



جزوه

مشاوره و روان درمانی

منبع:

خانه دکتری

وب سایت: www.PhdHome.ir

بخش اول

مسائل اساسی در کاربست مشاوره

فصل اول

مقدمه و مرور کلی

اگر مشاوران خود را به یک نظریه‌ی تنها محدود کنند، جنبه‌های بارزش رفتار انسان نادیده گرفته می‌شود. اما رویکرد التقاطی مهار نشده هم می‌تواند باعث شود که از مفاهیم خاص و روش‌هایی که گسترش آنهاست تبعیت کنیم.

هر رویکرد درمانی جنبه‌های مفید دارد. مسئله این نیست که یک نظریه "درست" یا "غلط" است، زیرا هر نظریه‌ای به ما کمک می‌کند تا از رفتار انسان آگاه شویم.

پذیرفتن اعتبار یک مدل لزوماً به معنی رد کردن مدلی که متفاوت به نظر می‌رسد نیست. در جامعه‌ای که به‌طور فزاینده‌ای متنوع می‌شود، چندگانگی نظری طبیعی به نظر می‌رسد.

۲- موضوع جرال د گری چیست؟

رویکرد و فنون و روش‌های خاصی را تجویز نمی‌کند.

در فنون نقش گذاری افراد می‌توانند صحنه‌هایی از زندگی خود را به نمایش بگذارند، معمولاً خیلی بیشتر از زمانی که صرفاً ماجراهایی را در درباره‌ی خود نقل می‌کنند، درگیر می‌شوند.

تأکید روان‌کاوی بر رشد روانی-جنسی و روانی-اجتماعی اولیه است. گذشته‌ی فرد در شکل‌دهی شخصیت و رفتار جاری او نقش مهمی دارد.

این یک عقیده‌ی جبرگرایانه است که انسان‌ها محصول شرطی‌سازی اولیه و بنابراین قربانی گذشته‌ی خویش هستند.

ولی کاوش گذشته تا اندازه‌ای که مشکلات هیجانی یا رفتاری جاری را تحت تأثیر قرار دهد، اهمیت دارد.

تأکید شناختی - رفتاری بر نحوه‌ای که تفکر ما، احساس و رفتارمان تحت تأثیر قرار می‌دهد است.

این درمان‌ها نیز اهمیت رفتار جاری را بالا می‌برند گرچه تفکر و احساس ابعاد مهمی هستند، ولی تأکید بیش از حد بر آن‌ها و کاوش نکردن نحوه‌ای که درمان‌جویان رفتار می‌کنند اشتباه باشد.

اغلب مدل‌های امروزی مشاوره و درمان، فرض می‌کنند که درمان‌جویان می‌توانند مسئولیت شخصی بپذیرند و ناتوانی آن‌ها در انجام این کار، عمدتاً به مشکلات رفتاری و هیجانی فعلی آن‌ها منجر شده است.

تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی بدان معنی نیست که مامی‌توانیم هر چیزی که می‌خواهیم باشیم. باید بدانیم که واقعیت‌های اجتماعی، محیطی، فرهنگی و زیستی، آزادی انتخاب ما را محدود می‌کنند، کنار بیاوریم.

درمان فمینیستی به آگاهی ما از اینکه چگونه شرایط بیرونی در مشکلات زنان و مردان دخالت دارند و چگونه جامعه‌پذیری نقش جنسی به فقدان برابری جنسیتی منجر می‌شود، کمک شایانی کرده است. خانواده درمانی به ما می‌آموزد که شناختن فرد جدا از بافت سیستم غیرممکن است.

خانواده درمانی و درمان فمینیستی بر این اصل استوارند که برای شناختن فرد، به جای این که عمدتاً روی جنبه‌ی درونی روانی تأکید کنیم باید جنبه‌های میان‌فردی و بستر اجتماعی را در نظر بگیریم بنابراین رویکرد جامع به مشاوره و روان‌درمانی یا پرداختن به این موقعیت‌های محیطی که بر ما تأثیر می‌گذارند، از تمرکز بر پوشش‌های درونی ما فراتر می‌رود آن دسته از درمان‌هایی که صرفاً روی جنبه‌های درون روانی تأکید می‌کنند، برای جمعیت‌هایی که از لحاظ فرهنگی متنوع هستند چندان فایده‌ای ندارند.

رویکردهای پست‌مدرن بر این فرض قرار دارند که درمان‌جویان هنگامی که می‌خواهند راه‌حل‌هایی را برای مشکلات خود پیدا کنند، از امکانات درونی و بیرونی برای کمک گرفتن برخوردارند. در واقع، اگر درمانگران قبول داشته باشند که درمان‌جویان توانایی‌های زیادی دارند و آن‌ها را به صورت موجودات منفعلی که بر حسب بیمارگونه به آن‌ها زده می‌شود در نظر نگیرند، آن‌ها را به صورت کاملاً متفاوتی برداشت خواهند کرد.

روان‌درمانی فرایند تعهد بین دو نفر است که هر دو ملزم به تغییر کردن از طریق فعالیت درمانی هستند. روان‌درمانی در بهترین حالت نوعی فرایند مشترک است که درمانگر و درمان‌جو را شامل می‌شود و هر دوی آن‌ها می‌خواهند راه‌حل‌هایی را برای مسائل گوناگون پیدا کنند.

مهم‌ترین خصوصیت درمانگر کارآمد، کیفیت حضور او باشد. درمانگران قصد ندارند درمان‌جویان را تغییر داده، توصیه‌های فوری به آن‌ها بدهند، یا مشکلات آن‌ها را برایشان حل کنند. درمانگران می‌توانند از طریق فرایند گفتگوی صادقانه با درمان‌جویان، به بهبودی آن‌ها کمک کنند.

اینکه درمانگر چه نوع آدمی است مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر درمان‌جوست که به ایجاد تغییر در او کمک می‌کند اگر متخصصان بالینی از دانش گسترده نظری و عملی برخوردار باشند ولی از ویژگی‌های انسانی شفقت، اهمیت دادن، حسن نیت، صداقت، اصالت، و حساسیت بی‌بهره باشند، صرفاً تکنسین خواهند بود که تغییر مهمی در زندگی درمان‌جویان به بار نمی‌آورند. اگر درمانگران بخواهند درمان‌جویان به آن‌ها و فرایند درمان ایمان داشته باشند، باید به رشد خود توجه داشته باشند. متخصصان بالینی با الگو قرار دادن رفتار خود به درمان‌جویان آموزش می‌دهند.

به نظر نویسنده کتاب با توجه به تسلط بر فنون مشاوره و بکار بردن مناسب و مؤثر آن‌ها، خود شما بهترین فن هستید واکنش‌های درمانگر به درمان‌جویان، از جمله مطرح کردن این نکته که چقدر تحت تأثیر رابطه با آن‌ها قرار دارید، مفیدترین کاتالیزور در فرایند درمان است جدا کردن فونونی که به کار می‌برید از شخصیت خودتان و رابطه‌ای که با درمان‌جویان دارید، غیرممکن است.

فنون نمی‌توانند جایگزین مناسبی برای تلاش جدی در برقراری رابطه‌ی سازنده‌ی درمانگر - درمانگر باشند. بخش عمده درمان ثمربخش حاصل ذوق و سلیقه است. فونونی را انتخاب کنید که متناسب با نیازهای درمان‌جویان باشند. درمانگر در استفاده از فنون بعنوان درمان‌جو انواع فنون را تجربه کند. برای اینکه درمانگر مؤثر باشد، باید تجربیات سرپرستی‌شده در مشاوره و اطلاعات کافی در مورد نظریه و فنون مشاوره نیز داشته باشد. افزون بر این، آگاهی کامل درباره نظریه‌های شخصیت و نحوه‌ی ارتباط آن‌ها با نظریه‌های مشاوره ضروری است. نوع مداخله در کمک به درمان‌جویان (حمایتی، مواجهه‌ای، اطلاع‌رسانی) متکی می‌شوند.

۳- توصیه‌هایی برای استفاده از این کتاب

در جریان ساختن رویکرد یکپارچه نگر، فکر کردن به صورت کل‌نگرانه اهمیت زیادی دارد. برای اینکه عملکرد انسان را بشناسیم، باید جنبه‌های جسمانی، هیجانی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و معنوی را در نظر داشته باشیم.

اگر هریک از این جنبه‌های تجربه‌ی انسان نادیده گرفته شود، نظریه از لحاظ توضیح دادن نحوه‌ای که فکر، احساس و عمل می‌کنیم، محدود می‌شود.

۴- دریک تقسیم‌بندی می‌توان رویکردهای مشاوره را به چهار طبقه تقسیم کرد:

۴-۱ طبقه‌ی اول رویکردهای تحلیلی است

۴-۱-۱ درمان روانکاوی که عمدتاً بر بینش انگیزش ناهشیار و بازسازی شخصیت استوار است.

تعدادی از مدل‌های درمانی اصولاً گسترش روانکاوی هستند، مدل‌های دیگر تعدیل‌های مفاهیم و شیوه‌های روانکاوی هستند و سایر مدل‌ها، مواضعی هستند که در واکنش علیه روانکاوی پدیدار شده‌اند.

تعدادی از نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، اصول و فنونی را از رویکردهای روانکاوی اقتباس کرده و در خود ادغام کرده‌اند.

۴-۱-۲ درمان آدلری که از چند نظر با نظریه روانکاوی تفاوت دارد، ولی می‌توان آن را به‌طور کلی دیدگاه تحلیلی در نظر گرفت. درمانگران آدلری بر معنای، اهداف، رفتار هدفمند، عمل هشیار، تعلق و علاقه اجتماعی تمرکز دارند گرچه نظریه آدلر با بررسی تجربیات کودکی، رفتار زمان حال را توجیه می‌کند، ولی روی پویسهای ناهشیار تمرکز نمی‌کند.

۴-۲ طبقه دوم، درمان‌های تجربی و رابطه‌گرا را تشکیل می‌دهد:

۴-۲-۱ رویکرد وجودی روی این موضوع تأکید دارد که انسان کامل بودن یعنی چه. این رویکرد موضوعات خاصی را مطرح می‌کند که بخشی از شرایط انسان هستند، نظیر آزادی و مسئولیت، اضطراب، گناه، آگاهی از متناهی بودن، آفریدن معنی در دنیا و شکل دادن آینده خویش با تصمیم‌گیری‌های فعال این رویکرد، مکتب درمانی یکپارچه‌ای نیست که نظریه‌ای روشن و فنون منظمی داشته باشد، بلکه نوعی فلسفه مشاوره است که روی روش‌های گوناگون شناخت دنیای ذهنی انسان تأکید می‌ورزد.

۴-۲-۲ رویکرد فردمدار که از فلسفه‌ی انسان‌گرایی سرچشمه گرفته است، روی نگرش‌های اساسی درمانگر تأکید می‌کند این رویکرد بر این باور است که کیفیت رابطه درمان‌جو - درمانگر عامل تعیین‌کننده اصلی نتایج فرایند درمان است این رویکرد از لحاظ فلسفی فرض می‌کند که درمان‌جویان از توانایی هدایت کردن خود بدون مداخله فعال و رهنمود دادن درمانگر برخوردارند این نیروی رشد درون درمان‌جو، در بستر رابطه زنده و اصیل با درمانگر، آزاد می‌شود.

۴-۲-۳ آخرین رویکرد تجربی، درمان گشتالتی است که برای کمک به درمان‌جویان برای تمیز کردن روی آنچه در زمان حال تجربه می‌کنند، تجربیاتی را ارائه می‌دهد.

۳-۴ سومین طبقه، درمان‌های کنشی هستند:

واقعیت‌درمانی، رفتاردرمانی، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و درمان شناختی را دربر می‌گیرد.

۱-۳-۴ واقعیت‌درمانی روی رفتار فعلی درمان‌جویان تمرکز می‌کند و بر طرح‌ریزی برنامه‌های روشن برای رفتارهای تازه تأکید می‌ورزد.

۲-۳-۴ رفتاردرمانی مانند واقعیت‌درمانی، برای عمل کردن و برداشتن گام‌هایی در جهت تغییرات عینی ارزش قائل است. در حال حاضر، رفتاردرمانی به سمت توجه کردن بیشتر به عوامت شناختی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های مهم رفتارگرایش دارد.

۳-۳-۴ رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی

۴-۳-۴ درمان شناختی بر لزوم یادگیری نحوه به چالش طلبیدن عقاید کژکار و افکار خودکار به مشکلات رفتاری منجر می‌شوند، تأکید می‌ورزد از این رویکردهای شناختی - رفتاری به‌گونه‌ای استفاده می‌شود که به افراد کمک کنند تا فرض‌های غلط و خودشکن خویش را تضعیف نموده و شیوه‌های عمل کردن تازه‌ای را پرورش دهند.

۴-۴ چهارمین رویکرد کلی، دیدگاه سیستم‌هاست

که درمان فمینیستی و خانواده درمانی بخشی از آن هستند رویکرد سیستم‌ها بر اهمیت شناختن افراد در بستر محیط پیرامونشان که بر رشد آن‌ها تأثیر می‌گذارد، تأکید دارد برای ایجاد تغییر در فرد، باید به این نکته توجه کرد که چگونه شخصیت او تحت تأثیر جامعه‌پذیری نقش جنسی، فرهنگ، خانواده و سیستم‌های دیگر قرار گرفته است.

۵-۴ پنجمین طبقه، رویکردهای پست‌مدرن هستند سازه‌نگری اجتماعی، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل مدار و قصه درمانی. این رویکردهای جدید، فرض‌های بنیادی اغلب رویکردهای سنتی را به چالش می‌طلبند.

مروری بر مدل‌های مشاوره امروزی

درمان روان‌کاوی	شخصیت اصلی: زیگموند فروید. نظریه رشد شخصیت، فلسفه ماهیت انسان، و نوعی روش روان‌درمانی که بر عوامل ناخشیار برانگیخته رفتار تأکید دارد. به رویدادهای ۶ سال اول زندگی به عنوان عوامل تعیین‌کننده رشد بعدی شخصیت توجه می‌شود.
درمان آدلری	شخصیت اصلی: آلفرد آدلر. پس از آدلر، ژدولف درینکورس این رویکرد را در ایالات متحده عمومیت بخشید. این مدلی از رشد است که بر پذیرفتن مسئولیت، آفریدن سرنوشت خویش، و یافتن معنی و هدف برای جهت دادن به زندگی تأکید دارد. مفاهیم اصلی این رویکرد در اغلب درمان‌های رایج به کار برده شده‌اند.

درمان وجودی	شخصیتهای اصلی: ویکتور فرانکل، رولو می، و ابروین یالوم. این مدل علیه گرایش در نظر گرفتن درمان به عنوان یک سیستم فنون مشخص واکنش نشان داده، روی ترتیب دادن درمان بر اساس شرایط وجود انسان، مانند انتخاب، آزادی و مسئولیت شکل دهی زندگی خویش و خودمختاری تأکید می‌ورزد. این مدل بر کیفیت رابطه درمانی شخص با شخص تمرکز دارد.
درمان فردمدار	بنیانگذار: کارل راجرز. این رویکرد در دهه ۱۹۴۰ به عنوان واکنشی بی‌رمنمود علیه روان‌کاوی به وجود آمد. این رویکرد بر اساس دیدگاهی ذهنی از تجربه انسان، هنگام بررسی کردن مشکلات درمانجو به او ایمان دارد و به وی مسئولیت می‌دهد.
درمان گشتاکی	بنیانگذاران: فریز و لورا برلز. درمانی تجربی که بر آگاهی و انجام تأکید دارد و به عنوان واکنشی علیه درمان روان‌کاوی به وجود آمده است. این رویکرد، عملکرد بدن و ذهن را ادغام می‌کند.
رفتار درمانی	شخصیتهای اصلی: بی. اف. اسکینر، آرنولد لازاروس، و آلبرت بندورا. این رویکرد اصول یادگیری را برای حل کردن اختلالهای رفتاری خاص به کار می‌برد. نتایج در معرض آزمایشگری مستمر قرار می‌گیرند. این فن همواره در معرض اصلاحات قرار دارد.
درمان شناختی - رفتاری	شخصیتهای اصلی: آلبرت الیس رفتار درمانی عقلانی - عاطفی را پایه‌گذاری کرد. این رویکرد که مدل درمان آموزشی، شناختی، و عمل‌گراست، بر نقش تفکر و نظام عقیدتی به عنوان منشأ مشکلات شخصی تأکید دارد. آرون تی. بک درمان شناختی را بنیاد نهاد.
واقعیت درمانی	بنیانگذار: ویلیام گلاسر. این رویکرد کوتاه‌مدت بر زمان حال تمرکز دارد و بر توانمندیهای فرد تأکید می‌کند. درمانجویان رفتار واقع‌بینانه‌تری را می‌آموزند و بنابراین به موفقیت دست می‌یابند.
درمان فمینیستی	این رویکرد از تلاشهای چندین زن به وجود آمد. نظر اصلی این رویکرد نگرانی از شمه‌بدگی روانی زنان است. این رویکرد که بر محدودیتهای جایگاه اجتماعی - سیاسی زنان تأکید می‌ورزد، رشد هویت، خودپنداره، اهداف و آرزوها، و سلامت هیجانی زنان را مورد کاوش قرار می‌دهد.
رویکردهای پست مدرن	چند شخصیت اصلی با پیدایی این رویکردهای گوناگون به درمان ارتباط دارند. سازدهنگری اجتماعی، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار، و قصه‌درمانی همگی فرض می‌کنند که واقعیت واحدی وجود ندارد؛ بلکه، باور بر این است که واقعیت به صورت اجتماعی، از طریق تعامل انسان ساخته می‌شود. این رویکردها باور دارند که درمانجو در زندگی خود آدم خبره‌ای است.
درمان سیستمهای خانواده	چند شخصیت مهم پیشگام رویکرد سیستمهای خانواده بوده‌اند. این رویکرد سیستمی بر این فرض قرار دارد که عنصر مهم در تغییر فرد، شناختن خانواده و کار کردن روی آن است.

فصل دوم

مشاور: فرد عادی و متخصص بالینی

۱- مقدمه

ویژگی‌های انسانی و تجربیاتی را که بر ما تأثیر گذاشته‌اند، با خود به جلسات درمان می‌بریم. به نظر کری نویسنده کتاب این جنبه انسان یکی از نیرومندترین عوامل تعیین‌کننده مواجهه درمانی است.

نیازها، انگیزه‌ها، ارزش‌ها و صفات شخصیت خود شما می‌توانند اثربخشی شما را در مقام مشاور افزایش داده یا آن را مختل کنند.

۲- مشاور به عنوان درمانگر

چون مشاوره نوع عمیق یادگیری است، به متخصص بالینی‌ای نیاز دارد که مایل باشد نقش‌های قالبی را کنار گذاشته و در روابط، انسان واقعی باشد.

دقیقاً در همین موقعیت رابطه انسان با انسان است که درمان‌جو بهبودی را تجربه می‌کند اگر در مقام مشاور، پشت امنیت نقش حرفه‌ای خود پنهان شویم، درمان‌جویان خود را از ما مخفی نگه می‌دارند اگر صرفاً کارشناسان فنی باشیم و واکنش‌ها، ارزش‌ها و خویشتن را از کارمان حذف کنیم، در این صورت نتیجه‌ی آن احتمالاً مشاوره بی‌ثمر خواهد بود ما از طریق صداقت و شادابی می‌توانیم با درمان‌جویان خود رابطه‌ی عمیق برقرار کنیم.

ما در مقام درمانگر، وظیفه‌ی الگو را برای درمان‌جویان داریم اگر ما رفتار ناهمخوان، فعالیت کم مخاطره و مخفی‌کاری را الگو قرار دهیم، باید انتظار داشته باشیم که درمان‌جویان ما از این رفتار تقلید کنند اگر با برملا کردن خود، صداقت را الگو قرار دهیم، درمان‌جویان در رابطه‌ی درمانی با ما روراست خواهند بود. به اعتقاد کری (نویسنده) میزان شادابی و سلامت روانی مشاور متغیرهای مهمی هستند که نتیجه را تعیین می‌کنند.

۳- ویژگی‌های شخصی مشاوران کارآمد

به نظر کری، تمایل فرد به تلاش کردن برای اینکه آدم شفابخشی شود، مهم‌ترین ویژگی است. مشاوران کارآمد هویت دارند آن‌ها می‌دانند کیستند، چه کسی می‌تواند بشوند، از زندگی چه می‌خواهند و چه چیزی ضروری است. مشاوران کارآمد:

برای خودشان احترام قایلند و به خود ارج می‌نهند آن‌ها به خاطر احساس ارزشمندی و توانمندی خودشان می‌توانند به دیگران کمک کنند و آن‌ها را دوست بدارند. می‌توانند قدرت خود را تشخیص دهند و آن را بپذیرند آن‌ها در کنار دیگران احساس شایستگی کرده و به دیگران اجازه می‌دهند که در کنار آن‌ها احساس قدرت و شایستگی کنند. آماده‌ی تغییر کردن هستند. اگر آن‌ها از آنچه دارند خوشنود نباشند، تمایل و جرأت خود را برای ترک کردن امنیت آنچه بدان مشهور هستند نشان می‌دهند. آن‌ها

درباره ی این که چگونه دوست دارند تغییر کنند تصمیم می گیرند و برای رسیدن به فردی که دوست دارند بشوند، تلاش می کنند. تصمیماتی می گیرند که زندگی آن ها را شکل می دهند آن ها از تصمیماتی که قبلاً در مورد خودشان، دیگران و دنیا گرفته اند آگاهند. آن ها قربانی این تصمیمات نیستند، زیرا در صورت لزوم مایلند آن ها را اصلاح کنند. احساس شادابی می کنند و تصمیم گیری های آن ها حیات بخش هستند آن ها خود را نسبت به زندگی کردن کامل، به جای وجود داشتن صرف، متعهد می دانند. اصیل، صادق و روراست هستند آن ها پشت ماسک ها، دفاع ها، نقش های بی ثمر و صورت های ظاهر پنهان نمی شوند. شوخ طبع هستند آن ها قادرند رویدادهای زندگی را در یک چشم انداز قرار دهند. آن ها فراموش نکرده اند که چگونه بخندند، مخصوصاً به ضعف ها و تناقض های خودشان.

همچنین آنان مرتکب اشتباه می شوند و مایلند آن ها را بپذیرند آن ها به راحتی خطاهای خود را فراموش نمی کنند و باین حال دل مشغول فلاکت و مصیبت نمی شوند. کلاً در زمان حال زندگی می کنند آن ها مجذوب گذشته و دل مشغول آینده نیستند و نمی توانند ((اکنون)) را تجربه کنند و با دیگران در زمان حال باشند. از تأثیر آگاهند. آن ها می دانند که چگونه فرهنگشان بر ایشان تأثیر گذاشته است و به ارزش هایی که فرهنگ های دیگر از آن ها حمایت می کنند احترام می گذارند. آن ها همچنین نسبت به تفاوت های منحصر به فرد ناشی از طبقه اجتماعی، نژاد، جهت گیری جنسی، و جنسیت حساس هستند. صادقانه به رفاه دیگران علاقه دارند. این علاقه بر اساس احترام، اهمیت دادن، اعتماد و ارزش قائل شدن واقعی برای دیگران قرار دارد.

این افراد عمیقاً درگیر کارشان می شوند و در آن معنی پیدا می کنند آن ها می توانند پاداش هایی را که از کارشان حاصل می شود بپذیرند و باین حال برده ی کارشان نباشند. می توانند مرزهای سالم را حفظ کنند گرچه آن ها تلاش می کنند کاملاً به درمان جویان خود خدمت کنند، اما مشکلات آن ها را هنگام فراغت با خود به همراه نمی برند. آن ها می دانند که چگونه بگویند که این به آن ها مکان می دهد تعادل را در زندگی خود حفظ کنند. به این ویژگی های شخصی از دیدگاه همه یا هیچ فکر نکنید؛ بلکه آن ها را در یک پیوستار در نظر بگیرید.

۴- مشاوره ی شخصی برای مشاور

مشاوران گاهی از تجربه ی درمان جو بودن می توانند نفع زیادی ببرند. این نوع خودکاوی می تواند سطح خودآگاهی آن ها را بالا ببرد. چنین مشاوره ای دانست که به مشاور بالقوه کمک می کند تا درمانگری شود که بر درمان جویان تأثیر بگذارد فرصت های خودکاوی می توانند به مشاورانی که در حال آموزش دیدن هستند کمک کنند تا انگیزه خود را برای دنبال کردن این حرفه ارزیابی کنند بررسی کردن ارزش ها، نیازها، نگرش ها و تجربیات شما می تواند توضیح دهد که از کمک کردن به دیگران چه نفعی می برید.

آگاهی از اینکه چرا می خواهید در زندگی دیگران مداخله کنید، اهمیت دارد. خودکاوی به مشاوران کمک می کند که از مشکلات یاری رساندن به دیگران (اما کسب نکردن رضایت خاطر از تلاش های خود) اجتناب کنند.

ما در مقام درمانگر، مجبور می شویم با قسمت های کاوش نشده ی مربوط به تنهایی، قدرت، مرگ، مسائل جنسی، والدین و موارد دیگر مواجه شویم. ای بدان معنی نیست که قبل از اینکه بتوانیم با دیگران مشاوره کنیم باید بدون تعارض باشیم، بلکه باید بدانیم

که این تعارض‌ها چیستند و چگونه بر ما به‌عنوان مشاور تأثیر می‌گذارند. برای مثال اگر در حل و فصل کردن خشم مشکل زیادی داشته باشید، احتمالاً نمی‌توانید به درمان‌جویان کمک کنید تا بر خشم خود غلبه کنند.

خوددرمانی می‌تواند در شفا بخشیدن به شفادهنده، مفید باشد.

امکان دارد انتقال را تجربه کنیم و بنابراین به‌صورت دست اول بفهمیم که در نظر گرفتن درمانگر به‌عنوان مظهر پدر یا مادر، چه احساسی دارد مبادرت کردن به فرایند خودکاو می‌تواند احتمال تکبر یا متقاعدشدن به اینکه ما ((موفق شده‌ایم)) را کاهش دهد.

تجربه کردن مشاوره در مقام درمان‌جو با مطالعه کردن درباره‌ی فرایند مشاوره خیلی تفاوت دارد. یالوم (۲۰۰۳) قویاً توصیه می‌کند که کارآموزان به درمان شخصی خود بپردازند و اظهار می‌دارد که این مهم‌ترین بخش آموزش روان‌درمانی است منطق او بر این فرض استوار است که بالرزش‌ترین وسیله‌ی درمانگر، خودش است. یالوم باور دارد که کارآموزان برای آگاهی از روان‌درمانی هیچ راهی بهتر از وارد شدن به آن به‌عنوان درمان‌جو ندارد او برگشتن به درمان در مراحل مختلف زندگی را توصیه می‌کند (خودکاو فرایندی همیشگی است و من توصیه می‌کنم که درمان تا جایی که امکان دارد عمیق و طولانی باشد و درمانگر در مراحل مختلف زندگی وارد درمان شود).

انتقال متقابل یعنی (فرایند دیدن خود در درمان‌جویانشان، همانندسازی بیش از حد با درمان‌جویانشان، یا ارضا کردن نیازهای خود از طریق درمان‌جویانشان، یکی از ضروری‌ترین قابلیت‌های مشاوران کارآمد تشخیص دادن جلوه‌های از واکنش‌های انتقال متقابل در خودشان است. تا وقتی که مشاوران از تعارض‌ها، نیازها، موهبت‌ها و مسئولیت‌های خود آگاه نشده باشند، باید به جای اینکه به درمان‌جویان خود کمک کنند، از درمان برای حل و فصل کردن مسائل خودشان استفاده کنند که این خود یک موضوع اخلاقی است.

۵- ارزش‌های مشاور و فرایند درمان: بهترین تمرکز روی فرایند خودکاو، بررسی کردن این نکته است که چگونه ارزش‌های شما بر کارتان در مقام مشاور تأثیر می‌گذارند.

۱-۵ نقش ارزش‌ها در مشاوره

مسئله‌ی اصلی این است که ارزش‌های مشاوران تا چه اندازه‌ای باید وارد رابطه درمانی شود. ما نه از لحاظ ارزش خنثی هستیم و نه اینکه بدون ارزشیم، مداخله‌های درمانی ما در ارزش‌هایمان استوار هستند خنثی بودن از لحاظ ارزش‌ها در رابطه‌ی درمانی، برای مشاوران نه امکان‌پذیر است و نه مطلوب. چون این مشاوران روی تأثیر نگذاشتن بر درمان‌جویان خود تأکید می‌ورزند، در معرض خطر از تحریک انداختن یا فلج کردن خود قرار دارند.

وظیفه مشاوران این است که به افراد کمک کنید پاسخ‌هایی را پیدا کنند که با ارزش‌های آن‌ها بسیار همخوان باشند. اگر درمان‌جویان قبول کنند که آنچه انجام می‌دهند فایده‌ای ندارد، در این صورت به چالش طلبیدن آن‌ها برای پرورش دادن شیوه‌های تازه رفتار کردن (برای نزدیک‌تر شدن به هدفشان)، مناسب است.

مسئله‌ی تأثیر ارزش‌های مشاور بر درمان‌جو، اشارات اخلاقی دارد هدف‌ها. روش‌های درمان، جلوه‌هایی از فلسفه‌ی زندگی مشاور هستند اینکه درمانگران نباید ارزش‌های خاصی را تحمیل کنند، فلسفه‌ی مشاوره‌ای را به اجرا می‌گذارند که در واقع فلسفه زندگی است مشاوران ارزش‌های خود را به‌وسیله‌ی اهداف درمان که نسبت به آن‌ها متعهد هستند و با روش‌هایی که برای رسیدن به این اهداف به کار می‌برند، انتقال می‌دهند.

۲-۵ نقش ارزش‌ها در تعیین هدف‌های درمان

تقریباً همه‌ی نظریه‌ها موافق هستند که مسئولیت تعیین کردن اهداف مشاوره عمدتاً به عهده‌ی درمان‌جوست و درمانگر با پیش روی درمان، با درمان‌جو در تعیین آن‌ها همکاری می‌کند.

مشاوران هدف‌هایی کلی دارند که در رفتارشان هنگام جلسه درمان، در مشاهداتشان از رفتار درمان‌جو و در مداخله‌هایی که صورت می‌دهند انعکاس می‌یابند همخوان بودن هدف‌های کلی مشاوران با اهداف شخصی درمان‌جو اهمیت زیادی دارد.

درمان باید با کاوش انتظارات و اهداف درمان‌جو شروع شود. در برخی موارد درمان‌جویان هیچ هدفی ندارند؛ آن‌ها صرفاً به خاطر آنکه توسط والدین، افسر مجازات تعلیقی یا آموزگار برای مشاوره فرستاده شده‌اند، در دفتر درمانگر حضور دارند. تنها چیزی که آن‌ها می‌خواهند این است که به حال خودشان رها شوند.

مشاور از کجا می‌تواند فرایند مشاوره را شروع کند؟ از جلسه‌ی پذیرش. درمانگر می‌تواند با پرسیدن سئوالهایی از این قبیل شروع کند: از مشاوره چه انتظاری دارید؟ چرا اینجا هستید؟ چه می‌خواهید؟ کاری که در حال حاضر انجام می‌دهید چه فایده‌ای برای شما دارد؟ چه جنبه‌هایی از خود یا موقعیت زندگی خود را بیشتر دوست دارید تغییر دهید؟

تعیین کردن اهداف به‌طور جدایی‌ناپذیری با ارزش‌ها ارتباط دارد. درمانگر به جای اینکه درمان‌جو را وادار سازد تا خود را با نظام ارزش‌های او هماهنگ کند، باید بتواند درمان‌جو را درک کرده، به او احترام بگذارد و در چارچوب دنیای وی کار کند.

۶- چگونه می‌توان مشاور چندفرهنگی کارآمد شد؟

اگر مشاوران بخواهند مداخله‌های آن‌ها با ارزش‌های درمان‌جویان هماهنگ باشد، التزام اخلاقی دارند که نسبت به تفاوت‌های فرهنگی حساس باشند. تنوع رابطه‌ی درمانی جاده‌ای دو طرف است. مشاوران میراث خود را همراه خویش وارد کارشان می‌کنند، بنابراین باید تأثیر شرطی سازی فرهنگی را بر مسیرهایی که همراه با درمان‌جویان خود طی می‌کنید، تشخیص دهید تا وقتی که موقعیت اجتماعی و فرهنگی درمان‌جویان در نظر گرفته نشده باشد، به‌سختی می‌شود به ماهیت تلاش آن‌ها پی برد. خیلی مهم است که مشاوران بدانند درمان‌جویانی که از فرهنگ‌های گوناگون هستند چگونه آن‌ها را در مقام درمانگر برداشت می‌کنند و همین‌طور چگونه ارزش کمک رسمی را در نظر می‌گیرند. مشاوره کارآمد باید تأثیر فرهنگ را به حساب آورد.

۱-۶ اکتساب قابلیت‌ها در مشاوره چندفرهنگی: مشاوران کارآمد از شرطی سازی فرهنگی خود و درمان‌جویانشان و سیستم اجتماعی- سیاسی که بخشی از آن هستند، آگاهند. سو و همکاران (۱۹۹۲) و آردوندو و همکاران (۱۹۹۶) چارچوبی را برای قابلیت‌ها و معیارها در مشاوره چندفرهنگی تعیین کرده‌اند. جنبه‌های شایستگی آن‌ها سه زمینه را دارد (۱) عقاید و نگرش‌ها، (۲) دانش و (۳) مهارت.

۱-۱-۶ عقاید و نگرش‌ها

اولاً مشاوران کارآمد از لحاظ فرهنگی کاملاً آگاه هستند و می‌دانند که سوگیری‌ها، ارزش‌ها، یا مشکلات آن‌ها نباید در توانایی کار کردن ایشان با درمان‌جویانی که فرهنگ متفاوتی با آن‌ها دارند، اختلال ایجاد کند آن‌ها معتقدند که خودآگاهی و حساسیت فرهنگی نسبت به میراث فرهنگی خویش برای هر نوع کمکی ضروری است.

مشاوران کارآمد از لحاظ فرهنگی سعی می‌کنند دنیا را از نقطه نظر درمان‌جویان بررسی و درک کنند، مذهب و عقاید و ارزش‌های معنوی درمان‌جویان را محترم شمارند، در مورد اختلافات بین خود و دیگران از لحاظ نژادی، قومی، فرهنگی و عقیدتی احساس آرامش کنند، بجای اینکه معتقد باشند میراث فرهنگی آن‌ها برتر است، تنوع فرهنگی را بپذیرند و باری آن ارزش قائل باشند آن‌ها می‌دانند که نظریه‌ها و فنون سنتی ممکن است برای تمام درمان‌جویان یا تمام مشکلات متناسب نباشند. مشاورانی که از لحاظ فرهنگی خبره هستند، عملکرد خود را از طریق مشاوره، نظارت و آموزش یا تحصیلات بیشتر کنترل می‌کنند.

۲-۱-۶ مشاورانی که از لحاظ فرهنگی کارآمد هستند از دانش خاصی برخوردارند. آن‌ها مشخصاً از میراث نژادی و فرهنگی خود و نحوه‌ای که بر آن‌ها و حرفه‌ی آن‌ها تأثیر می‌گذارد آگاه هستند. آن‌ها از پویای سرکوب، نژادپرستی، تبعیض، و کلیشه سازی آگاه هستند. از تأثیر نیروهای اجتماعی-فرهنگی بر تمام گروه‌ها آگاه هستند. آن‌ها از پیشینه تاریخی، سنت‌ها، و ارزش‌های درمان‌جویان خودآگاه هستند. از ساختارها، سلسله‌مراتب، و ارزش‌ها و عقاید خانوادگی گروه‌های اقلیت مطلع هستند.

۳-۱-۶ مهارت‌ها و راهبردهای مداخله

مشاوره چندفرهنگی زمانی بهتر است که متخصصان بالینی از راهبردهایی استفاده کنند که با تجربیات زندگی و ارزش‌های فرهنگی درمان‌جویان هماهنگ باشند این متخصصان، مداخله‌های خود را طوری تغییر می‌دهند که با تفاوت‌های فرهنگی سازگار شوند. آن‌ها درمان‌جویان خود را وادار نمی‌کنند تا با یک رویکرد مشاوره متناسب باشند، بلکه می‌دانند که فنون مشاوره ممکن است فرهنگ بسته باشند. آن‌ها قادرند پیام‌های کلامی و غیرکلامی را به دقت و به‌طور مناسب انتقال داده و دریافت کنند.

۲-۶ وارد کردن فرهنگ در کاربست مشاوره

خیلی از متخصصان مطمئن نیستند که چگونه و چه موقعی با آگاهی و مهارت‌های چندفرهنگی را وارد کاربست بالینی خود کنند (کاردمیل و بتل، ۲۰۰۳). یک راه برای وارد کردن جنبه‌ی چندفرهنگی این است که بحث پرده‌ای را در رابطه با مسائل نژادی و قومی با درمان‌جویان آغاز کنیم کاردمیل و بتل معتقدند که انجام این کار رابطه‌ی درمانی را بهبود و نتایج درمان بهتری ببار می‌آورد. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که درمانگران برای برانگیختن گفتگو درباره‌ی نژاد و قومیت، توصیه‌های زیر را در طول فرایند درمان اجرا کنند:

(الف) در همان ابتدای درمان از درمان‌جویان بپرسید که آن‌ها چگونه نژاد / قومیت خود را مشخص می‌کنند

(ب) برای اجتناب از کلیشه سازی و فرض‌های غلط، درمان‌جویان را درگیر گفتگو درباره‌ی نژاد و قومیت کنید.

(پ) به این موضوع پردازید که چگونه تفاوت‌های نژادی / قومی درمانگر با درمان‌جو ممکن است بر فرایند درمان تأثیر بگذارد.

مشخص کردن تمام تفاوت‌های بین گروهی که در طول درمان ظاهر می‌شوند امکان‌پذیر نیست.

ت) اذعان کنید که قدرت و امتیاز و نژادپرستی می‌توانند بر تعامل با درمان‌جویان تأثیر بگذارند. بحث کردن در این زمینه‌ها برای تقویت کردن رابطه درمانی ارزشی ندارد.

ث) قبول کنید که هرچه درمانگران راحت‌تر درباره‌ی نژاد و قومیت بحث کنند، آسان‌تر می‌توانند به درمان‌جویانی که ممکن است از این‌گونه بحث‌ها ناراحت شوند پاسخ مناسبی بدهند.

ج) از یادگیری درباره‌ی عوامل فرهنگی و نحوه‌ای که ممکن است بر کار درمان تأثیر بگذارند استقبال کنید. مقداری آگاهی درباره‌ی پیشینه فرهنگی و قومی درمان‌جو ضروری است.

وارد کردن فرهنگ به فرایند درمان، به کار کردن با درمان‌جویان دارای پیشینه‌ی فرهنگی یا قومی خاص محدود نمی‌شود. در عوض، ضرورت دارد که درمانگران دیدگاه و پیشینه‌ی هر درمان‌جو را به حساب آورند انجام ندادن این کار، تأثیر بالقوه‌ی تلاش درمانی را به‌طور جدی محدود می‌کند. در مورد افرادی که زندگی کردن در بیش از یک فرهنگ را تجربه کرده‌اند، ارزیابی میزان فرهنگ‌پذیری و پرورش هویت صورت گرفته، بسیار مفید است

۱-۲-۶ استقبال از تنوع: مشاوره بنا بر ماهیت آن در جامعه‌ی چندفرهنگی، متنوع است. کاربست درمان چندفرهنگی ایجاب می‌کند که درمانگر موضوع انعطاف‌پذیر داشته و مایل باشد راهبردهای خود را طوری تغییر دهد که با نیازهای درمان‌جو بخوانند. لازم نیست درمانگران تجربیاتی مشابه با درمان‌جویان داشته باشند، بلکه باید در برابر احساس‌ها و تلاش‌ها مشابه گشوده باشند.

۲-۲-۶ رهنمودهای چندفرهنگی: ادغام عوامل نژادی و قومی در نظریه، کاربست و پژوهش روان‌شناختی تازه شروع شده است.

۳-۲-۶ چند رهنمود عملی دیگر: اگر بخواهیم فرایند مشاوره ثمربخش باشد، ضرورت دارد که با تمام درمان‌جویان درباره‌ی مسائل فرهنگی و دیدگاه‌ها صحبت شود. چند رهنمود دیگر اشاره می‌کنیم که می‌توانند اثربخشی شما را هنگام کارکردن با درمان‌جویان دارای پیشینه‌های گوناگون افزایش دهند:

الف) از نحوه‌ای که پیشینه فرهنگی شما بر تفکر و رفتارتان تأثیر می‌گذارد بیشتر آگاه شوید.

ب) فرض‌های اساسی خود را مشخص کنید، خصوصاً آن‌گونه که این فرض‌ها در مورد تنوع فرهنگی، قومیت، نژاد، جنسیت، طبقه، مذهب و جهت‌گیری جنسی اعمال می‌شوند.

پ) این موضوع را بررسی کنید که آگاهی از فرهنگ را از کجا کسب کرده‌اید.

ت) یاد بگیرید به زمینه مشترک بین افراد دارای پیشینه‌های گوناگون توجه کنید.

ث) برای آماده کردن درمان‌جویان جهت مشاوره، عجله نکنید.

ج) در بکاربردن روش‌های خود برای درمان‌جویان، انعطاف‌پذیری نشان دهید.

برای اینکه مشاور چندفرهنگی کارآمدی شوید به زمان، مطالعه و تجربه نیاز دارید.

مسائلی که درمانگران تازه‌کار با آن‌ها روبرو می‌شوند

۷-۱ حل و فصل کردن اضطراب خودمان

سطح خاصی از اضطراب گواه بر آن است که واقعاً مطمئن نیستیم که بتوانیم با درمان جویان روبرو شده و مدتی را با آنها بگذرانیم. تمایل مشاوران به تشخیص دادن و حل فصل کردن این اضطراب‌ها، در مقابل انکار کردن آنها با ظاهر سازی، نشانه‌ی جرأت است.

۷-۲ خودمان باشیم و خویشتن را برملا کنیم

۷-۳ از کمال‌گرایی پرهیز کنیم

۷-۴ در مورد نقاط خود روراست باشیم

۷-۵ از سکوت آگاه باشیم

سکوت هنگام جلسه درمانی می‌تواند چندین معنی داشته باشد. شاید درمان‌جو درباره‌ی چیزی که قبلاً مورد بحث قرار گرفته به آرامی مشغول فکر کردن باشد یا آگاهی به‌تازگی کسب‌شده‌ای را ارزیابی می‌کند. امکان دارد درمان‌جو منتظر باشد تا درمانگر پیش‌قدم شود و تصمیم بگیرد بعداً چه بگوید، یا ممکن است درمانگر منتظر درمان‌جو باشد تا این کار را انجام دهد.

شاید درمان‌جو یا درمانگر خسته، گیج، یا دل‌مشغول باشد یا اینکه لحظه‌ای چیزی برای گفتن نداشته باشند. امکان دارد درمان‌جو نسبت به درمانگر احساس خصومت کند و بنابراین مشغول بازی ((من مثل مجسمه اینجا می‌نشینم تا ببینم آیا او می‌تواند مرا از کوره در ببرد)) باشد.

شاید درمان‌جو و درمانگر بدون ادای کلمات مشغول ارتباط باشند. این سکوت می‌تواند نیروبخش بوده یا شاید معنی آن چیزی بیش از کلمات باشد امکان دارد این تعامل سطحی باشد و هر دو نفر می‌ترسند یا تردید دارند که به سطح عمیق‌تر وارد شوند. وقتی سکوت برقرار می‌شود، همراه با درمان‌جو، معنی آن را کاوش کنید.

۷-۶ به درخواست‌های درمان‌جویان رسیدگی کنیم

این درخواست‌ها ممکن است به چندین صورت آشکار شوند. امکان دارد درمان‌جویان درخواست کنند که شما را بیشتر یا طولانی‌تر از آنچه می‌توانید ترتیب دهید، ملاقات کنند، بخواهند شما را در حضور دیگران ببینند؛ انتظار داشته باشید فرد دیگری را به بازی بگیرید (همسر، فرزند، پدر یا مادر) تا نقطه‌نظر آنها را بپذیرید؛ درخواست کنند مرتباً نشان دهید که چقدر به آنها اهمیت می‌دهید؛ یا از شما بخواهند به آنها بگویید چه بکنند و چگونه مشکلی را حل کنند. یک راه برای رسیدگی کردن به این درخواست‌ها این است که انتظارات و مرزهای خود را در نخستین جلسه مشاوره یا هنگام اظهارات برملا سازی، روشن کنید.

۷-۷ به درمان‌جویانی که احساس تعهد نمی‌کنند رسیدگی کنیم

درمانگرانی که با درمان‌جویان غیرارادی کار می‌کنند باید بی‌پرده درباره‌ی ماهیت این رابطه بحث کنند. آنها نباید قول کاری را بدهند که از عهده‌ی آنها برنمی‌آید. بهتر است محدودیت‌های محرمانه بودن و هرگونه عوامل دیگری را که ممکن است بر روند درمان تأثیر بگذارد، روشن کنید. هنگام کار کردن با درمان‌جویان غیرارادی، خیلی مهم است که آنها را برای این فرایند آماده کنیم، زیرا انجام این کار می‌تواند رسیدگی به مقاومت را تسهیل کند. قالباً مقاومت توسط مشاوره پدید می‌آید که آمادگی را حذف می‌کند و صرفاً تصور می‌کند که همه درمان‌جویان پذیرا هستند و آماده‌اند تا از درمان فایده ببرند.

۸-۷ ابهام را تحمل کنیم

ابهام اطمینان نداشتن از اینکه درمان جوی شما رو به بهبود است را حداقل در جلسات مقدماتی تحمل کنید. بدانید که درمان جویان قبل از اینکه منافع درمان را نشان دهند، ممکن است به ظاهر ((بدتر شده باشند)). در ضمن بدانید که تأثیرات سودمند تلاش‌های مشترک درمانگر و درمان جو امکان دارد تا چند ماه (یا حتی چند سال) بعد از خاتمه درمان، آشکار نشود.

۹-۷ از غرق کردن خود در درمان جویان خودداری کنیم

اشتباه رایج درمانگران مبتدی این است که خیلی در مورد درمان جویان نگران هستند. این خطر وجود دارد که روان رنجوری‌های درمان جویان را در شخصیت خودمان جذب کنیم. گاهی بد خواب می‌شویم و از خود می‌پرسیم که آن‌ها چه تصمیماتی می‌گیرند. گاهی به قدری با درمان جویان احساس همدلی می‌کنیم که درک هویت خودمان را از دست داده و هویت آن‌ها را می‌پذیریم. در این حالت همدلی تعریف می‌شود و از مداخله درمانی جلوگیری می‌کند. باید یاد بگیریم چگونه ((اجازه دهیم درمان جویان پیش بروند)) و تا زمانی که دوباره آن‌ها را ببینیم، مشکلاتشان را با خود به همراه نبریم.

مهم‌ترین نکته درمانی این است که تا جایی که می‌توانیم به‌طور کامل در زمان حال باشیم (همراه با درمان جویانمان احساس کنیم و تلاش‌های آن‌ها را همراه با ایشان تجربه نماییم) ولی به آن‌ها امکان دهیم که مسئولیت زندگی و تصمیم‌گیری‌های خود را در بیرون جلسه درمان بر عهده بگیرند. اگر در تلاش‌ها و سردرگمی‌های درمان جویان غرق شویم، دیگر نمی‌توانیم عنصر مفیدی باشیم و به آن‌ها کمک کنیم راه خود را در تاریکی پیدا کنند. اگر مسئولیت تصمیمات درمان جویان خود را بر عهده بگیریم، به جای اینکه به رشد آن‌ها کمک کرده باشیم از آن جلوگیری می‌کنیم.

۱۰-۷ **حالت شوخ‌طبعی را پرورش دهیم:** درمان موضوع پرمسئولیتی است ولی لزومی ندارد که خیلی جدی باشد. درمان جویان و درمانگران می‌توانند با خندیدن رابطه را غنا بخشند.

۱۱-۷ مسئولیت را با درمان جو تقسیم کنید

یک اشتباه این است که مسئولیت کامل مسیر و نتایج درمان را بر عهده بگیریم نتیجه این کار سلب کردن مسئولیت به حق از درمان جویان است که اگر قرار باشد با تصمیم گرفتن توسط خودشان مختار شوند، بدان نیاز دارند. این کار می‌تواند احتمال خستگی مفرط زود هنگام را نیز در شما افزایش دهد اشتباه دیگر این است که از پذیرفتن مسئولیت ارزیابی‌های دقیق و ترتیب دادن برنامه‌های درمان مناسب برای درمان جویان خود امتناع کنید. در ابتدای رابطه درمانی باید به مسئله تقسیم مسئولیت پرداخته شود.

نقش مشاور پذیرفتن مسئولیت هدایت کردن زندگی درمان جویان نیست. ترتیب دادن قراردادها و تکالیف با مشارکت درمان جویان می‌تواند به آن‌ها کمک کند مسیری را در وجود خودشان پیدا کنند. شاید بهترین مقیاس اثربخشی ما در مقام درمانگر این باشد که درمان جویان بتوانند به ما بگویند که ((من از آنچه برایم بودید متشکرم و به خاطر ایمانی که به من داشتید اطمینان دارم که می‌توانم به تنهایی این راه را طی کنم)).

۱۲-۷ از توصیه کردن پرهیز کنیم

غالباً درمان جویانی که مشکلی دارند، برای اینکه توصیه‌ای دریافت کنند به جلسه درمان می‌آیند. آن‌ها چیزی بیشتر از دستورالعمل را می‌طلبند؛ آن‌ها می‌خواهند یک درمانگر یا مشاور عاقل تصمیمی برای آن‌ها بگیرد یا مشکلی را برای آن‌ها حل

کند؛ اما مشاوره را نباید با توزیع اطلاعات اشتباه گرفت. درمانگران به درمان‌جویان کمک می‌کنند راه‌حل‌های خودشان را پیدا کنند و آزادی عمل خودشان را تشخیص دهند. اگر درمانگر مشکل درمان‌جویان را برایشان حل کند، آن‌ها را به خود وابسته می‌کند. آن‌ها برای هر تغییر جدید در مشکلاتشان، مرتباً درصد مشاوره با ما بر خواهند آمد. وظیفه‌ی ما اینست که به درمان‌جویان کمک کنیم مستقل تصمیم بگیرند و پیامد آنها را بپذیرند. توصیه بنا بر عادت، به این هدف کمکی نمی‌کند.

۷-۱۳ نقش خود را به‌عنوان مشاور تعریف کنید

وظیفه‌ی اصلی مشاوران این است که به درمان‌جویان کمک کنند تا از توانمندی‌های خود آگاه شده، بدانند چه چیزی اجازه نمی‌دهند که از توانمندی‌های خود استفاده کنند و روشن کنند دوست دارند که چه نوع آدمی باشند. نقشه‌های حرفه‌ای که درمانگران بر عهده می‌گیرند احتمالاً به عواملی چون جمعیت‌های درمان‌جویی که با آن‌ها کار می‌کند، خدمات درمانی خاصی که ارائه می‌دهد، مرحله خاص مشاوره و محیطی که در آن کار می‌کند بستگی دارد.

۷-۱۴ یاد بگیرید فنون را درست به کار ببرید

اتکای زیاد به فنون می‌تواند به مشاوره ماشینی (بدون فکر) منجر شود. فنون درمانی در حالت ایده‌آل باید از رابطه‌ی درمانی به وجود آیند و باید آگاهی درمان‌جو را بالا ببرند یا امکاناتی را برای امتحان کردن رفتاری تازه توصیه کنند. درمانگران کارآمد برای پر کردن وقت، برای برآورده کردن نیازهای خود، یا پیش راندن امور، از فنون به‌صورت تصادفی استفاده نمی‌کنند. روش‌های آن‌ها با دقت انتخاب شده‌اند تا به درمان‌جویان کمک کنند که پیشرفت نمایند.

۷-۱۵ سبک مشاوره خاص خود را انتخاب کنید

۷-۱۶ به عنوان فرد عادی و در مقام متخصص بالینی شاداب بمانید: مهم‌ترین وسیله همان فردی است که هستیم و قوی‌ترین فن ما توانایی مادر الگو قرار دادن شادابی و اصیل بودن است. به‌وسیله هماهنگ بودن با خود، با داشتن تجربه صلابت و با احساس قدرت شخصی، مبنایی در اختیار دارید که بتوانید تجربیات زندگی خود را تجربیات حرفه‌ای خویش ادغام کنیم. چنین ترکیبی می‌تواند مبنایی را برای متخصص بالینی کرآمد بودن تامین کند.

۸- خلاصه

یکی از موضوعات اساسی در حرفه مشاوره و اهمیت مشاور به‌عنوان فرد در رابطه درمانی مربوط می‌شود. مشاوران از افراد می‌خواهند خودشان را صادقانه در نظر بگیرند و درباره‌ی اینکه چگونه می‌خواهند تغییر کنند، تصمیماتی بگیرند، بنابراین ضرورت دارد که خود آن‌ها جستجو گرانی باشند که زندگی خویش را به روی همان نوع بررسی دقیق، باز بگذارند. مشاوران باید همواره از خود بپرسند ((من شخصاً به کسانی که سعی دارند راه خود را پیدا کنند، چه چیزی برای عرضه کردن دارند؟)) و ((آیا من در زندگی خود همان کاری را انجام می‌دهم که دیگران را ترغیب می‌کنم انجام دهند؟)).

مشاوران می‌توانند دانش نظری و عملی گسترده‌ای را کسب کرده و آن را در اختیار درمان‌جویان خود قرار دهند؛ اما شما در هر جلسه‌ی درمانی، خود را نیز به‌عنوان فرد وارد می‌کنید. اگر می‌خواهید به درمان‌جویان خود کمک کنید تا رشد و تغییر کنند، باید با کاوش کردن انتخابها و تصمیمات خود و با تلاش کردن در جهت آگاه شدن از نحوه‌ای که استعداد خود را برای رشد کردن نادیده گرفته‌اند، به رشد خویش کمک کنید. این تمایل به سعی کردن در جهت زیستن مطابق با آنچه آموزش می‌دهید و بنابراین الگوی مثبت بودن برای درمان‌جویان، همان چیزی است که مشاوره را ((درمانگر)) می‌کند.

فصل سوم

مسائل اخلاقی در کاربست مشاوره

۱-مقدمه: تصمیم‌گیری اخلاقی فرایندی تکاملی است که ایجاب می‌کند همواره صادق و خودسنج باشد.

۲-نیازهای درمان‌جویان را مقدم بر نیازهای خود بدانید: برآورده کردن نیازهای شخصی ما از طریق کار حرفه‌ای خودمان نمی‌تواند غیراخلاقی باشد، ولی ضرورت دارد که این نیازها در جای خود قرار گیرد، مسئله اخلاقی زمانی وجود دارد که ما نیازهای خود را خواه بصورت آشکار یا ظریف، به بهای درمان‌جویان خویش برآورده کنیم. مسئله مهم این است که از سوءاستفاده از درمان‌جویان خودداری کنیم. اصل اینست که از نظر اخلاقی ضرورت ندارد که نیازهای خود را به هزینه‌ی درمان‌جو برآورده کنیم.

۲- تصمیم‌گیری اخلاقی: بخشی از فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی، آگاهی از منابعی است که وقتی با مسئله‌ای اخلاقی دست به گریبان می‌شوید می‌توانید از آن‌ها استفاده کنید.

۲-۱ نقش اصول اخلاقی به‌عنوان کاتالیزور برای بهبود بخشیدن به کاربست: یکی از بهترین راهها برای جلوگیری از تعقیب شدن قانونی به خاطر سوء کاربست این است که به درمان‌جویان احترام بگذاریم، رفاه آن‌ها را کانون توجه قرار دهیم و در چارچوب اصول حرفه‌ای عمل کنیم.

۲-۲ مراحل تصمیم‌گیری‌های اخلاقی

- مشکل یا معضل را مشخص کنید. اطلاعاتی را گردآوری کنید که ماهیت این مشکل را روشن کنند. این به شما کمک خواهد کرد تا تعیین کنید که آیا مشکل عمده‌تاً اخلاقی، حرفه‌ای یا بالینی است.
- مسائل بالقوه را مشخص کنید. حقوق، مسئولیتها و رفاه تمام کسانی را که در ای موقعیت درگیر هستند ارزیابی کنید.
- اصول اخلاقی مربوط را از نظر رهنمود کلی برای مشکل بررسی کنید. در نظر بگیرید که آیا ارزش‌ها و اصول اخلاقی شما با این رهنمودها هماهنگ هستند یا در تضاد قرار دارند.
- قوانین و مقررات قابل اجرا را در نظر بگیرید و مشخص کنید که چگونه ممکن است آن‌ها به مسئله اخلاقی ربط داشته باشند.
- برای اینکه دیدگاههای گوناگونی درباره‌ی مسئله داشته باشید با بیش از یک منبع مشورت کنید.
- درباره‌ی روش‌های احتمالی گوناگون، مسئله‌گشایی گروهی کنید؛ و سایر درمانگران درباره‌ی گزینه‌ها بحث کنید.
- پیامدهای تصمیمات گوناگون را مشخص کرده و درباره‌ی تلویحات هر روش برای درمانجویی خود تامل کنید.
- تصمیم بگیرید کدام روش به‌تیرت گزینه به نظر می‌رسد. وقتی این روش را به اجرا گذاشتید، نتایج آن را ارزیابی کرده و مشخص کنید که آیا اقدام بیشتری ضرورت دارد. هنگام بررسی هر مسئله اخلاقی، به ندرت یک روش ایده‌آل برای دنبال کردن وجود دارد؛ درمانگران مختلف تصمیمات متفاوتی می‌گیرند. هرچه مسئله اخلاقی ظریفتر باشد، فرایند تصمیم‌گیری مشکل‌تر خواهد بود.

۳- حق رضایت آگاهانه

صرف نظر از چارچوب نظری که مطابق با آن کار می‌کنید، رضایت آگاهانه لازمه‌ی اخلاقی و قانونی و جزء جدانشدنی فرایند درمان است. دادن اطلاعاتی به درمان‌جویان که برای تصمیم‌گیری آگاهانه به آن نیاز دارند، به مشارکت فعال آن‌ها در برنامه‌ی مشاوره کمک زیادی می‌کند. با آگاه کردن درمان‌جویان از حقوق و مسئولیت آن‌ها، هم به آن‌ها اختیار می‌دهید و هم رابطه‌ی قابل اعتمادی را با آن‌ها برقرار می‌کنید.

برخی از جنبه‌های فرایند رضایت آگاهانه عبارتند از: اهداف کلی مشاوره، مسئولیت‌های مشاوره در قبال درمان‌جو، مسئولیت‌های درمان‌جو، محدودیت‌ها و موارد استثنای محرمانه بودن، متغیرهای قانونی و اخلاقی که می‌توانند رابطه را تعریف کنند، صلاحیت‌ها و پیشینه درمانگر، ویزیت، خدماتی که درمان‌جو می‌تواند انتظار داشته باشد و مدت زمان تقریبی فرایند درمان.

زمینه‌های دیگر می‌توانند شامل این موارد باشند: منابع مشاوره، مخاطرات احتمالی و احتمال اینکه مورد درمان‌جو با همکاران یا سرپرستان درمانگر در میان گذاشته شود. این فرایند آگاه‌آختن درمان‌جو در جلسه اول مشاوره شروع شده و در طول مشاوره ادامه می‌یابد. چالش برآورده کردن رضایت آگاهانه، برقرار کردن تعادل بین دادن اطلاعات خیلی زیاد و خیلی کم به درمان‌جویان است. برقرار کردن تعادل، مستلزم مهارت و شهود درمانگران است.

۴- ابعاد محرمانه بودن

محرمانه بودن که برای برقرار کردن رابطه‌ی درمان‌جو-درمانگر قابل اعتماد و سودمند اهمیت زیادی دارد، مسئله‌ی قانونی و اخلاقی است. چون تا وقتی که درمان‌جویان به محرمانه بودن افشاگریهای خود برای درمانگران اعتماد نداشته باشند، هیچ درمان اصیلی نمی‌تواند روی دهد.

متخصصان مسئولیت دارند که مشخص کنند تا چه اندازه‌ای می‌توانند قول محرمانه بدن را بدهند. درمانگران مسئولیت اخلاقی دارند که در ابتدای فرایند درمان درباره‌ی ماهیت و هدف محرمانه بودن با درمان‌جویان خود صحبت کنند. به علاوه، درمان‌جویان حق دارند بدانند که درمانگر آن‌ها ممکن است درباره‌ی برخی جزئیات این رابطه با سرپرست یا همکار خود بحث کند.

گرچه اغلب مشاوران به ارزش محرمانه بودن واقف هستند اما میدانند که نمی‌توانند آن را مطلق دانست. مواقعی پیش می‌آیند که اطلاعات محرمانه باید افشا شوند و موارد متعددی وجود دارند که حفظ کردن یا نغز کردن محرمانه بودن مسئله مبهمی می‌شود.

درمانگران برای اینکه مشخص کنند چه موقعی محرمانه بودن را نغز کنند باید مقتضیات معسسه ای را که در آن کار می‌کند و درمان‌جویانی را که به آن‌ها خدمت می‌کنند، در نظر داشته باشند. چون این شرایط توسط اصول اخلاقی به روشنی تعریف نشده‌اند، درمانگران باید به قضاوت حرفه‌ای خود متکی باشند.

به‌طور کلی، محرمانه بودن را زمانی باید نقض کرد که معلوم شود درمان‌جویان ممکن است به خود یا دیگران آسیب جدی وارد کنند. در مواردی که سوءاستفاده از کودک، سوءاستفاده از سالمند و بزرگسالان وابسته مطرح باشد، شرایط قانونی برای نقض

کردن محرمانه بودن وجود دارد. تمام متخصصان سلامت روان و آنترنها باید از وظیفه خود در قبال گزارش دادن چنین سوءاستفاده‌ای آگاه باشند. شرایط دیگری وجود دارند که حکم می‌کنند چه موقع درمانگر باید قانونی اطلاعات را گزارش دهند:

- زمانی که درمانگر معتقد باشد که درمان‌جو زیر ۱۶ سال قربانی زنا با محارم، تجاوز، سوءاستفاده از کودک یا خلاف دیگر شده است.
 - زمانی که درمانگر مشخص کند که درمان‌جو به بستری شدن نیاز دارد.
 - زمانی که اطلاعات در رابطه با دعوای حقوقی باشد.
 - زمانی که درمان‌جویان در خواست کنند که سوابق آن‌ها در اختیار خود آن‌ها یا شخص ثالث قرار گیرند.
- به‌طورکلی، درمانگر وظیفه دارد از افشاگریهای درمان‌جو به‌عنوان جزء مهمی از رابطه‌ی درمانی محافظت کند. زمانی که درمانگران به درمان‌جویان اطمینان می‌دهند که افشاگریهای آن‌ها در جلسات درمان محرمانه خواهند ماند، باید آن‌ها را از محدودیت‌های محرمانه بودن نیز آگاه سازند. این کار لزوماً از درمان یا مشاوره‌ی موفقیت‌آمیز نخواهد کاست.

۵- مسائل اخلاقی در دیدگاه چندفرهنگی

در این بخش خواهیم دید که اگر درمانگران به تفاوت‌های فرهنگی در کاربست درمان توجه نکنند، چگونه احتمال دارد که کاربست آن‌ها غیراخلاقی باشد.

۱-۵ آیا نظریه‌های موجود برای کار کردن با افراد فرهنگ‌های گوناگون مناسب هستند؟

در مورد تعدادی از نظریه‌های سنتی، فرض‌های مطرح شده درباره‌ی سلامت، رشد مطلوب انسان، ماهیت آسیب‌شناسی روانی و ماهیت درمان کارآمد ممکن است به برخی درمان‌جویان ارتباطی نداشته باشند. برای اینکه نظریه‌های سنتی به جامعه چندفرهنگی ربط داشته باشد، باید تعامل فرد در محیط را دربر گیرد؛ یعنی زمانی می‌توان افراد را خوب شناخت که متغیرهای برجسته فرهنگی و محیطی در نظر گرفته باشند.

۲-۵ آیا مشاوره فرهنگ بسته است؟

رویکرهای درمانی امروزی از فرهنگ اروپایی - آمریکایی سرچشمه گرفته‌اند و بر یک رشته ارزش‌های خاص استوار هستند. این یک افسانه است که تصور کنیم این رویکردها از لحاظ ارزشی بی طرف هستند و در مورد تمام انسان‌ها قابلیت کاربرد دارند. برای مثال، برخی از ارزش‌های نهفته در اغلب نظریه‌های مشاوره سنتی روی فردگرایی، وجود مجزای خود ((self، تفرّد به‌عنوان شالود پختگی و تصمیم‌گیری و مسئولیت با توسل بر فرد به جای گروه تأکید دارد.

خطری که وجود دارد این است که این ارزش‌های انتخاب فردی و خود مختاری به‌عنوان تنها ارزش‌های ((درست)) که قابلیت کاربرد همگانی دارند تحمیل شوند. در برخی فرهنگ‌ها، ارزش‌های مهم جمع‌گرا هستند. در این نقطه، مسئله این نیست که نظریه‌ها و فنون با موفقیت چندفرهنگی تناسب ندارند، بلکه به نظر من مسئله‌ی مهمتر، متخصصان بالینی بی مهارت و کاربرد نامناسب برخی از فنون است.

۳-۵ تأکید بر فرد و عوامل محیطی

درمانگرانی که طبق چارچوب چندفرهنگی عمل می‌کنند، فرضها و تمرکز خاصی نیز دارند که کاربست آن‌ها را هدایت می‌نمایند. آن‌ها افراد را در بستر خانواده و فرهنگ در نظر می‌گیرند و هدفشان تسهیل کردن عمل اجتماعی است که به جای اینکه فقط

آگاهی فرد را بالا ببرد، به تغییر در چارچوب جامعه‌ی درمان‌جو منجر خواهد شد. درمانگران چندفرهنگی و خانواده درمانگر معتقدند که کاربست درمان فقط زمانی مؤثر است که به جای سرزنش کردن درمان‌جو به خاطر شرایطش، مداخله‌ها طوری طراحی شده باشند که عوامل محیطی مشکل‌آفرین را تغییر دهند.

یک نظریه‌ی مشاوره کارآمد به عوامل اجتماعی و فرهنگی مشکلات فرد می‌پردازد. باین‌حال، در مورد کمک به درمان‌جویان در ارتباط با پاسخ آن‌ها به واقعیت‌های محیطی، نکته‌ای را باید متذکر شد. اگر مشاوران سعی کنند شرایط اجتماعی درمان‌جویی را که از بی‌عدالتی رنج می‌برد تغییر دهند، در این کار شکست می‌خورند.

مشاوران با استفاده از فنون درمان‌های سنتی می‌توانند به درمان‌جویان کمک کنند تا هنگام برخورد با موانع و چالش‌ها، آگاهی خود را از گزینه‌های خویش بالا ببرند. به‌طوری که رویکردهای فمینیستی، پست‌مدرن و سیستم‌های خانواده به درمان به ما آموخته‌اند، اگر بخواهیم تغییری صورت گیرد، باید روی فرد و عوامل اجتماعی تأکید کنیم. در واقع، دیدگاه فرد - در - محیط همین واقعیت تعاملی را متذکر می‌شود.

۶- مسائل اخلاقی در فرایند ارزیابی

برخی رویکرد‌ها روی نقش ارزیابی به‌عنوان پیش‌درآمد فرایند درمان تأکید زیادی می‌کنند. نظریه‌های دیگر - عمدتاً درمان‌های رابطه‌گرا و تجربی - تشخیص را به‌صورت چارچوب داوری بیرونی در نظر می‌گیرد که می‌تواند درمانگر را از شناختن دنیای شخصی و ذهنی درمان‌جو دور کند.

۱-۶ نقش تشخیص در مشاوره

تشخیص روانی عبارت است از بررسی و توجیه مشکلات درمان‌جو. تشخیص می‌تواند شامل این موارد باشد: توجیه علت مشکلات درمان‌جو، توجیهی برای اینکه چگونه این مشکلات به مرور زمان ایجاد شده‌اند، دسته‌بندی اختلالات، مشخص کردن روش درمان ترجیحی و برآوردی از احتمال برطرف شدن موفقیت‌آمیز این مشکلات.

هدف از تشخیص در مشاوره و روان‌درمانی، مشخص کردن آشوب‌ها در رفتار جاری و سبک زندگی درمان‌جوست. وقتی مشکلات به روشنی مشخص شدند، مشاور و درمان‌جو می‌توانند اهداف فرایند درمان را تعیین کنند و بعد برنامه‌ی درمان می‌تواند متناسب با نیازهای منحصربه‌فرد درمان‌جو طراحی شود.

تشخیص آخرین مقوله نیست، بلکه فرضیه مؤثری را فراهم می‌آورد که درمانگر را برای شناختن درمان‌جو هدایت می‌کند. جلسات درمان، سرنخهایی را به ماهیت مشکلات درمان‌جو در اختیار می‌گذارند؛ بنابراین، تشخیص با مصاحبه مقدماتی شروع می‌شود و در طول درمان ادامه می‌یابد.

((انجیل)) هدایت‌کننده‌ی درمانگران در انجام دادن ارزیابی‌های تشخیصی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر در متن، ویراست چهارم انجمن روان‌پزشکی آمریکا است که به DSM-IV-TR نیز معروف است.

برخی از متخصصان بالینی تشخیص را برای فرایند مشاوره ضروری می‌دانند، سایرین آن را غیر ضروری، زیان بخش، یا تبعیض آمیز علیه اقلیتهای قومی و زنان می‌پندارند. ایروین یالوم (۲۰۰۳) که روان‌پزشک است، براساس باور خودش که ((تشخیص اغلب در روان‌درمانی روزمره‌ی بیمارانی که چندان مختل نیستند نتیجه‌ی عکس می‌دهد)) توصیه می‌کند که درمانگران از تشخیص خوداری کنند (ص ۴). یالوم اظهار می‌دارد که تشخیص بینش را محدود می‌کند، توانایی درمانگر را در برقرار کردن رابطه با درمان‌جو به‌عنوان یک انسان کاهش می‌دهد و امکان دارد پیش‌گویی معطوف به مقصود به بار آورد.

درمانگران فمینیست معتقدند که کاربست‌های تشخیص سنتی اغلب سرکوبگر هستند و بر اساس برداشت مردان سفیدپوست غربی از سلامت روان و بیماری روانی استوارند. دیگاه فمینیستی و رویکردهای پست‌مدرن اعلام می‌دارند که این تشخیص‌ها بسترهای اجتماعی را نادیده می‌گیرند. درمانگران دارای گرایش فمینیستی، سازه نگر اجتماعی، راه‌حل‌مدار، یا قصه‌درمانی، بسیاری از تشخیص‌های DSM-IV-TR را به چالش می‌طلبند. باین‌حال، این درمانگران ارزیابی را انجام می‌دهند و از مشکلات و توانمندیهای درمان‌جو نتیجه‌گیری می‌کنند.

۲-۶ در نظر داشتن عوامل قومی و فرهنگی در ارزیابی و تشخیص

(DSM-IV-TR) در رابطه با ارزیابی درمان‌جویان دارای پیشینه‌های مختلف، روی اهمیت آگاه بودن از سوگیری غیرعمدی و هوشیار بودن نسبت به وجود الگوهای قومی و فرهنگی بارز که می‌توانند بر فرایند تشخیص تأثیر بگذارند تأکید می‌کند. اگر متغیرهای فرهنگی در نظر گرفته نشوند، امکان دارد برخی از درمان‌جویان مورد تشخیص‌های اشتباهی قرار بگیرند

۳-۶ شرحی بر ارزیابی و تشخیص

آیا برای پر کردن شکاف بین دیدگاه افراطی که اعلام می‌دارد تشخیص عنصر ضروری درمان است و دیدگاه افراطی که آن را عامل زیان بخشی می‌داند راهی وجود دارد؟ اغلب درمانگران و بسیاری از نویسندگان در این حوزه، ارزیابی و تشخیص را فرایند پیوسته‌ای می‌دانند که روی شناختن درمان‌جو تمرکز دارد.

دیدگاهی که درمان‌جو را شرکت‌کننده‌ی فعال در فرایند درمان می‌داند اعلام می‌دارد که درمانگر و درمان‌جو از جلسه‌ی اول تا آخر به فرایند جستجو و کشف می‌پردازند. با اینکه امکان دارد برخی از درمانگران از روش‌ها و واژگان رسمی تشخیص اجتناب کنند، اما تشخیص می‌تواند نوعی فرضیه‌سازی موقتی باشد. این دیدگاه درباره‌ی ارزیابی و تشخیص با اصول درمان فمینیستی هماهنگ است‌ه‌ی رویکردی که از روش‌های تشخیصی سنتی انتقاد می‌کند.

فرایند ارزیابی و تشخیص را نمی‌توان از درمان جدا کرد و به‌طور ایده‌آل، این فرایند به درمانگر کمک می‌کند مورد را درک کند. مسائل اخلاقی زمانی ایجاد می‌شوند که تشخیص منحصراً برای مقاصد بیمه انجام شده باشد که معمولاً تعیین دسته‌بندی تشخیصی را برای درمان‌جو ایجاب می‌کند. باین‌حال، درمانگران از لحاظ اخلاقی، قانونی و بالینی تعهد دارند که درمان‌جویان را از نظر مشکلاتی که زندگی آن‌ها را تهدید می‌کنند، مانند اختلالات عضوی، اسکیزوفرنی، اختلال دوقبطنی و انواع افسردگی خودکشی گرا بررسی کنند.

ارزیابی کامل شخص ضرورت دارد. این نوع ارزیابی ابعاد ذهن، بدن و حالت روحی را شامل می‌شود. دیدگاه زیستی می‌تواند به ارزیابی مؤثر کمک کند. درمانگران باید فرایندهای زیستی را به‌عنوان عوامل زیر بنایی احتمال نشانه‌های روان‌شناختی در نظر داشته باشند و باید به‌طور نزدیک با یک پزشک در تماس باشند. دیدگاه کل‌نگر نقش زمینه‌ی معنوی و مذهبی درمان‌جویان را نیز در شناختن مشکلات آن‌ها در بردارد. ارزش‌های درمان‌جویان می‌توانند منابع مهمی برای یافتن راه‌حل‌هایی جهت مشکلات باشند.

۷- روابط دوگانه و چندگانه در کاربست مشاوره

روابط دوگانه (یا چندگانه) خواه جنسی یا غیر جنسی، زمانی وجود دارد که مشاوران دو نقش (یا بیشتر) را به‌طور همزمان یا متوالی با یک درمان‌جو بر عهده می‌گیرند. نمونه‌هایی از روابط دوگانه غیرجنسی عبارتند از: ترکیب کردن نقش‌های معلم و درمانگر یا سرپرست و درمانگر؛ مبادله کردن کالا یا خدمات درمانی؛ قرض کردن پول از درمان‌جو؛ تامین کردن درمان برای دوست، کارمند یا یک خویشاوند؛ برقرار کردن روابط اجتماعی با درمان‌جو؛ پذیرفتن هدیه ای گران قیمت از درمان‌جو؛ وارد کردن یا کاسبی شدن با درمان‌جو. بدیهی است که درگیر شدن جنسی یا عاطفی با درمان‌جوی فعلی، غیراخلاقی، غیر حرفه‌ای و غیر قانونی است؛ درگیر شدن جنسی با درمان‌جویان سابق، نابخردانه و کلاً غیراخلاقی است.

چون روابط دوگانه‌ی غیر جنسی لزوماً پیچیده و چند بعدی هستند، برای حل کردن آن‌ها پاسخ قطعی و ساده ای وجود ندارد. ایفا کردن فقط یک نقش در مقام مشاور همیشه امکان‌پذیر نیست و همیشه‌ام مطلوب نیست.

اصول اخلاقی تجدید نظر شده‌ی انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۰۲) در رابطه با روابط چندگانه، رهنمودهای زیر را به درمانگران ارائه می‌دهد: رابطه چندگانه زمانی وجود دارد که روانشناس نقش حرفه‌ای با فردی دارد و (۱) به‌طور همزمان نقش دیگری با همان فرد دارد، (۲) به‌طور همزمان با کسی ارتباط دارد که او با فردی که روانشناس رابطه حرفه‌ای با وی دارد ارتباط تنگاتنگ یا رابطه معمولی دارد، یا (۳) قول می‌دهد در آینده با آن فرد یا فردی که رابطه نزدیک با او دارد، رابطه دیگری برقرار کند. روابط چندگانه ای که به طرز معقولی انتظار نمی‌رود صدمه وارد کنند یا خطر سوءاستفاده را دربرداشته باشند، غیر اخلاقی نیستند. اگر چنین روابطی متفکرانه و صادقانه برقرار شوند می‌توانند به حال درمان‌جویان سودمند باشند (لازاروس و زور، ۲۰۰۲).

۷-۱ دیدگاه‌هایی درباره‌ی روابط دوگانه و چندگانه

اکنون تقریباً تمام سازمانهای حرفه‌ای به درمانگران توصیه می‌کنند از برقراری روابط دوگانه و چندگانه خودداری کنند، زیرا در این روابط امکان سوءاستفاده از قدرت، بهره کشی از درمان‌جو و صدمه دیدن واقع نگری وجود دارد. باین‌حال، اصول اخلاقی اجتناب از تمام روابط دوگانه یا چندگانه را حکم نمی‌کنند. اصول اخلاقی جاری به جای اینکه حکم کنند که تمام روابط دوگانه و چندگانه ممنوع هستند، تأکید می‌ورزند که درمانگران نسبت به احتمال بهره‌کشی از درمان‌جویان و صدمه زدن به آن‌ها هوشیار باشند.

خیلی از نویسندگان اتفاق نظر دارند که روابط دوگانه و چندگانه در برخی موقعیتها اجتناب ناپذیرند و به نظر نمی‌رسد که ممنوعیت کلی، پاسخ معقولی باشد. چون مرزهای ثابت نیستند بلکه به مرور زمان دستخوش بازنگری می‌شوند، چالشی که درمانگران با آن مواجه هستند این است که بدانند چگونه نوسانات مرزی را کنترل کرد.

۲-۷ راههایی برای کم کردن مخاطرات روابط دوگانه و چندگانه: هریلی و گری (۱۹۹۷) رهنمودهای زیر را بیان کرده‌اند:

- در ابتدای رابطه‌ی درمانی، مرزهای سالم را تعیین کنید. از همان ابتدا تا انتهای فرایند درمان، رضایت آگاهانه ضرورت دارد. درمان‌جو را در بحث‌های جاری و فرایند تصمیم‌گیری دخالت دهید و بحث‌های خود را مستند کنید.
 - با درمانگران هم‌کار به‌عنوان راهی برای حفظ کردن واقع‌نگری مشورت کنید و مشکلات پیش‌بینی نشده را مشخص نمایید. بدانید که لازم نیست به تنهایی تصمیم بگیرید.
 - در صورتی که روابط دوگانه به‌صورت بالقوه مشکل ساز باشند، یا چنانچه خطر وارد شدن صدمه بالا باشد، همیشه عاقلانه است که تحت سرپرستی کار کنید. ماهیت این سرپرستی و هر اقدامی را که انجام می‌دهید در دفتر خود یادداشت کنید.
 - زیر نظر گرفتن خود در سرتاسر این فرایند بسیار اهمیت دارد. از خودتان بپرسید قرار است نیازهای چه کسی برآورده شوند و انگیزه خود را برای برقرار کردن رابطه دوگانه یا چندگانه بررسی کنید.
- یک را برای حل و فصل کردن مشکلات احتمالی روابط دوگانه غیر جنسی این است که خط مشی خودداری کامل از برقراری چنین روابطی را در پیش گیرید. را دیگر این است که با هر مشکلی هنگامی ایجاد شد برخورد کنید، از رضایت آگاهانه کاملاً استفاده کنید و در عین حال برای حل و فصل کردن چنین موقعیتی در صدد مشورت برآیید. این گزینه دوم چالشی حرفه‌ای برای زیر نظر داشتن خود است این یکی از شاخص‌های کارکشتگی است که فرد مایل باشد با این مسائل پیچیده‌ی اخلاقی در کاربست روزمره خود دست و پنجه نرم کند.

۸- خلاصه

اگر یک سؤال اساسی وجود داشته باشد که بتواند تمام موضوعات مطرح شده در این فصل را به یکدیگر متصل کند این سؤال است که: چه کسی حق دارد با دیگری مشاوره کند؟ این سؤال هسته‌ی اصلی تامل شما درباره‌ی مسائل اخلاقی و حرفه‌ای است. در ضمن، هر روز که درمان‌جویان را ملاقات می‌کنیم، این سؤال می‌تواند مبنای خودسنجی شما نیز باشد. همیشه از خودتان بپرسید ((چه چیزی باعث می‌شود که فکر کنم حق دارم دیگران بامن مشورت کنند؟)) ((به کسانی که بامن مشورت می‌کنند چه چیزی برای عرضه کردن دارم؟)) ((وقتی درمان‌جویانم را به انجام دادن کاری تشویق می‌کنم، آیا خودم نیز همان کار را در زندگی انجام می‌دهم؟)). اگر صادقانه به این سئوالها پاسخ دهید، احتمالاً دچار مشکل می‌شوید. امکان دارد گاهی احساس کنید که حق ندارید به دیگران مشاوره دهید، شاید به این علت که زندگب خود شما همیشه به شکلی نیست که دوست داشته باشید درمان‌جویان شما نیز همین نوع زندگی را داشته باشند.

بخش دوم

نظریه‌ها و فنون مشاوره

فصل چهارم

نظریه روان‌کاوی

۱-مقدمه

تعدادی از مفاهیم اساسی نظریه فروید هنوز بخشی از شالوده‌ای هستند که نظریه‌های دیگر بر اساس آن ساخته می‌شوند. درواقع اغلب نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی که در این کتاب مورد بحث قرار گرفته تحت تأثیر اصول و فنون روان‌کاوی قرار دارند. تعدادی از این رویکردهای درمانی مدل روان‌کاوی را گسترش دادند، رویکردهایی دیگر مفاهیم و روش‌های آن را تغییر دادند و برخی دیگر به‌عنوان واکنشی علیه آن پدیدار شدند.

سیستم روان‌کاوی فروید مدلی از رشد شخصیت و رویکردی به روان‌درمانی است. او به روان‌درمانی نگاهی تازه و افق‌های جدید بخشید، توجه را به عوامل روان‌پوشی که رفتار را با انگیزه می‌کند جلب کرد، روی نقش نا‌هشیار تأکید نموده و اولین روش‌های درمانی را برای شناختن و تغییر دادن ساختار شخصیت اساسی فرد به وجود آورد. نظریه فروید معیاری است که بسیاری از نظریه‌های دیگر در مقایسه با آن ارزیابی می‌شوند.

۲-مفاهیم مهم

۲-۱ برداشت از ماهیت انسان

برداشت فروید از ماهیت انسان اصولاً جبر‌گرایانه است. به عقیده او، نیروهای غیرمنطقی، انگیزش‌های ناهشیار و سایقه‌های زیستی و غریزی که از طریق مراحل روانی-جنسی در ۶ سال اول زندگی شکل می‌گیرند، رفتار ما را تعیین می‌کنند. غرایز در رویکرد فروید اهمیت زیادی دارند. گرچه ا. ابتدا اصطلاح لیبیدو را برای اشاره به انرژی جنسی به کار برد، ولی بعداً آن را گسترش داد تا کل انرژی غرایز زندگی را در بر گیرد. هدف این غرایز بقای فرد و نژاد انسان است؛ آن‌ها به سمت رشد و خلاقیت گرایش دارند. بنابر این، لیبیدو را باید منبع انگیزش دانست که انرژی جنسی را شامل می‌شود ولی از آن فراتر می‌رود. فروید تمام اعمال لذت بخش را

در مفهوم غرایز زندگی خویش گنجانند او هدف عمده‌ی زندگی را کسب لذت و دوری از درد می‌داند. فروید غرایز مرگ را نیز فرض کرده که سابق پرخاشگری را توجیه می‌کند. گاهی افراد از طریق پرخاشگری چالش اساسی نژاد انسان است. از فروید، سایقه‌های جنسی و پرخاشگری عوامل قدرتمندی هستند که تعیین می‌کنند چرا افراد به این صورت رفتار می‌نمایند.

۲-۲ ساختار شخصیت

طبق دیدگاه روان‌کاوی، شخصیت از سه سیستم تشکیل می‌شود: نهاد، خود، و فراخود. اینها نامهایی برای ساختارهای شخصیت هستند و نباید آنها را آدمک‌هایی تصور کرد که به‌طور جداگانه شخصیت را می‌گردانند؛ شخصیت فرد به‌صورت یک کل عمل می‌کند نه به شکل سه بخش جداگانه. نهاد عنصر زیستی، خود عنصر روان‌شناختی و فراخود عنصر اجتماعی است. دیدگاه فرویدی سنتی انسان‌ها را به‌صورت سیستم‌های انرژی در نظر می‌گیرد. پویشهای شخصیت از روش‌هایی تشکیل می‌شوند که انرژی روانی بین نهاد، خود و فراخود توزیع می‌شود چون مقدار انرژی محدود است، یک سیستم به قیمت دو سیستم دیگر، کنترل انرژی موجود را در اختیار می‌گیرد. رفتار توسط این انرژی روانی تعیین می‌شود.

۲-۲-۱ نهاد سیستم ابتدایی شخصیت است؛ هنگام تولد، شخص سراپا نهاده است. نهاد منبع اصلی انرژی روانی و جایگاه غرایز است. نهاد بی‌نظم و کور، پرتوقع و مصر است. نهاد به‌عنوان دیگ هیجان جوشان نمی‌تواند تنش را تحمل کرده و طوری عمل می‌کند که تنش را فوراً تخلیه کند و به وضعیت تعادل برگردد. نهاد که طبق اصل لذت عمل می‌کند، اصلی که هدف آن کاستن از تنش، اجتناب از درد و کسب لذت است، غیرمنطقی و غیراخلاقی است و برای ارضا کردن نیازهای غریزی برانگیخته می‌شود. نهاد هیچ وقت پخته نمی‌شود و به‌صورت توله‌ی لوس و نر شخصیت باقی می‌ماند. نهاد فکر نمی‌کند بلکه فقط می‌خواهد یا عمل می‌کند. نهاد عمدتاً ناهشیار یا خارج از آگاهی است.

۲-۲-۲ خود: خود با دنیای بیرونی تماس دارد. خود ((مجری)) حاکم بر شخصیت است، آن را کنترل و تنظیم می‌کند. خود به‌عنوان ((پلیس راهنمایی)) بین غرایز و محیط اطراف میانجی می‌شود، هوشیاری را کنترل می‌کند و سانسورچی است. خود طبق اصل واقعیت عمل می‌کند، تفکر منطقی را انجام می‌دهد و اعمال را برای ارضا کردن نیازها برنامه‌ریزی می‌کند، خود با نهاد چه ارتباطی دارد؟ خود به‌عنوان جایگاه هوش و خردمندی، تکانه‌های کوران‌ه نهاد را واری و کنترل می‌کند. درحالی که نهاد فقط واقعیت ذهنی را می‌داند، خود تصورات ذهنی را از واقعیت‌های دنیای بیرون متمایز می‌کند.

۲-۲-۳ فراخود: فراخود شاخه‌ی قضایی و تقاد شخصیت است و اصول اخلاقی فرد را دربردارد. مسئله‌ی اصلی آن این است که آیا عملی خوب است یا بد، درست است یا غلط. فراخود به جای واقعیت، بیانگر حالت آرمانی است و نه برای لذت بلکه برای کمال تلاش می‌کند. فراخود بیانگر ارزش‌ها و آرمانهای سنتی جامعه است که والدین آن‌ها را به کودکان انتقال داده‌اند. وظیفه آن جلوگیری از تکانه‌های نهاد، قانع کردن خود به جایگزین کردن اهداف اخلاقی به جای اهداف واقع بینانه و تلاش برای کمال است؛ بنابراین فراخود به‌عنوان ساختاری که معیارهای والدین و جامعه را درونی می‌کند، با پاداشها و تنبیه‌های روان‌شناختی ارتباط دارد. پاداشها، احساس‌های غرور و خوددوستی و تنبیه‌ها، احساس‌های گناه و حقارت هستند.

۲-۳ هشیاری و ناهشیار

شاید بزرگترین خدمت فروید مفاهیم ناهشیار و سطوح هشیاری باشند که برای آگاهی از رفتار و مشکلات شخصیت اهمیت زیادی دارند. ناهشیار رل نمی‌توان مستقیماً مورد بررسی قرار داد بلکه باید آن را از رفتار استنباط کرد. شواهد بالینی برای فرض کردن ناهشیار عبارتند از: (۱) رؤیاهای جلوه‌های نمادی نیازها، امیال و تعارض‌های ناهشیار هستند؛ (۲) لغزش‌های زبان و فرموشی، مثل فراموش کردن نامی آشنا؛ (۳) تلقین‌های پس هیپنوتیزمی؛ (۴) مطالبی که از فنون تداعی آزاد به دست می‌آیند؛ (۵) مطالبی که از فنون فرافکن حاصل می‌شوند؛ و (۶) محتوای نمادی نشانه‌های روان پریشی.

از نظر فروید، هشیاری لایه‌ی نازک کل ذهن است؛ مانند قسمت بزرگتر قطعه یخی که زیر سطح آب قرار دارد، قسمت بزرگتر ذهن زیر سطح آگاهی قرار دارد. ناهشیار تمام تجربیات، خاطرات و موضوعات سرکوب‌شده را ذخیره می‌کند. نیازها و انگیزه‌هایی که دست یافتنی نیستند - یعنی خارج از آگاهی هستند - نیز از حیطه کنترل هشیار خارج می‌باشند.

اغلب فعالیت‌های روان‌شناختی خارج از حیطه آگاهی صورت می‌گیرد؛ بنابراین هدف درمان روان‌کاوی، هشیار کردن انگیزه‌های ناهشیار است، فقط بعد از آن فرد می‌تواند تصمیم‌گیری کند. برای درک کردن ماهیت مدل روان‌کاوی رفتار، آگاهی از نقش هشیار اهمیت زیادی دارد.

علت تمام شکل‌های نشانه‌ها و رفتارهای روان رنجور، فرایند‌های ناهشیار هستند. طبق این دیدگاه، ((درمان)) بر پایه‌ی برملا کردن معنی نشانه‌ها، علت‌های رفتار و موضوعات سرکوب‌شده‌ای قرار دارد که در عملکرد سالم اختلال ایجاد می‌کنند. البته باید توجه داشت که آگاهی یا بینش عقلانی، نشانه‌ها را برطرف نمی‌کند. نیاز درمان‌جو به چسبیدن به الگوهای کهنه (تکرار) باید با بینش یابی نسبت به تحریف‌های انتقال مواجه شود.

۲-۴ اضطراب

مفهوم اضطراب برای رویکرد روان‌کاوی، ضروری است. اضطراب حالتی از تنش است که ما را برای انجام دادن کاری با انگیزه می‌کند. اضطراب از تعارض بین نهاد، خود و فراخود برسر کنترل کردن انرژی روانی موجود به وجود می‌آید و وظیفه آن هشدار دادن درباره‌ی خطر قریب الوقوع است.

سه نوع اضطراب وجود دارد: واقعی، روان رنجور و اخلاقی. اضطراب واقعی ترس از نظر ناشی از دنیای بیرونی است و سطح چنین اضطرابی با میزان خطر واقعی متناسب است. اضطراب‌های روان رنجور و اخلاقی توسط تهدیدهای وارده به ((تعامل قدرت)) درون فرد برانگیخته می‌شوند. این اضطراب‌ها به خود علامت می‌دهند که اگر تدابیر مناسب چاره‌اندیشی نشوند خطر ممکن است آن قدر افزایش یابد که خود را سرنگون کند.

اضطراب روان رنجور ترس از این است که مبدا غرایز از کنترل خارج شده و باعث شوند که فرد کاری انجام دهد و به خاطر آن تنبیه شود. اضطراب اخلاقی ترس از وجدان است. افرادی که وجدان رشد یافته‌ای دارند، وقتی کاری بر خلاف اصول اخلاقی خود انجام می‌دهند، احساس گناه می‌کنند. در صورتی که خود نتواند با روش‌های منطقی و مستقیم اضطراب را کنترل کند، به روش‌های غیر مستقیم متوسل می‌شود - یعنی، به رفتار دفاعی.

