رویش روان شناسی، سال ۸ ، شماره۳ ، شماره پیاپی ۳۶ ، خرداد ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(3), 2019

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

روان‌درمانی فمنیستی: مفاهیم و کاربست‌ها
Feminist psychotherapy: Concepts and Applications

دکترشهریار شهیدی *نویسنده مسئول*
استاد روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی
دکتر سیده سلیل ضیائی
دکترای روانشناسی‌بالینی، داشگاه شهید بهشتی
نسیم‌السادات محبوبی‌شریعت‌پناهی
دانشجوی دکترای مطالعات زنان، دانشگاه تربیت مدرس

چکیده
روان‌درمانی فمینیستی دیدگاهی معناگرا و برابرنگر نسبت به نوع بشر داشته و معتقد است ابعاد روانی، اجتماعی و زیستی انسان، دائماً با هم تعامل دارند. رویکردهای اخیر روان‌درمانی فمینیستی به تفاوت‌های بین‌فرهنگی توجه داشته و به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای دست یافته است. روان‌درمانی فمینیستی رویکردی درمانی است که بر پایه نظریه فمینیسم قرار دارد. انتقادات فراوان به روان‌درمانی فمینیستی وارد شده اما برخی پژوهش‌ها حاکی از کارایی این رویکرد هستند. همچنین تناقضات میان ذات حقیقی اسلام و باورهای فمینیست‌های اسلامی باید مد نظر قرار گیرد. به دلیل محدودیت در نحوه سنجش پیامد درمان و نو پا بودن ملاحظات فرهنگی در روان‌درمانی فمینیستی رایج، این روش درمانی، هنوز به عنوان رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد پذیرفته نشده است. با وجود این می‌توان گفت، روان‌درمانی فمینیستی رویکردی در حال رشد است که با در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی-دینی می‌تواند در حفظ و بهبود سلامت روان جامعه موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی، اسلام، فمینیسم

Dr. Shahriar Shahidi *
Professor of Psychology, Shahid Beheshti University
shahriarshahidi@hotmail.com
Dr. Seyedeh Soleil Ziaee
PhD in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
Nasimsadat Mahboubi Shariatpanahi
PhD student in Women's Studies, Tarbiat Modarres University

Abstract
Feminist psychotherapy has an existentialistic and egalitarian approach to human beings. It focuses on the continuous interchange between the psychological, social and biological aspects of Mankind. The recent trends of feminist psychotherapy succeed in multicultural affairs.
Some of the Feminist demands have been acclaimed by Islam. Feminist psychotherapy is based on feminist theory. Though there are several criticisms of this approach, some research claimed its effectiveness. Indeed, the contradictions between the true nature of Islam and Islamic feminism must be considered. As there is not enough data about the cultural suitability of the current feminist psychotherapy, it has not been approved as an evidence-based practice worldwide. The Feminist Psychotherapy is a developing approach. Considering the cultural-religious issues, it can be helpful for the mental health considerations in Iran.

Keywords: Psychotherapy, Islam, Feminism

نوع مقاله : تحلیلی **دریافت** خرداد ۹۵ **پذیرش** مهر ۹۶

مقدمه
در آغاز ظهور روان‌درمانی فمینیستی، این رویکرد در بررسی هویت فرد بر جنسیت او تمرکز داشت، اما رویکردهای اخیر روان‌درمانی فمینیستی به تفاوت‌های فرهنگی مراجع توجه دارد، تا آن‌جا که رویکرد روان‌درمانی فمینیستی چند فرهنگی تدوین شده است (براون[1]، ۲۰۰۸؛ ۲۰۱۸). در طی دو دهه‌ی اخیر این رویکرد در نظریه و عمل بر درک مفهوم قدرت و تعاملات آن با عوامل متعددی غیر از جنسیت از قبیل نژاد و قومیت، فرهنگ، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، توانایی جسمی، جهت‌گیری جنسی، سن و تبعیض بر اساس نوع آیین

[1]. Brown

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

و همچنین تمامی انواع سرکوبی تاکید دارد (سامرز فلانگان و سامرز فلانگان[1]، ۲۰۰۴). درمان‌گران و مراجعان هر دو تحت‌تاثیر این عوامل محیطی قرار داشته و به‌طور مداوم باید باورها و رفتارهای خودشان را بازبینی کنند (سامرز فلانگان و سامرز فلانگان، ۲۰۰۴).

فمینیسم در برخی مفاهیم خود در مورد نقش‌های زنان در تضاد با تعدادی از ادیان جهان است و در عین حال پاسخ‌هایی برای مطالبات فمینیسم را می‌توان در برخی از این آیین‌ها یافت (سامرز فلانگان و سامرز فلانگان، ۲۰۰۴). در حال حاضر مباحثی در زمینه فمینیسم اسلامی از سوی برخی اندیشمندان در نقاط مختلف دنیا مطرح شده و پایه‌های نظری آن در حال شکل‌گیری است (احمد،۲۰۰۰؛ مغیثی،۱۹۹۹؛ میرزا، ۲۰۰۰). از آن‌جا که در دین اسلام، آیات و روایات متعددی بر احقاق حقوق زنان در جامعه تاکید دارد (آملی، ۱۳۷۸) و آیات زیادی از قرآن هستند که برابری هستی‌شناختی زن و مرد را تایید می‌کنند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴؛ مطهری، ۱۳۸۶، مغیثی، ۱۹۹۹)؛ این احتمال وجود دارد که استفاده از این روان‌درمانی در حل برخی از مشکلات سلامت روان جوامع مسلمان سودمند باشد. البته هنوز نظریه سازمان یافته‌ای تحت عنوان روان‌درمانی فمینیسم اسلامی شکل نگرفته و به فمینیسم اسلامی نیز به شکل کنونی آن انتقادات فراوانی وارد شده است، تا آن‌جا که برخی مفاهیم آن از نظر دانشمندان مسلمان شیعه پذیرفته نیست (احمد، ۱۹۹۲؛ رفیعی،۱۳۸۶).

اما به‌طور کلی، فمینیست‌های مسلمان، فمینیسم را به‌عنوان آگاهی نسبت به اجبار و محدودیت‌هایی که زنان تحت انقیاد آن هستند، دور انداختن محدودیت‌هایی غیرانسانی که زنان در آن‌ها قرار داده شده‌اند و تلاش برای ایجاد یک نظام روابط منصفانه‌تر و عادلانه‌تر بین زن و مرد می‌دانند (بدران،۲۰۰۶). نام فمینیسم اسلامی از دهه ۱۹۹۰ توسط محققان خاورمیانه به جنبش‌هایی در مصر و ایران و امثال آن داده شد که در پی خوانش قرآن و تاریخ اولیه اسلام به گونه‌ای جدید بودند تا بتوانند تحریف پدرسالارانه را از چهره اسلام بزدایند و با کلیشه‌های غربی در مورد موانع اسلام و تروریست اسلامی مقابله کنند (کینسلتو[2] ، ۲۰۰۸). در واقع از دهه ۱۹۹۰ این مبحث به‌عنوان پدیده‌ای جدید که در پی احقاق حقوق زنان مسلمان در داخل و بیرون از کشورهای اسلامی بود معرفی شد.

