

# خبرنامه



## سر دبیر:

دکتر حمید یعقوبی

## هئیت تحریریه:

دکتر عبدالله امیدی  
سپیده راجزی  
دکتر ندا علی بیگی  
مهرداد کاظم زاده عطوفی  
دکتر مجتبی حبیبی  
حمیده عسکری  
راضیه مخبریان نژاد  
ملیحه رحمانی

## فهرست مطالب:

2	دکتر حمید یعقوبی	یادداشت رئیس انجمن
4	دکتر عبدالله امیدی	رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) درمان پذیرش و تعهد پیشگیری از عود مصرف مواد چگونه مهارت‌های ذهن آگاهی ممکن است کمک‌کننده باشد؟
13	راضیه مخبریان نژاد	دل نوشته
15	سپیده راجزی	آیا برای ارائه نظرات درباره DSM-5 فرصت باقی است؟
16	ملیحه رحمانی	پیشینه و جایگاه کاربرد قصه به عنوان درمان
21	دکتر مجتبی حبیبی	تحول هویت در کودکان و نوجوانان
24	فهیمه مقصودی	هم جنس گرایی: آسیب‌ها
26	دکتر ندا علی بیگی	گزارش موردی سوء رفتار با کودک
29	حمیده عسکری	گزارش داورى مقالات سومین کنگره پژوهش‌های روانشناسی بالینی ایران
32	حمیده عسکری	اخبار کوتاه

## یادداشت رئیس انجمن

### انتخابات سازمان نظام: وزن کُشی چهره ها یا انجمن ها؟

انتخابات شورای مرکزی سازمان نظام در پیش است. یکی از سوالات اساسی مطرح در بحث انتخابات این است که آیا این چهره ها هستند که تعیین کننده آرای نهایی هستند یا انجمن ها، تشکل ها و گروه های مختلف هستند که می توانند سرنوشت انتخابات را رقم بزنند.

برخی ها معتقدند نهادسازی در جامعه روانشناسی ایران هنوز شکل واقعی به خود نگرفته است. هنوز روانشناسان آنچنان که باید به سرنوشت انجمن ها اهمیت نمی دهند و برای تصدیق این امر به مجامع انجمن ها به هنگام انتخاب هیئت مدیره های آنان اشاره می کنند که معمولا در همان جلسه اول به حدنصاب لازم نمی رسند. هستند تعداد کثیری از روانشناسان که هنوز عضو هیچ انجمنی نیستند و حتی به عضویت سازمان نظام هم درنیامده اند. اینها نشان می دهد که مساله نهادسازی در جامعه روانشناسی تا رسیدن به سرمنزل مقصود راه طولانی در پیش دارد. لذا این دسته بر این اعتقاد هستند که این اسامی و نام ها و خود چهره ها هستند که بحث انتخابات را پیش می برند. در این دیدگاه سرمایه گذاری روی چهره ها امری پسندیده و موجه می نماید. این گروه برای تایید این دیدگاه به انتخابات دو دوره قبلی انتخابات سازمان نظام اشاره می کنند که اساتیدی که انتخاب شده اند صرفا به دلیل اسم و محبوبیتی که نزد جامعه روانشناسی داشته اند انتخاب شده اند. قطعا این دسته در انتخابات پیش رو هم روی افراد خوشنام و شناخته شده سرمایه گذاری می کنند و بر این اعتقادند که چون به عملکرد اعضای دو دوره قبلی انتقاداتی وارد است شانس انتخاب شدن سه باره آنان تاحدی نزول کرده است.

اما دسته دوم معتقدند مدتی است بحث عضویت در انجمن ها و تشکل ها جایگاه خود را پیدا کرده است و برای تایید دیدگاه خود به تعداد زیاد انجمن های حوزه روانشناسی اشاره می کنند. در حال حاضر به جرات می توان گفت که بیش از 10 انجمن علمی فعال در حوزه روانشناسی ایران وجود دارد که قدمت 70 درصد آنان کمتر از 5 سال می باشد. به این رقم می توان فعالان فضای مجازی و اینترنتی را هم اضافه کرد که بعضا با اقبال خوب مخاطبان خود روبرو شده اند. اینها حکایت از آن دارد که جامعه روانشناسی به ویژه روانشناسان جوان و تازه فارغ التحصیل که انگیزه بیشتری برای اتخاذ هویت گروهی دارند درصدد انجام کارها در قالب فعالیتهای تیمی و گروهی می باشند. از این رو این دیدگاه معتقد است که انجمن ها و نهادهای مدنی فعال در حوزه روانشناسی می توانند در تعیین سرنوشت انتخابات موثر باشند. امری که لااقل در دو دوره قبلی محقق نشده است.

اینکه در عمل موفقیت کدامیک از این دو دیدگاه در انتخابات پیش رو اثبات خواهد شد مستلزم گذشت زمان و فرا رسیدن موعد انتخابات و شمارش آرا می باشد. در پایان این دوره از انتخابات مشخص خواهد شد که چهره ها وزن و اعتبار بیشتری نزد جامعه روانشناسی دارند یا انجمن ها و تشکل ها! و اگر انجمن ها وزن بیشتری دارند کدام انجمن و تشکل می تواند تعداد بیشتری از اعضای خود را راهی ساختمان سازمان نظام در کوچه پس کوچه های حاشیه پمپ بنزین گیشا نماید! پیروز این دیدگاه در انتخابات سازمان نظام به نوعی انجمن برتر و پرطرفدارتر جامعه روانشناسی خواهد بود. به نظر شما تعداد اعضای کدامیک از انجمن های علمی حوزه روانشناسی بیشتر است؟ آیا همه این اعضا از همه کاندیداهای احتمالی مورد تایید آن انجمن حمایت خواهند کرد؟

آیا به نظر شما می توان دیدگاه سومی را هم به این دو دیدگاه قبلی اضافه کرد؟ آیا اتخاذ رویکردی تلفیقی مرکب از حمایت انجمن ها و تشکل ها و معروفیت و محبوبیت خود چهره ها، پیروز انتخابات نخواهد شد؟ برای پاسخ به این سوالات باید تا روز اعلام نتایج انتخابات صبر کرد.

## رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی

دکتر عبدالله امیدی

نایب رییس انجمن روانشناسی بالینی

و

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

بنا بر تعریف کبات زین، ذهن آگاهی به معنی توبه

کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داروری است. در ذهن آگاهی فرد می آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته و توبه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی خود متمرکز نماید. ذهن آگاهی ابتدا در دانشگاه ماساچوست توسط جان کبات زین به کار گرفته شد. وی در کلینیک کاهش استرس خود، به شرکت‌کنندگان تمرین آرامش ذهنی همراه با ذهن آگاهی می‌داد. این کوشش‌ها به شکل گرفتن مدل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس انجامید.

در حال حاضر رایجترین روش، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)<sup>1</sup> می‌باشد، که سابقه بر این تفت عنوان برنامه کاهش استرس و تن آرامی شناخته می‌شد (کبات - زین<sup>2</sup>، 1982). (1990) این روش در سافتار طب رفتاری و برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن طراحی شد. روش مذکور، به شکل یک برنامه 8 تا 10 هفته‌ای برای گروه‌هایی که بیش از 30 شرکت‌کننده دارند، اجرا می‌شود. به علاوه، جلسات به طور هفتگی و هر جلسه حدود 2-2/5 ساعت برگزار می‌گردند. دستور جلسات شامل تمرین مهارت‌های مراقبه، بحث در مورد

استرس، روش‌های مقابله‌ای و تکالیف فانگی می‌باشند. جلسات ممتراکم ذهن آگاهی نیز تشکیل می‌شوند که یک‌روزه هستند و حدود 7-8 ساعت طول می‌کشند و مهارت‌های مراقبه‌ای متعددی آموخته می‌شوند. برای مثال، واریسی بدنی تمرینی است که در آن شرکت‌کنندگان روی زمین دراز می‌کشند و با پشمان بسته حدود 45 دقیقه، توبه خود را به طور متوالی روی نقاط مختلف بدن معطوف می‌سازند و احساسات مربوط به هر ناحیه از بدن به دقت مشاهده می‌گردند. در مراقبه نشسته، شرکت‌کنندگان در یک حالت آرام و کاملاً بیدار با پشمان بسته به حس‌های تنفس تمرکز می‌کنند. از ژست‌های یوگا، برای آموزش ذهن آگاهی از حس‌های بدنی نیز استفاده می‌شود. هم چنین، شرکت‌کنندگان، ذهن آگاهی را در طول فعالیت‌های روزمره نظیر پیاده‌روی، ایستادن، و خوردن به کار می‌گیرند.

