

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 می شود، به جدی که عده‌ای از متخصصان بهداشت روانی اظهار کرده‌اند که کم توانهای ذهنی با اختلالات روانی، از خدمات بهداشت روانی، کمترین بهره‌ای ندارند می شود. همچنین، بسیاری از آنها با کم توانهای ذهنی کار می کنند، 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 می شود و در انتها ضمن جمع‌بندی مطالب، پیشنهاداتی ارائه می گردد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره، روان درمانی، کم توان ذهنی، شناخت، رفتار

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

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

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 - 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 نشأت گرفته اند، یا آنکه به موازات سایر پیشرفت‌هایی است که در درمان عمومی کم توانهای ذهنی صورت گرفته است.

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^۴ اوست . در بیشتر موارد ، ارائه خدمات مشاوره یا روان درمانی به آن دسته از کم توانهای ذهنی ارائه می شود که سطح شناختی آنها در حد یک کودک ۶-۷ 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^۵ ، 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 - مثلاً بازی درمانی^۶ - 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 ۶-۷ 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 کم توان ذهنی شدید هستند ، برای دخالت های درمانی مستقیم^۷ توصیه نمی شوند . همان طور که "ماتسون" [۴] 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 شیوه ای 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

ذهنی در درمان او سودمند است. همان طور که ذکر شد، تاکید این مقاله بر کودکان، نوجوانان و بزرگسالانی است که از نظر کم‌توان‌ذهنی در سطح خفیف یا متوسط قرار دارند. این طیف، عموماً شامل افرادی می‌شود که از نظر سطح رشد شناختی در رده سنین ۱۳-۱۲، ۷-۶ سال قرار دارند. به طور کلی، اطلاعات رشدی مناسبی درباره دوره زندگی این گروه در دسترس نیست، با این حال، بین موضوعهایی که افراد مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی و افراد عادی در دوره تحول خود با آن مواجه هستند شباهت‌های فراوانی وجود دارد. البته وجود تفاوت‌هایی در این زمینه هم طبیعی است، لیکن همپوشی‌ها نیز چشمگیر است. شباهت‌های عمومی زیر را می‌توان میان مسائل زندگی افراد عادی و افراد مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی تشخیص داد:

۱. هر دو از نظر زندگی روزمره وابسته‌اند و برای گذران زندگی خود به شخص یا اشخاصی متکی هستند؛
۲. هر دو تمایل دارند که در خلال روز، در جایی که کارهای آنها مورد نظارت قرار می‌گیرد حضور داشته باشند؛
۳. هر دو از نظر شناختی بویژه از لحاظ حل مساله، کنترل تکانه و مسائل پیچیده‌تر فکری، محدودیت‌هایی دارند؛
۴. هر دو با موضوعهایی نظیر استقلال^۸، هویت^۹، گروه همسالان^{۱۰}، انتخاب‌های شغلی^{۱۱}، هویت جنسی^{۱۲} و کنار آمدن با اشکال قدرت دست به‌گیریانند؛ و
۵. هر دو غالباً توسط دیگران ارجاع داده می‌شوند و یا بی‌رغبتی در مشاوره یا کلاس‌های درمانی شرکت می‌کنند.

بسیاری از متخصصانی که در جریان فعالیت‌های بالینی خود، هم با بزرگسالان عادی و هم با بزرگسالان مبتلا به کم‌توان‌ذهنی مشاوره کرده‌اند، دریافته‌اند که چگونگی حل مشکلات و مسائلی که این افراد با آن مواجه هستند، بسیار شبیه به یکدیگر است. البته منظور این نیست که افراد مبتلا به کم‌توانی‌ذهنی نیز همانند افراد عادی درمان می‌شوند، بلکه منظور این است که احتمالاً اصول روان‌شناختی مربوط به افراد عادی را می‌توان به عنوان چارچوب مناسبی برای کار بالینی با کم‌توان‌های ذهنی به‌کار بست.

