



مدرس‌ان شریف

فصل اول

«کلیات»

روان‌درمانی و مشاوره

تعریف کردن روان‌درمانی و مشاوره بسیار سخت است؛ چون در مورد تعریف آنها و متفاوت بودن یا نبودن آنها، توافق نظر کمی وجود دارد. ولی در تعریف کوتاه زیر، روان‌درمانی و مشاوره پوشش داده شده‌اند:

روان‌درمانی و مشاوره عبارتند از: تعامل یک درمانگر یا مشاور با یک یا چند مراجع/ بیمار. هدف این تعامل نیز کمک به بیمار و مراجعی است که مشکلات خاصی دارد.

لزوم مشاوره و ضرورت عملی نظریه

راهنمایی مفهومی بسیار گسترده و ابهام‌آمیز دارد و از دیدگاه‌های مختلف، تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است. تمام راهنمایی‌ها، از هر دیدگاه که در نظر آورید، یک هدف کلی دارند و آن کمک به فرد است برای یافتن راه خود و رسیدن به درجات بالاتری از کمال و معرفت و آگاهی. در چارچوب تعلیم و تربیت و روان‌شناسی، راهنمایی به معنی مطالعه همه‌جانبه فرد است. بررسی نظریات و امکانات مختلف برای گسترش بینش و آگاهی فرد و کمک به انتخاب‌های معقول و سازنده او و در نتیجه درمان مشکلات فرد در یک جو مبتنی بر تعامل حسنه متقابل.

راهنمایی در یک رابطه مبتنی بر تعامل حسنه متقابل بین مراجع و مشاور انجام‌پذیر است. پس، هسته اصلی و عمده کار، بر مشاوره و تبادل نظر مبتنی است و می‌توان گفت که مشاوره قلب برنامه راهنمایی است و از خدمات بسیار اساسی آن است. نظریه‌پردازان مشاوره و روان‌درمانی همگی قبول دارند که مشاوره و روان‌درمانی یک رابطه حسنه یاری‌دهنده است. در اینجا رابطه حسنه، هسته اساسی کار بوده و یاری رساندن، هدف نهایی فرایند مشاوره و روان‌درمانی است. در زمینه به کار بستن نظریه‌ها، نگرش‌هایی گوناگون وجود دارد. در یک نگرش، تنها شیوه ممکن آن است که در درجه اول، بر نظریه خاصی تکیه کنیم و آن را ملاک حل‌وفصل مسائل و اجرای تحقیقات و تعبیر و تفسیر یافته‌ها قرار دهیم و از همان دیدگاه همه امور را بنگریم.

اسنل بکر معتقد است که محدود کردن خود به چهارچوب یک نظریه لذتی ندارد و خواننده باید تمام نظریه‌های اساسی را بخواند و درک کند و سپس آن اصول و مفاهیمی را که برای موقعیت‌های خاص بارزش هستند، انتخاب کند و به کار ببرد. به نظر او درک یک نظریه صرفاً به‌هیچ‌وجه مؤید آن نیست که بتوان آن را در یک موقعیت خاص به کار بست.

استفلر و متنی عمل مشاوره و نتایج آن را، دست‌کم تا حدودی، از انتظارات مراجعان و مشاوران مشتق می‌دانند. به نظر آنان، نظریه مشاوره حداقل به دو طریق بر رفتار مراجع اثر می‌گذارد:

۱- با تعیین بخشی از رفتار مشاور، که در اینجا نظریه به‌طور غیرمستقیمی بر مراجع اثر می‌گذارد، زیرا اعمال مشاوره به نوبه خود موجب بروز رفتارهایی در مراجع می‌شود.

۲- با تعیین آنچه که مراجع از مشاور انتظار دارد و نیز تعیین اینکه او در خلال مشاوره چگونه باید عمل کند.

به نظر استفلر و متنی مطالعه نظریه به منطقی کردن رفتار مشاور کمک می‌کند. همچنین، آنان معتقدند که نظریه مشاوره حتی بر تربیت مشاور تأثیر دارد و نحوه آموزش مشاوران و شکل رفتار استادان رشته مشاوره را تعیین می‌کند.

پایه و اساس کاربرد عملی روان‌درمانی و مشاوره همان «نظریه» است که براساس تجارب مشاوره‌ای و مطالعات تجربی تدوین شده است. نظریه به تبیین آن چیزی کمک می‌کند که در رابطه مشاوره‌ای اتفاق می‌افتد و مشاور را در پیش‌بینی، ارزشیابی و بهبود نتایج یاری می‌دهد.

یک نظریه، نظام سازمان‌یافته‌ای از عقاید است که حداقل پدیده‌های موردنظر ما را تبیین می‌کند. نظریه، سازمان‌دهی دانش ما (نظرات و حقایق) به شیوه‌ای است که نتیجه‌اش راهنمای هماهنگ و وحدت‌یافته‌ای است برای تفکر، تحقیق و عمل مشاور.

اسنل بکر معتقد است که بنابر معمول‌ترین استفاده‌های رایج از این واژه، نظریه شکل واحد و سازمان‌یافته‌ای از یک‌سلسله قضایا و موضوعات است که برای پیشگویی و تبیین پدیده‌های قابل‌مشاهده به کار گرفته می‌شود. **آزیو** معتقد است یک نظریه به‌منزله یک بیان تعمیم‌یافته است که ایجاد تصویری وسیع از وقایع طبیعی را ممکن می‌کند. به نظر **هال و لیندزی**، معمول‌ترین تصور این است که یک نظریه در مقابل حقیقت وجود دارد؛ بدین معنی که نظریه فرضیه‌ای است تحقق‌نیافته و اندیشه‌ای است درباره واقعیت که هنوز قطعاً معلوم نیست که چنان باشد یا نباشد. یک نظریه زمانی صورت حقیقت به خود می‌گیرد که تأیید شود. نظریه یک سلسله قرارداد است که به‌وسیله نظریه‌پردازان ابداع شده است.



در نظر هال و لیندزی، نظریه‌ها هیچ‌وقت صحیح یا غلط نیستند؛ گرچه دلالت‌ها و استنتاج‌های ناشی از آنها ممکن است صحیح یا غلط باشد. یک نظریه، صرفاً برحسب شاخص‌هایی که بعداً ذکر خواهیم کرد، یا مفید است و یا مفید نیست. نمی‌توان حکم به اثبات و یا نفی آن کرد.

از نظر شرترز و استون نظریه عبارت است از بیان اصول کلی که به‌وسیله داده‌هایی که مبین یک پدیده هستند، تأیید شده باشد. به عبارت دیگر، نظریه بیان روابطی است که میان یک سلسله از حقایق وجود دارد. آنها از قول استفار و متنی نقل می‌کنند که اکثر نظریه‌ها در دو عامل مشترکند: واقعیت و عقیده. **واقعیت** داده‌های رفتاری قابل مشاهده است و برای آن تبیین‌هایی جستجو می‌شود. **عقیده** نگرشی است که افراد بدان وسیله می‌کوشند تا از طریق ارتباط دادن مورد مشاهده‌شده به تبیین‌های متصور، معنی خاصی از داده‌ها استخراج کنند.

تعریفی که **کرلینگر** ارائه داده، بیان روشن‌تر و دقیق‌تری از مفهوم یک نظریه است. او می‌گوید: «یک نظریه مجموعه‌ای است از سازه‌ها (مفاهیم)، تعاریف و فرضیات مرتبط به هم که با مشخص کردن روابط میان متغیرها، دید و یا نظری منظم و منسجم از پدیده‌های مورد بحث به دست می‌دهد و هدفش تبیین و پیش‌بینی آن پدیده‌هاست».

به عقیده کرلینگر این تعریف سه نکته را ارائه می‌دهد: یکی اینکه یک نظریه مجموعه‌ای از فرضیات است که از سازه‌های (مفاهیم) مربوط به هم و مشخص ترکیب شده است؛ دوم اینکه یک نظریه روابط میان یک دسته از متغیرها را تعیین می‌کند و با این کار دید منظم و منسجمی از پدیده‌ها به دست می‌دهد که به‌وسیله متغیرها توصیف می‌شود؛ سرانجام اینکه، یک نظریه پدیده‌های مورد نظر را تبیین می‌کند. در انجام این تبیین، نظریه مشخص می‌کند که چه متغیرهایی با هم در ارتباط هستند و این ارتباط چگونه است و از این‌رو محقق را در پیش‌بینی بعضی متغیرها از روی برخی دیگر یاری می‌دهد. مفاد یک نظریه شامل مفروضاتی است که با موضوع نظریه مرتبطند و تعاریفی که می‌توانند مفروضات را به مشاهدات پیوند بزنند. مهم‌ترین خصوصیات و فوایدی که نظریه برای استفاده‌کنندگان آن دربر دارد به قرار زیرند:

۱- منظم کردن یافته‌ها: یک نظریه به یافته‌های تحقیق نظم می‌دهد و پدیده‌های ظاهراً نامربوط را معنادار می‌کند. یک نظریه می‌تواند نشان دهد که چگونه از پیچیدگی مسائل بکاهیم تا بتوانیم آنها را تجزیه و تحلیل کنیم. همچنین، نشان می‌دهد که چگونه نتایج آزمایش‌های مختلف را به شیوه‌ای واحد با یکدیگر جور کنیم.

۲- ایجاد فرضیه: یک نظریه منبع بسیار بارز برای ایجاد فرضیات تحقیق است. یکی از استفاده‌های عمده هر نظریه آن است که به دانشمندان می‌گوید برای پاسخ سؤالات مورد نظرشان در کجا جستجو کنند. به این طریق، یک نظریه خوب می‌تواند مقدار زیادی در وقت و انرژی محقق صرفه‌جویی کند. نظریه‌ها در تحقیق راهنما هستند و اغلب، برای تعیین گام‌های بعدی در جمع‌آوری حقایق نقشی اساسی دارند. به بیانی بهتر، هسته اساسی هر علمی کشف روابط تجربی موجود میان رویدادها و متغیرهای مختلف است. وظیفه یا نقش نظریه این است که این فرایند را به شیوه‌ای منظم‌تر افزایش دهد. سودمندی یک نظریه به درجه قابلیت تأییدپذیری آن و نیز به میزان جامعیت آن بستگی دارد. ارتباط این خصوصیت با کار مشاور آن است که نظریه مدام به مشاور هشدار می‌دهد که برای تفهیم و تفاهم بیشتر با مراجع به چه حقایقی نیاز دارد.

۳- توان پیش‌بینی: از یک نظریه می‌توان برای پیش‌بینی سود جست. این نقش شبیه نقش قبلی است، با این تفاوت که شمول و دلالت بیشتری دارد. یک نظریه نه تنها محقق را به سؤالاتی هدایت می‌کند که ممکن است مثمرتر باشند؛ بلکه همچنین، به او نشان می‌دهد که پس از انجام تحقیق و مشاهدات خود چه چیزی ممکن است به دست آورد و تحت شرایط معینی چه اتفاقی رخ خواهد داد.

نکته: بسیاری از واقعیت‌ها و مفاهیم تحت نفوذ همین نقش، کشف و تدوین شده‌اند و یا می‌شوند. پیش‌بینی هدف اصلی تمام علوم است.

۴- توان تبیین: یک نظریه برای تبیین رویدادها نیز به کار گرفته می‌شود. در اصل، این نقش نظریه به «چراها» پاسخ می‌گوید. در سرتاسر جریان مشاوره، سعی بر آن است که رفتار مراجع و مشکلات او به‌درستی درک و به نحو روشنی تبیین شود. در تبیین رفتار مراجع، توان تبیینی یک نظریه همواره می‌تواند به مشاور کمک‌های مؤثرتری کند.

استفرا و متنی پنج نشانه اساسی برای ویژگی‌های یک نظریه خوب، ذکر کرده‌اند:

- ۱- یک نظریه خوب، روشن و قابل فهم است و اصول کلی آن در درون با یکدیگر تضادی ندارند.
- ۲- یک نظریه خوب جامع است؛ به این ترتیب، نظریه‌ای که اکثر پدیده‌ها را تبیین می‌کند بر نظریه‌ای که فقط یک پدیده را تبیین می‌کند، ارجحیت دارد.
- ۳- یک نظریه خوب صریح است و دقت و صراحت در تمام واژه‌ها و روابط آن وجود دارد و درستی یا نادرستی آن را می‌توان بررسی کرد.
- ۴- یک نظریه خوب در توضیحات خود و تبیین حوادث صرفه‌جویی را مدنظر دارد و بدون توسل به پیچیدگی و واژه‌های زیاد حوادث خاصی را تبیین می‌کند.
- ۵- یک نظریه خوب به تحقیقات مفیدی منجر می‌شود.

ملاک‌های ارزیابی نظریه‌های روان‌درمانی

دقت و صراحت: نظریه‌ها باید بر قواعد واضح و صریحی استوار باشند. اصطلاحات مورد استفاده برای تشریح این قواعد نیز باید مشخص باشند. علاوه بر وضوح مفاهیم و قواعد، نظریه باید تا حد امکان موجز و صریح باشد. در نظریه‌ها باید موضوع مورد مطالعه (مثلاً شخصیت یا روان‌درمانی) با حداقل مفروضات تبیین شود. **جامع بودن:** نظریه‌ها از لحاظ رویدادهای مورد پیش‌بینی، با یکدیگر فرق دارند. به‌طور کلی هرچقدر نظریه جامع‌تر باشد، کاربرد بیشتری خواهد داشت و در عین حال خطاپذیری آن بیشتر می‌شود.

آزمون‌پذیری: نظریه وقتی قابل استفاده است که آزمون‌پذیر و ابطال‌پذیر باشد.

مفید بودن: نظریه خوب نه تنها باید فرضیه‌های جدید آزمون‌پذیر ارائه دهد بلکه باید به متخصصان بالینی در کارهایشان کمک کند. در روان‌درمانی و مشاوره، یک نظریه خوب، راه‌های شناخت مراجعان و فنون لازم برای کارکرد بهتر آنان را ارائه می‌دهد.



مدرس‌ان شریف

فصل دوم

«روان‌کاوی: سائق، ایگو، روابط شیء و روان‌شناسی خود»

مقدمه

شناخت تفکر روان‌کاوانه معاصر منوط به شناخت چهار جهت‌گیری نظری است: نظریه سائق فروید، روان‌شناسی ایگو، روابط شیء و روان‌شناسی خود. فروید بر مبنای مراحل روانی جنسی (دهانی، مقعدی، آلتی) که در پنج سال نخست زندگی مطرح هستند، بر نقش مهم سائق‌های فطری در رشد و تکوین شخصیت تأکید می‌ورزید.

روان‌شناسان ایگو بر نیاز انسان به تطبیق یافتن با محیط تأکید دارند؛ مثال آن هم مراحل رشد از نظر اریک اریکسون است که کل زندگی را پوشش می‌دهند. نظریه پردازان روابط شیء علاقه خاصی به رابطه طفل با دیگران داشتند. آنها مثل فروید به اشخاصی که می‌توانستند نیازهای کودک را برطرف کنند یا اشخاصی که کودک می‌توانست به آنها دلبستگی پیدا کند، شیء می‌گفتند. ولی روان‌شناسان خود، دیدگاه متفاوتی داشتند. این روان‌شناسان علاقه خاصی به تحولات رشدی مسائل مورد توجه خود داشتند.

نظریه فروید

فروید کسی بود که توانست افکار متقدمان خود را که به صورت پراکنده‌ای اظهار شده بودند، در نظریه‌ای هماهنگ و جامع ارائه دهد و از آن استفاده‌های نظری و علمی ببرد. ریشه افکار فروید را هم می‌توان در بعضی عقاید کلی که در طی چند هزار سال مبنای همه افکار غربی بوده است و هم در اکتشافات خاص قرن نوزدهم جستجو کرد.

به طور کلی، تکامل اندیشه‌های فروید را می‌توان با اغماض به چهار دوره تقسیم کرد:

۱- تجسس نوروژها: آغاز کار او (۱۸۸۶) تا چاپ تحقیقاتی در زمینه هیستری (۱۸۹۵)؛

۲- دوره خودکاوی: از ۱۸۸۹ میلادی تا ۱۸۹۵ میلادی؛

۳- دوره ارائه اولین سیستم روان‌شناسی تحلیلی یعنی روان‌شناسی نهاد: که اصولاً مبتنی بر کتاب‌های تعبیر رؤیا (۱۹۰۰) و سه مقاله در زمینه جنسیت بود و تا سال ۱۹۱۴ میلادی طول کشید؛

۴- دوره روان‌شناسی خود: که از ۱۹۱۴ تا هنگام مرگ او به سال ۱۹۲۹ میلادی طول کشید.



نکته: این دوره نهایی شرح کامل نظریات اولیه و ترویج آنها را دربر می‌گیرد.

در طی دوره اول، فروید از روش پالایش روانی، که از بروئر آموخته بود، استفاده می‌کرد. در روش پالایش روانی، بیمار تحت هیپنوتیزم، تجارب دردناک خود را به خاطر می‌آورد و عواطف مربوط به آنها را بیان می‌کند و بدین طریق از شر آنها خلاص می‌شود. در پالایش روانی، فروید برای کاوش ذهن بیماران از شیوه اصرار کردن استفاده می‌کرد.

در این دوره، تنها تفاوت فروید با دیگران همان تأکیدش بر امور جنسی بود. به موازات استفاده از این روش، فروید از روش تداعی آزاد نیز برای کشف علل اساسی اختلالات روانی استفاده می‌کرد؛ زیرا شیوه اصرار کردن را کافی و مؤثر نمی‌دانست. از طریق این روش بود که فروید موفق به کشف نیروهای محرکی شد که در درون بیماران وجود دارند و موجب تظاهرات غیرعادی می‌شوند. در نظر فروید، صفت بارز این نیروهای محرک، ناخودآگاهی آنها بود. در این دوره، فروید روش‌های تداعی آزاد، انتقال، رؤیاها، علائم روان‌نژندی و اعمال سهوی را راه‌هایی دانست که بدان وسیله مواد واپس زده وارد خودآگاه می‌شوند.

در دومین دوره، فروید یک نگرش دوگانه داشت؛ از سویی معتقد بود که مغز، اندام حیاتی روان انسان و مرکز اندیشه و احساس است و از سوی دیگر، چون در آن زمان نحوه کارکرد مغز به درستی و دقت کافی شناخته نشده بود، لذا اصرار داشت که روان‌شناسی را باید جدا از فیزیولوژی مغز مورد مطالعه قرار داد. در این دوره، فروید برای آنکه بتواند به زیربنای نیروهای ناخودآگاه پی ببرد، در خلال دهه ۱۸۹۰ میلادی به خودکاوی پرداخت. در این روش، فروید با تحلیل خاطرات دوران کودکی و رؤیاهای خویش و بازگو کردن افکارش، به چگونگی عملکرد نیروهای متحرک درونی خود پی برد و اساس اولین نظام روان‌کاوی خویش (روان‌شناسی نهاد) را فراهم آورد.

در سومین دوره، فروید اولین نظام روان‌کاوی خویش (روان‌شناسی نهاد) را بر سه مفهوم اساسی مبتنی کرد: ناخودآگاهی پویا، نظریهٔ لیبیدو یا انرژی روانی و انتقال-مقاومت به‌منزلهٔ اساس درمان. منظور فروید از ناخودآگاه پویا، آن جنبه‌هایی از ناخودآگاه بود که به علت اضطراب، سرکوب شده بود. نظریهٔ لیبیدو در مفهوم نهایی آن بر فرضیه‌های زیر مبتنی است:

- ۱- لیبیدو منبع عمدهٔ انرژی روانی است.
- ۲- یک جریان تکاملی وجود دارد که از مراحل مختلف لیبیدویی ترکیب شده است.
- ۳- انتخاب هدف یا شیء‌گزینی (روابط متقابل افراد) از استحاله و دگرگونی لیبیدو حاصل می‌شود.
- ۴- سائقه‌های لیبیدویی یا ارضا می‌شوند یا سرکوب، یا از طریق واکنش‌سازی حل‌وفصل و یا اینکه تصعید می‌شوند. برای اکثر نیازهای غریزی تصعید طبیعی‌ترین نحوهٔ سازگاری است.
- ۵- سازمان منش فرد براساس شیوه‌های مختلف ارضای غرایز بیولوژیک ساخته می‌شود.
- ۶- نوروز یک نوع تثبیت یا بازگشت به مرحله‌ای از میل جنسی دورهٔ طفولیت است. به‌علاوه، هرچه تثبیت زودتر رخ دهد یا بازگشت عمیق‌تر باشد، بیماری روانی شدیدتر است.

سومین مبنای اولین نظام روان‌کاوی که اساس روان‌درمانی است، همان پدیدهٔ انتقال و مقاومت است. منظور از انتقال، مجموعهٔ روابط عاطفی موجود بین مراجع و درمانگر است. از لحاظ تئوری، این روابط عاطفی به افرادی ارتباط دارد که در دوران کودکی طفل مرجع قدرت بوده‌اند. منظور از مقاومت هم تمام چیزهایی است که جلوی پیشرفت درمان را می‌گیرند.

فروید، به‌رغم عمق و موفقیت نظام اولیهٔ روان‌کاوی خویش، پیوسته از اصول نظری و نتایج عملی آن ناراضی بود. این نارضایتی به چهارمین دورهٔ تکامل نظریات او، یعنی دورهٔ روان‌شناسی «خود» انجامید که این دوره تقریباً از سال ۱۹۱۴ میلادی یعنی، سال انتشار مقاله‌ای با عنوان **خودشیفتگی** تا سال ۱۹۲۶ میلادی یعنی، زمان انتشار کتاب **مشکل اضطراب** طول کشید.

روان‌شناسی خود مربوط به درک کلّ شخصیت است که از سال ۱۹۲۳ میلادی به بعد تمام موضوع روان‌کاوی حول این محور متمرکز بوده است. فروید ۲۰ سال آخر زندگی خویش را صرف تهیهٔ چهارچوبی فلسفی برای تئوری واپس‌زدن و راه‌های متعدد خودآگاه کردن امیال واپس‌زده کرد و این فلسفهٔ جدید را «متاپسیکولوژی» نامید.

کج مثال ۱: کتاب تعبیر رؤیا مربوط به کدامیک از دوره‌های تکامل اندیشهٔ فروید است؟

(۱) تجسس نروزها (۲) دورهٔ خودکاوی

(۳) دورهٔ ارائهٔ اولین سیستم روان‌شناسی تحلیلی (۴) دورهٔ روان‌شناسی خود

☒ پاسخ: گزینه «۳» دورهٔ ارائهٔ اولین سیستم روان‌شناسی تحلیلی یعنی روان‌شناسی نهاد اصولاً مبتنی بر کتاب‌های تعبیر رؤیا (۱۹۰۰) و سه مقاله در زمینهٔ جنسیت بود و تا سال ۱۹۱۴ میلادی طول کشید.

مفاهیم بنیادی نظریهٔ فروید

ماهیت انسان: به نظر فروید انسان ذاتاً نه خوب است و نه شرور؛ بلکه از نظر اخلاقی خنثی است. فروید انسان را ماحصل نهایی رشد تدریجی (تکامل) می‌دانست. به اعتقاد او انسان از هر نظر در حکم یک ماشین فیزیولوژیک است که در آن کشش‌ها و انگیزش‌های ارگانیزم بیولوژیک به‌صورت فرایندهای فکری، آرزو و سائق عاطفی ظاهر می‌شوند. بدی و شرارت موقعی است که عمل منطقی انسان زیر نفوذ کشش‌های غریزی قرار می‌گیرد، بدون آنکه انسان این کشش‌ها را بشناسد و یا درصدد کنترل آنها برآید.

فروید یک **دوگانه‌گرا** بود و به ناخودآگاهی (ناهشیاری)، جنبهٔ فیزیولوژیک می‌داد و خودآگاهی را دانش محدود شخصی می‌دانست. همچنین، به نظر فروید انسان اصولاً موجودی دوجنسی است و هر فردی ترکیبی از دو جنس نر و ماده است. او نه‌تنها انسان را از نظر فیزیولوژیک دوجنسی می‌داند، بلکه خصوصیات روحی و روانی او را هم دوجنسی می‌داند.

فروید تمدن بشری را نتیجهٔ **واپس‌زدگی** می‌داند و وجود اراده و آزادی انسان را نفی می‌کند و او را تابع عوامل جبری یا محدودیت‌های اجتماعی می‌داند. **سائق و غرایز:** در روان‌کاوی معمولاً از دو اصطلاح غرایز و سائق‌ها به‌جای یکدیگر استفاده می‌شود، ولی از اصطلاح سائق بیشتر استفاده می‌شود. ابتدا فروید بین سائق‌های حافظ خود (مثلاً تنفس، خوردن، آشامیدن و دفع) و سائق‌های حافظ نوع (میل جنسی) تمایز قائل می‌شد. انرژی جنبشی ناشی از سائق‌های جنسی، **لیبیدو** است. فروید در تحقیقات اولیه‌اش معتقد بود انگیزش انسانی در تعبیر کلی، یک انگیزش جنسی است و انسان‌ها همواره در پی کسب لذت هستند. ولی بعداً لیبیدو را به تمامی غرایز زندگی ربط داد و هدف کلی کسب لذت و فرار از درد را دربر گرفت.

فروید در شصت‌وچند سالگی، ایدهٔ **غریزهٔ مرگ** را پیش کشید که سائق‌های پرخاشگرانه را توجیه می‌کرد. سائق‌های پرخاشگرانه شامل امیال ناهشیاری هستند که هدفشان آسیب زدن به دیگران یا خود است. غالباً تعارض بین غرایز زندگی (اروس) و غرایز مرگ (تاناتوس) است.

نکته ۲: لیبیدو و سائق‌های پرخاشگرانه غالباً بدون آنکه فرد بر آنها آگاه و هشیار باشد ابراز می‌شوند.

کج مثال ۲: کدامیک، جزو سائق‌های حافظ نوع است؟

(۱) تنفس (۲) خوردن (۳) دفع (۴) میل جنسی

☒ پاسخ: گزینه «۴» فروید بین سائق‌های حافظ خود (مثلاً تنفس، خوردن، آشامیدن و دفع) و سائق‌های حافظ نوع (میل جنسی) تمایز قائل می‌شد.



مدرسایان شریف

فصل سوم

«مشاوره و درمان یونگی»

مقدمه

یونگ که مجذوب عوامل پویا و ناهشیار مؤثر بر رفتار انسان بود اعتقاد داشت ناهشیار آن گونه که فروید می‌پندارد فقط حاوی امیال جنسی و پرخاشگرانه واپس‌رانده‌شده نیست. به نظر یونگ انسان دارای **ناهشیار شخصی و جمعی** است. نیروها و تصورات درون روان که محصول تاریخ تکاملی مشترک بشریت است، ناهشیار جمعی را می‌سازند. یونگ علاقه خاصی به نمادهای همگانی و جهانی یا **کهن‌الگوها** داشت که بین تمام انسان‌ها مشترکند. یونگ در مطالعاتش روی شخصیت انسان توانست نوعی سنخ‌شناسی (شخصیت) را ابداع کند که نگرش‌ها و کارکردهای روان را در تمامی سطوح هوشیاری مشخص می‌کرد. سازه‌های نظریه یونگ محصول مشاهدات وی در مورد فرایندهای ناهشیار خودش و دیگران است.

یونگ علاقه خاصی به جنبه معنوی افراد داشت؛ جنبه‌ای که به نظر یونگ در میانسالی یا پس از آن پرورش می‌یابد. وی بر آگاه کردن بیماران نسبت به جنبه‌های ناهشیار ذهنشان به کمک رؤیا و تخیلات و هشیار کردن ناهشیار تأکید می‌ورزد. این رویکرد انسان‌ها را متوجه موجودیت روان‌شناختی بی‌همتایشان می‌کند. یونگ در زمینه‌های مختلفی مثل فلسفه، الهیات، انسان‌شناسی، علوم و اسطوره‌شناسی مطالعه می‌کرد. از لحاظ فلسفی تحت‌تأثیر دیدگاه‌های **امانوئل کانت** در خصوص صورت‌های ادراکی جهانی پیشین بود. طبق این مفهوم، انسان‌ها هرگز واقعیت امور را ادراک نمی‌کنند؛ بلکه یک‌رشته الزام‌های ادراکی دارند که آنچه را دیده‌اند تحت‌الشعاع قرار می‌دهند و پیش‌درآمد ناهشیار جمعی می‌باشند. شخص دیگری که روی یونگ تأثیر گذاشت **گوستاو کاروس** بود. به نظر کاروس، ناهشیار سه سطح داشت که یکی از آنها ناهشیار جهانی و همگانی بود. دیدگاه‌های **ادوارد فون هارتمن** نیز تا حدودی شبیه دیدگاه‌های کاروس بود. وی کارکرد ناهشیار را به سه سطح تقسیم می‌کرد که یکی از آنها ناهشیار جهانی و همگانی بود. برداشت‌های فون هارتمن و کاروس در مورد ناهشیار همگانی در پرورش مفهوم ناهشیار جمعی توسط یونگ نقش داشتند.

گانفرید لایبنیتس در قرن هجدهم مطالبی در مورد نامعقول بودن ناهشیار نوشت. نوشته‌های **لایبنیتس** نیز روی مفهوم ناهشیار مورد نظر یونگ تأثیر گذاشت. مدتی بعد **آرتور شوپنهاور** به نیروهای نامعقول درون انسان‌ها اشاره کرد که میل جنسی و نحوه بروز آن در رفتار را پیش می‌کشیدند. در نظریه شخصیتی یونگ آثار این مفاهیم فلسفی دیده می‌شود.

یوهان باخوفن، انسان‌شناس فرهنگی، **آدولف باستین** و **گئورگ کروزر**، که روی نمادگرایی در فرهنگ‌های مختلف کار می‌کردند نیز تأثیر مستقیمی روی مفهوم کهن‌الگوهای مورد نظر یونگ گذاشتند.

در سطح عملی‌تر، آموزش دیدن یونگ زیر نظر دو روان‌پزشک به نام‌های **بلولر** و **ژانه**، رویکردش در مورد روان‌پزشکی را تحت‌الشعاع قرار داد. وی و **فرانز رایکلین** به کمک روش‌های علمی درصدد پرورش بیشتر و مطالعه آزمون تداعی کلمات برآمدند؛ آزمونی که در آن افراد کلماتی را می‌شنوند و اولین کلمه‌ای را که به ذهنشان خطور می‌کند بیان می‌کنند. یونگ وقتی دریافت بعضی از مردم به برخی کلمات سریع‌تر یا کندتر جواب می‌دهند متقاعد شد این کلمات برای افراد مزبور معانی خاصی دارند. همین کشف وی منتهی به ابداع مفهوم **عقده** شد. از نظر یونگ عقده، گروهی از کلمات یا عقاید بود که بار هیجانی داشتند، معرف خاطرات ناهشیار بودند و روی زندگی شخص تأثیر می‌گذاشتند.

یونگ در سال ۱۹۱۱، کتاب «**نمادهای تبدیل**» را نوشت. او در این کتاب اظهار می‌دارد عقده اودیپ، کشش جنسی نسبت به والد غیرهمجنس و خصومت نسبت به والد همجنس نیست (دیدگاه فروید)؛ بلکه تجلی و بروز نیازها و پیوندهای معنوی یا روان‌شناختی است.

کج مثال ۱: کدام گزاره مطابق با دیدگاه یونگ درباره عقده نیست؟

- (۱) گروهی از کلمات یا عقاید هستند که بار هیجانی دارند.
- (۲) معرف خاطرات ناهشیارند.
- (۳) روی زندگی شخص تأثیر می‌گذارند.
- (۴) پایه ناهشیار جمعی‌اند.

پاسخ: گزینه «۴» از نظر یونگ عقده، گروهی از کلمات یا عقاید است که بار هیجانی دارند، معرف خاطرات ناهشیارند و روی زندگی شخص تأثیر می‌گذارند. ☒

نظریه شخصیت

محور اصلی برداشت یونگ از شخصیت، وحدت یا کلیت است. از نظر یونگ مظهر این کلیت، روان است که شامل افکار، احساسات و رفتارهای هشیار و ناهشیار می‌شود. انسان‌ها در زندگی دنبال پرورش کلیت خویش هستند. از نظر یونگ خود، محور و کلّ شخصیت است. جنبه دیگر شخصیت عبارت است از نگرش‌های افراد و کارکردهای روان‌شناختی آنان. این ویژگی‌ها در یک نظام انرژی نسبتاً بسته عمل می‌کنند.

