

رویکردهای مشاوره‌ای برای مشاوره با والدین کودکان ناشنوا: راهنمای شنوایی‌شناسان

امیرعباس ابراهیمی/دکتری تخصصی شنوایی‌شناسی/دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

زمینه و هدف: بیشتر شنوایی‌شناسانی که وارد حوزه مشاوره با والدین کودکان ناشنوا می‌شوند، آموزش خاصی نمی‌بینند تا بتوانند به درستی و به طور موثرتری با آنان ارتباط برقرار کنند. امروزه رشد مشاوره به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر کار بالینی، در شنوایی‌شناسی، به روندی قاعده‌مند و به‌خوبی تعریف‌شده آغاز شده است. آنها به عنوان مشاوران غیر حرفه‌ای می‌توانند به مراجعان خشمگین، افسرده، تندخو، یا مضطرب کمک کنند، تا بدانند چگونه کم‌شنوایی بر زندگی فرزندان اثر می‌گذارد و در موارد نگرانی‌های نامرتب با کم‌شنوایی (مثلاً، آزارهای خانگی، دارودرمانی، بیکاری اعضای خانواده، ...) باید مرزهای حرفه‌ای خود را تشخیص و این مراجعان را به مراکز یا متخصصان مناسب ارجاع دهند. تقریباً ۴۰۰ رویکرد مشاوره‌ای متفاوت وجود دارد و این تعداد رو به افزایش است. رویکردهای مشاوره‌ای با والدین کودکان ناشنوا در چهار گروه اصلی دسته‌بندی می‌شوند: شناختی یا عقلانی، رفتاری، عاطفی یا انسان‌گرایانه، و التقاطی/یکپارچه.

نتیجه‌گیری: از آنجا که هیچ نظریه، راهبرد یا تکنیکی همیشه مؤثر نیست، خردمندان آن است که هنگام کار با گستره وسیع سنی، تأخیرها و اختلال‌ها، و انواع شخصیت‌ها، خود را به یک نظریه محدود نکنیم. بنابراین، شنوایی‌شناسان ممکن است از چندین رویکرد درمانی برای یک مراجع یا خانواده استفاده کنند. رویکردهای مشاوره‌ای که بالین‌گر انتخاب و استفاده می‌کند اغلب به جهت‌گیری شخصی بالین‌گر (انسان‌گرایانه، رفتارگرایانه، ...)، وابسته است. آنچه بالین‌گر در درمان آموخته، و آنچه در گذشته کار آبی خود را نشان داده. اگرچه در دو دهه گذشته برخی رویکردها نسبت به بقیه اعتبار بیشتری به دست آورده‌اند، چهارچوب نظری یا درمانی «بی‌عیب و نقصی» وجود ندارد. توجه به این که شنوایی‌شناسان با انواعی از اختلال‌های شنوایی، زبان، گفتار و شناخت در سنین مختلف کار می‌کنند، لازم است برای ارتباط مؤثر با مراجعان و خانواده‌های آنها مفاهیم، راهبردها و تکنیک‌ها را از قالب‌های مشاوره‌ای گوناگونی بیاموزند. این مقاله اطلاعاتی درباره هر رویکرد به دست می‌دهد، تا به شنوایی‌شناس در گزینش رویکرد مناسب مشاوره با والدین کودک کم‌شنوا/ناشنوا، کمک کند.

کلیدواژه: رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، رویکرد التقاطی، رویکرد انسان‌گرایانه، رویکرد رفتاری، رویکرد شناختی، کودکان ناشنوا، مشاوره.

مقدمه

نقش شنوایی‌شناس، به عنوان مشاور برای بسیاری از شنوایی‌شناسان، ناآشناست. این موضوع به دلیل نبود تأکید بر مشاوره در خلال آموزش دانشگاهی و عملی، تا اندازه‌ای درست است (۱). اگرچه مشاوره بخش جدایی‌ناپذیر کار بالینی است، اما اهمیت آن را، در شنوایی‌شناسی به عنوان روندی قاعده‌مند و به‌خوبی تعریف‌شده، به تازگی در یافته‌اند. گنجانیدن درس مشاوره در آموزش، بر هویت حرفه‌ای بالین‌گران، یعنی درک مسئولیت و نقش آنان به عنوان شنوایی‌شناس،

اثر می‌گذارد. این که شنوایی‌شناسان چگونه با مراجعان تعامل می‌کنند و روابط مشاوره‌ای را برای کمک به خانواده و کودک در راستای برای زندگی با آسیب شنوایی می‌پروارند، بر نتیجه مداخلات شنوایی‌شناسی اثر می‌گذارد (۲). آموزش در مشاوره بر چند اصل کلیدی تأکید می‌کند:

۱. مشاوره اساس توان‌بخشی است.
۲. شنوایی‌شناسان، متخصصان مسئول مشاوره افراد جویای مداخله برای مشکلات شنوایی هستند.
۳. مشاوره کارآمد نتیجه درمان را تقویت می‌کند.

بحث می‌شود. در بهترین حالت یافته‌های پژوهشی در حمایت از توضیحات فرویدی در مورد سازگاری با کم‌توانی دوبه‌لو هستند. اگرچه نظریه روان‌کاوی تأثیر گسترده‌ای روی دیگر رویکردهای درمانی داشته است، اما، محدودیت‌های آن موجب شده متخصصان توان‌بخشی از این رویکرد کمتر استقبال کنند (۳).

نظریه‌ها و رویکردهای مشاوره‌ای

رویکردهای مشاوره‌ای بسیار متفاوتی وجود دارد: تقریباً ۴۰۰ رویکرد، که این تعداد رو به افزایش است (۳). هر نظریه دارای چهار کارکرد مهم و اصلی است: (۱) مفاهیم زیادی را خلاصه و تعمیم‌های مناسب را امکان‌پذیر می‌کند (۲). فهم پدیده‌های پیچیده را آسان می‌کند (۳). نتایج احتمالی موقعیت‌های گوناگون را پیش‌بینی می‌کند. (۴) برای اثبات و گسترش اساس خود حقیقت‌یابی بیشتر را تشویق می‌کند. (۴) بر این اساس، نظریه‌های مشاوره‌ای برای بازشناسی، فهم و کار با موضوعات رفتاری و هیجانی مراجعان، طرح کلی به دست می‌دهند (۵). برای مشاوره با والدین کودک ناشنوا، چندین رویکرد وجود دارد، که به چهار گروه اصلی دسته‌بندی می‌شوند:

(۱) رویکردهایی که هدفشان تغییر روند تفکر است (شناختی یا عقلانی) (۱۲).

(۲) رویکردهایی که هدفشان تغییر رفتار است (رفتاری).

(۳) رویکردهایی که هدفشان تغییر هیجان‌هاست (عاطفی یا انسان‌گرایانه) (۱۳).

(۴) ترکیبی از این رویکردها (التقاطی) (۱۴) / یکپارچه (۱۵) (۱).

اتخاذ یک الگوی نظری برای هدایت مشاوره ضروری است، چون چنین نظریه‌هایی به شنوایی‌شناس کمک می‌کند تا پاسخ‌های رفتاری و هیجانی را فهمیده و واکنش‌های هنجار را از واکنش‌های شدیدتر تشخیص دهد. همچنین موجب هدایت تمام تلاش‌های حرفه‌ای

۴. مهارت‌های مشاوره‌ای مؤثر را می‌توان آموخت و رشد داد (۳).

به نظر پاترسون^۱ مشاوره، حیطة‌ای عاطفی، یعنی نگرش‌ها، احساسات، و هیجان‌هاست. وقتی در فرایندی مولفه‌های عاطفی حضور نداشته باشد، این روند، مشاوره نیست، بلکه آموزش و ارائه اطلاعات یا بحث منطقی است. افراد اندکی نبود واکنش هیجانی به مشکلات آسیب‌شنوایی را گزارش کرده‌اند. یافته‌های توماس^۲ نشان می‌دهد که سازگاری با کم‌شنوایی روندی روان‌شناختی و دربرگیرنده عوامل عاطفی است، لذا نیازمند مشاوره می‌باشد.

در این مقاله به تحلیل کلاسیک فرویدی^۳ پرداخته نمی‌شود. اگرچه رویکردهای شناختی، رفتاری و عاطفی^۴ به مشاوره، در نظریه روان‌کاوی ریشه دارند و به برخی، برای مثال، روان‌شناسی فردنگر آدلر^۵ درمان نو-روانکاوانه^۶ گفته می‌شود ولی عموماً بر این باورند که روان‌کاوی برای مشاوره‌ای که به‌ویژه ماهیتی توان‌بخشی دارد، نامناسب است و علی‌رغم تأثیر گسترده‌اش، برای مداخله کارآمد نیست. از جمله محدودیت‌های آن: هزینه، طول درمان و سطح همکاری مورد نیاز مراجع است. روان‌کاوی معمولاً در مشاوره توان‌بخشی توصیه نمی‌شود، چون بیش‌ازاندازه زمان‌بر و نیازمند آموزش و تربیت نامعمول بیشتر متخصصان، در زمینه توان‌بخشی است. با این وجود، قدری آشنایی با نظریه روان‌کاوی، به‌ویژه ساختار شخصیت، سازوکارهای دفاعی، و ناخودآگاه، در فهم شخصیت و رفتار و در کل روند مشاوره به جاست. دفاع‌های «من»^۷ فرویدی شامل واپس‌زنی^۸، فرافکنی^۹، شکل‌گیری واکنش و واپس‌رانی^{۱۰} اغلب در ارتباط با سازگاری با کم‌توانی^{۱۱}

1- Patterson

2- Thomas

3- Freudian

4- Affective

5- Adler's Individual Psychology

6- Neo-psychoanalytic

7- Ego

8- Repression

9- Projection

10- Regression

11- Disability

12- Cognitive/Rational

13- Affective/Humanistic

14- Eclectic

15- Integrative

بالین‌گر برای درمان مؤثر و اخلاقی می‌شود (۵).

بسیاری از شنوایی‌شناسان، آموخته‌اند تا تعدادی از نظریه‌های روان‌درمانی را، با تجربه‌های درمانی شخصی خود درآمیزند و در طول زمان سبک درمان شخصی‌ای را بوجود آورده‌اند. در ضمن، بیشتر درمانگران تازه‌کار برای خبرگی در یک نظریه خاص و کاربردهایش، کار می‌کنند. هیچ نظریه یا رویکرد درمانی برای تمام موقعیت‌ها مناسب نیست و بالین‌گران ممکن است از چندین رویکرد درمانی برای یک مراجع یا خانواده استفاده کنند. رویکردهای مشاوره‌ای که بالین‌گر انتخاب و استفاده می‌کند، اغلب وابسته به جهت‌گیری شخصی بالین‌گر (انسان‌گرایانه، رفتارگرایانه، ...) است. آنچه بالین‌گر در درمان آموخته و آنچه در گذشته کارآیی خود را نشان داده است. اگرچه در دو دهه گذشته برخی رویکردها نسبت به بقیه اعتبار بیشتری به دست آورده‌اند ولی هیچ چهارچوب نظری یا درمانی «بی‌عیب و نقصی» وجود ندارد.

