روانكاوي و ادبيات

محمدآزاد عبداله‌پور[[1]](#footnote-2)

زيگموند فرويد يكي از افراد برجسته و اثرگذار در قرن بيستم بوده است كه با بنيانگذاري رويكرد روانكاوي در فهم و تبيين مسائل روان ‌شناختي انسان تغييرات شگرفي را در حوزه‌هاي مختلف به وجود آورده است. افكار فرويد نه تنها بر نظريات مطرح در رشته خودش كه خود به واقع بنيانگذار آن بوده تأثير داشته، بلكه نظريه‌هاي وي بر آراء انديشمندان علوم اجتماعي و انساني، پزشكي و زيست‌شناسي نيز اثرگذار بوده است. اين نظريات براي انسان‌شناسي، جامعه‌شناسي و نقد ادبي اهميت درجه اول را دارند. ‏بر اساس نظریه روانکاوی، دنیای روانی را می‌توان براساس میزان آگاهی از پدیده‌ها تبيین کرد: هشياري، نیمه هشيارو ناهشیار. فرويد با تحليل رؤياها، لغزشهاي زباني، روان آزردگي‌ها، روان‌پريشي‌ها، ‏کارهای هنری و آئین‌های پرستش سعي نمود كه ويژگيهاي ناهشيار را درك كند و اهميت آن را در رفتار مشخص نماید. بر همين اساس در اين مقاله سعي بر اين است كه رابطه روانكاوي با نقد ادبي مورد بررسي قرار گيرد. مقدمه: ‏از منظر روانکاوی یکی از راههای کشف محتوای ناهشيار رؤیا است. هم در رؤیا و هم در ‏ادبیات از مستقيم‌گویی اجتناب مي‌شود. در ادبیات داستانی واجد ارزش ادبی است که يک بیانيه‌‏ی سیاسی، اجتماعی، اخلاقی نباشد، بلکه داستان‌نویس هر چه که می‌خواهد بگوید، به مدد شخصیتها، موقعیت، زمان، مکان، حال و هوای داستان، کشمکش و تم خاص خودش گفته بشود. در رؤیا هم دقیقاًًًًًٌٌٌٍ همین طور است خواب حرف ‏نمی‌زند، بلکه نشان می‌دهد.

نقد ادبی را خود فروید آغاز کرد. فروید در مقاله‌اش در باره مجسمه موسی اثر میکل آنژ می‌گوید که دانشش از هنر، بیش از فردی عامی یا غیر حرفه‌ای نیست. و در نگرش‌اش نسبت به هنر یا در شیوه ای که جذابیتهای هنر را تجربه میکند در هیچ یک تخصصی نداردو چنین ادامه می‌دهد اما آثار هنری تاثیر عمیقی بر من می‌گذارند خصوصا ادبیات و مجسمه سازی بیش از نقاشی چنین تاثیری در من دارند.در آغاز سال 1907 فروید نوشته‌ای را منتشر کرد و آن تحلیل یک داستان از دیدگاه روانکاوی بود. این اثر تجزیه و تحلیل داستانی است از ویلهلم نیسن به اسم گرادیوا. گرادیوا یکی از سه نوشته فروید است که صفت "دل انگیز "کاملاٍ برازنده آنها است. دو نوشته دیگر عبارتند از :لئوناردو داوینچی و تحلیل سه صندوقچه.

**هدف**: هدف این مقاله بررسی ارتباط بین روانکاوی و نقد ادبی است.و بررسی این نکته که روانکاو در برخورد با متن ادبی به دنبال چیست و پرداختن به این موضوع که چه دیدگاههایی در این ارتباط وجود دارد.

**روش**: مقاله حاضر از نوع مروری است و با تبیین ارتباط روانکاوی و اثر ادبی سیر تحول نقد ادبی روانکاوانه مورد بررسی قرار خواهد گرفت .

**روانکاوی و نقد ادبی**: نقد روانکاوانه کلاسیک در واقع متن اثر را مترادف نشانه بیماری نویسنده می‌داند. بنیان این رهیافت این است که متن ادبی همان کارکردی را برای نویسنده دارد که رؤیا برای رؤیابين یا کسی که خواب می‌‌بیند؛ یعنی ارضاء پنهان میلی که در دوره‌ی کودکی ‏منع شده بود و به یک نوع دیگر، به یک شکل عجیب و غریب بر ما در خوابمان معلوم می‌شود. به ‏این ترتیب هدف منتقد پیرو این رهیافت این است که روانشناسی نویسنده را بر حسب امیال ناخودآگاهانه‌ی او به دست دهد.

در دوره‌های بعد در نقد روانکاوانه تغییراتی به وجود آمد. مکاتب روانکاوی گوناگونی که پس از فروید به وجود آمد، با ایجاد دگرگونیهایی در دکترین او، نقد ادبی روانکاوانه را دستخوش تغییر کرد. از باب مثال پیروان آدلر عقده حقارت و عقده خود بزرگ‌بینی را جانشین عقده‌‌‌ی ادیپ می‌کردند و راه گشای تحلیل شخصیت ادبی می‌دانستند. هواداران نظریه‌ی یونگ بر افشای نقش ناخودآگاه جمعی قوم در هویت شخصیت‌های ادبی پای می‌فشردند، ناخودآگاهی که در بردارنده‌ی عناصر عرفانی بود. پس از تغییرات فوق و ارائه نظرگاههای جدید منتقدان روانکاو به جای اینکه روانکاوی نویسنده را به دست دهند، روانکاوی شخصیتهای ادبی را به دست دادند. به این شیوه نقد از دو دیدگاه انتقاد شده است.

1- چون شخصیتهای داستانی انسان واقعی نیستند، فاقد روان و به همین علت فاقد ضمیر ناخودآگاه‌اند و اگر کار روانکاوی بررسی ضمیر ناخودآگاه است چطور امکان دارد این شیوه‌ی تحلیل درباره‌ی شخصیتها اعمال شود.

2- در روانکاوی واقعی نوعی تعادل زبانی بین روانکاو و بیمار وجود دارد. یعنی روانکاو می‌تواند از بیمار سئوال کند یا تداعی آزاد را با او انجام دهد یا در مورد پس‌زمینه‌ی خانوادگی بیمار از او سئوال کند. حال آنکه این کار در مورد شخصیتهای داستانی امکان‌ناپذیر است. نمونه‌ی اعلا و بسیار معروف این نوع از نقد روانکاوانه تک‌نگاری ارنست جونز شاگرد فروید است با عنوان هملت و ادیپ .

این نوع از نقد هم حالا به دست فراموشی سپرده شده و کمتر اجرا می‌شود. یکی دیگر از اشکال نقد روانکاوانه مبتنی بر همان الگوی ساختاری است ( الگوی تقسیم روان به نهاد، خود و فراخود) این شکل از نقد روانکاوانه پلی است بین شیوه‌ای از نقد به نام واکنش خواننده با روانکاوی. در این شیوه تمرکز نه بر نویسنده است و نه بر شخصیتهای داستانی، بلکه بر خواننده است.

اگر رابطه‌‌‌ی بیمار و روانکاو رابطه‌ی دوسویه است، قرائت خواننده از متن هم و رابطه‌ای که خواننده با متن برقرار می‌کند باید رابطه‌ای دوسویه باشد. در این رابطه فقط متن نیست که قرائت می‌شود، بلکه خواننده هم قرائت می‌شود. به این ترتیب که معنا فقط از متن سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه از تعامل خواننده با آن متن سرچشمه می‌گیرد. پس آن چیزی که ما در نقد ادبی "قرائت" می‌نامیم، برملاکننده‌‌ی ذهنیت و ناخودآگاه خود ماست. قرائت متون ادبی راهی است برای اینکه نفس خودمان را دوباوه تعریف کنیم، بدون اینکه خودمان متوجه باشیم .

نورمن هالند سرشناس‌ترین نظریه‌پرداز این رهیافت جدید است. هالند اصطلاح "نقد ادبی" را وضع کرده است. این شکل از نقد روانکاوانه در پی روشن‌کردن رابطه‌ی شخصی (شخصیتی) خواننده با متن است و لذا به هویت خواننده و تأثیر آن بر تفسیر او از متن نظر دارد.

**نتیجه گیری**: روانکاوی در درجه اول کارکرد ادبی ندارد بلکه شیوه‌ای بالینی و درمانی است ولی برای روشن کردن وجوه مختلف آثار ادبی و بخصوص برای معین کردن نحوه‌ی تأثیرگذاری ادبیات بر خواننده می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. نقد روانکاوانه را خود فروید آغاز کرد وسعی شد که تکامل نقد روانکاوانه بدین گونه تصویر شود که در ابتدا معطوف به نویسنده بوده بعد معطوف به متن و در نهایت معطوف به خواننده شده است .

**بحث:** این نیچه بود که نخست، فرا ران‌ها و غرایز خرد گریز را اساس خلاقیت هنری دانست. همه خلسه‌ها هر چند متفاوت به وجود آیند قدرت ان را دارند که هنر بیافرینند. نیچه بر کارکرد غریزه ها و آرزوهای خرد گریز هنرمندان تاکید کرده بود.فروید با توجه به این کارکردها در چهارچوب روانکاوی با ابزاری برای تحلیل و یافتن چگونگی آنها از طریق اثر هنری تلاش کرده بود. ولی خویشتن هنرمند یا دانشمند خلاق اغلب به او اجازه نمی‌دهد که هیچ گونه نا بهنجاری یا آسیب شناسی را در خود بپذیرد. انگار تصور می‌کند که روان رنجوری با هوش و استعداد هنری در تناقض است. هنرمندانی مانند وان گوگ حتی گرفتار نوع شدیدتر آسیب شناسی یعنی روانپریشی بودند و باز چنان آثار اصیلی در هنر به وجود آوردند.روان رنجوری یا نابهنجاری شخصیتی با خلاقیت منافاتی ندارد.اصولا هیچ هنرمند واندیشمندی سبک زندگی و رفتار معمولی انسان روزمره و بهنجار را ندارد.پذیرش نابهنجاریها و خرد گریزیهای انسان،توسط جامعه انسانی مدرن ،به تدریج طی رشد فرهنگ پس مدرنیته بیشتر شده است.در واقع قبول تحلیلهای روانکاوانه مربوط به این نبود که رسالت اگاهی دادن از نویسنده به منتقد منتقل شدبلکه پذیرش این واقعیت بود که خرد گریزی بخشی از حالت انسانی است و نه هنرمند و نه هیچ اندیشمندی از آن بری نیست.

از نظر روانکاوی کار هنری را می‌توان از چند جنبه بررسی کرد: یکی اینکه محتوای کار به طور کلی از نظر روانی تحلیل شود، دیگر اینکه یک یا چند شخصیت داستان و روابط آنها از نظر منش شناسی و انگیزه‌های ناخوداگاه مورد توجه قرار گیرد. یا اینکه از طریق همین کندوکاو محتوا وتحلیل شخصیتها و به خصوص شخصیت اصلی داستان، نقبی به شخصیت نویسنده و انگیزه‌های پنهان او بزنیم.

استعاره و کارکردهای روان پویشی

مبانی نظری و کاربردهای بالینی

دکتر عیسی زادگان [[2]](#footnote-3)

از زمانی که لیکاف و جانسون[[3]](#footnote-4) (1980) در اثر خود تحت عنوان "استعاره‌هایی که با آن زندگی می‌کنیم"[[4]](#footnote-5) بحث استعاره را مطرح ساخته‌اند این موضوع در بیشتر حوزه‌های روان‌شناسی نیز مورد توجه قرار گرفته است.اغلب پژوهشها در حوزه‌ی علوم شناختی در خصوص استعاره که جهت فهم عمیق تر نقش آن در زبان بشر، تفکر و اخیراً در خصوص هوش مصنوعی انجام شده است نهایتاً منجر به افزایش این توافق در بین علاقه مندان شده است که کارکردهای ذهن به طور ذاتی استعاره‌ای[[5]](#footnote-6) و کنایه‌یی[[6]](#footnote-7) است (بوربیلی[[7]](#footnote-8)، 2004). به زعم برخی پژوهشگران علاقه مند در این حوزه ذهن، زبان خاص خود را دارد. به نظر آنان زبان ذهن به ویژه زبان ذهن ناهشیار، زبان مجازی است . هر کلمه ای در ذهن ما شبکه‌ای از اطلاعات را برمی انگیزد. در سوح آوایی ، معنایی، نحوی و در عین حال تصویری ، احساسی و عاطفی. بنا براین ما به لفظ سخن نمی‌گوییم، با ابزاری سخن می‌گوییم که به یک مفهوم کلید ورود به ذهن و شخصیت هر فردی است. فرگه در این خصوص می‌گوید اندیشه فی نفسه نامحسوس جامه محسوس جمله را به تن می‌کند وبه این ترتیب برای ما قابل فهم می‌شود. پین بکر[[8]](#footnote-9)(2002،2003) بر این باور است که لغزش زبانی[[9]](#footnote-10) (پیراکنش) می‌تواند دلالت بر انگیزها یا ترسهای عمیق بوده و جزئیاتی ازناهشیاری را آشکار سازد. مبانی نظری در این خصوص بیانگر این رویکر داست که الگوهای کربرد کلمه می تواند مثل اثر انگشت یا یک نمونه DNA هویت ویژه خاص فرد را تعیین کند. افراد علاوه بر زبان لفظی در بیان تجارب و افکار و به ویژه هیجانات و احساسات از زبان دیگری نیز که بیشتر مجازی است استفاده می‌کنند که یکی از انواع آن استعاره است. امروزه از سه نوع شناخت گزاره‌یی/ منطقی ، شناخت تصویری و شناخت استعاره‌ایی صحبت می شود (کوپ[[10]](#footnote-11)، 1995) و فرض اصلی این است که سطوح عمیق، ضمنی و ناهشیار آگاهی فرد به شیوه ی تمثیلی[[11]](#footnote-12) و استعاره یی فرانمود[[12]](#footnote-13) (بازنمایی) می شوند و افراد این فرا- نمودها را از طریق روایت ها[[13]](#footnote-14) در جلسات روان درمانی مطرح و آشکار می سازند. (نای میر[[14]](#footnote-15)،1999) .

به نظر لیکاف و جانسون(1980،نقل از قاسم زاده، 1379) درون مایه استعاره عبارت از" درک و تجربه‌ی چیزی برحسب چیز دیگر است" و از دیدگاه روان پویشی[[15]](#footnote-16) "تجربه چیزی برحسب زمان" دیگر تعریف شده است. اینکل[[16]](#footnote-17)(2005) بیان می‌کند فعالیت، روان از طریق حوزه‌های فرانمودی به هم مرتبط می‌شود و روان پویشی[[17]](#footnote-18) شبیه معنا شناسی[[18]](#footnote-19) کارش خواندن یم استعاره زبان شناختی است. لکان[[19]](#footnote-20) بیان می‌کند ناهشیاری ساختاری شبیه یک زبان دارد. به زعم وی زبان بیمار تنها ابزار تحلیلی موجود برای ورود به ناخودآگاهش است و از سوی دیگر تبیین و توضیح عملیات زبان ناهشیار نیز مبتنی بر کنایه و استعاره است. تمامی گفتمان[[20]](#footnote-21) روان‌پویشی درباره‌ی این است که چه چیزی در فراسوی آنچه شخص را به گفتن وا داشته می تواند خوانده شود. ذهن را در واقع دو زبان هست باید دو گونه خواندن نیز داشته باشیم یکی برای درک معنای ظاهری که در خودآگاه است و دیگرب برای دریافت معنای پنهان و عمیق که در نهادهای ناخودآگاه قرار دارد که به نظر می‌رسد بیشتر استعاره‌یی است(صنعتی،1387).

در حوزه‌ی کاربردی - بالینی در رویکرد در خصوص استعاره وجود دارد : تعبیری، تفسیرگرایانه[[21]](#footnote-22) و ارتباطی[[22]](#footnote-23) . لی پر و لانگ[[23]](#footnote-24) (2008) بیان می کنند گروه طرفدار رویکرد تعبیری پیروان مکتب فکری تحلیلی بوده و درپی تعبیر استفاده بیمار از استعاره در فرایند درمان هستند و گروه طرفدار رویکرد ارتباطی پیرو کار میلتون اریکسون[[24]](#footnote-25) هستند که اشاره به خود درمانگر دارد که تلاش می‌کند با ابداع استعاره هایی بتواند به طور مستقیم با ناهشیار بیمار ارتباط ایجاد کند .در ارتباط با آسیب شناسی روانی و روان درمانی از رویکرد روان پویشی، استعاره ها می‌توانند منعکس کننده‌ی آسیب شناسی روانی باشند. استعاره جایگاهی نا بین فرایند اولیه[[25]](#footnote-26) و ثانویه تفکر دارد. فرایند اویه تفکر از محرک‌های حسی به ویژه دیداری متأثر است و مملو از فرا- نمودهای تمثیلی است. خود پدیده انتقال[[26]](#footnote-27) در روان پویشی از لحاظ لغوی و مفهومی مترادف با استعاره است. همان گونه که انتقال یک ابزرا شفا بخش درمانی است، استعاره نیز چنین نقشی را ایفا می‌کند زیرا آنها بیانگر نماد‌هایی هستند که فرد از یک مقطع در زندگی خود به مقطع دیگر، از شخصی به شخص دیگر و از بخشی به بخش دیگر انتقال داده است.

در ارتباط با روان درمانی ، زبان می‌تواند به عنوان شاخصی از محتوای تفکر بیمارمورد توجه قرار گیرد. اخیراً از درمانی با عنوان "استعاره درمانی[[27]](#footnote-28)" صحبت می‌شود . درمان استعاره‌یی با تحریک فرایدهای ناهشیار و کمک به یادآوری خاطرات، مقاومت بیمار را بای‌پاس[[28]](#footnote-29) می‌کند مک مولن[[29]](#footnote-30) (1999) نشان داده است که همراه با حصول تغییرات مثبت در درمان، محتوای استعاره‌های بیماران ینز تغییر می‌کند . لویت[[30]](#footnote-31)، کورمن و انگوس[[31]](#footnote-32) (2000) در پژوهشی با عنوان " استعاره‌ها به عنوان نشانگر تغییر" نشان دادند که در طی درمان استعارهای موسوم به "بارسنگینی"[[32]](#footnote-33) در انتهای جلسات روان درمانی به استعاره‌های "رها از بار"[[33]](#footnote-34) تغییر می‌کنند . نظر دیگر بر این است که استعاره شاخص خوبی از لحظه‌های حساس و بارور[[34]](#footnote-35) جلسه های درمانی است....

در مقاله حاضر تلاش بر این است که به صورت مروری بخش اول به مبانی نظری نقش استعاره و جایگاه آ« در رویکرده‌ای روان پویشی (استعاره و روان کاوی) پرداخته شود و بخش دوم بیشتر به کاربد بالینی و درمانی اشاره بکند. در انی خصوص دیدگاههای فروید ، لکان، آدلر به ویژه به استعاره‌ی "مادر نسبتاً خوب" وینی کات پرداخته شده است. در ادامه مقاله به بررسی رابطه بین استعاره با بینش، استعاره با انتقال، استعاره با ایگوی بدنی، نقش استعاره در مشاوره و روان درمانی، استعاره به عنوان نشانگر تغییر و... خواهیم پرداخت.

تحلیل و بررسی تقابلی روش‌های روان تحلیلی و روان پویشی (باز نگری استعاره‌های گفتمان فروید و آثار عملی آن)

دکتر سید محسن فاطمی[[35]](#footnote-36)

رهیافت‌ها و روشهای روان تحلیلی و روان پویشی را می‌توان در داخل چارچوب معرفت
شناختی و وجود شناختی آنها تفسیر کرد و آثار آن را در ایجاد زمینه‌های کاربردی مورد بررسی قرار داد. بنابراین جوهر اساسی رهیافت‌های روان پویشی و روان تحلیلی به صورت نا گسستنی با اجرای مداخلات و روشهای درمانی خاص مرتبط می‌باشد. این سخنرانی کلیدی با کاوشی عمیق در مورد مولفه‌های تفسیری شکل دهنده تشخیص‌های روان تحلیلی و روان پویشی می پردازد و آثار عملی آن رامورد نقادی قرار می‌دهد.

با توجه به اهمیت چارچوب ارجاعی و آثار آن ، این سخنرانی به مقایسه تطبیقی دیدگاه بعضی از اندیشمندان در جهان اسلام اشاره کرده و نشان می‌دهد که چگونه این منظرها می‌توانند گفتگوی دو جانبه سازنده‌ای را به وجود آورند که به خلق ایده‌ها و منظرهای جدید منجر شود. همراه با تحلیل و واسازی بنیادهای روان تحلیلی و روان پویشی و بررسی پارا دائمی آنها ،این سخنرانی به پاره‌ای از چالش‌ها که فرایند اجرای مداخلات روان پویشی را با مانع و دشواری روبه‌رو می‌کند، می‌پردازد و تجلیات بین فرهنگی آنها که در سطوح مختلف آثار گوناگونی را نشان می‌دهد، مورد بررسی و بحث قرار می‌دهد.

تبیین اعتیاد از دیدگاه روان تحلیلی

دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

از ديدگاه روان شناختي، يكي از مكاتبي كه با اطلاعات حاصل از يك قرن تجربه كار باليني با معتادان، در فهم عميق‌تر اعتیاد نقش داشته، روان تحليلي بوده است.

در خلال چند دهه گذشته، تغييرات مهمي در تفكر روان تحليلي اتفاق افتاده و ادبيات روان تحليلي در مورد اعتياد نيز تحت تأثير اين تكامل تاريخي قرار گرفته است. اگرچه با هر پيشرفتي كه در چارچوب نظري روان تحليلي صورت مي‌گيرد، تفسير جديدي از اعتياد پيشنهاد مي‌شود، ولي بطور كلي مي‌توان سه دوره روان تحليلي كلاسيك، روان شناسي ايگو[[36]](#footnote-37)، روابط ابژه[[37]](#footnote-38) و روان شناسي خود[[38]](#footnote-39) را در تبيين و درمان اعتياد از ديدگاه روان تحليلي متمايز كرد.

در دوره روان تحليلي كلاسيك، از نظريه سائق براي توضيح رفتار اعتيادي استفاده مي‌شد و ادبيات روان تحليلي يا بر ارضاي واپس رونده[[39]](#footnote-40) غرايز ليبيدويي و يا دفاع بر عليه تكانه‌هاي پرخاشگري و تنش زيربنايي تأكيد داشت. فرويد[[40]](#footnote-41) و روان تحليل گران اوليه مانند آبراهام[[41]](#footnote-42) و فنيكل[[42]](#footnote-43)، تثبيت در مرحله دهاني رشد رواني جنسي را مطرح كرده و معتقد بودند كه مصرف مواد، فرد را قادر مي‌سازد تا ارگاسم دهاني دوران كودكي را دوباره تجربه كند. بنابراين، اعتياد به عنوان يك ارضاي نارسيستيك، يعني يك ارضاي بدون ابژه يا انحراف جنسي دهاني[[43]](#footnote-44) ديده مي‌شد. در اين دوره، علاوه بر تأكيد بر جنبه ليبيدويي و شهواني اعتياد، عده ديگري از روان تحليل گران مثل رادو[[44]](#footnote-45) و گلاور[[45]](#footnote-46)، بر نقش مصرف مواد به عنوان نوعي دفاع بر عليه تنش‌ها و افسردگي زيربنايي و تمايلات دگرآزارانه و تكانه‌هاي پرخاشگرانه تأكيد مي‌كردند. اين توجه به كاركرد دفاعي اعتياد به معناي ناديده گرفتن عوامل ليبيدويي نيست، چون تسكين و كاهش درد و ايجاد لذت، هر دو در خدمت اصل لذت هستند.

در اين دوران، با توجه به اين‌كه فرويد و ساير تحليل گران اوليه، معتادان را مناسب روان تحليلي نمي‌دانستند ، تمايل چنداني براي استفاده از رويكرد روان تحليلي براي اعتياد وجود نداشت (راموس، 2004).

روانشناسان ايگو كه از مفاهيم اين نظريه براي تبيين ماهيت اعتياد استفاده مي‌كردند، بيشتر بر كاركرد دفاعي و "پروتزي" مواد تأكيد مي‌كردند كه مي‌تواند جانشين كاركردهاي ناقص و يا حتي غايب ايگو شود. آنها مطرح مي‌كردند كه معتادان نقايصي در كاركردهاي اختصاصي ايگو دارند كه آنها را مستعد به اعتياد مي‌كند، نقايصي كه برخي مانند كريستال و ورمسر[[46]](#footnote-47)، (1977) آن را حاصل تعارض و برخي ديگر مثل خانتزيان (1977) نتيجه شكست در درون سازي كاركردهاي والديني مي‌دانند. پارادايم‌هاي اصلي در اين رويكرد، نقايص ايگو در دفاع در مقابل رنج روان شناختي، تحمل و تنظيم عواطف و نقايص خود\_ مراقبتي بود. در اين پارادايم‌ها فرض مي‌شود كه افراد آسيب پذير به اعتياد، از نقايصي در كاركردهاي ايگو در دفاع در مقابل عواطف دردناك به ويژه افسردگي، شرم، خشم و احساس درماندگي (خانتزيان، 1980، 2005؛ ورمسر، 1977، دادز[[47]](#footnote-48)، 1990)، شناخت و مديريت عواطف (ورمسر، 1977، 1980؛ كريستال، 1978) و نقايصي در ادراك، پيش بيني و مقابله با خطرات و تهديدهاي واقعي و احتمالي (خانتزيان، 1980، 2005؛ كريستال، 1977) رنج مي‌برند كه مصرف مواد پاسخي به آنهاست. به عبارت ديگر، مصرف مواد، نوعي خود - درماني يك ايگو شكننده است.

با معرفي روان شناسي ايگو، تغييرات قابل ملاحظه متعددي در تكنيك‌هاي روان تحليلي اتفاق افتاد. روان شناسان ايگو معتقد بودند كه نقايص ايگو، تحمل درمان تحليلي را براي معتادان دشوار ساخته و روان تحليلي كلاسيك براي درمان اعتياد، به ويژه در مراحل اوليه آن مفيد نبوده و تعديل‌هايي را در تكنيك‌هاي كلاسيك توصيه مي‌كردند (ياليسو، 1997؛ هرمان[[48]](#footnote-49)، 2000؛ ريدينگ[[49]](#footnote-50)، 2005). در اين نسخه‌هاي تعديل شده روان تحليلي، درمان، ساختار بيشتري داشته، درمانگر فعال‌تر است، بيشتر روي علايم تمركز دارد و به جاي تشويق بيمار براي ابراز عواطف دردناك، به بررسي آسيب پذيري‌هاي موجود در شخصيت مي‌پردازد.

در دوره مكتب روابط ابژه و روان شناسي خود، تفكر روان كاري به سمت يك پارادايم ارتباطي‌تر سوق پيدا كرد.اين تغيير در تفكر روان تحليلي، ديدگاه‌هاي جديدي را براي تبيين ماهيت اعتياد معرفي نمود.

