

اصول و مبانی مشاوره

ساموئل گلادینگ

با ترجمه رضا ابراهیمی



سرشناسه

مشخصات نشر: دیجیتال	نشر به صورت الکترونیک وب سایت مکاتب
نام کتاب: اصول و مبانی مشاوره	makateb.com
نویسنده: ساموئل گلادینگ	مترجم: رضا ابراهیمی
تعداد صفحات: ۹۲۰	نوبت چاپ: الکترونیکی
موضوع: روانشناسی	آدرس: پیرانشهر کمربندی بلوار کردستان پلاک ۱۱۰

فهرست مطالب

بخش اول	۶
مبانی حرفه ای مشاوره	۶
فصل اول	۶
جنبه های شخصی و حرفه ای مشاوره	۶
فصل دوم	۶۶
جنبه های اخلاقی و قانونی مشاوره	۶۶
فصل سوم	۱۲۰
مشاوره در جامعه چندفرهنگی	۱۲۰
فصل چهارم	۱۶۷
مشاوره با جمعیت های متنوع	۱۶۷
بخش دوم	۲۰۱
فرآیندها و نظریه های مشاوره	۲۰۱
فصل پنجم	۲۰۲
ایجاد روابط مشاوره ای	۲۰۲
فصل ششم	۲۵۲
کار کردن در رابطه مشاوره ای و خاتمه دادن به آن	۲۵۲
فصل هفتم	۳۲۵
نظریه های روانکاوی	۳۲۵
فصل هشتم	۳۷۷

۴.....	
۳۷۷.....	نظریه‌های رفتاری، شناختی، سیستمی، مختصر و بحران در مشاوره
۴۰۲.....	بخش سوم.....
۴۰۲.....	فعالیت‌های اصلی مشاوره در محیط‌های مختلف.....
۴۰۳.....	فصل نهم.....
۴۰۳.....	گروه‌ها در مشاوره.....
۴۴۷.....	فصل دهم.....
۴۴۷.....	مشاوره و نظارت.....
۴۹۱.....	فصل یازدهم.....
۴۹۱.....	ارزیابی و پژوهش.....
۵۳۶.....	فصل دوازدهم.....
۵۳۶.....	آزمون، ارزیابی و تشخیص در مشاوره.....
۵۶۸.....	بخش چهارم.....
۵۶۸.....	تخصص‌های مشاوره.....
۵۶۹.....	فصل سیزدهم.....
۵۶۹.....	مشاوره شغلی در طول عمر.....
۶۲۰.....	فصل چهاردهم.....
۶۲۰.....	مشاوره زوج و خانواده.....
۶۵۹.....	فصل پانزدهم.....
۶۵۹.....	مشاوره حرفه‌ای مدرسه.....
۷۲۳.....	فصل شانزدهم.....

۷۲۳	مشاوره دانشجویی و خدمات زندگی دانشجویی
۷۷۱	فصل هفدهم
۷۷۱	آزار، اعتیاد، معلولیت و مشاوره
۸۲۶	فصل هجدهم
۸۲۶	مشاوره سلامت روان بالینی و مشاوره خصوصی

***** هر گونه کپی برداری از این کتاب یا بخشی از پیگرد قانونی دارد.**

قسمت

مبانی حرفه ای مشاوره

فصل 1	جنبه های شخصی و حرفه ای مشاوره
فصل 2	جنبه های اخلاقی و حقوقی مشاوره
فصل 3	مشاوره در یک جامعه چند فرهنگی
فصل 4	مشاوره با جمعیت های مختلف

بخش اول

مبانی حرفه ای مشاوره

فصل اول

جنبه های شخصی و حرفه ای مشاوره

مروری بر فصل

با مطالعه این فصل با موارد زیر آشنا خواهید شد:

- تعریف مورد توافق مشاوره که توسط ۲۹ انجمن گوناگون این رشته پذیرفته شده است.
- ویژگی‌های شخصیتی مهم و خصوصیات فردی لازم برای یک مشاور.
- جنبه‌های حرفه‌ای مشاور بودن، شامل فرآیند کسب صلاحیت‌ها و گواهی‌نامه‌های تخصصی.
- چارچوب‌های نظری و رویکردهای نظام‌مند (سیستماتیک) در مشاوره.
- مشارکت در فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با حوزه مشاوره.

هنگام مطالعه، به این موارد فکر کنید:

- چه انگیزه‌ای شما را به انتخاب حرفه مشاوره ترغیب کرده است؟
- برای موفقیت به عنوان یک مشاور، چه ویژگی‌هایی را باید در خودتان پرورش دهید؟
- جنبه‌های متعدد فرآیند کسب صلاحیت‌های حرفه‌ای و تفاوت‌های میان انواع گواهی‌نامه‌ها و مجوزهای موجود.

آرامشی هست که در یادآوری نام‌ها و مکان‌ها، در مرور سرگذشت کسانی که برای کمک می‌آیند، پدیدار می‌شود. سردرگمی و یافتن مسیر، هر دو بخشی از این فرآیندند. فرآیندی که طی آن، همزمان با تلاش برای باز کردن گره‌ردپاهایی که در زندگی پیش رفته‌اند، به گذشته‌ی فرد سفر می‌کنیم. مشاوره مانند یک معمای پیچیده است؛ جایی که رشته‌های ذهن، گاه درهم‌ریخته و گاه با دقتی شگرف، به هم می‌پیوندند تا از دل بی‌معنایی، معنایی بیرون بکشند. این فرآیند، گاه طاقت‌فرساست؛ درست مانند چیدن تکه‌های پراکنده یک پازل کنار هم، تا آنکه سرانجام، تصویری کامل شکل بگیرد.

- برگرفته از «در میانه‌ی معماها و سفر مشاوره»، نوشته‌ی اس. تی. گلدینگ، ۱۹۷۸، مجله Personnel and Guidance Journal، جلد ۵۷، صفحه ۱۴۸. © اس. تی. گلدینگ



۱ جنبه‌های شخصی و حرفه‌ای مشاوره

مروری بر فصل

با مطالعه این فصل با موارد زیر آشنا خواهید شد:

- تعریف مورد توافق مشاوره که توسط ۲۹ انجمن گوناگون این رشته پذیرفته شده است.
- ویژگی‌های شخصیتی مهم و خصوصیات فردی لازم برای یک مشاور.
- جنبه‌های حرفه‌ای مشاور بودن، شامل فرآیند کسب صلاحیت‌ها و گواهی‌نامه‌های تخصصی.
- چارچوب‌های نظری و رویکردهای نظام‌مند (سیستماتیک) در مشاوره.

- مشارکت در فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با حوزه مشاوره.

هنگام مطالعه، به این موارد فکر کنید:

- چه انگیزه‌ای شما را به انتخاب حرفه مشاوره ترغیب کرده است؟
- برای موفقیت به عنوان یک مشاور، چه ویژگی‌هایی را باید در خودتان پرورش دهید؟
- جنبه‌های متعدد فرآیند کسب صلاحیت‌های حرفه‌ای و تفاوت‌های میان انواع گواهی‌نامه‌ها و مجوزهای موجود.

مشاوره حرفه‌ای شریف و انسان‌دوستانه است. این حرفه بر رشد و همچنین بهبودی در طول عمر و در مراحل مختلف زندگی تأکید دارد: کودکی، نوجوانی، بزرگسالی و سالمندی. مشاوران در کمک به افراد، زوجها، گروه‌ها، خانواده‌ها و نظام‌های اجتماعی که مشکلات مقطعی (موقعی)، رشدی (تحوّلی) و یا مشکلات کوتاه‌مدت یا بلندمدت را تجربه می‌کنند، تخصص دارند. تمرکز مشاوره بر رشد، پیشگیری، بهزیستی و درمان، آن را برای کسانی که به دنبال گذار سالم بین مراحل زندگی و داشتن زندگی‌ای پربار هستند، جذاب می‌سازد.

با این حال، مشاوره همیشه حرفه‌ای چنین فراگیر و جامعی نبوده است. این رشته در طول سالیان از حوزه‌های گوناگونی «از جمله، اما نه محدود به، انسان‌شناسی، آموزش، اخلاق، تاریخ، حقوق، علوم پزشکی، فلسفه، روانشناسی و جامعه‌شناسی» (اسمیت، ۲۰۰۱، ص ۵۷۰) تکامل یافته است. (برای مطالعه تاریخچه مشاوره به پیوست الف مراجعه کنید). برخی افراد به دلیل عدم آگاهی از سیر تکامل مشاوره، آن را صرفاً با مؤسسات آموزشی مرتبط دانسته یا واژه «راهنمایی» (guidance) را معادل مشاوره می‌پندارند. در نتیجه، ایده‌های منسوخه برخلاف واقعیت، همچنان در ذهن آن‌ها باقی مانده است. آن‌ها ماهیت این حرفه و متخصصان

آن را به درستی درک نمی‌کنند. حتی در میان خود مشاوران، کسانی که در مسیر رشد حرفه‌ای خود همگام با تحولات پیش نمی‌روند، ممکن است دچار سردرگمی شوند که مشاوره دقیقاً چیست، چه مسیری را طی کرده و به کدام سو در حرکت است. همان‌طور که سی. اچ. پترسون، یکی از پیشگامان مشاوره، زمانی اشاره کرد، به نظر می‌رسد برخی نویسندگان در نشریات مشاوره «از تاریخچه این حرفه بی‌اطلاع هستند... [و در نتیجه] همان مباحثی را تکرار می‌کنند که در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ به آن‌ها پرداخته شده بود» (گودیر و واتکینز، ۱۹۸۳، ص ۵۹۴).

تعریف مشاوره

همیشه «مشاورانی» وجود داشته‌اند – افرادی که به دیگران گوش می‌دهند و به آن‌ها در حل مشکلاتشان یاری می‌رسانند – اما واژه «مشاور» در طول سالیان، با افزودن صفات توصیفی به آن برای تبلیغ محصولات، مورد سوءاستفاده قرار گرفته است. به همین دلیل، عناوینی چون مشاور فرش، مشاور هماهنگی رنگ، مشاور دفع آفات، مشاور مالی، مشاور اردوگاه و غیره را می‌شنویم. این افراد عمدتاً فروشندگانی با عناوین پرمطراق، نصیحت‌کنندگان، و ناظران کودکان یا خدمات هستند. نسبت آن‌ها به مشاوره حرفه‌ای مانند نسبت تعمیرکاران مبل‌مان به علم پزشکی است.

مشاوره به عنوان یک حرفه، از دل جنبش راهنمایی پیشرو (progressive guidance movement)

در اوایل دهه ۱۹۰۰ پدیدار شد. تأکید اولیه آن بر پیشگیری و هدفمندی بود – یعنی کمک

به افراد در تمام سنین و مراحل زندگی تا از انتخاب‌های نادرست پرهیز کنند و در عین حال، در فعالیت‌های

خود به معنا، مسیر و رضایتمندی دست یابند. امروزه، مشاوره حرفه‌ای شامل متخصصان بالینی‌ای است که

همچنان بر پیشگیری از مشکلات و ارتقای رشد تمرکز دارند، اما دامنه این حرفه بسیار گسترده‌تر شده است.

تمرکز کنونی بر بهزیستی، رشد، ذهن آگاهی، معناداری، احساس ارزشمندی (matterings) و پیشرفت، و همچنین درمان اختلالات روانی برای افراد، گروه‌ها، زوج‌ها و خانواده‌ها در سراسر طول عمر است. برای درک ماهیت کنونی مشاوره، ابتدا لازم است بفهمیم که مشاوره چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با مفاهیمی چون راهنمایی (guidance) و روان‌درمانی (psychotherapy) دارد.

راهنمایی (Guidance)

راهنمایی بر کمک به افراد برای اتخاذ تصمیمات مهمی که بر زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد، مانند انتخاب سبک زندگی مطلوب، تمرکز دارد. اگرچه جنبه تصمیم‌گیری راهنمایی مدت‌هاست که نقش مهمی در فرآیند مشاوره ایفا می‌کند، اما خود این واژه در حوزه مشاوره، «مانند واژه 'سل' در پزشکی، کاربردش تقریباً منسوخ شده است» (تایلر، ۱۹۸۶، ص ۱۵۳). اهمیت تاریخی آن بیش از کاربرد امروزی‌اش است. با این وجود، گاهی برای متمایز کردن روشی از کمک‌رسانی که با واژه فراگیرتر «مشاوره» تفاوت دارد، به کار می‌رود.

یک تفاوت کلیدی بین راهنمایی و مشاوره این است که راهنمایی بر کمک به افراد برای انتخاب آنچه برایشان بیشترین ارزش را دارد متمرکز است، در حالی که مشاوره به آن‌ها در ایجاد تغییر کمک می‌کند. بسیاری از فعالیت‌های اولیه راهنمایی در مدارس و مراکز کاریابی انجام می‌شد؛ جایی که یک فرد بزرگسال به دانش‌آموز یا دانشجو در تصمیم‌گیری، مثلاً انتخاب رشته تحصیلی یا شغل، کمک می‌کرد. این رابطه بین دو فرد در جایگاه نابرابر برقرار بود و به فرد کم‌تجربه‌تر در یافتن مسیر زندگی یاری می‌رساند. به همین ترتیب، کودکان نیز مدت‌هاست که از والدین، رهبران و مربیان خود «راهنمایی» دریافت می‌کنند و در این فرآیند به درکی از خود و دنیای پیرامونشان دست می‌یابند. این نوع راهنمایی هرگز منسوخ نخواهد شد؛ افراد در هر سن و مرحله‌ای از زندگی، اغلب برای انتخاب کردن به کمک نیاز دارند. اما راهنمایی تنها بخشی از مجموعه خدمات ارائه شده توسط مشاوره حرفه‌ای است.

روان‌درمانی (Psychotherapy)

به طور سنتی، روان‌درمانی (یا تراپی) بر مشکلات جدی مرتبط با اختلالات درون‌روانی (مانند هذیان یا توهم)، تعارضات درونی و مسائل شخصیتی (مانند وابستگی یا ناتوانی در تعامل با دیگران) تمرکز داشته است. هدف آن دستیابی به یا «بازیابی کفایت و توانمندی» (کیسی، ۱۹۹۶، ص ۱۷۵) بوده است. به این ترتیب، روان‌درمانی، به‌ویژه درمان‌های مبتنی بر رویکرد تحلیلی، معمولاً بر موارد زیر تأکید بیشتری داشته است: الف) گذشته بیش از حال، ب) بینش بیش از تغییر، ج) عدم درگیری هیجانی و فاصله‌گیری درمانگر، و د) نقش درمانگر به عنوان یک متخصص. علاوه بر این، روان‌درمانی در گذشته اغلب شامل یک رابطه درمانی بلندمدت (۲۰ تا ۴۰ جلسه در طول ۶ ماه تا ۲ سال) بود که بر تغییرات بازسازانه و بنیادی تمرکز داشت، در مقابل رابطه درمانی کوتاه‌مدت‌تر مشاوره (۸ تا ۱۲ جلسه در کمتر از ۶ ماه). همچنین روان‌درمانی بیشتر با محیط‌های بستری (مانند بیمارستان‌های روانی) مرتبط بوده است، در حالی که مشاوره عمدتاً در محیط‌های سرپایی (مانند مراکز خدمات اجتماعی) ارائه می‌شود.

با این حال، در دوران اخیر، مرز بین روان‌درمانی و مشاوره کمرنگ‌تر شده است و متخصصانی که خدمات بالینی ارائه می‌دهند، اغلب خودشان تعیین می‌کنند که مراجع، مشاوره دریافت کند یا روان‌درمانی. برخی نظریه‌های مشاوره، مانند روانکاوی، معمولاً به عنوان «درمان» (therapy) نیز شناخته می‌شوند و در محیط‌های مختلفی قابل استفاده هستند. بنابراین، فرآیندهای مشاوره و روان‌درمانی اغلب شباهت‌ها و همپوشانی‌های زیادی دارند.

مشاوره (Counseling)

اصطلاح «مشاوره» برای سال‌ها تعریف دقیقی نداشت. با این حال، در سال ۲۰۱۰، تعریفی مورد اجماع توسط ۲۹ انجمن مشاوره‌ای، از جمله انجمن مشاوره آمریکا (ACA) و تمامی بخش‌های آن (به جز دو بخش از ۱۹ بخش آن زمان)، به همراه انجمن آمریکایی هیئت‌های ایالتی مشاوره (AASCB)، شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و رشته‌های مرتبط (CACREP)، هیئت ملی مشاوران رسمی (NBCC)، شورای آموزش توانبخشی (CORE)، کمیسیون صدور گواهینامه مشاور توانبخشی (CRCC) و انجمن بین‌المللی افتخاری مشاوره (Chi Sigma Iota)، ارائه شد. این تعریف از طریق فرآیندی به نام "۲۰/۲۰: چشم‌اندازی برای آینده مشاوره" و طی جلسات حضوری و تبادلات اینترنتی این گروه‌ها در یک دوره ۳ ساله، با هدف ایجاد توصیفی جامع، مختصر و فراگیر از مشاوره، حاصل شد. طبق این تعریف:

مشاوره یک رابطه حرفه‌ای است که افراد، خانواده‌ها و گروه‌های گوناگون را توانمند می‌سازد تا به

اهداف مربوط به سلامت روان، بهزیستی، تحصیل و شغل دست یابند. (منبع:

www.counseling.org/20-20/index.aspx)

این تعریف شامل نکات ضمنی و صریحی است که درک آن‌ها هم برای مشاوران و هم برای مراجعان (دریافت‌کنندگان خدمات) اهمیت دارد:

- مشاوره با موضوعات مرتبط با بهزیستی، رشد شخصی، شغل، تحصیل و توانمندسازی سروکار

دارد. به عبارت دیگر، مشاوران در حوزه‌هایی فعالیت می‌کنند که طیف وسیعی از مسائل شخصی و

بین‌فردی را در بر می‌گیرد. این حوزه‌ها شامل دغدغه‌هایی مانند یافتن معنا، سازگاری و رضایتمندی در

زندگی، سلامت روانی و جسمی، و دستیابی به اهداف در محیط‌هایی چون کار و تحصیل است. مشاوران

به عدالت اجتماعی اهمیت می‌دهند و به عنوان بخشی از کار خود، از افراد تحت ستم و فاقد قدرت

حمایت می‌کنند.

- مشاوره به صورت فردی، گروهی و یا با خانواده‌ها انجام می‌شود. مراجعان مشاوران در محیط‌های بسیار متنوع و از تمام اقشار جامعه هستند. مشکلات آن‌ها ممکن است نیازمند مداخلات کوتاه‌مدت یا بلندمدت باشد که بر روی یک فرد یا چندین نفر (مرتبط یا غیرمرتبط با هم) تمرکز دارد.

- مشاوره، حوزه‌ای متنوع و چندفرهنگی است. مشاوران با مراجعانی با پیشینه‌های فرهنگی گوناگون و در سنین و مراحل مختلف زندگی کار می‌کنند. به افراد، چه از فرهنگ‌های اقلیت و چه اکثریت، بسته به نیازهایشان و به شیوه‌های مختلف کمک می‌شود؛ این کمک ممکن است شامل پرداختن به مسائل کلان اجتماعی مانند تبعیض یا پیش‌داوری نیز باشد.

- مشاوره یک فرآیند پویا است. مشاوران نه تنها بر اهداف مراجعان تمرکز می‌کنند، بلکه به آن‌ها در تحقق این اهداف نیز یاری می‌رسانند. این پویایی از طریق به کارگیری طیفی از نظریه‌ها و روش‌ها به دست می‌آید. بنابراین، مشاوره هم شامل انتخاب کردن و هم ایجاد تغییر می‌شود. مشاوره فرآیندی زنده و جذاب است. در بیشتر موارد، «مشاوره تمرینی برای اقدام است» (کیسی، ۱۹۹۶، ص ۱۷۶)، چه اقدامی درونی (در سطح افکار و احساسات) و چه بیرونی (در سطح رفتار).

علاوه بر تعریف کلی مشاوره، انجمن مشاوره آمریکا (ACA)، "تخصص در مشاوره حرفه‌ای" را نیز تعریف کرده است که عبارت است از حوزه‌ای (درون مشاوره) که «تخصصی‌تر بوده و نیازمند دانش پیشرفته در آن زمینه است» (www.counseling.org). از جمله این تخصص‌ها می‌توان به کار در محیط‌های آموزشی مانند مدارس و دانشگاه‌ها، و همچنین حوزه‌های مرتبط با موقعیت‌های زندگی مانند مشاوره ازدواج و خانواده، سلامت روان، توانبخشی، سالمندی، سنجش و ارزیابی، اعتیاد و مشاوره شغلی اشاره کرد. طبق نظر ACA، متخصص شدن در یک حوزه خاص، بر این اصل استوار است که «تمام مشاوران حرفه‌ای ابتدا باید الزامات و صلاحیت‌های عمومی لازم برای مشاوره حرفه‌ای را کسب کرده باشند» (www.counseling.org).

تأمل شخصی

- چه استعداد‌های ویژه‌ای دارید؟ این استعدادها چگونه از تعریف کلی شما از خودتان به عنوان یک فرد نشأت گرفته‌اند؟

- چگونه شرایط شخصی خود را با تعریف کلی مشاوره و تخصص‌های آن موازی می‌بینید؟

افراد به دلایل متعددی تمایل دارند مشاور شوند. این حرفه عمدتاً «افراد دلسوز، صمیمی، خوش‌برخورد و حساس را به خود جذب می‌کند» (مایرک، ۱۹۹۷، ص ۴). با این حال، همان‌طور که برخی برنامه‌های آموزشی، نظریه‌ها و نظام‌های مشاوره قوی‌تر از بقیه هستند، برخی از انگیزه‌ها نیز، مانند خود افراد، سالم‌تر از سایرین‌اند. ضروری است افرادی که می‌خواهند مشاور شوند، پیش از وقف زندگی خود به این حرفه، خود را به دقت بررسی کنند. افراد، چه در نهایت مشاوره را به عنوان شغل انتخاب کنند و چه نکنند، می‌توانند از مطالعه این رشته بهره‌مند شوند. با مطالعه مشاوره ممکن است به بینشی نسبت به افکار، احساسات و رفتارهای خود دست یابند، یاد بگیرند چگونه ارتباط بهتری با دیگران برقرار کنند و با نحوه کارکرد فرآیند مشاوره آشنا شوند. همچنین ممکن است استدلال اخلاقی، تفکر انتقادی و توانایی همدلی خود را پرورش دهند.

اثربخشی یک مشاور و خودِ فرآیند مشاوره به متغیرهای متعددی بستگی دارد، از جمله:

- شخصیت و پیشینه مشاور؛
- تحصیلات رسمی مشاور؛ و

- توانایی مشاور در مشارکت در فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با مشاوره، مانند آموزش مداوم، دریافت نظارت تخصصی (سوپرویزن)، حمایت‌گری (advocacy) و ایجاد سابقه حرفه‌ای (پورتفولیو).

مشاوران و فرآیند مشاوره تأثیر پویایی بر دیگران دارند. اگر مشاوره مفید نباشد، به احتمال زیاد زیان‌بار خواهد بود (کارکاف، ۱۹۶۹؛ الیس، ۱۹۸۴؛ میز و فرانکس، ۱۹۸۰). بنابراین، عوامل شخصی و حرفه‌ای که بر این حرفه تأثیر می‌گذارند، باید به دقت بررسی شوند.

شخصیت و پیشینه مشاور

شخصیت مشاور گاهی یک مؤلفه حیاتی در مشاوره است. مشاوران باید از ویژگی‌های شخصیتی‌ای چون پختگی، همدلی و صمیمیت برخوردار باشند. آن‌ها باید دارای روحیه انسانی بوده و افرادی باشند که به‌سادگی آشفته یا ناکام نمی‌شوند. متأسفانه، همیشه این‌گونه نیست و برخی افراد به دلایل نادرستی خواهان ورود به حرفه مشاوره هستند.

انگیزه‌های نامناسب برای مشاور شدن

هر کسی که می‌خواهد مشاور شود یا برای ورود به برنامه‌های آموزشی مشاوره اقدام می‌کند، لزوماً نباید وارد این رشته شود. دلیل این امر به انگیزه فرد برای دنبال کردن این حرفه و عدم تناسب شخصیتی او با الزامات و اقتضائات مشاوره بازمی‌گردد.

به نظر می‌رسد تعدادی از دانشجویانی که «به مشاوره حرفه‌ای جذب می‌شوند... دارای مشکلات شخصیتی و سازگاری جدی» مانند خودشیفتگی یا مسائل رشدی حل‌نشده هستند (ویتمر و یانگ، ۱۹۹۶، ص ۱۴۲). بیشتر این افراد پیش از اتمام دوره آموزشی، یا غربال می‌شوند یا خود تصمیم می‌گیرند مسیر شغلی دیگری را دنبال کنند. با این حال، داوطلبان باید پیش از ورود رسمی به برنامه‌های تحصیلات تکمیلی

مشاوره، دلایل خود را برای این انتخاب به دقت واکاوی کنند. به گفته گای (۱۹۸۷)، انگیزه‌های ناکارآمد برای مشاور شدن عبارتند از:

- **پیشانی هیجانی:** افرادی که تروماها (آسیب‌های روانی) شخصی حل نشده دارند.
 - **مقابله نیابتی:** افرادی که به جای داشتن زندگی معنادار خودشان، زندگی‌شان را از طریق دیگران سپری می‌کنند.
 - **تنهایی و انزوا:** افرادی که دوستی ندارند و از طریق تجارب مشاوره‌ای در پی یافتن دوست هستند.
 - **میل به قدرت:** افرادی که در زندگی خود احساس ترس و درماندگی می‌کنند و به دنبال کنترل دیگران هستند.
 - **نیاز به محبت:** افراد خودشیفته و خودبزرگ‌بینی که معتقدند همه مشکلات با ابراز محبت و عطوفت حل می‌شود.
 - **طغیان نیابتی:** افرادی که خشم حل نشده دارند و افکار و احساسات خود را از طریق رفتارهای سرکشانه مراجعان‌شان بروز می‌دهند.
- خوشبختانه، اکثر افرادی که نهایتاً مشاور می‌شوند و در این حرفه باقی می‌مانند، دلایل سالمی برای انتخاب آن دارند و حتی برخی آن را نوعی «رسالت» یا «فراخوان درونی» (calling) می‌دانند (فاستر، ۱۹۹۶).
- مشاوران و دانشجویان مشاوره باید همواره خود را ارزیابی کنند: اینکه چه کسی هستند و چه می‌کنند. این ارزیابی می‌تواند شامل بررسی تاریخچه رشدی، بهترین و بدترین ویژگی‌ها، و اهداف و مقاصد شخصی و حرفه‌ای باشد (فایور، آیزنگارت و کولونا، ۲۰۰۴).

مثال موردی

چرخش روبرتا

روبرتتا دانشجوی رشته مدیریت بازرگانی (MBA) بود، اما سروکار داشتن با آمار و ارقام برایش کسل کننده بود. بنابراین، تحصیل را رها کرد. با خودش فکر کرد: «حالا چی؟» پس از چند ماه سردرگمی، به یک متخصص مشاوره شغلی مراجعه کرد. با بررسی علایقش، متوجه شد که از کار کردن با مردم لذت می برد. با هیجان گفت: «همینه! مشاور می شم! این جوری می تونم به همه اون مدیرهای پرکار و تحصیل کرده که از شغلشون خسته شدن 'کمک' کنم. تنها کاری هم که باید بکنم اینه که گوش بدم و البته بهشون مشاوره بدم. عالیه!»

- آیا شما روبرتا را در برنامه آموزشی مشاوره خود می پذیرید؟ چرا؟

- فکر می کنید او باید به چه چیزهای دیگری توجه کند؟

ویژگی‌های شخصی یک مشاور مؤثر

از جمله عوامل کارآمد و مثبتی که افراد را به دنبال کردن حرفه مشاوره ترغیب کرده و آن‌ها را برای این کار مناسب می‌سازد، می‌توان به ویژگی‌های زیر اشاره کرد که توسط فاستر (۱۹۹۶) و گای (۱۹۸۷) برشمرده شده‌اند. اگرچه این فهرست جامع نیست، اما جنبه‌هایی از شخصیت فرد را برجسته می‌کند که او را برای ایفای نقش مشاور مناسب‌تر می‌سازد. (می‌توانید با تکمیل پرسشنامه «خودارزیابی مشاور مؤثر» در صفحه بعد، میزان برخورداری خود از این ویژگی‌ها را بسنجید):

- کنجکاوی و پرسشگری: علاقه طبیعی به انسان‌ها.
- توانایی خوب گوش دادن: جذاب و پویا یافتنِ عمل گوش دادن.
- راحتی در گفتگو: لذت بردن از تبادل کلامی.
- همدلی و درک: توانایی قرار دادن خود به جای دیگری، حتی اگر آن فرد کاملاً با شما متفاوت باشد.
- بینش هیجانی: احساس راحتی در مواجهه با طیف وسیعی از احساسات، از خشم گرفته تا شادی.
- درون‌نگری: توانایی دیدن یا حس کردن مسائل از درون.
- ظرفیت از خودگذشتگی: توانایی کنار گذاشتن نیازهای شخصی برای گوش دادن و در اولویت قرار دادن نیازهای دیگران.
- تحمل (ظرفیت پذیرش) صمیمیت: توانایی حفظ نزدیکی عاطفی.
- احساس راحتی با قدرت: پذیرش قدرت همراه با درجه‌ای از عدم وابستگی هیجانی.

• توانایی خندیدن: دیدن وجه تلخ و شیرین رویدادهای زندگی و شوخ طبعی نهفته در آنها.

علاوه بر ویژگی‌های شخصی لازم برای ورود به حرفه مشاوره، برخی خصوصیات فردی نیز با اثربخشی

بلندمدت مشاور در ارتباط هستند (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). این خصوصیات شامل ثبات، هماهنگی،

پایداری و هدفمندی است. به طور کلی، قدرت و تأثیرگذاری مشاوره با انسجام شخصی مشاوران مرتبط است

(کارکاف و برنسون، ۱۹۶۷؛ گلدینگ، ۲۰۰۹؛ کاتلر، ۲۰۱۰). شخصیت یا فردیت (personhood) مشاوران

در ایجاد تغییر در مراجع، به همان اندازه، و شاید حتی حیاتی‌تر از تسلط آنها بر دانش، مهارت‌ها یا

فنون است (مک‌آلیف و لاول، ۲۰۰۶؛ راجرز، ۱۹۶۱). آموزش نمی‌تواند ویژگی‌های بنیادین یک فرد را تغییر

دهد. مشاوران مؤثر کسانی هستند که خودشان به عنوان انسان در حال رشد هستند و به دیگران نیز در این

مسیر، چه در سطح فردی و چه در سطح کلان‌تر، کمک می‌کنند. به عبارت دیگر، مشاوران مؤثر نسبت به خود و

دیگران حساس هستند؛ سوگیری‌های خود را رصد می‌کنند، به دقت گوش می‌دهند، برای شفاف‌سازی بیشتر

سؤال می‌پرسند و تفاوت‌های نژادی و فرهنگی را به شیوه‌ای باز و مثبت می‌کاوند (فورد، هریس و شوئرگر،

۱۹۹۳).

علاوه بر این، مشاوران مؤثر آنچه را ویکس و باک (۲۰۱۴) «زمان تنهایی» (alonetime) می‌نامند،

تمرین می‌کنند – این یک تمرین هدفمند برای اختصاص دادن زمان‌هایی در زندگی به سکوت، خلوت و تأمل

است. این زمان‌ها فرصتی برای بهبود خودآگاهی، احیای مراقبت از خود و تمرین قدردانی هستند. این زمان‌ها

باید برنامه‌ریزی شوند اما لزوماً نباید طولانی باشند؛ می‌توانند به سادگی قدم زدن، انتظار در صف، یا آماده شدن

برای خواب باشند

خودآزمایی موثر مشاور

به سوالات زیر در مورد خودتان، با توجه به گروه همتایانی که بیشتر با آنها احساس نزدیکی می‌کنید، پاسخ دهید. نتیجه‌ها در مورد شما چه می‌گویند؟

کیفیتی که آرزو دارم داشته باشم	نسبتاً شبیه من	کمی شبیه من	اصلاً شبیه من نیست	
۴	۳	۲	۱	
				از نظر فکری کنجکاو
				ظرفیت خودداری از خواسته‌ها
				خودآگاه
				حس شوخ طبعی
				توانایی شنیدن
				همدل
				از نظر عاطفی بصیر

				درون نگر
				راحت در گفتگو
				راحت با قدرت
				تحمل صمیمیت

این ویژگی حساس و رشددهنده مشاوران موثر، با استفاده‌ی مناسب آن‌ها از خودشان به عنوان ابزار در فرآیند مشاوره مرتبط است. مشاوران موثر قادر به خودجوش بودن، خلاق بودن و همدلی هستند. «انتخاب و زمان‌بندی مداخلات مشاوره، هنر خاصی دارد». مشاوران موثر، حرکات خود را به طور شهودی و با توجه به تحقیقاتی که بهترین عملکرد را تأیید کرده‌اند، انتخاب و زمان‌بندی می‌کنند. اگر زندگی مشاوران با تجربیات متعددی پخته شده باشد که به آن‌ها امکان داده باشد تا بخشی از آنچه را که مراجعانشان تجربه می‌کنند درک کنند و در نتیجه، هم آگاه و هم مناسب باشند، مفید است.

توانایی کار از دیدگاهی از تجربه‌ی عاطفی حل‌شده که فرد را به خود و دیگران به شیوه‌ای مفید حساس کرده است، همان چیزی است که رولو می‌آن را درمانگر زخمی توصیف می‌کند. این یک پدیده‌ی متناقض است. افرادی که آسیب دیده‌اند و توانسته‌اند از درد خود فراتر رفته و بینشی نسبت به خود و جهان به دست آورند، می‌توانند به دیگری که برای غلبه بر مشکلات عاطفی تلاش می‌کنند، کمک کنند. آن‌ها جایی بوده‌اند که مراجعانشان اکنون هستند. بنابراین، «مشاورانی که رویدادهای دردناک زندگی را تجربه کرده‌اند و به طور مثبت با آن‌ها سازگار شده‌اند، معمولاً می‌توانند با مراجعان دردمند ارتباط برقرار کرده و معتبر باشند».

مشاوران موثر همچنین افرادی هستند که دانش و مهارت‌های علمی را با موفقیت در زندگی خود ادغام کرده‌اند. آن‌ها به تعادل بین شایستگی بین فردی و فنی دست یافته‌اند. ویژگی‌های مشاوران موثر در طول زمان، علاوه بر مواردی که قبلاً ذکر شد، شامل موارد زیر است:

- شایستگی فکری - تمایل و توانایی یادگیری و همچنین تفکر سریع و خلاقانه
- انرژی - توانایی فعال بودن در جلسات و حفظ آن فعالیت حتی زمانی که تعداد زیادی از مراجعان پشت سر هم می‌بینند
- انعطاف‌پذیری - توانایی تطبیق آنچه انجام می‌دهید برای برآوردن نیازهای مراجعان

- حمایت - ظرفیت تشویق مراجعان در تصمیم‌گیری‌های خود در عین حال کمک به ایجاد امید
 - حسن نیت - تمایل به کار به نمایندگی از مراجعان به شیوه‌ای سازنده که به طور اخلاقی استقلال را ارتقا می‌دهد
 - خودآگاهی - دانش از خود، از جمله نگرش‌ها، ارزش‌ها و احساسات و توانایی تشخیص اینکه چه عواملی بر فرد تأثیر می‌گذارند (هانسِن، ۲۰۰۹).
- به گفته هالند (۱۹۹۷)، انواع خاصی از شخصیت‌ها جذب محیط‌های شغلی خاص می‌شوند و در آن‌ها بهترین عملکرد را دارند. محیطی که مشاوران در آن به خوبی کار می‌کنند، در درجه اول اجتماعی و مسئله محور است. این امر مستلزم مهارت در روابط بین فردی و خلاقیت است. عمل خلاقیت نیازمند شجاعت است و شامل فروش ایده‌ها و روش‌های جدید کار است که روابط درون فردی و همچنین بین فردی را ارتقا می‌دهد. هرچه شخصیت مشاوران با محیط آن‌ها هماهنگ‌تر باشد، موثرتر و راضی‌تر خواهند بود.

تأمل شخصی

فهرست سنجش (O'Net (www.onetcenter.org/IP.html?p=3) را انجام دهید. بالاترین نمرات علاقه خود را با نمرات موجود در مشاغل مختلف، از جمله مشاوره، مقایسه کنید. این اطلاعات در مورد اینکه چقدر با محیط یک حرفه یاری‌رسان سازگار هستید، چه چیزی را به شما نشان می‌دهد؟ نمره شما چه ارتباطی با مطالعه ویگینز و وس‌لندر دارد؟ معایب تصمیم‌گیری شغلی بر اساس یک فهرست واحد چیست؟

در یک مطالعه روشنگرانه و کلاسیک، ویگینز و وس‌لندر (۱۹۷۹) حمایت تجربی از فرضیه هالند را یافتند. آن‌ها ویژگی‌های شخصیتی را مطالعه کردند و عملکرد شغلی ۳۲۰ مشاور را در چهار ایالت ارزیابی کردند. به طور کلی، مشاورانی که «بسیار موثر» ارزیابی شدند، بالاترین امتیاز را در مقیاس‌های اجتماعی (اجتماعی، خدمات محور) و هنری (خلاق، تخیلی) فهرست ترجیحات شغلی جان هالند کسب کردند. مشاورانی که «غیر موثر» ارزیابی شدند، عموماً بالاترین امتیاز را در مقیاس‌های واقع‌گرایانه (ملموس، فنی) و قراردادی (سازمان‌یافته، عملی) کسب کردند. عوامل دیگر، مانند جنسیت، سن و سطح تحصیلات، در پیش‌بینی اثربخشی از نظر آماری معنی‌دار نبودند. نتیجه این تحقیق و سایر مطالعات مشابه، این واقعیت را تأیید می‌کند که شخصیت مشاوران با اثربخشی آن‌ها در این حرفه مرتبط است. با این حال، رابطه افراد و محیط‌ها پیچیده است: افرادی با انواع مختلف شخصیتی موفق می‌شوند جایگاه‌هایی را در زمینه گسترده مشاوره پیدا کنند و کمک‌های قابل توجهی به این حرفه داشته باشند.

مثال موردی

لطفاً درد را رد کنید

پاتریشیا در یک محیط راحت بزرگ شد. او به مدارس خصوصی رفت، به طور گسترده تحت آموزش قرار گرفت، مورد تحسین همکاران والدینش قرار گرفت و در مسیر جانشینی پدرش به عنوان مدیرعامل یک شرکت بزرگ بود که متوجه شد می‌خواهد به روشی درمانی با مردم کار کند. او برای تعدادی از برنامه‌های مشاوره درخواست داد و پذیرفته شد. با این حال، او تصمیم گرفت قبل از ورود به یک برنامه، یک سال را با افراد فقیر در یک کشور در حال توسعه کار کند تا بتواند کمی "رنج" ببرد و همدل‌تر شود.

نظر شما در مورد ایده او چیست؟ آیا فکر می‌کنید برنامه او به او کمک می‌کند؟

حفظ اثربخشی به عنوان یک مشاور

مشاوران از طریق تجربه، موفقیت‌ها و کسب احترام از دیگران برای آنچه انجام می‌دهند، اعتماد به نفس به دست می‌آورند. با این حال، افرادی که مشاور می‌شوند، همان مشکلات را مانند هر کس دیگری تجربه می‌کنند و برای مقابله موثر با این شرایط به چالش کشیده می‌شوند. از جمله رویدادهای شخصی که مشاوران باید با آن‌ها کنار بیایند، پیری، بیماری، مرگ، ازدواج، گرفتن وام مسکن، فرزندپروری، تغییر شغل، طلاق، تنهایی، موفقیت و مجموعه‌ای از مشکلات و رویدادهای رایج، رشدی و غیرمنتظره است که زندگی افراد عادی را پر می‌کند. برخی از این رویدادهای زندگی، مانند ازدواج برای اولین بار در اواخر زندگی یا تجربه مرگ فرزند، از نظر رشدی "خارج از زمان" یا خارج از توالی و حتی غم‌انگیز در نظر گرفته می‌شوند. رویدادهای دیگر شامل برخوردهای شانس ناخواسته اما خوش‌یمن هستند، مانند ملاقات با فردی که با او یک دوستی مادام‌العمر ایجاد می‌کند.

هم تجربیات آسیب‌زا و هم خوش‌یمن به دلیل فشاری که به طور طبیعی ایجاد می‌کنند، مشکل‌ساز هستند. یک مسئله حیاتی این است که مشاوران چگونه با این رویدادهای زندگی کنار بیایند. همانطور که رولکه (۱۹۸۸) اشاره می‌کند، ایده همزمانی کارل یونگ، "که او [یونگ] آن را به عنوان دو رویداد همزمان که به طور تصادفی رخ می‌دهند [و] منجر به یک ارتباط معنادار می‌شوند" تعریف کرد، شاید سازنده‌ترین راه برای مشاوران برای درک و کنار آمدن با تجربیات غیرمنتظره زندگی باشد (صفحه ۱۳۳)

علاوه بر یافتن معنا در حوزه‌های بالقوه مشکل‌ساز، راهکارهای دیگری که مشاوران برای مقابله با موقعیت‌های بحرانی به کار می‌برند شامل حفظ عینیت، پذیرش و رویارویی با موقعیت‌ها، ابراز خواسته‌های خود، مشارکت در سبک زندگی سالم و سوگواری است (شالکراس، ۲۰۱۱؛ بیتمر و یانگ، ۱۹۹۶). مشاورانی که زندگی شخصی سالمی دارند و هم از اشتباهات و هم از موفقیت‌های خود درس می‌گیرند، احتمال بیشتری دارد که از نظر شخصی و درمانی رشد کنند و بتوانند به طور کامل و حساس بر مشکلات مراجعان تمرکز کنند. بنابراین، مشاوران و کسانی که مایل به ورود به این حرفه هستند، باید هم با فقدان‌ها و هم با دستاوردهای زندگی سازگار شوند و نسبتاً از الگوهای مخرب مثلث‌سازی با افراد، به ویژه والدین، در خانواده اصلی خود رها باشند (مک‌گلدریک، گرسون و پتری، ۲۰۰۸). چنین موضعی آن‌ها را قادر می‌سازد تا روابط صمیمی و در عین حال مستقل را در زمان حال، آن‌گونه که می‌خواهند، پرورش داده و حفظ کنند (گاشل و لاوسون، ۱۹۹۴).

راه‌های دیگری که مشاوران موثر سلامت و رفاه خود را حفظ می‌کنند شامل انجام اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از رفتارهای مشکل‌ساز مانند **خستگی**، **شفقت** و **فرسودگی شغلی** است (گروش و اولسن، ۱۹۹۴؛ مریمن، ۲۰۱۵؛ مورکیدس، ۲۰۰۹). **خستگی**، **شفقت**، بی‌تفاوتی و بی‌احساسی نسبت به کسانی است که رنج می‌برند و در نتیجه مواجهه مکرر یا بیش از حد با افراد نیازمند ایجاد می‌شود. مشخصه آن ناتوانی در واکنش همدلانه یا دلسوزانه به یک موقعیت بحرانی یا نیازمند است. **فرسودگی شغلی** شامل سه جزء است: **خستگی**

عاطفی و جسمی، بدبینی و کاهش اثربخشی درک شده (لمبرت و لاوسون، ۲۰۱۳). کسانی که دچار فرسودگی شغلی هستند، آن را حالتی از تخلیه عاطفی یا جسمی توصیف می‌کنند تا حدی که فرد نمی‌تواند وظایف خود را به طور معنادار انجام دهد. فرسودگی شغلی ممکن است همزمان با خستگی شفقت وجود داشته باشد. دلایل متعددی وجود دارد که چرا مشاوران حرفه‌ای دچار فرسودگی شغلی می‌شوند، که برخی از آن‌ها با خستگی شفقت همپوشانی دارند (سانگ مین، سئونگ هو، کیسینجر و اوگل، ۲۰۱۰). یکی از دلایل اصلی دخیل در هر دو، کار بیش از حد و کمبود زمان استراحت، سرگرمی‌ها، عوامل حواس‌پرتی یا سایر فعالیت‌های خارج از مشاوره است. هنگامی که چنین وضعیتی در زندگی رخ می‌دهد، مشاوران ممکن است نه تنها نگرانی، شفقت و احساس خود را نسبت به دیگران از دست بدهند، بلکه ممکن است دچار خودپنداره منفی و نگرش شغلی منفی نیز شوند. آن‌ها اغلب از نظر جسمی خسته و از نظر عاطفی تخلیه شده‌اند. فرسودگی شغلی و خستگی شفقت شایع‌ترین پیامدهای منفی شخصی کار به عنوان مشاور هستند. تخمین زده می‌شود که تقریباً ۳۹٪ از مشاوران مدرسه و سلامت روان بالینی، در طول دوران حرفه‌ای خود، علائم متوسط تا شدیدی مرتبط با این مشکلات را تجربه می‌کنند (امرسون و مارکوس، ۱۹۹۶).

برای جلوگیری از خستگی شفقت و فرسودگی شغلی، مشاوران باید عوامل محیطی و همچنین فردی و بین فردی مرتبط با این شرایط را اصلاح کنند (ویلکرسون و بلینی، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، مشاوران باید از نقش‌های حرفه‌ای خود خارج شده و علایقی را خارج از مشاوره توسعه دهند. آن‌ها باید از بردن کار به خانه، چه ذهنی و چه فیزیکی، اجتناب کنند. آن‌ها همچنین باید مسئولیت احیای خود حرفه‌ای‌شان را از طریق گام‌های کوچک اما مهمی مانند بازسازی دفاتر خود هر چند سال یکبار، پاکسازی، فشرده‌سازی و ایجاد پرونده‌های جدید، ارزیابی مواد جدید و کمک به حرفه مشاوره از طریق نوشتن یا ارائه مطالبی که با آن‌ها راحت هستند، بر عهده بگیرند (مک‌کورمیک، ۱۹۹۸). علاوه بر این، آن‌ها باید با توسعه شخصیت و حس خود در خارج از کار، از طریق

تمرین‌های تأملی مرتبط با عملکرد شناختی و عاطفی خود، برای فردیت یافتن، زمان سرمایه‌گذاری کنند (روزین، ۲۰۱۵).

راه‌های دیگری که مشاوران می‌توانند از خستگی شفقت و فرسودگی شغلی اجتناب کنند یا آن را درمان کنند عبارتند از:

- معاشرت با افراد سالم
- کار با همکاران متعهد و سازمان‌هایی که حس مأموریت دارند
- تعهد منطقی به یک نظریه مشاوره
- استفاده از تمرینات کاهش استرس
- اصلاح عوامل استرس‌زای محیطی
- انجام خودارزیابی (یعنی شناسایی عوامل استرس‌زا و آرامش‌بخش)
- بررسی و روشن‌سازی دوره‌ای نقش‌ها، انتظارات و باورهای مشاوره (یعنی هوشمندانه‌تر کار کردن، نه لزوماً طولانی‌تر)
- دریافت درمان شخصی
- کنار گذاشتن زمان آزاد و خصوصی (یعنی ایجاد تعادل در سبک زندگی)
- حفظ نگرش نگرانی همراه با فاصله هنگام کار با مراجعان
- حفظ نگرش امیدوارانه

آونشاین و نافسینگر (۱۹۸۴) در جمع‌بندی تحقیقات پیشین در مورد شخصیت‌ها، ویژگی‌ها و علایق مشاوران، نتیجه گرفتند: «مشاوران مؤثر باید از نظر عاطفی بالغ، باثبات و عینی باشند. آن‌ها باید خودآگاهی داشته باشند و در آن آگاهی ایمن باشند و نقاط قوت و ضعف خود را به طور واقع‌بینانه در بر گیرند» (صفحه ۱۵۱).

تامل شخصی

چه کارهایی انجام می‌دهید که به شما انرژی می‌دهد، شما را تازه می‌کند یا از آن لذت می‌برید؟ چه فعالیت‌ها یا سرگرمی‌های دیگری را دوست دارید در زندگی خود بگنجانید؟ چه چیزی شما را از انجام این کار باز می‌دارد؟ چگونه می‌توانید موانع واقعی یا بالقوه را دور بزنید؟

جنبه‌های حرفه‌ای مشاوره

سطوح یاری‌رسانی

سه سطح روابط یاری‌رسان وجود دارد: غیرحرفه‌ای، شبه‌حرفه‌ای و حرفه‌ای (جدول ۱، ۱). برای فعالیت در یک سطح معین، یاری‌رسانان باید مهارت‌های لازم برای آن وظیفه را کسب کنند.

سطح اول یاری‌رسانی شامل **یاری‌رسانان غیرحرفه‌ای** است. این یاری‌رسانان ممکن است دوستان، همکاران، داوطلبان آموزش ندیده یا سرپرستانی باشند که سعی می‌کنند به هر طریق ممکن به نیازمندان کمک کنند. یاری‌رسانان غیرحرفه‌ای دارای درجات مختلفی از خرد و مهارت هستند. هیچ الزامات تحصیلی خاصی وجود ندارد و سطح یاری‌رسانی در بین افراد این گروه بسیار متفاوت است.

سطح دوم و بالاتر یاری‌رسانی شامل چیزی است که به عنوان **کارکنان خدمات انسانی عمومی** شناخته می‌شود. این افراد معمولاً کارکنان خدمات انسانی هستند که آموزش رسمی در مهارت‌های روابط انسانی دیده‌اند

اما به عنوان بخشی از یک تیم کار می‌کنند نه به صورت فردی. افراد در این سطح اغلب به عنوان تکنسین‌های بهداشت روان، کارکنان مراقبت از کودک، پرسنل آزادی مشروط و مشاوران جوانان کار می‌کنند. کارکنان خدمات انسانی عمومی مانند دستیاران خوابگاه، در صورت آموزش و نظارت مناسب، می‌توانند تأثیر عمده‌ای در تسهیل روابط مثبتی داشته باشند که سلامت روان را در سراسر یک محیط اجتماعی ارتقا می‌دهند (والدو، ۱۹۸۹).

در نهایت، **یاری‌رسانان حرفه‌ای** وجود دارند. این افراد برای ارائه کمک در سطح پیشگیرانه و درمانی آموزش دیده‌اند. افراد این گروه شامل مشاوران، روانشناسان، روانپزشکان، مددکاران اجتماعی، پرستاران روانپزشکی و درمانگران ازدواج و خانواده هستند. کارکنان در این سطح دارای مدرک پیشرفته تخصصی هستند و دوره‌های کارآموزی تحت نظارت را گذرانده‌اند تا به آن‌ها در آمادگی برای مقابله با انبوهی از موقعیت‌ها کمک کند. در مورد آموزش یاری‌رسانان در دو سطح آخر، رابینسون و کینیر (۱۹۸۸) دریافتند که آموزش خودآموز و آموزش سنتی کلاسی در آموزش مهارت‌ها به یک اندازه مؤثر بودند. با این حال، این تمرین مهارت‌های یاری‌رسانی است که بیشترین اهمیت را دارد.

تخصص‌های یاری‌رسانی حرفه‌ای

هر حرفه یاری‌رسان الزامات آموزشی و عملی خاص خود را دارد. مشاوران باید از سوابق تحصیلی سایر حرفه‌ها آگاه باشند تا بتوانند از خدمات آن‌ها استفاده کنند، به شیوه‌ای آگاهانه با آن‌ها ارتباط برقرار کنند و در موضوعات مورد علاقه مشترک با آن‌ها همکاری کنند.

جدول ۱،۱ سه سطح یاری‌رسانی

مهارت‌های یاری‌رسانی (Helping Skills)	افراد درگیر (Individuals (Involved	دسته (Category)
بسیار متفاوت، بدون آموزش رسمی در مهارت‌های یاری‌رسانی	دوستان، داوطلبان آموزش ندیده (Friends, untrained) (volunteers	غیر حرفه‌ای‌ها (Nonprofessionals)
مهارت‌های پایه دارند، اغلب به عنوان بخشی از تیم کار می‌کنند	پرسنل آزادی مشروط، تکنسین‌های بهداشت روان و غیره	کارکنان خدمات انسانی عمومی
آموزش مهارت پیشرفته؛ هم پیشگیرانه و هم درمانی	مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و غیره	یاری‌رسانان حرفه‌ای

جدول ۱,۲ سه حرفه یاری‌رسان مرتبط با مشاوره

تاکیدات (Emphases)	مدرک (Degree)	حرفه (Profession)
اختلالات عمده روانشناختی؛ تمرکز زیستی- روانشناختی؛ ممکن است دارو تجویز کنند؛ مراجعان بیمار نامیده می‌شوند	MD	روانپزشکی (Psychiatry)
تخصص‌های بالینی، مشاوره و مدرسه؛ روانشناسی مشاوره تاریخچه مشترک طولانی با آموزش مشاور دارد اما متمایز است	PhD, EdD, PsyD	روانشناسی (Psychology)
مذاکره در سیستم‌های اجتماعی و حمایت از تغییر؛ ارائه خدمات اجتماعی	BA, MSW, DSW, PhD	مددکاری اجتماعی

سه حرفه یاری‌رسان که مشاوران به طور مکرر با آن‌ها تعامل دارند عبارتند از: روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی (جدول ۱،۲).

روانپزشکان مدرک پزشکی (MD) می‌گیرند و دوره رزیدنتی روانپزشکی را تکمیل می‌کنند. آن‌ها متخصص کار با افرادی هستند که دارای اختلالات روانی عمده هستند. آن‌ها در **مدل زیست‌پزشکی** آموزش دیده‌اند که "بر فرآیندهای فیزیکی متمرکز است که تصور می‌شود زیربنای اختلالات روانی و عاطفی هستند" (مک‌کلاسی و اینگرسول، ۲۰۰۱، ص. ۸). غالباً، آن‌ها دارو تجویز می‌کنند و سپس نتایج را ارزیابی می‌کنند، به ویژه در سازمان‌هایی مانند کلینیک‌های بهداشت روان. به طور کلی، روانپزشکان تقریباً به طور انحصاری رویکرد زیستی-روانشناختی را در درمان اتخاذ می‌کنند و به عنوان یک گروه، به اندازه بسیاری دیگر از متخصصان یاری‌رسان، در فعالیتهای مشاوره درگیر نیستند. آن‌ها باید برای کار، امتحانات کشوری و ایالتی را بگذرانند. مراجعان آن‌ها **بیمار** نامیده می‌شوند.

روانشناسان یکی از مدارک پیشرفته زیر را در روانشناسی کسب می‌کنند: دکترای فلسفه (PhD)، دکترای آموزش (EdD) یا دکترای روانشناسی (PsyD). دروس و کارآموزی آن‌ها ممکن است در زمینه‌های بالینی، مشاوره یا مرتبط با مدرسه متمرکز باشد. همه ایالت‌ها روانشناسان را مجوز می‌دهند، اما الزامات صدور مجوز از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است. اکثر روانشناسان بالینی در **فهرست ملی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی** ثبت شده‌اند که استانداردهای یکنواختی برای عضویت دارد. فارغ‌التحصیلان برنامه‌های روانشناسی مشاوره، برنامه درسی‌ای را دنبال می‌کنند که شامل دروس اخلاق و استانداردهای علمی و حرفه‌ای، طراحی تحقیق و روش‌شناسی، آمار و سنجش روانشناختی، مبانی زیستی رفتار، مبانی شناختی-عاطفی رفتار، مبانی اجتماعی رفتار، رفتار فردی و دروس در حوزه‌های تخصصی است. روانشناسی مشاوره و آموزش مشاور، ریشه‌ها،

دغدغه‌ها و افراد برجسته مشترک زیادی در تاریخ خود دارند، اما متفاوت نیز هستند (المور، ۱۹۸۴؛ ایوانز و گلدینگ، ۲۰۱۰). در حالی که زمانی به عنوان رشته‌های نزدیک به هم بودند، متفاوت هستند...

تا جایی که متخصصانی که در این حوزه‌های متمایز مدرک می‌گیرند، دیگر هم‌تراز محسوب نمی‌شوند.

مددکاران اجتماعی

مددکاران اجتماعی معمولاً مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی (MSW) دریافت می‌کنند، اگرچه برخی دانشگاه‌ها مدرک کارشناسی مددکاری اجتماعی نیز ارائه می‌دهند. همچنین آموزش‌های پیشرفته در سطح دکتری نیز وجود دارد. صرف‌نظر از پیشینه تحصیلی‌شان، مددکاران اجتماعی در تمام سطوح، دوره‌های کارآموزی (اینترنشیپ) را در محیط‌های سازمان‌های اجتماعی گذرانده‌اند. عملکرد مددکاران اجتماعی متفاوت است. برخی برنامه‌های دولتی را برای افراد محروم و فاقد حقوق اجتماعی اجرا می‌کنند. برخی دیگر به فعالیت‌های مشاوره‌ای می‌پردازند. «مددکاری اجتماعی از مشاوره، روانشناسی و روانپزشکی متمایز می‌شود، زیرا مأموریت آن شامل الزاماتی برای تعامل با سیستم‌های اجتماعی و دفاع از تغییر، درک زیستگاه‌ها (محیط‌های فیزیکی و اجتماعی در بسترهای فرهنگی) و جایگاه‌های (وضعیت‌ها و نقش‌ها در جامعه) مراجعان و ارائه خدمات اجتماعی است» (Ingersoll, ۲۰۰۱, p. ۱۳ & MacCluskie). انجمن ملی مددکاران اجتماعی (NASW) برای اعضای که صلاحیت‌های بالینی و آموزشی پیشرفته‌ای را نشان می‌دهند، مدارک اعتباری (صلاحیت‌نامه) صادر می‌کند.

تحصیلات مشاوران حرفه‌ای

افراد کمی، اگر نگوییم هیچ کس، توانایی کار مؤثر به عنوان مشاور را بدون تحصیلات رسمی در زمینه رشد انسانی و مشاوره دارند (Kurpius, ۱۹۸۶b). سطح تحصیلات مورد نیاز مستقیماً با شدت، تخصص و تأکید کاری که فرد انجام می‌دهد، مرتبط است.

مشاوران حرفه‌ای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری مشاوره را از یک برنامه آموزش مشاور دریافت می‌کنند و دوره‌های کارآموزی را در حوزه‌های تخصصی مانند مشاوره مدرسه، مشاوره توانبخشی، مشاوره بهداشت روان، مشاوره شغلی، مشاوره سالمندان، مشاوره اعتیاد، یا مشاوره ازدواج، زوج و خانواده تکمیل می‌کنند. آن‌ها معمولاً توسط هیئت ملی مشاوران تأیید صلاحیت‌شده (NBCC) (آژانس اصلی ملی که مشاوران را تأیید صلاحیت می‌کند) به عنوان مشاور تأیید صلاحیت‌شده ملی (NCC) (سطح ورودی اعتبارسنجی ملی) تأیید صلاحیت می‌شوند. اغلب آن‌ها در سطح تخصصی، مانند مدرسه، بهداشت روان یا اعتیاد، دارای اعتبارنامه هستند. علاوه بر این، آن‌ها برای فعالیت توسط ایالت‌های جداگانه مجوز (پروانه کار) دریافت می‌کنند.

یک برنامه آموزش مشاور معتبر، برنامه‌ای است که در سطح کارشناسی ارشد یا دکتری به رسمیت شناخته شده باشد. نهاد اعتباربخشی برای برنامه‌های آموزش مشاور، شورای اعتباربخشی مشاوره و برنامه‌های آموزشی مرتبط (CACREP) است. این نهاد مستقل از تلاش‌های انجمن آموزش و نظارت مشاوران (ACES) و انجمن مشاوره آمریکا (ACA) برای ایجاد استانداردها و دستورالعمل‌هایی برای مشاوره، مستقل از شورای ملی اعتباربخشی آموزش معلمان (NCATE) که آژانس اصلی اعتباربخشی برای برنامه‌های آموزش معلمان است، پدید آمد.

در سطح کارشناسی ارشد، CACREP برنامه‌های مشاوره شغلی، مشاوره بالینی بهداشت روان، مشاوره مدرسه، مشاوره/درمان ازدواج، زوج و خانواده، مشاوره کالج و امور دانشجویی را اعتباربخشی می‌کند (Bobby, ۲۰۱۳). فارغ‌التحصیلان برنامه‌های کارشناسی ارشد معتبر نسبت به فارغ‌التحصیلان برنامه‌های غیر معتبر در موارد زیر

برتری دارند: (الف) پذیرش در برنامه‌های دکتری آموزش مشاور معتبر، (ب) احراز شرایط تحصیلی برای دریافت پروانه کار و گواهی‌نامه مشاوره، و (ج) استخدام به عنوان مشاور (Urofsky, ۲۰۱۳).

اگرچه استانداردهای اعتباربخشی به صورت دوره‌ای تغییر می‌کنند، استانداردهای کلی زیر باید در یک برنامه کارشناسی ارشد آموزش مشاور معتبر رعایت شوند (CACREP, ۲۰۱۶):

- برنامه سطح ورودی باید حداقل به مدت ۲ سال تحصیلی کامل باشد و حداقل ۴۸ واحد درسی (semester hours) برای همه دانشجویان الزامی است. برنامه سطح ورودی در مشاوره بهداشت روان باید ۶۰ واحد درسی و برنامه سطح ورودی در مشاوره ازدواج، زوج و خانواده نیز باید ۶۰ واحد درسی باشد.
- تجربیات برنامه درسی و دانش و مهارت اثبات شده در هر یک از هشت حوزه اصلی مشترک مشاوره برای همه دانشجویان الزامی است: (الف) رشد و تحول انسانی، (ب) مبانی اجتماعی و فرهنگی، (ج) روابط یاری‌بخش، (د) گروه‌ها، (ه) سبک‌های زندگی و توسعه شغلی، (و) سنجش و ارزیابی، (ز) تحقیق و ارزیابی، و (ح) جهت‌گیری حرفه‌ای.
- تجربیات بالینی تحت نظارت سرپرستان با صلاحیت‌های مشخص الزامی است. دانشجو باید ۱۰۰ ساعت کارورزی (پراکتیکوم) تحت نظارت را با ۱ ساعت نظارت فردی در هفته و ۱٫۵ ساعت نظارت گروهی در هفته با سایر دانشجویان در فعالیت‌های مشابه تکمیل کند.
- برنامه باید الزام کند که هر دانشجو ۶۰۰ ساعت کارآموزی (اینترنشیپ) تحت نظارت را تکمیل کند که تنها پس از اتمام موفقیت‌آمیز کارورزی دانشجو آغاز می‌شود.
- سه عضو هیئت علمی تمام وقت باید به واحد دانشگاهی آموزش مشاور اختصاص داده شوند.

CACREP برنامه‌ها را در سطح دکتری نیز در آموزش و نظارت مشاور (EdD و PhD) اعتباربخشی می‌کند. در سال ۲۰۱۶، ۶۸ برنامه دکتری در آموزش مشاور توسط CACREP معتبر شناخته شدند. استانداردها در این سطح فرض می‌کنند که فرد مدرک کارشناسی ارشد سطح ورودی در مشاوره را تکمیل کرده است. برنامه‌های سطح دکتری نیازمند تحقیقات عمیق‌تر، تجربیات میدانی تحت نظارت و تخصص‌گرایی بیشتر هستند. تعداد فزاینده‌ای از دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی به دلیل مزایا و شناختی که چنین اعتباربخشی برای آن‌ها و دانشجویانشان به ارمغان می‌آورد، برای اعتباربخشی CACREP درخواست می‌دهند. به طور کلی، برنامه‌های آموزش مشاور در نتیجه استانداردها و رویه‌های اعتباربخشی، در ارائه دروس عمیق‌تر و از نظر رشدی گسترده‌تر شده‌اند.

اعتبارسنجی (Credentialing) مشاوران

با به رسمیت شناختن مشاوره به عنوان یک هویت حرفه‌ای جداگانه، مسائل حرفه‌ای پدید آمده‌اند که باید به شیوه‌ای مثبت به آن‌ها پرداخته شود. یکی از مهم‌ترین آن‌ها اعتبارسنجی است. کسب مدارک اعتباری مناسب برای فعالیت به عنوان مشاور، هم برای مشاوران منفرد و هم برای حرفه مشاوره به طور کلی اهمیت دارد. «مشاوران معتبر از دیده‌شدن و اعتبار بیشتری برخوردارند» (Wildermuth, ۱۹۹۲, p. ۱ & Clawson). اساساً چهار نوع مدرک اعتباری حرفه‌ای وجود دارد که دو نوع آن، یعنی گواهی‌نامه (certification) و پروانه کار (licensure)، اعتبار قابل توجهی دارند. در گذشته، بیشتر مدارک اعتباری توسط ایالت‌ها اعطا می‌شد، اما اکنون صدور گواهی‌نامه وظیفه یک سازمان حرفه‌ای، یعنی هیئت ملی مشاوران تأیید صلاحیت‌شده (NBCC) نیز هست. قبل از تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه مدارک اعتباری را دنبال کنند، مشاوران باید بدانند کدام یک برای فعالیت آن‌ها از نظر قانونی الزامی است و اعتبار و پیشرفت آن‌ها را افزایش می‌دهد.

روش‌های اعتبارسنجی دارای چهار سطح هستند: بازرسی (inspection)، ثبت (registration)، صدور گواهی‌نامه (certification) و صدور پروانه کار (licensure) که در ادامه توضیح داده شده و در جدول ۱،۳ خلاصه شده‌اند.

بازرسی (Inspection)

در فرآیند بازرسی، «یک آژانس ایالتی به صورت دوره‌ای فعالیت‌های شاغلین یک حرفه را بررسی می‌کند تا مشخص کند آیا آن‌ها حرفه را به شیوه‌ای مطابق با ایمنی، بهداشت و رفاه عمومی انجام می‌دهند یا خیر» (Swanson, ۱۹۸۳b, p. ۲۸). بسیاری از آژانس‌های ایالتی که مشاوران را استخدام می‌کنند، مانند مراکز بهداشت روان، ممکن است پرسنل و برنامه‌هایشان

جدول ۱,۳: چهار نوع مدرک اعتباری حرفه‌ای سلامت روان

نوع	فعالیت مربوطه	دلیل
بازرسی	فرآیندی که طی آن یک آژانس ایالتی به صورت دوره‌ای فعالیت‌های شاغلین یک حرفه را بررسی می‌کند.	مشخص می‌کند که آیا متخصصان حرفه را مطابق با ایمنی، بهداشت و رفاه عمومی انجام می‌دهند یا خیر.
ثبت	فرآیندی که طی آن شاغلین داوطلبانه اطلاعات مربوط به ماهیت فعالیت خود را به ایالت ارائه می‌دهند.	راهی برای کسب شناخت قانونی برای یک حرفه از سوی ایالت.
گواهی‌نامه	فرآیندی که توسط آن یک آژانس یا انجمن، به فردی به دلیل احراز صلاحیت‌های حرفه‌ای از پیش تعیین شده خاص، اعتبار اعطا می‌کند.	گسترده‌تر از پروانه کار ایالتی، تابع سیاست‌های ایالتی نیست، منابع ارجاع را فراهم می‌کند، تخصص‌های مشاوره را به رسمیت می‌شناسد.
پروانه کار	فرآیند قانونی که توسط آن یک آژانس دولتی، معمولاً ایالتی، به فردی که صلاحیت‌های از پیش	از عموم در برابر شاغلین غیرواجد شرایط سلامت روان محافظت

می‌کند؛ یک حرفه و فعالیت‌های آن را به رسمیت می‌شناسد.	تعیین شده را دارد، اجازه می‌دهد تا به شغل معینی بپردازد و/یا از عنوان خاصی برای انجام وظایف مشخص استفاده کند.	

به طور منظم مورد بازرسی قرار گیرند. چنین بازرسی ممکن است شامل بررسی یادداشت‌های پرونده در مورد درمان طی یک دوره خاص، بررسی رویه‌های آژانس و مصاحبه‌های شخصی باشد.

ثبت (Registration)

ثبت مستلزم آن است که شاغلین اطلاعات مربوط به ماهیت فعالیت خود را به ایالت ارائه دهند. معمولاً یک سازمان حرفه‌ای، مانند یک شعبه ایالتی ACA، مسئولیت تعیین استانداردهای لازم برای واجد شرایط شدن به عنوان یک فرد ثبت‌شده را بر عهده می‌گیرد و لیستی از نام کسانی که داوطلبانه آن استانداردها را برآورده می‌کنند، نگهداری می‌کند. این روش به عنوان راهی برای کسب شناخت قانونی برای مشاورانی که از عنوان «مشاور حرفه‌ای ثبت‌شده» استفاده می‌کنند، به کار گرفته می‌شود.

صدور گواهی‌نامه (Certification)

صدور گواهی‌نامه یک فرآیند حرفه‌ای، قانونی یا غیرقانونی است «که توسط آن یک آژانس یا انجمن به فردی به دلیل احراز صلاحیت‌های حرفه‌ای از پیش تعیین شده خاص، اعتبار اعطا می‌کند. به طور خلاصه، صدور گواهی‌نامه ... یک "پروانه محدود" است، یعنی فقط حفاظت از عنوان» (Mills, ۱۹۸۰, p. ۷ & Fretz). در این حالت، یک هیئت یا دپارتمان ایالتی یا ملی، گواهی‌نامه‌ای را برای فردی در یک تخصص صادر می‌کند. صدور گواهی‌نامه اساساً به این معنی است که فرد حداقل مهارت‌های لازم برای اشتغال در آن حرفه را دارد و هیچ نقص شخصیتی شناخته شده‌ای که با چنین فعالیتی تداخل داشته باشد، ندارد. اغلب ایالت‌ها از داوطلبان

صدور گواهی‌نامه می‌خواهند که آزمون صلاحیت را بگذرانند و نامه‌های مرجع ارائه دهند تا گواهی‌نامه صادر شود. مشاوران مدرسه از اولین مشاورانی بودند که گواهی‌نامه دریافت کردند.

NBCC سازمان اصلی ملی است که مشاوران را تأیید صلاحیت می‌کند. تخصص‌های گواهی‌نامه از NBCC در مشاوره مدرسه، مشاوره بهداشت روان، مشاوره اعتیاد و نظارت (supervision) موجود است. مشاورانی که مایل به تبدیل شدن به یک مشاور تأیید صلاحیت‌شده ملی (NCC) هستند، باید حداقل ۴۸ واحد درسی نیم‌سال (semester) یا ۷۲ واحد درسی فصلی (quarter) تحصیلات تکمیلی در مشاوره یا رشته مرتبط، از جمله مدرک کارشناسی ارشد مشاوره از یک موسسه آموزش عالی معتبر منطقه‌ای، داشته باشند. آن‌ها باید در برنامه تحصیلی خود دروسی را بگذرانند که هشت حوزه اصلی مشاوره را پوشش دهد: (الف) رشد و تحول انسانی، (ب) کار گروهی، (ج) تحقیق و ارزیابی برنامه، (د) نظریه‌های مشاوره/روابط یاری‌بخش، (ه) جهت‌گیری حرفه‌ای، (و) توسعه شغلی و سبک زندگی، (ز) اخلاق و مبانی اجتماعی/فرهنگی، و (ح) سنجش و ارزیابی. آن‌ها همچنین باید حداقل دو ترم تحصیلی تجربه میدانی تحت نظارت در یک محیط مشاوره داشته باشند. علاوه بر این، آن‌ها باید آزمون ملی مشاوران (NCE) را بگذرانند. در مورد افرادی که از یک برنامه غیر CACREP فارغ‌التحصیل می‌شوند، ۲ سال تجربه میدانی پس از کارشناسی ارشد با ۳۰۰۰ ساعت تماس با مراجع و ۱۰۰ ساعت نظارت هفتگی رو در رو با یک NCC یا معادل آن نیز الزامی است.

مشاوران باید هم گواهی‌نامه NBCC و هم پروانه کار ایالتی را به چهار دلیل کسب کنند (Wildermuth, ۱۹۹۲). اول، گواهی‌نامه ملی گسترده‌تر از پروانه کار ایالتی است و بر اساس جمعیت بزرگ‌تری است. دوم، پروانه کار نسبت به گواهی‌نامه ملی بیشتر مستعد سیاست‌های ایالتی است. سوم، گواهی‌نامه ملی به راحتی منابع ارجاع و شبکه‌سازی بین ایالت‌ها را فراهم می‌کند. در نهایت، اکثر پروانه‌های کار

مشاوره ایالتی حوزه‌های تخصصی را به رسمیت نمی‌شناسند، در حالی که گواهی‌نامه ملی این کار را انجام می‌دهد.

صدور پروانه کار (Licensure)

فرتز و میلز (۱۹۸۰) پروانه کار را به عنوان «فرآیند قانونی که توسط آن یک آژانس دولتی، معمولاً ایالتی، به فردی که صلاحیت‌های از پیش تعیین شده را دارد، اجازه می‌دهد تا به شغل معینی بپردازد و/یا از عنوان خاصی استفاده کند و وظایف مشخصی را انجام دهد» تعریف می‌کنند (ص. ۷). پروانه کار از نظر هدف با صدور گواهی‌نامه متفاوت است اما از نظر آموزش و آزمون صلاحیت، رویه‌های مشابهی را می‌طلبد. هنگامی که الزامات پروانه کار تعیین شد، افراد نمی‌توانند به طور قانونی بدون اخذ پروانه، حرفه‌ای را انجام دهند (Wheeler & Bertram, ۲۰۱۵). صدور پروانه کار تقریباً به طور انحصاری یک فرآیند تحت نظارت ایالت است و ایالت‌هایی که پروانه کار دارند، هیئت‌هایی را برای نظارت بر صدور پروانه‌ها تأسیس کرده‌اند. «دارنده پروانه‌ای که تخلفی را مرتکب شود که قوانین قانونی یا اخلاقی اتخاذ شده توسط هیئت برای تنظیم فعالیت را نقض کند، مشمول اختیارات انضباطی هیئت است. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روانی که مورد توبیخ قرار گرفته‌اند و با لغو یا تعلیق پروانه مواجه نیستند، معمولاً مجاز به ادامه فعالیت با یک یا چند مورد از الزامات زیر هستند:

- شرکت در آموزش اصلاحی،
- دریافت درمان،
- موافقت با تحت نظارت بودن،
- محدود کردن دامنه فعالیت خود، و/یا
- فعالیت آن‌ها توسط همکاران مشخصی نظارت شود.» (Pipes, ۲۰۰۲, p. ۱۴۰ & Cobia)

به طور کلی، صدور پروانه کار برای یاری‌گران حرفه‌ای همیشه تحت نظارت عمومی، سایر حرفه‌ها و مجالس قانون‌گذاری ایالتی قرار دارد. صدور پروانه کار برای مشاوران در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ شتاب گرفت، درست همانطور که صدور پروانه کار برای روانشناسان در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شد. تا سال ۲۰۱۰، تمام ۵۰ ایالت، به علاوه پورتوریکو، گوام و ناحیه کلمبیا، فعالیت مشاوره را به صورت قانونی تنظیم کردند.

برای هماهنگ کردن تلاش‌ها در جهت یکنواختی و رشد در صدور پروانه کار مشاوران، انجمن آمریکایی هیئت‌های مشاوره ایالتی (AASCB) در سال ۱۹۸۶ تشکیل شد (Dingman, ۱۹۹۰). این انجمن کنفرانس‌های سالانه‌ای برگزار می‌کند که در آن اعضای هیئت صدور پروانه کار مشاوران برای بحث و حل مشکلات و نگرانی‌های متقابل گرد هم می‌آیند.

مثال موردی

آلیس و حروف الفبا

وقتی آلیس به ایالت جدیدی نقل مکان کرد، شروع به اطمینان از داشتن پروانه کار کرد. او سخت کار کرد و به موقع، هیئت صدور پروانه کار ایالتی به او پروانه اعطا کرد. آلیس هیجان‌زده بود، اما وقتی کارت ویزیت جدیدش را به دوستش لوک نشان داد، پاسخ لوک این بود: «چرا می‌خواهی حروف الفبا را بعد از اسمت بگذاری؟ چه کسی به حروفی مثل 'LPC' اهمیت می‌دهد؟»

آلیس در ابتدا جا خورد اما بعد فکر کرد: «می‌خواهم این کار را انجام دهم زیرا نشان‌دهنده وضعیت حرفه‌ای من است. من آن را به دست آورده‌ام و این اعتبار نه تنها برای من بلکه برای مراجعانم مهم است.»

نظر شما در مورد واکنش لوک چیست؟ در مورد پاسخ آلیس چطور؟

اسناد و چارچوب سیستماتیک مشاوره

اسناد (Attribution) و چارچوب سیستماتیک مشاوره در کاری که مشاوران انجام می‌دهند و میزان اثربخشی آن تفاوت ایجاد می‌کند. اسناد آن چیزی است که مشاور علت مشکل مراجع را به آن نسبت می‌دهد (مثلاً یک شرایط بیرونی یا یک نقص شخصیتی درونی). سیستم مجموعه‌ای یکپارچه و سازمان‌یافته از ایده‌ها، اصول و رفتارها است. سیستم‌های مرتبط با مشاوره به نحوه رویکرد مشاور به مراجعان مربوط می‌شوند و با اسنادها و نظریه‌ها در هم تنیده‌اند. دو سیستم، یکی بر اساس مسائل رشدی و دیگری بر اساس تشخیص اختلالات، در اینجا بررسی خواهند شد زیرا مشاوران از این دو دیدگاه (و نقاط بین آنها) کار می‌کنند.

اسنادها (Attributes)

هم مشاوران و هم مراجعان با پیش‌فرض‌هایی در مورد آنچه ممکن است باعث ایجاد مشکل شده باشد، وارد رابطه می‌شوند. اغلب این برداشت‌های شخصی بسیار از هم دور هستند. با این حال، «تصمیمات تشخیصی، تشخیص علائم، و پیش‌بینی‌ها در مورد پاسخ و نتیجه درمان می‌توانند تحت تأثیر توضیحات مشاوران برای علت [یا علل] مشکلات ارائه شده مراجعان قرار گیرند [و اغلب هم قرار می‌گیرند]» (McWhirter, & Kernes, ۲۰۰۱, p. ۳۰۴). به عنوان مثال، اگر مراجعان مسئول مشکلات خود تلقی شوند، مانند تصمیم‌گیری بد، ممکن است مستقیماً مسئول اعمال خود دانسته شوند، در حالی که اگر علت مشکل خارج از کنترل آن‌ها تلقی شود، مانند ترومای ناشی از مرگ غیرمنتظره، ممکن است با آن‌ها با همدردی رفتار شود. صرف‌نظر از این، اسناد تأثیر زیادی بر نحوه کار مشاوران و کاری که انجام می‌دهند یا از مراجعان می‌خواهند، دارد.

چهار مدل اصلی اسناد وجود دارد که مشاوران به صورت آگاهانه یا ناخودآگاه از آن‌ها استفاده می‌کنند (McWhirter, ۲۰۰۱ & Kernes). آن‌ها به شرح زیر توضیح داده شده و در جدول ۱،۴ خلاصه شده‌اند:

مدل پزشکی (Medical Model) — «در این مدل، مراجعان نه مسئول علت مشکل خود و نه مسئول راه‌حل آن دانسته نمی‌شوند» (ص. ۳۰۵). مشاورانی که این مدل را اتخاذ می‌کنند، اساساً به عنوان متخصص عمل می‌کنند و خدمات لازم برای تغییر را ارائه می‌دهند. اگرچه مراجعان سرزنش نمی‌شوند، اما ممکن است وابسته شوند.

مدل اخلاقی (Moral Model) — این مدل به بهترین وجه توسط جنبش خودیاری مشخص می‌شود و اساساً نقطه مقابل مدل پزشکی است. «مراجعان هم مسئول ایجاد و هم مسئول حل مشکلات خود دانسته می‌شوند» (ص. ۳۰۵). مشاوران عمدتاً به عنوان مربی یا انگیزه‌دهنده تلقی می‌شوند. اشکال این مدل این است که کسانی که ممکن است قربانی شرایط باشند، ممکن است مسئول قربانی شدن خود دانسته شوند.

مدل جبرانی (Compensatory Model) — در مدل جبرانی، مراجعان «فقط مسئول حل مشکلات خود

هستند اما مسئول ایجاد آن‌ها نیستند» (ص. ۳۰۴). اساساً، مراجعان

جدول ۱،۴: چهار مدل اصلی اسناد مشاوران

مدل	مشاور به عنوان ... عمل می کند	مراجع به این صورت دیده می شود
پزشکی	متخصص	مراجعان برای مشکلاتشان سرزنش یا مسئول دانسته نمی شوند؛ نقطه ضعف این است که ممکن است به مشاور وابسته شوند.
اخلاقی	مربی، انگیزه دهنده	مراجعان مسئول ایجاد و حل مشکلاتشان هستند.
جبرانی	معلم	مراجعان فقط مسئول حل مشکلات اما نه ایجاد آن ها دیده می شوند؛ برای راه حل ها با مشاور شریک می شوند.
روشنگری	شخص مقتدر	مراجعان مسئول ایجاد مشکلاتشان اما نه حل آن ها هستند.

به عنوان «رنج برده از ناتوانی محیط های اجتماعی شان در برآوردن نیازهایشان» تلقی می شوند (ص. ۳۰۴).

بنابراین، مشاوران و مراجعان برای غلبه بر مشکلات، شراکتی را تشکیل می دهند که در آن مشاور نقش فرعی تری را بر عهده می گیرد و به عنوان معلمی عمل می کند که آموزش، مهارت ها و فرصت هایی را برای مراجعان فراهم می کند. اشکال این مدل این است که مراجعان ممکن است «فشار نامناسبی را برای حل مداوم مشکلاتی که خودشان ایجاد نکرده اند، احساس کنند».

مدل روشنگری (Enlightenment Model) — این مدل «مراجعان را مسئول ایجاد مشکلاتشان می‌داند اما مسئول حل آن‌ها نمی‌داند» (ص. ۳۰۴). مراجعان به عنوان «افراد گناهکاری که زندگی‌شان از کنترل خارج شده است» تلقی می‌شوند (ص. ۳۰۴). آن‌ها به روشنگری در مورد ماهیت مشکلاتشان و راه‌های حل این مشکلات که مشاور می‌تواند ارائه دهد، نیاز دارند. در حالی که مراجعان ممکن است در چنین رویکردی احساس آرامش کنند، نقطه ضعف این مدل این است که ممکن است به مشاوره‌ای که در نقش یک شخص مقتدر عمل می‌کند، وابسته شوند، یا ممکن است پس از اتمام مشاوره، زندگی خود را حول منابع بیرونی اقتدار ساختار دهند.

تأمل شخصی

به مشکلاتی که در زندگی خود داشته‌اید فکر کنید. فکر می‌کنید اگر برای کمک به اکثر این مشکلات به مشاور مراجعه می‌کردید، با کدام یک از مدل‌های اسناد که همین الان بحث شد، بیشترین احساس راحتی را داشتید؟

سیستم‌های مشاوره

مشاوران مؤثر علاوه بر نظریه‌های مشاوره، از سیستم‌های خاصی از مشاوره نیز پیروی می‌کنند. در واقع، قدرت مشاوره در نهایت به تداوم آن فرآیند بستگی دارد. اینکه مشاوره توسط یک رویکرد سیستمی غالب اداره نمی‌شود، با توجه به توسعه تاریخی آن، جای تعجب ندارد. مشاوره مانند فردی شروع شد که سوار اسب شد و به هر طرف تاخت؛ یعنی فرد هیچ تمرکز یا جهت برنامه‌ریزی شده‌ای نداشت (Ungersma, ۱۹۶۱). تنها در تاریخ اخیر بوده است که مشاوره متمرکزتر و متحدتر شده است.

از اواخر دهه ۱۹۴۰، متخصصان متوجه فقدان یک سیستم برای مشاوره شدند. رابرت متیوسون (۱۹۴۹) مشاهده کرد که مشاوره در «جستجوی سیستمی ... برای رهایی از چارچوب‌های ناکافی وام گرفته شده از فلسفه و آموزش سنتی، از روانشناسی، از فرمول‌بندی‌های سیاسی زیربنای دولت دموکراتیک، از مفاهیم علوم فیزیکی و غیره» بود (ص. ۷۳).

تا اواخر دهه ۱۹۴۰، مشاوره از سیستم‌های مختلفی استفاده می‌کرد. از آنجایی که این حرفه فاقد پایگاه سازمانی بود، جناح‌های مختلف آنچه را انجام می‌دادند، بر اساس سیستمی که برایشان مناسب‌تر بود، تعریف می‌کردند. رقابت بین دیدگاه‌ها، به ویژه آن‌هایی که با نظریه‌ها مرتبط بودند، اغلب پرشور بود. به عنوان مثال، ای. جی. ویلیامسون و کارل راجرز با شور و حرارت در مورد محاسن رویکردهای خود (مشاور-محور در مقابل مراجع-محور) بحث می‌کردند. برخی مشاوران نیاز به یک رویکرد سیستماتیک unifying برای رشته خود را تشخیص

دادند، اما رشد برنامه‌ریزی نشده این حرفه مانعی بود. با این حال، تا دهه ۱۹۹۰ چندین سیستم مشاوره پدید آمدند که دو مورد غالب‌ترین آن‌ها رویکرد رشدی/سلامت‌محور و رویکرد پزشکی/آسیب‌شناختی بودند.

رویکرد رشدی/سلامت‌محور (THE DEVELOPMENTAL/ WELLNESS APPROACH). دیدگاه

رشدی/سلامت‌محور به مشاوره بر اساس مراحل است که نظریه‌پردازان مختلف شخصیت مشخص کرده‌اند و افراد به عنوان بخشی طبیعی از رشد انسانی از آن‌ها عبور می‌کنند. مشاوره از این دیدگاه بر این اساس استوار است که آیا مشکلی که مراجع دارد بخشی از یک وظیفه رشدی زندگی است یا خیر. به عنوان مثال، ایجاد هویت یک وظیفه رشدی در زندگی است که افراد در اوایل بزرگسالی ممکن است با آن دست و پنجه نرم کنند. با این حال، این وظیفه‌ای برای افراد ۷۰ ساله که قبلاً هویتی را برای خود شکل داده‌اند، نیست. بنابراین، رفتارهایی که در یک مرحله از زندگی مناسب هستند، در مرحله دیگری از زندگی به همان اندازه سالم یا مرتبط نیستند، اگرچه اگر حل نشده باشند، ممکن است وجود داشته باشند.

آلن آیوی (۱۹۹۰) اولین کسی نبود که پیشنهاد کرد سیستم‌های مشاوره باید بر اساس دیدگاه رشدی باشند، اما ادغام رشد رشدی او با استراتژی‌های مشاوره به عنوان یکی از منحصربه‌فردترین بیان‌های این رویکرد برجسته است. اساساً، آیوی پیشنهاد می‌کند که مفاهیم پیازه‌ای سطوح شناختی (یعنی حسی-حرکتی، عینی، صوری و پس‌اصوری) را در مصاحبه‌های بالینی با بزرگسالان و کودکان به کار برد. بنابراین، اگر مراجعان در ابتدا احساسات خود را تشخیص ندهند، مشاوران از سطح حسی-حرکتی برای بیرون کشیدن هیجانات کار خواهند کرد. به طریق مشابه، به مراجعانی که علاقه‌مند به برنامه‌ریزی استراتژی‌هایی برای تغییر هستند، با استفاده از یک الگوی فکری صوری کمک خواهد شد. مشاوره و درمان رشدی (DCT) «به طور خاص به توالی و فرآیند رشد همانطور که در زبان طبیعی مصاحبه رخ می‌دهد، می‌پردازد» (Ivey, ۱۹۹۰, p. ۲۹۹ & Ivey).

سلامت‌محوری (Wellness) حتی از رشد هم فراتر می‌رود و بر ماهیت مثبت و سلامت انسان‌ها تأکید می‌کند (Granello, ۲۰۱۳). «مشاوران از دیرباز در کار کمک به مراجعان خود برای شناسایی نقاط قوتشان و ساختن بر روی آن نقاط قوت بوده‌اند» (Patterson, ۱۹۹۶, p. ۳۶۸ & Rak). در این دیدگاه، افراد دارای منابعی برای حل مشکلات خود به روشی عملی و فوری تلقی می‌شوند. «مشکلات شاهدهی بر آسیب‌شناسی زمینه‌ای نیستند» (Mostert, Johnson, ۱۹۹۷, p. ۲۱ & Mostert). در واقع، همانطور که گودمن (۲۰۱۵) اشاره می‌کند، سلامت و مشکلات به یک جامعه مرتبط هستند. بنابراین، افراد از جمله کودکان در معرض خطر ممکن است در صورت دریافت حمایت از جامعه‌ای که بخشی از آن هستند، تاب‌آوری (resilience) نشان دهند. تاب‌آوری در این مورد به ویژگی‌ها و مهارت‌های شخصی - چه پویا و چه صفتی - اشاره دارد که به فرد امکان می‌دهد پاسخی سالم، موفق یا انطباقی به یک رویداد زندگی مخرب یا نامطلوب بدهد (Patterson, ۱۹۹۶ & Lee et al., ۲۰۱۳; Rak). بدون شک، همانطور که زاترا، هال و موری (۲۰۱۰) استدلال می‌کنند، تاب‌آوری، سلامت و اختلالات سازه‌های یکپارچه‌ای هستند. اینکه چگونه افراد و جوامعشان در مواجهه با ناملایمات به سلامت و بهزیستی دست می‌یابند و آن را حفظ می‌کنند، پیچیده است زیرا یک فرآیند رشدی است و مانند سلامت، در یک پیوستار وجود دارد (Granello, ۲۰۱۳).

نمونه‌ای از رویکرد مشاوره مبتنی بر مدل سلامت‌محور، نظریه راه‌حل-محور (solution-focused theory) است. در این رویکرد، تأکید بر سلامت و قدرت است. این رویکرد به مراجعان کمک می‌کند تا از منابع درونی خود بهره‌مند شوند و راه‌حل‌هایی برای موقعیت‌هایی که قبلاً در زندگی‌شان وجود دارد، پیدا کنند که برخی از آن‌ها ماهیت جهانی دارند. آموزش تلقیح استرس (SIT) (Meichenbaum, ۱۹۹۳)، یک مداخله پیشگیرانه و روانی-آموزشی که می‌تواند در مدارس و با بزرگسالان استفاده شود، نمونه‌ای از رویکرد تأکید بر سلامت حال و آینده است (Israelashvili, ۱۹۹۸). در این مدل، به افراد کمک می‌شود تا

موقعیت‌های مشکل‌ساز خود را درک کنند، مهارت‌هایی برای مقابله با آن‌ها کسب کنند، و این دانش را از طریق استفاده از تصویرسازی ذهنی یا تمرین شبیه‌سازی شده، به رویدادهای حال و حتی آینده اعمال کنند.

سنگ بنای رویکرد رشدی/سلامت‌محور، تأکید آن بر **پیشگیری و آموزش** است (White, ۱۹۹۷ & Kleist).

مشاوران و مراجعان زمانی بهترین عملکرد را دارند که در مورد حوزه‌های ذهنی، جسمی و اجتماعی زندگی انسان، همانطور که در چرخ سلامت توسعه یافته توسط مایرز و سوئینی (۲۰۰۵) نشان داده شده است، آگاه باشند. از طریق کسب دانش در مورد ماهیت چندگانه سلامت، مشاوران و مراجعان تشخیص می‌دهند که چگونه می‌توانند بر اجتناب یا به حداقل رساندن نیروهای مخربی که ماهیت درونی یا بیرونی دارند، تمرکز کنند.

مدل پزشکی/آسیب‌شناختی (THE MEDICAL/PATHOLOGICAL MODEL). در مقابل دیدگاه

رشدی/سلامت‌محور مشاوره، **مدل پزشکی/آسیب‌شناختی** طبیعت انسان قرار دارد که توسط کسانی

نمایندگی می‌شود که برنامه‌های درمانی را مطابق با **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)**

(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) پایه‌ریزی می‌کنند. DSM با **طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)**، که

توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده است، در کدگذاری اختلالات روانپزشکی سازگار است. ویرایش پنجم

DSM شامل تشخیص‌های بالینی متفاوتی با اطلاعات بسیار بیشتری در مورد هر کدام نسبت به ۱۰۶ تشخیص

در ویرایش اولیه این راهنما که در سال ۱۹۵۲ منتشر شد، است.

فصل‌های ویرایش پنجم DSM به شیوه‌ای رشدی در طول عمر سازماندهی شده‌اند. اختلالات عصبی-رشدی، که

اغلب در دوران نوزادی و اوایل کودکی تشخیص داده می‌شوند، ابتدا توضیح داده می‌شوند. سپس، به صورت

پیش‌رونده، راهنما بر حوزه‌های تشخیصی تمرکز می‌کند که معمولاً شروع آن‌ها در بزرگسالی شایع‌تر است، مانند

اختلالات خواب-بیداری. در هر دسته تشخیصی، اختلالات فردی به طور مشابه مرتب شده‌اند. این ترتیب‌بندی

فصل‌ها تلاشی است برای قرار دادن نزدیک حوزه‌های تشخیصی که به نظر می‌رسد با یکدیگر مرتبط هستند،

مانند ایجاد یک دسته خاص برای اختلالات دوقطبی و مرتبط و قرار دادن آن بلافاصله پس از طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی.

ساختار سازمانی DSM-۵

- اختلالات عصبی-رشدی
- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی
- اختلالات دوقطبی و مرتبط
- اختلالات افسردگی
- اختلالات اضطرابی
- اختلال وسواسی-جبری و مرتبط
- اختلالات مرتبط با تروما و استرس
- اختلالات تجزیه‌ای
- اختلالات علائم جسمانی
- اختلالات خوردن و تغذیه
- اختلالات دفعی
- اختلالات خواب-بیداری
- کژکاری‌های جنسی

- ملال جنسیتی (دیسفوریای جنسیتی)
- اختلالات اخلاق، کنترل تکانه و سلوک
- اختلالات مصرف مواد و اعتیادآور
- اختلالات عصبی-شناختی
- اختلالات شخصیت
- انحرافات جنسی (پارافیلیاها)
- سایر اختلالات

به طور کلی، DSM یک مدل پزشکی/آسیب‌شناختی بسیار جالب اما بحث‌برانگیز است. این مدل **غیرنظری (atheoretical)** است و اختلالات روانی را به عنوان **سرشتی (dispositional)** چارچوب‌بندی می‌کند، یعنی چیزی که درون فرد و بخشی از ساختار روانی اوست. مشکلات اجتماعی مانند نژادپرستی، تبعیض، مردسالاری، همجنس‌گراهراسی و فقر ممکن است «در تمرکز DSM بر ریشه‌داشتن اختلالات در فرد، گم شوند» (Ford, ۲۰۰۵, p. ۹۸ & Kress, Eriksen, Rayle). علاوه بر این، DSM به طور قابل توجهی به چیزی جز تشخیص‌های فردی، که بسیاری از آن‌ها شدید هستند، نمی‌پردازد. بنابراین، این سیستم طبقه‌بندی برای کارگزاران گروهی، مشاوران ازدواج و خانواده، و متخصصان مشاوره‌ای که با جمعیت‌های بسیار آشفته کار نمی‌کنند یا از گرایش انسان‌گرایانه کار می‌کنند، ارزش محدودی دارد. به عنوان مثال، DSM اصطلاح «سوگ (bereavement)» (که قبلاً برای توصیف واکنش غم مرتبط با از دست دادن یک عزیز استفاده می‌شد) را حذف کرد. در عوض، غم و اندوه بیش از دو ماه پس از از دست دادن یک عزیز اکنون به عنوان **افسردگی** اساسی طبقه‌بندی می‌شود (Jones, ۲۰۱۳ & Fox). تفاوت قابل توجهی در نحوه نگرش به فرد سوگوار و فرد

مبتلا به افسردگی اساسی، چه برسد به درمان آن‌ها، وجود دارد. با این حال، از جنبه مثبت، DSM-۵ به طور منطقی و رشدی سازمان‌دهی شده و در استفاده از تحقیقات نوروبیولوژیکی پیشرفته است.

مشاوران نباید در مورد محدودیت‌های DSM یا جایگزین‌های آن ساده‌انگار باشند. با این حال، آن‌ها باید صرف‌نظر از محیط، تخصص یا حتی موافقت خود با سیستم طبقه‌بندی، بر اصطلاحات DSM مسلط شوند به دلایل زیر (Breen, ۱۹۹۷; Kress et al., ۲۰۰۵; Seligman, ۲۰۰۴, & Geroski, Rodgers, ۱۹۹۹):

(دلایل در ادامه متن اصلی ذکر شده‌اند)

۱. سیستم DSM به طور جهانی در سایر حرفه‌های یاری‌رسان استفاده می‌شود و اساس گفتگوی مشترک بین مشاوران و سایر متخصصان سلامت روان را تشکیل می‌دهد.

۲. سیستم DSM به مشاوران کمک می‌کند تا الگوهای پریشانی روانی را در مراجعانی که نیاز به ارجاع به سایر متخصصان سلامت روان دارند یا باید به شیوه خاصی درمان شوند، تشخیص دهند.

۳. با یادگیری سیستم DSM، مشاوران پاسخگویی، اعتبار، ثبت سوابق یکنواخت، برنامه‌های درمانی آگاهانه، پژوهش و تضمین کیفیت را برقرار می‌کنند.

تشخیص مراجعان از طریق DSM چقدر برای شما هیجان‌انگیز است؟ آیا وقتی تصمیم گرفتید مشاور شوید، انتظار داشتید که مجبور به تشخیص باشید؟ کدام یک از دو مدلی که ارائه شد (پزشکی در مقابل سلامتی) بیشتر برای شما جذابیت دارد؟ به طور مشخص‌تر، کدام را بیشتر دوست دارید و چرا؟

مشارکت در فعالیتهای مرتبط با مشاوره حرفه‌ای

مشاور شدن یک فرآیند مادام‌العمر است. این فرآیند بسیار فراتر از آموزش رسمی برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا ادامه می‌یابد و شامل مشارکت در فعالیتهای مرتبط با مشاوره حرفه‌ای است. گرانلو (۲۰۱۰الف) دریافت که مشاورانی که سال‌های بیشتری در حرفه مشاوره فعالیت کرده‌اند، سطوح بالاتری از پیچیدگی شناختی (توانایی جذب، ادغام و استفاده از دیدگاه‌های متعدد) دارند. کسب بالاترین مدارک تحصیلی در حرفه مشاوره نیز به معادله پیش‌بینی کمک کرد. با این حال، پیچیده‌تر شدن از نظر شناختی با تمام مزایایی که به همراه دارد، مانند توانایی تحمل ابهام، گوش دادن دقیق، تعلیق قضاوت‌ها، جستجوی شواهد و تعدیل نظرات هنگام در دسترس قرار گرفتن اطلاعات جدید، خودکار نیست. مشاوران باید روی آن کار کنند! راه‌هایی که در این سفر به خود کمک می‌کنند عبارتند از: دریافت واحدهای آموزش مداوم (CEUs) برای به‌روز ماندن در نظریه‌ها و عمل، دریافت نظارت لازم برای اطمینان از برتری در درمان (در فصل ۱۰ پوشش داده شده است)، حمایت از مراجعان و حرفه مشاوره، و ایجاد پورتفولیو (کارپوشه). علاوه بر این، آن‌ها باید در مورد مقررات دولتی، به عنوان مثال قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA)، یاد بگیرند و به‌روز بمانند.

آموزش مداوم

نیاز به آموزش مداوم برای همه مشاوران، به ویژه پس از فارغ‌التحصیلی از یک برنامه مشاوره، وجود دارد. دلیل آن این است که ایده‌های جدید در درمان و کار با مراجعان همیشه در حال تکامل هستند و باید ارزیابی، گنجانده و در صورت لزوم، بر آن‌ها مسلط شوند. مشاورانی که خواندن نشریات حرفه‌ای یا شرکت در کارگاه‌ها و همایش‌های ضمن خدمت را متوقف می‌کنند، به سرعت در ارائه مهارت‌ها قدیمی می‌شوند. بنابراین، مشاوران باید سالانه تعداد معینی واحد آموزش مداوم (CEU) کسب کنند تا از آخرین و بهترین روش‌های کار مطلع بمانند.

واحدهای آموزش مداوم توسط سازمان‌های مشاوره حرفه‌ای تایید شده در سطوح محلی، ایالتی، منطقه‌ای و ملی ارائه می‌شوند. امکان کسب CEU از طریق دوره‌های مکاتبه‌ای و همچنین شرکت در کارگاه‌ها وجود دارد. CEU ها حتی به صورت رایگان برای خواندن برخی از مجلات مشاوره ACA و مجله ماهانه ACA، یعنی Counseling Today، ارائه می‌شوند. مشاورانی که دارای مجوز یا گواهینامه هستند، باید تعداد معینی CEU کسب کنند تا اعتبار خود را حفظ کنند. مشارکت در چنین تلاش‌های مداومی گاهی از نظر زمان و هزینه گران است، اما هزینه عدم به‌روزرسانی حرفه‌ای (یعنی ناکارآمدی یا قدیمی شدن) بسیار بالاتر است.

حمایتگری و عدالت اجتماعی

علاوه بر سایر ویژگی‌ها و کیفیات مرتبط با خود و فرآیند مشاوره، مشاوران مؤثر در کارهای حمایتگری و عدالت اجتماعی مشارکت می‌کنند. **حمایتگری** را می‌توان به سادگی به عنوان ترویج یک ایده یا هدف از طریق روابط عمومی تعریف کرد. این شامل شبکه‌سازی و آموزش است» (تایسل، ۱۹۹۷، ص ۱۶). **عدالت اجتماعی** به ایده ایجاد جامعه یا نهادی اطلاق می‌شود که مبتنی بر اصول برابری باشد، حقوق بشر را ارج نهد و کرامت هر انسانی را به رسمیت بشناسد.

