مشاوره و روان درمانی به عنوان درمانی در دسترس : گامی به سوی رفاه اجتماعی کم توانهای ذهنی

دکتر سید جلال صدرالسادات[۱]، اصغر دالوندی[۲]

خلاصه

علی رغم این واقعیت که کم توانهای ذهنی نیز به همان نوع و طیف اختلالات عاطفی دچار می شوند که افراد عادی ، به ندرت برای آنها خدمات مشاوره و روان درمانی به عنوان اولین انتخاب منظور می‌شود ، به جدی که عده‌ای از متخصصان بهداشت روانی اظهار کرده‌اند که کم توانهای ذهنی با اختلالات روانی ، از خدمات بهداشت روانی ، کمترین بهره عایدشان می‌شود . همچنین ، بسیاری از آنهایی که با کم توانهای ذهنی کار می‌کنند ، به کرات مقاومتهایی به شکل تردید ، اکراه و مخالفت مستقیم مراکز بهداشت روانی و متخصصان خصوصی را در مواجهه با کم توانهای ذهنی گزارش کرده‌اند . هدف این مقاله جلب توجه دست‌اندرکاران نظام مشاوره و روان درمانی به این موضوع است که برای برخورد با مشکلات عاطفی[۳] این قبیل افراد ، باید از مشاوره و روان درمانی به عنوان اولین انتخاب استفاده کنند و در میان متخصصان تمایل بیشتری برای ارائه این قبیل خدمات به وجود آید . برای این منظور ابتدا از ویژگیهای ثمر بخش مشاوره و روان درمانی و نیز از عناصر مؤثر در دخالت‌های درمانی مفید بحث می‌شود و در انتها ضمن جمع‌بندی مطالب ، پیشنهاداتی ارائه می‌گردد .

واژه های کلیدی : مشاوره ، روان درمانی ، کم توان‌ذهنی ، شناخت ، رفتار

---

۱. دکتر در مددکاری روانی ـ اجتماعی ، استادیار ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲. کارشناس ارشد مدیریت پرستاری ، مربی ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

3 .Emotional and adjustment problems

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

آنچه که از ترکیب تعاریف کازدین [۱] و کورسینی [۲] از روان درمانی به دست می آید ، منظور ما و یا تعریف ما را از مشاوره و روان درمانی ، تامین می کند . به طور کلی ، در این تعریف در فرایند مشاوره و روان درمانی، روند زیر جریان می یابد :

الف) ایجاد تعاملی خاص یا رسمی بین دو یا چند نفر که نوعاً "مراجع " و " مشاور" یا " روان درمانگر" هستند . در این رابطه ، همه تلاش یک طرف معطوف به رفع تنش یا برخورد با مساله ای خاص است .

ب)تمرکز این تعامل ممکن است بر عوامل شناختی ، عاطفی ، شخصیتی یا رفتاری باشد ؛

ج)درمانگر یا مشاور مجموعه‌ای از فنون یا رویه هایی را مورد استفاده قرار می دهد و یا شرایطی را ایجاد می کند که هدف آن کاهش بار تنش یا حل مساله مراجع بر اساس یک چارچوب نظری است .

د) مراجع معمولاً مسائل و موضوعات مربوط به تنش یا نگرانی را شرح می دهد و مشاور یا درمانگر ، با عنایت به پاسخ به تعاملات ناشی از بکارگیری فنون و رویه ها یا ایجاد شرایط لازم ، در صدد رفع تنش یا نگرانی بر می آید .

همان طور که کازدین [۱] می گوید ، روان درمانی از لحاظ نظری و شیوه کار طیف وسیعی از دخالت ها را ، بجز آن دسته از تعاملاتی که شامل تعاملات رسمی بین مراجع و مشاور یا روان درمانگر نیستند – یعنی تعاملاتی که در حیطه اصلاح رفتار خشک قرار می گیرند یا چارچوب هایی هستند که شیوه های کار یا فنون آن به وسیله مشاور یا روان درمانگر ارائه یا اجرا نشده است ـ در بر می گیرد .

بحث عمده بررسی است حاضرین که کدام کم توان ذهنی و با چه ویژگی توانایی دریافت خدمات مشاوره و روان درمانی را دارد و چه عناصری نظام مشاوره و روان درمانی مفید را تشکیل می دهند. ، لازم به یاد آوری است که چون در ادبیات حرفه ای مربوط به این حوزه توجهی درخور نشده است ، لذا بسیاری از این موضوعهای تا حدودی از تجارب شخصی نشات گرفته اند ، یا آنکه به موازات سایر پیشرفت‌هایی است که در درمان عمومی کم توانهای ذهنی صورت گرفته است .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

ویژگی ثمر بخش است ؟

یک مساله مهم در تعیین اینکه کدام فرد کم توان ذهنی احتمالاً می تواند از مشاوره و روان درمانی بهره مند شود ، سطح کم توانی ذهنی[4] اوست . در بیشتر موارد ، ارائه خدمات مشاوره یا روان درمانی به آن دسته ازکم توانهای ذهنی ارائه می شود که سطح شناختی آنها در حد یک کودک ۷-۶ ساله یا کمی بیشتر از آن باشد [۳] . این حد در کودکان و نوجوانان ، حداقل سطح رشد شناختی در روان درمانی است که فرد می تواند از دخالت درمانی مستقیم بهره مند شود . انتخاب این حداقل رشد شناختی[5] ، ارائه خدمات درمانی را به آن دسته از نوجوانان ، کودکان و بزرگسالانی که از نظر کم توانی ذهنی در حد متوسط بالا یا متوسط قرار دارند ، محدود می کند .

گرچه برخی محققان در کتابهای مربوط به کم توانی ذهنی و روان درمانی کودک متذکر شده اند که شیوه هایی ـ مثلاً بازی درمانی[6] ـ وجود دارد که می توان آنها را برای افرادی که حتی در سطح رشد شناختی پایین قرار دارند ، به کار برد ، اما گزارشها در مجموع نشان داده اند که ارائه خدمات درمانی برای افرادی که رشد شناختی آنها زیر ۷-۶ سال است ، در اغلب موارد نتیجه بخش نخواهد بود . از این رو ، بیشتر افرادی که از نظر کم توانی ذهنی در سطح متوسط قرار دارند ، و تقریباً تمام کسانی که دچار کم‌توان‌ذهنی شدید هستند ، برای دخالت های درمانی مستقیم[7] توصیه نمی‌شوند .

همان طور که " ماتسون " [٤] ادعا می کند ، کم توانهای ذهنی نسبت به تمام اختلالات عاطفی آسیب پذیر هستند . هر چند اعتقاد کلی بر آن است که بسیاری از اختلالات روانی شدید با مشاوره یا روان درمانی معالجه نمی شوند ، اما دیده شده است که درصد زیادی از اختلالات به همان نسبت که با سایر درمان های مشابه معالجه می شوند ، با مشاوره و روان درمانی نیز درمان پذیر هستند . بنابر این می توان پذیرفت که اگر مشاوره و روان درمانی می تواند شیوه‌ای همیشگی برای درمان اختلال عاطفی فرد بدون کم توانی ذهنی باشد ، می توان آن را به عنوان روش درمانی همان اختلال ، در کم توانهای ذهنی نیز به کار برد .