شرکت‌کنندگان در MBSR جهت تمرین این مهارت‌ها فارغ از جلسات گروهی، روزانه حداقل 45 دقیقه، و شش روز در هفته آموزش می‌بینند. کاست‌های شنیداری در اوایل درمان به کار می‌روند، اما پس از چند هفته، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند تا، بدون کاست تمرین کنند. در کلیه تمرینات ذهن آگاهی، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس یا پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و هرگاه هیجانات، حس‌ها یا شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مشاهده کنند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیالپردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توبه به معنای مطلق و ماهیت آنها، توبه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توبه کنند، اما به معنای آن نپسند (کبات - زین، 1982). متی به افکار قضاوتی خود (مثلاً «این یک اتلاف وقت احمقانه است») بدون آن که درباره آن‌ها داوری کنند توبه نمایند. یکی از پیامدهای تمرینات ذهن آگاهی این است که افراد در می‌یابند، اکثر حس‌ها، افکار و هیجانات دارای نوسان، یا زودگذرند و مانند امواج دریا عبور می‌کنند (بینهان<sup>3</sup>، 1993).

## - درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

به نظر تیزدل، سگال و ویلیامز (1995) مهارت‌های کنترل تویه که در مراقبه ذهن آگاهی آموخته می‌شوند، می‌توانند در

پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی مفید واقع شوند. نظریه پردازش اطلاعاتی آنها در مورد عود افسردگی نشانگر

این است که افرادی که دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، نسبت به حالت‌های ملایم تلقی ملایم‌انگیز

آسیب‌پذیرند، و این حالت‌ها ممکن است، الگوهای تفکر افسرده را که مربوط به دوره یا دوره‌های قبلی افسردگی است،

مجدداً فعال سازند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>4</sup> (MBCT) توسط سگال، ویلیامز، و تیزدل (2002)

برنامه‌ریزی شده و به صورت دستورالعمل 8 هفته‌ای درآمده، که جلسات به طور گروهی برگزار می‌شوند و عمدتاً براساس

برنامه MBSR کبات - زین (1990) می‌باشند. این برنامه‌ها عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرند که باعث جدا

شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند و عدم مصوریت آن را موجب می‌گردند. مثلاً اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند» و

«من افکارم نیستم». این رویکرد تمرکززدایی، هم چنین برای هیپنات و مس‌های بدنی به کار می‌رود. MBCT برای

کاهش عود افسردگی طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت

مشاهده کنند و آنها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند، و جنبه‌هایی از خودشان و

یا لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشوار فکری

خود گیر نیفتند (تیزدل و همکاران، 2002، به نقل از ممدقانی و همکاران، 1384).

## - رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) یک رویکرد درمانی ویژه

افتلال شخصیتی مرزی است، که جنبه‌های مختلفی را دربر

می‌گیرد (لینهان، 1993). این رویکرد مبتنی بر دیدگاه دیالکتیک می‌باشد، و فرض می‌کند که واقعیت شامل نیروهای مختلفی است. ترکیب این نیروها واقعیت جدیدی را باعث می‌شود، که به نوبه خود نیروهای متضادی را به شکل پردازش مداوم تغییر در بر می‌گیرد. در DBT، معوری‌ترین دیالکتیک، رابطه بین پذیرش و تغییر است. مراجعین ترغیب می‌شوند که خود، تاریخچه و موقعیت فعلی خود را دقیقاً آن طور که هستند، بپذیرند، در ضمن اینکه، به طور متمرکز رفتارها و محیط خود را به منظور سافت یک زندگی بهتر تغییر دهند. ترکیب اعداد هدف معوری DBT است.

DBT شامل دامنه وسیعی از شیوه‌های درمانی شناختی و رفتاری است و اکثراً برای تغییر افکار، هیجانات یا رفتارها طراحی شده‌اند. مهارت‌های ذهن آگاهی در DBT، در ساختار ترکیبی پذیرش و تغییر آموخته می‌شوند. اگرچه این مهارت‌ها به ویژه مهارت مشاهده بدون داوری افکار، هیجانات، حس‌ها و محرکات محیطی با مهارت‌های MBSR مشترک است ولی مقداری با آن‌ها تفاوت دارد. برای مثال، لینهان (1993) سه مهارت ذهن آگاهی را در قالب سؤال‌های «چه» و «چگونه» مطرح می‌سازد: (چه چیزهایی مشاهده، توصیف و مورد مشارکت قرار می‌گیرند و چگونه می‌توان حضور ذهن مؤثر بدون قضاوت و داوری داشت). در DBT مراجعان، مهارت‌های ذهن آگاهی را به شکل گروهی و هفتگی در طول یک سال یاد می‌گیرند، هم چنین این مهارت‌ها شامل اثرمندی در روابط بین فردی، تنظیم هیجانی، و تحمل فشار و ناراحتی می‌باشند. مراجعان در گروه، این مهارت‌ها را به همراه درمانگر خود تمرین می‌کنند تا اینکه بتوانند به زندگی روزمره تعمیم دهند.

بنابراین در DBT فراوانی یا مدت خاصی برای تمرینات ذهن آگاهی در نظر گرفته نمی‌شود. در عوض، اهداف تمرین ذهن آگاهی به طور اختصاصی توسط درمانگر و مراجع تعیین می‌گردند. در DBT تمرینات بسیاری برای ذهن آگاهی به مراجعان آموزش داده می‌شود تا آن‌ها به انتخاب خود به این روش‌ها مبادرت کنند (هان، 1976)<sup>5</sup> به طور مثال، مراجعان تصور می‌کنند که ذهن همانند «تسمه نقاله»<sup>6</sup> عمل می‌کند. افکار، احساسات و حس‌ها که روی تسمه قرار می‌گیرند، مشاهده می‌شوند، برپسب می‌خورند، و مقوله‌بندی می‌شوند. در تمرین دیگر، ذهن همچون آسمان تلقی می‌شود، که در آن افکار، احساسات و حس‌ها، به مثابه ابرهایی نگریسته می‌شوند که عبور می‌کنند. روش‌های متعددی برای زیر نظر گرفتن تنفس آموخته می‌شوند، از جمله، تعقیب کردن دم و بازدم، شمارش نفس‌ها، همگام کردن تنفس با قدم‌ها هنگام راه رفتن و دنبال کردن تنفس هنگام گوش دادن به موسیقی. افزون بر این‌ها بعضی از تمرینات نظیر آگاهی کامل در عین انجام فعالیت‌های روزمره، از جمله نوشیدن پای، شستن ظروف یا لباس‌ها، و تمیز کردن منزل، یا دوش گرفتن در DBT مورد توجه است.

جمله مشهور بیماران مبتلا به افتلال شخصیت مرزی



## - درمان پذیرش و تعهد

درمان پذیرش و تعهد (ACT)؛ هایز، استروسال، و ویلسون، (1999) از دیدگاه نظری مبتنی بر تحلیل رفتار زمان حال است (هایز و ویلسون، 1993). اگرچه در ACT روش‌های درمانی برعکس ذهن آگاهی یا مراقبه توصیف نمی‌شوند، اما راهبردهایی مطرح است که شامل رویکردهای ذهن آگاهی هستند.

در ACT مراجعان می‌آموزند که چگونه یک «نود مشاهده‌گر» قادر است حس‌های بدنی، افکار و هیجانات را ببیند و ترغیب می‌شوند تا این پدیده‌ها را به عنوان شخصی که آنها را در اختیار دارد، مجزا کنند. برای مثال، آنها یاد می‌گیرند که بگویند: «من این فکر را دارم که آدم بدی هستم» به جای گفتن «من آدم بدی هستم» (کولنبرگ، هایز و تاسی، 1993). همچنین ترغیب می‌شوند که افکار و هیجانات را آن گونه که بروز می‌یابند تجربه کنند و سعی در قضاوت، ارزیابی، تغییر و یا اجتناب از آنها را نداشته باشند. هایز (1987) تمرینی را توصیف می‌کند که در آن مراجعان تصور می‌کنند که افکارشان بر تابلوهایی نوشته شده و توسط سربازان تشریفات حمل می‌شود. تکلیف مراجعان این است که عبور افکار را مشاهده کنند، بدون اینکه جذب آنها شوند ACT. صریحاً مراجعان را آموزش می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار و احساسات را کنار بگذارند، و در عوض سعی کنند بدون قضاوت آنها را زیر نظر بگیرند و آن طوری که هستند آن‌ها را بپذیرند، ضمن اینکه رفتارشان را به شکل سازنده در جهت بهبود زندگی تغییر می‌دهند (هایز، 1994).