قرآن مباحثی در مورد برابری جنسیتی دارد. بنابراین راه را برای کنار زدن پدرسالاری سنتی باز می‌کند. اما تعریف دقیق فمینیسم اسلامی هنوز میسر نشده است. آن‌چه مسلم است این است که آنها در حال به چالش کشیدن خوانش پدرسالارانه هستند و با اصل متن مشکلی ندارند بلکه با تفسیرهای موجودی که باعث شده ریشه‌های پدرسالاری و مردسالاری در جامعه محکم‌تر شود مقابله می‌کنند (بدران[3]، ۲۰۰۲؛ وتک[4]، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر «فمینیسم اسلامی» عمل و گفتمان فمینیستی است که در درون پارادایم اسلامی مطرح می‌شود و می‌خواهد نسخه جدیدی از جامعه اسلامی ایده‌آل ایجاد کند که نقش زنان در آن متفاوت است (بدران، ۲۰۰۲). پروژه‌ی قرائت مجدد قرآن به‌وسیله‌ی فمینیست‌های مسلمان برای ارتقاء اصول تجویز شده در قرآن بر اساس برابری جنسیتی و عدالت اجتماعی است (بدران ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۶؛ کرمی و محبوبی‌شریعت‌پناهی، ۱۳۹۲؛ محبوبی‌شریعت‌پناهی،۱۳۹۳) و باید توجه داشت که برای بررسی امکان کاربست روان‌درمانی فمینیستی در جوامع اسلامی، نیاز به آشنایی با این سبک روان‌درمانی و نقاط قوت و ضعف آن است.

برای درک بهتر روان‌درمانی فمینیستی، آشنایی بیشتر با نظریه فمینیسم و سیر تحولی آن حائز اهمیت است. نظریه فمینیسیم، واحد و یکپارچه نیست و در عین حال گسترده بوده و زیر شاخه‌های فراوان دارد؛ با وجود کارا بودن آن در مواجهه با بعضی مسائل اقشار مختلف هر دو جنس (بدران، ۲۰۰۶؛ ضیائی و صالحی فدردی، ۲۰۰۹)، نقاط ضعف متعددی دارد (صالحی، ۱۳۸۵). در این مقاله تنها بررسی فهرست‌وار مفاهیم زیربنایی، سیر تحولی نظریه فمینیسم و زیرشاخه‌های آن از جمله فمنیسم اسلامی و همچنین معرفی مختصر روان‌درمانی فمینیستی، ممکن شد. در مرور مفاهیم این سبک از درمان، به آشنایی با اصول، اهداف، فنون و نحوه ارزیابی، کارایی و انتقادهایی مطرح شده به روان‌درمانی فمینیستی می‌پردازیم.

سیر تحول فمینیسم

در جمع‌بندی نظریه فمینیسم، می‌توان تحول تاریخی آن را به سه موج تقسیم کرد. موج اول در سال ۱۸۳۰، در حالی شکل گرفت که زنان در دوره ویکتوریا، در اوج سرکوب به سر می‌بردند. اصلی‌ترین دستاورد این جنبش دستیابی زنان به هدف اصلی شعاری خود، یعنی حق رأی در دهه ۱۹۲۰ بود (صالحی، ۱۳۸۵؛ بدران ۲۰۰۶). موج اول تا حدی توانست وضعیت زنان را بهبود بخشد و همین موفقیت باعث شد که برخی از زنان به دنبال برداشتن گام‌های بعدی باشند.

---

1. Sommers-flanagan
2. Sylvia Vatuk
3. Badran
4. Anitta Kynsilehto

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

در موج دوم فمینیسم از دهه۱۹۶۰، نجات زن از روابط محدودکننده خانوادگی با مردان به عنوان سرلوحه جریان فمینیسم قرار گرفت (بدران، ۲۰۰۶؛ براون،۲۰۰۸؛ ۲۰۱۸)، در نتیجه این موج، جنسیت آزاد و بدون قید و بند زن بود که نقش بسزایی در درآمدزایی صاحبان سرمایه که غالباً مردان بودند، ایفا کرد (صالحی، ۱۳۸۵).

موج سوم فمینیسم از اوایل دهه ۱۹۹۰ آغاز شد. فمینیسم که در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در اوج خود به سر می‌برد، در اواخر قرن بیستم با مشکلات زیادی مواجه شد و شکاف‌ها و دسته‌بندی‌های آشکاری در درون جنبش زنان بوجود آمد. صاحب‌نظران فمینیسم که با معضلات ناشی از روابط آزاد جنسی مانند، افزایش ناهنجاری‌های رفتاری، سوءاستفاده‌ها و از همه مهم‌تر ازدیاد نسلی بی‌هویت مواجه شده بودند، خواستار اعاده "ارزش‌های خانوادگی" شدند. این مسائل و معضلات، بروز ناهنجاری‌ها و در نهایت از دست رفتن ارزش‌ها و جایگاه واقعی زن در جامعه سبب شد که فمینیسم در اوائل دهه ۱۹۹۰، یک فرآیند اعتدال را تجربه کند. برخلاف موج دوم، فمینیست‌های موج سوم، معتقد به احیای مادری بوده و از خانواده فرزند محور و همچنین زندگی خانوادگی دفاع می‌کنند (صالحی، ۱۳۸۵). مهم‌ترین دستاورد موج سوم فمینیسم پیدایش فمینیسم فرامدرن است که در مقابل همه‌ی جریان‌های موج دوم فمینیسم قرار گرفته است. فمینیست‌های پست مدرن، ریشه‌ی سلطه‌ی جنس مذکر بر جنس مونث را نه در پدیده‌ی ازدواج و یا نقش زیستی هر یک از دو جنس در خانواده، بلکه در نوع روابطی می‌دانند که دختر و پسر از سن کودکی در کنار هم تجربه می‌کنند (محبوبی‌شریعت‌پناهی و وحیدی، ۱۳۹۳). بنابراین، همان‌طور که گفته شد، واضح است که نظریه فمینیستی واحد و مشخصی وجود ندارد؛ البته می‌توان گفت روان‌درمانی فمینیستی بیشتر بر پایه نظریه موج سوم فمینیسم قرار دارد (براون، ۲۰۰۵؛ ۲۰۱۸).

باید توجه داشت که گرایش‌هایی مانند فمینیسم اسلامی، فمینیسم مسیحی و... را می‌توان به نوعی حاصل جریان پست‌مدرن دانست. جریان پست‌مدرن بر این مسئله تأکید می‌کند که ارائه‌ی تعریفی جامع و مانع از مفهوم فمینیسم، طرفداران آن و مطالبات این دسته از زنان، بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و خصوصیات فرهنگی هر منطقه‌ی جغرافیایی ناممکن است. از این‌رو برای به‌دست آوردن مطالبات زنان در هر منطقه باید به این شرایط توجه و به نوعی این مفهوم را بومی کرد (محبوبی‌شریعت‌پناهی،۱۳۹۱).

