



دانشگاه علوم پزشکی
و توانبخشی

درمان ناهنجاریهای روانی

در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها



تألیف و گردآوری: دکتر سید جلال یونسی

با همکاری: زهره شیر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درمان ناهنجاری های روانی در کودکان، نوجوانان و خانواده ها

تألیف و گردآوری: دکتر سید جلال یونسی
روان شناس بالینی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
گروه آموزشی مشاوره
با همکاری: زهره شیری



سرشناسه : یونسی، جلال، ۱۳۴۰.
 عنوان و نام پدیدآور : درمان ناهنجاری های روانی در کودکان، نوجوانان و خانواده ها/ تالیف و گردآوری جلال یونسی، با همکاری زهره شیرینی.
 وضعیت ویراست : [ویراست]
 مشخصات نشر : تهران : رسانه تخصصی : دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، ۱۳۸۷.
 مشخصات ظاهری : ۳۷۲ص: جدول.
 شابک : ۶-۳۶-۲۸۶۹-۹۶۴-۹۷۸
 یادداشت : کتابنامه
 موضوع : رفتار درمانی خانواده
 موضوع : شناخت درمانی
 شناسه افزوده : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
 رده بندی دیویی : ۶۱۸/۹۲۸۹۱۴۲
 وضعیت فهرست نویسی : فیبا
 موضوع : شناخت درمانی کودکان
 موضوع : روان درمانی خانواده
 شناسه افزوده : شیرینی، زهره، ۱۳۵۷ -
 رده بندی کنگره : ۱۳۸۷ ۹ش/ RJ ۵۰۵
 شماره کتابشناسی : ۱۱۹۸۶۰۷



انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

• نشانی :

۱ - اوین، روبه روی دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
 انتشارات دانشگاه
 تلفن : ۲۲۱۸۰۱۱۵ - ۲۲۱۸۰۰۸۱

۲ - خیابان نوفل لوشاتو، نرسیده به تقاطع ولیعصر، خیابان رازی، پلاک ۱۰۰، واحد ۲
 انتشارات رسانه تخصصی
 تلفن : ۶۶۷۳۷۱۳۳ - ۶۶۷۳۷۳۳۲ - ۹۱۲۳۰۴۹۱۰۹

درمان ناهنجاری های روانی در کودکان، نوجوانان و خانواده ها

• ناشر: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی / انتشارات رسانه تخصصی

• مؤلف : دکتر سید جلال یونسی

• با همکاری : زهره شیرینی

• ویراستار: همایون مؤمنی

• طرح جلد : سحر وزیرزاده

• شابک: ۶-۳۶-۲۸۶۹-۹۶۴-۹۷۸

• چاپ اول: ۱۳۸۷

• شمارگان: ۵۰۰

• قیمت:  ریال

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۰	سخن ناشر
۱۱	مقدمه
۱۳	منابع تکوین خود
۱۴	الف) خود مشاهده گری
۱۵	ب) مقایسه‌ی اجتماعی
۱۷	ج) بازخوردهای اجتماعی
۱۸	آسیب شناسی روانی خود
۱۹	الف) افزایش شدید خود مشاهده گری و کاهش شدید به کارگیری مقایسه‌ی اجتماعی و بازخوردهای اجتماعی
۲۳	ب) کاهش شدید خود مشاهده گری و افزایش شدید در به کارگیری مقایسه‌ی اجتماعی و بازخوردهای اجتماعی
۳۱	فصل اول: عناصر هیجانی و رشدی مرتبط با درمان شناختی- رفتاری کودک و خانواده
۳۳	عناصر هیجانی و رشدی مرتبط با درمان شناختی- رفتاری کودک و خانواده
۳۴	دیدگاه اساسی درمان شناختی رفتاری
۳۴	تمایز بین کودکان و بزرگ سالان در درمان شناختی- رفتاری
۳۵	مقایسه درمان شناختی- رفتاری برای کودکان با دیگر روش های درمانی مطرح برای کودکان
۳۸	ماهیت یگانه ی درمان شناختی- رفتاری با کودکان
۴۰	ملاحظات رشدی در درمان شناختی- رفتاری برای کودکان
۴۱	سن به عنوان یک واسطه در درمان کودک
۴۳	جنسیت به عنوان یک واسطه ای در درمان کودک
۴۶	مراحل شناختی به عنوان واسطه ای در درمان کودک
۴۷	نقش هیجان در درمان شناختی- رفتاری کودکان
۵۲	خلاصه
۵۳	منابع