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 - صرف نظر از دیدگاههای نظری، جهت گیری ها و یا کاربرد برخی شیوه های خاص - 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. در این 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}

محدودیت های رشد زبانی و شناختی که اساساً در کم توانی ذهنی 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.

در واقع نخستین وظیفه، تعلیم برخی مهارت‌ها 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 نشست‌ها و دلیل شرکت فرد در کلاس مشاوره صورت پذیرد، لیکن، بیان تخصصی‌تر 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 جمله‌هایی نظیر "حالم خوب است" یا "حالم بد است"، فراتر برود، یا آنکه آموزش مقاهیم و کاربرد کلمه‌هایی 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 می‌شود 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 اتاقتی با تو کرد، چیست؟" پاسخ داد: "فکر می‌کنم کار خیلی بدی بود". آموزش کم توانهای ذهنی برای تمایز میان فکر و احساس، رسیدن به تصویری روشن‌تر از مشکلات او را؟ هم برای خودش و هم برای مشاور یا روان درمانگر، تسهیل می‌کند.

مشاوران یا روان درمانگران نیز ممکن است شیوه‌های 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 موقعیت‌های خاص نیازمند کمک باشد. نقاشی^{۱۶}، بازی نقش^{۱۷}، خیمه شب بازی^{۱۸}، و داستان گفتن‌های دو طرفه، تاکید کمتری بر ارتباط متقابل کلامی دارند و به ابراز بیان غیر کلامی مجال بیشتری می‌دهند. از این گذشته، این فعالیتها به فرد کم توان ذهنی مجال بیشتری می‌دهند 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 می‌دهد، احساس راحتی بیشتری می‌کند. همین‌طور 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

اینجا نظریه "پیازه"^{۱۹} در راهبرد دخالت‌ها می‌تواند سودمند باشد. "دوئرتی" و "موران" [۶] می‌گویند، غالب بزرگسالانی که کم‌توانی ذهنی خفیفی دارند، به سطح رشدی - شناختی عملیات عینی پیازه و نه در سطح پیشرفته عملیات می‌رسند. افرادی که در سطح عینی تحول شناختی قرار دارند، اساساً روی مسائل اینجا و اکنون فکر می‌کنند. آنها تمایلی به تفکر انتزاعی^{۲۰}، آزمایش نظریه‌ها در مورد جهان یا درک مفهوم احتمال^{۲۱} ندارند. با توجه به آنکه اکثر افراد مبتلا به کم‌توانی ذهنی در سطح عینی تحول شناختی قرار دارند، در مشاوره مهم خواهد بود که تمرکز بیشتر بر تجارب زندگی حقیقی^{۲۲} و موضوعات اینجا و اکنون باشد. به نظر می‌رسد این نیاز به عینی‌تر^{۲۳} بودن در مشاوره نشانگر اعتبار مشکل‌گشایی‌های مستقیم‌تر، الگو سازی^{۲۴} و شیوه‌های بازی نقش^{۲۵} است.

به نظر می‌رسد تعمیم دستاوردهای مشاوره‌ای به موضوعات غیردرمانی و حل جزئی‌تر مسأله شخصی، چندان فایده‌ای نخواهد داشت. در مرور بر نظریه‌های عمده روان‌درمانی نظیر "کورسینی" و "ودینگ" بخش قابل توجهی از تغییرات در فرد، از طریق بکارگیری عملیات انتزاعی ایجاد می‌شود. این تاکید بر وجود تواناییها و عملیات انتزاعی، کار برد پذیری این نظریه‌ها را در مورد کم‌توانهای ذهنی، مورد تردید قرار می‌دهد.

۲- هدف‌گذاری باید با توجه به محدودیت‌های مراجع باشد.

