گروه باید از تعارض‌های حل نشده خود (مانند نیاز شدید به

دریافت تائید) که می‌تواند به عملکرد گروه آسیب برساند، آگاه باشد. تعارض‌های ناگشوده و نیازهای سرکوب شده درمانگر می‌تواند شدیداً در فرآیند گروه دخالت کرده و درمانگر را به سمت سوء استفاده از موقعیت خویش بکشاند. از نظر برابندر (۱۹۸۷) انتقال متقابل می‌تواند وسیله‌ای برای درک پویایی گروه باشد و درمانگر از احساساتی مانند تنفر، حسادت، احساس تحقیر، تحسین و عشق در امان نیست.

فرایند درمان روانکاوی به چهار مرحله تقسیم می‌شود: (۱) مرحله آغازین، (۲) مرحله تحول یا شکل‌گیری انتقال، (۳) کار درمان و (۴) حل انتقال.

قسمت عمده روانکاوی عبارت است از انتقال و کار درمان. انتقال در واقع می‌تواند به عنوان شکلی از حافظه باشد که در آن تکرار در عمل جایگزین حوادث می‌شود. تجزیه و تحلیل انتقال یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های روانکاوی است. این تکنیک به بیمار کمک می‌کند تا رویا را از خیال و گذشته را از حال تشخیص دهد و فشار مقاومت را برای بیمار آشکار ساخته و تخیلات ناخودآگاه تمایلات دوران کودکی را آشکار می‌سازد. در مجموع تجزیه و تحلیل انتقال موجب حل تعارض و ایجاد بصیرت در بیمار می‌گردد. تجزیه و تحلیل انتقال تا مرحله کار درمان نیز ادامه می‌یابد. مرحله پایانی فاز درمانی روانکاوی حل انتقال است. هدف درمانگر از درمان حل وابستگی نوروپیک ناخودآگاه بیمار است. بینش و بصیرت نهایی در این مرحله بوجود می‌آید. بسیار مهم است که در پایان درمان همه تخیلات بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. در غیر این صورت احتمال عود بسیار بالا است. چون تکنیک‌های روانکاوی بستگی به تجزیه و تحلیل انتقال دارند، روانکاوی به ویژه در شرایطی که در آنها وابستگی‌های انتقالی رو به قوی شدن است، بسیار موثر هستند.

برطرف کردن نورو انتقالی، اساس روانکاوی است. سه روش برای اینکه انتقال را در سطح مساعد نگه داریم: (۱) کاهش جلسات مصاحبه، (۲) روانکاوی‌های منقطع و (۳) توجه دادن به محیط خارج از جو روانکاوی یا مشاوره و تجربیات مربوط به آن.

انتقال موجب می شود مراجع شخصیت و گفته‌های درمانگر را تحریف کند. لازم است درمانگر خودش واقعاً تجسمی از فراخود نباشد. انتقال مراجع برای درمان ضرورت دارد ولی انتقال متقابل عامل مزاحمی در جریان درمان است.

در روانکاوی فقط یک فرایند تغییر اساسی وجود دارد که آن هم افزایش دادن هشیاری است، تمام مراحل روانکاوی بخشی از این فرایند هستند. وظیفه بیمار در هشیاری افزایشی تداعی آزاد است و وظیفه درمانگر برای بررسی مقاومت در برابر تداعی آزاد و انتقال، بکارگیری ۴ روش زیر می‌باشد: (۱) مواجهه (Confrontation)، (۲) توضیح (Clarification)، (۳) تعبیر (Interpretation)، و (۴) بینش یابی (Working through).

مواجهه و توضیح روش‌های پسخوراندی هستند. مواجهه و توضیح مراحل مقدماتی برای مهم ترین شیوه تحلیل یعنی تعبیر هستند.

مواجهه (Confrontation)، بیمار از اعمال یا تجربه‌هایی که قرار است تحلیل شوند، آگاه است. " بنظر می‌رسد از دست من عصبانی هستید"، " به نظر می‌رسد که نسبت به من تمایلات جنسی دارید".

توضیح (Clarification)، با مواجهه قاطی می‌شود و پسخوراندی روشن تر و مشروح تر در مورد پدیده‌ای خاص است که بیمار آن را تجربه می‌کند.

تعبیر (Interpretation)، یک پدیده ناهشیار را هشیار کردن است. تعبیر هشیار کردن معنی، منبع، تاریخچه، روال یا روند یک رویداد روانی ناهشیار است. برای دستیابی یک روانکاو به تعبیر ناهشیار، وی بایستی همدلی و شهود و دانش نظری خود را بکار بگیرد. با تعبیر به یک پدیده روانی، معنی و علیت می‌بخشیم.

تعبیر از تجربه بیمار فراتر می‌رود، چیزی بیش از دادن پسخوراند به بیمار است. بیان تعبیر برای بیمار به صورت اختصاصی بوده و از این نظر نوعی پسخوراند هستند. از طریق تعبیرها به بیماران آموخته می‌شود تا تجربه‌های هشیار خود را به صورتی در نظر بگیرند که فرایندهای

ناهشیار آنها را ایجاد کرده‌اند، رفتار بزرگسال خود را به صورتی که تجربیات کودکی آنها را ایجاد کرده‌اند و درمانگران خود را به صورتی که گویی والدین آنها هستند.

تعبیر درست، کسب بینش در باره جنبه‌هایی از خود که قبلاً پنهان بوده و در خصوص آنها دسترسی به آگاهی شناختی و عاطفی است. بهبود ملاک اثبات تعبیرها و بهبود در روانکاوی فرایندی کند و تدریجی است و تعبیر کردن مقاومت‌های مکرر علیه هشیار شدن نیروهای تهدید کننده و سپس آغاز آزاد کردن غرایز نهفته به سمت درمانگر می‌باشد. روانکاو برای تعبیر دقیق واکنش‌های بیمار و عدم واکنش بر اساس انتقال تقابلی (Counter transference) بایستی از فرایندهای ناهشیار خود آگاه باشد. روانکاو بایستی تشخیص دهد چه چیزی از بیمار حاصل می‌شود و خود او چه چیزی را ترغیب می‌کند. خود فاش سازی (Self disclosure) روانکاو در کم‌ترین سطح است و با بیمار قاطی نمی‌شود.

بینش‌یابی (Working through)، فرایند کند و تدریجی کار کردن روی بینش‌هایی که از تعبیرهای مقاومت و انتقال به دست می‌آیند. بینش‌یابی مرحله آخر و طولانی مدت درمان است. بینش‌یابی استفاده بیمار از دفاع‌های جدید و افزایش هشیاری (تغییرات ساختاری در شخصیت که طی آن انرژی‌هایی که درگیر تعارض‌های پیش تناسلی بودند، اکنون در اختیار خود پخته‌تر فرد قرار دارند)، می‌باشد.

در رابطه درمانی، رابطه بیمار - درمانگر دو جزء دارد که دو وظیفه مختلف را در درمان

بر عهده دارند:

الف) اتحاد کارآمد (Working alliance)

ب) انتقال

اتحاد کارآمد بر نگرش‌های نسبتاً غیر روان رنجور، منطقی و معقول بیمار نسبت به روانکاو استوار است. اتحاد کارآمد شرط لازم برای روانکاو موفقیت آمیز است. انتقال از مهم‌ترین منابع برای روانکاو است. انتقال تعارض بین تکانه‌ها و دفاع‌هایی است که بخش اصلی شخصیت پیش تناسلی فرد می‌باشد. ماهیت انتقال ناهشیار است و به خودی خود یک

فرایند درمان بخش نیست. فرایند درمان عبارت است از روانکاوی یا هشیار کردن محتوای ناهشیار واکنش‌های انتقال.

واکنش روانکاو به بیمار برای ایجاد اتحاد کارآمد (Working alliance) به اندازه کافی صمیمانه و انسانی، و برای تحریک واکنش‌های انتقال بیمار به قدر کافی محروم کننده و سرد است. پاسخ خنثی مانند سکوت باعث تحریک واکنش انتقال می‌گردد، لذا نوعی توجه خنثی غیر مشروط می‌باشد. همدلی جزء درمان است. همدلی منبع اصلی تغییرهای سودمند است.

فرآیند درمان تحلیلی در گروه بر بازسازی، تجزیه و تحلیل، بحث و تفسیر تجربیات گذشته تمرکز دارد و با کار کردن روی دفاع‌ها و مقاومت‌ها، بر ناخودآگاه افراد تاثیر می‌گذارد. لازم است مراجعین گذشته‌ی خویش را بازسازی نموده و روی تعارض‌های سرکوب شده‌ی خود کار کنند تا از میزان تاثیر ناخودآگاه بر زندگی کنونی خویش آگاه شوند. روان تحلیلی گروهی معمولاً فرآیندی هدفمند و طولانی مدت است. تمام درمانگران معتقد به رویکرد روان تحلیلی عقیده دارند که فرآیند تجزیه و تحلیل و تفسیر احساسات، هسته‌ی اصلی درمان است زیرا هدف درمان کسب بینش و تغییر شخصیت می‌باشد.

فنون اساسی درمان تحلیلی گروهی شامل موارد زیر هستند:

- بررسی اضطراب در موقعیت گروه

- تداعی آزاد

- تفسیر

- تحلیل رویا

- بینش

- جلسات متناوب (پیگیری)

**بررسی اضطراب در موقعیت گروه:** اضطراب مرحله‌ی اول نوروژ به شمار می‌آید و هسته

مرکزی حالات روان‌نژندی یا نوروژیک است. اضطراب از نظر فروید شامل اضطراب عینی،

اضطراب روان نژندی (اضطراب مبهم، فویبا و پانیک) و اضطراب اخلاقی است. نحوه ی تشخیص و پرداختن به اضطراب توسط رهبر گروه، تکنیکی مهم و کلیدی در درمان تحلیلی به روش فردی یا گروهی محسوب می شود. اضطراب باید تشخیص داده شده، درک و فهمیده شود و سپس نحوه ی دفاع در برابر آن مورد بررسی قرار گیرد.

**تداعی آزاد:** تداعی آزاد وسیله ای مهم برای آشکار سازی موارد ناخودآگاه و خاطرات واپس رانده است. تداعی آزاد بیان آزاد آنچه است که به ذهن می آید، بدون در نظر گرفتن دردناک، غیر منطقی یا بی ربط بودن آن. یکی از فنونی که با تداعی آزاد انطباق دارد، فن دور چرخیدن است (هر شرکت کننده دور می چرخد و به هر کدام از اعضای گروه که رسید، اولین چیزی که در مورد آنها به ذهنش رسید، بیان می کند). روش دور چرخیدن باعث می شود تا به جای اینکه هر یک از اعضا صرفاً پذیرای بینش رهبر گروه باشند، فعالانه به تفسیر معانی کلیدی پرداخته و به این صورت به فرآیند درمان کمک نمایند. تداعی آزاد باعث می شود تا افراد گروه احساسات درونی خود را آشکار نموده و کمتر آنها را پنهان کنند و همچنین از نظر دیگر افراد گروه نسبت به خویش آگاه شوند. تداعی آزاد اعضای گروه را تشویق می کند تا خودانگیخته تر شده و فرآیندهای ناخودآگاه را آشکار سازند و در نتیجه شرکت فعالی در فرآیند گروه داشته باشند.

**تفسیر:** تفسیر یک تکنیک درمانی است که در تجزیه و تحلیل تداعی آزاد، رویاها، مقاومت ها و انتقال کاربرد دارد. تفسیر به منظور سرعت بخشیدن به فرآیند درمان و آشکار سازی موارد ناخودآگاه طراحی می شود. تفسیر باعث می شود تا مراجع به دلایل رفتارش بیندیشد و معانی دیگری را نیز که اکنون به آنها آگاه نیست کشف کند. در صورتی که درمانگر اعضا را تحت فشار قرار دهد و با تعصب به تفسیر بپردازد، احتمالاً اعضا مقاومت خویش را افزایش خواهند داد. تفسیر فقط یک فرض است که باید تأیید شده یا رد شود. تفسیر بی موقع باعث افزایش اضطراب در اعضا خواهد شد. قواعد عمومی مهم در فرآیند تفسیر شامل موارد زیر می باشد:



۱- تفسیر باید به مواردی که خارج از محدوده ی آگاهی مراجع قرار دارند، پردازد.  
۲- درمانگر باید به تفسیر اطلاعاتی پردازد که مراجع از آنها غافل است اما آمادگی و توانایی پرداختن به آنها را دارد.

۳- تفسیر باید از موارد سطحی آغاز شده و تا جایی که مراجع قادر به تحمل آن است، پیش رود.

۴- قبل از تفسیر احساسات یا تعارض ها، باید به دفاع ها و مقاومت های زیربنایی آن پرداخت.

به مشارکت گذاشتن بینش ها توسط اعضا: یکی از مزیت های روش تحلیلی در گروه این است که اعضا برای به مشارکت گذاشتن بینش هایشان نسبت به دیگران تشویق می شوند. این فرآیند بسیار حمایتی است و به افزایش پیشرفت در درمان کمک می کند. به محض آشنا شدن اعضا با یکدیگر، آنها به طرز چشمگیری قادر به شناخت راهبردهای دفاعی شده و مشاهدات ادراکی خویش را ارائه می دهند. ولف و همکاران مشاهده نمودند که تعبیر درمانگر از رویاها، تخیلات، انتقال، مقاومت، دفاع، لغزش های زبانی و تداعی آزاد به اعضای گروه اجازه می دهد تا از وجود این پدیده ها در خودشان و دیگران آگاه شوند. تحلیل گر موفق باید برای مشارکت مفید اعضای گروه در ارائه بینش متقابل در گروه ارزش قائل شود زیرا گروه از این به اشتراک گذاشتن تفسیرها توسط همه ی اعضای گروه سود زیادی می برد.

تفسیر فرآیند گروه: درمانگر بایستی فرایند گروه را مشاهده کند و این مشاهدات را با گروه به اشتراک گذارد و به این وسیله برای کشف انگیزه های پنهانی اعضای گروه و رسیدن به سطوح عمیق تری از تعامل ها به آنها کمک کند. تعبیر و تفسیر گروه به مثابه یک کل به وسیله بایون مطرح گردید. هدف وی کمک کردن به شرکت کنندگان برای کسب توانایی کار کردن موثر در گروه است.

تحلیل رویا: تحلیل رویا شیوه ای مهم در آشکارسازی اطلاعات ناخودآگاه است. رویا شاهراهی برای رسیدن به ناخودآگاه است. رویا، نیازها، تعارض ها، آرزوها، ترس ها و

تجربیات سرکوب شده را ابراز می‌کند. با مطرح شدن یک رویا در گروه و کار کردن روی آن، شرکت‌کننده‌ها بینش جدیدی در مورد انگیزه‌ها و مسائل حل نشده پشت آن کسب می‌کنند. رویا دو جنبه آشکار (برای رویا بیننده ملموس است) و پنهان (انگیزه‌های پنهان در ناخودآگاه) دارد. رویا به منزله کلیدی است برای گشودن ناخودآگاه و بیرون کشیدن موارد مدفون شده در آن که به تدریج تعارض‌های سرکوب شده را آشکار می‌کند. وقتی اعضای گروه رویاهای دیگران را تحلیل کرده و تداعی خود را ارائه می‌نمایند، به بصیرت‌های ارزشمندی دست می‌یابند، وقتی افراد رویاهای افراد دیگر را تفسیر می‌کنند، رویای فرد رویا بیننده، رویای تمام گروه می‌شود و آرزوها، ترس‌ها و نگرش‌ها آشکار می‌شوند.

**بینش:** بینش به معنی آگاهی یافتن از علل مشکلات حاضر است. در مدل روان‌تحلیلی، بینش آگاهی از رابطه‌ی بین تجربیات گذشته و مشکلات فعلی است. پس از دستیابی به بصیرت، مراجعین قادر به کشف راه‌های متعدد برای حل تعارض‌های هسته‌ای خویش در گروه و در زندگی روزمره‌شان می‌شوند. در رویکرد روان‌تحلیلی گروهی، روی مسائل و تعارض‌های اصلی و زیربنایی کار می‌شود. برای تغییر دادن جنبه‌هایی از شخصیت اعضای گروه باید روی مقاومت‌ها و الگوهای قدیمی رفتار کار شود. تغییر و پیشرفت اعضای گروه نتیجه تلاش و همکاری بین رهبر و اعضای گروه در زمینه عمل به یک نقشه درمانی انعطاف‌پذیر و مملو از تفکر است. تعارض‌های اولیه به ندرت مورد بازبینی قرار می‌گیرند. با گذشت زمان افراد مجبور به پرداختن مجدد به ریشه‌های عمیق مسائل خواهند شد. جلسات متناوب (پیگیری) صورت می‌گیرد.

در گروه درمانی تحلیلی یونگ گروه‌های ۱۰-۶ نفره، هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه تشکیل می‌شود. گروه از لحاظ جنس، سن، نوع مشکل و ویژگی‌های شخصیتی کاملاً بالانس شده است. گروه درمانی بیشتر برای مراجعان برون‌گرا، همچنین بیمارانی که تجزیه و تحلیل را عقلانی می‌کنند و یا اینکه خود را از احساسات خود محافظت کرده و برای کسانی که ناتوان از بیان آن چیزی هستند که درمان خصوصی برای زندگی واقعی آنها می‌آورد،

کاربرد دارد. گروه درمانی کار درمانی را از طریق بحث و گفتگو، تجزیه و تحلیل رویا، تصور فعال، پسیکودراما، گشتالت و مدل‌های بیوانرژتیک انجام می‌دهد. مقاومت در گروه بیش از درمان فردی خود را نشان می‌دهد.

هدف گروه‌های روان تحلیلی شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱- کمک به اعضای گروه برای یافتن راه‌های ارتباط موثرتر با دیگران
  - ۲- تشویق آنها به رشد تا جایی که مستقل بیندیشند و در خدمت خود باشند.
- تکنیک جلسات متناوب در دنبال کردن هر دو هدف فوق می‌باشد. هدف جلسات متناوب که بدون حضور رهبر گروه برگزار می‌شود، ایجاد جوی دوستانه است که افراد را به شرکت فعال در گروه تحریک می‌کند. مزایای جلسات متناوب به شرح زیر می‌باشد:

- گسترش همبستگی در گروه

- افزایش خلاقیت هر یک از اعضای گروه

- افزایش عملکرد درمانی گروه

- افزایش احساس تعلق به گروه

افزایش خود مختاری گروه نیز یکی دیگر از مزایا می‌باشد. توانایی اعضا در اداره ی گروه بدون کمک رهبر نشانه ی آمادگی آنها برای عملکردی مجزا و بدون وابستگی به درمانگر می‌باشد.