۵-۲ مکانیزمهای دفاعی خود

مکانیزمهای دفاعی خود به فرد کمک می‌کنند با اضطراب مقابله کند و از خُرد شدن خود جلوگیری می‌کنند. مکانیزمهای خود به جای اینکه بیمارگونه باشند، رفتارهای بهنجاری هستند که ارزش سازگاری دارند به شرط اینکه سبک زندگی ای نشوند که فرد را قادر سازد از رو برو شدن با واقعیت اجتناب کند. دفاعهایی که به کار گرفته می‌شوند به سطح رشد و میزان اضطراب فرد بستگی دارند. مکانیزم های دفاعی دو ویژگی مشترک دارند: (۱) واقعیت را انکار یا تحریف می‌کنند و (۲) در سطح ناهشیار عمل می‌کنند. خلاصه از چند دفاع رایج خود در اینجا ارایه می‌شوند:

۵-۱-۲ * سرکوبی: سرکوبی یکی از مهم‌ترین فرایندهای فرویدی است و مبنای تعدادی از دفاعهای دیگر خود و اختلالهای روان رنجور است. افکار و احساس‌های تحدید کننده یا عذاب آور از طریق همین دفاع اجازه ورود به آگاهی را نمی‌یابند. فروید سرکوبی را راندن بی اراده‌ی چیزی از هشیاری تعریف کرد. فرض شده که اغلب رویدادهای عذاب آور ۵ یا ۶ سال اول زندگی مدفون شده‌اند و باین‌حال بر رفتار بعدی تأثیر دارند.

۵-۲-۲ * انکار: انکار نقش دفاعی مشابه با نقش سرکوبی را بازی کرده ولی عموماً در سطح نیمه هشیار و هشیار عمل می‌کند. انکار واقعیت شاید ساده ترین مکانیزم دفاعی خود باشد. انکار روشی برای تحریف کردن چیزی است که فرد فکر می‌کند، احساس می‌کند، یا تصور می‌کند موقعیت آسیب‌زایی باشد. این مکانیزم با ((بستن چشمان فرد)) به روی وجود واقعیت تهدید کننده، علیه اضطراب دفاع می‌کند.

۵-۳-۲ * واکنش وارونه: یک نوع دفاع علیه تکانه‌ی تهدید کننده، نشان دادن فعالانه‌ی تکانه مخالف است. افراد با پرورش دادن نگرشها و رفتارهای هشیاری که به نحو چشمگیری با امیال ناراحت کننده مغایر هستند، مجبور نیستند با اضطرابی روبرو شوند که اگر این جنبه‌ها را در خودشان تشخیص می‌دادند می‌توانست ایجاد شود. امکان دارد افراد با ظاهرسازی عشق و نفرت را پنهان کنند، وقتی که واکنش‌های منفی را در سر دارند شدیداً با محبت شوند، یا با مهربانی افراطی ستم را مخفی کنند.

۵-۴-۲ * فرافکنی: مکانیزم دیگر خود فریبی عبارت است از نسبت دادن امیال و تکانه‌های غیر قابل قبول به دیگران. تکانه‌های شهوت انگیز، پرخاشگرانه و موارد دیگر به گونه ای انگاشته می‌شوند که دیگران، نه خود فرد از آن‌ها برخوردار است.

۵-۵-۲ * جابجایی: یک راه برای مقابله کردن با اضطراب، تخلیه کردن تکانه‌ها به وسیله‌ی جابجا کردن آن‌ها از موضوع تهدید کننده به ((هدف امن تر)) است. جابجایی عبارت است از هدایت کردن انرژی به سمت شیئی یا فردی دیگر به هنگامی که شیئی یا هدف اصلی دست یافتنی نباشد. برای مثال، مرد ترسویی که توسط رئیس خود مرعوب شده است به خانه می‌آید و خصوصیت نامناسبی را بر سر فرزندانش خالی می‌کند.

۵-۶-۲ * دلیل تراشی: برخی افراد دلایل (خوبی) می‌تراشند تا خود جریحه دار شده را قانع کنند. دلیل تراشی به توجیه کردن رفتارهای خاصی کمک نموده و ضربه‌ی مرتبط با ناامیدی را ملایم می‌کند. وقتی افراد پستهای راکه برای شغل خود تقاضا کرده‌اند به دست نمی‌آورند، به دلایل منطقی ای برای موفق نشدن خود فکر می‌کنند و گاهی خود را متقاعد می‌سازند که آن‌ها واقعاً چنین پستی را نمی‌خواستند.

۷-۵-۲ * والایش: طبق دیدگاه فروید، والایش عبارت است از منحرف کردن انرژی جنسی یا پرخاشگری به مجراهای دیگری که معمولاً جامعه پسند و حتی گاهی تحسین برانگیز هستند. برای مثال، تکانه های پرخاشگری را می توان به فعالیت های ورزشی هدایت کرد به طوری که فرد راهی را برای ابراز کردن احساسهای پرخاشگرانه پیدا می کند و به خاطر این کار تحسین هم می شود.

۸-۵-۲ * واپس روی: واپس روی عبارت است از برگشت به مرحله قبلی رشد به دورانی که توقعات کمتری وجود داشتن. افراد در صورت مواجه شدن با استرس و چالشی شدید ممکن است با چسبیدن به رفتارهای ناپخته و نامناسب، با اضطراب مقابله کنند. برای مثال، کودکانی که در مدرسه می ترسند ممکن است به رفتارهای بچگانه نظیر گریه کردن، وابستگی شدید، مکیدن شست، مخفی شدن، یا چسبیدن به معلم روی بیاورند.

۹-۵-۲ * درون فکنی: مکانیزم درون فکنی عبارت است از فرودادن و ((بلعیدن)) ارزش ها و معیار های دیگران. برای مثال در اردوگاه اسرا، برخی از زندانیان با پذیرفتن ارزش های دشمن از طریق همانندسازی با مهاجم، با اضطراب طاقت فرسا مقابله می کنند. باید اشاره شود که شکل های مثبت درون فکنی هم وجود دارد، نظیر جذب کردن ارزش های والدین یا ویژگی ها و ارزش های درمانگر (به فرض اینکه این ارزش ها به صورت بی چون و چرا پذیرفته نشده باشند).

۱۰-۵-۲ * همانندسازی: گرچه همانندسازی بخشی از فرایند رشد است که کودکان به وسیله ی آن رفتارهای نقش جنسی را یاد می گیرند، اما می توانند نوعی واکنش دفاعی نیز باشد. همانندسازی می تواند احساس ارزشمندی را افزایش داده و از فرد در برابر احساس شکست خوردن محافظت کند؛ بنابراین افرادی که اصولاً احساس حقارت می کنند ممکن است با هدف ها، سازمانها یا افراد موفق همانندسازی کند به امید اینکه آدم ارزشمندی برداشت شوند.

۱۱-۵-۲ * جبران: جبران عبارت است از مخفی کردن ضعف های درک شده یا پرورش دادن صفات مثبت برای جبران کردن ضعف ها. این مکانیزم می تواند ارزش سازگاری مستقیم داشته باشد و همچنین می تواند تلاشی باشد برای اینکه فرد بگوید ((مرا درحالتی که حقیر هستم نبین، بلکه مکر درحالی که دستاوردهایی کسب کرده ام ببین)).

۶-۲ رشد شخصیت

۱-۶-۲ اهمیت رشد اولیه

یکی از خدمات ارزنده ی مدل روان کاوی، توصیف مراحل رشد روانی- اجتماعی و روانی - جنسی از تولد تا بزرگسالی است. ایت توصیف ابزار های مفهومی را در اختیار مشاور قرار می دهد تا به کمک آن ها از تکلیف مهم مربوط به رشد در مراحل گوناگون زندگی آگاه شود. (کری) بیان می دارد که من پی برده ام که مشکلاتی که افراد معمولاً به جلسات مشاوره می آوردند بر سه موضوع استوار هستند: (۱) ناتوانی در اعتماد کردن به خود و دیگران، ترس از دوست داشتن و برقرار کردن روابط صمیمانه و عزت نفس پایین؛ (۲) ناتوانی در تشخیص دادن و ابراز کردن خشم، انکار قدرت خویش به عنوان انسان و فقدان درک خودمختاری؛ (۳) ناتوانی در پذیرفتن کامل مسائل جنسی و احساسهای جنسی و مشکل پذیرفتن خویش به عنوان مرد یا زن.

طبق دیدگاه روان کاوی فروید، این سه زمینه ی رشد شخصی و اجتماعی (عشق و نفرت، حل کردن احساسهای منفی و پذیرفتن مسائل جنسی) در ۶ سال اول زندگی ریشه دارند. این دوره شالوده ای است که رشد بعدی شخصیت بر آن استوار می باشد.

۲-۶-۲ دیدگاه روانی - اجتماعی اریکسون

اریک اریکسون (۱۹۶۳) با تأکید بر جنبه‌های روانی - اجتماعی رشد فراتر از اوال کودکی، به عقاید فروید تکیه کرد و نظریه‌ی وی را گسترش داد. نظریه‌ی رشد او اعلام می‌دارد که رشد روانی - جنسی و رشد روانی - اجتماعی باهم صورت می‌گیرند و ما در هر مرحله از زندگی با تکلیف برقرار کردن تعادل بین خود و محیط اجتماعی مان روبرو هستیم. او رشد را برحسب کل عمر توصیف می‌کند و آن را به بحرانهای خاصی که باید حل شوند، تقسیم می‌کند.

به عقیده اریکسون، بحران با نقطه عطف در زندگی برابر است، یعنی زمانی که ما توانایی پیش روی یا پس روی را داریم. ما در این نقاط عطف می‌توانیم تعارضهای خود را حل کنیم یا در تسلط یافتن بر تکلیف رشد شکست بخوریم. زندگی ما به مقدار زیاد حاصل انتخابهایی است که در هریک از این مراحل می‌کنیم.

اریکسون اغلب معتقد است که تأکید بر عوامل اجتماعی را به روان‌کاوی امروزی انتقال داده است. روان‌کاوی کلاسیک بر روانشناسی نهاد استوار است و اعلام می‌دارد که غرایز و تعارضهای درون روانی عوامل اصلی در شکل دادن رشد شخصیت هستند (هم بهنجار هم نابهنجار).

تفکر روان‌کاوی امروزی بر روانشناسی خود استوار است که نقش تعارضهای درون روانی را انکار نمی‌کند ولی بر تلاش خود برای تسلط و شایستگی در طول عمر انسان تأکید می‌ورزد. روانشناسی خود به مراحل رشد اولیه و بعدی می‌پردازد، زیرا فرض بر این است که مشکلات جاری را نمی‌توان صرفاً به تکرار تعارضهای ناهشیار ناشی از اوایل کودکی تنزل داد.

مراحل نوجوانی، میانسالی و پیری بحرانهای خاصی را در بر دارند که باید مورد بررسی قرار گیرند. همان گونه که گذشته‌ی فرد برحسب آینده معنی دارد، در رشد پیوستگی وجود دارد که به وسیله‌ی مراحل رشد انعکاس می‌یابد؛ هر مرحله با مراحل دیگر ربط دارد. اریکسون معتقد بود که فروید به قدر کافی پیش نرفت که جای کاه خود (ego) را در رشد توضیح دهد و به عوامل تأثیرگذار اجتماعی در طول عمر به قدر کافی توجه نکرد.

مقایسه مراحل روانی - جنسی فروید با مراحل روانی - اجتماعی اریکسون

دوره زندگی	فروید	اریکسون
سال اول زندگی	مرحله دهانی	طغولیت: اعتماد در برابر بی‌اعتمادی
	مکدن پستان مادر نیاز به غذا و لذت را ارضا می‌کند. طفل نیاز دارد که از او حمایت شود یا ممکن است احساسهای بعدی حرص و طمع یا زیاده‌طلبی ایجاد شوند. تشنه‌ی دهانی از محرومیت ارضای دهان در طغولیت ناشی می‌شوند. مشکلات بعدی شخصیت می‌توانند بی‌اعتمادی به دیگران، رد کردن محبت دیگران و ترس از بی‌وفایی کردن روابط صمیمانه و ناتوانی در انجام آن باشند.	اگر افراد مبهم نیازهای جسمانی و عاطفی اساسی را تأمین کنند، طفل احساس اعتماد را پرورش می‌دهد. اگر نیازهای اساسی برآورده نشوند، نگرش بی‌اعتمادی نسبت به دنیا مخصوصاً نسبت به روابط میان‌فردی به بار می‌آید.

دوره زندگی	فروید	اریکسون
۱ تا ۳ سالگی	مرحله مقعدی	اوایل کودکی: خودمختاری در برابر شرم و تردید این زمان پرورش دادن خودمختاری با استقلال است. کشمکش اساسی بین احساس متکی بودن به خود و احساس تردید داشتن نسبت به خود است. کودک نیاز دارد کاوش و آزمایش کند، اشتباهاتی بکند، و محدودیتها را امتحان نماید. اگر والدین وابستگی را تقویت کنند، جلوی خودمختاری کودک و توانایی پرداختن موفقیت آمیز با دنیا گرفته می شود.
۳ تا ۶ سالگی	مرحله آلتی	سن پیش دبستانی: ابتکار در برابر احساس گناه تکلیف اساسی رسیدن به احساس شایستگی و ابتکار است. اگر آزادی انتخاب کردن فعالیتهایی که از لحاظ شخصی معنی دار هستند به کودکان داده شود، نگرش مثبتی را نسبت به خود پرورش می دهند. اگر به آنها اجازه داده نشود خودشان تصمیم بگیرند، به خاطر اینکه ابتکار عمل را در دست گرفته اند احساس گناه می کنند. از آن پس آنها از پذیرفتن موضع فعال امتناع می کنند و اجازه می دهند دیگران برای آنها تصمیم بگیرند.
۶ تا ۱۲ سالگی	مرحله نهفتگی	سن مدرسه: سخت کوشی در برابر احساس حقارت کودک نیاز دارد دنیا را بیشتر درک کند، به رشد هویت نقش جنسی ادامه می دهد، و مهارتهای لازم را برای موفقیت تحصیلی یاد می گیرد. تکلیف اساسی کسب احساس سخت کوشی است که به تعیین کردن اهداف و رسیدن به آنها اشاره دارد. ناتوانی در انجام این کار به احساس بی کفایتی منجر می شود.
		بعد از آشوب نکانه های جنسی سالهای قبل، این دوره نسبتاً آرام است. تمایلات در مدرسه، هم بازیها، ورزشها، و فعالیت های دیگر جایگزین تمایلات جنسی می شوند. این زمان جامعه پذیری است به طوری که کودک به دیگران روی می آورد و با آنها رابطه برقرار می کند.

دوره زندگی	فرزید	اریکسون
۱۲ تا ۱۸ سالگی	مرحله تناسلی	نوجوانی: هویت در برابر سردرگمی نقش این زمان انتقال از کودکی به بزرگسالی است. زمان آزمایش کردن محدودیتها، قطع کردن پیوندهای وابستگی، و تشکیل دادن هویت تازه، تعارضهای عمده بر روشن کردن هویت خویش، اهداف زندگی، و معنای زندگی متمرکز هستند. ناتوانی در رسیدن به درک هویت به سردرگمی نقش می انجامد.
۱۸ تا ۳۵ سالگی	مرحله تناسلی ادامه می یابد	جوانی: صمیمیت در برابر انزوا تکلیف رشد در این زمان تشکیل دادن روابط صمیمانه است. ناتوانی در رسیدن به صمیمیت می تواند به بیگانگی و انزوا منجر شود.
۳۵ تا ۶۰ سالگی	مرحله تناسلی ادامه می یابد	میانسالی: زایندهگی در برابر رکود نیاز به فواید رفتن از خود و خانواده و کمک کردن به نسل بعدی احساس می شود. این زمان سازگار شدن با <u>اختلاف بین رؤیای فرد و دستاوردهای واقعی</u> اولیت. ناتوانی در دستیابی به احساس زایندهگی اغلب به رکود روانی منجر می شود.
۶۰ سالگی به بعد	مرحله تناسلی ادامه می یابد	اواخر زندگی: انسجام در برابر ناامیدی اگر فرد به زندگی گذشته خود بالندگی پشیمانی نگاه کند و احساس ارزشمندی کند، در این صورت انسجام خود حاصل می شود. ناتوانی در کسب انسجام خود می تواند به احساس ناامیدی و رد کردن خویش بیانجامد.

۳-۶-۲ اشاراتی برای مشاوره

مشاوران با اختیار کردن دیدگاه ترکیب روانی - جنسی و روانی - اجتماعی، چارچوب فکری مفیدی در اختیار دارند که می‌توانند از آن برای آگاهی یافتن از مسائل مربوط به رشد به‌صورتی که در درمان ظاهر می‌شوند استفاده کنند. نیازهای اساسی و تکالیف مربوط به رشد، همراه با چالش‌هایی که در هر مرحله‌ی زندگی وجود دارند، مدلی را برای آگاهی یافتن از برخی تعارضهایی که درمان‌جویان در جلسات درمان کاوش می‌کنند، فراهم می‌آورند.

مهم‌ترین امتیاز نظریه روانی - اجتماعی اینست اعلام می‌دارد انسان‌ها موجودات زیستی، روانشناختی و اجتماعی هستند و ترکیب تعاملی این نیروهای درونی و بیرونی، رفتار را شکل می‌دهد (هاماچک، ۱۹۸۸). این رویکرد اهمیت عوامل کودکی و نوجوانی را که در مراحل بعدی رشد مهم هستند بالا برده و در عین حال اعلام می‌دارد که مراحل بعدی نیز بحرانهای مهم خود را دارند.

۳-فرایند درمان

۳-۱ اهداف درمان

دو هدف درمان روان‌کاوی فروید عبارتند از: هشیار کردن ناهشیار و تقویت کردن خود (ego) به‌صورتی که رفتار بیشتر بر پایه واقعیت و کمتر بر مبنای تمایلات غریزی یا احساس گناه غیرمنطقی استوار باشد. باور بر این است چه روان‌کاوی موفقیت‌آمیز، تغییر مهمی در شخصیت و ساختار منش فرد به بار می‌آورد.

از روش‌های درمان برای بیرون کشیدن مواد ناهشیار استفاده می‌شود. بعداً تجربیات کودکی بازسازی می‌شوند، مورد بحث قرار می‌گیرند و تعبیر و تحلیل می‌شوند. معلوم می‌شود که این فرایند به حل کردن مشکلات و یادگیری رفتارهای تازه محدود نمی‌شود بلکه گذشته فرد کاوش عمیق می‌شود تا سطحی از خودشناسی که برای تغییر در منش ضرورت دارد ایجاد شود. درمان تحلیلی به سمت بینش یافتن گرایش دارد ولی نه فقط آگاهی یافتن عقلانی؛ ضرورت دارد که احساس‌ها و خاطرات مربوط به این خودشناسی نیز تجربه شوند.

۳-۲ وظیفه و نقش درمانگر

روانکاوان کلاسیک معمولاً موضع خنثی می‌گیرند که گاهی رویکر ((صفحه سفید)) نامیده می‌شود. آن‌ها خیلی کم خود افشاگری کرده و برای پروراندن رابطه انتقالی حالت خنثی را حفظ می‌کنند تا درمان‌جویان به آن‌ها فرافکنی کنند. اگر درمانگران از خود کمتر حرف بزنند و به ندرت واکنش‌های خود را درمیان بگذارند، هر احساسی که درمان‌جو نسبت به آن‌ها داشته باشد عمده‌تاً حاصل احساس‌های مربوط به آدم‌های مهم دیگر در گذشته است. این فرافکنی که ریشه در موقعیت‌های ناتمام و سرکوب‌شده دارند، ((گندم برای آسیاب)) به حساب می‌آیند و تحلیل آن‌ها اهمیت زیادی برای درمان دارد.

یکی از وظایف اساسی روان‌کاوی این است که به درمان‌جویان کمک شود تا آزادی عشق ورزیدن، کار کردن و بازی کردن را کسب کنند. وظایف دیگر عبارتند از: کمک به درمان‌جویان در رسیدن به خودآگاهی، صداقت و روابط شخصی مفیدتر؛ پرداختن به اضطراب به‌صورت واقع‌بینانه‌تر؛ کسب کردن کنترل و رفتار تکنانشی و غیرمنطقی.

روان‌کاو ابتدا باید رابطه موثری با درمان‌جو برقرار کند و بعد مقدار زیادی گوش کند و تعبیر نماید. به مقاومت‌های درمان‌جو توجه خاصی می‌شود. روان‌کاو گوش می‌دهد، اطلاعات کسب می‌کند و تصمیم می‌گیرد چه موقعی تعبیرهای مناسب کند.

وظیفه‌ی اصلی تعبیر، شتاب بخشیدن به فرایند پرده برداشتن از مواد ناهشیار است. روان‌کاو به شکافها و تناقضها در ماجرای درمان‌جو توجه می‌کند، معنی رویاهای باز گو شده و تداعیهای آزاد را استنباط می‌کند و در مورد نشانه‌های مربوط به احساسهای درمان‌جو نسبت به خودش (روان‌کاو) حساس می‌ماند.

سازمان دادن این فرایندهای درمان در قالب آگاهی یافتن از ساختار شخصیت و پویای روانی، روان‌کاو را قادر می‌سازد ماهیت مشکلات درمان‌جو را بیان کند. یک از وظایف اصلی روان‌کاو این است که معنی این فرایندها را به درمان‌جویان بیاموزد؛ به‌طوری که آنها بتوانند از مشکلات خود آگاه شوند، آگاهی خود را از روش‌های تغییر کردن بالا ببرند و بنابر این کنترل بیشتری بر زندگی خویش کسب کنند.

فرایند درمان روان‌کاو تا اندازه‌ای شبیه به چیدن قطعه‌های معما در کنار هم است. اینکه آیا درمان‌جویان تغییر کنند یا نه، بیشتر به آمادگی آنها برای تغییر کردن و کمتر به دقت تعبیرهای درمانگر بستگی دارد. اگر درمانگر به درمان‌جو فشار بیاورد خیلی سریع پیش برود یا تعبیرهای بی‌موقع بکند، احتمالاً درمان نتیجه عکس خواهد داشت.

۳-۳ تجربه درمان‌جو در درمان

درمان‌جویانی که به روان‌کاو سنتی علاقمند هستند باید تمایل داشته باشند. که خود را نسبت به فرایندی عمیق و بلند مدت متعهد سازند. آنها بعد از چند جلسه‌ی رو در رو با روان‌کار، روی تخته دراز کشیده و تداعی آزاد می‌کنند؛ یعنی، آنها هرچه به ذهن می‌آید را بدون سانسور بیان می‌کنند. این فرایند تداعی آزاد به ((قاعده‌ی اساسی)) معروف است. درمان‌جویان احساسها، تجربیات، ارتباطها، خاطرات و خیال‌بافی‌های خود را برای روان‌کاو شرح می‌دهند. دراز کشیدن روی تخت، به تفکر عمیق و سانسور نشده کمک می‌کند و محرکهایی را ممکن است در دستیابی به تعارض‌های درونی اختلال ایجاد کنند کاهش می‌دهد. در ضمن، دراز کشیدن روی تخت، توانایی درمان‌جویان را در تشخیص دادن واکنش‌های روان‌کاو از صورت وی کاهش داده و بنابراین به فراق‌کنی‌هایی که مشخصه‌ی انتقالی وایس گرایانه است کمک می‌کند. در عین حال، روان‌کاو از کنترل کردن دقیق نشانه‌های صورت رها می‌شود.

درمان‌جویان در درمان روان‌کاو به درمانگر تعهد می‌دهند که روش‌های فرایند درمان عمیق را ادامه دهند و آنها را رها نکنند. آنها قبول می‌کنند که صحبت کنند، زیرا مطالب کلامی آنها محور درمان روان‌کاو را تشکیل می‌دهد. معمولاً از آنها درخواست می‌شود که در طوی مدت روان‌کاو، سبک زندگی خود را تغییر اساسی ندهند (اینکه طلاق نگیرند یا شغل خود را ترک نکنند).

درمان‌جویان روان‌کاو، زمانی برای خاتمه دادن به جلسات درمان آماده می‌شوند که آنها و روان‌کاو متقابلاً توافق داشته باشند که نشانه‌ها و تعامل و تعارض‌هایی را که حل شدنی بودند حل کرده‌اند، مشکلات هیجانی باقیمانده را روشن کرده و آنها را پذیرفته‌اند، از منشاء تاریخی مشکلات خود آگاه شده‌اند و می‌توانند آگاهی از مشکلات گذشته را در روابط موجود خود ادغام کنند.

روانکاوی موفقیت آمیز به سئوالهای ((چرا)) ی درمان جو در رابطه با زندگی وی پاسخ می دهد. درمان جویانی که به طور موفقیت آمیزی از درمان روانکاوی خارج می شوند می گویند به چیز هایی نظیر آگاهی از نشانه ها و وظایفی که این نشانه ها برعهده داشتند دست یافته، آگاه شده اند که چگونه محیط بر آن ها تأثیر می گذارد و چگونه آن ها بر محیط تأثیر می گذارند و حالت دفاعی خود را کاهش داده اند (سارتسکی، ۱۹۷۸).

۴-۳ رابطه ی بین درمانگر و درمان جو

رابطه ی درمان جو و روانکاو در فرایند انتقال متصور شده است که محور رویکرد روانکاوی است. در جریان انتقال، درمان جو به صورت ناهشیار، احساس ها و خیالبافی هایی را که به افراد مهم در گذشته ی وی بوده اند به روانکاو جابجا می کند. انتقال به درمان جویان امکان می دهد تا ((کار ناتمامی)) را از این روابط گذشته درک و حل کنند. وقتی درمان پیش می رود، احساس ها و تعارضهای کودکی از اعماق ناهشیار به سطح می آیند.

درمان جویان واپس روی هیجانی می کنند. برخی از احساسهای آن ها از این تعارض ها ناشی می شوند، نظیر اعتماد در برابر بی اعتماد، عشق در برابر نفرت، وابستگی در برابر استقلال و خودمختاری در برابر احساس شرم و گناه. انتقال زمانی صورت می گیرد که درمان جویان تعارضهای شدید مربوط به عشق، تمایل جنسی، خصومت و رنجش سالهای اولیه را دوباره زنده کنند؛ آن ها را به زمان حال بیاورند؛ دوباره تجربه کنند؛ و به روانکاو نسبت دهند.

برای مثال، امکان دارد که درمان جویان احساسهای حل نشده نسبت به پدرسخت گیر و ناخوشایند را به روانکاو انتقال دهند که از نظر آن ها، سخت گیر و ناخوشایند می شود. احساسهای خشم آلود حاصل انتقال منفی هستند ولی ممکن است درمان جویان انتقال مثبت نیز داشته باشند و مثلاً عاشق روانکاو شدن، مایل باشند به فرزندی پذیرفته شوند، وبه شیوه های دیگری به دنبال محبت، پذیرش و تایید درمانگر قدرتمند باشند. خلاصه اینکه روانکاو جانشین برای افراد مهم در زندگی درمان جو می شود.

اگر درمان موجب تغییر شود، باید درمورد رابطه ی انتقالی، بینش کسب شود. فرایند کسب بینش عبارت است از کاوش مواد و دفاع های نا هشیار که اغلب آن ها از اوایل کودکی سرچشمه می گیرند. کسب بینش با تعبیر های مکرر و کاوش کردن حالت های مقاومت حاصل می شود و به حل شدن الگوهای قدیمی می انجامد و درمان جویان امکان می دهد تا تصمیمات تازه بگیرند. در جریان کسب بینش، مرتباً به قبل، اطلاعات خام جلسات درمان برگشت می شود تا از تجزیه ی زمان حال آگاهی تازه ای به دست آید. درمان کارآمد ایجاب می کند که درمان جو در زمان حال رابطه ای را با روانکاو برقرار نماید که تجربه ی اصلاح کننده باشد.

فرض شده که درمان جویان برای اینکه از لحاظ روان شناختی مستقل شوند نه تنها باید از مواد ناهشیار خود آگاه شوند بلکه باید از رفتاری که توسط تلاش های بچگانه برانگیخته می شود، مانند نیاز و محبت و پذیرش کامل از جانب شخصیت هایی که مظهر پدر یا مادر هستند، خلاص شوند. اگر نسبت به این مرحله از رابطه ی درمانی بینش کافی کسب نشود، درمان جویان صرفاً تمایلات بچگانه ی خود به محبا و پذیرش را به شخصیت های دیگری که قدرتمند می انگارند منتقل می کنند.

صرف نظر از مدت درمان روانکاوی، آثار نیاز ها و آسیب های کودکی ما هرگز به طول کامل پاک نمی شوند؛ بنابراین، حتی اگر نسبت به جنبه هایی از انتقال به درمانگر بینش کسب شود، امکان دارد تعارضهای بچگانه ما به طور کامل حل نشوند.

اشتباه است اگر تصور کنیم تمام احساس‌هایی که درمان‌جویان نسبت به درمانگر دارند جلوه‌هایی از انتقال هستند. تعدادی از این واکنش‌ها می‌توانند مبنای واقعی داشته و شاید احساس‌های درمان‌جویان به شیوه‌ی زمان حالی که درمانگر ارایه می‌دهد، تمایل داشته باشد. هر پاسخ مثبتی (مانند دوست داشتن درمانگر) را نباید ((انتقال مثبت)) نامید. برعکس، احساس خشم درمان‌جو نسبت به درمانگر ممکن است به خاطر رفتار درمانگر باشد. اشتباه است اگر تمام واکنش‌های منفی را علامت ((انتقال منفی)) بدانیم. رابطه درمانی عمیق، برخی از تعارضهای ناهشیار درمانگران را برانگیخته می‌کنند این پدیده که به انتقال متقابل معروف است، زمانی روی می‌دهد که عاطفه‌ی نامناسبی وجود داشته باشد وقتی که درمانگر به شیوه‌های نامناسبی پاسخ دهند، یا زمانی که واقع‌نگری خود را به خاطر اینکه تعارضهای خودشان برانگیخته شده‌اند از دست بدهند. انتقال متقابل همچنین به واکنشهایی اشاره دارد که درمانگران به درمان‌جویان خود نشان می‌دهند که ممکن است در واقع نگرانی‌ها اختلال ایجاد کند. مثال اینکه، انتظار درمانگر به دریافت محبت از درمان‌جو.

همه‌ی واکنش‌های انتقالی متقابل را نباید برای پیشرفت درمان زیان بخش دانست. سیرلس (۱۹۷۹) از چند نتیجه‌ی مثبت انتقال متقابل خبر می‌دهد. تعداد فزاینده‌ای از روانکاوان معتقدند که واکنش‌های انتقال متقابل می‌توانند روش‌های مهمی را برای آگاه شدن از دنیای درمان‌جو در اختیار بگذارند.

مدل ارتباطی روانکاو، انتقال را فرایند تعاملی بین درمان‌جو و درمانگر می‌داند. در این مدل، روانکاو به جای اینکه از انتقال متقابل اجتناب کنند می‌توانند با توجه کردن به واکنش‌های خود به بیمار، اطلاعات زیادی از ساختار شخصیت وی کسب کنند (میچل، ۱۹۸۸). برای مثال روانکاو که به انتقال متقابل تندخویی توجه دارد ممکن است درباره‌ی حالت پر توقع بودن درمان‌جو اطلاعاتی کسب کند. در این حالت، اگر انتقال متقابل در روانکاو کاوش شود، می‌توان آنرا بالقوه مفید دانست. اگر انتقال متقابل را به این صورت مثبت در نظر بگیریم می‌تواند روش مفیدی برای کمک کردن به درمان‌جو باشد.

چیزی که خیلی اهمیت دارد این است که درمانگران باید واقع‌نگر باشند و در صورت روبرو شدن با خشم، عشق، چاپلوسی، انتقاد و احساسهای شدید دیگری که درمان‌جویان نشان می‌دهند، به‌صورت غیرمنطقی و شخصی واکنش نشان ندهند. باید روشن باشد که رابطه‌ی درمان‌جو - درمانگر در درمان روانکاو اهمیت زیادی دارد. درمان‌جویان در نتیجه‌ی این رابطه، مخصوصاً در کسب بینش از موقعیت انتقال، از پویسهای روانی ناهشیار خود آگاه می‌شوند. آگاهی از مواد سرکوب‌شده، مبنای فرایند رشد تحلیلی است. درمان‌جویان می‌توانند از رابطه‌ی تجربیات گذشته‌ی خود با رفتار فعلی خویش آگاه شوند. رویکرد روانکاو فرض می‌کند که بدون این پویش خودشناسی، تغییر شخصیت یا حل شدن تعارضهای موجود نمی‌تواند صورت گیرد.

۴- کاربرد: فنون و روش‌های درمان: درمان روانکاو (برخلاف روانکاو سنتی) شامل ویژگی‌های زیر است:

- درمان بیشتر به سمت اهداف محدود تر از بازسازی شخصیت فرد تمایل دارد
- درمانگر به احتمال کمتری از تخت استفاده می‌کند.
- تعداد جلسات احتمالاً کمتر هستند.
- استفاده از مداخله‌های حمایتی مانند اطمینان بخشی، ابراز همدلی و حمایت و توصیه‌ها و درمانگر بیشتر خودافشاگری می‌کند.
- بجای کار کردن روی موضوعات خیالی، بیشتر روی مسائل عملی تمرکز می‌کند.

هدف فنون درمان روانکاوی بالا بردن آگاهی، پرورش دادن بینش نسبت به رفتار درمان‌جو و آگاهی یافتن از معنی نشانه‌ها هاست. درمان از صحبت کردن درمان‌جو به تخلیه هیجانی و به کسب بینش از مواد ناهشیار پیش می‌رود. این کار برای دستیابی اهداف آگاهی و بازآموزی عقلانی و هیجانی انجام می‌شود؛ به این امید که به تغییر شخصیت بینجامد.

شش فن اساسی درمان روانکاوی عبارتند از:

۱-۴ حفظ کردن چارچوب تحلیلی

فرایند روانکاوی بر حفظ کردن چارچوب خاصی که هدف از آن زود رسیدن به اهداف این نوع درمان است تأکید می‌ورزد. ((حفظ کردن چارچوب تحلیلی)) اشاره دارد به کل عوامل مربوط به روش و سبک کار، مانند خنثی بودن نسبی روانکاو، نظم و تداوم جلسات، شروع و خاتمه‌ی به موقع جلسات. یکی از قوی‌ترین ویژگی‌های درمان متمایل به روانکاوی این است که چارچوب باثبات به خودی خود عامل درمان است و در سطح هیجانی با تغذیه منظم کودک قابل مقایسه می‌باشد.

۲-۴ تداعی آزاد

تداعی آزاد نقش مهمی در فرایند حفظ کردن چارچوب تحلیلی دارد. درمان‌جویان ترغیب می‌شوند. هرچه راکه وارد ذهن می‌شود صرفه نظر از این که ممکن است چقدر دردناک، پیش پا افتاده، غیرمنطقی، یا نامربوط باشد، بیان کنند. اینگونه تداعی آزاد فن مهمی در درمان روانکاو است.

درواقع، درمان‌جویان با بیان کردن بلافاصله احساسها یا افکار بدون سانسور کردن آنها، غرق در این احساسها یا افکار می‌شوند. بل پیشروی درمان تحلیلی، اغلب درمان‌جویان گاهی از این قاعده بنیادی منحرف می‌شوند و درمانگر در موقع مناسب، این مقاومت‌ها را تعبیر می‌کند.

تداعی آزاد یکی از ابزارهای اساسی است که باری باز کردن درها به امیال، خیالبافی‌ها، تعارض‌ها و انگیزه‌های نا هشیار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این فن اغلب به یادآوری تجربیات گذشته و گاهی به آزاد شدن احساسهای شدید (تخلیه هیجانی) که مسدود شده‌اند منجر می‌شود؛ اما این آزاد شدن به خودی خود اهمیت ندارد. در طول فرایند تداعی آزاد، وظیفه درمانگر مشخص کردن مواد سرکوب‌شده است که در نا هشیار حبس شده‌اند.

توالی تداعیها، درمانگر را به سمت آگاهی از ارتباطهایی که درمان‌جویان بین رویدادها برقرار می‌کنند هدایت می‌نماید. وقفه‌ها یا بی‌نظمی‌ها در تداعیها، از مواد اضطراب‌آور خبر می‌دهند. درمانگر این مواد را برای درمان‌جویان تعبیر می‌کند و آنها را به سمت آگاهی بیشتر از پویاهای زیربنایی هدایت می‌نماید.

هنگامی که درمانگران به تداعیهای آزاد درمان‌جویان خود گوش می‌کنند، تنها به محتوای سطحی بلکه همچنین به محتوای نهفته توجه دادند. این آگاهی از زبان نا هشیار ((گوش کردن با هوش سوم)) نامیده شده است (ریک، ۱۹۴۸). هرچیزی که درمان‌جو بیان می‌کند همان طوری که است پذیرفته نمی‌شود.

۳-۴ تعبیر

تعبیر به این صورت انجام می‌شود که روانکاو معانی رفتار را که رؤیاها، تداعی آزاد، مقاومت و خود رابطه‌ی درمانی نشان داده شده‌اند که درمان‌جو متذکر می‌شود، برای او توضیح می‌دهد و حتی به او می‌آموزد. وظایف تعبیرها این است که خود (ego) را قادر سازند تا مواد تازه را جذب کنند و به فرایند برملا کردن مواد ناهشیار شتاب بیشتری بخشند.

تعبیر در مبنای ارزیابی درمانگر از شخصیت درمان‌جو و عواملی در گذشته‌ی درمان‌جو به مشکلات او کمک کرده‌اند استوار است. طبق تعریف‌های امروزی، تعبیر عبارت است از مشخص کردن، روشن کردن و به‌صورت ساده تر بازگو کردن مواد ناهشیار درمان‌جو. قاعده کلی این است که تعبیر باید زمانی ارایه شود که پدیده‌ای که قرار است تعبیر شود و به آگاهی هشیار نزدیک باشد؛ به عبارت دیگر، روان‌کو باید موادی را تعبیر کند که درمان‌جو هنوز خودش به آن‌ها پی نبرده ولی قادر است آن‌ها را تحمل کند یا بپذیرد. قاعده کلی دیگر این است که تعبیر همیشه باید از سطح شروع شود و فقط زمانی به عمق برود که درمان‌جو بتواند آنرا همراهی کند قاعده کلی سوم این است که بهتر است ابتدا به مقاومت یا دفاع پرداخته شود و یعد هیجان یا تعارض نهفته در زیر آن تعبیر شود.

۴-۴ تحلیل رؤیا

تحلیل رؤیا روش مهمی برای برملا کردن مواد ناهشیار و بینش دادن به درمان‌جو نسبت به مشکلات حل نشده است. هنگام خواب دفاعها ضعف می‌شوند و احساسهای سرکوب‌شده به سطح می‌آیند. فروید رؤیاها را ((شاهراهی به سمت ناهشیار)) می‌داند، زیرا امیال، نیازها، وترسهای فرد در رؤیاها ابراز می‌شوند. برخی انگیزه‌ها به قدری برای فرد غیر قابل قبول هستند که به جای اینکه مستقیماً نشان داده شوند، به‌صورت تغییر شکل یافته یا نمادی آشکار می‌شوند.

رؤیاها دو سطح محتوا دارند: محتوای نهفته و محتوای آشکار. محتوای نهفته از انگیزه‌ها، امیال و ترسهای نهفته، نمادی و ناهشیار تشکیل می‌شود. چون تکانه‌های جنسی و پرخاشگری ناهشیار که محتوای نهفته را تشکیل می‌دهند خیلی عذاب آور و تحدید کننده هستند، به محتوای آشکار تغییر شکل می‌ابند که قابل قبول تر است. محتوای آشکار همان رؤیایی است که به نظر خواب بیننده می‌رسد.

فرایندی که محتوای نهفته‌ی رؤیا به‌وسیله‌ی آن به محتوای آشکار کمتر تحدید کننده تبدیل می‌شود عمل رؤیا نامیده می‌شود. وظیفه‌ی درمانگر این است که معانی تغییر شکل یافته را با بررسی نمادهای موجود در محتوای آشکار رؤیا بر ملا سازد. درمانگران در جلسات درمان ممکن است از درمان‌جویان بخواهند به جنبه‌هایی از محتوای آشکار رؤیا تداعی آزاد کنند تا از این راه معانی نهفته را برملا سازند. درمانگران با کاویدن تداعیهای درمان‌جویان همراه با آن‌ها در این فرایند مشارکت می‌کنند. تعبیر کردن معانی عناصر رؤیا به درمان‌جویان کمک می‌کند سرکوبی را که مواد را از هشیاری دور نگه داشته است آشکار کنند و آن را به بینش جدیدی که از کشمکش‌های موجود خود کسب کرده‌اند، ربط دهند. رؤیاها می‌توانند گذرگاهی به سمت مواد سرکوب‌شده باشند، ولی اطلاعاتی را نیز درباره‌ی عملکرد فعلی درمان‌جویان در اختیار می‌گذارند.

۴-۵ تحلیل و تعبیر مقاومت

مقاومت، مفهومی که در کاربست روان‌کاوا اهمیت زیادی دارد، هرچیزی است که جلوی پیشروی درمان را بگیرد و مانع از آن شود که درمان‌جو موادی را که قبلاً ناهشیار بوده اند بازگو کند. به بیان دقیق تر، مقاومت در درمان تحلیلی اکراه درمان‌جو از به صرف آگاهی آوردن مواد ناهشیار سرکوب‌شده است.

مقاومت به هرگونه عقیده، نگرش، احساس، یا عملی (هشیار یا ناهشیار) اشاره دارد که وضع موجود را حفظ کرده و مزاحم تغییر می‌شود. درمان‌جو هنگام تداعی آزاد تا تداعی کردن به رؤیاها ممکن است نشان دهد که مایل نیست برخی افکار، احساسها و تجربیات را نقل کند. فروید مقاومت را به‌صورت پوشش ناهشیاری در نظر می‌گیرد که افراد از آن برای دفاع کردن علیه اضطراب و عذابی تحمل ناپذیر استفاده می‌کنند که اگر از تکانه‌ها و احساسهای سرکوب‌شده خود آگاه می‌شدند به وجود می‌آمدند.

به عنوان یک قاعد کلی، درمانگران واضح ترین مقاومت ها را متذکر می شوند و آن ها را تعبیر می کنند تا احتمال اینکه درمان جویان این تعبیر را رد کنند کاهش داده و احتمال اینکه آن ها رفتار مقاومتی خود را مد نظر داشته باشند افزایش دهند. مقاومت ها صرفاً چیزی نیستند که باید بر آن ها غلبه کرد.

چون مقاومتها بیانگر روش های دفاعی معمول در زندگی روزمره هستند، باید آن ها را وسایلی دانست که علیه اضطراب دفاع می کنند ولی در عین حال، توانایی پذیرفتن تغییر را می توانند به تجربه کردن زندگی خوش آیندتری منجر شود مختل سازد. این خیلی مهم است که درمانگران مقاومت های درمان جویان را محترم شمرده و به آن ها کمک کنند تا از جنبه ی درمان با دفاعهای خود برخورد نمایند. در صورتی که با مقاومت درست برخورد شود می تواند یکی از با ارزش ترین ابزارها در شناختن درمان جو باشد.

۴-۶ تحلیل و تعبیر انتقال

انتقال زمانی در فرایند درمان آشکار می شود که روابط قبلی درمان جویان، روابط موجود با درمانگر را تعریف کنند. این قابل فهم است که درمان جویان اغلب به درمانگر خود طوری واکنش نشان دهند که به فرد مهمی در زندگی خود واکنش نشان می دادند. موقعیت انتقال به این دلیل با ارزش محسوب می شود که جلوه های آن فرصت هایی را در اختیار درمان جویان قرار می دهند تا انواع احساسهایی را که در غیر این صورت دست نیافتنی بودند دوباره تجربه کنند.

درمان جویان از طریق رابطه با درمانگر احساسها، عقاید و امیالی را ابراز می کنند که آن ها را در ناهشیار خود دفن کرده اند. درمان جویان از طریق تعبیرهای مناسب به کسب بینش مثبت به جلوه های فعلی احساسهای قبلی، می توانند برخی از الگوهای رفتار قدیمی خود را تغییر دهند.

تحلیل انتقال، روش اساسی در روانکاوی است، زیرا به درمان جویان امکان می دهد از تأثیر گذشته بر عملکرد موجود خود آگاه شوند. تعبیر روابط انتقالی، فرمانجویان را قادر می سازد نسبت به تعارضهای کهنه ای که آن ها را تثبیت شده نگه داشته اند و رشد هیجانی آن ها را به تعبیر انداخته اند، بینش کسب کنند. در واقع، تأثیرات روابط اولیه، با کسب بینش از تعارض هیجانی مشابه در رابطه ی درمانی، بی اثر می شوند.

۵- دیدگاه یونگ درباره ی و رشد شخصیت

زمانی فروید یونگ را وارث معنوی خود خطاب کرد، اما یونگ سر انجام نظریه ی شخصیتی را ساخت که خیلی با روانکاوی فروید تفاوت داشت. روانشناسی تحلیلی یونگ نوعی تبیین مبسوط از ماهیت انسان است که مفاهیمی را از تاریخ، اسطوره شناسی، انسان شناسی و مذهب ترکیب می کند (شولتز و شولتز، ۲۰۰۱). یونگ به آگاهی عمیق ما از شخصیت انسان و رشد شخصی، مخصوصاً در میان سالی، خدمات به یاد ماندنی ای کرده است.

یونگ برای تغییرات روان شناختی مرتب با میانسالی اهمیت زیادی قایل است. او معتقد است که در میانسالی باید خیلی از ارزش ها و رفتارهایی را که راهنمای نیمه اول زندگی ما بودند کنار گذاشته و با ناهشیار خود روبه رو شویم. را می توانیم با توجه کردن به پیام های رؤیاهای خود و انجام دادن فعالیت های خلاق چو ن نگارش یا نقاشی، این کار را به بهترین وجه انجام دهیم. تکلیفی که در دوره ی میانسالی با آن روبرو هستیم این است که کمتر تحت تأثیر تفکر منتقی باشیم و در عوض اجازه دهیم این نیروهای ناهشیار خود را نشان دهند و آن ها را در زندگی هشیار خود وارد کنیم ((شولتز و شولتز، ۲۰۰۱)).

یونگ تصمیم گرفت روی حیطه ناهشیار در زنگی خودش تمرکز کند که در شکل‌گیری نظریه شخصیت او نیز تأثیر گذاشت. با آن حال، برداشت او از ناهشیار با برداشت فروید خیلی تفاوت داشت. یونگ همکار فروید بود و برای تعدادی از خدمات او ارزش قایل بود ولی سرانجام به نقطه‌ای رسید که نتوانست از برخی مفاهیم اساسی فروید، مخصوصاً نظریه میل جنسی را حمایت کند.

یونگ رویکرد معنوی را به وجود آورد که بر یافتن معنی در زندگی در مقابل سوق یافتن توسط نیروهای روان‌شناختی و زیستی که فروید توصیف کرده بود، تأکید زیادی نمود. یونگ معتقد است که انسان‌ها صرفاً توسط رویدادهای گذشته شکل نمی‌گیرند (جبر گرایی فروید) بلکه ما علاوه بر گذشته‌ی خود تحت تأثیر آینده‌ی خویش نیز قرار داریم. بخشی از ماهیت انسان‌ها همواره در حال رشد کردن است و به سمت سطحی از رشد متعادل و کامل پیش می‌رود. از نظر یونگ، شخصیت موجود ما توسط آنچه که بودیم و همچنین آنچه که آرزو داریم در آینده باشیم شکل گرفته است.

نظریه او بر مبنای این فرض استوار است که انسان‌ها گرایش دارند به سمت پروراندن تمام استعداد های خود پیش بروند. رسیدن به تفرّد - ادا مقام هماهنگ جنبه‌های هشیار و ناهشیار شخصیت - هدفی فطری و مهم است. از نظر یونگ، ما از نیروهای سازنده و ویرانگر برخورداریم و برای اینکه منسجم شویم، ضرورت دارد که جنبه‌ی ماهیت خود را همراه یا تکانه‌های بدوی آن، مانند خود خواهی و حرص و طمع بپذیریم. پذیرش این جنبه‌ی تیره (یا سایه) به معنی آن نیست که تحت سلطه‌ی این جنبه از وجود خود قرار بگیریم بلکه صرفاً قبول می‌کنیم که این جزئی از ماهیت ماست.

یونگ به ما می‌آموزد که از رؤیاها حاوی پیام‌هایی از عمیق‌ترین لایه‌ی ناهشیار هستند که او آن را منبع خلاقیت توصیف می‌کند. یونگ به ناهشیار جمعی با عنوان ((عمیق‌ترین سطح روان که تراکم تجربیات موروثی گونه انسان و پیش از آن انسان را دربردارد)) اشاره می‌کند (نقل شده در شولتز و شولتز، ۲۰۰۱، ص ۱۰۰).

یونگ بین شخصیت هر فرد و گذشته، نه تنها رویدادهای کودکی بلکه همچنین تاریخ گونه، ارتباطی می‌بیند؛ بنابراین، رؤیاها، هم ناهشیار شخصی فرد و هم ناهشیار جمعی کل بشریت را منعکس می‌کنند این بدان معنی است که برخی رؤیاها ممکن است به رابطه فرد با کل بزرگتری چون خانواده، بشریت، یا نسله‌ایی که در طول زمان وجود داشته‌اند اشاره باشند.

محتویات ناهشیار جمعی کهن الگوها نامیده می‌شود. پرسونا، آنیما، آنیموس و سایه از جمله مهم‌ترین کهن الگوها هستند. پرسونا ماسک یا صورت ظاهری است که ما برای محافظت از خودمان به خود می‌گیریم. آنیموس و آنیما بیانگر جنبه‌های زیستی و روان‌شناختی مردانگی و زنانگی هستند که تصور می‌شود در هر دو جنس باهم وجود دارند. سایه عمیق‌ترین ریشه را دارد و خطرناک‌ترین و قدرتمندتری کهن الگوست. سایه جنبه تیره ما، بیانگر افکار، احساسها و اعمالی است که ما با فرافکنی کردن آنها به بیرون، گرایش داریم از خود ندانیم. تمام این اجزا را می‌توان در رؤیا، به صورت جلوه‌هایی از آنچه هستیم در نظر گرفت.

یونگ با فروید موافق است که رؤیاها مسیری هستند به سمت ناهشیار، ولی او از نظر وظایف رؤیاها با فروید تفاوت داشت. یونگ می‌نویسد که رؤیاها دو هدف دارند. آنها آینده‌گرا هستند؛ یعنی، به افراد کمک می‌کنند خود را برای تجربیات و رویدادهایی که در آینده نزدیک انتظار دارند آماده کنند. رؤیاها وظیفه‌ی تعدیلی نیز دارند، به طوری که تلاش می‌کنند بین اضداد درون فرد تعادل برقرار کنند. آنها رشد بیش از اندازه یک جنبه از شخصیت فرد را تعدیل می‌کنند.

یونگ رؤیاها را بیشتر به صورت تلاش برای بیان کردن در نظر می‌گیرد تا تلاشی برای سرکوب کردن و تغییر شکل دادن. رؤیاها تلاش خلاق خواب بیننده برای دست به گریبان شدن با تضاد، پیچیدگی و سردرگمی هستند. هدف رؤیا حل کردن و ادغام است و عقیده یونگ، هر قسمت از رؤیا را می‌توان به صورت صفت فرافکنی شده‌ی خواب بیننده در نظر گرفت. روش تعبیر او به یک رشته رؤیاهای به دست آمده از فرد مبتکی است که در طول این مدت معنی آن‌ها به تدریج آشکار می‌شوند.

۶- گرایشهای امروزی: نظریه روابط شیء، روانشناسی خود، روانکاوی ارتباطی

نظریه روانکاوی به رشد خود ادامه می‌دهد. فروید روی تعارض‌های درون‌روان مربوط به ارضای نیازهای اساسی تأکید کرد. نویسندگان در مکتب نوافرویدی از این موضوع سنتی دور شدند و با وارد کردن عوامل تأثیرگذار فرهنگی و اجتماعی بر شخصیت، به رشد و گسترش جنبش روانکاوی کمک کردند. بعداً روانشناسی خود با تأکید بر رشد روانی - اجتماعی در طول عمر، عمده‌تأ توسط اریکسون به وجود آمد. آنا فروید با شناسایی مکانیزم‌های دفاعی، شخصیت مهمی در روانشناسی خود است. او عمده‌ی زندگی خود را در سازگار کردن روانکاوی برای کودکان و نوجوانان صرف کرد.

رویکردهای جدیدتر اغلب تحت اسامی نظریه روابط شیء، روانشناسی خود و روانکاوی ارتباطی دسته‌بندی شده‌اند. نظریه روابط شیء نوعی درمان تحلیلی است که کاوش در همانندسازی‌های ناهشیار و درونی کردن اشیای بیرونی (جنبه‌هایی از افراد مهم) را دربرمی‌گیرد. روابط شیء، روابط میان‌فردی هستند که به صورت درون روانی بازنمایی شده‌اند. فروید اصلاح شیء را برای اشاره به چیزی که نیازی را ارضا می‌کند یا فردی که هدف احساسها یا سایقه‌های شخص است به کار برد. این اصطلاح مترادف با دیگران به کار برده شده تا به فرد مهمی اشاره کند که کودک و بعد ها بزرگسال به او وابسته می‌شود. دیگران به جای اینکه افرادی با هویت‌های مجزا باشند، توسط کودک هدفی برای ارضا کردن نیازها درک می‌شوند. نظریه‌های روابط شیء از روان‌کاوی سنتی فاصله گرفته‌اند، با این حال برخی از نظریه‌پردازان، مخصوصاً اتوگرنبرگ سعی کرده‌اند عقاید گوناگونی را که مشخصه‌ی این مکتب فکری هستند یک پارچه کنند (سنت کلیر و دیگران، ۲۰۰۴).

روانشناسی خود از تحقیقات هینز کوهات به وجود آمد. او بر این موضوع تأکید کرد که چگونه از روابط میان‌فردی (اشیای خود) برای پرورش دادن درک خویشتن (خودپنداره) استفاده می‌کنیم. روان‌کاوی امروزی تعدادی از فرض‌های نظریه و درمان روانکاوی سنتی را به چالش طلبیده است. شاید مهم‌ترین تفاوت بین روانکاوی امروزی و کلاسیک، بازنگری در رابطه تحلیلی باشد. اغلب رویکردهای جدید به روانکاوی (خواه درون‌ذهنی، میان‌فردی، یا ارتباطی نامیده شوند)، بر مبنای کاویدن پویشهای پیچیده هشیار و ناهشیاری استوار هستند که در مورد درمانگر و درمان‌جو نقش مهمی را برعهده دارند.

میچل (۲۰۰۰) درباره‌ی این برداشت جدید از رابطه‌ی تحلیلی مطالب زیادی نوشته است. او نظریه‌ی رشد، نظریه دلبستگی، نظریه سیستمها، نظریه میان‌فردی را درهم ادغام می‌کند تا نشان دهد چگونه به دنبال دلبستگی به دیگران، مخصوصاً مراقبت‌کنندگان اولیه هستیم. مدل ارتباطی بر این فرض استوار است که درمان فرایند تعاملی بین درمان‌جو و درمانگر است. روان‌کاوان میان‌فردی معتقدند که انتقال متقابل منبع اطلاعاتی پرمایه‌ای را درباره‌ی شخصیت و پویشهای درمان‌جو در اختیار می‌گذارد. میچل بعد فرهنگی را به این موضوع روابط شیء اضافه کرده و می‌گوید ویژگی‌های مراقبت‌کننده بیانگر فرهنگ خاصی است که فرد در آن زندگی می‌کند. ما همگی عمیقاً با فرهنگ خود آمیخته ایم. چون فرهنگ‌های مختلف با ارزش‌های متفاوتی اعتقاد دارند،

واقعیت‌های روانی عینی نمی‌توانند وجود داشته باشند. ساختارهای درونی مه (ناهشیار) کلا ارتباطی و نسبی هستند. این با باور سلیقه‌های زیستی همگانی فروید که می‌توان گفت آن‌ها در هر انسانی وظایفی را برعهده دارند، در تضاد کامل است.

نظریه‌پردازان امروزی به آنچه به نظرشان ماهیت خودکامه‌ی رابطه‌ی روانکاوی سنتی است اعتراض کرده و مدل مساوات‌طلبانه‌تری را جایگزین آن کرده‌اند. از زمان فروید تا اواخر قرن بیستم، قدرت بین روانکاو و بیمار نابرابر بود. رویکردهای امروزی به تحلیل، رابطه‌ی قدرت برابری را فرض کرده و فرایند تحلیل را به‌صورت کاوش متقابل دو ذهنیت توصیف می‌نمایند. از لحاظ نظری، این تغییر به‌صورت بیانیه‌ای سیاسی درباره‌ی برابری انگستانه نمی‌شود بلکه تایید کردن این نکته است که تحلیل از دو نفر تشکیل می‌شود که در یک‌برخورد پیچیده هيجانها با یکدیگر روبرو می‌شوند. روانکاو دیگر نقش خنثی را برعهده نمی‌گیرد بلکه می‌تواند تاثیرپذیر بوده و حضوری عاطفی داشته باشد. این روزها وظیفه تحلیل، کاوش کردن هر روان به‌صورت خلاق است که متناسب با روانکاو و بیمار خاصی که در فرهنگی خاص و در لحظه خاصی از زمان باهم کار می‌کنند تدارک دیده می‌شود.

۱-۶- خلاصه‌ای از مراحل رشد

نظریه‌های روانکاوی امروزی برتوالی رشد قابل پیش بینی متمرکز هستند که در آن تجربیات اولیه‌ی خود در رابطه با افزایش آگاهی از دیگران، تغییر می‌کنند. وقتی که الگوهای خود - دیگران شکل می‌گیرند، بر روابط میان‌فردی بعدی تأثیر می‌گذارند. به بیان دقیق‌تر، افراد به دنبال روابطی هستند که با الگوهای ایجاد شده توسط تجربیات قبلی آن‌ها هماهنگ باشند. برای مثال، افرادی که بیش از اندازه وابسته یا جدا هستند درواقع الگوهای ارتباطی را تکرار می‌کنند که وقتی کودکان نوپایی بودند با مادرشان برقرار کرده بودند (هجز، ۱۹۸۳). این نظریه‌های جدید ما را آگاه می‌سازند که چگونه دنیای درونی فرد می‌تواند باعث شوند که زندگی در دنیای واقعی افراد و روابط دچار مشکلاتی شود (سنت کلیر و ویگرنف ۲۰۰۴).

مارگات ماهر (۱۹۶۸) یکی از شخصیت‌های برجسته در نظریه روابط شیء امروزی است. تحقیقات او بر تعامل بین کودک و مادر در سه سال اول زندگی متمرکز است. ماهر رشد خود را به‌صورت متفاوت با مراحل روانی - جنسی فرویدی سنتی برداشت می‌کند. او معتقد است که فرد نوعی حالت وحدت روان‌شناختی را با مادر آغاز می‌کند و به تدریج به سمت جدایی پیش می‌رود. بحرانه‌های ناتمام و ته‌مانده‌های حالت وحدت پیشین، همین‌طور فرایند جدایی و تفرد یافتن، تأثیر عمیقی بر روابط بعدی دارند. روابط شیء زندگی بعدی، بر جستجو کودک برای ارتباط مجدد با مادر استوار است (سنت کلیر و دیگران، ۲۰۰۴). رشد روانشناختی را می‌توان به‌صورت تکامل روشی که افراد خود را از دیگران جدا و متمایز می‌کنند در نظر گرفت. ماهر سه یا چهار هفته‌ی اول زندگی را اوتیسم بچگانه‌ی بهنجار می‌نامد. دراین مرحله، کودک به حالت های تنش فیزیولوژیکی بیشتر از فرایندهای روان‌شناختی پاسخ می‌دهد. ماهر معتقد است که کودک در این سن قادر نیست خود را از مادرش متمایز کند.

به باور ملانی کلین (۱۹۷۵) که شخصیت اصلی دیگری در دیدگاه روابط شیء است، کودک به جای اینکه خود یک پارچه را درک کند اجزایی چون پستان، صورت، دست‌ها و دهان را درک می‌کند. در این حالت نامتمایز، نه خود کامل و نه اشیای کامل وجود دارد زمانی که بزرگسالان حالت‌های شدید عدم انسجام روان‌شناختی و درک خویشتن را نشان می‌دهند، می‌توان آن‌ها را به این صورت در نظر گرفت که به ابتدایی‌ترین مرحله کودکی برگشته‌اند. پژوهش بعدی درباره‌ی کودک که دانیل استرن (۱۹۸۵) آن را انجام داد، این جنبه از نظریه ماهر را به چالش طلبیده است و بیان می‌کند کودکان از بدو تولد عملاً به دیگران علاقمند هستند.

مرحله بعد ماهر به نام همزیستی که در سه ماهگی قابل تشخیص است تقریباً تا هشت ماهگی ادامه دارد. کودک در این سن وابستگی بارزی به مادر دارد. مادر (یا مراقب اصلی) یک یار یا شریک است نه جزء قابل جانشینی. به نظر می‌رسد که کودکان انتظار درجه بسیار بالایی از هماهنگی هیجانی را با مادرش دارد.

فرایند جدایی - تفرح در چهار یا پنج ماهگی آغاز می‌شود. کودک در این زمان از شکل‌های همزیستی ارتباط برقرار کردن دور می‌شود. کودک جدایی از افراد مهم را تجربه می‌کند ولی هنوز برای تأیید شدن و احساس آرامش به آن‌ها روی می‌آورد. امکان دارد کودک تردید نشان دهد و بین لذت بردن از حالت‌های جدایی استقلال و وابستگی گیر کند.

کودک نوپایی از والدینش دور می‌شود و بعد به طرف آن‌ها می‌دود تا در آغوش گرفته شود برخی از موضوعات عمده این دوره را نشان می‌دهد (هجز، ۱۹۸۳، ص ۱۰۹). دیگران به صورت آینه‌های تأیید کننده خود پنداره‌ی در حال رشد انگاشته می‌شوند؛ این روابط در حالت مطلوب می‌تواند عزت نفس سالمی را تأمین کنند.

کودکانی که فرصت متمایز شدن را تجربه نمی‌کنند و آنهایی از فرصت آرمانی کردن دیگران بی‌بهره می‌مانند و در عین حال به خود می‌بالند، امکان دارد بعد ها دچار اختلال شخصیت خود شیفته و مشکلات عذت نفس شوند. شخصیت خود شیفته با خود بزرگ بینی و احساس تکبر اغراق آمیز و نگرش بهره کش نسبت به دیگران مشخص می‌شود که وظیفه‌ی پنهان کردن خود پنداره‌ی شکننده را برعهده دارند. این افراد با تحسین دیگران را می‌طلبند. آن‌ها موافقت‌های خود را به صورت غیرواقع‌بینانه بزرگ جلوه می‌دهند و به سمت خودخواهی شدید گرایش دارند.

کرنبرگ (۱۹۷۵) افراد خود شیفته را به این صورت توصیف می‌کند که هنگام تعامل با دیگران برخورد تمرکز دارند، شدیداً نیاز دارند تحسین شوند، عاطفه‌ی سطحی دارند، بهره کش هستند و گاهی در روابط خود با دیگران انگل وار هستند. کوهات (۱۹۷۱) اینگونه افراد را به صورتی احساس می‌کنند عزت نفس آن‌ها تحدید شده و احساس پوچی و مرده گی می‌کنند، توصیف می‌نمایند.

منشا اختلال‌های ((مرزی)) نیز در دوره‌ی جدایی - تفرد است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به سمت فرایند جدایی پیش رفته‌اند ولی طرد مادر از رسیدن آن‌ها به تفرد جلوگیری کرده است؛ به عبارت دیگر، در صورتی که کودک از مرحله همزیستی فراتر رود، ولی مادر (یا مظهر مادر) نتواند این مقدمه تفرد را تحمل کند و حمایت عاطفی خود را دریغ نماید، بحران به دنبال آن خواهد بود. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با بی ثباتی، تحریک پذیری، اعمال خود ویرانگرانه، خشم تکانشی و نوسانات خلقی شدید مشخص می‌شوند. آن‌ها معملاً دستخوش دوره‌های طولانی و ناامیدی و سرخوردگی می‌شوند که با سرخوشی گاه و بیگاه قطع می‌شود؛ که کرنبرگ فقدان هویت روشن، فقدان درک کردن دیگران، ناتوان در کنترل کردن تکانه و ناتوانی در تحمل کردن اضطراب را از جمله ویژگی‌های این نشانگان میدانند.

آخرین خرده مرحله‌ی ماهر در فرایند جدایی - تفرد، حرکت به سمت ثبات خود و شیء است. این مرحله از رشد معمولاً در ۳۶ ماهگی مشخص می‌شود (هجز، ۱۹۸۳). در این دوره دیگران به صورت کاملتری مجزا از خود برداشت می‌شوند. در حالت ایده‌آل، کودکان می‌توانند بدون اینکه دستخوش ترس یا از دست دادن احساس تفرد شوند با دیگران ارتباط برقرار کنند و با شالوده‌ی محکم خودمداری وارد مراحل روانی - جنسی و روانی - اجتماعی بعدی شوند.

۲-۶ آگاهی از اختلالاتی خود شیفته

به نظر می‌رسد که اختلالاتی خود شیفته در آسیبها و اختلالاتی مربوط به رشد، در مرحله جدایی - تفرد ریشه داشته باشند. با این، جلوه‌های کامل نشانه‌های شخصیت و رفتاری در اوایل بزرگسالی شکل می‌گیرند. نشانه‌های مرزی و خود شیفته مانند گسستگی (فرایند دفاعی جدانگه داشتن ادراک‌های مقایسه‌ای) و تصورات بزرگ منشی، جلوه‌های رفتاری تکالیف مربوط به رشد هستند که مختل شده یا قبلاً کامل نشده‌اند.

۷- درمان روانکاوی از دیدگاه چندفرهنگی

۷-۱ - خدمات به مشاوره چندفرهنگی: رویکرد روانی - اجتماعی اریکسون با تأکید بر مسائل حساس در مراحل رشد، کاربرد خاصی برای افراد اقلیت دارند. رویکرد روانکاوی این امتیاز را دارد که بر ارزش روان‌درمانی عمیق به‌عنوان بخشی از آموزش درمانگران تأکید می‌کند. این به درمانگران کمک می‌کند که از منابع انتقال متقابل خود، از جمله سوگیرها، تعصبات و پندارهای قالبی نژادی یا قومی خویش آگاه شوند.

۷-۲ نقاط ضعف مشاوره چندفرهنگی: رویکردهای روانکاوی سنتی گران هستند و عموماً تصور می‌شود که درمان روانکاوی بر مبنای ارزش‌های طبقه بالا و متوسط استوار است. همه درمان‌جویان در این ارزش‌ها سهیم نیستند و برای خیلی از افراد هزینه درمان کمرشکن است. نقطه ضعف دیگر به ابهامی که در اغلب رویکردهای روانکاوی وجود دارد مربوط می‌شود. این می‌تواند برای درمان‌جویان متعلق به فرهنگهایی که از یک متخصص راهنمایی می‌خواهند مشکل ساز باشد. به علاوه، ممکن است تحلیل درون روانی با چارچوب اجتماعی و دیدگاه محیطی برخی درمان‌جویان تضاد مستقیم داشته باشد. این خصوصاً هنگام کارکردن در چارچوب تحلیل بلند مدت و عمیق صدق می‌کند. درمان روانکاوی بیشتر به بازسازی بلند مدت شخصیت و کمتر به حل مشکل کوتاه‌مدت می‌پردازد. از رویکرد روانکاوی می‌توان به سبب نپرداختن کافی به عوامل اجتماعی، فرهنگی و سیاسی که مشکلات فرد را به بار می‌آورند، انتقاد کرد.

۸- خلاصه و ارزیابی

چند مفهوم مهم روانکاوی عبارتند از: پویاهای ناهشیار و تأثیر آن‌ها بر رفتار، نقش اضطراب و رشد شخصیت در مراحل مختلف چرخه زندگی. اریکسون بر مفاهیم بنیادی فروید، با منظور کردن گرایش‌های روانی - اجتماعی، دیدگاه مربوط به رشد را گسترش داد. در مدل او، هر یک از هشت مرحله رشد انسان با بحران یا نقطه عطف مشخص می‌شود. ما می‌توانیم از عهده تکالیف رشد برآیم یا اینکه در حل کردن کشمکش‌های اصلی آن شکست بخوریم.

نظریه روانکاوی عمده‌تاً از به کارگیری روش‌هایی برای بیرون کشیدن مواد ناهشیار که می‌توان نسبت به آن‌ها بینش کسب کرد تشکیل می‌شود. این درمان عمده‌تاً بر تجربیات کودکی تمرکز دارد که مورد بحث، بازسازی، تعبیر و تحلیل قرار می‌گیرند. فرض براین است که این کاوش در گذشته (که معمولاً با کسب بینش از رابطه انتقالی با درمانگر به انجام می‌رسد)، برای تغییر شخصیت ضروری است. مهم‌ترین فنونی که معمولاً در کاربست روانکاوی مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: حفظ کردن چارچوب تحلیلی، تداعی آزاد، تعبیر، تحلیل رویا، تحلیل مقاومت و تحلیل انتقالی.

برخلاف نظریه‌ی فروید، نظریه یونگ کاهش گرا نیست. یونگ انسان‌ها را به‌صورت مثبت برداشت می‌کند و روی تفرّد، قابلیت انسان‌ها در پیش روی به سمت تمامیت و خود پرورانی تأکید می‌ورزد.

افراد برای اینکه چیزی بشوند که قابلیت شدنش را دارند، باید جنبه‌های ناهشیار شخصیت خود، هم ناهشیار شخصی و هم ناهشیار جمعی را کاوش کنند. در درمان تحلیلی یونگ، درمانگر به درمان‌جو در واری کردن خرمندی درونی آن کمک می‌کند. هدف درمان صرفاً حل کردن مشکلات کنونی نیست بلکه دگرگون کردن شخصیت است.

گرایشهای امروزی نظریه روانکاوی در نظریه روابط شیء، مدل روانشناسی خود و مدل ارتباطی انعکاس یافته‌اند. این رویکردها بر این عقیده استوارند که هنگام تولد بین خود و دیگران تمایزی ندارد و دیگران بیانگر اشیایی هستند که نیازهای کودکان را ارضا می‌کنند. به مرور زمان، جدایی - تفرّد بدست می‌آید. اگر این فرایند موفقیت‌آمیز باشد، دیگران مجزا و مرتبط برداشت می‌شوند.

۹- خدمات رویکرد روانکاوی

بکاربردن دیدگاه روانکاوی در کاربست درمان، برای مواردی از این قبیل خیلی مفید است: (۱) آگاه شدن از مقاومت‌هایی که شکل لغو کردن قرار ملاقاتها، گریختن زود هنگام از درمان، امتناع کردن از در نظر گرفتن خویشتن را به خود می‌گیرند؛ (۲) آگاهی از اینکه می‌توان نسبت به تکالیف ناتمام بینش کسب کرد، به‌طوری که درمان‌جویان بتوانند خاتمه تازه‌ای را برای رویدادهایی که آن‌ها را از لحاظ هیجانی فلج کرده‌اند پیدا کنند؛ (۳) آگاهی یافتن از نقش انتقال و (۴) آگاه شدن از اینکه چگونه استفاده مفرط از دفاعهای خود در رابطه مشاور و زندگی روزمره می‌تواند مانع از عملکرد مؤثر درمان‌جویان شود. اگر رویکرد روانکاوی را دریافت گسترده‌تر از دیدگاه فرویدی آن در نظر بگیریم، مدل مفیدتر و قوی تری برای شناختن رفتار انسان به دست می‌آید.

۱۰- خدمات نظریه‌پردازان تحلیلی مدرن

گرایشهای امروزی در تفکر روانکاوی به آگاهی از این که چگونه رفتار جاری ما عمدتاً تکرار الگوهایی است که در مراحل اولیه رشد تعیین شده‌اند کمک کرده‌اند. نظریه روابط شیء به ما کمک می‌کند تا به شیوه‌هایی که درمان‌جویان در گذشته با افراد مهم تعامل کرده‌اند و چگونه این تجربیات اولیه را با روابط جاری تلفیق می‌کند، توجه کنیم.

در رابطه با درمان‌جویانی که با مسائلی چون جدایی و تفرّد، صمیمیت، وابستگی در برابر استقلال و هویت دست به گریبان هستند، این تدوین‌های جدید می‌توانند چارچوبی را در اختیار بگذارند تا بدانیم جنبه‌های رشد چگونه و در کجا تثبیت شده‌اند. این گرایشها درمورد زمینه‌های متعدد تعامل انسان، مانند روابط صمیمانه، خانواده و فرزندپروری و رابطه درمانی، اشارات مهمی دارند.

برخی از درمانگران تحلیلی، مانند مارمور (۱۹۹۷) پذیرا بودن نسبت به ادغام کردن روش‌های گوناگون را شرح می‌دهند: ((من سعی می‌کنم که از قرار دادن هر بیمار در چارچوب تحلیلی یک روش درمانی خاص خوداری کنم و به جای آن، روشم را با نیازهای منحصر به فرد بیمار تنظیم می‌کنم)).

در کاربست روانکاوی امروزی، درمانگر آزادی عمل بیشتری در استفاده از فنون و برقرار کردن رابطه درمانی دارد. نظریه‌پردازان روانکاوی جدیدتر، فنون تحلیلی کلاسیک را بهتر کرده و گسترش داده‌اند. آن‌ها روی رشد خود تمرکز کرده و به عوامل اجتماعی و فرهنگی که بر تمایز فرد از دیگران تأثیر دارد توجه کرده‌اند.

گرچه شکل‌های روان‌پویشی امروزی از جهان گوناگون از تأکید اولیه فروید بر سایقه‌ها فاصله زیادی گرفته‌اند، ولی مفاهیم بنیادی او مانند انگیزش ناهشیار، تأثیر رشد اولیه، انتقال متقابل و مقاومت هنوز هم در این اصلاحات جدیدی اساسی هستند.

۱-۱۰ چند تحول در درمان روان‌پویشی امروزی

استراپ (۱۹۹۲) معتقد است که اصلاحات و تعدیل‌های گوناگونی که در روانکاوی صورت گرفته است.

- به اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی توجه بیشتری شده است.
- تأکید بر درمان از علاقه ((کلاسیک)) به مداوای اختلال‌های روان‌رنجور تغییر جهت داده.
- به برقراری رابطه درمانی خوب در ابتدای درمان توجه شده است. رابطه مشترک عامل مهمی در نتیجه‌ی درمانی مثبت است.
- گروه‌درمانی روان‌پویشی رایج‌تر شده است. این نوع درمان به چند دلیل مقبولیت گسترده‌ای یافته است: اقتصادی‌تر است.
- علاقه‌ی تازه‌ای به ایجاد شکل‌های کوتاه‌تر درمان روان‌پویشی وجود دارد که علت آن عمدتاً فشارهای اجتماعی برای پاسخ‌گویی و صرفه‌جویی در هزینه است. شواهدی وجود دارد که از درمان کوتاه‌مدت در آینده بیشتر استفاده خواهد شد.

۲-۱۰ گرایش به سمت درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت

شماری از درمانگران متمایل به روانکاوی سعی دارند خلاقانه چالش‌های مدرن را برآورده ساخته و در عین حال تمرکز اصلی خود بر زندگی عمیق و درونی حفظ کنند. میسر و وارن (۲۰۰۱) در راستای درمان کوتاه‌مدت، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت (BPT) را رویکرد نوید بخشی می‌دانند. در این انطباق، نظریه و درمان روان‌پویشی برای درمان کردن اختلال‌های گزینشی در محدوده‌ی زمانی از پیش تعیین شده‌ی ۲۵ تا ۱۰ جلسه‌ای به کار برده می‌شوند.

اغلب شکل‌های رویکرد کوتاه‌مدت از درمانگر می‌خواهند در تدوین سریع تمرکز درمانی که به زیر سطح مشکلات و نشانه‌های موجود می‌رود، نقش فعال و رهنمودی اختیار کرده و این مشکلات را درمان کند. میسر و وارن اظهار می‌دارند که هدف درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ((آگاه شدن از مشکلات افراد و درمان کردن آن‌ها در بافت موقعیت فعلی و تجربه‌ی زندگی پیشین آنهاست)) (۸۳ ص). هدف‌ها، تمرکز درمان و نقش فعال درمانگر اشاراتی برای کاربست درمان فردی دارد. به رغم رویکردهای مختلف به درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، پروچاسکا و نورکراس (۲۰۰۳) معتقدند که تمام آن‌ها در این ویژگی‌ها مشترک هستند:

- تعیین محدودیت زمانی
- هدف قرار دادن مشکل میان‌فردی خاص در همان ابتدای جلسه‌ی درمان.
- اختیار کردن موضع درمانی که از آنچه در رویکردهای تحلیلی سنتی مرسوم است کمتر خنثی باشد.
- برقرار کردن رابطه‌ی کاری نیرومند
- استفاده نسبتاً زود از تعبیر در رابطه‌ی درمانی

۱۱- محدودیت های رویکرد روانکاوی و انتقادهای وارد شده به آن

کاربردهای عملی تعدادی از فنون روانکاوی محدود هستند. این بویژه در مورد روش‌هایی نظیر تداعی آزاد روی تخت، تحلیل رویا و تحلیل رابطه‌ی انتقالی صدق می‌کند. عاملی که کاربرد عملی روانکاوی کلاسیک را محدود می‌کند این است که خیلی از درمان‌جویان شدیداً آشفته، از سطح توانایی خود (ego) که برای این درمان ضرورت دارد، بی‌بهره هستند.

محدودیت عمده‌ی درمان روانکاوی سنتی، تعهد زمانی نسبتاً طولانی است که برای رسیدن به اهداف تحلیل ضرورت دارد. آلپ‌رین معتقد است که درمانگران تحلیلی که خدماتی را تحت مراقبت کنترل شده ارائه می‌دهند نمی‌توانند محرمانه بودن را برای درمان‌جویان خود تامین کنند و اینکه مقتضیات و توجیحات درمان تحت مراقبت کنترل شده بر رابطه درمانی تأثیر منفی دارند و به حال درمان‌جو زیان بخش هستند. اصول بنیادی درمان روانکاوی با فلسفه مراقبت کنترل شده، متفاوت و ناسازگار هستند.

استراپ (۱۹۹۲) در انتقاد از درمان روان پویشی بلندمدت اظهار می‌دارد که درمان روانکاوی برای اغلب افراد در جامعه ما تجملی است. میشل راسل (۲۰۰۳) در واکنش به موضوع استراپ اظهار می‌دارد که گرچه درمان بلند مدت با حداقل مطرح بودن ممکن است تجملی باشد، ولی عرصه‌ای عالی است که می‌توان نظریه‌ها و فنونی را از آن به دست آورد و بعد آن‌ها را طوری تعدیل کرد که با واقعیت‌های کاربست بالینی بخوانند.

محدودیت بالقوه‌ی رویکرد روانکاوی نقش خنثایی است که درمانگر اختیار می‌کند. یالوم (۲۰۰۳) معتقد است که خنثی بودن درمانگر مدل خوبی برای درمان کارآمد نیست. یالوم درمانگران را ترغیب می‌کند تا درمان‌جویان خودروپایی اصیل انسانی داشته باشند و می‌افزاید نوشته‌های مربوط به نتیجه روان‌درمانی بسختی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که افشاگری درمانگر موجب افشاگری درمان‌جو می‌شود.

از دیدگاه فمینیستی تعدادی از مفاهیم فرویدی مخصوصاً عقده‌های ادیپ و الکترای محدودیت‌های بارزی دارند. انس (۱۹۹۳) در جریان بررسی مشاوره و درمان فمینیستی به این موضوع اشاره می‌کند که رویکرد روابط شیء به خاطر تأکید آن بر نقش رابطه مادر- فرزند در تعیین عملکرد میان‌فردی بعدی مورد انتقاد قرار گرفته است. این رویکرد مادران را بخاطر کاستیها و تحریفها در رشد خیلی مسئول می‌داند.

پدران به‌طور آشکاری در فرضیه مربوط به الگوهای رشد اولیه غایبند؛ فقط مادران به خاطر فرزند پروری نامناسب سرزنش شده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (DBT) (۱۹۹۳)، نوعی رویکرد التقاطی است که از کوبیدن مادران خودداری می‌کند و در این حال این نظر را می‌پذیرد که درمان‌جوی مبتلا به اختلال مرزی محیط کودکی‌ای را تجربه کرده که ((بی اعتبار کننده)) بوده است.

فصل پنجم

درمان آدلری

۱-مقدمه

آلفرد آدلر (۱۸۷۰-۱۹۳۷) در یک خانواده اهل وین دارای شش پسر و دو دختر بزرگ شد. برادر آدلر زمانی که خیلی کوچک بود در تخت کنار وی در گذشت. اوایل کودکی آدلر دوران خوشی نبود. او بیمار و نسبت به مرگ خیلی آگاه بود. در چهار سالگی در اثر ذات الریه تقریباً در حال مرگ بود او شنید که دکتر به پدرش می گوید ((آدلر از دست رفته است)). آدلر این زمان را با تصمیم خویش برای دکتر شدن مرتبط می دانست.

تردیدی وجود ندارد که تجربیات اوایل کودکی آدلر نظریه پردازی او را تحت تأثیر قرار داده اند. آدلر نمونه از فردی است که زندگی خودش را شکل داد نه این که سرنوشت آن را تعیین کرده باشد او دانش آموز ضعیفی بود. آموزگار او به پدرش توصیه کرد آدلر را برای اینکه کفاش شود و نه چیز دیگر آماده کند.

آدلر با تلاشی مصمم سرانجام شاگرد اول کلاس خود شد. او در دانشگاه وین به تحصیل در پزشکی مشغول شد. به عنوان چشم پزشک به طبابت پرداخت و بعد به پزشکی عمومی تغییر جهت داد. او در نهایت در عصب شناسی و روان پزشکی تخصص گرفت و علاقه زیادی به بیماری های لاعلاج کودکی داشت.

آلفرد آدلر همراه با فروید و یونگ سهم عمده ای در ایجاد رویکرد روان پویشی به درمان داشت.

اصلاح طلبان فرویدی که کارن هورنای، اریک فروم و هاری استک سالیوان از جمله آنها بودند قبول داشتند که عوامل اجتماعی و فرهنگی اهمیت زیادی در رشد شخصیت دارند. با اینکه این سه درمانگر معمولاً نوفرویدی نامیده می شوند، به طوری که هینز آنسباچر (۱۹۷۹) توصیه کرده، بهتر است با عنوان نو آدلری به آنها اشاره شود زیرا آنها از دیدگاه زیستی و جبرگرایانه فروید فاصله گرفتند و به سمت دیدگاه اجتماعی - روان شناختی و غایت شناختی آدلر در مورد ماهیت انسان گرایش پیدا کردند.

آدلر بر وحدت شخصیت تأکید دارد و معتقد است که انسان ها را فقط می توان بصورت موجودات یکپارچه و کامل شناخت. این دیدگاه از ماهیت هدفمند رفتار حمایت و تأکید دارد که جایی که ما تلاش می کنیم برویم از جایی که آمده ایم مهم تر است. آدلر انسان ها را آفریننده ها و آفریده های زندگی خودشان می دانست؛ یعنی، سبک زندگی منحصر به فردی را می سازند که هم حرکت به سمت اهداف برگزیده و هم بیان این اهداف است. بدین ترتیب، به جای اینکه صرفاً توسط تجربیات کودکی خود شکل گرفته باشیم، خودمان را می آفرینیم. بعد از مرگ آدلر در سال ۱۹۳۷، رودلف دریکورس مهم ترین شخصیتی بود که روانشناسی آدلر را به ایالات متحده برد.

۲- مفاهیم مهم

۲-۱ برداشت از ماهیت انسان

آدلر به این علت نظریه‌های اساسی فروید را کنار گذاشت که معتقد بود فروید بیش از حد در تأکید خود بر نیروهای زیستی و غریزی تنگ نظر است. آدلر معتقد است که فرد در شش سال اول زندگی رویکردی را به زندگی تشکیل می‌دهد. تمرکز آدلر بر این است که چگونه برداشت فرد از گذشته و تعبیر او از رویدادهای اولیه، تأثیر مداومی دارد. آدلر در چند زمینه نظری با فروید مخالف بود. برای مثال به عقیده آدلر انسان‌ها عمدتاً توسط ارتباط اجتماعی نه امیال جنسی با انگیزه می‌شوند؛ رفتار هدفمند و هدف گراست و هشیاری بیشتر از ناهشیاری کانون درمان است.

آدلر برخلاف فروید بر انتخاب و مسئولیت، معنی در زندگی، تلاش برای موفقیت، تمامیت و کمال تأکید دارد. فروید و آدلر در خانواده قطعاً اوایل مهمی هستند که دیدگاه‌های بسیر متفاوت آن‌ها را درباره ماهیت انسان شکل دادند.

نظریه آدلر بر احساسهای حقارت تمرکز دارد که او آن را وضعیت طبیعی تمام و منبع تمام تلاشهای انسان می‌داند. احساسهای حقارت به جای اینکه علامت ضعف یا نا بهنجاری انگاشته شوند، می‌توانند سرچشمه خلاقیت باشند. احساسهای حقارت، مارا برای تلاش کردن جهت مهارت، موفقیت (برتری) و تمامیت با انگیزه می‌کنند. ما برای غلبه کردن بر احساس حقارت و تلاش کردن برای سطوح بالاتر رشد بر انگیزه شده‌ایم.

در واقع، در حدود ۶ سالگی، نظر خیالی ما در مورد خودمان به عنوان موجودات عالی و کامل به شکل هدف زندگی ایجاد می‌شود. این هدف زندگی شخصیت را یکپارچه کرده و منبع انگیزش انسان می‌شود؛ اکنون هر تلاشی و هر کوششی برای غلبه کردن بر حقارت در راستای این هدف است.

از نظر آدلر، رفتار انسان فقط توسط وراثت و محیط تعیین نمی‌شود بلکه ما قابلیت تعبیر کردن، تأثیر گذاشتن و آفریدن رویداد هارا داریم. آدلر تأکید می‌کند که مهم نیست با چه چیزی به دنیا آمده ایم بلکه مهم این است که با تواناییها و نقطه‌ضعفهای خود چه کار می‌کنیم. نظریه‌ی آدلر روانشناسی ((استفاده)) است نه دارایی. گرچه طرف داران آدلر موضع جبر گرایانه فروید را رد می‌کنند، ولی به حد تفریط دیگر نمی‌روند که معتقد باشند افراد می‌توانند هر چه دوست دارند، باشند. آن‌ها می‌دانند که شرایط زیستی و محیطی توانایی مارا در انتخاب کردن و آفریدن محدود می‌کنند.

طرفداران آدلر بر بازآموزی افراد و شکل‌دهی مجدد جامعه تأکید دارند. آدلر پیشگام رویکرد ذهنی به روانشناسی بود که بر عوامل تعیین کننده‌ی درونی رفتار مانند ارزش‌ها، عقاید، نگرشها، اهداف، تمایلات و برداشت فردی از واقعیت تمرکز دارد. او پیشگام رویکردی بود که کل‌نگر اجتماعی، هدف گرا، سیستمیک (فراگیر) و انسان گراست. آدلر همچنین اولین درمانگر سیستمیک بود که باور داشت شناختن افراد در سیستمهایی که بخشی از آن هستند ضرورت دارد.

۲-۲ درک ذهنی واقعیت

طرفداران آدلر سعی می‌کنند دنیا را از چارچوب ذهنی درمان‌جو در نظر بگیرند، گرایشی که پدیدار شناختی نامیده شده است. این رویکرد از این نظر پدیدار شناختی است که به روش خاصی که افراد دنیای خود را درک می‌کنند توجه دارد. این ((واقعیت ذهنی)) ادراک‌ها، افکار، احساسها، ارزش‌ها، عقاید، اعتقادات و نتیجه‌گیری‌ها فرد را دربرمی‌گیرد. رفتار از این دیدگاه ذهنی درک

می‌شود. طبق دیدگاه آدلر، واقعیت عینی از نحوه‌ای که ما واقعیت را تعبیر می‌کنیم و معنی‌هایی که به تجربیاتمان می‌دهیم اهمیت کمتری دارد. شماری از نظریه‌های امروزی، این عقیده دیدگاه ذهنی درمان‌جو را به‌عنوان عامل اصلی برای توجیه کردن رفتار، پذیرفته‌اند. چند رویکرد دیگر که دیدگاه پدیدار شناختی دارند درمان وجودی، درمان فردمدار، درمان گشتالتی، درمان‌های شناختی - رفتاری، واقعیت‌درمانی، رویکردهای پست‌مدرن و برخی از درمان‌های سیستمیک هستند.

۲-۳ وحدت و الگوهای شخصیت انسان

اصل بنیادی روانشناختی فردنگر آدلر این است که شخصیت را فقط می‌توان به‌صورت کل‌نگرانه و نظام‌یافته شناخت. یعنی، فرد به‌صورت کل تقسیم نشدنی در نظر گرفته می‌شود که در موقعیت‌های خاص خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی متولد شده، پرورش یافته و زندگی می‌کند. انسان‌ها موجودات اجتماعی، خلاق و تصمیم‌گیرنده‌ای هستند که هدفمند رفتار می‌کنند و نمی‌توان آن‌ها را خارج از بافت‌های که در زندگیشان معنی دارند به‌طور کامل شناخت.

شخصیت انسان از طریق تعیین هدف زندگی یکپارچه می‌شود. افکار، احساسات، عقاید، اعتقادات، نگرشها، منش و اعمال فرد جلوه‌هایی از بی‌همتایی او بوده و همگی بیانگر برنامه‌ای برای زندگی هستند که پیشروی به سمت هدف زندگی خود برگزیده را ممکن می‌سازد. معنی ضمنی این دیدگاه کل‌نگرانه درمورد شخصیت این است که درمان‌جو جزء جدانشدنی سیستم اجتماعی است. تمرکز بیشتر روی روابط میان‌فردی است تا روی پوششهای روانی درونی فرد.

۲-۳-۱ رفتار هدفمند و هدف‌گراست

روانشناسی فردنگر فرض می‌کند که کل رفتار انسان هدف دارد و انسان‌ها هدف‌هایی را برای خود تعیین می‌کنند و رفتار در بستر این هدف‌ها یکپارچه می‌شود. مفهوم ماهیت هدفمند رفتار احتمالاً اساس نظریه‌ی آدلر است. آدلر توجیهات غایت‌شناسی (هدفمندی و هدف‌گرایی) را جایگزین توجیهات جبر‌گرایانه کرد. فرض اساسی روانشناسی فردنگر این است که ما فقط می‌توانیم در رابطه با برداشتی که از هدفمان داریم فکر، احساس و عمل کنیم؛ بنابراین فقط در پرتو آگاهی از هدف‌ها و مقاصدی که برای آن‌ها تلاش می‌کنیم می‌توانیم به‌طور کامل شناخته شویم.

طرفداران آدلر بدون اینکه اهمیت تأثیرات گذشته دست‌کم گیرند، به آینده علاقه دارند. آن‌ها فرض می‌کنند که تصمیم‌گیری‌ها بر مبنای تجربیات فرد، موقعیت جاری و مسیری که فرد در آن حرکت می‌کند استوار هستند. آن‌ها با توجه کردن به موضوعاتی که در زندگی فرد جریان دارد به دنبال تداوم هستند. آدلر تحت تأثیر دیدگاه‌های هانس و ویهینگر فیلسوف (۱۹۶۵) قرار داشت که معتقد بود افراد با خیال‌ها (با اعتقاد به اینکه دنیا چگونه باید باشد) زندگی می‌کنند. شماری از طرفداران آدلر از اصطلاح غایت‌نگری خیالی برای اشاره به هدف مهم خیالی که رفتار فرد هدف را هدایت می‌کند استفاده می‌کنند؛ اما باید خاطرنشان کرد که آدلر عملاً استفاده از این اصطلاح را کنار گذاشت و برای توجیه تلاش به سمت برتری و کمال، ((خودانگاره راهنما)) و ((هدف کمال)) را جایگزین آن کرد. در همان اوایل زندگی تجسم می‌کنیم که اگر موفق، کامل، یا عالی بودیم چه می‌توانستیم باشیم. وقتی خودانگاره راهنما را مورد انگیزش انسان به کار می‌بریم به این شکل بیان می‌شود: ((فقط در صورتی که کامل باشم می‌توانم موفق باشم)) یا ((فقط در صورتی که مهم باشم می‌توانم پذیرفته شوم)). خودانگاره راهنما بیانگر تصور فرد از هدف کمال است که در هر موقعیتی برای آن تلاش می‌کند. به خاطر هدف خیالی ذهنی مان، نیروی خلاق داریم که به کمک آن تصمیم می‌گیریم چه چیزی را به‌عنوان واقعیت بپذیریم، چگونه رفتار کرده و چگونه رویدادها را تعبیر کنیم.

۲-۳-۲ تلاش برای اعتبار و برتری

آدلر تأکید دارد که تلاش برای کمال و مقابله کردن با حقارت به وسیله کسب مهارت، فطری هستند. برای شناختن رفتار انسان، فهمیدن مفاهیم حقارت بنیادی و جبران ضرورت دارد. ما از همان سال های ابتدایی تشخیص می دهیم که از چند نظر درمانده ایم که احساس های حقارت معرف آن است این حقارت عاملی منفی در زندگی نیست.

به عقیده آدلر، لحظه ای که ما حقارت را تجربه می کنیم تلاش برای برتری ما را بر انگیخته می کند. او معتقد است که هدف موفقیت، افراد را به سمت کسب مهارت پیش میراند و آن ها را قادر می سازد بر موانع چیره شوند. هدف برتری به رشد جامعه انسان کمک می کند. با این حال، باید اشاره شود که ((برتری)) به صورتی که آدلر آن را به کاربرد، لزوماً به معنی برتر بودن از دیگران نیست، بلکه به معنی پیش روی از جایگاهی که پایین تر درک شده به جایگاهی که بالاتر درک شده و از نقاط ضعف احساس شده به برتری احساس شده است.