از آنجا که استفاده از بیش از ۴۰۰ رویکرد روان‌درمانی و مشاوره‌ای موجود امکان‌پذیر نیست، اما شنوایی‌شناسان با یادگیری چند نظریه اصلی که مفاهیم مرتبط با شنوایی‌شناسی را ارائه می‌کنند، کارآمدتر خواهند شد (۶). آنچه در پی می‌آید بحث کوتاهی، درباره هر رویکرد است تا به شنوایی‌شناس در گزینش رویکرد مناسب مشاوره با والدین کودکان کم‌شنوا/ناشنوا، کمک کند.

رویکردهای شناختی یا عقلانی

رویکردهای شناختی یا عقلانی در مشاوره با تأکید بر روش‌های عقلانی^۱ یا روشنفکرانه حل مسأله، عمدتاً بر اندیشه و منطق تمرکز می‌کنند. این رویکردها در تبیین مشکلات وابسته به کم‌شنوایی، بر مشاوره در مورد مفاهیم و اهداف منطقی تأکید دارند. نظر بر این است که فرایندهای فکری نادرست، زیربنای پاسخ‌های هیجانی نامناسب به کم‌شنوایی، مفروضات نادرست و مشکلات خودآنگاره^۲ هستند (۱). در زیر رویکردهایی که عموماً سرشتی شناختی به مشاوره دارند، آورده شده است (۳).

روان‌شناسی فردنگر (آلفرد آدلر^۳)

شناخت درمانی (CT^۴) (آرون بک^۵)

درمان عقلانی-هیجانی (RET^۶) (آلبرت ایلیس^۷)

از دید شناختی، رفتار ناهنجار و آشفتگی هیجانی به وسیله یا با میانجی شناخت، ایجاد می‌شود. شناخت را می‌توان با روش‌های فعال، همچون خودکاوی^۸ یا انفعالی (که در آن مشاور ضرورتاً نقش آموزگار منشانه را می‌پذیرد)، تغییر داد. در درمان شناختی فرض بر این می‌شود:

- شناخت و کارکرد شناختی نقش میانجی دارد.
- پاسخ مردم به رویدادها تحت تأثیر ارزیابی شناختی آنهاست.
- کارکرد شناختی را می‌توان پایش کرد یا تغییر داد.
- تغییر در نگرش‌ها، تفسیرها، و اندیشه‌ها می‌تواند به تغییر در کنش‌ها کمک کند (۳).

از این رو، شنوایی‌شناس برای جهت‌دادن و تغییر جهت شناخت (یعنی اندیشه‌ها، آرمان‌ها، باورها، تفسیرها، ارزش‌ها، و ادراک‌ها، که ممکن است آگاهانه یا ناآگاهانه باشد) از منطق استفاده می‌کند (۳، ۶). در حقیقت، اساس این رویکرد توانایی فرد در کنترل احساسات شخصی خود، از راه کنترل اندیشه است با این هدف که اگر شیوه تفکر فرد اصلاح شود، رفتارش تغییر خواهد کرد (۷). در حقیقت، منظور اصلی کمک به فرد است تا باورهای مشکل‌ساز را، که سخت به آنها وابسته است، بازشناسی و بررسی کرده، آنها را با روش‌های تفکر سازشی و انعطاف‌پذیر جایگزین کند.

امروزه حتی رفتاردرمانگران نیز نقش شناخت (اندیشه‌ها) را در تعیین رفتار در نظر می‌گیرند. در حالی که درمانگران شناختی، همیشه بر این باور بوده‌اند که اندیشه بر رفتار اثر می‌گذارد. مردم فقط به رویدادها پاسخ نمی‌دهند،

3- Alfred Adler (1963)

4- Cognitive Therapy

5- Aaron T. Beck (1976)

6- Rational Emotive Therapy

7- Albert Ellis (1962)

8- Self-analysis

1- Intellectual

2- Self-image

و رفتار مراجع نسبت به بالین‌گر اثر خواهد گذاشت. شناخت درمانی، برای فهمیدن و درمان افسردگی و بسیاری از اختلال‌های رفتاری، هیجانی و خلقی به کار رفته است. افراد افسرده درباره خودشان، دیگران و در کل، درباره آینده مفروضات منفی‌گرایانه دارند. برای مثال، فرد افسرده ممکن است فکر کند «من برنده نمی‌شوم»، «مردم مرا دوست ندارند.» و «من، کنترلی بر آنچه رخ می‌دهد، ندارم» به علاوه، ممکن است، تجربه‌های منفی که باورهایشان را تأیید می‌کنند، بر آنان مسلط باشد و تجربه‌های مخالف باورهایشان را نادیده بگیرند. مثلاً، کودک دارای اختلال پردازش شنوایی همراه با کم‌توجهی، که سبب ناکامی‌های زیاد و روابط ضعیف با همسالانش در مدرسه، می‌شود، ممکن است برای آغاز سال تحصیلی جدید انتظارات منفی داشته باشد. او ممکن است به رویدادهای مثبت، همچون تعریف و تمجید آموزگار یا تلاش‌های همکلاسی‌هایش برای شرکت او در یک بازی، توجه نکند. آنچه کودک گرایش دارد توجه (با سوء تعبیر) کند رفتارهایی است که باورهای منفی درباره خودش را تأیید کنند. در این رویکرد گاه بالین‌گر منفعل است و گاه ممکن است به طور فعال با پرسش‌گری آموزگار منبسطه و با ترغیب و بحث، همزمان به شیوه‌ای تأییدی و گاه مجادله‌آمیز به مراجع در شناسایی و اصلاح مفروضات نامناسبی که موجب بروز هیجانات ناخوشایند یا مشکلات رفتاری شده، کمک کند. هدف، حذف تحریف‌های شناختی^۱ و مفروضات ساختگی و جانسین کردن آنها با اندیشه‌ها و چشم‌انداز مثبت، افزایش خودارزشمندی، و کاهش احساسات خودکم‌بینی و ناامیدی است. شگردهای مورد استفاده در رویکرد شناختی عبارت‌اند از: پرسش‌گری، تفسیر، تعیین هدف، بستن قرارداد، و تعیین تکلیف‌های خانگی (۶).

درمان شناختی-بک (۱۹۷۶) یا درمان عقلانی-هیجانی-ایس (۱۹۶۲)، که بعدها آن را رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT)^۲ نامید، از روش‌های فعال مستقیم برای

بلکه به تفسیرها و باورهایشان در مورد رویدادها نیز پاسخ می‌دهند. برای مثال، وقتی مراجع دیر به جلسه درمان می‌آید، درمانگر ممکن است فکر کند دلیل دیر آمدن دانش‌آموز منطقی است. بنابراین به شیوه‌ای پذیرفتنی با او رفتار می‌کند. درمانگر دیگری ممکن است تأخیر مراجع را علامت بی‌مسئولیتی بداند و به سردی با وی رفتار کند. درمانگران شناختی ادعان می‌کنند که دورنما یا تفسیرهای بیشماری از هر رویداد فرضی وجود دارد. به علاوه، شیوه تفکر مردم درباره رویدادها (ادراک آنها) تعیین می‌کند چگونه درباره خودشان، دیگران و آینده بیندیشند. برای مثال، والدینی که کودکشان نامزد کاشت حلزونی نشده، ممکن است عدم نامزدی برای کاشت را (پیش از این که حس کنند کودکشان می‌تواند با سمعک به حداکثر قابلیتش برسد) به این معنی تفسیر کنند که کودکشان ارزش زمان شنوایی‌شناس را ندارد، شنوایی‌شناس بی‌عاطفه است و کودکشان هرگز بهتر نخواهد شد. آشکار است که این توالی اندیشه‌ها بر خلق و خو و رفتار آنها اثر می‌گذارد.

نظریه پردازان شناختی بر این باورند که باورهای اصلی مشخصی بر رفتار ما با دیگران اثر می‌گذارند. این باورهای اصلی اغلب در زندگی، زود فرا گرفته شده و بخشی از مفروضات ما درباره دیگران را تشکیل می‌دهند. برای مثال، «مردم اساساً خوب هستند» و «من می‌توانم برای پیشرفت فرزند کم‌شنوایم به شنوایی‌شناس اعتماد کنم» ممکن است نشان‌دهنده برخی از باورهای اصلی فرد باشد. این اندیشه‌ها و باورها، خودکار هستند و نمی‌توان آنها را ارزیابی کرد، بنابراین، ادامه می‌یابند.

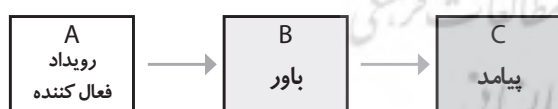
در بسیاری از مواقع، باورهای اصلی مراجع به سود یا زیان بالین‌گر تمام می‌شود. مراجع ممکن است تجربه پیشین مثبتی در مورد شنوایی‌شناس داشته باشد. (مثلاً، فرزندش از تربیت شنوایی سود برده باشد) و حالا که خودش دچار کم‌شنوایی شده، باور دارد شنوایی‌شناس به او نیز کمک خواهد کرد. هر تجربه پیشین درباره درمانگر، خواه مثبت یا منفی بر اندیشه

1- Cognitive Distortion

2- Rational Emotive Behavior Therapy

عبارت اند از: دگرگویی، ترغیب، رویارویی، تفسیر، تعهدات رو به رشد، و دادن تکلیف خانگی. آدلر به دلیل تأکید بر سرشت اجتماعی آدمی علاقه‌مند به کاربرد روش‌هایش بر روی گروه‌های بیماران بود (۳).

اساس رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایلیس، این فرض است که شناخت، هیجان‌ها و رفتار تعامل چشمگیر، رابطه دوجانبه علت و معلولی دارند (۸). هدف از رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به طور اختصاصی کمینه‌کردن نتایج غیرمنطقی (یعنی مزاحمت‌های هیجانی) همچون اضطراب (خودسرزنش‌گری)، و دشمنی و ستیز (سرزنش دیگران یا شرایط) ناشی از بایدهایی است، که مردم به خود تحمیل می‌کنند. اثرات مثبت کاهش این ابزارهای هیجانی (اگر حذف نشوند) ممکن است، شامل: بازشناسی حقوق دیگران، خودهدایت‌گری، انعطاف‌پذیری و پذیرای تغییر بودن، استقلال و مسئولیت‌پذیری، تفکر علمی، تعهد به چیزی بیرون از خود، گرایش به آزمودن چیزها و پذیرش خود است. در اینجا نیز تأکید بر تغییر الگوهای شناختی است. گبرایی رویکردهای شناختی، رویکرد منطقی آنها و در حقیقت حس مشترکشان به آنچه مردم فکر می‌کنند، می‌گویند و انجام می‌دهند، است. این موضوع در الگوی مشکلات سازگاری (A-B-C) ایلیس به تصویر کشیده شده است (روندنمای ۱) (۳).



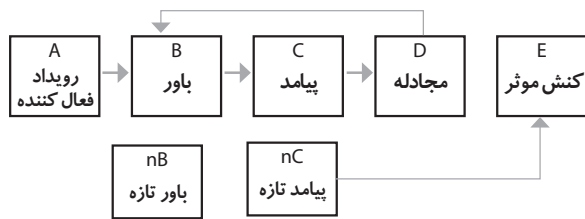
روندنمای ۱: چهارچوب کارکرد هیجانی A-B-C: شنوایی‌شناس کاشت را توصیه می‌کند. B: پدر فکر می‌کند کاشت موجب می‌شود مردم فکر کنند فرزندش کودن است. C: پدر تمایل به شرکت کودکش در روند ارزیابی کاشت حلزونی را ندارد (۷).

