



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 است 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 حل و فصل 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 بندد. به نظر او درک یک نظریه صرفاً به هیچ وجه 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 مورد نظر 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 یک سلسله قضایا و موضوعات است که برای پیشگویی و تبیین پدیده‌های قابل مشاهده 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 یک‌سلسله از حقایق وجود دارد. آنها از قول استفلر 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 باارزشی 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 به درستی درک و به نحو روشنی تبیین شود. در تبیین رفتار مراجع، توان تبیینی یک نظریه همواره می‌تواند به مشاور کمک‌های مؤثرتری کند.

استفلا 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 شوند. **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.



کج مثال ۱: هدف نهایی فرایند مشاوره و روان‌درمانی چیست؟

- (۱) راهنمایی (۲) یاری رساندن (۳) مشورت (۴) سازش

پاسخ: گزینه «۲» نظریه‌پردازان مشاوره و روان‌درمانی همگی قبول دارند که مشاوره و روان‌درمانی یک رابطهٔ حسنهٔ یاری‌دهنده است. در اینجا رابطهٔ حسنه، هستهٔ اساسی کار است و یاری رساندن، هدف نهایی فرایند مشاوره و روان‌درمانی است.

کج مثال ۲: کدام یک، جزو خصوصیات و فواید نظریه برای استفاده‌کنندگان از آن نیست؟

- (۱) منظم کردن یافته‌ها (۲) تأیید فرضیه (۳) توان پیش‌بینی (۴) توان تبیین

پاسخ: گزینه «۲» مهم‌ترین خصوصیات و فوایدی که نظریه برای استفاده‌کنندگان آن دربر دارد بدین قرارند: ۱- منظم کردن یافته‌ها، ۲- ایجاد فرضیه، ۳- توان پیش‌بینی، ۴- توان تبیین.

روش‌های برخورد با مشکل مراجع

در این قسمت، از روش‌هایی بحث می‌شود که مشاور برای کمک به حل مشکلات مراجع از آنها استفاده می‌کند. مارشال لو به چهار دیدگاه نظری در مشاوره و روان‌درمانی اشاره کرده است:

۱- طبیعت‌گرایی

مقصود از طبیعت‌گرایی، علم‌گرایی و رفتارگرایی است و اشاره به دیدگاهی دارد که تنها مطالبی را که مورد تأیید تجربی است و از یافته‌های تحقیق حاصل شده است، بامعنا می‌داند و آنچه را که به‌وسیلهٔ کنترل پدیده‌های مورد مشاهده به دست آمده است، معتبر می‌شمارد. در روان‌شناسی به‌صورت رفتارگرایی جلوه می‌کند و به رفتار قابل‌مشاهده توجه دارد.

۲- فرهنگ‌گرایی

این دیدگاه رفتار افراد در اجتماع را معتبر می‌شمارد. حالات بیمارگونه به‌صورت کناره‌گیری از اجتماع تعریف می‌شود و مداوای بیماران به‌صورت سازگاری با اجتماع انجام می‌پذیرد.

۳- انسان‌گرایی

این دیدگاه به انسان، به‌عنوان یک موجود خودساز و خودمختار توجه دارد. از این دیدگاه رفتار ناسازگار در اثر تعارض‌ها و برداشت‌هایی است که خود انسان مولد آنهاست. در درمان سعی می‌شود تا مراجع آنچه که واقعاً هست بشود و از قوه به فعل برسد و به خودجهت‌یابی و اعتمادبه‌نفس دست یابد.

۴- خداگرایی

این دیدگاه اعتقاد به خدا و ایمان به خداوند را اساس زندگی می‌داند و معتقد است که مذهب، باید به‌صورت برنامهٔ زندگی درآید و عامل مهمی در رفع مشکلات آدمی قلمداد گردد.

خلاصه اینکه، رفتارگرایی، انسان را موضوع مطالعهٔ علمی می‌داند. فرهنگ‌گرایی، انسان را محصول جامعه و انسان‌گرایی انسان را فردی خلاق تلقی می‌کند. خداگرایی، انسان را موجود بدیعی می‌بیند که مخلوق خداوند است.

کج مثال ۳: در رویکرد فرهنگ‌گرایی، حالات بیمارگونه به‌صورت تعریف می‌شود.

- (۱) عدم کنترل بر رفتارهای اجتماعی (۲) کناره‌گیری از اجتماع
(۳) تعارض‌ها و برداشت‌های خود فرد (۴) عدم ارضای نیازهای فرهنگی

پاسخ: گزینه «۲» در دیدگاه فرهنگ‌گرایی، حالات بیمارگونه به‌صورت کناره‌گیری از اجتماع تعریف می‌شود.

نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره

قبل از دههٔ ۱۹۵۰ تعداد نظریه‌های روان‌درمانی، انگشت‌شمار بود و اکثراً از نظریهٔ روان‌کاوی فروید مشتق شده بودند. ولی از آن زمان به بعد، افزایش چشمگیری در تعداد نظریه‌های مورد استفاده برای رفع اختلالات روان‌شناختی مردم پدید آمد. در عین حال که افزایشی در رویکردهای نظری دیده می‌شود، در ادغام نظریه‌ها و التقاط‌گرایی نیز شاهد افزایش چشمگیری هستیم. به‌طور کلی، التقاط‌گرایی عبارت است از استفاده از فنون و مفاهیم دو یا چند نظریه. بیشترین مورد استفاده از طبقه‌بندی تشخیصی را در روان‌کاوی، درمان آدلری و رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی می‌بینیم.

به‌طور کلی درمان فشرده و کوتاه‌مدت، به درمان‌هایی اطلاق می‌شود که تعداد جلسات آنها مثلاً کمتر از ۲۰ جلسه است. روان‌کاوی تنها رویکردی است که در بلندمدت و کوتاه‌مدت اجرا می‌شود. در اکثر رویکردهای دیگر، به روان‌درمانی کوتاه‌مدت اهمیت داده می‌شود و شرایط اجرای کوتاه‌مدت درمان مشخص شده است. روش‌شناسی یونگی، درمان وجودگرا و گشتالت‌درمانی اجازه نمی‌دهد درمان کمتر از شش ماه یا یک سال طول بکشد.

اصولاً برای بهره‌وری بیشتر از روش‌های مشاوره باید به زمینهٔ فرهنگی و نظام ارزشی توجه شود. در غیر این صورت روش‌های مشاوره با موانع فرهنگی و ارزشی برخورد می‌کند و کارایی خود را از دست می‌دهد. هم‌اکنون نظریه‌ای که خیلی با مسائل چندفرهنگی درگیر است، درمان فمینیستی است.



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 می‌سازد. 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 بی‌همتايشان می‌کند. یونگ در زمینه‌های مختلفی مثل فلسفه، الهیات، انسان‌شناسی، علوم و اسطوره‌شناسی مطالعه می‌کرد. از لحاظ فلسفی تحت تأثیر 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 تحت الشعاع 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 می‌شوند.

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 تحت الشعاع 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 تبدیلی** را نوشت. او در این کتاب اظهار می‌دارد عقده اودپ، 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 بود که بار هیجانی داشتند، معرف خاطرات ناهشیار بودند و روی زندگی شخص تأثیر می‌گذاشتند.



آنیما و آنیموس معرف خصوصیات جنس مخالف هستند، مثل احساسات، نگرش‌ها و ارزش‌ها. آنیما بخش زنانه روان مردان است؛ مثل احساسی و هیجانی بودن. آنیموس نیز بخش مردانه روان زنانه است و خصوصیاتش چون منطقی و خردمند بودن را دربر می‌گیرد. یکی از مفروضات اصلی آنیما و آنیموس این است که زن‌ها به‌طور سنتی هیجانی و دلسوزند و مردها منطقی و قدرتمند. یونگ معتقد بود زنان و مردان برای متوازن کردن شخصیتشان باید آنیموس و آنیمای خود را بروز دهند؛ در غیر این صورت با خطر ناپخته بودن یا مردانگی و زنانگی کلیشه‌ای مواجه خواهند شد. سایه بالقوه خطرناک‌ترین و نیرومندترین کهن‌الگو است. سایه معرف بخشی از شخصیت انسان است که با شناختن آن از خودمان خیلی فرق دارد. سایه حاوی تکانه‌های جنسی، حیوانی و پرخاشگرانه نامقبول است. تکانشی بودن خام سایه تا حدودی شبیه آید فروید است. یونگ معتقد بود مردها سایه (احساسات منفی و حیوانی) خود را به مردهای دیگر فرافکنی و احساسات بدی بین خود ایجاد می‌کنند. شاید بروز جنگ‌ها و منازعات بین مردها نیز تا حدودی به همین علت باشد. به نظر یونگ، زن‌ها سایه خود را به‌صورت فیزیکی بروز نمی‌دهند؛ ولی آنها نیز تکانه‌های سایه‌ای خویش را به زنان دیگر فرافکنی می‌کنند. کهن‌الگوی پرسونا در قالب انتظارات اجتماعی بروز می‌کند و سایه را تعدیل یا زیر نظر می‌گیرد. ابراز مناسب سایه می‌تواند منشأ خلاقیت، سرزندگی و الهام باشد. اما اگر سایه واپس رانده شود، انسان ترسو و توداری خواهیم شد که درکی از خودش ندارد. هدف از درمان این افراد به هوشیاری راندن سایه است.

خود مرکز شخصیت و کهن‌الگوی مرکزی در ناهشیار جمعی است. ایگو محور و مرکز هوشیاری است و خود مرکز شخصیت (هشیار و ناهشیار) می‌باشد و در عین حال به شکل تناقض‌آمیزی شخصیت را دربر می‌گیرد. در کودکان و کسانی که نسبتاً فردیت نیافته‌اند، خود در ناهشیار جای می‌گیرد؛ چون نسبت به عقده‌ها و تظاهرات کهن‌الگوهای خویش تا حدودی بی‌خبرند. با پخته‌تر شدن افراد و فردیت‌یافتگی بیشتر آنان، بین ایگو و خود رابطه نیرومندتری برقرار می‌شود. به نظر یونگ، پرورش خود و شناخت آن هدف زندگی است. وقتی انسان‌ها کارکردهای شخصیتی خود را به‌طور کامل پرورش می‌دهند، با کهن‌الگوی خود رابطه دارند و می‌توانند مواد ناهشیارتر را به درون هوشیاری برانند.

نکته ۳: درمانگرها برای پرورش شخصیت افراد به آنها کمک می‌کنند افکار و احساسات ناهشیارشان را هشیار کنند.

کج مثال ۳: از دیدگاه یونگ، کهن‌الگوها

(۱) هم دارای محتوا هستند و هم فرم دارند.

(۳) محتوا دارند، اما فرم ندارند.

(۲) نه محتوا دارند و نه فرم.

(۴) فرم دارند، اما محتوا ندارند.

پاسخ: گزینه «۴» کهن‌الگوها اگرچه محتوا ندارند ولی دارای فرم می‌باشند. کهن‌الگوها تجربه نیستند بلکه تأثیرات تجربه می‌باشند.

کج مثال ۴: از نظر یونگ، اگر در فردی، سایه واپس رانده شود، در آینده چگونه شخصیتی خواهد داشت؟

(۱) انسان منزوی و مردم‌گریزی خواهد شد که درکی از اجتماع ندارد.

(۲) انسان ترسو و توداری خواهد شد که درکی از خودش ندارد.

(۳) انسان فاقد رفتارهای بلوغ‌یافته خواهد شد که کنترلی بر احساسات و هیجان‌اتش ندارد.

(۴) انسان خلاق خواهد شد که نیروهای خود را در جهت آفرینشی متناسب با علایق خود بسیج خواهد کرد.

پاسخ: گزینه «۲» ابراز مناسب سایه می‌تواند منشأ خلاقیت، سرزندگی و الهام باشد. اما اگر سایه واپس رانده شود، انسان ترسو و توداری خواهیم شد که درکی از خودش ندارد. هدف از درمان این افراد به هوشیاری راندن سایه است.