سطوح هشیاری

یونگ برای هوشیاری، سه سطح قائل است. **سطوح هوشیاری** که تجلی شخصیت هستند عبارتند از: هوشیاری که قانون آن ایگو است؛ **ناهایشیار شخصی** که افکار و خاطراتی را دربر می‌گیرد که می‌توانیم آنها را به یاد آوریم و وارد بخش هشیار ذهن نماییم؛ و **ناهایشیار جمعی** که محصول مضامین و مواد مشترک بین بشریت است. نوشته‌های یونگ و دیگر تحلیل‌گران پیرو یونگ عمدتاً روی این نوع ناهشیار و کهن‌الگوها یا تصورات و افکاری که معرف شیوه‌های بشری ادراک هستند، متمرکز می‌باشند.

هوشیاری: هوشیاری تنها سطحی است که افراد می‌توانند به‌طور مستقیم آن را بشناسند. هوشیاری از همان بدو تولد وجود دارد و تا آخر عمر ادامه می‌یابد. انسان‌ها به تدریج از یکدیگر متمایز و متفاوت می‌شوند. یونگ نام این فرایند را **تفرد** گذاشته است و هدفش شناخت تمام و کمال خود است. تفرد تا حدودی از طریق ایجاد رابطه بین محتویات ناهشیار و هوشیاری روی می‌دهد. با افزایش هوشیاری اشخاص، میزان تفرد آنان بیشتر می‌شود. مرکز فرایندهای هوشیاری نیز ایگو است. ایگو به شیوه‌های سازمان‌دهی ذهن هشیار اطلاق می‌شود. ایگو انتخاب می‌کند که کدام ادراک‌ها، افکار، خاطرات و احساسات هشیار شوند.

ناهایشیار شخصی: تجارب، افکار، احساسات و ادراک‌هایی که مقبول ایگو نیستند در ناهشیار شخصی ذخیره می‌شوند. بخش مهم ناهشیار شخصی را تعارضات شخصی، نگرانی‌های اخلاقی رفع‌نشده و افکار دارای بار هیجانی تشکیل می‌دهند که واپس‌رانی شده‌اند یا به‌راحتی قابل‌دسترس نیستند. این موارد غالباً در رؤیایها نمودار می‌شوند و نقش مهمی در تولید رؤیایها دارند. بعضی از فکرها، خاطرات و احساسات با یکدیگر رابطه دارند یا مضمون خاصی را نشان می‌دهند. این مطالب به‌هم‌مرتبط وقتی تأثیری هیجانی روی فرد می‌گذارند، **عقده** نامیده می‌شوند.

فرق بین برداشت یونگ از مفهوم عقده‌ها با برداشت سایر نظریه‌پردازان: تأکید یونگ بر کهن‌الگویی بودن عقده‌ها است؛ پس هر عقده‌ای شامل عناصری از ناهشیار شخصی و ناهشیار جمعی است. برخی از عقده‌ها که ریشه‌های کهن‌الگویی دارند، عقده مادر و عقده پدر، عقده منجی و عقده شهادت است. این عقده‌ها را به کمک آزمون تداعی کلمات می‌توانید پیدا کنید.

ناهایشیار جمعی: مفهومی که نظریه روان‌درمانی یونگ را از دیگر نظریه‌های روان‌درمانی متمایز می‌کند، مفهوم ناهشیار جمعی است. تصورات و مفاهیم سازنده ناهشیار جمعی، مستقل از هوشیاری هستند. منظور از جمعی این است که مواد و محتویات این ناهشیار در بین تمامی انسان‌ها مشترک و برای تمامی انسان‌ها مهم است. ناهشیار جمعی عبارت است از گرایش ارثی ذهن انسان به بازنمایی درون‌مایه‌های اسطوره‌ای؛ بازنمایی که بدون از دست دادن الگوی اصلی خود بسیار تغییر می‌کنند. محتویات ناهشیار جمعی غرایز و کهن‌الگوها هستند.

نکته ۱: غرایز همان تکانه‌های کنشی هستند مثل فرار کردن در پی احساس تهدید. کهن‌الگوها نیز شیوه‌های ادراک و ساخت دادن تجربه‌ها هستند.

کلمه مثال ۲: مطابق با دیدگاه یونگ، تجارب، افکار، احساسات و ادراک‌هایی که مقبول ایگو نیستند در ذخیره می‌شوند.

۱) هشیار ۲) نیمه‌هشیار ۳) ناهشیار شخصی ۴) ناهشیار جمعی

☒ **پاسخ:** گزینه «۳» تجارب، افکار، احساسات و ادراک‌هایی که مقبول ایگو نیستند در ناهشیار شخصی ذخیره می‌شوند. بخش مهم ناهشیار شخصی را تعارضات شخصی، نگرانی‌های اخلاقی رفع‌نشده و افکار دارای بار هیجانی تشکیل می‌دهند که واپس‌رانی شده‌اند یا به‌راحتی قابل‌دسترس نیستند.

کهن‌الگوها

کهن‌الگوها اگرچه محتوا ندارند ولی دارای فرم می‌باشند. کهن‌الگوها تجربه نیستند بلکه تأثیرات تجربه می‌باشند. یونگ به کهن‌الگوهای زیادی اشاره کرده است از جمله کهن‌الگوی تولد، مرگ، قدرت، قهرمان، کودک، پیر خردمند، مادر زمین، شیطان، خدا، مار و وحدت.

کهن‌الگوهایی که از نظر یونگ بیشترین اهمیت را در ترکیب شخصیت دارند **پرسونا، آنیما و آنیموس، سایه و خود** می‌باشند. در این میان، پرسونا بیشترین رابطه را با کارهای روزمره شخصیت دارد و کهن‌الگوی خود نقش بسیار حساسی در کارکرد مناسب شخصیت بازی می‌کند.

پرسونا که معنای لاتین آن ماسک است، نشان می‌دهد انسان‌ها خودشان را برای دیگران چطور نمایش می‌دهند. انسان‌ها نقش‌های مختلفی بازی می‌کنند، پدر و مادر، کارمند، دوست و غیره. نحوه ایفای این نقش‌ها بستگی به این دارد که دوست داریم چه تصویری از خودمان ارائه دهیم و فکر می‌کنیم دیگران دوست دارند چطور عمل کنیم. مردم پرسونا‌های خود را متناسب با موقعیت‌ها تغییر می‌دهند. آنها با کودکان مهربانانه و در مقابل یک بازاریاب تلفنی، دفاعی رفتار می‌کنند. پرسونا از این جهت مفید است که به انسان‌ها یاد می‌دهد احساسات، افکار و رفتارشان را در موقعیت‌های خاص کنترل کنند.

نکته ۲: اگر انسان‌ها به پرسونا بیش‌ازحد توجه کنند و اهمیت بدهند با خودشان غریبه و توخالی می‌شوند؛ یعنی آنها در تجربه کردن هیجانات اصیل خویش دچار مشکل می‌شوند.



مدرس‌ان شریف

فصل چهارم

«مشاوره و درمان آدلری»

مقدمه

آدلر نویسنده‌ای پرکار و سخنرانی خستگی‌ناپذیر بود و در تمام عمرش حدود ۱۰۰ کتاب و مقاله به چاپ رسانید. برخلاف فروید که اعمال بشر را نتیجهٔ گرایز می‌دانست و یونگ که رفتار انسان را ناشی از طرح‌های ارثی می‌پنداشت، آدلر اعمال و رفتار انسان را زاییدهٔ کشش‌های اجتماعی می‌داند. اگرچه برخی آدلر را جزو نوفریدگرایان می‌دانند، دیدگاه‌های وی با دیدگاه‌های فروید خیلی فرق دارد. شباهت آنها در این است که هر دو معتقدند شخصیت افراد در سال‌های نخست زندگی و قبل از شش سالگی شکل می‌گیرد. در سایر زمینه‌ها، نظر آنها فرق دارد. آدلر بر ماهیت و طبیعت اجتماعی فرد تأکید می‌ورزید؛ یعنی سلامت روانی را با سهم و نقش فرد در اجتماع و جامعه می‌سنجید. به نظر آدلر با بررسی مجموعهٔ خانواده، خاطرات اولیه (خاطرات دوران کودکی) و رؤیاها می‌شد سبک زندگی یعنی رویکرد فرد به زندگی و هدف‌های درازمدتش را مشخص کرد. انسان‌ها سعی می‌کنند به قابلیت دست یابند یا برای خود در دنیا جایی پیدا کنند. ولی گاهی در این راه دارای باورهای غلطی می‌شوند که در آنها احساس برتری یا حقارت ایجاد می‌کنند. پیروان آدلر به بیماران خود کمک می‌کنند در مورد این باورها، بینش پیدا کنند و به هدف‌هایشان برسند.

نکته ۱: مشخصهٔ روان‌درمانی و مشاورهٔ آدلری استفاده از راهبردهای خلاقانه جهت تحقق هدف‌های درمان و تغییر شناخت‌ها، رفتارها و احساسات است. یکی از کمک‌های معنوی عمدهٔ آدلر به جهان روان‌شناسی، مفهومی است که او از **عقدهٔ حقارت طبیعی و یا عمومی** به دست داده است. شهرت او بیشتر به دلیل بحث اوست دربارهٔ عقدهٔ حقارت و ارائهٔ نظریه‌ای دربارهٔ نوروژ، که تلاش‌هایی از جانب بیمار است برای فرار از مسئولیت‌های طبیعی و عادی. به عقیدهٔ آدلر احساس عقدهٔ حقارت و تلاش در راه تفوق و برتری، نقطهٔ شروع شیوهٔ زندگی است. دومین کمک آدلر، تأکید او بر کیفیت محیط خانواده و شبکهٔ روابط اجتماعی افراد خانواده است که امروزه اساس بسیاری از مراکز راهنمایی کودک را تشکیل می‌دهد. سومین کمک معنوی آدلر، ارائهٔ مفهوم «علاقهٔ اجتماعی» است، که اعتراضی به عقاید گذشتگان و خصوصاً غریزه‌گرایان بود و این مفهوم کمک بزرگی به حوزهٔ روان‌شناسی اجتماعی کرد. چهارمین کمک معنوی آدلر، ارائهٔ مفهوم «تعرض مردانه» است، که بر مبنای عقدهٔ حقارت استوار است. پنجمین کمک معنوی آدلر به حوزهٔ روان‌شناسی، رد مفهوم دوبعدی خودآگاهی و ناخودآگاهی بود؛ او عقیده دارد که انسان موجودی خودآگاه است و معمولاً از علل رفتار و هویت خویش آگاهی دارد. او برخلاف فروید، هر نوع ثنویت را مردود دانست و دیدی کلی‌نگر را توصیه کرد و بالاخره، ششمین کمک آدلر به غنای روان‌شناسی، تأکید بر «من خلاقه» بود که به نظر او هستهٔ اصلی و اساسی تحقق نفس و بی‌همتایی شخصیت است.

نکته ۲: مثال ۱: آدلر هستهٔ اصلی و اساسی تحقق نفس و بی‌همتایی شخصیت را چه می‌داند؟

- ۱) علاقهٔ اجتماعی ۲) کشش اجتماعی ۳) من خلاقه ۴) شیوهٔ زندگی

☒ پاسخ: گزینه «۳» آدلر من خلاقه را هستهٔ اصلی و اساسی تحقق نفس و بی‌همتایی شخصیت می‌داند.

تاریخچه تحول فکر آدلر

آدلر ابتدا عضو جامعهٔ روان‌کاوان وین بود و تا اندازه‌ای از افکار فروید تأثیر پذیرفته بود. تفاوت عمدهٔ دیدگاه آدلر با فروید در این بود که او تأکید زیادی بر تأثیرات عوامل اجتماعی و میل به برتری شخصیت و رشد آن می‌کرد. آدلر قویاً تأکید می‌کرد که انسان را نمی‌توان مجزا از دیگران مورد مطالعه قرار داد؛ بلکه مطالعهٔ انسان فقط باید در زمینهٔ اجتماعی او انجام پذیرد. روان‌شناسی آدلر نسبت به روان‌شناسی فروید انعطاف‌پذیرتر و فردگرایانه‌تر است؛ زیرا بر شیوهٔ زندگی فرد و بی‌همتایی آن تأکید دارد.

نکته ۲: اکثر روان‌شناسان اعتراف کرده‌اند که آدلر اولین روان‌کاوی بوده که بر ماهیت اجتماعی انسان تأکید ورزیده است.

از میان فلاسفهٔ یونان قدیم، آدلر از افکار **رواقیون** متأثر بوده، به‌طوری که اعمال و رفتار انسان را تا حدود زیادی زاییدهٔ نگرش‌ها و تفکر انسان قلمداد کرده است. نوشته‌های آدلر با فلسفهٔ **کانت**، به‌خصوص از نظر مفاهیم امور مطلق، منطق خصوصی و غلبه یافتن، شباهت زیادی دارد.



آدلر با نیچه نیز در زمینه مفهوم «اراده نیل به قدرت»، وجه اشتراک دارد؛ آدلر این مفهوم را به معنی تلاش‌های طبیعی انسان برای نیل به قدرت و توانایی به کار می‌برد، درحالی‌که نیچه از این مفهوم برداشتی دیگر دارد که شبیه عقیده آدلر درباره «جنبه بی‌ثمر زندگی» است. همچنین نیچه بر مفهوم انسان برتر تأکید می‌کند، حال آنکه آدلر از برابری سخن می‌گوید. به‌علاوه آدلر بر احساس اجتماعی تأکید دارد که این مفهوم کاملاً با فلسفه نیچه بیگانه است. آدلر بر تقسیم‌بندی دوبعدی ذهن و جسم و اثرات متقابل آنها در یکدیگر خط بطلان کشید. او با دیدی کلی‌نگر به انسان نگاه کرد، او را به‌منزله واحدی تقسیم‌ناپذیر دانست و اظهار داشت که اگر انسان را به‌صورت اجزایش مورد مطالعه قرار دهیم، قادر نخواهیم شد که ماهیت او را کاملاً درک کنیم. برای وی این مهم نبود که بدن چگونه بر روی ذهن و یا ذهن به چه نحوی بر بدن تأثیر می‌گذارد؛ بلکه این سؤال مطرح بود که فرد در تعقیب هدف‌هایش چگونه بدن و ذهن خود (کل شخصیتش) را به کار می‌گیرد.

آدلر به‌شدت تحت نفوذ فلسفه ویهینگر قرار داشت و رد نظریه جبرگرایی تاریخی را در نظریات ویهینگر کشف کرد. او دریافت که بیشتر انتظارات انسان از آینده است که او را برمی‌انگیزد و نه تجربیات گذشته‌اش. ویهینگر و آدلر، هیچ‌کدام معتقد به تقدیر و سرنوشت نبودند. آدلر معتقد بود که فرد خود، سرنوشت خویش را تعیین می‌کند.

بعد از آنکه آدلر در ۱۹۱۱ از فروید کناره گرفت، به اتفاق چند تن از طرفداران خود جامعه تحقیقات آزاد روان‌کاوی را تشکیل دادند که اولین گام در توسعه روان‌شناسی فردی بود. با وجود آن، روان‌شناسی آدلر برای مدتی کنار گذاشته شد و آن را روان‌شناسی سطحی و خاص کودکان دانستند، ولی امروزه یک روان‌شناسی زنده به شمار می‌آید که در برخورد با مسائل انسان دیدگاهی کل‌نگر، پدیده‌شناختی، غایت‌انگار و اجتماعی دارد. دیدگاه او در این زمینه‌ها به‌خوبی از عقاید پیشینیان متأثر است و تأثیرات بسزایی بر افکار اعقاب خود داشته است؛ از جمله ویکتور فرانکل، رولو می، آلبرت ایس، آبراهام مازلو و

بر طبق موضعی که آدلر در نظام نظری و عملی خویش اتخاذ کرده است، تمام رفتار در یک زمینه اجتماعی رخ می‌دهد، انسان مجبور است که به ایجاد روابط متقابل بپردازد و علاقه اجتماعی از نیازهای مهم انسان است.

روان‌شناسی آدلر جزئی‌نگری را به نفع کلی‌نگری رد می‌کند و هیچ نوع تقسیم‌بندی دوبعدی نظیر خودآگاهی و ناخودآگاهی را قبول ندارد. وی شناخت فرد را مستلزم شناخت سازمان ادراکی او و شناخت شیوه زندگی‌اش می‌داند. شیوه زندگی هم به ایمان و اعتقاداتی اطلاق می‌شود که فرد در روزهای اولیه زندگی خویش کسب می‌کند و یک الگوی ادراکی جهت‌دار است. نتیجتاً یک شیوه زندگی نه صحیح است و نه غلط، نه طبیعی است و نه غیرطبیعی؛ بلکه صرفاً نوعی بینش است که از طریق آن شخص خود را با توجه به شیوه‌اش در درک زندگی می‌نگرد و به‌وسیله هدف‌هایش به جلو رانده می‌شود. انسان به‌سوی یک هدف خودگزیده حرکت و چنان عمل می‌کند که گویی رسیدن به این هدف آرمانی به او امنیت خاطر می‌دهد و عزت‌نفس او را حفظ می‌کند.

زندگی در نظر آدلر «بودن» نیست بلکه «شدن» است. او جبرگرا نیست و به آزادی، انتخاب، مسئولیت و بامعنی بودن مفاهیم در طرح زندگی انسان معتقد است. در نظر او زندگی فاقد هرگونه معنی ذاتی است و این انسان است که بدان معنی و مفهوم می‌بخشد. هرکسی به شیوه خاص خودش به زندگی معنی می‌بخشد.

کج مثال ۲: آدلر کدام عامل را در انگیزش و رفتار انسان مؤثرتر می‌داند؟

- (۱) تجربیات و خاطرات گذشته (۲) تفسیر از وقایع کنونی (۳) انتظارات از آینده (۴) محیط ارتباطی

✓ پاسخ: گزینه «۳» آدلر دریافت که بیشتر انتظارات انسان از آینده است که او را برمی‌انگیزد و نه تجربیات گذشته‌اش. او معتقد بود که فرد خود، سرنوشت خویش را تعیین می‌کند.

ماهیت انسان

دید آدلر به انسان و امور او دیدی کل‌نگر، پدیده‌شناختی، غایت‌انگار و اجتماعی است. او انسان را موجودی خلاق، انتخاب‌گر، اجتماعی، مسئول و در حال شدن می‌داند، که نه خوب است و نه بد و ماهیتش در جامعه شکل می‌گیرد و تکامل او در واقعیت بخشیدن به خویش است. انسان می‌کوشد تا از طریق من‌خلاقه خویش تجارب خود را معنی و مفهوم ببخشد و حتی آنچه را که در عالم خارج موجود نیست به وجود آورد، آنها را براساس شیوه زندگی‌اش تجزیه و تحلیل کند و از آنها در جهت سازندگی و تحقق نفس استفاده کند. شناخت نفس به‌وسیله خود فرد موقعی بیشتر می‌شود که بتواند سرچشمه‌های فعالیت خویش و پویایی‌های روحش را تعیین کند. انسان موجودی است آزاد که در گزینش و انتخاب سبک زندگی‌اش مختار است. گرچه او کاملاً به سرنوشت خویش مسلط نیست و نمی‌تواند به‌طور صددرصد رویدادها را کنترل کند، در عین حال می‌تواند با توجه به وضعیت موجود موقعیتی را انتخاب کند که با وضعیت سازگارتر است.

به اعتقاد آدلر، روح انسان از یک ماده ارثی سرچشمه می‌گیرد که عملکردی فیزیکی و روانی دارد و تکامل آن کاملاً تحت تأثیر عوامل اجتماعی است و رابطه‌ای ذاتی با حرکت آزاد دارد. انسان از یک طرف تحت تأثیر امیال شخصی و از سوی دیگر تحت تأثیر قواعد و مقررات اجتماعی است. شیوه زندگی فرد از یک اصل و منشأ رشد روانی برمی‌خیزد که کم‌وبیش برای هرکس آگاهانه و در جهت تأمین علاقه اجتماعی و میل به تفوق و برتری است. اصول زندگی غیرقابل تغییر و در سرتاسر زندگی ثابت است. زندگی روانی مجموعه‌ای از فعالیت‌های تهاجمی و امنیت‌جویانه است که هدف نهایی‌اش تداوم و بقای ارگانیزم است.

📖 نکته ۳: به عقیده آدلر، طبیعت انسان را نمی‌توان با بررسی پدیده‌های مجزا از هم شناخت؛ بلکه باید او را به‌صورت یک کلّ پویا مورد بررسی و شناسایی قرار داد.



مدرس‌ان شریف

فصل پنجم

«مشاوره و درمان شخص‌محور (مراجع‌محوری)»

مقدمه

درمان شخص‌محور که ابتدا **درمان بی‌رهنمود** و بعداً **درمان مراجع‌محور** نامیده شد توسط کارل راجرز مطرح گردید. این درمان نگاه مثبتی به انسان‌ها دارد و می‌گوید انسان‌ها در مسیر رسیدن به حداکثر کارکرد حرکت می‌کنند. کارهای راجرز معرف **شیوه‌ای از بودن** هستند تا مجموعه‌ای از فنون درمان‌بخش. راجرز بیشتر بر **درک و دلسوزی** توجه داشت تا بر تشخیص، توصیه و اقناع. به نظر راجرز اگر چند شرط خاص رعایت شود، تغییر درمان‌بخش روی خواهد داد. مراجع باید مضطرب و ناهمخوان باشد و با درمانگر رابطه برقرار کند؛ درمانگر نیز باید در کلمات، رفتار غیرکلامی و احساسات خویش خالص باشد. درمانگران، مراجع خود را می‌پذیرند و برای وی دلسوزی نامشروط می‌کنند. وانگهی باید افکار، عقاید، تجربه‌ها و احساسات مراجع را بپذیرند و درک همدلانه خویش را به مراجع نشان بدهند. به نظر راجرز اگر مراجعان این شرایط را حس کنند، آن‌گاه تغییر درمان‌بخش روی خواهد داد.

راجرز در مورد رفتارهای مختلف انسان از مفاهیم اساسی **خلوص**، **پذیرش** و **همدلی** استفاده می‌کرد. به نظر وی با فرایندهای گروهی می‌شد تغییراتی در اشخاص ایجاد کرد و به خصوصیات تعالی‌بخش اعضای گروه اعتماد داشت. وی از این مفاهیم در رابطه با ازدواج و مشاوره با زوج‌ها، تعلیم و تربیت و امور اجرایی نیز استفاده کرد.

درمان شخص‌محور، چهار مرحله یا دوره را پشت‌سر گذاشت:

ابتدا **مرحله پیدایش** بود که سال‌های نخست کار حرفه‌ای راجرز را شامل می‌شد.

مرحله دوم، **مرحله بی‌رهنمود** بود که با پیشرفت و تحول نظریه وی آغاز می‌شود؛ در این مرحله، راجرز بر درک کردن مراجع و انتقال این درک به مراجع تأکید می‌کرد.

مرحله سوم، **مرحله مراجع‌محوری** بود؛ در این مرحله، راجرز نظریه شخصیتی و تغییر حاصل از روان‌درمانی خویش را بیشتر پرورش داد و تأکید کردن بر شخص به‌جای فنون را ادامه داد.

چهارمین مرحله، **مرحله شخص‌محوری** بود که از محدوده روان‌درمانی انفرادی فراتر رفت و مشاوره زناشویی، گروه‌درمانی و فعالیت‌ها و تغییرات سیاسی را دربر گرفت.

راجرز چگونه به رویکرد بی‌رهنمود دست یافت؟ وی در مدتی که در روجستر روی کودکان کار می‌کرد تحت‌تأثیر یکی از سمینارهای **اتو رنک** قرار گرفت. علاوه بر این، **الیزابت دیویس** که مددکار اجتماعی بود و **جسی تافت** شاگرد رنک با در میان گذاشتن تفسیر خویش از عقاید رنک با راجرز، تأثیر قابل‌توجهی بر راجرز گذاشتند. رنک که از روان‌کاوی فروید فاصله گرفته بود، به‌جای ایگو و اید بر خلاقیت انسان‌ها متمرکز شده بود. از نظر رنک، هدف درمان این بود که به انسان‌ها کمک کنیم بی‌همتا بودن و مسئولیتشان در قبال زندگی خود را بپذیرند. درمانگر برای آنکه مراجع به این اقتدار و توان ابراز خود برسد باید نقش یک مددیار غیرقضاوتگر را بازی کند تا نقش یک شخص متخصص و مقتدر را.

نکته ۱: رنک برخلاف روان‌کاوان، روی فنون یا شرح‌حال تأکید نمی‌کرد؛ بلکه می‌گفت هر انسانی موجودی بی‌نظیر است و باید تجربه وی را در نظر گرفت.

دیدگاه‌های آدلر نیز روی درمان راجرز تأثیر مستقیمی داشت. راجرز و آدلر هر دو بر ارزش فرد و لزوم برقراری رابطه‌ای خوب با دیگران تأکید می‌کردند. هر دو معتقد بودند باید کلیت انسان را در نظر گرفت و انسان‌ها موجوداتی خلاق و مسئولیت‌پذیرند.

مفهوم **خودشکوفایی** نقش مهمی در تحول درمان شخص‌محور داشت. خودشکوفایی که ابتدا توسط **کورت گولدستاین** مطرح شد، به‌طور ضمنی به این معناست که انسان‌ها دنبال رشد و تحول سالم هستند و توان چنین رشدی را دارند؛ رشدی که زمینه‌ساز بروز کامل آنان می‌شود. نوشته‌های گولدستاین توسط مازلو که ابداع‌کننده روان‌شناسی انسان‌گرا بود پرورش یافت.

مازلو روی جنبه‌های مهم انسانیت تأکید می‌ورزید؛ مثل آزادی، خردمندی و ذهنیت‌گرایی. وی در نوشته‌هایش درباره نیازهای انسان، علاوه بر نیازهای فیزیولوژیک مثل گرسنگی و تشنگی و نیاز به امنیت و آسایش، بر نقش مهم احساس تعلق خاطر، عشق، عزت‌نفس و خودشکوفایی نیز تأکید می‌کرد. منظور مازلو از خودشکوفایی این بود که انسان به آنچه می‌تواند بشود تبدیل گردد و زندگی بامعنا و توأم با پیشرفتی داشته باشد. مازلو و راجرز هر دو در مورد انسان، دیدگاه مثبت و خوش‌بینانه‌ای به نام **انسان‌گرایی** داشتند.

از این گذشته نقطه‌نظرهای راجرز در مورد انسانیت و درمان، از نویسندگان وجودگرا نیز متأثر بود. وجودگرایی و درمان شخص‌محور بر اهمیت آزادی، انتخاب، ارزش‌های فردی و مسئولیت‌پذیری در قبال خویش تأکید می‌کردند. اگرچه بخش زیادی از نوشته‌های وجودگرایان در مورد اضطراب و تجربه‌های تلخ انسانی مثل بی‌معنایی، مرگ و بی‌مسئولیتی بود که نسبت به دیدگاه راجرز، بدبینانه‌تر بودند، نویسندگانی چون **بابر و می** با درمان شخص‌محور وجه اشتراک زیادی داشتند. راجرز نیز بودن در زمان حال و درک دنیای پدیدارشناختی مراجعان را قبول داشت.

نکته ۲: هرچند راجرز متأثر از رنک، آدلر و متفکران وجودگرا و انسان‌گرا بود، بسیاری از نوشته‌های اولیه‌اش کاملاً عملی و محصول تجربه‌های درمانی خودش بودند.

هارت تکامل نظریه راجرز را به سه دوره تقسیم کرده است. این سه دوره عبارتند از:

- ۱- دوره درمان غیرمستقیم (۱۹۵۰-۱۹۴۰)؛ ۲- دوره درمان به طریق انعکاس مطالب (۱۹۵۷-۱۹۵۰)؛ ۳- دوره درمان تجربی (۱۹۷۰-۱۹۵۷).
- این دوره‌ها و مشخصات هریک در جدول زیر مشخص شده است:

دوره‌های رشد درمان مراجع‌محوری

دوره	نقش مشاور	تغییرات شخصیت
۱- دوره روان‌درمانی به طریق غیرمستقیم (۱۹۴۰-۱۹۵۰)	ایجاد فضایی آزاد، مبرا از دخالت، مبتنی بر پذیرش و روشن‌سازی	پیشرفت تدریجی بصیرت مراجع نسبت به خود و موقعیتش
۲- دوره روان‌درمانی مبتنی بر انعکاس مطالب (۱۹۵۷-۱۹۵۰)	انعکاس احساسات، اجتناب از هرگونه تهدید در جریان رابطه	رشد هماهنگی و توافق میان خویشتن‌پنداری و زمینه پدیدارشناختی فرد
۳- دوره روان‌درمانی مبتنی بر تجربه (۱۹۷۰-۱۹۵۷)	بروز رفتارهایی که مبین نگرش‌های انسانی نظریه است. تمرکز بر تجربیات مراجع، فرایند تجربه مشاور، شرایط رابطه درمانی	ایجاد رشد در کل فرایند زندگی فردی و اجتماعی از طریق یادگیری استفاده از تجربیات مستقیم

در درمان غیرمستقیم، به پیشرفت تدریجی بصیرت مراجع نسبت به خود و موقعیتش اهمیت داده می‌شد. مشاور سعی داشت با ایجاد موقعیتی آزاد و مبرا از اقتدار و قدرت، مراجع را در جهتی که مایل است سوق دهد. مشاور از طریق پذیرش و عدم مداخله می‌کوشید تا به مراجع کمک کند که احساسات و ادراکات خویش را روشن کند و گام‌های مثبتی در سايه جهت‌گیری جدیدش بردارد. در این دوره، مشاور از اموری نظیر نصیحت کردن، ابراز عقاید و احساسات، تعبیر و تفسیرها، ارائه نقشه و طرح و دیگر فعالیت‌های مداخله‌ای خودداری می‌کرد. در مقابل، تلاش اصلی بر استفاده از ابتکار و خلاقیت مراجع در جهت ایجاد رشد سلامتی و سازگاری او متمرکز بود.

در دوره دوم، نظریه مراجع‌محوری پخته و کامل‌تر شد و تحقیقات متعدد، صحت بسیاری از مفاهیم و عملکردهای آن را مورد تأیید قرار داد. توجه عمیق مشاور به محتوای عاطفی اظهارات مراجع و نه به محتوای معانی و بیان آنها، از برجسته‌ترین تغییرات در روند عمل این دوره به شمار می‌رفت. از پاسخ‌های سطحی و مضمونی که بعضی اوقات از ویژگی‌های روشن‌سازی مرسوم در شیوه غیرمستقیم بود، اجتناب می‌شد.

در این دوره، نقش مشاور مجدداً مورد بحث و گفتگو قرار گرفت و بر پاسخگویی و حساسیت او نسبت به احساسات مراجع تأکید شد. **انعکاس احساسات** جای روشن‌سازی را گرفت و ابعاد شناختی تعامل مشاوره‌ای کمتر مورد تأکید قرار گرفت. برای حصول به نتایج مطلوب، یعنی سازمان‌دهی مجدد خود و وحدت‌بخشی به خویشتن‌پنداری، مشاور می‌بایست منابع و عوامل تهدیدکننده را در رابطه بین خود و مراجع از میان برمی‌داشت و دنیای پدیداری مراجع را آینه‌وار منعکس می‌کرد؛ از این‌رو، انعکاس احساسات یکی از تکنیک‌هایی بود که مشاور از آن استفاده می‌کرد. در جریان انعکاس احساسات، مشاور خود را کاملاً در نگرش‌های مراجع غوطه‌ور می‌کرد و به درون او راه می‌یافت و مشکل را از دریچه چشم او می‌نگریست.

نکته ۳: بهترین روش شناخته‌شده در درمان مراجع‌محوری، بازتاب (یا انعکاس) احساسات است که در حقیقت تشریح چندان دقیقی از فرایند کار نیست؛ بلکه این کار بیشتر توضیح و تفسیر است تا بازتاب صرف و بیشتر احساس و محتوا با یک حالت کلی است تا احساسات صرف. این کار کوششی است که به مراجعان اجازه می‌دهد تا بدانند هر آنچه می‌گویند، شنیده و همان‌گونه که هستند پذیرفته شده‌اند.