افراد با تلاش کردن برای شایستگی، مهارت و کمال با احساس های درماندگی مقابله می کنند. برای مثال آن ها می توانند ضعفی را به قدرت تبدیل کنند یا بکوشند در یک زمینه بی نظیر شوند تا نقایص خود را در زمینه های دیگر جبران نمایند. افراد بر اساس ویژگی های شخصی، روش های منحصربه فرد تلاش برای شایستگی را پرورش می دهند.

۲-۳-۳ سبک زندگی

عقاید و فرض های اساسی که فرد از طریق آن ها واقعیت خودش را سازمان می دهد و در رویدادهای زندگی معنی پیدا می کند، سبک زندگی او را تشکیل می دهند. ((برنامه زندگی))، ((جنبش زندگی))، ((راهبردی برای زیستن)) و ((نقشه راه زندگی)) مترادف های این اصطلاح هستند.

سبک زندگی موضوع متصل کننده ای است که تمام اعمال ما را متحد می کند و سبک زندگی ما از تمام ارزش ها و برداشتهای ما در ارتباط با خود، دیگران و زندگی تشکیل می شود. سبک زندگی روش ما برای پیش روی به سمت هدف زندگی ماست.

آدلر ما را به صورت هنرپیشه، آفریننده و هنرمند در نظر داشت. ما هنگام تلاش برای اهدافی که برایمان معنی دارند، سبک زندگی منحصربه فردی را تشکیل می دهیم. این مفهوم تو جیهی است در مورد اینکه چرا کل رفتار ما برای ثبات بخشیدن به اعمالمان باهم جور در می آیند.

افراد به صورتی برداشت شده اند که به جای روش واکنشی به محیط اجتماعی، روش پیشتازانه و فعال را اختیار کرده اند. گرچه رویدادهای محیط بر رشد شخصیت تأثیر می گذارند ولی این رویدادها علت های آنچه که فرد می شوند نیستند.

طرفداران آدلر معتقدند در جریان تلاش برای هدف برتری، برخی افراد نیروی عقلانی، برخی، استعداد هنری و سایرین مهارتهای ورزشی خود را پرورشی می دهند و الی آخر. این سبک های زندگی، دیدگاه افراد را در مورد خودشان و دنیا، همین طور رفتارها و عادات خاص آن ها را هنگامی که هدف های شخصی را دنبال می کنند تشکیل می دهند.

هرکاری که انجام می‌دهیم تحت تأثیر این سبک زندگی منحصربه‌فرد قرار دارد. تجربیات درون خانواده و روابط بین خواهر-برادرها به شکل‌گیری این شیوه‌ی درک کردن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن کمک می‌کنند.

گرچه سبک منحصربه‌فرد ما عمدتاً در طول ۶ سال اول زندگی به وجود می‌آید ولی رویدادهای بعدی می‌توانند تأثیر عمیقی بر رشد شخصیت ما داشته باشد. تجربیات به خودی خود عوامل تعیین‌کننده نیستند؛ بلکه تعبیر ما از این رویدادها شخصیت را شکل می‌دهد. تعبیرهای غلط می‌توانند به عقاید اشتباه در منطق شخصی ما منجر شوند که بر رفتار جاری ما خیلی تأثیر می‌گذارند. وقتی که ما از الگوها و استمرار زندگی خود آگاه می‌شویم، در وضعیتی قرار می‌گیریم که می‌توانیم این فرض‌های غلط را اصلاح کنیم و تغییرات اساسی بوجود آوریم. ما می‌توانیم در تجربیات کودکی بازنگری و هشیارانه سبک زندگی تازه‌ای را بار آوریم.

۴-۲ علاقه‌ی اجتماعی و احساس اشتراک

علاقه‌ی اجتماعی و احساس اشتراک احتمالاً مهم‌ترین و بارزترین مفاهیم آدلر هستند (آنسباچر، ۱۹۹۲). این اصطلاحات به آگاهی افراد از اینکه عضوی از جامعه انسانی هستند و به نگرش افراد در پرداختن به دنیای اجتماعی اشاره دارند. علاقه اجتماعی تلاش در راه آینده‌ای بهتر برای بشریت را دربردارد. فرایند جامعه‌پذیری که در کودکی آغاز می‌شود، یافتن جایگاهی در جامعه و کسب احساس تعلق‌پذیری و همکاری است. علاقه‌ی اجتماعی آموخته و بکار برده می‌شود. آدلر علاقه اجتماعی را با احساس همانندسازی و همدلی با دیگران برابر دانست: ((دیدن با چشمان دیگران، شنیدن با گوشهای دیگران یا احساس کردن با قلب دیگران)).

علاقه‌ی اجتماعی شاخص اصلی سلامت روان است. افراد برخوردار از علاقه اجتماعی، تلاش خود را به سمت جنبه سالم و از لحاظ اجتماعی سودمند هدایت می‌کنند. از دیدگاه آدلر، با پرورش دادن علاقه اجتماعی، احساسهای حقارت و بیگانگی کاهش می‌یابند. افراد علاقه اجتماعی را از طریق فعالیت مشترک و احترام متقابل ابراز می‌کنند.

روانشناسی فردنگر بر این باور بنیادی استوار است که خوشنودی و موفقیت ما عمدتاً تا به این پیوند اجتماعی ربط دارند. کسانی که فاقد این احساس اشتراک هستند مأیوس می‌شوند و سرانجام کارشان به جنبه‌ی بی حاصل زندگی می‌کشد.

آدلر خاطر نشان کرده که ما از لحاظ اجتماعی تثبیت‌شده ایم و نمی‌توانیم در حالت جدا از بستر اجتماعی تثبیت‌شده ایم و نمی‌توانیم در حالت جدا از بستر اجتماعی شناخته شویم. ما در خانواده و جامعه به دنبال جای گاهی هستیم تا نیازهای احساسی خود را به امنیت، پذیرش و شایستگی ارضا کنیم.

بسیاری از مشکلاتی که تجربه می‌کنیم به ترس از پذیرفته نشدن در گروههایی که برای آن‌ها ارزش قایلیم مربوط می‌شوند. اگر به احساس تعلق‌پذیری ما بی توجهی شود، اضطراب حاصل آن است. فقط در ورثی که احساس کنیم با دیگران متحد هستیم می‌توانیم هنگام روبرو شدن با مشکلات خود جسورانه عمل کنیم.

آدلر معتقد بود که ما باید بر سه تکلیف همگانی تسلط یابیم: برقرار کردن روابط دوستی (تکلیف اجتماعی)، برقرار کردن صمیمیت (تکلیف عشق - ازدواج) و مشارکت داشتن در جامعه (تکلیف شغلی). همه افراد، صرف نظر از سن، جنسیت، دوره تاریخی، فرهنگ یا ملیت باید این تکالیف را انجام دهند. دریکورس و موزاک (۱۹۶۷) دو تکلیف زندگی دیگر را به این لیست اضافه کردند: تفاوت داشتن با خود (خودپذیری) و پرورش دادن بُعد معنوی خودمان (از جمله ارزش‌ها، معنی، اهداف زندگی و رابطه با جهان). این تکالیف به قدری برای زندگی انسان مهم هستند که اختلال در هر یک از آن‌ها اغلب شاخص اختلال روانی است.

۵-۲ ترتیب تولد و روابط خواهر - برادرها

رویکرد آدلر از این نظر که به روابط خواهر - برادرها و جایگاه روان‌شناختی در خانواده توجه خاصی دارند، منحصر به فرد است. آدلر پنج جایگاه روانشناسی را مشخص کرد: فرزند اول، فرزند دوم از فقط دو فرزند در خانواده، فرزند میانی، فرزند آخر و تک فرزند. (ترتیب تولد به خودی خود کمتر است از برداشت فرد از جایگاهش در خانواده اهمیت دارد). چون طرفداران آدلر اغلب مشکلات انسان را اجتماعی می‌دانند، بر روابط موجود در خانواده تأکید می‌کنند.

آدلر (۱۹۵۹) دید که اغلب افراد از خود می‌پرسند چرا کودکان در یک خانواده اغلب خیلی باهم فرق دارند. او خاطر نشان می‌سازد که اشتباه است اگر فکر کنیم فرزندان در یک خانواده در محیط یکسانی شکل گرفته‌اند. گرچه خواهر - برادرها در مجموعه خانواده جنبه‌های مشترکی دارند ولی بسبب ترتیب تولد، موقعیت روان‌شناختی هر کودک با موقعیت دیگران تفاوت دارد.

- **فرزند اول:** به‌طور کلی مورد توجه زیادی قرار می‌گیرند و در مدتی که او تک فرزند است، معمولاً به خاطر اینکه کانون توجه می‌باشد تا اندازه‌ای نازپرورده است. او گرایش دارد به اینکه قابل اعتماد و سخت کوش باشد و در جهت موفقیت تلاش می‌کند؛ اما وقتی که برادر یا خواهر جدید وارد صحنه می‌شود، او متوجه می‌شود که از جایگاه مطلوب خود برکنار شده است. او دیگر استثنایی نیست و امکان دارد به راحتی باور کند که این تازه‌وارد (یا مزاحم) محبتی را که به آن عادت کرده می‌رباید.

- فرزند دوم: در جایگاه متفاوتی قرار دارد. از لحظه‌ای که او به دنیا می‌آید، توجه را با فرزند دیگر تقسیم می‌کند. فرزند دوم معمولاً طوری رفتار می‌کند که انگار در مسابقه شرکت دارد و عموماً در تمام اوقات با سرعت کامل پیش می‌رود. به نظر می‌رسد که گویی فرزند دوم تحت آموزش سبقت گرفتن از برادر یا خواهر بزرگتر قرار دارد. این تلاش رقابت جویانه بین دو فرزند اول، بر روند زندگی بعدی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. فرزند دوم مهارتی را برای پیدا کردن نقاط ضعف در فرزند اول پرورش می‌دهد و سعی می‌کند با کسب کردن موفقیت‌هایی که فرزند اول به آن‌ها دست نیافته است، تحسین والدین و آموزگاران را بر انگیزد. اگر یکی از آن‌ها در زمینه خاصی با استعداد باشد، دیگری با پرورش دادن تواناییهای دیگر برای جلب توجه تلاش می‌کند. فرزند دوم معمولاً متضاد فرزند اول است.

- فرزند میانی: اغلب احساس می‌کند کنار گذاشته شده است. این فرزند ممکن است نسبت به غیر عادلانه بودن زندگی متقاعد شده باشد و احساس فریب‌خورده است. این فرزند ممکن است نگرش ((من بدبخت)) را اختیار کند و کودک مشکل‌سازی شود. با این حال، فرزند میانی مخصوصاً در خانواده‌هایی که تعارض دارند، ممکن است بانی صلح شود، کسی که اوضاع را سرو سامان می‌دهد. اگر چهار فرزند در خانواده باشند، فرزند دوم اغلب مانند فرزند میانی احساس می‌کند و فرزند سوم آسان‌گیرتر و اجتماعی‌تر خواهد بود و ممکن است و با فرزند اول متحد باشد.

- فرزند آخر: همیشه کوچولوی خانواده و نازپرورده‌ترین است. او نقش خاصی برای ایفا کردن دارد، زیرا دیگران از او جلوترند. فرزندان آخر مسیر خود را می‌روند. آن‌ها معمولاً به شیوه‌هایی رشد می‌کنند که کس دیگری در خانواده به آن فکر نکرده است.

- تک فرزند: مشکلات خاص خودش را دارد. با اینکه او چند ویژگی مشترک با فرزند اول دارد (یعنی انگیزه‌ی پیشرفت زیاد)، امکان دارد یاد نگیرد با کودکان دیگر همکاری کند. او یاد می‌گیرد با بزرگسالان خوب کنار بیاید، همان گونه که آن‌ها دنیای خانوادگی اولیه او را تشکیل دادند. تک فرزندان غالباً توسط والدین لوس می‌شوند و شاید به یکی یا هر دو آن‌ها وابسته شوند. امکان دارد تک فرزندان بخواهند همیشه کانون توجه باشند و اگر جایگاه آن‌ها به خطر بیفتد آن را غیرمنصفانه می‌دانند.

ترتیب تولد و برداشت فرد از جایگاهش در خانواده با نحوه‌ای که بزرگسالان با دیگران تعامل می‌کنند ارتباط زیادی دارند.

۳- فرایند درمان

۱- ۳- اهداف درمان

به‌طور کلی، فرایند درمان مشاور آدلری شامل این موارد می‌شود: تشکیل دادن رابطه براساس احترام متقابل، کاوش و بر ملاکردن اهداف اشتباه و فرض‌های غلط در سبک زندگی فرد که باز آموزی درمان‌جو به سمت جنبه مفید زندگی را به دنبال دارد. هدف اصلی درمان، پرورش دادن احساس تعلق در درمان‌جو و کمک به اختیار کردن رفتارها و فرایندهایی است که مشخصه آن‌ها احساس اشتراک و علاقه اجتماعی هستند. این کار با بالا بردن خودآگاهی درمان‌جو و به چالش طلبیدن و اصلاح کردن فرض‌های اساسی، اهداف زندگی و مفاهیم بنیادی او به انجام می‌رسد.

درمانگران آدلری درمان‌جویان را آدمهای ((بیماری)) که نیازمند ((مداواشدن)) هستند در نظر نمی‌گیرند. در عوض، آن‌ها درمان‌جویان را آدمهای ناامید می‌انگارند. نشانه‌های بیماری راه‌حل‌های نافرجام هستند. هدف این است که درمان‌جویان طوری بازآموزی شوند که بتوانند در جامعه به‌صورت برابر زندگی کنند، هم به جامعه ببخشند و هم از دیگران دریافت کنند (موزاک، ۲۰۰۰)؛ بنابراین، فرایند مشاوره روی اطلاع‌رسانی، آموزش، راهنمایی و ترغیب کردن درمان‌جویان ناامید تمرکز دارد. به این ترغیب، قوی‌ترین روش موجود برای تغییر دادن عقاید فرد است. ترغیب به درمان‌جویان کمک می‌کند اعتمادبنفس خود را پرورش دهند و جرأت را تحریک می‌کند. جرأت عبارت است از میل به عمل کردن (حتی هنگامی که فرد بیمناک است) به شیوهایی که با علاقه اجتماعی سازگار باشند. ترس و جرأت درکنار هم پیش می‌روند؛ بدون ترس نیازی به جرأت نیست. جرأت نداشتن یا ناامیدی، رفتار اشتباه و کژکار به بار می‌آورد. افراد ناامید جنبه‌ی مفید زندگی در راستای علاقه‌ی اجتماعی عمل نمی‌کنند. مشاوران آدلری به درمان‌جویان روش‌های تازه نگریستن به خود، دیگران و زندگی را می‌آموزند. مشاوران ازطریق فرایند تأمین کردن ((نقشه‌ی شناختی)) تازه برای درمان‌جویان، یعنی آگاهی بنیادی از هدف رفتارشان، به آن‌ها کمک می‌کنند تا برداشتهای خود را تغییر دهند. موزاک (۲۰۰۰) این اهداف را برای فرایند آموزشی درمان فهرست می‌کند:

- پرورش دادن علاقه اجتماعی
- کمک کردن به درمان‌جویان برای غلبه کردن بر احساس‌های ناامیدی و حقارت
- اصلاح کردن دیدگاهها و اهداف درمان‌جویان (یعنی، تغییر دادن سبک زندگی آن‌ها)
- تغییر دادن انگیزش غلط
- کمک کردن به درمان‌جویان تا با دیگران احساس برابری کنند.
- کمک کردن به افراد تا اعضای یاریگر جامعه باشند.

۲- ۳- وظیفه و نقش درمانگر

مشاوران آدلری می‌دانند که درمان‌جویان به خاطر عقاید اشتباه، ارزش‌های نادرست و اهدافی که در راستای جنبه‌ی بی‌ثمر زندگی هستند می‌توانند ناامید شوند و به‌صورت نا کار آمد عمل کنند. آن‌ها طبق این فرض عمل می‌کنند که درمان‌جویان در صورتی که به اشتباهات اساسی خود پی ببرند و آن‌ها را اصلاح کنند، بهتر احساس و رفتار خواهد کرد. درمانگران بدنبال اشتباهات اساسی در تفکر و ارزش قایل‌شدن مانند بی‌اعتمادی، خودخواهی، آرزوهای غیرواقع‌بینانه و نبود اعتمادبنفس می‌گردند.

وظیفه‌ی اساسی درمانگر این است که عملکرد درمان‌جو را به‌صورت جامع ارزیابی کند. درمانگران به‌وسیله پرسشنامه‌ای درباره‌ی مجموعه‌ی خانواده‌ی درمان‌جو که والدین، خواهر- برادرها و سایر افرادی را که در خانه هستند دربرمی‌گیرد، اطلاعات را گردآوری می‌کنند. وقتی که این پرسشنامه خلاصه و تعبیر می‌شود، تصویری از دنیای اجتماعی اولیه فرد را در اختیار می‌گذارد. درمانگر با توجه به این اطلاعات می‌تواند دیدگاهی را درباره‌ی زمینه‌های عمده موفقیت و شکست درمان‌جو کسب کند و به عوامل تأثیرگذار مهمی پی ببرد که با نقشی که درمان‌جو تصمیم گرفته است در این دنیا بر عهده بگیرد ارتباط دارند.

درمانگر همچنین از خاطرات قدیمی به‌عنوان وسیله‌ی تشخیص استفاده می‌کند. این خاطرات درباره‌ی رویدادهای دوران کودکی هستند که می‌توانیم آن‌ها را دوباره تجربه کنیم. آن‌ها اعتقادات، ارزیابیها، نگرشها و سوگیریهای فعلی ما را منعکس می‌کنند (گرفت و پاورز، ۱۹۸۴).

این خاطرات تصویر مختصری از نحوه‌ی خود و دیگران را می‌بینیم و اینکه چه انتظاری برای آینده خویش داریم، در اختیار می‌گذارند. بعد از اینکه این خاطرات قدیمی خلاصه و تعبیر شدند، درمانگر برخی از موفقیتها و اشتباهات عمده در زندگی در مان‌جو را مشخص می‌کند. هدف این است که نقطه حرکتی برای کار درمان تامین شود. این فرایند، ارزیابی سبک زندگی نامیده می‌شود. وقتی این فرایند به انجام رسید، درمانگر و درمان‌جو هدفهایی را برای درمان دارند.

درمانگران آدلری دیدگاه غیر بیمارگون اختیار می‌کنند و بنابر این با تشخیص های خود به درمان‌جویان برچسب نمی‌زنند. آن‌ها به جای استفاده مدل پزشکی برای شناختن درمان‌جویان، بر اساس مدل رشد، دیدگاه گسترده‌تری را اختیار می‌کنند.

یک راه برای در نظر گرفتن نقش درمانگران آدلری این است که آن‌ها به درمان‌جویان کمک می‌کنند که داستان زندگی خود را بهتر درک کرده، به چالش بطلبند و تغییر دهند. ((در صورتی که افراد داستان زندگی ای را به وجود آورند که آنرا محدود کننده و مشکل آفرین تشخیص دهند در این صورت هدف این است که آن‌ها را که آهارا از این داستان خلاص کنیم تا داستان دیگری را که ارجح و به‌طور برابر قابل اجرا باشد به وجود آورند)).

۳-۳ تجربه‌ی درمان‌جو در درمان

چگونه درمان‌جویان سبک زندگی خود را ادامه می‌دهند و چقدر برابر تغییر آن مقاومت می‌کنند؟ سبک زندگی فرد، باثبات و پایدار ماندن به او خدمت می‌کند؛ به عبارت دیگر، سبک زندگی قابل پیش بینی است و در عین حال در سرتاسر زندگی فرد در برابر تغییر مقاومت می‌کند. به‌طور کلی، افراد به این علت تغییر نمی‌کنند که خطاهای موجود در تفکر یا مقاصد رفتارهای خود را تشخیص نمی‌دهند، نمی‌دانند به‌صورت متفاوتی عمل کنند، و می‌ترسند حالت‌های کهنه را به خاطر پیامدهای جدید و غیر قابل پیش بینی ترک کنند؛ بنابراین باینکه روش‌های فکر کردن و رفتار کردن آن‌ها موفقیت آمیز نیستند، به حالت‌های آشنا می‌چسبند (سووینی، ۱۹۹۸). درمان‌جویان در درمان آدلری تلاش خود را بر پیامدها و سبک زندگی مطلوب متمرکز می‌کنند که طرحی کلی را برای اعمال آن‌ها فراهم می‌آورد.

درمان‌جویان در جریان درمان، آنچه را که درمانگران آدلری منطق شخصی می‌نامند بررسی می‌کنند، یعنی مفاهیمی درباره‌ی خود، دیگران و زندگی که فلسفه ای را تشکیل می‌دهند که سبک زندگی فرد بر آن استوار است.

مشکلات درمان جو به این علت ایجاد می‌شوند که نتیجه گیری‌های مبتنی بر منطق شخصی با شرایط زندگی اجتماعی هماهنگ نیستند. محور تجربه درمان این است که درمان‌جویان به هدف‌های رفتار یا نشانه‌ها و اشتباهات اساسی مرتبط با روش‌های مقابله کردن خود پی ببرند. یادگیری نحوه اصلاح کردن فرضها و نتیجه گیری‌های غلط، اهمیت زیادی در درمان دارد.

درمانگران آدلری احساسها را هم سوی تفکر و سوخت برای رفتار کردن در نظر نظر می‌گیرند. ابتدا فکر می‌کنیم بعد احساس می‌کنیم و سپس عمل می‌نماییم. چون هیجانه و شناختها در خدمت هدفی هستند، بیشتر وقت درمان در کشف کردن و شناختن این هدف و هدایت کردن درمان‌جو در مسیری مفید صرف می‌شود. چون درمانگر درمان‌جو را به‌صورت بیمار روانی یا کسی که آشفتگی هیجانی دارد در نظر نمی‌گیرد، بلکه وی را عمدتاً ناامید می‌داند، وی را ترغیب می‌کند و بنابر این ترغیب امکان‌پذیر می‌شود. درمان‌جو از طریق فرایند درمان متوجه خواهد شد که امکانات و گزینه‌هایی را در اختیار دارد که می‌تواند از آن‌ها برای حل و فصل کردن مسائل و تکالیف مهم زندگی کمک بگیرد.

۴-۳ رابطه بین درمانگر و درمان‌جو

طرفداران آدلر، یک رابطه درمان‌جو- درمانگر خوب را رابطه بین دو فرد برابر می‌دانند که بر مبنای همکاری، اعتماد متقابل، احترام، اطمینان و هم سو بودن هدفها استوار باشد. آن‌ها برای الگو قرار دادن ارتباط درمانگر و عمل کردن با حسن نیت ارزش زیادی قایل اند. از همان ابتدای درمان، این رابطه رابطه ای مشترک است که ویژگی آن دو فردی است که به‌طور برابر در جهت اهداف مشخصی که بر سر آن‌ها توافق شده است کار می‌کنند. درمانگران آدلری برای برقرار کردن رابطه‌ی درمانی مساوات‌طلبانه با درمان‌جویان تلاش می‌کنند.

دینکمیر واسپری (۲۰۰۲) معتقد اند که درمان‌جویان در آغاز مشاوره باید برنامه یا قراردادی را تدوین کنند که شرح دهد چه چیزی می‌خواهند، چگونه قصد دارند به جایی که دوست دارند برسند، چه چیزی به آن‌ها اجازه نمی‌دهد به هدف‌های خود دست یابند، چگونه می‌توانند رفتار بی ثمری را به رفتار سازنده ای تغییر دهند و چگونه می‌توانند از استعداد‌های خود برای رسیدن به هدفایشان حداکثر استفاده را بکنند. این قرار داد درمانی هدف‌های فرایند مشاوره را اعلام کرده و مسئولیت‌های درمانگر و درمان‌جو را مشخص می‌کند. قرارداد بستن، لازمه‌ی درمان آدلری نیست ولی تمرکز درمان را مشخص می‌کند.

۴-کاربرد: فنون و روش‌های درمان

مشاوره‌ی آدلری بر اساس چهار هدف اصلی سازمان یافته است که با چهار مرحله فرایند درمان مطابقت دارند. این مراحل خطی نیستند و طبق مراحل ثابت پیش نمی‌روند، بلکه آن‌ها را می‌توان به‌صورت تار و پودی در نظر گرفت که به بافته ای منجر می‌شوند. این مراحل عبارتند از:

مرحله ۱: برقرار کردن رابطه درمانی مناسب

درمانگران آدلری به جای اینکه با ((مشکل)) شروع کنند، ترجیح می‌دهند با درمان‌جویان رابطه‌ی شخص با شخص برقرار نمایند. درمان‌جویان مسائل خود را در درمان نسبتاً سریع مطرح می‌کنند ولی تمرکز اولیه باید روی شخص باشد نه روی مشکل. یک راه

برای برقرار کردن رابطه مؤثر این است که درمانگران به درمان‌جویان کمک کند بجای اینکه مرتباً به فکر نقایص و کاستی‌های خود باشند از استعدادها و توانمندیهای خویش آگاه شوند.

در طول مرحله مقدماتی، رابطه درمانی مثبت با گوش‌کردن، پاسخ‌دادن و احترام‌گذاشتن به توانایی درمان‌جویان در فهمیدن هدف درمان و دنبال کردن تغییر و نشان دادن ایمان، امید و اهمیت دادن به وجود می‌آید. زمانی که درمان‌جویان درمان را شروع می‌کنند، معمولاً احساس حرمت نفس و احترام به خود ناچیزی دارند. آنها به توانایی خود در کنار آمدن با تکالیف زندگی ایمان ندارند. درمانگران حمایت می‌کنند و حمایت آن‌ها نوشداروی ناامیدی و یأس است. درمان برای برخی افراد یکی از چمد دقایقی است که در آن واقعاً رابطه انسانی محبت آمیز را تجربه می‌کنند.

درمانگران آدلری به تجربیات ذهنی درمان‌جو بیشتر از به کارگیری فنون توجه دارند. آن‌ها فنون خود را متناسب با نیازهای هر درمان‌جو تنظیم می‌کنند. در طول مرحله مقدماتی درمان، فنون اصلی عبارتند از: توجه کردن و گوش کردن هر چه دقیق تر و توأم با همدلی به تجربه‌ی ذهنی درمان‌جو، مشخص کردن و روشن کردن هدف‌ها و حدس زدنهای مقدماتی درباره‌ی هدف نشانه‌ها، اعمال و تعاملهای درمان‌جو.

مرحله‌ی ۲: کاوش کردن پویشهای فرد (ارزیابی)

مرحله‌ی دوم مشاوره‌ی آدلری با دو نوع مصاحبه پیش می‌رود: مصاحبه‌ی ذهنی و مصاحبه‌ی عینیدر مصاحبه‌ی ذهنی درمانگر به درمان‌جو کمک می‌کند داستان خود را هرچه کاملتر تعریف کند. این فرایند با استفاده‌ی وافر از گوش کردن به پاسخ همدلانه آسان می‌شود. باین‌حال گوش کردن فعال کافی نیست. مصاحبه ذهنی باید با احساس شگفتی، جذابیت و علاقه باشد.

آنچه درمان‌جو می‌گوید علاقه علاقه درمانگر را بر می‌انگیزد و به‌طور طبیعی به مهم‌ترین سؤال یا پرس و جوی بعدی درباره‌ی درمان‌جو و داستان زندگی او منجر می‌شود. در واقع، درمانگران در بهترین مصاحبه‌های ذهنی با درمان‌جویان به‌عنوان افراد خُبره در زندگی خودشان برخورد می‌کند و به آن‌ها امکان می‌دهند که احساس کنند کاملاً شنیده می‌شوند. درمانگر آدلری سرنخهایی را در مورد جنبه‌های هدفمند روش‌های کنار آمدن درمان‌جو و رویکردهای وی به زندگی جست‌وجو می‌کند.

مصاحبه‌ی ذهنی باید الگوهایی را از زندگی فرد بیرون بکشد، درباره‌ی اینکه چه چیزی برای این فرد مفید واقع می‌شود فرضیه‌هایی را بسازد و مشخص کند چه چیزی برای مسائل گوناگون زندگی درمان‌جو مفید است (بیتر و همکاران، ۱۹۹۸). درمانگر آدلری کوتاه‌مدت، در پایان این بخش از مصاحبه می‌پرسد: ((آیا فکر می‌کنید چیز دیگری هم وجود دارد که باید بدانم تا شما و مشکلات شما را درک کنم؟)). ارزیابی مقدماتی از هدفی که نشانه‌ها، اعمال، یا مشکلات در زندگی فرد دارند را می‌توان از آنچه دریکورس (۱۹۹۷) ((سؤال)) می‌نامد به دست آورد. درمانگران آدلری معمولاً مصاحبه ذهنی را با این سؤال به پایان می‌برند: ((اگر این نشانه یا مشکل را نداشتید، زندگی شما چه تفاوتی داشت و چه کار متفاوتی انجام می‌دادید؟)).

درمانگران آدلری از این سؤال برای کمک به تشخیص افتراقی استفاده می‌کنند. اغلب اوقات، نشانه‌ها یا مشکلاتی که درمان‌جو تجربه می‌کند به او کمک می‌کنند از چیزی که ضروری احساس می‌شود ولی دوست دارد از آن عقب نشینی کند اجتناب ورزد.

مصاحبه‌ی عینی به دنبال به دست آوردن اطلاعاتی در این مورد است: (۱) چگونه مشکلات در زندگی درمان‌جو شروع شدند؛ (۲) هرگونه رویداد تسریع کننده؛ (۳) سابقه پزشکی، از جمله معالجه‌های فعلی و گذشته؛ (۴) سابقه اجتماعی؛ (۵) دلایل اینکه در مانجو در این زمان تصمیم به درمان گرفته است؛ (۶) روش‌های کار آمدن فرد با تکالیف زندگی؛ و (۷) ارزیابی سبک زندگی. موزدیز و همکاران (۱۹۸۴) مشاور را به‌صورت ((محقق سبک زندگی)) در طول این مرحله از درمان توصیف می‌کنند.

ارزیابی سبک زندگی، بر اساس روش‌های مصاحبه ای که آدلر و دریکورس ابداع کردند، با تحقیق درباره‌ی مجموعه‌ی خانواده فرد در اوایل کودکی شروع می‌شود مشاوران همچنین خاطرات قدیمی فرد را تعبیر می‌کنند و می‌خواهند شخص کامل را به‌صورتی که در واقعیت اجتماعی بزرگ شده است بشناسند. آن‌ها طبق این فرض عمل می‌کنند که برداشتهایی که افراد از خود، دیگران، دنیا و زندگی دارند، آنچه را که انجام می‌دهند کنترل می‌کنند. ارزیابی سبک زندگی بدنبال ساختن داستانی کل‌نگرانه از زندگی فرد انجام می‌گیرد که با روش کنارآمدن فرد با تکالیف زندگی معنی دهد و تعبیر و منطق شخصی در این کنارآمدن را برملا سازد.

الف) مجموعه‌ی خانواده

آدلر معتقد بود که خانواده‌ی اصلی تأثیر مهمی بر شخصیت فرد دارد. او اظهار داشت که هرکسی از طریق مجموعه خانواده دیدگاه منحصربه‌فردی خود را درباره‌ی خود، دیگران و زندگی تشکیل می‌دهد. عوامل چون ارزش‌های فرهنگی و خانوادگی، انتظارات نقش جنسی و ماهیت روابط میان‌فردی همگی تحت تأثیر مشاهده‌ی الگوهای تعامل در خانواده توسط کودک قرار دارند. ارزیابی درمانگران آدلری قویاً بر کاوش مجموعه خانواده درمان‌جو قرار دارد که از جمله آن‌ها ارزیابی درمان‌جو از شرایط حاکم بر خانواده زمانی که او بچه بود (جو خانواده)، ترتیب تولد، رابطه والدین و ارزش‌های خانواده و خانواده گسترده و فرهنگ می‌باشند. هدف آن‌ها این است که برداشتهای درمان‌جو را از خود و دیگران، رشد او و تجربیاتی که بر رشد وی تأثیر داشته‌اند، فراخوانی کنند.

ب) خاطرات قدیمی

روش ارزیابی دیگری که درمانگر آدلری به کار می‌برد این است که از درمان‌جو درباره‌ی قدیمی‌ترین خاطرات او، از جمله سنی که در آن زمان رویداد هارا به خاطر سپردند و احساسها یا واکنش‌های مرتبط با این خاطرات را جویا می‌شوند. خاطرات قدیمی مربوط به دوران گذشته هستند که درمان‌جو آن‌ها را با جرئیات روشنی توصیف می‌کند. آدلر معتقد بود از بین میلیونها خاطرات قدیمی، ممکن است خاطرات خاصی را انتخاب کنیم که اعتقادات اساسی و حتی اشتباهات اساسی زندگی ما را نشان دهند. خاطرات قدیمی ((داستان زندگی ما)) را روشن تر می‌کنند زیرا بیانگر تصاویری از دیدگاههای فعلی ما هستند. این امکان وجود دارد که از یک رشته خاطرات قدیمی، برداشت روشنی از عقاید اشتباه، نگرش‌های فعلی، علاقه‌ی اجتماعی و رفتار احتمالی ما در آینده به دست آید. بررسی خاطرات قدیمی روشن می‌کند که چگونه عقاید اشتباه مبتنی بر هدف‌ها و ارزش‌های غلط، کماکان مشکلاتی در زندگی فرد به بار می‌آورند.

درمانگر آدلری از خاطرات قدیمی برای چندین هدف استفاده می‌کنند. این هدف‌ها عبارتند از: (الف) ارزیابی اعتقادات شخص درباره‌ی خود، دیگران، زندگی و اصول اخلاقی؛ (ب) ارزیابی موضع درمان‌جو در رابطه با جلسه‌ی درمان و رابطه‌ی درمانی؛ (ج) تایید الگوهای کنارآمدن یا مقابله کردن؛ و (د) ارزیابی توانمندیها، استعدادها و افکار مزاحم

پ) اولویتهای شخصیت

در دو دهه‌ی اخیر، ارزیابی اولویت‌های شخصیت مسیر مهمی برای آگاه شدن از کنار آمدن تعاملی شده است. یک روانشناس طرفدار آدلر از اسرائیل به نام نیراکفیر (۱۹۸۱)، چهار اولویت را مشخص کرده است: برتری (یا اعتبار)، کنترل، آسایش، خشنود کردن. اولویتهای شخصیت شبیه آنچه که آدلر گرایشهای محافظ می‌نامد هستند. تا وقتی که افراد به چالش طلبیده نشده باشند به اولویت‌های شماره‌ی یک اتکا می‌کنند، اولین دفاعی که آن‌ها از آن بعنوان پاسخ فوری به احساس استرس یا مشکل استفاده می‌کنند. هر الگوی رفتار حاکمی با عقاید حمایت‌کننده دارد که فرد برای مقابله از آن استفاده می‌کند. اولویت‌ها راهی برای برقراری ارتباط با دیگران بمنظور کسب احساس اعتبار می‌شوند. کفیر الگوی رفتاری را که این اولویتهای را نشان می‌دهند توصیف می‌کند:

- افرادی که از برتری (اعتبار) استفاده می‌کنند از طریق رهبری یا موفقیت یا از طریق هر شیوه دیگری که باعث شود احساس کنند برتر هستند، برای اعتبار تلاش می‌کنند. آن‌ها در زندگی به دنبال اجتناب از پوچی و بی‌ثمری هستند ولی اغلب شکایت می‌کنند که کار زیادی از آن‌ها کشیده می‌شود یا بار سنگینی بر دوش دارند.
- افرادی که کنترل می‌کنند: افرادی که کنترل می‌کنند به دنبال تضمین‌هایی در برابر تمسخر هستند. آن‌ها احساس می‌کنند باید بر موقعیتها تسلط کامل داشته باشند تا سر افکنده نشوند. آن‌ها نمی‌خواهند به‌صورت ناموفق رفتار کنند و حاضرند به قیمت فاصله‌گیری اجتماعی به این ایمنی برسند.
- افراد آسایش طلب: می‌خواهند به هر قیمتی که شده از استرس دوری کنند. آن‌ها پرداختن به مشکلات و تصمیم‌گیری‌ها را به تاخیر می‌اندازند و منتهای تلاش خود را به خرج می‌دهند تا از هر چیزی که به استرس یا عذاب اشاره داشته باشد اجتناب کنند. بهایی که آن‌ها می‌پردازند ثمربخش بودن ناچیز است.
- افرادی که هدفشان خشنود کردن است، می‌خواهند با جست و جو کردن مداوم تایید و پذیرش، از طرد شدن دوری کنند. آن‌ها بخاطر ترس از اینکه مبادا کسی آن‌ها را دوست نداشته باشد، دست به هرکاری می‌زنند تا تایید دیگران را کسب کنند. درمانگر وظیفه ندارد که که سعی کند اولویت اصلی درمان‌جو را تغییر دهد. بلکه، هدف این است که درمان‌جو بتواند احساسهایی را که در دیگران برانگیخته می‌کند و بهایی را که برای چسبیدن به اولویت شماره یک خود می‌پردازد تشخیص دهد.
- کفیر (۱۹۸۱) اظهار می‌دارد که برای بالا بردن خودآگاهی باید بدانیم اولویت ما یا شرایطی که احساس اعتبار می‌کنیم، چیست. ما همچنین باید با استفاده از دامنه گسترده‌ای از رفتارها، راههای دیگری را برای کسب اعتبار پیدا کنیم.

ت) ادغام و چکیده

- بعد از اینکه اطلاعات از مصاحبه‌های ذهنی و عینی با خود گردآوری شدند، چکیده‌های نظام‌یافته‌ای از این اطلاعات تهیه می‌شوند. برای درمان‌جویان مختلف چکیده‌های متفاوتی آماده می‌شوند ولی چکیده‌های رایج عبارتند از: چکیده‌ای از تجربه ذهنی و داستان زندگی فرد، چکیده‌ای از مجموعه خانواده و اطلاعات مربوط به رشد؛ چکیده‌ای از خاطرات قدیمی، توانمندیها یا استعدادهای فرد و افکار مزاحم و چکیده‌ای از راهبردهای کنار آمدن یا مقابله کردن.
- موزاک (۲۰۰۰) تحلیل اشتباهات اساسی رایج را نیز اضافه می‌کند. او معتقد است که سبک زندگی را می‌توان به‌صورت افسانه شخصی در نظر گرفت. افراد طوری رفتار می‌کنند انگار که این افسانه‌ها درست هستند، زیرا آن‌ها این افسانه‌ها را درست می‌دانند. موزاک پنج اشتباه اساسی را نام می‌برد:
- تعمیم مفرط: ((هیچ عدالتی در جهان نیست)).
 - اهداف غلط یا غیرممکن: ((اگر بخواهم احساس کنم عزیز هستم باید همه را خشنود کنم)).
 - سوءبرداشت درمورد زندگی و ضروریات زندگی: ((زندگی برای من خیلی سخت است)).
 - کم بها دادن یا انکار کردن ارزش اساسی خویش: ((من اصولاً احمقم، بنابراین چرا باید کسی بخواهد کاری با من انجام دهد)).
 - ارزش‌های غلط: ((من باید به عالی‌ترین مقام برسم صرف نظر از اینکه چه کسی در این جریان صدمه ببیند)).

مرحله ۳: ترغیب کردن خودشناسی و بینش

طرفداران آدلر معتقدند که تقریباً هر چیزی در زندگی انسان مقصود دارد. خودشناسی فقط در صورتی امکان‌پذیر است که مقاصد و هدف‌های پنهان رفتار هشیار شوند. وقتی که درمانگران آدلری از بینش سخن می‌گویند، به آگاه شدن از انگیزه‌هایی اشاره دارند

که در زندگی درمان‌جو عمل می‌کنند. درمانگران آدلری بینش را نوع خاصی از آگاهی می‌دانند که به شناخت معنی دار در رابطه درمانی کمک کرده و به‌عنوان شالوده‌ای برای تغییر عمل می‌کند. بینش وسیله‌ای برای هدف است نه هدف به خودی خود. افشاگری و تعبیرهای به موقع، فنونی هستند که به فرایند کسب بینش کمک می‌کنند. آن‌ها بر رفتار زمان حال و بر انتظاراتی که از مقاصد فرد ناشی می‌شوند متمرکز هستند. افشاگریها و تعبیرهای درمانگران آدلری به ایجاد آگاهی از مسیر فرد در زندگی، هدف‌ها و مقاصد او، منطق شخصی وی و نحوه‌ای که مؤثر واقع می‌شود و رفتار جاری او مربوط می‌شوند. تعبیرهای آدلری توصیه‌هایی هستند که به طور موقتی به شکل درمیان‌گذاشتن مسائل به‌طور انعطاف‌پذیر ارایه می‌شوند که می‌توان آن‌ها را در جلسه درمان بررسی کرد. این تعبیرها حدس‌هایی هستند که معمولاً این گونه بیان می‌شوند: ((به نظرم می‌رسد که...)) ((می‌تواند این باشد که...)) یا ((به نظر من این طور می‌رسد که...)). چون تعبیرها به این صورت ارایه می‌شوند، باعث نمی‌شود که درمان‌جویان از خود دفاع کنند و احساس می‌کنند که آزادند تا درباره‌ی حدسها و برداشتهای درمانگر بحث و حتی بگویند. درمان‌جویان از طریق این فرایند، سرانجام از انگیزه‌های خود، نحوه‌ای که اکنون به ادامه مشکل خودشان کمک می‌کنند و کارهایی که می‌توانند برای اصلاح کردن این وضعیت انجام دهند آگاه می‌شوند.

مرحله ی ۴: کمک کردن به جهت‌گیری دوباره (انتخابی تازه)

آخرین مرحله فرایند درمان، مرحله عمل‌گراست که به جهت‌گیری دوباره و بازآموزی معروف است: به عمل درآوردن بینش‌ها. این مرحله روی کمک کردن به درمان‌جویان برای پی بردن به گزینه‌های جدید و مفیدتر تمرکز دارد. درمان‌جویان هم ترغیب و هم به چالش طلبیده می‌شوند تا جرأت ریسک کردن پیدا کنند و تغییراتی را در زندگی خود به وجود آورند. در برخی موارد، اگر درمان‌جویان بر ناامیدی خود غلبه کرده و جایگاه خود را در این زندگی پیدا کنند، تغییرات مهم ضرورت دارند؛ اما معمولاً درمان‌جویان فقط نیاز دارند به سمت جنبه مفید زندگی هدایت شوند. درمانگران آدلری در موضوع مخالف با خود خوارشماری، انزوا و عقب نشینی قرار دارد و در پی آن است که به درمان‌جویان کمک کند جرأت پیدا کرده و توانمندیهای درون خود را با دیگران و با زندگی پیوند دهند. در طول این مرحله، هیچ مداخله‌ای مهتر از ترغیب نیست.

الف) فرایند ترغیب

ترغیب بارزترین روش آدلری و برای تمام مراحل مشاوره و درمان ضروری است. ترغیب مخصوصاً زمانی خیلی اهمیت پیدا می‌کند که افراد به فکر تغییر زندگی خود باشند. ترغیب به معنی واقعی کلمه یعنی ((جرعت پیدا کردن)) (بیتر و همکاران، ۱۹۹۸). جرئت زمانی ایجاد می‌شود که افراد از توانمندی‌های خود آگاه شده، احساس تعلق کنند و بدانند که تنها نیستند و امیدوار باشند و بتوانند امکانات تازه‌ای را برای خود و زندگی روزمره خویش ببینند.

درمان آدلری معتقدند که ناامیدی وضعیتی است که مانع از عملکرد افراد شده و آن‌ها ترغیب را پادزهر ناامیدی می‌دانند. ترغیب بسته به مرحله‌ی فرایند مشاوره شکلهای گوناگون می‌گیرد. ترغیب در مرحله‌ی رابطه از احترام متقابلی مشاور به دنبال ایجاد آن است ناشی می‌شود. در مرحله ارزیابی که تا اندازه‌ای برای روشن کردن توانمندی‌های شخصی ترتیب می‌یابد، درمان‌جویان ترغیب می‌شوند تا تشخیص دهند مسئولیت زندگی خود را برعهده دارند و می‌توانند بر اساس آگاهی‌های جدید، تصمیمات متفاوتی بگیرند.

ترغیب در مرحله‌ی جهت‌یابی مجدد، زمانی صورت می‌گیرد که امکانات جدید ایجاد شده باشد و درمان‌جویان قبول کرده باشند برای تغییر دادن زندگی خود در جهت بهتر، گام‌های مثبت را بردارند.

ب) تغییر و جستجوی امکانات تازه

در مرحله‌ی جهت‌گیری مجدد مشاوره، درمان‌جویان تصمیم می‌گیرند و اهدافشان را تغییر می‌دهند. آن‌ها ترغیب می‌شوند طوری عمل کنند انکار که افرادی هستند که می‌خواهند باشند که این وظیفه‌ی به چالش طلبیدن فرض‌های محدود کننده خود را بر عهده دارد. از درمان‌جویان خواسته می‌شود در جریان تکرار کردن الگوهای کهنه‌ای که به رفتار بی‌ثمر انجامیده اند میج خود را بگیرند. احساس تعهد جزء ضروری جهت‌گیری مجدد است.

این مرحله‌ی عمل‌گرا، زمان حل کردن مشکلات و تصمیم‌گیری‌هاست مشاور و درمان‌جو گزینه‌های احتمالی و پیامدهای آن‌ها را در نظر گرفته، به ارزیابی این موضوع می‌پردازند که چگونه این گزینه اهداف درمان‌جو را برآورده خواهد کرد و درباره اقدامات خاص تصمیم می‌گیرند. بهترین گزینه‌ها و امکانات جدید آنهایی هستند که توسط درمان‌جو ایجاد شوند و مشاور باید در این مرحله درمان‌جو را به مقدار زیاد حمایت و ترغیب کند.

پ) ایجاد تفاوت

مشاوران آدلری به دنبال آن هستند که در زندگی درمان‌جویان خود تفاوتی ایجاد کنند. این تفاوت می‌تواند به صورت تغییر در رفتار، نگرش یا ادراک جلوه گر شود. درمانگران آدلری برای بوجود آوردن تغییر از فنون متفاوتی استفاده می‌کنند که برخی از آن‌ها مداخله‌های رایج در مدل‌های درمانی دیگر شده‌اند. فنونی که به رابطه مستقیم، توصیه، شوخی، سکوت، قصد تناقضی، عمل کردن انگار که، تف کردن در سوپ درماجو، میج‌گیری خود، فن شستی، برون‌سازی، اجتناب از درد سرها، مواجهه، استفاده از داستانها و افسانه‌ها، تحلیل خاطرات قدیمی، تعیین تکلیف و تعهد، تعیین کردن تکلیف خانه و خاتمه دادن و خلاصه کردن شهرت دارند، همگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

۵- زمینه‌های کاربرد درمان آدلری: چون روانشناسی فردنگر بر مدل رشد استوار است؛ نه مدل پزشکی، در زمینه‌های گوناگون زندگی مانند آن چه در زیر آمده است کاربرد دارد:

۱-۵ کاربرد در آموزش و پرورش: علاوه بر آدلر، دریکورس طرف دار اصلی روانشناسی فردنگر به عنوان شالوده‌ای برای روش تدریس - یادگیری بود. مدل‌های عمده‌ی آموزش آموزگار بر اصول روانشناسی آدلر و دریکورس استوار هستند.

۲-۵ کاربرد در آموزش والدین

۳-۵ کاربرد در مشاوره زناشویی: کلیر هاوس در چاقوب مدل درمان کوتاه‌مدت آدلری، روشی را برای مشاوره زناشویی بی‌ابداع کرده است.

۴-۵ کاربرد در مشاوره خانوادگی: رویکرد آدلر با تأکیدی که بر مجموعه خانواده، کل‌نگری و آزادی درمانگر در فی البداهه عمل کردن دارد، به شالوده‌ی دیدگاه خانواده درمانی کمک زیادی کرده است.

۵-۵ کاربرد در گروه‌درمانی: دریکورس همکار آدلر، کار وی را با گروه‌ها عمومیت بخشید و از روان‌درمانی گروهی بمدت بیش از ۴۰ سال بصورت حرفه شخصی استفاده کرد. گرچه او به منظور صرفه‌جویی وقت، گروه‌درمانی را وارد حرفه روان‌پزشکی خود کرد.

۶- درمان آدلری از دیدگاه چندفرهنگی

۱- ۶ خدمات به مشاوره چندفرهنگی

آدلر مفاهیمی را با اشارات چندفرهنگی معرفی کرد که این روزها مانند زمان خود وی کم و بیش مناسبت دارند (پدر سن، نقل شده در نیستال، ۱۹۹۹). برخی از این مفاهیم عبارتند از: (۱) اهمیت بستر فرهنگی، (۲) تأکید بر سلامتی به جاب بیماری، (۳) دیدگاه کل‌نگرانه به زندگی، (۴) ارزش شناختن افراد بر حسب اهداف و مقاصد اصلی آن‌ها، (۵) توانایی بهره‌گیری از آزادی در بستر محدودیت‌های اجتماعی و (۶) تمرکز بر پیشگری و ابداع روش مبتکرانه برای پرداختن به مشکلات. دیدگاه کل‌نگر آدلر بیان روشن چیزی است که پدرسن آنرا رویکرد ((فرهنگ مدار)) یا چندفرهنگی به مشاوره می‌نامد.

گرچه رویکرد آدلر روانشناسی فردنگر نامیده شود، ولی تمرکز آن بر شخص در بستر اجتماعی است. این رویکرد برای کار کردن با درمان‌جویانی که از نظر فرهنگی متفاوت هستند، کاملاً مناسب است. درمانگران آدلری روی همکاری و ارزش‌های اجتماعی‌گرا در مقابل ارزش‌های رقابتی و فردگرانه تأکید می‌کنند.

نظریه‌ی آدلر نه تنها با ارزش‌های گروه‌های فرهنگی گوناگون هماهنگ است بلکه این رویکرد از نظر به کاربردن فنون شناختی و عمل‌گرا (برای اینکه به درمان‌جویان کمک شود تا مشکلات عملی خود را بررسی کنند) انعطاف پذیر است. رویکرد آدلر بر ارزش آگاهی ذهنی از دنیا منحصربه‌فرد درمان‌جو تأکید دارد. فرهنگ یکی از ابعاد مهم برای پی بردن به دیدگاه ذهنی و تجربی فرد است. فرهنگ بر هر کسی تأثیر دارد، ولی در هر فردی مطابق با برداشت، ارزیابی و تعبیری که او از فرهنگ خود دارد، به‌صورت متفاوتی جلوه‌گر می‌شود. مشاوران آدلری نسبت به مسائل فرهنگی و جنسیتی حساس هستند. آدلر یکی از اولین روان‌شناسان اوایل قرن گذشته بود که از برابری زنان طرفداری کرد.

۲- ۶ نقاط ضعف مشاوره چندفرهنگی

رویکرد آدلر مانند اغلب مدل‌های غربی، روی خود (self) به‌عنوان منبع تغییر و مسئولیت تمرکز دارد. چون فرهنگ‌های دیگر برداشتهای متفاوتی دارند، این تأکید بر تغییر دادن خودِ خودانگیخته می‌تواند برای بسیاری از درمان‌جویان مشکل ساز باشد. نقطه‌ضعف دیگر درمان آدلری به کاوشهای مشروح اوایل کودکی خاطرات قدیمی و پویشهای درون خانواده مربوط می‌شود. خیلی از درمان‌جویانی که مشکلات اضطرابی دارند، شاید از دخالت در زمینه‌هایی از زندگی خود که به نظر آن‌ها ربطی به کشمکش‌هایی که آن‌ها را به درمان کشیده است ندارند، رنجیده خاطر شوند. به علاوه، اعضای برخی فرهنگها شاید معتقد باشند که برملا کردن اطلاعات خانوادگی کار نادرستی است.

کارلسون (۲۰۰۰) در رابطه با این موضوع می‌گویند حساسیت درمانگر نسبت به عقاید درمان‌جو درباره‌ی افشا کردن اطلاعات خانوادگی، اهمیت زیادی دارد. اگر درمانگران بتوانند نشان دهند که ارزش‌های فرهنگی درمان‌جو را درک می‌کنند، این درمان‌جو احتمالاً بیشتر پذیرای ارزیابی و فرایند درمان خواهد بود.

۷- خلاصه و ارزیابی

روانشناسی فرد نگر فرض می‌کند که افراد به‌وسیله عوامل اجتماعی با انگیزه می‌شوند؛ مسئول افکار احساسات و اعمال خود هستند؛ آفریننده زندگی خویش هستند؛ اینک درمانده و قربانی باشند؛ مقاصد و هدفهایی آن‌ها را سوق می‌دهند و به آینده بیشتر از گذشته می‌نگرند.

هدف اصلی رویکرد آدلر این است که به درمان‌جویان کمک شود عقاید اشتباه خویش را در مورد خود، دیگران و خود شناسایی کرده و تغییر دهند، بنابراین به‌طور کاملتری در دنیا مشارکت داشته باشند. درمان‌جویان به‌صورت افراد ناامید نه بیمار روانی در نظر گرفته می‌شوند.

فرایند درمان به درمان‌جویان کمک می‌کند تا از حالت‌های خود آگاه شده و در سبک زندگی خود تغییرات اساسی ایجاد کنند که به تغییرات در نحوه‌ای که احساس و رفتار می‌کنند منجر می‌شوند. بر نقش خانواده در رشد فرد تأکید می‌شود. درمان اقدامی مشارکتی است و به سمت به چالش طلبیدن درمان‌جویان برای به عمل درآوردن بینش‌های خود در دنیای عملی گرایش دارد. درمان آدلری امروزی رویکرد یکپارچه نگر است که دیدگاه‌های شناختی، سازه نگر، روان پویشی و سیستمها را ترکیب می‌کند. برخی از این ویژگی‌های مشترک عبارتند از تأکید بر قرار کردن رابطه محترمانه بین درمان‌جو و درمانگر، تأکید بر توانمندیا و امکانات درمان‌جویان و گرایش خوشبینانه و آینده نگر.

۷-۱ خدمات رویکرد آدلر

امتیاز رویکرد آدلر انعطاف‌پذیری و ماهیت یکپارچه نگر آن است. درمانگران آدلری می‌توانند از لحاظ استفاده از انواع فنون شناختی، رفتاری و تجربی را می‌دهد.

خدمت دیگر درمان آدلری این است که این رویکرد مناسب طرح‌های کوتاه‌مدت است. درمان آدلری تمرکز روانی - آموزشی دارد، به سمت زمان حال و آینده گرایش دارد، کوتاه‌مدت است و دیدگاه‌های شناختی و سیستمی را ترکیب می‌کند. بیتر و نیکول (۲۰۰۰) پنج ویژگی را نام می‌برند که اساس یکپارچه نگر را در درمان کوتاه‌مدت تشکیل می‌دهند: محدودیت زمانی، تمرکز، رهنمودی بودن درمانگر، نشانه‌ها به‌عنوان راه‌حل و تعیین کردن تکالیف رفتاری. امتیاز وارد کردن محدودیت زمانی در فرایند درمان این است که به درمان‌جویان گفته می‌شود انتظار داشته باشند که تغییر در کوتاه‌مدت روی خواهد داد.

وقتی که تعداد جلسات مشخص شده باشند، درمان‌جو و درمانگر با انگیزه می‌شوند که روی نتایج مطلوب متمرکز بمانند و تا حد امکان به طور ثمربخشی همکاری کنند. بیتر و نیکول می‌نویسند که چون تضمینی وجود ندارد که جلسه‌ی آینده‌ای وجود داشته باشد، درمانگران کوتاه‌مدت این سوال را از خود می‌پرسند: ((اگر فقط یک جلسه‌ی مفید در زندگی این فرد داشته باشیم، به چه چیزی می‌خواهیم برسیم؟))

آبراهام مزلو، ویکتور فرانکل، رولو می و آلبرت الیس اعتراف می‌کنند که به آدلر مدیون هستند. فرانکل و می او را مظهر جنبش وجودی می‌دانند زیرا معتقد بود که انسان‌ها آزادند تا انتخاب کنند و کاملاً مسئول انتخاب خودشان هستند.

یکی از مهم‌ترین خدمات آدلر، تأثیر او بر سایر سیستم‌های درمانی است. تعدادی از عقاید اساسی او به مکاتب روان‌شناختی دیگر راه یافته اند که درمان گشتالتی، نظریه یادگیری، واقعیت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی، درمان شناختی، درمان فردمدار، درمان وجودی و رویکردهای پست‌مدرن به درمان از آن جمله هستند.

تمام این رویکردها بر مبنای مفهوم مشابه انسان بعنوان موجود هدفمند، خودمختار و تلاشگر برای رشد استوار هستند. از چند جهت بنظر می‌رسد که آدلر زمینه را برای پیدایی درمان‌های شناختی و سازه نگر آماده کرده است. اصل بنیادی درمانگران آدلری این است که اگر درمان‌جویان بتوانند تفکر خود را تغییر دهند در این صورت می‌توانند احساسها و رفتار خویش را نیز تغییر دهند. بررسی نظریه‌های مشاوره امروزی نشان می‌دهد که خیلی از عقاید آدلر دوباره در این رویکردهای مدرن با اسامی متفاوت بدون اینکه نام او ذکر شود، پدیدار شده‌اند بدیهی است که نظریه‌ی آدلر پیوند‌های مهمی با اغلب نظریه‌های زمان حال دارد.

۳-۷ محدودیت‌های رویکرد آدلر و انتقادهای وارد شده به آن

در آغاز، خیلی‌ها عقاید او را سست و بسیار ساده‌انگارانه می‌دانستند. پژوهشهای حمایت‌کننده از اثربخشی درمان آدلری محدود هستند. بخش عمده‌ای از نظریه او هنوز به آزمون تجربی و تحلیل جامع نیاز دارد. این بخصوص در مورد زمینه‌های مفهومی صدق می‌کند که طرفداران آدلر آن‌ها را به‌صورت بدیهی پذیرفته‌اند: برای مثال، ایجاد سبک زندگی، وحدت شخصیت و پذیرش دیدگاه واحدخود؛ رد کردن اهمیت وراثت در تعیین رفتار، مخصوصاً رفتار بیمارگون؛ وسوادمندی مداخله‌های متعددی که درمانگران آدلری گوناگون مورد استفاده قرار می‌دهند.

درمان آدلری برای درمان‌جویانی که راه‌حل فوری برای مشکلات خود می‌خواهند و برای درمان‌جویانی که به کاوش تجربیات اوایل کودکی، خاطرات قدیمی، رویاهای علاقه‌ی چندانی ندارند، مصرف محدودی دارد. این رویکرد همچنین برای درمان‌جویانی، درمان‌جویانی که هدف از کاویدن جزئیات سبک زندگی راهنگام بررسی کردن مشکلات فعلی زندگی را هنگام بررسی کردن مشکلات فعلی زندگی نمی‌فهمند، اثربخشی محدودی دارد.

PHDHOME.IR

فصل ششم

درمان وجودی

۱-مقدمه

درمان وجودی را می‌توان به بهترین وجه به صورت رویکرد فلسفی توصیف کرد که برکاربست درمانی مشاور تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب، روان‌درمانی وجودی مکتب درمانی مستقل و مجزایی نیست و مدلی هم نیست که فنون خاصی داشته باشد، بلکه روان‌درمانی‌های وجودی عنوان مناسب‌تری است.

رویکرد وجودی برداشت جبرگرایانه از ماهیت انسان را که روان‌کاوی سنتی و رفتارگرایی رادیکال طرفدار آن هستند رد می‌کند. درمانگران وجودی برخی از این واقعیتهای وضعیت انسان را قبول داشته ولی تأکید دارند که ما آزادیم تا آنچه که می‌خواهیم از شرایط خودمان بسازیم. این رویکرد براین فرض استوار است که ما آزادیم و بنابراین مسئول انتخابها و اعمال خود هستیم. ما آفریننده زندگی خویش هستیم هستیم و مسیرهایی را برای دنبال کردن طراحی می‌کنیم.

اصل بنیادی وجودی این است که ماقربانی شرایط نیستیم، زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته ایم باشیم. هدف اصلی ترغیب کردن درمان‌جویان به فکر کردن درباره‌ی زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش روی آن‌ها و انتخاب کردن از بین آنهاست. وقتی که درمان‌جویان تشخیص دهند چگونه به صورت منفعل شرایط را پذیرفته و از کنترل صرف نظر کرده‌اند، می‌توانند آگاهانه زندگی خود را شکل دهند. یالوم (۲۰۰۳) تأکید دارد که اولین گام در سفر درمانی این است که درمان‌جویان مسئولیت را بپذیرند ((وقتی افراد نقش خود را در به وجود آوردن وضع ناگوار خودشان تشخیص دهند، این را نیز تشخیص می‌دهند که آن‌ها و خود آن‌ها، قدرت تغییر دادن این وضعیت را دارند))

دورزن - اسمیت (۱۹۹۷، ۱۹۸۸) می‌نویسد مشاوره وجودی برای ((مداوا کردن)) افراد به صورت مدل پزشکی ترتیب نیافته است، بلکه درمان‌جویان به صورت بیمار زندگی در نظر گرفته می‌شوند که قادر نیستند زندگی ثمربخشی را اداره کنند. آن‌ها برای کاوش کردن در این حوزه و انتخاب کردن بهترین مسیر برای طی کردن، به کمک نیاز دارندطوری که بتوانند سرانجام راه خود را پیدا کنند. درمان وجودی فرایند جستجو کردن ارزش و معنی در زندگی است. دردرومان وجودی به تجربه فوری و جاری درمان‌جویان توجه می‌شود با این هدف که به آن‌ها کمک شود تادر جستجوی خویش برای معنی و مقصود، حضور بیشتری داشته باشند (شارپ و بوگنتال، ۲۰۰۱). وظیفه اصلی درمانگر این است که درمان‌جویان را ترغیب کند تا گزینه‌های خود را برای آفریدن وجود با معنی بررسی کنند. ما می‌توانیم تشخیص دهیم که مجبور نیستیم قربانیان منفعل شرایط خود باشیم بلکه در عوض قادریم آگاهانه معمار زندگی خویش شویم.

۲- زمینه تاریخی در فلسفه

جنبش درمان وجودی توسط فرد یا گروه خاصی پایه ریزی نشد؛ چندین جریان فکری به آن کمک کردند. درمان وجودی عمدتاً از فلسفه سرچشمه گرفته است.

شخصیتهای عمده‌ی وجود شناسی و پدیدارشناسی وجودی به علاوه‌ی نوشته‌های فرهنگی، فلسفی و مذهبی آنها، اساس تشکیل درمان وجودی را تأمین می‌کنند. عبارتند از:

سورن کی‌یرکگارد (۱۸۵۵-۱۸۱۳)

کی‌یرکگارد، فیلسوف دانمارکی خیلی به angst پرداخت (واژه‌ای دانمارکی و آلمانی که معنی آن بین کلمات انگلیسی وحشت و اضطراب قرار دارد) و نقش اضطراب و تردید در زندگی را مورد بررسی قرار داد. بدون تجربه‌ی angst، زندگی را مثل خوابگردها می‌گذرانیم؛ اما خیلی از ما، مخصوصاً در نوجوانی، با ناراحتی وحشتناکی نسبت به زندگی واقعی بیدار شده ایم. زندگی اتفاق پشت اتفاق است بدون هیچ تضمینی جز حتمی بودن مرگ. این به هیچ وجه حالت راحتی نیست، بلکه برای انسان شدن ما ضروری است. انسان شدن یک پروژه است و تکلیف ما این نیست که بدانیم کیستیم بلکه این است که خودمان را بیافرینیم.

فردریش نیچه (۱۸۴۴-۱۹۰۰)

او نیز مانند کی‌یرکگارد بر اهمیت ذهن‌گرایی تأکید کرد. نیچه می‌خواست که ثابت کند که تعریف باستانی از انسان‌ها به‌عنوان موجودات منطقی کاملاً گمراه‌کننده است. مابیشتر از آن که خردمندان خالی از احساس باسیم مخلوقات اراده هستیم؛ اما در حالیکه کی‌یرکگارد بر (واقعیت ذهنی) ارتباط عمیق با خداوند تأکید داشت، نیچه برای ((قدرت اراده)) فرد ارزش قایل بود. وقتی که جامعه از ما می‌خواهد عجز و ناتوانی خود را با دنبال کردن مسائل دنیوی دیگر توجیه کنیم، از پذیرفتن این منبع ارزش دست می‌کشیم. اگر مانند گوسفندان ((اصول اخلاقی چوپان)) را بپذیریم در این صورت چیزی جز آدم‌های معمولی نخواهیم بود؛ اما اگر با آزاد گذاشتن قدرت اراده‌ی خود، خویشتن را آزاد کنیم، از استعداد خود برای خلاقیت و ابتکار عمل استفاده خواهیم کرد.

مارتین هایدگر (۱۸۸۹-۱۹۷۶)

وجود‌نگری پدیدارشناختی هایدگر به ما یادآور می‌شود که ما ((در این دنیا)) وجود داریم و نباید بکوشیم که خود را مجزا از دنیایی که در آن افکنده شده ایم تصور کنیم. نحوه‌ای که ما زندگی روزمره‌ی خود را با گفتگوهای سطحی و کارهای یکنواخت پر می‌کنیم نشان می‌دهد که فرض می‌کنیم قرار است برای همیشه زندگی کنیم و می‌توانیم روزهای متوالی را هدر دهیم. خلقها و احساسها (از جمله نگرانی درباره‌ی مرگ) نوعی آگاهی از این موضوع هستند که آیا صادقانه زندگی می‌کنیم یا اینکه به‌صورت بدلی زندگی خود را بر اساس توقعات دیگران می‌سازیم. در صورتی که این خردمندی را از احساس مبهم به آگاهی روشن تبدیل کنیم، راحل مثبت تری را درباره‌ی اینکه چگونه می‌خواهیم باشیم به دست می‌آوریم. وجود‌نگری پدیدارشناختی، به گونه‌ای که هایدگر معرفی کرده است، برداشتی از تاریخ انسان را ارائه می‌دهد که روی رویدادهای گذشته تمرکز ندارد بلکه افراد را با انگیزه می‌کند تا به آینده، به ((تجربیات اصیلی)) که قرار است روی دهند بنگرند.

ژان - پل سارتر (۱۹۸۰-۱۹۰۵)

سارتر فیلسوف و نویسنده تا اندازه‌ای در اثر سالهای پرمخاطره خویش در نهضت مقاومت فرانسه در جنگ جهانی دوم، متقاعد شد که انسان‌ها خیلی آزادتر از آن هستند که وجودنگرهای پیشین تصور می‌کردند. وجود فضای خالی - نیستی - بیت کل گذشته‌ی ما و زمان حال به ما امکان می‌دهد تا آنچه را که اراده می‌کنیم انتخاب نماییم. ارزش‌های ما همان چیزهایی هستند که انتخاب می‌کنیم. ناکامی در پذیرفتن آزادی و انتخابهایمان مشکلات هیجانی به بار می‌آورد. روبرو شدن با این آزادی دشوار است به همین دلیل با گفتن اینکه ((من به خاطر شرایط گذشته ام اکنون نمی‌توانم تغییر کنم)) بهانه تراشی می‌کنیم. سارتر این بهانه را ((سوء نیت)) نامیده. صرف نظر از اینکه چه بوده ایم، اکنون می‌توانیم تصمیم بگیریم چیز کاملاً متفاوتی شویم؛ اما انتخاب کردن، متعهد شدن است: این مسئولیت است که روی دیگران آزادی است.

مارتین بابر (۱۹۶۵-۱۸۷۸)

بابر موضعی گرفت که کمتر از اغلب وجودنگرهای دیگر فردنگرایانه بود. او گفت ما انسان‌ها در حالت بینابین زندگی می‌کنیم؛ یعنی، هرگز فقط من وجود ندارد بلکه همیشه دیگری هم وجود دارد. من، کسی که عامل است، بسته به اینکه آیا دیگری آن یا تو است، اما گاهی اشتباه جدی می‌کنیم و دیگری را به مقام صرفاً یک شیء تنزل می‌دهیم که در این صورت رابطه به صورت من / آن در می‌آید. بابر بر اهمیت هنوز تأکید می‌کند که سه وظیفه دارد: (۱) روابط من / تو را امکان‌پذیر می‌سازد؛ (۲) امکان وجود معنی را به موقعیت می‌دهد؛ (۳) فرد را قادر می‌سازد تا در زمان حال مسئول باشد.

لودویگ بینزوانگر (۱۹۶۶-۱۸۸۱)

بینزوانگر، تحلیلگر وجودی، مدل کل‌نگرانه خود (self) را مطرح کرد که به رابطه‌ی بین انسان و محیط او می‌پردازد. او برای بررسی ویژگی‌های مهم خود، مانند انتخاب، آزادی و اهمیت دادن، از روش پدیدار شناختی استفاده کرد. بینزوانگر نظر هایدگر را که ((ما به جهان افکنده شده ایم)) قبول داشت؛ اما این ((افکنده شدن)) ما را از قید مسئولیت انتخابهای خود و برنامه ریزی برای آینده خلاص نمی‌کند (گولد، ۱۹۹۳). تحلیل وجودی بر ابعاد ذهنی معنوی وجود انسان تأکید می‌کند. بینزوانگر (۱۹۷۵) معتقد بود که بحرانهای موجود در درمان معمولاً لحظه‌های مهم انتخاب برای درمان‌جو هستند.

مدارد باس (۱۹۹۱-۱۹۰۳)

بینزوانگر و باس از شخصیت‌های اولیه روان‌درمانی وجودی بودند. آن‌ها به هستی - در - جهان اشاره کردند که به توانایی ما در فکر کردن به رویدادهای زندگی و معنی دادن به این رویدادها مربوط می‌شود. انسان‌ها توانایی تصمیم‌گیری درباره‌ی خیلی از رویدادها را دارند. آن‌ها معتقد بودند که درمانگر باید بدون پیش فرضهایی که مانع از شناخت تجربی می‌شود، به دنیای ذهنی درمان‌جو وارد شود. بینزوانگر و باس به عنوان نخستین روانکاوان وجودی، شدیداً تحت تأثیر اثر تعیین‌کننده‌های دیگر با عنوان هستی و روزگار (۱۹۶۲) قرار داشتند که مبنا را برای شناختن فرد در اختیار گذاشت (می، ۱۹۵۸). باس عمیقاً تحت تأثیر روانکاو فروید و از آن بیشتر تحت تأثیر هایدگر قرار داشت.

۱- شخصیت های اصلی در روان درمانی وجودی معاصر

چهار بنیان گذار بر جسته‌ی روان درمانی وجودی ویکتور فرانکل، رولو می، جیمز بوگنتال و ایروین یالوم هستند که همه آن‌ها رویکردهای وجودی خود به روان درمانی را از سوابق نیرومند در روانشناسی وجودی و انسان گرایی به وجود آوردند. ویکتور فرانکل شخصیت اصلی در ساختن درمان وجودی است.

درحالی که فرانکل هنگام جوانی عمیقاً تحت تأثیر فروید قرار داشت، شاگرد آدلر شد. او بعد ها تحت تأثیر نوشته های فیلسوفان وجودی قرار گرفت و فلسفه و روان درمانی وجودی خودش را ابداع کرد. او عاشق این نقل قول از نیچه بود: ((کسی که چرایی برای زندگی کردن دارد می تواند تقریباً هر چگونه ای را تحمل کند)). فرانکل معتقد بود که این کلمات می توانند شعاری برای کل کاریست روان درمانی باشند. به نظر می رسد که نقل قول دیگری از نیچه ماهیت تجربه و نگارش های وی را منعکس می کند: ((چیزی که مرا نمی کشد، مرا قویتر می کند)).

فرانکل، لوگوتراپی را ابداع کرد که به معنی ((درمان از طریق معنی)) است. مدل فلسفی فرانکل چیزی را که به معنی زنده بودن کامل است روشن می سازد. ((زنده بودن، توانایی کنترل کردن زندگی روز به روز و یافتن معنی در عذاب کشیدن را شامل می شود)) موضوعات مهمی که در سرتاسر کارهای او جریان دارند عبارتند از اینکه زندگی تحت هرشرایطی معنی دارد؛ انگیزش اصلی برای زیستن میل به معنی است؛ آزادی یافتن معنی در تمام چیزهایی که به آن فکر می کنیم؛ و یکپارچگی بدن، ذهن و روح. به عقیده فرانکل، انسان مدرن وسیله ای برای زیستن دارد ولی اغلب هیچ معنایی که به خاطر آن زندگی کند ندارد. بیماری دوران ما بی معنایی یا ((خلاء وجودی)) است و معمولاً زمانی احساس می شود که افراد خود را به کار های عادی مشغول نمی کنند. هدف فرایند درمان به چالش طلبیدن افراد برای یافتن معنی و مقصود از طریق رنج کشیدن، کار و عشق است.

رولو می روانشناس همراه ببا فرانکل، عمیقاً تحت تأثیر فیلسوفان وجودی، مفاهیم روانشناسی فروید و چند جنبه از روانشناسی فردنرگر آلفرد آدلر قرار داشت. فرانکل و می هردو طرفدار انعطاف پذیری و همه فن حریفی در کاریست روان کاوی بودند. به عقیده می، ((بودن)) جرعت می خواهد و انتخاب های ما تعیین می کنند چه نوع آدمی خواهیم شد. درون ما کشمکش دایمی وجود دارد. گرچه می خواهیم به سمت پختگی و استقلال پیش برویم ولی می دانیم که این گسترش اغلب فرایند عذاب آور است. بنابراین، کشمکش بین امنیت وابستگی و شادیها و عذابهای رشد است.

دو درمانگر وجودی دیگری، جیمز بوگنتال و ایرون یالوم هستند. بوگنتال بر اساس علاقه وجودی به حضور بی واسطه‌ی فرد و تأکید انسان گرایی بر یکپارچگی هر فرد، رویکردی را به درمان عمیقی به وجود آورد رویکرد تغییر دهنده زندگی به درمان را توصیف می کند. او درمان را به صورت سفر درمانگر و درمان جو به اعماق دنیای ذهنی درمان جو توصیف می کند. او تأکید دارد که جستجو تمایل درمانگر را به رابطه داشتن با دنیای پدیداری خود او می طلبد. به عقیده بوگنتال، مسئله مهم در درمان این است که به درمانجوها کمک شود تا این موضوع را بررسی کنند که چگونه به سؤال های وجودی زندگی پاسخ داده اند و بعد برای اینکه زندگی اصیلی را شروع کنند، به چالش طلبیده شوند تا پاسخ های خود را اصلاح کنند.

یالوم با توسل به تجربه بالینی خود و پژوهش تجربی، فلسفه و نوشته ها، رویکردی وجودی را به درمان ابداع کرده است بر چهار مسئله اساسی انسان تمرکز دارد: مرگ، آزادی، انزوای وجودی و بی معنایی.

۴-۱ برداشت از ماهیت انسان

اهمیت جنبش وجودی در این است که علیه گرایش به مشخص کردن یک رشته فنون برای درمان واکنش نشان می‌دهد. در عوض، این جنبش کاربرست درمان را بر آگاهی از معنی انسان بودن استوار می‌کند. جنبش ورودی از احترام به انسان، از کاوش کردن ویژگی‌های جدید رفتار انسان و روش‌های گوناگون برای شناختن افراد حمایت می‌کند. این جنبش بر پایه‌ی فرض‌های خود درباره‌ی ماهیت انسان، از رویکردهای متعدد به درمان استفاده می‌کند.

تمرکز فعلی رویکرد وجودی بر درمان‌جویانی است که در این دنیا احساس تنهایی می‌کنند و با اضطراب این انزوا روبرو هستند. درمانگران وجودی به جای تعیین کردن مقررات برای درمان، سعی می‌کنند این تجربیات عمیق انسان را درک کنند.

برداشت وجودی از ماهیت انسان را با این عقیده می‌توان درک کرد که وجود ما هرگز یک بار برای همیشه تثبیت نشده است، بلکه ما مرتباً خود را از طریق برنامه‌های خویش دوباره می‌آفرینیم. انسان‌ها دائماً در حالت تحول، شکل گرفتن، تکامل یافتن و شدن هستند. انسان بودن اشاره دارد به این که ما به وجودمان پی ببریم و به آن معنی می‌دهیم. ما به‌طور مداوم از دغدغه، دیگران و دنیا سؤال می‌کنیم. گرچه سؤال‌های خاصی که مطرح می‌کنیم مطابق با مرحله رشد ما در زندگی تفاوت دارند اما موضوعات اساسی آنان تغییر نمی‌کنند و همان سؤال‌هایی را مطرح می‌کنیم که فیلسوفان در طول تاریخ قرن مطرح کرده‌اند: ((من کیستم؟)) ((چه چیزی را می‌توانم بدانم؟)) ((چه کاری باید انجام دهم؟)) ((چه امیدی می‌توانم داشته باشم؟)) ((به کجا می‌روم؟)).

قضیه ۱: توانایی برای خودآگاهی طبق رویکرد وجودی، جنبه‌های اساسی شرایط انسان از این قرارند: ما به‌عنوان انسان می‌توانیم بیاندیشیم و تصمیم‌گیری کنیم، زیرا که قادر به خودآگاهی هستیم. هرچه آگاهی ما بیشتر باشد امکانات ما برای آزادی بیشتر است (قضیه ۲)؛ پس، وقتی آگاهی خود را در زمینه‌های زیر گسترش می‌دهیم، توانایی خود را برای زیستن کامل بالا می‌بریم:

- ما متناهی هستیم و وقت نامحدودی نداریم که آنچه را در زندگی می‌خواهیم انجام دهیم.
- ما از توانایی اقدام کردن یا اقدام نکردن برخوردار داریم؛ عدم فعالیت نوعی تصمیم‌گیری است.
- ما می‌توانیم اعمال خود را انتخاب کنیم و بنابراین می‌توانیم تا اندازه‌ای سرنوشت خود را به وجود آوریم.
- معنی، حاصل پی بردن به این نکته است که چگونه به این جهان ((افکنده)) شده یا در آن قرار داده شده ایم و بعد از طریق احساس تعهد به‌صورت خلاق زندگی کردن است.
- اضطراب وجودی که اصولاً آگاهی از آزادی خودمان است جز ضروری زندگی است؛ وقتی که آگاهی خود را از انتخاب‌های موجود بالا می‌بریم، احساس مسئولیت خویش را در قبال پیامدهای این انتخاب‌ها نیز افزایش می‌دهیم.
- ما در معرض تنهایی، بی‌معنایی، پوچی، گناه و انزوا قرار داریم.
- ما اصولاً تنها هستیم و با این حال فرصت ارتباط برقرار کردن با موجودات دیگر را داریم.
- خودآگاهی منشاء اغلب تواناییهای دیگر انسان است.
- بالا بردن خودآگاهی از گزینه‌ها، انگیزه‌ها، عوامل تاثیرگذار بر فرد و هدف‌های شخصی را شامل می‌شود، هدف مشاوره است.

قضیه ۲: آزادی و مسئولیت:

یکی از موضوعات مشخصه وجودی این است که افراد آزادند تا از بین گزینه ها انتخاب کنند و بنابراین نقش عمده‌ای در شکل‌دهی سرنوشت خود دارند. با اینکه درباره‌ی افکنده شدن به این دنیا حق انتخابی نداشته ایم اما نحوه‌ای که زندگی می‌کنیم و انسانی که قرار است بشویم حاصل انتخابهای ماست.

به خاطر واقعیت این آزادی اساسی، باید مسئولیت هدایت کردن زندگی خود را قبول کنیم. با این حال، با بهانه تراشی می‌توانیم از این واقعیت اجتناب ورزیم. ژان پل سارتر فیلسوف وجودنگر هنگام سخن گفتن از ((سوء نیت)) به عدم اصالت نپذیرفتن مسئولیت شخصی اشاره می‌کند.

ما در قبال زندگی خود، اعمالمان و عدم موفقیت در اقدام نکردن مسئولیم. از نظر سارتر، مردم محکوم به آزادی هستند. او احساس تعهد نسبت به انتخاب کردن برای خودمان را ضروری می‌داند. گناه وجودی، گریختن از قبول تعهد یا تصمیم گرفتن برای انتخاب نکردن است. این گناهی است که هر وقت به صورت صادقانه زندگی نمی‌کنیم دچار آن می‌شویم. این گناه از اجازه دادن به دیگران برای توصیف کردن ما یا تصمیم گرفتن برای ما ناشی می‌شود.

سارتر می‌گوید ((ما حاصل انتخابهای خودمان هستیم)). شیوه‌ی غیراصیل وجود از عدم آگاهی درباره‌ی مسئولیت شخصی برای زندگی خود و پذیرفتن منفعلانه‌ی این موضوع تشکیل می‌شود که وجود ما عمدتاً توسط نیروهای بیرونی کنترل می‌شود. در مقابل، زندگی کردن به صورت اصیل علامت آن است که ما از وجود با ارزش برای خودمان ارزیابی درستی کرده ایم. از نظر وجودنگرها، آزاد بودن و انسان بودن یکی هستند.

پذیرفتن مسئولیت شرط اصلی برای تغییر است. درمان‌جویانی که با سرزنش کردن دیگران به خاطر مشکلات خود از پذیرفتن مسئولیت امتنا می‌کنند، از درمان فایده‌ای نمی‌برند.

فرانکل (۱۹۷۸) نیز آزادی را به مسئولیت ربط می‌دهد. اصل بنیادی او این است که قید و بندهای خاصی آزادی را محدود می‌کنند. ما از قید شرایط آزاد نیستیم ولی آزادیم تا علیه این قید و بندها به پا خیزیم. در نهایت، این شرایط به تصمیمات ما بستگی دارند، بدان معنی که ما مسئولیم.

قضیه ۳: تلاش برای هویت و رابطه با دیگران

چند تن از نویسندگان وجودی از تنهایی، ریشه کن شدگی و بیگانگی سخن می‌گویند که می‌توان آن را به صورت ناکامی در برقرار کردن پیوند با دیگران و با طبیعت در نظر گرفت.

مشکل خیلی از ما این است که از افراد مهم در زندگی خود رهنمودها، جوابها، ارزش‌ها و عقایدی را درخواست کرده ایم. به جای اینکه به جستجوی درون خود اعتماد کنیم و پاسخ‌هایی را به تعارضهای زندگی خویش پیدا کنیم، با تبدیل شدن به آنچه دیگران از ما انتظار دارند، به خود خیانت می‌کنیم. وجود ما در انتظارات آنها ریشه دارد و با خویشتن بیگانه شده ایم.

الف) جرأتِ بودن: پل تیلیش (۱۹۶۵-۱۸۸۶) عالم الهیات پروتستان در قرن بیستم، معتقد است که آگاهی از ماهیت متناهی مان مارا از مسائل اساسی مطلع می‌سازد. پی بردن به ((دلیل واقعی وجودمان)) استفاده از نیروی آن برای فراتر رفتن از آن جنبه‌های نیستی که ما را نابود می‌کنند، جرأت می‌خواهد (تیلیش، ۱۹۵۲). ما تلاش می‌کنیم به جوهر وجودمان پی ببریم، آن را بیافرینیم و حفظ کنیم یکی از عمیق‌ترین ترسهای درمان‌جویان این است که دریابند هیچ جوهری، هیچ خودی، هیچ محتوایی وجود ندارد و آن‌ها صرفاً انعکاسی از توقعات دیگران از ایشان هستند. امکان دارد درمانگران وجودی از درمان‌جویان خود بخواهند اساس خویش را که چیزی جز مجموعه انتظارات دیگران نیستند و صرفاً درون‌فکنی‌های والدین و جایگزین‌های والدین هستند، تشدید کنند.

ب) تجربه‌ی تنهایی: احساس انزوا زمانی ایجاد می‌شود که تشخیص دهیم نمی‌توانیم برای تایید شدن خودمان به دیگران وابسته باشیم؛ یعنی، ما به تنهایی باید به زندگی معنی دهیم و باید تنها تصمیم بگیریم چگونه می‌خواهیم زندگی کنیم.

پ) تجربه‌ی ارتباط: ما انسان‌ها به روابط با دیگران وابسته ایم. می‌خواهیم در دنیای دیگران مهم باشیم و احساس کنیم که حضور دیگران در دنیای ما اهمیت دارد. در صورتی که بتوانیم تنها بایستیم و به اعماق وجودمان برویم تا به توانمندی‌های خویش پی ببریم. روابط ما با دیگران بر مبنای خوشنودی نه محرومیت ما استوار خواهد بود.

ت) کشمکش با هویت‌مان: فرها (۱۹۹۴) خاطر نشان می‌سازد که برخی از ما به خاطر ترسی که از پرداختن به تنهایی داریم، گرفتار الگوهای رفتار تشریفاتی می‌شویم که مارا در تصور یا هویتی که در اوایل کودکی کسب کرده ایم محسوب می‌کنند. او می‌نویسد که برخی از ما گرفتار مد روز می‌شویم تا از تجربه‌ی بودن دوری کنیم.

قضیه ۴: جستجو برای معنی

ویژگی بارز انسان تلاش برای درک معنی و هدف در زندگی است. درمان وجودی می‌تواند چارچوب مفهومی را برای کمک به درمان‌جویان تامین کند تا معنی زندگی خود را به چالش طلبند.

الف) مسئله‌ی کنار گذاشتن ارزش‌های کهنه: یکی از مشکلات درمان این است که امکان دارد درمان‌جویان ارزش‌های کهنه (یا تحمیلی) را کنار بگذارند بدون اینکه ارزش‌های مناسب دیگری را پیدا کرده باشند که جایگزین آن‌ها کنند. وظیفه‌ی فرایند درمان این است که به درمان‌جویان کمک کند بر اساس نحوه زندگی هماهنگ با نحوه وجودشان، نظام ارزشی را به وجود آورند.

ب) بی‌معنایی: از نظر فرانکی (۱۹۷۸) احساس بس معنایی، روان رنجوری وجودی عمده در زندگی مدرن است. بی‌معنایی در زندگی به پوچی و بی‌محتوایی یا وضعیتی که فرانکل خلاء وجودی نامید، منجر می‌شود. چون طرح از پیش تعیین شده‌ای برای زندگی وجود ندارد، افراد با تکلیف به وجود آوردن معنی خودشان روبرو هستند.

گاهی افرادی که احساس می‌کنند گرفتار پوچی زندگی شده‌اند، از تلاش برای به وجود آوردن زندگی هدفمند کناره‌گیری می‌کنند. تجربه کردن بی‌معنایی و تشکیل دادن ارزش‌هایی که بخشی از زندگی با معنی هستند، مسائلی می‌باشند که باید در جلسات مشاوره مطرح شوند.

مفهوم مرتبط با بی معنایی چیزی است که درمان جویان وجودی آن را گناه وجودی می‌نامند. این وضعیتی است که از احساس ناقص بودن یا پی بردن به اینکه آن چیزی نیستیم که باید می‌شدیم، ناشی می‌شود. این آگاهی از آن است که اعمال و انتخابهای ما توانایی ما را به عنوان انسان، خیلی کمتر از آنچه که باید، نشان می‌دهند. این گناه، روان رنجور محسوب نمی‌شود و نشانه ای که باید درمان شود نیز انگاشته نمی‌شود، بلکه درمانگر وجودی آن را کاوش می‌کند تا بفهمد درمان جویان از نحوه‌ای که زندگی خود را اداره می‌کنند چه درسی می‌گیرند.

پ) آفریدن به معنی تازه:

معنی درمانگر (لوگوترپی) به منظور کمک به درمان جویان برای یافتن معنی در زندگی ترتیب یافته است. وظیفه درمانگر این نیست که به درمان جویان بگوید معنی خاص آن‌ها در زندگی چه باید باشد بلکه او خاطرنشان می‌سازد که آن‌ها می‌توانند حتی در رنج کشیدن معنی پیدا کنند (فرانکل، ۱۹۷۸). این دیدگاه حال و هوای بدبینانه ای نیست که برخی افراد در فلسفه وجودی پیدا می‌کنند، بلکه اعلام می‌دارد که رنج کشیدن انسان (جنبه‌های مصیبت بار و ناگوار زندگی) را می‌توان با موضعی که فرد هنگام روبروشدن با آن می‌گیرد، به موفقیت تبدیل کرد. فرانکل همچنین باور دارد افرادی که با عذاب، گناه، ناامیدی و مرگ روبرو می‌شوند می‌توانند با ناامیدی خود مبارزه کرده و موفق شوند.

باین حال معنی چیزی نیست که بتوانیم مستقیماً آن را جستجو کنیم و به دست آوریم. عجیب اینکه هر چه منطقی تر به جستجوی آن برآییم، به احتمال بیشتری آن را از دست می‌دهیم. یالوم (۲۰۰۳) و فرانکل اصولاً توافق دارند که معنی را مانند لذت باید به طور غیرمستقیم (تلویحا) جستجو کرد. یافتن معنی در زندگی حاصل مشغولیت است که احساس تعهد نسبت به آفریدن، عشق ورزیدن، کار کردن و سازندگی است.

قضیه ۵: اضطراب به عنوان شرایط زیستن

اضطراب از تلاشهای فرد برای زنده ماندن و حفظ کردن و دفاع کردن از وجود خویش ناشی می‌شود و احساسهایی را که اضطراب به وجود می‌آورد، جنبه‌ی اجتناب ناپذیر شرایط انسان است. اضطراب وجودی به صورت نتیجه‌ی اجتناب ناپذیر روبرو شدن با ((مقرری های وجود))، یعنی مرگ، آزادی، انزوای وجودی و بی معنایی توصیف شده است.

درمانگران وجودی اضطراب بهنجار را از روان رنجور متمایز می‌کنند و اضطراب را به صورت منبع بالقوه، رشد در نظر می‌گیرند. اضطراب بهنجار پاسخی مناسب به رویدادی است که فرد با آن روبرو می‌شود. به علاوه، لازم نیست که این نوع اضطراب سرکوب شود و می‌توان از آن به عنوان انگیزه‌ی تغییرکردن استفاده کرد. در مقابل، اضطراب روان رنجور با موقعیت تناسبی ندارد و معمولاً خارج از آگاهی است و فرد را بی تحرک می‌کند. چون ما نمی‌توانیم بدون مقداری اضطراب زنده بمانیم، هدف درمان حذف کردن اضطراب بهنجار نیست. سالم بودن از لحاظ روانشناختی، زندگی کردن با مقدار کمی اضطراب روان رنجور را به همراه دارد، درحالی که پذیرفتن اضطراب وجودی (اضطراب بهنجار) و دست به گریبان شدن با آن جزئی از زندگی است. بدون اضطراب نه می‌توان زندگی کرد و نه می‌توان با مرگ روبرو شد.

اضطراب وجودی نوع سازنده اضطراب بهنجار است و می‌توان محرکی برای رشد باشد. زمانی دچار این اضطراب می‌شویم که به‌طور فزاینده‌ای از آزادی خود و پیامدهای پذیرفتن و نپذیرفتن آن آگاه شویم. ما با محدود کردن زندگی و از این کم کردن انتخابها می‌توانیم اثر انتخاب را کاهش دهیم. به وجود آوردن زندگی تازه به معنی ایجاد کردن اضطراب است.

به باور می (۱۹۸۱) آزادی و اضطراب دو روی یک سکه هستند؛ اضطراب با شور و هیجان همراه با تولد عقیده ای تازه ارتباط دارد؛ بنابراین زمانی دستخوش اضطراب می‌شویم که از آزادی خود برای خارج شدن از امور شناخته و وارد شدن به قلمرو ناشناخته استفاده کنیم. خیلی از ما به خاطر ترس سعی می‌کنیم از جهش به امور ناشناخته اجتناب کنیم.

دورزن - اسمیت (۱۹۹۱) معتقد است که هدف درمان وجودی این نیست که کاری کند تا زندگی آسانتر و امن تر به نظر رسد بلکه این است که درمان‌جویان را ترغیب کند منبع نا امنی و اضطراب خود را تشخیص داده و آن را حل و فصل کنند. روبرو شدن با اضطراب وجودی مستلزم در نظر گرفتن زندگی به‌عنوان ماجراجویی است نه پنهان شدن پشت امنیت هایی که به نظر می‌رسد از ما محافظت می‌کنند. به قول او ((ما باید پاسخهای آسان را کنار بگذاریم و خود را در معرض اضطرابی قرار دهیم که بتواند ما را به‌صورت واقعی و عمیق به زندگی برگرداند)).

درمان وجودی قصد ندارد اضطراب را برطرف کند، زیرا انجام این کار بمعنی قطع منبع شادایی است. وظیفه درمانگر این است که درمان‌جویان را ترغیب کند از طریق موضع گیری، انجام دادن یک عمل، یا تصمیم‌گیری، جرعت روبرو شدن صادقانه با زندگی را پیدا کند. درمانگر وجودی می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند تا یاد بگیرند که چگونه ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند.