در ديدگاه روابط ابژه، مصرف مواد جانشيني براي ابژه‌هاي مورد علاقه و يا نوعي وحدت مجدد با يك ابژه والديني ديده مي‌شود. بر اساس اين نظريه، همه انسان‌ها، يك سائق اساسي براي ارتباط با ديگران و دوست داشته شدن دارند و بدترين ترس‌ها، ترس از طرد و دوست نداشته شدن است. اعتياد، هم يك پيامد و هم يك راه حل به عدم وجود روابط رضايت بخش است و تا وقتي فرد قادر به برقراري چنين روابطي نباشد، آسيب پذير به اعتياد و جايگزين كردن الكل و مواد با روابط انساني، باقي مي‌ماند. علاوه بر اين، مصرف الكل و مواد امكان درهم آميزي خود و ابژه را فراهم كرده و موجب ظهور تجارب عاطفي وحدت رواني - زيستي اوليه با مادر مي‌شود و اين دليل جذابيت سيري ناپذير مواد است (ولكات، 1981).

در روانشناسي خود كه به نوعي فرزند مكتب روابط ابژه محسوب مي‌شود، مصرف مواد حاصل نارسايي والدين در انجام كاركرد خود به عنوان خود - ابژه[[50]](#footnote-51) بوده كه موجب ايجاد يك ضعف اساسي در هسته شخصيت، در خود، شده و مصرف مواد، جانشين خود - ابژه براي ترميم اين نقص اساسي در خود مي‌شود. بنابراين، از اين منظر، اعتياد جانشيني براي ابژه مورد علاقه و يا رابطه با او نيست، بلكه يك جايگزين براي نقص در ساختار روان و خود محسوب مي‌شود. اما چنين تلاشي محكوم به شكست است، چون هيچ ساختار رواني ساخته نمي‌شود و نقص در خود باقي مي‌ماند (كوهات، 1977؛ ويگمن[[51]](#footnote-52)، 2002).

ديدگاه‌هاي روابط ابژه و روان شناسي خود، رويكردهاي مفيدي را براي درمان اعتياد پيشنهاد مي‌كنند. درمان تركيبي از همدلي و پاسخ به نيازهاي بين فردي است. ارتباط مثبت با درمانگر، موجب ترك در مراحل اوليه شده و اتحاد درماني را بوجودمي‌آورد كه در ادامه درمان و پيامد موفقيت‌آميز آن نقش زيادي دارد. در واقع، اصل اساسي درمان مثل "والديني خوب"، فراهم كردن يك محيط دربرگيرنده[[52]](#footnote-53)، امن و ترميم‌كننده است كه زمينه لازم را براي فهم آسيب شناسي‌هاي زيربنايي و تعارض‌‌هاي ارتباطي و حل و فصل آنها را بدون روآوردن به مصرف مواد، فراهم مي‌كند. بنابراين، آگاهي و يك رابطه هيجاني مثبت با درمانگر موجب ازسرگيري رشد هيجاني و ترميم نقايص ساختاري مي‌شود (فلورز، 1997؛ فريدر[[53]](#footnote-54)، 2005، كريستال، 2005).

بررسي اثر بخشي درمان روان پویایی حمايتي\_بيانگر در بهبود پيامد درمان اعتياد به مواد افيوني

دکتر فهيمه فتحعلي لواساني، دكتر محمد كاظم عاطف وحيد

**مقدمه و هدف**: آمار رو به افزايش اعتياد و پيامدهاي منفي فراوان آن، حوزه درمان اعتياد را در دهه‌هاي اخير، به يكي از مهمترين الويت‌هاي پژوهشي مجامع علمي تبديل كرده است . يكي از انواع روان درماني‌ها كه مي‌تواند در برنامه‌هاي درمان اعتياد، نقش مهمي داشته باشد، درمان‌هاي روان پويايي است. درمان حمايتي– بيانگر[[54]](#footnote-55) (SE) يكي از انواع اين درمان‌هاست كه پشتوانه تجربي خوبي در بهبود پيامد درمان اعتياد به مواد افيوني دارد.

این درمان در چارچوب روان شناسی ایگو قرار داشته و بر نقش روابط و تعارض‌های ارتباطی در پدید آیی انواع آسیب شناسی های روانی از جمله اعتیاد تاکید می‌کند. از این دیدگاه اعتیاد، بازتاب تعارض های روان شناختی زیر بنایی است که ریشه در تجارب کودکی داشته و در الگوهای ارتباطی ناسازگار و تکراری بیمار آشکار می شود. هدف درمان، شناسايي معنا، كاركرد و پيامدهاي سوء مصرف مواد بر اساس تعارض‌هاي ارتباطي اصلی و تغيير آنهاست. وقتي تعارض‌هاي اصلي، شناسايي، تفسير و حل و فصل مي‌گردد، بيمار ظرفيت شناسايي، پيش بيني، تغيير يا كنترل احساسات و رفتارهاي خود را به دست آورده و بنابراين، الگوهاي ارتباطي ناسازگار و مصرف مواد تغيير مي‌كند.

هدف پژوهش حاضر، بررسي اثربخشي درمان روان پويايي حمايتي– بيانگر در بهبود شاخص‌های مختلف پيامد درمان در افرادی بود که اعتياد به مواد افيوني داشته و تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفین قرار داشتند.

**روش**: جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح كلي پژوهش حاضر، طرح تك موردي تجربي از نوع خط پايه چند گانه بين آزمودني‌ها بود. جامعه آماري اين پژوهش را مردان وابسته به مواد افيوني تشكيل مي‌دادند كه به دو كلينيك خصوصي درمان اعتياد در شهر تهران مراجعه و تحت درمان نگهدارنده با بوپرونورفين قرار داشته‌اند. نمونه پژوهشي شامل چهار نفر بود و نمونه‌گيري نيز بر اساس روش نمونه‌گيري در دسترس صورت گرفت.

روش اجراي پژوهش شامل سه مرحله خط پايه چندگانه، مداخله درماني و پيگيري بود. در مرحله خط پايه، ابزارهاي اندازه‌گيري براي هر آزمودني اجرا شد. تعداد اندازه‌هاي خط پايه براي آزمودني اول چهار، آزمودني دوم پنج و آزمودني‌هاي سوم و چهارم، شش اندازه بود. در مرحله مداخله، درمان SE بصورت متوالي با فواصل دو جلسه درماني براي آزمودني‌‌ها آغاز و سپس به مدت چهار ماه وشانزده جلسه هفتگي اجرا شد. در اين مرحله نيز ابزار ارزيابي به فواصل پانزده روز اجرا مي‌شد. در مرحله پيگيري، پس از خاتمه درمان ابزار ارزيابي چهار بار به فواصل پانزده روز براي كليه آزمودني‌ها اجرا شد و بدين ترتيب براي هر آزمودني چهار اندازه پيگيري در يك مدت زمان دو ماهه به دست آمد. داده‌هاي پژوهشي به كمك تحليل نموداري ترسيمي داده‌ها و آزمون‌هاي آماري تحليل واريانس يكطرفه با مقادير تكراري و مقايسه‌هاي چند جمله‌اي يا تحليل روند مورد تحليل قرار گرفت[[55]](#footnote-56)\*.

**ابزار سنجش**: ابزار اندازه‌گيري شامل مصاحبه باليني ساخت دار براي (SCID)DSM [[56]](#footnote-57)و شاخص شدت اعتياد[[57]](#footnote-58) (ASI) و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک (BDI-II , BAI) بود.

**یافته‌ها**: ميانگين و انحراف استاندارد نتايج آزمودني‌ها در شاخص‌هاي مختلف پيامد درمان در سه مرحله خط پايه، درمان و پيگيري نشان داد كه ميانگين كليه شاخص‌ها، در مراحل درمان نسبت به خط پايه كاهش يافته و اين كاهش در مرحله پيگيري حفظ و حتي تقويت نيز شده است.

همچنین نتايج تحليل واريانس يك طرفه با مقادير تكراري نشان داد كه از بين شاخص‌هاي مختلف، تفاوت ميانگين‌هاي وضعيت شغلي (05/0P< و 87/5=F) و وضعيت خانوادگي / اجتماعي (05/0P< و 28/2=F) در سه مرحله خط پايه، درمان و پي‌گيري معني‌دار نبود. ولي تفاوت ميانگين‌هاي دو شاخص ديگر يعني وضعيت روانپزشكي و مصرف مواد در مراحل خط پايه، درمان و پيگيري معني‌دار بود (01/0P> و 28/35=F، 05/0P< و 15/6=F).

علاوه بر اين، نتایج بررسي روند نتايج آزمودني‌ها در دو شاخص وضعيت خانوادگي/اجتماعي و مصرف مواد با استفاده از مقايسه‌هاي چند جمله‌اي يا تحليل روند نشان داد که در هر دو مقياس يك روند خط معني‌دار وجود داشته (01/0P<، 244=F و 05/0P<، 33/16=F) و بنابراين مي‌توان نتيجه گرفت كه ميانگين نمرات اين دو حوزه در طي زمان بهبود يافته و شكل اين بهبود، يك كاهش خطي در طول زمان بوده است.

**بحث و تفسیر:** به طور كلي، يافته‌ها يك اثر بخشي نسبي را در بهبود پيامد درمان نشان داد كه تا دوره پيگيري دو ماهه نيز حفظ شده و حتي تقويت شده بود.

بررسي اثربخشي اختصاصي درمان حمايتي– بيانگر بر شاخص‌هاي مختلف پيامد درمان نشان داد كه درمان در بهبود شاخص‌هاي وضعيت شغلي و خانوادگي/اجتماعي اثر بخش نبود. اين یافته را مي‌توان با موارد زير تبيين كرد: (1) عدم دسترسي به خدمات متعدد مشاوره شغلي و خانوادگي (2) طول درمان نسبتا كوتاه که ممكن است مانع از حل و فصل كافي مشكلات ارتباطي بيمار شده باشد. (3) تعامل موقعيت زندگي و عوامل اجتماعي با مؤلفه‌ درمان و اثر منفی بر پيامد (4) اندازه اثر کمتر درمان‌های روان پویایی روي كاركرد اجتماعي نسبت به علايم روانپزشكي عمومي و مشكلات هدف.

بررسي اثربخشي درمان حمايتي– بيانگر بر وضعيت روانپزشكي و مصرف مواد نشان داد كه درمان حمايتي– بيانگر موجب بهبود معني‌دار اين شاخص‌ها شده و اين بهبود به ويژه در مصرف مواد قابل ملاحظه است. براي تبيين اين اثر بخشي مي‌توان به موارد زير اشاره كرد: (1) جنبه‌هاي حمايتي و بيانگري (تفسيري) درمان موجب افزايش اميد و انگيزه و تغييرات پاسخ‌هاي تغييرات هيجاني و رفتاري شده است. (2) بخش اعظم كاربيانگري (تفسیری) درمان روي شناسايي و حل و فصل تعارض‌هاي ارتباطي مربوط به مصرف مواد متمركز بود و لذا بيشترين تأثير درمان روي شاخصي ديده شد كه نقطه تمركز درمان بوده و بيشترين كار درماني روي آن انجام شده است. (3) نتايج فرا تحليل‌ها نشان می‌دهد كه بالاترين اندازه‌هاي اثر درمان‌هاي روان پويايي به ترتيب روي مشكلات هدف و علايم روانپزشكي عمومي است و پژوهش حاضر نيز تأييدي بر اين يافته بود.

به طور كلي، مي‌توان نتيجه گرفت كه درمان‌ روان پویایی حمایتی- بیانگر مي‌تواند با موفقيت در برنامه‌هاي دارو درماني اعتياد ادغام شده و كارآمدي درمان را بهبود بخشد. اگرچه يافته‌‌ها، افزايش طول درمان و نيز وجود خدمات متنوع شغلي و خانوادگي را نيز جهت افزايش اثربخشي درمان‌هاي دارويي و رواني مورد تأكيد قرار داد.

در خاتمه، پژوهش حاضر محدوديت‌هايي نيز داشت. مهمترين محدوديت مربوط به زمان بود که موجب شد پی‌گیری در یک دوره نسبتا کوتاه دو ماهه انجام گیرد. افزون بر این، یافته‌ها فقط قابل تعمیم به بیمارانی است که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بوده و برای افرادی که از نظر ويژگي‌هاي جمعیت شناختی ،الگو و شدت مصرف مواد متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد.

بررسی اختلال شخصیت مرزی از دیدگاه روان پویشی

سپيده فيروزی[[58]](#footnote-59)، محمدصادق نظری[[59]](#footnote-60)

 **مقدمه:** اختلال شخصیت مرزی[[60]](#footnote-61) یکی از شایعترین اختلالات شخصیت در بیماران بستری و در مراجعان به کلینیک‌های روانشناسی بالینی و روانپزشکی است ‌( نوردهال[[61]](#footnote-62) و نایستر[[62]](#footnote-63) ،2005 ؛ سادوک[[63]](#footnote-64) و سادوک ، 2005 ). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی د ر مرز نوروز و پسیکوز قرار دارند و مشخصه بارز آنها ناپایداری خلق، حالات عاطفی،‌ رابطه با واقعیت و خودانگاره است. به نظر می‌رسد، این بیماران همیشه در بحران به ‌سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق، رفتارهای غیر قابل پیش بینی، خود‌زنی‌های مکرر، همزمان بودن احساس خصومت و وابستگی، و روابط بین فردی آشفته و به‌هم‌ریخته از خصوصیات بارز این نوع اختلال شخصیت است. همچنین، تکانشی بودن، احساس مزمن پوچی و فقدان احساس هویت، دو‌پاره‌سازی در روابط بین‌فردی، و خودکشی از دیگر ویژگی‌های این اختلال است.

این اختلال، اختلال نسبتا" شایعی است (‌5/2-1/1 درصد در جمعیت عمومی بزرگسال‌)، که هزینه بالایی را بر جامعه تحمیل می‌کند ( لینهان[[64]](#footnote-65) و هرد[[65]](#footnote-66) ، 1999 ؛ ون اسلت[[66]](#footnote-67) و همکاران ، 2002 ) ، خطر بالایی از خودکشی در این بیماران وجود دارد که طبق آمارها حدود 10 درصد از این بیماران در اثر خودکشی فوت می‌کنند ( پریس[[67]](#footnote-68) ، 1993 ) و در مجموع ، ناتوانی‌های قابل ملاحظه ای را در زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند.میزان مبتلایان به این اختلال، با افزایش شدت اختلال در جامعه افزایش می یابد، و هر چقدر شدت بیشتر باشد، نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمان افزایش پیدا می کند. بر اساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا، میزان شیوع این اختلال از 10 درصد در بیماران بستری تا 50 درصد در بیماران بستری در واحد‌های تخصصی بیمارستانی متفاوت است ( APA[[68]](#footnote-69) ،2000 )

رویکردهای درمانی بسیاری به منظور درمان این اختلال به کار رفته‌اند، لذا مطالعه حاضر کوشیده است تا به بررسی این اختلال از دیدگاه روان‌پویشی بپردازد.

**سبب شناسی:** زیگموند فروید مطرح کرده بود که صفات شخصیتی با تثبیت[[69]](#footnote-70) در یکی از مراحل رشد روانی-جنسی ارتباط دارد. مثلا" فردی که منش دهانی[[70]](#footnote-71) دارد فردی است منفعل و وابسته، چون در مرحله دهانی تثبیت شده است و فرد در این مرحله برای دریافت غذا عمدتا" به دیگران وابسته است، پس از فروید ویلهلم رایش اصطلاح زره منش[[71]](#footnote-72) را وضع کرد و منظورش سبک‌های دفاعی مشخصه‌ای بود که افراد به کار می‌بردند تا از خود در برابر تکانه‌های درونیشان و نیز در برابر اضطراب بین فردی‌ای که در روابط خود با افراد مهم زندگی شان پیدا می‌کنند محافظت کنند ( کاپلان[[72]](#footnote-73)،2003).

از دیدگاه اتوکرنبرگ[[73]](#footnote-74) کودک در دوران رشدی خود مجبور است که احساس عشق و نفرت را یکپارچه نماید برای انجام این مهم کرنبرگ سه مرحله رشدی را با توجه به دو نیم سازی متمایز می‌کند؛ مرحله اول : کودک خود[[74]](#footnote-75) و موضوع[[75]](#footnote-76) را به عنوان نهاد و ذات خوب و بد تجربه نمی‌کند. مرحله دوم : کودک خوب و بد را به این دلیل که متفاوت از هم هستند تجربه می‌کند اما به این علت که مرزهای بین خود و دیگران هنوز تشکیل نشده‌اند افراد دیگر به عنوان اشخاصی کاملا" خوب[[76]](#footnote-77) یا کاملا" بد[[77]](#footnote-78) انگاشته می‌شوند البته با توجه به عملکرد خاص این افراد این تفکر که دیگری بد است متضمن بد انگاشته شدن خود نیز می‌باشد در نتیجه بهتر است که در مورد مراقب به عنوان دیگری خوب اندیشید تا خود هم خوب دیده شود. مرحله سوم : دو نیم سازی به این صورت حل و فصل می‌شود که خود و دیگری می‌توانند همزمان کیفیات خوب و بد را دارا باشند و داشتن افکار تنفر‌آمیز درباره دیگری به این معنی نیست که کل خود تنفر‌آمیز است و کل دیگری نیز تنفر‌آمیز است بلکه بخش هایی از آنها نفرت‌آور می‌باشند (سگال[[78]](#footnote-79) ،2006 ).

حال اگر فردی در تکمیل این سه مرحله رشدی شکست بخورد اینجاست که آسیب شناسی شخصیت مرزی شکل خواهد گرفت و توسعه می‌یابد. شخصیت مرزی از یکپارچه کردن تصویر خوب و بد در هر دو مورد خود و دیگری ناتوان است. کرنبرگ همچنین شرح می‌دهد که در افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند بازنمایی بد بر بازنمایی خوب چیره گشته است و این چیرگی بازنمایی بد بر خوب آنها را مجبور می‌کند که عشق و روابط جنسی را به صورتی متفاوت و به خطا درک نمایند. این افراد از روابط صمیمی و محبت‌آمیز دچار اضطراب شدید می‌شوند چرا که مرزهای بین خود و دیگری شکل نگرفته و لحظات صمیمانه و محبت‌آمیز بین خود و دیگری به معنی ناپدید شدن و در واقع بلعیده شدن خود توسط دیگری می‌باشد که این موضوع به عنوان ماشه چکان و راه انداز اضطراب بسیار شدید در این افراد است. برای غلبه بر این اضطراب تحمل ناپذیر دیگری باید تبدیل به شخص بدی شود تا به عنوان مسئول ایجاد اضطراب شناخته شود، اما اگر دیگری بد باشد ناگزیر خود نیز بد خواهد بود، اما خود را به عنوان شخص بد انگاشتن بسیار تحمل ناپذیر و سخت است. در نتیجه از بعد دیگری مسئله را می‌نگرد : خود خوب است اما این به معنی دیگری خوب است هم می‌باشد و در نتیجه با تفکر قبلی مبنی بر بد انگاشتن دیگری در تضاد است و این چرخه معیوب و لاینحل به خودی خود و مداوم تکرار می‌شود ( سگال ، 2006 ).

**ساز و کارهای دفاعی** : بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی غالبا" از ساز و کارهای دفاعی ابتدایی و بدوی استفاده می‌کنند و ارتباط‌های عینی درونی شده اشان کیفیت ویژه‌ای دارد که در روابط بین فردیشان مشهود است. در روان درمانی روانپویشی نیز در حین انتقال، همان دفاع‌ها و الگوهای ارتباطی عینی دوباره به کار می‌افتند.

ساز و کارهای دفاعی مهم در بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی بدین شرح می‌باشد:

دو نیم سازی جدا کردن انگاره های مثبت مربوط به خود و عینیت از انگاره‌های منفی آنها

انکار نادیده انگاشتن عاملانه واقعیات مهم

بی ارزش نمایی کوچک شمردن و طرد چیزی همراه با تحقیر

آرمانی نمایی بدوی غلو و مبالغه در قدرت و اعتبار فرد دیگر

همه کار توانی غلو و مبالغه در قدرت

فرافکنی منتسب کردن تکانه های متعارض خود به فردی دیگر

همانند سازی فرافکنانه نوعی فرافکنی به کسی که بیمار می­ خواهد با این کار بر او سلطه ( کنترل ) داشته باشد.

در ذیل ساز و کار این دفاع‌ها به صورت خلاصه بررسی می‌شود.

در دو نیم‌سازی، بیمار، افرادی را که نظر دو دلانه‌ای به آنها دارد ، اعم از اینکه در گذشته بوده‌اند یا در حال، به دو دسته افراد خوب و بد تقسیم می‌کند. بی ارزش نمایی و آرمانی نمایی بدوی اغلب به صورت کوچک شمردن قدرت و اعتبار درمانگر و یا غلو و مبالغه در آن دیده می‌شوند. همه کار توانی بیمار در مبالغه‌ای که در قدرت افکار و احساسات خود می‌کند دیده می‌شود. فرافکنی در محیط درمانی کار را به آنجا می‌کشاند که بیمار، تکانه ها، عواطف و سایر محتویات روانی خود را به درمانگر منتسب می‌کند. همانند سازی فرافکنانه نوعی فرافکنی "نشت کننده" است. مثلا" بیمار حالت خصومت آمیز خود را به درمانگر

می‌کند و می‌ترسد که مبادا مورد حمله او واقع شود. در همان حال، احساس می‌کند با این خصومت به نوعی مرتبط است و مسئول آن است. به عبارتی دیگر بیمار همچنان با این خصومت احساس همانندی می‌کند یعنی احساس می‌کند باید سعی کند پرخاشگری درمانگر را که منتظر بروز آن است مهار کند ( رفیعی ، 1373 ).

بررسی روان‌پویشی نقش عوامل شخصیتی در خیانت زناشویی

یاسمین کریمی، دکتر نادر منیرپور، بیتا رحمتی

خیانت یکی از عمده‌ترین عوامل نارضایتی و فروپاشی رابطه زناشویی قلمداد می‌شود. پیشنهاد شده است که ویژگیهای شخصیتی توان پیش بینی تمایل آنها به خیانت را دارد. در مطالعه حاضر تاثیر عوامل شخصیتی در خیانت بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت: نوروزگرایی، برونگرایی، توافقپذیری، وظیفه‌شناسی و تجربه‌پذیری بررسی شده است. تحقیقات تجربی بسیاری نشان داده‌اند که نه تنها این مدل ارزیابی صحیحی را از شخصیت به دست می‌دهد؛ بلکه همچنین ابعاد آن در طول عمر افراد نسبتا پایدار هستند. در این مطالعه نتایج تعدادی از تحقیقات در زمینه ارتباط میان ویژگیهای شخصیتی و خیانت زناشویی به شکل مروری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. مقدمه: ارتباط با افراد دیگر، عموما بخش عمدهای از زندگی افراد را تشکیل می‌دهد. بزرگسالان نوعا در اقدام به تک‌همسری گزینی، در زمان جوانی بدنبال ایجاد یک رابطه صمیمانه انحصاری هستند (سیدمن و رایدر، 1994). تقریبا تمامی افراد متاهل یا کسانی که با شریک جنسی خود زندگی می‌کنند، انتظار دارند شریک آنها از نظر جنسی و احساسی به آنها وفادار باشد (جایامالا ماداثیل، دایا سینگ سندهو، 2008)، ولیکن میزان شیوع خیانت نیز بسیار قابل توجه است (لاوسون و سامسون، 1988; مایرینگ و اپلینگ- مک ورتر، 1986; پسترک، مارتین، و مارتین، 1985; اسپانیر و مارگولیس، 1983; تریاس و گیسن، 2000; ویدرمن، 1997).خیانت جنسی برای افراد در تمام سنین، یکی از عمده‌ترین دلایل شکستن قواعد ازدواج و تعهد است (شپارد، نلسون، و آندرولی- ماتیس، 1995) و به شدت بر عملکرد و ثبات رابطه اثر میگذارد (دریگوتاس، سفستروم، و جنتیلیا، 1999; ویزمن، دیکسون، و جانسون، 1997)، قواعد رابطه را برهم می‌زند، خلاف انتظارات طرف مقابل بوده؛ همچنین اعتمادی را که رابطه براساس آن شکل گرفته مخدوش می‌نماید (فلدمن و کافمن، 1999; هولمز و رمپل، 1989; پرویتی و آماتو، 2004). این خیانت‌ها ممکن است بعنوان یک عامل تسهیل‌کننده عمل کرده و نارضایتی‌های بنیادی در ازدواج را ظاهر سازد که این مشکلات درنهایت ممکن است منجر به طلاق گردد (کاپلان و سادوک، 2007).

خیانت از نظر اکثریت افراد، داشتن ارتباط جنسی با یک شخص سوم خارج از زناشویی است (هرتلین و همکاران، 2005). کاپلان و سادوک (2007)، زنای محصنه[[79]](#footnote-80) را مقاربت جنسی داوطلبانه یک فرد متاهل با کسی غیر از همسر خود تعریف کرده‌اند. تامپسون (1984) نیز خیانت را بعنوان "یک ارتباط جنسی تناسلی خارج از ازدواج، بدون آگاهی یا رضایت همسر" معرفی می‌کند که در مطالعه حاضر نیز این تعریف اقتباس شده است.

**شیوع و پیامدها**: خیانت زناشویی، دارای تاریخچه طولانی در حیات انسان است (هاروی، 1995) و مطالعات بسیاری دلایل و شیوع روابط جنسی "خارج از رابطه زناشویی" را بررسی کرده‌‌اند (بنکز، 2001). آمارهای موجود در رابطه با شیوع خیانت در روابط زناشویی، متفاوت است. درصد این روابط در ایالات متحده بین 26 تا 70% برای زنان و 33 تا 75% برای مردان متغیر بوده است (داپری، وایت، اولسن، و لافلور، 2007; پلات، نالبون، کاسانووا، و وچلر، 2008). اگرچه این نوع روابط جنسی عمدتا به طور پنهانی انجام می‌شوند، بررسی‌های تجربی دیگری نرخ آن را در طول دوران زندگی زناشویی بین 30 تا 60% برای مردان و بین 20 تا 50% برای زنان تخمین زده‌اند (گلاس و رایت، 1992; کینسی، پومروی، و مارتین، 1948; کینسی؛ پومروی، مارتین، و گبهارد، 1953; هانت، 1974; آثاناسیو، شاور، و تاوریس، 1970; لوین، 1975; پترسن، 1983). این آمار و ارقام با تحقیقات پیشین کینزی در اواخر دهه 1940 همخوانی داشته و تفاوت چشمگیری نشان نمی‌دهد (لامن و همکاران، 1994، ویدرمن، 1997; الگییر و الگییر، 1995).

**عوامل:** تحقیقات انجام شده در رابطه با خیانت حاکی از آن است که دلایل متعددی را می‌توان برای اقدام افراد به چنین کاری برشمرد، ازجمله نارضایتی در رابطه فعلی، تمایل و اشتیاق برای تنوع یا هیجان جنسی، انتقام، خشم یا حسادت، احساس عدم امنیت یا نامطمئن بودن درمورد رابطه، همنشینی و صمیمیت، بلوغ نایافتگی و کمبود تعهد، علاقه مفرط برای برقراری رابطه عاشقانه با فرد خارج از رابطه زناشویی، نارضایتی جنسی، افزایش عزت نفس، ناتوانی در کنترل وسوسه‌ها، در دسترس نبودن همسر، مصرف دارو یا الکل (بانک، 1980; دریگوتاس و همکاران، 1999; فلدمن و کافمن، 1999; فلدمن و همکاران، 2000; گلاس و رایت، 1988; روسکو و همکاران، 1988). علاوه بر دلایل مذکور، ادبیات موجود دررابطه با انگیزه‌های ارتکاب به خیانت متغیرهای دیگری را نیز منجمله سن، تحصیلات، وجود فرصت‌ها، طول مدت رابطه، تاریخچه طلاق، مذهبی بودن، رضایت از رابطه و عوامل و ویژگی های شخصیتی را در این زمینه موثر دانسته‌اند (آتکینز و همکاران، 2001; گریلی، 1994).