## - پیشگیری از عود مصرف مواد

پیشگیری از عود یک بسته درمانی رفتاری - شناختی است که برای پیشگیری از بازگشت مجدد افراد درمان شده در سوء مصرف مواد طراحی شده است (مارلات و گوردون، 1985). مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان روش‌هایی در جهت مقابله با کشش‌های درگیر شدن در سوء مصرف مواد، در این بسته آمده است. مارلات (1994) فاطرنشان می‌سازد که ذهن آگاهی دربرگیرنده پذیرش مستمر تجربیات در حال تغییر زمان حال و پیگردی دائمی کنش‌هایی است که در اثر اعتیاد بروز می‌یابند. استعاره «موج سواری کشش‌ها» مراجعان را ترغیب می‌سازد تا تصور کنند کشش‌ها امواج اقیانوس هستند که بتدریج شکل می‌گیرند، اوج می‌یابند و سپس بتدریج منو می‌شوند. مراجعان سوار بر امواج کم‌کم یاد می‌گیرند که بدون اقتادن و غوطه‌ور شدن، گذران آنها را ببینند.

به هر حال، هم چنین مراجعان یاد می‌گیرند که کشش‌های جدید ظاهر نخواهند شد و به سادگی نمی‌توان آنها را حذف نمود. در عوض باید پذیرفت که اینها در پاسخ به سرنخ‌های موجود، پاسخ‌هایی طبیعی هستند. ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا بتوانند کشش‌ها را آنگونه که پدید می‌آیند، مشاهده کنند، بدون قضاوت بپذیرند و با آنها به شیوه‌های سازنده مدارا کنند.

## - چگونه مهارت‌های ذهن آگاهی ممکن است کمک کننده باشد؟

مؤلفین راهبردهای متغلف درمانی، مکانیسم‌هایی را در نظر می‌گیرند که به تبیین پگونگی تأثیر مهارت‌های حضور ذهن در کاهش نشانه‌ها و تغییرات رفتاری می‌پردازند.

### \* مواجید

اولین مطالعه‌ای که اثرات MBSR (کبات - زین، 1982) را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود MBSR. تا حدی مبتنی بر تمرینات سنتی مراقبه است، و غالباً شامل دوره‌های وسیع نشستن بدون حرکت می‌باشد. اگرچه یک وضعیت نسبتاً آرامش‌یافته‌ای ایجاد می‌شود، اما عدم تحرک طولانی می‌تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستورالعمل‌هایی که به مراجعان در مراقبه داده می‌شود، تأکید می‌گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توبه دقیقی بر حس‌های درد داشته باشند و با نگرش بدون قضاوتی به این حس‌ها توبه کنند؛ همچنین شناخت‌ها (این غیرقابل تحمل است)، هیانات (اضطراب، فشم) و کنش‌هایی (تغییر وضعیت) که غالباً با حس‌های درد همراه هستند را مود توبه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس‌های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می‌دهد.

## \* تغییر شناختی

مؤلفین متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کبات - زین (1990 و 1982) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند»<sup>15</sup> و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان (1993) نیز فاطرنشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه نمایانگر صحنی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب‌الوقوع وجود دارد و تفکر «من مقصرم» لزوماً واقعی نیست. کریستلر و هالت (1999، 1990) در مطالعه‌ای با استفاده از تکنیک‌های MBSR در مورد بیماران مبتلا به پرزوری مرضی، نظریه هیپرتون و بومیستر (1991) در خصوص این دسته از بیماران در نظر گرفتند، در این نظریه پرزوری به عنوان فرار از آگاهی از خود مطرح شده و آموزش حضور ذهن می‌تواند منجر به پذیرش بدون داوری شرایط نافوشابندی گردد که باعث می‌شود این بیماران از آن فرار می‌کنند.

## \* مدیریت - خود

مؤلفین متعددی اظهار داشته‌اند که مشاهده - خود بهبود یافته ناشی از آموزش ذهن آگاهی می‌تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشد. برای مثال کبات - زین (1982) مطرح می‌سازد که آگاهی فزون‌یافته از حس‌های درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند.

## \* آرام‌سازی

رابطه بین مراقبه و آرام‌سازی قدری پیچیده است. مؤلفین متعددی (گلدبرگ و همکاران، 1994؛ کبات زین و همکاران، 1998؛ کاپلان، گلدبرگ و کالوین - نادیو، 1993) مطرح ساخته‌اند که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبی وابسته به استرس از جمله پسوریازیس و فیبرومیالگیا کاربرد داشته باشند. این مؤلفین فاطرنشان می‌سازند که مراقبه غالباً آرامش‌بخش است و از این راه می‌تواند در اداره این اختلالات مؤثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای کوناگون مراقبه ثبت شده است (بنسون، 1975؛ اورم-جانسون، 1984؛ والاس، بنسون و ویلسون، 1984).

## \* پذیرش

رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم مصوری در بحث‌های رایج روان درمانی است (هایز، جاکوبسن<sup>23</sup>، فولت<sup>24</sup>، و داکر، 1994). هایز (1994) مطرح سافت که پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان گونه که هستند» می‌باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهمیت تغییر کلیه نشانه‌های نافوشایند، تأکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. برای مثال، فردی که حملات هراس را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود. از جمله سوء مصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مهم، و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی. فرد بپذیرد که حملات هراس ممکن است گاهگاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند، و اگرچه نافوشایند هستند باید تحمل شوند، و نباید از آنها اجتناب نمود یا آن‌ها را خطرناک تلقی کرد.

کلیه برنامه‌های درمانی که تا اینجا ذکر شدند، عنصر پذیرش را در بردارند، از جمله پذیرش درد، افکار، احساسات، کشش‌ها، یا سایر پدیده‌های بدنی، شناختی و هیجانی، و در آنها کوششی برای تغییر، گریز، یا اجتناب وجود ندارد. کبات - زین (1990) پذیرش را به عنوان یکی از مبانی متعدد تمرینات ذهن آگاهی توصیف نمود DBT. در برنامه‌های درمانی خود آموزش تکنیک‌هایی را تأکید می‌ورزد که پذیرش واقعیت را ارتقاء می‌دهند. از این رو، به نظر می‌رسد که آموزش ذهن آگاهی ممکن است برای تعلیم مهارت‌های پذیرش ضروری باشد.

## \* دل نوشته \*

راضیه مخبریان نژاد، کارشناس ارشد روانشناسی

موضوعی هست که فکرم را خیلی وقته به خودش مشغول کرده و پا خودم فکر کردم صفحه دلنوشته‌ها بهترین جا برای مطرح کردنش است.

دانشجوهای مقطع کارشناسی وقتی در سشون‌توموم همیشه خیلی کم پیش میاد که به کار درمان روی پیارن و دست به این کار بززن. البته جای شکرش باقیه که اکثرشون این جسارت رو تو خودشون نمی بینن. ولی فقط کافیه همون کارشناسی که تا دیروز از مراجع دیدن می‌ترسید تو مقطع کارشناسی ارشد قبول بشه. هنوز یک ترم از قبول شدنش نگذشته که شروع میکنه به درمان حلق‌الله. اونم چه درمانی. درمانی که هیچ چیزش روی اصول نیست. باز این خوبه، حداقل میگیرم طرف ترم اولی پوده و کار بلد نبوده (البته این حرف در تأیید کار اشتباه اون فرد نیست)؛ بعضی وقتها روان‌شناسهای دارای مدرک کارشناسی ارشدی تو جایگاه درمان میشینن که وقتی بررسی می‌شن متوجه می‌شیم نه تنها صلاحیت کار درمان رو ندارن بلکه صلاحیت روانی، اخلاقی و اجتماعی (ونها هم زیر سواله.