مشاوران باید در سطوح مختلف از دغدغه‌های مراجعان و حرفه مشاوره حمایت کرده و فعالانه آن‌ها را ترویج دهند. با انجام این کار، آن‌ها بی‌عدالتی‌ها را اصلاح کرده و شرایط را برای افراد، گروه‌ها و جامعه بهبود می‌بخشند (گودمن، ۲۰۰۹؛ آزبورن و همکاران، ۱۹۹۸). این فرآیند را می‌توان از راه‌های مختلفی مانند ارائه سخنرانی برای باشگاه‌ها و گروه‌های مدنی، نوشتن مقاله برای روزنامه‌ها، تماس با قانون‌گذاران و تمرکز بر مسائل جامعه از طریق صرف وقت و تلاش خود به عنوان یک رهبر یا طرفدار، به انجام رساند. آگاه کردن دیگران از دغدغه‌های اجتماعی جمعیت‌های نیازمند بسیار مهم است، زیرا چنین گروه‌هایی صدا یا شناختی ندارند.

گاهی اوقات، حمایتگری شامل صحبت کردن به نمایندگی از افراد محروم و ترویج راه‌هایی برای تضمین احترام به حقوق آن‌ها و رسیدگی به نیازهایشان از طریق اقدام اجتماعی است (مک‌کلور و روسو، ۱۹۹۶). متخصصانی که منحصرأ به آنچه بیماک و چانگ (۲۰۰۸) به عنوان «سندرم مشاور خوب» توصیف می‌کنند پایبند هستند، نقش‌های ضروری خود را به عنوان رهبران چندفرهنگی/عدالت اجتماعی، حمایتگران و عاملان تغییر ایفا نمی‌کنند. دلیل آن این است که آن‌ها بیش از حد بر ترویج هماهنگی متمرکز هستند تا از وضعیت موجود فراتر روند. چنین موضعی نابرابری‌ها را تقویت می‌کند. بنابراین، بخشی از حمایتگر بودن برای مشاوران، غلبه بر ترس از طرد شدن و ناراحتی‌های شخصی است.

علاوه بر صحبت با افراد و گروه‌ها، شکل دیگری از حمایتگری برای مشاوران، کار از طریق فرآیند سیاسی است. با انجام این کار، آن‌ها در سنت مهاتما گاندی، نلسون ماندلا و مارتین لوتر کینگ جونیور در دفاع از عدالت اجتماعی عمل می‌کنند (روی‌سیرکار، ۲۰۰۹). بنابراین، مشاوران نه تنها باید در مورد مسائل اجتماعی آگاه باشند، بلکه باید بر تصویب قوانینی تأثیر بگذارند که شرایط نامطلوبی بر مراجعان یا حرفه مشاوره تحمیل می‌کند. مشاوران می‌توانند با نوشتن نامه یا ملاقات با قانون‌گذاران تفاوت ایجاد کنند. با این حال، هرچه تماس شخصی بیشتری با قانون‌گذاران داشته باشند، احتمال تأثیرگذاری آن‌ها بیشتر است. به گفته لی و راجرز

(۲۰۰۹)، فرآیند ایجاد تغییر مستلزم «ایجاد حس فوریت اجتماعی/سیاسی در مورد یک موضوع، سازماندهی و آموزش گروهی از مردم برای آغاز تغییر اجتماعی/سیاسی، توسعه چشم‌انداز و استراتژی برای چنین تغییری، انتقال چشم‌انداز آن تغییر، توانمندسازی اقدام گسترده و ایجاد تغییر واقعی» است (ص ۲۸۴). اینگونه است که تصویب لوایح ارتقاء دهنده اجتماعی (مانند برنامه مشاوره مدارس ابتدایی و متوسطه) یا تمدید طرح‌ها (مانند قانون توانبخشی) به ثمر نشسته است.

حمایتگری در سطوح مختلفی مانند شهرستان، ایالت یا فدرال رخ می‌دهد (گوتز، ۱۹۹۸). مشاوران می‌توانند از طرق مختلف برای تأثیر مثبت بر تصویب قوانین تلاش کنند. اول اینکه مطلع بمانند و بدانند چه لوایحی در دست بررسی است. دفتر سیاست عمومی و اطلاعات ACA منبع عالی برای طرح‌های قانونی فدرال است و از طریق وبسایت ACA (www.counseling.org) قابل دسترسی است.

راه دوم برای حمایتگری، دانستن قوانین ارتباط مؤثر با قانون‌گذاران است. استفاده از اصطلاحات تخصصی، اغراق یا پرحرفی به ارائه مشاور آسیب می‌زند. بنابراین، مهم است که در حمایت از اقدامات خاص، سازمان‌یافته، مختصر و ملموس باشید. انعطاف‌پذیری و پیش‌بینی دیدگاه‌های مخالف برای موفقیت بسیار مهم است. در نهایت، پیگیر باشید. مانند مشاوره، پیگیری در برخورد با موقعیت‌های قانونی ضروری است. طرح‌ها ممکن است سال‌ها لابی‌گری نیاز داشته باشند تا تصویب شوند. به عنوان مثال، مجوز مشاور در مریلند در سال ۱۹۹۸ تصویب شد، اما تنها پس از ۲۰ سال تلاش! مشاوران می‌توانند نقش خود را در حمایتگری با استفاده از شایستگی‌های حمایتگری انجمن مشاوره آمریکا (رتس، توپورک و لوئیس، ۲۰۱۰).

پورتفولیو (کارپوشه)

پورتفولیو (کارپوشه) نوعی ارتباط است که «آموزش، کار و تجربیات مرتبط زندگی یک فرد» را مستند می‌کند (جیمز و گرین‌والد، ۲۰۰۱، ص ۱۶۱). مشاوران برای فعال بودن در مورد مستنداتی که ممکن است برای دریافت مجوز، سازمان‌های مدیریت شده مراقبت، ارزیابی‌های کارفرما و حتی مشاغل جدید نیاز به بازایی سریع آن‌ها داشته باشند، باید پورتفولیو نگهداری کنند.

پورتفولیوهای مشاور ممکن است **پورتفولیو کاری** یا **پورتفولیو ارائه** باشند. **پورتفولیو کاری** مجموعه‌ای مستمر از مدارک کامل است که مشاوران می‌توانند به عنوان مدرک شایستگی حرفه‌ای از آن استفاده کنند. این پورتفولیوها معمولاً شامل انواع اطلاعات زیر هستند: روزمه/ویتا، مستندات مربوط به دوره‌های مشاوره و همچنین کارورزی و کارآموزی‌های گذرانده شده برای مدرک، نظارت پس از مدرک، تجربه کاری، اعتبارنامه‌های حرفه‌ای، آموزش مداوم، ارائه‌ها، انتشارات و خدمات حرفه‌ای. **پورتفولیو ارائه** ماهیت محدودتری دارد و معمولاً شامل مواد مورد نیاز برای یک پروژه خاص، مانند تبدیل شدن به شاهد خبره در دادگاه است.

صرف نظر از اینکه مشاور روی کدام نوع پورتفولیو کار می‌کند، مهم است که آن را به‌روز نگه دارد. چنین فرآیندی باید به طور منظم، مثلاً هر سه ماه یکبار، انجام شود. به این ترتیب مشاوران می‌توانند آنچه را که انجام می‌دهند برای دیگران مستند و تأیید کنند و همچنین ببینند که در مورد کار یا برنامه‌های آینده خود به چه مهارت‌ها یا آموزش‌های اضافی نیاز دارند.

قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA)

HIPAA مخفف قانونی فدرال است که در سال ۱۹۹۶ تصویب شد. هدف این قانون موارد زیر بود:

- بهبود «کارایی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی با استانداردسازی تبادل الکترونیکی داده‌ها» و

- حفاظت از «محرمانگی و امنیت داده‌های سلامت از طریق تنظیم و اجرای استانداردها»
(www.hhs.gov/ocr/hipaa).

به طور مشخص‌تر، HIPAA با وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) برای انتشار قوانین جدیدی همکاری می‌کند که موارد زیر را تضمین می‌کنند:

- استانداردسازی داده‌های الکترونیکی سلامت، اداری و مالی بیمار
- شناسه‌های سلامت منحصر به فرد برای افراد، کارفرمایان، برنامه‌های سلامت و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی
- استانداردهای امنیتی برای حفاظت از محرمانگی و یکپارچگی «اطلاعات سلامت قابل شناسایی فردی»، گذشته، حال یا آینده. (—HIPAA Advisory)

(www.csun.edu/~lisagor/.../۴۹۴BEE%۲۰What's%۲۰HIPAA_.pdf)

طبق HIPAA، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، از جمله مشاوران، باید هنگام انتقال هرگونه اطلاعات مراقبت بهداشتی به صورت الکترونیکی، از الزامات و مقررات مندرج در این قانون پیروی کنند. بنابراین، بسیار مهم است که مشاوران نه تنها در مورد HIPAA بدانند، بلکه در مورد این قانون به‌روز بمانند. عواقب عدم رعایت شامل جریمه نقدی و حبس است.

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل به بررسی ویژگی‌ها و رفتارهای لازم برای تبدیل شدن به یک مشاور مؤثر پرداخته است. یکی از این ویژگی‌ها، شخصیت اصلی مشاوران است. افراد به دلیل علایق، سوابق و توانایی‌های خود در محیط‌های مشاوره احساس راحتی می‌کنند. اکثر مشاوران مؤثر علایق اجتماعی دارند و از کار با مردم به روش‌های مختلف حل

مسئله و رشدی لذت می‌برند. مشاوران مؤثر به طور کلی به عنوان افرادی گرم، دوستانه، گشاده‌رو، حساس، صبور و خلاق توصیف می‌شوند. آن‌ها به طور مداوم روی سلامت روان خود کار می‌کنند و تلاش می‌کنند از فرسودگی شغلی و ناکارآمدی جلوگیری کنند.

تحصیلات دومین ویژگی مرتبط با اثربخشی مشاوران است. مشاوران مؤثر یک برنامه مشاوره معتبر یا معادل آن را در سطح دکترا یا کارشناسی ارشد گذرانده‌اند. بسیاری نیز مهارت‌ها و تجربیات لازم برای کار در حوزه‌های تخصصی مشاوره را کسب کرده‌اند.

حوزه سوم مرتبط با اثربخشی در مشاوره، اسنادها و سیستم‌ها است. مشاوران آگاه مدل‌های اسناد (مانند پزشکی، اخلاقی، جبرانی، روشنگری) را می‌شناسند و به طور سیستماتیک از رویکرد رشدی/سلامتی، مدل پزشکی/آسیب‌شناختی یا جایی در این بین عمل می‌کنند. آن‌ها همچنین می‌دانند که افراد در طول عمر چگونه رشد می‌کنند و با اصطلاحات و کاربرد آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) آشنا هستند.

در نهایت، مشاوران مؤثر در فعالیت‌های مرتبط با مشاوره فعال هستند. آن‌ها اهمیت به‌روز نگه داشتن دانش خود را از طریق شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم درک می‌کنند. علاوه بر این، آن‌ها نظارت دریافت می‌کنند (در فصل ۱۰ پوشش داده شده) و از دیدگاه عدالت اجتماعی، هم از نیازهای مراجعان خود و هم از حرفه مشاوره حمایت می‌کنند. همچنین، آن‌ها اعتبارنامه‌های خود را از طریق استفاده از پورتفولیو یا روش سازمان‌یافته دیگری برای نگهداری اسناد و اعتبارنامه‌های مهم، جاری و در دسترس نگه می‌دارند. در نهایت، مشاوران مؤثر قوانین فدرالی را که بر مشاوره تأثیر می‌گذارند، مانند مقررات HIPAA، یاد می‌گیرند و از آن‌ها مطلع می‌مانند.

تکالیف موضوع ۳: ویژگی‌های مشاور مؤثر و تکالیف موضوع ۱۱: صدور مجوز و اعتباربخشی را امتحان کنید.

فصل دوم

جنبه‌های اخلاقی و قانونی مشاوره



مرور کلی فصل

با مطالعه این فصل، شما درباره موارد زیر خواهید آموخت:

- اخلاق حرفه‌ای (ethics)، اصول اخلاقی (morality) و قانون چگونه تعریف می‌شوند و مشاوره چگونه اخلاق حرفه‌ای را در بر می‌گیرد.
- تصمیمات اخلاقی چگونه گرفته می‌شوند و مشاوران چگونه می‌توانند تصمیم‌گیری اخلاقی را بیاموزند.
- نقش اخلاق در موقعیت‌های خاص مشاوره.

- رابطه بین قانون و مشاوره.
- مسئولیت قانونی، مسائل حقوقی مربوط به افراد زیر سن قانونی (صغار)، حقوق مراجع، سوابق (پرونده‌ها)، و حضور مشاور در دادگاه.

همانطور که مطالعه می‌کنید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- مراحل متعدد در اتخاذ یک تصمیم اخلاقی.
 - حوزه‌های بسیاری که در آن‌ها تصمیم‌گیری اخلاقی لازم است.
 - چگونه ممکن است با همکار دیگری که غیر اخلاقی عمل کرده است، کار کنید (یا برخورد کنید).
 - احساس شما نسبت به قانون و مسائل حقوقی.
 - نظرات شما در مورد نگهداری سوابق (پرونده‌ها).
 - چه احساسی نسبت به حضور در دادگاه در نقش‌ها (ظرفیت‌های) مختلف خواهید داشت.
- در سپیده‌دم خنک و خاکستری اوایل سپتامبر، آخرین چمدان را در موستانگم می‌گذارم و آرام می‌گویم «خداحافظ» به زیبایی آرام کارولینای شمالی.
- با تردید، راهی می‌شوم به سوی ساحل کنتیکت با کرانه‌های اقیانوسی آبی‌اش به مقصد شغلی جدید و ناشناخته‌ها.

همسفرانم یک سگ نژاد شلتی به نام «ایلائی» و خاطرات هنوز تازه آخرین جلسه مشاوره‌مان هستند.

تو، که آنقدر با ترس‌ها دست و پنجه نرم کردی که به شوخی شروع کردم به نامیدنت «جیکوب»، همانقدر بخشی از وجود منی که چمدان‌هایم.

پیش رفتن در زندگی، تلخ و شیرین است مانند دست کشیدن از دوستان و ترس‌ها. طعمش مانند خرمالوهای نرم و نارنجی پاییزی است، فریبنده، خوشمزه اما گس.

بازنشر از «تلخ و شیرین»، اثر اس. تی. گلدینگ، ۱۹۸۴، مجله مشاوره و ارزش‌ها، جلد ۲۸، صفحه ۱۴۶. © اس. تی. گلدینگ.

جنبه‌های اخلاقی و قانونی مشاوره

مشاوره فعالیتی عاری از ارزش یا خنثی نیست (کاتن و تارویداس، ۲۰۱۶؛ ولفل، ۲۰۱۶). بلکه، حرفه‌ای فعال و مبتنی بر ارزش‌ها است، که «باورهای جهت‌دهنده‌ای درباره آنچه خوب است... و چگونه باید به آن خوبی دست یافت» هستند (برگین، ۱۹۸۵، ص ۹۹). ارزش‌ها در هسته روابط مشاوره‌ای قرار دارند. تمام اهداف در مشاوره، «چه اهداف مربوط به تسکین علائم باشند و چه اهداف مربوط به اصلاح سبک زندگی، توسط نظام‌های ارزشی پشتیبانی می‌شوند» (برگین، ۱۹۹۲، ص ۹). برای متخصصان مشاوره کاملاً قابل قبول است که ارزش‌های شخصی و اخلاقی خود را داشته باشند. «با این حال، نگرانی اصلی زمانی به وجود می‌آید که این اخلاقیات و ارزش‌های شخصی، صرف نظر از آسیب بالقوه‌ای که ممکن است ایجاد کنند، به مراجعان تحمیل شوند» (کوست و هرلیهی، ۲۰۱۴، ص ۱۸۶).

مشاورانی که در مورد ارزش‌ها، اخلاقیات و مسئولیت‌های قانونی خود و همچنین مراجعانشان شفاف نیستند، می‌توانند علی‌رغم بهترین نیت‌هایشان، آسیب وارد کنند (رملی، ۱۹۹۱؛ ویلکاکسون، رملی و گلدینگ، ۲۰۱۳).

بنابراین، حیاتی است که مشاوران علاوه بر اخلاقیات و قوانین مربوط به حرفه مشاوره، در مورد خودشان نیز آگاه باشند.

در این فصل، استانداردهای اخلاقی و محدودیت‌های قانونی که مشاوران تحت آن‌ها فعالیت می‌کنند، بررسی می‌شوند. هم اخلاق و هم قانون در کار و رفاه مشاوران و فرآیند مشاوره حیاتی هستند. آن‌ها به طور مستقیم و غیرمستقیم به حرفه‌ای شدن مشاوره کمک می‌کنند. در برخی موارد، ملاحظات اخلاقی و قانونی با هم همپوشانی دارند. با این حال، مشاوره و قانون ممکن است کاملاً متفاوت باشند و بر اساس پیش‌فرض‌های متفاوتی عمل کنند (هرمن، ۲۰۱۱الف؛ رولی و مک‌دونالد، ۲۰۰۱).

تعاریف: اخلاق (Ethics)، اصول اخلاقی (Morality) و قانون (Law)

اخلاق (Ethics) شامل «تصمیم‌گیری‌هایی با ماهیت اخلاقی در مورد افراد و تعامل آن‌ها در جامعه» است (کیچنر، ۱۹۸۶، ص ۳۰۶). این اصطلاح اغلب به صورت مترادف با **اصول اخلاقی (Morality)** استفاده می‌شود و در برخی موارد، این دو اصطلاح همپوشانی دارند. هر دو به «خوب و بد یا مطالعه رفتار و ارزش‌های انسانی» می‌پردازند (ون‌هوس و کاتلر، ۱۹۸۵، ص ۲). با این حال، هر کدام معنای متفاوتی دارند.

«اخلاق (Ethics) به طور کلی به عنوان یک رشته فلسفی که به رفتار انسانی و تصمیم‌گیری اخلاقی می‌پردازد» تعریف می‌شود (ون‌هوس و کاتلر، ۱۹۸۵، ص ۳). اخلاق ماهیت هنجاری دارد و بر اصول و استانداردهایی تمرکز می‌کند که روابط بین افراد را کنترل می‌کنند. «اخلاق حرفه‌ای باورهایی در مورد رفتار و کرداری است که راهنمای عملکردهای حرفه‌ای است»، مانند روابط بین مشاوران و مراجعان (کلی، ۲۰۰۹، ص ۴۷۷). اصول اخلاقی (Morality)، با این حال، شامل قضاوت یا ارزیابی عمل است. این مفهوم با کلماتی مانند خوب، بد، درست، غلط، باید و نباید مرتبط است (برانت، ۱۹۵۹؛ گرنیت، ۱۹۹۲).

مشاوران اصول اخلاقی دارند و نظریه‌هایی که مشاوران به کار می‌برند، پیش‌فرض‌های اخلاقی درباره ماهیت انسان را در خود جای داده‌اند که به طور صریح و ضمنی ابتدا این سوال را مطرح می‌کنند که «انسان چیست و دوم، انسان چه باید باشد یا بشود؟» (کریستوفر، ۱۹۹۶، ص ۱۸).

قانون (Law) تدوین دقیق استانداردهای حاکمی است که برای تضمین عدالت قانونی و اخلاقی ایجاد شده‌اند (رملی و هرلیهی، ۲۰۱۶). قانون توسط قانون‌گذاری، تصمیم دادگاه و سنت، مانند حقوق عرفی انگلیس، ایجاد می‌شود (ویلر و برترام، ۲۰۱۵). قانون آنچه را که در یک موقعیت معین اخلاقی است دیکته نمی‌کند، بلکه آنچه را که قانونی است مشخص می‌کند. گاهی اوقات آنچه در یک زمان معین قانونی است (مانند مسائل مربوط به نژاد، سن یا جنسیت) توسط بخش‌های قابل توجهی از جامعه غیراخلاقی یا خلاف اصول اخلاقی تلقی می‌شود. نمونه‌های تنش بین قانون و اخلاق متعدد است. به عنوان مثال، بر سر تصویب قانون حقوق مدنی ۱۹۶۴، که تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، جنسیت یا منشأ ملی را غیرقانونی اعلام کرد، آشفتگی قابل توجهی وجود داشت. به همین ترتیب، برخورد بین قانون و اخلاق را می‌توان در اصلاحیه هلمز-اسمیت در سال ۱۹۹۴ به قانون آموزش ابتدایی و متوسطه (ESEA) مشاهده کرد که تلاشی برای قطع بودجه مدارس بود که برای دانش‌آموزان همجنس‌گرا مشاوره ارائه می‌دادند.

اخلاق و مشاوره

به عنوان یک گروه، مشاوران حرفه‌ای به اخلاق و ارزش‌ها اهمیت می‌دهند. در واقع، بسیاری از مشاوران با شکایات اخلاقی با همان جدیتی برخورد می‌کنند که با دعاوی حقوقی (شاوین و رملی، ۱۹۹۶). با این حال، برخی مشاوران آگاه‌تر یا نسبت به این مسائل حساس‌تر هستند. پترسون (۱۹۷۱) مشاهده کرده است که هویت حرفه‌ای مشاوران با دانش و عمل اخلاقی آن‌ها مرتبط است. ولفل (۲۰۱۶) افزوده است که اثربخشی مشاوران نیز با دانش و رفتار اخلاقی آن‌ها مرتبط است.

رفتار غیراخلاقی در مشاوره می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد. وسوسه‌های رایج در همه جا برای مشاوران نیز وجود دارد. این وسوسه‌ها شامل «صمیمیت فیزیکی، جذابیت شایعه‌پراکنی، یا فرصت (در صورت موفقیت) برای پیشرفت شغلی» است (ولفل و لیپسیتز، ۱۹۸۳، ص ۳۲۸). برخی از اشکال رفتار غیراخلاقی آشکار و عمدی هستند، در حالی که برخی دیگر ظریف‌تر و غیرعمدی هستند. صرف نظر از این، نتیجه مضر یکسان است. موارد زیر برخی از شایع‌ترین اشکال رفتارهای غیراخلاقی در مشاوره هستند (انجمن مشاوره آمریکا [ACA]، ۲۰۱۴؛ هرلیهی و کوری، ۲۰۱۵):

- نقض محرمانگی
- فراتر رفتن از سطح صلاحیت حرفه‌ای خود
- عملکرد سهل‌انگارانه
- ادعای تخصصی که فرد فاقد آن است
- تحمیل ارزش‌های خود به مراجع
- ایجاد وابستگی در مراجع
- فعالیت جنسی با مراجع
- تضاد منافع خاص، مانند روابط دوگانه یا چندگانه — که در آن نقش مشاور با رابطه دیگری (شخصی یا حرفه‌ای) ترکیب می‌شود و از نظر مناسب بودن مرزها نظارت نمی‌شود (هرمن، ۲۰۱۱الف؛ مولسکی و کیسلیکا، ۲۰۰۵)
- ترتیبات مالی سوال‌برانگیز، مانند دریافت هزینه‌های گزاف

- تبلیغات نامناسب

- سرقت ادبی

مثال موردی

کارل در نظر دارد با یک مراجع چه کند

کارل پس از کار در یک مرکز بهداشت روان، تصمیم گرفت وارد کار خصوصی شود. چند ماه اول کار او بسیار کند پیش رفت. در واقع، او فکر می کرد که آیا مجبور است کارش را رها کند و دوباره برای یک مرکز کار کند. اما یک روز، دو ارجاع برای مدیریت خشم دریافت کرد.

کارل فردی آرام بود و قبلاً با موارد مدیریت خشم سر و کار نداشت. با این وجود، با توجه به وضعیت مالی خود، هر دو را پذیرفت و برای روز بعد قرار ملاقات گذاشت. آن شب، هر چه می توانست در مورد مدیریت خشم مطالعه کرد. با این حال، هرچه زمان قرار ملاقات ها نزدیک تر می شد، احساس ناراحتی می کرد.

- اگر شما جای کارل بودید، به جز ثبات کار خصوصی تان، چه چیز دیگری را در نظر می گرفتید؟
- آیا کارل در صورت پذیرش مراجعان با مشکلات خشم، از سطح صلاحیت حرفه ای خود تخطی می کرد؟ چرا یا چرا نه؟

بخشی در انجمن مشاوره آمریکا (ACA) به نام انجمن ارزش های معنوی، اخلاقی در مشاوره (ASERVIC)؛

(www.aservic.org) وجود دارد که به طور ویژه به ارزش ها و اخلاق متخصصان مشاوره می پردازد. این

بخش که به طور منظم با نگرانی‌های اخلاقی سر و کار دارد، به مسائلی مانند مشاوره سالمندان، آموزش ارزش‌ها و فمینیسم، مدت‌ها قبل از اینکه به دغدغه‌های عمومی مشاوران تبدیل شوند، پرداخته است. ASERVIC حتی دستورالعمل‌های اخلاقی برای رهبران سازمان‌های مشاوره حرفه‌ای منتشر کرده است. علاوه بر کار پیشگامانه‌ای که ASERVIC در زمینه اخلاق و ارزش‌ها انجام داده است، مجله‌ای به نام **Counseling and Values** (مشاوره و ارزش‌ها) نیز منتشر می‌کند که حاوی مقالاتی در مورد موقعیت‌های اخلاقی است.

کدهای اخلاق حرفه‌ای و استانداردها

برای رسیدگی به موقعیت‌های اخلاقی، مشاوران کدهای اخلاق حرفه‌ای و استانداردهای رفتاری را بر اساس مجموعه‌ای از ارزش‌های مورد توافق، توسعه داده‌اند. متخصصان مشاوره به دلایل زیادی داوطلبانه از چنین کدهایی پیروی می‌کنند. «در میان اهداف متعدد آن، یک کد رفتار اخلاقی برای ارائه بیانی‌های رسمی جهت تضمین حمایت از حقوق مراجعان و در عین حال شناسایی انتظارات از شاغلان، طراحی شده است» (ویلکاکسون، ۱۹۸۷، ص ۵۱۰). دلیل دیگر برای وجود کدهای اخلاقی این است که «بدون یک کد اخلاق تثبیت‌شده، گروهی از افراد با علایق مشابه نمی‌توانند یک سازمان حرفه‌ای در نظر گرفته شوند» (آلن، ۱۹۸۶، ص ۲۹۳). اخلاق نه تنها به حرفه‌ای شدن یک انجمن در سطح عمومی کمک می‌کند، بلکه «برای ارائه برخی راهنماها برای رفتار حرفه‌ای اعضا در سطح شخصی طراحی شده است» (سوانسون، ۱۹۸۳، الف، ص ۵۳). سه دلیل دیگر برای وجود کدهای اخلاقی به گفته ون‌هوس و کاتلر (۱۹۸۵) به شرح زیر است:

۱. کدهای اخلاقی از حرفه در برابر دولت محافظت می‌کنند. آن‌ها به حرفه اجازه می‌دهند تا به جای کنترل شدن توسط قانون‌گذاری، خود را تنظیم کند و به طور مستقل عمل کند.
۲. کدهای اخلاقی به کنترل اختلافات داخلی و جر و بحث‌ها کمک می‌کنند و بدین ترتیب ثبات را در حرفه ارتقا می‌دهند.

۳. کدهای اخلاقی از شاغلان در برابر عموم، به‌ویژه در مورد دعاوی قصور حرفه‌ای، محافظت می‌کنند. اگر متخصصان مشاوره مطابق با دستورالعمل‌های اخلاقی رفتار کنند، رفتار آن‌ها مطابق با استانداردهای پذیرفته شده قضاوت می‌شود.

علاوه بر این، کدهای اخلاقی به افزایش اعتماد عمومی به یکپارچگی یک حرفه کمک می‌کنند و از مراجعان در برابر شیادان و مشاوران بی‌کفایت محافظت می‌کنند (وک، یونکه و نیلسن، ۲۰۰۱). مانند مشاوران، مراجعان نیز می‌توانند از کدهای اخلاق و استانداردها به عنوان راهنما در ارزیابی درمان‌های سوال‌برانگیز استفاده کنند.

توسعه کدهای اخلاق برای مشاوران

اولین کد اخلاق مشاوره توسط انجمن مشاوره آمریکا (ACA) (که در آن زمان انجمن کارکنان و راهنمایی آمریکا یا APGA نامیده می‌شد) بر اساس کد اخلاق اصلی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) توسعه یافت (آلن، ۱۹۸۶). کد اولیه ACA توسط دونالد سوپر آغاز شد و در سال ۱۹۶۱ تصویب شد. از آن زمان به طور دوره‌ای بازنگری شده است (در سال‌های ۱۹۷۴، ۱۹۸۱، ۱۹۸۸، ۱۹۹۵، ۲۰۰۵ و ۲۰۱۴). ACA همچنین یک کتاب موارد استانداردهای اخلاقی (هرلیهی و کوری، ۲۰۱۵) تولید می‌کند.

آخرین کد اخلاق ACA ماهیتی جامع دارد و نشانه‌ی مهمی از بلوغ مشاوره به عنوان یک رشته است. ACA (۲۰۱۴) شش هدف اصلی برای کد اخلاق خود پیشنهاد کرد:

۱. تبیین «تعهدات اخلاقی اعضای ACA و ارائه راهنمایی برای اطلاع‌رسانی عملکرد اخلاقی مشاوران حرفه‌ای».
۲. شناسایی «ملاحظات اخلاقی مرتبط با مشاوران حرفه‌ای و مشاوران در حال آموزش».
۳. قادر ساختن «انجمن به روشن‌سازی ماهیت مسئولیت‌های اخلاقی مشترک اعضا برای اعضای فعلی و آینده‌نگر و برای کسانی که توسط اعضا خدمات دریافت می‌کنند».

۴. به عنوان «راهنمای اخلاقی طراحی شده برای کمک به اعضا در ساختن مسیری که به بهترین وجه به استفاده‌کنندگان از خدمات مشاوره خدمت می‌کند» عمل کند و «انتظارات رفتاری را با تأکید اصلی بر نقش مشاور حرفه‌ای» تعیین کند.

۵. کمک به «حمایت از مأموریت ACA».

۶. به عنوان «مبنایی برای پردازش استعلام‌ها و شکایات اخلاقی مربوط به اعضای ACA» عمل کند.

کد اخلاق (<https://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>) ACA شامل نه عنوان بخش موضوعی است.

آن‌ها شامل مطالبی مشابه آنچه در بسیاری از کدهای اخلاق دیگر یافت می‌شود هستند (Merrill Education، ۲۰۰۷)، با این حال برای حرفه مشاوره منحصر به فرد هستند.

بخش A به رابطه مشاوره‌ای می‌پردازد، از جمله مسئولیت‌های حرفه‌ای مشاوران در قبال مراجعان و رفاه آن‌ها (مانند نقش‌ها و روابط با مراجعان). این بخش همچنین حساسیت فرهنگی و راه‌های رسیدگی به موضوعات بالقوه دردرساز مانند هزینه‌ها، مبادله کالا به کالا، مرزها، ارجاعات و خاتمه را مورد بحث قرار می‌دهد. به عنوان مثال، در این بخش ACA به وضوح بیان می‌کند که صمیمیت جنسی یا عاشقانه بین مشاوران و مراجعان سابق باید قبل از شروع به دقت بررسی شود و برای مدت ۵ سال پس از آخرین تماس حرفه‌ای ممنوع است.

بخش B محرمانگی و حریم خصوصی در مشاوره را پوشش می‌دهد، از جمله حق حفظ حریم خصوصی، سوابق، مراجعان خردسال یا فاقد صلاحیت، افشا و مشاوره.

بخش C بر مسائل مربوط به مسئولیت حرفه‌ای تمرکز دارد، مانند صلاحیت حرفه‌ای، تبلیغات و جلب مراجع، صلاحیت‌های حرفه‌ای، روش‌های درمانی، عدم تبعیض و مسئولیت عمومی.

بخش D به روابط با همکاران، کارفرمایان و کارمندان می‌پردازد، از جمله مشاوره.

بخش E به ارزیابی، سنجش و تفسیر می‌پردازد. علاوه بر اطلاعات کلی، شامل مطالبی در مورد صلاحیت استفاده و تفسیر آزمون‌ها، رضایت آگاهانه، انتشار اطلاعات به متخصصان ذیصلاح، تشخیص صحیح اختلالات روانی، انتخاب ابزار، شرایط اجرای سنجش، مسائل چندفرهنگی در سنجش، ارزیابی قانونی، و نمره‌گذاری و تفسیر آزمون است.

بخش F بر مسائل مربوط به نظارت، آموزش و تدریس تمرکز دارد، از جمله صلاحیت نظارت مشاور، روابط و مسئولیت‌های نظارتی، مسئولیت‌های کارآموز تحت نظارت، مسئولیت‌های مربیان مشاور و دانشجویان مشاوره، و مسائل چندفرهنگی/تنوع در برنامه‌های آموزش مشاور.

بخش G به پژوهش و انتشارات می‌پردازد و مسئولیت‌های پژوهشی، حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش، گزارش نتایج پژوهش، و انتشارات و ارائه‌ها را مشخص می‌کند.

بخش H، که در این ویرایش جدید است، مسائل اخلاقی در مشاوره از راه دور، فناوری و رسانه‌های اجتماعی را بررسی می‌کند. این بخش شامل موضوعاتی در مورد دانش و ملاحظات قانونی، رضایت آگاهانه و امنیت، تأیید هویت مراجع، روابط مشاوره از راه دور، نگهداری سوابق و وبسایت، و رسانه‌های اجتماعی است.

در نهایت، بخش I به حل مسائل اخلاقی می‌پردازد، از جمله استانداردها و قانون، رسیدگی به تخلفات اخلاقی مشکوک، و همکاری با کمیته‌های اخلاق.

• الف. رابطه مشاوره‌ای

• ب. محرمانگی و حریم خصوصی در مشاوره

• ج. مسئولیت حرفه‌ای

- د. روابط با همکاران، کارفرمایان و کارمندان
- ه. ارزیابی، سنجش و تفسیر
- و. نظارت، آموزش و تدریس
- ز. پژوهش و انتشارات
- ح. مشاوره از راه دور، فناوری و رسانه‌های اجتماعی
- ط. حل مسائل اخلاقی

نه بخش اصلی کد اخلاق انجمن مشاوره آمریکا

تامل شخصی

اگرچه کد اخلاق ۲۰۱۴ ACA موضوعات متعددی را پوشش می‌دهد، اما همه موقعیت‌های مشاوره را در بر نمی‌گیرد. چه موضوعات دیگری به ذهن شما می‌رسد که به مشاوره مربوط می‌شوند اما در نه بخش کد ذکر نشده‌اند؟

محدودیت‌های کدهای اخلاق

رملی و هرلیهی (۲۰۱۶) خاطرنشان می‌کنند که کدهای اخلاقی کلی و آرمان‌گرایانه هستند؛ آن‌ها به ندرت به سوالات خاص پاسخ می‌دهند. علاوه بر این، آن‌ها اشاره می‌کنند که چنین اسنادی به دوراهی‌های حرفه‌ای قابل پیش‌بینی نمی‌پردازند. بلکه، آن‌ها بر اساس تجربیات و ارزش‌ها، راهنمایی‌هایی در مورد نحوه رفتار مشاوران ارائه می‌دهند. از بسیاری جهات، استانداردهای اخلاقی نمایانگر خرد جمعی یک حرفه در یک زمان خاص هستند. تعدادی محدودیت خاص در هر کد اخلاقی وجود دارد. در اینجا برخی از محدودیت‌هایی که بیشتر ذکر می‌شوند آورده شده است (کوری، کوری و کالانان، ۲۰۱۵؛ تالبوت، ۱۹۸۱):

- برخی مسائل را نمی‌توان با کد اخلاق حل کرد.
- اجرای کدهای اخلاقی دشوار است.
- ممکن است تضادهایی در استانداردهای مشخص شده توسط کد وجود داشته باشد.
- برخی مسائل قانونی و اخلاقی در کدها پوشش داده نشده‌اند.
- کدهای اخلاقی اسناد تاریخی هستند. بنابراین، آنچه ممکن است در یک زمان عملی قابل قبول باشد، ممکن است بعداً غیراخلاقی تلقی شود.
- گاهی اوقات تضادهایی بین کدهای اخلاقی و قانونی به وجود می‌آید.
- کدهای اخلاقی به مسائل بین فرهنگی نمی‌پردازند.
- کدهای اخلاقی به هر موقعیت ممکن نمی‌پردازند.
- اغلب در گرد هم آوردن نظام‌مند منافع همه طرف‌های درگیر در یک اختلاف اخلاقی، دشواری وجود دارد.

- کدهای اخلاقی اسناد پیش‌فعالی برای کمک به مشاوران در تصمیم‌گیری در موقعیت‌های جدید نیستند.

بنابراین، کدهای اخلاقی از بسیاری جهات مفید هستند، اما محدودیت‌های خود را نیز دارند. مشاوران باید آگاه باشند که همیشه تمام راهنمایی‌های مورد نظر خود را هنگام مراجعه به این اسناد پیدا نخواهند کرد. با این وجود، هر زمان که یک مسئله اخلاقی در مشاوره پیش می‌آید، مشاور باید ابتدا به کدهای اخلاقی مراجعه کند تا ببیند آیا به آن موقعیت پرداخته شده است یا خیر.

تضادهای درون و بین کدهای اخلاقی

پذیرش کدهای اخلاقی و تأکیدی که بر آن‌ها می‌شود با افزایش حرفه‌ای‌گرایی مشاوره همزمان بوده است (رملی و هرلیهی، ۲۰۱۶). با این حال، وجود چنین استانداردهایی به سه دلیل، یک دوراهی بالقوه برای بسیاری از مشاوران ایجاد می‌کند.

اول، همانطور که استدلر (۱۹۸۶) اشاره می‌کند، برای عمل اخلاقی، مشاوران باید از کدهای اخلاقی آگاه باشند و بتوانند یک دوراهی اخلاقی را از سایر انواع دوراهی‌ها تشخیص دهند — تشخیصی که همیشه آسان نیست. به عنوان مثال، یک فرد ممکن است در مورد یک مسئله بحث‌برانگیز، مانند حقوق همجنس‌گرایان، موضعی اتخاذ کند که ظاهراً آن را با اصول اخلاقی پشتیبانی می‌کند، اما در واقعیت فقط با باورها یا تعصبات شخصی خود از آن حمایت می‌کند.

دوم، گاهی اوقات اصول اخلاقی مختلف در یک کد، راهنمایی‌های متناقضی در مورد آنچه باید در یک موقعیت معین انجام داد، ارائه می‌دهند. نمونه‌ای از آن، تضاد بالقوه بین محرمانگی و عمل به نفع بهترین منافع مراجع است، زمانی که مراجع فاش می‌کند که قصد دارد کسی را مورد آزار و اذیت قرار دهد یا به خود آسیب برساند. در چنین شرایطی، مشاوره که این اطلاعات را محرمانه نگه می‌دارد، ممکن است در واقع علیه بهترین منافع مراجع و جامعه‌ای که مراجع در آن زندگی می‌کند، عمل کند.

سوم، تضادها ممکن است زمانی رخ دهند که مشاوران به دو یا چند سازمان حرفه‌ای تعلق دارند که کدهای اخلاق آن‌ها متفاوت است، مانند کدهای APA و ACA. چنین مشاورانی ممکن است در موقعیت‌هایی قرار گیرند که عمل اخلاقی نامشخص است. به عنوان مثال، کد رفتار APA بیان می‌کند که روانشناسان حداقل تا ۲ سال پس از قطع یا خاتمه درمان، وارد روابط صمیمی جنسی با مراجعان سابق نمی‌شوند، در حالی که کد اخلاق ACA حداقل ۵ سال را الزامی می‌داند. اگر یک متخصص به هر دو سازمان تعلق داشته باشد و با این دوراهی روبرو باشد، باید از کدام کد پیروی کند؟

تصمیم‌گیری اخلاقی

تصمیم‌گیری اخلاقی همیشه آسان نیست، اما بخشی از مشاور بودن است. این امر نیازمند فضایی مانند شخصیت، یکپارچگی و شجاعت اخلاقی و همچنین دانش است (هرمن، ۲۰۱۱؛ ب؛ ولف، ۲۰۱۶). برخی مشاوران بر اساس استانداردهای اخلاقی شخصی خود عمل می‌کنند، بدون توجه به دستورالعمل‌های اخلاقی توسعه یافته توسط انجمن‌های مشاوره حرفه‌ای. آن‌ها معمولاً تا زمانی که با یک دوراهی «که برای آن هیچ راه‌حل خوب یا بهترین راه‌حل ظاهری وجود ندارد» مواجه شوند، به خوبی عمل می‌کنند (سوانسون، ۱۹۸۳؛ الف، ص ۵۷). در چنین مواقعی، مسائل اخلاقی پیش می‌آید و این مشاوران در تعیین رفتار خود دچار اضطراب، شک، تردید و سردرگمی می‌شوند. متأسفانه، هنگامی که آن‌ها عمل می‌کنند، رفتارشان ممکن است غیراخلاقی باشد، یا به این

دلیل که مبتنی بر یک کد اخلاقی نیست یا فقط بر بخشی از کدی استوار است که برای توجیه رفتار خود استخراج کرده‌اند.

در مطالعه‌ای که در نیویورک انجام شد (هیمن و کاورت، ۱۹۸۶)، محققان دریافتند که پنج نوع دوراهی اخلاقی در میان مشاوران دانشگاهی که در آنجا مورد بررسی قرار گرفتند، شایع‌تر است: (الف) محرمانگی، (ب) تضاد نقش، (ج) صلاحیت مشاور، (د) تضاد با کارفرما یا موسسه، و (ه) درجه خطرناک بودن. دوراهی‌های موقعیتی که شامل خطر بودند، کمترین دشواری را برای حل داشتند و موارد مربوط به صلاحیت مشاور و محرمانگی بیشترین دشواری را داشتند. با این حال، یافته شگفت‌انگیز این مطالعه این بود که کمتر از یک سوم پاسخ‌دهندگان اشاره کردند که برای حل دوراهی‌ها به کدهای اخلاق حرفه‌ای منتشر شده تکیه می‌کنند. در عوض، بیشتر از «عقل سلیم» استفاده می‌کردند، راهبردی که گاهی ممکن است از نظر حرفه‌ای غیراخلاقی و در بهترین حالت، نابخردانه باشد.

در موقعیت‌های دشوار، مبهم و شخصاً ناراحت‌کننده است که مشاوران باید از منابع تصمیم‌گیری اخلاقی مانند کتاب‌ها و مقالات در زمینه اخلاق و همکاران باتجربه‌تر آگاه باشند (Welfel, ۲۰۱۶). چنین منابعی به‌ویژه زمانی اهمیت پیدا می‌کنند که سؤالاتی در مورد رفتارهای بالقوه بحث‌برانگیز مانند تعیین یا دریافت هزینه (حق‌الزحمه)، برقراری روابط چندگانه، یا کار با افرادی که مشاوران با باورها و سبک‌های آن‌ها موافق نیستند، مطرح می‌شود. **استدلال اخلاقی**، «فرآیند تعیین اینکه کدام اصول اخلاقی دخیل هستند و سپس اولویت‌بندی آن‌ها بر اساس الزامات و باورهای حرفه‌ای»، بسیار حیاتی است (Lanning, ۱۹۹۲, p. ۲۱).

در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، مشاوران باید اقداماتی را «بر اساس تفکر دقیق و تأملی» در مورد پاسخ‌هایی که فکر می‌کنند در موقعیت‌های خاص از نظر حرفه‌ای درست است، انجام دهند (Strom, & Tennyson, ۱۹۸۶, p. ۲۹۸). شش اصل اخلاقی به فعالیت‌ها و انتخاب‌های اخلاقی مشاوران مربوط می‌شود:

- سودمندی (نیکوکاری) (انجام کار خوب و پیشگیری از آسیب)،
- عدم ضرررسانی (آسیب نرساندن)،
- خودمختاری (احترام به آزادی انتخاب و تعیین سرنوشت)،
- عدالت (انصاف)،
- وفاداری (پایبندی به تعهدات و قول‌ها)، و
- صداقت (راستگویی) (Herlihy, ۲۰۱۶ & Hermann, ۲۰۱۱b; Remley).

همه این اصول مستلزم تصمیم‌گیری آگاهانه توسط مشاوران در طول فرآیند مشاوره است. از میان این اصول، برخی کارشناسان **عدم ضرررسانی** را مسئولیت اخلاقی اولیه در حوزه مشاوره می‌دانند. عدم ضرررسانی نه تنها شامل «رفع آسیب فعلی» بلکه «پیشگیری از آسیب آتی، و اجتناب منفعلانه از آسیب» نیز می‌شود (Thompson, ۱۹۹۰, p. ۱۰۵). این اصل، مبنایی است که بر اساس آن مشاوران به مراجعانی که ممکن است خود یا دیگران را به خطر بیندازند، پاسخ می‌دهند و دلیل واکنش آن‌ها به رفتار غیراخلاقی همکاران است (Haverkamp, ۱۹۹۳ & Daniluk).

تأمل شخصی

- چه زمانی به گونه‌ای عمل کرده‌اید که از آسیب جلوگیری کنید (عدم ضرررسانی)؟
- چه زمانی به گونه‌ای عمل کرده‌اید که خیر و خوبی را ترویج دهید (سودمندی)؟

راهنماهای دیگر برای رفتار اخلاقی

Swanson (۱۹۸۳a) راهنماهایی را برای ارزیابی اینکه آیا مشاوران به شیوه‌های اخلاقاً مسئولانه عمل می‌کنند، فهرست می‌کند. اولین مورد، **صداقت شخصی و حرفه‌ای** است. مشاوران باید با خود و کسانی که با آن‌ها کار می‌کنند، آشکارا عمل کنند. دستور کارهای پنهان یا احساسات تأیید نشده (پذیرفته نشده) مانع روابط می‌شوند و مشاوران را در موقعیت اخلاقی متزلزلی قرار می‌دهند. یکی از راه‌های غلبه بر مشکلات صداقت شخصی یا حرفه‌ای که ممکن است مانع رفتار اخلاقی شود، دریافت نظارت (سوپرویزن) است (Kitchener, ۱۹۹۴).

راهنمای دوم، **عمل کردن به نفع بهترین منافع مراجعان** است. بحث در مورد این ایده‌آل آسان‌تر از دستیابی به آن است. گاهی اوقات، ممکن است یک مشاور ارزش‌های شخصی خود را بر مراجعان تحمیل کند و آنچه را که واقعاً می‌خواهند نادیده بگیرد. در مواقع دیگر، ممکن است مشاور نتواند وضعیت اضطراری را تشخیص دهد و خیلی راحت این ایده را بپذیرد که بهترین منافع مراجع با انجام ندادن هیچ کاری تأمین می‌شود.

راهنمای سوم این است که مشاوران **بدون بدخواهی یا منفعت شخصی عمل کنند**. دوست داشتن یا کنار آمدن با برخی مراجعان دشوار است و مشاوران باید در برخورد با این افراد به‌ویژه مراقب باشند. با این حال، مشاوران باید مراقب باشند که از برقراری روابط با مراجعان دوست‌داشتنی، چه به صورت شخصی و چه حرفه‌ای، اجتناب کنند. خطا در قضاوت به احتمال زیاد زمانی رخ می‌دهد که منافع شخصی مشاور بخشی از رابطه با مراجع شود (St. Germaine, ۱۹۹۳).

راهنمای نهایی این است که آیا مشاوران می‌توانند یک اقدام را «به عنوان بهترین قضاوت در مورد آنچه باید انجام شود، بر اساس وضعیت فعلی حرفه» توجیه کنند (Swanson, ۱۹۸۳a, p. ۵۹). برای اتخاذ چنین تصمیمی، مشاوران باید با مطالعه متون تخصصی حرفه‌ای، شرکت در کارگاه‌های ضمن خدمت و همایش‌ها، و مشارکت فعال در فعالیتهای مشاوره محلی، ایالتی و ملی، از روندهای جاری مطلع باشند.

۱. صداقت شخصی و حرفه‌ای
۲. عمل کردن به نفع بهترین منافع مراجع
۳. عمل کردن بدون بدخواهی یا منفعت شخصی
۴. توجیه یک عمل بر اساس وضعیت فعلی حرفه

معیارهای رفتار اخلاقی

کتاب موارد استانداردهای اخلاقی (ACA (Herlihy & Corey, ۲۰۱۵) شامل مثال‌هایی است که در آن‌ها مشاوران با مسائل و مطالعات موردی از موقعیت‌های اخلاقی مشکوک مواجه می‌شوند و هم راهنماها و هم سؤالاتی برای تأمل در تصمیم‌گیری در مورد پاسخ اخلاقی مناسب به آن‌ها ارائه می‌شود. هر موقعیت شامل یک استاندارد از کد اخلاقی است.

هر چقدر هم که این کتاب موارد مفید باشد، رفتار مناسب در بسیاری از موقعیت‌های مشاوره واضح نیست (Wilcoxon et al., ۲۰۱۳). به عنوان مثال، مسئله رازداری در ایجاد توازن بین حقوق فردی یک فرد مبتلا به ایدز و حق جامعه برای محافظت در برابر گسترش بیماری، موضوعی است که برخی مشاوران با آن دست و پنجه نرم می‌کنند (Harding, Gray, & Neal, ۱۹۹۳). به همین ترتیب، دوراهی‌های اخلاقی متعددی در مشاوره با بازماندگان بزرگسال زنای با محارم وجود دارد، از جمله موارد مربوط به رازداری و عواقب تصمیم‌گیری در مورد گزارش سوءاستفاده (Daniluk & Haverkamp, ۱۹۹۳). بنابراین، هنگامی که مشاوران در مورد کاری که باید در یک موقعیت معین انجام دهند شک دارند، بسیار مهم است که علاوه بر استفاده از اصول، راهنماها، کتاب‌های موارد و کدهای اخلاق حرفه‌ای، با همکاران مشورت و گفتگو کنند (Hermann, ۲۰۱۱b).

آموزش تصمیم‌گیری اخلاقی به مشاوران

تصمیم‌گیری اخلاقی در مشاوره را می‌توان از طرق مختلفی ترویج داد، اما یکی از بهترین راه‌ها گذراندن دوره‌ها و کسب واحدهای آموزش مداوم است که اکنون در اکثر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی مشاوره و برای تمدید پروانه‌های مشاوران حرفه‌ای الزامی است. چنین کلاس‌هایی می‌توانند تغییرات نگرشی قابل توجهی را در دانشجویان و متخصصان شاغل ایجاد کنند، از جمله افزایش دانش در مورد حوزه‌های اخلاقی خودآگاهی، روابط دوگانه و چندگانه، اختلال (یا ناتوانی عملکردی)، و چندفرهنگی‌گرایی. از آنجا که تغییرات نگرشی اخلاقی با تغییرات رفتاری اخلاقی مرتبط است، دوره‌های اخلاق در هر سطحی بسیار ارزشمند هستند.

Van Hoose و Paradise (۱۹۷۹) رفتار اخلاقی مشاوران را بر اساس یک پیوستار رشدی پنج مرحله‌ای استدلال مفهوم‌سازی می‌کنند:

۱. **جهت‌گیری تنبیهی:** در این مرحله، مشاور معتقد است که استانداردهای اجتماعی بیرونی مبنای قضاوت در مورد رفتار هستند. اگر مراجعان یا مشاوران یک قانون اجتماعی را نقض کنند، باید مجازات شوند.
۲. **جهت‌گیری نهادی:** مشاورانی که در این مرحله عمل می‌کنند، به قوانین مؤسساتی که برای آن‌ها کار می‌کنند اعتقاد دارند و از آن‌ها تبعیت می‌کنند. آن‌ها قوانین را زیر سؤال نمی‌برند و تصمیمات خود را بر اساس آن‌ها می‌گیرند.
۳. **جهت‌گیری اجتماعی:** مشاوران در این مرحله تصمیمات را بر اساس استانداردهای اجتماعی می‌گیرند. اگر سؤالی در مورد اینکه آیا نیازهای جامعه یا یک فرد باید در اولویت قرار گیرد، پیش بیاید، نیازهای جامعه همیشه در اولویت قرار می‌گیرد.

۴. **جهت‌گیری فردی:** نیازهای فرد در این مرحله اولویت اصلی را دارند. مشاوران از نیازهای اجتماعی آگاه هستند و نگران قانون هستند، اما بر آنچه برای فرد بهترین است تمرکز می‌کنند.

۵. **جهت‌گیری اصولی (وجدانی):** در این مرحله، توجه به فرد در اولویت است. تصمیمات اخلاقی بر اساس استانداردهای اخلاقی درونی شده گرفته می‌شوند، نه ملاحظات بیرونی.

همانطور که Welfel و Lipsitz (۱۹۸۳a) اشاره می‌کنند، کار Van Hoose و Paradise اهمیت ویژه‌ای دارد زیرا «اولین مدل مفهومی در ادبیات است که تلاش می‌کند توضیح دهد چگونه مشاوران در مورد مسائل اخلاقی استدلال می‌کنند» (ص ۳۶). این مدل اکتشافی است (یعنی قابل پژوهش یا باز برای تحقیق) و می‌تواند مبنایی برای مطالعات تجربی در زمینه ترویج رفتار اخلاقی باشد.

چندین مدل دیگر برای آموزش تصمیم‌گیری اخلاقی به مشاوران پیشنهاد شده است. به عنوان مثال، Gumaer و Scott (۱۹۸۵) روشی را برای آموزش کارورزان گروهی با استفاده از شرح حال‌های کوتاه (وینیت‌های موردی) و مدل سه هدفی کمک‌رسانی کارکاف ارائه می‌دهند: خودکاوشی، خودشناسی و اقدام. Kitchener (۱۹۸۶) یک مدل یکپارچه از اهداف و مؤلفه‌ها را برای برنامه درسی آموزش اخلاق بر اساس تحقیقات در مورد فرآیندهای روان‌شناختی زیربنای رفتار اخلاقی و تفکر فعلی در اخلاق کاربردی پیشنهاد می‌کند. برنامه درسی او شامل «حساس کردن ... مشاوران به مسائل اخلاقی، بهبود توانایی‌های آن‌ها برای قضاوت اخلاقی، تشویق اقدامات اخلاقی مسئولانه، و تحمل ابهام در تصمیم‌گیری اخلاقی» است (ص ۳۰۶). مدل او و مدلی که توسط Pelsma و Borgers (۱۹۸۶) پیشنهاد شده است، فرآیند محور هستند و فرض می‌کنند که مشاوران یاد نمی‌گیرند که به تنهایی تصمیمات اخلاقی بگیرند. Pelsma و Borgers به‌ویژه بر **چگونگی** در مقابل **چیستی** اخلاق تأکید دارند - یعنی چگونه در یک زمینه دائماً در حال تغییر، به طور اخلاقی استدلال کنند.

راهنماهای عملی دیگر برای تصمیم‌گیری اخلاقی عبارتند از: یک مدل تصمیم‌گیری هفت مرحله‌ای بر اساس ترکیبی از ادبیات حرفه‌ای (Davis, ۱۹۹۶ & Forester-Miller)، یک مدل تصمیم‌گیری اخلاقی نه مرحله‌ای بر اساس قضاوت‌های انتقادی-ارزیابی (Welfel, ۲۰۱۶)، و هفت مدل دیگر که بین سال‌های ۱۹۸۴ و ۱۹۹۸ ایجاد شده‌اند (Claus, ۲۰۰۰ & Cottone). این مدل‌های تصمیم‌گیری اخلاقی از مراحل یا گام‌های صریح (روشن) پیروی می‌کنند و اغلب برای حوزه‌های خاصی از عمل مشاوره استفاده می‌شوند. «در مورد اینکه آیا یک مدل بهتر از دیگری است، هنوز مشخص نشده است» (ص ۲۸۱). با این حال، از طریق مقایسه‌های تجربی و گفتگوی مداوم، ممکن است اثربخشی مدل‌ها تأیید شود.

علاوه بر مدل‌های ذکر شده، کمیته اخلاق ACA تجربیات آموزشی متنوعی را ارائه می‌دهد. به عنوان مثال، اعضای کمیته مؤسسات آموزشی را در کنفرانس‌های ACA ارائه می‌دهند. علاوه بر این، آن‌ها مقالاتی را در مجله ACA به نام *Counseling Today* و *Journal of Counseling and Development* منتشر می‌کنند.

اخلاق در موقعیت‌های خاص مشاوره

رفتار اخلاقی به شدت تحت تأثیر نگرش‌های غالب در محیطی است که فرد در آن کار می‌کند، همکارانش، و وظیفه‌ای که مشاور انجام می‌دهد (مانند ارزیابی، تشخیص). بنابراین، اجرای تصمیمات و اقدامات اخلاقی در مشاوره گاهی اوقات مستلزم خطر یا ناراحتی شخصی و حرفه‌ای قابل توجهی است (Faiver, Eisengart, & Colonna, ۲۰۰۴). دلایل متعددی وجود دارد، اما همانطور که Ladd (۱۹۷۱) مشاهده می‌کند، دشواری در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی گاهی اوقات می‌تواند به محیط‌هایی که مشاوران در آن کار می‌کنند نسبت داده شود. «بیشتر سازمان‌هایی که مشاوران را استخدام می‌کنند، نه به صورت همکارانه یا حرفه‌ای، مانند دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها، بلکه به صورت **سلسله مراتبی** سازماندهی شده‌اند. در یک سازمان سلسله مراتبی، مدیر یا مسئول اجرایی تصمیم می‌گیرد که کدام اختیارات اداری و کدام حرفه‌ای هستند» (ص ۲۶۲).

مشاوران باید قبل از پذیرش استخدام، سیاست‌ها و اصول کلی یک مؤسسه را به طور کامل بررسی کنند، زیرا استخدام در یک محیط خاص به این معنی است که مشاور با سیاست‌ها، اصول و اخلاق آن موافق است. هنگامی که مشاوران خود را در مؤسساتی می‌یابند که از خدمات آن‌ها سوء استفاده می‌کنند و به نفع بهترین منافع مراجعان خود عمل نمی‌کنند، باید یا برای تغییر مؤسسه از طریق ابزارهای آموزشی یا اقماعی اقدام کنند یا شغل دیگری پیدا کنند.

مثال موردی

اولین شغل فرد

فرد از اولین شغل خود به عنوان مشاور در یک مرکز بهداشت روانی سرپایی هیجان‌زده بود. او ماهر و شایسته بود. بنابراین، وقتی سرپرستش از او خواست که در مورد تعداد مراجعانی که هر ماه می‌بیند «کمی طفره برود (یا آمار را دستکاری کند)»، برایش نگران‌کننده بود. سرپرست گفت که به دلیل تأثیر کاری که انجام می‌دهد، باید ثبت کند که حدود ۱۰٪ بیشتر از تعداد واقعی، مراجع درمان می‌کند. فرد اظهار داشت که فکر نمی‌کند این نوع عمل اخلاقی باشد. سپس سرپرستش به او گفت: «اخلاق را فراموش کن و به فکر حقوقت باش.» فرد واقعاً به این شغل برای کمک به والدین سالخورده‌اش نیاز داشت و چون در یک منطقه روستایی کار می‌کرد، می‌دانست که شغل دیگری مانند این پیدا نخواهد کرد.

- شما به فرد چه توصیه‌ای می‌کنید و چرا؟

- آیا مورد او واضح و روشن است؟

مشاوره مدرسه و اخلاق

پتانسیل بحران‌های اخلاقی عمده بین یک مشاور و کارفرمایش در بسیاری از محیط‌های مدرسه وجود دارد (Ritchie, ۱۹۹۳; Stone, ۲۰۱۳ & Davis). مدیران مدارس گاهی اوقات از مشاوران مدرسه به عنوان ابزاری برای انجام فعالیت‌های غیرمرتبط با مشاوره مانند تدریس جایگزین، تصحیح آزمون‌ها، یا گشت‌زنی در سالن غذاخوری استفاده می‌کنند (Pine, ۱۹۶۸; Hermann, ۲۰۱۱a & Boy). هنگامی که امکان تضاد بین وفاداری مشاور به کارفرما و مراجع وجود دارد، «مشاور همیشه باید تلاش کند راه حلی بیابد که از حقوق مراجع محافظت کند؛ مسئولیت اخلاقی ابتدا در قبال مراجع و سپس در قبال مدرسه [یا محیط دیگر] است» (Huey, ۱۹۸۶, p. ۳۲۱). یکی از راه‌هایی که مشاوران مدرسه می‌توانند از یک برنامه اخلاقاً صحیح اطمینان حاصل کنند این است که بدانند ممکن است در ارائه خدمات به دانش‌آموزان، والدین و معلمان با دوره‌های متعددی مواجه شوند. بنابراین، قبل از تعامل با این گروه‌های مختلف، مشاوران مدرسه باید با استانداردهای اخلاقی انجمن مشاوره مدارس آمریکا ([https:// www.schoolcounselor.org/](https://www.schoolcounselor.org/)) (ASCA) آشنا شوند، که مسئولیت‌های مشاوران را در قبال گروه‌هایی که با آن‌ها کار می‌کنند، مشخص می‌کند (Huey, ۲۰۱۱ & Remley, Hermann).

کامپیوترها، مشاوره و اخلاق

استفاده از کامپیوتر و فناوری در مشاوره یکی دیگر از حوزه‌های دارای دشواری اخلاقی بالقوه است. با وجود صدها وب‌سایتی که اکنون توسط مشاوران منفرد اداره می‌شوند، هنگامی که از کامپیوترها برای انتقال اطلاعات بین مشاوران حرفه‌ای استفاده می‌شود، امکان نقض اطلاعات مراجع وجود دارد.

سایر حوزه‌های حساس از نظر اخلاقی شامل سوء استفاده مراجع یا مشاور و حتی اعتبار داده‌های ارائه شده از طریق پیوندهای کامپیوتری است (Greeno, ۱۹۹۷ & Sampson, Kolodinsky). علاوه بر این، مشکل مشاوره سایبری یا مشاوره تحت وب - یعنی مشاوره از طریق اینترنت که در آن مشاور ممکن است صدها

مایل دورتر باشد - مملو از دوراهی‌های اخلاقی است. بنابراین، هیئت ملی مشاوران گواهی‌شده (NBCC) و همچنین انجمن مشاوره آمریکا (ACA)، راهنماهای اخلاقی در مورد چنین رفتاری صادر کرده‌اند.

مشاوره زوج و خانواده و اخلاق

یکی دیگر از موقعیت‌های مشاوره که در آن بحران‌های اخلاقی رایج است، مشاوره زوج و خانواده است (Corey, ۲۰۱۳; Wilcoxon et al., ۲۰۱۵; et al.). دلیل آن این است که مشاوران تعدادی از افراد را با هم به عنوان یک سیستم درمان می‌کنند و بعید است که همه اعضای سیستم اهداف یکسانی داشته باشند (Wilcoxon, ۱۹۸۶). برای غلبه بر مشکلات بالقوه، Thomas (۱۹۹۴) یک چارچوب پویا و فرآیند محور را برای استفاده مشاوران هنگام کار با خانواده‌ها ایجاد کرده است. این مدل شش ارزش را مورد بحث قرار می‌دهد که بر مشاوران، مراجعان و فرآیند مشاوره تأثیر می‌گذارند: (الف) مسئولیت‌پذیری، (ب) یکپارچگی (صداقت)، (ج) تعهد، (د) آزادی انتخاب، (ه) توانمندسازی، و (و) حق سوگواری.

سایر محیط‌های مشاوره و اخلاق

سایر محیط‌ها یا موقعیت‌های مشاوره با پتانسیل قابل توجه برای دوراهی‌های اخلاقی (و اغلب عواقب حقوقی) عبارتند از: مشاوره با سالمندان (Myers, ۱۹۹۸)، مشاوره چندفرهنگی (Manning, & Baruth, ۲۰۱۲)، کار در مراقبت مدیریت شده (Murphy, ۱۹۹۸)، تشخیص مراجعان (Cox, & Braun, ۲۰۰۵; Rueth, Demmitt, & Burger, ۱۹۹۸)، و پژوهش در مشاوره (Rotter, ۱۹۹۸ & Jencius). در همه این حوزه‌ها، مشاوران با موقعیت‌های جدیدی روبرو می‌شوند که برخی از آن‌ها توسط استانداردهای اخلاقی ACA پوشش داده نشده‌اند. به عنوان مثال، مشاوران هنگام استفاده از کدهای تشخیصی در مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده با دوراهی‌های اخلاقی و حقوقی مواجه می‌شوند (Cox, ۲۰۰۵ & Braun). دلیل آن

این است که برخی از کدهای DSM توسط شرکت‌های مراقبت مدیریت شده بازپرداخت نمی‌شوند. با این حال، تشخیص نادرست عمدی، نقض کد اخلاق انجمن مشاوره آمریکا و همچنین کلاهبرداری است. چنین اقدامی عواقب حقوقی دارد.

در کار با سالمندان، مشاوران نیز باید تصمیمات اخلاقی بگیرند. آن‌ها باید نیازهای منحصر به فرد سالمندانی را که دارای اختلالات شناختی، بیماری لاعلاج (پایانه‌ای)، یا قربانیان سوء استفاده بوده‌اند، ارزیابی کنند (Dice, ۲۰۰۰ & Schwiebert, Myers). برای انجام این کار، مشاوران ممکن است اخلاق مبتنی بر اصول (principle ethics) را در این موقعیت‌ها به کار گیرند که بر اساس مجموعه‌ای از تعهدات است که بر یافتن پاسخ‌های مناسب از نظر اجتماعی و تاریخی به این سؤال تمرکز دارد: «چه باید بکنم؟» (Corey et al., ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، «آیا این عمل اخلاقی است؟» آن‌ها ممکن است از اخلاق مبتنی بر فضیلت (virtue ethics) نیز استفاده کنند، که بر «ویژگی‌های شخصیتی مشاور و ایده‌آل‌های غیرالزامی که متخصصان آرزوی رسیدن به آن‌ها را دارند» تمرکز دارد (ص ۱۳). اخلاق فضیلت به جای حل یک سؤال اخلاقی خاص، بر این سؤال متمرکز است: «آیا کاری را انجام می‌دهم که برای مراجع من بهترین است؟» مشاوران اگر بخواهند بهترین تصمیمات ممکن را بگیرند، عاقلانه است که هر دو شکل استدلال اخلاقی را در بررسی‌های خود ادغام کنند.

در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی که هیچ راهنمایی وجود ندارد، حیاتی است که مشاوران از مسائل، روندها و حتی قوانین جاری مرتبط با موقعیتی که با آن روبرو هستند، مطلع بمانند. در این فرآیند، مشاوران باید مراقب باشند که کلیشه‌سازی نکنند یا به شکل دیگری نسبت به مراجعانی که با آن‌ها کار می‌کنند، بی‌احساس نباشند. به عنوان مثال، «تأکید اصلی اخلاق پژوهش، به درستی، بر حمایت از آزمودنی‌های انسانی [افراد] در پژوهش

است» (پارکر و شیمانسکی، ۱۹۹۶، ص ۱۸۲). به طور خاص در حوزه پژوهش، چهار مسئله اخلاقی اصلی وجود دارد که باید حل شوند:

- رضایت آگاهانه،
- اجبار و فریب،
- محرمانگی و حریم خصوصی، و
- گزارش نتایج. (رابینسون و گراس، ۱۹۸۶، ص ۳۳۱)

همه این حوزه‌ها شامل افرادی می‌شوند که زندگی‌شان تحت مراقبت پژوهشگر است. پیش‌بینی مشکلات و اجرای سیاست‌هایی که نتایج انسانی و منصفانه تولید می‌کنند، ضروری است.

تأمل شخصی

مسائل اخلاقی در پژوهش از آزمایش‌هایی نشأت گرفت که در آن‌ها افراد فریب داده می‌شدند تا باور کنند که واقعاً دیگران را شکنجه می‌دهند یا به روش‌هایی عمل می‌کنند که بعداً از آن پشیمان شده و ناراحت بودند. اگر کسی برای انجام پژوهش با شما ثبت‌نام کند و سپس نظرش را تغییر دهد، فکر می‌کنید چه کاری باید انجام دهید؟ آیا تفاوتی ایجاد می‌کرد اگر فقط به یک نفر دیگر برای تکمیل پژوهش خود نیاز داشتید، هیچ کس دیگری ثبت‌نام نکرده بود، و فقط ۲ روز برای جمع‌آوری داده‌های خود فرصت داشتید و گرنه در درس پژوهش رد می‌شدید؟

روابط چندگانه

موضوع روابط چندگانه به عنوان یک ملاحظه اخلاقی نسبتاً جدید است که از بحث‌های دهه ۱۹۷۰ در مورد ماهیت اخلاقی روابط جنسی مشاور-مراجع پدیدار شد. هنگامی که گروه‌های حرفه‌ای به این نتیجه رسیدند که روابط جنسی بین مشاوران و مراجعان غیراخلاقی است، سوالاتی در مورد شکل‌گیری انواع دیگر روابط بین مشاوران و مراجعان، مانند معاملات تجاری یا دوستی، مطرح شد. چنین روابطی به دلیل ماهیت درمانی گذشته افراد درگیر، بر اساس متقابل بودن بنا نشده‌اند. به عبارت دیگر، یکی (مراجع) آسیب‌پذیرتر از دیگری (مشاور) بوده است.

بحث‌های بین گروه‌های حرفه‌ای به این نتیجه رسیده است که باید تا حد امکان از روابط چندگانه غیرجنسی اجتناب شود و در صورت عدم امکان، مرزهای مناسب باید ایجاد شده و رعایت شوند (مثلاً در مناطق روستایی که روابط چندگانه غیرجنسی ممکن است اجتناب‌ناپذیر باشد). دلیل این دستورالعمل‌ها این است که هر چقدر هم که چنین روابطی بی‌ضرر به نظر برسند، «تقریباً همیشه تضاد منافع وجود دارد و قضاوت هر مشاور حرفه‌ای احتمالاً تحت تأثیر قرار می‌گیرد» (سنت ژرمن، ۱۹۹۳، ص ۲۷). آنچه در پی می‌آید ممکن است مضر باشد زیرا مشاوران عینیت خود را از دست می‌دهند و مراجعان ممکن است در موقعیتی قرار گیرند که نتوانند قاطع باشند و از خود مراقبت کنند. به عنوان مثال، اگر یک معامله تجاری بین مشاور و مراجع همزمان با مشاوره انجام شود، در صورتی که محصول مورد نظر به خوبی کار نکند یا آنطور که انتظار می‌رود کار نکند، هر یک از طرفین ممکن است تحت تأثیر منفی قرار گیرند. فکر و احساسی که در نتیجه به وجود می‌آید، به احتمال زیاد بر رابطه درمانی تأثیر خواهد گذاشت.

بنابراین، به عنوان یک مسئله اخلاقی، مشاوران باید از معاشرت یا انجام معامله با مراجعان فعلی یا سابق، یا پذیرش هدیه از آن‌ها خودداری کنند. باید از ورود به رابطه مشاوره‌ای با یک دوست نزدیک، عضو خانواده، دانشجو و یا کارمند اجتناب شود.

اگرچه اصول زیربنایی اخلاق روابط چندگانه واضح به نظر می‌رسند، اجرای آن‌ها گاهی دشوار و در برخی موقعیت‌ها حتی اجتناب‌ناپذیر است. به عنوان مثال، همانطور که قبلاً ذکر شد، در مناطق روستایی ممکن است مشاوران نتوانند از انجام معامله با کسی که مراجع نیز هست، اجتناب کنند. به همین ترتیب، بسیاری از مشاوران سوء مصرف مواد در حال بهبودی هستند. «برای این افراد، کدهای اخلاقی موجود به طور خاص یا کافی به شرایط منحصر به فردی که به طور دوره‌ای خود را در آن می‌یابند، نمی‌پردازند» (دویل، ۱۹۹۷، ص ۴۲۸).

بنابراین، روابط چندگانه ممکن است گاهی اجتناب‌ناپذیر باشد. از جمله مسائلی که در این موارد مشکل‌ساز هستند و نیاز به بررسی دقیق دارند، مسائل مربوط به محرمانگی و گمنامی است، مانند شرکت در گروه‌های خودیاری با مراجعان، روابط اجتماعی بین اعضای گروه خودیاری، اشتغال و حمایتگری در برنامه‌های خودیاری.

با توجه به این مشکلات بالقوه، مشاوران باید با احتیاط به روابط چندگانه نزدیک شوند. با این حال، از آنجایی که گاهی اوقات در شرایط خاص نمی‌توان از آن‌ها اجتناب کرد، تمرکز بر منافع، عواقب و مرزها ممکن است در برخورد با آن‌ها در اولویت قرار گیرد. ارزیابی منافع و عواقب روابط چندگانه به صورت مورد به مورد، محتاطانه است. تعیین مرزهای سالم در ابتدای چنین روابطی ضروری است. مشاوران باید در مورد پیچیدگی روابط چندگانه و مرزهایی که باید ایجاد شوند، با مراجعان شفاف باشند. آن‌ها باید مایل باشند در مورد هرگونه مشکل و تضاد پیش‌بینی نشده‌ای که ممکن است به وجود آید، با مراجعان صحبت کنند. آن‌ها همچنین باید در صورت یافتن خود در موقعیت‌های ناراحت‌کننده یا فکر کردن به اینکه رابطه به طور مفیدی پیش نمی‌رود، به دنبال نظارت و/یا مشاوره باشند.

کار با مشاورانی که ممکن است غیر اخلاقی عمل کنند

نقض کدهای اخلاق جدی است. می‌تواند منجر به تعلیق یا لغو مجوز مشاوره، اخراج مشاور از یک سازمان حرفه‌ای یا حتی عواقب قانونی شود (هرمن، ۲۰۱۱الف). اگرچه اکثر مشاوران به طور اخلاقی عمل می‌کنند، گاهی موقعیت‌هایی پیش می‌آید که اینطور نیست. در این شرایط، مشاوران باید اقدامی انجام دهند. در غیر این صورت، با نادیده گرفتن یا چشم‌پوشی از یک موقعیت، خطر فرسایش حس خود اخلاقی خود را به جان می‌خرند و نادیده گرفتن تخلفات اخلاقی آینده برایشان آسان‌تر می‌شود، پدیده‌ای که به عنوان «اثر شیب لغزنده» شناخته می‌شود.

هرلیهی (۱۹۹۶) چندین گام را برای کار کردن روی دوره‌های اخلاقی بالقوه، به ویژه با متخصصان آسیب‌دیده، پیشنهاد می‌کند. **اول**، شناسایی عینی مشکل و رابطه مشاور با آن است. چنین فرآیندی برای روشن شدن تفکر بهتر است روی کاغذ انجام شود. **گام دوم** در فرآیند، اعمال کد اخلاق فعلی ACA به موضوع است. در چنین مواردی، ممکن است راهنمایی روشنی برای مسیر اقدام پدیدار شود. سپس، مشاور باید اصول اخلاقی حرفه یاری‌رسانی را که قبلاً در این فصل بحث شد، مانند نیکوکاری، عدالت و خودمختاری، در نظر بگیرد. **مشاوره با یک همکار** نیز گزینه محتاطانه دیگری است، به خصوص اگر همکار باتجربه‌تر باشد یا دانش قابل توجهی در مورد موقعیت‌های اخلاقی داشته باشد.

اگر اقدامی لازم باشد، باید ابتدا به صورت غیررسمی با همکار مورد نظر صحبت کرد. این رویکرد شامل رویارویی در یک زمینه مراقبتی است که امیدواریم منجر به کمک گرفتن مشاور مورد نظر شود. اگر اینطور نشد، مشاور مواجهه‌کننده باید عواقب بالقوه سایر گزینه‌ها را در نظر گرفته و سپس یک مسیر اقدام را تعریف کند. چنین مسیری ممکن است شامل ارائه شکایت اخلاقی به ACA و/یا هیئت صدور مجوز ایالتی یا هیئت

گواهی نامه ملی باشد. شکایت ممکن است توسط متخصصی که از همکاری سوال کرده است، یا توسط مراجعی که معتقد است با او غیراخلاقی رفتار شده است، ثبت شود.

در بررسی مسیرهای اقدام، مشاور باید ارزیابی کند که هر اقدام بالقوه ممکن است به کجا منجر شود. معیارهای قضاوت شامل راحتی فرد در مورد موارد زیر است:

(الف) «عمومی شدن» (یعنی اگر اقدامات مشاور مواجهه کننده در مطبوعات گزارش شود)،

(ب) «عدالت» (یعنی انصاف)،

(ج) «آثار اخلاقی» (یعنی احساسات ماندگار شک)، و

(د) «عمومیت پذیری» (یعنی آیا این مسیری است که من به دیگران توصیه می کنم در این موقعیت طی کنند؟).

در نهایت، یک مسیر اقدام انتخاب و اجرا می شود. در چنین حالتی، مشاور باید بداند که همه موافق نخواهند بود. بنابراین، او باید آماده پذیرش انتقاد و همچنین اعتبار برای کاری که انجام شده است باشد.

قانون و مشاوره

حرفه مشاوره همچنین توسط استانداردهای قانونی اداره می شود. **قانونی (Legal)** به «قانون یا وضعیت قانونی

بودن» اشاره دارد و **قانون (Law)** به «مجموعه ای از قوانین شناخته شده توسط یک ایالت یا جامعه که برای

اعضای آن لازم الاجرا است» اشاره دارد (شرترز و استون، ۱۹۸۰، ص ۳۸۶). برخلاف تصور عمومی، «قانون خشک

و قطعی، معین و مسلم، یا واضح و دقیق نیست» (ون هوس و کاتلر، ۱۹۸۵، ص ۴۴). بلکه، همیشه به دنبال

مصالحه بین افراد و طرفین است. پاسخ های قطعی کمی ارائه می دهد و همیشه استثناهای قابل توجهی برای هر

رویه قانونی وجود دارد.

«هیچ مجموعه قوانین کلی‌ای که حرفه‌های یاری‌رسان را پوشش دهد وجود ندارد» (ون‌هوس و کاتلر، ۱۹۸۵، ص ۴۵). با این حال، تعدادی از تصمیمات دادگاه و قوانین وجود دارند که بر نظرات حقوقی در مورد مشاوره تأثیر می‌گذارند و مشاوران باید به‌روز بمانند. پرونده شهرستان ناپا، کالیفرنیا در سال ۱۹۹۳ مربوط به گری رامونا یکی از این تصمیمات حقوقی است. در این محاکمه که به طور گسترده‌ای publicized شد، رامونا از درمانگران دخترش شکایت کرد و «ادعا کرد که با القای خاطرات نادرست از سوء استفاده جنسی در ذهن او، زندگی‌اش را نابود کرده‌اند» (باتلر، ۱۹۹۴، ص ۱۰). رامونا پس از اینکه هیئت منصفه «دریافت که درمانگران سهل‌انگارانه خاطرات نادرست را تقویت کرده‌اند»، ۴۷۵,۰۰۰ دلار غرامت دریافت کرد (ص ۱۱). نظر حقوقی که پرونده بر اساس آن تصمیم‌گیری شد، **وظیفه مراقبت** بود — تعهد قانونی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی مبنی بر عدم اقدام سهل‌انگارانه.

پرونده حقوقی مهم دیگری که رویه ایجاد کرد، تصمیم دیوان عالی ایالات متحده در سال ۱۹۹۶ در پرونده **جفی علیه ردموند** بود که حکم داد ارتباطات بین روان‌درمانگران دارای مجوز و بیمارانشان محرمانه (privileged) است و نباید در پرونده‌های دادگاه فدرال افشا شود (رملی، هرلیهی و هرلیهی، ۱۹۹۷). اهمیت این پرونده برای مشاوره این است که یک رویه قانونی در مورد محرمانگی بین یک متخصص بالینی سطح کارشناسی ارشد (در این مورد یک مددکار اجتماعی) و مراجعش تعیین شد. این پرونده همچنین توجه مثبتی را به خدمات بهداشت روانی، از جمله مشاوره، جلب کرد.

پرونده حقوقی **سومی** که بر مشاوران تأثیر گذاشته است، لایحه دوستانه (amicus curiae) است که در سال ۱۹۹۷ در دیوان عالی ایالات متحده مطرح شد. این لایحه به مسائل بهداشت روانی مرتبط با «خودکشی با کمک پزشک» می‌پرداخت (ورث و گوردون، ۲۰۰۲). در این اقدام دادگاهی، ACA به چندین گروه دیگر بهداشت روانی پیوست تا از حقوق مشاوران و سایر تخصص‌های یاری‌رسان برای ایفای نقش در مرگ تسریع شده حمایت کند،

به ویژه با محافظت از فرد رنج دیده، افراد مهم زندگی او و کل جامعه در برابر مشکلات بالقوه مرتبط با کمک به مرگ. اکنون بخشی در کد اخلاق ۲۰۱۴ ACA وجود دارد که به مسائل پایان زندگی می پردازد (B.۲.b).

در بیشتر موارد، قانون «به طور کلی حمایتی یا خنثی» نسبت به کدهای اخلاق حرفه ای و مشاوره به طور کلی است (استود و مک کلوی، ۱۹۷۹، ص ۴۵۴). قانون از صدور مجوز یا گواهی نامه برای مشاوران به عنوان وسیله ای برای اطمینان از اینکه کسانی که وارد این حرفه می شوند حداقل استانداردهای لازم را دارند، حمایت می کند. همچنین از «محرمانگی کلی اظهارات و سوابق ارائه شده توسط مراجعان در طول درمان» حمایت می کند (ص ۴۵۴). علاوه بر این، قانون «خنثی است به این معنا که به حرفه اجازه می دهد تا خود را تنظیم کند و روابط مشاوران با مراجعان و همکارانشان را اداره کند» (ص ۴۵۴). قانون تنها زمانی بر کد اخلاق حرفه ای اولویت دارد که «برای محافظت از سلامت، ایمنی و رفاه عمومی» ضروری باشد (ص ۴۵۴). این ضرورت به احتمال زیاد در موقعیت های مربوط به محرمانگی رخ می دهد، زمانی که افشای اطلاعات برای جلوگیری از آسیب جدی و قابل پیش بینی ضروری است (هرمن، ۲۰۱۱ الف). در چنین مواردی، مشاوران وظیفه دارند قربانیان بالقوه را در مورد احتمال رفتار خشونت آمیز مراجع هشدار دهند (کاستا و آلتکروس، ۱۹۹۴؛ رملی و هرلیهی، ۲۰۱۶).

به رسمیت شناختن قانونی مشاوره

سوانسون (۱۹۸۳ب) اشاره می‌کند که مشاوره تا حدی از طریق سیستم حقوقی به رسمیت شناخته شد و پذیرفته شد. تا همین اواخر در سال ۱۹۶۰، مشاوره هویت به اندازه کافی قوی به عنوان یک حرفه نداشت تا از نظر قانونی به رسمیت شناخته شود. در آن سال، یک قاضی در پرونده **بوگاست علیه آیورسن** حکم داد که مشاوره با مدرک دکترا نمی‌تواند مسئول خودکشی یکی از مراجعانش باشد زیرا مشاوران «صرفاً معلمانی» بودند که در یک دانشکده آموزش، آموزش دیده بودند.

تا سال ۱۹۷۱، در یادداشت مرور حقوقی آیووا، مشاوران به طور قانونی به عنوان متخصصانی شناخته نشدند که مشاوره شخصی و همچنین شغلی و تحصیلی ارائه می‌دهند. این حرفه حتی به طور واضح‌تری در سال ۱۹۷۴ در پرونده **ولدون علیه هیئت ممحنین روانشناسان ایالت ویرجینیا** تعریف شد. حکم صادره در این پرونده بیان داشت که مشاوره حرفه‌ای متمایز از روانشناسی است. مجلس نمایندگان ایالات متحده تعریف مشاوره را بیشتر اصلاح کرد و این حرفه را در H.R. ۳۲۷۰ (کنگره ۹۴، ۱۹۷۶) به رسمیت شناخت و بیان کرد که مشاوره «فرآیندی است که از طریق آن یک مشاور آموزش‌دیده به یک فرد یا گروه کمک می‌کند تا تصمیمات رضایت‌بخش و مسئولانه‌ای در مورد رشد شخصی، تحصیلی و شغلی بگیرند.»

سوانسون (۱۹۸۳ب) خاطرنشان می‌کند که قوانین ایالتی تنظیم‌کننده مشاوره، مانند اولین قانونی که در ویرجینیا در سال ۱۹۷۶ تصویب شد و منحصراً مشاوره را به عنوان یک حرفه به رسمیت شناخت، مشاوره را به عنوان یک «حرفه عمومی» با تخصص‌هایی مانند مشاوره شغلی می‌دید (ص ۲۹). انگیزه بیشتر برای تعریف مشاوره به عنوان یک حرفه با تصویب و اجرای استانداردهای حداقل آمادگی، مانند استانداردهای تصویب شده توسط شورای اعتباربخشی مشاوره و برنامه‌های آموزشی مرتبط (CACREP)، فراهم شد.

جنبه‌های قانونی رابطه مشاوره‌ای

مشاوران باید از دستورالعمل‌های قانونی خاصی در کار با جمعیت‌های معین پیروی کنند. به عنوان مثال، **PL ۹۴-۱۴۲ (قانون آموزش همه کودکان معلول ۱۹۷۵)** مقرر می‌دارد که مدارس باید امکانات لازم برای آموزش عمومی رایگان و مناسب همه کودکان را در کمترین محیط محدودکننده ممکن فراهم کنند. بخشی از این فرآیند، توسعه یک برنامه آموزش فردی (**IEP**) برای هر کودک و همچنین پیش‌بینی رویه‌های قانونی لازم و شناسایی و نگهداری سوابق برای هر کودک دارای معلولیت است (کوبیا و هندرسون، ۲۰۰۷؛ هیومز، ۱۹۷۸). مشاوران مدرسه که با کودکان دارای معلولیت کار می‌کنند، وظایف خاصی را تحت شرایط این قانون بر عهده دارند.

به طور مشابه، مشاوران طبق تمام قوانین کودک آزاری تعهد قانونی دارند که موارد مشکوک آزار را به مقامات ذیصلاح، معمولاً پرسنل خاص در یک دفتر رفاه اجتماعی ایالتی، گزارش دهند (هندرسون، دی. ای.، ۲۰۰۷؛ هندرسون، کی. ال.، ۲۰۱۳). چنین موقعیت‌هایی ممکن است به ویژه زمانی که مشاوران مستقیماً با خانواده‌هایی کار می‌کنند که آزار در آن‌ها مشکوک است، دشوار باشد (استیونس-اسمیت و هیومز، ۱۹۹۳). علاوه بر این، تعهدات قانونی مشاوران تحت قانون حقوق آموزشی و حریم خصوصی خانواده (**FERPA**) ۱۹۷۴، معروف به **اصلاحیه باکلی**، به خوبی تعریف شده است. این قانون به دانشجویان امکان دسترسی به سوابق خاصی را می‌دهد که مؤسسات آموزشی در مورد آن‌ها نگهداری کرده‌اند.

مشاوران در موقعیت‌هایی که قانون روشن نیست یا تضادی بین قانون و اخلاق حرفه‌ای مشاوره وجود دارد، با مشکلات قابل توجهی روبرو می‌شوند. با این وجود، مهم است که ارائه دهندگان خدمات بهداشت روانی به طور کامل در مورد آنچه که از نظر قانونی می‌توانند یا نمی‌توانند انجام دهند، مطلع باشند. چنین موقعیت‌هایی اغلب شامل به اشتراک گذاری اطلاعات بین مراجعان، مشاوران و سیستم قضایی است.

اشتراک‌گذاری را می‌توان به محرمانگی (Confidentiality)، حریم خصوصی (Privacy) و ارتباطات ممتاز (Privileged communication) تقسیم کرد. محرمانگی «وظیفه اخلاقی برای اجرای قرارداد یا قولی است که به مراجعان داده می‌شود مبنی بر اینکه اطلاعات فاش شده در طول درمان از افشای غیرمجاز محافظت خواهد شد» (آرتور و سوانسون، ۱۹۹۳، ص ۷). محرمانگی در صورت نقض، چه عمدی و چه غیرعمدی، به یک نگرانی قانونی و همچنین اخلاقی تبدیل می‌شود. این موضوع سالانه یکی از بیشترین سوالات اخلاقی و قانونی است که کمیته اخلاق ACA دریافت می‌کند، شامل «دوراهی‌ها/سوالات مربوط به حق حفظ حریم خصوصی، حق مراجعان برای حفظ حریم خصوصی، و اجتناب مشاوران از افشای غیرقانونی و غیرموجه اطلاعات محرمانه (استثناها، افشای دستوری دادگاه و سوابق)» (ویلیامز و فریمن، ۲۰۰۲، صص ۲۵۴-۲۵۳).

«حریم خصوصی یک مفهوم حقوقی در حال تکامل است که حق افراد را برای انتخاب زمان، شرایط و میزانی که مایل به اشتراک‌گذاری یا عدم اشتراک‌گذاری اطلاعات شخصی هستند، به رسمیت می‌شناسد» (هرلیهی و شیلی، ۱۹۸۷، ص ۴۷۹). مراجعانی که فکر می‌کنند برای افشای اطلاعاتی که معمولاً فاش نمی‌کنند، تحت فشار قرار گرفته‌اند، ممکن است علیه مشاور اقدام قانونی کنند.

ارتباطات ممتاز، مفهومی محدودتر، با محافظت از مراجعان در برابر افشای ارتباطات محرمانه آن‌ها در دادگاه بدون اجازه آن‌ها، از حریم خصوصی و محرمانگی محافظت می‌کند. این مفهوم به عنوان «حق قانونی مراجع، تضمین شده توسط قانون، مبنی بر اینکه اطلاعات محرمانه ناشی از یک رابطه درمانی محافظت خواهد شد» تعریف می‌شود (آرتور و سوانسون، ۱۹۹۳، ص ۷). اکثر ایالت‌ها ارتباطات ممتاز را در روابط مشاور-مراجع به رسمیت می‌شناسند و از آن محافظت می‌کنند (گلوسوف، هرلیهی و اسپنس، ۲۰۰۰). با این حال، نه دسته استثنا وجود دارد:

(الف) در موارد اختلاف بین مشاور و مراجع؛

(ب) زمانی که مراجع مسئله وضعیت روانی را در دادرسی‌های قانونی مطرح می‌کند؛

(ج) زمانی که وضعیت مراجع خطری برای خود یا دیگران ایجاد می‌کند؛

(د) در موارد کودک آزاری یا غفلت (علاوه بر قوانین گزارش‌دهی اجباری)؛

(ه) زمانی که مشاور اطلاع دارد که مراجع قصد ارتکاب جرم را دارد؛

(و) در طول ارزیابی‌های روانشناختی به دستور دادگاه؛

(ز) برای اهداف بستری غیرارادی؛

(ح) زمانی که مشاور اطلاع دارد که مراجع قربانی جرم بوده است؛ و

(ط) در موارد آسیب به بزرگسالان آسیب‌پذیر. (ص ۴۵۵)

برخلاف افراد، مفهوم حقوقی ارتباطات ممتاز به طور کلی در مشاوره گروهی و خانوادگی اعمال نمی‌شود (ویلر و برترام، ۲۰۱۵). با این حال، مشاوران باید ملاحظات اخلاقی خاصی را در حفاظت از محرمانگی اعضای گروه و خانواده در نظر بگیرند.

یک مشکل عمده در مورد هر قانونی که ارتباط مراجع و مشاور را کنترل می‌کند این است که قوانین از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است. ضروری است که مشاوران موقعیت‌های بالقوه‌ای را که ممکن است محرمانگی در آنها نقض شود، بدانند و به مراجعان خود اطلاع دهند (گلو سوف و همکاران، ۲۰۰۰؛ وودی، ۱۹۸۸).

یک پرونده برجسته دادگاه که اهمیت محدود کردن محرمانگی را نشان می‌دهد، تاراسوف علیه هیئت امنای

دانشگاه کالیفرنیا (۱۹۷۶) است. در این پرونده، پروسنگیت پودار، دانشجویی که به صورت داوطلبانه در

خدمات بهداشت دانشجویی در پردیس برکلی دانشگاه کالیفرنیا تحت درمان بود، به روانشناسی که او را مشاوره

می‌کرد اطلاع داد که قصد دارد دوست دختر سابقش، تاتیانا تاراسوف، را هنگامی که به پردیس بازگشت، بکشد. روانشناس به پلیس پردیس اطلاع داد، که دانشجو را بازداشت کرده و در مورد فعالیت‌های پیشنهادی‌اش از او بازجویی کردند. دانشجو هرگونه قصد کشتن تاراسوف را انکار کرد، منطقی رفتار کرد و آزاد شد. پودار از ادامه درمان با روانشناس امتناع کرد و هیچ اقدام دیگری برای منصرف کردن او از اقدام مورد نظرش انجام نشد. دو ماه بعد، او تاراسوف را کشت. والدین او از هیئت امنای دانشگاه کالیفرنیا به دلیل عدم اطلاع‌رسانی به قربانی مورد نظر در مورد تهدید علیه او شکایت کردند. دیوان عالی کالیفرنیا به نفع آن‌ها رأی داد و در واقع حکم کرد که یک درمانگر **وظیفه محافظت** از مردم را دارد که بر هرگونه تعهدی برای حفظ محرمانگی مراجع اولویت دارد (هاگارد-گران، ۲۰۰۷).

بنابراین، محدودیتی برای میزان محرمانگی که یک مشاور می‌تواند یا باید حفظ کند وجود دارد. هنگامی که به نظر می‌رسد مراجع برای خود یا دیگران خطرناک است، قوانین ایالتی مشخص می‌کنند که این اطلاعات باید به مقامات ذیصلاح گزارش شود. به عنوان مثال، زمانی که کودکی در معرض خطر خودکشی قرار دارد، دادگاه‌ها معتقدند که پرسنل مدرسه، از جمله مشاوران، در موقعیتی هستند که ارجاع دهند و «وظیفه دارند از دیگران کمک بگیرند» (مپلز و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۴۰۱).

کناپ و وندکریک (۱۹۸۲) خاطرنشان می‌کنند که قوانین ایالتی در مورد محرمانگی متفاوت است و گزارش اطلاعات در مورد موقعیت‌های بالقوه خطرناک اغلب دشوار است. در پرداختن به این حوزه، آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که وقتی به نظر می‌رسد خشونت مراجع در معرض خطر است، مشاور باید سعی کند خطر را خنثی کند و در عین حال هرگونه وظیفه قانونی را نیز انجام دهد. آن‌ها توصیه می‌کنند با همکاران حرفه‌ای که در کار با افراد خشن تخصص دارند مشورت کرده و مراحل انجام شده را مستند کنند. علاوه بر این، هاگارد-گران (۲۰۰۷) استفاده از ابزارهای ارزیابی خطر را هر زمان که ممکن و مناسب باشد، توصیه می‌کند. او همچنین توصیه می‌کند

که در ارزیابی خطر، تعدادی متغیر مانند جنبه‌های موقعیتی، از جمله وضعیت زندگی (مانند شرایط زندگی)، الگوهای رفتاری (مانند سوء مصرف مواد، دارو) و رویدادها یا عوامل استرس‌زای قابل پیش‌بینی (مانند حضانت کودک، دوراهی‌ها، جدایی/طلاق) گنجانده شوند.

مسئولیت مدنی و کیفری

پرونده تاراسوف مسئله مسئولیت مشاور و قصور حرفه‌ای را مطرح می‌کند. اساساً، مسئولیت (Liability) در مشاوره شامل مسائلی است که مربوط به این است که آیا مشاوران به مراجعان آسیب رسانده‌اند یا خیر (ویلکاکسون و همکاران، ۲۰۱۳). مفهوم مسئولیت مستقیماً با قصور حرفه‌ای (Malpractice) مرتبط است. قصور حرفه‌ای در مشاوره به عنوان «آسیب به مراجع ناشی از سهل‌انگاری حرفه‌ای، که سهل‌انگاری به عنوان انحراف از استانداردهای حرفه‌ای قابل قبول تعریف می‌شود» تعریف می‌شود (هامل، تالبوت و الکساندر، ۱۹۸۵، ص ۷۰). تا همین اواخر، دعاوی قصور حرفه‌ای مشاوران نسبتاً کم بود. اما با افزایش تعداد مشاوران دارای مجوز، گواهی‌نامه و شاغل، دعاوی قصور حرفه‌ای رایج‌تر شده است. بنابراین، مشاوران حرفه‌ای باید اطمینان حاصل کنند که خود را از چنین احتمالاتی محافظت می‌کنند.

سه راه که مشاوران می‌توانند خود را از قصور حرفه‌ای محافظت کنند عبارتند از: (الف) پیروی از کدهای اخلاق حرفه‌ای، (ب) پیروی از استانداردهای عملکرد عادی، و (ج) رفتار حرفه‌ای، با دقت و مؤدبانه در ابتدای رابطه مشاوره‌ای به گونه‌ای که ارتباط تقویت شود و مراجعان درک کنند که مشاور واقعاً به آن‌ها اهمیت می‌دهد (کرافورد، ۱۹۹۴؛ ساکستون، ۲۰۰۸؛ ویلر و برترام، ۲۰۱۵).

با این حال، صرف نظر از اینکه مشاوران چقدر مراقب باشند، دعاوی قصور حرفه‌ای همچنان ممکن است رخ دهد. بنابراین، داشتن بیمه مسئولیت یک ضرورت است (بولیس، ۱۹۹۳).

مسئولیت (مسئولیت قانونی برای چیزی) را می‌توان تحت سه عنوان اصلی طبقه‌بندی کرد: مدنی، کیفری و اداری (لزلی، ۲۰۰۴). مسئولیت همچنین می‌تواند ترکیبی از این سه باشد. مسئولیت مدنی به این معنی است که فرد می‌تواند به دلیل اقدام نادرست نسبت به دیگری یا عدم اقدام در جایی که وظیفه شناخته شده‌ای برای

انجام آن وجود دارد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرد (ویلر و برترام، ۲۰۱۵). معمولاً مسئولیت مدنی منجر به شکایت مراجع علیه مشاور به دلیل قصور حرفه‌ای (یعنی سهل‌انگاری) یا سهل‌انگاری فاحش می‌شود. **مسئولیت کیفری** شامل کار مشاور با مراجع به روشی است که قانون اجازه نمی‌دهد. نمونه‌هایی از مسئولیت کیفری عبارتند از: ارتکاب جرم توسط مشاور (مانند عدم گزارش کودک آزاری)، برقراری روابط جنسی با مراجع، یا کلاهبرداری بیمه. **مسئولیت اداری** «به این معنی است که مجوز فعالیت درمانگر توسط تحقیقات هیئت صدور مجوز، که قدرت لغو یا تعلیق مجوز را دارد، تهدید می‌شود» (لزلی، ۲۰۰۴، ص ۴۶). علاوه بر این، مراجع می‌تواند شکایتی را به کمیته اخلاق انجمن حرفه‌ای که مشاور به آن تعلق دارد، ارائه دهد. انجمن، در میان گزینه‌های دیگر، قدرت لغو عضویت مشاور را دارد.

مفهوم مسئولیت مدنی بر مفهوم **شبه جرم (Tort)** استوار است، خطایی که اقدام قانونی برای جبران آن طراحی شده است (ویلر و برترام، ۲۰۱۵). خطای قانونی می‌تواند علیه شخص، اموال یا حتی شهرت فرد باشد و ممکن است غیرعمدی یا مستقیم باشد. مشاوران به احتمال زیاد در موقعیت‌های زیر با دعاوی مسئولیت مدنی برای قصور حرفه‌ای مواجه می‌شوند: (الف) قصور حرفه‌ای در موقعیت‌های خاص (کنترل بارداری، سقط جنین، تجویز و تجویز دارو، درمان)، (ب) بازرسی غیرقانونی، (ج) افترا، (د) تجاوز به حریم خصوصی، و (ه) نقض قرارداد (ویلر و برترام، ۲۰۱۵).

۱. قصور حرفه‌ای در موقعیت‌های خاص، به عنوان مثال، درمان غیرحرفه‌ای یا غیراخلاقی

۲. بازرسی غیرقانونی

۳. افترا

۴. تجاوز به حریم خصوصی

۵. نقض قرارداد

پنج حوزه‌ای که مشاوران ممکن است با مسئولیت مدنی مواجه شوند

دعای قصور حرفه‌ای

سه موقعیتی که مشاوران در معرض خطر مسئولیت کیفری قرار دارند عبارتند از: (الف) معاونت در جرم، (ب)

نافرمانی مدنی، و (ج) مشارکت در بزهکاری خردسالان (ویلر و برترام، ۲۰۱۵).

۱. معاونت در جرم

۲. نافرمانی مدنی

۳. مشارکت در بزهکاری خردسالان

سه حوزه‌ای که مشاوران ممکن است با دعای مسئولیت کیفری مواجه شوند

مسائل حقوقی مربوط به مشاوره خردسالان

خردسالان کودکانی هستند که زیر ۱۸ سال سن دارند. بسیاری از مشاوران مدرسه با کودکان در این گروه سنی کار می‌کنند. مشاوران دیگر در مراکز اجتماعی با کودکان در این محدوده سنی تعامل دارند. کار با خردسالان در محیط‌های غیرمدرسه‌ای شامل مسائل حقوقی (و اخلاقی) متفاوتی نسبت به محیط آموزشی است (لارنس و کورپیوس، ۲۰۰۰). به عنوان مثال، از آنجایی که «رابطه مراجع-مشاور امانی است، تحت صلاحیت قانونی حقوق قرارداد قرار می‌گیرد. به طور معمول، یک خردسال می‌تواند به یکی از سه روش زیر وارد قرارداد درمان شود: (الف) با رضایت والدین، (ب) به طور غیرارادی به اصرار والدین، یا (ج) به دستور دادگاه نوجوانان» (ص ۱۳۳). در حالی که درمان کودک به دستور دادگاه نیازی به رضایت والدین ندارد، دو شرط دیگر نیاز به رضایت دارند و حتی با درمان به دستور دادگاه، والدین یا قیم‌ها باید مطلع شوند. «اگر رضایت آگاهانه والدین

کسب نشود، مشاوران با خطر شکایت به دلیل ضرب و جرح، عدم کسب رضایت و اغوای کودک مواجه می‌شوند» (ص ۱۳۳). در کسب رضایت هم در محیط مدرسه و هم در مراکز، مهم است که در صورت طلاق والدین کودک، اجازه والد حضانتی کسب شود. علاوه بر این، محتاطانه و ضروری است که مشخص شود والدین غیرحضانتی حق دریافت چه اطلاعاتی را دارند (در صورت وجود).

