

## پدیدهٔ احساس شیادی

دکتر بهمن نجاریان / پرویز عسگری / علیرضا احمدپور / فریبا حافظی<sup>۱</sup>

### چکیده

این مقاله به توصیف پدیدهٔ «احساس شیادی» می‌پردازد و با استفاده از تازه‌ترین یافته‌های پژوهشی، عوامل مرتبط با بروز و تشدید آن و همچنین ارتباط آنرا با بهداشت روانی مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. در این نوشتار عوامل احساس شیادی و رابطه آن با برخی از سازه‌های شخصیتی، مقیاس‌های ساخته شده برای سنجش آن و در نهایت روشهای درمانی آن به طور مختصر مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

### Abstract

*This study was aimed at describing a phenomenon known as ] "IMPOSTOR". Psychological antecedents, correlates and consequences of this phenomenon are discussed in detail. Using most research findings, contributory role of impostor phenomenon to mental health are also examined. Scales designed to specifically measure personality and behavioral features characteristic o fimpostor phenomenon are addressed in this paper.*

<sup>۱</sup> عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی مرکز علوم تحقیقات اهواز

<sup>۲</sup> عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

<sup>۳</sup> عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی

<sup>۴</sup> عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

## مقدمه

در فرهنگهای لغت اصطلاح impostor به معنای شیادی است، شیاد فردی است که بر پایه دروغ در فکر انجام کاریست یا قصد دارد دیگران را با مسائل غیرواقعی و دروغ فریب دهد. اما این اصطلاح به عنوان شیاد بودن واقعی در نظر گرفته نمی شود، بلکه این پدیده نوعی «احساس شیادی» است که به فرد دست می دهد. نظر به اینکه ویژگی های این پدیده زیاد است بنابراین ابتدا سرگذشت یک مورد بالینی که مبتلا به این پدیده می باشد، شرح داده می شود.

تام به عنوان یک نمونه بالینی که مبتلا به این پدیده است می گوید: تمامی اعضای خانواده پدری و مادریم از نظر اجتماعی و مالی افراد موفق بوده اند، پدر و عموهایم همگی دکترند و مادرم نیز یک طراح مشهور است. سالها پیش بستگانم معتقد بودند که در آینده من هم فرد موفقى خواهم شد. اعضای خانواده ام به ظاهر مهربان بودند و حمایت زیادی از من می کردند. خانواده ما از نظر دیگران بسیار جذاب تلقی می شد. اما واقعیت خلاف اینها بود. در خانواده ما تنشهای زیادی چون بحث و جدل و مشاجره و الکلیسم وجود داشت و من سالها با این نابسامانها ساخته بودم. همانطور که اقوام خانوادگی پیش بینی کرده بودند من خوب شروع کردم و به پیشرفتهایی دست یافتم. در سیزده سالگی در یک نمایش به عنوان بهترین بازیکن انتخاب شدم، اما هنوز هم احساس می کنم لیاقت برنده شدن را نداشته ام. وقتی عکسی از من در یک روزنامه چاپ شد و مرا به عنوان فرد موفق معرفی کرد، از خود پرسیدم، آیا واقعا این ارزش را دارم؟ بعد از مدتی به این نتیجه می رسیدم که بیشتر موفقیتهای من تصادفی و شانسی بوده است. اکنون من به پدیده «احساس شیادی» مبتلا هستم. احساس می کنم اگر مردم بفهمند که من چه کسی هستم و با افکارم آشنا شوند مرا طرد می کنند. وقتی من دوران دانشجویی را با نمره های عالی گذراندم این احساس در من قوی تر شد، ندایی درونی به من می گفت: «من باهوش نیستم و روزی خواهد رسید که دیگران متوجه تصادفی بودن پیشرفت من خواهند شد و آنها مرا یک شیاد معرفی خواهند کرد.» (نقل از کلانس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