کج مثال ۵: در نظریه یونگ، عبارت است از بخش مردانه روان زنان.

(۱) سایه

(۲) آنیمه

(۳) آنیموس

(۴) پرسونا

پاسخ: گزینه «۳» آنیموس بخش مردانه روان زنان است و خصوصیاتش چون منطقی و خردمند بودن را دربر می‌گیرد.

مواضع و کارکردهای شخصیتی

یونگ با مشاهده خودش و بیمارانش به برخی ابعاد شخصیت یا سنخ‌های شخصیت پی برد. این ابعاد شخصیتی دارای عناصر هشیار و ناهشیارند. اولین موضع شخصیتی مورد نظر یونگ، **برون‌گرایی** و **درون‌گرایی** است.

مواضع شخصیتی

در دیدگاه یونگ، درون‌گرایی و برون‌گرایی دو موضع شخصیتی یا جهت‌گیری هستند. به‌طور خلاصه می‌توانیم بگوییم که برون‌گراها بیشتر با دنیای بیرون، دیگران و اشیا سروکار دارند؛ درحالی‌که درون‌گراها بیشتر با افکار و ایده‌ها مشغولند. در جریان رشد، یکی از این مواضع غالب یا بیشتر تثبیت می‌شود. موضع مغلوب نیز احتمالاً ناهشیار می‌شود و به شیوه‌ای ظریف و غیرمنتظره روی شخص تأثیر می‌گذارد.

کارکردها

یونگ پس از ۱۰ سال دست‌وپنجه نرم کردن با مفاهیم مختلف و افزودن آنها به ابعاد شخصیت به چهار کارکرد رسید: **تفکر**، **احساس درونی**، **حس کردن** و **شهود**. تفکر و احساس مستلزم قضاوت کردن هستند. انسان‌ها هنگام تفکر معمولاً به کمک توانایی و کارایی عقلانی خویش، ایده‌ها را به یکدیگر ربط

می‌دهند و دنیا را می‌فهمند. در هنگام احساس کردن نیز براساس احساسات مثبت یا منفی خویش یا ارزش‌هایی که در مورد تجربه‌های ذهنی دارند، تصمیماتی می‌گیرند. حس کردن و شهود جزء کارکردهای غیرعقلانی هستند، چون به ادراک محرک‌ها یا پاسخ دادن به محرک‌ها ربط دارند. این دو کارکرد ربطی به ارزیابی و تصمیم‌گیری ندارند.

حس کردن شامل بینایی، شنوایی، لامسه، بویایی، چشایی و پاسخ دادن به حس‌هایی است که در بدن ایجاد می‌شوند. حس کردن معمولاً فیزیکی و هشیارانه است و نشانه‌ی توجه به جزئیات می‌باشد. ولی شهود یعنی حدس زدن یا گمانه‌زنی؛ حدس و گمانه‌ای که توضیح دانش دشوار است؛ همچنین به معنای در نظر گرفتن تصویر کلی و بزرگ است. شهود غالباً مبهم و نامشخص یا ناهشیارانه است؛ مثل وقتی که می‌گوییم «نظر خوبی در مورد سعید ندارم، البته نمی‌دانم چرا».

ترکیب مواضع و کارکردها

با ترکیب کردن این دو موضع و چهار کارکرد می‌توانیم به هشت سنخ روان‌شناختی برسیم. به نظر یونگ هر کسی الگوی ویژه‌ای از این مواضع و کارکردها را در شخصیت خود دارد. در اینجا هریک از این هشت سنخ را به‌طور مختصر توضیح می‌دهیم و فقط روی مهم‌ترین خصوصیات آنها تمرکز می‌کنیم. **درون‌گرای متفکر:** این افراد دنبال ایده‌های خودشان هستند و کاری به پذیرفته شدن یا نشدن افکارشان ندارند. آنها تفکرات انتزاعی را به تعامل با دیگران یا برنامه‌ریزی ترجیح می‌دهند.

درون‌گرای احساسی: آنها احساسات خود را فرو می‌خورند و ناگهان به‌شدت بروز می‌دهند. هنرمندان خلاق که در این گروه جای می‌گیرند، احساسات خود را با آثارشان بروز می‌دهند.

درون‌گرای حس‌گرا: این افراد روی ادراکات خویش از دنیا خصوصاً حس‌های روان‌شناختی خویش تمرکز می‌کنند. این افراد، امور هنری و خلاقانه را به ارتباط کلامی ترجیح می‌دهند.

درون‌گرای شهودی: این انسان‌ها در بیان و انتقال شهود و بینش خویش مشکل دارند؛ چون خودشان در درک افکار و تصوراتشان مشکل دارند.

برون‌گرای متفکر: این افراد با اینکه با دنیای بیرون درگیرند ولی دنبال القای جهان‌بینی خویش به دیگران هستند. دانشمندان و متخصصان ریاضیات کاربردی که در این گروه جای می‌گیرند، از قوه تفکر انتزاعی خویش برای حل مسائل واقعی استفاده می‌کنند.

برون‌گرای احساسی: آنها گاهی در تعاملات خویش با دیگران، هیجانی هستند و گاهی خوش‌مشرب و رفیق‌باز.

برون‌گرای حس‌گرا: این گروه از انسان‌ها دنبال تجربه کردن حس‌ها و کارهای مهیجی چون کوهنوردی هستند. آنها غالباً دنبال جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها می‌باشند. همچنین عمل‌گرا و واقع‌بین هستند.

برون‌گرای شهودی: این گروه از ایده‌ها و مفاهیم جدید لذت می‌برند و ایده‌ها و مفاهیم جدید را تبلیغ می‌کنند. آنها نمی‌توانند یک طرح و نقشه را ادامه دهند.

کج مثال ۶: مطابق با نظریه یونگ، ویژگی کدام دسته از افراد این است که احساسات خود را فرو می‌خورند و ناگهان به‌شدت بروز می‌دهند؟

(۱) درون‌گرایان احساسی (۲) درون‌گرایان حس‌گرا (۳) درون‌گرایان شهودی (۴) برون‌گرایان حس‌گرا

پاسخ: گزینه «۱» درون‌گرایان احساسی احساسات خود را فرو می‌خورند و ناگهان به‌شدت بروز می‌دهند. هنرمندان خلاق که در این گروه جای می‌گیرند، احساسات خود را با آثارشان بروز می‌دهند.

انرژی روانی

انرژی روانی همان تجربه‌های افراد است. منظور از انرژی روانی همان انرژی شخصیت است که از تمایل، تلاش، تفکر، نگرستن و ... نشئت می‌گیرد. انرژی روانی مورد نظر یونگ شبیه مفهوم لیبیدو مورد نظر فروید است، هرچند در آن بر میل جنسی تأکید نمی‌شود. انرژی روانی، نیروی اصلی شخصیت است. انرژی روانی نیز مثل انرژی فیزیکی که قطب‌های متضاد دارد (مثلاً سرد و گرم)، دارای قطب‌های متضاد است. جریان انرژی هم محصول اختلاف پتانسیل قطب‌های متضاد می‌باشد. قطع جریان انرژی، بی‌نظمی در پی دارد و انرژی روانی را کم می‌کند. در نتیجه مقدار تفکر یا تحرک ذهنی کاهش می‌یابد. حرکت روبه‌جلوی انرژی روانی نیز موجب پیشروی می‌شود. پیشروی یعنی تلاش شخص برای اصلاح محیطش، پیشرفت و پیشروی توأم با انطباق. واپس‌روی هم عبارت است از حرکت رو به عقب.

انرژی ممکن است به‌جای جلو (پیشروی) و عقب (واپس‌روی) در جهات دیگری حرکت کند. **جبران** یکی از روش‌های هدایت انرژی به سمت کلیت یا تعادل است. رویاها جنبه جبرانی دارند. تحلیلگر به بیمار کمک می‌کند با کشاندن مواد رویاها به درون هوشیاری، به‌نوعی تعادل خودخواسته برسد. **والایش** یعنی مصرف کردن انرژی غریزی یا اساسی در جهت هدف‌های متعادل‌تری مثل فعالیت عقلی یا معنوی.

وقتی امکان مصرف انرژی نیست، **واپس‌رانی** روی می‌دهد. در این حالت انرژی به‌سوی ناهشیار جریان می‌یابد و ذهن هشیار در معرض افکار نامعقول قرار می‌گیرد. برای مثال، زنی که ترفیع و پیشرفت مورد نظرش را به دست نمی‌آورد، ناراحتی خود را به ناهشیارش می‌راند. اگر ناراحتی این زن به‌اندازه کافی شدید باشد، ناهشیارانه مانع ترفیع همکارانش می‌شود. وظیفه تحلیلگر این است که بیمار را نسبت به انسداد و حرکت انرژی آگاه نماید و زمان مناسب برای پاسخ دادن به حرکت و انسداد انرژی روانی را به او بفهماند. تغییر هم با هشیار کردن محتوای ناهشیار انرژی روانی ایجاد می‌شود.

نکته ۴: به نظر یونگ زندگی چهار مرحله اصلی دارد: کودکی، نوجوانی و جوانی، میانسالی و کهنسالی. مرحله‌ای که وی بیشترین علاقه را به آن داشت و بیشترین مطالب را در مورد آن نوشت، میانسالی بود.



تحلیل و درمان یونگی

بخش عمده تحلیل یونگی به هشیار کردن مواد ناهشیار اختصاص دارد. درمانگر برای رسیدن به این هدف، با استفاده از فنون فرافکن، ابزارهای عینی اندازه‌گیری سنخ‌های شخصیتی و بررسی رؤیایا و تخیلات، سنجش انجام می‌دهد. رابطه درمانی یک رابطه انعطاف‌پذیر است. تحلیلگران از اطلاعات خویش در مورد روان خودشان استفاده می‌کنند تا ناهشیار شخصی و جمعی تحلیل‌شوندگان را هشیار کنند. در این راه نیز از رؤیایا، تخیل فعال و سایر روش‌های مکاشفه استفاده می‌کنند. موضوع قابل‌بررسی دیگر، انتقال و انتقال متقابل است که در آن نکات رابطه‌ای مؤثر بر سیر درمان بررسی می‌شود.

اهداف درمان

به نظر یونگ هدف زندگی، **تفرد** است. هدف تحلیل یونگی عبارت است از یکپارچه کردن و ادغام هشیار و ناهشیار برای رسیدن به حس کمال و غنا که این قضیه خودش زمینه‌ساز تفرد می‌شود. تحلیل یونگی به صورت یک رابطه جدلی بین دو نفر به نام‌های تحلیلگر و تحلیل‌شونده روی می‌دهد و هدفش دستیابی تحلیل‌شونده به ناهشیارش است؛ تحلیل‌شونده در جریان درمان نسبت به ساختارها و سازوکارهای ناهشیارش بینش پیدا می‌کند. همچنین رابطه ساختارهای هوشیاری با ساختارها و سازوکارهای ناهشیار تغییر داده می‌شود.

سنجش

تحلیلگران یونگی از روش‌های سنجشی گوناگونی چون آزمون‌های شخصیت عینی و فرافکن و رؤیایا استفاده می‌کنند. یونگ به چهار روش شناخت بیماران اشاره می‌کند:

- ۱- **تداعی کلمات** بود که در کارهایش با **رایکلین** آن را ابداع کرد. وی با این روش عقده‌هایی را که مزاحم فرد بودند مشخص و ناهشیار را کشف می‌کرد.
- ۲- **هیپنوتیزم** بود که با آن خاطرات دردناک را زنده می‌کرد. به نظر یونگ تحلیل نشانه فقط در مورد اختلالات استرس پس از سانحه مفید بود.
- ۳- **شرح حال**، جهت پیگیری تاریخی پیدایش اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گرفت. به نظر یونگ این روش بیشتر جهت تغییر نگرش بیماران مفید بود.
- ۴- اما روشی که برای یونگ بیشترین اهمیت را داشت و چهارمین روش محسوب می‌شد، **تحلیل ناهشیار** بود؛ هرچند روش قبلی نیز تا حدودی برخی جنبه‌های ناهشیار را هشیار می‌کرد.