(A) نماینده رویداد فعال‌کننده یا گرفتاری است، که مراجع با آن رو به رو می‌شود. مثالی از رویداد فعال‌کننده در توان‌بخشی شنوایی والدی با تشخیص ناشنوایی فرزندش و توصیه به کاشت حلزونی از سوی شنوایی‌شناس است. (B) نماینده ارزیابی فرد از رویداد است، که می‌تواند

پرداختن به مفروضات و باورهای غیرمنطقی یا بدکارکردی^۱ استفاده می‌کنند. هر دو درمان اکنون محور^۲ هستند و از رویکرد ارزیابی واقعی به حل مسأله استفاده می‌کنند. در درمان‌های شناختی-بک و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، مشاور نقش پذیرشی در عین حال مواجهه‌ای^۳ را می‌پذیرد، که در آن برای کمک به کشف ادراک نامناسب مراجع، از ترغیب و بحث استفاده می‌شود. این نقش مواجهه‌ای در رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، در مقایسه با رویکرد بک که در آن رابطه مشارکتی بین مشاور و مراجع تشویق می‌شود تا اندازه‌ای آموزگارمنشانه‌تر است. در هر دو رویکرد به مراجع در شناسایی، رویارویی و تغییر مفروضات زیربنایی نامناسب، که فشار هیجانی منفی^۴ یا مشکلات رفتاری را فعال کرده است، کمک می‌شود.

ایلیس، با تأیید روان‌شناسی فردنگر آدلر، به عنوان پیشگام رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، همچون او هیجان‌ها را محصول فرآیندهای فکری و عمدتاً باورها می‌داند (۸، ۳)؛ مردم تا اندازه‌ای که قادر به آوردن دلیل هستند می‌توانند با کنترل اندیشه‌های خود احساسات خود را کنترل کنند. ایده‌های آدلر در مورد خودارزشمندی (شامل این دیدگاه که احساس کهنتری [حقارت]، ناشی از وجود تفاوت بین مفاهیم خود آرمانی و خود واقعی است) در مشاوره افرادی که کم‌توانی خود یا فرزندشان را نپذیرفته‌اند به لحاظ بالینی به جاست. نظریه آدلر به عنوان عمل آموزشی جسورانه مشارکتی با اهداف خاص دیده می‌شود و شامل: پرورش علاقه‌مندی اجتماعی، تغییر انگیزه نادرست، کاهش احساس کهنتری، غلبه بر ناامیدی، بازشناسی و استفاده از منابع فرد، تشویق افراد به بازشناسی برابری بین مردم و کمک به افراد تا اعضای یاریگر جامعه باشند (۳). روان‌شناسی فردنگر آدلر، که بر اساس سه اصل: هدف‌محوری، علاقه‌مندی اجتماعی، و کل‌نگری^۵ بنا شده (۹) از راه تغییر اهداف و مفاهیم به تغییر انگیزش می‌پردازد. تکنیک‌های مورد استفاده

- 1- Dys-functional
- 2- Present-oriented
- 3- Confrontational
- 4- Emotional Distress
- 5- Holism



روندنمای ۲: مثالی از رویکرد شناختی به مشاوره: A: شنوایی‌شناس کاشت را توصیه می‌کند، B: پدر فکر می‌کند کاشت موجب می‌شود مردم فکر کنند فرزندش کودن است، C: پدر تمایل به شرکت کودکش در روند ارزیابی کاشت حلزونی را ندارد، D: شنوایی‌شناس با نشان دادن چند کودک کاشت‌شده باهوش، باور (B) را مورد مجادله قرار می‌دهد. nB: پدر باور اولیه‌اش را در مورد کاشت بازنگری می‌کند که به نتیجه تازه‌ای منجر می‌شود، E: پدر با کاشت حلزونی فرزندش موافقت می‌کند (Y).

مهارت‌های شناختی مورد نیاز در رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ممکن است از به کارگیری این روش در برخی جلوگیری کند. علاوه بر این، مناسب بودن این رویکرد در افراد دارای عزت نفس پایین یا آنها که در سازگاری با موقعیت یا مشکلات خاص (مثلاً، کم‌توانی ذهنی) با مشکل روبه‌رو هستند، آن را در مشاوره توان‌بخشی سودمند ساخته است. نظریه‌ها و روش‌های ایس، موضوع بررسی‌های قوی نبوده است، اما بالین‌گران، او را اثرگذارترین روان‌درمانگر می‌دانند. رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به عنوان ابزار خودیاری به خوبی پذیرفته شده و به طور گسترده‌ای مورد استفاده است و اثر قوی بر تکامل درمان‌های شناختی دارد (۳).

رویکرد یک، خیلی پیشتر از این که کل این طبقه درمانی این‌گونه شناخته شود، شناخت‌درمانی نامیده می‌شد. یک (۱۹۷۶) بین سه سطح شناخت: اندیشه‌های خودکار، طرحواره‌ها^۱ (مفروضات زیربنایی)، و تحریف‌های شناختی فرق می‌گذارد. به عقیده او خطاهای مشخص در منطق، که به تحریف‌های شناختی (همچون استنباط اختیاری، انتزاع انتخابی^۳، تعمیم بیش‌از اندازه، فاجعه‌انگاری^۴ و شمردن، شخصی کردن، برچسب زدن و برچسب نادرست زدن^۵، و تفکر قطبی^۶ ناشی از خطا در استدلال) منجر می‌شود، می‌تواند به فشار هیجانی منفی و دیگر مشکلات

رفتاری-عاطفی-شناختی باشد. برای مثال، پدری ممکن است نتیجه بگیرد کاشت موجب می‌شود، مردم فکر کنند فرزندم کودن است. (C) پیامد ارزیابی فرد است. در این مورد، پدر ممکن است تصمیم بگیرد که هرگز اجازه نخواهد داد کودکش کاشت حلزون شود، چون نمی‌خواهد کودکش را کودن بدانند (Y). اگر چه (A) ممکن است علت به نظر برسد، اما ممکن است در حقیقت علت واقعی (C) نباشد. در واقع نظام باور فرد (B) موجب ایجاد نتایج هیجانی می‌شود. نتایج هیجانی نامطلوب را می‌توان با مجادله مؤثر باورهای غیرمنطقی از راه چالش‌های رفتاری و منطقی حذف کرد یا کاهش داد (۳). کلید مشاوره، کمک به مراجع است تا تشخیص دهد ارزیابی از رویداد و نه خود رویداد فعال‌کننده موجب نتیجه ناخوشایند شده است (Y). با به دست آوردن دید منطقی‌تر از ناشنوایی و کاشت حلزونی (مثلاً، کودک کاشت حلزونی لزوماً کودن نیست) والدین بیشتری امکان دارد به شیوه سازشی و خودخدمت‌کننده به ناشنوایی کودکشان واکنش نشان دهند. نتایج هیجانی نامطلوب را می‌توان با مجادله^۱ مؤثر با باورهای غیرمنطقی، از راه چالش‌های منطقی یا رفتاری، کاهش داد یا حذف کرد (۳). بر این اساس، برخی بالین‌گران وقتی از الگوی ایس استفاده می‌کنند، اجزای (E) و (D) را به کار می‌گیرند. (D) نماینده مجادله و (E) نماینده فلسفه یا کنش مؤثر است. در این مثال، شنوایی‌شناس با کمک به پدر، تلاش می‌کند تا ارزیابی‌اش از کم‌شنوایی و دستگاه کاشت را مورد تردید قرار دهد، (D در توالی A-B-C-D-E) جز (E) را پیاده می‌کند. این کار ممکن است با پرسیدن از پدر برای ارائه مدرکی مبنی بر باورش یا پرسش از او که اگر این باور را کنار بگذارد چه رخ می‌دهد، انجام پذیرد. در این مورد نتیجه کنار گذاشتن یا جایگزین کردن باور غیرمنطقی با باور منطقی در یک دوره کنش مؤثر (جز E) کاشت کودک است. روندنمای ۲ مراحل روند (A-B-C-D-E) را نشان می‌دهد (Y).

- 2- Schemata
- 3- Selective Abstraction
- 4- Catastrophizing
- 5- Mislabeled
- 6- Polarized thinking

1- Dispute

روان‌شناختی شتاب ببخشد (۳).

هدف درمان شناختی-یک، شناسایی و حذف راه‌های تفکر ناسازگار^۱ و یادگیری راه‌های تازه تفکر مؤثر و منطقی است. بالین‌گر مدارک را همراه با مراجع بررسی و به مراجع کمک می‌کند، تا تفاوت‌ها را شناسایی، نیاز برای تغییر را تعیین و برنامه عملیاتی را آغاز کند. رابطه مراجع-بالین‌گر یک، رابطه تسهیلی و تعاملی است. بالین‌گر به چالش می‌کشد و ترغیب می‌کند و عموماً تکلیف خانگی می‌دهد. اگرچه برای کاربردش در درمان افسردگی و اضطراب، در گستره وسیعی از دیگر حیطه‌ها شامل: فشار روانی منفی زناشویی^۲، آزار^۳، هراس‌ها^۴، حملات وحشت‌زدگی^۵، سوء مصرف مواد، درد مزمن، اختلال‌های خوردن، رفتار خودکشی، مشکلات مراقبت سلامت، و اختلال فشار پس از ضربه (PTSD)^۶ استفاده شده و موفقیت آمیز است. یک برخلاف ایس تجربه‌گراست. نظریه‌های ارزیابی‌های او به طور کامل بررسی شده است. یک (PTSD) احتمالاً پرخواننده‌ترین نظریه پرداز شناختی باشد.

آدلر، ایس و یک، به قصد تقویت فرایندهای درمانی، از جهت‌گیری اصلی روان‌کاوانه خود جدا شدند و به رویکردهای شناختی، روان‌درمانی و مشاوره کمک کردند. ساختار رویکردهای شناختی خیلی ساده‌تر از روش‌های انسان‌گرایانه یا روان‌کاوانه توضیح داده می‌شود. اگرچه روش‌های شناختی، به جا، مؤثر و قاعده‌مند و سازمان‌یافته اند، انعطاف‌پذیرتر از رویکردهای رفتاری هستند. به علاوه، درمان شناختی نوعاً روندی کوتاه و مختصر است، که به محبوبیت آن نیز کمک می‌کند (۳).