محدودیت‌هایی که در بالا ذکر شد، ممکن است نوع اهدافی را که مشاور یا روان‌درمانگر برای مراجعان خود اتخاذ می‌کنند، محدود کنند. بدون در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، احتمال دارد که مشاور یا روان‌درمانگر 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 - هیجانی، تمایز سودمندی از انواع هدفها را در درمان ارائه می‌کند [۷]. اهداف "قابل تعمیم"^{۲۶} به آن دسته از اهدافی گفته می‌شود که فرد نه تنها می‌تواند شیوه‌ای را که او برای حل مسأله خاص خود آموخته است به کار گیرد، بلکه می‌تواند آن را به دیگر جنبه‌های 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

مسائلی را عنوان می کند که باتنش های او با همکارانش ارتباط دارد؛ در روند درمانی، این خانم می تواند همکاران خود را بهتر درک کند و رفتارهای جدیدی را برای روابط بین فردی اش پی ریزی نماید. به این ترتیب، این خانم می تواند مساله ای را که اساس آن مربوط به محیط کار بوده، حل کند. علاوه بر این، وی در می یابد که می تواند برخی از مهارت ها و استنباط های جدیدش را در مورد خانواده و دیگر جنبه های زندگی نیز به کار بندد. به این ترتیب، این خانم توانسته است این روش ها را تعمیم دهد. این تعمیم در عین حال، دخالت بهداشت روانی مثبت و پیشگیرانه ای را عرضه می کند و سبب کاهش گرایش مراجع به نگرانی می شود.

اهداف قابل تعمیم، متضمن عملیات انتزاعی هستند، بنابر این افرادی که از نظر رشد شناختی در سطحی عینی قرار دارند، توانایی کسب اهداف "قابل تعمیم" را ندارند و مشاوره معمولاً باید بر اهداف "غیر قابل تعمیم"^{۲۷} (یعنی آن دسته از اهدافی که در آنها فرد می تواند در ابتدا مساله خاصی را که همراه مشاور روی آن بحث می شود، حل کند) تاکید کند. به عنوان مثال، در نمونه بالا، هدف غیر قابل تعمیم، بهبود شرایط محیط کار بود. در مورد کم توانهای ذهنی، عموماً اهداف "غیر قابل تعمیم" بهترین کارایی را دارند. اگرچه اهداف "غیر قابل تعمیم" به تعالی اهداف قابل تعمیم نیستند، اما واقع بینانه ترند. از این گذشته، بهبود شرایط خاص و به تبع آن کاهش تنش، به احتمال زیاد بر سایر جنبه های زندگی فرد نیز تاثیر می گذارد. از این رو، بایستی پذیرفت که برای کم توانهای ذهنی، اهداف "غیر قابل تعمیم" مناسب تر است.

۳- تعیین سبک و کانون توجه مشاوره یا روان درمانی

نیاز به عینی تر بودن با مراجعان مبتلا به کم توانی ذهنی، بیانگر آن است که محتوای بحث درمانی مساله ای خاص و تاکید بر اینجا و اکنون دارد. به عبارت دیگر بازنگری پیشینه رویدادهای شخصی فرد و همچنین تحلیل های انتزاعی یا پیش بینی برای آینده، احتمالاً بی ثمر است. از این گذشته، تاکید بر مساله باید به تناسب ماهیت آن صورت گیرد. به همین دلیل نقش "بصیرت"^{۲۸} در تغییر رفتار و بهبود کارکرد عاطفی حتی در دخالت های روان درمانی در مورد آنهایی که کم توانی ذهنی هم

نداشته اند، مورد تردید بوده است. از این رو ترغیب کم توانهای ذهنی برای دستیابی به "بصیرت"، از این هم بی ثمرتر است. به طور کلی به نظر می رسد که در مورد کم توانهای ذهنی هدف رسیدن به "بصیرت" مناسب نیست، بویژه هنگامی که این "بصیرت" بخواهد از جنبه تحلیل روانی بدست آید. "بصیرت" هایی که هدف آنها مستقیماً درک رفتارهای خاصی است که فرد به طور دائم آنها را بروز می دهد، ممکن است در مشاوره یا روان درمانی، نقش داشته باشد. به طور کلی، سبک درمانی مشاور نیز فعال تر خواهد بود. به عبارت دیگر، مشاور یا روان درمانگر بایستی نقش جهت دهنده تری را در تاکید بر محتوای جلسات به عهده بگیرد. همچنین لازم است تبادل کلامی فعالتری بین مراجع و مشاور یا درمانگر برقرار و فعالیت هایی مانند بازی درمانی والگو سازی در جلسات درمان بیشتر باشد.