نکته ۵: اگرچه رویکرد یونگ در مورد درک بیمارانش کاملاً شخصی بود ولی نظریه شخصیتی وی در ابداع دو فن مهم فرافکن مؤثر بود: **آزمون رورشاخ و آزمون اندریافت موضوع**.

مراحل درمان

با اینکه یونگ رویکردی فردگرایانه و بیمارمدار به روان‌پزشکی داشت ولی وی و پیروانش فرایند تحلیل را به مراحل تقسیم کرده‌اند. یونگ برای درمان تحلیلی، چهار مرحله قائل بود. این مراحل لزوماً صورت زنجیره‌ای ندارند و در تمام تحلیل‌ها دیده نمی‌شوند:

مرحله اول **تخلیه هیجانی** است. در این مرحله، بیمار رازهای عقلانی و هیجانی خویش را فاش می‌کند.

مرحله دوم، **توضیح یا تفسیر** است که آن را از فریود وام گرفته و تا حد زیادی شامل تفسیر رابطه درمانی می‌شود.

در مرحله سوم از بینش‌های **آلفرد آدلر** استفاده می‌شود که کانون آنها را نیازهای اجتماعی افراد و تلاش آنها برای برتری یا قدرت تشکیل می‌دهد. در این مرحله، بیمار به **آموزش اجتماعی** یا ربط دادن مشکلاتش به جامعه احتیاج دارد.

مرحله چهارم یا **تحول و تفرد** نیز عبارت است از اینکه شخص الگوهای ویژه شخصیتی و شخصیت خویش را بفهمد.

رؤیایا و تحلیل

از نظر یونگ تحلیل رؤیایا، محور اصلی تحلیل بود. رؤیایا بازتولید صرف خاطرات و جنبه‌های انتزاعی تجارب نیستند؛ بلکه خلاقیت ناهشیار تغییر شکل یافته‌اند. در عین حال، رؤیایا بازنمایی نمادین روان می‌باشند. البته رؤیایا برای یونگ اهمیت یکسانی نداشتند. یونگ رؤیایا «کوچک» و «بزرگ» را از هم جدا می‌کرد. رؤیایا کوچک که متداول‌ترند از ناهشیار شخصی نشئت می‌گیرند و غالباً بازتاب فعالیت روزمره‌اند. از سوی دیگر، رؤیایا مهم برای یک عمر به یاد می‌مانند و کمیاب بودن آنها نشان می‌دهد که گرانبهاترین جواهرات در خزانه تجربه‌های روان هستند.

مواد رؤیایا: مواد رؤیایا از منابع مختلفی گرفته می‌شوند. سرمنشأ این مواد می‌تواند خاطرات، رویدادهای واپس‌رانده‌شده، رویدادهای روزمره یا قدیمی و بی‌اهمیت و رازهای بسیار ناراحت‌کننده باشد. گاهی سر منشأ رؤیایا، محرک‌های فیزیکی مثل سرمای اتاق یا ادرار داشتن است. سرمنشأ رؤیایا مهم نیستند؛ بلکه نکته مهم معنای تصویرها برای خواب‌بیننده است.

ساختار رؤیایا: اگرچه جریان رؤیایا خیلی متغیر است ولی در اکثر رؤیایا چهار عنصر بنیادی وجود دارد. رؤیایا با توضیح دادن محل، شخصیت‌های اصلی رؤیا، رابطه خواب‌بیننده با وضعیت مربوطه و گاهی زمان شروع می‌شود. قسمت دوم رؤیایا، طرح داستان است که در آن تنش‌ها و تعارض‌ها مطرح می‌شوند. سومین قسمت رؤیایا، رویدادهای تعیین‌کننده‌ای هستند که وقوع یک تغییر را نشان می‌دهند. مرحله آخر رؤیایا نیز نتیجه‌گیری یا راه‌حل است.

تفسیر رؤیایا: هدف یونگ در تفسیر رؤیایا این بود که رابطه معنای نمادین رؤیایا و شرایط هشیار بیمار را مشخص کند. برخورد وی با قضیه تحلیل رؤیا به ماهیت رؤیا بستگی داشت. گاهی تصویرها بازتاب مضامین و تداعی‌های شخصی بودند و گاهی معرف مضامین و تداعی‌های کهن‌الگویی. رؤیایایی که تداعی‌های شخصی را روشن و فاش می‌سازند با زندگی فرد در بیداری رابطه دارند. این‌گونه رؤیایا را می‌توانیم بر مبنای وقایع روزمره و اطلاعات موجود در خصوص خانواده، گذشته، دوستان و سوابق فرهنگی تفسیر کنیم.

کارکردهای جبرانی رؤیایا: به نظر یونگ، اکثر رؤیایا کارکردهای جبرانی دارند و بخشی از فرایند تنظیم شخصیت هستند. مسئله این است که رؤیا برای فرد چه کار می‌کند. خواب‌بیننده با هشیار کردن مواد ناهشیار می‌تواند منظور و هدف خوابش را مشخص کند.

ولی تمام رؤیایا جنبه جبرانی ندارند. بعضی از رؤیایا رویدادها و کنش‌های آینده را پیش‌بینی می‌کنند و برخی دیگر معرف وقایع دردناک ناهشیارند.



کلمه مثال ۷: نظریه شخصیت راجرز در حوزه تفکرات قرار دارد.

- (۱) شناختی - رفتاری (۲) پدیده‌شناسی (۳) وجودی (۴) فرویدی

پاسخ: گزینه «۲» نظریه شخصیت راجرز در حوزه تفکرات پدیده‌شناسی قرار دارد که در آن بر ادراک و اصول روان‌شناسی گشتالت تأکید شده است. از این دیدگاه، تمام تلاش‌ها و توجهات فرد با ادراک او از جهان پیرامونش در لحظه معینی از زمان ارتباط دارد و چگونگی تشکیل و تغییر این قالب ادراکی مورد توجه است.

کلمه مثال ۸: از نظر راجرز، تمایل ذاتی انسان به تحقق «خود»، در درجه اول، به کدام مورد توجه دارد؟

- (۱) حفظ و تعالی ارگانیزم از راه ارضای نیازهای جسمانی (۲) حفظ و تعالی ارگانیزم از راه ارضای نیازهای روانی و روحی
(۳) حفظ و تعالی ارگانیزم از راه ایجاد رابطه با افراد پیرامون (۴) حفظ و تعالی ارگانیزم از راه ایجاد رابطه با محیط پیرامون

پاسخ: گزینه «۱» راجرز در زمینه رشد شخصیت، معتقد است که کلیه رفتارهای انسان به وسیله تمایل ذاتی او به تحقق «خود» برانگیخته و هدایت می‌شود و این تمایل ذاتی در درجه اول، به حفظ و تعالی ارگانیزم از راه ارضای نیازهای جسمانی، توجه دارد.

کلمه مثال ۹: مطابق با دیدگاه راجرز، جملاتی که مراجع در حین مشاوره می‌گوید، نظیر: «من نمی‌دانم که از چه می‌ترسم»، «در زندگی هدف واقعی

ندارم»، «درباره هیچ چیزی قادر به تصمیم‌گیری نیستم» و غیره، ناشی از چه عاملی است؟

- (۱) عدم آگاهی و اصالت فرد (۲) عدم مسئولیت‌پذیری فرد در قبال ساختن زندگی خویش
(۳) عدم توانایی فرد در یافتن معنایی در درون رنج‌های زندگی (۴) عدم هماهنگی تجربه ارگانیزم با ساخت «خود»

پاسخ: گزینه «۴» زمانی که ارگانیزم تجارب حسی و درونی خود را که هنوز به صورت منظم و کاملی جزء ساخت خود قرار نگرفته‌اند انکار کند، ناسازگاری روانی حاصل می‌شود. در چنین حالتی یک تنش روانی بالقوه و اساسی موجود است و فرد یک نوع پراکندگی و دگرگونی واقعی را میان ارگانیزم تجربه‌گر خویش و ساخت «خود» مشاهده می‌کند. جملاتی که مراجع در حین مشاوره می‌گوید، نظیر: «من نمی‌دانم که از چه می‌ترسم»، «در زندگی هدف واقعی ندارم»، «درباره هیچ چیزی قادر به تصمیم‌گیری نیستم» و غیره، همگی حاکی از عدم هماهنگی تجربه ارگانیزم با ساخت «خود» است.

نظریه روان‌درمانی شخص‌محور

در این رویکرد، روان‌درمانی فرایندی است که صرفاً با سازمان و نحوه عملکرد «خود» سروکار دارد. روان‌درمانی یک فرایند یادگیری است که از طریق آن، فرد با استفاده از روش‌هایی مناسب، توانایی گفتگو با خودش را کسب می‌کند و می‌تواند به وسیله آن اعمالش را کنترل کند. روان‌درمانی همچنین تجربه‌ای است که فرد از طریق آن می‌تواند بین خود پدیده‌ای و رابطه‌اش با واقعیات خارجی وجه تمایز بیشتری قائل شود. اگر چنین تمایزسازی‌ای به درستی انجام پذیرد، نیاز فرد به ابقا و تعالی خود پدیده‌ای او تأمین خواهد شد.

روان‌درمانی، در معنی وسیع آن، رها کردن استعدادهایی است که از قبل در فردی که بالقوه مستعد و تواناست، وجود دارد. در واقع، فرضیه اصلی این شیوه درمان آن است که استعداد بالقوه هر فرد برای رشد، تمایل دارد که تحت تأثیر رابطه‌ای که خصوصیات معینی دارد، آزاد و رها شود. ویژگی این رابطه آن است که مراجع، در جریان درمان، کیفیاتی مثل حقیقی بودن یا هماهنگی، درک همدلانه و توجه و احترام مثبت و غیرشرطی را احساس و ادراک می‌کند. بنابراین، از خصوصیات عمده شیوه درمان مراجع‌محوری آن است که:

۱- مراجع را در مرکز درمان قرار می‌دهد و او را عامل اصلی تصمیم‌گیری می‌داند.

۲- کیفیت رابطه مشاوره‌ای را مهم‌ترین عامل در ایجاد شخصیت می‌انگارد.

۳- توجه زیادی به تکنیک ندارد؛ بلکه بر نگرش‌های مشاور و مراجع در جریان درمان تأکید می‌ورزد.

۴- در جریان مشاوره به جای تکیه بر اطلاعات، سوابق و تشخیص و تجویز، بر محتوای احساسی و عاطفی اعمال و گفتار مراجع تکیه می‌کند.

راجرز به جای واژه بیمار از کلمه مراجع استفاده می‌کند؛ زیرا به نظر او واژه بیمار به اصطلاحات پزشکی مربوط است؛ درحالی‌که روان‌درمانی و مشاوره تلاش دوجانبه مشاور و مراجع است و مراجع متخصص است و درباره خود تصمیم می‌گیرد نه مشاور. واژه مراجع نشانه شخصی است که به طور فعال و داوطلبانه برای گرفتن کمک درباره یک مسئله خاص مراجعه می‌کند و مسئولیت خود را در قبال موقعیت نادیده نمی‌گیرد.

انتظار از روان‌درمانی یا هدف

از نظر راجرز هدف درمان عبارت است از کمک به همخوان کردن و خودپذیری انسان‌ها، آن هم از طریق آگاه کردن آنها به تجربه‌ها و ظرفیت رشد و کمالشان. وی سنجش را بخشی از فرایند درمان می‌داند که میزان (خود)آگاهی و تجربه‌گری فرد را مشخص می‌کند. تغییر روان‌شناختی نیز با برقراری یک رابطه اصیل، توأم با پذیرش و همدلی ایجاد می‌شود. اهداف درمان را مراجع تعیین می‌کند نه درمانگر. مراجع از کلک زدن یا سطحی‌نگری به سوی درک عمیق جنبه‌های مختلف خویش سوق داده می‌شود. به این ترتیب به استقبال تجربه‌ها می‌رود و سعی می‌کند «همان کسی باشد که واقعاً هست» و دیگران را بپذیرد. هدف‌های درمان باید خودفرموده باشند و در آنها خشنود کردن دیگران و مراعات کردن انتظارات دیگران مطرح نباشد.