شخصیت، نقش عمده‌ای را در بسیاری از زمینه‌های زندگی ایفا می‌کند (لارسن و باس، 2002) درمانگران و نیز عموم مردم، عوامل شخصیتی را یکی از عوامل سببی اهتمام افراد به خیانت می‌دانند (باس و شکلفرد، 1997). امرورزه مدل پنج عاملی در ارزیابی شخصیت یکی از رویکردهای مسلط را در حیطه شخصیت به خود اختصاص داده است. مدل پنج عاملی[[80]](#footnote-81) مک گری و کوستا شامل پنج بعد اصلی شخصیتی است. این عوامل عبارتند از: برونگرایی[[81]](#footnote-82)، توافق­پذیری[[82]](#footnote-83)، وظیفه‌شناسی[[83]](#footnote-84)، نوروزگرایی[[84]](#footnote-85) و تجربه پذیری[[85]](#footnote-86) (وید و والش، 2008). نوروزگرایی عموما نداشتن سازگاری روانی، بی‌ثباتی احساسی و کنترل پایین خلق تلقی می‌شود (جاج و همکاران، 1999؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989). برونگرایی تجربه احساسات مثبت است و عمدتا شامل خصوصیات اجتماعی، مسلط و فعال بودن می‌باشد (بوت‌وین و همکاران، 1997؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989؛ جاج و همکاران، 1999). تجربه پذیری را هوشمندی، خلاقیت، ارزش‌های فرهنگی، کنجکاوی، توانایی ادراک و بصیرت تعریف کرده‌اند (جاج و همکاران، 1999؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989). توافق‌پذیری، شامل صفات همکاری، سخاوتمندی، اعتماد و گرمایش فردی می‌باشد (بوت‌وین و همکاران، 1997؛ جاج و همکاران، 1999؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989). وظیفه‌ شناسی به صفات سازماندهی، سخت‌کوش و ساعی بودن اطلاق می‌شود (بوت‌وین و همکاران، 1997؛ جاج و همکاران، 1999؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989). کوزک (1996) عنوان نمود که افرادی که در این مقیاس‌ها با همسر خود همبستگی دارند، رضایت زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند. بعلاوه، نداشتن شباهت در مقیاس‌های پنج گانه، با خیانت و یا نارضایتی زناشویی مرتبط است (اورزک و لانگ، 2005). تحقیقات تجربی بسیاری نشان داده‌اند که نه تنها این مدل ارزیابی صحیحی را از شخصیت به دست می‌دهند؛ بلکه همچنین ابعاد آن در طول عمر افراد نسبتا پایدار هستند (سولدز و وایلانت، 1999) و تاحدودی نیز ارثی‌اند (لوهلین، مک‌کرا، کوستا و جان، 1998).

**تبیین:** باس و شکلفرد (1997) ارتباط نیرومند و مستقیمی را بین شخصیت و احتمال ارتکاب به خیانت یافتند. آن عامل وظیفه شناسی را باثبات‌ترین عامل پیش‌بینی کننده خیانت معرفی کرده‌اند. افرادی که در مقیاس وظیفه‌شناسی نمره کمتری را به دست می‌آوردند، به احتمال بیشتری مرتکب خیانت می‌شدند (اشمیت، 2004)؛ این یافته حاکی از آن است که این افراد تمایل دارند کمتر سازماندهی شده و قابل اعتماد باشند (کاسکا و مک کرا، 1992؛ هوگان و وانز، 1997). باس و شکلفرد (1997) نیز گزارش کردند که افراد دارای نمره پایین‌تر در مقیاس وظیفه‌شناسی، بیشتر خیانت می‌کنند.

فردی که وظیفه‌شناس و وجدان‌گراست، احتمال بیشتری وجود دارد که علیرغم تعارضات در رابطه بماند و در برابر وسوسه‌های محیط مقاومت کند؛ درنتیجه این افراد به احتمال کمتری خیانت می‌کنند (بارتا و کین، 2005).

هندریک و هندریک (1987) به این نتیجه رسیدند که عدم بازداری[[86]](#footnote-87) و تجربه پذیری در مقابل تجربیات متفاوت، با خیانت در روابط ارتباط دارند. البته تحقیقات دیگری نیز نتایجی عکس این مطلب را مطرح نمودند، برای نمونه، شاور و برنان (1992) طی بررسی‌های خود دریافتند که گشودگی کمتر، منجر به رضایت کمتر و درنتیجه تعهد کمتر در روابط صمیمانه می‌شود.

کسانی که در مقیاس برونگرایی نمره بالاتری کسب کردند، بیشتر مرتکب خیانت می‌شدند؛ این یافته حاکی از آن است که آنها اجتماعی‌تر و فعال‌تر هستند و از طریق خیانت، تحریک و تهیج بیشتری می‌یابند که از کسل شدن و افسردگی جلوگیری می‌کند (هندریک و هندریک، 1987). برونگرایی همچنین نیازمند سرمایهشگذاری کمتری در رابطه است. از آنجا که افراد برونگرا بدنبال تحریک و هیجان هستند، کمتر متعهد میششوند که در نهایت منجر به خیانت می‌شود (دریگوتاس و همکاران، 1999؛ راس بالت، 1983).

توافق پذیری، با تمایل به خشنودسازی دیگران و وابستگی ارتباط دارد (جاج و همکاران، 1999؛ پیبادی و گلدبرگ، 1989). اورزک و لانگ (2005) دریافتند که خیانت کاران توافق‌پذیری بسیار بالاتری نسبت به کسانی که خیانت نمی‌کنند دارند. شاید بتوان برای توضیح این مطلب از مدل سرمایه‌گذاری راس بالت (1983) استفاده کرد؛ اگر خیانت‌کاران خود را توافق‌ پذیرتر تلقی می‌کنند، خیانت را می‌توان اینگونه توجیه کرد که فرد خود را فداکارتر و ایثارگرتر از دیگری می‌داند و احساس می‌کند از وی سوء استفاده شده است، و از طریق خیانت بدنبال تلافی است. بوتوین و همکارانش (1997) نیز به این نتیجه رسیدند همسرانی که توافق‌پذیرتر هستند، رضایت زناشویی بیشتری دارند و به احتمال کمتری خیانت می‌کنند.

به نظر می‌رسد که عامل توافق‌پذیری بر رضایت از رابطه تاثیرگذار است. فردی که در مقیاس توافق‌پذیری نمره کمی می‌گیرد، احتمالا در برابر تعارض‌هایی که در رابطه بوجود می‌آید، با خشم واکنش نشان می‌دهد. مشاهدات نشان می‌دهد که خشم بعنوان انگیزه‌ای برای خیانت عمل می‌کند (گلاس و رایت، 1988).

افراد نوروتیک و کسانی که سبک دلبستگی اجتناب[[87]](#footnote-88) دارند (کسانی که از دیگران فاصله می‌گیرند)، دارای ثبات احساسی کمتری هستند، توافقپذیری پایین‌تری دارند و در عامل تجربه پذیری نیز نمره کمتری کسب می‌کنند؛ به احتمال بیشتری به روابط کوتاه‌ مدت‌تر می‌پردازند و میزان رضایت و تعهد آنها عموما پایین‌تر است (شاور و برنان، 1992) که درنهایت منجر به خیانت می‌شود (فلدمن و کافمن، 1999). افراد نوروتیک کمتر در روابط خود احساس خوشنودی و رضایت می‌کنند (کارنی و بردبری، 1997)، احساس عدم امنیت می‌کنند و احتمال بیشتری وجود دارد که بصورت تکانشی رفتار کنند (مک کرا و جان، 1992)؛ چنین افرادی به احتمال بیشتری ممکن است خیانت کنند (بارتا و کین، 2005).

ویژگی‌های توصیفی آزمون ترسیم یک درخت

ترانه کوهستانی، دکتر شهلا پاکدامن

**هدف:** این پژوهش در پی پاسخ گویی به این سؤال است که ویژگی‌های توصیفی آزمون ترسیم یک درخت در کودکان مضطرب 4 تا 11 ساله چیست؟ چرا که نقاشی بر اساس ادبیات موجود به عنوان یک ابزار ارتباطی و فرافکنی می‌تواند نقش مؤثری را در فعالیت های بالینی داشته باشد. ابزاری که مانع سانسورهای هشیار فرد در مورد بروز مشکلات و ریشه‌های اختلالات آن‌ها شود. از آن جا که اضطراب از حد بهنجار تا نابهنجار آن در جمعیت کودکان وجود دارد، برای ردیابی اولیه مشکلات اضطرابی شاید بتوان از نقاشی و به طور مشخص آزمون ترسیم یک درخت استفاده نمود.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای تصادفی 80 دختر 4 تا 11 ساله شهر تهران به عنوان نمونه از جامعه آماری کودکان 4 تا 11 ساله تهرانی انتخاب شده اند. آزمودنی‌های سنین دبستانی با همین روش نمونه‌گیری از مدارس منطقه 2 تهران انتخاب شدند، سپس با استفاده از آزمون نظام سنجش رفتاری کودکان آشنباخ (CBCL) و آزمون ترسیم یک درخت و یک آزمون محقق ساخته تشخیصی اضطراب برای کودکان 4 تا 6 سال، اطلاعات لازم جمع آوری شد.به این صورت بر اساس CBCL و آزمون محقق ساخته تشخیص اضطراب در آن‌ها داده شده بود که در آزمون محقق ساخته برآورد میانگین نمرات دانش آموزانی که نمره بالاتر از صفر دریافت کرده‌اند بین 2 تا 5 است (17 نفر) و در آزمون CBCL بین 3/1تا 3/4 می‌باشد (26 نفر) که با استفاده از جدول فراوانی،درصد فراوانی و نمودار به توصیف نشانه‌های آن پرداخته شده است.

در مورد ابزارهای پژوهش لازم به ذکر است که نظام سنجش رفتاری کودکان (٤-١٦ سال) مقیاسی است برای ارزیابی کودکان از طریق گزارشات والدین،معلم و خود فرد.

CBCL (٦ تا ١٨ سال) شامل ١١٨ مورد برای توصیف رفتار‌های خاص و مشکلات هیجانی و ٢ مورد برای مشخص شدن مشکلات اضافی می‌باشد.

آزمون ترسیم درخت در ١٩٢٨ ابتدا توسط امیل یوکر مورد استفاده قرار گرفت. در سال ١٩٣٤ تحقیقات هرلاک و تامسون،تحول ادراک‌های کودک را از راه تست‌های ترسیمی،برجسته ساختند. کخ و بعد استورا از درخت به عنوان موضوعی جهت شناخت شخصیت کودک استفاده کرده‌اند .

در این آزمون تمام اجزاء درخت بررسی شده‌اند که عبارتند از:

ابعاد درخت، موضع و چگونگی قرار گرفتن آن در صفحه، خطوط ترسیمی، خط زمین، ریشه، تنه و شاخسار.

نتیجه:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نشانه های اضطراب | فراوانی | درصد فراوانی |
| سایه زدن خطوط تیز و گسترده | 28 | 11/65 |
| شاخسار مغشوش و در هم ریخته | 23 | 48/53 |
| شاخسار پر پیچ و تاب که به خوبی با هم تلاقی نکرده اند | 18 | 86/41 |
| ترسیم درخت در یک چهارم بالای صفحه | 18 | 86/41 |
| قرینه سازی | 14 | 55/32 |
| شاخسار بسیار گسترده | 11 | 58/25 |
| ترسیم درخت کاملا در سمت چپ | 7 | 27/16 |
| ترسیم درخت در یک چهارم پایین صفحه | 6 | 27/16 |
| تزئین درخت با گل | 3 | 97/6 |
| گستردگی ریشه ها | 2 | 65/4 |
| باریک شدن قاعده تنه درخت | 1 | 32/2 |
| اگر درخت همه سطح صفحه را اشغال کند | 1 | 32/2 |
| اندازه ریشه با تنه درخت مساوی باشد | 1 | 32/2 |
| سیاه کردن چوب کبریتی | 1 | 32/2 |
| دستکاری ها و تصحیح های مکرر | 1 | 32/2 |
| شاخسار بسته و پر | 1 | 32/2 |
| ترسیم دایره های کوچک | 1 | 32/2 |
| موضع درخت روی خط عمودی مرکزی | 1 | 32/2 |
| خط سربالا | 1 | 32/2 |

فراوانی نشا‌نه های آزمون ترسیم درخت در کودکان مضطرب (بر اساس ملاک آشنباخ)

**تبیین:** دو آیتم اول جدول؛ سایه زدن خطوط تیز و گسترده (11/65 درصد) و شاخسار مغشوش و درهم ریخته (48/53درصد ) دارای بیشترین درصد فراوانی هستند که می‌توان گفت این دو نشانه مبین اضراب هستند.

سياه كردن اضطراب آميز بر اساس ترسيم خطوط گسترده تيز و مكرر،عصيان در برابر موقعيتي را نشان مي‌دهند كه آزمودني از پذيرش آن امتناع مي‌كند. كودكاني كه دچار اضطراب هستند داراي يك خشم پنهان نسبت به فرد يا موقعيتي هستند كه قدرت بروز آن را ندارند ،آن را در خود ريخته و دچار اضطراب مي‌شوند که بر اساس DSM-IV-TR احساس عصبانیت و بی‌صبری از علائم اضطراب است .

شاخسار مغشوش و در هم ریخته نشانگر ناآرامی روانی و افسانه پردازی است.کودک ناآرام آشفتگی خود را به صورت درهم و مغشوش نشان می‌دهد که براساس DSM-IV-TR تشویش مفرط و دلواپسی از علائم اضطراب است.

نشانه‌های شاخسار پر پیچ و تاب که به خوبی با هم تلاقی نکرده‌اند (86/41 درصد) و ترسيم درخت در يك چهارم بالاي صفحه (86/41 درصد) که نشان دهنده نوعي ناآرامي، تحريك پذيري مي‌باشد و قرينه سازي (55/32 درصد) که مبين وجود حالت تنش است و شاخسار بسیار گسترده (58/25 درصد) که نشان دهنده نا آرامی و بی‌قراری است و نشانه‌های ترسيم درخت كاملا در سمت چپ صفحه (27/16 درصد) که نشان دهنده وابستگی افراطی به مادر است و ترسیم درخت در یک چهارم بالای صفحه (27/16 درصد) که نوعی نا آرامی و نا پایداری را نشان می‌دهد و تزئین درخت با گل (97/6 درصد) که مبین وجود حساسیت هنری و معرف امیال دست یافتنی و ارضاء شدنی به ترتیب در رده‌های بعد قرار دارند که به دلیل درصد فراوانی پایین تر نمی‌توان به طور قطعی بیان کرد که بین این نشانه‌ها و اضراب رابطه جود دارد و نیاز به تحقیق و بررسی بیشتری دارد.

مقایسه طرح‌های روان‌شناختی هنرمندان موسیقی با همتایان غیر هنرمند آنان

دکتر حسین لطف آبادی[[88]](#footnote-89) ، علی شریفی[[89]](#footnote-90)

کیفی از نمونه‌های خاص در درون گروه‌های نمونۀ تحقیق ، توصیف و تبیین و تفسسیر دقیق‌تر موضوع امکان پذیر گردد.

مقایسۀ طرح‌های روان شناختی هنرمندان موسیقی با همتایان غیر هنمرمند آنان نشان داده است که جدا از وجوه مشترک این طرح‌های روان شناختی در دو گروه هنرمندان و غیر هنرمندان ، کدام تفاوت‌های روان پویایی در وضعیت روانی آنان مشاهده می‌شود.

وضعیت روان شناختی افراد در طرح‌های روان شناختی سالم و ناسالم آنان بازتاب می‌یابند. این طرح‌ها نوعی سازه‌های نظام دار روان شناختی و ترکیبی از ویژگی‌های روان پویایی و سازه‌های شناختی و روش برخورد با واقعه ها به شمار می‌آیند که در برگیرندۀ 1- محرومیت عاطفی، 2- رها شدگی، 3- بی اعتمادی،4- انزوا، 5- نقص وشرم، 6- ترس از موفقیت، 7- وابستگی، 8- آسیب پذیری، 9- گرفتار بودن، 10- اطاعت، 11- ایثار، 12- بازداری هیجانی، 13- معیارهای سرسختانه، 14- خود بزرگ‌ بینی، 15- خویشتن پنداری هستند. طرح‌های روان شناختی مذکور در سطوح زیر هشیاری فعال اند و جهت دهندۀ چگونگی زندگی افراد به شمار می‌آیند.

از آنجا که معمولاً افرادی که دچار آسیب‌های شخصیتی هستند از برخورد سالم با عمیق ترین طرح‌های روان شناختی خود که اساساً ریشه در تجارب مهم اوائل زندگی دارند و سازمان دهندۀ اندیشه و احساسات ورفتار آنان است اجتناب می‌کنند، شناسایی دقیق طرح‌های روان شناختی درمانجو توسط درمانگر و شناساندن گام به گام آنها به وی کمک می‌کند که درمانگر و درمانجو در سطح عمیق تر روان شناختی با یکدیگر ارتباط گیرند و احساس و شناخت و ارزیابی و تفسیر درمانجو از واقعه های زندگی را برای مداخله‌های بالینی در راستای سلامت روانی وی میسر سازند.

در پژوهش موضوع این مقاله ، یک گروه از هنرمندان موسیقی کلاسیک ایرانی که ده تا سی سال پیشینۀ مستمر نوازندگی داشته اند با یک گروه همتای سنی و جنسیتی و تحصیلی که هیچگونه پیشینه کار هنری ندارند از نظر طرح‌های روان شناختی مورد پژوهش و مقایسه قرار گرفته ‌ند و تفاوت‌های آنان از نظر مؤلفه‌های سالم و ناسالم این طرح ها آشکار شده است.

روش پژوهش در این موضوع از نوع روش ترکیبی تبیینی (Explanatory Mixed Method Design ) بوده و کوشش شده است که ابتدا به منظور دستیابی به تصویری عمومی از موضوع اطلاعت مربوط به پانزده طرح اساسی روان شناختی گردآوری شود و سپس با دستیابی به اطلاعت کیفی از نمونه‌های خاص در درون گروه‌های نمونۀ تحقیق ، توصیف و تبیین و تفسسیر دقیق‌تر موضوع امکان‌پذیر گردد.

مقایسه میزان و انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با اختلال استرس پس از سانحه بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و افراد عادی شهر اصفهان.

محسن لعلي[[90]](#footnote-91)، دکتراحمد عابدی[[91]](#footnote-92)

**زمينه و هدف:** کودک آزاري از جمله شايعترين و پيچيده‌ترين مسائل رواني\_اجتماعي جامعه امروزي است. این پدیده و تجربیات ناگوار دوران کودکی دارای اثرات و پیامدهای دراز مدت ناخوشاین بر تحول و سازگاری شخصیت در دوران بزرگسالی می‌باشد (آنداوهمکاران، 2006). در اين خصوص پژوهش‌های متعددی به پيامدهاي طولاني مدت سوء استفاده از کودکان و نوجوانان از جمله افسردگي، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه و ساير اختلالات روانپزشکي اشاره کرده‌اند. کودک ‌آزاري ‌به هر شکل ‌که‌ صورت گيرد داراي پيامدها و عواقب ناگواري است اما خطر مشکلات عاطفي و سازشي زيادتر است (آنتونی و جوديت، 2007). پيامدهای کودک آزاری را می‌توان در دو جلوه جسمانی و روانی بررسی کرد. جلوه‌های جسمانی کودک آزاری، شکستگيها، کبودی بدن، معلوليت جسمانی و در نهايت فوت کودک می‌باشد و جلوه‌های روانی کودک آزاری که شامل اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب فراگير، اختلال استرس پس سانحه، پرخاشگری و... می‌گردد (مدنی،1383). از ديگر پيامدهای کودک آزاری رفتارهاي ضد اجتماعي و پرخاشگري به همراه ترس و اضطراب می‌باشد. در پژوهش هوروتيز (2001) مردان و زنان آزارديده در دوران کودکی ویژگی‌های شخصيت ضد اجتماعي داشتند. از ديگر مشكلات رفتاري كودكان آزارديده اختلالات اضطرابي و سوء مصرف مواد است (بارتولومو، 2000؛ سوانستون، 2003).

 يکی از مهمترين و رايجترين اختلالات روانی که می‌تواند از پيامدهای کودک آزاری دوران کودکی باشد اختلال استرس پس از است. اختلال استرس پس ازسانحه را مجموعه‌ای از علايم (سندرم) که در پی مواجهه با عامل فشارزای بی‌نهايت شديد پيدا می‌شود، و اين مواجهه می‌تواند به صورت ديدن، شنيدن باشد. فرد به صورت ترس و درماندگی به اين تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائما در ذهن خود منسجم می‌کند و در اين حال می‌خواهد از ياد آوری آن اجتناب کند. در بررسي‌ها و معاينات روانپزشكان، بزرگسالاني كه براي درمان اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات مرتبط با اختلالات اضطرابی به مراکز درمانی مراجعه كرده بودند اغلب در دوران كودكي سابقه كودك آزاري جنسي داشتند (مريز وكيستي، 2001؛ کینگ و همکاران، 2003 و کارن ولورنا، 2006).

لذا پژوهش حاضر با هدف "مقايسه ميزان رابطه تاثير بدرفتاري والدين در دوران كودكي با اختلال استرس پس از سانحه بيماران سرپايي مراجعه كننده به مراكز مشاوره و افراد عادي شهر اصفهان" انجام گرفت تا با استفاده ازيافته ها و نتایج روشهای مناسب ودرست رفتار باکودکان دراختيار برنامه ريزان ومسوولان قرار گيرد.

**روش کار:** پژوهش حاضراز نوع علی \_ مقايسه ای و نمونه آماري شامل دوگروه 50 نفري ، 50 نفر افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه)که با استفاده از ابزار مصاحبه تشخيصی جامع بين المللی (CIDI) وهمچنين براساس-R DSM IVبه روش مصاحبه به وسيله متخصص روانپزشکی مسجل شد انتخاب ومورد بررسي قرارگرفتند و 50 نفر افراد سالم که بصورت تصادفي انتخاب گرديدند.گروه بيمار بطور تصادفي در روزهايي که به مراکز خدمات مشاوره‎اي مراجعه کرده بودند انتخاب شدند و براي انتخاب افراد عادي نيزاز روش نمونه گيري تصادفي استفاده گرديدکه دو گروه از نظر ويژگيهای جمعيت شناختی (سن ،جنس وتاحدود زيادی وضعيت اقتصادی-اجتماعی)همتاسازی شدند. برای سنجش کودک آزاری نيز از مقياس خود گزارشي کودک آزاري محمد خاني و همکاران استفاده شد.

يافته ها و نتايج :

|  |
| --- |
| جدول1- نتايج آزمون تحليل واريانس چند متغيره(مانوا) تفاوت دو گروه افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه)و عادي در مقياس كودك آزاري |
| شاخص آماري منبع  | لامبداويلز | F | سطح‌معناداري |  | توان‌آزمون |
| گروه  | 784/0 | 01/24 | 001/0 | 74/0 | 100 |

اطلاعات جدول1 نتايج آزمون تحليل واريانس چند متغيري ( مانوا) تفاوت دو گروه افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه)و عادي در مقياس كودك آزاري را نشان مي دهد بر اساس اين نتايج ، بين دو گروه در مقياس كودك آزاري تفاوت معناداري در سطح وجود دارد. ميزان مجذور اتا 74 درصد مي باشد. يعني 74 درصد تفاوت بين دو گروه توسط كودك آزاري تبيين مي شود.

|  |
| --- |
| ادامه جدول1- نتايج آزمون تحليل واريانس چند متغيره(مانوا) تفاوت دو گروه افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه)و عادي در مقياس كودك آزاري |
| شاخص آماري منابع تغييرات  | مجموعه مجذورات | درجهآزادي | ميانگين مجذورات | F | سطح معناداري |  | توان‌آزمون |
| گروه | بدرفتاري عاطفي | 6/45 | 1 | 6/45 | 26/23 | 001/0 | 38/0 | 100 |
| بدرفتاري جسمي | 62/65 | 1 | 62/49 | 51/33 | 001/0 | 41/0 | 100 |
| بدرفتاري جنسي | 22/52 | 1 | 22/52 | 57/22 | 023/0 | 48/0 | 100 |
| غلفت | 02/47 | 1 | 02/47 | 64/18 | 001/0 | 44/0 | 100 |

نتايج تحليل واريانس چند متغيري (MANOVA) نشان داد كه ميانگين بدرفتاري والدين گروه بيمار بطور معني داري بيشتر از گروه عادي است(). همچنين ميانگين نمرات افراد بيماربا توجه به زير مقياس‌هاي بدرفتاري عاطفي (0=P)، جسمي (0=P)، جنسي (002/0=P) و غفلت (002/0=P) بطور معني داري بيشتر از افراد عادي بود. نتايج همچنين نشان داد كه نمرات بيماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مقايسه با افراد عادي در هر چهار زير مقياس بدرفتاري، به ويژه درزير مقياس‌های جنسی و جسمی به طور معني داري بيشتر است (001/0>P).

**بحث ونتيجه‌گيری:** پژوهش حاضر با هدف مقايسه نيمرخ تفاوت دو گروه افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه)و عادي در مقياس كودك آزاري انجام شد. نتايج پژوهش نشان داد كه افراد بيمار (اختلال استرس پس از سانحه) در مقياس كودك آزاري و خرده آزمون‌هاي آن شامل عاطفي، جسمي، جنسي و غفلت به طور معناداري داراي عملكرد بالاتر بودند.

براساس يافته‌های اين پژوهش وتفاوتهای معنی‌دار، بين انواع بدرفتاری والدين (بدرفتاري جسمي ،عاطفي ،جنسي وغلفت) با ا ختلال استرس پس از سانحه و با توجه به پيامدهاي كوتاه مدت وبلند مدت منفي كودك آزاري بايد گامهاي مهم واساسي در جهت حل آن برداشت از جمله آموزش کليه افراد جامعه بخصوص والدين ،مربيان وکودکان واستفاده از روشهای مثبت تربيتی به جای تنبيه، آموزش روشهاي فرزندپروري به كليه افرادي كه با كودكان سروكاردارند وتاسيس انجمن‌هاي فعال دفاع از حقوق كودكان وتصويب قوانيني كه نقش پيشگيرانه در بروز اين پديده دارند.

بررسی سیر تحول شخصیت احمد شاملو(شاعر) بر اساس نظریه رشد روانی-اجتماعی اریک اریکسون

دکتر مسعود شریفی[[92]](#footnote-93)، بیژن مارابی[[93]](#footnote-94)،

در «بررسی سیر تحولی شخصیت **احمد شاملو** (شاعر) بر اساس نظریه‌ی رشد روانی-اجتماعی[[94]](#footnote-95) **اریک اریکسون**» روش‏های پژوهش کیفی[[95]](#footnote-96) مبنا و چارچوب کار قرار گرفته است: روش‏هایی مثل بررسی‏های شرح ‏حال ‏نگاری[[96]](#footnote-97)، سنت مطالعه موردی[[97]](#footnote-98)، روش تحلیل محتوا[[98]](#footnote-99) که در عین تمایز یافتگی‏های ظریف، هم‏ پوشانی‏های[[99]](#footnote-100)‏ بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند. تحلیل بازتابی[[100]](#footnote-101) که خود یکی از شیوه‏های تحلیل داده‏های پژوهش موردی است مبنای گزارش بازتابی[[101]](#footnote-102) پژوهش قرار گرفته و بر پایه‌ی آن تحلیل‏ها روایت شده است.