**نقش و عملکرد رهبر گروه:** درباره شیوه‌های رهبری اختلاف نظر وجود دارد. برخی معتقد

هستند که ناشناخته ماندن درمانگر و خود افشایی حداقل او در مقابل اعضای گروه موجب تسریع فرآیند انتقال می‌شود ولی برخی دیگر بر خلاف آن می‌اندیشند. فرآیند انتقال یکی از نشانه‌های ویژه درمان روان تحلیلی محسوب می‌شود. از دیدگاه بسیاری از اعضای گروه منفعل بودن درمانگر نشانه بی نتیجه ماندن و یا عدم توفیق درمان به حساب می‌آید. رابطه درمانی از مباحث مهم درمان بوده است (بر خلاف مدل کلاسیک که مبتنی بر جدا ماندن و منفعل بودن روانکاو است) و تاکید زیادی بر اتحاد درمانی و برقراری رابطه مبتنی بر گفتگو، علاقه، احترام

و اهمیت به مراجع می‌شود. انتقال و انتقال متقابل به عنوان بنیادی برای درمان روان تحلیلی به حساب می‌آید. انتقال پدیده پیچیده‌ای است که در اثر فعل و انفعال درون گروهی اتفاق خواهد افتاد.

**وظیفه اصلی رهبر گروه:** کار کردن روی انتقال‌هایی است که به سوی رهبر یا سایر اعضای گروه صورت می‌پذیرد. بیان انتقال و کار کردن روی آن باید با دقت زیاد و بدون ایجاد مقاومت در مراجع صورت بگیرد. از نظر کرنبرگ به کارگیری انتقال باید با احساس مسئولیت زیاد و آگاهی از موارد منع استعمال آن صورت بگیرد. با افزایش فعل و انفعالات درون گروهی، رهبر انگیزه‌های ناخودآگاه اعضا را شناسایی و به تحلیل و تفسیر آن می‌پردازد. سایر وظایف رهبر گروه عبارتند از:

- حمایت از اعضای گروه، هنگامی که این حمایت کردن‌ها خاصیت درمانی داشته باشد.

- کمک به اعضای گروه برای مواجه شدن با مقاومت‌های درون خود و مقاومت‌های درون گروهی

- سوال کردن از اعضای گروه و کمک به آنها برای خودافشایی عمیق‌تر و توجه به وجوه ظریف رفتار خود

از دیگر وظایف رهبر گروه:

- اعتراف به اشتباهات خود و واگذاری برخی وظایف رهبری به گروه

- استفاده از مقاومت‌ها به عنوان موقعیتی برای فعالیت‌های مفید گروهی

- هدایت اعضا برای آگاهی بیشتر از به هم پیوستگی اجتماعی

- به کارگیری مهارت‌های لازم برای رفع تعارض‌های درون گروهی

- کمک به ابراز آزادانه هیجان‌ها به وسیله باز بودن در برابر احساسات اعضا

- مشاهده و رفع اتحادهای مخرب درون گروهی

- استفاده از توانایی اعضای گروه برای تفسیر و یکپارچه کردن موارد بیان شده توسط

دیگر اعضا و نزدیک شدن به موارد ناهشیار

مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون در گروه کاربرد دارد. رهبر گروه می‌تواند از سوال‌های زیر برای کار گروهی بهره بگیرد: مواردی که می‌تواند به زندگی فرد دوام دهند چیست؟، نگرانی‌های پیش‌رونده و تعارض‌های حل نشده مراجع کدام هستند؟، چه ارتباطی بین مشکلات کنونی فرد و وقایع مشخص در سال‌های اولیه زندگی او وجود دارد؟، چه عوامل تاثیرگذاری شخصیت فرد را شکل داده است؟، نقاط بازگشت اصلی و نقاط بحرانی مهم در زندگی فرد چه بوده‌اند؟، فرد در بحران‌ها به چه انتخاب‌هایی دست زده و چگونه با این بحران‌ها کنار آمده است؟ و فرد هم اکنون در چه مسیری حرکت می‌کند؟ برای مثال در مرحله ۱: طفولیت - اعتماد در برابر بی اعتمادی اریکسون که مسائل مطرح شده در گروه معمولاً شامل احساس فقدان عشق و توجه و نیاز شدید به آن می‌باشد. مشکل اصلی آنها ناتوانی در اعتماد به خود و دیگران و ترس از عشق ورزیدن در روابط نزدیک می‌باشد. در مرحله ۲: سال‌های اولیه کودکی - خودمختاری در برابر شرم و تردید بسیاری از افرادی که در گروه تقاضای کمک دارند، یاد نگرفته‌اند که خشم و بغض خود را نسبت به کسانی که دوستشان دارند، بپذیرند. آنها نیاز دارند که با بخش‌های انکار شده وجود خود و این احساسات متعارض (خشم و دوست داشتن) تماس پیدا کنند. در مرحله ۳: دوران قبل از مدرسه - ابتکار در برابر احساس گناه اعضای گروه با مباحث مربوط به نقش‌های جنسیتی کشمکش دارند. در مرحله ۴: سن مدرسه - سعی و کوشش در برابر احساس حقارت مشکلات شامل مواجه شدن رهبران گروه با مسائلی مانند خودانگاره منفی، احساس عدم شایستگی به خاطر یادگیری‌های نادرست، احساس حقارت در برقراری روابط اجتماعی، تعارض‌ها درباره ارزش‌ها، سردرگمی در هویت جنسی، عدم تمایل به روبروشدن با چالش‌های جدید و وابستگی و فقدان قوه ابتکار می‌باشد. در مرحله ۵: نوجوانی - هویت در برابر بحران هویت زمان زیادی به اکتشاف، تجزیه و تحلیل و رفع تعارض‌های مربوط به وابستگی و

استقلال که در دوران نوجوانی بسیار متداول می‌باشد، اختصاص می‌یابد. کشمکش اصلی نوجوان درگیر شدن با فرآیند فردیت و جدایی می‌باشد. من که هستم؟، چگونه اینطور شده‌ام؟، جایگاه من کجاست؟ و می‌خواهم به کجا بروم؟. در مرحله ۶: جوانی - صمیمیت در برابر انزوا زمان قابل توجهی به بیان علایق و اولویت‌های اعضای گروه اختصاص داده می‌شود. اعضای شرکت کننده با مسائلی مانند صمیمیت‌های بین فردی در تعارض می‌باشند. در مرحله ۷: میانسالی - زاینده‌گی در برابر رکود افراد اغلب برای ارزیابی، ایجاد فرصت‌های جدید، و رسیدن به سطح جدیدی از معنای زندگی در کشمکش و تکاپو می‌باشند. در آخرین مرحله زندگی - تمامیت در برابر ناامیدی رهبر گروه باید از محدودیت‌های ایجاد تغییر در سالمندان آگاه بوده و از نگرش‌های معتقد به سرنوشت که باعث تقویت احساس ناامیدی در آنها می‌شود جلوگیری کند. تغییرات اندک در افراد سالمند می‌تواند تاثیرات سودمند و پرمعنایی را روی اعضا داشته باشد. بعضی از افراد جوان‌تر گروه نیز ترس‌هایشان را از پیر شدن بیان می‌کنند.

رویکرد روان تحلیلی دارای نکات مثبتی به شرح زیر می‌باشد:

- این رویکرد یک چارچوب مفهومی برای درک تاریخچه شخصی ایجاد کرده و اعضای گروه در این رویکرد تفکر تحلیلی را خواهند آموخت.
- بسیاری از مفاهیم تحلیلی، برای درک عملکرد فعال و پویایی اشخاص و گروه به کار گرفته می‌شوند.
- در این رویکرد توجه به گذشته برای درک رفتارهای کنونی مهم و حیاتی محسوب می‌شود. بسیاری از تعارض‌های مشاهده شده در گروه ریشه در تجارب دوران کودکی افراد دارند. بی‌توجهی به تاثیرات گذشته، باعث سطحی شدن فعالیت‌های گروه شده و درک تاثیرات گذشته، باعث کنترل بیشتر فرد بر رفتارهای کنونی او خواهد شد.
- یکی از مفاهیم مهم دیگر در روان تحلیلی، مفهوم مقاومت می‌باشد. مقاومت به ویژه در مراحل اولیه کار گروه مشاهده می‌شود. مقاومت‌ها به وسیله ترس‌های گوناگونی آشکار

شده و تا زمانی که به آنها رسیدگی نشده و برطرف نشوند، از پیشرفت گروه جلوگیری خواهند نمود. می‌توان از اعضا خواست تا با اعضای دیگر در باره نحوه تاثیر مقاومت‌هایشان بر عدم پیشرفت گروه بحث کنند. مقاومت‌ها معمولاً به صورت ناخودآگاه بوده ولی برخی از اعضا از مقاومت‌های خود در برابر تغییر آگاه بوده و آن به صورت‌های زیر نشان می‌دهند: همراهی نکردن با گروه و متقاعد کردن خود درباره اضطرابی نبودن مشکلاتشان. در صورتی که اعضای گروه از رفتارهای مقاوم خود هنگام وقوع، آگاه شوند شانس بیشتری برای از بین رفتن مقاومت وجود خواهد داشت. بعضی از مقاومت‌ها (مثل جابجا کردن احساسات و فرافکنی‌ها) برای اعضای گروه بدیهی و روشن به نظر می‌رسد.

- مفهوم اضطراب و مکانیزم دفاع از خود از مفاهیم مهم در فعالیتهای گروهی می‌باشد. رهبر گروه بایستی به دفاع‌های مراجعین احترام گذاشته و مواقعی را که دفاع‌ها گسترش یافته و در روابط درون گروهی آشکار می‌شوند، تشخیص دهد. در گروه اعضا فرصت خواهند یافت تا دفاع‌ها را به چالش کشیده و فرآیند برقراری ارتباط بدون استفاده از دفاع‌ها و راه‌های پاسخ دادن را بیاموزند.

- مفهوم انتقال و انتقال متقابل از مفاهیم بسیار مهم در کار گروهی می‌باشد. رهبر گروه باید از ارزش‌ها و نقش خود در گروه آگاهی کامل داشته باشد.

- مفهوم تحلیلی فرافکنی برای بیان احساسات درون گروهی بسیار مفید می‌باشد. فرافکنی به رهبر و سایر اعضا، نشانه ارزشمندی از تضادهای حل نشده است که باید در جلسات گروهی روی آن کار شود.

- اعضا در گروه به خلق دوباره تجارب قبلی زندگی خود خواهند پرداخت و احساساتی مانند عصبانیت، رقابت، کشش و علاقه، اجتناب یا تجاوز و تخطی را بروز خواهند داد. این احساسات ممکن است شبیه احساسات تجربه شده اعضا در باره افراد مشخص (پدر و مادر) در گذشته آنها باشد. لذا امکان دارد اعضا پدر و مادر، خواهر و برادر و عشاق یا

معشوقه‌های نمادین خود را در موقعیت گروهی بیابند. این انتقال درون گروهی، راهی برای بیان احساسات شدید اعضا است.

اعضای گروه باید از وظایف اصلی و بحرانی مربوط به هر مرحله از رشد، درک درستی داشته باشند تا بتوانند الگوهای عادی یا نابهنجار رشد را تعیین کنند. ترکیب نظریه‌های فروید و اریکسون چارچوب مفیدی برای درک تعارض‌های بیان شده توسط شرکت کنندگان در گروه فراهم می‌کند. در این رابطه می‌توان رویکردی ترکیبی را مد نظر قرار داد. انتقادات به این رویکرد از دیدگاه فیمینیستی شامل موارد زیر می‌باشند:

- در مورد عقده الکترا و ادیپ و فرضیه‌ها در باره عقده حقارت در زنان
- تاکید زیاد رویکرد مبتنی بر روابط شیی در روابط مادر و فرزند و تاثیر آن در تعیین عملکردهای بعدی فرد (مادر را مسئول دانستن و نقش پدر را نادیده گرفتن)
- در نظر نگرفتن عوامل فرهنگی، اجتماعی و سیاسی که باعث مشکلات فردی می‌شود.
- عدم بکارگیری این رویکرد برای مراجعین کم درآمد به ویژه به هنگام تحلیل‌های طولانی و عمیق

درمان روان تحلیلی به مشکلات سطحی که به درمان‌های کوتاه مدت نیاز دارند اهمیت زیادی ندهد و تاکید آن بیشتر بر مشکلات عمیقی است که به بازسازی شخصیت نیاز دارند. افرادی که توانایی مالی خوبی ندارند، به درمان گران قیمت روان تحلیلی و دوره‌های طولانی خودشناسی تمایلی نشان نمی‌دهند. این افراد زمانی برای دریافت کمک حرفه‌ای مراجعه می‌کنند که در موقعیت‌های بحرانی قرار گرفته و به دنبال یافتن پاسخ برای نیازهای اساسی خود مانند استخدام، تهیه مسکن یا مراقبت از فرزندانشان باشند. طولانی مدت بودن این رویکرد به صورت یک تجمل است. جهت سازگاری بیشتر با نیازهای تغییر یافته مراجعین و جامعه، تکنیک‌ها تغییر خواهد یافت، استقبال از درمان‌های کوتاه مدت به ویژه زمانی که با نیازهای مراجعین و توانایی مالی آنها مطابقت داشته باشد. ولی این فشار اقتصادی نباید موجب سطحی شدن درمان و کوتاه مدت شدن تاثیرات آن گردد.



اثربخشی درمان روان تحلیلی در درمان اختلال های روانی در منابع متعدد هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی گزارش شده است (اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۰، یعقوبی نصرآبادی، عاطف وحید و احمدزاده، ۱۳۸۲، عاطف وحید، ۱۳۸۳، فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴، رحمانی، دادستان، عاطف وحید و امیدی، ۱۳۸۴، نوروزی، عاطف وحید، قربانی و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۶، دباغی، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید و بوالهیری، ۱۳۸۶، فتحعلی لواسانی، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و فرزاد، ۱۳۸۹، دادفر، بیرشک و دادفر، ۱۳۹۰، عاطف وحید، ۱۳۹۱، عاطف وحید و دادفر، ۱۳۹۳، دادفر، صابری زفرقندی، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، دادفر، عشایری، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، عاطف وحید، کاظمی و کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، دادفر، کولیوند، ۱۳۹۳، دادفر، کولیوند، ۱۳۹۳، نوری قاسم آبادی و کولیوند، ۱۳۹۳، رضانی فرانی، کاظمی، کولیوند، دادفر و بهرامی، ۱۳۹۳، کولیوند، دادفر، دادفر، و کاظمی، ۱۳۹۳، دادفر، نصراصفهان، عاطف وحید و کولیوند، ۱۳۹۴، دادفر، بیرشک، دادفر، بهرامی، صادقی و کولیوند، ۱۳۹۴).

### گروه درمانی چندوجهی لازاروس (MMT) Lazarus Multimodal Therapy

یکی از نظریه های روان درمانی که سه الگوی یادگیری محرک، پاسخ شناختی و کارکردی را در بر می گیرد، نظریه التقاطی لازاروس است. این نظریه از مفاهیم و فنون رویکردهای گوناگون برای مراجع استفاده می کند. التقاط گرایی عبارت از استفاده از فنون و مفاهیم دو یا چند نظریه است. درمان چند وجهی لازاروس بر اساس نظریه جامع یادگیری اجتماعی شناختی بنا شده است. در این رویکرد، درمانگر در درمان نقش هدایت گر را بر عهده دارد و به تمام ابعاد شخصیت توجه می کند و با توجه به نیاز مراجعان از دیدگاه های مختلف عناصر مفید و مؤثر را بر می گزیند، تا علاوه بر تضعیف رفتارها و نگرش های نامناسب، رفتارهای رضایت بخش و سازنده تری را آموزش دهد. فرض اساسی این رویکرد این است که مراجعان، مشکلات اختصاصی چند وجهی دارند که باید با دامنه گسترده ای از روش ها به آن ها

پرداخته شود. در ارزیابی چند وجهی هفت حوزه مهم بررسی می‌شوند که این وجوه به اختصار BASICID نام دارد و شامل موارد زیر هستند:

- رفتار (**Behavior**): رفتارهای آشکار شامل اعمال، عادت‌ها، حرکات و واکنش‌های حرکتی قابل اندازه‌گیری

- عاطفه (**Affect**): هیجان‌ها، خلق‌ها، احساسات مانند اضطراب پشیمانی، یاس، نومی، خشم و احساس گناه

- احساس (**Sensation**): پنج حس اساسی یعنی لامسه، چشایی، بویایی، بینایی و شنوایی

- تخیل یا تصویر (**Imagery**): رویاها، خیال‌پردازی‌ها و خاطرات

- شناخت (**Cognition**): بینش‌ها، فلسفه‌ها، ایده‌ها و افکار و قضاوت‌ها که ارزش‌های بنیادی شخصی، نظرات، دیدگاه‌ها و عقاید را مطرح می‌کنند.

- روابط بین فردی (**Interpersonal relationship**): تعامل و واکنش‌های متقابل با افراد دیگر مانند خویشاوندان، عشاق، دوستان و همکاران

- دارو-زیست‌شناختی (**Drug**): شامل همه جنبه‌های فیزیکی است که سلامت افراد را تضمین می‌کند از جمله رژیم غذایی، ورزش، خواب، تناسب اندام، داروهای مصرفی و جزو آن (لازاروس، ۲۰۰۳، لازاروس، ۲۰۰۵، لازاروس، ۲۰۰۶، رحمانی، تبریزی و کامکاری، ۱۳۸۹).

اثر بخشی گروه درمانی چندوجهی لازاروس در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال کاهش اضطراب امتحان دانشجویان (پوربختیار و گل محمدیان، ۱۳۸۸). در گروه درمانی چندوجهی لازاروس افراد خصومتی، پارانویا، هذیانی، شدیداً افسرده و دارای عادات نافذ و سواسی - جبری نمی‌توانند وارد گروه بشوند. جدول ۲۱ نمونه‌ای از یک جلسه درمان گروه درمانی چندوجهی لازاروس را نشان می‌دهد.