نکته ۱۱: درمانگر هدف‌های مشاوره را تعیین نمی‌کند؛ بلکه جوی ایجاد می‌کند که حرمت نفس مثبت را در مراجع افزایش می‌دهد و مراجع را خودشکوفاتر می‌کند.

در تمام موارد، هدف اصلی درمان مراجع‌محوری، رها کردن نیروهای تحقق‌بخشنده به خود مراجع است. هدف‌های جزئی‌تر آن عبارتند از: ایجاد یکنواختی و اتحاد بیشتر در اجزای شخصیت، کاهش شدت و درجه تمایل روان‌نژندی، کاهش اضطراب، افزایش میزان پذیرش خود و عواطف شخصی، افزایش درجه عینیت در مواجهه با واقعیات، استفاده بیشتر از مکانیزم‌های مؤثرتر در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور، ایجاد نگرش و احساسات سازنده بیشتر، عملکرد عقلی و منطقی مؤثرتر و بازسازی «خود».

نکته ۱۲: به عبارت دیگر مهم‌ترین هدف فرایند درمان، افزایش خودآگاهی و نیل به خودشناسی است، به طوری که فرد با خصوصیات خود، به منزله یک انسان یگانه و منحصر به فرد، بیشتر آشنا شود.

سنجش

اگرچه درمانگران شخص‌محور در مورد لزوم تشخیص روانی تا حدودی با یکدیگر اختلاف نظر دارند، ولی اکثر نویسندگان این حوزه، تشخیص روانی را غیرضروری می‌دانند. راجرز در کارهای اولیه‌اش از روش تشخیص روانی استفاده می‌کرد؛ ولی بعداً این روش‌ها را کنار گذاشت و روی کارکرد مراجع متمرکز شد. برای اکثر درمانگران شخص‌محور، سنجش در حین درک همدلانه مراجع صورت می‌گیرد.

اگرچه سنجش برای تشخیص، نقش چندانی در درمان شخص‌محور ندارد ولی گاهی آزمون‌گیری صورت می‌پذیرد. بوزارت می‌گوید: وقتی باید از آزمون‌ها استفاده کنیم که مراجع خودش درخواست می‌کند، خصوصاً در مشاوره‌های شغلی.

کلمه مثال ۱۰: در درمان مراجع‌محوری، کدام مورد به‌عنوان مهم‌ترین عامل در ایجاد شخصیت انگاشته می‌شود؟

- ۱) نیازها و اهداف مراجع ۲) کیفیت رابطه مشاوره‌ای ۳) میزان همخوانی مشاور با مراجع ۴) میزان استقلال و اتکابه‌نفس مراجع
- پاسخ: گزینه «۲» یکی از خصوصیات عمده شیوه درمان مراجع‌محوری آن است که کیفیت رابطه مشاوره‌ای را مهم‌ترین عامل در ایجاد شخصیت می‌انگارد.

کلمه مثال ۱۱: در جریان مشاوره به شیوه مراجع‌محوری، تأکید اصلی بر کدام مورد است؟

- ۱) اطلاعات و سوابق موجود درباره مراجع و سیر بیماری‌اش ۲) تشخیص گسیختگی‌های روانی مراجع و تجویز درمان مناسب
- ۳) محتوای احساسی و عاطفی اعمال و گفتار مراجع ۴) مواجهه ساختن مراجع با اضطرابات و تناقضات رفتاری‌اش
- پاسخ: گزینه «۳» در جریان مشاوره به شیوه مراجع‌محوری، به‌جای تکیه بر اطلاعات، سوابق و تشخیص و تجویز، بر محتوای احساسی و عاطفی اعمال و گفتار مراجع تکیه می‌شود.

کلمه مثال ۱۲: هدف اصلی درمان مراجع‌محوری چیست؟

- ۱) مجهز کردن فرد به فلسفه درست زندگی متناسب با خواسته‌های اصلیش
- ۲) همخوان کردن و خودپذیری انسان‌ها از طریق آگاه نمودن آنان به تجربه‌ها و ظرفیت رشد و کمالشان
- ۳) رها کردن نیروهای تحقق‌بخشنده به خود مراجع
- ۴) نیل به تفرد

پاسخ: گزینه «۳» در تمام موارد، هدف اصلی درمان مراجع‌محوری، رها کردن نیروهای تحقق‌بخشنده به خود مراجع است. هدف‌های جزئی‌تر آن عبارتند از: ایجاد یکنواختی و اتحاد بیشتر در اجزای شخصیت، کاهش شدت و درجه تمایل روان‌نژندی، کاهش اضطراب، افزایش میزان پذیرش خود و عواطف شخصی، افزایش درجه عینیت در مواجهه با واقعیات، استفاده بیشتر از مکانیزم‌های مؤثرتر در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور، ایجاد نگرش و احساسات سازنده بیشتر، عملکرد عقلی و منطقی مؤثرتر و بازسازی «خود».

شروط لازم و کافی برای تغییر مراجع

ایجاد تغییرات شخصیتی درمان‌بخش در درمان شخص‌محور منوط به شش شرط لازم و کافی است. راجرز براساس تجربه‌های بالینی خویش معتقد بود اگر این شش شرط برآورده شوند، تغییر روی خواهد داد:

- ۱- **تماس روان‌شناختی:** برقراری رابطه‌ای که طرفین بتوانند روی هم تأثیر بگذارند.
- ۲- **ناهمخوانی:** مراجع باید از لحاظ روانی آسیب‌پذیر شده باشد؛ مثلاً دچار ترس، اضطراب یا نوعی ناراحتی باشد. آسیب‌پذیری در برابر اضطراب همان چیزی است که مراجع را برانگیخته می‌کند تا درصدد رابطه درمانی برآید و آن را ادامه دهد.
- ۳- **همخوانی و خلوص:** درمانگر در رابطه درمانی باید خالص باشد و به مراجع «کلک» نزند. راجرز خلوص را این‌گونه تعریف می‌کند: «خلوص در درمان به این معناست که درمانگر در جریان مواجهه و رابطه با مراجع همان خود واقعی خویش باشد. وی بدون هرگونه ظاهرسازی، احساسات و نگرش‌های خودش را بروز می‌دهد». خلوص به این معنا نیست که درمانگر تمام احساساتش را برای مراجع فاش کند؛ بلکه در صورت لزوم و برای پیشبرد رابطه درمانی باید بر احساساتش واقف باشد و آنها را قابل‌دسترس نماید.
- ۴- **توجه مثبت یا پذیرش نامشروط:** درمانگر باید مراجع را بی‌هیچ قیدوشرطی، همان‌گونه که هست بپذیرد. پذیرش به معنای موافق بودن با مراجع نیست؛ بلکه به این معناست که مراجع را مثل یک شخص مجزا و مستقل بدانیم.



درمانگر باید توجه مثبت نامشروط را تجربه کند و آن را به مراجع ابراز نماید. ناهمخوانی مراجع ناشی از شرایط ارزش درونی شده است. برای اینکه مراجع تجربیاتی را بپذیرد که در آگاهی تحریف یا انکار شده‌اند، باید حرمت‌نفس نامشروط مراجع افزایش یابد. وقتی متخصص بالینی توجه مثبت به مراجع نشان می‌دهد، مراجع از تجربیاتی که قبلاً تحریف یا انکار شده بودند دقیقاً آگاه می‌شود، زیرا این تجربیات، او را به از دست دادن توجه مثبت افراد مهم تهدید می‌کردند. وقتی مراجعان توجه مثبت را احساس کنند، شرایط ارزش موجود ضعیف می‌شوند و حرمت‌نفس مثبت نیرومندتر جایگزین آنها می‌شود. وقتی درمانگر به‌طور مداوم برای مراجعان ارزش قائل شود و به آنها اهمیت دهد، صرف‌نظر از آنچه مراجعان ابراز می‌کنند یا اینکه چگونه احساس می‌کنند، مراجعان آزاد می‌شوند تا خودشان را همان‌گونه که هستند، با عشق و محبت بپذیرند.

نکته ۱۲: ارزش دادن مراجع به توجه مثبت نامشروط درمانگر باعث می‌شود حرمت نفس مثبت درون وی بیشتر شود.

۵- همدلی: همدلی یعنی ورود به دنیای طرف مقابل بدون تأثیرپذیری از نقطه‌نظرات و ارزش‌های خود. راجرز با فصاحت خاصی فرایند همدلی را شرح می‌دهد: «همدلی که نوعی همراهی با دیگران است، چند جنبه دارد. همدلی یعنی ورود به دنیای ادراکی طرف مقابل و مستقر شدن کامل در آن. همدلی مستلزم زیر نظر گرفتن لحظه‌به‌لحظه تغییرات طرف مقابل است؛ اعم از ترس، خشم یا عطف، آشفستگی و خلاصه هر چیز دیگری. همدلی یعنی زندگی کردن موقتی در دنیای طرف مقابل و حرکت کردن با ظرافت درون این دنیا، بدون قضاوت کردن و حس کردن معانی و برداشت‌هایی که وی خیلی کم بر آنها واقف است. در عین حال نباید احساساتی را که شخص به‌طور کامل از آنها بی‌خبر است فاش کنیم؛ چون خیلی ترسناک و ناخوشایندند. همدلی یعنی بیان احساساتمان در مورد دنیای طرف مقابل و نگرستن به اموری که وی از آنها می‌ترسد. البته همواره باید صحت احساساتمان را به کمک وی تأیید کنیم و بر مبنای پاسخ‌های دریافتی حرکت کنیم. شما در همدلی یار و یاور فرد در دنیای درونش هستید. با اشاره به معانی احتمالی تجاربش به وی کمک می‌کنید این معانی را کامل‌تر تجربه کند و در مسیر تجربه کردن حرکت کند».

ما از طریق همدلی، دنیای خصوصی مراجع را انکار که دنیای خودمان است، بدون خشم، ترس یا سردرگمی احساس می‌کنیم. ما با این احساس روشن از دنیای مراجع، می‌توانیم درک‌مان، از جمله آگاهی‌مان از معنی تجربه مراجع را که او به سختی از آن آگاه است، انتقال دهیم. بدون همدلی عمیق و دقیق، مراجعان نمی‌توانند به توجه مثبت درمانگر اعتماد کنند.

نکته ۱۴: راجرز بحث نگرش همدلانه را جایگزین انعکاس یا گوش دادن همدلانه کرد.

۶- ادراک همدلی و پذیرش: اینکه درمانگر مراجع را به‌طور نامشروط بپذیرد و او را همدلانه درک کند کافی نیست. مراجع نیز باید قبول کند درمانگرش وی را درک می‌کند و می‌پذیرد. به نظر راجرز وقتی خلوص، پذیرش و همدلی وجود داشته باشد و مراجع آنها را حس کند، تغییر درمان‌بخش روی خواهد داد.

کدام ویژگی مشاور یا درمانگر در فرایند درمان، مبین خود بودن مشاور و نداشتن حالت دفاعی به هنگام مواجهه با مراجع است؟

- (۱) پذیرش (۲) همسازی (۳) همدلی (۴) ارتباط و انتقال

پاسخ: گزینه «۲» مشاور مطلوب کسی است که در جریان روان‌درمانی از هماهنگی و همسازی درونی برخوردار باشد و بین آنچه که هست و آنچه که می‌گوید اختلافی وجود نداشته باشد؛ از احساسات خودش کاملاً آگاه باشد و آنها را بپذیرد و با رضایت کامل و به هنگام ضرورت این احساسات را در جریان درمان بیان کند. این خصیصه مبین خود بودن مشاور و نداشتن حالت دفاعی به هنگام مواجهه با مراجع است.