مناسبت انتخاب این روش‏ها برای پژوهش به دیدگاه پژوهشگر در خصوص پژوهش علمی و پدیده‏ی مورد پژوهش بستگی دارد که هم روش کار «اریک اریکسون» در تحلیل تاریخچه‌ی روانی[[102]](#footnote-103) و هم انتخاب «احمد شاملو» به عنوان مورد پژوهشی استفاده از چنین روش‏های انعطاف‏پذیری را اجتناب‏ناپذیر می‏نماید هر چند که در پژوهش‏هایی از این دست با توجه به ماهیت کار ضرورتی در میان نبوده که روش‏شناسی[[103]](#footnote-104) به عنوان امری ثابت و لایتغیر در نظر گرفته شود.

نظام اریکسون و روش تحلیل تاریخچه‏ی روانی در مطالعه شخصیت‏های تاریخی و ادبی، مبنای تحلیلی این پژوهش قرار گفته و بر اساس آن سیر تحول شخصیت شاملو در سه مرحله‏ی پایانی چرخه‏ِ‏ی زندگی بررسی شده است.

تحلیل‏هایی که از شخصیت شاملو بر اساس نظام اریکسون ارائه شده منحصراً مربوط به خود پژوهشگر در چارچوب ذهنیتی روا‏ن‏شناختی ست که شاملو را از منظری تازه مورد بازخوانی قرار داده است. این تحلیل‏ها در سه بخش تنظیم شده که به ترتیب دوره‏های «جوانی»، «میان‏سالی» و «سالمندی» شاعر را در بر می‏گیرد.

بحران‏های هویتی شاعر در جهت کسب هویتی منسجم با مقداری تأخیر در ابتدای سا‏ل‏های جوانی سمت و سو پیدا می‏کند و در مجموعه‏ی «قطع‏نامه» (1330) شاعری به اسم «الف. صبح» متولد می‏شود که بعدها «الف. بامداد» را برای نام شعری خود بر می‏گزیند. در این احساس نوین از هویت که نویسنده‏ی جوان پیش‏تر جادوی کلام را برای کنار آمدن با بحران‏های زندگی فردی و اجتماعی که در آن زیسته است انتخاب کرده بود؛ آن را جهت تعهد به جامعه و انسان به کار می‌گیرد و بر همین مبنا به احساس نوینی از هویت و تعریف خویشتن نایل می‏آید که «عشق ورزیدن» و «کار کردن» ویژگی‏ ممیزه‏ی آن است.

در بررسی سیر تحولی شخصیت شاملو و فضای شعری او «مردم‏آمیزی» که اریکسون برای مرحله‏ی ششم رشد روانی-اجتماعی نظام خود برمی‏شمارد بر قطب مقابل آن که «مردم‏گریزی (انزوا)» است می‏چربد. در واقع دریافتنِ رازِ بلندِ انزوا و زخمِ عمیق آن همان‏گونه که شاعر اشاره نموده است و تجربه‏ی سطح بیشتری از نقطه‏ی مقابل آن که مردم‏آمیزی است رشد متعادل و تحول شخصیتی شاعر را پیش می‏راند که «فضیلت عشق» محصول ایده‏آل و نهایی آن است.

در زندگانی شاملوی جوان آرمان‏ها و خواست‏هایی برجسته می‏شوند که شاعر آنها را در زندگی خود پی می‏گیرد. پی‏گیری اهدافی که شاعر با احراز هویتی مستقل در تعریفی خود ساخته، خویشتن را به آن متعهد کرده است زمینه را برای تحول شخصیت او در مرحله‏ی بعدی رشد روانی- اجتماعی فراهم می‏آورد: تعهدی که متضمن در نظر گرفتن دیگران و نفعی برای بهبود اجتماع و بر عهده گرفتن مسئولیت نسل‏های بعدی است که در همین دوران رُخ می‏نماید و در سال‏های بعدی زندگانی‏اش برجسته می‏َشود.

در دوران میان‏سالی، شاعر علاوه بر برانداز کردن مفهوم زمان و هشیار شدن به گُذار زودگُذرِ آن و به تَبَع آن دنبال کردن زندگی با حساسیت و واقع‏نگری بیشتر، خلاقیت و بازآفرینی‏های خود را تحقق می‏بخشد. فعالیت‏های خلاقانه‏ای که در زمینه‏های گوناگون و از جمله کار برای کودکان و نوجوانان و گردآوری و تدوین کتاب کوچه و ... به انجام می‏رساند نوعی فرهنگ‏سازی است که بنا به تعبیر اریکسون با «نسل‏پروری» و پرورش نسل‏های بعد و مهیا کردن جهانی بهتر برای دیگران از طرفی مجال انتقال دانش، فرهنگ و ... را برای آنان فراهم می‏آوَرد و از طرف دیگر با احساس مسئولیت و حس مؤثر بودن رضایت خاطر او فراهم می‏آید.

مجموعه اشعار «آیدا: درخت و خنجر و خاطره!» (1344)، «قُقنوس در باران» (1345)، «مرثیه‏های خاک» (1348)، «شکُفتن در مِه» (1349)، «ابراهیم در آتش» (1352)، «دشنه در دیس» (1356)؛ محصول شعری دوران میان‏سالی شاملوست که نمونه شعرهای پُرخوانشی همچون «مرگِ ناصری»، «هنوز در فکر آن کلاغ‏ام ...»، «ترانه‏ی آبی» و ... را در خود دارند. کلیت محتوایی بعضی از این شعرها، به نوعی ناامیدی و بی حاصلی اشاره دارند و برخی دیگر از آنها سرشار از شور و مبارزه و سرزندگی است.

شاملو در اواخر دهه‏ی چهل «شکُفتن در مِه» را تجربه می‏کند که بر خلاف نام امیدوارانه‏ی آن – شاید نوعی واکنش وارونه به درون‏مایه‏ی شعرهای آن باشد – آکنده از نوعی ناامیدی و بی‏حاصلی است و گردن نهادن به این دریافت که تاریخ توالی فاجعه‏هاست.

 در این دوران کار شاعر به جایی می‏رسد که همراه با بحران میان‏سالی[[104]](#footnote-105) تحت فشار انواع پریشانی‏ها نوعی «رکود و بی‏حاصلی» را تجربه می‏کند و تلخی این واقعیت دردناک که شاید روزهای آخرین شاعری او باشد تا اینکه موجِ شور و هیجانی که واقعه‏ی سیاهکل در بخش وسیعی از جامعه ایجاد کرده بود شاعر را نیز با خود همراه می‏کند و فضای مجموعه‏ی «شکُفتن مِه» که نومیدی از خود و زمانه بود به فضای امیدآور و مبارزه‏آفرین «ابراهیم در آتش» تغییر جهت داد.

به این ترتیب همان‏طوری که اریکسون در مرحله‏ی هفتم چرخه‏ی زندگی دو قطب «نسل‏پروری» و «رکود» را گنجانیده است که «فضیلت مراقبت» محصول ایده‏آل و چربش بُعد نسل‏پروری بر رکود است؛ شاملو نیز در این دوران هم نوعی بی‏حاصلی و احساس رکود را تجربه می‏کند و هم آفرینندگی و نسل‏پروری را که با کفه‏ی سنگین قطب مثبت این مرحله، بحرانی از این دست از سر گذرانده می‏شود تا زمینه برای رسیدن به «تمامیت» در مرحله‏ی بعدی چرخه‏ی زندگی فراهم آید.

تحولات سال‏های بعد از انقلاب 57 همزمان با دهه‏های پایانی زندگانی شاملوست. هر چند که شعر شاملو قبل از انقلاب و بعد از آن در نوع نگاه و اجرای زبانی عملاً تغییری به خود نمی‏پذیرد اما دامنه و نوع فعالیت‏های او در سالمندی و مرور شعرهای این دوره از زندگی شاعر از حیث محتوایی و اندیشگی تأمل‏انگیز است هم از نظر بازگویی واقعیت‏های زندگی فردی و اجتماعی و ارزش‏ها و آرما‏ن‏هایی که شاعر به آن متعهد است و هم از حیث پرداختن به دغدغه‏های پایانی عمر: مرور کارنامه زندگی، مواجهه با مرگ و فکر مرگ، تأملات هستی‏شناختی و ...

از نکات تأمل‏انگیز در سیر تحول شخصیت شاملو در سالمندی ضربه‏ی شکننده‏ای است که شاعر در شعر «توازی ردِّ ممتدِّ ...» (سروده‏ی 28 آبانِ 1368) از مجموعه‏ی «مدایحِ بی‏صله» بر «من» خود فرود می‏آورد و با انداختن مسئولیت آن بر گردن دیگران سرپوشی بر بحرانی از این دست که اقتضای سال‏های سالمندی است می‏گذارد تا اینکه در شعر «در آستانه» (سروده‏ی 29 آبانِ 1371) از مجموعه‏ی «در آستانه» یکپارچگیِ «من» و تمامیتی عمیق و همه‏جانبه را تجربه کند.

شاملو در واپسین سال‏های عمر هنگام مرور کارنامه‏ی زندگانی خود مسئولیت گذشته‏ی خود را بر عهده گرفته و جایگاه خویشتن را می‏پذیرد با تمام شکست‏ها و تردیدهایش، با همه حسرت‏ها و دریغ‏هایش و هر آنچه دوست داشته است و نداشته است. این خویشتن‏پذیری[[105]](#footnote-106) شاعر را به مرگ مؤمن می‏سازد طوری که در مواجهه با آن حقیقت مُسلم، مغرور و گردن‏فراز سرِ تسلیم فرود آورد.

در یک جمع بندی کلی از مفهوم‏پردازی اریکسونی درباره‏ی مراحل هشت‏گانه رشد انسان[[106]](#footnote-107)؛ شاملو هر دو قطب مثبت و منفی بحران‏هایی[[107]](#footnote-108) که این تئوری برای مراحل ششم، هفتم و هشتم چرخه‏ی زندگی[[108]](#footnote-109) (شامل: مردم‏آمیزی/مردم‏گریزی[[109]](#footnote-110)، نسل‏پروری/رکود[[110]](#footnote-111) و تمامیت/یأس[[111]](#footnote-112)) برشمرده است را تجربه می‏کند هرچند که نهایتاً برتری با بُعد مثبت آن بوده و این همان چیزی است که اریکسون برای رشد متعادل در نظر داشته است.

فضیلت‏های[[112]](#footnote-113) عشق[[113]](#footnote-114)، مراقبت[[114]](#footnote-115)، خردمندی[[115]](#footnote-116) محصول رشد سالم و متعادل است که در پایان چرخه‏ی زندگی شاعر را به سمت تمامیتی سوق می‏دهد که پیشاپیش جاودانگی خویشتن را تصویر کند. برای او دیگر مرگ پایان نیست.

خود

دکتر میر محمد ولی مجد تیموری [[116]](#footnote-117)

به عقیده سنت آگوستین فیلسوف بزرگ، انسان به اعماق دریاها و آسمان‌ها قدم نهاده است و تنها محیط کره زمین به گل‌ها حیوانات و همه چیز فکر می‌کنند، غیر از درون خود احتمالاً وقتی به گل‌ها نگاه می کنیم می‌پنداریم گل‌ها به ما نگاه می‌کنند، گل را می‌بوسیم و با آنها حرف می‌زنیم (کاستاندا) سفر به دیگر سو نگاه به خود جزء باورهای ما شاید باشد، اما متداول این نیست. بیشتر ما عادت کرده‌ایم اشتباهات، ایرادات و نقایص خود را به طور پروکتیو به دیگران نسبت دهیم و نتیجه این نوع برداشت توقف ما در زمان است. انکار خود باعث انکار کلیه نقاط ضعف و قدرت ماست که گاه از شدت برون فکنی کلیه اتفاقات و حوادث دور و اطراف خود را بدیگران دور و نزدیک و حتی به خداوند نسبت می‌دهیم. کمتر کسانی را دیده ایم که به خود فکر می‌کنند و باور می‌کنند که مساله، مساله آنان است. به قول حافظ: آنچه خود داشت ز بیگانه تمنا می‌کرد!

کلیه افکار، احساسات، باورها در درون ما شکل می‌گیرد اما آئینه‌ای که روبروی ماست به قدری غبار آلود است که به آن نگاه نمی‌کنیم.

اکنون نگاه به خود از کتابها و در عرفان و در ادبیات آمده است و کم کم جزء افسانه‌ها و اسطوره‌ها می‌شود، تا جایی که گفته شده است (خودشناسی، خداشناسی است) شاید منظور غیر ممکن بودن خداشناسی است و یا برای عارفان بهترین راه برای درک ذات ملکوتی خداوند خودشناسی است.

کارل گوستاو یونگ عقیده دارد خود «مرکز شخصیت است» و فروید عقیده دارد خود «مرکز ناخود آگاه است»، و کلاین آنرا بیشتر اینتروجکشن به درون ذهن می‌پندارد.

اغلب روانکاوان، فلاسفه و اندیشمندان درباره خود سخن گفته‌اند، در یک جمعبندی بزرگ به نظر می‌رسد عصاره جسم و جان ما مفهوم کلی خود را می‌دهد که از همه افکار، احساسات ، روابط بیولوژیکی ژنتیکی و خاطره‌ها و نا خودآگاه شخصی و قومی و آنچه گفته‌اند و شنیدیم و خود خوانده‌ایم تعریف جامعی از خود باشد.

چنانچه مترادف این قصه کلام سعدی درباره خداوند است

ای برتر از خیال وگمان و قیاس و فهم

وز آنچه گفته اند و شنیدیم و خوانده‌ایم

مجلس تمام شد وبه آخر رسید عمر

ما همچنان در اول وصف تو مانده‌ایم

به کلام کارن هورنای انترنالیزاشن هستی، خود می‌سازد. خود قسمتی از ذهن ما است که به ما دستور می‌دهد، راه گشای ماست، ما با او سخن می‌گوییم و او ساکت گوش می‌کند و این رابطه غیر کلامی ظاهری باعث تغییرات شگرف در ما می‌شود، مسائلی که ما به کمک خود حل می‌کنیم، راه‌های تازه‌ای جلوی چشم ما ظاهر می‌شود و هنرمندان خلاقیت‌های هنری خود را از در خود فرو رفتن و الهام از خود می‌جویند و روان‌پریشان حتی صدای خود را می‌شنوند! و بلند بلند با خود سخن می‌گویند و گاه کلیه دستورات خود را عمل می‌کنند و عاقلان از خود غافلند!

این سردرگمی و بی ‌قراری از آنست که ما هنوز وجود خود را انکار می‌کنیم. اگر کسی اشکالات ما را به‌ طور واضح به ما بگوید، احساس گناه می‌کنیم و گاه خوشحال و شادمانیم و حتی اگر پشت فرمان اتومبیل هستیم مسیر خود را گم کنیم! می‌گویند فلانی حواسش پرت است! خود، روانکاو خصوصی ماست و در درون ما را آنالیز می‌کند و سر آخر ما حرفهای او را باور نداریم!

عشق‌های ما، احساس ما، زندگی و مرگ، خشم ها، تغییر عقیده‌های ما ناشی از فعل و انفعالات درون ما است که بین ایگو و اید و سوپر ایگو اتفاق می افتد و گاه حتی خلق ما را تحت تاثیر قرار می‌دهد و شاد و غمگین می‌شویم. در این لحظات ما به طور اتوماتیک در مقابل دستورات خود سر تعظیم فرود آورده‌ایم. ما به جای واژه «من با خود سخن می‌گویم، می‌گوییم من با خدای خود سخن می‌گویم.»

بگذارید خدا آرام بگیرد. شما با خود سخن بگویید و به قول شعر موسی و شبان ... «خدا هرگز نمی خواهد خدا باشد.» خود بیولوژیکی با تغییر و میتی لیزاسیون اسید آمینه‌های مختلف به سیستم اتوایمیون دستور می‌دهد و در مقابل مخاطرات تهدید کننده جسم ما را محافظت می‌کند.

حتی طول عمر آدمی، نحوه گذر زمان، آنچه باور داریم امروز روز خوبی است و دیروز روز بدی بود، کار خود است. «به قول شکسپیر روزها بی‌تفاوتند، این ما هستیم که آنها را بد و خوب می‌پنداریم.»

صلح با خود که باعث صلح با همگان است، حاصل پیشرفت و تکامل آدمی است، و بیگانگی از خود باعث سقوط بصیرت وبالاخره روانپریشی می شود، گذر از فانتزی به رالیست فقط از فعل و انفعالات خود است. باور حیات که منحنی سنیوزال دارد و باعث آرامش ماست و دیگر درباره زمانه گله و شکایت نمی‌کنیم از نگاه به واقعیت زندگی کار خود است، چنانچه عرفا اینگونه فکر می‌کنند و آنگاه ناشی از صلح و حل تعارضات ناخود آگاه آرامشی می‌یابند.

در قرآن مجید آمده است «ای انسان تفکر کن، خود را بشناس، خدای خود را شناخته‌ای»

عامل اضطراب‌ها و نا آرامی انسان در طی قرون و اعصار تاریخ از بیگانی با خود بوده است.

بی‌دلی در همه احوال خدا با او بود

او نمی‌دیدش و از دور خدایا می‌کرد

حافظ، خود با نگاه میکروسکپیک همه چیز را در اختیار می‌گذارد و انسان با نگاه ماکروسکپیک چشم به دیگران دوخته است! و این غفلت و انکار سبب شکاف عمیق بین شخص و خود می‌شود. و در زمان ثابت می‌ماند وقتی نمی‌تواند دست دیگران را بگیرد و به ستیز با آنان می‌پردازد جایی که بدون جنگ می‌تواند خود را بجوید.

در خواب و مستی و روانپریشی انسان بیشتر با خود در ارتباط است اما با تاسف باز هم با پروجکشن نگاه می‌کند. این یک انحراف بزرگ در روانکاوی خود محسوب می‌شود. چنانچه در کسالت پارانوئید به طور شاخص این پدیده دیده می‌شود.

خود توامان با ژن، و بیولوژی و روانشناسی و نگاه رالیست به جامعه فرم کامل می‌گیرد و بر این طریق خود یک خردسال با خود یک انسان بالغ و میانسال و سالمند متفاوت است.

تکامل ایگو تکامل خود است و سقوط انسان در وادی اید و گریز ایگو از مهار خواسته‌ها باعث سقوط خود به ورطه روانپریشی می‌شود، که در روانپریشی توهمات نازیبا و بر علیه ما از علائم معمول است. به خود با نگاه درون فکنده (اینتروجکتیو) بنگرید تا بهتر زندگی را دریابید.

تحلیل و بررسی روانکاوانه‌ی رمان حصار و سگ‌های پدرم

رزگارمحمدی[[117]](#footnote-118)، شهلا سلیمان[[118]](#footnote-119)

مکتب روانکاوی درحوزه‌های مختلف اندیشه‌ی بشری تاثیرگذار بوده است، یکی از این حوزه‌ها ادبیات است که نقدی روانکاوانه از آثار ادبی جایگاهی مهمی برای خود پیدا کرده است.

شيرزاد حسن يكي از بزرگترين داستان نويسان كرد است كه توانسته حركتي نو در ادبيات داستاني كرد بيافريند ، حركت بزرگ شيرزاد حسن در عرصه‌ي رمان نويسي كردي با چاپ رمان «حصار و سگ هاي پدرم » در سال 1996 آغاز شد که اين رمان نقطه‌ي عطفي در ادبيات كردي به شمار مي‌رود[[119]](#footnote-120) ، هدف ما در اين نوشته تحليل و بررسی رمان حصار و سگهاي پدرم از راه دیدگاه فروید درموردتوتم وتابو[[120]](#footnote-121) وروابط ابژه ای است و روش تحلیل بررسی روانکاوانه براساس متن رمان وشخصیت‌های موجوددرآن است . تم حاکم بررمان پدرکشی است ،اديپ معماي ابوالهول را مي‌گشايد وحاکم شهر (پدرش) را میکشد و با مادرش ازدواج میکند اما بعد او چشمان خود را از حدقه در مي‌آورد ،پسر بزرگ (شخصیت اول ) در اين رمان نیز پدر را میکشد و حصار فرو مي‌ريزد همان گونه كه اديپ چشمانش را از حدقه در مي‌آورد پسر بزرگ نيز سنگيني قدرت بزرگ پدر را احساس مي‌كند و سگهاي پدر هیچگاه او را ول نمي‌كنند

 رمان از ديدگاه اول شخص و به صورت تك گويي دروني آغاز مي‌شود پسر بزرگ در ميان گور پدر جريان داستان را باز گو مي‌كند .

 زيبایي شناسي كه در اين اثر بكار رفته است زيبایي سوررئالیستي است وجریان سیال ذهن به قدرت درآن پرداخته شده است در رمان به تحلیل توتم و تابو در حصار ومشکلات روانی مرتبط بدان می‌پردازیم در نتیجه تحلیل به این زمینه رسیدیم که دررمان حصار نماد توتمي است كه پدر با اين حصار تابویی را براي فرزندان خويش ساخته است و رمان لبریز از روابط ابژه‌ای است که شخصیت ها باهم دارند و می‌بینیم که آنها تحت سلطه وانقیاد ابژه‌هایشان هستند0 اين رمان هم راهي براي شناخت توتم و تابو و جامعه اروس كشي ، ذوق كش ، عصيان كش و انتقاداز آن است ، اينجاست كه در قالب يك داستان از هستي یک حالت آگاه مي‌شويم. تابوي كه از اين توتم ناشي مي‌شود امور جنسي است امور جنسي در ميان حصار امري زشت است هيچ كدام از اعضاي حصار نمي‌توانند حتی به اين امر بينديشد.

بررسي رابطه آزارديدگي دوران كودكي بر ويژگي‌هاي شخصيتي دوران بزرگسالي

فرزانه محمدي، فاطمه مسگريان، زهرا صفايي، گلاره نويدي نژاد، جعفر طالبيان شريف

کودکان در طول تاریخ همواره آسیب پذیرترین قشر جامعه بوده اند. فقر، سوء تغذیه و بیماری از جمله مواردی هستند که کودکان در سراسر جهان را مورد تهدید جدی قرار مي دهد. متاسفانه آزار و سوء استفاده از کودکان از جمله مسائلی است که به وفور در خانواده و اجتماع به اشکال متفاوت بدنی، جسمی، هیجانی و غفلت رخ می‌دهد. آزار جسمی هر عملی که متضمن آزار بدنی غیرتصادفی به کودک باشد را دربرمي گيرد، و اغلب اوقات نتیجه تنبیه بدون دلیل یا تنبیه غیر قابل توجیه می باشد همچنین اين تعریف شامل حمله عمدی و بدون تأمل به کودک مثل سوزاندن، گاز گرفتن، بریدن، هل دادن، پیچاندن دست و انواع دیگر شکنجه می شود، آزار جنسي هر نوع فعالیت جنسی با کودک است قبل از سنی که بتواند رضایت قانونی داشته باشد و نوازش کردن اندام جنسی کودک، آمیزش، زنای با محارم، تجاوز، لواط، عورت نمایی به کودک، بهره کشی تجاری و جنسی از طریق خود فروشی یا تولید فیلم های مستهجن را شامل مي‌شود. آزار عاطفی گرچه بر‌خلاف آزارهای جسمانی اثری قابل رویت بر جسم کودک بر جای نمی‌گذارد اما آثار آن به مراتب عمیق‌تر و فاجعه آمیز‌تر است. آزار عاطفی الگویی از رفتارهای والدین است که مانع رشد شناختی، عاطفی، روانشناختی و اجتماعی کودک می‌شود و شامل نادیده گرفتن، طرد، منزوی کردن، جملات کلامی، ترساندن، تباه کردن کودک است. شایع‌ترین نوع آزار، غفلت یا بی‌توجهی است و شامل بی‌توجهی به سلامت کودک، رها کردن و یا ترک وی و بی‌ملاحظه‌گری در وضعیت بهداشت، تغذیه و سلامت او، عدم حمایت‌های مادی و فیزیکی، تنها گذاشتن طولانی وی در خانه بدون در نظر گرفتن و تأمین نیازهای او، تربیت آزار دهنده یا تنبیه کننده و اجازه به کودک برای مصرف دارو و الکل و انجام رفتارهای ناسازگارانه و غیر انطباقی می باشد. در بسياري از موارد اين تجربيات آثار پايدار و جبران ناپذيري بر ابعاد مختلف شخصيت فرد بر جاي مي‌گذارند. هدف از این پژوهش، بررسی رابطه آزار‌دیدگی در دوران کودکی بر ویژگی‌های شخصیتی فرد در دوران بزرگسالی بوده است.

**روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی – همبستگی است. جامعه آماری آن را کل دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، که در سال 1385-1386 مشغول به تحصیل بودند، تشكيل مي‌دادند. تعداد گروه نمونه با استفاده از جدول مورگان 379 نفر تعیین شد که سهم هر دانشکده به نسبت دانشجویان دختر و پسر آن مورد بررسی قرار گرفت و شيوه نمونه گيري در دسترس و طبقه‌اي مورد استفاده قرار گرفت. میانگین سنی گروه نمونه 18/21 با انحراف معيار 83/1 بود. تمام افراد گروه نمونه به دو پرسشنامه سنجش کودک آزاری و پرسشنامه 16 عاملی کتل16PF پاسخ دادند. داده‌هاي حاصله با نرم افزار آماری spss(16) و با آزمون‌هاي آماري مانوا و همبستگي مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج بدست آمده فرضيه كلي پژوهش مبني بر مؤثر بودن آزارديدگي دوران كودكي بر برخي ويژگي‌هاي شخصيتي فرد، را تاييد مي‌كند. در اين بررسي افراد گروه آزار‌دیده در برخی عوامل از قبیل عامل ثبات هیجانی (C) با (p<0/01)، عامل تسلط به امور (E) با (P<0/05)، عامل سوء ظن (L) با (p<0/01)، عامل جرات و جسارت H)) با ,(p<0/01)و عامل تنش (Q4) با (p<0/01) تفاوت معناداری را با افراد گروه آزار‌ندیده نشان دادند. در عواملي مانند خونگرمی و صمیمیت، هوش، تطابق و همنوایی، درجه حساسیت، قوه تخیل و خلاقیت، بنیاد گرایی در برابر محافظه‌کاری، خود کفایی و وجود نظم دو گروه تفاوت معناداري نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها مؤید آن است افرادي كه تجربه آزار‌دیدگی در دوران کودکی دارند بهنگام اضطراب و ناكامي، تحريك پذيري و بي قراري بيشتري از خود نشان مي‌دهند و براي حفظ تعادل در برابر استرس نيازمند صرف انرژي بالاتري هستند. همچنين معمولا توانايي برقراري ارتباط مؤثر با ديگران را كمتر از سايرين دارند، اين افراد اغلب افرادی کمرو، گوشه‌گیر، کناره‌گیر و محتاط تعريف مي‌شوند، در الگوي ارتباطي‌شان اضطراب و بدگماني و گوش بزنگي فراوان مشاهده مي‌شود. آنان، در عهده داري مسائل زندگي احساس ناتواني مي‌كنند و آشفتگي رواني بيشتري از خود نشان مي‌دهند، همچنين آسيب پذيري بيشتري براي ابتلاء به امراض جسماني دارند. اين عوامل مي‌تواند بيانگر سلامت رواني پايين تر آنها در مقايسه با ساير افراد جامعه باشد.