۴- توجه به رویکرد های چند وجهی^{۲۹}

معمولاً از کارهای لازاروس به عنوان شیوه ای ماندگار و مرجح برای دخالت های درمانی افراد غیرکم توان ذهنی یاد می شود. علاوه بر این، لازاروس، $A^2 B^2 C^3 D^4 E^5 F^6 G^7 H^8 I^9 J^{10} K^{11} L^{12} M^{13} N^{14} O^{15} P^{16} Q^{17} R^{18} S^{19} T^{20} U^{21} V^{22} W^{23} X^{24} Y^{25} Z^{26}$ (رفتار، عاطفه، احساس، تصور، شناخت، روابط بین شخصی و دارو یا رژیم) را که بیانگر هفت کیفیتی هستند که می توانند مشکل آفرین باشند و یا بر عملکرد مراجع تاثیر بگذارد، را مبنای کار قرار می دهد. [۸] و [۹]. به طور خلاصه "لازاروس"، به ارزیابی از طریق دستگاههای حسی، به منظور ارزیابی جامع مسائل ارجاعی معتقد است. متخصصان با ارزیابی از طریق دستگاههای حسی، کمتر در معرض حذف اجزای مهم یک مساله، یا تاکید صرف بر یک زمینه، یا بیش از حد دقیق شدن در انتخاب اهداف درمانی قرار می گیرند. سپس با استفاده از این ارزیابی، متخصص می تواند مسائل را اولویت بندی کرده، بهترین اهداف را برای مداخله درمانی انتخاب کند و آنها را با دخالت های درمانی تطبیق دهد. به این نکته باید توجه کرد که در میان متخصصان گرایش برای ناچیز شمردن برخی مشکلات اجتماعی - عاطفی در کم توانهای ذهنی، و شاید تاکید بیش از حد بر مشکلات رفتاری وجود داشته است. کاربرد BASICID مانع این گرایش شده و طیف گسترده تری از انتخاب های درمانی را به روی متخصص می گشاید. انتخاب روش چند وجهی به

29. Multimodal Approaches

30. Behavior

31. Affect

32. Sensation

33. Imagery

34. Cognition

35. Interpersonal

36. Drug/Diet

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 کم توانهای ذهنی باشد .

۵- توجه به تأثیری که " افراد مهم^{۳۷} " روی مراجع می گذارند .

کم توانهای ذهنی معمولاً در نظام هایی زندگی می کنند که رفتار آنها متأثر از دیگران و در بعضی از موارد ، توسط آنها کنترل می شود . از این رو، مشاوره یا روان درمانی ها نباید از این عوامل نظام مند غافل باشند و مشاوره نباید جدای از جنبه های مختلف زندگی فرد ، صورت گیرد. دخالت های 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 ، ویژه کم توانهای ذهنی طراحی یا ایجاد شده است، حال آنکه ، این افراد برای بسط دخالت های 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 می شود :

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 مدون تر و جامع تراند . مشاور یا روان درمانگری که با کم توانهای ذهنی کار می کند ممکن است به جای آنکه از روی شم خود به واکنشهای فرد پاسخ دهد ، قبلاً طبیعت و سطح محتوای این جلسات را پیش بینی کند .