تجربه مراجع در حین درمان

مراجعان معمولاً دچار ناراحتی، ضعف، بلاتصمیمی یا درماندگی هستند که به درمان روی می‌آورند. رابطه درمانی فرصتی به آنان می‌دهد تا ترس‌ها، اضطراب‌ها، احساس گناه، عصبانیت یا شرم خویش را که برای خودشان نامقبول بوده، بروز دهند. در صورت رعایت شش شرط لازم و کافی مورد اشاره، مراجعان بهتر می‌توانند خود و دیگران را بپذیرند و خویش را خلاقانه بیان کنند. آنها در جریان درمان با پذیرش مسئولیت در قبال خود و با خودکاوای کردن، تجربه جدیدی از خودشان کسب می‌کنند و به این ترتیب درک عمیق‌تری از خودشان پیدا و تغییرات مثبتی می‌کنند.

فرایند درمان: فرایند درمان مداخله در عدم هماهنگی‌هایی است که میان ارگانیزم تجربه‌گر فرد و مفهوم خود یا نفس او رخ داده است. نظریه اساسی درمان مراجع‌محوری را می‌توان به شکل فرضیه ساده «اگر ... پس» بیان کرد. این فرضیه مؤید آن است که اگر شرایط خاصی در جلسه درمان برقرار شود، آن‌گاه نتایج و تغییرات مطلوب و خاصی در رفتار مراجع ظاهر خواهد شد. به اعتقاد راجرز، برای آنکه درمانی صورت بگیرد باید فرایند دفاعی او عوض و معکوس شود، به طوری که مراجع قادر باشد تجارب تهدیدکننده را در آگاهی خویش به‌درستی متجلی و آنها را جذب ساخت خود کند. برای رسیدن به این هدف، باید شرایط ارزش کاهش یابد و توجه و احترام غیرشرطی فرد به خودش افزایش یابد. به نظر او، اعمال توجه و احترام مثبت غیرشرطی از جانب فردی دیگر، شیوه‌ای برای حصول این دو شرط است.

برای تحقق توجه و احترام مثبت غیرشرطی باید جوی مبتنی بر درک همدلانه به وجود آید. درک همدلانه موجب تضعیف و رفع شرایط ارزش می‌شود و در عوض، توجه و احترام مثبت و غیرشرطی فرد را نسبت به خودش افزایش می‌دهد. وقتی که درک همدلانه وجود داشته و شرایط ارزش از میان رفته باشد، تهدید کاهش می‌یابد و فرایند دفاع معکوس می‌شود و در نتیجه تجارب به‌درستی در آگاهی فرد متجلی می‌شوند و جزء ساخت نفس او قرار می‌گیرند.

نکته ۱۵: بر طبق آنچه گفته شد، راجرز به بیان نظری تغییر نکند آن چیزی را تدوین کرده است که «شرایط لازم و کافی برای تغییر درمانی شخصیت» می‌نامد.

شرایط روان‌درمانی و تصور مراجع از مشاور در نتیجه درمان تأثیر بسزایی دارد. درمان زمانی به‌طور مطلوب پیش خواهد رفت که تصور و ادراک مراجع و مشاور از شرایط درمان یکسان و هماهنگ باشد. مشاور به صرف گفتار نمی‌تواند این نوع یکسانی و هماهنگی را به وجود آورد؛ بلکه مراجع باید مشاور را انسانی مطلوب، کمک‌کننده، گرم، علاقمند و دارای درک همدلانه بیابد و عملاً این را تشخیص دهد.


به مرور که درمان ادامه می‌یابد، مراجع در کشف و شناخت نگرش‌ها و احساساتش موفق‌تر می‌شود و به خودشناسی بیشتری می‌رسد و می‌تواند با صداقت بیشتری با مسائل زندگی‌اش مواجه شود. فرایند درمان، حل مسئله و مشکل نیست، بلکه به تجربه درآوردن احساسات است که فرد را یاری می‌دهد تا واقعاً خودش باشد و ارگانیزم خودش را آن‌طوری که هست، بدون فریبکاری و دگرگون کردن بپذیرد و به‌جای آنکه برحسب انتظارات دیگران عمل کند، به‌موجب خواسته‌ها و تجارب خودش اقدام کند.

برای ایجاد یک جوّ درمانی بهبوددهنده، هر درمانگر یا مشاور در جریان درمان باید خصوصیات را حائز باشد تا بتواند فرایند تغییر شخصیت را تسهیل کند:


۱- **پذیرش:** مشاور باید مراجع را به‌مثابه یک انسان، آن‌طور که هست - خوب یا بد - با تمام مشکلات و ناسازگاری‌هایش بپذیرد.

۲- **همسازی:** مشاور مطلوب کسی است که در جریان روان‌درمانی از هماهنگی و همسازی درونی برخوردار باشد و بین آنچه که هست و آنچه که می‌گوید اختلافی وجود نداشته باشد؛ از احساسات خودش کاملاً آگاه باشد و آنها را بپذیرد و با رضایت کامل و به‌هنگام ضرورت این احساسات را در جریان درمان بیان کند. این خصیصه مبین خود بودن مشاور و نداشتن حالت دفاعی به‌هنگام مواجهه با مراجع است. به‌طور اخص هماهنگی و همسازی به‌منزله وضعیتی در درون فرد توصیف می‌شود که در آن، احساسات او، آگاهی او از این احساسات و ابراز آنها به شخص دیگر، همگی با هم تطبیق می‌کنند و با یکدیگر همخوانی دارند.

۳- **درک همدلانه:** درک همدلانه بدین معنی است که درمانگر یا مشاور، دنیای مراجع را بدان طریقی که هست دقیقاً دریابد و با آن همدلی کند. مشاور چنان با دنیای درون مراجع مرتبط می‌شود که گویا مشکل متعلق به خود اوست. چنین درک همدلانه‌ای به مراجع امکان می‌دهد تا عمیقاً و آزادانه به خودکاوی و مکاشفه بپردازد و شناخت کامل‌تری از خود به دست آورد.

 **نکته ۱۶:** در جریان درک همدلانه به تشخیص و ارزشیابی اقدام نمی‌شود.

۴- **ارتباط و انتقال صفات فوق:** چنانچه مراجع پذیرش، هماهنگی و همسازی و درک همدلانه مشاور را احساس و درک نکند، تمام این صفات فاقد هرگونه ارزش درمانی خواهند بود. از این‌رو، ضرورت دارد که مراجع در جریان درمان به‌طور کلامی و غیرکلامی دائماً به صفاتی در مشاور پی ببرد. تکنیک درمان، همان شیوه انجام و ارائه این صفات است. این تکنیک‌ها ساختگی و تصنعی، اجباری و یا آموخته‌شده نیستند؛ بلکه حالات درونی و نگرش‌های ذاتی مشاور محسوب می‌شوند.

 **نکته ۱۷:** تغییر شخصیت، تحول از حالت عدم انعطاف به سیلان و از ایستایی به پویایی است.

گرچه در شیوه درمان مراجع‌محوری در اوایل کار به استفاده از تکنیک‌ها تأکید می‌شد، ولی هم‌اکنون اعتقاد بر آن است که فلسفه و نگرش مشاور مهم‌تر از استفاده از تکنیک است. رابطه‌ای که مشاور با مراجع برقرار می‌کند، اهمیتش بیشتر از آن چیزی است که می‌گوید و یا انجام می‌دهد.

تکنیک در این شیوه، کلیه روش‌هایی را دربر می‌گیرد که مشاور می‌کوشد از طریق آنها پذیرش، درک همدلانه، توجه و احترام غیرشرطی خود را به مراجع منتقل کند و به او فرصت دهد تا بتواند با تفکر، تجربه و کشف معانی زمینه روانی و درونی خود را دگرگون کند.

رابطه‌ای که مشاور درصدد تأمین آن است رابطه‌ای عقلانی و ذهنی نیست؛ مشاور نمی‌تواند صرفاً به کمک دانش خود مراجع را یاری دهد. توصیف مشکلات مراجع و بررسی نوع شخصیت او ارزش کاربردی بسیار ضعیفی در رفع مشکلات دارد. رابطه مفید آن است که مراجع را تشویق کند تا خودش دریابد که در درون خود نیروهای سازنده‌ای دارد و می‌تواند آنها را در بهبود وضع زندگی‌اش به کار اندازد. **کیفیت عاطفی** رابطه مهم‌ترین جزء مربوط به درمان است.

مشاور در جریان درمان فعالیت‌هایی را برای کمک به مراجع انجام می‌دهد که برخی از آنها به قرار زیرند:

۱- پذیرش‌های ساده، بسیار مورد استفاده قرار گیرد؛ مثلاً ارائه پاسخ‌هایی نظیر «بله، متوجهم، اوممم...». بدین طریق مشاور با علائم چهره، تغییر قیافه و حالت صدا و کلمات، گفتار مراجع را تأیید و او را به گویایی بیشتر تشویق می‌کند.

۲- گوش دادن فعال و دقیق تکنیک دیگری است که مشاور به‌کرات از آن استفاده می‌کند.

۳- بازگو کردن مجدد گفتار مراجع در قالب جدید: چنین برخوردی با مراجع احتمالاً موجب خواهد شد تا او احساس کند که مورد پذیرش قرار گرفته و درک شده است. پاسخگویی به این نحوه را **انعکاس مطالب** می‌نامند. برای منعکس‌سازی، بیشتر از ضمیر شما استفاده می‌شود؛ مثلاً «شما احساس می‌کنید که...» یا «شما فکر می‌کنید که...». در انعکاس مطالب، مشاور همچون آینه‌ای نگرش‌های مراجع را نشان می‌دهد. این عمل موجب می‌شود مراجع احساس کند که مورد درک و فهم مشاور قرار گرفته است.

۴- مشاور برای آنکه پی ببرد که آیا به‌درستی مراجع و مسائل او را درک کرده است، پرسش‌هایی مطرح می‌کند تا موضوع برایش روشن شود. این تکنیک را **روشن‌سازی مطالب** می‌نامند. همچنین، عواطف مراجع باید مشخص شود، نام‌گذاری شود و سپس مورد پذیرش قرار گیرد. برای مثال، مشاور ممکن است بگوید: «بله، متوجهم که به‌شدت احساس خشم می‌کنید».

۵- سکوت مراجع درست مثل گفتار و اعمال او منعکس می‌شود. مثلاً، اگر مراجعی در آغاز کردن سخن تردید دارد، می‌توان به او گفت: «به گمانم حس می‌کنید که در لحظه حاضر نمی‌توانید حرفتان را ادامه دهید». مشاور به مدت طولانی ساکت نخواهد ماند و با گفته‌های ولو کوتاه، سکوت را خواهد شکست.

۶- معمولاً مشاور ابتکار جلسه درمان را به مراجع واگذار می‌کند و چیز جدیدی برای بحث پیشنهاد نمی‌کند. مراجع مختار است که درباره هر موضوعی که دلش می‌خواهد، صحبت کند؛ زیرا مراجع نباید احساس کند که تحت کنترل مشاور قرار دارد. این نوع احساس خودمختاری یکی از عوامل مهم در تغییر شخصیت است. با اعمال چنین شیوه‌ای مراجع تصمیم‌گیری را می‌آموزد، مسئولیت را فرا می‌گیرد و می‌آموزد که می‌تواند خودش زندگی‌اش را رهبری و هدایت کند. در جریان درمان، مشاور نقش منفعلی نیز نمی‌تواند داشته باشد؛ زیرا در این حالت مراجع احساس خواهد کرد که مشاور علاقه‌ای به درمان ندارد. مشاور باید در تعامل با مراجع بسیار بشاش، فعال و سرزنده باشد، ولی از قضاوت و اعمال ارزش‌های خود شدیداً برحذر بماند.

برخلاف شیوه روان‌کاوی، مشاور در این شیوه به گذشته و تاریخچه زندگی فرد توجهی نمی‌کند؛ مگر اینکه تمرینی ذهنی ضرورت داشته باشد. مهم آن است که مشاور بر زمان حال و چگونگی فرایند عملکرد مراجع تکیه کند.



مدرسان 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 یک سو 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 واقعی 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 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 به‌جای 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. به‌عنوان 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 نبود 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 خالی‌کردن‌های شایع در مراجعان است که متأسفانه، غالباً توسط درمانگران سنتی تقویت می‌شود. با این حال، واقعیت‌درمانگران، با بیماران به‌سردی و سرزنش‌کننده برخورد نمی‌کنند. مراجعان از قبل به‌قدر 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 به‌عهده 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.