جدول ۲۱- نمونه جلسه‌های گروه درمانی چندوجهی لازاروس

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معرفی درمان و فرآیند درمان و روش مورد استفاده، بحث در ارتباط با ماهیت مشکل، آشنایی مراجع با وظایف و تکالیف خود
جلسه دوم	پاسخگویی به فهرست وقایع زندگی چند وجهی و بحث راجع به آن
جلسه سوم	تهیه نیمرخ الگویی برای هر مراجع بر اساس اطلاعات درج شده توسط مراجع در پرسشنامه چند وجهی تاریخچه زندگی
جلسه چهارم	توضیح درباره افکار و شناخت‌های منطقی و غیر منطقی و تأثیر آنها در احساس، رفتار و عواطف فرد
جلسه پنجم	تمرکز بر احساسات و آموزش و اجرای آرامش عضلانی
جلسه ششم	کار بر روی رفتارهای مراجع، برنامه‌نمایشی با ابراز وجود، تقویت رفتارهای خوب و استفاده از تکنیک صندلی خالی
جلسه هفتم	تشویق مراجع به ایجاد تصورات مثبت در خود و حوادث و تغییرات زندگی که ممکن است رخ دهد.
جلسه هشتم	آموزش و کمک به مراجع برای بیان مناسب و به موقع هیجان‌های خود، ابراز هیجان‌های خود و کاهش هیجان‌های مزاحم
جلسه نهم	آموزش و کمک به مراجع برای برقراری روابط اجتماعی بهتر و سازنده، مخالفت ورزی و حفظ اعتماد به نفس و بررسی راهنمای مراوده با اعضای خانواده
جلسه دهم	آموزش و برنامه‌ریزی برای ورزش روزانه و تغذیه

## گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل یا تحلیل تبادلی یا تحلیل ارتباط محاوره‌ای (TA) (Transactional Analysis)

نظریه‌ی تحلیل رفتار متقابل / تحلیل تبادلی / تحلیل ارتباط محاوره‌ای که توسط اریک برن در سال ۱۹۶۴، ۱۹۷۰ و ۱۹۷۲ در نیمه‌ی دوم قرن بیستم ارائه شده است یکی از نظریاتی است که به روابط بین فردی و واکنش‌های متقابل افراد با یکدیگر توجه بسیار داشته و در زمینه‌ی مسایل بین فردی، راهکارهای منحصر به فردی ارائه کرده است. این نظریه یکی از مؤثرترین نظریه‌های روان‌شناختی است که به حل مشکلات روابط انسانی می‌پردازد (موراکیا و همکاران، ۲۰۰۶). این نظریه در زمینه‌هایی که به درک افراد، روابط بین فردی و ارتباطات نیاز باشد، به کار می‌رود (استوارت و جویز، ۲۰۰۹). تحلیل ارتباط محاوره‌ای، یک روان‌شناسی اجتماعی و نیز روشی برای بهبود بخشیدن به ارتباطات است و در حقیقت، یک نظریه جهانی ارتباط برای انواع گوناگون فرهنگ‌هاست (چامپان، ۲۰۰۷).

در تحلیل تبادلی هر چیزی از این فرض حاصل می‌شود که شخصیت انسان به صورت سه حالت جداگانه ایگو (Ego) به نام کودک (Child)، والد (Parent) و بالغ (Adult) سازمان یافته است. در این شرایط، چون هر حالت ایگو، خرده ساختار ایگو به حساب می‌آید، هر حالت آن، وقتی در موقعیتی مناسب به کار رود، سازگارانه یا انطباقی به حساب خواهد آمد. رویکرد تحلیل ارتباط متقابل چهارچوب مفیدی را برای آگاهی اعضای گروه از پیغام‌های والدین فراهم کرده و تجربیات گروهی، فرصت مناسبی برای به چالش کشیدن اعتبار این پیام‌ها می‌باشد. نظریه‌ی تحلیل تبادلی در زمینه‌هایی که نیاز به درک افراد، روابط بین فردی و ارتباطات باشد به کار می‌رود، نظریه‌ای در مورد شخصیت، روشی منظم برای روان‌درمانی (رشد و تغییر شخصی)، روشی عقلانی برای تجزیه، تحلیل و درک رفتار خویش، کسب آگاهی و قبول مسئولیت در زمان حال می‌باشد. تحلیل در چهار زمینه شخصیت، رفتار متقابل، بازی‌ها و نمایشنامه می‌باشد. هدف آن ارتباط بالغ - بالغ می‌باشد. در درمان با تحلیل ساختاری افراد از حالت‌های قبلی خود یعنی آشفته، آلوده و کنار زده شده آگاه می‌شوند، سپس با تحلیل تبادلی، آنها از تبادلهای خود شکن خود آگاه می‌شوند. بعد از این اقدامات،

درمان با بازی‌های خود ویرانگر ادامه پیدا می‌کند تا افراد از موضع‌ها و سناریوهای ناسالم خود آگاه شوند. در ادامه، آنها ترغیب می‌شوند تا تصمیم بگیرند که در هر لحظه‌ی معین، برای کدام حالت خود نیروگذاری کنند (قبری هاشم آبادی، مداح شورچه، وفایی جهان و یلقان آبادی، ۱۳۹۱).

در برنامه آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای مذهب محور - که هدف اصلی آن، آگاهی از حالات نفسانی و ایجاد ارتباط سالم و سازنده با خدا، خود و جامعه (محیط اطراف) است، مانند دیگر شیوه‌های مذهب محور، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه کرده، بر آن تمرکز نماید. تقویت «خود الهی گونه»، تجربه دینی و نیایش، موجب ایجاد احساس ارتباط اجتماعی فرد با خدا می‌شود. این ارتباط، از جهاتی شبیه به ارتباط با انسان هاست که موجب خشنودی فرد در زندگی با مردم، و همچنین در زندگی زناشویی می‌شود (نجمه و دهقانی، ۱۳۹۱). از جمله مفاهیم مطرح در تحلیل ارتباط محاوره‌ای، درک، همدلی، مسئولیت‌پذیری و رضایت است (استوارت و جوینز، ۲۰۰۹). در نتیجه آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای، افراد توانایی بالایی برای بهبود در روابط و تعاملات خود کسب می‌کنند و در نتیجه، رضایت بیشتری از روابط زناشویی خویش خواهند داشت (هریس، ۱۳۸۱).

در کتاب‌های "روش‌های نوین در روانشناسی تحلیل رفتار متقابل" اثر جونز و استوارت، "وضعیت آخر" اثر هریس، "ماندن در وضعیت آخر" اثر هریس و هریس و "بازی‌ها" اثر اریک برن برخی از اطلاعات، روش‌ها، تکنیک‌ها و تکالیف ارائه شده گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل ذکر شده است.

اثربخشی گروه درمانی تحلیلی تبادلی/تحلیل رفتار متقابل در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است. برای مثال تعارضات زناشویی زوجین (سلامت، ۱۳۸۴)، رضایت زناشویی (ترکان، کلانتری و مولوی، ۱۳۸۵)، مشهدی فراهانی، افروز

و احدی، ۱۳۸۹، خان آبادی، ۱۳۸۹، صفار و سرگلی، بی‌تا)، سازگاری زناشویی (دانش، ۱۳۸۵)، کاهش اضطراب دانش آموزان (دی، ۱۳۸۵)، شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان (فرهنگی و آقامحمدیان شعریاف، ۱۳۸۵)، ارتقاء سلامت روان (اصلائی، ۱۳۸۷)، پیشگیری از عود افراد سم زدایی شده (کافی، ملازاده اسفنجانی، نوری و صالحی، ۱۳۸۸)، مهارت حل مساله (قنبری هاشم آبادی و یلقان آبادی، ۱۳۹۰)، سازگاری افراد (نژاد نادری، دره کردی و دیوسالار، ۱۳۹۰)، افزایش عزت نفس (ابراهیمی ثانی، هاشمیان و دو کانه ای، ۱۳۹۱)، رضایت زناشویی (عبدی زاده و نعمتی، ۱۳۹۱) و مهارت حل تعارض (قنبری هاشم آبادی، مداح شورجه، وفایی جهان و یلقان آبادی، ۱۳۹۲). جدول ۲۴-۲۲ سه نمونه از خلاصه محتوای جلسه‌های گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل/تحلیل تبادلی و جدول ۲۵ جلسات آموزش گروهی تحلیل ارتباط محاوره‌ای مذهب محور را نشان می‌دهد.

#### جدول ۲۲- جلسه‌های گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معارفه، بیان اهداف پژوهش، قوانین گروه، مسئولیت اعضای گروه، توضیحات کلی در مورد نظریه تحلیل رفتار متقابل، کاربرد آن و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	تحلیل کنشی حالات کودک، والد، بالغ، دادن تکلیف به آزمودنی‌ها در مورد ترسیم نمودار حالات نفسانی خود یا آگوگرام (Ego gram)، بیان ویژگی‌های کودک مطیع و کودک طبعی، والد کنترل کننده، والد حمایت کننده و تقویت بالغ
جلسه سوم	تعریف رابطه متقابل، رابطه متقابل موازی، رابطه متقابل متقاطع، قوانین ایجاد رابطه، تکلیف به آزمودنی‌ها برای تشخیص هر یک از انواع رابطه متقابل

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه چهارم	تعریف نوازش (stroke)، نوازش کلامی/غیر کلامی، مثبت/منفی، شرطی/غیرشرطی، بحث در مورد روش‌های به دست آوردن نوازش و ارائه تکالیف مربوط به آن به آزمودنی‌ها
جلسه پنجم	تشخیص تبادل‌های پنهانی، روابط مماسی/روابط مسدود کننده، بحث و تشخیص تبادل‌های پنهانی توسط اعضای گروه. مثلاً وقتی شوهر روی میز تلویزیون که گرد و خاک گرفته با انگشت می‌نویسد، همسر عزیزم دوستت دارم، چه نوع رابطه‌ای است.
جلسه ششم	چگونه بالغ فعال‌تری داشته باشیم، سازمان دهی زمان Time structures (انزوا/مراسم و مناسک/وقت گذرانی/فعالیت‌ها/بازی‌های روانی/صمیمیت)، تکلیف اعضا (ترسیم دایره سازماندهی زمان خود و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به افزایش صمیمیت)
جلسه هفتم	توضیحات بیشتر درباره بازی‌های روانی، بیان وضعیت‌های زندگی Life positions (من خوب نیستم)، خنثی کنندگان والد و دادن تکلیف به اعضا در مورد تشخیص روش‌های خنثی کردن والد طرف مقابل مثل حاشیه رفتن و سکوت در زندگی واقعی خود
جلسه هشتم	جمع بندی و مرور مطالب با تأکید بر به کارگیری بالغ برای بهبود روابط و وضعیت زندگی، تصمیم‌گیری مجدد برای ادامه زندگی (ما می‌توانیم تغییر کنیم)، آماده شدن برای وداع با گروه، اجرای پس آزمون

\* اقتباس از کافی و همکاران (۱۳۸۸)

جدول ۲۳- جلسه‌های گروه درمانی تحلیل تبادلی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی و معارفه، بیان قواعد گروه، تحلیل ساختاری ساده حالات نفسانی (بالغ، والد، کودک)، تکلیف (رسم اگوگرام)
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تحلیل کارکردی حالات نفسانی، تکلیف (رسم اگوگرام با توجه به آموزش‌های این جلسه)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تحلیل ساختاری پیچیده حالات نفسانی، ارائه تکلیف (رسم اگوگرام براساس تحلیل ساختاری پیچیده)
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح نوازش، آموزش روابط متقابل مکمل و متقاطع و روش‌های تشخیص حالات سه گانه نفسانی
جلسه پنجم	آموزش روابط پنهان و رفتار متقابل مضاعف، و ارائه تکلیف (ارایه چند مثال از روابط پنهان)
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش چهار وضعیت وجودی، شفای کودک درون، ارائه تکلیف (پرسش و پاسخ با دست مسلط و نامسلط و نقاشی)
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم مدیریت زمان و شیوه‌های فعال کردن بالغ، تکلیف (تعیین مدیریت زمان و استفاده از بالغ)
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، پاسخ گویی در مورد ابهامات و مرور جلسات قبلی

\* اقتباس از قنبری هاشم آبادی و همکاران (۱۳۹۱)



## جدول ۲۴- جلسه‌های گروه درمانی تحلیل تبادلی

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	آشنایی و معارفه، بیان قواعد گروه، استفاده از پیام‌های کلامی و غیر کلامی تحلیل ساختاری ساده حالات نفسانی (بالغ، والد، کودک)، درخواست از مراجعین برای ارائه شرح مختصری از وضعیت و تاریخچه زندگی خود و روابط‌های بین فردی
جلسه دوم	بحث در باره تاریخچه تحلیل رفتار متقابل بررسی، ایجاد آمادگی برای تکالیف خانگی، قرائت یک مورد از ارتباط‌های محاوره‌ای توسط تک تک اعضا و اظهار نظر سایرین نسبت به ارتباط‌های یاد شده، تکلیف خانگی (رسم اگوگرام)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و توضیح مختصر راجع به کتاب وضعیت آخر و چهار حالت روانی، وجود قواعد و نقش قواعد ارتباطی در مورد احترام به خود، دیگران، دوستان، نحوه ابراز وجود، ارائه تکلیف (رسم اگوگرام براساس تحلیل ساختاری پیچیده)
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا شدن اعضای گروه با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی شخصی و اجتماعی، آموزش نوازش و آموزش روابط متقابل مکمل و متقاطع
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شرح بازنوازی‌های غیر ارادی دوران کودکی (من کودک) و وضعیت‌های اساسی زندگی، خواندن صفحاتی از کتاب بازی‌های روانی اریک برن، توضیح بازنوازی‌های حالت من والدینی با زبانی ساده همراه با مثال
جلسه ششم	بیان مشغولیت‌های ذهنی هر یک از اعضا، آموزش بازنوازی حالت من بالغ، بحث و تبادل نظر در مورد مشغولیت‌ها و تعامل خود با دیگران،

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	آموزش روابط پنهان و رفتار متقابل مضاعف، ارائه تکلیف همراه با مثال از روابط پنهان
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش چهار وضعیت وجودی، شفای کودک درون، تجزیه و تحلیل حالت‌های کودک والد بالغ توسط اعضای گروه و به کارگیری نحوه برقراری ارتباط بین این حالت‌ها در رفتار روزمره، ارائه تکلیف، پرسش و پاسخ با دست مسلط و نامسلط
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، کار به صورت عملی (تمرین ایفای نقش) و تمرین مهارت‌های ارتباطی، بیان قصه‌های زندگی توسط هر کدام از اعضا که تمایل به بیان این قصه‌ها دارند، آموزش مفهوم مدیریت زمان و شیوه‌های فعال کردن بالغ، ارائه تکلیف (تعیین مدیریت زمان و استفاده از من بالغ در رفتارهای خود)
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه بازخورد اعضای گروه در قالب ایفای نقش نسبت به برخی از حالات نفسانی و رفتار کنونی ارتباطی، آموزش بازدارنده‌ها، سوق دهنده‌ها و اخذ تصمیم‌ها
جلسه دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، پاسخ گویی در مورد ابهامات و مرور جلسات قبلی، مرور کلیه برنامه‌ها و اهداف درمانی و تجزیه و تحلیل بازخوردها و دریافت آن توسط اعضا در مورد پیشرفت درمان، در دست گرفتن قدرت اجرایی من بالغ، بکارگیری آموخته‌های تحلیل رفتار متقابل در محیط‌های گروهی، خانواده و اجتماع، و رسیدن اعضا گروه به خود رهبری

\* اقتباس از ابراهیمی ثانی، هاشمیان و دو کانه‌ای (۱۳۹۱)

## جدول ۲۵- جلسات آموزش گروهی تحلیل ارتباط محاوره‌ای مذهب محور

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
جلسه اول	معرفی اعضا به همدیگر، تبیین مقررات و اهداف گروه از سوی رهبر؛ بیان اهمیت رازداری در گروه؛ آشنا ساختن افراد با سه بُعد من (والد، بالغ و کودک) در شخصیت خود، و خودشناسی و تقویت بعد بالغ در افراد.
جلسه دوم	ایفای نقش والد در روابط بین فردی و آموزش به هریک از افراد در تقویت جنبه‌های معنوی و عقیدتی، اهمیت گذشت، صبر و بردباری، وقوف بر سه بُعد والد، بالغ و کودک، تنظیم رفتار و درک مفهوم بخشندگی و گذشت، و انجام تکالیف خانگی
جلسه سوم	تمرین ارتباط متقابل مبتنی بر ارزش‌های اسلامی با توجه به تجسم حضور پروردگار در هر لحظه و نظارت همه جانبه بر اعمال انسان و بازخورد پروردگار به انسان در قالب امدادهای غیبی؛ حل مشکلات با عنایت به رحمت الهی، تقویت این جنبه در ارتباط محاوره‌ای کلامی و غیر کلامی بین فردی، و انجام تکالیف خانگی در این خصوص
جلسه چهارم	تبیین ضرورت تقویت «بالغ» به عنوان مسئول اجرایی شخصیت و به کارگیری آموزش و ارزش‌های الهی در این راستا، و ضرورت کنترل جنبه‌های تکانشی و منفی والد و کودک
جلسه پنجم	مشارکت اعضا در تمرکز بر تبادلات بین فردی مبتنی بر مهر و محبت و عطف و رحمت الهی؛ بحث پیرامون لزوم تنظیم محاوره‌ای کلامی و غیر کلامی، نوازش‌های مطلوب و مناسب از خود و دیگران، تأکید بر تفاوت میان سرزنش و نوازش، و ثبت پیامدهای آن در موقعیت واقعی زندگی به عنوان تکالیف خانگی
جلسه ششم	آشنا ساختن اعضای گروه با مراسم و مناسک مذهبی و نیایش، تقویت ارتباط حسنه با یکدیگر و افراد خارج از گروه در مناسبات اجتماعی و بین فردی، لزوم اجتناب از پیام‌های کلامی و غیر کلامی متقاطع و

جلسه‌های درمان	محتوای جلسه‌های درمان
	ناکارآمد، و توجه به تأثیرات منفی آنها در زندگی افراد و ایجاد مشکل در حل مسائل در زمینه‌های مختلف زندگی، افزایش صمیمیت و عطف و مهربانی با یکدیگر، و انجام تکالیف خانگی در این زمینه
جلسه هفتم	لزوم تصمیم‌گیری‌های این مکانی و این زمانی توسط «بالغ»، آشنا کردن اعضا با وضعیت‌های زندگی و بررسی تجربیاتی که مبتنی بر والد و کودک است در حالی که بالغ ضعیف شده و این امر به شکست و اشکال در حل مسئله انجامیده است.
جلسه هشتم	توضیح مفهوم «بالغ وحدت یافته الهی» و ضرورت دستیابی به آن، افزایش صمیمیت و مهربانی، نظارت بر رفتار، تقویت و کنترل خویشتن در تنظیم هیجان‌ها، کنترل دخالت و آلودگی بالغ به واسطه غلبه والد و کودک، کنترل آگاهانه حالات من توسط بالغ به عنوان مسئول اجرایی شخصیت، اهمیت اجرا کردن نوازش‌ها و رفتار محبت‌آمیز انسانی، الهام از سیره پیامبران و احادیث و قرآن در این زمینه و به منظور تقویت بیشتر بالغ و اجرای آن در زندگی خانوادگی، و انجام تکالیف خانگی و استمرار در اجرا در صورت نیاز

\* اقتباس از نجمه و دهقانی (۱۳۹۱)

### گروه درمانی تصمیم‌گیری دوباره (Redecision Group Therapy (RGT)

رابرت گولدینگ و مری مک کلور گولدینگ پایه‌گذار رویکرد گروه درمانی تصمیم‌گیری دوباره هستند. روان‌درمانی به شیوه تصمیم‌گیری دوباره حاصل پیوند هوشیارانه تحلیل رفتار متقابل و گشتالت درمانی است. تمرکز این دیدگاه بر بهبود سریع و تاکید بر ظرفیت فرد در بازسازی است. به تعبیری می‌شود آن را «جراحی روانی» نامید (گولینگ و گولدینگ، ۱۳۹۳). این رویکرد با سایر رویکردها به واسطه تاکیدش بر فرد نه فرآیند گروه، متمایز است. به همین خاطر بسیاری از پدیده‌ها که باعث علاقه اساسی به رویکردهای بین

فردی، روانپویشی و سیستم‌های اجتماعی می‌شود، بسیار کم مورد توجه و علاقه رویکرد باز تصمیم‌گیری است. برای مثال، انتقال به عنوان یک منبع اساسی در این نظریه نگرینگ‌یسته نمی‌شود. وجودش تصدیق می‌شود اما کاری روی آن صورت نمی‌گیرد و هدف چیز دیگری است؛ مداخله درمانگر معطوف به آن نیست. تمرکز روی فرد است در نتیجه همجوشی گروهی به عنوان ملات اساسی برای گروه نگرینگ‌یسته نمی‌شود (قادری، خدادادی و عباسی، ۱۳۸۸، بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳، گولدینگ و گولدینگ، ۱۳۹۳).