۲-۶- 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 کم توانهای ذهنی 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 و نوجوانان 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 شیوه بزرگسال غیر کم توان ذهنی رفتار کرد. در بیشتر موارد، بکارگیری فنون بازی با بزرگسالان مبتلا به کم توانی ذهنی، نیاز به عادی سازی ندارد، گرچه ممکن است مواردی وجود داشته باشد که روان درمانگر فنون تعاملی کودکان 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

نظری نسبت به درمان مورد حمایت قرار گرفته اند، بستگی دارد.

۷- توجه به ویژگیهای تعارض نقش

ارائه خدمات مشاوره یا روان درمانی، غالباً پزشکان را در شرایطی قرار می دهد که بالقوه حالت تعارض نقش دارد. این امر بویژه در مورد متخصصان بنگاه هایی که نقش های چند وجهی را ایفا می کنند. نظیر مشاور، درمانگر، پزشک متخصص، متخصص کاربایی و ارزیاب شغلی؛ مصداق دارد. علاوه بر این، متخصصانی که با 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 است خود را با آن نهاد خدماتی، خانواده و فرد مراجع در تعارض حس کند. همچنین 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 کیست؟" که خود بحثی ابهام برانگیز است.

متخصصانی که به طور مرتب با خانواده ها سروکار دارند، ممکن است تعیین صریح موضع خود را در همان ابتدای مشاوره سودمند تشخیص دهند. این تعیین موضع، چه از جنبه اخلاقی و چه به لحاظ تاثیر درمانی حائز اهمیت است. همچنین متخصصان نهادهای خدماتی که نقش های چند گانه ای را برعهده دارند، در معرض تعارض نقش هستند. همچنین ممکن است از متخصصانی که به ارائه خدمات مشاوره و روان درمانی به یک فرد می پردازند خواسته شود تا به شرکت در خدمات دیگری برای فرد پردازند. از این رو جدا کردن نقش های مشاور یا روان درمانگر از تدبیر کننده رفتار^{۴۱} و همچنین مشاور یا روان درمانگر از تصمیم گیرنده^{۴۲}، مشکل است و حتی ممکن است متخصص را در وضعیتی تعارضی و حتی موقعیت های بالقوه غیر اخلاقی^{۴۳} قرار دهد. یک تعارض نقش بلافصل "سهیم شدن"^{۴۴} در اطلاعات مربوط به جلسات مشاوره با سایر اعضای گروه است. واضح است که در اختیار گذاشتن این اطلاعات به گردانندگان گروه، "غیراخلاقی" است. با این همه، از جنبه ای دقیق تر، اطلاعات به دست آمده در جلسات مشاوره ای، بالقوه می توانند بر تصمیم هایی که 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

جانبی نیز ایجاد رابطه ای آزاد و دقیق با مراجع است که در عین حال ممکن است پیامدهای نامطلوبی هم داشته باشد. بهترین حالت، آگاه کردن مراجع از تمام جوانب تعارض نقش ها، و تا حد امکان جلوگیری از شرایطی است که به ایجاد این مشکل 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 ذهنی، این راه حل، همیشه، عملی نخواهد بود [۱۲].

۸- توجه به مشکلاتی که کم توان ذهنی در فرایند مشاوره یا روان درمانی مطرح می کنند.