لارنس و کورپیوس (۲۰۰۰، ص ۱۳۵) در کار با خردسالان و خانواده‌هایشان، تعدادی پیشنهاد از جمله موارد زیر ارائه می‌دهند:

- «با قوانین ایالتی کاملاً آشنا باشید» به ویژه در مورد ارتباطات ممتاز.
- «سیاست‌های خود را در مورد محرمانگی در ابتدای رابطه درمانی با کودک و والدین روشن کنید و همکاری آن‌ها را بخواهید. بیانیه کتبی‌ای از این سیاست‌ها ارائه دهید که همه آن را امضا کنند.»
- «سوابق دقیق و عینی از تمام تعاملات و جلسات مشاوره نگه دارید.»
- «پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای کافی را حفظ کنید.» چنین پوششی باید بالاتر از حداقل باشد.
- اگر به کمک نیاز دارید، «با همکاران مشورت کنید و کمک حقوقی حرفه‌ای در دسترس داشته باشید.»

حقوق مراجع و سوابق

دو نوع اصلی حقوق مراجع وجود دارد: **ضمنی** و **صریح** (هنسن، راسبرگ و کرامر، ۱۹۹۴). هر دو به روند قانونی

لازم (due process) مربوط می‌شوند. حقوق **ضمنی** با **روند قانونی ماهوی** (Substantive due

process) مرتبط است. هنگامی که قانونی وضع می‌شود که به طور خودسرانه فردی را محدود می‌کند (یعنی

فرد را از حقوق اساسی خود محروم می‌کند)، روند قانونی ماهوی او نقض شده است. حقوق **صریح** بر روند

قانونی شکلی (Procedural due process) (مراحل لازم برای شروع یا تکمیل یک اقدام هنگامی که یک قانون صریح نقض می‌شود) تمرکز دارند. روند قانونی شکلی یک فرد زمانی نقض می‌شود که یک قانون صریح شکسته شود و فرد در مورد چگونگی جبران آن مطلع نشود. مراجع حق دارد بداند که در صورت نقض هر یک از این دو نوع حقوق، چه راهکاری دارد.

سوابق همه مراجعان به جز در شرایط خاص، از نظر قانونی محافظت می‌شوند. به عنوان مثال، در برخی موارد، مانند مواردی که توسط اصلاحیه باکلی پیش‌بینی شده است، فرد حق قانونی برای بازرسی سوابق خود را دارد. همچنین مواردی وجود دارد که اشخاص ثالث بدون رضایت دانش‌آموز یا والدین به اطلاعات دانش‌آموز دسترسی دارند. در اکثریت قریب به اتفاق موارد، مشاوران از نظر قانونی ملزم به محافظت از مراجعان در هر سنی هستند، با نگهداری سوابق در مکان امن (زیر قفل و کلید)، جدا از هرگونه سوابق تجاری مورد نیاز، و عدم افشای هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد مراجع بدون اجازه کتبی او (میچل، ۲۰۰۷). بهترین روش برای پاسخگویی به درخواست افشای اطلاعات، استفاده از **فرم انتشار اطلاعات** است که می‌تواند توسط یک وکیل تنظیم شود (روزنتال، ۲۰۰۵). مشاوران نباید اطلاعات مراجعی را که خودشان مستقیماً به دست نیاورده‌اند، منتشر کنند. از آنجایی که نگهداری سوابق یکی از پنج حوزه برتر مربوط به مسئولیت قانونی مشاوران است (اسنایدر، ۱۹۸۷)، اغلب این سوال پیش می‌آید که چه چیزی باید در سوابق ثبت شود. اساساً، سوابق باید حاوی «تمام اطلاعات مربوط به مراجع که برای درمان او ضروری است» باشد (پیازا و باروت، ۱۹۹۰، ص ۳۱۳). تعداد و انواع فرم‌ها در سوابق مراجع بسته به مرکز و شاغل متفاوت است، اما معمولاً شش دسته از اسناد گنجانده می‌شوند:

۱. اطلاعات شناسایی یا پذیرش: نام، آدرس، شماره(های) تلفن، تاریخ تولد، جنسیت، شغل و غیره.
۲. اطلاعات سنجش: ارزیابی(های) روانشناختی، سابقه اجتماعی/خانوادگی، سابقه سلامت و غیره.

۳. طرح درمان: مشکل ارائه شده، برنامه اقدام، مراحل لازم برای رسیدن به رفتار هدفمند و غیره (یعنی تعریف واضح هدف مشاوره).

۴. یادداشت‌های موردی: به عنوان مثال، مستندسازی پیشرفت در هر جلسه به سمت هدف اعلام شده؛ اگر مستندسازی ارائه نشود، تأیید وقوع چیزی تقریباً غیرممکن است.

۵. خلاصه خاتمه: نتیجه درمان، تشخیص نهایی (در صورت وجود)، برنامه مراقبت پس از درمان و غیره.

۶. سایر داده‌ها: رضایت امضا شده مراجع برای درمان، کپی مکاتبات، یادداشت‌هایی در مورد منطق هرگونه مداخله غیرمعمول برای مراجع، مشکلات اداری و غیره.

حیاتی است که مشاوران کدهای قانونی ایالتی خود را برای دستورالعمل‌های دقیق در مورد نگهداری سوابق بررسی کنند. پس از انجام این کار، مشاوران باید یک جدول زمانی برای پاکسازی سوابق تک‌مالکیتی یا یادداشت‌های موردی تعیین کنند و قبل از از بین بردن اطلاعات مربوط به کودک آزاری، خودکشی، آزار جنسی یا خشونت، با احتیاط و بررسی دقیق عمل کنند (هرمن، ۲۰۱۱الف).

برای مشاورانی که بازپرداخت از شخص ثالث دریافت می‌کنند، حیاتی است که اطمینان حاصل کنند سوابق مراجعانشان به پیشرفت بر اساس طرح درمان و تشخیص (در صورت لزوم) اشاره دارد (سازمان خدمات ارائه دهندگان سلامت، ۲۰۱۱؛ هینکل، ۱۹۹۴). با این حال، در هیچ موردی نباید اطلاعات محرمانه در مورد مراجع از طریق تلفن داده شود. مشاوران همچنین از نظر اخلاقی و قانونی موظفند با عدم بحث در مورد موارد مشاوره در ملاء عام، از حقوق مراجع محافظت کنند. هرگز سوابق مراجع را تغییر ندهید. تغییر سوابق یک عمل مجرمانه است. با این حال، سوابق می‌توانند و باید زمانی که مراجعان ویزیت می‌شوند یا تغییر قابل توجهی در شرایط مراجع رخ می‌دهد، به‌روز شوند. در چنین مواقعی، سابقه به‌روز شده باید امضا و تاریخ‌گذاری شود. به طور کلی، نگهداری سوابق خوب، هم برای مراجع و هم برای مشاور خوب است (بارنت و جانسون، ۲۰۱۵).

مثال موردی

دایان حذف می‌کند

دایان سوابق خود را در کامپیوترش نگه می‌داشت. برای او آسان‌تر بود که آن‌ها را به‌روز نگه دارد و فکر می‌کرد همیشه می‌تواند بدون اینکه کسی بفهمد، تغییرات یا ویرایش‌هایی انجام دهد. با این حال، زمانی که دایان حکم دادگاهی در مورد یکی از مراجعانش دریافت کرد، نه تنها خودش بلکه کامپیوترش نیز باید حاضر می‌شدند. یکی از سوالاتی که پرسیده شد این بود: «آیا هیچ تغییری در سابقه این مراجع ایجاد کرده‌اید؟»

دایان می‌خواست پاسخ «نه» بدهد اما می‌دانست که این حقیقت ندارد. او دائماً در یادداشت‌هایش اصلاحاتی انجام می‌داد یا برداشت‌های جدیدی را وارد می‌کرد.

اگر شما جای دایان بودید، چه می‌گفتید و چگونه؟ آیا فکر می‌کنید تغییر دادن سوابق مراجع در کامپیوتر غیراخلاقی است؟ چرا بله یا چرا خیر؟

به حداقل رساندن مسئولیت قانونی

علاوه بر نگهداری سوابق عالی، پایبندی به کدهای اخلاقی، آگاهی از حقوق مراجعان، و دانستن مسئولیت‌های حرفه‌ای مشاور، حداقل یک گام دیگر وجود دارد که مشاوران می‌توانند برای به حداقل رساندن مسئولیت قانونی خود بردارند. آن گام، استفاده از یک مدل برای تعیین مسئولیت‌های قانونی‌شان است. (Hermann ۲۰۱۱c). که هم مشاور و هم وکیل است، چنین مدلی را ابداع کرده است. اگرچه این مدل عمدتاً برای مشاوران مدرسه

طراحی شده است، هشت مرحله آن، که همگی در قالب سؤال فرمول‌بندی شده‌اند، برای مشاوران در سایر حوزه‌های تخصصی نیز کاربرد دارند. این مراحل به شرح زیر است:

۱. آیا قانون ایالتی یا فدرال مرتبط با این دوراهی وجود دارد؟ اگر اطلاعات خاصی در مورد موقعیتی

که مشاور در حال بررسی آن است وجود داشته باشد، مانند کودک آزاری، قانون آن را ارائه خواهد داد.

۲. روح (جوهره) قانون چیست؟ به عبارت دیگر، چرا این قانون نوشته شده است؟ در مورد قوانین

کودک آزاری، این قوانین برای محافظت از کودکان و دور نگه داشتن آن‌ها از خطر نوشته شده‌اند.

۳. آیا رویه قضایی الزام‌آور وجود دارد؟ یک پرونده الزام‌آور، پرونده‌ای است که از تصمیمات دادگاه

ایالتی الگوبرداری می‌کند. نکته مهم در اینجا این است که پرونده باید از دادگاه‌های ایالتی یا دادگاه‌های

تجدیدنظر فدرال در حوزه قضایی محل اقامت مشاور یا از دیوان عالی ایالات متحده باشد.

۴. آیا رویه قضایی اقناعی (متقاعدکننده) وجود دارد؟ «رویه قضایی اقناعی، قانون برگرفته از یک

پرونده در حوزه قضایی دیگر است. به عنوان مثال، پرونده Eisel v. Board of Education حکم داد

که مشاوران مدرسه وظیفه دارند از ابزارهای معقول برای تلاش در جهت جلوگیری از خودکشی

دانش‌آموزان استفاده کنند و این وظیفه شامل تماس با والدین است» (ص ۹-۱۰). در حالی که این

رویه قضایی در مریلند الزام‌آور است، در سایر ایالت‌ها رویه قضایی اقناعی محسوب می‌شود.

۵. آیا سیاست (خط‌مشی) محل کار وجود دارد؟ «سیاست‌های محل کار بسیار مهم هستند» (ص

۱۰). اگر یک سازمان یا مؤسسه آموزشی از سیاست‌های خود پیروی نکند، احتمال افزایش مسئولیت

قانونی آن بیشتر است.

۶. یک فرد معقول (متعارف) چه کاری انجام می‌دهد؟ استاندارد در اینجا این است که اگر اکثر

مشاوران کاری را انجام دهند که مشاوره که مورد سؤال قرار گرفته انجام می‌دهد، خطر مسئولیت قانونی کاهش می‌یابد.

۷. همکاری با تحصیلات و تجربه مشابه چه کاری انجام می‌دهد؟ این را با مشورت با همکارانی که

تحصیلات و تجربه قابل مقایسه‌ای دارند، تعیین کنید. در چنین شرایطی، «مهم است که سوابق این مشاوره را نگه دارید» (ص ۱۰).

۸. بر اساس اطلاعات به دست آمده از سؤالات مدل، به طور معقول عمل کنید و به نفع بهترین

منافع مراجع عمل کنید. اساساً، این نکته آخر بیشتر یک خلاصه و یادآوری است که جنبه‌های زیادی برای محافظت از خود و دیگران در برابر مسئولیت قانونی وجود دارد. این موارد شامل اطمینان از انجام هر کاری است که می‌توانید قبل از دریافت «درخواست» برای حضور در دادگاه انجام دهید.

مشاور در دادگاه

سیستم دادگاه در ایالات متحده به دادگاه‌های فدرال و ایالتی تقسیم می‌شود. هر کدام الگوی مشابهی با

دادگاه‌های بدوی، دادگاه تجدیدنظر سطح میانی، و دیوان عالی کشور (دادگاه عالی) دارند (Wheeler &

Bertram, ۲۰۱۵). اکثر مشاورانی که در دادگاه حاضر می‌شوند، این کار را در سطح ایالتی انجام می‌دهند زیرا

دادگاه‌های فدرال عمدتاً به پرونده‌هایی رسیدگی می‌کنند که تحت قوانین ایالات متحده مطرح می‌شوند یا شامل شهروندان ایالت‌های مختلف هستند که مبلغ مورد اختلاف بیش از ۵۰,۰۰۰ دلار باشد.

اکثر مشاوران به دو طریق اصلی به دادگاه کشیده می‌شوند. یکی داوطلبانه است؛ دیگری حرفه‌ای: زمانی که

مشاور به عنوان شاهد متخصص (کارشناس رسمی) عمل می‌کند (Murphy, ۲۰۱۱). «شاهد متخصص

فردی عینی و بی‌طرف با دانش، مهارت یا اطلاعات تخصصی است که می‌تواند به قاضی یا هیئت منصفه در رسیدن به یک تصمیم حقوقی مناسب کمک کند» (Remley, ۱۹۹۲, p. ۳۳). کار شاهد متخصص تقریباً مانند یک معلم در دادگاه است – اطلاع‌رسانی به دادگاه، کمک به دادگاه برای حل نوعی مسئله (Remley & Wheeler, ۲۰۱۵). مشاوره‌ای که به عنوان شاهد متخصص خدمت می‌کند، برای وقت خود غرامت مالی دریافت می‌کند.

راه دیگر حضور مشاور در دادگاه از طریق حکم دادگاه (احضاریه برای حضور در دادگاه در زمان معین در رابطه با یک پرونده خاص) است. چنین احضاریه‌ای با هدف شهادت دادن مشاور به نفع یا علیه یک مراجع فعلی یا سابق صادر می‌شود. از آنجا که سیستم حقوقی **تخاصمی** (مبتنی بر تقابل طرفین دعوا) است، عاقلانه است که مشاوران قبل از پاسخ دادن به احکام دادگاه، از وکلای خود مشاوره بگیرند (Remley, ۱۹۹۱; Remley & Herlihy, ۲۰۱۶). با انجام این کار، مشاوران ممکن است قانون، روند دادرسی و گزینه‌هایی را که در پاسخ به درخواست‌های قانونی دارند، درک کنند. به عنوان مثال، پس از صدور احضاریه، مشاوران مجبور نیستند سوابق خود را ارائه دهند یا شهادت دهند تا زمانی که امتیاز محرمانگی مراجع-مشاور اسقاط (لغو) شده باشد یا دادگاه به مشاور دستور دهد «سوابق را تحویل دهد یا شهادت دهد» (Leslie, ۲۰۰۴, p. ۴۶). ایفای نقش **موقعیت‌های احتمالی** قبل از حضور در دادگاه نیز ممکن است به مشاوران کمک کند تا در چنین موقعیت‌هایی بهتر عمل کنند.

به طور کلی، در آماده‌سازی برای مواجهات قانونی، مشاوران ممکن است مطالعه برخی یا تمام ۱۲ جلد در **مجموعه حقوقی ACA** را مفید بدانند. این مجلدات، که توسط تئودور پی. رملی جونیور ویرایش شده‌اند، توسط کارشناسان حوزه مشاوره نوشته شده‌اند که یا دارای مدارک حقوقی هستند یا دانش تخصصی در مورد مسائل حقوقی مهم مانند آمادگی برای حضور در دادگاه، مستندسازی سوابق مشاوره، مشاوره با افراد زیر سن

قانونی، درک رازداری و ارتباطات محرمانه، دریافت پرداخت‌های شخص ثالث، و مدیریت یک مؤسسه مشاوره دارند.

اخلاق و قانون: دو شیوه تفکر

در پایان این فصل، باید آشکار باشد که وکلا و مشاوران تمایل دارند به روش‌های متفاوتی فکر کنند. متخصصان در این رشته‌ها عمدتاً در دو فرهنگ متفاوت زندگی می‌کنند و شیوه‌های عملی خود را بر جهان‌بینی‌های منحصر به فردی استوار می‌کنند. به همین دلیل، «منطق قوی برای در نظر گرفتن مشاوره و سیستم حقوقی از دیدگاه بین فرهنگی» وجود دارد (MacDonald, ۲۰۰۱, p. ۴۲۳ & Rowley).

برای موفقیت در یک جامعه دادخواه (قانون‌زده)، مشاوران، که بخشی از یک فرهنگ اقلیت هستند، باید با فرهنگ اکثریت، یعنی قانون، سازگار (هم‌فرهنگ) شوند. راه‌های متعددی برای دستیابی به این هدف وجود دارد، از جمله:

- آشنا شدن با عناصری که بین سلامت روان و قانون مشترک هستند؛
- درک و آمادگی برای کار با عناصری از قانون که با فرهنگ سلامت روان متفاوت است مانند درخواست اطلاعات از یک مشاور بدون مجوز مناسب؛
- بازبینی سالانه کد اخلاق ACA و سایر کدهای اخلاقی مرتبط؛
- شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم که قوانین مربوط به تخصص مشاوره فرد را مرور می‌کنند؛

- یادگیری بیشتر در مورد سیستم حقوقی از طریق سازمان‌ها و نشریاتی که رابط بین سلامت روان و سیستم حقوقی هستند (به عنوان مثال، American Psychology-Law Society News یا The Forensic Examiner)؛
 - ایجاد رابطه همکاری با یک وکیل، قاضی یا سایر شاغلین حقوقی؛
 - ایجاد رابطه با مشاورانی که در مورد دنیای حقوق آگاه است؛ و
 - مشاوره و دریافت بازخورد در مورد تصمیمات احتمالی هنگام وجود یک دوراهی اخلاقی-حقوقی (MacDonald, ۲۰۰۱, pp. ۴۲۷-۴۲۸ & Rowley).
- حتی اگر شیوه‌های تفکر ممکن است متفاوت باشند، مواقعی وجود دارد که دیدگاه‌های حقوقی و اخلاقی حتی به دلایل مختلف به نتایج مشابهی می‌رسند. چنین اتفاقی به عنوان مثال در پرونده *Bruff v. North* (Mississippi Health Services, Inc., ۲۰۰۱ رخ داده است (Herlihy, ۲۰۰۶ & Hermann). در این وضعیت، یک درمانگر به دلایلی از درمان زنی که آشکارا همجنسگرای بود و برای داشتن روابط جنسی بهتر با شریک زندگی خود درخواست کمک کرده بود، امتناع ورزید. مشاور تصور می‌کرد که فقط باید وظایفی را انجام دهد که برایش قابل قبول است و علاوه بر این، به بخش‌هایی از کد اخلاق ACA در آن زمان که به مسائل صلاحیت و مرزها می‌پرداخت، استناد کرد تا ارجاع مراجع به مشاور دیگری را توجیه کند. دادگاه به سوابق حقوقی در پرونده‌های *Romer v. Evans*, ۱۹۹۶، و *Lawrence v. Texas*, ۲۰۰۳ استناد کرد که بند حمایت برابر متمم چهاردهم قانون اساسی ایالات متحده و مغایرت قوانین ایالتی مربوط به لواط با قانون اساسی را تأیید می‌کردند. از نظر اخلاقی، «اصول اخلاقی عدالت (انصاف)، سودمندی (انجام کار

خوب)، عدم ضرررسانی (آسیب نرساندن)، و احترام به خودمختاری» (ص ۴۱۷) همگی در این مورد اعمال می‌شدند.

در پرونده‌های تا حدی مرتبط در سال ۲۰۱۰، دادگاه‌های ایالتی در جورجیا و میشیگان به ترتیب در پرونده‌های Keeton v. Anderson-Wiley و Julea Ward v. Roy Wilbanks et al دریافتند که دانشجویان

تحصیلات تکمیلی مشاوره نمی‌توانند بر اساس باورهای دینی شخصی خود از مشاوره دادن به زوج‌های همجنس امتناع کنند. برنامه‌های مشاوره مسئول پایبندی به استانداردهای اخلاقی حرفه هستند که از طریق کد اخلاق ACA بیان شده است (Francis, ۲۰۱۴; Kaplan, ۲۰۱۴ & Dugger). امتناع از مشاوره به یک مراجع بر اساس گرایش جنسی او، طبق دو رأی صادر شده توسط این دادگاه‌ها، نقض آشکار بخش عدم تبعیض در کد اخلاق ACA است.

خلاصه و نتیجه‌گیری

مشاوران مانند سایر متخصصان دارای کدهای اخلاقی تثبیت شده‌ای هستند تا آن‌ها را در عمل کمک به دیگران راهنمایی کنند. کد اخلاق ACA یکی از اسناد اصلی است که مشاوران هنگام مواجهه با دوره‌های اخلاقی با آن مشورت می‌کنند. عمل اخلاقی همیشه آسان، راحت یا واضح نیست (Johnson, ۲۰۱۵ & Barnett). در تصمیم‌گیری اخلاقی، مشاوران ممکن است به ارزش‌های شخصی خود تکیه کنند تا زمانی که این ارزش‌ها با کدهای اخلاقی در تضاد نباشند. آن‌ها همچنین می‌توانند با همکاران حرفه‌ای، کتاب‌های موارد (casebooks) و اصول مشورت کنند. ضروری است که مشاوران به خاطر رفاه خود و مراجعانشان، در حوزه اخلاق به خوبی آگاه شوند. کافی نیست که مشاوران دانش آکادمیک از اخلاق داشته باشند؛ آن‌ها باید دانش کاربردی داشته باشند و بتوانند ارزیابی کنند که خود و همکارانشان در چه سطح رشدی عمل می‌کنند.

علاوه بر این، مشاوران باید در مورد قوانین و تصمیمات حقوقی ایالتی و ملی مطلع باشند. این موارد بر نحوه کار آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت. اگر مشاوران حقوق مراجعان یا قوانین اجتماعی را نقض کنند، در معرض **دعاوی قصور (تخلف) مدنی و کیفری** قرار دارند. یکی از راه‌هایی که مشاوران می‌توانند از نظر قانونی از خود محافظت کنند، پیروی از استانداردهای اخلاقی سازمان‌های حرفه‌ای است که به آن‌ها وابسته هستند و طبق شیوه‌های عادی شناخته شده عمل کنند. مدل‌هایی برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و حقوقی وجود دارد که می‌تواند برای مشاوران مفید باشد. ضروری است که مشاوران بتوانند کاری را که انجام می‌دهند توجیه کنند. مشاوران باید همیشه **بیمه مسئولیت حرفه‌ای (بیمه تخلفات حرفه‌ای)** داشته باشند.

استانداردهای اخلاقی و کدهای حقوقی منعکس کننده شرایط فعلی هستند و **اسنادی همیشه در حال تحول** می‌باشند. بازنگری استانداردهای اخلاقی و نظرات دادگاه‌ها راه‌های اصلی تغییر این دو نهاد هستند. استانداردها و کدهای فعلی همه موقعیت‌ها را پوشش نمی‌دهند، اما کمکی فراتر از آنچه در باورها و ارزش‌های شخصی مشاوران وجود دارد، ارائه می‌دهند. همانطور که مشاوره به عنوان یک حرفه به توسعه خود ادامه می‌دهد، جنبه‌های اخلاقی و حقوقی آن احتمالاً پیچیده‌تر خواهد شد و رویه‌های اجرایی سخت‌گیرانه‌تر خواهند شد. **جهل به اخلاق و قانون هیچ عذری برای هیچ مشاور شاغلی نیست.** مهم است که مشاوران بدانند که، به استثنای موارد قابل توجه، آن‌ها متفاوت از وکلا فکر می‌کنند. بنابراین، به عنوان **فرهنگ اقلیت**، آن‌ها باید در یادگیری نحوه برخورد با مسائل حقوقی و وکلا پیشقدم شوند.

©MyCounselingLab برای مقدمه‌ای بر مشاوره

فصل سوم

مشاوره در جامعه چندفرهنگی



مرور کلی فصل

از مطالعه این فصل موارد زیر را یاد خواهید گرفت:

- فرهنگ چیست و مشاوره چندفرهنگی چیست
- مزایا، مسائل و مشکلات در مشاوره چندفرهنگی
- پیوستار فرهنگ پذیری (سازگاری فرهنگی)
- شیوع جهانی مشاوره

همانطور که مطالعه می‌کنید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- دقت یا خطای برداشت‌های شما از گروه‌های فرهنگی خاص
- راحتی و گشودگی شما در کار با مراجعانی که از نظر فرهنگی با شما متفاوت هستند
- حس خودتان از فرهنگ و اینکه چگونه شما را تعریف می‌کند
- مشاوره در فرهنگ‌های مختلف چقدر مشابه و متفاوت است

در تاریکی، زیر بارانی یکنواخت، از تپه‌های باستانی پنسیلوانیا می‌گذریم،

گپ می‌زنیم انگار دوستانی قدیمی هستیم در حالی که حقیقت این است که تنها دقایقی است یکدیگر را می‌شناسیم.

او، یک عرب تبار، من، یک آمریکایی اهل جنوب، با هم، در یک تاکسی زرد.

کلمات و لهجه‌ها را در هم می‌آمیزیم گویی سبزیجات یک سالاد هستند در حالی که ماشین‌ها در بزرگراه از کنار ما می‌گذرند بی‌خبر از آنچه در حال وقوع است.

تنها تا لحظاتی دیگر جدا خواهیم شد من با هواپیما به جنوب، به شارلوت می‌روم در حالی که او برای مسافری دیگر به پیتسبورگ باز می‌گردد

اما اکنون ما یکی هستیم واسپ - (WASP) پروتستان سفیدپوست آنگلوساکسون (متحد نظراتمان را با شور و حرارت بیرون می‌ریزیم درباره جورج بوش و اسامه بن لادن در هیاهوی (معاملات) صبحگاهی.

بازنشر از «در هیاهوی صبحگاهی»، اثر اس. تی. گلدینگ، © ۲۰۰۷ اس. تی. گلدینگ.

اثربخشی مشاوره به عوامل بسیاری بستگی دارد، اما یکی از مهم‌ترین آن‌ها این است که مشاور و مراجع بتوانند یکدیگر را درک کرده و با هم ارتباط برقرار کنند. چنین رابطه‌ای، که اغلب به آن **اتحاد درمانی** گفته می‌شود (Dunne-Bryant, ۲۰۱۵ & Leibert)، معمولاً اگر مراجع و مشاور از یک فرهنگ باشند یا از نظر باورها به یکدیگر شبیه باشند، آسان‌تر به دست می‌آید. به عنوان مثال، داده‌های مربوط به ۶۱ مراجع آمریکایی آسیایی تبار در یک مرکز مشاوره دانشگاهی نشان داد که هم تطابق قوی در باور به سبب‌شناسی مشکل و هم انتظار بالای مراجع برای موفقیت مشاوره، با **اتحاد کاری قوی مراجع-مشاور** مرتبط بود (Ahn, ۲۰۰۹ & Kim, Ng).

صرف نظر از اینکه آیا تطابق طبیعی بین مشاوران و مراجعان رخ می‌دهد یا خیر، ضروری است که مشاوران به شدت به پیشینه و نیازهای ویژه مراجعان خود حساس باشند و به همان اندازه نسبت به ارزش‌ها، سوگیری‌ها و توانایی‌های خود هشیار باشند (Atkinson, ۲۰۰۴; Brinson, ۱۹۹۶; Holiday, Davidson, ۱۹۹۴ & Leach). در غیر این صورت، مشاوران ممکن است مراجعان را اشتباه درک کرده و ناامید کنند یا حتی با تصمیم‌گیری‌های نادرست در مورد درمانشان به آن‌ها آسیب برسانند (Hays, Prosek, ۲۰۱۰ & McLeod). درک و برخورد مثبت با تفاوت‌های فرهنگی، مستلزم **توسعه خودآگاهی (از درون به بیرون)** و همچنین **توسعه آگاهی از دیگران (از بیرون به درون)** است (Okun, & Okun, Fried, ۱۹۹۹). هرگز نباید اجازه داد تفاوت‌های بین مشاوران و مراجعان بر فرآیند مشاوره تأثیر منفی بگذارد.

این فصل به جمعیت‌ها و مسائل متمایزی می‌پردازد که بر مشاوره در دنیای متنوع فرهنگی، به‌ویژه آمریکای شمالی، تأثیر می‌گذارند. «همانطور که تنوع نژادی و قومی ایالات متحده [و کانادا] همچنان در حال افزایش است، نیاز متخصصان سلامت روان به تطبیق خدمات سلامت روان خود با نیازهای جمعیت‌های فرهنگی

مختلف، بیش از پیش ضروری شده است» (Bryant, ۲۰۰۷, p. & Constantine, Hage, Kindaichi).
 (۲۴). مشاوره خنثی از نظر فرهنگی وجود ندارد.

موضوعات تحت پوشش در اینجا بر کار با مراجعانی تمرکز دارد که از نظر فرهنگی و قومی با مشاوران خود متمایز هستند. روش‌هایی که برای یک جمعیت بهترین کارایی را دارند، ممکن است برای دیگران بی‌ربط یا حتی نامناسب باشند. در واقع، «یک ویژگی خاص ممکن است در فرهنگ‌های خاصی ارزشمند و مطلوب باشد و در فرهنگ‌های دیگر مورد تحقیر قرار گرفته و به عنوان یک ضعف تلقی شود» (Harris, Thoresen, & Lopez, ۲۰۰۷, p. ۵). بنابراین، مشاوران باید یادگیرندگان مادام‌العمر و پیاده‌کنندگان مستمر روش‌های جدید و مؤثر برای کار با افرادی باشند که در فرهنگ‌های متمایز از فرهنگ خودشان قرار دارند.

مشاوره در گستره فرهنگ و قومیت

گروه‌های فرهنگی و قومی بسیاری در ایالات متحده و کانادا زندگی می‌کنند (Bailey, ۲۰۱۴ & Locke). در پیش‌بینی‌های سرشماری سال ۲۰۱۴ ایالات متحده، آمریکایی‌های اروپایی تبار (یعنی سفیدپوستان غیرهیسپانیک) بزرگترین گروه (۶۲٪) را تشکیل می‌دهند و چهار گروه متمایز دیگر - آمریکایی‌های آفریقایی تبار (۱۳٪)، سرخپوستان بومی آمریکا (۱،۰٪)، آمریکایی‌های آسیایی تبار (۵،۴٪)، و هیسپانیک‌ها/لاتین تبارها (۱۷٪) - اکثریت باقیمانده جمعیتی را تشکیل می‌دهند که گزارش کرده‌اند فقط از یک پیشینه هستند (یعنی نه از دو یا چند نژاد یا نژادی متفاوت از این پنج گروه). کسانی که گزارش می‌کنند از دو یا چند نژاد هستند، تقریباً ۲،۶٪ از جمعیت را تشکیل می‌دهند، اما انتظار می‌رود تعداد آن‌ها تا سال ۲۰۶۰ از ۸ به ۲۶ میلیون افزایش یابد و تا آن زمان ۶،۲٪ از جمعیت را تشکیل دهند (Ortman, ۲۰۱۴ & Colby). علاوه بر ارقام جمعیتی توصیف شده، آمریکایی‌های عرب تبار، گروهی کوچک اما قابل توجه، به دلیل پیوندهای

بین آمریکای شمالی و جهان عرب، درکشان مهم است. به عنوان مثال، رویدادها در افغانستان، عراق، سوریه، لیبی، مصر تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی در ایالات متحده دارند.

ترکیب جمعیتی ایالات متحده در سال ۲۰۱۴

گروه جمعیتی	درصد در سال ۲۰۱۴
سفیدپوستان (قفقازی)	۶۲٪
هیسپانیک/لاتین تبار	۱۷٪
سیاه‌پوستان (آمریکایی آفریقایی تبار)	۱۳٪
آمریکایی آسیایی تبار	۵,۴٪
سرخپوستان بومی آمریکا	۱,۰٪
دو یا چند نژادی	۲,۶٪

گروه‌های فرهنگی و قومی اقلیت که ذکر شد، همراه با جمعیت‌های متمایز متعدد دیگر، از نظر تعداد و درصد در ایالات متحده و کانادا به سرعت در حال رشد هستند و کل جمعیت اقلیت در ایالات متحده تقریباً ۳۸٪ است. غیرسفیدپوستان اکثریت ساکنان تقریباً ۱ از هر ۱۰ شهرستان در ایالات متحده را تشکیل می‌دهند و در تقریباً یک سوم از پرجمعیت‌ترین شهرستان‌های کشور اکثریت هستند. به عنوان مثال، شیکاگو اکنون آسیایی‌های

بیشتری نسبت به هونولولو دارد، واشنگتن ساکنان هیسپانیک بیشتری نسبت به ال پاسو دارد، و هیوستون از نظر جمعیت سیاه‌پوست از لس آنجلس پیشی گرفته است (Roberts, ۲۰۰۷).

عوامل متعددی بر مشاوره گروه‌های فرهنگی و قومی تأثیر می‌گذارند. تحقیقات نشان می‌دهد «مراجعاتی که مشاوران خود را پاسخگوتر از نظر فرهنگی درک می‌کنند، سطوح بالاتری از اعتماد و اتحاد و همچنین نتایج مشاوره مثبت‌تری را گزارش می‌دهند» (Owen, ۲۰۱۵, p. ۸۰ & Dewell). با این حال، حتی اگر بسیاری از مشاوران از مهارت‌های مشابهی با فرهنگ‌های اقلیت استفاده می‌کنند که با فرهنگ‌های اکثریت به کار می‌برند، واقعیت تلخ این است که بیش از ۵۰٪ از مراجعان فرهنگ اقلیت که مشاوره را شروع می‌کنند، پس از یک جلسه درمان را خاتمه می‌دهند، در مقایسه با حدود ۳۰٪ از مراجعان فرهنگ اکثریت (Sue, & Sue, ۲۰۱۶). این آمار نشان می‌دهد که، به عنوان یک قاعده، مراجعان فرهنگ اقلیت تجربیات منفی در مشاوره دارند. به عنوان یک گروه، اقلیت‌های قومی به دلیل درمانی که دریافت می‌کنند یا موفق به دریافت آن نمی‌شوند، از خدمات مشاوره کمتر استفاده می‌کنند. نتایج به ضرر این مراجعان، خانواده‌هایشان و کل جامعه عمل می‌کند.

تأمل شخصی

- به زمانی فکر کنید که توسط شخص دیگری اشتباه درک شده‌اید. چه احساسی داشتید؟ باعث شد بخواهید چه کاری انجام دهید یا در مورد آن موقعیت چه کاری انجام ندهید؟
- سپس به این فکر کنید که اگر توسط یک مشاور - متخصصی که قرار است حساس و نسبت به دیگران هشیار باشد - اشتباه درک شوید، چه احساسی خواهید داشت!

تعریف فرهنگ و مشاوره چندفرهنگی

فرهنگ را می‌توان به روش‌های مختلفی تعریف کرد. تعاریف شامل «متغیرهای قوم‌نگاری مانند قومیت، ملیت و زبان، و همچنین متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنسیت، محل سکونت و غیره، متغیرهای پایگاهی مانند پیشینه اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی و طیف وسیعی از عضویت‌ها و وابستگی‌های رسمی یا غیررسمی» است (Pedersen, ۱۹۹۰, p. ۵۵۰). فرهنگ «رفتار، افکار، ادراکات، ارزش‌ها، اهداف، اخلاقیات و فرآیندهای شناختی ما را ساختار می‌دهد» (Cohen, ۱۹۹۸, p. B۴). این کار ممکن است در سطح ناخودآگاه یا خودآگاه انجام شود.

یک تعریف گسترده از فرهنگ که هم فراگیر و هم دقیق است، عبارت است از «هر گروهی از مردم که بر اساس هدفی مشترک، نیازی مشترک یا پیشینه‌ای مشابه، خود را با یکدیگر شناسایی یا مرتبط می‌کنند» (Axelson, ۱۹۹۹, p. ۲). عناصر مشترک یک فرهنگ شامل تجربیات آموخته شده، باورها و ارزش‌ها است. این جنبه‌های یک فرهنگ «شبکه‌های معنایی» هستند که به زندگی انسجام و معنا می‌بخشند (Geertz, ۱۹۷۳). در حالی که برخی فرهنگ‌ها ممکن است خود را تا حدی بر اساس ویژگی‌های فیزیکی مشابه تعریف کنند، برخی دیگر این کار را بیشتر بر اساس تاریخ و فلسفه مشترک انجام می‌دهند، و برخی دیگر این دو را ترکیب می‌کنند. آنچه مردم به عنوان بخشی از فرهنگ و میراث خود ادعا می‌کنند همیشه آشکار نیست. با این حال، فرهنگ به دلایل متعددی در مشاوره مهم است، از جمله این واقعیت که «هویت فرهنگی مراجع، تطابق فرهنگی بین مراجع و مشاور، و سوگیری فرهنگی - بر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی تأثیر می‌گذارد» (Hays et al., ۲۰۱۰).

همانطور که کلمه «فرهنگ» چند بعدی است، اصطلاح چندفرهنگی نیز به طرق مختلفی مفهوم‌سازی شده است. هیچ توافق جهانی در مورد آنچه شامل می‌شود وجود ندارد، اگرچه نهادهای اعتباربخشی، مانند شورای اعتباربخشی مشاوره و برنامه‌های آموزشی مرتبط (CACREP)، این اصطلاح را به طور گسترده تعریف کرده‌اند.

«فقدان تعریف مشخص برای چندفرهنگی‌گرایی یک مشکل مداوم بوده است» (Middleton, Flowers, & Zawaiza, ۱۹۹۶, p. ۱۹). برجسته‌ترین کانون‌های توجه چندفرهنگی‌گرایی، منحصر به فرد بودن گروه‌های متمایز و مفاهیمی است که توجه به تفاوت‌های فردی را تسهیل می‌کند (Locke, ۱۹۹۸).

بنابراین، مشاوره چندفرهنگی را می‌توان به طور کلی به عنوان مشاوره‌ای در نظر گرفت «که در آن مشاور و مراجع با هم تفاوت دارند» (Locke, ۱۹۹۰, p. ۱۸). این تفاوت‌ها ممکن است نتیجه اجتماعی شدن به روشی فرهنگی منحصر به فرد، رویدادهای زندگی رشدی یا تروماتیک، یا محصول بزرگ شدن در یک محیط قومی خاص باشد. بحث در زمینه مشاوره چندفرهنگی این است که تفاوت‌ها چقدر باید گسترده تعریف شوند. از یک سو، برخی طرفداران از آنچه به عنوان دیدگاه اِتیک (etic perspective) شناخته می‌شود، حمایت می‌کنند و بیان می‌دارند که ویژگی‌های جهانی در مشاوره وجود دارد که از نظر فرهنگی قابل تعمیم هستند. از سوی دیگر، دیدگاه اِمیک (emic perspective) فرض می‌کند که رویکردهای مشاوره باید به گونه‌ای طراحی شوند که از نظر فرهنگی خاص باشند.

«رویکرد اِتیک را می‌توان به دلیل در نظر نگرفتن تفاوت‌های فرهنگی مهم مورد انتقاد قرار داد. رویکرد اِمیک را می‌توان به دلیل تأکید بیش از حد بر تکنیک‌های خاص به عنوان وسیله‌ای برای تغییر مراجع مورد انتقاد قرار داد» (Fischer, Jome, & Atkinson, ۱۹۹۸, p. ۵۷۸). برخی از متخصصان سعی کرده‌اند عناصر مشترکی را که این دو رویکرد به اشتراک می‌گذارند، بیابند. به عنوان مثال، Fischer و همکاران (۱۹۹۸) چهار شرط مشترک برای هر نوع درمان مشاوره‌ای را پیشنهاد کرده‌اند:

- رابطه درمانی،

- جهان‌بینی مشترک بین مراجع و مشاور،

- انتظارات مراجع برای تغییر مثبت، و
- مداخلاتی که هم مراجع و هم مشاور معتقدند وسیله‌ای برای بهبودی هستند (ص ۵۳۱).

تعریف	دیدگاه
ویژگی‌های جهانی قابل تعمیم فرهنگی در مشاوره وجود دارد.	اتیک (Etic)
رویکردهای مشاوره باید به طور خاص برای هر فرهنگ طراحی شوند.	امیک (Emic)

دو دیدگاه چندفرهنگی

با این حال، این پیشنهاد تنها حمایت محدودی دریافت کرده است. بنابراین، در قرن بیست و یکم، تعریف مشاوره چندفرهنگی همچنان مورد بحث است. کسانی هستند که بیشتر فراگیر هستند و کسانی که بیشتر انحصاری هستند. در این فصل، چندفرهنگی‌گرایی با استفاده از رویکرد امیک مورد بررسی قرار خواهد گرفت که باید با عوامل تنوع (که در فصل بعد پوشش داده می‌شوند) ترکیب شود. برای درک واقعی مراجعان، مشاوران باید بدانند که افرادی که در مقابل آن‌ها نشسته‌اند، پیچیده و چند وجهی هستند. بنابراین، ترکیب عوامل فرهنگی و تنوع به عنوان بخشی از درک، ضروری است.

تاریخچه مشاوره چندفرهنگی

اگرچه تعدادی از محققان قبلاً به محدودیت‌های فرهنگی مشاوره اشاره کرده بودند، گیلبرت رن (Gilbert Wrenn) (۱۹۶۲b) اولین متخصص برجسته‌ای بود که توجه را به جنبه‌های منحصر به فرد مشاوره با افراد از فرهنگ‌های مختلف جلب کرد. در یک اثر برجسته، او مشاور محصور فرهنگی را به عنوان کسی توصیف کرد که تفاوت‌های فرهنگی را نادیده می‌گیرد و تحت این فرض اشتباه کار می‌کند که نظریه‌ها و تکنیک‌ها به طور یکسان برای همه افراد قابل اجرا هستند. چنین مشاوره‌ی نسبت به تجربیات واقعی مراجعان از پیشینه‌های فرهنگی، نژادی و قومی مختلف بی‌تفاوت است و بنابراین ممکن است با رفتار یکسان با همه، علیه برخی افراد تبعیض قائل شود. کلمونت وونترس (Clemmont Vontress) (۱۹۶۶، ۱۹۶۷، ۱۹۹۶) نیز از پیشگامان اولیه فعال در تعریف فرهنگ و نشان دادن چگونگی تأثیر آن بر روابط مشاوره‌ای بود. در سال ۱۹۷۳، پاول پدرس (Paul Pedersen) ریاست یک پنل در مورد مشاوره چندفرهنگی را در کنوانسیون سالانه APA بر عهده داشت و بعداً با همکارانش در سال ۱۹۷۶ اولین کتاب را به طور خاص در این زمینه با عنوان مشاوره در گستره فرهنگ‌ها (Counseling Across Cultures) منتشر کرد. این کتاب اکنون در ویرایش ششم خود قرار دارد (Scharron-del Rio, ۲۰۱۶ & Pedersen, Lonner, Draguns, Trimble). از آن زمان، نشریات و کارگاه‌های متعدد دیگری جنبه‌های مختلف مشاوره چندفرهنگی را برجسته کرده‌اند.

تاریخچه ارائه خدمات مشاوره برای جمعیت‌های متمایز فرهنگی در ایالات متحده نسبتاً کوتاه و ناهموار است (Arredondo, ۱۹۹۸). به عنوان مثال، در یک نظرسنجی از کارشناسان این حوزه، Ponterotto و Sabnani (۱۹۸۹) دریافتند که «تنها ۸٫۵٪ از کتاب‌هایی که بیشترین استناد را در این زمینه داشته‌اند [قبل از سال ۱۹۷۰ منتشر شده‌اند]» (ص ۳۵). در واقع، تمرکز مشاوره چندفرهنگی در تاریخ نسبتاً کوتاه خود از تأکید بر مراجع (دهه ۱۹۵۰)، به مشاور (دهه ۱۹۶۰)، به کل فرآیند مشاوره (دهه ۱۹۷۰ تا کنون) تغییر کرده است.

در اواخر دهه ۱۹۸۰، مشاوره چندفرهنگی به عنوان «داغ‌ترین موضوع در حرفه» توصیف شد (Lee, ۱۹۸۹, p. ۱۶۵). در طول دهه ۱۹۹۰ و تا قرن بیست و یکم، این موضوع «داغ» باقی مانده است و افزایش قابل توجهی در مجلات مشاوره‌ای وجود دارد که بر مسائل چندفرهنگی از دیدگاهی اکتشافی و رشدی، به جای دیدگاه آسیب‌شناختی، تمرکز دارند (Tovar-Gamero, ۲۰۰۵ & Arredondo, Rosen, Rice, Perez). در واقع، مسائل چندفرهنگی در مشاوره اکنون ۱۲٪ از مقالات کمی منتشر شده در مجله شاخص انجمن مشاوره آمریکا، مجله مشاوره و توسعه (Journal of Counseling and Development) را تشکیل می‌دهند، که تنها کمی کمتر از موضوع پیشرو منتشر شده در مجله، یعنی مسائل شغلی/تحصیلی با ۱۴٪ است (Nisson, Love, Taylor & Slusher, ۲۰۰۷). به همین دلیل است که مشاوره چندفرهنگی اغلب «نیروی چهارم» نامیده می‌شود - پس از روانکاوی، رفتارگرایی و مفاهیم انسان‌گرایانه مشاوره.

مشاوره چندفرهنگی به عنوان یک نیروی اصلی در مشاوره، حرفه را به طرق مختلفی تغییر داده است (Heckman, ۲۰۰۸ & D'Andrea). چهار مورد به طور خاص مرتبط هستند. اولی با «توصیف تفاوت‌های بین گروهی است که معمولاً در میان افراد در گروه‌های نژادی/قومی/فرهنگی مختلف ظاهر می‌شود». دومی با روشن کردن «تفاوت‌های روان‌شناختی درون گروهی است که به طور معمول در میان افراد در همان گروه‌های نژادی/فرهنگی ظاهر می‌شود». تغییر سوم «معرفی مدل‌های نظری اضافی است که چند بعدی بودن رشد انسانی را برجسته می‌کند» (ص ۳۵۶). در میان این‌ها، یک مدل مخفف برای ارزیابی مؤلفه‌های فرهنگی یک مراجع وجود دارد: **چارچوب مشاوره RESPECTFUL** (R = مسائل مذهبی/معنوی، E = مسائل طبقه اقتصادی، S = مسائل هویت جنسی، P = مسائل رشد روانی، E = مسائل هویت قومی/نژادی، C = مسائل مربوط به سن (گاهشماری)، T = تروما و تهدیدات علیه بهزیستی، F = مسائل خانوادگی، U = مسائل جسمانی منحصر به فرد، L = زبان و مسائل مربوط به محل سکونت) (Daniels, ۲۰۰۱ & D'Andrea). در نهایت، شایستگی‌های حرفه‌ای جدیدی وجود دارد که مشاوران باید برای کار مؤثر و اخلاقی در یک جامعه متنوع فرهنگی کسب کنند.

برجسته‌ترین سندی که این شایستگی‌ها را مشخص می‌کند، شایستگی‌های مشاوره چندفرهنگی و عدالت اجتماعی (MSJCC) است (McCullough, ۲۰۱۵ & Ratts, Singh, Nassar-McMillan, Butler) که شایستگی‌های مشاوره چندفرهنگی (MCC) توسعه یافته توسط Sue, Arredondo و McDavis (۱۹۹۲) را بازنگری کرده است. MSJCC چارچوبی را برای مشاوران ارائه می‌دهد تا شایستگی‌های چندفرهنگی و عدالت اجتماعی را در سه حوزه مشاوره پیاده کنند: نظریه‌ها، شیوه‌های عملی و پژوهش. حوزه‌های رشدی در MSJCC لایه‌های مختلفی را منعکس می‌کنند که منجر به شایستگی چندفرهنگی و عدالت اجتماعی می‌شود. این لایه‌ها عبارتند از: (الف) خودآگاهی مشاور، (ب) جهان‌بینی مراجع، (ج) رابطه مشاوره‌ای، و (د) مداخلات مشاوره‌ای و حمایتی (وکالتی). MSJCC این واقعیت را در نظر می‌گیرد که مراجعان و مشاوران دارای امتیاز و همچنین مراجعان و مشاوران به حاشیه رانده شده وجود دارند.

تغییرات ایجاد شده توسط مشاوره چندفرهنگی
۱. توصیف تفاوت‌های بین گروهی در جمعیت‌های فرهنگی
۲. توصیف تفاوت‌های درون گروهی در جمعیت‌های فرهنگی
۳. معرفی مدل‌های نظری اضافی که چند بعدی بودن رشد انسانی را برجسته می‌کنند.
۴. معرفی شایستگی‌های حرفه‌ای جدید (مانند MSJCC) که مشاوران برای کار مؤثر و اخلاقی در جامعه‌ای متنوع فرهنگی نیاز دارند.

انجمن مشاوره و توسعه چندفرهنگی (AMCD): <http://www.multiculturalcounseling.org/>

بخشی در انجمن مشاوره آمریکا (ACA)، عمدتاً به تعریف و رسیدگی به مسائل و نگرانی‌های مربوط به مشاوره در گستره فرهنگ‌ها در ایالات متحده اختصاص دارد. این بخش که در ابتدا به عنوان انجمن نگرانی‌های غیرسفیدپوستان در امور پرسنلی و راهنمایی (ANWC) شناخته می‌شد، در سال ۱۹۷۲ بخشی از ACA شد (Lipscomb, ۱۹۸۵ & McFadden). این انجمن فصلنامه‌ای با عنوان

مجله مشاوره و توسعه چندفرهنگی (Journal of Multicultural Counseling and Development)

منتشر می‌کند که به مسائل مربوط به مشاوره در جامعه‌ای کثرت‌گرای فرهنگی می‌پردازد.

AMCD همچنین آموزش‌هایی را برای کمک به مشاوران در درک شایستگی‌های چندفرهنگی و عدالت اجتماعی مورد نیاز در کار با مراجعان از پیشینه‌های غیراروپایی حمایت مالی کرده است.

AMCD، با همکاری ACA، به طور منظم کنفرانس‌ها و جلساتی را برای رسیدگی به مشکلات واقعی یا درک شده مربوط به روابط مشاوره‌ای شامل مراجعان و مشاوران از گروه‌های فرهنگی مختلف برگزار می‌کند. تمرکز چنین آموزش‌هایی کمک به مشاوران برای کسب **تخصص فرهنگی** (اثر بخشی در بیش از یک فرهنگ) و **قصدمندی فرهنگی** (آگاهی از تفاوت‌های فردی در هر فرهنگ) است. نیاز به چنین تلاش‌های آموزشی به دلیل تغییرات جمعیتی در آمریکای شمالی و جهان و به دلیل آموزش محدود و کلی در مشاوره چندفرهنگی که بسیاری از مشاوران دریافت کرده‌اند، همچنان زیاد است. Sue و Sue (۲۰۱۶) پیشنهاد می‌کنند که برای تسهیل شایستگی فرهنگی، مربیان باید:

۱. به داستان‌ها گوش دهند و نسبت به آن‌ها گوشوده باشند.
 ۲. گروه‌های [فرهنگی] را درک کنند و یادگیری کتابی را با یادگیری تجربی تکمیل کنند.
 ۳. خود را به عنوان یک موجود نژادی و فرهنگی کاوش کنند.
 ۴. هنگامی که به عنوان یک مربی احساسات شدیدی را تجربه می‌کنند، آن را بپذیرند.
 ۵. در صورت لزوم، با استفاده از گفتگوی جستجوگرانه، مخالفت و عدم توافق کنند.
- Sheely-Moore و Kooyman (۲۰۱۱) همچنین «استراتژی‌هایی برای حمایت اجتماعی و توسعه مهارت‌ها» را در عرصه چندفرهنگی توصیه می‌کنند. به طور خاص، آن‌ها از **پیش کشیدن (broaching)** حمایت می‌کنند (که در آن مشاور به ارتباط فرهنگ گوش می‌دهد و مسائلی را که به طور صریح به عنوان

بخشی از مسئله ارائه شده مراجع تأثیر می‌گذارند، معرفی می‌کند). ایفای نقش، مصاحبه‌ها و برنامه‌های اقدام اجتماعی نیز بخشی از استراتژی‌های آن‌ها برای مهارت‌سازی هستند.

مشکلات در مشاوره چندفرهنگی

در حالی که مشاوره چندفرهنگی بخشی شریف و ضروری از مشاوره است، یکی از مشکلات این فرآیند اندازه‌گیری است. به عنوان مثال، Hays (۲۰۰۸) ابزارهایی را که برای اندازه‌گیری شایستگی‌های مشاوره چندفرهنگی، همانطور که ابتدا توسط Sue و همکاران (۱۹۹۲) مطرح شد، استفاده می‌شوند، مرور کرده است. تحقیقات او ابزارهای ارزیابی فردی و برنامه‌ای را در نظر گرفت. به طور کلی، به نظر می‌رسد ارزیابی‌های فعلی حمایت آماری کمی دارند، ممکن است سازه‌های متفاوتی را اندازه‌گیری کنند حتی اگر از برجسب‌های مشابهی استفاده کنند، و ممکن است بیش از هر چیز دیگری خودکارآمدی مشاوره چندفرهنگی را ارزیابی کنند. بنابراین، پیچیدگی بیشتری در اندازه‌گیری شایستگی‌های مشاوره چندفرهنگی مورد نیاز است.

Smith و Vasquez (۱۹۸۵) هشدار می‌دهند که مهم است تفاوت‌هایی را که از پیشینه‌های فرهنگی ناشی می‌شوند از آن‌هایی که نتیجه فقر یا وضعیت محرومیت هستند، متمایز کنیم. عدم ایجاد این تمایز می‌تواند منجر به فرهنگی‌سازی افراطی (overculturalizing) شود: «اشتباه گرفتن واکنش‌های مردم به فقر و تبعیض با الگوی فرهنگی آنها» (ص ۵۳۳). در ایالات متحده، «افراد رنگین‌پوست در میان آمریکایی‌هایی که در فقر زندگی می‌کنند، نسبت به نسبتشان در جمعیت عمومی، بیش از حد نمایندگی می‌شوند» (Smith, Chaney, ۲۰۰۸, p. ۳۰۴ & Foley).

مشکل فرهنگی‌سازی افراطی با مشکل سوم پایداری ترکیب می‌شود: **الگوهای زبانی**. اگر زبان اصلی مراجع انگلیسی نباشد، هم گفته‌های کلامی و هم رفتارهای غیرکلامی ممکن است توسط مشاوران خارج از فرهنگ

خود مراجع اشتباه درک شوند. چنین وضعیتی ممکن است زمانی رخ دهد که مشاوران غرق در سنت‌های یک کشور یا منطقه سعی می‌کنند با افرادی از جمعیت‌های مهاجر کار کنند.

نژادپرستی چهارمین حوزه مشکل‌ساز در کار در گستره فرهنگ‌ها است (Utsey, Ponterotto, &

Porter, ۲۰۰۸). نژادپرستی یک عمل ظالمانه است که توسط آن یک فرهنگ اکثریت، قدرت و امتیاز

خود را بر گروه‌های غیرمسلط اعمال می‌کند. «اشکال نژادپرستی بر اساس زمینه متفاوت است و هم در

سطح خرد (فردی) و هم در سطح کلان (ساختاری/اجتماعی) وجود دارد» (Schaeffle, ۲۰۱۵, & Malott

p. ۳۶۱). این نوع تعصب ممکن است به روش‌های آشکار یا پنهان نمایش داده شود. صرف نظر از این، همه

کسانی را که در آن شرکت می‌کنند، تحقیر می‌کند. اساساً، نژادپرستی نوعی فرافکنی است که معمولاً از روی ترس یا جهل نمایش داده می‌شود.

مشکل نهایی در مشاوره چندفرهنگی، فرهنگ‌پذیری (acculturation) است، «فرآیندی که طی آن

گروهی از مردم روش‌های قدیمی را کنار گذاشته و روش‌های جدیدی را اتخاذ می‌کنند» (Romero, Silva,

& Romero, ۱۹۸۹, p. ۴۹۹). در فرآیند فرهنگ‌پذیری، افراد به طور همزمان تحت تأثیر عناصر دو

فرهنگ متمایز تا حدی قرار می‌گیرند. این فرآیند آسان نیست، و تحقیقات نشان‌دهنده مشکلاتی در تلاش برای

ایجاد تعادل بین ارزش‌های متضاد دو فرهنگ مختلف است، از جمله «استرس روانی، احساس گناه، بی‌تفاوتی،

افسردگی، بزهکاری، رنجش، سردرگمی، و عزت نفس پایین» (Hwang, ۲۰۰۰, p. ۴۲۵ & Yeh). بنابراین،

بسیار مهم است که بدانیم مراجعان در کجای پیوستار فرهنگ‌پذیری قرار دارند تا خدمات مناسبی به آن‌ها ارائه

شود (Thomas, ۱۹۹۸ & Weinrach). هر یک از این مشکلات در مشاوره چندفرهنگی باید شناسایی،

درک و با همدلی حل شوند تا مشاوران بتوانند با مراجعانی که با آن‌ها متفاوت هستند، مؤثر باشند (Ridley,

۲۰۰۵).

حوزه‌های مشکل‌ساز در کار در گستره فرهنگ‌ها
اندازه‌گیری
فرهنگی‌سازی افراطی
زبان
نژادپرستی
فرهنگ‌پذیری (سازگاری فرهنگی)

مثال موردی

مِری و مِی‌فلاور

مِری به میراث قوی نیوانگلندی خود افتخار می‌کرد و حق هم داشت. خانواده او در ابتدا با کشتی می‌فلاور آمده بودند و اجدادش کمک‌های قابل توجهی به جامعه کرده بودند. با این حال، مِری مشکلی داشت. او آنقدر شیفته گذشته خانواده‌اش بود که به واقعیت کنونی پاسخ نمی‌داد. این موضوع زمانی آشکار شد که مِری اولین مراجع هیسپانیک خود، ماریا، را در مطب خصوصی‌اش در حومه بوستون دید.

مِری در ابتدا از لهجه ماریا ناراحت شد، اما وقتی متوجه شد که مراجعش به «فرهنگ خارجی» خود افتخار می‌کند، حتی بیشتر ناراحت شد. به زودی مِری خود را در یک نبرد روانی با ماریا بر سر اینکه فرهنگ چه کسی «بهتر» است، یافت. مشاوره در پس‌زمینه درگیری قرار گرفت.

- به نظر شما مِری در این موقعیت به جز مسیری که انتخاب کرد، باید چه کاری انجام می‌داد؟
- اشکال درگیر شدن در رقابت فرهنگی چیست؟

مسائل در مشاوره چندفرهنگی

یک مسئله اصلی مورد نگرانی برای برخی مشاوران چندفرهنگی در ایالات متحده، به‌ویژه آن‌هایی که دیدگاه امیک دارند، سلطه نظریه‌های مبتنی بر ارزش‌های فرهنگی اروپایی/آمریکای شمالی است. برخی از باورهای غالب اروپایی‌ها/آمریکایی‌های شمالی عبارتند از: ارزش افراد، رویکرد عمل‌گرا به حل مسئله، اخلاق کاری، روش علمی، و تأکید بر برنامه‌های زمانی انعطاف‌ناپذیر (Axelson, ۱۹۹۹). یکی از معایب این ارزش‌ها در مشاوره این است که نظریه‌هایی که حول آن‌ها ساخته شده‌اند ممکن است همیشه برای مراجعان از سنت‌های فرهنگی دیگر قابل اجرا نباشند (Ivey, ۱۹۹۱; Sue, ۱۹۹۲ & Lee, ۲۰۱۳; Nwachuku). اگر این واقعیت شناخته نشود و به آن پرداخته نشود، ممکن است سوگیری و شکست در روابط مشاور-مراجع رخ دهد (Pedersen, ۱۹۸۷).

مسئله دوم در مشاوره چندفرهنگی، حساسیت به فرهنگ‌ها به طور کلی و به طور خاص است. Pedersen (۱۹۸۲) معتقد است که برای مشاوران ضروری است که در سه زمینه به فرهنگ‌ها حساس باشند:

۱. دانش از جهان‌بینی مراجعان با فرهنگ متفاوت،
۲. آگاهی از جهان‌بینی شخصی خود و اینکه چگونه فرد محصول شرطی‌سازی فرهنگی است، و

۳. مهارت‌های لازم برای کار با مراجعان با فرهنگ متفاوت.

این سه حوزه توسط AMCD به عنوان مبنایی برای توسعه شایستگی‌های مشاوره چندفرهنگی در سال ۱۹۹۲ و برای عملیاتی کردن آن‌ها و سپس بازنگری آن‌ها در سال ۲۰۱۵ برای گنجاندن عدالت اجتماعی استفاده شده است (Arredondo et al., ۱۹۹۶; Ratts et al., ۲۰۱۵). پیش از این توسعه، Pedersen (۱۹۷۷)، (۱۹۷۸) یک مدل سه‌گانه (**triad model**) را برای کمک به مشاوران در دستیابی به درک عمیق‌تری از فرهنگ‌ها به طور کلی توسعه داد. چهار حوزه در این مدل عبارتند از: «بیان مشکل از دیدگاه فرهنگی مراجع؛ پیش‌بینی مقاومت از سوی مراجع با فرهنگ متفاوت؛ کاهش حالت تدافعی با مطالعه پاسخ‌های تدافعی خود کارآموز؛ و یادگیری مهارت‌های بازبایی برای رهایی از مشکل هنگام مشاوره با افراد با فرهنگ متفاوت» (۱۹۷۸، ص ۴۸۱). در این مدل، یک ضد-مشاور (**anticounselor**)، که مانند یک خودِ دیگر (**alter ego**) عمل می‌کند و عمداً سعی می‌کند خرابکار باشد، با یک مشاور و یک مراجع در یک جلسه ویدئویی کار می‌کند. تعامل و بازخورد ایجاد شده از طریق این فرآیند به شکستن موانع و تقویت درک و حساسیت بیشتر در مشاوران کمک می‌کند (Scott, ۱۹۹۲ & Parker, Archer).

مدل دیگری برای درک فرهنگ‌های خاص توسط Ivey و Nwachuku (۱۹۹۱) ابداع شده است. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که مشاوران ابتدا یک فرهنگ و ارزش‌های آن را مطالعه کنند قبل از اینکه سعی کنند نظریه‌ای را برای تناسب با یک مراجع خاص تطبیق دهند. نقطه شروع در دستیابی به این هدف، مشاهده فیلم‌های محبوب متمرکز بر تنوع در مورد فرهنگ‌های خاص است. Atkinson و Pinterits (۱۹۹۸) برخی از فیلم‌هایی را فهرست می‌کنند که می‌توانند به مشاوران در درک فرهنگ‌های مختلف و تجربه مسائل درون این فرهنگ‌ها به طور نیابتی کمک کنند.

مسئله سوم در مشاوره چندفرهنگی، درک چگونگی عملکرد سیستم‌های فرهنگی و تأثیر آن‌ها بر رفتارها است. مشاورانی که دانش و آگاهی را از درون سیستم فرهنگی به دست آورده‌اند، احتمالاً در کمک به اعضای یک گروه فرهنگی خاص مهارت بیشتری دارند. این مشاوران قادرند جهان‌بینی خاصی را با مراجعان به اشتراک بگذارند، مداخلات ماهرانه و مناسبی انجام دهند، و در عین حال حس یکپارچگی شخصی خود را حفظ کنند. این نوع حساسیت فرهنگی نیازمند «مشارکت فعال از سوی متخصص» از جمله خودآگاهی است (Brinson, ۱۹۹۶, p. ۲۰۱).

- مسئله چهارم در مشاوره چندفرهنگی، ارائه خدمات مشاوره مؤثر در گستره فرهنگ‌ها است. Sue (۱۹۷۸) پنج راهنما را برای مشاوره مؤثر در گستره فرهنگ‌ها ایجاد کرد که هنوز هم قابل اجرا هستند:
۱. مشاوران ارزش‌ها و باورهای را که در مورد رفتار انسانی قابل قبول و مطلوب دارند، تشخیص می‌دهند. سپس قادرند این درک را در احساسات و رفتارهای مناسب ادغام کنند.
 ۲. مشاوران از ویژگی‌های فرهنگی و عمومی نظریه‌ها و سنت‌های مشاوره آگاه هستند. هیچ روش مشاوره‌ای کاملاً عاری از فرهنگ نیست.
 ۳. مشاوران محیط اجتماعی-سیاسی را که بر زندگی اعضای گروه‌های اقلیت تأثیر گذاشته است، درک می‌کنند. افراد محصول محیطی هستند که در آن زندگی می‌کنند.
 ۴. مشاوران قادرند جهان‌بینی مراجعان را به اشتراک بگذارند و مشروعیت آن را زیر سؤال نبرند.
 ۵. مشاوران در عمل مشاوره واقعاً التقاطی هستند. آن‌ها قادرند از طیف گسترده‌ای از مهارت‌های مشاوره استفاده کنند و تکنیک‌های مشاوره خاصی را برای سبک‌های زندگی و تجربیات خاص به کار گیرند.

مسئله نهایی در مشاوره چندفرهنگی، توسعه و به کارگیری نظریه‌های مشاوره است. سوگیری فرهنگی (تمایل به برتر دانستن فرهنگ خود نسبت به دیگران) در مشاوران اکثریت و اقلیت وجود دارد (Wendel, ۱۹۹۷) و در گذشته به نظریه‌ها و شیوه‌های مشاوره سرایت کرده است. برای مقابله با نظریه‌های مشاوره محدود فرهنگی و سوگیری، و برای کمک به فراتر رفتن از محدودیت‌های فرهنگی، McFadden (۱۹۹۹) و تعدادی از مربیان برجسته مشاوره راه‌هایی را برای غلبه بر ایده‌ها و روش‌هایی که قبل از هرگونه آگاهی از نیاز به مشاوره چندفرهنگی توسعه یافته بودند، ابداع کرده‌اند. مدل McFadden یک دیدگاه فرا-فرهنگی (transcultural perspective) است که بر سه بعد اصلی تمرکز دارد که مشاوران باید بر آن‌ها مسلط شوند. آن‌ها عبارتند از:

- **بعد فرهنگی-تاریخی**، که در آن مشاوران باید دانش فرهنگ مراجع را داشته باشند؛
 - **بعد روانی-اجتماعی**، که در آن مشاوران باید عملکرد، گفتارها و رفتارهای گروه قومی، نژادی و اجتماعی مراجع را درک کنند تا بتوانند به طور معناداری ارتباط برقرار کنند؛ و
 - **بعد علمی-ایدئولوژیک**، که در آن مشاوران باید از رویکردهای مشاوره مناسب برای مقابله با مشکلات مربوط به محیط‌های منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی استفاده کنند.
- توضیحات نظریه‌های موجود و کاربرد آن‌ها برای جمعیت‌ها و مشکلات خاص نیز رایج شده است (به عنوان مثال، Corsini, ۲۰۱۴ & Vontress, ۱۹۹۶; Wedding). مشاوره وجودی (اگزیستانسیال) یکی از این رویکردهاست که، مانند دیدگاه فرا-فرهنگی McFadden، کل نگر و قابل اجرا در «همه فرهنگ‌ها و گروه‌های اجتماعی-اقتصادی» است (Epp, ۱۹۹۸, p. ۷). به عنوان یک رویکرد نظری، به معنا و روابط انسانی و مسائل غایی زندگی و مرگ می‌پردازد.

توسعه هیجان‌انگیز دیگر در مشاوره چندفرهنگی، تأکید مجدد بر نظریه‌هایی است که به طور خاص برای فرهنگ‌های مختلف طراحی شده‌اند (Lee, ۲۰۱۳). به عنوان مثال، روان‌درمانی‌های سنتی آسیایی، که بیش از ۳۰۰۰ سال وجود داشته‌اند، اخیراً در غرب محبوبیت بیشتری پیدا کرده‌اند (Walsh, ۲۰۰۰). بسیاری از این سنت‌ها بر سلامت و رشد وجودی و فراشخصی به جای آسیب‌شناسی تأکید دارند و از تکنیک‌هایی مانند مدیتیشن و یوگا استفاده می‌کنند. آن‌ها چه به تنهایی و چه در ترکیب با رویکردهای دیگر، تأثیر مفیدی بر بهزیستی و رشد روانی دارند.

مسائل در مشاوره چندفرهنگی
۱. باورهای غالب در مشاوره اروپایی‌ها/آمریکایی‌های شمالی (مثلاً ارزش فرد)
۲. حساسیت به فرهنگ - به طور کلی و به طور خاص (دانش، آگاهی، مهارت‌ها)
۳. درک چگونگی عملکرد سیستم‌های فرهنگی و تأثیر آن‌ها بر رفتار
۴. ارائه خدمات مشاوره مؤثر در گستره فرهنگ‌ها
۵. توسعه و به کارگیری نظریه‌های مشاوره مناسب

مثال موردی

دانش‌کیتی

کِیتی خیلی زود یاد می‌گرفت. ذهنش مانند یک ماشین در ارزیابی و حل یک وظیفه عمل می‌کرد. بنابراین، فکر می‌کرد مهارت‌های فکری بالای او به خوبی در کمک به مراجعانش، زمانی که مشاور شد، به کار خواهد آمد. با چند مراجع اولش، دقیقاً همین اتفاق افتاد.

با این حال، مراجع بعدی او از جهات مختلفی از نظر فرهنگی با کِیتی متفاوت بود. خوشبختانه، کِیتی خوب گوش داد و به نظر می‌رسید جهان‌بینی مراجع را درک کرده است. اما پس از آن، احساس کرد گیر کرده است و جلسه به جایی نمی‌رسد.

- وضعیت کِیتی در مورد قدرت دانش و درک فکری به شما چه می‌گوید؟
- برای اینکه کِیتی از نظر فرهنگی شایسته‌تر شود، چه پیشنهادی به او می‌دهید؟

ملاحظات مشاوره با گروه‌های فرهنگی خاص

علاوه بر دستورالعمل‌های کلی برای کار با مراجعان دارای تفاوت فرهنگی، مشاوران باید هنگام کار با گروه‌های فرهنگی خاص، برخی ملاحظات کلی را نیز در نظر داشته باشند. در بررسی این ملاحظات، حیاتی است که مشاوران به خود یادآوری کنند که هر فردی، مانند هر جلسه مشاوره، منحصر به فرد است. در مشاوره با افراد از سنت‌های فرهنگی خاص، تفاوت‌های درون‌گروهی بیشتر از تفاوت‌های بین‌گروهی است (اتکینسون، ۲۰۰۴؛ سوارتز-کولستاد و مارتین، ۱۹۹۹). بنابراین، دانستن یک سنت فرهنگی تنها بخشی از اطلاعاتی است که مشاوران برای مؤثر بودن به آن نیاز دارند. آن‌ها باید به همان اندازه برای شناخت مراجعان، مشکلات و خودشان تلاش کنند.

مشاورانی که از فرهنگ‌های اقلیت هستند، در بررسی خودشان، باید آگاه باشند که ممکن است «خصوصیت تاریخی» را در سطح آگاهانه یا ناخودآگاه نسبت به اعضای فرهنگ‌های اکثریت در خود جای داده باشند (وندل، ۱۹۹۷). آن‌ها همچنین باید آگاه باشند که به دلیل وضعیت اقلیتی خود در یک جامعه، علاوه بر هویت شخصی، یک هویت نژادی درون‌گروهی نیز توسعه داده‌اند که به عنوان **رشد هویت نژادی اقلیت (MRID)** شناخته می‌شود. MRID تحت تأثیر محیط‌های اجتماعی-سیاسی تاریخی و معاصر است که گروه‌های فرهنگی اقلیت در آن زندگی می‌کنند (وارنر، ۲۰۰۹). رشد آن زمانی سازنده‌تر است که از هویت‌یابی با فرهنگ اکثریت و انطباق با آن، به سمت شناخت یگانگی میراث فرهنگی خود پیشرفت کند. در چنین حرکتی، درک عمیق‌تری از پیامدهای نژاد برای همه مردم، همراه با تعهد به بهبود زندگی همگان، توسعه می‌یابد.

در طرف مقابل، مشاوران از فرهنگ‌های اکثریت ممکن است نگرش‌های برتری‌جویی و امتیاز داشته باشند. در جامعه آمریکا، چنین امتیازی مبتنی بر رنگ پوست است و معمولاً به آن **امتیاز سفیدپوستی (White privilege)** گفته می‌شود. این پاداشی است که مبتنی بر شایستگی نیست و اغلب توسط کسانی که آن را دارند نادیده گرفته می‌شود، که می‌تواند باعث شود آن‌ها نسبت به کسانی که مانند خودشان نیستند، بی‌توجه یا متعصب باشند. مرتبط با این امتیاز در ایالات متحده، اما متضاد آن، **رشد هویت نژادی سفیدپوستان (White racial identity development)** است. این مدل، حرکت رشدی افراد با پوست سفید را از طریق یک فرآیند مرحله‌ای به سمت یک هویت سفیدپوست غیرنژادپرست پیشنهاد می‌کند (موداک و شپریس، ۲۰۰۹). تمام مدل‌های هویتی ذکر شده در اینجا هنوز در حال تحقیق و پالایش هستند، اما نکات آن‌ها به خوبی بیان شده است و باید هنگام بررسی گروه‌های قومی مختلف در نظر گرفته شوند: اروپایی-آمریکایی‌ها، آفریقایی-آمریکایی‌ها، اسپانیایی‌تبارها/لاتین‌تبارها، آسیایی-آمریکایی‌ها، بومیان آمریکایی (سرخپوستان) و عرب-آمریکایی‌ها.

اروپایی-آمریکایی‌ها (European Americans)

پیشینه اروپایی-آمریکایی‌ها. به عنوان یک گروه، اروپایی-آمریکایی‌ها جمعیتی متنوع هستند. تنها در ایالات متحده «۵۳ دسته اروپایی-آمریکایی وجود دارد» (باروت و منینگ، ۲۰۱۲، ص ۱۹۸). اگرچه اروپا سرزمین مشترک اجدادی آن‌هاست، تفاوت‌های زیادی بین میراث فرهنگی مردمان سوئد، ایتالیا، فرانسه، انگلیس، لهستان، آلمان، روسیه و اتریش وجود دارد. (علاوه بر این، بسیاری از مردم اسپانیا یا با اصل و نسب اسپانیایی، میراث خود را به طور کلی از سایر اروپایی‌ها متمایز می‌دانند.) اروپایی‌هایی که اخیراً به ایالات متحده آمده‌اند با کسانی که خانواده‌هایشان نسل‌ها پیش در آمریکای شمالی ساکن شده‌اند، تفاوت زیادی دارند؛ بسیاری از آن‌ها اکنون خود را صرفاً «آمریکایی» معرفی می‌کنند و اصل و نسب اروپایی خود را رها کرده‌اند (النصر و اوربرگ، ۲۰۰۲). در کل، هیچ اروپایی-آمریکایی نمونه‌ای وجود ندارد.

با این حال، اروپایی-آمریکایی‌ها تاریخ طولانی و غالبی در ایالات متحده دارند که دارای برخی وجوه مشترک است. به عنوان یک گروه، اروپایی-آمریکایی‌ها بیش از اکثر گروه‌های فرهنگی دیگر با هم ترکیب شده‌اند. دلایل آن شامل تاریخچه‌ای از ازدواج‌ها و روابط بین‌گروهی است که به طور همزمان بر کل گروه تأثیر گذاشته و آن را همگن‌تر کرده است. اروپایی-آمریکایی‌ها به احتمال زیاد از جهان‌بینی‌ای حمایت می‌کنند که «راه‌حل‌های خطی، تحلیلی، تجربی و وظیفه‌محور را ارزش می‌نهد» و تأکید می‌کند که «فردگرایی سرسخت باید ارزشمند شمرده شود و خودمختاری بخش‌ها و استقلال عمل از انطباق گروهی مهم‌تر است» (سو، ۱۹۹۲، ص ۸).

علاوه بر این، اکثر اروپایی-آمریکایی‌ها سفیدپوست هستند و اصطلاح قومیت سفیدپوست (White ethnic)

«به تمام خانواده‌های سفیدپوست غیرهیسپانیک با میراث اروپایی-آمریکایی اشاره دارد» (باروت و منینگ، ۲۰۱۲، ص ۱۹۸). سفیدپوستی و وضعیت اکثریت در ایالات متحده برای نسل‌ها، منجر به چیزی شده است که به عنوان امتیاز سفیدپوستی (White privilege) شناخته می‌شود، که به واسطه آن سفیدپوستان

«پاداش‌های اجتماعی را بر اساس رنگ پوست و سایر شاخص‌های اجتماعی نژاد، در مقایسه با شایستگی» به دست آورده‌اند (اوتسی، پونتروتو و پورتر، ۲۰۰۸، ص ۳۴۱). در حالی که این امتیاز برای سفیدپوستان یک مزیت است، برای سایر گروه‌های فرهنگی یک ضرر محسوب می‌شود، مگر اینکه، همانطور که در ابتدای این بخش ذکر شد، اروپایی‌ها هویتی غیرنژادپرستانه توسعه دهند. صرف نظر از این، با متنوع‌تر شدن ایالات متحده و رسیدن به نقطه‌ای حدود سال ۲۰۴۴ که به «ملت اکثریت-اقلیت» تبدیل می‌شود، جایی که هیچ گروهی سهم اکثریت از کل جمعیت را نخواهد داشت، امتیاز سفیدپوستی ممکن است کاهش یابد.

رویکردهایی که با اروپایی‌ها و آمریکایی‌ها کار می‌کنند. برخی متخصصان استدلال می‌کنند که اکثریت قریب به اتفاق نظریه‌های مشاوره در اروپا و ایالات متحده برای اروپایی‌ها یا آمریکایی‌ها قابل اجرا هستند. دلیل آن این است که اعضای این گروه اکثریت محبوب‌ترین نظریه‌های مورد استفاده در جامعه غربی را تولید کرده‌اند. نکته آن‌ها اعتبار قابل توجهی دارد. اکثر نظریه‌های مشاوره به کار گرفته شده با این جمعیت‌ها، بیشتر با سبک زندگی و ارزش‌های این گروه‌ها هماهنگ هستند تا ناهماهنگ. با این حال، همه نظریه‌ها برای همه اروپایی-آمریکایی‌ها به خوبی کار نمی‌کنند. آن دسته از نظریه‌هایی که به خوبی کار می‌کنند، بر بسیاری از ارزش‌های مشترک اروپایی-آمریکایی‌ها تأکید دارند. به عنوان مثال، بسیاری از اروپایی-آمریکایی‌ها به روش‌های منطقی یا عقلانی در درک خود و دیگران گرایش دارند. بنابراین، **رویکردهای شناختی و شناختی-رفتاری** ممکن است برای این گروه به طور کلی به خوبی کار کنند. با این حال، نظریه‌های مشاوره **وجودی، روانکاوی، آدلری، فردمحور** و سایر نظریه‌های عاطفی ممکن است برای برخی در این جمعیت مناسب باشند. همانطور که هیچ اروپایی-آمریکایی نمونه‌ای وجود ندارد، هیچ نظریه یا رویکرد مشاوره واحدی نیز وجود ندارد که برای همه اعضای این گروه کارساز باشد.

تامل شخصی

تجربه شما در برخورد با اروپایی-آمریکایی‌ها چه بوده است؟ اگر شما یک اروپایی-آمریکایی هستید، خود را از چه جهاتی شبیه و متفاوت از سایر اروپایی-آمریکایی‌ها می‌بینید؟ اگر اروپایی-آمریکایی نیستید، این سوال را از خود بپرسید: «اروپایی-آمریکایی‌ها از چه جهاتی شبیه و متفاوت از یکدیگر هستند؟»

سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها (Blacks and African Americans)

پیشینه سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها. هنگام مشاوره با سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها، مشاوران باید تاریخ، ارزش‌های فرهنگی، تعارضات و مکانیسم‌های مقابله‌ای سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها را درک کنند و از نگرش‌ها و تعصبات خود در مورد این گروه آگاه باشند (اتکینسون، ۲۰۰۴؛ گرتسون، ۱۹۹۳؛ و نترس و اپ، ۱۹۹۷). برای مشاوران از پیشینه‌های فرهنگی مختلف امکان‌پذیر است که با مراجعان سیاه‌پوست و آفریقایی-آمریکایی به طور مؤثر کار کنند، اگر ماهیت نژادپرستی و این واقعیت را درک کنند که نژادپرستی فردی، نهادی و فرهنگی «مسائل عمده کیفیت زندگی برای آفریقایی-آمریکایی‌هایی است که در جامعه معاصر زندگی می‌کنند» (اوتسی، پونتروتو، رینولدز و کانچلی، ۲۰۰۰، ص ۷۲) و اینکه تبعیض نژادی و عزت نفس رابطه معکوس دارند. آن‌ها همچنین باید آگاه باشند که اگرچه رفتارهای آشکارا نژادپرستانه یا حملات نژادی به ندرت در جامعه آمریکا رخ می‌دهد، ریزپر خاشگری‌های نژادی (racial microaggressions) (هرگونه عمل، نگرش، نظر یا حرکتی که افراد بر اساس تاریخچه و ویژگی‌های شخصی خود آن را نامناسب یا آسیب‌زننده تجربه می‌کنند) شایع است (استامبا و فورد، ۲۰۱۵؛ سو، ۲۰۱۰). «قدرتی که این ریزپر خاشگری‌ها برای آسیب رساندن و سرکوب رنگین‌پوستان دارند، به دلیل ماهیت نامرئی آن‌هاست» (سو و همکاران، ۲۰۰۸، ص ۳۳۱). آن‌ها سه شکل دارند:

ریزحمله‌ها (microassaults)، که شبیه به نژادپرستی قدیمی هستند و عمدی، آگاهانه و آشکار هستند، مانند امتناع از ارائه خدمات به کسی به دلیل رنگ پوستش؛

ریزتوهین‌ها (microinsults)، که به صورت کلامی، غیرکلامی یا محیطی هویت نژادی یا میراث فرد را تحقیر می‌کنند، مانند «شما مایه‌ی افتخار نژادتان هستید»؛ و

ریزی اعتبارسازی‌ها (microinvalidations)، که اقداماتی هستند که «افکار، احساسات یا تجربیات روانشناختی» (ص ۳۳۱) فرد را «طرد، نفی یا بی‌اثر می‌کنند»، مانند نادیده گرفته شدن یا آخر از همه خدمات دریافت کردن.

سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها (این اصطلاحات اغلب به جای یکدیگر استفاده می‌شوند) گروهی متنوع هستند و طیف گسترده‌ای از احساسات، افکار و رفتارها را نشان می‌دهند (باروت و منینگ، ۲۰۱۲؛ هارپر، ۱۹۹۴). بنابراین، هیچ رویکرد مشاوره یا کمکی واحدی برای همه بهترین کارایی را ندارد. اغلب «مشاوره توسط آفریقایی-آمریکایی‌ها به عنوان فرآیندی تلقی می‌شود که مستلزم آن است که مراجع استقلال خود را با اولاً «گفتن رازهایتان به یک غریبه» و سپس «توجه به نصیحت ناخواسته آن غریبه» رها کند» (پریست، ۱۹۹۱، ص ۲۱۵). بنابراین، بسیاری از سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها تمایلی به تعهد داوطلبانه به یک رابطه مشاوره‌ای ندارند.

عامل دیگری که بر مشارکت سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها در مشاوره تأثیر می‌گذارد، این تصور است که رابطه در میان افراد نابرابر صورت می‌گیرد. با توجه به تاریخ برده‌داری در آمریکا و تشخیص نادرست رایج سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها در مراکز بهداشت روان، اعضای این گروه که وارد یک رابطه نابرابر می‌شوند، با اکراه فراوان این کار را انجام می‌دهند (گرتسون، ۱۹۹۳؛ شوارتز و فایستهامل، ۲۰۰۹).

عامل سومی که بر سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها در مشاوره تأثیر می‌گذارد، تأکید بر جمع‌گرایی در اکثر سنت‌های اجتماعی آن‌هاست. «در دوران تاریخی، جمع، طایفه یا قبیله بود» (پریست، ۱۹۹۱، ص ۲۱۳). امروزه، خانواده و کسانی هستند که در نزدیکی زندگی، کار یا عبادت می‌کنند. این تأکید بر جمع‌گرایی و قدرت درمانی گروه (یعنی مفهوم دهکده) نقطه مقابل مسئولیت فردی برای حل مشکلات است (مکری، تامپسون و کوپر، ۱۹۹۹).

معنویت و نقش کشیش و کلیسا در فرهنگ سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها عواملی هستند که بر اعضای این گروه نیز تأثیر می‌گذارند (باروت و منینگ، ۲۰۱۲). معمولاً به جای مشاور، از یک کشیش به عنوان «منبع حمایت روانی و عاطفی» کمک گرفته می‌شود (پریست، ۱۹۹۱، ص ۲۱۴).

رویکردهایی که با سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها کار می‌کنند. یک نقطه شروع در مشاوره با سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها، شناسایی دقیق انتظارات آن‌هاست. از آنجایی که تفاوت‌های درون‌گروهی زیادی در میان سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها، مانند هر گروه دیگری، وجود دارد، مراجعان به دلایل مختلف و با تنوع‌های متفاوتی از یک جهان‌بینی به مشاوره مراجعه می‌کنند. بنابراین، مهم است که مشخص شود چه چیزی مراجعان را وادار کرده است که اکنون به دنبال خدمات مشاوره باشند و چه چیزی، و همچنین چگونه، امیدوارند در نتیجه این تجربه متفاوت باشند (پارهام، ۲۰۰۲؛ سو و سو، ۲۰۱۶). اگر مراجع و مشاور از پیشینه‌های فرهنگی و قومی متفاوتی هستند، این عامل باید بررسی شود (برامر، ۲۰۱۲). به همین ترتیب، تأثیر تبعیض و نژادپرستی بر مراجعان سیاه‌پوست و آفریقایی-آمریکایی نباید نادیده گرفته شود. هویت نژادی عامل دیگری است که باید روی آن تمرکز کرد.

در عمل، باید یک رابطه برابرطلبانه بین مراجعان سیاه‌پوست و آفریقایی-آمریکایی و مشاورانشان برقرار شود (سو و سو، ۲۰۱۶). فراتر از رابطه، باید بر عمل‌گرایی تأکید شود. «برای بسیاری از آفریقایی-آمریکایی‌ها، هدف

از آمدن به درمان، دریافت برخی گام‌های عملی برای کاهش درد است. این ممکن است به شکل آموزش و کارآموزی، درمان مواد مخدر یا مهارت‌های فرزندپروری باشد. مداخلات درمانی زمانی بهترین کارایی را خواهند داشت که با خدمات مرتبط همراه شوند» (برامر، ۲۰۱۲). تأکید بیش از حد بر احساسات آن‌ها برای سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها کارساز نیست.

علاوه بر عملی بودن، مشاوران باید بر نقاط قوت سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها تمرکز کنند و به افراد در چارچوب خانواده‌ها، محله‌ها و شهرهایشان بپردازند. اغلب می‌توان از اعضای خانواده یا همسایگان برای کمک استفاده کرد. به همین ترتیب، منابع معنوی در جامعه مراجع باید تا حد امکان مورد استفاده قرار گیرند زیرا کلیسا و معنویت بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی سیاه‌پوستان و آفریقایی-آمریکایی‌ها هستند (آهیا، ۲۰۰۶).

اسپانیایی تبارها/لاتین تبارها (Hispanics/Latinos/as)

پیشینه اسپانیایی تبارها/لاتین تبارها. هر دو اصطلاح «هیسپانیک» و «لاتینو/لاتینا» برای توصیف مردمی ناهمگون به کار می‌روند که اجدادشان از کشورهای اسپانیایی زبان قاره آمریکا آمده‌اند. مخرج مشترک برای هیسپانیک‌ها زبان اسپانیایی است، اما هیسپانیک‌ها گروهی بسیار متنوع هستند. واژه لاتینو/لاتینا «افرادی با اصل و نسب اسپانیایی و سرخپوستی را توصیف می‌کند که اجدادشان در مناطقی از جنوب غربی ایالات متحده که زمانی بخشی از مکزیک بود» و در کشورهایی در آمریکای مرکزی و جنوبی زندگی می‌کردند که زبان غالب آن‌ها، معمولاً اسپانیایی، ریشه‌های لاتین دارد (فونتس، ۲۰۰۲، ص ۳۱). صرف نظر از پیشینه آن‌ها، اکثر هیسپانیک‌ها و لاتینو/لاتیناها در ایالات متحده دو فرهنگی هستند. با این حال، آن‌ها از نظر میزان فرهنگ‌پذیری متفاوت هستند. به طور کلی، تاریخچه‌ها و فرهنگ‌های قومی آن‌ها نقش عمده‌ای در تأثیرگذاری بر جهان‌بینی، پویایی خانواده و سلامت آن‌ها دارد (میراندا، بیلوت، پلوسو، برمن و ون میک، ۲۰۰۶).

تفاوت‌های درون‌گروهی زیادی در میان هیسپانیک‌ها و لاتینو/لاتیناها وجود دارد (اتکینسون، ۲۰۰۴؛ رومرو و همکاران، ۱۹۸۹).

رویکردهایی که با اسپانیایی‌تبارها/لاتین‌تبارها کار می‌کنند. به عنوان یک گروه، اسپانیایی‌تبارها و لاتینو/لاتیناها تمایلی به استفاده از خدمات مشاوره ندارند. بخشی از این تردید ناشی از سنت فرهنگی (مانند غرور) و بخشی دیگر ناشی از میراث فرهنگی (مانند اتکا به پیوندهای خانوادگی گسترده) است. دلایل فرهنگی حول این واقعیت می‌چرخد که افراد و خانواده‌های اسپانیایی‌تبار و لاتین‌تبار به عنوان یک گروه فقیرتر از اکثر گروه‌های فرهنگی دیگر هستند و در طول تاریخ قربانی تبعیض و نژادپرستی بوده‌اند (سو و سو، ۲۰۱۶). دلایل عملی‌تر عبارتند از: فاصله تا مراکز خدماتی (به ویژه در جنوب غربی)، حمل و نقل ناکافی، فقدان بیمه درمانی، و عدم وجود متخصصان مشاوره مسلط به زبان اسپانیایی و آشنا با فرهنگ‌های اسپانیایی‌تبار و لاتین‌تبار (گونزالس، ۱۹۹۷؛ سو و سو، ۲۰۱۶). در حالی که افراد، زوجها و خانواده‌های اسپانیایی‌تبار و لاتین‌تبار مشکلات منحصر به فرد و شخصی دارند، بسیاری از اسپانیایی‌تبارها و لاتین‌تبارها مشکلات روانی را شبیه مشکلات جسمی درک می‌کنند (لوپز-بائز، ۲۰۰۶؛ روئیز و پادیلا، ۱۹۷۷). بنابراین، آن‌ها انتظار دارند که مشاور فعال، ملموس و هدف‌گرا باشد. این تصور به ویژه برای مراجعانی که «بسیار» هیسپانیک هستند، صادق است (روئیز، ۱۹۸۱).

به طور کلی، مشاوران اسپانیایی‌تبارها و لاتین‌تبارها باید به موضوعات متعددی بپردازند و در چارچوب مفاهیم و باورهای فرهنگی کار کنند. این معمولاً به معنای درگیر کردن خانواده‌ها است زیرا وفاداری خانوادگی در فرهنگ لاتین بسیار مهم است. یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد که عمدتاً بر خانواده متمرکز دارد، خانواده‌درمانی فرزندی (filial therapy) است. در خانواده‌درمانی فرزندی، «تغییرات رفتاری یا علامتی مثبت ناشی از تغییر رابطه والد-فرزند است نه استراتژی‌های خاص متمرکز بر مشکل. خانواده‌درمانی فرزندی هم

یک مداخله درمانی و هم یک رویکرد پیشگیرانه است» (گارزا و واتس، ۲۰۱۰، ص ۱۰۸). این شامل آموزش والدین برای کار با فرزندانشان در سطح عاطفی در بازی درمانی کودک محور با کیت‌های اسباب‌بازی خاص است. «چهار ارزش هیسپانیک که وقتی با خانواده درمانی فرزندی ترکیب می‌شوند، به تسهیل درمان مؤثر و پاسخگو از نظر فرهنگی کمک می‌کنند: (الف) اهمیت فامیلیسمو (خانواده)، (ب) رسپتو (احترام)، (ج) پرسونالیسمو (روابط شخصی)، و (د) کنفیانزا (اعتماد)» (ص ۱۱۰).

در کار درمانی با یک فرد اسپانیایی تبار و لاتین تبار، مفید است که این کار هماهنگ با سنت معنوی مراجع انجام شود. از آنجایی که اکثریت اسپانیایی تبارها و لاتین تبارها کاتولیک هستند (باروت و مینینگ، ۲۰۱۲)، دانستن اعمال این دین می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این، اغلب مفید است اگر مشاور دو زبانه باشد زیرا بسیاری از افراد اسپانیایی تبار و لاتین تبار اسپانیایی را به انگلیسی ترجیح می‌دهند، به خصوص هنگام ابراز احساساتشان. علاوه بر این، مشاوران اروپایی-آمریکایی دو زبانه توسط مکزیکی-آمریکایی‌ها به عنوان افراد شایسته فرهنگی دیده می‌شوند (راموس-سانچز و اتکینسون، ۲۰۰۹). کلاس‌های دو زبانه، به ویژه در مدارس، می‌تواند به ارتقای هویت فرهنگی، فرهنگ‌پذیری، عزت نفس و یادگیری در میان دانش‌آموزان کمک کند (کاوزوس-رهگ و دلوچیا-واک، ۲۰۰۹) که به نوبه خود می‌توانند در صورت نیاز به عنوان مترجم در جلسه مشاوره خدمت کنند.

مثال موردی

کالین به جمع می‌اندیشد

کالین مشاوره‌ی کم‌حرف بود. به عنوان یک ورزشکار سابق، معتقد بود به جای گفتن، باید به افراد نشان داد که چگونه از نظر روانی سالم بمانند. بنابراین، هنگامی که برای اولین بار با مراجعی به نام مارگاریتا روبرو شد که خانواده‌اش را بخش حیاتی زندگی‌اش می‌دانست، گیج شد. هیچ یک از تکنیک‌های فردگرایانه او کارساز نبود. بنابراین، از یک همکار کمک خواست. همکارش که تقریباً هم‌سن کالین و در همان سطح بلوغ بود، گفت: «آه، تو دقیقاً کار درستی انجام می‌دهی. مراجع در نهایت متوجه خواهد شد.»

- نظر شما در مورد اظهارات همکار کالین چیست؟
- کالین برای آماده‌سازی خود برای کار با مراجعانی که بر اهمیت خانواده و هویت جمعی خود تأکید دارند، چه کار بیشتری باید انجام دهد؟
- او اکنون در مورد مارگاریتا چه باید بکند؟

آسیایی-آمریکایی‌ها (Asian Americans)

پیشینه آسیایی-آمریکایی‌ها. آسیایی-آمریکایی‌ها شامل کسانی می‌شوند که میراث اصلی‌شان، در میان دیگران، چینی، ژاپنی، فیلیپینی، هندوچینی، هندی و کره‌ای است. آن‌ها از نظر پیشینه فرهنگی بسیار متفاوت هستند (اتکینسون، ۲۰۰۴؛ کیم، سانتیاگو-ریورا و چودوری، ۲۰۱۰). «نمایه جمعیتی آسیایی-آمریکایی‌ها شامل مجموعه‌ای از بیش از ۴۰ گروه فرهنگی متفاوت است» (سندهو، ۱۹۹۷). در طول تاریخ، آن‌ها با تبعیض شدیدی در ایالات متحده روبرو بوده‌اند و موضوع بسیاری از اسطوره‌ها بوده‌اند (کیم و پارک، ۲۰۱۵؛ سو و سو، ۱۹۷۲؛ سو و سو، ۲۰۱۶). ترکیبی از عوامل، کلیشه‌های آسیایی-آمریکایی‌ها را ترویج داده است.

به دلیل تعصب و سوء تفاهم‌ها، آسیایی-آمریکایی‌ها «از حقوق شهروندی محروم شده‌اند، از داشتن زمین منع شده‌اند، در اردوگاه‌های کار اجباری محبوس شده‌اند، مورد بدنامی، بدرفتاری و قتل عام قرار گرفته‌اند» (سو و سو، ۱۹۷۳، ص ۳۸۷). از قضا، ترکیبی از عوامل نیز تصویری مثبت از آن‌ها را ترویج داده است. آن‌ها به طور جمعی به عنوان سخت‌کوش و موفق توصیف می‌شوند و مستعد اختلالات روانی یا عاطفی نیستند. گاهی اوقات از آن‌ها به عنوان «اقلیت نمونه (model minority)» یاد می‌شود (بل، ۱۹۸۵). مانند همه کلیشه‌ها، رگه‌هایی از حقیقت در این توصیف‌گر آخر وجود دارد، اما هنوز واقع‌بینانه یا دقیق نیست. اسطوره اقلیت نمونه، مشکلات واقعی اجتماعی، اقتصادی و روانی تجربه شده توسط آسیایی-آمریکایی‌ها را نادیده می‌گیرد. مهم‌تر از آن، توجه را از نژادپرستی و تبعیضی که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، منحرف می‌کند.

در بسیاری از محافل، آسیایی-آمریکایی‌ها از نظر شایستگی مورد نفرت و حسادت قرار می‌گیرند و در عین حال غیر اجتماعی تلقی می‌شوند (کوهاتسو، ویکتوریا، لائو، فلورس و سالازار، ۲۰۱۱). اسطوره اقلیت نمونه به عنوان یک ایدئولوژی نژادی کوررنگ (color-blind racial ideology) تداوم می‌یابد. در ذات کوررنگی این ایده نهفته است که نژاد و نژادپرستی اهمیتی ندارند و نقش مهمی در فضای اجتماعی و اقتصادی کنونی ایفا نمی‌کنند. بنابراین، نگرش‌های نژادی کوررنگ اغلب سرزنش قربانی را توجیه می‌کنند و این باور را منطقی جلوه می‌دهند که گروه‌های اقلیت نژادی که نمی‌توانند در این جامعه موفق شوند، از نظر «فرهنگی» پست‌تر هستند. تحقیقات نشان داده است که مشاورانی که «به دیدگاه کوررنگ پایبند هستند، در برقراری ارتباط همدلانه مهارت کمتری دارند، نسبت به مسائل مربوط به تنوع فرهنگی حساسیت کمتری دارند و احتمال بیشتری دارد که مسئولیت حل یک مسئله درمانی را به گردن یک مراجع رنگین‌پوست بیندازند تا یک مراجع اروپایی-آمریکایی. بنابراین، حیاتی است که درمانگرانی که با مراجعان رنگین‌پوست کار می‌کنند، از نگرش‌های نژادی کوررنگ خود آگاهی پیدا کنند» (ص ۶۴).

رویکردهایی که با آسیایی-آمریکایی‌ها کار می‌کنند. به عنوان یک گروه «آسیایی-آمریکایی‌ها دو سوم کمتر از سفیدپوستان از خدمات بهداشت روان استفاده می‌کنند» (گلوریا، کاستیانوس، پارک و کیم، ۲۰۰۸، ص ۴۱۹). علاوه بر این، به عنوان یک گروه، آن‌ها نرخ بالای خاتمه یک‌طرفه دارند (دوئل و اوون، ۲۰۱۵). بخشی از دلیل آن ناشی از باورهای بومی در میان برخی فرهنگ‌های آسیایی در مورد ماهیت سلامت روان و اختلالات روانی و نیاز به جستجوی خدمات مشاوره است (یاماواکی، ۲۰۱۰). بنابراین، مشاوران باید آسیایی-آمریکایی‌ها را در چارچوب میراث فرهنگی‌شان ببینند و قدر بدانند، وگرنه قادر نخواهند بود به روش‌های سالم روانی به آن‌ها کمک کنند.

ظرافت مهم دیگر این است که بسیاری از آسیایی-آمریکایی‌ها از ابراز وجود مستقیم و قاطعانه اجتناب می‌کنند و در عوض در ارتباطات خود غیرمستقیم‌تر هستند. با این حال، مشاوران باید بر اساس تفاوت در پیشینه‌های فرهنگی مراجعان آسیایی-آمریکایی، در نحوه برقراری ارتباط با آن‌ها انعطاف‌پذیر باشند. «استفاده مشاوران از سبک مستقیم باعث می‌شود مراجعان آسیایی-آمریکایی که برای جمع‌گرایی ارزش قائلند، جلسه را روان درک کنند، در حالی که استفاده مشاوران از سبک حفظ هماهنگی ممکن است برای مراجعان آسیایی-آمریکایی با پایبندی کمتر به کنترل عاطفی و پایبندی بیشتر به ارزش‌های اروپایی-آمریکایی مؤثرتر باشد» (کیم و پارک، ۲۰۱۵، ص ۲۷۸).

حیاتی است که مشاوران تاریخچه و ویژگی‌های منحصر به فرد گروه‌های منتخب آسیایی-آمریکایی در ایالات متحده، مانند چینی‌ها، ژاپنی‌ها و ویتنامی‌ها را درک کنند (اتکینسون، ۲۰۰۴؛ اکسلسون، ۱۹۹۹؛ سو و سو، ۲۰۱۶). این حساسیت اغلب مشاوران را قادر می‌سازد تا فرآیند مشاوره را به روش‌هایی که در غیر این صورت ممکن نیست، تسهیل کنند (لوم، ۲۰۱۱). با این حال، مداخلات بالینی مشاوران با مراجعان آسیایی-آمریکایی

باید بر پاسخگو بودن به نیازهای منحصر به فرد آنها تمرکز کنند نه بر هرگونه مداخله خاص ناشی از این واقعیت که آنها آسیایی-آمریکایی هستند (دوئل و اوون، ۲۰۱۵).