روان‌درمانی مبتنی بر تجربه که در حال حاضر نیز اعمال می‌شود، از نتایج درمان‌های غیرمستقیم و انعکاسی است که هدف آن، کمک مؤثرتر به افراد پس‌پس‌کوتیک و نرمال است. در این دوره، به تأثیر تکنیک‌هایی نظیر احترام مثبت، درک همدلانه و خلوص مشاور توجه خاصی می‌شود. ماهیت اصلی روان‌درمانی مبتنی بر تجربه، **به تجربه درآوردن امور** است که هر مشاور به طریق خاصی آن را اعمال می‌کند. مهم این است که تمام پاسخ‌ها و فعالیت‌های مشاور باید بر تجربیات مراجع متکی باشد. در غیر این صورت، علاوه بر آنکه جریان رشد و تغییر را تسهیل نخواهد کرد، حالت دفاعی در مراجع ایجاد خواهد کرد. مشاور، مراجع را به‌منزله فردی مستقل که دارای توانایی‌های بالقوه انسانی است می‌بیند، به او احترام می‌گذارد و پاسخ‌های خود را بر تجربیات او متکی می‌کند.

مثال ۱: در دوره روان‌درمانی مبتنی بر انعکاس مطالب، در فرایند تکاملی درمان مراجع‌محوری، انعکاس احساسات جایگزین کدام فن شد؟

- (۱) روشن‌سازی (۲) انعکاس محتوا (۳) مواجهه (۴) گوش دادن فعال

پاسخ: گزینه «۱» در دوره روان‌درمانی مبتنی بر انعکاس مطالب، نقش مشاور مجدداً مورد بحث و گفتگو قرار گرفت و بر پاسخگویی و حساسیت او نسبت به احساسات مراجع تأکید شد. انعکاس احساسات جای روشن‌سازی را گرفت و ابعاد شناختی تعامل مشاوره‌ای کمتر مورد تأکید قرار گرفت.



مدرس‌ان شریف

فصل ششم

«مشاوره و درمان وجودی»

مقدمه

روان‌درمانی وجودی که رویکردی فلسفی دربارهٔ مردم و وجودشان دارد به مضامین و موضوعات مهم زندگی و مفاهیم وجودی می‌پردازد. روان‌درمانی وجودی عمدتاً نوعی نگرش نسبت به برخی مضامین محسوب می‌شود تا یک رشته فنون و روش‌ها. این مضامین عبارتند از مرگ و زندگی، آزادی، مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با بی‌معنایی. روان‌درمانی وجودی بیش از درمان‌های دیگر به آگاهی انسان‌ها در مورد خودشان می‌پردازد و آنان را وامی‌دارد آن‌سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند. انسان‌ها جدای از دیگران وجود ندارند؛ در نتیجه برقراری روابط صادقانه و صمیمی با دیگران در درمان وجودی خیلی مهم است. رویکرد وجودی برداشت جبرگرایانه از ماهیت انسان را که روان‌کاوی سنتی و رفتارگرایی رادیکال طرفدار آن هستند رد می‌کند. این رویکرد بر این فرض استوار است که ما آزادیم و بنابراین مسئول انتخاب‌ها و اعمال خود هستیم. ما آفرینندهٔ زندگی خویش هستیم و مسیرهایی را برای دنبال کردن طراحی می‌کنیم. اصل بنیادی وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم؛ زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته‌ایم باشیم. هدف اصلی درمان، ترغیب کردن درمانجویان به فکر کردن دربارهٔ زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش روی آنها و انتخاب کردن از بین آنهاست.

درمان وجودی فرایند جستجو کردن ارزش و معنی در زندگی است. در درمان وجودی به تجربهٔ فوری و جاری درمانجویان توجه می‌شود؛ با این هدف که به آنها کمک شود تا در جستجوی خویش برای معنی و مقصود، حضور بیشتری داشته باشند. وظیفهٔ اصلی درمانگر این است که درمانجویان را ترغیب کند تا گزینه‌های خود را برای آفریدن وجود بامعنی بررسی کنند. ما می‌توانیم تشخیص دهیم که مجبور نیستیم قربانیان منفعل شرایط خود باشیم؛ بلکه در عوض قادریم آگاهانه معمار زندگی خویش شویم.

تاریخ تفکر وجودی

روان‌درمانی وجودی محصول کارهای فلاسفهٔ اروپایی است. شاید **کی‌یرکگارد** اولین نویسنده‌ای بود که در مورد اضطراب و عدم قطعیت‌ها در زندگی مطلب نوشت. **نیچه** نیز در قرن ۱۹ با تأکید بر ذهنیت و قدرت‌طلبی، تفکر وجودی را مشهور کرد. **هایدگر** و **یاسپرز** نیز با مطرح کردن نظام‌های پیچیدهٔ فلسفهٔ وجودی، وجودگرایی را به پیش بردند. **سارتر** فیلسوف فرانسوی، دیدگاه بدبینانه‌تری در مورد وجودگرایی داشت. علاوه بر این، عالمان الهیات نیز اظهارنظرهای مهمی کرده‌اند که تلفیقی از عقاید شخصی آنان و فلسفهٔ وجودی است. نویسندگانی چون **داستایوسکی**، **کامو** و **کافکا** نیز در آثار خود به مطالب و مضامین وجودی زیادی اشاره کرده‌اند. با اینکه دیدگاه‌های کی‌یرکگارد بر الهیات و دیدگاه‌های نیچه بر «نیروی زندگی» استوار بود، ولی تأکید هر دو بر ماهیت ذهنی و غیرخردمندانهٔ انسان‌ها، روی دیگر فلاسفه و روان‌درمانگرهای وجودی تأثیر مستقیمی گذاشت.

نکته ۱: شاید فیلسوفی که بیشترین تأثیر را در پیدایش درمان وجودی داشته است، مارتین هایدگر باشد. کتاب **بودن (هستی) و زمان** هایدگر نقش مهمی در درمان وجودی دارد.

نظر سارتر این بود که وجود دنیا و بشریت دلیل و علت ذاتی خاصی ندارد؛ بلکه انسان‌ها باید برای آن دلیلی بیابند. بشر بودن یعنی **آزادی**. انسان‌ها پیوسته باید در چارچوب و محدوده‌های خویش و محیط اطرافشان، انتخاب کنند و تصمیم بگیرند؛ آنها محکوم به آزاد بودن هستند. به نظر سارتر، روان‌کاوی وجودی باید به مشکلات هیجانی خاصی بپردازد که معلول تصدیق نکردن انتخاب‌های اصیل هستند. روان‌درمانگر باید به بیمار کمک کند بهانه‌هایی چون «علت بدبختی من این است که محصول ازدواج و پیوند زناشویی نیستم» را کنار بگذارد؛ چون رودررو شدن با آزادی و پوچی دشوار است. سارتر تأکید دارد که انسان صرف‌نظر از آنچه بوده، می‌تواند متفاوت شدن را انتخاب کند.

کج مثال ۱: به نظر سارتر، روان‌کاوی وجودی باید به بپردازد.

(۴) معنادرمانی

(۳) خلأهای وجودی

(۲) مشکلات اخلاقی

(۱) مشکلات هیجانی

☒ **پاسخ:** گزینه «۱» نظر سارتر این بود که وجود دنیا و بشریت دلیل و علت ذاتی خاصی ندارد؛ بلکه انسان‌ها باید برای آن دلیلی بیابند. بشر بودن یعنی آزادی. انسان‌ها پیوسته باید در چارچوب و محدوده‌های خویش و محیط اطرافشان، انتخاب کنند و تصمیم بگیرند؛ آنها محکوم به آزاد بودن هستند. به نظر سارتر، روان‌کاوی وجودی باید به مشکلات هیجانی خاصی بپردازد که معلول تصدیق نکردن انتخاب‌های اصیل هستند.



بنیان‌گذاران روان‌درمانی وجودی

لودویگ بینزوانگر، مدارد باس و ویکتور فرانکل با الهام از فلسفه وجودی جزو اولین طرفداران روان‌پزشکی وجودی بوده‌اند. البته آنها در نوشته‌های خود نظریه دقیق و مشخصی در باب روان‌درمانی ارائه نداده‌اند. دغدغه این افراد بیشتر معنای وجود و تأثیرات جانبی آن بوده است. وجودنگرهایی مانند بینزوانگر، از جنبه تیره زندگی فرار نمی‌کنند. آنها با پیروی از رهنمود کی‌رکگارد، فیلسوف دانمارکی، تمایل دارند با جنبه‌های زشت و در عین حال، معنی‌دار زندگی روبرو شوند.

بینزوانگر در آغاز سعی کرده بود با تفسیر تجربه بیماران بر طبق نظریه روان‌کاوی، در جنون معنی بیابد. با این حال، بعد از خواندن رساله فلسفی عمیق هایدگر (۱۹۶۲)، **هستی و زمان**، در درمانش، وجودی‌تر و پدیدارشناختی شد. رویکرد پدیدارشناختی، بینزوانگر را قادر ساخت تا به‌طور مستقیم با تجربه بی‌واسطه بیماران روبرو شود و معنی چنین پدیده‌ای را به زبان بیمار، نه در قالب نظریه انتزاعی درمانگر، درک کند.

مدارد باس (۱۹۹۱-۱۹۰۳)، دومین پیشگام بانفوذ روان‌درمانی وجودی بود. باس مانند بینزوانگر، فروید را می‌شناخت و عمیقاً تحت تأثیر تفکر وی قرار داشت. هایدگر مهم‌ترین تأثیر را بر او داشت و مانند بینزوانگر به فکر آن بود که موضع فلسفی هایدگر را در روان‌درمانی مؤثر پیاده کند.

فرانکل، **لوگوتراپی** را ابداع کرد که به معنی «درمان از طریق معنی» است. فرانکل مثل باس و بینزوانگر تحت نفوذ روان‌کاوی بود؛ با این حال، تجربی که در اردوگاه‌های جمعی آلمان کسب کرده بود بر روان‌درمانی وجودی مورد نظر وی تأثیر گذاشت؛ چرا که این تجارب باعث شدند وی پیوسته با موضوعات وجودی خاصی چون احساس گناه و فناپذیری تماس داشته باشد. مفاهیم مهم برای فرانکل **آزادی انسان و مسئولیت وی در قبال خودش و دیگران** بود. وی در کتاب مشهور **انسان در جستجوی معنا** این مفاهیم را با فصاحت و به‌صورت خیلی شخصی مطرح کرده است. وی در این کتاب، ماهیت معنادرمانی را شرح می‌دهد و می‌گوید بنیادی‌ترین سائق برای انسان‌ها، **فهم معنای وجودشان** است. موضوعات مهمی که در سرتاسر کارهای او جریان دارند عبارتند از اینکه: زندگی تحت هر شرایطی معنی دارد؛ انگیزش اصلی برای زیستن، میل به معنی است. آزادی یافتن معنی در تمام چیزهایی که به آن فکر می‌کنیم و یکپارچگی بدن، ذهن و روح.

به عقیده فرانکل، انسان مدرن وسیله‌ای برای زیستن دارد ولی اغلب هیچ معنایی که به خاطر آن زندگی کند ندارد. بیماری دوران ما **بی‌معنایی یا خلأ وجودی** است و معمولاً زمانی احساس می‌شود که افراد خود را به کارهای عادی مشغول نمی‌کنند. هدف فرایند درمان به چالش طلبیدن افراد برای یافتن معنی و مقصود از طریق رنج کشیدن، کار و عشق است.

نکته ۲: اگرچه فرانکل فنونی نیز ابداع کرده است، ولی بیشتر روی پرسش‌های وجودی یا معنوی تمرکز دارد که فهم ارزش‌ها، انجام تکلیف‌های شخصی و معنای زندگی را ممکن می‌سازند.

مشهورترین نویسنده معاصر روان‌درمانی وجودی **رولو می** است. وی در مقاله‌ها و کتاب‌هایش به موضوعات و مباحث وجودی مهمی چون اضطراب، قدرت، پذیرش آزادی و مسئولیت و هویت فردی می‌پردازد. می در کتاب **انسان در جستجوی خویش** در مورد اضطراب و تنهایی بشر در جامعه مدرن می‌نویسد. رویکرد می به روان‌درمانی، تلفیقی از مفاهیم روان‌کاوانه و مضامین وجودی است. به عقیده می، «بودن» جرئت می‌خواهد و انتخاب‌های ما تعیین می‌کنند چه نوع آدمی خواهیم شد. درون ما کشمکش دائمی وجود دارد؛ گرچه می‌خواهیم به سمت پختگی و استقلال پیش برویم ولی می‌دانیم که این پیشرفت، اغلب فرایند عذاب‌آوری است؛ بنابراین، کشمکش بین امنیت وابستگی و شادی‌ها و عذاب‌های رشد است.

نکته ۳: فرانکل و می هر دو طرفدار انعطاف‌پذیری و همه‌فن‌حریفی در کاربست روان‌کاوی بودند. می مانند بینزوانگر و باس، هرگز یک سیستم رسمی درمان وجودی را به وجود نیاورد. در واقع، می و همکاران، درمان وجودی را به‌صورت نگرشی تعریف کردند که از گرایش نظری فراتر می‌رود. دیگران آن را به‌صورت درمان پویایی که به مسائل بنیادی زندگی می‌پردازد (یالوم، ۱۹۸۰) یا هرگونه روان‌درمانی ضد جبرگرایی (ادواردز، ۱۹۸۲) تعریف کرده‌اند. پس شگفت‌آور نیست که جنبش وجودی، مکتبی پراکنده متشکل از درمانگران و کارورزانی است که به‌جای روش‌های عینی یا پیامدهای عملی، در تأکیدهای فلسفی‌شان هم‌سو هستند. به بیان دیگر، درمان وجودی به‌جای اینکه سیستم روان‌درمانی باشد، فلسفه‌ای درباره روان‌درمانی است.

چند روان‌درمانگر آمریکایی سعی کرده‌اند رشته‌های متعدد وجودنگری را به شکل یک رویکرد بالینی منسجم، به هم نزدیک کنند. آنها اساس فلسفی وجودنگری را به‌صورتی که سورن کی‌رکگارد، مارتین هایدگر، ژان پل سارتر و مارتین باور بیان کردند با موضوعات بالینی درمانگران وجودی پیشگام، به‌ویژه بینزوانگر، باس و می و تجربیات بالینی خودشان را در سیستم روان‌درمانی مشخصی ترکیب می‌کنند. شخصیت‌های اصلی در بین این سازمان‌دهندگان آمریکایی، جیمز بوگنتال (۱۹۹۰)، اروین یالوم (۱۹۸۰) و کرک اشنايدر (۲۰۱۷، ۲۰۰۷) هستند.

یالوم با توسل به تجربه بالینی خود و پژوهش تجربی، فلسفه و نوشته‌ها، رویکردی وجودی را به درمان ابداع کرده است که بر چهار مسئله اساسی انسان تمرکز دارد: مرگ، آزادی، انزوا و وجودی، بی‌معنایی. شاید دقیق‌ترین و جامع‌ترین تبیین روان‌درمانی وجودی را در کتاب یالوم با عنوان **روان‌درمانی اگزیستانسیال** بیابیم. یالوم رویکردی ژرف‌نگر به روان‌درمانی وجودی دارد و موضوعاتی چون مرگ، آزادی، انزوا و بی‌معنایی را بررسی می‌کند.

او مشخصاً کتاب خود را براساس موضوعات زیر نوشت که آنها را از فیلسوف مورد اشاره اقتباس کرد:

از **کی‌رکگارد**: اضطراب خلاق، ناامیدی، ترس و وحشت، گناه و نیستی.

از **نیچه**: مرگ، خودکشی و اراده.

از **هایدگر**: وجود اصیل، اهمیت دادن، مرگ، گناه، مسئولیت فردی و انزوا.

از **سارتر**: بی‌معنایی، مسئولیت و انتخاب.

از **باور**: روابط میان فردی، دیدگاه من / تو در درمان و فراتر رفتن از خویش.



مدرس‌ان شریف

فصل هفتم «گشتالت‌درمانی»

مقدمه

گشتالت عبارت است از کلیتی پویا که از دو یا چند بخش تشکیل شده است. گشتالت‌درمانی با کل فرد سروکار دارد که چیزی بیش از جمع رفتارهایش است. درمان گشتالتی توسط فریز پرلز (در برخی از ترجمه‌ها پرز هم نوشته شده است) و همسرش، لورا در دهه ۱۹۴۰ شکل گرفت و مبتنی بر این اصل است که افراد را باید در بستر رابطه جاری آنها با محیط شناخت.

گشتالت‌درمانی روشی پدیدارشناختی است که تجربه انسان را منبع داده‌ها می‌داند و بر تجربه درمانگر و مراجع از واقعیت تأکید دارد. گشتالت‌درمانی یک رویکرد وجودی است که بر مسئولیت‌پذیری افراد در قبال خودشان و نقش آنان در تجربه‌های کنونی خودشان تأکید دارد. در گشتالت‌درمانی، معضلات مربوط به گذشته و آینده در قالب زمان حال بررسی می‌شوند. هدف کلی گشتالت‌درمانی نیز خودآگاهی و آگاهی از دیگران و محیط است که موجب کمال و یکپارچگی انسان می‌شود.

تغییر به‌طور خودکار از طریق همین آگاهی روی می‌دهد. 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.

نکته ۱: درمان گشتالتی فعال است و به‌جای حالت انتزاعی صحبت کردن درباره موقعیت‌ها، تجربه کردن مستقیم را تشویق می‌کند.

در گشتالت‌درمانی بر قائل شدن مرزی مناسب بین خود و دیگران تأکید می‌شود. این مرز از طرفی آن‌قدر انعطاف‌پذیر است که به ما امکان برقراری تماس معنادار با دیگران را می‌دهد و از طرف دیگر آن‌قدر استحکام دارد که در انسان احساس خودمختاری ایجاد می‌کند. آسیب‌های روانی معلول بروز اختلال در آگاهی و تماس است. این اختلال نیز محصول واضح نبودن مرز خود و دیگران است.

کدام مثال ۱: در گشتالت‌درمانی، آسیب‌های روانی معلول کدام عامل انگاشته می‌شود؟

(۲) عدم هماهنگی بین خودپنداره و تجربه

(۱) یأس و سردرگمی

(۴) واضح نبودن مرز میان خود و دیگران

(۳) تعارض میان هشیار و ناهشیار

☒ **پاسخ:** گزینه «۴» در گشتالت‌درمانی، آسیب‌های روانی معلول بروز اختلال در آگاهی و تماس است. این اختلال نیز محصول واضح نبودن مرز خود و دیگران است.

تاریخ گشتالت‌درمانی

بنیان‌گذار، ابداع‌کننده و مروج گشتالت‌درمانی فردریک اس (فریز) پرلز بود.

به نظر می‌رسد که پرلز در تدوین نظریات خود از سه حوزه فکری خاص و مستقل تأثیر پذیرفته است که عبارتند از: روان‌کاوی، به‌خصوص دیدگاه ویلهلم رایش، مکتب اصالت وجود و پدیدارشناسی اروپایی و روان‌شناسی گشتالت.

ابداع گشتالت‌درمانی از دیدگاهی نظری‌تر و فلسفی‌تر، محصول نظریه میدانی لوین، پدیدارشناسی و وجودگرایی بود. در سطح شخصی‌تر نیز همسر پرلز یعنی لورا که یک گشتالت‌درمانگر، نویسنده و مدرس بود، سهم چشمگیری در پیدایش گشتالت‌درمانی داشت.

گرچه فریز پرلز تحت تأثیر روان‌کاوی قرار داشت، در چند زمینه با نظریه فروید مخالف بود. درحالی‌که برداشت فروید از انسان‌ها اصولاً ماشینی بود، پرلز بر رویکرد کل‌نگرانه به شخصیت تأکید داشت. فروید بر تعارض‌های درون‌روانی سرکوب‌شده از زمان کودکی تمرکز داشت، درحالی‌که پرلز برای بررسی وضعیت فعلی ارزش قائل بود. این رویکرد بر فرایند بیشتر از محتوا تأکید دارد. به همین خاطر، به‌جای محتوای آنچه درمانجو برملا می‌سازد، بر آنچه در زمان حال تجربه می‌شود تأکید می‌کند. به عقیده پرلز، نحوه‌ای که افراد در زمان حال رفتار می‌کنند، خیلی بیشتر برای خودشناسی اهمیت دارد نسبت به اینکه چرا بدین‌گونه رفتار می‌کنند.



پرلز آنچه را که اصول روان‌کاوی مفید می‌دانسته است در نظریات خود به همان صورت و یا به‌صورت تعدیل‌شده‌ای به کار بسته است. برای مثال، پرلز مفاهیمی مثل فراخود، سرکوبی، درون‌فکنی و برون‌فکنی را به کار بسته و یا به‌نوعی آنها را تعدیل کرده است. پرلز مفهوم ناخودآگاه فروید را به‌منزله جنبه‌هایی از رفتار توصیف کرده که در دسترس فرد نیستند و به‌جای آنکه واقعی باشند، بالقوه هستند. همین‌طور، مفهوم پیش‌آگاهی یا نیمه‌آگاهی فروید را به‌منزله زمینه دانسته که این اساس صورت‌بندی گشتالتی است. فروید معتقد بود که فکر کردن کاری آزمایشی است، حال آنکه به نظر پرلز فکر کردن بازگو کردن است. در نظر او فکر کردن بازگو کردن نقش اجتماعی فرد به‌صورت تصورات است.

نکته ۲: به نظر پرلز تفکر به معنی «بازگو کردن» فعالیتی است که به آینده مربوط می‌شود. برخلاف روان‌کاوی، گشتالت‌درمانی بر زمان حال و موقعیت موجود و آگاهی از تجربه و رفتارهای متفاوت تأکید می‌کند.

تأکید پرلز بر ادراک و کلی‌نگری و چگونگی واکنش فرد در مقابل پدیده‌ها، تأییری است که پرلز از مکاتب اصالت وجود، پدیدارشناسی و روان‌شناسی گشتالت گرفته است. در روان‌شناسی اصالت وجود تأکید بر آن است که فرد در زمان حال چه تجربه‌ای دارد، درحالی‌که در گشتالت‌درمانی، ضمن پذیرش اهمیت تجربه، تأکید بر آن است که فرد در زمان حال هستی‌اش را چگونه درک می‌کند. تأکید بر ارگانیزم به‌مثابه یک کل و همین‌طور تأکید بر ارتباط ارگانیزم با محیط و فرایند تجربه فرد، از مفاهیم اساسی تفکر گشتالتی و مکتب اصالت وجود است.

روان‌شناسی گشتالت، که به‌منزله نظریه‌ای در زمینه ادراک به وجود آمد، بر روابط متقابل میان شکل شیء و زمینه آن و فرایندهای ادراکی تأکید داشت و واکنشی بود نسبت به شیوه‌های اجزائگرانه‌ای که سعی می‌کردند ادراک و فرایندهای ذهنی را از راه تجزیه آنها به اجزاء و یا محتویات ذهنی مطالعه کنند. از آغازگران نهضت روان‌شناسی گشتالت می‌توان **ورتایمر، کافکا و کهلر** را نام برد.

کافکا مثال ۲: کدام نظریه جزو ریشه‌های نظری گشتالت‌درمانی نیست؟

- (۱) نظریه میدانی لوبین (۲) پدیدارشناسی (۳) وجودگرایی (۴) شناخت‌درمانی
- ☒ پاسخ: گزینه «۴» ابداع گشتالت‌درمانی از دیدگاهی نظری‌تر و فلسفی‌تر، محصول نظریه میدانی لوبین، پدیدارشناسی و وجودگرایی بود.

مفاهیم بنیادی نظریه پرلز

ماهیت انسان

برداشت گشتالتی از ماهیت انسان در فلسفه وجودی، پدیدارشناسی، و نظریه میدانی ریشه دارد. فرض بنیادی درمان گشتالتی این است که اگر افراد از آنچه در اطرافشان می‌گذرد کاملاً آگاه باشند، قابلیت «خودگردانی» در محیط خویش را دارند. درمان زمینه و فرصتی را برای این آگاهی و فرایند تماس برقرار کردن فراهم می‌کند.

به اعتقاد پرلز، انسان به‌منزله یک ارگانیزم و یک کل است که نیاز شدیدی به محیط و تعامل با آن دارد. انسان در تعامل با محیط به‌صورت کل عمل می‌کند و جسم، ذهن و روح او جدا از هم نیستند. انسان موجودی احساس‌کننده، تفکرکننده و عامل است. روان‌شناسان گشتالتی به ذاتی بودن نیاز انسان به سازمان و وحدت تجربه ادراکی معتقدند؛ بدین معنی که انسان تجربه خود را در جهت تمامیت و وحدت سوق می‌دهد. انسان تمایل دارد که در جهت چیزهای کل و یا هیئت‌های خوب حرکت کند تا از تنش‌های خود بکاهد و کلیت خود را به ظهور برساند؛ بنابراین تمایل اساسی هر ارگانیزمی تلاش برای نیل به تعادل است و حصول تعادل معادل سلامت روانی است که نظم خودبه‌خودی ارگانیزمی را به وجود می‌آورد. تمایل اساسی هر ارگانیزمی و از آن جمله انسان، تلاش برای کسب تعادل است، تعادلی که هرگز به‌طور ثابت و دائمی حاصل نمی‌شود. هدف تلاش برای کسب تعادل یا موازنه، **کاهش تنش‌هاست** که برای ارگانیزم لذت‌بخش است. همین فرایند حفظ تعادل است که نظم خودبه‌خودی ارگانیزم را به وجود می‌آورد. در راه کسب تعادل، هر انسانی یا هر ارگانیزم زنده دیگری، فقط یک هدف تحقق‌نیافته دارد و آن هدف تحقق بخشیدن به خویش است، آن‌طور که هست.

ما انسان‌ها با وجود تمایل به قطع رابطه با بدنمان که قدمت آن به چند قرن می‌رسد، باید بپذیریم که اصولاً ارگانیزم‌های زیستی هستیم. هدف‌های روزمره یا به قول پرلز **هدف‌های نهایی** ما بر مبنای نیازهای زیستی‌مان استوارند که به گرسنگی، میل جنسی، بقاء، سرپناه و تنفس محدود می‌شوند. نقش‌های اجتماعی‌ای که می‌پذیریم، وسایلی هستند که با آنها هدف‌های نهایی‌مان را برآورده می‌سازیم.

هدف‌های نهایی تا وقتی کامل نشده باشند، به‌صورت نیازهای اضطراری احساس می‌شوند؛ آنها خفته می‌مانند تا اینکه از طریق تعامل مناسب با محیط، بسته شوند. برای مثال، اگر تشنه باشیم، نیاز به تمامیت دادن به تشنگی‌مان را تجربه می‌کنیم و سپس با تأمین آب کافی از محیط‌مان، به نیازمان پاسخ می‌دهیم. این فرایند مداوم تمامیت دادن به نیازهایمان، فرایند تشکیل دادن کل‌ها یا **گشتالت‌هاست** که پرلز آن را یکی از قوانین ثابت دنیا می‌داند که انسجام ارگانیزم‌ها را حفظ می‌کند.

در یک وجود طبیعی سالم، چرخه زندگی روزمره ما فرایند باز و جاری **نیازهای ارگانیزمی** خواهد بود که در آگاهی نمایان می‌شود. این فرایند با وسایلی همراه خواهد شد که توسط آنها، اضطراری‌ترین نیازهای لحظه‌ای را می‌بندیم و به دنبال آن، هدف نهایی دیگری در آگاهی نمایان می‌شود. تا وقتی روی آنچه هم‌اکنون در درونمان می‌گذرد متمرکز بمانیم، می‌توانیم به عقل ارگانیک‌مان برای انتخاب کردن بهترین وسیله‌ای که توسط آن، اضطراری‌ترین نیاز زمان حال را کامل نماییم، اعتماد کنیم (منظور از بستن در دیدگاه گشتالت، این احساس تسکین است که چیز بلا تکلیفی، مانند راه‌حلی برای یک مسئله یا تصمیمی مهم، سرانجام به نتیجه می‌رسد و معمولاً به ارضای شخصی یا برآورده شدن انتظار فرد می‌انجامد).

ارگانیزم انسان واکنش‌کننده یا دریافت‌کننده‌ای منفعل و فعل‌پذیر نیست، بلکه یک ادراک‌کننده و سازمان‌دهنده فعال است که برطبق نیاز و علاقه خویش اجزای جهان مطلق را انتخاب می‌کند و دنیای ذهنی خود را از دنیای عینی به وجود می‌آورد.



مدرسای شریف

فصل هشتم

«واقعیت‌درمانی»

مقدمه

واقعیت‌درمانی مجموعه‌ای از اصول نظری و عملی است که در دهه ۱۹۵۰ میلادی از سوی روان‌پزشکی به نام ویلیام گلاسر مطرح شد و در سال ۱۹۶۵ میلادی مبانی آن در کتاب **واقعیت‌درمانی** به طریقی منسجم و سازمان‌یافته انتشار یافت. واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن سعی می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک شود. در این نظریه از طریق تبیین طبیعت انسان، تعیین قوانین رفتاری و طرح چگونگی فرایند درمان، به افرادی که نیازمند کمک و روان‌یاری هستند، کمک می‌شود. واقعیت‌درمانی به انسان‌ها کمک می‌کند روی رفتار و انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشند. واقعیت‌درمانی بر **نظریه کنترل** (انتخاب) مبتنی است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم مسئول زندگی خویش و اعمال، احساسات و رفتارشان هستند. این نظریه بر آزادی و انتخاب از یک‌سو و مسئولیت از سوی دیگر تأکید می‌کند.

واقعیت‌درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری عاطفی که ویلیام گلاسر، به دنبال احساس نارضایتی از نتایج روان‌کاوی، بدان روی آورد. او اعتقاد داشت روان‌کاوی به انسان‌ها یاد نمی‌دهد مسئولیت رفتارشان را بپذیرند، بلکه به آنها یاد می‌دهد به گذشته برگردند و دیگران را سرزنش کنند. واقعیت‌درمانی محصول کارهای گلاسر روی اقشار مشکل‌دار و دردرساز جامعه مثل دختران بزهکار نوجوان است. وی به کمک یک مدل علمی، یعنی نظریه کنترل، عقایدش در مورد واقعیت‌درمانی را اصلاح کرد.

رویکرد گلاسر به درمان، آمیزه منحصربه‌فردی از فلسفه وجودی و روش‌های رفتاری است. ما برای رسیدن به اهدافمان باید کنترل کافی بر محیطمان داشته باشیم. به عقیده گلاسر، مغز انسان مانند ترموستاتی عمل می‌کند که می‌خواهد رفتار خودش را برای تغییر دادن محیط اطرافش تنظیم کند. هدف تمام رفتارها ارضای این چهار نیاز روان‌شناختی تعلق‌پذیری، قدرت، لذت و آزادی، و نیاز جسمانی برای زنده ماندن است. ارضای موفقیت‌آمیز این نیازها به احساس کنترل می‌انجامد.

نیاز به تعلق‌پذیری ما را برانگیخته می‌کند تا یاد بگیریم به صورت یک واحد، مثلاً در قالب زن و شوهر، خانواده، تیم، کلوپ، یا سازمان مذهبی، همکاری و عمل کنیم. قدرت به بهره‌کشی از دیگران اشاره ندارد، بلکه به پیشرفت، شایستگی و موفقیت اشاره دارد. این پیامدها احساس کنترل تأمین می‌کنند، ما می‌توانیم باعث شویم اتفاقات روی دهند. نیاز به تفریح یا لذت، نیازمان به پیشرفت را متعادل می‌سازد. زندگی به معنی لذت بردن، نه فقط تحمل کردن است. نیاز به آزادی، استقلال یا خودمختاری اشاره دارد که اگر بخواهیم به شیوه واقعاً انسانی عمل کنیم، باید فرصت انتخاب و عمل کردن مستقل را داشته باشیم. هویت موفق از تجربیات قدرت داشتن و لذت انتخاب کردن برای برآورده ساختن نیازهایمان پرورش می‌یابد.

گلاسر احساس می‌کرد رابطه با مراجع باید توأم با درگیری و دوستانه باشد و درمانگر به جای فاصله گرفتن از روان‌کاوی، خودافشایی نماید. گلاسر معتقد بود با متعهد کردن مراجع نسبت به درمان و واداشتن وی به کشف رفتارش، می‌توانیم در تفکر و احساس وی تغییراتی ایجاد کنیم.