تمرکز اساسی به امر حیاتی پرورش یک فضای امن و قابل اعتماد است. در این درمان، درمانگر از مراحل تحول نیز استفاده نمی‌کند. هر چند دیدگاه تحولی دارند اما این تحول و رشد فرد است که مورد علاقه اساسی است. بسیاری از جوهی که درمان تصمیم‌گیری دوباره را از سایر رویکردها متمایز می‌سازد آن را مناسب کاربرد در موقعیت‌هایی می‌گرداند که کمتر قابل بررسی و عمل نسبت به رویکردهای فرآیند محور هستند. این درمان زمانی مفید است که گروه زمان لازم برای توسعه و هم‌جوشی را ندارد در نتیجه قادر به پرورش یک انتقال کامل نیست. این رویکرد می‌تواند در یک جلسه واحد نیز پروراند شود. اغلب شرکت‌کنندگان در این درمان برای تنها یک یا دو جلسه ماراتونی، فراخوانده می‌شوند. هر جلسه ۴ تا ۸ ساعت یا حتی چندین روز طول می‌کشد. درمانگران تصمیم‌گیری دوباره چنین جلساتی را زایا تر می‌یابند، یعنی خلق یک محیط متمرکز (Intensive) تا نامتمرکز (Extensive).

این رویکرد می‌تواند همچنین زمانی استفاده شود که نیاز به پذیرش تعداد اعضا فراتر از اندازه گروه درمانی طبیعی وجود دارد. چون جلسات به گونه‌ای سازمان یافته‌اند که هر عضو بخشی از زمان گروه را دریافت خواهد داشت.

درمان تصمیم‌گیری دوباره، درمان مرادده‌ای اریک برن و فنون گشتالت‌تراپی فردریک پرلز را یکپارچه کرده است. اولی چارچوبی شناختی برای اکتشاف و کاوش اعضا از تجاربشان فراهم می‌سازد، و دومی ابراز عاطفی متمرکز را تحریک می‌کند. در این درمان بر

تصمیماتی اساسی تاکید می‌شود که یک شخص در زندگی می‌گیرد. این تصمیمات آنهایی هستند که در اوان زندگی گرفته شده و در آن دوره انطباقی بوده‌اند اما در زمان جاری بر سلامت و بهبودی شخص آسیب وارد می‌کنند. در نتیجه درمان، برای فرد فرصت و مجال فراهم می‌سازد تا در این تصمیم تجدید نظر کند، یعنی تصمیمی مناسب برای حال حاضر بگیرد نه تصمیمی که خاستگاه آن گذشته بوده است. گولدینگ و گولدنیک (۱۳۹۳) درمان تصمیم‌گیری دوباره را این گونه توصیف می‌کنند:

«در درمان تصمیم‌گیری دوباره مراجع، بخش کودک خویشتن را تجربه می‌کند، از وجوه کودک گونه اش لذت می‌برد و صحنه‌های تخیلی (فانتزی) خلق می‌شود که به واسطه آن در کمال امنیت می‌تواند تصمیمات محدود کننده که در کودکی گرفته است را ترک کند.»

درمانگران تصمیم‌گیری دوباره مبتنی بر عواملی چون ویژگی‌های عضو، مشکلات ارائه‌شده نمونه وار، موقعیت و چارچوب زمانی فرمت‌های مختلف را به اجرا می‌گذارند. بنابراین فرمت جلساتی که در اینجا ارائه می‌شود تنها یکی از گزینه‌های ممکن است.

درمان تصمیم‌گیری دوباره با تمرکز روی یک عضو واحد گروه آغاز می‌شود. درمانگر احتمالاً با عضو گروهی شروع می‌کند که قبلاً در گروه بوده است به گونه‌ای که اعضا جدیدتر گروه بتوانند از چگونگی عمل درمان تصمیم‌گیری دوباره، به مدلی دست یابند. درمانگر با این پرسش آغاز می‌کند که «چه چیزی را به ویژه شما دوست دارید درباره خودتان امروز تغییر دهید؟». این سوال به ایجاد یک قرارداد بین درمانگر و عضو گروه منجر می‌شود که به عنوان یک پایه برای کارشان در جلسه عمل می‌کند. فرض کنید یک عضو مونث بگوید: «من می‌خواهم چنان احساس کنم که همیشه نیاز نیست دست به عملی بزنم که مسئولیتی در قبال آن ندارم». درمانگر آنگاه ممکن است از عضو بخواهد درباره رفتارها و احساساتی که همیشه با این نیاز ادراک شده و او را درگیر موقعیت‌هایی کرده است، صحبت کند. فرض کنید عضو بگوید: «من مدام احساس نگرانی می‌کنم... چون نمی‌دانم آیا بقدر کافی خوب

عمل کرده‌ام تا عشق آنها را به دست آورم». درمانگر سپس عضو را جهت می‌دهد تا به زمانی در زندگیش فکر کند که تصمیم گرفت به شیوه‌ای عمل کند تا عاطفه مثبت فرد دیگری را به دست آورد. برای مثال، درمانگر ممکن است بگوید: «آیا تو خاطره اولیه‌ای از زمانی داری که احساس نگرانی یکسانی داشتی، زمانی که شخصی، عشق و توجه خودش را مشروط و منوط به عمل و رفتار خاصی از سوی شما بکند؟» آنگاه عضو خاطره‌ای را که احتمالاً گرانبار از برون ریزی عواطف است، به بحث خواهد گذاشت. به منظور ارائه مثال، عضو ممکن است بگوید: «می‌توانم زمانی را به یاد آورم. که مادرم از من خواست تا در یک جشن آواز بخوانم من شدیداً مضطرب شده بودم و این تقاضا را رد کردم. او سه روز با من حرف نزد». درمانگر عضو را تشویق می‌کند تا جایی که ممکن است جزئیات بیشتری را بیان کند به طوری که رویداد در ذهنش کاملاً زنده شود. درمانگر همچنین دعوت می‌کند تا احساسات حال حاضر نیز ابراز شود. احتمالاً با این درخواست که «وقتی این خاطره را به زبان می‌آوری چه احساسی داری؟». به منظور کمک به عضو فرضی مان در اکتشاف بیشتر این موضوع، درمانگر آنگاه به او در شناسایی اوامر و فرامینی (Injunctions) کمک می‌کند که او در این موقعیت دریافت می‌کرد. یک امر یا فرمان، درخواستی است که شخص طی زمان دریافت کرده و تأثیری نوعاً ناهشیار بر تجربه و رفتار وی گذارده است. اوامر و فرامین، نتیجه تعامل میان حالات من (Ego states) متفاوت است. اوامر و فرامین، مواضع روانشناختی پایه‌ای است که یک شخص اتخاذ می‌کند تا شیوه‌ای را که فرد خود و جهان را تجربه می‌کند، سازماندهی کند. در نظریه مراوده‌ای، چنین اوامری در تعاملات میان من کودک (Child ego) و من والد (Parent ego) ظاهر می‌گردند. حالت من والد، صدای اتوریته یا مرجع قدرت است که می‌تواند پرورش دهنده یا انتقادگر باشد. حالت من کودک دو وجه دارد: کودک طبیعی یا رها (آزاد) و کودک انطباق یافته. اولی قادر است آزادانه ابراز کند در حالی که دومی در بند درخواست‌ها و تقاضاهای جهان بزرگسالان محدود شده است.

سومین حالت من، حالت من بزرگسال (Adult ego state) است که مسئول پردازش اطلاعات درباره جهان می‌باشد. درمانگر و عضو به دستور، امر یا فرمانی توجه خواهند کرد که در پیامی که از سوی کودک انطباق یافته از حالت من والد دریافت داشته، مضمّن است. برای مثال، دستور ممکن است این باشد: «خودت نباش، تنها برای ستایش من عمل کن.» گولدنیک و گولدنیک فهرست بلند و بالایی از اوامر و فرامین به شرح زیر را به دست می‌دهند:

- نکن (Don't)

- نباش (Don't be)

- نزدیک نباش (Don't be closed)

- رشد نکن (Don't grow)

- موفق نباش (Don't succeed)

- خودت نباش (Don't be you)

- عاقل نباش (Don't be sane)

- خوب نباش (Don't be well)

- دل نبند (Don't belong)

چون این پیام‌ها ضمنی هستند نه صریح، ایضاح آنها برای عضو گروه، پیشرفت اساسی محسوب می‌شود. اغلب متبلور ساختن امر و فرمان برای عضو، نیل به احساسات را ممکن می‌سازد و احساساتی که هم بر امر و فرمان مرتبط است و هم این واقعیت که کودک انطباق یافته، اطاعت از دستور را انتخاب کرده است. برای مثال عضوی ممکن است احساسات خشم را تجربه کند به محض اینکه می‌بیند که از او انتظار می‌رفته است حس خودشیفتگی والد خود را ارضا کند. با شناسایی دستور و احساسات مرتبط، درمانگر آنگاه می‌تواند از تکنیک صندلی خالی گشتالت برای داشتن یک صحبت با چهره والدینی استفاده کند. درمانگر می‌تواند بخواهد «به این صندلی نگاه کن. می‌توانی فرض کنی که روبروی مادرت ایستاده‌ای، او به چه چیزی شبیه است؟» عضو تا آنجا که ممکن است با جزئیات، تصویری را هم برای خودش و



هم گروه خلق می کند. سپس عضو می تواند یک گفتگو با مادرش برقرار کند که در آن او احساساتش را با مادرش در میان می گذارد. در این فرامین که عضو تجربه می کند، تصمیم اصلی و اولیه گرفته می شود به گونه زیر:

عضو: من احساس اضطراب می کنم که نمی توانم به قدر کافی خوب عمل کنم تا تأیید شما را به دست آورم.

درمانگر: مادرتان چگونه پاسخ می دهد؟

عضو: من نمی توانم فکر کنم، ذهنم خالی است.

درمانگر: شما نمی توانید فکر کنید یا نمی خواهید؟ (در اینجا درمانگر یکی از ویژگی های مهم درمان تصمیم گیری دوباره را نشان می دهد. یعنی توجه به زبان عضو گروه برای یافتن تظاهرات ظریف، تلاش عضو بر تخفیف اهداف درمانی. در اینجا با مواجه سازی انکار عضو، او را تشویق می کند تا مسئولیت کار درمان را بپذیرد).

عضو: مادر می گوید: «من نمی دانم درباره چه صحبت می کنی. می خواهم با خودت خوب تا کنی. سپس می تونی چیزهای خوبی در زندگی داشته باشی»

درمانگر: حال چه احساس می کنی؟

عضو: خشمگینم می کند چون تصدیق نمی کند که این تنها مربوط به من نمی شود، مربوط به او هم است.

درمانگر: پس چه می خواهی به او بگویی؟ آیا می خواهی بگویی که عالی است. همه کاری که انجام می دهی فقط این است که شادی خودت را با او حفظ کنی. (در اینجا درمانگر از زبان عضو برای ابراز تصمیم اساسی استفاده می کند تا او را وادار به تصمیم اساسی کند. این گونه صحبت کردن عضو را ناآرام می کند). این گونه گفتگو ادامه می یابد تا منجر به تجدید تصمیم اولیه شود و تصمیم انطباقی تر جایگزین گردد (بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳).

گولدینگ و گولدینگ (۱۳۹۳) اثربخشی گروه درمانی کوتاه مدت با مراجعان را به شیوه تصمیم گیری مجدد گزارش نموده اند. اثربخشی گروه درمانی تصمیم گیری دوباره در

کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است برای مثال بر افزایش رضایت زناشویی (بوستان، ۱۳۸۶، بوستان، هاشمیان، شفیق آبادی و دلاور، ۱۳۸۶) و کنترل عواطف در نوجوانان دختر (قادری، خدادادی و عباسی، ۱۳۸۸).

### سایکو دراما (Psychodrama)

این رویکرد به واسطه تاکیدش بر کنش (Action) از سایر رویکردها تمایز می‌یابد. در این رویکرد، کنش پیش درآمد تغییر درون فردی و بین فردی است. یعنی با عمل به شیوه‌ای نوین، فرد می‌تواند به شیوه‌های جدید فکر و احساس کند. در سطح بدنی اموری آموخته می‌شود که از راه دیگر بدست نمی‌آیند. عمل و کنش ذاتاً بین فردی است. دیگران شاهد عملند. نمونه برجسته رویکرد عمل محور، سایکودراما است. مورتون در دهه ۲۰، سایکودراما را پایه گذاری کرد. تئاتر از نظر وی میانجی پر قدرتی است و فرد را قادر می‌سازد تا هم مشکلات را کاهش دهد و هم به قوای خود تحقیق بخشد.

در سایکودراما فرد، موقعیت‌های زندگی اش را به بازی می‌گذارد. این بازی با زندگی واقعی فرق دارد زیرا موقعیت‌های پیشین به اینجا و اکنون (Here and Now) می‌آیند و فرد فعالانه و خلاقانه درگیر آن می‌شود. فرد در سایکودراما از این فرصت و مجال برخوردار می‌شود تا نقش را مجدداً (Reenactment) ایفا کند. اما در این عمل فرد به موقعیت انطباقی‌تر (Adaptive) واکنش نشان می‌دهد. عمل فرد ابراز احساسات (Expression) معطوف به کسانی است که طبیعتاً حاضر نیستند الا در سطح پنهان. سایکودراما فضایی میان واقعیت و خیال (Fantasy) می‌آفریند که فرد در آن شیوه‌های جدید پاسخ به موقعیت را تمرین می‌کند. برای نمونه، ابراز خشم به والد زمانی که در واقع می‌ترسد از سوی او طرد شود. سایکودراما، مجال اقدام کردن نه برای آنچه حاضر است بلکه آنچه می‌تواند باشد را، فراهم می‌سازد. در نتیجه سایکودراما پایه‌ای برای رویاها و امیدها فراهم می‌سازد. پس از اقدام، مجال برای اندیشیدن به آنچه رخ داده است، فراهم می‌شود. مراحل سایکودراما به قرار زیر هستند:

۱- گرم شدن / آماده شدن (Warm-up): گرم شدن آماده سازی اعضا برای کار به شیوه سایکودراما است. اعضا در تمرینات متوالی مشارکت می‌ورزند که به نحو فزاینده‌ای آنها را در انواع فعالیت‌هایی که در سایکودراما فی نفسه رخ می‌دهد، آماده می‌سازد. تمرین اولیه می‌تواند یک دور هم نشینی (Go-around) ساده باشد که در آن هر عضو برای گروه یک خاطره شیرین از کودکی خود تعریف می‌کند. به طور فزاینده‌ای تمرینات از لحاظ هیجانی چالش برانگیزتر می‌شوند. برای مثال، بعد از تقسیم شدن گروه و درون جفت‌ها، اعضا برای یکدیگر، ایده یا واکنشی را بیان می‌دارند که نمی‌توانند با والدین خود در میان گذارند.

۲- انتقال به نمایش (Transition to drama): حال که اعضا تمریناتی به شیوه سایکودراماتیک داشته‌اند، درمانگر، که به عنوان کارگردان (Director) به او اشاره می‌شود، آنها را برای نمایش یا درام آماده می‌کند. وظیفه اصلی در این گام، انتخاب نقش اصلی یا قهرمان داستان (Protagonist) یا فردی از گروه است که موقعیتش بازی خواهد شد. انتخاب پروتاگونیست به عوامل متعددی وابسته است از جمله سازگاری گرفتاری و مخصصه یک عضو خاص با موضوع و تمی که دایرکتور آن را تثبیت و تحکیم کرده، یا مبرم بودن ناراحتی یک عضو در یک جلسه خاص، و یا آرزوی یک عضو به پروتاگونیست شدن در آن جلسه و غیره. پروتاگونیست با دایرکتور همکاری می‌کند تا نمایش شکل بگیرد از طریق مشخص کردن صحنه یک رویداد، چه امری موجب آن رویداد شده، و چگونه آن رویداد آشکار گردیده است. نوعاً پروتاگونیست سایر اعضا یا کمک کارها را شناسایی می‌کند تا به عنوان بازیگران (Actors) در نمایش خدمت کنند. گاهی اوقات داوطلبان یا کمک کارهای آموزش دیده (برای مثال یک عضو بخش یا کمک درمانگر) برای ایفای نقش‌های خاص انتخاب می‌شوند. دایرکتور با پروتاگونیست برای جهت دهی به سایر بازیگران درباره چگونگی ایفای نقش‌شان

همکاری می‌کند برای نمونه می‌پرسد: «آیا پدر شما آن اظهار نظر را با لحنی تند ادا کرد یا لحنی عادی داشت.» این مرحله همان مرحله تنظیم سناریو است.