بدین‌ترتیب، توجه به نیازهای گروه‌های مختلف زنان از یک سو و از سوی دیگر تعبیر فمینیسم به طرفداری از حقوق زنان، محصول جریان پست مدرن است. از این منظر امروزه طرفداران فمنیسم اسلامی به دنبال توجه به نیازهای زنان مسلمان، پیگیر مطالبات حداکثری آنان هستند که همخوان با روح و تعالیم اسلامی باشد. این رویکرد به دنبال دستیابی زنان به حقوق خود با تاکید بر پویایی اسلام و امکان استفاده از اجتهاد است. بنابراین تحقق حقوق زنان مسلمان با توجه به قوانین و قواعد مطروحه در اسلام در کنار امکان اجتهادی پویا می‌تواند خواست آنها را تامین کند.

این نگاه، یک جنبش علمی برای توانمندسازی زنان در قالب هنجارها، مفاهیم و متدولوژی اسلامی است که درصدد است آسیب‌پذیری زنان را کاهش و بی‌عدالتی، حاشیه‌نشینی، انزوا، حذف اجتماعی و سرکوبی را در مورد آن‌ها از میان بردارد. ضمن این‌که جوهره فکری، ارزش‌ها، مفاهیم، منابع و مراجع آن ریشه در حدیث و قرآن دارد. محققان فمینیسم اسلامی به تفاسیر که قابل تغییرند رو می‌آورند؛ مانند تمام مسائل دیگر در جامعه اسلامی نظیر اقتصاد، شهروندی، دموکراسی و غیره. کار این محققان آن است که تفاسیر را مورد انتقاد قرار دهند و نظرات فقهی دیگری را جایگزین آن‌ها کنند. از این لحاظ فمینیسم اسلامی پدیده‌ای در حال تکوین است و جای بحث و بررسی دارد (ابوبکر[1]، ۲۰۱۳). در این‌جا این بحث است که اسلام با مدرنیته منافاتی ندارد زیرا اسلام در برابر بشریت انعطاف‌پذیر است و می‌تواند خود را با مسائل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی روز وفق بدهد (انور[2]، ۲۰۰۹؛ هدا صلاح، ۲۰۱۰).

آنها ادعا می‌کنند که برابری جنسی- انسانی و عدالت اجتماعی‌ای را که ریشه در اصول اخلاقی قرآنی دارد بازتعریف و عمل و اندیشه‌های پدرسالارانه‌ای را که در جوامع اسلامی تاخت و تاز می‌کند افشا می‌سازد تا زنان را در این جوامع در همان چهارچوب دینی خویش توانمند سازد (کرمی و محبوبی‌شریعت‌پناهی، ۱۳۹۲).

پیش از ورود به بحث روان‌درمانی فمینیستی ضروری است، به این نکته نیز اشاره کنیم که روان‌درمان‌گران فمینیستی با وجود تفاوت‌های نظری که به دلیل تفاوت در گرایش‌های فمینیستی وجود دارد، نقاط مشترکی با هم دارند. مانند این باور که جنسیت باید در مرکز روند درمان قرار گیرد، درک مشکلات مراجع نیازمند پذیرفتن دیدگاه فرهنگی اجتماعی اوست و این‌که نیرومندسازی فرد و تغییرات اجتماعی، جزو اهداف اصلی درمان است.

---

[1]. Omaima Abou-Bakr
[2]. Zainah Anwar

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

روان‌درمانی فمینیستی

روان‌درمانی فمینیستی[1] رویکردی کاملاً زیستی-روانی-اجتماعی[2] به درک رشد بشری و شکل‌گیری پریشانی دارد و معتقد است بین حوزه‌های معنویت یا معنی‌یابی و ابعاد زیست‌شناختی، درون‌روانی[3] و بافتی-اجتماعی[4] ارتباط دائمی وجود دارد. از دیدگاه رویکرد روان-درمانی فمینیستی هر چهار حوزه در تعامل و تبادل دائمی هستند (براون،۲۰۰۸؛ ۲۰۱۸). روان‌درمانی فمینیستی امروزه در حال رشد و گسترش است؛ براون با بررسی چگونگی جایگیری روان‌درمانی فمینیستی در میان رویکردهای روان‌درمانی مبتنی بر شواهد نشان داد، اگر چه پژوهش‌های اندکی در زمینه نتایج روان‌درمانی فمینیستی انجام شده(براون، ۲۰۰۵؛ ۲۰۱۸)، اثربخشی کاربست مهارت‌های ارتباطی در این رویکرد نیز مشابه سایر روش‌ها (نورکراس[5]،۲۰۰۲)، با شواهد تجربی و به‌صورت مستند اثبات شده است.

در روان‌درمانی فمینیستی بر تساوی انسان‌ها با یکدیگر و رابطه همکارانه تاکید می‌شود و اساس نیرومندی و عمق درمان، همدلی است که رابطه درمانی را تقویت کرده و برای به‌دست آوردن نتیجه درمانی خوب مهم است. امروزه، روان‌درمانی فمینیستی به سوی یافتن مجموعه مدل‌های اختصاصی‌تر برای درک شخصیت و آسیب‌شناسی در حرکت است. با وجود این، در این رویکرد، منبع آسیب بیرونی است و در درون فرد جستجو نمی‌شود، همچنین پریشانی به‌عنوان آسیب در نظر گرفته نمی‌شود (بالون[6]،۲۰۰۸). رویکرد روان‌درمانی فمینیستی بین‌المللی، که تجارب منطقه‌ای در مورد مسائل جنسیتی و قدرت را با سازه‌های روان‌درمانی فمینیستی یکپارچه و هماهنگ می‌کند (انز[7]،۲۰۰۴؛ نورسورثی[8] و خوانکائو[9]،۲۰۰۶) و خانواده و زوج‌درمانی فمینیستی (سیلورستاین[10]،۲۰۰۳) در حال گسترش است. در فوریه ۲۰۰۷ راهنمای روان‌درمانی زنان و دختران توسط انجمن روانشناسی آمریکا پذیرفته شد و از این طریق اطلاعات مربوط به سه دهه روان‌درمانی فمینیستی در هنجارهای درمان روانشناختی جای گرفت. می‌توان با اطمینان ادعا کرد که روان‌درمانی فمینیستی وارد مرحله فعالیت فزاینده شده است که در طی آن مدل‌های فمینیستی به‌طور اختصاصی تدوین می‌شود (براون،۲۰۰۸؛ ۲۰۱۸).