اگرچه گلاسر صحبت کردن در مورد احساسات را قبول داشت، آن را محور اصلی درمان نمی‌دانست. هدف گلاسر این بود که مراجعان در زندگی خویش تغییراتی ایجاد کنند و به این تغییرات متعهد بمانند. وی عذر و بهانه‌های مراجعان را نمی‌پذیرفت و به شدت به آنان کمک می‌کرد که روی زندگی‌شان کنترل داشته باشند.

افراد آشفته‌انگیزی هستند که هویت ناموفق را حفظ می‌کنند، زیرا مایل نیستند مسئولیت بپذیرند و صادقانه با واقعیت روبرو شوند. اختلال روانی نامی است که ما روی انواع راهبردهایی می‌گذاریم که افراد از آنها استفاده می‌کنند تا واقعیت و مسئولیت را نادیده بگیرند یا انکار کنند. برخی بیماران به اشتباه سعی می‌کنند با دل‌مشغول شدن به اینکه چقدر نشانه‌های آنها استثنایی است، ارزش به وجود آورند. بیماران جامعه‌ستیز باور دارند که با زیر پا گذاشتن مقررات، قوانین و محدودیت‌های واقع‌بینانه دیگری که جامعه تعیین کرده است، می‌توانند واقعیت را نادیده بگیرند و موفق شوند.

وقتی افراد واقعیت را نادیده بگیرند یا انکار کنند، به احتمال بیشتری شکست‌هایشان را تکرار می‌کنند. برای مثال، کسی که نتوانسته است محبت کافی کسب کند، امکان دارد نیاز به محبت را انکار کند و از دیگران کناره‌گیری نماید، و با این کناره‌گیری نمی‌تواند محبتی را که احساس ارزشمند بودن ایجاد می‌کند، بیابد.

منبع دیگر فلاکت انسان این است که افراد سعی می‌کنند دیگران را کنترل کنند. گلاسر معتقد است که وقتی سعی می‌کنیم دیگران را وادار سازیم تا از معیارهای ما پیروی کنند، انرژی‌مان را هدر می‌دهیم و خود را افسرده می‌کنیم. واقعیت این است که ما نمی‌توانیم به دیگران حکم کنیم؛ تنها رفتاری را که می‌توانیم کنترل کنیم، رفتار خودمان است و وقتی می‌فهمیم که فقط می‌توانیم رفتار خودمان را کنترل کنیم، فوراً در آزادی شخصی‌مان بازنگری می‌کنیم و آن را افزایش می‌دهیم.

واقعیت‌درمانی بر رفتار فعلی و پذیرش مسئولیت مراجع تأکید می‌کند و به جای احساسات به رفتار فرد توجه دارد. هدف اصلی واقعیت‌درمانی کسب رفتار واقع‌گرایانه و افزایش کنترل درونی در مراجع است. مراجع در واقعیت‌درمانی برای تغییر رفتار خود برنامه‌ریزی می‌کند، رفتارهای جدید را فرامی‌گیرد و هویت توفیق را در خود رشد می‌دهد. در واقعیت‌درمانی نیازهای اساسی مراجعان مشخص می‌شود و به آنان برای یافتن شیوه‌هایی برای ارضای آن نیازها کمک می‌شود.

واقعیت‌درمانی با کمک کردن به مراجعان که از آنچه در زمان حال برای آشفته کردن خودشان انجام می‌دهند آگاه شوند، شروع می‌شود. به عنوان مثال، سؤال برای یک بیمار افسرده این نیست که «چه چیزی شما را افسرده می‌کند؟» بلکه این است که «چه کاری انجام می‌دهید که خودتان را افسرده می‌کنید؟». اگر بیماران روی مشکلات گذشته تمرکز کنند، سؤال این نیست که چرا آنها دچار این‌گونه مشکلات شدند، بلکه این است که چرا دچار مشکلات بیشتری نشدند. این نوع تمرکز به مراجعان کمک می‌کند آگاه شوند که حتی در جریان به وجود آوردن مشکلات برای خودشان، هنوز از مقداری توانایی و احساس مسئولیت برخوردارند که از آنها در برابر نابود کردن کامل زندگی‌شان یا زندگی دیگران محافظت کرده است. به مراجعان آموزش داده می‌شود تا روی توانایی‌هایی که دارند، نه روی شکست‌هایی که داشته‌اند، تمرکز کنند. وقتی مراجعان از توانایی‌هایشان بیشتر آگاه می‌شوند، می‌فهمند که می‌توانند بدون انکار کردن یا نادیده گرفتن واقعیت، موفق شوند.

واقعیت‌درمانی عمدتاً بر زمان حال و انتخاب تمرکز دارد. گذشته فقط وقتی اهمیت دارد که با اعمال زمان حال ارتباط داشته باشد. بدیهی است که زمان حال زمانی است که مراجعان می‌توانند تغییر کردن را انتخاب کنند. انداختن تقصیر مشکلات زمان حال به گردن رفتاری‌های گذشته، یکی از شانه خالی کردن‌های شایع در مراجعان است که متأسفانه، غالباً توسط درمانگران سنتی تقویت می‌شود. با این حال، واقعیت‌درمانگران، با بیماران به سردی و سرزنش‌گرانه برخورد نمی‌کنند. مراجعان از قبل به قدر کافی سردی و نکوهش داشته‌اند. درمان باید شخصی باشد و درمانگری آن را هدایت کند که صمیمی و دلسوز باشد و محبت و تأییدی را تأمین کند که در زندگی اولیه مراجع وجود نداشته است. واقعیت‌درمانی از چند روش بالا بردن آگاهی استفاده می‌کند، اما انتخاب، فرایند اصلی تغییر است. تغییر درمانی نتیجه مسئولانه بر اساس آگاهی از صدمه‌ای است که فرد ایجاد می‌کند.

مفاهیم بنیادی نظریه گلاسر

ماهیت انسان

متخصصان مکتب واقعیت‌درمانی در زمینه ماهیت انسان کم‌وبیش با پیروان مکتب اصالت وجود هم‌عقیده‌اند و انسان را مسئول اعمال و رفتار خویش می‌دانند. آنها دیدگاه جبری را درباره انسان مردود می‌دانند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی‌دانند؛ در عین حال به تأثیر محیط و وراثت روی فرد اعتقاد دارند. آنها چون مسئولیت اعمال و رفتار فرد را به عهده خودش می‌دانند، وی را در نهایت مسئول تحقق نفس خویش و تعیین‌کننده نوع هویتش می‌دانند. از این بعد، آنها با **مازلو** و روان‌شناسی نیروی سوم او بیشتر همگام‌اند. به نظر آنان، هر انسانی این استعداد بالقوه را دارد که مسئول و یا غیرمسئول باشد؛ اما اینکه او به چه شیوه‌ای رفتار خواهد کرد، به تصمیماتش بستگی دارد و به شرایط موجود مربوط نیست.

 **نکته ۱:** گلاسر و پیروان او پیدایش نابسامانی‌های روانی را نتیجه عدم توانایی فرد در تحقق نیازهایش می‌دانند.

نظریه شخصیت؛ نظریه کنترل

با اینکه گلاسر بدون اطلاع از نظریه کنترل، واقعیت‌درمانی را ابداع کرد، استفاده از نظریات **پاورز** در مورد نظریه کنترل به نحوی که در کتاب **ایستگاه‌های ذهنی** شرح داده شده است، ایده‌های ضمنی واقعیت‌درمانی را علنی و مشخص نمود.

انسان‌ها دنیای بیرونی خود را حس می‌کنند. ادراک‌ها را در مغز پردازش و نحوه پاسخ‌دهی را انتخاب می‌کنند. این عمل در «ایستگاه‌های مقایسه» یا «محل‌های مقایسه» صورت می‌گیرد؛ سپس مغز به این جریان و رفتار سامان مجدد می‌دهد و افکار، کنش‌ها و احساسات را پدید می‌آورد.

تصویرهای واقعیت

گلاسر به این نکته اشاره می‌کند که انسان‌ها «به‌هیچ‌وجه در دنیای واقعی» زندگی نمی‌کنند، بلکه ادراک‌هایی از واقعیت دارند. به نظر وی انسان‌ها نمی‌توانند خود واقعیت را بشناسند؛ برای مثال اینکه شما روی صندلی نشسته‌اید و این کتاب را می‌خوانید، ادراک واقعیت است نه خود واقعیت. به‌رحال این یک ادراک است و بس. ادراک‌های مردم از واقعیت غالباً با هم فرق دارند.

 **نکته ۲:** به نظر گلاسر، رفتار انسان و کنش‌ها، افکار و احساساتش را ادراک‌های او از واقعیت رقم می‌زنند نه خود واقعیت.

 **مثال ۱:** متخصصان مکتب واقعیت‌درمانی در زمینه ماهیت انسان کم‌وبیش با پیروان کدام مکتب هم‌عقیده‌اند؟

- (۱) مکتب روان‌کاوی (۲) مکتب اصالت وجود (۳) مکتب رفتارگرایی (۴) مکتب آدلری

 **پاسخ:** گزینه «۲» متخصصان مکتب واقعیت‌درمانی در زمینه ماهیت انسان کم‌وبیش با پیروان مکتب اصالت وجود هم‌عقیده‌اند و انسان را مسئول اعمال و رفتار خویش می‌دانند. آنها دیدگاه جبری را درباره انسان مردود می‌دانند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی‌دانند؛ در عین حال به تأثیر محیط و وراثت روی فرد اعتقاد دارند. آنها چون مسئولیت اعمال و رفتار فرد را به عهده خودش می‌دانند، فرد را در نهایت مسئول تحقق نفس خویش و تعیین‌کننده نوع هویتش می‌دانند.



مدرس‌ان شریف

فصل نهم

«رفتاردرمانی»

مقدمه

رفتاردرمانی که مبنای آن را اصول علمی رفتار تشکیل می‌دهد و ظرف ۱۰۰ سال گذشته تدوین شده، در اواخر دهه ۱۹۵۰ مطرح شد. رویکردهای اولیه رفتاردرمانی بیشتر براساس مفاهیم شرطی‌سازی کلاسیک پاولف و شرطی‌سازی عامل اسکینر استوار بودند. تحقیقات مزبور همراه با مطالعات صورت گرفته در زمینه یادگیری مشاهده‌ای، زمینه‌ساز ابداع فنون رفتاردرمانی شدند. رفتاردرمانگرها برای برطرف کردن مشکلات مراجعان خود، از اصولی مثل تقویت، خاموشی، شکل‌دهی و الگوبرداری استفاده می‌کنند. در سنجش‌های مفصل رفتاردرمانگرها، شاهد استفاده آنان از روش علمی هستیم.

تاریخ رفتاردرمانی

رفتاردرمانی به دنبال مکتب روان‌شناسی اصالت رفتار یا روان‌شناسی رفتارگرا به وجود آمده است. رفتاردرمانی سعی می‌کند که براساس نتایج حاصل از مطالعات عینی و علمی رفتار، ماهیت انسان و ناراحتی‌های او، و همین‌طور چگونگی رشد شخصیت و فرایند درمان را به نحو خاصی تعریف و تبیین کند. از این‌رو، مکتب روان‌شناسی اصالت رفتار، و همین‌طور رفتاردرمانی، محصول تلاش‌هایی است که در جهت مطالعات عینی رفتار صورت گرفته است. تاریخچه رفتارگرایی، یا مکتب روان‌شناسی اصالت رفتار، به دهه ۱۹۲۰ میلادی برمی‌گردد. این مکتب روان‌شناسی چون رفتار آشکار و قابل‌ملاحظه فرد را تنها چیزی می‌داند که می‌توان با قطعیت و اطمینان بیشتر مطالعه و شناسایی کرد، آن را موضوع روان‌شناسی قرار داده است و در نتیجه آن را به همین نام می‌خوانند. رفتاردرمانی برخلاف دیگر نظریه‌های روان‌درمانی، در روان‌شناسی آزمایشی و مطالعه فرایند یادگیری انسانی و حیوانی ریشه دارد. مشاهدات پاولف در زمینه ترشح بزاق سگ‌ها قبل از دریافت غذا منجر به مطرح شدن مبحث شرطی‌سازی کلاسیک شد. جان واتسون تحت‌تأثیر آزمایش‌های شرطی‌سازی پاولف مفاهیم مزبور را در مورد رفتار انسان به کار برد. رویکرد مهم دیگر، شرطی‌سازی عامل بود که بی. اف. اسکینر آن را مطرح و تأثیر عوامل محیطی بر رفتار انسان را بررسی کرد. در شرطی‌سازی کلاسیک و عامل، رفتارهای قابل‌مشاهده بررسی می‌شوند، ولی در نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا، فرایندهای درونی یا شناختی بررسی می‌شوند. این نظریه، یادگیری را با مشاهدات و ادراک‌ها توضیح می‌دهد.

رفتاردرمانگران از لحاظ نظریه و روش، بسیار با هم تفاوت دارند. به‌طور سنتی، نظریه یادگیری مبنای ایدئولوژیکی برای رفتاردرمانی قلمداد شده است، اما درباره اینکه کدام نظریه (نظریه پاولف، هال، اسکینر، ماورر، یا دیگران) شالوده را تشکیل می‌دهد، هرگز اتفاق نظر وجود نداشته است. گسترش سریع فنون رفتاری و شناختی - رفتاری در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، در برابر هرگونه تلاش برای محدود کردن این اصطلاح به نظریه‌ای واحد یا مجموعه واحدی از فنون، ایستادگی کرد. در نتیجه، استفاده رایج از اصطلاح رفتاردرمانی به‌طور کلی به رفتارگرایی مفهومی، رفتارگرایی روش شناختی، یا ترکیب مبهمی از این دو اشاره دارد. از لحاظ مفهومی، ویژگی‌های توصیف‌کننده درمان‌های رفتاری به رفتار آشکار، اهمیت یادگیری، ماهیت رهنمودی و فعال درمان‌ها، و قطعاً سنجش و ارزیابی مربوط می‌شوند. فهرست طولانی‌تر، موارد زیر را از جمله ویژگی‌های اصلی رفتاردرمانی ذکر می‌کند:

- اکثر رفتارهای ناهنجار طبق همان اصول رفتارهای بهنجار، فراگیری و نگهداری می‌شوند.

- ارزیابی، مداوم است و بر عوامل تعیین‌کننده جاری رفتار تمرکز دارد.

- افراد به‌وسیله آنچه در موقعیت‌های خاص زندگی فکر می‌کنند، احساس می‌کنند و انجام می‌دهند، بهتر توصیف می‌شوند.

- درمان از نظریه و یافته‌های آزمایشی روان‌شناسی علمی به‌دست می‌آید.

- روش‌های درمان دقیقاً مشخص شده و تکرارپذیرند.

- پژوهش، تأثیر روش‌های خاص بر مشکلات خاص را ارزیابی می‌کند.

- نتیجه درمان برحسب ایجاد مقدماتی تغییر رفتار، تعمیم آن به موقعیت‌های عملی زندگی، و نگهداری آن در طول زمان ارزیابی می‌شود.

روان‌شناسی اصالت رفتار اولین بار به‌وسیله واتسون و در کشور آمریکا مطرح شده است. او معتقد بود که روان‌شناسی، با مطالعه رفتار انسان، باید منحصرأ براساس همان اصول و متدولوژی علمی‌ای باشد که به‌طور موفقیت‌آمیزی در علوم مثل فیزیک، شیمی و بیولوژی به کار گرفته شده است. از این‌رو، واتسون مفاهیمی مثل



ذهن، عقل و اراده، احساس، تمایل، شعور و آگاهی و همچنین تجارب ذهنی و درون‌نگرانه را که نمی‌توان به‌طور عینی تأیید کرد و یا در بوتۀ آزمایش و سنجش علمی قرار داد، طرد کرد. او مشاهده عینی ارگانیسم را تنها روش موثق در مطالعات روان‌شناسی به‌حساب آورد. واتسون معتقد بود که روان‌شناسی باید از طریق مشاهده منظم و آزمایش و تجربه بتواند قوانین رفتاری را ارائه دهد و از راه تعمیم، اصول زیربنایی رفتار انسان را توجیه کند.

واتسون و پیروان او معتقدند که تمام رفتارهای انسان و از جمله پیچیده‌ترین فعالیت‌های او را می‌توان برحسب **شرطی شدن** تبیین کرد. از این لحاظ معتقد بودند که انسان اصولاً هیچ تفاوتی با حیوانات سطح پایین‌تر ندارد و هر فردی به همان نحوی که شرطی شده عمل می‌کند.

شرطی‌سازی کلاسیک

پاولف در جریان بررسی فرایند هضم در سگ‌ها مشاهده کرد که سگ‌ها قبل از قرار گرفتن غذا در دهانشان بزاق ترشح می‌کنند. وی در پی مشاهدات دقیق‌تر خود دریافت سگ‌ها از رویدادهای محیطی مثل صدا، منظره و غذا یاد گرفته‌اند در شرف غذا داده شدن هستند. پاولف توانست محرکی خنثی مثل صدا یا نور (محرک شرطی یا CS) را یکی دو ثانیه پیش از آوردن غذا (محرک غیرشرطی UCS) ارائه دهد. بزاقی که سگ با دیدن غذا (UCS) ترشح می‌کرد پاسخ غیرشرطی (UCR) بود. پس از ارائه همزمان محرک شرطی (نور و صدا) با محرک غیرشرطی (غذا)، محرک شرطی به‌تنهایی موجب ترشح بزاق یا پاسخ شرطی (CR) می‌شد؛ بنابراین، پاسخ آموخته‌شده، پاسخ شرطی بود که در حضور محرک شرطی داده می‌شد.



نکته ۱: حیوانات مختلف (از جمله انسان) و رفتارهای مختلف را می‌توان شرطی کلاسیک کرد.

اگر فرایند آزمون‌های شرطی کلاسیک را در حالت کلی بیان کنیم، این‌گونه است که: اول یک **محرک شرطی** ارائه می‌شود (محرک خنثی)، که این محرک در اصل پاسخی ایجاد نمی‌کند. بعد از آن و خیلی زود (به فاصله یک تا چند ثانیه) محرکی که به‌طور انعکاسی پاسخ معینی را ایجاد می‌کند، ارائه می‌شود. این محرک را **محرک غیرشرطی** و پاسخ مربوط به آن را **پاسخ غیرشرطی** می‌نامند. براساس ارائه مکرر محرک شرطی و غیرشرطی، محرک شرطی به‌تنهایی این خاصیت را پیدا می‌کند که همان پاسخ غیرشرطی را ایجاد کند، بدون آنکه محرک غیرشرطی ارائه شود. در این حالت پاسخ ارائه‌شده را یک **پاسخ شرطی** می‌نامند.

همین عقیده، که **هر محرک با پاسخی توأم است**، مهم‌ترین قاعده روان‌شناسی و مشاوره رفتاری به‌حساب می‌آید. درحالی‌که پاولف شرطی کردن را شیوه مناسبی برای مطالعه فیزیولوژی بخش خاکستری مغز یافته بود و دانشمندان روسی محتاطانه به تعمیم اثرات شرطی شدن در یادگیری می‌پرداختند، واتسون شرطی کردن را تبیینی برای تمام رفتارها می‌دانست.

شرطی‌سازی عامل (شرطی‌سازی فعال یا کنشگر یا ابزاری یا عملی)

شرطی‌سازی کلاسیک روی پیشایندهای رفتاری (ارائه محرک شرطی قبل از محرک غیرشرطی) متمرکز است؛ درحالی‌که در شرطی‌سازی عامل بر پیشایندها و پیامدهای رفتار تأکید می‌شود. شرطی‌سازی عامل (یا شرطی‌سازی ابزاری) که اساس آن را کارهای مقدماتی **ای.بی. ال. ثورندایک (قانون اثر ثورندایک)** و **بی. اف. اسکینر** تشکیل می‌دهند، بخش اعظم رفتاردرمانی امروزی را تشکیل می‌دهد. این نوع شرطی‌سازی، مبنایی برای استفاده از اصول رفتار جهت رفع مشکلات مختلف شد، خصوصاً اختلالات روانی شدیدی چون اسکیزوفرنی و اُتسم. شرطی‌سازی عامل در اصل نوعی یادگیری است که در آن رفتار با تغییر منظم پیامدها تغییر می‌کند. ثورندایک یادگیری را اصولاً یک پدیده فیزیولوژیک می‌داند که با تکامل وابستگی شدیدی دارد. ثورندایک یادگیری را با توجه به سه قانون توضیح می‌دهد که عبارتند از: قانون تمرین، قانون اثر و قانون آمادگی. از این قوانین، تمرین و اثر قوانین اساسی هستند و آمادگی قانون وابسته به آنها به‌حساب می‌آید. یکی از مهم‌ترین خدمات ثورندایک به رفتارگرایی و نظریه یادگیری مفهومی است که او از تنبیه ارائه داده است. او معتقد است که رفتار با پاداش و تنبیه شکل می‌گیرد و پاداش موجب پیدایش رفتار رضایت‌بخش‌تر و مؤثرتر می‌شود. قانون اثر او، به بیانی ساده آن است که اعمالی که پیامدهای مطلوبی دارند تکرار و بنابراین یاد گرفته می‌شوند، درحالی‌که رفتارهایی که پیامدهای نامطلوبی دارند یاد گرفته نمی‌شوند یا فراموش می‌شوند و یا اینکه ارگانیسم از آنها اجتناب می‌کند.

اسکینر که کارهایش بیشتر در زمینه قانون اثر ثورندایک است، از مهم‌ترین پیشروان رفتارگرایی جدید است. وی در مورد رابطه شرطی‌سازی عامل با حکومت، تعلیم و تربیت، تجارت، دین، روان‌درمانی و تعاملات انسانی مطالب زیادی نوشت. او عقیده روان‌کاوی را مبنی بر اینکه مشکلات رفتاری نتیجه تعارضات ناآگاهانه هستند به‌شدت رد کرده است و معتقد است که کشش و انگیزش در انسان ذاتی نیست؛ بلکه نتیجه تحریک و آموزش است. اسکینر اصول شرطی شدن فعال یا وسیله‌ای را که در قالب قانون اثر ثورندایک مطرح شده بود، توسعه داد و بار دیگر بر اثرات و عواقب پاسخ تأکید کرد. مهم‌ترین صفت مشخصه شرطی کردن فعال آن است که رفتار توسط خود ارگانیسم در زمینه محیطی ظاهر می‌شود و در نتیجه پاسخی که بدین ترتیب ظاهر شود تقویت می‌شود.

تفاوت شرطی کردن فعال با شرطی کردن کلاسیک (نظریه پاولف) آن است که در شرطی کردن کلاسیک یک محرک جدید با پاسخی وابسته و همراه می‌شود که این پاسخ معمولاً به‌وسیله محرک دیگری ایجاد می‌شود؛ درحالی‌که در شرطی کردن فعال، رفتار داوطلبانه و یا خودبه‌خودی ارگانیسم به‌وسیله تقویت (پاداش) و یا فقدان تقویت (تقویت منفی) به وجود می‌آید و یا از بین می‌رود. همچنین، در شرطی کردن کلاسیک، محرک شرطی، که برای کنترل رفتار به کار می‌رود، باید بلافاصله قبل از محرک غیرشرطی آورده شود، تا پاسخ شرطی شود و بدین ترتیب محرک غیرشرطی همبستگی میان محرک شرطی و پاسخ را تقویت می‌کند؛ درحالی‌که در شرطی کردن فعال تقویت به دنبال پاسخی می‌آید که می‌خواهیم آن را نیرومند کنیم. این پاسخ با موقعیت محرکی که مقدم بر آن است وابسته و متداعی می‌شود. در شرطی کردن فعال، پاسخ شرطی (یعنی رفتار خودبه‌خودی و داوطلبانه) محرک غیرشرطی (یعنی تقویت) را به وجود می‌آورد؛ از این‌رو، رفتار واکنشی یا شرطی‌شده به طریقه کلاسیک به‌وسیله مقدمات یا سوابق آن کنترل می‌شود؛ درحالی‌که رفتار فعال به‌وسیله پیامدهای آن کنترل می‌شود. در یادگیری فعال، پیامدهایی که رفتار را نیرو می‌بخشند، **تقویت‌کننده** نامیده می‌شوند. در شرطی کردن کلاسیک، پیامدهای یک عمل مهم نیستند و فقط یادگیری آن عمل مورد نظر است. در این شیوه پاداش، تقویت و یا بازخورد ضرورتی نمی‌یابند.



مدرس‌ان شریف

فصل دهم

«رفتار درمانی عقلانی – عاطفی»

مقدمه

در این فصل و فصل آینده، تعدادی از رویکردهای برجسته شناختی- رفتاری مورد بحث قرار گرفته که رفتار درمانی عقلانی- هیجانی آلبرت ایس (REBT)، درمان شناختی آرون. تی. پک (CT) و درمان شناختی- رفتاری دونالد مایکنام (CBT) از آن جمله هستند. بیش از ۲۰ نوع درمان مختلف، «شناختی» یا «شناختی- رفتاری» نامیده شده‌اند.

رویکردهای شناختی- رفتاری مانند رفتار درمانی بسیار متنوع بوده، ولی در ویژگی‌های زیر مشترک هستند:

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 در عاطفه و رفتار؛ ۴- درمان کوتاه‌مدت و آموزشی متمرکز بر مشکلات خاص. همه رویکردهای شناختی- رفتاری بر مدل روانی - آموزشی منظم استوار هستند و همگی بر نقش تکلیف، واگذاری مسئولیت به درمانجو برای پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن، و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارند. رفتار درمانی عقلانی- هیجانی در دهه ۱۹۵۰ توسط روان‌شناسی بالینی به نام آلبرت ایس ابداع شد که از روان‌کاوی ناراضی بود. وی رویکردی را بنیان گذاشت که به نظر خودش بهتر و آسان‌تر از روان‌کاوی، تغییر درمان‌بخش ایجاد می‌کرد. رویکرد وی عمدتاً رویکردی شناختی است که جنبه‌های رفتاری و هیجانی مهمی دارد.

رفتار درمانی 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 رفتار گرایش دارند، مشترکات زیادی دارد. فرض اساسی رفتار درمانی 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. رفتار درمانی عقلانی- هیجانی همواره بر این سه وجه و تعامل‌های آنها تأکید دارد؛ بنابراین می‌توان آن را رویکردی تعاملی دانست.

توصیه عقلانی - هیجانی شخصیت تقریباً به راحتی ABC است. در نقطه A، رویدادهای فعال ساز زندگی، مانند طرد شدن توسط معشوق یا ناکامی در وارد شدن به دوره کارشناسی ارشد قرار دارند. نقطه B عقایدی را نشان می‌دهد که افراد از آنها برای پردازش رویدادهای فعال ساز در زندگی‌شان استفاده می‌کنند. این عقاید می‌توانند عقلانی باشند، مانند اعتقاد به اینکه طرد شدن ناگوار بوده یا شکست آزادهنده و ناخوشایند بوده است. این عقاید می‌توانند غیرعقلانی نیز باشند، نظیر فکر کردن به اینکه «طرد شدن من واقعاً وحشتناک بود»، «هرگز دوباره کسی مرا دوست نخواهد داشت»، یا «چقدر وحشتناک است که نتوانستم وارد دوره کارشناسی ارشد شوم؛ آنها برای همیشه از موفقیت من جلوگیری کرده‌اند». در نقطه C، فرد پیامدهای هیجانی و رفتاری آنچه را که به‌تازگی روی داده است تجربه می‌کند.

اغلب افراد و بسیاری از درمانگران تصور می‌کنند که پیامدهای هیجانی مهم رشد شخصیت، نتیجه مستقیم رویدادهای فعال سازی هستند که افراد در معرض آنها قرار داشته‌اند؛ یعنی، A مستقیماً به C می‌انجامد. به این صورت که هرچه عوامل و فعالیت‌ها در اوایل زندگی دلبپذیرتر بوده باشند، شخصیت سالم‌تر خواهد بود؛ هرچه رویدادهای فعال ساز ناخوشایندتر بوده باشند، فرد از لحاظ هیجانی آشفته‌تر خواهد بود. اما این افراد و درمانگران برطبق رفتار درمانی عقلانی - هیجانی کاملاً در اشتباه‌اند.

رفتار درمانی عقلانی - هیجانی به‌عنوان یک نظریه شناختی، به فرایندهای درون فرد به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده مهم عملکرد شخصیت اشاره می‌کند. این رویدادهای فعال ساز (A) نیستند که اهمیت دارند، بلکه برداشت‌ها و تعبیرهایی که فرد از این رویدادها می‌کند، مهم هستند؛ یعنی، B مستقیماً به C می‌انجامد. بنابراین، فردی که طرد یا شکست را از طریق عقیده عقلانی پردازش می‌کند، ممکن است پیامدهای مناسب تأسف، پشیمانی، دلخوری و ناخشنودی را احساس کند و تصمیم بگیرد آنچه را که می‌تواند تغییر یابد، تغییر دهد تا از وقوع دوباره رویدادهای ناگوار جلوگیری کند. فرد دیگری که با همین رویدادها مواجه می‌شود، اما رویدادهای فعال ساز را از طریق سیستم اعتقادی غیرعقلانی پردازش می‌کند، می‌تواند پیامدهای نامناسبی چون افسردگی، خصومت، اضطراب، بی‌ارزشی، و کناره‌گیری بیمارگون را به وجود آورد.

نکته این است که افراد با نحوه‌ای که فکر می‌کنند، نه به‌وسیله محیط، خودشان را از لحاظ هیجانی، خوشحال یا ناراحت می‌کنند؛ «زمان حال»، نه «گذشته» واقعاً احساسات ما را تعیین می‌کند.



اگر افراد زندگی‌شان را بر مبنای گرایش‌های ذاتی منطقی و تجربی بودن استوار سازند، می‌توانند از آشفتگی‌های هیجانی اجتناب کنند. برای آزمودن فرض‌هایمان و تشکیل دادن ساختار مؤثرتر درباره واقعیت، باید از تجربی‌نگری و منطق استفاده کنیم. اگر به عقل به‌عنوان راهنما در زندگی اتکا می‌کردیم، رابطه‌مان با خودمان و دیگران چقدر می‌توانست مؤثرتر باشد. مطمئناً عقل خداگونه نیست، و گاهی محدودیت‌های آن می‌تواند ما را ناراحت کند، اما برای به حداقل رساندن اختلالات هیجانی، مبنایی بهتر از به‌کار بردن عقلانیت جهت پردازش رویدادهای شخصی و بین‌فردی زندگی‌مان وجود ندارد.

در دنیای عقلانه‌تر، گرایش‌های طبیعی‌مان به صیانت نفس و لذت‌آفرینی را خواهیم پذیرفت. در این صورت، کمتر به فعالیت‌های محکوم به شکستی مانند لذت‌جویی کوتاه‌مدت سیگار کشیدن یا پرخوری می‌پردازیم که خشنودی فوری تأمین می‌کنند، اما به قیمت کاهش سرزندگی و شادابی ما تمام می‌شوند. ما تمایلاتمان به خلاق بودن، استفاده مؤثرتر از زبان، شهوانی و جنسی بودن، دوست داشتن و دوست‌داشتنی بودن را تحقق می‌بخشیم. اما به این دام نامعقول نمی‌افتیم که فکر کنیم این تمایلات طبیعی، ضروریات مبرم هستند. به‌عنوان مثال، اگر دیگران به ما احترام بگذارند و برای ما ارزش قائل باشند، زندگی شادتر می‌شود، اما نتیجه نمی‌گیریم که باید توسط دیگران تأیید شویم. فردی که از لحاظ هیجانی سالم است می‌تواند تا اندازه‌ای برای دیگران اهمیت قائل شود که رابطه مناسبی با آنها داشته باشد، اما آن‌قدر به دیگران اهمیت نمی‌دهد که اسیر تأییدشان شود.