بومیان آمریکایی (سرخپوستان) (Native American Indians)

پیشینه بومیان آمریکایی. بومیان آمریکا، که به اشتباه توسط اولین مهاجران اروپایی در آمریکا سرخپوست نامیده شدند، مردمان بومی نیمکره غربی هستند که اولین ساکنان قاره آمریکا بودند (گرت و پیش، ۲۰۰۰). امروزه، آنها از ۵۱۷ قبیله تشکیل شده‌اند که توسط دفتر امور سرخپوستان ایالات متحده به رسمیت شناخته شده‌اند. تنوع عظیمی در میان بومیان آمریکا حاکم است، از جمله نزدیک به ۳۰۰ زبان با «انبوهی از فرهنگ‌ها، تاریخ‌ها و سنت‌های منحصر به فرد» (هینسون، ۲۰۱۰، ص ۲۲). با این حال، آنها همچنین هویت مشترکی دارند که بر ارزش‌هایی مانند هماهنگی با طبیعت، همکاری، کل‌نگری، توجه به حال و اتکا به خانواده گسترده تأکید می‌کند (هاینریش، کوربین و توماس، ۱۹۹۰). به طور کلی، بومیان آمریکا احساسات قوی‌ای در مورد از دست دادن سرزمین‌های اجدادی، تمایل به خودمختاری، تضاد با ارزش‌های فرهنگ غالب آمریکا، و تصویر خود گیج‌کننده ناشی از کلیشه‌سازی‌های گذشته دارند (اتکینسون، ۲۰۰۴). خشم ناشی از یا در مورد تخلفات گذشته مردم از فرهنگ‌های دیگر، موضوعی است که باید به درستی مدیریت شود (همرشلگ، ۱۹۸۸).

بومیان آمریکایی، به عنوان یک گروه، دارای نرخ بالای خودکشی، بیکاری و الکلیسم و امید به زندگی پایین هستند (گرت و پیش، ۲۰۰۰). «سرخپوستان آمریکایی همچنان بالاترین نرخ ترک تحصیل را در مقطع دبیرستان، صرف نظر از منطقه یا وابستگی قبیله‌ای، دارند» (سندرز، ۱۹۸۷، ص ۸۱). به طور خلاصه، به عنوان یک گروه «بومیان آمریکا با مشکلات عظیمی روبرو هستند» (هاینریش و همکاران، ۱۹۹۰، ص ۱۲۸).

رویکردهایی که با بومیان آمریکایی کار می‌کنند. تعدادی از رویکردهای مشاوره، از وجودگرایی تا مشاوره هدایت‌شده، با بومیان آمریکا امتحان شده است. با این حال، مشاوره مؤثر تا حدی به این بستگی دارد که آیا

آنها در یک منطقه رزرو شده زندگی می‌کنند؛ آیا سایر بومیان آمریکا به تسهیل فرآیند مشاوره کمک می‌کنند؛ و اینکه آیا فرهنگ‌پذیری آنها سنتی، دو فرهنگی یا جذب‌شده است (آواستی، ۱۹۹۰؛ گرت، ۲۰۰۶؛ واله، ۱۹۸۶). صرف نظر از این، حیاتی است که مشاوران فرهنگ‌های بومی آمریکا را درک کنند و از تحمیل نظریه‌های نامناسب فرهنگی به آنها اجتناب کنند (هرینگ، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷؛ آیوی، ۱۹۹۰).

در مورد بومیان آمریکایی که هنوز به سنت‌ها و روش‌های زندگی اجدادی وابسته هستند، شیوه‌های درمانی حول یک مدل دایره‌ای و کل‌نگر برای درک مسائل انسانی می‌چرخد. «مدل سازماندهی، چرخ طب (medicine wheel)» است که مشاوران و دیگران می‌توانند از طریق آن ابعاد متنوع وضعیت انسانی را بررسی کنند (ریبک، ایستین و رابینز، ۲۰۰۴، ص ۲۵).

یک راه برای ارزیابی میزان ارزش‌های فرهنگی مراجعان بومی آمریکا استفاده از مقیاس فرهنگ‌پذیری بومیان آمریکا است (گرت و پیش، ۲۰۰۰). این مقیاس سطح فرهنگ‌پذیری افراد را در امتداد یک پیوستار از بومی آمریکایی سنتی تا آمریکایی جذب شده در فرهنگ غالب اندازه‌گیری می‌کند.

به گفته ریچاردسون (۱۹۸۱)، چهار ایده که باید هنگام مشاوره با بومیان آمریکا در نظر گرفته شوند عبارتند از: سکوت، پذیرش، بازگویی و سرنخ کلی. ریچاردسون از حکایات کوتاه برای مدل‌سازی روش‌های استفاده از این تکنیک‌ها استفاده کرده است. استفاده از کاوش بصیرت (vision quest)، یک آیین گذر و تجدید مذهبی برای مردان بالغ، در برخی موارد توصیه می‌شود (هاینریش و همکاران، ۱۹۹۰). استفاده از هنرهای خلاق (موسیقی، نمایش، هنرهای تجسمی، ادبیات/نوشتن) نیز رویکردی است که شایستگی قابل توجهی دارد زیرا بیان عاطفی، مذهبی و هنری «جنبه‌ای جدایی‌ناپذیر از فرهنگ بومی» است (هرینگ، ۱۹۹۷، ص ۱۰۵).

هنرهای خلاق نیازی به افشای کلامی ندارند. علاوه بر این، آنها ممکن است بر آیین‌ها و سلامتی در فرهنگ

بومی آمریکا تمرکز کنند. استفاده از رویکردهای متعدد مشاوره به روشی هم‌افزا، مانند شبکه‌درمانی، درمان مبتنی بر خانه، درمان ساختاری-بومی، و فعالیت‌های سنتی بومی مانند «دایره گفتگو»، «چوب گفتگو» و قصه‌گویی نیز توصیه می‌شود (گرت، ۲۰۰۶؛ هرینگ، ۱۹۹۶).

مهم‌تر از روش‌های خاص کار، ماهیت حیاتی حس «واقعی بودن» هنگام برقراری رابطه مشاوره‌ای با یک بومی آمریکایی است. تمایل به یادگیرنده بودن و اعتراف به اشتباهات خود می‌تواند به پیوند مشاور و بومی آمریکایی کمک کند.

عرب-آمریکایی‌ها (Arab Americans)

پیشینه عرب-آمریکایی‌ها. عرب-آمریکایی‌ها گروهی با رشد سریع و موزاییکی در ایالات متحده هستند که از ۲۲ کشور متنوع مانند مصر، لبنان، مراکش، یمن، تونس و فلسطین می‌آیند. بیش از ۳٫۵ میلیون عرب-آمریکایی وجود دارد که اکثر آن‌ها مسیحی و بخش قابل توجهی مسلمان هستند (نگی، ۲۰۰۸). با این حال، «فرهنگ‌های عربی و اسلامی اغلب همپوشانی دارند. بنابراین، اگرچه اکثر عرب-آمریکایی‌ها مسیحی هستند، سنت‌ها و ارزش‌های اسلامی اغلب توسط عرب-آمریکایی‌های مسلمان و مسیحی به طور یکسان رعایت می‌شود» (نصار-مک‌میلان و حکیم-لارسون، ۲۰۰۳).

عرب-آمریکایی‌ها در میان خود متفاوت هستند. تفاوت‌های بالقوه شامل طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات،

زبان (عربی گویش‌های متمایزی دارد)، محافظه‌کاری نسبی کشور مبدأ، زمان مهاجرت و سطح

فرهنگ‌پذیری است (ابودبه و اویل، ۱۹۹۹). «سن، جنسیت، درآمد و تحصیلات، متغیرهایی مانند سن در

زمان مهاجرت، مدت زمان اقامت در ایالات متحده تجربیات تبعیض، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم مشکلات

سلامت روان برای عرب-آمریکایی‌ها هستند» (آبراهامیان، کاپلان، ویندهام، ساتر و ویسر، ۲۰۱۱، ص ۸۸).

علی‌رغم چنین تنوعات فرهنگی، اشتراکات کافی وجود دارد که توجه ویژه ارائه دهندگان خدمات را تضمین می‌کند.

فرهنگ‌های عربی تمایل دارند بافت بالا (**high context**) باشند تا بافت پایین (**low context**) مانند جامعه آمریکای شمالی. بنابراین، عرب-آمریکایی‌ها به عنوان یک گروه معمولاً تفاوت قابل توجهی با آمریکایی‌های سنتی دارند، زیرا بر **ثبات اجتماعی و جمع بر فرد** تأکید می‌کنند.

خانواده مهم‌ترین عنصر در اکثر خرده‌فرهنگ‌های عرب-آمریکایی است و زندگی فرد تحت سلطه خانواده و روابط خانوادگی است. مردان پدرسالار در زندگی خانوادگی هستند و از زنان انتظار می‌رود که شرافت خانواده را حفظ کنند. تحصیلات در خانوارهای عرب-آمریکایی ارزش دارد و تقریباً ۴ از ۱۰ آمریکایی

عرب‌تبار مدرک لیسانس یا بالاتر کسب کرده‌اند ([www.aaiusa.org/arab-](http://www.aaiusa.org/arab-americans/22/demographics)

americans/22/demographics، بازیابی شده در ۲۹ آگوست ۲۰۰۷).

رویکردهایی که با عرب-آمریکایی‌ها کار می‌کنند. هنگام کار با عرب-آمریکایی‌ها، به ویژه مهاجران، حیاتی است که مشاوران به یاد داشته باشند که **مرزبندی مشخص نقش‌های جنسیتی** در چنین خانواده‌هایی وجود دارد. علاوه بر این، **الگوهای پدرسالارانه اقتدار، استانداردهای جنسی محافظه‌کارانه و اهمیت از**

خودگذشتگی حاکم است. همچنین بر اهمیت **شرافت و شرم** تأکید می‌شود زیرا افراد در فرهنگ‌های عربی **تنها به عنوان آخرین راه حل** به دنبال کمک بیرونی از یاری‌رسانانی مانند مشاوران هستند (ابودبه و اصیل، ۱۹۹۹). موضوع را پیچیده‌تر می‌کند **پیامدها، تنش و بی‌اعتمادی ناشی از ۱۱ سپتامبر** است (بیتین و آلن، ۲۰۰۵).

بنابراین، توصیه‌های بالینی برای کار با اعضای این جمعیت شامل موارد زیر است:

- آگاهی از بافت فرهنگی آن‌ها،
 - توجه به مسئله رهبری و اهمیتی که شخصیت‌های مقتدر در زندگی آن‌ها دارند،
 - توجه به نقشی که خانواده گسترده در تصمیم‌گیری ایفا می‌کند،
 - حساسیت نسبت به نقش بزرگی که فرهنگ به عنوان یک مشارکت‌کننده فعال و ملموس در درمان ایفا می‌کند،
 - آگاهی از این واقعیت که رویکرد مبتنی بر نقاط قوت در درمان هم مطلوب است و هم بهتر عمل می‌کند، و
 - فعال بودن به عنوان مشاور و متعادل کردن نقش به گونه‌ای که به عنوان یک نجات‌دهنده یا تهدید دیده نشود.
- مشاوران همچنین می‌توانند با کمک به عرب-آمریکایی‌ها برای دسترسی به گروه‌هایی که بتوانند در آنجا حمایت پیدا کنند و عضو جامعه بزرگتری شوند که مانند خودشان با مسائلی دست و پنجه نرم می‌کنند، به آن‌ها یاری رسانند. کار در و با گروه‌ها «برخی مسائل بالقوه مشکل‌ساز را برای مراجعان خاص ایجاد می‌کند. این امر به ویژه برای پناهندگان جنگی از عراق صادق است، به دلیل علائم پارانوئید که اغلب با تشخیص PTSD در مراجعانی که ترومای زمان جنگ را تجربه کرده‌اند، همراه است. از سوی دیگر، گروه‌های فرزندپروری و برنامه‌های ۱۲ قدم با برخی گروه‌های مهاجر عرب غیرپناهنده مؤثر به نظر می‌رسد، شاید به دلیل ماهیت جمع‌گرایانه فرهنگ عرب در کشورهای مبدأ» (نصار-مک‌میلان و حکیم-لارسون، ۲۰۰۳).

به طور کلی در کمک به عرب-آمریکایی‌ها، مشاوران باید فراتر از کار فردی یا گروهی محدود با مراجعان رفته و هر کاری که می‌توانند برای **کاهش تعصب و تبعیض** در فرهنگ اکثریت ایالات متحده انجام دهند. این یک **تمرکز عدالت اجتماعی** است و اگر توسط مشاوران اجرا شود، می‌تواند به عرب-آمریکایی‌ها در بهبود سلامت روان و عملکرد کلی‌شان به روش‌های متعدد کمک کند (آبراهامیان و همکاران، ۲۰۱۱).

مشاوره بین‌المللی (International Counselling/Counseling)

مشاوره پدیده‌ای جهانی است که اغلب در زبان انگلیسی با دو ا نوشته می‌شود (یعنی **counselling**). دیدگاه ایالات متحده در مورد مشاوره تنها یکی از دیدگاه‌های متعدد در جهان است (هوهن‌شیل، آموندسون و نایلز، ۲۰۱۳). در واقع، برخی قاره‌ها انجمن‌های مشاوره خود را دارند (به ویژه، آفریقا - انجمن مشاوره آفریقا - و اروپا - انجمن مشاوره اروپا و شعبه اروپایی انجمن مشاوره آمریکا). تعدادی از کشورهای دیگر (بیش از ۴۰ کشور) نیز انجمن‌های مشاوره دارند (نمودار همراه را ببینید).

کشورهایی با انجمن‌های مشاوره (Counselling/Counseling)

|||||

|-----: |-----: |-----: |-----: |

| آرژانتین | کنیا | مکزیک | آفریقای جنوبی |

| استرالیا | قرقیزستان | زلاندنو | کره جنوبی |

| بوتسوانا | لبنان | نیجریه | سوئیس |

| برزیل | مالاوی | فیلیپین | تایوان |

| کانادا | مالزی | رومانی | تایلند |

| چین | | روسیه | ترکیه |

| جمهوری چک | | سنگاپور | اوگاندا |

| دانمارک | | ایالات متحده |

| اکوادور | | ونزوئلا |

| فرانسه | | زیمبابوه |

| آلمان | | |

| بریتانیای کبیر | | |

| یونان | | |

| گواتمالا | | |

| هائیتی | | |

| هندوراس | | |

| هند | | |

| ایرلند | | |

| ژاپن | | |

علاوه بر این، عمل مشاوره در تعدادی از مناطق، به ویژه **سنگاپور** (ریورا، نش، چون و ابراهیم، ۲۰۰۸) و **هنگ کنگ**، در حال تحول است، جایی که انجمن‌های مشاوره در حال شکوفایی هستند. علاوه بر این، انجمن‌های جهانی درمانگرانی وجود دارند که به نظریه‌های خاصی مانند **آدلری**، **تحلیل تبادلی (TA)** و **واقعیت درمانی** پایبند هستند. در برخی کشورها بدون انجمن‌های مشاوره رسمی، مانند **ایتالیا**، به معنای واقعی کلمه ده‌ها مؤسسه آموزشی برای نظریه‌ها وجود دارد (جیمینیانی و جیلیبرتو، ۲۰۰۵). در نهایت، **انجمن بین‌المللی مشاوره (IAC؛ www.iac-irtac.org)** وجود دارد که جلسات سالانه را در کشورهای سراسر جهان برگزار می‌کند و مجله بین‌المللی پیشرفت مشاوره (International Journal for the Advancement of Counseling) را منتشر می‌کند.

سوپر (۱۹۸۳) بیش از ۳۰ سال پیش این سوال را مطرح کرد که آیا مشاوره، همانطور که در آمریکای شمالی انجام می‌شود، برای کشورهای دیگر قابل تطبیق است؟ تحلیل او از فرهنگ و مشاوره به این نتیجه رسید که **کشورهای مرفه و امن** مشاوره را راهی برای ارتقای منافع و توانایی‌های فردی می‌بینند. **کشورهای با وضعیت اقتصادی نامساعدتر و آلهایی** که تحت تهدید سلطه خارجی هستند، خدمات مشاوره را راهی برای هدایت افراد به حوزه‌های لازم برای **بقا فرهنگی** می‌بینند (سوپر، ۱۹۵۴). دانش در مورد تفاوت‌های فرهنگی باید در مشاوره بین‌المللی، به ویژه در ارتباط با تخصص‌های مشاوره، در نظر گرفته شود (واتکینز، ۲۰۰۱).

چنین دانشی در مشاوره بین‌المللی حیاتی است. به عنوان مثال، در **لهستان** به دلیل ماهیت در حال توسعه کشور، مشاوره شغلی بیش از سایر اشکال مشاوره ارزشمند است (ریچارد لمب، ارتباط شخصی، ۷ ژوئن ۱۹۹۷). در کشورهای دیگر، مانند **ژاپن**، مشاوره هم درمانی و هم روانی-اجتماعی است - به عنوان مثال، کار با مردان ژاپنی در مورد پدری (ستو، بکر و آکوتسو، ۲۰۰۶). با این حال، ژاپن هنوز فاقد استاندارد صدور مجوز یکپارچه است و امنیت شغلی یک مسئله است (ایواساکی، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، در **مالزی**، مشاوره از مشاوره در ایالات

متحد و انگلیس الگوبرداری شده است، با این تفاوت که مدرک اولیه اعطا شده لیسانس است (مانند ژاپن). علاوه بر این، تقریباً تمام فارغ التحصیلان به محیط‌های مدرسه اختصاص می‌یابند که در آنجا واجد شرایط تدریس یک درس و همچنین مشاوره هستند.

صرف نظر از دانش آن‌ها از مشاوره، دانشجویان بین‌المللی که در کالج‌ها و دانشگاه‌های ایالات متحده تحصیل می‌کنند ممکن است تمایلی به دریافت خدمات مشاوره نداشته باشند (موری، ۲۰۰۰). این عدم تمایل علی‌رغم این واقعیت است که بسیاری از دانشجویان بین‌المللی مجموعه‌ای از عوامل استرس‌زا را فراتر از آن‌هایی که عمدتاً ماهیت رشدی دارند، تجربه می‌کنند. این عوامل استرس‌زا شامل «مشکلات زبانی، تحصیلی، بین فردی، مالی و درون فردی» است (ص ۱۳۷). شبکه‌های خانواده و دوستانی که این دانشجویان به آن‌ها تکیه کرده‌اند، وجود ندارند و ترس از شکست خوردن و فرستاده شدن به خانه به استرس روزانه آن‌ها می‌افزاید (بویر و سدلاسک، ۱۹۸۹). شواهد تجربی وجود دارد که دانشجویان بین‌المللی استرس بیشتری نسبت به هم‌تایان آمریکایی خود تجربه می‌کنند، که اغلب در ۶ ماه اول تحصیل به سطح بحرانی می‌رسد (شنلر و چالونگ‌سوت، ۲۰۰۲).

برای کمک به دانشجویان بین‌المللی که از خدمات مشاوره استفاده می‌کنند، موری (۲۰۰۰) حوزه‌های تمرکز زیر را پیشنهاد می‌کند:

- توسعه تکنیک‌های مدیریت استرس،
- یادگیری مهارت‌های ارتباطی قاطعانه،
- آگاهی کامل از سیستم آموزشی آمریکا، و
- توسعه مهارت‌های برنامه‌ریزی شغلی و زندگی.

هنکین (۱۹۸۵) تعدادی دستورالعمل عملی را نیز برای مشاورانی که در سطح بین‌المللی تعامل دارند، پیشنهاد می‌کند. علاوه بر ایجاد ساختار مشخص برای فرآیند مشاوره و توضیح فرآیند به مراجع، هنکین توصیه می‌کند که مشاوران خود را در مورد فرهنگ مراجعانشان، از جمله اهمیت زندگی خانوادگی و اجتماعی، آموزش دهند. در واقع، «کاربرد مستقیم رویکردهای غربی برای افراد با اصل و نسب شرقی ممکن است عواقب منفی داشته باشد» (رینی و چینارباس، ۲۰۰۵، ص ۱۵۷). آنچه در عوض مورد نیاز است «ادغام رویکردهای مشاوره غربی و بومی» است که ممکن است شامل خانواده و دوستان در جلسات مشاوره همراه با حمایت از اعمال مذهبی مراجع باشد (ص ۱۵۸).

تأمل شخصی

در مورد منابع تشویق و حمایتی که در دوران رشد داشتید (مانند رهبر بزرگسال گروهی که در آن بودید، خواهر و برادر، دوستان، والدین و غیره) تأمل کنید. آیا این افراد توانستند شما را حمایت کنند و/یا به طور رضایت‌بخشی در حل مشکلاتتان به شما کمک کنند؟ تصور کنید اگر با فردی در یا از کشور دیگری کار می‌کردید، استفاده از چنین افرادی به روش درمانی چگونه بود؟ نظر شما چیست؟

خلاصه و نتیجه‌گیری

در این فصل مسائل مشاوره مربوط به فرهنگ و بین‌المللی‌گرایی را بررسی کردیم. مطالب فراوانی در ادبیات حرفه‌ای در مورد نگرانی‌های عمومی هر گروه مورد بحث در اینجا و در مورد نظریه‌ها و تکنیک‌های مشاوره مناسب‌تر برای کار با این جمعیت‌ها (یعنی اروپایی-آمریکایی، سیاه‌پوست، آفریقایی-آمریکایی، اسپانیایی تبار/لاتین تبار، آسیایی-آمریکایی، بومی آمریکایی (سرخ‌پوست) و عرب-آمریکایی) وجود دارد. در واقع، دوره‌های تخصصی و رویکردهای مشاوره که بر یک یا چند گروه از این گروه‌ها تمرکز دارند، در اکثر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی آموزش مشاور ارائه می‌شوند.

اگرچه اطلاعات مربوط به جنبه‌های فرهنگی خاص یک جمعیت ممکن است با سایر عوامل در مشاوره بی‌ارتباط به نظر برسد، اما اینطور نیست. یک موضوع مشترک این است که مشاورانی که با انواع مراجعان دارای تفاوت فرهنگی کار می‌کنند، باید در مورد آن‌ها به صورت جمعی، در خرده‌گروه‌ها و به صورت فردی آگاه باشند. آن‌ها باید بتوانند به طور مؤثر با نگرانی‌هایی که فراتر از کلیشه‌ها و نقش‌های تجویز شده هستند، مقابله کنند. محدودیت‌های فرهنگی نه تنها رشد افراد درگیر در آن‌ها، بلکه جامعه بزرگتر را نیز محدود می‌کند. غلبه بر سنت‌ها، تعصبات، ترس‌ها و اضطراب‌ها و یادگیری مهارت‌های جدید بر اساس اطلاعات دقیق و حساسیت، بخش‌های عمده‌ای از مشاوره در جامعه چندفرهنگی هستند.

مشاوره بین‌المللی در حال رشد است. به این ترتیب، به درک فرهنگی از نحوه کمک به افراد در داخل و خارج از یک زمینه خاص می‌افزاید. کشورها و گروه‌های قاره‌ای مشاوران در حال تشکیل انجمن‌های خود هستند که تعداد آن‌ها در سال ۲۰۱۶ به بیش از ۴۰ مورد رسید. بنابراین، مشاوره پدیده‌ای جهانی است با نظریه‌ها و روش‌های یکپارچه و مرتبط که در حال توسعه و تبادل هستند. در ایالات متحده، مهم است که مشاوران به نیازهای دانشجویان بین‌المللی توجه کنند و همچنین از مشاوره در سطح بین‌المللی مطلع بمانند.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره تکالیف موضوع ۱۲: ملاحظات چندفرهنگی را

امتحان کنید.

فصل چهارم

مشاوره با جمعیت‌های متنوع



مرور کلی فصل

از مطالعه این فصل موارد زیر را یاد خواهید گرفت:

- چالش‌ها و پاداش‌های مشاوره با سالمندان
- نگرانی‌ها، مسائل و نظریه‌های مشاوره با زنان
- نگرانی‌ها، مسائل و نظریه‌های مشاوره با مردان

- مشاوره با افراد دارای گرایش‌های جنسی متفاوت
- مشاوره و معنویت

همانطور که مطالعه می‌کنید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- سوگیری‌ها و باورهای شما در مورد سالمندان
 - افکار و احساسات شما در مورد مشاوره با زنان و مردان
 - دیدگاه‌های شما در مورد افرادی که در گرایش جنسی با شما متفاوت هستند
- نقشی که معنویت در زندگی اکثر مردم ایفا می‌کند و جایگاه آن در مشاوره

وقتی یک روز صبح بیدار شوی و حس کنی که پیر شده‌ای این شعر را از قفسه‌ات بردار و آرام سطرهای خوش‌ساختش را بخوان که مانند خاطرات جوانی‌مان کم‌رنگ می‌شوند. آن‌ها روزهای روی تپه‌های رینولدا بودند وقتی زمان با نگاه‌ها سنجیده می‌شد نه کلمات، آن‌ها لحظاتی بودند که در خاطراتمان نوشتیم و اکنون، چون پوستی نفیس، گرچه کم‌رنگ، باقی مانده‌اند نقش‌هایی واضح در آرامش پیری، گرما و لبخند را به سرمای این فصل می‌آورند: روشنی در دنیایی پر از خاکستری.

«شعری در وداع»، اثر اس. تی. گلدینگ، © ۱۹۸۹/۱۹۶۸ اس. تی. گلدینگ.

تنوع یک جنبه اصلی زندگی بشر است. مردم از جنبه‌های متعددی با هم تفاوت دارند. این فصل به تنوع در مشاوره می‌پردازد. به طور خاص، بر مشاوره با جمعیت‌های مختلف بر اساس سن، جنسیت، گرایش جنسی و معنویت تمرکز دارد. هر یک از جمعیت‌های مورد بررسی، نیازها و نگرانی‌های متمایز و منحصر به فردی دارند و

همچنین مسائلی که ماهیت جهانی دارند. همه این گروه‌ها گاهی اوقات مورد کلیشه‌سازی قرار می‌گیرند و ممکن است به حاشیه رانده شوند، نادیده گرفته شوند، سرکوب شوند یا مورد آزار قرار گیرند. بنابراین، افرادی که عضو یک یا چند مورد از این زیرگروه‌های بشری هستند، گاهی اوقات استعدادها و امکاناتشان به رسمیت شناخته نمی‌شود.

ارج نهادن به تنوع در همه اشکال متعدد آن، برای مشاوره اساسی است. بدون چنین موضعی، رفاه مراجعان به خطر می‌افتد و احترام و وقاری که باید به هر فرد اعطا شود، نادیده گرفته می‌شود. در واقع، مشخص شده است که نگرش‌های منفی نسبت به مراجعان به دلیل سن، جنس، گرایش جنسی، قومیت یا معنویت آن‌ها «بر فرآیندهای مشاوره تأثیر منفی می‌گذارد» (Stull, ۲۰۰۷, p. ۳۲۵ & Miller, Miller).

در بررسی جمعیت‌های تحت پوشش در اینجا، و همچنین آن‌هایی که در فصل قبل مورد بحث قرار گرفتند، از خود بپرسید که چه عقایدی در مورد هر یک دارید. چگونه آن افکار و احساسات بر تعاملات شما تأثیر گذاشته‌اند؟ شما چقدر شبیه و متفاوت از هر یک از گروه‌های مورد بررسی هستید؟ چگونه تحقیقات می‌تواند به اصلاح باورها و اقدامات شما کمک کند؟

عقاید ثابت تقریباً همیشه در مشاوره با کسانی که با ما تفاوت دارند، زیان‌آور است. هنگام تلاش برای کار با تنوع، بسیار مهم است که افراد را به کاریکاتورهایی که کمتر از انسان هستند تقلیل ندهیم یا به آن‌ها برچسب بیمارگونه نزنیم.

مشاوره با جمعیت سالمند

رشد (تحول) به طور سنتی به عنوان هر نوع تغییر نظام‌مندی که مادام‌العمر و تراکمی است تعریف می‌شود. یک راه برای فکر کردن در مورد این تغییرات، حرکت به صورت وارد شدن، عبور کردن، یا ادامه

دادن (گذر کردن) است. در طول زندگی، افراد در سطوح متعددی تغییر و رشد می‌کنند: شناختی، عاطفی، جسمی، معنوی و غیره. هنگامی که رشد در یک بعد زمانی مورد انتظار رخ می‌دهد، مانند رشد جسمی در دوران کودکی، افراد معمولاً فقط مشکلات انتقالی یا سازگاری جزئی دارند، اگر اصلاً مشکلی داشته باشند. با این حال، اگر رویدادهای زندگی تسریع شوند، به تأخیر بیفتند، یا محقق نشوند (رویدادهای رخ نداده، یعنی تحولاتی که انتظار می‌رود اما رخ نمی‌دهند، مانند هرگز ازدواج نکردن یا بچه دار نشدن)، بهزیستی افراد و اطرافیانشان ممکن است تحت تأثیر منفی قرار گیرد (Anderson, Goodman, & Schlossberg, ۲۰۱۲). رویدادهای پیش‌بینی نشده که انتظار نمی‌رود، مانند مرگ والدین در سنین پایین یا از دست دادن غیرمنتظره شغل، نیز ممکن است به دلیل ترومای مرتبط با آن‌ها و عدم آمادگی برای آن‌ها، زیان‌آور باشند.

انجمن رشد و پیری بزرگسالان (AADA) بخشی در انجمن مشاوره آمریکا (ACA) است که به طور خاص بر رشد طولی عمر پس از نوجوانی تمرکز دارد، اما در نهایت به کل طول عمر مربوط می‌شود. این انجمن بر نظریه‌پردازانی مانند ژان پیاژه، لارنس کلبِرگ، اریک اریکسون، کارول گیلیگان و نانسی شلوسبرگ تمرکز دارد که به مسائل مرتبط با مراحل رشد از نوزادی تا پیری پرداخته‌اند. مراحل اریکسون و چالش‌های آن‌ها احتمالاً شناخته‌شده‌ترین هستند و در اینجا مشخص شده‌اند. اگرچه در این بخش از این فصل به سالمندان (اواخر بزرگسالی) پرداخته می‌شود، مراحل قبل از اواخر بزرگسالی تأثیر عمیقی بر نحوه مدیریت این دوره از زندگی دارند. جنسیت، توانایی، قومیت، سلامت، فیزیولوژی، محیط و انگیزه، همگی بر این مرحله از زندگی و مراحل قبل از آن تأثیر می‌گذارند و در سراسر این متن برجسته خواهند شد.

هشت مرحله رشد انسانی اریک اریکسون	
مرحله / سن	چالش
نقطه قوت	
۱. نوزادی (تولد تا ۱۸ ماهگی)	اعتماد پایه در برابر بی‌اعتمادی
پایه	نیرو، امید
۲. نوپایی (۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی)	خودمختاری در برابر
شرم / تردید	خودکنترلی / شهامت
۳. پیش‌دبستانی / سن بازی (۳ تا ۵ سالگی)	ابتکار در برابر احساس
گناه	هدفمندی
۴. سن مدرسه (۶ تا ۱۲ سالگی)	سخت‌کوشی (صنعتگری) در برابر کهنتری
(حقارت)	روش / شایستگی
۵. نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سالگی)	هویت در برابر سردرگمی
نقش	سر سپردگی / وفاداری

۶. اوایل بزرگسالی (۱۸ تا ۳۵ سالگی)	صمیمیت در برابر
انزوا	سر سپردگی/عشق
۷. میانسالی (۳۵ تا ۶۵/۵۵ سالگی)	زیایبی (باروری) در برابر رکود
(ایستایی)	تولید/مراقبت
۸. اواخر بزرگسالی (۶۵/۵۵ تا مرگ)	یکپارچگی من در برابر
ناامیدی	خرد

سالمندان در اینجا به عنوان افراد بالای ۶۵ سال تعریف می‌شوند. از سال ۱۹۳۵ و تصویب قانون تأمین اجتماعی، سن ۶۵ سالگی به عنوان آغاز پیری یا اواخر بزرگسالی در نظر گرفته شده است. حتی با وجود اینکه مردم طولانی‌تر از قبل زندگی می‌کنند، بیشتر نرخ‌ها و تخفیف‌های «سالمندی» از حدود آن زمان شروع می‌شود و برخی در واقع از حدود سن ۵۵ سالگی آغاز می‌شوند. زمانی که ایالات متحده تأسیس شد، تنها ۲٪ از جمعیت آن ۶۵ سال یا بیشتر داشتند؛ تا سال ۱۹۰۰ این میزان ۴٪ بود؛ تا سال ۲۰۱۵ تقریباً ۱۵٪ بود؛ و تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۰٪ یا ۷۴ میلیون نفر خواهد بود (U.S. Census Bureau, ۲۰۱۵; Erber, ۲۰۱۳). برای جمعیت مسن‌تر، بیشترین افزایش در دهه ۲۰۲۰ تا ۲۰۳۰ انتظار می‌رود، زمانی که پیش‌بینی می‌شود جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر ۱۸ میلیون نفر افزایش یابد (از ۵۶ میلیون به ۷۴ میلیون). زمان‌بندی این افزایش مربوط به پیر شدن نسل بیبی بومر (baby boom) (افراد متولد ۱۹۴۶ تا ۱۹۶۴) است (Kurpius, ۲۰۱۵ & Goldsmith). تمام این نسل تا سال ۲۰۳۰، ۶۵ ساله یا بزرگتر خواهند بود.

امروزه، میانگین امید به زندگی نوزادی که در ایالات متحده متولد می‌شود، ۷۸٫۸ سال است، با امید به زندگی زنان ۸۱٫۲ سال و مردان ۷۶٫۴ سال (Centers for Disease Control and Prevention, National ۲۰۱۵). سفیدپوستان امید به زندگی بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها دارند، اما به طور کلی امید به زندگی برای همه بخش‌های جمعیت ایالات متحده در حال افزایش است. به عنوان مثال، تعداد آمریکایی‌های ۱۰۰ ساله و بالاتر از ۵۰٫۲۸۱ نفر در سال ۲۰۰۰ به ۷۲٫۱۹۷ نفر تا سال ۲۰۱۴ افزایش یافت - افزایشی ۴۴ درصدی (Centers for Disease Control and Prevention, National ۲۰۱۶). دلایل رشد چشمگیر جمعیت سالمند ایالات متحده شامل نرخ بالای زاد و ولد در قرن بیستم، سیاست‌های مهاجرتی که پذیرش افرادی را که اکنون در حال پیر شدن هستند، ترجیح می‌داد، مراقبت‌های بهداشتی بهبود یافته، تغذیه بهتر، و کاهش بیماری‌های عفونی است (Lefrancois, ۱۹۹۹; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, ۲۰۱۵). بنابراین، توجه مشاوران باید بر این گروه متمرکز شود، به ویژه با شروع پیر شدن این محدوده سنی توسط نسل بیبی بومر (Kurpius, ۲۰۱۵ & Goldsmith).

تعدادی افسانه و تصورات غلط در مورد پیری وجود دارد که بسیاری از آن‌ها منفی هستند. بیشتر آن‌ها حول محور از دست دادن و ناکارآمدی می‌چرخند. با این حال، اکثریت قریب به اتفاق افرادی که به اواخر بزرگسالی می‌رسند، فعال و دارای عملکرد خوب هستند. به عنوان مثال، سوفوکل تا پس از ۱۰۰ سالگی همچنان فعال بود؛ بنجامین فرانکلین در ۸۰ سالگی به تدوین قانون اساسی ایالات متحده کمک کرد؛ و تیتیان تا ۹۸ سالگی همچنان شاهکارهای نقاشی خلق می‌کرد. در واقع، Cohen (۲۰۰۰) دریافته است که برخی از مهم‌ترین و خلاقانه‌ترین آثار افراد پس از ۶۵ سالگی به وجود آمده‌اند. به عنوان مثال، در زمینه مشاوره، کارل راجرز پس از ۶۵ سالگی کتاب‌های بیشتری نسبت به قبل از آن منتشر کرد.

از نظر تاریخی، مشاوره با سالمندان یک حوزه مغفول مانده در حرفه مشاوره بوده است (Muzacz & Akinsulure-Smith, ۲۰۱۳). به عنوان مثال، به عنوان یک گروه، اعضای این جمعیت تنها ۶٪ از کل خدمات بهداشت روان را دریافت می کنند (کمتر از نیمی از آنچه ممکن است انتظار رود زیرا تقریباً ۱۵٪ از جمعیت سالمند در ایالات متحده حداقل مشکلات عاطفی متوسطی را نشان می دهند) (Hashimi, ۱۹۹۱; Kampfe, ۲۰۱۵). تا حدی، این وضعیت ناشی از نگرانی های رشدی منحصر به فرد این گروه، به ویژه آن هایی است که شامل خسارات مالی، اجتماعی و جسمی می شود.

در اواسط دهه ۱۹۷۰، Blake (۱۹۷۵) و Salisbury (۱۹۷۵) با اشاره به فقدان مقالات در مورد این جمعیت در ادبیات مشاوره و کمبود برنامه های آموزش مشاور که دوره انتخابی در مورد سالمندان و نیازهای ویژه آنها ارائه دهند، آگاهی مشاوران را در مورد مشاوره با سالمندان افزایش دادند. تا اواسط دهه ۱۹۸۰، وضعیت تغییر کرده بود. بر اساس یک نظرسنجی ملی، Myers (۱۹۸۳) گزارش داد که ۳۶٪ از کل برنامه های مشاوره یک یا چند دوره در مورد کار با افراد مسن ارائه می دهند. این درصد همراه با مطالعات جدید در مورد سالمندان همچنان در حال افزایش است (Dean, ۱۹۹۱ & Hollis, ۱۹۹۷; Myers, Poidevant). اکنون استانداردهایی برای کار با جمعیت های سالمندی وجود دارد (Myers, ۱۹۹۵) و مشاوره با این گروه سنی افزایش یافته است. مطالعات موردی نیز آگاهی را در مورد مسائل رایجی که سالمندان امروزه با آن مواجه هستند افزایش داده اند تا برای مشاورانی که با اعضای این گروه جمعیتی کار می کنند، خارق العاده به نظر نرسند (Golden, ۲۰۰۹; Kampfe, ۲۰۱۵).

پیری

چندین نظریه برجسته پیری، که بسیاری از آن‌ها چند بعدی هستند، پیشنهاد شده است. به عنوان مثال، Willis و Schaie (۲۰۱۶) پیری را از دیدگاه زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌نگرند و تشخیص می‌دهند که فرآیند چند بعدی ممکن است ناهموار باشد. پیری بخش طبیعی رشد است (DeLaszlo, ۱۹۹۴; Erikson, ۱۹۶۳; Friedan, ۱۹۹۴). افراد با افزایش سن وظایف خاصی برای انجام دادن دارند. به عنوان مثال، اریکسون میانسالی و اواخر بزرگسالی را زمانی می‌داند که فرد باید حس زایایی و یکپارچگی من را توسعه دهد یا راکد و ناامید شود. یونگ معتقد است معنویت حوزه‌ای است که تنها افراد بالای ۴۰ سال به طور منحصر به فردی صلاحیت کاوش در آن را دارند.

Neugarten (۱۹۷۸)، با تأکید بر رشد، سه دوره اصلی سالمندی را می‌بیند. **جوان-سالمند** کسانی هستند که بین ۶۵ تا ۷۵ سال سن دارند. آن‌ها چه بازنشسته باشند و چه نباشند، هنوز از نظر جسمی، ذهنی و اجتماعی فعال هستند. **سالمند** افرادی هستند که بیش از ۷۵ سال سن دارند و فعالیت بدنی آن‌ها بسیار محدودتر است. در نهایت، کسانی هستند که به عنوان **پیر-سالمند**، ۸۵ ساله و بالاتر، طبقه‌بندی می‌شوند که در حال افول هستند. اثرات زوال معمولاً در جمعیت پیر-سالمند آشکارتر است، اگرچه الگوهای پیری به وضوح منحصر به فرد هستند. به عنوان مثال، کم‌دین جورج برنز تا اندکی قبل از مرگش در ۱۰۰ سالگی همچنان از نظر جسمی فعال و از نظر ذهنی هشیار بود. در مجموع، این سه گروه سنی سالمندی «در یک گروه به نام مرحله سوم زندگی ادغام می‌شوند» (Guindon, ۲۰۱۰, p. ۲۸۱ & Richmond).

ویژگی‌ها	سن	دسته
فعال از نظر جسمی، ذهنی و اجتماعی	۶۵-۷۵ سالگی	جوان-سالمند
فعال اما کمتر از جوان-سالمند	۷۵-۸۵ سالگی	سالمند
افول در فعالیت اما بسیار متغیر	۸۵ سالگی و بالاتر	پیر-سالمند

مرحله سوم زندگی: اواخر بزرگسالی

علیرغم درک فزاینده از پیری و تعداد روزافزون سالمندان، کسانی که در این دسته از زندگی قرار دارند باید با انتظارات و تعصبات مبتنی بر سن کنار بیایند؛ به عنوان مثال، «افراد مسن اغلب با برچسب‌های ناخوشایندی مانند سالخورده، فراموشکار و درمانده مشخص می‌شوند» (Dell, ۱۹۹۷, p. & McCracken, Hayes)

۳۸۵). این نگرش‌ها و کلیشه‌های منفی، که به عنوان **سن‌گرایی (ageism)** شناخته می‌شوند، مانع

برخوردهای صمیمی با افراد در گروه‌های سنی مختلف می‌شود و گاهی اوقات منجر به تبعیض آشکار می‌شود (Reeve, ۲۰۰۶; Butler, ۲۰۰۱ & Angus). متأسفانه، افرادی که در حال پیر شدن هستند، مکرراً این

فرآیند را انکار کرده و از آن می‌ترسند، پدیده‌ای که (Friedan ۱۹۹۴) آن را «**افسون سن (age mystique)**» می‌نامد. حتی مشاوران نیز از نگرش‌های سن‌گرایانه مصون نیستند (Blake, ۱۹۸۲; Maples

& Abney, ۲۰۰۶).

نیازهای سالمندان

سالمندان در ایالات متحده باید با طیف گسترده‌ای از مسائل پیچیده در گذار خود از میانسالی به وضعیت «شهروند سالمند» مقابله کنند، از جمله تغییرات در توانایی‌های جسمی، نقش‌های اجتماعی، روابط و حتی جابجایی محل سکونت (Cox, ۲۰۰۹; Kampfe, ۲۰۰۲, ۲۰۱۵). بسیاری از این تغییرات پتانسیل ایجاد بحران هویت در فرد را دارند. تقاضاهای رشدی سالمندان احتمالاً تنها پس از تقاضاهای کودکان خردسال قرار می‌گیرد. به گفته Havighurst (۱۹۵۹)، سالمندان باید یاد بگیرند که با موفقیت با موارد زیر کنار بیایند: (الف) مرگ دوستان و همسران، (ب) کاهش توان جسمی، (ج) بازنشستگی و کاهش درآمد، (د) اوقات فراغت بیشتر و فرآیند دوست‌یابی جدید، (ه) توسعه نقش‌های اجتماعی جدید، (و) برخورد با فرزندان بزرگسال، و (ز) تغییر ترتیبات زندگی یا ایجاد ترتیبات رضایت‌بخش.

برخی از تغییرات لازم مرتبط با پیری تدریجی هستند، مانند از دست دادن قدرت بدنی. برخی دیگر ناگهانی هستند، مانند مرگ. به طور کلی، پیری زمان گذارها و تحولات مثبت و منفی است (Myers, ۱۹۹۰, p. ۲۴۹). گذارهای مثبت برای سالمندان شامل سودی برای فرد است، مانند پدربزرگ یا مادربزرگ شدن یا دریافت تخفیف برای خریده‌ها و رویدادهای فرهنگی مانند اجراهای موسیقی یا فیلم. گذارهایی که سطح بالایی از استرس را شامل می‌شوند، آن‌هایی هستند که با از دست دادن عمده مرتبط هستند، مانند مرگ همسر، از دست دادن شغل، یا ابتلا به یک بیماری جدی. در این موقعیت‌ها، بسیاری از سالمندان به دلیل نداشتن گروه حمایتی همسالان که از طریق آن غم خود را بیان کرده و احساسات خود را پردازش کنند، دچار مشکل می‌شوند (Morgan, ۱۹۹۴).

مشکلات عمده سالمندان شامل تنهایی، بیماری جسمی، بازنشستگی، بیکاری، داغ‌دیدگی، و سوء استفاده است (Alessi, ۲۰۰۵ & Morrissey, ۱۹۹۸; Piercy, ۲۰۱۰; Williams, Ballard). علاوه بر

این، اعضای این گروه با افزایش سن بیشتر از افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی رنج می‌برند (Goldsmith & Kurpius, ۲۰۱۵). سایر ملاحظات بهداشت روانی مانند افسردگی، زوال عقل (دمانس) و خودکشی نیز نگران‌کننده هستند (Hays, ۲۰۱۲ & McBride). تقریباً ۳۰٪ از تخت‌های بیمارستان‌های روانی توسط سالمندان اشغال شده است. حدود ۲۵٪ از کل خودکشی‌های گزارش شده توسط افراد بالای ۶۰ سال انجام می‌شود، که مردان سفیدپوست به ویژه مستعد هستند. سوء استفاده خانگی از سالمندان - «هر شکلی از بدرفتاری توسط شخصی که رابطه خاصی با سالمند دارد»، از جمله بی‌توجهی - نیز مشکل‌ساز است (Morrissey, ۱۹۹۸, p. ۱۴). از شایع‌ترین اشکال بدرفتاری با سالمندان، با نزدیک به ۶۰۰,۰۰۰ مورد در سال، می‌توان به سوء استفاده جسمی، سوء استفاده روانی، بهره‌کشی مالی، و نقض حقوق، از جمله آزادی شخصی، آزادی بیان و حریم خصوصی اشاره کرد (Santoro, ۲۰۰۰ & Welfel, Danzinger). علاوه بر این، سوء مصرف الکل یک اختلال شایع اما اغلب تشخیص داده نشده در سالمندان است که بین ۶٪ تا ۱۶٪ از جمعیت را شامل می‌شود (Williams et al., ۲۰۰۵).

مثال موردی

جین و عزت نفس پایین او

جین در خانه‌ای با ۱۲ برادر و خواهر بزرگ شد. والدینش سخت کار می‌کردند، اما پول کمی که به دست می‌آوردند به سختی کفاف می‌داد. بنابراین، جین لباس‌هایی می‌پوشید که یا دست دوم بودند یا از فروشگاه‌های دست دوم خریداری شده بودند. والدینش توانایی پرداخت هزینه عضویت در باشگاه‌ها یا تیم‌های ورزشی را نداشتند، بنابراین جین فرصت زیادی برای معاشرت با همسالان خود نداشت. برای بدتر کردن اوضاع، جین به محض اینکه به اندازه کافی بزرگ شد، مجبور بود برای کمک به خانواده کارهای پاره‌وقت انجام دهد. بیشتر مشاغل شامل کار یدی بود و جین اغلب کثیف و نامرتب بود. او هرگز ازدواج نکرد و اکنون در ۶۵ سالگی،

همچنان خودپنداره پایینی دارد. او برای «بهتر شدن» و «کنار آمدن» با گذشته‌اش به مشاوره آمده است تا بتواند پربارتر زندگی کند.

- آیا فکر می‌کنید با توجه به گذشته‌اش، مشاوره می‌تواند برای او مفید باشد؟ اگر چنین است، چگونه ممکن است کمک کند؟ فکر می‌کنید چه فعالیت‌های دیگری برای جین خوب است؟

مشاوره با سالمندان

بیشتر مشاورانی که علاقه‌مند به کار با سالمندان هستند، به آموزش حرفه‌ای بیشتری در این تخصص نیاز دارند (Jenkins, ۲۰۱۶ & Blando, ۲۰۱۱; Kampfe, ۲۰۱۵; Sauerheber, Graham, Britzman). بسیاری به سادگی سالمندان را درک نمی‌کنند و بنابراین با آن‌ها کار نمی‌کنند. این امر ممکن است به ویژه در مورد پدیده‌های جدید مربوط به سالمندانی که برای به عهده گرفتن نقش‌های جدید و غیرمنتظره در زندگی، مانند پدربزرگ و مادربزرگ‌هایی که نوه‌های خود را بزرگ می‌کنند، به کمک نیاز دارند، صادق باشد (Leder, Pyle, ۱۹۹۶ & Torres, ۲۰۰۷; Pinson-Milburn, Fabian, Schlossberg & Grinstead). در این موقعیت‌ها، ممکن است نیاز باشد خدمات مرتبط با مشاوره در سطوح مختلفی ارائه شود، مانند مداخلات مستقیم ترویجی که استراتژی‌های مقابله‌ای جدید و آموزش مهارت‌ها را آموزش می‌دهند. علاوه بر این، ممکن است به مداخلات غیرمستقیم یا حمایتی نیاز باشد، مانند گروه‌های حمایتی پدربزرگ و مادربزرگ، گروه‌های حمایتی خانواده، و حمایت مالی از رویدادهایی مانند «روز پدربزرگ و مادربزرگ» در مدرسه.

دلیل دیگری که افراد مسن توجه بیشتری از متخصصان بهداشت روان دریافت نمی‌کنند، **سندروم**

سرمایه‌گذاری (investment syndrome) است که توسط Colangelo و Pulvino (۱۹۸۰) توصیف

شده است. به گفته این نویسندگان، برخی مشاوران احساس می‌کنند وقت و انرژی آن‌ها بهتر است صرف کار با

افراد جوان‌تر شود «که ممکن است در نهایت به جامعه کمک کنند» (ص ۶۹). متخصصانی که این نگرش را

نشان می‌دهند، بر بازده آتی جوانان حساب می‌کنند و ممکن است در مورد امکان تغییر در سالمندان اطلاعات نادرستی داشته باشند.

دلیل سوم اینکه سالمندان ممکن است مورد توجه مشاوران و متخصصان بهداشت روان قرار نگیرند، ترس غیرمنطقی از پیری و فاصله روانی از افراد مسن است که این ترس ایجاد می‌کند (Neugarten, ۱۹۷۱). این پدیده ممکن است به بهترین وجه در ضرب‌المثل معروف توضیح داده شود: «از دل برود هر آنکه از دیده برفت.» دلیل نهایی اینکه سالمندان درمان بیشتر یا بهتری توسط مشاوران در مورد نیازهایشان دریافت نمی‌کنند این است که مشکلات آن‌ها ممکن است با شرایط مربوط به پیری اشتباه گرفته شود (Williams et al., ۲۰۰۵). به عنوان مثال، بسیاری از سالمندان تعدادی بیماری مانند افسردگی دارند که ممکن است به پیری نسبت داده شود اما همیشه بخشی از زندگی آن‌ها بوده است.

دلایلی که مشاوران برای کار نکردن با سالمندان ارائه می‌دهند
• عدم درک سالمندان
• سندروم سرمایه‌گذاری (احساس بهتر بودن کار با افراد جوان‌تر که در درازمدت بیشتر به جامعه کمک خواهند کرد)
• ترس غیرمنطقی از پیری
• مشکلات سالمندان، مانند افسردگی، به پیری نسبت داده می‌شوند و به عنوان بخشی از زندگی دیده نمی‌شوند

یک رویکرد گسترده و مهم برای کار موفقیت‌آمیز با سالمندان، رفتار کردن با آنها به عنوان بزرگسال است (Waller, ۱۹۹۱ & Cox). اواخر بزرگسالی یک مرحله زندگی منحصر به فرد است و شامل رشد مداوم است. هنگامی که مشاوران مهارت‌های پایه مشاوره مانند بازتاب احساسات، پارافریز محتوا، شناسایی الگوها، پرسیدن سؤالات باز، تأیید احساسات و افکار، و مواجهه ملایم با تناقضات را نشان می‌دهند، سالمندان برای کشف مشکلات یا مسائل سازگاری احساس آزادی می‌کنند و احتمالاً به طور مناسب پاسخ خواهند داد (Blando, ۲۰۱۵, ۲۰۰۲, Kampfe, ۲۰۱۱).

Xu (۲۰۱۰) از گنجاندن اصول معنادرمانی (logotherapy) در کار با سالمندان حمایت می‌کند. مدل‌های فعلی پیری موفق، و مداخلاتی که تشویق می‌کنند، تمایل دارند بر حفظ عملکرد جسمی و شناختی و ادامه مشارکت در زندگی فعال تمرکز کنند. با این حال، Xu خاطرنشان می‌کند که چنین مدل‌هایی آنچه را که فرانکل (Frankl) (۱۹۶۲) به عنوان بعد «نؤتیک (noetic)» یا معنوی وجود انسان شناسایی کرد، نادیده می‌گیرند. نویسنده نتیجه می‌گیرد که یک مدل کل‌نگرتر از پیری، به وظایف معنوی و اراده معطوف به معنا (Will to Meaning) افراد مسن توجه می‌کند. این مدل به آن‌ها در یکپارچه‌سازی و فراتر رفتن از تجربیات زیسته‌شان و معنابخشی در اواخر زندگی کمک می‌کند.

استراتژی دیگر برای ترویج تغییر در سالمندان، اصلاح نگرش‌های افراد در سیستم‌هایی است که در آن زندگی می‌کنند (Pulvino, ۱۹۸۰; Sinick, ۱۹۸۰ & Colangelo). بسیاری از نگرش‌های اجتماعی بر نگرش افراد مسن نسبت به خودشان تأثیر منفی می‌گذارند. اغلب، سالمندان پیر رفتار می‌کنند زیرا محیط‌هایشان چنین رفتاری را تشویق و حمایت می‌کند. جامعه آمریکا «سن را با منسوخ شدن برابر می‌داند و اولویت‌های خود را بر این اساس تنظیم می‌کند» (Prather, ۱۹۸۰, p. ۷۴ & Hansen). بنابراین، مشاوران باید مربی و حامی تغییر در نگرش‌های اجتماعی شوند تا محدودیت‌ها و کلیشه‌های سنی مخرب برطرف شوند. «ما باید جامعه‌ای را توسعه دهیم که افراد را تشویق کند از رفتار کردن متناسب با سنشان دست بردارند و شروع به خود بودن کنند» (Ponzo, ۱۹۷۸, pp. ۱۴۳-۱۴۴).

علاوه بر رفتار محترمانه با سالمندان و تلاش برای تغییر در سیستم‌ها، مشاوران می‌توانند به سالمندان در مقابله با مشکلات خاص و فوری کمک کنند. Tomine (۱۹۸۶) ادعا می‌کند که خدمات مشاوره برای سالمندان اگر قابل حمل و کاربردی باشند، مانند آموزشی بودن و تمرکز بر حل مسئله، بسیار مفید هستند. به عنوان مثال، Hitchcock (۱۹۸۴) برنامه‌های موفق را که به سالمندان در یافتن شغل کمک می‌کنند، مرور کرد. یک برنامه

به ویژه موفق، باشگاه کاریابی (job club) برای جویندگان کار مسن بود، که در آن شرکت کنندگان در جلسات منظم اطلاعاتی را در مورد یافتن شغل به اشتراک می گذاشتند.

برای سالمندان در مراحل اولیه بیماری آلزایمر، مشاوره مبتنی بر نظریه های راجرز و کاربرد عملی کارکاف مفید است. گروه درمانی، بر اساس نوشته های وجودی یالوم، ممکن است در کمک به اعضای خانواده برای کنار آمدن با پیشرفت بیماری مؤثر باشد (LaBarge, ۱۹۸۱).

یک فرآیند مرور ساختاریافته زندگی نیز در کار با سالمندان مفید بوده است (Beaver, ۱۹۹۱; Cuijpers, ۲۰۰۳ & Bohlmeijer, Smit). این رویکرد به آن ها کمک می کند گذشته را یکپارچه کرده و خود را برای آینده آماده کنند.

درمان شناختی-رفتاری (CBT) کوتاه مدت با موفقیت در برخی سالمندان برای افزایش تفکر منطقی و کاهش افسردگی استفاده شده است (James, ۲۰۰۸). به همین ترتیب، برنامه های ۱۲ قدمی و کتاب درمانی در کمک به سالمندانی که سوء مصرف الکل دارند، موفق بوده اند.

گروه های زیر از محبوب ترین گروه ها برای بزرگسالان ۶۵ ساله و بالاتر هستند (Gladding, ۲۰۱۶b):

- گروه های واقعیت مدار (Reality-oriented groups)، که به اعضای گروه سردرگم کمک می کنند تا نسبت به محیط اطراف خود جهت گیری کنند.

- گروه های درمان بازانگیزش (Remotivation therapy groups)، که هدفشان کمک به مراجعان مسن تر برای سرمایه گذاری بیشتر در زمان حال و آینده است.

- گروه‌های خاطره‌گویی (Reminiscing groups)، که مرورهای زندگی را با تمرکز بر حل مسائل گذشته انجام می‌دهند تا به اعضا کمک کنند تا از نظر شخصی یکپارچه‌تر شوند و در زمان حال معنا پیدا کنند (Stens, ۲۰۰۶ & Zalaquett).
 - گروه‌های روان‌درمانی (Psychotherapy groups)، که برای مشکلات خاص سالمندی، مانند فقدان، طراحی شده‌اند.
 - گروه‌های موضوع-محور (Topic-specific groups)، که بر حوزه‌های مورد علاقه سالمندان، مانند سلامت یا هنر، تمرکز دارند.
 - گروه‌های عضو-محور (Member-specific groups)، که بر نگرانی‌های انتقالی خاص اعضای منفرد، مانند بستری شدن در بیمارستان یا برخورد با خانواده همسر، تمرکز دارند.
- در کار با سالمندان، مشاوران اغلب شاگردان زندگی می‌شوند و افراد مسن معلمان آن‌ها می‌شوند (Kemp, ۱۹۸۴). هنگامی که این نوع نگرش باز به دست می‌آید، مراجعان به احتمال زیاد با مهم‌ترین رویدادهای زندگی خود برخورد می‌کنند و مشاوران بیشتر مستعد یادگیری در مورد بعد متفاوتی از زندگی و مفید بودن در این فرآیند هستند.

تأمل شخصی

پیری یک وضعیت ذهنی و همچنین یک واقعیت جسمی است. به افرادی که می‌شناسید و ۶۵ سال یا بیشتر دارند فکر کنید. کدام یک از آن‌ها را در حال سازگاری خوب با سن خود می‌دانید؟ فکر می‌کنید چه عواملی باعث این امر شده‌اند؟

مشاوره مبتنی بر جنسیت

دومین جمعیتی که در این فصل در نظر گرفته می‌شود، بر مشاوره مبتنی بر جنسیت (یعنی جنس فرد) تمرکز دارد. مراجعان نیازها و نگرانی‌های متمایزی دارند که تا حدی توسط فضاهای فرهنگی و گروه‌های اجتماعی که در آن زندگی و رشد می‌کنند، تعیین می‌شود (کوک، ۱۹۹۳؛ هافمن، ۲۰۰۶؛ سو و سو، ۲۰۱۶). زنان و مردان «اساساً موجوداتی فرهنگی-اجتماعی» هستند (مک‌فادن، ۱۹۹۹، ص ۲۳۴). به عبارت دیگر، زنان و مردان موجوداتی زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial) هستند (یعنی تحت تأثیر افکار، عواطف و رفتارهایشان - بخش زیستی و روانی خود - و همچنین عوامل اقتصادی-اجتماعی، محیطی-اجتماعی، فرهنگی - بخش اجتماعی خود - قرار دارند) (باردن، کانلی و یانگ، ۲۰۱۵).

مشاورانی که به طور کامل از تأثیر تبعیض اجتماعی، کلیشه‌ها و انتظارات نقشی مبتنی بر جنسیت آگاه نیستند، احتمالاً در کمک به مراجعان خود در مشاوره موفق نخواهند بود. مشاوره مؤثر نیازمند دانش و بینش ویژه‌ای است که بر جنبه‌های خاص و مشترک جنسیت و گرایش جنسی افراد تمرکز دارد. «این توجه به تجربیات منحصر به فرد و مشترک زنان و مردان، چالش متناقض‌نمای مشاوره است» (لی و رابینز، ۲۰۰۰، ص ۴۸۸).

دیگر هیچ بحثی در مورد این سوال وجود ندارد که آیا مشاوران نیاز به داشتن دانش و مهارت تخصصی در مشاوره با زنان و مردان به عنوان گروه‌های مجزا و همچنین جنسیت‌هایی که اشتراکات زیادی دارند، دارند یا خیر. با این حال، از آنجایی که زنان و مردان «چالش‌های رشدی متفاوتی را تجربه می‌کنند»، ممکن است به سبک‌های تعاملی متفاوتی از سوی متخصصان نیاز داشته باشند (نلسون، ۱۹۹۶، ص ۳۴۳). علاوه بر این، مشاورانی که بیشتر با یک جنسیت کار می‌کنند تا دیگری، ممکن است به آموزش و تجربه عمیق در حوزه‌های مشاوره خاص نیاز داشته باشند. به عنوان مثال، زنان در ایالات متحده بیشتر از مردان از اختلالات خلقی،

اضطرابی و خوردن رنج می‌برند (اریکسن و کرس، ۲۰۰۸). بخشی از دلیل آن ممکن است این باشد که زنان برای سرکوب خشم اجتماعی شده‌اند زیرا این امر با نقش جنسیتی زنانه ناسازگار تلقی می‌شود، در حالی که «فرض شده است که خشم یکی از محدود عواطفی است که با نقش سنتی مردانه سازگار است» (نیومن، فوکوا، گری و سیمپسون، ۲۰۰۶، ص ۱۵۷). علاوه بر این، در مقایسه با مردان شاغل، زنان شاغل همچنان مسئولیت بیشتری برای کارهای خانه و مسئولیت‌های مراقبتی بر عهده دارند (پیرسون، ۲۰۰۸). بنابراین، کار با زنان در حوزه‌های بهداشت روان و شغلی ممکن است با کار با مردان در همین دو حوزه متفاوت باشد.

مشاوره با زنان

زنان مصرف‌کنندگان اصلی خدمات مشاوره هستند (واستل، ۱۹۹۶). آن‌ها نیازهای ویژه‌ای مرتبط با تفاوت‌های بیولوژیکی و الگوهای اجتماعی شدن دارند که بسیاری از نگرانی‌های مشاوره‌ای آن‌ها را از مردان متفاوت می‌سازد (کوک، ۱۹۹۳؛ هافمن، ۲۰۰۶؛ هافمن و مایرز، ۱۹۹۹). زنان هنوز از درجه آزادی، موقعیت، دسترسی و پذیرشی که مردان دارند، برخوردار نیستند، اگرچه نقش‌های اجتماعی و فرصت‌های شغلی آن‌ها از دهه ۱۹۶۰ که جنبش زنان تغییرات قابل توجهی را تحت تأثیر قرار داد، به طور قابل ملاحظه‌ای گسترش یافته است (کیز، ۲۰۰۵).

به عنوان یک گروه، زنان در بسیاری از زمینه‌ها نگرانی‌های کاملاً متفاوتی نسبت به مردان دارند. به عنوان مثال، آن‌ها در علاقه و مشارکت خود در مسائل اساسی مانند صمیمیت، گزینه‌های شغلی و رشد زندگی متفاوت هستند (کوپلا و کیتل، ۲۰۰۳). به همین دلیل است که انجمن مشاوره آمریکا و سایر انجمن‌های یاری‌رسان حرفه‌ای، شماره‌های ویژه‌ای از نشریات خود را به موضوع زنان و مشاوره اختصاص داده‌اند (به عنوان مثال، شماره تابستان ۲۰۰۵ مجله مشاوره و رشد Journal of Counseling and Development را ببینید). «زنان در، از طریق و به سمت رابطه رشد می‌کنند و/یا توسعه می‌یابند» (جردن، ۱۹۹۵، ص ۵۲). هنگامی که آن‌ها با

دیگران احساس ارتباط می‌کنند، زنان حس افزایش انرژی و دیدگاه دقیق‌تری نسبت به خود و دیگران دارند. علاوه بر این، آن‌ها احساس قدرت می‌کنند تا خارج از روابط خود عمل کنند زیرا در درون آن‌ها فعال هستند. آن‌ها همچنین احساس ارزش بیشتری می‌کنند و تمایل بیشتری به ارتباط دارند (میلر و استایور، ۱۹۹۷). از جمله نگرانی‌های عمده این گروه می‌توان به رشد و توسعه، افسردگی، اختلالات خوردن، قربانی شدن جنسی، بیوگی و نقش‌های چندگانه اشاره کرد.

لندس، برتون، کینگ و سالیوان (۲۰۱۳) مطالعه‌ای انجام دادند که به بررسی ترجیحات زنان برای مشاوران و سطح راحتی آن‌ها برای خودافشایی با مشاوران جنس‌های مختلف بر اساس مشکل فرضی ارائه شده در مطالعه پرداختند. شرکت‌کنندگان عمدتاً ۲۵ ساله یا جوان‌تر بودند. مشکلات ارائه شده یا مشکلات خاص جنسیتی زنان (مانند مسئله بارداری، تجاوز) یا مشکلات خنثی از نظر جنسیتی (مانند افسردگی یا اضطراب) بودند. این مطالعه نشان داد که ۸۶٪ زنان، صرف نظر از مشکل ارائه شده، درمانگر زن را ترجیح می‌دهند. زنان همچنین احتمال بیشتری داشت که برای مشکل خاص جنسیتی (۹۴،۴٪) نسبت به مشکل خنثی از نظر جنسیتی (۸۰،۲٪) درمانگر زن را ترجیح دهند. مشاوره با زنان «موضوع ساده‌ای نیست که یک نظریه یا رویکرد مشاوره را انتخاب کرده و درمان را آغاز کنیم» (هانا، هانا، جوردانو و تولرود، ۱۹۹۸، ص ۱۸۱). بلکه، نگرش‌ها، ارزش‌ها و دانش مشاوران ممکن است توسعه بالقوه مراجعان زن را تسهیل یا مانع شود، به ویژه در سطح بین‌المللی (چونگ، ۲۰۰۵). زنان، به عنوان یک گروه، اساساً **رابطه‌مند** هستند و رویکردهای مشاوران باید با توجه به این واقعیت تنظیم شوند (داونپورت و یوریچ، ۱۹۹۱؛ نلسون، ۱۹۹۶). بررسی ادبیات نشان می‌دهد که متخصصانی که با زنان مشاوره می‌کنند باید «بسیار **همدل**، **گرم**، **فهمیده** و به اندازه کافی به عنوان یک فرد رشد یافته باشند تا بتوانند وضعیتی را که زنان در آن قرار دارند، درک کنند» (هانا و همکاران، ۱۹۹۸، ص ۱۶۷).

متأسفانه، شواهد نشان می‌دهد که برخی مشاوران و متخصصان بهداشت هنوز **کلیشه‌های نقش جنسیتی** زنان را دارند (مولن، ۲۰۰۶؛ سایمون، گال، فریدلندر و هترینگتون، ۱۹۹۲)، و برخی مشاوران صرفاً در مورد مشکلات خاصی که زنان به طور کلی یا در مراحل مختلف زندگی خود با آن‌ها روبرو هستند، بی‌اطلاع هستند. در سطح رشدی، «شکاف قابل توجهی در ادبیات با توجه به مطالعات مربوط به زنان در میانسالی که بدون فرزند، مجرد، معلول، اقلیت‌های قومی یا اعضای شبکه‌های خانوادگی گسترده هستند، وجود دارد» (لیپرت، ۱۹۹۷، ص ۱۷). به عنوان مثال، مولن (۲۰۰۶) در کار با زنان داوطلبانه بدون فرزند، بر اهمیت پذیرش و توانمندسازی این زنان و همچنین کمک به آن‌ها در مدیریت **انگ اجتماعی** که ممکن است به دلیل انتخاب‌ها یا سبک زندگی‌شان در جامعه با آن روبرو شوند، تأکید می‌کند.

مفروضات نادرست، باورهای نادرست و عدم درک مشاور ممکن است همگی به مشکلات مراجعان زن کمک کنند (مانند کسانی که ناباروری اولیه یا ثانویه دارند) (گیبسون و مایرز، ۲۰۰۰). مهم است که مشاوران هنگام مشاوره با اعضای این جمعیت، عوامل **اجتماعی-سیاسی** و همچنین سایر عوامل را در نظر بگیرند، زیرا «صرف نظر از مشکل ارائه شده، زنان اغلب خود را برای نارسایی‌هایی سرزنش می‌کنند که در واقع [هستند] محصول فرهنگ‌پذیری اجباری ناشناخته بوده‌اند» (پیترسن، ۲۰۰۰، ص ۷۰).

کمیته‌ها و کارگروه‌هایی در سازمان‌های مشاوره حرفه‌ای برای رسیدگی به مسائل مربوط به مشاوره با زنان تشکیل شده‌اند. به عنوان مثال، یک کمیسیون ملی زنان در **ACA** وجود دارد.

دغدغه‌ها در مشاوره با زنان

یکی از دغدغه‌های اصلی در مشاوره با زنان حول **مسئله اطلاعات کافی** در مورد زندگی آن‌ها می‌چرخد. بسیاری از نظریه‌های اولیه در مورد ماهیت و رشد زنان، به ویژه آن‌هایی که مبتنی بر اصول روانکاوی بودند،

تمایل داشتند زنان را ذاتاً «منفعل، وابسته و از نظر اخلاقی پست‌تر از مردان» توصیف کنند (هر-ماستین، ۱۹۸۳، ص ۵۹۴). آن نظریه‌ها وضعیت موجود را در مورد زنان ترویج می‌کردند و گزینه‌های موجود آن‌ها را محدود می‌کردند (لوئیس، هیز و بردلی، ۱۹۹۲). استاندارد عمومی رفتار بزرگسال سالم با مردان یکی شد و یک **استاندارد دوگانه سلامت روان** در مورد زنان بزرگسال تکامل یافت (لالر، ۱۹۹۰؛ نیکلاس، گابل، کروس و فرانک، ۱۹۹۲). این استاندارد دوگانه اساساً رفتار زنان بزرگسال را کمتر از نظر اجتماعی مطلوب و سالم نشان می‌داد، تصویری که انتظارات از رفتار زنان را کاهش داد و موانعی را در برابر پیشرفت آن‌ها در نقش‌های غیرسنتی ایجاد کرد (برورمن، برورمن، کلارکسون، روزنکرانتز و ووگل، ۱۹۷۰) - دیدگاهی که متأسفانه در بسیاری از جاها ادامه دارد (اریکسن و کرس، ۲۰۰۸).

با این حال، ادبیات در زمینه مطالعات زنان و روانشناسی زنان از تنها سه کتاب درسی در اوایل دهه ۱۹۷۰ به انبوهی از متون و مقالات امروز رشد کرده است. بسیاری از این نشریات توسط زنان، برای زنان، اغلب از دیدگاه **فمینیستی و درمان فمینیستی** نوشته شده‌اند تا برخی دیدگاه‌های نظری قدیمی‌تر را که توسط مردان بدون دانش دست اول از مسائل زنان ایجاد شده‌اند، اصلاح کنند (انس، ۱۹۹۳؛ ایوانز، کینکید، ماربلی و سیم، ۲۰۰۵). به عنوان مثال، برخی نظریه‌پردازان پیشنهاد کرده‌اند که رشد زنان در تضاد مشخصی با مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون قرار دارد. این نظریه‌پردازان بر **یگانگی زنان و ارتباط‌مندی** به جای جدایی تأکید می‌کنند. علاوه بر این، آن‌ها رشد هویت زنانه را از چندین دیدگاه ترسیم می‌کنند و آن را با مدل‌های هویت قومی مقایسه و تضاد می‌دهند (هافمن، ۲۰۰۶).

دومین نگرانی عمده در مشاوره با زنان مربوط به **تبعیض جنسی (Sexism)** است که گلدمن (۱۹۷۲الف) آن را «ریشه‌دارتر از نژادپرستی» توصیف می‌کند (ص ۸۴). تبعیض جنسی این باور (و رفتار ناشی از آن باور) است که با زنان باید بر اساس جنسیتشان رفتار شود، بدون توجه به معیارهای دیگری مانند علایق و توانایی‌ها. چنین

رفتاری خودسرانه، غیرمنطقی، غیرمولد و خودخواهانه است. در گذشته، تبعیض جنسی آشکار بود، مانند محدود کردن دسترسی زنان به مشاغل خاص و تشویق آنها به دنبال کردن مشاغل به اصطلاح یقه‌صورتی (**pink-collar jobs**) که عمدتاً زنان را استخدام می‌کنند (مانند پرستار، مسئول پذیرش، معلم). امروزه، تبعیض جنسی بسیار ظریف‌تر است و بیشتر شامل «اعمال ناشی از ترک فعل به جای فعل» است (لئونارد و کالینز، ۱۹۷۹، ص ۶). بسیاری از اعمال ناشی از ترک فعل ناشی از کمبود اطلاعات یا عدم تغییر باورها در پرتو حقایق جدید است. در هر صورت، تبعیض جنسی نه تنها به زنان بلکه به کل جامعه آسیب می‌رساند.

مسائل و نظریه‌های مشاوره با زنان

یکی از مسائل اصلی در مشاوره با زنان مربوط به دانش پژوهشی مشاور در مورد آنها و روش‌های اثبات شده پاسخگویی به آنها به عنوان افراد و در گروه‌ها است (لیچ و کیز، ۲۰۰۵). زنان متنوع هستند و مهم است که مشاوران نسبت به زنان با توجه به یگانگی و همچنین شباهت آنها واکنش نشان دهند (کوک، ۱۹۹۳؛ کوپلا و کیتل، ۲۰۰۳؛ ورل و گودهارت، ۲۰۰۶). مشاوران باید بدانند که دانش تخصصی برای مشاوره با زنان در مراحل مختلف زندگی، مانند کودکی و نوجوانی، میانسالی و اواخر بزرگسالی، مورد نیاز است. مشاوران همچنین باید پویایی کار با زنان تحت شرایط مختلف، مانند اختلالات خوردن (گریلو و میچل، ۲۰۱۲)، سوء استفاده جنسی و تجاوز (انس، ۱۹۹۶)، خودکشی (رنج، ۲۰۰۶) و رشد شغلی (کوک، هپنر و اوبراین، ۲۰۰۲) را درک کنند.

مارتین (۲۰۱۲)، کرافورد (۲۰۱۳) و سایر محققان به طور گسترده در مورد روانشناسی زنان نوشته‌اند. پژوهش و اطلاعاتی که آنها منتقل می‌کنند، خواندنی ضروری است. جانسون و اسکاراتو (۱۹۷۹) نیز هفت حوزه را مشخص کرده‌اند که مشاوران باید دانش خود را در مورد زنان در آنها افزایش دهند: (الف) تاریخ و جامعه‌شناسی کلیشه‌سازی نقش جنسیتی، (ب) روان‌فیزیولوژی زنان و مردان، (ج) نظریه‌های شخصیت و رشد

نقش جنسیتی، (د) رشد در طول عمر، (ه) جمعیت‌های خاص، (و) رشد شغلی، و (ز) مشاوره/روان‌درمانی. در حوزه آخر، نویسندگان بر جایگزین‌های رویکردهای مشاوره سنتی و همچنین مشکلات خاص زنان تمرکز می‌کنند. صرف نظر از این، مشاوران باید قبل از تلاش برای مشاوره با زنان، در مورد یگانگی و جنبه‌های جهانی زنان مطلع باشند.

یک رویکرد عمده برای کار با زنان (و حتی برخی مردان) در مشاوره، **نظریه فمینیستی** است (براون، ۲۰۱۰؛ مخیا، ۲۰۰۵). دیدگاه‌های فمینیستی مشاوره از فوران جنبش زنان در دهه ۱۹۶۰ نشأت گرفت. در ابتدا، این جنبش چالشی برای قدرت پدرسالارانه بود، اما با رشد آن، تمرکزش بر رشد زنان به عنوان افرادی با ویژگی‌های مشترک و منحصر به فرد متمرکز شد (اوکان، ۱۹۹۰). با انتشار کتاب کارول گیلیگان به نام «**با صدایی متفاوت**» (In a Different Voice, ۱۹۸۲)، ادغام فزاینده‌ای از نظریه فمینیستی در مشاوره صورت گرفته است. این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا از الگوهای اجتماعی شدن و گزینه‌های شخصی در تغییر نقش‌های جنسیتی سنتی آگاه‌تر شوند، و مراجعان را تشویق می‌کند تا در فعالیت‌های تغییر اجتماعی که بر برابری به عنوان راهی برای ایجاد تغییر تأکید دارند، مشارکت کنند (انس و هکت، ۱۹۹۳). بنابراین، این نظریه و بیان‌های درمانی آن نقش جامعه بزرگتر را در ایجاد مشکلات، به ویژه برای زنان، به رسمیت می‌شناسد و «مداخله در جامعه بزرگتر را تشویق می‌کند» (اریکسن و کرس، ۲۰۰۸، ص ۱۵۹).

از بسیاری جهات، نظریه فمینیستی بیشتر یک رویکرد به مشاوره است تا مجموعه‌ای به خوبی فرمول‌بندی شده از سازه‌ها. این نظریه در به چالش کشیدن و زیر سوال بردن نگرش‌های نظریه‌های مشاوره سنتی قاطع است زیرا این مدل‌ها اغلب از حفظ وضعیت موجود یک جامعه سلسله مراتبی تحت سلطه مردان حمایت می‌کنند. **دو تأکید اصلی** در موضع فمینیستی آن را از سایر اشکال کمک متمایز می‌کند:

- تأکید آن بر برابری در رابطه یاری‌رسان، که از این باور ناشی می‌شود که مشکلات زنان از سرکوب زنان توسط جامعه جدایی‌ناپذیر است (اوکان، ۱۹۹۷).
- تأکید آن بر ارزش‌گذاری اقدام اجتماعی، سیاسی و اقتصادی به عنوان بخش عمده‌ای از فرآیند درمان.

آندروژنی (دوجنسیتی روانی)، اهمیت روابط، پذیرش بدن خود «همانطور که هست» و رشد شغلی غیرجنسیتی نیز در تفکر فمینیستی مورد تأکید قرار می‌گیرند. به طور کلی، «نظریه فمینیستی با تجربه زنان آغاز می‌شود و از ارزش‌ها و باورهای زنان به عنوان چارچوب فرضی استفاده می‌کند» (نواچوکو و آیوی، ۱۹۹۱، ص ۱۰۶).

مثال موردی

پائولا فرض می‌کند مردم، مردم هستند

پائولا سخت‌کوش‌ترین دانشجوی مشاوره نبود، اما موفق می‌شد کارش را پیش ببرد. با این حال، هنگامی که قرار بود اولین مراجع خود را در دوره عملی‌اش، زنی ۳۶ ساله و بدون فرزند، ببیند، عدم جدیت پائولا باعث نگرانی سرپرست محل کارش شد. هنگامی که در مورد نحوه انجام مصاحبه اولیه بحث می‌کردند، پائولا به سادگی گفت: «مردم، مردم هستند. برایم مهم نیست پیشینه یا جایگاهشان در زندگی چیست.»

- با توجه به اینکه بخش مربوط به مشاوره با زنان را به تازگی خوانده‌اید، چگونه به پائولا پاسخ می‌دهید؟
- آیا در گفته‌های پائولا حقیقتی وجود دارد؟

- پاسخ بهتر از جانب او چه بود؟

مشاوره با مردان

نتیجه تمرکز بر مشاوره با زنان و از بین بردن تبعیض جنسی، توجه جدید به نگرانی‌ها و نیازهای منحصر به فرد مردان است. در اوایل دهه ۱۹۸۰، کالیسون (۱۹۸۱) اشاره کرد که «به نظر می‌رسد رویه‌های مشاوره کمتری متناسب با مردان نسبت به زنان وجود دارد» (ص ۲۲۰). از آن زمان، افزایش در انجام تحقیقات در مورد «مردان، مردانگی و تجربه مردانه» صورت گرفته است (وید، ۱۹۹۸، ص ۳۴۹) و «علاقه فزاینده به روانشناسی مردان» منجر به «تقاضای بیشتر برای خدمات بالینی متناسب با مردان» شده است (جانسون و هیز، ۱۹۹۷، ص ۳۰۲). با این حال، در سال‌های اخیر، به استثنای یک مورد عمده در شماره اکتبر ۲۰۱۳ مجله مشاوره و رشد (Journal of Counseling and Development)، کاهش کلی در مقالات مربوط به مشاوره با مردان در مجلات برجسته انجمن مشاوره آمریکا مشاهده شده است (ایوانز، ۲۰۱۳). بنابراین، بسیاری از مشاوران فاقد آموزش عمیق در مورد مسائل مردان هستند (گلد و پیتاریو، ۲۰۰۴).

دغدغه‌ها در مشاوره با مردان

دغدغه‌های مربوط به مشاوره با مردان اغلب از **اجتماعی شدن** آن‌ها ناشی می‌شود. بخشی از رفتار اجتماعی کلی مردان را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که نقش‌های جنسیتی سنتی مردان محدودتر از زنان تعریف شده‌اند، و از دوران کودکی، مجازات‌های سخت‌گیرانه‌تری علیه پسرانی که رفتارهای زنانه اتخاذ می‌کنند، نسبت به دخترانی که رفتارهای مردانه تلقی می‌شوند، وجود دارد (رابینسون-وود، ۲۰۱۳). علاوه بر این، در دوران کودکی، دختران برای ابراز احساسات یا رفتار پاداش می‌گیرند؛ پسران عمدتاً برای اقدامات فیزیکی غیراحساسی

تقویت می‌شوند. بنابراین، بسیاری از مردان واکنش‌های عاطفی خود را **درونی می‌کنند** و به دنبال **خودمختاری، پرخاشگری و رقابت‌طلبی** هستند (شر و استیونس، ۱۹۸۷). کلمات دیگری که برای توصیف مردان استفاده می‌شود عبارتند از: از نظر عاطفی محتاط، محافظ، قدرتمند، شرافتمند و هدف‌گرا (رید، ۲۰۱۴). اوایل (۲۰۱۳) در خلاصه کردن ۳۰ سال تحقیق در مورد **تضاد نقش جنسیتی (GRC)** در مردان و پسران، دریافت که ایده‌های خشک در مورد مردان تأثیر منفی بر آن‌ها می‌گذارد. در مقابل، دانستن در مورد GRC به مردان کمک می‌کند تا مشکلات خود را در مشاوره روشن کنند.

به عنوان یک گروه، مردان بیشتر تمایل به نشان دادن رفتار **جنگجو** به جای رفتار پرورشی دارند و اغلب «خود را در حال از دست دادن قدرت و موقعیت با تغییر به سمت **آندروژنی (دوجنسیتی روانی)** می‌بینند»، به خصوص در اوایل بزرگسالی (براون، ۱۹۹۰، ص ۱۱). تشخیص‌های خاص برای مردان، به ویژه مردان جوان در مقایسه با زنان، حول **سوء مصرف مواد، اختلالات مرتبط با جنسیت و رفتار ضداجتماعی** متمرکز است (رید، ۲۰۱۴)، که ممکن است توضیح دهد چرا مردان بیشتری در زندان و زنان بیشتری در درمان به سر می‌برند. اغلب، مردان به خوبی اجتماعی شده، به ویژه مردان سفیدپوست، «در معرض خطر تشخیص کمتر از حد برای اختلالات روانی قرار دارند با این پیامد احتمالی که خدماتی را که ممکن است برای رسیدگی به این اختلالات نیاز داشته باشند، دریافت نمی‌کنند» (اریکسن و کرس، ۲۰۰۸، ص ۱۵۴).

هنگامی که بر رفتار متمرکز نیستند، مردان به عنوان یک گروه عمدتاً از **دیدگاه شناختی** عمل می‌کنند (پولاک و لوانت، ۱۹۹۸). ابراز **عواطف** معمولاً به دلیل عدم تجربه در برخورد با آن و اضطرابی که ایجاد می‌کند، **اجتناب می‌شود**. در چنین نقش‌های محدودکننده‌ای، بی‌حسی نسبت به نیازهای دیگران و خود اغلب توسعه می‌یابد و انکار مشکلات روانی و جسمی به شکل طول عمر کوتاه‌تر، کشنده می‌شود (نوکرگ، بریتون و کروزر، ۲۰۱۳). علاوه بر این، «مردان ایمنی روانی را در **استقلال** می‌یابند» و به عنوان یک گروه از **نزدیکی**

می‌ترسند (داونپورت و یوریچ، ۱۹۹۱، ص ۶۵). بنابراین، مشاورانی که با مردان کار می‌کنند باید آگاه باشند که بسیاری از آن‌ها گوشه‌گیر و در صحبت کردن کم‌حرف خواهند بود. به دلیل این انزوا، ممکن است رفتارهای خود و اقدامات دیگران را کم‌اهمیت جلوه دهند. در بیشتر مواقع، آن‌ها لجوج نیستند، بلکه صرفاً رفتارهایی را نشان می‌دهند که تقویت شده‌اند. در دوران کودکی، بسیاری از مردان تابوهای اجتماعی در مورد **خودافشایی**، به ویژه در حضور مردان دیگر، را درونی می‌کنند، زیرا این امر «مردانه» تلقی نمی‌شود (مخیا، ۲۰۰۵).

به عنوان یک گروه، مردان تمایل کمتری نسبت به زنان برای جستجوی مشاوره دارند (دافی و هابشر، ۲۰۱۴؛ گرتنر، ۱۹۹۴). اکثر مردان تنها در موقعیت‌های بحرانی، مانند تروما، وارد مشاوره می‌شوند، زیرا به طور کلی از آن‌ها انتظار می‌رود **خودکفا** باشند، نیازها را انکار کنند و از دیگران مراقبت کنند (مخیا، ۲۰۰۵؛ مور و لیفگرن، ۱۹۹۰). سطوح مختلف سن و مرحله زندگی مردان ممکن است در اینکه آیا مشاوره را در نظر می‌گیرند یا نه، بسیار مرتبط باشد. نژاد ممکن است باعث شود مردان اقلیت به ویژه در برابر هویت نقش جنسیتی آسیب‌پذیر باشند (وستر، ووجل، وی و مک‌لین، ۲۰۰۶). بنابراین، هنگام کار با مردان، مهم است که به مدل‌های رشدی و تحقیقات مرتبط با فرهنگ مراجعه شود که بر موضوعات رشدی و خاص فرهنگی تأکید می‌کنند که می‌توانند مردان را به مشاوره جذب کنند، مانند موضوعات مربوط به نگرانی‌های بهداشتی و سلامتی.

استفاده از زبان مردپسند غنی از افعال فعال، استفاده از رویکرد مشاوره تعاملی مانند گشتالت، نشستن کنار هم به جای رو در رو، و مشارکت با مردان در فعالیت‌ها حین صحبت کردن، مانند بسکتبال یا

دوچرخه‌سواری، ممکن است مشاوره را برای مردان جذاب‌تر کند (نوواک، پارک و فریدمن، ۲۰۱۳). همچنین

ممکن است محتاطانه باشد که به جایی که مردان می‌روند، مانند میخانه‌ها، آرایشگاه‌ها و رویدادهای

ورزشی، بروید و گروه‌های بحث را در آنجا ارائه دهید. در نهایت، هنگام تبلیغات، استفاده از زبانی که برای

مردان جذاب باشد، حیاتی است. به جای صحبت در مورد ارتباط با احساسات، مشاوره می‌تواند به عنوان یک فرآیند عمل‌گرا ارائه شود (نوکر و همکاران، ۲۰۱۳).

مسائل و نظریه‌های مشاوره با مردان

اسطوره‌ها و واقعیت‌های زیادی در مورد مشاوره با مردان وجود دارد (کلی و هال، ۱۹۹۴؛ وکسلر، ۲۰۰۹). هنگامی که مردان قادر به شکستن محدودیت‌های سنتی هستند، معمولاً در مشاوره سخت کار می‌کنند و آن را مانند یک رقابت دیگر می‌بینند. آن‌ها انتظارات بالایی از فرآیند دارند و جلسات پرباری می‌خواهند. بنابراین، به عنوان یک گروه، احتمالاً در فرآیند واضح و صادق هستند و خود را مستقیم و صادقانه بیان می‌کنند.

انگلر-کارلسون و کیسلیکا (۲۰۱۳) بر رشد نقاط قوت مردان تمرکز می‌کنند. رویکرد آن‌ها به مشاوره با مردان مبتنی بر «مردانگی مثبت» (positive masculinity) است که به نقش‌ها و ویژگی‌های مثبت مردانه اشاره دارد. عوامل فرهنگی نیز باید هنگام کار با مردان در نظر گرفته شوند. به عنوان مثال، مردان اقلیت، به ویژه آفریقایی-آمریکایی‌ها، اغلب در یک دوراهی گرفتار می‌شوند. اگر آن‌ها سعی کنند یک مجموعه از نقش‌های جنسیتی را، مانند نقش‌های فرهنگ غالب اروپایی-آمریکایی، برآورده کنند، «احتمالاً مجموعه دیگر نقش‌های جنسیتی (آفریقایی-آمریکایی) را ناکام می‌گذارند، در حالی که نژادپرستی اجتماعی اغلب به آن‌ها اجازه نمی‌دهد هیچ یک از مجموعه‌ها را به طور کامل برآورده کنند» (وستر و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۴۲۰). در چنین مواردی، مشاوران باید با تقاطع هویت‌ها و تضاد نقش جنسیتی مردانه (یعنی رفتارهای سنتی در مقابل غیرسنتی) مانند تضاد بین کار و روابط بین فردی کار کنند.

استفاده از گوش دادن همدلانه دقیق، مفهوم‌سازی مراجع مرد به عنوان یک فرد منحصر به فرد، بحث در مورد اهداف و فرآیند مشاوره و برقراری ارتباط از موضعی مشارکتی، شیوه‌های مشاوره اساسی

هستند که با مردان به خوبی کار می‌کنند (دافی و هابشر، ۲۰۱۴). مشاوره رابطه‌ای رشدی (DRC) رویکرد دیگری است که دافی و هابشر توصیه می‌کنند. این رویکرد به مردان کمک می‌کند تا آگاهی شخصی خود را گسترش دهند و درک متقابل را در روابط خود ارتقا دهند.

با توجه به تأکید بر یادگیری بین فردی در گروه‌ها، کار با مردان به این روش ممکن است یک استراتژی مداخله مؤثر باشد (آندرونیکو، ۱۹۹۶؛ کوری، ۲۰۱۶؛ جولیف، ۱۹۹۴). اهداف گروه‌های مردان افزایش آگاهی شخصی از شرطی‌سازی نقش جنسیتی، تمرین رفتارهای مطلوب جدید و ترویج سبک زندگی مبتنی بر نیازهای فرد است. سه نوع مرد - مجرمان جنسی مرد، مردان همجنس‌گرا و مردان بی‌خانمان - ممکن است به ویژه از کار گروهی سود ببرند (دی‌آنجلیس، ۱۹۹۲). مردانی که در گروه‌ها خوب عمل نمی‌کنند، کسانی هستند که مانیک، بسیار افسرده، در بحران شدید، معتاد، مست یا پارانوئید هستند (هورن و میسون، ۱۹۹۱).

کار گروهی برای مردان به طور کلی می‌تواند در شکستن دفاع‌ها، مانند انکار، و ایجاد حس اجتماع قدرتمند باشد. برای مؤثر بودن، مشاور باید در دسترس بودن چنین گروهی را تبلیغ کند، نامزدهای بالقوه را با دقت غربال کند، رفتارهای خاصی را برای تمرکز شناسایی کند، آیین‌های شروع و پایان را ایجاد کند و استراتژی‌های مداخله‌ای را با هدف حل مسائل عمیق روانشناختی مانند مدیریت تعارض توسعه دهد (کوری، ۲۰۱۶؛ هتزل، بارتون و داوینپورت، ۱۹۹۴).

مور و هاورکمپ (۱۹۸۹) در یک مطالعه به خوبی کنترل شده دریافتند که «مردان ۳۰ تا ۵۰ ساله قادر به افزایش سطح ابراز عواطف خود، همانطور که توسط خودگزارشی و آزمون‌های رفتاری اندازه‌گیری می‌شود، هستند» (ص ۵۱۳). در طول این مرحله رشدی از زندگی، بسیاری از مردان به دنبال صمیمی‌تر شدن، عمیق‌تر کردن روابط خود و برخورد مستقیم با احساسات خود هستند. بنابراین، گروهی برای مردان در این سطح از بلوغ می‌تواند در ایجاد تغییر بسیار مؤثر باشد، به خصوص، همانطور که نویسندگان بیان می‌کنند، زمانی که از پارادایم

یادگیری اجتماعی پیروی می‌کند که در آن مردان دیگر به عنوان الگو و تقویت‌کننده برای رفتارهای جدید عمل می‌کنند. تأثیر رابرت بلای و جنبش اسطوره‌شاعرانه (mythopoetic movement) (استفاده از اسطوره‌ها و شعر با مردان در گروه‌ها) نمونه‌ای از قدرت چنین پارادیمی برای تغییر است (ارکل، ۱۹۹۰).

مشاوره با مردان، مانند همه گروه‌ها، پدیده‌ای پیچیده است، اما مزایای بالقوه آن بسیار زیاد است. این مزایا شامل کمک به مردان در توسعه استراتژی‌های مولد برای مقابله با انتظارات و نقش‌های در حال تغییر است (گلدینگ، ۲۰۱۶؛ مور و لیفگرن، ۱۹۹۰). از طریق مشاوره، مردان همچنین ممکن است مهارت‌های جدیدی را که در «ارتباط زناشویی، مشکلات بهداشتی مرتبط با استرس، تصمیم‌گیری شغلی و زندگی، و تعامل خانوادگی» کاربرد دارند، توسعه دهند (مور و هاورکمپ، ۱۹۸۹، ص ۵۱۶). یک روش به خصوص قدرتمند که ممکن است با مردان منتخب به کار گرفته شود، شامل وادار کردن آن‌ها به مصاحبه با پدرانشان است. با استفاده از مجموعه‌ای از سوالات ساختاریافته و باز در مورد سنت‌های خانوادگی، این مردان با درک واضح‌تر پدرانشان، اکتشافاتی در مورد خودشان انجام می‌دهند. این درک جدید می‌تواند به عنوان کاتالیزوری برای اجرای رفتارهای متفاوت در خانواده‌های خودشان عمل کند.

تامل شخصی

تفاوت‌های متعددی بین مشاوره با زنان و مشاوره با مردان وجود دارد. فکر می‌کنید از چه عواملی باید بیشتر آگاه باشید؟ چه همپوشانی‌ای در مشاوره با اعضای هر دو جنس وجود دارد؟

مشاوره و گرایش جنسی

چه فردی موافق باشد یا نباشد، افراد سبک‌های زندگی و گرایش‌های اجتماعی و جنسی متمایزی دارند. جایی بین ۲٪ تا ۸٪ از جمعیت در ایالات متحده عمدتاً همجنس‌گرای مرد (gay)، همجنس‌گرای زن (lesbian) یا دوجنس‌گرا (bisexual) هستند، اگرچه تعدادی از افراد گرایش جنسی خود را فاش نمی‌کنند (گراهام، کارنی و کلاک، ۲۰۱۲؛ مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، مرکز ملی آمار بهداشت، ۲۰۱۱). به عنوان یک گروه، افرادی که مشکلات جنسی دارند در تمام رده‌های سنی و ترکیب‌های نژادی تقریبی مانند کل جمعیت وجود دارند (دگس-وایت و شافنر، ۲۰۰۲). سبک زندگی آن‌ها متفاوت است. اطلاعات جمعیتی در مورد درصد و سبک زندگی دوجنس‌گرایان و «ترنس» (اصطلاحی که برای نشان دادن فردی استفاده می‌شود که هویت جنسیتی او با آنچه در بدو تولد تعیین شده است، همخوان نیست) به این وضوح نیست (بادج، اوروج و تای، ۲۰۱۵). ترنس‌ها، که معمولاً به عنوان تراجنسیتی‌ها (transgenders) شناخته می‌شوند، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب می‌کنند. با تبلیغات پیرامون سریال تلویزیونی Transparent که از سال ۲۰۱۴ آغاز شد و آشکارسازی کیتلین جنر، که قبلاً بروس جنر بود، در سال ۲۰۱۵، احتمالاً سبک زندگی آن‌ها بهتر درک خواهد شد.

صرف نظر از این، افراد با گرایش‌های جنسی اقلیت اغلب مورد کلیشه‌سازی، انگ‌زنی و تبعیض قرار می‌گیرند (سویج، هارلی و نواک، ۲۰۰۵). کلیشه‌ها شامل اظهاراتی است مبنی بر اینکه اعضای جمعیت‌های اقلیت جنسی کودک‌آزار هستند و روابط همجنس پایدار نیستند (چن-هیز، ۱۹۹۷). انگ‌زنی و تبعیض جنسی اقلیت‌های جنسی را بی‌ارزش می‌کند و «ممکن است منجر به خصومت (از طرف گروه غالب یا به حاشیه رانده شده)، هویت محدود، طرد ... و دسترسی کمتر به قدرت و منابع شود» (درمر، اسمیت و بارتو، ۲۰۱۰، ص ۳۲۸). اثر جمعی همه این عوامل به عنوان استرس اقلیت (minority stress) شناخته می‌شود (گراهام و همکاران، ۲۰۱۲).

در ACA، انجمن مسائل جنسی در مشاوره (ALGBTIC؛ algbtic.org) به نگرانی‌های خاص مربوط به این جمعیت‌ها می‌پردازد و مانند سایر سازمان‌های مسئول، اسطوره‌ها را با اطلاعات واقعی از بین می‌برد.

مشکلات معمولاً برای افراد LGBT از اوایل زندگی شروع می‌شود. کودکانی که به سمت هر یک از این سبک‌های زندگی گرایش دارند، اغلب در رشد هویت خود دچار مشکل می‌شوند. آن‌ها اغلب احساس انزوا و انگ‌زنی دارند و در روابط با همسالان و همچنین اختلالات خانوادگی مشکل دارند (مارینوبل، ۱۹۹۸). بسیاری از آن‌ها مکرراً مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند. حتی برخی مشاوران کمتر از آنچه انتظار می‌رود پذیرای اعضای این جمعیت‌ها هستند (متیوز، ۲۰۰۵). بخشی از این ناراحتی ممکن است بازمانده دوران گذشته باشد زیرا راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM) تا اواسط دهه ۱۹۷۰ همجنس‌گرایی را یک اختلال می‌دانست. همانطور که رودلف (۱۹۸۹) بیان می‌کند، «رسیدگی به نیازهای روان‌درمانی همجنس‌گرایان [و دوجنس‌گرایان] در طول تاریخ برای بسیاری از مراجعان و مشاوران تجربه‌ای همراه با ناراضی و ناراحتی بوده است» (ص ۹۶).

فرهنگ اکثریت، که یاری‌رسانان حرفه‌ای نماینده آن هستند، دیدگاه غالباً منفی نسبت به افرادی دارد که گرایش دوجنس‌گرا ندارند. هنگامی که این دیدگاه‌ها به شیوه‌های قوی و جزمی بیان می‌شوند، می‌توانند تأثیر مخربی بر سلامت روان و رفاه افراد LGBT داشته باشند و ممکن است رشد کلی آن‌ها را به شدت مختل کنند. به عنوان مثال، در تصمیم‌گیری شغلی، افراد دارای مشکلات جنسی اغلب فاقد الگوهای نقش هستند و اغلب به سمت مشاغل کلیشه‌ای اجتماعی هدایت می‌شوند، با توجه کمی به کل رابطه آن‌ها (هترینگتون، هیلبرند و اترنر، ۱۹۸۹؛ اورایان و مک‌فارلند، ۲۰۱۰). در هر فرهنگ اقلیتی که با تعصب رفتار می‌شود، مردم رنج می‌برند و فرهنگ کلی تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد.

بخش دوم

فرآیندها و نظریه‌های مشاوره

فصل ۵: ایجاد روابط مشاوره‌ای فصل

۶: کار در رابطه مشاوره‌ای و خاتمه دادن به آن

فصل ۷: نظریه‌های روانکاوی، آدلری و انسان‌گرایانه مشاوره

فصل ۸: نظریه‌های رفتاری، شناختی، سیستمی، مختصر و بحران در مشاوره

فصل پنجم

ایجاد روابط مشاوره‌ای



مرور کلی فصل

از مطالعه این فصل موارد زیر را یاد خواهید گرفت:

- عواملی که بر فرآیند مشاوره تأثیر می‌گذارند، مانند جدیت مشکل
- اهمیت ابتکار عمل و ساختار در مشاوره
- چگونه محیط فیزیکی دفتر و ویژگی‌های مراجع می‌توانند بر یک جلسه مشاوره تأثیر بگذارند

- انواع مصاحبه‌های مشاوره‌ای
- راه‌های مفید و غیرمفید پاسخ‌دهی به مراجعان و اهمیت اهداف در هدایت مشاوره

همانطور که مطالعه می‌کنید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- چه مواردی را در یک بیانیه افشای حرفه‌ای قرار می‌دهید
- دوست دارید یک دفتر مشاوره را چگونه تزئین کنید
- گرایش‌های فعلی شما در پاسخ‌دهی به دیگران
- برای کمک به دستیابی مراجع به کدام اهداف، بیشترین احساس راحتی را دارید

کلمات سنگین بر ذهنم فرو می‌ریزند

چون باران سرد اوایل اکتبر

که هنگام غروب بر بامم می‌بارد.

الگوها چون طوفانی پاییزی تغییر می‌کنند

از صداهاى غرنده و رعدآسای شدید

به جریان‌های زلال، نرم و پیوسته بیان.

در تمام این مدت نگاهت می‌کنم

غرق در ترس‌ها و آشوب‌های گذشته؛

سپس صبورانه در تاریکی با تو به انتظار می‌نشینم

برای شکافتن ابرهای سیاه

که در ذهن آشفته‌ات پرسه می‌زنند

و برای طلوع لبخندت

که در روشنایی آغازهای نو می‌آید.