۳- **درام (Drama):** این فاز اقدام ورزیدن تحت شرایط مشکل آفرین است، روشن سازی عناصر پویا ایفای نقش و جستجوی برای راه حل‌ها یا شیوه‌های جانشین حل کردن مساله موجود. وقتی نمایش در یک صحنه رخ می‌دهد، نشانه‌های ظریفی به شکل عناصر هیجانی نهان ظاهر خواهند شد. برای مثال، پروتاگونیست ممکن است تظاهرات چهره‌ای خاصی را بروز دهد که دلالت بر حس یا عاطفه ابراز نشده داشته باشد. برای مثال، فرض کنید یک پروتاگونیست بنام پری صحنه‌ای را به اجرا در می‌آورد که در آن او به مادرش تمایل و آرزوی نزدیک‌تر شدن را ابراز می‌کند. وقتی حین این تعامل خواهر جوانتر (که نقش آن بوسیله یک عضو دیگر بازی می‌شود) وارد اتاق می‌شود، پری به او چشم غره می‌رود. این تغییر چهره، دایرکتور را از یک عنصر منفی محتمل در رابطه میان آن دوخواهر آگاه می‌سازد. آیا پری احساس رنجش و تنفر می‌کند که خواهرش به حریم رابطه او با مادرش وارد می‌شود؟ در این مقطع زمانی، یک صحنه متصل کننده (Connecting scene) باید خلق شود که در آن پروتاگونیست یک تک‌گویی (Soliloquy) را ایراد می‌کند که احساساتش معطوف به خواهرش را کشف و بیان کند. به این ترتیب فرصت و مجال برای پالایش و کاتارسیس (Catharsis) یعنی ابراز آزادانه یک احساس فراهم می‌شود که به آسایش و آرامش منتهی می‌شود. این عمل دارای ارزش درمانی تلقی می‌گردد. صحنه متصل کننده می‌تواند به یک صحنه کلیدی دیگر (Key scene) منتهی شود که در آن پری با خواهر تعامل برقرار می‌کند و در آن نیاز به داشتن زمان اختصاصی با مادر را ابراز می‌دارد. دایرکتور در سراسر همه این تعامل‌های دراماتیک به عنوان یک تحلیل‌گر عمل (Action analyst) رفتار می‌کند، یعنی کمک کردن به بازیگران تا معنای رفتارشان را دریابند و کشف کنند.

فنون متعددی وجود دارد که در آن کار دراماتیک غنی می‌شود. این فنون واقعیت‌های مازاد (Surplus reality) یعنی ابعاد غیرمشهود و نامحسوس در واقعیت زندگی را فراچنگ قرار می‌دهند که کاملاً تجربه و یا ابراز نمی‌گردند. برای مثال، دایرکتور ممکن است معکوس سازی نقش (Role reversal) را به اجرا در آورد که در آن نقش پروتاگونیست با طرف مقابل خود، معکوس می‌شود. وارونه سازی نقش هم کمک می‌کنند تا اطلاعاتی در زمینه چگونگی ایفای نقش در یک زمینه فراهم شود و هم پروتاگونیست نسبت به واکنش‌های دیگر چهره‌های نمایش بصیرت و بینش به دست می‌آورد. برای نمونه، پری حین ایفای نقش مادر ممکن است دریابد که مادر فاقد احساسات عاشقانه نسبت به او نیست بلکه به واسطه بازداری (Inhibition)، ابراز عشق دست و پا گیر شده است. معمولاً یک بدل (Double) استفاده می‌شود تا برخی وجوه معین تجربه پروتاگونیست را به بیان درآورد. برای مثال اگر پری در ابراز آرزویش که مادر از لحاظ عاطفی پاسخگوتر باشد، مشکل دارد. بدل این آرزو و تمایل را به زبان خواهد آورد. استفاده از بدل، پروتاگونیست را قادر می‌سازد بیاموزد تا واکنش‌های خود را ابراز کند و همچنین بازشناسی وجوهی از پاسخ را که ممکن است پنهان گردیده باشند. برای مثال بدل از خواهر می‌پرسد که «چرا تو دقیقاً وقتی سرو کله ات پیدا می‌شود که من سعی می‌کنم به مادر چیزی مهم و محرمانه بگویم؟» و این عمل به پری کمک می‌کند تا رنجش خود را از خواهرش شناسایی کند. مهارت دایرکتور در هماهنگ‌سازی این‌ها و دیگر فنون، یک نمایش جالب را خلق خواهد کرد. گاه درمانگر نوعاً به عنوان یک بدل، وارد نمایش می‌شود به گونه‌ای که توانایی پروتاگونیست در کسب بینش از نمایش، افزایش یابد.

۴- سهیم شدن و بستن/اختتامیه (Closure): وقتی سایکودراما پایان یافت، یک پردازش تمام عیار از کلیه تعامل‌ها، بین مشارکت کنندگان و اعضا ناظر نمایش، رخ می‌دهد. در نخستین گام، به بازیگران کمک می‌شود تا از نقش‌هایشان خارج شوند. یک فرایند تدریجی که به اعضای گروه اجازه می‌دهد تا احساسات تحریک شده ناشی از ایفای نقش را تحت کنترل درآورند. سپس بازیگران احساساتشان را از ایفای نقش، توصیف و اکتشاف

می‌کنند. از طریق این فرآیند، کمک کارها به یک خود فهمی می‌توانند دست یابند. برای مثال زنی که نقش مادر پری را بازی می‌کرد محرمانه اطلاع داد که او در نشان دادن عواطف آنگونه که پری از مادرش انتظار داشت، مشکل دارد. با تعقیب این خط فکری، او ممکن است دریابد فردی است که بسیار به دیگران احساس، تیمار و توجه نشان می‌دهد، گاهی اوقات فراتر از تقاضاهای موقعیت. پس همه شرکت کنندگان در این مرحله احساسات و افکار خود را درباره نمایش و ارتباط آن با مسایل و مشکلات گذشته/حال خود به اشتراک می‌گذارند و از این طریق آنها را شناسایی می‌کنند.

سایکودراما، درمان جانشین پارادیم درمانی مسلط آن دوره یعنی روان‌پویشی بود. روانپویشی متمرکز بر انتقال است در حالی که سایکودراما غوطه ور شدن در دامنه کامل ارتباط هشیاری، ناهشیاری، شناختی و هیجانی بین مردم در هر تماس یا مواجه انسانی خالص است. برخی از سایکودراماتیست‌ها در خط مورنو هستند و خالص از آن فنون استفاده می‌کنند. برخی دیگر وجوه تکنیک‌ها رویکردهای دیگر را در کار خود ادغام کرده‌اند. در یک فراتحلیل معلوم شد فنون اختصاصی سایکودراما مانند وارونه‌سازی نقش و استفاده از بدل به خودی خود مفید هستند و این دو فن در رویکردهای دیگر هم تلفیق شده است (بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳).

اثر بخشی سایکو دراما (نمایش درمانی/تئاتر درمانی) در کاهش برخی از مشکلات روانشناختی در نمونه‌های ایرانی گزارش گردیده است برای مثال فراخنای توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی (بیاتی، پور محمد رضای تجربی و زاده محمدی، ۱۳۹۱)، کاهش پرخاشگری دانش آموزان کم توان ذهنی (رجب پور فرخانی و محمدی پور، ۱۳۹۱)، انعطاف پذیری شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر (نریمانی، توکلی پله شاه و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱)، مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان اوتیسم (گشول، کرمی و کریمی، ۱۳۹۲) و کاهش پرخاشگری در روابط با مراجع قدرت دانش آموزان کم توان ذهنی (رجب پور فرخانی، ۱۳۹۲)..

در پایان به طور کلی می‌توان گفت که فرایند، فنون و نظام‌های درمانی در انواع گروه درمانی متفاوت هستند. جدول ۲۶ فرایند و فنون درمانی را در انواع گروه درمانی نشان می‌دهد.

جدول ۲۶- فرایند و فنون درمانی در انواع گروه درمانی

ردیف	فرایند	فنون درمانی	نظام‌های درمانی
۱	افزایش آگاهی	ایجاد بینش و افزایش آگاهی‌های مراجع، به وسیله ی بازخورد و آموزش	درمان‌های روان تحلیلی، وجودی، شناختی
۲	پالایش روانی	تخلیه ی هیجانی و شیوه‌های خود بیانگری	روان کاوی، درمان مراجع محوری و گشتالت درمانی
۳	خودارزیابی مجدد	خودآزمایی، اصلاح طرحواره‌های ذهنی	شناخت درمانی، ساختارگرایی و درمان آدلری
۴	بازارزیابی محیط	پردازش اطلاعات، با تأکید بر محیط	درمان‌های ساختاری، رفتاری شناختی، درمان آدلری و درمان‌های محیط نگر
۵	خودآزادی سازی	تمرکز بر آزادی درونی	درمان‌های وجودی، آدلری و تحلیل تبادلی
۶	آزادسازی اجتماعی	تمرکز بر رهایی از فشارهای اجتماعی	درمان‌های محیط نگر، سیستمی و ساختاری
۷	کنترل محرک‌ها	مدیریت محرک‌های درونی و بیرونی	شناخت رفتاردرمانی
۸	تثبیت رفتار	تثبیت رفتارهای جایگزین و تبدیل آنها به عادت‌های رفتاری جدید	رفتاردرمانی
۹	تقویت معنویت	موعظه ی دینی، ذکر الهی، یادگیری مشاهده ای	ادیان الهی و عرفان عملی
۱۰	یاری رسانی	برقراری رابطه ی یاورانه با دیگران	گروه‌های خودیار

\* اقتباس از قاضوی (۱۳۹۰)

## منابع

- ابراهیمی ثانی، ابراهیم، هاشمیان، کیانوش، دو کانه ای، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی گروهی تحلیلی رفتار متقابل در افزایش عزت نفس سربازان خدمت کننده در زندانهای خراسان شمالی. مجله طب نظامی، دوره ۱۴، شماره ۳، ۲۲۰-۲۱۴.
- ابراهیمی، امرالله، رضائیان، معصومه، خوروش، مهدی، ضرغام، مهتاب (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد های مزمن لگن (CPPS). ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.
- ابراهیمی، محمدجواد، جراره، جمشید، محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۰). مقایسه گروه درمانی شناختی به شیوه عقلانی-عاطفی-رفتاری و آموزش هوش هیجانی بر کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- اثباتی، مهرانوش، قزلسفلو، مهدی (۱۳۹۰). اثر گروه درمانی امید محور بر در مردان مبتلا به سندرم نقص ایمنی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- احمد زاده، مصطفی (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مقابله با زلزله به دانش آموزان پسر ۱۰ ساله بر میزان آمادگی خود و خانواده هایشان در شهر گرگان. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- احمدی، احمد، رضوانی نژاد، محبوبه (۱۳۷۶). تأثیر آموزش گروهی به روش واقعیت درمانی بر بحران هویت دانشجویان. مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۱، ۳، ۱۲۵-۱۰۹.
- اژدری فرد، پری سیما و همکاران (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان. اندیشه های تازه در علوم تربیتی، شماره ۵، ۳۱-۱۷.



اسکندری، مهدی، بهمنی، بهمن، حسنی، فریبا، شفیع آبادی، عبدالله، دکانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

اسلامی، رضا، هاشمیان، پیمان، مدرس غروی، مرتضی (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست بهزیستی مشهد. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

اسمخانی اکبری نژاد، هادی، اعتمادی، احمد، لطفی عطاری، جاوید، نصیرنژاد، فریبا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی بین فردی کوتاه مدت و شناخت درمانی بر افسردگی نوجوانان. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۲۸-۲۶ شهریور ماه، تبریز، ایران.

اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۰). گروه درمانی. جزوه های آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۰). گروه درمانی. اسلایدهای آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۰). گروه درمانی. جزوه‌های آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

اصغری، ندا، علی اکبری، مهناز، دادخواه، اصغر (۱۳۹۱). معنا درمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زنان سالمند. مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۱، شماره ۲، ۳۸-۳۱.

اصلانی، طاهر (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با رویکرد تحلیل تبادلی بر ارتقاء سلامت روان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

اعتمادی، عدرا (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۱۰، ۱۴۶-۱۳۱.

اکبری، ابراهیم (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی گروه درمانی تحلیل رفتار متقابل (TA) با گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) در درمان شکست‌های عشقی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز.

امیدی شمامی، محسن (۱۳۹۰). باورهای غیر منطقی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.

امینی، مریم، دریایی، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی میزان اثربخشی روان‌درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مولتیپل اسکلروزیس. ویژه‌نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان‌تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.

انوری، حمد حسن، ابراهیمی، امراله، طاهر نشاط دوست، حمید، افشار، حمید، عابدی، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان هفته‌نامه چهارم، دوره ۳۲، شماره ۲۹۵، ۴۴۴.

اولیائی، یلدا (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی و گروه درمانی اصالت وجود بر صمیمیت، وابستگی بین فردی و عزت نفس دانشجویان دختر وابسته به روابط بین فردی دانشگاه فردوسی مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

ایزدی، راضیه، عسکری، کریم، طاهر نشاط دوست، حمید، عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). گزارش موردی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی جبری. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره، شماره ۲۶-۲۰.

دسترس آنلاین ۱۳۹۱/۴/۲۶.

ایزدی، عابدی (۱۳۹۱). درمان پذیرش و تعهد. تهران: جنگل، ۲-۱.

ایمانی، مهدی، رجبی، غلامرضا، خجسته مهر، رضا، بیرامی، مصور، بشلیده، منصور (۱۳۹۲).

بررسی کارآیی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی

رفتاری یکپارچه نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای

آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده.

دوره ۳، شماره ۱، پیاپی ۸، ۵۶-۸۸.

آقاعلی، فاطمه، زندی‌پور، طیبه، احمدی، محمدرضا (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی

شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران

ام اس استان قم (۱۳۸۸). روانشناسی و دین، سال چهارم، شماره اول، ۵۴-۳۷.

آقامحمدیان شعریاف، حمید رضا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی معنوی - مذهبی؛

واقعیت درمانی بر افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب زندانیان. پایان نامه

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

بابایی کفاکی، هدی، حسن زاده، رمضان، جدیدی، محسن (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی

گروهی با رویکرد گشتالت بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی شهر

ساری. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره بین المللی روانپزشکی کودکان و نوجوان.

دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۲۸-۲۶ شهریور ماه، تبریز، ایران.

باقری قاجاری، نغمه، بخشی پور، بابا الله (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد

واقعیت درمانی بر افزایش عزت نفس پسران معتاد زیر ۲۰ سال شهرستان ساری. مقاله ارائه

شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی

تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

باقری، سارا، نظیری، قاسم، بوالهروی، جعفر، غلامی، فریده (۱۳۹۰). اثر بخشی گروه درمانی

معنویت گرا در دانشجویان مبتلا به نشانگان ضربه عشق. مقاله ارائه شده در سومین کنگره

- سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- بخشی پروردگری، عباس (۱۳۹۳). دوره آموزشی گروه درمانی. گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.
- بردی اوزونی دوجی، رحمان (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Acceptance ACT and Commitment Therapy، ذهن زیبا، سال ششم، شماره پانزدهم، ۶.
- بساک نژاد، سودابه، مهربابی زاده هنرمند، مهناز، حسنی، محدثه، نرگسی، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. روانشناسی سلامت، شماره ۲، ۱۱-۵.
- بشیرپور، محراب، سلیمی بجستانی، حسین، فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۲). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی رفتاری بر کاهش کمروبی دانش آموزان پسر دبیرستانی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره ۲، پیاپی ۵۲، ۶۰-۵۱.
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۹). ضرورت نهادینه سازی مفهوم معنویت در سلامت، جستاری در سلامت معنوی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران.
- بوالهری، جعفر، دوس علی وند، هدی، میرزایی، مصلح (۱۳۹۱). رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی. اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم، ۱۲۵-۱۰۱.
- بوالهری، جعفر، نظیری، قاسم، زمانیان، سکینه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی معنوی در کیفیت زندگی و سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- بوالهری، جعفر، نظیری، قاسم، زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان سینه. جامعه‌شناسی

زنان، سال سوم، شماره اول، ۱۱۷-۸۷.

بوستان، افسانه (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای درمان تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی. رساله‌ی دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

بوستان، سانه، هاشمیان، کیانوش، شفیع آبادی، عبدالله، دلاور، علی (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی زوج درمانی گروهی با آموزش رویکردهای «درمان تصمیم‌گیری دوباره» و «روایت درمانی» بر افزایش رضایت زناشویی در ازدواج‌های دانشجویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، شماره ۲۴، ۱۰۲-۷۹.

بهرامی دشتکی، هاجر (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان خوابگاهی دانشجویان دختر علامه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی.

بهرامی دشتکی، هاجر، علیزاده، حمید، غباری بناب، باقر، کرمی، ابولفضل (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۵، شماره ۱۹، ۷۲-۴۹.

بهرامی، فاضل، دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (زیر چاپ). بررسی آموزه‌های مذهبی بر کاهش افسردگی سالمندان. مجله مطالعات ناتوانی.

بهرامی، فرحناز، سودانی، منصور، مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه افسرده. مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، ۱، ۸، ۱۴۵-۱۲۹.

بهریزی فر، ج (۱۳۸۷). مقایسه بین دو شیوه گروه درمانی شناختی رفتاری و اصالت وجود انسان گرایانه بر عزت نفس زندانیان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

بهمنی، بهمن، اعتمادی، احمد، شفیع آبادی، عبدالله، دلاور، علی، فنبری مطلق، علی (۱۳۸۹).