فرض اساسی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که هیجانات ما عمدتاً از عقاید، ارزیابی‌ها، تعبیرها و واکنش‌های ما به شرایط زندگی ناشی می‌شوند. درمانجویان از طریق فرایند درمان، مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که ابزارهایی را برای مشخص کردن و کشمکش کردن با عقاید غیرمنطقی در اختیارشان می‌گذارند که خودساخته و اکتساب‌شده بوده و اکنون با تلقین کردن به خود ادامه می‌یابند. آنها یاد می‌گیرند چگونه این شیوه‌های بی‌ثمر فکر کردن را با شناخت‌های ثمربخش و منطقی عوض کنند و در نتیجه، واکنش‌های هیجانی خود نسبت به موقعیت‌ها را تغییر دهند. تعدادی از اشارات درمانی که از این فرض‌ها ناشی می‌شوند عبارتند از:

- ۱- به‌جای اینکه عمدتاً روی نشان دادن احساسات تمرکز شود، بر کار کردن روی تفکر و عمل کردن تأکید می‌شود.
 - ۲- درمان به‌صورت فرایند آموزشی در نظر گرفته می‌شود. درمانگر از خیلی جهات مانند آموزگار عمل می‌کند؛ مخصوصاً با مشارکت درمانجو در تکالیف خانگی و در آموزش دادن راهبردهایی برای تفکر صریح و مستقیم. درمانجو یادگیرنده‌ای است که مهارت‌های بحث‌شده در درمان را در زندگی روزمره تمرین می‌کند.
- نکته ۱:** در زمینه روش مستقیم و فعالی که الیس به کار می‌برد، می‌توان از پیشگامانی نظیر **هرتزربرگ** (مبتکر شیوه تکلیف دادن)، **برنهایم**، **سالتر** (مبدع خواب مصنوعی و تلقین)، **دوبوآ** و **دجرین** (پدیدآورنده شیوه ترغیبی در درمان) نام برد. همچنین عقیده الیس با عده زیادی از درمانگرانی که به شیوه مستقیم و فعال کار می‌کنند، هماهنگی و همخوانی دارد.

مفاهیم نظریه الیس

ماهیت انسان

مکتب عقلانی - عاطفی (هیجانی) فرضیات معینی را در زمینه ماهیت انسان ارائه می‌دهد. اولاً، معتقد است که انسان موجودی عقلانی و منطقی و در عین حال غیرمنطقی و غیرعقلانی است و هنگامی که تفکر و رفتار عقلانی باشد، موجودی کارآمد، خوشحال و توانا خواهد بود. ثانیاً، تفکر غیرعقلانی از یادگیری‌های غیرمنطقی اولیه‌ای حاصل می‌شود که انسان از نظر بیولوژیکی آمادگی پذیرش آن‌ها را دارد؛ این طرز تفکر، به‌طور خاص، از والدین و فرهنگ جامعه نیز کسب می‌شود.

ثالثاً، انسان حیوانی ناطق است و تفکر معمولاً از طریق کاربرد علائم یا استفاده از زبان رخ می‌دهد. از خصوصیات اصلی انسان از نظر الیس، توانایی فوق‌العاده او در فکر کردن و به‌خصوص، توانایی او در تفکر درباره نحوه فکر کردنش است که احتمالاً از بی‌نظیرترین و انسانی‌ترین خصوصیات اوست. انسان از طریق تفکر صحیح و منطقی می‌تواند همان‌طور که مایه اضطراب خود می‌شود، خود را از شر ناراحتی‌های خویش نیز رها کند.

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بر این فرض استوار است که انسان‌ها با استعداد تفکر منطقی یا «مستقیم» و تفکر غیرمنطقی یا «پیچ‌خورده» به دنیا می‌آیند. انسان‌ها برای صیانت نفس، شادی، تفکر و صحبت کردن، عشق ورزیدن، ارتباط برقرار کردن با دیگران و رشد و خودشکوفایی آمادگی دارند. آنها همچنین برای تخریب کردن خود، اجتناب کردن از فکر، مسامحه و تسلی، تکرار بی‌پایان اشتباهات، خرافات، ناشکیبایی، کمال‌گرایی و سرزنش کردن خود و اجتناب از شکوفا کردن امکانات رشد آمادگی دارند. رفتاردرمانی شناختی - هیجانی با مسلم دانستن اینکه انسان‌ها خطاپذیر هستند، سعی دارد به آنها کمک کند خود را به‌صورت مخلوقاتی که به اشتباه کردن ادامه می‌دهند و در عین حال یاد می‌گیرند با خاطر آسوده زندگی کنند، بپذیرند.

الیس در زمینه ماهیت انسان نظری بسیار مشابه با نظر پیروان مکتب اصالت وجود دارد. او با آنها در اینکه انسان آزاد است و می‌تواند خود را تعریف و توجیه کند، می‌تواند فردیت خود را به منصه ظهور برساند و در ارتباط و همگام با دیگران به زندگی‌اش ادامه دهد، هم‌عقیده است. به نظر او تجربه فردی هر انسانی بالاترین ارزش و اهمیت را در زندگی او دارد؛ انسان باید کاملاً در زمان حال زندگی کند.

الیس انسان را موجودی پاسخ‌دهنده و خلاق می‌داند؛ بدین معنی که نه تنها محرک‌های بیرونی را درک می‌کند، بلکه به‌طور همزمان درباره آنها فکر می‌کند و به مفهوم‌سازی و تعبیر و تفسیر دست می‌زند. به نظر او، انسان به‌قدری تحت تأثیر تعمیم‌ها و فلسفه‌های خویش قرار می‌گیرد و نسبت به آنها تعصب دارد که درکش از محرک‌ها و تجارب بعدی به شیوه‌ای انحرافی و معیوب و کاملاً شخصی است. به عبارت دیگر، الیس انسان‌ها را موجوداتی تلقین‌پذیر، آسیب‌پذیر، تأثیرپذیر و فریب‌خور تلقی می‌کند. در واقع، وی نظریه یادگیری محرک و پاسخ (S-R) را مردود می‌داند و درباره انسان، بیشتر براساس نظریه یادگیری (S-O-R) فکر می‌کند.

الیس معتقد است که انسان‌ها طبیعتاً برای انسان‌های دیگر یار و یاورند و به آنها عشق می‌ورزند، مشروط بر آنکه در دام تفکر غیرعقلانی خود گرفتار نشوند؛ زیرا این نوع تفکر به تنفر از خویش و رفتار مخرب نفس منجر می‌شود و سرانجام، با تنفر از دیگران خاتمه می‌یابد و علاقه اجتماعی او را مختل می‌کند.



مدرسایان شریف

فصل یازدهم

«شناخت درمانی»

مقدمه

شناخت درمانی توسط **آرون بک** ابداع شد و بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر در رفتار و احساس تأکید دارد. رویکرد بک بر این منطق نظری استوار است که شیوه‌ای که افراد تجربیات خود را درک می‌کنند و سازمان می‌دهند، چگونگی احساس کردن و رفتار کردن آنها را تعیین می‌کند. فرض‌های نظری درمان شناختی به قرار زیرند:

۱- ارتباط درونی افراد در دسترس درون‌نگری قرار دارد؛ ۲- عقاید درمانجویان معانی شخصی زیادی دارند؛ ۳- به جای اینکه درمانگر این معانی را آموزش دهد یا تعبیر کند، خود درمانجو می‌تواند به آنها پی ببرد.

نظریه بنیادی درمان شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه هیجانی یا آشفتگی، تمرکز کردن روی محتوای شناختی واکنش فرد به آن رویداد ناراحت‌کننده یا جریان افکار ضرورت دارد. 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. این کار با ترغیب کردن درمانجویان به گردآوری و ارزیابی شواهدی که از عقاید آنها حمایت می‌کنند صورت می‌گیرد.

کانون شناخت درمانی، **شناخت عقاید تحریف‌شده و تغییر تفکر ناسازگارانه** به کمک برخی فنون است که شامل فنون عاطفی و رفتاری نیز می‌شود. در جریان این نوع درمان به افکاری که انسان‌ها از آن بی‌خبرند و نظام‌های اعتقادی یا طرحواره‌های شناختی توجه می‌شود.

شناخت درمانگرها با همکاری مراجعان نقش یک مربی تربیتی را بازی می‌کنند. آنها به مراجعان خود کمک می‌کنند اعتقادات تحریف‌شده خود را بیابند و روش‌هایی برای تغییر این عقاید توصیه می‌کنند. شناخت درمانگرها در همین راستا، گاهی به مراجعان خود تکالیفی می‌دهند تا در آنها شیوه‌های جدید حل مسائل را جایگزین شیوه‌های قدیمی کنند. گاهی درمانگر که مشغول جمع‌آوری اطلاعات برای تعیین راهبردهای درمان است، از مراجعان می‌خواهد افکار معیوب خویش را ثبت کنند و مشکلات مراجعان را با پرسشنامه‌های کوتاه موجود می‌سنجد. شناخت درمانگرها در رویکرد خویش انواع تفکرات ناسازگارانه را مشخص کرده‌اند و راهبردهای درمانی خاصی برای درمان برخی از اختلالات روانی از جمله افسردگی و اختلالات اضطرابی دارند.

گرچه بک درمان شناختی‌اش را مستقل از الیس به وجود آورد، چند شباهت برجسته در رویکردهای آنها وجود دارد. اول اینکه، بک و الیس ابتدا در مکتب روان‌کاوی آموزش دیدند و هنگامی که از نتایج بالینی روان‌کاوی ناخشنود شدند، به روان‌درمانی شناختی روی آوردند. دوم اینکه، هدف مشترک بک و الیس این است که به مراجعان کمک کنند از شناخت‌های ناسازگارانه آگاه شوند، تأثیر مخرب این شناخت‌ها را تشخیص دهند، و الگوهای تفکر مناسب‌تر و سازگارانه‌تری را جایگزین آنها کنند. سوم اینکه، هر دوی آنها، مانند آنچه به‌طور کلی، نزد رفتارگرایان شناختی معمول است، در انتخاب فن، التقاطی و در بازنگری نظریه، تجربی هستند. چهارم اینکه، هر دو نوع درمان شناختی، مشکل‌گرا، رهنمودی، و آموزش روانی هستند. پنجم اینکه، درمان شناختی بک و رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی الیس تکلیف خانگی را ویژگی اصلی و جدانشدنی درمان می‌دانند. سرانجام، ششم اینکه، هر دو خودشان را متعهد می‌دانند که منابع خودپاری را در اختیار مراجعان و عموم مردم در کل قرار دهند. آنها معتقدند که این‌گونه منابع - از جمله **راهنمای جدید برای زندگی عاقلانه الیس و هارپر (۱۹۹۷)، عشق هرگز کافی نیست بک (۱۹۸۸) و کتاب پرفروش پرنز (۱۹۹۹)** با عنوان **احساس خوب: خلق درمانی جدید** - به‌علاوه درمان‌های شناختی جدیدتری که از طریق کامپیوتر اجرا می‌شوند، روان‌درمانی سنتی را تقویت می‌کنند.

عوامل نظری مؤثر

اگرچه نظریه بک در زمینه روان‌درمانی شناختی، محصول مشاهدات بالینی خودش است، ولی وی و همکارانش تا حدودی نیز از دیگر نظریه‌های روان‌درمانی، روان‌شناسی شناختی و علوم شناختی تأثیر پذیرفته‌اند. بک به دلیل روان‌کاو بودنش، برخی از مفاهیم خود را از روان‌کاوی گرفت. همچنین بین شناخت درمانی و کارهای آلبرت الیس و آلفرد آدلر، خصوصاً به دلیل تأکیدشان بر نقش مهم عقاید، شباهت‌هایی وجود دارد. نظریه سازه‌های شخصی **کلی** و کارهای **پیاز** در زمینه تحول شناخت نیز در تلقی وی از نقش شناخت‌ها در شخصیت بی‌تأثیر نبوده‌اند. مدل‌های رایانه‌ای تفکر عقلانی در علوم شناختی نیز در ادامه تحول و پیشرفت روان‌درمانی شناختی مؤثر بوده‌اند.

روان‌کاوی و شناخت درمانی در این دیدگاه اشتراک دارند که رفتار متأثر از عقایدی است که شخص از آنها چندان خبری ندارد یا از آنها بی‌خبر است. فروید فرض افکار ناهشیار را پیش کشید، ولی بک روی افکار خودکاری متمرکز شد که ایجاد ناراحتی می‌کنند. نظریه‌های فروید در مورد اختلالات روانی نقطه آغازی برای پیدایش شناخت درمانی شدند.

کدام نظریه‌ها نقطه آغاز پیدایش شناخت‌درمانگری محسوب می‌شوند؟

- (۱) نظریه‌های فروید در مورد اختلالات روانی
(۲) نظریه‌های یونگ در مورد ناهشیار شخصی و جمعی
(۳) نظریه‌های الیس در مورد رفتارها و عقاید غیرمنطقی
(۴) نظریه‌های پرلز در مورد میدان و زمینه آگاهی

✓ پاسخ: گزینه «۱» روان‌کاوی و شناخت‌درمانی در این دیدگاه، اشتراک دارند که رفتار متأثر از عقایدی است که شخص از آنها چندان خبری ندارد یا از آنها بی‌خبر است. فروید فرض افکار ناهشیار را پیش کشید، ولی یک روی افکار خودکاری متمرکز شد که ایجاد ناراحتی می‌کنند. نظریه‌های فروید در مورد اختلالات روانی نقطه آغازی برای پیدایش شناخت‌درمانی شدند.

شباهت‌ها و تفاوت‌های شناخت‌درمانی با رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی

شباهت‌ها

درمان شناختی با رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی شباهت‌هایی دارد؛ هر دو، رویکردهایی 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.

تفاوت‌ها

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی بسیار رهنمودی، قانع‌کننده و مواجهه‌ای است. این درمان بر آموزش دادن درمانگر نیز تأکید دارد. در مقابل، یک با طرح کردن سؤال‌های بازپاسخ برای درمانجویان از گفت‌و شنود سقراطی استفاده می‌کند و قصد دارد درمانجویان را به فکر کردن درباره مسائل شخصی و رسیدن به نتیجه‌گیری‌های خودشان ترغیب کند. درمان شناختی روی کمک کردن به درمانجویان برای پی بردن به سوءبرداشت‌های خودشان تأکید بیشتری دارد و ساختار آن از رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی منظم‌تر است.

درمانگر شناختی از طریق این فرایند سؤال کردن تأمل‌آمیز سعی دارد با درمانجویان در آزمودن اعتبار شناخت‌های آنها همکاری کند (فرایندی که تجربی‌نگری مشترک نامیده می‌شود)؛ تغییر درمانی به این صورت حاصل می‌شود که درمانجویان عقاید معیوب را با شواهد مغایری که گردآوری و ارزیابی کرده‌اند مقابله می‌کنند.

📖 نکته ۱: یک، برخلاف شیوه مستقیم الیس، عمدتاً از گفتگوی سقراطی استفاده می‌نمود. در این نوع درمان، درمانجویان از طریق سؤال‌های سنجیده و بجا به سمت کشفیات شخصی هدایت می‌شوند. این روش تجربی‌نگری مشترک نامیده می‌شود.

رفتاردرمانگر عقلانی - هیجانی از طریق فرایند مجادله منطقی سعی می‌کند درمانجویان را متقاعد سازد که برخی از عقاید آنها غیرمنطقی و بی‌حاصل هستند. یک با مفهوم عقاید غیرمنطقی رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی مخالف است و اظهار می‌دارد که گفتن این موضوع به درمانجویان که به‌صورت غیرمنطقی فکر می‌کنند می‌تواند زیان‌بخش باشد؛ زیرا خیلی از آنها باور دارند که اوضاع را آن‌گونه که واقعاً هست می‌بینند. درمانگران شناختی عقاید کژکار را به این علت مشکل‌ساز می‌دانند که در پردازش شناختی عادی اختلال ایجاد می‌کنند، نه به این علت که غیرمنطقی هستند.

یک به‌جای عقاید غیرمنطقی، معتقد است که برخی عقاید خیلی مطلق، گسترده و افراطی هستند. از نظر او، افراد طبق مقررات زندگی می‌کنند (اصول یا فرمول‌ها)؛ آنها زمانی دچار دردسر می‌شوند که با یک‌رشته 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 درمان شناختی معمولاً با تشخیص دادن چارچوب دآوری درمانجو شروع می‌شود، ولی درمانگر به جویا شدن شواهدی برای نظام عقیدتی ادامه می‌دهد.

یکی از تفاوت‌های اصلی کاربست درمان شناختی با کاربست رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی، تأکید آن بر رابطه درمانی است. الیس درمانگر را در درجه اول آموزگار می‌داند و تصور نمی‌کند که رابطه شخصی صمیمانه با درمانجویان ضرورت داشته باشد. در مقابل، یک تأکید می‌کند که کیفیت رابطه درمانی برای کاربست درمان شناختی اهمیت دارد؛ مشاوره موفقیت‌آمیز 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. درمانگران باید در عین حال برداشت شناختی از درمانجویان داشته باشند، فعال و خلاق باشند، بتوانند درمانجویان را از طریق فرایند سؤال کردن سقراطی درگیر کنند، و در استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری که قصد دارند درمانجویان را در خودیابی‌های مهمی که به تغییر منجر خواهند شد هدایت کنند افراد آگاه و ماهری باشند. درمانگر وظیفه کاتالیزور و راهنما را دارد که به درمانجویان کمک می‌کند بفهمند چگونه عقاید و نگرش‌های آنها بر نحوه‌ای که احساس و عمل می‌کنند تأثیر دارند.

درمانگران شناختی درمانجویان را ترغیب می‌کنند در فرایند درمان نقش فعالی داشته باشند. از درمانجویان انتظار می‌رود که مباحثی را برای کاوش کردن مطرح کنند، تحریف‌هایی را در تفکر خود مشخص کنند، نکات مهم در جلسات را خلاصه کنند، و تکالیفی را که با انجام دادن آنها موافق هستند به‌طور مشترک ابداع کنند.



مدرسایان شریف

فصل دوازدهم

«درمان‌های بین فردی»

مفاهیم بنیادی

روان‌درمانی بین فردی (IPT) یک درمان کوتاه‌مدت و متمرکز بر نشانگان مرضی است که ابتدا در دهه ۱۹۷۰ توسط جرالد کلرکمن و میرنا ویسمن برای درمان افسردگی تک‌قطبی و بدون روان‌گسیختگی بزرگسالان پایه‌گذاری شد.

اصل بنیادی IPT این است که افسردگی در یک بافت بین فردی اتفاق می‌افتد. فارغ از علل افسردگی، گسست در دلبستگی‌های مهم و نقش‌های اجتماعی افراد، از برانگیزان‌های دوره‌های افسردگی هستند. چهار حوزه مشکل‌آفرین به‌عنوان برانگیزان‌های افسردگی تعیین شده و در کانون تمرکز IPT قرار گرفته‌اند: سوگ، مشاجرات بین فردی، گذار نقشی و نقصان‌های بین فردی. درمانگر بین فردی علی‌رغم اینکه به نقش عوامل ژنتیکی، شخصیتی و دوران کودکی در بروز افسردگی اذعان دارد، با اقداماتی بر رفع اثرات رویداد افسرده‌ساز کنونی متمرکز می‌شود که عبارتند از: ۱- روشن‌سازی رابطه بین آغاز نشانگان افسردگی کنونی و مشکلات بین فردی و ۲- تقویت مهارت‌های بین فردی، به منظور حل‌وفصل یا مدیریت مؤثرتر این مشکلات.

میراث درمان‌های بین فردی

درمان بین فردی، از رویکردهای روان‌پویشی بین فردی هری استک سالیوان و آدلف مایر سرچشمه می‌گیرد و نظریه دلبستگی جان بولبی آن را تحت تأثیر قرار داده است. سالیوان طرفدار اصلی **مکتب روان‌کاوی بین فردی**، روان‌پزشک آمریکایی بانفوذی بود که پی برد رفتار ناپه‌نجار در روابط بین فردی معیوب ریشه دارد و باور داشت که با نوعی درمان روان‌پویشی بین فردی می‌توان آن را اصلاح کرد. درمانگر در درمان، **شرکت‌کننده مشاهده‌گر** بود که ترکیبی از انعکاس و مداخله را در جلسه درمان اجرا می‌کرد. مایر که به خاطر بنیان‌گذاری مکتب بین فردی و رویکرد «روانی - زیستی» خود شهرت داشت، بر محیط روانی - اجتماعی کنونی بیمار تأکید کرد و شبیه روان‌شناسان ایگو و نظریه‌پردازان روان‌پویشی فرض کرد که بسیاری از آسیب‌های روانی بیانگر تلاش‌های اشتباه در سازگار شدن با محیط، به‌ویژه تحت شرایط استرس‌زا یا محیط استرس‌زا هستند. جان بولبی متقاعد شده بود که دلبستگی در اوایل زندگی عمده‌تاً روابط بین فردی بعدی را تعیین می‌کند. الگوهای رابطه ما عمیقاً به‌وسیله **سبک‌های دلبستگی** ما - ایمن، مضطرب، دوری‌جو - در اوایل زندگی تشکیل شده‌اند. درمانگر بین فردی می‌کوشد بیماران را به سمت ارتباط‌های امن‌تر و بنابراین، خشنودکننده‌تر سوق دهد.

نظریه شخصیت

IPT الگوهای بین فردی پایدار را جایگزین الگوهای شخصیت پایدار می‌کند. درمان برای تغییر دادن الگوهای بین فردی طراحی شده است که در اوایل زندگی شکل گرفته‌اند. روابط بین فردی سالم (یا دلبستگی‌ها) در اوایل زندگی، افراد را بعدها در زندگی برای برقراری روابط بین فردی سالم آماده می‌کنند. دلبستگی‌های آشفته در اوایل زندگی، افراد را مستعد ابتلا به اختلالاتی می‌کنند که از طریق روابط بین فردی آشفته در زمان حال ابراز می‌شوند.

کج مثال ۱: چرا درمانگر IPT به عوامل دوران کودکی بیمار توجه کمتری می‌کند؟

- ۱) چون تغییر آن‌ها در زمان محدود درمان امکان‌پذیر نیست.
 - ۲) چون عوامل کودکی در بروز افسردگی تأثیری ندارند.
 - ۳) چون تمرکز اصلی بر نشانگان زیستی است.
 - ۴) چون نظریه IPT به عوامل کودکی اهمیتی نمی‌دهد.
- ☒ پاسخ: گزینه «۱» IPT به تأثیرات دوران کودکی اذعان دارد، اما به دلیل کوتاه‌مدت بودن درمان، بر مشکلات بین فردی جاری تمرکز می‌کند.

نظریه آسیب‌شناسی روانی

افسردگی و اختلالات دیگر در زمینه بین فردی روی می‌دهند. زندگی بین فردی بر خلق (و تمام رفتارهای دیگر انسان) تأثیر می‌گذارد و خلق بر نحوه‌ای که فرد نقش‌های بین فردی‌اش را اجرا می‌کند، تأثیرگذار است. رویکرد بین فردی به آگاهی یافتن از افسردگی، موضعی غیرمکتبی را منعکس می‌کند که تأکید روان‌کاوی بر تجربیات اوایل کودکی را با تأکید شناختی - رفتاری بر عوامل استرس‌زای جاری محیطی ترکیب می‌کند.

این ارتباط به این صورت روی می‌دهد که ناتوانی شخص در کودکی برای فراگیری مهرورزی عاطفی، عملیات شناختی و مهارت‌های رفتاری لازم جهت برقراری روابط خشنودکننده، به ناامیدی، انزوا و افسردگی حاصل از آن منجر می‌شود که در پژوهش دلبستگی بولبی ثابت شد. وقتی افسردگی فرد تثبیت می‌شود، مهارت‌های اجتماعی نامناسب، واکنش افراطی به ضایعه و ارتباط معیوب آن را نگه می‌دارند و همه اینها به طرد شدن بیشتر توسط دیگران می‌انجامد. عوامل استرس‌زای محیطی، وضعیت بد را بدتر می‌کنند.

برطبق این دیدگاه، آشفتگی‌های بین‌فردی هم علت و هم معلول افسردگی هستند. در IPT، مفهوم افسردگی با سه مؤلفه مشخص می‌شود:

۱- شکل‌گیری نشانگان؛ ۲- کارکرد اجتماعی؛ ۳- عوامل شخصیتی.

از نظر تاریخی، IPT فقط بر دو مؤلفه اول متمرکز بوده است. اگرچه این درمان در سبب‌شناسی و تداوم اختلال روانی، بر نقش عوامل شخصیتی اذعان دارد، به خاطر ماهیت کوتاه‌مدت آن، بر جنبه‌های پیچیده شخصیتی که معمولاً تغییر آن‌ها زمان بیشتری می‌طلبد، متمرکز نشده است. در عوض، IPT به نشانگان و مشکلات بین‌فردی کنونی که قابل بهبود هستند، پرداخته است.

نکته ۱: چهار مشکل عمده بین‌فردی، افسردگی و آسیب‌های روانی دیگر را به وجود می‌آورند: ضایعه‌ها، اختلافات نقش (مشاجرات بین‌فردی)، انتقال‌های نقش و نقایص بین‌فردی.

ضایعه و سوگ

وقتی فرد عزیزی می‌میرد، واکنش نشان دادن با سوگ، طبیعی است. گرچه سوگ طبیعی چند ویژگی مشترک با افسردگی دارد، مانند خلق غمگین و انزوای اجتماعی، ولی عموماً نیازی به درمان ندارد. با این حال، واکنش‌های ناپه‌نجار سوگ این حالت را پیچیده می‌کنند و به افسردگی و آسیب‌های دیگر منجر می‌شوند. برای مثال، در واکنش‌های سوگ معوق، افرادی که قبلاً ضایعه‌ای را تجربه کرده ولی فرایند سوگواری را کامل نکرده‌اند، امکان دارد بعدها وقتی با ضایعه کم‌اهمیت یا با یادآور ضایعه اصلی مواجه می‌شوند، واکنش اندوه شدیدی را نشان دهند. ممکن است این واکنش سوگ معوق به‌دقت تشخیص داده نشود، زیرا خیلی دیرتر از ضایعه اصلی روی داده است.

اختلافات نقش

اختلافات نقش زمانی روی می‌دهند که بیمار و فرد مهم دیگری، انتظارات مغایری در روابطشان داشته باشند. اختلافات نقش عموماً در یکی از این سه مرحله قرار می‌گیرند: **مذاکره مجدد**، که در آن، هر دو نفر از اختلافات آگاه‌اند و می‌کوشند راه‌حلی برای آن پیدا کنند؛ **بن‌بست**، که در آن، مذاکره بین دو نفر متوقف می‌شود و فقط خصومت بیان‌نشده باقی می‌ماند؛ و **قطع**، که در آن، رابطه صدمه می‌بیند و دیگر بهبود نمی‌یابد. در مذاکره مجدد، بیمار باید از الگوهای ارتباط سازگانه‌تری در رابطه استفاده کند. در مورد بن‌بست، امکان دارد بیمار بکوشد باب مذاکره را باز کند به این امید که راه‌حل موفقیت‌آمیزی برای اختلاف بیابد. در رابطه با قطع، بیمار باید بفهمد که رابطه واقعاً خاتمه یافته است و باید به تمایلات و روابط دیگری روی آورد که به او کمک کنند خلأ ایجادشده توسط رابطه از دست‌رفته را پر کند.

انتقال‌های نقش

گرچه **انتقال‌های نقش منفی** (مانند از دست دادن کار) ممکن است به‌طور قابل درکی با افسردگی ارتباط داشته باشند، تشخیص این موضوع مهم است که حتی انتقال‌های ظاهراً مثبت نقش نیز می‌توانند به افسردگی و اختلالات دیگر منجر شوند. برای مثال، امکان دارد بچه‌دار شدن با استرس مسئولیت تازه، اضطراب ناکارآمدی به‌عنوان والد، یا ترس از بی‌لیاقت بودن برای داشتن چنین بچه شگرفی همراه باشد.

رایج‌ترین انتقال‌های نقش آنهایی هستند که با تغییراتی در چرخه زندگی ارتباط دارند، از جمله تغییرات زیستی مانند یائسگی و آنهایی که تغییراتی در نقش اجتماعی را دربر دارند، مانند ازدواج، زایمان یا بازنشستگی. در مجموع، انتقال‌های نقش مرتبط با اختلالات روانی با احساس‌های درماندگی در مقابله‌گری با انتقال، با از دست دادن اعضای در شبکه حمایت اجتماعی و یا با نیاز به پرورش دادن مهارت‌های اجتماعی تازه مشخص می‌شوند.

نقایص بین‌فردی

برخی مراجعان الگویی از انزوا را نشان می‌دهند که اشاره دارد نقایص بین‌فردی علت اختلال آنها هستند. مراجعانی که نقایص بین‌فردی دارند، عموماً در طول زندگی‌شان در برقراری روابط و حفظ کردن آن مشکل داشته‌اند.

خانواده‌های تک‌والد

درمان بین‌فردی برای نوجوانان (IPT-A)، پنجمین مشکل بین‌فردی را به چهار علت در درمان بین‌فردی بزرگسال اضافه می‌کند: خانواده تک‌والد. خانواده‌های تک‌والد در مقایسه با خانواده‌های دو والد، منابع اقتصادی، تحصیلی، نظارتی و اجتماعی کمتری دارند که همه آنها در چرخه معیوب آسیب روانی مشارکت دارند.

مراحل درمان: روان‌درمانی بین‌فردی، ساختار «مرحله‌ای» دارد، از این نظر که در سه مرحله جداگانه انجام می‌شود (آغازین، میانی و پایانی؛ محتوای خاص هر مرحله، در قسمت فرایند روان‌درمانی توصیف شده است). از این منظر، IPT با رویکرد سیال که مشخصه درمان شناختی - رفتاری یا رفتاردرمانی دیالکتیک است، فرق می‌کند، جایی که مثلاً راهبردهای شناختی یا ذهن‌آگاهی را می‌توان قبل یا بعد از راهبردهای رفتاری به کار بست.

مدل پزشکی: به تبعیت از مدل پزشکی مفهوم‌سازی افسردگی، در همان ابتدای درمان، مراجع تشخیص افسردگی دریافت می‌کند و در «نقش بیمار» قرار می‌گیرد. درمانگر با تأکید بر اینکه افسردگی، یک مشکل پزشکی قابل درمان شبیه به ذات‌الریه است که ناشی از کوتاهی یا شکست خود بیمار نیست، به او آموزش می‌دهد. نام گذاشتن روی نشانگان مراجع، قرار دادن او در نقش بیمار و القای امید به بهبودی، به‌خودی‌خود، یک راهبرد درمانی بسیار قدرتمند است.

سیستم‌های دیگر: هدف کلرکمن و ویسمن از بنیان‌گذاری IPT، روشن‌سازی و عملیاتی کردن یک رویکرد روان‌درمانی نظام‌دار به افسردگی بود که بر مبنای نظریه، مشاهده بالینی و شواهد تجربی شکل گرفته باشد. IPT اهداف مشترک زیادی با سایر مکاتب روان‌درمانی دارد: کمک به بیماران در کسب احساس تسلط بر نقش‌های اجتماعی کنونی، مبارزه با انزوای اجتماعی، بازیابی احساس تعلق گروهی و کمک به بیمار در یافتن معنای تازه در زندگی.



مدرس‌ان شریف

فصل سیزدهم

«روش تحلیل رفتار متقابل (روش ارتباط محاوره‌ای یا تحلیل تبادلی)»

مقدمه

تحلیل تبادلی (TA) از تعامل‌های بین‌فردی مابین درمانگر و مراجع در جلسات، استفاده گسترده‌ای می‌کند. تحلیل تبادلی به‌ویژه، بر بررسی دقیق و اصلاح حالت‌های ایگوی والد، کودک، و بالغ اتکا می‌کند.

مبتکر اولیه نظریه روان‌شناسی مبتنی بر تحلیل ارتباط محاوره‌ای (TA)، فردی است به نام **گرینگر**. **اریک برن** که نامش بیشتر با این نظریه متداعی و همراه است در واقع تعقیب‌کننده و توسعه‌دهنده افکار گرینگر است. او کسی است که به دلیل استفاده‌های عملی و درمانی از این نظریه شهرت یافته است. شیوه برن سازشی است بین روان‌کاوی و تحلیل روابط متقابل؛ بدین معنی که او روان‌کاوی را به‌منزله هسته و روش تحلیل ارتباط متقابل را به‌منزله سیب می‌داند. این تعبیر بدان معنی است که هسته ساده‌تر و راحت‌تر در داخل سیب می‌گنجد تا سیب در داخل هسته. نظریه برن با محبوبیت کتاب «**بازی‌هایی که افراد اجرا می‌کنند**» که نظریه شخصیت و روان‌درمانی او را به میلیون‌ها خواننده معرفی کرد، تعداد فزاینده‌ای طرفدار جلب نمود.