بازنشر از «طوفان پاییزی»، اثر اس. تی. گلدینگ، ۱۹۷۵، مجله پرسنل و راهنمایی (Personnel and Guidance Journal)، جلد ۵۴، صفحه ۱۴۹. © ساموئل تی. گلدینگ.

فرآیند مشاوره در مراحل قابل تعریف با گذارهای قابل تشخیص توسعه می‌یابد. اولین مرحله شامل ایجاد رابطه و تمرکز بر درگیر کردن مراجعان برای بررسی مسائلی است که مستقیماً بر آنها تأثیر می‌گذارد. در این زمان دو کشمکش رخ می‌دهد (ناپیر و ویتاگر، ۱۹۷۸). یکی نبرد برای ساختار است که شامل مسائل مربوط به کنترل اداری (به عنوان مثال، برنامه ریزی، هزینه‌ها، مشارکت در جلسات) می‌شود. دیگری نبرد برای ابتکار عمل است که به انگیزه تغییر و مسئولیت مراجع مربوط می‌شود. ضروری است که مشاوران در نبرد اول پیروز شوند و مراجعان در نبرد دوم. اگر در این نقاط شکست وجود داشته باشد، تلاش مشاوره به طور زودهنگام خاتمه می‌یابد و مشاور و مراجع ممکن است از این تجربه احساس بدتری داشته باشند.

سایر عواملی که بر پیشرفت و جهت‌گیری مشاوره تأثیر می‌گذارند عبارتند از محیط فیزیکی، پیشنهاد مراجع، مهارت مشاور و کیفیت رابطه برقرار شده. آنها در اینجا و همچنین ماهیت مصاحبه اول و مرحله اکتشافی مشاوره بررسی خواهند شد. کارکاف (۱۹۶۹، ۲۰۰۰) و دانیل و آیوی (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که برخی از پاسخ

های مشاوره ای در کمک به ایجاد رابطه مشاور-مراجع از خطوط نظری و فرهنگی عبور می کنند. این پاسخ ها گاهی اوقات به عنوان ریزمهارت ها شناخته می شوند و شامل رفتارهای غیرنظری و یادگیری اجتماعی مانند توجه کردن، تشویق کردن، بازتاب دادن و گوش دادن می شوند. هنگامی که این توانایی ها به خوبی فرا گرفته شوند، به مشاوران اجازه می دهند تا به طور کامل تری با مراجعان خود باشند، "به شیوه ای مناسب از نظر فرهنگی عمل کنند و جنبه های مثبت تجربه زندگی را پیدا کنند" (وینراچ، ۱۹۸۷، ص. ۵۳۳). بنابراین، بخشی از این فصل بر ریزمهارت ها تمرکز خواهد کرد.

عوامل مؤثر بر فرآیند مشاوره

تعدادی از عوامل بر فرآیند مشاوره به طور مثبت یا منفی تأثیر می گذارند. مواردی که در اینجا پوشش داده شده اند عبارتند از جدیت نگرانی ارائه شده، ساختار، ابتکار عمل، محیط فیزیکی، ویژگی های مراجع و ویژگی های مشاور.

جدی بودن مشکل ارائه شده

مشاوره تحت تأثیر جدیت مشکل ارائه شده توسط مراجعان قرار می گیرد. شواهد نشان داده است که بین سطح آشفستگی اولیه گزارش شده و روند درمان رابطه وجود دارد. "بنابراین، مراجعانی که سطح ناراحتی اولیه بالاتری را گزارش می کنند، جلسات بیشتری طول می کشد تا به بهبودی از نظر بالینی قابل توجه برسند نسبت به مراجعانی که سطوح پایین تری از ناراحتی را گزارش می کنند" (لیبرت، ۲۰۰۶، ص. ۱۰۹). به عنوان مثال، مراجعانی که با کار ناتمام (احساسات ابراز نشده - مانند رنجش، نفرت، درد، آسیب، اضطراب، گناه و اندوه - و رویدادها و خاطراتی که در پس زمینه باقی می ماند و خواستار تکمیل شدن هستند) به مشاوره مراجعه می کنند، به طور معمول، مدت زمان طولانی تری برای درمان نیاز دارند نسبت به مراجعانی که به تازگی با مشکلی مواجه شده اند (کوری، ۲۰۱۶).

تحقیقات نشان می دهد که بیشترین دستاوردهای بهبودی در مراحل اولیه درمان رخ می دهد، اما افراد به شدت آشفته از درمان طولانی مدت بهره مند می شوند. علاوه بر این، برخی از شرایط مانند اسکیزوفرنی و مراجعانی که اختلال شخصیت ضداجتماعی از خود نشان می دهند، کمترین احتمال بهبودی را از طریق درمان های سنتی گفتاری دارند.

به طور کلی، مراجعانی که در ابتدای درمان وضعیت بهتری دارند، به نظر می رسد که بیشترین بهبود را در کمترین زمان و با بهترین نتایج بلندمدت تجربه می کنند. تحقیقات، همانطور که توسط لیبرت (۲۰۰۶) خلاصه شده است، نشان داده است که "۵۰٪ از مراجعان مبتلا به اضطراب یا افسردگی تا جلسات ۸-۱۳ بهبود یافته اند" و "۸۵٪ از مراجعان پس از ۱ سال درمان هفتگی بهبود یافته اند" (ص. ۱۰۹).

ساختار

مراجعان و مشاوران گاهی اوقات در مورد هدف و ماهیت مشاوره تصورات متفاوتی دارند. مراجعان اغلب نمی دانند از این فرآیند چه انتظاری داشته باشند یا چگونه عمل کنند. مراجعه به مشاور برای بسیاری از افراد آخرین راه حل است. آنها احتمالاً قبلاً از منابع آشناتر مانند دوستان، اعضای خانواده، روحانیون یا معلمان کمک خواسته اند (هینسون و سوانسون، ۱۹۹۳). بنابراین، بسیاری از مراجعان با اکراه و تردید وارد مشاوره می شوند. این عدم اطمینان می تواند روند مشاوره را مهار کند مگر اینکه ساختاری ارائه شود (ریچی، ۱۹۸۶). ساختار در مشاوره به عنوان "درک مشترک بین مشاور و مراجع در مورد ویژگی ها، شرایط، رویه ها و پارامترهای مشاوره" تعریف می شود (دی و اسپاراسیو، ۱۹۸۰، ص. ۲۴۶).

ساختار به روشن شدن رابطه مشاور-مراجع و جهت دادن به آن کمک می کند؛ از حقوق، نقش ها و تعهدات هر دو مشاور و مراجع محافظت می کند؛ و موفقیت مشاوره را تضمین می کند (برامر، آبریگو و شوستروم، ۱۹۹۳).

دستورالعمل های عملی

بخشی از ساختن ساختار هستند. آنها شامل محدودیت های زمانی (مانند جلسه ۵۰ دقیقه ای)، محدودیت های عملی (برای جلوگیری از رفتارهای مخرب)، محدودیت های نقش (آنچه از هر شرکت کننده انتظار می رود) و محدودیت های رویه ای (که در آن مسئولیت کار بر روی اهداف یا نیازهای خاص به مراجع داده می شود) (برامر و مک دونالد، ۲۰۰۳) می شوند. دستورالعمل ها همچنین اطلاعاتی در مورد برنامه های هزینه و سایر نگرانی های مهم مراجعان ارائه می دهند. به طور کلی، ساختار با فراهم کردن چارچوبی که فرآیند می تواند در آن انجام شود، توسعه مشاوره را ارتقا می بخشد. "این به خودی خود درمانی است" (دی و اسپاراسیو، ۱۹۸۰، ص. ۲۴۶).

ساختار در تمام مراحل مشاوره ارائه می شود اما در ابتدا از اهمیت ویژه ای برخوردار است. دورن (۱۹۸۴) بیان می کند که "مراجعان معمولاً به این دلیل به دنبال مشاوره می روند که در یک حالت رفتاری ایستا قرار دارند" (ص. ۳۴۲). به عبارت دیگر، مراجعان احساس می کنند گیر افتاده اند و قادر به تغییر رفتار خود نیستند. برای کمک به مراجعان در به دست آوردن جهت های جدید در زندگی خود، مشاوران دستورالعمل های سازنده ارائه می دهند. تصمیمات آنها در مورد چگونگی ایجاد این ساختار بر اساس جهت گیری نظری آنها در مشاوره، شخصیت مراجعان و حوزه های اصلی مشکلی که با آنها سروکار خواهند داشت، است. ساختار بیش از حد می تواند به اندازه کافی نبودن آن مضر باشد (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). بنابراین، مشاوران باید انعطاف پذیر بمانند و به طور مداوم ماهیت ساختار را با مراجعان خود مذاکره کنند.

اهمیت ساختار زمانی آشکارتر می شود که مراجعان با انتظارات غیرواقعی برای مشاوره مراجعه می کنند (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). مشاوران باید در چنین مواقعی به سرعت برای ایجاد ساختار اقدام کنند. یکی از راه ها این است که مشاوران با ارائه بیانیتهای افشای حرفه ای که شامل جزئیاتی در مورد ماهیت مشاوره، انتظارات،

مسئولیت ها، روش ها و اخلاق مشاوره است (شکل ۵،۱)، اطلاعاتی در مورد فرآیند مشاوره و خودشان ارائه دهند.

تأمل شخصی

چه زمانی ساختار را در زندگی خود مفید یافته اید؟ چه چیزی برای شما فراهم کرد که در غیر این صورت وجود نداشت؟

بیانیه افشای حرفه ای ساموئل تی. گلادینگ، دکترای تخصصی - مشاور حرفه ای دارای مجوز

خوشحالم که مرا به عنوان مشاور خود انتخاب کرده اید. در نظر گرفتن رابطه حرفه ای ما، این سند را برای توصیف پیشینه و رویکرد بالینی خود نوشته ام.

پیشینه حرفه ای

من دارای مدرک کارشناسی ارشد در رشته مشاوره از دانشگاه ویک فارست، مدرک کارشناسی ارشد در رشته دین از مدرسه الهیات ییل، و دکترای تخصصی از دانشگاه UNC-Greensboro در رشته روابط خانوادگی با گرایش های مشاوره و روانشناسی هستم. علاوه بر این، من دوره فوق دکترا را در UNC-G (۱۸ ساعت ترمی) در رشته روانشناسی گذرانده ام. من در یک مرکز بهداشت روانی دولتی (شهرستان راکینگهام، کارولینای شمالی) و در یک مطب خصوصی (بیرمنگام، آلاباما) کار کرده ام. همچنین در مقطع تحصیلات تکمیلی در کنتریک (دانشگاه فیرفیلد)، در آلاباما (دانشگاه آلاباما در بیرمنگام) و در کارولینای شمالی (دانشگاه ویک فارست) مشاوره تدریس کرده ام. من یک مشاور حرفه ای دارای مجوز (#۶۳۶) در ایالت کارولینای شمالی، یک مشاور ملی دارای گواهینامه (#۳۳۴) و یک مشاور بالینی بهداشت روانی دارای گواهینامه (#۳۵۱) هستم.

خدمات مشاوره ارائه شده

به عنوان یک مشاور حرفه ای دارای مجوز با تخصص در بهداشت روانی، من به رشد، توسعه و سلامت کل فرد علاقه مند هستم. من به منحصر به فرد بودن هر فرد و مسیر زندگی او در صورت لزوم احترام می گذارم. مسئولیت من تسهیل و توانمندسازی استفاده شما از افکار، احساسات و رفتارها برای دستیابی به شفافیتی و کمال در زندگی شما است.

من از سال ۱۹۷۱ خدمات مشاوره سرپایی مبتنی بر هزینه را ارائه داده ام، اگرچه به طور متوالی نبوده است. من با افراد، زوج ها، خانواده ها و گروه ها در زمینه هایی مانند افسردگی، اضطراب، غم و اندوه، سوء استفاده، اکتشاف شغلی، تعدیل های موقعیتی، رشد زندگی و بحران ها کار کرده ام.

مشاوره فرصتی را برای شما فراهم می کند تا در زمینه یک رابطه یاری کننده، در سلامت و رشد شخصی، عاطفی، شناختی، رفتاری و معنوی خود سرمایه گذاری کنید. اهداف شما برای جستجوی مشاوره، که من به طور مکرر با شما بررسی و به روز می کنم، به کار ما جهت می دهد و بر رویکردهای درمانی که استفاده خواهم کرد تأثیر می گذارد. سبک مشاوره من مبتنی بر نظریه های فرد-محور، گشتالت، وجودی، سیستم های خانوادگی و شناختی-رفتاری است. اگرچه برخی از تغییرات مشاوره ممکن است آسان و سریع باشد، اما برخی دیگر کند و سنجیده هستند. این تغییرات اخیر نیاز به تعهد فعال قابل توجهی از جانب شما دارد. این تعهد ممکن است شامل کارهایی خارج از جلسات ما مانند مطالعه، تأمل، نوشتن خاطرات روزانه و کار بر روی تکالیف شناختی-رفتاری باشد.

در ابتدا به دقت به داستان شما گوش خواهم داد و برای یادگیری اهداف اولیه درمانی خاصی که ظاهر می شوند، سابقه ای از شما خواهم گرفت. من از نزدیک با شما همکاری خواهم کرد تا این اهداف را در حین پیشرفت فرآیند ارزیابی و تنظیم کنیم. در هر جلسه، هر یک از ما ممکن است ارزیابی کنیم که روند چگونه پیش می رود

و در کجا ممکن است نیاز به تجدید نظر داشته باشیم. در پایان فرآیند مشاوره، یک فرم ارزیابی برای تأمل در مورد کار مشترکمان در اختیار شما قرار خواهد گرفت. شناخت عمیق تر خود و ایجاد تغییرات می تواند الهام بخش و همچنین دردناک باشد. شما ممکن است در طول این فرآیند طیف گسترده ای از افکار و احساسات، از جمله، اما نه محدود به، ناامیدی، غم، اضطراب، گناه و خشم را تجربه کنید. من معمولاً در مورد وضعیت شما تشخیص می دهم که بخشی از پرونده شما خواهد شد.

اخلاق حرفه ای

برای اینکه رابطه ما محترمانه و مؤثر باشد، حفظ اسرار ضروری است. من محتوای کارمان را خارج از جلساتمان بحث نخواهم کرد. قانون ایالتی و اصول اخلاقی سازمان های حرفه ای من (انجمن مشاوره آمریکا، هیئت ملی مشاوران دارای گواهینامه،

شکل ۵،۱ بیانیه افشای حرفه ای (ادامه دارد)

و

هیئت مشاوران حرفه ای دارای مجوز کارولینای شمالی) حفظ اسرار را به جز در دو مورد الزامی می کند: (۱) زمانی که معتقدم شما قصد آسیب رساندن به خود یا شخص دیگری را دارید، یا (۲) زمانی که معتقدم یک کودک یا فرد مسن مورد آزار و اذیت قرار گرفته یا خواهد گرفت. در موارد نادر، دادگاه می تواند مرا ملزم به افشای اطلاعات مربوط به شما کند. در غیر این صورت، من هیچ چیز در مورد سابقه، تشخیص یا پیشرفت شما فاش نخواهم کرد. من حتی بدون اطلاع کامل شما و امضای فرم اجازه انتشار اطلاعات، رابطه حرفه ای خود را تأیید نخواهم کرد. برای انتشار اطلاعات به شرکت بیمه شما نیز باید چنین فرمی امضا شود.

استانداردهای اخلاقی و قانونی حکم می کنند که اگرچه رابطه ما ممکن است از بسیاری جهات شدید و صمیمی باشد، اما باید حرفه ای باقی بماند نه اجتماعی. اگر جلسات و رابطه ما منحصرأ بر نگرانی های شما متمرکز باشد، بهترین خدمت به شما خواهد شد. بنابراین، من در رویدادهای اجتماعی شرکت نخواهم کرد، هدایا دریافت نخواهم کرد یا به هیچ وجه غیر از چارچوب حرفه ای جلساتمان با شما ارتباط برقرار نخواهم کرد.

مدت جلسات

خدمات من به شیوه ای حرفه ای و مطابق با استانداردهای بالینی پذیرفته شده انجمن مشاوره آمریکا، هیئت ملی مشاوران دارای گواهینامه و هیئت مشاوران حرفه ای دارای مجوز کارولینای شمالی ارائه خواهد شد. جلسات پنجاه (۵۰) دقیقه طول خواهد کشید. ما جلسات را با توافق متقابل برنامه ریزی خواهیم کرد. اغلب افراد ترجیح می دهند زمان قرار ملاقات ثابتی را حفظ کنند. برای لغو وقت، مگر در صورت بیماری یا فوریت، اطلاع رسانی بیست و چهار (۲۴) ساعته لازم است. بدون این استثنایها، پرداخت هزینه جلسات از دست رفته الزامی است. تمام تلاش برای شروع و پایان دادن به موقع جلسات انجام خواهد شد. هر یک از ما مسئولیت به موقع بودن را بر عهده داریم.

هزینه ها و روش های پرداخت

هزینه جلسات اولیه پذیرش ۱۱۵,۰۰ دلار و هزینه هر جلسه بعدی ۹۵,۰۰ دلار است. هزینه جلسات در ابتدای هر قرار ملاقات با چک شخصی یا نقدی قابل پرداخت است. دفتر ما یک صورتحساب تفصیلی برای سوابق شما یا برای ارائه به شرکت بیمه شما ارائه می دهد. برخی از شرکت های بیمه هزینه خدمات مشاوره را پرداخت می کنند؛ برخی دیگر نه. لطفاً به یاد داشته باشید که شما و نه شرکت بیمه تان مسئول پرداخت کامل هزینه های توافق شده هستید.

روش شکایت

اگر در مورد هر جنبه ای از کار ما مشکلی دارید، لطفاً فوراً به من اطلاع دهید تا بتوانیم در مورد چگونگی همکاری بهتر با یکدیگر بحث کنیم. این بحث جنبه مهمی از ارزیابی مداوم ما از این فرآیند است.

اگر احساس می کنید که من یا مشاور دیگری با شما ناعادلانه یا غیراخلاقی رفتار کرده ایم، می توانید شکایت رسمی خود را به هیئت صدور مجوز و انجمن های زیر ارائه دهید.

ابتکار عمل

را می توان به عنوان انگیزه برای تغییر در نظر گرفت. بیشتر مشاوران و نظریه های مشاوره فرض می کنند که مراجعان همکاری خواهند کرد. در واقع، بسیاری از مراجعان به طور داوطلبانه یا به صورت خودارجاعی به مشاوره مراجعه می کنند. آنها تنش و نگرانی در مورد خود یا دیگران را تجربه می کنند، اما مایلند در جلسات مشاوره سخت تلاش کنند. با این حال، سایر مراجعان در مورد مشارکت در مشاوره محتاط تر هستند. فریند و دایر (۱۹۷۳) تخمین می زنند که اکثریت مراجعانی که به مشاوران مراجعه می کنند تا حدودی اکراه دارند.

هنگامی که مشاوران با مراجعانی روبرو می شوند که به نظر می رسد فاقد ابتکار عمل هستند، اغلب نمی دانند با آنها چه کنند، چه برسد به اینکه چگونه مشاوره را پیش ببرند. بنابراین، برخی از مشاوران بی حوصله، ناراحت و ممکن است در نهایت از تلاش برای کار با چنین افرادی دست بکشند.

نتیجه نه تنها خاتمه رابطه است، بلکه قربانی کردن نیز هست - سرزنش کردن فردی در حالی که مشکل کاملاً تقصیر او نبوده است. بسیاری از مشاوران در صورت موفق نبودن مشاوره، در نهایت خود یا مراجعان خود را سرزنش می کنند. اگر مشاوران پویایی های موجود در کار با مراجعان دشوار را درک کنند، نیازی به چنین سرزنش هایی نیست. بخشی از این درک شامل پذیرفتن نقش یک مراجع غیرارادی و تصور اینکه مراجعه به

مشاوره چه احساسی دارد، می شود. یک تمرین تغییر نقش می تواند همدلی مشاور را تقویت کند و یک تکنیک عالی برای استفاده در چنین مواقعی است.

یک مراجع بی میل

کسی است که توسط شخص ثالث ارجاع شده است و اغلب "انگیزه ای برای جستجوی کمک ندارد" (ریچی، ۱۹۸۶، ص. ۵۱۶). بسیاری از دانش آموزان و مراجعان ارجاع شده از سوی دادگاه بی میل هستند. آنها تمایلی به شرکت در مشاوره ندارند، چه برسد به اینکه در مورد خودشان صحبت کنند. بسیاری از مراجعان بی میل مشاوره را زودتر از موعد خاتمه می دهند و از این فرآیند ابراز نارضایتی می کنند.

مثال موردی

راشل بی میل

راشل در حال کشیدن ماری جوانا در دستشویی دخترانه دبیرستانش دستگیر شد. مدرسه سیاست عدم تحمل مواد مخدر را داشت و بلافاصله راشل را تا زمان دریافت مشاوره تعلیق کرد. راشل عصبانی بود، اما با مشاوره که مدرسه توصیه کرده بود قرار ملاقات گذاشت. اولین کلمات او به مشاور این بود: "شما می توانید مرا مجبور به آمدن کنید اما نمی توانید مرا مجبور به صحبت کنید."

مطمئناً، در دو جلسه اول، راشل کم حرف زد و عبوس رفتار کرد. مشاور او، رز، هم ناامید و هم از نگرش او عصبانی بود. بنابراین، رز تصمیم گرفت که اگر راشل در جلسه سوم همکاری بیشتری نشان ندهد، او را اخراج خواهد کرد.

به نظر شما مشاور چه کاری می تواند انجام دهد، به جز عصبانی شدن، که می تواند در روند مشاوره و در زندگی راشل تفاوت ایجاد کند؟

ایده های خود را با هفت ایده برای مشاوره با مراجعان بی میل و مقاوم که بعداً در این فصل ارائه شده است مقایسه کنید تا ببینید کدام یک از پیشنهادات شما همپوشانی دارند و کدام یک ندارند.

یک مراجع مقاوم

فردی در مشاوره است که تمایلی به تغییر، آمادگی برای تغییر یا مخالف تغییر است (اوتانی، ۱۹۸۹؛ ریچی، ۱۹۸۶). چنین فردی ممکن است فعالانه به دنبال مشاوره باشد اما تمایلی به تحمل درد عاطفی، تغییر دیدگاه یا افزایش آگاهی که مشاوره طلب می کند، نداشته باشد (کوان و پرزبری، ۲۰۰۰).

در عوض، مراجع به یقین رفتار فعلی خود می چسبد، حتی زمانی که چنین اقدامی غیرسازنده و ناکارآمد است. برخی از مراجعان مقاوم از تصمیم گیری خودداری می کنند، در برخورد با مشکلات سطحی هستند و از هر اقدامی برای حل مشکل (یعنی هر کاری که مشاور می گوید انجام می دهند) خودداری می کنند. به گفته ساک (۱۹۸۸)، "شایع ترین شکل مقاومت، عبارت ساده 'نمی دانم' است" (ص. ۱۸۰). چنین پاسخی حرکت بعدی مشاور را دشوار می کند و مراجع را از مجبور شدن به انجام هر گونه اقدامی محافظت می کند. (برای مقایسه مراجع بی میل در مقابل مراجع مقاوم، جدول ۵،۱ را ببینید).

اوتانی (۱۹۸۹) چهار دسته کلی مقاومت را پیشنهاد کرده است: "مقدار کلام، محتوای پیام، سبک ارتباط و نگرش نسبت به مشاوران و جلسات مشاوره" (ص. ۴۵۹). آنها در این دسته ها ۲۲ شکل مقاومت را شامل می شوند، از جمله سکوت، صحبت های روشنفرانه، ابراز احساسات، افشاگری های لحظه آخری و تأخیر/امتناع از پرداخت.

جدول ۵٫۱ رفتارهای مراجع بی میل در مقابل مراجع مقاوم

- بی میل
- بی میل و مقاوم
- مقاوم
- مراجعی که به نظر می رسد فاقد ابتکار عمل است.
- مراجعی که توسط شخص ثالث ارجاع شده و اغلب انگیزه ای برای جستجوی کمک ندارد.
- مراجعی که به نظر می رسد هیچ چیز در مورد مشاوره نمی داند و بنابراین از ترس آنچه ممکن است رخ دهد، در انجام یا گفتن هر چیزی مردد است.
- مراجعی که از دیگران اطلاعات نادرستی در مورد مشاوره شنیده است و بنابراین تصمیم گرفته است که بهترین استراتژی برای برخورد با مشاوره، سطحی بودن در تعاملاتش با مشاور است.
- هر دو مراجع بی میل و مقاوم از مشارکت فوری در فرآیند مشاوره اجتناب می کنند.
- هر دو مراجع بی میل و مقاوم در ابتدا تمایلی به مراجعه به مشاوره ندارند.
- مراجعی که تمایلی به تغییر، آمادگی برای تغییر یا مخالف تغییر است.
- مراجعی که تمایلی به تحمل درد عاطفی، تغییر دیدگاه یا افزایش آگاهی که مشاوره طلب می کند، ندارد.
- مراجعی که به یقین رفتار فعلی خود می چسبد، حتی زمانی که چنین اقدامی غیرسازنده و ناکارآمد است.
- مراجعی که از تصمیم گیری خودداری می کند، در برخورد با مشکلات سطحی است، یا هر اقدامی را برای حل مشکل انجام می دهد، مانند انجام هر کاری که مشاور می گوید.

مشاوران می توانند از چند طریق به مراجعان کمک کنند تا در نبرد برای ابتکار عمل پیروز شوند و در مشاوره به موفقیت دست یابند. یکی از این راه ها پیش بینی خشم، ناامیدی و حالت دفاعی است که برخی از مراجعان از خود نشان می دهند. مشاورانی که متوجه می شوند درصدی از مراجعانشان بی میل یا مقاوم هستند، می توانند با این افراد کار کنند زیرا از آنها یا رفتارهایشان متعجب نمی شوند.

راه دوم برای مقابله با فقدان ابتکار عمل، نشان دادن پذیرش، صبر و درک و همچنین نگرش کلی غیرقضاوتی است. این موضع باعث ایجاد اعتماد می شود که اساس یک رابطه بین فردی است. رفتار غیرقضاوتی همچنین به مراجعان کمک می کند تا افکار و احساسات خود در مورد مشاوره را بهتر درک کنند. بنابراین، پذیرش مراجعان را نسبت به دیگران، خودشان و فرآیند مشاوره باز می کند.

راه سوم برای پیروزی در نبرد برای ابتکار عمل این است که مشاوران از ترغیب استفاده کنند (کر، کلیبورن و دیکسون، ۱۹۸۲؛ سنور، ۱۹۸۲).

همه مشاوران تا حدی بر مراجعان تأثیر دارند و بالعکس (دورن، ۱۹۸۴؛ استرانگ، ۱۹۸۲). نحوه پاسخگویی مشاور به مراجع، مستقیم یا غیرمستقیم، می تواند تفاوت قابل توجهی در این ایجاد کند که آیا مراجعان در تلاش برای ایجاد تغییر ابتکار عمل را به دست می گیرند یا خیر. رولوف و میلر (۱۹۸۰) به دو تکنیک ترغیب مستقیم که در مشاوره به کار می روند اشاره می کنند: "پا در در" و "در در صورت".

در تکنیک اول، مشاور از مراجع می خواهد که با یک درخواست جزئی موافقت کند و سپس با یک درخواست بزرگتر پیگیری می کند. به عنوان مثال، یک درخواست اولیه ممکن است این باشد: "آیا برای این هفته یک دفترچه یادداشت از افکار و احساسات خود نگه می دارید؟" که هفته بعد با این درخواست پیگیری می شود: "من می خواهم از این به بعد یک دفترچه یادداشت از افکار و احساسات خود نگه دارید." در تکنیک دوم، مشاور از مراجع می خواهد که یک کار به ظاهر غیرممکن را انجام دهد و سپس با درخواست از مراجع برای انجام یک

کار معقول تر پیگیری می کند. به عنوان مثال، درخواست اولیه ممکن است این باشد: "من می خواهم از حالا تا جلسه بعدی ما به طور خلاصه با ۱۰۰ نفر در روز صحبت کنید" که پس از امتناع مراجع، با این درخواست پیگیری می شود: "از آنجایی که این تکلیف به نظر می رسد بیشتر از آن چیزی است که شما در انجام آن راحت هستید، من می خواهم هر روز فقط به سه نفر جدید سلام کنید."

تأمل شخصی

چه زمانی موقعیتی را دیده اید که فردی یا از تکنیک "پا در در" استفاده کرده یا از تکنیک "در در صورت" استفاده کرده است؟ به نظر شما چگونه می توانید از هر یک از این روش ها استفاده کنید؟

چهارمین راهی که یک مشاور می تواند به مراجعان در به دست آوردن ابتکار عمل کمک کند، از طریق رویارویی است.

در این روش، مشاور به سادگی دقیقاً آنچه را که مراجع انجام می دهد، مانند ناسازگاری، به او گوشزد می کند. به عنوان مثال، ممکن است والدین گاهی اوقات فرزندان خود را به دلیل بدرفتاری تنبیه کنند و سپس در مواقع دیگر اجازه دهند آنها بدرفتاری کنند. در چنین شرایطی، مراجع باید مسئولیت پاسخگویی به رویارویی را بر عهده بگیرد. سه روش اصلی پاسخگویی عبارتند از انکار رفتار، پذیرش تمام یا بخشی از رویارویی به عنوان واقعیت، یا ایجاد یک موضع میانی که دو روش اول را ترکیب می کند (یانگ، ۲۰۱۷).

انجام کاری متفاوت یا به دست آوردن دیدگاه جدیدی در مورد یک مشکل می تواند نتیجه مفیدی از رویارویی باشد، به خصوص اگر آنچه قبلاً امتحان شده است کارساز نبوده باشد.

مشاوران همچنین می توانند از زبان، به ویژه استعاره ها، برای کاهش مقاومت یا بی میلی استفاده کنند (گروت، ۲۰۰۸). "از استعاره ها می توان برای آموزش و کاهش سطح تهدید با ارائه داستان، نقاشی تصاویر، ارائه بینش

های تازه، به چالش کشیدن تفکر انعطاف ناپذیر، اجازه دادن به تحمل باورهای جدید و غلبه بر تنش اغلب موجود بین مشاور و مراجع مقاوم [یا بی میل] استفاده کرد" (جیمز و هزلی، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۲). به عنوان مثال، در پرداختن به مراجعی که مدام اشتباه یکسانی را تکرار می کند، مشاور ممکن است بگوید: "وقتی یک مبارز هر بار که می جنگد به شدت کتک می خورد، چه کار می کند؟" (ص. ۱۲۷).

ششمین راهی که مشاوران می توانند به مراجعان بی میل و مقاوم، در واقع همه مراجعان، کمک کنند و رابطه مشاوره را تقویت کنند، از طریق "مهم بودن" است، یعنی این تصور که ما به عنوان انسان برای دنیای اطرافمان و برای دیگران در زندگی مان مهم و با ارزش هستیم (رایلی، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می دهد که مهم بودن برای دیگران مستقیماً بر زندگی و روابط افراد تأثیر می گذارد.

در نهایت، ساک (۱۹۸۸) استفاده از تکنیک های عمل گرایانه مانند سکوت (یا مکث)، بازتاب (یا همدلی)، پرسش، توصیف، ارزیابی، تظاهر و به اشتراک گذاشتن دیدگاه مشاور را به عنوان راه هایی برای غلبه بر مقاومت مراجع توصیه می کند. این تکنیک ها به ویژه برای افرادی مفید هستند که به ابتکارات مشاور با "نمی دانم" پاسخ می دهند.

بسته به جهت گیری نظری فرد، مقاومت را نیز می توان رسماً مرده اعلام کرد (دشازر، ۱۹۸۴). از چنین دیدگاهی، تغییر اجتناب ناپذیر است و مراجعان به عنوان افراد همکاری کننده دیده می شوند. دلیل عدم وقوع تغییر این است که مشاور هنوز راهی برای کمک به مراجعان گیر افتاده برای شروع یک فشار کافی برای فرار از الگوهایی که آنها را آزار داده است، پیدا نکرده است. (شکل ۵،۲ را برای راه هایی که مشاوران می توانند به مراجعان کمک کنند تا در نبرد برای ابتکار عمل پیروز شوند، ببینید).

مشاوره تقریباً در هر مکانی می تواند رخ دهد، اما برخی از محیط های فیزیکی فرآیند را بهتر ارتقا می دهند. از مهم ترین عواملی که به فرآیند کمک می کند یا به آن آسیب می رساند، مکانی است که مشاوره در آن انجام می شود. بیشتر مشاوره در یک اتاق انجام می شود، اگرچه بنجامین (۱۹۸۷) از مشاوره در یک چادر سخن می گوید. او می گوید که هیچ کیفیت جهانی وجود ندارد که یک اتاق باید داشته باشد "به جز اینکه نباید طاقت فرسا، پر سر و صدا یا حواس پرت کننده باشد" (ص. ۳). شرتزر و استون (۱۹۸۰) به طور ضمنی موافق هستند: "اتاق باید راحت و جذاب باشد" (ص. ۲۵۲). اردمن و لامپه (۱۹۹۶) معتقدند که برخی از ویژگی های دفتر مشاوره ظاهر کلی آن را بهبود می بخشد و احتمالاً با پرت نکردن حواس مراجع، مشاوره را تسهیل می کند. این ویژگی ها شامل نورپردازی ملایم؛ رنگ های آرام؛ نبود درهم و برهمی؛ مبلمان هماهنگ و راحت؛ و آثار هنری فرهنگی متنوع است. آنها در ادامه توصیه می کنند که هنگام کار با خانواده هایی که کودک دارند یا با کودکانی که از خانواده جدا شده اند، مشاوران باید مبلمان مناسب اندازه کودک داشته باشند.

در یک بررسی جامع از تحقیقات در مورد محیط فیزیکی و مشاوره، پرسلی و هیساکر (۲۰۰۱، ص. ۱۵۶) به هشت ویژگی معماری رایج فضا پرداختند.

۱. پیش بینی خشم، ناامیدی و حالت دفاعی که برخی از مراجعان از خود نشان می دهند.

۲. نشان دادن پذیرش، صبر و درک و همچنین نگرش کلی غیرقضاوتی.

۳. استفاده از ترغیب - تکنیک پا در در یا در صورت.

۴. استفاده از رویارویی - دقیقاً آنچه را که مراجع انجام می دهد، مانند ناسازگاری، به او گوشزد کنید.

۵. استفاده از استعاره ها و تشبیه ها - مقایسه افراد یا اقدامات در یک موقعیت با موقعیت دیگر، به عنوان مثال، "زندگی شما به بن بست رسیده است" یا "به نظر می رسد شما مانند ماشینی هستید که بنزین زیادی دارد اما دنده آن در حالت رانندگی نیست."
۶. استفاده از "مهم بودن" - این تصور که ما به عنوان انسان برای دنیای اطرافمان و برای دیگران در زندگی مان مهم و با ارزش هستیم.
۷. استفاده از تکنیک های عمل گرایانه، مانند سکوت (یا مکث)، بازتاب (یا همدلی)، پرسش، توصیف، ارزیابی، تظاهر و به اشتراک گذاشتن دیدگاه مشاور. شکل ۵,۲ راه های کمک به مراجعان برای پیروزی در نبرد برای ابتکار عمل و تأثیر بالقوه آنها بر جلسات مشاوره. عواملی که آنها بررسی کردند و یافته هایشان به شرح زیر است:
۸. لوازم جانبی (یعنی آثار هنری، اشیاء، گیاهان) - "افراد تصاویر بافت دار و پیچیده از محیط های طبیعی را ترجیح می دهند، نه پوستره های افراد، زندگی شهری و ترکیبات انتزاعی؛ افراد "در دفاتر تمیز با گیاهان و آثار هنری احساس راحتی بیشتری می کنند."
۹. رنگ (یعنی فام، ارزش، شدت) - "رنگ های روشن با احساسات مثبت و رنگ های تیره با احساسات منفی مرتبط هستند."
۱۰. مبلمان و طراحی اتاق (یعنی فرم، خط، رنگ، بافت، مقیاس) - "مراجعان فاصله متوسط در مشاوره و ... طرح بندی های مبلمان محافظتی بیشتری را نسبت به مشاوران ترجیح می دهند."
۱۱. نورپردازی (یعنی مصنوعی، طبیعی) - "ارتباط عمومی معمولاً در محیط های روشن رخ می دهد، در حالی که مکالمات صمیمی تر در نور ملایم تر رخ می دهد؛ "نور طیف کامل به کاهش علائم افسردگی

کمک می کند" (در یک آزمایش با ۸۰ دانشجوی کارشناسی در ژاپن، میوا و هانیو [۲۰۰۶] دریافتند که نور کم احساسات خوشایند و آرام تر، تصورات مطلوب تر از مشاور و افشای خود بیشتر از نور روشن ایجاد می کند).

۱۲. بو (یعنی گیاهان، عطرها، محیطی، بوهای عمومی) - "بوهای ناخوشایند خاطرات ناخوشایند را برمی انگیزند، در حالی که بوهای خوشایند خاطرات شاد را برمی انگیزند"؛ "استنشاق بوهای غذا و میوه منجر به علائم افسردگی خود گزارش شده است."

۱۳. صدا (یعنی بلندی، فرکانس) - "صدا ممکن است عملکرد وظیفه را افزایش یا کاهش دهد"؛ "موسیقی ممکن است روند بهبودی را افزایش دهد و بر تون عضلانی، فشار خون، ضربان قلب و تجربه درد تأثیر بگذارد."

۱۴. بافت (یعنی کف، دیوار، سقف، مبلمان) - "مشاوران باید استفاده از سطوح نرم و بافت دار را برای جذب صدا و افزایش احساس حریم خصوصی مراجعان در نظر بگیرند."

۱۵. شرایط حرارتی (یعنی دما، رطوبت نسبی، سرعت هوا) - "بیشتر افراد در دمای بین ۶۹ تا ۸۰ درجه فارنهایت و رطوبت نسبی ۳۰ تا ۶۰ درصد احساس راحتی می کنند." فاصله بین مشاور و مراجع (ویژگی های فضایی محیط یا پراکسیمیک) همچنین می تواند بر رابطه مشاوره تأثیر بگذارد و مورد مطالعه قرار گرفته است. افراد در مورد میزان راحتی که در تعامل با دیگران تجربه می کنند، متفاوت هستند. در میان سایر موارد، سطح راحتی تحت تأثیر پیشینه فرهنگی، جنسیت و ماهیت رابطه قرار دارد. فاصله ۳۰ تا ۳۹ اینچ به عنوان میانگین محدوده راحتی بین مشاوران و مراجعان هر دو جنس در ایالات متحده (هاسه، ۱۹۷۰) یافت شده است. این فاصله بهینه ممکن است به دلیل اندازه اتاق و چیدمان مبلمان (هاسه و دی ماتیا، ۱۹۷۶) متفاوت باشد. چیدمان مبلمان به مشاور بستگی دارد. برخی

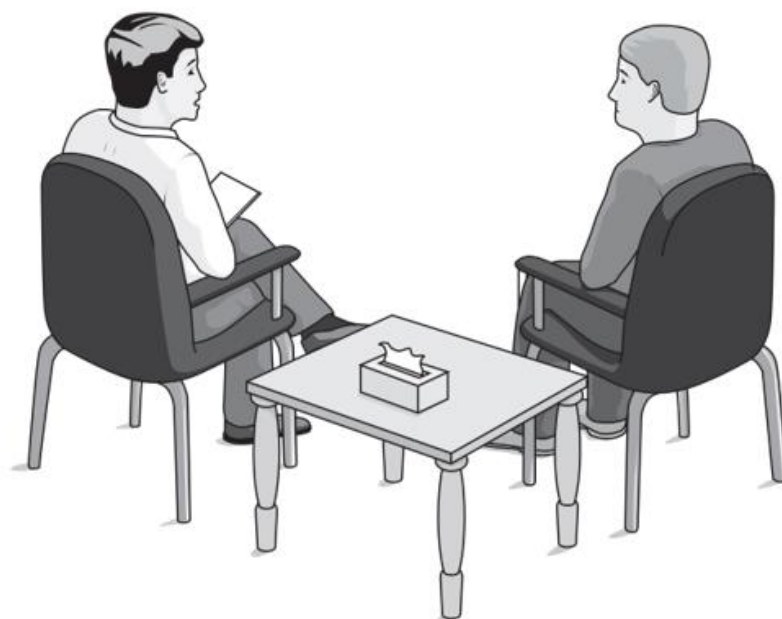
از مشاوران ترجیح می دهند در طول جلسات پشت میز بنشینند، اما بیشتر آنها این کار را نمی کنند. دلیل اینکه مشاوران عموماً از میز اجتناب می کنند این است که میز می تواند یک مانع فیزیکی و نمادین در برابر توسعه یک رابطه نزدیک باشد. بنجامین (۱۹۸۷) پیشنهاد می کند که مشاوران دو صندلی و یک میز نزدیک را در محیط قرار دهند. صندلی ها باید با زاویه ۹۰ درجه نسبت به یکدیگر قرار بگیرند تا مراجعان بتوانند هم به مشاوران خود و هم مستقیماً به جلو نگاه کنند. میز می تواند برای اهداف زیادی مورد استفاده قرار گیرد، مانند مکانی برای نگهداری جعبه دستمال کاغذی. ایده های بنجامین کاملاً متعلق به خود اوست؛ هر مشاور باید یک چیدمان فیزیکی پیدا کند که برای او راحت باشد. برای مشاهده یک محیط فیزیکی ایده آل برای جلسات مشاوره فردی، شکل ۵،۳ را ببینید. صرف نظر از چیدمان داخل اتاق، مشاوران نباید هنگام برگزاری جلسات قطع شوند. تمام تماس های تلفنی، از جمله تماس های تلفن همراه، باید به تعویق بیفتد. در صورت لزوم، مشاوران باید علامت "مزاحم نشوید" را روی در قرار دهند تا از ورود دیگران جلوگیری شود. حریم خصوصی صوتی و بصری توسط آیین نامه های اخلاق حرفه ای الزامی است و حداکثر افشای خود توسط مراجع را تضمین می کند.

کیفیت های مراجع

روابط مشاوره با اولین برداشت ها آغاز می شود. نحوه ای که مشاور و مراجع یکدیگر را درک می کنند برای ایجاد یک رابطه سازنده حیاتی است. ورنات (۱۹۷۷) اشاره می کند که "مراجعان در همه اشکال و اندازه ها، ویژگی های شخصیتی و درجات جذابیت متفاوت هستند" (ص. ۸۵). برخی از مراجعان احتمال موفقیت بیشتری در مشاوره نسبت به دیگران دارند. موفق ترین نامزدها برای رویکردهای سنتی معمولاً YAVIS هستند: جوان، جذاب، کلامی، باهوش و موفق (شولفیلد، ۱۹۶۴). نامزدهای کمتر موفق به عنوان HOUNDS (زشت رو، پیر، غیرباهوش، غیرکلامی و محروم) یا DUDs (احمق، غیرباهوش و محروم) (آلن، ۱۹۷۷) دیده می شوند. این

اختصارات ظالمانه هستند (لیختنبرگ، ۱۹۸۶)، اما مشاوران تحت تأثیر ظاهر و پیچیدگی افرادی که با آنها کار می کنند قرار می گیرند. مشاوران بیشتر از کار با مراجعانی لذت می برند که فکر می کنند پتانسیل تغییر را دارند.

تعدادی از کلیشه ها پیرامون جذابیت فیزیکی افراد ساخته شده است و این کلیشه ها به مراجعان نیز تعمیم داده می شود. افراد از نظر فیزیکی جذاب سالم تر تلقی می شوند و نسبت به دیگران واکنش مثبت تری دریافت می کنند. به عنوان مثال، گلدشتاین (۱۹۷۳) دریافت که مراجعانی که مشاورانشان آنها را جذاب ترین می دانستند، در مقایسه با سایر مراجعان بیشتر صحبت می کردند و خودجوش تر بودند. به احتمال زیاد، مشاوران مراجعان جذاب را بیشتر تشویق می کردند و با آنها درگیر می شدند. بنابراین، مراجعان مسن و افراد دارای معلولیت های جسمی ممکن است در برخی از موقعیت های مشاوره با موانع نامرئی اما قدرتمندی روبرو شوند. پونزو (۱۹۸۵) پیشنهاد می کند که مشاوران از اهمیت جذابیت فیزیکی در زندگی خود آگاه شوند و واکنش های رفتاری خود را هنگام کار با مراجعان جذاب کنترل کنند. در غیر این صورت، کلیشه ها و فرضیات بی اساس ممکن است "منجر به تحقق خود به خودی شوند



شکل 5.3 یک محیط فیزیکی ایده آل برای مشاوره فردی

شکل ۵,۳ یک محیط فیزیکی ایده آل برای مشاوره فردی (توجه: خود شکل ارائه نشده است)

ویژگی‌های مراجع

روابط مشاوره‌ای با **برداشت‌های اولیه** آغاز می‌شوند. نحوه درک مشاور و مراجع از یکدیگر برای ایجاد یک رابطه سازنده حیاتی است. وارنات (۱۹۷۷) اشاره می‌کند که «مراجعان در تمام اشکال و اندازه‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و درجات جذابیت ظاهر می‌شوند» (ص ۸۵). برخی مراجعان احتمال موفقیت بیشتری در مشاوره نسبت به دیگران دارند. موفق‌ترین نامزدها برای رویکردهای سنتی تمایل دارند **YAVIS** باشند: جوان (Young)، جذاب (Attractive)، کلامی (Verbal)، باهوش (Intelligent) و موفق (Successful) (اسکوفیلد، ۱۹۶۴). نامزدهای کمتر موفق به عنوان **HOUNDS** (زشت‌رو (Homely)، پیر (Old)، کم‌هوش (Unintelligent)،

غیرکلامی (Nonverbal) و محروم ((Disadvantaged) یا DUDs (کندذهن (Dumb)، کم‌هوش (Unintelligent) و محروم ((Disadvantaged) دیده می‌شوند (آلن، ۱۹۷۷). این سرواژه‌ها بی‌رحمانه هستند (لیختنبرگ، ۱۹۸۶)، اما مشاوران تحت تأثیر ظاهر و پیچیدگی افرادی که با آن‌ها کار می‌کنند، قرار می‌گیرند. مشاوران بیشتر از کار با مراجعانی لذت می‌برند که فکر می‌کنند پتانسیل تغییر دارند.

تعدادی کلیشه پیرامون جذابیت فیزیکی افراد ساخته شده است و این کلیشه‌ها به مراجعان نیز تعمیم می‌یابد. افراد جذاب از نظر فیزیکی به عنوان سالم‌ترین افراد درک می‌شوند و نسبت به دیگران پاسخ مثبت‌تری دریافت می‌کنند. به عنوان مثال، گلدشتاین (۱۹۷۳) دریافت که مراجعانی که توسط مشاورانشان جذاب‌تر دیده می‌شدند، در مقایسه با سایر مراجعان، بیشتر صحبت می‌کردند و خودانگیخته‌تر بودند. به احتمال زیاد، مشاوران نسبت به مراجعان جذاب، تشویق‌کننده‌تر و درگیرتر بوده‌اند. بنابراین، مراجعان مسن و کسانی که دارای معلولیت جسمی هستند ممکن است در موقعیت‌های مشاوره خاص با موانع نامرئی اما قدرتمندی روبرو شوند. پونزو (۱۹۸۵) پیشنهاد می‌کند که مشاوران از اهمیت جذابیت فیزیکی در زندگی خود آگاه شوند و واکنش‌های رفتاری خود را هنگام کار با مراجعان جذاب کنترل کنند. در غیر این صورت، کلیشه‌ها و مفروضات بی‌اساس ممکن است «منجر به پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش شوند» (ص ۴۸۵).

رفتارهای غیرکلامی مراجعان نیز بسیار مهم هستند. مراجعان دائماً پیام‌های ناگفته‌ای در مورد نحوه تفکر یا احساس خود برای مشاوران ارسال می‌کنند. کودکان به ویژه مستعد استفاده از ابزارهای غیرکلامی برای انتقال افکار و احساسات خود هستند. محرابیان (۱۹۷۱) و همکارانش دریافتند که ابراز علاقه و عدم علاقه بین افراد را می‌توان به شرح زیر توضیح داد:

علاقه کلی = ۷٪ علاقه کلامی + ۳۸٪ علاقه صوتی + ۵۵٪ علاقه چهره‌ای. تأثیر **حالت چهره** بیشترین است، سپس تأثیر **لحن صدا** (یا بیان صوتی) و در نهایت تأثیر کلمات. اگر حالت چهره با کلمات ناسازگار باشد، درجه علاقه‌ای که توسط حالت چهره منتقل می‌شود، غالب خواهد بود و تأثیر کل پیام را تعیین می‌کند. (ص ۴۳)

بنابراین، مراجعی که گزارش می‌دهد همه چیز خوب پیش می‌رود اما در حین انجام این کار به زمین نگاه می‌کند و اخم می‌کند، احتمالاً دقیقاً عکس آن را نشان می‌دهد. مشاور باید **حرکات بدن، تماس چشمی، حالت چهره و کیفیت صدای** مراجع را به اندازه ارتباط کلامی در یک رابطه مشاوره‌ای مهم بداند. همچنین حیاتی است که **پیشینه فرهنگی** فردی که زبان بدن او ارزیابی می‌شود در نظر گرفته شود و پیام‌های غیرکلامی با احتیاط تفسیر شوند (سیلسکی، ۱۹۷۹).

ویژگی‌های مشاور

ویژگی‌های شخصی و حرفه‌ای مشاوران در تسهیل هرگونه رابطه یاری‌رسان بسیار مهم هستند. اوکان و کانترویتز (۲۰۱۵) خاطرنشان می‌کنند که جدا کردن ویژگی‌های شخصیتی یاری‌رسان از سطوح و سبک‌های عملکرد او دشوار است، زیرا هر دو به هم مرتبط هستند. آن‌ها سپس پنج ویژگی مهم را که یاری‌رسانان باید داشته باشند فهرست می‌کنند: **خودآگاهی، صداقت، همخوانی، توانایی برقراری ارتباط و دانش**.

مشاورانی که به طور مداوم مهارت‌های **خودآگاهی** خود را توسعه می‌دهند، با ارزش‌ها، افکار و احساسات خود در تماس هستند. آن‌ها احتمالاً درک روشنی از نیازهای خود و مراجعانشان دارند و هر دو را به دقت ارزیابی می‌کنند. چنین آگاهی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با خود و دیگران **صادق** باشند. آن‌ها **قادرند همخوان‌تر** باشند و به طور همزمان اعتماد ایجاد کنند. مشاورانی که این نوع دانش را دارند، به احتمال زیاد به طور واضح و دقیق ارتباط برقرار می‌کنند.

سه ویژگی دیگر که مشاوران را در ابتدا تأثیرگذارتر می‌کند عبارتند از: **خبرگی (expertness)**، **جذابیت (attractiveness)** و **اعتمادپذیری (trustworthiness)** درک شده (استرانگ، ۱۹۶۸). **خبرگی** میزانی است که مشاوران در تخصص خود آگاه و مطلع درک می‌شوند. مشاورانی که نشانه‌های مشهودی مانند گواهی‌نامه‌ها و مدارک تحصیلی را در دفاتر خود به نمایش می‌گذارند، معمولاً معتبرتر از کسانی که این کار را نمی‌کنند، درک می‌شوند و در نتیجه، احتمالاً مؤثرتر خواهند بود (لوش، ۱۹۸۴؛ سیگال و سل، ۱۹۷۸). مراجعان می‌خواهند با مشاورانی کار کنند که به نظر می‌رسد حرفه را به خوبی می‌شناسند.

جذابیت تابعی از **شباهت درک شده** بین مراجعان و مشاوران و همچنین **ویژگی‌های فیزیکی** است. مشاوران می‌توانند با صحبت کردن با جملات واضح، ساده و بدون اصطلاحات تخصصی و ارائه خودافشایی مناسب، خود را جذاب کنند (واتکینز و اشنایدر، ۱۹۸۹). نحوه استقبال مشاوران از مراجعان و حفظ تماس چشمی نیز می‌تواند رتبه جذابیت را افزایش دهد. مشاورانی که از نشانه‌های غیرکلامی مانند تکان دادن سر و تماس چشمی در پاسخ به مراجعان استفاده می‌کنند، جذاب‌تر از کسانی که این کار را نمی‌کنند، دیده می‌شوند (کلیبورن، ۱۹۷۹؛ لاکراس، ۱۹۷۵). **پوشش** مشاوران نیز تفاوت ایجاد می‌کند (هابل و گلسو، ۱۹۷۸). لباس‌ها باید تمیز، مرتب و حرفه‌ای به نظر برسند اما توجه بی‌مورد را جلب نکنند. ویژگی‌های فیزیکی نیز تفاوت ایجاد می‌کنند، زیرا تحت شرایط کنترل شده، تحقیقات نشان می‌دهد که افراد تمایل بیشتری به خودافشایی در برابر مشاورانی جذاب نسبت به مشاورانی غیرجذاب دارند (هریس و بازی، ۱۹۹۸).

اعتمادپذیری به صداقت و ثبات مشاوران مربوط می‌شود. کسانی که واقعاً نگران مراجعان خود هستند، این را در طول زمان با ایجاد یک رابطه نزدیک نشان می‌دهند. «چیزی به نام صمیمیت یا اعتمادپذیری فوری وجود ندارد و نمی‌تواند وجود داشته باشد» (پترسون، ۱۹۸۵، ص ۱۲۴). بلکه، هر دو از طریق الگوهای رفتاری که مراقبت و نگرانی را نشان می‌دهند، ایجاد می‌شوند. اکثر مراجعان نه کاملاً بی‌اعتماد هستند و نه به اعتماد

کورکورانه تمایل دارند. با این حال، همانطور که فونگ و کاکس (۱۹۸۳) خاطرنشان می‌کنند، بسیاری از مراجعان اعتمادپذیری مشاور را با درخواست اطلاعات، گفتن یک راز، درخواست لطف، ایجاد زحمت برای مشاور، تحقیر خود یا زیر سوال بردن انگیزه‌ها و تعهد مشاور، می‌آزمایند. بنابراین، ضروری است که مشاوران برای تسهیل رابطه مشاوره‌ای، به سوال اعتماد به جای محتوای کلامی مراجعان پاسخ دهند.

بسیاری از مشاوران تازه‌کار اشتباه می‌کنند که به جای نگرانی‌های واقعی، با مسائل سطحی برخورد می‌کنند. به عنوان مثال، اگر مراجعی از مشاور بپرسد: «آیا می‌توانم هر چیزی را به شما بگویم؟» یک مشاور تازه‌کار ممکن است پاسخ دهد: «منظورتان از هر چیزی چیست؟» یک مشاور باتجربه ممکن است بگوید: «به نظر می‌رسد در مورد اینکه آیا واقعاً می‌توانید به من و این رابطه اعتماد کنید، مطمئن نیستید. بیشتر برایم بگویید.» اعتماد با کودکان، مانند بزرگسالان، با گوش دادن اولیه و دادن آزادی به کودکان برای ابراز آزادانه خود در سطح کلامی یا غیرکلامی قبل از پاسخگویی مشاور، ایجاد می‌شود (اردمن و لمپ، ۱۹۹۶).

مثال موردی

فروپاشی بریجیت

بریجیت ۴۸ ساله، دندان‌خرگوشی، صورتی آبله‌رو، کم‌سواد بود و اکثر مردم از او دوری می‌کردند. بدتر از آن، او درون‌گرا و تنها بود. بهترین دوست او در آخر هفته تلویزیونش بود. بنابراین، وقتی خواهرش پیشنهاد کرد مشاوره را امتحان کند، موافقت کرد و فکر کرد: «چیزی برای از دست دادن ندارم.» با این حال، از همان ابتدا با مشکلاتی روبرو شد. مشاور بریجیت، چنل، طوری رفتار می‌کرد که گویی ظاهر بد بریجیت مسری است و به نظر

می‌رسید از بریجیت فاصله می‌گیرد و او را به خاطر برون‌گراتر نبودن سرزنش می‌کند. بریجیت عصبانی شد و تصمیم گرفت کاری در مورد این وضعیت انجام دهد.

در طول جلسه دوم، بریجیت به رفتارهای خاصی که چنل انجام می‌داد و باعث می‌شد احساس طرد شدن کند، اشاره کرد. چنل خجالت کشید و اعتراف کرد که تمام اقداماتی را که بریجیت با آن‌ها روبرو شده بود، انجام داده است، اما سپس به روشی ظریف به انتقاد از بریجیت ادامه داد.

- بریجیت چه کار دیگری می‌تواند در این وضعیت انجام دهد؟
- شما چه پیشنهادی به چنل می‌دهید تا به اصلاح اشتباهاتش کمک کند و جلسه مشاوره را سازنده کند؟

انواع مصاحبه‌های اولیه

فرآیند مشاوره با **جلسه اولیه** آغاز می‌شود. لوین (۱۹۸۳) اشاره می‌کند که صاحب‌نظران در این حرفه مشاهده کرده‌اند که «اهداف مشاوره در طول زمان تغییر می‌کنند و با توجه به صمیمیت و اثربخشی رابطه مشاوره‌ای تغییر می‌کنند» (ص ۴۳۱). اینکه چقدر تغییر اتفاق می‌افتد یا آیا جلسه دومی وجود خواهد داشت، معمولاً توسط نتایج جلسه اول تعیین می‌شود.

در جلسه اول، هم مشاوران و هم مراجعان تلاش می‌کنند تا تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند یا می‌توانند رابطه را ادامه دهند. مشاوران باید به سرعت ارزیابی کنند که آیا قادر به رسیدگی و مدیریت مشکلات مراجعان از طریق صادق بودن، گشاده‌رو بودن و رویارویی مناسب هستند یا خیر (اوکان و کانترویتز، ۲۰۱۵). با این حال،

مراجعان باید از خود بپرسند که آیا با مشاور احساس راحتی و اعتماد می‌کنند یا خیر، قبل از اینکه بتوانند با تمام وجود وارد رابطه شوند.

مصاحبه‌های آغاز شده توسط مراجع در مقابل مصاحبه‌های آغاز شده توسط مشاور

بنجامین (۱۹۸۷) بین دو نوع مصاحبه اول تمایز قائل می‌شود: آن‌هایی که توسط مراجعان آغاز می‌شوند و

آن‌هایی که توسط مشاوران آغاز می‌شوند. هنگامی که مصاحبه اولیه توسط مراجع درخواست می‌شود،

مشاور اغلب از هدف مراجع مطمئن نیست. این عدم قطعیت ممکن است باعث اضطراب در مشاور شود، به

خصوص اگر اطلاعات پیشینه قبل از جلسه جمع‌آوری نشده باشد. بنجامین (۱۹۸۷) توصیه می‌کند که مشاوران

با گوش دادن هر چه بیشتر به آنچه مراجعان می‌گویند، بر این احساسات غلبه کنند. در چنین شرایطی، مانند

مشاوره به طور کلی، گوش دادن «نیازمند غوطه‌وری خود و فرو رفتن در دیگری است» (نیکولز، ۱۹۹۸، ص ۱).

هیچ فرمولی برای شروع جلسه وجود ندارد. مصاحبه یاری‌رسان به همان اندازه که علم است، هنر نیز هست و هر

مشاوری باید سبکی را بر اساس تجربه، تحریک و تأمل ایجاد کند. احتمالاً محتاطانه است که مشاور در ابتدا در

مورد هر مشکلی که مراجع ممکن است داشته باشد سوال نکند، زیرا مراجع ممکن است به معنای سنتی کلمه

مشکلی نداشته باشد و فقط به دنبال اطلاعات باشد. بنابراین، پرسیدن «چه چیزی شما را به اینجا برای دیدن

من آورد؟» ممکن است یک سوال باز و ایمن برای شروع توسط مشاوران باشد.

هنگامی که جلسه اول توسط مشاور درخواست می‌شود، بنجامین (۱۹۸۷) معتقد است که مشاور باید فوراً دلیل

خود را برای تمایل به دیدن مراجع بیان کند. به عنوان مثال، در مورد یک مشاور مدرسه، ممکن است

جلسه‌ای درخواست شود تا مشاور بتواند خود را به دانش‌آموز معرفی کند. اگر مشاور فوراً دلیلی برای درخواست

جلسه ارائه ندهد، مراجع در حال حدس زدن باقی می‌ماند، تنش ایجاد می‌شود و اغلب رابطه خوب (rapport)

از بین می‌رود.

ولفل و پترسون (۲۰۰۵) فکر می‌کنند که همه مراجعان صرف نظر از آمادگی قبلی، با مقداری اضطراب و مقاومت وارد مشاوره می‌شوند. بنجامین (۱۹۸۷) فرض می‌کند که اکثر مشاوران نیز هنگام انجام مصاحبه اول کمی ترسیده و نامطمئن هستند. احساسات نامطمئن در مراجعان و مشاوران ممکن است منجر به رفتارهایی مانند اغواگری یا پرخاشگری شود (واتکینز، ۱۹۸۳). مشاوران می‌توانند با تبادل اطلاعات با مراجعان از چنین اتفاقاتی جلوگیری کنند. مانتی (۱۹۸۳) از ارائه چندوجهی (multimodal) اطلاعات توسط مشاوران در مورد خود و عملکردشان حمایت می‌کند: بصری، شنیداری، نوشتاری، گفتاری و توصیفی. اگرچه چنین ارائه‌هایی ممکن است دشوار باشند، اما با ایجاد روابط خوب مشاور-مراجع نتیجه می‌دهند. به طور کلی، تبادل اولیه اطلاعات احتمال انتخاب‌های معنی‌دار و مشارکت کامل‌تر مراجعان و مشاوران در فرآیند مشاوره را افزایش می‌دهد.

مصاحبه اولیه اطلاعات محور

کورمیر (۲۰۱۵) اشاره می‌کند که مصاحبه اولیه مشاوره می‌تواند دو عملکرد را انجام دهد: (الف) می‌تواند یک مصاحبه پذیرش برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در مورد مراجع باشد، یا (ب) می‌تواند آغاز یک رابطه را نشان دهد. هر نوع مصاحبه مناسب است و وظایف خاصی برای هر دو مشترک است، اگرچه مهارت‌های تأکید شده در هر کدام متفاوت است.

اگر هدف مصاحبه اول جمع‌آوری اطلاعات باشد، ساختار جلسه مشاور محور خواهد بود: مشاور می‌خواهد مراجع در مورد موضوعات خاصی صحبت کند. مشاور عمدتاً از طریق استفاده از کاوش‌ها (probes)، تأکیدها (accents)، سوالات بسته (closed questions) و درخواست‌های توضیح (requests for clarification) به مراجع پاسخ می‌دهد (کورمیر، ۲۰۱۵). این پاسخ‌ها با هدف استخراج حقایق انجام می‌شوند.

کاوش (Probe) سوالی است که معمولاً با چه کسی، چه چیزی، کجا یا چگونه آغاز می‌شود. این سوال به پاسخی بیش از یک یا دو کلمه نیاز دارد - به عنوان مثال، «برای پیدا کردن شغل چه برنامه‌ای دارید؟» تعداد کمی از کاوش‌ها با کلمه چرا آغاز می‌شوند، که معمولاً حاکی از عدم تأیید است، مراجع را در حالت تدافعی قرار می‌دهد (مثلاً «چرا این کار را می‌کنی؟») و اغلب غیرقابل پاسخ است (بنجامین، ۱۹۸۷).

تأکید (Accent) برجسته کردن چند کلمه آخر مراجع است. به عنوان مثال:

مراجع: وضعیتی که الان در آن هستم دارد مرا دیوانه می‌کند!

مشاور: دیوانه‌تان می‌کند؟

سوال بسته (Closed question) سوالی است که به پاسخی خاص و محدود، مانند بله یا خیر، نیاز دارد.

اغلب با کلمات آیا، آیا (برای افعال کمکی do/does/did) یا هستند (are) آغاز می‌شود:

مشاور: آیا از ملاقات با افراد دیگر لذت می‌برید؟

مراجع: بله.

سوال بسته در استخراج مقادیر زیادی اطلاعات در مدت زمان کوتاه کاملاً مؤثر است. با این حال، به توضیحاتی

که ممکن است مفید باشند، تشویق نمی‌کند.

در مقابل سوال بسته، **سوال باز (open question)** قرار دارد که معمولاً با چه چیزی، چگونه یا می‌توانید

آغاز می‌شود و به مراجع آزادی عمل بیشتری برای پاسخ می‌دهد. مثال‌ها عبارتند از: «این چگونه بر شما تأثیر

می‌گذارد؟» «آیا می‌توانید اطلاعات بیشتری به من بدهید؟» و «بیشتر در مورد آن به من بگویید.» تفاوت اصلی

بین سوال بسته و باز «این است که آیا سوال به صحبت بیشتر مراجع تشویق می‌کند یا خیر» (گالوین و آیوی،

۱۹۸۱، ص ۵۳۹). این تفاوت بین یک پرسش چند گزینه‌ای است که حقایق را بررسی می‌کند و یک انشا که در آن سطح عمیق‌تری از درک و توضیح تشویق می‌شود.

در نهایت، درخواست توضیح (**Request for clarification**) پاسخی است که مشاوران برای اطمینان از درک آنچه مراجعان می‌گویند، استفاده می‌کنند. این درخواست‌ها از مراجعان می‌خواهد که مطالب تازه پوشش داده شده را تکرار یا توضیح دهند. به عنوان مثال، مشاور ممکن است بگوید: «لطفاً به من کمک کنید این رابطه را درک کنم» یا «من ارتباط را در اینجا نمی‌بینم».

مشاوران مایلند چندین حقیقت را در یک مصاحبه اولیه اطلاعات محور به دست آورند. آن‌ها اغلب فرض می‌کنند که این اطلاعات ممکن است به عنوان بخشی از ارزیابی روانشناختی، شغلی یا روانی-اجتماعی استفاده شود. مشاورانی که توسط سازمان‌های پزشکی، بهداشت روان، اصلاحی، توانبخشی و اجتماعی استخدام می‌شوند، به ویژه احتمال دارد این نوع مصاحبه‌ها را انجام دهند. کورمیر (۲۰۱۵) برخی از داده‌هایی را که مشاوران در این جلسات اولیه جمع‌آوری می‌کنند، تشریح می‌کند (شکل ۵،۴).

مصاحبه اولیه رابطه محور

مصاحبه‌هایی که بر احساسات یا پویایی‌های رابطه تمرکز دارند، تفاوت قابل توجهی با جلسات اولیه اطلاعات محور دارند. آن‌ها بیشتر بر نگرش‌ها و عواطف مراجع تمرکز می‌کنند. پاسخ‌های رایج مشاور شامل بازگویی (**restatement**)، بازتاب احساس (**reflection of feeling**)، خلاصه احساسات (**summary of feelings**)، درخواست توضیح (**request for clarification**) و اذعان به رفتار غیرکلامی (**acknowledgment of nonverbal behavior**) است (کورمیر، ۲۰۱۵).

بازگویی (Restatement) یک پاسخ آینه‌ای ساده به مراجع است که به مراجع اطلاع می‌دهد مشاور فعالانه گوش می‌دهد. به تنهایی استفاده شود، نسبتاً بی‌روح و ناکارآمد است:

مراجع: مطمئن نیستم که آیا هرگز شریک مناسبی پیدا خواهم کرد. شغلم مرا در جاده و منزوی نگه می‌دارد.
مشاور: شما نمی‌دانید آیا به دلیل ماهیت شغلتان هرگز همسری پیدا خواهید کرد یا خیر.

بازتاب احساس (Reflection of feeling) شبیه به بازگویی است، اما با بیان کلامی و غیرکلامی سر و کار دارد. بازتاب‌ها ممکن است در چندین سطح باشند؛ برخی همدلی بیشتری نسبت به دیگران منتقل می‌کنند. نمونه‌ای از آن پاسخ مشاور به مراجعی است که به خاطر از دست دادن والدینش بی‌صدا گریه می‌کند: «شما هنوز واقعاً درد را احساس می‌کنید.»

خلاصه احساسات (Summary of feelings) عمل بازنویسی تعدادی از احساساتی است که مراجع منتقل کرده است. به عنوان مثال، مشاور ممکن است به مراجع بگوید: «جان، اگر درست فهمیده باشم، (شکل ۵,۴ یک مصاحبه اولیه اطلاعات محور)

۱. داده‌های شناسایی

A. نام، آدرس، شماره تلفنی که از طریق آن می‌توان با مراجع تماس گرفت. این اطلاعات در صورتی که مشاور نیاز به تماس با مراجع بین جلسات داشته باشد، مهم است. آدرس مراجع همچنین سرنخی در مورد شرایطی که مراجع در آن زندگی می‌کند (مانند مجتمع آپارتمانی بزرگ، خوابگاه دانشجویی، خانه شخصی و غیره) می‌دهد.

B. سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل (یا کلاس و سال تحصیلی). باز هم، این اطلاعاتی است که می‌تواند مهم باشد. به شما اطلاع می‌دهد که آیا مراجع هنوز از نظر قانونی خردسال است و مبنایی برای درک اطلاعاتی که در جلسات بعدی آشکار خواهد شد، فراهم می‌کند.

II. مشکلات مطرح شده، هم اولیه و هم ثانویه

بهتر است زمانی که اینها دقیقاً به همان شکلی که مراجع گزارش کرده است، ارائه شوند. اگر مشکل مؤلفه‌های رفتاری دارد، اینها نیز باید ثبت شوند. سوالاتی که به آشکار کردن این نوع اطلاعات کمک می‌کنند عبارتند از:

A. مشکل چقدر در عملکرد روزمره مراجع اختلال ایجاد می‌کند؟

B. مشکل چگونه خود را نشان می‌دهد؟ افکار، احساسات و غیره‌ای که با آن مرتبط هستند چیست؟ چه رفتار قابل مشاهده‌ای با آن مرتبط است؟

C. مشکل چند وقت یکبار پیش می‌آید؟ مشکل چه مدت وجود داشته است؟

D. آیا مراجع می‌تواند الگویی از رویدادها را که پیرامون مشکل وجود دارد، شناسایی کند؟ چه زمانی رخ می‌دهد؟ با چه کسی؟ قبل و بعد از وقوع آن چه اتفاقی می‌افتد؟

E. چه چیزی باعث شد مراجع تصمیم بگیرد در این زمان وارد مشاوره شود؟

III. وضعیت زندگی فعلی مراجع

مراجع یک روز یا هفته معمولی را چگونه می‌گذرانند؟ چه فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های تفریحی و غیره‌ای وجود دارد؟ ماهیت وضعیت شغلی و/یا تحصیلی مراجع چیست؟

IV. سابقه خانوادگی

A. سن، شغل، توصیف شخصیت پدر و مادر، روابط هر کدام با دیگری و هر کدام با مراجع و سایر خواهر و برادران.

B. نام، سن و ترتیب برادران و خواهران؛ رابطه بین مراجع و خواهر و برادران.

C. آیا سابقه اختلال روانی در خانواده وجود دارد؟

D. توصیف ثبات خانواده، از جمله تعداد مشاغل، تعداد جابجایی‌های خانواده و غیره. (این اطلاعات بینش‌هایی را در جلسات بعدی که مسائل مربوط به ثبات و/یا روابط مراجع مطرح می‌شود، فراهم می‌کند).

۷. سابقه شخصی

A. سابقه پزشکی: هرگونه بیماری یا آسیب غیرمعمول یا مرتبط از دوره پیش از تولد تا کنون.

B. سابقه تحصیلی: پیشرفت تحصیلی در دوران دبستان، دبیرستان و پس از دبیرستان. این شامل علایق فوق برنامه و روابط با همسالان است.

C. سابقه خدمت سربازی.

D. سابقه شغلی: مراجع کجا کار کرده است، در چه نوع مشاغلی، برای چه مدتی و روابط با همکاران چگونه بوده است؟

E. سابقه جنسی و زناشویی: مراجع اطلاعات جنسی را از کجا دریافت کرده است؟ سابقه قرار ملاقات‌های مراجع چگونه بوده است؟ آیا نامزدی و/یا ازدواجی داشته است؟ آیا قبل از رابطه فعلی، درگیری‌های عاطفی جدی دیگری داشته است؟ دلایل خاتمه روابط قبلی چه بوده است؟ دوران نامزدی با همسر فعلی چگونه بوده است؟ دلایلی (ویژگی‌های همسر، افکار شخصی) که منجر به ازدواج شد چه بود؟ رابطه با همسر از زمان ازدواج چگونه بوده است؟ آیا فرزندی وجود دارد؟

(شکل ۵,۴ ادامه))

F. مراجع چه تجربه‌ای از مشاوره داشته است و واکنش‌های مراجع چه بوده است؟

G. اهداف شخصی مراجع در زندگی چیست؟

۷۱. توصیف مراجع در طول مصاحبه

در اینجا ممکن است بخواهید ظاهر فیزیکی مراجع را، از جمله لباس، حالت بدن، حرکات، حالات چهره، کیفیت صدا، تنش‌ها، ذکر کنید؛ مراجع چگونه به نظر می‌رسید که با شما در جلسه ارتباط برقرار می‌کند؛ آمادگی پاسخگویی مراجع، انگیزه، گرمی، فاصله، انفعال و غیره. آیا به نظر می‌رسید عملکردهای ادراکی یا حسی‌ای وجود داشته باشد که در تعامل دخالت کند؟ (با مشاهدات خود مستند کنید). سطح کلی اطلاعات، واژگان، قضاوت و توانایی‌های انتزاعی که توسط مراجع نمایش داده شد، چه بود؟ جریان فکر، نظم و سرعت صحبت کردن چگونه بود؟ آیا اظهارات مراجع منطقی بود؟ به یکدیگر مرتبط بود؟

۷۱۱. خلاصه و توصیه‌ها

در این بخش، شما می‌خواهید هرگونه ارتباطی را که به نظر می‌رسد بین اظهارات مراجع در مورد مشکل و سایر اطلاعات جمع‌آوری شده در این جلسه وجود دارد، تأیید کنید. فکر می‌کنید چه نوع مشاوره برای این مراجع مناسب‌تر است؟ اگر قرار است شما مشاور این مراجع باشید، کدام یک از ویژگی‌های شما ممکن است به ویژه مفید باشد؟ کدام ممکن است به ویژه بی‌فایده باشد؟ اهداف مراجع برای مشاوره چقدر واقع‌بینانه است؟ فکر می‌کنید مشاوره ممکن است چه مدت ادامه یابد؟

(منبع: از «راهنم‌ها و مداخلات مشاوره ویرایش ۷ (ص ۶۸-۶۶)» نوشته ال. اس. کورمیر و اچ. هکنی © ۲۰۰۸.

بازنشر با اجازه الین و بیکن. پیرسون اجوکیشن، اینک.)

... شما به خاطر مرگ پدرتان احساس افسردگی می‌کنید و از اینکه دوستانتان به شما در گذراندن سوگتان کمک نکرده‌اند، دل‌سرد شده‌اید. علاوه بر این، احساس می‌کنید کارتان خسته‌کننده است و همسرتان از نظر عاطفی از شما فاصله دارد.»

اذعان به رفتار غیرکلامی (Acknowledgment of nonverbal behavior) با مثال‌های قبلی متفاوت است. به عنوان مثال، اذعان زمانی رخ می‌دهد که مشاور به مراجع می‌گوید: «متوجه شدم که دست‌هایتان را روی سینه‌تان قلاب کرده‌اید و به زمین نگاه می‌کنید.» این نوع پاسخ معنای رفتار را تفسیر نمی‌کند.

انجام مصاحبه اولیه

هیچ نقطه شروع واحدی برای مصاحبه اولیه وجود ندارد، اما متخصصان توصیه می‌کنند که مشاوران با تلاش برای ایجاد احساس راحتی در مراجعانشان شروع کنند (کورمیر، ۲۰۱۵). مشاوران باید برنامه‌های خود را کنار بگذارند و بر شخص مراجع، از جمله گوش دادن به داستان مراجع و مسائل مطرح شده، تمرکز کنند (مایرز، ۲۰۰۰؛ ویلکاکس-متیو، اوتنز و ماینور، ۱۹۹۷). این نوع رفتار، که در آن علاقه و پذیرش واقعی نسبت به مراجع وجود دارد، به عنوان رابطه خوب (rapport) شناخته می‌شود.

آیوی، آیوی و زالاکت (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که دو ریزمهارت مهم‌تر برای ایجاد رابطه خوب عبارتند از: رفتار توجه اساسی و مهارت‌های مشاهده مراجع. مشاور باید به آنچه مراجع فکر و احساس می‌کند و نحوه رفتار او توجه کند. در این فرآیند، «حساسیت مشاور به استعاره‌های تولید شده توسط مراجع ممکن است به انتقال درک روش منحصر به فرد شناخت مراجع کمک کند و در عین حال به توسعه زبان مشترک و پیوند مشارکتی بین مراجع و مشاور کمک کند» (لیدون، کلی و اسپارکس، ۲۰۰۱، ص ۲۷۰). به عنوان مثال، مراجع ممکن است خود را توصیف کند که دیگران با او مانند «ته‌مانده غذای دیروز» رفتار می‌کنند. این استعاره هم به مراجع و هم

به مشاور اطلاعاتی در مورد تفکر و رفتار جاری در مراجع می‌دهد، در حالی که او به دنبال دیده شدن «به عنوان غذای مخصوص روز» است. صرف نظر از این، ایجاد و حفظ رابطه خوب برای افشای اطلاعات، شروع تغییر و موفقیت نهایی مشاوره حیاتی است.

دعوت از مراجعان برای تمرکز بر دلایل جستجوی کمک، یکی از راه‌هایی است که مشاوران ممکن است رابطه خوب را آغاز کنند. چنین دعوت‌های غیر اجباری برای صحبت کردن، بازکننده‌های در (door openers)

نامیده می‌شوند و در تضاد با پاسخ‌های قضاوتی یا ارزیابی‌کننده معروف به بندآورنده‌های در (door

closers) هستند (بولتون، ۱۹۷۹). بازکننده‌های در مناسب شامل سوالات و مشاهداتی مانند «چه چیزی شما را به دیدن من آورد؟» «دوست دارید در مورد چه چیزی صحبت کنید؟» و «به نظر می‌رسد درد زیادی دارید. در مورد آن به من بگویید.» این دعوت‌های بدون ساختار و باز به مراجعان اجازه می‌دهد تا ابتکار عمل را به دست گیرند (کورمیر، ۲۰۱۵؛ یانگ، ۲۰۱۷). در چنین شرایطی، مراجعان به احتمال زیاد در مورد موضوعات اولویت‌دار صحبت خواهند کرد.

میزان صحبت کردنی که مراجعان در آن شرکت می‌کنند و بینش و منافع حاصل از مصاحبه اولیه می‌تواند توسط مشاوره که به طور مناسب همدلی، تشویق، حمایت، مراقبت، توجه، پذیرش و صداقت را منتقل می‌کند، افزایش یابد. از بین تمام این ویژگی‌ها، همدلی مهم‌ترین است.

همدلی

راجرز (۱۹۶۱) همدلی را توانایی مشاور برای «ورود به دنیای پدیدارشناختی مراجع، تجربه دنیای مراجع گویی که دنیای خودتان است بدون اینکه هرگز کیفیت "گویی" را از دست بدهید» توصیف می‌کند (ص ۲۸۴). همدلی شامل دو مهارت خاص است: ادراک و ارتباط (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵).

مشاوران مؤثر چارچوب مرجع فرهنگی را که مراجعانشان از آن عمل می‌کنند، از جمله فرآیندهای ادراکی و شناختی مراجعانشان، درک می‌کنند (وینراخ، ۱۹۸۷). این نوع حساسیت، اگر شکاف فرهنگی بین مشاوران و مراجعان را پر کند، به عنوان **همدلی حساس به فرهنگ (culturally sensitive empathy)** شناخته می‌شود و کیفیتی است که مشاوران می‌توانند آن را پرورش داده و کسب کنند (چونگ و بماک، ۲۰۰۲). با این وجود، مشاورانی که می‌توانند به دقت درک کنند که بودن به جای مراجعشان چگونه است اما نمی‌توانند آن تجربه را منتقل کنند، محدود هستند زیرا هیچ کس از آگاهی آن‌ها خبر ندارد. توانایی برقراری ارتباط واضح نقش حیاتی در هر رابطه مشاوره‌ای ایفا می‌کند (اوکان و کانترویتز، ۲۰۱۵).

در مصاحبه اولیه، مشاوران باید بتوانند **همدلی اولیه (primary empathy)** را منتقل کنند (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). همدلی اولیه توانایی پاسخگویی به گونه‌ای است که برای هر دو مراجع و مشاور آشکار باشد که مشاور مضامین اصلی مراجع را درک کرده است. تقریباً تمام نظریه‌ها از آن استقبال می‌کنند زیرا در شناسایی مسائل مراجع مفید است و نشان داده شده است که با نتایج مثبت مراجع رابطه مثبت دارد (نوکرگ، بین، دین-انگانگا و پوساتری، ۲۰۱۳). همدلی اولیه از طریق ارتباط غیرکلامی و پاسخ‌های کلامی مختلف منتقل می‌شود. به عنوان مثال، مشاور، در حالی که به جلو خم شده و با صدایی آرام و فهمیده صحبت می‌کند، ممکن است به مراجع بگوید: «می‌شنوم که زندگی شما با مجموعه‌ای از فقدان‌های جدی تعریف شده است.»

همدلی پیشرفته (Advanced empathy) فرآیندی برای کمک به مراجعان در کاوش مضامین، مسائل و عواطفی است که برای آگاهی آن‌ها جدید است (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). این سطح دوم همدلی معمولاً برای مصاحبه اولیه نامناسب است زیرا مواد زیادی را خیلی سریع بررسی می‌کند. مراجعان باید از نظر رشدی آماده باشند تا مشاوره مفید باشد. بنابراین، همدلی پیشرفته در مرحله کاری مشاوره استفاده می‌شود.

تامل شخصی

گفته شده است مشاوره که نمی‌تواند همدلی را منتقل کند، مانند درختی در جنگل است که بدون حضور کسی می‌افتد. نظر شما در مورد این قیاس چیست؟ فکر می‌کنید چه قیاس‌های دیگری برای توصیف این پدیده مناسب هستند؟

رفتار کلامی و غیر کلامی

همدلی، به هر شکلی که باشد، ممکن است توسط **توجه (attentiveness)** (میزان رفتار کلامی و غیر کلامی نشان داده شده به مراجع) تقویت شود. **رفتارهای کلامی** شامل ارتباطاتی است که تمایل به درک یا بحث در مورد آنچه برای مراجع مهم است را نشان می‌دهد (کورمیر، نوریوس و اوزبورن، ۲۰۱۷). این رفتارها (که شامل کاوش، درخواست توضیح، بازگویی و خلاصه کردن احساسات است) نشان می‌دهد که مشاور بر شخص مراجع تمرکز دارد. به همان اندازه مهم **رفتارهای غیر کلامی** مشاور است. به گفته محرابیان (۱۹۷۰)، رفتارهای توجه فیزیکی مانند لبخند زدن، به جلو خم شدن، برقراری تماس چشمی، اشاره کردن و تکان دادن سر، راه‌های غیر کلامی مؤثری برای انتقال این مطلب به مراجعان هستند که مشاور به آن‌ها علاقه‌مند و گشاده‌رو است. اگان (۲۰۱۴) پنج مهارت غیر کلامی درگیر در توجه اولیه را خلاصه می‌کند. آن‌ها به بهترین وجه در سرواژه SOLER به یاد سپرده می‌شوند.

معنای حروف در SOLER

• S = روبروی مراجع نشستن (Squarely)

روبروی مراجع نشستن را می‌توان بسته به موقعیت به صورت تحت‌اللفظی یا استعاری درک کرد. نکته مهم این است که مشاور درگیری و علاقه خود را به مراجع نشان دهد.

• O = اتخاذ حالت بدنی باز (Open posture)

دست‌ها و پاها را روی هم نیندازید. حالت تدافعی نداشته باشید.

• L = خم شدن به سمت مراجع (Lean)

خم شدن بیش از حد به جلو و خیلی نزدیک بودن ممکن است ترسناک باشد، در حالی که خم شدن بیش از حد به عقب نشان دهنده عدم علاقه است. مشاور باید فاصله متوسطی پیدا کند که برای هر دو طرف راحت باشد.

• E = تماس چشمی (Eye contact)

تماس چشمی خوب با اکثر مراجعان نشانه‌ای از این است که مشاور به مراجع توجه دارد. برای سایر مراجعان، تماس چشمی کمتر (یا حتی عدم تماس چشمی) مناسب است.

• R = آرام بودن (Relax)

مشاور باید آرام و راحت باشد و به نظر برسد.

اوکان و کانترویتز (۲۰۱۵) کمک‌های رفتاری کلامی و غیرکلامی حمایتی را فهرست می‌کنند که مشاوران اغلب در طول مشاوره نشان می‌دهند. از جمله پاسخ‌های کلامی حمایتی می‌توان به استفاده از کلمات قابل فهم،

خلاصه کردن، غیرقضاوتی و محترمانه بودن و گاهی استفاده از شوخ طبعی برای کاهش تنش اشاره کرد. از جمله پاسخ‌های غیرکلامی می‌توان به رفتارهایی مانند گاهی لبخند زدن، صحبت کردن با سرعت متوسط و استفاده گاه به گاه از حرکات دست اشاره کرد.

یکی از آخرین رفتارهای غیرکلامی در لیست اوکان و کانترویتز، **لمس کردن گهگاهی**، از نظر سیاسی حساس و تا حدودی بحث‌برانگیز است. اگرچه ویلیسون و ماسون (۱۹۸۶)، موافق با اوکان و کانترویتز، اشاره می‌کنند که لمس انسانی ممکن است در مشاوره درمانی باشد، آلین (۱۹۸۸) تأکید می‌کند که «طیف گسترده انگیزه‌های فردی برای لمس، تفاسیر آن و پاسخ‌ها به آن، آن را به وسیله ارتباطی بسیار نامشخص و احتمالاً خطرناک در درمان تبدیل می‌کند» (ص ۴۳۳). به عنوان یک اصل کلی مشاوره، یانگ (۲۰۱۷) پیشنهاد می‌کند که لمس باید به طور مناسب به کار گرفته شود، به طور خلاصه و به ندرت اعمال شود و برای انتقال نگرانی استفاده شود. اعمال «آزمون لمس» (Touch Test)، که به سادگی می‌پرسد: «آیا این کار را با یک غریبه انجام می‌دهید؟» یک راه برای اجرای پیشنهادات یانگ است (دل پرت، ۱۹۹۸، ص ۶۳). بنابراین، مشاورانی که از لمس در کار خود استفاده می‌کنند باید این کار را با احتیاط و با درک اینکه کاری که انجام می‌دهند می‌تواند اثرات نامطلوبی داشته باشد، انجام دهند. همین بررسی دقیق هنگام استفاده از هر تکنیک کلامی یا غیرکلامی پیشنهاد می‌شود.

رفتار مصاحبه‌ای غیرمفید

هنگام ایجاد رابطه، مشاوران همچنین باید بدانند چه کارهایی را نباید انجام دهند. در غیر این صورت، رفتارهای غیرمفید ممکن است در مجموعه رفتارهای مشاوره‌ای آن‌ها گنجانده شود. ولفل و پترسون (۲۰۰۵) چهار اقدام عمده را فهرست می‌کنند که معمولاً ارتباط مشاور-مراجع را مسدود می‌کنند و به طور کلی باید از آن‌ها اجتناب شود: **پند و اندرز دادن (advice giving)**، **سخنرانی کردن (lecturing)**، **سوال پرسیدن بیش از حد (excessive questioning)** و **قصه‌گویی توسط مشاور (storytelling by the counselor)**.

پند و اندرز دادن بحث‌برانگیزترین این چهار رفتار است. نولز (۱۹۷۹) دریافت که ۷۰ تا ۹۰ درصد از تمام پاسخ‌های یاری‌رسانان داوطلب در یک خط بحران شامل پند و اندرز دادن بود. هنگامی که مشاور پند و اندرز می‌دهد، به خصوص در جلسه اول، ممکن است در عمل فرصت کار کردن روی افکار و احساسات شخصی در مورد یک موضوع را از مراجع سلب کند و در نهایت توانایی او را برای تصمیم‌گیری‌های دشوار کاهش دهد. پاسخی که قرار بود مفید باشد، با سلب قدرت از مراجع، در نهایت آسیب‌زننده می‌شود. به عنوان مثال، اگر به مراجعی که در مورد قطع یک رابطه تردید دارد، توصیه شود که آن را قطع کند، فرصت دست و پنجه نرم کردن، آگاه شدن و کار کردن روی افکار و احساساتی که در ابتدا منجر به این تردید شده بود، از او گرفته می‌شود.

سک (۱۹۸۵) معتقد است که پند و اندرز دادن لزوماً همیشه مخرب نیست. او خاطرنشان می‌کند که موقعیت‌های اضطراری (مانند مشاوره بحران) وجود دارد که برای رفاه و ایمنی فوری مراجع، باید اقدام مستقیمی انجام شود که شامل پند و اندرز دادن است. با این حال، او به مشاوران هشدار می‌دهد که با دقت گوش دهند تا مطمئن شوند مراجع واقعاً درخواست پند و اندرز می‌کند یا صرفاً از طریق سوالات از خود، در حال تأمل است.

تفاوت زیادی بین «چه کار باید بکنم؟» و «نمی‌دانم چه کار باید بکنم.» وجود دارد. علاوه بر این، سک از پاسخ‌های توسعه یافته توسط کارکاف (۱۹۶۹) به عنوان راه‌هایی حمایت می‌کند که مشاوران می‌توانند به درخواست‌های مستقیم برای پند و اندرز پاسخ دهند. در این مدل، مشاوران با استفاده از یکی از هفت رویکرد پاسخ می‌دهند: احترام، همدلی، صداقت، عینیت، خودافشایی، رویارویی و فوریت. سک (۱۹۸۵) نتیجه می‌گیرد که مشاوران باید نقش‌های خود را در مشاوره بررسی کنند تا «خود را از محدودیت‌ها و دام‌های پند و اندرز دادن رها کنند و به سمت به‌کارگیری انواع پاسخ‌هایی حرکت کنند که بتوانند به طور مناسب‌تری به نیازهای مراجعان‌شان رسیدگی کنند» (ص ۱۳۱).

سخنرانی کردن یا موعظه کردن، در واقع شکل پنهانی از پند و اندرز دادن است (ولفل و پترسون، ۲۰۰۵). این کار یک **جدال قدرت** بین مشاور و مراجع ایجاد می‌کند که هیچ‌کدام نمی‌توانند در آن پیروز شوند. به عنوان مثال، اگر به دختری که از نظر جنسی فعال است گفته شود «دیگر با پسرها درگیر نشو»، او ممکن است دقیقاً برعکس عمل کند تا استقلال خود را نشان دهد. در چنین حالتی، هم مشاور و هم مراجع در تمایل خود برای تغییر رفتارها شکست می‌خورند. مشاوران احتمالاً زمانی در حال سخنرانی هستند که بیش از سه جمله متوالی به مراجعان خود می‌گویند. به جای سخنرانی، مشاوران می‌توانند با دنبال کردن سرخ مراجع مؤثر باشند (ایوانز، هرن، اولمان و آیوی، ۲۰۱۱).

تامل شخصی

چه زمانی پند و اندرز را مفید یافته‌اید؟ چه زمانی آن را مضر یافته‌اید؟ نتایج هر کدام چه بود؟

سوال پرسیدن بیش از حد اشتباه رایج بسیاری از مشاوران است. تعامل کلامی با مراجعان باید شامل اظهارات، مشاهدات و تشویق‌کننده‌ها و همچنین سوالات باشد. هنگامی که از سوال پرسیدن بیش از حد استفاده می‌شود، مراجعان احساس می‌کنند که به جای مشاوره، مورد بازجویی قرار می‌گیرند. در چنین شرایطی، آن‌ها فرصت کمی برای به دست گرفتن ابتکار عمل دارند و ممکن است حالت تدافعی به خود بگیرند. کودکان ممکن است به خصوص به این روش پاسخ دهند یا از پاسخ دادن به سوال، منتظر ماندن برای سوال بعدی، پاسخ دادن به آن، منتظر ماندن و غیره، بازی بسازند (اردمن و لمپ، ۱۹۹۶). روابط مشاوره‌ای زمانی سازنده‌تر است که مشاوران از پرسیدن بیش از دو سوال پشت سر هم اجتناب کنند و سوالات خود را باز نگه دارند تا بسته.

قصه‌گویی توسط مشاور آخرین رفتار غیرمفید است. تعداد کمی از متخصصان برجسته وجود دارند که می‌توانند از داستان‌ها برای سود رساندن به مراجعان استفاده کنند. میلتن اریکسون، پیشگام افسانه‌ای در مشاوره خانواده، یکی از آن‌ها بود. داستان‌های او همیشه به صورت استعاری متناسب با موقعیت مراجعان بود. آن‌ها مفید بودند زیرا مراجعان را به فکر کردن در مورد موقعیت‌های خودشان در پرتو داستان‌هایی که او می‌گفت، هدایت می‌کردند. با این حال، اکثر مشاوران باید از قصه‌گویی دوری کنند زیرا داستان معمولاً توجه را به جای مراجع بر روی مشاور متمرکز می‌کند و از حل مسئله منحرف می‌کند.

اوکان و کانترویتز (۲۰۱۵) سایر رفتارهای کلامی و غیرکلامی غیرمفید را فهرست می‌کنند. برخی از این رفتارها، مانند خمیازه کشیدن یا عجولانه رفتار کردن، به وضوح عدم علاقه مشاور را نشان می‌دهند. برخی دیگر، مانند قطع کردن صحبت، سرزنش کردن و هدایت کردن، بی‌اهمیت جلوه دادن یا سلب قدرت کردن هستند، که دقیقاً برعکس آن چیزی است که مشاوره باید باشد.

- عجولانه رفتار کردن
- پند و اندرز دادن
- بی‌اهمیت جلوه دادن
- سرزنش کردن
- سوال پرسیدن بیش از حد
- قطع کردن صحبت
- سخنرانی کردن
- قصه‌گویی

- خمیازه کشیدن

رفتارهای کلامی و غیر کلامی غیر مفید در مشاوره

کاوش و شناسایی اهداف

در بخش پایانی ایجاد رابطه مشاوره‌ای، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا حوزه‌های خاصی را کاوش کند و شروع به شناسایی اهدافی کند که مراجع می‌خواهد به آن‌ها دست یابد. هیل (۲۰۱۴) تأکید می‌کند که تعیین اهداف در ارائه جهت و انتظار در هر مرحله از مشاوره حیاتی است. اگان (۲۰۱۴) مشاهده می‌کند که کاوش و در نهایت شناسایی اهداف اغلب زمانی رخ می‌دهد که به مراجع فرصت داده می‌شود تا در مورد موقعیت‌ها صحبت کند یا داستان‌های شخصی بگوید. مشاور با فراهم کردن ساختار، گوش دادن فعال (شنیدن هم محتوا و هم احساسات) و کمک به شناسایی و روشن‌سازی اهداف، تمرکز مراجع بر خود را تقویت می‌کند.

رول (۱۹۸۲) بیان می‌کند که اهداف «بافت انرژی بخش زندگی روزمره» هستند اما اغلب گریزانند (ص ۱۹۵). او برخی اهداف را به عنوان نامتمرکز، غیرواقع‌بینانه و ناهماهنگ توصیف می‌کند. اهداف نامتمرکز

(Unfocused goals) شناسایی نشده‌اند، بیش از حد گسترده هستند یا اولویت‌بندی نشده‌اند. گاهی اوقات مشاوران و مراجعان ممکن است اهداف نامتمرکز را رها کنند زیرا زمان و هزینه دنبال کردن آن‌ها به اندازه تغییر رفتارهای ناخواسته سازنده نیست. با این حال، در بیشتر موارد، شناسایی اهداف مراجع، قرار دادن آن‌ها در قالبی قابل اجرا و تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام اهداف را ابتدا دنبال کنند، مفید است.

اهداف غیرواقع‌بینانه (Unrealistic goals)، همانطور که توسط مشاور یا مراجع تعریف می‌شود، شامل خوشبختی، کمال، پیشرفت، شماره یک بودن و خودشکوفایی است. آن‌ها شایستگی دارند اما به راحتی به دست نمی‌آیند یا حفظ نمی‌شوند. به عنوان مثال، مراجعی که سخت کار کرده و از ارتقاء شغلی خوشحال است، به

زودی باید با وظایف شغل جدید و واقعیت پیشرفت شغلی آینده کنار بیاید. اهداف غیرواقع بینانه ممکن است به بهترین وجه با قرار دادن آن‌ها در چارچوب اهداف گسترده‌تر زندگی مورد رسیدگی قرار گیرند. سپس مشاور ممکن است مراجع را تشویق کند تا راهبردهای اکتشافی و تکالیف خانگی برای مقابله با آن‌ها طراحی کند.

اهداف ناهماهنگ (Uncoordinated goals)، به گفته رول (۱۹۸۲)، به طور کلی «به دو گروه تقسیم می‌شوند: آن‌هایی که احتمالاً واقعاً ناهماهنگ هستند و آن‌هایی که به ظاهر ناهماهنگ هستند» (ص ۱۹۶).

اهداف در گروه اول ممکن است با یکدیگر یا با شخصیت مراجع **ناسازگار** باشند. فردی که به دنبال مشاوره است اما واقعاً نمی‌خواهد روی تغییر کار کند، نمونه‌ای از فردی با اهداف ناسازگار است. این مراجعان اغلب **مقاوم** نامیده می‌شوند. در گروه دوم، رول اهداف مراجعانی را قرار می‌دهد که به نظر می‌رسد اهداف ناهماهنگی دارند اما در واقع اینطور نیست. این افراد ممکن است از پذیرش مسئولیت شخصی بترسند و هر یاری‌رسانی را درگیر گفتگوی «بله، اما...» کنند.

دایر و وریند (۱۹۷۷) بر **هفت معیار خاص** برای قضاوت در مورد اهداف مؤثر در مشاوره تأکید می‌کنند:

۱. **اهداف مورد توافق دوجانبه مراجع و مشاور هستند.** بدون توافق دوجانبه، هیچ یک از طرفین انرژی زیادی برای کار روی اهداف سرمایه‌گذاری نخواهند کرد.
۲. **اهداف مشخص هستند.** اگر اهداف بیش از حد گسترده باشند، هرگز محقق نخواهند شد.
۳. **اهداف به رفتار خود-شکن مربوط هستند.** اهداف ممکن زیادی برای کار کردن مراجعان وجود دارد، اما فقط آن‌هایی که به تغییر عمل خود-شکن مربوط هستند باید دنبال شوند.
۴. **اهداف موفقیت‌محور و نتیجه‌گرا هستند.** اهداف مشاوره باید واقع بینانه باشند و برای مراجعان بازده درونی و بیرونی داشته باشند.
۵. **اهداف قابل سنجش و اندازه‌گیری هستند.** مهم است که هم مراجع و هم مشاور بدانند چه زمانی اهداف محقق می‌شوند. هنگامی که اهداف به صورت کمی تعریف می‌شوند،

دستیابی به آن‌ها به راحتی قابل تشخیص است. ۶. اهداف رفتاری و قابل مشاهده هستند. این معیار به معیار قبلی مربوط می‌شود: هدف مؤثر هدفی است که هنگام تحقق، قابل مشاهده باشد. ۷. اهداف قابل درک هستند و می‌توان آن‌ها را به وضوح بازگو کرد. حیاتی است که مراجع و مشاور در مورد اهداف به وضوح ارتباط برقرار کنند. یک راه برای ارزیابی میزان دستیابی به این فرآیند، بازگو کردن اهداف با کلمات خود فرد است.

مثال موردی

عبور از خط هدف

تیموتی تمام عمرش را با لایه‌ای از افسردگی زندگی کرده است. حالا که در کالج است، تصمیم گرفته کاری در مورد آن انجام دهد. هنگامی که به مرکز مشاوره کالج مراجعه کرد، مشاورش، لاشوندا، پیشنهاد کرد که او اهدافی را در مورد نحوه مدیریت افسردگی‌اش تعیین کند. تیموتی موارد زیر را فهرست کرد:

۱. هر روز صبح قبل از کلاس ورزش کنم. ۲. غذای سالم بخورم. ۳. حداقل در یک فعالیت دانشگاهی شرکت کنم، مانند انجام یک ورزش درون دانشگاهی. ۴. یادداشت روزانه‌ای از افکار و احساساتم و زمان وقوع آن‌ها نگه دارم. ۵. به مدت یک ماه به مشاوره بیایم.

- نظر شما در مورد اهداف تیموتی چیست؟ آیا آن‌ها واقع‌بینانه هستند؟
- فکر می‌کنید او چه کار دیگری باید انجام دهد (اگر اصلاً کاری لازم است)؟

آگان (۲۰۱۴) هشدار می‌دهد که در مرحله کاوش و تعیین هدف مشاوره، چندین مشکل ممکن است مانع ایجاد یک رابطه محکم مشاور-مراجع شود. قابل توجه‌ترین آن‌ها عبارتند از: حرکت خیلی سریع، حرکت خیلی آهسته، ترس از شدت، پرحرفی مراجع، و زمان و انرژی بیش از حد صرف شده برای کاوش گذشته. مشاورانی که از چنین مشکلات بالقوه‌ای از قبل آگاه هستند، در موقعیت بسیار بهتری برای رسیدگی مؤثر به آن‌ها قرار دارند. حیاتی است که مشاوران با مراجعان برای ایجاد یک رابطه رضایت‌بخش دوجانبه از همان ابتدا کار کنند. هنگامی که این فرآیند رخ می‌دهد، مرحله کاری فعال‌تری از مشاوره آغاز می‌شود.