1 - Clance

## توصیف پدیده احساس شیادی

احساس شیادی نوعی تجربه ناشایستگی و احساس فریب دیگران است. این افراد سختر از دیگران کار می‌کنند و تاثیرات کنترل‌کنندگی و هوشمندانه‌ای بر دیگران دارند (کلانس وایمز<sup>۱</sup>، ۱۹۷۸). کلانس معتقد است که این پدیده احساس عمیق شیادگیری ذهنی است که معمولاً در برخی از افراد پیشرفت‌گرا مخصوصاً زنان تجربه می‌شود. این زنان علیرغم پیشرفتهای زیادی که کسب نموده‌اند، نسبت به تواناییهای خود شک و تردید دارند و معتقدند که دیگران در مورد آنها غلو می‌کنند و سزاوار این همه تعریف و تمجید نیستند. این زنان بطور مزمّن نگرانند که ممکن است دیگران پی به کم‌هوشی آنها ببرند.

کلانس در یک بررسی بر روی نمونه‌ای ۱۵۰ نفری از دانشجویان زن موفق که در رشته‌های حقوق، پرستاری، طب و مددکاری اجتماعی مشغول به تحصیل بودند دریافت که آنها علیرغم موفقیتشان هنوز نتوانسته‌اند احساس درونی موفقیت خود را تجربه کنند. به عبارتی، آنها از این موفقیت لذت نمی‌بردند. وقتی این دانشجویان در آزمون ورودی مقاطع بالاتر پذیرفته می‌شدند اعتقاد داشتند که کمیته پذیرش مرتکب اشتباه شده است، یا چون به علت کم‌تعداد داوطلبان، آنها را انتخاب کرده‌اند. این افراد در قبول پسخورا ندهای مثبت مشکل دارند اما براحتی پسخوراندهای منفی را می‌پذیرند (هارگاوا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). کلانس همچنین معتقد است که با وجود تکرار موفقیت‌ها، این احساس کاهش نمی‌یابد. آنها چون دست یافتن به موفقیت‌ها را ناشی از شانس می‌دانند، دچار احساس گناه شده و از تکرار موفقیت نگرانند، زیرا بر این اعتقادند که موفقیتی که حتی ناشی از تلاش زیاد باشد بطور واقعی موفقیت محسوب نمی‌شود. کلانس در ابتدای تحقیقات خود به اشتباه فکر می‌کرد که این پدیده فقط خاص زنان است اما با استفاده از مصاحبه‌ها و توزیع پرسشنامه در میان مردان موفق به این نتیجه رسید که این پدیده در مردان هم به اندازه زنان وجود دارد (فلدرا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸).

همانطور که گفته شد مردان و زنان مبتلا به این بیماری از موفقیت خود لذت نمی‌برند، و لذا برای دریافت کمک، به روان‌درمانگران مراجعه می‌کنند. از طرف دیگر، احساس اضطراب، خود تردیدی، ترس از شکست و احساس گناه مربوط به موفقیت‌های کسب‌شده، موجب

<sup>۱</sup> - bhargava

2- Felder

کاهش عملکرد آنها می شود. به عبارتی، این احساس از رسیدن به حد بالای پیشرفت جلوگیری می کند. شاید به همین علت است که افرادی وجود دارند که فقط یک بار نبوغ از خود نشان داده اند زیرا ادامه کار برای آنها دشوار می شود و از ارائه ی طرحها و پیشنهادات جدید و بیشتر ترس و وحشت دارند. از طرف دیگر، این احساس به طور جدی سلامتی و رفاه فرد را به خطر می اندازد، و از آنجا که یکی از ملاکهای سلامتی، داشتن احساس مطلوب است بنابراین، این پدیده را می توان یک بیماری به حساب آورد.

### علائم

به طور خلاصه علائم این پدیده عبارتند از:

- ۱- افراد مبتلا به «احساس شیادی» معتقدند که ممکن است دیگران به زودی ناتوانی های او را کشف کنند. آنان بر این باورند که اطلاعات و شناخت کافی در باره خودشان ندارند در حالیکه دیگران آنان را بهتر می شناسند و بزودی «دستشان بیشتر از پیش رو» خواهد شد.
- ۲- افراد مبتلا به این پدیده نمره های بالایی در آزمونهای درون گرایی می آورند.
- ۳- این قبیل افراد از شرمساری و تحقیر شدن می ترسند.
- ۴- در هنگام رسیدن به موفقیت احساس گناه می کنند.
- ۵- افراد مبتلا به احساس شیادی در یک حالت تسلسل و دور باطل گرفتار می شوند. وقتی شخص با امتحان یا تکلیفی مواجه می شود، تردید و ترس شدیدی را تجربه می کند، او اضطراب، کابوسهای شبانه و مشکلات روان تنی را تجربه کرده، اما سخت کار می کند. در نتیجه پسخوراند مثبت دریافت می نماید، گرچه او موفقیتی بدست آورده است اما از موفقیت خود رنج می برد و نهایتاً تردید و نگرانی، مجدداً تقویت می شوند.
- ۶- افراد مبتلا در درونی کردن پسخوراند های مثبت با مشکل روبرو هستند، چرا که آنها هیچگاه پس از موفقیت، تجربه ای از شادی و لذت ندارند و از ابراز هیجانات اجتناب می کنند.
- ۷- اضطراب مفرط
- ۸- این بیماران خود را بسیار دست کم می گیرند و در عوض دیگران را قوی، توانا و کارآمد میدانند.
- ۹- آنها ضعفهای خود را با تواناییهای دیگران مقایسه می کنند و برای هوش و توانایی دیگران احترام زیادی قائل هستند. علیرغم اینکه آنان توانایی های خود را کم ارزش می دانند، پیشرفت و افتخارات دیگران را مهم تلقی می کنند.

۱۰- افراد مبتلا به «احساس شیادی» از نظر رفتاری بسیار جدی، با پشتکار و سخت کوشند. علت این سخت کوشی جلوگیری از نمایان شدن ضعف و کم هوشی است. این سخت کوشی موجب می شود که دیگران او را تایید کنند و از او رضایت داشته باشند.

۱۱- افراد مبتلا در برخی اوقات ممکن است پاسخ سوالی را بدانند اما جواب ندهند چرا که گاهی جواب دادن ها نارضایتی دوستان را به همراه دارد و موجبات نگرانی افراد مبتلا را فراهم می کند. همچنین آنها گاهی در جواب دادن به اساتید و ناظران، جوابی را بیان می کنند که مخاطبان می خواهند، در واقع این عمل نوعی چاپلوسی هوشمندانه است، یا در مقابل کسانی که دیدگاه مخالفی با دیدگاه آنان دارند سکوت اختیار می کنند.

۱۲- علیرغم این که مردم از شبستگی های خانوادگی آنها تعریف و تمجید می کنند، اما اعضای خانواده ی آنان نسبت به این امر بی تفاوتند. این حالت و نشانه ی بارز موجب شد که محققان بر نقش عوامل و تعاملات خانوادگی در سببشناسی این پدیده تاکید نمایند.

### مقیاسهای رایج برای سنجش «احساس شیادی»

اگرچه هاروی<sup>۱</sup> (۱۹۸۱) و کلانس (۱۹۸۵) بطور جداگانه اقدام به تهیه مقیاسی برای پدیده احساس شیادی نمودند، هر دو مقیاس دارای آیتمهای مشترکی به قرار ذیلند: ۱- ترس از شکست، ۲- نسبت دادن موفقیت به شانس، خطا یا جذبه شخصی، ۳- تمایل به برجسته بودن، و ۴- کاهش میزان بازشناسی از طرف دیگران.

مقیاس احساس شیادی کلانس علاوه بر موارد فوق شامل مواد دیگری از جمله ۱- ترس از ارزیابی، ۲- ترس از تکرار موفقیتی دیگر، ۳- این احساس که شخص می پندارد به اندازه ی دیگران توانایی ندارد. ضرایب پایایی مقیاس احساس شیادی کلانس و هاروی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ می باشد (کلانس، ۲۰۰۵). نمره ی بالاتر مقیاس کلانس با قضاوت درمانگران در مصاحبه های متعدد با این قبیل مبتلایان همبستگی داشت، لذا این مقیاس از اعتبار همگرایی بالایی برخوردار است. مطالعاتی در مورد اعتبار این دو مقیاس در جریان است هدف محققان این است که مقیاسی ساخته شود که در بر گیرنده ی همه ی ویژگی های این اختلال باشد.