آدلر، در نظام روان‌شناسی خویش، به مفاهیم عقده حقارت، برتری‌طلبی و شیوه زندگی معتقد بود و برن به‌صراحت اعلام می‌دارد که از نظریات آدلر در تدوین شیوه روان‌درمانی خویش سود جسته است. مهم‌ترین جنبه تشابه این دو در مفهوم «شیوه زندگی» آدلر با مفهوم «قصه زندگی» مطرح‌شده به‌وسیله برن است. **قصه زندگی** به معنی طرح زندگی است و نشان‌دهنده مهم‌ترین حوادثی است که برای فرد اتفاق خواهد افتاد و اساس و پایه‌های آن در دوران اولیه زندگی انسان قرار دارد.

برن ابتدا از طریق شیوه روان‌کاوی به مدت هشت سال به مداوای بیماران می‌پرداخت، ولی بعدها از آن کناره گرفت و با استفاده از مفاهیم روان‌کاوی، روان‌شناسی انفرادی آدلر و مفاهیم مربوط به حوزه‌های فکری مربوط به اصالت وجود و پدیده‌شناسی، مکتب خاص خود را بنیان نهاد. نظریه او یک نظریه تحلیل ساختی-محاوره‌ای است که بر چگونگی روابط متقابل تأکید فراوان دارد. روش تحلیل رفتار متقابل فرایندی برای اندیشیدن، و اغلب اندیشه تحلیلی است. تحلیل رفتار متقابل بیشتر در مشاوره گروهی به کار می‌رود. با به‌کارگیری این روش، مراجعان از سازمان شخصیتی خویش و نحوه ارتباط خود با دیگران و همچنین از نقش‌ها و بازی‌ها و نمایشنامه‌ای که در زندگی بازیگر آن هستند، آگاه می‌شوند. این آگاهی و شناخت آنها را قادر خواهد ساخت تا به شخصیت خود به‌صورت روشن‌تری بنگرند و روابط خود با دیگران را بشناسند و آنها را تصحیح کنند.

برن معتقد است که هدف تحلیل رفتار متقابل، ایجاد رابطه‌ای باز و توأم با اعتماد و خلوص است. در این رابطه، دو جزء عاطفی و عقلانی شخصیت شرکت خواهند داشت. روش تحلیل رفتار متقابل، یک روش عقلانی و شناختی برای فهم و درک رفتار است و بر این فرضیه بنا نهاده شده است که تمام افراد می‌توانند به خودشان تکیه کنند، به سود خود بیندیشند، خودشان تصمیم بگیرند و احساسات خویش را ابراز دارند.

هر چیزی در TA از این اصل ناشی می‌شود که شخصیت انسان به‌صورت سه حالت ایگو سازمان‌یافته است: **والد، بالغ و کودک**. این حالت‌های ایگو سازه‌های نظری نیستند؛ آنها واقعیت‌های پدیدارشناختی پذیرای مشاهده مستقیم هستند. حالت ایگو، الگوی باثبات احساس و تجربه است که به‌طور مستقیم با الگوی باثبات رفتار همانند، ارتباط دارد. وقتی افراد در حالت ایگوی **کودک** هستند، به همان صورتی که در کودکی انجام می‌دادند، می‌نشینند، می‌ایستند، حرف می‌زنند، فکر، درک و احساس می‌کنند. رفتار **کودک** به‌جای اینکه توسط عقل میانجی شود و به تأخیر افتد، تکانشی و وابسته به محرک است. قشقرق راه‌انداختن، غیرمسئولانه عمل کردن، و پرداختن به تفکر آرزومندانه یا خیال‌پردازی، جلوه‌های کلاسیک **کودک** هستند. در عین حال، **کودک** منبع خودانگیختگی، خلاقیت، شوخی و تفریح است.

حالت ایگوی **والد** اصولاً از رفتارها و نگرش‌هایی تشکیل شده است که از والدین یا افراد مقتدر کپی شده‌اند.

وقتی **والد** کنترل را در اختیار دارد، افراد از زبان والدین کنترل‌کننده استفاده می‌کنند: «باید»، «حتماً»، «بهتر است این کار را نکنی»، و «پشیمان خواهی شد» غالب‌اند. ایما و اشاره‌هایی مانند اشاره کردن با انگشت یا ایستادن با بی‌قراری همراه با دست‌ها بر کمر، جلوه‌های رایج **والد** هستند.

والد کنترل‌کننده، محدودکننده و قانون‌گذار بخش انعطاف‌ناپذیر شخصیت است، به‌علاوه، بخش مهرورز و آرامش‌بخش شخصیت است. **والد** همچنین حاوی سنت‌ها و ارزش‌هاست و بنابراین، برای بقای تمدن حیاتی است. در موقعیت‌های مبهم و ناشناخته که اطلاعات کافی در اختیار **بالغ** قرار ندارد، **والد** بهترین مبنای برای تصمیم‌گیری است.



حالت ایگوی **بالغ** اصولاً یک کامپیوتر است، بخش بی‌احساسی که اطلاعات را برای پیش‌بینی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها گردآوری و پردازش می‌کند. وقتی فرد با محیط فیزیکی و اجتماعی طی چند سال تعامل می‌کند، بالغ به تدریج پرورش می‌یابد. بالغ بر پایه عقل و منطق عمل می‌کند و بهترین ارزیاب واقعیت است، زیرا تحت تأثیر هیجان‌ها قرار ندارد. بالغ می‌تواند نه تنها محیط، بلکه همچنین هیجان‌ها و درخواست‌های کودک یا والد را به صورت واقع‌بینانه‌ای ارزیابی کند. در هر حالت ایگو وقتی در موقعیت مناسب استفاده شده باشد، سازگارانه است. وقتی کنترل ضروری باشد، مانند کنترل فرزندان، ترس‌ها، امر ناشناخته و تکانه‌های ناخوشایند، **والد** بسیار مناسب است. وقتی آفرینش مطلوب باشد، مانند آفریدن افکار یا زندگی تازه و در موقعیت‌های تفریحی، مانند مهمانی‌ها یا جشن‌ها، **کودک** سازگارانه است. وقتی پیش‌بینی دقیق ضروری باشد، مانند تصمیم‌گیری درباره ازدواج، شغل یا حساب دخل‌وخرج، **بالغ** بسیار مناسب است. بنابراین، شخصیت خوب سازگار شده، بسته به موقعیت موجود، به راحتی از یک حالت ایگو به حالت دیگر جابه‌جا می‌شود.

حالت‌های ایگو، ساختار شخصیت اما نه انگیزش تأمین می‌کنند. انگیزش برای رفتار کردن از سائق‌های بیوژنتیک جهت بقا حاصل می‌شود، مانند گرسنگی برای غذا، ولی از سائق‌های روان‌شناختی، نظیر اشتیاق به تأیید، نظم و برانگیختگی هم حاصل می‌شود. یکی از مهم‌ترین سائق‌های روان‌شناختی، نیاز به **نوازش** است. نیاز به نوازش برای کودکان خردسال به شکل تماس جسمانی مستقیم است که از طریق در آغوش گرفتن، آرامش بخشیدن، و ناز کردن حاصل می‌شود. بزرگسالان یاد می‌گیرند فقط با تحریکی که از تأیید حاصل می‌شود، سر کنند. یکی از جالب‌ترین راه‌های وقت‌گذرانی، مبادله نوازش با دیگران است. مبادله نوازش‌ها **تبادل** را توصیف می‌کند. اشتیاق برای نوازش‌ها و جهت برانگیختگی، انسان‌ها را ذاتاً موجوداتی اجتماعی می‌کند.

امن‌ترین نوع تبادل، **تشریفات** است که مبادله بسیار تصنعی است. تشریفات غیررسمی مانند خوشامدگویی‌ها وجود دارند: «سلام، حال شما چگونه؟» «خوبم، متشکرم، شما چطورید؟». تشریفات رسمی هم وجود دارند که به صورت مراسم سنتی جا افتاده‌اند، مثل مراسم ازدواج یا تدفین که کاملاً منظم و قابل پیش‌بینی هستند. تشریفات اطلاعات اندکی را انتقال می‌دهند و علائمی از تأیید متقابل هستند.

پرمخاطره‌ترین تبادلهای منظم یا ساخت‌دار، **بازی‌هایی که افراد اجرا می‌کنند** هستند. بازی، مجموعه پیچیده‌ای از تبادلهای پنهان است که به نتیجه روان‌شناختی می‌انجامد؛ احساسی مانند گناه، افسردگی یا خشم. در تبادل پنهان، به نظر می‌رسد که ارتباط علاوه بر معنی آشکار اجتماعی، معنی ناآشکار روان‌شناختی هم دارد. برای مثال، اگر زنی از مردی بپرسد «چرا به خانه‌ام نمی‌آیی تا به موسیقی مطلوب من گوش دهی؟» و مرد پاسخ دهد که «خیلی دوست دارم. من واقعاً به موسیقی علاقه‌مندم»، امکان دارد که آنها نوعی تبادل صاف و ساده بین دو **بالغ** برقرار کرده باشند که می‌خواهند با هم وقت‌گذرانی کنند. با این حال، در یک بازی، هر دو بازیکن پیامی را در سطح متفاوت نیز انتقال می‌دهند. برای مثال، ممکن است آنها پیام‌های **کودک** به **کودک** مانند «پسر، من واقعاً دوست دارم با تو تنها در آپارتمانم باشم» و «من مایلم با تو رابطه برقرار کنم» را نیز مبادله کنند.

بازی‌ها وظیفه تأیید مجدد موضع زندگی را دارند که فرد در اوایل زندگی انتخاب می‌کند. کودکان براساس تجربیات چند سال اول زندگی، درباره اینکه در مقایسه با دیگران که پیرامون آنها هستند چگونه‌اند، تصمیم پیش از موقع می‌گیرند. موضع زندگی شامل خلاصه‌ای از اعتقاد به اینکه من چگونه هستم و دیگران چگونه هستند، می‌شود. چهار **موضع زندگی** عبارت‌اند از:

من خوبم - تو خوبی / من خوبم - تو خوبی / من خوب نیستم - تو خوبی / من خوب نیستم - تو خوب نیستی

موضع اول و همگانی کودکان، خوب بودن است مگر اینکه فرایند تربیت کردن، آنها را متقاعد ساخته باشد که خوب نیستند. یا آن‌گونه که برن معتقد بود، کودکان به صورت شاهزاده و شاهزاده‌خانم به دنیا می‌آیند، تا اینکه والدینشان آنها را به قورباغه تبدیل می‌کنند.

پذیرش موضع زندگی ناسالم قطعاً افراد را برای زندگی آشفته آماده خواهد ساخت. به عنوان مثال، افرادی که نتیجه می‌گیرند «من خوبم - تو خوب نیستی»، خودشان را در معرض زندگی تبهکاری و جامعه‌ستیزی قرار می‌دهند. بهره‌کشی از دیگران، دستبرد زدن به دیگران، کلک زدن به دیگران، یا موفق شدن به قیمت بدبختی دیگران، مهر تأییدی است بر اینکه این فرد کاملاً درباره اینکه «من خوبم و تو خوب نیستی» به نتیجه درستی رسیده است. وقتی من متقاعد شده‌ام هر کاری که انجام می‌دهم خوب است و مسئولیت هر اشکالی که پیش می‌آید باید به گردن کسانی باشد که **خوب** نیستند، چه نیازی به وجدان است؟ افرادی که نتیجه گرفته‌اند «من خوب نیستم - تو خوبی»، در حضور کسانی که آنها را **خوب** قضاوت می‌کنند، از احساس حقارت مداوم رنج می‌برند. این موضع زندگی می‌تواند به کناره‌گیری از دیگران منجر شود، زیرا ماندن در حضور آنها و مرتباً یادآور شدن به خود که من **خوب** نیستم، بسیار عذاب‌آور است. کناره‌گیری، موضع **خوب** نبودن را دوباره تأیید می‌کند، ولی از آن هم ناکام‌کننده‌تر است، زیرا فرد را از هرگونه فرصت نوازش شدن از جانب دیگران که می‌تواند به عقیده **خوب** بودن بینجامد، محروم می‌کند.

برقراری تماس با افرادی که نتیجه گرفته‌اند «من خوب نیستم و تو هم خوب نیستی» بسیار دشوار است. چرا آنها باید به کسانی پاسخ دهند که **خوب** نیستند؟ وقتی نه خودشان و نه دیگران **خوب** هستند، چه امیدی در زندگی وجود دارد؟ اگر این افراد دست به خودکشی زنند یا دیگران را نابود نکنند، صرفاً زنده می‌مانند. سرنوشت آنها انزوای شدید اسکیزوفرنی یا افسردگی اساسی است.

تحلیل رفتار متقابل، شامل چهار نوع تحلیل است:

۱- **تحلیل سازه‌ای**، یا تحلیل ساخت شخصیت فرد؛

۲- **تحلیل رفتار متقابل**، یا تحلیل رابطه فرد با دیگران و روابط بین افراد؛

۳- **تحلیل بازی‌ها**، یا تحلیل رفتار متقابل نهانی که برای فرد دارای بازدهی و نتیجه است؛

۴- **تحلیل نمایشنامه و سناریوی زندگی**، یا تحلیل داستان خاص زندگی فرد که او بازیگر اصلی آن است.



مدرس‌ان شریف

فصل چهاردهم

«روان‌درمانی مثبت‌نگر»

مقدمه

مفاهیم بنیادی

بسیاری از درمانگران بر این باورند که صرفاً کمک به مراجعان در رها شدن از بدبختی، برای آن‌ها شادمانی به ارمغان خواهد آورد. اما، آنچه بر جای می‌ماند مراجعانی با احساس پوچی هستند، چرا که روان‌درمانی معمولاً پس از برطرف شدن نشانگان مسبب رنج، پایان می‌یابد، یا حداقل معلق می‌شود. آموزش دادن به مراجعان درباره شکوفایی (حالتی که با هیجانان مثبت، داشتن معنای شخصی قوی، کار خوب و روابط مثبت مشخص می‌شود) مستلزم اقداماتی است که بسیار فراتر از تسکین نشانگان پریشانی روان‌شناختی است. برای پرورش این مهارت‌ها، تلاش‌های درمانی نظام‌مند و مداوم ضرورت دارد. بنابراین از نظر ما، روان‌درمانی یک کار مشترک بین مراجع و درمانگر است که در آن باید به اندازه رفع نشانگان مرضی، به تقویت مثبت‌ها نیز توجه شود.

روان‌درمانی مثبت‌نگر یک رویکرد درمانی در چارچوب حوزه وسیع‌تر روان‌شناسی مثبت‌نگر است که هدفش بسط و ارتقای گنجایش روان‌درمانی‌های سنتی است. روان‌درمانی مثبت‌نگر که با روان‌شناسی مثبت‌نگر، هماهنگی نزدیکی دارد، درصدد مطالعه علمی آن دسته از تجارب، خصیصه‌ها و فرایندهایی است که بهزیستی و شکوفایی فردی و گروهی را در کار بالینی - مشاوره تسهیل می‌کنند. پیش‌فرض بنیادی روان‌شناسی مثبت‌نگر این است که درک مراجعان دارای پریشانی رفتارشناختی و خدمت‌رسانی به آن‌ها زمانی بهتر میسر می‌شود که به ایشان یاد داده شود تا حداکثر منابع (شخصی و بین‌فردی) خود را برای مقابله با سخت‌ترین چالش‌های زندگی به کار بندند. برای مراجعان ناخشنود، مواردی مانند آگاهی از قوت‌های شخصی، یادگیری مهارت‌های لازم برای تقویت هیجانان مثبت، تقویت روابط مثبت، و تزریق منابع و هدف به زندگی می‌تواند بسیار برانگیزنده، توانمندساز و درمانی باشند.

واژه روان‌درمانی مثبت‌نگر، شاید این ایده را القا کند که سایر روان‌درمانی‌ها منفی هستند. با این حال، روان‌درمانی مثبت‌نگر به دنبال جایگزینی رویکردهای درمانی سنتی نیست؛ بلکه، صرفاً رویکردی است که درصدد ایجاد تعادل بین توجه به رویدادهای منفی و مثبت زندگی در روان‌درمانی است. به عنوان مثال، یک درمانگر می‌تواند بین صحبت از بی‌عدالتی جزئی و صحبت از لطف‌هایی که اخیراً در حق مراجع شده، تعادل ایجاد کند. به همین ترتیب، در کنار اهانته، گستاخی و نفرت، می‌توان عمداً درباره تجارب تحسین، فروتنی و پیوند نیز صحبت کرد. می‌توان بدون نادیده گرفتن یا کوچک‌انگاری دغدغه‌های مراجع، درد همراه با ضربه روانی را به شکلی همدلانه درک کرد و به رسمیت شناخت و هم‌زمان، قابلیت‌های رشدی را نیز کاوش کرد.

نکته ۱: درواقع، روان‌درمانی مثبت‌نگر یک درمان تازه نیست، بلکه یک تغییر جهت درمانی به سوی مدل «تقویت قوت‌ها» و مکمل رویکرد سنتی «ترمیم کمبودها» است.

پژوهشگران نتایج روان‌درمانی تأکید کرده‌اند که شاخص‌های کیفیت زندگی باید در ارزیابی نتایج درمان به حساب آورده شود و بهزیستی روان‌شناختی باید در تعریف بهبودی گنجانده شود. دیویدسون و همکارانش اصطلاح مراقبت بهبودمحور را برای توصیف درمانی استفاده کرده‌اند که عناصر مثبت زندگی مراجع (نظیر داشته‌ها، آرزوها، امیدها و علایق) را حداقل به اندازه تلاش برای تسکین و کاهش نشانگان، شناسایی و تقویت کند.

تاریخچه

پیشگامان

حکیمان و دانشمندان در طی اعصار مختلف کوشیده‌اند تا خوشبختی، بهزیستی و خودشکوفایی را تعریف کنند. کنفوسیوس بر این باور بود که معنای زندگی، در هستی معمول انسان نهفته است و از طریق نظم، تعلیم و تربیت روابط متعادل اجتماعی به‌دست می‌آید. سقراط، افلاطون و ارسطو، همگی داشتن زندگی با فضیلت را شرط لازم برای خوشبختی می‌دانستند.

پیش از جنگ جهانی دوم، سه مأموریت روشن برای روان‌شناسی تعریف شده بود: درمان آسیب روانی، افزایش بهره‌وری و رضایت‌مندی در زندگی همه، و شناسایی و پرورش افراد سرآمد. بلافاصله پس از جنگ، عمدتاً به دلیل ضرورت‌های اقتصادی و سیاسی، ارزیابی و درمان آسیب روانی به مأموریت انحصاری روان‌شناسی تبدیل شد. با این حال، روان‌شناسان انسان‌گرا و دیگران، به طرفداری از رویکردهای مثبت‌نگر روان‌درمانی ادامه دادند. کارل راجرز، آبراهام مزلو، هنری موری، گوردون آلپورت و رولو می، همگی کوشیدند به توصیف زندگی خوب بپردازند و شیوه‌هایی را شناسایی کنند که طی آن‌ها، تمایل ذاتی ما به رشد می‌تواند این زندگی را تسهیل کند.



آغازها

یاهودا در کتابش، با عنوان مفاهیم کنونی سلامت روانی مثبت‌نگر، این بحث متقاعدکننده را مطرح کرد که مفهوم بهزیستی باید به شکلی شایسته مورد توجه قرار گیرد. فرانکل (۱۹۶۳) اشاره کرد که سائق نخستین انسانی، لذت نیست، بلکه جست‌وجوی معناست. این ایده‌ها علی‌رغم اهمیتی که داشتند، چشم‌انداز روان‌درمانی را تغییر ندادند؛ چشم‌اندازی که پس از جنگ جهانی دوم تا همین اواخر، مدل پزشکی روان‌درمانی را به شیوه‌ای غیرانتقادی پذیرفت و از مفاهیم، زبان و توجیهات ارگانیک اختلالات روانی که نتیجه استیلای روان‌پزشکی بر این حوزه بود، استقبال کرد.

درمان بهزیستی (WBT)، عناصر CBT و بهزیستی را باهم تلفیق می‌کند و نشان داده شده که در درمان اختلالات عاطفی و اضطرابی مؤثر است (روئینی و فاوا، ۲۰۰۹). به همین ترتیب درمان کیفیت زندگی فریش (QOLT)، درمان شناختی را با ایده‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر تلفیق می‌کند و نشان داده شده که برای مراجعان افسرده مؤثر است. با این حال، این مداخلات صرفاً به مثابه لکه‌ای کوچک در سرزمین وسیع درمان‌های روان‌شناختی نقصان‌مدار هستند. شواهد علمی متقاعدکننده و هم‌گرایی دیگری وجود دارند که نشان می‌دهند هیجانات مثبت، صرفاً نشان‌دهنده موفقیت و سلامت نیستند؛ آن‌ها با ایجاد نگرش‌های سازگاران، سبب موفقیت و سلامت نیز می‌شوند (فردریکسون، ۲۰۰۹). مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر پس از آغازی آهسته، با توجه برابر به جنبه‌های منفی و مثبت تجربه انسان، هم‌اکنون زیربنای دانش روان‌درمانی را گسترش می‌دهند.

کج مثال ۱: کدام گزاره در مورد رابطه روان‌درمانی مثبت‌نگر با سایر رویکردهای درمانی صحیح‌تر است؟

۱) تلفیقی از رویکردهای سنتی با تأکید بر جنبه‌های مثبت است.

۲) یک تغییر پارادایم کامل در مقابل رویکردهای سنتی محسوب می‌شود.

۳) رویکردی مکمل برای تقویت قوت‌ها در کنار ترمیم کمبودهاست.

۴) جایگزینی برای درمان‌های سنتی با هدف حذف رویکردهای نقصان‌مدار است.

پاسخ: گزینه «۳» روان‌درمانی مثبت‌نگر یک درمان تازه نیست، بلکه تغییر جهتی درمانی به سوی مدل «تقویت قوت‌ها» و مکمل رویکرد سنتی «ترمیم کمبودها» است.

کج مثال ۲: کدام گزینه تحلیل جامع‌تری از نقش هیجانات مثبت در سلامت و موفقیت ارائه می‌دهد؟

۱) عامل علی در ایجاد موفقیت از طریق نگرش‌های سازگاران

۲) شاخص پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی و جسمانی

۳) متغیر میانجی بین نگرش‌های سازگاران و موفقیت

۴) نشانگر و تسهیل‌کننده همزمان موفقیت و سلامت

پاسخ: گزینه «۴» شواهد علمی نشان می‌دهند هیجانات مثبت علاوه بر نشانگر بودن موفقیت و سلامت، با ایجاد نگرش‌های سازگاران، سبب‌ساز آنها نیز هستند.

شخصیت

نظریه شخصیت

روان‌شناسی مثبت‌نگر به شدت با این عقیده مخالف است که تجربیات دوران کودکی، شخصیت بزرگسالی ما را شکل می‌دهد و بقیه زندگی خود را صرف تلاش بیهوده برای حل‌وفصل تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه می‌کنیم.

بیشتر رویدادهای دوره کودکی نسبتاً بی‌اهمیت انگاشته شده‌اند. یافتن اثرات حتی اندک رویدادهای دوره کودکی بر شخصیت بزرگسالی دشوار است و هیچ دلیلی درباره اثرات بزرگ در دست نیست. تجارب آسیب‌زای عمده کودکی (مانند بهره‌کشی جنسی) ممکن است اثراتی بر شخصیت بزرگسالی داشته باشد، اما این تجربیات الزاماً قربانی را محکوم به زندگی عاری از شادمانی نمی‌کنند. به‌طور خلاصه، رویدادهای دوره کودکی، شخصیت بزرگسالی را تعیین نمی‌کنند.

بسیاری از اطلاعات مربوط به اثرات تجارب آسیب‌زای کودکی، از نظر روش‌شناختی ناقص هستند و معمولاً نتوانسته‌اند اثرات ژنتیکی را کنترل کنند. با این حال، برخلاف رویدادهای ناگوار دوره کودکی که اثرات قابل‌چشم‌پوشی بر شخصیت بزرگسالی دارند، تأثیر ژن‌ها بسیار چشمگیر است. صدها مطالعه مربوط به اثرات ژنتیک بر شخصیت نشان می‌دهند که حدود ۵۰ درصد از صفات شخصیتی بزرگسالان، مستقیماً به میراث ژنتیکی آن‌ها قابل اسناد است. اما وراثت تعیین نمی‌کند که یک صفت تا چه اندازه غیرقابل‌تغییر خواهد بود. برخی صفات ارثی (نظیر جهت‌گیری جنسی و وزن بدن) هرگز تغییر زیادی نمی‌کنند، در حالی که برخی صفات ارثی دیگر (نظیر بدبینی و بیمناکی) انعطاف زیادی دارند. شادمانی یکی از صفات شخصیتی است که می‌توان آن را تغییر داد.

کار روان‌درمانی مثبت‌نگر، ترویج این باور نیست که فرد باید خوش‌بین یا معنوی، مهربان یا شوخ‌طبع باشد. با این حال، درمانگران مثبت‌نگر می‌توانند پیامدهای آن صفات را توصیف کنند. به‌عنوان مثال، خوش‌بینی با افسردگی کمتر، سلامت جسمانی بهتر و موفقیت بیشتری همراه است. به‌همین ترتیب، قدردانی با مزایای روان‌شناختی و جسمانی زیادی مرتبط است. آنچه یک فرد با این اطلاعات انجام می‌دهد به ارزش‌های شخصی او بستگی دارد.

مفاهیم گوناگون: روان‌شناسی مثبت‌نگر بر قوت‌های شخصیتی تمرکز می‌کند. در حالی که نشانگان و شدت آن‌ها به ما کمک می‌کند تا استرس، غمگینی، خشم و اضطراب را درک کنیم، قوت‌های شخصیتی نظیر قدردانی، امید، عشق، مهربانی و کنجکاوی به ما کمک می‌کنند تا شیوه‌هایی را شناسایی کنیم که طی آن‌ها، مراجعان می‌توانند خوب، سالم و دارای کارکرد بالا باشند. همان‌طوری که روان‌شناسی نشان داده افرادی که هیجانات منفی نظیر خشم، خصومت، انتقام، یا صفات خودشیفتگی را تجربه می‌کنند، به احتمال بیشتری مجموعه‌ای از مشکلات روان‌شناختی را پیدا خواهند کرد، می‌توانیم بگوییم افرادی که قدردانی، بخشودگی، فروتنی، عشق و مهربانی را تجربه می‌کنند، شادمانی و رضایت بیشتری از زندگی دارند.

نکته ۲: بنابراین، ارزیابی فرصت‌ها در کنار نشانگان ضرورت دارد تا بتوانیم عمل بالینی متعادل و کل‌نگری داشته باشیم و همچنین درک کنیم که روان‌درمانی به اندازه از بین بردن ناخشنودی، با تقویت سالم‌زیستی نیز سروکار دارد.



مدرس‌ان شریف

فصل پانزدهم

«درمان‌های موج سوم»

مقدمه

درمان‌های رفتاری موج سوم مانند **درمان پذیرش و تعهد (ACT)** و **رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)** به افراد کمک می‌کنند تا تجربیات چالش‌انگیز را بپذیرند و خودشان را به عمل کردن مطابق با ارزش‌های اساسی‌شان متعهد سازند. بیماران یاد می‌گیرند آنچه را که احتمالاً نمی‌توان تغییر داد - در آسیب‌شناسی روانی‌شان، در شکل بدنشان، در برانگیختگی فیزیولوژیکی‌شان و موارد مشابه - بپذیرند. این بدان معنی نیست که آنها یا روان‌درمانگران‌شان به کمتر راضی می‌شوند، بلکه به معنی آن است که آنها از آنچه می‌تواند و باید تغییر یابد، آگاه می‌شوند.

درمان شناختی - رفتاری از رشته‌های اولیه‌اش در رفتاردرمانی محض (موج اول) به‌صورت جلوه کنونی آن در درمان شناختی (موج دوم) درآمد. اکنون آماده موج سومش است، که پذیرش و ذهن‌آگاهی را در درمان‌های شناختی - رفتاری استاندارد وارد می‌کند.

درمان‌های موج سوم مانند ACT، DBT و چند نوع مداخله ذهن‌آگاهی، بیانگر ترکیبی از فلسفه، علم، و کاربست غربی و شرقی هستند. آنها از غرب، بر درمان‌های رفتاری و شناختی از جمله مهارت‌آموزی، بازنگری شناختی و مواجهه‌سازی با ترس‌ها متکی هستند. با این حال، به‌جای اینکه به افراد بیاموزند افکار، احساسات، خاطرات و وقایع خصوصی دیگرشان را کنترل کنند، به سنت‌های شرقی توجه کردن، پذیرفتن و اصلاح کردن وقایع خصوصی، به‌ویژه تجربیاتی که قبلاً ناخواسته بودند، متوسل می‌شوند.

در این فصل، به‌طور مشروح، دو نوع از پرطرفدارترین درمان‌های موج سوم را درنظر خواهیم گرفت: ACT و DBT. بعداً درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌عنوان نمونه‌ای از رویکردهای ذهن‌آگاهی به‌صورت کوتاه بررسی خواهیم کرد. با توجه به اینکه، این سه درمان از درمان‌های رفتاری و شناختی پدیدار شدند، تمرکز ما در اینجا روی دیدگاه‌های مبتکرانه آنها در مورد آسیب روانی، فرایندهای درمانی، و روابط بدون بخش‌های مجزا درباره شخصیت و محتوای درمانی خواهد بود.

درمان مبتنی بر ACT

شرح کوتاهی از استیون هیز

هیز و همکاران در اوایل حرفه علمی او، خودشان را در درمان شناختی آرون یک غرق کرده بودند. آنها بر یک مؤلفه درمان، فاصله‌گیری شناختی تمرکز کردند، زیرا به نظر می‌رسید که با سنت‌های شرقی و تحلیل رفتاری همپوشی داشت. فرایند کندوکاو افکار به صورت عینی، **فاصله‌گیری** نامیده می‌شود. در درمان شناختی، هر روشی که توانایی مراجع را در برخورد کردن با افکار به‌عنوان فرضیه‌ها (فاصله‌گیری)، و نه حقیقت واقعی تسهیل کند، مفید محسوب می‌شود. هدف فاصله‌گیری در درمان شناختی، کسب عینیت بیشتر هنگام ارزیابی افکار است.

هیز (۱۹۸۷) درباره فاصله‌گیری شناختی در درمان شناختی، تحلیلی اساسی انجام داد و دریافت که این مفهوم به‌طور غیرضروری محدود است. در درمان شناختی، فاصله‌گیری شناختی باید در مورد هر فکر کژکار به‌صورتی که روی می‌دهد، اجرا شود (مثلاً، آیا می‌توانید این فکر را به‌صورت یک فرضیه و نه واقعیت درنظر بگیرید؟)، اما، تحلیل رفتاری زبان، اشاره دارد که درباره هر فکر کژکار خاصی، چیز به‌خصوصی وجود ندارد. افکار به تنهایی نمی‌توانند مستقیماً موجب رفتار آشفته یا بی‌تأثیر شوند. در تحلیل رفتاری، افکار و احساسات، علت‌ها محسوب نمی‌شوند، بلکه به‌صورت رفتارهای تحت‌تأثیر موقعیت درنظر گرفته می‌شوند. فرد برای تغییر دادن تأثیر افکار و احساسات، باید موقعیتش را تغییر دهد. روش‌های فاصله‌گیری می‌توانند موقعیت نه‌چندان دقیق، عینی، یا واقعی ایجاد نمایند تا تأثیر زبان بر رفتار را ضعیف کنند.

نظریه آسیب‌شناسی روانی ACT

روانشناسی غرب معمولاً تحت فرض «بهنجاری سالم» عمل می‌کند، که اعلام می‌دارد انسان‌ها بنا بر ماهیت‌شان، از لحاظ روان‌شناختی سالم هستند. ACT در عوض فرض می‌کند که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان بهنجار اغلب مخرب‌اند؛ آسیب روانی هنجار است و فقط از نظر درجه فرق دارد. تمام افراد ذهنی دارند که افکار آشفته را تولید می‌کند، به‌ویژه وقتی که این افکار به‌طور مؤثری پردازش نشده باشند. انسان‌ها ذهنی را پرورش داده‌اند که مانند Velcro (چسبک) برای افکار بد و Teflon (تفلون) برای افکار خوب است.