همان طور که پیشتر ذکر شد، کم توانهای ذهنی ممکن است گستره کاملی از اختلالات روان شناختی و مشکلات اجتماعی - عاطفی را بروز دهند. این افراد در مشاوره نیز طیف وسیعی از مشکلات و مسائل خاص را بروز می دهند. دو مطالعه، انواع مسائلی را که در مشاوره یا روان درمانی کم توانهای ذهنی وجود دارد ارزیابی کرده است: ویتمن، استرومروپروت [۱۳] با استفاده از پرسشنامه باز پاسخ^{۴۰}، از تعداد زیادی "مشاور" که با کم توانهای ذهنی کار می کردند خواستند که فهرست مشکلات آنها را بنویسند. در اینجا بر مشکلات مراجعانی تاکید می شد که که خودشان "خواستار" کمک شده بودند، نه مشکلات مشاوره ای یا مسائل ارجاعی کم توانهای ذهنی. پاسخ های ارائه شده به این ترتیب بود: مسائل بین فردی؛ کارکرد روان شناختی؛ کار؛ جنسیت؛ زندگی شبانه روزی و سازگاری؛ رفتار؛ منابع مالی و دارایی؛ پذیرش و کنار آمدن با کم توانی جسمی؛ برخورد با اشکال قدرت؛ و خانواده. در مطالعه ای مشابه، ژکوبسون و اکرم [۱۴] از تعدادی روان شناس خواسته بودند که وجوه معینی از سازگاری را که در مشاوره و روان درمانی افراد مبتلا به کم توانی ذهنی - مرزی، خفیف و متوسط - مورد بررسی قرار داده اند، خاطر نشان کنند. پاسخهای داده شده عبارت بودند از: انطباق با شرایط معمولی و جدید زندگی؛ انگیزه برای یادگیری؛ روابط با گروه همسالان؛ روابط خانوادگی؛ خویشتن داری در برابر رفتارهای غیر قابل قبول؛ پیشرفت حمایت از خود؛ افزایش مهارتهای بین فردی یا اجتماعی؛ اجرای معیارهای ارزیابی؛ کارکرد شخصیت؛ پیشرفت در زمینه قابلیت استخدام؛ برنامه ریزی شغلی یا استخدامی؛ تفاهم نسبت به نظارت یا مدیریت.

نتایج دو تحقیق بیانگر این واقعیت است که، علی‌رغم دیدگاه و روش‌شناسی نسبتاً متفاوت در طرح پرسش‌های دو مطالعه، شباهت‌های بسیاری نیز بین آنها وجود دارد. مهمتر آنکه، کم‌توان‌ذهنی طیف گسترده‌ای از مشکلات، مسائل و مباحثی را بروز می‌دهند که نیازمند مشاوره یا روان‌درمانی 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 می‌رود. قضاوت نادرست بالینی ممکن است به تشخیص نادرست مشکل یا اختلال و یا بکارگیری درمان‌های غیر مناسب بینجامد. کارهای لویتها، ریس و همکارانشان [۱۵]، به حیطه‌ای از سوگیری‌های بالینی اشاره می‌کند. برای تشریح تمایل متخصصان بالینی یا پزشکان به کم‌اهمیت جلوه دادن یا نادیده گرفتن مشکلات بهداشت روانی - هنگامی که بیمار در حیطه کم‌توان‌ذهنی قرار دارد - آنها اصطلاح "نادیده‌انگاری تشخیص^{۶۶}" را وضع کردند. لویتها و ریس در مجموعه‌ای از مطالعات مشابه، به متخصصان مطالعات یکسانی را ارائه کردند، با این تفاوت که در یک مورد ضریب هوشی فرد مورد مطالعه در طیف کم‌توان‌های ذهنی تعریف شده، و در مورد دیگر "کارکرد شناختی فرد"، در طیف متوسط توصیف شده بود. موقعی که آزمودنی مورد مطالعه، کم‌توان 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 می‌شود.

الفورد و لاک [۶] با استفاده از روش‌شناسی مشابه، از نظر تخصصی تأکید بیشتری بر توصیه‌های درمانی داشتند و دریافتند که متخصصان بالینی بر خلاف سایر انتخاب‌های درمانی، تمایل بیشتری به توصیه درمان‌های رفتاری برای کم‌توان‌های ذهنی دارند. این امر نیز نوعی سوگیری قضاوت است که در آن طیف قابلیت انتخاب‌های درمانی، ممکن است به تصمیم‌گیری متخصص برای مراجع محدود شود. همان‌طور که پیشتر هم ذکر شد، انتخاب مشاوره یا روان‌درمانی برای برخی مراجعان، انتخاب آن‌چنان کارآمدی هم نیست. به عبارت دیگر، ممکن است بر حسب کم‌توانی ذهنی، به طرز