چرا شعردرمانی؟: بررسی بنیان‌های تحلیلی شعر و دیگر شکل‌های ادبی

یوخابه محمدیان[[121]](#footnote-122)

روانشناسي از علوم تقريبا جوان محسوب مي‌شود و همانند ساير دانش‌های معاصر، رشد روزافزوني داشته است. به گونه‌اي که امروزه ردپاي آن را در علوم مختلف مي‌توان به روشنی يافت. تعامل اين علم با علوم ديگر به ويژه علوم انساني باعث کشف راه‌هاي تازه در دانش‌های موجود در دو سوي اين تعامل شده است.

امروزه تعداد واقعي نظام‌ها و روش‌هاي روان‌درماني نا‌مشخص است. برخي از اين نظام‌ها شهرت خود را به دست آورده‌اند اما روش‌هاي ديگري از روان‌درماني مثل هنر درماني و شيوه‌هاي متنوع آن هنوز معرفي نشده‌اند. هنر از ديرباز همراه و يکي از ضروريات زندگي بشر بوده است. شايد بتوان گفت هر زمان و هر جا که زندگي بوده هنر نيز وجود داشته است. در اين ميان شعر حضوري بسیار ديرينه‌تر دارد. روانشناسي همواره به استفاده از گونه‌های هنري در روان‌درماني گوشه­چشمي داشته است. در اين ميان برخي از اين گونه‌ها چون موسيقي و نقاشي، به ويژه در کشور ما شهرت بيشتري يافته‌اند اما استفاده از گونه‌های دیگر مانند شعر هنوز جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است.

بشر همواره به نيروي واژه‌ها و آوازها باور داشته است. اين حضور و ملازمت ديرينه را بدون پذيرش اثرات مثبت آن نمي‌توان تصور نمود. شعردرماني[[122]](#footnote-123) يک "هنر‌ درماني" خلاق است که شعر و ديگر شکل‌هاي برانگيزنده ادبيات را براي رسيدن به اهداف درماني و رشد شخصي به کار مي­گيرد (انجمن ملی شعردرمانی آمریکا، 1993). شعردرمانگران ادعا دارند که شعر چه توسط مراجع نوشته شده باشد چه در درمان استفاده شود، نسبت به گفتگوهاي سنتي توانائي ايجاد سطوح عميق‌تري از بينش هيجاني در مراجعين را دارد. "صحبت درماني[[123]](#footnote-124)" فرويد براين اساس است که با صحبت مراجع در جلسه درمان، مواد سرکوب شده از زير هشياري به سطح آمده و فرد از تعارض هيجاني‌اش آزاد خواهد شد. موجه ساختن استفاده از هر ابزار درمانی با تبیین اهمیت آن در چارچوب نظریات عمده روانشناسی و روان‌ درمانگری، می‌تواند استفاده از آن ابزار را برای علاقمندان و متخصصین تسهیل کند. ایده استفاده از شعر در درمان، پیش از هر چیز، ریشه در نظریات روان‌ تحلیلی دارد. این ارتباط (بين شعر و درمان) را مي‌توان عمدتا در دو ديدگاه جستجو کرد. از ديدگاه فرويد ادبيات و شکل‌هاي ديگر آفرينش خلاق، نتيجه والايش[[124]](#footnote-125) و روان‌ رنجوري دانسته مي‌شوند. وي بيان مي‌كند كه شاعران پيش از او ناهشيار را كشف كرده‌اند. اين باور که شعر و روان‌ رنجوري به هم پيوسته‌اند، شکلي از نقد ادبي ايجاد کرده است که تحت عنوان نقد ادبي روان‌ تحليل‌گرانه شناخته مي‌شود. کارهايي که بر اين اساس انجام شده و مي‌شوند سعي در رديابي ريشه کارهاي ادبي در تعارضات ناهشيار و روان‌ رنجورانه دارند. از سويي ديگر يونگ در برابر ديدگاه کاهش‌ گرايانه فرويد، کار هنري را نه يک فرآورده‌ي روان‌ رنجورانه که حاصل يک خواست خلاق و هشيار يا رويدادي مي‌داند که ريشه در طبيعت ناهشيار دارد. بنابراين يونگ تصور بيماري را از مفهوم خلاقيت زدوده و آن را يک فرآيند سالم در نظر مي‌گيرد. روانشناسي تحليلي يونگ با اين ادعا که هر کسي پتانسيل کشف سطوح هرچه عميق‌تر هشياري و ناهشياري به وسيله يک قالب هنري از جمله شعر را دارد، روان‌ تحليل‌گري را با مفاهيم انسان‌ گرايانه ي هنر پيوند داد (براند، 1979).

يکي از مهم‌‌ترين پيش ‌فرض‌هاي استفاده از شعر در درمان، وجود برابري‌هاي مهمي بين فرآيندهاي هشيار و نا‌هشيار در شعر و درمان است. با وجود تفاوت‌ها، فرويد و يونگ هر دو معتقدند که شعر و نوشتن، قلمروهاي درمان يعني ذهن هشيار و ناهشيار را درگير مي‌کند.

 در این مقال سعی شده است با بررسی متون شعردرمانی و روان‌ تحلیلگری به این دو دیدگاه و برخی دیگر از نظرات پرداخته شود با اين هدف كه استفاده از شعر در درمان با جمعبندي بنيان‌هاي نظري، پشتوانه‌هاي محكم‌تري بيابد و درمانگران به ويژه در كشور ما با توجه به پيوند عميق مردم با ادبيات، به استفاده از اين ابزار امن و در دسترس اقبال بيشتري نشان دهند.

بررسي عملي بودن، اعتبار، روايي و نرم يابي پرسشنامه هوش معنوي در دانشجويان

نسرين محمودي[[125]](#footnote-126)، دکتر شيرين كوشكي[[126]](#footnote-127)، دکتر حيدر علي هومن[[127]](#footnote-128)

اعتبار، روايي و نرم يابی تست هوش معنوي در دانشجويان بررسی شده است. بر اساس روش‌هاي متداول براي استاندارد ساختن آزمون‌ها، يك گروه نمونه با حجم 489 نفر (306 نفر دختر و 192 نفر پسر) از طريق نمونه برداري تصادفي انتخاب گرديد. سياهه‌هوش معنوي كه بر پايه طيف ليكرت چهار درجه‌اي نمره‌گذاري شده، شامل 83 سوال بود. تعداد 11 سوال به دليل همبستگي ضعيف با كل تست و چه سوال نيز به علت بار عاملي ضعيف از كل پرسشنامه حذف شد. در نتيجه، ضريب اعتبار سياهه 68 سوالي از طريق فرمول كلي ضريب‌ آلفاي‌ كرونباخ محاسبه و براي روايي سازه از روش تحليل مولفه‌هاي اصلي استفاده شد. ضريب همگوني سياهه 909/0 بود و نتايج تحليل عاملي نشان داد كه 12 عامل استخراج شده، 9/43 درصد كل واريانس متغيرها را تبيين مي‌كند. 12 عامل شامل: خودآگاهي فردي، رفتار فضيلت مآبانه، روشن فکری، حل مسئله، هوشياري، کل نگر بودن، مراقبت، پرسشگری وجودی، معنا، شهود عمیق، الوهیت و نظارت درونی است. به منظور تعبير و تفسير نمره‌هاي هوش معنوي دانشجويان مورد مطالعه، دو نوع نرم درصدي و نرم مقوله‌اي تهيه گرديد. افزون بر آن، بين ميانگين نمرات هوش معنوي دختران و پسران، تفاوت معناداري مشاهده نشد.

بررسی مقایسه‌ای دیدگاه‌های روانکاوی و آزادی درمانی: مروری بر شباهت‌ها و تفاوت‌ها

فاطمه مسگریان[[128]](#footnote-129)

امروزه روانشناسی، گستره بسیار متنوعی از رواندرمانی‌ها را در خود جای داده است، تا جایی که برخی منابع بیش از چهار صد نوع رواندرمانی را گزارش کرده‌اند. اما این گستره وسیع را می‌توان بر حسب معیارهایی تقسیم‌بندی نمود، مثلا بر اساس دیدگاهی که درمان بر آن مبتنی است به رفتاری ،روانکاوی ،آزادی درمانی و... دیدگاه روانکاوی با نبوغ فروید حدود سال 1900 در غرب ظهور کرده و در ایران نیز رواندرمانگران بسیاری آن را به کار برده‌اند. اما آزادی درمانی دیدگاه جدیدیست که توسط دکتر خدیوی زند در شرق پدید آمده است.

**هدف:** با در نظر گرفتن این نکته که اکثر متخصصان حوزه روانشناسی، با روانکاوی و مفاهیم آن آشنایی دارند، و از طرف دیگر، آزادی درمانی برای بسیاری از این افراد ناشناخته باقی مانده است؛ و همچنین با توجه به نقاط مشترک بسیاری که این دو دیدگاه با هم دارند، در این مقاله به مقایسه آزادی درمانی با دیدگاه بیشتر شناخته شده روانکاوی پرداخته شده تا روشن شود که تفاوت‌ها و شباهت‌های این دیدگاه نو با دیدگاه‌های قدیمی تر این حوزه چیست؟ و همچنین از طریق مقایسه این دو رویکرد به متخصصان در جهت آشنایی با این رویکرد جدید کمک شود.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع مقالات مروری است، که در آن کتب و مقالات متعدد درمورد روانکاوی، و همچنین تمامی منابع موجود درباره آزادی درمانی مورد بررسی قرار گرفته است.

**نتیجه:** مهم‌ترین شباهت این دیدگاه‌ها در این‌ است که فرد را در فرایند درمان به آزادی،آگاهی و خودخواستگی (مفاهیم اصلی آزادی درمانی) می‌رسانند. اما از طرف دیگر در راه‌هایی که برای رسیدن به این مقاصد طی می‌کنند و همچنین میزان دستیابی‌شان به این اهداف تفاوت‌هایی دیده می‌شود.

**بحث:** از بسياري جهات بين اين دو دیدگاه همسويي‌هايي وجود دارد، هدف روانکاوي آنست که شخص نسبت به تعارضات ناهشيار و مکانيسم‌هاي دفاعي که به کارمي‌برد، آگاه شود و رفتار سالم رفتاري است که شخص از انگيزه آن اگاه است. يکي از مولفه‌هاي رفتار سالم در آزادي درماني گروهي نيز آگاهي است. فروید سطح زندگی روانی را به سه بخش تقسیم می‌کند: نا اگاهی، نیمه آگاهی و آگاهی. اگر با عینک آزادی درمانی به روانکاوی نگاه کنیم می‌‌توانیم مفهوم ناخودآگاه روانکاوی را به صورت نا اگاهی ببینیم که در آن آزادی موج می‌زند؛ این مفهوم با تفکر فرایند اولیه مشخص می‌شود که تحت سلطه اصل لذت است، به منطق توجهی ندارد، زمان را نمی‌فهمد، وجود همزمان تناقضات را امکانپذیر می‌سازد و امیال را برآورده شده می‌نمایاند. پس می‌بینیم که آزادی ناآگاهی، نامحدود است.

فرایندهای ناآگاهی فقط زمانی می‌توانند وارد آگاهی شوند که به قدر کافی تغییر شکل یافته باشند یا به بیانی دیگر آزادی شان محدود شده باشد.

روانکاو تلاش می‌کند با استفاده ازتعبیر و تفسیرهای مختلف نمودهای روانی و رفتاری ناخودآگاهی را به خودآگاهی برساند. اما آزادی درمانگر معتقد است تفسیرهای روانکاو آزادی افکار مراجع را می گیرد و موجب می‌شود پس از هر تفسیر، افکار تابع تفسیرهایی شوند که روانکاو کرده است.

درروانکاوي زماني مي‌توان گفت به اهداف درمان دست يافته‌ايم که مراجع به قدرکافي ازاد شده باشد که بتواند راه خود را تشخيص دهد. مهمترين فعاليت، جهت دست‌يابي به اين هدف انحلال انتقال هاست.

 در ازادي درماني نيز عقيده برآنست که درگيري‌ها (انتقال و انتقال متقابل)، در فضاهاي باليني از نخستين ارتباط درمانگر و درمانجو برقرار مي‌شود و اين روابط انتقالي، آزادي را در هر دو طرف محدود مي‌سازد. درحالي که يکي ديگر از مولفه‌هاي رفتار سالم دراين ديدگاه، داشتن آزادي است. و لازم است در راه رسیدن به سلامت این درگیری‌ها روشن و شفاف شود.

 روانکاوي، اضطراب را هسته مرکزي حالات روان نژندي مي‌داند. ودر نتيجه کاستن اضطراب از اهداف درمان است. به تدريج که شدت اضطراب فرد کاهش مي‌يابد، قادر مي‌شود که خواسته‌هاي خود را بشناسد و در برآوردن آنها کوشش نمايد. درآزادي درماني مولفه سوم رفتارسالم، خود خواست بودن آنست .

به طور کلي دراين ديدگاه فرد سالم به فردي گفته ميشود که آزادانه ، آگاهانه و با خواست خودش ابتکار عمل نشان ميد‌هد، در روانکاوی نیز هنگامی‌ که فرد در فضای محرمانه درمان، خواسته‌های ناآگاهی‌اش را آزاد می‌گذارد تا به آگاهی‌‌اش بیایند به سلامت نزدیک می‌شود.

 درآزادي درماني هرگاه شش شرط خواستن، آگاه بودن، ازاد بودن، محرمانه بودن، پرداخت کردن و پويا بودن در مجتمع رواني وجود داشته باشد، آنگاه تلاش‌هاي پژوهشي، تشخيصی و درماني، ارزش و اعتبار علمي پيدا مي‌کنند. هم در آزادي درماني و هم در روانکاوي پژوهش، تشخیص و درمان همزمان پیش می‌روند.

در روانکاوي از فنوني چون تداعي آزاد، تعبير رويا، تعبير مقاومت و انتقال‌ها استفاده مي‌شود؛ فرويد رويا را ارضاي نمادين ارزوها و سازش بين تکانه‌هاي واپس رانده شده نهاد و دفاع‌هاي ايگو مي‌داند، به نظراو رويا شاهراه کسب دانش در مورد ناخودآگاه است. خديوي زند رويا را جايگاه ناب فرانگري مي‌داند. به نظر او رويا فضاي تجلي آزادي است و آزادي بنيادي‌ترين ميل انسان است که دررويا برآورده مي‌شود.

بررسی مروری تحلیلی اختلال شخصیت خودشیفته

سعاده ملک عسگر[[129]](#footnote-130)، دکتر علیرضا عابدین[[130]](#footnote-131)، خدیجه زال پور[[131]](#footnote-132)

**مقدمه:** هر چند همه نظریه‌پردازان شخصیت با تعریفی واحد از آن موافق نیستند، اما می‌توان گفت شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به رفتار افراد دوام می‌بخشد (فیست[[132]](#footnote-133) و فیست، 2002). متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[[133]](#footnote-134) (DSM-IV-TR)، اختلال شخصیت را تجارب درون‌ ذهنی و رفتاری بادوامی تعریف می‌کند که با انتظارات فرهنگی به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود، در طول زمان پایدار است و به پریشانی و اختلال کارکردها منجر می‌شود (DSM-IV-TR، 2000).

طبق راهنمای مذکور، اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس الگوی فراگیر خود بزرگ بینی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی تعریف می‌گردد. این اختلال در بین دو تا 16 درصد از جمعیت بالینی و کمتر از یک درصد از جمعیت عمومی شایع است. از منظر راهنمای تشخیصی روان‌پویشی[[134]](#footnote-135)(PDM) اختلال شخصیت خودشیفته بر روی پیوستاری از شدت که در یک انتهای آن اختلالات شخصیت نوروتیک[[135]](#footnote-136) و در انتهای دیگر آن سطوح همراه با تخریب شدیدتر قرار دارد، جای می‌گیرد.

خصوصیات بالینی پویایی اختلال: علیرغم اختلاف نظرهای موجود در تبیین اختلال شخصیت خودشیفته، در یک مرور کلی می‌توان دریافت اغلب مؤلفان بر سر این موضوع اتفاق نظر دارند که شکل‌گیری این اختلال ریشه در حضور چهره‌های والدینی مستبد، پرخاشگر و بی‌تفاوت (کرنبرگ[[136]](#footnote-137)، 2004)، دمدمی‌مزاج و گاهاً خودشیفته (کوهات[[137]](#footnote-138)، 1972) و سوءاستفاده‌گر (کرنبرگ و اختر[[138]](#footnote-139)، 2003) دارد.

از نقطه نظر تحولی، انرژی روانی کودک نوپا در ابتدا بر خود وی متمرکز است. این حالت اولیه که فاقد هرگونه بازنمود قابل تشخیص ابژه است، خودشیفتگی نخستین[[139]](#footnote-140) نامیده می‌شود (فروید[[140]](#footnote-141)،1914). به تدریج که کودک قادر به تمایز بین خود و جهان بیرونی می‌گردد این انرژی را به سمت مراقبان اولیه، که نخستین مرجع وی برای سرمایه‌گذاری روانی به شمار می‌روند، هدایت می‌کند. این سرمایه‌گذاری، منجر به شکل‌گیری فانتزی‌هایی درباره خود بزرگ‌منش[[141]](#footnote-142) و والدین آرمانی می‌گردد. آرمانی‌سازی[[142]](#footnote-143) و خودبزرگ‌‌بینی، در جوار ابژه‌ای که واجد این ویژگی‌ها است، نیازهای طبیعی کودک در فرایند شکل‌دهی "خود" هستند (کوهات، 1971به نقل از ادموندسون[[143]](#footnote-144)، 2001). این فرایند هنگامی به شکل بهنجار پیش خواهد رفت که والدین به شکلی همدلانه به نیازهای کودک برای ادغام شدن[[144]](#footnote-145) و انعکاس یافتن[[145]](#footnote-146) پاسخ دهند و از این طریق بخشی از انرژی سرمایه‌گذاری شده از سوی کودک را به شکل عشق و تحسین به وی برگردانند. ادغام و انعکاس دو نیاز اساسی رشدی هستند که اولی به شکل نیاز به یکی شدن "من" و ابژه در عین تمایز، و دیگری به شکل نیاز به تحسین از سوی ابژه تعریف می­­شود. در این حالت وهم و خیال خود بزرگ‌منش به عزت‌نفس سالم تبدیل شده و تصور والدین آرمانی پایه‌ای برای ارزش‌های فرد می‌گردد (ادموندسون، 2001). آنچه در سیر تحول مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته رخ می‌دهد آن است که انعکاس نیافتن ارزشمندی و قدرت کودک، مانع از دستیابی او به تصویری واقعی از توانایی‌ها و محدودیت‌های خود می‌شود. دستاوردهای کودک در چنین شرایطی تنها به عنوان ابزاری در خدمت والدین ارج نهاده می‌شوند و در راستای تلاش برای به دست آوردن مشروط مادر قرار می‌گیرند. این تلاش که در مرحله مقعدی به صورت کوشش در جهت کسب پاکیزگی درآمده و می‌تواند مبنای شکل‌گیری وسواس را پایه‌گذاری نماید در مرحله ادیپی رنگ و بوی جنسی به خود می‌گیرد. در این مرحله که توانایی کودک برای تسخیر والد غیرهمجنس و در عین حال پذیرش محدودیت‌های خود برای برقراری این رابطه، موضوع محوری رشد شخصیت است، مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته با پاسخ‌هایی سرد، رقابت‌جویانه و اغواگرانه والدین مواجه می‌گردند (روث‌استین[[146]](#footnote-147)، 1979؛ کوهات، 1972). این والدین اگرچه به اندازه کافی قدرتمند هستند تا کودک بتواند از آنها به عنوان پایگاهی برای ادغام شدن استفاده نماید، اما مرجع مناسبی برای انعکاس یافتن کودک نیستند. در نتیجه کودک به باز پس‌گیری انرژی سرمایه‌گذاری شده خود می‌پردازد؛ اما از آنجا که خود را محقّ دریافت عشق و تحسین نیافته است، سرمایه‌گذاری این انرژی بازپس گرفته شده در خود، به شکلی نامطمئن و همراه با تردید، به شکل ناارزنده‌سازی و یا آرمانی‌سازی توأمان، انجام می‌گیرد و در نتیجه "خود**"** از سرمایه‌گذاری‌های لیبیدویی تهی گردیده و عزت‌نفس پایین می‌آید. کاهش عزت­نفس، نشان‌دهنده آن است که بیش از آنکه سرمایه‌گذاری لیبیدویی بر روی "خود" صورت پذیرد پرخاشگری به سمت "خود" هدایت شده است (کرنبرگ، 2003).

خودشیفتگی را می‌توان همچون حبابی دانست که مجالی برای احساس خود بزرگ‌بینی کاذب و نا ارزنده‌ سازی دیگران، که دفاع‌های رایج در اختلال شخصیت خودشیفته هستند، در یک دنیای تخیلی فراهم می‌آورد اما در عین حال بسیار شکننده و آسیب‌پذیر به نظر می‌رسد. فرد از این فضای وهم‌آلود به عنوان مکانیزمی در مقابل احساس شدید طرد، رهاشدگی و حقارت خود استفاده می‌نماید. کودک، ناامید از یافتن تصویر خود در آیینه سرد و کدر والدین به سوی خویش بازگشته و تلاش می‌کند شرایطی را فراهم آورد که در آن احساس توانایی مطلق وجود داشته (روث‌ستین، 1979)، ابژه ارضاکننده، قابل پیش بینی و قابل کنترل بوده و "من" در جوار آن احساس توانایی مطلق می کند.

درمان: بر مبنای آنچه که گفته شد شکل‌گیری انتقال خودشیفته‌وار در جریان درمان را نیز می‌توان ناشی از نیاز به یک منبع پذیرا، تأییدگر و در عین حال قدرتمند دانست که امکان تجربه احساس ارزشمندی و آرامش را فراهم می‌نماید. آنها می‌کوشند تا از عزت نفس زخم خورده خود دفاع نمایند و این کار را از طریق ترکیب آرمانی‌سازی و ناارزنده‌سازی درمانگر انجام می‌دهند. تأثیراتی که این افراد بر درمانگر دارند می‌تواند شامل احساس ملال و خستگی، آزردگی خفیف، بی‌صبری، و احساسات نامعلوم باشد (PDM، 2005). وارد ساختن هرگونه جراحت به این حباب تخیلی در جریان درمان به شکل انتقاد، عدم تحسین و یا بی‌توجهی با واکنش‌های خشم، غبطه و تنفر عمیق بیمار مواجه می‌گردد. این بیماران درحقیقت از نظر رشدی بازداشته شده‌اند و نیازمند پاسخ‌های انعکاس‌دهنده و آرمانی‌کننده "ابژه-خود" هستند تا بدین طریق از چندپارگی خود جلوگیری کنند (گبارد[[147]](#footnote-148)، 2000). به باور کوهات، هماهنگی همدلانه تحلیل‌گر در محیطی پذیرنده و حمایت‌گر سرانجام منجر به رشد مراجع خواهد شد. ترمیم مداوم گسستگی‌های همدلانه‌ای که در روان‌درمانی رخ می‌دهد با گذر زمان به تغییرات درون روانی برای مراجع خواهد انجامید (کوهات، 1971).

بررسی ابعادی چند و ریخت شناسی شخصیت آذری‌های ایران

حورا مطیعی، دکتر علیرضا عابدین، مریم فاتحی، شرمین روبن زاده

**مقدمه:** در جهان مدرن همه چیز به انسان باز می‌گردد. انسان و تفکر او سرمنشاُ تمامی بینش‌ها و روش‌ها و محور همه‌ی تحولات سیاسی و اجتماعی جدید است. نوع نگرش انسان به خود و دیگران زیربنای برنامه‌ها، روش‌ها، سیاست‌ها و ایده آل‌های اوست و تعریفی که افراد و اجتماعات انسانی از خود دارند تعیین کننده جهت حرکت و اهداف سیاسی و اجتماعی آن‌ها به شمار می‌آید. همین تعریف و تصور از خود خمیرمایه‌ی اصلی هویت فردی و اجتماعی است (معظم‌پور، 1383). تحکیم هویت قسمت اعظم از سیر رشد هر انسانی است. در حالی‌ که این موضوع به خودی خود پیچیده است، تعلق داشتن به گروه‌های قومی و اقلیت، آن را پیچیده‌تر می‌کند. هویت قومی مجموعه ویژگی‌ها و سبک زندگی اعضاء یک گروه است که خود را با کمک برداشت‌ها و احساسات در باره نمادها، ارزش‌ها و تاریخ مشترک خود به عنوان یک گروه مشخص معرفی می‌کنند. رشد هویت قومی فرآیندی است که از یک هویت ناآشکار و تجربه نشده آغاز می‌شود و در یک دوره اکتشافی به یک هویت قومی تبدیل می‌شود (سعید، 1383). در فرآیند شکل‌گیری هویت، همه‌ی اقوام و گروه‌های اجتماعی نسبت به دولت ملی احساس وفاداری می‌کنند و تعلقات خرد زبانی، نژادی، مذهبی و منطقه‌ای خود را ذیل آن تعریف می‌کنند (معظم‌پور، 1383). در این شرایط بررسی هویت قومیت‌ها در کنار هم برای دست‌یابی به هویت بزرگتر ملی لازم به‌نظر می‌آید. بررسی علمی تفاوت‌های افراد در فرهنگ‌های گوناگون، به دور از تعصبات غالب، به دستیابی یک طبقه‌بندی جامع کمک می‌کند (کازدین، 2000)؛ چنین طبقه‌بندی در نهایت سبب به‌دست آوردن تصویری شفاف از قومیت‌های گوناگون، افزایش درک متقابل، استفاده بهینه از پتانسیل نهفته در بین این افراد و نهایتا افزایش سلامت روانی جامعه می‌گردد. روانشناسان فرهنگ‌گرا اعتقاد دارند شناخت قومیت‌های گوناگون باعث افزایش کارایی فعالیت‌های بالینی و مشاوره‌ای می‌گردد. با وجود اهمیت چنین موضوعاتی عملا هنوز اقلیت‌ها و قومیت‌های گوناگون ایرانی از لحاظ ریخت شناسی شخصیتی و تاثیر مسائل فرهنگی و اجتماعی بر شخصیت آنان ناشناخته باقی مانده‌اند. شروع تحولات فرهنگی- اجتماعی در طی دهه‌های اخیر در ایران و تغییرات در ساختار ارزشی جامعه منجر به بررسی پژوهش‌هایی در زمینه هویت شده‌است**. يكي از يافته‌هاي جالب توجه در محتوای این گونه مطالعات اين است كه گروه‌هاي غير فارسي زبان به ويژه جمعيت آذري زبان ساكن در فلات ايران ريشه ژنتيكي مشتركي با اقوام ترك زبان ساكن در كشور تركيه و اروپاي شرقي ندارند و بر عكس شاخص تمايز ژنتيكي آنها با ساير گروه‌هاي ساكن در فلات ايران به ويژه فارسي زبانان نزديك به صفر است كه نشانگر ريشه ژنتيكي مشترك آن‌ها، حتي هزاران سال قبل از اين كه نامي از ايران يا اقوام آريائي در ميان بوده باشد، در اعماق تاريخ اين مرز و بوم است (اشرافیان بناب، 1385).** آذری‌ها جمعیت بالایی از ایرانیان را تشکیل می‌دهند. بنابراین لزوم بررسی آن‌ها به عنوان یکی از بزرگ‌ترین قومیت‌های ایرانی ضروری به‌نظر می‌رسد. جمعیت آذربایجان در سال ۱۳۸۵ خورشیدی، بالغ بر ۸٬۶۶۹٬۶۷۱ نفر بوده‌است. علاوه بر این با توجه به تاریخ آدربایجان وآمیختگی آن با هویت ایرانی، باید در جهت شناخت هرچه بیشتر این قومیت ایرانی گام برداشت. یکی از راهکارهای مطالعات علمی برای شناسایی ساختار و پویایی قومیت‌های گوناگون با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی، بررسی ابعاد و ریخت‌شناسی شخصیت است. و بنابراین کمک گرفتن از نظریه‌های مختلف شخصیت و در نتیجه پرسشنامه‌هایی که این ویژگی‌ها را ارزیابی کنند، لازم به‌نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه بررسی پویایی‌ها، ابعاد، ریخت شناسی و در نتیجه هویت قومیت آذری ایرانی با استفاده از این ابزارهاست.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. 299 آزمودنی با روش نمونه‌گیری دردسترس با شرایط تحصیلات بالاتر از سوم راهنمایی، سن بالاتر از 18 سال و متعلق بودن به قومیت آذری انتخاب شدند. سه پرسشنامه در اختیار آن‌ها گذاشته شد. پرسشنامه‌ی اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعاتی که میزان انطباق پذیری فرد را با قومیت خود نشان می‌داد، بود. این پرسشنامه توسط محقق تنظیم شد. دومین مقیاس در نظر گرفته شده فهرست صفات[[148]](#footnote-149) (ACL) با محتوای 300 صفت در اختیار آن‌ها گذاشته شد. این فهرست در سال 1952 توسط گاف[[149]](#footnote-150) به منظور توصیف اسنادها و ویژگی‌های شخصیتی ساخته شد. در سال 1958 گاف و هیلبران[[150]](#footnote-151) نمره‌گذاری ACL را گسترش دادند تا سیستم نیازها - فشارهای موری را در آن بگنجانند. به طور کلی این آزمون شامل 38 مقیاس است که تحت پنج گروه کلی دسته بندی شده‌اند: مقیاس نحوه برخورد، نیاز، موضوعی، تحلیل تبادلی و مقیاس منطقی - خلاقیت. سومین آزمون مد نظر نیز ریخت‌شناسی مایرز – بریگز[[151]](#footnote-152)(MBTI) بود. این پرسشنامه یک ابزار روان‌سنجی است که به منظور طبقه بندی افراد بر حسب ریخت‌های روانشناسی به کار می‌رود. این ابزار توسط مایرز و بریگز بر اساس نظریه ریخت‌های روانشناختی یونگ در زندگی روزمره، طراحی گردیده است به گونه‌ای که یونگ شخصاً، در نسخه‌های اولیه آن نظراتی را اعمال نموده است. این آزمون هشت نوع ترجیح شخصیتی را در قالب چهار محور دو قطبی، برای افراد در نظر می‌گیرد. پرسشنامه MBTIدارای فرم‌های متفاوتی است که هر یک کاربرد مختلفی دارند. در این تحقیق از فرم M دارای 93 سوال استفاده شده است.