خلاصه و نتیجه‌گیری

ایجاد رابطه، اولین مرحله در مشاوره، یک فرآیند مستمر است. این فرآیند با پیروزی مشاور در جدال بر سر ساختار و پیروزی مراجع در جدال بر سر ابتکار عمل آغاز می‌شود. در چنین شرایطی، هر دو طرف برنده هستند. مراجع با آگاه‌تر شدن از ماهیت مشاوره و یادگیری آنچه باید انتظار داشته باشد، برنده می‌شود. مشاور با ایجاد فضایی که در آن مراجع برای به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات راحت است، برنده می‌شود. مشاوره ممکن است در هر محیطی انجام شود، اما برخی شرایط نسبت به سایرین احتمال بیشتری برای ترویج توسعه آن دارند. مشاوران باید از محیط فیزیکی که مشاوره در آن انجام می‌شود آگاه باشند. مراجعان ممکن است با هر اتاقی سازگار شوند، اما ویژگی‌های خاصی در مورد یک محیط، مانند ترتیب نشستن، مشاوره را مساعدتر می‌کند. سایر ویژگی‌های کمتر آشکار نیز بر ایجاد رابطه تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال، درکی که مراجعان و مشاوران از یکدیگر دارند مهم است. مراجعان جذابی که جوان، کلامی، باهوش و اجتماعی هستند ممکن است به شیوه‌ای مثبت‌تر از مراجعانی که مسن‌تر، کم‌هوش‌تر و به ظاهر بی‌انگیزه هستند، مورد رفتار قرار گیرند. مراجعان به احتمال زیاد با مشاورانی که آن‌ها را قابل اعتماد، جذاب و آگاه می‌دانند، بهترین همکاری را خواهند داشت.

صرف نظر از شرایط بیرونی و برداشت‌های اولیه، مشاوره‌ای که به بیان‌های کلامی و غیرکلامی مراجع توجه می‌کند، احتمال بیشتری برای ایجاد رابطه خوب دارد. انتقال همدلی توسط مشاور و استفاده از سایر ریزمهارت‌های مفید مانند استفاده از مدل SOLER ممکن است رابطه را بیشتر تقویت کند. هنگامی که مشاوران نسبت به ارزش‌ها و احساسات خود آگاه هستند، می‌توانند حتی مؤثرتر شوند. مصاحبه اولیه مشاوره می‌تواند توسط مشاور یا مراجع آغاز شود و می‌تواند بر جمع‌آوری اطلاعات یا بر پویایی‌های رابطه متمرکز باشد. در هر موقعیتی، حیاتی است که مشاور با مراجع دلایل آمدن به مشاوره و نتایج واقع‌بینانه احتمالی را کاوش کند. چنین افشاگری‌هایی می‌تواند مراجعان را به تعریف اهداف تشویق کند و تعیین یک دستور کار مورد توافق دوجانبه در مشاوره را تسهیل کند. هنگامی که این مرحله انجام شود، کار رسیدن به اهداف آغاز می‌شود.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره تکالیف موضوع ۳: ویژگی‌های مشاور مؤثر را

امتحان کنید.

فصل ششم

کار کردن در رابطه مشاوره‌ای و خاتمه دادن به آن



نمای کلی فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- مفهوم پنجره جوهری در رشد مراجع در مشاوره
- مهارت های مشاور در مراحل درک، اقدام و خاتمه مشاوره
- انتقال، انتقال متقابل و رابطه واقعی

- اهمیت پایان دادن به رابطه مشاوره و انواع خاتمه، مانند خاتمه به ابتکار مشاور، به ابتکار

مراجع، توافق متقابل و زودرس

- مسائل مربوط به پایان دادن به مشاوره چه بر اساس جلسه باشد چه بر اساس پرونده و

اهمیت پیگیری و ارجاع

هنگام مطالعه در نظر بگیرید:

- چگونه تغییر رخ داده در مشاوره را مفهوم سازی می کنید؟
- توانایی شما در ادغام روان مهارت های جدید در روابط بین فردی خود
- چه زمانی افکار و احساسات خود را به شخص دیگری منتقل کرده اید و چه زمانی رابطه ای اصیل و عمیق با کسی داشته اید؟
- آسانی یا دشواری شما (به عنوان مثال، مقاومت) در پایان دادن به یک رابطه و واکنش شما به پایان های زودرس رویدادها
- چقدر خوب افراد را پیگیری می کنید و چگونه این کار را انجام می دهید؟

من گوش می دهم و تو به من می گویی چگونه احساسات در درون تو خشمگینانه می چرخند. مادری مرد،

کودکی رها شد، و تو، آن کودک، فراموش نکرده ای تنها بودن یعنی چه.

سرم را تکان می دهم، سخنان ادامه می یابد سرشار از خشم خاطرات اولیه، احساساتی که با دقت لمس می کنی پس از سال ها ذخیره متزلزل. همانطور که طعم تلخ آن را می چشی، که در هفت سالگی از چشیدن آن امتناع کردی، من در حالی که تو را تماشا می کنم، درونم می سوزد که زندگی ات را به سوی سرریز تاریک می گشایی از دردی که با گذشت سال ها قوی تر شده است.

از "ردپای خاطرات"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۷۷، مجله پرسنل و راهنمایی کارولینای شمالی، جلد ۶، ص. ۵۰. © اس. تی. گلادینگ.

منابع و محتوای مربوط

نتیجه موفقیت آمیز هر تلاش مشاوره ای به یک اتحاد کاری بین مشاور و مراجع بستگی دارد (کاتلر، سکستون و ویستون، ۱۹۹۴؛ اوکون و کانتورویتز، ۲۰۱۵). اتحاد کاری جنبه ای آگاهانه و هدفمند از رابطه مشاوره است و شامل عناصر عاطفی یا پیوندی مانند "دوست داشتن، احترام و اعتماد"، همراه با روحیه همکاری بین مشاور و مراجع در "تعیین وظایف و اهداف درمان" (فیتزپاتریک و ایران نژاد، ۲۰۰۸، ص. ۴۳۸) می شود. ایجاد این رابطه یک فرآیند رشدی است که شامل بررسی وضعیتی است که مراجع را برانگیخته تا به دنبال کمک باشد. "تحقیقات با بزرگسالان نشان داده است که برای ایجاد اتحادهای مؤثر، مشاوران باید به طور مداوم تعهد مراجعان را ارزیابی کرده و با موانعی که بر این تعهد تأثیر می گذارند مقابله کنند" (ص. ۴۳۸). ایجاد اتحاد کاری با نوجوانان دشوارتر است زیرا بسیاری از آنها به طور داوطلبانه به دنبال مشاوره نیستند و فکر نمی کنند به خدمات درمانی نیاز دارند.

صرف نظر از سن یا مرحله زندگی، مراجعان با حوزه های خاصی از زندگی خود که باز یا درک شده است و حوزه های دیگری که پنهان یا سرکوب شده است، به مشاوره مراجعه می کنند. پنجره جوهری،

که در شکل ۶,۱ نشان داده شده است، یک ابزار مفهومی است که برای نشان دادن روشی استفاده می شود که بیشتر افراد از طریق آن وارد رابطه مشاوره می شوند (لوفت، ۱۹۷۰). این نمودار ساده نشان می دهد که مراجعان در مورد خود چه می دانند و دیگران در مورد آنها چه می دانند. معمولاً مراجعان اطلاعات محدود یا تحریف شده ای در مورد نحوه دیدگاه دیگران نسبت به آنها دارند و حوزه های پنهان قابل توجهی از خود دارند که از افشای آنها اجتناب می کنند. آنها زندگی نسبتاً محدودی دارند که برای خودشان و دیگران آزادانه شناخته شده است اما رضایت بخش نیست و اغلب (همانطور که دیگران نیز چنین هستند) از پتانسیل خود آگاه نیستند. مشاوره موفق به مراجعان کمک می کند تا به اندازه کافی آرام شوند تا داستان های خود را بگویند و اطلاعات موجود در حوزه های کور خود را کشف کنند، دو منطقه ای که از آنها آگاه نبوده اند (ربع سوم و چهارم). هنگامی که آنها درک بهتری از این حوزه ها (چه به صورت کلامی و چه غیر کلامی) به دست می آورند، مراجعان آگاه می توانند تصمیم بگیرند که چگونه در گسترش آنچه برای خود و دیگران شناخته شده است (ربع اول) پیش بروند. اگر آنها در کار خود موفق باشند، ابعاد این حوزه فعالیت آزاد را همانطور که در پنجره جوهری نشان داده شده است، گسترش می دهند در حالی که ابعاد حوزه های محدودتر را کاهش می دهند. ربع دوم (برای خود شناخته شده اما از دیگران پنهان) ممکن است بسته به حساسیت اطلاعات موجود در آن، زیاد یا کم گسترش یابد (شکل ۶,۲).

ممکن است به نظر برسد که فرآیند مشاوره توصیف شده در این متن و نشان داده شده در پنجره جوهری خطی است، اما چنین نیست (مورسوند و کنی، ۲۰۰۲). مشاوره چند وجهی است و عوامل مختلف به طور مداوم بر یکدیگر تأثیر می گذارند. بنابراین، رویه ها شناخته شده برای خود شناخته نشده برای خود

۱. III

حوزه فعالیت آزاد حوزه کور—برای خود کور، توسط دیگران دیده می شود

II. IV

حوزه اجتناب شده یا پنهان — خود پنهان از حوزه فعالیت ناشناخته

دیگران

شناخته شده برای دیگران شناخته نشده برای دیگران

شکل ۶,۱ پنجره جوهری مراجع

منابع: از لوفت، جی. پنجره جوهری مراجع. در جی. لوفت، درباره تعامل انسانی. حق چاپ © ۱۹۶۹ توسط جوزف لوفت. با اجازه نویسنده تجدید چاپ شده است.

رابطه آغاز شده رابطه نزدیک

I II I II

III IV III IV

شکل ۶,۲ پنجره جوهری که از طریق رابطه با مشاور تغییر یافته است

منبع: از لوفت، جی. فرآیندهای گروهی: مقدمه ای بر پویایی گروه. در جی. لوفت، درباره تعامل انسانی (ویرایش سوم، ص. ۱۴). پالو آلتو، کالیفرنیا: کتاب های نشنال پرس / شرکت انتشاراتی میفیلد. © ۱۹۸۴. با اجازه جوزف لوفت تجدید چاپ شده است.

به طور قابل توجهی همپوشانی دارند و پیشرفت ناهموار است (ایگان، ۲۰۱۴).

به دلیل ناهمواری مشاوره و دوره های پسرفت، برخی مهارت ها و تکنیک ها به طور مکرر مورد استفاده قرار می گیرند. با این حال، با پیشرفت مشاوره، شیوه ها و رویه های جدید و متفاوت به طور منظم گنجانده می شوند. به

همین ترتیب، هنگامی که یک جلسه مشاوره یا یک تجربه مشاوره در حال پایان یافتن است، مهارت های خاص آن موقعیت به همراه مهارت هایی که ممکن است قبلاً استفاده شده باشند، به کار گرفته می شوند.

در این فصل، شیوه های رایج مرتبط با مراحل کاری و پایانی مشاوره بررسی می شوند. آنها شامل تعدادی از مهارت های مشاور می شوند، از جمله تغییر ادراکات، هدایت، پاسخ چندوجهی، همدلی دقیق، خودافشایی، فوریت، رویارویی، قرارداد بستن، تمرین، ارجاع، پایان دادن و پیگیری.

مهارت های مشاور در مرحله کاری مشاوره: درک و اقدام

مشاوران باید در کمک به مراجعان برای تغییر و رشد فعال باشند. پس از ایجاد صمیمیت، مشاوران باید از مهارت هایی استفاده کنند که منجر به دیدگاه متفاوت مراجعان نسبت به زندگی خود (تغییر ادراکات) و تفکر، احساس و رفتار متناسب با آن شود.

تغییر ادراکات

مراجعان اغلب به عنوان آخرین راه حل به مشاوره مراجعه می کنند، زمانی که تصور می کنند وضعیت نه تنها جدی بلکه ناامید کننده است (واتزلویک، ۱۹۸۳). مردم فکر می کنند ادراکات و تفسیرهای آنها دقیق است. هنگامی که آنها دیدگاه خود از واقعیت را با دیگران در میان می گذارند، معمولاً به عنوان واقعیت پذیرفته می شود (کاونا و لویتوف، ۲۰۰۲). این پدیده، که تثبیت کارکردی نامیده می شود، به معنای دیدن چیزها فقط از یک طریق یا از یک دیدگاه یا تثبیت شدن بر این ایده است که این وضعیت یا ویژگی خاص، مشکل است (کورمیر، نوریوس و آزبورن، ۲۰۱۷).

به عنوان مثال، یک مرد میانسال نگران مراقبت از مادر سالخورده اش است. او متوجه می شود که توجه شخصی به این کار او را از خانواده اش دور می کند و فشار زیادی بر آنها و او وارد می کند.

علاوه بر این، او آگاه است که انرژی اش از کسب و کارش گرفته می شود و ممکن است ترفیعی را که می خواهد دریافت نکند. او بین مراقبت از دو خانواده سرگردان است و وضعیت خود را مشکل ساز می بیند. اهداف مناسب و واقع بینانه مشاوره شامل یافتن منابع اجتماعی و خانوادگی است که این مرد می تواند از آنها برای کمک به مراقبت از مادر، خانواده و خودش استفاده کند. در این فرآیند، این مرد متوجه خواهد شد که برای رهایی از مسئولیت انحصاری در این مورد چه کاری باید انجام دهد و راه های مشخصی را کشف خواهد کرد که می تواند کارایی خود را افزایش دهد اما استرس خود را نه. تمرکز بر مراقبت از خود و دیگران و همچنین استفاده از منابع اجتماعی و خانوادگی، دیدگاه متفاوتی در مورد وضعیت خود به این مرد می دهد و ممکن است به او کمک کند تا به شیوه ای سالم با آن کنار بیاید.

مشاوران می توانند با فراهم کردن فرصتی برای مراجعان برای بررسی افکار و خواسته هایشان در یک محیط امن، پذیرنده و غیرقضاوتی، به آنها کمک کنند تا اهداف تحریف شده یا غیرواقع بینانه خود را تغییر دهند. اهداف با استفاده از راهبردهای شناختی، رفتاری یا شناختی-رفتاری، مانند

- تعریف مجدد مشکل،
 - تغییر رفتار در موقعیت های خاص، یا
 - درک مشکل به شیوه ای قابل مدیریت تر و کم استرس تر و عمل بر اساس آن (اوکون و کانتورویتز، ۲۰۱۵).
- مشاوران با توجه به استعاره های کلامی (یعنی زبان) و غیرکلامی (یعنی رفتارها) می توانند به مراجعان کمک کنند

آگاه تر شوند که کجا هستند و کجا می خواهند باشند (لیدون، کلی و اسپارکز، ۲۰۰۱). آنها همچنین می توانند روابط مشاور-مراجع و راهبردهای مداخله را بهبود بخشند و همچنین شایستگی خود را در عبور از اصطلاحات

تخصصی و تفسیرهای ثابت که ممکن است کمتر دقیق باشند، ارتقا دهند (رابرت و کلی، ۲۰۱۰؛ سامر، وارد و اسکوفیلد، ۲۰۱۰). اساساً، استعاره ها (از جمله تشبیه ها) بینشی برای مراجعان و مشاوران و راه هایی برای مفهوم سازی فرآیند مشاوره به شیوه ای سازنده، مانند "زندگی یک سفر است" (یعنی زمان و تلاش می برد) یا "مشاوره مانند پختن کیک است" (یعنی نیاز به ترکیب مواد مناسب دارد) (تای، ۲۰۱۲) فراهم می کنند.

ادراکات معمولاً از طریق فرآیند بازسازی، تکنیکی که دیدگاه یا چشم انداز احتمالی و مثبت دیگری را در مورد یک موقعیت به مراجع ارائه می دهد، تغییر می کنند.

چنین تغییر دیدگاهی به مراجع روش متفاوتی برای پاسخگویی می دهد (یانگ، ۲۰۱۷). مشاوران موثر به طور مداوم تجربیات زندگی را برای خود و مراجعانشان بازسازی می کنند. به عنوان مثال، رفتار بی ادبانه یک فرد ممکن است ناشی از فشار ناشی از تلاش برای تکمیل سریع یک کار باشد تا اینکه ناشی از بیزاری از فردی باشد که با او بی ادبانه رفتار شده است.

بازسازی تقریباً در تمام اشکال مشاوره استفاده می شود. برای به عنوان مثال، در مشاوره خانواده، بازسازی به خانواده ها کمک می کند تا تمرکز خود را از دیدن یکی از اعضای خانواده به عنوان منبع تمام مشکلاتشان (یعنی قربانی) به دیدن کل خانواده به عنوان مسئول تغییر دهند. در مواردی که مربوط به افراد است، کورمیر و همکاران (۲۰۱۷) اشاره می کنند که بازسازی می تواند مقاومت را کاهش داده و انرژی مراجعان را برای انجام کاری متفاوت با تغییر درک آنها از مشکل بسیج کند.

به طور خلاصه، بازسازی به مراجعان کمک می کند تا از عوامل موقعیتی مرتبط با رفتار آگاه تر شوند. این تمرکز را از یک نسبت دادن ساده به صفات، مانند "من بی ارزش هستم"، به یک دیدگاه پیچیده تر و دقیق تر، مانند "من روزهایی دارم که اوضاع خیلی خوب پیش نمی رود و خودم را سرزنش می کنم"، تغییر می دهد.

از طریق بازسازی، مراجعان خود و محیط خود را با دقت و بینش بیشتری می بینند.

تأمل شخصی

وقتی فرزند سوم ما به دنیا آمد، همسرم، کله، به من نگاه کرد و گفت: "ماه عسل تمام نشده است. فقط افراد بیشتری در آن هستند!"

چه زمانی شما یا کسی نزدیک به شما موقعیت یا شرایطی را بازسازی کرده اید؟ چگونه بر درک شما از آن موقعیت یا شرایط تأثیر گذاشت؟

رهبری

تغییر ادراکات مراجع مستلزم مهارت متقاعدسازی و هدایت از سوی مشاور است. چنین ورودی به عنوان رهبری شناخته می شود. این اصطلاح توسط فرانسیس رابینسون (۱۹۵۰) برای توصیف رفتارهای عمدی خاصی که مشاوران به نفع مراجعان خود انجام می دهند، ابداع شد. رهبری ها از نظر طول متفاوت هستند و برخی در یک مرحله از مشاوره مناسب تر از مرحله دیگر هستند. رابینسون از تشبیه یک کوارتربک و گیرنده فوتبال برای توصیف یک رهبری استفاده کرد. یک کوارتربک خوب پیش بینی می کند که گیرنده در کدام نقطه از زمین خواهد بود و توپ را به آن نقطه پرتاب می کند.

همین نوع تشبیه کوارتربک ها و گیرنده ها برای مشاوران و مراجعان نیز صادق است. مشاوران پیش بینی می کنند که مراجعانشان کجا هستند و احتمالاً به کجا خواهند رفت. سپس بر اساس آن پاسخ می دهند. اگر آنها اشتباه قضاوت کنند و رهبری یا خیلی جلوتر باشد (یعنی خیلی متقاعد کننده یا مستقیم) یا به اندازه کافی جلو نباشد (خیلی بی تفاوت و غیرمستقیم)، رابطه مشاوره آسیب می بیند.

ولفل و پترسون (۲۰۰۵) تعدادی از رهبری ها را فهرست کرده اند که مشاوران می توانند با مراجعان خود استفاده کنند (شکل ۶,۳). برخی از آنها، مانند سکوت، پذیرش و بازگویی، در ابتدای فرآیند مشاوره مناسب تر هستند. برخی دیگر، مانند متقاعدسازی، رهنمودی هستند و در مراحل درک و اقدام مناسب تر هستند.

نوع رهبری که مشاوران استفاده می کنند تا حدی توسط رویکرد نظری که از آن پیروی می کنند و مرحله فعلی مشاوره تعیین می شود. رهبری های حداقلی (گاهی اوقات به عنوان مشوق های حداقلی شناخته می شوند) مانند "هوم"، "بله" یا "صدای شما را می شنوم" بهترین استفاده را در مرحله ایجاد رابطه دارند زیرا کم خطر هستند. رهبری های حداکثری، مانند رویارویی، چالش برانگیزتر هستند و فقط پس از ایجاد یک رابطه محکم باید به کار گرفته شوند.

پاسخ چندوجهی

افراد در نحوه پردازش اطلاعات از طریق حواس خود ترجیحاتی دارند. مشاوران می توانند با به خاطر سپردن اینکه افراد ورودی های دنیای خود را به طور متفاوتی دریافت می کنند و سبک های ترجیحی بر ادراکات و رفتارها تأثیر می گذارند، اثربخشی خود را افزایش دهند. برخی از مراجعان جهان را به صورت بصری تجربه می کنند: آنها آنچه را که اتفاق می افتد می بینند. برخی دیگر عمدتاً شنیداری هستند: آنها به محیط خود گوش می دهند. هنوز برخی دیگر جنبشی هستند: آنها موقعیت ها را طوری احساس می کنند که انگار از نظر جسمی با آنها در تماس هستند.

صرف نظر از این، آیوی و زالاکوئ (۲۰۱۴) و لازاروس (۲۰۰۸) معتقدند که توجه به شیوه های اصلی درک و یادگیری مراجعان برای ایجاد تغییر بسیار مهم است. از آنجایی که بسیاری از مراجعان راه های متعددی برای شناخت جهان دارند، مشاوران باید پاسخ های خود را متنوع کرده و کلماتی را بگنجانند که نشان دهنده

درک دنیای مراجعان باشد. به عنوان مثال، مشاور ممکن است به یک فرد چندحسی بگوید: "من منظور شما را می بینم و نگرانی شما را می شنوم. احساس می کنم شما واقعاً ناراحت هستید."

اهمیت پاسخ دادن به زبان خود مراجع می تواند بسیار قدرتمند باشد. مشاوران باید بین ماهیت عمدتاً عاطفی، رفتاری و شناختی گفتار تمایز قائل شوند. پاسخ های عاطفی بر احساسات مراجع تمرکز دارند، پاسخ های رفتاری به اقدامات توجه می کنند،

و پاسخ های شناختی بر فکر متمرکز می شوند. بنابراین، مشاورانی که با افراد دارای گرایش عاطفی کار می کنند، کلمات را بر اساس آن انتخاب می کنند.

همدلی دقیق

تقریباً یک توافق جهانی بین

متخصصان و نظریه پردازان وجود دارد که استفاده از همدلی یکی از حیاتی ترین عناصر در مشاوره است، عنصری که از مراحل مشاوره فراتر می رود (گلاستین، ۱۹۸۳؛

هکنی، ۱۹۷۸؛ راجرز، ۱۹۷۵). در فصل ۵، به طور خلاصه به دو نوع همدلی اشاره شد. نوع اساسی آن همدلی اولیه نامیده می شود؛ سطح دوم به عنوان همدلی پیشرفته شناخته می شود (کارکاف، ۱۹۶۹). همدلی دقیق در هر دو سطح زمانی به دست می آید که مشاوران دنیای مراجعان را از دیدگاه خودشان ببینند و بتوانند این درک را به آنها برگردانند.

کمترین پاسخ هدایتی

سکوت

وقتی مشاور هیچ پاسخ کلامی نمی دهد، معمولاً مراجع احساس فشار می کند تا ادامه دهد و نحوه ادامه دادن را با حداقل ورودی از سوی مشاور انتخاب می کند.

پذیرش

مشاور به سادگی اظهارات قبلی مراجع را با پاسخ هایی مانند "بله" یا "اوهوم" تصدیق می کند. مراجع به صورت کلامی تشویق به ادامه می شود، اما بدون محرک محتوایی از سوی مشاور.

بازگویی (بازنویسی)

مشاور کلام مراجع را با استفاده از تقریباً همان کلمات، شامل محتوا و عاطفه، بازگو می کند. مراجع ترغیب می شود تا آنچه گفته شده است را دوباره بررسی کند.

توضیح

مشاور معنای اظهارات مراجع را با کلمات خودش بیان می کند و به دنبال روشن کردن منظور مراجع است. گاهی اوقات عناصری از چندین اظهارات مراجع در یک پاسخ واحد آورده می شود. توانایی مشاور در درک دقیق و برقراری ارتباط صحیح مهم است و مراجع باید "مناسب بودن" رهبری مشاور را آزمایش کند.

تأیید (تصدیق)

مشاور صحت اطلاعات را تأیید می کند یا تلاش های مراجع برای خودگردانی را تشویق می کند: "این اطلاعات جدید خوبی است" یا "به نظر می رسد که شما کنترل بیشتری به دست می آورید." مراجع ممکن است با بررسی بیشتر، همانطور که مناسب می بیند، پیگیری کند.

رهبری های کلی

مشاور با جملاتی مانند "منظورتان چیست؟" یا "لطفاً بیشتر در مورد آن بگویید" مراجع را به صحبت بیشتر در مورد موضوع خاصی هدایت می کند. انتظار می رود مراجع پیشنهاد مشاور را دنبال کند.

تفسیر

مشاور از اصول روان تشخیصی برای پیشنهاد منابع استرس مراجع یا توضیحاتی برای انگیزه و رفتار مراجع استفاده می کند. اظهارات مشاور به عنوان فرضیه ارائه می شود و مراجع با روش های بالقوه جدیدی برای دیدن خود روبرو می شود.

رد (متقاعدسازی)

مشاور سعی می کند با فعالانه توصیه کردن رفتار متفاوت یا پیشنهاد تفسیرهای متفاوتی از رویدادهای زندگی نسبت به آنچه مراجع ارائه داده است، رفتار یا ادراکات مراجع را معکوس کند.

اطمینان دادن

مشاور بیان می کند که به نظر او، نگرانی مراجع غیرعادی نیست و افرادی با مشکلات مشابه در غلبه بر آنها موفق شده اند. مراجع ممکن است احساس کند که این اطمینان حمایت کننده است اما ممکن است احساس کند که مشکل او توسط مشاور به عنوان بی اهمیت تلقی شده است.

معرفی مطالب یا ایده جدید

بیشترین پاسخ هدایتی

مشاور از آخرین اظهارات مراجع فاصله می گیرد و مراجع را ترغیب می کند تا مطالب جدید را در نظر بگیرد.

(ایگان، ۲۰۱۴). دو عاملی که همدلی را ممکن می سازند عبارتند از (الف) درک این نکته که "تعداد بی نهایت احساس" وجود ندارد و (ب) داشتن احساس امنیت شخصی به طوری که "شما می توانید خودتان را در دنیای این شخص دیگر رها کنید و همچنان بدانید که می توانید به دنیای خود بازگردید. هر آنچه احساس می کنید 'مثل اینکه' است" (راجرز، ۱۹۸۷، صص. ۴۵-۴۶).

همدلی اولیه، وقتی دقیق باشد، شامل برقراری ارتباط با درک اساسی از آنچه مراجع احساس می کند و تجربیات و رفتارهای زیربنایی این احساسات است.

این به ایجاد رابطه مشاوره، جمع آوری داده ها و روشن شدن مشکلات کمک می کند. به عنوان مثال، یک مراجع ممکن است بگوید: "واقعاً احساس می کنم نمی توانم هیچ کاری برای خودم انجام دهم." مشاور پاسخ می دهد: "شما احساس درماندگی می کنید."

همدلی پیشرفته، وقتی دقیق باشد، نه تنها آنچه را که مراجعان آشکارا بیان می کنند، بلکه آنچه را که به طور ضمنی بیان می کنند یا به طور ناقص بیان می کنند، منعکس می کند. به عنوان مثال، یک مشاور متوجه می شود که یک مراجع می گوید: "و امیدوارم همه چیز درست شود" در حالی که به فضا خیره شده است.

مشاور پاسخ می دهد: "زیرا اگر اینطور نشود، مطمئن نیستم که بعداً چه کار خواهیم کرد."

همانطور که در شکل نشان داده شده است

۶,۴ همدلی شامل سه عنصر است:

درک، مهارت و قاطعیت (ایگان، ۲۰۱۴).

چندین سطح پاسخ جنبه های مختلف همدلی مشاور را منعکس می کنند. مقیاسی که توسط کارکاف (۱۹۶۹) فرموله شده است، به نام درک همدلانه در فرآیند بین فردی، معیاری برای این سطوح است. هر یک از پنج سطح یا به معنا و لحن احساسی اظهارات مراجع می افزاید یا از آن می کاهد.

۱. عبارات کلامی و رفتاری مشاور یا به عبارات کلامی و رفتاری مراجع توجه نمی کنند یا به طور قابل

توجهی از آنها می کاهند. (منهای ۲)

۲. اگرچه مشاور به احساسات ابراز شده مراجع پاسخ می دهد، اما این کار را به گونه ای انجام می دهد که

تأثیر قابل توجهی از ارتباطات مراجع می کاهد. (منهای ۱)

۳. عبارات مشاور در پاسخ به عبارات مراجع اساساً قابل تعویض هستند. (خنثی ۰)

۴. پاسخ های مشاور به طور قابل توجهی به عبارات مراجع می افزایند به گونه ای که احساساتی را در

سطحی عمیق تر از آنچه مراجع قادر به بیان آن بود، بیان می کنند. (به علاوه ۱)

۵. پاسخ های مشاور به طور قابل توجهی به احساس و معنای عبارات مراجع می افزایند به گونه ای که

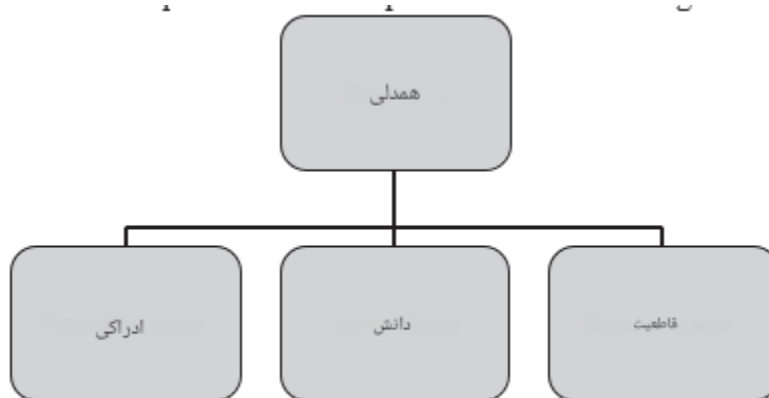
سطوح احساسی پایین تر از آنچه مراجع قادر به بیان آن است را به طور دقیق بیان می کنند. (به علاوه

۲) پاسخ ها در دو سطح اول همدلانه در نظر گرفته نمی شوند؛ در واقع، آنها مانع ایجاد یک محیط

همدلانه می شوند. به عنوان مثال، اگر مراجعی فاش کند که از فقدان معشوقش دلشکسته است،

مشاوری که در یکی از دو سطح اول عمل می کند ممکن است پاسخ دهد: "خب، شما می خواهید

عشق سابق شما خوشحال باشد، اینطور نیست؟" چنین پاسخی دردی را که مراجع احساس می کند نادیده می گیرد.



شکل 6.4 سه عنصر همدلی
منبع: بر اساس Egan, 2014. Pearson Education, Inc

در سطح ۳ مقیاس کارکاف، پاسخ مشاور به عنوان "قابل تعویض" با پاسخ مراجع ارزیابی می شود. چنین پاسخی ممکن است به خوبی به شکل یک بازگویی به شرح زیر باشد:

مراجعه کننده:

"من واقعاً احساس اضطراب می کنم."

مشاور:

"شما واقعاً احساس عصبی بودن می کنید."

در سطوح ۴ و ۵، مشاور یا "به طور قابل توجهی اضافه می کند" یا "به طور چشمگیری اضافه می کند" به آنچه مراجع گفته است. این توانایی فراتر رفتن از آنچه مراجعان می گویند، مشاوره را از گفتگو یا سایر اشکال رفتاری کمکی کمتر متمایز می کند (کارکاف، ۱۹۷۲). تبادل زیر نمونه ای از یک پاسخ همدلانه در سطح بالاتر است:

مراجعه کننده: من از این فعالیت به آن فعالیت می‌دویدم. آنقدر خسته‌ام که احساس می‌کنم ممکن است بیفتم.

مشاور: زندگی شما یک چرخ و فلک فعالیت بوده است و شما می‌خواهید قبل از اینکه از حال بروید آن را کند کنید. شما می‌خواهید بیشتر مسئول زندگی خود باشید.

مینز (۱۹۷۳) سطوح ۴ و ۵ را شرح می‌دهد تا نشان دهد چگونه مشاوران می‌توانند به طور قابل توجهی و چشمگیری به درک مراجعان از یک تجربه عاطفی، یک محرک محیطی، یک الگوی رفتاری، یک خودارزیابی، یک انتظار از خود و باورها در مورد خود اضافه کنند. اظهارات مراجعان بسیار متنوع است و بنابراین مشاوران باید در پاسخ دادن به آنها انعطاف پذیر باشند. اینکه آیا پاسخ مشاور همدلانه است یا خیر، توسط واکنش مراجعان تعیین می‌شود (توراک، ۱۹۷۸). صرف نظر از این، در مراحل درک و اقدام مشاوره، مهم است که مشاوران دو سطح همدلی را که در پاسخ دادن به مراجعان متقاضی کمک استفاده می‌کنند، ادغام کنند.

مثال موردی

ادوینا تلاش می‌کند همدلی کند

ادوینا هنوز خود را یک تازه کار می‌دانست،

اگرچه ۲ سال به عنوان مشاور کار کرده بود. به نظر می‌رسید او به ویژه در انتقال همدلی در هر سطحی مشکل دارد. یک روز یک مراجع، آندره، که از مرگ یک رابطه اخیر رنج می‌برد، با ادوینا قرار ملاقات گذاشت. در جلسه او اشکبار شد.

او گفت: "من فقط احساس می‌کنم یک درخت توخالی هستم." "پوسته درخت سرپاست اما در داخل خالی است. ظاهر من احساس درونی‌ام را نشان نمی‌دهد."

ادوینا پاسخ داد: "انگار شما یک ربات هستید. در ظاهر خوب به نظر می‌رسید، اما در درون تمام عناصر ضروری زندگی را ندارید."

نظر شما در مورد پاسخ ادوینا چیست؟ آیا همدلانه است؟ اگر چنین است، در چه سطحی؟ اگر نه، چرا؟ شما به آندره چه می‌گویید؟

خودافشایی

خودافشایی

یک پدیده پیچیده و چند وجهی است که بیش از ۲۰۰ مطالعه را به خود اختصاص داده است (واتکینز، ۱۹۹۰a). می‌توان آن را به طور خلاصه به عنوان "یک تکنیک آگاهانه و عمدی که در آن پزشکان اطلاعاتی در مورد زندگی خود در خارج از رابطه مشاوره به اشتراک می‌گذارند" تعریف کرد (سیمون، مک کارتی و اسکای، ۱۹۹۸، ص. ۱۷۴). سیدنی جورارد (۱۹۵۸، ۱۹۶۴، ۱۹۶۸) کار اصلی را در این زمینه انجام داد. برای او،

خودافشایی به معنای شناساندن خود به شخص دیگری با افشای اطلاعات شخصی بود. جورارد

کشف کرد که خودافشایی به ایجاد اعتماد و تسهیل رابطه مشاوره کمک می‌کند. او خودافشایی متقابل را اثر دوتایی نامید.

خودافشایی مراجع برای موفقیت مشاوره ضروری است. با این حال، همیشه لازم نیست که مشاوران خودافشایی کنند.

"هر رابطه مشاور-مراجع باید به طور جداگانه در مورد افشا ارزیابی شود" و هنگامی که رخ می‌دهد، باید مراقب بود که افشا "با نیازهای مراجع" مطابقت داشته باشد (هندریک، ۱۹۸۸، ص. ۴۲۳).

مراجعان بیشتر به مشاورانی اعتماد می کنند که اطلاعات شخصی (تا حدی) را افشا می کنند و مستعد افشاهای متقابل هستند (کورتیس، ۱۹۸۱؛ کاتلر و همکاران، ۱۹۹۴). به ویژه نوجوانان به نظر می رسد با مشاورانی که "نسبتاً بی پرده و شخصاً در دسترس هستند" راحت تر هستند (سیمون و همکاران، ۱۹۹۸، ص. ۱۷۴). مشاوران در مصاحبه اولیه با ارائه بیانیه های کتبی در مورد مشاور و روند مشاوره (بیانیه افشای حرفه ای) به طور رسمی از خودافشایی استفاده می کنند. آنها همچنین به طور خودجوش در جلسات مشاوره از خودافشایی استفاده می کنند تا حقایق شخصی مرتبط را برای مراجعان خود آشکار کنند.

خودافشایی خودجوش در تسهیل حرکت مراجع مهم است (واتکینز، ۱۹۹۰a).

به گفته ایگان (۲۰۱۴)، خودافشایی مشاور دو عملکرد اصلی دارد: الگو سازی و ایجاد دیدگاه جدید. مراجعان با مشاهده مشاورانی که باز هستند، یاد می گیرند که بازتر باشند. خودافشایی مشاور می تواند به مراجعان کمک کند تا ببینند که مشاوران از مشکلات یا احساسات خالی نیستند (هکنی و کورمیر، ۲۰۱۳). بنابراین، در حالی که مراجعان در مورد جنبه های منتخب زندگی شخصی مشاوران می شنوند، ممکن است جنبه هایی از زندگی خود، مانند لجاجت یا ترس را بررسی کرده و متوجه شوند که برخی از مشکلات یا تجربیات جهانی و قابل مدیریت هستند. ایگان (۲۰۱۴) تأکید می کند که خودافشایی مشاور

• باید مختصر و

متمرکز باشد،

• نباید به مشکلات مراجعان اضافه کند، و

• نباید به طور

مکرر استفاده شود.

این فرآیند خطی نیست و خودافشایی بیشتر لزوماً بهتر نیست. مشاوران قبل از خودافشایی باید از خود سؤالاتی بپرسند مانند "آیا من در مورد دلیل افشای خود فکر کرده‌ام؟" "آیا راه‌های مؤثرتر و کم‌خطرتر دیگری برای رسیدن به همان هدف وجود دارد؟" و "آیا زمان بندی من مناسب است؟" (سیمون و همکاران، ۱۹۹۸، صص. ۱۸۱-۱۸۲).

کلاین (۱۹۸۶) مشاهده می‌کند که مراجعان خودافشایی را خطرناک می‌دانند و ممکن است در انجام چنین ریسکی مردد باشند. تردید ممکن است به شکل امتناع از بحث در مورد مسائل، تغییر موضوع، سکوت و پرحرفی بیش از حد ظاهر شود. مشاوران می‌توانند با نه تنها الگو سازی و دعوت به خودافشایی، بلکه با بررسی احساسات منفی مراجعان در مورد فرآیند مشاوره، قرارداد بستن با مراجعان برای صحبت در مورد یک حوزه موضوعی خاص و رویارویی با مراجعان در مورد اجتناب از یک مسئله خاص، به آنها کمک کنند تا بر این ترس‌ها غلبه کنند.

مثال موردی

دلا افشا می‌کند

مراجع دلا، کندیس، تمایلی به صحبت نداشت. او به دلیل رفتار جنسی نامناسب به دلا ارجاع داده شده بود و مادرش بدون کمک نمی‌توانست از او مراقبت کند. دلا هر کاری که می‌دانست برای دعوت کندیس به صحبت کردن انجام داده بود. سرانجام، او با گفتن به کندیس خودافشایی کرد: "وقتی ۱۸ ساله بودم، نمی‌توانستم مادرم یا هیچ بزرگسال دیگری را تحمل کنم. فکر می‌کردم همه آنها پر از قوانینی علیه آنچه می‌خواستم انجام دهم هستند. آیا ممکن است شما هم چنین احساسی داشته باشید؟"

آیا معتقدید خودافشایی دلا به کندیس ممکن است مفید باشد؟ چرا یا چرا نه؟

فوریت

"فوریت ... یکی از مهمترین مهارت ها" در مشاوره است (ویلر و دی آندریا، ۲۰۰۴، ص. ۱۱۷). این مهارت "بر زمان حال و رابطه درمانی" از دیدگاه احساس هر دو مراجع و مشاور تمرکز دارد (ص. ۱۱۷). در هسته خود، فوریت شامل

درک و برقراری ارتباط مشاور و مراجع در لحظه در مورد آنچه بین آنها در رابطه کمکی می گذرد، به ویژه احساسات، برداشت ها و انتظارات (کسپر، هیل و کیولیگان، ۲۰۰۸).

اساساً دو نوع فوریت وجود دارد:

۱. فوریت کلی رابطه—"حال من و شما چگونه است؟"

۲. "فوریت که بر یک رویداد خاص در یک جلسه تمرکز دارد—"همین حالا بین من و شما چه می گذرد؟" (ایگان، ۲۰۱۴، ص. ۲۶۶) به طور معمول، فوریت دشوار و طاقت فرسا است. این مهارت نسبت به تقریباً هر مهارت ارتباطی بین فردی دیگری به شجاعت یا قاطعیت بیشتری نیاز دارد. توراک (۱۹۸۰) سه ترس را که بسیاری از مشاوران در مورد فوریت دارند فهرست می کند. اول، آنها ممکن است بترسند که مراجعان پیام های آنها را اشتباه تفسیر کنند. فوریت مستلزم آن است که مشاوران حدس یا تفسیر موقتی از آنچه مراجعانشان فکر می کنند یا احساس می کنند بزنند، و یک حدس اشتباه می تواند باعث شود مشاوران اعتبار خود را نزد مراجعانشان از دست بدهند. دوم، فوریت ممکن است نتیجه غیرمنتظره ای به همراه داشته باشد. بسیاری از مهارت های مشاوره، مانند بازتاب، نتایج قابل پیش بینی دارند؛ فوریت چنین نیست. استفاده از آن ممکن است الگوی آشنا بین مشاوران و مراجعان را بر هم بزند. در این فرآیند، روابط ممکن است آسیب ببینند. سوم، فوریت ممکن است بر تصمیم مراجعان برای خاتمه

دادن به جلسات مشاوره تأثیر بگذارد زیرا دیگر نمی توانند روابط را کنترل یا دستکاری کنند. برخی از مراجعان بازی‌هایی مانند "خیلی بد است" انجام می دهند و انتظار دارند مشاورانشان مطابق با آن پاسخ دهند (برن، ۱۹۶۴). هنگامی که مراجعان پاداش غیرمنتظره‌ای دریافت می کنند، ممکن است تصمیم بگیرند در رابطه نمانند. ایگان (۲۰۱۴) بیان می کند که فوریت در موقعیت‌های زیر بهترین استفاده را دارد: • در یک رابطه بی هدف که به نظر می رسد هیچ پیشرفتی حاصل نمی شود • جایی که بین مراجع و مشاور تنش وجود دارد • جایی که مسئله اعتماد وجود دارد • هنگامی که فاصله اجتماعی قابل توجهی بین مشاور و مراجع وجود دارد، مانند تنوع • جایی که وابستگی مراجع وجود دارد • موقعیت‌های دیگری که ممکن است فوریت در آنها لازم یا مفید باشد عبارتند از: • جایی که وابستگی متقابل وجود دارد • هنگامی که بین مشاور و مراجع جاذبه وجود دارد امید مراجعان زمانی بهترین عملکرد را در مشاوره دارند که امید در این فرآیند ایجاد شود. امید احساسی است مبنی بر اینکه چیزی مطلوب، مانند دستیابی به یک هدف، ممکن است. امید مزایای متعددی دارد، از جمله افزایش انگیزه مراجع برای کار بر روی یک مشکل. این امر با موفقیت تحصیلی، عملکرد ورزشی، سازگاری روانی و سلامت جسمانی مرتبط بوده است (پدروتی، ادواردز و لوپز، ۲۰۰۸). "از آنجایی که امید به عنوان یک نقش اساسی در تغییر مراجع درک می شود، پزشکان ... باید در مورد تحقیقات مربوط به امید به عنوان یک جنبه مهم از عمل مشاوره آگاه شوند" (لارسن و استیج، ۲۰۱۲، ص. ۵۲). شوخ طبعی شوخ طبعی شامل دادن یک پاسخ ناسازگار یا غیرمنتظره به یک سوال یا موقعیت برای سرگرمی افراد درگیر است. این باعث خنده افراد می شود و شوخ طبعی سالم هم به حساسیت و هم به زمان بندی از سوی مشاور نیاز دارد. شوخ طبعی در مشاوره هرگز نباید به منظور تحقیر کسی باشد (گلادینگ، ۱۹۹۵؛ گلادینگ و والاس، ۲۰۱۶). در عوض، باید برای ایجاد پل بین مشاوران و مراجعان استفاده شود. اگر به درستی استفاده شود، "یک ابزار بالینی است که کاربردهای درمانی بسیاری دارد" (نس، ۱۹۸۹، ص. ۳۵). شوخ

طبعی می تواند مقاومت مراجعان را دور بزند، صمیمیت ایجاد کند، تنش را از بین ببرد، به مراجعان کمک کند تا از درد روانی فاصله بگیرند و به افزایش خودکارآمدی مراجع کمک کند (گلدین و همکاران، ۲۰۰۶؛ ورین، باتلر، ویلیامز، دارگ و داوونینگ، ۲۰۰۶). "ها-ها" اغلب منجر به آگاهی از "آها" و درک روشن تر از یک موقعیت (یعنی بینش) می شود. به عنوان مثال، هنگامی که یک مشاور با مراجعی کار می کند که مطمئن نیست آیا می خواهد در مشاوره باشد یا خیر، مشاور ممکن است تبادل زیر را آغاز کند: مشاور: جوان، برای عوض کردن یک لامپ چند مشاور لازم است؟ مراجعه کننده: (با تردید) مطمئن نیستم. مشاور: فقط یکی، اما لامپ واقعاً باید بخواهد عوض شود. مراجعه کننده: (با لبخند) فکر می کنم من یک لامپ هستم که مردد است. مشاور: مردد بودن اشکالی ندارد. ما می توانیم روی آن کار کنیم. با این حال، جلسات ما احتمالاً پربارتر خواهد بود اگر بتوانید به آنچه می خواهید در زندگی خود متفاوت ببینید و آنچه که می توانیم به طور مشترک روی آن کار کنیم، توجه کنید. به طور کلی، شوخ طبعی می تواند به تفکر خلاق کمک کند؛ دلبستگی را تقویت کند؛ به حفظ دیدگاه کمک کند؛ و بررسی جنبه های دشوار، ناخوشایند یا بی معنی زندگی را آسان تر کند (برگمن، ۱۹۸۵؛ گلدین و همکاران، ۲۰۰۶؛ نلسون، ۲۰۰۸). با این حال، "مشاوران باید به یاد داشته باشند که برای استفاده مؤثر از شوخ طبعی، باید بدانند چه چیزی خنده دار است و در چه شرایطی خنده دار است" (اردمن و لامپ، ۱۹۹۶، ص. ۳۷۶). بنابراین، آنها باید قبل از تلاش برای شوخ طبعی در یک موقعیت مشاوره متوجه شوند که هم مراجعان و هم مشاوران باید با آن به عنوان یک فعالیت راحت باشند، که باید هدفی در آن وجود داشته باشد، که قبل از استفاده از شوخ طبعی باید اعتماد و احترام ایجاد شده باشد، و شوخ طبعی باید متناسب یا سفارشی با جهت گیری فرهنگی خاص و منحصر به فرد یک مراجع خاص باشد (میلز و همکاران، ۲۰۰۱). مشاوران می توانند از شوخ طبعی برای به چالش کشیدن باورهای مراجع، بزرگنمایی باورهای غیرمنطقی تا حد پوچی، یا حتی برای انجام یک مداخله متناقض استفاده

کنند (گلدین و بوردان، ۱۹۹۹). هنگامی که به درستی انجام شود، شوخ طبعی می تواند روابط مشاور-مراجع را باز کند.

تأمل شخصی

من یک دوست مشاور دارم که تقریباً از هر نظر با مراجعی که می دید کاملاً متفاوت بود. او به جای اینکه به مراجع چیزی شبیه "به نظر می رسد ما واقعاً متفاوت هستیم" بگوید، با لحنی سبک دلانه گفت: "اگر بهتر نمی دانستم، می گفتم شما باید نیمه دیگر من باشید زیرا به نظر می رسد هرگز موافق نیستیم یا چیزها را به یک شکل نمی بینیم." نظر شما در مورد این پاسخ به عنوان یک پاسخ طنز (در مقیاس ۱ تا ۱۰) چیست؟ در چنین موقعیتی چه می گوئید که طنزآمیزتر باشد (مگر اینکه به این پاسخ امتیاز ۱۰ داده باشید)؟

رویارویی

رویارویی، مانند فوریت، اغلب

اشتباه درک می شود. مشاوران ناآگاه گاهی فکر می کنند رویارویی شامل حمله به مراجعان، نوعی رویکرد "تو صورت" است که سرزنش کننده است. در عوض،

رویارویی دعوتی و یک گفتگو است (استرانگ و زیمان، ۲۰۱۰). رویارویی مراجع را به چالش می کشد تا جنبه ای از رفتاری را که در حال حاضر وجود ندارد یا به درستی استفاده نمی شود، بررسی، اصلاح یا کنترل کند. گاهی اوقات رویارویی شامل ارائه بازخورد فراارتباطی مغایر با آنچه مراجع می خواهد یا انتظار دارد است. این نوع پاسخ ممکن است با درک مراجع از خود یا شرایط ناسازگار باشد (ویلکاکس-متیو، اوتنز و مینور، ۱۹۹۷).

رویارویی می تواند کمک کند "افراد واضح تر ببینند چه اتفاقی می افتد، پیامدها چیست و چگونه می توانند مسئولیت اقدام برای تغییر به شیوه هایی را بر عهده بگیرند که می تواند منجر به زندگی مؤثرتر و روابط بهتر و عادلانه تر با دیگران شود" (تاممینن و اسمایی، ۱۹۸۱، ص.

۴۲). یک رویارویی خوب، مسئولانه، دلسوزانه و مناسب رشد ایجاد می کند و بررسی صادقانه خود را تشویق می کند. گاهی اوقات اگر مشاوران از رویارویی خودداری کنند، ممکن است در واقع برای مراجعان مضر باشد. اجتناب از رویارویی با رفتارهای مراجعان به عنوان اثر MUM شناخته می شود و منجر به این می شود که مشاوران کمتر از آنچه می توانند مؤثر باشند (روزن و تسر، ۱۹۷۰).

با این حال، مرزهای خاصی برای رویارویی وجود دارد (لیمن، ۱۹۷۸). مشاوران باید مطمئن باشند که روابط آنها با مراجعان به اندازه کافی قوی است تا بتواند رویارویی را تحمل کند. مشاوران همچنین باید زمان رویارویی را به طور مناسب تعیین کرده و به انگیزه هایی که منجر به عمل رویارویی شده است وفادار بمانند. در دراز مدت، رویارویی با نقاط قوت مراجعان سازنده تر از رویارویی با نقاط ضعف آنهاست (برنسون و میچل، ۱۹۷۴). مشاوران باید مراجعان را به چالش بکشند تا از منابعی که از استفاده از آنها غافل هستند، استفاده کنند.

صرف نظر از اینکه رویارویی شامل نقاط قوت باشد یا

ضعف، مشاوران از ساختار "شما گفتید ... اما نگاه کنید" برای اجرای فرآیند رویارویی استفاده می کنند (هکنی و کورمیر، ۲۰۱۳). به عنوان مثال، در قسمت اول رویارویی، یک مشاور ممکن است بگوید: "شما گفتید که می خواهید بیشتر بیرون بروید و با مردم ملاقات کنید." در قسمت دوم، مشاور مغایرت یا تناقض در کلمات و اعمال مراجع را برجسته می کند—به عنوان مثال، "اما شما اکنون ۴ تا ۶ ساعت در شب تلویزیون تماشا می کنید."

قرارداد بستن

قرارداد بستن دو جنبه دارد: یکی بر فرآیندهای درگیر در رسیدن به هدف تمرکز دارد؛ دیگری بر نتیجه نهایی متمرکز است. در هدف گذاری، مشاوران از یک پایه نظری عمل می کنند که اقدامات آنها را هدایت می کند. در پاسخ، مراجعان یاد می گیرند که روش های تفکر، احساس و رفتار خود را برای دستیابی به اهداف تغییر دهند. طبیعی است که مشاوران و مراجعان درگیر رفتار قراردادی شوند. گودیر و بردلی (۱۹۸۰) اشاره می کنند که تمام روابط بین فردی قراردادی هستند، اما برخی صریح تر از بقیه هستند. از آنجایی که تعداد متوسط جلسات مشاوره ممکن است به اندازه پنج تا شش جلسه باشد، برای مشاوران و مراجعان مفید و صرفه جویی در وقت است که از طریق یک سیستم قراردادی روی اهداف کار کنند. چنین سیستمی به هر دو طرف اجازه می دهد در تعیین جهت در مشاوره و ارزیابی تغییر شرکت کنند. این به آنها کمک می کند تا دقیق تر باشند. سایر مزایای استفاده از قراردادها در مشاوره به شرح زیر است:

- اول، یک قرارداد سابقه کتبی از اهدافی را ارائه می دهد که مشاور و مراجع برای پیگیری آنها و روند اقدام مورد توافق قرار گرفته اند.
- دوم، ماهیت رسمی یک قرارداد و محدودیت های زمانی آن ممکن است به عنوان انگیزه ای برای مراجعی که تمایل به تعویق انداختن دارد عمل کند.
- سوم، اگر قرارداد به بخش های قابل تعریف تقسیم شود، مراجع ممکن است احساس روشنی پیدا کند که مشکلات قابل حل هستند.
- چهارم، یک قرارداد مسئولیت هر تغییری را بر عهده مراجع می گذارد و بنابراین این پتانسیل را دارد که مراجع را توانمند کرده و او را نسبت به محیط پاسخگوتر و نسبت به رفتارهای خود مسئول تر کند.

- سرانجام، سیستم قراردادی، با مشخص کردن تعداد جلسات، اطمینان می دهد که مراجعان به طور منظم به مشاوره باز خواهند گشت (توماس و ازل، ۱۹۷۲).
- چندین رویکرد برای تنظیم قراردادها وجود دارد.
- گودیر و بردلی (۱۹۸۰) توصیه هایی برای ارتقای حداکثر اثربخشی قراردادها ارائه می دهند:
- ضروری است که مشاوران به مراجعان خود نشان دهند که هدف از مشاوره کار کردن است. مهم است که با پرسیدن از مراجع شروع کنید: "روی چه چیزی می خواهید کار کنید؟" به جای "در مورد چه چیزی می خواهید صحبت کنید؟"
- حیاتی است که قرارداد مشاوره مربوط به تغییر در مراجع باشد تا فردی که در جلسات حضور ندارد. مشاور زمانی به عنوان مشاور عمل می کند که مراجع بخواهد رفتار شخص دیگری را بررسی کند، اما این نوع کار محدود است.
- مشاور باید بر تنظیم قراردادهایی اصرار کند که از گنجاندن کلمات فریبنده مراجع مانند تلاش یا شاید—یا هر کلمه ای که مشخص نیست، خودداری کنند. چنین کلماتی معمولاً منجر به عدم دستیابی مراجع به هدف می شود.
- مشاور باید مراقب اهداف مراجعی باشد که در جهت راضی کردن دیگران است و شامل کلماتی مانند باید یا حتماً می شود. چنین اظهاراتی اهداف ناشی از عوامل خارجی را نشان می دهد. به عنوان مثال، مراجعی که یک هدف اولیه تعیین می کند که شامل عبارت "من باید همسرم را بیشتر راضی کنم" باشد، ممکن است این کار را فقط به طور موقت انجام دهد زیرا این هدف ناشی از عوامل درونی نیست. برای جلوگیری از این نوع هدف قراردادی، مشاور باید بپرسد که مراجع واقعاً چه می خواهد.

- حیاتی است که به طور مشخص تعریف شود که مراجعان از طریق مشاوره به چه چیزی می خواهند دست یابند. تفاوت زیادی بین مراجعانی که بیان می کنند می خواهند خوشحال باشند و مراجعانی که توضیح می دهند می خواهند ۴,۵ کیلوگرم وزن کم کنند یا حداقل با سه نفر جدید در روز صحبت کنند وجود دارد. اهداف اخیر مشخص تر و در نتیجه دست یافتنی تر هستند.
 - مشاوران باید اصرار داشته باشند که قراردادهای بر تغییر تمرکز کنند. مراجعان ممکن است بخواهند بفهمند چرا کاری را انجام می دهند، اما بینش به تنهایی به ندرت منجر به عمل می شود. بنابراین، مشاوران باید بر قراردادهایی تأکید کنند که باعث تغییر در رفتار، افکار یا احساسات مراجعان می شود.
- روش مختصرتر دیگری برای فکر کردن در مورد آنچه باید در یک قرارداد گنجانده شود، استفاده از سرواژه SAFE است،
- که در آن S مخفف specificity (یعنی اهداف درمان)، A مخفف awareness (یعنی آگاهی از رویه ها، اهداف و عوارض جانبی مشاوره)، F مخفف fairness (یعنی رابطه متعادل است و هم مراجع و هم مشاور اطلاعات کافی برای کار دارند) و E مخفف efficacy (یعنی اطمینان از توانمندسازی مراجع در زمینه های انتخاب و تصمیم گیری) است (مورسون و کنی، ۲۰۰۲).
- اگرچه قراردادهای بخش مهمی از کمک به مراجعان در تعریف، درک و کار بر روی جنبه های خاصی از زندگی خود هستند، اما سیستم قراردادی معایبی نیز دارد. اوکون و کانتوریتز (۲۰۱۵) تأکید می کنند که قراردادهای باید برای مذاکره مجدد توسط هر دو طرف باز باشند. این فرآیند اغلب زمان بر و از نظر شخصی طاقت فرسا است. توماس و ازل (۱۹۷۲) چندین ضعف دیگر سیستم قراردادی را فهرست می کنند.

- اول، مشاوران نمی توانند مراجعان را به یک قرارداد ملزم کنند. این توافق هیچ پاداش یا تنبیه خارجی ندارد که مشاوران بتوانند از آن برای مجبور کردن مراجعان به انجام توافق استفاده کنند.
- دوم، مشکلات برخی از مراجعان ممکن است برای سیستم قراردادی مناسب نباشد. به عنوان مثال، مراجعانی که می خواهند دوستان جدیدی پیدا کنند ممکن است قراردادی ببندند تا به مکان هایی مراجعه کنند که فرصت خوبی برای ملاقات با نوع افرادی که می خواهند با آنها معاشرت کنند وجود دارد. با این حال، هیچ راهی وجود ندارد که یک قرارداد بتواند تضمین کند که مراجعان دوستان جدیدی پیدا خواهند کرد.
- سوم، یک روش قراردادی برای مقابله با مشکلات بر رفتار بیرونی تمرکز دارد. حتی اگر قرارداد با موفقیت انجام شود، مراجعان ممکن است به بینش یا تغییر درک دست پیدا نکنند.
- سرانجام، جذابیت اولیه یک قرارداد محدود است. مراجعانی که انگیزه تغییر دارند و ایده را تازه و جذاب می یابند، ممکن است با گذشت زمان از چنین سیستمی خسته شوند.

مشاوران در تعیین رسمیت قرارداد باید

- پیشینه و سطح انگیزه مراجعان، ماهیت مشکلات مطرح شده و منابع در دسترس مراجعان برای اطمینان از تکمیل موفقیت آمیز قرارداد را در نظر بگیرند. گودیر و بردلی (۱۹۸۰) پیشنهاد می کنند که مشاوران بپرسند چگونه مراجعان ممکن است قرارداد را خراب کنند. این سوال به آگاه سازی مراجعان از هرگونه مقاومتی که نسبت به انجام توافق دارند کمک می کند.

تمرین

هنگامی که یک قرارداد تنظیم شد، مشاوران می توانند

با وادار کردن مراجعان به تمرین یا انجام رفتار تعیین شده، به آنها کمک کنند تا شانس انجام آن را به حداکثر برسانند. مراجعان می توانند به دو روش تمرین کنند: آشکارا و پنهانی (کورمیر و همکاران، ۲۰۱۷). تمرین آشکار

مستلزم آن است که مراجعان آنچه را که قرار است انجام دهند به صورت کلامی بیان کنند یا آن را به صورت عملی نشان دهند. به عنوان مثال، اگر زنی قرار است از مردی برای قرار ملاقات خواستگاری کند، می خواهد از قبل آنچه را که قرار است بگوید و چگونه قرار است رفتار کند تمرین کند. تمرین پنهانی تصور یا

تأمل در مورد هدف مورد نظر است. به عنوان مثال، دانش آموزانی که سخنرانی می کنند، می توانند ابتدا شرایطی را که در آن اجرا خواهند کرد تصور کنند و سپس در مورد نحوه سازماندهی مطالب موضوعی که ارائه خواهند کرد، تأمل کنند.

گاهی اوقات یک مراجع در دوره تمرین به مربیگری مشاور نیاز دارد. مربیگری ممکن است به شکل ارائه کمک های موقت برای کمک به مراجع در به خاطر سپردن آنچه باید بعداً انجام دهد باشد (باندورا، ۱۹۷۶) یا ممکن است صرفاً شامل ارائه بازخورد به مراجع در مورد نحوه عملکرد او باشد. بازخورد به معنای کمک به مراجع در تشخیص و اصلاح هرگونه مشکل در تسلط بر یک رفتار است. بازخورد تا زمانی که بیش از حد انجام نشود خوب عمل می کند (گیس و چاپمن، ۱۹۷۱). برای به حداکثر رساندن اثربخشی آن، بازخورد باید هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی ارائه شود.

مشاوران همچنین می توانند به مراجعان تکالیف خانگی بدهند (گاهی اوقات "تکالیف توانمندسازی" یا "وظایف بین جلسه ای" نامیده می شود) تا به آنها کمک کنند مهارت های آموخته شده در جلسات مشاوره را تمرین

کنند و چنین مهارت هایی را به حوزه های مرتبط زندگی خود تعمیم دهند. تکالیف خانگی شامل کار اضافی بر روی یک مهارت خاص در خارج از جلسه مشاوره است و مزایای متعددی دارد، از جمله:

- حفظ تمرکز مراجعان بر رفتار مرتبط بین جلسات،
- کمک به آنها برای دیدن واضح نوع پیشرفتی که دارند،
- انگیزه دادن به مراجعان برای تغییر رفتارها،
- کمک به آنها برای ارزیابی و اصلاح فعالیت های خود،
- مسئولیت پذیرتر کردن مراجعان در قبال خودکنترلی، و
- جشن گرفتن یک پیشرفت حاصل شده در مشاوره (هی و کینیپر، ۱۹۹۸؛ هاپینس و واوت، ۱۹۹۷).

مشاوران شناختی-رفتاری به احتمال زیاد بر

تکالیف خانگی تأکید می کنند. به عنوان مثال، مشاورانی با این پیشینه نظری ممکن است از مراجعان بخواهند از کتاب های کار برای تکمیل کار شناختی-رفتاری در جلسه استفاده کنند. کتاب های کار مشارکت فعال را می طلبند و سابقه ملموسی از آنچه مراجعان انجام داده اند ارائه می دهند. دو تمرین عالی کتاب کار شناختی-رفتاری که برای کودکان طراحی شده است، عبارتند از "تصمیمات و پیامدها" (۲۰۰۶) ورنون در کتاب او با عنوان تفکر، احساس و رفتار که بر علت و معلول تمرکز دارد و مشاور کارهایی مانند انداختن تخم مرغ در کاسه انجام می دهد، و کتاب کار "پیشی گرفتن با گربه" (۲۰۰۶) کندال و هدتکه که بر ارتباط بین افکار و احساسات تمرکز دارد و کودکان در فعالیت هایی مانند دیدن زندگی از دیدگاه یک گربه شرکت می کنند.

با این حال، مشاوران از تمام دیدگاه های نظری می توانند

در صورت تمایل برای کمک به مراجعان در کمک به خودشان از تکالیف خانگی استفاده کنند. برای اینکه تکالیف خانگی مؤثرترین باشند، باید به طور خاص با تغییر رفتاری قابل اندازه گیری مرتبط باشند (اوکون و کانتورویتز، ۲۰۱۵). همچنین اگر قرار است معنادار و مفید باشد، باید به موقعیت مراجعان مربوط باشد (یانگ، ۲۰۱۷). مراجعان باید تکالیف خانگی را انجام دهند تا از استفاده از روش تکالیف خانگی بهره مند شوند.

"انواع تکالیفی که می توان تعیین کرد فقط به خلاقیت مشاور و مراجع محدود می شود" (هی و کینیپر، ۱۹۹۸، ص.

۱۲۶). انواع تکالیفی که اغلب داده می شوند شامل تکالیف متناقض (تلاشی برای ایجاد اثر مخالف)، رفتاری (تمرین یک مهارت جدید)، خطرپذیرانه (انجام کاری که از آن می ترسند)، فکری (تأمل در مورد افکار منتخب)، نوشتاری (نگهداری دفترچه یادداشت یا خاطرات)، کتاب درمانی (خواندن، گوش دادن یا تماشای ادبیات) و انجام ندادن هیچ کاری (استراحت از عادات معمول) است.

مثال موردی

کنراد قرارداد را تضعیف می کند

کنراد به دلیل ناتوانی اجتماعی به دیدن مشاور رفت. او به نشانه های غیرکلامی توجه نمی کرد و قادر نبود برای مدت طولانی مکالمه را ادامه دهد. مشاور کنراد، پنه لوپه، قراردادی برای او تنظیم کرد. اول اینکه او باید بدون صدا تلویزیون تماشا می کرد و سعی می کرد حالات چهره را تشخیص دهد. دوم اینکه او باید هر روز در پارک از سه نفر می پرسید حالشان چگونه است و تا جایی که می توانست با آنها صحبت می کرد.

کنراد در هفته اول قرارداد خود را انجام داد اما بعد آن را رها کرد. او گفت "خیلی سخت" بود.

اگر شما پنه لوپه بودید، برای کمک به کنراد در بازگشت به قرارداد چه می کردید؟

انتقال و انتقال متقابل

مهارت های مشاور که به ارتقای رشد در طول فرآیند مشاوره کمک می کند، ضروری هستند اگر مشاور بخواهد از مشاوره دایره ای اجتناب کند، که در آن همان موضوع بارها و بارها پوشش داده می شود. با این حال، جنبه ای به همان اندازه مهم از مشاوره وجود دارد که بر کیفیت نتیجه تأثیر می گذارد:

رابطه بین مشاور و مراجع. توانایی مشاور و مراجع برای کارکردن مؤثر با یکدیگر تا حد زیادی تحت تأثیر رابطه ای است که آنها ایجاد می کنند. مشاوره می تواند یک تجربه به شدت عاطفی باشد.

در چند مورد، مشاوران و مراجعان واقعاً از یکدیگر متنفرند یا شخصیت های ناسازگاری دارند. با این حال، معمولاً آنها می توانند و باید از طریق پدیده های انتقال و انتقال متقابل ناشی از افکار و احساساتی که به یکدیگر فکر می کنند، احساس می کنند و ابراز می کنند، کار کنند. اگرچه برخی از نظریه های مشاوره بر انتقال و انتقال متقابل بیشتر از سایرین تأکید می کنند، اما این دو مفهوم تا حدی در تقریباً تمام روابط مشاوره رخ می دهند.

انتقال

عبارت است از فرافکنی احساسات، نگرش ها یا خواسته های گذشته یا حال مراجع

بر مشاور (برامر، آبرگو و شوستروم، ۱۹۹۳؛ برامر و

مک دونالد، ۲۰۰۳). می توان از آن به دو روش استفاده کرد. در ابتدا، واکنش های انتقالی به مشاوران کمک می کند تا مراجعان را بهتر درک کنند. روش دوم استفاده از انتقال استفاده از آن به عنوان راهی برای حل مشکلات مراجع است (تیر، ۲۰۰۰).

مفهوم انتقال از ادبیات روانکاوی نشأت می گیرد. این مفهوم در اصل بر انتقال احساسات اوایل زندگی به یک

درمانگر تأکید داشت، جایی که آنها بررسی می شدند. امروزه، انتقال محدود به درمان روانکاوانه نیست و ممکن است بر اساس تجربیات فعلی و همچنین تجربیات گذشته باشد (کوری، کوری، کوری و کالاهان، ۲۰۱۵).

تمام مشاوران چیزی دارند که گلسو و کارتر (۱۹۸۵) آن را جذب انتقالی، تصویری که از طریق استفاده از شخصیت و یک رویکرد نظری خاص ایجاد می شود، توصیف می کنند. مراجع بر اساس پیشینه شخصی و شرایط فعلی خود به تصویر مشاور واکنش نشان می دهد. نحوه نشستن، صحبت کردن، اشاره کردن یا نگاه کردن مشاور ممکن است واکنش مراجع را برانگیزد. نمونه ای از چنین اتفاقی این است که مراجع به مشاور می گوید: "شما درست مثل مادرم هستید." این جمله به خودی خود ممکن است مشاهده ای باشد. اما اگر مراجع شروع به رفتار کردن طوری کند که انگار مشاور مادر اوست، انتقال رخ داده است.

پنج الکوی

رفتار انتقالی اغلب در مشاوره ظاهر می شود: مراجع ممکن است مشاور را به عنوان ایده آل،

بینا، پرورش دهنده، ناکام کننده یا هیچ انگارد (واتکینز، ۱۹۸۳b، ص. ۲۰۷).

مشاور ممکن است در ابتدا از پدیده های انتقال که او را در

نور مثبت نگه می دارند لذت ببرد. چنین لذتی به زودی از بین می رود. واتکینز برای غلبه بر اثرات

مرتبط با تجربیات انتقال، بر تمرکز بر

نیازها و انتظارات مراجع و همچنین ایجاد اعتماد تأکید می کند.

کاوانا و لویتوف (۲۰۰۲) اشاره می کنند که انتقال می تواند

مستقیم یا غیرمستقیم باشد. انتقال مستقیم

به خوبی با مثال مراجعی که مشاور را به عنوان مادر خود در نظر می گیرد، نشان داده شده است. انتقال غیرمستقیم تشخیص آن دشوارتر است. معمولاً در اظهارات یا اعمال مراجع که آشکاراً مستقیماً مربوط به مشاور نیستند، آشکار می شود (مثلاً، "حرف مفت و بی اثر است" یا "فکر می کنم مشاوره تجربه ای است که همیشه می خواستم").

صرف نظر از درجه مستقیم بودن آن، انتقال یا منفی یا مثبت است. انتقال منفی زمانی است که مراجع مشاور را به غفلت یا رفتار منفی نسبت به خود متهم می کند. اگرچه در ابتدا مقابله با آن دردناک است،

انتقال منفی باید بررسی شود تا رابطه مشاوره به واقعیت بازگردد و در نهایت سازنده باشد. این امر تأثیر مستقیمی بر کیفیت رابطه دارد. انتقال مثبت، به ویژه یک شکل خفیف مانند تحسین مراجع از مشاور، ممکن است به راحتی مورد پذیرش قرار نگیرد زیرا در ابتدا به نظر می رسد چیزی به رابطه اضافه می کند (واتکینز، ۱۹۸۳b). اشکال غیرمستقیم یا خفیف انتقال مثبت کمترین آسیب را به کار مشاور و مراجع وارد می کند.

کاوانا و لویتوف (۲۰۰۲) معتقدند که هر دو انتقال منفی و مثبت اشکالی از مقاومت هستند. تا زمانی که مراجع توجه شاور را به مسائل انتقال معطوف کند، پیشرفت کمی در تعیین یا دستیابی به اهداف حاصل می شود. برای حل مسائل انتقال، مشاور ممکن است به طور مستقیم و بین فردی و نه تحلیلی کار کند. به عنوان مثال، اگر مراجع شکایت کند که مشاور فقط به تحسین شدن اهمیت می دهد، مشاور می تواند پاسخ دهد: "من موافقم که برخی از مشاوران ممکن است این نیاز را داشته باشند و این خیلی مفید نیست. از طرف دیگر، ما بر اهداف شما تمرکز کرده ایم. بیایید به آنها برگردیم. اگر نیازهای مشاوران، همانطور که شما آنها را مشاهده می کنید، به اهداف شما مربوط شود، ما آن موضوع را بررسی خواهیم کرد."

کوری و همکاران (۲۰۱۵) ارزش درمانی در بررسی انتقال می بینند. آنها معتقدند که رابطه مشاور-مراجع پس از اینکه مراجع درک های تحریف شده خود از مشاور را حل کند، بهبود می یابد. اگر این وضعیت به طور حساس مدیریت شود، رابطه بهبود یافته در افزایش اعتماد و اطمینان مراجع به مشاور منعکس می شود. علاوه بر این، با حل احساسات انتقال، مراجع ممکن است بینشی نسبت به گذشته پیدا کند و آزاد شود تا در حال و آینده متفاوت عمل کند.

انتقال متقابل

به واکنش عاطفی یا رفتار پیش بینی شده مشاور نسبت به مراجع اشاره دارد (فاوٹ و هیز، ۲۰۰۶؛ هانسن، راسبرگ و کرامر، ۱۹۹۴).

این واکنش ممکن است غیرمنطقی، از نظر بین فردی استرس زا و نوروٹیک باشد—ناشی از مسائل حل نشده خود مشاور. علاوه بر این، انتقال متقابل اغلب "برای منابع مقابله ای مشاور مضر، تهدید کننده، چالش برانگیز و/یا طاقت فرسا" است (فاوٹ و هیز، ۲۰۰۶، ص. ۴۳۱).

بنابراین، مدیریت موفقیت آمیز انتقال متقابل با نتایج بهتر درمان مرتبط است (هیز، گلسو و هومل، ۲۰۱۱). دو مثال از انتقال متقابل عبارتند از: مشاور رفتارهایی نسبت به مراجع خود نشان می دهد، همانطور که نسبت به خواهرش در دوران کودکی نشان می داد، یا مشاور بیش از حد با مراجع خود که اختلال خوردن دارد، همذات پنداری می کند (دلوپیا-واک، ۱۹۹۹).

چنین تعاملی می تواند توانایی مشاور برای درمانگر بودن، چه رسد به عینی بودن، را از بین ببرد. اگر به طور مناسب حل نشود، انتقال متقابل می تواند برای رابطه مشاوره مضر باشد.

کرنبرگ (۱۹۷۵) دو رویکرد اصلی را برای مشکل مفهوم سازی انتقال متقابل در نظر می گیرد. در رویکرد کلاسیک، انتقال متقابل به طور منفی دیده می شود و به عنوان واکنش ناخودآگاه مستقیم یا غیرمستقیم مشاور به مراجع در نظر گرفته می شود. رویکرد کلی انتقال متقابل را مثبت تر می بیند. از این دیدگاه، انتقال متقابل یک ابزار تشخیصی برای درک جنبه های انگیزه های ناخودآگاه مراجع است. بلانک و بلانک (۱۹۷۹) رویکرد سومی را توصیف می کنند. این رویکرد انتقال متقابل را هم مثبت و هم منفی می بیند. واتکینز (۱۹۸۵) این رویکرد سوم را واقع بینانه تر از دو رویکرد اول می داند.

تجلی

انتقال متقابل اشکال مختلفی دارد (کوری و همکاران، ۲۰۱۵). شایع ترین آنها عبارتند از:

(الف) احساس تمایل دائمی به راضی کردن مراجع،

(ب) همذات پنداری با مشکلات مراجع به حدی که فرد عینیت خود را از دست بدهد،

(ج) ایجاد احساسات جنسی یا عاشقانه نسبت به مراجع، (د) دادن نصیحت اجباری و (ه) تمایل به ایجاد رابطه اجتماعی با مراجع.

واتکینز (۱۹۸۵) معتقد است که انتقال متقابل می تواند به طرق بی شماری بیان شود. او چهار شکل را به ویژه قابل توجه می داند:

حمایت کننده بیش از حد، خوش خیم، طرد کننده و خصمانه. دو شکل اول

نمونه هایی از همذات پنداری بیش از حد هستند که در آن

مشاوران توانایی خود را برای حفظ فاصله عاطفی از

مراجع از دست می دهند. دو شکل اخیر نمونه هایی از عدم همذات پنداری هستند که در آن مشاوران از نظر عاطفی از مراجع دور می شوند. عدم همذات پنداری ممکن است خود را در رفتار مشاور به صورت بی تفاوت، غیرهمدلانه، خصمانه، سرد یا خصمانه نشان دهد.

حیاتی است که مشاوران هرگونه انتقال متقابل منفی یا غیرسازنده را بررسی کنند. در غیر این صورت، پیشرفت مراجع کاهش می یابد و هم مشاور و هم مراجع در این فرآیند آسیب خواهند دید (برامر و مک دونالد، ۲۰۰۳). همچنین مهم است که مشاوران تشخیص دهند که احساسات انتقال متقابل را تجربه می کنند. پس از آگاهی از این احساسات، مشاوران باید دلایل پشت آنها را کشف کنند. ایجاد روشی منسجم برای نظارت بر این خودآگاهی بسیار مهم است و یکی از راه ها شرکت در سوپرویزن است (دلوجیا-واک، ۱۹۹۹). مشاوران، مانند مراجعان، نقاط کور، مناطق پنهان و جنبه هایی از زندگی خود دارند که برای آنها ناشناخته است.

تأمل شخصی

چه زمانی با افرادی ملاقات کرده اید که بلافاصله به نظر می رسید از آنها خوششان آمده یا بدتان آمده است؟ با آنها چگونه رفتار کردید؟ هنگام تعامل با آنها چه احساسی داشتید؟ این چگونه شبیه انتقال متقابل است؟ چگونه متفاوت است؟

رابطه واقعی

به گفته گلسو (۲۰۱۱)، اگر از مهارت های کمک رسانی به خوبی استفاده شود، یک رابطه واقعی — با

دو جزء آن یعنی اصالت (قصد اجتناب از فریب، از جمله خودفریبی) و واقع گرایی (درک یا تجربه

دیگری به شیوه هایی که به نفع دیگری باشد) — ظاهر خواهد شد. رابطه واقعی از اولین برخورد به عنوان یک

تجربه دو طرفه بین مشاوران و مراجعان آغاز می شود. مشاوران با اصرار بودن (صاحب افکار و احساسات خود)،

تلاش برای تسهیل اصالت در مراجعان خود و تلاش برای دیدن و درک مراجعان به شیوه ای واقع بینانه، واقعی هستند. مراجعان با اصرار بودن و درک واقع بینانه از موقعیت های خود به واقعیت رابطه کمک می کنند.

به گفته گلسو (۲۰۱۱)، گزاره های خاصی در مورد ماهیت یک رابطه واقعی وجود دارد. یکی اینکه رابطه در طول فرآیند مشاوره افزایش و عمق می یابد. دیگری اینکه مشاوران و مراجعان انتظارات و تحقق های متفاوتی از آنچه یک رابطه واقعی شبیه است دارند. مشاوره یک فرآیند پویا و تعاملی است و قدرت روابط بین مشاوران و مراجعان در طول زمان متفاوت است.

مطالعه رابطه واقعی در جهت امیدوارکننده ای به سوی دیدگاه ساخت اجتماعی پیش رفته است—یعنی، "فرآیندی که از طریق آن افراد به توصیف، توضیح یا به هر نحو دیگر پاسخگویی به دنیایی (از جمله خودشان) می پردازند که در آن زندگی می کنند" (سکتون و ویستون، ۱۹۹۴، ص. ۶۰). واقعیت و رشد، اگرچه

در حال حاضر به طور دقیق تعریف نشده اند، به نظر می رسد بخش مهمی از روابط مشاوره هستند که همچنان توجه را به خود جلب کرده و مهم خواهند بود و به ویژه در مرحله کاری مشاوره ظاهر خواهند شد.

خاتمه دادن به یک رابطه مشاوره خاتمه دادن به یک رابطه مشاوره به تصمیم به پایان دادن به آن اشاره دارد. گاهی اوقات به این کار خاتمه دادن گفته می شود. این تصمیم ممکن است به طور یک جانبه یا متقابل پس از کاهش مرحله کاری مشاوره گرفته شود. صرف نظر از این، خاتمه دادن احتمالاً کمترین تحقیق شده و نادیده گرفته شده ترین جنبه مشاوره است. بسیاری از نظریه پردازان و مشاوران فرض می کنند که خاتمه به طور طبیعی رخ می دهد و هم مراجعان و هم مشاوران را از نتایج خشنود و راضی می گذارد. گودیر (۱۹۸۱) بیان می کند که "تقریباً انگار ما بر اساس این افسانه عمل می کنیم که خاتمه دادن فرآیندی است که مشاور از آن دور می ماند و تنها مراجع به آن پاسخ می دهد" (ص. ۳۴۷).

با این حال، خاتمه دادن به یک رابطه مشاوره بر تمام افراد درگیر تأثیر می گذارد و اغلب پیچیده، دشوار و به طور ناخوشایندی انجام می شود (بولکلی، ۲۰۰۹). خاتمه دادن ممکن است احساسات متفاوتی را در طرفین مشاور و مراجع ایجاد کند (کاتلر، سکتون و ویستون، ۱۹۹۴). به عنوان مثال، یک مراجع ممکن است هم قدردان و هم متأسف از یک تجربه مشاوره خاص باشد. اگر به درستی انجام نشود، خاتمه دادن قدرت آسیب رساندن و همچنین التیام بخشیدن را دارد.

خاتمه دادن یک فرآیند چند بعدی است که می تواند به هر یک از چندین شکل انجام شود. به عنوان مثال، خاتمه دادن ممکن است شامل جلسات فردی و همچنین کل رابطه مشاوره باشد. خاتمه دادن همچنین شامل استراتژی ها و مسائلی .

مربوط به مقاومت در خاتمه دادن، خاتمه دادن زودرس، خاتمه دادن توسط مشاور و اهمیت پایان دادن به یک رابطه با یادداشت مثبت است.

حوزه های مرتبط پیگیری، ارجاع و بازیافت در مشاوره نیز به خاتمه دادن مربوط می شوند. عملکرد خاتمه دادن به یک رابطه مشاوره از نظر تاریخی، پرداختن مستقیم به فرآیند خاتمه دادن به یک رابطه مشاوره به چند دلیل اجتناب شده است. وارد (۱۹۸۴) دو مورد از برجسته ترین آنها را پیشنهاد کرده است. اول، پایان دادن با از دست دادن مرتبط است، یک موضوع سنتی تابو در تمام بخش های جامعه، به ویژه مشاوره، که عموماً به عنوان تأکید بر رشد و توسعه نامربوط به پایان ها در نظر گرفته می شود. دوم، خاتمه دادن مستقیماً به مهارت های خردی که روابط مشاوره را تسهیل می کنند، مربوط نمی شود. بنابراین، خاتمه دادن فرآیندی نیست که معمولاً در مشاوره برجسته شود. با این حال، اهمیت آن به دلیل روندهای اجتماعی، مانند پیری جمعیت آمریکا (اربر، ۲۰۱۳)، پذیرش گسترده مفهوم مراحل زندگی (شیپی، ۱۹۷۶)، افزایش توجه به مرگ به عنوان بخشی از طول عمر (کوبلر-راس، ۱۹۶۹) و این واقعیت که از دست دادن ممکن است با بازآفرینی، تعالی، درک عمیق تر از خود

و کشف های جدید مانند رشد پس از سانحه (یعنی تغییرات مثبت زندگی که در نتیجه رنج یا مبارزه با رویدادهای آسیب زا طبیعی یا ساخته دست بشر، مانند طوفان ها و جنگ ها، به وجود می آیند) (کالهون و تدسچی، ۲۰۰۶؛ هیز، ۱۹۹۳) مرتبط باشد، شروع به ظهور کرده است.

خاتمه دادن چندین عملکرد مهم دارد. اول، خاتمه دادن نشان می دهد که چیزی تمام شده است. زندگی مجموعه ای از سلام ها و خداحافظی ها است (مایر و دیویس، ۲۰۱۱). سلام ها از بدو تولد شروع می شوند و خداحافظی ها در مرگ پایان می یابند.

بین این دو، افراد وارد و خارج از یک سلسله تجربیات، از جمله شغل ها و روابط می شوند. رشد و سازگاری به توانایی استفاده بهینه از این تجربیات و یادگیری از آنها بستگی دارد. برای شروع چیزی جدید، یک تجربه قبلی باید تکمیل و حل شود. خاتمه دادن فرصتی است برای پایان دادن مناسب به یک تجربه یادگیری، چه در سطح شخصی و چه حرفه ای (هولسه-کیلاککی، ۱۹۹۳). در مشاوره، خاتمه دادن بیش از یک عمل نشان دهنده پایان درمان است؛ بلکه یک انگیزه دهنده نیز هست (یالوم و لسزج، ۲۰۰۵).

هم مراجع و هم مشاور با این آگاهی انگیزه پیدا می کنند که تجربه مشاوره از نظر زمانی محدود است (یانگ، ۲۰۱۷). این آگاهی شبیه به آگاهی جوانان است که متوجه می شوند نمی توانند برای همیشه افراد امیدوارکننده باقی بمانند. چنین درکی ممکن است افراد را به سخت کوشی ترغیب کند در حالی که هنوز وقت برای

انجام کار مهمی وجود دارد. برخی از مشاوران، مانند مشاوران مرتبط با خانواده درمانی راهبردی، سیستمی و راه حل محور، عمداً تعداد جلسات مشاوره را محدود می کنند تا مراجعان و مشاوران از محدودیت های زمانی آگاه تر باشند و از جلسات به بهترین نحو استفاده کنند (گلادینگ، ۲۰۱۵b).

دوم، خاتمه دادن یک وسیله ای برای حفظ تغییرات از قبل حاصل شده و تعمیم مهارت های حل مسئله به دست آمده در مشاوره است. مشاوره موفق منجر به تغییرات قابل توجهی در نحوه فکر، احساس یا عمل مراجع می شود. این تغییرات در مشاوره تمرین می شوند، اما باید در دنیای واقعی تمرین شوند.

خاتمه دادن فرصتی برای چنین تمرینی فراهم می کند. مراجع همیشه می تواند برای هرگونه پیگیری مورد نیاز به مشاور مراجعه کند، اما خاتمه دادن نقطه طبیعی برای شروع تمرین استقلال است. این یک تجربه بالقوه توانمندسازی برای مراجعان است و آنها را قادر می سازد تا به طور کاملاً جدید یا اصلاح شده به زمان حال بپردازند. در خاتمه دادن، فرصت "تبدیل بینش ها به اقدامات" ایجاد می شود (گلادینگ، ۱۹۹۰، ص. ۱۳۰). به عبارت دیگر، آنچه به نظر می رسد یک خروج است، تبدیل به یک ورود می شود.

سوم، خاتمه دادن

یادآوری است که مراجع بالغ شده است (ویکیو، ۱۹۹۰). علاوه بر ارائه مهارت های جدید یا روش های مختلف فکر کردن در مورد خود به مراجعان، خاتمه دادن مؤثر مشاوره نشان دهنده زمانی در زندگی مراجعان است که آنها کمتر درگیر و مشغول مشکلات شخصی هستند و بیشتر قادر به برخورد با افراد و رویدادهای بیرونی هستند. این توانایی در برخورد با موقعیت های خارجی ممکن است منجر به روابط متقابل بیشتر شود که از نظر متقابل حمایتی هستند و در نتیجه منجر به "زندگی مستقل تر و رضایت بخش تر" می شوند (برک، ۱۹۸۹، ص. ۴۷). مراجع پس از دستیابی به حل موفقیت آمیز یک مشکل، اکنون بینش ها و توانایی های جدیدی دارد که در حافظه ذخیره شده اند و ممکن است در مواقع لزوم به یاد آورده شده و مورد استفاده قرار گیرند.

تأمل شخصی

به زمانی فکر کنید که شما داوطلبانه رویدادها یا روابط را به پایان رسانده اید. خاتمه دادن برای شما چه احساسی داشت؟ از این تجربه چه آموختید؟ چه ارزشی در به پایان رساندن یک تجربه می بینید؟

زمان بندی خاتمه دادن

زمان خاتمه دادن به یک رابطه

سؤالی است که پاسخ قطعی ندارد. با این حال، خاتمه دادن باید برنامه ریزی شده و

عمدی باشد. اگر رابطه خیلی زود به پایان برسد، مراجعان ممکن است پیشرفتی را که در مشاوره به دست آورده اند از دست داده و به رفتارهای قبلی بازگردند. با این حال، اگر هرگز به خاتمه دادن پرداخته نشود، مراجعان می توانند به مشاور وابسته شده و نتوانند مشکلات را حل کرده و به عنوان فرد رشد کنند. ملاحظات عملی متعددی در زمان بندی خاتمه دادن وجود دارد (کورمیر، ۲۰۱۵؛ یانگ، ۲۰۱۷).

• آیا مراجعان به اهداف قراردادی رفتاری، شناختی یا عاطفی دست یافته اند؟ هنگامی که هم مراجعان و هم

مشاوران در مورد اینکه آیا اهداف خاصی محقق شده اند یا خیر، ایده روشنی داشته باشند،

تعیین زمان خاتمه دادن آسان تر است. کلید این ملاحظه،

تنظیم یک قرارداد مورد توافق متقابل قبل از شروع مشاوره است.

• آیا مراجعان می توانند به طور مشخص

نشان دهند که در آنچه می خواستند به دست آورند، پیشرفت کرده اند؟ در

این وضعیت، پیشرفت خاص ممکن است مبنای تصمیم گیری باشد.

• آیا رابطه مشاوره

مفید است؟ اگر هم مراجع و هم مشاور احساس کنند که

آنچه در جلسات مشاوره رخ می دهد مفید نیست، خاتمه دادن مناسب است.

• آیا زمینه

ترتیب مشاوره اولیه تغییر کرده است؟ در مواردی که جابجایی یا

بیماری طولانی مدت وجود دارد، خاتمه دادن (و همچنین ارجاع) باید در نظر گرفته شود.

به طور کلی، یک زمان مناسب برای خاتمه دادن به یک

رابطه مشاوره وجود ندارد. "چه زمانی" خاتمه دادن باید بر اساس

منحصر به فرد بودن موقعیت و دستورالعمل های کلی اخلاقی و

حرفه ای تعیین شود.

مسائل مربوط به خاتمه دادن

خاتمه دادن

جلسات فردی

خاتمه دادن یک مسئله در طول

جلسات مشاوره فردی است. جلسات اولیه باید محدودیت های زمانی مشخصی داشته باشند

(برامر و مک دونالد، ۲۰۰۳؛ کورمیر، ۲۰۱۵). محدوده ۴۵ تا ۵۰ دقیقه عموماً برای یک جلسه مشاوره فردی کافی در نظر گرفته می شود. معمولاً

۵ تا ۱۰ دقیقه طول می کشد تا مشاور با مراجع و نگرانی های مراجع سازگار شود. جلسات مشاوره ای که خیلی زود خاتمه می یابند ممکن است به اندازه جلساتی که خیلی طولانی هستند غیرسازنده باشند.

بنجامین (۱۹۸۷) دو عامل مهم را در خاتمه دادن به یک

مصاحبه پیشنهاد می کند. اول، هم مراجع و هم مشاور باید آگاه باشند که جلسه در حال پایان یافتن است. دوم، هیچ مطلب جدیدی نباید در طول این

پایان معرفی یا بحث شود. اگر مراجع مطلب جدیدی را مطرح کند، مشاور باید تلاش کند

آن را به تمرکز مورد انتظار جلسه بعدی تبدیل کند.

یک مشاور می تواند

مصاحبه را به چند روش مؤثر خاتمه دهد. یکی به سادگی بیان یک جمله کوتاه است که نشان می دهد زمان

تمام شده است (کورمیر، ۲۰۱۵). به عنوان مثال، او ممکن است بگوید: "به نظر می رسد وقت ما برای امروز تمام شده است." هرچه جمله ساده تر باشد، بهتر است. اگر مراجع

در پایان جلسه به شیوه ای باز به بحث در مورد تعدادی موضوع می پردازد، مشاور باید به مراجع یادآوری کند که فقط ۵ یا ۱۰

دقیقه باقی مانده است. به عنوان مثال، مشاور می تواند بگوید: "لیلی، به نظر می رسد فقط چند

دقیقه از جلسه ما باقی مانده است. آیا می خواهید آنچه را که امروز آموخته اید خلاصه کنید و به من بگویید که دفعه بعد می خواهید روی چه چیزی تمرکز کنید؟"

مراجع می تواند توجه خود را بر مسائل مهم در زمان حال و همچنین

مسائلی که باید در آینده به آنها پرداخته شود متمرکز کند. به عنوان یک جایگزین یا علاوه بر

بیان مستقیم، مشاوران می توانند از حرکات غیرکلامی برای نشان دادن پایان جلسه استفاده کنند. این حرکات شامل نگاه کردن به ساعت یا ایستادن است.

احتمالاً بهترین استفاده از حرکات غیرکلامی همراه با نشانه های کلامی است. هر کدام دیگری را تقویت می کند.

همانطور که در پایان مصاحبه اشاره شد، معمولاً

خلاصه کردن آنچه در جلسه رخ داده است مفید است. هم مشاور و هم

مراجع ممکن است این خلاصه سازی را آغاز کنند. یک خلاصه خوب نکات اصلی جلسه را به هم پیوند می دهد و باید مختصر،

مستقیم و بدون تفسیر باشد. اگر هم مشاور و هم مراجع خلاصه کنند، ممکن است

بینشی نسبت به آنچه هر کدام از جلسه به دست آورده اند پیدا کنند. چنین فرآیندی وسیله ای برای رفع سوء تفاهم ها فراهم می کند.

بخش مهمی از خاتمه دادن به هر جلسه فردی تعیین وقت بعدی است. مراجعان و مشاوران باید بدانند چه زمانی دوباره ملاقات خواهند کرد تا کار در حال انجام را ادامه دهند. تعیین وقت بعدی در پایان جلسه آسان تر و

کارآمدتر از انجام آن بعداً از طریق تلفن است.

مثال موردی

تینا یک جلسه را خاتمه می دهد

تینا از مراجع خود،

ماچتا، بی حوصله شد زیرا به نظر می رسید ماچتا مدام از بدبختی های زندگی اش می نالد.

تینا همدل و همدرد بود، اما فقط تا حدی. سپس عصبانی شد و متوجه شد که به عنوان یک مشاور کار مفیدی

برای خود یا مراجعش انجام نمی دهد. بنابراین، اگرچه فقط ۳۵ دقیقه از ۵۰

دقیقه از شروع جلسه گذشته بود، تینا تصمیم گرفت جلسه را خاتمه دهد. او به

ماچتا گفت که در دنبال کردن صحبت هایش مشکل دارد و پرسید آیا ماچتا می تواند آنچه را که سعی در

انتقال آن داشت خلاصه کند. ماچتا جا خورد اما

وقتی به آن فکر کرد، توانست جوهر جلسه را فقط در

چند جمله منتقل کند.

نظر شما در مورد تاکتیک تینا چیست؟ چه کار دیگری می توانست انجام دهد

تا جلسه با ماچتا سازنده تر باشد؟

خاتمه دادن به

یک رابطه مشاوره

روابط مشاوره ای از نظر طول و

هدف متفاوت هستند. برای سلامتی و رفاه همه افراد حیاتی است که موضوع

خاتمه دادن زود مطرح شود تا مشاور و مراجع بتوانند از

زمان خود با هم به بهترین نحو استفاده کنند (کاوانا و لویتوف، ۲۰۰۲). افراد به زمان نیاز دارند

تا برای پایان آماده شوند. ممکن است مقداری غم و اندوه وجود داشته باشد، حتی اگر رابطه به

شکل مثبتی پایان یابد. بنابراین، خاتمه دادن لزوماً نباید به عنوان

اوج تجربه مشاوره ارائه شود. بهتر است اهمیت

خاتمه دادن را کم جلوه دهیم تا اینکه آن را بزرگ کنیم.

مشاور و مراجع باید در مورد زمان مناسب و مفید بودن خاتمه دادن به

رابطه توافق کنند (یانگ، ۲۰۱۷). به طور کلی، آنها

پیام های کلامی در مورد آمادگی برای خاتمه دادن به یکدیگر می دهند. به عنوان مثال، یک

مراجع ممکن است بگوید: "من واقعاً فکر می کنم در چند ماه گذشته پیشرفت زیادی داشته ام." یا یک مشاور

ممکن است بیان کند: "به نظر می رسد شما در مسیر خوبی هستید و دیگر به خدمات من نیاز ندارید." چنین

اظهاراتی نشان دهنده شروع پایان

رابطه مشاوره است. آنها معمولاً به معنای تشخیص رشد یا

حل مشکل هستند. تعدادی رفتار دیگر نیز ممکن است پایان مشاوره را نشان دهند.

اینها شامل کاهش شدت کار؛ شوخ طبعی بیشتر؛ گزارش های مداوم از بهبود توانایی های مقابله؛ تعهدات کلامی به آینده؛ و

کاهش انکار، کناره گیری، عصبانیت، سوگواری یا وابستگی (شولمن، ۲۰۱۶).

کورمیر (۲۰۱۵) معتقد است که در رابطه ای که بیش از ۳ ماه به طول انجامیده است، ۳ یا ۴ هفته آخر باید به بحث در مورد

تأثیر خاتمه دادن اختصاص یابد. به عنوان مثال، مشاوران ممکن است جویا شوند که مراجعانشان بدون حمایت رابطه چگونه کنار خواهند آمد. مشاوران همچنین ممکن است از

مراجعان بخواهند در مورد معنای رابطه مشاوره و نحوه استفاده از آنچه در آینده آموخته اند صحبت کنند.

شولمن (۲۰۱۶) پیشنهاد می کند که به عنوان یک

قانون کلی، یک ششم زمان صرف شده در یک رابطه مشاوره باید به تمرکز بر خاتمه دادن اختصاص یابد.

ماهولیک و ترنر (۱۹۷۹) در مورد زمینه های خاص نگرانی

هنگام تصمیم گیری برای خاتمه دادن به مشاوره بحث می کنند. این موارد شامل:

- بررسی اینکه آیا مشکل یا

- علائم اولیه مراجع کاهش یافته یا از بین رفته است یا خیر

- تعیین اینکه آیا احساسات استرس زا که منجر به مشاوره شده است از بین رفته است یا خیر

- ارزیابی توانایی مقابله و درک مراجع از خود و دیگران

• تعیین اینکه آیا مراجع می تواند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کند و قادر به دوست داشتن و دوست داشته شدن است یا خیر

• بررسی اینکه آیا مراجع توانایی های

برنامه ریزی و کار مولد را کسب کرده است یا خیر

• ارزیابی اینکه آیا مراجع می تواند بهتر بازی کند و از زندگی لذت ببرد یا خیر

این زمینه ها برای همه مراجعان به یک اندازه مهم نیستند، اما

ضروری است که قبل از خاتمه دادن به مشاوره، مراجعان احساس کنند برای زندگی مؤثر بدون رابطه

مطمئن هستند (وارد، ۱۹۸۴؛ یانگ، ۲۰۱۷).

حداقل دو روش دیگر برای تسهیل پایان دادن به رابطه مشاور-مراجع وجود دارد.

یکی شامل استفاده از محو شدن است.

دیکسون و گلوور (۱۹۸۴) محو شدن را به عنوان "کاهش تدریجی در ساختارهای غیرطبیعی

ایجاد شده برای ایجاد تغییرات مطلوب" تعریف می کنند (ص. ۱۶۵). به عبارت دیگر،

مراجعان به تدریج دریافت تقویت از مشاوران برای رفتار به

شیوه های خاص را متوقف می کنند و وقت ملاقات ها با فاصله بیشتری تنظیم می شوند. هدف مطلوب تمام

مشاوره ها

کمک به مراجعان برای کاهش وابستگی به مشاور و جلسات مشاوره

و افزایش وابستگی به خود و وابستگی متقابل با دیگران است. از مشاوره، مراجعان همچنین باید تقویت مثبت احتمالات طبیعی را بیاموزند. برای ترویج محو شدن، جلسات مشاوره می توانند به سادگی کوتاه شوند

(مثلاً از ۵۰ به ۳۰ دقیقه) و همچنین با فاصله بیشتری تنظیم شوند (مثلاً از هر

هفته به هر ۲ هفته) (کورمیر، نوریوس و آزبورن، ۲۰۱۷؛ مک کلوسکی و اینگرسول، ۲۰۰۱).

روش دیگر برای ترویج خاتمه دادن، کمک به مراجعان برای توسعه مهارت های موفقیت آمیز حل مسئله است.

مراجعان، مانند هر کس دیگری، دائماً با مشکلات روبرو هستند. اگر مشاوران

بتوانند به مراجعان خود کمک کنند تا روش های مؤثرتری برای مقابله با این

مشکلات بیاموزند، مراجعان دیگر به رابطه مشاوره نیاز نخواهند داشت. این یک فرآیند تعمیم از

تجربه مشاوره به زندگی است. در بهترین حالت، این فرآیند شامل تأکید بر آموزش و پیشگیری و همچنین

مهارت های تصمیم گیری برای زندگی روزمره

و موقعیت های بحرانی است.

تأمل شخصی

چه زمانی آموزش، چه رسمی و چه

خودآموز، به شما کمک کرده است از انجام کاری دست بکشید (مثلاً سیگار کشیدن، جویدن ناخن ها، نشان

دادن یک تیک عصبی، پرحرفی بیش از حد)؟ چگونه انجام دادن کاری جدید را به خاتمه دادن مرتبط می

کنید؟

مقاومت در برابر خاتمه دادن

مقاومت در برابر خاتمه دادن ممکن است از سوی

مشاور یا مراجع باشد. ولف و پترسون (۲۰۰۵) اشاره می کنند که مقاومت

به ویژه زمانی محتمل است که رابطه مشاوره برای مدت طولانی به طول انجامیده باشد

یا شامل سطح بالایی از صمیمیت بوده باشد. عوامل دیگری که ممکن است باعث

مقاومت شوند عبارتند از درد از دست دادن های قبلی، تنهایی، اندوه حل نشده،

ارضای نیاز، ترس از طرد شدن و ترس از مجبور شدن به خودکفایی.