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 منجر به سیر قهقرایی رفتار^{۵۱} یا حتی کارکرد شناختی محدودتر شود؛ معیار گزاره 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

تاکید کرده اند ، زیرا معتقدند که هر انسان موجودی بی همتاست و در ارزیابی و تشخیص او نمی توان به نرمها و استانداردهای جمعی و گروهی روی آورد . بنابراین هر فرد در این رویکرد بایستی دارای آزمون و وسیله تشخیص جداگانه و نرم و استاندارد خاص خودش باشد . روان شناسان ، اخیراً بر استفاده از این رویکرد در ارزیابی و تشخیص افراد کم توان ذهنی تاکید کرده اند [۱۹] . تکنیک های مناسب این نگرش که فهرست ساختار ذهنی^{۵۳} نامیده می شود ، فرصتی مناسب برای روان شناسان فراهم می کند که هر فرد را بدون مقایسه با شخصی دیگر مورد ارزیابی قرار دهند ، و در ضمن موقعیت های عینی و ملموسی را مهیا سازند که مشاور و روان درمانگر با مصاحبه های تکمیلی می تواند بسیاری اطلاعات روشن و دقیق در مورد مراجع به 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 همان نوع و طیف اختلالات عاطفی دچار می شوند که افراد عادی ؛ تعداد این قبیل افراد از نظر ابتلا به مشکلات روان شناختی و عاطفی در جوامع رو به افزایش است ؛ و این افراد به دلایل گوناگون توسط خانواده ها یا مراکز دیگر به مراکز ارائه خدمات مشاوره یا روان درمانی ارجاع داده می شوند [۱۵] ، کمتر مشاهده شده است که انتخاب مشاوره یا روان درمانی به عنوان انتخاب درمانی در دسترس برای آنها منظور شده باشد . به نظر می رسد که مقداری از این کم توجهی ناشی از کم توجهی به موارد زیر است :

الف) همان طور که از بررسی کتابهای مربوطه استنباط می شود ، در مورد کارایی مشاوره و روان درمانی برای کم توانهای ذهنی ، تحقیق تجربی خوب ، نسبتاً کم است ؛ ب) از نظر تاریخی این نتیجه گیری حاکم بوده است که مشاوره یا روان درمانی کارایی لازم را نداشته است [۲۱] ، [۴] . بسیاری از این مطالعات مربوط به کارایی مشاوره و روان درمانی برای کم توانهای ذهنی ، در دهه های ۷۰ ، ۶۰ ، ۵۰ انجام شده است . منابع زیادی در مورد عدم کارایی مشاوره و روان درمانی برای کم توانهای ذهنی موجود است که مسائل روش شناسی نیز از آن جمله است . شاید به دلیل همین پژوهش هاست که بسیاری از کتابهای عمومی مشاوره و روان درمانی ،

بحثی از کم توانی ذهنی به میان نمی آورند، یا پای مشاوره و روان درمانی را برای این قبیل افراد به میان نمی کشند [۴]. 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 رسد 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 کم توانهای ذهنی 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 کم توانهای ذهنی کارآیی ندارد، در تحلیل ها، این عدم کارآیی را به محدودیت های افراد مبتلا به کم توانی ذهنی 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.

ه) 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 کم توانی ذهنی، "از نظر منطقی استدلالی نادرست است". در نتیجه موضوع کارآیی کلی مشاوره و روان درمانی در مورد کم توانهای ذهنی کماکان بدون پاسخ باقی می ماند. لذا به نظر می رسد که توجه به توصیه های زیر ضروری باشد:

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

کم توانهای ذهنی؛

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:

- ۲-۱- رعایت تناسب مشاوره یا روان درمانی با رشد مراجع؛
- ۲-۲- رعایت محدودیتهای مراجعان هنگام تعیین اهداف برای آنها؛
- ۲-۳- تعیین سبک و کانون توجه مشاوره و روان درمانی و توجه به رویکردهای چند وجهی؛