کج مثال ۱: متخصصان مکتب واقعیت‌درمانی در زمینه ماهیت انسان کم‌وبیش با پیروان مکتب اصالت وجود 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 به‌عهده خودش می‌دانند، فرد را در نهایت مسئول تحقق نفس خویش و تعیین‌کننده نوع هویتش می‌دانند.



نیازها

به نظر گلاسر انسان‌ها برای ارضای نیازهای فطری خویش، تصاویری در سر خود می‌پروراند. آنها همپای ارضای نیازهای خود تصاویری را از مردم، اشیاء یا رویدادها جمع می‌کنند. این تصاویر به قول گلاسر در «آلبوم عکس شخصی» انسان‌ها جمع می‌شوند. گلاسر تخمین می‌زند که ۸۰ درصد (یا بیشتر) از ادراک‌های جمع‌شده، بصری هستند و به همین دلیل نام تصاویر را بر آنها گذاشته است. این تصاویر الزاماً عاقلانه نیستند.

آلبوم عکس که تصاویر در آن انداخته می‌شوند، دنیایی است که در آن زندگی و تمایلات خویش را ارضا می‌کنیم. گلاسر نام این دنیا را **دنیای خواسته‌های ما** می‌گذارد. این دنیا حاوی انتظارات، دیدگاهمان در مورد موفقیت و فرصت‌هایمان برای رفع نیازها می‌باشد.

نیازها توسط مغز قدیم و مغز جدید ارضا می‌شوند. منظور از **مغز جدید** همان قشر مخ است. **مغز قدیم** نیز شامل بخش‌هایی از مغز است که زیر قشر مخ قرار دارند. از نظر گلاسر، مغز قدیم نیازهای فیزیولوژیک و تولیدمثلی را برطرف می‌کند، مثل گرسنگی، تشنگی، نیاز به سرپناه، نیاز به تولیدمثل و نیاز به ادرار کردن؛ ولی مغز جدید نیازهای روان‌شناختی را برطرف می‌کند. اکثر مشکلات روانی محصول عدم ارضای نیازها در مغز جدید می‌باشند؛ البته به جز اختلالات روان‌تنی که ناشی از مشکلات مغز قدیم‌اند.

گلاسر به چهار نیاز روانی اساسی انسان اشاره می‌کند: تعلق خاطر، قدرت، آزادی و تفریح.

نیاز به تعلق خاطر شامل نیاز به عشق، شراکت و همکاری می‌باشد. این نیاز توسط دوستان، خانواده، حیوانات خانگی، گیاهان یا اشیایی چون آلبوم تمبر یا کلکسیون ماشین‌های قدیمی ارضا می‌شود. گلاسر معتقد است که **نیاز به محبت کردن و متعلق بودن** نیاز نخستین است؛ زیرا ما برای ارضا کردن آن به افراد دیگر محتاج هستیم. در ضمن ارضا کردن این نیاز از همه دشوارتر است؛ زیرا باید فرد یاری‌بخشی داشته باشیم تا به ما کمک کند این نیاز را ارضا کنیم (محبت متقابل است؛ وجود فردی که به او محبت کنیم و او نیز به ما محبت کند).

نیاز به قدرت و بهتر از دیگران بودن با نیاز به تعلق خاطر تعارض دارد. برای مثال، نیاز به قدرت با نیاز به دوست داشته شدن از سوی همسر تعارض دارد. گلاسر می‌گوید این کمبود عشق نیست که به روابط لطمه می‌زند، بلکه کشمکش قدرت، یعنی گذشت نکردن زن و شوهر از قدرتشان و مصالحه نکردن است که روابط را تیره‌وتار می‌کند.

نیاز به آزادی یعنی اینکه دوست داریم مطابق میل خودمان زندگی کنیم، هرچه دوست داریم بخوانیم و بنویسیم، هرگونه که می‌خواهیم عبادت کنیم و غیره. در جامعه استبدادزده نیاز دیکتاتور به قدرت با نیاز مردم به آزادی در تعارض قرار می‌گیرد. اگر نیاز فرد به آزادی آن‌قدر شدید باشد که نتواند با دیگران روابط قابل‌توجهی برقرار کند، نیازش به تعلق خاطر برطرف نخواهد شد و احساس تنهایی خواهد کرد.

اگرچه **نیاز به تفریح** به اندازه سه نیاز دیگر شدید نیست، نیاز مهمی محسوب می‌شود. تفریح یعنی خندیدن، شوخی کردن، ورزش کردن، مطالعه کردن، تهیه کلکسیون و اعمالی از این قبیل. این نیازها به همراه نیازمان به بقا با ادراک‌ها و تصاویر درون ذهنمان ارضا می‌شوند.

انتخاب و کنترل

گلاسر در خلاصه‌بندی نظریه کنترل می‌گوید «نظریه کنترل حاکی از این است که انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به‌عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای خویش را به بهترین نحو ارضا نمایند» سپس گلاسر ایستگاه‌های مقایسه یا محل‌های مقایسه را توضیح می‌دهد که در آنها تصمیم‌ها یا مقایسه‌هایی صورت می‌گیرند که نیازها را برطرف می‌کنند. انسان‌ها معمولاً از انتخاب‌هایی که در محل‌های کنترل انجام می‌شوند بی‌خبرند. انسان‌ها غالباً بدون آنکه آگاه باشند رفتارهایی را انتخاب می‌کنند که با آن رفتارها دنیای بیرون از خودشان را برای مطابقت با تصویرشان از نیازشان تغییر می‌دهند. گلاسر در توصیف مشکلات روانی از صفاتی چون افسرده، عصبانی، مضطرب یا دستپاچه استفاده نمی‌کند، بلکه برای تأکید بر کنش و انتخاب مستتر در کنش، از وجه فعلی این کلمات استفاده می‌کند مثل: افسردگی، عصبانیت، اضطراب و دستپاچگی. انسان‌ها بدبخت یا غمگین نمی‌شوند، بلکه بدبختی یا غمگینی را انتخاب می‌کنند. از نظر گلاسر بلافاصله پس از هر رویدادی ممکن است احساس غم کنیم. برای مثال، وقتی یکی از دوستانمان می‌میرد، غمگین و افسرده می‌شویم؛ ولی پس از مدتی، دیگر این ما هستیم که افسرده بودن را برمی‌گزینیم و احساس افسردگی را ادامه می‌دهیم. به نظر گلاسر اگر مردم نگویند «افسرده‌ام»، بلکه بگویند «افسرده بودن را انتخاب کرده‌ام»، کمتر احتمال دارد افسرده بودن را انتخاب کنند و بنابراین کمتر احتمال دارد احساس افسردگی کنند.

رفتار

از نظر گلاسر رفتار همان چیزی است که در مورد نحوه عمل، تفکر و احساس می‌دانیم. نظام رفتاری دو بخش دارد: بخش اول شامل رفتارهای سازمان‌یافته‌ای است که برای ما آشنا هستند و بخش دوم شامل رفتارهایی است که پیوسته سازمان‌دهی مجدد می‌شوند. این بخش جزء خلاق رفتار است. با ظهور تصاویر و ادراک‌های جدید، لزوم سازمان‌دهی مجدد رفتارها پیش می‌آید.

رفتار کل از چهار مؤلفه تشکیل می‌شود: عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی

عمل به رفتار فعال اطلاق می‌شود، مثلاً راه رفتن، حرف زدن یا حرکت کردن. رفتارها یا ارادی هستند یا غیرارادی.

تفکر هم شامل افکار ارادی و غیرارادی است، مثل خیالی‌بافی‌ها و خواب‌ها.

احساسات شامل شادی، رضایت، دلهره و دیگر احساسات خوشایند یا دردناک می‌شوند.

منظور از **فیزیولوژی** نیز مکانیزم‌های بدنی ارادی و غیرارادی است، مثل عرق کردن و ادرار کردن.

این چهار مؤلفه در شناخت دیدگاه گلاسر در مورد رفتار انسان مهم‌اند.

طبق نظریه کنترل، تغییر مستقیم احساسات یا فیزیولوژی بدون کمک گرفتن از عمل یا تفکر دشوار است، در حالی که می‌توانیم صرف‌نظر از احساس خویش، عمل یا تفکر خود را تغییر دهیم. از نظر گلاسر، رمز تغییر رفتار در انتخاب تغییر عمل و تفکر است که تغییر واکنش‌های هیجانی و فیزیولوژیک را در پی دارد.

انتخاب رفتار

گلاس می‌گوید انسان‌ها به چهار دلیل افسرده بودن، اضطراب و دیگر ناراحتی‌های روان‌شناختی را انتخاب می‌کنند:

- ۱- با انتخاب افسردگی یا اضطراب می‌توانند عصبانیت خویش را کنترل کنند. آنها با افسردگی بیش از عصبانیت می‌توانند روی دیگران کنترل داشته باشند و اعمال قدرت کنند. عصبانیت، خشونت و زندان به دنبال دارد؛ ولی افسردگی چنین عواقبی ندارد.
- ۲- مردم با افسردگی و اضطراب از دیگران کمک می‌گیرند؛ به این شکل نیاز خود به تعلق خاطر و گاهی قدرت را برطرف می‌کنند. همان‌طور که گلاس می‌گوید «افسرده شدن اگرچه دردناک است، مؤثرترین حربهٔ انسان برای کمک‌خواهی از دیگران بدون التماس کردن می‌باشد».
- ۳- انسان‌ها با انتخاب رنج و بدبختی، بی‌میلی خویش برای انجام کارهای مؤثرتر را توجیه می‌کنند. غالباً انتخاب تصویرهایی که به رفتار مؤثر منتهی می‌شوند، سخت است. برای کسی که به دلیل اخراج شدن افسردگی را انتخاب کرده است، دنبال کار نگشتن و انتخاب احساس ترس آسان‌تر است تا پیدا کردن کار جدید.
- ۴- انتخاب افسردگی یا اضطراب به انسان‌ها امکان می‌دهد روی دیگران تسلط پیدا کنند. وقتی شخصی افسردگی را انتخاب می‌کند، دیگران باید برایش کارهایی انجام بدهند، به وی آرامش خاطر بدهند، او را تشویق کنند، از وی مراقبت کنند و گاهی به او غذا و مسکن بدهند.

به همین چهار دلیل است که درمانگر نمی‌تواند به‌آسانی بیمار را وادار کند به‌جای افسردگی و یا اضطراب به رفتارهای مؤثر روی آورد.

گلاس رفتار «جنون‌آمیز» را نوعی خلاقیت می‌داند که آدم‌های «عاقل» در وضعیت مشابه، این رفتار را مرتکب نمی‌شوند. توهمات، هذیان‌ها و کم‌خوری‌های عصبی از نظر گلاس خلاقانه‌اند. انسان‌ها وقتی کاملاً مأیوس و مستأصل می‌شوند، رفتار جنون‌آمیز را برمی‌گزینند؛ چون تا حدودی کنترل آنان را بر زندگی افزایش می‌دهد. گلاس رفتار جنون‌آمیز را بیماری روانی نمی‌داند.

هویت توفیق و هویت شکست

واقعیت‌درمانی هویت را جزء لازم و اساسی تمام انسان‌ها در همهٔ فرهنگ‌ها می‌داند که از لحظهٔ تولد تا مرگ ادامه می‌یابد. در واقعیت‌درمانی واژهٔ شخصیت و واژهٔ هویت تقریباً مترادف به‌حساب آمده‌اند و هویت از دیدگاه درمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد و به دو جزء **هویت توفیق** و **هویت شکست** تقسیم می‌شود. گلاس معتقد است که هر فردی یک هویت متصور دارد که بدان‌وسیله احساس موفقیت یا عدم موفقیت نسبی می‌کند. او هویت را آن تصویری می‌داند که فرد از خودش دارد و این تصور ممکن است با تصوراتی که دیگران از او دارند، هماهنگ و یکسان و یا اینکه با آنها کاملاً متفاوت باشد. در آغاز، هویت تمام کودکان هویت توفیق به‌حساب می‌آید؛ ولی سپس مقارن با سنین چهار یا پنج سالگی، هویت شکست هم ظاهر می‌شود. به عبارت دیگر، تشکیل هویت شکست هم‌زمان با سنی است که کودک مدرسه را آغاز می‌کند. در این سن و سال کودک به ایجاد و توسعهٔ مهارت‌های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکر می‌پردازد که همین پدیده‌ها به او امکان می‌دهند که هویت خود را از دو بعد توفیق یا شکست مورد ارزیابی قرار دهد.