در بطن بسیاری از اختلالات روانی، تلاش برای تغییر دادن وقایع خصوصی ناخواسته (افکار، احساسات، تکان‌ها) قرار دارد، حتی وقتی کاهش دادن شدت، فراوانی یا مدت آنها موجب مشکلات رفتاری شود. این تقلا، طبقه کارکردی رفتار به نام **اجتناب تجربی** است. این‌گونه اجتناب به این دلیل ادامه می‌یابد که منحرف کردن فوری خویش معمولاً به کاهش فوری ناراحتی می‌انجامد که تقویت‌کننده است. اما این تلاش‌ها قدرت وقایع خصوصی را افزایش می‌دهند: «آنها واقعاً ترسناک، افسرده‌کننده یا دردسرسازند و باید از آنها اجتناب کنم». از این نظر، ACT همانند توجیه رفتاری اضطراب است. اضطراب ادامه و افزایش می‌یابد، زیرا ما از افکار و وقایع ترسناک اجتناب می‌کنیم.

فرهنگ غرب به‌ویژه، غالباً موقعیت‌های زبانی‌ای را که کشمکش‌های مداوم با اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند را تسهیل می‌کنند، تأیید می‌نماید. دستورات مداوم معلمان و والدین برای «ساکت بودن، آرام بودن، خوب بودن، رفتار کردن مناسب» می‌توانند کودکان را متقاعد سازند که هرگونه فکر، احساس یا تکانه برای رفتار کردن به‌صورت بیانگرتر، باید بد، دردسرساز یا ناپه‌نجان باشد. این‌گونه موقعیت‌های کنترل‌کننده، **آمیختگی شناختی** ایجاد می‌کنند که تسلط وقایعی خصوصی است که جدی گرفته شده‌اند. ما در حالت آمیختگی، به‌جای اینکه از طریق پنج حس‌مان تجربه کنیم، گرفتار افکارمان و محتویات ذهنمان می‌شویم. سپس براساس تجربیات درونی‌مان (که با آنها به‌صورت واقعیت مطلق یا دستور مقتدرانه برخورد می‌کنیم) به‌جای آنچه در دنیا روی می‌دهد، تصمیم می‌گیریم و عمل می‌کنیم.

آمیختگی شناختی به کنترل بیش‌ازحد زبان، از جمله از دست دادن تماس با زمان حال و گرایش به گرفتن موضع جدی درباره خود (self) می‌انجامد: «من خودم نیستم و هرگز دوباره خودم نخواهم بود!». این می‌تواند در توانایی رفتار کردن مطابق با ارزش‌های فرد اختلال ایجاد کند. سلامت روانی نوعی انعطاف‌پذیری روانی است؛ تغییر کردن به هنگامی که تغییر لازم است و استقامت کردن به هنگامی که استقامت برای برآورده ساختن هدف‌های طبیعی ضروری است.

فرایندهای درمانی ACT

اگر آسیب روانی عمده‌تاً حاصل اجتناب تجربی از وقایع خصوصی و موقعیت‌های زبانی باشد که موجب آمیختگی شناختی می‌شوند (تسلط وقایع خصوصی که جدی گرفته شده‌اند)، در این صورت، رفتار کژکار می‌تواند به بهترین وجه با تغییر دادن موقعیت‌های مراجعان تغییر یابد. این به بهترین وجه، از طریق فرایندهایی مانند فاصله‌گیری شناختی تحقق می‌یابد، که در آن، مراجعان می‌توانند افکار را به‌صورت فرضیه‌ها و نه واقعیت‌هایی که باید از آنها ترسید و اجتناب کرد، درنظر بگیرند. تمرکز، روی کنترل کردن یا تغییر دادن وقایع خصوصی نیست، بلکه روی این است که ما این وقایع را چگونه پردازش می‌کنیم و به آنها واکنش نشان می‌دهیم.

بالا بردن آگاهی: تمرکز بر زمان حال به ما امکان می‌دهد تا کاملاً از زمان حال آگاه باشیم، و با حالت گشودگی، علاقه و پذیرا بودن تجربه کنیم. این جهت‌گیری سالم‌تر به زمان حال، امکان می‌دهد تا رفتارمان بیشتر تحت تأثیر موقعیت کنونی و کمتر تحت تأثیر شرم، احساس گناه، یا خشم ناشی از خاطرات آسیب‌زا یا ترس‌های آینده قرار گیرد. این روش ذهن آگاهی همچنین فرایند پذیرش را ترغیب می‌کند، که به افکار و احساسات امکان می‌دهد بدون کشمکش، به هشیاری ما بیایند و بروند.

فلسفه شرقی تجربه کردن خود (self) به‌صورت یک دیدگاه، دسترسی مراجعان را به درک خود متعالی، تداوم هشیاری که پایدار است، آسان می‌کند. اگر درک خود من محدود، عینی و خشک باشد، احتمالاً مرا در الگوهای رفتار محدود و خشک گرفتار نگه می‌دارد.

انتخاب: وقتی افراد برای بودن - زیستن در زمان حال، پذیرفتن تجربیات خصوصی‌شان، و سرسختانه تأیید نکردن این‌گونه تجربیات - آزادتر شوند، شالوده‌ای را برای انتخاب کردن رفتارهایشان، به‌جای برانگیخته شدن توسط ترس‌هایشان می‌سازند. وقتی آنها آماده شوند تا گذشته خشک یا آینده مضطربشان را کنار بگذارند، بر چه مبنایی چنین انتخاب‌هایی می‌کنند؟ **ارزش‌ها:** پی بردن به اینکه چه چیزی برای خود واقعی آنها خیلی اهمیت دارد. فونونی مانند **توضیح ارزش‌ها** می‌توانند به بیماران کمک کنند به‌جای اینکه توسط موقعیت فرهنگی‌شان کنترل شوند که ایجاب می‌کند آنها نقش خشکی مانند دانش‌آموز، معلم، بیمار، کارگر کارخانه یا کشاورز را بپذیرند، تصمیم بگیرند کدام ارزش‌ها بهترین موقعیت را برای انتخاب تأمین می‌کنند.

عمل متعهد: فرایند تعیین اهداف مطابق با ارزش‌ها و اجرای مسئولانه آنهاست. مراجعان می‌توانند طبق ارزش‌های شخصی خودشان عمل کنند حتی اگر، یا به‌ویژه اگر، به تجربه کردن وقایع خصوصی ادامه دهند که به‌صورت بیمارگون ارزیابی شده باشند.

درمانگران بیماران را در متمایز کردن ارزش‌ها از اهداف راهنمایی می‌کنند که به‌راحتی می‌توانند در فرهنگ هدف‌گرای ما با یکدیگر اشتباه گرفته شوند. اهداف، پیشرفت‌های خاص و ارزش‌ها مسیرهای کلی‌تری هستند. به‌طوری که درمانگران ACT به تکرار آن علاقه دارند، هدف ممکن است رفتن به سان‌فرانسیسکو باشد، اما ارزش، رفتن به غرب است. روش خال هدف - چقدر رفتارهای اخیر شما با ارزش‌های ابرازشده شما مطابقت دارد؟ - می‌تواند به مراجعان در پیشروی در مسیرهای ارزشمند آنها کمک کند.

تخلیه هیجانی: استیون هیز می‌گوید اجازه دهید احساسات جاری شوند؛ اجازه دهید بیایند و بروند. به آنها نچسبید انگار که نیرومندترین تجربیات در زندگی هستند. از آنها اجتناب نکنید انگار که ترسناک‌ترین وقایع در زندگی هستند که می‌توانند باعث شوند به‌طرز بدی رفتار کنید. جریان احساسات را مانند جریان افکار، تصورات ذهنی و خاطرات به‌صورت طبیعی بپذیرید. در عین حال، برای احساسات به‌عنوان مبنای تجربی که باید براساس آنها عمل کنید، بیش‌ازحد ارزش قائل نشوید. به ارزش‌های اساسی‌تان توجه کنید که درک خود اساسی شما را منعکس می‌کنند و اجازه دهید این ارزش‌ها اعمال متعهد شما را هدایت کنند.

شرطی‌سازی تقابلی: ACT چگونه به مراجعان کمک می‌کند تا با عادات آموخته‌شده اجتناب از دیدگاه‌های شخصی مقابله کنند؟ با **پراکندن** و با تمرکز بر زمان حال. این همان چیزی است که به یادگیری مراجعان کمک می‌کند تا با افکار و احساساتشان (حتی وقتی ناخوشایند هستند)، با گشودگی و علاقه باقی بمانند.



مدرس‌ان شریف

فصل شانزدهم

«درمان‌های سیستمی و خانواده‌درمانی»

زمینه درمان‌های سیستمی

درمان‌های سیستمی اعلام می‌دارند که انسان‌ها را فقط درون موقعیت اجتماعی‌شان می‌توان شناخت.

دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ سال‌های مهمی برای شکل‌گیری درمان‌های سیستمی بوده‌اند. این دهه‌ها شاهد پیدایش **نظریه سیستم‌های کلی** در زیست‌شناسی و **علم سایبرنتیک** در علوم کامپیوتر بودند. نظریه سیستم‌های کلی به‌جای پیروی از روش علمی سنتی کاهش **دادن پدیده‌ها** به عناصر ساده‌تر آنها - مانند الکترون‌ها، نوترون‌ها و پروتون‌ها - طرفدار بررسی فرایندهای زیستی‌ای بود که به پیچیدگی فزاینده سازمان ارگانیسم‌های کامل منجر می‌شوند. علم سایبرنتیک طرفدار مطالعه روش‌های ارتباط و کنترل بود که در ارگانیسم‌های جاندار و دستگاه‌ها، به‌ویژه سیستم‌های کامپیوتر مشترک‌اند. در این فصل، ابتدا بررسی خواهیم کرد که سیستم‌ها چگونه از این دو دیدگاه در نظر گرفته می‌شوند و بعد خواهیم دید که این آگاهی چگونه برای درمان افراد، زوج‌ها، و خانواده‌های پریشان به‌کار برده شده است. سپس به چهار رویکرد سیستمی عمده خواهیم پرداخت.

برای اینکه از عملکرد ارگانیسم‌های کامل آگاه شویم، علاوه بر عناصر مجزای ارگانیسم، باید روابط بین آنها را نیز مطالعه کنیم. سیستم به‌صورت مجموعه‌ای از واحدها یا عناصری که با یکدیگر رابطه مستمر دارند، تعریف شده است. سیستم از عناصر مجزا و روابط بین این عناصر تشکیل می‌شود. برای مثال، سیستم خانواده نه تنها از مثلاً چهار نفر، بلکه از روابط متقابل بین این چهار نفر و کل موقعیت و مقررات خانواده تشکیل می‌شود. حتی نامی که به یک عضو خانواده داده می‌شود، مثل والد و فرزند، به روابط مستمر بین آنها اشاره دارد.

سازمان و سیستم تقریباً مترادف‌اند. سیستم مجموعه‌ای از واحدها یا عناصر سازمان‌یافته است. وقتی عناصر در یک الگوی باثبات ترکیب می‌شوند، موجودیتی به وجود می‌آید که از مجموع هریک از اجزای جداگانه بیشتر است. این مفهوم کلیت است. برای مثال، سیستم زناشویی را نمی‌توان صرفاً به دو فرد مجزا تقسیم کرد. نه تنها دو زیرسیستم فردی وجود دارند، بلکه بین این دو نفر رابطه مداومی وجود دارد که زیرسیستم زناشویی را به‌وجود می‌آورد. در این مورد، ۱ به‌علاوه ۱ برابر است با ۳.

سیستم‌ها همچنین با **مرزهای** پیرامون سیستم و هریک از زیرسیستم‌های آن، سازمان یافته‌اند. در سیستم‌های زیستی، این مرزها ممکن است به‌راحتی قابل تشخیص باشند، مانند غشای سلول یا پوست حیوان. در سیستم‌های انسانی، مرزها اغلب انتزاعی‌ترند. مقررات روابط، مرزها را تعیین می‌کنند. برای مثال، مقررات تک‌همسری، مرزهای زندگی زناشویی سنتی را مشخص می‌کنند؛ همسری که روابط نامشروع دارد، «خارج از مرز» محسوب می‌شود یا خارج از مقررات رابطه عمل می‌کند.

مرزها ممکن است بسیار نفوذپذیر باشند، به‌طوری‌که مقررات روشنی وجود نداشته باشند که تعیین کنند چه کسی با چه کسی و چگونه می‌تواند تعامل کند. برای مثال، در خانواده‌هایی که زنا با محارم رایج است، مرزهای بین زیرسیستم والدین و زیرسیستم فرزند تا حد بیمارگون، مبهم و نفوذپذیرند. مرزها می‌توانند بسیار انعطاف‌ناپذیر نیز باشند، به‌طوری‌که از تعامل‌های کافی و مناسب بین افراد در سیستم یا بین سیستم‌ها جلوگیری کنند. برای مثال، خانواده‌هایی که در آنها بدررفتاری با کودک متداول است، امکان دارد از سیستم اجتماعی بزرگ‌تر جدا باشند و نتوانند حمایت اجتماعی یا اصلاحی را که می‌تواند از این بدررفتاری جلوگیری کند، بپذیرند.

سیستم‌ها اغلب به‌صورت سلسله‌مراتبی سازمان یافته‌اند. هر سیستم از عناصر زیرسیستم‌های با مقیاس کوچک‌تر تشکیل شده است. برعکس، هر سیستم جزء تشکیل‌دهنده سیستم بزرگ‌تری است. سیستم خانواده از زیرسیستم‌های فردی، زیرسیستم همسر / زناشویی، زیرسیستم همشیر (خواهر و برادر)، و زیرسیستم والدین تشکیل می‌شود. سیستم خانواده به‌نوبه‌خود، جزء تشکیل‌دهنده سیستم بزرگ‌تر محله است که به‌صورت سلسله‌مراتبی با سیستم‌های اجتماعی خیلی بزرگ‌تری مانند جامعه، منطقه، و کشور ارتباط دارد. بنابراین تغییر در یک جزء تشکیل‌دهنده می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سیستم‌های بزرگ‌تر داشته باشد. استعاره «اثر پروانه‌ای» که در آن، آشفتنی‌های جزئی بال‌های پروانه دوری می‌تواند بر گردباد تأثیر بگذارد.

انطباق کنترل‌شده، برای تغییر معنادار اهمیت دارد. رشد کنترل‌شده به تمایز و رشد بافت‌ها، اندام‌ها و افراد منجر می‌شود. رشد کنترل‌نشده، مانند سرطان، به آشفتنی و حتی مرگ سیستم زنده می‌انجامد. **تعادل حیاتی**، یا توازن، توضیح می‌دهد که سیستم‌های جاندار چگونه حالت ثابت را کنترل می‌کنند یا نگه می‌دارند.

سیستم‌های خانواده، مجموعه مکانیزم‌های خاص خودشان را دارند که وظیفه اصلی آنها نگه داشتن تعادل رفتاری قابل قبول درون خانواده است. برای مثال، خانواده‌هایی یافت شده‌اند که تعامل گفتاری بسیار باثباتی دارند. خانواده‌هایی که تعامل زیادی دارند، میزان بالای گفتگو را در جلسات حفظ می‌کنند حتی اگر اعضای آنها از نظر صحبت در جلسات بسیار متفاوت باشند.

سیستم‌های جاندار به صورت سیستم‌های باز توصیف شده‌اند، بدین معنی که انرژی می‌تواند آزادانه درون سیستم و بیرون از آن جابه‌جا شود. اطلاعات مهم‌ترین نوع انرژی در سیستم‌های جاندار است، زیرا بلا تکلیفی را کاهش می‌دهد. وقتی اطلاعات به‌نحو کارآمدی برنامه‌ریزی شده باشد، توانایی عمل کردن سیستم را به شیوه بسیار پیچیده و سازمان‌یافته افزایش می‌دهد. ارتباط شامل فرایندی است که به وسیله آن، اطلاعات از یک حالت به حالت دیگر تغییر می‌کند یا از یک نقطه به نقطه دیگر در محیط انتقال می‌یابد.

نکته ۱: علم سایبرنتیک مدلی است که به ما می‌گوید اطلاعات چگونه می‌تواند درون سیستم‌های زناشویی و خانواده به‌نحو مؤثری تغییر شکل یا انتقال یابد.

کج مثال ۱: کدام گزینه در مورد مفهوم «کلیت» در سیستم‌ها صحیح است؟

- (۱) مجموع اجزای جداگانه است.
 - (۲) شامل روابط بین اجزا می‌شود.
 - (۳) موجودیتی فراتر از مجموع اجزای جداگانه است.
 - (۴) به معنای تعداد اعضای سیستم است.
- ☒ پاسخ: گزینه «۳» وقتی عناصر در یک الگوی باثبات ترکیب می‌شوند، موجودیتی به وجود می‌آید که از مجموع هر یک از اجزای جداگانه بیشتر است.

کج مثال ۲: تعادل حیاتی در سیستم‌های خانواده به چه معناست؟

- (۱) حفظ رفتار قابل قبول درون خانواده
 - (۲) عدم تغییر اساسی در سیستم خانواده
 - (۳) یکسان بودن رفتار همه اعضا
 - (۴) ثابت ماندن تعداد اعضای خانواده
- ☒ پاسخ: گزینه «۱» تعادل حیاتی در خانواده‌ها به معنای نگه داشتن تعادل رفتاری قابل قبول درون خانواده است.

مفاهیم بنیادی

خانواده به عنوان یک سیستم

خانواده درمانگران با اتخاذ یک مرجع قیاس رابطه‌ای، هم به ساختار خانواده (چگونگی چیدمان، سازمان‌یابی و حفظ خود در یک مقطع زمانی مشخص) و هم به فرایند خانواده (شیوه تکامل، تطابق، یا تغییرات در گذر زمان) توجه می‌کنند. آنها خانواده را به عنوان یک سیستم پایا و زنده، و یک شبکه پیچیده، مانا و علی متشکل از اجزای مرتبط می‌نگرند که در کنار هم موجودیتی شکل می‌دهند که بزرگ‌تر از مجموع اعضای آن است. در مقابل، این سیستم، جزئی از یک بافت اجتماعی بزرگ‌تر، یعنی جامعه بیرونی است. نظریه پردازان سیستمی می‌گویند که درک بسنده سیستم، مستلزم مطالعه کل است، نه بررسی جداگانه اجزای آن. هیچ عنصری در درون سیستم هرگز در انزوا قابل درک نیست، چون اجزا هرگز جداگانه کار نمی‌کنند. درمانگران خانواده به جای مطالعه محتوای رویدادها، به سمت توجه به فرایندهای خانواده، یعنی الگوهای تعاملی اعضای خانواده که کارکرد خانواده را به عنوان یک واحد تعریف می‌کنند، سوق داده شده‌اند.

معرفت‌شناسی سایبرنتیک

با اتخاذ معرفت‌شناسی سایبرنتیک، چندین تغییر مهم در دیدگاه بالینی روی می‌دهد. به طور مثال، کانون آسیب‌شناسی از بیمار معلوم به بافت اجتماعی تغییر می‌یابد و به جای فرد مشکل‌دار، تعامل بین افراد تحلیل می‌شود. به جای این فرض که یک فرد، رفتار فرد دیگر را سبب می‌شود (شما شروع کردید، من فقط عکس‌العمل نشان دادم)، درمانگران خانواده معتقدند که هر دو طرف، در یک تعامل حلقوی گیر می‌افتند؛ یک واکنش زنجیره‌ای به خودش بازخورد می‌دهد، چون هر عضو خانواده، تعریف متفاوتی از موقعیت ارائه می‌نماید. هر کدام ادعا می‌کنند که دیگری علت رویداد بوده؛ هر دو حق دارند، اما جستجو برای یافتن نقطه آغاز در هر تعارض بین فردی، بیهوده است، چون تعاملی پیچیده و تکراری روی داده، نه یک موقعیت ساده، خطی، علت و معلولی و با آغاز و انجام مشخص. دیدگاه ساده و یک‌سویه به سبک محرک - پاسخ، که یک رویداد به رویدادی دیگر منجر می‌شود، نشانگر علیت خطی است. درمانگران خانواده ترجیح می‌دهند برحسب علیت حلقوی بیندیشند: اعمال دوجانبه در درون یک شبکه رابطه‌ای، از طریق شبکه‌ای از حلقه‌های در حال تعامل رخ می‌دهند. از این دیدگاه، هر علتی به عنوان معلول علت قبلی، و در عوض، علت رویداد بعدی نگرسته می‌شود. بنابراین، نگرش‌ها و رفتارهای اعضای سیستم، مانند آنچه که در یک خانواده رخ می‌دهد، به طرزی قدرتمند، بادوام، دوسویه، و در یک چرخه پایان‌ناپذیر به هم گره خورده‌اند.

وقتی یک بحران یا آشفتگی دیگری پیش می‌آید، اعضای خانواده با فعال‌سازی مکانیزم‌های یاد گرفته شده خانواده، برای کاهش استرس و بازیابی تعادل درونی می‌کوشند تا محیط باثبات را حفظ یا دوباره برقرار کنند (هموستازی خانواده). خانواده‌ها بر تبادل اطلاعات متکی هستند؛ یک جمله، نگاه، ژست، یا نگاه خیره که به عنوان مکانیزم بازخورد عمل می‌کند و علامت می‌دهد که بی‌تعادلی ایجاد شده و برخی اقدامات اصلاحی لازم است تا رابطه به حالت متعادل پیشین بازگردد. در نتیجه، اطلاعات مربوط به برون‌داد سیستم، به صورت درون‌داد به درون سیستم بازخورد داده می‌شود تا سبب تغییر، تصحیح یا مدیریت کارکرد سیستم شود. بازخورد منفی، اثر فرونشانی دارد و تعادل را بازیابی می‌کند، در حالی که بازخورد مثبت با تشدید انحراف سیستم، به تغییرات بیشتر می‌انجامد.



مدرس‌ان شریف

فصل هفدهم

«درمان‌های سازه‌نگر: درمان متمرکز بر راه‌حل و روایت‌درمانی»

در این فصل دو درمان جدیدتر در صحنه روان‌درمانی را بررسی می‌کنیم که جمعاً آنها را سازه‌نگر می‌خوانیم. این درمان‌ها چند ویژگی مشترک دارند: هر دو درمان‌های جدیدتر «کوتاه‌مدت» هستند، که به‌طور متوسط فقط ۴ یا ۵ جلسه طول می‌کشند؛ هر دو به‌جای علت‌های مشکل، بر تغییر و امکان آن تمرکز می‌کنند؛ و هر دو به‌جای واقعیت «عینی» یا توافقی، بر دیدگاه منحصر به فرد و ذهنی یا قصه خودساخته مراجع تأکید می‌ورزند.

شرح کوتاه از ساختار درمان‌ها

کشمکش فلسفی عمده در دانشگاه، سازه‌نگری را در برابر تجربی‌نگری قرار می‌دهد. ادعای اصلی سازه‌نگری درباره آگاهی این است که فرد آگاه، آگاهی از یک واقعیت را که عینی یا مستقل از اوست، کسب نمی‌کند و در واقع نمی‌تواند کسب کند. واقعیت در بیرون نیست که یافت شود؛ واقعیت درون هریک از ما ساخته می‌شود. ما نمی‌توانیم از اینکه دنیا واقعاً چگونه است آگاه شویم. کل آگاهی به ساختار، فرهنگ، زبان، یا نظریه‌ای که درباره پدیده خاصی به‌کار می‌بریم بستگی دارد. شخصیتی در نمایش LuckyGuy می‌گوید: «تو به دنیا آمده‌ای، تو می‌میری. هر چیزی در این بین، در معرض تعبیر قرار دارد». این اساس سازه‌نگری است.

این به‌معنی انکار واقعیت اشیای عینی یا هستی مادی نیست. سازه‌نگری با هیچ‌انگاری، فلسفه‌ای که اعتقاد دارد زندگی بدون هدف عینی یا ارزش درونی است، برابر نیست. چیزهای واقعی وجود دارند، ولی آنها اشیای هوش یا زبان نیستند.

نکته ۱: واقعیت ساخته‌شده ما حاصل فرهنگ، ادراک، و زبان ماست.

ما نمی‌توانیم به‌طور کامل و مستقیم از بیماران و مشکلاتشان آگاه شویم؛ ما فقط می‌توانیم از تعبیرهای خودمان درباره بیماران و مشکلاتشان آگاه باشیم. نظریه‌ها، زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف برداشت‌های بسیار متفاوتی در مورد یک مراجع و رفتار او به بار می‌آورند. سازه‌نگری بر این باور است که علم صرفاً ساختار اجتماعی دیگری است. دانشمندان مختلف در مقاطع تاریخی متفاوت، که زمینه‌های فرهنگی مختلفی را بررسی کرده‌اند، نظریه‌های بسیار متفاوتی درباره واقعیت ساخته‌اند. تنوع نظریه‌ها، وضعیتی دائمی است که پیچیدگی و فردیت هر مراجع و هر فرد آگاه را منعکس می‌کند.

جوک داور به صورت واضحی تفاوت بین دیدگاه تجربی‌نگر یا عینی و دیدگاه سازه‌نگر را نشان می‌دهد. سه داور بیس‌بال درباره اینکه توپ‌ها و ضربات را چگونه تصور می‌کنند، مشغول بحث هستند. داور اول که از نظر اخلاقیات به خودش افتخار می‌کند می‌گوید: «من آنها را به‌صورتی که می‌بینم تصور می‌کنم». داور دوم که به دقت عینی اعتقاد دارد، اظهار می‌دارد: «بد نیست، اما من آنها را همان‌گونه که هستند تصور می‌کنم». سرانجام، داور سوم که سازه‌نگر است می‌گوید: «تا وقتی من آنها را تصور نکرده باشم، هیچ چیز نیستند!».

مراجعان ما واقعاً پذیرای انواع تعبیرهای جایگزین هستند. این تا اندازه‌ای از فردیت آنها محافظت می‌کند. آنها را نمی‌توان به یک‌سری قوانین یا اصول عمومی تنزل داد که بتوانند بی‌همتایی شخصیت و روان‌درمانی را توجیه کنند.

آیا روان‌درمانی علم است یا هنر؟ آیا آگاهی از شخصیت، آسیب روانی و روانی‌درمانی بر مبنای واقعیتی استوار است که می‌توانیم آن را کشف کنیم؟ یا اینکه درمانگران همیشه در وضعیت آگاهی از فقط زبان، نظریه و «واقعیتی» باقی می‌مانند که آنها و مراجعانشان می‌سازند و با هم تعبیر می‌کنند؟

پیشگامان روان‌درمانی سازه‌نگر را می‌توان در چند گرایش نظری یافت. جورج کلی در دهه ۱۹۵۰، نظریه شناختی سازه‌های شخصی را ساخت که با آن انسان‌ها به‌صورت دانشمندان کنج‌کاو و آماتوری دیده می‌شوند که به‌طور فعال دنیایشان را تعبیر می‌کنند. فرض اساسی کلی این بود که «فرایندهای انسان از لحاظ روان‌شناختی توسط نحوه‌ای که او رویدادها را تعبیر می‌کند، هدایت می‌شوند» انسان دنیا را به‌وسیله سازه‌های شخصی خودش، نه توسط واقعیت عینی، تعبیر می‌کند. ری شیفر در دهه ۱۹۷۰، برداشت و زبان تازه‌ای برای روان‌کاوی ارائه داد؛ موضعی سازه‌نگر که بر سنت قصه تأکید داشت. تعبیرهای روان‌کاوان «قصه‌های مفید» هستند، نه «تعبیر درست» یا «واقعیت».

هنگامی که محبوبیت جنبش پُست‌مدرن در محافل علمی به‌تدریج وارد کاربست بالینی شد، این رشته‌ها و رشته‌های دیگر سازه‌نگری، در دهه ۱۹۹۰، به شکل درمان‌های رسمی سازه‌نگر تحول یافتند. در این فصل، دو درمان بسیار بانفوذ مبتنی بر سازه‌نگری اجتماعی را بررسی خواهیم کرد: **درمان متمرکز بر راه‌حل و روایت‌درمانی**. ابتدا با درمان متمرکز بر راه‌حل شروع می‌کنیم و بعد، روایت‌درمانی را بررسی می‌نماییم.



کج مثال ۱: چگونه سازه‌نگری به تفاوت در تعبیرهای مختلف در مورد مراجعان اشاره می‌کند؟

- (۱) با اعتقاد به یک نظریه واحد
(۲) با تأکید بر تعبیرهای همگانی
(۳) با پذیرش تنوع نظریه‌ها و فرهنگ‌ها
(۴) با انکار تفاوت‌های فردی

پاسخ: گزینه «۳» سازه‌نگری بر این باور است که نظریه‌ها، زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف، تعبیرهای بسیار متفاوتی از یک مراجع و رفتار او به بار می‌آورند. این دیدگاه تنوع نظریه‌ها و فرهنگ‌ها را به‌عنوان وضعیتی دائمی که پیچیدگی و فردیت هر فرد را منعکس می‌کند، می‌پذیرد.

درمان متمرکز بر راه‌حل (راه‌حل‌مدار)

در اینجا به‌طور مختصر، به تشریح روش حل مسئله (از روش‌های تغییر دادن معنا) می‌پردازیم. سپس به تشریح روش راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، از روش‌های زیرمجموعه رویکرد پست‌مدرن خواهیم پرداخت.

روش حل مسئله

برخی از مشکلات مراجعان از تردید آنان در تصمیم‌گیری سرچشمه می‌گیرد. روش حل مسئله، وسیله مفیدی برای روبرو شدن با بسیاری از مشکلات تحصیلی، شغلی و خانوادگی است. شیوه حل مسئله، شامل پنج مرحله است:

۱- آشنایی و شناخت موقعیت؛ ۲- تعریف عینی مشکل؛ ۳- ارائه راه‌حل‌ها؛ ۴- تصمیم‌گیری و انتخاب راه‌حل؛ ۵- اجرای راه‌حل و ارزشیابی آن.

۱- آشنایی و شناخت موقعیت: آشنایی با موقعیت می‌تواند به مراجع در یافتن راه‌حل کمک کند. **دولارد و میلر** اعتقاد دارند که اولین قدم و ساده‌ترین کار در هنگام برخورد با مشکلات این است که مکث کنند و بیندیشند. شناخت وضعیت زمانی و مکانی مشکل به آگاهی بیشتر از شرایط و رسیدن به راه‌حل کمک می‌کند.

۲- تعریف عینی مشکل: غالباً موقعیت‌های مسئله‌زا، مبهم و فاقد حقایق و اطلاعات لازم هستند. بسیاری از مراجعان گرایش دارند که مسائل خود را به‌صورت کلی و انتزاعی بیان کنند. مسئله باید به‌صورت عینی و روشن تعریف گردد.

۳- ارائه راه‌حل‌ها: ارائه راه‌حل‌ها هسته اصلی فرایند حل مسئله است. در این مرحله مراجع باید به دامنه وسیعی از پاسخ‌های احتمالی برسد. برای ارائه راه‌حل‌ها باید به **طوفان مغزی** و **ذهن‌انگیزی** پرداخت. در ذهن‌انگیزی موارد زیر باید به کار رود:

- ۱- بررسی راه‌حل ممنوع است؛ ارزیابی و قضاوت درباره راه‌حل‌ها به وقت دیگری موکول می‌شود. در هنگام ارائه راه‌حل‌ها نباید به ارزیابی آنها پرداخت.
 - ۲- هرچه راه‌حلی ناآشنا تر باشد بهتر است. رام کردن فکر، آسان‌تر از ایجاد فکر است. در ارائه راه‌حل نباید خود را محدود به راه‌حل آشنا نمود.
 - ۳- مقدار و کمیت راه‌حل‌ها درخواست می‌شود. در راه‌حل‌های متعدد، احتمال یافتن راه‌حل مفید بیشتر است. هرچه راه‌حل‌ها بیشتر باشند بهتر است.
- در ارائه راه‌حل‌ها باید بین راهکارها (استراتژی‌ها) و راه‌حل‌های مشخص (تاکتیک‌ها) تفاوت گذاشت. برای حل مسئله ابتدا تا سرحد امکان، راه‌حل‌ها یعنی راهکارها ارائه می‌شوند و آن‌گاه از بین آنها بهترین راه‌حل انتخاب می‌گردد. در انتخاب راه‌حل، بر این احتمال که راه‌حل مشکل اساسی را حل می‌کند، تأکید می‌شود. مثلاً در موقعیتی که شخص برای تأمین خانواده خود، نیاز به پول بیشتری دارد و در مرحله راهکار است، او سعی می‌کند تا کار دیگری پیدا کند؛ در مرحله تاکتیک‌ها او کار کردن در کارخانه خاصی را انتخاب می‌کند.

