

مشاوران بر روی خط اشتباه

(آسیب‌شناسی مشاوره و درمان)

تألیف :

دکتر سید حمید آتش‌پور

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی

با پیشگفتار :

دکتر مجید صفاری‌نیا

استاد روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور



مشاوران بر روی خط اشتباه (آسیب‌شناسی مشاوره و درمان) / تألیف: دکتر سیدحمید آتش‌پور؛ پیشگفتار: دکتر مجید صفاری‌نیا. - تهران: نشر روان، ۱۴۰۰.
هشت - ۹۴ ص.: نمودار.

ISBN : 978-600-8352-58-7

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.
عنوان دیگر: آسیب‌شناسی مشاوره و درمان.
موضوع: مشاوره بهداشت روانی -- راهنمای آموزشی -- آموزش
موضوع: مشاوران بهداشت روانی -- اخلاق حرفه‌ای
رده‌بندی کنگره: RC ۴۶۶
رده‌بندی دیویی: ۳۶۲/۲۰۴۲۵۱
شماره کتابشناسی ملی: ۸۶۷۲۳۷۷

بیاييد به حقوق ديگران احترام بگذاريم

مخاطب عزیز، خواننده گرامی، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله مترجم و ناشر است. تکثیر آن به هر شکل و میزانی، بدون اجازه از ناشر و مؤلف، و خرید و فروش آن کاری نادرست، غیرقانونی، و غیرشرعی است. پیامد این عمل ناصواب موجب بی‌اعتمادی در فضای نشر و فروش کتاب می‌شود و می‌تواند زمینه‌ساز محیطی ناسالم جهت بی‌ارزش کردن زحمات دست‌اندرکاران فعالیت‌های فرهنگی و اقتصادی در جامعه شود که در نهایت، به زیان خود شما و فرزندان‌تان خواهد شد.

سایت
www.Ravabook.com

www.ketab.ir

پست الکترونیکی
ravan_shams@yahoo.com

■ مشاوران بر روی خط اشتباه (آسیب‌شناسی مشاوره و درمان)

■ تألیف: دکتر سیدحمید آتش‌پور

■ پیشگفتار: دکتر مجید صفاری‌نیا

■ ناشر: روان

■ نوبت چاپ: اول، زمستان ۱۴۰۰

■ لیتوگرافی، چاپ و صحافی: طیف‌نگار

■ شمارگان: ۱۱۰۰ تعداد صفحات: ۱۰۴ صفحه

■ قیمت: ۳۰،۰۰۰ تومان

■ شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۳۵۲-۵۸-۷

ISBN : 978-600-8352-58-7

مرکز پخش: تهران - خیابان زرتشت غربی، بین خیابان علیزاده و شیخ‌لر، پلاک ۶۳

تلفکس: ۸۸۹۶۲۷۰۷

۸۸۹۶۵۲۲۸

۸۸۹۶۷۷۰۴

تلفن: ۹ - ۸۸۹۷۳۳۵۸

فهرست

۱	پیشگفتار
۱	اردوگاه فنون
۵	اردوگاه روابط
۷	نتیجه
۱۲	مقدمه
۱۴	عدم درک اهمیت اولین تماس‌ها
۱۴	تا چه حد ضرورت اولین تماس‌ها را در آموزش‌های رسمی خود درک کرده‌اید؟
۱۴	عدم توجه به زمان مراجعه
۱۵	«چرا این مسأله مهم است؟»
۱۶	مراجع را در شرایط راحت و آسوده قرار ندادن
۱۷	عدم توجه به روابط گذشته فرد
۱۹	ضعف در درک ناراحتی مراجع و واکنش نسبت به آن
۲۰	ضعف در زمینه در نظر نگرفتن بینش مراجع
۲۲	ضعف در نشان دادن توانایی خود
۲۴	ضعف در کشف دیدگاه مراجع نسبت به مشکلی که دارد
۲۵	ترس از ارجاع دادن مراجع
۲۶	عدم توجه به مسأله رازداری
۲۹	عدم توجه به مراجعه‌های قبلی مراجع
۳۰	ضعف در گوش دادن
۳۲	عدم توجه به مفروضه‌های ذهنی خود
۳۲	توجه بیش از حد به تابلوهای برجسته ارائه شده از مشکل
۳۳	خطای اثبات
۳۳	خطای ارتکاب
۳۳	استدلال غلط قماربازها
۳۳	خطای پیامد