رویکردهای رفتاری

رویکردهای رفتاری، در مقابل ذهن و اندیشه، بر کنش تن و اندام‌ها تأکید می‌کنند (۱). این رویکردها حتی بیشتر از روش‌های شناختی، بر اساس نظریه یادگیری هستند که برای تغییر رفتارهای نامناسب از اصول یادگیری (مثلاً،

شرطی شدن کلاسیک) استفاده می‌کند و رفتار سازشی را آموزش می‌دهد (۱، ۳). اگرچه رویکردهای رفتاری به طور گسترده‌ای تفاوت دارند، مشاوره رفتاری نوعاً با ریشه‌هایی در روان‌شناسی تجربی^۷ و اجتماعی توصیف می‌شود (۳)، سرشتی تحلیلی و تجربی دارد و تمرکز مداخله بر قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری بودن است و نتایج قابل سنجشی به دست می‌دهد (۱، ۳). شنوایی‌سنجی دیدارپاداشی^۸ (که از فنون رفتاری برای کنترل رفتار و فراهم کردن اطلاعات درباره شنیدن استفاده می‌کند)، شگرد رفتاری بسیار آشنایی برای شنوایی‌شناسان است. رویکرد رفتاری در افراد دارای آسیب شنوایی، در بسیاری از موقعیت‌ها، سودمند است و ممکن است برای کمک به مراجع، با رویکردهای شناختی نیز درآمیخته شود (۳). رفتاردرمانی معاصر شامل چهار حوزه اصلی شکل‌گیری است: (۱) شرطی‌سازی کلاسیک (۲) شرطی‌سازی کنشگر^۹. (۳) نظریه یادگیری اجتماعی (نظریه اجتماعی-شناختی). (۴) توجه به عوامل شناختی مؤثر بر رفتار (رفتاردرمانی شناختی)

رویکردهای رفتاردرمانی در مشاوره در زیر آورده شده اند:

رفتاردرمانی (ژوزف وُلپه^{۱۰})

نظریه یادگیری اجتماعی (آلبرت بندورا^{۱۱})

درمان چندحسی (آرنولد لازاروس^{۱۲})

تغییر رفتاری-شناختی^{۱۳} (دونالد مایکنام^{۱۴})

پاولف^{۱۵} و اسکینر^{۱۶} نام‌آشنا‌ترین نظریه‌پردازان رفتارگرا هستند (۱). آشنایی با کار آنها توجیهی است بر ارج نهادن بر روش‌های مشاوره رفتاری. پاولف، زیست‌شناس روسی علاقه‌مند به تغذیه و گوارش به دنبال مشاهدات پاسخ ترشح بزاق در سگ‌ها به ایجاد مفهوم شرطی‌سازی و

7- Experimental

8- Visual reinforcement audiology

9- Operant

10- Joseph Wolpe (1982, 1958)

11- Albert Bandura (1986, 1977, 1969)

12- Arnold Lazarus (1981, 1976)

13- Cognitive Behavior Modification

14- Donald Meichenbaum (1977, 1974)

15- Pavlov (1927, 1928)

16- Skinner (1938, 1953, 1971)

1- Maladaptive

2- Marital Distress

3- Abuse

4- Phobia

5- Panic Attacks

6- Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

در حقیقت، رفتاردرمانی اغلب شامل متغیرهای شناختی و عاطفی همچون اصلاح برداشت نادرست، آموزش، پذیرش، اطمینان دوباره، پیشنهاد دادن، متقاعد کردن و تمایل به کمک کردن است که همه بر نتیجه مشاوره اثر می‌گذارند.

در خلال دهه ۱۹۷۰ میلادی تأکید بر فرآیندهای شناختی در میان رویکردهای رفتاری افزایش یافت. در پاسخ به محدودیت‌های ذاتی، توضیح صرفاً رفتاری، آشفتگی‌های هیجانی و دیگر جنبه‌های کارکرد انسان، نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، درمان چندحسی لازاروس و تغییر رفتار شناختی مایکنبام گسترش پیدا کردند. بندورا باور داشت یادگیری به جای تداعی خودکار محرک-پاسخ، با میانجی‌گری شناخت پدید می‌آید (۳). نظریه یادگیری اجتماعی او که بر یادگیری مشاهده‌ای (الگوسازی) و تعامل دوجانبه بین رفتار فرد و محیط تأکید می‌کند (۱۲)، شامل یادگیری از راه مشاهده، تقلید، الگوسازی و تأیید نقش انتظارات و ملاحظات محیطی در فهم رفتار است (۳). برای مثال، رشد زبان کودک که تحت تأثیر الگوسازی والدین است (۶). الگوهای یادگیری اجتماعی، عملکرد را بیشتر از روش‌های آموزگارمنشانه یا متقاعدکننده کلامی ارتقا می‌دهند (۳).

مایکنبام، بر خلاف آدلر، ایس، و بک، از رفتاردرمانی به حوزه شناخت‌درمانی و فراتر از آن پیشرفت کرد (۱۲). رویکرد تغییر رفتار شناختی مایکنبام بر اساس روش‌های خودآموزی است (۳). او تأکید کرد تغییر رفتار از راه توالی‌ای از فرآیندهای میانجی، که مستلزم تعامل گفتار درونی، ساختارهای شناختی، و رفتارها و پیامدهای آنهاست، رخ می‌دهد. او روند تغییر سه مرحله‌ای را پیشنهاد کرد: (۱) خودمشاهده‌گری (۲) آغاز گفتگوی درونی تازه (۳) یادگیری مهارت‌های تازه (۸). نخست مراجعان برای پایش اندیشه‌ها، احساسات و رفتارها سرگرم خودمشاهده‌گری می‌شوند. پس از آن، در نتیجه تماس‌های اولیه بین مراجع-درمانگر، مراجعان می‌آموزند تا به رفتارهای ناسازگار و فرصت‌هایی برای

خاموش‌سازی^۱ کلاسیک کمک کرد. شرطی‌سازی ابزاری^۲ یا کنشگر اسکینر که در آزمایش باکبوترهای کلیدنوکن^۳ و موش‌های صحرایی اهرم افشار مثال زده شده‌اند اساس فهم اقتصاد ژتونی^۴ و دیگر برنامه‌های تغییر رفتار است. کار این رفتارگرایان نامدار اساس دوره‌های مقدماتی روان‌شناسی است.

ژوزف وُلپه دیگر روانکاو بود که نخستین بار مفاهیم رفتاری را به حوزه بالینی معرفی کرد. او به نظریه‌های پاولف علاقه‌مند شد و آنچه، در اصل بازداری معکوس^۵ و امروز حساسیت‌زدایی منظم^۶ نامیده می‌شود را ایجاد کرد. از این روش، با ارائه پاسخی متضاد، همچون آرامش^۷ همراه با سلسله‌مراتبی از محرک‌هایی که پاسخ هیجانی ناخوشایند را برمی‌انگیزند برای درمان هراس و اضطراب استفاده می‌شود (۳). از آنجا که فرد همزمان نمی‌تواند در وضعیت آرامش و تنش باشد جفت کردن دو وضعیت، موجب خنثی شدن پاسخ ترس آموخته شده فرد به آن محرک می‌شود (۱۱). الگوی اصلی وُلپه مستلزم واداشتن مراجعان به تصویر کردن محرک‌های ترساننده بود که از راه سلسله‌مراتبی از کمترین تا بیشترین وضعیت برانگیزاننده اضطراب پیشرفت می‌کرد. حساسیت‌زدایی درون‌تنی^۸، که اغلب برای ارزیابی موفقیت آمیز بودن مداخله استفاده می‌شود، مستلزم قرارداشتن در معرض محرک واقعی و نه تصویرپردازی است. دیگر راهبردهای رفتاری مورد استفاده وُلپه برای درمان گسترده وسیعی از مشکلات عبارت بودند از: بیزاری‌درمانی^۹، و ابراز‌آموزی^{۱۰} که در جاهای مختلفی برای جمعیت‌های دارای آسیب شنوایی به کار گرفته شده‌اند. (او به دلیل تأیید نکردن اثر احتمالی متغیرهای شناختی و منطقی ذاتی رویکردش یا هر رویکرد رفتاری، مورد انتقاد قرار گرفته است.

- 1- Extinction
- 2- Instrumental
- 3- Key-pecking
- 4- Token Economies
- 5- Reciprocal Inhibition
- 6- Systemic De-sensitization
- 7- Relaxation
- 8- In vivo
- 9- Aversion Therapy
- 10- Assertiveness Training

11- Self-instructional

درمانی (۲) تعیین راهبردهای درمانی برای برطرف کردن مشکل و رسیدن به اهداف (۳) ارزیابی منظم، موجب موفقیت مداخله می‌شود.

در بسیاری از موارد، رویکردهای مشاوره‌ای رفتاری، درمان مقرون به صرفه کوتاه‌تر را محتمل ساخته‌اند. روش‌های درمانی خاصی که از رویکردهای رفتاری مثل قارچ سبز شده‌اند، به ویژه در کار بالینی، سودمند بوده‌اند. در میان این روش‌ها جنبه‌های بسیاری از پزشکی رفتاری (شامل بازخورد زیستی^۴) وجود دارد. رفتاردرمانی موجب شده علاقه مندی در استفاده از فرضیه، در درمان نیز از سر گرفته شود. رفتاردرمانگران به این خرده‌گیری، که آنها کارگزار کنترل اجتماع هستند، این‌گونه پاسخ می‌دهند که: مراجعان، اهداف درمانی آنها را تعیین می‌کنند، اگرچه این موضوع همیشه شامل کودکان نمی‌شود. سرشت برابر خواهانه^۵ درمان‌های رفتاری تصدیق شده و مستنداتی وجود دارد که گرمی، همدلی و روراستی رفتاردرمانگران به اندازه دیگر درمانگران برآورد شده است. همانند هر رابطه مشاوره‌ای، این رابطه ممکن است یکی از چشمگیرترین اجزای سازنده روند درمان باشد. برخی بر این باورند هستند که دوران رفتاردرمانی به سر آمده و برخی دیگر باور دارند تشخیص قابلیت آن تازه امروز آغاز شده است. اثر آن بر پزشکی رفتاری یک دلیل چنین قابلیت است (۳).

رویکردهای عاطفی یا انسان‌گرایانه

در این رویکردها، مشاور برای تسهیل سازگاری مراجع، به جای تمرکز بر رفتار یا اندیشه‌ها، بر اصلاح احساسات و هیجان‌های او تمرکز می‌کند. این رویکردها بر این نظریه استوارند که مراجعان می‌توانند زندگی خویش را بهبود ببخشند و شرایط سالم و سودمندی به دست آورند که به آنها اجازه دهد خود را کشف کنند (۱). شوربخانه، مشکل ذاتی این روش‌ها آن است که هیجان‌ها، تنها غیرمستقیم حل و فصل می‌شوند. فرض زیربنایی روش‌های مشاوره عاطفی این است که مراجعان می‌توانند دوباره به زندگی خود جهت دهند (با فرض جوّی همدلانه و درمانی که

رفتارهای سازشی جایگزین توجه کنند. در فرآیند درمان، مراجع می‌آموزد ارتباط درونی یا گفتار با خویشتن^۱ را، که راهنمای رفتار تازه است، تغییر دهد. بنابراین، فرد قادر می‌شود تا خود را با مجموعه‌ای از راهبردهای کنار آمدن انعطاف‌پذیرتر به جای ثابت سازگار کند. چندمنظوره بودن این روش با استفاده موفق در بیش‌فعالی، درد، اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال وسواس فکری-عملی سردرد تنشی، نشانگان روده تحریک‌پذیر و اختلالات جنسی مستند شده است (۸).

