



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گیلان

مرکز آموزشی درمانی شفا رشت

گروه روانشناسی واحد آموزش

صمد نصراله زاده

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

اختلالات شخصیت

(علل و عوامل - درمان)



FARS

Photo : Hossein Fatemi

Photo : Hossein Fatemi

FARS NEWS AGENCY

FARS NEWS AGENCY

FARS

اختلالات شخصیت

- 1: شامل اختلالات عجیب و غریب و نامتعارفی است که در برگیرنده اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی است. در این اختلالات استفاده از خیالپردازی و فرافکنی وجود داشته و گرایش به تفکر روان پریشانه مشاهده می گردد. در شرایط فشار روانی ممکن است زمینه آسیب پذیری زیستی موجب سوق دادن بیمار به نابسامانی شناختی گردد.
- 2: یک گروه نمایشی و هیجانی و دمدمی است که شامل اختلال شخصیت نمایشی (هیستریونیک) خودشیفته ضد اجتماعی و مرزی می باشد.
- 3: گروه اضطرابی یا پر دلهره بودن و اختلالات شخصیت آن « عبارتند از دوری گزین، وابسته و وسواسی - جبری. در این اختلالات انزوا، پر خاشگری منفعلانه، و خود بیمارنگاری مشاهده می گردد.

اختلال شخصیت را چگونه تشخیص می دهید؟

اختلالات شخصیت میل به مزمن شدن و تداوم دارند. یکی از راه های درک اختلال شخصیت تشبیه کردن آن به بیماری ای همچون دیابت است. کسی که مبتلا به دیابت است همیشه دیابت دارد و هر روز با کمک دارو نشانه های آن را کنترل می کند. یک نوع متفاوت و موقتی، بیماری سرما خوردگی است.

پنج معیار در تشخیص اختلالات شخصیت

اختلال شخصیت در مورد کسی تشخیص داده می شود که دارای معیار های زیر باشد:

- 1- مشکلات شخصیتی حداقل در دو حوزه زیر وجود داشته باشند: افکار ، هیجان ها، روابط بین فردی یا رفتار ها
- 2- بیماری در بیشتر جنبه های زندگی اش از جمله در محل کار و مدرسه و منزل مشکلات شخصیتی را نشان دهد.
- 3- مشکلاتی که بخاطر اختلال شخصیت ایجاد شده اند بیمار را آشفته نماید یا در بیشتر موارد موجب بروز مشکلاتی در ازرتباط با دیگران شود.
- 4- مشکلات شخصیتی بیمار معملا در سنین نوجوانی آغاز و تا بزرگسالی ادامه می یابد .
- 5- اختلالات شخصیت به خاطر مصرف مواد و الکل و وجود بیماری های دیگر نباشد.

علل اختلالات شخصیت

اختلالات شخصیت از کودکی شروع و تا بزرگ سالی ادامه می یابد.

معمولا اختلالات شخصیت به مدتی طولانی مورد درمان قرار نمی گیرد

زیرا این رفتار ها چنان به بخشی از هویت فرد تبدیل می شود که برای او

دشوار است تشخیص دهد اشکالی در رفتار او وجود دارد

عوامل زیستی

ژن ها اجزاء تشکیل دهنده و جود انسان هستند . ممکن است هر ویژگی انسانی از رنگ مو گرفته تا میل به شیرینی یا شوری ، منشا ژنتیکی داشته باشد . داده های کافی وجود دارند که نشان میدهند خصوصیات شخصیتی ارثی هستند یا از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند

آیا اختلالات شخصیت در خانواده ادامه می یابد؟

داده های کمی در دست است که نشان دهند که تقریباً تمام اختلالات شخصیت به طور یک جا در خانواده وجود داشته باشد

اختلالات دسته عجیب و غریب (پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال)
(آ) هستند شایع اختصاصاً ارثی هستند و در افرادی که دارای اختلال دسته است