نکته‌ای که مطرح است این که کدام قسمت سیستم باید اصلاح شود؟ دانشجو، سیستم آموزشی یا سیستم نظارت؟

خیلی طبیعیه که یک فارغ‌التحصیل تو مقطع کارشناسی ارشد و بعضاً دکترای روانشناسی از خودش توقع داره که پتونه بعد از اتمام درسش از اون مطالبی که به صورت **تئوری** خوانده استفاده بکنه. ولی آیا فقط تئوری تو حیطه روان‌شناسی و درمان میتونه چوایگو باشه؟ این روان‌شناس نباید در طی دوران تحصیلش مراجع دیده باشه و از استاد راهنمایش supervision گرفته باشه؟

چه باید کرد؟

بهتر نیست سیستم آموزشی در این راستا تقویت بشه و امکانات پیشتری برای دانشجوهای مقطع کارشناسی ارشد و دکترای در نظر گرفته بشه تا آنها بتوانند مراجعینی را با کمک اساتید پالینی درمان کنند؟

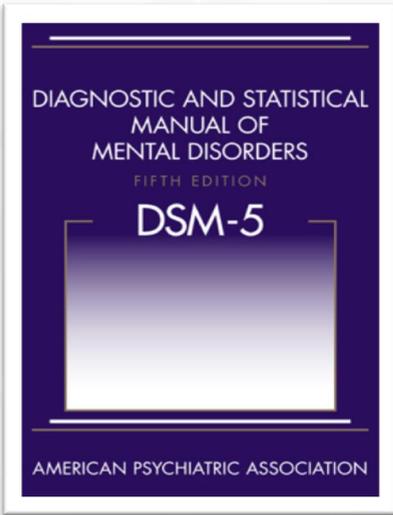
یا برای آنها امکاناتی فراهم شود که بتوانند از سیستم observe استفاده کنند و طریقه مشاوره و درمان صحیح و اصولی را یاد بگیرند؛

اگر میخواهیم پهانه همیشگی را بیاوریم و بگوییم امکانات نیست پس چرا هر سال ظرفیت پذیرش دانشگاهها افزایش پیدا می کند؛ امسال فقط دانشگاههای سراسری در مقطع کارشناسی ارشد و در گرایشهای پالینی و عمومی و سنجش حدوداً 800 نفر پذیرش داشته و دانشگاه آزاد هم که همیشه پذیرشی خیلی پیشتر از دانشگاههای سراسری داشته است! تقریباً هر سال بالای 1500 نفر در مقطع کارشناسی ارشد روان شناسی پذیرش می شوند. ضمن اینکه این فقط برای گرایشهای روان شناسی هستند. تصور کنید فارغ التحصیلان مجموعه علوم تربیتی (روان شناسی تربیتی، مشاوره و کودکان استثنائی) هم به خاطر اینکه از غافله روان درمانی چا نمانند با استناد به مدرک کارشناسی ارشد، شروع به کار می کنند!! سوالی که مطرح می شود این که وقتی که ظرفیتها افزایش می یابد چه کسی باید به این مسئله فکر کند که برای این خیل عظیم فارغ التحصیل که اکثر آنها هم آرزوی انجام کار درمان را در سر دارند چه امکاناتی را باید در نظر گرفت؟ هدف از تولید این همه روان شناس بدون تجربه عملی چیست؟ چه کسی مسئولیت این درمانها و مشاوره های غیر حرفه ای رو به عهده می گیرد؛ وزارت علوم یا بهداشت؟ یا سازمان نظام روان شناسی؛ چه کسی متولی این قضیه است؟

به خاطر همین سیستم نادرست آموزشی است که اکثر دانش آموختگان رشته روان شناسی برای ارتقاء دانش خود مجبور می شوند بعد از فارغ التحصیلی یا آن دسته ای که آینده نگری بیشتری دارند در حین تحصیل، در کارگاه های مختلفی که با هزینه های اغلب بالایی هم برگزار میشود شرکت کنند تا بتوانند مطالبی را که باید در مراکز آموزش عالی، آموزش میدیدند و به هر علتی از این حق مسلم محروم شدند آموزش ببینند. اینجاست که پدیده کارگاه زدگی به وجود می آید و این مطلبی است که دوست دارم در دل نوشته بعدی با شما همکاران در میان بگذارم.

## آیا برای ارائه نظرات درباره DSM-5 فرصت باقی است؟

سپیده راجزی، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی



همان طور که می دانید، انجمن روانپزشکی آمریکا در تلاش است تا 5 امین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی را تدوین نماید. در این راستا، وب سایت DSM5 برای بازدیدکنندگان فضایی را برای ارائه نقطه نظرات و سوالات از APA فراهم نمود. اولین دوره دریافت پیشنهادات و انتقادات در 20 ام آوریل 2010 به پایان رسید و از 4 ام ماه مه 2011، برای دومین بار از بازدید کنندگان درخواست شد تا به ارائه نظرات، پیشنهادات و انتقادات خود در مورد ساختار و تغییر معیارهای DSM-5 بپردازند. این دوره دوم ارائه دیدگاه ها تا تاریخ 15 ژوئن

2011 ادامه داشت. مجموعاً بیش از 2000 دیدگاه در طول این 2 دوره دریافت گردید، و هر یک از گروه های کاری DSM کلیه پیشنهاداتی و انتقادی مرتبط با خود را درباره معیارهای آخرین پیش نویس DSM مرور کردند. حایز اهمیت است که به خاطر داشته باشید، ساختار پیشنهادی در این زمان تنها یک پیش نویس است که سرفصلهای آن توسط گروه DSM-5 در ماه نوامبر سال 2010 پیشنهاد شدند. هم چنین تجدید نظر معیارهای تشخیصی در این سایت پیشنهادی بوده و نهایی نیست به همین خاطر، گروه های کاری DSM-5 کماکان در حال بررسی مداوم بوده و بسیاری از مجموعه معیارهای تشخیصی DSM-5 را به کمک کارآزمایی های بالینی مورد آزمایش قرار می دهند.

بعد از دومین فرصت ارائه دیدگاه ها، در بهار 2012 برای دوره سوم و پایانی به شما عزیزان فرصت داده می شود تا نظرات پیشنهادات و انتقادات خود را درباره پیش کنونی ارائه نمایید. نقطه نظرات دریافتی دوباره و به طور سیستماتیک توسط هر یک از گروه های کار اختلالات بررسی خواهد شد و تغییرات احتمالی اعمال خواهد گشت.

## پیشینه و جایگاه کاربرد قصه به عنوان درمان

ملیحه رحمانی

مدت ها پیش از آنکه روان درمانی به صورت یک اصل علمی درآید قصه ها به منزله یک عامل درمانی عامیانه در کمک به مل جدال های روانی و درونی انسان ها نقش عمده ای داشتند. همچنان که در داستان ها تاریخی ذکر شده است در بیمارستان جنی شاپور اهواز پرستاران برای مداوای مشکلات فواب و تسکین نارامتی های عصبی به بیماران برایشان قصه می گفتند. همچنین ترجمه تقدیم الصمه اثر ابن بطلان (485ه.ق) نیز به تاثیر افسانه گویی و ایجاد آرامش و داشتن اوقاتی فوش و رامت اشاره شده است (یوسفی 168).

در درون قصه ها بینش های متنوع، معانی رویدادها را به بحث می گذارند(دیماپیو و همکاران 2003). همچنین قصه گویی یکی از کارکردهای روان شنافتی پایه است.

رویکردهای داستانی به روان درمانی برگرفته از فلسفه ی پست مدرن است که براهیت زبان مشترک در سازه های اجتماعی واقعیت تاکید دارد. از این دیدگاه رفتارهای فرد، روابط، اشتیاق ها و در واقع دیدگاه فرد درباره ی فودش و واقعیت یک بازنمایی انتسابی است. به این معنی که فرد همه ی تجربه های زندگی اش را در قصه زندگی فود وارد نمی کند بلکه برفی از این تجربه ها را مورد توجه قرار می دهد و برفی دیگر را از آگاهی دور نگه می دارد.