همپوشانی رفتارگرایی با دورنمای شناختی در نظریه یادگیری اجتماعی، شناخت‌درمانی یک، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس و روش‌های مایکنیام آشکار است. لازاروس رفتارگرا، رویکرد چندحسی‌اش به درمان را پاسخگوی مشکلات انبوهی می‌داند، که مراجعان اغلب عنوان می‌کنند. درمان چندحسی، رویکردی کل‌نگر، جامع و قاعده‌مند به رفتاردرمانی است. به نظر لازاروس اصطلاح رفتاردرمانی چندحسی تا اندازه‌ای نام درستی نیست. اگرچه روند ارزیابی چندحسی درمان، رفتاری-شناختی است (۱۰). برای پرداختن بسنده به گستره وسیعی از مشکلات فرد (تعیین رفتار، عاطفه، حواس، تصویرپردازی، شناخت، روابط بین‌فردی، داروها/زیست‌شناسی^۲) ارزیابی چندحسی اجرا شده است، که الگوی ارزیابی و مداخله، از دیدگاه لازاروس به ابعاد شخصیت است. او ادعا کرد ارزیابی، روش عملی تعیین آنچه کار می‌کند، برای چه کسی و تحت چه شرایطی است. در این مورد، رویکرد چندحسی اگر التقاطی نباشد، به عنوان انعطاف‌پذیر و همه‌کاره خریدار پیدا کرده است. به ادعای لازاروس درمان چندحسی چون بر اساس مشاهده، آزمودن فرضیات و داده‌های تجربی است، رویکردی رفتاری است. با این وجود، برچسب اصلی «رفتاردرمانی چندحسی» به نفع اصطلاح التقاطی‌گری فنی^۳ کنار گذاشته شده است. لازاروس ادعا کرد هدف از رفتاردرمانی رشد چهارچوب ادراکی است که: موجب (۱) تعیین مشکلات و اهداف

1- Self-speech

2- BASIC I.D.

3- Technical Eclecticism

4- Biofeedback

به قابلیت هر فرد) را دارند. این دیدگاه، فرض محوری درمان انسان‌گرایانه است. شخصیت سالم در صورتی در فرد شکل می‌گیرد که فرد توجه مثبت نامشروط^{۱۱} دریافت کند. یعنی دریافت عشق و پذیرش از سوی والدین یا نزدیکان برای خودِ منحصر به فردش. اغلب بهترین مثال توجه مثبت نامشروط عشق و پذیرش والدین نسبت به کودکشان است. برای مثال، والد کودک دچار کم‌شنوایی که پذیرش و عشق ثابتی را نشان می‌دهد، به رشد و پرورش خودارزشمندی کودک کمک می‌کند. کودک همخوانی^{۱۲} را می‌آموزد یعنی در تماس با اندیشه‌ها و احساس‌های خود باشد و با حالات چهره و زبان تن که بازتاب (یعنی مطابق با) زبان کلامی یا اشاره هستند ارتباط برقرار کند. شخصیت ناسالم وقتی در فرد شکل می‌گیرد که او در تجربه وضعیت‌های ارزشمند بودن پیوسته این پیام را از والدین دریافت کند که تنها در وضعیت‌های خاصی مورد عشق و پذیرش است. برای مثال، کودک نباید هرگز گریه کند یا خشمگین شود و به جای آن باید فرمان‌بردار، کوشا و آسان‌گیر باشد. در نتیجه این تجربیات، کودک می‌آموزد تا خود واقعی‌اش را که با احساسات صادقانه^{۱۳} او ناهمخوان است، با آنچه کودک کلامی یا غیرکلامی می‌اندیشد یا احساس کرده و بیان می‌کند فاصله دارد، پنهان و ظاهر سازی کند. در ظاهر سازی، تمایلات طبیعی کودک برای دریافت عشق و تأیید مشروط، به سمت رشد مثبت قربانی می‌شود. برای مثال، کودک دچار کم‌شنوایی وقتی ببیند والدینش توجه و عشق بیشتری نثار دیگر فرزندان‌شان می‌کنند، ممکن است احساس کند از سوی آنها پذیرفته نشده است و برای این که بیشتر شبیه خواهر و برادرانش به نظر برسد بکوشد خوب نشنیدن یا متوجه صحبت‌هایشان نشدنش را پنهان کند. نقش مشاور، ناهدایتگری (تلاش نکردن برای اثرگذاری و اساساً بازتابنده بودن) و حمایتگری است. شنوایی‌شناس با استفاده از شگردهای انسان‌گرایانه یا شخص‌محور می‌کوشد رشد و تلاش مثبت طبیعی مراجع را ارتقا بخشد

خوداکتشافی را هدایت می‌کند). رویکردهای انسان‌گرایانه به مشاوره در زیر آورده شده است (۳).

درمان شخص‌محور (کارل راجرز^۱)

گشتالت‌درمانی^۲ (فردریک پرلز^۳)

روان‌درمانی وجودی^۴ (رولو می^۵)

درمان مراجع‌محور، که امروزه عموماً درمان شخص‌محور^۶ نامیده می‌شود، بر اساس کارهای کارل راجرز و بر پایه نظریه‌های گسترده شخصیت و رشد است. نظریه راجری، جدایی آشکار دیگری از روان‌کاوی است. در الگوی شخص‌محور، فرد ذاتاً خوب، واقع‌بین یا منطقی، سازنده^۷، دلبسته و روبه‌ترقی در نظر گرفته می‌شود (۱، ۳). به علاوه، این رویکرد، رویکردی پدیدارشناختی در نظر گرفته می‌شود (یعنی، رویکردی که بر این باور است، اگرچه جهان واقعی ممکن است وجود داشته باشد، وجودش بر پایه ادراک‌ها استنباط می‌شود). مقصود درمان شخص‌محور تغییر روشی است،

که مراجع حیطه پدیداری‌اش را درک می‌کند. رویکرد راجرز به لحاظ نقش مشاور، به طور چشمگیری با رویکردهای شناختی تفاوت دارد (۳). نقش مشاور مراجع‌محور، ناهدایت‌گری^۸ و تشویق فرد است تا دریابد چگونه تغییر را عملی سازد، چون هدف، تمرکز بر خودشکوفایی^۹ به وسیله مراجع است که کاملاً با هدف کلی تقویت روند رشد خودگردان^{۱۰} (خودشکوفایی) مطابقت دارد (۱، ۳).

راجرز در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ میلادی آنچه را که امروز درمان انسان‌گرایانه و درمان مراجع‌محور نامیده می‌شود، گسترش داد. راجرز تأکید کرد انسان‌ها منطقی هستند و آمادگی رشد مثبت یا خودشکوفایی (پی‌بردن

1- Carl Rogers (1980, 1961, 1951, 1942)

2- Gestalt Therapy

3- Friedrich Perls (1973, 1969, 1951)

4- Existential

5- Rollo May (1977, 1961)

6- Person-centered

7- Constructive

8- Nondirective

9- Self-actualization

10- Self-directed

11- Unconditional Positive Regard

12- Congruence

13- Genuine

به مراجع به شیوه‌ای بدون تهدید بیان کند. مثلاً، وقتی دیر می‌کنید احساس دلخوری می‌کنم. بر اساس آنچه گفته‌شد پوشاندن احساسات منفی کارگر نمی‌افتد و به رابطهٔ بالین‌گر و مراجع آسیب می‌زند.

این‌که بالین‌گر از پس احساسات منفی نسبت به مراجع برآید، مستلزم تلاش برای فهم بهتر دیدگاه مراجع (همدلی) است. بالین‌گر ممکن است برخی پرسش‌ها را همچون «چرا والدین در خانه با کودک کار نمی‌کنند»، از خود بپرسد. معمولاً اگر بالین‌گر بتواند ترس‌ها، رفتارها و شرایط زندگی مراجع را بهتر بفهمد، همدلی بیشتر و آزرده‌گی کمتری خواهد داشت. نکته این است که بالین‌گر باید دربارهٔ رفتارش نسبت به مراجع بیندیشد و صرفاً به سرزنش مراجع نپردازد. با در نظر گرفتن این گام‌ها، توجه مثبت نامشروط نسبت به مراجع در بالین‌گر بهتر رشد کرده یا برخواهد گشت. مهم است توجه کنیم که گاه مفهوم صداقت بالین‌گر به عنوان مجوزی برای صحبت دربارهٔ خودشان یا سرگرم شدن به خودافشایی، بدفهمیده شده است. مقصود راجرز این نبود، او در اصل دل‌واپس این ایده بود که بالین‌گران نباید وانمود کنند که دلسوز یا علاقه‌مندند. چون احتمالاً مراجع این ظاهرسازی را کشف کرده و رابطهٔ درمانی آسیب خواهد دید.

۲. همدلی: همدلی مستلزم «بودن با» فرد و تجربه‌های لحظه‌به‌لحظه او و رویارویی شخصی، نه صرفاً ارزیابی عینی مشکلاتش است. برای این‌که بالین‌گر همدلی را تجربه کند و نشان دهد، نه تنها باید آسیب شنوایی را بفهمد بلکه باید بداند کم‌شنوایی/ناشنوایی چگونه زندگی کودک و خانواده‌اش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگرچه شنوایی‌شناس هرگز آنچه را، والدین واقعاً تجربه می‌کنند، احساس نخواهد کرد، ولی می‌تواند تلاش کند خود را جای آنها بگذارد. بالین‌گران در تلاش برای همدلی باید مراقب باشند از سر شور و اشتیاق دچار افراط نشوند. گاه تلاش‌های فراوان برای دوستانه، دلسوزانه و همدلانه به نظر رسیدن، به ویژه در مراحل اولیه روابط کاری ممکن است برای مراجع، بدلی و ریاکارانه به نظر برسد. در این مورد بالین‌گر می‌کوشد تا گرم‌تر و همدلانه‌تر از

و از رویارویی یا تلاش مستقیم برای تغییر رفتار مراجع بپرهیزد. از نظر راجرز، وضعیت‌های بسنده و ضروری برای تغییر درمانی عبارت‌اند از: روراستی^۱، همدلی^۲ و توجه مثبت نامشروط.

۱. روراستی (صداقت): بالین‌گر صادق، خود را صادقانه ارائه می‌کند و به ظاهرسازی نمی‌پردازد. برای مثال، اگر مراجعی به بالین‌گر بگوید: «امروز خسته به نظر می‌رسید» بالین‌گر ممکن است بگوید: «بله، حق باشماست، امروز کمی خسته هستم». در این پاسخ، بالین‌گر ادراک مراجع را تأیید کرده است.