مسائل اساسی در درمان فمینیستی مشکلاتی هستند که در زمینه فرهنگی، سیاسی و اجتماعی به چشم می‌خورند. در این نوع درمان باور بر این است که مراجع می‌داند چه چیز برای زندگی‌اش بهترین است و خود کارشناس زندگی خویش است (مانند رویکرد مراجع‌محور). تاکید بر آموزش دادن به مراجع در مورد فرایند درمان است. این دیدگاه روش‌های سنتی ارزیابی سلامت روان را به چالش می‌طلبد و فرض را بر این می‌گذارد که تغییر فرد زمانی به بهترین وجه انجام می‌گیرد که اجتماع تغییر کند. بنابراین مراجعان تشویق می‌شوند که فعالیت اجتماعی انجام دهند. روان‌درمانی فمینیستی سه اصل کلی دارد که عبارتند از:

۱. جنسیت در هسته فرایند درمان قرار دارد، چرا که مردانگی و زنانگی جنبه مرکزی و قدرتمند هویت است.
۲. فرهنگ غالب برای اقلیت آسیب‌رسان است به این معنی که درک مشکلات مراجع نیازمند پذیرفتن دیدگاه فرهنگی-اجتماعی است.
۳. هشیاری‌بخشی از درمان و تغییر است (مشابه بینش در رویکرد روان‌پویشی؛ ورل[11] و رمر[12]،۲۰۰۳).

از اصلی‌ترین حیطه‌هایی که روان‌درمانی فمینیستی آن را هدف قرار می‌دهد، می‌توان این موارد را برشمرد (براون،۲۰۰۸): ۱-حذف یا کاهش نشانه، فقط در مواردی که بروز آن مانع رشد زنان است۲.عزت نفس۳. کیفیت روابط بین‌فردی۴. عملکرد نقشی یا ایفای نقش‌های شغلی، اجتماعی ۵. تصویر بدنی و میل جنسی زنان که معمولاً توسط مردان و رسانه‌ها تعیین می‌شود ۶. آگاهی سیاسی و اقدام اجتماعی. برای رسیدن به اهداف درمان فمینیستی، فنونی ابداع شده‌اند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد (شارف[13]،۲۰۰۰):

۱. تحلیل نقش جنسی: به مراجع کمک می‌کند که از تأثیر نقش‌های اجتماعی روی خود مطلع شود.

---

1. Feminist Psychotherapy
2. Biopsychosocial
3. Intrapsychic
4. Social/Contextual
5. Norcross
6. Ballon
7. Enns
8. Norsworthy
9. Khuankaew
10. Silverstein
11. Worell
12 Remer
13. Sharf

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

۲. مداخله در نقش جنسی: درمان‌گر اطلاعاتی در مورد تاثیر معضلات اجتماعی بر مشکلات روانی مراجع به او می‌دهد. این نوعی مهارت تحلیل اجتماعی است که به کمک دلایل منطقی، چهارچوبی شناختی برای مهارت ارزیابی و مداخله در زندگی برای مراجع فراهم می‌کند.
۳. تحلیل قدرت: درمان‌گران با کمک به مراجعان در درک بهتر تفاوت مردان و زنان در جامعه می‌توانند آنان را به ایجاد تغییراتی وادارند که به علت ضعف از انجام آن‌ها باز مانده‌اند.
۴. مداخله در قدرت:"خود" مراجع را با تقویت اظهاراتش یا اطلاع‌رسانی به وی تحکیم می‌کند. مقتدرکردن مراجع در جریان بحث‌های درمانی روی می‌دهد و نیازی به برنامه‌ریزی ندارد. مثلاً به یک قربانی زنای محارم اجازه عصبانیت و احساس قدرتمندی می‌دهد و به او می‌آموزد بخشش یک امر اختیاری است که نمی‌توان آن را فوراً انجام داد.
۵. آموزش ابراز وجود: درمانگر به آموزش قوانین و نقش‌های جنسی می‌پردازد و به مراجع می‌آموزد افسردگی و عصبانیت و ناکامی را با احقاق حقوق خود، بدون نقض حقوق دیگران کاهش دهد.
۶. کتاب درمانی: به برابری درمانگر و مراجع کمک می‌کند. موضوعات آن مربوط به پیشرفت و ظاهر زنان، خشونت‌های جنسی، روابط زناشویی و اطلاعات مربوط به مقاطع مختلف رشدی از جمله بلوغ و نوجوانی است.
۷. تعویض ملاک و برچسب زنی مجدد: تغییر دادن معیار قضاوت و تشخیص نقش فشار اجتماعی (مشابه رویکرد شناختی–رفتاری).
۸. راهبردهای از پرده بیرون آوردن درمان: رابطه درمان‌گر با مراجع آزادانه و صریح است تا نابرابری قدرت در جامعه در روند درمان تکرار نشود. درمان‌گر نباید قوی‌تر از مراجع باشد، بلکه تساوی باید حفظ شود. دو روش مهم، ابهام‌زدایی و خودافشایی است. این دو فن باعث افزایش قدرت و مسئولیت‌پذیری مراجع شده، وابستگی مراجع به درمان‌گر را کم می‌کند و الگویی برای مراجع در رابطه با دیگران فراهم می‌آورد.

مباحث تشخیصی در درمان‌فمینسیتی

درک نیروی فردی و اجتماعی اصلی‌ترین دغدغه در درمان فمینیستی است. در جلسه مصاحبه آغازین درمان‌گر به بافتی که بیمار در آن قرار دارد توجه می‌کند و به دقت به شواهد مربوط به سرکوبی، سوءرفتار و ادراک رشد نایافته از "خود" گوش می‌دهد. درمان‌گران فمینیست استفاده از اصطلاحاتی مانند بیماری روانی و اختلال را به حداقل رسانده و به جای آن بر مفهوم‌بندی آن‌چه به عنوان مسائل و مشکلات مراجع می‌شنوند، می‌پردازند. این بدان معنی نیست که درمان‌گران فمینیست هرگز تشخیص‌گذاری نمی‌کنند؛ بلکه هنگام تشخیص‌گذاری احتمال بیشتری دارد که عوامل علی تشخیص را به‌صورت تعامل بین آسیب تحمیلی از سوی جامعه و انتخاب‌های (احتمالاً تحمیلی و یا ناآگاهانه) مراجع ببینند. درمان‌گران فمینیست بین سنجش و هدف گزینی به شیوه‌ای تعادل برقرار می‌کنند که مراجع بتواند نقاط قوت و راهبردهای مقابله‌ای موفقیت‌آمیز گذشته و همچنین حوزه‌هایی از زندگی که نیازمند تغییر هستند را تشخیص دهد (سامرزفلانگان و سامرزفلانگان،۲۰۰۴).

حوزه‌هایی که اکثر درمان‌گران فمینیست به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم ارزیابی می‌کنند عبارت است‌از: الف) عزت نفس مراجع، ب) راحتی در نقش جنسی، پ) سطح رشدی، ت) مشکلات ارتباطی مربوط به جنسیت، ث)مسائل مربوط به صمیمیت و رابطه جنسی (سامرزفلانگان و سامرزفلانگان،۲۰۰۴).