**نتایج و بحث:** گروه غالب مورد مطالعه در این تحقیق افراد جوان ، با تحصیلات کارشناسی و دارای شغل آزاد بودند. اکثر آن‌ها در آذربایجان شرقی متولد و رشد کرده بودند. در بررسی آزمون انطباق پذیری دیده شد که بیشتر نمونه، خود را ایرانی- آذری می‌شناسند، در حالی‌که نسبت به زبان، موسیقی و عادات و رسوم آذری پایبندی بالایی نشان می‌دهند و ارتباطات آنان بیشتر درون قومی است. به نظر می‌رسد گروه نمونه ضمن اینکه ایرانی بودن را برای خود یک اصل مسلم و انکار ناپذیر می‌بیند، نیاز دارد برای حل نشدن در اکثریت و جلوگیری از تسلط زبان و فرهنگ غالب جامعه از قسمت دیگر هویت خود که همانا آذری بودن است، دفاع کند. این دفاع می‌تواند به صورت نوعی انعطاف ناپذیری و خشکی برای جلوگیری از نفوذ اکثریت و پایداری این قومیت، دیده شود. این ویژگی را می‌توان به صورت یک نگاه کلی از کنار هم گذاشتن صفت‌های غالب در آزمون فهرست صفات دید. در بررسی این آزمون بالا بودن ویژگی‌هایی همچون خودنظم جویی[[152]](#footnote-153)، خودکنترلی[[153]](#footnote-154) و در مقیاس تحلیل تبادلی آن، بالا بودن حالت والد حمایت‌گر[[154]](#footnote-155) و پایین بودن کودک آزاد[[155]](#footnote-156) دیده می‌شود؛ همچنین میل به عدم تغییر[[156]](#footnote-157) و خلاقیت[[157]](#footnote-158) کم در دیگر مقیاس‌ها وجود دارد. اما از مقایسه‌ی زنان و مردان در این آزمون می‌توان یک رابطه‌ی والد - کودک را مشاهده کرد. ویژگی‌های بالغانه، والد حمایت‌گر، میل به رهبری،[[158]](#footnote-159) انگیزه‌ی پیشرفت[[159]](#footnote-160) و هوش بالا و خوشبینی با تفاوت معناداری در مردان بالاتر است. در مقابل می‌توان در زنان، کودک انطباق‌ ‌پذیری را دید که خشم خود را بیشتر نشان می‌دهد و خلاقیت بالاتری دارد. به طورکلی ویژگی نمایشگری در زنان بالاتر است. نتیجه‌ی ریخت شناسی مایرز-بریگز نیز تاییدی بر این مدعاست. زنان با تفاوت معناداری در این آزمون برون‌گرایی بالاتری دارند. بنا‌بر نتایج به دست آمده از ریخت شناسی مایرز- بریگز ریخت کلی شخصیت آذری‌های ایران برونگرای حسی با قضاوت تفکری (ESTJ) است.

تحلیل روان پویایی موسیقی غیر مجاز (زیرزمینی) با استفاده از روش تحلیل محتوایی

سید محمد مومنی[[160]](#footnote-161)

**مقدمه و هدف**: در این پژوهش نظریه سه وجهی روان پویایی در مورد شخصیت، برای تحلیل روانشناختی موسیقی زیرزمینی ایران مورد استفاده قرار گرفته است. برای موسیقی زیرزمینی تعاریف مختلفی می‌توان ارائه کرد اما واضح‌ترین تعریف، همان گونه که از نام آن مشخص است نوعی از موسیقی است که بدون مجوز نهادهای نظارتی تولید و پخش می‌گردد. در دیدگاه روان کاوی کلاسیک ساختار شخصیت شامل سه بخش من، نهاد و فرامن می‌باشد. به صورت اجمالی می‌توان گفت "نهاد" جایگاه تمایلات و غرایز،"فرامن" جایگاه معیارهای اخلاقی و بایدها و نبایدها و "من" مدیر شخصیت و واسطه میان نهاد، فرامن و واقعیت است. تظاهرات روانشناختی انسانها حاصل تعامل این سه بخش است.

در تعمیم نظریه سه وجهی شخصیت در مورد موسیقی، اگر نهادهای نظارتی را به عنوان فرامن جامعه در نظر بگیریم، خواهیم دید که موسیقی زیرزمینی از دریافت مجوز از فرامن جامعه فارغ است.بر این اساس که در دیدگاه روانکاوی جایگاه اصلی غرایز و استعدادهای هنری در نهاد انسانها (در این پژوهش:نهاد جامعه) می‌باشد، فرضیه اول پژوهش صرفا به تحلیل محتوای موسیقی غیر مجاز و فارغ از مقایسه با موسیقی مجاز می‌پردازد و به این شکل است: میزان ابراز غرایز در موسیقی غیر مجاز فراتر از حد معمول می‌باشد. فرضیه دوم به مقایسه میزان تجلی غرایز در دو نوع موسیقی مجاز و غیر مجاز می‌پردازد و به این صورت است: میزان ابراز غرایز در موسیقی زیرزمینی در حد قابل توجهی فراتر از میزان آن در موسیقی مجاز است. این غرایز شامل پرخاشگری،غریزه جنسی و کلیه سائقه‌هایی است که در نظریه روان کاوی مورد نظر می‌باشد مانند امنیت وگرسنگی. در واقع در صورت تائید فرضیه می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که موسیقی زیرزمینی به این علت که تحت نظارت فرامن جامعه نیست، در حد زیادی تحت تاثیر نهاد جامعه می‌باشد.

روش:روش گردآوری اطلاعات و نتیجه‌گیری در این پژوهش روش تحلیل محتوا است. روش تحلیل محتوا ابتدا ویژگیهای شخصیتی و روانی تولید کننده آثار و منابع پژوهش و سپس شرایط و اوضاع و احوال اجتماعی زمان تولید منبع را توصیف می‌کند. روش تحلیل محتوا بر اساس نظریه فرافکنی در سنجش استوار است. بر اساس این نظریه، ما در هر کاری که انجام می‌دهیم بخشی از ویژگیهای شخصیتی‌مان را فرافکنی می‌‌کنیم. در واقع آثار تولید شده توسط فعالان موسیقی زیرزمینی را می‌توان به عنوان تظاهر ویژگیهای شخصیتی، ارزشی و فکری‌شان در نظر گرفت. شخص در نوشتن نامه‌ها و خاطرات شخصی، سرودن شعر، نقاشی، سخنرانی، بازی و نمایش،ادراک و تفسیر محرکها و رویدادهای محیطی و در بسیاری از کارهای روزمره، نیازها، انگیزه‌ها، باورداشت‌ها و نظام ارزشی خود را بیان می‌کند.

بر اساس روش تحلیل محتوا، در این پژوهش هر قطعه موسیقی به سه بخش موزیک، شعر و آواز تقسیم می‌شود و میزان خصوصیات غریزی منعکس شده در این سه بخش و با تاکید بر بخش شعر مورد بررسی قرار می‌گیرد. **منابع تحلیل محتوا** در این پژوهش قطعه‌های موسیقی که به شکل مجاز و غیر مجاز تولید شده‌اند می‌باشد. همچنین **متغیر‌های** این پژوهش عبارتند از قطعات موسیقی تولید شده از طریق غیر مجاز (زیرزمینی)، قطعات موسیقی تولید شده از طریق مجاز، میزان تجلی غرایز و تمایلات (غریزه جنسی و پرخاشگری) در هر کدام از این دو نوع موسیقی و ویژگیهای شخصیتی تولید کنندگان آثار که در هر دو نوع موسیقی متجلی شده است.

 در بخش نمونه‌گیری صرفا قطعات مربوط به سبکهای رپ و پاپ انتخاب شدند.گروه آزمایشی در این پژوهش 40 قطعه موسیقی بود که به صورت تصادفی از میان چندین مجموعه موسیقی غیر مجاز (زیر زمینی) انتخاب شدند و گروه گواه نیز شامل 40 قطعه موسیقی بود که به صورت تصادفی از میان مجموعه‌های موسیقی مجاز انتخاب شده بودند. بخش بعدی پژوهش مربوط به انتخاب واحدهای تحلیل است. در این پژوهش از " ماده" به عنوان واحد تحلیل استفاده گردید. چک لیستهایی تهیه شد که بررسی مواردی همچون ابراز تمایل جنسی، ابراز تمایلات عاطفی، ابراز خشم،ابراز نیازهای فیزیولوژیک و چهارچوبهای تکنیکی و تخصصی موسیقی را توسط داورانِ آموزش دیده، مورد بررسی قرار می‌داد. برای کمی کردن واحدهای تحلیل نیز از مقیاس درجه بندی استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری: **د**ربخش نتیجه‌گیری ابتدا از روش ضریب توافق و آزمون نیکوی برازشِ خی دو جهت سنجش فراوانی و توافق داوران در مورد شدت ابرازِ تمایلاتِ غریزی در قطعات موسیقی غیر مجاز استفاده شد. این بخش کاملا در جهتِ تحلیل محتوای یک گروه از موسیقی‌ها (غیر مجاز) انجام گردید. در این بخش فرضیه اول پژوهش که عبارت بود از:"میزان ابراز غرایز در موسیقی غیر مجاز فراتر از حد معمول می باشد" مورد تائید قرار گرفت.

در بخش دیگر فرضیه دوم پژوهش پس از انجام آزمونt برای گروههای مستقل، تائید شد که جداول و گزارش آزمونهای آن به صورت کامل در مقاله اصلی آورده خواهد شد. بر این اساس موسیقی زیرزمینی دارای بعد غریزی گسترده‌ای است و با توجه به اینکه پدیدآورندگان و مصرف کنندگان این نوع موسیقی بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند می‌توان گفت که خصوصیات غریزی گسترده‌ای در بخشی از جامعه وجود دارد که با استفاده از مکانیسمی به نام تولید و انتشارِ زیرزمینی، فرصت بیان یافته‌اند.

در واقع تولید موسیقی به روش غیر مجاز یا زیرزمینی روشی برای گریز از معیارهای فراخود جامعه می‌باشد. این نوع از تولید و انتشار موسیقی شبیه به مکانیسم عملکرد رویا در روان‌کاوی کلاسیک است. رویا نیز برخی از جنبه‌های سرکوب شده‌ای را که در آگاهی نمی‌توانند ظاهر شوند به سطح هوشیاری می‌رساند. موسیقی زیرزمینی نیز برخی از مفاهیم و انرژیهای سرکوب شده را به سطح می‌آورد. فرضیه‌های فرعی این پژوهش عبارت بودند از این‌که میزان بیان غرایز در شعرهای آثار نمونه گرفته شده از موسیقی زیرزمینی (موسیقی غیر مجاز) فراتر از گروه گواه (موسیقی مجاز) می‌باشد و نیز این فرضیه که میزان بیان غرایز و در نظر نگرفتن چهارچوبهای تکنیکی موسیقی در موزیک و طریقه اجرای آواز در آثار نمونه گرفته شده از موسیقی زیرزمینی بیشتر از آثار موسیقی مجاز می‌باشد. این فرضیه‌ها نیز تائید شدند. البته در چک لیستهای تهیه شده برای داوری، هر سه بخش موزیک، شعر و آواز از لحاظ چهارچوبهای تکنیکی موسیقی به بخشهای دیگری تقسیم شدند تا فرایند تحلیل محتوا با وضوح بیشتری انجام بگیرد.

تغییر سلیقه موسیقی در جامعه ایران خصوصا در رده‌های سنی نوجوان و جوان مشهود است و لزوما نمی‌توان این تغییر سلیقه را به عنوان یک تنزل در نظر گرفت بلکه باید آن را حاصل کنشهای جامعه در فرایندهای طولانی مدت مربوط به گذشته دانست و با استفاده از نتایج آن، به شناخت سبک‌های فکری جدیدی که ایجاد شده‌اند پی برد.حتی می‌توان با اتخاذ راهبردهای علمی، این تحول را به گونه‌ای هدایت کرد که باعث جریانات منطقی شود زیرا مسلما این تحول فکری ایجاد شده، در دیگر ساختارهای جامعه هم تاثیر خواهد گذاشت. به عنوان مثال در کنار تغییر گرایش در مورد سبک موسیقی دلخواه تفاوتهایی نیز در شیوه انتخاب رشته تحصیلی یا ایدئولوژی افراد برای زندگی ایجاد می‌شود که شواهد بروز آن در جامعه قابل مشاهده است. در واقع این نوع موسیقی، هم حاصل شیوه تفکر سازندگان و مصرف کنندگان آن می‌باشد و هم بر تفکر و سبک زندگی افراد تاثیر می‌گذارد.

مقايسه سبک‌هاي دلبستگي جوانان عقب مانده ذهنی مرزی و عادي شهر اصفهان

فرزانه مومنی[[161]](#footnote-162)، دکترمختارملک پور[[162]](#footnote-163)، دکترحسین مولوی[[163]](#footnote-164)، دکترشعله امیری[[164]](#footnote-165)

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقايسه سبکهاي دلبستگي جوانان عقب مانده ذهنی مرزی و عادي شهر اصفهان انجام شده است. مواد و روش‌ها: اين مطالعه به صورت علي - مقايسه‌اي انجام شد. جامعه آماري پژوهش شامل کليه جوانان (18تا28سال) عقب مانده ذهنی مرزی و عادي مي‌باشند. بدين منظور تعداد 60 نفر جوان عقب مانده ذهنی مرزی (35 دختر و 35 پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه ای و80 جوان عادي (40 دختر و 40 پسر) به شيوه تصادفي ساده انتخاب شده‌اند. ابزارهاي پژوهش عبارت از پرسشنامه‌ي سنجش سبکهاي دلبستگي هازن و شيور(1987)، آزمون هوش کتل و پرسشنامه‌ي جمعيت‌شناسي محقق ساخته بود. براي تحليل آماري داده‌هاي پژوهش از روش تحليل واريانس چند متغيري (مانوا)، آزمون تعقيبيLSD ، و آزمون خي‌دو استفاده شد. يافته‌ها: نتايج پژوهش نشان داد بين سبکهاي دلبستگي جوانان عقب مانده ذهنی مرزی و عادي تفاوت معنا داري در سطح 001/0>P وجود داشت . همچنين نتايج نشان دادبين ميانگين نمرات دلبستگي ناايمن اضطرابي/اجتنابي، ناايمن اضطرابي/دوسوگرا و دلبستگي ايمن جوانان درهر دو گروه تفاوت معنا‌داري وجود داشت (001/0>(P. در اين پژوهش بين ميانگين نمرات سبک‌های دلبستگي جوانان پسر و دختر دو گروه تفاوت معنا‌داري ديده نشد (165/0=P). نتيجه‌گيري: ميانگين نمرات دلبستگي ايمن در جوانان عادي و ميانگين نمرات دلبستگي ناايمن اضطرابي/اجتنابي و نا ايمن اضطرابي/دوسوگرا در جوانان عقب مانده ذهنی مرزی بالا بود.

بررسي نقش سبک‌هاي دلبستگي در پيش بيني نگرش‌هاي مذهبي، مقابله مذهبي و سلامت رواني دانشجويان

دکتر نادر منيرپور، هلن خوسفي، دکتر حميد يعقوبي

**مقدمه و هدف:** دانشجويان نيز، همانند ساير افراد جامعه، به انواعي از اختلالات روانشناختي نظير اختلالات سايکوتيک، اختلالات خلقي، اضطرابي، سوء مصرف مواد و ساير اختلالات مبتلا مي‌شوند (پورشريفي و همکاران، 1383). با توجه به نقش سلامت روان در موفقيت و احساس رضايت از زندگي، تشخيص و تقويت عواملي که نقش موثري در ارتقاي سلامت رواني افراد ايفا مي‌کنند از اهميت ويژه‌اي برخوردار است. دلبستگي از عوامل موثر در سلامت روان افراد شناخته شده است. دلبستگي از طريق حفظ نزديکي نوزاد به مادر، سلامتي و امنيت او را تضمين مي‌کند. شيوه هاي متقابل بين کودک و مراقبانش باعث شکل گيري سه سبک دلبستگي ايمن، ناايمن اجتنابي و ناايمن اضطرابي- دوسوگرا مي‌شود (بالبي،1969). افراد دلبسته ايمن نسبت به دنيا و ديگران اعتماد دارند و تمايل به ايجاد ارتباط صميمانه و مثبت به ديگران دارند. افراد ناايمن اجتنابي به دليل ترس از طرد شدن از سوي ديگران از ايجاد روابط صميمانه اجتناب مي‌کنند (سيچانوسکي و همکاران، 2003) و افراد ناايمن اضطرابي- دوسوگرا در روابط عاطفي شان با ديگران انحصارطلب و وابسته‌اند، دايم نگران طرد شدن از سوي ديگران هستند و با وابستگي شديد به ديگران سعي در کاهش اضطراب جدايي خود دارند. بنابراين، به نظر مي‌رسد سبک‌هاي دلبستگي از جمله عواملي هستند که نقش مهمي در سلامت رواني افراد دارند. پژوهش‌هاي مختلف نشان داده‌اند که افراد با سبک دلبستگي ايمن از لحاظ سلامت روان در سطح بالاتري قرار دارند (غباري بناب، باقر و همکاران، 1386). در رابطه با کيفيت دلبستگي، مطالعات نشان داده‌اند، دانشجوياني که از لحاظ دلبستگي، اضطرابي به حساب‌ مي‌آيند و نگران از دست دادن محبت و صميميت فرد مورد علاقه‌شان هستند، سلامت رواني پايين تري دارند؛ درحالي که دانشجويان داراي دلبستگي ايمن يعني افرادي که مي توانستند به شريک زندگي خود اعتماد کنند از لحاظ سلامت روان در سطح بالاتري قرار دارند. علاوه بر سبک هاي دلبستگي، بسياري از متخصصان علوم رفتاري مذهب را عامل اصلي در بهداشت فردي و اجتماعي معرفي کرده‌اند. مفهوم نگرش مذهبي عبارتست از اعتقادات فرد نسبت به خدا، روز رستاخيز، انبيا و هدفمندي جهان هستي، وآمادگي براي عمل در راستاي اعتقادات خويش (خداياري، 1376). بررسي ها نشان مي‌دهند که مذهبي بودن و گرايش به مذهب با سلامت جسماني و رواني همبستگي بالايي دارد (وست[[165]](#footnote-166)،2000؛ شريفي، 1384) و قدرت باورهاي مذهبي دانشجويان ارتباط مثبتي با سلامت رواني آنها شامل خوش‌بيني، معني‌دار بودن زندگي، کنار آمدن با استرس‌ها، پذيرش خود، نگرش مثبت به زندگي و اضطراب کم آنها دارد (رحيمي و کامران پور، 1386). به علاوه، در زمينه تاثيرگذاري مذهب بر سلامت روان يک چشم انداز غالب پژوهشي در روانشناسي دين نظريه مقابله مذهبي است. مقابله مذهبي شيوه اي است که انسانها از شعائر و عقائد مذهبي جهت مقابله با مشکلات و فشارهاي زندگي بهره مي‌گيرند. پژوهش هاي گوناگون همبستگي مثبت بين استفاده از مقابله مذهبي و سلامت روان گزارش کرده‌اند (سراجي، 1386؛ صولتي و همکاران، 1380؛ جعفريان، 1386). صولتي و ضرغامي (1380) در مطالعه‌اي نشان دادند که همبستگي معکوس و معني داري بين اضطراب و مقابله مذهبي وجود دارد. با توجه به اهميت نقش سبک‌هاي دلبستگي در حيات روانشناختي انسان و تاثير آن بر ساير مولفه‌هاي شخصيتي، شناختي، هيجاني و رفتاري انسان، نظير نگرش ديني و سلامت رواني، مطالعه حاضر به بررسي سهم سبک‌هاي دلبستگي در پيش بيني نگرش مذهبي، مقابله مذهبي و سلامت رواني دانشجويان پرداخته است.

**روش**: جامعه آماري اين پژوهش شامل تمامي دانشجويان دانشگاه آزاد اسلامي واحد قم بودند که در سال تحصيلي 88-1387 در اين دانشگاه مشغول به تحصيل بودند. تعداد 400 نفر از دانشجويان با ميانگين سني 25 سال به عنوان نمونه آماري اين پژوهش با در نظر گرفتن جنس، دانشکده و مقطع تحصيلي به روش نمونه‌گيري طبقه اي تصادفي انتخاب شدند. براي جمع‌آوري داده‌ها از پرسشنامه‌هاي سلامت عمومي 28 سوالي (GHQ-28)، مقياس دلبستگي بزرگسال (بشارت، 1379)، پرسشنامه نگرش مذهبي (خداياري فرد و همکاران (1378) و پرسشنامه مقابله مذهبي (پهلواني و دولتشاهي، 1384) استفاده شد. داده‌هاي پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و روش هاي همبستگي پيرسون و تحليل رگرسيون چندگانه مورد تحليل قرار گرفتند.

**نتايج و يافته‌ها:** نتايج نشان داد که زير مقياس‌هاي سلامت عمومي با سبک‌هاي دلبستگي، نگرش مذهبي و مقابله مذهبي همبستگي دارند. در رابطه با سبک‌هاي دلبستگي مشخص شد که دلبستگي ايمن با افسردگي و اضطراب بدکارکردي اجتماعي همبستگي منفي دارد و در مدلهاي رگرسيوني براي پيش بيني آنها سهم موثري دارد، اما با علايم جسماني همبستگي معناداري نشان نداد. دلبستگي اجتنابي با علايم جسماني و افسردگي همبستگي مثبت داشت و فقط سهم معناداري در پيش بيني افسردگي نشان داد. دلبستگي دوسوگرا نيز رابطه مثبت معنادار با علايم جسماني و افسردگي داشت و فقط سهم معناداري در پيش بيني علايم جسماني نشان داد. نتايج تحليل رگرسيون چندگانه نشان داد که سبک‌هاي دلبستگي ايمن و اجتنابي روي هم رفته 6/10 درصد از واريانس نگرش مذهبي را تبيين مي‌نمايند و دلبستگي اجتنابي سهم بيشتري در اين زمينه ايفا مي‌نمايد. جهت روابط نشانگر آن است که دارا بودن سبک دلبستگي ناايمن اجتنابي با نگرش منفي‌تر ديني همراه است، درحالي که دارا بودن سبک دلبستگي ايمن با نگرش مثبت تر به دين مربوط است. بنابراين، يافته‌ها مي‌دهند که سبک‌هاي دلبستگي دانشجويان توان پيش بيني معنادار نگرش مذهبي آنان را دارا هستند. علاوه بر اين، مشخص شد که سبک‌هاي دلبستگي 5/10 درصد از واريانس مقابله مذهبي را تبيين مي‌نمايند. سبک‌هاي دلبستگي ايمن و اجتنابي به طور معنادار مقابله مذهبي را پيش بيني مي‌نمايند، در حالي که سبک دلبستگي دوسوگرا توان پيش بيني معنادار مقابله مذهبي را ندارد.

**نتيجه‌گيري**: با توجه به اين که سبک‌هاي دلبستگي حاصل سبک‌هاي تربيتي و ارتباطي مراقبان کودک مي‌باشد، به نظر مي‌رسد سبک‌هاي تربيتي و تعاملي اوليه کودک مي‌توانند بخشي از نوع نگرش مذهبي و مقابله مذهبي و سلامت رواني افراد را پيش بيني کنند. بنابراين، در راستاي ارتقاء نگرش‌هاي ديني و سلامت رواني دانشجويان توجه به آسيب‌هاي تربيتي و ارتباطي آنها اهميت ويژه‌اي دارد. علاوه بر اين، توجه به اين امر مي‌تواند بسياري از هجمه‌ها به دين را خنثي سازد، چرا که مشکلات نگرش ديني افراد را از خود دين جدا مي‌سازد.