به رغم قبول این واقعیت که کم توانهای ذهنی تقریباً تمامی مشکلات رفتاری و عاطفی را بروز می دهند ، درک ویژگی ها و ماهیت زندگی فرد کم توان

4 .Individual level of retardaion
5 .Minimum Level of cognitive development
6 .Play therapy
7 .Direct therapeutic intervention

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

ذهنی در درمان او سودمند است . همان طور که ذکر شد ، تاکید این مقاله بر کودکـان ، نوجوانان و بزرگسالانی است که از نظر کم‌توان‌ذهنی در سطح خفیف یـا متوسـط قـرار دارند . این طیف ، عموماً شامل افرادی می شود که از نظر سطح رشـد شـناختی در رده سنین ۱۳-۱۲ ، ۷-٦ سال قرار دارند . به طور کلی ، اطلاعـات رشـدی مناسـبی دربـاره دوره زندگی این گروه در دسترس نیست ، با این حال ، بین موضوعهایی که افراد مبتـلا به کم‌توانی‌ذهنی و افراد عادی در دوره تحول خود با آن مواجـه هسـتند شـباهت هـای فراوانی وجود دارد . البته وجـود تفاوتـهایی در ایـن زمینـه هـم طبیعـی اسـت ، لیکـن همپوشی ها نیز چشمگیر است . شباهت های عمومـی زیـر را مـی تـوان میـان مسـائل زندگی افراد عادی و افراد مبتلا به کم توانی ذهنی تشخیص داد :

۱. هر دو از نظر زندگی روزمره وابسته اند و برای گذران زندگی خـود بـه شـخص یـا اشخاصی متکی هستند ؛

۲. هر دو تمایل دارند که در خلال روز ، در جایی که کارهای آنها مـورد نظـارت قـرار می گیرد حضور داشته باشند ؛

۳. هر دو از نظر شنـاختی بویژه از لحاظ حل مساله ، کنترل تکانه و مسائل پیچیده تـر فکری ، محدودیت هایی دارند ؛

٤. هر دو با موضوعهایی نظیر استقلال[8] ، هویـت[9] ، گـروه همسـالان[10] ، انتخـاب هـای شغلی[11] ، هویت جنسی[12] و کنار آمدن با اشکال قدرت دست به گریبان اند ؛ و

۵. هر دو غالباً توسط دیگران ارجاع داده می شـوند وبا بی رغبتـی در مشـاوره یـا کلاس های درمانی شرکت می کنند .

بسـیاری از متخصصـانی کـه در جریـان فعالیتـهای بـالینی خـود ، هـم بـا بزرگسالان عـادی و هـم بـا بـزرگسـالان مبتـلا بـه کم‌توان‌ذهنـی مشـاوره کـرده انـد ، دریافتـه انـد کـه چگونگـی حـل مشـکلات و مسـائلی کـه ایـن افـراد بـا آن مواجـه هستند ، بسیار شـبیه بـه یکدیگـر اسـت . البتـه منظـور ایـن نیسـت کـه افـراد مبتـلا به کم توانـی ذهنـی نـیز همـانند افـراد عـادی درمـان مـی شـوند ، بلکـه منظـور ایـن اسـت کـه احتمـالاً اصـول روان شـناختی مربـوط بـه افـراد عـادی را مـی تـوان بـه عنوان چارچوب مناسبی برای کار بالینی بـا کـم توانـهای ذهنـی بـه کـار بسـت.

---

8 .Independence
9 .Indentity
10 .Peer groups
11.Vocational choices
12.Sexual Indentity

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

عناصر موثر در دخالت های درمانی "مفید"

هر چند اولویت برخی شیوه ها و نظریه های راهبردی آشکار است ، اما عناصری از روش های درمانی وجود دارند که فصل مشترک نظریه های مختلف محسوب می شوند و به نظر می رسد که توجه به این عناصر ـ صرف نظر از دیدگاههای نظری، جهت گیری ها و یا کاربرد برخی شیوه های خاص ـ اهمیت بسزایی داشته ، همواره باید آنها را مد نظر قرار داد . این عناصر عبارتند از :

۱- مشاوره و روان درمانی باید متناسب با رشد مراجع باشد.

مشاوره موثر و حمایت از افراد ، بویژه کسانی که ناتوانی ذهنی دارند ، روشی معمول برای بالا بردن سطح اعتماد و افزایش عزت نفس آنهاست [۵] . لذا برای افرادی که از نظر تحولی و شناختی محدودیت هایی دارند ، دخالت های درمانی مستقیمی را باید به کار گرفت که با زبان و سطح شناختی آنها تناسب داشته باشد ، بنابر این :

۱-۱-در حیطه زبان ، این امر مستلزم در نظر گرفتن دانسته های لغتی فرد ، پیچیدگی پرسش ها و ماهیت درمانی است که برای فرد به کار می رود . دراین رابطه ، زبانی ساده تر و عینی تر و همچنین پرسش هایی که غالباً جواب آنها صریح باشد ، توصیه می شود . مشاور یا روان درمانگر باید تلاش بیشتری بکند تا هم منظور فرد را از بکارگیری زبان خاص خودش دریابد و هم مطمئن شود که فرد، زبانی را که او (مشاور) به کار می برد ، درک می کند .

(۱-۱-۱)فنون پرورش بیانی[۱۳]

محدودیتهای رشد زبانی و شناختی که اساساً در کم‌توانی‌ذهنی وجود دارد ، مبادلات کلامی را مشکلتر می کند . فرد کم توان ذهنی که لکنت زبان نیز داشته باشد ، در جلسات جهت داری که درمان کلامی احساس ناراحتی می کند . اضطراب نیز مانع برقراری تعامل میان فرد و مشاور است و فرد در یافتن زبان مناسب برای بیان افکار و احساسات خود دچار مشکل می شود. در اینجا مشاور یا روان درمانگر با دو وظیفه مهم روبه رو است :

(۱)در دسترس قرار دادن زبان یاراهی برای فرد که بتواند افکار ، احساسات و نگرانیهای خود را بیان کند .

(۲)ارائه راهها و فعالیتهایی که فرد را به حرف زدن تشویق کند .

13 .Expression-Fostering Techniques

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

در واقع نخستین وظیفه ، تعلیم برخی مهارت ها یا نحوه بکارگیری ابزارهایی است که برای شرکت در روند مشاوره یا درمان لازم است . در ابتدا این کار ممکن است با تشریح هدف کلی این نشست ها و دلیل شرکت فرد در کلاس مشاوره صورت پذیرد ، لیکن ، بیان تخصصی تر این کار ، عملاً تعلیم راههایی به فرد است تا بتواند عواطف و افکار خود را تشریح کند . این امر ممکن است "زبان عاطفی[۱۴]" باشد که از جمله هایی نظیر " حالم خوب است " یا " حالم بد است " ، فراتر برود، یا آنکه آموزش مفاهیم و کاربرد کلمه هایی نظیر " غمگین " ، " عصبانی " ، " عصبی " و ... را در برگیرد .

ابزار جانبی و سودمند دیگر ، آموزش تفاوت میان افکار و احساسات افراد است . دیده شده است که غالباً وقتی از کم توانهای ذهنی پرسشی می شود که مستلزم واکنشی عاطفی است ، نتیجه ، پاسخی غیر عاطفی است . مثلاً ، وقتی از یک کم توان ذهنی سوال شد " احساس تو در باره کاری که هم اتاقی ات با تو کرد ، چیست ؟ " پاسخ داد : " فکر می کنم کار خیلی بدی بود ". آموزش کم توانهای ذهنی برای تمایز میان فکر و احساس ، رسیدن به تصویری روشن تر از مشکلات او را ،؟ هم برای خودش و هم برای مشاور یا روان درمانگر ، تسهیل می کند .

مشاوران یا روان درمانگران نیز ممکن است شیوه های مختلفی از ارتقای مهارت بیانی[۱۵] را به کار گیرند که شامل اجزای غیر کلامی است . فرد کم توان ذهنی ممکن است برای تشریح موضوعهای خاص و پیوستگی عواطف و افکار در مورد موقعیت های خاص نیازمند کمک باشد . نقاشی[۱۶] ، بازی نقش[۱۷] ، خیمه شب بازی[۱۸] ، و داستان گفتن های دو طرفه ، تاکید کمتری بر ارتباط متقابل کلامی دارند و به ابراز بیان غیر کلامی مجال بیشتری می دهند . از این گذشته ، این فعالیتها به فرد کم توان ذهنی مجال بیشتری می دهند تا با عناصر عاطفی و شناختی ارتباط برقرار کند . مثلاً ، فردی که در تشریح مسائل خانوادگی اش مشکل دارد ، هنگامی که مشغول کشیدن طرح نقاشی یک خانواده است که زمینه‌ای را برای بحث به دست می دهد ، احساس راحتی بیشتری می کند . همین طور ارائه تصویری "محرک" که با شریط فرد کم توان ذهنی ارتباط دارد ، خود را که در غیر این صورت عملی نبود ابراز نماید .