درمان‌گران فمینیست با بیشتر روش‌ها و ابزارهای سنجشی استاندارد آشنا هستند. با وجود این، نتایج ارزیابی استاندارد با احتیاط تفسیر می‌شوند. زیرا نمرات زنان و گروه‌های اقلیت به دلیل تفاوت با فرهنگ غالب، ممکن است به‌صورت اختلال یا آسیب تفسیر شوند. درمان‌گران فمینیست اطلاعات فرهنگی و زمینه‌ای را در مفهوم‌بندی موردی داخل می‌کنند و مراجع را به خود ارزیابی فعالانه وا می‌دارند (ورل و رمر،۲۰۰۳). چون درمان‌گران فمینیست در مورد مشکلات روانی به دیدگاه اجتماعی و سیاسی استناد می‌ورزند و مفاهیمی مانند برابری درمان‌گران و مراجعان و پذیرش دیدگاه زنانه در مورد زندگی را مطرح می‌کنند، نظام طبقه‌بندی مطرح فعلی(DSM-V) و نسخه‌های قبلی آن را قبول ندارند؛ به دلیل این‌که غالباً توسط روانپزشکان مذکر سفیدپوست با دیدگاه‌های عمدتاً روانکاوانه تدوین شده‌اند. آن‌ها فقط برای تشخیص اختلالات روانی مردم و گزارش دادن اختلالات روانی آنان به سازمان‌های بیمه به این نظام متوسل می‌شوند (شارف،۲۰۰۰).

کارایی روان‌درمانی فمینیستی

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

شاخص‌های درمان سنتی بر حذف یا کاهش نشانه‌ها و مشکلاتی که مراجع را به جلسه درمان کشانده تمرکز دارد. اما، درمان‌گران فمینیستی معتقدند که دلایل ریشه‌ای بسیاری از مشکلات در فرهنگ سرکوب‌گر و مردسالارانه مراجع نهفته‌است و به مراجع کمک می‌کنند که هشیاری‌اش را در حیطه‌های مهم زندگی افزایش دهد. متاسفانه، هشیار شدن از جنبه‌های آسیب‌زای دنیای بیرونی ما، آن را تغییر نخواهد داد و مشکلات را رفع نمی‌کند. با وجود این، در نتیجه روان‌درمانی فمینیستی، ممکن است مراجع به‌صورت تدریجی یا برخی اوقات، سریعاً به دستاوردهای زیر دست یابد (سامرزفلانگان و سامرزفلانگان،۲۰۰۴).

الف) نگرش مراجع به دنیای خودش تغییر می‌یابد، ب) قدرت خود را بازیافته، آن را به‌کار می‌گیرد، پ) در توانایی‌هایی که قبلاً دستیابی به آن ممنوع بود، پیشرفت می‌کند، ت)به شیوه سودبخش‌تر و قانع‌کننده‌تری با دیگران ارتباط برقرار می‌کند (سامرزفلانگان و سامرزفلانگان،۲۰۰۴). پروچسکا[1] و نورکراس[2](۲۰۰۳) در مرور کوتاهی که بر پژوهش‌هایی مربوط به کارایی روان‌درمانی فمینیستی انجام دادند، دریافتند در نتیجه روان‌درمانی فمینیستی تغییر معناداری در نمره مقیاس‌های استاندارد کاهش نشانه دیده نمی‌شود، اما محققانی که از زنان خواستند تجاربشان را در مورد درمان توضیح دهند، یا محققانی که خودشان در جلسات روان‌درمانی شرکت کرده و از برگه‌های خودگزارشی یا مشاهده شرکت‌کنندگان استفاده کردند، به یافته‌های فراوانی در مورد تغییرات معنادار در هشیاری سیاسی، اجتماعی، علایق حرفه‌ای، نگرش‌ها، ادراک خود، نقش‌های جنسی و قدرتمندی خود[3]، دست‌یافتند (پروچسکا و نورکراس،۲۰۰۳).

باتلر[4]و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مرور مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند که درمان‌گران فمینیستی در ایجاد روابط درمانی خوب توانمند بوده (باتلر[5] و مالیک[6]، ۲۰۰۴) و مراجعین مونث از کار با درمان‌گرانی که دیدگاه آن‌ها در مورد نقش جنسی غیرسنتی است، احساس راحتی بیشتری می‌کنند (مرادی و فیشر[7]،۲۰۰۰؛ بانیکیوتس[8]و مرلوزی-هاکت،[9]۱۹۹۰) به‌طور کلی، همانند سایر درمان‌هایی که کمتر نشانه‌محور است، سنجش کارایی روان‌درمانی فمینیستی با راهبردهای ارزیابی سنتی موجود دشوار است. بنابراین، در حال حاضر، روان‌درمانی فمینیستی به عنوان رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد[10] پذیرفته نشده‌است (چامبلس[11] و باکر[12]،۱۹۹۸).

با وجود این، درمان‌گران فمینیستی فنونی ابداع کرده‌اند که این رویکرد را با سایر نظریه‌ها که با دیدگاه فلسفی آنان نسبت به درمان هماهنگ بوده، یکپارچه کرده است. از جمله این رویکردها می‌توان به رویکردهای روان‌پویایی، شناختی رفتاری و گشتالتی اشاره کرد. در روان‌پویایی فمینیستی، با بررسی نقش ناهشیار در مکانیزم دفاعی سرکوبی، درمان‌گران می‌توانند در مورد چرایی قدرت‌مندی نقش جنسی و مقاومت آن در برابر تغییر، بینش ایجاد کنند (شارف،۲۰۰۰). درمان گشتالتی و درمان فمینیستی هدف مشترکی برای افزایش هشیاری مراجع نسبت قدرت فردی‌اش دارند؛ درمان‌شناختی رفتاری و درمان فمینیستی نیز از این نظر که رابطه درمانی را به‌صورت رابطه همکارانه می‌بینند و مراجع را مسئول هدف‌گزینی و انتخاب راهبردهای تغییر می‌دانند، با یکدیگر سازگار هستند. درمان‌گران فمینیست همچنین، برای حل آن دسته از مشکلات مردان که ناشی از اجتماعی شدن در سایه تبعیض جنسی است، راهکارهای ابداع کرده‌اند (شارف، ۲۰۰۰).

انتقادهای مطرح شده به روان‌درمانی فمینیستی

البته انتقادهایی به روان‌درمانگری فمینیستی مطرح است که صاحب‌نظران این حوزه برای حفظ حیات این رویکرد درمانی و گسترش آن، ناگزیر از پذیرش و اصلاح مشکلات مطرح‌شده، هستند. هنوز بر سر این‌که درمان‌فمینیستی یک جهت‌گیری فلسفی است یا یک نظریه بحث وجود دارد (شارف،۲۰۰۸). از سال ۱۹۷۷، این انتقاد به روان‌درمانی فمینیستی مطرح شده‌است که به جای این‌که گونه‌ای از روان-درمانی باشد، بخشی از یک جنبش اجتماعی است و آن‌چنان به فمینیسم اجتماعی و سیاسی گسترده گره خورده‌است که مشروعیت آن به عنوان رویکرد روان‌درمانی زیر سوال رفته‌است (بکر، ۲۰۰۵).