## سازه های شخصیتی مرتبط با احساس شیادی

کرامول<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۰) دریافتند که افراد مبتلا دلسردی، ترس از آینده، اجتناب از تعارض، عدم رضایت از موقعیت کنونی، خودتردیدی و بی کفایتی را در ارتباطات فردی خود تجربه می کنند. دیونز<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) بین انعطاف پذیری در روابط بین فردی و پدیده ی احساس شیادی همبستگی معناداری بدست آورد. براساس نتایج این تحقیق افراد مبتلا در مقایسه با افراد غیرمبتلا در روابط خود با دیگران انعطاف بیشتری دارند. از نظر کرامول علت این انعطاف پذیری شاید این باشد که آنها از خصوصیتی مثل خودانتظاری بالا و افراطی، نیاز شدید به منظور جلب تایید دیگران، اضطراب مبهم نسبت به آینده، اجتناب از مشکلات زندگی و عدم پذیرش مسئولیت برخوردار می باشند. کلانس و هولمز<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) معتقدند که افراد مبتلا موفقیت را به شانس و خطاهای جزئی اسناد می دهند (میلان، ۲۰۰۰).

با استفاده از مقیاس صفتی - حالتی اسپیل برگر<sup>۲</sup> و تاپینگ<sup>۳</sup> (۱۹۸۳) دریافت که این پدیده با اضطراب صفتی همبستگی بالایی دارد. قبل از این تحقیق کلانس در تجارب بالینی خود به وجود اضطراب در این گونه افراد اشاره کرده بود (کلانس، ۱۹۷۸).

همبستگی مثبتی بین این پدیده و درونگرایی بدست آمده است. گویا افراد بطور طبیعی بر انگیزتگی شان بالاتر است. همچنین لانگ فورد<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) این افراد را کسانی می داند که در دوران کودکی با الگوی نیاز به تایید دیگران بزرگ شده اند. آنها هر قدمی برمی دارند خواهان تایید دیگران هستند. این افراد هر چقدر هم پیشرفت کنند باز هم به تایید دیگران نیاز دارند، بنابراین، این قبیل افراد، انگیزه درونی برای پیشرفت ندارند (فلدر، ۱۹۸۸).

وک<sup>۵</sup> و همکارانش معتقدند که عده ی زیادی از افراد پیشرفت گرا که موفقیت زیادی را کسب کرده اند بر این اعتقادند که هوش عاملی بسیار مؤثر در پیشرفت قلمداد نمی شود. این افراد تمایل دارند که بوسیله اهداف یادگیری بر انگیزخته شوند بلکه هدف آنها افزایش دانش و مهارت است. اینان از عدم کفایت خود هیچگونه ناراحتی و دل آزردهگی ندارند چون علت

<sup>۲</sup> - Cramvel

<sup>۳</sup> - Dievens

<sup>۱</sup> - Holmes

<sup>۲</sup> - Spielberger

<sup>۳</sup> - Topping

<sup>۴</sup> - Longford

<sup>۵</sup> - Dweck

شکست را به عدم تلاش خود نسبت می دهند و نه به ناتوانی هوشی. در مقابل افراد پیشرفت گرای دیگری هستند که همه موفقیت ها را به هوش بالا نسبت می دهند. اهداف این افراد بیشتر عملکردی یا نمایشی است اینان در بیشتر موقعیتها خواستار سنجش هوش هستند. و دریافت که وقتی این افراد بارها شکست می خورند احساس بی پناهی کرده بطور مکرر از تکلیف و فعالیتها کناره گیری و نهایتاً احساس اضطراب و شرم را تجربه می نمایند. این افراد اگر چه عملاً فعالیتهای زیادی می کنند و در ظاهر موفق می شوند اما تعارضات درونی آنها همانند افراد افسرده ای است که هیچ وقت عملی انجام نمی دهند. ویژگی دسته اخیر با علائم احساس شیادی همانند است. و همچنین طی آزمایش افراد مبتلا را در معرض انجام یک تکلیف بسیار مشکل قرار داد تکلیفی که برای آنها بی اندازه جدید بود. او مشاهده نمود که افراد مبتلا به احساس شیادی در همان ابتدای تلاش خود احساس بی پناهی نمودند. بنابراین بین پدیده ی فوق و احساس بی پناهی همبستگی وجود دارد (ایمز، ۱۹۷۸).