### \* نقش قصه در تغییر زندگی و شخصیت از دیدگاه میلتنون اریکسون

#### - تغییر درون روانی

بیماری که سال ها با احساس گناه زندگی کرده و از زندگی برداشت ممدودی داشته در داستان های اریکسون بارقه ای از نور و امید پیدا می کند. این ها در سطوح مختلف و از جمله در ذهن ناهشیار او اثر می گذارند. می توان این ها را در بیداری و یا در شرایط فواب مصنوعی به بیمار ارائه کرد. بیمار به این نتیجه می رسد که میبور نیست تنها به انگاره های فکری دایره شکل فود متکی باشد.

## \* استفاده از داستان های آموزنده در روان درمانی

همانطور که در کتاب هیپنوتیزم درمانی آمده، اریکسون برای جلب توجه بیمار از او سوالات متعدد می کرد و برایش لطیفه و داستان می گفت. هر داستان لطیفه و طرمی دارد و اغلب با یک میرت تمام می شود. داستان ها اغلب تولید هیجان می کنند و پایانی آرام بخش و موفق دارند. استفاده از داستان های آموزنده اصلی را نشان می دهد که اریکسون آن را در کتاب "واقعیت های هیپنوتیزم" توضع داده و آن اینکه: "وقتی با یک مسئله ی دشوار روبرو می شوید از آن طرح جالبی بسازید و بعد روی آن متمرکز شوید و کار سفتی را که باید بکنید نادیده انگارید". نفست باید در پاسخ ها و نشانه های بیمار طرح جالبی را شناسایی کنید و بعد داستانی را که با طرح بیمار همخوانی داشته باشد انتخاب می کنید و سپس طرح بهتر را جایگزین می کنید.

### تعریف قصه

به نوشته ای گفته می شود که فکر نویسنده در قالب مکایتی به فوآننده عرضه شود؛ فواه جنبه تخیلی و غیر واقعی داشته باشد و فواه واقعیت های زندگی را با تخیل مزین کرده باشد (نوراممر 1386).

طبق مطالعات دانشمندان روان شناسی در هر مرحله از مراحل رشد عقلی و عاطفی، کودک به نوع خاصی از قصه علاقه مند و نیازمند است.

1- مرحله واقعی ممدود به ممیط

2- مرحله خیال آزاد

3- مرحله ماهاامویی و قهرمانی

4- مرحله ی عشق

5- مرحله ی آرمانی (پشت دار 1387).

شعاری نژاد (1386)، معتقد است که نباید این مراحل را از میث زمان کاملاً از یکدیگر مستقل دانست بلکه میان آن ها همواره تداخل زمانی وجود دارد.

## قصه در مکاتب روان شناسی

قصه در هر نوع درمانی و در هر نقطه از فرایند درمان می تواند به کار رود. در مقیقت قصه گویی مفرح مشترک بین آرایه وسیعی از جهت گیری های نظری و رویکرد های درمانی است (هنفر، 2003).

کاربرد درمانی قصه ریشه در تفکرات روان تملیل گری دارد و میلتون اریکسون اولین فردی است که تلفیق قصه و استعاره را به درمان بزرگ سالان و کودکان تبلیغ و تدریس کرد.

پارکر (1990)، بر طبق مرامل فرویدی ازبهبود در روان درمانی سه مرحله از فرایند درمان کودک از طریق قصه ها را چنین بیان می کند.

**الف: مرحله ی همانندسازی:** که در این مرحله کودک با شفصیت ها و وقایع قصه فواه آنها واقعی یا سافتگی باشند همانندسازی می کند .

**ب: مرحله ی تغلیه هیجانی:** در این مرحله کودک ازلماظ هیجانی درگیر قصه می شود و قادر به (ها سازی هیجانان یافته درمیاطی امن می گردد.

**ج: مرحله ی بینش:** در این مرحله فود و سایر شفصیت های مهم زندگی اش را درقصه باز شناسی کرده وبه بینش نسبت به اهمیت تشابهات دست می یابد. با کاهش امساس تنهایی وانزوا و افزایش سطح فودآگاهی وفودفهمی کودک به شهامت بیشتری برای رویا رویی با مشکلات فویش نایل می آید (برنز، 2004).

## قصه گویی در روان درمانی

آرد (2004)، معتقد است که قصه گویی به صورت یکی از روش های بازی درمانی در متون پژوهشی مطرح شده است. البته استفاده از قصه درمانی به مثابه ی یک فن درمانی ابعاد گسترده ای دارد و تنها به درمان مشکلات روان شناختی کودکان فتم نمی شود. در قصه درمانی فرض بر این است که تغیر در زبان و ادبیات قصه های زندگی فود به تغیر در معانی زندگی

فرد منجر می شود و تغییر د رقصه زندگی فرصت های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می کنند (دساشیو 2005).

مروری بر ادبیات موضوع نشان می دهد که رویکردهای داستانی در روان شناسی تا کنون بر چند محور زیر متمرکز بوده اند:

1- استفاده از قصه به مثابه ی یک فن درمانی در روان درمانی فردی و خانوادگی

2- استفاده از قصه در جایگاه ابزاری تشخیصی مکمل روشی برای پرورش توانایی کودکان

3- استفاده از قصه در مکمل روشی برای پرورش توانایی کودکان

### کاربرد قصه در روان درمانی کودک

قصه گویی به عنوان یک فن درمان رسمی با کودکان نخستین بار توسط ریچارد گاردنر (1971)، معرفی و امرا گردید. وی از فن

قصه گویی متقابل در روان درمانی کودک استفاده کرد. در این فن از کودک خواسته می شود داستانی دارای آغاز، میانه و

پایان بگوید. سپس درمانگر موضوعات روان تملیل گرانه مرتبط با مسائل کودک را انتقاب میکند و در داستانی مشابه

داستان کودک به کار می برد و آن را بیان می کند. در این داستان درمانگر راه حل های سالم تر و پخته تری را برای (ویا رویی)

با مشکلات ارائه می کند (آرد 2004).

کودکان اغلب بین رویدادهای درون قصه و رویدادهای زندگی فویش رابطه ای پیدا خواهد کرد. وقتی این وضع اتفاق افتاد او

فرصتی می یابد تا به طور مستقیم به مشکلات شفصی خود فکر کند (کلارد، ترجمه برآبادی 1381).

شست من و ناشول (1996) در پژوهشی به بررسی تاثیر ادبیات درمانی بر مشکلات پرفاشگرانه و ناسازگارانه و کاهش باور

هایی که به تقویت این رفتار می انجامد پرداختند. برنامه درمانی این پژوهش که 147 نوجوان پرفاشگر 13 تا 16 ساله در

سال های 1991 و 1992 را در برمی گرفت، شامل 15 قصه ، شعر و فیلم دارای مضمون های پرفاشگری و پیامد های این رفتار

و معرفی رفتار های جایگزین بود .

آنکه پرفاشگری کودکان در گروهی که هم مادر و هم کودک در آن درمان می شد نسبت به دواگروه دیگر کاهش بیشتری نشان داد. علاوه بر این، تگلای و روتمن 2001 برای کاهش رفتار های فشنونت آمیز در کلاس از یک برنامه کاربرد قصه به گونه ای موثر استفاده کردند (رکات 2002 نیز گزارش می کند که تدوین کتاب قصه درباره مدیریت فشم می تواند به کودکانی که در این زمینه مشکلاتی دارند کمک کند. همچنین فرگان (2002)، از طریق قصه به آموزش حل مسئله به کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری به منظور کاهش قلدری آنها پرداخت اما سیدی (1381)، با استفاده از 14 قصه کوتاه محقق ساخته که بیانگر موقعیت های پرفاشگری و چگونگی کنترل واکنش پرفاشگرانه بود در 14 جلسه 20 دقیقه ای طی چهار هفته تفاوت معنا داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کاهش پرفاشگری گزارش نمی کند.

