



فصلنامه سلامت روان

نشریه علمی - تخصصی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سال اول - شماره اول - بهار ۱۳۸۷



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره

هیات تحریریه به ترتیب حروف الفبا:

دکتر فرامرز سهرابی
استادیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر فریده عامری
استادیار دانشگاه الزهرا
دکتر باقر غباری بناب
استادیار دانشگاه تهران
دکتر ابوالفضل غفاری
استادیار دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر علی فتحی آشتیانی
استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم
دکتر ابوالفضل کرمی
استادیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر آذرخش مکرری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر امیر هوشنگ مهریار
استاد موسسه عالی آموزش و پژوهش
در مدیریت و برنامه ریزی
دکتر حمید یعقوبی
استادیار دانشگاه شاهد

دکتر پرویز آزاد فلاح
دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
دکتر خدیجه آرین
استادیار دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر غلامعلی افروز
استاد دانشگاه تهران
دکتر عبدالله امیدی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان
دکتر جعفر بوالهیری
استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ایمان الله بیگدلی
استادیار دانشگاه سمنان
دکتر صدیقه ترقی جاه
عضو هیات علمی وزارت علوم، تحقیقات
و فناوری
دکتر چنگیز رحیمی
استادیار دانشگاه شیراز
دکتر رسول روشن
استادیار دانشگاه شاهد

صاحب امتیاز:

اداره کل امور دانشجویان داخل
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
مدیر مسئول: دکتر فرامرز سهرابی
سر دبیر: دکتر حمید یعقوبی
مدیر داخلی: حمید پیروی
امور اجرایی: مریم فخاریان
علی صیدی

گرافیسیت: حمیدرضا منتظری
صفحه آرایی: محمدسعید غفوری،

زهرا ارشدی

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

نشانی: تهران - صندوق پستی

۱۳۱۴۵ - ۱۸۷۳

دورنگار: ۶۶۴۱۶۱۳۰

پست الکترونیک:

salamatravan@ut.ac.ir

با همکاری دبیرخانه منطقه یک مراکز مشاوره دانشگاه های
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (دانشگاه تهران)

شرایط پذیرش مقاله

- ◆ مقاله های کاربردی در زمینه روانشناسی، مشاوره، روان درمانی، بهداشت روانی و مددکاری اجتماعی در اولویت قرار دارند.
- ◆ مقاله های ارسالی نباید پیش از این انتشار یافته و یا همزمان به نشریه دیگری ارسال شده باشد.
- ◆ مقاله روی کاغذ A4 با رعایت فاصله بین خطوط با برنامه نرم افزاری Word 2003 تایپ و به همراه دیسکت مربوطه ارسال شود.
- ◆ مقاله ها باید دارای چکیده فارسی و انگلیسی (۲۰۰-۳۰۰ کلمه ای)، واژه های کلیدی، مقدمه، بدنه اصلی، نتیجه گیری و فهرست منابع (ابتدا منابع فارسی و بعد انگلیسی و به ترتیب حروف الفبا) باشد.
- ◆ مقاله های پژوهشی باید مشتمل بر چکیده فارسی و انگلیسی (۲۰۰-۳۰۰ کلمه ای)، واژه های کلیدی، مقدمه، روش، نتایج، بحث و فهرست منابع (ابتدا منابع فارسی و بعد انگلیسی و به ترتیب حروف الفبا) باشد.
- ◆ ارجاع منابع در متن مطابق الگوی APA باشد.
- ◆ جداول و نمودارها در صفحات جداگانه و به همراه معرفی کامل جدول و نمودار ارائه شوند. نام جدول در بالا و نام نمودار در پایین آن تایپ شود.
- ◆ معادل لاتین نام های خاص و اصطلاحاتی که در متن مقاله به کار رفته و نویسنده ذکر آنها را ضروری می داند در زیرنویس ارائه شوند.
- ◆ کتاب های منبع به ترتیب با نام خانوادگی و نام نویسنده (ها)، سال انتشار (داخل پرانتز)، عنوان کامل کتاب (تیره رنگ)، محل انتشار و نام ناشر معرفی گردد. مقاله ها به ترتیب با نام خانوادگی و نام نویسنده (ها)، سال انتشار (داخل پرانتز)، عنوان کامل مقاله، نام نشریه (تیره رنگ)، سال و شماره نشریه و شماره صفحات معرفی گردد.
- ◆ مقاله های ترجمه شده به همراه مشخصات کامل منبع و یک نسخه از مقاله به زبان اصلی ارسال شود.
- ◆ برگه ای شامل موارد زیر به همراه مقاله ارسال شود:
 - عنوان کامل مقاله
 - نام و درجه علمی نویسنده (ها)
 - موقعیت شغلی، تحصیلی، عنوان و مرتبه دانشگاهی
 - نشانی کامل نویسنده مسئول و تلفن و پست الکترونیکی
- ◆ مقاله های ارائه شده به دفتر مجله توسط هیئت تحریریه بررسی و ارزیابی می شوند. دفتر مجله در پذیرش، انجام اصلاحات، ویرایش، و یا رد مقاله آزاد است.

فهرست مندرجات

۵

سخن مدیر مسئول / دکتر فرامرز سهرابی

۶

تولدی دوباره: برداشتی روان شناختی از سوره مبارکه کهف
و کاربرد آن در مشاوره / دکتر باقر غباری بناب

۱۴

مبانی هوش معنوی / دکتر فرامرز سهرابی

۱۹

نگاهی گذرا بر تربیت جنسی در مقاطع مختلف تحصیلی
دکتر محسن فرمهینی فراهانی

۲۹

آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی:
مروری، مفهومی و تجربی
دکتر عبدالله امیدی، دکتر پروانه محمدخانی

۳۹

غربالگری اختلالات روانی:
جایگاه آزمون ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی
دکتر حمید یعقوبی

۵۲

اخبار و گزارش ها

سلامت روان

سخن مدیر مسئول

خداوند بزرگ را سپاس می گوئیم که توفیق انتشار اولین شماره ی فصلنامه علمی - تخصصی «سلامت روان» را به ما ارزانی داشت. مدت ها بود که تهیه و تدوین مجموعه ای که بتواند در دانش افزایی و ارتباط علمی مسئولان و کارشناسان محترم مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه ها ثمربخش باشد، ذهن همکاران دفتر مرکزی مشاوره را به خود مشغول کرده بود. اکنون جای بسی خوشوقتی است که این دغدغه علمی همکاران با مشارکت دبیرخانه منطقه یک مراکز مشاوره دانشگاه های کشور (دانشگاه تهران) به تحقق پیوست که اولین شماره آن پیش روی شما عزیزان است.

هدف اساسی از انتشار این فصلنامه فراهم آوردن فضای رشد علمی از لحاظ مبانی نظری همکاران از یک سو و پیشرفت و ارتقای حرفه ای مشاوران و توانمندسازی آنان در ارائه خدمات تخصصی روان شناسی، مشاوره، مددکاری اجتماعی و روان پزشکی به مراجعان، به ویژه دانشجویان عزیز، از دگرسو می باشد. به عبارتی می توان از اهداف ذیل به عنوان اهداف عمده این فصلنامه یاد کرد:

- انتشار آخرین یافته های علمی و مقالات مروری و پژوهشی در زمینه سنجش، تشخیص و مداخلات روانشناختی و مشاوره ای،
 - ارتقای سطح دانش کارشناسان و مشاوران مراکز مشاوره دانشگاه ها،
 - ترویج علمی بهداشت روان در جامعه دانشگاهی،
 - تبادل اطلاعات علمی - پژوهشی میان گروه های دانشگاهی و مراکز مشاوره دانشگاه ها،
 - امکان انتشار پژوهش های انجام شده در گروه های دانشگاهی و مراکز مشاوره دانشگاه ها به ویژه در زمینه بهداشت روان دانشجویان.
- تلاش مسئولان و همکاران تحریریه علمی بر آن است که

علاوه بر طرح نظریات جدید در حوزه پژوهش، پیشگیری، تشخیص و درمان مشکلات روان شناختی، تجربیات موفق حرفه ای به ویژه بازگویی تجربیات همکاران مراکز مشاوره دانشجویی به منظور استفاده سایر همکاران، در این فصلنامه ارائه شود و تبادلات علمی امری صورت گیرد. معرفی مراکز مشاوره دانشجویی و مناطق مشاوره ای موفق و گزارش فعالیت این مراکز (کارگاه های آموزشی، برنامه های پژوهشی و...)، مصاحبه با دست اندرکاران و صاحب نظران عرصه روان شناسی و مشاوره، معرفی کتب و مجلات داخلی و خارجی مرتبط با فعالیت های مراکز مشاوره و اطلاع رسانی در مورد همایش ها و سمینارهای داخلی و بین المللی نیز از جمله موضوعاتی است که در این فصلنامه ارائه می گردد.

همان گونه که از عنوان فصلنامه برمی آید اولویت موضوعات این فصلنامه تمرکز بر دیدگاه سلامت نگر و پیشگیری از آسیب های روانی و اجتماعی در فضای دانشگاهی به ویژه با تاکید بر دانشجویان عزیز به مثابه نیروهای جوان، با نشاط و بالنده است. این مهم وقتی به سامان می رسد که همکاران محترم در مراکز مشاوره دانشجویی و نیز گروه های آموزشی و اعضاء محترم هیات علمی دانشگاه ها در ادامه کار و نهادینه کردن این حرکت علمی ما را یاری کنند و با ارسال مقالات و نظرات تخصصی از فضل و دانائی و تجربیات علمی خود ما را بهره مند سازند. از این رو دست همه همکاران مراکز مشاوره دانشگاه ها و سایر همکاران علمی را به گرمی می فشاریم.

دکتر فرامرز سهرابی

مدیر مسئول

فصلنامه علمی - تخصصی «سلامت روان»

تولدی دوباره

برداشتی روان شناختی از سوره مبارکه کهف در قرآن و کاربرد آن در مشاوره

دکتر باقر غباری بناب
استادیار دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر بررسی صورت ازلی «تولدی دوباره» با استفاده از داستان های قرآنی در سوره کهف بوده است. آیات سوره کهف برای مستندسازی و روشن نمودن اظهارات بیان شده در مقاله مورد استفاده قرار گرفته است. در این مجموعه مخصوصاً از داستان اصحاب کهف که در آن چند نفر از جوانان دوره دقیانوس از ترس پادشاه ظالم (دقیانوس) به غاری در یکی از کوه ها پناه بردند و پس از گذراندن دوره خواب (رفتن در ناخودآگاه جمعی) دوباره زنده شدند تا نشانگر عظمت خداوندی در احیاء مردگان شوند، و داستان ملاقات موسی (ع) و بنده صالح خدا (خضر) برای روشن نمودن بیانات و اظهارات روان شناختی استفاده شده است. روش تحقیق در این مقاله استفاده از تحلیل محتوای متون قرآنی از دیدگاه روان شناختی بوده است. تحلیل داده ها نشان داد که در فرایند تفرد (و کمال انسانی) انسان ها از پیچ و خم منطقی، بینش، اشراق و حیرت و روشنایی می گذرند و مراحل مرگ و «تولدی دوباره» در این فرایند خود را نمایانگر می سازند. به هر حال حاصل تولدی دوباره روشنگری و کسب دانش بالاتر است. برای کشف معنای پنهان آیات، تفسیر روان شناختی یکی از راه های ارائه شده در این مقاله است که در داستان های قرآنی می توان به این معانی دسترسی پیدا کرد.

کلمات کلیدی:

تولدی دوباره، مرگ، تفرد، کمال، فراآگاهی

فرد در تولدهای بعدی تغییر می کند. آنچه از گفتار این افراد برمی آید این است که «کار ما» و یا افعال انسان ها در زندگی و چگونه زیستن آنان در دنیا در زندگی های بعدی آنان تأثیر می گذارد. این مکتب فکری تمرکز برای کنترل ما دارد و ادامه کار ما را در زندگی های بعدی و اثرات آن را مسلم می پندارد.

تناسخ: این مفهوم «ولادت مجدد» تلویحاً به تداوم شخصیت اشاره می کند. بر اساس این نظریه شخصیت انسان استمرار می یابد و در دسترس حافظه قرار دارد، به طوری که وقتی انسان متولد شد بالقوه توانایی این را دارد که تجربیات دوره قبلی را یاد آورد و همه آن تجربیات را می داند که مال خود او بوده اند، بدان معنی که شکل من زندگی فعلی را داشته اند. به عنوان یک قاعده می توان گفت که تناسخ عبارت است از زندگی مجدد در قالب انسانی.

رستاخیز یکی دیگر از معانی تولدی دوباره را

در این مقاله ابتدا به اشکال مختلف تولدی دوباره و سپس به روان شناسی تولدی دوباره پرداخته شده است و در آخر نیز با استفاده از داستان اصحاب کهف، داستان ملاقات خضر و موسی (ع)، ابعاد روان شناختی تولدی دوباره بیشتر توضیح داده شده و رموز آن بازگشایی شده است.

اشکال مختلف تولدی دوباره

مفهوم تولدی دوباره همیشه به یک معنی به کار نرفته است. با توجه به اینکه این مفهوم به معانی متفاوتی استعمال شده است، بهتر است که به معانی مختلف آن اشاره ای رود:

یکی از معانی تولدی دوباره، انتقال ارواح است از بدنی به بدن دیگر که در برخی از فلسفه های هندی به آن اشاره شده است. در مکتب بودیسم وقتی به این نوع تولد دوباره اشاره می شود هنوز روشن نیست تا چه اندازه شخصیت

تولدی دوباره فرایندی نیست که به راحتی بتوانیم آن را با چشم ببینیم، یا اندازه گیری نمائیم و یا از آن عکسبرداری نماییم. این مفهوم فراسوی درک حسی انسان ها می باشد. کاملاً در اینجا ما با پدیده روانی سر و کار داریم که به صورت غیرمستقیم از طریق بیان افراد (که یا تجربه شخصی است که کاملاً فردی و درونی می باشد و یا برگرفته شده از بیانات و حیانی است) به ما رسیده است. وقتی یک نفر از تولدی دوباره صحبت می کند، فردی اعتراف به تولدی دوباره می کند و یا فردی سرشار از تولدی دوباره است (مثل مولوی بعد از ملاقات با شمس) ما کاملاً حرف های آنان را واقعی می دانیم. در اینجا ما این سؤال را نمی کنیم که آیا تولدی دوباره را ما می توانیم لمس کنیم و یا اینکه توسط حواس ظاهری درکشان کنیم. اینجاست که به حقیقت روانی این پدیده پی می بریم. البته بایستی به این حقیقت مسلم نیز اشاره کنیم که مسائل روانی حقایق مهم روانی هستند که در زندگی افراد و جوامع نقش بسزایی را بازی می کنند.

روان اساس تشکیل دهنده تمام واقعیت های انسانی بوده است. از تمدن انسان ها، تا جنگ و تخریب و خشونت همگی سرچشمه روانی دارند و از پدیده های روانی به عمل می آیند. وقتی یک مسئله ای یک واقعیت روانی است و دیده نمی شود نمی توان گفت که اهمیت آن ناچیز است. به همین دلیل که مردم در زمان ها و در مکان های مختلف از تولد دوباره صحبت کرده اند می توان گفت که چنین مفهومی که این قدر روان انسان ها را به خود مشغول داشته بایستی واقعیت داشته باشد. اگر بخواهیم به حقیقت تولدی دوباره پی ببریم باید به تاریخ برگردیم تا بدانیم که تولدی دوباره توسط افراد مختلف چگونه درک شده است.

تولدی دوباره یکی از مفاهیم صور ازلی بوده است که توسط افراد مختلف در زمان ها و مکان های مختلف از آن صحبت شده است. این گونه مفاهیم را در اصطلاح یونگ صور ازلی یا الگوی کهن می نامند. صور ازلی تشکیل دهنده محتوای اصلی ناخودآگاه جمعی باشند. صور ازلی و یا الگوی کهن «تولدی دوباره» بیشتر در ارتباط با فرا روندگی از زندگی معمولی مشخص می شوند و یا اینکه در ارتباط با تغییر زندگی شخصی و شخصیت او معنا پیدا می کنند.

تحول زندگی افراد اشکال مختلفی به خود می گیرد که از آن میان تجربیات عرفانی، از دست دادن علایق قبلی در اثر وقوع حادثه ای از درون یا بیرون، بسط و توسعه شخصیت، تغییرات در ساختار روانی افراد، داشتن خواب های عرفانی و تصویر و تجسم اشیاء و اشباح توسط چشم و گوش درونی و قلبی از جمله این تحول و تولدی دوباره می باشند. البته این تغییرات و تحولات عظیم در شخصیت انسان ها در تولدی دوباره در جهت

می رساند. تأسیس دوباره زندگی انسان پس از مرگ و به عیان دیدن اعمال و رفتارهای گذشته و پاداش و کیفر دیدن به علت رفتارهای زندگانی دنیوی یکی از اصول مسلم ادیان توحیدی شناخته شده و بحث های زیادی در این مورد توسط متکلمان و دیگر نحله ها و اندیشه های فکری و فلسفی صورت گرفته است. خداوند می فرماید: «هوالذی احیاکم ثم یمیتکم، ثم یحییکم ان الانسان لکفور» (حج: ۶۶)

اوست خدایی که شما را زنده کرد، دیگر بار بمیراند، دوباره زنده می کند، به درستی که انسان کفور است. تولدی دوباره به معنای داشتن تجربه ی تکان دهنده معنوی در طول زندگانی افراد نیز توسط روان شناسان و برخی از نحله های فکری معنوی مورد بحث قرار گرفته است.

ایده «نوروز»، یعنی روزی که برای انسان تازگی خاصی از نظر مذهبی، عرفانی و معنوی دارد با این نوع تولدی دوباره می تواند در ارتباط باشد. این گفتار حضرت علی (ع) که نوروز و عید، آن روزی است که بنده در آن گناهی نکرده باشد نیز تداعی گر همین معناست. اعیاد بزرگ مذهبی از جمله عید قربان، عید فطر که به دنبال اعمال ویژه مسلمین می آید و تغییرات اساسی در معنویت انسان های مومن رخ داده است باز می تواند به این گونه «تولدی دوباره» برگردد. در این معنی دوباره اشاره به تغییرات اساسی در شخصیت و نفسانیات انسان ها می نماید، بدون اینکه کالبد جسمانی آنان تغییرات اساسی کرده باشد.

تولدی دوباره می تواند دلالت بر تغییرات و تبدیلات زندگی مادی به زندگی معنوی گردد. در این زمینه ها عرفای اسلامی مطالب مفصلی نوشته اند. اجرای مراسم گروهی مربوط به خودسازی و شرکت فعال در آنها مثل اعتکاف های گروهی اگر به تغییرات اساسی در معنویت و شخصیت فرد بیانجامد می توانند جزء مفهوم تولدی دوباره به حساب آیند. اینها نمونه هایی از مواردی هستند که تحت عنوان تولدی دوباره می توانند مورد بحث قرار گیرند. البته موارد دیگری نیز وجود دارد که در تفصیل گفتار در اصل مقاله به آنها پرداخته خواهد شد.

«تولدی دوباره» از منظر روان شناسی

موضوع اهمیت روان شناختی تولدی دوباره نیز نبایستی از نظر دور نگهداشته شود. هر چند موضوع تولد دوباره را از دیدگاه های مختلف فلسفی، کلامی، دینی و فقهی می توان مورد مطالعه قرار داد، ولی برای روان شناس این پدیده به عنوان یک مفهوم روان شناختی مطرح می شود.

راحتی نمی گذرند.

داستان اصحاب کهف

داستان اصحاب کهف در قرآن از منظرگاه روان شناختی بسیار جالب و خواندنی است و نکته های بسیار لطیفی در آن نهفته است، تا جایی که افرادی مثل کارل گوستاو یونگ خواسته اند توانمندی خود را در تفسیر روان شناختی داستان اصحاب کهف بیاموزند. این موردی است که در اصل مقاله به تفصیل به شرح و بسط آن می پردازیم.

اصحاب کهف به خاطر ایمان و عقیده خود از دست پادشاه ظالمی دنبال امان می گردند و می خواهند که خداوند آنان را در کنف و حصن حمایت خود قرار دهد. آنان به غاری در کوه پناه می برند (غار علامت ناخودآگاهی جمعی است، افراد در شرایط سختی به آن پناهنده می شوند که الهام ها و اشراق ها از آنجا فیضان کند، مخصوصاً زمانی که راه حل های منطقی دیگر جواب گوی مشکلات آنان نیست...) و در آنجا به خوابی فرو می روند که در حدود ۳۰۹ سال طول می کشد، وقتی بیدار می شوند (تولد دوباره) نمی دانند که چقدر زمان طول کشیده و چه مدت خوابیده اند. بی شک بررسی پدیده خواب چند نفر در غار آیتی از سوی خداوند است که ابعاد مختلفی دارد که هنوز اسرار آن بر بشر هویدا نیست. یونگ معتقد است که چون این افراد با ناخودآگاه خویشتن یکی شدند دیگر زمان و مکان برایشان مطرح نبود. ناخودآگاه زمان ندارد به همین جهت نمی دانستند که چه مدتی خوابیده اند. میبیدی در کشف الاسرار این پدیده را آیتی از سوی پروردگار برای آنها نشان دادن وضعیت نشور پس از مرگ تلقی می کند. این موضوع به عنوان یکی از مصداق های «تولد دوباره» بیان شده است که یکی از الگوهای کهن در روان شناسی اعماق تلقی می شود. البته پس از بیدار شدن (اتفاق تولد دوباره) اصحاب کهف شعور و آگاهی آنان به مراتب افزایش یافت، چون با اسرار ازلی و ابدی در ناخودآگاه جمعی مواجه بوده و فراتر از زمان و مکان سیر نموده بودند.

داستان اصحاب کهف به محض اینکه خاتمه پیدا می کند در قرآن آیتی در مورد مسائل اخلاقی مشاهده می کنیم که یکی از برجسته ترین نکات، در نظر گرفتن معنا در پشت حوادث فیزیکی و فریفته نشدن به مسائل مادی است و انسان مومن دعوت به این می شود از ماده عبور کند و معنا و واقعیت های روانی و روحانی در عالم را پشت ماده ملاحظه کند. تأکید قرآن به اینکه در تصمیم گیری برای آینده حتماً بایستی مداخلیت تقدیر و مشیت خداوندی را در نظر گرفت، یکی از برجسته ترین نکات در این سوره می باشد. قرآن داستان خشک شدن باغ فرد مغرور و کفور را برای عبرت گرفتن مومنان بیان می کند که همگی در راستای عبرت گرفتن و عبور انسان از حیطه

بالندگی و تعریفی جدی تر از رابطه انسان با خدا، طبیعت و انسان های دیگر می باشد، نه در جهت تخریب ساختار قبلی شخصیت و از دست دادن عملکرد روانی در افراد به صورتی که در افراد مبتلا به بیماری روانی می بینیم.

مولوی در وصف تولد دوباره می گوید که هیچ وقت از مردن کم نشده است، چون هر آن در تولدهای دوباره مرتبه اش بالاتر رفته است. در طبیعت نیز مشاهده این تولد دوباره هستیم. در بهاران، طبیعت نومی شود و تولد نو می یابد. با این که در زمستان ظاهراً دوره مرگ و تغییر و تحولات مخصوص را طبیعت طی می کند. خورشید نیز هر روز در مغرب می میرد و فردایش در مشرق تولد دوباره که در داستان های مذهبی از آن یاد شده است مثل مرگ گیاهان در زمستان و تولد آنان در بهار نیست بلکه بیشتر در راستای نظر مولوی در مورد تولد دوباره است که از گیاه مردن، تولد جانوری، و از جانوری مردن، از انسان سرزدن را به دنبال خود می آورد. لابد از انسان مردن نیز فنا فی اللهی را به دنبال می آورد و انا الیه راجعون را یادآور می شود.

روان تحلیل گرانی مثل یونگ در بسیاری از داستان های مهم از قبیل بلعیده شدن حضرت یونس توسط نهنگ در سفری شبانه و گذراندن زمانی را در شکم نهنگ یک نوع مرگ نمادین و گذر از حد خودآگاه و رسیدن به دریای خزائن روان ناخودآگاه جمعی می دانند و بیرون آمدن او از شکم نهنگ را تولد دوباره می دانند. اینان اعتقاد دارند که آنچه بر حضرت یونس در شکم ماهی گذشت اتفاق کمی نبوده است. تولد دوباره همیشه برای قهرمانانی مثل حضرت یونس توأم با آگاهی سطح بالاتر بوده است. به همین جهت حضرت رسول (ص) فرموده است: لا تفضلونی علی آخی یونس بن متی... وقال (ص) من قال خیر مَنه فقد کذب (تفسیر کشف الاسرار، ج ۵، ص ۶۷۲). در مقالات شمس تبریزی سفر حضرت یونس شبانه با کشتی و بلعیده شدن او توسط نهنگ و بیرون آمدن او از شکم نهنگ با معراج حضرت رسول (ص) برابر دانسته شده است. روان شناسان اعماق این گونه حوادث مهم زندگی را (مثل جریان بلعیده شدن حضرت یونس توسط نهنگ) و بیرون آمدن او از شکم نهنگ را به حکم خداوندی) شکستن مرز بین خودآگاه و ناخودآگاه جمعی می دانند و معتقدند که دریای ناخودآگاه خزائنی دارد که وقتی قهرمانی مثل حضرت یونس با آن مواجه می شود با اسرار ازلی و ابدی آگاه می شود که در تولد جدیدش در برگشتن به سطح خودآگاه این اسرار را با خود به همراه دارد، لذا می تواند زندگی کاملاً متفاوتی را شروع کند. این روان شناسان بدون این که مبنای فیزیکی این رخدادها را منکر شوند به معنای نمادین آن بیشتر توجه می کنند، لذا از کنار داستان هایی از این قبیل داستان حضرت یونس به

آگاهی محدود مادی به عالم ناخودآگاه قدسی می‌باشند و اما صحنه دوباره به مسئله داستان «تولد دوباره» برمی‌گردد و این دفعه قهرمان داستان موسی است که در داستان نقش اساسی دارد و آمادگی روانی پیدا می‌کند که در زندگی خود تجربیاتی تکان دهنده را که نوعی «تولد دوباره» است در زندگی داشته باشد.

محل این تجربه در مجمع البحرین است، جایی که دریای شرق و غرب با هم تلاقی پیدا می‌کنند و همان جایی که ماهی (غذای جسمانی) فراموش شده است و یوشع بن نون فراموش کرده است که به سرور خود بگوید که وقتی موسی برای امر مهمی رفته بود ماهی زنده شده و به آب پریده است: و چون موسی به شاگرد خود گفت: «آرام بگیرم تا به مجمع البحرین برسم حتی اگر لازم باشد که هشتاد سال در این سفر باشم».

و همین که به جمع میان دو دریا رسیدند ماهی شان را از یاد بردند و ماهی جریان خود را در مسیر آب به پیش گرفت. زمانی که این دو نفر (موسی و شاگردش) به مسیر خود ادامه دادند و از آنجا گذشتند، موسی به شاگردش گفت صبحانه مان را بیاور بخوریم که از این سفر بسی خسته شده‌ایم.

ولی یوشع بن نون به او گفت: «بین چه اتفاقی افتاده است، زمانی که در کنار آن سنگ استراحت می‌کردیم من ماهی را فراموش کردم و آن را جا گذاشتم و او به طور عجیبی راه خود را به دریا در پیش گرفت که من فراموش کردم آن را برای تو بگویم. فقط شیطان می‌تواند باعث این فراموشی شود.

– موسی گفت اینجا محلی است که من دنبالش می‌گردم و ما باید برگردیم». ایشان به دنبال ماهی برگشتند تا اینکه آن را بیابند. در اینجا به جای ماهی با بنده صالح خدا برخورد کردند که ملاقات بسیار خواندنی است و نکته‌های بسیار ظریف روان‌شناختی در این ملاقات نهفته است.

عرفا طریق رسیدن به حقیقت را از راه مجاز می‌دانند و می‌گویند: «المجاز قنطره الحقیقه» ولی مجاز چگونه می‌تواند انسان را به حقیقت رهنمون کند. موسای گرسنه برای غذای جسمانی، به دنبال سبزی و تقویت و به دست آوردن انرژی بعد از این همه مسافرت به غذای معنوی و روحانی عجیبی دست پیدا می‌کند- به ملاقات با خضر زمان-، آن هم در مجمع البحرین («بحر خودآگاهی» و منطق و استدلال و شریعت و بحر «ناخودآگاهی»، الهام و اشراق) و نتیجه این ملاقات هر چه باشد، تغییر در چارچوبه شناختی و معیشتی اوست که برای او تولد دوباره محسوب می‌شود. البته این اولین تجربه او نبوده است. زمانی که احساس سرما کرد و برای به دست آوردن آتش رفت، با حضور قدسی عجیبی مواجه شد. ولی این تجربیات چگونه رخ می‌دهند؟! تعدادی از متفکران آمادگی

روانی صاحب تجربه را در این امر بسیار مهم می‌دانند و معتقدند که لطف خداوندی زمانی شامل می‌شود که انسان آمادگی دریافت آن را داشته باشد. افرادی مثل یونگ با استفاده از بیان قانون همزمانی اتفاقات (مادی و معنوی)، فکر می‌کنند که ماهی همان نماد خضر است ولی آنچه مهم است که تا ماهی را از دست ندهی صحبت خضر را به دست نمی‌آوری. قبل از اینکه در این باره بیشتر از این به بحث پرداخته شود لازم است سناریوی این ملاقات با خضر مورد بررسی قرار گیرد و نکته‌های جالب روان‌شناختی آن توضیح داده شود که در زیر به اختصار به آن‌ها می‌پردازیم.

یونگ (۱۹۵۰) که خود را روانشناس می‌داند و نمی‌خواهد پا از گلیم تخصص خود فراتر بگذارد، دوست دارد فقط از بُعد روان‌شناسی به این موضوع نگاه کند، بدون اینکه تفسیرهای دیگر را نادیده انگارد. او می‌نویسد: «موسی مردی است جستجوگر، و در این طلب، او با شاگردش (خادم خویش)، مردی پایین‌تر از خود همراه است (به اصطلاح روان‌شناسان با سایه خویش در تماس است)، شخصیت جسمانی و شخصیت روحانی او در دو فرد منعکس شده‌اند - یکی در یوشع بن نون و دیگری در خضر. یوشع فرزند نون است و نون نامی است برای ماهی. منظور این است که اصل و نسب یوشع از اعماق آبهاست، یعنی از ظلمات جهان سایه. آنان به نقطه حساس می‌رسند «جایی که دو تا دریا همدیگر را قطع می‌کنند»، که به عنوان خاکریز سوئز از آن تعبیر می‌شود و محل تلاقی دریای شرق و غرب است. به عبارت دیگر این نقطه مرکزی است که در مورد آن یونگ به عنوان مرکز اصلی وجود شخصیت (خویشتن^۱) بحث مفصلی کرده است. در هر صورت موسی و همسفرش قبلاً قبلاً به وجود آن پی نبردند (خود و سایه قبلاً این مرکزیت را تشخیص نداده‌اند). آنها، ماهی، قوت لایموت خویش را فراموش کرده‌اند. ماهی اشاره‌ای است به نون یعنی پدر سایه یا مرد جسمانی که از جهان تاریک خالق سر بر می‌آورد، زیرا ماهی باز زنده شده از سبد بیرون می‌جهد تا به موطن خویش، به دریا بازگردد. به عبارت دیگر روان‌گریزی (ماهی) که آفریننده و نشاط دهنده به زندگی است خود را از قسمت آگاه ذهن (خودآگاهی) جدا می‌کند، و این امر باعث از دست دادن روان‌گریزی می‌گردد. با اینکه فرد از لحاظ آگاهی به اوج خود رسیده و متمدن گشته است ولی نشاط و سرزندگی و طبیعی بودن نخستین خود را ندارد.

این فرایند نشانه‌ای از «تجزیه روانی^۲» است که در آسیب‌شناسی به روان‌نژندی^۳ معروف است، این امر با

۱- Self

۲- Dissociation

۳- Neurosis

یک جنبه بودن حالت خودآگاهی ارتباط دارد. این امر باعث می شود که انسان دچار بی حالی، بی حوصلگی و افسردگی شود.

انسان دیگر میل و جرأت روبرو شدن با کارهای روزانه را ندارد و احساس سنگینی مفرط می کند و چون دیگر دارای انرژی قابل استفاده نیست، هیچ یک از اعضای بدنش رغبت حرکت ندارد (درست همان بیانی که موسی به کار برد، راه زیادی آمده ایم و خسته ایم، صبحانه مان کجاست، بیار آن را بخوریم).

موسی و خادمش خیلی زود پی می برند که بر آنان چه رفته است. موسی «خسته» و گرسنه نشسته بود. از قرار معلوم احساس کمبود می کرد و این احساس دلیل جسمی داشت. خستگی یکی از معمولی ترین علایم فقدان انرژی یا لیدوست. کل این فرایند نمونه ای است بارز از به اصطلاح ناکامی در تشخیص یک لحظه حیاتی، یعنی موضوعی که صور بسیار گوناگون آن را در داستان ها می بینیم. موسی پی می برد که به طور ناخودآگاه منشاء حیات را یافته و دوباره آن را از دست داده است و این الهام و اشراق قابل ملاحظه ای که بایستی در ادراک موسی به شمار آورده شود، آن ماهی بی که قصد تناولش را داشتید محتوایی از ضمیر ناخودآگاه است که به واسطه آن ارتباط با مبدء بار دیگر برقرار می شود. اوست که مجدداً متولد شده و به زندگی نو چشم گشوده و به حکم تفاسیر، این واقعه در اثر تماس با آب حیات رخ داده است: میبیدی (۱۳۶۱) در تفسیر خود آورده است: «گفته اند چشمه ای بود (که) آن را ماءالحیوه می گفتند، هیچ قطره ای از آن به مرده ای نرسیدی که نه در حال زنده گشتی، یوشع دست بدان برد و وضو کرد، آنگاه دست بیفشاند و قطره آب به ماهی رسید، در حال زنده گشت و در آب شد» (ج ۵، ص ۷۱۶). ماهی به علت بازگشت به دریا بار دیگر به صورت محتوایی از ضمیر ناخودآگاه در می آید....

خضر به عنوان نماد خویشتن (self)

به احتمال قوی خضر مظهری از خویشتن^۱ است. خصوصیات او نشان می دهد که او با خویشتن روان شناسی تطبیق می کند. می گویند که او در غار (یعنی در ظلمات) متولد شد. او دارای عمر طولانی است و دائماً خود را تجدید می کند (سبز است). در آخرالزمان مثل اوزیرس به دست دجال کشته می شود لیکن قادر است دوباره به زندگی باز گردد. او مشاور راه گم کردگان می باشد. در هر حال موسی او را به عنوان خودآگاهی عالی تر می پذیرد و از او طلب تعلیم می کند. آنگاه آن اعمال غیر قابل فهم به وسیله موسی از او سر می زند که نشان می دهد خودآگاهی «من^۲» در پیچ و خم سرنوشت نسبت به هدایت عالی تر خویشتن چه واکنشی نشان می دهد.