---

1. Prochaska
2. Norcross
3. Ego strength
4. Beutler
5. Beutler
6. Malik
7. Fischer
8. Banikiotes
9. Merluzzi - Hackett
10 Empirically Validated
11. Chambless
12. Baker

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

منتقدان می‌گویند، درمان فمینیستی توسط زنان سفید پوست طبقه متوسط تدوین شده‌است. با وجود این‌که در دهه ۱۹۸۰ صاحب-نظران این رویکرد پذیرفتند که از مسائل مربوط به نژادها و فرهنگ‌های مختلف غفلت کرده‌اند و نژاد به اندازه جنسیت برای درک مفهوم سرکوبی مهم است، هنوز در بسته‌های روان‌درمانی فمینیستی غفلت از مسائل مربوط به تنوع فرهنگی و نژادی به چشم می‌خورد (بالون، ۲۰۰۸). همچنین منتقدان می‌پذیرند که تبعیض جنسی و به‌طور کلی تبعیض ممکن است در مشکلات برخی بیماران نقش داشته باشد، اما هشدار می‌دهند درمان‌فمینیستی منابع مشکل بالقوه دیگر مانند پویایی‌های خانواده، تحریفات شناختی، سوءمصرف مواد و دارو، بیماری روانی یا حتی بزهکاری بیمار را نادیده می‌گیرد. علاوه‌بر این منتقدان معتقدند که فرضیه پایه درمان‌فمینیستی که زنان توسط جامعه سرکوب شده‌اند، می‌تواند با قرار دادن مرکز کنترل خارجی برای موقعیت بیمار، احساس درماندگی او را تشدید کند (نورسورثی[۱] و خوانکائو[۲]،۲۰۰۲).

ساتل معتقد است برخی روان‌درمان‌گران فمینیست به‌طور قابل توجهی سبک درمان را دگرگون ساخته و احتمال بروز تخلف حرفه‌ای یا سایر اشتباهات را به‌وجود آورده‌اند (ساتل[۳]، ۲۰۰۰). برای مثال، درمان‌گری که از برقراری رابطه سلسله مراتبی اجتناب کرده و جزئیات زندگی خصوصی‌اش را با بیمار مطرح می‌کند، از رویه درمانی استاندارد تخطی کرده‌است. همچنین، درمان‌فمینیستی عموماً از نظارت هم‌پیشگان[۴] و یا بررسی دقیق به منظور تعیین اثربخشی آن اجتناب کرده‌است (چندلر[۵] و ورل[۶]،۱۹۹۹). همچنین تاکنون اندازه اثر مستندی برای درمان‌های فمینیستی گزارش نشده و بیشتر درمان‌ها بر تغییرات باورهای ناکارآمد در حیطه‌های خودارزشمندی و کنترل تاکید داشته‌اند (تیانکائو[۷]و رانگرنکولجی[۸]،۲۰۱۳).

علاوه بر این، درمان فمینیستی با سرزنش فرهنگ جنس‌گرا برای مشکلات بیمار، از گذاشتن مسئولیت اعمال و اشتباهات زنان بر دوش آنان اجتناب کرده‌است (ساتل،۲۰۰۰). استراس[۹] و دوتان[۱۰] ادعا کرده‌اند که درمان‌فمینیستی فرض‌های غیردقیق و نامعتبر را پذیرفته و گسترش می‌دهد. مانند این باور که مردان مسئول شروع، ارتکاب و تداوم بیشتر خشونت‌های بین‌فردی هستند (استراس[۱۱]، ۲۰۰۷؛ داتون[۱۲]،۱۹۹۴). از طرفی، درمان‌گران‌فمینیستی در جلسه روان‌درمانی دیدگاه بی‌طرفانه‌ای ندارند. آن‌ها همه سعی خود را متمرکز بر اعمال تغییرات معین در ساختار اجتماعی، بخصوص در حوزه برابری اجتماعی، قدرت در رابطه، حق خودمختاری، آزادی برای انجام حرفه‌ای بیرون از منزل و حق تحصیل متمرکز می‌کنند. بنابراین، درمان‌گران فمینیستی بایستی از تحمیل ارزش‌های خود به مراجع بر حذر باشند (گرانت[۱۳]، ۲۰۰۹). با وجود انتقادات مطرح شده، اگر صرف‌نظر از نقاط ضعف، رویکرد فمینیسم را یک جریان صادقانه برای احقاق حقوق پایمال شده زنان قلمداد کنیم، گفته می‌شود که خواستگاه فمینیسم و اندیشه برابری زن و مرد به قرن هفدهم برمی‌گردد. در حالی‌که اسلام حدود ۱۴۰۰سال پیش با تکیه بر کلام وحی برابری انسان‌ها را نوید می‌داد (مطهری،۱۳۸۶؛ صالحی۱۳۸۵؛ صالحی فدردی و ضیایی،۲۰۰۹؛ ضیائی، ۱۳۸۴؛ ضیایی و شهیدی، ۱۳۹۳).

بحث و نتیجه‌گیری

اخیراً، درمان‌گران فمینیست تعامل بین متغیرهای جنسیت، نژاد و قومیت را بررسی کرده‌اند زیرا این عوامل بر روی رشد فردی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی تاثیر می‌گذارند. با وجود این‌که نظریه‌های فمینیستی شخصیت تازه و ناکامل هستند، اما بینش قابل توجهی در مورد خصوصیات روان‌شناختی مردان و زنان به‌دست می‌دهد (شارف،۲۰۰۰). آنها می‌گویند برای انجام درمان‌فمینیستی در

---

1. Norsworthy
2. Khuankaew
3. Satel
4 Peer Supervision
5 Chandler
6 Worell
7 Theinkaw
8 Rungreangkulkij
9 Straus
10 Dutton
11. Straus
12. Dutton
13. Grant

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

فرهنگ‌های مختلف، باید ساختارهای اجتماعی آن فرهنگ که بر بهداشت روان اثر می‌گذارند، تحلیل شود، مانند تبعیض جنسی، تبعیض نژادی و سایر سطوح سرکوبی و تبعیض (گرانت،۲۰۰۹). روان‌درمان‌گران متخصص درمان‌های چند فرهنگی، به دنبال راه‌هایی می‌گردند که بتوانند در فرهنگ مراجع، پیامدها و گزینه‌های انتخابی را کاوش کنند. آن‌ها پیچیدگی‌های تغییر در فرهنگ مراجع را می‌پذیرند اما فرهنگ را امری مقدس و غیرقابل تغییر نمی‌دانند (براون،۲۰۰۸؛ ۲۰۱۸).