افراد مبتلا به احساس شیادی به نظرات دیگران اهمیت زیادی می دهند، به نظر می رسد حس خودارزشی این افراد بطور نامعمول به فیزیک از طرف دیگران وابسته است. بوسوتی<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) بین محیط خانوادگی این افراد و ویژگیهای «احساس شیادی» نوعی همبستگی قوی ملاحظه نمود. آنچه در محیط خانواده توجه بوسوتی را به خود جلب نمود عدم آزادی افراد برای بیان احساسات خودشان بود. همچنین بین آزادی بیان احساسات و نمره ی احساس شیادی همبستگی منفی بدست آمد (کلانس، ۲۰۰۵).

والدین این گونه افراد توجه به احساسات ابراز شده کودک ندارند، آنها جدی بودن و پیشرفت گرایی را بیشتر در عقلایی زندگی کردن می دانند نه بیان احساسات. به عبارتی از منسوب شدن به واژه و صفت احساساتی بی اندازه ناراحت می شوند (گلمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). بطور کلی، متغیرهای آزادی بیان احساسات در خانواده، میزان خشم سرکوب شده، تعارض در خانواده و منبع کنترل با پدیده مورد نظر همبستگی دارند، به طوری که این ۴ متغیر ۱۴ درصد واریانس نمرات این پدیده را تبیین می کنند (کلانس، ۲۰۰۵). شواهد دیگری نشان می دهد که افراد مبتلا به خانواده هایی تعلق دارند که اعضاء آن خانواده ها حمایت کمی از آنها به عمل می آورده اند، ارتباطات آنها تابع قوانین وضع شده در خانواده

<sup>۱</sup> - Bussotti

<sup>۲</sup> - Golman

بوده و بنابراین تعارض شدیدی بین خواست عاطفی کودک با مقررات خشک خانواده وجود دارد.

### مقایسه زنان و مردان در پدیده احساس شیادی

بیرد<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) و پیرینس<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) این پدیده را در میان زنان و مردان از نظر وجود برخی از متغیرهای روانی مورد مطالعه قرار دادند آنها در بعضی از این الگوها تفاوتی را ملاحظه نمودند، براساس مطالعات این دو، اگر چه در هر دو جنس مبتلا دفاعی بودن و عدم اعتماد نسبت به دیگران وجود دارد اما آنها بطور متفاوتی به این ادراک تهدید از سوی دیگران واکنش نشان می دهند. برای زنان احساس شیادی همبستگی پایینی با تکانشی بودن و نیاز به تغییر دارد که این حالت به نوبه خود با احتیاطهای بی مورد افراد مبتلا هماهنگی دارد. از طرف دیگر این پدیده در مردان با تکانشی بودن بالا و نیاز شدید به تغییر و علاوه بر این به بی نظمی در امور زندگی مرتبط است.

### درمان

افراد مبتلا به «احساس شیادی» اعتقاد دارند که ویژگیها و مشکلات آنها قابل تغییر نیست. این اعتقادات خود مانعی برای درمان محسوب می شود. همچنین این افراد معتقدند که اگر احساسات غلط و «غیرمتعارف» خود را آشکار کنند با انتقاد روبرو خواهند شد یا حداقل دیگران این موضوع را درک نمی کنند. به نظر می رسد رویکرد درمانی التقاطی که بصورت طولانی مدت بکار برده می شود، موثرترین راه برای اصلاح باشد.