اثر بخشی روان درمانگری پویشی کوتاه مدت TPPدر اختلالات روانشناختی خاص

( یک مطالعه مروری 2009-1970)

جعفر میرزایی[[166]](#footnote-167)، سعید ایمانی[[167]](#footnote-168)، مهدیه هاشمی[[168]](#footnote-169)، مهری اصلانی[[169]](#footnote-170)، اعظم داوودی[[170]](#footnote-171)، مینا محمودیان[[171]](#footnote-172)، شهرزاد معنوی[[172]](#footnote-173)

مداخلات روانشناختی برای شناسایی و کاهش رنج‌ها، ضعف‌ها و تحقق ظرفیت‌ها و توانایی‌های آدمی از موضوعاتی است که توجه روانشناسان بالینی، روانپزشکان و ... را به خود جلب کرده است. تجارب هیجانی آسیب‌زا موجب مشکلات جسمانی و روان شناختی شده و بیان این تجارب در قالب روایتگری امکان شناخت خود، خنثی سازی عوارض جسمانی و روان‌شناختی آشفتگی‌های هیجانی همبسته با این تجارب و تحقق ظرفیت‌ها را فراهم می‌سازد. یکی از روشهای رواندرمانگری که در دو دهه اخیر معرفی شده و آثار و نتایج مفیدی را نشان داده، روان درمانگری پویشی کوتاه مدت[[173]](#footnote-174) است. این روش درمانی، از آنجا درمانگری پویشی نامیده می‌شود که همچون روان تحلیل‌گری، تجربه احساسات واقعی، غلبه بر مقاومت و توجه دقیق به پدیده انتقال را مبنای خود قرار داده است، اما مفهوم سازی آن از ناهشیاری و روش درمانگری به صورت ویژه‌ای از دیگر مفهوم سازی‌های تحلیل روانی متمایز است. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشاء استوار است. در روش STPP خودشناسی تجربه‌ای یا خودآگاهی فرارونده درمانگر در حین درمان اهمیتی بنیادین دارد. پدیده انتقال در هیچ روشی به اندازه روش درمانگری پویشی کوتاه مدت مورد توجه قرار نگرفته است (قربانی، 1382). سایر ویژگی‌های STPP عبارتند از: 1) درمانگران معمولاً ارتباط قوی داشته، فعال هستند و اتحاد درمانی و انتقال مثبت را ایجاد می‌کنند. 2) تأکید بر تعارضات مراجع دارند 3) تأکید بر تجارب شخصی و توجه بر اینجا و اکنون و نشانه‌هایی که اخیراً فرد را دچار آشفتگی کرده است (لیخ سنرینگ و لیبینگ، 2005).

**هدف:** هدف از بررسی حاضر ارائه نتایج مثبت، اثربخشی و یا عدم کارایی آن در مطالعات مروری و پژوهشی است که تاکنون در این خصوص انتشار یافته است.

**روش**: مطالعه حاضر به شیوه‌ی مروری صورت گرفته و از طریق جستجوهای رایانه‌ای از سایت‌های Medline-Pychinfo و SID، مقالات و کتب جدید از سال 1970 تا 2009 مورد بررسی قرار گرفت. شیوه انتخاب به ترتیبی بود که بیشتر مطالعات کارآزمایی شده با و بدون مورد پژوهی‌هایی که در خصوص ابتلا افراد به اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی اساسی، وابستگی به مواد،PTSD، اختلالات شخصیت و ... مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** پژوهش‌های متعدد دوانلو (1990) موید اثر بخشی، منحصر بفرد بودن، علمی و پژوهشی بودن روش STPP می‌باشد. پژوهشها و فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند تمام روشهایِ متداول روان‌ درمانگری به نحو تقریباً یکسان، اثربخش هستند ( سلیگمن و پترسون، 2003)، از طرفی سلامت جسمانی و روانشناختی را موجب می‌شوند (پنبیکر، 1995). پژوهشی در خصوص آثار روان درمانی پویشی به صورت بیان روایتگری و نوشتاری عملکرد سیستم ایمنی، اعصاب خودمختار و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنبیکر، 1997)، ارتباط بین دو نیمکره مغز هماهنگ می‌شود (گایلارد، 2000)، و بین فرایندهای شناختی و هیجانی پیوند برقرار می‌‌گردد (بوکسی، 1995) و پژوهش لیخ سنرینگ و همکاران (2001) در درمان افسردگی با مقایسه قرار دادن STPP و CBT نتایج یکسانی گرفتند، لیخ سنرینگ (2003) اهمیت این درمان را با CBT روی اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار داده و نتایج این دو روش را مفید گزارش کرده است. لیخ سنرینگ و همکاران (2005) اثر بخشی STPP بر روی مبتلایان به اختلالات روانپزشکی که به صورت فراتحلیلی مورد بررسی قرار گرفته نشان دهنده آن است، این روش در افرادی که دارای طیفی از اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت نوع B و C و اختلال جسمانی سازی با میانگین 21 جلسه و حداقل 1 الی 2 بار در هفته اثر بخش بوده و نتایج آن تا یکسال پس از پایان بررسی پایدار بوده است (لیخ سنرینگ و لینگ، 2005). پژوهش رحمانی و همکاران (1384) با عنوان اثربخشي روان درمانگري پويشي كوتاه مدت و دارو درمانگري بر روی 50 بیمار افسرده بیانگر آن است که این روش همانند دارو درمانی در بیمارانی که نتایج بالایی در آزمایش فرونشانی دگزامتازون دارند اثر بخش و مفید بوده است . در پژوهش محمد و همکاران (1387) با عنوان بررسی رواندرمانی کوتاه مدت تجربی فشرده بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی این روش را مفید و اثربخش گزارش کردند. پژوهش آلن عباس (2006) با عنوان روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در افسردگی مقاوم به درمان در یک بررسی مقدماتی نتیجه گرفت، درمان فوق احتمالاً به نتایج اثربخش برای درمان افسردگی مقاوم به درمان منجر می‌شود. هاگلن و همکاران(2008) در پژوهشی با عنوان تفسیر انتقال در رواندرمانی پویشی می‌تواند به طور واقعی موجب اثربخشی طولانی شود، نتایج این پژوهش بیانگر آن است که تفسیر انتقال در این روش درمانی اثربخش بوده و در بیماران دارای اختلال افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و مشکلات بین فردی بطور معناداری بهبودی را در طول درمان و حتی پس از درمان گزارش شده است. پژوهش عباس و همکاران (2009) با عنوان STPP در کاهش تعداد مراجعه کنندگان به بخش اورژانس و ویزیت بیماران با علائم و نشانه‌های غیر قابل توجیه طبی نشان داد شواهد اولیه از مطالعه پیش و پس از مداخله درمان STPP در تشخیص و مدیریت علائم جسمانی بیماران دارای اختلال جسمانی اثربخشی قابل توجهی داشته است. پژوهش دینر، هیل، ثنروث و همکاران (2007) با عنوان اثربخشی درمان روان درمانی پویشی که به صورت فراتحلیلی انجام شده نشان می‌دهد پژوهشهای صورت گرفته با گروه کنترل محدود و بدون کارآزمایی تفاوت معناداری قابل توجهی را با سایر روشها نشان نداده است.

**نتیجه‌گیری**: پژوهش و نتایج مطالعات مروری و فراتحلیلی‌ها در خصوص روش درمانگری پویشی کوتاه مدت بیانگر اثر بخش بودن این روش با جلسات محدود بر روی طیفی از اختلالات افسردگی، اضطراب، جسمانی سازی و اختلالات شخصیت بوده است. در روش درمانی STPP درمانگر فعال است و نوع رابطه درمانی، ماهیت افشاء، خودشناسی تجربه‌ای درمانگر، توجه به پدیده انتقال و تاکید روی تعارضات مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد. لازم به ذکر است بعضی از پژوهش‌های کارآزمایی شده و فراتحلیلی در اثربخش بودن این روش ابهاماتی را بوجود آورده و اثربخشی کارآمد آن را با مباحثه روبرو ساخته است.

بررسي تأثير تجربه فقدان بر ادراك كودكان درمورد مادر، پدر و خداوند و باورهاي مذهبي

راضيه نصيرزاده[[174]](#footnote-175)، نرجس عرفان منش[[175]](#footnote-176)، گلنوش چگني[[176]](#footnote-177)

**هدف:** متخصصاني كه پديده فقدان والدين را مطالعه و بررسي كرده‌اند ، نشان داده‌اند كه چنانچه اين فقدان در سالهاي حساس رندگي رخ دهد ، از يك سو مانع شكل‌گيري دلبستگي و اعتماد اساسي مي‌شود ، و از سوي ديگر ميزان آسيب پذيري در برابر ابتلا به عوارض روانشناختي ، به ويژه اضطراب جدايي و افسردگي را فزوني مي‌بخشد ، علاوه بر اين پژوهش‌هاي بي‌شماري را مي‌توان نام برد كه به اهميت والدين ، در شكل‌گيري مفاهيم مذهبي و اعتقاد به باورها و اعمال مذهبي در كودكان اشاره نموده‌اند

ديكي و همكاران (1997)شواهدي براي تفسير جانشيني موضوعات دلبستگي يا دلبستگي جبراني در فرزنداني كه والدينشان طلاق گرفته يا جدا شده‌اند، پيدا كردند. در اين موارد در خانواده‌هايي كه پدر غايب بود نسبت به خانواده‌هايي كه پدر حضور داشت، خدا بيشتر حامي و قدرتمند تصور شده بود. اين طور فرض شد كه دراين خانواده‌ها احتمالا فرزندان تصور ايده آلي شان از خدا جانشين فقدان واقعي يا فقدان خيالي و فاصله از پدر شده است.

پژوهش حاضر با هدف بررسي تأثير تجربه فقدان ( مرگ يا طلاق والدين) بر ادراك كودكان درمورد مادر، پدر و خداوند و نيز باورهاي مذهبي آنان انجام گرفت.

**روش** : جامعه ، نمونه و روش نمونه‌برداري:

جامعه‌ آماري پژوهش حاضر كليه دانش‌آموزان مقطع ابتدايي نواحي چهارگانه شهر شيراز بود كه بر اساس آمارهاي موجود تعداد نمونه با توجه به ماهيت پژوهش كه از نوع علي مقايسه‌اي مي‌باشد و نيز روش جمع‌آوري اطلاعات كه از طريق مصاحبه با تك‌تك كودكان انجام شده است تعداد 126 نفر در نظر گرفته‌شد كه به روش تصادفي طبقه‌اي چند مرحله‌اي انتخاب شدند يعني با توجه به سهم تعداد دانش‌آموزان مدارس از هر ناحيه 3 مدرسه و مجموعاً 12 مدرسه ( 6 مدرسه دخترانه و 6 مدرسه پسرانه) به طور تصادفي انتخاب گرديد كه از بين دانش آموزان كلاس اول تا پنجم اين مدارس به تصادف 126 نفر از دانش‌آموزان مدارس ابتدايي نواحي چهارگانه شيراز(57 دختر و 69 پسر) انتخاب شدند. در اين نمونه 25 نفر از كلاس اول(7-6 سال)،27نفر كلاس دوم (8-7 سال)، 23 نفركلاس سوم (9-8 سال)، 26 نفر كلاس چهارم (10-9 سال) و 24 نفرازكلاس پنجم (11-10 سال) حضور داشتند.

**ابزارهاي پژوهش:**

1- سه مقياس افتراق معنايي[[177]](#footnote-178) آزگود[[178]](#footnote-179) ، براي ارزيابي ادراك كودك از خداوند، مادر و پدر، استفاده گرديد. در اين مقياس‌ها از آزمودني‌ها خواسته شد با كمك پژوهش‌گر بر مبناي يك مقياس 5 درجه‌اي، نظر خود را پيرامون 7 صفت دو قطبي(گرم- سرد، قشنگ- زشت، قوي- ضعيف، مهربان- بدجنس، عادل- ستمگر، دوست- دشمن و بزرگ- كوچك) در مورد خداوند، مادر و پدر بيان كنند. به هر سوال نمره اي‌ بين 0 تا 5 تعلق مي‌گرفت بنابراين نمره در هر مقياس بين 0 تا 35 است و هر چه نمره بالاتر است کودک خداوند، پدر و مادر را بيشتر با صفات سمت راست ( گرم، عادل، دوست، قوي،مهربان ،قشنگ، بزرگ ) ادراک کرده است. ويژگي‌هاي روان‌سنجي اين مقياس‌ها توسط طباطبائي، نصيرزاده و خوشبخت (1386) مورد بررسي قرار گرفته است اين محققان مقدار آلفاي كرونباخ براي سه مقياس 1) ادراك خداوند 2) ادراك مادر و 3) ادراك پدر را به‌ترتيب برابر با 58/0 و 62/0 و 76/0 گزارش كرده‌اند. ضريب بازآزمايي نيز با فاصله دو هفته به ترتيب برابر 63/0، 70/0، و 75/0 بود به منظور ارزيابي روايي پرسشنامه، شيوة آماري تحليل عاملي از نوع اکتشافي و به روش مؤلفه‏هاي اصلي[[179]](#footnote-180) مورد استفاده قرار گرفته كه بر اساس تحليل عاملي انجام شده توأم با چرخش واريماكس[[180]](#footnote-181) بر روي گويه‌هاي پرسشنامه و با ملاك قراردادن مقادير ويژه[[181]](#footnote-182)و شيب نمودار اسكري[[182]](#footnote-183) در مورد هر سه مقياس 2 مقياس فرعي استخراج شد كه عبارتند از: صفات مهرورزانه و صفات مبتني بر قدرت اين دو عامل در پرسشنامه ادراك كودكان از خداوند، مادر و پدر به ترتيب 72%، 56% و 58% واريانس كل را تبيين مي‌كند .

2- مصاحبه با كودكان درمورد باورهاي مذهبي. سوالات اين مصاحبه توسط نصيرزاده و حسين‌چاري (1386) با بررسي متون پژوهشي موجود در مورد باورهاي مذهبي كودكان تهيه گرديد اين محققان ضريب اعتبار بازآزمايي سوالات پس از 2 هفته بين 59/0 تا 81/0 همچنين توافق نمره‌گذاران از 79/0 تا 91/0 ، گزارش نموده‌اند .به منظور احراز روايي (روايي محتوي) نيز اين پرسش‌ها به 12 متخصص- در حوزه روانشناسي و مذهب و روانشناسي كودك كه تحصيلات حداقل كارشناسي ارشد و بيش از 7 سال سابقه كار داشتند ارائه و از آنان خواسته شد مفيد بودن هر يك از پرسش‌هاي اين مجموعه را با استفاده از يك مقياس ليكرت 5 درجه‌اي ( از كاملاً نامطلوب، تا كاملاً مطلوب) مورد ارزيابي قرار دهند هر سوالي كه ميانگين درجه مطلوبيت آن از نظر متخصصان مذكور بالاتر از 5/3بود در پرسشنامه نهايي باقي مانده بود.

**يافته‌ها:** **يافته‌هاي توصيفي:** 6/55 درصد از كودكان با هر دو والدين خود زندگي مي‌كردند ، 2/22 درصد والدين خود را به دليل فوت يكي از والدين( 3/18 درصد فوت پدر و 4 درصد فوت مادر) از دست داده بودند و 2/22 درصد نيز كودكان طلاق بودند. بنابراين 4/44 درصد داراي تجربه فقدان و 6/55 درصد بدون تجربه فقدان بودند. 2/58 درصد كودكان با هر دو والد، 23 درصد با مادر،7/8 درصد با پدر ، 5/9 با اشخاص ديگري غير از پدر و مادر خود زندگي مي‌كردند

**يافته‌هاي استنباطي**: دول 1 ميانگين و انحراف استاندارد ادراك كودك از خداوند، مادر و پدر به تفكيك تجربه يا عدم تجربه فقدان را نشان مي‌دهد. آزمون t مستقل براي بررسي تفاوت بين اين دو گروه را در متغيرهاي ادراك كودك از پدر، مادر و خداوند، به كار رفته است.

|  |
| --- |
| جدول 1-ميانگين و انحراف استاندارد ادراك كودك از خداوند، مادر و پدر به تفكيك تجربه يا عدم تجربه فقدان و نتايج t مستقل در گروه‌ها |
|  | وضعيت | ميانگين | انحراف استاندارد | t | سطح معني‌داري |
| ادراك خداوند | داراي تجربه فقدان | 03/33 | 1/1 | 01/2 | 047/0 |
| بدون تجربه فقدان | 51/32 | 5/1 |
| ادراك مادر | داراي تجربه فقدان | 1/30 | 8/2 | 3/1 | NS |
| بدون تجربه فقدان | 5/29 | 4 |
| ادراك پدر | داراي تجربه فقدان | 1/31 | 1/3 | 3/1 | NS |
| بدون تجربه فقدان | 01/30 | 6/4 |
| ادراك صفات مهرورزانه خداوند | داراي تجربه فقدان | 32/18 | 9/0 | 7/2 | 007/0 |
| بدون تجربه فقدان | 81/17 | 1/1 |
| ادراك صفات مهرورزانه مادر | داراي تجربه فقدان | 18/18 | 1/1 | 2/3 | 002/0 |
| بدون تجربه فقدان | 15/17 | 9/1 |
| ادراك صفات مهرورزانه پدر | داراي تجربه فقدان | 07/18 | 6/1 | 01/3 | 003/0 |
| بدون تجربه فقدان | 75/16 | 9/2 |
| ادراك صفات مبتني بر قدرت خداوند | داراي تجربه فقدان | 65/14 | 82/0 | 53/1 | NS |
| بدون تجربه فقدان | 84/14 | 5/0 |
| ادراك صفات مبتني بر قدرت مادر | داراي تجربه فقدان | 3/12 | 8/1 | 34/0 | NS |
| بدون تجربه فقدان | 16/12 | 4/2 |
| ادراك صفات مبتني بر قدرت پدر | داراي تجربه فقدان | 41/13 | 5/1 | 55/1 | NS |
| بدون تجربه فقدان | 84/12 | 1/2 |

در جدول شماره 2 نتيجه آزمون كاي اسكوئر كه به منظور بررسي تأثير وضعيت خانوادگي بر ادراك كودكان از كارهاي خداوند صورت گرفته است گزارش شده است

|  |
| --- |
| جدول شماره 2- تأثير وضعيت خانوادگي بر ادراك كودكان از كارهاي خداوند |
| وضعيت خانوادگي | كارهاي خداوند | 2*χ* | Р |
| مثبت | منفي | هر كاري |
| عادي | 17 | 17 | 35 | 91/9 | 04/0 |
| فوت والد | 6 | 5 | 16 |
| طلاق والدين | 13 | 2 | 16 |
| كل | 36 | 24 | 67 |

**بحث :** آغاز تعليم و تربيت كودك در خانواده است و خانواده نيز آموزه‌هاي مهم تربيتي را در شيوه‌هاي فرزندپروري به صورت آگاهانه و در بسياري از موارد هم بدون آگاهي مد نظر قرار مي‌دهند. تربيت مذهبي كودك نيز ريشه در نحوه تعامل والدين با وي دارد. در واقع تصورات ذهني كه كودك از خود و ساير افراد با اهميت زندگي خود دارد، ادراك و رفتارهاي كودك را در موقعيت‌ها و روابط جديد كنترل مي‌كند. به عنوان مثل رابطه كودك با خداوند را متأثر از خود مي‌سازد ( كيركپاتريك،1992 و 1999). نتايج پژوهش نشان داد كه كودكان با تجربه فقدان در مقايسه با كودكاني كه چنين تجاربي نداشتند خداوند، و مادر را با صفات مهرورزانه بيشتري تصور مي‌كردند اما بين كودكان با تجربه فقدان و كودكان با عدم تجربه فقدان از لحاظ ادراك صفات مبتني بر قدرت خداوند، پدر و مادر تفاوت معنادار وجود نداشت. اين نتايج همسو با يافته‌هايي است كه به اهميت والدين ، در شكل‌گيري مفاهيم مذهبي و اعتقاد به باورها و اعمال مذهبي در كودكان اشاره نموده‌اند( ماهوني، و پارگامنت، 2002؛ ماهوني، 2005، كينگ، 2003، نصيرزاده، 1386، صادقي،1385 و 1387)

همچنين نتايج نشان داد كه بين كودكان با وضعيت خانوادگي مختلف از لحاظ اعتقاد به كارهايي كه خداوند قادر به انجام آن است تفاوت‌ معنادار وجود داشت. بدين‌صورت ‌كه كودكاني كه والدين آن‌ها از هم جدا شده بودند بيش از ساير كودكان تمايل داشتند در بيان كارهايي كه خداوند قادر به انجام آن است كارهاي‌مثبت (آفريدن نعمت و مهرباني با انسان‌ها و...) را مثال بزنند.كودكاني كه يكي از والدين آن‌ها فوت كرده بود، بيش از سايرين به اين مطلب اشاره داشتند كه خداوند قادر به انجام هر كاري است. ضمن اين‌كه كودكاني كه با هر دو والد خود زندگي مي‌كردند به كارهاي منفي (به ‌جهنم فرستادن انسان‌ها) اشاره بيش‌تري داشتند. شايد بتوان اين يافته‌ها را اين گونه توضيح دادكه جدايي پدر و مادر براي كودك ضربه دردناكي است كه مي‌كوشد با خلق خداوندي كه تنها كارهاي مثبت انجام مي‌دهد اين ضربه را جبران نمايد. از سوي ديگر، كودكي كه يك يا هر دو والد خود را از دست داده‌ است در زندگي خود از ديگران شنيده و يا خود تجربه كرده كه خداوند قادر به انجام هر كاري است. مثلاً هم مي‌تواند پدر يا مادر او را نزد خود ببرد و هم خود او را زنده و سالم نگه‌دارد. البته ارائه چنين تبيين‌هايي نيازمند پژوهش مستقلي است اما در مجموع اين يافته‌ها مي‌تواند مورد توجه متخصصان قرار گيرد .

کيفيت روابط ابژه‌اي پيش بيني كننده مسئوليت پذيري اجتماعي

حسن هادي نژاد[[183]](#footnote-184)، شهناز بيگلري، ابراهيم عبداله صفت

**هدف:‌** توانايي برقراري روابط ارضا كننده متقابل، ‌تا حدودي به الگوهاي درون فكني شده ناشي از تعاملات اوليه با والدين يا ساير افراد مهم مربوط است. اين توانايي نيز يكي از كاركردهاي بنيادين من است چرا كه رابطه رضايتبخش بستگي به توانايي ادغام‌‌ جنبه‌هاي مثبت و منفي ديگران و خود و حفظ يك احساس دروني از ديگران حتي در غباي آنها دارد. ‌‌هر چند فرويد نظريه گسترده‌اي از روابط ابژه[[184]](#footnote-185) را مطرح نكرد،‌ اما روان‌ تحليل‌گران بريتانيايي نظير فيربرن ‌(1964- 1889)،‌ بالينت‌ (1970-1886) و وينيكات (1971-1897) به روابط ابژه‌اي از ماه‌هاي اول‌ زندگي به طور ويژه پرداختند. فيربرن معتقد بود كه شيرخواران در وهله اول بر اثر كشاننده‌هاي ليبيدو و پرخاشگري برانگيخته نمي‌شوند بلكه غريزه ابژه جويي[[185]](#footnote-186) آنها را بر مي‌انگيزد. او مفهوم ساختارهاي پويا را جايگزين مفاهيم انرژي، من (Ego)، و بن (Id) فرويد كرد (سادوك و سادوك، 2007 ترجمه رفيعي،1387). از اين رو كيفيت روابط ابژه‌اي اوليه مي‌تواند پبش بيني كننده مهمي از كاركردهاي بين فرديِ بزرگسال باشد.

با توجه به آن چه اشاره شد پژوهش حاضر به بررسي رابطه كيفيت روابط ابژه‌اي با مسئوليت پذيري اجتماعي در دانشجويان دانشگاه صنعتي اميركبير می‌پردازد.

**روش:** آزمودني‌ها: ٢٤٣ نفر از جامعه آماري تحقيق (دانشجويان دانشگاه اميركبير) به عنوان گروه نمونه به روش نمونه‌برداري اتفاقي[[186]](#footnote-187) انتخاب شد. از اين تعداد 106 نفر مذكر و 137 نفر مؤنث بودند.

**ابزارها:** براي ارزيابي متغيرهاي مورد مطالعه از شركت كنندگان خواسته شد تا آزمون‌هاي روابط ابژه بل (BORI) و مقياس مسئوليت پذيري اجتماعيِ (Re) آزمون MMPI-2 را تكميل كنند.

پرسشنامه روابط ابژه بل[[187]](#footnote-188) (BORI): اين پرسشنامه كه توسط بل، بيلينگتون و بيكر (1986) ساخته شده، از 45 آيتم با چهارچوب پاسخ دهي بله و نه تشكيل شده است كه چهار عامل بيگانگي[[188]](#footnote-189)، دلبستگي ناايمن[[189]](#footnote-190)، خودمحوري[[190]](#footnote-191) و بي‌كفايتي اجتماعي[[191]](#footnote-192) پوشش مي‌دهد. نمرات بالا در اين آزمون بيانگر كيفيت روابط ابژه ضعيف‌تر است. بل (1995) ضرايب پايايي BORI با فاصله زماني 4 هفته را بين 58% تا 90% و با فاصله زماني 13 هفته را بين 65% تا 81% گزارش كرده است. همچنین بل (1995) همبستگی‌های بالایی بین BORI و مقیاس درجه بندی فشرده روانپزشکی (BPRS)، مقیاس نشانگان مثبت و منفی (PANSS)، SCL-90-R، MMPI، MCMI، و اندازه‌های فیزیولوژیکی گزارش کرده است (گلدمن[[192]](#footnote-193)، 2005).

مقياس مسئوليت پذيري اجتماعي[[193]](#footnote-194) (Re): اين مقياس توسط گاف، مك كلاسكي و مهيل (1952) ساخته شده و شامل 30 سؤال از آزمون MMPI-2 است. افرادي كه در اين مقياس نمرات بالاتر مي‌گيرند پيامدهاي رفتارشان را مي‌پذيرند، قابل اعتماد و وفادار هستند، شخصيت منسجم و مستحكمي داشته و نسبت به ديگران احساس مسئوليت مي‌كنند (گراهام، 1992 ترجمه يعقوبي و كافي، 1387).

گاف و همكاران (1952) ضريب پايايي (به روش تصنيف) 73% را براي اين مقياس گزارش كرده‌اند. در نمونه هنجاري MMPI-2 مقادير همساني دروني (ضريب آلفا) در مردان و زنان به ترتيب 67% و 61% بود (بوچر و همكاران، 1989). مرلند (1958) ضريب بازآزمايي (به فاصله 6 هفته) را در دانشجويان پسر و دختر به ترتيب 85% و 76% گزارش كرده اند. همبستگي بين نمره‌هاي مقياس Re آزمون MMPIو درجه بندي ملاك مسئوليت پذيري در دانشجويان 47% به دست آمده است (همان).

**نتايج:** در مطالعه حاضر براي ارزيابي رابطه كيفيت روابط ابژه با مسئوليت پذيري اجتماعي از تحليل رگرسيون استفاده شده است كه ضرايب آن در جدول 1 ارائه شده است.

نتايج حاصله از تحليل رگرسيون نشان مي‌دهد كه كيفيت روابط ابژه به 37% از واريانس مسئوليت پذيري اجتماعي پوشش مي‌دهد و ميزان t محاسبه شده براي پيش‌‌بيني ‌كنندگي كيفيت روابط ابژه در سطح 001% معنادار است.

نتايج تحقيق در مورد تفاوت دانشجويان دختر و پسر در متغيرهاي مورد مطالعه حاكي است كه وضعيت دانشجویان پسر در هر دو متغير روابط ابژه و مسئوليت پذيري اجتماعي بهتر است و تفاوت دو گروه در سطح 01% معنادار است. اين توضيح خالي از فايده نيست كه در مورد كيفيت روابط ابژه با وجود تفاوت معنادار بين دو گروه دختران و پسران، نمرات هر دو گروه بالاتر از وضعيت آسيب شناختي قرار دارد.