قضیه ی ۶: آگاهی از مرگ و نیستی

وجودنگرها مرگ را به‌صورت منفی در نظر نمی‌گیرند بلکه معتقدند آگاهی از مرگ به‌عنوان شرایط اساسی انسان، به زندگی معنی می‌دهد. ویژگی بارز انسان توانایی درک کردن واقعیت آینده و اجتناب ناپذیر بودن مرگ است. اگر بخواهیم به‌صورت معنی دار به زندگی فکر کنیم باید به مرگ بیندیشیم. به نظر فرانکل، مرگ را نباید تحدید دانست، بلکه مرگ ما را با انگیزه می‌کند تا به‌صورت کامل زندگی کرده و از هر فرصتی برای انجام دادن کاری معنی دار استفاده کنیم. آگاهی ما را از مرگ منبع علاقه به زندگی و خلاقیت است. مرگ و زندگی به هم وابسته اند و با اینکه مرگ جسمی ما را نابود می‌کند اما فکر مرگ ما را نصون نگه می‌دارد.

یالوم (۲۰۰۳) توصیه می‌کند که درمانگران مستقینا درباره‌ی واقعیت مرگ با درمان‌جویان صحبت کنند. او معتقد است که ترس از صافی رد می‌شود و در سرتاسر زندگی دست از سر ما بر نمی‌دارد. مرگ در فرایند درمان یک مهمان است و یالوم باور دارد که نادیده گرفتن حضور آن این پیام را می‌رساند که بررسی آن خیلی طاقت فرسات. روبرو شدن با این ترس می‌تواند عاملی باشد که به ما کمک کند تا شیوه‌ی کهنه‌ی زیستن را به شیوه ای اصیل تر تبدیل کنیم.

۵-فرایند درمان

۱-۵ هدف‌های درمان

درمان وجودی از درمان‌جویان می‌خواهد روشهای زندگی نکردن به‌صورت کامل و اصیل را تشخیص داده و انتخابهایی بکنند که به آن‌ها کمک کنند به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آن را دارند. هدف درمان این است که به درمان‌جویان کمک شود به سمت اصالت پیش بروند و تشخیص دهند چه موقعی خود را فریب می‌دهند.

درمان وجودی قصد دارد به درمان‌جویان کمک کند با این اضطراب روبرو شوند و دست به اقدامی بزنند که بر مبنای هدف واقعی آفریدن وجود با ارزش استوار است. می‌معتقد است ((هدف روان‌درمانی "مداوا کردن" درمان‌جویان به مفهوم مرسوم آن نیست بلکه هدف این است که به آن‌ها کمک شود از کاری که انجام می‌دهند آگاه شوند و از نقش قربانی‌رهایی یابند)).

بوگنتال سه وظیفه‌ی اصلی درمان را مشخص می‌کند: (۱) کمک کردن به درمان‌جویان به تشخیص دادن این موضوع که آن‌ها در فرایند درمان به خودی خود کاملاً حضور ندارند و بدانند که این حالت می‌تواند آن‌ها را خارج از درمان محدود کند؛ (۲) حمایت کردن از درمان‌جویان در روبرو شدن با اضطرابهایی که مدت طولانی از آن‌ها اجتناب کرده‌اند؛ (۳) کمک کردن به درمان‌جویان در بازنگری خود و دنیای خویش به‌صورتی که اصالت بیشتری را در ارتباط با زندگی پرورش دهند.

افزایش آگاهی هدف اصلی درمان وجودی است طوری که به درمان‌جویان امکان می‌دهد دریابند که امکانات دیگری هم وجود دارند که قبلاً تشخیص داده نمی‌شدند. درمان‌جویان به این شناخت می‌رسند که قادرند تغییراتی را در نحوه‌ی بودن خویش در این دنیا ایجاد کنند. شارپ و بوگنتال (۲۰۰۱) اظهار دارند که کاربردهای کوتاه‌مدت درمان وجودی مستلزم آن است که هدف‌های درمان به‌صورت روشن و بدون ابهام مشخص شوند.

۲-۵ وظیفه و نقش درمانگر

درمانگران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمان‌جویان اهمیت می‌دهند تا به آن‌ها کمک کنند به آگاهی و گزینه‌های تازه‌ای برسند. تمرکز روی شرایط فعلی درمان‌جویان استنه روی کمک کردن به آن‌ها در بازیابی گذشته‌ی خویش.

درمانگران وجودی به افراد در پی بردن به دلیل ((گیرکردن)) آن‌ها کمک می‌کنند.

در طول فرایند درمان، برای برقراری رابطه‌ای که مشاور را قادر سازد درمان‌جو را بهتر درک کند و به چالش بطلبد، فنون در درجه اول اهمیت قرار دارند. سروکار درمان‌جویان دارای گرایش وجودی معمولاً با افرادی است که وجود محدودی دارند.

۳-۵ تجربه‌ی درمان‌جو در درمان

درمان‌جویان در درمان وجودی ترغیب می‌شوند تجربه‌ی ذهنی خود را از دنیای خویش جدی بگیرند. از آن‌ها خواسته می‌شود مسئولیت نحوه‌ای را که اکنون تصمیم گرفته‌اند در دنیای خود باشند بپذیرند. درمان کارآمد به این آگاهی ختم نمی‌شود، زیرا درمانگر درمان‌جویان را ترغیب می‌کند براساس بینش‌هایی که از طریق فرایند درمان کسب کرده‌اند به اقدام بزنند. از درمان‌جویان انتظار می‌رود به دنیا وارد شوند و تصمیم بگیرند چگونه به‌صورت متفاوتی زندگی خواهند کرد.

۴-۵ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان‌جو

درمانگران دارای گرایش وجودی اعتقاد دارند که نگرش‌های بنیادی آن‌ها نسبت به درمان‌جو و خصوصیات شخصی صداقت، انسجام و جسارت خود آن‌ه همان چیزهایی هستند که برای ارایه کردن دارند. درمان سفری است که درمانگر و درمان‌جو آن را طی می‌کنند، سفری که دنیا را به‌صورتی که درمان‌جو درک و تجربه می‌کند، عمیقاً کندوکاو می‌نماید؛ اما این نوع جستجو ایجاب می‌کند که درمانگران نیز با دنیای پدیداری خود در تماس باشند.

وُنترس و همکاران (۱۹۹۹) اظهار می دارند که مشاوره‌ی وجودی برای درمان‌جو و درمانگر سفری به خودیابی است. بوگنتال (۱۹۸۷) بر نقش مهمی که حضور ملموس درمانگر در این رابطه ایفا می‌کند تأکید می‌ورزد. به نظر او، خیلی از درمانگران و نظام‌های درمانی اهمیت اساسی آن را نادیده می‌گیرند. او معتقد است که قالب‌ها درمانگران به قدری به محتوای آنچه که گفته می‌شود اهمیت می‌دهند که از فاصله خود با درمان‌جویان خویش آگاه نیستند. ((رابطه‌ی درمانی متصل‌کننده‌ی قدرتمند نیروهایی است که کار روان‌درمانی تغییر دهنده‌ی زندگی طولانی، مشکل و اغلب عذاب آور را نیرومن می‌کند. مفهوم درمانگر در اینجا، مشاهده‌گر - تکنسین بی‌علاقه نیست، بلکه همنشین کاملاً زنده‌ای برای درمان‌جوست.

محور رابطه‌ی درمانی احترام است که منظور از آن ایمان داشتن به توانایی درمان‌جویان برای مقابله کردن صادقانه با مشکلاتشان و قابلیت آن‌ها در کشف راههای دیگر بودن است. درمانگران از درمان‌جویان می‌خواهند با الگوبرداری از رفتار اصیل رشد کنند.

۶- کاربرد: فنون و روش‌های درمان

رویکرد وجودی از این نظر که به فن‌گرایی ندارد با اغلب درمان‌های دیگر تفاوت دارد. مداخله‌های درمانگران وجودی بر مبنای دیدگاه‌های فلسفی درباره‌ی ماهیت وجود انسان استوار هستند. درمانگران وجودی آزادند تا هر فنی را که مناسب بدانند از گرایشهای درمانی دیگر اقتباس کنند.

دورزن - اسمیت (۱۹۹۷) قاعده اصلی کار وجودی را پذیرا بودن نسبت به خلاقیت فردی درمانگر و درمان‌جو می‌داند. او معتقد است که درمانگران وجودی باید مداخله‌های خود را با شخصیت و سبک خودشان هماهنگ و نسبت به نیاز هر درمان‌جو حساس باشند. رهنمود اصلی این است که مداخله‌های درمانگر وجودی پاسخگوی نیازهای منحصر به فرد هر درمان‌جو باشد.

دورزن - اسمیت (۱۹۹۰) در رابطه با فنون درمانی خاطرنشان می‌سازد که رویکرد وجودی به خاطر تأکید نکردن روی فنون شهرت دارد. او تأکید دارد که درمانگران باید به قدر کافی به عمق برسند و نسبت به زندگی خود گشوده باشند تا خطر کنند و در آلهای گل آلود درمان‌جویان بروند بدون اینکه غرق شوند. او معتقد است درمانگرانی که حضور ملموس دارند درحالی که درمان‌جویان آن‌ها عمیق‌ترین مسائل خود را کاوش می‌کنند، وجود خود را نیز در معرض تغییر قرار می‌دهند.

استفاده از خود (self)، درمانگر محور درمان است (بالدوین، ۱۹۸۷) در صورتی که عمیق‌ترین خودِ درمانگر با عمیق‌ترین قسمت درمان‌جو ارتباط برقرار کند، فرایند مشاوره در بهترین حالت است. درمان وجودی فرایند خلاق اکتشاف است که می‌توان آن را در سه مرحله‌ی کلی برداشت کرد:

الف) در مرحله‌ی مقدماتی، مشاوران به درمان‌جویان کمک می‌کنند فرض‌های خود را درباره‌ی دنیا مشخص و روشن کنند. در این مرحله درمان‌جویان ارزش‌ها، عقاید و فرض‌های خود را بررسی می‌کنند تا اعتبار آن‌ها را تأیید کنند. این برای بسیاری از درمان‌جویان تکلیف دشواری است زیرا امکان دارد آن‌ها ابتدا مشکلات خود را تقریباً به‌طور کامل حاصل علت‌های بیرونی بدانند.

ب) در مرحله‌ی دوم مشاوره‌ی وجودی، درمان‌جویان ترغیب می‌شوند به اینکه به‌طور کاملتری منبع و مرجع نظام ارزش فعلی خود را بررسی کنند. این فرایند خودکاوی معمولاً به بینش‌های تازه و بازسازی ارزش‌ها و نگرش‌های درمان‌جویان می‌انجامد. درمان‌جویان درباره‌ی اینکه چه نوع زندگی را با ارزش می‌دانند باور بهتری کسب می‌کنند و در مورد فرایند ارزش‌گزاری درونی خویش احساس روشن‌تری را پرورش می‌دهند.

پ) مرحله‌ی آخر مشاوره‌ی وجودی روی کمک به درمان‌جویان برای به عمل درآوردن آنچه درباره‌ی خودشان آموخته‌اند تمرکز می‌کند. هدف از درمان این است که درمان‌جویان بتوانند راه‌های به اجرا درآوردن ارزش‌های امتحان‌شده و درونی‌شده خود را به‌صورت عینی پیدا کنند. درمان‌جویان معمولاً به توانمندی‌های خود پی می‌برند و راه‌هایی را پیدا می‌کنند تا آن‌ها را به خدمت وجود هدفمند درآورند.

۷- زمینه‌های کاربرد درمان وجودی

درمان وجودی برای درمان‌جویانی که با نقاط عطف دست به گریبان هستند، کسانی که کار مصیبت‌باری دارند، با مرگ روبرو هستند، یا با تصمیم مهمی مواجه شده‌اند، بسیار مناسب است. درمان وجودی فرانکل در ارتباط با جوانان دبیرستانی و آنهایی که به قول وی ((ضربه‌هایی به سرنوشت)) را تجربه می‌کنند، بسیار مؤثر واقع می‌شود.

این درمان برای افرادی که در لبه‌ی وجود قرار دارند، مانند آنهایی که در حال مردن هستند، کسانی که روی بحرآن‌های مربوط به رشد یا موقعیت خاصی پیدا می‌کنند، یا کسانی که مرحله تازه زندگی را شروع کرده‌اند مفید است.

بوگنتال و براک (۱۹۹۲) معتقدند ارزش و سرزندگی رویکرد روان‌درمانی به توانایی آن در کمک کردن به درمان‌جویان برای حل و فصل کردن منابع درد و رنج و ناخشنودی در زندگی خود بستگی دارد. به اعتقاد آن‌ها گرایش وجودی برای افرادی خیلی مناسب است که دستخوش فقدان درک هویت هستند. این رویکرد برای افرادی که سعی دارند معنی پیدا کنند یا از احساس پوچی شاکی هستند نوید بخش است.

۸- درمان وجودی از دیدگاه چندفرهنگی

۸-۱ خدمات به مشاور چندفرهنگی

وُنترس می‌نویسد: ((مشاوره وجودی احتمالاً مفیدترین رویکرد برای کمک کردن به درمان‌جویان تمام فرهنگ‌هاست تا در زندگی خود معنی و هماهنگی بیابد، زیرا این رویکرد بر مسائل جدی مانند عشق، اضطراب، رنج کشیدن و مرگ تأکید دارد که هر یک به ناچار باید با آن‌ها مواجه شویم.

امتیاز رویکرد وجودی این است که درمان‌جویان را قادر می‌سازد این موضوع را بررسی کنند که رفتار آن‌ها تا چه اندازه‌ای تحت تأثیر شرطی‌سازی فرهنگی و اجتماعی قرار داشته است. از درمان‌جویان خواسته می‌شود به بهایی که برای تصمیم‌گیری‌های خود پرداخت کرده‌اند توجه کنند.

۲-۸ نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی

به نظر کسانی که دیدگاه سیستمی دارند از وجود گرایان بر این اساس می‌توان انتقاد کرد که آن‌ها شدیداً فردنگر هستند و به عوامل اجتماعی که موجب مشکلات انسان می‌شوند توجهی ندارند.

یکی از نقطه‌ضعفهای نظریه وجودی این است که خیلی روی فرض فلسفی خود مختاری تأکید می‌کند و عوامل پیچیده‌ای را که خیلی از افراد ستم‌دیده باید حل و فصل کنند توجه نمی‌کند. در خیلی از فرهنگها، صحبت کردن از خود و خودمختاری جدا از بستر شبکه اجتماعی و شرایط محیطی امکان‌پذیر نیست.

مشکل دیگر این رویکرد فقدان رهنمودی است خیلی از درمان جویان توقع دارند مشاوره رویکردی منظم و مشکل مدار باشد که این ویژگی در رویکرد وجودی یافت نمی‌شود، زیرا که بر مسئولیت درمان‌جو در تعیین جهت درمان تأکید دارد. مهم‌ترین چالشی که مشاوران با آن روبرو هستند تامین کردن جهتی عینی برای این درمان‌جویان بدون حذف کردن مسئولیت آنهاست.

۹- خلاصه و ارزیابی

۹-۱ خلاصه

طبق دیدگاه وجودی، ما انسان‌ها قادر به خودآگاهی هستیم که توانایی برجسته‌ای است که به ما امکان می‌دهد فکر کنیم و تصمیم بگیریم. ما با این آگاهی موجودات آزادی می‌شویم که مسئول انتخاب کردن نحوه‌ای که زندگی می‌کنیم هستیم و از این رو بر سرنوشت خود تأثیر می‌گذاریم.

این آگاهی از آزادی و مسئولیت موجب اضطراب وجودی می‌شود که خصوصیت بنیان دیگر انسان است. خواه دوست داشته باشیم یا نه، آزادیم، با اینکه ممکن است از فکر کردن به این آزادی خودداری کنیم. دانشی که باید انتخاب کنیم، با اینکه پیامد آن حتمی نیست، به اضطراب منجر می‌شود.

این اضطراب زمانی تشدید که به این واقعیت فکر کنیم که موجودات فانی هستیم. روبرو شدن با تصور مرگ نهایی به لحظه‌ای حاضر معنی می‌دهد زیرا آگاه می‌شویم که برای انجام دادن طرح‌های خود جاودانه نیستیم. وظیفه ما این است که زندگی با معنی و باهدفی را به وجود آوریم. به‌عنوان انسان از این نظر منحصربه‌فرد هستیم که برای ساختن وهدف و ارزش‌هایی که به زندگی معنی می‌دهد تلاش کنیم. زندگی ما هر معنایی که داشته باشد از طریق آزادی و احساس تعهد نسبت به تصمیماتی که در حالت تردید گرفته ایم، به وجود آمده است.

درمان وجودی روی رابطه فرد با فرد تأکید زیاد دارد. این رویکرد فرض می‌کند که رشد درمان‌جو از طریق این رویارویی اصیل روی می‌دهد. فنونی که درمانگر به کار می‌برد تغییرات درمانی چندانی به بار نمی‌آورند. بلکه کیفیت رابطه‌ی درمان‌جو-درمانگر اهمیت دارد.

۲-۹ خدمات رویکرد وجودی

رویکرد وجودی کمک کرده است تا انسان دوباره کانون توجه قرار گیرد. این رویکرد بر واقعیت‌های اساسی وجود انسان، یعنی خودآگاهی و آزادی متعاقب آن تمرکز دارد. امتیاز این رویکرد این است که برداشت تازه‌ای از مرگ به عنوان نیروی مثبت، نه تصویری مخوف ارایه داده است زیرا مرگ به زندگی معنی می‌دهد. وجودنگرها به برداشت تازه‌ای از اضطراب، گناه، ناکامی، تنهایی و بیگانگی خدمت کرده‌اند. یکی از خدمات عمده‌ی رویکرد وجودی تأکید آن بر کیفیت انسانی رابطه‌ی درمانی است.

((به نظر می‌رسد که مشاور وجودی بودن، به معنی جرات داشتن برای اهمیت دادن به انسان در دنیای بی تفاوتی است))

۳-۹ خدمات به یکپارچگی روان‌درمانیها

به عقیده می و یالوم (۲۰۰۰)، بنیانگذاران درمان وجودی امیدوار بودند به جای اینکه درمان وجودی مکتب مجزایی باشد باشد، مفاهیم و موضوعاتی که آن‌ها معرفی کردند بر تمام مکاتب درمانی تأثیر بگذارند و در آن‌ها ادغام می‌شوند. بوگنتال وبراک احتمال می‌دهند که مفاهیم و درمان وجودی در گرایشهای نظری دیگر به صورت خلاق ادغام شوند. داتیلو (۲۰۰۲) فنون شناختی - رفتاری را با موضوعات رویکرد وجودی ادغام کرده است.

انتقاد عمده‌ای که اغلب از این رویکرد می‌شود این است که اصول و کاربستهای روان‌درمانی را به صورت منظم بیان نمی‌کند. برخی از درمانگران با زبان و مفاهیمی که به نظر آن‌ها اسرارآمیز می‌رسد، مشکل دارند. کسانی که کاربست مشاوره مبتنی بر پژوهش را ترجیح می‌دهند معتقدند که مفاهیم باید از نظر تجربی دقیق باشند، تعریفها باید عملیاتی باشند، فرضیه‌های باید آزمون‌پذیر باشند و کاربست درمان باید هم از نظر فرآیند و هم پیامدهای مشاوره، بر نتایج پژوهشی استوار باشند.

درمانگران مبتدی و حرفه‌ای که ذهنیت فلسفی ندارند بسیاری از مفاهیم وجودی را نخوت آمیز و مبهم می‌دانند. بینش فلسفی ممکن است برای برخی درمان‌جویان مناسب نباشد. برای مثال، رویکرد وجودی برای کارکردن با فردی که شدیداً آشفته است فایده‌ای ندارد. بالین حال آر. دی. لینک (۱۹۶۵-۱۹۶۷) از دیدگاه وجودی برای درمان بیماری اسکیزوفرنیک با موفقیت استفاده کرده است.

فصل هفتم

درمان فردمدار

۱-مقدمه

رویکرد فردمدار بر مبنای مفاهیم روانشناسی انسان‌گرا استوار است این رویکرد با دیدگاه وجودی، مفاهیم و ارزش‌های مشترکی دارد. فرض‌های اساسی راجرز عبارتند از: افراد اصولاً قابل اعتماد هستند، آن‌ها بدون مداخله مستقیم درمانگر، استعداد زیادی برای شناختن خود و مشکلاتشان دارند و اگر در نوع خاصی از رابطه درمانی درگیر شوند، قادر به رشد هدایت شده توسط خود هستند.

راجرز از همان ابتدا بر نگرشها و خصوصیات درمانگر و کیفیت رابطه درمان‌جو - درمانگر به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده نتیجه فرایند درمان تأکید کرد. او همیشه مسائلی نظیر آگاهی درمانگر از نظریه و فنون را در درجه دوم اهمیت قرار می‌داد. این اعتقاد به توانایی درمان‌جو برای شفا بخشیدن خود با خیلی از نظریه‌هایی که فنون درمانگر را قوی‌ترین عناصری می‌دانند که به تغییر منجر می‌شوند در تضاد است.

راجرز با مطرح کردن نظریه‌ای که بر درمان‌جو به‌عنوان عاملی برای تغییر دادن خویش متمرکز بود، حوزه روان‌درمانی را دگرگون کرد. راجرز نظریه فردمدار را به‌عنوان رویکردی ثابت و کامل به درمان ارایه نداد.

۱-۱-چهار دوره شکل‌گیری رویکرد فردمدار راجرز

در دوره‌ی اول که دهه‌ی ۱۹۴۰ بود، راجرز آنچه را که به مشاوره‌ی بی‌رهنمود معروف بود در واکنش علیه رویکردهای رهنمودی و مرسوم روان‌کاوی به درمان فردی به وجود آورد. نظریه راجرز بر ایجاد جوّ آسانگیر و بی‌رهنمود توسط مشاور تأکید داشت. وقتی که او این فرض بنیادی را که ((مشاور بهتر از همه می‌داند)) به چالش طلبید، هیاهوی زیادی راه انداخت.

راجرز همچنین اعتبار روش‌های درمانی پذیرفته شده مانند نصیحت، توصیف، رهنمود، قانع‌سازی، رهنمود، آموزش تشخیص و تغییر را به چالش طلبید. راجرز بر اساس اعتقاد خود به اینکه مفاهیم و روش‌های تشخیصی بی‌دقت و متعصبانه هستند و اغلب بد استفاده شده‌اند، آن‌ها را از رویکرد خود حذف کرد.

مشاوران بی‌رهنمود از در میان گذاشتن اطلاعات خیلی زیاد درمورد خودشان با درمان‌جویان خودداری می‌کنند و در عوض عمدتاً روی انعکاس دادن و روشن کردن ارتباطهای کلامی و غیر کلامی درمان‌جویان تمرکز می‌کنند با این هدف که از احساسهای بیان شده‌ی درمان‌جویان آگاه شوند در دوره دوم که دهه‌ی ۱۹۵۰ بود، راجرز (۱۹۵۱) نام رویکرد خود را به درمان درمان‌جومدار تغییر داد تا تأکید آن را بر درمان‌جو به جای روش‌های بی‌رهنمود منعکس کند.

ویژگی این دوره، جابجایی از روشن کردن احساسات به تمرکز بردنیای پدیداردرمانجوست. راجرز فرض کرد که بهترین دیدگاه برای آگاه شدن از اینکه افراد چگونه رفتار می کنند، ملاک درونی خود آنهاست و روی گرایش شکوفا شدن به عنوان نیروی انگیزش اساسی که به تغییردرمانجو منجر می شود تأکید کرد.

سومین دوره که از اواخر دهه ۱۹۵۰ شروع شد و تا دهه ۱۹۷۰ ادامه داشت به شرایط لازم و کافی برای دمان مربوط می شود. به ماهیت ((تبدیل شدن به خودی که فرد واقعاً هست)) پرداخت. فرایند ((تجربه خویش شدن)) با پذیرا بودن تجربه، اعتماد داشتن به تجربه خویش، منبع درونی ارزیابی و تمایل به بودن در فرایند، مشخص می شود.

در دهه ۱۹۶۰، راجرز و همکارانش با اجرای پژوهش دربارهی فرایند و نتیجهی روان درمانی، به آزمایش فرضیه های زیربنایی رویکرد درمان جو مدار ادامه دادند. او به نحوه ای که افراد در روان درمانی بهتر پیشرفت می کنند علاقمند بود و ویژگی های رابطه ی درمان جو- درمانگر را به عنوان کاتالیزوری که به تغییر شخصیت منجر می شود بررسی کرد. این رویکرد بر اساس همین پژوهش، بیشتر اصلاح شد و گسترش یافت.

دوره ی چهارم، در دهه یی رویکرد درمان جو مدار ادامه دادند. او به نحوه ای که افراد در روان درمانی بهتر پیشرفت می کنند علاقمند بود و ویژگی های رابطه ی درمان جو- درمانگر را به عنوان کاتالیزوری که به تغییر شخصیت منجر می شود بررسی کرد. این رویکرد بر اساس همین پژوهش، بیشتر اصلاح شد و گسترش یافت.

دوره ی چهارم، در دهه یی رویکرد درمان جو مدار ادامه دادند. او به نحوه ای که افراد در روان درمانی بهتر پیشرفت می کنند علاقمند بود و ویژگی های رابطه ی درمان جو- درمانگر را به عنوان کاتالیزوری که به تغییر شخصیت منجر می شود بررسی کرد. این رویکرد بر اساس همین پژوهش، بیشتر اصلاح شد و گسترش یافت.

دوره ی چهارم، در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ با گسترش قابل ملاحظه ای این رویکرد به آموزش و پرورش، صنعت، گروه ها، حل تعارض و جستجو برای صلح جهانی مشخص می شود. به خاطر گستردگی نفوذ راجرز، از جمله علاقه او به این که چگونه افراد قدرت و کنترل بر دیگران و خودشان را کسب، تقسیم، یا واگذار می کنند (نظریه او به رویکرد فردمدار معروف شد). این تغییر در نام، گسترده تر شدن کاربرد این رویکرد را منعکس می کرد. بوزارت و همکاران (۲۰۰۲) پس از بررسی پژوهشهایی که به مدت ۶۰ سال در مورد درمان فردمدار اجرا شده بودند به موارد زیر رسیدند:

الف) در سالهای اولیه ی این رویکرد، درمان جو نه درمانگر مسئولیت داشت. این نوع درمان بی رهنمود با افزایش آگاهی، خودکاوی و بهبود خود پنداره ارتباط داشت.

ب) بعداً تمرکز از روشن کردن احساسها به چارچوب داوری درمان جو جابجا شد. بسیاری از فرضیه های راجرز تایید شدند و برای ارزش رابطه ی درمانی و تواناییهای درمان جو به عنوان محور درمان موفقیت آمیز، شواهد نیرومندی به دست آمدند.

پ) درمان فردمدار تحول بیشتری یافت، پژوهش بر شرایط اصلی که فرض شده بود برای درمان موفقیت آمیز لازم و ضروری هستند، متمرکز بود. معلوم شد که نگرش درمانگر- درک همدلانه ی دنیای درمان جو و توانایی انتقال دادن موضع بدون قضاوت به درمان جو- برای نتیجه ی درمان موفقیت آمیز اهمیت زیادی دارد.

۲-۱ وجود نگری و انسان گرایی

در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در بین مشاوران علاقه‌ی فزاینده‌ای به ((نیروی سوم)) در درمان وجود داشت که جایگزینی برای رویکردهای روان‌کاوی و رفتاری بود. درمان وجودی، رویکرد فردمدار، درمان گشتالتی که فریز و لوراپرلز آنرا بوجود آوردند تحت این عنوان قرار داشتند. رویکرد فردمدار و درمان گشتالتی تجربی و رابطه‌گرا هستند.

تفکر وجود گرایی و انسان گرایی از نظر محترم شمردن تجربه ذهنی درمان‌جو و اعتماد به توانایی درمان‌جو در تصمیم‌گیری‌های مثبت و سازنده مشترک هستند. آن‌ها از نظر تأکید بر مفاهیمی چون آزادی، انتخاب، ارزش‌ها، مسئولیت شخصی، خود مختاری، هدف و معنی مشترک هستند.

آن‌ها از این لحاظ تفاوت دارند که وجودنگرها معتقدند ما با اضطراب تصمیم‌گیریدر باره به وجود آوردن هویتی در جهان روبرو هستیم که معنی ندارد. انسان‌گرایان در مقابل، موضعی می‌گیرند که کمتر اضطراب‌آور است و اعلام می‌دارند که هر یک از ما استعدادی فطری داریم که می‌توانیم آن را شکوفا کرده و از طریق آن معنی پیدا کنیم. بسیاری از درمانگران وجودی امروزی خود را درمانگران وجودی - انسان‌گرا می‌نامند، بدین معنی که ریشه‌های آن‌ها در فلسفه وجودی است ولی چند جنبه از روان‌درمانی‌های انسان‌گرای آمریکای شمالی را جذب کرده‌اند.

بینش زیربنای فلسفه انسان گرایی را می‌توان با این استعاره درک کرد که چگونه دانه بلوط، چنانچه شرایط مناسبی برای آن فراهم شود، ((به‌طور خودکار)) و طبیعی به سمت شکوفا شدن و تبدیل شدن به درخت بلوط پیش می‌رود.

درمقابل، از نظر وجودنگرها، ما هیچ چیزی نیستیم و ((ذات)) درونی نداریم که بتوانیم روی آن حساب کنیم. ما در هر لحظه با این انتخاب روبرو هستیم که از این شرایط چه چیزی بسازیم. فلسفه انسان‌گرا که رویکرد فردمدار بر آن استوار است یکی از نگرش‌ها و رفتارهایی جلوه گر می‌شود که جو تقویت‌کننده رشد را به وجود می‌آورد.

رویکردهای وجودی و فردمدار در مورد رابطه‌ی درمان‌جو - درمانگر مفاهیم مشابهی دارند. پدیدار شناسی که برای رویکرد وجودنگر اهمیت زیادی دارد، برای نظریه فردمدار نیز مهم است. هر دو رویکرد بر برداشتهای درمان‌جو تمرکز می‌کنند و لازم می‌دانند که درمانگر وارد دنیای ذهنی درمان‌جو شود و هر دو رویکرد بر توانایی درمان‌جو برای خودآگاهی و شفا بخشیدن به خود تأکید دارند.

۴- مفاهیم مهم

۴-۱ برداشت از ماهیت انسان

موضوعی که از نوشته‌های اولیه راجرز نشأت گرفته و بر تمام کارهای او سایه انداخته، اعتماد به توانایی درمان‌جو در پیش روی به‌صورت سازنده در صورت فراهم بودن شرایط پرورش دهنده رشد است. راجرز قویاً معتقد است که انسان‌ها قابل اعتماد، با درایت، قادر به خودشناسی و خودگردانی، قادر به ایجاد کردن تغییرات سازنده و قادر به هدایت کردن زندگی ثمربخش و کارآمد هستند.

او معتقد است که سه ویژگی درمانگر جوّ تقویت کننده‌ی رشد را به وجود می‌آورند، جوّس که افراد بتوانند پیش روی کرده و چیزی شوند که قابلیتش را دارند: (۱) همخوانی (صداقت یا اصالت)، (۲) توجه مثبت نامشروط (پذیرش و اهمیت دادن) و (۳) درک همدلانه‌ی دقیق (توانایی درک کردن عمیق دنیای ذهنی دیگری).

به عقیده راجرز، اگر درمانگران این نگرشها را انتقال دهند، گسانی که از آنها درخواست کمک کرده‌اند کمتر حالت دفاعی می‌گیرند و نسبت به خود و دنیای خویش گشوده تر می‌شوند و به صورت سازنده رفتار می‌کنند؛ بنابراین هدف‌های مشاوره عبارتند از آزاد گذاشتن درمان‌جویان و فراهم کردن شرایطی که آنها را قادر سازد به کاوش معنی دار خود بپردازند. وقتی افراد آزاد باشند قادرند راه خود را پیدا کنند.

برودلی درباره‌ی گرایش شکوفاشدن، فرایند جهت دار تلاش به سمت تحقق، خودمختاری، استقلال و کمال می‌نویسد. این نیروی رشد درون ما، منبع شفا بخش درونی تامین می‌کند، اما منظور از آن دور شدن از روابط، وابستگی متقابل، ارتباط، یا جامعه‌پذیری نیست. رویکرد فردمدار نقش درمانگر را به عنوان صاحب اختیاری که خیلی می‌داند و درمانجوی منفعلی که صرفاً از دستورات درمانگر اطاعت می‌کند قبول ندارد؛ بنابراین درمان بر توانایی درمان‌جو در آگاهی و تغییر دادن خودگران نگرشها و رفتارهای خودش استوار است.

درمانگر فردمدار روی جنبه سازنده ماهیت انسان و استعدادهایی که فرد به درمان می‌آورد تمرکز می‌کند. تأکید روی این است که درمان‌جویان چگونه در دنیای خود با دیگران رفتار می‌کنند، چگونه می‌توانند در مسیرهای سازنده پیش بروند و چگونه می‌توانند به طرز موفقیت آمیزی با موانعی که رشد آنها را سد کرده‌اند، روبرو شوند.

۵- فرایند درمان

۱-۵ هدف‌های درمان

هدف‌های درمان فردمدار با هدف‌های رویکردهای رویکردهای سنتی تفاوت دارند. رویکرد فردمدار به سمت میزان بیشتر استقلال و انسجام فرد گرایش دارد. این رویکرد بر فرد، نه بر مشکلاتی که فرد مطرح می‌کند تمرکز دارد.

راجرز (۱۹۷۷) معتقد بود که هدف درمان فقط حل کردن مشکلات نیست، بلکه هدف این است که به درمان‌جویان در فرایند رشد آنها کمک شود طوری که بهتر بتوانند با مشکلاتی که اکنون روبرو هستند و در آینده روبرو خواهند شد، مقابله کنند. هدف اساسی درمان تامین کردن جوی است که به درمان‌جو کمک کند فرد کاملی شود.

راجرز (۱۹۶۱) افرادی را که به طور فزاینده‌ای شکوفا شده‌اند به صورت کسانی که از این ویژگی‌ها برخوردارند توصیف می‌شود: (۱) گشودگی تجربه (تجربه پذیری)، (۲) اعتماد به خود، (۳) منبع درونی ارزیابی و (۴) میل به ادامه دادن رشد.

ترغیب کردن این ویژگی‌ها، هدف اصلی درمان فردمدار است. اساس درمان فردمدار این نظر است که درمان‌جویان در ارتباط با درمانگری تسهیل‌کننده، قابلیت توصیف کردن و روشن کردن هدف‌های خود را دارند.

۲-۵ وظیفه و نقش درمانگر

نقش درمانگران فردمدار در نحوه‌ی بودن و نگرش‌های آن‌ها ریشه دارد نه فنونی که برای وا داشتن درمان‌جو به ((انجام دادن کاری)) ترتیب یافته باشند. پژوهش درباره‌ی درمان فردمدار نشان می‌دهد که نگرش درمانگران، نه دانش، نظریه‌ها، یا فنون آن‌ها به تغییر شخصیت درمان‌جو کمک می‌کند.

اصولاً درمانگران از خود به‌عنوان وسیله تغییر استفاده می‌کند. وقتی که آن‌ها در سطح فرد با فرد با درمان‌جو روبرو می‌شوند، ((نقش)) بودن است. نگرش و اعتقاد درمانگر به توانایی‌های درونی درمان‌جو، جوّ درمانی را برای رشد به وجود می‌آورد.

درمانگر فردمدار قصد ندارد تشخیص دهد، برنامه‌های درمان طراحی کند، برنامه ریزی کند، فنون درمانی به کاربرد، یا مسئولیت درمان‌جو را به هر صورتی بر عهده بگیرد)). درمانگران فردمدار از این وظایف نیز اجتناب می‌کنند: آن‌ها به‌طور کلی تاریخچه گردآوری نمی‌کنند، از پرسیدن سؤالات جهت دار و کاوشگرانه خودداری می‌کنند، رفتار درمان‌جو را تعبیر نمی‌کنند، عقاید یا برنامه‌های درمان‌جو را ارزیابی نمی‌کنند و درباره‌ی تعداد یا طول مدت جلسات درمان برای درمان‌جو تصمیم‌گیری نمی‌کنند.

نظریه‌ی فردمدار بر این باور است که وظیفه درمانگر این است که حضور ملموس داشته و در دسترس درمان‌جویان باشد و روی تجربیات کنونی آن‌ها تمرکز کند. در این صورت درمان‌جویان از آزادی لازم برای کاوش کردن زمینه‌هایی از زندگی خود که در آگاهی انکار یا تحریف شده‌اند برخوردار می‌شوند. اولاً و از همه مهمتر، درمانگر باید مایل باشد تا در رابطه با درمان‌جویان صادق باشد. درمانگر با همخوان بودن و پذیرا و همدل بودن، کاتالیزور تغییر می‌شود. درمانگر به جای اینکه درمان‌جویان را در طبقات تشخیصی پیش پنداشته در نظر بگیرد، بر اساس تجربه لحظه به لحظه با آن‌ها ملاقات می‌کند و به دنیای آن‌ها وارد می‌شود.

درمان‌جویان از طریق نگرش اهمیت دادن، احترام گذاشتن، پذیرفتن و درک کردن واقعی درمانگر می‌توانند دفاع‌ها و برداشتهای خشک و انعطاف ناپذیر خود را سست و شل کنند و به سطح بالاتر عملکرد شخصی پیش بروند. درمان‌جویان کمتر حالت دفاعی می‌گیرند و بیشتر پذیرای امکاناتی می‌شود که در درون خود و دنیای پیرامونشان وجود دارند.

۳-۵ تجربه درمان‌جو در درمان

تغییر درمانی به برداشتهای درمان‌جویان از تجربه خودشان در درمان و نگرش‌های بنیادی مشاور بستگی دارد. اگر مشاور جوّی را ایجاد کند که هدایت‌کننده‌ی خودکاوی باشد، درمان‌جویان فرصت کاوش کردن دامنه گسترده تجربه خود را که احساسها، عقاید، رفتار و دیدگاه آن‌ها را شامل می‌شود، خواهند داشت. درمان‌جویان با حالتی از ناهمخوانی نزد مشاور می‌روند؛ یعنی، بین خودپنداره و تجربه‌ی واقعی آن‌ها اختلاف وجود دارد.

درمان‌جویان در چارچوب فردمدار می‌فهمند که آن‌ها در این رابطه مسئول خودشان هستند و می‌توانند با استفاده از این رابطه خود را بیشتر بشناسند. در این درمان درمان‌جویان عامل اصلی تغییر است و تالمن و بوهارت (۱۹۹۹) معتقدند که رابطه‌ی درمانی ساختار حمایت‌کننده‌ی ای را فراهم می‌آورد که قابلیت‌های شفا بخشی درمان‌جویان در آن فعال می‌شوند. ((از آن پس درمان‌جویان ((جادوگرانی)) با قدرت شفا بخشی ویژه می‌شوند. درمانگران زمینه را آماده می‌سازند و نقش دست‌یارانی را دارند که شرایطی را فراهم می‌کنند تا این جادو به توان اجرا شود)).

۴-۵ رابطه بین درمانگر و درمان جو

راجرز (۱۹۵۷) فرضیه‌ی ((شرایط لازم و کافی برای تغییر شخصیت درمانی)) را بر کیفیت رابطه استوار کرد. راجرز (۱۹۶۷) این را نیز فرض کرد که ((به جز در رابطه، تغییر شخصیت مثبت مهم روی نخواهد داد)). این فرضیه به صورت زیر بیان شده است:

- نفر اول که او را درمان جو می نامیم، در حالت ناهمخوانی قرار دارد، یعنی آسیب پذیر و مضطرب است.
- نفر دوم که او را درمانگر می نامیم، در این رابطه همخوان یا منسجم است.
- درمانگر توجه مثبت نامشروط را برای درمان جو تامین می کند.
- درمانگر درک همدلانه‌ای را در چارچوب داوری درونی و درمان جو تجربه می کند و این تجربه را به وی انتقال می دهد.
- درمانگر توجه مثبت نامشروط همدلانه را به درمان جو انتقال می دهد.

بر اساس این رویکرد نیازی نیست که درمانگر اصلاً دانش تخصصی داشته باشد. تشخیص روانشناسی دقیق ضروری ندارد و اغلب اما نه همیشه ممکن است در درمان مؤثر اختلال ایجاد کند. به نظر راجرز رابطه درمان جو-درمانگر با برابری مشخص می شود. درمانگران دانش خود را مخفی نگه نمی دارند یا سعی نمی کنند فرایند درمان را پیچیده کنند. فرایند تغییر در درمان جو به مقدار زیاد به کیفیت این رابطه‌ی برابر بستگی دارد.

الف) همخوانی یا صداقت

شرایط اصلی رابطه درمانی، رویکرد راجرز عبارتند از: منظور از همخوانی این است که درمانگران واقعی هستند؛ یعنی، آن‌ها در طول ساعات درمان صادق، منسجم و اصیل هستند. آن‌ها پوشش کاذب ندارند، تجربه درونی و ابزار بیرونی آن تجربه باهم می خوانند و احساس‌ها، افکار، واکنش‌ها و نگرشهایی را که نسبت به درمان جو دارند، بی پرده ابراز می کنند. درمان فردمدار تاکید دارد که اگر مشاوره احساسی نسبت به درمان جو داشته باشد، ولی به صورت متفاوتی عمل کند، مشاوره با مانع روبه رو خواهد شد بنابراین اگر درمانگر درمان جو را دوست نداشته باشد یا قبول نداشته باشد ولی تظاهر به پذیرش کند، مؤثر واقع نخواهد شد. مفهوم همخوانی راجرز بدان معنی نیست که فقط درمانگری که کاملاً شکوفا شده است می تواند در مشاوره مؤثر باشد. چون درمانگران انسان هستند، نمی توان از آن‌ها انتظار داشت که کاملاً اصیل باشند؛ اما اگر درمانگران در روابط خود با درمان جویان همخوان باشند، اعتماد ایجاد خواهد شد و فرایند درمان پیش خواهد رفت. همخوانی به جای اینکه بر اساس همه یا هیچ باشد در یک پیوستار قرار دارد و این درمورد هر سه ویژگی صدق می کند.

ب) توجه مثبت و پذیرش نامشروط

دومین نگرشی که درمانگران باید انتقال دهند اهمیت دادن عمیق و اصیل به درمان جو به عنوان یک انسان است. این اهمیت دادن نامشروط است؛ یهنی ارزیابی یا قضاوت احساسها، افکار و رفتار درمان جو به صورت خوب یا بد آن را آلوده نکرده است. خیلی مهم است که اهمیت دادن درمانگران انحصار طلبانه نباشد.

درمانگران بدون قید و شرط برای درمان جویان ارزش قایل می شوند و صمیمانه آنهارا می پذیرند. درمانگران به جای نگرش ((من در صورتی شما را قبول دارم که...)) باید نگرش ((من شما را همین طوری که هستید قبول دارم)) را داشته باشید.

این به معنی تایید همه رفتارها نیست. لزومی ندارد که تمام رفتارهای آشکار تایید یا پذیرفته شوند. طبق پژوهش راجرز (۱۹۷۷)، هرچه میزان اهمیت دادن، ارزش قایل شدن و پذیرش درمان جو به صورت غیر انحصار طلبانه بیشتر باشد، احتمال اینکه درمان موفقیت آمیز باشد بیشتر است.

پ) درک همدلانه دقیق

یکی از تکالیف اساسی درمانگر این است که تجربه و اساسهای درمان جویان را با دقت و دلسوزی تمام، آن گونه که در تعامل لحظه به لحظه‌ی جلسات درمان آشکار می‌شوند، درک کند. درمانگر سعی می‌کند به تجربه ذهنی درمان جویان، مخصوصاً در حال حاضر، معنی می‌دهد. هدف، ترغیب کردن درمان جویان برای نزدیک‌تر شدن به خودشان است، برای اینکه عمیق‌تر احساس کنند و ناهمخوانی موجود در خود را تشخیص دهند و آن را حل کنند.

درک همدلانه اشاره دارد به اینکه درمانگر احساسهای درمان جویان را، انگار که احساسهای خودش هستند بدون غرق شدن در این احساسها درک می‌کند. بخشی از درک همدلانه، توانایی درمانگر در منعکس کردن تجربه درمان جویان است. یکی از وظایف انعکاس درمانگر این است که درمان جویان را ترغیب کند خودشان انعکاس تر شوند. همدلی درمانگر به خودشناسی درمان جویان و روشن شدن عقاید و دیدگاههای آن‌ها منجر می‌شود.

همدلی دقیق شالوده رویکرد فردمدار است (بوهات و گرینبرگ، ۱۹۹۷). این راهی است که درمانگران می‌توانند از معنی اظهارات درمان جویان خودخود که اغلب در لبه آگاهی آن‌ها قرار دارند، آگاه شوند. به عقیده واتسون (۲۰۰۲) همدلی کامل مستلزم درک معنی و احساس تجربه درمان جوست.

همدلی عنصر فعال تغییر است که به فرایندهای شناختی و خودگردانی هیجانی درمان جویان کمک می‌کند. واتسون اظهار می‌دارد که ۶۰ سال پژوهش همواره ثابت کرده که همدلی قویترین عامل تعیین‌کننده پیشرفت درمان جو در درمان است. در صورتی که همدلی در سه سطح میان‌فردی، شناختی و عاطفی جریان داشته باشد، یکی از قوی‌ترین ابزارهایی است که درمانگران در اختیار دارند)) همدلی درک عمیق و ذهنی درمان جو با درمان جوست. درمانگران می‌توانند به مراجعه به احساسات خودشان که شبیه احساسات درمان جوست، در دنیای ذهنی او سهیم شوند.

همدلی به درمان جویان کمک می‌کند تا (الف) به تجربه خود توجه کرده و برای آن ارزش قایل باشند؛ (ب) تجربیات قدیمی را به شیوه تازه‌ای در نظر بگیرند؛ (ج) برداشت‌های خود را از خویش، دیگران و دنیا تعدیل کنند؛ و (د) اطمینان خود را در تصمیم‌گیریها و دنبال کردن روش عمل خاصی افزایش دهند.

۶- کاربرد: فنون و روش‌های درمان

۱-۶ تأکید اولیه بر انعکاس احساسات

راجرز ابتدا بر درک کردن دنیای درمان جو و منعکس کردن این درک تأکید کرد؛ اما بعد از اینکه دیدگاه او درباره‌ی روان‌درمانی گسترش یافت، دیگر روی موضوع بی‌رهنمود تأکید نکرد و به جای آن بر رابطه‌ی درمانگر با درمان جو تأکید ورزید. خیلی از طرفداران راجرز صرفاً از سبک انعکاسی او تقلید می‌کردند و درمان فردمدار به رغم نظر راجرز که نگرش‌های ارتباطی درمانگر و روش‌های اساسی بودن با درمان جو محور فرایند تغییر را تشکیل می‌دهند، عمدتاً به فن انعکاس معروف شده بود.

۲-۶ گسترش روش‌های فردمدار

یکی از خدمات مهم راجرز به رشته‌ی مشاوره، این عقیده است که کیفیت رابطه‌ی درمانی در مقابل اجرا کردن فنون، عامل اصلی رشد در درمان جوست. یک از تحولات ایجاد شده در درمان فردمدار تنوع، نوآوری و فردی کردن کاربست است. این تحول، استفاده از روش‌های متنوع‌تر را ترغیب می‌کند و امکان تنوع زیاد در روش شخصی را میسر می‌سازد. کین معتقد است که که

درمانگران باید رویکرد درمانی خود را تعدیل کنند تا با نیازهای خاص هر درمان‌جو هماهنگ شود. درمانگران فردمدار آزادند تا از انواع پاسخها و روش‌ها برای کمک به درمان‌جویان خود استفاده کنند.

۳-۶ نقش ارزیابی

غالباً ارزیابی را شرایط لازم برای فرایند درمان می‌دانند. شاید به نظر برسد که روش‌های ارزیابی با حال و هوای رویکرد فردمدار بیگانه اند؛ اما آنچه که اهمیت دارد این نیست که چگونه مشاور درمان‌جو را ارزیابی می‌کند بلکه خودسنجی درمان‌جو مهم است. طبق دیدگاه فردمدار، بهترین منبع آگاهی درباره‌ی درمان‌جو خود وی است.

راجرز (۱۹۴۲) در اوایل شکل‌گیری درمان بی‌رهنمود در مورد استفاده از آزمون‌ها یا گردآوری شرح حال کامل در ابتدای مشاوره هشدار داد. او معتقد بود که اگر رابطه‌ی مشاوره با مجموعه‌ای از آزمون‌ها شروع شود، درمان‌جویان برداشت خواهند کرد که مشاور قصد دارد راه‌حلی را برای مشکلات آن‌ها پیدا کند.

بنابراین مسئله ای نیست که آیا ارزیابی باید در کاربست درمانی وجود داشته باشد یا نه بلکه نحوه‌ای که درمان‌جویان تا حد امکان بتوانند در ارزیابی و فرایند درمان خود دخالت داشته باشند اهمیت دارد.

۴-۶ زمینه‌های کاربرد

بوزارت، زیمرینگ و تاش تحقیقاتی را نقل می‌کنند که در دهه ۱۹۹۰ اجرا شده‌اند و اثربخشی درمان فردمدار را در مورد انواع مشکلات، از جمله اختلالات اضطرابی، الکسسیم، مشکلات روان تنی، آگورافوبی، مشکلات میان‌فردی، افسردگی، سرطان و اخلاهای شخصیت نشان می‌دهند. درمان فردمدار نشان داده است که به اندازه‌ی درمان‌هایی که بیشتر هدف‌گرا هستند، کارآمد است.

زمینه‌ای که رویکرد فردمدار را در آن غیر قابل اجرا است مداخله در بحران است (کوری). این رویکرد برماندن با درمان‌جویان به جای سبقت گرفتن از آن‌ها به کمک تعبیرها تأکید دارد. مفاهیم بنیادی این رویکرد روشن و درک آن راحت است. این مهارت‌های اساسی، شالوده ای ضروری برای تمام سیستم‌های درمان دیگری است.

۷-درمان فردمدار از دیدگاه چندفرهنگی

۱-۷ خدمات به مشاوره چندفرهنگی

کین (۱۹۸۷) گستره‌ی فراگیر رویکرد فردمدار به تنوع فرهنگی را به این صورت خلاصه می‌کند ((خانواده‌ی بین‌المللی ما از میلیون‌ها آدم در سر تا سر دنیا تشکیل شده که زندگی آنها تحت تأثیر نوشته‌ها و تلاش‌ها شخصی کارل راجرز و همکاران او قرار داشته است که تفکر و برنامه‌های ابداعی وی را به گوشه و کنار دنیا برده اند)).

فلسفه زیر بنایی درمان فردمدار بر مبنای اهمیت شنیدن پیام‌های عمیق درمان‌جو استوار است.

((گلاسرو بوزارت مشاوره فردمدار به آنچه برای موفقیت درمانی در تمام روش‌های مشاوره اهمیت دارد می‌پردازد. رابطه مشاور-درمان‌جو و استفاده از امکانات درمان‌جو برای مشاوره چندفرهنگی ضروری است.

۲-۷ نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی:

- الف) رهنمودی نمودن مشاور (عدم ساختار کافی) برای مراجعان با بحرآن‌های شدید.
- ب) دومین نقطه‌ضعف رویکرد فردمدار این است که به سختی می‌توان شرایط اساسی را در برخی فرهنگها به عمل آورد. انتقال این شرایط اساسی باید با چارچوب فرهنگی درمان‌جو هماهنگ باشد.
- پ) سومین نقطه‌ضعف در بکاربردن رویکرد فردمدار در مورد درمان‌جویان گوناگون به این واقعیت مربوط می‌شود که این رویکرد ارزش منبع درونی ارزیابی را تمجید می‌کند در صورتی که برخی گروههای قومی برای جمع‌گرایی بیشتر از فرد‌گرایی ارزش قایلند.

۸- خلاصه و ارزیابی

۸-۱ خلاصه

درمان فردمدار بر مبنای فلسفه‌یماهیت انسان استوار است که تلاش فطری برای خود شکوفایی را فرض می‌کند. به علاوه، برداشت راجرز از ماهیت انسان پدیدار شناختی است؛ یعنی، ما خود را مطابق با برداشتی از واقعیت داریم سازمان می‌دهیم. ما انگیزه داریم تا خود را طبق واقعیتی که درک می‌کنیم شکوفا نماییم.

نظریه‌ی راجرز بر این فرض استوار است که درمان‌جویان می‌توانند عواملی را که در زندگی باعث ناخشنودی آنها شده است درک کنند. آنها همچنین توانایی خود گردانی و تغییر شخصی سازنده را دارند. تغییر در صورتی روی خواهد داد که یک درمانگر همخوان با درمان‌جویی که در حالت اضطراب یا ناهمخوانی قرار دارد تماس روان‌شناختی برقرار نماید.

درمانگر باید رابطه‌ای را برقرار کند که درمان‌جوآن را اصیل، پذیرا و همدل بداند. مشاوره‌ی درمانی بر مبنای رابطه من/ تو یا فرد با فرد در جوّی امن و پذیرا استوار است که درمان‌جویان درآن دفاعهای خود را کنار می‌گذارند و جنبه‌هایی را که اکار کرده یا تحریف کرده‌اند می‌پذیرند و در خود ادغام می‌کنند. رویکرد فردمدار بر این رابطه‌ی شخصی بین درمان‌جو و درمانگر تأکید می‌کند؛ نگرش‌های درمانگر از دانش، نظریه، یا فنون مهمتر هستند. درمان‌جویان از این رابطه برای آزاد کردن پتانسیل رشد خود استفاده می‌کنند و فردی می‌شوند که تصمیم دارند بشوند. این رویکرد مسئولیت اصلی هدایت درمان را به درمان‌جو واگذار می‌کند.

اهداف کلی درمان عبارتند از از پذیرفتن هرچه بیشتر تجربه، دستیابی به خود باوری، پرورش دادن منبع درونی ارزیابی و تمایل به رشد کردن مداوم.

۲-۸ خدمات رویکرد فردمدار

کین که شواهد پژوهشی زیادی از اثربخشی رویکرد فردمدار حمایت می‌کنند: ((شصت سال تحول در نظریه، کاربری و پژوهش نشان داده است که رویکردهای انسان‌گرا به روان‌درمانی مؤثر یا از درمان‌های دیگر مؤثر تر هستند)).

راجرز پیشگام تغییر دادن تمرکز درمان از تأکید بر فن و اتکا به قدرت درمانگر در رابطه بود. به رغم تأثیر عظیم راجرز بر کاربری روان‌درمانی، خدمات او در برنامه‌های روانشناسی بالینی نادیده گرفته شده‌اند.

راجرز همواره با نهادینه کردن ((مکتب)) درمان جو مدار مخالف بود. راجرز (۱۹۸۷) هشدار داد که وفاداری خیلی زیاد به یک روش، مکتب فکری، یا فن می‌تواند بر فرایند مشاوره تأثیر معکوس داشته باشد. ((مکتب درمانی که بهتر از همیشه باشد وجود ندارد. مکتب درمانی که شما برای خودتان بر اساس بررسی مداوم و نقادانه تأثیرات روش خودتان در رابطه به وجود می‌آورید از همه بهتر است)).

۲-۸ اهمیت همدلی

از جمله خدمات عمده درمان فردمدار اشارات همدلی برای کاربرست مشاوره است. درمان فردمدار بیش از هر رویکرد دیگری ثابت کرده است که همدلی درمانگر نقش مهمی در کمک به تغییر سازنده در درمان جو دارد.

واتسون (۲۰۰۲) پس از بررسی جامع نوشته‌های پژوهشی در باره‌ی همدلی درمانی، به این یافته‌ها رسید:

- پژوهش همواره نشان می‌دهد که همدلی درمانگر قوی‌ترین پیش‌بین پیشرفت درمان جو در درمان است.
- همدلی عنصر اساسی درمان موفق در هر مدل درمانی است.
- همدلی عنصر اساسی هوش هیجانی است.
- برداشت درمان جو از همدلی درمانگر در مقابل برداشت ارزیابها یا درمانگران بیرونی، پیش‌بین نتایج مثبت در درمان جوست.
- هیچ تحقیقی بین همدلی و نتیجه‌ی درمان، رابطه منفی نشان نداده است.
- نتایج موفقیت آمیز در مدل‌های درمانی مختلف، با نسبت بالای اظهارات درمانگر که همدلی، گوش کردن عمیق و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه درمان جو را نشان می‌دهند، مشخص می‌شوند.

اغلب رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی اهمیت نگرش و رفتاردرمانگر را در برقرار کردن رابطه‌ی درمانی که استفاده از فنون آنها را هدایت می‌کند، جذب کرده‌اند. اما این درمانگران بر خلاف رویکرد فردمدار معتقدند که رابطه کاری برای ایجاد تغییر کافی نیست. برای به وجود آوردن تغییر، روش‌های فعال ضرورت دارد.

۳-۲-۸ ابداعات در درمان فردمدار

یکی از نقاط قوت رویکرد فردمدار ((شکل‌گیری روش‌های نوآورانه و جانع برای کار کردن با افراد، زوج‌ها، خانواده و گروه‌هایی است که به‌طور فزاینده‌ای مشکل، متنوع و پیچیده می‌شوند)).

- ویرجینیا آکسلاین (۱۹۶۴، ۱۹۶۹) با درمان کودکان و بازی درمانی خدمات ارزنده‌ای به درمان فردمدار کرد.
- جندلین (۱۹۹۶) فنون تجربی، مانند تمرکز کردن را به‌عنوان روشی برای بهبود بخشیدن به تجربه‌ی درمان جو به وجود آورد.
- لورا رایس به درمانگران آموزش داد تا در باز آفرینی تجربیات مهمی که درمان جو را آزار می‌دهند خاطره بر انگیز تر باشند.
- آرت کامز (۱۹۹۹) روانشناسی ادراکی را به وجود آورد.
- آرت بوهارت به درک عمیق‌تر همدلی در کاربرست درمان کمک کرده است.
- جین واتسون (۲۰۰۲) نشان داد وقتی همدلی در سطح شناختی، عاطفی و میان‌فردی جریان داشته باشد، یکی از قوی‌ترین ابزارهای درمانگر است.
- هابل، دانکن و میلر (۱۹۹۹) نشان داده‌اند که رابطه‌ی درمان جو مدار برای تمام رویکردهای درمانی ضروری است.

۳-۸ محدودیت‌های رویکرد فردمدار و انتقادهای وارد شده به آن

برخی پژوهشگران از خطاهای روش شناختی که در شماری از تحقیقات رویکرد فردمدار وجود داشته‌اند انتقاد کرده‌اند.

محدودیت احتمالی این رویکرد این است که برخی از دانشجویان و درمانگران تحت آموزش که گرایش فردمدار دارند از درمان جویان خیلی حمایت می‌کنند بدون اینکه آن‌ها را به چالش بطلبند.

دامنه برخی پاسخها و شیوه‌های مشاوره خود را به انعکاسها و گوش کردن توأم با همدلی محدود کرده‌اند. مشاورانی که از این رویکرد استفاده می‌کنند با چالش دیگری مواجه هستند و آن این است باید از درمان جویان در یافتن راه خودشان حمایت کنند.

اصالت درمانگر بیش از هر ویژگی دیگری نیروی رابطه درمانی را تعیین می‌کند.

صداقت و همخوانی درمانگر به قدری برای این رویکرد حیاتی است که کسانی که در این چارچوب کار می‌کنند باید احساس کنند بی پیرایه و طبیعی هستند و باید راهی پیدا کنند تا واکنش‌های خود را به درمان جویان نشان دهند. در غیر این صورت، احتمال دارد که درمان فردمدار به رویگری بی خاصیت، امن و بی حاصل تنزل یابد.

PHDHOME.IR

فصل هشتم

درمان گشتالتی

۱- مقدمه

درمان گشتالتی که توسط فریز پرلز و همسرش لورا در دهه ۱۹۴۰ شکل گرفت نوعی رویکرد وجودی-پدیدار شناختی مبتنی بر این اصل است که افراد را باید در بستر رابطه جاری آن‌ها با محیط شناخت. هدف مقدماتی این است که درمان‌جویان از آنچه تجربه می‌کنند و نحوه‌ای که آن را انجام می‌دهند آگاه شوند.

تغییر به‌طور خودکار از طریق همین آگاهی روی می‌دهد. این رویکرد پدیدار شناختی است زیرا که روی برداشتهای درمان‌جو از واقعیت تأکید دارد و به این دلیل وجودی است که بر این عقیده استوار می‌باشد که افراد همیشه در حال فرایند شدن، نوسازی و کشف کردن دوباره خویش هستند.

درمان گشتالتی به‌عنوان رویکردی وجودی، به وجودی که افراد آن را تجربه می‌کنند توجه خاصی دارد و بر توانایی انسان برای رشد و شفا یافتن از طریق تماس میان‌فردی و بینش تأکید می‌ورزد.

درمان گشتالتی فعال است و به جای حالت انتزاعی صحبت کردن درباره‌ی موقعیتها، تجربه کردن مستقیم را تشویق می‌کند. این رویکرد از این نظر وجودی است که درمان‌جویان درحالی که با درمانگر تعامل می‌کنند با نحوه‌ای که فکر، احساس و عمل می‌کنند دست به گریبان می‌شوند. مشاوران گشتالتی برای حضور کامل داشتن هنگام رویارویی درمانی ارزش زیادی قایلند و رشد در نتیجه تماس صادقانه بین درمانگر و درمان‌جو روی می‌دهد.

گرچه پرلز تحت تأثیر روانکاوی قرار داشت، ولی در چند زمینه با نظریه فروید مخالف بود. در حالی که برداشت فروید از انسان‌ها اصولاً ماشینی است، پرلز رویکرد دیگری به شخصیت دارد و انسان را فعال و نقش آفرین می‌داند. فروید بر تعارض‌های درون روانی سرکوب‌شده از زمان کودکی تمرکز داشت، درحالی که پرلز برای بررسی وضعیت فعلی ارزش قایل بود. این رویکرد روی فرایند بیشتر از محتوا تأکید دارد.

به عقیده پرلز، نحوه‌ای که افراد در زمان حال رفتار می‌کنند خیلی بیشتر از اینکه چرا بدین گونه رفتار می‌کنند برای خودشناسی اهمیت دارد. یکی از نقشه‌های اساسی درمانگر، هدایت کردن تمرکز پدیدار شناختی است، یعنی به درمان‌جویان در روشن کردن آگاهی آن‌ها کمک می‌کند. درمانگران تجربیاتی را ابداع می‌کنند تا خودآگاهی درمان‌جویان را از آنچه انجام می‌دهند و نحوه‌ای که آن را انجام می‌دهند بالا ببرند. آگاهی شامل بینش، خودپذیری، باخبر شدن از محیط، مسئولیت انتخابها و توانایی برقرار کردن تماس با دیگران می‌شود. آگاهی بر تجربه کردن در زمان حال استوار است که همیشه تغییر می‌کند. از درمان‌جویان انتظار می‌رود به جای اینکه منفعلانه منتظر درمانگر بمانند تا به آن‌ها بینش و پاسخ دهد، خودشان ببینند، احساس کنند، درک کنند و همه چیز را تعبیر نمایند.

۲- مفاهیم مهم

۲-۱ برداشت از ماهیت انسان

فریز پرلز (۱۹۶۹) درمان گشتالتی را پدرومنشانه به کار می برد. درمان جویان باید بزرگ شوند، روی دویای خود بایستند و ((خودشان مشکلات زندگی خود را حل کنند)). سبک اجرای درمان او دو برنامه کار داشت: دور کردن درمان جو از حمایت محیطی به سمت حمایت از خویشتن و منسجم کردن دوباره ی قسمت های رها شده ی شخصیت. برداشت پرلز از ماهیت انسان و برنامه های او برای اتکا به خویشتن و انسجام دوباره، زمینه را برای انواع فنون و سبک رویایی اجرای درمان آماده کرد. درمان گشتالتی امروزی برخلاف نحوه کار پرلز، بر گفت و شنود بین درمان جو و درمانگر تأکید دارد. درمانگر هیچ برنامه ای ندارد، میل ندارد به جایی برسد و می داند که ماهیت اساسی رابطه ی فرد با محیط، وابستگی متقابل است نه استقلال. این رویکرد زمینه را برای تماس و تجربیاتی آماده می کند که خودانگیخته و ارگانیک هستند.

برداشت گشتالتی از ماهیت انسان در فلسفه وجودی، پدیدارشناسی و نظریه ی میدانی ریشه دارد. آگاهی صادقانه حاصل چیزی است که بلافاصله در تجربه ی درک کننده وجود دارد. هدف درمان تحلیل کردن نیست بلکه قصد آن آگاهی و تماس با محیط است. محیط یا ((میدان)) از دنیای بیرونی و درونی تشکیل می شود. کیفیت تماس با جنبه هایی از دنیای بیرونی (مثل افراد دیگر) و دنیای درونی (مثل اجزایی از خویش که رها شده اند) کنترل می شود. فرایند ((صاحب شدن دوباره)) اجزایی از خویش که رها شده اند و فرایند یکپارچه کردن، گام به گام پیش می روند تا درمان جویان بقدری قوی شوند که رشد شخصی خود را ادامه دهند.

فرض بنیادی درمان گشتالتی این است که افراد از آنچه در اطرافشان می گذرد کاملاً آگاه باشند، قابلیت ((خودگردانی)) در محیط خویش را دارند. درمان، زمینه و فرصتی را برای این آگاهی و فرایند تماس برقرار کردن فراهم می کند. نظریه ی تغییر گشتالت فرض می کند که هرچه بیشتر تلاش کنیم کسی باشیم که نیستیم، بیشتر به همان صورت می مانیم. پیسر (۱۹۷۰) معتقد است که اگر سعی کنیم متفاوت باشیم نمی توانیم هیچ چیزی را در خودمان تغییر دهیم. طبق نظریه تناقضی تغییر او، تغییر زمانی صورت می گیرد که به جای اینکه سعی کنیم چیزی شویم که نیستیم، از آنچه هستیم آگاه شویم.

پیسر معتقد است به جای اینکه درمانگر عامل تغییر باشد باید به درمان جو کمک کند تا آگاهی خود را بالا ببرد تا امکان احساس دوباره ی یگانگی با جزئی از بدن که با آن بیگانه شده است فراهم شود.

۲-۲ چند اصل نظریه درمان گشتالتی

۲-۲-۱ کل نگر: به باور لاتنر (۱۹۸۶)، کل نگر یکی از اصول بنیادی درمان گشتالتی است. طبیعت به صورت کا یکپارچه و منسجم در نظر گرفته می شود به طوری کل با مجموع اجزای آن تفاوت دارد. فقط در صورتی می توانیم شناخته شویم که تمام ابعاد عملکرد انسان را در نظر بگیریم. درمانگران گشتالتی به افکار، احساسات، رفتارها، بدن و رؤیاهای درمان جو توجه دارند. آن ها روی یکپارچگی، نحوه ای که اجزا کنار هم قرار می گیرند و نحوه ای که فرد با محیط تماس برقرار می کند تأکید دارند.

۲-۲-۲ نظریه ی میدانی: درمان گشتالتی بر نظریه میدانی استوار است. طبق این نظریه، ارگانیزم را باید در محیط خود، یا در موقعیتی که قرار دارد، به عنوان جزئی از میدان همواره در حال تغییر در نظر گرفت. درمان گشتالتی بر این اصل استوار است که

هر چیزی ارتباطی، در تغییر دایمی، به هم پیوسته و در جریان است. درمانگران گشتالتی به آنچه در مرز بین انسان و محیط روی می‌دهد توجه دارند و آن را کاوش می‌کنند.

۲-۲-۳) فرایند تشکیل شکل: فرایند تشکیل شکل که توسط گروهی از روانشناسان گشتالت از میدان ادراک درمان گشتالتی، میدان نامتمایز، زمینه نامیده می‌شود و تمرکز توجیهی که از آن حاصل می‌شود شکل خوانده می‌شود (لاتنر، ۱۹۸۶). فرایند تشکیل شکل این موضوع را ردیابی می‌کند که چگونه جنبه ای از میدان محیطی از زمینه آشکار شده و کانون توجه و علاقه قرار می‌گیرد. نیازهای غالب فرد در هر لحظه‌ی معین، بر این فرایند تأثیر می‌گذارند.

۲-۲-۴) خودگردانی ارگانیزمی: فرایند تشکیل شکل با اصل ((خودگردانی ارگانیزمی)) در هم تابیده است، فرایندی که به موجب آن پیدایی یک نیاز، احساس، یا علاقه آرامش را ((مختل می‌کند)). ارگانیزمها به کمک تواناییهای خویش و امکانات محیطشان منتهای تلاش را بکنند تا خود را تنظیم کنند. درمانگران گشتالتی در جلسات درمان، آگاهی درمان‌جو را به سمت شکلی هدایت می‌کنند که از زمینه آشکار می‌شود و از فرایند تشکیل شکل بعنوان راهنما برای تمرکز کار درمانی استفاده می‌کنند.

۲-۳ زمان حال

زمان حال مهم‌ترین زمان در درمان گشتالتی است. یکی از خدمات اصلی رویکرد گشتالت، تأکید آن بر یادگیری درک کردن و تجربه کردن کامل زمان حال است. تمرکز روی گذشته راهی برای خودداری از کنار آمدن با زمان حال است.

ای. پولستر و پولستر (۱۹۷۳) نظریه‌ای ا به وجود آوردند مبنی بر اینکه ((قدرت در زمان حال است)). خیلی از افراد انرژی خود را صرف ماتم گرفتن برای اشتباهات گذشته خود می‌کنند. هنگامی که آن‌ها انرژی خود را به سمت چه بود و چه می‌توانست باشد هدایت می‌کنند، نیروی زمان حال را کاهش می‌دهند.

درمانگران گشتالتی برای اینکه به درمان‌جو کمک کند با زمان حال ارتباط برقرار نماید، سئوالهای ((چه)) و ((چگونه)) را مطرح نموده اما به ندرت سئوالهای ((چرا)) می‌پرسند.

هدف درمانگر گشتالتی این است که به درمان‌جویان کمک کند به صورت شفاف و بی واسطه با تجربه خود ارتباط برقرار کنند؛ بنابراین اگر درمان‌جویی شوع کند به صحبت کردن درباره‌ی غم، عذاب یا سردرگمی، درمانگر تمام تلاش خود را به خرج می‌دهد تا او را ترغیب نماید غم، عذاب یا سردرگمی را در زمان حال تجربه کند.

درمانگران گشتالتی می‌دانند که معمولاً به خاطر کامل نبودن تجربه‌هایی در گذشته، این تجربه‌ها به‌طور منظم در زمان حال نمایان می‌شوند. بنابراین وقتی درمان‌جویان از گذشته‌ی خود صحبت می‌کنند، درمانگر از آن‌ها می‌خواهد طوری آن را به نمایش بگذارند که گویی در زمان حال تجربه می‌کنند. یک راه برای با نشاط کردن جلسات درمان، توجه کردن به بی واسطگی و کیفیت رابطه بین درمان‌جو و درمانگر است. یالوم (۲۰۰۳) در کتاب جدید جود با عنوان هدیه ای به درمان تأکید بر زمان حال در درمان را عمیقاً توجیه می‌کند.

۴-۲ تکلیف ناتمام

وقتی که شکلها از زمینه آشکار می‌شوند، ولی کامل و حل شده نیستند، افراد در حالت تکلیف ناتمام قرار دارند که می‌تواند به صورت احساسهای ابرازنشده‌ای چون رنجش، خشم، نفرت، درد، اضطراب، اندوه، گناه و بی‌قیدی آشکار شوند. چون این احساسها به‌طور کامل در آگاهی تجربه نشده‌اند، در زمینه می‌مانند و طوری به زندگی زمان حال انتقال می‌یابند که ارتباط مؤثر با خود و دیگران را مختل می‌کنند. تکلیف ناتمام تا زمانی که فرد با احساسهای ابرازنشده روبرو نشده و آنها را حل و فصل نکرده باشد، ادامه می‌یابد.

ای. پولستر و پولستر (۱۹۷۳) در رابطه با تأثیر تکلیف ناتمام اظهار می‌دارند که ((این تکالیف ناتمام به دنبال کامل شدن هستند و زمانی که به قدر کافی نیرو مند شوند، فرد به محاصره اشتغال ذهنی، رفتار وسواسی، نگرانی، انرژی تحمل‌ناپذیر و رفتار خود شکن در می‌آید)).

تأثیر تکلیف ناتمام اغلب به صورت انسدادهایی درون بدن آشکار می‌شود. درمانگران گشتالتی روی توجه کردن به تجربه جسمانی تأکید می‌کنند زیرا معتقدند که اگر احساسها ابراز نشوند نشانه جسمانی به بار می‌آورند. احساسهای ابرازنشده تکه‌پاره‌های هیجانی به وجود می‌آورند که آگاهی متمرکز بر زمان حال را در هم و برهم می‌کنند.

بن بست یا لحظه‌گیر زمانی است که حمایت بیرونی وجود ندارد یا روش معمول بودن کارساز نیست. تکلیف درمانگر این است که درمان‌جو را در تجربه کردن بن بست همراهی کند بدون اینکه او نجات دهد یا ناکام سازد. مشاور با فراهم کردن موقعیتهایی را ترغیب می‌کنند کاملاً وضعیت گیر کردن خود را تجربه نمایند، به آنها کمک می‌کند. آنها با تجربه کردن کامل این بن بست قادر خواهند بود با ناکامیهای خود تماس برقرار کنند.

درمان گشتالتی بر این عقیده استوار است که افراد به سمت شکوفایی و رشد تلاش می‌کنند و اگر تمام جنبه‌های خود را بپذیرند بدون اینکه درباره‌ی آنها قضاوت کنند، می‌توانند به صورت متفاوتی فکر، احساس و عمل کنند.

۵-۲ تماس و مقاومتها در برابر تماس

در درمان گشتالتی اگر قرار باشد تغییر و رشد صورت گیرند، تماس ضروری است. وقتی با محیط تماس برقرار می‌کنیم، تغییر اجتناب‌ناپذیر می‌شود. تماس با دیدن، شنیدن، بوییدن، لمس کردن و حرکت کردن انجام می‌گیرد. تماس مؤثر به معنی تمایل کردن لا طبیعت و مردم بدون از دست دادن درک فردیت است. تماس، تجدید سازگاری خلاق و مداوم افراد با محیط آنهاست.

شرط لازم برای تماس خوب آگاهی شفاف، انرژی کامل و توانایی ابراز کردن خویشتن است.

میريام پولستر معتقد است که تماس نیروی حیات بخش رشد است. تماس علاقه، قدرت تخیل و خلاقیت را با خود به همراه دارد. معمولاً بعد از تجربه تماس به ادغام کردن آنچه که آموخته ایم عقب نشینی می‌کنیم. تماس و عقب نشینی برای عملکرد سالم ضروری و مهم هستند.

درمانگران گشتالتی روی مقاومتها در برابر تماس نیز تمرکز می‌کند. این مقاومتها دفاعی هستند که آنها را برای جلوگیری از تجربه کردن زمان حال به صورت کامل و واقعی پرورش می‌دهیم. ای. پولستر و پولستر (۱۹۷۳) پنج نوع مقاومت را شرح می‌دهند که در زمان گشتالتی به چالش طلبیده می‌شوند؛

(الف) درون فکنی: عبارت است از گرایش به پذیرفتن بی چون و چرای عقاید و معیارهای دیگران بدون جذب کردن آنها برای هماهنگ کردن با آنچه که هستیم.

(ب) فرافکنی: برعکس درون فکنی است. در فرافکنی ما جنبه‌هایی از خود را با نسبت دادن به محیط رها می‌کنیم. وقتی که فرافکنی می‌کنیم، در تمایز کردن دنیای درونی از دنیای بیرونی مشکل داریم.

(پ) معطوف کردن به خود: عبارت است از برگرداندن چیزی که دوست داریم در حق دیگران انجام دهیم به خودمان یا انجام دادن چیزی که دوست داریم دیگران در حق ما انجام دهند برای خودمان. برای مثال اگر به خودمان ناسزا بگوییم و صدمه بزنیم، معمولاً پرخاشگری را که می‌ترسیم به دیگران معطوف کنیم به خودمان معطوف می‌کنیم. این فرایند، تعامل فرد با محیطش را به طور جدی محدود می‌کند.

(ت) انحراف: فرایند هواس پرتی است به طوری که به سختی می‌توان احساس تماس را نگه داشت. کسانی که منحرف می‌شوند می‌کوشند از طریق استفاده‌ی زیاد از شوخی، تعمیم‌های انتزاعی و سؤال کردن به جای اظهار نظر، تماس را مبهم کنند. آنها به صورت بی ثبات با محیط خود تعامل می‌کنند که باعث می‌شود احساس نقصان هیجانی کنند. انحراف، کاهش تجربه‌ی هیجانی را شامل می‌شود.

(ث) هم آمیزی: عبارت است مبهم کردن تمایز بین خود و محیط. برای کسی که به هم آمیزی گرایش دارد، بین تجربه درونی و واقعیت بیرونی مرزبندی روشنی وجود ندارد. هم آمیزی در روابط، فقدان تعارضها را شامل می‌شود، یا اعتقاد به اینکه تمام افرادی که با آن طرف هستند احساسها و افکار یکسانی دارند. این سبک تماس مشخصه درمان جویانی است که خیلی نیاز دارند پذیرفته شوند و دیگران آنها را دوست بدارند. این راهی برای ایمن ماندن به وسیله کنار آمدن با دیگران است نه نشان دادن احساسها و عقاید واقعی. این وضعیت، تماس صادقانه را بسیار مشکل می‌سازد.

اصطلاحاتی چون مقاومت در برابر تماس یا اختلال در مرز به سبکهای مشخصه ای اشاره دارند که افراد برای کنترل کردن محیطشان اختیار می‌کنند. فرض درمان گشتالتی این است که تماس بهنجار و سالم است و درمان جویان غریب می‌شوند به طور فزاینده‌ای از سبک اصلی قطع کردن تماس خویش آگاه شوند.

۶-۲ انرژی و انسداد انرژی

در درمان گشتالتی به جایی که انرژی قرار دارد، نحوه‌ای که مصرف می‌شود و نحوه‌ای که می‌تواند مسدود شود، توجه خاصی شده است. انرژی مسدود شده نوع دیگری از مقاومت است و از جمله می‌تواند با این حالتها آشکار شوند: تنش در قسمت‌هایی از بدن، حالت بدن، محکم و بسته نگه داشتن بدن، نفس عمیق نکشیدن، روی برگرداندن از افراد هنگام صحبت کردن به عنوان راهی برای خودداری از تماس، خفه کردن احساسات، بی حس کردن احساسات و صحبت کردن با صدایی محدود.

درمانگر گشتالتی به این موارد علاقه زیادی دارد: وقفه های بین احساس و آگاهی، وقفه های بین آگاهی و بسیج انرژی و وقفه های بین بسیج انرژی و عمل (زینکر، ۱۹۷۸). قسمت عمده فرایند درمان صرف یافتن تمرکز انرژی متوقف شده و انتقال این احساسات به آگاهی درمان جو می شود.

وظیفه درمانگر است که به درمان جویان کمک کند جایی که انرژی را مسدود کند پیدا کرده و انرژی مسدود شده را به رفتارهای سازگارانه تری تبدیل کند.

۳- فرایند درمان

۳-۱ هدف های درمان

هدف اصلی درمان گشتالتی کسب آگاهی و همراه با آن انتخاب بیشتر است. آگاهی شامل این موارد می شود: شناختن محیط، شناختن خویش، پذیرفتن خویش و توانایی در برقرار کردن تماس. افزایش آگاهی خودبخود درمان کننده محسوب می شود. درمان جویان بدون آگاهی، از ابزار لازم برای تغییر شخصیت برخوردار نیستند. آن ها با کسب توانایی آن را دارند که با قسمتهای انکارشده ذهنیت خود روبرو شوند، آن را قبول کرده و بطور کامل تجربه کنند. آن ها می توانند یکپارچه و کامل شوند. در صورتی که درمان جویان در حالت خود بمانند، تکالیف ناتمام مهم همیشه نمایان می شوند؛ طوری که می توان در درمان به آن ها پرداخت. آگاهی در موقعیت برخورد صادقانه بین درمان جو و درمانگر یا در بستری از رابطه من / تو نمایان می شود.

دیدگاه وجودی این است که ما همواره این است که ما همواره درگیر فرایند بازسازی و کشف کردن خود هستیم. ما هویت ثابتی نداریم بلکه وقتی با چالش های تازه روبرو می شویم، جنبه های تازه ای را در خود پیدا می کنیم. درمان گشتالتی اصولاً رویارویی وجودی است که به موجب آن درمان جویان یاد می گیرند در مسیر های خاصی حرکت کنند.

۳-۲ وظیفه و نقش درمانگر

به عقیده پرلز، هفرلین و گودمن (۱۹۵۱) وظیفه ی درمانگر این است که درمان جویان را به مشارکت فعالی دعوت کند که در آن می توانند با پذیرفتن نگرشی تجربی نسبت به زندگی و امتحان کردن رفتارهای تازه و توجه کردن به اینکه چه اتفاقی می افتد، از خویشتن آگاه شوند.

درمانگران گشتالتی هم به پیش زمینه و هم به پس زمینه توجه می کنند. وظیفه ی درمانگر این است که درمان جویان را ترغیب کند تا به آگاهی حسی خود در زمان حال توجه کنند. یونترف معتقد است که وظیفه درمانگر فراهم کردن جوی است که درمان جویان در آن بتوانند راههای تازه ی بودن و رفتار کردن را امتحان کنند. درمانگران گشتالتی درمان جویان را از طریق مواجهه مجبور به تغییر نمی کنند. به جای آن، در قالب گفت و شنود من/تو و در چارچوب زمان حال کار می کنند.

یکی از مهم ترین وظایف درمانگران گشتالتی توجه کردن به زبان بدن درمان جویان است. مشاور گشتالتی علاوه بر توجه کردن به زبان غیر کلامی درمان جویان، روی رابطه ی بین حالت های زبان و شخصیت تأکید می کند. حالت های گفتار درمان جویان معمولاً احساسها، افکار و نگرشها آن ها را نشان می دهند. رویکرد گشتالت روی عادهای سخن گفتن آشکار تمرکز می کند تا از این راه آگاهی درمان جویان را از خودشان بالا ببرد، مخصوصاً با درخواست کردن از آن ها که به این نکته توجه کنند که آیا گفتار آن ها با

آنچه تجربه می‌کنند هماهنگ است یا آن‌ها را از هیجانانشان دور می‌کند. نمونه‌هایی از جنبه‌های زبان که درمانگران گشتالتی بر آن‌ها تمرکز می‌کنند به قرار زیر هستند:

- طرز حرف زدن ((آن)): زمانی که درمان‌جویان به جای ((من)) می‌گویند ((آن))، از زبان غیر شخصی کردن (فردیت زدا) استفاده می‌کنند. مشاور از آن‌ها می‌خواهد به جای ضمائر غیر شخصی از ضمائر شخصی استفاده کنند تا احساس مسئولیت بیشتری را بپذیرند.
- طرز حرف زدن ((شما)): زبان کلی و غیر شخصی، فرد را پنهان نگه می‌دارد.
- سئوالات: سئوالات معمولاً سؤال کننده را پنهان، امن و ناشناخته نگه می‌دارند. درمانگران گشتالتی اغلب از درمان‌جویان می‌خواهند سئوالات خود را به اظهارات تغییر دهند.
- سبک گفتاری که قدرت را انکار می‌کند: برخی درمان‌جویان با افزودن وابسته‌ها یا تکذیب‌ها به اظهارات خود، قدرت شخصی خویش را انکار می‌کنند. درمان‌گر به درمان‌جویان خاطرنشان می‌سازد که چگونه برخی از وابسته‌ها اثربخشی آن‌ها را کم می‌کنند. تجربه حذف کردن وابسته‌هایی مانند ((شاید))، ((احتمالاً))، ((یک جوری))، ((حدس می‌زنم))، ((امکان دارد)) و ((تصور می‌کنم)) می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند پیام‌های دو پهلوی را به اظهارات روشن و مستقیم تبدیل کنند. همین‌طور، وقتی درمان‌جویان می‌گویند ((نمی‌توانم))، در واقع به ((نمی‌خواهم)) اشاره دارند.
- گوش کردن به استعاره‌های درمان‌جویان: درمان‌گر با توجه کردن به استعاره‌ها، سرنخ‌های مهمی به کشمکش‌های درونی درمان‌جویان به دست آورد. نمونه‌های از استعاره‌ها در اظهارات درمان‌جویان عبارتند از: ((برای دشوار است که سفره‌ی دلم را در اینجا پهن کنم)).
- در پس این استعاره‌های می‌تواند گفت و شنود درونی سرکوب‌شده‌ای قرار داشته باشد که تکلیف ناتمام مهم یا واکنشهایی را به تعامل زمان حال نشان می‌دهند. ترغیب کردن این درمان‌جو به صحبت کردن بیشتر درباره آنچه تجربه می‌کنند، اهمیت زیادی دارد. هنر درمان این است که معنی این استعاره‌ها و محتوای آشکار برگردانده شوند تا بتوان در درمان به آن‌ها پرداخت. گوش کردن به سبک گفتاری که داستانی را بر ملا می‌کند.
- وظیفه درمان‌گر این است که به درمان‌جویان کمک کند داستان خود را به صورت زنده نقل کنند. پولستر خاطرنشان می‌سازد که خیلی از افراد برای تغییر دادن عنوان داستان‌های خود برای درمان مراجعه می‌کنند نه اینکه بخواهند داستان‌های زندگی خود را تغییر شکل دهند.

۳-۳ تجربه درمان‌جو در درمان

گرایش کلی درمان گشتالتی به سمت گفت و شنود است. درمان گشتالتی تعبیرهایی نمی‌کند که پویشهای رفتار فرد را توضیح دهند یا به درمان‌جویان نمی‌گویند چرا آن‌ها به شیوه خاصی عمل می‌کنند. به جای آن، نتیجه‌ی تجربه‌ی مشترک و ازلحاظ پدیدار شناختی اصلاح شده‌ی درمان‌گر و درمان‌جو واقعیت تشکیل می‌دهد.

میريام پولستر (۱۹۸۷) توالی ادغام سه مرحله‌ای را شرح می‌دهد که رشد درمان‌جو را در درمان توصیف می‌کند. قسمت اول این توالی کشف را شامل می‌شود. درمان‌جویان به درک تازه از خود می‌رسند تا نگرش تازه‌ای را نسبت به موقعیتی قدیمی کسب کنند، یا ممکنست افراد مهم در زندگی خود را بصورت تازه برداشت کنند. این گونه کشفیات معمولاً آن‌ها را شگفت‌زده می‌کنند.

دومین مرحله‌ی تداوم ادغام، برونسازی است که به موجب آن درمان‌جویان می‌فهمند که حق انتخاب دارند. درمان‌جویان رفتارهای تازه‌ای را در محیط حمایت‌کننده درمان امتحان می‌کنند و بعد آگاهی خود را به دنیای خارج از درمان گسترش می‌دهند. معمولاً تصمیم‌گیری‌های جدید ناشیانه صورت می‌گیرند و لی درمان‌جویان با کمک درمانگر می‌توانند مهارت لازم را برای مقابله کردن با موقعیتهای دشوار کسب کنند. به درمان‌جویان تکالیف خانگی داده می‌شود که هدف از آن‌ها دستیابی به موفقیت است.

مرحله سوم توالی ادغام، درون سازی است که به موجب آن درمان‌جویان یاد می‌گیرند چگونه بر محیط خود تأثیر بگذارند.

۴-۳ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان‌جو

درمان گشتالتی به‌عنوان نوعی درمان وجودی، رابطه فرد با فرد بین درمانگر و درمان‌جو را شامل می‌شود. تجربیات، آگاهی و ادراکهای درمانگر پس زمینه‌ی فرایند درمان و آگاهی و واکنش‌های درمان‌جو پیش زمینه‌ی آن را تشکیل می‌دهند.

شماری از نویسندگان برای رابطه‌ی من / تو و کیفیت حضور درمانگر در مقابل مهارت‌های فنی، اهمیت زیادی قایل شده‌اند. آن‌ها به درمانگران هشدار می‌دهند که هنگام درگیر کردن درمان‌جو مبادا به فن وابسته شوند و وجود خود را نادیده بگیرند. آنچه که واقعاً اهمیت دارد، نگرشها و رفتار درمان‌جو و روابط برقرار شده است. این نویسندگان خاطرنشان می‌سازند که درمانگر گشتالتی فعلی از کاربست‌های درمانی پیشین فراتر رفته است.

کین (۲۰۰۲) چند تغییر عمده در تحویل درمان گشتالتی را به‌صورت زیر خلاصه می‌کند: از زمان مرگ پرلز در سال ۱۹۷۰ به بعد، کاربست درمان گشتالتی بیشتر بر کیفیت رابطه درمانگر-درمان‌جو، گفت و شنود، همدلی، استفاده کردن از خرد و توانایی‌های درمان‌جو، گسترش سبک‌های درمانی و بسط نظریه، مخصوصاً نظریه میدانی و پدیدارشناختی تأکید دارد.

بسیاری از درمانگران گشتالتی امروزی بر عواملی چون حضور ملموس، گفت و شنود صادقانه، ملایمت، خود بیانگری مستقیم تر درمانگر، استفاده کمتر از روش‌های قالبی و اعتماد بیشتر به تجربه کردن درمان‌جو تأکید زیاد دارند.

درمانگر گشتالتی از فنون استفاده نمی‌کند؛ او خودش را با هر گونه مهارت حرفه‌ای که داراست و تجربه‌ی زندگی که اندوخته، در موقعیت درمان به کار می‌برد. پولستر و پولستر (۱۹۷۳) تأکید دارند که درمانگران باید خود را بشناسند و ابزارهای درمانی باشند. پولستر از درمانگران استدعا می‌کند که از تجربیات خود به‌عنوان عناصری ضروری در فرایند درمان استفاده کنند.

۴-کاربرد: فنون و روش‌های درمان

۴-۱ تجربه در درمان گشتالتی: زینکر در کتاب فرایند خلاق در درمان گشتالتی (۱۹۷۸) بر نقش درمانگر به‌عنوان عامل خلاق درمان و انسانی ابداع کننده، غمخوار و مهربان تأکید می‌کند.

تمایز روش از تجربه:

روش‌ها فنون حاضر و آماده ای هستند که برای روی دادن چیزی در جلسه‌ی درمان یا رسیدن به یک هدف مورد استفاده قرار می‌گیرند. آن‌ها می‌توانند کاتالیزورهایی برای کار فردی یا تقویت‌کننده‌ی تعامل بین اعضای گروه‌درمانی باشند. درمقابل، تجربیات از تعامل بین درمان‌جو و درمانگر حاصل می‌شوند و آن‌ها را می‌توان اساس یادگیری تجربی دانست.

تجربه برای درمان گشتالتی امروزی اهمیت زیادی دارد. زینکر (۱۹۷۸) جلسات درمان را به‌صورت یک رشته تجربیات در نظر می‌گیرد که درمان‌جویان به کمک آن‌ها به کمک تجربی یاد می‌گیرند. تجربیات گشتالتی ماجراجویی خلاق و روش‌هایی است که درمان‌جویان به کمک آن‌ها می‌توانند خود را به‌صورت رفتاری ابراز کنند.

تجربیات، خودانگیخته، منحصربه‌فرد و با لحظه خاص فرایند تشکیل شکل خاصی ارتباط دارند. آن‌ها برای رسیدن به هدف خاصی ترتیب نیافته‌اند بلکه در بستر فرایند رابطه‌ی لحظه به لحظه بین درمانگر و درمان‌جو روی می‌دهند. پولستر (۱۹۹۵) خاطرنشان می‌سازد که تجربیات را درمانگر تدارک می‌بیند و از موضوعاتی شکل می‌گیرند که در فرایند درمان ایجاد شده‌اند.

درمانگران گشتالتی از درمان‌جویان می‌خواهند به تجربیاتی بپردازند که به تجربه کردن هیجانی تازه و بینش‌های جدید منجر شوند (استرامفل و گلدمن، ۲۰۰۲). تجربه کردن نگرشی جدا نشدنی در درمان گشتالتی است. میریام پولستر (۱۹۸۷) می‌گوید تجربه راهی برای برون‌کشیدن تعارض درونی به‌وسیله تبدیل کردن این کشمکش به فرایندی واقعی است. هدف از آن این است که به درمان‌جو کمک شود تا بتواند با تقاطع گیر کرده در زندگی خود روبرو شود.

۲-۴ آماده کردن درمان‌جویان برای تجربیات گشتالتی

بی میلی در درگیر شدن هیجانی حاصل پیشینه‌ی فرهنگی درمان‌جوست. نحوه‌ای که درمان‌جویان در برابر انجام دادن تجربه، مقاومت نشان می‌دهند اطلاعات زیادی را درباره‌ی شخصیت آن‌ها و شیوه‌ی بودن آن‌ها در دنیا در اختیار می‌گذارد.

یک راه برای در نظر گرفتن مقاومت از دیدگاه گشتالتی این است که آن را به‌صورت مقاومتی در برابر آگاهی از جنبه‌های خویش یا محیط برداشت کنیم. رویکرد گشتالت، مقاومت را به آگاهی می‌آورد طوری که ابراز مستقیم امکان‌پذیر شود. درمان‌جویان از طریق این فرایند می‌توانند با افکار، احساسها، یا تکانه‌هایی که قبلاً کنار گذاشته شده‌بودند دوباره احساس یگانگی کنند.