۴- تصمیم‌گیری و انتخاب راه‌حل: در هنگام تصمیم‌گیری مراجع باید پیش‌بینی کند که انتخاب کدام یک از راه‌حل‌ها به حل مشکل می‌انجامد. یک رهنمود کلی این است که مراجع نتایج احتمالی هر راه‌حل را پیش‌بینی و مفید بودن آن را ارزیابی کند و راه‌حل‌های ضعیف را حذف نماید. در این‌باره مشاور می‌تواند به مراجع کمک کند تا نتایجی را که بازدهی شخصی و اجتماعی درازمدت و کوتاه‌مدت دارد در نظر بگیرد.

برای ارزیابی هر راه‌حل می‌توان از مفهوم «سودمندی» استفاده کرد. در انتخاب راه‌حل مراجع باید به موارد زیر توجه کند:

- ۱- نتیجه‌بخش بودن راه‌حل؛ ۲- سودمندی راه‌حل؛ ۳- عملی بودن راه‌حل.

۵- اجرای راه‌حل و ارزشیابی آن: وقتی مراجع راه‌حلی را انتخاب کرد، مشاور او را به اجرای آن راه‌حل تشویق می‌کند. سپس مؤثر بودن آن راه‌حل بررسی می‌شود. این بررسی شامل مشاهده نتایج راه‌حل به‌وسیله مراجع است. اگر مراجع به این نتایج راضی باشد، فرایند حل مسئله خاتمه می‌یابد. اگر این راه‌حل نتیجه رضایت‌بخشی نداشته است مراجع برای رسیدن به پاسخ بهتر مجدداً فرایند ارائه راه‌حل‌ها را از ابتدا طی می‌کند.

اگر بین نتایج واقعی و نتایج مورد انتظار هماهنگی باشد و رضایت‌خاطر مراجع جلب شود، حل مسئله پایان می‌پذیرد. در این مورد می‌توان از مقیاس آزمایش-عمل-آزمایش و خروج استفاده کرد. اگر مراجع، پس از انتخاب راه‌حل آن را بیازماید و بر هماهنگی آن با آنچه که انتظار داشته است حکم کند، از فعالیت حل مسئله دست می‌کشد؛ ولی اگر دریافت که در هم‌طرازی، نتیجه به‌دست آمده با نتیجه مورد انتظار هماهنگ نیست، به فرایند حل مسئله ادامه می‌دهد و به انتخاب راه‌حل دیگری می‌پردازد تا نتیجه توأم با رضایت حاصل گردد.

کج مثال ۲: در روش حل مسئله، کدام مرحله بر روی «طوفان مغزی و ذهن‌انگیزی» تمرکز دارد؟

- (۱) آشنایی با موقعیت (۲) تعریف عینی مشکل (۳) ارائه راه‌حل‌ها (۴) تصمیم‌گیری و انتخاب راه‌حل

پاسخ: گزینه «۳» در مرحله ارائه راه‌حل‌ها، طوفان مغزی و ذهن‌انگیزی به کار گرفته می‌شود تا مراجع به دامنه وسیعی از پاسخ‌های احتمالی برسد. این مرحله، اصلی‌ترین بخش فرایند حل مسئله است که بر تولید ایده‌ها و راهکارهای مختلف تمرکز دارد.



مدرس‌ان شریف

فصل هجدهم

«نظریه‌های چندفرهنگی روان‌درمانی»

مقدمه

بیشتر جهت‌گیری‌های درمانی می‌پذیرند که تفاوت‌های فردی باید مورد احترام و پذیرش واقع شوند. با این حال، مدل‌های غالب روان‌درمانی به‌عنوان محصول جامعه غربی، تا حد زیادی در دیدگاه تک‌فرهنگی ریشه دارند. همین‌طور، آن‌ها از ارزش‌های فرهنگی غالب حمایت می‌کنند و دیدگاه‌های چندفرهنگی را نادیده می‌گیرند. متأسفانه، روان‌درمانی تک‌فرهنگی به کرات باعث رواج قوم‌محوری می‌شود. اگر قوم‌محوری، یعنی باور فرد بر اینکه نقطه‌نظر خودش ذاتاً برتر و مطلوب دیگران است، باعث شود که درمانگران ارزش‌ها و نگرش‌های خود را به مراجعان دارای فرهنگ متفاوت فرافکنی کنند، این امر روان‌درمانی را دچار محدودیت می‌کند. به همین دلیل، دانشمندان و متخصصان، قابلیت کاربرد چندفرهنگی روان‌درمانی رایج را زیر سؤال برده‌اند. روان‌درمانی‌های چندفرهنگی در پاسخ به این دغدغه‌ها پدیدار گشتند.

طرفداران روان‌درمانی‌های چندفرهنگی، از حساسیت فرهنگی دفاع می‌کنند؛ یعنی، آگاهی، احترام و ارج نهادن به گوناگونی فرهنگی. تعریف سلامت، بیماری، تسکین، بهنجاری و نابهنجاری، ریشه در فرهنگ دارند. بنابراین، روان‌درمانگران چندفرهنگی، دیدگاه‌های مراجعان خود را نیز همانند دیدگاه‌های خود مورد بررسی قرار می‌دهند. مفهوم دیدگاه، به ایده‌ها و باورهای نظام‌دار افراد درباره جهان هستی اشاره دارد. وقتی روان‌درمانگران چندفرهنگی به خودنگری می‌پردازند، می‌توانند تربیت حرفه‌ای و سوگیری‌های بالقوه خود را واکاوی کنند. آن‌ها همچنین، کاربردپذیری فرهنگی مداخلات خود را بررسی می‌کنند و راهبردهای درمانی از نظر فرهنگی متناسب را در پیش می‌گیرند.

روان‌درمانگران چندفرهنگی، تفاوت‌های موجود در قدرت براساس ویژگی‌های گوناگونی، نظیر قومیت، نژاد، جنس، طبقه اجتماعی، جهت‌گیری جنسی، سن، مذهب، اصالت ملی، توانایی / ناتوانی، زبان، محل سکونت، ایدئولوژی و عضویت در گروه‌های به حاشیه رانده شده را در نظر می‌گیرند. آن‌ها بر این باورند که پارادایم‌های قوم‌محورانه روان‌درمانی در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند، چون حامی وضعیت موجود هستند. آن‌ها به جای تمرکز بر نقصان‌ها، بر قوت‌ها تأکید دارند. این تأکید بر گوناگونی، چندفرهنگی گرایان را به سوی تأیید رویکردهای بین‌رشته‌ای سوق می‌دهد. در حقیقت، وحدت از طرق گوناگونی، یک قاعده عمومی چندفرهنگی است. در نهایت، روان‌درمانگران چندفرهنگی از خدمات جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، مطالعات فرهنگی / قومی، ادبیات، هنر، تاریخ، سیاست، حقوق، فلسفه، مذهب / معنویت و بسیاری از رشته‌های دیگر بهره می‌برند.

به همین ترتیب، روان‌درمانگران چندفرهنگی، نمایندگانی در مکاتب نظری گوناگون، از جمله روان‌تحلیلی، شناختی - رفتاری، عقلانی - هیجانی، انسان‌گرایی، یونگی و سایر ترکیبات روان‌درمانی‌های رایج دارند. فارغ از رویکرد نظری مرجع، روان‌درمانگران چندفرهنگی برای توسعه صلاحیت فرهنگی کار می‌کنند. صلاحیت فرهنگی، که یک مفهوم بنیادی در روان‌درمانی‌های چندفرهنگی است، به مجموعه‌ای از دانش‌ها، رفتارها، نگرش‌ها، مهارت‌ها و رویه‌ها اشاره دارد که متخصصان را قادر می‌سازد در یک موقعیت چندفرهنگی به‌طور مؤثری کار کنند.

کج مثال ۱: کدام گزینه نقد اصلی به روان‌درمانی تک‌فرهنگی را به درستی بیان می‌کند؟

(۱) مداخلات درمانی آن برای همه فرهنگ‌ها غیرقابل استفاده است.

(۲) قوم‌محوری در آن منجر به فرافکنی ارزش‌های درمانگر به مراجعان با فرهنگ متفاوت می‌شود.

(۳) تنها بر درمان افراد متعلق به فرهنگ غالب تمرکز دارد.

(۴) فاقد چارچوب نظری مشخص برای درمان است.

☒ پاسخ: گزینه «۲» قوم‌محوری در روان‌درمانی تک‌فرهنگی باعث می‌شود درمانگران، ارزش‌ها و نگرش‌های خود را به مراجعان دارای فرهنگ متفاوت فرافکنی کنند که این امر روان‌درمانی را محدود می‌کند.

مفاهیم بنیادی

چندفرهنگی‌گرایی بر حضور دیدگاه‌های متنوع اذعان دارد؛ جایی که هر فرهنگی بی‌همتا و پویا است و باید در بافت خاص خودش فهمیده شود. باید اشاره شود که چندفرهنگی‌گرایی، سازگرای فرهنگی را مجسم می‌کند؛ یعنی فرایندی که طی آن، افراد از طریق تعاملات اجتماعی که حاوی نمادها و استعاره‌های فرهنگی است، دنیای خود را می‌سازند.



در این فصل، روان‌درمانی چندفرهنگی به‌عنوان یک رویکرد کل‌نگر فرهنگ‌محور که روش‌هایی عملی برای ارتقای التیام‌بخشی و رهایی‌بخشی ارائه می‌دهد، تعریف می‌شود. به بیانی ساده، روان‌درمانگران چندفرهنگی، شایستگی چندفرهنگی را به عمل بالینی خود تزریق می‌کنند.

دیدگاه‌ها

هری تریاندیس دیدگاه‌ها را برحسب اینکه افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند و چگونه با دیگران رابطه برقرار می‌کنند، طبقه‌بندی کرد. فرهنگ‌هایی که هویت افراد براساس روابط آن‌ها با دیگران تعریف می‌شود، جمع‌گرا نامیده می‌شوند، در مقابل، فرهنگ‌هایی که افراد غالباً خود را مستقل از دیگران می‌بینند، با عنوان فردگرا از آن‌ها یاد می‌شود. مذاکره درباره دیدگاه‌های مراجع/درمانگر، نقشی حیاتی در روان‌درمانی مؤثر دارد. متأسفانه روان‌درمانگران رویکردهای مرسوم، به‌خاطر دیدگاه فردگرایانه خود، تمایل دارند رفتارهای بهنجار فرهنگی مراجعان چندفرهنگی را به‌عنوان مقاومت، حقارت و / یا انحراف تعبیر و تفسیر کنند. از آن‌جایی که فهمیده‌شدن، جنبه مهمی از التیام‌بخشی است، روان‌درمانی مؤثر، به درک درمانگر از دیدگاه مراجعش بستگی دارد. توسعه شایستگی فرهنگی، به درمانگران کمک می‌کند تا بر دیدگاه‌های گوناگون ارج نهند و آن‌ها را مدیریت کنند.

شایستگی فرهنگی

اغلب اوقات، تفاوت در دیدگاه‌های درمانگر و مراجع به مشکلات ارتباطی، سوءتشخیص و / یا ترک زودرس درمان توسط مراجع منجر می‌شود. با این حال، شایستگی فرهنگی، سبب افزایش وفاداری به روان‌درمانی و تکمیل درمان می‌شود. شایستگی فرهنگی شامل مجموعه‌ای از رفتارها، نگرش‌ها و رویه‌های همخوان می‌شود که نشان‌دهنده درکی است از اینکه اثرات فرهنگی و اجتماعی - سیاسی چگونه دیدگاه‌های فرد و رفتارهای مرتبط با سلامت را شکل می‌دهند. درمانگران دارای شایستگی فرهنگی، قابلیت‌های زیر را در خود رشد می‌دهند:

- ۱- ارج نهادن به گوناگونی؛ ۲- مدیریت پویایی‌های تفاوت؛ ۳- اکتساب و یکپارچه‌سازی دانش فرهنگی با مداخلات و تعاملات خود؛ ۴- افزایش مهارت‌های چندفرهنگی؛ ۵- تأمل در خود و ارزیابی خود؛ ۶- سازگاری با گوناگونی و بافت‌های فرهنگی مراجعان.
- از آنجایی که تمام رویارویی‌های درمانی، چندفرهنگی هستند (چون همه افراد به فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌های گوناگون تعلق دارند)، شایستگی فرهنگی، روان‌درمانگران را قادر می‌سازد تا در بیشتر موقعیت‌های درمانی به‌طور مؤثری کار کنند. برای هدف این فصل، فرهنگ به‌عنوان محیط کلی فرد تعریف می‌شود که شامل باورها، ارزش‌ها، اعمال و فرایندهای روان‌شناختی مشتمل بر زبان، شناخت و ادراک است.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) با شکل‌بندی یکسری از رهنمودهای چندفرهنگی، اهمیت شایستگی فرهنگی را برجسته کرده است.
- شش رهنمود ویژه در ادامه فهرست شده است:

تعهد به آگاهی فرهنگی و شناخت خود و دیگران:

- ۱- روان‌شناسان تشویق می‌شوند تا متوجه باشند که آن‌ها به‌عنوان موجودات فرهنگی، ممکن است نگرش‌ها و باورهایی داشته باشند که می‌توانند اثرات زیانباری بر ادراکات و تعاملاتشان با افرادی داشته باشد که از نظر قومی و نژادی با آن‌ها متفاوت هستند.
- ۲- روان‌شناسان تشویق می‌شوند تا اهمیت حساسیت و پاسخ‌دهی فرهنگی و شناخت و درک افراد متعلق به قومیت و نژادهای دیگر را شناسایی کنند.

آموزش:

- ۳- روان‌شناسان به‌عنوان آموزشگران تشویق می‌شوند تا مفاهیم چندفرهنگی‌گرایی و گوناگونی را در آموزش‌های روان‌شناختی به کار بندند.

پژوهش:

- ۴- پژوهشگران روان‌شناختی حساس به فرهنگ، تشویق می‌شوند تا اهمیت انجام پژوهش‌های روان‌شناختی فرهنگ‌محور و اخلاقی بر روی اشخاص متعلق به اقلیت قومی، زبانی و نژادی را درک کنند.

عمل:

- ۵- روان‌شناسان می‌کوشند تا در اقدامات بالینی و سایر اقدامات کاربردی روان‌شناختی، از مهارت‌های متناسب با فرهنگ استفاده کنند.

تغییر سازمانی و تحول در رویه‌ها:

- ۶- روان‌شناسان تشویق می‌شوند تا از فرایندهای تغییر سازمانی برای حمایت از توسعه (رویه‌ها) و اقدامات سازمانی دارای آگاهی فرهنگی استفاده کنند.
- تمام رهنمودهای چندفرهنگی، بافتی برای روان‌درمانی‌های چندفرهنگی فراهم می‌کنند. با این حال، سه حوزه، مناسبیت خاصی برای روان‌درمانی‌های چندفرهنگی دارند. این‌ها عبارت‌اند از: آگاهی فرهنگی و دانش نسبت به خود و دیگران، رهنمودهای مربوط به اقدامات روان‌شناختی، و تغییر و توسعه رویه‌های سازمانی.

توسعه شایستگی فرهنگی، یک فرایند مادام‌العمر و مستلزم اذعان به ضرورت یادگیری دایمی است. کراس و همکاران توسعه شایستگی فرهنگی را در طیف زیر شناسایی کردند:

- ۱- **تخریب‌گری فرهنگی** با نگرش‌ها، رویه‌ها و اقداماتی مشخص می‌شود که برای فرهنگ‌ها و افراد درون فرهنگ‌ها مخرب هستند (مانند؛ دستور «فقط انگلیسی»؛
- ۲- **در بی‌صلاحیتی فرهنگی**، افراد به برتری نژادی گروه غالب باور دارند و یک موضع پدرسالارانه و غافلانه نسبت به افراد فرهنگ‌های متفاوت اتخاذ می‌کنند؛
- ۳- **در کوری فرهنگی**، افراد باور دارند که فرهنگ هیچ تفاوتی ایجاد نمی‌کند و بنابراین، ارزش‌های فرهنگی غالب، همه‌جا قابل کاربرد و مفید است.
- ۴- **در پیش‌شایستگی فرهنگی**، افراد تمایل دارند تا درمانی منصفانه و عادلانه همراه با حساسیت فرهنگی ارائه دهند، اما دقیقاً نمی‌دانند چگونه پیش روند؛
- ۵- **در شایستگی فرهنگی**، افراد برای تفاوت‌های فرهنگی ارزش و احترام قائل‌اند؛ به‌طور مداوم به خودارزیابی فرهنگی می‌پردازند؛ به پویایی‌های تفاوت توجه دارند، توسعه دانش و منابع خود را ادامه می‌دهند و سازواری‌های گوناگونی در سیستم باورها، رویه‌ها و اقدامات خود ایجاد می‌کنند.



مدرس‌ان شریف

فصل نوزدهم

«درمان‌های یکپارچه‌نگر»

شرح کوتاهی از انگیزه‌های یکپارچه‌نگری

میل به نگرستن از ورای مرزهای رویکردهای تک‌مکتبی برای پی بردن به اینکه از رویکردهای دیگر چه می‌توان آموخت و مراجعان چگونه می‌توانند از آنها بهره‌مند شوند، انگیزه یکپارچه کردن روان‌درمانی بوده است. هدف از انجام دادن این کار، ترکیب کردن یا هم‌تا کردن درمان نیست، بلکه بالابردن اثربخشی روان‌درمانی است. جنبش یکپارچه‌نگر، به‌صورتی که اکنون نامیده می‌شود، با تحقیق بین‌نظری و علاقه به نتایج بهتر مشخص می‌گردد. رقابت بین جهت‌گیری‌های نظری روان‌درمانی، تاریخچه‌ای طولانی دارد که به زمان فروید برمی‌گردد. با قرار گرفتن متخصصان بالینی در مکاتب مختلف روان‌درمانی که رقیب هم بودند، یک «جنگ سرد» ایدئولوژیک بر این حوزه حاکم شده بود. با پختگی بیشتر حوزه روان‌درمانی، یکپارچه‌نگری به عنوان نقطه اتکای این حوزه پدیدار گشت. حالا متخصصان بالینی به نابسندگی هر سیستم درمانی تنها و ارزش بالقوه سیستم‌های دیگر اذعان می‌کنند.

تاریخچه

پیشگامان

یکپارچه‌نگری به عنوان یک نقطه‌نظر، شاید عمری به اندازه فلسفه و روان‌شناسی دارد. در حوزه روان‌درمانی، فروید آگاهانه با انتخاب و یکپارچه‌سازی روش‌های مختلف، دست و پنجه نرم می‌کرد. او در سال ۱۹۱۹ و به دنبال وقوف بر فقدان کاربردپذیری همگانی رویکرد درمانی خود، روان‌درمانی روان‌تحلیلی را به عنوان جایگزین روان‌تحلیلی کلاسیک معرفی کرد. ایده‌های رسمی مربوط به ترکیب روان‌درمانی‌ها در طی دهه ۱۹۳۰ در ادبیات مربوطه مطرح شد.

آغازها

یکپارچه‌نگری نظام‌دار در عصر مدرن، احتمالاً توسط فردریک ثورن که به پدربزرگ التقاط‌گرایی در روان‌درمانی معروف است، آغاز شد. ثورن با این بحث مجاب‌کننده که هر متخصص ماهری باید بیش از یک ابزار داشته باشد، بر نیاز متخصصان به پُر کردن جعبه ابزار خود با رویه‌های مدل‌های نظری مختلف تأکید کرد. از اواخر دهه ۱۹۶۰ به بعد، آرنولد لازاروس به‌عنوان برجسته‌ترین سخنگوی التقاط‌گرایی ظاهر شد. کتاب اثرگذار او «درمان چندوجهی» الهام‌بخش یک نسل از متخصصان سلامت روان شد تا به تفکر و رفتار خود وسعت بیشتری بخشند. هم‌زمان، تلاش‌هایی برای رواج عوامل مشترک وجود داشت. جرومی فرنک در کتاب «ترغیب و التیام» اشاره کرد که همه روش‌های روان‌درمانی، بسط و تغییر شکل شیوه‌های کهن التیام روانی هستند. فرنک ادعا کرد که غالباً تغییر درمانی حاصل چهار عاملی است که همه رویکردها در آن‌ها مشترکند: ارتباط عاطفی اعتمادآمیز، موقعیت درمانی، منطق یا تدبیر مفهومی، و مراسم درمانی. رویکرد فرانظری جیمز پروچاسکا و کارلو دی‌کلمنته نیز با انتشار یکی از اولین کتاب‌های یکپارچه‌نگر «سیستم‌های روان‌درمانی: یک تحلیل فرانظر» در اواخر دهه ۱۹۷۰ معرفی شد. در این کتاب، جهت‌گیری‌های نظری گوناگون، از دیدگاه اصول مشترک تغییر و مراحل تغییر مورد بحث قرار گرفت. رویکرد فرانظری به‌طور کلی و مراحل تغییر به‌طور خاص، درمان‌های یکپارچه‌نگری هستند که بیشترین پژوهش‌ها را سبب شده‌اند.

وضعیت کنونی: یک چهارم تا یک دوم متخصصان بالینی معاصر، تعلق به یک مکتب درمانی خاص را نفی می‌کنند و در عوض، عنوان التقاط‌گرا یا یکپارچه‌نگر را ترجیح می‌دهند. اشکالی از یکپارچه‌نگری، جهت‌گیری عادی و معمول روان‌درمانگران مورد مطالعه هستند.

تحول آموزش روان‌درمانی به سمت یکپارچه‌نگری، موهبتی است که عناصر منفی نیز در خود دارد. از یک طرف، آموزش یکپارچه‌نگر، نیازهای روزمره عمل بالینی را برآورده می‌کند، تمایل عقلی به کثرت‌گرایی آگاهانه را ارضا می‌کند و پاسخگوی شواهد پژوهشی بی‌شماری است مبنی بر اینکه بیماران مختلف، از درمان‌ها و روابط متفاوتی سود می‌برند. از طرف دیگر، آموزش یکپارچه‌نگر فشار زیادی به دانشجویان وارد می‌کند تا در روش‌ها و اشکال درمانی گوناگون صلاحیت کسب کنند. به علاوه، دانشگاه‌ها را به چالش می‌کشد تا برنامه‌های آموزشی متناسبی تهیه کنند.

نارضایتی از رویکرد تک‌مکتبی و گرایش هم‌زمان به پشت سر نهادن مرزهای مکتب به منظور بهره‌مندی از شیوه‌های دیگر روان‌درمانی برای منتفع ساختن بیماران، ویژگی‌های یکپارچه‌نگری در روان‌درمانی هستند. اگرچه عناوین گوناگونی برای این جنبش به کار رفته (التقاط‌گرایی، یکپارچه‌نگری، درمان افتراقی، جور کردن دیدگاه، اما همگی اهداف یکسانی را دنبال می‌کنند. هدف نهایی، کارآمدی و کاربردپذیری روان‌درمانی است.

امروزه، کاربرد درمان‌های روانی - اجتماعی یکسان برای همه بیماران، نامناسب و حتی در مواردی، غیراخلاقی شمرده می‌شود. اثربخشی و کاربردپذیری روان‌درمانی با جور کردن آن با نیازهای منحصربه‌فرد مراجعان بیشتر می‌شود، نه تحمیل روش‌های زوری به مشتریان ناآگاه خدمات روان‌درمانی. دستور یکپارچه‌نگری در سؤال معروف پائول نهفته است: کدام درمان، توسط چه کسی و تحت چه شرایطی برای یک مراجع با مشکل خاص مؤثرتر است؟



کج مثال ۱: هدف اصلی از یکپارچه‌نگری در روان‌درمانی چیست؟

- ۱) ترکیب کردن تمام رویکردهای موجود در یک سیستم واحد
 ۲) افزایش اثربخشی روان‌درمانی از طریق بهره‌گیری از رویکردهای مختلف
 ۳) پایان دادن به رقابت‌های موجود بین مکاتب مختلف روان‌درمانی
 ۴) هم‌تاسازی روش‌های درمانی مختلف برای ایجاد یک روش استاندارد
- ✓ پاسخ: گزینه «۲» هدف از یکپارچه‌نگری، ترکیب کردن یا هم‌تاسازی کردن درمان نیست (رد گزینه‌های ۱ و ۴)، بلکه بالا بردن اثربخشی روان‌درمانی است. همچنین پایان دادن به رقابت‌ها، هدف اصلی نبوده (رد گزینه ۳)، بلکه نتیجه طبیعی پختگی این حوزه بوده است.

مفاهیم بنیادی

راه‌های متعددی به سمت یکپارچگی روان‌درمانی‌ها وجود دارند؛ خیلی از راه‌ها به رُم ختم می‌شوند. گرچه همه آنها می‌خواهند با فراتر رفتن از مرزهای رویکردهای تک‌مکتبی، اثربخشی درمان را بیشتر کنند، اما این کار را به روش‌های مختلف و در سطوح مختلف انجام می‌دهند. رایج‌ترین مسیرها عبارت‌اند از: عوامل مشترک، التقاط‌گرایی فنی، یکپارچگی نظری و یکپارچگی جذبی. ویژگی هر چهار مسیر، تمایل به افزایش اثربخشی و قابلیت عملی درمان است. همه آن‌ها به فراتر از رویکردهای تنها می‌نگرند، ولی این کار را به شیوه‌های جداگانه و در سطوح متفاوت انجام می‌دهند.

یکپارچگی جذبی، بر مبنا قرار دادن یک سیستم درمانی و در عین حال تمایل به تلفیق (جذب) روش‌ها و دیدگاه‌هایی از سیستم‌های دیگر تأکید دارد. بدین منظور، یکپارچه‌نگری جذبی، نقاط قوت یک سیستم منسجم درمانی منفرد را با گستره وسیعی از مداخلات متعلق به سیستم‌های درمانی دیگر ترکیب می‌کند. به‌طور مثال، یک درمانگر رفتاری ممکن است فن گفتگوی دو صندلی گشتالت را در جریان شکلی از رفتاردرمانی به کاربندد.

جذب، یک گام آزمایشی به سوی یکپارچگی کامل است: درمانگران پس از وقوف بر محدودیت‌های نظریه اصلی خویش، به تدریج اجزا و روش‌هایی از رویکردهای دیگر را جذب می‌کنند. بدین ترتیب، درمانگران به تدریج اجزا و روش‌های تازه بر نظریه میزبان اضافه می‌کنند.

رویکرد **عوامل مشترک**، در پی یافتن اجزای هسته‌ای مشترک در بین درمان‌های مختلف، با هدف نهایی ایجاد درمان‌های صرفه‌جویانه‌تر و کارآمدتر براساس این اشتراکات است. چنین کاوشی، بر این باور مبتنی است که عوامل مشترک خیلی بیشتر از عوامل بی‌همتابی که متمایزکننده نظریه‌ها از همدیگر هستند، در موفقیت درمان نقش دارند. عوامل مشترکی که به کرات پیشنهاد شده عبارتند از: ایجاد اتحاد درمانی، ایجاد فرصت تخلیه روانی، یادگیری و تمرین رفتارهای تازه، و انتظار مثبت مراجع. یک راه برای تعیین کردن عوامل مشترک، تمرکز بر سطح جداسازی یک جایی بین نظریه و فن است. این سطح بینابین جداسازی، که به **فرایند (یا اصل) تغییر** معروف است، تدبیری است که اقدامات درمانگران باتجربه را هدایت می‌کند. ماروین گلدفرید رهبر جنبش یکپارچگی، فرض می‌کند که:

تا اندازه‌ای که متخصصان بالینی با گرایش‌های مختلف بتوانند به یک رشته راهبردهای مشترک برسند، این احتمال وجود دارد که آنچه پدیدار می‌شود متشکل از پدیده‌های قدرتمند خواهد بود، به‌طوری که از تحریف‌هایی که سوگیری‌های نظری درمانگران بر آنها تحمیل می‌کنند، مبرا باشند. هنگام مشخص کردن عامل مشترک در گرایش‌ها، ممکن است عاملی را نیز انتخاب کنیم که از بین آنها بهترین نتیجه را بدهد.

مدل عوامل مشترک روان‌درمانی، مدلی است که در درمان فردی، رابطه درمانی، و هماهنگی بین ارزش‌ها و فرهنگ درمانگر و مراجع ریشه دارد. مراجعان باید بهترین درمانگر و درمانی را انتخاب کنند که با دیدگاه آنها بهترین مطابقت را داشته باشد. روان‌درمانگران باید درک کردن عنصر مشترک روان‌درمانی آموزش ببینند و در این زمینه مهارت داشته باشند. اینها شامل: گوش دادن همدلانه، برقراری اتحاد درمانی، بینش‌یابی درباره تعارض‌های خویشتن، آگاه بودن از پوشش‌های بین فردی و درون‌روانی و یادگیری اندیشیدن به کار خویش می‌شوند. درمانگران باید از رویکردهای متعددی که آنها را متجانس و متقاعدکننده می‌دانند، آگاه باشند. روان‌درمانگران همچنین باید به مراجعان درباره اختلالاتشان توضیحاتی دهند که برای آنها قابل قبول باشند، انتظارآشان درباره غلبه کردن بر مشکلاتشان را بالا ببرند و اعمالی را توصیه کنند که برای آنها مفید باشند. این عوامل مشترک بر مبنای بهترین شواهد پژوهشی موجود استوارند؛ دیدگاه عوامل مشترک، دیدگاهی مبتنی بر شواهد است.

التقاط‌گرایی فنی یا یکپارچگی نظری؟

التقاط‌گرایی فنی جویای آن است که توانایی ما را در انتخاب کردن درمان برای فرد و مشکل بهبود بخشد. این جستجو عمدتاً توسط پژوهش درباره آنچه در گذشته برای دیگران با مشکلات مشابه و ویژگی‌های مشابه مؤثر بوده است، هدایت می‌شود. التقاط‌گرایی بر این پیش‌بینی تمرکز دارد که مداخله‌ها برای چه کسانی مؤثر خواهند بود: اساس کار به جای نظری، آماری است. طرفداران التقاط‌گرایی فنی از روش‌هایی استفاده می‌کنند که از منابع مختلف به دست آمده‌اند بدون اینکه لزوماً به نظریه‌هایی که آنها را تولید کرده‌اند متعهد باشند، در حالی که یکپارچه‌نگر نظری روش‌های خود را از سیستم‌های مختلفی به دست می‌آورد که ممکن است از لحاظ فلسفی ناسازگار باشند. از نظر التقاط‌گرایان فنی، بین فراقاید و فنون، ارتباط ضروری وجود ندارد. «تلاش برای آشتی نظری به اندازه سعی در ترسیم لبه دنیا بیهوده است. اما مطالعه کردن مقدار زیادی نوشته درباره روان‌درمانی، در جستجوی فنون، می‌تواند از لحاظ بالینی پرمایه‌کننده و از لحاظ درمانی، تقویت‌کننده باشد». اصطلاح **التقاط‌گرایی** به علت ماهیت آشفته و غیرقطعی آن، برای برخی از متخصصان بالینی، معنی ضمنی دوجنبه‌ای، اگرچه نه منفی، کسب کرده است. درواقع، شگفت‌آور است که شمار زیادی از متخصصان بالینی با توجه به ارزش منفی‌ای که این اصطلاح کسب کرده است، تأیید می‌کنند که در کارشان التقاطی هستند.

اما این اتهامات «آبکی و کم‌مایه» بودن باید به نحو شایسته‌ای به سمت **تلفیق (همادینی)** - ترکیبات غیرانتقادی و نامنظم - هدایت شوند. در **یکپارچگی نظری**، دو سیستم روان‌درمانی یا بیشتر ادغام می‌شوند به این امید که نتیجه آن بهتر از درمان‌های تشکیل‌دهنده به تنهایی، خواهد بود. به‌طوری که این نام اشاره دارد، روی یکپارچه کردن **نظریه‌های** زیربنایی روان‌درمانی همراه با فنون درمان حاصل از هریک، تأکید می‌شود. یکپارچه‌نگری نظری، مستلزم پایبندی به ایجاد مفاهیم یا نظریه است؛ امری که فراتر از ترکیب فنی روش‌هاست. هدف، ایجاد یک چهارچوب مفهومی است که بهترین عناصر دو یا چند درمان را با هم تلفیق کند.