**بحث:** مطالعات انسان شناسان (فانگ‏، ١٩٩٩‎؛ چااو، ١٩٩٥؛ وايت، ١٩٩٣؛ روسالدو، ١٩٨٤) در زمينه اجتماعي شدن و مسئوليت پذيري نشان مي‌دهد كه مردم جوامع غربي غالباً خود- محور و مردم جوامع‌ شرقي ‌(به ويژه آسيا) جامعه- محور هستند.‌در اين فرهنگ‌ها (آسيايي) رشديافتگي به واسطه ظرفيت افراد در كنترل خود و همرنگ شدن با خواسته‌هاي ديگران سنجيده مي‌شود. در مقابل در فرهنگ‌هاي غربي رشد يافتگي اغلب به واسطه ظرفيت فرد در لمس هيجان‌هاي دروني خود و خودشكوفايي از طريق ارضا آنها مشخص مي‌شود (ليندهلم[[194]](#footnote-195)، 2007).

با اين حال هم كنترل هيجان‌ها و هم ابراز آنها بخشي از كاركرد سازشي من است، با اين توضيح كه در فرهنگ‌هاي جامعه- محور اين سازش يافتگي به خاطر تعارض‌هاي دروني ايجاد شده، سخت تر به دست مي‌آيد.

يكي از متغيرهاي مهم در شكل‌گيري كاركردهاي سالم و مرضي در حوزه روابط بين فردي، كيفيت روابط ابژه است. تمركز نظريه‌هاي روابط ابژه بر دو مفروضه بنيادين استوار است: اول، هسته كاركرد روانشناختي، باور به ارتباط بين خود و افراد مهم ديگر است (گليكاف- هاقس و ولز، ١٩٩٧)؛ دوم، همانطور كه تحول ادامه دارد، تعامل‌ها بين شيرخوار و افراد مهم ديگر و ادراك برخواسته شيرخوار از اين تعامل‌ها به عنوان مفاهيم يا درونمايه‌هاي خود، ديگري، و خود در رابطه با ديگري دروني مي‌شود. اين “مدل‌هاي كاري دروني” كه ضرورتاً ساختارهايي شناختي- عاطفي دارند، ادراك ها را فيلتر كرده، و نگرش‌ها و واكنش‌هاي كودك در حال رشد و متعاقباً روابط بين شخصي بزرگسال را شكل مي‌دهند (بالبي، ١٩٨٨؛ سيگل، ١٩٩٩؛ نقل از بنديكت و هاستينگس، در كسلو[[195]](#footnote-196) و مگنويتا[[196]](#footnote-197)، 2002)

به باور‌كلاين (1958) فرايندهاي‌ رواني اوليه در تلاش براي ارتباط با محيط انساني و يا اصلاح آن است. آيا اين فرايندها و كيفيت روابط ابژه اوليه را در ساختارهاي گروهي و اجتماع نيز مي‌توان يافت؟

بايون (1959) اين نظريه را مطرح ساخت كه اضطراب‌هاي شبه روان گسيخته ريشه شكل گيري گروه است. ديدگاه آلترناتيو اين است كه تكامل گروه بر پايه الگوي خانواده و پويايي‌هاي انتقال اديپال گونه قرار دارد. در گروه‌ها واپس روي به الگوهاي اوليه پيش- اديپی شايع است چنانكه مي‌توان پذيرفت واپس روي در خدمت گروه كاكردي سازشي و ضروري است آشباخ[[197]](#footnote-198) و شرمر[[198]](#footnote-199)، 2005).

از نظر فربرن (1952) رابطه دهاني كودك با مادرش اولين تجربه او از روابط اجتماعي را بازنمايي مي‌كند. در اينجا آشكارا پويايي اساسي زندگي گروهي است. شرايط يك گروه واقعي با ابزار اجتماعي شدن ساخته مي‌شود، و تفاوت‌ها و مقايسه وضعيت اعضا موجب برانگيخته شدن پرخاشگري مي‌شود. در پاسخ به واقعيت ناكام كننده شرايط گروه، اعضا از ابژه‌هاي تخيلي دروني صرف نظر مي‌كنند، و همان موقع مفروضه پايه اي گروه ها را بنا مي‌كنند و دوسوگرايي نسبت به رهبر ‌گروه را ابراز مي‌كنند. ‌پيشرفت بعدي گروه مجموعه‌اي از تلاش‌ها براي بازسازي هارموني ‌دروني ‌و گروهي ‌از ‌خلال ‌كنترل ابژه‌هاي دروني است كه تا اندازه‌اي به واسطه بروني‌سازي‌ها يشان در چهارچوب گروه انجام مي‌شود. چنين ديدي نسبت به شكل‌گيري گروه اشاره به ديدگاه شيدلينگر (١٩٧٤) دارد كه گروه به عنوان يك مادر پرورش دهندهِ خوب دريافت مي‌شود و نظر داركين (١٩٦٤) ‌كه گروه يك مادر محروم‌كننده و ناكام‌كننده پيش- اديپي است (همان).

در خيال‌پردازي هماهنگ نخستين، گروه و به تبع آن پويايي اجتماعي، خوب و پرورش دهنده است.‌ همانگونه كه گروه ناكام و محروم ‌مي‌كند،‌ تلاش‌ها در جهت كنترل به وقوع مي‌پيوندد و در قالب بازي با ابژه‌هاي بد چرخش مي‌يابد.

در واقع گروه (و به شکل تعمیم یافته، اجتماع) مانند يك ابژه انتقالي است و همانگونه که وینی کات (1965) خاطر نشان می‌کند فضا و ابژه انتقالی، مکانیزم‌های زیربنایی جدایی و تفرد در بافت فرهنگی را مهیا می‌کنند. بنابراین پویایی‌های گروهی در فرایند مسئولیت پذیری اجتماعی به افراد این امکان را می‌دهد تا با امنیت و بدون بیگانگی به تعامل با ابژه‌های بدِ برون فکنی شده بپردازند.

ضميمه

جدول 1: ضريب تعيين و ضريب رگرسيون براي پيش بيني مسئوليت پذيري اجتماعي

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متغير پيش بين |  | R |  | R |  | β |  | t |  | سطح معناداري |  |
| روابط ابژه |  | 597% |  | 356% |  | 597% |  | 54/11- |  | 000% |  |

|  |
| --- |
| جدول 2: تحليل واريانس يك راهه (ANOVA) براي بررسي تفاوت دو جنس در متغيرهاي مورد مطالعه |
| متغير |  | گروه |  | ميانگين |  | انحراف‌استاندارد |  | df |  | ميانگين مجذورات |  | F |  | سطح معناداري |
| QOR |  | پسردختر |  | 85/1245/16 |  | 84/590/5 |  | 1 |  | 51/775 |  | 47/22 |  | 000% |
| Re |  | پسردختر |  | 49/1955/17 |  | 83/320/4 |  | 1 |  | 32/221 |  | 51/13 |  | 000% |

بينش مفهومي ارزشمند در روان‌درماني: بررسي تطبيقي بينش در نظريه اوليه فرويد، روانشناسي من و نظريه روابط موضوعي

رحيم يوسفي[[199]](#footnote-200)، دکتر عليرضا عابدين[[200]](#footnote-201)، دکتر جليل فتح آبادي [[201]](#footnote-202)

در‌ سراسر تاريخ‌ علم روانشناسي تمايل و توانايي براي اکتساب بينش[[202]](#footnote-203) شخصي به عنوان يک خصيصه مهم و موهبتي باشکوه و معنادار در زندگي انسان ارزشمند بوده است. سقراط حکيم گفته است که ”زندگي ناآزموده،‌ زندگي ‌ارزشمندي نيست.“‌اغلب ما توانايي خودمان را براي خود‌ ‌ارزيابي مغتنم مي‌شماريم، اگرچه آن را گرامي‌ نمي‌داريم. شايد اشاره به اين جمله گريز ناپذير شکسپير که بودن‌ يا نبودن،‌ سؤال اين است“ نابجا نباشد، اگرچه بسياري از ما معناي آن را به گونه اي عميق در نيافته‌ايم، اما به نظر مي‌رسد که در به دست آوردن درک‌ و‌ فهم جديد درباره اين که ما کيستيم، ‌چرا هستيم و چگونه هستيم، ‌راه‌گشا و سودمند مي‌باشد. همچنين در ادبيات غني‌ و ‌گهربار فارسي نيز گفته‌ها‌ و‌ سروده‌هاي‌ از اين قسم فراوان است.‌ براي مثال خيام مي‌گويد:

 از آمدنم نبود گردون را سود

وز رفتن من جاه و جلالش نفزود

وز هيچ کسي نيز دو گوشم نشنود

ين آمدن و رفتن از بهر چه بود

يا مي‌گويد :

من ظاهر نيستي و هستي دانم

من باطن هر فراز و پستي دانم

با اين همه از دانش خود شرمم باد

گر مرتبه‌اي وراي مستي دانم

 بنابراين هميشه‌کشف نادانسته‌هاي جديد درباره خودمان و ديگران عميقاً تجربه‌اي معنادار و ارضاء‌کننده است.‌ همچنين از روزگار باستان درک خود به عنوان يک عامل مهم در درمان بيماري‌هاي رواني مورد توجه قرار گرفته است. نيروي درماني نيز در سايه همين درک خود نهفته است که مورا (1975) آن را به اين اندرز در فرهنگ يونان باستان نسبت مي‌دهد که خودت را بشناس.‌در عصر کنوني فرانک و فرانک(1991) مطرح مي‌کنند که روان‌درماني روشي مجاز براي کمک به بيماران از طريق درک خود است. ‌آنها بحث‌ مي‌کنند که بينش حس ايمني، تسلط و خودکارآمدي مراجع را از طريق فراهم سازي برچسب هايي براي تجاربي که به نظر گنگ، تصادفي و غيرقابل توضيح مي رسند، افزايش مي دهد.

بينش، مفهومي ارزشمند، شگفت‌انگيز و در عين حال چالش‌انگيز است (يوسفي،1386)، که نقش مهمي را در پيشرفت درمان و همچنين فرآيند بهبودي بيماران دارد ( يوسفي،1382). اين مفهوم بيش از هر نظريه ديگر با رويکرد روان تحليلگري گره خورده است و در اين چارچوب به بينش توجه زيادي شده است. اگرچه فرويد اصطلاح بينش را به کار نبرده است، اما وي به نقش آن در فر‌آيند روان درماني واقف بوده است و آن را به عنوان حل‌کننده معماي بيمار توصيف مي‌کند. وي با برابر دانستن روان درماني به مثابه فرآيند جستجوي حقيقت، اهميت بينش را برجسته مي سازد (فرويد،‌1934و1967) و مطرح مي‌کند ‌که ‌اگر فرآيند درمان جريان حل مسائل و معماهاي تاريک بيمار باشد، کليد و کاتاليزور حل اين معما بينش است ( يوسفي، 1384). تغيير نظريه فرويد از مدل‌ مکان‌نگارانه‌ (هشيار، نيمه هشيار، ناهشيار) به مدل ساختاري ( نهاد، من، من برتر) طليعه‌اي بر آغاز روانشناسي من بود که شخصيت‌هاي مهمي همچون هارتمن،‌کريس و لوينشتاين[[203]](#footnote-204) به بسط و توسعه آن کمک کردند. در‌گستره روانشناسي من اصطلاح بينش در معاني ضمني متنوعي به کار رفته است. ‌گاهي به صورت غير فني به معني آگاهي از احساسات يا درک خود است. بينش در اين زمينه مي‌تواند هم به عنوان وسيله‌اي براي پيشرفت درمان و همچنين به عنوان هدف کلي درمان مورد تفکيک قرار گيرد. ‌اين قرائت اخير ‌از بينش داراي تلويحات اخلاقي قاطعي بوده و همانا مرتبط با ارزشي ‌است‌ که فرويد براي معرفت نفس قائل است و احتمالاً با اين سنت مهم در روان تحليلگري پيوند دارد ‌که ‌درمانگر بايد قبل ‌از تحليل بيماران، خودش تحت تحليل قرار گيرد (کاستنگاي و هيل، 2007). جيمزاستراکي[[204]](#footnote-205) (1934) اولين نظريه ‌درماني ‌را در‌ گستره ‌روانشناسي‌ من مطرح کرده است که در‌آن بينش‌ ‌نقش‌ ضمني ‌مهمي ‌را بر عهده دارد. او با وضع اصطلاح تفسير تحولي[[205]](#footnote-206) در مقالات اوليه روان تحليلگري، بر ‌برتري مداخله‌هايي صحه مي‌گذارد که عاطفه و شناخت را يکپارچه مي‌سازند. اغلب درمانگران روان پويشي‌دو نوع بينش را از هم متمايز مي‌کنند: بينش هيجاني[[206]](#footnote-207) (تجربي) و بينش عقلاني[[207]](#footnote-208).

 در رويکرد روابط موضوعي توجه به بينش به عنوان پيامد روان درماني افزايش يافته است، اما تحليل‌گران روابط موضوعي[[208]](#footnote-209) اين فرض را که فقط درمانگر وظيفه تفسير مواد نا‌هشيار بيمار را بر عهده دارد ، به چالش کشيده‌اند. اين گروه مطرح مي‌کنند که آيا درک درمانگر بر درک بيمار برتري دارد. اين نظريه پردازان بر خلاف نظر فرويد، بر مسؤليت پذيري درمانگر براي هدايت بينش از طريق تفسير تأکيد نمي‌کنند. اين گروه بينش را محصول همکاري حين درمان مي دانند‌که به صورت مشترک از طريق همکاري بيمار و درمانگر و پس از يک رابطه توأم با اعتماد و اطمينان پديدار مي‌شود. به عبارت ديگر، بينش به جاي نگريسته شدن به عنوان علت تغيير درون رواني، به عنوان‌ پيامد اين تغيير‌درون‌رواني و به عنوان شاهدي بر وجود تغيير نگريسته مي‌شود (کاستنگاي و هيل،2007). ‌مقاله حاضر ‌بر آن است تا با برجسته کردن نقش و اهميت بينش، به بررسي تطبيقي‌ اين ‌مفهوم ‌در ‌چارچوب نظريه کلاسيک فرويد و نظريه‌هاي ملهم از روان تحليلگري يعني روانشناسي من و نظريه روابط موضوعي بپردازد.

1. هیأت علمي دانشگاه آزاد اسلامي واحد مهاباد [↑](#footnote-ref-2)
2. عضو هیئت علمی دانشگاه ارومیه – استادیار روان­شناسی [↑](#footnote-ref-3)
3. -Lakoff, G.,and John son, M. [↑](#footnote-ref-4)
4. Metaphors we Live by- [↑](#footnote-ref-5)
5. Metaphorically- [↑](#footnote-ref-6)
6. Metaphorically - [↑](#footnote-ref-7)
7. -Borbely, A.F [↑](#footnote-ref-8)
8. pennebaker- [↑](#footnote-ref-9)
9. -Parapraxes [↑](#footnote-ref-10)
10. - Koop, R.R. [↑](#footnote-ref-11)
11. - Analogical [↑](#footnote-ref-12)
12. - Representation [↑](#footnote-ref-13)
13. - Narative [↑](#footnote-ref-14)
14. - Naimayar,R.A. [↑](#footnote-ref-15)
15. - psychodynamic [↑](#footnote-ref-16)
16. - Enckell,H [↑](#footnote-ref-17)
17. -psychoanalysis [↑](#footnote-ref-18)
18. - Semantics [↑](#footnote-ref-19)
19. - Lacon,J [↑](#footnote-ref-20)
20. - Discourse [↑](#footnote-ref-21)
21. - Interpretive [↑](#footnote-ref-22)
22. - Communicative [↑](#footnote-ref-23)
23. - Lepper, G and lang, P.S [↑](#footnote-ref-24)
24. - Erikson, M.H. [↑](#footnote-ref-25)
25. - Primary process [↑](#footnote-ref-26)
26. - Transference [↑](#footnote-ref-27)
27. - Metaphor therapy [↑](#footnote-ref-28)
28. - Bypass [↑](#footnote-ref-29)
29. - Mc Mullen, L.M. [↑](#footnote-ref-30)
30. - Levitt, H. [↑](#footnote-ref-31)
31. - Korman, Y. and Angus, L. [↑](#footnote-ref-32)
32. - Loading [↑](#footnote-ref-33)
33. - Unloading [↑](#footnote-ref-34)
34. - Moments of inspiration [↑](#footnote-ref-35)
35. دانشگاه بریتیش کلمبیا [↑](#footnote-ref-36)
36. -ego psychology [↑](#footnote-ref-37)
37. -object relations [↑](#footnote-ref-38)
38. -self psychology [↑](#footnote-ref-39)
39. - regressive [↑](#footnote-ref-40)
40. - Freud [↑](#footnote-ref-41)
41. - Abraham [↑](#footnote-ref-42)
42. - Fenichel [↑](#footnote-ref-43)
43. - oral pervesion [↑](#footnote-ref-44)
44. - Rado [↑](#footnote-ref-45)
45. - Glover [↑](#footnote-ref-46)
46. - Wurmser [↑](#footnote-ref-47)
47. - Dodes [↑](#footnote-ref-48)
48. - Herman [↑](#footnote-ref-49)
49. - Reading [↑](#footnote-ref-50)
50. - self-object [↑](#footnote-ref-51)
51. - Weegmann [↑](#footnote-ref-52)
52. - holding [↑](#footnote-ref-53)
53. - Frieder [↑](#footnote-ref-54)
54. -Supportive-Expressive [↑](#footnote-ref-55)
55. [↑](#footnote-ref-56)
56. - Stractured Clinical Interview for DSM [↑](#footnote-ref-57)
57. - Addiction Severity Index [↑](#footnote-ref-58)
58. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالينی انستيتوروانپزشکی تهران [↑](#footnote-ref-59)
59. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالينی انستيتوروانپزشکی تهران [↑](#footnote-ref-60)
60. -Borderline personality disorder [↑](#footnote-ref-61)
61. - Nordhal [↑](#footnote-ref-62)
62. -Nysaeter [↑](#footnote-ref-63)
63. -Sadock [↑](#footnote-ref-64)
64. -Linehan [↑](#footnote-ref-65)
65. -Heard [↑](#footnote-ref-66)
66. -Van Asselt [↑](#footnote-ref-67)
67. -Paris [↑](#footnote-ref-68)
68. -American Psychiatric Association [↑](#footnote-ref-69)
69. -Fixation [↑](#footnote-ref-70)
70. - Oral Character [↑](#footnote-ref-71)
71. -Character Terarmor [↑](#footnote-ref-72)
72. - Kaplan [↑](#footnote-ref-73)
73. -Otto Kernberg [↑](#footnote-ref-74)
74. -Self [↑](#footnote-ref-75)
75. -Object [↑](#footnote-ref-76)
76. -All Good [↑](#footnote-ref-77)
77. -All Bad [↑](#footnote-ref-78)
78. -Siegal [↑](#footnote-ref-79)
79. Adultery [↑](#footnote-ref-80)
80. Big Five Model [↑](#footnote-ref-81)
81. Extraversion [↑](#footnote-ref-82)
82. Agreeableness [↑](#footnote-ref-83)
83. Conscientiousness [↑](#footnote-ref-84)
84. Neuroticism [↑](#footnote-ref-85)
85. Openness [↑](#footnote-ref-86)
86. Disinhibition [↑](#footnote-ref-87)
87. Avoidant Attachment Style [↑](#footnote-ref-88)
88. استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-89)
89. دانشجوی روان شناسی بالینی [↑](#footnote-ref-90)
90. دانشجوی دکتری روان شناسی دانشکده روان شناسی و علوم تربيتی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-91)
91. استادیار گروه روان شناسی دانشکده روان شناسی و علوم تربيتی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-92)
92. استادیاردانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-93)
93. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی [↑](#footnote-ref-94)
94. psycho-social [↑](#footnote-ref-95)
95. Qualitative Research [↑](#footnote-ref-96)
96. Biographical Study [↑](#footnote-ref-97)
97. Case Study Research [↑](#footnote-ref-98)
98. Content Analysis [↑](#footnote-ref-99)
99. Overlap [↑](#footnote-ref-100)
100. Reflective Analysis [↑](#footnote-ref-101)
101. Reflective Reporting [↑](#footnote-ref-102)
102. Psychohistorical Analysis [↑](#footnote-ref-103)
103. Methodology [↑](#footnote-ref-104)
104. Midlife Crisis [↑](#footnote-ref-105)
105. Self-acceptance [↑](#footnote-ref-106)
106. Eight Ages of Man [↑](#footnote-ref-107)
107. Crisis [↑](#footnote-ref-108)
108. Life Cycle [↑](#footnote-ref-109)
109. Intimacy Vs. Isolation [↑](#footnote-ref-110)
110. Generativity Vs. Stagnation [↑](#footnote-ref-111)
111. Integrity Vs. Despair [↑](#footnote-ref-112)
112. Virtue(s) [↑](#footnote-ref-113)
113. Love [↑](#footnote-ref-114)
114. Care [↑](#footnote-ref-115)
115. Wisdom [↑](#footnote-ref-116)
116. عضو آکادمی دانشگاه علوم پزشکی ایران [↑](#footnote-ref-117)
117. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علا مه طباطبایی [↑](#footnote-ref-118)
118. کارشناسی ادبیات داستانی دانشگاه تربیت معلم تهران [↑](#footnote-ref-119)
119. حسن،شیرزاد:حصاروسگ های پدرم ،ترجمه مریوان حلبچه ای ،نشرققنوس ،1385 [↑](#footnote-ref-120)
120. فروید،زیگموند:توتم وتابو،ترجمه ی ایرج پورباقر،انتشارات دانشگاه تهران ،1362 [↑](#footnote-ref-121)
121. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-122)
122. Poetry therapy [↑](#footnote-ref-123)
123. Talking Cure [↑](#footnote-ref-124)
124. Sublimation [↑](#footnote-ref-125)
125. كارشناس ارشد رشته سنجش و اندازه گيري، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی [↑](#footnote-ref-126)
126. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی [↑](#footnote-ref-127)
127. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی [↑](#footnote-ref-128)
128. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد [↑](#footnote-ref-129)
129. دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده­درمانی دانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-130)
130. استادیار گروه روان­شناسی دانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-131)
131. کارشناس ارشد روان­شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه شهید بهشتی [↑](#footnote-ref-132)
132. Feist [↑](#footnote-ref-133)
133. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [↑](#footnote-ref-134)
134. Psychodynamic Diagnostic Manual [↑](#footnote-ref-135)
135. Neurotic [↑](#footnote-ref-136)
136. Kernberg [↑](#footnote-ref-137)
137. Kihut [↑](#footnote-ref-138)
138. Akhtar [↑](#footnote-ref-139)
139. Primary narcissism [↑](#footnote-ref-140)
140. Freud [↑](#footnote-ref-141)
141. Grandiose self [↑](#footnote-ref-142)
142. Idealization [↑](#footnote-ref-143)
143. Edmundson [↑](#footnote-ref-144)
144. Merging [↑](#footnote-ref-145)
145. Mirroring [↑](#footnote-ref-146)
146. Rothstein [↑](#footnote-ref-147)
147. Gabbard [↑](#footnote-ref-148)
148. .Adjective Check List [↑](#footnote-ref-149)
149. .Gough [↑](#footnote-ref-150)
150. . Heilbrun [↑](#footnote-ref-151)
151. .Myers-Briggs Type Inventory [↑](#footnote-ref-152)
152. .Order [↑](#footnote-ref-153)
153. .Self-Control [↑](#footnote-ref-154)
154. .Nurturance Parent [↑](#footnote-ref-155)
155. .Free Child [↑](#footnote-ref-156)
156. .Change [↑](#footnote-ref-157)
157. .Creativity [↑](#footnote-ref-158)
158. .Military Leadership [↑](#footnote-ref-159)
159. .Achievement [↑](#footnote-ref-160)
160. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی [↑](#footnote-ref-161)
161. - کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-162)
162. - استاد روانشناسی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-163)
163. - استاد روانشناسی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-164)
164. - استادیارروانشناسی دانشگاه اصفهان [↑](#footnote-ref-165)
165. 1.West [↑](#footnote-ref-166)
166. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ، مدیر گروه روانشناسی بیمارستان روانپزشکی صدر ، [↑](#footnote-ref-167)
167. - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی- درمانی ایران، انستیتو روانپژشکی تهران [↑](#footnote-ref-168)
168. - کارشناس ارشد مشاوره بیمارستان روانپزشکی صدر [↑](#footnote-ref-169)
169. - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بیمارستان روانپزشکی صدر [↑](#footnote-ref-170)
170. - دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اصفهان [↑](#footnote-ref-171)
171. - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه [↑](#footnote-ref-172)
172. -دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی [↑](#footnote-ref-173)
173. - short-term dynamic psychotherapy (STPP) [↑](#footnote-ref-174)
174. - كارشناسي ارشد روان‌شناسي باليني ، مشاور دانشگاه آزاد اسلامي واحد شيراز [↑](#footnote-ref-175)
175. كارشناسي ارشد روان‌شناسي باليني مشاور دانشگاه علوم پزشكي شيراز [↑](#footnote-ref-176)
176. - دانشجوي كارشناسي ارشد روان‌شناسي باليني دانشگاه آزاد اسلامي واحد تنكابن [↑](#footnote-ref-177)
177. - semantic differential scale [↑](#footnote-ref-178)
178. - Osgood [↑](#footnote-ref-179)
179. Principal Components analysis [↑](#footnote-ref-180)
180. - Varimax rotation [↑](#footnote-ref-181)
181. Eigen Values [↑](#footnote-ref-182)
182. Scree plot [↑](#footnote-ref-183)
183. - تهران، خيابان ولي عصر، خيابان رشت، مركز بهداشت و درمان دانشگاه صنعتي اميركبير، مركز مشاوره دانشجويي [↑](#footnote-ref-184)
184. - object relations [↑](#footnote-ref-185)
185. - object seeking [↑](#footnote-ref-186)
186. - accidental [↑](#footnote-ref-187)
187. - Bell Object Relations Inventory [↑](#footnote-ref-188)
188. Alienation [↑](#footnote-ref-189)
189. Insecure attachment [↑](#footnote-ref-190)
190. Egocentricity [↑](#footnote-ref-191)
191. Social incompetence [↑](#footnote-ref-192)
192. Goldman, G, A. [↑](#footnote-ref-193)
193. Social Responsibility Scale [↑](#footnote-ref-194)
194. Lindholm. Ch. [↑](#footnote-ref-195)
195. Kaslow, F. W. [↑](#footnote-ref-196)
196. Magnavita, J. J [↑](#footnote-ref-197)
197. Ashbach, Ch. [↑](#footnote-ref-198)
198. Schermer, V. L. [↑](#footnote-ref-199)
199. دانشجوي دکتري روان‌شناسي دانشگاه شهيد بهشتي و عضو گروه روان‌شناسي دانشگاه تربيت معلم آذربايجان [↑](#footnote-ref-200)
200. استاديار گروه روانشناسي دانشگاه شهيد بهشتي [↑](#footnote-ref-201)
201. استاديار گروه روانشناسي دانشگاه شهيد بهشتي [↑](#footnote-ref-202)
202. Insight [↑](#footnote-ref-203)
203. Hartmann, Kris & Loewenstein [↑](#footnote-ref-204)
204. James Strachey [↑](#footnote-ref-205)
205. Mutative Interpretation [↑](#footnote-ref-206)
206. Emotional Insight [↑](#footnote-ref-207)
207. Intellectual Insight [↑](#footnote-ref-208)
208. Object Relations [↑](#footnote-ref-209)