وقتی بین آنچه دربارهٔ مراجع احساس می‌کنیم با آنچه فکر می‌کنیم باید احساس کنیم همخوانی وجود نداشته باشد، دادن پاسخ همخوان دشوار است. برای مثال، والدینی که در جلسات توان‌بخشی به‌طور منظم حاضر نمی‌شوند ممکن است موجب رنجیدگی ما شوند. مثال دیگر از ناهمخوانی ممکن است وقتی رخ دهد که بالین‌گر از این‌که چقدر خشمگین یا آزرده است، آگاه نباشد. با این وجود، می‌کوشیم با احترام و درمانگرانه پاسخ دهیم. اگر دقت نکنیم والدین ممکن است پیام درهمی را که از احساسات واقعی ما درز کرده، تجربه کنند. رفتار ما ممکن است در ظاهر مؤدبانه باشد، اما ته‌زمینه‌ای از خشم و دلخوری دربردارد. در چنین مواردی، اگرچه بالین‌گر دقت می‌کند تا گرم و مثبت پاسخ دهد، ممکن است مراجع هر دو سطح پاسخ بالین‌گر (رفتارهای ظاهری مؤدبانه و ته‌زمینه‌ای رنجیده و خشمگین) را دریافت کند. احتمالاً، ناهمخوانی بین دو سطح ارتباط ممکن است موجب ناراحتی مراجع و پاسخی با بار منفی شود. بالین‌گری که از ادراک‌های مراجع آگاه نمی‌شود ممکن است مراجع را فاقد حس همکاری، قدرناشناس و سختگیر بپندارد. برای کارکردن در این موقعیت‌های چالش برانگیز، نخست لازم است بالین‌گر از گرایش به پاسخ ناهمگون آگاه‌شده، به جای این‌که تنها بر احساسات منفی نسبت به مراجع سرپوش بگذارد، با موفقیت از پس آنها برآید. همچنین بالین‌گر ممکن است انتخاب کند احساسات خود را نسبت

1- Genuineness

2- Empathy

رویکرد دیگر مشاوره انسان‌گرایانه، گشتالت‌درمانی^۱ است که روشی پدیدارشناختی-وجودی^۲ و تا اندازه‌ای همانند درمان مراجع محور است. این رویکرد، رویکردی کل‌نگر^۳ است (شکل ۱) و افراد را به نقطه خودرهنمودی^۴ پیوند می‌دهد. با این وجود، نقش مشاور در این رویکرد آشکارا با درمان مراجع محور متفاوت است، چرا که در گشتالت‌درمانی تمرکز بر این زمانی و این مکانی بودن و آگاهی از تمام عناصری است که کل هستی فرد را ترسیم می‌کنند (گشتالت). این رویکرد، توانایی فرد را بر حفظ تماس با موقعیت جاری افزایش می‌دهد [۳، ۱]. بنابراین، اگر روش‌های راجرز را شخص محور بدانیم گشتالت‌درمانی را باید اکنون محور^۵ نامید. تمرین‌های مورد استفاده در گشتالت‌درمانی شامل تقویت^۶، اغراق، و خیال‌پردازی هدایت‌شده^۷ تجربی بوده، برای تقویت آگاهی طراحی می‌شوند. مشاوران تا نقطه‌ای که به طور جدی موجب دلسردی مراجعان را فراهم می‌کند برخوردی بازجویانه و مقتدرانه دارند. بنابراین، می‌توانند حمایت و منابعی را که می‌جویند، درون خودشان بیابند. آموزش^۸ فشرده و درمان شخصی^۹ لازمه گشتالت‌درمانگر بودن است که به خودی خود کاربردش را در کار توان‌بخشی محدود می‌کند. این روند نه ساده است و نه خوشایند و بسیاری از کسانی که درمان را آغاز می‌کنند، بنابر گزارش‌های رسیده، آن را ادامه نمی‌دهند. برخلاف مشاوره شخص محور، گشتالت‌درمانی موضوع بررسی‌های منظم نبوده است. با این وجود، این رویکرد نیز کمک کرده است. عبارات عامیانه‌ای همچون «در تماس باشید» و «بالا بردن آگاهی^{۱۰}» ریشه‌هایی در تکنیک‌های گشتالت دارند. تمرین‌های تجربی مورد استفاده در گشتالت‌درمانی برای اهداف گوناگونی سازگار شده‌اند. گشتالت که بر ارتباط غیرکلامی تمرکز می‌کند، در بسیاری از عرصه‌ها مؤثر است. اگرچه

آنچه واقعاً هست به نظر برسد. برای مثال، ممکن است بالین‌گر نیت خوبی داشته باشد و بخواهد کمک کند مراجع حس کند درک می‌شود و ارزشمند است، اما مراجع این نمایش تصنعی بیش‌از اندازه شیرین و دلسوزانه را با دید منفی نگاه کند.

۳. توجه مثبت نامشروط: وقتی شنوایی‌شناسان به شیوه‌ای پایدار ارتباطی صادقانه و دلسوزانه دارند، توجه مثبت نامشروط را نشان می‌دهند. این موضوع به مراجعان اجازه می‌دهد محیط درمان عاری از دآوری را تجربه کنند، که ممکن است آنها را ترغیب کند. همچنین وقتی که نمی‌خواهند تکالیف درمان را با حداکثر تلاش یا دخالت، انجام دهند با بالین‌گر روراست‌تر باشند. در درمان انسان‌گرایانه به جای تکنیک‌های درمانی، تأکید بر فراهم کردن ارتباط مثبت است. اگرچه، همچنان که والدین خود را بیان می‌کنند بالین‌گر نسبت به عبارات مربوط به «خود» هشیار است (برای مثال، «احساس نمی‌کنم انجام تمرین‌های تازه را دوست دارم» یا «متوجه نمی‌شوم این تمرین‌ها چگونه کمک خواهند کرد»). همچنین لازم است بالین‌گر به ارتباط غیرکلامی ناهمخوان با ارتباط کلامی والدین (مثلاً خندیدن در حالی که بحث درباره احساس منفی یا زیان شخصی است) توجه کند.

بالین‌گر ممکن است با دادن بازتاب (دگرگویی عبارات یا در صورت نیاز اشاره به اختلاف در ارتباط) به خود و مراجع نشان دهد آنچه را گفته‌شده، شنیده و احساسات مراجع را فهمیده است. برای فراهم کردن بازتاب ساده، بالین‌گر باید به مراجع نشان دهد گفته‌ها را شنیده و علاقه‌مند بیشتر شنیدن است هر چند این بازتاب نباید صرفاً تقلید یا گفتن طوطی‌وار آخرین واژه‌های مراجع باشد. اگرچه مهم است برداشت خاصی را به مراجع تحمیل نکرد یا احساس او را پذیرفت، بالین‌گر می‌تواند پرسش‌هایی را مطرح کند که بیانگر همدلی با تجربه‌های احتمالی مراجع است. فراهم کردن محیطی که در آن تمام احساسات و تجربه‌های مراجعان مورد احترام و تأیید باشد، نقطه مرکزی درمان انسان‌گرایانه است و می‌تواند افشاکگری را در جلسات درمان به حداکثر برساند (۶).

1- Gestalt Therapy (Fritz Perls, 1973)

2- Phenomenologic-Existential

3- Holistic

4- Self-directive

5- Present-centered

6- Enhancement

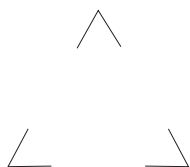
7- Guided Fantasy

8- Training

9- Personal Therapy

10- consciousness-raising

کمک‌های مشاوره‌ای انسان‌گرایانه، پدیدارشناختی و وجودی، بسیار است. سرشت نقادانه و ویژگی‌های مشاوران و اهمیت آنها به رابطه مشاور-مراجع به ویژه ارزشمند است. تأثیر راجرز در این حیطه ممکن است بی‌حد و اندازه باشد. امروزه نظریه «خود» راجرز و مطالعه دقیق مفاهیمی که در قالب آن ریخته شده، تحت کنترل درآمده است. تکنیک «ایفای نقش» و «صندلی خالی»^۸ ابزارهای درمانی مؤثری هستند، که مشاوران با جهت‌گیری مختلف از گشتالت‌درمانی اقتباس کرده‌اند (۳).



شکل ۱: تصویر گشتالت. وقتی به سه زاویه یک مثلث متساوی‌الاضلاع نگاه می‌کنیم به جای سه زاویه کوچک یک مثلث بزرگ می‌بینیم (۱۳).

درمانگران وجودی به شرایط اوج زندگی و این که چطور مردم از پس شوربختی‌های هستی برمی‌آیند، علاقه‌مندند. یالوم، روان‌درمانی وجودی را به صورت رویکرد درمانی پویایی توصیف کرد، که بر نگرانی‌هایی که ریشه در هستی فرد دارد، تمرکز می‌کند. مردم در زندگی با شرایط ترسناک و شدیدی رو به رو می‌شوند. ما بزرگ می‌شویم، پیر می‌شویم، بیمار می‌شویم و می‌میریم. با این وجود، با دانستن این شرایط هنوز هم تلاش می‌کنیم کودکان، بزرگسالان، کارکنان، و همسایگان خوبی باشیم و علی‌رغم ناگزیری مرگمان اهدافمان را بیابیم و مسئول باشیم. تمرکز نویسندگان وجودی اولیه علی‌رغم شرایط گاه غمبار، درک و یافتن معنایی در زندگی بود.

برای مثال، وقتی شنوایی‌شناس به والدین کودک ناشنوایی که آسیب شنوایی‌اش موجب تغییر انتظارات آنها درباره آینده فرزندشان شده مشاوره می‌دهد، ناگزیر در کارش با موضوعات وجودی روبرو می‌شود. با وجود این، برای بسیاری از شنوایی‌شناسان ممکن است، وقتی در زندگی حرفه‌ای یا شخصی با صدمات روبه‌افزایشی روبرو می‌شوند، با اصول وجودی مرتبط‌تر شوند.

مدارکی وجود دارد که بسیاری از طرز تلقی‌های خشک پیشین در روش‌های گشتالت به ویژه در مورد دلسرد کردن مراجع، در حال تعدیل است. گشتالت‌درمانی هنوز هم بحث برانگیز است. چندین نگرانی عبارت‌اند از: گرایش به نادیده گرفتن جنبه‌های شناختی مشاوره، خطر بالقوه تکنیک‌های سوءاستفاده‌گرایانه^۱ و احتمال آلت‌دست قرار دادن مراجع با برخی از این تکنیک‌ها. گشتالت‌درمانی علی‌رغم ادراک اولیه، در مورد مناسب بودنش در افرادی که به طور کلیشه‌ای خشک، منع شده، یا کمال‌گرا به نظر می‌رسند، محبوبیتش تقریباً شگفت‌انگیز است.

اگرچه رویکردهای راجرز و پرلز سرشتی وجودی دارند، افرادی هستند که از رویکرد وجودی متفاوتی پشتیبانی می‌کنند. در ایالات متحده اثرگذارترین این رویکردها، رویکرد رولومبی است که نوشته‌هایش بازتاب فلسفه وجودی کیرکگارد^۲، نیچه^۳، و هوسرل^۴ است (جدول ۱). می‌یالوم^۵ پیش‌بینی کردند درمان وجودی، به همان اندازه که با پیش‌فرض‌های زیربنایی مشاوره سروکار دارد، جذب دیگر رویکردها می‌شود. فردی ممکن است بگوید این رویکرد، فلسفه درمانی‌ای را پایه‌گذاری می‌کند که انسان را به عنوان موجود زنده درک می‌کند. چون درمان وجودی به معنای فراتر رفتن از روند درمان است، روش‌های خاصی وجود ندارد. اگرچه اهمیت فلسفه زیربنایی این‌گونه است، که نوشته‌های می‌قویاً به افرادی که گرایش‌های اقتباسی همگرا را در مشاوره با کار خودشان در نظر می‌گیرند، توصیه می‌شود.

جدول ۱: ایده‌های کلیدی فلسفه وجودی (۱۱)

فیلسوف	ایده کلیدی
کیرکگارد	دیدن جهان از راه تجربه شخصی، مسئولیت هر فرد است که در جهان در جستجوی درک چیزهایی باشد که درکشان دشوار است و یا متناقض به نظر می‌رسند. بخش ضروری انسان بودن جستجوی چنین درکی است.
نیچه	ذهن‌گرایی ^۶ انسان و شور تجربه واقعی انسان
هوسرل	رویکرد پدیدارشناختی ^۷ . زندگی را می‌توان بر حسب پدیدارشناسی (چیزهایی که در زندگی ذهنی، روحی، و فیزیکی رخ می‌دهند) فهمید. تجربه منبع اساسی دانش است.