بنابراین در این رویکرد اهداف درمان‌گران فمینیستی به اهداف فمینیست‌های مسلمان بسیار نزدیک است. توجه به موقعیت‌ها و ساختارهای اجتماعی از سوی درمان‌گران فمینیستی با بازخوانی قوانین و روح کلی شریعت از سوی فمینیست‌های اسلامی مشابهت دارد؛ از این‌رو است که بدران معتقد است اگر فمینیسم به عنوان آگاهی نسبت به اجبار و محدودیت‌های زنان، دور انداختن این محدودیت‌ها و تلاش برای ایجاد یک نظام روابط منصفانه‌تر و عادلانه‌تر بین زن و مرد در نظر گرفته شود، هیچ تناقضی میان فمینیست بودن و مسلمان بودن وجود ندارد(بدران، ۲۰۰۲، محبوبی‌شریعت‌پناهی،۱۳۹۱).

شهیدیان (۱۹۹۸) ضمن تاکید بر این‌که اسلام در دل خود قوانینی برای احترام به حقوق زن دارد بر این باور است که اگر فمینیسم اسلامی دلالت بر کاهش فشار پدرسالاری بر روی دوش زنان دارد و هدفش این است که از ناخوشایندی پدرسالاری بکاهد می‌توان گفت که فمینیسم اسلامی بی‌شک راهی برای رسیدن به این هدف است اما اگر مقصودمان از فمینیسم رسیدن به جامعه‌ای است که افراد آن می‌توانند فارغ از قید و بندهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی زندگی کنند، و از بند هویت و احکام مذهبی خود رها شوند، فمینیسم اسلامی هیچ محلی از اعراب ندارد (شهیدیان[1]، ۱۹۹۸). بنابراین بر اساس رویکرد فمینیسم اسلامی، درمان‌گران می‌توانند با بهره‌گیری از تجارب حوزه بومی، اقدام به درمانگری نموده و با توجه به ویژگی‌های جغرافیایی، زمانی و مکانی و قوانین و حقوق زنان در کشورهای اسلامی(صالحی فدردی و ضیایی،۲۰۰۹) دست به نظریه‌پردازی و نظریه‌آزمایی زده و چه بسا در مقایسه با نظریه‌های درمان‌گران فمینیست غربی، دستیابی به نظریه‌های کاربردی‌تر در جوامع اسلامی امکان‌پذیرتر باشد.

در پایان باید توجه داشت، روان‌درمان‌گران فمینیستی در حالی پا به قرن بیست و یکم گذاشته‌اند که هنوز در مورد این‌که چگونه تغییرات ایجاد شده در ادراک ما از مفهوم جنسیت، قدرت، روابط و بافت سیاسی-اجتماعی، شیوه روان‌درمانی رایج را متحول می‌کند، سردرگم‌اند (براون،۲۰۰۸؛۲۰۱۸) و به تلاشی روز افزون برای اصلاح نقاط ضعف این رویکرد و پاسخ به انتقادات نیازمندند (ساتل، ۲۰۰۰). دو چشم‌انداز اصلی وجود دارد که اگر تحقق یابد نظریه و روان‌درمانی فمینیستی ممکن است منسوخ شود، یکی چشم‌انداز آرمانی و دیگری ضد آرمانی. در نگاه آرمان‌گرایانه فمینیسم حقیقت بدیعی است زیرا طبق آن زنان و مردان در جوامعی برابرنگر زندگی می‌کنند، که جنسیت فرد رشد او را تعریف نکرده و آن را محدود نمی‌کند. در بدترین شرایط، فمینیسم امری شیطانی است که به موقع ریشه‌کن شده و خانواده و مردان را از تباهی قطعی نجات داده است(سامرزفلانگان و سامرزفلانگان،۲۰۰۴). هر دو این دیدگاه‌ها غیرواقع‌گرایانه است؛ بنابراین در شکل‌گیری آینده روان‌درمانی فمینیستی، نقش نظریه‌پردازان و درمان‌گران در سازگاری این رویکرد با نیازهای جوامع بشری بسیار مهم است.

منابع

جوادی آملی، ع. (۱۳۷۸). *زن در آیینه جلال و جمال*. چاپ اول (ص. ۲۰۶-۲۹۵). قم: مرکز نشر اسرا.

رفیعی، م. (۱۳۸۶). بررسی جامعه شناختی حقوقی تک همسری در ایران. *مطالعات زنان*، (۳)۵، ۳۷-۷.

صالحی، ص. (۱۳۸۵). اختلاط و انفکاک در محیط‌های اجتماعی زنانه و مردانه، از مبانی اسلام تا فمینیسم پست‌مدرن. *بانوان شیعه*، (۱۰)۳، ۱۷۶-۱۵۶.

ضیایی، س.س. (۱۳۸۴). *بررسی مقایسه‌ای میزان اضطراب، استرس و افسردگی در زنان همسر آزار دیده و عادی* (پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد).

ضیائی، س.س. و شهیدی، ش. (۱۳۹۳). روان درمانی فمینیستی و دیدگاه اسلام به زن (مجموعه مقالات ششمین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران).

کرمی، م.، محبوبی‌شریعت‌پناهی، ن. (۱۳۹۲). فمینیسم اسلامی، مفاهیم و امکان‌ها. *فصلنامه مطالعات راهبردی زنان*، (۵۹) *۱۵*، ۲۲۹- ۲۶۳.

محبوبی‌شریعت‌پناهی، ن. (۱۳۹۱). *امکان و چالش‌های پیش‌روی فمینیسم‌اسلامی*، (پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان-حقوق زن در اسلام؛ دانشگاه تربیت‌مدرس).

---

[1]. Shahidian

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

محبوبی‌شریعت‌پناهی، ن. (۱۳۹۳). تاملی در مفهوم فمینیسم‌اسلامی، فمینیسم‌های ناهمگون اسلامی در حاشیه گفتان جنسیت. مجله *زنان امروز*، ۹ (۱)، ۹۱-۸۷.

محبوبی‌شریعت‌پناهی، ن. و وحیدی، الف. (۱۳۹۳). بررسی انتقادی رویکرد فمینیسم به خانواده، *فصلنامه خانواده پژوهی*،۱(۱)، ۷۲-۵۵.

مطهری، م. (۱۳۸۶). *نظام حقوق زن در اسلام* (چاپ چهل و پنجم؛ ص. ۳۱۴- ۷۱). تهران: انتشارات صدرا.

مکارم شیرازی، ن.(۱۳۷۴). *تفسیر نمونه* (جلد دوم و سوم، ص. ۳۷۱-۱۵۶). تهران: دارالکتب‌الاسلامیه.

Abou-Bakr, O. (2013). *Feminist and Islamic Perspectives New Horizons of Knowledge and Reform* (PP. 120-126). Cairo: The Women and Memory Forum.

Ahmed, L. (1992). *Women and Gender in Islam*. New Haven: Yale University Press.

Al-Mannai , S.S. (2010). The Misinterpretation of Women's Status in the Muslim World. *Digest of Middle East Studies,* 19(1), 82-91

Al-sharmani. M. (2014). Islamic Feminism Transnational and national reflections, Islamic Feminism: transnational and national reflections. *Approaching Religion, 4*(2), 83-94.