برخی از این عوامل در مراجعان شایع تر هستند، در حالی که برخی دیگر بیشتر

مشاوران را توصیف می کنند.

مقاومت مراجع

مراجعان به طرق مختلف در برابر خاتمه دادن مقاومت می کنند. دو بیان به راحتی قابل تشخیص از

مقاومت عبارتند از (الف) درخواست زمان بیشتر در پایان جلسه و (ب) درخواست

وقت ملاقات بیشتر پس از دستیابی به هدف. شکل مشکل سازتر دیگر از مقاومت مراجع ایجاد مشکلات جدیدی

است که بخشی از نگرانی اصلی نبوده اند، مانند افسردگی یا اضطراب. ظهور این علائم

خاتمه دادن را دشوارتر می کند؛ در چنین شرایطی، مراجع ممکن است مشاور را متقاعد کند

که فقط او می تواند کمک کند. بنابراین، مشاور ممکن است به دلایل شخصی یا اخلاقی

احساس وظیفه کند که به کار با فرد ادامه دهد.

صرف نظر از استراتژی به کار گرفته شده، فرآیند خاتمه دادن

بهترین شکل به تدریج انجام می شود. جلسات می توانند به مرور زمان کم تر شوند، و

مهارت ها، توانایی ها و منابع مراجع به طور همزمان برجسته شوند.

گاهی اوقات وقتی مراجعان به ویژه در خاتمه دادن مردد هستند، مشاور می تواند

تعداد محدودی از جلسات آینده را "تجویز" کند یا با مراجعان بر نحوه

آماده سازی خود برای عود تمرکز کند (اندرسون و استوارت، ۱۹۸۳).

این روش ها پنهان را آشکارتر می کنند و به مشاوران و مراجعان کمک می کنند

تا مشخص کنند چه مسائلی در ترک کردن دخیل هستند.

ویکیو (۱۹۹۰) روش منحصر به فردی برای اجرای یک

استراتژی مشخص برای دانشجویان دانشگاه که با از دست دادن و خاتمه دادن روبرو هستند، ایجاد کرده است.

او در کتابچه خداحافظی،

توضیح می دهد که خداحافظی به چه معناست و چرا باید خداحافظی انجام شود. سپس

پنج حرف "د" را برای مقابله موفقیت آمیز با ترک و از دست دادن و تعداد مساوی حرف "د" را برای مقابله

ناموفق با آنها مورد بحث قرار می دهد (ص. ۵۷۶).

مقابله موفقیت آمیز با از دست دادن

۱. روش هایی برای تبدیل انتقال خود به یک فرآیند تدریجی تعیین کنید.
۲. اهمیت فعالیت های مختلف در زندگی خود را کشف کنید.
۳. این اهمیت را برای دیگران شرح دهید.
۴. از آنچه به دست آورده اید و آنچه در پیش رو دارید لذت ببرید.
۵. زمینه های تداوم در زندگی خود را تعریف کنید. مقابله ناموفق با از دست دادن
۶. از دست دادن را انکار کنید.
۷. تجربه خود را با بزرگنمایی بیش از حد تحریف کنید.
۸. فعالیت ها و روابط خود را تحقیر کنید.
۹. خود را از فکر کردن به ترک کردن منحرف کنید.
۱۰. به طور ناگهانی از فعالیت ها و روابط خود جدا شوید. لرنر و لرنر (۱۹۸۳) معتقدند که مقاومت مراجع اغلب ناشی از ترس از تغییر است. اگر مراجعان برای یک رابطه مشاوره ارزش قائل شوند، ممکن است بترسند که بدون آن نتوانند به خوبی عمل کنند. به عنوان مثال، افرادی که در محیط های ناپایدار یا آشوبناک شامل سوء مصرف الکل یا طلاق خصمانه بزرگ شده اند، ممکن است به ویژه مستعد چسبیدن به ثبات مشاوره و رابطه با مشاور باشند. حیاتی است که مشاور نیازهای خاص این افراد و مشکلاتی را که در مقابله با تنهایی و صمیمیت دارند، تشخیص دهد. حتی مهم تر این است که مشاور اقداماتی برای کمک به این مراجعان در کمک به خودشان با بررسی مزایای کار در سایر محیط های درمانی، مانند گروه های حمایتی یا خودیاری، انجام دهد. برای چنین مراجعانی، مشاوره به طور بالقوه اعتیاد آور است. اگر آنها می خواهند به شیوه های سالم عمل کنند، باید منابع حمایتی جایگزین پیدا کنند. مقاومت

مشاور اگرچه هدف نهایی در مشاوره این است که مشاوران برای مراجعان خود منسوخ و غیرضروری شوند، برخی از مشاوران در گفتن خداحافظی در زمان مناسب مردد هستند (نیستول، ۲۰۱۶). مراجعانی که نیازهای خاص یا غیرمعمول دارند یا کسانی که بسیار مولد هستند ممکن است به ویژه برای مشاوران جذاب باشند. گودیر (۱۹۸۱) هشت شرط را فهرست می کند که در آنها خاتمه دادن ممکن است برای مشاوران به ویژه دشوار باشد:

۱۱. هنگامی که خاتمه دادن نشان دهنده پایان یک رابطه مهم است

۱۲. هنگامی که خاتمه دادن اضطراب های مشاور را در مورد توانایی مراجع برای عملکرد مستقل برمی انگیزد

۱۳. هنگامی که خاتمه دادن احساس گناه را در مشاور در مورد عدم اثربخشی بیشتر با مراجع برمی انگیزد

۱۴. هنگامی که مفهوم خود حرفه ای مشاور توسط مراجعی که به طور ناگهانی و با عصبانیت ترک می کند تهدید می شود

۱۵. هنگامی که خاتمه دادن نشان دهنده پایان یک تجربه یادگیری برای مشاور است (مثلاً، مشاور ممکن است برای یادگیری بیشتر در مورد پویایی یک اختلال یا یک فرهنگ خاص به مراجع تکیه کرده باشد)

۱۶. هنگامی که خاتمه دادن نشان دهنده پایان یک تجربه به ویژه هیجان انگیز زندگی نیابتی از طریق مآجراهای مراجع است

۱۷. هنگامی که خاتمه دادن به یک بازنمایی نمادین از دیگر (به ویژه خداحافظی های حل نشده) در زندگی مشاور تبدیل می شود

۱۸. هنگامی که خاتمه دادن در مشاور برمی انگیزد

لرنر و لرنر (۱۹۸۳) معتقدند که مقاومت مراجع اغلب ناشی از ترس از تغییر است. اگر مراجعان برای رابطه مشاوره ارزش قائل شوند، ممکن است بترسند که بدون آن نتوانند به خوبی عمل کنند. به عنوان مثال، افرادی که در محیط‌های ناپایدار یا آشفته با سوء مصرف الکل یا طلاق خصمانه بزرگ شده‌اند، ممکن است به ویژه مستعد چسبیدن به ثبات مشاوره و رابطه با مشاور باشند. بسیار مهم است که مشاور نیازهای ویژه این افراد و مشکلاتی را که در مقابله با تنهایی و صمیمیت دارند، تشخیص دهد. مهم‌تر از آن، مشاور باید گام‌هایی برای کمک به این مراجعان بردارد تا با بررسی مزایای کار در سایر محیط‌های درمانی، مانند گروه‌های حمایتی یا خودیاری، به خودشان کمک کنند. برای چنین مراجعانی، مشاوره به طور بالقوه اعتیادآور است. اگر قرار است آنها به روش‌های سالم عمل کنند، باید منابع حمایتی جایگزین پیدا کنند.

مقاومت مشاور

اگرچه هدف نهایی در مشاوره این است که مشاوران برای مراجعانشان منسوخ و غیرضروری شوند، برخی از مشاوران در گفتن خداحافظی در زمان مناسب مردد هستند (نیستول، ۲۰۱۶). مراجعانی که نیازهای خاص یا غیرمعمول دارند یا کسانی که بسیار سازنده هستند، ممکن است به ویژه برای مشاوران جذاب باشند. گودیر (۱۹۸۱) هشت شرایط را فهرست می‌کند که در آنها بستن پرونده ممکن است به ویژه برای مشاوران دشوار باشد:

۱. وقتی بستن پرونده نشان دهنده پایان یک رابطه مهم است.
۲. وقتی بستن پرونده اضطراب‌های مشاور را در مورد توانایی مراجع برای عملکرد مستقل برمی‌انگیزد.
۳. وقتی بستن پرونده احساس گناه را در مشاور در مورد اینکه با مراجع مؤثرتر نبوده است، برمی‌انگیزد.
۴. وقتی مفهوم خود حرفه‌ای مشاور توسط مراجعی که ناگهانی و با عصبانیت می‌رود، تهدید می‌شود.

۵. وقتی بستن پرونده نشان دهنده پایان یک تجربه یادگیری برای مشاور است (به عنوان مثال، مشاور ممکن است برای یادگیری بیشتر در مورد پویایی یک اختلال یا یک فرهنگ خاص به مراجع تکیه کرده باشد).

۶. وقتی بستن پرونده نشان دهنده پایان یک تجربه به ویژه هیجان‌انگیز زندگی نیابتی از طریق ماجراهای مراجع است.

۷. وقتی بستن پرونده به یک بازنمایی نمادین از دیگر خداحافظی‌ها (به ویژه حل نشده) در زندگی مشاور تبدیل می‌شود.

۸. وقتی بستن پرونده در مشاور تعارض‌هایی را در مورد فردیت خود او برمی‌انگیزد (ص. ۳۴۸).

مهم است که مشاوران هرگونه مشکلی را که در رها کردن برخی از مراجعان دارند، تشخیص دهند. مشاور ممکن است برای مقابله با این مشکل از همکاران خود مشاوره بگیرد یا برای حل این مشکل تحت مشاوره قرار گیرد. گزینه دوم اگر مشاور سابقه شخصی دوری‌گزینی، انزوا و ترس بیش از حد از صمیمیت داشته باشد، بسیار ارزشمند است. گای (۱۹۸۷) گزارش می‌دهد که برخی از افرادی که وارد حرفه‌های یاری‌رسانی می‌شوند، دقیقاً چنین ویژگی‌هایی دارند.

تأمل شخصی

تقریباً همه افراد در زندگی خود موقعیتی داشته‌اند که خیلی زود به پایان رسیده یا کمتر از حد ایده‌آل بوده است. ممکن است بخواهید برخی از آن زمان‌ها را در زندگی خود بررسی کنید.

آیا تصدیق آن احساسات یا رفتارها می‌تواند به شما در کار با مراجعی که ممکن است نخواهید جلساتش را خاتمه دهید کمک کند؟ چگونه؟

خاتمه زودهنگام

این سؤال که آیا مراجعان مشاوره را زودتر از موعد خاتمه می‌دهند، معمولاً با تعداد جلساتی که مراجع تکمیل کرده است قابل اندازه‌گیری نیست. بلکه، خاتمه زودهنگام اغلب به این بستگی دارد که مراجعان چقدر معتقدند به اهداف شخصی خود دست یافته‌اند و چقدر به طور کلی عملکرد خوبی دارند. اقلیت قابل توجهی از افراد گزارش دادند که به دلیل نارضایتی از درمان، زودتر از موعد خاتمه داده‌اند. مراجعانی که اتحاد درمانی ضعیف‌تری دارند، بیشتر از کسانی که با مشاور خود رابطه خوبی برقرار می‌کنند، احتمال دارد از مشاوره انصراف دهند (شرف، پریمورا و دینر، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد خاتمه زودهنگام در بین مراجعان با درآمد پایین‌تر و تحصیلات کمتر که ممکن است بسیاری از ظرافت‌های مشاوره را درک نکنند، شیوع بیشتری دارد (وستماکات و هانسلی، ۲۰۱۰). مراجعان جوان‌تر، کسانی که اختلال عملکرد بیشتری دارند و افراد رنگین پوست نیز بیشتر احتمال دارد از مشاوره انصراف دهند (لامپروپولوس، اشنايدر و اسپنگلر، ۲۰۰۹).

صرف نظر از طبقه اجتماعی-اقتصادی و سایر عوامل پیشینه، برخی از مراجعان تعهد یا انگیزه کمی برای تغییر شرایط فعلی خود نشان می‌دهند و درخواست می‌کنند که مشاوره پس از جلسه اول خاتمه یابد. چنین

درخواستی در صورتی بیشتر احتمال دارد که این مراجعان ابتدا با یک مشاور پذیرش ملاقات کنند و سپس به مشاور درمانی دیگری منتقل شوند (نیلسن و همکاران، ۲۰۰۹). سایر مراجعان پس از درک کار لازم برای تغییر، تمایل خود را برای خاتمه زودهنگام ابراز می‌کنند.

صرف نظر از اینکه مراجعان چگونه تمایل خود را برای خاتمه زودهنگام ابراز می‌کنند، احتمالاً افکار و احساساتی را در مشاور برمی‌انگیزد که باید با آنها برخورد شود. هانسن، وارنر و اسمیت (۱۹۸۰) پیشنهاد می‌کنند که اگر مراجع قبل از دستیابی به اهداف مشخص شده تمایل به خاتمه دادن داشته باشد یا اگر مشاور مشکوک به وقوع خاتمه زودهنگام باشد، موضوع خاتمه زودهنگام باید به طور آشکار بین مشاور و مراجع مورد بحث قرار گیرد. با بحث و گفتگو، افکار و احساسات هر دو مراجع و مشاور قابل بررسی است و از پایان زودهنگام جلوگیری می‌شود.

گاهی اوقات مراجع از آمدن به قرار ملاقات خودداری می‌کند و برای تعیین وقت مجدد تماس نمی‌گیرد. در چنین مواردی، مشاور باید سعی کند از طریق تلفن یا نامه با مراجع تماس بگیرد. ارسال نامه به مراجع به او "فضای" بیشتری می‌دهد تا در مورد تصمیم خود برای ادامه یا عدم ادامه مشاوره فکر کند (مک کلوسکی و اینگرسول، ۲۰۰۱). یک نمونه نامه "عدم حضور" به شرح زیر است:

جناب/خانم _____:

من در جلسه برنامه‌ریزی شده قبلی شما را ندیدم. بسیار مایلم که به همکاری خود ادامه دهیم، با این حال، انتخاب در مورد مشاوره با شماست. اگر تمایل به تعیین وقت مجدد دارید، لطفاً در ۳۰ روز آینده این کار را انجام دهید؟ در غیر این صورت، پرونده شما را خواهم بست و فرض خواهم کرد که در حال حاضر علاقه‌ای به دریافت خدمات ندارید.

با احترام،

مری مشاور (ص. ۱۷۹)

اگر مشاور دریابد که مراجع مایل به ترک است، ممکن است مصاحبه خروجی ترتیب داده شود. وارد (۱۹۸۴) چهار مزیت احتمالی را از چنین مصاحبه ای گزارش می دهد:

۱. مصاحبه خروجی ممکن است به مراجع کمک کند تا هرگونه احساس منفی ناشی از تجربه مشاوره را حل کند.

۲. مصاحبه خروجی راهی برای دعوت از مراجع برای ادامه مشاوره در صورت تمایل است.

۳. در صورت تمایل مراجع، می توان در مصاحبه خروجی نوع دیگری از درمان یا مشاور دیگری را در نظر گرفت.

۴. مصاحبه خروجی ممکن است احتمال اینکه مراجع در دفعه بعد که به کمک نیاز دارد، به دنبال مشاوره

باشد را افزایش دهد. در خاتمه دادن زودرس، یک مشاور اغلب یکی از دو اشتباه را مرتکب می شود.

یکی سرزنش خود یا مراجع برای آنچه در حال رخ دادن است. احتمال اینکه مشاور مراجع را سرزنش

کند بیشتر است. در هر صورت، کسی مورد سرزنش قرار می گیرد و مشکل تشدید می شود. ممکن

است سازنده تر باشد که مشاور وضعیت را به عنوان وضعیتی در نظر بگیرد که هیچ کس مقصر نیست.

این استراتژی مبتنی بر این ایده است که برخی از تطابق ها بین مراجعان و مشاوران کار نمی کنند.

اشتباه دوم از سوی مشاور، رفتار بی تفاوت نسبت به وضعیت است. نمونه ای از آن مشاورانی هستند که

می گویند: "حیف که این مراجع تصمیم گرفته است مشاوره را ادامه ندهد، اما من مراجعان دیگری

دارم." برای جلوگیری از هر یک از این اشتباهات، مشاوران باید دریابند که چرا مراجع زودتر از موعد

خاتمه داده است. دلایل احتمالی عبارتند از: • برای اینکه ببیند آیا مشاور واقعاً اهمیت می دهد یا خیر

• برای تلاش برای برانگیختن احساسات مثبت از مشاور • برای تنبیه یا تلاش برای آسیب رساندن به

مشاور • برای از بین بردن اضطراب • برای نشان دادن به مشاور که مراجع درمان دیگری در جای دیگری پیدا کرده است • برای بیان به مشاور که مراجع احساس نمی کند درک شده است مشاوران باید درک کنند که صرف نظر از کاری که انجام می دهند، برخی از مراجعان زودتر از موعد مشاوره را خاتمه می دهند. این درک به مشاوران اجازه می دهد احساس کنند که مجبور نیستند کامل باشند و آنها را آزاد می کند تا در رابطه درمانی اصیل تر باشند. همچنین آنها را قادر می سازد تا آشکارا اذعان کنند که مهم نیست چقدر با استعداد و ماهر هستند، برخی از مراجعان مشاوران دیگر را مفیدتر می دانند. در حالت ایده آل، مشاوران از آناتومی خاتمه دادن آگاه هستند. با چنین دانشی، آنها برای برخورد واقع بینانه با موقعیت های خاتمه دادن توانمند می شوند. همه افرادی که به دنبال مشاوره هستند به یک اندازه برای کار در چنین رابطه ای آماده نیستند و سطح آمادگی ممکن است با ادامه رابطه متفاوت باشد. برخی از مراجعان به دلایل موجه نیاز به خاتمه دادن زودرس دارند و اقدام آنها لزوماً نشان دهنده عدم صلاحیت مشاور نیست. مشاوران فقط می توانند تعداد محدودی از متغیرها را در یک رابطه مشاوره کنترل کنند. فهرست زیر شامل چندین متغیری است که احتمالاً در جلوگیری از خاتمه دادن زودرس مؤثرتر هستند (یانگ، ۲۰۱۷): • وقت ملاقات ها. هرچه زمان بین وقت ملاقات ها کمتر و برنامه ریزی آنها منظم تر باشد، بهتر است. • آشنایی با مشاوره. هرچه مراجعان بیشتر در مورد فرآیند مشاوره بدانند، احتمال اینکه به آن ادامه دهند بیشتر است. • ثبات مشاور. مراجعان دوست ندارند از مشاور به مشاور دیگر منتقل شوند. بنابراین، مشاور باید پذیرش اولیه را انجام می دهد باید مشاوره را ادامه دهد. • یادآوری برای ایجاد انگیزه در حضور مراجع. کارت ها، تماس های تلفنی، پیامک ها یا ایمیل می توانند یادآوری های مؤثری باشند. با این حال، به دلیل حساسیت مشاوره، مشاور همیشه باید از مراجع اجازه ارسال یادآوری وقت ملاقات را داشته باشد. خاتمه دادن توسط مشاور خاتمه دادن توسط مشاور نقطه مقابل خاتمه دادن زودرس است. گاهی اوقات مشاور نیاز دارد به روابط خود با برخی یا همه مراجعان

پایان دهد. دلایل آن شامل بیماری، کار کردن بر روی انتقال متقابل، نقل مکان به منطقه دیگر، پایان دوره کارآموزی یا تجربه عملی، سفر طولانی یا درک اینکه نیازهای مراجع می تواند توسط شخص دیگری بهتر برآورده شود. دلایل دیگر برای خاتمه دادن به رابطه مراجع مرتبط با احساس خطر مشاور یا عدم پرداخت هزینه های توافق شده توسط مراجع است. اینها مواردی هستند که کاوانا و لویتوف (۲۰۰۲) آنها را "دلایل موجه" برای خاتمه دادن مشاور طبقه بندی می کنند. دلایل ضعیف نیز برای خاتمه دادن توسط مشاور وجود دارد. اینها شامل احساسات خشم، بی حوصلگی یا اضطراب مشاور است. اگر مشاوران به دلیل چنین احساساتی رابطه ای را خاتمه دهند، مراجعان ممکن است احساس طرد شدن و حتی بدتر از آنچه در ابتدا بودند داشته باشند. کنار آمدن با طرد شدن از سوی همسالان یک چیز است؛ کنار آمدن با طرد شدن از سوی مشاور چیز دیگری است. اگرچه مشاور ممکن است احساسات منفی نسبت به مراجع داشته باشد، اما می توان بدون رفتار مضر، این احساسات را پذیرفت و بر آنها غلبه کرد. هم لندن (۱۹۸۲) و هم سلیگمن (۱۹۸۴) مدل هایی برای کمک به مراجعان در مقابله با غیبت موقت مشاور ارائه می دهند. این محققان تأکید می کنند که مراجعان و مشاوران باید تا حد امکان از قبل برای خاتمه دادن موقت آماده شوند و با بحث آشکار در مورد رویداد قریب الوقوع و بررسی هرگونه احساس قوی در مورد مسئله جدایی. مراجعان ممکن است در واقع از خاتمه دادن توسط مشاور سود ببرند و متوجه شوند که مشاور انسان است و قابل جایگزینی است. آنها همچنین ممکن است درک کنند که افراد در مورد نحوه برخورد با روابط بین فردی حق انتخاب دارند. علاوه بر این، آنها ممکن است احساسات قبلی و تصمیمات مهم زندگی را بررسی کنند و به طور واضح تر بیاموزند که رفتارهای جدید به سایر تجربیات زندگی منتقل می شوند (لندن، ۱۹۸۲). تمرکز مجدد نیز ممکن است در طول فرآیند خاتمه دادن رخ دهد و به مراجعان کمک کند تا مسائل مورد نظر برای کار کردن را واضح تر ببینند. سلیگمن (۱۹۸۴) روش ساختارمندتری را برای آماده سازی مراجعان برای خاتمه دادن توسط

مشاور نسبت به لندن توصیه می کند، اما هر دو مدل می توانند مؤثر باشند. در هر موقعیتی مانند این مهم است که اطمینان حاصل شود که مراجعان نام و شماره تلفن چند مشاور دیگر را برای تماس در صورت اضطراری دارند. مسئله خاتمه دادن دائمی توسط مشاور نیز وجود دارد. در جامعه متحرک امروزی "بیش از گذشته، این مشاوران هستند که می روند و مطمئن هستند که برنخواهند گشت" (پیرسون، ۱۹۹۸، ص. ۵۵). در چنین مواردی، خاتمه دادن برای مراجعان دردناک تر است و چالش بزرگی برای مشاوران ایجاد می کند. زمان بندی مورد انتظار در فرآیند مشاوره از بین می رود. در خاتمه دادن دائمی توسط مشاور، همچنان حیاتی است پیشرفت مراجعان بررسی شود، رابطه در زمان مشخصی به پایان برسد و برنامه های پس از مشاوره تنظیم شود. تعدادی وظایف دیگر باید انجام شود؛ از جمله اینها مشاوران باید احساسات خود در مورد خاتمه دادن، مانند غم، اندوه، خشم و ترس را بررسی کنند. علاوه بر این، مشاوران باید ضررهای مراجعان را در چشم انداز قرار دهند و بر این اساس برنامه ریزی کنند که هر مراجع چگونه با از دست دادن کنار خواهد آمد. مشاوران باید به نیازهای جسمی خود نیز توجه کنند و در صورت لزوم به دنبال حمایت حرفه ای و شخصی باشند. مشاوران در فرآیند آماده سازی خود برای خاتمه دادن، باید با مراجعان در مورد محل رفتن، کاری که انجام خواهند داد یا سایر دلایل پایان دادن به رابطه، صادق باشند. آنها باید چنین اعلامیه هایی را به موقع انجام دهند و به مراجعان اجازه پاسخ دهند. آنها همچنین باید زمان کافی برای پردازش پایان دادن به مراجع اختصاص دهند—حداقل ۳۰ روز در صورت امکان (هرلیهی و کوری، ۲۰۱۵). "همدلی پیشرفته وسیله ای قدرتمند برای کمک به مراجعان برای بیان و بررسی طیف احساساتشان است" (پیرسون، ۱۹۹۸، ص. ۶۱). ترتیب انتقال یا ارجاع به مشاوران دیگر در صورت نیاز مراجعان بسیار مهم است. حیاتی است که مراجع احساس رها شدن نکند. در نهایت، مسئله خداحافظی و پایان دادن به رابطه وجود دارد. این فرآیند ممکن است از طریق استفاده از فوریت و/یا مناسک تسهیل شود.

مثال موردی

میگوئل نقل مکان می کند

میگوئل از کار خود به عنوان مشاور در

خدمات خانوادگی لذت می برد. او مشتاق، پرانرژی و دارای تعداد زیادی پرونده بود.

با این حال، هنگامی که همسرش در محل کار ترفیع گرفت که مستلزم نقل مکان به

شهر دیگری بود، متوجه شد که باید به فعالیت مشاوره فعلی خود پایان دهد.

بیشتر از همه این واقعیت آزاردهنده بود که او فقط یک ماه برای انجام این کار فرصت داشت و میگوئل در

کودکی دچار ضربه روحی در مورد از دست دادن شده بود. بنابراین، میگوئل دقیقاً مطمئن نبود چه کاری باید

انجام دهد و چگونه. او می خواست حرفه ای و مفید برای مراجعانش باشد، اما همچنین می خواست از خودش

مراقبت کند.

چگونه اقدامات اولیه میگوئل در مورد مراجعانش را اولویت بندی می کنید؟ آیا نامه ای که به آنها اطلاع دهد او

در حال رفتن است غیرحرفه ای یا بی ادبانه خواهد بود؟ چگونه پیشنهاد می کنید میگوئل از خودش مراقبت

کند؟

پایان دادن با یادداشت مثبت

فرآیند خاتمه دادن، مانند خود مشاوره،

شامل یک سری نقاط بازرسی است که مشاوران و مراجعان می توانند

برای ارزیابی پیشرفتی که دارند و تعیین آمادگی خود برای

انتقال به مرحله دیگر به آنها مراجعه کنند. مهم است که خاتمه دادن به طور متقابل توافق شود،

در صورت امکان، تا همه افراد درگیر بتوانند به شیوه هایی که سازنده ترین تلقی می شوند پیش بروند. با این حال، این همیشه امکان پذیر نیست. ولفل و پترسون

(۲۰۰۵، صص. ۱۲۴-۱۲۵) چهار

دستورالعمل را ارائه می دهند که یک مشاور می تواند برای پایان دادن به یک رابطه مشاوره ای شدید به شیوه ای مثبت از آنها استفاده کند:

۱. "از نیازها و خواسته های مراجع آگاه باشید و به مراجع زمان بدهید تا آنها را بیان کند." در پایان یک

رابطه مشاوره ای، مراجع ممکن است به زمان نیاز داشته باشد تا از کمک دریافتی قدردانی کند.

مشاوران باید چنین عباراتی را "بدون کم اهمیت جلوه دادن ارزش کار خود" بپذیرند.

۲. "رویدادهای اصلی تجربه مشاوره را مرور کنید و این مرور را به زمان حال بیاورید." هدف از این فرآیند

کمک به مراجع برای دیدن وضعیت فعلی خود نسبت به ابتدای مشاوره و درک کامل تر رشدی است

که حاصل شده است. این روش شامل مرور لحظات مهم گذشته و نقاط عطف در رابطه با تمرکز بر

شخصی سازی خلاصه است.

۳. "تغییراتی را که مراجع ایجاد کرده است به طور حمایتی تصدیق کنید." در این مرحله، مشاور به مراجع

اطلاع می دهد که پیشرفت حاصل شده را تشخیص می دهد و فعالانه مراجع را به حفظ آن تشویق می

کند. "هنگامی که مراجع تصمیم گرفته است برنامه های عملی" برای مسائلی که در مشاوره مطرح

شده اند "را اجرا نکند، فرآیند خاتمه دادن باید شامل فهرستی از این مسائل و بحث در مورد گزینه

مشاوره در آینده نیز باشد."

۴. "درخواست تماس پیگیری کنید." روابط مشاوره ای در نهایت به پایان می رسند، اما مراقبت، نگرانی و احترامی که مشاوران برای مراجعان دارند در جلسه آخر خاتمه نمی یابد. مراجعان باید بدانند که مشاوران همچنان به آنچه در زندگی آنها می گذرد علاقه مند هستند. این یک انگیزه اضافی برای مراجعان است تا تغییراتی را که مشاوره ایجاد کرده است حفظ کنند. مسائل مربوط به خاتمه دادن: پیگیری و ارجاع پیگیری شامل بررسی وضعیت مراجع در رابطه با هر مشکلی که وجود داشته است، مدتی پس از خاتمه دادن رخ داده است (اوکون و کانراویتز، ۲۰۱۵). در اصل، این یک فرآیند نظارت مثبت است که رشد مراجع را تشویق می کند (ایگان، ۲۰۱۴). پیگیری مرحله ای است که برخی از مشاوران از آن غفلت می کنند. این مهم است زیرا دستاوردهای مراجعان در مشاوره را تقویت می کند و به مشاور و مراجع کمک می کند تا تجربه را مجدداً ارزیابی کنند. همچنین مراقبت و نگرانی واقعی مشاور برای مراجع را تأکید می کند. پیگیری می تواند به صورت کوتاه مدت یا بلند مدت انجام شود. پیگیری کوتاه مدت معمولاً ۳ تا ۶ ماه پس از خاتمه رابطه مشاوره انجام می شود. پیگیری بلند مدت حداقل ۶ ماه پس از خاتمه دادن انجام می شود. پیگیری ممکن است اشکال مختلفی داشته باشد، اما چهار روش اصلی وجود دارد که معمولاً از طریق آنها انجام می شود (کورمیر و همکاران، ۲۰۱۷). اولین روش این است که مراجع را برای یک جلسه دعوت کنید تا در مورد هرگونه پیشرفتی که در دستیابی به اهداف مطلوب داشته است بحث کند. روش دوم از طریق تماس تلفنی با مراجع است. تماس به مراجع اجازه می دهد تا به مشاور گزارش دهد، اگرچه فقط تعامل کلامی امکان پذیر است. روش سوم این است که مشاور نامه ای برای مراجع ارسال کند و در مورد وضعیت فعلی مراجع سؤال کند. روش چهارم و غیرشخصی تر این است که مشاور پرسشنامه ای را برای مراجع پست یا ایمیل کند که به سطوح فعلی عملکرد مراجع می پردازد. بسیاری از سازمان های دولتی از این نوع پیگیری به عنوان راهی برای نشان دادن پاسخگویی استفاده می کنند. چنین رویه هایی مانع استفاده از رویه های

پیگیری شخصی تر توسط مشاوران فردی نمی شود. اگرچه زمان بر است، اما پیگیری شخصی احتمالاً مؤثرترین راه برای ارزیابی تجربیات مشاوره گذشته است. این کار به مراجعان اطمینان می دهد که به عنوان فرد مورد توجه قرار می گیرند. گاهی اوقات، صرف نظر از نوع پیگیری مورد استفاده، اگر مراجع پیشرفت خود را از طریق استفاده از نمودارها یا جداول نظارت کند، مفید است. سپس، هنگام ارائه اطلاعات به مشاور، مراجع می تواند این کار را به شیوه ای ملموس تر و عینی تر انجام دهد. اگر مشاور و مراجع در پایان جلسه آخر بر زمان پیگیری توافق کنند، این نوع خودنظارتی ممکن است به ویژه معنادار باشد و به مراجع مدرک ملموسی از پیشرفت و بینش های واضح تر بدهد.

مثال موردی

پیگیری فلو

فلو مشاور بسیار خوبی بود، اما

یک نقص عمده داشت: او هرگز با مراجعان خود پیگیری نمی کرد. تا جایی که به او مربوط می شد، آنها خوب بودند مگر اینکه خلاف آن ثابت شود. در ۲۰ سال

مشاوره، فلو فقط تعداد انگشت شماری از مراجعان را داشته است که برای درمان بیشتر بازگشته اند.

بنابراین، فلو فرضیه ای ارائه کرد که او توانسته است افراد بیشتری را ببیند و به آنها کمک کند

زیرا وقت خود را صرف تعامل با کسانی که بهتر شده بودند نمی کرد.

آیا فلسفه فلو می تواند درست باشد؟ اگر نه،

چرا نه؟ آیا شما آن را اتخاذ می کنید؟

ارجاع و بازیافت

مشاوران قادر به کمک به همه افرادی که

به دنبال کمک هستند نیستند. هنگامی که مشاور متوجه می شود که یک وضعیت غیرسازنده است،

مهم است که بداند آیا باید رابطه را خاتمه دهد یا ارجاع دهد. ارجاع شامل

ترتیب دادن کمک دیگر برای مراجع زمانی که ترتیب اولیه مفید نیست یا نمی تواند

مفید باشد (اوکون و کانتراویتز، ۲۰۱۵). دلایل زیادی برای ارجاع وجود دارد، از جمله موارد زیر (گلدشتاین،

۱۹۷۱):

- مراجع مشکلی دارد که مشاور نمی داند چگونه با آن برخورد کند.
- مشاور در یک زمینه خاص (مثلاً سوء مصرف مواد یا اختلالات روانی) بی تجربه است و مهارت لازم برای کمک به مراجع را ندارد.
- مشاور از یک متخصص نزدیک آگاه است که می تواند برای مراجع مفیدتر باشد.
- مشاور و مراجع شخصیت های ناسازگاری دارند.
- رابطه بین مشاور و مراجع در مرحله اولیه مشاوره گیر کرده است.

ارجاعات

شامل چگونگی، چه زمانی و چه کسی است. چگونگی شامل دانستن نحوه تماس با یک منبع کمک و برخورد با

مراجع برای به حداکثر رساندن شانس اینکه او فرآیند ارجاع را دنبال کند. مراجع ممکن است در برابر ارجاع مقاومت کند اگر احساس کند توسط مشاور طرد شده است. ولف و پترسون (۲۰۰۵) پیشنهاد می کنند که مشاور حداقل یک جلسه را با مراجع برای آماده سازی برای ارجاع بگذراند. برخی از مراجعان به چندین جلسه نیاز خواهند داشت.

چه زمانی

ارجاع دادن شامل زمان بندی است. هرچه مراجع مدت طولانی تری با مشاور کار کند، احتمال اینکه مراجع تمایلی به دیدن شخص دیگری داشته باشد کمتر است. بنابراین، زمان بندی حیاتی است. اگر مشاور به بن بست با مراجع خاصی مشکوک شود، باید در اسرع وقت آن مراجع را ارجاع دهد. با این حال، اگر مشاور مدتی با مراجع کار کرده باشد، باید در مورد دادن زمان کافی به مراجع برای عادت کردن به ایده کار با شخص دیگری حساس باشد.

چه کسی ارجاع می دهد

شامل فردی است که شما مراجع را به او می فرستید.

توانایی بین فردی آن متخصص ممکن است در ابتدا به اندازه مهارت های او مهم باشد

اگر ارجاع به خوبی پیش برود. یک سؤال خوب برای پرسیدن از خود هنگام ارجاع این است که آیا مشاور جدید کسی است که شما احساس راحتی می کنید که یکی از اعضای خانواده خود را برای دیدن او بفرستید (مک کلوسکی و اینگرسول، ۲۰۰۱).

باز یافت یک جایگزین است زمانی که مشاور فکر می کند فرآیند مشاوره هنوز کارساز نبوده است

اما می توان آن را به کار انداخت. این به معنای بررسی مجدد تمام مراحل درمان است.

شاید اهداف به درستی تعریف نشده بودند یا استراتژی نامناسبی انتخاب شده بود. در هر صورت، با بررسی مجدد فرآیند مشاوره،

مشاور و مراجع می توانند تصمیم بگیرند که چگونه یا آیا باید در فرآیند مشاوره تجدید نظر و سرمایه گذاری مجدد کنند یا خیر. مشاوره، مانند سایر تجربیات، همیشه

در اولین تلاش موفقیت آمیز نیست. بازیافت به هر دو مشاور و مراجع یک

فرصت دوم برای

دستیابی به آنچه هر کدام می خواهند: تغییر مثبت. خلاصه و نتیجه گیری

این فصل بر درک، مراحل اقدام مشاوره و همچنین خاتمه دادن—یعنی

پایان دادن—تأکید داشته است. کار در یک رابطه مشاوره ای پس از آن رخ می دهد که مراجعان و

مشاوران رابطه برقرار کرده و اهداف احتمالی را برای کار کردن بر روی آنها بررسی کرده باشند. اقدام با تعامل متقابل بین افراد درگیر تسهیل می شود.

مشاور می تواند با راهنمایی های مناسب، چالش های ادراکی، پاسخ چندوجهی، همدلی دقیق، خودافشایی،

فوریت، مقابله، قراردادهای و تمرین به مراجع کمک کند. این مهارت ها بر

مراجع متمرکز هستند، اما به مشاور نیز کمک می کنند تا به خودآگاهی برسد.

مراجع و مشاور باید انتقال

و انتقال متقابل را در رابطه مشاوره ای خود بررسی کنند. برخی از مراجعان و

مشاوران با انتقال و انتقال متقابل کمتری نسبت به

دیگران روبرو خواهند شد، اما مهم است که هر کدام تشخیص دهند چه زمانی درگیر

چنین روش های ارتباطی هستند. هرچه افراد بیشتر از این روش های

ارتباطی آگاه باشند، احتمال آسیب رساندن آنها به روابط خود با

افراد مهم کمتر و احتمال دستیابی به خودآگاهی بیشتر است.

حل موفقیت آمیز این مسائل باعث ایجاد اصالت می شود و ریشه

رشد و دستیابی به هدف، توانایی تجربه جهان به شیوه ای

واقع بینانه است.

خاتمه دادن مرحله ای مهم اما اغلب نادیده گرفته شده و

سوء تفاهم شده از مشاوره است. موضوعات از دست دادن و پایان دادن معمولاً

در مشاوره کمتر از موضوعات رشد و توسعه مورد تأکید قرار می گیرند. بنابراین،

موضوع خاتمه دادن اغلب یا نادیده گرفته می شود یا بدیهی تلقی می شود. با این حال،

خاتمه دادن موفقیت آمیز برای سلامتی و رفاه هم مشاوران و هم

مراجعان حیاتی است. این مرحله ای از مشاوره است که می تواند موفقیت تمام

مراحل قبلی را تعیین کند و باید با مهارت انجام شود.

این فصل بر رویه های مربوط به

خاتمه دادن به یک جلسه مشاوره فردی و همچنین یک رابطه مشاوره طولانی مدت تأکید داشته است. این فرآیندها را می توان برای خاتمه دادن به جلسات مشاوره گروهی یا خانوادگی تعمیم داد. هم مراجعان و هم مشاوران باید برای این

پایان ها آماده شوند. یکی از راه های تسهیل این آمادگی استفاده از ساختار و نشانه های کلامی و غیرکلامی است. مراجعان باید قبل از پایان یافتن رابطه مشاوره ای مهارت های حل مسئله را بیاموزند تا در هنگام مواجهه با موقعیت های دشوار زندگی بتوانند به خود متکی باشند نه به مشاورانشان.

با این حال، مهم است که به مراجع اجازه داده شود در صورت نیاز دوباره با مشاور تماس بگیرد. یک سیاست باز تا حد زیادی اضطراب را کاهش می دهد.

گاهی اوقات مشاور، مراجع یا هر دو در برابر خاتمه دادن به

رابطه مقاومت می کنند. اغلب این مقاومت مربوط به احساسات حل نشده

غم و جدایی است. هنگامی که مراجع چنین احساساتی دارد، ممکن است تصمیم بگیرد

رابطه را زودتر از موعد خاتمه دهد. مشاور نیز ممکن است خاتمه دادن را آغاز کند اما باید این کار را به دلایل

موجه انجام دهد. صرف نظر از اینکه چه کسی خاتمه دادن را آغاز می کند،

حیاتی است که همه افراد درگیر از آنچه در حال رخ دادن است آگاه باشند و بر این اساس آماده شوند.

در صورت امکان، بهتر است مشاوره را با یادداشت مثبت به پایان برسانید. پس از اتمام خاتمه دادن،

انجام نوعی پیگیری در عرض یک سال مفید است.

گاهی اوقات، روش های ارجاع یا بازیافت برای اطمینان از اینکه مراجع

نوع کمک مورد نیاز را دریافت می کند، ضروری است.

آزمایشگاه مشاوره من® برای آشنایی با مشاوره

تمرین های موضوع ۳: ویژگی های مشاور مؤثر را امتحان کنید.

فصل هفتم

نظریه‌های روانکاوی

آدلرین و انسان‌گرایانه مشاوره



مروری بر فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- ماهیت و اهمیت نظریه‌های نسبتاً اولیه مشاوره

- مقدمات، نقش‌های مشاور، اهداف، فنون و نقاط قوت/محدودیت‌های نظریه‌های روانکاوانه
- مقدمات، نقش‌های مشاور، اهداف، فنون و نقاط قوت/محدودیت‌های نظریه آدلرین
- مقدمات، نقش‌های مشاور، اهداف، فنون و نقاط قوت/محدودیت‌های نظریه‌های انسان‌گرایانه،
به ویژه مشاوره فردمحور، مشاوره وجودی و گشتالت‌درمانی

هنگام مطالعه به این موارد توجه کنید:

- چگونه نظریه‌ها مشاوران را در جلسات راهنمایی و هدایت می‌کنند؟
- چگونه نظریه‌ها ضمن حفظ ویژگی‌های متمایز خود، بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و با هم همپوشانی دارند؟
- کدام نظریه‌ها بیشتر برای شما جذاب هستند و چرا؟

می‌دانم گاهی چگونه فشار در دنیای فلزی قوری چای خودت جمع می‌شود، گهگاه برایم سوت می‌زنی، و در مواقع دیگر منفجر می‌شوی! جایی در زیر آن نمای پر سر و صدا (شاید در سکوت یا آرامش) احساسات ممکن است با سرعت و قدرت جریان یابند، مانند رود دان یا شنانداوا، اما اکنون بی‌وقفه در ذهنت می‌جوشند سایه‌های تاریک پر از بخار و گفتگوی خفه‌کننده.

باز چاپ شده از "آهنگ قوری چای"، نوشته اس. تی. گلادینگ، ۱۹۷۴، مشاور مدرسه، ۲۱، ص. ۲۰۹. ©
ساموئل تی. گلادینگ.

مشاوره، بنا به تعریف، فرآیندی است که شامل روابط بین فردی می‌شود (پاترسون، ۱۹۸۵). اغلب به صورت فردی انجام می‌شود و در آن فضایی از اعتماد بین مشاور و مراجع ایجاد می‌شود که ارتباط، اکتشاف، برنامه‌ریزی، تغییر و رشد را تضمین می‌کند. در مشاوره، مراجع از مزایای بازخورد فوری مشاور در مورد رفتارها، احساسات، برنامه‌ها و پیشرفت خود بهره‌مند می‌شود.

چهار متغیر زیر میزان رشد و تغییری را که در هر نوع مشاوره رخ می‌دهد تعیین می‌کنند:

۱. مشاور

۲. مراجع

۳. محیط

۴. گرایش نظری

ما قبلاً برخی از ویژگی‌های جهانی مشاوران مؤثر و فرآیند مشاوره را بررسی کرده‌ایم. به نظر می‌رسد ویژگی‌های خاصی این جنبه‌های مشاوره را متمایز می‌کند. به عنوان مثال، مشاوران مؤثر درک عمیقی از خود، توانایی شناخت غیرقضاوت‌آمیز دیگران، قدردانی از تأثیر فرهنگ‌ها و سابقه تحصیلی قوی دارند. آنها با استفاده از اهداف توافق شده با مراجعان خود درک کرده و کار می‌کنند و متوجه می‌شوند که شخصیت و رابطه بین مشاوران و مراجعان تأثیر قدرتمندی بر یکدیگر و فرآیند مشاوره دارد. محیطی که مشاوره در آن انجام می‌شود نیز یک متغیر حیاتی است. مشاوران در محیط‌های مختلف، مانند مدارس، سازمان‌ها و مراکز بهداشت روان، به روش‌های مختلفی به نیازهای مراجعان پاسخ می‌دهند. مراحل روابط مشاوره نیز در نحوه انجام مشاوره نقش دارند.

• درک عمیق از خود

• توانایی شناخت غیرقضاوت‌آمیز دیگران

- قدردانی از تأثیرات فرهنگ
- سابقه تحصیلی و پژوهشی قوی در مشاوره

ویژگی‌های مشاوران مؤثر

این فصل بر سه گرایش نظری در مشاوره تمرکز دارد: روانکاوی، آدلرین و انسان‌گرایانه. این نظریه‌ها با هم گروه‌بندی شده‌اند زیرا از اولین نظریه‌های مشاوره ساخته شده‌اند. روانکاوی در دهه‌های ۱۹۱۰ و ۱۹۲۰، درمان آدلرین در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ و نظریه‌های انسان‌گرایانه در دهه‌های ۱۹۴۰ و اوایل دهه ۱۹۵۰ محبوبیت یافتند. بنابراین، در مورد این نظریه‌ها یک ترتیب زمانی وجود دارد و برخی از نظریه‌پردازان در واقع با یکدیگر ملاقات کرده یا یکدیگر را می‌شناختند—به عنوان مثال زیگموند فروید، آلفرد آدلر، فریتز پرلز و ویکتور فرانکل (الکس ولسلی، ارتباط شخصی، ۴ ژوئن ۲۰۱۱).

در حالی که در درون و بین این نظریه‌ها تغییرات و تمایزاتی وجود دارد، برخی از شیوه‌های آنها با متخصصان همپوشانی دارد، به عنوان مثال، آدلرین‌ها در وین، اتریش، از تعدادی از روش‌های روانکاوی از جمله انتقال و انتقال متقابل استفاده می‌کنند. حتی در درون نظریه‌های انسان‌گرایانه—شخص-محور، وجودی و گشتالت—همپوشانی وجود دارد و همه بنیانگذاران این رویکردها تجربه قوی در مورد فروید داشته یا قبل از تدوین روش‌های کاری متمایز خود، روانکاوی را تمرین کرده‌اند. بنابراین، نظریه‌هایی که در این فصل پوشش داده می‌شوند، از قدیمی‌ترین و دارای بیشترین همپوشانی—حداقل در منشأ خود—در میان هر نظریه‌ای هستند که امروزه در این حرفه استفاده می‌شوند. با این حال، قبل از بررسی آنها، ابتدا بر ماهیت و اهمیت نظریه در فرآیند مشاوره تمرکز خواهیم کرد.

نظریه

نظریه مدلی است که مشاوران به عنوان راهنمایی برای فرضیه‌سازی در مورد شکل‌گیری راه‌حل‌های احتمالی یک مشکل از آن استفاده می‌کنند. "درک نظری بخش اساسی عملکرد مؤثر مشاوره است. نظریه‌ها به مشاوران کمک می‌کنند تا داده‌های بالینی را سازماندهی کنند، فرآیندهای پیچیده را منسجم کنند و راهنمایی مفهومی برای مداخلات ارائه دهند" (هانس، ۲۰۰۶، ص. ۲۹۱). مشاوران بر اساس سابقه تحصیلی، فلسفه و نیازهای مراجعان تصمیم می‌گیرند از کدام نظریه یا نظریه‌ها استفاده کنند. همه رویکردها برای همه مشاوران یا مراجعان مناسب نیستند. متخصصان برجسته‌ای که ایده‌های خود را بر اساس تجربیات و مشاهدات خود تدوین کرده‌اند، بیشتر نظریه‌های مشاوره را توسعه داده‌اند. با این حال، بیشتر نظریه‌پردازان در مورد مواضع خود تا حدودی محتاط هستند و می‌دانند که هیچ نظریه‌ای برای همه موقعیت‌ها و مراجعان مناسب نیست (تورسی و کاکرین، ۲۰۰۶). در واقع، ممکن است یک نظریه برای یک مراجع در طول یک دوره طولانی کافی نباشد. مشاوران باید مواضع نظری خود را با دقت انتخاب کرده و به طور منظم آنها را ارزیابی کنند.

برخی از مدل‌های نظری جامع‌تر از سایرین هستند و "همه نظریه‌ها به طرز ناامیدکننده‌ای در فرهنگ، سیاست و زبان درگیر شده‌اند" (هانس، ۲۰۰۶، ص. ۲۹۳). مشاوران مؤثر این را می‌دانند و آگاه هستند که کدام نظریه‌ها جامع‌تر هستند و به چه دلایلی. آنها می‌دانند که نظریه‌ها تعیین می‌کنند چه چیزی و چگونه در مشاوره می‌بینند و اینکه نظریه‌ها را می‌توان به روش‌های مختلفی از جمله دسته‌بندی‌های مدرنیسم و پست‌مدرنیسم فهرست کرد. هانس، استویک و وارنر (۱۹۸۶) پنج شرط یک نظریه خوب را فهرست می‌کنند. باید واضح و به راحتی قابل درک باشد، جامع باشد، صریح و اکتشافی باشد، در ارتباط دادن وسایل به نتایج مطلوب خاص باشد و برای متخصصان مورد نظر خود مفید باشد.

۱. واضح، به راحتی قابل درک و قابل انتقال. منسجم و غیرمتناقض باشد.

۲. جامع. توضیحات برای طیف گسترده‌ای از پدیده‌ها را در بر گیرد.
۳. صریح و اکتشافی. به دلیل طراحی خود، تحقیق تولید کند.
۴. در ارتباط دادن وسایل به نتایج مطلوب خاص باشد. روشی برای دستیابی به یک محصول نهایی مطلوب داشته باشد (یعنی عملی باشد).
۵. برای متخصصان مورد نظر خود مفید باشد. دستورالعمل‌هایی برای تحقیق و عمل ارائه دهد.

شرایط یک نظریه خوب

علاوه بر این پنج ویژگی، یک نظریه خوب برای مشاوران نظریه‌ای است که با فلسفه‌های شخصی آنها در کمک کردن مطابقت داشته باشد. شرتزر و استون (۱۹۷۴) پیشنهاد می‌کنند که یک نظریه مشاوره باید مانند یک دست لباس مناسب مشاوران باشد. برخی از نظریه‌ها، مانند برخی از لباس‌ها، نیاز به تغییر دارند. بنابراین، مشاوران مؤثر اهمیت تغییرات را درک می‌کنند. مشاورانی که می‌خواهند همه‌کاره و مؤثر باشند، باید طیف گسترده‌ای از نظریه‌های مشاوره را بیاموزند و بدانند چگونه هر یک را بدون نقض انسجام درونی آن به کار ببرند (آونشاین و نوفسینگر، ۱۹۸۴).

تأمل شخصی

چه زمانی برای بهبود عملکردتان به عنوان یک ورزشکار یا یک هنرمند، مربیگری یا آموزش در مورد نحوه شوت کردن توپ یا کشیدن یک شکل دریافت کرده‌اید؟ به نظر شما آن تجربه چگونه با یک نظریه مشاوره خوب مرتبط است؟

اهمیت نظریه

نظریه اساس مشاوره خوب است. این مشاوران را به چالش می‌کشد تا در چارچوب یک رابطه بسیار شخصی که برای رشد و بینش ساختار یافته است، دلسوز و خلاق باشند (گلادینگ، ۱۹۹۰b). نظریه بر نحوه مفهوم‌سازی ارتباط مراجع، نحوه توسعه روابط بین فردی، نحوه اجرای اخلاق حرفه‌ای و نحوه نگرش مشاوران به خود به عنوان متخصص تأثیر می‌گذارد.

در مشاوره، نظریه بر موارد زیر تأثیر می‌گذارد:

- نحوه مفهوم‌سازی ارتباط
- نحوه توسعه روابط بین فردی
- نحوه اجرای اخلاق حرفه‌ای
- نحوه نگرش مشاوران به خود به عنوان متخصص

چگونگی عملکرد نظریه

بدون پشتوانه نظری، مشاوران به طور تصادفی و به روش آزمون و خطا عمل می‌کنند و خطر ناکارآمدی و آسیب‌رسانی را دارند. برامر، آبریگو و شوستروم (۱۹۹۳) بر ارزش عملی یک نظریه محکم تدوین شده برای مشاوران تأکید می‌کنند. نظریه به توضیح آنچه در یک رابطه مشاوره رخ می‌دهد کمک می‌کند و مشاور را در پیش‌بینی، ارزیابی و بهبود نتایج یاری می‌کند. نظریه چارچوبی برای انجام مشاهدات علمی در مورد مشاوره فراهم می‌کند. نظریه‌پردازی انسجام ایده‌ها در مورد مشاوره و تولید ایده‌های جدید را تشویق می‌کند. از این رو، نظریه مشاوره می‌تواند با کمک به درک مشاهدات مشاور، عملی باشد.

بوی و پاین (۱۹۸۳) با پیشنهاد اینکه نظریه چرایی نقش مشاوران را در پس چگونگی آن توضیح می‌دهد و چارچوبی را فراهم می‌کند که مشاوران می‌توانند در آن عمل کنند، به ارزش عملی نظریه می‌پردازند. مشاورانی که توسط نظریه هدایت می‌شوند، می‌توانند خواسته‌های نقش‌های خود را برآورده کنند زیرا دلایلی برای کارهای خود دارند. بوی و پاین شش کارکرد نظریه را که به روشی عملی به مشاوران کمک می‌کند، برمی‌شمارند:

۱. نظریه به مشاوران کمک می‌کند تا وحدت و ارتباط را در تنوع هستی بیابند.
 ۲. نظریه مشاوران را وادار می‌کند تا روابطی را که در غیر این صورت نادیده می‌گرفتند، بررسی کنند.
 ۳. نظریه دستورالعمل‌های عملی را در اختیار مشاوران قرار می‌دهد که با استفاده از آنها کار کنند و به آنها کمک می‌کند تا پیشرفت خود را به عنوان متخصص ارزیابی کنند.
 ۴. نظریه به مشاوران کمک می‌کند تا بر داده‌های مرتبط تمرکز کنند و به آنها می‌گوید به دنبال چه چیزی باشند.
 ۵. نظریه به مشاوران کمک می‌کند تا مراجعان را در اصلاح مؤثر رفتارشان یاری کنند.
 ۶. نظریه به مشاوران کمک می‌کند تا رویکردهای قدیمی و جدید را در فرآیند مشاوره ارزیابی کنند. این مبنایی است که رویکردهای جدید مشاوره از آن ساخته می‌شوند.
- "معیار نهایی برای تمام نظریه‌های مشاوره این است که چقدر توضیحات خوبی از آنچه در مشاوره رخ می‌دهد ارائه می‌دهند" (کلی، ۱۹۸۸، صص. ۲۱۲-۲۱۳). ارزش نظریه‌ها به عنوان راه‌های سازماندهی اطلاعات "به میزان ریشه داشتن آنها در واقعیت زندگی مردم بستگی دارد" (یانگ، ۱۹۸۸، ص. ۳۳۶).

نظریه در عمل

تا سال ۲۰۱۶، تخمین زده می‌شد که حدود ۱۰۰۰ نظریه روان‌درمانی و مشاوره در سراسر جهان در دسترس باشد (شرف، ۲۰۱۶). بیشتر آنها پیروان زیادی نداشتند یا تحقیقات زیادی برای اثبات اثربخشی آنها انجام نشده بود. با این حال، تعداد زیاد نظریه‌ها به این معنی است که مشاوران طیف گسترده‌ای از رویکردها را برای انتخاب دارند. با این حال، مشاوران مؤثر گزینشی عمل می‌کنند. آنها نظریه‌ها را برای اثربخشی اثبات شده بررسی می‌کنند و آنها را با باورها و واقعیت‌های شخصی در مورد ماهیت افراد و تغییر مطابقت می‌دهند.

اوکون (۱۹۹۰) بیان می‌کند که به جای تولید نظریه‌های جدید، تأکید کنونی در مشاوره بر ارتباط دادن نظریه‌های موجود است. این تأکید بر این فرض اساسی استوار است که "هیچ دیدگاه نظری واحدی نمی‌تواند تمام پاسخ‌های مراجعانی را که امروزه می‌بینیم ارائه دهد" (ص. XVI). علاوه بر این، به نظر می‌رسد مشاوران از نظر عملی انعطاف‌پذیر هستند و تکنیک‌ها و مداخلات را از رویکردهای نظری مختلف در کار خود اقتباس می‌کنند بدون اینکه در واقع پیش‌فرض‌های برخی دیدگاه‌های نظری را بپذیرند. به نظر می‌رسد این عمل ضروری است زیرا مشاوران هنگام کار با مراجعان باید عوامل درون‌فردی، بین‌فردی و خارجی را در نظر بگیرند و تعداد کمی از نظریه‌ها تمام این ابعاد را با هم ترکیب می‌کنند.

بیشترین درصد مشاوران حرفه‌ای امروزی خود را در استفاده از نظریه و تکنیک‌ها یکپارچه یا التقاطی می‌دانند (لازاروس و بویتر، ۱۹۹۳؛ شرف، ۲۰۱۶). یعنی آنها از نظریه‌ها و تکنیک‌های مختلف برای مطابقت دادن نیازهای مراجعان خود با "میانگین ۴,۴ نظریه که کار درمانی آنها با مراجعان را تشکیل می‌دهد" استفاده می‌کنند (چستون، ۲۰۰۰، ص. ۲۵۴). با تغییر نیازها، مشاوران از نظریه‌ای که استفاده می‌کنند برای استفاده از رویکرد دیگری (پدیده‌ای به نام مشاوره تغییر سبک) فاصله می‌گیرند. تغییراتی که مشاوران ایجاد می‌کنند با سطح رشدی مراجع مرتبط است (ایوی، ایوی، مایرز و سوینی، ۲۰۰۵). برای مؤثر بودن، مشاوران باید در نظر

بگیرند که مراجعان آنها تا چه حد در رشد ساختاری خود پیشرفت کرده‌اند، همانطور که توسط ژان پیاژه توصیف شده است. به عنوان مثال، مراجعی که از نظر رشدی از محیط خود آگاه نیست، ممکن است به یک رویکرد درمانی نیاز داشته باشد که بر "احساسات، بدن و تجربه در لحظه حال" تمرکز کند، در حالی که مراجعی که در سطح پیشرفته‌تری از رشد قرار دارد، ممکن است بهترین پاسخ را به یک رویکرد "عملیات مشاوره-رسمی" بدهد که در آن تأکید بر تفکر در مورد اقدامات است (ایوی و گونکالوز، ۱۹۸۸، ص. ۴۱۰). نکته این است که مشاوران و نظریه‌ها باید از جایی شروع کنند که مراجعانشان هستند و به آنها کمک کنند تا به طور جامع رشد کنند.

در حالی که یکی از نقاط قوت التقاط‌گرایی توانایی آن در استفاده از نظریه‌ها، تکنیک‌ها و شیوه‌های مختلف برای رفع نیازهای مراجع است، این رویکرد معایبی نیز دارد. به عنوان مثال، اگر مشاور کاملاً با تمام جنبه‌های نظریه‌های درگیر آشنا نباشد، یک رویکرد التقاطی می‌تواند برای فرآیند مشاوره خطرناک باشد. در چنین شرایطی، مشاور ممکن است بدون درک اینکه چرا رویکردهای خاص در زمان‌های خاص و به روش‌های خاص با مراجعان خاص بهترین عملکرد را دارند، به یک تکنسین تبدیل شود (چستون، ۲۰۰۰). این رویکرد بررسی نشده مشاوران کم‌سواد گاهی اوقات با لحنی کنایه‌آمیز "برقی" نامیده می‌شود—یعنی چنین مشاورانی هر روشی را که "روشنشان می‌کند" امتحان می‌کنند. مشکل رویکرد التقاطی این است که اگر مشاوران درک کمی یا هیچ درکی از آنچه به مراجع کمک می‌کند نداشته باشند، اغلب بیشتر از اینکه فایده داشته باشند، ضرر می‌رسانند. برای مقابله با این مشکل، مک براید و مارتین (۱۹۹۰) از یک سلسله مراتب شیوه‌های التقاطی دفاع می‌کنند و بر اهمیت داشتن یک مبنای نظری محکم به عنوان راهنما بحث می‌کنند. پایین‌ترین یا اولین سطح التقاط‌گرایی در واقع التقاط‌گرایی ناهمگون است—یک فرآیند نامنظم و بی‌دقت در کنار هم قرار دادن مفاهیم بالینی نامربوط. این امر زمانی تشویق می‌شود که از دانشجویان تحصیلات تکمیلی خواسته شود تا بدون اینکه ابتدا

تجربه کنند که مدل‌های آزمایش شده چگونه کار می‌کنند، نظریه‌های مشاوره خود را تدوین کنند. سطح دوم التقاط‌گرایی سنتی است. این سطح شامل "ترکیبی منظم از ویژگی‌های سازگار از منابع مختلف [در یک] کل هماهنگ" است (انگلیش و انگلیش، ۱۹۵۶، ص. ۱۶۸). این سطح بیشتر از التقاط‌گرایی ناهمگون فکر شده است و نظریه‌ها با عمق بیشتری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

در سطح سوم، التقاط‌گرایی به عنوان التقاط‌گرایی حرفه‌ای یا نظری یا به عنوان یکپارچه‌سازی نظری توصیف می‌شود (لازاروس و بویترلر، ۱۹۹۳؛ سیمون، ۱۹۸۹). این نوع التقاط‌گرایی مستلزم آن است که مشاوران قبل از تلاش برای ایجاد هرگونه ترکیب، حداقل بر دو نظریه تسلط داشته باشند. مشکل این رویکرد این است که درجه‌ای از برابری بین نظریه‌ها را فرض می‌کند (که ممکن است درست نباشد) و وجود معیارهایی "برای تعیین اینکه کدام بخش‌ها یا قطعات هر نظریه را حفظ یا حذف کنیم" (لازاروس و بویترلر، ۱۹۹۳، ص. ۳۸۲). این رویکرد با مدل سنتی متفاوت است زیرا در رویکرد سنتی تسلط بر نظریه انتظار نمی‌رود.

سطح چهارم التقاط‌گرایی، التقاط‌گرایی فنی نامیده می‌شود که در کار آرنولد لازاروس (۲۰۰۸) و رویکرد چندوجهی او به مشاوره نمونه بارز آن است. این رویکرد آنچه را که او هفت عنصر تجربه مراجع می‌نامد ارزیابی می‌کند. این بردارها در سرواژه BASIC ID خلاصه شده‌اند:

- Behavior (رفتار)

- Affect (احساس)

- Sensations (حواس) (به عنوان مثال، دیدن، شنیدن، بوییدن، لمس کردن، چشیدن)

- Imagery (تصویرسازی)

- Cognitions (شناخت‌ها) (به عنوان مثال، باورها و ارزش‌ها)

• Interpersonal relationships (روابط بین فردی)

• Drugs (داروها) (یعنی هرگونه نگرانی در مورد سلامتی، از جمله مصرف مواد مخدر، تناسب اندام یا

رژیم غذایی)

در این رویکرد، رویه‌هایی از نظریه‌های مختلف انتخاب و در درمان استفاده می‌شوند "بدون اینکه لزوماً به نظریه‌هایی که آنها را به وجود آورده‌اند پایبند باشیم" (لازاروس و بویتر، ۱۹۹۳، ص. ۳۸۴). ایده این است که در درمان مراجعان در واقع از تکنیک‌ها استفاده می‌شود نه نظریه‌ها. بنابراین، پس از ارزیابی مناسب مراجعان، مشاوران ممکن است در صورت لزوم از روش‌های رفتاری (مانند آموزش ابراز وجود) همراه با تکنیک‌های وجودی (مانند مواجهه افراد با معنای زندگی‌شان) استفاده کنند.

این رویکرد با آنچه کاوانا و لویتوف (۲۰۰۲) به عنوان یک رویکرد التقاطی سالم به مشاوره پیشنهاد می‌کنند، همخوانی دارد. این رویکرد مستلزم آن است که مشاوران (الف) دانش و درک کاملی از نظریه‌های مشاوره مورد استفاده داشته باشند، (ب) یک فلسفه یکپارچه اساسی از رفتار انسان داشته باشند که بخش‌های ناهمگون نظریه‌های مختلف را به یک مجموعه معنادار تبدیل کند، و (ج) وسیله‌ای انعطاف‌پذیر برای تطبیق رویکرد با مراجع، نه برعکس. مشاورانی که از این مدل پیروی می‌کنند ممکن است به طور عملی و مؤثر در چارچوب التقاطی عمل کنند. متغیرهای حیاتی در یک مشاور التقاطی سالم بودن، تسلط بر نظریه و حساسیت شدید به دانستن اینکه چه رویکردی را چه زمانی، کجا و چگونه استفاده کنیم (هارمن، ۱۹۷۷).

نوع نهایی رویکرد التقاطی، مدل تغییر فرا نظری (TTM) است (نورکراس و بویتر، ۲۰۰۸؛ پروچاسکا و دی کلمنته، ۱۹۹۲). این مدل مبتنی بر رشد است و به مرور زمان به طور تجربی به دست آمده است. این مدل "جایگزینی برای رویکردهای التقاطی فنی است که تمایل دارند تا حدی فراگیر باشند که اجزای مختلف به طور ضعیف به هم متصل شده‌اند" (پتروچلی، ۲۰۰۲، ص. ۲۳). این مدل بر جهت‌گیری تمرکز دارد و پنج مرحله

تغییر را پیشنهاد می‌کند: پیش‌تأمل، تأمل، آمادگی، اقدام و نگهداری. این مراحل را می‌توان در یک خط مستقیم نشان داد. مراجعانی که حداقل برای تأمل در مورد تغییر آماده نیستند، صرف نظر از نظریه مورد استفاده، تغییر نخواهند کرد.



مدل تغییر فرا نظری (TTM)

"مشاوره از دیدگاه TTM امکان یک رویکرد کلان‌نگرتر (شامل یک چارچوب نظری گسترده و جامع) و انطباق شخصی (شامل افزایش تفکر انتقادی، منطقی، دقیق و علمی) را به جای سازگاری ساده شخصی فراهم می‌کند" (پتروچلی، ۲۰۰۲، ص. ۲۵). اشکالات اصلی آن جامعیت و پیچیدگی آن و این واقعیت است که TTM فقط در میان گروه‌های محدود (به عنوان مثال، جمعیت‌های معتاد) آزمایش شده است.

فراتر از دیدگاه‌های نظری محض و رویکردهای التقاطی، نظریه‌های مشاوره اکنون وارد دیدگاه پست‌مدرنیسم می‌شوند. به این ترتیب، آنها به عنوان روایت‌های از پیش بسته‌بندی شده دیده می‌شوند که به مراجعان کمک می‌کنند تا سیستم‌های معنایی جدیدی ایجاد کنند، "نه با کشف عینی سیستم‌های قدیمی" (هانس، ۲۰۰۶، ص. ۲۹۵). جوهر چنین دیدگاهی در رویکردهای ساخت‌گرای اجتماعی دیده می‌شود.

در بقیه این فصل و فصل بعد، ۱۳ نظریه اصلی که به مرور زمان محبوبیت پیدا کرده‌اند، توضیح داده خواهند شد.

مثال موردی

نظریه‌های تیم

تیم یک مشاور تازه‌کار بود. به این ترتیب، او مشاهده‌گر و در تشخیص ظرافت‌های اشکال مختلف رویکردهای درمانی مرتبط سریع بود. با این حال، تیم ناراحت بود. او بیشتر نظریه‌هایی را که خوانده بود دوست داشت و در تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام یک را باید تسلط پیدا کند، مشکل داشت. وقتی فهمید که بیشتر نظریه‌ها در صورت اجرا توسط یک درمانگر ماهر—کسی که حداقل ۱۰ سال به طور جدی مشاوره کرده بود—به خوبی کار می‌کنند، واقعاً مردد شد.

با در نظر گرفتن وضعیت تیم و این واقعیت که او نمی‌خواست فقط از تکنیک‌ها استفاده کند، برای تصمیم‌گیری در مورد یک رویکرد نظری چه توصیه‌ای به او می‌کنید؟ آیا التقاط‌گرایی برای کسی به اندازه تیم مردد کارساز خواهد بود؟ چرا یا چرا نه؟

نظریه‌های روانکاوی

نظریه‌های روانکاوی از دیدگاه تاریخی به تنهایی مهم هستند و در اشکال مختصر و همچنین کلاسیک امروزه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. آنها از اولین نظریه‌هایی بودند که به رسمیت شناختن و پذیرش عمومی دست یافتند. روانکاوی در شکل کلاسیک خود، همانطور که توسط زیگموند فروید توسعه یافته است، در این بخش مورد بررسی قرار می‌گیرد. مفهوم‌سازی و اجرای روانکاوی توسط فروید، مبنایی است که بسیاری از نظریه‌های دیگر از آن توسعه یافته‌اند، یا با اصلاح بخش‌هایی از این رویکرد یا با واکنش در برابر آن.

روانکاوی

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. زیگموند فروید، روانپزشک اهل وین (۱۸۵۶-۱۹۳۹)، فردی است که عمدتاً با روانکاوی مرتبط است. نبوغ او ایده‌های اصلی را خلق کرد. دخترش، آنا فروید، این نظریه را بیشتر بسط داد، به ویژه در رابطه با کودکان و رشد مکانیسم‌های دفاعی. در دوران اخیر، هاینز کوهوت از طریق مفهوم‌سازی نظریه روابط شیء، این نظریه را به مسائل رشدی، به ویژه دلبستگی، گسترش داده است.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. دیدگاه فروید نسبت به طبیعت انسان پویا است و شامل تغییر شکل و تبادل انرژی در درون شخصیت می‌شود (هال، ۱۹۵۴). افراد دارای یک ذهن آگاه (متوجه آگاهی از دنیای بیرون)، یک ذهن نیمه‌آگاه (که شامل خاطرات پنهان یا تجربیات فراموش شده‌ای است که می‌توان آنها را به یاد آورد) و یک ذهن ناخودآگاه (شامل نیروهای غریزی، سرکوب شده و قدرتمند) هستند. به گفته فروید، شخصیت از سه بخش تشکیل شده است:

۱. **نهاد (Id):** شامل غرایز اساسی غیراخلاقی است که بر اساس اصل لذت عمل می‌کند.
 ۲. **خود (Ego):** "مجری ذهن" آگاه و تصمیم‌گیرنده است که بر اساس اصل واقعیت عمل می‌کند.
 ۳. **فراخود (Superego):** وجدان ذهن است که شامل ارزش‌های چهره‌های والدین است و بر اساس اصل اخلاقی عمل می‌کند.
- نهاد و فراخود محدود به ناخودآگاه هستند؛ خود عمدتاً در آگاه عمل می‌کند اما در نیمه‌آگاه و ناخودآگاه نیز عمل می‌کند.
- روانکاوی همچنین بر اساس آنچه فروید مراحل رشد روانی-جنسی می‌نامید، بنا شده است. هر یک از مراحل بر یک منطقه لذت تمرکز دارند که در یک زمان خاص غالب است:

- **مرحله دهانی:** دهان منطقه اصلی لذت است و رضایت اساسی از مکیدن و گاز گرفتن حاصل می‌شود.
- **مرحله مقعدی:** لذت در نگهداری یا دفع مدفوع است.
- **مرحله آلتی:** منطقه اصلی لذت اندام‌های جنسی است و اعضای هر دو جنس باید تمایلات جنسی خود را طی کنند.

- **نهفتگی:** انرژی بر فعالیت‌های همسالان و تسلط شخصی بر یادگیری شناختی و مهارت‌های جسمی متمرکز است.

- **مرحله تناسلی:** اگر همه چیز در مراحل قبلی به خوبی پیش رفته باشد، هر جنس علاقه بیشتری به جنس دیگر نشان می‌دهد و الگوهای تعامل دگرجنس‌گرایانه طبیعی ظاهر می‌شود.

ناکامی بیش از حد یا افراط در سه مرحله اول، مشکلات اصلی هستند که ممکن است در طی این مراحل به وجود آیند، در این صورت فرد ممکن است در آن سطح از رشد تثبیت شود (یا متوقف شود) و/یا بیش از حد به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ (یعنی راه‌های مقابله با اضطراب در سطح ناخودآگاه با انکار یا تحریف واقعیت) وابسته شود. در حالی که مکانیسم‌های دفاعی متعددی وجود دارد، هفت مورد از رایج‌ترین آنها به طور خلاصه در جدول ۷،۱ توضیح داده شده است.

نقش مشاور. متخصصانی که روانکاوی کلاسیک را تمرین می‌کنند به عنوان متخصص عمل می‌کنند. آنها مراجعان خود را تشویق می‌کنند تا در مورد هر آنچه به ذهنشان می‌رسد، به ویژه تجربیات دوران کودکی، صحبت کنند. برای ایجاد فضایی که در آن مراجع احساس کند در بیان افکار دشوار آزاد است، روانکاو، پس از چند جلسه حضوری، اغلب از مراجع می‌خواهند که روی یک کاناپه دراز بکشد در حالی که تحلیلگر از دید خارج می‌ماند (معمولاً پشت سر مراجع نشسته است). نقش تحلیلگر این است که به مراجعان اجازه دهد با زنده کردن

و کار کردن بر روی تجربیات حل نشده گذشته که در طول جلسات مورد توجه قرار می‌گیرند، به بینش دست یابند. رشد انتقال تشویق می‌شود تا به مراجعان کمک کند تا به طور واقع بینانه با مطالب ناخودآگاه برخورد کنند. بر خلاف برخی رویکردهای دیگر، روانکاوی مشاور را تشویق می‌کند تا برای مراجع تفسیر کند.

اهداف. اهداف روانکاوی بسته به مراجع متفاوت است، اما عمدتاً بر سازگاری شخصی متمرکز است و معمولاً باعث سازماندهی مجدد نیروهای درونی فرد می‌شود. در بیشتر موارد، هدف اصلی کمک به مراجع برای آگاهی بیشتر از جنبه‌های ناخودآگاه شخصیت خود و کار کردن بر روی واکنش‌های فعلی است که ممکن است ناکارآمد باشند (تورسی و کاکرین، ۲۰۰۶).

جدول ۷،۱ مکانیسم‌های دفاعی اساسی روانکاوی

- **سرکوب:** اساسی‌ترین مکانیسم دفاعی است، سرکوب عبارت است از حذف ناخودآگاه افکار و خاطرات ناراحت‌کننده یا دردناک. تمام مکانیسم‌های دفاعی دیگر تا حدی از سرکوب استفاده می‌کنند.
- **انکار:** در این فرآیند، فرد از دیدن یا پذیرفتن هرگونه مشکل یا جنبه آزاردهنده زندگی خودداری می‌کند. انکار در سطح نیمه‌آگاه یا آگاه عمل می‌کند.
- **بازگشت:** هنگامی که افراد تحت فشار قرار می‌گیرند، اغلب به روش‌های رفتاری کمتر بالغ باز می‌گردند.
- **فرافکنی:** به جای بیان آنچه واقعاً فکر می‌کند یا احساس می‌کند، یک فکر، احساس یا انگیزه غیرقابل قبول را به دیگری نسبت می‌دهد.
- **منطقی‌سازی:** این مکانیسم دفاعی شامل ارائه یک "دلیل عقلانی" برای توجیه یک عمل خاص است. دلیل و عمل فقط پس از انجام رفتار در ذهن فرد به هم مرتبط می‌شوند.

• **واکنش وارونه:** هنگامی که فرد به گونه‌ای رفتار می‌کند که دقیقاً مخالف احساسات اوست، به آن "واکنش وارونه" می‌گویند. این نوع رفتار معمولاً بسیار اغراق‌آمیز است، مانند رفتار بسیار خوب با کسی که فرد عمیقاً از او متنفر است.

• **جابجایی:** این دفاع عبارت است از تغییر جهت یک پاسخ احساسی به یک "هدف امن". فرد یا شیء جایگزین به جای فردی که مستقیماً با آن مرتبط است، احساس را دریافت می‌کند.

منبع: گلادینگ، اس. تی. (۲۰۰۸). کار گروهی: تخصص مشاوره. آپر سادل ریور، نیوجرسی: پرنیتیس هال. پیرسون اجوکیشن، اینک.

هدف اصلی دوم، که اغلب با هدف اول مرتبط است، کمک به مراجع برای گذراندن مرحله رشدی است که قبلاً حل نشده است. در صورت تحقق، مراجعان از بن‌بست خارج شده و قادر به زندگی پربارتر می‌شوند. کار کردن بر روی مراحل رشدی حل نشده ممکن است نیازمند بازسازی اساسی شخصیت باشد.

هدف نهایی روانکاوی کمک به مراجعان برای مقابله با خواسته‌های جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنند. طبق این نظریه، افراد ناراضی با خود یا جامعه هماهنگ نیستند. روانکاوی بر سازگاری محیطی، به ویژه در زمینه‌های کار و صمیمیت تأکید می‌کند. تمرکز بر تقویت خود است تا ادراکات و برنامه‌ها واقع‌بینانه‌تر شوند.

تکنیک‌ها. تکنیک‌های روانکاوی اغلب در یک محیط خاص، مانند دفتر مشاور یا اتاق مصاحبه بیمارستان، به کار گرفته می‌شوند. از برجسته‌ترین این تکنیک‌ها می‌توان به تداعی آزاد، تحلیل رؤیا، تحلیل انتقال، تحلیل مقاومت و تفسیر اشاره کرد. اگرچه هر تکنیک در اینجا به طور جداگانه بررسی می‌شود، اما در عمل با یکدیگر ادغام می‌شوند.

- **تداعی آزاد.** در تداعی آزاد، مراجع با سرکوب آگاهانه افکار، روش معمول سانسور آنها را کنار می‌گذارد و به جای آن هر آنچه به ذهنش می‌رسد را می‌گوید، حتی اگر افکار احمقانه، غیرمنطقی، تلقینی یا دردناک به نظر برسند. به این ترتیب، از نهاد خواسته می‌شود که صحبت کند و خود سکوت می‌کند (فروید، ۱۹۳۶). مطالب ناخودآگاه وارد ذهن آگاه می‌شود و مشاور آن را تفسیر می‌کند.
- **تحلیل رؤیا.** فروید معتقد بود که رؤیاها راه اصلی درک ناخودآگاه هستند، حتی آنها را "شاهراهی به سوی ناخودآگاه" می‌نامید. او فکر می‌کرد رؤیاها تلاشی برای برآورده کردن یک آرزوی دوران کودکی یا بیان تمایلات جنسی ناگفته هستند. در تحلیل رؤیا، مراجعان تشویق می‌شوند که رؤیا ببینند و رؤیاها را به یاد بیاورند. مشاور به ویژه به دو جنبه از رؤیاها حساس است: محتوای آشکار (معنای واضح) و محتوای پنهان (معنای پنهان اما واقعی) (جونز، ۱۹۷۹). تحلیلگر به مراجع در تفسیر هر دو جنبه کمک می‌کند.
- **تحلیل انتقال.** انتقال پاسخ مراجع به مشاور است به گونه‌ای که انگار مشاور یک شخصیت مهم در گذشته مراجع، معمولاً یک چهره والدینی، است. تحلیلگر این انتقال را تشویق می‌کند و احساسات مثبت یا منفی ابراز شده را تفسیر می‌کند. رهاسازی احساسات درمانی است، یک کاتارسیس عاطفی. اما ارزش واقعی این تجربیات در افزایش خودآگاهی مراجع است که از طریق تحلیل انتقال توسط مشاور به دست می‌آید. کسانی که انتقال را تجربه می‌کنند و می‌فهمند چه اتفاقی می‌افتد، سپس برای رفتن به مرحله رشدی دیگر آزاد می‌شوند.
- **تحلیل مقاومت.** گاهی اوقات مراجعان در حین روانکاوی در ابتدا پیشرفت می‌کنند و سپس کند می‌شوند یا متوقف می‌شوند. مقاومت آنها در برابر فرآیند درمانی ممکن است اشکال مختلفی داشته باشد، مانند از دست دادن قرار ملاقات‌ها، دیر رسیدن به قرار ملاقات‌ها، عدم پرداخت هزینه‌ها، پافشاری

در انتقال، مسدود کردن افکار در طول تداعی آزاد یا امتناع از به یاد آوردن رؤیایها یا خاطرات اولیه. تحلیل مقاومت توسط مشاور می‌تواند به مراجعان در درک آن و همچنین سایر رفتارها کمک کند. اگر به مقاومت پرداخته نشود، احتمالاً فرآیند درمانی متوقف خواهد شد.

- **تفسیر.** تفسیر باید بخشی از تکنیک‌هایی در نظر گرفته شود که قبلاً بررسی کرده‌ایم و مکمل آنهاست. هنگام تفسیر، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا معنای رویدادهای شخصی گذشته و حال را درک کند. تفسیر شامل توضیحات و تحلیل افکار، احساسات و اعمال مراجع است. مشاوران باید زمان‌بندی استفاده از تفسیر را با دقت انجام دهند. اگر خیلی زود در رابطه اتفاق بیفتد، می‌تواند مراجع را دور کند. با این حال، اگر اصلاً به کار گرفته نشود یا به ندرت استفاده شود، مراجع ممکن است نتواند به بینش دست یابد.

نقاط قوت و مشارکت‌ها. روانکاوی کلاسیک چندین تأکید منحصر به فرد دارد:

- این رویکرد بر اهمیت جنسیت و ناخودآگاه در رفتار انسان تأکید می‌کند. قبل از به وجود آمدن این نظریه، جنسیت (به ویژه جنسیت دوران کودکی) انکار می‌شد و توجه کمی به نیروهای ناخودآگاه می‌شد.
- این رویکرد برای مطالعات تجربی مناسب است؛ اکتشافی است. پیشنهادات فروید تحقیقات بسیار زیادی را به وجود آورده است.
- این رویکرد یک مبنای نظری برای تعدادی از ابزارهای تشخیصی فراهم می‌کند. برخی از تست‌های روانشناختی، مانند تست اندریافت موضوع (TAT) یا لکه‌های جوهر رورشاخ، ریشه در نظریه روانکاوی دارند.

- روانکاوی به تکامل خود ادامه می‌دهد و اخیراً بر فرآیندهای سازگاری و روابط اجتماعی تأکید کرده است.
 - به نظر می‌رسد این رویکرد برای کسانی که از طیف گسترده‌ای از اختلالات، از جمله هیستری، خودشیفتگی، واکنش‌های وسواسی-جبری، اختلالات شخصیت، اضطراب، فوبیا و مشکلات جنسی رنج می‌برند، مؤثر است (لوبورسکی، اوریلی-لندری و آرلو، ۲۰۰۸).
 - این رویکرد بر اهمیت مراحل رشد تکاملی تأکید می‌کند.
- محدودیت‌ها.** عوامل محدود کننده زیر بخشی از روانکاوی هستند:
- رویکرد روانکاوی کلاسیک زمان‌بر و پرهزینه است. فردی که تحت روانکاوی قرار می‌گیرد معمولاً سه تا پنج بار در هفته در طول چند سال دیده می‌شود (بانکارت، ۱۹۹۷؛ نای، ۲۰۰۰).
 - به نظر نمی‌رسد این رویکرد برای کار با مراجعان مسن یا حتی طیف وسیعی از مراجعان مناسب باشد. "بیمارانی که بیشترین بهره را از تحلیل می‌برند" عمدتاً "مردان و زنان میان‌سالی هستند که تحت فشار احساس بیهودگی قرار دارند و به دنبال معنا در زندگی هستند" (بردلی و کاکس، ۲۰۰۱، ص. ۳۵).
 - با وجود خواسته‌های فروید، این رویکرد تقریباً منحصرأً توسط روانپزشکی ادعا شده است (واندنبوس، کامینگز و دلئون، ۱۹۹۲). مشاوران و روانشناسان بدون مدرک پزشکی در دریافت آموزش گسترده در روانکاوی با مشکل مواجه شده‌اند.
 - این رویکرد بر اساس بسیاری از مفاهیمی است که به راحتی قابل انتقال یا درک نیستند—به عنوان مثال، نهاد، خود و فراخود. اصطلاحات روانکاوی بیش از حد پیچیده به نظر می‌رسند.

- این رویکرد جبرگرا است. به عنوان مثال، فروید برخی از محدودیت‌ها در زنان را ناشی از جنسیت—یعنی زن بودن—دانسته است.
- این رویکرد برای نیازهای بیشتر افرادی که به دنبال مشاوره حرفه‌ای هستند مناسب نیست. مدل روانکاوی با افرادی مرتبط شده است که مشکلات سازگاری عمده دارند یا می‌خواهند یا نیاز دارند ناخودآگاه را بررسی کنند.

تأمل شخصی

گاهی اوقات روانکاوی کلاسیک به این شکل توصیف می‌شود: خودِ برتر بیش از حد، کلمه هستید؛ نهاد بیش از حد، وحشی هستید.

چگونه چنین توصیفی در دستیابی به یک خودِ سالم در درون یک فرد منصفانه یا غیرمنصفانه عمل می‌کند؟ این در مورد چالش درمانی در اجرای رویکرد روانکاوانه در مشاوره چه می‌گوید؟ این در مورد قدرت خود چه می‌گوید؟

نظریه آدلرین

نظریه آدلرین بر علایق اجتماعی و همچنین هدفمندی رفتار و اهمیت ایجاد یک سبک زندگی سالم تمرکز دارد. رویکرد درمانی که از این نظریه نشأت گرفته است، در سطح بین‌المللی محبوب است.

مشاوره آدلرین

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. آلفرد آدلر (۱۸۷۰-۱۹۳۷) بنیانگذار رویکرد آدلرین به مشاوره بود که به عنوان روانشناسی فردی (برای تأکید بر ماهیت کل‌نگر و تجزیه‌ناپذیر افراد) نیز شناخته می‌شود. او هم عصر زیگموند فروید و حتی عضوی از انجمن روانکاوی وین او بود. با این حال، آدلر در مورد اهمیت انگیزه‌های بیولوژیکی به عنوان نیروی محرکه اصلی زندگی با فروید اختلاف نظر داشت و بر اهمیت احساسات ذهنی و علایق اجتماعی تأکید می‌کرد. نظریه او امیدوارکننده‌تر است. روانشناسی فردی پس از مرگ او از محبوبیت افتاد، اما توسط رودولف دریکورس، منفورد سونستگارد، اسکار کریستنسن، ریموند کورسینی، دونالد دینکمر و توماس سوینی و دیگران احیا شد.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. یک ایده مرکزی برای آدلر در مورد طبیعت انسان این است که افراد در درجه اول با علاقه اجتماعی انگیزه می‌گیرند، یعنی احساس ارتباط با جامعه به عنوان بخشی از کل اجتماعی، علاقه و همدلی فعال با دیگران و همچنین نیاز و تمایل به مشارکت در خیر عمومی اجتماعی (مانیچی، ساکت-مانیچی و موساک، ۲۰۱۴؛ اورهولسر، ۲۰۱۰). کسانی که علاقه اجتماعی دارند مسئولیت خود و دیگران را بر عهده می‌گیرند و در مورد سلامت روان خود همکاری و مثبت هستند. "کسانی که شکست می‌خورند، از جمله افراد روان‌نژند، روان‌پریش و دارای گرایش جنایی، شکست می‌خورند زیرا فاقد علاقه اجتماعی هستند" (داگرتی، مورفی و پاگ، ۲۰۰۱، ص. ۴۶۶).

نظریه آدلر معتقد است که جنبه‌های آگاهانه رفتار، نه ناخودآگاه، برای رشد شخصیت مرکزی هستند. یکی از اصول اساسی آدلرین این است که افراد تلاش می‌کنند تا موفق شوند (یعنی بهترین چیزی که می‌توانند باشند)، فرآیندی که او آن را تلاش برای کمال یا تمامیت نامید (آدلر، ۱۹۶۴). همچنین گرایشی وجود دارد که هر فرد در ابتدا نسبت به دیگران احساس حقارت کند. اگر این احساس غلبه نشود، فرد دچار عقده حقارت می‌شود.

چنین عقده‌ای، اگر تغییر نکند، مبنایی می‌شود که شخصیت فرد بر اساس آن تعریف می‌شود. در مقابل، فردی که برای جبران بیش از حد احساسات حقارت، دچار عقده برتری می‌شود، که آدلر آن را یک خیال عصبی غیرسازنده نیز توصیف کرد.

آدلر معتقد بود که افراد به اندازه علل گذشته تحت تأثیر اهداف آینده (غایت‌شناختی) قرار می‌گیرند. نظریه او همچنین تأکید قابل توجهی بر ترتیب تولد دارد: کسانی که موقعیت تولد ترتیبی مشابهی دارند (مثلاً فرزندان اول) ممکن است نسبت به خواهر و برادرهای خود از یک خانواده، اشتراکات بیشتری با یکدیگر داشته باشند (دریکورس، ۱۹۵۰). پنج موقعیت ترتیبی در ادبیات آدلرین در مورد صورت‌بندی خانواده مورد تأکید قرار می‌گیرد: فرزندان اول، فرزندان دوم، فرزندان میانی، کوچک‌ترین فرزندان و تک‌فرزندان (دریکورس، ۱۹۶۷؛ دریکورس و سولتز، ۱۹۶۴؛ سوینی، ۲۰۰۹).

علاوه بر ترتیب تولد، محیط خانواده به ویژه در ۵ سال اول زندگی برای رشد فرد مهم است. نظریه آدلرین تأکید می‌کند که هر فرد تا سن ۵ سالگی یک سبک زندگی (روش‌های فردی ارتباط با دیگران، دیدن جهان و اداره رفتار) ایجاد می‌کند. این کار در درجه اول توسط کودک از طریق تعامل با سایر اعضای خانواده انجام می‌شود. یک فضای خانوادگی منفی ممکن است اقتدارگرا، طردکننده، سرکوبگر، مادی‌گرا، بیش از حد محافظه‌کار یا ترحم‌آمیز باشد (دریکورس و سولتز، ۱۹۶۴)، در حالی که یک فضای خانوادگی مثبت ممکن است دموکراتیک، پذیرنده، باز و اجتماعی باشد. با این حال، ادراک از فضای خانواده، نه خود رویدادها، برای رشد سبک زندگی حیاتی است (آدلر، ۱۹۶۴). افراد طوری رفتار می‌کنند که انگار دنیا به شکل خاصی است و توسط خیالات خود هدایت می‌شوند—یعنی ارزیابی‌های ذهنی آنها از خود و محیطشان.

به طور کلی، آدلرین‌ها معتقدند سه وظیفه اصلی زندگی وجود دارد: جامعه، کار و جنسیت. همانطور که قبلاً ذکر شد، نظریه آدلرین تأکید زیادی بر توسعه علاقه اجتماعی و مشارکت در جامعه دارد. این نظریه معتقد است که

کار برای بقای انسان ضروری است و ما باید یاد بگیریم که به یکدیگر وابسته باشیم. علاوه بر این، فرد باید جنسیت خود را در رابطه با خود و دیگران، با روحیه همکاری به جای رقابت، تعریف کند. آدلر همچنین به دو چالش دیگر زندگی اشاره می‌کند، اگرچه آنها را به طور کامل توسعه نمی‌دهد: معنویت و کنار آمدن با خود (دریکورس و موساک، ۱۹۶۶). طبق نظریه آدلرین، تأکید بر این نکته حیاتی است که هنگام مواجهه با هر وظیفه زندگی، شجاعت (تمایل به پذیرش خطرات بدون دانستن عواقب احتمالی) لازم است.

نقش مشاور. مشاوران آدلرین در درجه اول به عنوان تشخیص‌دهنده، معلم و الگو در روابط برابر که با مراجعان خود برقرار می‌کنند، عمل می‌کنند. آنها تلاش می‌کنند تا ارزیابی کنند که چرا مراجعان به شیوه خاصی از تفکر و رفتار گرایش دارند. مشاور با جمع‌آوری اطلاعات در مورد صورت‌بندی خانواده و اولین خاطرات مراجع، ارزیابی انجام می‌دهد. سپس مشاور برداشت‌ها، نظرات و احساسات خود را با مراجع در میان می‌گذارد و بر ترویج رابطه درمانی تمرکز می‌کند. مراجع تشویق می‌شود تا با توسعه علاقه اجتماعی (آدلر، ۱۹۲۷، ۱۹۳۱) یک سبک زندگی معیوب را بررسی و تغییر دهد. آدلرین‌ها اغلب در به اشتراک گذاشتن حدس‌ها یا گمان‌های خود با مراجعان فعال هستند و اغلب هنگام تعیین تکالیف برای مراجعان، مانند رفتار کردن "انگار که" مراجع فردی است که می‌خواهد باشد، راهنمایی می‌کنند. مشاوران آدلرین از روش‌های مختلفی استفاده می‌کنند که برخی از آنها از رویکردهای دیگر اقتباس شده است.

اهداف. اهداف مشاوره آدلرین حول کمک به افراد برای توسعه سبک زندگی سالم و کل‌نگر می‌چرخد. این ممکن است به معنای آموزش یا بازآموزی مراجعان در مورد اینکه چنین سبک زندگی چیست و همچنین کمک به آنها برای غلبه بر احساسات حقارت باشد. یکی از اهداف اصلی مشاوره آدلرین کمک به مراجعان برای غلبه بر یک سبک زندگی معیوب است—یعنی زندگی‌ای که خودمحور است و بر اساس اهداف اشتباه و فرضیات نادرست مرتبط با احساسات حقارت بنا شده است. این احساسات ممکن است ناشی از تولد با نقص جسمی یا

ذهنی، نازپروردگی توسط والدین یا مورد غفلت قرار گرفتن باشد. این احساسات باید اصلاح شوند و اشکال نامناسب رفتار باید متوقف شود. برای انجام این کار، مشاور نقش معلم و مفسر رویدادها را بر عهده می‌گیرد. مشاوره آدلرین با کل فرد سروکار دارد (کرن و واتس، ۱۹۹۳). مراجع در نهایت مسئول تصمیم‌گیری در مورد دنبال کردن منافع اجتماعی یا شخصی است.

تکنیک‌ها. ایجاد یک رابطه مشاوره برای دستیابی به اهداف مشاوره آدلرین حیاتی است. تکنیک‌های خاصی به بهبود این فرآیند کمک می‌کنند. مشاوران آدلرین تلاش می‌کنند تا یک رابطه گرم، حمایتی، همدلانه، دوستانه و برابر با مراجعان ایجاد کنند. مشاوره به عنوان یک تلاش مشترک تلقی می‌شود (آدلر، ۱۹۵۶). مشاوران فعالانه گوش می‌دهند و پاسخ می‌دهند، به همان شیوه‌ای که مشاوران فردمحور انجام می‌دهند (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳).

پس از برقراری رابطه، مشاور بر تحلیل سبک زندگی مراجع، از جمله بررسی صورت‌بندی خانواده، خاطرات اولیه، رؤیاها و اولویت‌ها تمرکز می‌کند. همانطور که قبلاً اشاره شد، صورت‌بندی خانواده و فضایی که کودکان در آن رشد می‌کنند، تأثیر زیادی بر ادراک از خود و ادراک از دیگران دارد. هیچ دو کودکی در یک محیط یکسان متولد نمی‌شوند، اما موقعیت ترتیبی کودک و ارزیابی او از فضای خانواده تأثیر عمده‌ای بر رشد و رفتار دارد. اغلب، مراجع می‌تواند با یادآوری خاطرات اولیه، به ویژه رویدادهای قبل از ۱۰ سالگی، به بینش دست یابد. آدلر (۱۹۳۱) معتقد بود که فرد رویدادهای دوران کودکی را به یاد می‌آورد که با دیدگاه فعلی او نسبت به خود، دیگران و جهان به طور کلی سازگار است. مشاوران آدلرین هم به دنبال مضامین و هم جزئیات خاص در این خاطرات اولیه هستند (اسلاویک، ۱۹۹۱؛ استاتون و ویلبورن، ۱۹۹۱؛ واتکینز، ۱۹۸۵). چهره‌های گذشته به عنوان نمونه‌های اولیه در نظر گرفته می‌شوند نه افراد خاص. رؤیاهای اخیر و گذشته نیز بخشی از تحلیل سبک زندگی هستند. نظریه آدلرین معتقد است که رؤیاها تمرینی احتمالی برای اقدامات آینده هستند. رؤیاهای مکرر

به ویژه مهم هستند. نگاهی به اولویت‌های مراجع در درک سبک زندگی او مفید است. مراجع ممکن است در یک سبک زندگی غالب، مانند تلاش همیشگی برای راضی کردن دیگران، پافشاری کند مگر اینکه برای تغییر به چالش کشیده شود.

مشاوران در مرحله بعد تلاش می‌کنند تا به مراجعان کمک کنند تا به بینش دست یابند، به ویژه با پرسیدن سؤالات باز و ارائه تفسیرها. سؤالات باز به مراجعان اجازه می‌دهد تا الگوهایی را در زندگی خود کشف کنند که متوجه آنها نشده‌اند. تفسیر اغلب به شکل حدس‌های شهودی است. توانایی همدلی در این فرآیند به ویژه مهم است، زیرا مشاور باید بتواند احساس کند که بودن به جای مراجع چگونه است، قبل از اینکه به دلایل رفتارهای فعلی مراجع پی ببرد. در مواقع دیگر، تفسیرها بر اساس دانش عمومی مشاور از موقعیت ترتیبی و صورت‌بندی خانواده استوار است.

برای تقویت تغییر رفتاری، مشاور آدلرین از تکنیک‌های خاصی استفاده می‌کند:

- **رویارویی.** مشاور مراجعان را به چالش می‌کشد تا منطق خصوصی خود را در نظر بگیرند. هنگامی که مراجعان این منطق را بررسی می‌کنند، اغلب متوجه می‌شوند که می‌توانند آن را و رفتار خود را تغییر دهند.
- **پرسیدن "سوال".** مشاور می‌پرسد: "اگر خوب بودید چه چیزی متفاوت می‌شد؟" این سوال اغلب در مصاحبه اولیه از مراجعان پرسیده می‌شود، اما در هر زمان مناسب است.
- **تشویق.** تشویق به معنای ایمان به یک فرد است (دینکمیر و لوسونسی، ۱۹۸۰؛ دریکورس و سولتز، ۱۹۶۴). مشاوران مراجعان خود را تشویق می‌کنند تا نسبت به خود و دیگران احساس خوبی داشته

باشند (آدلر، ۱۹۳۱). آنها اعتقاد خود را مبنی بر اینکه تغییر رفتار برای مراجعان امکان پذیر است، بیان می کنند. تشویق کلید انتخاب سبک زندگی سازنده در یادگیری و زندگی است.

- **عمل کردن "انگار که"**. به مراجعان دستور داده می شود "انگار که" افرادی هستند که می خواهند باشند—مثلاً افراد ایده آلی که در رؤیاهای خود می بینند (گلد، ۱۹۷۹). آدلر در اصل ایده عمل کردن "انگار که" را از هانس وایهانگر (۱۹۱۱) گرفت که نوشت مردم دنیایی را که در آن زندگی می کنند، با فرضیاتی که در مورد جهان دارند، خلق می کنند.
- **ریختن زهر در سوپ مراجع**. مشاور رفتارهای خاصی را به مراجعان گوشزد می کند و بدین ترتیب پاداش آن رفتار را از بین می برد. به عنوان مثال، مادری که همیشه با نشان دادن برتری خود به دخترش رفتار می کند، ممکن است پس از گوشزد شدن این رفتار به آن ادامه دهد، اما پاداش انجام این کار اکنون از بین رفته است.
- **مراقب خود بودن**. مراجعان یاد می گیرند از رفتارهای یا افکار خودتخریبی آگاه شوند. در ابتدا، مشاور ممکن است در این فرآیند کمک کند، اما در نهایت این مسئولیت بر عهده مراجعان قرار می گیرد.
- **تعیین تکلیف**. مراجعان در ابتدا اهداف کوتاه مدت و قابل دستیابی را تعیین می کنند و در نهایت به اهداف بلند مدت و واقع بینانه می رسند. هنگامی که مراجعان تغییرات رفتاری ایجاد می کنند و متوجه می شوند که تا حدودی بر زندگی خود کنترل دارند، مشاوره به پایان می رسد.
- **دکمه فشاری**. مراجعان تشویق می شوند تا متوجه شوند که در مورد اینکه به کدام محرکها در زندگی خود توجه کنند، حق انتخاب دارند. به آنها آموزش داده می شود که با تمرکز بر افکار خود، احساساتی را

که می‌خواهند ایجاد کنند. این تکنیک مانند فشار دادن یک دکمه است زیرا مراجعان می‌توانند انتخاب کنند که تجربیات منفی یا مثبت را به یاد آورند (مانیچی و همکاران، ۲۰۱۴).

نقاط قوت و مشارکت‌ها. رویکرد آدلرین به مشاوره دارای تعدادی مشارکت و تأکید منحصر به فرد است:

- این رویکرد از طریق تکنیک‌های مثبتی که مشاوران ترویج می‌کنند، فضایی برابر ایجاد می‌کند. رابطه و تعهد از طریق فرآیندهای آن تقویت می‌شوند و شانس تغییر افزایش می‌یابد. تشویق و حمایت مشاور کالاهای ارزشمندی هستند. مشاوران آدلرین با رویکرد آموزشی به مراجعان خود نزدیک می‌شوند و دیدگاه خوش‌بینانه‌ای نسبت به زندگی دارند.
- این رویکرد در طول عمر متنوع است. "نظریه‌پردازان آدلرین مدل‌های مشاوره برای کار با کودکان، نوجوانان، والدین، کل خانواده‌ها، گروه‌های معلمین و سایر بخش‌های جامعه توسعه داده‌اند" (پورکی و اشمیت، ۱۹۸۷، ص. ۱۱۵). بازی‌درمانی برای کودکان ۴ تا ۹ ساله به ویژه مؤثر به نظر می‌رسد.
- این رویکرد در درمان انواع اختلالات، از جمله اختلالات رفتاری، اختلالات ضد اجتماعی، اختلالات اضطرابی دوران کودکی و نوجوانی، برخی اختلالات عاطفی و اختلالات شخصیتی مفید است (سلیگمن، ۲۰۰۴).
- این رویکرد به سایر نظریه‌های کمک‌کننده و به دانش و درک عمومی از تعاملات انسانی کمک کرده است. بسیاری از ایده‌های آدلر در سایر رویکردهای مشاوره ادغام شده است.
- این رویکرد را می‌توان به طور انتخابی در زمینه‌های فرهنگی مختلف به کار برد (براون، ۱۹۹۷). به عنوان مثال، مفهوم "تشویق" در کار با گروه‌هایی که به طور سنتی بر همکاری تأکید داشته‌اند، مانند اسپانیایی‌تبارها و آمریکایی‌های آسیایی‌تبار، به طور مناسبی مورد تأکید قرار می‌گیرد، در حالی که

مفهوم "رقابت خواهر و برادری" ممکن است در مورد آمریکایی‌های شمالی اروپایی تبار که بر رقابت تأکید می‌کنند، برجسته شود.