درمانگر گشتالتی برای مقاومت احترام قایل است و به درمان‌جو کمک می‌کند که از تجربه خود آگاه شود. رویکرد گشتالتی امروزی خیلی کمتر از شکل قدیمی درمان گشتالتی بر مقاومت تأکید می‌کند. در واقع، دیدگاه فعلی اعلام می‌دارد که اصطلاح ((مقاومت)) با اصول فلسفی و نظری درمان گشتالتی در تضاد است (برشگولد، ۱۹۸۹). گرچه امکان در نظر گرفتن ((مقاومت در برابر آگاهی)) و ((مقاومت در برابر ارتباط)) وجود دارد ولی مفهوم مقاومت برای دیدگاه گشتالت غیر ضروری است.

به عقیده پولسترها، تغییر از طریق تماس و آگاهی روی می‌دهد-هیچ کس مجبور نیست سعی کند کسی را تغییر دهد. تجربیات گشتالتی به منظور گسترش دادن آگاهی درمان‌جویان و کمک به آن‌ها که روش‌های تازه‌ی رفتار را امتحان کنند، ترتیب یافته‌اند.

تجربیات فقط وسایلی برای هدف کمک کردن به تغییر افراد هستند و به خودی خود هدف نیستند. ماهیت این تجربه به مشکلات فرد، آنچه که او تجربه می‌کند و تجربیات زندگی که درمان‌جو و درمانگر به جلسه درمان می‌آورند بستگی دارد.

تجربیات به نقش فعال درمان‌جو در خودکاوی نیاز دارند. تجربیات گشتالتی زمانی بیشترین تأثیر را دارند که درمانگر پیشینه درمان‌جو را محترم شمرده و ارتباط خوبی با او برقرار کرده باشد. اگر درمانگر با تردید مواجه شود، خوب است که معنی آن را برای درمان‌جو بررسی کند.

۳-۴ نقش مواجهه

گاهی دانشجویان تصور می‌کنند که سبک مشاوره گشتالتی مستقیم و مواجهه‌ای است.

برابر دانستن کاربری هر نظریه با بنیان‌گذار آن اشتباه است. به جای آن، کاربری امروزی درمان گشتالتی از شیوه‌ای که فریز پرلز معرفی کرد، فراتر رفته است. یونگ (۱۹۹۳) به سبک پرلز با عنوان ((درمان - بوم - بوم - بوم)) اشاره می‌کند که با مواجهه نمایشی، صیقل دهنده و تخلیه‌ی هیجانی شدید مواجه می‌شود. او خاطر نشان می‌سازد که سبک پرهیبت پرلز احتمالاً نیازهای خود پسندانه خود او را بیشتر از نیازهای درمان‌جویان وی ارضا می‌کرد.

یونگ (۱۹۹۳، ۱۹۹۹) از حال و هوای ضد عقلانی، فردنگر، نمایشی و مواجهه‌ای که مشخصه درمان گشتالتی در ((محیط هر چه پیش آید)) دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ است، انتقاد می‌کند. به عقیده یونگ (۱۹۹۹)، مدل جدیدتر که ((درمان گشتالتی ارتباطی)) نامیده می‌شود برای منظور کردن حمایت بیشتر و مهربانی و شفقت بیشتر در درمان به وجود آمده است. این رویکرد ((واریسی توأم با همدلی را با متمرکز قاطع و روشن بر آگاهی ترکیب می‌کند))

پرلز از روش بسیار مواجهه‌ای به عنوان راهی برای پرداختن به اجتناب استفاده می‌کرد. باید توجه داشت که این مدل مواجهه‌ای، بیانگر درمان گشتالتی که این روزها به کار برده می‌شود نیست (یونگ و ژاکوبز، ۲۰۰۰). گرچه در کاربری گشتالتی بر مواجهه کمتر تأکید می‌شود، اما نباید تصور کرد که مواجهه دیگر وجود ندارد.

سبک درمانگر و جوی که او به وجود می‌آورد با اشتیاق درمان‌جو به مشارکت در تجربیات ارتباط زیادی دارند. فرو (۱۹۹۲) از سه سبک درمانی سخن می‌گوید: موضع تکلیف کردن، رقابت کردن و تایید کردن. او موضع تکلیف کردن و رقابت کردن را مواجهه‌ای می‌داند.

درمانگری که از موضع تکلیف کردن استفاده می‌کند، به آگاهی یافتن از تجربه‌ی درمان‌جو و محترم شمردن آن کمتر از برنامه‌ی کار خودش برای وی اهمیت می‌دهد. درمانگر کسی است که ارزیابی می‌کند، تشخیص می‌دهد، مواجهه و تعبیر می‌کند و بر رابطه حاکم است. این موضع قدرت و کنترل است و به آن چه که درمان‌جو از درمانگر می‌خواهد توجه چندانی نمی‌شود.

درمانگری که از موضع رقابت کردن استفاده می‌کند ویژگی‌های فردگرایی خالی از ظرافت را ترغیب می‌کند. در محیط رقابت کننده، مذاکره، مصالحه و فرایند بده بستان وجود دارد. در مقابل، درمانگر در موضع تایید کردن به تایید کردن وجود کامل درمان‌جو علاقمند است. در لحظه‌ی مواجهه، نیازها و تجربه درمان‌جو کانون رابطه می‌شوند. گاهی در کاربری درمان گشتالتی از مواجهه استفاده می‌شود ولی نباید آن را به صورت تهاجم خشن در نظر گرفت. مواجهه می‌تواند به صورتی انجام شود که درمان‌جویان همکاری کنند. عنصر مهم در مواجهه ثمربخش، احترام قایل شدن برای درمان‌جوست.

۴-۴ مداخله‌های درمان گشتالتی: این روش‌ها را می‌توان برای فراخواندن هیجان، به وجود آوردن عمل، یا رسیدن به هدفی خاص مورد استفاده قرار داد. در صورتی که این مداخله‌ها خیلی خوب به کار برده شوند، هر چیزی را که درمان‌جو تجربه می‌کند برجسته می‌نمایند.

۴-۴-۱ تمرین گفت و شنود درونی

یکی از هدف‌های درمان گشتالتی به وجود آوردن عملکرد یکپارچه و پذیرفتن جنبه‌هایی از شخصیت فرد است که کنار گذاشته با انکار شده‌اند. درمان‌گران گشتالتی به شکافها در عملکرد شخصیت توجه دقیقی می‌کنند. تقسیم بندی اصلی بین ((سلطه گر)) و ((سلطه پذیر)) است و درمان، اغلب روی مبارزه‌ی بین این دو تمرکز دارد.

ریشه‌ی تعارض بین این دو قطب مخالف شخصیت در مکانیزم درون قرار دارد که عبارت است از جذب کردن جنبه‌هایی از دیگران (معمولا والدین)، در سیستم خود (ego).

فن صندلی خالی راهی برای بیرونی کردن درون‌فکنی است که پرلز خیلی از آن‌ها استفاده می‌کرد. درمانگر با استفاده از دو صندلی، از درمان‌جو می‌خواهد روی یکی از صندلی‌ها بنشیند و کاملا سلطه‌گر شود و بعد صندلی خود را عوض کند و سلطه‌پذیر شود. اصولا این نوعی فن نقش‌گزاری است که در آن تمام نقشها را درمان‌جو ایفا می‌کند. به این طریق، درون‌فکنی‌ها به سطح می‌آیند و درمان‌جو تعارض را کامل‌تر تجربه می‌کند. درمان‌جو با پذیرفتن هردو جنبه و ادغام کردن آن‌ها، تعارض را حل می‌کند. این تمرین به درمان‌جویان کمک می‌کند با احساس یا جنبه از خود که آن را انکار می‌کنند تماس برقرار نمایند.

هدف از این تمرین کمک کردن به سطح بالایی از انسجام بین قطبیت‌ها و تعارضهایی است که در هر کسی وجود دارد.

۴-۴-۲ تمرین به سراغ رفتن: به سراغ رفتن نوعی تمرین گشتالتی است که به موجب آن از فرد در گروه خواسته می‌شود به سراغ سایر اعضای گروه برود و با هر فرد صحبت کند یا کاری انجام دهد. هدف مواجه کردن، به مخاطره انداختن و برملا ساختن خود است، به‌طوری که فرد رفتار تازه‌ای را تجربه کند و رشد و تغییر نماید.

۴-۴-۳ تمرین وارونه: برخی نشانه‌ها و رفتارها بیانگر صورت‌های وارونه‌ی تکانه‌های زیربنایی یا نهفته هستند؛ بنابراین، درمانگر می‌تواند از فردی که مدعی است از بازاریهای شدید و کمرویی بیش از حد ناراحت است، نقش نمایشگر را بازی کند. نظریه‌ی زیربنای فن وارونه این است که درمان‌جویان همان کاری را انجام دهند که آکنده از اضطراب است و به‌وسیله‌ی آن با قسمتهایی از خودشان تماس برقرار کنند که فروپاشنده و انکار شده‌اند. این فن می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند ویژگی‌های خاصی را که سعی کرده‌اند انکار کنند، بپذیرند.

۴-۴-۴ تمرین مرور: مرور درونی مقدار زیادی انرژی مصرف می‌کند و غالبا جلوی خودانگیختگی و تمایل ما را به تجربه کردن رفتار تازه می‌گیرد. وقتی که درمان‌جویان مرورهای ذهنی خود را با صدای بلند با درمانگر درمیان می‌گذارند، از روش‌های مقدماتی که برای تقویت کردن نقش‌های اجتماعی خود استفاده می‌کنند آگاه‌تر می‌شوند.

۴-۴-۵ تمرین اغراق: یکی از هدف‌های درمان گشتالتی این است که درمان‌جویان از علائم ظریفی که از طریق زبان بدن ارسال می‌کنند آگاه شوند. حرکات، حالت‌های بدن و ژست‌ها می‌توانند معانی مهمی را انتقال دهند ولی این نشانه‌ها ممکن است

ناقص باشند. در این امرین از درمان جو خواسته می‌شود بارها حرکت یا ژستی را تکرار کند که معمولاً احساس مرتبط با این رفتار را تشدید کرده و معنی درونی آن را روشن می‌کند. چند نمونه از رفتارهایی که مناسب فن اغراق هستند عبارتند از: لرزش (تکان خوردن دستها، پاها)، حالت قوز کرده‌شانه‌های خمیده.

۴-۴-۶ ماندن با احساس: اغلب درمان‌جویان میل دارند از محرک‌های ترسناک بگریزند و از احساس‌های ناخوشایند اجتناب کنند. درمانگر در لحظه‌های حساسی که درمان‌جویان به احساس یا خلقی اشاره می‌کنند که ناخوشایند است و میل شدیدی دارند که از آن بگریزند آن‌ها را ترغیب می‌کند با احساس خود بمانند. علامت تمایل به تحمل کردن عذاب لازم برای رفع انسداد و باز کردن راه برای سطوح تازه تر رشد است.

۴-۴-۷ رویکرد گشتالتی به کار کردن روی رؤیاها: رویکرد گشتالت رؤیاها را تعبیر و تحلیل نمی‌کند. در عوض، هدف این است که رؤیاها به زندگی برگردانده شوند و انگار که اکنون اتفاق می‌افتند، در ذهن مرور شوند. رؤیا در زمان حال به نمایش در می‌آید و خواب بیننده بخشی از رؤیای خود می‌شود.

هر جزء رؤیافکنی خود در نظر گرفته می‌شود و درمان‌جو سناریو‌هایی را برای رویارویی بین شخصیت‌ها یا اجزای گوناگون به وجود می‌آورد. مفهوم فرافکنی پرلز در نظریه‌ی تشکیل رؤیای او خیلی اهمیت دارد. به عقیده او هر شخص یا شیئی در رؤیا بیانگر جنبه‌ی فرافکنی شده خواب بیننده است.

پرلز (۱۹۶۹) می‌گوید: ((ما با این فرض غیرممکن شروع می‌کنیم که هر آنچه معتقدیم در دیگری یا در دنیا می‌بینیم چیزی نیست جز فرافکنی)) (ص ۶۷). او می‌نویسد که تشخیص احساس‌ها و پی بردن به فرافکنی‌ها دست در دست یکدیگر دارند. درمان‌جویان به رؤیا فکر نمی‌کنند یا آنرا تحلیل نمی‌کنند بلکه از آن به‌عنوان سناریو استفاده کرده و گفت و شنود بین اجزای گوناگون رؤیا را تجربه می‌کنند. چون درمان‌جویان می‌توانند نبرد بین جنبه‌های متضاد را نمایش دهند، سرانجام می‌توانند اختلافات درونی خود را درک کرده و بپذیرند و این نیروهای متضاد را یکپارچه کنند. فروید رؤیا را شاهراهی به سمت ناهشیار نامید، ولی از نظر پرلز رؤیاها ((شاهراهی به سمت یکپارچگی)) هستند.

به عقیده پرلز، رؤیا خودانگیخته‌ترین جلوه وجود انسان است. رؤیا موقعیت ناتمامی را نشان می‌دهد، ولی هر رؤیایی حاوی پیامی وجودی درباره‌ی فرد و کشمکش‌های جاری اوست. به اعتقاد پرلز، اگر درست روی رؤیاها کار شود، پیام وجودی آشکارتر می‌شود. به عقیده او رؤیاها با آشکار کردن قسمت‌های گم شده و روش‌های اجتناب درمان‌جویان، راهی عالی برای پی بردن به شخصیت هستند. اگر افراد رؤیاها را به یاد نیاورند، امکان دارد که از روبرو شدن با اشکالی که در زندگی آن‌ها وجود دارد خودداری می‌کنند.

۵- درمان گشتالتی از دیدگاه چندفرهنگی

۱-۵ خدمات به مشاوره چندفرهنگی

درمانگران گشتالتی به‌صورت باز، بدون هرگونه پیش‌پنداشتی، با هر درمان‌جو برخورد می‌کنند و این هنگام کار کردن با درمان‌جویانی که از فرهنگ‌های متفاوتی هستند خیلی اهمیت دارد. درمان گشتالتی برای کمک کردن به افراد که قطبیت‌های درون خویش را یکپارچه کنند، خیلی مؤثر است. خیلی از درمان‌جویان دوفرهنگی برای برقرار کردن سازش بین جنبه‌های گوناگون دو فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند دستخوش کشمکش زیادی می‌شوند.

در فرهنگ‌هایی که گفتار غیر مستقیم هنجار است، رفتارهای غیر کلامی می‌توانند بر محتوای به زبان آورده نشده‌ی ارتباط کلامی تأکید داشته باشند. امکان دارد این درمان‌جویان خود را به‌صورت غیر کلامی به طرز گویاتری از کلمات بیان کنند. درمانگران گشتالتی می‌توانند از درمان‌جویان بخواهند روی حالت‌های بدن، جلوه‌های صورت و بر آنچه که درون بدنشان تجربه می‌کنند تمرکز نمایند.

یکی از امتیازات کمک گرفتن از تجربیات گشتالتی این است که می‌توان آن‌ها را با شیوه منحصر به فردی که درمان‌جو فرهنگ خود را تعبیر و درک می‌کند هماهنگ کرد.

۲-۵ نقطه ضعف‌های مشاوره چندفرهنگی

روش‌های گشتالتی سطح بالایی از احساسات شدید را به بار می‌آورند. این تمرکز روی عاطفه، برای درمان‌جویانی که به‌صورت فرهنگی شرطی شده‌اند تا از لحاظ عاطفی خوددار باشند، محدودیتهایی دارد.

۶- خلاصه و ارزیابی

۱-۶ درمان گشتالتی رویکردی تجربی است که بر آگاهی زمان حال و کیفیت تماس بین فرد و محیط تأکید دارد تمرکز اصلی این است که به درمان‌جو کمک شود تا بداند چگونه رفتارهایی که یک زمانی روش خلاق برای سازگار شدن با محیط گذشته بودند اکنون می‌توانند از عملکرد مؤثر در زندگی جلوگیری کنند. هدف این رویکرد ابتدا و از همه مهمتر، کسب آگاهی است.

هدف درمانی دیگر اینست که به درمان‌جویان کمک شود نحوه برقرار کردن تماس با عناصر محیط خود را بررسی کنند. چون درمانگر گشتالتی بجز اینکه به درمان‌جویان کمک کند آگاهی خود را بالا ببرند برنامه کار دیگری ندارد، نیازی نیست که به رفتار درمان‌جو برچسب ((مقاومت)) زده شود. بجای آن، درمانگر صرفاً این فرایند جدید را بصورتی که نمایان می‌شود دنبال می‌کند.

درمانگر گشتالتی اعتقاد دارد که خودگردانی فرایندی است که به‌طور طبیعی پدیدار می‌شود و به کنترل کردن نیازی ندارد (برشگولد، ۱۹۸۹). درمان‌جویان با کسب آگاهی می‌توانند بین قطبیت‌ها و دوگانگی‌های درون خود سازش برقرار کرده و به سمت یکپارچگی مجدد تمام جنبه‌های خود پیش بروند.

درمانگر برای مشخص کردن ((شکل‌ها)) یا برجسته‌ترین جنبه‌های فرد با درمان‌جو کار می‌کند، یعنی میدان محیطی به‌صورتی که از پس زمینه نمایان می‌شود. درمانگر گشتالتی معتقد است که اگر به این شکلها پرداخته شود و طوری حل شوند که شکل‌های دیگر بتوانند جایگزین آن‌ها شوند، هر درمان‌جویی می‌تواند خود گردان شود. نقش درمانگر گشتالتی این است که به درمان‌جویان کمک کند اضطراری‌ترین مسائل، نیازها و تمایلات را مشخص کنند و تجربیاتی را ترتیب دهد که برقرار کردن تماس با این شکلها را امکان‌پذیر ساخته یا مقاومتها در برابر تماس و آگاهی را بررسی کنند.

۲-۶ خدمات درمان گشتالتی

یک از خدمات درمان گشتالتی روش جالب آن در پرداختن به گذشته به وسیله انتقال جنبه‌های مربوط آن به زمان حال است. کین (۲۰۰۲) مهم‌ترین خدمات رویکرد گشتالتی را به صورت زیر مشخص می‌کند:

- اهمیت زیاد قایل شدند برای تماس با خود، دیگران و محیط.
 - نقش اصلی رابطه اصیل و گفت و شنود در درمان.
 - تأکید بر نظریه میدانی، پدیدار شناسی و آگاهی.
 - تمرکز درمانی بر زمان حال و تجربه کردن زمان حال توسط درمان‌جو.
 - استفاده خلاق و خود انگیخته از تجربیات فعال به عنوان راهی برای یادگیری تجربی.
- درمان گشتالتی رویکردی کل‌نگر است که برای هر جنبه از تجربه فرد ارزش برابری قایل است. درمان گشتالتی طبق عقیده منحصر به فردی درباره‌ی تغییر عمل می‌کند. درمانگر سعی نمی‌کند درمان‌جو را به جای خاصی ببرد. هدف اصلی این است که آگاهی درمان‌جو از ((آنچه که هست)) بالا برود.
- نقطه‌ی قوت درمان گشتالتی تلاش برای منسجم کردن نظریه کاربست و پژوهش است. استرامفل و گلدمن نتیجه می‌گیرند که ((در محدوده روان‌درمانی انسان‌گرا، پژوهش و گسترش در درمان گشتالتی نشان داده که این درمان در کمک کردن به افراد برای اینکه سالم تر باشند و زندگی رضایت بخشی داشته باشند قدرتمند و مؤثر بودن است))

۳-۶ محدودیت‌های درمان گشتالتی و انتقادهای وارد شده به آن

بیشتر انتقادهای از درمان گشتالتی به مدل قدیمی آن یا سبک فریزرلز مربوط می‌شود که بر مواجهه تأکید داشت و روی عوامل شناختی شخصیت تأکید نکرده است. این سبک درمان گشتالتی بیشتر به استفاده از فنون برای روبرو کردن درمان‌جو و وا داشتن آن‌ها به تجربه کردن احساسات خود توجه بیشتری داشت.

رویکرد گشتالت برای نقش درمانگر به عنوان معلم ارزش خاصی قایل نیست. تأکید روی آسان کردن فرایند خودیابی و یادگیری درمان‌جویان است. کاربست گشتالتی فعلی برای تماس و گفت و شنود بین درمانگر و درمان‌جو ارزش زیادی قایل است.

چند هشدار:

- در این درمان احتمال خطر سوءاستفاده از قدرت است.
- معمولاً درمانگران گشتالتی خیلی فعال و رهنمودی هستند.
- درمانگرانی که پایه‌ی آموزشی محکمی در نظریه و کاربست درمان گشتالتی ندارند، فنونی را که فریزرلز به کار برد مورد استفاده قرار می‌دهند، عملاً این رابطه‌ی درمانی را خراب می‌کنند.

فصل نهم

رفتاردرمانی

۱-مقدمه

اصطلاحات تغییر رفتار و رفتاردرمانی منبع به صورت مترادف به کار برده می شوند ولی معنی آنها اندکی متفاوت است. تغییر رفتار رویکردی به ارزشیابی، ارزیابی و تغییر رفتار است که روی پرورش رفتارهای سازگارانه و اجتماعی و کاهش رفتار ناسازگارانه در زندگی روزمره تمرکز دارد (کازدین، ۲۰۰۱). رفتاردرمانگران از تغییر رفتار برای کمک به افراد استفاده می کنند تا جنبه هایی از زندگی روزمره ی خور را بهبود بخشند.

رفتاردرمانی رویکردی بالینی است که می توان از آن برای درمان اختلال حال ها، در محیط های گوناگون و دامنه ی وسیعی از جمعیت های خاص استفاده کرد.

۱-۱-پیشینه ی تاریخی

این رویکرد نوعی جدایی رادیکال از دیدگاه روانکاوی حاکم بود. جنبش رفتاردرمانی از نظر کاربر اصول شرطی ازی کلاسیک و کنشگر در درمان انواع رفتارهای مشکل آفرین با سایر رویکرهای درمانی تفاوت داشت.

تمرکز این رویکرد روی اثبات این موضوع بود که فنون شرطی سازی رفتاری مؤثر بوده و گزینه ی قابل قبولی برای روان درمانی سنتی هستند.

آلبرت بندورا در دهه ی ۱۹۶۰ نظریه یادگیری اجتماعی را به وجود آورد که شرطی سازی کلاسیک و کنشگر را با یادگیری مشاهده ترکیب می کند. او شناخت را کانون موجه رفتاردرمانی کرد.

در دهه ی ۱۹۷۰ بود که رفتاردرمانی به عنوان نیروی عمده در روانشناسی پدیدار شد و بر آموزش و پرورش، روانشناسی، روان درمانی، روان پزشکی و مددکاری اجتماعی تأثیر شایانی گذاشت. فنون رفتاری به وجود آمدند و گسترش یافتن.

در دهه ی ۱۹۸۰ رفتاردرمانگران به بررسی تجربی روش های خود و تأثیر کاربست درمان بر درمان جویان و جامعه ی بزرگتر ادامه دادند. به نقش هیجان ها در تغییر درمانی و همین طور به نقش عوامل زیستی در اختلال های روان شناختی توجه فزآینده ی معطوف شد. دو تحول بسیار مهم در این رشته عبارت بودند از: (۱) پیدایش درمان شناختی-رفتاری به عنوان نیروی عمده و (۲) کاربرد فنون رفتاری در پیشگیری و درمان اختلالها جسمانی.

در دهه ی ۱۹۹۰ رفتاردرمانی با تنوع دیدگاه ها و روش ها مشخص می شود ولی همه درمانگران روی رفتار قابل مشاهده، عوامل تعیین کننده ی فعلی رفتار، تجربیات یادگیری برای کمک کردن به تغییر و ارزیابی دقیق تمرکز دارند.

۲-۱ چهار زمینه‌ی گسترش: رفتاردرمانی امروزی را با در نظر گرفتن چهار زمینه گسترش عمده می‌توان شناخت:

(۱) شرطی سازی کلاسیک، (۲) شرطی سازی کنشگر، (۳) نظریه یادگیری اجتماعی و (۴) درمان شناختی-رفتاری.

در شرطی سازی کلاسیک، رفتارهای پاسخگر خاصی، مانند پرش زانو و ترشح بزاق در ارگانیزم منفعل فراخوانده می‌شوند. شرطی سازی کلاسیک (شرطی سازی پاسخگر) به آنچه که قبل از یادگیری روی می‌دهد و از طریق هماپندی پاسخی را به وجود می‌آورد، اشاره دارد. شخصیت اصلی در این زمینه ایوان پاولف بود که از طریق آزمایشهایی با سگها، شرطی سازی کلاسیک را شرح داد. نمونه ای از روش مبتنی بر شرطی سازی کلاسیک، حساسیت زدایی منظم ژوزف و لپی است. اغلب پاسخهای مهمی که در زندگی روزمره می‌دهیم مانند خواندن، رانندگی و خوردن با قاشق و چنگال، نمونه هایی از رفتارهای کنشگر هستند. شرطی سازی کنشگر نوعی یادگیری است که به موجب آن رفتارها عمدتاً تحت تأثیر پیامدهایی که به دنبال آنها هستند قرار دارند.

اسکینر معتقد است که یادگیری نمی‌تواند در غیاب تقویت، خواه مثبت یا منفی، روی دهد. تقویت نوعی پاداش یا حذف محرک آزارنده بعد از پاسخ را شامل می‌شود. تقویت زمانی صورت می‌گیرد که پیامدهای رفتار احتمال تکرار شدن آن را افزایش دهند. از نظر اسکینر، اعمالی که تقویت می‌شوند، تکرار شده و اعمالی که تقویت نمی‌شوند، خاموش می‌شوند. مدل او بر اصول تقویت استوار است و هدف آن مشخص و کنترل کردن عوامل محیطی است که به تغییر رفتار منجر می‌شوند. رفتارگرایان هردو مدل شرطی سازی کلاسیک و کنشگر، از اشاره به هرگونه مفهوم میانجی (مانند نقش فرایند تفکر، نگرشها و ارزشها) خودداری کرده‌اند که این شاید واکنشی علیه رویکردهای روان پویشی بینش گرا باشد.

رویکرد یادگیری اجتماعی که آلبرت بندورا و ریچارد و الترز (۱۹۶۳) آن را به وجود آوردند، رویکردی تعاملی، میان رشته ای و چندوجهی است. رفتار تحت تأثیر رویدادهای محرک، تقویت بیرونی و فرایندهای میانجی شناختی قرار دارد. نظریه یادگیری اجتماعی و شناختی تعامل متقابل بین محیط، عوامل شخصی (عقاید، ترجیحات، انتظارات، خودپنداره و غیره) و رفتار فرد را شامل می‌شوند. فرض اساسی این است که افراد قادر به تغییر رفتار خودگردان هستند. از نظر بندورا (۱۹۹۷، ۱۹۸۲) احساس کارآیی عقیده یا انتظار فرد در این باره است که او می‌تواند بر موقعیت تسلط یابد و تغییر مطلوب را به بار آورد. نظریه احساس کارایی بیانگر یکی از اولین تلاش‌های عمده‌ای است که درباره‌ی نحوه‌ای که رفتاردرمانی و سایر روش های روان‌درمانی مؤثر واقع می‌شوند، توجیه نظری یکپارچه ای را در اختیار می‌گذارد. درمان شناختی- رفتاری همراه با نظریه یادگیری اجتماعی، بیانگر جریان اصلی رفتاردرمانی امروزی هستند.

رفتاردرمانی در حالت کلی ((به کار بستی اشاره دارد که عمدتاً بر پایه نظریه اجتماعی-شناختی استوار است و دامنه ای از اصول و روش های شناختی را دربرمی‌گیرد)). رفتاردرمانی فعلی به ادغام شدن در درمان شناختی گرایش دارد و اغلب با عنوان درمان شناختی-رفتاری به آن اشاره می‌شود.

۲-۱- برداشت از ماهیت انسان

رفتاردرمانی مدرن بر پایه برداشت علمی از رفتار انسان استوار است که از رویکرد منظم و ساخت دار به مشاوره حکایت دارد. این دیدگاه بر این فرض جبرگرایانه که انسان‌ها صرفاً محصول شرطی سازی اجتماعی - فرهنگی خود هستند استوار نیست. به جای آن، دیدگاه رایج این است که انسان تولید کننده‌ی محیط خود و محصول آن است.

گرایش فعلی در رفتاردرمانی به سمت به وجود آوردن روش‌هایی است که عملاً کنترل را به درمان‌جویان داده و بنابر این گستره آزادی آن‌ها را افزایش می‌دهند. رفتاردرمانی قصد دارد مهارت های افراد را طوری بالا ببرد که گزینه های بیشتری برای پاسخ دادن داشته باشند. افراد با غلبه کردن بر رفتارهای ناتوان کننده ای که انتخاب های آن‌ها را محدود می‌کنند آزادتر می‌توانند از بین امکاناتی که قبلاً فراهم نبودند انتخاب کنند؛ بنابراین، معمولاً وقتی که رفتاردرمانی اجرا می‌شود، آزادی فرد را افزایش می‌دهد.

از لحاظ فلسفی، رویکردهای رفتاری و انسان‌گرا به‌صورت دو قطب مخالف در نظر گرفته شده‌اند. نوشته های رفتاردرمانگران امروزی حاکی از آن است که ارتباط‌هایی برقرار شده که امکان ترکیب ثمربخش را میسر ساخته‌اند.

بندورا (۱۹۷۴، ۱۹۷۷، ۱۹۸۶) پیشگام نظریه یادگیری اجتماعی، برداشت محیطی محض از ماهیت انسان را که بر پایه مدل رفتار محرک - پاسخ یا پاسخ - پیامد استوار می باشد مورد انتقاد قرار داده است. او این مدل ماشینی و جبرگرایانه را رد می‌کند زیرا که صرفاً بر عوامل تعیین کننده‌ی محیطی متکی است و قابلیت ما را برای تأثیر گذاشتن بر محیط خود به حساب نمی‌آورد.

نویسندگان دیگر از روش‌های رفتاری برای رسیدن به هدف‌های انسان‌گرایانه استفاده کرده‌اند. به عقیده تورسن و کوتس (۱۹۸۰)، به شباهتهایی که بین نظریه‌ها وجود دارد توجه بیشتری شده است و آن‌ها سه موضوع مربوط به هم را مشخص کرده‌اند که این همگرایی را توصیف می‌کنند. موضوع اول تمرکز بر رویکرد عمل‌گراست. از درمان‌جویان خواسته می‌شود به جای اینکه به‌صورت منفعل به مشکلات خود فکر کنند به درون خویشتن بنگرند، دست به عمل بزنند. به آن‌ها کمک می‌شود برای تغییر دادن زندگی خود اقدامات خاصی را انجام دهند. موضوع دوم، توجه روز افزون رفتاردرمانگران به این نکته است که چگونه فرایندهای شناختی و معنایی شخصی و ذهنی، میانجی رویدادهای محرک می‌شوند. موضوع سوم، تأکید فزاینده بر نقش مسئولیت‌پذیری برای رفتار خویش است. این سه موضوع همگرا، چارچوبی مفهومی را برای برقراری ارتباط بین رویکردهای رفتاری و انسان‌گرا تأمین می‌کنند.

۲-۲- ویژگیها و فرض‌های بنیادی

۲-۲-۱ رفتاردرمانی بر اصول و شیوه‌های علمی استوار است: ویژگی برجسته رفتاردرمانگران، وفاداری آن‌ها به دقت و ارزیابی تجربی است. برای ارزیابی تأثیر شیوه‌های ارزیابی و درمان از روش‌های تحقیق استفاده می‌شود. بتید تأثیر فنون درمانی که به کار برده می‌شوند ثابت شده باشد. خلاصه اینکه، مفاهیم و روش‌های رفتاری به‌طور مشخص بیان شده، به‌صورت تجربی آزمایش شده و مرتباً اصلاح می‌شوند.

۲-۲-۲ رفتاردرمانی به جای بررسی عوامل تعیین‌کننده تاریخی احتمالی، به مشکلات جاری درمان‌جویان و عواملی بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند می‌پردازد روی عوامل خاصی که بر عملکرد جاری تأثیر می‌گذارند و اینکه برای تغییر دادن عملکرد از چه عواملی می‌توان استفاده کرد تأکید می‌شود.

۳-۲-۲ از درمان جویانی که تحت رفتاردرمانی قرار گرفتند انتظار می‌رود برای حل و فصل کردن مشکلات خود با انجام دادن اعمالی، نقش فعال را بر عهده بگیرند. به جای اینکه آن‌ها صرفاً درباره‌ی مشکلات خود حرف بزنند، برای پدید آوردن تغییر، کاری انجام دهند. درمان جویان رفتارهای خود را در جلسات درمان و خارج از آن زیر نظر می‌گیرند، مهارت‌های مقابله کردن را یاد می‌گیرند و تمرین می‌کنند و رفتار جدید را نقش‌گزاری می‌نمایند. رفتاردرمانی رویکردی عمل‌گراست و یادگیری محور درمان به حساب می‌آید. تکالیف درمانی که درمان جویان در زندگی روزمره انجام می‌دهند، یا تکالیف خانگی، بخش اصلی این رویکرد هستند. این رویکرد با اینکه ((درمان)) خوانده می‌شود نوعی آموزش است که به موجب آن درمان جویان در فرایند آموزشی-یادگیری شرکت می‌کنند.

۴-۲-۲ رویکرد رفتاری بر آموزش دادن مهارت‌های خودگردانی به درمان جویان تأکید دارد و از آن‌ها انتظار می‌رود مسئولیت انتقال دادن آنچه را که در دفتر درمانگر یاد گرفته‌اند به زندگی روزمره خود برعهده گیرند. رفتاردرمانی تا حد امکان در محیط طبیعی درمان‌جو صورت می‌گیرد.

۵-۲-۲ روی ارزیابی مستقیم رفتار آشکار و نا آشکار، مشخص کردن مشکل، ارزیابی تغییر تمرکز می‌شود. مشکل مورد نظر از طریق مشاهده و مشاهده یا نظارت کردن بر خویش، ارزیابی مستقیم می‌شود. برای اینکه مشخص شود آیا تغییر رفتار در نتیجه مداخله‌های مورد استفاده بوده است، این مداخله‌ها به وقت ارزیابی می‌شوند.

۶-۲-۲ رفتاردرمانی بر رویکرد کنترل خویش تأکید دارد که به موجب آن درمان جویان راهبرد‌های خودگردانی را یاد می‌گیرند. درمانگران به درمان جویان آموزش می‌دهند تا درمان خود را شروع کرده و آن را اجرا و ارزیابی کنند. درمان جویان از طریق فرایند مسئول بود برای تغییرات در خود، مختار می‌شوند.

۷-۲-۲ مداخله درمان رفتاری به صورت فردی برای مشکلات خاصی که درمان جویان تجربه کردند، طراحی می‌شوند. برای درمان کردن مشکلات درمان‌جو، ممکن است از چندین فن درمانی استفاده شود. سؤال مهمی که راهنمای این انتخاب می‌شود عبارت است از: ((چه درمانی، توسط چه کسی، برای این فرد با آن مشکل خاص و تحت چه شرایطی از همه مؤثر تر است؟)).

۸-۲-۲ کاربست رفتاردرمانی بر پایه مشارکت بین درمانگر و درمان‌جو استوار است و تمام تلاش‌ها برای آگاه ساختن درمان جویان از ماهیت و روند درمان صورت می‌گیرند.

۹-۲-۲ تأکید روی کاربردهای علمی است.

۱۰-۲-۲ درمانگران سعی می‌کنند روش‌های خاص فرهنگ را به وجود آورند.

۳-فرایند درمان

۱-۱-هدف‌های درمان

هدف‌های کلی رفتاردرمانی افزایش دادن انتخاب شخصی و به وجود آوردن شرایط تازه برای یادگیری است. درمان‌جو با کمک درمانگر در ابتدای فرایند درمان، هدف‌های خاصی را مشخص می‌کند. گرچه ارزیابی و درمان باهم روی می‌دهند ولی قبل از درمان، برای مشخص کردن رفتارهایی که آماج تغییر قرار می‌گیرند، ارزیابی رسمی صورت می‌گیرد.

ارزیابی مداوم در طول درمان تعیین می‌کند که هدف‌های تعیین شده تا چه اندازه‌ای به انجام رسیده اند. ابداع کردن روشی برای ارزیابی پیشروی به سمت هدف‌ها بر اساس تایید تجربی، اهمیت دارد.

رفتاردرمانی امروزی بر نقش فعال درمان‌جویان در تصمیم‌گیری در مورد درمان خود تأکید می‌ورزد. درمانگر به درمان‌جویان کمک می‌کند تا هدف‌های قابل اندازه‌گیری خاصی را تدوین کنند. هدف‌ها باید روشن، عینی، قابل فهم بوده و درمان‌جو و درمانگر در مورد آن‌ها توافق داشته باشند. این فرایند تصمیم‌گیری درباره‌ی هدف‌های درمان، مذاکره بین درمان‌جو و درمانگر را ایجاب نموده و به قرار دادی ایجاب می‌شود که روند درمان را هدایت می‌کند. رفتاردرمانگر و درمان‌جویان در صورت نیاز هدف‌ها را در طول فرایند درمان تغییر می‌دهند.

سود و زیان تأثیر تمام هدف‌ها تعیین شده بررسی می‌شود و مشاور و درمان‌جو درباره‌ی مزایا و معایب احتمالی این هدف‌ها بحث می‌کنند. بعد از اینکه درباره‌ی هدف‌ها توافق شد، فرایند تعریف کردن آن‌ها شروع می‌شود.

۲-۳ وظیفه و نقش درمانگر

رفتاردرمانگران فعال و رهنمودی هستند و در مقام مشاوره و مسئله‌گشا عمل می‌کنند. آن‌ها از فنونی که در رویکردهای دیگران رایج هستند، از جمله خلاصه کردن، انعکاس، توضیح و سؤال کردن بازپاسخ استفاده می‌کنند.

وظیفه مهم درمانگر الگو قرار دادن نقش برای درمان‌جوست. بندورا معتقد است که بیشتر یادگیری‌هایی که از طریق تجربیات مشتق می‌گیرند از طریق مشاهده رفتار دیگران نیز اکتساب شوند. یکی از فرایندهای اساسی که درمان‌جویان به کمک آن رفتار تازه‌ای را یاد می‌گیرند، تقلید است.

۴-۳ تجربه‌ی درمان‌جو در درمان

یکی از خدمات منحصربه‌فرد رفتاردرمانی این است روش‌های روشن و مشخصی را برای درمانگر تعیین می‌کند. درمانگر و درمان‌جو نقش‌هایی دارند که دقیقاً مشخص شده‌اند و روی آگاهی و مشارکت درمان‌جو در فرایند درمان تأکید شده است. بخش عمده‌ای از نقش درمانگر، آموزش دادن مهارت‌های عینی از طریق فراهم ساختن آموزش، سرمشق‌گیری و بازخورد عملکرد است.

درمان‌جویان ترغیب می‌شوند تا برای گسترش دادن خزانه رفتارهای سازگارانه، هرچه بیشتر تجربه کنند. به آن‌ها کمک می‌شود یادگیری فراگیر شده در موقعیت درمان را به موقعیتهای خارجی از آن تعمیم و انتقال دهند. درواقع، فقط در صورتی که انتقال تغییرات از جلسات درمان به زندگی روزمره صورت گرفته و تأثیرات درمان به فراتر از خاتمه آن گسترش یافته باشد می‌توان درمان را موفقیت آمیز انگاشت.

بدیهی است که از درمان‌جویان بیشتر از صرفا کسب بینش انتظار می‌رود؛ آن‌ها باید مایل باشند تغییر کنند و رفتارهای تازه را بعد از خاتمه یافتن درمان رسمی به اجرا بگذارند. چون هدف‌های درمان در قالب اصطلاحات قابل اندازه‌گیری بیان شده‌اند، درمان‌جویان برای ارزیابی پیشرفت خود در دستیابی به هدف‌های خویش، چارچوب داوری دارند.

۵-۳ رابطه‌ی بین درمان‌جو و درمانگر

شواهد بالینی و پژوهشی حکایت از آن دارند که رابطه‌ی درمانی، حتی در گرایش رفتاری، می‌تواند به نحو چشمگیری به فرایند تغییر رفتار کمک کند.

رفتاردرمانگر ماهر، مشکلات را به‌صورت رفتاری مجسم کرده و برای کمک به پیشرفت تغییر از رابطه درمان‌جو- درمانگر استفاده می‌کند. اکثر رفتاردرمانگران معتقدند که عواملی چون صمیمیت، همدلی، صداقت، آسانگری و پذیرش برای وقوع تغییر رفتار ضروری، ولی کافی نیستند.

رفتاردرمانگران معتقدند که درمان‌جویان عمدتاً به خاطر فنون درمانی خاصی که به کار برده می‌شوند (نه به علت رابطه با درمانگر) پیشرفت می‌کنند.

۴-کاربرد: فنون و روش‌های درمان

ارزیابی رفتار که با توصیف شکایت درمان‌جو شروع می‌شود، برای رفتاردرمانی اهمیت زیادی دارد. درمان‌جو از وراوانی و شدت وقوع رفتار مشکل ساز سابقه ای را تهیه می‌کند و این ابزاری می‌شود برای طراحی برنامه‌ی درمان و تصمیم‌گیری درباره‌ی اینکه آیا درمان مؤثر واقع می‌شود یا نه. ابزارهای ارزیابی عملی متعددی وجود دارند که اجزای آن‌ها آسان است.

امتیاز رویکرد رفتاری ابداع روش‌های درمانی خاصی است که سودمندی آن‌ها باید از طریق وسایل عینی ثابت شود. مهم‌ترین یافته‌ای که درمان‌های رفتاری از پژوهش حاصل می‌شود این است که نتایج درمان چندجنبه‌ای هستند. تغییرات همه یا هیچ نیستند. بهبودی‌ها احتمالاً در برخی زمینه‌ها اما نه در زمینه‌های دیگر یافت می‌شوند. همه بهبودی‌ها یک دفعه نمایان نمی‌شوند.

به باور آرنولد لازاویس (۱۹۸۹، ۱۹۹۲، ۱۹۹۷، ۲۰۰۰) پیشگام رفتاردرمانی بالینی معاصر، رفتاردرمانگران می‌توانند هر فنی را که اثربخشی آن‌ها برای تغییر رفتار ثابت شده باشد در برنامه‌های درمان خود بگنجانند. لازاویس طرفدار استفاده از فنون گوناگون صرف نظر از منشاء نظری آنهاست. به نظر او، هرچه دامنه فنون گسترده‌تر باشد، درمانگر به‌صورت بالقوه کارآمدتر است.

روش‌های درمانی که رفتاردرمانگران استفاده می‌کنند به جای اینکه به‌طور تصادفی از ((چننه‌ی فنون)) انتخاب شده باشند به‌طور اخص برای درمان‌جویان خاص تدارک دیده می‌شوند. درمانگران غالباً درمورد مداخله‌های خود کاملاً خلاقانه عمل می‌کنند.

۴-۱-تحلیل رفتار کاربردی: فنون شرطی سازی کنشگر

در تحلیل رفتار کاربردی، فنون و روش‌های ارزیابی شرطی سازی کنشگر در مورد دامنه وسیعی از مشکلات درموقعیت‌های مختلف به اجرا گذاشته می‌شوند (کازدین، ۲۰۰۱). مهم‌ترین خدمت تحلیل رفتار کاربردی این است که روشی عملی را برای شناختن مشکلات درمان‌جویان ارائه می‌دهد و با تغییر دادن شرایط پیش آیند و پیامدها به این مشکلات می‌پردازد.

رفتارگرایان معتقدند که ما به خاطر منفعی که تجربه می‌کنیم (تقویت مثبت) یا به علت نیاز به گریختن یا اجتناب کردن از پیامدهای ناخوشایند (تقویت منفی) به شیوه قابل پیش بینی پاسخ می‌دهیم.

هدف از تقویت، خواه مثبت یا منفی، افزایش دادن رفتار مورد نظر است. تقویت مثبت مستلزم افزودن چیز با ارزشی برای فرد (مانند تحسین، توجه، پول یا غذا) به عنوان پیامد رفتار خاص است. محرکی که بعد از رفتار قرار دارد تقویت کننده مثبت است.

زمانی که هدف برنامه‌ای کاهش دادن یا برطرف کردن رفتارهای ناخوشایند است، از تقویت مثبت برای افزایش دادن فراوانی رفتارهای خوشایند که جایگزین رفتارهای ناخوشایند می‌شوند استفاده می‌شود.

تقویت منفی گریختن از محرک های آزارنده (ناخوشایند) یا اجتناب کردن از آن‌ها را ایجاب می‌کند. در این حال فرد با انگیزه می‌شود تا برای اجتناب کردن از وضعی ناخوشایند، رفتار خوشایندی را نشان دهد. برای مثال، یکی از دوستان من دوست ندارد با صدای گوش خراش زنگ ساعت بیدار شود. او خودش را طوری آموزش داده است که چند دقیقه قبل از اینکه زنگ به صدا درآید بیدار شود تا از این محرک ناخوشایند اجتناب کند.

روش کنشگر دیگر برای رفتار خاموشی است که به دریغ داشتن تقویت از پاسخی که قبلاً تقویت شده، اشاره دارد. در موقعیتهای کاربردی از خاموشی می‌توان برای رفتارهایی استفاده کرد که توسط تقویت مثبت یا تقویت منفی نگهداری شده‌اند. برای مثال، کودکانی که قشقرق راه می‌اندازند اغلب به وسیله‌ی توجهی که والدین به رفتار آن‌ها می‌کنند تقویت می‌شوند. برای برخورد کردن با رفتار مشکل ساز، ارتباط بین آن رفتار (قشقرق) و تقویت مثبت (توجه) قطع می‌شود. خاموشی می‌تواند رفتارهای خاصی را کاهش دهد یا بر طرف کند ولی پاسخ‌هایی را که خاموش شده‌اند جایگزین نمی‌کند. به همین دلیل، در برنامه‌های تغییر رفتار، خاموشی عمدتاً به همراه راهبردهای تقویت گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد.

راه دیگری که رفتار کنترل می‌شود از طریق تنبیه است که گاهی به آن کنترل آزارنده گفته می‌شود. در این حالت، پیامدهای رفتار خاصی به کاهش آن رفتار منجر می‌شود. هدف تقویت، افزایش دادن رفتار مورد نظر در حالی که هدف تنبیه، کاهش دادن رفتار مورد نظر است. میلتن برگر (۲۰۰۴) دو نوع تنبیه را شرح می‌دهد که به عنوان پیامد رفتار روی می‌دهند: تنبیه مثبت و تنبیه منفی. در حالت تنبیه مثبت، محرک آزارنده ای بعد از رفتار افزوده می‌شود تا فراوانی آن رفتار کاهش یابد (مانند کتک زدن بچه به خاطر بد رفتاری یا سرزنش کردن دانش آموز به خاطر ادا درآوردن سر کلاس). در حالت تنبیه منفی، محرک تقویت کننده ای به دنبال رفتار حذف می‌شود تا فراوانی آن رفتار کاهش یابد.

اسکینر (۱۹۴۸) معتقد بود که تنبیه برای تغییر دادن رفتار ارزش محدودی دارد و روش ناخوشایندی برای این کار است. اصل مهم این است که برای تغییر دادن رفتار تا حد امکان از کمترین وسیله آزارنده استفاده شود و معلوم شده که تقویت مثبت قویترین عامل تغییر است. اسکینر برای علت‌ها و درمان‌های مشکلات رفتاری به ارزش تحلیل کردن عوامل محیطی اعتقاد داشت. او معتقد بود که استفاده منظم از تقویت مثبت به عنوان راهی برای کنترل رفتار، بیشترین فایده را به فرد و جامعه می‌رساند.

عوارض جانبی تنبیه، واکنش‌های هیجانی به تنبیه، پرورش دادن رفتارهای گریز و اجتناب، تقویت منفی برای استفاده از تنبیه، الگو قرار دادن استفاده از تنبیه و وسایل اخلاقی است. از تنبیه فقط زمانی باید استفاده کرد که روش‌های غیر آزارنده اجرا شده و معلوم شده باشد که در تغییر دادن رفتار مشکل ساز بی تأثیر هستند. تنبیه در برنامه‌های تغییر رفتار جایگاهی دارد ولی فقط باید به عنوان مکمل راهبردهای تقویتی که هدفشان پرورش دادن رفتارهای مناسب دیگر است، مورد استفاده قرار گیرد.

۲-۴ مدل ارزیابی کارکردی: مدل ارزیابی کارکردی طراحی کلی رادبرای انتخاب کردن مداخله‌های کنشگر در اختیار درمانگران قرار می‌دهد که بر اطلاعات ارزیابی قبل از مشکل درمان‌جو استوار است.

مراحل ارزیابی و کارکردی:

- اولین مرحله، اجرا کردن ارزیابی کارکردی برای گردآوری اطلاعات درباره‌ی شرایط پیش‌آیند و پیامدهایی است که با وقوع رفتارهای مشکل‌ساز ارتباط کارکردی دارند.
- برای اجرا کردن ارزیابی کارکردی، از روش‌های غیرمستقیم (مصاحبه‌های رفتاری یا پرسشنامه‌ها برای گردآوری اطلاعات درباره‌ی رفتار مشکل‌ساز) و مشاهده مستقیم استفاده می‌شود.
- درمانگر بر اساس اطلاعات به دست آمده از ارزیابی کارکردی، درباره‌ی ماهیت رفتار مشکل‌ساز و شرایطی که به این رفتار کمک می‌کنند فرضیه‌هایی را می‌سازد.
- بعد از این که کارکردهای مختلف رفتارهای مشکل‌ساز مشخص شدند، برای پرداختن به شرایط پیش‌آیند و پیامدهایی که فرض شده این رفتارهای مشکل‌ساز را نگه می‌دارند، درمان‌های کارکردی تدارک دیده می‌شوند.

درمان‌های کارکردن فنون زیر را شامل می‌شوند:

- تقویت افتراقی رفتارهای خوشایند برای جایگزین شدن با رفتارهای مشکل‌ساز که ممکن است برنامه‌های تقویت مثبت و منفی را در بر گیرد.
- خاموشی رفتارهای مشکل‌ساز با دریغ داشتن تقویت‌کننده‌هایی که معلوم شده این مشکل را نگه داشته‌اند.
- روش‌های کنترل پیش‌آیند که به موجب آن شرایط پیش‌آیند دستکاری می‌شوند تا از وقوع رفتارهای مشکل‌ساز جلوگیری کرده و به رفتارهای خوشایند کمک کنند تا جایگزین رفتارهای مشکل‌ساز شوند.
- امکان دارد برای کاهش دادن رفتارهای مشکل‌ساز از روش‌های تنبیه منفی استفاده شود.
- بعد از اینکه این روش‌های درمان‌مورد استفاده قرار گرفتند، خیلی مهم است که برای کمک به تعمیم و ادامه تغییرات رفتاری صورت گرفته، راهبردهایی ابداع شوند.

۳-۴ آموزش آرمیدگی و روش‌های مربوط

آموزش آرمیدگی به عنوان روش آموزش دادن به افراد برای مقابله کردن با استرس ناشی از زندگی روزمره به طور فزاینده‌ای رواج یافته است. هدف از این روش دستیابی به آرمیدگی عضلانی و ذهنی است و یادگیری آن راحت است.

ژاکوبسون (۱۹۳۸) مقتخر است به اینکه روش آرمیدگی پیش‌رونده را ابداع کرده است. استفاده از این روش در مورد مشکلات مربوط به استرس و اضطراب که اغلب در نشانه‌های روان‌تنی آشکار می‌شوند، از همه رایج‌تر بوده است.

۴-۴ حساسیت زدایی منظم

حساسیت زدایی منظم که بر اصول شرطی سازی کلاسیک استوار است، نوعی روش رفتاری است که ژوزف ولپی یکی از پیشگامان رفتاردرمانی آن را ابداع کرد. درمان جویان به صورت پیاپی موقعیت‌های اضطراب آوری را تجسم می‌کنند و در عین حال به رفتاری که با اضطراب رقابت می‌کنند می‌پردازند.

درمان جویان به تدریج، یا به طور منظم، نسبت به این موقعیت اضطراب آور کمتر حساس (حساسیت زدا) می‌شوند. این روش را می‌توان نوعی درمان مواجهه سازی دانست زیرا از درمان جویان خواسته می‌شود به عنوان راهی برای کاهش دادن اضطراب، خود را با تصورات اضطراب آور مواجه سازند.

حساسیت زدایی منظم یکی از روش‌های رفتاردرمانی است که خیلی زیاد اجرا شده و به صورت تجربی درباره‌ی آن تحقیق شده است. گرچه حساسیت زدایی روشی وقت گیر است ولی درمان بسیار موثری برای اختلال‌های مرتبط با اضطراب می‌باشد.

درمانگر قبل از اجرا کردن روش حساسیت زدایی، برای مشخص کردن اطلاعات خاص مربوط به اضطراب و گردآوری اطلاعات زمینه‌ی مربوط درباره‌ی درمان جو، مصاحبه ای مقدماتی را انجام می‌دهد.

گرمیر و نوریس (۲۰۰۳) مراحل استفاده از حساسیت زدایی منظم را شرح می‌دهند؛ (۱) آموزش آرمیدگی، (۲) تهیه سلسله مراتب، (۳) حساسیت زدایی منظم مناسب.

حساسیت زدایی فقط بعد از اینکه مصاحبه مقدماتی صورت گرفته باشند شروع می‌شود. وقت کافی به درمان جو داده می‌شود تا آرمیدگی را در جلسات درمان یاد بگیرد، آن را در خانه تمرین کند و سلسله مراتب اضطراب خود را تهیه نماید. ابتدا صحنه ای خنثی ارایه و از درمان جو خواسته می‌شود آن را تجسم کند. درمانگر به تدریج در این سلسله مراتب بالا می‌رود تا اینکه درمان جو علامت دهد که دچار اضطراب شده است و همین موقع به این صحنه خاتمه داده می‌شود. دوباره آرمیدگی اجرا می‌شود.

نکته مهم درمورد حساسیت زدایی منظم این است که فرد باید بارها با تجسم موقعیت‌های اضطراب آور مواجه شود بدون اینکه پیامدهای منفی را تجربه کند. تکلیف خانگی و پی گیری، عناصر مهم حساسیت زدایی موفقیت آمیز هستند.

حساسیت زدایی منظم فن مناسبی برای درمان کردن فوبی‌هاست. این فن به نحو مؤثری برای درمان کابوس‌ها، بی اشتهایی عصبی، وسواس‌های فکری، وسواس‌های عملی، لکنت زبان، اختلال‌های تصور بدن و افسردگی مورد استفاده قرار گرفته است. حساسیت زدایی از لحاظ تاریخی احتمالاً سابقه طولانی‌تری از هرگونه فن رفتاری برای درمان ترس‌ها داشته و نتایج مثبت آن بارها به اثبات رسیده است.

۴-۵ روش مواجهه سازی

در درمان‌های مواجهه سازی که برای درمان کردن ترس‌ها و سایر پاسخهای هیجانی منفی ترتیب یافته اند، درمان جویان را تحت شرایط به دقت کنترل شده با موقعیتهایی مواجه می‌سازند که در این گونه مشکلات دخالت دارند.

۴-۵-۱ حساسیت زدایی واقعی

در حساسیت زدایی واقعی درمان‌جو به جای اینکه صرفاً موقعیت‌های ترسناک در سلسله مراتب را تجسم کند واقعاً با این موقعیت‌ها مواجه می‌شود. حساسیت زدایی واقعی خودگردان (روشی که به موجب آن درمان‌جویان خودشان را با رویدادهای اضطراب‌آور مواجه می‌سازند) در صورتی به کار برده می‌شود که برای درمانگر امکان همراهی با درمان‌جویان در موقعیت‌های زندگی عملی وجود نداشته باشد.

۴-۵-۲ غرقه‌سازی

نوع دیگر از درمان مواجهه‌سازی غرقه‌سازی است که با مواجهه واقعی یا تجسمی با محرک‌های اضطراب‌آور برای مدت طولانی اشاره دارد؛ مانند تمام درمان‌های مواجهه‌سازی، با اینکه درمان‌جو هنگام مواجهه دستخوش اضطراب می‌شود، ولی پیامدهای ترسناک روی نمی‌دهند. غرقه‌سازی واقعی عبارت است از مواجهه طولانی با محرک‌های اضطراب‌آور واقعی.

غرقه‌سازی واقعی اضطراب را به سرعت کاهش می‌دهد. امتیاز استفاده از غرقه‌سازی تجسمی بر غرقه‌سازی واقعی این است که محدودیتی برای موقعیت‌های اضطراب‌آور وجود ندارد. مواجهه واقعی با رویدادهای آسیب‌زای واقعی (سانحه هوایی، تجاوز جنسی، حریق، سیل) اغلب نه امکان‌پذیر بوده و نه به دلایل اخلاقی و عملی مناسب است غرقه‌سازی تجسم می‌تواند موقعیت‌های آسیب‌زا را به طریقی دوباره بیافریند که پیامدهای ناگواری برای درمان‌جویان داشته باشد.

غرقه‌سازی را توان به نحو ثمربخشی درمورد گستره‌ای از ترس‌های شدید، نظیر ترس از پرواز کردن، سفر با مترو یا قطار، ترس از سوار شدن در پله برقی یا استفاده از آسانسور و واکنش‌های فوبیک به برخی حیوانات به اجرا گذاشت. غرقه‌سازی غالباً در درمان رفتاری برای اختلالات مرتبت با اضطراب، فوبیها، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال استرس پس از آسیب، آگورافوبی (فوبی مکانهای باز) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اسپیگلر و گوورمونت (۲۰۰۳) درمی‌یابند که روش‌های مواجهه‌سازی تنها روش‌های موجود بسیار قدرتمند برای اختلالات اضطرابی هستند و می‌توانند تأثیر درازمدت داشته باشند. مواجهه‌سازی تجسمی و واقعی بطور فزاینده همراه با هم استفاده می‌شوند.

۴-۶ حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد

حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) نوعی درمان مواجهه‌سازی برای درمان‌جویانی است که استرس آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند. این درمان غرقه‌سازی تجسمی، بازسازی شناختی و استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دو سوی دیگر را شامل می‌شود. EMDR که برای کمک به درمان‌جویانی طراحی شده است که به اختلالات استرس پس از آسیب مبتلا هستند. EMDR از هشت مرحله تشکیل می‌شود و از روش‌های متعددی که در رفتاردرمانی به کار می‌روند استفاده می‌کند.

۱- EMDR برای کمک به درمان‌جویان به کار برده می‌شود تا شناخت‌های خود را بازسازی کنند یا اطلاعات را پردازش مجدد نمایند. مرحله‌ی اول درمان دربرگیرنده گردآوری سابقه‌ی درمان‌جو است.

۲- مرحله آمادگی که شامل برقرار کردن رابطه‌ی درمانی است. درمانگر فرایند EMDR و تأثیرات آن را توضیح می‌دهد، درباره‌ی نگرانیها و انتظاراتی که درمان‌جو دارد بحث می‌کند، روش‌های آرمیدگی را آغاز می‌کند و جوّ سالمی را به وجود می‌آورد تا درمان‌جو بتواند به تصویرپردازی برانگیزنده بپردازد.

۳- در مرحله‌ی ارزیابی، خاطره آسیب‌زایی که اضطراب می‌انجامد مشخص می‌شود، هیجان و احساسهای بدنی مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا مشخص می‌شوند، واحد ذهنی آشفتگی (SUD) ارزیابی می‌شود، شناخت منفی ای که با رویداد ناراحت کننده ارتباط دارد مشخص می‌شود و فکر سازگارانه (یا شناخت مثبتی) که اضطراب مربوط به رویداد آسیب‌زا را کاهش می‌دهد پیدا می‌شود.

۴- در مرحله حساسیت زدایی، درمان‌جو تصویر ذهنی آسیب‌زا را تجسم می‌کند، فکر ناسازگارانه (یا شناخت منفی را بر زبان می‌آورد و به احساسهای بدنی توجه می‌کند. مواجهه‌سازی محدود است و امکان دارد درمان‌جو با ناراحت کننده ترین عنصر به مدت کمتر از یک دقیقه در هر جلسه مواجهه شود. در طول این فرایند، از درمان‌جو خواسته می‌شود انگشت اشاره درمانگر را به سرعت و به‌طور موزون در خط دیداری درمان‌جو ۱۲ تا ۲۴ بار پس و پیش می‌رود با چشم دنبال کند. از درمان‌جو خواسته می‌شود (الف) موقتاً تجربه منفی را از سر دور کند و عمیقاً نفس بکشد و (ب) گزارش دهد چه چیزی را تصور و به آن فکر می‌کند.

۵- این مرحله، مرحله‌ی کارگزاری است. در این مرحله شناخت مثبتی که درمان‌جو به‌عنوان جایگزینی برای شناخت منفی اصلی مشخص کرده است کار گذاشته می‌شود و نیرومندی آن افزایش می‌یابد. هدف، مرتبط رویداد آسیب‌زا با فکر سازگارانه است.

۶- بعد از اینکه شناخت مثبت کار گذاشته شد، از درمان‌جو خواسته می‌شود رویداد آسیب‌زا و شناخت مثبت را تجسم نموده و به‌صورت ذهنی بدن خود را از بالا تا پایین واریسی کند و هرگونه حالت تنش جسمانی را مشخص نماید.

۷- ضرورت دارد که در خاتمه هر جلسه بستن کافی صورت گیرد. درمانگر به درمان‌جو یاد آور می‌شود که امکان دارد مابین جلسات تصورات، هیجانها و افکار ناراحت کننده را تجربه کند. از درمان‌جو خواسته می‌شود در دفترچه ای به همراه داشته باشد و هرگونه موضوعات ناراحت کننده را در آن یادداشت کند. از درمان‌جو انتظار می‌رود در این مرحله از درمان، مداخله‌هایی نظیر آرمیدگی، تصویرپردازی هدایت شده، مراقبه، باز بینی خود و تمرین های تنفس را اجرا کند.

۸- ارزیابی مجدد آخرین مرحله درمان است که باید در ابتدای هر جلسه تازه اجرا شود. این مرحله آخر EMDR چند فرایند رفتاری را شامل می‌شود: برداشت کردن دوباره مشکلات درمان‌جو، تعیین کردن هدف‌های درمانی جدید، پرداختن به حساسیت زدایی بیشتر، ادامه دادن کار باز سازی شناختی، ادامه دادن فرایند بازبینی خود و ارزیابی نتیجه درمان به‌صورت مشترک.

EMDR در کمک کردن به افراد برای غلبه کردن بر احساس گناه، ترس، ناراحتی، تفکر معیوب و اضطراب که معمولاً از تجربیات آسیب‌زا ناشی می‌شوند، نتایجی عالی را نشان می‌دهد. چند نویسنده خاطر نشان کرده‌اند که اثربخشی EMDR در هاله ای از بحث و جدل و ابهام قرار دارد. شواهد مربوط به اثربخشی EMDR نقایص روش شناختی جدی دارند.

۷-۴ جسارت‌آموزی (عرض وجود کردن)

جسارت‌آموزی برای کسانی مفید است که (۱) نمی‌توانند خشم یا رنجش خود را نشان دهند، (۲) در گفتن نه مشکل دارند. (۳) خیلی مؤدب هستند و به دیگران اجازه می‌دهند از آن‌ها سوء استفاده کنند، (۴) به سختی می‌توانند محبت یا پاسخهای مثبت دیگری او را ابراز کنند، (۵) احساس می‌کنند که حق ندارند افکار و احساسات خود را ابراز کنند و (۶) دچار فوبی اجتماعی هستند. فرض اساسی زیربنای جسارت‌آموزی این است که افراد حق دارند (اما نه اینکه وظیفه دارند) خودشان را ابراز کنند. یکی از هدف‌های جسارت‌آموزی افزایش دادن خزانه رفتاری افراد است طوری که بتوانند تصمیم بگیرند در موقعیتهای خاصی جسورانه

رفتار کنند یا نه. هدف دیگر این است که به افراد یاد داده شود خودشان را به صورتی ابراز کنند که منعکس کننده حساسیت نسبت به احساسات و حقوق دیگران باشد. جسارت به معنی پرخاشگری نیست؛ بنابراین، افرادی که واقعاً جسور هستند به هر قیمتی با نادیده گرفتن حقوق دیگران از حقوق خود دفاع نمی کنند.

خیلی از روش های جسارت آموزی بر اصول درمان های شناختی - رفتاری استوارند. اغلب برنامه های جسارت آموزی بر اظهارات منفی، عقاید خود شکن و تفکر معیوب درمان جویان تمرکز دارند. جسارت آموزی اغلب در گروه ها اجرا می شود و برای افرادی که در روابط میان فردی دچار مشکلاتی هستند مؤثر است. جسارت آموزی سعی دارد درمان جویان را به مهارت ها و نگرش های لازم برای پرداختن مؤثر به موقعیتهای میان فردی مجهز کند.

۸-۴ برنامه های خود گردانی و رفتار خود گردان

مدتی است که گرایشی به سمت ((روانشناسی را توزیع کنید)) به وجود آمده است. این گرایش روانشناسانی را در برمی گیرد که مایلند دانش خود را با دیگران در میان بگذارند؛ به طوری که ((مصرف کنندگان)) بتوانند به طور فزاینده ای زندگی خود گردانی را هدایت کنند و برای حل و فصل کردن مشکلاتشان به متخصصان وابسته نباشند.

امتیاز فنون خود گردانی این است که درمان می تواند به صورت عموم مردم گسترش یابد که با رویکردهای سنتی به درمان نمی توان این کار را انجام داد. امتیاز دیگر این است که زیانها حداقل هستند. چون درمان جویان نقش اصلی را در درمان خود دارند، فنونی که هدفشان تغییر دادن خود است، احساس تعهد نسبت به درمان را در آنها افزایش می دهند. راهبردهای خود گردانی شامل این موارد هستند، ولی به آنها محدود نمی شوند: خودبازبینی، پاداش دادن به خود، قرارداد بستن با خود، کنترل محرک و خود به عنوان الگو. باور زیربنای ارزیابی ها و مداخله های خود گردانی این است: در صورتی که به افراد استفاده از مهارت های مقابله کردن در موقعیتهای مشکل ساز آموخته شود، تغییر می تواند بوجود آید. استفاده از تقویت خود، عنصر مهم برنامه های خود گردانی است.

مراحل اساسی برنامه ی خود گردانی:

- انتخاب کردن هدفها: مرحله ی اول با مشخص کردن تغییرات مورد نظر شروع می شود. هر بار باید یک هدف تعیین شود و این هدف باید قابل اندازه گیری، دست یافتنی، مثبت و برای شخص مهم باشد. خیلی مهم است که انتظارات معقول باشند.
- تبدیل کردن هدفها به رفتارهای مورد نظر: بعداً، هدفهای انتخاب شده باید به رفتارهای مورد نظر تبدیل شوند. سؤال اساسی این است: ((چه رفتارهای خاصی را می خواهیم افزایش یا کاهش دهیم؟))
- خودبازبینی: اولین مرحله عمده در تغییر خود گردان، فرایند خودبازبینی است که به موجب آن درمان جویان عمداً و به طور منظم رفتار خود را مشاهده می کنند. یکی از ساده ترین روش ها برای مشاهده کردن رفتار، یادداشت کردن رفتار است.
- طرح ریزی برنامه ای برای تغییر: این مرحله با مقایسه بین اطلاعات به دست آمده از خودبازبینی و معیارهای درمان جویان برای رفتار خاص شروع می شود. تقویت اساس رفتار درمانی مدرن است.
- ارزیابی برنامه عمل: برای مشخص کردن میزان دستیابی درمان جویان به هدفهای خود، ارزیابی برنامه تغییر ضرورت دارد.
- خیلی از کسانی که برنامه های خود گردانی را انجام می دهند با شکست مکرر روبرو می شوند، موقعیتی که پولیوی و هرمن (۲۰۰۲) آن را ((نشانگان امید کاذب)) می نامند که با انتظارات نامعقول در رابطه با سرعت، مقدار، سهولت و پیامدهای تلاشهای تغییر دادن خود مشخص می شود.

۹-۴ درمان چندوجهی: رفتاردرمانی بالینی

درمان چندوجهی رویکردی جامع، منظم و کا نگرانه به رفتاردرمانی است که آرنولد لازاروس آن را ابداع کرده است. این درمان در یادگیری اجتماعی نظریه‌ی شناختی ریشه دارد. این مدل اشاره دارد به اینکه ما موجودات اجتماعی هستیم که حرکت، احساس، حس، تجسم و فکر می‌کنیم. سیریل فرانکز (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد که ((درمان چندوجهی به بهترین وجه نوعی رفتاردرمانی در جامعترین حالت خود از لحاظ روش شناختی تا به امروز است.

این رویکرد از این لحاظ خیلی مهم است که بین این اصول رفتاری و رویکرد شناختی - رفتاری که عمدتاً جایگزین روانشناسی رفتاری سنتی شده است، ارتباط برقرار می‌کند. درمان چندوجهی سیستمی باز است که التقاط گرای فنی را ترغیب می‌کند. فنون تازه مرتباً معرفی شده و فنون موجود اصلاح می‌شوند، ولی هرگز از آن‌ها به صورت ترکیبی استفاده نشده است. فرض اساسی این رویکرد این است که چون افراد به انواع مشکلات مبتلا هستند سزاوار است که برای به وجود آوردن تغییر از انواع راهبردهای درمان استفاده شود.

۹-۴-۱ التقاط گرای فنی:

درمانگران چندوجهی از سیستم‌های درمانی دیگر فنونی را اقتباس می‌کنند. اغلب این فنون، روش‌های رفتاری استاندارد هستند که از چهار شاخه اصلی رویکرد رفتاری به دست آمده اند: شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی کنشگر، یادگیری اجتماعی و رویکرد شناختی - رفتاری.

۹-۴-۲ BASIC I.D.

اساس رویکرد چندوجهی لازاروس این اصل است که شخصیت پیچیده انسان را می‌توان به هفت زمینه عملکرد عمده تقسیم کرد: B = رفتار، A = پاسخهای عاطفی، S = احساسها، I = تصورات، C = شناختها، I = روابط میان فردی و D = داروها، عملکردهای زیستی، تغذیه و ورزش.

- رفتار: عمدتاً به رفتارهای آشکار اشاره دارد از جمله به اعمال، عاداتها و واکنشهایی که قابل مشاهده و قابل ارزیابی هستند
- عاطفه: این وجه به هیجانها، خلقها و احساسات عمیق اشاره دارد
- احساس: این وجه به پنج حس اصلی لامسه، چشایی، بویایی، بینایی و شنوایی اشاره دارد.
- تصورات: این وجه به شیوه‌هایی که خود را تصور می‌کنیم مربوط می‌شود و خاطرات، رویاها و خیال‌بافی‌ها را دربرمی‌گیرد.
- شناخت: این وجه به بینشها، فلسفه‌ها، عقاید، اندیشه‌ها، حرف زدن با خود و قضاوتهایی اشاره دارد که ارزشها، نگرشها و عقاید اساسی فرد را تشکیل می‌دهند.
- روابط میان فردی: این وجه به تعامل با دیگران اشاره دارد
- داروها/زیست شناسی: این وجه علاوه بر داروها عاداتهای تغذیه و الگوهای ورزش را نیز شامل می‌شود.

۹-۴-۳ درمان کوتاه مدت و جامع

درمان کوتاه مدت و جامع، اصلاح کردن عقاید غلط، رفتارهای منحرف، احساسات ناخوشایند، تصورات ناراحت کننده، روابط استرس دار، احساسات منفی و عدم تعادل زیست شیمی احتمالی را شامل می‌شود. درمانگران چندوجهی اعتقاد دارند که هرچه

درمان جویان در درمان بیشتر یاد بگیرند، مشکلات کهنه به احتمال کمتری دوباره روی می‌دهند. آن‌ها تغییرات با دوام را حاصل ترکیب راهبردها و وجه‌ها می‌دانند.

لازاروس طرفدار درمان کوتاه‌مدت و جامع است.

فرانکر (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد که درمان چندوجهی کوتاه‌مدت با اهداف و آرمانهای مراقبت کنترل شده همخوان است. به اظهار او: ((درمان چندوجهی کوتاه‌مدت نوعی رفتاردرمانی در پیشرفته‌ترین حالت آن است. این درمان بدون اینکه انعطاف ناپذیر باشد، کارآمد، مؤثر، آموزش‌پذیر، معتبر و جامع است)).

اصل بنیادی درمان چندوجهی این است که گستردگی اغلب از عمق مهمتر است. هرچه درمان‌جو پاسخهای مقابله‌کردن بیشتری را در درمان یاد بگیرد، احتمال برگشت کمتر است.

۴-۹-۴ نقش درمانگر چندوجهی

درمانگران چندوجهی در جلسات درمان بسیار فعال هستند و به‌عنوان مربی، معلم، مشاور و الگوهای نقش عمل می‌کنند. درمان کارآمد ایجاب می‌کند که مشاوران ((آفتاب پرستهای اصیل)) باشند (لازاروس، ۱۹۹۳)، بدین معنی که خزانه‌ی رابطه‌ی انعطاف‌پذیر به اندازه فنون گسترده برای بهبود بخشیدن به نتایج درمان اهمیت دارد.

۴-۱۰ ادغام کردن فنون رفتاری با رویکردهای روانکاوی امروزی

مورگان و مک میلان (۱۹۹۹) یک مدل مشاوره‌ی سه مرحله‌ای ادغام‌شده را بر اساس ساختارهای نظری روابط شیء و نظریه دلبستگی به وجود آوردند که فنون رفتاری را دربرمی‌گیرد:

در مرحله‌ی اول، نظریه روابط شیء به‌عنوان مبنای مفهومی برای ارزیابی و فرایند برقراری رابطه خدمت می‌کند. درمانگران در این مرحله، محیط حمایت‌کننده‌ای فراهم می‌آورند که مکان امنی برای درمان‌جویان خواهد بود تا خاطرات قدیمی دردناک خود را به یاد آورند و در آن‌ها کاوش کنند. در این مرحله، مشاوره شامل کاوش احساسات درمان‌جویان در رابطه با شرایط گذشته و حال و الگوهای تفکری می‌شود که بر تعبیر آن‌ها از دنیا تأثیر می‌گذارند.

در مرحله دوم، هدف ربط دادن آگاهی‌های به دست آمده از مرحله ارزیابی مقدماتی به زمان حال است تا درباره‌ی نحوه‌ای که الگوهای ارتباطی پیشین با مشکلات فعلی ربط پیدا می‌کنند اطلاعاتی حاصل می‌شود. این آگاهی معمولاً درمان‌جویان را قادر می‌سازد خاطرات، احساسات و افکار دردناک را ابراز کنند. در مرحله دوم، هم از فنون تجربی و هم شناختی استفاده می‌شود.

در مرحله سوم و نهایی در مان، برای به حداکثر رساندن تغییر، روی فنون رفتاری با تعیین هدف و تکالیف خانگی تأکید می‌شود. این مرحله عمل است، وقت آن است که درمان‌جویان بر اساس آگاهی، درک و بازسازی شناختی حاصل شده در مراحل قبلی مشاوره، رفتارهای تازه را انجام دهند. به باور مورگان و مک میلان (۱۹۹۹) در نوشته‌ها حمایت‌فرآیندهای وجود دارد که ادغام کردن نظریه روان‌پویشی امروزی با فنون رفتاری و شناختی - رفتاری می‌تواند به تغییرات ثمربخشی در درمان‌جویان منجر شود.

ترکیب نویدبخش دیگر فنون رفتاری و روانکاوی، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) است. لین هان (۱۹۹۳) برای درمان کردن اختلالات شخصیت مرزی رفتاردرمانی دیالکتیکی را تدوین کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی مانند درمان تحلیلی بر اهمیت رابطه روان‌درمانی، تایید درمان‌جو، اهمیت سبب‌شناسی ((محیط بی اعتبار کننده‌ای)) که درمان‌جو در کودکی تجربه کرده است و رویارویی با مقاومت تأکید دارد. رفتاردرمانی دیالکتیکی فنون رفتاری، از جمله درمان مواجهه‌سازی را اجرا می‌کند که درمان‌جو در آن یاد می‌گیرد هیجانهای دردناک را تحمل کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی، رفتارگرایی شناختی خود را نه تنها با مفاهیم تحلیلی بلکه هکچنین با آموزش روش‌های روانشناختی و معنوی شرقی (عمدتاً روش ذن) ادغام می‌کند.

۵- رفتاردرمانی از دیدگاه چندفرهنگی

۵-۱- خدمات به مشاوره چندفرهنگی: امتیاز روش‌های رفتاری این است که ابعاد اجتماعی و فرهنگی زندگی درمان‌جو را در نظر می‌گیرد. تاناکا - ماتسومی و همکاران (۲۰۰۲) خاطر نشان می‌سازد که رفتاردرمانی بر بررسی تجربی رفتار در محیط اجتماعی درمان‌جو استوار است. رفتاردرمانگران کارآمد هنگام طراحی کردن برنامه‌ی تغییر برای درمان‌جویانی که پیشینه فرهنگی متفاوتی دارند از تحلیل کارکردی موقعیت مشکل ساز استفاده می‌کنند.

۵-۲- نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی: گرچه رفتاردرمانی در حالت کلی نسبت به تفاوت‌ها در بین درمان‌جویان حساس است ولی رفتاردرمانگران باید نسبت به مسائل خاص مربوط به تمام شکل‌های تنوع حساس‌تر شوند. چون نژاد، جنسیت، قومیت و جهت‌گیری جنسی. درمانگری که نسبت به فرهنگ حساس نیست ممکن است این ((پارانوای فرهنگی)) را به‌صورت پارانوای بالینی سوء تعبیر کند.

۶- خلاصه و ارزیابی

۶-۱- خلاصه

ویژگی بارز رفتاردرمانی، مشخص کردن هدف‌های خاص در شروع فرایند درمان است. رفتاردرمانگران در جریان کمک به درمان‌جویان برای رسیدن به هدف‌های خود معمولاً نقش فعال و رهنمودی اختیار می‌کنند. گرچه عموماً درمان‌جو تعیین می‌کند که چه رفتاری تغییر خواهد کرد، ولی درمانگر معمولاً تصمیم می‌گیرد که چگونه ای رفتار را می‌توان به بهترین وجه تغییر داد. رفتاردرمانگران برای طراحی کردن برنامه درمان از فنون و روش‌های سیستم‌های درمانی گوناگون استفاده کرده و آن‌ها را درمورد نیازهای منحصر به فرد این درمان‌جو اجرا می‌کنند. رفتاردرمانی امروزی بر تعامل بین فرد و محیط تأکید می‌کند.

۶-۲- خدمات رفتاردرمانی

رفتاردرمانی روی جزئیات تمرکز می‌کند. امتیاز رفتاردرمانگران این است که انواع فنون رفتاری را در اختیار دارند. چون رفتاردرمانی به جای تأکید بر صرفاً صحبت کردن درباره‌ی مشکلات و کسب بینش، روی انجام دادن تأکید می‌ورزد. فنون رفتاری بیش از هر رویکرد درمانی دیگری به زمینه‌های فعالیت انسان گسترش یافته‌اند. مهم‌ترین خدمت رفتاردرمانی تأکید آن پژوهش و ارزیابی نتایج درمان است. یکی از امتیازات رویکرد رفتاری تأکید آن بر پاسگویی اخلاقی است. رفتاردرمانی از این نظر که حکم نمی‌کند رفتار چه کسی یا چه رفتاری باید تغییر یابد، از لحاظ اخلاقی بی طرف یا خنثی است. رفتاردرمانگران با این اظهار که درمان اصولاً فرایندی آموزشی است به مسائل اخلاقی می‌پردازند. ویژگی اصلی رفتاردرمانی همکاری بین درمانگر و درمان‌جوست. درمان‌جویان علاوه بر اینکه درباره‌ی هدف‌های درمان تصمیم می‌گیرند، در انتخاب فنونی که برای حل کردن مشکلات آن‌ها انتخاب می‌شوند مشارکت دارند.

۶-۳- محدودیت‌های رفتاردرمانی و انتقادهای وارد شده به آن

۶-۳-۱- رفتاردرمانی امکان دارد که رفتار را تغییر دهد ولی احساسات را تغییر نمی‌دهد. انتقاد کلی از رویکردهای رفتاری و شناختی این است که درمان‌جویان به تجربه کردن هیجان‌اتشان ترغیب نمی‌شوند.

۶-۳-۲ رفتاردرمانی عوامل ارتباطی مهم را در درمان نادیده می‌گیرد. گرچه رفتاردرمانگران اهمیت زیادی برای متغیر رابطه قایل نیستند، ولی می‌دانند که رابطه کاری خوب با درمان‌جویان لازمه استفاده مؤثر از فنون است. آن‌ها روی برقراری رابطه محبت‌آمیز با درمان‌جویان کار می‌کنند. لازاروس (۱۹۹۶) بیان می‌دارد که ((رابطه خاکی است که امکان ریشه دواندن را به فنون می‌دهد)).

۶-۳-۳ رفتاردرمانی بینش ایجاد نمی‌کند. آن‌ها به این دلیل روی بینش تمرکز نمی‌کنند که شواهد روشنی وجود ندارد که نشان دهد بینش برای نتیجه درمان حیاتی است.

۶-۳-۴ رفتاردرمانی به جای علتها، نشانه‌ها را درمان می‌کند. فرض روانکاوی این است که رویدادهای آسیب‌زای اولیه ریشه‌های کژکاری فعلی هستند. رفتاردرمانگران ممکن است تصدیق کنند که پاسخهای منحرف منشاء تاریخی دارند ولی معتقدند که تاریخ به ندرت در ادامه مشکلات فعلی اهمیت دارد.

۶-۳-۵ رفتاردرمانی مستلزم کنترل و دخالت درمانگر است.

PHDHOME.IR

فصل دهم

درمان شناختی - رفتاری

۱-مقدمه

رفتاردرمانی سنتی گسترش یافته و عمده‌تاً به سمت درمان شناختی - رفتاری پیش رفته است. در این فصل تعدادی از رویکردهای برجسته شناختی - رفتاری مورد بحث قرار گرفته که رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی آلبرت الیس (REBT)، درمانشناختی آرون تی. بک (CT) و درمان شناختی - رفتاری دونالد مایکنبام (CBT) از آن جمله هستند.

درمان شناختی - رفتاری که اصول و روش‌های شناختی و رفتاری را با رویکرد درمانی کوتاه‌مدت ترکیب می‌کند، بیش از هر مدل روان‌درمانی و دیگر پژوهش تجربی به بار آورده است.

رویکردهای شناختی - رفتاری مانند رفتاردرمانی بسیار متنوع هستند ولی در این ویژگیها مشترکند: (۱) رابطه مشترک بین درمان‌جو و درمانگر، (۲) این اصل که پریشانی روان‌شناختی عمدتاً حاصل آشفتگی‌هایی در فرایندهای شناختی است، (۳) تمرکز روی تغییر دادن شناختها برای ایجاد تغییرات مطلوب و عاطفه و رفتار، (۴) درمان کوتاه‌مدت و آموزشی تمرکز بر مشکلات خاص.

همه رویکردهای شناختی - رفتاری بر مدل روانی - آموزشی منظم استوار هستند و همگی بر نقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمان‌جو برای پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن و استفاده از انواع رفتارهای راهبردهای شناختی و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارند.

درمان شناختی - رفتاری به مقدار زیاد بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی برابر در رفتار او منجر خواهد شد. مایکنبام (۱۹۷۷) می‌نویسند که در چارچوب نظریه یادگیری، درست به همان صورتی که رفتارهای آشکار را می‌توان مستقیماً مشاهده کرد، شناخت‌های درمان‌جویان رفتارهای آشکاری هستند که می‌توانند شخصاً تغییر یابند.

۲-رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی آلبرت الیس

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی از این نظر که بر تفکر، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل و عمل کردن تأکید می‌کند، با درمان‌هایی که به سمت شناخت و رفتارگرایی دارند مشترکات زیادی دارد. فرض اساسی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که افراد با نحوه‌ای که رویدادها و موقعیتها را تعبیر می‌کنند، در مشکلات روانشناختی خود و نشانه‌های خاص دخالت زیادی دارند.

این درمان بر این فرض استوار است که شناختها، هیجانها و رفتارها به نحو چشم‌گیری بر یکدیگر تأثیر داشته و رابطه علت و معلولی متقابل دارند. رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی همواره بر این سه وجه و تعامل‌های آنها تأکید دارد، بنابراین می‌توان آن را رویکردی تعاملی دانست.

الیس درمان‌جویان خود را ترغیب می‌کند دست به همان کاری بزنند که خیلی می‌ترسند انجام دهند، نظیر اینکه خطر ترک شدن توسط افراد مهم را بپذیرند. او به‌عنوان درمانگر به تدریج خیلی بیشتر التقاطی و فعال‌تر و رهنمودی شد و رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی به‌صورت مکتب روان‌درمانی در آمد که هدف آن تامین کردن وسایلی برای درمان‌جویان شد تا به کمک آن سبکهای فلسفی و رفتاری خود را بازسازی کنند.

الیس اعتراف می‌کند که به یونانیان باستان، مخصوصاً فیلسوف رواقی اپیکتتوس مدیون است که در قرن اول قبل از میلاد گفت: ((افراد به‌وسیله اوضاع و احوال آشفته نمی‌شوند بلکه برداشتی که از این اوضاع و احوال دارند آن‌ها را آشفته می‌کند)). الیس معتقد است اینکه افراد چگونه خود را ناراحت می‌کنند از اینکه ((آن‌ها با اتفاقاتی که برایشان پیش می‌آیند با دیدگاه‌ها، احساسها و اعمالشان خود را ناراحت می‌کنند)) فراگیرتر و دقیق‌تر است. نظر کارن هورنای درباره‌ی ((استبداد باید‌ها)) نیز در چارچوب مفهومی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی مشهود است.

الیس همچنین خود را به آدلر به‌عنوان پیش‌گام بانفوذ مدیون می‌داند. تأثیرات دیگر دیدگاه آدلر بر رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی عبارتند از: اهمیت هدف‌ها، مقصودها، ارزش‌ها و معنی در وجود انسان؛ تمرکز بر آموزش فعال؛ استفاده از روش‌ها قانع‌کننده؛ و ارایه‌ی نمایشهای زنده در حضور مردم.

فرض اساسی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که هیجانات ما عمدتاً از عقاید، ارزیابی‌ها، تعبیرها و واکنش‌های ما به شرایط زندگی ناشی می‌شوند. تعدادی از اشارات درمانی که از این فرضها ناشی می‌شوند عبارتند از: به جای اینکه عمدتاً روی نشان دادن احساسات تمرکز شود بر کار کردن روی تفکر و عمل کردن تأکید می‌شود. درمان بصورت فرایند آموزشی در نظر گرفته می‌شود. درمانگر از خیلی جهات مانند آموزگار عمل می‌کند، بویژه با مشارکت درمان‌جو در تکالیف خانگی و آموزش راهبردهایی برای تفکر سریع و مستقیم و درمان‌جو یادگیرنده است که مهارتهای بحث‌شده در درمان را در زندگی روزمره تمرین می‌کند.

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی از این نظر با خیلی از رویکردهای درمانی تفاوت دارد که برای تداعی آزاد، کارکردن روی رویاها، تمرکز کردن روی تاریخچه گشته درمان‌جو، بیان کردن بی‌نهایت احساسات، با پرداختن به پدیده‌های انتقال ارزش زیادی قابل نیست. الیس (۲۰۰۰) صرف کردن وقت زیاد برای این عوامل را ((ارضادرمانی)) می‌نامد.

۳- مفاهیم مهم

۳-۱- برداشت از ماهیت انسان

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر این فرض استوار است که انسان‌ها با استعداد تفکر منطقی یا ((مستقیم)) و تفکر غیرمنطقی یا ((پیچ‌خورده)) به دنیا می‌آیند. رفتاردرمانی شناختی - هیجانی با مسلم دانستن اینکه انسان‌ها خطاپذیرند سعی دارد به آن‌ها کمک کند خود را بصورت مخلوقات که به اشتباه کردن ادامه می‌دهند و در عین حال یاد می‌گیرند با خاطر آسوده زندگی کنند بپذیرند. الیس فرض می‌کند که ما موجوداتی هستیم که با خودمان حرف می‌زنیم، خود را ارزیابی می‌کنیم و از خود محافظت می‌نماییم. وقتی که ترجیحات ساده (میل به محبت، تایید، موفقیت) را به جای نیازهای مبرم عوضی می‌گیریم دچار مشکلات رفتاری و هیجانی می‌شویم. الیس همچنین تصدیق می‌کند که ما گرایش فطری به سمت رشد و شکوفایی داریم ولی به خاطر الگوهای خود شکنی که یاد گرفته ایم، معمولاً حرکت خود را به سمت رشد خراب می‌کنیم.

۲-۳ برداشت از آشفتگی هیجانی

ما در اصل عقاید غیرمنطقی را از افراد مهم در دروان کودکی یاد می‌گیریم. به علاوه عقاید غیرمنطقی و خرافات را توسط خودمان به وجود می‌آوریم. بعد، به‌طور فعال عقاید خود شکن را با فرایند های تلقین کردن به خود و تکرار کردن برای خود و رفتار کردن به گونه ای آن‌ها مفید هستند تقویت می‌کنیم؛ بنابراین، عمدتاً تکرار افکار غیرمنطقی تلقین شده به خود توسط خودمان نه توسط تکرار والدین، نگرش‌های کژکار را درون ما زنده و جاری نگه می‌دارند.

الیس تأکید دارد که سرزنش کردن، محور اغلب آشفتگی های هیجانی است. بنابر این برای اینکه از روان رنجوری و اختلال شخصیت بهبود یابیم بهتر است سرزنش کردن خود و دیگران را متوقف کنیم. به جای آن ضرورت دارد یاد بگیریم خود را به رقم نقایصی که داریم بپذیریم.

الیس معتقد است که ما گرایش نیرومندی داریم به اینکه امیال و ترجیحات خود را به‌صورت ((بایدها))، ((حتمایا))، خواسته‌ها و دستورات تشدید کنیم. وقتی ناراحت هستیم، خوب است که ((بایدهای)) جزمی و مستبدانه‌ی نهفته‌ی خود نگاهی بیندازیم. از این خواسته‌ها، احساسهای اخلاک‌گر و رفتارهای کژکار به وجود می‌آورند.

۳-۳ نظریه‌ی A-B-C شخصیت

نظریه‌ی A-B-C شخصیت برای نظریه و کاربرست رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی اهمیت زیادی دارد. A وجود یک واقعیت، رویداد، رفتار یا نگرش فرد است. C پیامد هیجانی و رفتاری یا واکنش فرد است؛ اینواکنش می‌تواند سالم یا ناسالم باشد. A (رویداد فعال کننده) موجب C (پیامد هیجانی) نمی‌شود، بلکه B که باور شخص درباره A است عمدتاً موجب C یعنی واکنش هیجانی می‌شود.

A (رویداد فعال کننده) $\rightarrow$ B (عقیده) C (پیامد هیجانی و رفتاری)

D (مداخله برای مجادله کننده) E (تأثیر) F (احساس تازه)

هدف رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که به افراد نشان دهد چگونه می‌توانند عقاید غیرمنطقی را که مستقیماً ((موجب)) پیامد های هیجانی آشفته آن‌ها می‌شوند تغییر دهند.

چگونه آشفتگی هیجانی پرورش می‌یابد؟ جملات خودشکنی که درمان‌جویان مرتباً تکرار می‌کنند آن را تقویت می‌کند، نظیر اینکه ((من به خاطر این طلاق قابل سرزنش هستم))، ((من ادم شکست خورده‌ی مفلوکی هستم و هر کاری که انجام دادم غلط بود))، ((من آدم بی‌ارزشی هستم)). الیس بارها خاطر نشان می‌سازد که ((شما عمدتاً به همان صورتی که فکر می‌کنید احساس می‌کنید)). واکنش‌های هیجانی آشفته مانند افسردگی و اضطراب توسط نظام عقیدتی خود شکن درمان‌جویان که بر عقاید غیرمنطقی استوار است شروع شده و تداوم می‌یابند. رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی اصلاح شده اکنون B را به‌صورت باور کردن، تهییج شدن و رفتار کردن توصی می‌کند. چون عقیده عناصر نیرومند هیجانی و رفتاری را دربردارد، الیس (۲۰۰۱) این دو عنصر آخر را به چارچوب A-B-C اضافه کرد. بعد از A، B و C نوبت (مجادله کردن) می‌رسد. اصولاً D بکاربردن روش‌هایی برای کمک به درمان‌جویان است تا عقاید غیرمنطقی خود را به چالش بطلبند.

این فرایند مبارزه کردن سه عنصر دارد: شناسایی کردن، مجادله کردن، متمایز کردن ابتدا درمان جویان یاد می‌گیرند عقاید غیرمنطقی خود، مخصوصاً ((بایدها)) و ((حتمای)) مستبدانه را شناسایی کنند. بعد یاد می‌گیرند با عقاید کژکار خود به صورت منطقی و تجربی مجادله کنند و قویا علیه اعتقاد به آن‌ها برای خودشان دلایلی بیاورند. سر انجام درمان جویان یاد می‌گیرند عقاید غیرمنطقی (خودشکن) را از عقاید منطقی (کمک کننده به خود) متمایز کنند.