۲-۴- توجه به تاثیری که افراد مهم روی مراجع می گذارند؛

۲-۵- توجه به ویژگیهای تعارض نقش؛

۲-۶- پرهیز از سوگیری در تشخیص و ارزیابی؛

۲-۷- 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 - 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 سوء 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:

۳-۱- مشاوره و روان درمانی را برای مراجع توضیح دهید. بسیاری از محققان مرحله توضیحی را القای نقش می خوانند [۲۴]. القای نقش یک طریق سازماندهی یا ساختار بندی مشاوره است [۲۵]؛ و

۳-۲- 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

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

۴-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:

۴-۱-ارزیابی های روانی انجام دهید نه قضاوت های 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؛

۴-۲-فرض نکنید که احساسها، افکار و رفتارهای مراجعان را می شناسید؛

۴-۳-فرض نکنید که میدانید مراجعان چگونه به احساسها، افکار و رفتارهای خود واکنش نشان می دهند [۱۲]؛

۴-۴-روی نقاط قوت مراجعان تاکید کنید [۲۷]؛

۴-۵-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]؛

۴-۶-با احساسهای مراجعین در باره خودتان برخورد مناسب داشته باشید؛

۴-۷-انعطاف پذیر، پذیرا و ملایم باشید [۲۹]؛

۴-۸-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]؛

۴-۹-در زمینه پرسشهای اخلاقی مشاوره کنید [۳۱]؛

۴-۱۰-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

۴-۱۱-پیوستگی در کار ایجاد کنید [۳۳]. مشاوران از طریق افزایش درک

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 همان گونه 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].

۶- وقتی تردید دارید، بر احساسها متمرکز شوید. پیامزید که چگونه احساسهای چالش انگیز بسیاری از مراجعان را تشخیص دهید و بیان کنید [۳۴]. 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

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 مشاوره 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 Psychotherapy and behavior change (pp. 474-493).
- 2) Corsini, R.J. (1989). Introduction . In R.G. Corsini and D. wedding (Eds.) Current psychotherapies (4th ed., 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 therapy; A skill-based approach. New York: van Nostrand Reinhold.
- 8) Lazarous, A.A. (1981). The Practiee of multitmodal therapy. New York: Mcgrow-Hill.

- 9) Lasarus, A.A. (1976). Multimodal behavior therapy. New York: Springer.
- 10) Brown, D.L., and Prout H.L. (Eds.) (1980). Counseling and Psychotherapy with children and Adolescents (2nd ed.). 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 Applied Rehabilitation Counseling, 20, 8-13.
- 14) Jacobson, J.W., Aekerman, J.J. (1989). Psychological service of person with Mental retardation and psychiatric impairment Mental Retarded, 27, 33-36.
- 15) Reiss, S., and Levitan, G., and Syszko, J. (1982) Emotional disturbance and retardation Diagnostic overshadowing. American Journal of Mental Deficiency, 56, 567, 574.
- 16) Alford, J.D., and Lock, B.L. (1984). Clinical Responses Psychopathology Mentally retarded persons. American journal of Mental Deficiency, 89, 5-197?
- 17) Sovner, R., and Hurley, A.D. (1986). Four factors affecting the diagnostic of psychiatric disorders in mentally retarded persons. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, 5(9), 1-3.
- 18) Kelly, G.A. (1955). The Psychology of Personal Constructs, Vol 1 & 2. Routledge. 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). Psychotherapy. In J.L. Matson and J.A. Mulick (Eds.) Handbook of Mental retardation (PP, 351-

- 368).New York:Pergamon Press.
- 22)Eysench,H.J.(1966)The effect of psychotherapy. NewYork , International science Press.
- 23)Levitt.E.E.(1957)The result of psychotherapy with children.An evaluation.Journal of counseling psychology,21,186-189.
- 24)Mayerson,N(1984).Preparing Clients for Group therapy. A critical review and theoretical formulation.Clinical psychology.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 psychotherapy 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.