- 1- Abusive
- 2- Soren Kierkegaard's (1855–1813)
- 3- Friedrich Nietzsche (1900–1844)
- 4- Edmund Husserl (1938–1859)
- 5- Yalom
- 6- Subjectivity
- 7- Phenomenological approach
- 8- Empty Chair

چنین سوگ‌نامه‌ای ممکن است به این اندیشه ترسناک بیانجامد که در زندگی هیچ معنایی وجود ندارد. چالش‌هایی که همه ما با آن رو به رو هستیم این است که علی‌رغم ناملایمات، برای تحمل زندگی روزانه باید معنایی را در زندگی پیدا کنیم. فرانکل^۳ تأکید کرد نیروی ابتدایی هر فرد جستجو برای معناست. هر فرد باید معنای خاص و منحصر به فردی را که به زندگی‌اش اهمیت داده و او را به زندگی پیوند می‌دهد، بیافریند. برخی برای معنا بخشیدن به زندگی خود به باورهای مذهبی پناه می‌برند، برخی دیگر، در این جستجو دین‌گریز می‌شوند که برایشان جهت و بزرگی را در جهان بی‌طرف به ارمغان می‌آورد. برخی می‌توانند باورهایشان را به شیوه‌ای سالم تغییر داده، آنچه را نمی‌توانند کنترل کنند بپذیرند و هنوز هم حسی از اثربخشی و معنا را در زندگی خود احساس کنند. بسیاری از متخصصان مراقبت سلامت و شنوایی‌شناسان معنا را در تلاش برای کمک به دیگران می‌یابند.

انزوای وجودی:

سومین نگرانی وجودی، انزوا یا اوج تنهایی در جهان است. یالوم توضیح داد: انزوای وجودی عبارت است از: شکاف پر نشدنی بین ما و دیگری. ما ممکن است خانواده و دوستان نزدیکی داشته باشیم که رویدادهای مهم زندگی مان را با ما شریک می‌شوند اما در نهایت هیچکس درد و افت ناشی از کاستی یا روند مرگ را مثل خود ما نمی‌داند. برای بسیاری نه خود مرگ بلکه حس اوج تنهایی تا این اندازه ترسناک است.

مثالی از انزوای وجودی، کودک ناشنوایی است که والدینش نمی‌خواهند زبان اشاره را (روش ارتباطی ترجیحی کودکان) بیاموزند. تنها تجربه گسترده این کودک از زبان اشاره، ممکن است با دیگر کودکان ناشنوا یا شاید آموزگار کلاس باشد. هر چند کودک ناشنوای خوشبختی که دارای والدین و تنی‌زادگانی است که زبان اشاره را آموخته‌اند، هنوز هم امکان دارد در جمع‌های خانوادگی، با خویشان و دوستانی که اشاره نمی‌کنند یا هنگام تماشای فیلم بدون زیرنویس، منزوی باشد. کودک ممکن است گفتگوهای مهم، طنز

درمان وجودی به تجربه منحصر به فرد هر شخص از بودن در جهان بستگی دارد. چگونه مردم، خود و پیرامونشان را درک می‌کنند و چگونه معنایی در زندگی خود پیدا می‌کنند. در این زمینه به مردم فهمانده شده که پیوسته در تغییر هستند. این موضوع در چگونگی کنار آمدن با زندگی‌شان بازتاب پیدا می‌کند. این وضع، چگونگی رفتار با خودمان و دیگران، مراقبت از خودمان و دیگران، روابطمان با شرایط وجودی زندگی را (همچون سلامت‌مان، پوچی شوربختی‌ها و تنهایی ناشی از دست دادن کسانی که دوست‌شان داریم) شامل می‌شود. در زیر برخی از مفاهیم خاص درمانگران وجودی که به بالین‌گران ربط دارد، آمده است.

عدم قطعیت وجودی^۱:

عدم قطعیت وجودی مستلزم این حقیقت است که هر اندازه تلاش کنیم تا رویدادهای زندگی‌مان را کنترل کنیم، باز متوجه می‌شویم که بسیاری از رویدادها بیرون از کنترل ما هستند. ما ممکن است سبک زندگی سالم و تغذیه خوب داشته باشیم، به طور منظم تمرین کنیم و هنگام رانندگی کمربند ایمنی ببندیم. با این وجود، ممکن است دچار ناشنوایی ناگهانی شویم یا تصادف کنیم. ما نمی‌توانیم عدم قطعیت را حذف کنیم، اگر چه می‌توانیم تلاش کنیم احتمال خطر یا صدمه به خود یا افرادی را که دوست‌شان داریم، کاهش دهیم. باور به حذف عدم قطعیت وقتی نتوانیم رویدادهای مصیبت‌بار را کنترل کنیم، به ویژه برای آن‌ها که دوست‌شان داریم، ما را دچار احساس گناه می‌کند.

پوچی وجودی^۲:

وقتی رویدادی مصیبت‌بار رخ دهد، پرسش‌ها و تردید درباره پوچی پدیدار می‌شود. پوچی وجودی به اضطراب ما درباره معنایی گفته می‌شود که برای خودمان ایجاد کرده‌ایم و ممکن است یک رویداد آن را از بین ببرد. اگر کودکی با آسیب شنوایی به دنیا بیاید یا در اثر مننژیت ناشنوا شود، معنای پیشین ممکن است به چالش کشیده شده یا بر باد رود و حسی از پوچی برای ما باقی بگذارد.

1- Existential Uncertainty

2- Existential Meaninglessness

3- Frankle (1959)

الگوها از انواعی از رویکردهای درمانی است. لازراس و بوتلر^۲ دریافتند، ۶۰ تا ۷۰ درصد مشاوران حرفه‌ای، از نظریه‌ها و تکنیک‌ها التقاطی استفاده می‌کنند. از آنجا که شنوایی‌شناسان با انواعی از اختلال‌های شنوایی، زبان، گفتار و شناخت در سنین مختلف کار می‌کنند، لازم است برای ارتباط مؤثر با مراجعان و خانواده‌های آنها مفاهیم، راهبردها و تکنیک‌ها را از قالب‌های مشاوره‌ای گوناگونی بگیرند. مشخصه رویکرد یکپارچه باز بودن نسبت به انواعی از روش‌های ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌های مختلف است. رویکرد یکپارچه، به مشاوره فراتر از دیگر محدوده‌های یک رویکرد نظری نگاه می‌کند تا ببیند چه چیزی از دیگر دیدگاه‌ها قابل آموختن است و مراجعان چگونه می‌توانند از آنها سود ببرند.

برای رسیدن به یکپارچگی سه روش مقدماتی وجود دارد: التقاط‌گرایی فنی^۳، یکپارچگی نظری^۴ و عوامل مشترک^۵. التقاط‌گرایی فنی مجموعه‌ای از تکنیک‌های انتخاب‌شده از انواع مختلف رویکردهاست. بالین‌گر در هر لحظه و در خلال هر تعامل با خانواده لزوماً بدون موافق بودن با وضعیت نظری، که این تکنیک از آن استخراج شده، سودمندترین تکنیک را انتخاب می‌کند. یکپارچگی نظری، به رشد چهارچوب ادراکی یا نظری گفته می‌شود که با این فرض که آمیختن نظریه‌ها غنی‌تر از هر نظریه به تنهایی است، بهترین رویکردهای نظری را با هم ترکیب می‌کند. رویکرد عوامل مشترک، از سامانه‌های نظری مشترک، عناصر نایژه را بیرون می‌کشد. عناصر نایژه عواملی همچون انتظارات مثبت، رابطه گرم و خوش‌بینانه و ایمان به بالین‌گر را شامل می‌شود. این دیدگاه به یکپارچگی، بر اساس این فرضیه است که عوامل مشترک (دست‌کم در توجیه نتایج درمان) به اندازه عناصر منحصربه‌فردی که هر نظریه را از دیگری متمایز می‌کند، مهم هستند (۶).

برنامه‌ها و پیام‌های خبری مهم را متوجه نشود. اگرچه خانواده دوم کوشیده از انزوای روان‌شناختی کودکشان بکاهد، هر دو کودک به ناچار انزوا را تجربه می‌کنند. انزوایی که این کودکان حس می‌کنند ریشه در داشتن احساس متفاوت با دیگر کودکان و احساسی است که خانواده‌هایشان دارند (مهم نیست چقدر دوستشان دارند) و نمی‌توانند هرگز ناشنوا بودن را کاملاً درک کنند. شنوایی‌شناس هر قدر هم خوب باشد هرگز نمی‌تواند فاصله انزوای وجودی را به طور کامل از بین ببرد حتی اگر بالین‌گر تجربه مشابهی داشته باشد هرگز نمی‌داند تجربه مراجع شبیه چیست.

نیستی (مرگ) وجودی^۱:

اگرچه مرگ مهم‌ترین موضوع زندگی است، بیشتر مردم از آن پرهیز می‌کنند. در حقیقت بیشتر مردم انرژی قابل توجهی را صرف پرهیز از وحشت از مرگ می‌کنند. از آنجا که بالین‌گران ممکن است تجربه محدودی با مرگ داشته باشند یا با این موضوع راحت نباشند ممکن است از هر گفتگویی درباره آن یا ارجاع مرگ پرهیزند (۶).

رویکرد یکپارچه:

از آنجا که هیچ نظریه‌ای، راهبر یا تکنیکی همیشه مؤثر نیست، خردمندان آن است که هنگام کار با گستره وسیع سنی، تأخیرها و اختلال‌ها و انواع شخصیت‌ها خود را به یک نظریه محدود نکنیم (۶). رویکرد یکپارچه، ترکیبی از جنبه‌های مختلف روش‌های بحث‌شده است. هم‌پوشانی چشمگیری بین این رویکردها وجود دارد که وفاداری کامل به تنها یک رویکرد را، دشوار می‌کند. بنابراین، این رویکرد با گنجانیدن عواملی از رویکردهای شناختی، رفتاری، و عاطفی که به خاطر کمک به مراجع کنار هم قرار می‌گیرند، سازوکارهای متفاوتی را برای تغییر درهم می‌آمیزد (۱). شنوایی‌شناس در خلال تعامل با خانواده ممکن است مفاهیم نظری مختلف مورد بحث در این مقاله را به کار بگیرد. بالین‌گر ممکن است اصول نظری را یکپارچه کرده و در آن لحظه از مؤثرترین مداخله درمانی استفاده کند. مشاوره یکپارچه، روند انتخاب مفاهیم و

2- Lazarus & Beutler (1993)

3- Technical Eclecticism

4- Theoretical Integration

5- Common Factors

1- Existential Nonbeing (Death)