این رویکرد بر فرایند مجادله کردن هنگام جلسات درمان و در زندگی روزمره تأکید دارد. سرانجام درمان جویان به E، فلسفه ای مؤثر می‌رسند که جنبه‌ی عملی دارد. نظام عقیدتی مؤثر، جایگزین کردن افکار ناسالم با افکار سالم را شامل می‌شود. اگر در انجام این کار موفق باشیم، F را نیز به وجود می‌آوریم که احساسات تازه است. در مجموع، بازسازی فلسفی برای تغییر دادن شخصیت کژکارمان شامل این مراحل می‌شود:

- آگاهی کامل از اینکه ما عمدتاً مسبب به وجو آوردن مشکلات هیجانی خود هستیم.
- پذیرفتن این موضوع که توانایی تغییر دادن این آشفتگی‌ها را به نحو چشمگیری داریم.
- پی بردن به این نکته که مشکلات هیجانی ما عمدتاً از عقاید غیرمنطقی ناشی می‌شوند.
- درک کردن روش این عقاید.
- پی بردن به ارزش مجادله کردن با عقاید خودشکن.
- پذیرفتن این واقعیت که اگر بخواهیم تغییر کنیم بهتر است به صورت هیجانی و رفتاری سخت بکوشیم عقاید و احساسهای کژکار خود و اعمال متعاقد به آن را بی اثر کنیم.
- از روش‌های رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی برای ریشه‌کن کردن یا تغییر پیامدهای آشفته برای باقی عمر استفاده کنیم.

۴- فرایند درمان

۴-۱ **هدف‌های درمان:** هدف کلی اغلب درمانگران شناختی - رفتاری این است که به درمان جویان بیاموزند که چگونه ارزیابی رفتارهای خود را از ارزیابی خودشان (ماهیت و کلیت خودشان) جدا کنند و چگونه خود را به رغم نقایص خویش بپذیرند. هدف اساسی این است که درمان جویان آموخته شود چگونه هیجانها و رفتارهای کژکار خود را به نوع سالم آن تغییر دهند. الیس (۲۰۰۱) اظهار می‌دارد که دو هدف اصلی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که به درمان جویان کمک کند به خودپذیری نامشروط و پذیرفتن نامشروط دیگران دست یافاه و دریابند که این دو چگونه به هم مربوط هستند.

۴-۲ **وظیفه و نقش درمانگر:** درمانگر وظایف و وظایف خاصی دارد و اولین مرحله این است که به درمان جویان اثبات شود که آن‌ها ((بایدها))، ((حتمای)) و ((قطعاها)) ی غیرمنطقی زیادی دارند. درمان جویان یاد می‌گیرند ((بایدهای)) خشک خود را به ترجیحات تغییر دهند. مرحله‌ی دوم در فرایند درمان این است که به درمان جویان ثابت شود آن‌ها با ادامه دادن فکر کردن به صورت غیرمنطقی و غیرواقع‌بینانه، آشفتگی‌های هیجانی خود را فعال نگه می‌دارد. برای اینکه درمانگر از تشخیص صرف افکار غیرمنطقی توسط درمان جویان فراتر رود مرحله سوم را اجرا می‌کند: به آن‌ها کمک می‌کند تفکر خود را تعدیل کرده و عقاید غیرمنطقی خود را کنار بگذارند. درمانگر به درمان جویان کمک می‌کند از دور معیوب فرایند سرزنش کردن خود آگاه شوند که این

خود رفتارهای خودشکن آن‌ها را تغییر می‌دهند. مرحله‌ی چهارم در فرایند درمان به‌چالش طلبیدن درمان‌جویان برای پرورش دادن فلسفه زندگی منطقی است طوری که در فرایند قربانی عقاید غیرمنطقی نشوند. درمانگر عمدتاً از روش قانع‌سازی استفاده می‌کند که بر آموزش تأکید دارد. معمولاً بینش به تنهایی به تغییر شخصیت منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند بفهمند چگونه به ضایع کردن خود ادامه می‌دهند و برای تغییر کردن چه کاری می‌توانند انجام دهند.

۳-۴ تجربه‌ی درمان‌جو در درمان

وقتی درمان‌جویان بپذیرند که عقاید آن‌ها علت اصلی هیجانات و رفتارهای آنهاست، می‌توانند در فرایند بازسازی شناختی به‌طور مؤثری شرکت کنند (الیس و همکاران، ۱۹۹۷) در مقیاس بزرگ، نقش درمان‌جو در رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی نقش یادگیرنده و اجرا کننده است.

فرایند درمان روی تجربیات درمان‌جویان در زمان حال تمرکز دارد. فرایند درمان به درمان‌جویان تأکید می‌کند که آن‌ها به این علت آشفته هستند که هنوز به نظر خودشکن درباره‌ی خود و دنیا اعتقاد دارند و طبق آن عمل می‌کنند. از درمان‌جویان انتظار می‌رود فعالانه خارج از جلسات درمان کار کنند.

۴-۴ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان‌جو

چون رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی اصولاً فرایند رفتاری - شناختی رهنمودی است، رابطه عمیق بین درمانگر و درمان‌جو ضروری نیست. درمانگران رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی مانند درمان فردمدار راجرز، تمام درمان‌جویان را به‌صورت نامشروط می‌پذیرند و درضمن به آن‌ها یاد می‌دهند خود و دیگران را به‌صورت نامشروط بپذیرند. درمانگران با خود داری از ارزیابی کردن درمان‌جویان، پذیرش کامل خویش را نشان می‌دهند و در عین حال مایل هستند صادقانه درمان‌جویان را با تفکر معیوب و رفتارهای خود ویرانگر آن‌ها مواجه سازند.

الیس معتقد است که صمیمیت و حسن تفاهم خیلی زیاد می‌تواند نتیجه‌ی عکس داده و احساس وابستگی به تایید درمانگر را پرورش دهد. رفتاردرمانگران عقلانی - هیجانی درمان‌جویان را به‌عنوان موجوداتی ناقص قبول می‌کنند و با نشان دادن به آن‌ها که درمانگر به آن‌ها اهمیت می‌دهد بدون اینکه لوسشان کنند و با استفاده از عنوان فنون مانند آموزش، کتاب درمانی و تغییر رفتار به ایشان کمک می‌کند.

۵- کاربرد: فنون و روش‌های درمان

۵-۱- کاربست رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی: رفتاردرمانگران عقلانی - هیجانی چندوجهی و یکپارچه‌نگر هستند. رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی عموماً با احساسهای آشفته درمان‌جویان شروع می‌شود و این احساسها عمیقاً در ارتباط با افکار و رفتارها بررسی می‌شوند.

۲-۵ روش‌های شناختی

الف) به چالش طلبیدن عقاید غیرمنطقی: رایج‌ترین روش شناختی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که درمانگر فعالانه عقاید غیرمنطقی درمان‌جویان را به چالش می‌طلبد و به آن‌ها می‌آموزد چگونه این چالش طلبی را خودشان به کار بندند.

درمان جویان ((بایدها)) یا ((حتمها)) ی خاصی را بررسی می کنند تا اینکه دیگر به این عقاید غیرمنطقی معتقد نباشند یا حد اقل تا زمانی که نیرومندی آن کاهش یابد.

ب) انجام دادن تکلیف شناختی: از درمان جویان رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی انتظار می رود فهرستی از مشکلات خود تهیه کنند، به دنبال عقاید مستبدانه بگردند و این عقاید را به چالش بطلند. آن ها اغلب فرم خودیاری رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی را پر می کنند. تکالیف خانگی راهی برای پیدا کردن ((بایدهای)) مستبدانه هستند که بخشی از پیام های درونی شده ی خودِ درمان جویان می باشند. درمان جویان در جریان انجام دادن تکلیف، ترغیب می شوند خود را در موقعیتهای مخاطره جویانه ای قرار دهند که به آن ها امکان دهد عقاید محدودکننده خود را به چالش بطلند. نظریه ای که در پس این تکالیف و موارد مشابه قرار دارد این است که درمان جویان اغلب پیشگویی منفی و معطوف به مقصود می کنند و چون از قبل به خودشان گفته اند که شکست خواهند خورد عملاً شکست می خورند.

پ) تغییر دادن نحوه ی بیان خویش: رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر این باور است که نحوه مبهم بیان مبهم یکی از علتهای فرایندهای تفکر معیوب است. درمان جویان یاد می گیرند به جای اینکه بگویند ((مطمناً وحشتناک خواهد بود اگر ...))، بگویند ((ناراحت کننده خواهد بود اگر...)). درمان جویانی که از نحوه بیانی استفاده می کنند که بیانگر درماندگی و محکوم کردن خویش است، می توانند یاد بگیرند که اظهارات تازه ای را به کار برند که به آن ها کمک کنند به صورت متفاوتی فکر و رفتار کنند. در نتیجه، آن ها به صورت متفاوتی نیز احساس خواهند کرد.

ت) استفاده از شوخی: رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر این باور است که آشفتگی های هیجانی اغلب از خیلی جدی گرفتن خود خود و شوخی نکردن با رویدادهای زندگی ناشی می شوند. شوخی، پوچی و بیهودگی برخی عقاید را ثابت می کند که درمان جویان قاطعانه به آن ها اعتقاد دارند و می توانند به درمان جویان کمک کند خود را خیلی جدی نگیرند. الیس (۲۰۰۱) شخصا برای مبارزه کردن با تفکراغراق آمیزی که درمان جویان را به دردسر می اندازد، از شوخی خیلی استفاده می کند.

۳-۵ فنون هیجانی

درمانگران عقلانی - هیجانی از انواع فرایندهای هیجانی، از جمله پذیرش نامشروط، نقش گذاری عقلانی - هیجانی، سرمشق گیری، تصویرپردازی عقلانی - هیجانی و تمرینهای حمله کردن به احساس شرم استفاده می کنند. به درمان جویان، اهمیت خودپذیری نامشروط آموخته می شود. با اینکه پذیرفتن رفتار آن ها ممکن است دشوار باشد، می توانند تصمیم بگیرند خود را به صورت آدم با ارزشی تصور کنند. برخی از فنون درمانی هیجانی درمان عقلانی - هیجانی:

الف) تصویرپردازی عقلانی - هیجانی: این فن نوعی تمرین ذهنی دقیق است که برای ایجاد کردن الگوهای هیجانی تازه ترتیب یافته است. درمان جویان تجسم می کنند دقیقاً به همان صورتی که دوست دارند در زندگی عملی فکر، احساس و رفتار کنند، فکر، احساس و رفتار می کنند (مالتزبی، ۱۹۸۴). در ضمن می توان به آن ها نشان داد که چگونه یکی از بدترین اتفاقاتی را که ممکن است برای آن ها روی دهد تجسم کنند، چگونه در مورد این موقعیت احساس ناراحتی ناسالمی کنند و بعد چگونه این تجربه را به احساس منفی سالمی تغییر می دهند (الیس، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰). هنگامی که درمان جویان احساسات خود را دربارهی بدبختی های تغییر می دهند، بهتر می توانند رفتار خود را در آن موقعیت تغییر دهند.

ب) نقش‌گزاری: در نقش‌گزاری هم عنصر هیجانی و هم رفتاری وجود دارد. درمانگر اغلب حرف درمان‌جویان را قطع می‌کند تا به آن‌ها ثابت کند که چه چیزی به خودشان می‌گویند که موجب ناراحتی آن‌ها می‌شود و چه کاری می‌توانند انجام دهند تا احساسهای ناسالم خود را به احساسهای سالم تبدیل کنند. تمرکز روی روبرو شدن با عقاید غیرمنطقی است که به احساسهای ناخوشایند ربط دارند.

پ) تمرینهای حمله کردن به احساس شرم: نکته مهم این تمرینها که معمولاً عنصر هیجانی و رفتاری را شامل می‌شوند، این است که درمان‌جویان سعی می‌کنند حتی در مواقعی که دیگران آن‌ها را تایید نمی‌کنند احساس شرمندگی نکنند. هدف این تمرین افزایش دادن خودپذیری و مسئولیت پخته است و در عین حال به درمان‌جویان کمک می‌کند متوجه شوند که چون واقعیت را به‌صورت خاصی برای خود توصیف می‌کنند، آن را شرم‌نده‌کننده برداشت می‌نمایند.

ت) استفاده از نیرو و انرژی: نیرو و انرژی جزء اساسی تمرینهای حمله کردن به احساس شرم هستند.

۴-۵ فنون رفتاری: درمانگران عقلانی-هیجانی از اغلب روش‌های رفتاری استاندارد، مخصوصاً شرطی‌سازی کنشگر، اصول خودگردانی، حساسیت‌زدایی منظم، فنون آرمیدگی و سرمشق‌گیری استفاده می‌کنند.

۵-۵ اقدامات پژوهشی

التقاط‌گرایی فنی و انعطاف‌پذیری درمانی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، پژوهش کنترل شده را دشوار می‌کند. با اینکه الیس به رفتاردرمانی شناختی علاقمند است قبول دارد که از لحاظ عملی تمام تحقیقات مربوط به نتیجه‌ی درمان ناقص هستند. به عقیده او این تحقیقات عمدتاً این موضوع را بررسی کنند که چگونه افراد احساس بهتری می‌کنند نه اینکه چگونه تغییر فلسفی-رفتاری عمیق کرده و از این رو بهتر شده‌اند.

۶-۵ کاربردهای رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی در مورد جمعیت‌های درمان‌جو

رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به‌عنوان درمان کوتاه‌مدت کاملاً مناسب است.

درمان شناختی آرون بک

۱- مقدمه

آرون تی. بک در نتیجه‌ی پژوهش خود درباره‌ی افسردگی، رویکردی را ابداع کرد که به درمان شناختی (CT) معروف است (بک، ۱۹۶۷، ۱۹۶۳). مشاهدات او در مورد درمان‌جویان افسرده معلوم کرد که آن‌ها در تعبیر کردن رویدادهای خاص زندگی سوگیری منفی دارند و همین به تحریف‌های شناختی آن‌ها کمک می‌کند.

درمان شناختی بت رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی شباهت‌هایی دارد. هر دو رویکردهای فعال، رهنمودی، کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، مشترک و ساخت‌دار هستند.

درمان شناختی مانند رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی، درمانی بینش‌مدار است که بر شناسایی کردن و تغییر دادن افکار منفی و عقاید ناسازگارانه تأکید می‌کند؛ بنابراین درمان شناختی مدلی از آموزش روان‌شناختی است.

رویکرد بک بر این منطق نظری استوار است که نحوه‌ای که افراد تجربیات خود را درک می‌کنند و سازمان می‌دهند، چگونگی احساس کردن و رفتارکردن آن‌ها را تعیین می‌کند. فرض‌های نظری درمان شناختی عبارتند از: (۱) ارتباط درونی فرد در دسترس درونگری قرار دارد، (۲) عقاید درمان‌جویان معانی شخصی زیادی دارند و (۳) به جای اینکه درمانگر این معانی را آموزش دهد یا تعبیر کند، خود درمان‌جو می‌تواند به آن‌ها پی ببرد.

بک این امتیاز را برای الیس قایل شد که مفهوم اساسی تمرکز کردن روی عوامل شناختی را به‌عنوان راهی برای تغییر دادن احساسها و رفتارها معرفی کرد. نظریه‌ی بنیادی درمان شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه‌ی هیجانی یا آشفتگی، تمرکز کردن روی محتوای شناختی واکنش فرد به آن رویداد ناراحت‌کننده یا جریان افراد ضرورت دارد (دراپیز و بک، ۱۹۸۸). هدف این است که با استفاده از افکار خودکار درمان‌جویان برای دستیابی به طرحواره‌های اصلی و بازسازی طرحواره، نحوه‌ای که آن‌ها فکر می‌کنند تغییر داده شود.

۲- اصول بنیادی درمان شناختی

افکار خودکار عقاید خصوصی هستند که محرک‌های خاصی آن‌ها را راه می‌اندازد و به پاسخهای هیجانی منجر می‌شود. او به‌عنوان بخشی از مطالعه روانکاوی خود، محتوای رؤیای درمان‌جویان افسرده را برای خشمی که آن‌ها به سمت خودشان برمی‌گردانند بررسی کرد. او متوجه شد بیش از خشمی که به خود برگردانده شده باشد، یعنی آن گونه که فروید در مورد افسردگی نظریه‌پردازی کرده بود، در تعبیر یا تفکر آن‌ها سوگیری وجود دارد. بک از درمان‌جویان خواست به افکار منفی خود که با وجود مغایرت با شواهد عینی ادامه می‌یابند توجه کنند و از این بررسی، جامع‌ترین نظریه افسردگی در دنیا را به وجود آورد.

بک معتقد است افرادی که مشکلات هیجانی دارند مرتکب ((خطاهایی در منطق)) می‌شوند که واقعیت عینی را به سمت خود خوار شماری متمایل می‌کند. درمان‌شناختی، مشکلات روانی را ناشی از فرایندهای پیش پا افتاده‌ای چون تفکر معیوب، استنباط‌های غلط بر پایه اطلاعات ناکافی یا نادرست و ناتوانی در متمایز کردن خیال از واقعیت می‌داند.

تحریف های شناختی بک:

الف) استنباط های دلبخواهی: به نتیجه گیریهایی اشاره دارد که شواهد از آن ها حمایت نمی کنند. این ((فاجعه آمیز کردن)) یا فکر کردن به بدترین سناریو و نتایج، اغلب موقعیتها را شامل می شود.

ب) جداسازی گزینشی: نتیجه گیری بر اساس جزئیات مجزا یک واقعه را شامل می شود. در این حالت، اطلاعات دیگر نادیده گرفته شده و به اهمیت کل موقعیت توجهی نمی شود.

پ) تعمیم مفرط: فرایند اعتقادات افراطی بر پایه ی یک بار وقوع و بکاربردن نامناسب آن ها در موقعیتها با رویدادهای مشابه است. (ت) بزرگنمایی کردن و کوچک جلوه دادن: عبارت است از برداشت کردن یک مورد یا موقعیت به صورت کوچکتر یا بزرگتر از آنچه که واقعاً سزاوار آن است.

ث) شخصی کردن: گرایش افراد به ربط دادن رویدادهای بیرونی به خودشان است، حتی زمانی که مبنایی برای این برقراری ارتباط وجود نداشته باشد.

ج) برچسب زدن و سوء برچسب زدن: عبارت است از وصف کردن هویت بر اساس نقایص و اشتباهاتی که در گذشته صورت گرفته اند و اجازه دادن به آن ها تا هویت واقعی را توصیف کنند.

چ) تفکر قطبی شده: فکر کردن و تعبیر کردن به صورت همه یا هیچ یا دسته بندی تجربیات به صورت دو حد تفریط را شامل می شود. با چنین تفکر دوگانه ای، به رویدادها برچسب سیاه یا سفید برچسب زده می شود.

بک (۱۹۷۶) می نویسد که در گسترده ترین حالت، ((درمان شناختی از تمام رویکردهای تشکیل می شود که پریشانی روانی را از طریق اصلاح کردن برداشتهای معیوب برطرف می کند)). از نظر او، مستقیم ترین راه برای تغییر دادن هیجانها و رفتارهای کژکار، تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار است.

این فرایند مستلزم بررسی کردن تجربی عقاید آن ها با پرداختن به گفت و شنود سقراطی با درمانگر، انجام دادن تکالیف، گردآوری اطلاعات درباره ی فرضیهایی که کرده اند، یادداشت کردن فعالیتهای و تعبیر کردن به شکل دیگر است.

درمان شناختی بر زمان حال تأکید می کند و قصد دارد کوتاه مدت باشد. درمان، بدون توجه به تشخیص، بر مشکلات جاری متمرکز است.

درمان شناختی با این تمرکز بر زمان حال، گرایش دارد به کوتاه مدت باشد. هدف های درمانی عبارتند از: برطرف کردن نشانه، کمک کردن به درمان جویان در حل کردن اضطرابی ترین مشکلات آن ها و آموزش دادن راهبردهای پیشگیری از برگشت نشانه به درمان جویان. اخیراً به مؤلفه های ناهشیار، هیجانی و حتی وجودی درمان شناختی توجه زیادی شده است.

۳- چند تفاوت بین درمان شناختی و رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی

در هر دو درمان شناختی بک و رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی الیس، واقعیت آزمایی بسیار سازمان یافته است. درمان جویان در سطح تجربی به این نتیجه می رسند که موقعیتها را بد تعبیر کرده اند. باین حال، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی و درمان شناختی تفاوت های مهمی وجود دارد، مخصوصاً در رابطه با روش ها و سبکهای درمان. رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بسیار رهنمودی، قانع کننده و مواجهه ای است؛ این درمان با آموزش دادن درمانگر نیز تأکید دارد.

در مقابل، یک با طرح کردن سئوالهای باز پاسخ برای درمان‌جویان از گفت و شنود سقراطی استفاده می‌کند و قصد دارد درمان‌جویان را به فکر کردن درباره‌ی مسائل شخصی و رسیدن به نتیجه‌گیری‌های خودشان ترغیب کند. درمان‌شناختی روی کمک کردن به درمان‌جویان برای پی بردن به سوء برداشتهای خودشان تأکید بیشتری دارد و ساختار آن از رفتاردرمانی عقلانی – هیجانی منظم تر است.

درمانگر شناختی از طریق این فرایند سئوال کردن تأمل آمیز سعی دارد با درمان‌جویان در آزمودن اعتبار شناخت‌های آنها همکاری کند (فرایندی که تجربی نگری مشترک نامیده می‌شود). تغییر درمانی به این صورت حاصی می‌شود که درمان‌جویان عقاید معیوب را به شواهد مغایری که گرد آوری و ارزیابی کرده‌اند مقابله می‌کنند.

رفتاردرمانی عقلانی – هیجانی از طریق فرایند مجادله‌ی منطقی سعی می‌کند درمان‌جویان را تقلید سازد که برخی از عقاید آنها غیرمنطقی و بی حاصل هستند. یک (۱۹۷۶) با مفهوم عقاید غیرمنطقی رفتاردرمانی عقلانی – هیجانی مخالف است و اظهار می‌دارد که گفتن این موضوع به درمان‌جویان که ((به‌صورت غیرمنطقی فکر می‌کنند)) می‌تواند زیان بخش باشد زیرا خیلی از آنها باور دارند که ((اوضاع را آنگونه که واقعاً هست می‌بینند)).

درمانگران شناختی عقاید کژکار را به این علت مشکل ساز می‌دانند که در پردازش شناختی عادی اختلال ایجاد می‌کنند نه به این علت که غیرمنطقی هستند (یک و ویشار، ۲۰۰۰). یک به جای عقاید غیرمنطقی، معتقد است که برخی عقاید خیلی مطلق، گسترده و افراطی هستند. از نظر او، اراد طبق مقررات زندگی می‌کنند (اصول یا فرمولها)؛ آنها زمانی دچار دردسر می‌شوند که با یک رشته مقررات نامعقول برچسب می‌زنند، تعبیر می‌کنند و ارزیابی می‌نمایند یا زمانی که از این مقررات به‌صورت نامناسب یا افراطی استفاده می‌کنند.

اگر درمان‌جویان به این نتیجه برسند که با مقرراتی زندگی می‌کنند که احتمالاً به فلاکت منجر می‌شوند، درمانگر مقررات جایگزینی را بدون تلقین کردن، به آنها توصیه می‌کند. گرچه درمان‌شناختی معمولاً با تشخیص دادن چارچوب داوری درمان‌جو شروع می‌شود، ولی درمانگر به جویا شدن شواهدی برای نظام عقیدتی ادامه می‌دهد.

۴- رابطه درمان‌جو – درمانگر

یکی از تفاوت‌های اصلی کاربست درمان‌شناختی با کاربست رفتاردرمانی عقلانی – هیجانی تأکید آن بر رابطه‌ی درمانی است. حتماً به یاد می‌آورید که الیس درمانگر را در درجه اول آموزگار می‌داند و تصور نمی‌کند که رابطه شخصی صمیمانه با درمان‌جویان ضرورت داشته باشد.

درمقابل، یک (۱۹۸۷) تأکید می‌کند که کیفیت رابطه‌ی درمانی برای کاربست درمان‌شناختی اهمیت دارد. مشاوره‌ی موفقیت آمیز به خصوصیات خوشایند درمانگران، مانند صمیمیت واقعی، همدلی صادقانه، پذیرش بدون قضاوت و توانایی ایجاد اعتماد و برقراری رابطه با درمان‌جویان بستگی دارد. درمانگران شناختی شرایط درمانی اصلی را که راجرز در رویکرد فردمدار توصیف کرد برای به وجود آوردن تأثیر درمانی مطلوب، ضروری می‌دانند ولی معتقدند که این شرایط کافی نیستند.

بک هماهنگ با فرض الیس درباره‌ی تغییر شناختی، همچنین فرض می‌کند که درمانگران به تجربیات اصلاحی که به تغییر شناختی و فراگیری مهارت‌های جدید منجر می‌شود کمک می‌کند.

درمانگران شناختی درمان‌جویان را ترغیب می‌کنند در فرایند درمان نقش فعالی داشته باشند. درمانگران شناختی همواره در رابطه با درمان‌جویان فعال هستند و با آن‌ها تعامل حساب شده می‌کنند.

بک معتقد است به جای اینکه درمانگر مستقیماً شناخت‌های جایگزین را توصیه کند، بهتر است در ارزیابی فرض‌های منفی درمان‌جو مشارکت داشته باشند. درمانگر شناختی نیز مانند الیس تفکر خود نگرانه را به درمان‌جویان آموزش می‌دهد؛ اما بک به جای تأکید کردن بر نقش درمانگر در آموزش، بیشتر برای نقش درمان‌جو در خودیابی ارزش قایل است.

درمانگران شناختی قصد دارند به درمان‌جویان آموزش دهند چگونه درمانگر خود باشند. معمولاً از تکلیف و کتاب درمانی به‌عنوان بخشی از درمان شناختی استفاده می‌شود.

۵- کاربردهای درمان شناختی

درمان شناختی در آغاز به‌عنوان رویکردی به درمان افسردگی شهرت یافت ولی پژوهش گسترده‌ای نیز به بررسی و درمان اختلالات اضطرابی اختصاص یافته است.

۱-۵- درمان افسردگی

بک با این دیدگاه که افسردگی از خشمی که به سمت درون برگردانده شده ناشی می‌شود مخالف است. در عوض، او روی محتوای تفکر منفی فرد افسرده و تعبیر سوگیری شده‌ی رویدادها تأکید می‌کند (درابیز و بک، ۱۹۸۸). بک (۱۹۶۳) در تحقیق اولیه‌ای که استخوان بندی نظریه‌ی او را تشکیل داد، حتی خطاهای شناختی را در محتوای رؤیای درمان‌جویان افسرده پیدا کرد.

بک (۱۹۸۷) درباره‌ی مثلث شناختی به‌عنوان الگویی که آغازگر افسردگی است می‌نویسد. درمان‌جویان در اولین عنصر این مثلث، برداشتی منفی از خود دارند. آن‌ها بدون اینکه به توجیحات موقعیتی توجهی داشته باشند بدبیری‌های خود را به گردن بی‌کفایتی‌های خویش می‌اندازند. آن‌ها متقاعد شده‌اند که از ویژگی‌های لازم برای خوشنود کردن خود بی‌بهره‌اند. دومین عنصر این مثلث، گرایش به تعبیر کردن تجربیات به‌صورت منفی است. تقریباً به نظر می‌رسد که انگار افراد افسرده واقعیت‌های خاصی را انتخاب می‌کنند که با نتیجه‌گیری‌های منفی آن‌ها مطابقت داشته باشند، فرایندی که بک آن را جداسازی گزینشی می‌نامد. عنصر سوم این مثلث به نگرش و پیش‌بینی‌های غم‌انگیز درمان‌جویان افسرده درباره‌ی آینده مربوط می‌شود.

محتوای فکر افراد افسرده بر احساس باخت تغییر ناپذیر متمرکز است که به حالت‌های هیجانی غم، ناامیدی و بی‌علاقگی منجر می‌شود. پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) به‌عنوان وسیله‌ای استاندارد برای ارزیابی عمق افسردگی طراحی شده است. مواد این پرسشنامه در مشاهدات نشانه‌ها و عقاید بنیادی افراد افسرده استوار هستند.

روش بک برای درمان کردن درمان‌جویان افسرده بر زمینه‌های مشکل خاص و دلایلی که درمان‌جویان برای نشانه‌های خود می‌آورند تمرکز دارد. روش‌های درمان، تعیین کردن برنامه‌هایی با تکالیف درجه بندی شده را شامل می‌شود که باید انجام شوند. از درمان‌جویان خواسته می‌شود ابتدا تکالیف آسان را انجام دهند طوری که با موفقیت آن‌ها را انجام داده و اندکی خوشبین شوند.

نکته این است که همکاری درمان‌جو با درمانگر مطابق با این فرض جلب شود که انجام دادن کاری به احتمال بیشتری از انجام ندادن هیچ کاری به احساس بهتری می‌انجامد. ویژگی اغلب افراد افسرده انتقاد کردن از خود است. در پس‌بیزاری شخص از خود، نگرش‌های ضعف، بی‌کفایتی و بی‌مسئولیتی قرار دارند.

درمان‌جویان افسرده معمولاً هیجانات عذاب‌آوری را تجربه می‌کنند. امکان دارد آن‌ها بگویند که نمی‌توانند عذاب را تحمل کنند یا هیچ چیزی نمی‌تواند باعث شود به احساس کنند بهتر عستن. یک روش برای بی‌اثر کردن عاطفه‌ی عذاب‌آور شوخی است.

ویژگی دیگر افراد افسرده اقرار کردن درخواست‌ها، مشکلات و فشارهای بیرونی است. این افراد اغلب با هیجان می‌گویند که احساس می‌کنند از توان افتاده‌اند و کارهای خیلی زیادی را باید انجام دهند که هرگز نمی‌توانند از پس آن‌ها برآیند. درمانگر شناختی ممکن است از درمان‌جویان بخواهد کارهایی را که باید انجام شوند فهرست کنند، اولویت‌ها را مشخص نمایند، تکالیفی را که انجام داده‌اند علامت‌بزنند و مشکل بیرونی را به واحدهای قابل کنترل تقسیم کنند. درمانگران باید برای شناسایی کردن و تغییر دادن افکار منفی از فنون تمرین شناختی استفاده کنند.

۲-۵ کاربرد در زمینه خانواده درمانی

درمان شناختی، به‌صورتی که بک (۱۹۷۶) آن را ارائه می‌دهد، بر طرحواره که همان عقاید اصلی است، تأکید زیادی دارد. جنبه مهم فرایند درمان، بازسازی عقاید تحریف‌شده (یا طرحواره) است که تأثیر مهمی بر تغییر دادن رفتارهای کژکار دارد.

برخی از درمانگران شناختی - رفتاری روی بررسی شناخت‌های اعضای خانواده و آنچه که ((طرحواره های خانوادگی)) نامیده می‌شود تأکید زیادی دارند. اینها عقاید مشترکی درباره‌ی خانواده هستند که در نتیجه سالها تعامل بین اعضای واحد خانواده تشکیل شده‌اند. این تجربیات و برداشتها از خانواده‌ی اصلی، طرحواره‌ای را درباره‌ی بستگان درجه یک و خانواده‌ها در کل شکل می‌دهند این طرحواره‌ها بر نحوه‌ای که فرد در سیستم خانواده فکر، احساس و رفتار می‌کند تأثیر می‌گذارند.

۶- تغییر رفتار شناختی دونالد مایکنبام

۱-۶ مقدمه

تغییر رفتار شناختی (CBM) دونالد مایکنبام بر تغییر دادن حرف زدن با خود درمان‌جو تمرکز دارد. به عقیده مایکنبام (۱۹۷۷)، حرف زدن با خود به همان صورت حرف زدن دیگران با فرد بر رفتار تأثیر دارد. فرد بنیادی تغییر رفتار شناختی این است که درمان‌جویان به‌عنوان شرط لازم برای تغییر رفتار، باید توجه داشته باشند که چگونه فکر، احساس و رفتار می‌کنند و بر دیگران تأثیر می‌گذارند. برای اینکه تغییر روی دهد، درمان‌جویان باید ماهیت از پیش نوشته‌ی رفتار خود را تعبیر نمایند طوری که بتوانند رفتار خود را در موقعیتهای گوناگون ارزیابی کنند.

این رویکرد با رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی در بر ملا کردن افراد غیرمنطقی و به چالش طلبیدن آن‌ها صریح تر و مواجهه‌ای تر است، خودآموزی مایکنبام بیشتر بر کمک کردن به درمان‌جویان برای آگاه شدن از حرف زدن آن‌ها با خود تمرکز دارد.

فرایند درمان به این صورت اجرا می‌شود که به درمان‌جویان آموزش می‌دهند دستوراتی را که به خودشان می‌دهند تغییر دهند طوری که بتوانند با مشکلاتی که روبرو می‌شوند به نحو مؤثرتری مقابله کنند. درمانگر و درمان‌جو باهم خودآموزی‌ها و رفتارهای مطلوب را در موقعیتهایی که مشکلات درمان‌جو را در زندگی روزمره‌ی او تحریک می‌کنند، نقش‌گذاری و تمرین می‌کنند. تأکید روی فراگیری مهارت‌های مقابله کردن با موقعیتهای مشکل‌سازی مانند رفتار تکانشی و پرخاشگرانه، ترس از امتحان دادن و ترس از سخنرانی در حضور مردم است.

بازسازی شناختی در رویکرد مایکنبام نقش مهمی دارد. او ساختار شناختی را به‌صورت جنبه سازمان‌دهنده‌ی تفکر توصیف می‌کند که به نظر می‌رسد انتخاب افکار را کنترل و هدایت می‌کند. ساختار شناختی به ((پردازش‌کننده‌ی مجری)) اشاره دارد که ((طرح کلی تفکر را حفظ می‌کند)) و تعیین می‌کند چه موقعی تفکر ادامه یابد، قطع شود، یا تغییر یابد.

۲-۶ چگونه رفتار تغییر می‌کند

مایکنبام (۱۹۷۷) اظهار می‌دارد که ((تغییر رفتار از طریق توالی فرایندهای میانجی روی می‌دهد که تعامل گفتار درونی، ساختارهای شناختی و رفتارها و نتایج ناشی از آنها را دربردارد)) او فرایند سه مرحله‌ای تغییر را توصیف می‌کند که به موجب آن این سه جنبه در هم تنیده هستند. به باور او احتمالاً تمرکز فقط روی یک جنبه کفایت نمی‌کند.

مرحله ۱: خودنگری: در مرحله اول فرایند تغییر، درمان‌جویان یاد می‌گیرند چگونه رفتار خود را مشاهده کنند. وقتی که آنها درمان را شروع می‌کنند، گفت و گوهای درونی آنها با خودگویی‌ها و خیال‌بافی‌های منفی مشخص می‌شوند. عامل مهم، تمایل آنها به گوش کردن به خودشان است. این فرایند، حساسیت فزاینده نسبت به افکار، احساسات، اعمال و واکنش‌های فیزیولوژیکی و روش‌های واکنش نشان دادن به دیگران را شامل می‌شود. اگر درمان‌جویان بخواهند تغییرات سازنده بکنند ابتدا باید بدانند که آنها ((قربانی)) افکار و احساسات منفی نیستند، بلکه عملاً از طریق چیزهایی که به خودشان می‌گویند، به افسردگی خود کمک می‌کنند. با اینکه اگر قرار باشد تغییر روی دهد خود نگری فرایندی ضروری است، اما به خودی خود برای تغییر کفایت نمی‌کند. هنگامی که درمان پیش می‌رود، درمان‌جویان ساختارهای شناختی جدیدی را کسب می‌کنند که آنها را قادر می‌سازند مشکلات خود را با دید تازه‌ای در نظر بگیرند. این فرایند برداشت کردن دوباره، از طریق تلاش مشترک درمان‌جو و درمانگر حاصل می‌شود.

مرحله ۲: شروع کردن گفتگوی درونی تازه: در نتیجه روابط مقدماتی درمان‌جو- درمانگر، درمان‌جویان یاد می‌گیرند به رفتارهای ناسازگارانه خود توجه کنند و به فرصت‌های برای گزینه‌های رفتاری سازگارانه پی می‌برند. اگر درمان‌جویان بخواهند تغییر کنند، آنچه که به خودشان می‌گویند باید زنجیره‌ی رفتاری تازه‌ای را به اجرا در آورد، زنجیره‌ای که با رفتار ناسازگارانه آنها مغایر باشد. درمان‌جویان یاد می‌گیرند گفتگوی درونی خود را از طریق درمان تغییر دهند. گفتگوی درونی تازه آنها وظیفه راهنما را برای رفتار جدید بر عهده دارد. این فرایند به نوبه خود بر ساختارهای شناختی درمان‌جویان تأثیر می‌گذارد.

مرحله ۳: یادگیری مهارت‌های جدید: در سومین مرحله‌ی فرایند تغییر، درمان‌جویان مهارت‌های مقابله کردن مؤثرتر را یاد می‌گیرند که در موقعیتهای واقعی زندگی اجرا می‌شود.

۳-۶ برنامه‌هایی برای مهارت‌های مقابله کردن

کاربرد خاص برنامه مهارت‌ها مقابله کردن، آموزش دادن فنون کنترل استرس به درمان‌جویان به‌وسیله‌ی راهبرد معروف به ایمن‌سازی در برابر استرس است. مایکنبام روش‌های را برای ایمن‌سازی در برابر استرس به وجود آورده است که با ایمن‌سازی روان‌شناختی و رفتاری در سطح زیستی قابل قیاس است.

به فرصتهایی برای پرداختن به محرک‌های استرس زایی نسبتاً خفیف داده می‌شود تا به تدریج بتوانند محرک‌های قوی‌تری را تحمل کنند. این آموزش بر این فرض استوار است که ما می‌توانیم با تغییر دادن عقاید و خودگویی‌هایمان درباره‌ی عملکرد خویش در موقعیت‌های استرس‌زا، بر توانایی مقابله کردن خود با استرس تأثیر بگذاریم.

آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس از ترکیب آرایه اطلاعات، بحث سقراطی، بازسازی شناختی، حل مسئله، آموزش آرمیدگی، تمرین رفتاری، خودبازبینی، خودآموزی، تقویت کردن خود و تغییر دادن شرایط محیطی تشکیل می‌شود. این رویکرد طوری طراحی شده است که بتوان مهارت‌های مقابله کردن را برای حل کردن مشکلات زمان حال و آینده آموزش داد.

مایکنبام (۱۹۸۵) یک مدل سه مرحله‌ای را برای آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس طراحی کرده است: (۱) مرحله مفهومی، (۲) مرحله فراگیری و تمرین مهارت‌ها و (۳) مرحله کاربرد و دنبال کردن.

در مرحله مفهومی تمرکز اصلی روی برقرار کردن رابطه کاری با درمان‌جویان است. این کار با کمک کردن به درمان‌جویان برای کسب آگاهی بیشتر از ماهیت استرس و در نظر گرفتن آن در موقعیت‌های اجتماعی - تعاملی صورت می‌گیرد. درمانگر مشارکت درمان‌جو را در این مرحله‌ی مقدماتی جلب می‌کند. آن‌ها باهم درباره‌ی ماهیت مشکل (مشکلات) فکر می‌کنند. در آغاز، چارچوبی مفهومی به زبان ساده برای درمان‌جویان تأمین می‌شود تا به آن‌ها کمک کند بفهمند چگونه به انواع موقعیت‌های استرس‌زا واکنش نشان می‌دهند. آن‌ها از نقشی که شناختها و هیجانها در به وجود آوردن و حفظ کردن استرس بازی می‌کنند آگاه می‌شوند. این آموزش از طریق سؤال کردن سقراطی و به‌وسیله کشف کردن یاری شده صورت می‌گیرد.

درمان‌جویان اغلب با این احساس درمان را شروع می‌کنند که آن‌ها قربانی شرایط بیرونی، افکار، احساسات و رفتارهایی هستند که کنترلی بر آن‌ها ندارند. به درمان‌جویان آموزش داده می‌شود از نقش خود در به وجود آوردن استرس آگاه شوند. در مرحله‌ی فراگیری و تمرین مهارت‌ها، روی آرایه‌ی انواع فنون مقابله کردن رفتاری و شناختی برای اجرا کردن در موقعیت‌های استرس‌زا تأکید می‌شود. این مرحله اقدامات مستقیم را شامل می‌شود، مانند گردآوری اطلاعات درباره‌ی ترس‌های درمان‌جویان. این آموزش، مقابله کردن شناختی را شامل می‌شود؛ به درمان‌جویان آموزش داده می‌شود که رفتارهای سازگارانه و ناسازگارانه با گفتگوی درونی آن‌ها ارتباط دارند. آن‌ها خودگویی‌های تازه را اکتساب و تمرین می‌کنند. درمان‌جویان به‌عنوان بخشی از برنامه کنترل استرس، در معرض انواع مداخله‌های رفتاری تیز قرار می‌گیرند که برخی از آن‌ها عبارتند از: آموزش آرمیدگی.

مایکنبام تأکید دارد که آرمیدگی به همان اندازه‌ای که حالت جسمانی هست حالت ذهنی نیز هست. در مرحله کاربرد و دنبال کردن روی انتقال دادن تغییر از موقعیت درمان به دنیای عملی تمرکز می‌شود. آن‌ها باید این خودگویی‌ها را تمرین کنند و مهارت‌های تازه خود را در موقعیت‌های زندگی عملی به کار ببرند.

۷- تحولات اخیر: رویکرد سازه نگر

مایکنبام (۱۹۹۷) در سالهای اخیر در دیدگاه داستان سراسس غرق شده است که روی داستانهایی که افراد درباره‌ی خود و رویدادهای مهم در زندگی خویش نقل می‌کنند تمرکز دارد. این رویکرد با این فرض شروع می‌کند که واقعیتهای متعددی وجود دارند. یکی از تکالیف درمانی این است که به درمان‌جویان کمک شود بدانند چگونه واقعیتهای خود را می‌سازند و داستانهای خود را خلق می‌کنند. مایکنبام رویکرد سازه نگر به درمان‌شناختی-رفتاری را در مقایسه با درمان‌شناختی استاندارد، کمتر ساخت دار و بیشتر اکتشاف گرا توصیف می‌کند. رویکرد سازه نگر روی رشد گذشته بیشتر تأکید می‌کند، عقاید عمیق‌تر را مورد هدف قرار می‌دهد و تأثیر رفتاری و هزینه هیجانی را که درمان‌جو برای چسبیدن به استعاره‌های ریشه‌ای می‌پردازد بررسی می‌کند.

بینش اهمیت زیادی در درمان‌شناختی - رفتاری ندارد.

۸- درمان‌شناختی - رفتاری از دیدگاه چندفرهنگی

۸-۱- خدمات به مشاوره چندفرهنگی: الیس در کارگاههای خود، رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی را از لحاظ اصول و کاربری آن ذاتاً چندفرهنگی توصیف می‌کند زیرا درباره‌ی هدف‌ها و ارزش‌های درمان‌جویان پرس و جو نمی‌کند بلکه فقط درخواستهای انعطاف‌ناپذیر و ((بایدها)) و ((حتمأها)) ی مستبدانه‌ی آنها را به چالش می‌طلبد. الیس توضیح می‌دهد که مقررات خشک فرهنگ درمان‌جویان آنها را آشفته نمی‌کند بلکه برداشتی که آنها از این مقررات دارند موجبات ناراحتی آنها را فراهم می‌آورد.

۸-۲- نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی: یکی از نقطه‌ضعفهای اجرا کردن درمان‌شناختی - رفتاری در فرهنگ‌های متنوع، به اکراه برخی از درمان‌جویان در زیر سؤال بردن ارزش‌های فرهنگی بنیادی آنها مربوط می‌شود. یکی از نقطه‌ضعفهای رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی در موقعیتهای چندفرهنگی از برداشت منفی آن درمورد وابستگی ناشی می‌شود. خیلی از فرهنگها وابستگی متقابل را برای سلامت روانی ضروری می‌دانند. نقطه‌ضعف بالقوه‌ی رویکردهای شناختی - رفتاری این است که امکان دارد درمان‌جویان دارای فرهنگ‌های گوناگون برای تصمیم‌گیری درباره‌ی اینکه چه چیزی منطقی بودن را تشکیل می‌دهد و برای حل کردن مشکلات چه روش‌هایی مناسب هستند، به مشاور وابسته شوند.

۹- خلاصه و ارزیابی

درمانگران عقلانی - هیجانی برای ممانعت از عقاید خود شکنی که توسط فرایند تلقین کردن به خود تقویت شده‌اند، از فنون فعال و رهنمودی مانند آموزش، توصیه، قانع‌سازی و تکلیف استفاده می‌کنند. رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر عمل تأکید می‌کند؛ یعنی انجام دادن کاری در مورد تمرین کردن رفتارهای تازه‌ای که جایگزین رفتارهای کهنه و بی‌ثمر می‌شوند متعهد سازد.

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی معمولاً در انتخاب کردن راهبرد های درمانی التقاطی هستند.

۹-۱- خدمات رویکردهای شناختی - رفتاری

۹-۱-۱ رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی الیس

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر این عقیده آدلر استوار است که رویدادهای به خودی خود قدرت ندارند که ما را تعیین کنند؛ بلکه تعبیر ما از این رویدادها اهمیت دارد. خدمت دیگر رویکردهای شناختی-رفتاری تأکید بر به عمل در آوردن بینش های به تازگی کسب شده است.

درمان آدلری، واقعیت درمانی و رفتاردرمانی همگی در این گرایش به عمل و رویکردهای شناختی - رفتاری سهیم هستند. یکی از امتیازات رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی تأکید آن بر آموزش دادن روش هایی به درمان جویان برای اجرا کردن درمان خودشان بدون دخالت مستقیم درمانگر است. خدمت مهم رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی تأکید بر کاربرست درمانی جامع و التقاطی است.

۹-۱-۲ درمان شناختی بک

مفاهیم کلیدی بک با رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی شباهت هایی دارد ولی از نظر فلسفه زیر بنایی و فرایندی که درمان به وسیله آن پیش می رود تفاوت هایی با آن دارد. به باور ویشار (۱۹۹۳)، بک ثابت کرد که درمان ساختاری و فردمدار و مشکل مدار باشد می تواند در درمان افسردگی و اضطراب در مدت نسبتاً کوتاه بسیار مؤثر باشد. در واقع، بک درمانگر شناختی را نوعی روان درمانی یکپارچه نگر می داند زیرا از چند روان درمانی متفاوت اقتباس شده است.

یکی از خدمات درمان شناختی این است که روی تهیه ی گزارش مشروح از مورد به عنوان راهی برای درک کردن نحوه ای که درمان جویان دنیا را در نظر می گیرند تأکید می کند. بنابر این، درمان شناختی و دیدگاه پدیدارشناختی با رویکردهای آدلری، وجودی، فردمدار و گشتالت سهیم است. درمان شناختی رویکردی ساخت دار، متمرکز و فعال را ارائه می دهد که روی دنیای درونی درمان جو تأکید می کند. به عقیده ویشار (۱۹۹۳)، یکی از خدمات نظری مهم بک انتقال تجربه ی خصوصی به قلمرو بررسی علمی است.

امتیاز مهم درمان شناختی - رفتاری این است که روان درمانی التقاطی است. داتیلیو (۲۰۰۲) طرفدار استفاده از فنون شناختی - رفتاری در چارچوب وجودی است؛ بنابراین، درمانجویی را که به اختلال وحشت زدگی مبتلاست می توان ترغیب کرد مسائل وجودی نظیر معنی زندگی، احساس گناه، ناامیدی و امید را کاوش کند. اعتبار مدل شناختی از این واقعیت ناشی می شود که خیلی از فرض های آن را می توان به صورت تجربی آزمایش کرد.

۹-۱-۳ تغییر رفتار شناختی مایکنبام

مایکنبام (۱۹۸۶) به درمانگران شناختی - رفتاری هشدار می دهد که بیش از حد به فنون دل مشغول نباشند. مهم ترین خدمت بک و مایکنبام این است که از فرایند درمان ابهام زدایی کردند. این دو رویکرد شناختی - رفتاری بر اساس مدل آموزش استوار هستند که بر اتحاد کاری بین درمانگر و درمان جو تأکید می کند. این مدل هل خودیاری را ترغیب می کنند، بازخورد مداوم از جانب درمان جو را در مورد اینکه راهبردهای درمان چه تاثیری دارند فراهم می کنند و ساخت و جهتی را برای فرایند درمان تامین می کنند که امکان ارزیابی نتایج را میسر می سازد.

۱۰- محدودیت‌های رویکردهای شناختی شناختی - رفتاری و انتقادهای وارد شده به آن‌ها

۱۰-۱ رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی الیس

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی درمانی مواجهه‌ای است که محاسن و معایبی دارد. برخی از درمان‌جویان قبل از اینکه درمانگر مواجهه‌ای اعتماد آن‌ها را جلب کند با او مشکل دارند. درمانگران عقلانی - هیجانی می‌توانند با تحمیل کردن عقایدشان درباره‌ی اینکه چه چیزی تفکر منطقی را تشکیل می‌دهد، از قدرت خود سوءاستفاده کنند.

به خاطر ماهیت رهنمودی این رویکرد، خیلی اهمیت دارد که درمانگران خودشان را خوب بشناسند و مراقب باشند که مبدا فلسفه زندگی خود را به درمان‌جویان تحمیل کنند. چون درمانگر به خاطر قانع‌سازی از مقدار زیادی قدرت برخوردار است، احتمال وارد شدن لطمه روانی در رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بیشتر از رویکردهای کمتر رهنمودی است. به علاوه، این عدم تعادل قدرت می‌تواند رابطه مشارکتی درمانگر - درمان‌جو را که برای نتیجه موفقیت آمیز ضروری است مختل سازد.

۱۰-۲ درمان شناختی بک

از درمان شناختی به خاطر تأکید خیلی زبیل بر نیروی تفکر مثبت؛ خیلی سطحی و ساده بودن؛ توجه نکردن به اهمیت گذشته‌ی درمان‌جو؛ گرایش داشتن خیلی زیاد به فن؛ عدم استفاده از رابطه‌ی درمانی؛ کار کردن فقط روی بر طرف کردن نشانه‌ها اما بررسی نکردن علت‌ها و مشکلات زیربنایی؛ نادیده گرفتن نقش عوامل ناهشیار؛ و بی توجهی به نقش احساسات انتقل شده است.

درمانگران شناختی ناهشیار یا تعارض‌های زیربنایی را کاوش نمی‌کنند بلکه برای به وجود آوردن تغییرات چشمگیر با درمان‌جویان در زمان حال کار می‌کنند. با این حال، آن‌ها می‌دانند که مشکلات فعلی درمان‌جویان اغلب حاصل تجربیات قبلی زندگی آنهاست و محتوای ناهشیار نظیر رؤیاها را نادیده نمی‌گیرند.

انتقاد وارد شده به درمان شناختی، مانند رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی، این است که هیجانات در درمان کم اهمیت جلوه داده شده‌اند. هر دو رویکرد برای اینکه تغییراتی در درمان‌جو ایجاد کنند همراه با راهبردهای شناختی و رفتاری از فنون هیجانی کمک می‌گیرند، ولی هیچ یک از آن‌ها تخلیه هیجانی یا تجربه کردن دوباره رویدادهای دردناک به صورت هیجانی را ترغیب نمی‌کنند.

۱۰-۳ تغییر رفتار شناختی مایکنام

مسئله اصلی در این درمان پیدا کردن بهترین راهبرای تغییر دادن گفتگوی درونی درمان‌جوست.

فصل یازدهم

واقعیت درمانی

۱-مقدمه

واقعیت درمانی به صورتی که گلاس (۲۰۰۰) در جدیدترین کتابهای خود شرح داده، بر نظریه‌ی انتخاب استوار است. واقعیت درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان‌جویان یکی است: آن‌ها یا درگیر رابطه‌ای ناخوشایند یا فاقد چیزی هستند که بتوان آن را رابطه نامید. بیشتر مشکلات درمان‌جویان از ناتوانی آن‌ها در برقرار کردن رابطه، صمیمی شدن با دیگران، یا برقرار کردن رابطه‌ای رضایت بخش یا موفق با حداقل یک نفر در زندگی آن‌ها ناشی می‌شوند.

شمار کمی از درمان‌جویان به روشنی می‌دانند که مشکل آن‌ها نحوه‌ای است که تصمیم گرفته‌اند رفتار کنند. آنچه آن‌ها می‌دانند این است که احساس عذاب زیادی می‌کنند.

واقعیت درمانگران معتقدند که درمان‌جویان رفتارهای خود را به عنوان راهی برای حل کردن ناکامی ناشی از رابطه‌ای ناخوشایند انتخاب کرده‌اند.

گلاس معتقد است بجز در مواقعی که برای مقاصد بیمه ضروری باشد، نباید به درمان‌جویان بر چسب تشخیصی زده شود. از نظر گلاس، تمام تشخیص‌ها توصیف رفتارهایی هستند که افرادی برای پرداختن به عذاب و ناکامی شایع در روابط ناخوشایند انتخاب کرده‌اند؛ بنابراین، برچسب زدن به رفتار بی ثمر به عنوان بیماری روانی، دقیق نیست. او معتقد است که بیماری‌های روانی، اختلالهایی چون بیماری الزایمر، صرع و عفونتهای مغزی هستند- اختلالهایی که با آسیب مغزی ملموس ارتباط دارند. چون این افراد از نابه‌هنجاری‌های مغزی رنج می‌برند، متخصصان اعصاب باید آن‌ها را درمان کنند.

گلاس (۲۰۰۳) قاطعانه اظهار می‌دارد که استفاده از داروها برای درمان کردن نشانه‌های ناخوشایندی نتیجه‌ی عکس می‌دهد و به ندرت به کسی که رنج می‌برد کمک می‌کند. درمان عمدتاً به این صورت اجرا می‌شود که به درمان‌جویان یاد می‌دهند هنگام تعامل کردن با افرادی که در زندگی به آن‌ها نیاز دارند، انتخابهای مؤثرتری کنند.

۲- مفاهیم مهم

۱-۲- برداشت از ماهیت انسان

نظریه‌ی انتخاب اعلام می‌دارد که ما به صورت لوح سفید به دنیا نیامده ایم که منتظر بمانیم تا نیروهای دنیای پیرامون ما را به صورت بیرونی با انگیزه کنند. بلکه، ما با پنج نیاز که به صورت ژنتیکی رمزگذاری شده‌اند به دنیا می‌آییم: بقا، محبت و تعلق‌پذیری، قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح- که ما را در زندگی برانگیخته می‌کنند. هر یک از ما از تمام این نیازها برخورداریم ولی نیرومندی آن‌ها تفاوت دارد.

نظریه انتخاب بر این اصل استوار است که چون به‌طور ذاتی موجوداتی اجتماعی هستیم، نیاز داریم محبت کنیم و محبت بینیم. گلاس (۲۰۰۰) معتقد است که نیاز به محبت کردن و متعلق بودن نیاز نخستین است زیرا ما برای ارضا کردن سایر نیازها به افراد محتاج هستیم. در ضمن ارضا کردن این نیاز از همه دشوار تر است زیرا باید فردیاری بخشی داشته باشیم تا به ما کمک کند این نیاز را ارضا کنیم.

نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که ما نیازهای خود را مستقیماً ارضا نمی‌کنیم. آنچه ما انجام می‌دهیم (که مدت کوتاهی بعد از تولد آغاز می‌شود و در طول زندگی ما ادامه می‌یابد) این است که هرکاری را که انجام می‌دهیم و باعث می‌شود احساس خیلی خوبی کنیم، حفظ می‌نماییم.

ما این دانش را در محل خاصی از مغزمان ذخیره می‌کنیم که دنیای کیفی ما نامیده می‌شود. این دنیای کیفی در کانون زندگی ما قرار دارد. این شانگری - لای شخصیت ماست - دنیایی که دوست داریم در صورتی که بتوانیم در آن زندگی کنیم. این دنیا کاملاً بر مبنای نیازهای ما استوار است، ولی بر خلاف نیازها که کلی هستند، خیلی اختصاصی است. دنیای کیفی ما شبیه آلبوم عکس است. امکان دارد برخی از عکسها تار باشند که درمانگر به درمان‌جو کمک کند تا آن‌ها را روشن کند.

انسان‌ها مهم‌ترین عنصر دنیای کیفی ما و کسانی هستند که بیش از همه دوست داریم با آن‌ها ارتباط داشته باشیم این عنصر افرادی را شامل می‌شود که با آن‌ها صمیمی هستیم و از بودن با آن‌ها خیلی لذت می‌بریم. کسانی که تحت درمان قرار می‌گیرند عموماً هیچ کس را در دنیای کیفی خود ندارند یا غالباً کسی را در دنیای کیفی خود دارند که نمی‌توانند به‌صورت رضایت بخشی با او ارتباط برقرار کنند. هنر درمان، وارد شدن به دنیای کیفی درمان‌جو است. درمان‌جویان از همین رابطه با درمانگر است یاد می‌گیرند چگونه با افرادی که به آن‌ها نیاز دارند صمیمی شوند.

۲-۲ توجیه رفتار توسط نظریه انتخاب

نظریه انتخاب توضیح می‌دهد تمام کارهایی که ما از لحظه تولد تا مرگ انجام می‌دهیم با چند مورد استثنا، انتخاب شده هستند. همیشه هر رفتار کاملاً نه‌ایت تلاش ما برای به دست آوردن چیزی است که می‌خواهیم با آن نیازهای خود را ارضا کنیم. رفتار کامل به ما می‌آموزد که تمام رفتارها از چهار عنصر جدا نشدنی تشکیل می‌شوند (عمل کردن، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی) که لزوماً با تمام اعمال، رفتار و احساسهای ما همراه هستند. رفتار هدفمند است زیرا که برای نزدیک کردن اختلاف بین چیزی که می‌خواهیم و چیزی که تصور می‌کنیم به دست خواهیم آورد ترتیب می‌یابد. رفتارهای خاص همیشه از این اختلاف به وجود می‌آیند. رفتارهای ما از درون سر چشمه می‌گیرند، بنابراین ما سر نوشت خود را انتخاب می‌کنیم.

گلاس می‌گوید وقتی از افسرده بودن، سر درد داشتن، عصبانی بودن، یا مضطرب بودن صحبت می‌شود به بی‌اختیاری و فقدان مسئولیت شخصی اشاره دارد که دقیق نیست. دقیق تر این است که این‌ها را بخشی از رفتارهای کامل در نظر گرفته و از افعال افسرده کننده، سر درد آور، عصبانی کننده و مضطرب کننده برای توصیف آن‌ها استفاده می‌شود. دقیق تر آن است که افراد به‌صورت افسرده کننده یا عصبانی کننده خودشان در نظر گرفته شوند نه اینکه افسرده شده یا عصبانی شده‌اند. علت آن این است که اینها بهترین رفتارهایی هستند که در آن لحظه توانسته‌اند ابداع کنند.

۲-۳ ویژگی‌های واقعیت‌درمانی

واقعیت‌درمانی امروزی سریعاً روی رابطه ناخوشایند یا فقدان رابطه تمرکز می‌کند که معمولاً علت مشکلات درمان جویان است. واقعیت‌درمانی روی آنچه که درمان‌جویان می‌توانند در روابط کنترل کنند، تمرکز می‌کند. نظریه انتخاب، به درمان‌جویان می‌آموزد که صحبت کردن از چیزی که آن‌ها نتوانند کنترل کنند بی‌معنی است. اصل بنیادی نظریه انتخاب که درک کردن آن برای درمان‌جویان اهمیت زیادی دارد این است: تنها فردی را که شما می‌توانید کنترل کنید خودتان است.

وقتی که درمان‌جویان به درستی خاطر نشان می‌سازند که این منصفانه نیست، درمان‌گر موافقت می‌کند و می‌گوید: ((تضمینی وجود ندارد که زندگی منصفانه باشد. تنها کسی که می‌تواند تغییر کند خود شما هستید. شکایت کردن ممکن است در کوتاه‌مدت احساس خوبی ایجاد کند ولی رفتار کاملاً بی‌حاصل است)). واقعیت‌درمانگران برای مدت طولانی به شکایت کردن، سرزنش کردن و انتقاد کردن گوش نمی‌کنند، زیرا اینها بیهوده‌ترین رفتارها در خزانه رفتاری ما هستند.

۲-۳-۱ تأکید بر انتخاب و مسئولیت: اگر ما تمام کارهایی را که انجام می‌دهیم انتخاب می‌کنیم، پس باید مسئول آنچه که انتخاب می‌کنیم باشیم. این بدان معنی نیست که باید سرزنش یا تنبیه شویم، مگر اینکه قانون را نقض کرده باشیم. نظریه انتخاب روی مسئولیت انتخاب کردن تمرکز می‌کند. واقعیت‌درمانگران طوری با افراد برخورد می‌کنند ((انگار که)) آن‌ها حق انتخاب دارند.

۲-۳-۲ رد کردن انتقال: واقعیت‌درمانگران سعی می‌کنند در کار حرفه‌ای خویش خودشان باشند. گلاسِر معتقد است که انتقال راهی است برای اینکه درمان‌گر و درمان‌جو ((از خودشان بودن)) اجتناب کنند و آنچه را که در زمان حال انجام می‌دهند نپذیرند.

۲-۳-۳ حفظ کردن درمان در زمان حال: گلاسِر (۲۰۰۰) قبول دارد که ما نتیجه‌ی گذشته‌ی خویش هستیم ولی معتقد است که ما قربانی گذشته‌ی خود نیستیم مگر اینکه چنین انتخاب کرده باشیم. گلاسِر با این عقیده مخالف است و اعتقاد دارد هر اشتباهی که در گذشته صورت گرفته باشد به زمان حال ارتباطی ندارد. ما فقط می‌توانیم نیازهای خود را در زمان حال ارضا کنیم.

واقعیت‌درمانگر گذشته را کاملاً رد نمی‌کند. اگر درمان‌جو بخواهد درباره‌ی موفقیت‌های گذشته یا روابط خوب در گذشته صحبت کند، درمان‌گر گوش می‌کند، زیرا این تجربیات ممکن است در زمان حال تکرار شوند. واقعیت‌درمانگران فقط برای شکستهای گذشته وقت کافی صرف می‌کنند تا به درمان‌جویان اطمینان دهند آن‌ها را رد نمی‌کنند. درمان‌گران به درمان‌جویان می‌گویند: ((آنچه که اتفاق افتاده، تمام شده؛ نمی‌توان آن را تغییر داد)).

۲-۳-۴ اجتناب از تمرکز کردن روی نشانه‌ها

تمرکز روی گذشته از درمان‌جویان در برابر روبرو شدن با واقعیت روابط ناخوشایند زمان حال ((محافظت می‌کند)) و تمرکز روی نشانه‌ها نیز همان کار را انجام می‌دهد. گلاسِر (۲۰۰۳) معتقد است افرادی که نشانه‌هایی دارند تصور می‌کنند که اگر فقط بتوانند از نشانه‌ها رهایی یابند به خوشنودی دست خواهند یافت.

آن‌ها از پذیرفتن این واقعیت اکراه دارند که رنج بردن آن‌ها ناشی از رفتار کاملی است که خودشان انتخاب کرده‌اند نیازهای اساسی آن‌ها را ارضا نمی‌کند. واقعیت‌درمانگر وقت کمی را صرف نشانه‌ها می‌کند، زیرا نشانه‌ها فقط تا زمانی ادامه می‌یابند که برای

پرداختن به رابطه‌ای ناخوشایند یا ناکامی نیازهای اساسی موردنیاز باشند. به عقیده گلاسر پرداختن طولانی به گذشته یا کاوش کردن نشانه‌ها به درمان طولانی منجر می‌شود.

۵-۳-۲ به چالش طلبیدن دیدگاه‌های سنتی درباره‌ی بیماری روانی: نظریه انتخاب باور سنتی را که افراد مبتلا به نشانه‌های جسمانی و روانی مشکل ساز بیمار روانی هستند، رد می‌کند. او از روان‌پزشکی به خاطر اتکای زیاد در DSM-IV-TR برای تشخیص و درمان انتقاد می‌کند. گلاسر اعتراف می‌کند که صرف نظر از این نشانه‌های مشکل روانی چقدر شدید بوده اند هرگز داروی مغزی برای درمان جویان تجویز نکرده است.

۳-فرایند درمان

۱-۳- هدف اصلی واقعیت‌درمانی امروزی این است که به درمان جویان کمک کند با افرادی که آن‌ها را برای راه دادن به دنیای کیفی خود انتخاب کرده‌اند ارتباط مجدد برقرار کنند. هدف اصلی درمان علاوه بر ارضا کردن این نیاز به محبت و تعلق‌پذیری این است که به درمان جویان کمک کند راه‌های بهتر ارضا کردن تمام نیازهای خود از جمله نیاز به قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح را یاد بگیرند. هدف دیگر، کار کردن با گروه بزرگی از افراد را ایجاب می‌کند که به قدری در برابر روان‌درمانی مقاوم هستند که به نظر می‌رسد درگیر کردن آن‌ها غیرممکن است. به محض اینکه درمانگر پی می‌برد که با فرد نامرتبط و لذت جویی سر و کار دارد، بهتر است تمام هدف‌های عادی مشاوره کنار گذاشته شود و فقط روی یک چیز تمرکز شود: دست زدن به هر کار ممکن برای مرتبط کردن این فرد.

۲-۳ وظیفه و نقش درمانگر: اولین وظیفه‌ی درمانگران برقرار کردن رابطه با درمان جویان است. وظیفه مهم دیگر واقعیت درمانگران این است که به درمان جویان آموزش دهند چگونه خود را ارزیابی کنند. نقش درمانگر ارزیابی کردن برای درمان جویان نیست بلکه به چالش طلبیدن آن‌ها برای ارزیابی کردن خودشان است.

۳-۳ تجربه‌ی درمان جو در درمان: واقعیت درمانگران اغلب از درمان جویان سوال‌هایی از این قبیل را می‌پرسند: ((آیا کاری که تصمیم گرفته اید انجام دهید شما را به کسانی که هم اکنون دوست دارید با آن‌ها صمیمی تر باشید، نزدیک‌تر می‌کند؟)). این سوال‌ها بخشی از فرایند ارزیابی خود هستند که اساس واقعیت‌درمانی را تشکیل می‌دهند. از درمان جویان می‌توان انتظار داشت که مقداری اضطراب را در درمان جویان تجربه کنند. زمان اهمیت دارد، به‌طوری که هر جلسه ای ممکن است آخرین جلسه باشد.

۴-۳ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان جو: یکی از بهترین راه‌ها برای پرورش رابطه درمانی خوب و همدل و رفاقت درمانی صرفاً گوش کردن به درمان جویان است. نظریه‌ی انتخاب از تمام ابهامات و اسرار آنچه که درمانگر سعی دارد انجام دهد پرده بر می‌دارد.

۴-کاربرد: فنون و روش‌های درمان

۱-۴-کاربست واقعیت‌درمانی: کاربرست واقعیت‌درمانی را می‌توان به بهتری وجه به‌صورت چرخه‌ی مشاوره در نظر گرفت که از دو عنصر اصلی تشکیل می‌شود: (۱) به وجود آوردن محیط مشاوره و (۲) اجرا کردن روش‌های خاصی که به تغییرات در رفتار

منجر می‌شوند. هنر مشاوره در هم تنیدن این دو عنصر به گونه ای است که باعث می‌شود درمان‌جویان زندگی خود را ارزیابی کنند و تصمیم بگیرند در مسیر های مؤثر تری پیش بروند. چرخه مشاوره با برقرار کردن رابطه کاری با درمان‌جویان آغاز می‌شود این فرایند از طریق بررسی خواسته ها، نیازها و برداشتهای درمان‌جویان پیش می‌رود.

درمان‌جویان رفتار کامل خود را کاوش می‌کنند و این موضوع را ارزیابی می‌کنند که تا چه اندازه‌ای در به دست آوردن آنچه که می‌خواهند مؤثر تر هستند. اگر درمان‌جویان تصمیم بگیرند رفتار تازه‌ای را امتحان کنند، برنامه‌هایی می‌ریزند که به تغییر منجر خواهد شد و خود را به برنامه خویش متعهد می‌سازند. چرخه مشاوره، پی گیری کردن نحوه‌ای که درمان‌جویان طبق برنامه خود عمل می‌کنند و ارایه مشاوره بیشتر در صورت لزوم را شامل می‌شود.

مشاور با توجه به نظریه انتخاب که در پس زمینه‌ی کاربرست قرار دارد، مشاوره را برای آنچه که درمان‌جو مطرح می‌کند طراحی می‌نماید. گرچه مشاور برای کار کردن به شیوه ای که برای درمان‌جو معنی دار باشد آماده شده است ولی حرکت به سمت روابط رضایت بخش در زمینه می‌ماند.

۱-۱-۴ محیط مشاوره: کاربرست واقعیت‌درمانی با تلاشهای مشاور برای به وجود آوردن محیط حمایت‌کننده ای آغاز می‌شود که درمان‌جویان بتوانند در آن تغییرات زندگی را شروع کنند. درمان‌جویان عموماً در مدت زمان کوتاهی به محیط پذیرا، محبت آمیز و غیر جبری نظریه‌ی انتخاب پی می‌برند. درمان‌جویان از همین محیط که تا اندازه‌ای مواجهه‌ای است اما هرگز انتقاد نمی‌کند، سرزنش نمی‌کند، شکایت نمی‌کند و اهمیت می‌دهد یاد می‌گیرند محیط رضایت بخشی را به وجود آورند که به روابط موفقیت آمیز منجر شود. درمان‌جویان در این جو بدون اجبار احساس می‌کنند که آزاد هستند تا خلاق باشند و امتحان کردن و رفتارهای تازه را شروع کنند. روابط نزدیک مشاور با درمان‌جویان جزء اساسی به وجود آوردن روابط کاری است.

۲-۱-۴ روش‌هایی که به تغییر منجر می‌شوند: تغییر همیشه یک انتخاب است. درمانگر ماهر در جلسه اول به دنبال خواسته های درمان‌جو می‌گردد و آن‌ها را مشخص می‌کند. در ضمن درمانگر به دنبال رابطه‌ی ناخوشایند مهم در زمان حال می‌گردد- معمولاً با همسر، فرزند، والد، یا کار فرما. امکان دارد درمانگر بپرسد: ((رفتار چه کسی را می‌توانید کنترل کنید؟)). شاید لازم باشد که این سؤال چندین بار در چند جلسه بعدی پرسیده می‌شود تا به مقاومت درمان‌جو در برابر توجه کردن به رفتار خودش پرداخته شود. وقتی که درمان‌جویان بفهمند که فقط می‌توانند رفتار خودشان را کنترل کنند، درمان در مسیر خود قرار می‌گیرد. باقی درمان روی نحوه‌ای که درمان‌جویان بتوانند انتخابهای بهتری کنند تمرکز می‌کند.

واقعیت درمانگران اصول نظریه انتخاب را با درمان‌جویان بررسی کرده و به آن‌ها کمک می‌کنند نیازهای اساسی خود را تشخیص دهند، دنیای کیفی خود را کشف کنند و سرانجام، به آن‌ها کمک می‌کنند بفهمند که رفتارهای کاملی را که نشانه‌های آن‌ها هستند انتخاب کرده‌اند. در هر مورد، وقتی درمان‌جویان تغییر می‌کنند، به انتخاب خودشان است. درمان‌جویان با کمک درمانگر یاد می‌گیرند که انتخابهای بهتری از گذشته بنمایند.

به عقیده گلاس (۱۹۹۲)، روش‌هایی که به تغییر کردن انگیزه دارند که (۱) متعاقده شده باشند که رفتار جاری آن‌ها چیزی را که دوست دارند برای آن‌ها تامین نمایی کند و (۲) معتقد باشند که نمی‌توانند رفتارهای دیگری را انتخاب کنند که آن‌ها را به چیزی که می‌خواهند نزدیک تر کند.

۳-۱-۴ سیستم "WDEP": وابدینگ برای توصیف روش‌هایی که می‌توان از آن‌ها برای کاربست واقعیت‌درمانی استفاده کرده واژه‌ی اختصاری WDEP را به کار می‌برد. هر یک از این حروف به مجموعه‌ای از راهبردها اشاره دارد: W=خواسته‌ها و نیازها؛ D=جهت و انجام دادن؛ E=ارزیابی خود (خودسنجی)؛ و P=برنامه ریزی.

الف) خواسته‌ها (بررسی کردن خواسته‌ها، نیازها و برداشتها)

واقعیت درمانگران می‌پرسند: ((چه می‌خواهید؟)). بخشی از مشاوره، بررسی کردن ((آلبوم عکس)) یا دنیای کیفی درمان‌جویان و نحوه‌ای که رفتار آن‌ها قصد دارد برداشت آن‌ها را از دنیای بیرونی به دنیای درونی خواسته‌های آن‌ها نزدیک‌تر کند شامل می‌شود. اگر شما فردی بودی که آرزویت را دارید، چه جور آدمی بودید؟ اگر خواسته‌های شما با خواسته‌های اعضای خانواده تان هماهنگ بود، در این صورت خانواده شما چگونه خواهد بود؟ چه خواسته‌ای دارید که به نظر نمی‌رسد از زندگی به دست آورید؟

ب) جهت و انجام دادن

در همان ابتدای مشاوره ضرورت دارد تا با درمان‌جویان درباره‌ی جهت کلی زندگی آن‌ها، از جمله اینکه ره به کجا می‌برند و رفتارشان آن‌ها را به کجا می‌برد بحث شود. این کاوش مقدمه‌ای است برای ارزیابی بعدی اینکه آیا چنین جهتی مطلوب است یا خیر. درمانگر از درمان‌جو سؤال می‌کند که ((چه چیزی را اکنون و در آینده به نفع خودتان می‌دانید؟)). معمولاً مدتی طول می‌کشد تا این تأمل برای درمان‌جویان روشن شود طوری که بتوانند برداشتهای خود را به بر زبان آورند. واقعیت‌درمانی روی کسب آگاهی و تغییر دادن رفتار کامل فعلی تمرکز دارد. واقعیت درمانگران برای دستیابی به این هدف، سؤالی از این قبیل را می‌پرسند: ((اکنون چه کاری انجام می‌دهید؟)).

گوش کردن به صحبت درمان‌جویان درباره‌ی احساسات می‌تواند مفیدباشد اما فقط در صورتی که به آنچه انجام می‌دهند ارتباط داشته باشد. به همین صورت، وقتی که درمان‌جو از احساسات مشکل‌ساز حرف می‌زند، واقعیت درمانگران این احساسات را تایید می‌کنند.

اما مشاوران به جای اینکه عمدتاً روی این احساسات تمرکز کنند، درمان‌جویان را ترغیب می‌کنند دست به کار شده و آنچه را که انجام می‌دهند و فکر می‌کنند، تغییر دهند. تغییر دادن آنچه که انجام می‌دهیم و فکر می‌کنیم از تغییر دادن احساسات خود راحت‌تر است. به عقیده گلاس (۱۹۹۲) دیدن آنچه که انجام می‌دهیم راحت و انکار کردن آن غیرممکن است؛ بنابراین، در درمان روی آن تمرکز می‌شود. بحث‌های متمرکز بر احساسات، بدون مرتبط کردن آن‌ها به آنچه که افراد انجام می‌دهند بی‌حاصل است.

پ) ارزیابی

محور واقعیت درونی درخواست از درمان‌جویان برای انجام دادن خود سنجی‌های زیر است: ((آیا رفتار فعلی شما آنچه را که اکنون می‌خواهید برای شما تأمین می‌کند و آیا شما را درجهتی که دوست دارید پیش می‌برد؟)). مشاور از طریق سؤال کردن ماهرانه به درمان‌جویان کمک می‌کند رفتار موجود خود و جهتی که آن‌ها را پیش می‌برد ارزیابی کنند.

درخواست از درمان‌جویان برای ارزیابی هر یک از عناصر رفتار کامل آن‌ها، تکلیف اساسی واقعیت‌درمانی است. بدون خود سنجی صادقانه، بعید است که درمان‌جویان تغییر کنند.

فرایند ارزیابی عناصر انجام دادن، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی افراد کامل، در چارچوب مسئولیت درمان‌جوست. واقعیت درمانگران ممکن است در ابتدای درمان با برخی از درمان‌جویان رهنمودی باشند. این کار بدین علت انجام می‌شود که به درمان‌جویان کمک شود بدانند که برخی رفتارها نتیجه بخش نیستند.

ت) برنامه‌ریزی و عمل

قسمت عمده‌ی فرایند مشاوره اختصاص دارد به اینکه به درمان‌جویان کمک شود تا روش‌های خاصی را برای ارضا کردن خواسته‌ها و نیازهای خود مشخص کنند. این برنامه، نقطه‌ی شروع یا جای پایی در زندگی را در اختیار درمان‌جو قرار می‌دهد، ولی در صورت لزوم برنامه‌ها را می‌توان تغییر داد. مشاور در طول مرحله‌ی برنامه‌ریزی مرتباً درمان‌جو را ترغیب می‌کند تا پیامدهای انتخابها و اعمال خود را بپذیرند.

وابولدینگ درباره‌ی نقش اصلی برنامه‌ریزی و احساس تعهد بحث می‌کند. او موارد زیر را از جمله ویژگی‌های برنامه خود می‌داند: ساده، دست یافتنی، قابل اندازه‌گیری، فوری، منترل شده توسط برنامه‌ریز، احساس تعهد نسبت به آن و انجام دادن پیوسته آن.

- برنامه باید در محدوده انگیزش و توانایی‌های درمان‌جو باشد.
 - برنامه روال مثبتی را دربردارد و در قالب آنچه که درمان‌جو دوست دارد انجام دهد بیان می‌شود.
 - مشاوران درمان‌جویان را ترغیب تا برنامه‌هایی بریزند که بتوانند آن‌ها را مستقل از کاری که دیگران انجام می‌دهند اجرا کنند.
 - برنامه‌ها هرچه زودتر اجرا می‌شوند.
 - برنامه‌ها، فعالیتهای فرایند مدار را شامل می‌شوند.
- راه‌حلها و برنامه‌ها تا وقتی که نسبت به اجرای آن‌ها احساس تعهد وجود نداشته باشند، بیهوده هستند.

۵-واقعیت‌درمانی از دیدگاه چندفرهنگی

۱-۵ خدمات به مشاوره چندفرهنگی

تمرکز روی عمل و تفکر به جای شناسایی و کاوش کردن احساسات، خیلی از درمان‌جویان به احتمال کمتری در برابر مشاوره مقاومت نشان می‌دهند. گلاسز (۱۹۹۸) معتقد است که واقعیت‌درمانی را می‌توان به‌صورت فردی و گروهی درمورد هر کسی با هر مشکل روان‌شناختی در هر بستر فرهنگی اجرا کرد. ما همگی اعضای یک گونه هستیم و ساختار ژنتیکی یکسانی داریم؛ بنابراین روابط، مشکل تمام فرهنگهاست.

واقعیت‌درمانی وسایلی را در اختیار درمان‌جویان قرار می‌دهد تا تغییرات مطلوب کنند. این بخصوص در طول مرحله برنامه‌ریزی مصداق دارد که برای فرایند واقعیت‌درمانی خیلی حیاتی است. تأکید روی گامهای مثبتی است که درمان‌جو می‌تواند بردارد نه برآنچه که نمی‌توان انجام داد. درمان‌جویان مشکلاتی را که موجب دردسر آن‌ها شده‌اند مشخص می‌کنند و این مشکلات هدفهایی برای تغییر می‌شوند.

۲-۵ نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی

یکی از نقطه‌ضعفها در کارکردن با درمان‌جویان اقلیت قومی این است که این رویکرد ممکن است برخی از نیروهای محیطی را که علیه آن‌ها در زندگی روزمره شان عمل می‌کنند به حساب نیاورد. مشکل دیگر این نوع درمان این است که برخی درمان‌جویان خیلی اکراه دارند که بگویند به چه چیزی نیاز دارند.

۶- خلاصه وارزیابی

۱-۶ خلاصه

واقعیت درمانگر وظیفه معلم و الگو را برعهده دارد. محور واقعیت درمانی یادگیری این موضوع است که چگونه می توان انتخابهای مؤثر تری کرد و کنترل مؤثر تری را کسب نمود. افراد به جی اینکه قربانی شرایط خارج از کنترل خویش باشند، مسئولیت زندگی خود را برعهده دارند. بنابر این، واقعیت درمانگران روی آنچه که درمان جویان می توانند و مایل اند در زمان حال انجام دهند تا رفتار خود را تغییر دهند تمرکز می کنند.

کاربست واقعیت درمانی دو عنصر محیط مشاوره و روش های خاصی را که به تغییرات در رفتار منجر می شوند باهم ترکیب می کند این فرایند درمانی درمان جویان را قادر می سازد در مسیر به دست آوردن آنچه که می خواهند حرکت کنند. از جمله هدف های واقعیت درمانی عبارتند از: تغییر رفتار، تصمیم گیری بهتر، بهبود بخشیدن به روابط معنی دار، بهبود بخشیدن به زندگی و ارضای مؤثر تر تمام نیازهای روانی.

۲-۶ خدمات واقعیت درمانی

از جمله امتیازات واقعیت درمانی تمرکز نسبتاً کوتاه مدت آن و این واقعیت است که به مشکلات رفتاری هشیار می پردازد. بینش آگاهی کافی نیستند؛ خود سنجی درمان جو، برنامه ریزی برای عمل و احساس تعهد نسبت به دنبال کردن برنامه، محور فرایند درمان هستند.

شالوده وجودی نظریه ی انتخاب، امتیاز مهم این رویکرد است. افراد به صورتی که نا امیدانه و عاجزانه افسرده باشند در نظر گرفته نمی شوند. در عوض افراد به صورتی در نظر گرفته می شوند که نهایت تلاش خود را به خرج می دهند یا انتخابهایی می کنند که امیدوارند به ارضای نیازهای آنها منجر شوند.

واقعیت درمانگر به درمان جویان کمک می کند به جستجوی درونی احساسها، شناختها و اعمال خود بپردازند. وقتی که درمان جویان خودشان به این نتیجه برسند که رفتار موجود آنها کار ساز نیست، به احتمال خیلی زیاد به فکر فراگیری خزانه رفتاری تازه می افتند.

۳-۶ محدودیت های واقعیت درمانی و انتقادهای وارد شده به آن

یکی از محدودیت های مهم واقعیت درمانی این است که روی نقش این جنبه های فرایند مشاوره تأکید کافی نمی کند: ناهشیار، نیروی گذشته و تأثیر تجربیات آسیب زای و اوایل کودکی، ارزش درمانی رؤیاها، و جایگاه انتقال. پرداختن به رؤیاها بخشی از خزانه ی واقعیت درمانگران نیست. به عقیده گلاس (۲۰۰۰)، بررسی کردن رؤیاها از لحاظ درمانی فایده ندارد.

از نظر گلاس انتقال مفهوم گمراه کننده ای است. گلاس (۲۰۰۳) معتقد است که DSM-IV-TR در توصیف نشانه ها دقیق است ولی مدعی است که دسته بندی کردن نشانه ها و اختلال روانی نامیدن آنها غلط است.

فصل دوازدهم

درمان فمینیستی

چند تن از درمانگران فمینیست امروزی: درمان فمینیستی فقط یک بنیان‌گذار ندارد. جین بیکر میلر. کارولین زرب انس. اولیوا ام. اسپین. لورا اس. براون

۱-مقدمه

درمان فمینیستی، جنسیت و قدرت را محور فرایند درمان قرار می‌دهد. این رویکرد بر این اصل استوار است که برای شناختن یک فرد ضرورت دارد که بستر اجتماعی و فرهنگی که در مشکلات فرد دخالت دارند در نظر گرفته شود. این دیدگاه همچنین برای گسترش نظریه مشاوره و نحوه‌ای که درمانگران در جمعیت‌های گوناگون درمان‌جویان مداخله می‌کند اشارات مهمی دارد.

موضوع اصلی درمان فمینیستی ستم‌دیدگی روانی زنان و محدودیت‌هایی است که جایگاه اجتماعی-سیاسی تحمیل کرده و مقام زنان را به آن تنزل داده است.

درمانگران فمینیست فرض‌های مردانه را در ارتباط با آنچه که فرد سالم را تشکیل می‌دهد به چالش طلبیده و سئوال‌های مهمی را مطرح ساخته‌اند: چرا در جامعه‌ی ما زنان بیشتر از مردان مبتلا به افسردگی تشخیص داده می‌شوند؟ آیا نظریه‌هایی که به‌وسیله مردان سفیدپوست فرهنگ‌های غربی ساخته‌شده‌اند می‌توانند نیازهای درمان‌جویان زن در مشاوره، نیازهای زنان رنگین‌پوست و نیازهای کسانی را که در جامعه‌ی ما منزوی شده و تحت ستم قرار دارند به طرز مناسبی برآورده سازند؟

درمانگران فمینیست معتقدند که روان‌درمانی به‌طور جدایی‌ناپذیری به فرهنگ وابسته است و آن‌ها به‌طور فزاینده‌ای به‌وسیله‌ی رهبران متفکر در حوزه مشاوره به یکدیگر پیوسته‌اند. فمینیسم مدرن بر رویکرد یکپارچه‌ای تأکید دارد که آگاهی از ستم‌های متعدد، آگاهی چندفرهنگی و شایستگی چندفرهنگی را شامل می‌شود.

مدل امروزی درمان فمینیستی و رویکرد چندفرهنگی به مشاوره نکات مشترک زیادی باهم دارند-هر دو رویکرد بر اساس آگاهی از بستر اجتماعی رفتار، دیدگاهی سیستمی را ارائه می‌دهند. هر دو رویکرد بر این فرض استوارند که تغییر اجتماعی عامل مهمی برای به بار آوردن تغییر فردی است.

۲-۱ تاریخچه و گسترش

درمان فمینیستی به‌صورت عادی، در واکنش به چالش‌ها و نیازهای زنان به وجود آمده است (برابک و براون، ۱۹۹۷). از هیچ فردی نمی‌توان به‌عنوان پایه‌گذار این رویکرد نام برد و تاریخچه‌ی آن بسیار کوتاه است. آن‌ها با این اعتقاد که مشاوره شخصی نیز وسیله معقولی برای ایجاد تغییر است، درمان را مشارکت بین دو فرد برابر در نظر گرفتند.

در دهه‌ی ۱۹۷۰ پژوهشهای زیادی درباره‌ی سوگیری جنسیتی اجرا شدند که به دیدگاههای درمان فمینیستی کمک بیشتری کردند. در دهه‌ی ۱۹۸۰ با تلاشهایی برای تعریف درمان فمینیستی به‌عنوان موجودیتی مستقل مشخص شده بود و درمان فردی رایج ترین شکل درمان فمینیستی بود. در این دوره، گروه درمان فمینیستی تغییر چشمگیری کرد.

انس انس و چهار فلسفه ماندگار فمینیستی را مشخص کرد که اغلب با عنوان ((موج دوم)) فمینیسم از آن یاد می‌شود: فمینیسم لیبرال، فرهنگی، رادیکال و سوسیالیست. این فلسفه‌ها از عمل‌گرایی به‌عنوان هدف طرفداری می‌کنند ولی درباره‌ی منابع ستم و سرکوب مؤثرترین روش‌ها برای ایجاد تغییرات در جامعه، دیدگاههای متفاوتی دارند. فمینیست‌های لیبرال روی کمک کردن به زنان برای غلبه کردن بر محدودیت‌ها و قیدوبندهای الگوهای جامعه‌پذیری آن‌ها تأکید می‌کنند. فمینیست‌های لیبرال معتقدند که زنان سزاوار برابری هستند.

فمینیست‌های فرهنگی معتقدند که ظلم و ستم از کوچک شمردن توانایی‌های زنان توسط جامعه ناشی می‌شوند.

فمینیست‌های رادیکال روی سرکوب زنان که در مرد سالاری تثبیت شده است تمرکز می‌کنند و به دنبال تغییر جامعه از طریق عمل‌گرایی هستند. درمان به‌صورت اقدامی سیاسی با هدف دگرگون کردن جامعه در نظر گرفته می‌شود. فمینیست‌های رادیکال سعی دارند روش‌های مرد سالاری حاکم را بر تمام زمینه‌ها از جمله کارهای خانه داری، پرداخت حقوق، خشونت و فرزند پروری مشخص کنند و آن‌ها را زیر سوال ببرند. هدف‌های اصلی عبارتند از: دگرگون کردن روابط جنسیتی، تغییر دادن نهاد های اجتماعی و بالا بردن، خودمختاری زنان در مسائل جنسی و تولیدمثل.

فمینیست‌های سوسیالیست در هدف تغییر اجتماعی با فمینیست‌های رادیکال سهیم هستند. باین‌حال، تأکید آن‌ها تفاوت دارد. آن‌ها روی سرکوب های متعدد تمرکز می‌کنند و معتقدند که برای حل کردن مشکلات اجتماعی باید طبقه، نژاد، اقتصاد، ملیت و تاریخ در نظر گرفته شوند. از نظر فمینیست‌های سوسیالیست، هدف اصلی درمان دگرگون کردن روابط و نهادهای اجتماعی است.

۲- مفاهیم مهم

۲-۱ برداشت از ماهیت انسان

برداشت فمینیستی از ماهیت انسان دیدگاهی اساسی است که نظیه فمینیستی را از سایر مدل‌های درمان متمایز می‌کند. وُرن و رِمِر (۲۰۰۳) ساختار های نظریه فمینیستی را به‌صورت منصفانه بودن از نظر جنسیت، انعطاف پذیر - چندفرهنگی، تعامل گرا و عمر مدار توصیف می‌کنند. این نظریه‌ها از کلیشه سازی در نقشهای اجتماعی و رفتارهای میانفردی اجتناب می‌کنند.

۲-۲ دیدگاه فمینیستی درباره‌ی رشد شخصیت

درمانگران فمینیست تأکید دارند که انتظارات جامعه از نقش جنسی از لحظه‌ی تولد در هویت شخص تأثیر می‌گذارند و عمیقاً در شخصیت بزرگسال تثبیت می‌شوند. چون خط مشی های جنسی در ساختار جوامع تثبیت شده‌اند، بر نحوه‌ای که در طول زندگی خود را دختر و پسر، زن و مرد در نظر می‌گیریم تأثیر می‌گذارند. ((معمولاً از دختر ها انتظار می‌رود که شیرین، حساس و سربه راه باشند در حالی که از پسر ها انتظار داند که قوی، بردبار و دلیر باشند)).

چودورو (۱۹۷۸، ۱۹۸۹) معتقد است که تفاوت‌های روانشناختی بین مردان و زنان ناشی از این واقعیت است که زنان عمدتاً مراقبت‌کنندگانی هستند که بچه‌ها را بزرگ می‌کنند. هویت دخترها بر مبنای تداوم رابطه آن‌ها با مادرشان استوار است در حالی که پسرها هویت خویش را به صورت فردی مستقل از مادر که با پدر همانندسازی کرده‌اند توصیف می‌کنند؛ بنابراین، دخترها از مادرشان یاد می‌گیرند پیوند گرا و با محبت بوده و برای ارتباط و اهمیت دادن به دیگران ارزش زیادی قایل باشند.

در عین حال، دخترها از طریق همانندسازی با مادر که امیال و هدف‌های خود را فدای خدمت کردن به خانواده می‌کند، قابلیت خود را برای خود مختاری و استقلال کاهش می‌دهند. پسرها ماهیت پرخاشگر و قدرت طلبی مردان را الگو قرار داده و از این رو، قابلیت خویش را برای ابراز همدلی و برخی هیجانها کاهش می‌دهند.

گیلیگان معتقد بود که مفاهیم ارتباط و وابستگی متقابل - که تقریباً در نظریه‌های رشد مردانه نادیده گرفته شده‌اند - برای رشد زنان اهمیت زیادی دارند به باور او، زنان به رابطه متمایل هستند، در حالی که مردان به جدایی گرایش دارند.

اغلب مدل‌های رشد انسان بر تلاش به سمت استقلال و خودمختاری تأکید می‌کنند، اما فمینیست‌ها تأیید می‌کنند که زنان در جستجوی ارتباط با دیگران هستند. در درمان فمینیستی، ویژگی‌های ارتباطی زنان به جای این که به صورت ضعف یا نارسایی در نظر گرفته شود به صورت توانمندی و مسیری به سمت رشد سالم در نظر گرفته می‌شود.

دانشمندان بنیان‌گذار نظریه ارتباطی - فرهنگی، نقش مهمی را که روابط با دیگران در زندگی زنان ایفا می‌کنند گسترش داده‌اند. این دانشمندان درک هویت و خود پندار زنان در بستر روابط پرورش می‌یابند.

بسیاری از فنون درمان فمینیستی ارتباط متقابل، قابلیت‌های ارتباطی و رشد ارتباط را تقویت می‌کنند.