نکته ۳: گلاس معتقد است افرادی که هویت یکسانی دارند، یکدیگر را جذب می‌کنند و آنهایی که هویت‌های ناهمگنی دارند، یکدیگر را دفع می‌کنند. او افراد هریک از دو گروه را دارای صفات و خصوصیات مشابهی می‌داند؛ مثلاً از خصوصیات بارز افراد ناموفق آن است که تنهایی و بی‌کسی را به شدیدترین وجه ممکن احساس می‌کنند و در حل مشکلات و معضلات زندگی خود دشواری‌هایی دارند و از مواجه شدن با واقعیت ناراحت، مضطرب و اندوهگین می‌شوند. در عوض، افرادی که هویت موفق دارند یا اصلاً احساس تنهایی نمی‌کنند و یا اینکه آن را به حداقل احساس می‌کنند؛ به‌علاوه، این گروه به نحو سازنده‌ای با واقعیات و مشکلات خود درگیر می‌شوند و احساس ارزشمندی و عشق می‌کنند.

بنابراین به نظر گلاس، افراد موفق دو خصیصهٔ بارز دارند: یکی آنکه مطمئن هستند که شخص دیگری در این دنیا آنها را آن طوری که هستند و به دلیل خصوصیتی که دارند، دوست می‌دارد و آنها نیز متقابلاً فرد دیگری را در زندگی خود دارند که نسبت به او عشق و محبت می‌ورزند؛ یعنی اینکه آنها به‌خوبی می‌توانند حداقل با یک فرد دیگر، عشق و محبت مبادله کنند. دوم اینکه آنها این درک و احساس را دارند که انسان‌های بارزتری هستند و حداقل یک فرد دیگر در این دنیا آنها را بارزتر می‌انگارد. در واقعیت‌درمانی ارزشمندی و عشق و دوستی دو جزء متفاوت هستند.

ارزشمندی از راه انجام کارهایی توأم با موفقیت حاصل می‌شود و کسی که در انجام کارهای موفق نیست، به چنین احساسی دست نمی‌یابد. از طرف دیگر، کسی که زیاد مورد عشق و محبت است، به احتمال زیاد، احساس ارزشمندی نخواهد کرد. هویت به طرق مختلفی تشکیل می‌شود و رشد می‌یابد. اساس تشکیل هویت تلاش‌ها و فعالیت‌هایی است که علاقه‌مند به تعقیب آنها هستیم و بر اثر تلاش‌ها و فعالیت‌های خود درمی‌یابیم که ما که هستیم و چگونه عمل می‌کنیم. چگونگی برداشت‌ها و نظرات دیگران نسبت به ما در روشن کردن هویت ما نقش عمده‌ای برعهده دارد.

در واقعیت‌درمانی اعتقاد بر آن است که انسان فقط دارای یک نیاز اساسی اجتماعی به هویت است و این نیاز را، که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود، درونی می‌داند. این نیاز همان **نیاز به هویت فردی** است که با هویت اجتماعی فرد ارتباط نزدیک دارد. **نیاز به درگیری عاطفی** نیز جزء لاینفک آن است. ارگانیزم به‌حساب می‌آید که نیروی کشش درونی اولیه برای هدایت تمام رفتار است. مبادلهٔ عشق و محبت، قبول مسئولیت، داشتن هدف، یادگیری مفاهیم و پذیرش واقعیت در تکوین هویت مؤثرند و هویت، وحدت همهٔ رفتارهای آموخته‌شده و نیاموخته‌شده است که به‌صورت «من» تجلی می‌کند. تغییر هویت به دنبال تغییر رفتار حاصل می‌شود.



نکته ۴: در این مکتب انسان تا حد زیادی همان چیزی است که انجام می‌دهد و اگر بخواهیم در او تغییری ایجاد کنیم باید در رفتار و آنچه که انجام می‌دهد، تغییراتی به وجود آوریم.

مثال ۲: از دیدگاه واقعیت‌درمانی، اساس تشکیل هویت چیست؟

- ۱) گفته‌ها و قضاوت‌های دیگران دربارهٔ ما
- ۲) تصوراتی که از قضاوت دیگران دربارهٔ خودمان داریم
- ۳) تجربیات موفقیت و شکستی که در دوران کودکی داشته‌ایم
- ۴) تلاش‌ها و فعالیت‌هایی که علاقه‌مند به تعقیب آنها هستیم

پاسخ: گزینه «۴» هویت به طرق مختلفی تشکیل می‌شود و رشد می‌یابد. اساس تشکیل هویت تلاش‌ها و فعالیت‌هایی است که علاقه‌مند به تعقیب آنها هستیم و بر اثر تلاش‌ها و فعالیت‌های خود درمی‌یابیم که ما که هستیم و چگونه عمل می‌کنیم. چگونگی برداشت‌ها و نظرات دیگران نسبت به ما در روشن کردن هویت ما نقش عمده‌ای برعهده دارد.



مدرسان 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 شناخت‌درمانی، **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.

شناخت‌درمانگرها 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. شناخت‌درمانگرها 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. شناخت‌درمانگرها 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 خودیاری 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 شناخت‌درمانی و کارهای آلبرت الیس و آلفرد آدلر، خصوصاً به دلیل تأکیدشان بر نقش مهم عقاید، شباهت‌هایی وجود دارد. نظریه سازه‌های شخصی کلی و کارهای **پیازه** 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 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 بک روی افکار خودکاری متمرکز شد که ایجاد ناراحتی می‌کنند. نظریه‌های فروید در مورد اختلالات روانی نقطه آغازی برای پیدایش شناخت‌درمانی 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 ایس 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 گفت‌وگوشود 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 ایس، 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 به صورت 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 به جای 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 به صورت 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.

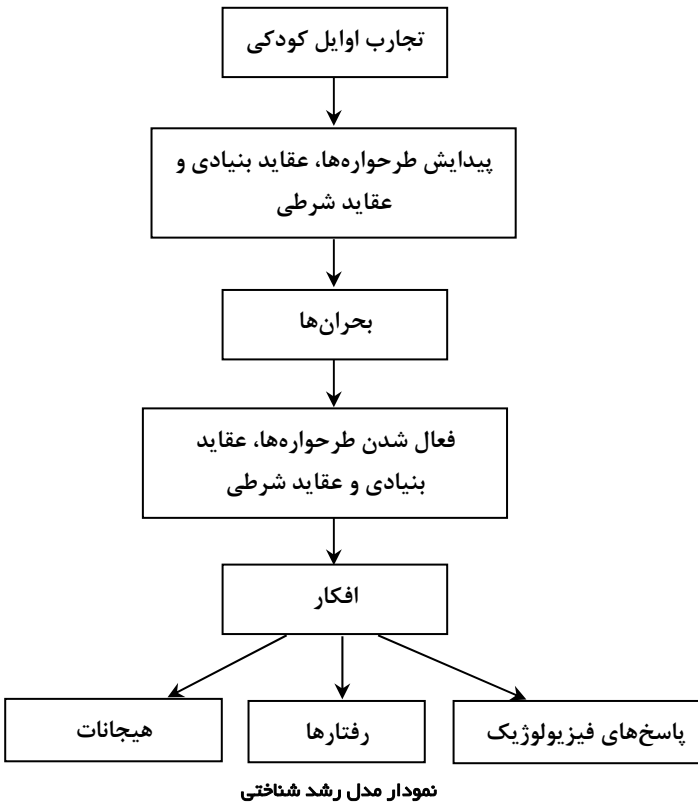
یکی از تفاوت‌های اصلی کاربست درمان شناختی با کاربست رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی، تأکید آن بر رابطه درمانی است. ایس درمانگر را در درجه اول آموزگار می‌داند و تصور نمی‌کند که رابطه شخصی صمیمانه با درمانجویان ضرورت داشته باشد. در مقابل، یک تأکید می‌کند که کیفیت رابطه درمانی برای کاربست درمان شناختی اهمیت 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 به طور مشترک ابداع کنند.

درمانگر شناختی نیز مانند ایس تفکر خودنگرانه را به درمانجویان آموزش می‌دهد. اما بک به‌جای تأکید کردن بر نقش درمانگر در آموزش، بیشتر برای نقش درمانجو در خودیابی ارزش قائل است. فرض بک این است که تغییرات بادوام در تفکر و رفتار درمانجو با ابتکار عمل، آگاهی و تلاش درمانجو به احتمال خیلی زیاد روی می‌دهند. این حالت، درمان شناختی را مانند رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به‌صورت رویکردی یکپارچه به روان‌درمانی درمی‌آورد. معمولاً از تکالیف و کتاب‌درمانی به‌عنوان بخشی از درمان شناختی استفاده می‌شود. این تکالیف برای مشکل خاص درمانجو طراحی می‌شوند و از رابطه درمانی مشترک به وجود می‌آیند. هدف از تکالیف در درمان شناختی، فقط آموزش دادن مهارت‌های تازه به درمانجویان نیست؛ بلکه همچنین آنها را قادر می‌سازد تا عقاید خود را در موقعیت‌های روزمره آزمایش کنند.

نظریه شناختی شخصیت



شناخت‌درمانگرها علاقه خاصی به بررسی تأثیر تفکر بر شخصیت دارند. اگرچه فرایندهای شناختی علت اختلالات روانی نیستند، یکی از مؤلفه‌های مهم این اختلالات محسوب می‌شوند. در این میان، افکار خودکاری که انسان‌ها آگاهی کمی از آنها دارند نقش مهمی در رشد و تحول شخصیت بازی می‌کنند. این افکار یکی از جنبه‌های عقاید یا طرحواره‌های شناختی هستند و برای شناخت نحوه انتخاب کردن و استنباط انسان‌ها مهمند. آنچه در بررسی اختلالات روانی اهمیت ویژه‌ای دارد، تحریف‌های شناختی است؛ یعنی شیوه‌های فکری نادرستی که موجب غمگینی و نارضایتی انسان می‌شوند.

علت و اختلالات روانی

همان‌گونه که بک گفته است، ناراحتی‌های روانی معلول ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی، محیطی و اجتماعی هستند که به شیوه‌های مختلف با هم در تعامل هستند؛ در نتیجه به‌ندرت می‌توانیم علت واحدی برای یک اختلال بیابیم. افکار نادرست، علت اختلال روانی نیستند؛ بلکه ترکیب عوامل زیست‌شناختی، رشدی و محیطی باعث اختلال روانی می‌شوند.

مدل شناختی رشد

به نظر شناخت‌درمانگرها، عقاید شخصی در اوایل کودکی پدید می‌آیند و در طول زندگی، پیدایش و تحول خود را ادامه می‌دهند. تجارب اوایل کودکی، زمینه‌ساز عقاید بنیادی شخص درباره خودش و دنیا می‌شوند.

افکار خودکار

افکار خودکار یکی از مفاهیم اصلی شناخت‌درمانی بک است. این افکار خودانگیخته‌اند و بی‌هیچ تلاش یا انتخابی روی می‌دهند. افکار خودکار در اختلالات روانی تحریف‌شده، افراطی و به نحوی نادرستند.