- گروه درمانی شناختی هستی نگر و شناخت درمانی آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی، سال ۶، شماره ۲۳، ۲۰۱-۲۱۴.
- بهمنی، بهمن، عسکری، بهمن، دکانه‌ای فرد، فریده، شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. روانشناسی سلامت، سال دوم، شماره ۲ (پیاپی ۶)، ۴۸-۶۱.
- بهمنی، بهمن، قنبری مطلق، علی، کرمانی رنجبر، طاهره (۱۳۸۹). اثربخشی شیوه مداخله گروه درمانی شناختی هستی گرا بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. سمینار بین المللی خدمات تسکینی حمایتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دی ماه.
- بهمنی، بهمن، کرمانی رنجبر، طاهره، قنبری مطلق، علی، اسکندری، مهدی (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. هشتمین کنگره بین المللی سرطان پستان، اسفند ماه.
- بی نام، (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و شناخت درمانی بر عزت نفس زنان دارای ضایعات پوستی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱). اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس، عقلانی- عاطفی الیس بر کاهش اضطراب امتحان دانشجویان، پایگاه‌های علمی پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران.
- بیاتی، حمیده، پور محمد رضای تجریشی، معصومه، زاده محمدی، علی (۱۳۹۱). اثربخشی نمایش درمانی بر فراخنای توجه دانش آموزان پسر دارای ناتوانی هوشی تحولی. روانشناسی بالینی، شماره ۱۲، ۷۵-۸۶.
- بیانزاده، اکبر (۱۳۷۶). ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره‌ای و روان درمانی. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

بیجاری، هانیه (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.

بیوکی، بهناز (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی انسان گرایانه بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

پروچاسکا، جیمز او، نورکراس، جان. سی (۱۳۸۹). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.

پرپچت، پرایس (۱۳۸۴). مبانی امید. ترجمه مهربانو عنقایی. چاپ اول. تهران: انتشارات به تدبیر.

پورابراهیم، (۱۳۸۵). مقایسه ی اثربخشی دو شیوه ی مشاوره ی گروهی معنا درمانی با مشاوره ی فردی چند الگویی بر کاهش افسردگی. سالمندان آسایشگاه‌های تهران. پایان نامه دانشگاه علامه طباطبایی.

پوربختیار، حسین، گل محمدیان، محسن (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه REBT بر خودپنداره و افت تحصیلی دانشجویان دختر. یافته‌های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۳، ۹۶-۸۱.

پورفرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲، ۵-۱.

پهلوان، محسن (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی شناخت درمانی بک و روان درمانی بین فردی در درمان اختلال افسرده خویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.

ترقی جاه، صدیقه، نوابی نژاد، شکوه، بوالهروی، جعفر، کیامنش، علیرضا (۱۳۸۶). مقایسه تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر

دانشگاه‌های تهران. پژوهش‌های مشاوره، دوره ۶، شماره ۲۱، ۱۲۵-۱۱۱.  
ترکان، هاجر، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، دوره ۲، شماره ۸، ۴۰۳-۳۸۳.

تقی زاده، محمداحسان، میر علائی، مرضیه السادات (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به ملتپیل اسکروزیس شهر اصفهان. روانشناسی سلامت، دوره ۲، شماره ۷، ۱۰۲-۸۲.

تمنایی فر، شیمایا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی گروهی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

جاسمی، منا و همکاران (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، شماره ۲، ۵۱-۳۷.

جعفری، فروغ (۱۳۹۰). اثر گروه درمانی مبتنی بر معنای زندگی، باورهای خودکارآمدی و تصویر بدن بر افزایش کیفیت زندگی زنان یائسه. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

جلویاری، فرحناز (۱۳۸۸). اثربخشی درمان براساس رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر کاهش باورهای غیرمنطقی زنان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

جمشید فرجی (۱۳۹۲). بررسی تأثیر شعردرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان در ابراهیم آباد اراک در سال ۱۳۹۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.



جوج، نسترن (۱۳۹۳). اثر بخشی گشتالت درمانی بر افزایش سازگاری زنان دچار مشکلات سازگاری پس از طلاق (تک موردی). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

چوپانی، مراد، احمدی، احمد، شریفی نیا، محمد حسین، بهرامی، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی تاثیر گروه درمانی مذهبی و شناختی- رفتاری بر عزت نفس و نگرش های زناشویی. دو فصلنامه علمی- تخصصی مطالعات اسلام و روانشناسی، ۳۶، ۳، ۶۱-۳۱.

حاجی حسنی، مهرداد، اعتمادی، احمد، آرین، سیده خدیجه (۱۳۹۰). اثربخشی گشتالت درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر میزان ابراز وجود دانش آموزان پسر دوره راهنمایی. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، دوره ۲، شماره ۲، پیاپی ۳، ۱۶-۱.

حجتی، حمید، شریف نیا، سیدحمید، حسینعلی پور، سمانه، آخوند زاده، گلپهار، آسایش، حمید (۱۳۹۰). تأثیر خاطره گویی گروهی بر میزان عزت نفس و رضایت از زندگی سالمندان. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره پنجم، پی در پی ۳۴، ۳۵۶-۳۵۰.

حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد (۱۳۹۱). تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر میزان افسردگی و سلامت روان بیماران دیابتی نوع ۲. مقاله ارائه شده در کنگره بین المللی روان تنی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۶ تا ۲۸ مهر ماه.

حسن آبادی، حسین (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی - عاطفی، وجودی - انسان گرایانه، معنوی - مذهبی) در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد، پایان نامه دوره دکتری روانشناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

حسنوند، بنفشه (۱۳۹۱). معنویت و روان درمانی عبودیت اسلامی. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-

۱۰ خرداد ماه.

حسینی، فریبا، محزونی نجف آبادی، مهشید، لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۰). اثربخشی درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری گروهی بر عقاید ناکارآمد دانش آموزان دختر دوره متوسطه.

مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال اول، شماره اول، پیاپی ۱، ۴۲-۲۳.

حسینی، محدثه (۱۳۸۸). بررسی همه گیرشناسی نگرانی از بدریختی بدنی و اثربخشی روایت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش آن در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز.

حسین آبادی، م (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی وجودی انسان گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

حسینائی، علی، احدی، حسن، فتی، لادن، حیدری، علیرضا، مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال نوزدهم، شماره ۲، ۱۲۰-۱۰۹.

حسینی غفاری، فاطمه، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا (۱۳۸۷). مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب و درمان انگیزشی نظام‌مند در افزایش رضایت زناشویی. مطالبات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، شماره ۲، ۶۵-۷۸.

حسینیان، الهه (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات.

حسینیان، الهه، سودانی، منصور، مهربابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). اثربخشی معنی‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی. مجله علوم رفتاری، ۳، ۴، ۲۹۲-

حقیقی، فاطمه، خدایی، سجاد، شریف زاده، غلامرضا (۱۳۹۱). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. مراقبت‌های نوین، دوره ۹، شماره ۳، ۱۶۵-۱۷۲.

حکیم پور، صبا، عالی ساری نصیرلو، کریم، عطادخت، اکبر (بی‌تا). اثربخشی گروه درمانی امیدمحور بر ارتقا کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. همایش مقالات پذیرفته شده به صورت سخنرانی

حمید، نجمه، احمدیان، علی، اکبری شایه، یحیی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. مجله پزشکی هرمزگان، دوره ۱۶، شماره ۳، ۲۱۳-۲۲۱.

حمید، نجمه، دهقانی، مصطفی (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای (TA) مذهب‌محور بر میزان عشق و علاقه، احترام به همسر و رضایت زناشویی. روانشناسی و دین، سال پنجم، شماره چهارم، ۴۰-۲۳.

حمید، نجمه، طالبیان، لیدا، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، یآوری، امیر حسین (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. پیامدهای روانشناختی (آموزش و روانشناسی) شهید چمران اهواز، ۴، ۲، ۱۹۹-۲۲۴.

حمیدی، علی، بیاضی، محمدحسین (۱۳۹۱). بررسی تاثیر آموزش گروهی مهارت‌های ارتباط میان فردی بر بلوغ اجتماعی دانش آموزان. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

حیدری، اسفندیار (۱۳۹۰). اثربخشی تماشای فیلم‌های معناگرا بر کاهش اضطراب مرگ دانشجویان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

خاکباز، جمید (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم

- هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین باز توانی شده. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خان آبادی، مهدی (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی تلفیق تحلیل تبادلی-شناختی بر رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- خضری مقدم، نوشیروان، قربانی، نیما، بهرامی احسان، هادی، رستمی، رضا (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم روان شناختی بیماران ام اس. مجله روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۱، پیاپی ۱۳، ۲۳-۱۳.
- خیاط، ابراهیم، پاشا، غلامرضا، سودانی، منصور (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی گشتالت بر کاهش اضطراب مردان. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، سال هفدهم، شماره ۶۱ و ۶۲، ۳۸-۴۶.
- خیاطان، طیبه (۱۳۹۳). اثر بخشی روان درمانی مثبت گرای گروهی بر افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خیری، سانیا (۱۳۹۲). تأثیر نمایش درمانی بر کفایت کودکان سندرم داون براساس مدل موهو. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دادپور، قدرت اله، توکلی زاده، جهانشیر، پناهی شهری، محمود (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش‌های عقلانی - هیجانی به شیوه گروهی بر عزت نفس و اضطراب دانش آموزان تیز هوش پسر. مجله تخصصی پژوهش و سلامت مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد، دوره ۲، شماره ۱، ۴۳-۳۶.
- دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دمانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.

دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیبه، بهرامی، فاضل، صادقی، لیلا، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). اندیشه روان درمانی انسان گرایانه با آموزه های ادبی و عرفانی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص های تشخیصی آزمون های روانشناسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، غزایی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۰). برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، نصرافهانی، مهدی، عاطف وحید، محمد کاظم، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). مراقبت‌های روانشناختی برای بیماران مبتلا به سرطان. تهران: انتشارات میرماه.

دانش، عصمت (۱۳۸۵). تاثیر روش تحلیل محاورهای در سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار. چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی، ۱۶۹.

داودی، محمد (۱۳۹۲). اثر بخشی گشتالت درمانی گروهی بر کاهش خشم و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی (۱۳۹۳). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دباغ قزوینی، سعید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان سوء مصرف چندگانه مواد: یک بررسی مقدماتی. مقاله ارائه شده در نهمین کنگره سالیانه بین‌المللی علوم اعتیاد. تهران: ۲۱-۱۹ شهریور ماه.

دباغی، پرویز، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۷۵-۳۶۶.

دریای، مریم، صاحبی، علی، یونسی، سیدجلال (۱۳۹۰). اثر آموزش تئوری انتخاب و فنون واقعیت‌درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران،

ایران.

دماری، بهزاد (۱۳۸۸). سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه.

دیانت، برتعلی (۱۳۹۲). اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس بیماران مت آمفتامین قوچان. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.

دی، شاهرخ (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره گروهی با تأکید بر رویکرد تحلیل ارتباط محاوره‌ای در کاهش اضطراب دانش آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهرستان سنندج. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

راضی، ا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه وجودی بر منبع کنترل و رضایت زناشویی زنان متأهل ۴۵-۲۰ ساله. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

رباط میری، نجمه (۱۳۸۷). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی برافزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.

ربیعی، سولماز، فاتحی زاده، مریم، بهرامی، فاطمه (۱۳۸۶). روایت درمانی. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ۴۷ و ۴۸، ۱۹-۱۲.

رجب پور فرخانی، سمیه (۱۳۹۲). بررسی تاثیر روان نمایشگری بر کاهش پرخاشگری در روابط با مراجع قدرت دانش آموزان کم توان ذهنی. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.

رجب پور فرخانی، سمیه، محمدی پور، محمد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر روان نمایشگری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان کم توان ذهنی. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

رجب پور، مجتبی، احمدی، عذرا، طباطبایی، سیدموسی، رفیعی نیا، پروین (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر کیفیت رابطه والد کودک و پذیرش والدینی در کودکان پرخاشگر. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

رجبی، ساجده، یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. فصلنامه روانشناسی بالینی، دوره ۶، شماره ۱، پیاپی ۲۱، ۳۸-۲۹.

رجبی، غلامرضا، خدایی، ملک حسین (۱۳۸۶). تأثیر مشاوره‌ی گروهی با روش درمان عقلانی-عاطفی-رفتاری بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش آموزان. مجله مطالعات علوم تربیتی، ۱، ۲، ۴۸-۳۱.

رجبی، غلامرضا، کارجو کسمایی، سونا (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با روش عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مولفه‌های سلامت عمومی در دانش آموزان پسر. مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۱، شماره ۲، ۷۶-۵۹.

رحمانی، فاتح، دادستان، پریخ، عاطف وحید، محمد کاظم، امیدی، ایرج (۱۳۸۴). اثربخشی روان درمانگری پویای کوتاه مدت و دارودرمانگری در بیماران افسرده. فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی، ۲، ۱۳۸-۱۱۴.

رحمانی، مهرناز، تبریزی، مصطفی، کامکاری، کامبیز (۱۳۸۹). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس بر ارتباط مادران با دختران نوجوان. زن و مطالعات خانواده، سال سوم، شماره ۸، ۱۳۲-۱۲۱.



رحمتی، محمود، فلاحی خشک‌ناب، مسعود، رهگوی، ابوالفضل، رهگذر، مهدی (۱۳۸۹). تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر علایم روانی بیماران اسکیزوفرنیک. پژوهش پرستاری. ۱۶، ۲۰-۱۳.

رحیمی، زهرا (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره‌ی شناختی - معنویت‌محور بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رسولی، محسن، بهرامیان، جاسم، زهراکار، کیانوش (۱۳۹۲). تأثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. روان پرستاری، دوره اول، شماره ۴، ۵۴-۶۵.

رضائی مهدی، حسینی، سید علی، بهمنی، بهمن (۱۳۸۹). گشتالت درمانی و کاربرد آن در مشاوره کاردرمانی. پانزدهمین کنگره سراسری کاردرمانی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رضائی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مدل مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواسی - جبری، نقد و نظر، شماره ۳۷ و ۳۸، ۳۴۸-۳۳۸.

رضائی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی جبری. تهران: انتشارات میر ماه.

روحانی، مرتضی، رجایی، علیرضا، کیمیایی، سیدعلی (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی هیجانی معنوی (SCET) بر کاهش مشکلات روانشناختی پرستاران. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

رهنما، فاطمه، شجاعی، بی بی فهیمه، عصمتی مقدم، مهین، مباحثی، فرشته، علی آبادی، هادی، غفاری، پریسا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) بر

افزایش حالتهای روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.

زارع بهرام آبادی، مهدی، محمدی فر، محمد علی، عرفانی، نصرالله، مشایخی پور، مصطفی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن با آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت روانی معتادین. اعتیاد پژوهی، سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره بیست و یکم، ۸۱-۹۹.

زال پور، خدیجه (۱۳۸۷). تأثیر گروه درمانی گشتالتی بر کاهش خشم نوجوانان پسر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی تهران. زال پور، خدیجه، عابدین، علیرضا، حیدری، محمود (۱۳۸۹). تأثیر گروه درمانی با تلفیق دو تکنیک صندلی داغ و مرور زندگی نامه بر کاهش خشم نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک. مجله روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره ۳، پیاپی ۷، ۳۹-۵۰.

زهراکار، کیانوش (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه زناشویی درمانی گروهی بر افزایش سازگاری زناشویی. پژوهش‌های مشاوره، شماره ۴۰، ۷۲-۵۹.

زهراکار، کیانوش (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری به شیوه گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۷، شماره ۴، ۱۶۰-۱۶۶

سادات رئیسین، اکرم، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی سوء مصرف، ۵، ۱۷، ۲۱-۴۰.

ساعد، امید، بحرینیان، عبدالمجید، پهلوان، محسن (۱۳۹۲). معنویت و آسیب شناسی روانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۶۸، ۳۷-۴۷.

ساعد، امید، روشن، رسول (۱۳۸۷). مکانیزم‌های اثر معنویت بر سلامت روان. تازه‌های

- رواندرمانی، شماره ۴۷ و ۴۸، ص ۴۹-۶۹.
- ستوده اصل، نعمت، نشاط دوست، حمید طاهر، کلانتری، مهرداد، طالبی، هوشنگ، خسروانی، علیرضا (۱۳۸۹). مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. مجله روانشناسی بالینی، سال دوم، ۱، پیاپی ۲۷-۳۴.
- سجادیان، ایلناز، فنایی، سعیده، حبیب الهی، اعظم (بی تا). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان سعادت، هیمن، یونسی، سید جلال، فروغان، مهشید، لشنی، لیلا (۱۳۹۲). اثربخشی گشتالت درمانی بر شادکامی سالمندان. سالمند، سال هشتم، شماره بیست و نهم، ۱۵-۷.
- سلامت، م. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین شهر اصفهان. پایاننامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- سلطانزاده مزرگی، حبیبه، توزنده جانی، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی واقعیت درمانی بر افسردگی زنان نابارور تحت درمان با روش کمک باروری IUI. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.
- سلیمانی، مهدی، محمد خانی، پروانه، دولتشاهی، بهروز (۱۳۸۷). تأثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد. پژوهش‌های روانشناختی، سال یازدهم، شماره ۱ و ۲، پیاپی ۲۱، ۴۱-۶۵.
- سنقری، ناهید (۱۳۹۳). طراحی الگوی مداخله مددکاری اجتماعی به منظور بهبود جامعه پذیری نوجوانان افغان مقیم شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سودانی، منصور (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی روشهای مشاوره فردی و گروهی با تاکید بر روش

- عقلانی-عاطفی در کاهش باورهای غیر منطقی دانشجویان پسر مجرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- سودانی، منصور، شجاعیان، منصور، نیسی، عبدالکاسم (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال دوم، شماره اول، پیاپی ۲، ۴۳-۵۴.
- شجاعیان، منصور (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی در مردان یازنشته کانون بازنشستگان شهرستان ممسنی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- شفیع آبادی، عبدالله و همکاران (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد تحلیل ارتباط متقابل (TA) و راه حل مدار در تغییر سطح رضایت زناشویی زنان متأهل شاغل تهران. زن و جامعه، ۱، ۳، ۴۰-۲۱.
- شهیدی، مرتضی، شیرافکن، احمد (۱۳۸۳). روان درمانی و معنویت، تهران: انتشارات رشد.
- صادقی، احمد، احمدی، سیداحمد، عابدی، محمدرضا (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهار خشم به شیوه عقلانی- رفتاری- عاطفی بر کاهش پر خاشگری. مجله روانشناسی، دوره ۶، شماره ۱ (پیاپی ۲)، ۵۲-۶۲.
- صادقی، سپیده، قادری، زهرا، جاهدی، سهیلا (۱۳۹۰). اثربخشی گشتالت درمانی و شناخت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی جانبازان. ارمغان دانش، دوره ۱۶، شماره ۶، شماره پی در پی ۵۱۷-۵۲۶.
- صدرایی، امیر رضا، فاطمی، فردوسی (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش گروهی به روش تحلیل متقابل بر بهزیستی روانشناختی زنان دارای علائم اختلالات روان تنی مراجعه کننده به مراکز مشاوره ی شهرستان اصفهان. مقاله ارائه شده در کنگره بین المللی روان تنی، داشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۶ تا ۲۸ مهر ماه.