- ۳۳..... غرق شدن در هزینه‌ها.
- ۳۴..... عدم توجه به مرحله تغییر در مراجعه کننده.
- ۳۴..... مرحله پیش تأملی یا پیش تصمیم‌گیری.
- ۳۵..... مرحله تأملی یا تصمیم‌گیری.
- ۳۵..... مرحله تغییر و عمل.
- ۳۶..... مرحله تداوم و حفظ کردن.
- ۳۶..... ضعف در فعال نگه داشتن مراجع.
- ۳۸..... ■ ضعف در همدلی.
- ۴۰..... ■ عدم توجه به چندوجهی بودن مراجعان.
- ۴۰..... الف. رفتار (کنش‌ها، فعالیت‌ها، حرکت‌ها و بازتاب‌ها).
- ۴۰..... ب. عواطف (واکنش‌های هیجانی).
- ۴۱..... ج. حس‌های بدنی (دریافت محرک‌های بیرونی و درونی).
- ۴۱..... د. تخیلات و تصورات ذهنی (ایده‌ها، آرزوها).
- ۴۱..... ه. شناخت (معلومات، آگاهی، اندیشه‌ها، مفروضه‌ها).
- ۴۲..... و. روابط بین فردی (ارتباطات فرد).
- ۴۲..... ز. عوامل بیولوژیک (داروها، رژیم غذایی، ورزش).
- ۴۲..... ■ عدم توجه به اقدامات گذشته مراجع در رابطه با مشکلی که داشته است.
- ۴۵..... ■ ضعف در تعیین جایگاه ارتباطی مراجع با دیگران.
- ۵۰..... ■ عدم توجه به نظام فکری مراجع و نظم بخشی به آن.
- ۵۱..... گام اول: درک معنای باورها و نتیجه‌گیری‌های مراجع.
- گام دوم: به بحث گذاشتن سود و زیان تفکرات مراجع بر اساس فهمی که به دست آمده
- و روشن کردن مصادیق تأییدکننده باورهای موردنظر.
- ۵۲..... گام سوم: داوری صحیح در مورد صحبت‌ها و افکار مراجع را در او رشد می‌دهیم.
- ۵۲..... گام چهارم: تعامل دو باور و اندیشه متضاد را در مراجع تقویت می‌کنیم.
- ۵۴..... ■ عدم توجه به شرایط هیجانی مراجع و نظم‌دهی به آن.
- ۵۶..... گام اول: آگاهی‌افزایی هیجانی و تشخیص هیجان‌های خود.
- ۵۷..... گام دوم: کار کردن با هیجان‌ها، تحمل آنها و بیان فهم خود از میزان تحملش.
- ۵۸..... گام سوم: مدیریت و مهار سازگاران هیجان‌ها و مسئولانه‌تر عمل کردن.
- ۵۹..... ■ عدم توجه به نظام رفتاری مراجع و نظم‌دهی به عملکردهای او.
- ۶۱..... ■ عدم دقت در خصوص پسرفت وضعیت مراجع و عمق مشکلاتش.
- ۶۳..... ■ ضعف در مهارت مقابله با مقاومت‌ها.
- ۶۵..... پذیرش و تشویق تناقضی مقاومت.
- ۶۵..... چارچوب‌بندی مجدد مقاومت.
- ۶۶..... جابه‌جایی و گسست مقاومت.