طرحواره‌های شناختی

طرحواره‌های شناختی متشکل از طرز فکر افراد در مورد نیازها، عقاید و مفروضاتشان درباره مردم، رویدادها و محیط است. به‌طور کلی دو نوع طرحواره شناختی وجود دارد: مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه). طرحواره‌ای که در یک وضعیت، سازگارانه است در وضعیت دیگر می‌تواند ناسازگارانه باشد. بک و وایشار در تشریح طرحواره‌ها اشاره می‌کنند که طرحواره‌ها محصول تجارب و تعاملات اوایل زندگی هستند. بین بعضی از طرحواره‌ها و آسیب‌پذیری شناختی یا آمادگی برای ناراحتی روانی رابطه وجود دارد. برای مثال، افسرده‌ها طرحواره‌هایی منفی دارند؛ مثل «من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام بدهم»، «من هیچ هستم» و «دیگران ماهرتر از من هستند». به این ترتیب، آسیب‌پذیری شناختی محصول طرحواره‌های تحریف‌آمیز یا منفی است. فریمن در تشریح طرحواره‌ها به پنج عامل اشاره می‌کند که هرچند از لحاظ نیرومندی متفاوت هستند ولی طرحواره‌ها را می‌سازند:

- ۱- هر طرحواره‌ای یک مؤلفه عاطفی قوی دارد که به نظام اعتقادی مربوط می‌شود؛
- ۲- طرحواره‌ها از لحاظ مدت زمانی که فرد دارای آن مجموعه اعتقادات خاص بوده، باهم فرق دارند؛
- ۳- طرحواره‌ها را از دیگران اخذ می‌کنیم و هر چه آن اشخاص مهم‌تر باشند، طرحواره نیز مهم‌تر خواهد شد؛
- ۴- عنصر شناختی است که نشان می‌دهد آن طرحواره چقدر مشروح است و در افکار فرد نفوذ دارد؛
- ۵- آنکه طرحواره‌ها مؤلفه‌های رفتاری دارند که نحوه عمل شخص بر مبنای نظام اعتقادی‌اش را تشریح می‌کند.



نکته ۲: طرحواره‌های شناختی دارای مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی هستند.

تعریف شناختی

بک معتقد است افرادی که مشکلات هیجانی دارند مرتکب «خطاهایی در منطق» می‌شوند که واقعیت عینی را به سمت خودخوارشماری متمایل می‌کنند. درمان شناختی، مشکلات روانی را ناشی از فرایندهای پیش‌پالافته‌ای چون تفکر معیوب، استنباط‌های غلط بر پایه اطلاعات ناکافی یا نادرست، و ناتوانی در متمایز کردن خیال از واقعیت می‌داند.



مدرسان شریف

فصل هجدهم

«نظریه‌های چندفرهنگی روان‌درمانی»

مقدمه

بیشتر جهت‌گیری‌های درمانی می‌پذیرند که تفاوت‌های فردی باید مورد احترام و پذیرش واقع شود. 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 مطلوب‌دیگران است (لینینگر، ۱۹۷۸)، باعث شود که درمانگران ارزش‌ها و نگرش‌های خود را به مراجعان دارای فرهنگ متفاوت فراقکنی 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 به‌جای تمرکز بر نقصان‌ها، بر قوت‌ها تأکید دارند. این تأکید بر گوناگونی، چندفرهنگی‌گرایان را به سوی تأیید رویکردهای بین‌رشته‌ای سوق می‌دهد. در حقیقت، وحدت از طریق 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.

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، سازه‌گرایی 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 باشند 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، مناسب خاصی برای روان‌درمانی‌های چندفرهنگی دارند. این‌ها عبارتند 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 (۱۹۸۹) 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.

توانمندسازی

روان‌درمانگران چندفرهنگی علاوه بر ترویج شایستگی فرهنگی، رویکردهای غالب را با پرداختن به دغدغه‌های مفهومی، روش‌شناختی، اخلاقی و اجتماعی - سیاسی به چالش کشیدند. جهل روان‌درمانگران نسبت به بافت‌های تاریخی و اجتماعی - سیاسی، به ناتوانی بیشتر افراد به حاشیه رانده‌شده منجر می‌شود. این امر برای افراد رنگین‌پوست که گروه بزرگی هستند، زبان‌بار است؛ چرا که برخلاف اعضای گروه‌های اقلیت دیگر، یک تاریخچه ستم‌دیدگی فردی و جمعی را با

خود دارند. مثالی مشخص از این‌گونه ناتوان‌سازی، بی‌توجهی روان‌درمانگران غالب به خرده‌خشونت نژادی است. خرده‌خشونت نژادی به حملاتی اشاره دارد که افراد صرفاً به‌خاطر نژاد، رنگ پوست، یا قومیت خویش در معرض آن قرار می‌گیرند. برخی نمونه‌های خرده‌خشونت نژادی شامل آزار و اذیت در مکان‌های عمومی، نادیده گرفته شدن توسط فروشندگانی که مشتریان سفید را ترجیح می‌دهند، قرار گرفتن در معرض اتهام «طرفدار اقدام مثبت» (پارتی‌بازی نژادی)، تبعیض نژادی و نظایر این‌ها هستند. در کنار خرده‌خشونت‌های نژادی، بسیاری از افراد رنگین‌پوست در معرض خرده‌خشونت‌های ناشی از نخبه‌سالاری، جنس‌گرایی، سن‌گرایی، توانمندمحوری و یا ترکیبی از این‌ها قرار می‌گیرند. مواجهه پیوسته و مکرر با خرده‌خشونت‌ها، انرژی اساسی زندگی رنگین‌پوستان را تخلیه می‌کند. به‌عنوان مثال، خرده‌خشونت نژادی، با مشکلات سلامت بیشتر در میان افراد رنگین‌پوست همراه است.

متأسفانه، خرده‌خشونت نژادی در درمان هم رخ می‌دهد و شامل مواردی مانند کوری فرهنگی درمانگر، انکار نژادپرستی، طرفداری از افسانه نخبه‌سالاری (بدون اذعان به نقش ستم‌دیدگی و مزیت)، سوء تشخیص، و آسیب‌انگاری رفتارهای از نظر فرهنگی متفاوت هستند. به‌علاوه، این رفتارهای درمانگران باعث ناتوان‌سازی مراجعان متعلق به فرهنگ‌های متفاوت می‌شود. در مقابل، روان‌درمانگران چندفرهنگی بر توانمندسازی تأکید دارند، چون بسیاری از افراد رنگین‌پوست تمایل دارند تا ناتوانمندی خود را به شکل درماندگی، درونی‌سازی کنند. توانمندسازی درمانی به مراجعان کمک می‌کند تا دستیابی به منابع را افزایش دهند، چاره‌هایی برای تمرین انتخاب ایجاد کنند، عزت فردی و جمعی خود را بهبود بخشند، جرأت‌مندی مناسب با فرهنگ به کار بندند، عاملیت خود را افزایش دهند، قوت‌های فرهنگی خود را تأیید کنند، بر ستم‌دیدگی درونی‌شده غلبه کنند و در جهت دگرگون‌سازی وضعیت اقدام نمایند.

روان‌درمانگران چندفرهنگی در قالب تمرکز بر توانمندسازی، بر مفروضه‌های زیر متعهد می‌شوند:

۱- واقعیت، در یک بافت ساخته می‌شود؛ ۲- تجربه، یک دانش ارزشمند است؛ ۳- یادگیری و التیام‌بخشی، حاصل در میان گذاشتن دیدگاه‌های چندگانه است؛ ۴- یادگیری و التیام‌بخشی، به بافت با معنا و متناسب وابسته است.

در همین راستا، چندین مشاور چندفرهنگی از یک مدل رهایی‌بخشی طرفداری می‌کنند و به مراجعان کمک می‌کنند تا به شیوه‌ای انتقادی موقعیت خود را تحلیل کنند، قوت‌های قومی - فرهنگی خویش را دریابند، دگرگونی شخصی را ارتقا بخشند و در جهت ایجاد تغییرات اجتماعی - سیاسی بکوشند.

در حقیقت، این تأکید بر توانمندسازی، غالباً روان‌درمانگران را به سمت تعهد به عدالت اجتماعی سوق می‌دهد. سابقه تضييع حقوق انسانی بسیاری از اقلیت‌ها به ضربه فرهنگی انجامیده، که میراث بدبختی، درد و رنج بسیاری از اعضای گروه‌های اقلیت است. دوران و آی‌وی از این میراث، با عنوان «زخم جان» یاد می‌کنند (که محصول ستم اجتماعی - تاریخی، فقدان‌های بی‌سوگواری، ستم درونی‌شده و درماندگی آموخته‌شده است). هنوز اقلیت‌ها از طریق نژادپرستی، جنس‌گرایی، نخبه‌سالاری، هم‌جنس‌محوری، توانمندمحوری، بیگانه‌هراسی، قوم‌محوری و سایر انواع ستم در معرض ضربه فرهنگی قرار می‌گیرند. خرده‌خشونت‌ها و سایر انواع ستم، ضربه فرهنگی به رنگین‌پوستان را تشدید می‌کنند.

روان‌درمانگران چندفرهنگی برای مقابله با سوگیری، به بررسی باورها، ارزش‌ها و نگرش‌های خود نسبت به هم‌گروهی‌ها و اعضای سایر گروه‌ها می‌پردازند؛ یعنی آن‌ها نسبت به نگرش‌های خود به دیگران، آگاه و حساس می‌شوند، چرا که ممکن است آگاه نباشند که این نگرش‌ها تا چه اندازه می‌تواند از نظر فرهنگی سودار باشد. درمانگران برای متعهد شدن به چنین درکی، به خودآگاهی فرهنگی رو می‌آورند. خودآگاهی فرهنگی درمانگر، دربرگیرنده یادگیری درباره موضع خود نسبت به قدرت و مزیت اجتماعی است. فهم پویایی‌های قدرت، جزء مهمی از درک رابطه بین خود و دیگران است. برای تحقق این هدف، روان‌درمانگران چندفرهنگی، تفاوت‌های قدرت بین تجارب زندگی خود و مراجعانشان را تحلیل می‌کنند. تحلیل قدرت، که از تحلیل‌های بیشتر درمان‌های غالب متفاوت است، به فراتر از تفاوت قدرت نهفته در دوتایی درمانگر - مراجع می‌رود. درمانگران چندفرهنگی، جایگاه اجتماعی گروه فرهنگی مراجع را با گروه خود مقایسه می‌کنند. این مقایسه، مستلزم شناسایی و به چالش کشیدن احساس درونی‌شده برتری و ستم‌دیدگی است، چرا که بیشتر افراد صاحب قدرت، از اثرات فراگیر آن بر زندگی خویش ناآگاه هستند.

به‌طور خلاصه، مفروضه‌های بنیادی روان‌درمانی‌های چندفرهنگی شامل موارد زیر است:

- فرهنگ، پیچیده و پویا است.

- هر رویارویی، ماهیت چندفرهنگی دارد.

- واقعیت در بافت ساخته می‌شود و در آن جای دارد.

- یک دیدگاه غربی بر جریان اصلی روان‌درمانی حاکم شده و اقدامات التیام‌بخش غیرغربی را نادیده گرفته است.

- روان‌درمانی‌های چندفرهنگی برای همه کاربرد دارند.

- صلاحیت فرهنگی برای روان‌درمانی حیاتی است.

- روان‌درمانگران چندفرهنگی به خودآگاهی رو می‌آورند.

- التیام‌بخشی، مستلزم توانمندسازی افراد و گروه‌ها است.

- التیام‌بخشی، شامل دیدگاه‌های چندگانه است.

- التیام‌بخشی، کل‌نگر و رهایی‌بخش است.

سیستم‌های دیگر

چندفرهنگی‌گرایی از مزایا و دیدگاه‌های رشته‌های زیادی استفاده می‌کند و روان‌درمانگران چندفرهنگی بر خدمات جهت‌گیری‌های گوناگون روان‌درمانی اذعان دارند. اگرچه بیشتر روان‌درمانگران چندفرهنگی، هویت خود را به‌عنوان طرفدار یک یا چند جهت‌گیری نظری تعریف می‌کنند، اما آن‌ها ارزش‌های چندفرهنگی را نیز با مکاتب درمانی خاص تلفیق می‌نمایند.