محدودیت‌ها. نظریه آدلرین از جهات زیر محدود است:

- این رویکرد فاقد یک پایگاه تحقیقاتی محکم و حمایتی است. مطالعات تجربی نسبتاً کمی به وضوح اثربخشی مشاوره آدلرین را نشان می‌دهند.
- این رویکرد در مورد برخی از اصطلاحات و مفاهیم خود مبهم است.
- این رویکرد ممکن است در مورد طبیعت انسان، به ویژه همکاری و علاقه اجتماعی، بیش از حد خوش‌بینانه باشد. برخی از منتقدان این دیدگاه را نادیده گرفتن سایر ابعاد زندگی، مانند قدرت و جایگاه ناخودآگاه، می‌دانند.
- اصول اساسی این رویکرد، مانند ساختار خانواده دموکراتیک، ممکن است در کار با مراجعانی که زمینه فرهنگی آنها بر ایده یک رابطه اجتماعی خطی، مانند آمریکایی‌های عرب‌تبار سنتی، تأکید دارد، به خوبی مطابقت نداشته باشد (براون، ۱۹۹۷).
- این رویکرد که به شدت به دانش کلامی، منطق و بینش متکی است، ممکن است در کاربرد آن برای مراجعانی که از نظر فکری باهوش نیستند، محدود باشد (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳).

مثال موردی

عمل کردن "انگار که" آنزلی

آنزلی همیشه از نظر کلامی پرخاشگر بود. او زبانی تند و واژگان استثنایی داشت. او می‌توانست به سرعت دختران دیگر را سر جای خود بنشانند. بنابراین، او هم مورد تحسین و هم مورد نفرت قرار می‌گرفت. آنزلی به پیشنهاد یکی از دوستانش به یک مشاور آدلرین مراجعه کرد. او تأکید اجتماعی را که آموخت دوست داشت، بنابراین تصمیم گرفت رفتارش را تغییر دهد. آنزلی فکر می‌کرد سریع‌ترین راه برای تبدیل شدن به فردی که می‌خواهد باشد، عمل کردن "انگار که" است.

آیا آنزلی ساده‌لوحانه فکر می‌کرد که عمل کردن "انگار که" به او کمک می‌کند تا به ایده‌آل خود برسد؟ از دیدگاه آدلرین، چه چیز دیگری را پیشنهاد می‌کنید که او انجام دهد یا امتحان کند؟

نظریه‌های انسان‌گرایانه

اصطلاح انسان‌گرایانه، به عنوان توصیف‌کننده مشاوره، بر پتانسیل افراد برای انتخاب فعالانه و تصمیم‌گیری هدفمند در مورد مسائل مربوط به خود و محیطشان تمرکز دارد. متخصصانی که رویکردهای مشاوره انسان‌گرایانه را می‌پذیرند، به افراد کمک می‌کنند تا از طریق تجربه احساسات خود، خودآگاهی را افزایش دهند. این اصطلاح گسترده است و شامل نظریه‌های مشاوره می‌شود که بر افراد به عنوان تصمیم‌گیرنده و آغازگر رشد و توسعه خودشان تمرکز دارند. سه مورد از این نظریه‌ها در اینجا پوشش داده شده است: فردمحور، وجودی و گشتالت.

مشاوره فردمحور

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. کارل راجرز (۱۹۰۲-۱۹۸۷) فردی است که بیش از همه با مشاوره فردمحور شناخته می‌شود. در واقع، راجرز بود که برای اولین بار این نظریه را در قالب روان‌درمانی غیرمستقیم در کتاب خود در سال ۱۹۴۲، "مشاوره و روان‌درمانی" تدوین کرد. این نظریه بعداً به مشاوره مراجع‌محور و فردمحور با کاربردهای متعدد برای گروه‌ها، خانواده‌ها و جوامع و همچنین افراد تکامل یافت.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. در مشاوره فردمحور، دیدگاه خاصی نسبت به طبیعت انسان نهفته است: افراد اساساً خوب هستند (راجرز، ۱۹۶۱). انسان‌ها به طور مشخص "مثبت، رو به جلو، سازنده، واقع‌بین و قابل اعتماد" هستند (راجرز، ۱۹۵۷، ص. ۱۹۹). هر فرد از بدو تولد آگاه، درون‌گرا و در جهت خودشکوفایی حرکت می‌کند.

به گفته راجرز، خودشکوفایی رایج‌ترین و انگیزه‌بخش‌ترین نیروی محرکه هستی است و شامل اعمالی می‌شود که بر کل فرد تأثیر می‌گذارد. "ارگانیسم یک گرایش و تلاش اساسی دارد، برای بالفعل کردن، حفظ و ارتقای ارگانیسم تجربه‌کننده" (راجرز، ۱۹۵۱، ص. ۴۸۷). نظریه‌پردازان فردمحور معتقدند که هر فرد قادر به یافتن معنا و هدف شخصی در زندگی است. ناکارآمدی در واقع ناتوانی در یادگیری و تغییر است (بوهارت و واتسون، ۲۰۱۱).

راجرز فرد را از دیدگاه پدیدارشناختی می‌نگرد: آنچه مهم است ادراک فرد از واقعیت است نه خود رویداد (راجرز، ۱۹۵۵). این شیوه دیدن فرد مشابه دیدگاه آدلر است. مفهوم خود یکی دیگر از ایده‌هایی است که راجرز و آدلر در آن مشترک هستند. اما برای راجرز این مفهوم آنقدر برای نظریه او مرکزی است که اغلب از ایده‌های او به عنوان نظریه خود یاد می‌شود. خود نتیجه تجربیات فرد است و آگاهی از خود به فرد کمک می‌کند تا خود را از دیگران متمایز کند (نای، ۲۰۰۰).

برای ظهور یک خود سالم، فرد به توجه مثبت—عشق، گرما، مراقبت، احترام و پذیرش—نیاز دارد. اما در دوران کودکی و همچنین بعداً در زندگی، فرد اغلب از سوی والدین و دیگران توجه مشروط دریافت می‌کند. احساس ارزشمندی در صورتی در فرد ایجاد می‌شود که به شیوه‌های خاصی رفتار کند، زیرا پذیرش مشروط به فرد می‌آموزد که فقط در صورت مطابقت با خواسته‌های دیگران احساس ارزشمندی کند. بنابراین، فرد ممکن است مجبور شود ادراکی را انکار یا تحریف کند، زمانی که فردی که فرد برای تأیید به او وابسته است، موقعیتی را متفاوت می‌بیند. فردی که در چنین معضلی گرفتار می‌شود، از ناهماهنگی‌های بین ادراک از خود و تجربه آگاه می‌شود. اگر فرد مطابق میل دیگران عمل نکند، پذیرفته و ارزشمند نخواهد بود. با این حال، اگر فرد مطابقت کند، شکافی بین خود ایده‌آل (آنچه فرد تلاش می‌کند به آن تبدیل شود) و خود واقعی (آنچه فرد هست) ایجاد می‌کند. هرچه خود ایده‌آل از خود واقعی دورتر باشد، فرد بیشتر احساس بیگانگی و ناسازگاری می‌کند.

نقش مشاور. نقش مشاور یک نقش کل‌نگر است. او فضایی را ایجاد و ترویج می‌کند که در آن مراجع آزاد و تشویق به بررسی تمام جنبه‌های خود می‌شود (راجرز، ۱۹۵۱، ۱۹۸۰). این فضا بر رابطه مشاور و مراجع متمرکز است، که راجرز آن را رابطه‌ای با کیفیت شخصی ویژه "من-تو" توصیف می‌کند. مشاور از زبان کلامی و غیرکلامی مراجع آگاه است و آنچه را که می‌شنود یا مشاهده می‌کند به او بازتاب می‌دهد (براتن، ۱۹۸۶). نه مراجع و نه مشاور نمی‌دانند که جلسات به چه سمتی پیش خواهد رفت یا چه اهدافی در این فرآیند پدیدار خواهد شد. مراجع فردی در حال پیشرفت است که "حق دارد درمان خود را هدایت کند" (مون، ۲۰۰۷، ص. ۲۷۷). بنابراین، مشاور به مراجع اعتماد می‌کند تا برنامه‌ای را تنظیم کند که مایل به کار بر روی آن است. وظیفه مشاور این است که به عنوان تسهیل‌کننده عمل کند نه به عنوان راهنما. در رویکرد فردمحور، مشاور متخصص فرآیند و یادگیرنده متخصص (از مراجع) است. صبر ضروری است (میلر، ۱۹۹۶).

اهداف. اهداف مشاوره فردمحور حول مراجع به عنوان یک شخص می‌چرخد، نه مشکل او. راجرز (۱۹۷۷) تأکید می‌کند که افراد نیاز به کمک دارند تا یاد بگیرند چگونه با موقعیت‌ها کنار بیایند. یکی از راه‌های اصلی برای انجام این کار، کمک به مراجع برای تبدیل شدن به یک فرد کاملاً کارآمد است که نیازی به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در تجربیات روزمره ندارد. چنین فردی به طور فزاینده‌ای تمایل به تغییر و رشد پیدا می‌کند. او نسبت به تجربه بازتر، نسبت به ادراک از خود اعتماد بیشتری دارد و در خودکاوی و ارزیابی مشارکت می‌کند (راجرز، ۱۹۶۱). علاوه بر این، یک فرد کاملاً کارآمد پذیرش بیشتری نسبت به خود و دیگران پیدا می‌کند و در لحظه حال تصمیم‌گیرنده بهتری می‌شود. در نهایت، به مراجع کمک می‌شود تا منابع و پتانسیل‌های خود را شناسایی، استفاده و ادغام کند (بوی و پاین، ۱۹۸۳؛ میلر، ۱۹۹۶).

تکنیک‌ها. برای درمانگران فردمحور، کیفیت رابطه مشاوره بسیار مهم‌تر از تکنیک‌ها است (گلاوزر و بوزارت، ۲۰۰۱). راجرز (۱۹۵۷) معتقد بود که سه شرط ضروری و کافی (یعنی اصلی) برای مشاوره وجود دارد:

۱. همدلی

۲. توجه مثبت نامشروط (پذیرش، ارزش‌گذاری)

۳. همخوانی (اصالت، گشودگی، صداقت، شفافیت)

همدلی ممکن است ذهنی، بین فردی یا عینی باشد (کلارک، ۲۰۰۴؛ راجرز، ۱۹۶۴). "همدلی ذهنی مشاور را قادر می‌سازد تا لحظه‌ای تجربه کند که بودن به جای مراجع چگونه است، همدلی بین فردی مربوط به درک تجربه پدیدارشناختی مراجع است و همدلی عینی از منابع دانش معتبر خارج از چارچوب مرجع مراجع استفاده می‌کند" (کلارک، ۲۰۱۰، ص. ۳۴۸).

در موقعیت‌های درمانی، همدلی در درجه اول توانایی مشاور در احساس کردن با مراجعان و انتقال این درک به آنها است. این کار ممکن است به روش‌های مختلفی انجام شود، اما اساساً همدلی تلاشی است برای فکر کردن با مراجع، نه برای یا در مورد او، و درک ارتباطات، نیت و معانی مراجع (برامر و همکاران، ۱۹۹۳؛ کلارک، ۲۰۰۷؛ مون، ۲۰۰۷). راجرز (۱۹۷۵) خاطرنشان کرد: "تحقیقات همچنان در حال افزایش است و به شدت به این نتیجه اشاره دارد که درجه بالایی از همدلی در یک رابطه احتمالاً قوی‌ترین و قطعاً یکی از قوی‌ترین عوامل در ایجاد تغییر و یادگیری است" (ص. ۳).

توجه مثبت نامشروط، که به عنوان پذیرش نیز شناخته می‌شود، مراقبت عمیق و صمیمانه از مراجع به عنوان یک شخص است—یعنی ارزش قائل شدن برای فرد فقط به خاطر وجودش (راجرز، ۱۹۶۱، ۱۹۸۰). همخوانی وضعیت شفاف بودن در رابطه درمانی با کنار گذاشتن نقش‌ها و نقاب‌ها است (راجرز، ۱۹۸۰). این "آمادگی مشاور برای کنار گذاشتن نگرانی‌ها و دغدغه‌های شخصی و برای در دسترس بودن و گشوده بودن در رابطه با مراجع است" (مون، ۲۰۰۷، ص. ۲۷۸).

از سال ۱۹۸۰، مشاوران فردمحور تعدادی از روش‌های دیگر را برای کار با مراجعان امتحان کرده‌اند، مانند خودافشایی محدود احساسات، افکار و ارزش‌ها. مصاحبه انگیزشی (MI) نیز از رویکرد فردمحور نشأت گرفته است و برای کمک به مراجعان دوپهلوی برای ارزیابی واضح‌تر افکار و احساسات خود در هنگام تأمل در مورد ایجاد تغییرات استفاده شده است. "به طور معمول MI از سبک راجرز متمایز می‌شود زیرا MI راهنما است، به گفتگوی انتخابی تغییر در مورد مشکل رفتاری ارائه شده توجه می‌کند و آن را تقویت می‌کند" (میسون، ۲۰۰۹، ص. ۳۵۷). در قلب مشاوره فردمحور، صرف نظر از روش‌ها، این است که مراجعان با تجربه خود و دیگران در روابط رشد می‌کنند (کورمیر، نوریوس و آزبورن، ۲۰۱۷). بنابراین، راجرز (۱۹۶۷) و مشاوران فردمحور امروزی معتقدند که "تغییر مثبت قابل توجه در شخصیت" نمی‌تواند مگر در روابط رخ دهد (ص. ۷۳).

روش‌هایی که به ترویج رابطه مشاور و مراجع کمک می‌کنند شامل گوش دادن فعال و غیرفعال، بازتاب دقیق افکار و احساسات، شفاف‌سازی، خلاصه‌سازی، رویارویی و راهنمایی‌های کلی یا باز، اما محدود به آنها نیستند. در صورت امکان از سؤالات اجتناب می‌شود (تورسی و کوکران، ۲۰۰۶).

نقاط قوت و مشارکت‌ها. جنبه‌های منحصر به فرد مشاوره فردمحور عبارتند از:

- این رویکرد با مرتبط کردن مشاوره با روان‌درمانی و رمزگشایی از آن با تهیه نوارهای صوتی از جلسات واقعی و انتشار متن‌های واقعی جلسات مشاوره (گودیر، ۱۹۸۷؛ سامرز-فلانگان، ۲۰۰۷)، انقلابی در حرفه مشاوره ایجاد کرد.
- رویکرد فردمحور به مشاوره برای طیف گسترده‌ای از مشکلات انسانی، از جمله تغییرات سازمانی، روابط کارگر و مدیریت، توسعه رهبری، تصمیم‌گیری شغلی و دیپلماسی بین‌المللی قابل استفاده است. به عنوان مثال، کورنلیوس-وایت (۲۰۰۵) دریافته است که رویکرد فردمحور می‌تواند در ترویج مشاوره چند فرهنگی مؤثر باشد. به همین ترتیب، لمویر و چن (۲۰۰۵) استدلال کرده‌اند که "به نظر می‌رسد رویکرد فردمحور پتانسیل ایجاد شرایط لازم برای مقابله با انگ‌زنی را دارد و به نوجوانانی که با یک گروه اقلیت جنسی انگ‌زده مرتبط هستند، اجازه می‌دهد تا با هویت جنسی خود به شیوه‌ای سازنده‌تر برای آنها کنار بیایند" (ص. ۱۴۶).
- این رویکرد تحقیقات گسترده‌ای را به وجود آورده است (تورسی و کوکران، ۲۰۰۶). این رویکرد در ابتدا استاندارد انجام تحقیقات در مورد متغیرهای مشاوره، به ویژه آنهایی که راجع به آنها (۱۹۵۷) برای ایجاد تغییر درمانی "ضروری و کافی" می‌دانست، تعیین کرد.
- این رویکرد در تعدادی از محیط‌ها مؤثر است. مشاوره فردمحور به بهبود سازگاری روانشناختی، یادگیری و تحمل ناکامی کمک می‌کند و دفاعی بودن را کاهش می‌دهد. این رویکرد برای درمان حالات

اضطرابی خفیف تا متوسط، اختلالات سازگاری و شرایطی که به اختلالات روانی نسبت داده نمی‌شوند، مانند سوگ غیر پیچیده یا روابط بین فردی، مناسب است (سلیگمن، ۲۰۰۴).

- رویکرد فردمحور ممکن است به ویژه در کار با مراجعانی که تجربیات غم‌انگیزی داشته‌اند مفید باشد، زیرا به آنها اجازه می‌دهد "با احساسات دست و پنجه نرم کنند و در واقع با درک کامل احساسات مربوط به این فجایع، در طول زمان کمتر تحت تأثیر قرار بگیرند" (تورسی و کوکران، ۲۰۰۶، ص. ۳۹۵).

- این رویکرد بر رابطه باز و پذیرنده‌ای که توسط مشاوران و مراجعان ایجاد می‌شود و ماهیت کوتاه مدت فرآیند کمک‌رسانی تمرکز دارد.

- اصول اولیه این رویکرد زمان نسبتاً کوتاهی برای یادگیری نیاز دارد. با تأکید بر تسلط بر مهارت‌های شنیداری، مشاوره فردمحور پایه‌ای برای آموزش بسیاری از مددکاران غیرحرفه‌ای است. علاوه بر این، مبنای چندین رویکرد جدید و نوظهور در درمان است و اغلب با سایر گرایش‌های نظری مشاوره مانند شناختی و رفتاری ترکیب می‌شود (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۴؛ سلیگمن و رایشنبرگ، ۲۰۱۴).

- این رویکرد دیدگاه مثبتی نسبت به طبیعت انسان دارد و همچنان در حال تکامل است.

محدودیت‌ها. محدودیت‌های نظریه فردمحور نیز قابل توجه است:

- این رویکرد ممکن است برای مراجعان در بحران یا کسانی که به ساختار و راهنمایی بیشتری نیاز دارند، بیش از حد ساده‌انگارانه، خوش‌بینانه، سهل‌انگارانه و بی‌هدف باشد (سلیگمن و رایشنبرگ، ۲۰۱۴؛ تورسی و کوکران، ۲۰۰۶).

- این رویکرد برای بهترین نتایج به مراجعان باهوش، با بینش و سخت‌کوش متکی است. کاربرد محدودی دارد و به ندرت با افراد دارای معلولیت شدید یا کودکان خردسال استفاده می‌شود (هندرسون و تامپسون، ۲۰۱۶).
- این رویکرد تشخیص، ناخودآگاه، نظریه‌های رشدی و انگیزه‌های جنسی و پرخاشگرانه ذاتی را نادیده می‌گیرد. بسیاری از منتقدان آن را بیش از حد خوش‌بینانه می‌دانند.
- این رویکرد فقط با مسائل سطحی سروکار دارد و مراجع را به چالش نمی‌کشد تا زمینه‌های عمیق‌تری را بررسی کند. از آنجایی که مشاوره فردمحور کوتاه مدت است، ممکن است تأثیر دائمی بر فرد نداشته باشد.
- این رویکرد بیشتر نگرشی است تا مبتنی بر تکنیک. فاقد تکنیک‌های خاص برای ایجاد تغییر در مراجع است (مون، ۲۰۰۷).

تأمل شخصی

چه چیزی در رویکرد فرد-محور برای شما جذاب‌تر است؟ چرا؟ چه چیزی کمتر جذاب است؟ چرا؟

مشاوره وجودی

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. رولو می (۱۹۰۹-۱۹۹۴) و ویکتور فرانکل (۱۹۰۵-۱۹۹۷) دو تن از تأثیرگذارترین متخصصان در زمینه مشاوره وجودی هستند. می به طور گسترده با اضطراب، به ویژه در رابطه با مبارزه زندگی و مرگ خود با سل، پرداخت، در حالی که فرانکل، که در طول جنگ جهانی دوم در اردوگاه‌های کار اجباری نازی‌ها زندانی بود، بر معنای زندگی حتی در وحشتناک‌ترین شرایط اردوگاه مرگ تمرکز کرد.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. "رویکرد وجودی دیدگاه جبرگرایانه نسبت به طبیعت انسان را رد می‌کند و بر آزادی انسان‌ها در انتخاب اینکه از شرایط خود چه بسازند تأکید می‌کند" (فرناندو، ۲۰۰۷، ص. ۲۲۶).
 اگزیستانسیالیست‌ها به عنوان یک گروه معتقدند که افراد زندگی خود را با انتخاب‌هایی که می‌کنند شکل می‌دهند. حتی در بدترین شرایط، مانند اردوگاه‌های مرگ نازی‌ها، فرصتی برای تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی و مرگ وجود دارد، مانند اینکه آیا برای زنده ماندن تلاش کنند یا خیر (فرانکل، ۱۹۶۹). اگزیستانسیالیست‌ها بر این اراده آزاد انتخاب و عملی که با آن همراه است تمرکز می‌کنند. آنها افراد را نویسندگان زندگی خود می‌دانند. آنها معتقدند که افراد مسئول هر تصمیمی در زندگی هستند که می‌گیرند و برخی از انتخاب‌ها سالم‌تر و معنادارتر از سایرین هستند.

به گفته فرانکل (۱۹۶۲)، "معنای زندگی همیشه تغییر می‌کند اما هرگز از بین نمی‌رود" (ص. ۱۱۳). نظریه او که به عنوان لوگوتراپی شناخته می‌شود، بیان می‌کند که معنا فراتر از خودشکوفایی است و در سه سطح وجود دارد: (الف) معانی نهایی (به عنوان مثال، نظمی در جهان وجود دارد)؛ (ب) معنای لحظه؛ و (ج) معنای رایج و روزمره (داس، ۱۹۹۸). ما می‌توانیم معنای زندگی را به سه روش کشف کنیم:

۱. با انجام یک عمل، یعنی با دستیابی یا انجام کاری،

۲. با تجربه یک ارزش، مانند اثر طبیعت، فرهنگ یا عشق، و

۳. با رنج کشیدن، یعنی با یافتن نگرش مناسب نسبت به سرنوشت تغییرناپذیر.

اگزیستانسیالیست‌ها معتقدند که روان‌پاتولوژی ناتوانی در انتخاب‌های معنادار و به حداکثر رساندن پتانسیل فرد است (مک ایلروی، ۱۹۷۹). ممکن است از انتخاب‌ها اجتناب شود و پتانسیل‌ها به دلیل اضطرابی که در عمل وجود دارد، محقق نشوند. اضطراب اغلب با فلج شدن همراه است، اما می (۱۹۷۷) استدلال می‌کند که اضطراب طبیعی ممکن است سالم و انگیزه‌بخش باشد و می‌تواند به افراد در تغییر کمک کند.

نقش مشاور. نقش‌های یکسانی وجود ندارد که مشاوران وجودی از آن پیروی کنند. هر مراجع منحصر به فرد در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، مشاوران به تمام جنبه‌های شخصیت مراجعان خود، "مانند صدا، وضعیت بدنی، حالت چهره، حتی لباس و حرکات ظاهراً تصادفی بدن" حساس هستند (می، ۱۹۳۹، ص. ۱۰۱). اساساً، مشاوران بر اصیل بودن با مراجعان خود و ورود به روابط عمیق و شخصی با آنها تمرکز می‌کنند. "مشاور تلاش می‌کند تا در لحظه حال با مراجع باشد و وضعیت عاطفی و ذهنی جاری مراجع را درک و تجربه کند. برای انجام این کار، مشاور باید احساسات خود را بیان کند" (فرناندو، ۲۰۰۷، ص. ۲۳۱). بنابراین، برای یک مشاور وجودی غیرمعمول نیست که تجربیات شخصی خود را با مراجع به اشتراک بگذارد تا رابطه را عمیق‌تر کند و به مراجع کمک کند تا انسانیت و مبارزه مشترک را درک کند. بولر و آلن (۱۹۷۲) پیشنهاد می‌کنند که مشاوران وجودی بر روابط فرد به فرد که بر تعامل متقابل، تمامیت و رشد تأکید دارند، تمرکز کنند. مشاورانی که از دیدگاه لوگوتراپی فرانکل تمرین می‌کنند، درگیر کردن مراجعان خود در گفتگو به روش سقراطی عمل می‌کنند (الکس و سلی، ۳ ژوئن ۲۰۱۱، ارتباط شخصی).

با این حال، همه مشاوران وجودی به عنوان الگویی برای چگونگی دستیابی به پتانسیل فردی و تصمیم‌گیری عمل می‌کنند. آنها بر کمک به مراجع برای تجربه احساسات ذهنی، به دست آوردن درک روشن‌تر از خود و حرکت به سوی ایجاد یک شیوه جدید بودن در جهان تمرکز می‌کنند. تمرکز بر زندگی مولد در حال حاضر است، نه بازیابی گذشته شخصی. آنها همچنین بر نگرانی‌های نهایی انسان مانند مرگ، آزادی، انزوا و بی‌معنایی تمرکز می‌کنند (بالوم و جوسلسون، ۲۰۱۱).

اهداف. اهداف اگزیستانسیالیست‌ها شامل کمک به مراجعان برای درک اهمیت معنا، مسئولیت، آگاهی، آزادی و پتانسیل است. اگزیستانسیالیست‌ها امیدوارند که در طول مشاوره، مراجعان مسئولیت بیشتری در قبال زندگی خود بپذیرند. "هدف درمان این است که بیمار وجود خود را به عنوان واقعی تجربه کند" (می، آنجل و النبرگر،

۱۹۵۸، ص. ۸۵). در این فرآیند، مراجع از ناظر بودن بر رویدادها رها می‌شود و به شکل‌دهنده فعالیت شخصی معنادار و پذیرنده ارزش‌های شخصی که منجر به یک سبک زندگی معنادار می‌شود، تبدیل می‌شود.

تکنیک‌ها. "نظریه وجودی مشاور را به تکنیک‌ها و مداخلات خاصی محدود نمی‌کند" (فرناندو، ۲۰۰۷، ص. ۲۳۰). رویکرد وجودی نسبت به تقریباً هر مدل مشاوره دیگری، تکنیک‌های کمتری در دسترس دارد. با این حال، این ضعف ظاهری (یعنی کمبود ترفندهای درمانی و اصطلاحات روانشناختی) به طور متناقضی یک نقطه قوت است زیرا به مشاوران وجودی اجازه می‌دهد تا ایده‌ها را قرض بگیرند و همچنین از طیف گسترده‌ای از مهارت‌های شخصی و حرفه‌ای استفاده کنند. "رویکرد به انسان‌ها صرفاً از نظر تکنیک‌ها لزوماً به معنای دستکاری آنهاست" و دستکاری مخالف آن چیزی است که اگزستانسیالیست‌ها از آن دفاع می‌کنند (فرانکل، ۱۹۶۷، ص. ۱۳۹). بنابراین، اگزستانسیالیست‌ها آزادند تا از تکنیک‌هایی به گستردگی حساسیت‌زدایی و تداعی آزاد استفاده کنند یا به طور کامل خود را از این شیوه‌ها جدا کنند. به عنوان مثال، ساوتویک، گیلمارتین، مک‌دونا و موریسی (۲۰۰۶) از لوگوتراپی به عنوان بخشی از یک درمان آموزشی گروهی در کار با کهنه سربازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ استفاده کردند و از افراد گروه خواستند تا بر معنا تمرکز کنند و در عین حال خدمات اجتماعی مانند تدریس خصوصی به کودکان و تحویل غذای گرم برای سالمندان انجام دهند. نتیجه برای اکثریت شرکت‌کنندگان افزایش اعمال ایثارگرانه و انگیزه بیشتر برای زندگی هدفمند بود.

مؤثرترین و قدرتمندترین تکنیکی که مشاوران وجودی دارند، رابطه با مراجع است. در حالت ایده‌آل، مشاور از نیازهای خود فراتر می‌رود و بر مراجع تمرکز می‌کند. در این فرآیند، مشاور باز و خودافشاگر است تا به مراجع کمک کند تا بیشتر با احساسات و تجربیات شخصی خود در تماس باشد. تأکید در رابطه بر اصالت، صداقت و خودانگیختگی است (مندلوویتز و اشنايدر، ۲۰۰۸).

مشاوران وجودی همچنین از رویارویی استفاده می‌کنند. مراجعان با این ایده روبرو می‌شوند که هر کس مسئول زندگی خود است (بلر، ۲۰۰۴). مشاوران وجودی برخی از تکنیک‌ها را از سایر مدل‌های مشاوره وام می‌گیرند، مانند استفاده از تمرین‌های آگاهی، تصویرسازی، تناقض، انحراف و فعالیت‌های تعیین هدف.

نقاط قوت و مشارکت‌ها. رویکرد وجودی به مشاوره دارای تعدادی نقاط قوت است:

- این رویکرد بر منحصر به فرد بودن هر فرد و اهمیت معنا در زندگی آنها تأکید می‌کند. درک یک فرد خارج از زمینه یک فرد کامل که در حال حاضر تصمیم به عمل کردن در محیط دارد، امکان‌پذیر نیست. (الکس و سلی، ۳ ژوئن ۲۰۱۱، ارتباط شخصی).
- این رویکرد تشخیص می‌دهد که اضطراب لزوماً یک وضعیت منفی نیست. اضطراب بخشی از زندگی انسان است و می‌تواند برخی از افراد را برای تصمیم‌گیری‌های سالم و سازنده برانگیزد (فرناندو، ۲۰۰۷).
- این رویکرد دسترسی مشاوران را به حجم عظیمی از فلسفه و ادبیات فراهم می‌کند که هم آموزنده و هم روشنگر در مورد طبیعت انسان است (مندلوویتز و اشنایدر، ۲۰۰۸).
- این رویکرد بر رشد و توسعه مداوم انسان تأکید می‌کند و از طریق خواندن‌های هدفمند و مواجهات درمانی با مشاور، به مراجعان امید می‌دهد.
- این رویکرد در موقعیت‌های مشاوره چند فرهنگی مؤثر است زیرا دیدگاه جهانی آن نسبت به هستی انسان به مشاوران اجازه می‌دهد تا بدون در نظر گرفتن پیشینه قومی یا اجتماعی، به شخص مراجع به روش "من-تو" تمرکز کنند (اپ، ۱۹۹۸؛ جکسون، ۱۹۸۷).
- این رویکرد به ارتباط افراد با مشکلات جهانی که بشریت با آن روبرو است، مانند جستجوی صلح و فقدان مراقبت، کمک می‌کند (بالدوین، ۱۹۸۹).

- این رویکرد ممکن است با دیدگاه‌ها و روش‌های دیگر (مانند روش‌های مبتنی بر اصول یادگیری و رفتارگرایی) برای درمان مشکلات بسیار دشوار، مانند اعتیاد، ترکیب شود (فرناندو، ۲۰۰۷).
- **محدودیت‌ها.** متخصصانی که رویکردهای متفاوت و ساختاریافته‌تری را می‌پذیرند، چندین محدودیت را در رویکرد وجودی ذکر کرده‌اند:
 - این رویکرد یک مدل کاملاً توسعه یافته از مشاوره ارائه نکرده است. متخصصانی که بر مراحل رشد مشاوره تأکید دارند، به ویژه در این انتقاد بسیار صریح هستند.
 - این رویکرد فاقد برنامه‌های آموزشی و تربیتی است. هر متخصص منحصر به فرد است. اگرچه منحصر به فرد بودن ارزشمند است، اما مانع از آموزش سیستماتیک نظریه می‌شود.
 - این رویکرد به دلیل ماهیت ذهنی خود، فراتر از سطح فردی، به سختی قابل اجرا است.
 - اگزستانسیالیسم فاقد نوع روش‌شناسی و فرآیندهای اعتبارسنجی رایج در بیشتر رویکردهای دیگر است. به طور خلاصه، فاقد یکنواختی است که مشاوران مبتدی بتوانند به راحتی آن را درک کنند.
 - این رویکرد به فلسفه وجودی نزدیک‌تر است تا به سایر نظریه‌های مشاوره. این تمایز در برخی موارد کاربرد آن را محدود می‌کند.

مثال موردی

هیچ انکاری ند

ند یک اگزستانسیالیست بود که به هیچ انگاری اعتقاد داشت. او فکر نمی کرد هیچ معنا یا منطقی در زندگی وجود داشته باشد و کسانی که چنین موضعی می گرفتند ساده لوح بودند. موضع قاطع او گاهی او را از دیگران دور می کرد، اما عموماً ند به دلیل استدلال فلسفی خود مورد احترام بود.

روزی، ند به دنبال حمایت از دیدگاه های خود، با یک گروه خصوصی محلی تماس گرفت و برای دیدن جیم، مشاور که به عنوان یک اگزستانسیالیست شهرت داشت، وقت ملاقات گرفت. ند انتظار داشت که جیم با او در مورد فلسفه بحث کند و از نیهیلیسم او حمایت کند. در عوض، جیم به ند گفت که او هر روز در تمام کارهایی که انجام می دهد معنای زیادی پیدا می کند. ند شگفت زده شد.

ند چگونه می توانست در ارزیابی جیم تا این حد نادرست باشد؟ چگونه می توان شکاف بین ند و جیم را به طور سازنده پر کرد؟

درمان گشتالت

درمان گشتالت با روانشناسی گشتالت، مکتبی از اندیشه که بر ادراک تمامیت و یکپارچگی تأکید دارد، مرتبط است. اصطلاح گشتالت به معنای شکل کامل است. روانشناسی و درمان گشتالت به عنوان واکنشی به تأکید تقلیل گرایانه در سایر مکاتب روانشناسی و مشاوره، مانند روانکاو و رفتارگرایی، به وجود آمدند. بنابراین، درمان گشتالت بر چگونگی عملکرد افراد در کلیت خود تأکید می کند.

بنیانگذاران/توسعه دهندگان. فردریک (فریتز) پرلز (۱۸۹۳-۱۹۷۰) به عنوان بنیانگذار درمان گشتالت

شناخته می شود و آن را هم از طریق شخصیت پر زرق و برق و هم از طریق نوشته هایش محبوب کرد. لورا پرلز

(همسرش) و پل گودمن به پرلز در توسعه و اصلاح ایده‌های اصلی‌اش کمک کردند. تعدادی از نظریه‌پردازان دیگر، به ویژه جوئن فاگان و ایرما لی شپرد (۱۹۷۰)، این مدل را بیشتر توسعه دادند.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. گشتالت‌درمانگران معتقدند که انسان‌ها برای تمامیت و کمال در زندگی تلاش می‌کنند. هر فردی گرایش به خودشکوفایی دارد که از طریق تعامل شخصی با محیط و آغاز خودآگاهی پدیدار می‌شود. خودشکوفایی در حال حاضر متمرکز است؛ "فرآیند بودن آن چیزی است که فرد هست و نه فرآیند تلاش برای شدن" (کمپلر، ۱۹۷۳، ص. ۲۶۲). دیدگاه گشتالت نسبت به طبیعت انسان، مانند مشاوره فرد-محور، به خرد درونی افراد اعتماد می‌کند. هر فردی به دنبال زندگی یکپارچه و مولد است و تلاش می‌کند تا بخش‌های مختلف وجود خود را در یک کل سالم و متحد هماهنگ کند. از دیدگاه گشتالت، افراد چیزی فراتر از مجموع اجزای خود هستند (پرلز، ۱۹۶۹).

دیدگاه گشتالت ضدجبرگرا است: هر فردی قادر به تغییر و مسئولیت‌پذیری است (هچر و هیملستینت، ۱۹۹۷). افراد بازیگران رویدادهای اطراف خود هستند، نه فقط واکنش‌دهنده به رویدادها. به طور کلی، دیدگاه گشتالت موضعی وجودی، تجربی و پدیدارشناختی دارد: اکنون چیزی است که واقعاً اهمیت دارد. فرد از طریق تجربه، نه صحبت، جنبه‌های مختلف خود را کشف می‌کند و ارزیابی و تفسیر خود فرد از زندگی‌اش در یک لحظه معین زمانی، مهم‌ترین چیز است.

به گفته درمان گشتالت، بسیاری از افراد پریشان وابستگی بیش از حدی به تجربه فکری دارند (سیمکین، ۱۹۷۵). چنین تأکیدی اهمیت احساسات و حواس را کاهش می‌دهد و توانایی فرد در پاسخگویی به موقعیت‌های مختلف را محدود می‌کند. مشکل رایج دیگر ناتوانی در شناسایی و حل و فصل امور ناتمام است—یعنی افکار، احساسات و واکنش‌های قبلی که هنوز بر عملکرد شخصی تأثیر می‌گذارند و با زندگی در لحظه حال تداخل می‌کنند. رایج‌ترین امور ناتمام در زندگی، نبخشیدن والدین به خاطر اشتباهاتشان است. گشتالت‌درمانگران هیچ

یک از این مشکلات را به نیروهای ناخودآگاه درون افراد نسبت نمی‌دهند. بلکه، تمرکز بر آگاهی است، توانایی مراجع برای برقراری تماس ذهنی و حسی کامل با تجربه لحظه حال (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳). هر فردی در سطحی از آگاهی عمل می‌کند، از بسیار آگاه بودن تا بسیار ناآگاه بودن. افراد سالم کسانی هستند که بیشترین آگاهی را دارند.

به گفته گشتالت‌درمانگران، فرد ممکن است به چند طریق دچار مشکل شود. اول، ممکن است ارتباط خود را با محیط و منابع موجود در آن از دست بدهد. دوم، فرد ممکن است بیش از حد درگیر محیط شود و با خود بیگانه شود. سوم، ممکن است نتواند امور ناتمام را کنار بگذارد. چهارم، ممکن است در جهات مختلف پراکنده و تکه‌تکه شود. پنجم، فرد ممکن است بین "سگ بالادست" (آنچه فرد فکر می‌کند باید انجام دهد) و "سگ زیردست" (آنچه فرد می‌خواهد انجام دهد) دچار تعارض شود. سرانجام، فرد ممکن است در برخورد با دوگانگی‌های زندگی، مانند عشق/نفرت، مردانگی/زنانگی و لذت/درد، مشکل داشته باشد.

تأمل شخصی

بیشتر مردم در طول زندگی خود شب‌ها به خواب رفته‌اند در حالی که کاری را که شروع کرده بودند تمام نکرده‌اند، به عنوان مثال، تکالیف مدرسه، تمیزکاری، تعمیر و نگهداری خودرو. به نظر شما آگاهی مشاوران از چنین زمان‌هایی چگونه می‌تواند همدلی آنها را با مراجعان افزایش دهد؟ از چه طرق دیگری ممکن است بر آنها تأثیر بگذارد؟

نقش مشاور. نقش مشاور گشتالت ایجاد فضایی است که اکتشاف مراجع در مورد آنچه برای رشد لازم است را ترویج کند. مشاور با درگیر شدن شدید و شخصی با مراجعان و صادق بودن، چنین فضایی را فراهم می‌کند. پولستر و پولستر (۱۹۷۳) تأکید می‌کنند که مشاوران باید هیجان‌انگیز، پرانرژی و کاملاً انسانی باشند. درگیری در لحظه حال رخ می‌دهد که یک فرآیند مداوم است (پرلز، ۱۹۶۹). اکنون اغلب شامل کمک مشاور به مراجع

برای تمرکز بر مسدود کردن انرژی و استفاده از آن انرژی به روش‌های مثبت و سازگارانه است (زینکر، ۱۹۷۸). اکنون همچنین مستلزم کمک مشاور به مراجع برای تشخیص الگوها در زندگی اوست (فاگان، ۱۹۷۰).

اهداف. اهداف درمان گشتالت به خوبی تعریف شده‌اند. آنها شامل تأکید بر اینجا و اکنون و تشخیص فوریت تجربه هستند (بانکارت، ۱۹۹۷). اهداف بیشتر شامل تمرکز بر بیان غیرکلامی و کلامی و تمرکز بر این مفهوم است که زندگی شامل انتخاب کردن است (فاگان و شپرد، ۱۹۷۰). رویکرد گشتالت بر کمک به مراجع برای حل و فصل گذشته به منظور یکپارچه شدن تمرکز دارد. این هدف شامل تکمیل رشد ذهنی است. بر همگرایی جنبه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری فرد تأکید می‌کند. تمرکز اصلی پذیرش قطبیت‌ها در درون فرد است (جلسو و کارتر، ۱۹۸۵).

درمانگران گشتالت به عنوان یک گروه بر عمل تأکید می‌کنند و مراجعان خود را برای تجربه احساسات و رفتارها تحت فشار قرار می‌دهند. آنها همچنین بر معنای کلمه "اکنون" تأکید می‌کنند. پرلز (۱۹۶۹) فرمولی را توسعه داد که جوهر این کلمه را بیان می‌کند: "اکنون = تجربه = آگاهی = واقعیت. گذشته دیگر وجود ندارد و آینده هنوز نیامده است. فقط اکنون وجود دارد" (ص. ۱۴).

تکنیک‌ها. برخی از نوآورانه‌ترین تکنیک‌های مشاوره که تاکنون توسعه یافته‌اند در درمان گشتالت یافت می‌شوند (هارمن، ۱۹۹۷). این تکنیک‌ها دو شکل دارند: تمرین‌ها و آزمایش‌ها. تمرین‌ها تکنیک‌های آماده‌ای هستند، مانند ایفای نقش‌های خیالی، ایفای نقش و سایکودرام (کاون، ۱۹۷۷). آنها برای برانگیختن پاسخ خاصی از مراجع، مانند خشم یا اکتشاف، به کار گرفته می‌شوند. از سوی دیگر، آزمایش‌ها فعالیت‌هایی هستند که از تعامل بین مشاور و مراجع ناشی می‌شوند. آنها برنامه‌ریزی نشده‌اند و آنچه آموخته می‌شود اغلب برای مراجع و مشاور هر دو شگفت‌انگیز است. بسیاری از تکنیک‌های درمان گشتالت به شکل آزمایش‌های برنامه‌ریزی نشده هستند (مان، ۲۰۱۰؛ زینکر، ۱۹۷۸). با این حال، تمرکز در اینجا بر تکنیک‌های مشاوره مبتنی بر تمرین است.

یکی از تمرین‌های رایج کار با رؤیا است. پرلز رؤیاها را پیام‌هایی توصیف می‌کند که جایگاه فرد را در یک زمان معین نشان می‌دهند (برنارد، ۱۹۸۶). بر خلاف روانکاوان، مشاوران گشتالت تفسیر نمی‌کنند. بلکه، مراجعان رؤیاها را ارائه می‌دهند و سپس هدایت می‌شوند تا تجربه کنند که بودن هر بخش از رؤیا چگونه است—نوعی تداعی آزاد نمایشی. به این ترتیب، مراجع می‌تواند بیشتر با جنبه‌های متعدد خود در تماس باشد.

یکی دیگر از تکنیک‌های مؤثر صندلی خالی است (شکل ۷،۱). در این روش، مراجعان با بخش‌های مختلف شخصیت خود، مانند بخشی که غالب است و بخشی که منفعل است، صحبت می‌کنند. یک صندلی خالی مرکز توجه است. مراجع ممکن است به سادگی با صندلی به عنوان نماینده یک بخش از خود صحبت کند، یا مراجع ممکن است از صندلی به صندلی دیگر جابجا شود و هر صندلی نماینده بخش متفاوتی باشد. در این گفتگو، هر دو بخش عقلانی و غیرعقلانی مراجع مورد توجه قرار می‌گیرند؛ مراجع نه تنها این جنبه‌ها را می‌بیند بلکه قادر به مقابله با دوگانگی‌های درون خود نیز می‌شود. این روش برای کسانی که از نظر عاطفی به شدت آشفته هستند توصیه نمی‌شود (برنارد، ۱۹۸۶).

یکی از قدرتمندترین تمرین‌های گشتالت، رویارویی است. مشاوران رفتارهای و احساسات ناسازگار مراجع را به او گوشزد می‌کنند، مانند لبخند زدن مراجع هنگام اعتراف به عصبی بودن. افراد واقعاً عصبی لبخند نمی‌زنند. رویارویی شامل پرسیدن سؤالات "چه" و "چگونه" از مراجعان است. از سؤالات "چرا" اجتناب می‌شود زیرا منجر به عقلانی‌سازی می‌شوند.

برخی دیگر از تمرین‌های قدرتمند گشتالت که فردمحور هستند اغلب در گروه‌ها استفاده می‌شوند (هارمن، ۱۹۹۷؛ ویلر و اکسلسون، ۲۰۱۵).

- **دور زدن.** این تمرین زمانی به کار گرفته می‌شود که مشاور احساس کند یک موضوع یا احساس خاص که توسط مراجع بیان شده است، باید توسط هر فرد در گروه مورد مواجهه قرار گیرد. به عنوان مثال،

مراجع ممکن است بگوید: "من از هیچ کس خوشم نمی‌آید." سپس به مراجع دستور داده می‌شود که این جمله را به هر یک از افراد گروه بگوید و برخی از نظرات خود را در مورد هر یک از اعضای گروه اضافه کند. تمرین دور زدن انعطاف‌پذیر است و ممکن است شامل احساسات غیرکلامی و مثبت نیز باشد. با شرکت در آن، مراجعان از احساسات درونی خود آگاه‌تر می‌شوند.

- **من مسئولیت می‌پذیرم.** در این تمرین، مراجعان اظهاراتی در مورد ادراکات خود بیان می‌کنند و هر اظهارنظر را با عبارت "و من مسئولیت آن را می‌پذیرم" به پایان می‌رسانند. این تمرین به مراجعان کمک می‌کند تا ادراکات و رفتارهای خود را یکپارچه کرده و مالک آن شوند.
- **اغراق.** مراجعان حرکات یا اشارات ناخودآگاه را برجسته می‌کنند. با انجام این کار، معنای درونی این رفتارها آشکارتر می‌شود.
- **آیا می‌توانم یک جمله را به شما بگویم؟** مشاور، که آگاه است که نگرش‌ها یا پیام‌های ضمنی در آنچه مراجع می‌گوید نهفته است، می‌پرسد که آیا مراجع جمله خاصی (ارائه شده توسط مشاور) را که افکار مراجع را صریح می‌کند، خواهد گفت یا خیر. اگر مشاور در مورد پیام ضمنی درست حدس زده باشد، با تکرار جمله، مراجع به بینش دست خواهد یافت.

نقاط قوت و مشارکت‌ها. نقاط قوت و مشارکت‌های درمان گشتالت شامل موارد زیر است:

- این رویکرد بر کمک به افراد برای ادغام و پذیرش تمام جنبه‌های زندگی تأکید می‌کند. درک یک فرد خارج از زمینه یک فرد کامل که در حال حاضر تصمیم به عمل کردن در محیط دارد، امکان‌پذیر نیست.
- این رویکرد به مراجع کمک می‌کند تا بر حل و فصل زمینه‌های امور ناتمام تمرکز کند. هنگامی که مراجع قادر به حل این مسائل باشد، زندگی می‌تواند به طور سازنده سپری شود.

- این رویکرد تأکید اصلی را بر انجام دادن به جای صحبت کردن قرار می‌دهد. فعالیت به افراد کمک می‌کند تا تجربه کنند فرآیند تغییر چگونه است و پیشرفت سریع‌تری داشته باشند.
 - این رویکرد انعطاف‌پذیر است و به چند تکنیک محدود نمی‌شود. هر فعالیتی که به مراجعان کمک کند تا یکپارچه‌تر شوند، می‌تواند در درمان گشتالت به کار گرفته شود.
 - این رویکرد برای برخی از اختلالات عاطفی، حالات اضطرابی، اختلالات جسمانی شکل، اختلالات سازگاری و تشخیص‌های DSM مانند مشکل شغلی و مشکل بین فردی مناسب است (سلیگمن، ۲۰۰۴). به طور خلاصه، درمان گشتالت همه‌کاره است.
- محدودیت‌ها.** درمان گشتالت نیز دارای برخی محدودیت‌ها است:
- این رویکرد فاقد مبنای نظری قوی است. برخی از منتقدان مشاوره گشتالت را صرفاً تجربه و تکنیک می‌دانند—یعنی بیش از حد حقه‌بازانه. آنها معتقدند که ضد نظریه است.
 - این رویکرد صرفاً با اکنون و چگونگی تجربه سروکار دارد (پرلز، ۱۹۶۹). این اصل دوگانه اجازه بینش و تغییر منفعلانه را نمی‌دهد، که برخی از مراجعان احتمالاً بیشتر از آن استفاده می‌کنند.
 - این رویکرد از تشخیص و آزمایش اجتناب می‌کند.
 - این رویکرد بیش از حد نگران رشد فردی است و به دلیل خودمحوری مورد انتقاد قرار می‌گیرد. تمرکز کاملاً بر احساس و کشف شخصی است.

تأمل شخصی

چه چیزی در زندگی شما وجود دارد که بزرگتر از مجموع اجزای آن است؟ چگونه این را می‌دانید؟

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل متغیرهای مرتبط با مشاوره، به ویژه نظریه را بررسی کرده است. به طور خاص، ماهیت و اهمیت نظریه در مشاوره و ویژگی‌های مرتبط با یک نظریه خوب را پوشش داده است. علاوه بر این، بررسی کرده است که نظریه چگونه کار می‌کند و چگونه می‌تواند عملی و کاربردی شود، مانند اشکال مختلف التقاط‌گرایی. مدل تغییر فرا نظری و ارتباط آن با مشاوره نیز مورد تأکید قرار گرفت.

با این حال، بخش عمده فصل به سه گرایش در مشاوره—روانکاوی، آدلرین و انسان‌گرایانه—نگاهی انداخت. برخی تغییرات در عمل مشاوره روانکاوی و آدلرین وجود دارد، اما هسته این رویکردها صرف نظر از اینکه کدام جنبه از نظریه‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرد، اساساً یکسان باقی می‌ماند. با این حال، در گرایش انسان‌گرایانه، سه نظریه متمایز وجود دارد: فرد-محور، وجودی و گشتالت. هر یک از این نظریه‌ها، در حالی که به مراجعان در انتخاب و در تماس بودن با احساساتشان کمک و آنها را توانمند می‌کنند، تفاوت‌های چشمگیری با یکدیگر دارند. بنابراین، گرایش انسان‌گرایانه به مشاوره متنوع‌تر از روانکاوی و آدلرین است. با این وجود، در مورد هر یک از پنج نظریه مشاوره مورد بحث، یک مرور مختصر به روشی یکنواخت در مورد موارد زیر ارائه شد:

- بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان رویکرد،

- دیدگاه نظریه نسبت به طبیعت انسان،

- نقش مشاور،

- اهداف درمانی،

- تکنیک‌های اصلی،
- نقاط قوت/مشارکت‌ها، و
- محدودیت‌های رویکرد.

خلاصه‌ای از این نظریه‌ها را می‌توانید در پیوست B بیابید.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تمرین‌های مبحث ۵: نظریه مشاوره را امتحان کنید.

فصل هشتم

نظریه‌های رفتاری، شناختی، سیستمی، مختصر و بحران در مشاوره



مروری بر فصل

در این فصل خواهید آموخت درباره:

- نظریه‌های رفتاری، شناختی-رفتاری، سیستمی و مختصر مشاوره
- نقاط قوت و محدودیت‌های هر یک از نظریه‌های پوشش داده شده

- ماهیت متمایز و جهانی بحران در مشاوره

هنگام مطالعه به این موارد توجه کنید:

- نقش مشاور در ترویج هر نظریه
- اهداف اصلی و رایج‌ترین تکنیک‌های مورد استفاده در هر نظریه
- تفاوت‌ها و شباهت‌ها در رویکردهای مشاوره خطی در مقابل سیستمی

او ایستاده است تکیه داده بر بازوی دراز شده‌اش به شکلی ناشیانه حق می‌کند تقریباً معلق بین هوا و شانه‌اش مانند برگ‌گی که می‌وزد در باد از شاخه یک درخت در پایان تابستان.

او سعی می‌کند او را آرام کند به آرامی کلمات نرمی را پیشنهاد می‌دهد و گهگاه به سرش می‌زند. او زمزمه می‌کند: "اشکالی ندارد". در حالی که متوجه می‌شود با بیرون آمدن کلمات از دهانش دروغ می‌گوید.

و اینکه زندگی مشترکشان فروپاشیده است مانند برج جنوبی مرکز تجارت جهانی که پسر تنه‌اشان را کشت.

باز چاپ شده از "تأملاتی در مورد مشاوره پس از بحران"، اثر اس. تی. گلادینگ. در جی. آر. والز و سی. جی.

کرکمن (ویراستاران)، (۲۰۰۲). کمک به افراد در مقابله با تراژدی و اندوه (ص. ۹). گرینزبورو، کارولینای

شمالی: انتشارات © CAPS. ساموئل تی. گلادینگ.

این فصل انبوهی از نظریه‌هایی را پوشش می‌دهد که در حال حاضر در مشاوره رایج هستند. این نظریه‌ها در پنج

گرایش اصلی قرار می‌گیرند: مشاوره رفتاری، مشاوره شناختی، مشاوره سیستمی، مشاوره کوتاه مدت و مشاوره

بحران. در هر گرایش، چندین روش نظری برای کار با مراجعان وجود دارد که بر جنبه‌های مختلف گرایش تأکید می‌کنند. برای این فصل، مشاوره رفتاری به عنوان یک نهاد در نظر گرفته خواهد شد، اگرچه کسانی که بیشتر مبتنی بر شناخت هستند و متخصصانی که بیشتر عمل‌گرا هستند نیز در این رویکرد ظاهر می‌شوند. در مشاوره شناختی، درمان شناختی-رفتاری عقلانی-هیجانی (REBT)، نظریه‌ای که در ابتدا بسیار شناختی‌تر از امروز بود، همراه با واقعیت درمانی (RT) و درمان شناختی (CT) آرون بک شرح داده خواهد شد. گاهی اوقات این نظریه‌ها به عنوان شناختی-رفتاری توصیف می‌شوند. پس از این مطالب، ارائه‌ای در مورد رویکردهای سیستمی و مشاوره کوتاه مدت و همچنین شرح نظریه بحران و روش‌های منحصر به فرد استفاده از آن در مشاوره ارائه می‌شود.

در بحث در مورد تمام این نظریه‌ها، از یک روش توصیفی یکنواخت، مانند فصل قبل، استفاده خواهد شد. به طور خاص، بخش‌های توصیف این نظریه‌ها بر بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان، دیدگاه نسبت به طبیعت انسان، نقش مشاور، اهداف، تکنیک‌ها، نقاط قوت و مشارکت‌ها و محدودیت‌ها تمرکز خواهند کرد.

مشاوره رفتاری

نظریه‌های رفتاری مشاوره بر طیف گسترده‌ای از رفتارهای مراجع تمرکز دارند. اغلب، فرد به دلیل کمبود یا افراط در رفتار دچار مشکل می‌شود. مشاورانی که رویکرد رفتاری را اتخاذ می‌کنند، به دنبال کمک به مراجعان برای یادگیری روش‌های جدید و مناسب رفتار کردن یا کمک به آنها برای اصلاح یا حذف اقدامات بیش از حد هستند. در چنین مواردی، رفتارهای سازگار جایگزین رفتارهای ناسازگار می‌شوند و مشاور به عنوان متخصص یادگیری برای مراجع عمل می‌کند (کرومبولتز، ۱۹۶۶a). همچنین، "تغییر رفتاری درها را به سوی تغییر ادراکی می‌گشاید" (شادلی، ۲۰۱۰، ص. ۱۷).

رویکردهای مشاوره رفتاری به ویژه در محیط‌های سازمانی، مانند بیمارستان‌های روانی یا کارگاه‌های حمایتی، محبوب هستند. آنها رویکردهای انتخابی در کار با مراجعانی هستند که مشکلات خاصی مانند اختلالات خوردن،

سوء مصرف مواد و اختلال عملکرد روانی-جنسی دارند. رویکردهای رفتاری همچنین در پرداختن به مشکلات مرتبط با اضطراب، استرس، قاطعیت، فرزندپروری و تعامل اجتماعی مفید هستند (کورمیر، ۲۰۱۵؛ سلیگمن و رایشنبرگ، ۲۰۱۴).

رفتار درمانی

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. بی. اف. (بوروس فردریک) اسکینر (۱۹۰۴-۱۹۹۰) فردی است که بیشترین مسئولیت را در محبوبیت روش‌های درمان رفتاری دارد. تحلیل رفتار کاربردی یک امتداد مستقیم از رفتارگرایی رادیکال اسکینر (۱۹۵۳) است (آنتونی، ۲۰۱۴)، که مبتنی بر شرطی‌سازی عامل است. دیگر چهره‌های برجسته در اردوگاه رفتار درمانی، چهره‌های تاریخی مانند ایوان پاولف، جان بی. واتسون و مری کاور جونز هستند. چهره‌های معاصر، مانند آلبرت بندورا، جان کرومبولتز، نیل جاکوبسون، استیون هیز و مارشا لینهان نیز سهم بسزایی در این روش کار با مراجعان داشته‌اند.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. رفتارگرایان، به عنوان یک گروه، ایده‌های زیر را در مورد طبیعت انسان به اشتراک می‌گذارند (ریم و کانینگهام، ۱۹۸۵؛ سلیگمن و رایشنبرگ، ۲۰۱۴):

- تمرکز بر فرآیندهای رفتاری—یعنی فرآیندهایی که ارتباط نزدیکی با رفتار آشکار دارند (به جز رفتارگرایان شناختی)
- تمرکز بر اینجا و اکنون در مقابل آنجا و آن زمان رفتار
- این فرض که تمام رفتارها آموخته می‌شوند، خواه سازگارانه باشند خواه ناسازگارانه
- این باور که یادگیری می‌تواند در تغییر رفتار ناسازگارانه مؤثر باشد
- تمرکز بر تعیین اهداف درمانی به خوبی تعریف شده با مراجعان خود

- رد این ایده که شخصیت انسان از صفات تشکیل شده است

علاوه بر این، رفتارگرایان بر اهمیت به دست آوردن شواهد تجربی و حمایت علمی برای هر تکنیکی که استفاده می کنند تأکید می کنند. برخی از رفتارگرایان، که از شکل شناختی-اجتماعی یادگیری استقبال می کنند، تأکید می کنند که افراد دانش و رفتار جدید را با مشاهده دیگران و رویدادها بدون درگیر شدن در خود رفتار و بدون هیچ گونه پیامد مستقیمی برای خودشان (یعنی الگوبرداری) به دست می آورند. این نوع یادگیری نیازی به مشارکت فعال ندارد.

نقش مشاور. مشاور بسته به گرایش رفتاری خود و هدف(های) مراجع ممکن است یکی از چندین نقش را ایفا کند. با این حال، به طور کلی، یک مشاور مبتنی بر رفتار در جلسات مشاوره فعال است. در نتیجه، مراجع روش های خاصی از رفتار کردن را یاد می گیرد، از یاد می برد یا دوباره یاد می گیرد. در این فرآیند، مشاور به عنوان مشاور، معلم، راهنما، تقویت کننده و تسهیل کننده عمل می کند (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳). او حتی ممکن است به افراد پشتیبان در محیط مراجع که در فرآیند تغییر کمک می کنند، آموزش دهد یا بر آنها نظارت کند. یک مشاور رفتاری مؤثر از دیدگاه گسترده ای عمل می کند و مراجع را در تمام مراحل مشاوره درگیر می کند.

اهداف. اهداف رفتارگرایان مشابه اهداف بسیاری از مشاوران دیگر است. اساساً، مشاوران رفتاری می خواهند به مراجعان کمک کنند تا سازگاری خوبی با شرایط زندگی پیدا کنند و به اهداف شخصی و حرفه ای دست یابند. بنابراین، تمرکز بر اصلاح یا حذف رفتارهای ناسازگارانه ای است که مراجعان نشان می دهند، در حالی که به آنها کمک می کنند تا روش های سالم و سازنده رفتار کردن را به دست آورند. صرفاً حذف یک رفتار کافی نیست؛ اقدامات غیرمولد باید با روش های مولد پاسخ دادن جایگزین شوند. یک گام اساسی در رویکرد رفتاری این است که مشاوران و مراجعان به اهداف مورد توافق متقابل دست یابند.

تکنیک ها. مشاوران رفتاری برخی از بهترین تکنیک های مشاوره تحقیق شده و مؤثر موجود را در اختیار دارند.

تکنیک‌های رفتاری عمومی. تکنیک‌های عمومی در تمام نظریه‌های رفتاری قابل استفاده هستند، اگرچه ممکن است یک تکنیک خاص در یک زمان معین یا در یک شرایط خاص برای یک رویکرد خاص مناسب‌تر باشد. برخی از کلی‌ترین تکنیک‌های رفتاری به طور خلاصه در اینجا توضیح داده شده‌اند.

استفاده از تقویت‌کننده‌ها. تقویت‌کننده‌ها رویدادهایی هستند که پس از یک رفتار، احتمال تکرار آن رفتار را افزایش می‌دهند. یک تقویت‌کننده ممکن است مثبت یا منفی باشد.

برنامه‌های تقویت. هنگامی که یک رفتار برای اولین بار آموخته می‌شود، باید هر بار که رخ می‌دهد تقویت شود—به عبارت دیگر، با تقویت مداوم. با این حال، پس از تثبیت یک رفتار، باید با فراوانی کمتری تقویت شود—به عبارت دیگر، با تقویت متناوب. برنامه‌های تقویت بر اساس تعداد پاسخ‌ها (نسبت) یا طول زمان (فاصله) بین تقویت‌کننده‌ها عمل می‌کنند. هر دو برنامه نسبتی و فاصله‌ای ممکن است ثابت یا متغیر باشند.

تأمل شخصی

به زمان‌هایی فکر کنید که در برنامه‌های مختلفی که به تازگی توضیح داده شد قرار داشته‌اید. کدام یک را ترجیح می‌دادید؟ چرا؟

شکل‌دهی. رفتاری که به تدریج در مراحل و از طریق تقریب‌های متوالی آموخته می‌شود، به عنوان شکل‌دهی شناخته می‌شود. هنگامی که مراجعان در حال یادگیری مهارت‌های جدید هستند، مشاوران ممکن است به شکستن رفتار به واحدهای قابل مدیریت کمک کنند.

تعمیم. تعمیم شامل نشان دادن رفتارها در محیط‌هایی خارج از جایی است که در اصل آموخته شده‌اند (به عنوان مثال، در خانه، در محل کار). این نشان می‌دهد که انتقال به محیط دیگری رخ داده است.

نگهداری. نگهداری به معنای ثابت قدم بودن در انجام اقدامات مورد نظر بدون وابستگی به شخص دیگری برای حمایت تعریف می‌شود. در نگهداری، تأکید بر افزایش خودکنترلی و خودمدیریتی مراجع است. یکی از راه‌های انجام این کار از طریق خودنظارتی است، زمانی که مراجعان یاد می‌گیرند رفتارهای خود را اصلاح کنند. این شامل دو فرآیند مرتبط با خودنظارتی است: خودمشاهده و خودثبت‌سازی (گولد‌یاموند، ۱۹۷۶). خودمشاهده مستلزم آن است که فرد متوجه رفتارهای خاصی شود که انجام می‌دهد؛ خودثبت‌سازی بر ثبت این رفتارها تمرکز دارد.

خاموشی. خاموشی حذف یک رفتار به دلیل قطع تقویت آن است. تعداد کمی از افراد به انجام کاری که پاداشی ندارد ادامه خواهند داد.

تنبیه. تنبیه شامل ارائه یک محرک ناخوشایند به یک موقعیت برای سرکوب یا حذف یک رفتار است.

تکنیک‌های رفتاری خاص. تکنیک‌های رفتاری خاص، روش‌های رفتاری اصلاح شده‌ای هستند که تکنیک‌های عمومی را به روش‌های دقیق ترکیب می‌کنند. آنها در رویکردهای رفتاری مختلف یافت می‌شوند.

تمرین رفتاری. تمرین رفتاری شامل تمرین یک رفتار مطلوب تا زمانی است که به روشی که مراجع می‌خواهد انجام شود (لازاروس، ۱۹۸۵).

برنامه‌ریزی محیطی. برنامه‌ریزی محیطی شامل تنظیم بخشی از محیط توسط مراجع برای ترویج یا محدود کردن رفتارهای خاص است.

حساسیت‌زدایی منظم. حساسیت‌زدایی منظم برای کمک به مراجعان در غلبه بر اضطراب در موقعیت‌های خاص طراحی شده است. از مراجع خواسته می‌شود موقعیتی را که باعث اضطراب می‌شود توصیف کند و سپس این موقعیت و رویدادهای مرتبط را در یک مقیاس سلسله مراتبی (جدول ۸،۱)، از جنبه‌هایی که هیچ نگرانی

ایجاد نمی‌کنند (۰) تا مواردی که بیشترین مشکل را ایجاد می‌کنند (۱۰۰)، رتبه‌بندی کند. برای کمک به مراجع در اجتناب از اضطراب و مواجهه با موقعیت، مشاور به او یاد می‌دهد که از نظر جسمی یا ذهنی آرام شود. سپس سلسله مراتب مرور می‌شود، از موارد با اضطراب کم شروع می‌شود. هنگامی که اضطراب مراجع شروع به افزایش می‌کند، به او کمک می‌شود تا دوباره آرام شود و سپس مراحل از نو شروع می‌شود تا زمانی که مراجع بتواند حتی هنگام فکر کردن یا تصور رویدادی که قبلاً بیشترین اضطراب را ایجاد می‌کرد، آرام باشد.

آموزش قاطعیت. اصل اساسی آموزش قاطعیت این است که فرد باید آزاد باشد تا افکار و احساسات خود را به طور مناسب و بدون احساس اضطراب بیش از حد بیان کند (آلبرتی و امونز، ۲۰۰۸). این تکنیک شامل مقابله با اضطراب و تقویت قاطعیت است. به مراجع آموزش داده می‌شود که هر کس حق (نه وظیفه) ابراز وجود را دارد. سپس مراجع تفاوت بین اقدامات پرخاشگرانه، منفعلانه و قاطعانه را می‌آموزد.

قراردادهای احتمالی. قراردادهای احتمالی رفتارهایی را که باید انجام شوند، تغییر کنند یا متوقف شوند؛ پاداش‌های مرتبط با دستیابی به این اهداف؛ و شرایط دریافت پاداش را مشخص می‌کنند.

جدول ۸,۱ سلسله مراتب اضطراب جو

میزان اضطراب (%)	رویداد
۹۰	رابطه زناشویی
۸۵	رابطه با خانواده همسر
۸۰	ارتباط با فرزند تازه متولد شده‌ام
۷۵	ارتباط با پدرم
۷۰	ارتباط با مادرم
۶۵	روابط و مسئولیت‌های خانوادگی عمومی
۶۰	مدیر پروژه بودن در محل کار
۵۰	کار به طور کلی
۴۰	آمدن به مشاوره

۳۵	امور مالی شخصی
۲۰	تفریح کردن (خودجوش بودن)
۱۰	به خواب رفتن

درون پاشی و سیل آسا. درمان درون پاشی یک تکنیک پیشرفته است که شامل حساسیت زدایی مراجع نسبت به یک موقعیت با وادار کردن او به تصور یک موقعیت اضطراب آور است که ممکن است عواقب وخیمی داشته باشد. به مراجع آموزش داده نمی شود که ابتدا آرام شود (مانند حساسیت زدایی منظم). سیل آسا کمتر آسیب زاست، زیرا صحنه اضطراب آور خیالی عواقب وخیمی ندارد.

زمان استراحت. زمان استراحت یک تکنیک تنبیهی ملایم است که در آن مراجع از فرصت دریافت تقویت مثبت جدا می شود. این تکنیک زمانی مؤثرتر است که برای مدت زمان کوتاهی، مانند ۵ دقیقه، به کار گرفته شود.

اصلاح بیش از حد. اصلاح بیش از حد تکنیکی است که در آن مراجع ابتدا محیط را به حالت طبیعی خود باز می گرداند و سپس آن را "بهتر از حد معمول" می کند.

حساسیت زدایی پنهان. حساسیت زدایی پنهان تکنیکی است که در آن رفتار نامطلوب با مرتبط کردن آن با ناخوشایندی از بین می رود.

نقاط قوت و مشارکت ها. از جمله جنبه های منحصر به فرد و قوی رویکرد رفتاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- این رویکرد مستقیماً با علائم سروکار دارد. از آنجایی که بیشتر مراجعان برای مشکلات خاص به دنبال کمک هستند، مشاورانی که مستقیماً با علائم کار می‌کنند اغلب می‌توانند فوراً به مراجعان کمک کنند.
 - این رویکرد بر اینجا و اکنون تمرکز دارد. مراجع برای دریافت کمک در حال حاضر نیازی به بررسی گذشته ندارد. یک رویکرد رفتاری هم در زمان و هم در هزینه صرفه‌جویی می‌کند.
 - این رویکرد تکنیک‌های متعددی را برای استفاده مشاوران ارائه می‌دهد.
 - این رویکرد مبتنی بر نظریه یادگیری است که روشی به خوبی تدوین شده برای مستندسازی نحوه کسب رفتارهای جدید است (کرومبولتز و تورسن، ۱۹۶۹، ۱۹۷۶).
 - این رویکرد توسط انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی (ABCT) پشتیبانی می‌شود که ترویج‌دهنده روش‌های مشاوره رفتاری است.
 - این رویکرد توسط تحقیقات بسیار خوبی در مورد چگونگی تأثیر تکنیک‌های رفتاری بر فرآیند مشاوره پشتیبانی می‌شود.
 - این رویکرد در تعریف و برخورد با مشکلات عینی است و فرآیند مشاوره را رمزگشایی می‌کند.
- نقاط قوت و مشارکت‌ها.** درمان شناختی از جهات زیر در مشارکت خود در مشاوره منحصر به فرد است:
- درمان شناختی برای طیف گسترده‌ای از اختلالات، از جمله افسردگی و اضطراب، تطبیق داده شده است (پوترباگ، ۲۰۰۶).
 - درمان شناختی، در ارتباط با درمان شناختی-رفتاری، منجر به ایجاد درمان رفتاری دیالکتیکی شده است، یک درمان روان‌اجتماعی فشرده برای افرادی که در معرض خطر خودآزاری هستند، مانند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD). هدف این است که به مراجعان کمک شود تا نسبت به

چیزهایی که به راحتی قابل تغییر نیستند، آگاه‌تر و پذیراتر باشند و زندگی‌هایی ارزشمند برای زیستن داشته باشند (دی، ۲۰۰۸).

- درمان شناختی در تعدادی از زمینه‌های فرهنگی قابل استفاده است. به عنوان مثال، مدل درمان شناختی بک در سال ۱۹۸۹ در چین معرفی شد و نوعی از آن از آن زمان در آنجا محبوب بوده است (چانگ، تانگ، شی و زنگ، ۲۰۰۵).
 - درمان شناختی یک درمان مبتنی بر شواهد و با تحقیقات گسترده است که اثربخشی آن برای مراجعان با پیشینه‌های مختلف ثابت شده است.
 - درمان شناختی منجر به ایجاد تعدادی ابزار بالینی مفید و مهم شده است، از جمله پرسشنامه اضطراب بک، مقیاس ناامیدی بک و مقیاس افسردگی بک (بک و ویشار، ۲۰۱۴).
 - درمان شناختی دارای تعدادی مرکز آموزشی در سراسر ایالات متحده و اروپا از جمله مؤسسه بک در بالا سین‌وید، پنسیلوانیا است (بک و ویشار، ۲۰۱۴).
- محدودیت‌ها.** رویکرد درمان شناختی دارای چندین محدودیت است که از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- درمان شناختی ساختاریافته است و از مراجعان می‌خواهد فعال باشند، که اغلب به معنای تکمیل تکالیف خانگی است.
- درمان شناختی یک درمان مناسب برای افرادی نیست که به دنبال یک رویکرد غیرساختاریافته، بینش‌محور هستند که نیازی به مشارکت قوی آنها ندارد (سلیگمن و رایشنبرگ، ۲۰۱۴).

- درمان شناختی در درجه اول ماهیت شناختی دارد و معمولاً بهترین رویکرد برای افرادی نیست که از نظر فکری محدود هستند یا انگیزه تغییر ندارند.
- درمان شناختی طاقت‌فرسا است. هم درمانگران و هم مراجعان باید فعال و نوآور باشند. این رویکرد پیچیده‌تر از آن چیزی است که در ظاهر به نظر می‌رسد.

مثال موردی

فیل بیچاره

فیل فکر می‌کرد هرگز نمی‌تواند شانس بیابد. وقتی بسکتبال بازی می‌کرد، هرگز گل نمی‌زد. وقتی برای کلاس زبان انگلیسی‌اش مقاله تحویل می‌داد، ناگزیر نمره C می‌گرفت. فکر می‌کرد هرگز نمی‌تواند از زنان قرار ملاقات بخواهد زیرا به عنوان یک مرد فقط متوسط بود و بنابراین جذاب نبود. او خود را یک "بازنده" با حرف L بزرگ تصور می‌کرد و تا زمانی که با او صحبت نمی‌شد، حرف نمی‌زد.

به عنوان یک درمانگر شناختی، چگونه به فیل کمک خواهید کرد؟ چه می‌گویید و چه می‌کنید تا به او کمک کنید عملکرد بهتری داشته باشد و زندگی‌اش را به سمت بهتر شدن تغییر دهد؟

نظریه‌های سیستمی

نظریه سیستم‌ها یک اصطلاح کلی برای مفهوم‌سازی گروهی از عناصر مرتبط (به عنوان مثال، افراد) است که به عنوان یک موجودیت واحد (به عنوان مثال، یک خانواده یا یک گروه) با یکدیگر تعامل دارند. نظریه سیستم‌ها به عنوان یک مفهوم "بیشتر یک شیوه تفکر است تا یک نظریه منسجم و استاندارد" (وردن، ۲۰۰۳، ص. ۸). بنیانگذار نظریه سیستم‌های عمومی، لودویگ فون برتalanفی (۱۹۶۸)، یک زیست‌شناس بود. طبق این نظریه، هر

موجود زنده از اجزای متقابلی تشکیل شده است که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. سه فرض اساسی نظریه سیستم‌ها را از سایر رویکردهای مشاوره متمایز می‌کند:

۱. علیت بین فردی است.

۲. "سیستم‌های روان‌اجتماعی به بهترین وجه به عنوان الگوهای مکرر تعامل بین فردی درک می‌شوند."

۳. "رفتارهای علامت‌دار باید ... از دیدگاه تعاملی درک شوند" (سکسون، ۱۹۹۴، ص. ۲۵۰).

بنابراین، تمرکز در نظریه سیستم‌های عمومی بر چگونگی تأثیر تعامل اجزا بر عملکرد کل سیستم است. علیت دایره‌ای یکی از مفاهیم اصلی معرفی شده توسط این نظریه است: این ایده که رویدادها از طریق یک سری حلقه‌های بازخورد متقابل مرتبط هستند. قربانی کردن (که در آن یک فرد به عنوان عامل یک مشکل انتخاب می‌شود) و علیت خطی (که در آن یک عمل به عنوان عامل عمل دیگر در نظر گرفته می‌شود) حذف می‌شوند. تعدادی رویکرد مشاوره وجود دارد که بر اساس نظریه سیستم‌ها استوار است. یکی از آنها نظریه سیستم‌های بوون است که برای کمک به افراد در تمایز خود از خانواده‌های اصلی‌شان توسعه یافته است. زوج‌درمانی ساختاری نظریه دوم و نظریه‌ای است که بر ایجاد مرزهای سالم تمرکز دارد. رویکرد سوم، درمان راهبردی، از کار میلتون اریکسون سرچشمه گرفته و دارای اشکال مختلفی است که می‌توان به روش‌های مختلفی از آن استفاده کرد.

نظریه سیستم‌های بوون

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. یکی از اولین رویکردهای سیستمی برای کار با مراجعان، به ویژه در رابطه با اعضای خانواده، توسط موری بوون (۱۹۱۳-۱۹۹۰) ایجاد شد. به گفته بوون، که شخصاً با خانواده اصلی خود مشکل داشت، افرادی که الگوهای منتقل شده از نسل‌های قبلی را بررسی و اصلاح نمی‌کنند، احتمالاً آنها را در

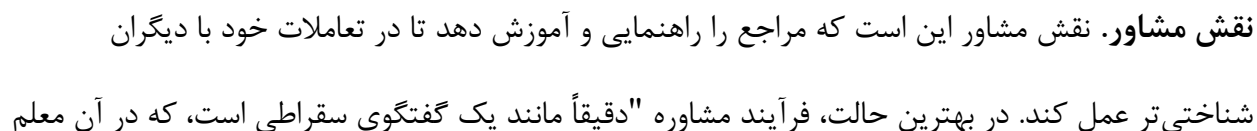
خانواده‌های خود تکرار می‌کنند (کر، ۱۹۸۸). بنابراین، بررسی گذشته برای آگاهی از حال مهم است. مایکل کر جانشین بوون در مرکز خانواده جورج تاون است. ادوین فریدمن (۱۹۳۲-۱۹۹۶) نیز مشارکت‌های عمده‌ای در کار سیستم‌های بوون داشته است.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. بوون معتقد بود که اضطراب مزمن در تمام زندگی وجود دارد که هم عاطفی و هم جسمی است. برخی از افراد بیشتر از دیگران تحت تأثیر این اضطراب قرار می‌گیرند "به دلیل نحوه انتقال آن توسط نسل‌های قبلی در خانواده‌هایشان" به آنها (فریدمن، ۱۹۹۱، ص. ۱۳۹). اگر اضطراب پایین بماند، مشکلات کمی برای افراد یا خانواده‌ها وجود دارد. با این حال، اگر اضطراب بالا رود، افراد بسیار بیشتر "مستعد بیماری" می‌شوند و ممکن است به طور مزمن دچار اختلال عملکرد شوند (گرین، همیلتون و رولینگ، ۱۹۸۶، ص. ۱۸۹).

بنابراین، تمرکز نظریه سیستم‌های بوون بر تمایز است، یعنی تشخیص افکار خود از احساسات خود و خود از دیگران (کر و بوون، ۱۹۸۸؛ کیم-اپل، اپل، نیومن و پار، ۲۰۰۷).

به عنوان مثال، زوجها در یک سطح از بلوغ عاطفی ازدواج می‌کنند، و کسانی که از بلوغ کمتری برخوردارند، بیشتر در روابط زناشویی خود دچار مشکل می‌شوند تا کسانی که از بلوغ بیشتری برخوردارند. هنگامی که اصطکاک زیادی در یک ازدواج وجود دارد، شرکای کم‌بلوغ‌تر تمایل دارند میزان بالایی از همجوشی (یکی شدن عاطفی تمایز نیافته) یا قطع رابطه (اجتناب فیزیکی یا روانی) را نشان دهند زیرا به طور سالم از خانواده‌های اصلی خود جدا نشده‌اند و همچنین مفهوم ثابتی از خود تشکیل نداده‌اند. هنگامی که این افراد در ازدواج به عنوان شخص تحت فشار قرار می‌گیرند، تمایل دارند به مثلث‌سازی (تمرکز بر شخص ثالث) بپردازند (پاپرو، ۱۹۹۶). شخص ثالث می‌تواند خود ازدواج، یک فرزند، یک مؤسسه (مانند کلیسا یا مدرسه) یا یک شکایت

94 قسمت دوم فرایندها و نظریه های مشاور،



یا 'مربی' با آرامش سؤال می‌پرسد، تا زمانی که دانش‌آموز یاد بگیرد برای خودش فکر کند" (وایلی، ۱۹۹۱، ص.

۲۷). مشاور ممکن است برای کمک به این فرآیند، یک ژنوگرام چند نسلی با مراجع ترسیم کند (شکل ۸،۱).

اهداف. اگر مشاوره موفقیت‌آمیز باشد، مراجعان استراتژی‌های مقابله و الگوهای مقابله با استرس را که از نسلی

به نسل دیگر منتقل شده است، درک و اصلاح خواهند کرد. آنها در زندگی روزمره خود حضور غیر مضطربی را

نشان خواهند داد و قادر خواهند بود افکار خود را از احساسات خود و خود را از دیگران جدا کنند.

تکنیک‌ها. تکنیک‌های این رویکرد بر راه‌های ایجاد یک فرد متمایز با مفهوم سالم از خود متمرکز است که

بتواند با دیگران تعامل داشته باشد و هر بار که رابطه استرس‌زا می‌شود، دچار اضطراب بیش از حد نشود. راه‌های

دستیابی به این هدف شامل ارزیابی خود و خانواده به روش‌های مختلف است. یکی از آنها از طریق ساخت یک

ژنوگرام چند نسلی است که یک نمایش بصری از شجره نامه فرد است که در اشکال هندسی، خطوط و کلمات

به تصویر کشیده شده است (شرمن، ۱۹۹۳). ژنوگرام‌ها شامل اطلاعات مربوط به یک خانواده و روابط اعضای آن

با یکدیگر در حداقل سه نسل است. ژنوگرام به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات جمع‌آوری کنند، فرضیه‌سازی

کنند و تغییرات رابطه را در زمینه رویدادهای تاریخی و معاصر پیگیری کنند (گلادینگ، ۲۰۱۵b).

تکنیک دیگر تمرکز بر فرآیندهای شناختی است، مانند پرسیدن سؤالات مبتنی بر محتوا از خانواده خود (بوون،

۱۹۷۶). هدف این است که آنچه در خانواده فرد رخ داده است را بدون هیچگونه پوشش عاطفی درک کند.

مراجع همچنین ممکن است دوباره به خانه برود و با خانواده خود ملاقات کند تا آنها را بهتر بشناسد. چنین

روشی روابط فرد به فرد را در سطح دوتایی و پرسیدن سؤالات در مورد رویدادهای محوری که بر خانواده تأثیر

گذاشته است، مانند مرگ و میر، تولد و ازدواج، ترویج می‌کند. پرسیدن سؤالات ابزار بسیار مهمی در کار بوون

است.

[تصویر ژنوگرام خانواده اسمیت در سال ۱۹۶۵]

علاوه بر این، تمرکز بر مثلث‌زدایی وجود دارد که شامل "فرآیند در تماس بودن و از نظر عاطفی جدا بودن" از دیگران است (کر، ۱۹۸۸، ص. ۵۵). مثلث‌زدایی در دو سطح عمل می‌کند. یکی حل اضطراب در مورد موقعیت‌های خانوادگی و عدم فرافکنی احساسات به دیگران است. دومی اجتناب از تبدیل شدن به هدف یا قربانی برای افرادی است که ممکن است دچار اضطراب شوند. در نهایت، تمایز خود وجود دارد، که توانایی فرد در تشخیص بین احساسات ذهنی و تفکر عینی است. متمایز شدن شامل بیشتر، اگر نگوییم همه، تکنیک‌های ذکر شده قبلی به همراه برخی رویارویی بین مراجع و مشاور است.

نقاط قوت و مشارکت‌ها. تعدادی جنبه منحصر به فرد در مورد نظریه سیستم‌های بوون وجود دارد:

- این رویکرد بر تاریخچه خانوادگی چند نسلی و اهمیت توجه و مقابله با الگوهای گذشته به منظور جلوگیری از تکرار این رفتارها در روابط بین فردی تمرکز دارد.
- این رویکرد از ژنوگرام‌ها برای ترسیم پیوندهای تاریخی استفاده می‌کند، که یک ابزار خاص است که با رویکرد بوون آغاز شد. اکنون به ابزاری تبدیل شده است که بسیاری از رویکردها از آن استفاده می‌کنند.
- تأکید شناختی این رویکرد و تمرکز آن بر تمایز خود و مثلث‌زدایی نیز منحصر به فرد است.

محدودیت‌ها. با این حال، نظریه سیستم‌های بوون از این جهات محدود است:

- این رویکرد گسترده و پیچیده است. این نظریه از درمان جدا نیست و این درهم تنیدگی باعث می‌شود این رویکرد پیچیده‌تر از بسیاری از رویکردهای درمانی دیگر باشد.
- مراجعانی که بیشترین سود را از کار بوون می‌برند، کسانی هستند که به شدت دچار اختلال عملکرد هستند یا تمایز خود پایینی دارند.

- این رویکرد ممکن است نیاز به سرمایه‌گذاری قابل توجهی در سطوح مختلف داشته باشد که برخی از مراجعان ممکن است تمایل یا توانایی انجام آن را نداشته باشند.

مشاوره خانواده ساختاری

مشاوره بحران

بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان. اریش لیندمن (۱۹۴۴، ۱۹۵۶) و جرال د کاپلان (۱۹۶۴) به عنوان دو تن از برجسته‌ترین پیشگامان در زمینه مشاوره بحران شناخته می‌شوند. لیندمن به متخصصان کمک کرد تا سوگ طبیعی ناشی از فقدان و مراحل را که افراد در حل سوگ طی می‌کنند، تشخیص دهند. کاپلان مفاهیم لیندمن را به کل حوزه رویدادهای آسیب‌زا گسترش داد. او بحران را به عنوان وضعیتی ناشی از موانع اهداف زندگی می‌دید که هم موقعیتی و هم رشدی هستند.

دیدگاه نسبت به طبیعت انسان. فقدان بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی است. از نظر رشدی و موقعیتی، افراد سالم رشد کرده و پیش می‌روند و برخی چیزها را پشت سر می‌گذارند، چه به طور عمدی، چه تصادفی یا به دلیل رشد. در هنگام ترک کردن، ممکن است سوگواری وجود داشته باشد که واکنشی طبیعی به فقدان است. میزان سوگ (اندوه و/یا پریشانی عاطفی ناشی از تجربه شخصی و بین فردی فقدان) با ارزش آنچه از دست رفته و چگونگی آن مرتبط است (اوبر، گرانلو و ویتن، ۲۰۱۲). در برخی موارد، درد ممکن است کم باشد زیرا فرد به شیء رها شده دلبسته یا در آن سرمایه‌گذاری نکرده بود، یا فرد زمان کافی برای آماده شدن داشت. در موارد دیگر، یک فرد ممکن است به دلیل ارزشی که شخص، دارایی یا موقعیت در زندگی او داشته است یا به دلیل روش ناگهانی و/یا آسیب‌زای وقوع فقدان، احساس غرق شدن کند. در چنین مواردی، بحران وجود دارد.

افراد می‌توانند بحران‌های مختلفی داشته باشند. چهار نوع رایج‌ترین بحران عبارتند از:

۱. **رشدی**، که در جریان طبیعی رشد و تکامل انسان در شرایطی که طبیعی تلقی می‌شوند رخ می‌دهد (به عنوان مثال، تولد فرزند، بازنشستگی).

۲. **موقعیتی**، که در آن رویدادهای غیرمعمول و خارق‌العاده‌ای رخ می‌دهد که فرد هیچ راهی برای پیش‌بینی یا کنترل آنها ندارد (به عنوان مثال، تصادف اتومبیل، آدم‌ربایی، از دست دادن شغل).

۳. **وجودی**، که شامل درگیری‌ها و اضطراب‌های درونی است که مسائل مهم انسانی هدف، مسئولیت، استقلال، آزادی و تعهد را همراهی می‌کند (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳) (به عنوان مثال، در سن ۵۰ سالگی متوجه شدن اینکه فرد زندگی خود را هدر داده است و نمی‌تواند سال‌های گذشته را دوباره زندگی کند).

۴. **اکوسیستمی**، که در آن یک فاجعه طبیعی یا ساخته دست بشر بر یک فرد یا گروهی از افراد غلبه می‌کند که بدون هیچ تقصیر یا اقدامی از جانب خود، در پیامدهای رویدادی غرق می‌شوند که ممکن است تقریباً بر هر عضو محیطی که در آن زندگی می‌کنند تأثیر منفی بگذارد (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳) (به عنوان مثال، یک طوفان مانند کاترینا، یک ابرطوفان مانند سندی، یک اقدام تروریستی).

اهداف. بسیاری، اما نه همه، بحران‌ها محدود به زمان هستند و بین ۶ تا ۸ هفته طول می‌کشند. اهداف در مشاوره بحران حول محور ارائه کمک فوری به کسانی که رنج می‌برند به اشکال مختلف (به عنوان مثال، روانی، مالی، حقوقی) می‌چرخد. آنچه در پیامدهای فوری رویداد بحرانی رخ می‌دهد، تعیین می‌کند که آیا بحران به یک مخزن بیماری تبدیل می‌شود که به یک وضعیت مزمن و طولانی مدت تبدیل خواهد شد یا خیر (جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳). در ابتدا، مشاوران از نظریه اساسی بحران برای کمک به افراد در بحران برای تشخیص و اصلاح تحریفات عاطفی، رفتاری و شناختی موقت ناشی از رویدادهای آسیب‌زا استفاده می‌کنند. این خدمت با رویکردهای مشاوره مختصر که سعی در کمک به افراد برای یافتن راه حل برای مشکلات مداوم‌تر دارند، متفاوت

است. تنظیم و سلامت بلندمدت ممکن است نیاز به پیگیری قابل توجهی از جانب مشاور بحران یا متخصص کمک‌رسانی دیگری داشته باشد.

نقش مشاور. مشاورانی که در بحران‌ها کار می‌کنند باید افرادی بالغ با تجربیات مختلف زندگی باشند که با موفقیت با آنها کنار آمده‌اند. آنها همچنین باید تسلط خوبی بر مهارت‌های اساسی کمک‌رسانی، انرژی بالا و واکنش‌های ذهنی سریع داشته باشند و در عین حال در میان موقعیت‌های بسیار پرتنش، خونسرد، آرام، خلاق و انعطاف‌پذیر باشند.

مشاوران اغلب در موقعیت‌های بحرانی مستقیم و فعال هستند. نقش بسیار متفاوت از مشاوره معمولی است. مشاوره بحران دارای سه مرحله است که شرکت‌کنندگان در آن باید متوجه شده و برای آن آماده باشند: آمادگی قبل از بحران، اقدام در بحران و بهبودی پس از بحران (مک‌آدامز سوم و کینر، ۲۰۰۸).

تکنیک‌ها. تکنیک‌های مورد استفاده در مشاوره بحران بسته به نوع بحران، همانطور که قبلاً ذکر شد، و احتمال آسیب متفاوت است. با این حال، آنچه کارگران بحران انجام می‌دهند و زمان انجام آن بستگی به ارزیابی مداوم و روان افراد در بحران دارد (جکسون-چری و ارفورد، ۲۰۱۴؛ جیمز و گیلیند، ۲۰۱۳).

پس از ارزیابی، سه فعالیت ضروری شنیداری وجود دارد که باید اجرا شود:

۱. تعریف مشکل، به ویژه از دیدگاه مراجع.

۲. تأمین ایمنی مراجع، که به معنای به حداقل رساندن خطر جسمی و روانی برای مراجع یا دیگران است.

۳. ارائه حمایت، که به معنای ابراز مراقبت واقعی و بی‌قید و شرط به مراجع است.

پس از، و گاهی در حین، میانه مهارت‌های شنیداری، استراتژی‌های عمل، یا اقدامات در بحران، قرار می‌گیرند که شامل موارد زیر است:

۱. بررسی جایگزین‌ها (یعنی تشخیص جایگزین‌های موجود و درک اینکه برخی انتخاب‌ها بهتر از سایرین هستند).

۲. برنامه‌ریزی، جایی که مراجعان در این فرآیند احساس کنترل و خودمختاری می‌کنند تا وابسته نشوند.

۳. اخذ تعهد از مراجع برای انجام اقداماتی که برنامه‌ریزی شده است.

در صورت امکان، مشاوران باید با مراجعان پیگیری کنند تا مطمئن شوند که توانسته‌اند برنامه خود را تکمیل کنند و همچنین ارزیابی کنند که آیا واکنش‌های تأخیری به بحرانی که تجربه کرده‌اند، مانند اختلال استرس پس از سانحه، داشته‌اند یا خیر.

پس از گذشت بحران، استرس ناشی از آن باید مدیریت شود و مشاوران باید گزارش‌دهی کنند. سه رویکرد برای گزارش‌دهی عبارتند از گزارش‌دهی استرس رویداد بحرانی (CISD)، کاهش تنش و مشاوره بحران فردی (جردن، ۲۰۰۲). CISD به عنوان یک درمان رسمی و بسیار ساختاریافته است. در ابتدا برای استفاده در مورد جانبازان جنگی نظامی و سپس اولین پاسخ‌دهندگان غیرنظامی (پلیس، آتش‌نشانی، آمبولانس، امدادگران اورژانس و نجات‌گران فاجعه) توسعه یافت. اکنون در تقریباً هر جایی که نیاز به پرداختن به تروما در زندگی افراد وجود دارد، اقتباس و استفاده شده است. CISD به افراد درگیر در یک حادثه بحرانی کمک می‌کند تا تجربیات خود را به اشتراک بگذارند، احساسات خود را بروز دهند و در مورد واکنش‌ها و علائم استرس بیاموزند. در حالی که CISD روان‌درمانی نیست، در صورت نیاز، به کسانی که آن را دریافت می‌کنند، برای کمک بیشتر ارجاع داده می‌شود. در CISD، از یک رویکرد گروهی هفت مرحله‌ای استفاده می‌شود که به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از دو مشاور در یک محیط کنترل‌شده با افکار و احساسات خود کنار بیایند (یگر و رابرتز، ۲۰۱۵). این رویکرد از طریق تأکید بر مقدمه، حقایق، افکار، واکنش‌ها، علائم، آموزش و بازگشت تکامل می‌یابد. درمان CISD که اغلب از رویکرد گروهی استفاده می‌کند و به عنوان کمک‌های اولیه روانشناختی نیز شناخته می‌شود، بین ۱ تا ۳

ساعت طول می‌کشد و معمولاً ۱ تا ۱۰ روز پس از یک بحران حاد و ۳ تا ۴ هفته پس از فاجعه در فجایع جمعی ارائه می‌شود (یگر و رابرتز، ۲۰۱۵).

کاهش تنش مداخله‌ای کوتاه‌تر و کمتر رسمی از CIRD است. معمولاً بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد و بهترین زمان برای انجام آن بین ۱ تا ۴ ساعت پس از یک حادثه بحرانی است. مانند CIRD، فرصتی برای یادگیری در مورد استرس، به اشتراک گذاشتن واکنش‌ها به یک حادثه و بروز احساسات فراهم می‌کند. هدف اصلی تثبیت فرد یا افراد آسیب‌دیده از یک حادثه است تا بتوانند بدون استرس غیرمعمول به روال عادی خود بازگردند. در صورت لزوم، CIRD ممکن است بعداً انجام شود. مشاوره فردی از برخی از همان تکنیک‌های کاهش تنش و CIRD استفاده می‌کند و درمان مختصر است و از ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت طول می‌کشد. ممکن است شامل یک تا سه جلسه باشد و در صورت نیاز منجر به ارجاع برای درمان طولانی‌تر شود (اورلی، لاتینگ و میچل، ۲۰۰۰).

نقاط قوت و مشارکت‌ها. مشاوره بحران به عنوان یک تخصص منحصر به فرد است و از جهات زیر به حرفه مشاوره کمک کرده است:

- این رویکرد از اختصار و مستقیم بودن خود بهره می‌برد.
- این رویکرد به دلیل ماهیت ناگهانی و/یا آسیب‌زای بحران‌ها از اهداف و مقاصد متوسط استفاده می‌کند.
- این رویکرد بر شدت خود تکیه دارد که بیشتر از اشکال معمول مشاوره است.
- این رویکرد از ماهیت گذارتر برخوردار است.

محدودیت‌ها. مشاوره بحران از این جهات محدود است:

- این رویکرد به موقعیت‌های فوری می‌پردازد.

- این رویکرد به عمق مشابه اکثر رویکردهای مشاوره در مورد حل و فصل نمی‌پردازد.
- این رویکرد نسبت به اکثر اشکال مداخلات درمانی محدودتر از نظر زمان و بیشتر مبتنی بر تروما است.

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل مجموعه‌ای غنی از نظریه‌های مشاوره را پوشش داده است، به ویژه:

- مشاوره رفتاری؛
- سه نظریه شناختی-رفتاری: درمان شناختی-رفتاری عقلانی-هیجانی (REBT)، واقعیت‌درمانی (RT) و درمان شناختی (CT)؛
- سه نظریه سیستمی: نظریه سیستم‌های بوون، مشاوره ساختاری خانواده و مشاوره استراتژیک (مختصر)؛
- دو رویکرد مشاوره مختصر: مشاوره راه‌حل‌محور و مشاوره روایتی؛ و
- مشاوره بحران.

همه این رویکردها به دلیل فرضیاتی که بر آنها استوار هستند و اثربخشی آنها در عمل، به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند و مورد تقاضا هستند. این واقعیت که هیچ یک از آنها به جز احتمالاً رویکرد بوون، از نظر تعهد زمانی گسترده نیستند، عامل مثبتی است که بر محبوبیت آنها تأثیر می‌گذارد. همانند فصل قبل، این نظریه‌ها با بحث مختصر در مورد بنیانگذاران/توسعه‌دهندگان، دیدگاه نسبت به طبیعت انسان، نقش مشاور، اهداف، تکنیک‌ها، نقاط قوت و مشارکت‌ها و محدودیت‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

مشاوران ممکن است یک یا چند نظریه در این فصل پیدا کنند که به خوبی به آنها و مراجع(ان)شان خدمت کند. خلاصه هر نظریه را می‌توانید در پیوست B بیابید.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تمرین‌های موضوع ۵: نظریه مشاوره را امتحان کنید.

بخش سوم

فعالیت‌های اصلی مشاوره در محیط‌های مختلف

فصل ۹: گروه‌ها در مشاوره

فصل ۱۰: مشاوره و نظارت

فصل ۱۱: ارزیابی و تحقیق

فصل ۱۲: تست، ارزیابی و تشخیص در مشاوره

فصل نهم

گروه‌ها در مشاوره



مروری بر فصل

در این فصل خواهید آموخت درباره:

- جایگاه گروه‌ها در مشاوره
- چهار نوع اصلی گروه‌هایی که مشاوران از آنها استفاده می‌کنند: روان‌آموزشی، وظیفه‌محور/کاری، روان‌درمانی و مشاوره
- مراحل و مسائل در گروه‌ها

- ویژگی‌های رهبران مؤثر گروه

هنگام مطالعه به این موارد توجه کنید:

- چه گروه‌هایی در گذشته برای شما مفید بوده‌اند و چه پویایی‌هایی باعث موفقیت آن گروه‌ها

شده است؟

- چه مسائلی در گروه‌ها برای شما پیش آمده و چگونه با موفقیت یا عدم موفقیت حل شده‌اند؟

- برای تبدیل شدن به یک رهبر گروه به چه مهارت‌هایی نیاز دارید؟

تفاوت‌هایی که در کار گروهی در مقایسه با مشاوره فردی متوجه می‌شوید.

من در این گروه زائران کیستم که اعضایش در ادراک بسیار متفاوتند؟ آیا من ترسو هستم مثل مایلز استندیش، که دیگران به جای من صحبت می‌کنند زیرا تجربه شکست نرم‌تر می‌شود اگر هرگز شخصاً خطری پذیرفته نشود؟ یا بیشتر شبیه جان آلدن هستم که با جسارت برای دیگران در طلب زیبایی سخن می‌گوید اما چنین چیزی را برای خودم نمی‌خواهد؟ شاید من بیشتر از این دو مرد باشم یا شاید در زمان‌های مختلف هر دو باشم! در سکوت و در برابر دیگران، دوباره در این سؤال تأمل می‌کنم.

بازچاپ شده از "یک حضور بی‌قرار: فرآیند گروهی به عنوان یک زیارت"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۷۹،

مشاور مدرسه، ۲۷، ص. ۱۲۶. © اس. تی. گلادینگ.

کار در گروه‌ها یک فعالیت مشاوره‌ای است که اغلب در کمک به افراد برای حل مسائل شخصی و بین فردی مؤثر

است. گروه‌های سازمان‌یافته از تمایل طبیعی افراد به جمع شدن و به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات و

همچنین همکاری در کار و بازی استفاده می‌کنند. "گروه‌ها ارزشمند هستند زیرا به اعضا اجازه می‌دهند احساس

تعلق کنند، مشکلات مشترک را به اشتراک بگذارند، رفتارها و پیامدهای رفتارها را در دیگران مشاهده کنند و در طول خودکاو و تغییر، حمایت پیدا کنند" (نیمز، ۱۹۹۸، ص. ۱۳۴). با شرکت در یک گروه، افراد روابط اجتماعی و پیوندهای عاطفی ایجاد می‌کنند و اغلب روشن‌فکر می‌شوند (پوستوما، ۲۰۰۲).

این فصل جنبه‌های زیر گروه‌ها را بررسی می‌کند: تاریخچه آنها؛ جایگاه آنها در مشاوره، از جمله انواع گروه‌هایی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ مبنای نظری آنها؛ مسائل و مراحل در گروه‌ها؛ و ویژگی‌های رهبران مؤثر گروه. سازمان‌های ملی و محلی برای متخصصانی که عمدتاً در رهبری گروه‌ها مشغول هستند، تأسیس شده‌اند. یکی از جامع‌ترین آنها (و موردی که بیشتر مشاوران حرفه‌ای به آن تعلق دارند) انجمن متخصصان کار گروهی (ASGW؛ <http://www.asgw.org>)، یک بخش ملی از انجمن مشاوره آمریکا (ACA) است. این سازمان که عضویت متنوعی دارد، در سال ۱۹۷۴ توسط ACA تأسیس شد (کارول و لَوو، ