

# روان بنه



## در این شماره می‌خوانید :

نقش تفاوت‌های جنسیتی در ابتلا به افسردگی  
چرا زنان در ابتلا به افسردگی مستعدترند؟

عروسک و وسایل آشپزخانه برای دخترچه‌ها، ماشین و تفنگ برای پسرچه‌ها  
آیا باید از اسباب‌بازی‌های دسته‌بندی‌شده جنسیتی امتناع کرد؟

دیدگاهی نوین به بازی‌درمانی  
بازی‌درمانی چه هست و چه نیست؟

چگونه بیشترین اثربخشی را از روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت ISTDP بگیریم؟

پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری

زندگی‌نامه اینیز بورلی پروسر





# روان بونه

## فهرست مطالب :

فهرست ۱/

ملاحظات ۲/

نشریه روان بونه

زیر نظر : گروه رشد و توسعه روانشناسی در ایران

سال دوم / شماره ۲۲ / آبان ۱۳۹۶

Second year / Number Twenty-Two / November 2017

G & D Group

سر دبیر: مسعود حامدی

شورای تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مهدی اکبری

دکتر علی رضا بوستانی پور

دکتر محمود دهقان

دکتر اسما عاقبتی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

محسن دادجو

منا سمیعی سنجانی

مژگان عطار

گرافیکست: رقیه سیفی

کانال تلگرام: <https://t.me/RavanBoneh2>

سایت: [ravanboneh.com](http://ravanboneh.com)

پست الکترونیک: [info@ravanboneh.com](mailto:info@ravanboneh.com)

شماره های تماس: ۰۹۰۳۲۰۲۹۲۳۵ و ۰۸۸۳۰۵۰۲۸-۰۲۱

نویسندگان این شماره به ترتیب حروف الفبا:

بهنود بهمنش، فائزه جامعحمادی، ملیکا فتوحی، لطیفه نظامی

این نشریه الکترونیکی با هدف انتشار مقالات، رویدادها و موضوعات حوزه روانشناسی و مشاوره هر ماه به صورت رایگان با همت متخصصین دغدغه مند در این حوزه ها نگارش، تولید و منتشر خواهد شد. سایر دوستان و متخصصین که تمایل به همکاری با این نشریه الکترونیکی دارند می توانند نقطه نظرات خود را از طریق پست الکترونیکی با ما در میان بگذارند. برای عضویت این خبرنامه از طریق سایت اقدام نمایید.

سازمان آگهی ها

برای درج آگهی و یا اطلاع رسانی پیرامون کارگاه ها و همایش ها در حیطه روانشناسی با ایمیل [info@ravanboneh.com](mailto:info@ravanboneh.com) در تماس باشید.

درمان شناختی-رفتاری

نقش تفاوت های جنسیتی در ابتلا به افسردگی/چرا زنان در ابتلا به افسردگی مستعدترند؟/۳

درمان کودک و نوجوان

عروسک و وسایل آشپزخانه برای دختر بچه ها، ماشین و تفنگ برای پسر بچه ها/آیا باید از اسباب بازی های دسته بندی شده ی جنسیتی امتناع کرد؟/۵

دیدگاهی نوین به بازی درمانی/بازی درمانی چه هست و چه نیست؟/۶

رواندرمانی و فلسفه

چگونه بیشتری اثربخشی را از روان درمانی پویشی کوتاه مدت ISTDP بگیریم؟/چگونگی طبقه بندی مؤثر مراجعین در رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت ISTDP/۷

روش تحقیق

پرسشنامه شیوه های فرزند پروری/معرفی پرسشنامه و کاربرد آن/۹  
وقتی که علم اندوزی طرز تفکر ما را تغییر می دهد.../۱۰

زندگینامه

زندگینامه روانشناسان تاثیر گذار / اینیز بوری پروسر/۱۱

دستاوردها

دستاوردها/۱۲

دومین کنگره ملی نماز و سلامت روان/۱۳

پیوست

درخواست نمایندگی/۱۳

فرم عضویت/۱۴





۱. آرا نویسندگان لزوماً دیدگاه گروه رشد و توسعه روانشناسی نیست.
۲. مسئولیت متن آگهی‌ها بر عهده ارائه‌دهنده آگهی‌ها است.
۳. مسئولیت علمی مقاله بر عهده نویسنده یا نویسندگان است.
۴. نشریه روان بنه در قبول یا رد مقاله‌ها آزاد است.
۵. نشریه در اصلاح و ویرایش مطالب رسیده آزاد است.
۶. مقالات ارسال شده بازگردانده نمی‌شود.
۷. ماهنامه روان بنه نشریه الکترونیکی و غیرقابل فروش است.

**از نویسندگان محترم تقاضا می شود به نکات زیر توجه فرمایند:**

۱. نشریه روان بنه آماده چاپ و انتشار مقاله های نقد و بررسی، گزارشهای تحقیقی اصیل، مورد پژوهی و مورد آزمایشی و مورد درمانی و نیز نقد و معرفی کتاب است.
۲. مقالات خود را به ایمیل [info@ravanboneh.com](mailto:info@ravanboneh.com) ارسال فرمایید.
۳. مقاله باید به زبان فارسی، با انشایی روان و سلیس نوشته شده باشد.
۴. مقالات و ترجمه‌های خود را حتی‌الامکان حروفچینی شده ارسال نمایید.
۵. مقالات ارسال شده بازگردانده نمی‌شود.
۶. نقل مطلب با ذکر مأخذ آزاد است.
۷. اصطلاحات لاتین و اسامی باید قسمت پایین صفحه بیاید.
۸. نام و نام خانوادگی نویسنده یا مترجم، سمت علمی، محل کار، نشانی، شماره تلفن، شماره دورنگار و پست الکترونیکی حتماً باید ذکر شود.
۹. چنانچه مخارج مالی مربوط به تهیه مقاله و یا انجام پژوهش، از طرف مؤسسه ای تأمین شده است در صفحه اول مقاله یا گزارش (در قسمت پاورقی) حتماً ذکر شود.
۱۰. شیوه ارجاع به منابع و کتابنامه شناسی، طبق استاندارد APA خواهد بود.
۱۱. توصیه می شود در ترجمه واژه ها تا حد امکان از معادلهای موجود استفاده شود و در صورتیکه معادل جدیدی آفریده می شود، دلایل کافی در پاورقی آورده شود.





# نقش تفاوت‌های جنسیتی در ابتلا به افسردگی

## چرا زنان در ابتلا به افسردگی مستعدترند؟

### لطیفه نظامی

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی

زن به‌عنوان یک همسر، مادر و سرپرست، کارمند یا کارگر، باعث سطوحی از استرس در طول روز می‌شود. اختلاف در اهداف روانی از ازدواج ممکن است به تفاوت‌های جنسیتی دو طرف، مربوط باشد. مردان ممکن است اهداف ابزاری از ازدواج داشته باشند درحالی‌که زنان ممکن است در ازدواج اهداف عاطفی خود را دنبال کنند و این نگرش‌ها می‌تواند باعث تنش زوجین شود و ممکن است باعث احساس افسردگی در زنان شود. در این صورت زنان ممکن است همسران خود را به‌عنوان عامل استرس و افسردگی‌زا تلقی کنند نه به عنوان حمایتگر.

نقش‌هایی که به‌موازات نقش همسری، به وجود می‌آید، نقش والدینی هست. زنان حتی اگر شاغل باشند، در هفته بیشتر از ۷۰ ساعت از کودک مراقبت می‌کنند. ولی پدران در هفته حدود ۳۰ ساعت را با کودک می‌گذرانند حتی اگر همسرشان شاغل باشد. باین حال زنان شاغل از مقدار زمانی که برای فرزندان و همسرانشان اختصاص داده‌اند احساس نارضایتی می‌کنند، ولی باین حال به دلیل قالب‌های جنسیتی، در مورد نقش‌های جنسیتی خود شکایت ندارند. قالب‌های جنسیتی می‌تواند هویت جنسیتی را تحت تأثیر قرار دهد. در دوران معاصر این ایده که لاغر زیباست به‌عنوان هنجار اجتماعی پذیرفته شده است. این عوامل اگر به‌صورت افراطی بهاداده شود می‌تواند باعث احساسات و عادات خطرناکی مثل افسردگی و اختلال خوردن باشد. گاهی این دو اختلال به‌شدت با یکدیگر همراه می‌شود.

برای مقایسه زنان و مردان در مورد حساسیت به افسردگی، باید نقش هورمون‌ها و عوامل وراثتی در نظر گرفته شود. کاهش استروژن، در دوران شروع یائسگی، باعث افزایش نرخ افسردگی می‌شود. افزایش افسردگی در این دوره هم‌چنین می‌تواند ناشی از احساس «کم شدن زنانگی» باشد؛ زیرا ناباوری زنان در این مرحله باعث احساس مسن بودن می‌شود. بعلاوه، حقیقت دیگر آن است که مردان در مقایسه با زنان، تمایل به ارزش‌های جذابیت و جوانی را در جفت خود، بیشتر

نام‌گذاری روز جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷ با عنوان «بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم» فرصتی در کشور ما فراهم آورد تا در کنار سیاست‌گذاری برای سلامت جسمانی آحاد جامعه به اهمیت و جایگاه سلامت روانی نیز پرداخته شود. برای کارشناسان حوزه سلامت، مفهوم پیشگیری در تمام سطوح و تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع اختلال افسردگی، هدف مهم در جهت ارتقا سواد سلامت جامعه بشمار می‌رود. افزایش سطح آگاهی عمومی و ارتقا سطح سلامت روان در جامعه از مهم‌ترین عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان افسردگی است که نیاز به تعامل و همکاری متولیان سلامت روان از جمله روانشناسان و روان‌پزشکان دارد. اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی، با شیوع ۲۵٪ - ۱۵٪ در طول عمر به شمار می‌رود. پیشگیری از افسردگی در گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله نوجوانان، جوانان، زنان و سالمندان، بسیار مهم است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان ۲ برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند؛ بنابراین باید در این حوزه به زنان توجه خاصی نمود.

زنان به دلیل تفاوت‌های جنسیتی در نقش‌ها، بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی هستند. برای درک بهتر این موضوع، نظریه‌های مختلفی ارائه شده است. این نظریه‌ها عبارت‌اند از: نظریه تفاوت نقش هویت جنسی/جنسیتی، تفاوت‌های بیولوژیکی، تفاوت سن شیوع افسردگی، افسردگی و تفاوت عود و همبودی.

در نظریه تفاوت نقش جنسیتی، جنسیت، جامعه و نقش‌های والدینی، نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت‌های جنسیتی تا حدود زیادی تحت تأثیر محیط بوده و ریشه در نقش‌های تعیین‌شده برای زنان قرار دارد؛ که می‌تواند به افسردگی منجر شود و باید موقع مقایسه زنان و مردان، موردتوجه قرار بگیرد.

تجزیه و تحلیل نقش‌های زنان نشان می‌دهد که زنان در تضاد زندگی می‌کنند تا بتوانند به این نقش‌ها و انتظارات کمال گرایانه عمل کنند نقش



وسواسی اجباری (اختلالات اضطرابی) همه به هم پیوسته هستند همبودی اختلال‌های وسواسی اجباری با افسردگی به اثبات رسیده است اما تأثیر این همبودی در زنان هنوز مطالعه نگردیده است.

آمار ثابت می‌کند که دختران نسبت به پسران اختلالات اضطرابی را زودتر تجربه می‌کنند. مثلاً، دختران در سن ۶ سالگی دو بار بیشتر اختلال اضطرابی را تجربه کرده‌اند.

یک دلیل بالقوه برای حساسیت افسردگی در دختران و زنان می‌تواند این باشد که آن‌ها در معرض خطر بسیار بالاتر برای آزار جنسی در جامعه می‌باشند.

فرضیه عود می‌گوید که اگر مردان و زنان به نسبت مساوی حداقل یک دوره افسردگی را تجربه کرده باشند زنان در دوره‌های دیگر زندگی احتمال عود بیشتری نسبت به مردان خواهند داشت ولی چون این نتیجه از مطالعه محدود به نمونه کوچکی از جامعه به دست آمده است نباید به عنوان میزان عود در جامعه تفسیر شود ولی این واقعیت که عود، میزان شناخت‌های افسردگی را افزایش می‌دهد درست بوده و می‌تواند یک علت احتمالی برای حساسیت بالای زنان به افسردگی باشد.

درمان اختلال افسردگی معمولاً شامل درمان‌های روان‌شناختی یا درمان‌های روان‌پزشکی و یا ترکیبی از هر دو است. مجموع این موارد نشان می‌دهد که افزایش آگاهی و ترویج گفتگو در مورد افسردگی هم در جمعیت عمومی و هم در سطح متولیان سلامت روان ضروری است تا به این طریق بتوان به‌طور مؤثری از بروز افسردگی جلوگیری کرده و در صورت ابتلا به‌طور کامل درمان کرد.

منابع:

- Ben Hamida, S., Mineka, S., & Bailey, J. M. (1998). Sex differences in perceived controllability of mate value: An evolutionary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 953-966
- Cattaruzza A (2014). Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 13:75-87-<http://dx.doi.org/10.1080/15289168.2014.880296>
- Denmark, F. L., & Paludi, M. A. (Eds.). (1993). *Psychology of women*. Westport, CT: Greenwood Press
- Ge, X., & Conger, R. D. (2003). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 1-20
- Hankin, B. L., & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 1-40
- Kimberling, R., & Ouimette, P. (Eds.). (2002). *Gender and PTSD*. New York: Guilford
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072
- Silverstein, B., & Lynch, A. D. (1998). Gender differences in depression: The role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. *Sex Roles*, 38, 539-555
- Smolak, L., & Fairman, B. (2002). The relationship of gender and voice to depression and eating disorders. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 1-15

ترجیح می‌دهند؛ و این ترجیح با قدرت باروری بالا و سلامت ارتباط دارد. هر دو نظر، یعنی حقایق موجود درباره هورمون‌ها و همچنین یائسگی به عنوان علت افسردگی، هنوز با قاطعیت پذیرفته نشده و این موضوع به صورت حل نشده باقی مانده است؛ زیرا عملاً انجام آزمایش در این مورد غیرممکن است چراکه نمی‌توان احساسات زنان در مورد افسردگی را از یائسگی جدا کرد. بهر حال، افسردگی می‌تواند یک نتیجه از پاسخ‌های عاطفی همراه با یائسگی باشد.

مقایسه تفاوت‌های هورمونی بین زنان و مردان بی‌انصافی است. برای اینکه زنان نسبت به مردان، دوره‌های تغییرات هورمونی بسیاری را تجربه می‌کنند. زایمان، سندرم پیش از قاعدگی، قاعدگی، داروهای ضدبارداری، دوران پس از زایمان و یائسگی.

به موازات زنان، مردان نشانه‌های مشابه یائسگی را، در اواسط زندگی به عنوان بحران یا افسردگی تجربه می‌کنند؛ و این تقریباً غیرممکن است که با مقایسه تفاوت‌های بیولوژیکی، زنان و مردان به حساسیت بیشتر زنان نسبت به افسردگی پرداخته شود.

از دیدگاه انتقال ژنتیکی نیز، زنان بیشتر مستعد افسردگی هستند. در حمایت از نظریه انتقال ژنتیکی به عنوان یک توضیح برای تفاوت‌های جنسیتی، شواهد منطقی از مطالعات دوقلویی و خانواده وجود دارد که نقش عامل ژنتیکی در پیدایش افسردگی و اختلالات عاطفی را تأیید می‌کند. ۲ دلیل منطقی، از تئوری ژنتیکی افسردگی حمایت می‌کند و شواهد کافی برای حساسیت زنان به افسردگی ارائه می‌دهد. یک توضیح ژنتیکی ممکن، بیان می‌کند که اگر ژن افسردگی در کروموزوم X بوده و صفت غالب باشد، زن که دارای دو کروموزوم X است، بیشتر از مردان که دارای یک کروموزوم X هستند، افسرده خواهد شد.

توضیح ژنتیکی دوم شامل فنوتیپ زنان است. اگر پدر و مادر زن افسرده باشند، او بیشتر احتمال ابتلا به افسردگی را دارد. هم به دلیل استعداد ژنتیکی و هم تأثیر محیط زندگی، داشتن یک فرد افسرده در اعضای خانواده و یک جریان استرس‌زای مزمن محیطی مثل مسکن ناپایدار یا ناامن می‌تواند عاملی برای افسردگی باشد.

فنوتیپ در مردان نیز تأثیر می‌گذارد، باین‌حال این تأثیر در زنان قوی‌تر است؛ و دلیل آن این است که تمایل زنان به آگاهی از محیط اطرافشان بیشتر بوده و در تعامل نزدیک با خانواده خود قرار دارند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که دختران نوجوان نسبت به پسران نوجوان، در سنین پایین‌تری، علائم افسردگی را نشان می‌دهند. تفاوت‌های جنسیتی دیده‌شده را می‌توان با آسیب‌پذیری‌های فردی، استرس زندگی و چالش‌های انتقالی بلوغ، توجیه نمود. اگرچه دختران و پسران هر دو بحران عبور از بلوغ را دارند ولی پیشنهاد شده است که دختران حتی قبل از نوجوانی نسبت به افسردگی، آسیب‌پذیرتر از پسران بوده‌اند.

همبودی بعضی از اختلالات روانی مانند اختلالات خوردن و اضطراب با افسردگی در زنان به اثبات رسیده است. یک بررسی ۴ ساله طولی در جامعه دختران نوجوان نشان داد که اوج شروع پرخوری در ۱۶ سالگی بوده و شروع اوج پاک‌سازی به سن ۱۸ سالگی مربوط است. به نظر می‌رسد این اختلالات خوردن متناسب با سن هستند زیرا دقیقاً این سن زمانی است که دختران به‌ظاهر خود اهمیت می‌دهد. آگاهی و حساسیت در سنین ۱۶-۱۸ سالگی ممکن است به دلیل آماده شدن برای جلب توجه به جنس مخالف باشد. اشتغال شدید زنان با ظاهر خود ممکن است باعث افسردگی شدید شود. احساس افسردگی ناشی از غیر جذاب بودن نیز ممکن است در نهایت به افکار وسواسی زیبایی و وسواس عملی مانند کار کردن و رژیم غذایی منجر شود. یک تئوری این است که افسردگی، اختلالات خوردن و اختلالات





# دختر بچه‌ها، پسر بچه‌ها عروسک و وسایل آشپزخانه برای ماشین و تفنگ برای

## آیا باید از اسباب‌بازی‌های دسته‌بندی‌شده‌ی جنسیتی امتناع کرد؟

پسر بچه‌ها خیلی زود به سمت ماشین و دختر بچه‌ها به سمت عروسک متمایل می‌شوند. حتی بدون وسیله‌ی بازی هم معمولاً هر کدام داستان‌های مختص به هویت جنسیتی خود را اختراع می‌کنند که این حقیقت بارها و بارها از سوی متخصصان کودک تأیید شده است. بازار هم در این مسئله دخالت دارد؛ اما این دلیلی برای محدود کردن کودکان به اسباب‌بازی‌های کلیشه‌ای نیست؛ به این دلیل که آن‌ها تمایلات دیگری هم دارند. قطعاً یک پسر بچه می‌تواند با وسایل آشپزخانه یا عروسک بازی کند بدون اینکه این موضوع از پس‌زمینه‌ی هویت جنسیتی او ناشی شود؛ شاید این مسئله به خاطر دیدن آشپزی کردن پدر باشد یا داشتن یک خواهر کوچک‌تر. عکس آن نیز برای دختر بچه‌ها ممکن است. اگر دختر بچه به ماشین علاقه دارد این فقط به این معنی خواهد بود که او نیاز دارد تا از این طریق چیزی را نمادسازی کند برای مثال، او می‌خواهد به تصویر دریافت‌شده از والدینش شباهت پیدا کند. این انتخاب هر چه که باشد ضروری است تا کودکان را برای بازی کردن آزاد گذاشت. دخالت بزرگسالان در بازی آن‌ها جایز نیست.

### پس دلیلی برای امتناع از اسباب‌بازی‌های اختصاصی وجود ندارد؟

ممنوعیت خرید عروسک برای دختر بچه به بهانه‌ی اینکه یک اسباب‌بازی جنسیتی است کاملاً بی‌معنی است. اگر که به عروسک علاقه نشان می‌دهد به این دلیل است که می‌داند روزی شانس داشتن فرزندی مانند مادرش خواهد داشت. نباید کودکان را در نقش‌های زن و مرد محبوس کرد اگر که آن‌ها میل به بازی با اسباب‌بازی مربوط به جنسیت خود را دارند باید اجازه بدهیم که همان را دنبال کنند. این وسایل آشپزخانه یا عروسک‌ها نیستند که دختر بچه‌ها را به زنان مطیع آینده تبدیل می‌کند و البته تفنگ و ماشین پسر بچه‌ها را مردسالار نمی‌کند. اسباب‌بازی‌ها عادات بچه‌ها را شکل نمی‌دهند بلکه آنچه پدر و مادرها به آن‌ها منتقل می‌کنند بر آن‌ها تأثیرگذار می‌گذارد؛ و هیچ چیز مانع از این نخواهد شد که والدین در زمان مناسب از جدال زنان و تساوی زن و مرد با کودکان صحبت کنند.

گردآوری: پائولا پنتو گمه

مترجم: ملیکا فتوحی

گزارش‌های زیادی کلیشه‌های جنسیتی رایج برای اسباب‌بازی‌ها را محکوم می‌کنند.

گفتگویی با کاترین ونیه، روانکار، بنیان‌گذار موسسه‌ی «کودکی با بازی»

**لاکروا: جامعه‌ی مصرف‌گرای امروز جایگاه مهمی برای اسباب‌بازی قائل است. نقش اسباب‌بازی در رشد کودک چیست؟**

کاترین ونیه: اسباب‌بازی برای کودک اهمیت زیادی دارد، به او اجازه می‌دهد که ماجراهایی را که از خود تعریف می‌کند را حقیقت ببخشد، خرید رفتن، آتش‌نشانی بازی و هر آنچه برایش جالب است. به کمک آن‌ها، کودک با دنیای بزرگسالان احساس نزدیکی و انس می‌کند، دنیایی که گاهی کودکان را می‌ترساند. برای مثال کودکی که برای واکسن زدن پیش پزشک می‌رود، شاید به دکتر بازی و آمپول زدن به عروسک‌ها علاقه‌مند شود. دونالد وینی‌کیت می‌گوید «بازی نوعی درمان است چرا که به کودک اجازه می‌دهد تا به تخیل دست یابد». اگر تمام کودکان جهان برای بزرگ شدن به بازی کردن نیاز داشته باشند، الزاماً به اسباب‌بازی، چنانکه امروزه گفته می‌شود، نیاز ندارند. کودک قادر است که از «هیچ» داستان‌هایی برای خود درست کند، برای مثال یک جعبه‌ی کفش می‌تواند به یک خانه‌ی عروسکی بدل شود و یک چوب به یک شمشیر یا تفنگ. اسباب‌بازی‌های امروزی تخیل را محدود می‌کنند چون به واقعیت بسیار نزدیک هستند؛ اما مطرح کردن این بحث با والدین امروزی که در جامعه‌ی مصرف‌گرایی زندگی می‌کنند که در آن فرزندان آنچه را که در تبلیغات می‌بینند را مطالبه می‌کنند، دشوار است.

**پس در این صورت آیا می‌توانیم از اسباب‌بازی اختصاصی برای دخترها و پسرها صحبت کنیم؟**

اسباب‌بازی‌ها قابل تعویض هستند، اما این حقیقت وجود دارد که





# بازی درمانی

## دیدگاهی نوین به

### بازی درمانی چه هست و چه نیست؟

#### بهنود بهمنش بازی درمانگر

دنبال کند؛ اما بازی درمانی باید هدف نسبتاً مشخصی را دنبال کند. مسائل عاطفی کودک، همبازی شدن با کودک، سرگرم کردن کودک و امثال این‌ها، همگی بازی دارد اما این‌ها بازی درمانی نیست.

۲. بازی درمانی سرگرم کردن کودک نیست.

۳. بازی درمانی استفاده از بازی برای ارتقای مهارت‌های حسی حرکتی کودک نیست. گاهی کودکان در برخی سنین و یا کودکان آهسته‌گام و خود مانده نیاز به تقویت مهارت‌های حسی و حرکتی دارند و از برخی بازی‌ها برای تقویت این قوا استفاده می‌شود و یا برخی فعالیت‌ها در قالب بازی به کودک داده می‌شود تا به تقویت قوای حسی یا حرکتی کمک نماید؛ اما این بازی درمانی نیست. این کار استفاده از بازی برای تقویت قوای حسی و حرکتی است.

۴. بازی درمانی استفاده از بازی برای ارتقای هوش کودک نیست. استفاده از بازی برای ارتقای هوش‌های چندگانه یا کار بر روی توانمندی‌های شناختی مثل استفاده از پازل‌ها و بازی‌هایی که حل مسئله دارند را بازی درمانی نمی‌نامند. وجود پازل و به صورت کلی مسائل شناختی به روشنی نشان می‌دهد که بازی درمانی انجام نمی‌شود.

۵. بازی درمانی استفاده از بازی برای آموزش مهارت‌هایی مثل شناخت اضطراب، کنترل خشم، برقراری ارتباط با هم‌سن‌وسال‌ها و... به کودک نیست. ما با بازی این مسائل را به کودک آموزش می‌دهیم اما این بازی درمانی نیست. این استفاده از بازی برای آموزش مهارت زندگی به کودکان است.

۶. بازی درمانی نیازی به اسباب‌بازی‌های فکری و یا پیچیده ندارد. اسباب‌بازی‌ها در بازی درمانی شامل چند عروسک ساده پارچه‌ای، خانه اسباب‌بازی، شیشه ماسه و اسباب‌بازی‌های آسان این چنینی است. اسباب‌بازی‌های نباید نیاز به آموزش داشته باشند و یا نباید مهارت‌های ریزودرشت کودک را به چالش بکشند.

۷. بازی درمانی برای ارتقای توجه و تمرکز کودکان نیست. اگر برای کودک بیش فعال فعالیت‌های خسته کننده تجویز شده است این بازی درمانی نیست اگرچه کودک را آرام می‌کند.

مشاهده می‌شود که با عنوان بازی درمانی فعالیت‌هایی با بازی انجام می‌شود که از نظر حرفه‌ای، بازی درمانی به حساب نمی‌آید. در ادامه نکات کلیدی‌ای برای تفکیک بازی درمانی و صرف بازی با کودک بیان می‌شود:

۱. بازی درمانی استفاده از بازی برای حل تعارض کودک است. بازی زبان کودک است و در بازی درمانی از بازی استفاده می‌شود تا کودک تجارب پدیدارشناسی خود را نشان دهد. در بازی تجارب ناخوشایند کودک بازنمایی می‌شود تا کودک به تدریج بتواند مسئله را حل و فصل نماید. بازی درمانی فرصتی برای باز تجربه خاطرات ناخوشایند است تا ناراحتی همراه با آن را برای کودک برطرف شود.

۲. بازی درمانی برای کشف و حل تروماهایی است که برای کودک به وجود آمده است. چیزی را که کودک تروما ادراک می‌کند لزوماً چیزی نیست که بزرگ‌ترها آن را خطرناک قلمداد نمایند. موجبات رنج کودک در بازی مشخص می‌شود.

۳. بازی درمانی استفاده از تکنیک‌های ارتباطی برای ساخت یک ارتباط قدرتمند با کودک است تا جایگزین یا مکمل رابطه مادر کودک باشد. این رابطه این فضا را ایجاد می‌کند تا کودک بتواند احساس امنیت پیدا کند و تجارب گذشته را به گونه‌ای دیگر و گاهی مثبت‌تر تجربه نماید.

۴. برای این که بیشتر بدانید بازی درمانی چه هست و شامل چه مواردی می‌شود، می‌توانید کتاب‌های اکسلاین یا کتاب بازی درمانی شناختی رفتاری سوزان تل را مطالعه نمایید.

#### بازی درمانی چه نیست؟

۱. بازی درمانی، بازی با کودک نیست. بازی درمانی نشانگر بازی کردن با کودک نیست. بازی با کودک اهداف مختلفی را می‌تواند



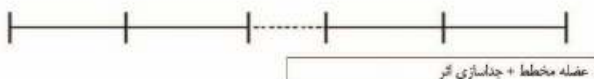
## چگونه بیشترین اثربخشی را از روان درمانی پویشی

### کوتاه مدت ISTDP بگیریم؟

چگونگی طبقه بندی مؤثر مراجعین در رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت ISTDP

بیماران نسبتاً مقاوم، دارای علائم بیماری و شخصیت از درجه متوسط هستند. آن‌ها ضربه روحی روانی وابستگی را معمولاً بعد از پنج سالگی تجربه کرده اند که منجر به دردی نامعلوم، خشمی کشنده،

مقاومت پایین مقاومت متوسط مقاومت بالا ملایم متوسط شدید/ مرزی



عضله صاف/تبدیل + سرکوبی

درهم ریختگی ادراکی-شناختی + دفاع های اولیه

شکل ۱. طیف بیماران سازگار با روان درمانی پویشی کوتاه مدت ISTDP

دکتر آلن عباس

استخراج شده از کتاب درمان از طریق پیروزی بر مقاومت

طیف اختلالات ناراحتی های عصبی و روانی

اولین طیف از دو طیف، طیف اختلالات ناراحتی های عصبی و روانی (دوانلو ۱۹۹۵) است. این طیف از مقاومت پایین به مقاومت متوسط و مقاومت بالا می رود.

بیماران با مقاومت پایین با تمرکز روی فقدان و اندوهی رفع نشده به شدت واکنش پذیر هستند. این فقدان ها نوعاً بعد از هفت سالگی رخ می دهند. این بیماران کمترین دفاع را از خود نشان می دهند. آن ها خشم ناخودآگاه و حس گناه ندارند؛ بنابراین مقاومت زیادی از خود نشان نمی دهند.

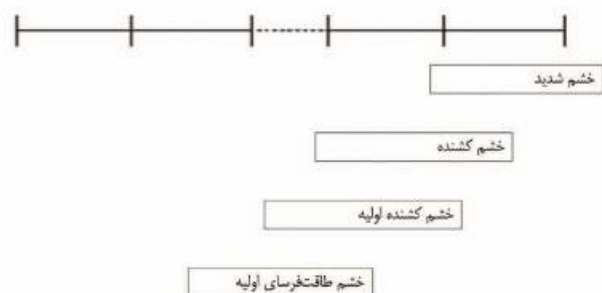


احساس گناه نسبت به این خشم و اندوه می‌شود. اضطراب ناخودآگاه به عضله‌های مخطط می‌ریزد و اولین دفاع اصلی، تفکیک احساسات است، هرچند ممکن است کمی دچار سرخوردگی شوند. این بیماران بینش ناچیزی نسبت به مشکلات و حالت‌های دفاعی خود دارند و به دلیل مقاومتی که در برابر نزدیک شدن به دیگران و حالت‌های دفاعی که در شخصیت خود دارند، از نظر اجتماعی و عملکرد، ناتوان هستند. در سمت راست طیف، بیماران با مقاومت بالا و علائم بیماری و مشکلات شخصیتی پیچیده، هستند. این بیماران خیلی زود در زندگی خود، یعنی معمولاً قبل از شروع چهارسالگی دچار ضربه روحی شده‌اند که به ایجاد لایه‌های اندوه شدید، خشم و حس گناه نسبت به خشمی که در وجود خود دارند، منجر شده است. آن‌ها همچنین به علت فقدان ناشی از حالت‌های دفاعی، احساس گناه و اندوه، دارند. این احساسات ترکیب شدن با یکدیگر ترکیب می‌شوند و بروز آن‌ها به صورت جداگانه، کار ناممکنی است. اگر خشم ناشی از یک مسئله جنسی باشد (مثل مورد تجاوز قرار گرفتن) به شدت با خشم اولیه و گناه ترکیب می‌شود. بیماران با مقاومت بالا به سبب سرکوبی خشم مرگبار اولیه و گناه نسبت به این خشم یک شخصیت تنبیه‌کننده دارند. آن‌ها از ویژگی دفاع سازگار با محیط استفاده می‌کنند. به این معنی که آن‌ها حالت‌های دفاعی خود را ایراد نمی‌دانند. این بیماران نیز در برابر روابط عاطفی مقاومت می‌کنند و سرکوبی و جداسازی، از اثر مقاومت‌های نوعی عمده هستند. آن‌ها ممکن است بی‌نهایت از هم گسیخته و تدافعی باشند یا از اختلالات رفتاری خود ویرانگر رنج ببرند. دوستان، خانواده و متخصصان سلامت معمولاً تلاشی برای رسیدگی به این بیماران نمی‌کنند.

### طیف بیماران با ساختار شخصیتی آسیب‌پذیر

طیف بعدی، بیماران با ساختار شخصیتی آسیب‌پذیر را در بردارد (دوانلو ۱۹۹۵). آن‌ها شامل یک‌چهارم مراجعین مطب‌های خصوصی روان‌پزشکی می‌شوند (عباس ۲۰۰۲). این بیماران خشم کشنده اولیه ناخودآگاه شدید، خشم طاقت‌فرسای اولیه، احساس گناه و اندوه دارند که با تصویرهایی از گذشته مرتبط هستند. مقاومت اصلی بیماران آسیب‌پذیر عمدتاً دفاع‌های اولیه مانند فرافکنی، همانندسازی

مقاومت پایین مقاومت متوسط مقاومت بالا ملایم متوسط شدید / مرزی



شکل ۲. تکانه‌های پرخاشگری اساسی سرشار از گناه

فرافکنانه، دو نیم سازی و سرکوبی است. اضطراب ناخودآگاه به صورت درهم ریختگی ادراکی - شناختی و به شکل سردرگمی ذهنی، گسستگی، غش یا توهم روی می‌دهد. این گونه از بیماران شدیداً دچار اشتباه می‌شوند و اغلب به دلیل جراحات بدنی در زندان یا بیمارستان به سر می‌برند. آن‌ها قادر به تحمل هیجانات خود نیستند، بنابراین نیاز به کار اولیه دارند تا قبل از اینکه با احساسات اصلی خود مواجه شوند، ظرفیت درمان را پیدا کنند. در انتهای ملایم این طیف بیماران آسیب‌پذیری هستند که این پدیده اولیه را فقط در سطح بالای اضطراب تجربه می‌کنند؛ این بیماران می‌توانند مقدار متوسطی از اضطراب را تاب بیاورند. در انتهای شدید طیف بیماران با ساختار شخصیتی مرزی قرار دارند که از فرافکنی و همانندسازی فرافکنانه در سطح خیلی پایین اضطراب استفاده می‌کنند. بیماران نسبتاً آسیب‌پذیر بین این دو کرانه قرار می‌گیرند.

### موارد منع استفاده از درمان آزمونی ISTDP

در کل موارد منع استفاده از درمان آزمونی (ISTDP)، نسبتاً کم هستند؛ زیرا این مدل شامل نظارت دقیق بر پاسخ بیمار و تکنیک‌های پایین آوردن اضطراب می‌شود، در کل این روش، روشی مطمئن است، حتی برای بیماران با اختلالات ذهنی شدیدتر. با این همه، موارد نسبی منع استفاده که در زیر می‌آیند، اهمیت چندانی ندارند.

اولاً، بیماران که دارای مانیای فعال هستند، نباید تحت درمان آزمونی قرار بگیرند؛ به شدت احتمال می‌رود علائم بیماری افزایش پیدا کنند. علاوه بر این، بیماران دارای علائم روان‌پریشی بی‌ثبات تا زمانی که ثبات پیدا نکرده باشند، نباید تحت درمان آزمونی باشند. به این ترتیب، از نظر بیشتر درمانگرها، درمان آزمونی بیمارانی از این نوع، حتی با درجه متوسط، ممنوع است. بیمارانی با ورم مخاط روده بزرگ اولسراتیو، بیماری کرون، تصلب چندگانه بافتی و آرتروز روماتوئید، باید با استفاده از این روش با دقت بسیاری درمان شوند، زیرا هرگونه افزایش اضطراب ناشی از درمان، می‌تواند باعث شود پیشرفت بیماری خود ایمنی، تشدید شود.

وابستگی فعال به مواد از مواردی است که در این درمان منع می‌شود. بیمارانی که به جلسات درمانی می‌آیند، مست هستند یا این که نمی‌توانند بدون الکل کاری انجام دهند، باید سم‌زدایی شوند و قبل از این که وارد این درمان شوند، یک دوره از مصرف الکل خودداری کنند. بیمارانی که به صورت روزانه ماریجوانا مصرف می‌کنند، می‌توانند بدون هیچ‌گونه مشکلی یا نگرانی، درمان آزمونی را انجام دهند.

بیمارانی که تمایل به خودکشی دارند تا جایی که تعهد خود را نسبت به واکنش نشان ندادن به محرک‌های درمانی حفظ کنند (از دیدگاه درمانگر)، می‌توانند به درمان آزمون ادامه دهند. اگر بیمار هرگونه تردیدی در مورد امید و توانایی به اجرای این تعهد دارد، باید بیشتر مورد توجه و مراقبت قرار بگیرد، از جمله از نظر دارو گرفتن، بستری شدن و خدمات اورژانسی.

منبع

درمان از راه پیروزی بر مقاومت: تکنیک‌های پیشرفته روان‌درمانی / نویسنده: آلن عباس / مترجمان: دکتر فرهاد چنگیزی، صدیقه جوکار / زهرا کشفی



# شیوه‌های فرزندپروری

## پرسشنامه معرفی پرسشنامه و کاربرد آن

به شیوه آمرانه و ۱۰ سؤال دیگر به شیوه اقتدار منطقی والدین به امر پرورش فرزند مربوط می‌شود.

### روش نمره‌گذاری پرسشنامه

در این پرسشنامه، مادران و پدران آزمودنی‌ها با مطالعه هر سؤال نظر خود را با علامت زدن و برحسب یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی مشخص می‌کنند. این مقیاس از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد آزادگذاری مطلق، آمرانه و اقتدار منطقی برای هر آزمودنی به دست می‌آید.

### فائزه جامحمدی

کارشناس ارشد کودکان استثنایی

دیانا بامریند از دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۷۳، مجموعه بررسی‌های را انجام داد که طی آن الگوهایی از شیوه فرزندپروری والدین مشخص شد. وی ابتدا برای اجرای مطالعات خود، پرسشنامه‌هایی را طراحی کرد که به نام خود او معروف شد. این ابزار اکتباسی است از نظریه اقتدار والدین جهت بررسی الگوهای نفوذ و شیوه فرزندپروری ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن به شیوه آزادگذاری مطلق، ۱۰ سؤال



## اعتبار و روایی پرسشنامه

این پرسشنامه قبلاً توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) و بینم (۱۳۷۹) مورد استفاده قرار گرفته است. اسفندیاری اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را برای سهل گیرانه ۰.۶۹، برای آمرانه ۰.۷۷ و برای اقتدار منطقی ۰.۷۳ گزارش کرده است.

میزان اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی، ۰.۸۱ برای سهل گیرانه، ۰.۸۵ برای آمرانه و ۰.۹۲ برای اقتدار منطقی پدران گزارش شده است. همچنین در مورد اعتبار پرسشنامه نتایج زیر گزارش شده است:

آمرانه بودن پدر با آزاد گذاری ۰.۵ و با اقتدار منطقی ۰.۵۲ رابطه معکوس دارد.

بوری (۱۹۹۱) میزان اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی بین گروه مادران، به شرح زیر گزارش نموده است. ۰.۸۱ برای شیوه سهل گیرانه، ۰.۸۶ برای شیوه آمرانه و ۰.۷۸ برای شیوه آزادمنش و علاوه بر این میزان اعتبار برای هر سه شیوه بالا بوده است. بوری برای بررسی بیشترین میزان اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار افتراقی استفاده کرد و نشان داد که آمرانه بودن مادر، رابطه عکس با سهل گیری (۰.۳۸-) و رفتار مردمی (۰.۴۸-) دارد.

تنکابنی و بندچی (۱۳۷۹) برای اطمینان بیشتر از اعتبار یابی شیوه‌های فرزندپروری، پژوهشی را در ایران و بر روی جمعی از دانش آموزان شهر تهران انجام دادند و جهت اعتبار یابی پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده نمودند. برای این منظور ابتدا شاخص‌های آماری مربوط به هریک از سؤالات پرسشنامه محاسبه گردید و سپس ضریب آلفای کرونباخ با توجه به پارامترهای زیر محاسبه شد:

تعداد آزمودنی	۱۵۰	آلفای کرونباخ	۰.۷۲-
واریانس کل	۱۵۰۴۴/۰۰	انحراف معیار کل	۱۰۰/۲۸
حداکثر نمره	۹۳/۲۲	حداقل نمره	۹/۶۶
جمع کل	-۱۱۳۷۱۰۰	میانگین کل	۷۵۰۰۰

در این بررسی مشخص شد اعتبار پرسشنامه برابر ۰.۷۲ است و بنابراین، پرسشنامه از روایی پژوهشی لازم برخوردار است. همچنین وضعیت هریک از سؤالات پرسشنامه و همسانی درونی پرسشنامه نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که در صورت حذف برخی از سؤالات، ضریب اعتبار کاهش می‌یابد و در نتیجه، این سؤالات دارای ارزش بالایی هستند و در هیچ‌یک از موارد حذف سؤال به افزایش چشمگیر در ضریب اعتبار نبوده است. این نتیجه نیز حاکی از همسانی درونی سؤالات است.

## منبع:

آزمون‌های روان‌شناختی / پرفسور محمود ساعتچی، دکتر کامبیز کامکاری، دکتر مهناز عسگریان، نشر ویرایش



## وقتی که علم‌اندوزی طرز تفکر ما را تغییر می‌دهد...

### دکتر حیدرعلی هومن

علم و پژوهش علمی، روش‌های تفکر ما را درباره خود ما، دیگران، کودکان، نوجوانان، جوانان و سالمندان، یادگیری، انگیزش، هوش و بسیاری از عوامل تعیین‌کننده روان‌شناختی و جامعه‌شناختی تغییر می‌دهد. هر نهاد، هر مکتب و هر حرفه‌ای که حتی برای یک‌بار علم را مورد استفاده قرار دهد هرگز مثل قبل نخواهد بود. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های پژوهش علمی، نظام ارزش‌های ورای آن است. وقتی پژوهش نیرومند باشد، برای آموزش، یک فضای تجسس انتقادی فراهم می‌آورد و در این شرایط، آنچه را به شاگردان خود می‌گوییم مستند می‌سازیم. علم همواره تفکر غیرعلمی را به چالش می‌کشد و با افسانه، پیش‌داوری، سوگیری، غرض‌ورزی، تعصب و جانب‌داری به جنگ برمی‌خیزد.



# زندگی نامه

## اینیز بورلی پروسر (۱۸۹۵-۱۹۳۴)

پس از سه سال او به می سی سی پی نقل مکان کرد و در سال ۱۹۳۱ بورس دانشگاه سینسیناتی را برای تحصیل در مقطع دکتری گرفت و در سال ۱۹۳۳ به عنوان اولین زن آفریقایی-آمریکایی در مقطع دکتری از آن دانشگاه فارغ التحصیل شد که این نکته در تاریخ آمریکا نقطه عطفی به شمار می رفت.

متأسفانه پروسر در سال ۱۹۳۴ در یک تصادف ماشین از دنیا رفت و زندگی علمی او خاتمه یافت.

### فعالیت در روانشناسی

پروسر در پایان نامه خود تأثیرات نابرابری نژادی را بر سلامت روان کودکان آفریقایی-آمریکایی بررسی کرد. موضوع کار وی «بررسی رشد غیر آکادمیک بچه های سیاه پوست در مدارس مختلط و جداسازی شده» بود. او باور داشت که جنبه های اجتماعی مدارس مختلط روی اعتماد به نفس بچه های دورگه تأثیرات مخرب بیشتری دارد و محیط های جداسازی شده حمایت بیشتری برای آن ها فراهم می کند. او بیان کرد که کمبود امکانات برای این بچه ها در مدارس مختلط باعث می شود حس منزوی شدن بیشتری به آن ها تلقین شود و پایین تر بودن سطح اقتصادی اجتماعی آن ها به دلیل تبعیض های نژادی فرصت های آینده آن ها را برای تحصیلات عالی تحت شعاع قرار می دهد. البته که این بیانات حقیقت مطلق نیست و مسلماً برخی شخصیت ها ممکن است در مدارس مختلط بیشتر پیشرفت کنند.

او صدای نقاد جامعه آفریقایی-آمریکایی آن دوران بود که در فشار و تبعیض شدید زندگی می کردند. برای زنان آن زمان وی منبع الهام به حساب می آمد چرا که با تمام تبعیض ها به مدارج بالا دست یافته بود. تلاش های او برای بهتر کردن وضعیت تحصیلی دانش آموزان سیاه پوست منجر به تصویب قانون هایی شد که حتی امروزه نیز تأثیرات خود را بر قوانین آمریکا حفظ کرده اند.

### منبع:

America's first black female psychologist. (n.d.). American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/monitors/2008/11/prosser.aspx>

اینیز بورلی پروسر روانشناس اوایل قرن بیست بود که تمرکزش روی روانشناسی تربیتی و تأثیرات تبعیض نژادی روی آن بود. او اولین زن آفریقایی-آمریکایی بود که در آمریکا و در رشته روانشناسی مدرک دکتری خود را گرفت.

### زندگی حرفه ای

اینیز بورلی پروسر در سن مارکوس تگزاس در ۳۰ دسامبر و احتمالاً در سال ۱۸۹۵ متولد شد. بیوگرافیست ها در مورد تاریخ دقیق تولد وی مطمئن نیستند. پروسر بزرگترین فرزند از خانواده ۱۱ فرزندی خود بود و خانواده او بارها نقل مکان کرده بودند. در زمان جوانی او فرصت های تحصیلی برای آفریقایی-آمریکایی ها بسیار کم بود و پروسر با گرفتن کمک هزینه های آموزشی به خواهر و برادرانش کمک کرد تا دبیرستان را به اتمام برسانند و به دانشگاه بروند. همه خواهر و برادرهای او دوره دبیرستان را تمام کردند و پنج نفر از آن ها، علاوه خود پروسر مدرک دانشگاهی گرفتند. با وجود اینکه پروسر به دلیل نژاد و جنسیتش، با موانع زیادی روبرو شد، موفقیت های آکادمیک چشمگیری داشت. پروسر به عنوان شاگرداول دبیرستان فارغ التحصیل شد و مدرک دانشگاهی خود را در سال ۱۹۱۲ به عنوان دبیر اخذ کرد. پس از آن کار تدریس خود را در مدارس نزدیک اوستین آغاز کرد و این کار را تا سال ۱۹۲۷ ادامه داد. در همان زمان او در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می کرد ولی ایالت تگزاس در آن زمان مدرک فارغ التحصیلی به آفریقایی-آمریکایی ها نمی داد، بنابراین او برای اتمام درس خود در دانشگاه کلرادو ثبت نام کرد و مدرک خود را از آنجا گرفت.

بعد از فارغ التحصیلی از دانشگاه کلرادو، او در کالج تیلوتسون در اوستین مشغول به کار شد. تدریس در کالج به او اجازه داد تا توانایی های تدریس خود را بالا ببرد. موضوعی که او برای فعالیت انتخاب کرد پیشرفت تحصیلی و روان شناختی همه دانش آموزان آفریقایی-آمریکایی بود.





## دست‌آورد

## ۲۰مین کنگره ملی نماز و سلامت روان

دومین کنگره ملی نماز و سلامت روان، اول و دوم آذرماه توسط مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره احیا با همکاری دانشگاه الزهرا (س) و ستاد اقامه نماز برگزار خواهد شد.

محورهای کنگره عبارت‌اند از:

- نماز و سلامت روان
- مبانی روان‌شناختی نماز
- نماز و نیاز فطری
- نماز و سلامت خانواده
- نماز و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- نماز و پیشگیری از همسر ستیزی
- نماز و خوش‌اخلاقی در خانواده
- و ...

مهلت ارسال چکیده مقالات: ۲۰ آبان ماه ۱۳۹۶

مهلت ارسال مقالات ۲۵ آبان ۱۳۹۶

مهلت ثبت‌نام در کنگره: ۳۰ آبان ۱۳۹۶

برای کسب اطلاعات بیشتر، به سایت کنگره به آدرس

<http://www.namazcongress.com> مراجعه نمایید.

ماهانامه تخصصی روانبنه در راستای رسالت خود در زمینه اطلاع رسانی جدیدترین اخبار و فراهم سازی بستری برای مباحثات علمی پژوهشگران و معرفی محصولات جدید در حیطه روانشناسی، اقدام به اطلاع رسانی در مورد بسته های آموزشی تخصصی روانشناسی کرده است.

این بسته ها توسط گروه رشد و توسعه روانشناسی و با همکاری موسسه آموزش عالی آل طه و موسسه کاردان دانشگاه تهران تهیه و تولید شده و به منظور فراهم سازی دسترسی آسان برای آن دسته از روانشناسانی است که در تهران زندگی نمیکنند و دسترسی به کارگاههای تخصصی ندارند و یا به دلایلی قادر به شرکت در دوره ها نمی باشند.

این بسته های آموزشی به زودی توسط فروشگاه روانبنه و دیگر نمایندگان ما که از همین طریق به علاقه مندان، معرفی می شوند قابل خرید می باشند.

علاوه بر این، گروه رشد و توسعه روانشناسی درصدد برگزاری آزمون هایی با محوریت همین بسته ها بوده که متقاضیان پس از شرکت در آنها بتوانند گواهی گذراندن دوره مربوطه را نیز دریافت کنند.

با ما در ارتباط باشید.

با عنایت به حضور چشمگیر گروه رشد و توسعه روانشناسی در برگزاری دوره‌های آموزش تخصصی روانشناسی تحت نظارت مرکز مشاوره دانشگاه تهران، این گروه در جهت توسعه این آموزش‌ها در سراسر کشور در نظر دارد تعداد محدودی نمایندگی رسمی در سطح کشور به واجدین شرایط اعطاء نماید.

از عموم علاقه‌مندان و فعالان در حوزه برگزاری دوره‌های تخصصی و عمومی روانشناسی جهت اخذ نمایندگی رسمی دعوت به همکاری می‌نماید.

خدمات گروه رشد و توسعه روانشناسی:

- تدوین کارگاه و دوره‌های آموزشی با سرفصل‌های به‌روز و هماهنگی با اساتید هر حوزه، جهت حضور و تدریس کارگاه
- در اختیار قرار دادن محتوای انحصاری تخصصی در دوره‌ها و کارگاه‌ها
- برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی تخصصی در حوزه روانشناسی با گواهی معتبر از مرکز مشاوره دانشگاه تهران
- برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی کارگاه‌های عمومی در حوزه روانشناسی با نظارت مرکز مشاوره دانشگاه تهران
- شرایط احراز نمایندگی:

- ارسال اسناد و مدارک قانونی موسسه یا شرکت (اساسنامه، مجوز فعالیت از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره یا بهزیستی، شرکت‌نامه)
- ارسال مدارک شناسایی ریاست موسسه یا شرکت (کپی کارت ملی، کپی پروانه سازمان نظام روانشناسی، کپی آخرین مدرک آموزشی)
- احراز مشخصات فیزیکی شرکت یا موسسه (ارسال عکس از محیط موسسه، کروکی محل موسسه، مشخصات فنی ساختمان محل موسسه)
- امضای قراردادها همکاری که متعاقباً ارسال خواهد شد
- جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره ۰۲۱-۸۸۲۴۵۸۵۲ تماس حاصل نمایید.

جهت مکاتبات از آدرس پست الکترونیکی: [kargah.ravannews@gmail.com](mailto:kargah.ravannews@gmail.com) استفاده فرمایید.



# فرم عضویت در روان بنه

روانشناسان و مشاورین محترم

با سلام

احتراماً به استحضار میرساند برای عضویت در بنیاد روانشناسی روان بنه و دریافت مجله این بنیاد که هر ماه ارسال می‌گردد فرم زیر را تکمیل و به آدرس پست الکترونیکی مجله ارسال نمایید.

مشخصات کلی					
نام:	نام خانوادگی:	جنسیت:			
تاریخ تولد:	کد ملی:	شماره همراه:			
آدرس:	پست الکترونیکی:				
مشخصات تحصیلی					
مقطع	رشته تحصیلی	محل تحصیل	مقطع	رشته تحصیلی	محل تحصیل
دیپلم		کارشناسی			
کارشناسی ارشد		دکتر			
سابقه تدریس (ویژه اساتید محترم دانشگاه)					
مدت تدریس:	دروسی که تدریس می‌نمایید.				
دانشگاه (ها) که تدریس داشته اید یا دارید:					

تمایل دارید در کدام شاخه از روانشناسی فعالیت داشته باشید؟

- ☐ روانشناسی خانواده و زوج درمانی    ☐ رویکرد روانپویشی (حوزه بزرگسال)    ☐ رویکرد شناختی رفتاری (حوزه بزرگسال)    ☐ روانشناسی کودک و نوجوان    ☐ آمار و پژوهش
- ☐ روانشناسی صنعتی و سازمانی    ☐ علوم شناختی

در حیطه انتخابی (سوال بالا) کدام فعالیت را ترجیح می‌دهید؟

- ☐ درمان و کار کلینیکی    ☐ تدریس    ☐ ترجمه و تالیف کتاب    ☐ پژوهش و مقاله نویسی    ☐ غیره ( توضیح داده شود).

(در صورتی که فضای مشخص شده برای مرقوم نمودم اطلاعات کافی نیست اطلاعات خود را ضمیمه این برگه نمایید)



پست الکترونیک:

[info@ravanboneh.com](mailto:info@ravanboneh.com)

[www.ravanboneh.com](http://www.ravanboneh.com)