برخی پژوهشگران اظهار می دارند که اختلال شخصیت مرزی ممکن است تا حدودی ارثی باشد . تکانش گری و بی ثباتی هیجانی که هر دو از نشانه های مشخصه اختلال مرزی هستند ، رفتارهایی هستند که در خانواده تداوم می یابند

عوامل اجتماعی پایگاه اجتماعی – اقتصادی

در جامعه ما فاصله زیادی بین (داراها) و (ندارها) وجود دارد فقر مشکلات اختصاصی چندی به همراهی آورد، از جمله احتمال خطرات بیولوژیکی، خشونت بین فردی و دسترسی محدود به مراقبت های پزشکی و روانپزشکی را افزایش می دهد. یکی از اختلالات شخصیت که در آن واقعیت اجتماعی – اقتصادی را باید مورد ملاحظه قرار داد اختلال شخصیت ضد اجتماعی است.

اختلال شخصیت ضداجتماعی

- الگویی از بی اعتنایی و بی توجهی به حقوق دیگران که بر همه روابط فردی حاکم است. این الگو حداقل با سه تا از موارد زیر مشخص می شود:
 - 1) بی احترامی به هنجارهای اجتماعی و قوانین که منتهی به قانون شکنی می شود.
 - 2) دروغگویی
 - 3) بی احتیاطی و فقدان رفتار های از قبل برنامه ریزی شده
 - 4) ستیزه جویی و اهل دعوا و کتک کاری
 - 5) به توجهی به سلامت خود و دیگران
 - 6) ناتوانی در پایبندی به تعهدات
 - 7) سنگدلی و فقدان پشیمانی از رفتار های خود
- برای تشخیص گذاری فرد باید حداقل 18 سال داشته باشد و قبل از 15 سالگی اختلال سلوک داشته باشد.

عوامل بین فردی: بد رفتاری و غفلت

برخی از پژوهشگران براین باورند که بد رفتاری در دوره

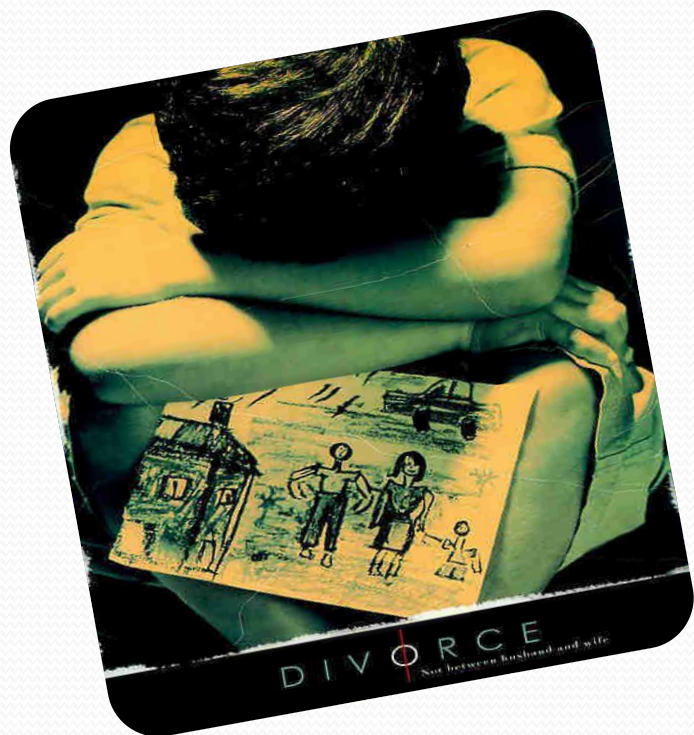
کودکی یکی از مهم ترین پیش نیاز های بیماری های

روانی به ویژه انواع خاصی از آسیب شخصیتی است. در

واقع افراد بسیاری که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

هستند سابقه ضربه کودکی به ویژه بد رفتاری جسمی و

جنسی را گزارش می کنند.



اختلال شخصیت پارانوئید

- الگویی از شکایت به دیگران و سوءظن پارانوئید به انگیزه های افراد. این الگو حداقل در چهار مورد زیر به چشم می خورد:
- سوء ظن در مورد اینکه دیگران او را فریب می دهند یا او را استثمار می کنند
- مشغولیت دائم ذهنی در مورد بی وفایی دوستان
- اعتماد نکردن به دیگران به خاطر ترس از بی وفایی آنها
- جستجوی دائم معانی پوشیده و در پس موضوعات مسائل بی خطر
- کینه جویی، نمی تواند اهانت ها را فراموش کند و گلایه ها را کنار بگذارد
- تمایل مفرط به کشف نوهین دیگران به خود (توهین ادراک شده)
- بی اعتمادی مستمر به وفاداری جنسی همسر
- این حالت ممکن است همراه با اسکیزوفرنی مشاهده شود. برای تشخیص گذاری باید این الگو به صورت فراگیر و در دوره های غیر روان پریشانه نیز مشاهده شود.

اختلال شخصیت پارانوئید

دارو درمانی:

دارو درمانی برای مداوای سرآسیمگی و اضطراب مفید است. در بیشتر موارد داروهای ضد اضطرابی همچون دیازپام یا کلونازپام کافی هستند. گاهی برای درمان سرآسیمگی و افکار شبه هذیانی نیاز به استفاده ی کوتاه مدت از مقادیر کم داروهای ضدروانپریشی پیموزاید با موفقیت برای کاهش افکار پارانوئید استفاده شده است .

اختلال شخصیت اسکزوئید

الگویی که با گسستگی اجتماعی و نیز عاطفه محدود مشخص می شود. این الگو حداقل با چهار مورد زیر مشخص میشود:

بی میلی به برقراری روابط نزدیک، از جمله تشکیل خانواده

- عادت به تنها بودن - سردی جنسی - محدودیت علایق و سرگرمی ها

- فقدان دوست یا روابط نزدیک ، به جز بستگان

- بی توجهی به پاسخ های دیگران

- سردی هیجانی

- این الگو ممکن است همراه با اسکیزوفرنی مشاهده شود. برای تشخیص گذاری باید به صورت فراگیر و در دوره های غیر روانپزشانه نیز مشاهده شود.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی

تعریف: مشخصه این افراد وجود افکار سحر آمیز، عقاید انتساب، خطاهای ادراک (ایلوزیون) و گسست از واقعیت است. افراد حتی در نظر مردم عادی نیز به عنوان افرادی بسیار عجیب و غریب شناخته می شوند و اصولاً منزوی هستند. در گرفتن شرح حال همکاری پایین دارند بخاطر اینکه طرز برقراری ارتباط آنها عجیب می باشد.

همه گیر شناسی (اپیدمیولوژی)

- 1: میزان شیوع این اختلال 3% است
- 2: میزان شیوع این اختلال در خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنی افزایش نشان می دهند.

همه گیر شناسی

این اختلال در گروه های اجتماعی - اقتصادی پایین شایعتر است.
شرایط زمینه ساز عبارتند از اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و اختلال
سلوک



سبب شناسی (اسکیزوتایپی)

- وجود آسیب یا اختلال عملکرد مغزی یکی از ویژگی های این اختلال است که می تواند ثانویه به شرایطی نظیر آسیب مغزی حین زایمان ضربه به سر و آنسفالیت رخ دهد.
- سابقه رها شدن یا آزار از سوی والدین بسیار شایع است. تصور می شود که تنبیهات مکرر، مستبدانه و خشن توسط والدین در پیدایش این اختلال نقش دارند.

اختلال شخصیت مرزی

سبب شناسی

- 1- آسیبهای مغزی ممکن است وجود داشته باشند که به دلیل آسیب مغزی حین زایمان آنسفالیت، ضربه سر، و سایر اختلالات مغزی رخ می دهد
- 2- سابقه آزار جسمی و جنسی، ترک شدن توسط والدین، و درگیریهای بیش از حد به عنوان یک قانون همیشه وجود دارد.



Photo : Hossein Fatemi

FARS NEWS AGENCY

Photo : Hossein Fatemi

FARS NEWS AGENCY

FARS

FARS NEWS AGENCY

اختلال شخصیت مرزی

بی ثباتی در روابط بین فردی و خود پنداره که حداقل با ۵ تا از مواد زیر مشخص میشود:

تلاش های نو امیدانه برای اجتناب از ترک یا رها شدگی
میل به ایجاد روابطی که بین دو قطب افراطی منفی و مثبت در نوسان است
بی ثباتی و خودانگاره منفی
تکانشی بودن تا اندازه ای که احتمال آسیب رسانی به خود وجود دارد
حرکات نمایشی یا رفتار خود کشی مکرر
بی ثباتی هیجانی
احساس پوچی
خلق غیر قابل کنترل
تجزیه یا پارانوئیا (بد گمانی)

اختلال شخصیت مرزی

(ارزیابی در عوامل تسهیل کننده افکار suicide)

- نوشتن وصیت نامه
- اقدام به خودکشی
- رفتار انتحاری
- فکر خودکشی در حال حاضر
- داشتن طرح و برنامه
- خطرناک بودن ابزار
- سابقه خودکشی قبلی در خانواده
- مصرف الکل و بیماری روانی
- بیماری مزمن
- بیماری سایکوتیک
- فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی

ویژگی های خانواده های بیماران مرزی

محیط خانوادگی بیماران مرزی، نایمن و بی ثبات است:

عدم احساس ایمنی در این خانواده تقریباً همیشه از رها کردن کودک یا سوء استفاده های جسمی جنسی یا کلامی ناشی میشود.

محیط خانوادگی بیماران مرزی سرشار از محرومیت است:

به این معنی که در این گونه خانواده ها، حمایت والدین (گرمی یا صمیمیت جسمی، همدلی، نزدیکی هیجانی، حمایت و راهنمایی) یا اصلاً وجود ندارد، یا نقص نارسا است.

محیط خانواده، به شدت تنبیه گر و طرد کننده است.

در خانواده هایی که پذیرش، بخشش و عشق حکم فرما نباشد. بلکه در خانواده هایی بزرگ شده اند که به شدت تنبیه گر و منتقد بوده و کودک را به خاطر اشتباهاتش نمی پذیرفتند

(سبک فرزند پروری مستبدانه) محیط خانواده، بیماران مرزی، سلطه گر بوده است

موضوعات کلی در درمان اختلال شخصیت مرزی

پیش از آغاز درمان درمانگر بایستی به درستی تصمیم بگیرد که کدام یک از روش های درمانی برای بیمار مناسب است. درمان های نسبتا کوتاه مدت معمولا با هدف کاهش مشکل زاترین و خطر ناکترین رفتار های بیمار مرزی آغاز می شوند. کاهش تکانشگری و رفتارهای خودزنی، سوءمصرف مواد، به دست آوردن کنترل بر روی هیجان ها و کسب بینش نسبت به مشکلات رفتاری و هیجانی از جمله ی اهداف درمان های کوتاه مدت است

مراقبت های اقامتی / بستری بیمارستانی نسبی

شامل مراقبت های اقامتی (مسکونی) است و به خدمات روانپزشکی در محیط هایی اشاره دارد که در مقایسه با بیمارستان ، کنترل و بازنگری در آنجا ملایم تر است و محدودیت های کمتری در آن اعمال می شود. همچنین مراقبت شامل دو بخش میشود: درمان های روزانه و مراقبت های شبانه (معمولا نوعی خانه ی نیمه راه) خدمات ارائه شده موجب کاهش خودکشی گرایي بیمار مرزی می شوند تا جایی که قادر باشد در محیط خارج از مراکز اقامتی از کارکرد خوبی برخوردار شود.

شناسایی و اصلاح صفات رفتاری غیر انطباقی (مثل، کنترل تکانه) و الگوهای بین فردی ناسازگارانه_ مثل، تنظیم عواطف و بالا بردن قدرت تحمل):

به منظور نایل آمدن به این هدف، کارکنان مراکز درمانی بایستی بیماران را دایما با ابعاد ناکارآمد و نامطلوب خودشان مواجه سازند. رفتارهای توجه طلبی، و صفاتی که بیمار را از رسیدن به اهدافش باز می دارند، از جمله مواردی است که باید مورد شناسایی و مواجهه قرار بگیرند.

ساختار اصلی برنامه ی درمان های روزانه و بیمارستان های نسبی را جلسات گروهی و درمان های گروهی تشکیل می دهند. جلسات گروهی عموما صبح ها، هفته ای سه بار یا بیشتر، با حضور بیماران و کارکنان مراکز، و به منظور تثبیت احساس اجتماعی و بحث پیرامون رفتارهای مخرب، احساس ها و باورها ی بیماران برگزار می شود.

رفتار درمانی دیالکتیکی

رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله ی رفتاری شناختی و آموزش مهارت های اجتماعی ترکیب می کند .

رفتار درمانی دیالکتیکی استاندارد از چهار نوع مداخله تشکیل میشود:

۱- جلسات ساختار یافته ی گروه درمانی (برای مهارت آموزی) که مدت هر جلسه بین ۲ تا ۵/۲ ساعت متغیر است

۲- جلسات انفرادی به مدت یک ساعت در هفته

۳- تماس ها یا مشاوره های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتار های خودکشی گرایانه) و اطمینان از تعمیم مهارت آموزی به خارج از جلسه های درمانی

۴- جلسه های تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتار درمانی دیالکتیکی و جلوگیری از فرسودگی شغلی آنها

اهداف درمانی

۱- کاهش رفتار های تهدید کننده ی زندگی (رفتار های خودکشی گرایانه)

هدف اول در رفتار درمانی دیالکتیکی کنترل رفتار های خودکشی گرایانه است که منظور از آنها فکر جدی به خودکشی و رفتار های شبه خودکشی می باشد. نمونه آنها اعمال خود آسیب رسانی عمدی مثل اقدام به خودکشی و رفتار جرح خویشتن میباشد.

۲- کاهش رفتار های مخل درمان

چنین رفتار هایی شامل جر و بحث زیاد ، دیر آمدن یا کلا نیامدن به جلسات درمان امتناع از کار کردن در جلسه ی درمانی عدم انجام تکالیف خانگی یا عدم مطالعه راهنماهای درمانی، تماس های تلفنی با درمانگر در ساعات ناموجه، سرزنش کردن قربانی و رفتار های مشابه می شود

اهداف درمانی

۳- کاهش رفتار های مخل کیفیت زندگی

این رفتار ها عمدتاً شامل موارد زیر می شود: تکانشگری مفرط رانندگی بی محابا، بی بندوباری جنسی، ادامه روابط بین فردی مخرب و ناکار آمدی (برای مثال آزار جنسی در داخل خانواده یا تن دادن به آزار و بهره کشی عاطفی از سوی شریک جنسی یا عاطفی) رفتار های پر خطر سوء مصرف مواد اختلالات افسردگی بی خانمانی دوره های بیکاری طولانی مدت میباشد و همراه با فقدان کنترل هیجانی همراه بوده و منجر به رفتار ضد اجتماعی (درگیری فیزیکی) می گردد.

اهداف درمانی

۴- افزایش مهارت های رفتاری

مهارت های توجه آگاهی شامل موارد زیر است: مشاهده کردن شرح و توصیف حالات هیجانی، دیدگاه قضاوت گرایانه نداشتن توجه آگاهی و تمرکز بر آنچه که در یک موقعیت خاص، کارا و موثر است

۵- کاهش فشار روانی پس از حادثه:

بسیاری از تحقیقات شیوع فشار روانی پس از سانحه و تظاهرات آن را در جمعیت مرزی مورد کاوش قرار داده اند در بسیاری از مطالعات بر روی سوء استفاده های جنسی چه در کودکی و چه در بزرگسالی بعنوان یک واقعه ی تروماتیک اولیه تمرکز می شود.

راهبردی های مسئله گشایی (راهبردهای تغییر)

فرایند مسئله گشایی از دو مرحله تشکیل می شود. گام اول آن بر درک و پذیرش مشکل و و گام دوم بر ایجاد و اجرای راه حل هایی جایگزین تمرکز می کند

بسمه تعالی

(یادگیری حل یک مشکل)

بعضی وقتها در موقعیتی گیر می کنیم که فکر می کنیم هیچ راهی برای خروج وجود ندارد و دچار درمان می شویم. ما نمی دانیم که مشکل را چگونه حل بکنیم و در اغلب موارد اولین راه حلی که به ما می آید را برمیگزینیم که ممکن است مهمترین راه حل نباشد. در چنین موقعیتهایی، اجرای روش و پینا می کنیم و بعد بهترین راه حل را انتخاب می کنیم.

شش مرحله برای حل یک مشکل وجود دارد:

- 1) مشخص کن که مشکل چیست؟
- 2) تصمیم بگیر که آیا تومی توانی موقعیت را تغییر بدهی. یا عکس العملت را یا هر دو با هم؟
- 3) در مورد تمام روشهایی که می توانی مشکل را حل کنی بارش فکری انجام بده، مهم نیست چقدر خنده دار یا احمقانه به نظر برسد.
- 4) هر ایده را بررسی کن و ببین اگر آن را برای حل مشکل انجام دهی چه اتفاقی می افتد. نکات مثبت و منفی هر راه حل را بررسی کن.
- 5) یک یا دو ایده که به بهترین نتیجه منجر می شوند را انتخاب کن.
- 6) آن ایده را اجرا کن و بعد بررسی کن که آیا موثر بوده است یا نه. اگر موثر نبود برگرد و یکی دیگر از ایده هائی را که داشتی امتحان کن یا به تعدادی راه حل جدید فکر کن.

• هر بار که حل مسئله را استفاده می کنی در طرح ایده ها بهتر می شوی و هر کار بزرگی می تواند برای کمک به ایجاد ایده هائی که برای دفعه بعدی که با آن مشکل روبرو می شوی برای تو موثر باشد.

بسمه تعالی

• کار برگ حل مسئله ()

دانش یا مشکلاتی وجود می شوی که نمی دانی یا آنها چه کار کنی سعی کن از کار برگ های حل مسئله استفاده کنی بیشتر وقت ها مهارتهایی که در این برنامه یاد می گیری برای کمک به تو در پیدا کردن راه حل های ممکن می تواند استفاده شود.

مرحله 1: مشکل چیست؟

مرحله 2: آیا چه چیزی را می توانی تغییر بدهی؟

مرحله 3: بارش فکری ایده ها برای حل این مشکل را بنویس

نتایج مثبت	مرحله 4: اگر تو این ایده را انجام دهی چه اتفاقی خواهد افتاد؟
نتایج منفی	
نتایج مثبت	
نتایج منفی	
نتایج مثبت	
نتایج منفی	
نتایج مثبت	
نتایج منفی	
نتایج مثبت	
نتایج منفی	
نتایج مثبت	
نتایج منفی	

مرحله 5: کدام ایده بهتر از همه است؟ دومین ایده خوب کدام است؟

مرحله 6: ارزیابی کن که ایده ات چقدر موثر بود. دفعه بعد چه کاری انجام خواهی داد؟

تکنیک رویارویی

درمانگر بایستی درمانجو را ترغیب و تشویق کند تا تماس خودش را با نشانه ها و موضوعاتی که قرار است با آنها رویارو شود قطع نکند (بویژه زمانی که موضوع رویارویی نوعی تصویر ذهنی هیجانی یا یکی از بحث های مطرح شده در جلسه درمان باشد شامل :

تکنیک قاب عکس

تکنیک صندوقچه

تکنیک صفحه مانیتور

راهبردهای مدیریت مورد

وقتی در محیط پیرامون درمانجو مشکلاتی وجود دارد که با کارکرد یا پیشرفت او تداخل می کند درمانگر از راهبرد های مدیریت مورد استفاده می کند. این راهبردها به سه گروه تقسیم شده اند: مشاوره با بیمار، مداخله ی محیطی، و جلسات تیم مشاوره

شکل گیری گروه

- چه نوع گروهی را می خواهید تشکیل دهید؟

این گروه برای چه افرادی مناسب است؟
آیا گروه مرکب از داوطلب است یا غیر داوطلب؟

ملاحظه های خاصی را باید رعایت کنید؟
هدفها و مقاصد کلی این گروه چیست؟
چرا به این گروه نیاز است؟

مفروضه های بنیادی این طرح چیست؟
برای رهبری این گروه چه شرایطی دارید؟
از کدام روشها سرند و گزینش استفاده خواهد شد؟

تعداد اعضای گروه چند نفر خواهد بود؟

روش های عملی برای آگهی اعلام و جذب اعضا

- ارائه مطالب در کلاس درس
- پوستر های دیواری
- اعلان از طریق بلند گوی مدرسه
- مقاله های روز نامه
- تماس های معلمان
- نامه به والدین یا اعلان در تابلو اعلانات
- ارجاع از سوی همسالان
- کتابچه راهنمای دانش آموزان
- مجموعه کارمندان مشاور

ویژگی های گروه در مرحله آغازیان

فرایند اصلی در جریان مرحله آغازیان گروه آشنایی و کاوش است.
اعضای گروه با یکدیگر و نحوه کارکردهای گروه آشنا می شوند.
ترسها و امیدهایشان درباره گروه را کشف می کنند.
انتظارات خود را به وضوح روشن می نمایند.
هدفهای شخصی را مشخص می کنند و بر آورد می نمایند که آیا این گروه
مکانی امن است یا خیر

تکلیف اصلی مرحله آغازین گروه ایجاد اعتماد است

نخستین مقاومت ها

معمولا اعضا تا حدودی برای مشارکت در گروه تردید نشان می دهند.

در برخی موارد اعضای گروه از سوی رهبر گروه تحت فشار قرار می گیرند و ممکن است نسبت به او بدگمان شوند.

ویژگی های گروه در مرحله آغازیان

تمرکز بر خود در برابر تمرکز بر دیگران

تمرکز بر اینجا و اکنون در برابر آنجا و آن وقت

همدلی

صداقت و خودفاش ساز

اعتماد یا عدم اعتماد

هدفهای مربوط به گروه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

کمک به اعضا برای رویارویی با مسایل

دشوار، نحوه مقابله موثر با فشار

آورهای زندگی، ایجاد یک شبکه

حمایتی، و کسب مهارتهای اجتماعی

مناسبت.

ویژگیهای مرحله انتقال

در خلال مرحله انتقال اضطراب بالاست . منابع این

اضطراب فی نفسه در درون افراد و گروه هستند.

اضطراب با ترس از ابله به نظر رسیدن ، از دست دادن

کنترل سوءتفاهم ، طرد شدن و عدم آگاهی از آنچه

انتظار می رود ، ارتباط دارد.

هنگامی که اعضا شکل پخته ای از صمیمیت ایجاد می کنند

اعضا با یکدیگر ارتباط عاطفی برقرار می کنند.

گفتو گو ساده و مستقیم می شود.

مقاصد پنهان در گروه ارایه نمی شوند.

اعضا آزادانه بایک دیگر خطر می کنند.

احساسها شناسایی میشوند.