۵۷.....	فصل دوم : درمان کودکان پیش دبستانی مشکل دار
۵۹.....	ارایه روش درمان برای والدین کودکان پیش دبستانی مشکل دار
۵۹.....	طبقه بندی مشکلات رفتاری کودکان خردسال
۶۱.....	عوامل مساعد کننده اختلالات رفتاری در دوره کودکی اولیه
۶۱.....	اثر سلامت روان والدین بر مهارت های فرزند پروری
۶۳.....	اثر خلق و خو ویژگی کودک بر مهارت های فرزند پروری
۶۳.....	مهارت فرزند پروری
۶۴.....	مدلی از عوامل مساعد کننده اختلالات رفتاری در دوران کودکی
۶۵.....	مداخله در مهارت های فرزند پروری
۶۶.....	مداخله در رابطه والد- کودک
۶۸.....	مداخله در حالت هیجانی والدین
۶۹.....	مداخله در اختلالات زناشویی
۷۰.....	مداخله در ویژگی های مزاجی کودک
۷۲.....	راهبردهای درمان شناختی- رفتاری برای والدین
۷۲.....	برنامه های آموزش والدین دارای کودکان پیش دبستانی پرخاشگر و نافرمان
۷۳.....	برنامه ی آموزشی والدین برای ارتباط و کنترل خشم
۷۴.....	برنامه ی آموزش والدین برای حل مشکلات بین فردی
۷۵.....	یک رویکرد گروهی برای آموزش والدین
۷۶.....	آموزش والدین برای حل مشکلات خواب در کودکان پیش دبستانی
۷۷.....	نتیجه گیری
۷۸.....	منابع

۸۱.....	فصل سوم : اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی
۸۳.....	اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی
۸۳.....	ماهیت اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه
۸۵.....	درمان
۹۶.....	خلاصه
۹۷.....	منابع

۹۹.....	فصل چهارم: اختلال وسواس- اجبار دوران کودکی
۱۰۱.....	اختلال وسواس- اجبار دوران کودکی

۱۰۵.....	منطق استفاده از درمان شناختی - رفتاری.....
۱۰۸.....	تکنیک های ارزیابی اختلال OCD دوران کودکی.....
۱۰۸.....	مصاحبه ها.....
۱۰۸.....	مصاحبه های تشخیصی.....
۱۰۹.....	مصاحبه های ویژه.....
۱۱۰.....	سیاهه های خودگزارشی.....
۱۱۱.....	سیاهه ی وسواس لیتون، ویرایش کودک.....
۱۱۱.....	سیاهه ی وسواس - اجبار مادزکی.....
۱۱۱.....	مقیاس های ارزیابی متخصص بالینی.....
۱۱۲.....	ارزیابی های مشاهده ای.....
۱۱۳.....	تکنیک های درمانی.....
۱۱۴.....	شرح مورد ۱.....
۱۱۵.....	شرح مورد ۲.....
۱۱۷.....	استفاده از درمان چند مؤلفه ای.....
۱۱۹.....	شواهدی دال بر اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در اختلال OCD.....
۱۲۱.....	موضوعات پژوهشی مربوطه.....
۱۲۲.....	منابع.....

۱۲۹.....	فصل پنجم: اختلالات اضطرابی.....
۱۳۱.....	اختلالات اضطرابی.....
۱۳۱.....	داده های هنجاری و تفاوت های فردی.....
۱۳۳.....	تشخیص، میزان بروز و پیش آگهی.....
۱۳۳.....	منطق درمان، اهداف سنجش.....
۱۳۶.....	تشخیص.....
۱۴۲.....	درمان.....
۱۴۲.....	استراتژی ها و مؤلفه های درمانی.....
۱۴۳.....	ساختار جلسه.....
۱۴۵.....	درمان یکپارچه شده.....
۱۴۵.....	یادگیری مهارت ها.....
۱۴۹.....	نتیجه درمانی.....
۱۴۹.....	والدین و خانواده ها در درمان.....

۱۵۷.....	تفسیر نهایی
۱۵۹.....	منابع

فصل ششم: اختلال سلوک در کودکان خردسال..... ۱۶۱

۱۶۳.....	اختلال سلوک در کودکان خردسال
۱۶۴.....	منطق استفاده از درمان شناختی- رفتاری
۱۶۵.....	ارزیابی برای درمان
۱۶۶.....	مداخلات: ملاحظات عمومی
۱۶۷.....	آموزش اداره والدین
۱۷۰.....	تکنیک های شناختی- رفتاری برای کودکان
۱۷۱.....	تکنیک مربوط به معلم
۱۷۳.....	همبستگی با مدرسه
۱۷۹.....	نتایج
۱۸۱.....	منابع

فصل هفتم: رویکردها در زوج درمانی و کاربرد آن با توجه به فرهنگ اسلامی در ایران..... ۱۸۵

۱۸۷.....	مقدمه
۱۸۹.....	رویکردهای متفاوت در زوج درمانی
۱۸۹.....	روان تحلیلی و روان پویایی
۱۸۹.....	زوج درمانی رفتاری
۱۹۱.....	تکنیک طبقه بندی اطلاعات
۱۹۳.....	تکنیک تعریف مسأله
۱۹۴.....	تکنیک ابراز محبت
۱۹۵.....	رویکرد رفتاری- سیستم ها
۱۹۶.....	شواهدی دال بر تاثیر زوج درمانی
۱۹۶.....	کدام نوع مشکلات برای زوج درمانی مناسب اند؟
۱۹۷.....	نتیجه گیری
۱۹۹.....	منابع

فصل هشتم: رهایی از بن بست شناخت درمانی شناخت یا هیجان؟..... ۲۰۱

۲۰۳.....	جان یزدیل کیست؟
----------	-----------------

۲۰۶	 بیان مشکل یابن بست
۲۱۴	 نظریه ی نظام های فرعی متعادل (ICS)
۲۱۸	 خلق تلقین شده و دسترسی به حافظه ی مربوط به زندگی شخصی
۲۲۱	 تغییر در افسردگی بالینی و یادآوری حافظه ی مربوط به زندگی شخصی
۲۲۳	 نتایج
۲۲۵	 ارزیابی مدل همخوانی شبکه ای از خلق و حافظه
۲۲۷	 فقدان اثرات ادراکی پیش بینی شده
۲۲۸	 اثرات خلق در قضاوت
۲۳۰	 مشکلات نظری
۲۳۰	 مشکل تشدید
۲۳۲	 محدودیت های کلی مدل های همخوانی شبکه
۲۳۳	 ارزیابی عملی در مورد نظریه همخوانی شبکه
۲۳۳	 نظریه خلق و حافظه
۲۳۴	 نسخه ای برای حقوق دیگر نظریه همخوانی شبکه در مورد خلق و حافظه
۲۳۵	 نتیجه گیری
۲۳۶	 رویکرد خرده نظام های تعاملی شناختی
۲۳۷	 ماهیت خرده نظام های تعاملی شناختی
۲۳۸	 تمایز کیفی انواع اطلاعات
۲۴۱	 پردازش اطلاعات - دو عملیات اساسی
۲۴۳	 خرده نظام های شناختی متعامل ICS
۲۴۳	 چه اشکالاتی در شناخت درمانی سبب ظهور ICS شد؟
۲۵۵	 نتیجه گیری
۲۵۶	 برداشت هایی از دیدگاه تیزدیل در مورد آموزش و تربیت دینی در ایران
۲۵۸	 بیان مسئله
۲۵۹	 راه کارها
۲۶۵	 نتیجه گیری
۲۶۶	 منابع
۲۷۳	 فصل نهم : کار با تصورات در شناخت درمانی
۲۷۵	 مقدمه
۲۷۷	 ایجاد تغییرات ممکن در تصورات

۲۷۹.....	معنای تصور.....
۲۸۰.....	اعتقادات و گمان ها.....
۲۸۱.....	تغییر تصورات در شیوه ای که اعتقادات هسته ای را تغییر دهد.....
۲۸۲.....	استفاده از تصورات جهت غنی سازی مفهوم پردازی.....
۲۸۳.....	مفاهیم هسته ای و تجربه ی اولیه.....
۲۸۴.....	تجربه اولیه.....
۲۸۷.....	نتیجه گیری.....

فصل دهم: فعال سازی خود ۲۸۹

۲۹۱.....	مسأله.....
۲۹۱.....	راه حل.....
۲۹۲.....	دشواری ها.....
۲۹۲.....	جداول فعالیت.....
۲۹۳.....	قدم اول: خود نظاره گری.....
۲۹۴.....	قدم دوم: برنامه ریزی برای آینده.....
۲۹۴.....	چه کنیم که جدول فعالیت ها برای ما یک کمک باشد تا یک مانع.....
۲۹۶.....	تکالیف کاربردی.....
۳۰۰.....	منابع.....

فصل یازدهم: روان درمانی گروهی ۳۰۱

۳۰۳.....	مقدمه.....
۳۰۵.....	مقررات حاکم بر کل جلسات روان درمانی گروهی جهت تقویت خود باوری.....
۳۰۵.....	با هم می خندیم ولی به هم نمی خندیم.....
۳۰۷.....	جلسه ی اول تا چهاردهم.....
۳۱۴.....	منابع.....

فصل دوازدهم: روشی جدید و موثر در شناخت درمانی ۳۱۵

۳۱۷.....	مقدمه.....
۳۱۸.....	مسئله.....
۳۲۱.....	راه حل (درمان).....
۳۲۱.....	جنبه های فلسفی و فرهنگی.....

نکته ای جالب از فرهنگ دینی.....	۳۲۴
نکته ای انسان گرایانه.....	۳۲۵
تکالیف شناختی رفتاری.....	۳۲۷
تکلیف چالش تساوی ها در ذهن.....	۳۲۷
چالش افکار تساوی گونه مراجع.....	۳۲۹
نتیجه گیری.....	۳۳۰
منابع.....	۳۳۴

فصل سیزدهم: ماهیت غم و شادی - تسخیر متقابل انسان ها از دیدگاه قرآن و روان شناسی ۳۳۷

مقدمه.....	۳۳۹
ماهیت تساوی و غم، رنج و لذت.....	۳۴۰
نقش در خود فرو رفتگی در آسیب ها و ناخوشی های روانی.....	۳۴۵
نکاتی از وحی.....	۳۴۷
نتیجه گیری.....	۳۵۰
منابع.....	۳۵۲

فصل چهاردهم: خودکشی، خانواده، استیگما و فرهنگ - راهکارهایی برای مداخله ۳۵۵

مقدمه.....	۳۵۷
پس آیندهای خودکشی برای بازماندگان.....	۳۵۹
جامعه و هنجارها.....	۳۵۹
زمینه تاریخی.....	۳۶۰
آمار خودکشی.....	۳۶۱
داغ دیدگی خودکشی.....	۳۶۲
داغ دیدگی خودکشی متفاوت است.....	۳۶۲
داغ دیدگی خودکشی متفاوت نیست.....	۳۶۶
مشکل تجربی.....	۳۶۷
متغیرهای بالینی.....	۳۶۷
راهکارهایی برای مداخله بر اساس منابع تکوین خود.....	۳۶۹
منابع.....	۳۷۱

سخن ناشر

اصلاح و بهبود کمی فرآیند نشر و چاپ کتاب همواره با دشواری های جدی همراه بوده است، و به دلیل اهمیت، این کار مستلزم هماهنگی لازم بین ساختارهای موجود علمی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، اجرایی و... در سطوح مختلف می باشد.

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که یکی از متولیان تربیت نیروی متخصص در زمینه ی پیشگیری، کاهش مشکلات و آسیب های اجتماعی در جامعه می باشد، می کوشد تا به رغم تمام سختی ها در این راه گام بردارد و به نشر آثاری بپردازد تا برآیند نتیجه ی آن منجر به افزایش دانش و تغییر در افکار و رفتار جمعی شود.