در این برنامه پس از خواندن قصه یا تماشای فیلم به صورت گروهی، ابتدا با طرح پرسش، انگیزه شفصیت اصلی قصه از رفتار پرفاشگرانه شناسایی و سپس راه حل و رفتار جایگزین معرفی می شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان دهنده ی اثر بخشی این روش در کاهش پرفاشگری بود. این نتایج در پژوهش دیگری از شست من (1999) طی 10 جلسه 45 دقیقه ای با دو گروه 5 نفره (کنترل و آزمایش) از پسران 8 ساله پرفاشگر و قربانی پرفاشگری نیز تکرار شد. شست من و ناصرالادین 2006 در مطالعه ای دیگر با سه گروه (1-درمان کودک با استفاده از قصه ها در 10 جلسه 45 دقیقه ای، 2-درمان مادر در 10 جلسه 90 دقیقه ای و درمان کودک در 10 جلسه 45 دقیقه ای با استفاده از قصه ها و 3- گروه کنترل که هیچگونه مداخله ای در یافت نمی کرد)، گزارش کردند که پرفاشگری کودکان دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنا داری یافت. ضمن

## - تحول هویت در کودکان و نوجوانان -

مجتبی حبیبی - دکترای تخصصی روانشناسی سلامت

انجمن جهانی هویت در امریکا سالیانه کنفرانسی تخصصی در حوزه مطالعات، مداخلات و آخرین یافته های علمی موجود در سطح جهان در حوزه تحول هویت با حضور پژوهشگران در امریکا برگزار می نماید که آخرین کنفرانس در فوریه 2011 برگزار شد ( Society for Research on Identity Formation, February 4, 2011, Daytona Beach, FL). شش ماه قبل از زمان کنفرانس، دبیر علمی کنگره از دکتر مونتگمری از پژوهشگران بنام دانشگاه پنسیلوانیا در حوزه تحول هویت و رفتار مثبت کودکان و نوجوانان، درخواست نمود که پنلی تخصصی تحت عنوان چالش ها، تنگنا ها و جهت گیری های جدید در حوزه مداخلات مبتنی بر هویت و بررسی وضعیت موجود در این کنفرانس برگزار نماید. تیم این پنل متشکل از افراد یک پروژه چند ملیتی مطالعات هویت شامل

Mojtaba Habibi (Iran), Carolyn Marilyn Montgomery, Laura Ferrer Wreder, Lorente, Dionne Stephens تلاش کردند که نمودی جهانی از مطالعات آزمایشی و مداخلات مبتنی بر طرح های برگرفته از نظریه های هویت را به روش مرور نظامند از پایگاه های اطلاعاتی موجود در web of knowledge در مرحله اول و در مرحله دوم از طریق ارتباط مستقیم و ارسال پیام به همه اعضای انجمن هویت و پژوهشگران این حوزه (از طریق تحلیل وضعیت علم سنجی با استفاده از موتور جستجوی سایت Scopus) مطالعات منتشر نشده، در دست اقدام و غیر انگلیسی زبان را نیز ردیابی کنند (شایان ذکر هست که ایران نیز در این رهگیری جزء گروه مورد بررسی بود برای مثال با پژوهشگرانی مثل دکتر بفسه غرایبی از انیستیتو روانپزشکی تهران، و دکتر رحیمی نژاد از دانشکده روانشناسی تهران و دیگر اساتید برای بررسی مطالعات انجام شده به زبان فارسی جهت ارجاع در این گزارش، ارتباط برقرار شد).

نهایت قضیه به اینجا ختم شد که تعداد مطالعات مستند شده جهانی مبتنی بر ملاک هایی همچون طرح های مداخلاتی با طرح های آزمایشی متقن، از تعداد انگشتان دست هم کمتر است. البته مستندات و پیشنهادات به شکل خلاصه در محورهای مختلف به شرح زیر و به زبان انگلیسی تقدیم می گردد:

## Interventions Supporting Identity Development: Advances, Innovations, and Additional Questions

Marilyn Montgomery, Laura Ferrer Wreder, **Mojtaba Habibi**, Carolyn Lorente, & Dionne Stephens  
*Society for Research on Identity Formation*, February 4, 2011, Daytona Beach, FL

After Archer et al.'s seminal work (1994) highlighting issues surrounding identity interventions research on the topic has been focused primarily on adolescents and young adults. We reviewed the literature since then and found nine studies that had identity as a) an express target for intervention or b) as a mediator or moderator of intervention change produced through relatively brief psycho-educational programs that target specific components of identity (such as processes, constructs, and concepts).

Key questions raised in this body of work center around a) whether or not programs should work the same for different groups, and b) testing models of intervention change (i.e., moderation of intervention effects, mediation of intervention benefits according to the intervention's "theory of change," e.g., Eichas et al., 2010; Ferrer-Wreder, et al., 2002; Kerpelman, Pittman, & Adler-Baeder, 2008; Kortsch, Kurtines, & Montgomery, 2008).

A review of the studies suggests the following points for further inquiry:

- ***Direct effects of intervention benefits:*** What is the effect of program implementation on changes in identity?
  - Methodological refinements (e.g., random assignment to condition, longer-term follow-up, measurement of the program utility in terms of prevalence rates and related behavioral changes) are essential to provide a stronger evaluation of identity programs. Studies with larger samples are needed to investigate the robustness of findings and the degree to which they may be generalized.
  - Full scale outcome investigation of interventions will need to incorporate features of longitudinal and cascade effects models. "Cascade" effects as causal mechanisms accounting for the effects of programs should be investigated.

○ Identity change should be assessed an auxiliary outcome associated of interventions for youth, regardless of whether they directly targets identity. Interventions that promote problem avoidance or reduction can logically be expected to have positive developmental benefits (Holmbeck et al., 2008).

- ***Moderation of intervention benefits:*** Are some youth more likely to benefit from an identity intervention than are others? Are there differing individual characteristics (e.g., gender, identity distress, racial or ethnic identity salience) that affect amenability to identity interventions?

- What is the role of “childhood” competence in adolescent and young adult identity interventions?

- Do adolescents’ locations in their identity work moderate the effectiveness of a wide range of youth-focused interventions? Future research should include identity development or status as a potential influence on adolescent receptiveness to, and incorporation of, information presented in a particular intervention, and as an outcome associated with the effects of an intervention regardless of whether it directly or indirectly targets identity formation.

- Researchers and program providers need to take cultural group differences into account because groups may differ in respect to cultural ideals related to emotional and cognitive development, and perhaps even more so with respect to self-worth and ethnic identity.

- ***Mediation of intervention benefits:*** In several studies, ethnic identity appears to mediate intervention effects. This trend should be assessed with additional studies. Theoretical implications should be examined.

- ***Identity as a dynamic developmental process:*** Future research should be guided by a view of identity formation as a dynamic and intra inter-individual life span developmental process.

- ***Demonstration projects in “real-world” settings*** fail because of the tension between the rigors of the scientific method and the day-to-day demands of such programs. There is need to bypass the pitfalls and minimize the tension by assimilating research and evaluation into the structure of programs.

## هم جنس گرایی: آسیب ها

### فهمیه مقصودی

همجنس گرایی یکی از گرایش های جنسی است که مشخصه آن تمایل زیبایی شناختی، عشق رومانسیک، و تمایل جنسی منحصر آن نسبت به جنس همگون با خود فرد می باشد. به فردی که به جنس دیگر گرایش داشته باشد دگرجنس گرا و به افرادی که هم به جنس دیگر و هم به همجنس خود تمایل دارند دوجنس گرا می گویند. به گواهی تاریخ همجنس گرایی در جوامع گوناگون پیشینه ای بلند و تاریخی داشته است ولی جوامع بشری عموماً دید مثبتی نسبت به این قضیه نداشته اند.

### آیا کسی آسیب می بیند؟

برقراری ارتباط جنسی با فرد همجنس به طور آشکارا بیماری های عیدیه ای را به همراه دارد. البته همه ما می دانیم که برقراری روابط جنسی حتی با جنس مخالف اگر روند بی بند و باری به خود گیرد، ممکن است موجبات ابتلا به برخی از انواع بیماری های آمیزشی را فراهم آورد، اما همجنس گرایی روند سرایت بیماری هایی نظیر تبخال، هپاتیت B، انگل، تومور روده و ایدز را تا حد بسیار زیادی افزایش می دهد. در تحقیقی که بر روی طول عمر مردان همجنس باز در دهه 90 در کانادا انجام شد، پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که مردان همجنس باز در حدود 12 تا 8 سال کمتر از هموعان غیر همجنس باز خود عمر می کنند.

### تأثیر آن بر روی اطرافیان

روانشناسان اجتماعی اطمینان خاطر دارند که کودکانی که در خانواده های "گی و لژیین" (همجنس باز) زندگی می کنند اگر چه از لحاظ خصوصیات نظیر هوش، پیشرفت، توانایی داورى در امور اخلاقی، صلاحیت و شایستگی اجتماعی و هویت جنسی کمی از بچه هایی که در خانواده های غیر همجنس باز بزرگ شده اند ندارند اما متأسفانه یک عامل منفی بر روی آنها تأثیر پایدار دارد:

"زمانیکه فرد از دوران کودکی چیزی را آموزش ببیند در زمان بزرگسالی به هیچ وجه نمی تواند آنرا فراموش کند و خود را از آن جدا سازد."

شما هیچ گاه قادر نیستید ارزش های اخلاقی و نصاب الهی را به فرزندتان آموزش دهید در حالیکه خودتان پا بر روی آنها می گذارید و تقضشان می کنید. شاید همه ما مرتکب گناهان زیادی در طول روز شویم اما زندگی کردن در یک خانواده هم جنس باز اخلاقی را به صورت عادت در ذهن کودک شکل می دهد که فقط یک رفتار اشتباه نیست بلکه یک گناه نابخودنی است.

## هم جنس گرایی از دیدگاه مذهب

فعالان و طرفداران حقوق همجنس گرایانه بر این باورند که همجنس گرایی دو نفر به هیچ کس ارتباط ندارد و فقط به دو نفری که درگیر ارتباط هستند ارتباط پیدا می کند. اما این ادعا با حقیقت فاصله بسیار زیادی دارد. خداوند که خالق و آفریننده همه موجودات است بر تمام امور زندگی انسان ها آگاهی دارد و با قدرت بی حد و اندازه خود برایشان قانونگذاری و برنامه ریزی کرده و آنها را به طور اخص از همجنس گرایی منع نموده .

" شما نباید همچنانکه که با غیر همجنس خود به بستر می روید با همجنس خود نیز این کار را انجام دهید. این امر غیر اخلاقی بسیار ناخوشایند و انزجار آور است ."

سرپیچی و نافرمانی از یک چنین فرمان قاطع و صریحی نشان دهنده بی اعتنایی به قدرت خداوند است. برخی از افراد معتقدند که در بعضی از ادیان در ابتدا این گونه فرمان هایی وجود داشته که بعد ها به دلیل نیاز جوامع بشری از میان رفته. برای توجیه این قضیه می توانیم بنا را بر روی تحریفاتی که در چنین کتبی شاهد آن هستیم بگذاریم. همانطور که میدانید قوانین خداوند از ازل تا ابد یکسان است و هیچ تغییری در آنها راه ندارد. در عهد جدید و قران کریم هم اشاراتی مستقیم به همجنس گرایی و عواقب جبران ناپذیر آن شده است .

## نتیجه گیری

در نهایت می توان چنین عنوان نمود که هر چند برخورد با گرایش جنسی به جنس موافق در برخی از کشورها نسبت به چند دهه قبل با تغییراتی همراه بوده و گاه به صورت یک ارتباط قانونی و بهنجار طبقه بندی می شود، ولی به نظر می رسد که دیدگاه های اجتماعی همان کشورها نیز نسبت به آن هم چنان منفی بوده و تحقیقات نشان می دهند که هم جنس گراها و فرزندان آنها به دلیل فشارهای حاصل از بدنامی (stigmatization) دچار فوبی هم جنسگرایی شده و نوجوانان در این خانواده ها فشار زیادی را از طرف گروه همسالان ادراک می کنند (گلدزن، 2012). سایر تحقیقات بیانگر این امر هستند که سوء استفاده جنسی در دوران کودکی و تجربه اولین ارتباط جنسی در سنین پایین، هم جنس گرایی در دوران بزرگسالی را مستقیماً پیش بینی می کند (هوگس و همکاران، 2007) هم چنین هم جنس گراها بیش از سایر افراد در طول دوران زندگی خود در معرض خشونت بوده اند (ساوی و همکاران، 1998).

افسردگی، تصویر بدنی منفی و سوء مصرف الکل و دارو در بین هم جنس گراها بیشتر از جمعیت عمومی وجود داشته و به همین دلایل حجم بالاتری از افکار خودکشی نیز دیده می شود (مارشال و همکاران، 2011). به علاوه، به نظر می رسد کیفیت زندگی این افراد نسبت به گروه کنترل غیر هم جنس خواه به دلیل بالاتر بودن میزان نگرانی و افسردگی، به طور معناداری کمتر است (ویس، 2011).

## گزارش موردی

دکتر ندا علی بیگی

### سوء رفتار با کودک

"این گزارش موردی واقعی است که اطلاعات هویتی در برخی موارد برای ناشناخته بودن هویت فرد ساختگی است."

#### مقدمه

سوء رفتار و مسامحه در مورد کودک در بین دختران و پسران در سنین متغلف و در تمام گروههای قومی و تمام سطوح اجتماعی - اقتصادی مشاهده می شود و میزان آن به طور نگران کننده ای رو به افزایش است. در کودکانی که مورد سوء رفتار جسمی یا جنسی قرار گرفته اند بسیاری از اختلالات روانپزشکی و از جمله اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، اختلال افسردگی و PTSD مشاهده می شود. به نظر می رسد بدرفتاری مزمن زمینه ساز رفتار خشن و پرخاشگرانه در کودکان آسیب پذیر باشد.

#### معرفی بیمار

مراجع دفتری 14 ساله با تصیلات پنجم ابتدایی، فرزند سوم خانواده است که از منزل فرار کرده است. وی با این شکایت که زن بابایش او را اذیت می کند مراجعه کرده و در طی یک سال اخیر سه بار فرار از منزل داشته است. 14 سال پیش وی در خانواده ای به دنیا آمده که پدر و مادر با هم اختلافات شدیدی داشته اند. بعد از تولد وی به عنوان سومین دختر پدر مادر وی را به فاطم نیاورین فرزند پسر طلاق داده و سرپرستی سه دختر بر عهده پدر بوده است. به نظر می رسد مادر تمایلی به نگهداری آنها نداشته است. مادر وی تلاشی برای دیدن مجدد فرزندانش نداشته و کسی از وضع وی مطلع نیست. وی حاصل بارداری نافرورسته بوده و زمانی که به دنیا آمده است وقتی پدر می فهمد بچه دختر است تا هشت روز برای مریض کردن همسر و تعویض فرزند به بیمارستان نمی رود. بعد از تولد وی توسط خانواده پدری نگهداری می کرد. پس از 2 سال پدر با فرد دیگری ازدواج می کند. خانواده پدری که با ازدواج وی مخالف بوده اند دیگر مسئولیت نگهداری نوه شان را نمی پذیرند و او را به پدرش تعویض می دهند.

پدر 45 ساله، سیکل و دارای شغل آزاد است. از 20 سال قبل تقننی تریاک مصرف می کرده و در حال حاضر به آن اعتیاد دارد. دوره هایی از مصرف مشییش نیز وجود داشته است. وی فردی پرخاشگر، سنگدل و بی محبت است. دو دختر دیگر را به

اجبار در سن پایینی وادار به ازدواج کرده است. فوآهرهای وی به ترتیب 12سال و 8سال از وی بزرگتر هستند. رابطه وی با فوآهرها خوب است. فوآهر اول به همراه همسرش زندگی می کند و فوآهر دوم دو بار ازدواج کرده و هر دو بار هم طلاق گرفته است و در حال حاضر تنها زندگی می کند ولی شرایط نگهداری از فوآهر را ندارد.

زن پدر 35 ساله، دارای تحصیلات ابتدایی، خانه دار است. از همان کودکی رابطه خوبی با وی نداشته است او را وادار به انجام کارهای منزل و رسیدگی به بچه های کوچکتر می کرده است. داگما وی را کتک می زده، بدن او را می سوزانده و آگار اسکار ناشی از جراحت در نقاط مختلف بدن دیده می شود. حاصل ازدواج پدر و نامادر 3 پسر 11، 9 و 4 ساله است.