اعضا قادر می شوند لحظه حال را به عنوان بقایای بازمانده از آسیبهای

گذشته شان به طور موفقیت آمیزی تجربه و مورد بررسی قرار دهند .

ویژگی های مرحله کار (عمل)

ویژگی مرحله آغازین احتیاط کاری است و مرحله انتقال نیز

به بیان احساسات و مشکلات اختصاص دارد اما ویژگی

مرحله کار (عمل) عبارت است از تعهد اعضا به کاوش در

مشکلات مهمی که با خود به جلسات درمان می آورند و

توجه آنان به پویه های درون گروه.

دیدگاه و رویکرد TC

رویکرد اجتماع مدار بر دید گاه روشنی بنا نهاده شده است که شامل چهار نقطه نظر مربوط به هم است، اختلال مصرف مواد، اختلال شخصیت، بهبودی و سبک زندگی درست .

این دیدگاه در مورد بهبودی به صورت تغییر کلی سبک زندگی و هویت تشریح می کند که در متن یادگیری در اجتماع تی سی رخ می دهد . این دیدگاه در مورد زندگی درست و بر باورها و ارزش های آشکار تاکید دارد که برای بهبودی لازم است. این ها را هدایت می کنند که چگونه با خود همتاها، افراد مهم زندگی و جامعه رابطه برقرار کند.

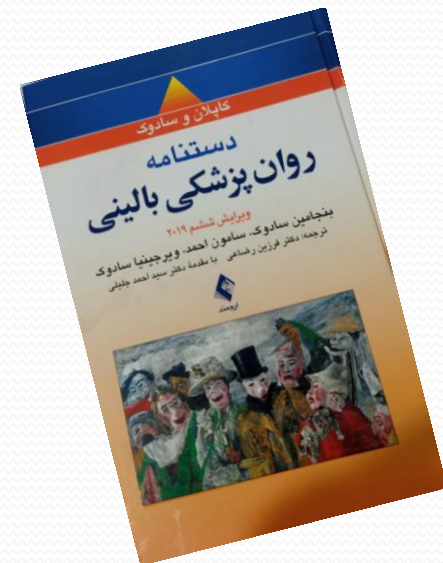
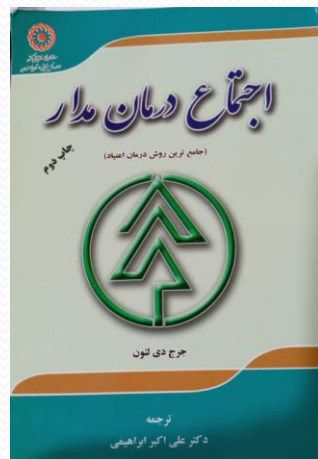
رویکرد اجتماعی TC

وقتی اجتماع درمان مدار را از دریچه واژه های انسان شناسی فرهنگی می نگریم مشخص می شود که آن شبیه سایر اجتماعات است (مثل اجتماعات مذهبی و غیر مذهبی ، روستاها، همسایگان؛ زندانها، بیمارستان ها، کلینیکها، سرباز خانه ها، مدارس ها و حتی تعاونیها). تی سی یک هدف کلی یک ساختار سازمانی ، قوانین رسمی، هنجار های مشترک غیر رسمی ، ارزشهای فرهنگی و باورهای خاص دارد .

هدف ویژه تی سی درمان اختلال فرد است اما هدف عمده تر آن سبک زندگی و هویت فردی است . برای رسیدن به این هدف ، تی سی از اجتماع به عنوان روش استفاده می کند تا به افراد در جهت تغییر خودشان کمک کند.

ساختار تی سی (سازمان اجتماعی) اعضایش (کارمندان و مقیمان) و برنامه فعالیت روزانه آن (گروه ها، جلسات ، کار، تفریح) برای تسهیل شفا یابی ، یادگیری و تغییر فردی طراحی شده است.

منابع



از توجه و همراهی شما سپاسگزارم

پایان