وظیفه اصلی رواندرمانگر در درمان احساس شیادی کاهش وابستگی بیمار نسبت به تایید خواستن از طرف دیگران است. از سوی دیگر کوشش می شود در مراجع یک حس درونی شده از خودارزشی بوجود آید. کلانس (۱۹۸۵) رفتارهای افراد مبتلا به احساس شیادی را همچون ماسکی می داند که در نتیجه دلمشغولی های فرد ناشی از تأثیرات دیگران، بوجود می آید. دلمشغولی افراد مبتلا در حول و حوش این است که آیا مردم مرا تأیید می کنند؟ بنابراین این هدف درمان ایجاد وضعیتی است که دیگر به وجود ماسک نیازی نباشد.

در تحقیقات اخیر از این عقیده حمایت شده است که پدیده احساس شیادی با ارائه

<sup>۱</sup> - Beard

<sup>۲</sup> - Prince



خود غلط در رابطه است. این مورد شبیه نظریه راجرز (۱۹۶۱) و کاهوت (۱۹۸۶) است. از نظر این دو دیدگاه درمان موجب پدیدار شدن و تقویت خود درونی است. هرچند شکل‌گیری نظریات راجرز و کاهوت از دو دیدگاه کاملاً متفاوت سرچشمه می‌گیرد، اما از نظر اهداف و روشهای درمان تا اندازه زیادی شبیه به هم هستند. راجرز بر این اعتقاد است که باید سه وضعیت بوسیله درمانگر فراهم شود تا بیمار بتواند دفاع‌های خود را کاهش دهد، «خود» جزئی از آگاهی او در آید و آزادی را به معنای واقعی آن احساس کند. این سه وضعیت عبارت است از:

- ۱- به پذیرش گرمی از همه جنبه‌های خود دست یابد.
- ۲- به درکی از همدلی از دنیای درونی فردی دست یابد.
- ۳- به وضعیتی از واقعی بودن و صداقت هیجانی برسد. به عبارتی هیجان را بطور واقعی و همانگونه که هست، نه بیشتر، نه کمتر و نه خلاف آن ارائه نماید.

از نظر راجرز درمان موفقیت‌آمیز زمانی ایجاد می‌شود که «منبع ارزیابی»<sup>۱</sup> از بیرون به درون معطوف گردد. ارتباط همدلانه، حمایتی و غیرمستبدانه زمینه مهم و ضروری برای درمان است. در این راستا هدف اصلی درمانگر گسترش احساسات مثبت نسبت به توانایی‌ها، خلاقیت و هوش آنهاست. حرکت مراجع در جهت شناسایی نگرشها و باورهای است که ریشه رنجهای آنهاست (فلدر، ۱۹۸۸). وظیفه درمانگر در روند درمان شناخت احساسات و هیجانهای ابراز شده توسط خود آنهاست که این ابراز به صورت اضطراب غیرطبیعی و نامربوط به پیشرفت بوده است. هنگامی که یک فرد مبتلا با یک پروژه بزرگ مواجه است، ممکن است از دیگران دوری کند و خود را منزوی نماید. به نظر می‌رسد وظیفه درمانگر در این مرحله شکستن الگوی انزوا در اوست. رفتار دیگری که ممکن است در این افراد خود را نشان دهد اهداف بزرگ و لحاظ داشتن استانداردهای عالی درونی است. به عبارتی، هر کاری که او می‌خواهد انجام دهد باید با استانداردهای درونی و عالی او هماهنگ باشد.

از نظر کاهوت مفهوم «آئینه‌سازی» مراجع بر اساس این دیدگاه است که رشد «خود همبسته»<sup>۱</sup> در کودکی به تصدیق و درک مداوم کودک بوسیله والدین نیازمند است. در درمان،

<sup>۱</sup>-focus of evaluation

<sup>۱</sup>-cohesive

«خود»، بایستی بوسیله درمانگر تقویت شود. چون دیدگاه کاهوت ریشه در نظریه روانکاوی دارد بر گذشته توجه بیشتری می شود. علاوه بر این کاهوت برخلاف راجرز نیاز به همخوانی هیجانی یا علاقه به خود واقعی بودن را لازم نمی داند. اما دیدگاه مرکزی هر دو این است که درمانگر باید برای بیمار جوی از پذیرش و تصدیق خود فراهم کند. بر اساس این دیدگاه، توجه به حساسیت بیمار نسبت به انتقاد و تمایل به تجربه شرم، احتمالاً شرط موفقیت در درمان اینگونه افراد است.