انتشارات دانشگاه امیدوار است با عنایت ایزد منان، هم یاری و هم اندیشی صاحب نظران و اهل فن، در این راه پر فراز و نشیب موفق شود، لذا کلیه ی اساتید و متخصصان عزیز را به همکاری گرم و صمیمانه دعوت می نماید.

مقدمه

راه کارهای درمانی برای اختلالات روانی، مانند بسیاری از جریان‌های فکری و دیدگاه‌ها در روان‌شناسی دچار افراط و تفریط و نهایتاً بر اساس تعادل جویی به نقطه‌ی اعتدال رسیده است (لی هی ۱۹۸۷). این وضعیت را ما از آغاز شکل‌گیری روان‌شناسی به عنوان یک علم، از ۱۲۰ سال پیش تا به حال می‌بینیم. زمانی درمان اختلالات روانی را خلاصه در هیپنوتیزم می‌دانستند و بدون کمک خواستن از سطح آگاهی بیمار و اراده‌ی وی به درمان اختلالات روانی می‌پرداختند. در حالی که با ظهور فروید، نقش سطوح نا آگاه ذهن در آسیب‌شناسی روانی پر رنگ شده و در درمان به نقش بینش و آگاهی بیمار از تعارضات خود بهای بسیاری داده شد.

در این نقطه، هم چنان ذهن و آن هم سطوح نا آگاه، با تکیه بر گذشته در پیدایش اختلالات روانی نقش داشته و درمان تنها با نگاه به گذشته‌ی بیمار مطرح می‌گردد و این جریان آن چنان با وضعیت و شرایط رادیکالی پیش رفت تا جایی که ما شاهد نوعی مرحله‌ی ذهنیت‌گرایی محض بودیم. به گونه‌ای که هر خواننده‌ای که نظریات بعضی از روان‌کاوان را می‌خواند، تنها متوجه ذهن و اصالت آن با بریدگی از عینیت‌های رفتاری، این جا و زمان حال^۱ می‌شد.

روش‌های تشخیص‌ذهنی^۲ نسبت به روش‌های تشخیص‌عینی^۳ رواج بیشتری یافت. نمود این وضع را در رواج آزمون‌های فرافکنی در این دوره می‌بینیم که بسیاری از این آزمون‌ها نسبت به آزمون‌های عینی از اعتبار کمتری برخوردار هستند (سیلوراستین و رایبسون ۱۹۵۶) بر اساس دو اصل تعادل و انتروپی برگرفته از ترمودینامیک که یونگ در روان و شخصیت آدمی به آن اعتقاد دارد (یونگ، ۱۹۶۰، مدی ۱۹۹۶). این افراط در برهه‌ای از زمان به تفریطی دیگر منتهی شد و ما شاهد بروز دیدگاه رفتاری در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات روان‌شناختی بودیم. اوج این تفریط در دیدگاه اسکینر متجلی می‌شود که از نقش ذهن

به عنوان عاملی در شکل گیری رفتارها چشم پوشید و روان شناسی بدون سر را مطرح ساخت. وی با اشاره به ذهن به عنوان جعبه ی سیاه، صرف نظر از آن را در تبیین های روان شناختی اختلالات روانی و رفتاری پیشنهاد نمود. دیدگاه رفتاری در مقابل دیدگاه های اگزستانسیالیستی و روان کاوی به عنوان سومین مکتب در روان شناسی ظهور کرد (بلوخ ۱۹۸۸).