صدهزاری، ملیحه و همکاران (۱۳۷۹). بررسی تاثیر خاطره گویی گروهی بر میزان افسردگی زنان سالمند ۷۴-۵۵ ساله مقیم سرای سالمندان مجتمع خدمات بهزیستی قدس تهران در سال ۱۳۷۹. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده علوم بهزیستی.

صفار، سمیه، سرگلی، مرضیه (بی تا). اثربخشی تحلیل رفتار متقابل در رضایت زناشویی مردان مبتلا به اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون.

صفایی، مریم (۱۳۸۸). تاثیر مشاوره گروهی با شیوه درمانی عقلانی - هیجانی - رفتاری بر تغییر باورهای غیر منطقی دختران نوجوان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

ضرغامی بروجنی، علی، ابراهیمی، محمد اسماعیل، رئیسی دهکردی، نگار (۱۳۹۰). نقش معنادرمانی در فرایند رویارویی پرستاران با مرگ بیماران. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

طاهر نشاط دوست، حمید، مهربانی، حسینعلی، سلیمانی نجف آبادی، رسول (بی تا). اثربخشی درمان به شیوه مدل فرانظری TTM بر راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مرد وابسته به مواد و تحت درمان نگهدارنده با متادون.

طیبی رامین، زهرا (۱۳۹۲). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر اتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم شنوا. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). نظریه های روان درمانی. اسلایدهای آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). نظریه های روان درمانی. جزوه های آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). گروه درمانی. اسلایدهای آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). گروه درمانی. جزوه‌های آموزشی منتشر نشده موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.  
عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). روانشناسی قانونی. تهران: انتشارات میرماه.  
عبداللهی، سعیده، ارشدی، حمیدرضا، نیری، مهدی، کشاورز، آزیتا (۱۳۹۱). بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی زوجین نابارور. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

عبداللهی، سعیده، ارشدی، حمیدرضا، نیری، مهدی، کشاورز، آزیتا (۱۳۹۱). بررسی تاثیر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی زوجین نابارور. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

عبدوس، حسین (۱۳۹۱). گروه درمانی به روش الیس. سروش یاری اطلاعات مشاوره و روانشناسی. قابل دسترس در [Blogfa.com](http://Blogfa.com)

عبدی زاده، سمیه، نعمتی، هاشم (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر رضایت زناشویی. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

عزیزی، پریسا (۱۳۸۶)، بررسی اثربخشی درمان گروهی با رویکرد تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر کاهش تعارضات زناشویی زنان شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.

عزیزی، سولماز (۱۳۹۳). بررسی تأثیر نمایش درمانی بر مهارتهای اجتماعی کودکان بیش فعال نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

عسگری، پرویز، روستا، امین، ساعدی، امین، یوسفی جویباری، فهیمه (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاندهگی. مقاله ارائه شده در کنگره بین المللی روان تنی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۶ تا ۲۸ مهر ماه.

عصایی، شهره، میرتو کلی، فریده، آقامحمدیان، حمیدرضا (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی گروهی با رویکرد عقلانی هیجانی و رفتاری در کاهش افسردگی معتادین. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

علاء الدینی، زهره، کجیاف، محمدباقر، مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. دوره اول، شماره چهارم، ۶۷-۶۷.

علیزاده فرد، سوسن (۱۳۹۱). تأثیر روش درمان گروهی مرور زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن. سالمند، سال هفتم، شماره بیست و پنجم، ۶۷-۶۰.

عندلیب، سیما، محسن گلپور، محسن، حمید صانعی، حمید (بی تا). تأثیر تعهد و پذیرش درمانی ACT بر ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر بیماران زن قلبی - عروقی غفاری، ا، بهروزی فر، ج، ناروئی، پ (۱۳۸۹). تأثیر گروه درمانی وجودی بر میزان شناخت فرد از خویش و تلاش برای رشد شخصی. : مقاله ارائه شده در پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه فردوسی مشهد.

غفوری، سمانه، مشهدی، علی، حسن آبادی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی رواندرمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۵، ۱، ۴۵-۵۷.

غلام محمدی، هادی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش آموزه‌های دینی مبتنی بر قرآن حدیث و روایات - اسلامی بر ارتقای معنای زندگی و امیدواری در سالمندان. پایان نامه کارشناسی

ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

غلامحسین قشقایی، فهیمه، حسینی المدنی، سیدعلی، قائمی، سیداحمد، شفیع آبادی، عبدالله، ثنایی، باقر (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مشاوره ی گروهی بر اساس دو رویکرد واقعیت درمانی و فمینیستی بر تغییر هویت زنان سرپرست خانوار. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

غلامی، علی، بشلیده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، مشاوره و روان درمانی خانواده، شماره ۱، ۳۴۸-۳۳۱.

غلامی، فریده، نظیری، قاسم، بوالهیری، جعفر، باقری، سارا (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی معنوی در کاهش میزان افسردگی، اضطراب، و استرس و ارتقای بهزیستی معنوی افراد مبتلا به کرونا قلب. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

غلامی، مریم، پاشا، غلامرضا، سودانی، منصور (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۴۲، ۴۵-۲۵.

فتحعلی لوسانی، فهیمه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، فرزاد، ولی اله (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان روانپویایی حمایتی- بیانگر در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی. روانشناسی معاصر، سال ۴، شماره ۲،

فتی، لادن، بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴)، ساختارهای معناگذاری طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دوچارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، (پیاپی ۴۳).

فخار، فرشاد، نوابی نژاد، شکوه، فروغان، مهشید (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره با رویکرد معنا درمانی



- بر سطح سلامت روان زنان سالمند. مجله سالمندی، ۳، ۷، ۶۷-۵۷.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۸۴). انسان در جستجوی معنا. ترجمه اکبر معارفی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- فرجی، جمشید (۱۳۹۲). بررسی تأثیر شعردرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان در ابراهیم آباد اراک در سال ۱۳۹۱. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- فرخ زاد، پگاه (۱۳۹۰). اثر رفتار درمانی عقلانی-هیجانی الیس بر باورهای نامعقول و پرخاشگری در نوجوانان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- فرقانی طرقي، ام البنين (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس و منبع کنترل دانش آموزان دبیرستانی. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.
- فراهادی، علی، موحدی، یزدان، موحدی، معصومه (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان. یافته، دوره شانزدهم، شماره ۱، مسلسل ۵۹، ۴۲-۳۲.
- فرهنگی، فرهنگ، آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا (۱۳۸۵). تأثیر روان درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان. مطالعات تربیتی و روانشناختی، ۷، ۲، ۶۲-۴۱.
- فلاح جوشقانی، راحله (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

فلاح، راحله، گلزاری، محمود، دادستانی، محبوبه، ظهیرالدینی، علیرضا، موسوی، سید مهدی، اکبری، محمد اسماعیل (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله‌ی معنوی به شیوه‌ی گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره ۱۹، ۶۵-۷۶.

فلاحی خشک‌ناب، مسعود، مظاهری، منیر (۱۳۸۷). معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

قادری، زهرا، خدادادی، زهرا، عباسی، زهرا (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی تلفیقی به شیوه تصمیم‌گیری دوباره و روایت درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر شیراز، زن و جامعه، ۱، ۳، ۱۴۸-۱۳۸.

قادری، زهرا، رفاهی، ژاله، پتی، کل محمد (۱۳۹۰). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان مری و معده. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، سال اول، شماره ۴، ۹۷-۱۰۸.

قاسمی، افشان، عابدی، احمد، باغبان، ایران (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید استایدر بر میزان شادکامی سالمندان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴، ۴۷-۵۹، ۷.

قاضوی، سیدتقی (۱۳۹۰). راهبردهای انگیزشی و کاربرد گروه درمانی؛ دو مؤلفه‌ی اساسی در درمان یکپارچه توحیدی، راه تربیت، سال ششم، شماره ۱۱۰، ۱۴-۷۱.

قراء زیبائی، فاطمه، علی اکبری دهکردی، مهناز، علیپور، مهناز، محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره ۶، شماره ۴، ۲۰-۱۲.

قره داغی، علی (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و روان درمانی بین فردی (IPT) بر کاهش میزان افسردگی دوران بارداری و افزایش رضایت زناشویی. طرح مصوبه مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر.

قرلسفلو، مهدی، اثباتی، مهرنوش (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ‌ای وی مثبت. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، دوره ششم، شماره ۲۲، ۹۷-۸۹.

قمری گیوی، حسین، محبی، زهرا، صادقی، مرتضی (۱۳۹۳). اثر بخشی بخشش درمانی بر پرخاشگری و میزان بخشش در پسران نوجوان کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، جلد ۲۴، شماره ۱۱۴، ۱۶۸-۱۶۳.

قمری، حسین، مهاجری، عظیم، نادر، مقصود (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی گروه خودیاری بر خودکارآمدی و سلامت روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. سامانه یکپارچه نشریات. دانشگاه علامه طباطبایی.

قنبر پناه، ایمان (۱۳۹۲). تأثیر خاطره گویی گروهی بر توانایی‌های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف کانون جهان دیدگان شهر شیراز در سال ۱۳۹۱. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

قنبر پناه، ایمان (۱۳۹۲). تأثیر خاطره گویی گروهی بر تواناییهای شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف کانون جهان دیدگان شهر شیراز در سال ۱۳۹۱. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

قنبر پناه، ایمان، فلاحی خشک‌ناب، مسعود، محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز، مداح، سادات سید باقر، خدایی اردکانی، محمد رضا (۱۳۹۲). تأثیر خاطره گویی گروهی بر توانایی‌های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف. روان پرستاری، دوره اول، شماره ۴، ۱۲-۱.

قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، بلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی تحلیل وجودی بر بهبود مهارت حل مسئله. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره هفدهم، ۷۱-۶۰.

قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، یلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی به شیوه

تحلیل تبادلی بر بهبود مهارت حل مساله. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۵، ۳ و ۴، ۶۷-۵۹.

قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، مداح شورجه، راحله، وفایی جهان، زهرا، بلقان آبادی، مصطفی (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی و تحلیل تبادلی بر بهبود مهارت حل تعارض. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۴، ۱، ۴۸-۴۳.

قوامی، مرجان، فاتحی زاده، مریم، فرامرزی، سالار، نوری امامزاده ئی، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد روایت درمانی بر اضطراب اجتماعی و عزت نفس دانش آموزان دختر دوره ی راهنمایی. روانشناسی مدرسه، دوره ۳، شماره ۳، ۷۳-۶۱.

کریمی نژاد، کلثوم، موحدی، معصومه، موحدی، یزدان (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.

کاظمیان، سمیه، اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۰). کارآمدی تکنیک مرور زندگی در نوجوانان مضطرب خانواده های طلاق. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

کافی، سیدموسی، ملازاده اسفنجانی، رحیم، نوری، مرتضی، صالحی، ایرج (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر پیشگیری از عود افراد سم زدایی شده. اعتیادپژوهی، سال سوم، شماره ۱۰، ۲۸-۱۱.

کریمی، مریم، اسماعیلی، معصومه، آرین، سیده خدیجه (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند. سالمند، سال پنجم، شماره شانزدهم، ۴۵-۴۱.

کشمیر، فاطمه، اکبری، محمداسماعیل، شفیع زاده، حمید، لطفی کاشانی، فرح، موسوی، سیدمهدی، فلاح، راحله، جهانگیری فرد، سهراب (۱۳۹۰). تأثیر برنامه آموزشی

- مهارت‌های روانی معنوی در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان. هفتمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی.
- کوری، اریان، اشنايدر، جerald (۱۳۸۲). گروه درمانی. ترجمه ی سیف‌الله بهاری و دیگران، انتشارات روان، چاپ اول.
- کولیوند، پیر حسین، طیبه، محبوبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.
- کیانی، احمدرضا، قاسمی، نظام‌الدین، پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. اعتیادپژوهی، دوره ۶، شماره ۲۴، ۲۷-۳۶.
- گرفمی، هاجر، شفیع‌آبادی، عبدالله، ثنایی‌ذاکر، باقر (۱۳۸۸). اثر بخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۳، ۳۵-۴۲.
- گشول، مجتبی، کرمی، بختیار، کریمی، فرناز (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی تئاتر درمانی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان اوتیسم: کاهش مهارت‌های اجتماعی نامناسب و افزایش مهارت‌های اجتماعی مناسب. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان، ۱۷-۱۶ سپتامبر، تبریز، ایران.
- گلی‌گرمیانکی، احسان، قمری‌گیوی، حسین، میکائیلی، نیلوفر، آق، عبدالصمد (۱۳۹۰). مقایسه گروه درمانی انسان‌گرایانه-وجودی و شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- گلی، احسان (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی انسان‌گرایانه-وجودی و شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. پایان‌نامه موجود در دانشگاه محقق اردبیلی.

- گولدینگ، مری مک کلور، گولدینگ، رابرت (۱۳۹۳). روان درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد. مترجم: فرهاد براقی زاده. تهران: انتشارات دانژه.
- لاچمن، جان ای، لیزا، لنهارت، ولز، کارن سی (۱۳۹۱). قدرت مقابله برنامه گروه درمانی والدین، راهنمای تسهیل گران. مترجمان: شیرین ولی زاده، رحمان بردی اوزونی دوجی. (جلد ۱). تهران: انتشارات ارجمند نسل فردا.
- لاچمن، جان ای، لیزا، لنهارت، ولز، کارن سی (۱۳۹۱). قدرت مقابله برنامه گروه درمانی کودکان، راهنمای تسهیل گران. مترجمان: شیرین ولی زاده، رحمان بردی اوزونی دوجی. (جلد ۲). تهران: انتشارات ارجمند نسل فردا.
- لاچمن، جان ای، لیزا، لنهارت، ولز، کارن سی (۱۳۹۱). قدرت مقابله برنامه گروه مشاوران کتاب کار مترجمان: شیرین ولی زاده، رحمان بردی اوزونی دوجی. (جلد ۳). تهران: انتشارات ارجمند نسل فردا.
- لشنی، لایلا (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با ذهن آگاهی، بر رضایتمندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، قیصر، زین العابدینی، سیده نرگس، زین العابدینی، سیده نیلوفر (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی روانشناختی زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۷، شماره ۴، پیاپی ۲۸، ۴۵-۵۸.
- لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، قیصر، شروین، موسوی، سیدمهدی، هاشمیه، مژگان (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه فقه پزشکی، سال چهارم، شماره ۱۱ و ۱۲، ۱۴۹-۱۲۵.
- لنگری، لاله، میرزاییان، بهرام، حسن زاده، رمضان (۱۳۹۱). تاثیر آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر شادکامی کارکنان شرکت گاز استان گلستان. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰.

۱۰ خرداد ماه.

ماهویلاتی، آزاده (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی رویکرد وجودی با سه شیوه درمان (انفرادی، گروهی و توأم) بر افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

متین فر، احسان (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و وزن در زنان تحت رژیم غذایی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. محمدپور یزدی، احمدرضا (۱۳۸۴). ویکتور امیل فرانکل بنیانگذار معنا درمانی. تهران: انتشارات دانژه.

محمدی، فرشته و همکاران (۱۳۸۱). بررسی تاثیر خاطره گویی گروهی بر میزان افسردگی زنان سالمند مجتمع بهزیستی قدس تهران. دانشگاه الزهرا دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

محمدی، محمدرضا، اکبری، علی اصغر، حاتمی، ندا، مکری، آذرخش، کاویانی، حسین، سلمانیان، مریم، صحت، مجتبی (۱۳۹۰). بررسی اثر روان درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی. حکیم، دوره چهارم، شماره سوم، ۱۴۴-۱۵۰. مرادی نژاد، سپیده، صحیابی، فائزه، نکاوند، مهراندخت، زارع، محمد (۱۳۸۹). تأثیر خاطره گویی بر سلامت روانی سالمندان. سالمند، سال پنجم، شماره ۱۷، ۶۶-۶۰.

مسلمی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی تاثیر REBT بر سازگاری و خود نظم دهی زوجین. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

مشهدی فراهانی، ملکه، افروز، غلامعلی، احدی، حسن (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی تحلیلی- تبادللی بر رضامندی زناشویی. اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۱۵، ۵۸-۵۱. مصلحی جویباری، میترا، لنگری، لاله (۱۳۹۱). تاثیر آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه

- انتخاب بر استرس شغلی. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.
- مکیان، سمیه سادات، اسکندری، حسین، برجعلی، احمد، قدسی، دلارام (۱۳۸۹). مقایسه تأثیرات روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، پژوهنده، ۵، ۱۵، ۲۳۲-۲۲۵.
- موافق، سارا، قاسمی نیا، جواد، جوانبخت، مریم، صاحبی، علی، کشاورز، آرزیتا (۱۳۹۱). تاثیر واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اختلال روان تنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.
- موحدی، یزدان، فلاحی، ابولفضل (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش عزت نفس و سلامت روانشناختی نوجوانان. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.
- موحدی، یزدان، موحدی، معصومه، فرهادی، علی (۱۳۹۲). کارآیی درمان امید محور بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک (روان تنی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری، ۸ و ۹ خرداد ماه.
- موحدی، یزدان، باباپور خیرالدین، جلیل، موحدی، معصومه (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان. مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۳، شماره ۱، ۱۲۹-۱۱۶.
- موحدی، یزدان، کریمی نژاد، کلثوم، هاشمی نصرت آبادی، تورج، موحدی، معصومه (۱۳۹۳). کارآیی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش آموزان. روانشناسی و دین، سال هفتم، شماره اول، پیاپی ۲۵، ۱۶-۵.