۶۶	تجزیه کردن.....
۶۷	■ عدم توجه به غفلت‌های بی‌خطر درمان.....
۶۷	احساس منتقدانه و اهانت‌آمیز نسبت به مراجع داشتن.....
۶۸	عدم درک مراجع و سرزنش وی به دلیل رفتاری که داشته است.....
۶۸	کوتاهی کردن و تسلیم خستگی خودشدن و به‌طور ذهنی از مراجع فاصله گرفتن و.....
۶۸	نادیده گرفتن، تنبیه کردن و بی‌صبری نشان دادن.....
۶۹	عدم مواجه شدن با حس مقاومت پنهان در غرور خود.....
۷۰	■ تعمد در پنهان کردن اشتباهات خود.....
۷۱	یادداشت‌های فرضی درمانگران.....
۷۳	■ عدم توجه و حساسیت نسبت به وابستگی مراجع.....
۷۵	■ ضعف در حل و فصل تعارض‌های درونی خود: نیازهای مراجع و خودنمایی درمانگر.....
۷۷	■ عدم توجه به مرجع قدرت در روابط.....
۷۸	■ عدم توجه به خودشیفتگی درمانی.....
۸۰	■ ضعف در مهارت مواجهه‌سازی.....
۸۳	■ ضعف در مقابله با باورهای خودتخریب‌گر مراجع.....
۸۵	■ ضعف در درک و مدیریت انتقال متقابل در فرایند مشاوره.....
۸۹	■ ضعف در پایان بخشیدن مؤثر به درمان و مشاوره.....
۹۲	■ منابع و مآخذ.....

پیشگفتار

ظرف یک‌صد سال اخیر مشاوره و روان‌درمانی رشد و تلاش جدی برای خدمت به مردم و جوامع بشری داشته است. در خلال قرن گذشته دنیای مشاوره و روان‌درمانی رویکردهای زیادی را برای ارائه خدمات به مراجعان، گسترش داده است. در ابتدای قرن بیستم و پس از توسعه درمان‌های روان‌تحلیلی متأثر از فروید، درمان‌های موج اول با هدایت اسکینر، تا سال‌های ۱۹۶۰ در عرصه روان‌درمانی از فنون متنوع تغییر رفتار و رفتاردرمانی برخوردار بود. سپس با قدرت یافتن پارادایم شناختی و پدیدارشناختی در نیمه دوم قرن بیستم، درمانگری شناختی با کارهای آیرون تی بک، آغازگر و شتاب‌دهنده فزاینده‌ای در رشد درمان‌های متنوع روان‌درمانی شناختی- رفتاری ایجاد کرد (سهرابی، ۱۳۹۵). در پاراگراف‌های بعدی به انواع این درمان‌ها به اختصار اشاره می‌شود.

ضمن بررسی این درمان‌ها در یک تقسیم‌بندی کلی، می‌توان آنها را به دو اردوگاه مختلف تقسیم کرد. تفاوت اصلی بین این دو اردوگاه مربوط به دیدگاه آنها نسبت به عوامل مؤثر در مشاوره و روان‌درمانی است که منجر به ایجاد تغییرات مطلوب در مراجعان می‌شود. در اینجا از یک اردوگاه به عنوان «فنون» و از دیگری به عنوان «روابط» نام خواهیم برد. هر یک از این اردوگاه‌ها اجزای مختلف را به عنوان مرکزی در ایجاد تغییرات در نظر می‌گیرند، بنابراین نگرش آنها نسبت به مشاوره و روان‌درمانی با دیگری متفاوت خواهد بود.

■ اردوگاه فنون

اردوگاه فنون بر اهمیت روش‌ها و تکنیک‌های درمان تأکید دارد و پروتکل‌های درمانی را که بر روی مداخلات قابل اطمینان برای ایجاد تغییر تعریف می‌کند. اردوگاه فنون بعد از رویکردهای پیشی فرویدی و روان‌کاوی و غالباً متأثر از رویکرد روان‌شناسی رفتاری و سپس ترکیب آن با رویکردهای شناختی و پدیدار شناختی در مشاوره و روان‌درمانی گسترش یافته است.