Anwar. Z. (2009). *Wanted Equality and Justice in the Muslim Family Malaysia* (PP. 1-11). Selangor: Musawah.

Badran, M. (2006). *Feminism beyond East and West: New Gender Talk and Practice in Global Islam* (pp.85-100). New Dehli: Global Media Publications.

Badran, M. (2008). *Feminism in Islam: Secular and Religious Convergences*. Oxford: Oneworld Press.

Ballon, M., Hill, M., & West, C. (2008). *Feminist Therapy: Theory & Practice, a Contemporary perspective* (30-45). New York: Springer.

Banikiotes, P. G., & Merluzzi, T. V. (1981). Impact of counselor gender and counselor sex-role orientation on perceived counselor characteristics. *Journal of Counseling Psychology*, *28*, 342–348.

Barlas, A. (2002). *Believing Women in Islam: Un-reading Patriarchal Interpretations of the Quran* (PP. 129-135). Austin: University of Texas Press.

Becker, D. (2005).*The Myth of Empowerment: Women and the Therapeutic Culture in America* (PP.148). New York: New York University Press.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (PP. 227–306, 5th ed). Hoboken, NJ: Wiley.

Brown , L. S. (2005). Still subversive after all these years: The relevance of feminist therapy in the age of evidence-based practice . *Psychology of Women Quarterly,30* (15),24.

Brown, L.S. (2018). *Feminist therapy* (2d ed.), *second edition*. US:APA.

Brown, L.S. Feminist Therapy. (2008). In J. L. Lebow (Eds), *Twenty-first century psychotherapies: contemporary approaches to theory and practice* (PP.277-306). Wiley & Sons, Inc: New Jersy.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Bennett-Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *Clinical Psychologist, 51*, 3–16.

Chandler, R., Worell, J., Johnson, D., Blount, A., & Lusk, M. (1999). *Measuring long-term outcomes of feminist counseling and psychotherapy.* Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, MA.

Dutton, D. G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and Victims, 9*, 125-140.

Enns, C. Z. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes and variations* (PP.90-110). Binghampton. NewYork: Haworth Press.

Enns, C. Z., & Hackett, G. (1990). Comparison of feminist and non-feminist women's reactions to variants of non-sexist and feminist counseling, *Journal of Counseling Psychology*, *37*, 33–40.

Grant, S. (2009). *Psychology 460: Counseling & Interviewing Course.* Northridge: California state university,70-85.

Hart, L. E. (1981). *An investigation of the effect of male therapists' views of women on the process and outcome of therapy with women* (PP.42). Dissertation Abstracts International. Available from https://www.proquest.com/products-services/dissertations/Dissertations-Abstract-International.html

Kynsilehto, A. (2008). *Feminism: Current Perspectives* (PP. 92-97), Finland: Tampere Peace Research Institute.

Mirza, Q. (2000). Islamic Feminism and the Exemplary Past, In J. Richardson & R. Sandland (Ed.), *Feminist Perspectives on Law and Theory* (PP. 186-187), London: Cavendish.

Moghadam, V. M. (2002). Islamic Feminism and Its Discontents: Towards a Resolution of the Debate. In T. Saliba, C. Allen & J. A. Howard (Eds.), *Gender, Politics, and Islam*, Chicago and London: The University of Chicago Press, 15–51.

Moghissi, H. (1999). *Feminism and Islamic Fundamentalism: The Limits of Postmodern Analysis*. London, New York: Zed Books.

Moll, Y. (2009). People like us in pursuit of God and rights: Islamic discourse and sisters in Islam in Malaysia. *Journal of Women's Studies, 11*(1), 40–55.

Downloaded from frooyesh.ir at 15:10 +0330 on Tuesday December 10th 2019

Moradi, B., Fischer, A. R., Hill, M. S., Jome, L. M., & Blum, S.A. (2000). Does “feminist” plus “therapist” equal “feminist therapist”?: An empirical investigation of the link between self labeling and behavior. *Psychology of Women Quarterly, 24*, 285–296.

Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists’ contributions and responsiveness to patients* (PP. 52-65). New York: Oxford University Press.

Norsworthy, K.L., & Khuankaew, O. (2006). Bringing social justice to international practices of counseling psychology. In R.L.Toporck, L.H. Gerstein, N.A. Fouad, G. Roysircar & T.Israel (Eds.), *Handbook for social justice in counseling psychology* (PP. 421-441). Thousand Oaks, CA:Sage.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Root , M. P. P.(2000). Rethinking racial identity development: An ecological framework. In P. Spickard & J. Burroughs (Eds.), *We are a people: Narrative in the construction and deconstruction of ethnic identity* (PP. 252 – 275). Philadelphia: Temple University Press.

Salah, H. (2010). From ijtihad to gender jihad: Islamic feminists between regional activism and transnationalism, *Diversity and Female Political Participation: Views on and from the Arab World* (PP. 27-46). Berlin: Heinrich Böll Foundation.

Saleh, A. (2002). The gender issue in Qur’an: the pairing system between the poles of gender and qiwamah. *Women and Civilization ,3*, 17–53.

Salehi Fadardi, J., & Ziaee, S.S. (2009). A comparative study of Anxiety, Stress and Depression in physically abused and non-abused Iranian Wives. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 3*(2), 15-24.

Satel, S. P.C. (2000). *How Political Correctness is Corrupting Medicine* (pp. 103-193). Newyork: Basic Books.

Shahidian, ,H.(1998). *Islamic feminism Encounters Western Feminism: Towards An Indigenous Alternative? Paper Presented to the Feminism and Globalization Seminar*, (Illinois State University 12 February, pp.1-13).

Sharf, R., S. (2000). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts & Cases* (2d. PP. 454-493). US:Wadsworth.

Silverstein , L. B., & Goodrich, T. J.(2003). *Feminist family therapy: Empowerment in social context* (PP.50). Washington, DC : American Psychological Association.

Sommers-flanagan, J., & Sommers-flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy theories in Context and Practice: Skills, Strategies & Techniques* (PP. 334-358). New Jersey: Wiley.

Straus, M. (2007). *Conflict Tactics Scales. In N. A. Jackson, Encyclopedia of Domestic Violence* (PP. 190 – 197). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Theinkaw, S., & Rungreangkulkij, S. (2013). The Effectiveness of Postmodern Feminist Empowering Counseling for Abused Women: A Perspectives of Thai Abused Women. *International Journal of Behavioral Science, 8* (1), 37-44.

Vatuk, S. (2008). Islamic Feminism in India: Indian Muslim Women Activists and the Reform of Muslim Personal Law. *Modern Asian Studies, 42*(2/3), 489–518.

Worell, J. R., & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2nd ed. PP.63-90). New York: Wiley.

Worell, J., & Chandler, R. (1996). Personal progress scale. *Unpublished manuscript*, Lexington,KY.