این حرکت رادیکالی در زمان اسکینر به اوج خود رسید و دیری نپایید که بر اساس اصول یاد شده ی ترمودینامیک متعادل شده و در دیدگاه اعتدالی آرون بک (۱۹۷۶) خود را نشان داد. به گونه ای که رفتار درمانی به درمان های شناختی- رفتاری تغییر یافت (پیوند ذهن و یا جعبه ی سیاه با رفتار). امروزه کمتر کسی از رفتار درمانی و یا شناخت درمانی به تنهایی سخن می گوید. ولی در عین حال، عده ی زیادی دهه ی آخر قرن بیستم را، دهه ی حاکمیت دیدگاه های شناختی می دانند، در حالی که از زمان ظهور دیدگاه بک، هیچ کسی را سراغ نداریم که به شناخت درمانی بپردازد ولی از پرداختن به رفتار و امور رفتاری اجتناب کند. در قرن جدید، ما شاهد ظهور دیدگاه های جدیدی هستیم که مروج جایگاه فراشناخت^۱ در تشخیص و درمان بیماری های روانی است (ولز ۲۰۰۱). این دیدگاه که به حق عمیق تر از دیدگاه های شناختی است، به موازات افزایش توانمندی های ذهنی و شناختی انسان ها، می تواند جواب گوی بسیاری از سوالات و ابهامات در زمینه ی آسیب شناسی روانی باشد، زیرا به موازات افزایش علم، آگاهی انسان ها افزایش یافته؛ لذا دیدگاه ها برای تبیین بیماری های روانی باید به سمت بها دادن به جایگاه آگاهی در مقوله ی آسیب شناسی و درمان باشد.

قرن گذشته با تاکید بر سطح نا آگاهی ذهن شروع شد و قسمت اعظم وقت روان شناسان و صاحب نظران به بحث، تحقیق و تفحص در نقش سطوح نا آگاه ذهن در زندگی روانی اجتماعی انسان ها گذشت، بدین جهت شاید بتوان ادعا کرد که قرن بیستم قرن حاکمیت ناخودآگاهی در روان شناسی انسان بود. درحالی که قرن جدید می تواند قرن حاکمیت خود آگاهی در روان شناسی باشد که عمیق ترین شکل آن دیدگاه های مربوط به فراشناخت می باشد. بسیاری از روان شناسان بر خلاف دیدگاه فروید و روان کاوان به نقش آگاهی و خود آگاهی در ایجاد بسیاری از اختلالات روانی تاکید فراوان دارند و ریشه ی بسیاری از ناهنجاری های روانی را در افزایش خود آگاهی می دانند. این دیدگاه جدیدی است که در آسیب شناسی روانی اخیراً مطرح شده است ولی متأسفانه بسیاری از محققان به عمق این دیدگاه توجه نکرده اند. خود^۲ به عنوان مهم ترین و اصلی ترین پدیدار روانی می تواند محلی برای ایجاد بسیاری از ناهنجاری های روانی از کانال

آگاهی باشد. برای این که خوانندگان محترم به چگونگی کنش خود آگاهی در ایجاد آسیب های روانی بیشتر واقف شوند لازم است در اینجا به منابع تکوین خود و تحول و رشد آن از دیدگاه شونمن (۱۹۸۴) در میان کودکان، نوجوانان و بالتبع بزرگ سالان به تفصیل توجه شود تا نقطه های آسیب زا در خود از منظر جدیدترین دیدگاه های روان شناسی مورد دقت هر چه بیشتر قرار گیرد. شناخت منابع تکوین خود برای کسانی که در صدد کاربرد تکنیک های شناختی- رفتاری با کودکان و نوجوانان هستند، می تواند از این جهت مفید باشد که با توجه به مراحل تحول خود و با تکیه بر این منابع، تکنیک های مناسب را برای اصلاحات رفتاری و شناختی مناسب هر مرحله تجویز کنند.

منابع تکوین خود :

روان شناسان در ارتباط با تکوین خود منابع متعددی را ذکر نموده اند که بر اساس آن، خود در انسان ها شکل یافته و تحول می یابد. شونمن (۱۹۸۴ و ۱۹۸۱) بامروری بر مطالعات و تحقیقات متعدد انجام شده در مورد خود، توانست سه منبع را به عنوان منابع اصلی تکوین خود ذکر کند:

- خود مشاهده گری^۱؛
- مقایسه اجتماعی^۲؛
- بازخوردهای اجتماعی^۳.