درمان افراد مبتلا به پدیده احساس شیادی احتمالاً نیاز به تمرکز بر پویائیهای خانوادگی و تجارب اولیه زندگی دارد، چرا که آنها مصر هستند که با تلاشهای بسیار سخت، شایستگی خود را به دیگران نشان دهند. کاوش در زمینه خانوادگی احتمالاً به آگاهی تازه ای از فشارها و نیروهایی منجر خواهد شد که کودک را مجبور به رفتارهایی برای مورد قبول واقع شدن می کند، هر چند این اعمال طاقت فرسا باشد. به عبارتی فرد مدتها با تلاشهای طاقت فرسا می خواهد دیگران او را تأیید کنند.

یافته های لانگفورد و وک پدیده احساس شیادی را با دستگاه شناختی مرتبط دانسته اند. آنها معتقدند که افراد مبتلا، هوش را به عنوان یک صفت پایداری تلقی نموده اند و اشتباهاتی که مرتکب می شوند به غلط ناشی از بی کفایتی و شکست فردی می دانند. بنابراین مداخلات شناختی می تواند مفید باشد. در این جا منشأ این اعتقادات بررسی می شود. ممکن است والدین و معلمان این فکر را در او القا کرده باشند که او از بهره هوشی پایینی برخوردار است و شخص مجبور است برای به اثبات رساندن تواناییهایش دست به کار شود. در درمان باید بیمار تشویق شود در باره هوش خود به گونه ای دیگر فکر کند.

در گروه درمانی اغلب از تعدادی از افرادی که دارای پدیده احساس شیادی هستند استفاده می شود. اگر یکی از افراد شرکت کننده تا به حال اطلاعاتی از وضعیت خود به کسی نگفته باشد در اینجا با افرادی آشنا می شود که به راحتی مشکل خود را با جزئیات آن بیان می کند و از همه مهمتر فرد متوجه می شود که او تنها نیست.

در گشتالت درمانی به مراجع نقشی خلاف احساس فرد داده می شود چون افراد مبتلا اعتقاد دارند که "من آدم برجسته و باهوشی نیستم" درمانگر سعی می کند نقشی مخالف این دیدگاه به او دهد یعنی جمله عکس را بیان کند. به تدریج مراجع قادر می شود که افکار پنهان قلبی را آشکار کرده نقش جدید را بپذیرد و به خودارزشی دست یابد.

## منابع

گلمن، دانیل. (۱۳۸۲)، هوش هیجانی، ترجمه نسرين پارسا، تهران: انتشارات رشد

## References:

- 1-Bhargava, S. (1988). The Impostor Syndrome: Feeling Like A Fraud. [www.talenydevelopment.com](http://www.talenydevelopment.com)
- 2-Cheek, G. (2003). Hypersensitive Narcissism and the Impostor Phenomenon. *Journal of Research in Personality*, Vol. 31, 588-599
- 3-Clance, R. P & Imes, S(1978), The Impostor Phenomenon in high achieving Women : Dynamics and Therapeutic Intervention Psychotherapy Theory, Research and practice. vol. 15. 3-5
- 4-Clance, R. P & O'toole M. A (1988). The Impostor Phenomenon : An internal barrier to empowerment and achievement , *Women and Therapy* vol. 6, 51-64
- 5-Clance R. P (1988), The Impostor Phenomenon. Recent research finding regarding dynamic personality and family patterns and their implication for treatment. *Psychotherapy Training Institute* vol. 41, 101-112
- 6-Clance, R. P. (1985). The Clance IP Scale: Do You Feel Like an Impostor? [www.kalimounro.com](http://www.kalimounro.com).
- 7-Felder, M. R. (1988). Impostors everywhere. *The Journal of Education*, North Carolina State University. Vol. 22, 168\_169
- 8-Webster, E.C. (2004), Impostor Syndrome, [www.drCarolWebster.com](http://www.drCarolWebster.com)
- 9-Yates, C.R. G & Chandler, M. (1999), Impostor Phenomenon in tertiary students. University of South Australia. *Psychological Bulletin*. 1-11