نظریه‌ی طرحواره جنسیت‌ساز را بِم (۱۹۸۱، ۱۹۸۳، ۱۹۹۳) دیدگاه دیگری را در مورد رشد زنان در اختیار می‌گذارند.

این طرحواره جنسیت یک رشته تداویهای ذهنی است که افراد برای تعبیر کردن آنچه می‌بینند مورد استفاده قرار می‌دهند.

بِم (۱۹۸۳، ۱۹۹۳) معتقد است که طرحواره جنسیت یک از قوی‌ترین آمادگیهای ادراکی است که وقتی به جامعه و جایگاه خود در آن می‌نگریم از آن استفاده می‌کنیم و طرحواره‌های جنسیت تثبیت‌شده‌ی جامعه‌ی آمریکا برای هر دو جنس شدیداً محدود کننده هستند.

کازچاک (۱۹۹۲) برای توصیف باور خود درباره‌ی اینکه جنسیت اصل سازمان دهنده‌ی زندگی افراد است اصلاح زندگی‌های بوجود آمده استفاده می‌کند. او نقشی را که جنسیت در شکل‌دهی هویت زنان و مردان بازی می‌کند بررسی کرده و معتقد است که مردانگی، زنانگی را تعیین می‌کند.

خلاصه

تحقیقات چودورو (۱۹۸۹) درباره‌ی شکل‌گیری هویت گیلگان (۱۹۸۲، ۱۹۷۷) درباره‌ی رشد اخلاقی و روانی - اجتماعی زنان، نظریه ارتباطی - فرهنگی، نظریه طرحواره جنسیت، دیدگاه زندگی‌های بوجود آمده و اجازه‌ی به چالش طلبیدن کلیشه‌های جنسی، همگی به آگاهی ما از رشد زنان کمک کرده‌اند.

به عقیده لرمِن (۱۹۸۶) همه‌ی این رویکردها زنان را با دید مثبت می‌نگرند، از تجربه‌ی زنان به وجود آمده‌اند، تنوع و پیچیدگی زندگی زنان را در بر دارند، به روش‌هایی که تنوع بر ساختارهای خود (self) تأثیر می‌گذارد توجه می‌کنند، ارتباط تنگاتنگ دنیای بیرونی را تایید می‌کنند و به سرکوب سیاسی و اجتماعی زنان اقرار می‌کنند.

هریک از این رویکردها خدمت منحصر به فردی کرده و بر کابست درمان فمینیستی تأثیر داشته است. این ویژگی‌های مشترک، درمانگران را قادر می‌سازند تا کفایت هر نظریه شخصیتی را که به کار می‌برند ارزیابی کنند.

۲-۳ اصول روانشناسی فمینیستی

۲-۳-۱ مسائل شخصی سیاسی است.

مشکلات شخصی درمان‌جویان منشاء اجتماعی و سیاسی دارند. درمان فمینیستی علاوه بر درمان فرد، قصد دارد تغییر اجتماعی نیز ایجاد کند. فمینیستها کاربست درمان خود را تنها برای کمک به درمان‌جویان در کشمکش‌های آنها در نظر می‌گیرند، بلکه آن را راهبردی می‌دانند که به دگرگونی در جامعه کمک می‌کند.

هدف این است که دیدگاه متفاوتی از سازمان اجتماعی به وجود آید که مردان و زنان از قید و بند‌هایی که توسط انتظارات نقش جنسی بر آنها تحمیل شده آزاد شوند.

۲-۳-۲ خویت‌های شخصی و اجتماعی به هم وابسته هستند.

درمانگران فمینیست به افراد کمک می‌کنند در زندگی خود تغییراتی ایجاد نمایند، ولی آنها همچنین خود را متعهد می‌دانند که برای تغییر اجتماعی که تمام اعضای جامعه را از کلیشه‌سازی، منزوی کردن و سرکوب آزاد خواهد کرد تلاش کنند.

۲-۳-۳ تعریف‌های پریشانی و ((بیماری روانی)) بازنگری شده‌اند: درمان فمینیستی ((مدل بیماری)) بیماری روانی را قبول

ندارد. در عوض، درمانگران فمینیست، عوامل درون روانی و میان فردی را توجیه ناقصی برای عذابی می‌دانند که افراد را به درمان می‌کشاند. عوامل بیرونی نیز بسیار تأثیرگذار هستند. حساس عذاب نه به عنوان دلیلی بر نارسایی یا نقص بلکه به عنوان دلیل مقاومت و میل به زنده ماندن تعریف شده است (ورل و جانسون، ۱۹۹۷). مقاومت به عنوان علامتی در نظر گرفته شده است که فرد می‌تواند در صورت روبرو شدن با ظلم و ستم زنده و قدرتمند بماند. انس معتقد است که یادگیری ابراز کردن مستقیم این عذاب درونی‌شده (و خشم، اندوه و تأسف) جنبه اساسی درمان را نشان می‌دهد زیرا درمان‌جویان را قادر می‌سازد هیجان‌هایی را که درون فکنی کرده یا بلعیده‌اند، تغییر جهت دهند.

۴-۳-۲ درمانگران فمینیست از تحلیل منسجم سرکوب استفاده می‌کنند: جنسیت هم از لحاظ سرکوب و هم از نظر اختلافی که ممکن است بر آگاهی فرد تأثیر داشته باشند، موضوع اساسی در درمان فمینیستی است. درمانگران فمینیست می‌دانند که تمام شکل‌های سرکوب عمیقاً بر عقاید، نگرش‌ها و برداشتهای تأثیر می‌گذارند و آن‌ها به‌طور برابری متعهد هستند که بر اساس نژاد، قومیت، طبقه، فرهنگ، عقاید فرهنگی، جهت‌گیری جنسی، سن، توانایی‌ها و خصوصیات جسمانی، علیه سرکوب فعالیت کنند؛ بنابراین، فمینیست‌ها با تمام شکل‌های سرکوب، نه فقط سرکوب زنان، مبارزه می‌کنند.

۵-۳-۲ رابطه‌ی درمانی مساوات‌طلبانه است: توجه به قدرت در درمان فمینیستی اهمیت زیادی دارد و رابطه‌ی درمانی مساوات‌طلبانه است.

۶-۳-۲ به دیدگاه زنان بها داده می‌شود: هدف درمان فمینیستی این است که هشیاری فمینیستی را جایگزین مرد سالاری ((واقعیت عینی)) کند. زنان ترغیب می‌شوند هیجانات و شهود خود را ابراز کرده و از تجربه‌ی شخصی خود به‌عنوان ملاکی برای تعیین کردن آنچه که ((واقعیت)) است استفاده کنند.

۳-فرایند درمان

۱-۳ هدف‌های درمان

انس (۲۰۰۴) پنج هدف را برای درمان فمینیستی معرفی کرده است: مساوات، متعادل کردن استقلال و وابستگی متقابل، قدرتمند کردن، خودباوری و بها دادن به تنوع؛ اما هدف اصلی درمان فمینیستی به وجود آوردن جامعه‌ای است که در آن تبعیض جنسی و شکل‌های دیگر تبعیض و سرکوب وجود نداشته باشند.

درمانگران به درمان‌جویان کمک می‌کنند وابسته به هم، قوی و انعطاف پذیر شوند و به خود و دیگران اعتماد کنند. درمان فمینیستی اقدامی سیاسی است. هدف این است که شعور فمینیستی جایگزین مرد سالاری فعلی شود و جامعه‌ای به وجود آید که در آن روابط وابسته به هم، مشارکتی و متقابلاً حمایت‌کننده باشند. معنی کامل ((مسائلی شخصی سیاسی است)) این است که زنان یاد بگیرند نه تنها خود، بلکه تمام افراد را از یوغ سرکوب و کلیشه‌سازیه‌ها رها کنند.

درمانگران فمینیست همچنین در جهت برداشت تازه‌ای از سلامت روانی زنان، کار می‌کنند. هدف آن‌ها این است که تجربه کردن زنان را آسیب‌زدایی کنند و جامعه را طوری تغییر دهند که حقوق زنان و ویژگی‌های ارتباطی آن‌ها محترم شمرده شوند.

۲-۳ وظیفه و نقش درمانگر

فمینیست‌ها با درمانگران وجودی که تأکید دارند درمان سفری مشترک است (سفری که زندگی درمانگر و درمان‌جو را تغییر می‌دهد) اشتراک‌نظر دارند. درمانگران فمینیست عقاید مشترک زیادی با درمانگران انسان‌گرا یا فردمدار دارند و به توانایی درمان‌جو در پیش روی به‌صورت مثبت و سازنده ایمان دارند. آن‌ها معتقدند که رابطه‌ی درمانی باید غیر سلسله‌مراتبی، نوعی رابطه‌ی انسان با انسان باشد و قصد دارند درمان‌جویان را طوری قدرتمند کنند که طبق ارزش‌های خودشان زندگی کرده و برای اینکه تعیین کنند چه چیزی به نفع آنهاست، به منبع کنترل درونی (به جای بیرونی یا اجتماعی) متکی باشند.

درمانگران فمینیستی مانند درمانگران فردمدار، صداقت خود را انتقال می‌دهند و برای همدلی متقابل بین درمان‌جو و درمانگر تلاش می‌کنند. باین‌حال درمانگر فمینیست بر خلاف درمانگر فردمدار، رابطه‌ی درمانی را به خودی خود برای به وجود آوردن تغییر کافی نمی‌داند. بینش، درون‌نگری و خودآگاهی سکو‌های پرش برای عمل هستند. درمان نباید عدم تعادل قدرت اجتماعی را تکرار کند و وابستگی را در درمان‌جو پرورش دهد، بلکه درمانگر و درمان‌جو نقشهای فعال و برابری را بر عهده می‌گیرند.

۳-۳ تجربه درمان‌جو در درمان

هدف اصلی درمان فمینیستی قدرتمند کردن است که اکتساب احساس خودپذیری، اعتمادبنفس، شادی و اصالت را دربردارد. ول و رمپر (۲۰۰۳) می‌نویسند که درمان‌جویان درمان فمینیستی روش تازه‌ی نگریستن به دنیا و پاسخ دادن به آن را فرامی‌گیرند.

۳-۴ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان‌جو

رابطه‌ی درمانی بر قدرتمند کردن و مساوات طلبی استوار است. با اینکه اختلاف قدرت از رابطه‌ی درمانی جدانشدنی است، درمانگران فمینیست سعی می‌کنند با استفاده از چندین راهبرد، مبنی قدرت را در رابطه برابر کنند. اولاً آن‌ها نسبت به امکان سوءاستفاده از قدرت خود در رابطه شدیداً حساس هستند. ثانیاً، درمانگران به‌طور فعال روی قدرتی که درمان‌جویان در رابطه‌ی درمانی دارند تأکید می‌کنند. آن‌ها درمان‌جویان خود را ترغیب می‌کنند به اینکه احساسات خود را درک کنند و برای تجربیات خودشان ارزش قایل باشند. ثالثاً، درمانگران فمینیست سعی می‌کنند از رابطه‌ی درمانی ابهام زدایی کنند. آن‌ها این کار را به این صورت انجام می‌دهند که برداشت خود را از آنچه که در رابطه می‌گذرد به درمان‌جویان در میان می‌گذارند، درمان‌جویان را ترغیب می‌کنند در تعیین کردن هر گونه تشخیص نقش فعال داشته باشند و از خود افشاگری مناسب استفاده می‌کنند.

درمانگر متخصص همه‌فن‌حریف نیست، بلکه ((متخصص ارتباطی)) است که سعی دارد رابطه‌ای مشارکتی برقرار کند که درمان‌جویان بتوانند خود در آن متخصص شوند. موضوع برجسته‌ی رابطه‌ی درمان‌جو - درمانگر، منظور کردن درمان‌جویان در ارزیابی و فرایند درمان است. این احساس تعهد نسبت به منظور کردن درمان‌جویان از جلسه اول تا آخر کمک می‌کند تا رابطه‌ی درمانی در حد امکان مساوات‌طلبانه باشد.

۴- کاربرد: فنون و روش‌های درمان

۴-۱ نقش ارزیابی و تشخیص

درمانگران فمینیست شدیداً از سیستم دسته‌بندی DSM انتقاد می‌کنند و پژوهش‌شان می‌دهد که جنسیت و نژاد می‌توانند بر ارزیابی نشانه‌های درمان‌جویان تأثیر بگذارند (انس، ۲۰۰۰). چون ارزیابی تحت تأثیر شکل‌های ظریف تبعیض جنسی، نژادپرستی، قوم‌مداری، دگرجنس‌گرایی، پیرستیزی، یا طبقه‌مداری قرار دارد، دستیابی به ارزش ارزیابی با تشخیص مناسب غیرممکن است. درمانگران فمینیست معتقدند که برچسب‌های تشخیصی به این دلایل شدیداً محدود کننده هستند:

(۱) آن‌ها بر نشانه‌های فرد متمرکز می‌کنند نه بر عوامل اجتماعی که موجب رفتار کژکار شده‌اند

(۲) آن‌ها بعنوان بخشی از سیستم متمرکز بر روان‌پزشکان سفیدپوست مرد می‌توانند بیانگر وسیله‌ای برای سرکوب باشند

(۳) آن‌ها (مخصوصاً اختلال‌های شخصیت) می‌توانند کلیشه‌های نقش جنسی را تقویت و سازگاری با وضع موجود را ترغیب نمایند

(۴) آن‌ها می‌توانند بیانگر استفاده نا مناسب از قدرت در رابطه درمانی باشند

(۵) آن‌ها می‌توانند به تأکید بیش از حد بر راه‌حل‌های فردی به جای تغییر اجتماعی منجر شوند

(۶) امکان دارد آن‌ها احترام فرد به درمان‌جویان را کاهش دهند.

در صورتی که روی قدرتمند کردن درمان‌جو تمرکز شود، تشخیص فرایند مشترکی می‌شود که به موجب آن درمان‌جویان متخصصانی می‌شوند که به پریشانی خود معنی می‌دهند.

در فرایند درمان فمینیستی، تشخیص پریشانی نسبت به مشخص کردن و ارزیابی توانمندی‌ها، مهارت‌ها و امکانات در مقام دوم اهمیت قرار دارد (براون، ۲۰۰۰). وُزل و رِمِر (۲۰۰۳) خاطر نشان می‌سازند که گرچه افراد به خاطر مشکلات شخصی که عمدتاً توسط محیط‌های اجتماعی کژکار ایجاد شده‌اند سرزنش نمی‌شوند ولی آن‌ها مسئول تلاش کردن به سمت تغییر هستند.

شارف (۲۰۰۴) دیدگاه‌های درمان فمینیستی را در ارتباط با ((اختلال‌های روانی)) مورد بحث می‌گذارد که در DSM-IV-TR با عنوان خیلی شایع در زنان مشخص شده‌اند: افسردگی، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال شخصیت مرزی و اختلال‌های خوردن.

طبقات تشخیصی که برای برچسب زدن به افرادی مورد استفاده قرار می‌گیرند که خشونت را تجربه کرده‌اند، زمینه دیگر مشاخره برای درمانگران فمینیست هستند. آن‌ها با مرتب کردن مسائل شخصی به مسائل سیاسی، تأکید دارند که خیلی از نشانه‌ها پاسخهای طبیعی به خشونت هستند.

طبق DSM-IV-TR افسردگی در زنان دو برابر بیشتر از مردان شایع است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). درمانگران فمینیست معتقدند که زنان برای تجربه کردن افسردگی دلایل بیشتری از مردان دارند و آن‌ها اغلب افسردگی را تجربه ای عادی برای زنان می‌دانند. زنان غالباً از لحاظ مالی محروم یا وابسته هستند، نسبتاً سلطه پذیرند و سعی می‌کنند با پیش بینی نیازهای دیگران، آن‌ها را خوشنود کنند.

افسردگی می‌تواند از برداشت، عقیده و تجربه درونی‌شده‌ی زنان که کنترلی بر زندگی یا بدن خود ندارند و کمتر از مردان با ارزش هستند ناشی می‌شوند. درمانگران فمینیست در رابطه با اختلال‌های خودن، روی پیامهایی که جامعه، مخصوصاً رسانه‌های گروهی درباره‌ی بدن زنان و اهمیت لاغر بودن ارسال می‌کند تأکید می‌ورزند. گرایش رایج، تأکید کردن بر جامعه‌پذیری نقش جنسی و اختلاف قدرت بین زنان و مردان است و به جای منشا درون روانی مشکلات، به عوامل اجتماعی توجه می‌شود. نوع دیگر ارزیابی که درمانگران فمینیست ترجیح می‌دهند، تحلیل نقش جنسی است که به موجب آن درمانگر و درمان‌جو مشترکاً تأثیر جنسیت را بر پریشانی درمان‌جو بررسی می‌کنند.

۲-۴ فنون و راهبردها: فنون بالا بردن آگاهی‌اهمیت زیادی دارند زیرا به زنان کمک می‌کنند آنچه را به آن‌ها گفته شده از لحاظ اجتماعی مقبول یا مطلوب است از آنچه که واقعاً برای آن‌ها مفید است تشخیص دهند.

۱-۲-۴ قدرتمند کردن: هدف قدرتمند کردن، محور راهبرد های فمینیست را تشکیل می‌دهد.

۲-۲-۴ خود افشاگری: درمانگران فمینیست برای برقرار کردن مساوات در رابطه درمان‌جو - درمانگر، برای عادی کردن تجربیات مشترک زنان، برای قدرتمند کردن درمان‌جویان و جلب کردن رضایت آگاهانه از خود افشاگری درمانی استفاده می‌کنند. خود افشاگری مناسب به کاستن از اختلاف قدرت کمک می‌کند. خود افشاگری فقط در میان گذاشتن اطلاعات و تجربیات نیست، بلکه

نوعی حضور ملموس است که درمانگر به جلسات درمانی می‌آورد. خودافشاگری مؤثر درمانگر بر اصالت و احساس اشتراک استوار است. درمانگر با استفاده از آنچه که نظریه‌پردازان ارتباطی - فرهنگی ((همدلی انتظاری)) می‌نامند، به این موضوع توجه دارد که چگونه افشاگری‌ها ممکن است بر درمان‌جو تأثیر بگذارند.

۴-۲-۳ تحلیل نقش جنسی: درمانگر در تحلیل نقش که صفت بارز درمان فمینیستی است، تأثیر انتظارات نقش جنسی را بر سلامتی و ناراحتی درمان‌جو بررسی می‌کند و از این اطلاعات برای تصمیم‌گیری درباره‌ی رفتارهای نقش جنسی آینده استفاده می‌کند.

۴-۲-۴ مداخله‌ی نقش جنسی: درمانگر با استفاده از این فن و با قرار دادن نگرانی مراجع در بستر انتظارات نقش جامعه از زنان، به آن پاسخ می‌دهد. هدف این است که مراجع از نحوه‌ای که مسائل اجتماعی بر مشکل او تأثیر می‌گذارند آگاه شود.

۴-۲-۵ تحلیل قدرت و مداخله قدرت: این فنون شبیه تحلیل نقش جنسی و مداخله نقش جنسی هستند؛ اما در اینجا تأکید روی کمک کردن به مراجع است تا از اختلاف قدرت بین مردان و زنان در جامعه آگاه شود و آن قدر قدرتمند شود که مسئولیت زندگی خود را بر عهده بگیرد. تحلیل قدرت، تشخیص دادن انواع مختلف قدرت را که درمان‌جویان از آن‌ها برخوردار بوده یا به آن‌ها دسترسی دارند شامل می‌شود.

۴-۲-۶ کتاب درمانی

۴-۲-۷ جسارت‌آموزی: زمان با آموزش و تقویت کردن رفتار جسورانه، از حقوق میان‌فردی خود آگاه می‌شوند، از نقشهای جنسی کلیشه‌ای فراتر می‌روند، عقاید منفی را تغییر می‌دهند و تغییراتی را در زندگی روزمره خود ایجاد می‌کنند.

۴-۲-۸ بازنگری و تغییر برچسب: مانند کتاب درمانی، خودافشاگری درمانگر و جسارت‌آموزی، بازنگری به درمان فمینیستی منحصر نیست. با این حال، بازنگری در درمان فمینیستی به صورت متفاوتی اجرا می‌شود. بازنگری عبارت است از انتقال از ((سرزنش کردن قربانی)) به در نظر گرفتن عوامل اجتماعی در محیط که به مشکلات درمان‌جو کمک می‌کنند. در بازنگری، به جای تمرکز روی عوامل درون روانی، روی بررسی کردن ابعاد اجتماعی یا سیاسی تأکید می‌شود. تغییر برچسب مداخله‌ای است که برچسب یا ارزیابی اجرا شده در مورد ویژگی‌های رفتاری را تغییر می‌دهد.

۴-۲-۹ کارگروهی: کارگروهی که ضمیمه مهمی به درمان فمینیستی فردی است، به خودی خود روش ترجیحی برای برخی مسائلی است که زنان در فرهنگ ما تجربه می‌کنند.

۴-۲-۱۰ اقدام اجتماعی: درمانگران فمینیست ممکن است به درمان‌جویان توصیه کنند در فعالیتهایی چون داوطلب شدن در مرکز بحران تجاوز جنسی، نوشتن نامه به قانون‌گزاران، یا تامین کردن آموزش درباره‌ی مسائل جنسیتی درگیر شوند. شرکت کردن در اینگونه فعالیتهای می‌تواند درمان‌جویان را قدرتمند کرده و به آن‌ها کمک کند تا دریابند که بین تجربیات شخصی آن‌ها و موقعیت اجتماعی - سیاسی که در آن زندگی می‌کنند رابطه وجود دارد.

۴-۳ نقش مردان در درمان فمینیستی: درمان فمینیستی می‌تواند روش کارآمدی برای کار کردن با مردان به عنوان درمان‌جو باشد. مردان نیز مانند زنان توسط سیستم پدرسالار سرکوب می‌شوند و می‌توانند برای تغییر اجتماعی تلاش کنند.

۵- درمان فمینیستی از دیدگاه چندفرهنگی

۵-۱- خدمات به مشاوره چندفرهنگی: از بین تمام رویکرهای نظری به مشاوره و روان‌درمانی در این کتاب، درمان فمینیستی و دیدگاههای چندفرهنگی به کاربست درمان، بیشترین وجه اشتراک را دارند. درمانگران فمینیست معتقدند که مشاوره‌ی چندفرهنگی به بررسی ساختارهای اجتماعی که بر سلامت روان تأثیر دارند. اصل ((مسائل شخصی سیاسی هستند)) هنگامی که در مشاوره با زنان و مشاوره با درمان‌جویانی که از فرهنگ‌های مختلف هستند اجرا می‌شوند، ارزش برابری دارد.

۵-۲- نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی: اگر درمانگران فمینیست از پیامد انتخاب‌هایی که درمان‌جویان می‌کنند آگاه باشند، در این صورت احتمالاً نارضایتی درمان‌جویان را از زندگی افزایش می‌دهند. وقتی درمانگران فمینیست با زنان فرهنگ‌هایی کار می‌کنند که نقش‌هایی را تجویز کرده‌اند که آن‌ها را در جایگاه فرمانبردار قرار می‌دهند یا از فرهنگ‌هایی هستند که مرد سالاری استوارند، آگاه بودن از بستر فرهنگی بسیار اهمیت دارد.

۶- خلاصه و ارزیابی

۶-۱- خلاصه: درمان فمینیستی بر این مفاهیم تأکید می‌کند:

- در نظر گرفتن مشکلات در بستر اجتماعی - سیاسی و فرهنگی به جای سطح فردی.
- تصدیق کردن اینکه درمان‌جویان می‌دانند چه چیزی به صلاح زندگی آنهاست و در زندگی خود به مهارت کافی دارند.
- تلاش برای برقراری رابطه درمانی که مساوات‌طلبانه بوده و از طریق فرایند خودافشاگری و رضایت آگاهانه شکل گرفته باشد.
- ابهام‌زدایی از فرایند درمان بوسیله دخالت دادن درمان‌جو در تمام مراحل ارزیابی و درمان که قدرتمندی او را افزایش می‌دهد.
- در نظر گرفتن ماهیت تجربیت زنان از دیدگاهی منحصربه‌فرد.
- درک کردن و محترم شمردن دیدگاههای زنان گوناگون.
- مبارزه کردن با روش‌های سنتی ارزیابی سلامت روانی زنان.
- آگاهی از اینکه تغییر فردی از طریق تغییر اجتماعی بهتر صورت می‌گیرد.
- ترغیب کردن درمان‌جویان به دست زدن به اقدامات اجتماعی برای پرداختن به جنبه‌های ظالمانه محیط.

هدف درمان فمینیستی تغییر فردی و اجتماعی است. هدف اصلی این است که آگاهی فمینیستی جایگزین سیستم مرد سالاری شود و بنابراین جامعه‌ای به وجود آید که برای مساوات در روابط ارزش قایل باشد، به جای وابستگی بر وابستگی متقابل تأکید کند. کاربست فمینیست به جای اینکه رویکرد منفرد و یکپارچه‌ای به روان‌درمانی باشد، به تنوع‌گرایش دارد. درمانگران فمینیست خود را متعهد می‌دانند که با استفاده از انواع مداخله‌ها، سلسله مراتب قدرت را در رابطه درمانی از بین ببرند. هدف‌های اصلی قدرتمند کردن درمان‌جو و دگرگونی اجتماعی هستند.

۲-۶ خدمات درمان فمینیستی

یکی از خدمات عمده‌ای که فمینیست‌ها به رشته مشاوره و روان‌درمانی کرده‌اند آماده ساختن زمینه برای کاربرست حساس نسبت به جنسیت و آگاهی از تأثیر بستر فرهنگی و ظلم و ستم متعدد است. درمانگران فمینیستی همچنین با زیر سؤال بردن نظریه‌های مشاوره و مدل‌های رشد سنتی خدمت مهمی کرده‌اند، مخصوصاً فرضیهایی که این رویکردهای سنتی در رابطه با تجربیات درمان‌جویان مطرح کرده‌اند. اغلب نظریه‌ها به جای اینکه علت مشکلات را در محیط و شرایط بیرونی جستجو کنند آن‌ها را درون افراد جستجو می‌کنند.

مهم‌ترین خدمت فمینیست‌ها این است که به همه یادآور می‌شوند که تمرکز مناسب درمان باید روی تغییر دادن عوامل سرکوبگر در جامعه باشد نه اینکه از افراد انتظار داشته باشند صرفاً با رفتارهای نقش مورد انتظار سازگار شوند. خدمات عمده‌ی جنبش فمینیستی در زمینه‌ی اصول اخلاقی کاربرست روانشناسی و مشاوره و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در درمان است. این فمینیست‌ها بودند که پیامدهای بی توجهی به قربانی شدن جسمانی، جنسی و روان‌شناختی کودکان و زنان را خاطر نشان کردند.

درمانگران فمینیست و فردمدار درباره‌ی اهمیت اصالت درمانگر، سر مشق‌گیری و خودافشاگری اتفاق نظر دارند؛ قدرتمند کردن هدف اصلی هر دو رویکرد است. درمانگران وجودی و فمینیست با زبان یکسانی صحبت می‌کنند- هر دو رویکرد بر تصمیم‌گیری توسط خویشتن به جاب زندگی کردن طبق احکامی که جامعه تعیین می‌کند تأکید می‌ورزند.

درمان شناختی - رفتاری و درمان فمینیستی هر دو بر اهمیت رابطه مشترک، یادگیری مهارت‌های مقابله کردن، تعیین کردن هدف‌های مشاوره به‌صورتی که متقابلاً در مورد آن‌ها توافق شده باشد و دخالت دادن درمان‌جویان در ارزیابی نحوه‌ی اثربخشی فرایند درمان برای آن‌ها تأکید می‌کنند. گرچه درمانگران فمینیست از روانکاوی به‌عنوان گرایشی زن ستیز انتقاد کرده‌اند، شماری از آن‌ها معتقدند که روانکاوی می‌تواند رویکرد مناسبی برای کمک کردن به زنان باشد. نظریه روابط شیء می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند بازنمایی‌های شیء درونی‌شده را که بر روابط آن‌ها با والدینشان استوار هستند تشخیص دهند.

هدف مشترک درمان گشتالتی و درمان فمینیستی بالا بردن آگاهی درمان‌جویان در مورد قدرت شخصی آنهاست. درمانگر فمینیستی که گرایش گشتالتی دارد به درمان‌جو کمک می‌کند نقش‌ها و رفتارهای تازه را به‌طور فعال تجربه کند. درمان‌های شناختی - رفتاری و درمان فمینیستی از این نظر هماهنگ هستند که رابطه‌ی درمانی را نوعی همکاری در نظر می‌گیرند و درمان‌جو را مسئول تعیین کردن هدف‌ها و انتخاب کردن راهبردها برای تغییر می‌دانند. هر دو رویکرد قصد دارند به درمان‌جویان کمک کنند مسئولیت زندگی خود را بپذیرند. درمانگر فمینیست می‌تواند از راهبره‌های عمل‌گرا مانند جسارت‌آموزی و تمرین رفتاری استفاده کند.

۳-۶ محدودیت‌های درمان فمینیستی و انتقادهای وارد شده به آن

درمانگر فمینیست موضع بی طرف نمی‌گیرند. آن‌ها طرفدار تغییر قطعی در ساختار اجتماعی‌هستند، مخصوصاً در زمینه برابری، قدرت در روابط، حق خودمختاری، آزادی کار در بیرون از خانه، حق تحصیل کردن. این برنامه می‌تواند هنگام کار کردن با درمان‌جویانی که در این عقاید سهیمند مشکلاتی را به بار آورد. درمانگران فمینیست باید انتخاب‌های امتحان‌نشده‌ی درمان‌جویان را به چالش بطلبند، ولی اغلب فمینیست‌های امروز انتخاب‌های درمان‌جویان را در صورت آگاهانه بودن، محترم می‌دانند.

درمانگران فمینیست باید مراقب باشند که مبدا ارزش‌های خود را حتی به صورت ظریف بر درمان‌جویان تحمیل کنند. وُزل و رِمِر (۲۰۰۳) معتقدند که کل درمان فرایندی مملو از ارزش است. درمانگران فمینیست باور دارند که باید درمورد ارزش‌ها با درمان‌جویان روراست بود؛ اما این با تحمیل کردن ارزش‌ها بر درمان‌جویان تفاوت دارد.

توجه داشتن به عنوان موقعیتی و محیطی که در مشکلات زنان دخالت دارند و خودداری از بررسی کردن زمینه‌ی درون روانی می‌تواند نقطه‌ی قوت و ضعف باشد. به جای اینکه درمان‌جو بخاطر افسردگی خود سرزنش شود، می‌تواند از واقعیت‌های بیرونی که واقعاً ظالمانه هستند آگاه شود؛ اما در نظر گرفتن مشکل درمان‌جو در محیط می‌تواند عملاً به نپذیرفتن مسئولیت شخصی برای عمل کردن (در صورت مواجه شدن با شرایط غیر منصفانه) کمک کند.

مقایسه شش دیدگاه سیستمی در خانواده درمانی					
خانواده درمانی آدلری	خانواده درمانی چندنسلی	مدل فرایند تأیید انسان	خانواده درمانی تجربی/نمادی	خانواده درمانی ساختاری	خانواده درمانی راهبردی
شخصیت‌های اصلی	آلنرد آدلر روڈلف دریکورس اسکار کریستینسن منفورد سانتگارد	موری بوئن	ویرجینیا سنیور	کارل ویناکر	سالوادور مینوچین
تمرکز زمانی	زمان حال با قدری مراجعه به گذشته	زمان حال و گذشته؛ خانواده اصلی؛ سه نسل	زمان حال	زمان حال	زمان حال و آینده
هدفهای درمان	توانا کردن والدین و رهبران؛ متوقف کردن هدفهای اشتباه و الگوهای تعامل در خانواده؛ کمک کردن به فرزندپروری مؤثر	متمايز کردن خود؛ تغییر دادن فرد درون موقعیت سیتم؛ کاهش دادن اضطراب	کمک کردن به رشد؛ عزت نفس و ارتباط؛ کمک کردن به خانواده برای رسیدن به ارتباط و تعامل صحیح	بازسازی ساختار خانواده؛ تغییر دادن الگوهای تعامل کنشگر و تسخیر زنجیره	برطرف کردن مشکل مسئوده؛ تغییر دادن الگوهای کنشگر؛ تسکین زنجیره
نقش و وظیفه درمانگر	آموزش دهنده؛ بررسی کننده انگیزشی؛ مشارکت کننده	راهنما، پژوهشگر واقع بین، آموزگار؛ کنترل کننده واکنش پذیری خویش	تسهیل کننده فعال؛ کسب آگاه امکانات؛ الگویی برای صحیحی	مربی خانواده؛ جانشینگر؛ الگویی برای تغییر از طریق بازی	مدیر فعال تغییر؛ مشکل گشا

ادامه جدول

خانواده درمانی آدلری	خانواده درمانی چندنسلی	مدل فرایند تأیید انسان	خانواده درمانی تجربی/نمادی	خانواده درمانی ساختاری	خانواده درمانی راهبردی
فرایند تغییر	برقراری رابطه بر اساس احترام متقابل؛ بررسی ترتیب تولد و هدفهای اشتهاء بازآموزی	سوالها و پردازشهای شناختی به تمایز و آگاه شدن از خانواده اصلی منجر می‌شود	به خانواده کمک می‌شود که از وضع موجود به امکانات تازه و انسجام تازه پیش روی کند	آگاهی و بذریع تغییر در مواجهه‌های درمانی گاشته می‌شوند	درمانگر در نقش رهبر به خانواده ملحق می‌شود؛ ساختار را تغییر می‌دهد؛ مرزبندی می‌کند
فلسوف و نوآوریها	مجموعه خانواده؛ روز عادی؛ سرمایه‌گذاری هدف؛ پیامدهای طبیعی / منطقی	هیدل؛ تماس؛ ارتباط؛ مجموعه سازی؛ نقش‌گذاری؛ وقایع‌نگاری زندگی خانوادگی	درمان مشترک؛ خودآگاهی؛ مواجهه؛ استفاده از خود به عنوان عامل تغییر	ملحق شدن و یاری کردن؛ نامتعادل کردن؛ ردیابی کردن؛ مرزبندی؛ قانون‌گذاری	بازنگری؛ رهنمودها و تفاض؛ تقویت کردن؛ واحد کردن؛ نمایش دادن

فصل سیزدهم

رویکردهای پست مدرن

تنی چند از بنیان‌گذاران درمان‌های پست‌مدرن. ایسنو کیم برگ. استیود شازر. مایکل وایت. دیوید اپستون

۱- درآمدی بر سازه‌نگری اجتماعی

مدرنیست‌ها به واقعیتی عینی اعتقاد دارند که بتوان آن را مشاهده کرد و به‌طور منظم از آن آگاه شد. آن‌ها همچنین اعتقاد دارند که واقعیت، مستقل از هرگونه تلاش برای مشاهده‌ی آن وجود دارد. مدرنیست‌ها باور دارند که وقتی افراد از هنجارهای عینی خیلی زیاد منحرف می‌شوند در صدد درمان مشکل خود برمی‌آیند.

پست‌مدرنیست‌ها در مقابل، به واقعیت‌های ذهنی معتقدند که مستقل از فرآیندهای مشاهده‌ای وجود ندارد. سازه‌نگری اجتماعی دیدگاهی درمانی در چارچوب نقطه‌نظر پست‌مدرن است: این دیدگاه بر واقعیت درمان‌جو بدون بحث کردن درباره‌ی اینکه آیا دقیق یا منطقی است تأکید دارد (وبشار، ۱۹۹۳). از نظر سازه‌نگرهای اجتماعی، واقعیت بر استفاده از زبان استوار است و عمدتاً حاصل موقعیت‌هایی است که افراد در آن‌ها زندگی می‌کنند. واقعیت‌ها به‌صورت اجتماعی ساخته می‌شوند. مشکل زمانی وجود دارد که افراد قبول داشته باشند که مشکلی وجود دارد که باید به آن پرداخته شود.

در تفکر پست‌مدرن، زبان و استفاده از آن در قصه‌ها، معنی به وجود می‌آورد. به اندازه قصه‌هایی که افراد نقل می‌کنند معنی وجود دارد و هر یک از این قصه‌ها برای کسی که آن را نقل می‌کند معنی دارد. علاوه بر این، هر کسی که در موقعیتی درگیر است درباره‌ی ((واقعیت)) آن موقعیت دیدگاهی دارد. برگ و لاکمن (۱۹۶۷) معروف هستند به اینکه برای اولین بار سازه‌نگری اجتماعی استفاده کردند و این مفهوم از تغییر جهت در تأکید بر روان‌درمانی فردی و سیستم‌های خانواده خبر داد.

همدلی و مشارکت در فرایند درمان از ارزیابی و فن مهمتر هستند. برای شناخت افراد و کمک کردن به آن‌ها در به وجود آمدن تغییر مطلوب، قصه‌ها و فرایندهای زبان (زبان‌شناسی) مورد تأکید قرار گرفته‌اند. نظریه سازه‌نگری اجتماعی بر چهار فرض اساسی استوار است که مبنای تفاوت بین پست‌مدرنیسم و دیدگاه‌های روان‌شناختی سنتی را تشکیل می‌دهند. اولاً، نظریه سازه‌نگری اجتماعی در مورد دانش بدیهی پنداشتن موضع انتقادی دارد.

سازه‌نگرهای اجتماعی دانش مرسوم را که از لحاظ تاریخی آگاهی ما را از دنیا هدایت کرده است به چالش می‌طلبند و به ما هشدار می‌دهند در مورد فرضیهایی که می‌گویند دنیا چگونه به نظر می‌رسد، شک کنیم. ثانیاً، سازه‌نگرهای اجتماعی معتقدند که زبان و مفاهیمی که ما برای شناختن دنیا مورد استفاده قرار می‌دهیم از لحاظ تاریخی و فرهنگی اختصاصی هستند.

دانش به زمان و فرهنگ وابسته است و روش‌های شناختن ما لزوماً از روش‌های دیگر بهتر نیستند. ثالثاً، سازه‌نگرهای اجتماعی تأکید دارند که دانش از طریق فرایند‌های اجتماعی ساخته می‌شود. آنچه را که ما ((واقعیت)) می‌دانیم حاصل تعامل‌های روزمره بین افراد در زندگی روزمره است؛ بنابراین، یک روش واحد یا ((درست)) برای هدایت کردن زندگی وجود ندارد. رابعاً، شناخت‌های پذیرفته شده یا ((سازه‌های اجتماعی)) شکل‌های بسیار متفاوتی می‌گیرند. دانش و اقدام اجتماعی دست در دست یکدیگر دارند.

۱-۱- نگاه تاریخی کوتاهی بر سازه‌نگری اجتماعی

پیدایش خود (self) که برای جستجوی ماهیت و حقیقت انسان بر دیدگاه‌های مردن حاکم بود جای خود را به مفهوم زندگی‌هایی که به‌صورت اجتماعی به قصه درآمده اند داده است. برای برخی از سازه‌نگرهای اجتماعی، فرایند ((دانستن)) بی‌اعتمادی مواضع فرهنگی حاکم را شامل می‌شود که در خانواده‌ها و جامعه امروزی رخنه کرده است و تغییر با سازه‌شکنی قدرت قصه‌های فرهنگی شروع می‌شود و بعد به سمت ساختن زندگی با معنی جدید پیش می‌رود. تعدادی دیدگاه پست‌مدرن به کاربرست درمان وجود دارد که معروف‌ترین آن‌ها رویکرد سیستم‌های زبان مشترک، درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، درمان راه‌حل‌گرا و قصه‌درمانی.

۱-۲ رویکرد سیستم‌های زبان مشترک

هارلن آندرسون و هارولد گولیشیان (۱۹۹۲)، گفت و شنود اجتماعی - سازه‌نگر نسبتاً بدون ساختاری را توصیه کرده‌اند. آن‌ها با رد کردن مداخله‌های کنترل شده توسط درمانگر و مبتنی بر نظریه، نظریه‌ی اهمیت دادن به درمان‌جو و بودن با درمان‌جو را به وجود آورده‌اند. آندرسون و گولیشیان که از سازه‌نگری اجتماعی آگاه هستند و به این رشته کمک کرده‌اند اعتقاد دارند که زندگی انسان به‌صورت قصه‌های شخصی و خانوادگی ساخته شده است که به فرایند و معنی در زندگی افراد تداوم می‌بخشند. این قصه‌ها به مرور زمان به‌صورت تعامل اجتماعی ساخته شده‌اند. سیستم‌های اجتماعی - فرهنگی که افراد در آن‌ها زندگی می‌کنند محصول تعامل اجتماعی هستند نه چیز دیگر. بدین ترتیب، درمان نیز فرایندی است که از راه گفتگوهای درمانی درمان‌جو و شنونده - تسهیلگر به وجود می‌آید.

وقتی که افراد درصدد درمان برمی‌آیند، اغلب در سیستم گفت‌وگوشنودی ((گرفتار)) می‌شوند که زبان، معنی، و فرایند منحصربه‌فردی در ارتباط با ((مشکل)) دارد. درمان، سیستم گفت و شنود دیگری است که از طریق ماهیت آن که ((نظم دادن به مشکل و حل کردن مسئله)) است شفاف‌بخش می‌شود. اشتیاق درمانگر به شروع کردن گفت و شنود درمانی از موضع ((بدون آگاهی))، این رابطه انسانی با درمان‌جو را تسهیل می‌کند. درمانگران در موضع بدون آگاهی تمام دانش و قابلیت‌های شخصی و تجربی خود را که در طول سال‌ها زندگی کسب کرده‌اند حفظ می‌کنند ولی به خودشان اجازه می‌دهند که با کنجکاوی و علاقه عمیق به کشف کردن، وارد گفت و شنود شوند. هدف در اینجا واردشدن به دنیای درمان‌جوست. درمان‌جویان کارشناسانی می‌شوند که قصه‌های مهم زندگی خود را با درمانگر در میان می‌گذارند. درمانگر جلسات درمان را با مطالبی آغاز می‌کند که درمان‌جو دوست دارد به آن‌ها پرداخته شود.

این فرایند شبیه روش سقراطی است بدون اینکه درمانگر از پیش درباره اینکه شکل‌گیری قصه‌ها چگونه باید باشد یا در چه مسیری باید پیش برود نظر خاصی داشته باشد. هدف از این گفت و شنود مقابله کردن با قصه‌های درمان‌جو یا به چالش طلبیدن آن‌ها نیست بلکه کمک کردن به نقل کردن دوباره قصه است تا فرصت‌هایی برای معنی جدید وقصه‌های تازه فراهم شود.

۳-۱) درمان راه حل مدار کوتاه مدت

۳-۱-۱) مقدمه: درمان راه حل مدار کوتاه مدت که از گرایش نظری راهبردی در موسسه پژوهش روانی به وجود آمده است به جای تمرکز روی حل مشکل، کاملاً بر راه حلها تمرکز می کند.

۳-۱-۲) مفاهیم مهم: درمان راه حل مدار کوتاه مدت با دوری جستن از گذشته به نفع زمان حال و آینده، با درمان های سنتی تفاوت دارد. این درمان به قدری روی آنچه امکان پذیر است تمرکز دارد که به کسب آگاهی از مشکل علاقه ای ندارد. دشازر (۱۹۸۸، ۱۹۹۱) می گوید برای حل کردن مشکل لزومی ندارد که از علت آن آگاه شویم و بین مشکلات و راه حل های آنها رابطه ضروری وجد ندارد. برای اینکه تغییر روی دهد گرد آوری اطلاعات درباره مشکل ضرورت ندارد. اگر آگاهی یافتن و شناختن مشکل اهمیتی ندارد، پس جستجو کردن راه حل های ((درست)) نیز بی اهمیت است.

درمان جویان در درمان راه حل مدار کوتاه مدت هدف هایی را انتخاب می کنند که دوست دارند در درمان به انجام برسانند و به تشخیص، گردآوری تاریخچه، یا بررسی کردن مشکل توجه کمی می شود.

الف) گرایش مثبت: درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر این فرض خوشبینانه استوار است که افراد سالم و با کفایت هستند و از توانایی ساختن راه حل هایی که بتوانند زندگی آنها را بهبود بخشند برخوردارند. فرایند درمان موقعیتی را فراهم می کند تا افراد از طریق آن روی پیدان کردن راه حل ها و نه صحبت کردن درباره ی مشکلات خود تمرکز کنند. درمان جویان اغلب قصه ای دارند که منشاء جبرگرایانه دارد، به این صورت که آنچه در گذشته ی آنها اتفاق افتاده قطعاً آینده آنها را شکل خواهد داد. درمانگر می تواند درمان جویان را ترغیب کند قصه متفاوتی را بنویسند که بتواند به فرجام تازه ای ختم شود.

ب) جستجو کردن آنچه سازگار است: درمانگران راه حل مدار کوتاه مدت به درماجویان کمک می کنند به مورد استثنایی در الگوهای مشکل خود توجه کنند. درمان راه حل مدار کوتاه مدت روی پی بردن به اینکه افراد چه کاری انجام می دهند که کارساز باشد تمرکز کرده و به آنها کمک می کند در کوتاه ترین زمان ممکن، این آگاهی را برای برطرف کردن مشکلات خود به کار برند.

پ) فرض های اساسی هدایت کننده کاربست

- تمرکز مثبت روی راه حل ها و آینده مزایایی دارند.
- افرادی که برای درمان مراجعه می کنند از توانایی رفتار کردن به صورت ثمربخش برخوردارند.
- درمورد هر مشکلی موارد استثنا وجود دارد. درمان جویان با صحبت کردن درباره این موارد استثنا، می توانند بر مسکلی که حل نشدنی به نظر می رسید کنترل کسب کنند. حال و هوای این موارد استثنا پیدا کردن راه حل هارا امکان پذیر می سازد.
- درمان جویان اغلب فقط یک جنبه از خود را نشان می دهند. درمانگران راه حل مدار از درمان جویان می خواهند جنبه دیگر قصه ای را که نقل کرده اند بررسی کنند.
- تغییرات کوچک، زمینه را برای تغییرات بزرگتر آماده می کنند.
- درمان جویان می خواهند تغییر کنند، توانایی تغییر را دارند و منتهای تلاش خود را می کنند تا باعث شوند تغییر روی دهد.
- باید به تصمیم درمان جویان برای حل مشکلاتشان اعتماد کرد. هیچ راه حل ((درستی)) برای مشکل خاصی وجود ندارد که بتوان آن را در مورد همه افراد اجرا کرد. هرکسی منحصر به فرد و هر راه حلی نیز چنین است.

۳-۳-۱) فرایند درمان

والتر و پلر (۱۹۹۲) چهار مرحله‌ای که فرایند درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت را توصیف می‌کنند شرح می‌دهند: (۱) به جای اینکه به دنبال آن باشید که درمان‌جویان چه چیزی را نمی‌خواهند، دریابید که آن‌ها چه می‌خواهند. (۲) به دنبال آسیب نباشید و سعی نکنید که با برچسب زدن تشخیصی به درمان‌جویان آن‌ها را تنزل دهید. به جای آن، به آنچه که درمان‌جویان انجام می‌دهند و کارساز است توجه کرده و آن‌ها را ترغیب کنید تا همین مسیر را ادامه دهند. (۳) اگر کاری که درمان‌جویان انجام می‌دهند کارساز نیست، در این صورت آن‌ها را ترغیب کنید کار متفاوتی را امتحان کنند. (۴) با برخورد کردن با هر جلسه انگار که آخرین و تنها جلسه است، درمان را کوتاه کنید.

تفاوت رویکردهای سنتی و درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت از نظر ساختار راه‌حل سازی:

- به درمان‌جویان فرصت داده می‌شود تا مشکلات خود را شرح دهند.
- درمانگر هرچه زودتر با درمان‌جو در تعیین کردن هدف‌ها همکاری می‌کند.
- درمانگر از درمان‌جویان درباره مواقعی از مشکلات آن‌ها وجود نداشتند یا زمانی که مشکلات آن‌ها چندان شدید نبودند جویا می‌شود. به درمان‌جویان در کاوش کردن این موارد استثنا کمک می‌شود.
- درمانگر در پایان هر گفتگوی راه‌حل‌سازی، به درمان‌جویان بازخورد خلاصه می‌دهد، آن‌ها را ترغیب و توصیه می‌کند.
- درمانگر و درمان‌جویان با استفاده از یک مقیاس ارزیابی، پیشرفت را در رسیدن به راه‌حل‌های مناسب را ارزیابی می‌کنند.

۴-۳-۱) هدف‌های درمان

درمانگر راه‌حل مدار معتقد است که افراد از توانایی مشخص کردن هدف‌های معنی‌دار و امکانات لازم برای حل کردن مشکلات خود برخوردارند. هدف‌ها برای هر درمان‌جو منحصر به فرد هستند و درمان‌جو آن‌ها را برای آینده‌ای غنی‌تر تعیین می‌کند.

روشن نبودن اولویت‌ها، هدف‌ها و نتایج دلخواه درمان‌جو می‌تواند به شکاف بین درمانگر و درمان‌جو منجر شود. درمانگران راه‌حل مدار روی تغییرات کوچک، واقع بینانه و دست یافتنی تمرکز می‌کنند که به پیامدهای مثبت منجر خواهند شد. درمانگران راه‌حل مدار با زبان درمان‌جویان خود همراهی می‌کنند و از کلمات، شتاب و تن صدای مشابه استفاده می‌نمایند.

در درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت چند نوع هدف وجود دارد: تغییر دادن در نظر گرفتن موقعیت با چارچوب داوری، تغییر دادن روش برخورد با موقعیت مشکل ساز و بهره برداری از توانمندیها و امکانات درمان‌جو (اوهانلون و وینر-دیویس، ۱۹۸۹). هدف اصلی درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت این است که به درمان‌جویان کمک شود نگرش و نحوه بیان خود را از صحبت کردن درباره مشکلات به صحبت کردن درباره راه‌حل‌ها تغییر دهند. چون فرض می‌شود که آنچه ما درباره اش زیاد صحبت می‌کنیم همان چیزی است که به وجود می‌آورد. صحبت کردن درباره مشکلات، مشکلات جاری را به وجود خواهد آورد. صحبت کردن درباره تغییر، موجب تغییر می‌شود.

۵-۳-۱) وظایف و نقشهای درمانگر

فرایند درمان عمدتاً مربوط می‌شود به اینکه درمان‌جویان چه تصویری درباره آینده خود دارند و دوست دارند چه چیزی در زندگی آنها متفاوت باشد. درمانگران راه‌حل مدارموضع ((بدون آگاهی)) می‌گیرند تا درمان‌جویان را در موضعی قرار دهند که خودشان درباره زندگی خيوش کارشناس باشند. وظیفه اصلی درمان این است که به درمان‌جویان کمک شود که تصور کنند که چگونه دوست دارند اوضاع متفاوت باشد و برای به وجود آوردن این تغییرات چه کاری باید انجام دهند

۶-۳-۱) رابطه درمانی

مانند سایر گرایشهای درمانی، کیفیت رابطه بین درمانگر و درمان‌جو عامل تعیین‌کننده‌ای در نتایج درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت است. درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت است، بنابراین درمانگر باید هرچه سریعتر تمرکز را از صحبت کردن درباره‌ی مشکلات به بررسی راه‌حل‌ها جابجا کند. شازر (۱۹۸۸) سه نوع رابطه را که می‌تواند بین درمانگران و درمان‌جویان آنها برقرار شود توصیف کرده است:

- مشتری: درمان‌جو و درمانگر مشترکاً مشکل و راه‌حلی را که بتوان روی آنها کار کرد مشخص می‌کنند.
- شاکی: درمان‌جو مشکلی را شرح می‌دهد ولی نمی‌تواند یا مایل نیست در ساختن راه‌حل نقش داشته باشد.
- ملاقات‌کننده: درمان‌جو برای درمان مراجعه می‌کند چون فرد دیگری (همسر، والد، معلم، افسر مراقب) تصور می‌کند که درمان‌جو مشکل دارد. این درمان‌جو ممکن است قبول نداشته باشد که مشکل دارد و امکان دارد و نتواند چیزی را برای بررسی کردن در جلسه درمان مشخص کند.

۷-۳-۱) کاربرد: فنون و روش‌های درمان

الف) تغییر پیش از درمان: صرفاً برنامه‌ریزی کردن برای ملاقات، اغلب تغییر مثبت را به جریان می‌اندازد. معمولاً در جلسه درمان مقدماتی درمانگران راه‌حل مدار می‌پرسند ((از زمانی که درخواست قرار ملاقات کردید چه کاری انجام داده‌اید که مشکل شما را تا اندازه‌ای تغییر داده باشد؟))

ب) سوالهای استثنا: درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت بر این عقیده استوار است که مواقعی در زندگی درمان‌جویان بوده است که مشکلاتی را که آنها مشخص می‌کنند مشکل ساز نبودند. این مواقع استثناها نامیده می‌شوند و بیانگر خبرهای تفاوت هستند (بیتسون، ۱۹۷۲). درمانگران راه‌حل مدار سوالهای استثنا می‌پرسند تا درمان‌جویان را به سمت مواقعی هدایت کنند که مشکل وجود نداشت. استثناها آن دسته از تجربیات گذشته در زندگی درمان‌جو هستند که اگر او انتظار وقوع مشکلی را داشت معقول بود ولی مشکل به گونه‌ای روی نداده است (د شازر، ۱۹۸۵) این کاوش به درمان‌جویان یادآور می‌شود که مشکلات قادر مطلق نیستند و برای همیشه وجود ندارند، این در ضمن فرصتی را برای فرا خواندن امکانات، به کار گرفتن توانمندیها و در نظر گرفتن راه‌حل‌های احتمالی فراهم می‌آورد. درمانگر از درمان‌جویان می‌پرسد برای اینکه این استثناها بارها روی دهند چه اتفاقی بای بیفتد در واژگان راه‌حل مدار، این صحبت کردن درباره تغییرنامیده می‌شود.

پ) سوال معجزه

هدف های درمان با استفاده از آنچه که د شازر سوال معجزه می نامد نیز تعیین می شوند. درمانگر می پرسد: ((اگر معجزه روی دهد و یک شبه مشکل شما حل شود، از کجا می فهمید که حل شده و چه چیزی تفاوت خواهد کرد؟)). این فرایند در نظر گرفتن راه حل های فرضی بیانگر عقیده او هانلون و وینر- دیویساست مبنی بر اینکه تغییر دادن عمل کردن و در نظر گرفتن مشکل را تغییر می دهد.

این سوال هدف دیگری هم دارد و آن این است که درمان جویان می توانند زندگی متفاوتی را تصور کنند که تحت سلطه مشکل خاصی قرار ندارد. این مداخله به جای تأکید بر مشکلات گذشته و حال روی زندگی خوشنود کننده تر در آینده تمرکز دارد.

ت) سوالهای درجه بندی شده

در صورتی که تغییر در تجربیات فرد، مانند احساسات، خلق ها، یا ارتباط به راحتی مشاهده نشوند، درمانگران راه حل مدار از سوالهای درجه بندی شده نیز استفاده می کنند. سوالهای درجه بندی شده درمان جویان را قادر می سازند به آنچه که انجام می دهند و به نحوه برداشتن گام هایی که به تغییرات مطلوب آنها خواهد انجامید، توجه دقیق تری کنند.

ث) فرمول تکلیف جلسه اول

فرمول تکلیف جلسه اول نوعی تکلیف است که درمانگر به درمان جویان می دهد تا بین جلسه اول و دوم انجام دهند. به عقیده د شازر، این مداخله خوشبینی و امید درمان جویان را درباره وضعیت آنها افزایش می دهد. درمان جویان عموماً در اجرای این تکلیف همکاری می کنند و از جلسه اول به بعد تغییر یا بهبود را گزارش می دهند.

برتولینو و اوهانلون (۲۰۰۲) توصیه می کنند بعد از اینکه درمان جویان فرصت بیان کردن مسائل، دیدگاهها و قصه های خود را یافته باشند، از این مداخله استفاده شود.

ج) بازخورد درمانگر به درمان جویان

درمانگر راه حل مدار عموماً در پایان هر جلسه ۵ تا ۱۰ دقیقه را صرف تهیه پیام چکیده ای برای درمان جویان می کنند. درمانگران در این مدت بازخوردی را تنظیم می کنند که بعد از مدتی استراحت آن را به درمان جویان می دهند. دیوتگ و برگ (۲۰۰۲) سه عنصر اساسی را برای تهیه بازخورد چکیده توصیف می کنند.

تحسین، پل، و توصیه کردن تکلیف: تحسین، تایید صادقانه کاری است که درمان جویان انجام می دهند که به راه حل مؤثر منجر می شود. تحسین که نوعی ترغیب است، امید به بار می آورد و این انتظار را به درمان جویان انتقال می دهد که می توانند با اتکا توانمندیها و موفقیت های خود به هدفهایشان برسند. پل تحسین های مقدماتی را به تکالیف توصیه شده ای که داده خواهد شد متصل می کند. پل دلیل منطقی برای توصیه ها را توجیه می کند. سومین جنبه بازخورد، توصیه کردن تکالیف به درمان جویان را شامل می شود. تکالیف مشاهده ای صرفاً از درمان جویان می خواهند به برخی از جنبه های زندگی خود توجه کنند.

چ) خاتمه دادن

درمانگر از همان مصاحبه اول راه حل مدار در فکر این است که به درمان خاتمه دهد. بعد از اینکه درمان جویان توانسته باشند راه حل رضایت بخشی را بسازند، رابطه درمانی می تواند خاتمه یابد. سوال تعیین هدف مقدماتی که درمانگر اغلب می پرسد این است ((در نتیجه ی آمدن به اینجا چه چیزی باید در زندگی شما متفاوت باشد تا بگویید ملاقات با من با ارزش بوده است؟)). سوال دیگری که درمان جویان را به تفکر و می دارد این است ((وقتی این مشکل حل شد، چه کار متفاوتی را انجام خواهید داد؟)).

۴-۱ قصه درمانی

۴-۱-۱ مقدمه

از بین تمام سازه نگرهای اجتماعی، مایکل وایت و دیوید اپستون (۱۹۹۰) به خاطر استفاده از قصه در درمان از همه معروف تر هستند. به عقیده وایت (۱۹۹۲)، افراد معنی زندگی را در قصه های روشنگر می سازند که بعداً به عنوان ((واقعیت)) با آن ها برخورد می شود. افراد به خاطر قدرت قصه های فرهنگ حاکم، پیامهایی را از خطابه های حاکم درونی می کنند و هویت خود را بر اساس شرایط زندگی کردن که این پیام ها توصیه می کنند، تشکیل می دهند. درمان تا اندازه ای، برقراری مجدد اراده شخصی و رها کردن فرد از یوغ مشکلات بیرونی و قصه های حاکم سیستم های بزرگتر است.

۴-۱-۲ مفاهیم مهم

الف) تمرکز قصه درمانی

تمرکز رویکرد قصه درمانی با اغلب نظریه های سنتی تفاوت دارد. درمانگران ترغیب می شوند تا رویکردی مشارکتی با علاقه خاص به گوش کردن به قصه های درمان جویان داشته باشند، به دنبال مواقعی در زندگی درمان جویان بگردند که با تدبیر و چاره جو بودند، از سوال هایی استفاده کنند که درمان جویان را درگیر کرده و به کاوش آن ها کمک کنند، از تشخیص دادن و برچسب زدن به درمان جویان خودداری کنند، به درمان جویان در بررسی کردن تاثیری که مشکل بر زندگی آن ها داشته است کمک کنند و به درمان جویان کمک کنند خودشان را از قصه های حاکمی که درونی کرده اند جدا سازند تا فضایی برای به وجود آوردن قصه های زندگی دیگر باز شود.

ب) نقش قصه ها

ما زندگی خود را بر اساس قصه هایی می سازیم که برای خودمان نقل می کنیم و دیگران برای ما نقل می کنند. این قصه ها در عمل واقعیت را شکل می دهند زیرا آنچه را که می بینیم احساس می کنیم و انجام می دهیم می سازند و تشکیل می دهند.

قصه هایی که به آن ها اعتقاد داریم از گفتگو ها در موقعیت اجتماعی و فرهنگی به وجود می آیند. درمان جویانی که برای درمان مراجعه می کنند نقش قربانیان آسیب دیده ای که زندگی ناامیدانه و رقت باری را هدایت می کنند بر عهده نمی گیرند، بلکه آن ها به صورت فاتح جسوری ظاهر می شوند که قصه های روشنی برای نقل کردن دارند. این قصه ها نه تنها فرد قصه گو، بلکه همچنین درمانگری را که از امیتاز شرکت داشتن در این فرایند برملا کننده برخوردار است تغییر می دهند.

پ) گوش کردن با دید باز

همه‌ی نظریه‌های سازه نگر اجتماعی روی گوش کردن به درمان‌جویان بدون قضاوت یا سرزنش کردن، تایید یا ارزش گذاری کردن آن‌ها تایید می‌کنند. دیدگاه قصه پردازی روی توانایی انسان‌ها برای تفکر خلاق و تخیلی تمرکز دارد.

۳-۴-۱) فرایند درمان شامل مراحل زیر است:

- با درمان‌جو همکاری کنید تا به نامی برای مشکل او که متقابلاً قابل قبول باشد برسید.
- مشکل را خصوصی کنید و مقاصد و تاکتیک‌های مستبدانه را به آن نسبت دهید.
- در این باره تحقیق کنید که چگونه این مشکل وضعیت درمان‌جو را مختل کرده، بر او مسلط شده یا او را دلسرد کرده است.
- با ارایه دادن معانی دیگر برای رویدادها، از درمان‌جو بخواهید قصه خود را از زوایای دیگری در نظر بگیرید.
- با بررسی استثنایها برای مشکل، لحظه‌هایی را پیدا کنید که درمان‌جو تحت سلطه مشکل قرار نداشته یا مایوس نشده باشد.
- شواهدی تاریخی را برای تقویت کردن نظر جدید درمان‌جو پیدا کنید تا احساس کند به قدر کافی شایستگی دارد که در برابر سلطه مشکل بایستد، با آن مبارزه کند، یا از آن بگریزد.
- از درمان‌جو بپرسید درباره نوع آینده‌ای که بتوان از یک آدم نیرومند که در حال پدیدار شدن است انتظار داشت حدس بزند.
- زمانی که درمان‌جو از قید قصه‌های گذشته مملو از مشکل رها شود، می‌تواند برای آینده‌ای کمتر مشکل‌ساز برنامه‌ریزی کند.
- شنونده‌ای را برای گوش کردن قصه تازه و حمایت کردن از آن پیدا کنید.
- بهتر است این مراحل به‌صورت پیش روی چرخشی در نظر گرفته شوند.

۴-۴-۱) هدف‌های درمان

هدف کلی قصه درمانی این است که از افراد درخواست شود تجربه خود را به زبانی تازه شرح دهند. این زبان تازه درمان‌جویان را قادر می‌سازد تا برای افکار، احساسات و رفتارهای مشکل‌آفرین معانی تازه‌ای به وجود آورند.

۵-۴-۱) وظیفه و نقش درمانگر

قصه درمانگران تسهیل‌کنندگان فعال هستند. مفاهیم اهمیت دادن، علاقه، کنجکاوی توأم با احترام، گشودگی، تماس و حتی شیفتگی برای ارتباط ضروری هستند. موضع بدون آگاهی که به درمانگران امکان می‌دهد قصه‌های درمان‌جویان را دنبال کرده، آن‌ها را تایید کنند و توسط آن‌ها هدایت شوند، نقش‌های شرکت‌کننده-مشاهده‌گر و تسهیل‌کننده فرایند را برای درمانگر به وجود می‌آورند درمان را با دیدگاه پست‌مدرن بررسی انسان ادغام می‌کنند.

وظیفه اصلی درمانگر این است که به درمان‌جویان کمک کند قصه‌ای را که ترجیح می‌دهند بسازند. قصه درمانگر از بکاربردن زبانی که تسخیر، ارزیابی و مداخله را در بر داشته باشد اجتناب می‌کند. وظایفی چون تشخیص و ارزیابی اغلب اولویت را به ((واقعیت)) درمانگر می‌دهد نه به آگاهی درمان‌جویان از زندگی خودشان. رویکرد قصه پردازی روی آگاهی یافتن از تجربیات درمان‌جویان تأکید دارد و با تلاشهای پیش‌بینی کردن، تعبیر کردن و برچسب بیماری زدن مخالف است.

۶-۴-۱) **رابطه درمانی:** مشارکت غم خواری، انعکاس و کشف، از ویژگی‌های رابطه درمانی هستند.

۷-۴-۱) **کاربرد: فنون و روش های درمان**

کاربرد مؤثر قصه درمانی بیشتر از آنکه به فنون وابسته باشد به نگرشها یا دیدگاههای درمانگر وابسته است. قصه درمانگران با موضع کارل راجرز که بر نحوه بودن درمانگر به جاس استفاده از فنون تأکید دارد کاملاً موافق هستند. رویکرد قصه پردازی به مشاوره از کاربرد مهارتها فراتر است؛ این رویکرد بر پایه خصوصیات فردی درمانگر استوار است. این رویکرد همچنین جلوه ای از موضع اخلاقی است که بر چارچوب فلسفی استوار است.

الف) سوالها- و سوالهای بیشتر: قصه درمانگران از سوالها به عنوان روشی برای به وجود آوردن تجربه نه گردآوری اطلاعات استفاده می کنند. هدف از سوال کردن این است که تجربه درمان جو به تدریج کشف یا ساخته شود طوری که درمانگر بفهمد چه مسیری را دنبال کند. درمانگران از موضع بدون آگاهی سوالها را می پرسند، بدین معنی که آن ها سوالهایی را مطرح نمی کنند که فکر کنند از پیش جوابهای آن ها را می دانند.

ب) برونی کردن و ساخت شکنی: قصه درمانگران از این نظر با خیلی از درمانگران سنتی تفاوت دارند که معتقدند این فرد نیست که مشکل است بلکه خود مشکل، مشکل است. زندگی کردن یعنی ارتباط داشتن با مشکلات نه قاطی شدن با آن ها. برونی کردن، روشی برای ساخت شکنی نیروی قصه و جدا کردن فرد از یکی دانستن خود با مشکل است. فرد به جای مشکل بودن، با مشکل رابطه دارد. برای مثال، بین بر چسب زدن به یک نفر به عنوان الکلی و گفتن اینکه الکلی بر زندگی او تأثیر نامطلوب گذاشته است. تفاوت وجود دارد. جدا کردن مشکل از فرد موجب امیدواری می شود و درمان جویان را قادر می سازد تا در برابر قصه ای خاص، مانند سرزنش کردن خود، موضع بگیرند.

پ) جستجو برای نتایج منحصربه فرد: در رویکرد قصه پردازی، سوالهای بیرونی کردن با سوالهایی دنبال می شوند که در جستجوی نتایج منحصربه فرد هستند. هدف از این سوالها تأکید کردن روی لحظه هایی است که مشکل روی نداده یا زمانی که به طرز موفقیت آمیز با مشکل برخورد شده است. مطرح کردن سوالهایی از این قبیل درمان جویان را قادر می سازد تا دریابند که تغییر امکان پذیر است.

ت) قصه های دیگر و خلق کردن دوباره: ساختن قصه های تازه با ساخت شکنی ارتباط دارد و قصه درمانگران به پدیدار شدن قصه های تازه توجه می کنند. نقطه عطف در مصاحبه قصه پردازی زمانی فرا می رسد که درمان جویان تصمیم می گیرند زندگی کردن طبق قصه مملو از مشکل را ادامه دهند یا قصه دیگری را خلق کنند. پیدایش قصه های دیگر نشانه ای از امید است: امروز اولین روز از باقیمانده زندگی شماست.

۲) **رویکردهای پست مدرن از دیدگاه چندفرهنگی**

۱-۲) خدمات به مشاوره چندفرهنگی: سازه نگری اجتماعی با فلسفه چند فرهنگ گرایی همخوانی دارد. رویکردهای پست مدرن با تأکید بر واقعیتهای متعدد و این فرض که آنچه حقیقت پنداشته می شود حاصل ساختار اجتماعی است، با نقطه نظرهای متنوع مناسبت دارند.

قصه درمانی بر بستر اجتماعی- فرهنگی استوار است که این رویکرد را مناسب مشاوره با درمان جویانی می‌کند که از لحاظ فرهنگی تفاوت دارند. برتولینو و اوهانلون (۲۰۰۲) در بحث خود درباره تأثیرات چندفرهنگی بر درمان جویان به این نکته اشاره می‌کنند که با عقیده پیش پنداشته شده درباره تجربیات درمان جویان با آن‌ها برخورد نمی‌کنند. در مقابل، آن‌ها از درمان جویان خود درباره دنیای تجربی شان می‌آموزند.

۲-۲) نقطه‌ضعفهای مشاوره چندفرهنگی: یکی از نقطه‌ضعفهای رویکردهای پست مردن به ((موضع بدون آگاهی)) که درمانگر اختیار می‌کند همراه با فرض ((درمان جو به عنوان کارشناس)) مربوط می‌شود. افرادی که از گروه های فرهنگی مختلف هستند گرایش دارند به اینکه متخصص را به مقام کارشناسی ترفیع دهند که به کسی که جویای کمک است رهنمود دهد و راه حل هایی را معرفی کند. اگر درمانگر به درمانجویا بگوید که ((من واقعاً کارشناس نیستم ولی شما کارشناس هستید؛ من به قابلیت شما در یافتن راه حل برای مشکلات خود ایمان دارم)) در این صورت احتمال دارد که این فقدان اعتمادبنفس را در درمانگر منعکس کند.

۳) خلاصه و ارزیابی

۳-۱) خلاصه

موضع بدون آگاهی درمانگر مفهومی اصلی در رویکردهای راه حل مدار و قصه درمانی است. موضع بدون آگاهی که به درمانگران امکان می‌دهد تا قصه های درمان جویان خود را دنبال کرده، تایید کنند و توسط آن‌ها هدایت شوند، نقش‌های شرکت کننده - مشاهده گر و تسهیل کننده را بر عهده درمانگر می‌گذارد.

درمان راه حل مدار کوتاه مدت و قصه درمانی بر این فرض خوشبینانه استوارند که انسان‌ها سالم، شایسته و با درایت هستند و از توانایی ساختن راه حل ها و قصه های دیگر پرا که بتوانند زندگی آن‌ها را بهبود بخشند، برخوردارند. در درمان راه حل مدار کوتاه مدت، فرایند درمان موقعیتی را برای افراد تامین می‌کند تا به جای صحبت کردن درباره مشکلات روی به وجود آوردن راه حلها تمرکز کنند.

۳-۲) خدمات رویکردهای پست مدرن: به نظر می‌رسد موضع برجسب بیماری نزدن درمانگران دارای گرایش سازه‌نگری اجتماعی خدمت مهمی به حرفه مشاوره است. درمان راه حل مدار این امتیاز را دارد که کوتاه مدت است. مهم ترین امتیاز درمان های راه حل مدار و قصه درمانی استفاده از سوال کردن است که اساس هر دو رویکرد میباشد. سوالهای باز پاسخ درباره نگرشها، افکار، احساسات، رفتارها و برداشتهای درمان جویان یکی از مداخله های اساسی است. آنچه خیلی مفید است سوالهای آینده گرا هستند که در مناجویان را به فکر وا می دارند که چگونه مشکلات احتمالی را در آینده حل خواهند کرد.

۳-۳) محدودیت های رویکردهای پست مدرن و انتقادهای وارد شده به آن‌ها

شماری از نویسندگان و درمانگران تأکید کرده اند که برای کاربست مؤثر درمان راه حل مدار کوتاه مدت و قصه درمانی یک رشته فرمول یا دستور العمل برای دنبال کردن وجود ندارد. مونک (۱۹۹۷) تأکید می‌کند که قصه درمانی در مورد هر درمان جو فرق می‌کند زیرا هر کسی بی نظیر است. از نظر مونک، گفتگو های قصه درمانی بر روش بودن استوار هستند و اگر مشاوره قصه پردازي ((به صورت فرمول تصور شود یا به عنوان دستور العمل مورد استفاده قرار گیرد درمان جویان احساس خواهند کرد که کارهایی برای آن‌ها انجام می‌شود و از گفتگو خارج می‌شوند.)) مک کنزی و مونک (۱۹۹۷) نگرانی خود را در مورد مشاورانی ابراز کرده اند که سعی دارند مفاهیم قصه درمانی را به صورت ماشینی پیاده کنند.

فصل چهاردهم

نظریه‌های سیستم خانواده

افرادی که به نظریه سیستم‌های خانواده کمک کرده‌اند. آلفرد آدلر، موری بوئن، ویرجینیا ستیر، کارل ویتاکر، سالوادور مینوچین، جی هیلی، کلومادانس

۱-مقدمه: این روزها رویکردهای گوناگون به سیستم‌های خانواده بیانگر تغییر مسیری هستند که حتی می‌توانیم آن را ((نیروی چهارم)) بنامیم.

۲-دیدگاه سیستم‌های خانواده: شاید سخت‌ترین سازگاری برای مشاوران و درمانگران فرهنگ‌های غربی انتخاب دیدگاه ((سیستم‌ها)) باشد. دیدگاه سیستم‌های خانواده بر این باور است افراد را از طریق ارزیابی تعاملهایی که بین اعضای خانواده صورت می‌گیرند بهتر می‌توان شناخت. رشد و رفتار یک عضو خانواده به‌طور جدایی ناپذیر با افراد دیگر در خانواده ارتباط متقابل دارند. نشانه‌ها اغلب به‌صورت ابراز یک رشته عاداتها و الگوهای درون خانواده برداشت می‌شوند.

این دیدگاه بر این فرضها استوار است که رفتار مشکل ساز درمان‌جو می‌تواند (۱) وظیفه یا هدفی را برای خانواده داشته باشد، (۲) به‌صورت غیر عمدی توسط فرایند های خانواده حفظ شده باشد، (۳) حاصل ناتوانی خانواده در عمل کردن به نحو ثمربخشی باشد یا (۴) نشانه‌ی الگوهای کژکاری باشد که دربین نسلها به ارث رسیده باشند.

یک اصل اساسی که خانواده‌درمانگران صرف نظر از رویکرد خاص خود بر سر آن توافق دارند اینست که دمانجو با سیستم‌های زنده ارتباط دارد. بررسی پویشهای درونی فرد بدون در نظر گرفتن پویشهای میان‌فردی، تصور ناقصی را به بار می‌آورد. چون تمرکز روی روابط میان‌فردی است، بکوار و بکوار (۲۰۰۳) معتقدند که خانواده درمانی نام گذاری غلطی است و رابطه درمانی نام مناسب‌تری است. گلدنبرگ و گلدنبرگ (۲۰۰۴) اشاره می‌کنند که درمانگران باید کل رفتار از جمله تمام نشانه‌هایی را که فرد آشکار می‌سازد، درموقعیت خانواده و جامعه در نظر بگیرند. آن‌ها اضافه می‌کنند که رویکرد سیستم‌ها بررسی پویشهای درون فرد را از نظر دور نمی‌دارد ولی تأکید سنتی بر پویشهای درون فردی را گسترش می‌دهد.

۳-تفاوت‌های بین رویکردهای سیستمی و فردی

درمانگر فردی امکان دارد که: با استفاده از DSM-IV-TR روی تشخیص دادن دقیق تمرکز کند. بلافاصله درمان مراجع را شروع کنند روی علتها، هدفها، فرایند های هیجانی و رفتاری تمرکز کند که در افسردگی و مقابله کردن مراجع دخالت دارند. به تجربیات و دیدگاههای فردی مراجع بپردازد به‌صورتی مداخله کند ککه به مقابله کردن مراجع کمک نماید.

درمانگر سیستمی امکان دارد که: با استفاده از ژنوگرام، سیستم فرایند خانواده و مقررات آن را بررسی کند. مادر، پدر و خواهر مراجع را به جلسات درمان با او دعوت کند. روی روابط خانوادگی تمرکز کند که ادامه‌ی افسردگی مراجع درون آن ((معنی بدهد)). به معانی بین نسلی، مقررات، دیدگاههای فرهنگی و جنسیت دروان این سیستم وحتی جامعه‌ی و سیستم‌های بزرگتری که بر خانواده تأثیر دارند بپردازد. به‌صورت مداخله کند که به تغییر در موقعیت مراجع کمک نماید

۴- شکل‌گیری درمان سیستم‌های خانواده

۴-۱ خانواده درمانی آدلری

آلفرد آدلر اولین روان‌شناس عصر نوین بود که خانواده درمانی را اجرا کرد. مدتها قبل از اینکه نظریه سیستم‌ها در روان‌درمانی به کار برده شود، رویکرد او سیستمی بود. آدلر (۱۹۲۷) اولین کسی بود که متوجه شد رشد کودک درون مجموعه خانواده (عبارت او برای سیستم خانواده) قویا تحت تأثیر ترتیب تولد قرار دارد. آدلر همچنین معتقد بود که تمام رفتارها هدفمند هستند و کودکان اغلب طبق الگوهایی رفتار می‌کنند که میل به تعلق‌پذیری آنها را باانگیزه می‌کند، حتی زمانی که این الگوها بی‌فایده باشند.

فرض بنیادی خانواده درمانگران آدلری نوین این است که والدین و فرزندان اغلب در تعامل‌های تکراری و منفی گرفتار می‌شوند که بر اهداف اشتباه استوارند و تمام افراد درگیر را برانگیخته می‌کنند.

۴-۲ خانواده درمانی چند نسلی ماری بوئن

نظریه‌ی سیستم‌های خانواده بوئن که مدلی نظری و بالینی است که از اصول و کاربردهای روان‌کاوی به وجود آمده است، گاهی خانواده درمانی چند نسلی نامیده می‌شود. بوئن و همکاران وی روش نوآورانه‌ای را درمورد اسکیزوفرنی در مؤسسه ملی سلامت روان اجرا کردند که بوئن در آنجا کل خانواده‌ها را بستری می‌کرد تا سیستم خانواده بتواند کانون درمان باشد.

مشاهدات بوئن باعث شدند که او به الگوهای بین چند نسل علاقمند شود. او معتقد بود تا وقتی که از الگوهای رابطه در خانواده اصلی فرد آگاهی کسب نشده و مستقیماً به چالش طلبیده نشده باشند، مشکلاتی را که در خانواده فعلی او آشکار می‌شوند نمی‌توان کاملاً تغییر داد. رویکرد او بر این فرض استوار است که الگوی روابط میان فردی قابل پیش‌بینی عملکرد اعضای خانواده را در بین نسلها مرتبط می‌کند.

به عقیده کر و بوئن (۱۹۸۸)، مشکلات فرد را فقط می‌توان با در نظر گرفتن نقش خانواده به‌عنوان واحد عاطفی شناخت. اگر کسی بخواهد به شخصیت پخته و منحصربه‌فرد دست یابد، باید در واحد خانواده، آمیختگی عاطفی حل نشده‌ی او با خانواده مورد بررسی قرار گیرد. تا وقتی که دلبستگی‌های عاطفی حل نشده به نحو مؤثری حل فصل نشده باشند، مشکلات عاطفی نسل به نسل منتقل خواهند شد. تغییر باید با سایر اعضای خانواده صورت گیرد و نمی‌توان آن را به‌وسیله‌ی یک فرد در اتاق مشاوره انجام داد.

یک از مفاهیم مهم بوئن مثلث بندی است، فرایندی که به موجب آن مثلث‌ها تجربه‌ی دو نفر علیه یک نفر را به بار می‌آورند. بوئن معتقد بود که مثلث بندی می‌تواند به‌راحتی بین اعضای خانواده و درمانگر روی دهد و به همین دلیل بود که بوئن به کار آموزان خود تأکید می‌کرد از مسائل خانواده اصلی خود آگاه شوند.

خدمت مهم درمان بوئن مفهوم تمایز خوداست. تمایز خود، جدایی روانی عقل و هیجان و استقلال خود از دیگران را شامل می‌شود. افراد در جریان تفرّد، درک هویت خویش را کسب می‌کنند. این تمایز از خانواده اصلی آنها را قادر می‌سازد تا مسئولیت افکار، احساسها، ادراکها و اعمال خود را بپذیرند.

۳-۴ مدل فرایند تایید انسان ویرجینا ستیر

ویرجینیا ستیر بر ارتباطات خانوادگی تأکید کرد. کار درمانی او باعث شده بود که به ارزش رابطه‌ی عمیق و محبت آمیز بر اساس علاقه و دلبستگی به کسانی که برای آن‌ها اهمیت قایل بود پی ببرد. او خود را کار آگاهی تصور می‌کرد که در جستجوی جلوه‌هایی از عزت نفس در ارتباط‌های درمانجویانش بود. ستیر از طریق ربرو شدن با این فرایند به نیروی خانواده درمانی، اهمیت ارتباط و فرا ارتباط در تعامل خانواده و ارزش تأکید شفابخش در فرایند تغییر پی برد.

او بسیار شهودی بود و اعتقاد داشت که خود انگیختگی، خلاقیت، شوخ‌طبعی، خود افشاگری، مخاطره جویی و تماس شخصی برای خانواده درمانی ضروری هستند. از نظر او فنون نسبت به رابطه‌ای که درمانگر با خانواده برقرار می‌کنند در درجه دوم اهمیت قرار دارند. رویکرد تجربی و انساگرای او به مدل فرایند تایید انسان معروف شد ولی کار اولیه او با خانواده‌ها به خانواده درمانی یکپارچه بیشتر معروف بود.

۴-۴ خانواده درمانی تجربی

کارل ویتاکر پیشگام خانواده درمانی تجربی بود که گاهی آن را رویکرد تجربی-نمادی می‌نامند. ویتاکر که درمان وجودی را در سیستم‌های خانواده به کار می‌برد بر انتخاب، آزادی، خود مختاری، رشد و شکوفایی تأکید داشت.

رویکرد شهودی و بی قید و بند ویتاکر به دنبال آن بود تا از صورت ظاهر پرده برداری کند و معنی تازه به وجود آورد و در عین حال اعضای خانواده را طوری آزاد سازد که خودشان باشند. ویتاکر یک رشته روش را ارایه نداد بلکه معتقد بود که در آمیختگی شخصی درمانگر با خانواده اهمیت دارد.

از نظر ویتاکر، خانواده درمانی راهی برای درمان بود تا فعالانه به رشد خودشان بپردازند. در واقع، درمان می‌تواند عملاً به درمانگر به اندازه‌ی خانواده کمک کند. ویتاکر خانواده‌ها را درمان نمی‌کرد، بلکه نقش خود را به این صورت در نظر داشت که موقعیتی را برای خانواده به وجود می‌آورد تا تغییر در آن بتواند از طریق فرایند بازسازی و انسجام دوباره روی دهد.

۵-۴ خانواده درمانی ساختاری-راهبردی

سرچشمه خانواده درمانی ساختاری-راهبردی را می‌توان در اوایل ۱۹۶۰ رد یابی کرد که سالوادور مینوچین کودکان بزهکار خانواده‌های فقیر در مدرسه ویلتو یک واقع در نیویورک را درمان می‌کرد. باور اصلی مینوچین (۱۹۷۴) این بود که نشانه‌های فرد را از دیدگاه الگوهای تعاملی درون خانواده می‌توان شناخت و قبل از اینکه نشانه‌های فرد را بتوان کاهش داد یا برطرف کرد، باید در خانواده ساختاری روی دهد. هدف‌های خانواده درمانی ساختاری دو گانه هستند: کاهش دادن نشانه‌های کژکاری و (۲) به وجود آوردن تغییر ساختاری درون سیستم با تعدیل کردن مقررات تبادلی خانواده و برقرار کردن مرزهای مناسب تر.

در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰، جی هلی در کلینیک راهنمایی کودک فیلادلفیا به مینوچین پیوست. هر دو رویکرد به دنبال شناسایی ساختارهای کژکار یا مشکل ساز در خانواده‌ها هستند؛ مرز بندی، نامتعادل کردن، بازنگری، آزمونهای دشوار و نمایش دادن، بخشی از فرایند درمانی خانواده شدند.

هیچ یک از این دو رویکرد چندان به کاوش یا تعبیر کردن گذشته نمی‌پردازند. در در عوض، درمانگران ساختاری-راهبردی وظیفه دارند که به خانواده ملحق شوند، الگوهای تعامل کلیشه‌ای را متوقف کنند، سلسله مراتب‌ها یا زیر سیستم‌های خانواده را مشخص نمایند و به پرورش تعاملهای انعطاف‌پذیرتر یا مفیدتر کمک کنند.

مدل‌های ساختاری و راهبردی از نظر اینکه هر یک چگونه مشکلات خانوادگی را در می‌گیرند تا اندازه‌ای تفاوت دارند: مینوچین (۱۹۷۴) مشکلات فردی و خانوادگی را بیمارگونه می‌داند در حالی که هیلی (۱۹۷۶) آنها را به صورت مشکلات ((واقعی)) که به پاسخهای واقعی نیاز دارند، در نظر می‌گیرد. هر دو مدل از نظر ماهیت رهنمودی هستند و هر دو از درمانگران انتظار دارند از مقدار خاصی مهارت برای انتقال آن به فرایند خانواده درمانی برخوردار باشند.

رویکرد راهبردی هیلی مشکلات موجود را برای عملکرد سیستم، واقعی و استعاره‌ای (مجازی) می‌داند. روی قدرت، کنترل سلسله مراتبهای موجود در خانواده و جلسات درمان زیاد تأکید می‌شود.

۵- هشت دیدگاه در درمان سیستم‌های خانواده

۵-۱- **شکل‌گیری:** گرچه شکل‌گیری سیستم‌های درونی خانواده را به ریچارد شوارتز (۱۹۹۵) نسبت داده‌اند ولی او تنها درمانگری نیست که متوجه شده شخصیت فرد اجزای گوناگون دارد. ویرجینیا ستیر برای دسترسی به اجزای گوناگون خود از روش‌های مختلف استفاده کرد که فرایند بررسی پدیدار شناخت خانواده، چرخ تأثیر و ماندالای خود، از آن جمله هستند. بدیع ترین فرایند او ((جشن اجزا)) نامیده شد. جشن اجزا هنگام کار کردن با زوجیهایی که اختلاف داشتند خیلی مؤثر واقع می‌شد؛ اما شاید کاملترین رویکرد به کار کردن روی اجزا را ارو وینگ پولستر (۱۹۹۵) شخصیت مهم در گشتالت درمانی به وجود آورده باشد.

هر فردی که از چندین جزء، یا بُعد در شخصیت خود تشکیل شده است. برخی از این جنبه‌های شخصیت، خود را تقویت کرده و برخی دیگر آن را تخریب می‌کنند. برخی از این جنبه‌ها می‌توانند جسمانی، شناختی، هیجانی، اجتماعی یا معنوی باشند. از برخی جنبه‌ها بیشتر از جنبه‌های دیگر استفاده می‌شود. این اجزا از تعاملهای اجتماعی و تجربیات مربوط به رشد ما سرچشمه می‌گیرند.

آن‌ها از نظر ماهیت، ارزش گذارانه هستند اعلام می‌کنند که ما کیستیم و چه چیزی برای ما معنی دارد: ((همه اجزا، در حالت غیر افراطی و طبیعی چیز مثبتی را برای فرد می‌خواهند و میل دارند نقش با ارزشی را در سیستم درونی ایفا کنند)) (برونلین و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۶۶). زمانی که افراد قطب دار و افراطی می‌شوند- یا جزای مورد نیاز دست نیافتنی به نظر می‌رسند- افراد دستخوش تعارض درونی می‌شوند.

هر نظریه‌پرداز یا درمانگری که روی مفاهیم اجزای درونی کار می‌کند، یک آبر هستی را فرض می‌نماید که اجزای اساسی را منسجم کرده، کنترل نموده، سازمان داده و انتخاب می‌کند. این هستی که به خود یا شخص معروف است ((کل)) سیستم فرد است که باقی اجزا را می‌گرداند. استن در حال حاضر با چنین بازسازی اجزای درونی خویش دست به گریبان است.

۲-۵ دیدگاه غایت شناختی

دیدگاه شناختی خانواده درمانگر را قادر می‌سازد تا از آنچه که رفتار فرد را با انگیزه می‌کند، از هدف‌های سیستمی نشانه‌ها، از هدف‌های مثلث بندی و کاربردهای تعاملها و کارهای روزمره آگاه شوند. هم افراد و هم خانواده‌ها به صورت یک کل، هدفمند عمل می‌کنند. اعمال هدفمند در صورتی که از ویژگی‌های ریسک کردن معقول، جسارت، اطمینان، عزت نفس، انرژی، خوشبینی، امید و زنجیره‌های تجربه ای برخوردار باشند که امکانات گسترده‌تری را به روی تجربه بگشایند، به رشد و نمو کمک می‌کنند. از سوی دیگر، اعمال و تعاملهایی که ویژگی آن‌ها عقب نشینی، ترس و محافظت هستند، رشد و نمو را محدود می‌کنند.

دیدگاه غایب شناختی با رویکردهای آدلری، بوئنی، ساختاری و راهبردی با خانواده درمانی ارتباط دارند. درمانگران آدلری همچنین از اولیت‌های شخصیت کیفر (۱۹۸۱) (اهمیت دادن، خشنود کردن، کنترل کردن و آسایش) برای آگاهی یافتن از بن بست‌ها و هدف‌ها هنگام مشاوره با زوجها استفاده می‌کنند. در خانواده درمانی آدلری، برای شناختن انگیزه‌های والدین و فرزندان و برای آشکار کردن تعاملهای اشتباه، هدف گرایی اهمیت دارد.

دریکورس برای اولین بار چهار هدف بد رفتاری کودکان را به عنوان تیپ شناسی انگیزشی رفتارهای روزمره کودکان توصیف کرد. این هدف‌ها عبارتند از: جلب کردن توجه، کشمکش قدرت، انتقام جویی و نشان دادن بی کفایتی. دیدگاه غایت شناسی برای خانواده درمانی آدلری اهمیت زیادی دارد ولی می‌توان از آن در هر مدلی که شامل این موارد باشد استفاده کرد: ارزیابی و به وجود آوردن معنی و مداخله‌هایی چون بازنگری (یا قرار دادن آنچه که معلوم است در دیدگاهی تازه و مفید تر).

۳-۵ زنجیره‌ها: الگوهای تعامل

یک از جنبه‌های برجسته زندگی خانوادگی منظم بودن است و اعضای خانواده طبق زنجیره‌هایی تعامل می‌کنند که به مرور زمان به شکل‌های گوناگون تکرار می‌شوند. برونلین و همکاران وی (۱۹۹۷) به این الگوها زنجیره‌های تثبیت‌شده می‌گویند و این زنجیره‌ها در چندین سطح فراچارچوب یافت می‌شوند.

زنجیره‌های سطح ۱ بین دو یا چند عضو یافت می‌شوند که رو در رو هستند. زنجیره‌ی رودررو می‌توان به صورت زیر نشان داد: پدر با دختر درگیر می‌شود — دختر رنجش و درماندگی نشان می‌دهد — مادر دختر را نجات می‌دهد.

زنجیره‌های سطح دوم از عملکرد خانواده حمایت می‌کنند و به عنوان روال عادی پذیرفته می‌شوند.

زنجیره‌های سطح سوم به فراز و نشیب‌ها مربوط می‌شوند. این زنجیره‌ها خیلی درازتر، معمولا سازگاریهای خانواده را با نیروهای بیرونی یا تغییرات مربوط به رشد توجیه می‌کنند. حالت کلاسیک ترک کردن خانه نمونه‌ای برای درمانگران راهبردی است.

زنجیره‌های سطح چهارم، بین‌نسلی هستند. آن‌ها زنجیره‌هایی را شامل می‌شوند که بیانگر ارزش‌ها و مقررات سیستم بزرگ در مورد فرهنگ و نقش‌های جنسیتی هستند. این زنجیره‌ها از یک نسل به نسل بعدی منتقل می‌شوند و هدف آن‌ها برقراری تداوم در زندگی است. زنجیره‌های سازگاران به رهبری متعادل، منصفانه و یاری‌بخش نیاز دارند. زنجیره‌های ناسازگاران زمانی یافت می‌شوند که مقررات خشک و انعطاف پذیر بوده، اجزا قطب‌دار باشند و در برابر تغییر مقاومت صورت گرفته باشد. خانواده درمانی اغلب به ایجاد کردن زنجیره‌های مفید تر در تمام این چهار سطح مربوط می‌شود.

۴-۵ دیدگاه سازمان

در سیستم‌های خانواده، سازمان به‌صورت مقررات، کارهای عادی، تشریفات و نقشهای مورد انتظار (یعنی، ساختار زندگی خانواده) جلوه گر می‌شود. در سالهای اولیه خانواده درمانی، روی مفهوم سلسله مراتب سیستم خانواده تأکید می‌شد و برای برقرار کردن سلسله مراتب مفیدتر و توزیع دوباره قدرت در سیستم به سمت هدف‌های ثمربخش تر، مداخله‌های راهبردی تدارک دیده می‌شدند.