این روان شناس اعتقاد دارد که به کارگیری هر یک از این منابع بر اساس اقتضای مراحل مختلف تحول روان شناختی می باشد؛ به گونه ای که کودکان در سنین پایین (بعد از ۳ سالگی) در ابتدا شروع به استفاده از مقایسه ی اجتماعی می کنند (ماستر ۱۹۷۱). در سنین بالاتر، از ۶ سالگی به بعد، کودکان از منبع بازخوردهای اجتماعی استفاده می کنند و در سنین بعد از بلوغ و نوجوانی استفاده از خود نظاره گری به اوج خود می رسد (روزنبرگ ، ۱۹۸۵). در سنین جوانی و بزرگ سالی به نظر می رسد که تمام انسان ها اعم از زن و مرد به نحوی از این منابع استفاده می کنند. اگر ما نگاهی اجمالی به خود انسان ها بیندازیم حضور این سه منبع را در فرآیند تکوین خود می بینیم. در این زمینه تفاوت های فردی در تمام انسان ها وجود دارد. به گونه ای که بر اساس میزان استفاده از این منابع و این که هر یک از این منابع چه مقدار سهم در تکوین خود دارند، افراد تفاوت های بارزی با یکدیگر داشته و بر این مبنا میزان سلامت و یا ناهنجاری روانی افراد در سطح فرد و

اجتماع مشخص می شود. یکی از روان شناسان معاصر این سه منبع را با اسامی متفاوتی^۱ مد نظر قرار می دهد (بندورا ۱۹۹۴).

الف- خود مشاهده گری

ما انسان ها در بسیاری از موارد خود را مورد دقت قرار می دهیم و با این مشاهده گری علاوه بر این که بر حالات، افکار و احساسات خود آگاهی می یابیم، بسیاری از تغییرات مهم را نیز در خود ایجاد می کنیم. بسیاری از موارد این منبع در کنار منابع دیگر و درمواقعی به تنهایی عمل می کند. برای مثال زمانی که ما غمگین و یا مضطرب هستیم و یا احساس درد داریم، تلاش می کنیم کاری کنیم و یا تغییری ایجاد نماییم تا از این وضع رها شویم. توسط منبع خود مشاهده گری می توانیم عادات و رفتارهای نامطلوب را در خود کنترل نموده و یا حذف کنیم. توسط این منبع می توان از وقوع رفتاری خاص در خود جلوگیری کرد. کودکان با استفاده از تکنیک خود گویی و در قالب درجه ای از خود نظاره گری قادرند بسیاری از رفتارهای نامطلوب را در خود کنترل نموده و اصلاح نمایند. این منبع با به کارگیری سیستم خود تنظیمی می تواند بسیاری از افکار، عواطف و درکل، شناخت ما را تحت کنترل در آورد (ولز ۲۰۰۱). حتی این منبع با باز نمودن باب فراشناخت، می تواند به عنوان عاملی در ایجاد و حفظ بسیاری از اختلالات روانی و یا درمان آن ها مدنظر قرار گیرد (همان منبع). یکی از روان شناسان با ارایه ی نظریه ی خاصی تأکید دارد که مردم خود را توسط مشاهده ی رفتار ظاهری، افکار و احساسات درونی و شرایط انگیزشی خود، می شناسند (بم ۱۹۶۳). این نظریه ارزش بسیار زیادی برای خود هوشیاری^۲ به عنوان اساسی برای دانش خود قایل است. این هوشیاری از خود دو نوع است (ویک لند و دوآل ۱۹۷۱):

- ۱- خود هوشیاری مفعولی: هوشیاری در مورد خود به عنوان موضوع جدا از محیط اطراف فرد مد نظر قرار می گیرد و فرد در این فرایند، تمرکز بر خود، جدای از اطراف خود دارد.
- ۲- خود هوشیاری فاعلی: که تمرکز بر محیط اطراف بیشتر از خود است. روزنبرگ (۱۹۸۵) اعتقاد دارد که خود هوشیاری نوع اول، اشتغال ذهنی با خویشتن است که در سنین بالای نوجوانی اتفاق می افتد (دوره ی هویت جویی) در حالی که در نوع دوم، آگاهی از خود، موضوعی است بر اساس آن چه دیگران مشاهده

1- Performance Accomplishment and emotiousal arousal (Self observation) Verbal Persuasion (feedback), and Vicarious experience.

2- self Awareness