۲-۱-جنبه دیگر رشد که کاربرد درمانی دارد ، میزان تحول شناختی فرد است . در

14 .Emotional Language
15 .Expression-Promoting techniques
16 .Drawing
17 .Role Play
18 .Puppet Play

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

اینجا نظریه "پیاژه[19] "در راهبرد دخالت ها می تواند سودمند باشد . "دوئرتی" و " موران" [٦] می گویند ، غالب بزرگسالانی که کم توانی ذهنی خفیفی دارند ، به سطح رشدی ـ شناختی عملیات عینی پیاژه و نه در سطح پیشرفته عملیات می رسند . افرادی که در سطح عینی تحول شناختی قرار دارند ، اساساً روی مسائل اینجا و اکنون فکر می کنند . آنها تمایلی به تفکر انتزاعی[20] ، آزمایش نظریه ها در مورد جهان یا درک مفهوم احتمال[21] ندارند . با توجه به آنکه اکثر افراد مبتلا به کم توانی ذهنی در سطح عینی تحول شناختی قرار دارند ، در مشاوره مهم خواهد بود که تمرکز بیشتر بر تجارب زندگی حقیقی[22] و موضوعات اینجا و اکنون باشد . به نظر می رسد این نیاز به عینی تر[23] بودن در مشاوره نشانگر اعتبار مشکل گشایی های مستقیم تر ، الگو سازی[24] و شیوه های بازی نقش[25] است .

به نظر می رسد تعمیم دستاوردهای مشاوره ای به موضوعات غیردرمانی و حل جزئی تر مساله شخصی ، چندان فایده ای نخواهد داشت . در مرور بر نظریه های عمده روان درمانی نظیر " کورسینی" و " ودینگ " بخش قابل توجهی از تغییرات در فرد ، از طریق بکارگیری عملیات انتزاعی ایجاد می شود . این تاکید بر وجود توانائیها و عملیات انتزاعی ، کار برد پذیری این نظریه ها را در مورد کم توانهای ذهنی ، مورد تردید قرار می دهد .

۲- هدف گذاری باید با توجه به محدودیتهای مراجع باشد.

محدودیت هایی که در بالا ذکر شد ، ممکن است نوع اهدافی را که مشاور یا روان درمانگر برای مراجعان خود اتخاذ می کنند ، محدود کنند . بدون در نظر گرفتن این محدودیت ها ، احتمال دارد که مشاور یا روان درمانگر برای آن دسته از مراجعان خود که از نظر شناختی محدودیت دارند ، اهدافی را در نظر گیرد که بسیار بلند پروازانه یا شاید بیش از حد خوش بینانه باشد .

درمان منطقی ـ هیجانی ، تمایز سودمندی از انواع هدفها را در درمان ارائه می کند [۷] . اهداف "قابل تعمیم[26]" به آن دسته از اهدافی گفته می شود که فرد نه تنها می تواند شیوه ای را که او برای حل مساله خاص خود آموخته است به کار گیرد ، بلکه می تواند آن را به دیگر جنبه های زندگی تعمیم دهد . به عنوان مثال ، یک خانم

19 .Piaget
20 .Abstract Thinking
21 .Probability
22 .Real-Life experiences
23 .Concrete
25 .Role playing
26 .Elegant goals

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مسائلی را عنوان می کنـد کـه بـاتنش هـای او بـا همکـارانش ارتبـاط دارد ؛ در رونـد درمانی، این خانم می تواند همکاران خـود را بـهتر درک کنـد و رفتارهـای جدیـدی را برای روابط بین فردی اش پی ریـزی نمـاید . بـه ایـن ترتیـب ، ایـن خـانم مـی توانـد مســـاله أی را که اساس آن مربوط به محیط کار بوده ، حل کند . علاوه بـر ایـن ، وی در می یابد که می تواند برخـی از مـهارت هـا و اسـتنباط هـای جدیـدش را در مـورد خانواده و دیگر جنبه های زندگی نیز به کار بندد . به این ترتیـب ، ایـن خـانم توانسـته است این روش ها را تعمیم دهد . این تعمیم در عین حال ، دخـالت بهداشـت روانـی مثبت و پیشـــگیرانه ای را عرضه می کند و سبب کاهش گرایش مراجع بـه نگرانـــی می شود .

اهداف قابل تعمیم ، متضمن عملیات انتزاعی هستند ، بنابر ایـن افـرادی کـه از نظـر رشد شناختی در سطحی عینی قرار دارنـد ، توانـایی کسـب اهـداف " قـابل تعمیـم" را ندارند و مشاوره معمولاً باید بر اهداف "غیر قابل تعمیم[۲۷]" (یعنـی آن دسـته از اهدافـی که در آنها فرد می تواند در ابتدا مســـاله خاصی را که همـراه مشـاور روی آن بحـث می شود ، حل کند) تاکید کند . به عنوان مثال ، در نمونه بالا ، هدف غیر قـابل تعمیـم ، بهبود شرایط محیط کار بود . در مورد کم توانهای ذهنـی ، عمومـاً اهـداف "غـیر قـابل تعمیم" بهترین کارآیی را دارند . اگرچه اهداف " غیر قابل تعمیم" به تعالی اهداف قـابل تعمیم نیستند، اما واقع بینانه ترند. از این گذشـته ، بـهبود شـرایط خـاص و بـه تبـع آن کاهش تنش ، به احتمال زیاد بر سایر جنبه های زندگی فرد نیز تاثیر می گذارد . از ایـن رو ، بایستی پذیرفت که برای کم توانهای ذهنی ، اهداف "غیر قابل تعمیم" مناسـب تـر است .

۳-تعیین سبک و کانون توجه مشاوره یا روان درمانی

نیاز به عینی تر بودن با مراجعان مبتلا بـه کـم توانـی ذهنـی ، بیـانگر آن اسـت کـه محتوای بحث درمانی مساله ای خاص و تاکید بر اینجا واکنون دارد . به عبـارت دیگـر بازنگری پیشینه رویدادهای شخصی فرد و همچنین تحلیل های انتزاعی یـا پیـش بینـی برای آینده ، احتمالاً بی ثمر است . از این گذشته ، تاکید بر مساله باید به تناسب ماهیت آن صورت گیرد . به همین دلیل نقش " بصـیرت[۲۸] " در تغییـر رفتـار و بـهبود کـارکرد عاطفی حتی در دخالت های روان درمانی در مـورد آنـهایی کـه کـم توانـی ذهنـی هـم

27 .Inelegent goals 28 .Insight

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

نداشته اند ، مورد تردید بوده است . از این رو ترغیب کم توانهای ذهنی بـرای دسـتیابی به "بصیرت" ، از این هم بی ثمرتر است . به طور کلی به نظر می رسد که در مورد کـم توانهای ذهنی هدف رسیدن به " بصیرت" مناسـب نیسـت ، بویـژه هنگـامی کـه ایـن "بصیرت" بخواهد از جنبه تحلیل روانی بدست آید. " بصـیرت" هـایی کـه هـدف آنـها مستقیماً درک رفتارهای خاصی است که فرد به طور دائم آنها را بروز می دهد ، ممکـن است در مشاوره یا روان درمانی ، نقش داشـته باشـد . بـه طـور کلـی ، سـبک درمـانی مشـاور نیز فعال تر خواهد بود . به عبارت دیـــــگر ، مشاور یا روان درمانگر بایستی نقش جهت دهنده تری را در تاکید بر محتوای جلسات به عهده بگـیرد . همچنیـن لازم است تبادل کلامی فعالتری بین مراجع و مشاور یا درمانگر برقرار و فعالیت هایی مـانند بازی درمانی والگو سازی در جلسات درمان بیشتر باشد .