در طی دوره رشد تأخیر رشدی نداشته، بچه راجتی بوده است و مشکل خاصی ذکر نشده است. سابقه مراجعه به روان پزشک وجود نداشته و سابقه ای از اختلال روان پزشکی تشخیص داده شده در بستگان نزدیک دیده نمی شود. از زمانی که به کلاس اول دبستان می رزود والدین نظارتی بر وضعیت درسی وی نداشته اند و زن بابا وی را مجبور می کرده تا از بچه های کوچکتر مراقبت کند و به آنها رسیدگی کند. وضعیت تحصیلی ضعیف بوده است. وقتی کلاس پنجم را به پایان رسانده پدر دیگر به او اجازه تحصیل نداده است. پس از ترک تحصیل به دنبال حضور تمام وقت وی در خانه تعاملات منفی با زن بابا افزایش یافته و داگما به او می گفته اند که تو در این خانه زیادی هستی. پدر در درگیری ها طرف زنش را می گرفته و برای او آرزوی مرگ می کرده است. او را با کمر بند می زده و تهدید به کشتن او می کرده است. یک بار نیز به دنبال درگیری پدر قصد فقه کردن وی را داشته است که فرار می کند. با این حال مراجع معتقد است پدر تحت تأثیر همسرش این کارها را می کند و اگر او نباشد پدر مهربان است. او به پدرش علاقه دارد.

در طی سالهای اخیر به او پولی داده نمی شده و از او خواسته می شده که دردی کند. در مدت اخیر نامادری از او می خواسته رابطه جنسی برقرار کند تا از این طریق پول بدست آورد که وی این کار را بد می دانسته و هرگز این کار را نکرده است. در 12 سالگی عادت ماهیانه وی شروع شده و نشانه های بلوغ جسمی در وی دیده می شود. رفتارهای متناسب با جنس داشته و از دختر بودن خود راضی است. سابقه دوستی با پسری را ذکر نمی کند و معتقد است تمایلی هم به این کار ندارد.

تحت فشارهای شدید یک سال قبل به دنبال بگو مگو زن پدرش وی را از خانه بیرون می اندازد و به مدت سه شب در خیابانها بوده که توسط سازمان بهزیستی به خانواده برگردانده می شود. سپس 6 ماه بعد باهم به دنبال مشاخره خودش از خانه بیرون می زند. در بار سوم ترک خانه، توسط یک خانواده حمایت شده که در حال حاضر پیگیر مسایل وی هستند. این خانواده ابراز می کنند که قصد کمک به وی را دارند تا بتوانند سرپناه امنی برای او پیدا کنند.

پدر معتقد است دیگر نمی خواهد او را ببیند و او مایه آبروریزی در خانواده آنهاست. خود وی نیز دیگر حاضر به بازگشت به خانه نیست.

### اقدامات انجام شده

پیگیری مکرر برای کار روی خانواده و خانواده درمانی صورت گرفت ولی خانواده حاضر به همکاری نیستند. مراجع بازگشت خود به خانواده را امکان ناپذیر می داند. خانواده ای که در حال حاضر پیگیر مسایل وی هستند در تلاش برای سپردن وی به بهزیستی هستند. آنها معتقدند از نظر مالی و عاطفی او را حمایت خواهند کرد. مراجع تمایل زیادی به ماندن با آنها دارد. این خانواده خود دارای دو فرزند هستند که یکی از آنها در خارج از ایران بوده و دیگری دانشجو است و قصد کمک به وی را دارند.

از درمان حمایتی برای کنار آمدن با بحران فعلی و تقویت عزت نفس استفاده شد. کمک به بیمار برای شروع فعالیتهای جدید و روابط جدیدی که فقدان موجود را جبران می کند، صورت گرفت.

### نتیجه گیری

به نظر می رسد پدر و نامادری در فضایی زندگی می کنند که حاضر به ایجاد هیچگونه تغییری در آن نیستند و مراجع را ناهماهنگ با این فضا می پندارند.

شرایط زندگی پر استرس نظیر فقر در بروز رفتار پرفاشگرانه و سو رفتار با کودک نقش دارد. فقدان نظام حمایتی و سو مصرف مواد توسط والدین احتمال رفتار فشن علیه کودکان را افزایش می دهد. بهرانهایی محیطی سطح استرس را در خانواده بالا برده و باعث سو رفتار در کودک می شود. والدین کودک آزار توقعات نامناسبی از فرزندشان دارند که این در واقع وارونگی نیازهای وابستگی آنها است. یعنی والدین با کودک طوری رفتار می کنند گویی که کودک بزرگتر از آنهاست.

## گزارش داوری مقالات سومین کنگره پژوهش های روانشناسی بالینی ایران

در مرحله اول داوری سومین کنگره پژوهشی روانشناسی بالینی ایران از بین قریب به 1000 مقاله ارسالی در جلسه داوری مورخ 90/9/24، که چکیده مقالات مورد ارزیابی اولیه هیئت داوران قرار گرفت 441 مقاله پذیرش اولیه گرفته و از نویسندگان مسئول آنان خواسته شد تا نسبت به ارسال خلاصه مبسوط مقالات خود اقدام نمایند.



در این مرحله 33 نفر از اعضای کمیته علمی کنگره از سراسر کشور در جلسه حضور داشتند و هر مقاله حداقل 2 بار داوری شده و مقالاتی که از نظر یکی از داوران قبول و از نظر داور دوم رد شده بود به داوری سوم ارسال شد و در نهایت 441 مقاله پذیرش اولیه گرفتند.

در تاریخ 10/22 مجدداً اساتید به جلسه داوری مرحله دوم دعوت شدند. در این جلسه تعداد دیگری از اساتید به جمع داوران پیوستند و هر مقاله 3 بار داوری شد و میانگین داوری هر مقاله تعیین کننده رد یا قبول و یا نحوه ارائه بود که در نهایت 150 مقاله به عنوان مقالات مورد پذیرش کنگره انتخاب شدند. فهرست مقالات پذیرش شده نهایی را می توانید در آدرس اینترنتی <http://irancpa.com/Congress.aspx> ملاحظه نمائید.



- کمیته ویرایش مقالات: در تاریخ 90/10/29 به سرپرستی آقای دکتر حمیدرضا حسن آبادی و با حضور بیش از 20 نفر از دانشجویان تحصیلات تکمیلی تشکیل و مقالات پذیرفته شده، از ابعاد مختلف مورد ویرایش علمی قرار گرفتند.

- مکان کنگره: پس از رایزنی‌های انجمن، سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روانشناسی بالینی در تالار امام(ره) واقع در بیمارستان امام خمینی(ره) برگزار خواهد شد.

- زمان کنگره: به دلیل برخی از مسائل اجرائی و تداخل کنگره با آزمون دکتری دانشگاه آزاد زمان کنگره به تاریخ 6 و 7 اسفند تغییر یافت.

- کارگاه های کنگره: در حاشیه کنگره کارگاه هایی با عناوین ذیل برگزار می گردد که ثبت نام در کارگاه ها و کنگره فقط از طریق سایت انجمن ([www.irancpa.com](http://www.irancpa.com)) انجام می گیرد.

تخفیفات	هزینه	نام کارگاه
10% اعضاء انجمن 10% دانشجو 10% ثبت نام کنندگان در کنگره	60/000 تومان	مشاوره قبل از ازدواج
		کاربرد ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی در درمان اختلالات روان شناختی MBCT
		تفسیر و اجرای MMPI-A
		درمان شناختی-رفتاری هراس اجتماعی

"کنگره برای انجمن فرصتی است که همه علاقمندان به رشته

روانشناسی و اساتید بزرگ ایران را در کنارهم گرد آورده و

شاهد دیدار عزیزانی چون شما باشد"

به امید دیدارتان

**\* اخبار کوتاه \***

1- **نماینده‌گی کاشان به سرکار خانم پیغمبری اعطا شد:** این نمایندگی توسط خانم آذر سادات پیغمبری درخواست و پس از تصویب هیأت مدیره تأسیس شد.

2- **مراحل اجرایی راه اندازی مجله در حال پیگیری است:** بخشی از مراحل درخواست مجوز از وزارت ارشاد انجام و کارهایی نظیر تعیین صفحه آرا و طرح جلد انجام شده است. امید است سایت مجله از شماره بهار فعال گردد.

4- **ثبت نام کارگاه MMPI-2 آغاز شد:** زمان برگزاری این کارگاه 27 و 28 بهمن ماه می باشد که با حضور آقای دکتر یعقوبی در دو روز متوالی برگزار می گردد. هزینه ثبت نام 500/000 ریال تعیین گردیده که برای دانشجویان و اعضا در مجموع 20% تخفیف در نظر گرفته شده است.