درمان‌های رفتاری به عنوان موج اول از سال‌های ۱۹۲۰ با کارهای «واتسون» و «اسکینر» آغاز و حدود ۶۰ سال در مشاوره و روان‌درمانی پیشتاز بود (برگر، ۲۰۱۲). درمان‌های رفتاری خط پایه‌ای، شیوه‌های ایجاد رفتارهای جدید و کاهش و یا افزایش رفتارهای نامطلوب، از این

نوع درمان‌ها بود. شناخت درمانی در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط آیرون تی بک به عنوان یک درمان ساختاریافته برای افسردگی، پایه‌گذاری شد. این درمان نوعی درمان شناختی بود که ارتباط با نشوونوهایمانند آدلر، هورتای و سالیوان داشت و همچنین متأثر از پارادایم شناختی و نظریه‌های سازه‌های شخصی جورج کلی درباره‌ی باورهای بنیادین و با طرح واره‌های خویشتن بود. در سال‌های بعد، لازاروس مهم‌ترین فرد مؤثر در تغییر نگرش رفتاردرمانی به سمت شناخت درمانی بود (چرا رفتارگرایان خود را در قالب اصول تجربی یادگیری محصور کرده‌اند و توجهی به وجوه دیگر، از جمله شناخت و هیجان، ندارند).

درمانگری شناختی-رفتاری با استفاده از فنون مختلف و گاهی ترکیب به گستردگی مورد استقبال قرار گرفت و شتابان مسیر خود را به عنوان درمان‌های نسل سوم با تأکید بر فنون و روش‌های مربوط پیش برد. این مدل فنون‌مدار بر اساس محورهای زیر تکامل یافته است.

- مبتنی بر فرمول‌سندی موردی
- ارتباط و اتحاد درمانی سالم (نظام مند همراه با همدلی و توجه مثبت نا مشروط)
- همکاری و مشارکت فعال
- هدف‌نگر و مسأله‌مدار (متمرکز بر مشکل)
- تأکید بر زمان حال
- آموزش‌مداری، خودیاری و پیشگیری از عود
- محدودیت زمانی به دلیل دادن اختیار درمان به بیمار
- ساختارمند
- تأکید بر شناخت، هیجان و رفتار
- مبتنی بر تکنیک‌های رفتاری، شناختی و تنظیم هیجانی است

مثلاً در درمان شناختی-رفتاری (CBT) مجموعه‌ای از مداخلات شفاف و مشخص وجود دارند که اصول معینی را تعریف می‌کند.

به عنوان مثال، از یک شناخت درمانگر انتظار می‌رود که افکار خودآیند را شناسایی کند، و تأثیر آنها را در باورهای بنیادین یا طرحواره‌های مراجع، شناسایی و مدیریت کند. به منظور شناسایی این افکار و باورها، درمانگر تکنیک‌هایی مانند مدل «ABC» به کار خواهد برد (A) رویداد فعال‌کننده، B باور / فکر، C پیامدهای رفتاری و هیجانی).

به تدریج و با تحولات رویکرد شناختی - رفتاری، درمان‌های فنون‌مدار دیگری تحول یافتند. یکی از این رویکردها به اختصار DBT نامیده می‌شود، که رفتاردرمانی دیالکتیک است. **رفتاردرمانی دیالکتیک**^۱ رویکردی شناختی - رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی - رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی دین که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و بر این اساس، چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های تغییرمورد تأکید قرار گرفت.

این رویکرد در شرایطی که اختلال شخصیت مرزی از سوی بسیاری از روان‌شناسان و روانپزشکان به عنوان یک رویکرد مقاوم به درمان شناخته شده بود، برای درمان این اختلال ارائه شد و اثربخشی قابل توجهی در این زمینه نشان داد، به گونه‌ای که از سوی بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) به عنوان یک درمان مؤثر برای اختلال شخصیت مرزی، مورد تأیید قرار گرفت. رویکرد دیگر مستخرج از درمان شناختی - رفتاری، رویکرد متمرکز بر شفقت است.

درمان متمرکز بر شفقت^۲ نوع منحصربه‌فردی از پذیرش، مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری است که در روان‌شناسی تکاملی، علوم عصب‌شناختی و آموزه‌های بودا ریشه دارد. از نظره مفهومی، این درمان مبتنی بر **نظریه ذهنیت اجتماعی گیلبرت**^۳ است؛ گیلبرت، ذهنیت اجتماعی را به عنوان الگوهای شرطی ارتباط با دیگران و خود می‌داند که از طریق فعالیت نورویبولژیکی سیستم‌های تنظیم عاطفی مغز ایجاد شده‌اند؛ این سیستم‌ها ممکن است از طریق دریافت علامت‌هایی خارج از فرد و یا از طریق محرک‌های درونی، فعال شوند. علایمی مانند خصومت از طرف دیگران و خود - انتقادی که به عنوان تهدید ادراک می‌شوند، سیستم ایمنی حفاظت از خطر را فعال می‌کند که این امر منجر به ترشح انتقال‌دهنده سروتونین می‌شود. فعال‌سازی سیستم ایمنی حفاظت از خطر (سیستم تهدید)، منجر به بروز پاسخ‌های جنگ، گریز و یا اجتناب شده که با احساساتی مانند خشم، ترس، شرم و یا انزجار همراه است. درمان‌های مبتنی بر **ذهن آگاهی و پذیرش** نیز به عنوان درمان‌های موج سوم شناختی -

1. Dialectic Behavior Therapy

2. Compassion- Focused Therapy

3. s social mentality theory Gilbert

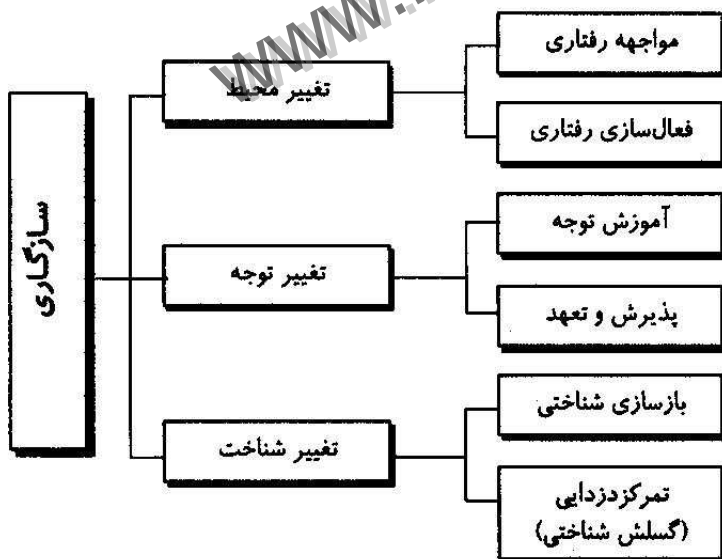
رفتاری شناخته می‌شوند.

ذهن آگاهی شیوه‌ای است برای پرداختن به توجه که از مراقبه شرقی نشأت گرفته و به عنوان توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه توصیف شده است.

ذهن آگاهی تنها یک ایده خوب نیست، بلکه شیوه‌ای برای زندگی است. این شیوه با دعوت به لحظه کنونی، حضوری بیشتر و قضاوتی کمتر در افراد ایجاد می‌کند. اگرچه از ذهن آگاهی به عنوان علمی تازه صحبت می‌کنند، اما عمر واقعی این شیوه به هزاران سال پیش برمی‌گردد، به طوری که از آن به عنوان قلب مراقبه بودایی یاد شده است. با این حال، جوهره این شیوه که به معنای بودن در لحظه و به شیوه‌ای آگاهانه است، تعلیمی جهانی محسوب می‌شود.

مداخلات دیگری که متأثر از رویکرد شناختی-رفتاری گسترش یافته و در ذیل اردوگاه فنون قرار می‌گیرند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT است.

طرحواره درمانی درمان فراشناختی MCT از طریق گفتگو که برای مشاوره و روان‌درمانی به کار می‌رود، از رویکردهای دیگر این دسته‌اند. مداخلات توانبخشی شناختی و توانمندسازی نیز از درمان‌هایی است که در اردوگاه فنون، دسته‌بندی می‌شوند، چون شیوه‌ها و روش‌هایی دارند که مراجعان با کاربرد آنها، عملکردهای شناختی خود را بر اساس این تکنیک‌ها اصلاح می‌کنند.



مدل مشترک در درمان‌های شناختی - رفتاری (مینین، ۲۰۱۳)