٤-توجه به رویکرد های چند وجهی[۲۹]

معمولاً از کارهای لازاروس به عنوان شیوه ای ماندگار و مرجح برای دخـالت هـای درمـانی افـــراد غـیرکم‌توان‌ذهنی یـاد مـی شـود . عـلاوه بـر ایـن ، لازاروس ، $^{۳۶}D^{۳۵}I^{۳٤}C^{۳۳}I^{۳۲}S^{۳۱}A^{۳۰}B$ (رفتار ، عاطفه ، احساس ، تصـور ، شـناخت ، روابـط بیـن شخصی و دارو یا رژیم) را که بیانگر هفت کیفیتی هستند که می‌تواننـد مشـکل آفریـن باشند و یا بر عملکرد مراجع تاثیر بگذارد ، را مبنای کار قرار می دهـد . [۸] و [۹] . بـه طور خلاصه " لازاروس" ، به ارزیابی از طریق دستگاههای حسی ، بـه منظـور ارزیـابی جامع مسائل ارجاعی معتقد است . متخصصان با ارزیابی از طریق دسـتگاههای حسـی ، کمتر در معرض حذف اجزای مهم یک مساله ، یا تاکید صرف بر یک زمینه ، یا بیـش از حد دقیق شدن در انتخاب اهداف درمانی قرار مـی گـیرند . سـپس بـا اسـتفاده از ایـن ارزیابی ، متخصص می تواند مسائل را اولویت بنـدی کـرده ، بـهترین اهـداف را بـرای مداخله درمانی انتخاب کند و آنها را با دخالت های درمانی تطبیـق دهد . به ایـن نکتـه باید توجه کرد که در میان متخصصان گرایشی برای ناچیز شـمردن برخـی مشـکلات اجتماعی ـ عاطفی در کم توانهای ذهنی ، و شاید تاکید بیش از حد بر مشکلات رفتاری وجود داشتـه است . کاربردBASICID مانع این گرایش شده و طیف گسترده تـری از انتخاب های درمانی را به روی متخصص می گشاید . انتخـاب روش چنـد وجـهی بـه

29 .Multimodal Approaches
30 .Behavior
31 .Affect
32 .Sensation
33 .Imagery
34 .Cognition
35 .Interpersonal
36 .Drug/Diet

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

عنوان شالوده ای محکم برای کار بالینی مورد تایید صاحب نظران قرار گرفته ، پیشنهاد می کنند که این فلسفه می تواند جهت گیری بسیار سودمندی برای کار با کم‌توانهای‌ذهنی باشد .

۵-توجه به تاثیری که " افراد مهم[۳۷] " روی مراجع می گذارند .

کم‌توانهای‌ذهنی معمولاً در نظام هایی زندگی می کنند که رفتار آنها متاثر از دیگران و در بعضی از موارد ، توسط آنها کنترل می شود . از این رو، مشاوره یا روان درمانی ها نباید از این عوامل نظام‌مند غافل باشند و مشاوره نباید جدای از جنبه های مختلف زندگی فرد ، صورت گیرد. دخالت‌های درمانی ، روابط بین خانواده ها و کسانی که برای کم توانهای ذهنی به ارائه خدمات می پردازند خواهند بود .

۶-انطباقهای رشدی[۳۸]

تعداد معدودی فنون درمانی یا مشاوره ، ویژهٔ کم توانهای ذهنی طراحی یا ایجاد شده است، حال آنکه ، این افراد برای بسط دخالتهای درمانی به توجه ویژه ای نیاز دارند . این کمبود فنون نشانگر آن است که از نظر تحولی رویکردهای درمانی عمومی ، برای کم توانهای ذهنی طرح ریزی نشده است ، حال آنکه می دانیم دخالت های درمانی باید از نظر تحولی برای فرد مناسب و مخصوص او باشد. در اینجا دو روش کلی برای انطباق رشدی فنون مورد استفاده برای کم توانهای ذهنی پیشنهاد می‌شود :

۱-۶-نخستین شیوه ، تغییر مستقیم فنونی است که برای کار با فرد غیر کم توان ذهنی در همان سن طراحی شده اند . این شیوه ممکن است شامل موارد زیر باشد : ساده کردن زبان مورد استفاده ؛ واضح تر کردن مفاهیم مورد بحث در درمان ؛ پرورش فعالانه نقش فرد ؛ کم کردن تعداد مسائل مورد بحث ؛ تغییر کیفیت تکالیف درمانی فوق العاده نظیر تکلیف خانه و غیره .

روان درمانگران یا مشاوران با تجربه ای که با افراد غیر کم توان ذهنی کار می کنند، غالباً کار درمانی خود را از طریق توانایی فرد در فهم و پردازش محتوای درمانی ارزیابی می کنند و حین پیشرفت در درمان ، انواع تغییرها را انجام می دهند . در مورد کم توانهای ذهنی این انطباقها مدون‌تر و جامع تراند . مشاور یا روان درمانگری که با کم توانهای ذهنی کار می کند ممکن است به جای آنکه از روی شمّ خود به واکنشهای فرد پاسخ دهد ، قبلاً طبیعت و سطح محتوای این جلسات را پیش بینی کند .

---

37 .Significant others

38 .Developmental Adaptations

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

۲-٦-دومین شیوه بکارگیری فنون مشاوره یا روان درمانی کودک و نوجوان در ظرف عادی سازی[۳۹] ملاحظات است . در این مورد طیف وسیعی از فنون درمانی به کار گرفته می شود که برای کودکان و نوجوانان سودمند تشخیص داده شده اند [۱] به عنوان مثال ، براون و پروت [۱۰] ، حدود کاربرد نظریه های رفتاری ، واقعیت درمانی ، و ... را برای کار با کودکان و نوجوانان تعیین کردند . این شیوه ها که در مورد کودکان و نوجوانان به کار گرفته می شود ، قبلاً ، در بیشتر موارد برای افرادی که از نظر شناختی در سطح پایینی قرار داشته اند تعدیل شده و بر اساس ملاحظات تحولی ، تحت فرمول خاصی در آمده است . در بسیاری از موارد ، این شیوه ها را به طور مستقیم می توان کم توانهای ذهنی – در همه سنین – به کار گرفت یا آنکه نسبت به شیوه های مشابه برای بزرگسالان ، نیاز به تعدیل و انطباق های جزئی دارد .

با وجود این ، در این شیوه بایستی مباحث عادی سازی را مورد توجه قرار داد . اصل عادی سازی ولفنسبرگر [۱۱] تاکید دارد که کم‌توانهای‌ذهنی تا آنجا که ممکن است بایستی در جامعه با شرایط عادی زندگی و کار کنند . این امر شامل ارائه خدمات و منابع اجتماعی و رفتار با فرد به گونه ای " متناسب با سن[۴۰] " است . برخی از متخصصان بهداشت روانی که با کم توانهای ذهنی آشنا نیستند ، با کم توانهای ذهنی بزرگسال مانند بچه ها رفتار می کنند ، بدیهی است که این امر " عادی سازی" نیست . بنابر این ، اگر متخصصی بر آن است که از شیوه های طراحی شده برای کودکان ونوجوانان استفاده کند ، باید انتخاب و نحوه بکارگیری این شیوه ها را با ملاحظات عادی سازی منطبق سازد . حتی المقدور بایستی با کم توانهای ذهنی بزرگسالان شبیه بزرگسال غیرکم‌توان‌ذهنی رفتار کرد . در بیشتر موارد ، بکارگیری فنون بازی با بزرگسالان مبتلا به کم توانی ذهنی ، نیاز به عادی سازی ندارد ، گر چه ممکن است مواردی وجود داشته باشد که روان درمانگر فنون تعاملی کودکانه را مورد استفاده قرار دهد . علاوه بر این ، بایستی خاطر نشان کرد که اصول عادی سازی به رشد و نگرشهای کمال شخصی که در بسیاری از رهنمودهای

39 .Normalization

40 .Age-appropriate

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

نظری نسبت به درمان مـورد حمـایت قـرار گرفتـه انـد ، بسـتگی دارد .

۷-توجه به ویژگیهای تعارض نقش

ارائه خدمات مشاوره یا روان درمانی ، غالباً پزشکان را در شرایطی قرار می دهد کـه بالقوه حالت تعارض نقش دارد . این امر بویژه در مـورد متخصصـان بنگـاه هـایی کـه نقش های چند وجهی را ایفا می کنند . نظـیر مشـاور ، درمـانگر ، پزشـک متخصـص ، متخصص کاریابی و ارزیاب شغلی ؛ مصداق دارد . علاوه بر این ، متخصصـانی کـه بـا خانواده های افراد کم توان ذهنی کار می کنند ، ممکن است خود را در ارائه خدمات به این گونه افراد و خانواده هایشان ، در نقشی دوگانه حس کنند . متخصص ممکن اسـت خود را با آن نهاد خدماتی ، خانواده و فـرد مراجـع در تعـارض حـس کنـد . همچنیـن متخصص ممکن است با مسائل و تمایلات خانواده یا نهاد خدماتی و یا فرد در تعارض باشد . متخصص ممکن است با این پرسش مواجه شود که به راستی" مراجع کیسـت ؟" که خود بحثی ابهام برانگیز است .