بحث و نتیجه‌گیری

مشاوره به افراد دارای آسیب شنوایی و اعضای خانواده آنها درباره کم‌شنوایی، پیامدهای ارتباطی آن و مشکلات سازگاری با آسیب شنوایی مسئولیت حرفه‌ای شنوایی‌شناسان است، اما بیشتر شنوایی‌شناسانی که وارد این حوزه می‌شوند، آموزش خاصی در آن ندیده‌اند. بسیاری از آنها می‌پذیرند مشاوره صرفاً به معنای توضیح دادن است؛ نتایج آزمون‌ها، کارکرد سمعک، محدودیت‌های سمعک، استفاده از کمک‌افزارهای شنیداری، کاشت‌های حلزونی و غیره. به فارغ‌التحصیلان گفته می‌شود از اصطلاحات تخصصی پرهیزند اما کمتر راهنمایی می‌شوند، تا چگونه به طور مؤثری با هر مراجع ارتباط برقرار کنند. کندی و چارلز^۱، تعریف گسترده‌تری از مشاوره را با فرق گذاشتن بین مشاوره حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای پیشنهاد کردند. خواننده با مشاور حرفه‌ای (مثلاً، روان‌شناس، روان‌پزشک، مددکار اجتماعی) که با بررسی و به چالش کشیدن تاریخچه شخصی فرد و تحلیل معنای پاسخ او، برای ارائه درمان بلندمدت، به مراجع تربیت شده آشناست. روان‌درمانی در جستجوی علت مشکلات فرد است که ممکن است ریشه در روابط خانوادگی یا ضربات دوران کودکی داشته باشد. با این وجود، مشاوران غیر حرفه‌ای افرادی در دیگر حرفه‌های کمک‌رسان هستند، که به مراجعان در رو به رو شدن با گستره‌ای از واکنش‌های هیجانی و روان‌شناختی کمک می‌کنند، چون با حیطه‌شان مرتبط هستند. به عبارت دیگر، شنوایی‌شناسان به عنوان مشاوران غیر حرفه‌ای می‌توانند به مراجعان خشمگین، افسرده، تندخو، یا مضطرب کمک کنند تا بدانند چگونه کم‌شنوایی بر زندگی فرزندان اثر می‌گذارد. در موارد نگرانی‌های نامرتب با کم‌شنوایی (مثلاً، آزارهای خانوادگی، دارودرمانی، بیکاری اعضای خانواده، ...) شنوایی‌شناسان باید مرزهای حرفه‌ای خود را تشخیص داده و این مراجعان را به مراکز یا متخصصان مناسب ارجاع دهند (۱۴).

در این مقاله چندین نظریه و رویکرد درمانی مشاوره ارائه

شده است تا به بالین‌گران کمک کند چهارچوبی را که با آن بتوانند به طور مؤثری با مراجعان و خانواده‌شان کار کنند، گسترش دهند. بالین‌گران لازم است به یاد داشته باشند که هیچ نظریه یا رویکرد درمانی مشاوره‌ای با تمام موقعیت‌ها دمساز نیست و بالین‌گران احتمالاً از چندین رویکرد درمانی برای یک مراجع خاص یا عضوی از خانواده‌اش کمک خواهند گرفت.

اساس مشاوره رابطه بین مشاور مراجع است. بنابراین، نخست بر ارتباط با مراجع و خانواده‌اش (شامل ارج نهادن به تفاوت‌های فرهنگی) و سپس بر تغییرات شناختی و رفتاری تأکید می‌شود. برای شنوایی‌شناسان ممکن است در نظر گرفتن مفاهیم وجودی هنگام کار با مراجع و خانواده‌اش غیر معمول به نظر برسد، اما بسیاری از مشکلات زندگی که می‌کوشیم به آنها بپردازیم اغلب عدم قطعیت، پوچی، انزوا، و حتی گاه مرگ را در پی دارند. بیشتر دیگر نظریه‌ها و رویکردهای درمانی بحث‌شده مستلزم تحلیل رفتار متأثر از فرهنگ، کنش‌ورزی^۲ خانواده و رشد ارزش‌ها هستند در حالی که گرایش مفاهیم وجودی پرداختن به تجربه‌های فراگیرتر زندگی است (۶).

همان‌گونه که گفته شد بین رویکردهای مشاوره‌ای، همپوشانی‌هایی وجود دارد. رویکرد التقاطی اغلب به عنوان رویکرد مورد استفاده بالین‌گران در عمل مورد استناد قرار می‌گیرد (۳). بالین‌گران با چهارچوب درمانی و نظری چندگانه، دارای ارزش زیادی هستند. بالین‌گری که تنها یک یا دو انتخاب دارد، توانایی محدودی در درک و کمک به مراجع و خانواده‌اش خواهد داشت (اگر فردی فقط چکش داشته باشد هر چیزی میخ به نظرش خواهد رسید). با توجه به گوناگونی زیاد مردم و مشکلاتی که بالین‌گران با آنها سروکار دارند، یکدستی نظری (یعنی دنبال کردن یک رویکرد) به ندرت سودمند است. با این وجود، فراتر از رویکرد تکه‌تکه التقاطی، بالین‌گر می‌تواند از رویکرد یکپارچه‌ای که در آن مفاهیم و رویکردهای مشترک یا مکمل یکدیگر را به هم‌گره زده استفاده کند (۶).

۵. توافق در مورد این که مراجعان شرکت‌کنندگان فعالی هستند .

۶. انتظار در مورد این که مراجعان در نتیجه تکنیک‌ها و مداخله ویژه خود، تغییر می‌کنند .

۷. مداخلات به طور مشخص شامل ترغیب و تشویق، پند و اندرز، پشتیبانی و آموزش هستند (۶).

علاوه بر ویژگی‌های مشترک این رویکردها، عوامل دیگری وجود دارند که نظریه‌ها و روش‌های مختلف را به سمت یکپارچگی سوق می‌دهند. از جمله:

۱. افزایش سریع رویکردهای مختلف .

۲. مناسب بودن هر رویکرد برای برخی از مراجعان و مشکلات و نه همه آنها .

۳. واقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی عصر مدیریت مراقبت^۲ و افزایش تقاضا برای مسئولیت‌پذیری .

۴. مشترکات عوامل درمانی که به نظر می‌رسد بر نتیجه بیشترین تأثیر را می‌گذارند .

۵. محبوبیت درمان مقرون به صرفه زمانی^۳ متمرکز بر مسأله .

۶. وجود مدرک مبنی بر تأثیر درمان و نبود مدرک مبنی بر اختلاف در اثربخشی بین درمان‌ها .

۷. تقویت ارتباط با همکاران دیگر مکاتب فکری و افزایش فرصت‌هایی برای هم‌بهره بودن و تجربه درمان‌های مختلف .

۸. رشد سازمان‌ها و نشریات برای ساده کردن یکپارچگی درمان .

هدف نهایی مکتب یکپارچه تقویت درمان است. یک مکتب فکری، که اصطلاح التقاطی برای آن بهترین کاربرد را دارد، بدون تغییر چشمگیر جهان‌بینی یا جهت‌گیری نظری فرد باید روش‌شناسی تکنیک‌های درمانی قابل استفاده را گسترش داده، تقویت کند. عمده هدف مکتب التقاطی برای رسیدن به نتایج برتر خلق الگویی نظری

دومین رویکردی که عموماً مورد استناد قرار می‌گیرد، رویکرد شناختی-رفتاری است. امروزه رویکرد یک-شناختی-رفتاری و رویکرد لازاروس به طور رسمی التقاط‌گرایی فنی نامیده می‌شود (اگرچه به طور رایج هنوز هم «رویکرد چندحسی^۱» مورد استفاده است). از جهات مختلف این رویکردها به عنوان اجزای ضروری برای مؤثر بودن درمان قدری همفکری را نشان می‌دهند. عوامل گوناگونی موجب مکتب التقاطی یا یکپارچه می‌شوند که افزایش آگاهی از مشابهت‌های جداگانه بین رویکردهای مشاوره‌ای مختلف، کم‌اهمیت‌ترین آنها نیست. اگرچه هنوز هم افرادی وجود دارند که به مکتب‌های فکری خودشان وابسته اند، برای همگرایی آشکار بین مفاهیم و روش‌ها و کشف عوامل چندگانه مشترک به طور فزاینده تلاش‌هایی صورت می‌گیرد. رویکردهای شناختی و رفتاری مشابهت‌های زیادی دارند. این رویکردها شخص‌محور، مسأله‌مدار، قاعده‌مند، سازمان‌یافته، کارآمد، تجربی و نسبت به دیگر رویکردها کمتر اسرارآمیز هستند. پذیرش و رشد خویشتن، اهداف مشترک رویکردهای انسان‌گرایانه، روان‌کاوی و شناختی هستند. همچنین هرکدام از این جهت‌گیری‌ها مشکلات سازگاری را در نتیجه ادراک انعطاف‌ناپذیر، ناسازگار یا به طور مشابه نابسند و نامناسب واقعیت می‌دانند (۳).

پاترسون هفت همانندی قطعی بین رویکردهای مشاوره‌ای را عنوان کرد:

۱. توافق در مورد این که انسان‌ها می‌توانند تغییر کنند یا می‌توان آنها را تغییر داد .

۲. توافق در مورد این که برخی رفتارها نامطلوب، نابسند یا زیان‌بار یا موجب ناخرسندی، ناخشنودی یا محدودیت هستند که مجوزی برای تغییر آنهاست .

۳. توافق در مورد این که آنها که جویای مشاوره هستند نیاز به کمک را احساس می‌کنند .

۴. توافق در مورد این که مراجعان باور دارند تغییر می‌تواند رخ دهد و رخ خواهد داد .

2- Managed care

3- Time-effective

1- Multimodal

References

1. Crowe TA. Applications of counseling in speech-language pathology and audiology: Lippincott Williams & Wilkins; 1997.
2. Whicker J, Muñoz K, Schultz JC, editors. Counseling in Audiology: Au. D. Students' Perspectives and Experiences. Seminars in hearing; 2018: Thieme Medical Publishers.
3. Erdman S. Counseling Adults with hearing impairment. In: Alpiner JG, PA. M, editors. Rehabilitative audiology: Children and adults: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 435-49.
4. Rickey L. Gorge, Cristiani. Therese S. Counseling; Theory and Practice. Fallahy R., Hajilu M. (Persian translator). 3rd ed. Tehran: Roshd; 1995.pp: 169.
5. Lieberman A. Counseling Issues: Addressing Behavioral and Emotional Considerations in the Treatment of Communication Disorders. American journal of speech-language pathology. 2018;27(1):13-23.
6. Flasher LV, Fogle P. Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists: Nelson Education; 2011.
7. Tye-Murray N. Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members. 4th ed: Cengage Learning; 2015.
8. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 9th ed: Nelson Education; 2015.
9. Roxane L. Dufrene, Kathryn L. Henderson, Eckart EC. Adlerian Theory. In: Capuzzi D, Stauffer MD, editors. Counseling and psychotherapy: Theories and interventions: John Wiley & Sons; 2016. p. 121.
10. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy: Nelson Education; 2013.
11. Parsons RD, Zhang N. Counseling theory: Guiding reflective practice: Sage Publications; 2014.
12. Sommers-Flanagan R, Sommers-Flanagan J. Becoming an Ethical Helping Professional, with Video Resource Center: Cultural and Philosophical Foundations: John Wiley & Sons; 2015. 290 p.
13. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Geoffrey L, Willem W. A. Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology Cengage Learning; 2009.p.10.
14. English K. Counseling: How audiologists can help patients adjust to hearing loss. In: Katz j, editor. Handbook of clinical audiology 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins;2009. p. 971-2.

است از یکی شدن آنچه در برخی رویکردها بهترین است نسبت به آنچه به جز این قابل دستیابی است (۳).

در پایان مهم است به یاد داشته باشیم نظریه‌ها و رویکردهای درمانی ارائه شده در اینجا تنها اندکی از صدها نظریه و رویکرد درمانی در ادبیات درمانی و مشاوره هستند و نظریه‌ها و رویکردهای دیگری نیز با مفاهیم مرتبط وجود دارند (۴).