موزیری، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی وجودی در اضطراب مرضی مرگ در سالمندان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. موسوی، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه دو روش رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی و آرمیدگی تدریجی در کاهش پرخاشگری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

مومنی جاوید، مهرآور، شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی با رویکرد بین فردی بر ترمیم نیازهای زنان آسیب دیده از عهدشکنی شهر تهران. مومنی، خدامراد (۱۳۹۰). اثر بخشی خاطره پردازي انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال اول، شماره ۳، ۳۸۱-۳۶۶.

مهاجری، عظیم (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه خودیاری بر خودکارآمدی و سلامت روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. پایان نامه موجود در دانشگاه آزاد. مهدوی، سعیده، نیک یار، محمدرضا، ادیبی، ندا، اسماعیلی، مریم (بی تا). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به پسوریازیس شهر اصفهان.

مهدویان فرد، راحله (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مولفه‌های روش عقلانی-عاطفی و رفتاری (REBT) به شیوه گروهی بر بهبود ارتباطات، کمال گرایی و دلزدگی دانشجویان زن متأهل دانشگاه فردوسی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

نامداری، کورش، مولوی، حسین، ملک پور، مختار، کلانتری، مهرداد (۱۳۹۰). تأثیر آموزش ارتقاء امید بر توانمندی‌های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده خوئی. مجله ی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳، ۳، ۶۰-۵۲.

نریمانی، محمد، توکلی پله شاه، مهتاب، ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). تعیین اثر روان نمایشگری

بر انعطاف پذیری شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر. مقاله ارائه شده در اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، ۱۱-۱۰ خرداد ماه.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه ی اثر بخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان دارای اختلال ریاضی. مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ی ۲، شماره ۴، ۱۷۶-۱۵۴.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، بگیان کوله مرز، محمد جواد، بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال چهارم، شماره ۱، ۲۸-۱.

نژادنادری، سمیرا، دره کردی، علی، دیوسالار، کورس (۱۳۹۰). اثر آموزش با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری افراد. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.

نصر آزادانی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر.

نصر آزادانی، فاطمه، گرجی، یوسف، شایگان نژاد، وحید (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مشاوره توانبخشی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس. مقاله ارائه شده در کنگره بین المللی روان تنی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۶ تا ۲۸ مهر ماه.

نظیری، قاسم، قادری، زهرا، زارع، فاطمه (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد روایت درمانی در کاهش افسردگی زنان مرودشت سال ۸۸، زن و جامعه، ۱، ۲، ۷۸-۶۵.

نعمتی دهکردی، شهناز، دشت بزرگی، بهمن، پاک سرشت، سیروس، راسخ، عبدالرحمن

- (۱۳۸۶). تاثیر خاطره گویی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۹، شماره ۴، ۷۵-۸۱.
- نعمتی دهکردی، شهناز، نعمتی دهکردی، مریم، نکویی، افسانه، فروزنده، رضوان (۱۳۸۷). تاثیر خاطره گویی گروهی بر افسردگی سالمندان. ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۳ و ۴، پی در پی ۵۱ و ۵۲، ۵۷-۶۴.
- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۷). گشتالت درمانی. تهران: فراروان.
- نوروزی، نصرت الله، عاطف وحید، محمد کاظم، قربانی، نیما، قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال های شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۲، ۱۳۹-۱۳۲.
- نوری تیرتاشی، ابراهیم، کاظمی، نرجس (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روایت درمانی بر میزان تمایل به بخشودگی در زنان. مجله روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲، پیاپی ۱۴، ۷۸-۷۱.
- هریس، تامس، آ (۱۳۸۱). وضعیت آخر. ترجمه اسماعیل فصیح. تهران: انتشارات زریاب.
- هنرپروران، نازنین، قادری، زهرا، امیریان زاده، لیلا (۱۳۹۰). اثر بخشی تلفیق دو رویکرد شناخت درمانی و واقعیت درمانی گروهی بر ارتباط مادر - فرزندی دختران نوجوان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۴، پیاپی ۲۰، ۱۰۷-۹۱.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۲، (پیاپی ۳۴). ص ۶۳-۵۶.
- یابنده، محمدرضا، بوالهروی، جعفر، نظیری، قاسم (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی در بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد مرد. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- یعقوبی، حسن، سهرابی، فرامرز، محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کاهش اضطراب

- آشکار دانشجویان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۲، ۱۰۷-۹۹.
- یگانه، سیدمحمد هادی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تحلیلی تبدلی بر افزایش خودتمایزیافتگی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- یوسفی، آرزو (۱۳۹۳). اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان.
- یوسفی، زهرا، شریفی، خدیجه، تقریبی، زهرا، اکبری، حسین (۱۳۹۳). تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر نشاط سالمندان. فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد، دوره چهارم، شماره ۲۱، ۳۳-۴۶.
- یوسفی، ناصر (۱۳۸۴). مقایسه اثربخشی دو رویکرد مشاوره‌ی گشتالت درمانی و معنی‌درمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره‌ی خانواده‌ی شهرستان سقز. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد تأثیر گشتالت درمانگری و معنا درمانگری بر صمیمیت زناشویی مراجعان در آستانه طلاق. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری پژوهشهای روانشناسی بالینی. انجمن علمی روانشناسی بالینی ایران، ۸-۶ اسفندماه، تهران، ایران.
- یوسفی، ناصر، اعتمادی، عذرا، بهرامی، فاطمه، فاتحی زاده، مریم السادات، احمدی، سید احمد، ماورانی، عبدالعزیز، عیسی نژاد، امید، بطلانی، سعید (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانی و گشتالت درمانی در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱۹، ۵، ۲۵۹-۲۵۱.

Alanson White memorial lectures (2nd ed.) New York: W.W.Norton.  
 Ando, M., Morita, T., Okamoto, T., Ninosaka, Y. (2009). One week short-term life review inter spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncol*, 17, 9, 885-890.

- Bahrami, F., Dadfar, M., Lester, D., Abdel-khalek, A.M. (2014). Death distress in Iranian older adults. *Advances in Environmental Biology*, 8, 12, 56-62.
- Bahrami, F., Dadfar, M., Unterrainer, H. F., & Zarean, M. (2014). Religious spiritual well-being in college students: A cross-cultural study. *Journal of Shefaye Khatam* , 2, 3, suppl 1, P115. And Paper presented at The Second International Anxiety Congress Shefa Neuroscience Research Center, Tehran, Iran, 1-3 October,
- Banker, J., Kaestle, C. H., Katherine, A. (2010). Dating is hard work: A narrative approach to understanding sexual and romantic relationships in young adulthood. *Journal Contemporary Family Therapy*, 65, 5, 173-191.
- Barbara, H., Fiese and Arnold J. Sameroff. (1999). The family narrative consortium: A multidimensional approach to narratives. *Monographs of the society for research in child development*, 64, 2, 1-36. <http://www.jstor.org/>.
- Barker, P. J., Buchanan-Barker, P. (2005). *Spirituality and mental health breakthrough: London and Philadelphia*, Whurr Publishers.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. In SC Hayes, D Barnes-Holmes, & B Roche (Eds.), *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119-140). New York: Kluwer Academic.
- Bashi, J. A., & Lester, D. (2013). Belief in a Day of Judgment and death anxiety: A brief note. *Psychological Reports*, 112(1),1-5.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (4th ed.)madison,ct;international Universities Press.
- Beck.A.P.& Levis,ci-(2000). *The process of group psychotherapy*.dydtem for analzing change-washington,DC, Americanpsychological-Association
- Bion,W.(1959).*Experiences in groups*. New York: Basic Books.
- Bion,W.(1961) ).*Experiences in groups* (2nd ed .) New York:Basic Books.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (under review). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, & Fink B (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Bormann, J. E., Smith, T.L., Becker, S., Gershwin, M., Pada, L., Grudzinski, A.H., & Nurmi, E.A. (2005). Efficacy of frequent mantra repetition on stress, quality of life, and spiritual well-being in veterans: a pilot study. *J Holist Nurs*, 23, 4,395-414.
- Brabeneder, V.A.,Fallon,A., & Smolux , A.L. (2004) . *Essentials of group therapy* . USA . John wiley & sons , inc.

- Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of American Geriatric Society*, 22, 12, 529-535.
- Chao, S. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Jin, S. F., Chu, T. L., Huang, T. S., et al. (2006). The effects of group Reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal Nursing Research*, 14, 1, 36-45.
- Chapman, A. (2007). Eric Berne's transactional analysis parent adult child model, theory and history article [On-line]. Available: <http://www.Businessballs.com/transactional.html>
- Cheavens, S. J., Gum, A., Feldman, B. D., Micheal, S. T., & Snyder, C. R. (2001). A group intervention to increase hope in a community sample. Poster presented at American Psychological Association, San Francisco.
- Corey, G. (2011). *Theory and practice of group counseling*. 8 revised. Cengage Learning.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2014c). Fear of death in Iranian nurses. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2, 3, suppl 1, P62. 32.
- Dadfar, M., & Lester, D. (2014d). Death worry and death obsession in Iranian nurses. Submitted for publication.
- Dadfar, M., Asgharnejad Farid, A. A., Atef Vahid, M. K., Lester, D., & Birashk, B. (2014a). Reasons for fearing death in Iranian nurses. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences*, 4, 335-341.
- Dadfar, M., Lester, D., Asgharnejad Farid, A. A., Atef Vahid, M. K., & Birashk, B. (2014b). Death depression in Iranian nurses. *Advances in Environmental Biology*, 8, 218-222.
- Faulkner, A., & Layzell, C. (2000). *Strategies for living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London, Mental Health Foundation.
- Fazel, M. (2010). The emerging for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 8, 1030-1039.
- Feldman, B. D., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 3, 401-421.
- Flaxman, E., Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and therapy*, 48, 816-820.
- Folke, F., Parling, T., Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, ????

- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W .o'donohue, J. E. fisher, (eds), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken ,NJ: Wiley, 4, 1, 263-265.
- Foskett, J., Marriott, J., & Wilson-Rudd, F.(2004). Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset: *Mental Health. Religion & Culture*, 7, 1, 5-22.
- Frankel, B. (2002) .Existential issues in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* , 52, 2, 215-231.
- Frankl, V. E. (1962). *Man's search for meaning: From death camp to existentialism*: Boston, Beacon Press.
- Frost,J.C. (1998). Countertransference considerations for the gay male when leading psychotherapy groups for gay men. *International Journal of Group Psychotherapy*.48, 3-24.
- Garthwait, C. (2003). Utilizing life review to teach social work practice and policy. Resource fair presentation at association of baccalaureate social work program directors annual conference; 2003; Reno, USA.
- Garthwait, C. (2008).*The social work practicum: A guide and workbook for students*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory*, New York: HarperCollins.
- Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*, New York: HarperCollins.
- Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *J of Gerontol*, 43, 2, 40-44.
- Haight, B. K., Webster, G. D. (1995). *The art and science of reminiscence*. Washington D C: Talor & Francis.
- Haight, B., Michel, Y., Hendrix, S. (2000). The extended effects of the life review in nursing home residents. *Int J of Aging and Hum Dev*, 50, 2, 151-168.
- Hales, Dianne and Robert E. Hales. (1995). *Caring for the Mind: A Comprehensive Guide to Mental Health*. New York: Bantam Books, 1995.
- Harris, M., Fallot, R.D., & Berley, R.W. (2005). Qualitative interviews on substance abuse relapse and prevention among female trauma survivors. *Psychiatr.Serv*, 56, 10, 1292-1296.
- Hayes SC (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes SC, & Stroshal KD (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, & Roche B (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.

- Hayes, S. C, Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. New York: Guildford.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 4, 65-639.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, I, & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change New York Guilford press.
- Hayes, S., C, luoma, J. B., Bond, F. W, Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25
- Hayes, S.C & Strosahl, K.D. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy . New York: Springer Science
- Healy, H. A, Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test for a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58, 623-640.
- Hodges, S.(2002).Mental health, depression, and dimensions of spirituality and religion: *Journal of Adult Development*, 9, 2, 109-115.
- Hofman, S. G , & Asmundson, G.J. (2008).Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16
- Irving, M. L., Snyder, C.R., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (1997). Hope and the effectiveness of a pre- therapy orientation group from community mental health center clients. Paper presented at the Western psychological Association Convention, Seattle, WA.
- Jazimin, A. (2009). The practice of reality therapy from the Islamic perspective in Malaysia and variety of custom in Asia. *International journal of Reality Therapy*, 29, 2, 3-7
- Joyce, P. H., Sills, Ch. (2012). Skills in Gestalt Counseling & Psychotherapy. Hysarnia A, Aslani K, Barabadi H. Danjeh publication, 45
- Kaplan, Harold I. and Benjamin J. Sadock. (1998). Synopsis of psychiatry. 8th edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins,



- Koenig, H. G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depression Research and Treatment*,
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Luciano, C., Molina, F., Gutiérrez, O., Barnes-Holmes, D., Valdivia-Salas, S., Cabello, F., Barnes-Holmes, Y., Rodríguez Valverde, M., & Wilson, K. (2009, under review) Relations of Inclusion vs. Opposition between Discomfort and Valued Actions: The impact on discomfort.
- Luciano, M. C. (2005). ACT methods, clinical behaviours, and the transformations of functions according to RFT. Unpublished. University of Almería.
- Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
- Majzoobi, M. R., Moeni, K., Amani, R., & Hojjatkah, M. (2013). The effectiveness of structured group Reminiscence on the enhancement of the elderly's life quality and happiness. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*, 9, 34,189-202 (In Persian).
- Makvand Hoseyni, Sh., Rezaii, A. M., Azadi, M. M. (2014). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients. *J clin psycho*, 5, 4, 1-2.
- Martinz, J. S. Smith, T. B. & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluation by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 10, 943-960.
- Masedo, A. I., & Esteve, R. M. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 199-209.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Towhig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009) A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33, 250-262.
- Masuda, A., Hayesa, S., C., Fletcher, L. B., Seignourelb, P. J., Buntinga, K., Herbsta, S. A. Twohiga, M. P., Lillisa, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward

- people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 11, 2764–2772.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 122-129.
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E. & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1, 89–94.
- Mohammadi, M., Esmaeily, M., & Nik, A. (2010). The effectiveness of group consultation in the method of transactional analysis over the student's communicative skills. *Procedia Social and Behavioral*, 5, 1490–1492.
- Moreno J.I. (1940). Mental catharsis and psychodrama sociometry. 3.209.244.
- Moreno J.I. (1959). The scientific meaning and the global significance of group psychotherapy. *Acta psychotherapeutic*, 42, 7, 148-167.
- Moreno J.I. (1992). Psychodrama. In k.R. Mackenzie (Ed.), *Classics in group psychotherapy* (47-60). New York. Guilford Press.
- Murakamia, M., et al, (2006). Transactional analysis and health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 1287, 164-167.
- Nicholls, V. (2002). *Taken seriously: The Somerset spirituality project*: London, Mental Health Foundation.
- Páez Blarrina, M., Luciano, M. C., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Rodríguez, M., & Ortega, J. (2008b). Coping with pain in the motivational context of values: A comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol. *Behavior Modification*, 32, 403-422.
- Panman, R., & Panman, S. (2001). Group counseling and therapy. In the counseling sourcebook: A practical reference on contemporary issues, edited by Judah L. Ronch, William Van Ornum, and Nicholas C Stilwell. New York: Crossroad.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of Reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & mental health*, 16, 5, 541-558.
- Rethink. (2004). Spirituality and mental illness [www.rethink.org/information/living/spirituality.html](http://www.rethink.org/information/living/spirituality.html), Accessed March 3, 2006.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association.

- Saadati H, Lashani L. (2012). Effectiveness of Gestalt therapy on the self-efficacy of divorced women. World Conference on Psychology & Sociology, 28, Antalya, Turkey.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P.A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review: *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 1, 1-11.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *psychological inquiry*, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Cheavens, J. & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 1, 107-118.
- Stanley, M. A., Bush, A. L. , Camp, M. E. et al. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment of anxiety and depression, *Aging and Mental Health*, 15, 3, 334-343.
- Stewart, I., & Joines, V. (2009). Today: A new introduction to transactional analysis. 3rd ed. North Carolina: Life space Publication. 63.
- Sullivan, H.S. (1953). Conceptions of modern psychiatry: The first William.
- Swinton, J. (2001). Spirituality and mental health Care: Rediscovering a forgotten dimension: London, Jessica Kinglsey Publishers.
- Törneke N, Luciano C, & Valdivia S (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental Reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 2, 166-177.
- Weinberg, H. (2001). Group process and group phenomena on the Internet. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 3, 361-378.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Journal of Psychiatry Research*, 14, 2, 1-6.
- White, M. & Epston, D. (1990), Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton.
- Wilson, K. G. & Luciano, M C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide
- Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy. 4th edition. Basic Books, New York, NY,
- Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses: *Journal of Psychology & Theology*, 32, 4, 305-317.
- Yih, J., Shen, V. (2007). Developmental model using Gestalt-play versus cognitive-verbal group with Chinese adolescents: Effects on strengths

and adjustment enhancement. *The Journal for Specialists in Group Work*, 32, 3, 285-296.







# Group Therapy

---



by:

## **Mahboubeh Dadfar**

PhD student in clinical psychology,  
International Campus,  
Iran University of Medical Sciences

## **Dr. Ali Asghar Asgharnejad Farid**

Psychologist  
Faculty member of Iran University of Medical Sciences  
School of Mental Health & Behavioral Sciences

## **Dr. Mohammad Reza Pir Moradi**

clinical psychologist  
Faculty member of Iran University of Medical Sciences  
School of Mental Health & Behavioral Sciences

## **Dr. Saeed Ebadi Zare**

clinical psychologist  
Faculty member of Iran University Sciences  
School of Mental Health & behavioral Sciences

## **Dr. Pir Hossein Kolivand**

Assistant of Shefa Neuroscience Research Center