متخصصانی که به طور مرتب با خانواده هـا سـروکار دارنـد ، ممکـن اسـت تعییـن صریح موضع خود را در همان ابتدای مشـاوره سـودمند تشـخیص دهنـد . ایـن تعییـن موضع ، چه از جنبه اخلاقی و چه بـه لـحاظ تـاثیر درمـانی حـائز اهمیـت اسـت . همچنین متخصصان نهادهای خدماتی که نقـش های چند گانه ای را برعهده دارنـد ، در معرض تعارض نقش هستند . همچنین ممکن است از متخصصانی که به ارائه خدمـات مشاوره و روان درمانی به یک فرد می پردازند خواسته شود تا بـه شـرکت در خدمـات دیگری برای فرد بپردازند . از این رو جدا کردن نقش های مشاور یـا روان درمـانگر از تدبیر کننده رفتار[41] و همچنین مشاور یا روان درمانگر از تصمیم گیرنده[42] ، مشکل اسـت و حتی ممکن است متخصص را در وضعیتی تعارضی و حتی موقعیت های بالقوه غـیر اخلاقی[43] قرار دهد . یک تعارض نقش بلافصل " سهیم شدن[44] " در اطلاعـات مربـوط به جلسات مشاوره با سایر اعضای گروه است . واضح است که در اختیار گذاشتن ایـن اطلاعات به گردانندگان گروه ، " غیراخلاقی " است . با این همه ، از جنبه ای دقیق تـر، اطلاعات به دست آمده در جلسات مشاوره ای ، بالقوه می تـوانند بر تصمـیم هایی کـه راجع به محتوای طرح رفتاری گرفته می شود ، تاثیر بگذارند . متخصصان باید مراجعان خود را از الزام ها و نقش های خود در آن نهاد خدماتی ، آگاه کنند . یک تعارض نقش

41 .Behavior manager
42 .Decision maker
43 .Potentially Unethical Position
44 .Sharing

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

جانبی نیز ایجاد رابطه ای آزاد و دقیق با مراجع است کـه در عیـن حـال ممکـن اسـت پیامدهای نامطلوبی هم داشته باشد . بهترین حالت ، آگاه کردن مراجع از تمـام جوانـب تعارض نقش ها ، و تا حد امکان جلوگیری از شرایطی است که به ایجـاد ایـن مشـکل دامن می زند . بهترین راه حل در این گونه شرایط ، داشتن تنها یک نوع رابطه با مراجع است . هر چند که با توجه به طبیعت ارائه این خدمات به کم توانهای ذهنـی ، ایـن راه حل ، همیشه ، عملی نخواهد بود [۱۲] .

۸-تـوجه به مشکلاتی که کم‌توان‌ذهنی در فرایند مشاوره یا روان درمـانی مطـرح می کنند .

همان طور که پیشتر ذکر شد ، کم توانـهای ذهنـی ممکـن اسـت گسـتره کـاملی از اختلالات روان شناختی و مشکلات اجتماعی ـ عاطفی را بروز دهنـد . ایـن افـراد در مشاوره نیز طیف وسیعی از مشکلات و مسائل خاص را بروز مـی دهنـد . دو مطالعـه ، انواع مسائلی را که در مشاوره یا روان درمانی کم توانـهای ذهنـی وجـود دارد ارزیـابی کرده است : ویتمن ، استرومروپروت [۱۳] با استفاده از پرسشنامه باز پاسخ[۴۵] ، از تعـداد زیادی " مشاور " که با کم توانهای ذهنـی کـار مـی کردنـد خواسـتند کـه فهرسـت مشـکلات آنها را بنویسند . در اینجا بر مشکلات مراجعانی تـاکید مـی شـد کـه کـه خودشان " خواستار " کمک شده بودند ، نه مشکلات مشـاوره ای یـا مسـائل ارجـاعی کم‌توانهای ذهنی . پاسخ های ارائه شده به این ترتیب بود : مسائل بین فـردی ؛ کـارکرد روان شناختی ؛ کار ؛ جنسیت ؛ زندگی شبانه روزی و سازگاری ؛ رفتار ؛ منـابع مـالی و دارایی ؛ پذیرش و کنار آمدن با کم‌توانی جسمی ؛ برخورد با اشکال قدرت ؛ و خانواده. در مطالعه ای مشابه ، ژکوبسون و اکرمن [۱٤] از تعدادی روان شناس خواسته بودند که وجوه معینی از سازگاری را که در مشاوره و روان درمانی افراد مبتلا به کم توانی ذهنـی ـ مرزی ، خفیف و متوسط ـ مورد بررسی قرار داده اند ، خاطر نشان کننـد . پاسـخهای داده شده عبارت بودند از : انطباق با شرایط معمولی و جدیـد زنـدگـی ؛ انگـیزه بـرای یادگیری؛ روابـط بـا گـروه همسـالان ؛ روابـط خـانوادگـی ؛ خویشـتن داری در برابـر رفتارهای غیر قابل قبول ؛ پیشرفت حمایت از خود ؛ افزایش مهارتـهای بیـن فـردی یـا اجتماعی ؛ اجرای معیارهای ارزیابی ؛ کـارکرد شـخصیت ؛ پیشـرفت در زمینـه قـابلیت استخدام ؛ برنامه ریزی شغلی یا استخدامی ؛ تفاهم نسبت به نظارت یا مدیریت .

45 .Open-end questionnaire

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

نتایج دو تحقیق بیانگر این واقعیت است که ، علی رغم دیدگاه و روش شناسی نسبتاً متفاوت در طرح پرسش های دو مطالعه ، شباهت های بسیاری نیز بین آنها وجود دارد . مهمتر آنکه ، کم‌توان‌ذهنی طیف گسترده ای از مشکلات ، مسائل و مباحثی را بروز می دهند که نیازمند مشاوره یا روان درمانی هستند .

۹-پرهیز از سوگیری در تشخیص و ارزیابی

از لحاظ منطقی ، تشخیص و ارزیابی درست و دقیق ، اجزای کلیدی موفقیت طرح مداخلات است . هر چند که گاهی ممکن است ارتباط میان ارزیابی و درمان بسیار ظریف باشد، اما فصل مشترک ارزیابی یا مداخله منطقی هدف مطلوب پزشکان به شمار می رود . قضاوت نادرست بالینی ممکن است به تشخیص نادرست مشکل یا اختلال و یا بکارگیری درمان های غیر مناسب بینجامد . کارهای لویتهان ، ریس و همکارانشان [۱۵] ، به حیطه ای از سوگیریهای بالینی اشاره می کند . برای تشریح تمایل متخصصان بالینی یا پزشکان به کم اهمیت جلوه دادن یا نادیده گرفتن مشکلات بهداشت روانی – هنگامی که بیمار در حیطه کم‌توان‌ذهنی قرار دارد – آنها اصطلاح " نادیده انگاری تشخیص[٤٦] " را وضع کردند . لویتها وریس در مجموعه ای از مطالعات مشابه ، به متخصصان مطالعات یکسانی را ارائه کردند ، با این تفاوت که در یک مورد ضریب هوشی فرد مورد مطالعه در طیف کم‌توانهای‌ذهنی تعریف شده ، و در مورد دیگر " کارکرد شناختی فرد" ، در طیف متوسط توصیف شده بود . موقعی که آزمودنی مورد مطالعه ، کم توان ذهنی بود ، متخصصان بالینی تمایل کمتری به تشخیص اختلال عاطفی و توصیه دخالت درمانی مناسب داشتند ، و این امر سبب بروز مشکلاتی در به دست آوردن خدمات بهداشت روانی برای این قبیل افراد می شود .