برای افرادی که می توانند دگرگون شوند این داستان مایه تسلی و آرامش است. برای افراد معتقد به خدا این داستان نشان می دهد که نبایستی به برنامه های خداوندی، که تحت نظر حکیمی متعال اداره می شوند زبان به اعتراض گشود، شاید در آنها حکمتی باشد که ما از آن خبر نداریم. خضر نه تنها مظهر عقل بالاتر است بلکه شیوه رفتاری منطبق با آن عقل بالاتر و فرا استدلالی است. در اینجاست که معنای توکل به خدا و رضایت به خواست و برنامه های او مطرح می شود. کسی که چنین داستانی را بشوند خود را در موسای سؤال کننده و یوشع فراموشکار خواهد یافت و داستان به او نشان می دهد که تولدی دوباره که انسان را جاویدان می کند چگونه رخ می دهد. به طور کلی طبق این داستان نه موسی است که دگرگون می گردد و نه یوشع، بلکه این ماهی فراموش شده است که دچار تحول و دگرگونی می گردد. محل تولد خضر همین جایی است که ماهی ناپدید می شود.

ماهی نقش تغذیه کنندگی را دارد، و این امر موجب ایجاد انرژی می گردد. روان خودآگاه، انرژی لازم خود را از روان ناخودآگاه و محتوای انرژی زای آن کسب می کند. این نقش انرژی زایی محتوای روان ناخودآگاه در داستان های کتاب مقدس نیز آورده شده است. در کتاب مقدس عیسی به عنوان نان مطرح شده است و اوزیرس گندم تلقی شده است. در حقیقت نمادهای خویشتن که در وجود خضر و عیسی مطرح شده است خود را در اشیای ملموسی چون خضر و نان و گندم نشان داده است. این محتوای ناآگاه بایستی جذب روان خودآگاه گردد تا از آن طریق به صورت قابل استفاده درآمده و انسان در زندگی روزمره خود از آن استفاده نماید - خودآگاهی انرژی خود را تولید نمی کند. تنها چیزی که می تواند دگرگون شود این ریشه خودآگاهی است که اگر چه ناچیز و تقریباً ناپیدا یعنی ناخودآگاه است، کل انرژی خودآگاهی را تأمین می کند. از آنجا که ضمیر ناخودآگاه این احساس را برمی انگیزد که چیزی بیگانه یعنی «غیرخود^۳» است کاملاً طبیعی است که با نماد چهره بیگانه نشان داده شود. بنابراین، از یک نظر چیز بسیار بی اهمیتی است، از طرف دیگر ناخودآگاه بالقوه در برگیرنده «کرویت» و گردی است که نشان دهنده تمامیت و جامعیت است که خودآگاه این کلیت و تمامیت را ندارد و این بسیار مسئله حیاتی است. این شیء مدور گنجینه بزرگی است که در غار ناخودآگاه خود را نهان ساخته است و تجسم آن، این چیز شخصی است که نمایانگر وحدت عالی بین خودآگاه و ناخودآگاه می باشد. این چهره تجسم یافته به صورت پوروشا، آتمان، بودا و

1- Self

2- Ego Consciousness

3- None ego

مسیح و خضر، همان خویشتن است که در روان‌شناسی از آن بحث می‌شود.

دریافت شهودی جاودانگی که هنگام دگرگونی خود را نشان می‌دهد، با طبیعت ویژه ناخودآگاه در ارتباط است. این دریافت شهودی در برگیرنده حس بی‌زمانی و بی‌مکانی است. انسان مواقعی پیش می‌آید که فراسوی زمان و مکان دریافت می‌کند. اثبات تجربی این پدیده توسط پدیده‌ای به اصطلاح تله پاتی است که منتقدان بسیار بدبین هنوز آن را انکار می‌کنند، درحالی که این پدیده بسیار متداول تر از آن است که تصور می‌شود. به نظر من مبدأ احساس جاودانگی در احساس عجیب گسترش در زمان و مکان نهفته است. پدیده روانی ناخودآگاه در ما وجود دارد که در ما این دریافت را ایجاد می‌کند که موجوداتی فرا زمانی و فرا مکانی هستیم.

ویژگی خویشتن (Self) به عنوان تجسم عینی شخصیت روانی در داستان خضر خود را متجلی نموده است. این ویژگی در داستان‌های عرفانی که در مورد خضر گفته شده است به روشنی و وضوح نمایان شده است. خضر در زمان‌هایی که انسان‌ها شدید به وجود او نیاز داشته‌اند و از درون آمادگی‌های لازم را پیدا کرده‌اند نمودار شده و همیشه افراد را راهنمایی نموده است. او همیشه سبز است، حاضر است به شرطی که انسان‌ها آمادگی دریافت پیام‌های او را داشته باشند. برخی حضور و ظهور خضر را در لحظات مورد نیاز با اصل هم‌زمانی یونگ توضیح داده‌اند و گفته‌اند که به محض ایجاد خواست شدید درونی برای دیدن مشاور و راهنمایی‌کننده، مخصوصاً در مسائل معنوی، نمود بیرونی مشاور و رهنما در لباس خضر ظهور پیدامی‌کند.

داستان ذوالقرنین و نکات روان‌شناختی

بعد از داستان خضر، داستان ذوالقرنین در سوره کهف آورده شده است. آوردن این داستان در سوره کهف تعجب آور نیست. ذوالقرنین و خضر یارانی نزدیکند. می‌توان فرض کرد که حضرت موسی با اشاره به آنکه ذوالقرنین راه خود را به غروب‌گاه و بعد به طلوع‌گاه آفتاب می‌گشاید، چگونگی تجدید آفتاب را از طریق مرگ و ظلمات به رستاخیز جدید شرح می‌دهد. این همه، باز بر آن دلالت دارد که نشان می‌دهد که این خضر است که نه تنها در نیازمندی‌های جسمانی انسان کنار اوست بلکه در دست یافتن به ولادت مجدد نیز او را یاری می‌دهد.

ساختن سد در برابر قوم یاجوج و ماجوج آن هم میان دو کوه (در مرکز)، تکرار آخرین عمل خضر یعنی تعمیر دیواری در ماجرای قبلی است. اگر خضر دیواری می‌ساخت که گنجینه را برای آیندگان مستحق به دریافت گنج، حفظ کند، در اینجا ذوالقرنین دیواری بسیار استوار

می‌سازد که از حملات یاجوج و ماجوج قومی را که از او کمک خواسته‌اند حفظ کند. از آنجا که این دیوارها با وضعیت ویژه‌ای ساخته می‌شود و با توجه به تفسیر برخی مفسران (از جمله میبیدی) این گنج روانی است که بایستی از حملات نیروهای متخاصم حفظ شود، می‌توان آن را نمادی از خویشتن به حساب آورد. حفظ خویشتن (self) که در داستان‌ها به صورت قهرمان نمایش داده شده است از وظایف اساسی نیروهای کربوبی است که از قهرمان تازه متولد شده (مثل موسی) در مقابل حملات تهاجمی نیروهای متخاصم (مثلاً نیروهای فرعون) محافظت نمایند.

در اینجا ذوالقرنین نقش خضر را به عهده می‌گیرد و برای مردمی که «بین دو کوه» به سر می‌بردند سدی غیر قابل عبور می‌سازد. این سد به وضوح در همان نقطه مرکز قرار دارد (بین دو کوه) که باید از شر قوم یاجوج و ماجوج، آن قوم متخاصم و بی‌هویت، در امان ماند. این گوهر امانت الهی است که بایستی از شر شیطان و بدخواهان در امان نگهداشته شود. در اصطلاح روان‌شناسی این امانت خویشتن و جوهره انسان است.

از لحاظ روان‌شناسی باز هم این موضوعی است مربوط به خویشتن که در نقطه میان به تخت نشسته است. «خویشتن» قهرمان است و به وقت ولادت مورد تهدید نیروهای جمعی حسود قرار می‌گیرد. گوهری است که همه بدان چشم طمع دارند و کشمکشی حسودانه را برمی‌انگیزد، لذا نگهداری آن با تمهیدات مختلف مثل دیوار کشیدن و تعیین حصار لازم و ضروری است. این گوهر ذاتی انسان را باید با تمام نیرو محافظت کرد.

برخورد و تعامل خضر و موسی

الان که به آخر سوره نزدیک می‌شویم لازم است به موارد اساسی که بین موسی و خضر گذشت نیز اشاره شود: صبر کردن و تحمل صبوری داشتن موردی است که در این سوره به کرات به آن اشاره می‌شود. موسی در اولین برخورد می‌گوید که اگر من از تو تبعیت و پیروی کنم از علم کافی و ناخودآگاه مرا آگاه خواهی ساخت؟ خضر می‌گوید که استطاعت صبر را تو نداری ای موسی و تازه بر چیزی که اصلاً به آن خبر نداری (عالم غیب و دانش ازلی) چگونه صبر توانی کرد؟ جواب موسی بسیار مؤدبانه و با احتیاط است. او نمی‌گوید که صبر می‌کنم بلکه می‌گوید اگر خدا بخواهد مرا از صابران خواهی یافت. شاید یکی از اسرار روان‌شناختی نهفته در این مباحثات لازم صبر در مواردی باشد که هنوز آگاهی لازم را به آن امور ندارم ولی انسان‌ها در این زمینه متفاوت از سایر موجودات می‌باشند. انسان عجز است و می‌خواهد به جای صبر دست به تعجیل بزند. تعجیل در قضاوت، تعجیل در خواست، تعجیل در عمل. انسان کلاً عجز آفریده شده است. چارچوبه‌های

ذهنی او به او قدرت تعبیر و تفسیر می دهد که بر مبنای آن عمل می کند، خواست های عملی او، او را وادار به شتاب در استجابات خواسته هایش می نماید و او زود دست به تعبیر و تفسیر و اعتراض می زند و این بعد فکری، فلسفی و متکلمانه انسان است که او را به قضاوت و اعتراض و انتقاد و امی دارد. یک بار دیگر نیز در جریان داستان موسی و شبان، شاهد این قضاوت عجولانه حضرت موسی در مورد شبان بودیم ولی تذکر شبان در اثر به دست آوردن بینشی جدید باعث شد که او در پی شبان بدود و از او به خاطر عجله در قضاوتش عذرخواهی کند و اجازه دهد که نمودهای عشق خالصانه او به صورت آزاد فوران کند:

«هیچ آدابی و ترتیبی مجو

هر چه می خواهد دل تنگت بگو».

شاید سخت ترین چالش فکری و اندیشه ای برای انسان زمانی مطرح شود که انسان به آن چیزی که خضر نمی داند صبر کند (وَ كَيْفَ تُصْبِرَ عَلٰی مَا لَمْ تُحِطْ بِهٖ خَيْرًا^۱).
روان شناسانی چون ویکتور فرانکل که از معنایابی و معنا درمانی صحبت می کنند تلویحاً به این موضوع اشاره می کنند. انسان در شرایطی می تواند صبر کند که معنای حوادث بر او ظاهر شود. کشاورزان به اهمیت موضوع صبر در مورد رسیدن محصولاتشان پی برده اند و می دانند که مدت ها طول می کشد شکوفه درخت زردآلو تبدیل به میوه رسیده شود و هسته ای که در زمین کاشته می شود، مدت ها طول می کشد که جوانه بزند و به درخت نیرومندی تبدیل شود. این مسائل چون عینی است و ملموس می باشد برای کشاورزان طبیعی به نظر می رسد ولی صبر کردن درباره این که معنای بسیاری از حوادث برایمان روشن شود، آسان نیست. در مورد بسیاری از مفاهیم دینی، عرفانی و فلسفی افراد واکنش افراطی و تفریطی در پیش می گیرند و یا این که در رد آن می کوشند و عجولانه زبان به اعتراض و رد نظریه ارائه شده می پردازند. ولی بعید است فکر کنند که صبر کردن لازم است تا پختگی لازم به عمل آید و در اثر پختگی و لطف ربوبی سرّ قضیه ای بر آنان مکشوف گردد و شاید هم این پختگی در طول عمر ایشان حاصل نشود و بدون فهمیدن این مفاهیم افراد سر به بالین مرگ بگذارند.

در مورد چه چیزی صبر باید کرد؟ در مورد مسائلی که هنوز به آن ها ما احاطه علمی نداریم ولی از کجا بدانیم که به آنها احاطه علمی نداریم! می توانیم رسم تواضع و فروتنی را در علم به عنوان یک اصل به شمار آوریم و فکر نکنیم که علم ما به اشیاء و پدیده ها ثابت و از خودمان است بلکه آن را فیضان لطف خداوندی بدانیم که هر آن به ما می رسد و کلّ یوم هو فی شأن. هر روز جلوه ای تازه از لطف ربوبی و شناخت اصولی از راه می رسد و انسان

بایستی پیوسته قلب و تمام وجودش در راه گرفتن آن چیزی که خداوند به او می دهد آمادگی داشته باشد.

در یکی از تحقیقات اخیر که صورت گرفته (بزرگی، ۱۳۸۴) رابطه بین صبر و دل بستگی ایمن به خدا، یعنی خدا را در دسترس دیدن در همه شرایط و احوالات زندگی، همبستگی بالایی مشاهده شده است. یعنی آنان که حضور خدا را در کنار خود درک می کنند بیشتر می توانند، صبر کنند.

لازم است نگاهی به کار خضر بیندازیم و ببینیم که خضر چه کرد که فهم آن برای موسی مشکل بود.

۱) شکستن کشتی در دریا. نوع دید انسان ها به مسائل، تعیین کننده قضاوت آنهاست. در روان شناسی یکی از درمان های متداول شناخت درمانی است. به این معنی که روان شناس سعی می کند زاویه دید مراجع خود را به مسائل تغییر دهد. زمانی که این تغییر صورت پذیرد و مراجع از زاویه جدیدی که متفاوت از زاویه دید قبلی است به مسئله نگاه کند بسیاری از مشکلات و مسائل را در بافت جدیدی می بیند، قضاوت و سبک زندگی اش تغییر می کند. در شکستن کشتی نیز زاویه دید خضر و موسی (ع)، با هم فرق می کرد. شاید حضرت موسی تخریب اموال و موجب غرق شدن ساکنان را می دید ولی خضر (ع) نجات کشتی از دست یک سلطان غاصب و زورگو، و به همین جهت تصمیم های این دو نفر هم خوانی نداشت. یکی از نکات اساسی در روان شناسی این است که چرا این قدر زاویه دید این دو نفر با هم فرق می کرد. از نظر خضر (ع) این فرق به علت بینشی بالاتر است که خود موسی نیز در تلاش رسیدن به آن بینش بالاست و به همین جهت دنبال خضرمی گردد ولی وجود دیگری در موسی نمی گذارد که از دانش فعلی خود عبور کند و به راحتی تغییر حال دهد و به آن بینش خضر گونه برسد. چالش بین خود (Ego) و خویشستن اصلی (Self) در حال شکل گیری است. تعدادی از افراد کشتی را نمادی دانسته اند از انسان و دریا را از دریای معرفت ناخودآگاه که خزائن اسرار الهی است و شیطان را عبارت دانسته اند از سلطان ظالمی که پیوسته درصدد غصب «انسانیت» انسان است و می خواهد جوهر بی نظیر او را غصب کند (میبدی، ۱۳۶۱). برای حفظ این قهرمان از شر دشمنان بایستی تمهیداتی داشت و یکی از تمهیدات تخریب ظاهر است تا از نظر افتد و مورد طمع قرار نگیرد. شاید همان کاری که ملامتی ها انجام می دادند و به ظاهر چهره خود را آلوده نشان می دادند تا دیو غرور آنان را نرباید و یا مورد طمع افراد نامحرم قرار نگیرند، در این راستا باشد.

موسی وقتی از چشم شریعت می نگریست حیفش می آمد که این خلل را روا دارد. ولی ظاهراً پس از تشریح خضر راضی می شود چون زبان اعتراض نمی گشاید. در صورت تفسیر نمایند از کشتی و دریا و سلطان ظالم کار

عظیم روان شناسی لازم است انجام شود تا این نمادها بازگشایی شود.

شیوه یونگ، روان شناس معروف سوئیسی در این زمینه این است که مدارک بر این تفسیرهای نمادین جمع کند و ببیند که کشتی و دریا و سلطان در داستان های قبلی و اسطوره ها چگونه بیان شده اند و آیا مردم امروزه در خواب های خود این نمادها را مشاهده می کنند و در صورت مشاهده از هرمنوتیک خواب پی به رمزگشایی این نمادها می توان برد. در بحث فعلی محدودیت مکان فرصت بیشتر از این را نمی دهد.

۲) غلام جوان که خضر او را می کشد و موسی (ع) بر روی انکار می کند، به نفس انسانی تعبیر شده است. نفس در برخی تفاسیر (مثلاً میبیدی، ۱۳۶۱) عبارت از غرور انسانی و نفس اماره پنداشته شده است. کشتن غلام اشارت است به از بین بردن نفس انسانی و غرور شخصی تا این که فضایل و صفات حسنه انسانی مجال بروز پیدا کنند.

۳) دیوار که خضر به عمارت آن پرداخت به قول برخی مفسران برای حفظ گنجینه روانی برای مدتی مشخص بود که بالنده شود. اگر این دیوار نفسانی پست شود، خزینه اسرار ربانی بر صحرا افتد و هر بی قدری در وی طمع کند. و سر این کلمات آن است که گنج حقیقت را در صفات بشریت نهاده اند؛ اطوار طینت، در ایشان پرده آن ساخته اند. البته در مقایسه با عبارت این دیوار که توسط خضر برای حفظ اسرار الهی بنا گردید، با آن دیواری که توسط ذوالقرنین برای حفظ قوم سالم از حملات یاجوج و ماجوج بنا گردید اگر مقایسه ای صورت گیرد، معنای روانی دیوار بیشتر روشن می گردد.

بحث و نتیجه گیری

در این مقاله سعی شده است که موضوع «تولد دوباره» از دیدگاه روان شناختی مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این که تولد دوباره یکی از صورت های ازلی در روان ناخودآگاه جمعی است، نمود آن در داستان های قرآنی جایگاه ویژه آن را نشان می دهد. داستان اعجاب انگیز اصحاب کهف پس از این که در غاری به خواب رفتند و در حدود ۳۰۹ سال در آن غنودند، بهترین نمود تولد دوباره و رستاخیز است و در آن رمزهایی وجود دارد که اگر گشوده شود بسیاری از اسرار در مورد مرگ و زندگی نمایان می شوند. به هر حال این داستان در این مقاله از دیدگاه روان شناسی اعماق^۱ مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. از نظر روان شناسی ناخودآگاه «غار» نمادی از روان شناسی ناخودآگاه است و پناه بردن به غار، پناهنده شدن به روان ناخودآگاه جمعی است که دارای خزائن اسرار خداوندی است. پناه برنده به این غار در امان است چون در پناه خداوندی است. به علاوه، پناه برنده می تواند با اسرار روان ناخودآگاه که از نظرها غایب است، آشنا گردد. وقتی انسان ها از این روان

ناخودآگاه به سطح خودآگاهی عبور می کنند، زنده می شوند و «من» هسته اصلی خودآگاهی در آنان شکل می گیرد. این حیطة ناخودآگاه بدون زمان است به همین جهت است که اصحاب کهف وقتی از خواب بیدار شدند نمی دانستند که چند سال است غنوده اند. روان ناخودآگاه زبان مخصوص خود را دارد و آن تصویر ذهنی، رویا پردازی و زبان داستان است که به صورت نمادین خود را نشان می دهد. به هر حال در این مقاله نشان داده شده است که تولد دوباره در داستان رمزآلود حضرت موسی و خضر (ع) دوباره آورده شده است. ماهی که نماد خضر است دقیقاً جایی به آب (روان ناخودآگاه) می پیوندد که خضر همان جا بر موسی (ع) نمودار می شود. ناپدید شدن ماهی خود نشانه ای از پدیدآیی خضر است، و در این داستان رمزهایی نهفته است که بازنمایی آن از دیدگاه روان شناسی ما را در آگاهی بیشتر به اسرار روان آدمی کمک می نماید.

منابع:

- ابن عربی، محی الدین. فتوحات مکیه. بیروت: دارالاحیاء التراث العربی.
- بزرگی، محمودرضا. (۱۳۸۳). ارتباط میان سبک های دلبستگی به خدا، صبر و عزت نفس در میان دانشجویان پایان نامه کارشناسی ارشد [چاپ نشده] دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- قرآن کریم (۱۳۷۶). با ترجمه و تفسیر مهدی الهی قمشه ای. تهران: بنیاد نشر قرآن.
- میبیدی، ابوالفضل رشیدالدین (۱۳۶۱). کشف الاسرار و عده الابرار. تهران: امیرکبیر.

Jung, C.G. (1954) «Analytical psychology and education». In The Development of Personality. (Coll. Works, Vol. 17.). New York and London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C.G. (1969) Archetypes of the collective unconscious. In Coll. Works Vol 9.I. New York: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C.G. (1969) «Concerning Rebirth» in Collected Works, Vol 9, III. New York: Routledge & Kegan Paul.

مبانی هوش معنوی

دکتر فرامرز سهرابی

دکترای تخصصی روان شناسی بالینی - استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

پیشرفت سریع علوم مختلف، به ویژه توسعه‌ی علم روان‌شناسی در دهه‌های اخیر و کشف اثر بخشی گسترده‌ی دین و معنویت در ابعاد زندگی انسان، به خصوص نقش اساسی آن در آرامش و سلامت روانی رشد فزاینده مطالعات روان‌شناسی دین و معنویت در ابعاد مختلف را دامن زده است.

کلید واژه:

هوش، هوش معنوی، هوش هیجانی

مفهوم هوش معنوی در ادبیات آکادمیک روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز^۱ و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط امونز^۲ مطرح شد. به موازات این جریان، گاردنر^۳ (۱۹۹۹) مفهوم هوش معنوی را در ابعاد مختلف مورد نقد و بررسی قرار داد و پذیرش این مفهوم ترکیبی معنویت و هوش را به چالش کشید. هوش معنوی، موضوع جالب و جدیدی است که مطالب نظری و نیز یافته‌های پژوهشی و تجربی در مورد آن بسیار اندک است. اخیراً، این موضوع نظر بسیاری از صاحب نظران و محققان را به خود جلب کرده است.

هوش معنوی قادر است که هشیاری یا احساس پیوند با یک قدرت برتر یا یک وجود مقدس را تسهیل کند یا افزایش دهد (سیسک و تورنس، ۲۰۰۱). هوش معنوی سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند. در حالی که معنویت با جستجو و تجربه عناصر مقدس^۴، معنا، هوشیاری اوج یافته^۵ و تعالی در ارتباط است، هوش معنوی مستلزم توانایی‌هایی است که از چنین موضوعات معنوی برای تطابق و کنش اثربخش و تولید محصولات و پیامدهای با ارزش استفاده می‌کند (امونز، ۱۹۹۹).

اهمیت و ضرورت طرح موضوع معنویت و مذهب، به ویژه هوش معنوی، از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه‌ی انسان‌شناسی توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ تعریف می‌کند.

ضرورت دیگر طرح این موضوع ظهور دوباره‌ی کنش معنوی و نیز جستجوی درک روشن‌تری از ایمان و کاربرد آن در زندگی روزانه (وست^۲، ۱۹۹۹، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳). همچنین گسترده‌ی معنویت و مذهب در همه‌ی زوایای زندگی انسان و نیز لزوم ارزیابی مجدد نقش مذهب در بهداشت روانی است. پژوهش درباره‌ی معنویت امروزه در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناسی و علوم شناختی در حال پیشرفت است.

در راستای این جهت‌گیری معنوی و به موازات بررسی رابطه بین دین و معنویت و دیگر مولفه‌های روان‌شناختی (مثل سلامت روان)، گروهی از پژوهشگران در تبیین بعضی از مشاهدات و داده‌ها، درصد تعریف مفاهیمی جدید در ارتباط با دین و معنویت بوده‌اند. برای مثال، مفاهیم سلامت معنوی^۳ (مک دونالد^۴، ۲۰۰۰)، تحول معنوی^۵ (ریش^۶، ۲۰۰۱)، بهزیستی معنوی^۷ (گومز^۸ و فیشر^۹، ۲۰۰۳)، در آستانه هزاره سوم میلادی به ادبیات آکادمیک روان‌شناسی اضافه شده‌اند. سازه هوش معنوی^{۱۰} نیز یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه جهانی روان‌شناسان به حوزه دین و معنویت مطرح شده و توسعه پیدا کرده است.

1-Biopsy chosociospiritual	9-Fisher
2- West	10- Spiritual Intelligence
3- spiritual health	11- Stevens
4- Mac Donald	12- Emmons
5- spiritual development	13- Gardner
6- Reich	14- The Sacred
7- spiritual well-being	15- High Consciousness
8- Gomez	

جهان شرح داده اند که گشایش قلب و ذهن را تشویق کرده و به مردم کمک می کند تا بعضی از این کیفیت ها را پرورش دهند.

رشد هوش معنوی رشد شخصی را شامل شده و از آن سبقت می گیرد و تا یافته هایی فراتر از توسعه ی روان شناختی سالم گسترش می یابد. این امر با ترویج صحت و خودآگاهی شروع و با تمرین به دغدغه درباره ی همه ی انسان ها توسعه می یابد. بعضی از ویژگی های شخصی معنوی مثل فضایل سستی صداقت و راستی، فروتنی و خیرخواهی ممکن است با هوش مرتبط باشند. یک دیدگاه یکپارچه درباره ی هوش معنوی در حیطه ی هوش چندگانه می گنجد و هوش معنوی را در زمینه ای از کل زندگی فرد می نگرد. هوش معنوی یکپارچه به معنی زندگی بر حسب باورها و عقاید اصلی و پایه ای فرد می باشد. این یکپارچگی، حس معطوف به هدف را تقویت می کند، درحالی که چند پاره ای بودن آن به بیگانگی و ناامیدی منجر می شود.

باید گفت که مفهوم هوش دارای تعاریف گوناگون و مختلفی می باشد. در یک تعریف نسبتاً جامع، هوش را می توان ظرفیت یادگیری، تمامیت دانش کسب شده و توانایی سازش یافتگی با محیط دانست. هوش معنوی بیانگر مجموعه ای از توانایی ها، ظرفیت ها و منابع معنوی می باشد که کاربست آنها در زندگی روزانه می تواند موجب افزایش انطباق پذیری فرد شود. در تعریف های موجود از هوش معنوی، به ویژه بر نقش آن در حل مسائل وجودی و یافتن معنا و هدف در اعمال و رویدادهای زندگی روزمره تأکید شده است (زوهر و مارشال، ۲۰۰۰؛ وُلْمَن، ۲۰۰۱؛ ناسل، ۲۰۰۴؛ کینگ، ۲۰۰۷).

نظریه های مختلفی نیز در مورد ابعاد و یا انواع هوش وجود دارد. به عنوان نمونه، گاردنر^۱ (۱۹۸۳) نظریه ی هوش های هشت گانه را عنوان می کند که عبارتند از: هوش زبانی-کلامی^۲، منطقی-ریاضی^۳، موسیقایی-موزون^۴، دیداری-فضایی^۵، بدنی-جنبشی^۶، درون فردی (شخصی)^۷ و هوش بین فردی^۸ و هوش طبیعت گرا^۹ (پارک، ترجمه سهرابی و کرمی، ۱۳۸۴). گاردنر (۱۹۹۹) بعدها مقوله های هوش طبیعت گرا، یعنی هوش معنوی، و هوش هستی گرا^{۱۰} را مطرح کرد (گاردنر، ۲۰۰۲).

به طور کلی می توان پیدایش سازه هوش معنوی را به عنوان کاربرد ظرفیت ها و منابع معنوی در زمینه ها و موقعیت های عملی در نظر گرفت. افراد زمانی هوش معنوی را به کار می برند که بخواهند از ظرفیت ها و منابع معنوی برای تصمیم گیری های مهم و اندیشه در موضوعات وجودی^۱ یا تلاش در جهت حل مسائل روزانه استفاده کنند (امونز، ۲۰۰۰؛ زوهر و مارشال، ۲۰۰۰). بنابراین، هوش معنوی موضوعات ذهنی معنویت را با تکالیف بیرونی جهان واقعی ادغام می کند (ولمن، ۲۰۰۱).

دیدگاهی که هوش چندین توانایی مختلف را در بردارد، به وسیله ی روند اخیر در عصب شناسی و روان شناسی شناختی حمایت شده است. تصور هوش معنوی مارا قادر می سازد که چیزها را همان طور که هستند ببینیم، عاری از تحریفات ناهشیار. در مقابل افکار آرزومندانه یا درک قطعیت، تمرین هوش معنوی ایجاب می کند که با واقعیاتی هستی گرایانه از قبیل آزادی، رنج، مرگ و درگیر شدن با جستجوی دائمی برای معنا، مواجه شویم.

هوش معنوی هم چنین برای بسیاری از مردم، دلالت بر حساسیت زیبایی شناختی و تحسین زیبایی دارد و از لحاظ فیزیکی، بعضی اوقات با حساسیت به انرژی نافذ جاری در بدن مرتبط است. روش هایی از قبیل مراقبه، یوگا و ورزش های رزمی که مغز را آرام می کنند، می توانند آگاهی را گسترش داده و حساسیت ادراکی را به انرژی، صدا، نور و سطوح نافذ و دقیق هشیاری پالایش کنند. هوش معنوی می تواند با روش های متنوعی برای تربیت توجه، تغییر شکل دادن هیجانانگیز و ترویج و تربیت رفتارهای اخلاقی، رشد یابد. این شیوه ها خاصیت منحصر به فرد هیچ یک از سنت های مذهبی یا آموزش های معنوی نمی باشد. گرچه آن با رشد اخلاقی، هیجانی و شناختی مرتبط شده است، اما با هیچ یک از آنها نیز همانند نمی باشد. زیرا انواع مختلف هوش به میزان متفاوتی توسعه می یابند. یک نفر ممکن است بیشتر در یکی از حیطه ها رشد یابد ولی در حیطه های دیگر نه. وقتی مباحث و مسائل اخلاقی - هیجانی حل نشده باقی می ماند، دقیقاً از رشد معنوی بازداری می شود. رسش و رشد معنوی، جلوه ای از هوش معنوی، شامل درجه ای از رشد اخلاقی و هیجانی و همچنین رفتار اخلاقی است.

ترویج و پرورش هوش معنوی، مستلزم تعهد به بعضی اشکال آن شیوه ی معنوی باشد. به نظر می رسد که هر بحثی درباره ی هوش معنوی بدون شناختن دامنه ی وسیع تجارب معنوی ناکامل خواهد بود.

راجر و الش (۱۹۹۹)، هفت شیوه ی متداول در مذاهب

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1 - existential matters | 7 - bodily-kinesthetic |
| 2 - Howard Gardner | 8 - interpersonal |
| 3 - verbal-linguistic | 9 - intrapersonal |
| 4 - logical-mathematical | 10 - naturalistic |
| 5 - musical-rhythmic | 11- existential intelligence |
| 6 - visual-spatial | |

هشیاری فرا شخصی دست یافته ایم، می توانیم با تمرین کردن، دستیابی مداومی به شواهد یا آگاهی خالص و ناب که آگاه از همه ی سطوح است، را تکمیل کنیم. این آگاهی می تواند به واسطه ی حالات خواب، رؤیا و بیداری باقی بماند، زیرا تقریباً همیشه در هر سه حالت حضور دارد. از یک دیدگاه دیگر، هوش یک موهبت الهی است که از میان حجاب (پرده ی) خواب و خیال رسوخ می نماید و به همین مناسبت قادر است که واقعیت را بشناسد.

بنابراین، ملاحظه می شود که هوش کلی (IQ) و هوش هیجانی (EQ) هر دو در محدوده ی دانش ها و اطلاعات زیستی هستند ولی هوش معنوی (SQ) شامل تفکرات انتزاعی و دور است. هوش معنوی از طریق دانش ها و قوانین معنوی که در دنیای ما پیدا می شود، به کار برده می شود. در حقیقت هنگامی که IQ و EQ و SQ با هم به صورت هماهنگ به کار برده می شوند، ما قادر به آشکار کردن نیروی درونی مان به طور فزاینده و فراوان در دنیا هستیم.

هوش معنوی و مولفه های آن:

درباره اجزای تشکیل دهنده ی هوش معنوی (مولفه ها) نظرات مختلفی ارائه شده است. در تبیین هوش معنوی یا SQ گفتیم که هوش معنوی هوش منحصر به فردی است که برای حل کردن مشکلات و مسائل مربوط به معنا و زندگی و ارزش ها مورد استفاده قرار می گیرد. سیندی ویگلز ورث، هوش معنوی را به عنوان توانایی برای رفتار کردن همراه با دلسوزی و مهربانی و عقل و خرد با حفظ آرامش درونی و بیرونی بدون توجه به شرایط می داند (سیندی ویگلز ورث، ۲۰۰۴). در زیر به طرح چند رویکرد در باره عوامل اصلی هوش معنوی اشاره می شود.

از نظر امونز (۲۰۰۰) هوش معنوی کاربرد انطباقی اطلاعات معنوی در جهت حل مسئله در زندگی روزانه و فرایند دستیابی به هدف می باشد. وی به صورت ابتکاری پنج مولفه را برای هوش معنوی پیشنهاد کرده است:

- ۱- ظرفیت تعالی^۶ (فرا گذشتن از دنیای جسمانی و مادی و متعالی کردن آن)
- ۲- توانایی ورود به حالت های معنوی از هوشیاری
- ۳- توانایی آراستن فعالیت ها، حوادث و روابط زندگی

- 1 - academic intelligence
- 2 - creative intelligence
- 3 - practical intelligence
- 4 Emotional Intelligence Quotient (EQ)
- 5 - components
- 6 - the capacity for transcendence

اشترنبرگ نیز از سه نوع هوش سخن می گوید: هوش تحصیلی^۱، هوش خلاق^۲ و هوش عملی^۳.

به دنبال هوش عمومی، هوش هیجانی^۴ مطرح شد. گولمن در سال ۱۹۹۰ اظهار داشت که انسان در راستای موفقیت در زندگی، به چیزی بیش از بهره ی هوشی بالا نیاز دارد و آن هوش هیجانی (EQ) می باشد، که شامل خصوصیات هم چون خودآگاهی، قدرت انجام کار، انعطاف پذیری، خود کنترلی، همدلی و درک مستقیم می باشد. مجموعه ای از مطالعات، مدارک و شواهد که توسط علوم روان شناسی، عصب شناسی، انسان شناسی و علوم شناختی فراهم آمده است هوش عمومی هم به نام هوش معنوی را مطرح کرده است. امروزه گفته می شود که IQ و EQ پاسخگوی همه چیز نبوده و واقعاً مؤثر نیستند بلکه انسان به عامل عمومی هم نیازمند است که هوش معنوی یا به اختصار SQ نامیده می شود (چرین، ۲۰۰۴).

تشخیص افتراقی هوش معنوی با هوش کلی و هیجانی

هوش معنوی، بر خلاف هوش کلی که رایانه ها هم دارای آن هستند و بر خلاف هوش هیجانی که در پستانداران عالی تر نیز وجود دارد، منحصرأ خاص انسان است و هوش معنوی اساسی ترین و اصلی ترین این سه نوع هوش است. هوش معنوی زیر بنای موضوعاتی است که به آن ها ایمان داریم. هوش معنوی هم چنین اساس اعتقادات، ارزش ها و اعمال و ساختار زندگی ما است. هوش معنوی دسترسی انسان به معنا و ارزش و نیز استفاده از آن ها در شیوه ی اندیشیدن و تصمیم گرفتن را فراهم می کند، هوش معنوی به انسان تمامیت می بخشد و به او یکپارچگی و وحدت عطا می کند.

برای رسیدن به موفقیت در زندگی، لازم نیست که افراد فقط دارای هوش عمومی بالایی باشند، بلکه آن چه لازم می باشد هوش هیجانی و هوش معنوی بالا می باشد. به ویژه، داشتن نمره ی هوش معنوی بالا افرادی را شامل می باشد که از حد جسم و ماده فراتر رفته، حالات اوج هوشیاری را تجربه می کنند و از منابع معنوی برای حل مسائل استفاده می کنند و خصوصیات هم چون تواضع، بخشش، حق شناسی و ترحم یا گذشت را در آنان می توان دید (ماری اسمیت، ۲۰۰۵).

شرح سطوح مختلف هشیاری نقشه ای سودمند برای تمایز هوش معنوی از دیگر انواع هوش را فراهم می نماید. ویلبر (۱۹۹۹) اظهار می دارد که گرچه اغلب ما تجربه های متعالی را داشته ایم و به حالات گسترده ی

روزانه با احساسی از تقدس
 ۴- توانایی استفاده از منابع معنوی در جهت حل مسائل
 زندگی

۵- ظرفیت درگیری در رفتار فضیلت مآبانه^۱ (بخشش^۲،
 سپاسگزاری^۳، فروتنی، احساس شفقت و ...).

از منظر نوبل (۲۰۰۱) هوش معنوی یک استعداد ذاتی
 بشری می باشد. وی با توانایی های اصلی امونز برای
 هوش معنوی موافق است و دو مولفه دیگر نیز به آنها
 اضافه می کند:

۱- تشخیص آگاهانه این موضوع که واقعیت فیزیکی
 درون یک واقعیت بزرگتر و چند بُعدی که ما هشیارانه
 و نا هشیارانه با آن بطور لحظه به لحظه تعامل داریم
 صورت بندی می شود.

۲- پیگیری آگاهانه سلامت روان شناختی، نه تنها برای
 خودمان بلکه هم چنین برای جامعه جهانی.

از نظر سبک (۲۰۰۱) هوش معنوی می تواند به عنوان
 یک خود آگاهی عمیق که در آن فرد بیش از پیش از ابعاد
 خویشتن آگاه می شود (نه تنها فقط از بدن بلکه همچنین
 ذهن- بدن و روح) تعریف شود. از نظر وی هوش معنوی
 از ابعاد ذیل ساخته شده است:

۱- دانش درونی^۴: هوش معنوی ما را قادر می سازد
 تا یک دانش درونی را رشد بدهیم. در زبان فلسفه هندی،
 دانش درونی، آگاهی از جوهر و ماهیت هوشیاری است و
 فهم اینکه این جوهر درونی، ماهیت همه آفریدگان می باشد.
 هوش معنوی دستیابی ما را به یک هوشیاری فراینده که در
 آن یک آگاهی از حُسن تفاهم و یکی بودن با جهان هستی
 و همه مخلوقاتش وجود دارد، فراهم می کند.

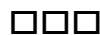
۲- شهود عمیق^۵: ما را با ذهن جهانی یا ذهنی بزرگ
 و پاسخ مشکلات که نتیجه شهود عمیق می باشد پیوند
 می دهد. به واسطه کاربرد هوش معنوی ما می توانیم
 یکپارچه بشویم، اگر که راضی شویم انتخاب هایمان را به
 سمت هوشیاری اصیل یا شهود عمیق برگردانیم.

۳- یکی شدن با طبیعت و جهان^۶: هوش معنوی ما
 را قادر می سازد تا با طبیعت یکی شویم و با فرایندهای
 زندگی همساز شویم. هوش معنوی ما را ترغیب می کند تا
 تمامیت^۷، احساسی از وحدت و رابطه را جستجو کنیم.

۴- حل مسئله^۸: هوش معنوی ما را قادر می سازد تا
 تصویر بزرگتری^۹ را بینیم، اعمالمان را در رابطه با یک
 زمینه بزرگتر که منجر به معنای زندگی می شود ترکیب
 کنیم. با هوش معنوی می توانیم مشکلات معنا و ارزش را
 تشخیص بدهیم و حل کنیم.

مطالعه و تدوین مبانی نظری هوش معنوی، بررسی

مولفه ها و ابعاد آن، ارتباط هوش معنوی با مذهب و
 معنویت و امکانات سنجش هوش معنوی، از جمله
 موضوعات چالش برانگیزی است که بررسی، توصیف،
 آزمون فرضیه ها براساس روش تجربی و نیز تبیین بیشتری
 را می طلبد و از آنجا که سازه ی هوش معنوی به نسبت
 زیادی متاثر از عوامل فرهنگ و نظام ارزش ها می باشد،
 شایسته است محققان پرتلاش ایرانی با عنایت به بستر
 مناسب تحقیقاتی و فرهنگی و هنجارهای ویژه و بومی
 کشور، در این مسیر گام های علمی بلند تری بردارند.



منابع:

پارک، ان. بورلی (۱۳۸۴). **شناسایی و پرورش
 استعداد های درخشان**. ترجمه ی فرامرز سهرابی و
 ابوالفضل کرمی. تهران: انتشارات روان سنجی.
 وست، ویلیام (۱۳۸۳). **روان درمانی و معنویت**.
 ترجمه ی شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. تهران:
 انتشارات رشد.

هاشمی، ویدا؛ بهرامی، هادی و کریمی، یوسف (۱۳۸۵).
 بررسی رابطه ی هوش هشتگانه گاردنر با انتخاب رشته
 و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. **مجله روان شناسی**
 شماره ۳۹، سال دهم، شماره ۳ ص: ۲۷۴-۲۸۸.

Cherian, P. (2004). Now it's SQ. Retrieved
 from internet: www.life and work meaning and
 purpose.

Emmons, R. A. (1999). **The psychology of
 ultimate concern: Motivation and spirituality in
 personality**. New York: The Guilford Press.

Emmons, R. A. (2000b). Is spirituality intelli-
 gence? Motivation, cognition, and the psychology
 of ultimate concern. **The International Journal
 for the Psychology of Religion**, 10(1), 3-26.

Gardner, H. (1999). **Intelligence reframed:
 Multiple intelligences for the new millennium**.

- 1- virtuous behavior
- 2- forgiveness
- 3- gratitude
- 4- inner knowing
- 5- deep intuition
- 6- oneness with nature and the universe
- 7- Wholeness
- 8- Problem Solving
- 9- The big picture

New York: Basic Books.

Gardner, H. (2000). A case against spiritual intelligence. **International Journal for the Psychology of Religion**, 10(1), 27-34.

Gardner, H. (2002). **New horizons for learning**. USA: Settle.

Goleman, H. (1995). **Emotional intelligence**. New York: Bantam Books. Published

King, D. B. (2007). **The Spiritual Intelligence Project**. Trent University, Canada. www.dbking.net/spiritualintelligence.

Nasel, D. D. (2004). **Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality**. Thesis submitted for the degree of Ph. D in The University of South Australia, Division of Education, Arts and Social Sciences, School of Psychology.

Noble, K. D. (2001). **Riding the windhorse: Spiritual intelligence and the growth of the self**. New Jersey: Hampton Press.

Reich, K. H. (2001). **Fostering Spiritual Development: Theory, Practice, Measurement**.

Roger Walsh. (1999). **Essential Spirituality: The 7 central practices to awaken heart & Mind**. John Wiley & Sons, Inc. USA

Sisk, D. A., & Torrance, E. P. (2001). **Spiritual intelligence: Developing higher consciousness**. Buffalo, New York: Creative Education Foundation Press.

Wigglesworth, Cindy. (2004). **Spiritual intelligence and why It Matters. The Inner words Messenger, A Newsletter to Spark the Inner Journey**. Retrieved from internet: www.consciouspursuits.com.

Smith, Mary. (2005). **Spiritual quotient questionnaire**. Retrieved from internet: www.consciouspursuits.com.

Wolman, R. N. (2001). **Thinking with your soul: Spiritual intelligence and why it matters**. New York: Harmony Books.

Zohar, D. & Marshall, I. (2000). **SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence**. London: Bloomsbury.

نگاهی گذرا بر تربیت جنسی در مقاطع مختلف تحصیلی

دکتر محسن فرمهینی فراهانی
دکترای تخصصی علوم تربیتی، استادیار دانشگاه شاهد

چکیده:

ویژگی های عصر کنونی هدایت جنسی کودکان، نوجوانان و جوانان را دو چندان ساخته است. بر صاحب نظران حوزه تربیتی و دینی و مشاوران است که با توجه به مقتضیات سنی و زمانی راهکارهای مناسب ارائه دهند. تربیت جنسی باید در یک برنامه ریزی زمان بندی شده، متناسب با مقتضیات سنی و به پیروی از عقل و مبتنی بر شناخت نیازها و قابلیت ها فراگیران صورت گیرد. عدم توجه به شرایط سنی، ذهنی و فکری در هر مرحله از رشد و طرح شتاب زده مسائل جنسی می تواند آسیب زا باشد و ناهنجاری هایی را باعث شود که با فلسفه تربیت و رشد ناسازگار باشد. مقاله حاضر نگاهی گذرا به ویژگی های تربیت جنسی در مقاطع مختلف تحصیلی دارد. بدین منظور تربیت جنسی و ویژگی های آن را در دوره پیش دبستانی، دوره دبستان، دوره راهنمایی، متوسطه (نوجوانی) و دانشگاه (جوانی) به تصویر می کشد و رهنمودهایی برای مشاوران و والدین به منظور تربیت جنسی متناسب با دوره های مختلف تحصیلی ارائه می دهد و افزون بر آن توصیه هایی چند در رابطه با حفاظت خانواده ها در بهره گیری از اینترنت و جلوگیری از خطرات بالقوه آن نیز ارائه می گردد.

کلید واژه:

تربیت جنسی، مشاوران، والدین، دانشجو

مقدمه

طرز تلقی ما در ایران از تربیت جنسی در برخی از جنبه ها با اندیشه غرب کاملاً متفاوت است. غرض ما از تربیت جنسی، پرورش، تعدیل و جهت دهی است نه پروردن و اوج دادن. به عنوان نمونه ما وجود شرم و حیاء در زمینه تربیت جنسی را یک اصل انسانی می دانیم و با آزادی و بی بند و باری در زمینه جنسی کاملاً مخالف هستیم (فرمهینی فراهانی، ۱۳۸۳).

تردیدی نیست که بسیاری از افراد، غریزه جنسی را عاملی در جهت التذاذ می شناسند و به همین لحاظ به هر قیمتی در پی وصول به آن هستند. اما ضمن این که اصل لذت خواهی در ارتباط با غریزه جنسی غیرقابل انکار است، اما باید به چند نکته توجه کرد. نخست این که این لذت خواهی به لذت پرستی کشانده نشود که در آن صورت آدمی از بسیاری از وظایف و تکلیف اصلی خود وا می ماند. دوم این که، این التذاذ در چارچوب ضوابط شرع، قواعد اجتماعی و مقرراتی باشد که خداوند آن را برای بشر تجویز کرده است. سوم این که، تلقی از آن به عنوان سرمایه فراموش نشود و مراقبت به عمل آید که انسان ضمن صیانت و پاسداری از

غریزه جنسی، آن را برای حیات مادام العمر خود نگه دارد و از دریچه اتلاف و استفاده نامناسب به آن نگریسته نشود (قائمی، ۱۳۷۷).

یکی از ویژگی های آدمی وجود مراحل گوناگون در رشد است. «رشد کودکان از روزی که به دنیا می آیند تا موقعی که به درجه کمال می رسند، از مراحل متوالی و به هم پیوسته ای می گذرد. این رشد گر چه ظاهراً ترقی دائم و یکنواخت دارد، در واقع کند و تند می شود... اگر مرحله ای از مراحل مورد غفلت قرار گیرد، فرصتی برای همیشه از دست شاگرد رفته است و اقدامات بعدی سودمند نخواهد بود» (موریس، ۱۳۷۴). در آیه ۵۴ سوره روم یک تقسیم بندی کلی در باب مراحل رشد آدمی آمده است.

«خداست که شما را از ضعف آفرید، سپس از پی ضعف، قوتی و از پی قوت، ضعف و پیری قرار داد. او آنچه می خواهد می آفریند و او دانای تواناست»

تربیت جنسی امری تدریجی و مرحله به مرحله است که باید براساس ویژگی های کودکان و نوجوانان صورت گیرد. استعدادهای هیچ انسانی جز براساس توانایی هایش و جز با حرکتی تدریجی، در جهت کمال مطلق شکوفا نمی شود.

ب - پاسخ به سؤالات جنسی کودکان

سؤالات جنسی کودکان یک امر طبیعی است و هرگز طفلی را نمی‌توان به خاطر این سؤالات مورد تحقیر و سرزنش قرار داد. نوع سؤالات کودکان معمولاً در رابطه با آفرینش خود، در مورد کیفیت پیدایش و در مورد کیفیت به دنیا آمدن خود است. سؤالاتی از قبیل: «مرا از کجا آوردی؟» «نوزاد از کجا می‌آید؟» «من کجا بودم؟»

این سؤالات نشان‌دهنده انحراف جنسی نیست؛ بلکه حاکی از «کنجکاوی»، «جلب توجه» و «وقت گذراندن» است. سن ۳-۴ سالگی سن سؤال و جواب است و سؤالات جنسی اغلب از این سن شروع می‌شود. در پاسخ به این سؤالات باید همواره این نکته را توجه داشت که روند آموزشی کودکان باید تدریجی باشد و نباید همه جزئیات را یک باره در اختیار او قرار داد. باید پاسخ به سؤالات آن‌ها کوتاه و ساده باشد. برای ارضای کنجکاوی این بچه‌ها باید حداکثر به دو یا سه جمله قناعت کرد.

گاهی هم پیدا کردن منشأ کنجکاوی کودک نیز مفید است، مثلاً؛ آیا در «تلویزیون چیزی می‌دیده؟» «آیا معلمش حامله است؟» «آیا دوستش چیزی گفته؟» دانستن منشأ کنجکاوی کار پاسخ‌دهنده را آسان‌تر خواهد کرد.

در سن ۳-۴ سالگی کودکان اصرار به محرمانه‌داشتن بدن خود دارند و نمی‌خواهند لخت و عریان شوند و از این که دیگران او را ببینند، احساس شرم می‌کنند. ضروری است والدین نیز این حالت را تقویت کنند تا به بی‌پروایی جنسی به‌ویژه در سنین بالاتر کشیده نشوند.

در سن ۵-۶ سالگی فعالیت هورمون‌های جنسی کم است؛ در سن ۷ سالگی، پسران نسبت به دختران ابراز علاقه می‌کنند؛ اما این ابراز علاقه جنبه دوستی دارد نه جنسی، بنابراین جای نگرانی نیست ولی دلیلی ندارد که بستر آن‌ها از هم جدا نشود.

در پاسخ به سؤالات جنسی کودکان موارد زیر را باید مد نظر قرار داد:

۱- باید به خاطر داشت که آموزش در این زمینه باید تدریجی باشد و لازم نیست همه جزئیات را یک جا در اختیار او قرار داد. در واقع از شرح و بسط بی‌مورد باید پرهیز کرد.

۲- از دروغ گفتن در پاسخ‌ها خودداری کنیم، مثلاً؛ «این که ما تو را خریدیم». این گونه پاسخ‌ها باعث می‌شود وقتی کودک کمی بزرگ‌تر شود و به پاسخ اشتباه والدین پی برد، از آن‌ها سلب اعتماد کند.

۳- پاسخ‌ها درست بوده و با خرافات همراه نباشد.

۴- پاسخ به سؤالات با زبان ساده و قابل فهم صورت بگیرد؛ به گونه‌ای که با منطق کودک سازگار باشد. بهتر است برای این کار از روش‌های غیرمستقیم استفاده شود.

اصل تدرّج، گشاینده درهای تربیت است و مانع به بن بست کشیده شدن برنامه‌های تربیتی به جهت عدم توجه به اوضاع و احوال و امکانات می‌شود (ابوطالبی، ۱۳۸۳). در ادامه تربیت جنسی با توجه به سطوح مختلف رشد و سطوح مختلف تحصیلی ارائه می‌گردد.

تربیت جنسی در دوره قبل از مدرسه (پیش دبستان)

مهم‌ترین موضوعاتی که باید در تربیت جنسی کودکان در دوره قبل از رفتن به مدرسه رعایت شود عبارتند از:

- ۱- ایجاد عادات مطلوب جنسی و یا در واقع پیشگیری از عادات نامطلوب جنسی
- ۲- پاسخ‌های متناسب و درخور فهم کودکان به سؤالات جنسی آن‌ها
- ۳- کمک به شکل‌گیری هویت جنسی متناسب با جنسیت کودک
- ۴- پیشگیری از بیداری جنسی پیش از موقع

الف - ایجاد عادات مطلوب جنسی

نقش ایجاد عادات مناسب جنسی در بین موضوعات بالا از اهمیت خاصی برخوردار است و آموخته‌های دوران کودکی چون نقش بر سنگ معرفی شده است. نقش شکل‌گیری عادات مناسب آن قدر است که بسیاری از مربیان و فیلسوفان اسلامی و غیراسلامی «تربیت» را شکل‌گیری عادات تعریف کرده‌اند.

حقیقت مسلم آن است که احساس خصوصیات اخلاقی و عادات شخصی در ۵ ساله اول زندگی تکوین می‌یابد. اگر بخواهیم همچون بسیاری از روانکاوان، تمام مسائل زندگی بزرگسالی را به دوران کودکی ربط ندهیم، نباید از اهمیت این دوران و شکل‌گیری عادات مناسب در آینده فرد غافل شویم. نقش اصلی تربیت جنسی در دوران کودکی و ایجاد عادات مناسب به عهده پدر و مادر است. در این زمینه والدین باید خود آموزش‌های لازم و روشن تربیت را بیاموزند و به آن‌ها کمک شود تا برای پاسخ‌گویی به سؤالات جنسی و زیستی از طریق رجوع به کتب مناسب و متون مذهبی آمادگی یابند.

باید دانست که آموزش زودرس، شتاب‌زده و ناشیانه مسائل جنسی به کودکان همان اندازه آسیب‌زاست که اگر این آموزش‌ها با تأخیر، پنهان‌سازی و یا نادیده‌گرفتن همراه باشد.

بر پدر و مادر است که در طول مدت رشد و طی ماه‌ها، هفته‌ها و سال‌ها، در پیشامدها و شرایط خاص، متناسب با رشد کودک، از طریق آموزش، اتخاذ مواضع، نشان دادن کار و برنامه، عادات جنسی مناسب در کودکان ایجاد نمایند.

به طور کلی دو روش کلی برای ارائه مفاهیم جنسی وجود دارد:

الف - روش مستقیم که در این روش دستورات و تعالیم شرعی مرتبط با این مسأله را مستقیماً مانند آنچه در رساله‌ها آمده است مطرح می‌کنیم. مانند وظایف بعد از بلوغ و مکلف شدن و بحث احتلام در پسرها و قاعدگی در دخترها.

ب - روش غیرمستقیم که برای سنین پایین‌تر و کودکی مناسب‌تر است که از طریق نگهداری حیوانات درخانه، تولید گل و گیاه، ذکر داستان‌ها، استفاده از فرصت‌ها (مثل زایمان و...) این آموزش‌ها ارائه می‌شود. از جمله فواید این روش می‌توان به گستاخ نشدن کودک و دریده نشدن پرده حیای فی ما بین اشاره کرد.

- ۵- اقناع‌کننده باشد.
- ۶- متناسب با سن و درک کودک باشد.
- ۷- پاسخ‌ها همراه با شوخی، مسخره کردن و هرزگی نباشد.
- ۸- شیوه بیان به گونه‌ای باشد که اعتماد طفل را به صحت آن جلب کند و او احساس کند که مطالب را سرهم بندی نکرده‌اید.
- ۹- بر خود تسلط داشته باشیم و این‌طور نباشد که از نگرانی و شرم دچار لکنت زبان شویم.
- ۱۰- اگر احساس کردیم که هنگام گفتگو با فرزندان چیزی را اشتباه گفته‌ایم، به اشتباه خود اقرار کنیم و سپس آن را اصلاح کنیم و بیان کنیم اطلاعات من درباره آن موضوع کم بود. الآن که درباره آن مطالعه کردم واقعیت موضوع چنین است.

ج - کمک به شکل‌گیری هویت جنسی

در رابطه با جنسیت، چه ما درباره آن با فرزندانمان صحبت کنیم یا نه، باید بدانیم روند غیررسمی آموزش جنسیتی از همان لحظه تولد ایجاد شده است. نحوه برخورد والدین با فرزندان خود، نوع اسباب بازی‌ها، تماشای تلویزیون، بازی با همسالان و موارد شبیه به این پیام‌هایی را به کودک در مورد هویت و نقش جنسی خود انتقال می‌دهند.

یکی از مسائلی که پدر و مادر در شکل‌گیری آن نقش مؤثر دارند «هویت جنسی»^۱ است. هویت جنسی مفهومی است که فرد از خود به عنوان یک مرد یا زن دارد. در واقع هر فرد تصویری که نسبت به زن یا مرد بودن خود دارد و احساس و برداشت او نسبت به این که زن یا مرد چگونه است، هویت او را می‌سازد. در واقع هویت جنسی، با نقش جنسی ارتباط نزدیک دارد. مرد و زن هر کدام نقشی دارند و این هنجارهای جامعه است که مشخص می‌کند زن و یا

مرد، در چه کارهایی مجاز و چه کارهایی غیرمجاز هستند؛ در این رابطه والدین نیز نقش الگویی دارند، باید احترام به زن را به نوجوان پسر آموخت؛ همزمان با آن احترام به مرد را نیز باید به دختران آموخت. در بعضی خانواده‌ها که مدارسالاری بر خانه حاکم است گاهی رفتارهای نامناسبی را نسبت به مرد (پدر) خانواده می‌توان مشاهده کرد و هنگامی که زن تربیت کافی نیابد، سعی می‌کند به هر طریقی شوهرش را در نظر کودکان خود حقیر جلوه دهد؛ در نتیجه دختر رفتار غیرمحترمانه نسبت به جنس مرد پیدا می‌کند و در زندگی مشترک او با شوهرش تأثیر سوئی خواهد داشت.

د - پیشگیری از بیداری جنسی پیش از موقع

نباید از پیش رسی بیداری جنسی کودکان استقبال کرد. این سخن بدان معنا نیست که بخواهیم کودک در رابطه با اعضای وجودی خود غافل و جاهل نگه داریم؛ بلکه غرض این است که به زور تصنع و تحریک در او بیداری و به دنبال آن هوس و اشتباهی پدید نیآوریم (قائمی، ۱۳۷۸).

بیداری نابهنگام میل جنسی سبب اشتغال فکری کودک و توجه او به اموری در برنامه زندگی او پیش‌بینی نشده است. او در دنیایی است که باید با کسب آگاهی‌ها، فنون و مهارت‌ها، خود را آماده زندگی و سازگاری با طبیعت و جامعه سازد و باید ابتدا مقدمات لازم برای زندگی از قبیل خواندن، نوشتن، حساب کردن، جهان‌شناسی، انسان‌شناسی، خداشناسی را به دست آورد سپس با این مسأله آشنا شود. (همان منبع)

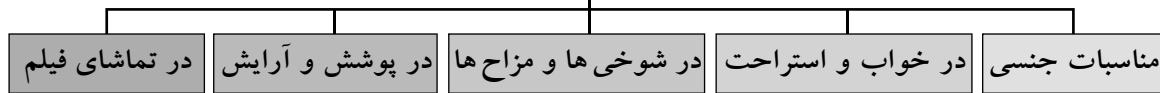
بررسی‌های علمی نشان داده‌اند که بیداری نابهنگام جنسی، زمینه‌ساز بروز پاره‌ای از هوس‌های نادرست، عادات نامناسب و انحراف‌آمیزی چون حالت خودارضایی، قرار دادن خود در معرض سوء استفاده‌های جنسی و غریزی و بالاخره توسعه مفاسد و آلودگی‌ها است.

جلوگیری از احساس جنسی دو جنبه اساسی دارد. جنبه اول، مراقبت‌هایی است که والدین باید در رابطه با خود داشته باشند و جنبه دوم مراقبت‌هایی که در رابطه با فرزندان خود باید پیش بگیرند، هرکدام به شرح زیر است:

الف) مراقبت والدین در رابطه با خود

مراقبت‌هایی که والدین در زمینه تربیت جنسی قبل از بلوغ باید در رابطه با خود داشته باشند تا بیداری نابهنگام جنسی صورت نگیرد، متعددند؛ در واقع پدران و مادرانی که خواستار داشتن فرزند سالم در بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی هستند، لازم است مراقبت‌هایی را در روابط خود

مراقبت والدین از رابطه خود



ملحوظ دارند که اهم آن در نمودار فوق آمده است.

ب - مراقبت والدین در رابطه با فرزندان

۱- در شستشو و تطهیر: به عنوان مثال مادر در حین شستشو نباید زیاد به دستکاری کودک بپردازد، و در سن سه یا چهار سالگی، وظیفه استحمام پسران باید برعهده پدر باشد.

۲- در پوشش و لباس: از سن ۳ سالگی به بعد باید لباس کودک به نوعی حاکی از جنسیت او باشد، لباس‌های او چسبان و تنگ نباشد. لباس‌های زیر زیر نباشد زیرا باعث تحریک و خارش بدن او می‌شود.

۳- در بازی‌ها: بهتر آن است که بازی‌ها در حضور والدین و در معرض دید آنان باشد، بازی‌های افراد بالغ با کودکان به ویژه در رابطه با جنس مخالف باید زیر نظر و تحت مراقبت باشد.

۴- در خواب و استراحت: باید کودک را عادت داد که تا خسته نشده، وارد بستر نشود. صبح‌ها پس از بیداری در تخت خواب نماند، به پشت بخوابد، دست‌ها از پتو بیرون باشد که لحاظ این امور نوعی مصون‌سازی او از وسوسه‌ها است.

۵- در دستکاری‌ها و لمس‌ها: ضروری است به کودک تفهیم شود که درست نیست که او بدن خود را دستکاری کند و یا دیگران حق ندارند به بدن او دست بزنند.

۶- در نوازش‌ها: نوازش‌ها مادران با کودکان خردسال باید تحت ضابطه باشد.

تفکیک بستر، رعایت ضوابطی در معاشرت، تقویت مبانی مذهبی و اخلاقی، آموزش راه و رسم صیانت از خود، دفاع از شرف و انسانیت، ایجاد عادات مناسب در خواب و استراحت، در دفع و تخلیه، در پوشش و لباس و هم آموزش مقدمات لازم برای ورود به دنیای بلوغ.

اگر به روایات اسلامی که در مورد مراحل مختلف رشد آمده است، دقت کنیم، مشخص می‌شود که در روایات متعددی مراحل مختلف رشد، به سه بخش یا سه هفت سال تقسیم شده است؛ به عنوان نمونه به چند روایات اشاره خواهد شد:

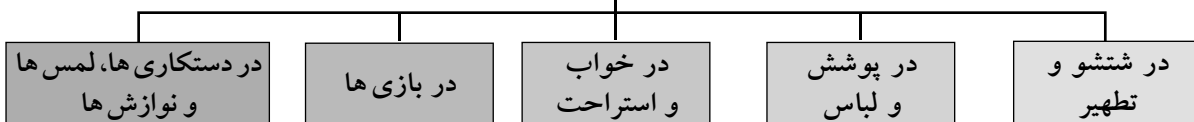
امام علی (ع) می‌فرماید: کودکان تا هفت سال اوّل آزادند، در هفت سال دوم تحت تأدیب قرار می‌گیرند و در هفت سال سوم به خدمت گرفته می‌شوند.

امام صادق (ع) می‌فرماید: اجازه دهید فرزندان تا هفت سالگی بازی کنند، هفت سال بعد آنان تحت تأدیب قرار گیرند و در هفت سال سوم، آنان را ملازم خویش قرار دهید.

بعد از این اگر به رستگاری نرسید، خیری در آنان نیست.

کودک از حدود هفت سالگی، تکلیف پذیر می‌شود و این از روایاتی مستفاد می‌گردد که تعلیم و تأدیب کودکان را موکول به این سنین کرده است. در واقع این مرحله از رشد، مرحله ادب کردن و آموزش دادن است. این دوره، دوران تمرین برای انجام تکالیف مورد انتظار است و باید تلاش شود کودک را به رعایت ظواهر آداب اسلامی، تمرین نماز خواندن، اجازه گرفتن به هنگام ورود به اتاق خصوصی والدین، جدا کردن بستر خواب ترغیب و تشویق کرد. هر

مراقبت والدین در رابطه با فرزندان



چند هنوز کودک نسبت به حکمت آداب مزبور، فهمی در خور نیافته است، اما از باب تمرین و تمهید، وی را به انجام آن‌ها تکلیف می‌کنیم، چرا که نفس رعایت آداب مطلوب، لغزش‌ها و آسیب‌ها را می‌کاهد. امام علی (ع) در این مورد می‌فرماید: (غیرالحکم، ص ۶۴۵).

« من کلف بالآدب قلت مسأویه »

یعنی «آن کس که مکلف به ادب شود، بدی‌هایش اندک می‌گردد».

تربیت جنسی کودکان دبستانی (دوره ابتدایی)

دوره پنج سال دبستان، دوره‌ای حساس و از نظر تثبیت شخصیت اخلاقی و تربیتی، دورانی مهم است. دوره فراگیری آموزش‌های زیر بنایی و اساسی، دوره پایه‌گذاری عادات، دوره روابط کودک با دیگران، دوره آغاز پیدایش پاره‌ای از لغزش‌ها و انحرافات است. به همین دلیل در نظام تربیتی اسلام، توصیه‌هایی در جهت آموزش و مراقبت‌ها در این دوره به والدین و مربیان ارائه شده است، از جمله توصیه به

بدین لحاظ می‌بینیم که از هفت سالگی به بعد به‌ویژه در بُعد تربیت جنسی شرایط خاصی در روایات به چشم می‌خورد؛ پیامبر گرامی اسلام (ص) می‌فرماید: «زمانی که فرزندانان به سن هفت سالگی رسیدند، آن‌ها را به نماز خواندن امر کنید و زمانی که به ده سالگی رسید بستر خواب آن‌ها را از یکدیگر جدا کنید.» (بحارالانوار، ج. ۱۴).

از این روایات برداشت می‌شود که دوره دبستان (ابتدایی) از نظر تربیت جنسی در اسلام از اهمیت خاصی برخوردار است. در این دوران باید قوانین احتیاطی برای مواجهه با مرحله آینده در فرایند رشد را به کودکان آموزش داد. این گفته بدان معنا نیست که فعالیت‌های جنسی این دوره، ناشی از احساس حقیقی جنسی است، بلکه باید گفت تمام دوران کودکی، از جهاتی دوران خواب و غفلت است؛ اما اشاره و تأکید روایات، عمدتاً جنبه پیشگیرانه و پرهیز از زودرسی فعالیت جنسی است.

درست است که بسیاری از روانشناسان سن ۷-۱۲ سالگی را سن نهفتگی یا اختفاء جنسی معرفی کرده‌اند و برنامه تربیت جنسی هم باید با این نهفتگی هماهنگ باشد و نباید اطلاعات به گونه‌ای باشد که باعث بیداری زودرس جنسی گردد. با این حال نباید این تصور ایجاد شود که کودکان قدرت فهم و درک مطالب جنسی را ندارند. کودک با توجه به ویژگی‌های عقلی و این که به سطح نسبتاً مطلوبی از ادراک و قدرت تمیز زشت و زیبا رسیده است، قدرت فهم این که چرا باید برای ورود به‌اتاق خصوصی والدین اجازه بگیرد و چرا باید بستر خواب او از دیگران جدا باشد، را درک کند.

تردیدی نیست که مدرسه در رابطه با تربیت، به‌ویژه تربیت جنسی نقش مکمل را به عهده دارد. مسئولیت اصلی تربیت جنسی کودک و نوجوان به عهده پدر و مادر است. در صورت نبود مادر در محیط خانواده (به دلیل طلاق، مرگ و یا بیماری طولانی و بستری شدن در بیمارستان) لازم است آموزش مسائل مربوط به بلوغ دختران، توسط زنان دیگر خانواده نظیر، عمه، مادر بزرگ و خاله صورت گیرد و در صورت نبود پدر در محیط خانواده پدر بزرگ، عمو و دایی می‌توانند این مسئولیت را به عهده گیرند؛ در غیراین صورت ترجیح دارد، این گونه مسائل به وسیله یکی از مربیان مدرسه به دانش آموزان آموزش داده شود (فرمهینی فراهانی، ۱۳۸۲).

این که مسائل جنسی در مدرسه به صورت عمومی و یا انفرادی طرح شود، موضوعی است که جای بحث دارد. برخی از مسائل جنسی همچون احکام مربوط به غسل را مربی می‌تواند به صورت عمومی مطرح کند؛ اما برخی دیگر از مسائل و احکام مانند احتلام، اگر به صورت انفرادی مطرح شوند، بهتر است. در هر دو صورت، باید شرایط و مقتضیات موجود در محیط را در نظر گرفت. اگر

محیط طوری است که بچه‌ها در شرایط سنی تقریباً یکسانی قرار دارند و تفاوت‌های زیادی در مورد میزان اطلاعات جنسی آن‌ها وجود ندارد، طرح عمومی مسائل به اشکالی بر نمی‌خورد؛ ولی اگر اختلاف زیادی از هر جهت در یک کلاس مشهود است، طرح مسائل خاص به صورت عمومی، معمولاً نتایج مطلوبی در پی نخواهد داشت.

نکته‌ای که معلمان و والدین باید در این سنین توجه داشته باشند این است که دختران از نظر جنسی نسبت به پسران آسیب‌پذیرتر هستند. زیرا از لحاظ جسمی از پسران ضعیف‌ترند و دیگر این که سن بلوغ در آن‌ها پایین‌تر از سن بلوغ در پسران است. دختران معمولاً در سن بلوغ از آگاهی و تعلیمات جنسی لازم برخوردار نیستند، لذا به سهولت در دام انحراف جنسی می‌افتند. بنابراین ضروری است والدین و مربیان در این زمینه مراقبت‌های کافی داشته باشند و در زمینه آماده‌سازی دختران برای ورود به دوران بلوغ مؤثر باشند و خوشبختانه مراسم جشن تکلیف انگیزه خوبی برای این امر است. با در نظر گرفتن این که دختران و پسران در سنین متفاوتی به بلوغ شرعی می‌رسند، برای دوره تحصیلی ابتدایی با توجه به جنسیت و با توجه به سطح فهم و درک دختران و پسران، محتوای زیر مناسب به نظر می‌رسد.

- مباحث مربوط به دوران بلوغ و علائم آن (به‌ویژه برای دختران)
- احکام طهارت (بدون ذکر مستحبات و مکروهات)
- خلاصه‌ای از احکام غسل و انواع آن
- احکام وضو (با استفاده از تصویرها، بدون ذکر مستحبات)
- احکام تیمم در حد ضرورت
- مسائل مربوط به حجاب و اهمیتی که اسلام به رعایت حجاب، به ویژه برای دختران می‌دهد.
- خلاصه‌ای از مسائل مربوط به محارم
- آگاهی از نقش جنسی و این که دختر از دختر بودن خود و پسر از پسر بودن خود احساس مباهات کند
- آگاهی مختصر از ساختمان و کار اعضای جنسی گیاهان و حیوانات

تربیت جنسی در دوره راهنمایی و دبیرستان (نوجوانی)

دردوره نوجوانی، تأثیرات نیرومند احساسات مربوط به تمایلات جنسی، جای بسیاری از تصورات و مفاهیم ذهنی را می‌گیرد، آثار دل‌بستگی جنسی در رفتار آنان آشکارا منعکس می‌شود، طبیعت نوجوانان در دوره بلوغ جنسی تغییر می‌یابد، آن‌ها بیش‌تر عصبانی و سرکش می‌شوند و این تغییرات با ظهور میل جنسی اعم از امیال ارضا شده یا نشده

در برخی از آن‌ها آشکار است.

نظر به اهمیت حیاتی این دوران در زندگی نوجوان به ویژه از نظر جنبه‌های تربیتی، ضروری است که برخی از آگاهی و حقایق خاص این دوران تشریح گردد تا هم نوجوان به موقعیت حیاتی خود پی ببرد و به تکالیف و وظایف و مسئولیت‌های شرعی، اجتماعی و اخلاقی که از این پس به او تعلق می‌گیرد، آگاهی یابد و هم اولیاء و مربیان از این طریق به درک روحی نوجوان خود نایل آیند.

بیش‌تر والدین از آشنفگی دوران بلوغ آگاهند و دوران بلوغ را با احساساتی متناقض به خاطر می‌آورند، مانند بهترین زمان یا بدترین زمان، سن دانایی یا سن نادانی، بهار امید یا زمستان ناامیدی. که این احساسات حاکی از فراز و نشیب‌های روح یک نوجوان دارد. او گاهی شاداب، خوشحال، سرزنده و گاهی پژمرده، اندوهگین و ساکت است.

برخی ویژگی‌ها و تغییرات دوران بلوغ برای پسرها و دخترها مشابه و بعضی متفاوت است. دختران نوجوان چون که کمی از پسران همسال خود زودتر بالغ شده‌اند، برای آنان پرورش فروتنی و تواضع بسیار مهم است. در این سن هنگامی که اولین نشانه‌های بلوغ ظاهر می‌شود و قاعدگی آغاز می‌گردد، آماده کردن دختران برای رعایت بهداشت مهم است و او باید همان گونه که به آراستگی خود اهمیت می‌دهد به همان صورت به پاکیزگی جسم و نظم و ترتیب نیز اهمیت بدهد. دختران نوجوان باید به دختر بودن و حفظ شرافت و پاکی خود افتخار کنند. مادر باید درباره بهداشت آلت تناسلی را به دخترش در هنگام بلوغ جنسی توضیح بدهد.

پسران نوجوان هم احتیاج به عفت، پاکی، نزاکت و ادب به ویژه در رابطه با دختران دارند؛ پدر باید بتواند به طور صحیح در پسر نوجوانش تأثیر بگذارد و آگاهانه هر یک از اعمال و رفتار او را خواه بد و خواه خوب زیر نظر داشته باشد، هرگز نباید به پسر بچه‌ها اجازه داد کلماتی که حاکی از بی‌شرمی و وقاحت بر زبان آورند؛ زیرا بی‌نزاکتی‌های کوچک ابتدا بی‌ضرر به نظر می‌رسد؛ ولی اگر بدان عادت کنند رفتار نانجیبانه و زشتی در آنها ریشه خواهد دوآید (کوچتکف و لاپیک، ۱۳۸۱) پدران می‌توانند با پسران نوجوان خود درباره تغییرات و اتفاقات دوره بلوغ جنسی و علائم این تغییرات از قبیل احتلام، تغییر صدا و غیره گفتگو کنند؛ باید به آنها لزوم خودداری از لذت‌های جنسی و روش مناسب برخورد با دخترها را یادآوری کرد و با پرکردن اوقات فراغت، حواس او را بر تمایلات جنسی کاهش داد.

هنگامی که بچه‌ها دوران بلوغ را می‌گذرانند. تمام دستگاه‌های بدن شان در اوج فعالیت است، از جمله تولید عرق و چربی که روی پوست بدن ترشح می‌شود افزایش می‌یابد و باعث بوی بدن می‌شود باید به آن‌ها یادآوری شود که به طور مرتب دوش بگیرند. بدین سبب باید از پوشیدن

لباس‌های زیری که از مواد مصنوعی تهیه شده، خودداری شود، زیرا سبب خارش در ناحیه آلت تناسلی شده، آمادگی پیش از موقع تحریک جنسی و سرانجام سبب خودارضایی می‌شود.

عادت ماهانه پرسش رایج تمام دختران است و برای دخترها علامت مشخصه بلوغ است، دادن آگاهی در این زمینه برای دختران بسیار لازم است. مادران به ویژه در هنگام ظهور علائم بلوغ جنسی، به منظور اجتناب از برخورد غیرمنتظره، باید در موقع مناسب با سخنان آرام، دختر را برای آغاز قاعدگی آماده کنند و توضیحاتی درباره این پدیده جسمی و طبیعی و بی‌ضرر آن بدهند و نیز ضرورت مراعات قواعد بهداشتی مربوط به آن را به او گوشزد کنند. احتلام نیز از پرسش‌های رایج پسران است، وقتی بدن پسر شروع به تولید اسپرم می‌کند. نخستین انزال شبانه یا احتلام خود را تجربه می‌کند؛ اگر پسرها برای چنین حالتی آمادگی نداشته باشند، ممکن است از تجربه کردن آن دچار سردرگمی شوند. اگر نوجوان از موضوع بلوغ و عوارض آن آگاه نشود و نداند که در وجودش چه تغییراتی روی می‌دهد (یا روی خواهد داد) چه بسا که به انحراف جنسی مبتلا شود و یک نوع وحشت وجود او را فراگیرد، حتی در مواردی گزارش‌های خودکشی داده شده است.

در سنین نوجوانی لازم نیست که همه نوع اطلاعات جنسی در اختیار او قرار گیرد. آموزش تکنیک‌های آمیزش جنسی به یک نوجوان ۱۲ تا ۱۵ ساله که سال‌های بعد به فکر ازدواج و تشکیل خانواده خواهد افتاد، همچون دادن تیغ به کف زنگی مست است و باعث مشکلات عدیده‌ای خواهد شد، در اسلام نیز توصیه شده است که بچه‌ها تا رسیدن به ازدواج باید از اطلاعات جنسی و روابط جنسی زناشویی مطلع نباشند.

نوجوانان و جوانان به دلیل ۱- احساس توانایی برای عمل جنسی ۲- تشدید انگیزه‌های جنسی ۳- کنجکاوی در مورد مسائل جنسی ۴- تلاش برای تعیین نقش جنسی ۵- ترس شدید از نتایج فعالیت جنسی، نسبت به امور جنسی حساس هستند، این حساسیت مفرط که با ترشح هورمون‌های جنسی توأم است تمایلات جنسی جوان را تشدید می‌کند، اگر طریقه مشروع و قانونی برای تشفی امیال جنسی مقدور نباشد، امکان انحراف جوان می‌رود و این انحراف اغلب به صورت کامجویی‌های بدلی (خودارضایی، همجنس‌بازی، نظر بازی) تجلی می‌کند (احمدی، ۱۳۷۷).

برای حل چنین مشکلاتی باید قبل از هر چیز به ارزیابی پرداخت. در ارزیابی و شناخت مشکلات جنسی باید ابتدا تاریخچه زندگی فرد را به دست آورد و براساس آن روش‌های انتخاب تغییر رفتار، شیوه‌های شناختی همچون افزایش بصیرت فرد را در سرلوحه برنامه‌ها قرار داد.

مهم‌ترین نگرانی‌های دوره اول بلوغ عبارتند از:

مربیان تربیتی مدارس است که نوجوانان را با این ویژگی‌ها آشنا سازند و همان‌گونه که به دختران در مورد عادت ماهیانه، تغییرات و تمایلات جنسی، شناخت صحیح ارائه می‌نمایند، به پسران نیز در مورد نعوظ، احتلام، خودارضایی آگاهی‌های لازم و منطقی عرضه کنند. ناآگاهی در مورد مسائل جنسی، می‌تواند سرچشمه استرس، اضطراب، نقش‌های روانی و افسردگی شود، بسیاری از جوانان و نوجوانان برای غلبه بر چنین حالات نامطلوب روانی، به سوء مصرف الکل و مواد مخدر پناه می‌آورند و عملاً سال‌ها و گاه تا پایان عمر در دام اعتیاد گرفتار می‌گردند.

یکی از مسائل مبتلا به دختران و پسران، بحث اینترنت و بدآموزی‌های آن است. اعتیاد به اینترنت و جستجوی در عالم مجازی از انواع اعتیادهای مدرن است که با اعتیادهای سنتی و اعتیاد به تریاک و مواد افیونی متفاوت است.

گفته شده است ۸۰٪ پرسه زدن‌های اینترنتی نوجوانان در دنیا، در سایت‌های ضد اخلاقی است. در ایران هم اطلاع دقیقی در دست نیست؛ اما دوست یابی‌های اینترنتی از طریق چت، پرسه زدن در سایت‌های غیراخلاقی و ضد ارزشی، مقوله‌ای است که هویت یابی و هویت جوینی نوجوان و جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در واقع می‌توان گفت که پدیده اینترنت یک شمشیر دو لبه است. یعنی هم فرصت است و هم تهدید، هم سازنده است و هم مخرب، هم توسعه دهنده ذهن است و هم اسیرکننده؛ بنابراین مفید یا مضر بودن آن، به ظرفیت فکری افراد و قابلیت تصمیم‌گیری و مدیریتی کسانی بستگی دارد که اطلاعات دریافتی را سازماندهی و پردازش می‌کنند.

با وجود مزایای شگفت‌انگیز اینترنت، به ویژه در عرصه پژوهش و تحقیق، باید به جنبه‌های تاریک و آسیب‌های اخلاقی، تربیتی و فرهنگی آن نیز اشاره کرد که هم چون انرژی بلعنده و مکنده می‌تواند روان کودکان و نوجوانان را در معرض تهدید و تخریب قرار دهد.

استفاده نابجا از اینترنت، به همان اندازه خطرناک است که استفاده نا بجا از مواد دارویی. ایمنی در اینترنت، روندی است شبیه سایر روندهای ضروری که برای بزرگ کردن فرزندان لازم است. همان‌طور که به فرزندان گفته می‌شود که با افراد غریبه حرف نزنند، پیش از عبور از خیابان به دو طرف نگاه کنند. باید به آن‌ها توصیه‌های ایمنی در مورد اینترنت هم گوشزد شود.

توصیه‌هایی چند در رابطه با حفاظت خانواده‌ها در بهره‌گیری از اینترنت

در رابطه وظایف اولیاء و مربیان در پیشگیری از آثار سوء این پدیده باید گفت که در این زمینه حداقل دو دیدگاه وجود دارد.

۱- محدودسازی: که با مانع و سرکوب همراه است. این

۱- نگرانی درباره عادی بودن ۲- نگرانی درباره خصایص جنسی ۳- نگرانی درباره اندازه ۴- نگرانی درباره وزن ۵- نگرانی درباره آلت تناسلی ۶- نگرانی درباره خصایص ثانوی جنسی (مثل رشد سینه در دختران، رشد ریش و سبیل در پسران) (شعاری نژاد، ۱۳۷۱). در این زمینه والدین و مربیان با دادن آگاهی‌های مناسب باید منشأ این نگرانی‌ها را از نوجوان بزدایند.

هسته مشاوره تربیتی استان تهران طی انتشار جزوه‌ای مشکلات دانش‌آموزان نوجوان (راهنمایی و دبیرستان) را بحران بلوغ، بحران هویت، تخیل، از خود بیگانگی، دروغ‌گویی، کمرویی، دزدی، مشکلات جنسی، بزهکاری، پرخاشگری، اعتیاد، ترس و اضطراب معرفی کرده است، که در این میان مشکلات زیر بیش‌ترین فراوانی را داشته‌اند (هسته مشاوره استان تهران، جزوه شماره ۹، ۱۳۶۷).

راهنمایی	دخترانه	معاشرت با جنس مخالف، دزدی و پرخاشگری
	پسرانه	پر خاشگری و بی توجهی به مقررات مدرسه
دبیرستان	دخترانه	معاشرت با جنس مخالف و بی توجهی به مقررات مدرسه
	پسرانه	توزیع نوار مبتذل و پر خاشگری

● طبق تحقیقات، با وجود این که بلوغ جنسی در دختران، زودتر از پسران آغاز می‌گردد؛ اما پسران زودتر از دختران به حداکثر قدرت جنسی خود می‌رسند؛ از جمله تفاوت‌های جنسی پسران و دختران، این است که پسران بیش‌تر از دختران، خواستار اوج لذت جنسی هستند، بیش‌تر به خیالبافی‌های جنسی پناه می‌برند، نسبت به نشانه‌های جنسی حساس‌ترند، در خواب بیش‌تر به اوج لذت جنسی می‌رسند، برای باقی ماندن در حالت تحریک جنسی، کم‌تر به تحریک مداوم احتیاج دارند، میزان روابط جنسی شان با بیش از یک جنس مخالف، بیش‌تر از دختران است، کم‌تر از دختران بر حاکم بودن عشق و محبت بر روابط جنسی، اصرار ورزیده و کم‌تر از آن‌ها نسبت به دوام روابط عاطفی و جنسی اعتقاد دارند، این تفاوت‌های رفتار جنسی بین دو جنس، تا حدود زیادی به وسیله انتظارات اجتماعی و محدودیت‌های فرهنگی تعیین می‌شود (اوحدی، ۱۳۸۰) به همین لحاظ وظیفه پدران و مادران، روان‌شناسان، مشاوران و

حضور پدر و مادر.

یکی از معضلات اجتماعی جوامع جدید، رواج پورنوگرافی^۱ یا هرزه نگاری است. هرزه نگاری به نمایش عکس‌ها و فیلم‌های خلاف عفت گفته می‌شود و صنعتی است که از سال‌های ۱۹۶۰ به بعد در آمریکای شمالی رونق یافته است، در حال حاضر به‌عنوان یکی از شاخه‌های اقتصادی پر درآمد کشورهای غربی مطرح است. تا حدی که افرادی که به‌طور مستقیم در بخش پورنوگرافی اشتغال دارند، حدود ۱۰۰۰۰ نفرند.

تحقیقات حاکی از این است که وقتی افراد در معرض هرزه نگاری قرار می‌گیرند، احساس می‌کنند که از نظر جنسی تحریک می‌شوند که اثر این مشاهده در مورد مجردها بیش‌تر از متأهل‌ها است، هم چنین مشاهده زیاد فسادهای جنسی، حساسیت تماشاچی را از بین می‌برد و زشتی مسأله برای آن‌ها عادی می‌شود.

تربیت جنسی در دوره تحصیلات دانشگاهی (جوانی)

در میان انبوه مشکلاتی که دانشجویان و جوانان امروز با آن روبه‌رو هستند هیچکدام در اهمیت به پایه مشکل جنسی نمی‌رسد، و با نهایت تأسف باید اعتراف کرد این مشکل با ماشینی شدن هر چه بیشتر زندگی، و افزایش مدت تحصیل و دوره‌های تخصصی و راه یافتن تجمل به همه خانواده‌ها، و تزلزل پایه‌های اعتماد دختران و پسران به یکدیگر، روز به روز بغرنج‌تر و پیچیده‌تر می‌شود. ازدواج تنها راه مشروع و سالم برای رفع این مشکل است. همه مکاتب و ادیان الهی به ویژه دین مبین اسلام، ازدواج و تشکیل خانواده را توصیه نموده‌اند. ازدواج به زن و مرد آرامش می‌بخشد و آنان را از انحراف و رفتارهای جنسی پرخطر و غیر اخلاقی بازمی‌دارد. متأسفانه به علت فراهم نبودن شرایط ازدواج، جوانان در دام انواع انحرافات جنسی از جمله خودکامجویی‌های جنسی یا استمنای افتند. خطر و زیان این انحراف غیر قابل انکار است، زیرا به زودی شکل «اعتیاد» به خود می‌گیرد، اعتیادی ریشه‌دار و کشنده تا آن‌جا که گاه در یک روز چندین بار دامان مرتکبین خود را آلوده می‌سازد، و نوعی احساس عدم کنترل ممکن است در افراد مبتلا ایجاد کند. اما مبتلایان باید اطمینان کامل داشته باشند که اگر بخواهند می‌توانند در مبارزه با این عادت شوم پیروز گردند، تصمیم راسخ و غیر قابل عدول در این زمینه شرط اولیه و اساسی است. ضمن این که رعایت موارد زیر نیز می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد

دیدگاه مربوط به خانواده‌هایی است که از برخورد واقع‌بینانه با پدیده اینترنت سرباز می‌زنند و با سخت‌گیری و سرکوب، خواهان پیشگیری از ورود این پدیده به خانه‌های خود هستند. کارکرد این روش موقتی است و از آن گذشته ممکن است نوجوانان و جوانان را نسبت به آن حریص‌تر کند. رایانه و اینترنت - به ویژه در مراکز آموزشی - پرتوان‌تر از آن است که باز دارنده‌های فیزیکی و مکانیکی بتواند در مقابل این جریان شتابنده و فزاینده ایستادگی کنند.

۲- مصنوعیت بخشی: با هدایت و مدیریت دو برخورد واقع‌بینانه و عاقلانه با این پدیده صورت گیرد و در پی مهارت‌های لازم در استفاده از اینترنت و ایجاد آمادگی و ارتقای ظرفیت شناختی در افراد شود.

هر چند راهبرد محدودیت نیز برای پاره‌ای از کودکان و نوجوانان که فاقد خود رهبری و خودگردانی لازم در چگونگی استفاده از اینترنت هستند؛ ولی می‌تواند کارایی موقت داشته باشد؛ اما بیش از همه باید کودکان و نوجوانان را به مکانیزم‌های «کنترل درونی» برای پیشگیری از آثار سوءاستفاده از اینترنت مجهز کرد.

اینک با توجه به مطالب فوق توصیه‌های زیر می‌تواند توسط مشاوران در استفاده از اینترنت برای والدین تشریح گردد.

۱- تنها گذاشتن فرزندان با رایانه که به اینترنت متصل است، فاجعه است، کودکان حدود ۱۲ ساله می‌توانند سریع‌تر از آن‌چه که شما تصور می‌کنید راه‌گریزی بیابند.

۲- در حالت ایده‌آل، کامپیوتر شما باید در اتاق نشیمن باشد، نه در اتاق فرزندان، به این ترتیب نظارت بر کارهای فرزندان آسان خواهد بود.

۳- همراه فرزندان در اینترنت گشت بزنید و با دید انتقادی نکات مثبت و منفی آن را گوشزد نمایید، کامپیوتر نباید هرگز جایگزین یک دوست بشود.

با غریبه‌ها صحبت نکنید، درست مانند دنیای واقعی (استفاده از اتاق چت را بدون نظارت نپذیرید، زیرا افراد مزاحم یا اشخاصی که گرایش به کودکان دارند به آسانی می‌توانند از این طریق طعمه‌های خود را شکار کنند. از طرفی صحبت کردن با افراد بیگانه، می‌تواند به افشای ناخواسته اطلاعات شخصی منجر شود.

هیچ‌گاه اطلاعات شخصی و خصوصی خود را از طریق اینترنت منتقل نکنید.

زمانی را که فرزندان در اینترنت می‌گذرانند معین کنید. رایانه ابزار خوبی است اما جایگزین مناسبی برای دوست نیست. بازی در اینترنت، لذت بخش و سرگرم‌کننده است، اما استفاده بیش از حد آن ممکن است به مشکلات اجتماعی منجر شود.

به فرزندان تأکید کنید که هیچ‌گاه با افرادی که در اینترنت آشنا می‌شوند، در زندگی واقعی دیدار نکنند؛ مگر با

۴- باید عادت مناسب جانشین عادت نامطلوب

گردد: برای ترک یک عادت بد حتماً باید به سراغ عادت خوب رفت و آن را جانشین عادت بد نمود. در مورد عادات بد جنسی نیز باید درست در همان ساعاتی که انگیزه آن در مبتلایان تولید می شود به سراغ برنامه خاصی که برای چنین ساعتی از قبل پیش بینی کرده اند بروند، به سراغ مسابقه علمی، ورزشی، مسابقه هوش، مطالعه یک اثر جالب، یک ورزش مورد علاقه مانند کوهنوردی، اسب سواری و... این کار را آن قدر ادامه دهند که جانشین عادت بد سابق گردد.

۵- پرهیز از تنهایی: این گونه افراد باید حتماً و بدون

هیچ گونه قید و شرطی از تنها ماندن به شدت اجتناب کنند. هرگز تنها نباشند، در خانه تنها نمانند، شب در اطاق تنها نخوابند، تنها برای مطالعه به نقاط خلوت نروند و به محض این که در محیطی احساس کردند تنها هستند از آن محیط بیرون بروند. این گونه افراد مخصوصاً باید این نکته را فراموش نکنند که به مجرد این که نخستین تحریک را در خود حس می کنند بلافاصله بریزند و سرگرم کار دیگری شوند.

۶- ازدواج در نخستین فرصت: این افراد اگر امکاناتشان

اجازه می دهد باید در نخستین فرصت ازدواج کنند. ازدواج تأثیر قابل توجهی در مبارزه با این انحراف جنسی. بعضی از جوانان مبتلا به استمنا از ازدواج وحشت دارند، ولی این وحشت کاملاً بی اساس است زیرا با به کار بستن دستورها، هم ترک این اعتیاد و هم پیروزی در تمام مراحل ازدواج و زناشویی آسان است.

۷- پرهیز از معاشرت و همنشینی با افراد مبتلا به

این عادت بد: در همه اوقات مخصوصاً دوران مبارزه، باید به طور مطلق از این افراد دوری جست. بعضی از این افراد برای این که کمتر احساس گناه کنند سعی دارند افراد دیگری را نیز مبتلا سازند، لذا همواره می کوشند با سخنان و سوسه انگیز این عمل را لذت بخش و کم ضرر جلوه دهند.

۸- تقویت عمومی و رژیم غذایی: داشتن یک رژیم

غذایی کامل و سالم که موجب تقویت عمومی بدن گردد نیز در مبارزه با این عادت تأثیر قابل توجهی دارد. استحمام با آب سرد (البته در مواقعی که وضع هوا اجازه می دهد) و سپس ماساژ دادن بدن نیز کمک مؤثری به این گونه افراد می تواند نماید. همچنین این گونه افراد باید به شدت از پوشیدن لباس های تنگ و چسبان که عامل مؤثری برای تحریک مصنوعی است پرهیزند.

۱- اجتناب از هر گونه تحریک مصنوعی: مشاهده

صحنه های هوس آلود در صفحات اینترنت یا فیلم های مستهجن و یا مطالعه برخی از رمان هایی عشقی و مجلات مبتذل باعث ایجاد تحریک مصنوعی در افراد می شود. برای اجتناب از چنین امری لازم است دانشجویان سرگرمی های سالم و مناسبی برای اوقات فراغت خود انتخاب نمایند و به کمک دوستان خود برنامه های صحیحی برای این اوقات تنظیم کنند. این سرگرمی ها ممکن است شامل ورزش های فردی و دسته جمعی، پیاده روی در هوای آزاد، مطالعه کتب سودمند و مفید، پرورش گل در منزل و به طور کلی کارهای کشاورزی، کارهای دستی، جمع آوری اشعار، تهیه کلکسیون های عکس و تمبر و مانند اینها. شرکت در انجمن های گوناگون و کنفرانس های علمی یا اخلاقی، باشد.

۲- تهیه برنامه فشرده و تمام وقت دانشجویان باید بطور

حتم برای تمام شبانه روز خود برنامه تنظیم کنند به طوری که یک ساعت وقت بیکار و بدون برنامه نداشته باشند. نمی گوئیم مرتباً درس بخوانند یا کار کنند، بلکه می گوئیم اگر تفریح یا ورزش هم دارند برنامه داشته باشند، و یک ساعت خالی از برنامه نباشد. جوانان باید بدانند بزرگ ترین بدبختی برای یک جوان این است که وقت های خالی از هر گونه برنامه داشته باشد. خلاصه افرادی که گرفتار اعتیادهای غلط جنسی هستند اگر برنامه مشغول کننده ای برای تمام وقت خود نداشته باشند به آسانی نمی توانند این عادت را از سر خود دور کنند.

۳- توجه مخصوص به ورزش: برای جلوگیری از

تحریکات زیاد جنسی لازم است جوانان برنامه های وسیع و متنوع ورزشی انتخاب کنند. مبتلایان به این عادت شوم غالباً افرادی گوشه گیر، منزوی کم تحرک و خمود هستند و همین گوشه گیری و انزوا و عدم تحرک وضع آنها را تشدید می کند، و اگر از این وضع به کلی در آیند و زندگی خود را با تحرک زیاد بیامیزند اثر عمیقی در بهبود حال آنها و ترک عادتشان خواهد بخشید. این گونه افراد معمولاً اعصاب ضعیف و ناتوانی دارند، و ورزش های متنوع و مناسب در تقویت اعصاب آنها فوق العاده مؤثر است. این افراد هر چه وقت اضافی و خالی از برنامه دارند باید به بازی های گوناگون ورزشی و یا پیاده روی در هوای آزاد تخصیص دهند تا هم سلامت از دست رفته خود را باز یابند و هم قسمتی از انرژی های جسمی و فکری آنها متوجه این قسمت گردد. به همان اندازه که تحرک و ورزش های فردی و دسته جمعی برای آنها مفید است، انزوا و به گوشه ای خزیدن و در فکر فرو رفتن برای این قبیل افراد سم مهلک است که باید به هر قیمتی شده از آن دوری گزینند.

۹- استمداد از نیروی ایمان و عقاید مذهبی: نیروی ایمان و عقیده مذهبی می تواند بزرگ ترین کمک را به این مبتلایان کند و آنها را به زودی از چنگال این عادت بد نجات بخشد. این گونه افراد هرگز نباید خود را یک فرد نفرین شده و مطرود درگاه خداوند بدانند. بلکه باید به لطف خداوند بزرگ کاملاً امیدوار باشند و در همه جا و در همه حال او را حاضر و ناظر بدانند و هرگز به خود اجازه ندهند در پیشگاه مقدس او دست به چنین کار خلافی بزنند.

نتیجه گیری:

مربیان، مشاوران و والدین باید با توجه به وسع مخاطب و فرزند خود، تکالیف جنسی را معین کنند. خداوند در سوره طلاق (آیه ۷) می فرماید: «خدا کسی را تکلیف نمی کند مگر به قدر آنچه به او داده است» (لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَا آتَاهَا). به عنوان مثال در سنین ۲ تا ۷ سالگی نمی توان انتظار داشت که کودک از حیث تعلیم و تأدیب، قابل تکلیف و در برابر تکالیف، قابل مؤاخذه باشد. در حدود ۱۰ سالگی می توان انتظار داشت که کودک، وظایف جنسی مربوط به خویش را بفهمد و مراعات کند. در حدود بلوغ جنسی می توان انتظار داشت که نوجوان وظایف جنسی مربوط به بلوغ را بفهمد و مراعات کند. در حدود اواخر دهه دوم می توان انتظار داشت که نوجوان از رشد و کفایت اجتماعی و اقتصادی برخوردار شود و هم زمان، آماده تشکیل زندگی و انتخاب همسر گردد.

از آنجا که متریبان از نظر استعداد، میزان رشد و فهم متفاوت هستند، باید در بیان مطالب جنسی توان و استعداد آنها لحاظ شود. در واقع لازم است با توجه به موقعیت فراگیر و در زمان مناسب و مطابق با ظرفیت مخاطب به ارائه محتوا و مطالب پرداخت. امام علی (ع) می فرمایند «میوه ای که نارس چیده شود، مانند این است که آن را در زمینی غیر از زمین خودش کاشته باشند» (نهج البلاغه، خطبه ۵). منظور این است که اقدام بی موقع به کاری، سبب عدم بهره برداری مناسب از آن می شود.

مروری بر مطالب ارائه شده حاکی از آن است که مسئله تربیت جنسی موضوع حساس و در عین حال مهم است، چراکه به سعادت و ضلالت آدمی پیوند خورده است، لذا بر مربیان و مشاوران است که آن را با ظرافت و در عین حال به درستی ارائه دهند. در این زمینه با توجه به مسائل جنسی در سطوح مختلف تحصیلی، ارائه آن با توجه به شرایط سنی، عقلی و تحصیلی از ضروریات است.

منابع:

آمدی، عبدالواحد (بی تا). غررالحکم و دررالکلام. ترجمه محمد علی انصاری.
ابوطالبی، مهدی (۱۳۸۳). تربیت دینی. قم: مرکز انتشارات

موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
احمدی، سیداحمد (۱۳۷۷). روان شناسی نوجوانان و جوانان. تهران: نشر نخستین، چاپ هفتم.
اردوباری، احمد صبور (۱۳۷۷). بلوغ و سلامت نوجوانان. تهران: نشر رسالت قلم، چاپ اول.
الطبرسی، حسن بن فضل (بی تا). المکارم الاخلاق. در آیت .. دستغیب: ازدواج اسلامی.
الطبرسی، حسین النوری (۱۳۸۲ه.ق). مستدرک الوسائل. تهران: المکتبه الاسلامیه.
المجلسی، محمدباقر (بی تا). بحارالانوار. تهران: مؤسسه الوفاء بیروت.

اوحدی، بهنام (۱۳۸۰). تمایلات و رفتار های جنسی انسان. تهران: ناشر مؤلف، چاپ دوم.
جمعی از اساتید (۱۳۷۸). خانواده و فرزندان در دوره ابتدایی. در کتاب سوم آموزش خانواده، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۱). روان شناسی رشد ۲ (نوجوانی و بلوغ). تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ سوم.

فرمهبینی فراهانی، محسن (۱۳۸۲). دیدگاه اسلام در مورد تربیت جنسی و ارائه رئوس مطالب مناسب برای این نوع آموزش در کتب درسی. تهران: انتشارات دفتر مطالعات اسلامی.

فرمهبینی فراهانی، محسن (۱۳۸۳). بررسی محتوای مناسب برای تربیت جنسی در مدارس. مجله تربیت اسلامی ویژه تربیت جنسی، گروه پژوهشی تعلیم و تربیت اسلامی، انتشارات تربیت اسلامی، سال سوم، شماره ۸.
قائمی، علی (۱۳۷۷). هدایت جنسی و مسائل مربوط به ازدواج. از مقالات ارائه شده در کتاب پنجم آموزش خانواده، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
قائمی، علی (۱۳۷۷). خانواده و فرزندان. کتاب دوم آموزش خانواده، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان، چاپ سوم.

قائمی، علی (۱۳۷۸). خانواده و فرزندان در دوره ابتدایی. کتاب سوم آموزش خانواده، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

کوچتکف، د. و لاپیک، م. (۱۳۸۱). روانشناسی تربیت جنسی کودکان و نوجوانان. ترجمه محمد تقی راد، تهران: انتشارات افسون.

محمد ری شهری، محمد (۱۳۷۴). جشن تکلیف. تهران: نشر مشعر.

موریس، دبس (۱۳۷۴). مراحل تربیت. ترجمه علی محمد کردان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ دهم.

نهج البلاغه، ترجمه علی نقی فیض الاسلام (۱۳۶۵). تهران: مرکز انتشارات آثار فیض الاسلام.

هسته مشاوره استان تهران (۱۳۶۷). جزوه نحوه پیگیری مشکلات نوجوانان و طبقه بندی آنها، شماره ۹.

آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی

دکتر عبدالله امیدی

دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دکتر پروانه محمدخانی

دکترای تخصصی روان شناسی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

چکیده

مداخلات مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن به طور فزاینده‌ای در حال رشد و گسترش هستند. حضور ذهن عبارت است از توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری نسبت به تجربیات درونی و بیرونی. غالباً این حالت ذهنی از طریق شیوه‌های مختلف مراقبه آموخته می‌شود. این رویکرد در دهه ۱۹۷۰ پس از تأسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست توسط جان کبات - زین معرفی شده است. از آن زمان به بعد، بیماران بسیاری با مشکلاتی چون بیماری‌های قلبی، سرطان، مبتلایان به ایدز، درد مزمن، مشکلات معدی - روده‌ای وابسته به استرس، سردرد، فشار خون بالا، اختلالات خواب، افسردگی، اضطراب و وحشت‌زدگی از این روش بهره برده‌اند.

مهارت‌های حضور ذهن می‌توانند در تجارب روزمره مورد تمرین واقع شوند. به نظر می‌رسد که این روش با هدف پیشگیری از عود سازگار باشد، زیرا اساساً روشی است که بیماران می‌توانند، حتی در دورانی که افسرده نیستند، استفاده کنند. هم چنین، چون این مهارت‌ها در موقعیت‌های بالینی مختلفی به کار می‌روند، تنوعات بسیاری نیز با توجه به موقعیت‌های بالینی پیدا کرده‌اند. این مقاله به طور خلاصه چارچوب مفهومی و رویکردهای تجربی شیوه‌های حضور ذهن را مورد بررسی قرار می‌دهد.

کلید واژه: MBCT، عود، حضور ذهن.

مداخلات مبتنی بر آموزش حضور ذهن برای کاهش استرس

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

در حال حاضر رایجترین روش، آموزش حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)^۱ می‌باشد، که سابق بر این تحت عنوان برنامه کاهش استرس و تن آرامی شناخته می‌شد (کبات - زین^۲، ۱۹۸۲، ۱۹۹۰). این روش در ساختار طبرفتاری و برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات

مرتبط با استرس و درد مزمن طراحی شد. روش مذکور، به شکل یک برنامه ۸ تا ۱۰ هفته‌ای برای گروه‌هایی که بیش از ۳۰ شرکت‌کننده دارند، اجرا می‌شود. به علاوه، جلسات به طور هفتگی و هر جلسه حدود ۲۰-۲۵ ساعت برگزار می‌گردند. دستور جلسات شامل تمرین مهارت‌های مراقبه، بحث در مورد استرس، روش‌های مقابله‌ای و تکالیف خانگی می‌باشند. جلسات متراکم حضور ذهن نیز تشکیل می‌شوند که یک‌روزه هستند و حدود ۷-۸ ساعت طول می‌کشند و مهارت‌های مراقبه‌ای متعددی آموخته می‌شوند. برای مثال، واریسی بدنی تمرینی است که در آن شرکت‌کنندگان روی زمین دراز می‌کشند و با چشمان بسته حدود ۴۵ دقیقه، توجه خود را به طور متوالی روی نقاط مختلف بدن معطوف می‌سازند، و احساسات مربوط به هر ناحیه از بدن به دقت مشاهده می‌گردند. در مراقبه نشسته، شرکت‌کنندگان در یک حالت آرام و کاملاً بیدار با چشمان

1 . Mindfulness Based Stress Reduction

2 . Kabat-Zinn

یا حس‌ها اما بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا، ناسالم بودن، و مهم، یا بی‌اهمیت بودن آن‌ها، قضاوت و ارزیابی شود (کریستلر، ۱۹۹۹). بنابراین حضور ذهن عبارت است از مشاهده بدون داوری جریان سیال محرکات درونی و بیرونی.

از آنجائی که حضور ذهن ریشه در فرهنگ بودیسم مشرق زمین دارد، ممکن است برای افراد نامأنوس باشد، از این رو کبات زین (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌دهد که بهتر است تمرینات آن منطبق با فرهنگ افراد باشد. به همین علت پژوهشگران و متخصصین بالینی‌ای که تمرینات حضور ذهن را در برنامه‌های خدمات بهداشت روانی قرار می‌دهند، معمولاً این مهارت‌ها را مستقل از مذهب و سنت‌های فرهنگی مبدأ آن آموزش می‌دهند (کبات - زین، ۱۹۸۲؛ لینهان، ۱۹۹۲). در متون تجربی معاصر، مداخلات بالینی مبتنی بر آموزش مهارت‌های حضور ذهن به سرعت در حال رشد است. بیش از ۲۴۰ بیمارستان و کلینیک در ایالات متحده برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن را ارائه می‌دهند (سالمون، سانتورلی و کبات - زین؛ ۱۹۹۸). همچنین آموزش حضور ذهن، جزء محوری رفتار درمانی دیالکتیک است (لینهان، ۱۹۹۳)، رویکردی که در درمان اختلال شخصیت مرزی کاربرد فراوانی دارد. متون تجربی آموزش حضور ذهن مشکلات روش شناختی بسیاری دارد، اما بیانگر این است که این روش می‌تواند به کاهش انواع شرایط مشکل‌زا، از جمله، استرس، اضطراب، عود افسردگی، و اختلال خوردن بینجامد (کبات - زین، ۱۹۸۲؛ کریستلر و هالت، ۱۹۹۲؛ شاپیرو، شوارتر و بانر، ۱۹۹۴، تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی

به نظر تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) مهارت‌های کنترل توجه که در مراقبه حضور ذهن آموخته می‌شوند می‌توانند در پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی مفید واقع شوند. نظریه پردازش اطلاعاتی آنها در مورد عود افسردگی نشانگر این است که افرادی که دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، نسبت به حالت‌های ملایم خلق ملال‌انگیز آسیب‌پذیرند، و این حالت‌ها ممکن است، الگوهای تفکر افسرده را که مربوط به دوره یا دوره‌های قبلی افسردگی است، مجدداً فعال سازند. درمان شناختی حضور ذهن یا حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (MBCT)^۶ توسط

بسته به حس‌های تنفس تمرکز می‌کنند. از ژست‌های یوگا، برای آموزش حضور ذهن از حس‌های بدنی نیز استفاده می‌شود. هم چنین، شرکت‌کنندگان، حضور ذهن داشتن را در طول فعالیت‌های روزمره نظیر پیاده‌روی، ایستادن، و خوردن به کار می‌گیرند.

شرکت‌کنندگان در MBSR جهت تمرین این مهارت‌ها خارج از جلسات گروهی، روزانه حداقل ۴۵ دقیقه، و شش روز در هفته آموزش می‌بینند. کاست‌های شنیداری در اوایل درمان به کار می‌روند، اما پس از چند هفته، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند تا، بدون کاست تمرین کنند. در کلیه تمرینات حضور ذهن، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس یا پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و هرگاه هیجانات، حس‌ها یا شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مشاهده کنند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیالپردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها، توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند، اما به محتوای آن نچسبند (کبات - زین، ۱۹۸۲). حتی به افکار قضاوتی خود (مثل «این یک اتلاف وقت احمقانه است») بدون آن که درباره آن‌ها داوری کنند، توجه نمایند. یکی از پیامدهای تمرینات حضور ذهن این است که افراد در می‌یابند، اکثر حس‌ها، افکار و هیجانات دارای نوسان، یا زودگذرند و مانند امواج دریا عبور می‌کنند (لینهان، ۱۹۹۳). حضور ذهن شیوه‌ای است برای پرداختن توجه که از مراقبه شرقی نشأت گرفته و به عنوان «توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه» توصیف شده است (مارلات^۲ و کریستلر^۳، ۱۹۹۹). هم چنین به عنوان «پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، و بدون قضاوت (کبات - زین، ۱۹۹۴)، و توانایی معطوف ساختن توجه به گونه‌ای که بتوان از طریق تمرینات مراقبه آن را پرورش داد، این شیوه خاص تحت عنوان خود - تنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر تعریف شده است» (کبات - زین، ۱۹۸۲). متون معاصر ذهن آگاهی تمرینات متنوعی را جهت فراگیری مهارت‌های مراقبه‌ای معرفی کرده است (کبات - زین، ۱۹۹۰). افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، هم چون حس‌های بدنی، افکار، و احساسات توجه کنند، هم چنین توجه کردن به جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداها مورد ترغیب قرار می‌گیرد (کبات - زین، ۱۹۹۴؛ لینهان، ۱۹۹۳). توصیه می‌شود که حضور ذهن باید این نگرش را در افراد بوجود آورد که نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشند. یعنی، ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات

1- Linehan

2- Marlatte

3- Kristeller

4- Shapiro

5- Bonner

6- Mindfulness Based cognitive Therapy

چنین این مهارت‌ها شامل اثرمندی در روابط بین فردی، تنظیم هیجانی، و تحمل فشار و ناراحتی می‌باشند. مراجعان در گروه، این مهارت‌ها را به همراه درمانگر خود تمرین می‌کنند تا اینکه بتوانند به زندگی روزمره تعمیم دهند.

لینهان (۱۹۹۴) خاطر نشان می‌سازد که افراد شدیداً آسیب دیده ممکن است نتوانند یا تمایل نداشته باشند که به طور گسترده مانند آنچه در برنامه‌های MBSR کبات - زین (۱۹۹۰) انجام می‌شود مبادرت به انجام تمرینات مراقبه نمایند. بنابراین در DBT فراوانی یا مدت خاصی برای تمرینات حضور ذهن در نظر گرفته نمی‌شود. در عوض، اهداف تمرین حضور ذهن به طور اختصاصی توسط درمانگر و مراجع تعیین می‌گردند. در DBT تمرینات بسیاری برای حضور ذهن به مراجعان آموزش داده می‌شود تا آن‌ها به انتخاب خود به این روش‌ها مبادرت کنند (هان، ۱۹۷۶). به طور مثال، مراجعان تصور می‌کنند که ذهن همانند «تسمه نقاله» عمل می‌کند. افکار، احساسات و حس‌ها که روی تسمه قرار می‌گیرند، مشاهده می‌شوند، برچسب می‌خورند، و مقوله‌بندی می‌شوند. در تمرین دیگر، ذهن همچون آسمان تلقی می‌شود، که در آن افکار، احساسات و حس‌ها، به مثابه ابرهایی نگریسته می‌شوند که عبور می‌کنند. روش‌های متعددی برای زیر نظر گرفتن تنفس آموخته می‌شوند، از جمله، تعقیب کردن دم و بازدم، شمارش نفس‌ها، همگام کردن تنفس با قدم‌ها هنگام راه رفتن و دنبال کردن تنفس هنگام گوش دادن به موسیقی. افزون بر این‌ها بعضی از تمرینات نظیر آگاهی کامل در حین انجام فعالیت‌های روزمره، از جمله نوشیدن چای، شستن ظروف یا لباس‌ها، و تمیز کردن منزل، یا دوش گرفتن در DBT مورد توجه است.

درمان پذیرش و تعهد^۳

درمان پذیرش و تعهد (ACT؛ هایز، استروسال، و ویلسون، ۱۹۹۹) از دیدگاه نظری مبتنی بر تحلیل رفتار زمان حال است (هایز و ویلسون، ۱۹۹۳). اگرچه در ACT روش‌های درمانی برحسب حضور ذهن یا مراقبه توصیف نمی‌شوند، اما راهبردهایی مطرح است که شامل رویکردهای حضور ذهن هستند.

در ACT مراجعان می‌آموزند که چگونه یک «خود مشاهده‌گر» قادر است حس‌های بدنی، افکار و هیجانات را ببیند و ترغیب می‌شوند تا این پدیده‌ها را به عنوان

سگال، ویلیامز، و تیزدل (۲۰۰۲) برنامه‌ریزی شده و به صورت دستورالعمل ۸ هفته‌ای درآمد، که جلسات به طور گروهی برگزار می‌شوند و عمدتاً براساس برنامه MBSR کبات - زین (۱۹۹۰) می‌باشند. این برنامه‌ها عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرند که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند و عدم محوریت آن را موجب می‌گردند. مثلاً اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند» و «من افکارم نیستم». این رویکرد تمرکززدایی، هم چنین برای هیجانات و حس‌های بدنی به کار می‌رود. MBCT برای کاهش عود افسردگی طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند، و جنبه‌هایی از خودشان و یا لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴).

مداخلات دربرگیرنده آموزش ذهن آگاهی

رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) یک رویکرد درمانی ویژه اختلال شخصیتی مرزی است، که جنبه‌های مختلفی را دربر می‌گیرد (لینهان، ۱۹۹۳). این رویکرد مبتنی بر دیدگاه دیالکتیک می‌باشد، و فرض می‌کند که واقعیت شامل نیروهای مختلفی است. ترکیب این نیروها واقعیت جدیدی را باعث می‌شود، که به نوبه خود نیروهای متضادی را به شکل پردازش مداوم تغییر در بر می‌گیرد. در DBT، محوری‌ترین دیالکتیک، رابطه بین پذیرش و تغییر است. مراجعین ترغیب می‌شوند که خود، تاریخچه و موقعیت فعلی خود را دقیقاً آن طور که هستند، بپذیرند، در ضمن اینکه، به طور متمرکز رفتارها و محیط خود را به منظور ساخت یک زندگی بهتر تغییر دهند. ترکیب اضداد هدف محوری DBT است.

DBT شامل دامنه وسیعی از شیوه‌های درمانی شناختی و رفتاری است و اکثراً برای تغییر افکار، هیجانات یا رفتارها طراحی شده‌اند. مهارت‌های حضور ذهن در DBT، در ساختار ترکیبی پذیرش و تغییر آموخته می‌شوند. اگرچه این مهارت‌ها به ویژه مهارت مشاهده بدون داوری افکار، هیجانات، حس‌ها و محرکات محیطی با مهارت‌های MBSR مشترک است ولی مقداری با آن‌ها تفاوت دارد. برای مثال، لینهان (۱۹۹۳) سه مهارت حضور ذهن را در قالب سؤال‌های «چه» و «چگونه» مطرح می‌سازد: (چه چیزهایی مشاهده، توصیف و مورد مشارکت قرار می‌گیرند و چگونه می‌توان حضور ذهن مؤثر بدون قضاوت و داوری داشت). در DBT مراجعان، مهارت‌های حضور ذهن را به شکل گروهی و هفتگی در طول یک سال یاد می‌گیرند، هم

1. Hanh
2. Conveyor belt
3. Acceptance and Commitment therapy
4. Hayes
5. Wilson
6. observing self

شخصی که آنها را در اختیار دارد، مجزا کنند. برای مثال، آنها یاد می‌گیرند که بگویند: «من این فکر را دارم که آدم بدی هستم» به جای گفتن «من آدم بدی هستم» (کولنبرگ^۱، هایز و تاسی، ۱۹۹۳). همچنین ترغیب می‌شوند که افکار و هیجانات را آن گونه که بروز می‌یابند تجربه کنند و سعی در قضاوت، ارزیابی، تغییر و یا اجتناب از آنها را نداشته باشند. هایز (۱۹۸۷) تمرینی را توصیف می‌کند که در آن مراجعان تصور می‌کنند که افکارشان بر تابلوهایی نوشته شده و توسط سربازان تشریفات حمل می‌شود. تکلیف مراجعان این است که عبور افکار را مشاهده کنند، بدون اینکه جذب آنها شوند. ACT صریحاً مراجعان را آموزش می‌دهد که کوشش جهت کنترل افکار و احساسات را کنار بگذارند، و در عوض سعی کنند بدون قضاوت آنها را زیر نظر بگیرند و آن طوری که هستند آنها را بپذیرند، ضمن اینکه رفتارشان را به شکل سازنده در جهت بهبود زندگی تغییر می‌دهند (هایز، ۱۹۹۴).

پیشگیری از عود مصرف مواد

پیشگیری از عود یک بسته درمانی رفتاری-شناختی است که برای پیشگیری از بازگشت مجدد افراد درمان شده در سوءمصرف مواد طراحی شده است (مارلات^۲ و گوردون^۳، ۱۹۸۵). مهارت‌های حضور ذهن به عنوان روش‌هایی در جهت مقابله با کشش‌های درگیر شدن در سوءمصرف مواد، در این بسته آمده است. مارلات (۱۹۹۴) خاطرنشان می‌سازد که حضور ذهن دربرگیرنده پذیرش مستمر تجربیات در حال تغییر زمان حال و پیگردی دائمی کنش‌هایی است که در اثر اعتیاد بروز می‌یابند. استعاره «موج سواری کشش‌ها» مراجعان را ترغیب می‌سازد تا تصور کنند کشش‌ها امواج اقیانوس هستند که بتدریج شکل می‌گیرند، اوج می‌یابند و سپس بتدریج محو می‌شوند. مراجعان سوار بر امواج کم‌کم یاد می‌گیرند که بدون افتادن و غوطه‌ور شدن، گذران آنها را ببینند.

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

رویکردهای مفهومی: چگونه مهارت‌های حضور ذهن ممکن است کمک‌کننده باشد؟

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

مواجهه^۴

اولین مطالعه‌ای که اثرات MBSR (کبات - زین، ۱۹۸۲) را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود. MBSR تا حدی مبتنی بر تمرینات سنتی مراقبه است، و غالباً شامل دوره‌های وسیع نشستن بدون حرکت می‌باشد. اگرچه یک وضعیت نسبتاً آرامش‌یافته‌ای ایجاد می‌شود، اما عدم تحرک طولانی می‌تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستورالعمل‌هایی که به مراجعان در مراقبه داده می‌شود، تأکید می‌گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توجه دقیقی بر حس‌های درد داشته باشند و با نگرش بدون قضاوتی به این حس‌ها توجه کنند؛ همچنین شناخت‌ها (این غیرقابل تحمل است)، هیجانات (اضطراب، خشم) و کنش‌هایی (تغییر وضعیت) که غالباً با حس‌های درد همراه هستند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس‌های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می‌دهد.

کبات - زین (۱۹۸۲) کنش‌های متعددی را در کاربرد این راهبرد مطرح می‌سازد، برای مثال، مواجهه طولانی با حس‌های درد، در غیاب پیامدهای فاجعه‌آمیز، می‌تواند منجر به حساسیت‌زدایی و کاهش پاسخ‌های هیجانی ناشی از درد گردد. بنابراین، تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به ایجاد توانایی تجربه حس‌های درد بدون واکنش‌های هیجانی مفرط شود. نهایتاً در صورتی که حس‌های درد کاهش نیابند، پریشانی و رنج ناشی از آن ممکن است تسکین یابد.

کبات - زین (۱۹۹۲) مکانیسم مشابهی را برای اثرات بالقوه مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است. زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. این رویکرد مشابه با راهبرد مواجهه‌آحشایی^۵ است که توسط بارلو^۶ و کراسک^۷ (۲۰۰۰) توصیف شده است. این درمانگران به بیماران مبتلا به هراس آموزش می‌دادند که به تمرینات هوازی و تنفس عمیق^۸ پردازند، و تحمل این حس‌ها را

- 1- Kohlenberg
- 2- Marlatt
- 3- Gordon
- 4- exposure
- 5- interoceptive exposure
- 6- Barlow
- 7- Craske
- 8- Deep breathing

خاص بیماران افسرده است (نولن - هکسما، ۱۹۹۱). یعنی مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار افسردگی‌زای خود می‌سازد، و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد. تیزدل این پدیده را «بینش فراشناختی»^۱ می‌نامد. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) هم چنین متذکر می‌شوند که مزیت عملی مهارت‌های حضور ذهن در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره‌های بهبودی قابلیت انجام دارند. دوره‌هایی که افکار افسردگی‌زا ممکن است به ندرت رخ دهند کمتر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریفات شناختی استفاده نمود. به عبارتی، دیدگاه مبتنی بر حضور ذهن در مورد کلیه افکار فرد می‌تواند کاربرد داشته باشد.

اداره - خود^۲

مؤلفین متعددی اظهار داشته‌اند که مشاهده - خود بهبود یافته ناشی از آموزش حضور ذهن می‌تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشد. برای مثال کبات - زین (۱۹۸۲) مطرح می‌سازد که آگاهی فزون‌یافته از حس‌های درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند. کریستلر و هالت (۱۹۹۹) ادعا می‌کنند که توسعه مهارت‌های مشاهده - خود در طی آموزش‌های حضور ذهن باعث بهبود شناخت سرنخ‌های سیری در پرخورها می‌گردد، به همین ترتیب توانایی مشاهده کشش‌های مربوط به پرخوری را افزایش می‌دهد. مارلات (۱۹۹۴) اثرات مشابهی را در معطادان رو به بهبود بیان می‌کند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) خاطر نشان ساختند که آموزش حضور ذهن باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آن گونه که رخ می‌دهند، می‌گردد، به ویژه در کسانی که ممکن است نشانه‌های اولیه عود افسردگی را تجربه کنند. از این رو، آموزش حضور ذهن می‌تواند بازشناسی اولیه نشانه‌های یک مشکل را ارتقاء بخشد و کاربرد این مهارت‌ها به احتمال بسیار در پیشگیری از مشکل می‌تواند مؤثر باشد. لینهان (۱۹۹۳) مطرح می‌سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می‌سازد (نظیر عصبانی کردن رئیس با تأخیرهای مکرر خود). این شناخت، تغییرات رفتاری مؤثرتری را به دنبال خواهد داشت. لینهان (۱۹۹۳) به ویژه کاهش تکانشوری و رفتارهای

تمرین کنند، تا بتوانند از نشانه‌های مربوط به آن‌ها آگاهی یابند. در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های هراسی را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد.

لینهان (۱۹۹۳) افراد دارای اختلال شخصیت مرزی را به عنوان افراد مبتلا به فویبای هیجانی توصیف می‌کند. یعنی افرادی که از تجربه هیجان‌ات منفی شدید واهمه دارند. این ترس قابل فهم است، چرا که حالت‌های هیجانی منفی آنها معمولاً شدید است. به هر حال، کوشش آنها برای اجتناب از این حالت‌ها غالباً پیامدهای ناسازگارانه‌ای دارد. لینهان (۱۹۹۳) می‌گوید که مشاهده افکار و هیجان‌ات فعلی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آنها، می‌تواند به عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود، که به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی گردد که توسط محرک‌های ترس‌انگیز، تقویت شده‌اند. بنابراین، توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی مدارا با آنها اثرات مفیدی به همراه دارد.

تغییر شناختی

مؤلفین متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کبات - زین (۱۹۹۰ و ۱۹۸۲) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان (۱۹۹۳) نیز خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب‌الوقوع وجود دارد، و تفکر «من مقصرم» لزوماً واقعی نیست. کریستلر و هالت (۱۹۹۰، ۱۹۹۹)، در مطالعه‌ای با استفاده از تکنیک‌های MBSR در مورد بیماران مبتلا به پرخوری مرضی، نظریه هیترتون^۱ و بومیستر^۲ (۱۹۹۱) در خصوص این دسته از بیماران در نظر گرفتند، در این نظریه پرخوری به عنوان فرار از آگاهی از خود مطرح شده و آموزش حضور ذهن می‌تواند منجر به پذیرش بدون داوری شرایط ناخوشایندی گردد که باعث می‌شود این بیماران از آن فرار می‌کنند.

تیزدل^۳ (۱۹۹۹) و تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) در بحث خود از MBCT ادعا نمودند که آموزش ذهن آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و هم چنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. این نوع تفکر

- 1- just thoughts
- 2- Heatherson
- 3- Baumeister
- 4- Teasdale
- 5- Nelson- Haeksema
- 6- meta-cognitive insight
- 7- self-management

ناخوشایند هستند باید تحمل شوند، و نباید از آنها اجتناب نمود یا آن‌ها را خطرناک تلقی کرد.

کلیده برنامه‌های درمانی که تا اینجا ذکر شدند، عنصر پذیرش را در بردارند، از جمله پذیرش درد، افکار، احساسات، کشش‌ها، یا سایر پدیده‌های بدنی، شناختی و هیجانی، و در آنها کوششی برای تغییر، گریز، یا اجتناب وجود ندارد. کبات - زین (۱۹۹۰) پذیرش را به عنوان یکی از مبانی متعدد تمرینات حضور ذهن توصیف نمود. DBT در برنامه‌های درمانی خود، آموزش تکنیک‌هایی را تأکید می‌ورزد که پذیرش واقعیت را ارتقاء می‌دهند. از این رو، به نظر می‌رسد که آموزش حضور ذهن ممکن است برای تعلیم مهارت‌های پذیرش ضروری باشد.

رابطه بین آموزش حضور ذهن و رویکردهای رفتاری شناختی

این بحث بیان می‌دارد که آموزش حضور ذهن با شیوه‌های درمانی رفتاری - شناختی به شکل‌های مختلف وجود دارد. آموزش هدایت توجه توسط خود می‌تواند باعث مواجهه پایدار با حس‌ها، افکار، و هیجانات شود و حساسیت‌زدایی پاسخ‌های شرطی شده و کاهش رفتارهای اجتنابی را به دنبال داشته باشد.

به نظر می‌رسد که تغییرات شناختی، ناشی از این دیدگاه باشد که افکار پدیده‌هایی هستند که نباید درگیر ارزش یا معانی آنها شد و لزوماً بازتاب واقعیت، سلامت، سازگاری، یا ارزشمندی نیستند. تمرینات مراقبه هم چنین ممکن است باعث آرام سازی و بهبود اداره خود گردند.

به هر حال، آموزش حضور ذهن با درمان سنتی شناختی - رفتاری از جنبه‌های مهمی تفاوت دارد. برای مثال، آموزش حضور ذهن، شامل ارزیابی افکار تحت عنوان منطقی یا تحریف شده و یا کوشش‌های منظم برای تغییر افکار منطقی یا تحریف شده نمی‌باشد. در عوض، شرکت‌کنندگان می‌آموزند که افکارشان را مشاهده کنند، اهمیتشان را در نظر بگیرند و از ارزیابی آنها جلوگیری کنند. تفاوت مهم دیگر این است که شیوه‌های شناختی - رفتاری سنتی معمولاً یک هدف واضح و روشن، مثل تغییر یک الگوی فکری یا رفتاری دارند. برعکس در مراقبه حضور ذهن، نگرش متفاوتی وجود دارد که براساس آن از کشمکش پرهیز می‌شود. یعنی اگرچه یک تکلیف

ناسازگارانه هم چنین در خصوص داشتن «یک حضور ذهن» در زمان حال، بیان می‌کند که این مهارت باعث ایجاد کنترل توجه می‌گردد و مهارت مفیدی برای افرادی است که در تکمیل تکالیف مهم به علت حواس پرتی ناشی از نگرانی‌ها، خاطرات یا خلق‌های منفی مشکل دارند.

آرام‌سازی^۲

رابطه بین مراقبه و آرام‌سازی قدری پیچیده است. مؤلفین متعددی (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کبات زین و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاپلان، گلدبرگ و گالوین - ناديو، ۱۹۹۳) مطرح ساخته‌اند که حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبی وابسته به استرس از جمله پسوریازیس و فیبرومیالگیا کاربرد داشته باشند. این مؤلفین خاطر نشان می‌سازند که مراقبه غالباً آرامش‌بخش است و از این راه می‌تواند در اداره این اختلالات مؤثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای گوناگون مراقبه ثبت شده است (بنسون^۳، ۱۹۷۵؛ اورم - جانسون^۴، ۱۹۸۴؛ والاس، بنسون و ویلسون، ۱۹۸۴).

به هر حال، هدف آموزش حضور ذهن، ایجاد آرامش نیست، بلکه در عوض آموزش زیر نظر گرفتن بدون قضاوت شرایط فعلی است، شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی، و سایر پدیده‌های ناسازگار با آرامش را باعث شوند. به علاوه، شواهد نشان می‌دهند که اثرات آرام‌سازی منحصر به مراقبه نیستند، بلکه در بسیاری از راهبردهای آرام‌سازی وجود دارند (شاپیرو^۵، ۱۹۸۲). از این رو، گرچه تمرینات حضور ذهن ممکن است منجر به آرام‌سازی شوند، اما این پیامد دلیل اولیه درگیری در مهارت‌های ذهن آگاهی نیستند.

پذیرش^۶

رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان درمانی است (هایز، جاکوبسن^۷، فولت^۸، و داگر، ۱۹۹۴). هایز (۱۹۹۴) مطرح ساخت که پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان گونه که هستند» می‌باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهمیت تغییر کلیه نشانه‌های ناخوشایند، تأکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. برای مثال، فردی که حملات هراس را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود، از جمله سوء مصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مهم، و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی. فرد بپذیرد که حملات هراس ممکن است گاه گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند، و اگرچه

1 - «one minel fally»

2 - Relaxation

3 . Benson

4 . Orme-Johnson

5 . Shapiro

6 . Acceptance

7 . Jacobsen

8 . Follette

تجویز می‌شود (نظیر نشستن بی حرکت، بستن چشم‌ها و پرداختن توجه) اما هیچ هدف خاصی اتخاذ نمی‌شود، شرکت‌کنندگان کوششی برای ایجاد آرامش، کاهش درد، یا تغییر افکار و هیجانات خود به عمل نمی‌آورند، گرچه ممکن است به همین دلایل جهت درمان مراجعه کرده باشند. آنها به سادگی آنچه را که در هر لحظه اتفاق می‌افتد، مشاهده می‌کنند. سرانجام، پژوهشگران حضور ذهن مطرح ساخته‌اند که آموزش مؤثر مهارت‌های حضور ذهن توسط متخصصین بهداشت روانی خود آنها را نیز درگیر فراگیری مهارت‌های حضور ذهن می‌سازد (سگال و همکاران، ۲۰۰۳).

نقش آموزش دهندگان MBCT در انجام مهارت‌ها و تکنیک‌ها

علاوه بر آموزش‌های مربوط به روان‌درمانی یا مشاوره یا آموزش‌های مربوط به حرفه بهداشت روانی که طی آن آموزش دهندگان باید درمان شناختی و نحوه اداره گروه را بیاموزند، ضرورت دارد تا آنها خود روش‌های MBCT را تمرین کنند. شبیه آموزش شنا که آموزش گیرندگان صرفاً از طریق کتابچه راهنمای شنا نمی‌تواند شنا را بیاموزند. مربی شنا کسی است که طرز شنا کردن را بداند. ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که آشنایی با تمرینات حضور ذهن یکی از ضروریات است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که متخصصین سلامت روان به عنوان یک آموزش دهنده تا حدودی به تمرین‌های MBCT مبادرت ورزند. زیرا بدون شک، برخی از شرکت‌کنندگان در حین تمرینات مشکلاتی خواهند داشت و مربی با «دانش ذهنی صرف» نمی‌تواند به آنها پاسخ دهد. علاوه بر آن از این طریق توانایی آموزش دهندگان برای تجسم طرز تلقی‌های فردی که ممکن است شرکت‌کنندگان در حین تمرینات داشته باشند، ارتقاء می‌یابد. عاقلانه به نظر نمی‌رسد که آموزش دهندگان بدون این قادر باشند تا مراجعان را آموزش دهند.

برنامه‌ریزی و آمادگی برای جلسات

در هر جلسه کارهای مشخصی باید انجام شود که شامل توزیع جزوات آموزشی مربوط به جلسه، نوارها و مطالب خواندنی، آماده‌سازی اتاق قبل از هر جلسه با چندین صندلی و احتمالاً مطالبی که به‌عنوان کلید واژه روی تخته سیاه نوشته می‌شود. به عبارت دیگر هر جلسه به برنامه‌ریزی نیاز دارد و تجارب آموزش دهندگانی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند نشان داده جلساتی که آنها بدون برنامه‌ریزی قبلی اجرا می‌کردند با جلساتی که با آمادگی قبلی به اجرا در می‌آمد، کاملاً متفاوت بود. بنابراین توصیه می‌شود که خود را برای جلسه کاملاً آماده کنید. با این کار نه تنها برنامه‌های هر جلسه به ترتیب اجرا می‌شود بلکه تعادلی بین پذیرا بودن و جهت داشتن تجارب شرکت‌کنندگان به وجود می‌آید. هم چنین برنامه‌ریزی قبلی باعث انعطاف‌پذیری شما در کلاس می‌شود.

در صورتی که متخصصینی که از شیوه‌های سنتی رفتاری - شناختی استفاده می‌کنند، انتظار نمی‌رود که درگیر تمریناتی شوند که در حال آموزش دادن آنها هستند. اگرچه تمرین حضور ذهن معمولاً شامل پذیرش واقعیت زمان حال است، افرادی که این مهارت‌ها را تمرین می‌کنند، ممکن است کاهش در انواع نشانه‌ها را تجربه کنند.

موضوعات اجرایی

در خصوص کار با افرادی که قبلاً دوره‌های شدید افسردگی را داشته‌اند، نکاتی وجود دارد که باید رعایت شود:

الف - افراد افسرده‌ای که با استفاده از دارو بهبود یافته‌اند، ممکن است تصور کنند که بیماری آنها جنبه زیستی دارد، لذا برای تغییر تصورات آنها نیاز به یک رویکرد روانی - اجتماعی داریم. با توجه به این اصل، در ارزیابی اولیه، زمانی را به صحبت در مورد چگونگی نقش دو عامل زیستی و روانی - اجتماعی در شروع، ادامه و عود افسردگی اختصاص می‌دهیم.

ب - دوم اینکه در کار با شرکت‌کنندگان بهبود یافته، باید توجه داشت که نشانگان افسردگی در سطح پائینی قرار دارند. درمان‌های قبلی روان‌شناختی با این فرض توسعه یافتند که شرکت‌کنندگان افسرده دارای نشانگان بارزی مثل خلق افسرده مستمر، افکار و مقادیر منفی، سوگیری‌های شدید در حافظه و قضاوت ناتوانی برای احساس لذت و داشتن فعالیت، افکار و تکانه‌های خودکشی هستند. هدف مهم رویکرد MBCT آموزش به شرکت‌کنندگان برای آگاهی بیشتر از تغییرات جزئی خلق است. از آن جایی که در دوره بهبودی، نشانگان برجسته نیستند به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به نجوای درون خود گوش دهند.

ج - سوم، مربوط به زمان عود بیماری است که به طور متوسط ۵۰٪ از بیماران تا یک سال پس از دوره افسردگی،

مستقیم با آن را انتخاب کنند و یا از طریق توجه به بخشی از بدن که در اثر احساسات منفی تنیده شده و آگاهی نسبت به آن از تنفس برای آرام کردن حس‌های بدنی استفاده کنند. یا از راهبردهایی استفاده کنند که در گذشته برای داشتن احساس راحتی یا تسلط به کار می‌بردند. نکته بسیار مهم در تمرین تنفس انعطاف‌پذیری آن است، زیرا در این تمرین، تنفس به طور وسیعی در بدن گسترش می‌یابد. شاید برای شرکت‌کنندگان بستن چشم‌ها به مدت سه دقیقه مشکل باشد، ولی این کار برای آن‌ها این امکان را فراهم می‌آورد تا در پذیرش برداشت‌های خودشان درنگ کنند. بنابراین قبل از توجه وسیع به رویکرد اینجا و اکنون، تمرکز بر تنفس به عنوان اولین گام مهم به‌شمار می‌رود.

در نهایت، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند که از نشانگان هشدار دهنده افسردگی آگاهی یافته و زمانی که افسردگی رخ می‌دهد از راهبردهای عملی تری استفاده کنند. ما اعتقاد داریم که MBCT می‌بایست آمیزه‌ای از موضوعات اولیه رویکرد حضور ذهن به‌طور کلی و کمک به رویارویی با مسایل خاصی باشد که باعث افسردگی شده‌اند. اما در همه حال، موضوع اصلی تغییر ارتباط با آن چیزی است که مشکل‌ترین محسوب می‌شود (محمدخانی، تمنایی فر و جهانی تابش، ۱۳۸۴).

تاریخچه MBCT در ایران

MBCT در ایران برای نخستین بار در یک پروژه پژوهشی مشترک بین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دانشگاه کلگری کانادا در سال ۱۳۸۲ معرفی گردید. در این پروژه اثربخشی MBCT در مقایسه با درمان رفتاری-شناختی نوین مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی و درمان متداول (که غالباً دارو می‌باشد) برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در فاز بهبودی نسبی مورد آزمون قرار داده شد. به همین منظور کارگاه‌های آموزشی برای درمانگرانی که باید MBCT را به اجرا در می‌آوردند برگزار شد. در همین راستا کتاب درمان شناختی حضور ذهن با اقتباس از کتابی تحت این عنوان (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰) به رشته تحریر درآمد که در این کتاب اصول و مبانی درمان شناختی حضور ذهن و همین‌طور، ساختار جلسات همراه با جزوات مربوط به شرکت‌کنندگان ارائه شد (محمدخانی، تمنایی فر و جهانی تابش، ۱۳۸۴). با توجه به نتایج طرح مذکور، در حال حاضر کوشش‌هایی به منظور بررسی اثربخشی یک درمان ترکیبی (CBT + MBCT) در بیماران مبتلا به افسردگی در حال انجام است که انتظار می‌رود به انطباق فرهنگی MBCT بیانجامد و جدا از به کارگیری سنتی آن در پیشگیری از عود افسردگی به عنوان یک درمان در زمان تجربه افسردگی به آزمون درآید (امیدی و همکاران زیر چاپ).

نکته مهم قابل توجه این است که به شرکت‌کنندگان گفته شود در آغاز درمان ممکن است استرس بیشتری احساس کنند و چون روزانه باید ۴۵ دقیقه به نوار گوش دهند ممکن است به ایجاد تغییراتی در سبک زندگی خود نیاز داشته باشند. ممکن است از این روش درمانی فواید بسیاری را انتظار داشته باشند، که این انتظارات ذهنی و بیشتر فریبنده است، بنابراین تلاش کنند تا با حداکثر توان خود قضاوت را به تأخیر اندازند و به رویکرد تجربی تأکید داشته باشند. بنا به آنچه در نخستین تمرین منظم برنامه گفته شده «خیلی تلاش نکنید - هر چه پیش آمد بپذیرید»، این آن چیزی است که هم‌اکنون احساس می‌کنید.

دستورالعمل

در MBCT اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند، در هر لحظه و بدون داوری است. روش توجه کردن در جلسات ۴-۱ آموزش داده می‌شود. در ابتدا شرکت‌کنندگان از این که معمولاً توجه کمی به زندگی روزانه دارند، آگاه می‌شوند. آن‌ها می‌آموزند که از تغییرات سریع ذهن از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شوند. به دنبال آن یاد می‌گیرند که چطور ذهن سرگردان خود را به یک نقطه واحد متمرکز کنند. در ابتدا این کار از طریق توجه به قسمت‌های مختلف بدن و سپس با ارجاع به تنفس آموخته می‌شود. در گام بعدی شرکت‌کنندگان می‌آموزند که چطور ذهن سرگردان باعث ایجاد افکار و احساسات منفی می‌شود.

تنها وقتی که یک فرد از این جنبه‌ها آگاه شود می‌تواند از MBCT استفاده کند، تا از این طریق بتواند تغییرات خلقی خود را شناسایی نموده و در کوتاه مدت آن‌ها را اداره کند و یا در درازمدت با آن‌ها چالش نماید. این کار مستلزم فاز دوم MBCT و مربوط به جلسات ۸-۵ است. آموزش‌دهندگان باید به این نکته توجه داشته باشند که هرگاه افکار یا احساسات منفی در شرکت‌کنندگان ظاهر شده به آنها گوشزد کنند که قبل از پاسخ‌های مهارت‌آمیز به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورت در ذهنشان باقی بمانند. با این کار شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه به طور کامل از تفکر یا احساسات آگاه شوند و یک تا دو دقیقه قبل از اینکه توجه خود را به کل بدن معطوف کنند به تنفس خود توجه نمایند. چنین کاری برای اداره مشکلات در همان لحظه و آگاهی نسبت به افکار یا احساسات ناخوشایند کفایت می‌کند. در هر بخش از تمرین، این اولین قدم اساسی رویارویی با افکار و احساسات منفی است. به دنبال این فرایند شرکت‌کنندگان می‌توانند بهترین پاسخ ممکن را انتخاب کنند. مثلاً ممکن است مشکل را فقط به عنوان یک فکر یا احساس در نظر گرفته و آن را گذرا ببینند و یا ممکن است در درازمدت رویارویی

mainstreaming of using mindfulness based cognitive behavior therapy for emotional tolerance and mood relief.

-harma Practice in society. Ing. Watson & S. Batchelor (Eds.). **The psychology of awaking: Buddhism, science, and our day-to-day lives** (pp, 225-249). Nork Beach, ME:Weiser .

-Kristeller, J., & Hallet, C. B. (1997). An exploratory study of binge eating disorder. **Journal of Health Psychology**, 4, 357 – 363.

-Lau, M., Mc Main, S.F.(2005). Integrating Mindfulness Meditation with cognitive and Behavior therapies: The challenge of combining Acceptance- and chang-Linehan, M.M.(1993a).**Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder** . New York: Guilford Press.

-Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

e – Based strategies.

-Linehan, M.M. Tutec, D., Heard, H.L., &Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. **American Journal of Psychiatry**, 1771-1776.

-Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness , and acceptance . In. S .C Hayes , N . S . Jacobson , V . M. Follete, & M.J.Dougher (Eds), **Acceptance and context in psychotherapy** (pp. 175-197). Reno , NV:context Press .

-Marlatt, G. A. & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed), **Integrating spirituality into treatment** (pp.67-84). Washington <DC: American Psychological Association.

-Mason, O., Hargreaves. I.,(2001). A qualitative study of Mindfulness- based cognitive therapy for depression.

Omidi, A., Mohammadkhani. P., Poorshahbaz . A., Dolatshahi . B.(2008). A randomized , comparing a combination of CBT & MBCT with traditional CBT and TAU in patient with major depressive disorder .(in press)

-Parker, G. and et al., (2003). Cognitive Behavior Therapy for Depression? Choose Horses for Courses. **Am J Psychiatry**.

-Philippot, P. and et al., (2004). A qualitative study of Mindfulness – based cognitive therapy for depression.

-Philippot, P. and et al., (2004). MBCT training

شایان ذکر است که اثربخشی MBCT در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب توسط کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) نیز از مطالعاتی است که تاکنون در ایران انجام یافته است.



منابع:

- امیدی، ع.، محمدخانی، پ.، پورشهباز، ع.؛ دولتشاهی، ب. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی MBCT&CBT در کاهش نشانه های همراه در اختلال افسردگی اساسی. زیر چاپ.

- کاویانی، ح.؛ جواهری، ف.؛ بحیرایی، ب. (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد و افسردگی و اضطراب پی گیری ۶۰ روزه . مجله تازه های علوم شناختی . ۷ و ۵۹-۴۹ .

-ویلیامز، م.، سی گال، ز. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. ترجمه پروانه محمدخانی، شیما تمنایی فر، عذرا جهانی تابش. فرادید.

-Baer, R. A., (2003). **Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review**. American Psychological Association.

Carson, J. W., Carson, M., Gil, K. M., Baucom, DH. (2004). Mindfulness based-Kabat-Zinn, J., (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress , pain , and illness. New York : Delacorte.

-Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. **Journal of Behavioral medicine**, 11,333-352.

-Kabat-Zinn, J., Massion, M. D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher. K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Relationship Enhancement. Behavior therapy. Psychiatry , 19-

-Kabat-Zinn .J ., (1994) . Wherever you go , there you are :Mindfulness meditation in everyday life . New York :Hyperion .

-Kabat-Zinn, Wheeler, E., Light, T., Skilling, Z., Scharf, M.J., Crpley, T.G., et al . (1998). Influence of a mindfulness meditation – based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photo chemotherapy (PUVA). **Psychosomatic Medicine**, 50, 625-632.

-Kabat-Zinn .J. (2000). Indras net at work: The

improves Autobiography Memory and Mood in a healthy middle aged sample.

-Ramel, W, and et al., (2004). The Effects of mindfulness meditation on cognitive processes and Affect in patients with past Depression. *Cognitive therapy and research*.

-Segal , Z.V., Williams , J.M.G., & Teasdale , J.D.(2002). **Mindfulness-based cognitive therapy for depression:A new approach to preventing relapse . New York: Guilford press .**

-Stuart J.R. and et al., (2006). Cognitive Therapy for Depression American Family Physician.

-Surawy, C. and et al., (2005). The Effect of mindfulness training on Mood and Measures of fatigue, activity, and, quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list. **Behavioral and cognitive psychotherapy.**

-Teasdale-Teasdale, John. D. (1983). change in cognition during depression psychopathological: discussion paper. **Journal of Royal society of medicine**. Colume 76, December 1983.

Segal, Z.V., Williams, J. Mark, G. Ridgeway, V. A., Soulsby, J.M., Lau, M.A. (2000). Prevention of Relapse/ Recurrence in Major Depression by Mindfulness Based cognitive therapy. **Journal of counseling and clinical psychology.**

-Teasdale, J.D., Segal, Z.V. Williams, J.M. (2004). Mindfulness training and problem formulation.

-Warren Rown, k. and Ryan, R.M. (2003). The Benefits of Being present: Mindfulness and its Role in psychological well-Being. **Journal of personality and social psychology.**

-Welssman, M. M., and Markowitz, J.C. (2003). The future of psychotherapies for mood disorders.

-Williams, J.M ., K., Kolar , M.M ., Reger, B. E., & Pearson , J.C.(2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention:A controlled trial. **American Journal of Health promotion** , 15 , 422-432 .

-Williams, J.M., Teasdale, J.D. segal, Z., soulsby, J.(2000). Mindfulness- Based cognitive therapy Reduces overgeneral Autobiography Memory in formerly Depression Patients. **Joural of Abnormal psychology.**

-Zunkel, G. M. (2003). Depressive Disorders: Treatment with Nonpharmalogical Alternatives. **Complementary Health Practice Review.**

غربال گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی

دکتر حمید یعقوبی

دکترای تخصصی روان شناسی بالینی،
استادیار دانشگاه شاهد

چکیده

اگر پیشگیری را به سه دسته اولیه، ثانویه و ثالث تقسیم بندی کنیم، در صورت امکان بهترین روش پیشگیری، پیشگیری اولیه است. اما اگر پیشگیری اولیه ممکن نباشد، تشخیص به موقع و درمان سریع به عنوان دومین خط دفاع بر علیه بیماریهایی است که به پیشگیری اولیه پاسخ نمی دهند. یکی از راههای تشخیص به موقع بیماری (از جمله بیماری های روانی) توجه به اولین علائم بیماری پس از ظهور است که آزمونهای غربال گری یکی از موثرترین ابزارها بدین منظور می باشند. آزمونهای غربال گری جنبه تشخیصی ندارند، بلکه افرادی که دارای نتیجه مثبت یا مشکوک هستند را شناسایی می کنند. تشخیص مستلزم انجام مصاحبه بالینی توسط متخصصان روان پزشکی و روان شناسی می باشد. اما برای اینکه یک آزمون غربال گری به خوبی بتواند از عهده شناسایی افراد مشکوک برآید باید از اعتبار لازم برخوردار بوده و نمرات برش آن مشخص باشد. مهمترین شاخص های اعتبار آزمونهای غربال گری که برای تعیین نمره برش آزمون نیز لازم می باشد، حساسیت و ویژگی است. در این مقاله ضمن اشاره مختصر به روشهای شناسایی بیماریهای روانی، به طور مفصل به برخی از آزمونهای غربال گری روان شناختی متداول و مفاهیمی همچون غربال گری، حساسیت، ویژگی و چگونگی تعیین نمره برش و اعتباریابی آزمونهای غربال گری پرداخته شده است.

کلید واژه:

غربال گری، نمره برش، حساسیت، ویژگی، اختلالات روانی

۱- مصاحبه توسط روان پزشک

۲- بیمار یابی توسط دستیاران پژوهشی

۳- بیمار یابی از طریق پزشکان عمومی

۴- بیمار یابی از طریق مطالعات دو مرحله ای

با توجه به اینکه نقطه ثقل مقاله حاضر بررسی غربال گری اختلالات روانی می باشد سه مورد اول به گونه مختصر و مورد آخر را به طور مفصل مورد بحث قرار خواهیم داد.

۱- مصاحبه توسط روان پزشک

در غیاب هرگونه ملاک عینی برای تشخیص بیماری روانی، مصاحبه توسط روان پزشک مجرب، روش نهایی بیمار یابی است (گلدبرگ، ۱۹۷۲). این روش دارای مزایا و معایبی است. از مهمترین مزایای این روش اعتبار تشخیصی ها و به تبع آن میزان

اگرچه وجود بیماری روانی از قرن ها قبل مسجل فرض شده است اما تا قرن حاضر هیچگونه روش آماری برای برآورد حجم مساله وجود نداشت. آن گونه که دورنوند (۱۹۸۲، ۱۹۹۰) اظهار می دارد تا جنگ جهانی دوم، بیشتر مطالعات همه گیری شناسی اختلالات روانی به اطلاعات به دست آمده از گزارش های بیمارستانی متکی بودند؛ ولی محققان هیچگونه کنترلی بر فرایند بیمار یابی، ثبت گزارش ها و حتی بر تشخیص نداشتند (گلدبرگ^۲، ۱۹۷۲). این مشکل وقتی بیشتر خودش را نمایان می کرد که محققین می خواستند علاوه بر بیماریهای روان پریشی، میزان شیوع اختلالات روان نژندی (= نوروتیک) را نیز برآورد نمایند. لذا به همین دلیل محققان پس از جنگ جهانی دوم به روشهایی غیر از گزارش های بیمارستانی جهت برآورد میزان شیوع اختلالات روانی روی آوردند که در آنها معمولاً نمونه ای از جمعیت را انتخاب و بررسی می کردند که چه تعدادی از آنها مبتلا به بیماریهای روانی هستند.

روشهای مختلفی برای برآورد میزان شیوع اختلالات روانی وجود دارد که در اینجا آنها را به چهار بخش تقسیم کرده ایم:

1 - Dohrenwend

2 - Goldberg

گزارش شده که در آنها برآورد میزان شیوع اختلالات روانی براساس تشخیصهای پزشکان عمومی محاسبه شده است. یکی از این مطالعات، مطالعه ای است که توسط قنبری، پیرنیا و یعقوبی (۱۳۷۸) در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان انجام شد. مشکلی که ممکن است در این زمینه پیش آید آن است که میزان صحت تشخیصی پزشکان عمومی و نیز میزان تشخیص های داده شده متنوع است که علت این تفاوت می تواند مربوط به خود پزشکان عمومی باشد؛ زیرا اینان افرادی هستند که خودشان این کار را دوست دارند و انتخاب می کنند و این واقعیت می تواند بر میزانهای شیوع گزارش شده تاثیر بگذارد. برای مثال یک پزشک علاقمند به روان شناسی و روان پزشکی ممکن است تعداد بیشتری از بیماران نوروتیک را به مطب خود جذب کند تا پزشکی که با بیماران دچار اختلال عاطفی، خصمانه برخورد می کند.

بیماریابی از طریق مطالعات دو مرحله ای

در مطالعات دو مرحله ای، در مرحله اول از یک آزمون غربال گری استفاده می شود. مرحله دوم عبارت است از مصاحبه بالینی کامل که توسط یک متخصص بالینی مجرب انجام می شود.

منظور از غربال گری، جستجوی بیماری یا نقیصه شناخته نشده به وسیله آزمونهای عملی و سریع، معاینه و یا روشهای دیگر در اشخاص به ظاهر سالم می باشد. آزمون غربال گری جنبه تشخیصی ندارد، بلکه افرادی که دارای نتیجه مثبت یا مشکوک می باشند باید برای تشخیص و درمان لازم نزد متخصص اعزام شوند (مازنی^۹ و کرامر^{۱۰}، ۱۹۸۵).

مرحله اول که غربال گری است به صورت زیر با مرحله دوم مرتبط می شود: غربال گری اختلالات روانی عبارت است از شناسایی احتمالی اختلالات روانی که قبلاً شناسایی نشده یا گزارش نشده از طریق آزمونها، معاینات و سایر روشهای مناسب بر روی نمونه های مشخصی از جمعیت. روشهای غربال گری روانی، بین افرادی از جمعیت که احتمال دارد یک اختلال عاطفی یا روانی مهم داشته باشند و آنهایی که چنین اختلالی ندارند تمایز می گذارد. این آزمونهای غربال گری برای تشخیص به کار نمی روند. افراد مشکوک یا با یافته های مثبت

شیوعی است که حاصل می گردد. البته این نکته را باید خاطر نشان ساخت که هیچگونه آزمونی برای اعتباریابی این روش به مفهوم متداول آن وجود ندارد، چرا که اگر قضاوت های یک روان پزشک با قضاوت های یک روان پزشک دیگر مقایسه گردد، این بیشتر یک آزمون پایایی^۱ است تا آزمون اعتباری^۲. از دگر سو یکی از مهمترین معایب این روش هزینه بر بودن آن است. به همین دلیل، این روش مطالعات، جز مطالعاتی هستند که سالهاست دیگر انجام نمی شود. مطالعاتی که به بهترین وجهی روش استفاده از روان پزشکان را به عنوان تنها تعیین کنندگان بیماری نشان می دهند مطالعاتی است که توسط ایسن مولر^۳ و همکارانش (۱۹۵۶) و مجدداً توسط هاگنل^۴ (۱۹۵۹)، (۱۹۶۸) در یک روستای ۲۵۰۰ نفری در جنوب سوئد انجام شد. در این مطالعات بدون استفاده از هیچ گونه روش نمونه گیری، کلیه افراد توسط روان پزشک مصاحبه شدند. همان گونه که در این مطالعه هم قابل مشاهده است این روش را می توان فقط برای جامعه های کوچک استفاده کرد و کاربرد آنها برای جوامع شهری بزرگ غیر ممکن و بسیار پر هزینه است (به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴).

۲- بیماریابی توسط دستیاران پژوهشی

در بیشتر زمینه یابی های جامعه نگر بیماریهای روانی، روان پزشکان یا روان شناسان بالینی به جای آنکه خودشان با بیمار مصاحبه کنند، یادداشت های مصاحبه ای را که توسط شخص دیگری انجام شده ارزشیابی می کنند. بدین منظور می توان از دانشجویان پزشکی یا کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی برای مصاحبه با بیمار استفاده کرد یا دستیاران پژوهشی را برای اجرای یک مصاحبه استاندارد آموزش داد. مطالعه ای که توسط هالی فیلد^۵، کیتون^۶، اسپین^۷ و پولی^۸ (۱۹۹۰) با هدف مقایسه میزان شیوع اختلال افسردگی عمده، اختلال هراس و اختلال اضطراب منتشر در لسوتو با میزان شیوع آنها در امریکا انجام شد، نمونه ای از مطالعاتی است که توسط دستیاران پژوهشی آموزش دیده انجام شده است. این روش در مقایسه با روش بالا مقرون به صرفه تر است اما همچنان مستلزم آن است که کلیه افراد نمونه مورد مصاحبه بالینی قرار گیرند.

۳- بیماریابی از طریق پزشکان عمومی

پزشکان عمومی مرجعی هستند که بیماران روانی به ویژه بیماران نوروتیک که از علائم جسمانی نیز رنج می برند اولین بار و بیشتر از سایر پزشکان و متخصصین به آنها مراجعه می کنند. در همین راستا مطالعه ای که در سال ۱۳۵۰ توسط هاراطون داویدیان گزارش شد، نشان داد که ۸۰٪ بیماران روانی ابتدا به پزشکان عمومی، ۱۶٪ به سایر متخصصان و تنها ۴٪ مستقیماً به روان پزشکان مراجعه می کنند. لذا به نظر می رسد که اگر پزشکان عمومی از آموزشهای لازم برای تشخیص گذاری بیماران روانی برخوردار باشند به خوبی بتوانند برآورد مناسبی از میزان شیوع اختلالات روانی به دست دهند. مطالعات مختلفی

- 1 - reliability
- 2 - validity
- 3 - Essen - Moller
- 4 - Hagnel
- 5 - Hollifield
- 6 - Katon
- 7 - Spain
- 8 - Pule
- 9 - Mausner
- 10 - Kramer

باید تحت آزمایشها و معاینات فشرده تری قرار گیرند تا دقیقاً شناسایی و تشخیص داده شوند.

یکی از پیشگامان و بنیان گزاران مطالعات دو مرحله ای برای اختلالات روانی گلدبرگ (۱۹۷۲) است. گلدبرگ برای مرحله اول، آزمون ۶۰ سوال GHQ را ابداع کرد که پس از آن به یکی از پر کاربردترین آزمونهای غربالگری اختلالات روانی تبدیل شد. تا کنون مطالعات متعددی با این روش انجام شده است که به عنوان نمونه می توان به مطالعاتی که هم در ایران (مانند مطالعات باقری یزدی، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ یعقوبی، ۱۳۷۴؛ پالانگ، ۱۳۷۴؛ امیدی، طباطبایی، سازور و عکاشه، ۱۳۸۴) و هم در سایر کشورها انجام شده است (مانند گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ بارت^۱ و همکاران، ۱۹۸۸؛ بهار^۲ و همکاران، ۱۹۹۲) اشاره کرد.

همانطور که اشاره شد در مطالعات دو مرحله ای از یک آزمون غربالگری (مرحله اول) و یک ابزار تشخیصی (مرحله دوم) استفاده می شود. برای مصاحبه های مرحله اول استفاده از متخصصین بهداشتی در سطوح آموزشی و تجربی قبل از دکتری (روان شناسان بالینی، مددکاران اجتماعی یا روان پرستاران با درجه فوق لیسانس) پیشنهاد می شود. به مصاحبه گران مرحله اول « غیر تشخیص گذاران^۳» اطلاق می شود. در مرحله دوم، مصاحبه ها توسط افرادی که دارای درجه دکتری در روان پزشکی، روان شناسی بالینی و مددکاری اجتماعی روان پزشکی هستند انجام می شود. به مصاحبه گران مرحله دوم «تشخیص گذاران^۴» اطلاق می شود (دورنونند و شرآت، ۱۹۸۱).

در اینجا ابتدا به معرفی برخی از آزمونهای غربالگری رایج پرداخته و سپس شیوه اعتباریابی یک آزمون غربالگری را توضیح خواهیم داد.

آزمونهای غربالگری

آزمون های غربالگری را به دو دسته ابزارهای عمومی و ابزارهای تخصصی تقسیم کرده ایم. منظور از ابزارهای غربالگری عمومی ابزارهایی هستند که برای سنجش سلامت روانی عمومی مورد استفاده قرار می گیرند و ابزارهای غربالگری تخصصی ابزارهایی هستند که به طور اختصاصی برای سنجش یک اختلال یا مشکل خاص استفاده می شوند. از رایجترین آزمونهای دسته اول می توان به پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و از رایجترین آزمونهای دسته دوم می توان به مقیاس افسردگی بک اشاره کرد.

آزمونهای غربالگری عمومی

۱- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

۱-۱- پرسشنامه سلامت عمومی ۶۰ سوالی (GHQ-60)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در سال ۱۹۷۲ توسط دیوید گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط های مختلف تدوین شده است. سوالهای پرسشنامه

که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یا یک ماه) اخیر می پردازد دربرگیرنده نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده می باشد. به همین جهت سوالها بر موقعیت « اینجا و اکنون» تاکید دارد.

گلدبرگ (۱۹۷۲) برای انتخاب سوالها بر روی چهار حوزه کار کرده است: اولین حوزه افسردگی است، دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روان شناختی می باشد، سومین حوزه رفتار قابل مشاهده عینی است که سوالهای مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در اینجا منظور شده است و چهارمین حوزه مربوط به «خود بیمار انگاری» است که دربرگیرنده طیف گسترده ای از سوالهای به ظاهر «عضوی» می باشد. در انتخاب سوالهای GHQ از پرسشنامه های CMI+MMPI، مقیاس اضطراب آشکار تیپلور و سیاهه شخصیت مادزلی آیزنک استفاده شده است. نهایتاً ۱۴۰ سوال مقدماتی انتخاب شد.

پرسشنامه با سوالات جسمانی شروع می شود و هر چه به جلوتر برویم جنبه روان پزشکی سوالها بیشتر می شود. دلیل این کار این بوده که وجود چنین سوالهایی در ابتدای پرسشنامه ممکن است آزموندینها را برآشفته کند به گونه ای که حاضر به ادامه همکاری نشوند.

برای بررسی پرسشنامه، سه گروه ۱۰۰ نفری بهنجار، بیماران خفیف و بیماران شدید (مجموعاً ۳۰۰ نفر) انتخاب و فرم اولیه بر روی آنها اجرا و پس از تحلیل سوالها، ۹۳ سوال برگزیده شد. تحلیل مولفه های اصلی^۶ بر روی ۹۳ سوال صورت گرفت ولی چون نظر بر این بود که پرسشنامه مورد پذیرش طیف گسترده ای از جامعه باشد، ۶۰ سوال که دارای بهترین شیب خطی و فزاینده بودند انتخاب شدند (گلدبرگ، ۱۹۷۲).

به اعتراف بسیاری از پژوهشگران (مثلاً هندرسون، ۱۹۹۰)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) شناخته شده ترین ابزار غربالگری تا کنون در دنیای روان پزشکی و علوم رفتاری و روان شناسی است که تاثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی است که فرم ۲۸ سوالی (GHQ-28) و فرم ۱۲ سوالی آن (GHQ-12) هم در ایران و هم در سایر کشورها کاربرد بسیار داشته است.

۱-۲- پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)

فرم میزان شده^۷ یا ۲۸ سوالی در اقدامی به منظور افزایش واریانس، ساخته شده و براساس تحلیل عامل بر روی فرم کامل

- 1 - Barrett
- 2 - Bahar
- 3 - non-diagnosticians
- 4 - diagnosticians
- 5 - item analysis
- 6 - principal component analysis
- 7 - scaled version

نمره گذاری پرسشنامه های GHQ

نمره گذاری پرسشنامه های GHQ به دو صورت متداول می باشد. یکی روش نمره گذاری سنتی گلدبرگ که به صورت (۰-۱-۰-۱) است. یعنی گزینه های الف و ب نمره صفر و گزینه های ج و د نمره یک می گیرند. در این صورت حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه GHQ-60 برابر با ۶۰، در پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۲۸ و در پرسشنامه GHQ-12 برابر با ۱۲ خواهد شد. روش دیگر نمره گذاری، نمره گذاری لیکرت می باشد که به صورت (۰-۱-۲-۳) است یعنی گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره ۱، گزینه ج نمره ۲ و گزینه د نمره ۳ می گیرد. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری در پرسشنامه های GHQ-60، GHQ-28 و GHQ-12 به ترتیب برابر با ۱۸۰، ۸۴ و ۳۶ خواهد شد.

اعتبار و پایایی پرسشنامه های GHQ

اعتبار

مقصود از اعتبار آزمون، پاسخ دادن به این سؤال است که آزمون چه چیزی را اندازه گیری می کند و تا چه اندازه از این لحاظ کارایی دارد (آناستازی، ۱۳۷۱). از طرف دیگر دو تا از بهترین شاخصهای اعتبار ابزارهای غربال گری، حساسیت^{۲۵} و ویژگی^{۲۶} است. حساسیت آزمون غربال گری عبارت است از نسبت بیماران درست شناسایی شده یا مثبت های واقعی که به عنوان درصد بیماری بیان می شود. ویژگی یک آزمون غربال گری عبارت است از نسبت افراد سالم درست شناسایی شده یا منفی های حقیقی که به عنوان درصد غیر بیماران بیان می شود (گلدبرگ، ۱۹۸۹).

گلدبرگ (۱۹۷۲) در مطالعه اولیه اش اعتبار GHQ را محاسبه و گزارش داد که شاخص های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی فرم ۶۰ سوالی GHQ با روش نمره گذاری لیکرتی به ترتیب برابر با ۷۷/۵٪، ۸۸/۴٪ و ۱۵/۴٪ و با روش نمره گذاری سنتی به ترتیب برابر با ۸۰/۶٪، ۹۳/۳٪ و ۱۰/۹٪ می باشد. این شاخص ها در مطالعه اولیه ای که در ایران بر روی GHQ-28 انجام شد به ترتیب برابر با ۸۶/۵٪، ۸۲٪ و ۱۶٪

GHQ، یعنی نسخه ۶۰ سوالی آن، می باشد که ۴ خرده مقیاس نشانه های جسمانی^۱، اضطراب^۲، اختلال در کارکرد اجتماعی^۳ و افسردگی^۴ را در بر می گیرد (گلدبرگ و هیلی یر، ۱۹۷۹). هر یک از این خرده مقیاسها دارای ۷ سوال می باشند. سوالهای هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده است به گونه ای که از سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، از سوال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشند.

به مقیاس نشانه های جسمانی مقیاس A نیز می گویند. دو سوال از سوالهای این مقیاس مربوط به احساس سلامتی و بیماری، دو سوال مربوط به سردرد و سه سوال دیگر مربوط به احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی و احساس داغ یا سرد شدن بدن می باشد.

سوالهای مقیاس اضطراب (مقیاس B) مربوط به بی خوابی، احساس فشار و تنیدگی، عصبانی و بدخلق شدن، ترس و وحشت بی دلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارها می باشد. مواد مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی (مقیاس C) کارکرد فرد را در یک ماه گذشته مورد بررسی قرار می دهد. مواد مقیاس افسردگی که به آن مقیاس D نیز می گویند در مورد احساس بی ارزشی، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی و خودکشی می باشد.

۱-۳- پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ-12)

پرسشنامه GHQ-12 (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸) شامل ۱۲ سوال از ۶۰ سوال پرسشنامه اصلی است که همانند فرمهای دیگر، هر یک از سوالات شدت مشکلات روانی را در چند هفته (یا یک ماه) اخیر می سنجد. پرسشنامه GHQ-12 دارای ساختار تک وجهی^{۲۷} است ولی در بعضی از مطالعات خرده مقیاسهای اضطراب و افسردگی (۴ سوال)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۶ سوال) و عدم اعتماد به نفس (۲ سوال) برای آن شناسایی شده است (گائو، لو، تامبو، و همکاران، ۲۰۰۴؛ گراتز، ۱۹۹۱). پژوهشگران دیگری هم به ساختار سه عاملی آن دست یافته اند (مارتین، ۱۹۹۹؛ وورسلی^{۲۸} و گریبین^{۲۹}، ۱۹۷۷). بعضی از پژوهشگران هم به یک ساختار دو عاملی (افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی؛ ورنیکه^{۳۰}، گلدبرگ، یالسین^{۳۱} و اوستان^{۳۲}، ۲۰۰۰؛ ملال عمومی^{۳۳} و اختلال در کارکرد اجتماعی؛ پولیتی^{۳۴}، پیسنیلی^{۳۵} و ویلکینسون^{۳۶}، ۱۹۹۴؛ عبارات منفی^{۳۷} و عبارات مثبت^{۳۸}؛ آندریچ^{۳۹} و فان شوپروک^{۴۰}، ۱۹۸۹) دست یافتند. اما به نظر می رسد که از نقطه نظر عملی، استفاده از پرسشنامه GHQ-12 به همان صورت تک عاملی و به عنوان ابزاری برای غربال گری اختلالات و مشکلات روان شناختی سودمندتر باشد (گائو و همکاران، ۲۰۰۴).

1 - somatic symptoms	14 - Werneke
2 - anxiety	15 - Yalcin
3 - social dysfunction	16 - Ustun
4 - depression	17 - General Dysphoria
5 - Hillier	18 - Politi
6 - unidimensional	19 - Piccinelli
7 - Gao	20 - Wilkinson
8 - Luo	21 - Negatively Worded Items
9 - Thumboo	22 - Positively Worded Items
10 - Graetz	23 - Andrich
11 - Martin	34 - van Schoubroeck
12 - Worsley	25 - sensitivity
13 - Gribbin	26 - specificity

GHQ-60 (مثلا گلدبرگ، ۱۹۷۲)، GHQ-28 (مثلا چونگ^۱ و اسپیرز^۲، ۱۹۹۴؛ یعقوبی، ۱۳۷۴، یعقوبی و همکاران ۱۳۸۷) و GHQ-12 (مثلا گائو و همکاران، ۲۰۰۴) می باشند.

محدودیتها و موارد کاربرد GHQ

پرسشنامه GHQ در مورد ۳ گروه از بیماران از کارآیی خوبی برخوردار نیست (گلدبرگ، ۱۹۷۲):

- ۱- افراد مقاوم و دفاعی
- ۲- بیماران مبتلا به دمانس، اسکیزوفرنیای مزمن و هیپومانیا
- ۳- بیماران مبتلا به اختلالات بسیار طولانی مدت.

موارد کاربرد GHQ متعدد است که به نقل از گلدبرگ (۱۹۷۲) به برخی از آنها اشاره می شود:

- ۱- توصیف تابلوی بالینی بیماران روانی
- ۲- شناسایی «بیماریهای روانی ناآشکار» که نشانه های جسمانی شان به طرق دیگری قابل بیان نیست و با یک اختلال عاطفی همراه می شود
- ۳- ارزیابی شیوع لحظه ای بیماریهای روانی به ویژه اختلالات خفیف در مطالعات مقطعی
- ۴- مورد ایده آل آن، استفاده در مرحله اول پژوهش دو مرحله ای به عنوان آزمون غربال گری است و ...

۲- آزمون SCL-90-R

این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخ دهنده تکمیل می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط دروگاتیس، لیپمن و کوری (۱۹۷۳) معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی آزمون، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید.

پاسخ هایی که آزمودنی به هر یک از ۹۰ سؤال آزمون می دهد در یک مقیاس ۵ درجه ای از میزان ناراحتی از هیچ گاه تا به شدت مشخص می گردد. ۹۰ سؤال این آزمون ۹ بعد از علائم بیماری های روانی و ۳ شاخص کلی را شامل می شود که این ۹ بعد عبارتند از شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید، و روان پریشی. علاوه بر این ۹ بعد نمره گذاری، تفسیر آزمون به کمک سه شاخص کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی صورت می گیرد.

شاخص های کلی آزمون:

۱- ضریب کلی علائم مرضی (GSI): این شاخص نشان دهنده

- 1 - Cheung
- 2 - Spears
- 3 - hidden mental illnesses

(یعقوبی، ۱۳۷۴) و در مطالعه ای که اخیرا بر روی یک جمعیت دانشجویی از دانشجویان جدیدالورود انجام شد به ترتیب برابر با ۶۸٪، ۶۵٪ و ۳۴٪ به دست آمد (یعقوبی، قانیدی، امید، کهنانی و ظفر، ۱۳۸۷). این ارقام در همین مطالعه اخیر (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۷) برای پرسشنامه GHQ-12 به ترتیب برابر با ۶۲٪، ۶۵٪ و ۳۵٪ به دست آمد.

مطالعات مربوط به بررسی اعتبار GHQ در زبان های غیر انگلیسی نشان داده اند که ضریبهای به دست آمده با فرم انگلیسی آن قابل مقایسه هستند (سریرام و همکاران، ۱۹۸۹). تاکنون دهها مطالعه در نقاط مختلف جهان با استفاده از فرم های مختلف

جدول ۱- ضریب های اعتبار به دست آمده از ۴۳ مطالعه

در مورد اعتبار GHQ

(گلدبرگ و ماری، ۱۹۸۸؛ به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴)

آزمون	حساسیت (به درصد)	ویژگی (به درصد)
GHQ-12	۸۹ (۸۵-۹۲)	۸۰ (۷۷-۸۳)
GHQ-28	۸۴ (۷۷-۸۹)	۸۲ (۷۸-۸۵)
GHQ-30	۷۴ (۷۰-۷۷)	۸۲ (۸۰-۸۳)
GHQ-60	۷۸ (۷۵-۸۲)	۸۷ (۸۶-۸۹)
همه موارد	۷۶ (۷۴-۷۸)	۸۵ (۸۴-۸۶)

GHQ انجام شده است. گلدبرگ و ماری (۱۹۸۸) ۴۳ مطالعه از مطالعات اعتباریابی GHQ را که اطلاعات جامعی راجع به روشهای نمونه گیری ارائه داده بودند فراتحلیل کردند. نتایج این فراتحلیل در مورد حساسیت و ویژگی فرم های مختلف GHQ در جدول شماره ۱ آمده است.

پایایی

مقصود از پایایی، درجه ثبات نمره هایی است که با باز آزمایی افراد واحد با آزمون واحد در موقعیت های مختلف یا با آزمایش افراد واحد یا سلسله ماده های همتا و یا تحت سایر شرایط متغیر به دست می آید (آناستازی، ۱۳۷۱). آن نوع از پایایی که بیشترین ارتباط را با روشهای غربال گری دارد، همسانی درونی می باشد که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری می شود (گلدبرگ، ۱۹۸۹). علاوه بر این، ضریب پایایی دیگری نیز در مطالعات متداول است و آن ضریب پایایی بازآزمایی است که به گفته آناستازی (۱۳۷۱) ساده ترین روش برای پیدا کردن پایایی نمره های یک آزمون می باشد.

مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه های

که در کلمبیا ابداع و مورد مطالعه قرار گرفته است (کلیمنت و پلاچیک، ۱۹۸۰، ۲) پرسشنامه سلامتی PGI^۳ که توسط ویگ و همکارانش برای جامعه هند درست شده (ورما و ویگ، ۱۹۷۷)، (۳) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ (۱۹۷۲) و (۴) برخی از سوالات فرم کوتاه PSE (وینگ و همکاران، ۱۹۷۴). مقایسه این چهار پرسشنامه یک فهرست ۳۲ سوالی به دست داد که از نظر مفهومی به شبیه بودند. از این سوالات، ۲۰ سوال از طریق توافق بین محققان اصلی و برحسب سهولت ترجمه و مسائل فرهنگی انتخاب شد. چهار سوال اضافی که مخصوص شناسایی اختلالات روان پریشی طراحی شده از پرسشنامه علامت - نشانه (SSI) فولدز (۱۹۶۸) اقتباس گردیده است. حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی پرسشنامه SRQ در مطالعه هاردینگ و همکارانش (۱۹۸۰) در چهار منطقه مورد مطالعه به ترتیب بین ۷۳ تا ۸۳ درصد، ۷۲ تا ۸۵ درصد و ۱۸ تا ۲۴ درصد به دست آمد. لاکوپونی^۴ و ماری^۵ (۱۹۸۹) با روش تحلیل عاملی به چهار عامل برای پرسشنامه SRQ دست یافتند: کاهش انرژی^۶، علایم جسمانی^۷، خلق افسرده^۸ و افکار افسرده^۹.

۴- مقیاسهای پریشانی روان شناختی کسلر (K-10 و K-6)

مقیاسهای پریشانی روان شناختی کسلر^{۱۰} ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) به دو صورت ۱۰ سوالی (K-10) و ۶ سوالی (K-6) تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. سوالات این دو فرم به صورت لیکرتی از «هیچ وقت» تا «همیشه» بودن و بین ۰ تا ۴ نمره گذاری می گردد. لذا حداکثر نمره در K-10 برابر با ۴۰ و در K-6 برابر با ۲۴ می باشد. ولدهوزن^{۱۱}، سیرنی^{۱۲}، کوردیاک^{۱۳} و استراینر^{۱۴} (۲۰۰۷) حساسیت K-6 را در مقایسه با CIDI برای اختلالات مختلف محاسبه و دریافتند که حساسیت آن برای آن دسته از بیمارانی که همزمان چند اختلال را داشتند بسیار بالا و برای افرادی که از تک اختلالات رنج می بردند، حساسیت آن برای اکثر اختلالات

سطح یا عمق اختلال می باشد و اطلاعاتی را راجع به تعداد علائم و شدت ناراحتی به دست می دهد. در مواردی که احتیاج به یک سنجش خلاصه باشد از آن استفاده می شود.

۲- معیار ضریب ناراحتی (PSDI): یک سنجش خلاص از شدت ناراحتی است.

۳- جمع علائم مرضی (PST): به طور ساده شماره تعداد علائمی است که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می نماید.

نمره گذاری آزمون:

اولین مرحله نمره گذاری آزمون تهیه کلیدی برای محاسبه مجموع نمرات هر بعد است. سپس مجموع نمراتی که آزمودنی در هر بعد به دست آورده در جدولی که برای ثبت نمرات آزمودنی ها در برگ پاسخنامه وجود دارد منتقل می شود و برای به دست آوردن مجموع نمرات هر بعد، کلیه شماره های غیر از صفر مربوط به هر بعد با هم جمع می شوند (هیچ ۰، کمی ۱، تاحدی ۲، زیاد ۳، به شدت ۴). در سومین مرحله برای به دست آوردن میانگین علائم مرضی در هر بعد، مجموع نمراتی که آزمودنی در ابعاد آزمون به استثنای سوالات اضافی گرفته بر تعداد سوالات هر بعد تقسیم شده و میانگین علائم مرضی هر بعد در جدول خلاصه اطلاعات هر آزمودنی مشخص می شود. در مرحله بعدی جمع کل علائم مرضی محاسبه می شود یعنی مجموع نمراتی که آزمودنی در ۹ بعد علائم مرضی و سوالات اضافی گرفته با هم جمع شده و بر عدد ۹۰ (کل سوالات آزمون) تقسیم می شود تا معیار کلی علایم مرضی (GSI) محاسبه شود. در مرحله بعد تعداد سوالاتی که آزمودنی نمره صفر گرفته تعیین و از کل ۹۰ سؤال کم می گردد تا جمع علائم مرضی PST نیز محاسبه شود. در مرحله ششم و آخر برای به دست آوردن معیار ضریب ناراحتی، جمع کل ضرایب ناراحتی (GSI) بر جمع علائم مرضی (PST) تقسیم می شود تا معیار ضریب ناراحتی PSDI به دست آید (رضا پور، ۷۶).

این آزمون در چند مطالعه به عنوان آزمون غربال گری اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی ایران استفاده شده است (از جمله باقری یزدی، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲). مطالعات نشان داده اند که این ابزار از اعتبار و پایایی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (رضاپور، ۱۳۷۶؛ اسماعیلی، ۱۳۷۷).

۳- پرسشنامه SRQ

پرسشنامه SRQ دارای ۲۴ سوال است که توسط هاردینگ و همکارانش (۱۹۸۰) در مطالعه ای بین فرهنگی در ۴ کشور کلمبیا، سودان، فیلیپین و هند و تحت نظارت سازمان جهانی بهداشت تدوین شده است. ۲۰ سوال اول جهت شناسایی اختلالات غیر روان پریشی طراحی شده است. این سوالات براساس یک فرآیند مشاوره ای و از طریق مقایسه سوالات موجود در ۴ پرسشنامه دیگر انتخاب شده است که عبارتند از: (۱) فرم نشانه هایی که بیمار گزارش می دهد (PASSR)^۲

- 1 - Self-Reporting Questionnaire (SRQ)
- 2 - Patient Self-Report Symptom Form (PASSR)
- 3 - The PGI Health Questionnaire
- 4 - Lacoponi
- 5 - Mari
- 6 - Decreased Energy
- 7 - Somatic Symptoms
- 8 - Depressed Mood
- 9 - Depressed Thoughts
- 10 - Kessler Psychological Distress Scale
- 11 - Veldhuizen
- 12 - Cairne
- 13 - Kurdyak
- 14 - Streiner

از نه ملاک DSM-III برای افسردگی را شامل می شد. این نقیصه و انتقادات دیگر در BDI-II مد نظر قرار گرفت. آزمون BDI-II که در ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت در حقیقت در واکنش به تغییراتی بود که در خصوص ملاکهای تشخیصی اختلال افسردگی عمده در DSM-IV صورت گرفته بود. در BDI-II (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) سوالاتی در مورد تصویر تن، خود بیمار انگاری و دشواری در کار کردن جایگزین شدند. همه سوالات به جز سه سوال از نظر جمله بندی و عبارات مورد بازنگری قرار گرفتند. تنها سوالات مربوط به احساس تنبیه شدن، افکار خودکشی و علائق جنسی به همان شکل قبلی باقی ماندند. همچنین در DBI-II برخلاف BDI اصلی، از آزمودنی ها خواسته می شد که چگونگی احساس خود را در دو هفته اخیر (و نه در یک هفته اخیر) بیان کنند. در نمرات برش BDI-II نیز تغییراتی به شرح ذیل صورت گرفت:

۱۳-۰: غیر افسرده

۱۹-۱۶: افسردگی خفیف تا متوسط

۲۸-۲۰: افسردگی متوسط تا شدید

۶۳-۲۹: افسردگی شدید

یکی از شاخصهای سودمندی یک ابزار، میزان توافق و همبستگی آن با ابزار مشابه دیگر است. از این لحاظ، BDI-II همبستگی مثبتی ($r = .71$) با مقیاس همپلتون برای درجه بندی افسردگی داشت که نشانه توافق مطلوب می باشد. به علاوه پایایی بازآزمایی یک هفته ای BDI-II بالا بود ($r = .93$) که نشان می دهد این ابزار نسبت به تغییرات روزمره خلق زیاد حساس نیست (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). همسانی درونی آزمون نیز بالا ($\alpha = .91$) گزارش شده است (بک، استیر، بال و رانییری، ۱۹۹۶).

رویکرد دو عاملی در BDI

افسردگی را می توان به صورت یک سازه دو مولفه ای هم در نظر گرفت: مولفه روان شناختی یا «شناختی» (مثلا خلق) و مولفه فیزیکی یا «جسمانی» (مثلا از دست دادن اشتها). در آزمون BDI-II این مفهوم در نظر گرفته شده و آزمون دارای دو خرده مقیاس است. هدف این خرده مقیاسها کمک به تعیین علت اصلی افسردگی بیمار است.

خرده مقیاس شناختی شامل ۸ سوال است: بدبینی، شکست های قبلی، احساس گناه، احساس تنبیه شدن، تنفر از خود، خود انتقادگری، افکار یا تمایلات خودکشی، و احساس بی ارزشی. خرده مقیاس جسمانی شامل ۱۳ سوال دیگر است: غمگینی، از دست دادن لذات، گریه، بیقراری، از دست دادن علائق، بلا تصمیمی (تردید)، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوهای خواب، تحریک

مناسب و فقط برای اختلال گذر هراسی از بقیه اختلالات پایین تر بود. فوروکاوا، کسلر، اسلید و آندروز (۲۰۰۳) در یک مطالعه کشوری پرسشنامه های K-10، K-6 و GHQ-12 را با استفاده از CIDI مورد اعتباریابی و مقایسه قرار دادند. آنان نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K-10 از K-6 کارایی بالاتری دارد و هر دوی این مقیاسها از GHQ-12 کارآمد تر می باشند.

آزمونهای غربال گری اختصاصی

۱- افسردگی

۱-۱- مقیاس افسردگی بک (BDI)

مقیاس افسردگی بک اولین بار توسط بک، وارد و مندلسون (۱۹۶۱) تحت عنوان BDI در سال ۱۹۶۱ منتشر شد و شامل ۲۱ پرسش درباره چگونگی احساسات بیمار در هفته اخیر بود. هر پرسش دارای مجموعه ای حداقل چهار گزینه ای بود که برحسب شدت آن علامت بین ۰ تا ۳ نمره به هر گزینه تعلق می رفت. لذا دامنه نمرات می تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نمرات برش استاندارد می باشد که توسط بک و همکاران (۱۹۶۱) پیشنهاد شده بدین ترتیب است:

۹-۰: غیر افسرده^۱

۱۸-۱۰: افسردگی خفیف تا متوسط^۲

۲۹-۱۹: افسردگی متوسط تا شدید^۳

۶۳-۳۰: افسردگی شدید^۴

در پژوهش جلیلی و اخوت (۱۳۶۳)، به نقل از کاویانی، موسوی و محیط، (۱۳۸۰) به منظور کاهش موارد مثبت کاذب، تقسیم بندی دیگری ارائه شده است:

۱۵-۰: غیر افسرده

۳۰-۱۶: افسردگی خفیف

۶۶-۳۱: افسردگی متوسط

۶۳-۴۷: افسردگی شدید

این آزمون به صورت گروهی و فردی قابل اجرا می باشد و به لحاظ زمانی محدودیتی ندارد و اجرای آن حدود ۵ دقیقه طول می کشد و برای افراد ۱۳ به بالا مناسب است.

در آزمون اولیه افسردگی بک (BDI) سوالاتی وجود دارد که دو گزینه آن نمره یکسانی می گیرند و به همین دلیل تعداد گزینه های همه سوالات یکسان نیست، اگرچه دامنه نمرات همچنان بین ۰ تا ۳ می باشد.

بک در سال ۱۹۷۱ آزمون BDI را مورد تجدید نظر قرار داد که از آن به عنوان BDI-IA یاد می شود. این آزمون از دو نظر با BDI اصلی تفاوت داشت: یکی در خصوص مدت که از یک هفته به دو هفته افزایش پیدا کرد و دیگر اینکه تعداد گزینه های همه سوالات یکسان و چهار گزینه ای شد. اگرچه همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ حدود ۰/۸۵) بود که نشان می دهد سوالات آن همبستگی بالایی با یکدیگر دارند اما این آزمون هم نقیصی داشت که مهمترین آن این بود که BDI-IA فقط ۶ ملاک

1 - not depressed

2 - mild-moderate depression

3 - moderate-severe depression

4- Server Depression

تشخیص افسردگی، زمانی که تنها براساس یک آزمون خود سنجی تشخیص داده می شود، ابزار نامناسبی می دانند.

۲-۱- مقیاس همیلتون برای درجه بندی افسردگی (HRSD)

مقیاس همیلتون برای درجه بندی افسردگی (HRSD)؛ همیلتون، ۱۹۶۰) به گونه ای طراحی شده است که توسط یک نفر ارزیاب پس از انجام مشاهدات بالینی به درجه بندی علائم موجود در بیمار می پردازد. در پرسشنامه های خود سنجی، این خود بیماران هستند که به گزارش علائم و مشکلاتی که به صورت سوال یا جمله بیان شده است می پردازند و همیشه این مشکل وجود دارد که بیمار به راحتی آنها را جعل کند. اما در مقیاسهایی از این نوع، این مشکل کمتر به چشم می خورد. ارزیاب در یک مصاحبه نیمه ساختاری و با کمک مشاهدات بالینی، در مورد وجود یا عدم و همچنین شدت علائم، قضاوت می کند (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

مقیاس HRSD دارای ۲۴ علامت افسردگی بوده و در مقابل هر علامت سه تا پنج گزینه قرار دارد که بین ۰ تا ۲ یا ۰ تا ۴، برحسب شدت نمره گذاری می شود.

۲-۲- اضطراب

۲-۱- مقیاس اضطراب بک

مقیاس اضطراب بک (BAI) یک پرسشنامه خود سنجی ۲۱ سوالی است که با هدف اندازه گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه ای از «اصلاً» تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره هر سوال بین ۰ تا ۳ بوده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می باشد. نمره بالاتر نشانه شدت اضطراب بیشتر است. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی یاز آزمایشی یک هفته ای آن در حدود ۰/۷۵ به دست آمد. همبستگی بین نمرات BAI و مقیاس همیلتون برای درجه بندی اضطراب (HARS، همیلتون، ۱۹۵۹) ۰/۵۱ و با BDI برابر با ۰/۴۸ به دست آمد. این آزمون ویژه آزمودنی های بزرگسال بوده و هم در موقعیت های بالینی و هم پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد.

۲-۲- مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (HARS)

مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (۱۹۵۹) همانند مقیاس HRSD یک مقیاس ۱۴ سوالی است که توسط متخصص بالینی اجرا می شود. در این مقیاس هم علائم جسمانی و هم علائم شناختی اضطراب ارزیابی می گردد. هر سوال برحسب یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود.

۳- نامیدی و خودکشی

۳-۱- مقیاس نامیدی بک (BHS)

مقیاس نامیدی بک (۱۹۸۸) یک پرسشنامه خود سنجی ۲۰

پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی، و از دست دادن علائق جنسی. این دو خرده مقیاس دارای همبستگی متوسطی ($r=0.57$) هستند که نشان می دهد ابعاد شناختی و جسمانی افسردگی نسبتاً به هم مرتبطند تا اینکه کاملاً از هم مجزا باشند (استیر، بال، رانییری و بک، ۱۹۹۹؛ استورچ، روبرتی و روث، ۲۰۰۱).

کارایی BDI

شکل گیری BDI یک رویداد مهم در روان پزشکی و روان شناسی است چرا که این آزمون در واقع نمایانگر چرخش محققان افسردگی از دیدگاه روانکاوی کلاسیک فرویدی به سمت دیدگاه شناختی می باشد. از طرفی به جای آنکه سوالات و جملات این آزمون بر مبنای تئوری محض انتخاب گردد، سوالات آن عمدتاً براساس واژه ها و جملاتی است که در پرونده بیماران گزارش شده است که البته در مطالعات اعتباریابی سازه های نظری آن نیز مورد اعتباریابی قرار گرفته است. این ابزار همچنان یکی از پرکاربردترین ابزارهای پژوهشی است و در بسیاری از مطالعات مروری برای سنجش افسردگی مورد استفاده واقع شده است. این آزمون به زبانهای بسیاری از جمله فارسی، عربی، ژاپنی، اسپانیولی و ... ترجمه و اعتباریابی شده است.

محدودیت های BDI

BDI همانند بسیاری از پرسشنامه های خود-سنجی از مشکلاتی رنج می برد از جمله اینکه نمرات آن ممکن است توسط آزمودنی به سادگی مورد مبالغه یا تقلیل قرار گیرد. همانند بسیاری از پرسشنامه ها، شیوه اجرای آزمون می تواند بر نمره نهایی فرد تاثیر بگذارد. به عنوان نمونه، اگر از آزمودنی خواسته شود تا آزمون را در یک موقعیت بالینی و در حضور سایر افراد تکمیل کند، انتظارات اجتماعی ممکن است سبب شود که فرد پاسخ های متفاوتی ارائه دهد تا زمانی که به تنهایی یا به صورت پستی به آزمون پاسخ می دهد.

یک مشکل جدی دیگر مربوط به آزمودنی هایی است که همزمان مبتلا به یک بیماری جسمی هستند. اعتقاد بر این است که اتکای BDI بر علائم جسمانی مانند خستگی ممکن است به صورت تصنعی نمره فرد را تحت تاثیر علائم بیماری جسمی و نه افسردگی افزایش دهد (مور، مور و شاو، ۱۹۹۸). البته بک و همکارانش در واکنش به این انتقاد، یک مقیاس جدیدی تحت عنوان «پرسشنامه افسردگی بک برای مراقبتهای اولیه» (BDI-PC؛ بک، ۱۹۹۷) ساخته اند. این آزمون جدید یک مقیاس غربال گری کوتاه است که هفت سوال از سوالات BDI-II را که به نظر مستقل از کارکرد جسمانی هستند در بر می گیرد. برخلاف BDI استاندارد، BDI-PC یک طبقه بندی دو حالتی «غیر افسرده» و «افسرده» برای بیماران دارای نمره برش بالاتر از ۴ ارائه می دهد (استیر، کاوالی یری، لئونارد و همکاران، ۱۹۹۹).

BDI شاخصی از شدت افسردگی و نه تشخیص افسردگی است. لذا بعضی از پژوهشگران (مانندکوبین، ۱۹۹۴) آن را برای

جدول ۲- مقیاس افراد غمگین
(SAD PERSONS)

ردیف	موضوع	نمره
۱	جنسیت (مرد) Sex	۱
۲	سن (زیر ۲۰ سال یا بالای ۴۵ سال) Age	۲
۳	خلق افسرده Depressed mood	۳
۴	سابقه اقدام به خودکشی Previous suicide attempt	۴
۵	مصرف الکل (یا مواد) Ethanol abuse	۵
۶	فقدان تفکر منطقی Rational thinking loses (نشانگان آسیب مغزی، اختلال های عاطفی، اسکیزوفرنیا)	۶
۷	فقدان حمایت اجتماعی Social support lacking	۷
۸	برنامه خودکشی سازماندهی شده Organized plan for suicide	۸
۹	تجرد و یا تنهایی No spouse	۹
۱۰	بیماری یا فقدان سلامت جسمانی Sickness	۱۰

اعتباریابی و تعیین نمره برش آزمون های غربال گری

آزمون غربال گری باید به خوبی نشان بدهد که کدامیک از افراد واقعا بیمار می باشند و کدامیک نیستند. این نکته را تحت نام اعتبار آزمون بیان می کنند. اعتبار دو جزء دارد: حساسیت و ویژگی. حساسیت عبارت است از قدرت یک آزمون برای تشخیص صحیح کسانی که واقعا بیمار می باشند. ویژگی عبارت است از قدرت یک آزمون برای تشخیص صحیح کسانی که فاقد بیماری می باشند. این اجزاء از طریق مقایسه نتایج به دست آمده از آزمون غربال گری با نتایج به دست آمده از یک آزمون تشخیصی قطعی تر (یا مصاحبه و معاینه بالینی) تعیین می شوند. دامنه توافق نتایج حاصل از آزمون غربال گری با نتایج آزمون قطعی تر، بیانگر میزان حساسیت و ویژگی می باشد (مازئر و کرامر، ۱۹۸۵).

یک آزمون غربال گری مطلوب، دارای ۱۰۰ درصد حساسیت و ۱۰۰ درصد ویژگی است. ولی در عمل چنین حالتی رخ نمی دهد. لذا ما علاوه بر موارد مثبت حقیقی و منفی حقیقی، با تعدادی از موارد مثبت کاذب و منفی کاذب نیز روبرو هستیم. منظور از مثبت حقیقی، بیمارانی است که آزمون غربال گری به

جمله ای درست و نادرست است که توسط آیرون ت. بک تدوین شده و سه جنبه عمده ناامیدی را می سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی انگیزگی و انتظارات. این آزمون مخصوص افراد ۱۷ تا ۸۰ سال طراحی شده است. دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۰ می باشد که نمره بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر می باشد. همبستگی بین BHS با آزمون BDI در حد متوسط و ضریب پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۶۹ و شش هفته ای آن ۰/۶۶ به دست آمده است (بک، ۱۹۸۸).

۲-۳- مقیاس افکار خودکشی (SSI)

مقیاس افکار خودکشی (SSI)، بک و همکاران، (۱۹۷۹) یک مقیاس درجه بندی ۲۱ ماده ای است که توسط مصاحبه گر اجرا می گردد و شدت کنونی نگرش ها، رفتارها و طرح های خاص بیمار برای اقدام به خودکشی را در قالب یک مصاحبه اندازه گیری می کند. هر ماده دارای سه گزینه است که شدت خودکشی را در یک مقیاس لیکرتی سه نمره ای (۰ تا ۲) می سنجد. درجه بندی براساس ۱۹ سوال نخست انجام می شود. لذا کل نمره فرد می تواند بین ۰ تا ۳۸ قرار گیرد. SSI دارای پنج سوال غربال گری است. سه سوال میل به زنده بودن و میل به مردن و دو سوال هم تمایل به اقدام به خودکشی را می سنجد. در صورتی که آزمودنی تمایل فعال یا منفعلی برای اقدام به خودکشی را نشان دهد، ۱۴ سوال دیگر پرسیده می شود. دو سوال اضافی هم بروز و فراوانی اقدام به خودکشی های قبلی را می سنجد. اجرای SSI حدود ۱۰ دقیقه طول می کشد.

SSI از همسانی درونی نسبتا خوبی برخوردار است (بک و همکاران، ۱۹۸۵؛ بک، براون و استیر، ۱۹۹۷) و در مطالعات مختلف مورد اعتباریابی قرار گرفته است (بک و همکاران، ۱۹۸۵، ۱۹۷۹، ۱۹۹۷).

۳-۳- مقیاس افراد غمگین (SAD PERSONS)

این مقیاس توسط پاترسون، دان، بیرد و پاترسون (۱۹۸۳) به عنوان یک مقیاسی که به سادگی قابل یادگیری است و متشکل از حرف اول ۱۰ عامل خطرزای خودکشی می باشد، با هدف ارزیابی خطر خودکشی تدوین شد. به هریک از این عوامل نمره صفر یا یک تعلق می گیرد. این مقیاس در جدول زیر نشان داده شده است. در صورت وجود هر یک از موارد زیر یک نمره به آن تعلق می گیرد. تفسیر نمرات:

۲-۰: مراجع به منزل/ خوابگاه می رود اما پیگیری او ادامه دارد.

۴-۳: پیگیری جدی

۶-۵: توجه جدی به بستری کردن (بسته به میزان اعتماد به فرایند پیگیری)

۱۰-۷: بستری کردن

دو شاخص، یک شاخص کمکی دیگر نیز وجود دارد و آن میزان اشتباه طبقه بندی کلی است که منظور درصدی از افراد سالم و بیمار هستند که به اشتباه بیمار یا سالم تشخیص داده می شوند. این شاخص از طریق فرمول $OMR = P(fp) + P(fn) - 1$ محاسبه می شود که در آن OMR یعنی میزان اشتباه طبقه بندی کلی؛ fp برابر با مثبت کاذب (ویژگی -)؛ P یعنی میزان شیوع و fn برابر با منفی کاذب (حساسیت -) است. نمونه ای از این روش را در جدول زیر می بینید. همانگونه که مشاهده می شود نمره برش ۲۳ دارای بهترین تعادل بین حساسیت (۸۶/۵ درصد) و ویژگی (۸۲ درصد) است.

جدول ۴ - حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی در نمرات برش مختلف GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت

میزان اشتباه طبقه بندی (درصد)	ویژگی (درصد)	حساسیت (درصد)	نمره برش
۴۲	۲۲/۷	۱۰۰	۱۰
۴۶	۳۷/۵	۹۷	۱۱
۳۸	۳۵	۹۵	۱۲
۳۳	۴۳	۹۵	۱۳
۳۲	۴۸	۹۲	۱۴
۳۰	۵۲	۹۲	۱۵
۲۷	۵۹	۸۹	۱۶
۲۵	۶۴	۸۹	۱۷
۲۲	۶۸	۸۹	۲۰
۲۱	۷۰	۸۹	۲۱
۱۹	۷۵	۸۹	۲۲
۱۶	۸۲	۸۶/۵	۲۳
۱۹	۸۴	۷۸	۲۴
۲۲	۸۴	۷۰	۲۵
۲۴	۸۶	۶۷/۵	۲۶

اقتباس از یعقوبی (۱۳۷۴)

تعیین نمره برش علاوه بر شاخص های فوق، با توجه به هدف مطالعه نیز تعیین می گردد. اگر هدف، اجرای یک مطالعه دو مرحله ای باشد، ما باید به دنبال نمره های برشی باشیم که ما

درستی آنها را تشخیص داده است. منظور از منفی حقیقی افراد غیر بیمار یا سالمی است که آزمون به درستی تشخیص داده است. منظور از مثبت کاذب، بیمارانی است که به اشتباه سالم تشخیص داده شده اند و منفی کاذب، افراد سالمی هستند که به اشتباه بیمار تشخیص داده شده اند.

از آنچه تا به حال گفته شد، می توان نتیجه گرفت که یک فرد در آزمون غربال گری بسته به این که بیمار یا غیر بیمار و مثبت یا منفی باشد، در یکی از چهار گروه الف، ب، ج، د قرار خواهد گرفت (جدول شماره ۳). قابل توجه این که درصد منفی کاذب مکمل حساسیت، و درصد مثبت کاذب مکمل ویژگی است. طبیعتاً، آزمون حساسی را می خواهیم که نسبت بالایی از افراد حقیقتاً بیمار را تشخیص دهد و بدین ترتیب تعداد کمی منفی کاذب به وجود آورد. به طور همزمان، آزمونی را می خواهیم که برای بیماری اختصاصی و ویژه باشد، یعنی پاسخ های مثبت، عمدتاً در مواردی که حقیقتاً بیمار هستند دیده شود و در نتیجه تعداد کمی مثبت کاذب داشته باشد (ماززر و کرامر، ۱۹۸۵).

جدول ۳ - نتایج یک آزمون غربال گری

حالت بیماری	نتیجه آزمون	
	غیر بیمار	بیمار
مثبت های کاذب (ب)	مثبت های حقیقی (الف)	مثبت (+)
منفی های حقیقی (د)	منفی های کاذب (ج)	منفی (-)
حساسیت = الف / الف + ج = نسبت مثبت های حقیقی به تمام بیماران		
ویژگی = د / د + ب = نسبت منفی های حقیقی به تمام غیر بیماران		

برای تعیین نمره برش آموزش غربال گری دو شاخص عمده اعتبار یعنی حساسیت و ویژگی مورد نیاز است (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ بانکس، ۱۹۸۳؛ مازنروبان، ۱۹۸۵؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶؛ آدریبیجه و گورژه، ۱۹۹۲). بدین منظور لازم است کلیه افرادی که پرسشنامه را تکمیل کرده اند توسط یک نفر متخصص مصاحبه و سپس موارد مثبت حقیقی و مثبت کاذب و منفی حقیقی و منفی کاذب محاسبه و نمره برش تعیین گردد. بعداً برای هر نمره برش فرضی حساسیت و ویژگی محاسبه گردد. «بهترین نمره برش نمره ای است که بهترین تعادل^۱ را بین حساسیت و ویژگی ایجاد نماید» (گلدبرگ، ۱۹۸۹ صفحه ۲۱۳). علاوه بر این

باشد چرا که در بعضی از مطالعات شاخص های اعتبار آزمون پرکاربردی مانند GHQ مورد سوال قرار گرفته است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۷).

منابع:

آناستازی، ا. (۱۳۷۱). روان آزمایی. ترجمه محمد تقی براهنی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

اسماعیلی، غلامعلی (۱۳۷۷). **هنجاریابی آزمون R-90-Scl** و مقایسه سلامت روان دانشجویان دانشگاه های تهران به منظور ارائه خدمات مشاوره ای مناسب. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی.

امیدی، عبدالله؛ طباطبائی، اعظم؛ سازور، علی و عکاشه، گوردز (۱۳۸۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان نطنز. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال، شماره، صفحات

باقری یزدی، عباس (۱۳۷۲). **بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

پالاهنگ، حسن (۱۳۷۴). **بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری کاشان**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

جاویدی، حسن (۱۳۷۲). **بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

رضاپور، محمد (۱۳۷۶). **هنجاریابی آزمون R-90-Scl بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد شهید چمران اهواز**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

قنبری، احمد علی؛ پیرنیا، سید علی و یعقوبی، حمید (۱۳۷۸). **بررسی صحت تشخیصی اختلالات روانی توط پزشکان عمومی مراقبتهای اولیه مراکز بهداشتی درمانی استان گیلان**. رشت: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

کاوایانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات و محیط، احمد (۱۳۸۰). **مصاحبه و آزمون های روانی**. تهران: انتشارات سنا.

مازدر، جودیت و کرامر، شیرا (۱۹۸۵). **درآمدی بر اپیدمیولوژی**. ترجمه محسن جانقربانی (۱۳۷۳). کرمان: انتشارات خدمات فرهنگی.

هومن، عباس (۱۳۷۶). **استاندارد سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم**. تهران: موسسه تحقیقاتی تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

یعقوبی، حمید (۱۳۷۴). **بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا-گیلان ۱۳۷۴**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

یعقوبی، حمید؛ فائدی، غلامحسین؛ امیدی، عبدا.؛ کهنانی، شمس الدین و ظفر، مسعود (۱۳۸۷). **مطالعه مقدماتی اعتباریابی**

را قادر می سازد تا حداکثر موارد را بپذیریم، حتی اگر بعضی از آنها مثبت کاذب باشند (به عبارتی ویژگی قابل قبول به همراه حساسیت حداکثری). برعکس، اگر هدف تعیین میزان شیوع یک اختلال با استفاده از نمرات آزمون باشد، باید نمره برشی را انتخاب کنیم که ما را قادر سازد تا بیشترین تعداد غیر بیماران را کنار بگذاریم، حتی اگر این امر به معنی از دست دادن بعضی از موارد منفی کاذب باشد (به عبارتی حساسیت قابل قبول به همراه ویژگی حداکثری) (تسلا و تورنی کرافت، ۲۰۰۱).

از طرف دیگر، یک نمره برش بهینه را می توان از طریق تحلیل ROC محاسبه کرد. این تکنیک در دهه ۱۹۶۰ به منظور ارزیابی ظرفیت کنترل گره های راداری جهت تمایز گذاری بین سیگنال ها درست شد. ابتدا، یک نمایه گرافیکی از میزان های حساسیت و ویژگی برای هر نمره برش به دست می آید؛ آنگاه محاسبه منطقه زیر منحنی توان تمایز گذاری تست را برای کل دامنه بیماری نشان می دهد. در صورتی که توان تمایز گذاری برابر با میزان تصادفی باشد، نتیجه یک خط مورب است که منطقه زیرین آن برابر با ۰/۵ است (حساسیت برابر با میزان مثبت کاذب). اگرچه در یک تست ایده آل مثبت حقیقی برابر با ۱۰۰٪ می باشد به گونه ای که منطقه زیر منحنی برابر با ۱ خواهد شد، اما در عمل منطقه زیر منحنی بین ۰/۵ تا ۱ نوسان دارد (همان منبع).

نتیجه گیری

امروزه آزمونهای غربال گری زیادی وجود دارد (مانند BDI، K-10، SRQ، GHQ و غیره) که هم برای ارزیابی سلامت روانی عمومی و هم برای ارزیابی اختلالات روانی خاص ابداع شده اند. برای انتخاب یک آزمون غربال گری باید به چند نکته توجه کرد. ابتدا هدف مطالعه که آیا هدف غربال گری اختلالات خاص روانی است یا سلامت و بیماری روانی به طور عمومی. نکته بعدی در دسترس بودن داده های اعتبار آزمون و نمره برش آن برای یک جمعیت خاص می باشد که در صورت نبود چنین داده هایی می توان از روشهای اعتباریابی آزمونهای غربال گری (که در متن مقاله توضیح داده شد) استفاده و آنها را مشخص نمود. یکی دیگر از معیارها، جمعیت مورد مطالعه است. بدیهی است برای جمعیت دانشجویی استفاده از آزمونهایی مناسب تر است که برای پاسخگویی تدریس شده است که خودشان را بیمار روانی نمی دانند تا آزمونهایی که کاملا به اختلالات روانی شدید مربوط می شوند. از این رو ابزارهایی مانند GHQ، SRQ (۲۰ سوال اول) و K-10 و K-6 و برخی از آزمونهای تدریس شده توسط بک و همکارانش (مانند BDI-II و BAI) آزمونهای مناسب تری به نظر می رسند. البته یک روش دیگر که به نظر می رسد دفتر مرکزی مشاوره و مراکز مشاوره دانشجویی کشور بهتر است به آن سمت حرکت کنند تدریس یک آزمون غربال گری متناسب با فرهنگ ایرانی و مشکلات متداول در جمعیت دانشجویی و به ویژه دانشجویان جدیدالورود می

Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ciervo, C.A., & Kabat, M. (1997) Use of the Beck Anxiety and Beck Depression Inventories for primary care with Medical Outpatients. **Assessment**, 4, 211-219.

Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W.F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in Psychiatric Outpatients. **Journal of Personality Assessment**, 67(3) 588-597.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. **American Journal of Psychiatry**. 142:559-563.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996) **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bowling, A (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. **Journal of Public Health** 27 (3):281-291.

Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. **Journal of Abnormal Psychology**, 104, 431-435.

Cheung, P. & Spears, G. (1994). Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 29: 95-99.

Coyne, J.C. (1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression?" **Psychological Bulletin**, 116: 29-45.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., Covi, L. (1974). The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL): A self report symptom inventory. **Behavioral Science**, 19: 1-15.

Dohrenwend, B.P. (1990). The problem of validity in field studies of psychological disorders' revisited. **Psychological Medicine**, 20: 195-208.

Dohrenwend, B.P., & Dohrenwend, B.S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. **American Journal of Public Health**, 72: 1271-1279.

Dohrenwend, B.P. & Shrout, P.E. (1981). Toward the development of a two-stage procedure for case identification and classification in psychiatric epidemiology. **Research in Community and Mental Health**, 2: 295-323.

Furukawa, T.A., Kessler, R.C., Slade, T., and Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. **Psychological Medicine**, 33: 357-362.

Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Li, S. and Cheung, Y. (2004). Does the 12-item General

و تعیین نمره برش پرسشنامه های ۲۸-GHQ و ۱۲-GHQ بر روی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه شاهد. شیراز: چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.

Aderibigbe, Y.A. & Guerje, O. (1992). The validity of the 28-Item general health questionnaire in a Nigerian clinic. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 17:280-83.

Andrich, D., van Schoubroeck, L. (1989). The General Health Questionnaire: a psychometric analysis using latent trait theory. **Psychol Med**, 19:469-485.

Allen, J.P. (2003). **An Overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature**. <http://www.personalityresearch.org/papers/allen.html>.

Ambrosini, P.J., Metz, C., Bianchi, M.D., Rabinovich, H., Undie, A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 30: 51-57.

Bahar, E., et al. (1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. **Acta Psychiatr., Scand.**, 85:257-63.

Banks, M.H. (1983). Validation of the general health questionnaire in a young community sample. **Psychological Medicine**, 13: 349-53.

Barrett, J.E., Barrett, J.A., Oxman, T.E., Gerber, P.O. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. **Archives of General Psychiatry**, 45: 1100-1106.

Beck, A.T. (1972). **Depression: Causes and Treatment** Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. (1988). **Beck Hopelessness Scale**. The Psychological Corporation.

Beck, AT, Brown, GK, Steer, RA. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. **Behavior Research and Therapy**. 35(11):1039-1046.

Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 47(2):343-352.

Beck, A.T. and Steer, R.A. (1990). **Manual for the Beck Anxiety Inventory**, . San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A.T. and Steer, R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients, **Journal of Anxiety Disorders**. 5: 213-223.

S56.

Moran, P.W. & Lambert, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M.S. Lambert, E.R. Christensen, & S. DeJulio (Eds.), **The Assessment of Psychotherapy Outcomes**. New York: Wiley.

Patterson, W., Dohn, H., Bird, J., Patterson, G. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. **Psychosomatics**, 24: 343-349.

Politi, P.L., Piccinelli, M., Wilkinson, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. **Acta Psychiatr Scand**, 90:432-437.

Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP (1989). Validity of the GHQ-12 in New Zealand women. **Aust N Z J Psychiatry** 23: 187-196

Sriram, T.G, et al. (1989). The General Health Questionnaire (GHQ): Comparison of the English version and a translated Indian version. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 24: 317-320.

Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W.F, & Beck, A.T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients. **Journal of Clinical Psychology**. 55(1) 117-128.

Steer, R.A., Cavalieri, T.A., Leonard, D.M., et al. (1999). Use of the beck depression inventory for primary care to screen for major depression disorders. **General Hospital Psychiatry** 21 : 106-111

Storch, E.A., Roberti, J.W., & Roth, D.A. (2001). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. **Depression and Anxiety**, 19(3): 187-189.

Tansella, M. & Thornicroft, G. (2001). **Mental health outcome measure**. London: Gaskell (Royal College of Psychiatrics).

Tennant, C. (1977). The General Health Questionnaire: A valid index of psychological impairment in Australian populations. **Medical Journal of Australia**, 2:

Veldhuizen, S., Cairney, J., Kurdyak, P., Streiner, D. (2007). The Sensitivity of the K6 as a Screen for Any Disorder in Community Mental Health Surveys: A Cautionary Note. **Can J Psychiatry**, 52:256-259.

- Worsley, A., Gribbin, C.C. (1977). A factor analytic study of the twelve-item General Health Questionnaire. **Aust N Z J Psychiatry**, 11:260-272.

- Werneke, U., Goldberg, D.P., Yalcin, I., Ustun, B.T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. **Psy Med**, 30:823-829.

Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? **Health and Quality of Life Outcomes**, 2004, 2:63

Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 26:132-138.

Goldberg, D.P. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press.

Goldberg, D.P. (1989). Screening for psychiatric disorder. In Williams, P., Wilkinson, G., Rawnsley, K. **The scope of epidemiological psychiatry**, London: Routledge, pp. 108-128.

Goldberg, D.P., Rickels, K., Downing, R., Hesbacher, P. (1976). A comparison of two psychiatric screening tests. **British Journal of Psychiatry**, 129: 61-67.

Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. **Psychological Medicine**, 9:131-145.

Harding, T.W., De Arango, M.V., Balazar, J., Climent, C>E., Ibrahim, H.H.A., Ladrado-Ignacio, L., Srinivasa Murthy, R., Wig, N.N. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, 10: 231-241.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. **British Journal of Medical Psychology** 32: 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, 23: 56-62.

Henderson, A. S. (1990). **An introduction to social psychiatry**. Oxford: Oxford University Press.

Hollifield, M., Katon, W., Spain, D. and Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. **British Journal of Psychiatry** 156: 343-350.

Lacoponi, E. & Mari, J. (1989). Reliability and Factor Structure of the Portuguese Version of Self-Reporting Questionnaire. **International Journal of Social Psychiatry**, Vol. 35, No. 3, 213-222.

Lehtinen, V. et al. (1990). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Basic results from the mini Finland health survey. **Acta Psychiatr., Scand.**, 81: 418-25.

Martin, A.J. (1999). Assessing the multidimensionality of the 12-item General Health Questionnaire. **Psychol Rep**, 84(3 Pt 1):927-935.

Moore, M.J., Moore, P.B., Shaw, P.J. (1998). Mood disturbances in motor neuron disease. **Journal of the Neurological Sciences** 160 Suppl 1: S53-

اخبار و گزارش ها

■ طرح کارنامه سلامت روان دانشجویان با همکاری ۴۹ دانشگاه و با شرکت ۴۰۶۷۶ دانشجو با ابلاغ ۲/۰۳۳/۸۰۰/۰۰۰ ریال به دانشگاه های مشارکت کننده در طرح با موفقیت اجرا شد.

□ گزارش کامل پژوهش ”بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۵-۸۶ دانشکده های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری“ انتشار یافت.

این پژوهش توسط دفتر مرکزی مشاوره با همکاری مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه های سراسر کشور انجام شد و نسخه ای از گزارش مذکور در اختیار مسئولین وزارت متبوع و دیگر دستگاه ها قرار گرفت. ضمناً خلاصه ای از گزارش تحت عنوان ”وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی ۸۵-۸۶ دانشگاه ها در یک نگاه“ در ۴ صفحه انتشار و بین واحدهای مختلف و مرتبط توزیع گردید.

■ الویت های پژوهشی دفتر مرکزی مشاوره به موسسه پژوهش و برنامه ریزی اعلام شد.

دفتر مرکزی مشاوره الویت های خود را در قالب ۱۰ عنوان طرح پژوهشی و ۳ عنوان طرح اجرایی به موسسه پژوهش و برنامه ریزی اعلام نمود.

□ زمینه ادامه تحصیل کارشناسان و مشاوران مراکز مشاوره دانشجویی فراهم شد.

در یازدهمین جلسه شورای برنامه ریزی دفتر مرکزی مشاوره آموزش الکترونیکی (E-Learning) مشاوران و کارشناسان مراکز مشاوره با جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی به تصویب رسید.

مدیر گروه روان شناسی بالینی و عمومی دانشگاه علامه طباطبایی برای برگزاری یک دوره خاص دکترای روان شناسی و کارشناسی ارشد روان شناسی ویژه کارشناسان و مشاوران مراکز مشاوره دانشگاه ها اعلام آمادگی کرد.

مورخ ۷ و ۸ اسفندماه ۱۳۸۶ در دانشگاه هنر و مهارت های مطالعه و برنامه ریزی درسی مورخ ۲۲ و ۲۳ اسفندماه ۱۳۸۶، در دانشگاه تهران برگزار گردید، لازم به ذکر است ۶ کارگاه آموزشی دیگر در تاریخ های پیشنهادی، برگزار خواهند شد.

■ اجرای کارگاه های آموزشی توسط مناطق مراکز مشاوره

کارگاه آموزشی منطقه یک: مصاحبه اولیه - شرح حال گیری، علامت شناسی و تکنیک ها مصاحبه / ۷ و ۸ اسفند / در دانشگاه هنر تهران برگزار شد.

کارگاه آموزشی منطقه یک: مهارت های مطالعه و برنامه ریزی درسی / ۲۲ و ۲۳ اسفند / در دانشگاه تهران برگزار شد.

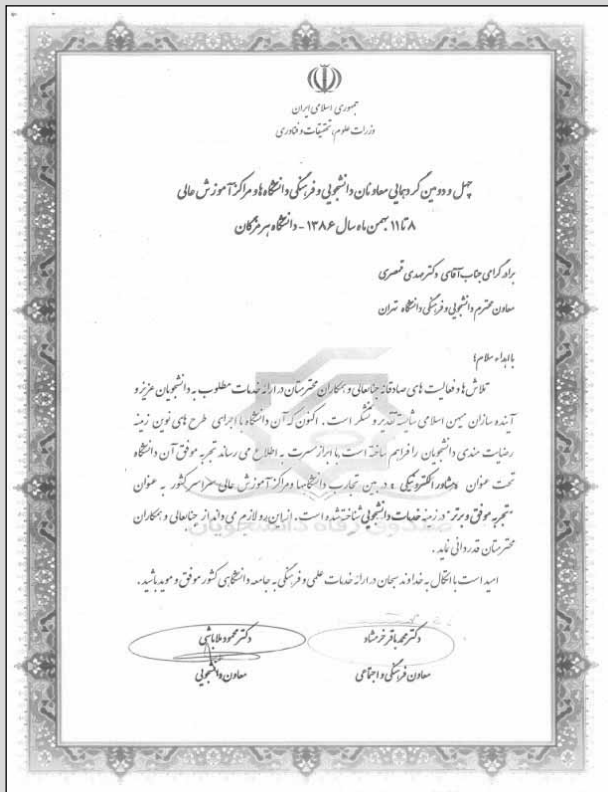
کارگاه آموزشی منطقه پنج: روش های مصاحبه بالینی / ۱ و ۲ و ۳ اسفند / در دانشگاه خلیج فارس بوشهر برگزار شد.

□ تقدیر و تشکر از معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران در خصوص " طرح مشاوره الکترونیکی"

در چهل و دومین گردهم آبی معاونین دانشجویی و فرهنگی دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی که در تاریخ ۸ تا ۱۱ بهمن ماه ۱۳۸۶ در دانشگاه هرمزگان برگزار گردید، طی لوحی از جانب معاونین محترم دانشجویی و فرهنگی - اجتماعی وزارت علوم تحقیقات و فناوری از جناب آقای دکتر قمصری معاون محترم دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران به واسطه تجربه موفق این دانشگاه در ارائه خدمات مشاوره الکترونیکی در مرکز مشاوره دانشجویی تقدیر و تشکر به عمل آورده شد و این تجربه به عنوان تجربه موفق و برتر در زمینه خدمات دانشجویی در بین دانشگاه های مراکز آموزش عالی شناخته شد.

□ تقدیر و تشکر از سه تن از مسئولان مراکز مشاوره دانشگاه های منطقه یک مراکز مشاوره وزارت علوم

در جلسه مراکز مشاوره منطقه یک دانشگاه های وزارت علوم، که در تاریخ ۸۶/۱۲/۱۹ در دانشگاه صنعتی امیرکبیر برگزار گردید، از سرکار خانم امیرپور و آقایان رحال زاده و مهاجرانی، مسئولین مراکز مشاوره دانشگاه های امیرکبیر، تربیت معلم و هنر که به افتخار بازنشستگی نائل آمده اند؛ با حضور جناب آقای دکتر سهرابی، مسئول دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، سرکار خانم دکتر ترقی جاه، معاون دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، جناب آقای دکتر عطایی پور، معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه صنعتی امیرکبیر، جناب آقای پیروی دبیر منطقه یک و قائم مقام مرکز مشاوره دانشگاه تهران و مسئولان محترم مراکز مشاوره منطقه یک، با اهدای لوح و هدیه ای تقدیر به عمل آمد.



■ برگزاری کارگاه های آموزشی منطقه یک مراکز مشاوره دانشگاه های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

بر طبق جدول زمانبندی توسط دبیرخانه منطقه یک و هماهنگی انجام گرفته با مسئولان مراکز مشاوره منطقه یک دانشگاه های وزارت علوم، از ۹ کارگاه تعیین شده ۳ کارگاه در زمان تعیین شده برگزار گردید که کارگاه های طرح واره درمانی مورخ ۲۵ و ۲۶ دی ماه ۱۳۸۶، در دانشگاه تهران، مصاحبه اولیه، شرح حال گیری و علامت شناسی

برنامه کنفرانس ها و سمینارهای داخلی و خارجی

○ چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان

با همکاری دفتر مرکزی مشاوره معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه شیراز در تاریخ های ۱ و ۲ خردادماه ۱۳۸۷ با محورهای زیر در دانشگاه شیراز برگزار می گردد:

◆ بررسی ابعاد مختلف مشکلات روانی - اجتماعی دانشجویان (شیوع شناسی - آسیب شناسی و راهکارهای پیشگیری)

◆ شیوه ها و راهکارهای ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان

◆ نقش عوامل موثر در ارتقای بهداشت روانی دانشجویان (دین و معنویت، فعالیت های فرهنگی، هنری، ورزشی و...)

◆ نقش اساتید مدیریت های دانشگاهی و سیاست گذاری ها در ارتقای بهداشت روانی دانشجویان

◆ شیوه های مشاوره مؤثر مبتنی بر فرهنگ بومی کشور
◆ پیشگیری و مداخلات درمانی در سوء مصرف مواد بین دانشجویان

◆ بررسی نقش همکاری خانواده و دانشگاه در ارتقای سلامت روانی دانشجویان

◆ رابطه بهداشت روان و پیشرفت تحصیلی دانشجویان
◆ برنامه ریزی و سیاست گذاری در حوزه بهداشت روانی دانشجویان

◆ سایر تحقیقات مرتبط با بهداشت روانی دانشجویان
در این سمینار که به صورت دوسالانه برگزار می گردد، اندیشمندان و محققان فعال در زمینه بهداشت روانی دانشجویان به تبادل اطلاعات علمی خواهند پرداخت. در ضمن در کنار سمینار، کارگاه های مختلف آموزشی برگزار می گردد. شرکت در این سمینار دارای امتیاز بازآموزی از سازمان نظام روان شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران می باشد.

● شانزدهمین کنگره سالانه انجمن اروپایی فلسفه و روان شناسی

در تیرماه امسال در هلند برگزار می گردد. از ویژگی های مهم این کنگره نگاه بین رشته ای به روان شناسی است. فلسفه، روان شناسی، زبان شناسی و فراشناخت از موضوعات این کنگره می باشد که در کنار یکدیگر و در ارتباط با هم مورد بررسی و بحث قرار خواهد گرفت. اطلاعات بیشتر درخصوص این کنگره در سایت زیر موجود می باشد:

<http://www.let.uu.nl/espp/>

● کنگره سالانه روان شناسی سلامت که توسط بخش روان شناسی جامعه روان شناسی انگلیس و انجمن اروپایی روان شناسی سلامت

طراحی و برنامه ریزی گردیده است، در شهریورماه برگزار خواهد شد. کنگره فوق تمامی حوزه های روان شناسی سلامت را در بر می گیرد. برای کسب اطلاعات بیشتر به آدرس زیر مراجعه نمایید:

<http://www.bath2008.org.uk/>

● دومین گردهمایی انجمن آسیایی روان شناسی

در تیرماه امسال در شهر کوالالمپور مالزی برگزار می گردد. ساختن خانواده و اجتماع در آسیا از محوهای اصلی این کنگره می باشد. منطقه ای بودن و توجه به فرهنگی آسیایی و آشنایی با روان شناسان آسیایی از نکات قابل توجه می باشد که برای ایرانیان شرکت کننده در کنگره فوق می تواند جالب باشد. اطلاعات بیشتر در آدرس زیر موجود می باشد:

<http://umweb.un.edu.my/apsya/>

● بیست و نهمین کنگره بین المللی روان شناسی (Icp)

تابستان امسال در برلن، آلمان برگزار خواهد شد. کنگره فوق با حضور بسیاری از روان شناسان با گرایش های مختلف می باشد و از نکات مهم آن برخورد آرا در حوزه روان شناسی و وجود اتاق بحث های متعدد درباره جنجالی ترین و مهم ترین عرصه های روان شناسی توسط افراد معروف در هریک از حوزه ها می باشد. از دیگر ویژگی های بارز این کنگره این است که کتاب چکیده مقالات قبل از کنگره در دسترس علاقمندان قرار خواهد گرفت تا با مطالعه آن در موضوعات و بحث های کنگره شرکت نمایند. برای اطلاعات بیشتر درباره کنگره فوق به آدرس زیر مراجعه نمایند:

<http://www.icp2008.org>

● سی و هشتمین گردهمایی سالانه انجمن ژان پیاژه

در خردادماه امسال در کبک، کانادا برگزار می گردد. در این کنگره رشد نوجوانی محور اصلی می باشد. کلیه ابعاد و محورهای رشد نوجوان در خصوص ارتباط با تغییرات عمده اجتماعی دهه اخیر مورد بحث و بررسی کارشناسان قرار خواهد گرفت. برای کسب اطلاعات بیشتر درخصوص کنگره فوق به آدرس زیر مراجعه نمایید:

<http://www.piaget.org/Symposium /2008/>



گزارش

عملکرد شش ماهه مرکز خدمات مشاوره تلفنی دانشگاه تهران

ماریت قازاریان
مسئول واحد مشاوره تلفنی دانشگاه تهران

مشاوره تلفنی به عنوان یکی از رویکردهای ارائه خدمات مشاوره ای مقبولیت خاصی در میان خدمات مشاوره ای دارد و ارائه این خدمات از مراکز دانشگاهی معتبر به میزان اعتبار آن می افزاید. بخش خدمات مشاوره تلفنی علاوه بر پاسخدهی به دانشجویان دانشگاه تهران، براساس تفاهم نامه ای که فی مابین معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران منعقد گردید، از آذر سال ۸۶ نسبت به ارائه خدمات به کلیه دانشجویان خوابگاهی شهر تهران اقدام و از آن پس تاکنون تعداد تماس گیرندگان روز به روز افزایش یافته است.

دانشجویان در طول تحصیلات دانشگاهی ممکن است دچار مشکلاتی شوند و نیاز دارند مسائل خود را با متخصصان در میان گذارند. این مشکلات گاهی در ارتباط با مسائل تحصیلی و گاهی درباره مسائل عاطفی می باشد. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران راهبردهایی برای کمک به دانشجویان ایجاد کرده است. یکی از این راهبردها ارائه خدمات مشاوره تلفنی است که از حدود ۲ سال پیش راه اندازی شد. به این ترتیب دانشجویان می توانند در صورت مواجه شدن با مشکلات روانی و عاطفی از خوابگاه یا اتاق خود با مشاوره تلفنی تماس حاصل نموده و مشکل خود را با متخصصان در میان گذارند.

مشکلات ارتباطی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین، مشکلات تحصیلی و آموزشی، سوء مصرف مواد، افسردگی و فقدان جسارت از مشکلات عمده ای است که احتمال دارد دانشجویان با آن مواجه شوند.

خدمات مشاوره تلفنی فرصتی برای دانشجویان فراهم می آورد تا با هزینه کم و ناشناس ماندن، مشکلات خود را از خوابگاهها با افراد متخصص مطرح نمایند.

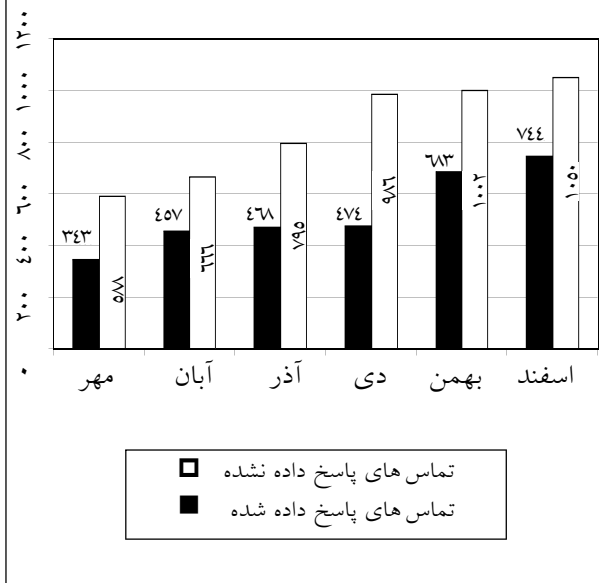
مشاوران مرکز مشاوره تلفنی دانشجویی دانشگاه تهران پنج ساعت در روز از جمله روزهای تعطیل حضور دارند و آماده پاسخگویی به دانشجویان می باشند.

ارائه این خدمات از طریق تلفن دارای صرفه جویی اقتصادی می باشد و از طرف دیگر به شروع مشکلات افراد نزدیک تر است و با یک "حضور بلافاصله" به پیشگیری از آسیبها، مداخله در موارد مقتضی، راهنمایی و ارجاعهای



نمودار ۱

تعداد تماس گیرندگان مشاوره تلفنی پاسخ داده شده و پاسخ داده نشده در شش ماه دوم سال ۱۳۸۶



حدود ۷۶ درصد تماس گیرندگان خانم‌ها می‌باشند. عدم پاسخگویی به هنگام به این قشر منجر به اختلال در نظام خانواده و مشکلات تربیتی می‌گردد که عواقب آن به‌طور غیرمستقیم گریبانگر جامعه است.

افزایش تعداد تماس گیرندگان و عدم پاسخگویی به تماس‌های تلفنی و طولانی شدن لیست‌های انتظار منجر شد که تعداد مشاوران با امکانات موجود افزایش یابد (نمودار ۲) که هر یک از مشاوران حداقل در دو و حداکثر در سه نوبت در طول هفته فعالیت می‌کنند و ساعات کاری آنها در هر ماه به شرح نمودار ۳ می‌باشد. با وجود افزایش تعداد مشاوران تعدادی از کابین‌های مرکز خالی است و پاسخگویی نیازهای موجود نمی‌باشد.

با توجه به آمار و ارقام موجود از یک سو و نیازهای دانشجویان از سوی دیگر، تجهیز ساختاری و پرسنلی مرکز تلفنی دانشگاه به نظر می‌رسد که سرمایه‌گذاری برای ارتقای خدمات تلفنی دانشگاه به عنوان یک مرکز معتبر و مورد اعتماد دانشجویان، دارای مزایایی به شرح زیر است:

مناسب می‌پردازد. از طرف دیگر مشکلات و موانع فرهنگی موجود در جامعه ایرانی منجر به استقبال بیشتر از خدمات مشاوره تلفنی شده است چون گمنامی و ناشناخته ماندن مراجع عامل مهمی در اقبال آنها به اخذ خدمات تلفنی است. شاهد این مدعا آمار ارسالی از مراکز مشاوره تلفنی کشور است که رشد فزاینده دارد.

طبق آمار ثبت شده در رایانه مشاوره تلفنی دانشگاه، طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ تعداد ۵۰۸۷ تماس با صدای مشاور انجام شده است ولی با توجه به محدودیت امکانات و اعتبارات کنونی تنها به ۳۱۶۹ تماس پاسخ داده شده است. (۶۲/۳ درصد) و مابقی تماس‌ها (۳۷/۳ درصد) بدون پاسخ باقی مانده است (نمودار ۱). این درحالی است که تبلیغات موجود برای مشاوره تلفنی دانشگاه فقط برای ساعات ۱۶ تا ۲۱ بوده است.

همان گونه که در نمودار ملاحظه می‌شود عملکرد مرکز در سه ماهه پایانی سال سیر صعودی داشته است و با وجود افزایش تعداد مشاوران و نوبت‌های کاری، این مرکز هنوز هم پاسخگویی تمامی تماس‌های تلفنی نمی‌باشد و بسیاری از تماس گیرندگان در انتظار طولانی باقی می‌مانند که منجر به:

- ۱) اعتراض‌های دانشجویان،
- ۲) عدم پاسخگویی به گروه زیادی از تماس گیرندگان،
- ۳) عدم امکان حل مشکلات تعداد زیادی از تماس گیرندگان،
- ۴) عدم آگاهی از شیوع اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی افرادی که به مراکز حضوری مراجعه نمی‌کنند و مایل به حل مشکل خود از طریق ارتباط با مشاوره تلفنی دانشگاه می‌باشند.

آمار مرکز مشاوره تلفنی دانشگاه نشان می‌دهد که ۸۲ درصد تماس گیرندگان دانشجو و ۱۸ درصد غیردانشجویان می‌باشند که از مشکلات عاطفی و تحصیلی نظیر عدم تمرکز، عدم سازگاری با محیط، افت تحصیلی رنج می‌برند و بیش از ۶۰ درصد آنان مبتلا به اختلالات افسردگی (با یا بدون افکار خودکشی) یا اختلالات اضطرابی و اختلالات سوءمصرف مواد هستند و عدم پاسخگویی به هنگام منجر به بروز مشکلات جدی در دانشگاه‌های کشور و خوابگاه‌ها می‌شود.



نوبه خود در تقلیل هزینه‌های بهداشتی دانشجویان و خانواده‌ها موثر است. از طرف دیگر هزینه این شیوه از مداخله بسیار کمتر از سایر روشها است چون با مداخله مقتضی و مناسب می‌توان از آسیبهای اجتماعی پیشگیری نمود. مدوف (Medoff, ۱۹۸۶) در گزارش خود از مراکز مداخله تلفنی می‌نویسد: «این مراکز سالانه جان ۳۶۰۰ نفر را نجات می‌دهد و بازده اقتصادی یک دلار سرمایه‌گذاری در پیشگیری از خودکشی در یک مرکز مداخله تلفنی بین ۷/۱۰ تا ۴/۹۶ دلار است.»

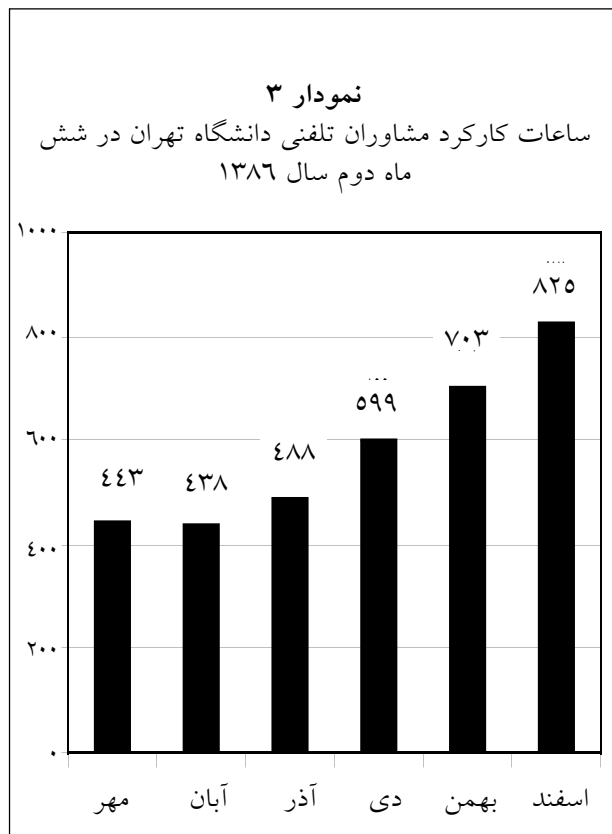
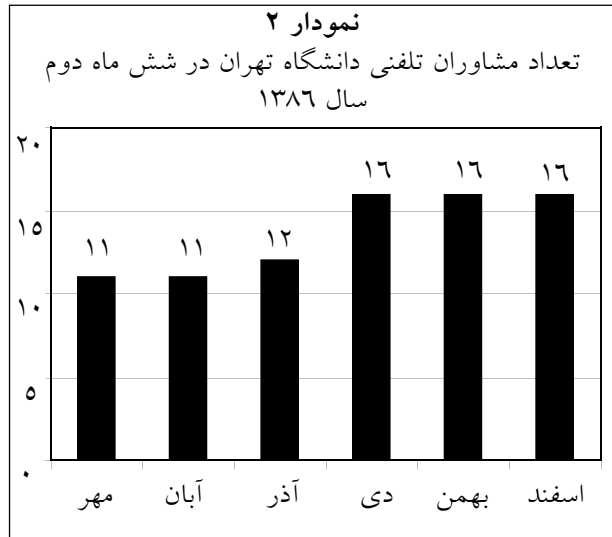
(۲) **مزایای اجتماعی - فرهنگی:** تسهیل برقراری رابطه با مرکز مشاوره تلفنی منجر به دسترسی سریع به خدمات مورد نیاز، ارجاع به سایر ساختارهای مداخله‌ای، درمانی و مشاوره‌ای، اشاعه فرهنگ مشاوره، ارتقای سلامت روان، و افزایش گرایش افراد برای اخذ خدمات استفاده از وسایل روزآمد ارتباطی می‌گردد که به نوبه خود بار بیماری‌ها و اختلالات را کاهش داده و در جهت افزایش سلامت روانی جامعه حرکت می‌کند.

(۳) **مزایای بهداشتی - روانی:** مشاوره تلفنی به تماس گیرنده‌ای که تحت شرایط پرفشار و بحرانی قرار دارد کمک می‌کند تا از آن موقعیت خارج شود و زندگی طبیعی را از سرگیرد و به سطح عملکرد بهینه برسد.

به علاوه ارائه خدمات مشاوره تلفنی منجر به دسترسی آسان، بخصوص برای زنان، به این خدمات می‌گردد. آمارهای مراکز مشاوره تلفنی نیز حاکی از آن است که قریب به ۷۶ درصد تماس گیرندگان مراکز مشاوره تلفنی را زنان تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد که زنان ایرانی به دلیل مشکلات و موانع فرهنگی که در دستیابی به خدمات مشاوره حضوری دارند، گرایش بیشتری به اخذ خدمات از طریق تلفن برای حل مشکلات خویش دارند تا ضمن ناشناخته ماندن، خدمات مورد نیاز را کسب کنند.

با توجه به مزایای مذکور و مشکلات موجود، جهت تحقق اهداف مشاوره تلفنی، اجرای موارد زیر ضروری به نظر می‌رسد:

- (۱) افزایش تعداد خطوط مرکز،
- (۲) افزودن ارائه خدمات تلفنی در نوبت های صبح،
- (۳) افزایش تعداد مشاوران پاسخگوی تلفن،
- (۴) ارتقای سیستم ثبت اطلاعات نرم‌افزاری،
- (۵) گسترش محیط فیزیکی بخش مشاوره تلفنی،
- (۶) انجام تبلیغات گسترده‌تر و وسیع‌تر در سطح خوابگاه‌ها جهت آگاه سازی عموم دانشجویان،
- (۷) ارتقای آموزش مداوم مشاوران.



(۱) **مزایای اقتصادی:** خدمات مشاوره تلفنی برای دانشجویان، رایگان است و امکان دسترسی آنان از هر نقطه شهر فراهم می‌باشد. از طرفی دسترسی آسان به خدمات تلفنی منجر به کاهش تردد در سطح شهر می‌شود که به نوبه خود منجر به کاهش آلودگی هوا، استهلاک وسایل نقلیه و صرفه جویی در انرژی می‌گردد. لازم به ذکر است که استفاده به هنگام از خدمات مشاوره تلفنی موجب پیشگیری از آسیب‌ها، اختلالات، و مشکلات روانی - اجتماعی می‌شود که به



معرفی کتاب

گرین برگر، دنیس و یوسکی، کریستین
آنجا که عقل حاکم است

**چگونه می‌توان با تغییر در شیوه تفکر،
شیوه احساس را تغییر داد**
(کتاب راهنمای شناخت درمانی برای درمان‌گران و درمان‌جویان)

ترجمه همراه با بحث‌های زمینه‌ای: حبیب‌الله قاسم‌زاده

کردن در سطح افکار پراشتهاب است که مراجعان را به سوی
بیش هیجانی رهنمون می‌سازد.
کتاب آنجا که عقل حاکم است در ۲۱ فصل تنظیم شده

است:

- فصل ۱: چگونه می‌توانید مسائل تان را درک کنید
- فصل ۲: این اندیشه است که اهمیت دارد
- فصل ۳: تشخیص و درجه‌بندی حالت‌های خلقی
- فصل ۴: موقعیت‌ها، حالت‌های خلقی و افکار
- فصل ۵: افکار خوش‌آیند
- فصل ۶: شواهد کدام‌اند؟
- فصل ۷: تفکر جایگزینی یا متعادل
- فصل ۸: تجربه، آزمایش و برنامه‌ریزی
- فصل ۹: فرض‌ها و باورهای بنیادی
- فصل ۱۰: درک افسردگی
- فصل ۱۱: درک اضطراب

فصل ۱۲: درک خشم، احساس گناه و شرمساری
فرم‌ها و پرسشنامه‌های آخر کتاب نیز می‌تواند به
شناخت درمانگر در گره‌گشایی از مشکلات درمان کمک
شایانی بکند. در مقدمه مفصل مترجم در اول کتاب که شاید
اغراق نباشد اگر بگوئیم ارزشی همسنگ کتاب دارد. بهتر
است ما قضاوتمان را به شما تحمیل کنیم. خودتان می‌توانید
قضاوت کنید.

این کتاب در قطع وزیری، در ۲۹۱ صفحه و باب‌های
۴۸۰۰ از سوی انتشارات ارجمند در پائیز سال ۱۳۸۶ منتشر
شده است.

کتاب‌های زیادی در حوزه شناخت درمانی در ایران به
چاپ رسیده است که برخی از آنها برای درمانگران علاقمند
به این رویکرد درمانی مفید و راهگشا بوده‌اند. اما گاهی
اوقات نویسنده این کتاب‌ها با این پیش‌فرض شروع به
نوشتن کتاب کرده‌اند که خواننده اطلاعات زمینه‌ای و پایه‌ای
را دارد. اما ممکن است برخی از درمانگران ایرانی چنین
اطلاعاتی را نداشته باشند. بنابراین لزوم ترجمه کتاب‌هایی
که بتواند اصول بنیادینی شناخت درمانی را به زبانی ساده و
شفاف توضیح دهد، احساس می‌شود. با ترجمه کتاب آنجا
که عقل حاکم است، این کمبود تا حدی جبران شد.

کتاب «آنجا که عقل حاکم است» به گونه‌ای دقیق همراه
با مثال‌های جالب، روند به کارگیری شناخت درمان را نشان
می‌دهد. نکته جالبی که در این کتاب وجود دارد پرداختن
به **Hot cognitions** یا شناخت پراشتهاب است که در
حوزه شناخت درمانی با تمام اهمیتی که دارد کمتر به آن
توجه می‌شود. بسیاری از شناخت درمانگران در سطح
cold cognitions مراجعان کار می‌کنند به عبارتی آنها
سعی می‌کنند مراجعان را به بینش عقلانی برسانند در
صورتی که بینش عقلانی نمی‌تواند به رفتار گره بخورد. کار



Ministry of Science, Research & Technology
Central Counseling Office

Quarterly Journal of Mental Health

VOL1. NO.1/spring 2008

Preface / F.Sohrabi

**Robirth: Psychological Interpretation of
Sura Kahf of Koran and its Application on Counseling
and psychotherapy / B.Ghobari bonab**

Fundamention of Spritual Intellingence / F.Sohrabi

**A Glance on sexual Training in Different
Academic Levels / M. Farmahini farahani**

**Mindfulness Training as a Clinical Inter vention:
Emperical and conceptual Review
A.Omidiy&P.Mohamadkhani**

**Screening of Mental Disorders: Tests position, Deter-
mining of Cutoff-point and validation / H. Yaghubi**