برونلین و همکاران وی (۱۹۹۷) رویکرد اشتراکی‌تری به خانواده‌ها دارند و مفهوم رهبری را جایگزین مفهوم سلسله مراتب کرده‌اند. تشریک‌مسابی در روابط متقابل و مساوات‌طلبانه بین زوجها یافت می‌شود و وظیفه رهبری در خانواده، سازمان دادن سیستم به‌صورت روشن و مفید است. برونلین و همکاران وی (۱۹۹۷) به این مفهوم رهبری مفهوم تعادل را اضافه می‌کنند:

در سیستم متعادل اعضا همکاری می‌کنند، مایلند تمایلات شخصی خود را فدای مصلحت مهمتری کنند، به یکدیگر اهمیت می‌دهند و احساس می‌کنند سیستم بزرگ تر برای آنها ارزش قایل است و مرزهای مشخصی دارند که تعادل بین تعلق‌پذیری و جدایی را امکان‌پذیر می‌سازد. در خانواده‌های متعادل فردیت و ارتباط با خانواده هر دو مهم هستند: هر دو با نیازهای اصلی، فرهنگی و رشدی هماهنگ هستند. هنگامی که فرزندان بزرگتر می‌شوند، احساس امنیت می‌کنند، احساس می‌کنند امکان رشد و ترقی دارند و باور دارند که برای آنها ارزش قایل هستند.

۵-۵ دیدگاه رشدی: در خانواده درمانی، رشد و نمو فرایندهای مطلوب هستند. اعتقاد ما به رشد و تکامل خوشبینانه و سرشار از امید است. خانواده درمانگران به نیازهای افراد می‌پردازند و در عیت حال نیازهای روابط، خانواده و سیستم‌های بزرگ را از نظر دور نمی‌دارند. خانواده درمانگران در جریان ارزیابی سطوح مختلف، به دنبال قید و بندها هستند و می‌خواهند آنها بر طرف کنند تا رشد و تحولات طبیعی، بار دیگر انکان پذیر شود.

۶-۵ دیدگاه چندفرهنگی: دیدگاه چندفرهنگی با فرهنگ حاکم مبارزه می‌کند و ما را از تنوع و پیچیدگی شرایط انسان آگاه می‌سازد. برونلین و همکاران وی (۱۹۹۷) تجربیات درون فرهنگی و میان فرهنگی را تو صیف می‌کنند. تجربیات درون فرهنگی درون سیستم فرهنگی روی می‌دهند. آنها وظیفه توصیفات فرهنگی را برعهده داشته، به زندگی اجتماعی تداوم می‌بخشند و ارزش‌ها و اعتقادات خاص آن فرهنگ تقویت می‌کنند. تجربیات میان فرهنگی بین سیستم‌های فرهنگی روی می‌دهند. آنها بر ویژگی‌های مشترک تجربه که بین چند فرهنگ وجود دارند استوار هستند. ده زمینه‌ی ارزیابی به خانواده درمانگران کمک می‌کنند تا دیدگاه چندفرهنگی را وارد کار خود کنند: عضویت به‌عنوان مهاجر در جامعه‌ی حاکم، سطح آموزش یا فرایند یادگیری، قومیت، مذهب، جنسیت، سن، نژاد، تبعیض و سرکوب، وضعیت اقلیت در برابر اکثریت، پیشینه‌ی منطقه‌ای.

۷-۵ دیدگاه جنسیت

۸-۵ دیدگاه فرایند

آنچه بین افراد روی می‌دهد (فرایند ارتباط) برای مدل‌های تجربی خانواده درمانی اهمیت زیادی دارد. معنی هر ارتباطی همیشه درون فرا ارتباط قرار دارد: نحوه‌ای که ارتباط برقرار می‌کنیم آنچه را که برای گفتن داریم، موقعیتی می‌کند. فرایند همچنین به تحرک ما در رویدادهای مهم زندگی مربوط می‌شود. روشنی فرایند به ما می‌گوید که در کجا قرار داریم و نشان می‌دهد که

احتمالاً به کجا می رویم. این به درمانگر و خانواده امکان می دهد این موضوع را که در کجای زندگی، فرایند تغییر و تجربه‌ی درمان قرار دارند را بررسی کنند.

زوجها و خانواده‌ها برای اینکه بنحو مؤثری عمل کنند، روالی عادی را برقرار کرده تا آن‌ها را قادر سازد نیازها و ضروریات زندگی روزمره را برآورد سازد. تا زمانی که این روال‌های هادی به افرا در سیستم‌های زندگی آن‌ها کمک کنند، آن‌ها وضع موجودات را حفظ می نمایند. هنگامی که روال‌های اساسی مختل می شوند، نتیجه‌ی آن آشفتگی است که تعادل سیستم را به هم می زند.

۶- فرایند چند دیدگاهی خانواده درمانی

۱-۶ درمانگران از همان لحظه‌ی اول تماس، برقرار کردن رابطه با درمان جویان را آغاز می کنند.

از همان لحظه اولین تماس رو در رو، روابط درمانی خوب به قصد برقرار کردن تماس با هر شخص حاضر در جلسه، شروع می شود (ستیر و بیتیر، ۲۰۰۰). به طور کلی، علاقه‌ی متمرکز بر هر عضو خانواده، به کاهش دادن اضطرابی که ممکن است خانواده احساس کند، کمک می نماید. بخشی از وظیفه درمانگر این است که فرایند و ساختار درمان را شرح دهد.

ولی درمانگر نباید خیلی جدی رو مسائل محتوایی تمرکز کند. نحوه‌ی سؤال کردن تقریباً همیشه به آگاه شدن از فرایند خانواده کمک می کند. سؤالهایی که با چیزی، چرا، کجا، یا چه وقت شروع می شوند بیش از وی جزئیات محتوایی تأکید می کنند.

۲-۶ اجرا کردن ارزیابی: در جریان فرایند ارزیابی، بررسی کردن نقطه نظرهای خانواده درباره‌ی مسائلی که به هر یک از این دیدگاهها مربوط می شوند مفید واقع می شوند.

۳-۶ فرض کردن و در میان گذاشتن معنی

مشاوران خانواده، مانند درمانگران فردی، نمی توانند از تأثیر گذاشتن بر خانواده و اعضای آن اجتناب کنند. سؤال این است: درمانگران چه نوع تأثیری بر جلسه درمان خواهد داشت؟ ستیر و بیتیر (۲۰۰۰) معتقدند که خانواده درمانگران را نمی توان مسئول افراد دانست بلکه آن‌ها باید مسئول فرایند باشند؛ یعنی، آن‌ها در قبال اینکه درمان چگونه اجرا شود و مسئولیت دارند.

فمینیست‌ها و سازه نگرهای اجتماعی احتمالاً بیش از همه نگران سوءاستفاده از قدرت در درمان هستند. آن‌ها همراه با چند فرهنگ گرایان، درمانگران فردمدار، درمانگرا آدلری و وجود گرایان شاهد تحمیل کردن ناهشیار ((فرهنگ حاکم)) بر درمان بوده اند. در روزهای اولیه‌ی خانواده درمانی، عمدتاً درمانگران مرد تأثیرات مرد سالاری، فقر، نژادپرستی، تبعیض فرهنگی، تعصب، وسایر مشکلات اجتماعی را بر زندگی خانواده نادیده می گرفتند. برخی از قصه درمانگران برای اثر کردن سوءاستفاده از قدرت در درمان موضع تمرکز زدا را در ارتباط با خانواده اختیار می کنند. درمانگران تمرکز زدا مانند درمانگران فردمدار پیش از آن‌ها، سعی می کنند خانواده‌ها و اعضای خانواده را مرکز فرایند درمانی قرار دهند.

۴-۶ زمانی که خانواده درمانی به صورت یک فرایند اشتراکی در نظر گرفته شوند، تسهیل کردن تغییر روی می دهد. فنون برای مدلهایی اهمیت بیشتری دارند که درمانگر را به صورت متخصص در نظر می گیرند که مسئولیت ایجاد تغییر را بر عهده دارد. رویکردهای اشتراکی به برنامه ریزی نیاز دارند. ((برنامه ریزی هنوز هم می تواند فنون یا مداخله هارا در بر داشته باشد ولی با مشارکت خانواده)). دو شکل بسیار رایج تسهیل کردن تغییر عبارتند از نمایش دادن و تعیین تکلیف. این دو فرایند زمانی خیلی مفید واقع می شوند که همراه با درمانگر تدارک دیده شده باشند.

۷- درمان سیستم‌های خانواده از دیدگاه چندفرهنگی

۷-۱ **خدمات به مشاوره چندفرهنگی:** یکی از امتیازات کار کردن از دیدگاه چندفرهنگی این است که بسیاری از گروه‌های قومی و فرهنگی برای خانواده گسترده ارزش زیادی قایل هستند.

۷-۲ **نقطه‌ضعف‌های مشاوره چندفرهنگی:** شاید مهم‌ترین نگرانی فرهنگ‌های غیر غربی به تعادلی که این مدل برای فرد در برابر جمع قایل است مربوط باشد. فرایند تمایز در اغلب فرهنگها روی می‌دهد، ولی این فرایند به خاطر هنجارهای فرهنگی شکل متفاوتی می‌گیرد.

۸- خلاصه و ارزیابی

۸-۱ **فرض بنیادی:** اگر بخواهیم به نحو ثمربخشی با فرد کار کنیم، لازم است او را درون سیستم خانواده در نظر بگیریم. رفتار مشکل ساز فرد از واحد تعاملی خانواده و جامعه بزرگتر و سیستم‌های اجتماعی بزرگ ناشی می‌شود

۸-۲ **تمرکز خانواده درمانی:** اغلب خانواده درمانی ها سعی می‌کنند کوتاه باشند، زیرا خانواده‌هایی که درصدد کمک حرفه‌ای بر می‌آیند معمولاً راه‌حلی را برای نشانه‌های مشکل ساز می‌خواهند. تغییر دادن سیستم می‌تواند تغییر را سریعاً تحریک کند. خانواده درمانی علاوه بر اینکه کوتاه‌مدت، راه‌حل مدار و عمل‌گراست، به تعامل‌های شخصی می‌پردازد. تمرکز اصلی خانواده درمانی بر تعامل‌های زمان حال در سیستم خانواده است. یکی از تفاوت‌های خانواده درمانی با درمان‌های فردی این است که روی نحوه‌ای که روابط جاری خانواده به شکل‌گیری و ادانه یافتن نشانه‌ها کمک می‌کنند تأکید می‌ورزد.

۸-۳ **نقش هدف‌ها و ارزش‌ها:** هدف‌های کلی، استفاده از مداخله‌هایی را شامل می‌شوند که افراد و خانواده را قادر می‌سازد تا به‌صورتی که ناراحتی آن‌ها را کاهش دهد تغییر کنند. خانواده درمانی بر مبنای یک رشته ارزش‌ها و فرض‌های نظری استوار است. در نهایت، هر مداخله‌ای که درمانگر اجرا می‌کند بیانگر قضاوت ارزشی است. درمانگران باید صرف نظر از گرایش نظری خود، از ارزش‌های خویش و نحوه‌ای که این ارزش‌ها بر کار آن‌ها با خانواده تأثیر می‌گذارند آگاه باشند.

۸-۴ **فنون خانواده درمانی:** گلدنبرگ نیکولز شو ارتز (۲۰۰۴) تأکید دارند که فنون ابزارهایی برای رسیدن به هدف‌های درمان هستند ولی این راهبرد‌های مداخله، خانواده درمانگر نمی‌سازند. ویژگی‌های شخصی نظیر محترم شمردن درمان‌جویان، غمخواری، همدلی و دلسوزی ویژگی‌های انسانی هستند که بر شیوه‌ای که فنون اجرا می‌شوند تأثیر می‌گذارند.

۵-۸ خدمات رویکردهای سیستم‌های خانواده

یکی از خدمات مهم اغلب رویکردهای سیستمی، این است که فرد یا خانواده به خاطر کژکاری خاص سرزنش نمی‌شوند. خانواده از طریق فرایند مشخص کردن و بررسی کردن الگوهای تعامل درونی، رشدی و هدفمند قدرتمند می‌شود. دیدگاه سیستمها در عین حال قبول دارد که افراد و خانواده‌ها تحت تأثیر نیروها و سیستم‌های بیرونی قرار دارند. اگر قرار باشد در خانواده‌ها و در افراد تغییر صورت گیرد، درمانگران باید تا حد امکان از سیستم‌های تأثیرگذار گوناگون آگاه باشند.

بخش سوم

ادغام و کاربرد

فصل پانزده

رویکرد یکپارچه نگر

۱- مقدمه

از اوایل دهه ۱۹۸۰، روان‌درمانی با جنبش به سرعت روبه رشد به سمت ادغام مشخص شده است این جنبش بر ترکیب کردن بهترین ویژگی‌های گرایشهای مخف استوار است، به‌طوری که مدل‌های نظریکامل تر و درمان‌های کارآمد تری به وجود آیند.

۲- گرایش به سمت ادغام روان‌درمانی

در بدترین حالت، کاربست التقاطی از انتخاب تصادفی فنون بدون هرگونه منطق نظری کلی تشکیل می‌شود. به این درهم‌آمیزی گفته می‌شود که به موجب آن درمانگر در گزینش مداخله‌ها از دانش و مهارت برخوردار نیست.

برای ادغام روان‌درمانی باید باید به فراتر از محدوده‌ی رویکردهای یک مکتب واحد بنگریم تا ببینیم از دیدگاههای دیگر چه چیز را می‌توانیم بیاموزیم. این نوع رویکرد یکپارچه نگر با گشودگی به روش‌های گوناگون ادغام کردن نظریه‌ها و فنون مختلف توصیف می‌شود. زایج ترین روش‌ها برای رسیدن به این هدف التقاط گرایي فنی، ادغام نظری و رویکرد عوامل مشترک هستند (آرکو ویتز، ۱۹۹۷). التقاط گرایي فنی روی تفاوت‌ها تمرکز دارد، از بین رویکردهای متعدد انتخاب می‌کند و مجموعه‌ای از فنون است.

ادغام نظری به ابداع مفهومی یا نظری فراتر از ترکیب کردن صرف فنون اشاره دارد. هدف این روش به وجود آوردن چارچوبی مفهومی است که دو یا چند رویکرد نظری را که از همه بهتر باشند ترکیب نموده و فرض می‌کند نتیجه آن از هر یک از نظریه‌ها به تنهایی غنی‌تر است. رویکرد عوامل مشترک به دنبال عناصر مشترک در بین سیستم‌های نظری مختلف است. به رغم تفاوت‌های زیادی که بین نظریه‌ها وجود دارد. یکی از دلایل گرایش به سمت ادغام روان‌درمانی این است که هیچ نظریه واحدی برای توجیه کردن پیچیدگی‌های رفتار انسان به قدر کافی جامع نیست. درمانگرانی که پذیرایی دیدگاه یکپارچه نگر هستند متوجه خواهند شد که چندین نظریه نقش مهمی در روش مشاوره آن‌ها دارند.

۱-۲ ادغام مسائل چندفرهنگی در مشاوره

چند فرهنگ‌گرایی واقعیتی است که اگر درمانگران بخواهند نیازهای درمان‌جویان گوناگون خود را برآورده سازند نمی‌توانند آنرا نادیده بگیرند. جنبش روبه‌رشدی به سمت ابداع کردن نظریه چند فذهنگی مشاوره و درمان وجود دارد.

درمانگران به جای اینکه درمان‌جویان را وادار سازند تا با ویژگی‌های یک نظریه واحد تناسب داشته باشند، باید نظریه و کاربری خود را با نیازهای منحصربه‌فرد آنها هماهنگ کنند. مشاوران برای انجام این کار باید از فرهنگ‌های گوناگون آگاه باشند.

۲-۲ ادغام مسائل معنوی/مذهبی در مشاوره.

حوزه‌ی مشاوره و روان‌درمانی، نیاز به بررسی کردن مسائل معنوی/مذهبی را به‌کندی تشخیص داده است. اکنون علاقه‌گسترده‌ای به مبحث عقاید معنوی و مذهبی مشاور و درمان‌جو و نحوه‌ای که اینگونه عقاید می‌توانند وارد روابط درمانی شوند وجود دارد. شواهد تجربی فرآیندهای وجود دارد که ارزش‌ها و رفتارهای معنوی ما می‌توانند به سلامت جسمانی و روانی ما کمک کنند. بدیهی است که معنویت عنصر مهمی برای سلامت روانی است و منظور کردن آن در کاربری مشاوره می‌تواند فرایند درمان را تقویت کند.

معنویت به این صورت تعریف شده است: چیزی که ((ما را به دیگران، طبیعت و منبع زندگی متصل می‌کند)). معنویت و مذهب منابع مهم توانمندی برای خیلی از درمان‌جویان هستند- شالوده‌ی یافتن معنی در زندگی- و می‌توانند عامل مهمی در تقویت کردن سلامتی و شفا بخشیدن باشند.

۱-۲-۲ هدف‌های مشترک: دیدگاه معنوی/مذهبی و دیدگاه مشاوره از چند جهت هدف‌های مشابهی دارند. هردو بر یادگیری پذیرفتن خویشتن، بخشیدن دیگران و خوشتن، پذیرفتن نقطه‌ضعفهای خود، برعهده گرفتن مسئولیت شخصی و فراموش کردن رنجشها، پرداختن به احساس گناه و کنار گذاشتن الگوهای تفکر، احساس مسئولیت و عمل کردن خود ویرانگر تأکید دارند.

۲-۲-۲ اشارات برای ارزیابی و درمان: برای منظور کردن معنویت در ارزیابی‌ها، دلایل چندی را ارایه می‌دهد: شناختن نقطه‌نظرها و موقعیت‌هایی که درمان‌جویان در آن زندگی می‌کنند، کمک کردن به درمان‌جویان در رویارویی با سؤالهای مربوط به هدف از زندگی آنها و اینکه برای چه چیزی خیلی ارزش قایل هستند، بررسی کردن مذهب و معنویت به‌عنوان امکانات درمان‌جو و آشکار کردن وسایل معنوی و مذهبی. این اطلاعات به درمانگر کمک می‌کنند مداخله‌های مناسب را انتخاب کنند.

۳-۲-۲ نقش شما به‌عنوان مشاور: اگر مشاوران بخواهند عقاید درمان‌جویان خود را درک کنند و محترم بشمارند باید از عقاید معنوی/مذهبی خود آگاه باشند. معلوم شده است که عقاید شخصی به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم بر روند درمان تأثیر می‌گذارند. درمانگران باید مراقب باشند که مبدا ارزش‌های معنوی/مذهبی خاصی را به درمان‌جویان خود القا کنند.

۳-۲ مشکل به وجود آوردن دیدگاه یکپارچه نگر:

بررسی انواع رویکرد ها به مشاوره و روان‌درمانی نشان می‌دهد که هیچ فلسفه‌ی مشترکی آنها را یکپارچه نمی‌کند. پذیرایی چارچوب برای مشاوره باشید که با شخصیت و نظام عقیدتی شما هماهنگ باشد.

به رغم اختلافهایی که بین نظریه‌های گوناگون وجود دارند، ترکیب خلاق چندین مدل امکان‌پذیر است. اغلب روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت از نظر ماهیت فعال، از نظر رابطه مشترک و از لحاظ گرایش التقاطی هستند.

یکی از نیروهای مؤثر جنبش ادغام روان‌درمانی، افزایش درمان‌های کوتاه‌مدت و فشار انجام دادن کار بیشتر برای درمان‌جویان گوناگون ظرف مدت ۶ تا ۲۰ جلسه بوده است. پروچاسکا و نورکراس به نکته‌ای عالی اشاره می‌کنند و آن این است که درمان کوتاه‌مدت مؤثر کمتر به تعداد ساعتهایی که مشاور تخصیص می‌دهد و بیشتر به اینکه در این ساعات به چه چیزهایی می‌پردازد، بستگی دارد. مشکل پیش رو برای درمانگران التقاطی این است که بدانند با چه سرعتی مشکلات را تشخیص دهند، رابطه مشترک با درمان‌جویان برقرار کنند و با روش‌های خاصی به مداخله بپردازند.

دیدگاه یکپارچه نگر در بهترین حالت خود ادغام منظم اصول و روش‌های زیر بنایی را که در رویکردهای درمانی‌مشترک هستند ایجاد می‌کند.

۳- مسائل مربوط به فرایند درمان

۳-۱ هدف‌های درمان: با در نظر گرفتن میزان کلی بودن و اختصاصی بودن هدف‌ها می‌توان این تنوع را ساده کرد. هدف‌ها در یک پیوستار، از هدف‌های اختصاصی، عینی و کوتاه‌مدت در یک انتها تا هدف‌های کلی و بلند مدت در انتهای دیگر قرار دارند.

۳-۲ وظیفه و نقش درمانگر: سازماندهی به درمان‌جو و شرایط خاصی که او به موقعیت درمان انتقال می‌دهد بستگی دارد.

۳-۳ تجربه درمان‌جو در درمان: هنگامی که می‌خواهید تصمیم بگیرید چه مداخله‌هایی به احتمال زیاد مفید واقع خواهند شد، زمینه فرهنگی، قومی و اجتماعی-اقتصادی درمان‌جو را به حساب آورید.

۳-۴ رابطه‌ی بین درمانگر و درمان‌جو: مشاوره مسئله‌ای شخصی است که رابطه شخصی را دربردارد و شواهد حاکی از آن هستند که صداقت، صمیمیت، پذیرش، همدلی و خودانگیزگی عناصر اصلی نتایج موفقیت‌آمیز هستند.

۴- جایگاه فنون و ارزیابی در مشاوره

۴-۱ کمک گرفتن از فنون رویکردهای گوناگون

درمانگران کارآمد دامنه وسیعی از روش‌ها را در سبک درمانی خود وارد می‌کنند. خیلی چیزها بستگی دارد به هدف درمان، محیط درمان، شخصیت و سبک کار درمانگر، ویژگی‌های درمانجوی خاص، و مشکلاتی که برای مداخله انتخاب می‌شوند.

درمان روانکاوی	انرژی روانی و تجربیات اولیه انسانها را سوق می‌دهند. انگیزه‌ها و تعارضها ناخشیار در رفتار جاری نقش مهمی دارند. نیروهای غیرمنطقی نیرومند هستند؛ انسان توسط تکانه‌های جنسی و پرخاشگری برانگیخته می‌شود. رشد اولیه مهم است زیرا که مشکلات بعدی شخصیت در تعارضهای سرکوب شده کودکی ریشه دارند.
درمان آدلری	انسانها به وسیله علاقه اجتماعی، تلاش به سمت هدفها، و پرداختن به تکالیف زندگی سوق می‌یابند. روی تواناییهای مثبت فرد برای زندگی کردن در جامعه به صورت یاری‌گرانه تأکید می‌شود. افراد از توانایی تعبیر کردن رویدادها، تأثیر گذاشتن بر آنها و آفریدن آنها برخوردارند. هرکسی در سنین اولیه سبک زندگی منحصر به فردی را به وجود می‌آورد که در طول زندگی نسبتاً ثابت می‌ماند.
درمان وجودی	تمرکز اصلی روی ماهیت شرایط انسان است که توانایی برای خودآگاهی، آزادی انتخاب کردن سرنوشت، مسئولیت، اضطراب، جستجوی معنی، تنها بودن و در ارتباط بودن با دیگران، و روبرو شدن با واقعیت مرگ را شامل می‌شود.
درمان فرم‌مدار	برداشت از انسانها مثبت است؛ ما گرایش داریم که آدمهای کاملی شویم. درمانجو در موقعیت رابطه درمانی احساسهایی را تجربه می‌کند که قبلاً اجازه ورود به آگاهی را نمی‌یافتند. درمانجو استعداد خود را شکوفا می‌کند و به سمت افزایش آگاهی، خودانگیزش، اعتماد به خود، و هدایت شدن به صورت درونی پیش می‌رود.
درمان گشتالی	انسان برای کامل بودن و انسجام تفکر، احساس، و رفتار کردن تلاش می‌کند. این دیدگاه غیرجبرگرایانه است زیرا که انسان به صورتی در نظر گرفته شده است که از توانایی تشخیص دادن نحوه‌ای که تأثیرات پیشین با مشکلات جاری او ارتباط دارند برخوردار است. این دیدگاه به عنوان رویکردی تجربی، بر زمان حال استوار است و بر انتخاب و مسئولیت شخصی تأکید می‌ورزد.
رفتار درمانی	رفتار حاصل یادگیری است. ما ثمره محیط و به وجود آورنده آن هستیم. هیچ مجموعه فرضیه‌ای یکپارچه‌ای درباره رفتار نمی‌تواند تمام روشهای موجود در حوزه رفتاری را در هم ادغام کنند.
درمان شناختی - رفتاری	افراد به تفکر معیوب گرایش دارند که به آشفتگیهای هیجانی و رفتاری منجر می‌شود. شناختها، عوامل مهمی هستند که تعیین می‌کنند چگونه احساس و رفتار کنیم. درمان عمدتاً به سمت شناخت و رفتار گرایش دارد و بر نقش تفکر، تصمیم‌گیری، سوال کردن، انجام دادن و تصمیم‌گیری مجدد تأکید می‌کند. این مدلی روانی - آموزشی است که بر درمان به عنوان فرایند یادگیری تأکید دارد، از جمله فراگیری و تمرین کردن مهارتها، یادگیری شیوه‌های تازه فکر کردن، و اکتساب روشهای مؤثرتر مقابله کردن با مشکلات.
واقعیت درمانی	این رویکرد بر نظریه انتخاب استوار است و فرض می‌کند ما بنابر ماهیت مخلوقاتی اجتماعی هستیم که برای خوشحال بودن به روابط با کیفیت خوب نیاز داریم. مشکلات روانی در نتیجه مقاومت کردن ما در برابر کنترل شدن توسط دیگران یا تلاش خودمان برای کنترل کردن دیگران ایجاد می‌شوند. نظریه انتخاب نوعی توجه به ماهیت انسان است و به ما می‌گوید چگونه می‌توانیم به روابط میان فردی خوشنودکننده دست یابیم.

درمان فمینیستی

فصلت‌ها از رویکردهای سنتی انتقاد می‌کنند زیرا معتقدند که آنها بر مفاهیم و کارس‌های مبتنی بر جنسیت استوار بوده و مردمدار، جنسیت‌مدار، قوم‌مدار، دگرجنس‌گرا، و درون‌روایی هستند. سازه‌های درمان فمینیستی عبارتند از: جنسیت نابسته، انعطاف‌پذیری، تعامل‌گرا، و غیرمدار.

روبروندهای پست‌مدرن

نظریه‌های پست‌مدرن بر پایه این فرض که واقعیت‌های متعددی وجود دارد، این عقیده را رد می‌کنند که واقعیت بیرونی است و می‌توان به آن دست یافت. افراد از طریق گفتگو با دیگران به زندگی خود معنی می‌دهند. رویکردهای پست‌مدرن از برجسته کردن بیماری به درمانجویان خودداری می‌کنند، نظر طبعی درباره تشخیص دارند، از جستجو کردن علل‌های زیربنایی مشکلات اجتناب می‌کنند، و برای کشف کردن توانمندیا و امکانات درمانجویان اهمیت زیادی قابل هستند. به جای صحبت کردن درباره مشکلات، تمرکز درمان روی یافتن راه حل‌ها در زمان حال و آینده است.

درمان سیستم‌های خانواده

خانواده از دیدگاه تعاملی و سیستمی در نظر گرفته می‌شود. درمانجویان با سیستم زندگی ارتباط دارند؛ تغییر در یک جزء سیستم به تغییر در اجزای دیگر منجر می‌شود. خانواده بستری را برای آگاه شدن از نحوه‌ای که افراد در ارتباط با دیگران رفتار می‌کنند فراهم می‌آورد. درمان در بهترین حالت بر واحد خانواده تمرکز دارد. رفتار کارکنان فرد از واحد تعاملی خانواده و از سیستم‌های بزرگتر ناشی می‌شود.

درمان آدلری	مفاهیم مهم این مدل عبارتند از: یکپارچگی شخصیت، نیاز به در نظر گرفتن افراد از دیدگاه ذهنی آنها، و اهمیت هدفهای زندگی که به رفتار جهت می دهند. افراد به وسیله علاقه اجتماعی و یافتن هدفهایی برای معنی دادن به زندگی با انگیزه می شوند. مفاهیم مهم دیگر عبارتند از: تلاش برای اهمیت و برتری، شکل دادن سبک زندگی منحصر به فرد، و آگاهی یافتن از مجموعه خانواده. درمان به این صورت اجرا می شود که درمانجویان را ترغیب می کنند تا دیدگاه شناختی و رفتار خود را تغییر دهند.
درمان وجودی	این دیدگاه اصولاً رویکردی تجربی به مشاوره است نه مدل نظری منسجم و بر شرایط انسان تأکید دارد. معمولاً رشد شخصیت بر اساس منحصر به فرد بودن هر کس استوار است. درک خویش از دوران طفولیت به وجود می آید. تمرکز روی زمان حال و آنچه که فرد قرار است بشود می باشد؛ یعنی، این رویکرد به سمت آینده گرایش دارد و قبل از عمل بر خود آگاهی تأکید دارد.
درمان فرم‌مدار	درمانجو از توانایی لازم برای آگاه شدن از مشکلات و وسیله‌ای برای حل کردن آنها برخوردار است. درمانگران به توانایی درمانجو برای هدایت کردن خود اطمینان دارند. <u>سلالت روانی،</u> <u>محمولی خود واقعی</u> با خود ایده آل است. <u>نامازگاری از اختلاف بین آنچه فرد می خواهد و آنچه اکنون هست ناشی می شود.</u> <u>تمرکز روی زمان حال و تجربه کردن و ابراز کردن احساسات است.</u>
درمان گشتالتی	تأکید روی «چه» و «چگونه» تجربه کردن در زمان حال است تا به درمانجویان کمک شود تمام جنبه‌های خودشان را بپذیرند. مفاهیم اصلی عبارتند از: <u>کل‌نگری، فرایند تشکیل شکل، آگاهی، تکلیف ناتمام و اجتناب، تماس، واگرایی.</u>
رفتاردرمانی	تمرکز روی رفتار آشکار، دقت در مشخص کردن هدفهای درمان، تهیه کردن برنامه‌های خاص برای درمان، و ارزیابی عینی نتایج درمان است. به رفتار جاری توجه می شود. درمان بر اصول نظریه یادگیری استوار است. رفتار بهنجار از طریق تقویت و تقلید آموخته می شود. رفتار نابهنجار نتیجه یادگیری غلط است.
درمان شناختی - رفتاری	گرچه مشکلات روانی ممکن است در کودکی ریشه داشته باشند ولی از طریق القای مجدد در زمان حال به آنها ندایم بخشیده می شود. <u>نظام عقیدتی فرد علت اصلی اختلالات است.</u> گفتگوی درونی نقش مهمی در رفتار فرد دارد. درمانجویان روی بررسی کردن فرضیه‌های غلط و سوء برداشتها و جایگزین کردن آنها با عقاید شریک‌ش تمرکز می کنند.
واقعیت درمانی	تمرکز اصلی روی آن است که درمانجویان چه کاری انجام می دهند و چگونه می توان آنها را ترغیب کرد تا اعمال جاری خود را ارزیابی کنند و ببینند آیا برای آنها مفید هستند. افراد عمدتاً برای ارضاء کردن نیازهای خود انگیزه دارند، مخصوصاً نیازهایی که به روابط مهم مربوط می شوند. این رویکرد مدل پزشکی، عقیده انتفال، ناهشیار، و پرداختن به گذشته فرد را رد می کند.
درمان فمینیستی	اصولی که خانواده درمان فمینیستی را تشکیل می دهند عبارتند از: مسائل شخصی سیاسی است، رابطه مشاوره مساوات طلبانه است، تجربیات زنان قابل احترام هستند، تعریفهایی ناراحتی و بیماری روانی مورد بازنگری قرار می گیرند، و نسبت به مقابله کردن با سرکوب در هر شکل آن احساس تعهد وجود دارد.

رویکردهای پست مدرن درمان گرایش دارد به اینکه کوناهدت باشد و روی رمان حال و آینده تمرکز کند. شخصی مشکل نیست؛ خود مشکل مشکل است. تأکید روی بیرونی کردن مشکل و جستجوی کردن، استثنایی برای مشکل است. درمان از گفتگوی مشترک تشکیل می‌شود که درمانگر و درمانجو در آن راه‌حل‌هایی را به وجود می‌آورند.

درمان سیستمهای خانواده تأکید روی الگوهای ارتباط کلاسی و غیرکلامی در خانواده است. مشکلات موجود در روابط احتمال از یک نسل به نسل بعدی منتقل می‌شوند. نشانه‌ها به صورت روشیایی برای ارتباط در نظر گرفته می‌شوند که هدف آنها کنترل کردن سایر اعضای خانواده است. مفاهیم مهم بسته به گرایش خاصی تفاوت دارند ولی این مفاهیم از جمله آنها می‌باشند: تمایز، مثلث‌ها، پویای خانواده اصلی، الگوهای تعامل مفید در برابر کژکار، و پرداختن به تعاملهای زمان حال، رمان حال از بررسی کردن تجربیات گذشته مهمتر است.

هدفهای درمان

درمان روان‌کاوی	هشدار کردن ناهشدار. بازسازی کردن شخصیت. کمک کردن به درمانجویان در از خاطر گذراندن تجربیات قدیمی و روبرو شدن با تعارضهای سرکوب شده. دستیابی به آگاهی عقلانی و هیجانی.
درمان آدلری	به چالش طلبیدن فرضهای اساسی و هدفهای زندگی درمانجویان. ترغیب کردن درمانجویان تا بتوانند هدفهایی را تعیین کنند که از لحاظ اجتماعی مفید باشند. پرورش دادن احساس تعلق پذیری در درمانجویان.
درمان وجودی	کمک کردن به افراد تا بفهمند آزاد هستند و از مسئولیتهای خود آگاه شوند. به چالش طلبیدن آنها برای اینکه بدانند مسئول رویدادهایی هستند که قبلاً تصور می‌کردند برای آنها اتفاق افتاده‌اند. مشخص کردن عواملی که جلوی آزادی را می‌گیرند.

ادامه جدول

درمان فردمدار	تأمین کردن جو امنی برای خودکامی درمانجویان، طوری که آنها بتوانند موانعی را که بر سر راه رشد قرار دارند تشخیص دهند و جنبه هایی از خویش را تجربه کنند که قبلاً انکار یا تحریف می شدند. قادر ساختن آنها برای اینکه به سمت گشودگی، اعتماد بیشتر به خود و خودانگیزگی و شادابی بیشتر پیش بروند.
درمان گشتالتی	کمک کردن به درمانجویان برای اینکه از تجربه کردن لحظه به لحظه آگاه شوند و توانایی خود را برای تصمیم گیری ها گسترش دهند. هدف تحلیل کردن لیست بلکه منجم کردن است.
رفتاردرمانی	برطرف کردن رفتارهای ناسازگارانه و یادگیری رفتارهای مؤثرتر. تمرکز کردن روی عوامل تأثیرگذار بر رفتار و یافتن راهی برای برطرف کردن رفتار مشکل آفرین. درمانجویان در تعیین هدفهای درمان و ارزیابی نحوه ای که این هدفها به انجام می رسند نقش فعالی دارند.
درمان شناختی - رفتاری	به جانش طلبیدن درمانجویان برای روبرو شدن با عقاید غلط با توجه به شواهد معایری که گردآوری و ارزیابی می کنند. کمک کردن به درمانجویان برای پیدا کردن عقاید خشک و حداقل رساندن آنها. آگاه شدن از افکار خودکار و تغییر دادن آنها.
واقعیت درمانی	کمک کردن به درمانجویان برای اینکه به نحو مؤثرتری نیازهای خود را برآورده سازند. قادر ساختن درمانجویان به ارتباط برقرار کردن دوباره با کسانی که برای قرار دادن در دنیای ذهنی خود برگزیده اند و آموزش دادن نظریه انتخاب به آنها.
درمان فعلیستی	به وجود آوردن تحولاتی در درمانجو و در جامعه. کمک کردن به درمانجویان برای اینکه از قدرت شخصی خود آگاه شوند و آن را برای آزاد کردن خودشان از قید و بندهای جامعه پذیری نقش جنسی به کار برند.
رویکردهای پست مدرن	تغییر دادن نحوه ای که درمانجویان مشکلات را در نظر می گیرند و اینکه چه کاری می توانند برای این مسائل انجام دهند. تعیین کردن مشترک هدفهای خاص، روشن، عینی، واقع بینانه ای که به تغییر مثبت بیشتر بیانجامد. کمک کردن به درمانجویان در به وجود آوردن هویتی که بر شایستگی استوار باشد تا بتواند مسائل حال و آینده را حل کنند.
درمان سیستمهای خانواده	کمک کردن به اعضای خانواده برای آگاه شدن از الگوهای روابطی که کارساز نیستند و به وجود آوردن روشهای تازه تعامل کردن برای کاستن از پریشانی آنها.

درمان روان‌کاوی	درمانگر خنثی می‌ماند و درمانجویان به او فرافکنی می‌کنند. تمرکز روی گشایش دادن مقاومت‌هایی است که هنگام کار کردن روی انتقال و برقرار کردن کنترل منطقی‌تر ایجاد می‌شوند. درمانجویان تحت بررسی بلندمدت قرار می‌گیرند، برای بر ملا کردن تعارضها به تداعی آزاد می‌پردازند، و با صحبت کردن بیش کسب می‌کنند. روان‌کاو تغییرهایی می‌کند تا درمانجویان را از معنی رابطه رفتار فعلی آنها با گذشته آگاه سازد.
درمان آدلری	روی مسئولیت مشترک، تعیین کردن هدفها به صورت دوجانبه، اعتماد و احترام متقابل، و برابری تأکید می‌شود. روی مشخص کردن، بررسی کردن، و بر ملا کردن هدفهای اشتباه و فرضهای غلط در سبک زندگی درمانجو تمرکز می‌شود.
درمان وجودی	وظیفه اصلی درمانگر درک کردن دقیق بودن در زمان حال درمانجوست. روی بی‌واسطه بودن رابطه درمانجو - درمانگر و اصالت مواجه در زمان حال تأکید می‌شود. درمانجو و درمانگر می‌توانند در اثر این مواجهه تغییر کنند.
درمان فرومیدار	رابطه اهمیت زیادی دارد. روی ویژگیهای درمانگر، از جمله صداقت، صمیمیت، همذیق واقعی، احترام، و قضاوتی نبودن - انتقال دادن این نگرشها به درمانجویان - تأکید می‌شود. درمانگران از این رابطه واقعی با درمانجویان استفاده می‌کنند تا به آنها کمک کنند آنچه را که آموخته‌اند به سایر روابط انتقال دهند.
درمان گشتالتی	به رابطه من / تو و کیفیت حضور ملموس درمانگر اهمیت زیادی داده می‌شود. نگرشها و رفتارهای درمانگر از فوئی که به کار برده می‌شوند اهمیت بیشتری دارند. درمانگر برای درمانجویان تعبیر نمی‌کند بلکه به آنها کمک می‌کند خودشان تعبیر کنند. درمانجویان تکالیف ناتمام گذشته را که در عملکرد جاری آنها اختلال ایجاد می‌کنند مشخص کرده و روی آنها کار می‌کنند.
رفتار درمانی	درمانگر فعال و رهنمودی است و به عنوان معلم یا مربی انجام وظیفه می‌کند تا به درمانجویان کمک نماید رفتار مؤثرتری را بیاموزند. درمانجویان باید در این فرایند فعال باشند و رفتارهای تازه را امتحان کنند. گرچه کیفیت رابطه درمانجو - درمانگر برای به وجود آوردن تغییر کافی دانسته نمی‌شود، ولی برای اجرا کردن روشهای رفتاری ضروری محسوب می‌شود.
درمان شناختی - رفتاری	در رفتار درمانی عقلانی - هیجانی درمانگر به عنوان معلم و درمانجو به عنوان شاگرد انجام وظیفه می‌کند. درمانگر بسیار رهنمودی است و مدل A-B-C تغییر دادن شناختها را به درمانجویان می‌آموزد. در درمان شناختی تمرکز روی رابطه مشترک است. درمانگر با استفاده از گفتگوی سقراطی به درمانجویان کمک می‌کند عقاید کژکار خود را تشخیص دهند و مفروضات دیگری را برای زندگی کشف کنند. درمانگر به تجربیات اصلاحی که به یادگیری مهارت‌های تازه منجر می‌شوند کمک می‌کند. درمانجویان از مشکلات خود آگاه می‌شوند و بعد باید تغییر دادن تفکر و عمل خودشان را فعالانه تمرین کنند.

واقعیت درمانی

وظیفه اصلی درمانگر برقرار کردن رابطه خوب با درمانجوست. درمانگران از آن پس می‌توانند درمانجویان را در ارزیابی تمام روابط با توجه به آنچه که از این روابط به دست می‌آورند درگیر کنند. درمانگران به آنچه که درمانجویان می‌خواهند پس می‌برند و از آنها می‌پرسند که تصمیم دارند چه کار بکنند، از آنها می‌خواهند رفتار جاری خود را ارزیابی کنند، به آنها کمک می‌کنند برای تغییر برنامه‌ریزی کنند و نسبت به آن احساس تعهد نمایند.

درمان فعلینیستی

رابطه درمانی بر قدرتمند کردن و مساوات طلبی استوار است. درمانگران با پرداختن به خودافشگری مناسب و آگاه ساختن درمانجویان از فرایند درمان، سلسله مراتب قدرت را کنار می‌گذارند و موانع ساختگی را کاهش می‌دهند. درمانگران می‌کشند رابطه مشترکی را به وجود آورند تا درمانجویان بتوانند کارشناس خودشان شوند.

رویکردهای پست مدرن

درمان رابطه‌ای مشترک است. درمانجویان به صورت کارشناسان زندگی خودشان در نظر گرفته می‌شوند. درمانگران راه حل مدار در هدایت کردن درمانجویان به دور از صحبت کردن درباره مشکل و به سمت صحبت کردن درباره راه حل نقش فعالی را سرعده می‌گیرند. درمانجویان ترغیب می‌شوند توانمندبهای خود را بررسی کنند و راه حل هایی را سازند که به آینده غنی تر منجر خواهند شد. قصه درمانگران به درمانجویان کمک می‌کند مشکلات خود را بیرونی کنند و آنها را در به چالش طلبند قصه های محدودکننده خود و به وجود آوردن قصه های جدیدی که آزادکننده هستند هدایت می‌کنند.

درمان سیستمهای خانواده

خانواده درمانگر به عنوان معلم، مربی، الگو، و مشاور انجام وظیفه می‌کند. خانواده از روشهایی برای تشخیص دادن مشکلاتی که اعضا را گرفتار کرده اند آگاه می‌شود و آنها را حل می‌کند و از الگوهایی که نسل به نسل انتقال یافته اند مطلع می‌شود. برخی رویکردها بر نقش درمانگر به عنوان کارشناس تأکید دارند؛ رویکردهای دیگر روی تشدید کردن آنچه در زمان حال جلسه خانوادگی جریان دارد تمرکز می‌کنند. همه خانواده درمانگران برای فرایند تعامل خانواده و آموزش دادن الگوهای ارتباط اهمیت قایلند.

درمان روان‌کاوی	فنون اصلی عبارتند از: تعبیر، تحلیل رؤیا، تداعی آزاد، تحلیل مقاومت، و تحلیل انتقال. همه این فنون برای کمک به درمانجویان ترتیب یافته‌اند تا به تعارضهای ناخوشایند خود دست یابند که این به پیش و سرانجام، جذب کردن موضوعات تازه توسط خود منجر می‌شود.
درمان آدلری	درمانگران آدلری به تجربیات ذهنی درمانجویان بیشتر از به کار بردن فنون اهمیت می‌دهند. برخی از فنون عبارتند از: گردآوری تاریخچه زندگی (مجموعه خانواده، خاطرات قدیمی، اولویتهای شخصی)، درمیان گذاشتن تعبیرها با درمانجویان، ترغیب کردن، و یاری دادن به درمانجویان در جستجو کردن امکانات.
درمان وجودی	فنون معدودی از این رویکرد حاصل شده است زیرا این دیدگاه ابتدا بر شناختن و بعد بر فن تأکید می‌ورزد. درمانگر می‌تواند فنونی را از رویکردهای دیگر اقتباس نموده و آنها را در چارچوب وجودی وارد کند. تشخیص، آزمون، و ارزیابیهای بیرونی با اهمیت محسوب نمی‌شوند.
درمان فردمدار	این رویکرد از فنون معدودی استفاده می‌کند ولی بر نگرشهای درمانگر تأکید می‌ورزد. فنون اساسی عبارتند از: گوش کردن فعال، انعکاس دادن احساسها، توضیح دادن، و حضور ملموس داشتن. برای درمانجو، این مدل از آزمون تشخیصی، تعبیر، گردآوری تاریخچه، یا سؤال کردن به قصد گردآوری اطلاعات استفاده نمی‌کند.
درمان گشتالتی	برای تشدید کردن تجربه و مسلح کردن احساسات متضاد، انواع تجربیات طراحی شده‌اند. تجربیات به طور مشترک توسط درمانگر و درمانجو از طریق گفتگوی من / تو به وجود می‌آیند. درمانگران برای ابداع کردن تجربیات خودشان آزادی عمل دارند. تشخیص رسمی و آزمون به عنوان بخشی از درمان ضروری نیستند.
درمان رفتاری	فنون اساسی عبارتند از: حساسیت‌زدایی منظم، روشهای آرمیدگی، غرقه‌سازی، حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد فنون تقویت، سرمشق‌گیری، بازسازی شناختی، حساسیت‌آموزی و آموزش مهارتهای اجتماعی، برنامه‌های خودگردانی، و تمرین رفتاری. تشخیص یا ارزیابی در ابتدا برای تعیین کردن برنامه درمان اجرا می‌شود. معمولاً از تکالیف نیز استفاده می‌شود.

درمان شناختی - رفتاری درمانگران از انواع فنون شناختی، هیجانی، و رفتاری استفاده می‌کنند. روشهای گوناگون برای تناسب داشتن با درمانجویان طراحی می‌شوند. این درمانی فعال، رهنمودی، کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، و ساخت دارد. برخی از فنون عبارتند از: پرداختن به گفتگوی سقراطی، به چالش طلبیدن عقاید غیرمنطقی، انجام دادن تکالیف، گردآوری اطلاعات درباره فرضیهایی که فرد تشکیل داده است، ثبت کردن فعالیت‌ها، یادگیری مهارتهای مقابله کردن جدید، تغییر دادن الگوهای زبان و تفکر فرد، نقش‌گزاری، و رویرو شدن با عقاید غلط.

واقعیت درمانی

این درمانی فعال، رهنمودی، و آموزشی است. ممکن است برای ترغیب کردن درمانجویان به ارزیابی آنچه که در زمان حال انجام می‌دهند از فنون مختلف استفاده شود تا آنها تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند تغییر کنند یا نه. اگر درمانجویان به این نتیجه برسند که رفتار موجود آنها بی‌ثمر است، در این صورت برنامه خاصی را برای تغییر ترتیب می‌دهند و نسبت به دنبال کردن آن احساس تعهد می‌کنند.

درمان فعلینیستی

گرچه فونلی از رویکردهای سنتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی درمانگران فعلینیست گواهی دارند از فنون افزایش آگاهی استفاده کنند تا به درمانجویان کمک نمایند از تأثیر جامعه‌پذیری نقش جنسیتی بر زندگی خود آگاه شوند. فنون دیگری که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: تحلیل و مداخله نقش جنسی، تحلیل و مداخله قدرت، کتاب درمانی، ژورنال‌نویسی، خودافشاگری درمانگر، جاسارت‌آموزی، بازنگری و برچسب زدن دوباره، بازسازی شناختی، مشخص کردن و به چالش طلبیدن عقاید امتحان نشده، نقش‌گزاری، کنار گروهی و اقدام اجتماعی.

رویکردهای پست مدرن

در درمان راه‌حل‌مدار فن اصلی صحبت کردن درباره تغییر است با تأکید بر مواقعی که در زندگی درمانجو مشکل، مشکل نبوده است. فنون دیگر عبارتند از: استفاده خلاق از سؤال کردن، سؤال معجزه، و سؤالهای درجه‌بندی شده که به درمانجویان کمک می‌کند قصه‌های دیگری بسازند. در قصه درمانی، فنون خاص عبارتند از: گوش کردن به قصه مبتلا از مشکل درمانجو بدون درگیر شدن در آن، بیرونی کردن و نامیدن مشکل، و کشف کردن نشانه‌هایی از شایستگی.

درمان سیستمهای خانواده

بسته به گرایش نظری خاص درمانگر از انواع فنون استفاده می‌شود. فنون عبارتند از: ژنوگرام، آموزش، پرسیدن سؤال، ملحق شدن به خانواده، ردیابی زنجیره‌ها، استفاده از انتقال متقابل، بررسی کردن خانواده، بازنگری، بازسازی، نمایش دادن، و مرزبندی. فنون می‌توانند شناختی، تجربی، یا رفتاری باشند. اغلب آنها برای به وجود آوردن تغییر در زمان کوتاه طراحی شده‌اند.

کاربردهای رویکردها

درمان روان‌کاری

موارد مناسب برای درمان روان‌کاوی عبارتند از: متخصصانی که می‌خواهند درمانگر شوند، افرادی که درمان عمیق داشته و می‌خواهند پیش‌تر بروند، و کسانی که عذاب می‌کشند. درمان روان‌کاوی برای درمانجویان خودمحور و ناکاشی با افراد روان پریشی که شدیداً آشفته هستند توصیه نمی‌شود. فنون را می‌توان در درمان فردی و گروهی به اجرا گذاشت.

ادامه جدول

درمان شناختی-رفتاری	درمانگران از انواع فنون شناختی، هیجانی، و رفتاری استفاده می‌کنند. روشهای گوناگون برای تناسب داشتن با درمانجویان طراحی می‌شوند. این درمانی فعال، رهنمودی، کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، و ساخت دار است. برخی از فنون عبارتند از: پرداختن به گفتگوی سقراطی، به چالش طلبیدن عقاید غیرمنطقی، انجام دادن تکالیف، گردآوری اطلاعات درباره فرضیهایی که فرد تشکیل داده است، ثبت کردن فعالیت‌ها، یادگیری مهارتهای مقابله کردن جدید، تغییر دادن الگوهای زبان و تفکر فرد، نقش‌گرایی، و روبرو شدن با عقاید غلط.
واقعیت‌درمانی	این درمانی فعال، رهنمودی، و آموزشی است. ممکن است برای ترغیب کردن درمانجویان به ارزیابی آنچه که در زمان حال انجام می‌دهند از فنون مختلف استفاده شود تا آنها تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند تغییر کنند یا نه. اگر درمانجویان به این نتیجه برسند که رفتار موجود آنها بی‌ثمر است، در این صورت برنامه خاصی را برای تغییر ترتیب می‌دهند و نسبت به دنبال کردن آن احساس تعهد می‌کنند.
درمان فمینیستی	گرچه فئونی از رویکردهای سنتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی درمانگران فمینیست گرایش دارند از فنون افزایش آگاهی استفاده کنند تا به درمانجویان کمک نمایند از تأثیر جامعه‌پذیری نقش جنسیتی بر زندگی خود آگاه شوند. فنون دیگری که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: تحلیل و مداخله نقش جنسی، تحلیل و مداخله قدرت، کتاب درمانی، ژورنال‌نویسی، خودافشاگری درمانگر، جسارت‌آموزی، بازنگری و سرچسب زدن دوباره بازسازی شناختی، مشخص کردن و به چالش طلبیدن عقاید امتحان نشده، نقش‌گرایی، کنار گروهي و اقدام اجتماعی.
رویکردهای پست‌مدرن	در درمان راه‌حل‌مدار فن اصلی صحت کردن درباره تغییر است با تأکید بر موقعی که در زندگی درمانجو مشکل، مشکل نبوده است. فنون دیگر عبارتند از: استفاده خلاق از سؤال کردن، سؤال معجزه، و سؤالهای درجه‌بندی شده که به درمانجویان کمک می‌کنند قصه‌های دیگری بسازند. در قصه‌درمانی، فنون خاص عبارتند از: گوش کردن به قصه‌ساز مشکل درمانجو بدون درگیر شدن در آن، بیرونی کردن و نامیدن مشکل، و کشف کردن نشانه‌هایی از شایستگی.
درمان سیستمهای خانواده	بسته به گرایش نظری خاص درمانگر از انواع فنون استفاده می‌شود. فنون عبارتند از: ژنوگرام، آموزش، پرسیدن سؤال، ملحق شدن به خانواده، ردیابی زنجیره‌ها، استفاده از انتقال متقابل، بررسی کردن خانواده، بازنگری، بازسازی، نمایش دادن، و رمزبندی. فنون می‌توانند شناختی، تجربی، یا رفتاری باشند. اغلب آنها برای به وجود آوردن تغییر در زمان کوتاه طراحی شده‌اند.

ادامه جدول

درمان شناختی - رفتاری	درمانگران از انواع فنون شناختی، هیجانی، و رفتاری استفاده می‌کنند؛ روشهای گوناگون برای تناسب داشتن با درمانجویان طراحی می‌شوند. این درمانی فعال، رهنمودی، کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، و ساخت دار است. برخی از فنون عبارتند از: پرداختن به گفتگوی سقراطی، به چالش کشیدن عقاید غیرمنطقی، انجام دادن تکالیف، گردآوری اطلاعات درباره فرضیهایی که فرد تشکیل داده است، ثبت کردن فعالیت‌ها، یادگیری مهارتهای مقابله کردن جدید، تغییر دادن الگوهای زبان و تفکر فرد، نقش‌گرایی، و روبرو شدن با عقاید غلط.
واقعیت درمانی	این درمانی فعال، رهنمودی، و آموزشی است. ممکن است برای ترغیب کردن درمانجویان به ارزیابی آنچه که در زمان حال انجام می‌دهند از فنون مختلف استفاده شود تا آنها تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند تغییر کنند یا نه. اگر درمانجویان به این نتیجه برسند که رفتار موجود آنها بی‌ثمر است، در این صورت برنامه خاصی را برای تغییر ترتیب می‌دهند و نسبت به دنبال کردن آن احساس تعهد می‌کنند.
درمان فمینیستی	گرچه فونونی از رویکردهای سنتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی درمانگران فمینیست گرایانی دارند از فنون افزایش آگاهی استفاده کنند تا به درمانجویان کمک نمایند از تأثیر جامعه‌پذیری نقش جنسیتی بر زندگی خود آگاه شوند. فنون دیگری که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: تحلیل و مداخله نقش جنسی، تحلیل و مداخله قدرت، کتاب درمانی، ژورنال نویسی، خودافشاگری درمانگر، جسارت‌آموزی، بازنگری و سرچسب زدن دوباره، بازسازی شناختی، مشخص کردن و به چالش کشیدن عقاید امتحان نشده، نقش‌گرایی، گسار گروهی و اقدام اجتماعی.
رویکردهای پست مدرن	در درمان راه حل‌مدار فن اصلی صحت کردن درباره تغییر است با تأکید بر موافقی که در زندگی درمانجو مشکل، مشکل نبوده است. فنون دیگر عبارتند از: استفاده خلاق از سؤال کردن، سؤال معجزه، و سؤالهای درجه‌بندی شده که به درمانجویان کمک می‌کنند قصه‌های دیگری بسازند. در قصه درمانی، فنون خاصی عبارتند از: گوش کردن به قصه نمادین از مشکل درمانجو بدون درگیر شدن در آن، بیرونی کردن و نامیدن مشکل، و کشف کردن نشانه‌هایی از شایستگی.
درمان سیستمهای خانواده	بسته به گرایش نظری خاصی درمانگر از انواع فنون استفاده می‌شود. فنون عبارتند از: ژنوگرام، آموزش، پرسیدن سؤال، ملحق شدن به خانواده، ردیابی زنجیره‌ها، استفاده از انتقال متقابل، بررسی کردن خانواده، بازنگری، بازسازی، نمایش دادن، و مرزبندی. فنون می‌توانند شناختی، تجربی، یا رفتاری باشند. اغلب آنها برای به وجود آوردن تغییر در زمان کوتاه طراحی شده‌اند.

واقعیت‌درمانی	این رویکرد به سمت آموزش دادن روشهای استفاده از نظریه انتخاب در زندگی روزمره برای افزایش دادن رفتارهای ترمیم‌بخش گرایش دارد. این رویکرد در مورد مشاوره فردی با انواع درمانجویان، مشاوره گروهی، کار کردن با جوانانی که مرتکب خلافهای قانونی شده‌اند، و درمان زناشویی و خانوادگی اجرا شده است. این رویکرد در برخی موارد برای درمان کنونا مدت و مداخله در بحران مناسب است.
درمان فمینیستی	اصول و روشهای این رویکرد را می‌توان در مورد دامنه‌ای از جنبه‌های درمانی مانند درمان فردی، مشاوره رابطه‌ای، خانواده‌درمانی، مشاوره گروهی، و مداخله اجتماعی اجرا کرد. این رویکرد را می‌توان در مورد زنان و مردان با هدف قدرتمند کردن آنها به کار بست.
رویکردهای پست‌مدرن	درمان راه‌حل‌مدار برای کسانی که مشکلات سازگاری دارند و برای مشکلات اضطرابی و افسردگی خیلی مناسب است. فضا درمانی اکنون در مورد دامنه وسیعی از مشکلات انسان از جمله اختلالات خوردن، ناراحتی خانوادگی، افسردگی، و سایل ارتباطی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رویکردها را می‌توان در مورد کودکان، نوجوانان، بزرگسالان، زوجها، خانواده‌ها، و جامعه در انواع موقعیت‌ها اجرا کرد.
درمان سیستمهای خانواده	این رویکرد برای پرداختن به ناراحتی زناشویی، مشکلات ارتباط برقرار کردن در بین اعضای خانواده، کشمکش‌های قدرت، موقعیتهای بحرانی در خانواده، کمک کردن به افراد برای رسیدن به استعدادشان، و بهبود بخشیدن به عملکرد کلی خانواده مفید است.

خدمات به مشاوره چند فرهنگی

درمان روان‌کاوی	تمرکز آن بر پوششهای خانواده برای کار کردن با بسیاری از گروههای اقلیت مناسب است. رسمی بودن درمانگر برای درمانجویانی که انتظار فاصله حرفه‌ای دارند حایل است. مفهوم دفاع خود برای آگاه شدن از پوششهای درونی و پرداختن به استرسهای محیطی مفید است.
درمان آدلری	تمرکز آن بر علاقه اجتماعی، جمع‌گرایی، دنبال کردن معنی در زندگی، اهمیت خانواده، هدف‌گرایی، و تعلق پذیری با بسیاری از فرهنگها همخوان است. تمرکز بر فرد در محیط، امکان بررسی عوامل فرهنگی را میسر می‌سازد.
درمان وجودی	تمرکز روی آگاه شدن از دنیای پدیداری درمانجو، از جمله زمینه فرهنگی اوست. این رویکرد به قدرتمند شدن در جامعه سرکوبگر می‌انجامد. این رویکرد می‌تواند به درمانجویان کمک کند گزینه‌های خود را برای تغییر با توجه به واقعتهای فرهنگی خویش بررسی کنند.
درمان فردمدار	تمرکز روی شکستن مرزهای فرهنگی و کمک کردن به گفتگوی آزاد در بین جمعیت‌های فرهنگی گوناگون است. امتیازات این رویکرد احترام گذاشتن به ارزشهای درمانجویان، گوش کردن فعال، استقبال کردن از تفاوتها، نگرش غیرقضاوتی، درنگ کردن، تمایل به اجازه دادن به درمانجویان برای تعیین کردن هرچه دوست دارند در جلسات درمان کاروشی کنند، و ارزش قابل شدن برای جمع‌گرایی فرهنگی است.

درمان گشتالتی

تمرکز این رویکرد بر ابراز کردن خود به صورت غیرکلامی با آن فرهنگهایی که فراتر از کلمات به دنبال پیامها هستند، همچنان است. هنگام کار کردن با درمانجویانی که علیه ابراز کردن آزاده احساسات تلقینهای فرهنگی دارند، تجربیات متعددی را فراهم می آورد. می تواند به درمانجویان دوزبانه کمک کند تا بر موانع زبان غلبه کنند. تمرکز بر جلوه های بدن روش مناسبی برای کمک کردن به درمانجویان است تا تعارض های خود را تشخیص دهند.

رفتار درمانی

تمرکز روی رفتار به جای احساسات با خیلی از فرهنگها سازگار است. امتیازات این رویکرد عبارتند از: رابطه مشترک بین مشاور و درمانجو در کار کردن به سمت هدفهایی که متقابلاً در مورد آنها توافق شده، ارزیابی مداوم برای مشخص کردن این موضوع که آیا فنون برای موقعیت منحصر به فرد درمانجویان مناسب هستند یا نه، کمک کردن به درمانجویان در یادگیری مهارتهای عملی، تمرکز آموزشی و تأکید بر راهبردهای خودگردانی.

درمان شناختی - رفتاری

رویکرد مشترک فرصتهایی را در اختیار درمانجویان می گذارد تا زمینه های مورد علاقه خود را بیان کنند. ابعاد روانی - آموزشی اغلب برای بررسی کردن تعارضهای فرهنگی و آموزش دادن رفتار نازده مفید هستند. تأکید بر تفکر (در برابر مشخص کردن و ابراز کردن احساسات) احتمالاً برای خیلی از درمانجویان مقبول است. تمرکز روی آموزش و یادگیری از سرجب بیماری روانی برهیز می کند. درمانجویان برای موضع فعال و رهنمودی درمانگر ارزش قابل هستند.

واقعیت درمانی

تمرکز روی این است که درمانجویان خودشان به ارزیابی رفتار بپردازند (از جمله اینکه چگونه به فرهنگ خود پاسخ می دهند). آنها از طریق ارزیابی شخصی می توانند تعیین کنند که نیازها و خواسته هایشان تا چه اندازه ای ارضاء می شوند. آنها می توانند بین حفظ کردن هویت قومی خویش و ادغام کردن برخی از ارزشهای جامعه حاکم تعادل برقرار کنند.

درمان فمینیستی

این رویکرد مایل نیست برای سازگاری با وضع موجود تلاش کند. هدفهای نهایی درمان تغییر فردی و دگرگونی اجتماعی است. خدمت اصلی این رویکرد این است که باعث شده جنبش زنان و جنبش چندفرهنگی توجه را به تأثیر منفی تبعیض و سرکوب زنان و مردان جلب کنند.

رویکردهای پست مدرن

روی موقعیت اجتماعی و فرهنگی رفتار تأکید شده است. درمانگر درباره افراد فرضیه سازی نمی کند و برای قصه منحصر به فرد و پیشینه فرهنگی درمانجو ارزش قابل می شود. درمانگران در به چالش طلبیدن بی عدالتی های اجتماعی و فرهنگی که به سرکوب گروههای خاص منجر می شود نقش فعالی را برعهده می گیرند. درمان فرایند آزاد شدن از ارزشهای فرهنگی سرکوبگر است و درمانجویان را قادر می سازد عوامل فعالی در سرنوشت خود باشند.

درمان سیستمهای خانواده

خیلی از گروههای فرهنگی و قومی برای نقش خانواده گسترده هستند. خیلی از خانواده درمانگران به اعضای خانواده گسترده و سیستم های حمایتی می پردازند. اگر سایر اعضای خانواده حمایت کننده باشند، احتمال بیشتری برای تغییر فردی وجود دارد. این رویکرد روشهایی را برای تلاش کردن در جهت سلامت واحد خانواده و رفاه هر یک از اعضای آن عرضه می کند.

محدود پنهان مشاوره چند فرهنگی

درمان روان‌کاوی	تمرکز آن روی بیش، پوشش‌های درون‌روانی، و درمان بلندمدت اغلب توسط درمانجویانی که ترجیح می‌دهند مهارت‌های مقابله کردن را برای حل و فصل کردن مشکلات روزمره افسطوری یاد بگیرند با ارزش محسوب نمی‌شود. تمرکز درونی اغلب با ارزش‌های فرهنگی که بر تمرکز میان‌فردی و محیطی تأکید دارند در تعارض است.
درمان آدلری	مصاحبه مشروح این رویکرد دربارهٔ زمینه خانوادگی فرد می‌تواند با فرهنگ‌هایی که علیه برملا کردن مسائل خانوادگی القاهایی دارند در تعارض باشد. برخی درمانجویان ممکن است مشاور را صاحب اختیاری بدانند که پاسخهایی را برای مشکلات آنها تأمین می‌کند که این با روح مساوات طلبی در تضاد قرار دارد.
درمان وجودی	ارزش‌های فردیت، آزادی، خودمختاری، و خودپرورانی اغلب با ارزش‌های فرهنگی جمع‌گرایی، محترم شمردن سنت، سرپیچی از صاحبان قدرت، و استقلال تضاد دارند. امکان دارد برخی درمانجویان به خاطر فقدان فنون خاصی از این درمان منصرف شوند. دیگران انتظار دارند روی زنده ماندن در دنیای خود بیشتر تأکید شود.
درمان فردمدار	برخی از ارزش‌های اساسی این رویکرد ممکن است با فرهنگ درمانجو هم‌پایه نباشد. فقدان رهنمود و ساختار مشاور برای درمانجویانی که به دنبال کمک هستند و از یک متخصص آگاه جوانهای فوری می‌خواهند قابل قبول نیستند.
درمان گشتالتی	درمانجویانی که از لحاظ فرهنگی شرطی شده‌اند تا هیجانات خود را بروز ندهند تجربیات گشتالتی را نمی‌پذیرند. برخی ممکن است معتقد نباشند که «آگاه بودن از تجربه زمان حال» به حل مشکلات آنها منجر خواهد شد.
رفتاردرمانی	مشاوران باید به درمانجویان کمک کنند پیامدهای احتمالی تغییرات رفتاری خود را ارزیابی کنند. اعضای خانواده ممکن است برای سبک جسورانه‌ای که درمانجویان به نازکی فراگرفته‌اند ارزشی قابل نباشد، بنابراین باید به درمانجویان یاد داد چگونه با مقام دستگیران مقابله کنند.
درمان شناختی-رفتاری	ضرورت دارد که درمانگر قبل از اینکه خیلی سریع سعی کند که عقاید و اعمال درمانجویان را تغییر دهد، از دنیای آنها آگاه شود و آن را محترم شمرد. برخی درمانجویان دربارهٔ مورد سوال قرار دادن ارزش‌ها و عقاید فرهنگی خود تردید جدی دارند. امکان دارد درمانجویان برای تعیین کردن این موضوع که چه راه‌های مناسبی برای حل کردن مشکلات آنها وجود دارد به درمانگر وابسته شوند.
واقعیت‌درمانی	این رویکرد بر پذیرفتن مسئولیت زندگی خویش تأکید دارد در حالی که برخی درمانجویان امیدوارند که محیط بیرونی آنها مسئول شناخته شود. مشاوران باید از نقش تبعیض و نژادپرستی آگاه باشند و به درمانجویان کمک کنند به واقعیت‌های اجتماعی و سیاسی بپردازند.

درمان فعلیستی

این مدل به خاطر سوگیری آن به سمت ارزشهای سفید پوست، طبقه متوسط، زنان دگرجنس‌گرا، که در مورد خیلی از زنان گروههای دیگر کاربرد ندارد مورد انتقاد قرار گرفته است. این رویکرد بر عقاید فعلیستی روابط مشترک، خودمختاری، و قدرتمندی استوار است. درمانگران باید همراه با درمانجویان خود هزینه تغییر کردن چشمگیر را ارزیابی کنند زیرا هنگامی که درمانجویان نقشهای نازدهی را برعهده می‌گیرند و تغییراتی را در زندگی خود ایجاد می‌کنند، به منزوی شدن آنها از خانواده گسترده منجر می‌شود.

رویکردهای پست مدرن

برخی از درمانجویان که برای درمان مراجعه می‌کنند می‌خواهند درباره مشکلاتشان صحبت کنند و وقتی متوجه می‌شوند که باید درباره استثنای مشکلات خود صحبت کنند، ناخشنود می‌شوند. درمانجویان درمانگر را به صورت کارشناس برداشت می‌کنند و شاید مایل نباشند که خود را به عنوان کارشناس در نظر بگیرند. برخی درمانجویان شاید نسبت به مفید بودن درمانگری که موضع «بدون آگاهی» می‌گیرد تردید داشته باشند.

درمان سیستمهای خانواده

خانواده درمانی بر فرضهای ارزشی استوار است که با ارزشهای درمانجویان فرهنگهای دیگر همخوانی ندارند. مفاهیمی چون نفوذ، خودشکوفایی، خودمختاری، استقلال، و ابراز خوشتن ممکن است برای برخی درمانجویان بیگانه باشند. در برخی فرهنگها پذیرش مشکلات درون خانواده شرم آور است. ارزش «پنهان نگه داشتن مشکلات در خانواده» ممکن است بررسی کردن آشکار تعارضها را با دشواری مواجه سازد.

خدمات رویکردها

درمان روان‌کاوی

این رویکرد بیش از هر سیستم دیگری بحث و جدل راه انداخته و موجب تحقیقات زیادی شده و تفکر بیشتر درباره درمان را تحریک کرده است. این رویکرد ساختار و کارکرد شخصیت را به طور مشروح و جامع توصیف کرده است. دیدگاه روان‌کاوی عواملی چون ناهشیار را به عنوان تعیین کننده رفتار و نقش آسیب در ۶ سال اول زندگی را مورد توجه همگان قرار داده است. این رویکرد فنون متعددی را برای بررسی ناهشیار به وجود آورده و پویاهای انتقال و انتقال متقابل، مقاومت، اضطراب، و مکانیزمهای دفاعی خود را روشن کرده است.

درمان آدلری

یکی از اولین رویکردها به درمان که انسان‌گرا، یکپارچه، کل‌نگر، و هدف‌گرا بود و بر عوامل اجتماعی و روان‌شناختی تأکید کرد. خدمت مهم این رویکرد تأثیر مفاهیم آدلر بر سایر سیستم‌ها و ادغام این مفاهیم در درمانهای امروزی بوده است.

درمان وجودی

مهمترین خدمت این رویکرد شناسایی نیاز به رویکرد ذهنی بر اساس برداشت کامل از وضعیت انسان است. تأکید بر رابطه من / تو احتمال انسانیت زدا کردن درمان را کاهش می‌دهد. این رویکرد دیدگاهی را برای پی بردن به اضطراب، احساس گناه، آزادی، مرگ، انزوا، و احساس تعهد تأمین می‌کند.

درمان غیردرمانی	درمانجویان موضوع فعال اختیار می کنند و مسئولیت مسیر درمان را برعهده می گیرند. این رویکرد در معرض آزمون تجربی قرار گرفته است و در شیوه نظریه و روشهای آن تعدیل شده اند. این سبب باز است. افراد بدون آموزش پیشرفته می توانند با انتقال دادن شرایط درمان به زندگی شخصی و حرفه ای خود از آن بهره مند شوند. مفاهیم اساسی آن صریح و به راحتی قابل درک و اجرا هستند. این شاگردی برای برقرار کردن رابطه قابل اعتماد است و در تمام درمانها قابل اجراست.
درمان گشتاکی	بهترین خدمت این رویکرد تأکید بر تجربه مستقیم و عمل کردن به جای صحبت کردن درباره احساسات است. این رویکرد از رفتار درمانجویان به عنوان مبتدیان برای آگاه ساختن آنها از استفاده جلالی درمانی شان استفاده می کند. رویکرد آن به رویارویی منحصر به فرد و وسیله خلاق برای کمک کردن به درمانجویان است تا به تعارضهای اساسی خود پی ببرند. درمان به صورت مواجهه ای وجودی در نظر گرفته شده که فرایند گراست نه فن گرا. این رویکرد رفتار غیرکلامی را عامل مهمی برای شناختن فرد می داند.
رفتار درمانی	این رویکرد بر فنون ارزیابی تأکید می کند، بنابراین مبتدیان را برای کاربست قابل توجه تأسیل می کند. مشکلات خاص مشخص می شوند و درمانجویان از پیشرفت به سمت هدفهای خود آگاه می شوند. این رویکرد لذت کرده که در بسیاری از زمینه های عملکرد انسان مؤثر بوده است. نشانه های درمانگر به عنوان نمونه کننده، الگو، معلم و مشاور صریح و آشکار هستند. این رویکرد دیگر ماشین نیست، زیرا اکنون برای عوامل شناختی جدا باز کرده و برنامه های خودگردان را برای تغییر رفتاری ترغیب می کند.
درمان شناختی- رفتاری	خدمات مهم عبارتند از: تأکید بر کاربست درمان جامع و انتقادی، فنون متعدد شناختی، هیجانی، و رفتاری؛ پذیرا بودن برای وارد کردن فنون سایر رویکردها و روشهایی برای به چالش طلبیدن و تغییر دادن تفکر معيوب، رفتار درمانی جلالی، هیجانی از تکلیف عمل گرا، گوش کردن به نواهای کلامی، و یادداشت کردن پیشرفت، استفاده کامل می کند. درمان شناختی نوعی درمان ساختار دار است که سادگی خوبی در درمان کردن اضطراب و اضطراب در کودکان دارد.
واقعیت درمانی	از مفاهیم ساده و روشنی تشکیل می شود که به راحتی درک می شوند. بنابراین آموزگار، پرستار، کشیک، مربیان، مددکاران اجتماعی، و مشاوران می توانند از آنها استفاده کنند. این رویکردی مثبت با <u>گرایش به عمل</u> است. به خاطر روش صریح آن، خیلی از درمانجویانی که اغلب در درمان مقاومت نشان می دهند آن را جذاب می دانند. این رویکردی کوتاه مدت است که می توان آن را در مورد جمعیت های گوناگون اجرا کرد و نیروی مهمی در به چالش طلبیدن مدل پزشکی درمان بوده است.
درمان فمینیستی	خدمات عمده این رویکرد آماده کردن زمینه برای کاربست حساس نسبت به جنسیت و طبعیت کردن توجه به استفاده های جنسیتی از قدرت در روابط بوده است. دیدگاه فمینیستی نسبت به تحریف کردن تعداد فرایندهای از زبان برای زیر سؤال بردن کلیشه ها و رخدادهای دیدگاههای تنگ نظریه درباره انظار از زبان بوده است. افراد عمده متحد فمینیست ها باعث شده است که به تفاوت و گسره گی موافقت از کودکان، زنا با مجرم تجاوز جنسی، آزار جنسی، و خشونت خانوادگی توجه فرایندای شود. اصول و مداخله های فمینیستی را می توان در سایر رویکردهای درمانی ادغام کرد.

رویکردهای پست مدرن	تأکید این رویکرد بر توانمندیا و شایستگیهای درمانجو، برای درمانجویانی که می‌خواهند راه‌حل‌هایی را به وجود آورند و در فضاهاى زندگى خود تجدید نظر کنند. رهنمود مبتنى است. این رویکردها در کمک کردن به درمانجویان برای پیش‌روی از موضع عجز به موضع قدرتمندى مفید هستند. درمانجویان به خاطر مشکلاتشان سرزنش نمی‌شوند بلکه به آنها کمک می‌شود که بفهمند چگونه می‌توانند به شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری با این گونه مشکلات ارتباط برقرار کنند.
درمان سیستمهای خانواده	از دیدگاه سیستمی، نه فرد نه خانواده به خاطر کژکاری خاص سرزنش می‌شود. خانواده از طریق فرایند مشخص کردن و بررسی کردن الگوهای تعاملی قدرتمند می‌شود. کار کردن با کل واحد، دیدگاه تازه‌ای را برای پی بردن به مشکلات فردی و مسایل رابطه‌ای فراهم می‌آورد. با بررسی کردن خانواده اصلی فرد، فرصتهای بیشتری برای حل کردن سایر تعارضهای ارتباطی بیرون از خانواده فراهم می‌شود.

جدول ۱۵-۱۰ محدودیت‌های رویکردها

درمان روان‌کاوی	به آموزش طولانی برای درمانگران و وقت و هزینه زیاد درمانجویان نیاز دارد. این مدل بر نیروهای زیستی و غریزی تأکید می‌کند و نیروهای اجتماعی، فرهنگی، و میان‌فردی را نادیده می‌گیرد. روشهای آن برای حل کردن مشکلات خاص روزمره درمانجویان قابل اجرا نبوده و برای خیلی از گروههای قومی و فرهنگی مناسب نیستند. خیلی از درمانجویان از توانمندی خود (ego) که برای درمان واپس‌گرایانه و بازسازی‌کننده ضرورت دارد برخوردار نیستند. این رویکرد برای موقعیت مشاوره عادی مناسب نیست.
درمان آدلری	از لحاظ دقت، آزمون پذیری، و تأیید علمی ضعیف است. برای تأیید کردن مفاهیم اصلی آن به وسیله روشهای علمی تلاشهای کمی صورت گرفته است. برخی از مشکلات پیچیده انسان را بیش از حد ساده می‌انگارد و <u>تویا بر عقل سلیم استوار است</u> .
درمان وجودی	بسیاری از مفاهیم اساسی این رویکرد گنگ و بد تعریف شده‌اند به طوری که گاهی چارچوب کلی آن را انتزاعی می‌کنند. فاقد بیان منظم اصول و کاربریهای درمان است. در مورد درمانجویانی که عملکرد و بیان ضعیفی دارند و آنهایی که گرفتار بحران شدید هستند و به رهنمود نیاز دارند، قابلیت کاربرد محدودی دارد.
درمان فردمدار	برای درمانگری که متغیر و نافع‌ال می‌ماند و پاسخها را به انعکاس محدود می‌کند، امکان خطر وجود دارد. خیلی از درمانجویان احساس می‌کنند که به رهنمود بیشتر، ساختار بیشتر و فنون بیشتری نیاز دارند. درمانجویانی که گرفتار بحران هستند به روشهای رهنمودی‌تری نیاز دارند. وقتی که در مورد مشاوره فردی به کار برده می‌شود، برخی گروههای فرهنگی از مشاور انتظار فعالیت بیشتری دارند. برای پرهیز از خشکی و انعطاف‌ناپذیری، نظریه این رویکرد باید با توجه به دانش و تفکر موجود ارزیابی مجدد شود.
درمان گشتالتی	فنون این رویکرد به ابراز هیجانی شدید منجر می‌شوند؛ اگر این احساسها بررسی نشوند و اگر کار شناختی صورت نگرفته، احتمالاً درمانجویان در حالت نامنظم رها می‌شوند و از یادگیری خود احساس انجماد نخواهند کرد. درمانجویانی که در استفاده از قدرت تحلیل مشکل دارند، از تجربه‌های این درمان سودی نمی‌برند.

رفتار درمانی	انتقادهای اساسی عبارتند از: این درمان ممکن است رفتار را تغییر دهد ولی احساسات را تغییر نمی دهد؛ عوامل ارتباطی را در درمان نادیده می گیرد؛ بیش نمی دهد؛ به علت های تاریخی رفتار موجود توجهی ندارد؛ کنترل و به بازی گرفتن درمانگر را در بر دارد؛ و از لحاظ توانایی پرداختن به جنبه های خاصی از شرایط انسان محدود است.
درمان شناختی - رفتاری	هیجانها را دست کم می گیرد؛ روی بررسی کردن تعارضهای ناهشیار یا زیربنایی تمرکز نمی کند؛ و گاهی به گذشته درمانجو به قدر کافی بها نمی دهد. رفتار درمانی عقلانی - هیجانی، که (درمان) مواجهه ای است، ممکن است به خاتمه پیش از موقع منجر شود. درمان شناختی ممکن است برای برخی درمانجویان خیلی ساخت دار باشد.
واقعیت درمانی	برای بررسی گذشته، رویاها، ناهشیار، تجربیات کودکی، و انتقال ارزشی قابل نیست. این رویکرد به مشکلات نه چندان پیچیده محدود می شود. این درمانی مسئله گشاست که بررسی مسایل هیجانی عمیق را منع می کند. این درمان برای درمانگرانی که می خواهند درمانجویان را سریعاً ردیف کنند آسیب پذیر است.
درمان فمپنسیتی	محدودیت احتمالی این است که شاید درمانگران ارزشهای نازده ای را به درمانجویان تحمیل کنند - نظیر تلاش برای مساوات، قدرت در روابط، توصیف کردن خود، آزادی دنبال کردن شغلی خارج از خانه، و حق تحصیلات. درمانگران باید به خاطر بسیاری که درمانجویان خودشان بهترین کارشناس هستند، یعنی این به خودشان بستگی دارد که تصمیم بگیرند مطابق با چه ارزشهایی زندگی کنند.
رویکردهای پست مدرن	برای اثربخش بودن نتایج درمان این رویکردها تأکید تحریک ناچیزی وجود دارد. برخی منتقدان باور دارند که این رویکردها از دیدگاه بیش از حد مثبت طرفداری می کنند. برخی دیگر از موضعی که اغلب درمانگران پست مدرن در ارتباط با ارزیابی و تشخیص می گیرند انتقاد می کنند و به موضع «بدون آگاهی» درمانگر نیز واکنش منفی نشان می دهند. چون یادگیری سرخشی از فنون راه حل مدار و فضا درمانی راحت است، امکان دارد درمانگران از این مداخله های به صورت ماشینی استفاده کنند.
درمان سیستمهای خانواده	از جمله محدودیتها می توان به مشکلات در توانایی درگیر کردن تمام اعضای خانواده در درمان اشاره کرد. برخی از اعضای خانواده ممکن است در برابر تغییر دادن ساختار سیستم مقاومت کنند. خود آگاهی و تمایل درمانگران به کار کردن روی مسایل خانواده اصلی خودشان اهمیت زیادی دارد، زیرا احتمال انتقال متقابل خیلی زیاد است. ضرورت دارد که درمانگر کاملاً آموزش دیده باشد، تحت سرپرستی با کیفیت عالی کار کرده باشد، و در ارزیابی و درمان کردن افراد در بستر خانواده صلاحیت داشته باشد.

درمان روان‌گویی

تمرکز من روی روشهایی است که استن دوران کودکی خود را در روابط جاری خود تکرار می‌کند. من خیلی علاقمند هستم که بدانم او چگونه تجربیات خود با پدرش را به جلسات با من انتقال می‌دهد. در صورتی که مربوط باشد، روی احساسهای او نسبت به خودم تمرکز خواهم کرد؛ زیرا کار کردن روی انتقال پیکر راه به سمت پیش است. من به رؤیاهای او، هرگونه مقاومتی که در جلسات نشان می‌دهد، و نشانه‌های دیگر فرایندهای ناخودآگاه او علاقمند هستم. یکی از هدفهای اصلی من این است که به او کمک کنم تا خاطرات و تجربیات ذهن شده‌ای را که تصور می‌کند بر رفتار جاری او تأثیر دارند، به آگاهی بیاورد.

درمان آدلری

تمرکز من روی این است که مشخص کنم سبک زندگی استن چیست. هنگام انجام دادن ارزیابی سبک زندگی، تجربیات کودکی او را از طریق خاطرات وی و مجموعه خانواده او بررسی خواهم کرد. من علاقمند هستم مشخص کنم که او چه هدفها و اولوئتهایی در زندگی دارد. من فرض می‌کنم هر آنچه که او برایش تلاش می‌کند به اندازه پوششهای گلفشیه وی اهمیت دارد. درمان از این موارد تشکیل می‌شود: انجام دادن ارزیابی جامع، کمک کردن به او در فهمیدن پوششهایش، و بعد کمک کردن به او در تعیین کردن هدفهای تازه و به عمل درآوردن آنها.

درمان وجودی

هدف من این است که با حد امکان حضور کاملی برای استن داشته باشم؛ زیرا فرض می‌کنم روابطی که با او برقرار می‌کنم منبع کارکردن ما با هم است. زمینه‌ای که دوست دارم روی آن تمرکز کنم این است که چگونه در زندگی معنی پیدا می‌کند و آیا ارزشهای معنوی بخشی از زندگی او بوده‌اند یا در حال حاضر هستند یا نه. گرچه در طول درمان هیچ عقیده معنوی یا مذهبی را به او تحمیل نمی‌کنم ولی مهم است که به استن اجازه دهم بداند که می‌توانم در صورتی که دوست داشته باشد، درباره عقاید و ارزشهای او صحبت کنیم. او می‌گوید که خیلی احساس اضطراب می‌کند و این ارزش کاوش کردن را دارد. چون انش گفت از بردن من نرسد و حتی خودکشی را به عنوان یک گزینه در سر پروراند، استن قطعاً او را ترغیب خواهم کرد افکار و احساسات خود را در این زمینه‌ها بررسی کند. شاید اضطراب و ترس استن از حرکت یا تجربیات مذهبی اولیه او ارتباط داشته باشند. من می‌خواهم درباره ماهیت ترس او از حرکت و چیزی که آن را زنده نگه می‌دارد بیشتر بدانم و در همان ابتدا خطر خودکشی را بررسی خواهم کرد. ما همچنین این موضوع را بررسی خواهیم کرد که او برای چه نوع زندگی تلاش می‌کند. من علاقمند هستم بدانم چگونه استن به آزادی و مسئولیت همراه با آن می‌پردازد. درمان وسیله‌ای است که می‌تواند به او کمک کند آگاهی خود را درباره نحوه بودن جوییش در دنیا گسترش دهد و این امکان ایجاد تغییرات را برای او فراهم خواهد کرد.

درمان فردمقدار

چون به استن در پیدا کردن مسیر درمان خودش ایمان داریم، از برنامه‌ریزی و نظم بخشیدن به جلسات خودداری می‌کنم. تمرکز اصلی من این است که اصیل باشم، احساسات و افکار او را بپذیرم، و توجه مثبت نامشروط خودم را به او نشان دهم. گرچه استن در سرخط اول درمان آگاهی بهیمن از احساسات خود دارد، وقتی او را درست بپذیرم، بدون هرگونه شرایط و بدون فشارت کردن، به سمت موضوع بیشتر پیش خواهد رفت. اگر توانم جوی از گشودگی، اعتدال، اهمیت دادن، همدلی، و پذیرش را به وجود آورم، در این صورت استن می‌تواند از این رابطه برای پیش‌روی و رشد کردن استفاده کند.

درمان گشتالشی

تمرکز من روی توجه کردن به نشانه‌هایی از تکلیف ناپایام استن است، که روشهای رسیدن او به نقطه‌های گیرکردن در درمان، آن را معلوم خواهد کرد. برای مثال، اگر او تا به حال نسبت به احساسات پذیرفته نشدن خود بینش کسب نکرده باشد، این مسایل در درمان پدیدار خواهند شد. من از استن خواهم خواست این احساسات را با از خاطر گذراندن آنها (نه صرفاً صحبت کردن درباره رویدادهای گذشته)، به زمان حال انتقال دهد. امیدوارم که بتوانم به او کمک کنم احساسات خود را عمیقاً تجربه کند، نه اینکه صرفاً درباره مشکلات خود بینش کسب نماید یا صرفاً حدس بزند که چرا بدین گونه احساس می‌کند. من استن را ترغیب خواهم کرد که به آگاهی لحظه به لحظه خود توجه کند، مخصوصاً به آگاهی او از جسم خود. او روی نحوه‌ای که رفتار می‌کند و آنچه که تجربه می‌کند تمرکز خواهد کرد. وظیفه من این است که طوری مداخله کنم که استن را قادر سازد با مکانهایی که گیر کرده است روبرو شود.

رفتار درمانی

ابتدا رفتار جاری استن را ارزیابی عمیق می‌کنم. از او خواهم خواست کارهایی را که انجام می‌دهد زیر نظر بگیرد تا بتوانیم اطلاعات خط پایه‌ای را برای ارزیابی هرگونه تغییر در اختیار داشته باشیم. ما با تعیین کردن هدفهای عینی به طور مشترک برای هدایت کردن کارمان ادامه می‌دهیم و برای اینکه به استن کمک کنم به هدفهای خود برسد، از انواع فنون رفتاری و شناختی کمک می‌گیرم. امکان دارد از فستونی چون نقش‌گزاری، سرمشق‌گیری، جسارت‌آموزی، انجام دادن تکالیف، و روشهای آرمیدگی استفاده کنیم. من روی یادگیری مهارتهای مقابله کردن تازه تأکید خواهم کرد تا استن بتواند از آنها در زندگی روزمره خود استفاده کند. او هر چیزی را که در جلسات درمان یاد می‌گیرد در زندگی روزمره خود تمرین می‌کند.

درمان شناختی - رفتاری

تمرکز من روی این است که چگونه گفتگوی درونی و فرایند تفکر استن بر رفتار جاری او تأثیر می‌گذارند. درمان کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، و ساخت دار خواهد بود. وظیفه من این است که نوعی رابطه کاری مشترک با استن برقرار کنم که تا استن یاد بگیرد عقاید خود شکن خود را تشخیص داده و آنها را تغییر دهد. ما با جستجو کردن روشهای بازسازی برخی از عقاید او، روی محتوا و فرایند تفکر وی تمرکز خواهیم کرد. من به او تأکید خواهم کرد که اطلاعاتی را گردآوری کند و شواهد حمایت‌کننده از برخی عقاید خود را سبک سنگین کند. من با استفاده از گفتگوی سقراطی به استن کمک خواهم کرد به عقاید غلط خود پی ببرد، روشهایی را برای اصلاح کردن تحریفهای خود یاد بگیرد، و خودگویی و عقاید شریخش‌تری را جایگزین آنها کند. ما برای رسیدن به اهدافمان از انواع فنون شناختی، هیجانی، و رفتاری استفاده خواهیم کرد.

واقعیت درمانی

مشاوره با اصول نظریه انتخاب، هدایت خواهد شد. ابتدا منتهای تلاش خود را برای نشان دادن علاقه‌ام به شنیدن قصه استن به خرج خواهم داد. تأکید روی رفتار کامل او، از جمله عمل، فکر، احساس، و فیزیولوژی اوست. اگر ما روی آنچه که او عملاً انجام می‌دهد و فکر می‌کند تمرکز کنیم و اگر در این سطوح تغییراتی ایجاد شود، در این صورت فرض می‌کنم که استن به طور خودکار در سطوح احساس و فیزیولوژی تغییر خواهد کرد. بعد از اینکه او رفتار جاری خود را

ارزیابی می‌کند، بستگی به خودش دارد که تعیین کند آیا رفتار وی برای او مفید است یا نه. ما آن دسته از رفتارهای او را بررسی خواهیم کرد که به نظر خودش نیازهای وی را ارضا نمی‌کنند. قسمت عمده درمان صرف تعیین کردن برنامه‌های روشن، واقع‌بینانه، و دست‌یافتنی خواهد شد. بعد از اینکه استن برنامه عمل خاصی را قبول کرد، ضرورت دارد که خود را نسبت به دنبال کردن آن متعهد سازد.

درمان فمینیستی

استن با هدفهای روشنی برای درمان مراجعه می‌کند: ترک کردن مشروبات الکلی، داشتن احساس بهتری در مورد خودش، ارتباط برقرار کردن با زنان به صورت برابر، و آموختن دوست داشتن و اعتماد داشتن به خودش و دیگران. من روی همین توانمندیاها تمرکز می‌کنم. من روی برقرار کردن رابطه کاری مساوات‌طلبانه با استن تأکید خواهم کرد تا به او کمک کنم قدرت شخصی خود را دوباره به دست آورد. من وقت قابل ملاحظه‌ای را صرف توضیح دادن نظرم درباره فرایند درمان و نحوه‌ای که مؤثر واقع می‌شود خواهم کرد. من با ابهام زدایی از فرایند درمان، به استن می‌رسانم که او مسئول مسیری است که درمان طی خواهد کرد. درمان‌ها می‌تواند بررسی نقش جنسیتی را شامل شود طوری که استن بتواند از نقشهای محدودکننده‌ای که بی‌چون و چرا پذیرفته است کاملاً آگاه شود.

رویکردهای پست‌مدرن

طبق دیدگاههای مشترک رویکردهای راه‌حل‌مدار و قصه‌درمانی، فرض اساسی که کاربست مرا هدایت می‌کند این است که استن کارشناس زندگی خویش است و من مشاور وی هستم که از استن دعوت و به او کمک می‌کند تا هدفها و اولویتهای خود را مشخص کند و به آنها دست‌یابد. من معتقدم که استن از امکانات درونی و بیرونی کافی برخوردار هست تا به کمک آنها تغییراتی را که جستجو می‌کند تحقق بخشد. یکی از وظایف من این است که سؤالی‌ها را تدارک بینم که به استن کمک کنند انتخابهای بیشتری را در نظر بگیرد و هدفهای خود را به انجام برساند و در نهایت به او کمک کنند تا قصه زندگی خود را از نو خلق کند.

درمان سیستمهای خانواده

استن چند رابطه متشنج را با مادر، پدر، و خواهر - برادران خود مشخص کرده است. به صورت ایده‌آل، ما دست‌کم یک جلسه با کلیه اعضای خانواده او خواهیم داشت. تمرکز روی این خواهد بود که او بفهمد سبک میان‌فردی وی عمدتاً حاصل تعاملهای او با خانواده اصلی خویش است. اگر به صورت فردی با استن کار کنم، باز هم روی نحوه ارتباط کشمکش‌های فعلی او با سیستمی که عضوی از آن است تأکید خواهم کرد. استن در جریان درمان از مقررات حاکم بر خانواده اصلی او و تصمیماتی که درباره خودش می‌گیرد، آگاه خواهد شد. ما به جای اینکه سعی کنیم اعضای خانواده او را تغییر دهیم، عمدتاً روی این موضوع کار خواهیم کرد که استن دوست دارد چه چیزی را در خودش تغییر دهد تا بتواند بهتر با آنها ارتباط برقرار کند.