الفورد و لاک [٦] با استفاده از روش شناسی مشابه ، از نظر تخصصی تاکید بیشتری بر توصیه‌های درمانی داشتند و دریافتند که متخصصان بالینی بر خلاف سایر انتخابهای درمانی ، تمایل بیشتری به توصیه درمان های رفتاری برای کم توانهای ذهنی دارند . این امر نیز نوعی سوگیری قضاوت است که در آن طیف قابلیت انتخاب های درمانی ، ممکن است به تصمیم گیری متخصص برای مراجع محدود شود . همان طور که پیشتر هم ذکر شد ، انتخاب مشاوره یا روان درمانی برای برخی مراجعان ،انتخاب آن چنان کار آمدی هم نیست . به عبارت دیگر ، ممکن است بر حسب کم توانی ذهنی ، به طرز

---

46 .Diagnostic overshadowing

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

نامناسبی مانع کارآیی این انتخاب شود . مطالعات ذکر شده به علت ماهیت یکسانشان ممکن است محدود باشند ، لیکن تجربه ما نشانگر آن است که " نادیده انگاری " ممکن است حتی بیش از یک عامل در طبابت بالینی واقعی ، اهمیت داشته باشد .

ساونروهارلی [۱۷] نیز عواملی را تعریف کرده اند که بر تشخیص اختلالات روانی در کم توانهای ذهنی تاثیر می گذارند . آنها به تعریف عواملی می پردازند که موجب انحراف[۴۷] اثرات شخصیتی و هوشی بر بروز اختلال های روانپزشکی می شوند . در واقع ، آسیب های شناختی کم توانی ذهنی ، کیفیت نشانه های اختلال روانپزشکی را تعدیل می کند . به عبارت دیگر ، هر چه اختلال شناختی شدیدتر باشد ، تاثیر آن بر نشانه های اختلال بیشتر است . این عوامل شامل موارد زیر هستند : " تحریف عقلانی[۴۸]" که به علت کاهش توانایی در تفکر انتزاعی و ارتباط واضح و روشن رخ می دهد ؛ " نقاب روانی اجتماعی[۴۹] " که به رضایت واقعی و فقدان قدرت تخیل در بروز نشانگان بیماری اطلاق می شود؛ "و از هم پاشیدگی شناختی[۵۰] " که به علت مکانیسمهای ضعیف کنار آمدن و واکنش نسبت به فشار روحی ممکن است منجربه سیر قهقرایی رفتار[۵۱] یا حتی کارکرد شناختی محدودتر شود ؛ معیار گزافه گویی[۵۲] که در آن نقصهای عمومی و رفتارهای ناسازگارانه در شرایط تنش زا به نحو چشمگیری افزایش می یابد .

هر یک از این عوامل ، در مقایسه با بروز عادی آنها در افراد عادی ، ممکن است کیفیت بروز بالینی اختلالات را تغییر دهد . از این گذشته ، این امر ، کاربرد روش های تشخیصی متداول را که در مورد افراد عادی استفاده می شود ، محدود می کند . ساونروهارلی ، مخصوصاً محدودیت های مصاحبه های سنتی بالینی را در مورد کم توانهای ذهنی خاطر نشان می سازند و بر نیاز به تکیه بیشتر به اطلاعات به دست آمده از مراقبان تاکید می کنند [۱۲] . همچنین ساونروهارلی عقیده دارند که معیارهای روان پزشکی موجود در رویارویی با کم توانهای ذهنی کارآیی لازم را ندارند ، زیرا برخی عوامل ممکن است تشخیص وجوه بالینی معینی را مشکل سازد .

در اینجا یاد آوری این نکته ضرورت دارد که برخی روان شناسان [۱۸] برای ارزیابی و تشخیص ، بر کسب اطلاعات مستقیم از فرد ، بدون مقایسه با جمع و گروه ،

47.Distort
48.Intellectual Distortion
49.Psycho Social Masking
50.Cognitive Disintegration
51.Behavioural regression
52.Baselin exaggeration

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

تاکید کرده اند ، زیرا معتقدند که هـر انسـان موجـودی بـی همتاسـت و در ارزیـابی و تشخیص او نمی توان به نرمها و استانداردهای جمعی و گروهی روی آورد . بنـابر ایـن هر فرد در این رویکـرد بایسـتی دارای آزمـون و وسـیله تشـخیص جـداگانـه و نـرم و استاندارد خاص خودش باشد . روان شناسـان ، اخـیراً بـر اسـتفاده از ایـن رویکـرد در ارزیابی و تشخیص افراد کم توان ذهنی تاکید کرده اند [۱۹] . تکنیک های مناسـب ایـن نگرش که فهرست ساختار ذهنی[۵۳] نامیده می شود ، فرصتی مناسب برای روان شناسـان فراهم می کند که هر فرد را بدون مقایسه با شخصی دیگر مورد ارزیابی قـرار دهنـد ، و در ضمن موقعیت های عینی و ملموسی را مهیا سازند کـه مشـاور و روان درمـانگر بـا مصاحبه های تکمیلی می تواند بسیاری اطلاعات روشـن و دقیـق در مـورد مراجـع بـه دست آورد [۲۰] که در فرآیند درمان و مشاوره به کار گرفته شود .

بحث ، نتیجه گیری ، پیشنهادها

علی رغم این واقعیتها که : کم توانهای ذهنی هم به همـان نـوع و طیـف اختـلالات عاطفی دچـار می شوند که افراد عادی ؛ تعداد این قبیل افراد از نظر ابتلا بـه مشـکلات روان شناختی و عاطفی در جوامع رو به افزایش است ؛ و این افراد به دلایل گونـاگـون توسط خانواده ها یا مراکز دیگر به مراکز ارائه خدمات مشاوره یـا روان درمـانی ارجـاع داده می شوند [۱۵] ، کمتر مشاهده شده است که انتخاب مشـاوره یـا روان درمـانی بـه عنوان انتخاب درمانی در دسترس برای آنها منظور شده باشـد . بـه نظـر مـی رسـد کـه مقداری از این کم توجهی ناشی از کم توجهی به موارد زیر است :

الف)همان طور که از بررسی کتابهای مربوطه استنباط مـی شـود ، در مـورد کـارایی مشاوره و روان درمانی برای کم توانهای ذهنی ، تحقیق تجربی خوب ، نسبتاً کم است ؛

ب)از نظر تاریخی این نتیجه گیری حاکم بوده اسـت کـه مشـاوره یـا روان درمـانی کارایی لازم را نداشته است [۲۱] ، [٤] . بسیاری از این مطالـعات مربـوط بـه کـارآیی مشـــــاوره و روان درمـــــانی برای کم توانهای ذهنـی ، در دهـه هـای ۷۰ ، ٦۰ ، ۵۰ انجام شده است . منابع زیادی در مورد عدم کارآیی مشاوره و روان درمـانی بـرای کـم توانهای ذهنی موجود است که مسائل روش شناسی نیز از آن جملـه اسـت . شـاید بـه دلیل همین پژوهش هاست که بسـیاری از کتابـهای عمومـی مشـاوره و روان درمـانی ،

53 . Refertory Grid

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

بحثی از کم توانی ذهنی به میان نمی آورند ، یا پای مشاوره و روان درمانی را برای این قبیل افراد به میان نمی کشند [٤] . نتیجه گیری عمومی آن است که مشاوره و روان درمانی در مورد کم توانهای ذهنی " به علت کم توانی ذهنی" کارآیی ندارد .

ج) لازم به یادآوری است ، تقریباً در همان اثنایی که به نظر می رسید تحقیقات نشان می دهند که مشاوره یا روان درمانی در مورد کم توانهای ذهنی کارآیی ندارد ، بحث در باره کارآیی عمومی مشاوره یا روان درمانی بسیار داغ بوده است . نتیجه مطالعه آیسنک [۲۲] راجع به کارآیی روان درمانی بزرگسالان و مطالعات لویت [۲۳] راجع به کودکان، حاکی از آن است که عموماً روان درمانی در مورد کم‌توانهای‌ذهنی بی نتیجه یا دست کم چندان توفیقی نداشته است . هر چند که این دیدگاه در سالهای اخیر تغییر کرده است ، همان طور که کازدین [۱] اشاره می کند، به نظر می رسد ، عیب کارمربوط به ،روش های مورد استفاده بوده است و نه جمعیت های مورد مطالعه.

به نظر می رسد که تفسیر کارآیی دخالت های درمانی در مورد کم توانهای ذهنی ، از نظر منطقی نوعی خطای پیام رسانی دارد . به عنوان مثال ، در دو نوع تحقیقی که تقریباً به صورت همزمان انجام شد ، محققان ، هنگامی که دریافتند روان درمانی در مورد کم‌توانهای‌ذهنی کارآیی ندارد ، در تحلیل ها ، این عدم کارآیی را به محدودیت های افراد مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی نسبت دادند . با وجود این ، وقتی دریافتند که روان درمانی عموماً کارآیی ندارد ، در تحلیل ها ، این عدم کارآیی را به نارسایی فنون نسبت دادند . بنابر این ، ما در اینجا در مورد داده ها ، اساساً دو دستاورد تجربی مشابه ، با دو تفسیر متفاوت داریم .

هـ)هر چند نمی توان به مجموعه مطالعاتی که کارآیی مشاوره و روان درمانی برای کم توانهای ذهنی را مورد پشتیبانی قرار دهد ، استناد کرد ، اما در عین حال ، تحقیق های موجود کارآیی بالقوه را نفی نمی کنند . در واقع ، به نظر می رسد که نسبت دادن این عدم کارآیی به آزمودنی های مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی ، " از نظر منطقی استدلالی نادرست است " . در نتیجه موضوع کارآیی کلی مشاوره و روان درمانی در مورد کم‌توانهای‌ذهنی کماکان بدون پاسخ باقی می ماند . لذا به نظر می‌رسد که توجه به توصیه های زیر ضروری باشد :

۱-انجام تحقیقات بیشتر در زمینه کارآیی مشاوره و روان درمانی برای کم‌توانهای‌ذهنی ؛

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

۲-نظام مشاوره و روان درمانی تدابیری را اتخاذ کند که خدمات مورد نیاز این قبیل افراد در اختیارشان قرار گیرد . در ارائه خدمات مشاوره و روان درمانی به این قبیل افراد ، لازم است که نکات زیر مورد توجه قرار گیرد :

۱-۲-رعایت تناسب مشاوره یا روان درمانی با رشد مراجع ؛

۲-۲-رعایت محدودیتهای مراجعان هنگام تعیین اهداف برای آنها ؛

۳-۲-تعیین سبک و کانون توجه مشاوره و روان درمانی و توجه به رویکردهای چند وجهی ؛

٤-۲-توجه به تاثیری که افراد مهم روی مراجع می گذارند ؛

۵-۲-توجه به ویژگیهای تعارض نقش ؛

٦-۲-پرهیز از سوگیری در تشخیص و ارزیابی ؛

۷-۲-در نظر گرفتن هر فرد انسان به عنوان موجودی بی همتا و ارزیابی فرد کم توان ذهنی بدون اینکه با گروههای دیگر اجتماع مقایسه شود. اتخاذ این رویکرد ما را به سمت شناخت مشکلات فرد در زمینه فضای روانی - اجتماعی ـ شناختی خود فرد سوق می دهد .

۳-کم توانهای ذهنی ، همانند افراد عادی که برای مشاوره یا روان درمانی مراجعه می کنند ، با ما دچار سو تفاهم می شوند ، یا آنکه راجع به ماهیت مشاوره یا روان درمانی روشن نیستند . این عدم وضوح ، اهداف مغایر ، یا مخالفت مستقیم مراجعان ، غالباً نقطه شروع روند درمانی است و لازم است که :

۱-۳-مشاوره و روان درمانی را برای مراجع توضیح دهید . بسیاری از محققان مرحله توضیحی را القای نقش می خوانند [٢٤] . القای نقش یک طریق سازماندهی یا ساختاربندی مشاوره است [۲۵] ؛ و

۲-۳-مراجع را راهنمایی و هدایت کنید . راهنمایی و هدایت به این امر اطلاق می شود که مشاور یا روان درمانگر تا اندازه ای مسیر را به مراجع نشان می دهد . راهنمایی به مراجع کمک می کند تا دریابد که مشاور به او گوش می دهد و او را درک می کند [۱۲] .

۳-۳-منعکس سازی و بازگویی مفهوم ، دو روش موثر برای راهنمایی مراجعان است . منعکس سازی احساس به تشخیص مشاور در مورد احساس مراجع و انعکاس پس آیند آن احساس ، اطلاق می شود. از طریق بازگویی مفهوم ، مشاور به افکار

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

مراجع توجه می کند و مفهوم آن را بازگو می نماید [۲۶] .

٤-بعلاوه ، آنها به رابطه ای بر مبنای اعتماد و تفاهم نیاز دارند و از مشاور یا روان درمانگر توقع دارند که نیازشان را بر آورده کند . آنها قادرند چنین رابطه ای را پیدا نموده و درک کنند و قدردان آن باشند . برای ایجاد اعتماد و تفاهم لازم است :

١-٤-ارزیابی های روانی انجام دهید نه قضاوتهای اخلاقی . به جای داوری کردن در مورد درست یا غلط بودن یک رفتار ، مشاور یا روان درمانگر مراجعان را از طریق نظریه یا عمل روان شناختی ارزیابی می کند ؛

٢-٤-فرض نکنید که احساسها ، افکار و رفتارهای مراجعان را می شناسید ؛

٣-٤-فرض نکنید که میدانید مراجعان چگونه به احساسها ، افکار و رفتارهای خود واکنش نشان می دهند [۱۲] ؛

٤-٤-روی نقاط قوت مراجعان تاکید کنید [۲۷] ؛

٥-٤- مراقب صدمه خوردن مراجعان خود باشید . مشاوران به ندرت در نظر می گیرند که ممکن است به مراجعان خود صدمه برسانند ، اما شواهد قابل توجهی وجود دارد اشاره می کند که در مشاوره و روان درمانی برخی مراجعان بدتر می شوند [۲۸] ؛

٦-٤-با احساسهای مراجعین در باره خودتان برخورد مناسب داشته باشید ؛

٧-٤-انعطاف پذیر ، پذیرا و ملایم باشید [۲۹] ؛

٨-٤-در پشت آزمون مخفی نشوید . مشاور یا روان درمانگر باید محدودیتهای آزمون را به موازات نتایج به یاد داشته باشد . اعتبار مشاور یا روان درمانگر با کفایت از طریق دانش و تجربه ایجاد می شود نه از طریق پشتیبانان . یک متخصص بودن به این معنا نیست که شما جزمی یا مستبد هستید [۳۰] ؛

٩-٤-در زمینه پرسشهای اخلاقی مشاوره کنید [۳۱] ؛

١٠-٤-با مراجع تماس فردی ایجاد کنید . انجام تماس فردی به معنای بودن با مراجع ، لمس او به گونه ای عاطفی و برقراری ارتباط کلامی است . اجازه دادن به مراجعان خود برای هدایت اولیه مشاوره ، به ایجاد اعتماد کمک می کند . همچنین اطلاعاتی در مورد برنامه کار مراجعان و روشهای ارتباط بین فردی آنها فراهم می سازد [۳۲] ، و

١١-٤-پیوستگی در کار ایجاد کنید [۳۳] . مشاوران از طریق افزایش درک

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

و ملایمت ، مراجعان خود را به این پیوستگی در کار فرا می خوانند . از این رو مشاور یا روان درمانگر باید در ارتباط بین فردی ماهر باشد . مشاوران شنوندگان ماهری هستند ، با آگاهی یافتن در باره مراجعان از طریق گوش دادن دقیق به حرفهایشان و پذیرش آنها همان‌گونه که هستند، مشاوران طیفی از اعتماد و حمایت را ایجاد می کنند.

۵-اگر می خواهید چیزی را تغییر دهید آن را به صورت فرایند در آورید [۱۲] .

٦-وقتی تردید دارید ، بر احساسها متمرکز شوید . بیاموزید که چگونه احساسهای چالش انگیز بسیاری از مراجعان را تشخیص دهید و بیان کنید [۳٤] .در کمک به مراجعان توجه به احساسهای آنها می تواند انگیزه تغییر را افزایش دهد . مشاوران با تجربه می توانند احساسهای مراجعان را از طریق توجه به چگونگی احساس آنان هنگامی که گفتگو می کنند ، تعیین نمایند . مشاوران یا روان درمانگران توسط مرتبط کردن واکنش های مراجعان به موقعیتها می توانند تجربه مراجعان از احساسهای آنها را در اینجا و حالا افزایش دهند [۱۲] .

۷-برای پایان ، در آغاز مشاوره یا روان درمانی برنامه ریزی کنید . طرح ریزی خاتمه کار به معنای آن است که اهداف صریح ایجاد گردیده اند [۳۰] .

۸-به آنچه که مراجعان می گویند دقیقاً گوش دهید . به عنوان مشاور یا روان درمانگر به مفهوم کلمات و طریقی که مراجعین به کار می برند گوش فرا دهید ، زیرا آنها می توانند راهنمایی های مهمی در باره چگونگی دید مراجعان نسبت به خود و محیط پیرامون فراهم آورند [۳۵] .

۹-به موارد غیر کلامی توجه کنید . افراد از طریق محتوای کلامی پیامها و آشکارترین پیامهای غیرکلامی (لبخند زدن ، اخم کردن ، گره کردن مشتها) با یکدیگر ارتباط بر قرار می کنند . اما اجزای ارتباط غیرکلامی (تن صدا ، بیانات چهره ای ، تماس چشمی و حرکت بدن) به همان اندازه اطلاعات غنی را انتقال می دهند [۱۲] .

۱۰-روی مراجع تمرکز داشته باشید . غالباً مراجعان در باره افراد دیگر سخن می گویند ، نیز بسیاری از آنها در زمینه صحبت کردن در باره خودشان احساس مشکل می کنند . مشاور یا روان درمانگر از طریق سوال در مورد احساسهای فرد دیگر یا احساسهای مراجع و یا از طریق خود افشایی [۳۸] یا پاسخهای خود درگیری [۳۲] می تواند به آنها کمک کند . اظهارات خود افشایی و خود درگیری به مراجعان کمک می کند تا عمل متقابل انجام دهند ، با این وجود ، این اظهارات باید به میزان کم و در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

سطح متناسب به کار رود .

۱۱-عینی (عملی) باشید . برخی از موضوعات کار مشاوره مانند احساسها و افکار ، قابل رویت نیستند . مشاوران آزموده به مراجعان خود کمک می کنند تا احساسها و تفکراتشان جنبه عینی به خود بگیرد . عینی سازی به هنگام بحث پیرامون رفتار و اهداف مراجعان بسیار مهم می شود .

۱۲-فرض نکنید که تغییر ساده است . رفتار انسان علل پیچیده ای دارد و هیچ مشاوری نمی تواند همواره از تمامی عواملی که به تغییر کمک می کنند و یا آن را به تاخیر می اندازند، آگاه باشد .

۱۳-به موضوعهای جنسیتی و نژادی یا قومی توجه کنید [۱۲] .

منابع

1)Kazdin,A.E.(1988).Child Psychotheraphy and behavior change(PP-474-493).

2)Corsini,R.J.(1989).Introduction .In R.G.Corsini and D.wedding (Eds.)Current psychothrapiers (4thed.,pp.1-16).Itaska , IL ; F.E. peacock.

3)Prout.H.T and Strohmer.D,C.Issues in Counseling and Psychotherapy , in Counseling and Psychotherapy with Person with Mental Retardation.

4)Matson.Y.L.(1982).Depression in the Mentally Retarded.A review.Education and Training in the Mentally Retarded,April,159-167.

۵)صدرالسادات ، سید جلال و شمس اسفندآبادی ، حسن (۱۳۸۰) . چگونه عزت نفس را در کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه را افزایش دهیم ؟ تهران ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

6)Dougherty,J.M.,and Moran J.D.(1983).The relationship of piagetian stage to the mental retardation. Education and training of the mentally retarded,186-260-265.

7)Grieger,R.,and Boyd,J.(1980).Rational Emotive theraphy;A skill-based approaeh.New York:van Nostrand Reinhold.

8)Lazarous,A.A.(1981).The Practiee of mulitmodal theraphy.New York:Mcgrow-Hill.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

9)Lasarus,A.A.(1976).Multimolal beharior theraphy.New Youk: Springer.

10)Brown. D.L , and Prout H.L.(Ed.s).(1980) . Counseling and Psychotheraphy with children and Adolescents (2nded). Brandon. Vt .Clinical Psychology publishing.

11)Wolfensberger,W-(1972).The Principal of normal action. Toronto: National Institute On Mental Retardation.

۱۲)صدرالسادات ، سید جلال (۱۳۷۶) . پژوهشی پیرامون عناصر مشاوره ، تهران ، پژوهشکده کودکان استثنایی .

13)Wittman,J.J,P.,Strohmer,D.C.,and Prout,H.T.(1989).Problems presented by persons of mentally retarded and borderline Intellectual Functioning in Counseling.Journal of Appiled Rehabilitation Counseling,20,8-13.

14)Jacobson , J.W, Aekerman, J.J(1989). Psycholog.ical service of person with Mental retardation and pychiatric impairment Mental Retarded,27,33-36.

15)Reiss, S., and levitran.G. , and Syszko, J(1982) Emotional disturbance and retardation Diagnostic over shadowing.Ameriean Journal of Mental Deficieney,56,567,574.

16)Alford,J.D,and lock,B.L.(1984).Clinical Respones Psychopathalogy Mentally retaded persons. Amrrican journal of Mental Deficiency,895-197?

17)Sovner,R.,and Hurley,A.D.(1986).Four factors affecting the diagnastic of psychiatric disorders in mentally retarded persons. Psychiatrie Aspects of Mental Retardation Reviews,5(9),1-3.

18)Kelly,G.A(1955).The Psychology of Personal Constructs,Vol 1&2.Routldge.London (published in 1991).

19)Younesi, J. (1995) . BCL, Body concept Inventory European . Journal of Psychological Assessment . Vol(11) PP 125 .

20)Younesi,J.(1998).Study of Psychosocial adjustment Among physically disabled children and adolescents in relation to the Development of Body Image.Unpublished Ph.D Thesis. University Of London.

21)Nuffield, E.J.(1983). Psychotheraphy. In J.L.Matson and J.A.Mulick (Eds.) Handbook of Mental retardation (PP,351-

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]

368).New York:Pergamon Press.
22)Eysench,H.J.(1966)The effect of psychotheraphy. NewYork , International science Press.
23)Levitt.E.E.(1957)The result of psychotheraphy with children.An evaluation.Journal of counseling psycholgy,21,186-189.
24)Mayerson,N(1984).Preparing Clients for Group theraphy. A critical review and theoritical formulation.Clinical psychlogy.Review,4,191-213.
25)Shertzer,B. and Stone , S(1980) . Fundamental of Counseling (3rded). Boston:Houghton Mifflin.
26)Egan,G.(1986).The skilled helper: A systematic approach to effective helping (3rded).Pacific Grove,CA:Brooks cole.
27)Puryear,D.(1979).Helping people in Crisis.Sanfrancisco:Jossey-Bass.
28)Bergin,A.and Lambert,M.(1978).The evaluation of therapeutic outcomes .Ins Garfield and A.Bergin(Eds.). Handbook of psychotherpy and behavior change:An emprical analysis. New York:wiley.
29)Van Kaam,A.(1966).The art of Existential Counseling. Wilkes-Barre,PA:Dimension Books.
30)Cormier,W.,and Cormier,L.(1985).Interriewing strategies for helpers.Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (2nded.). Pacific Grove, CA:Brooks/Cole.
31)American Association for Counseling and Development. (1981). Ethical Standards. Alexandria, Va:Author.
32)Mc Carthy, P.(1982). Differential effects of Counselor Self-referent responses and Counselor status. Journal of counseling psychology,29,125-131.
33)Greenson,R.(1965).The working alliance and the transference neurosis.Psychoanalytic Quarterly,34,155-181.
34)Cormican,J.(1978).Linguistic issues in interviewing.Social casework,145-151.
35)Bandler,R.and Grinder,J.(1975).The structure of magie.Palo Alto, CA: science and Behavior Books.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-13]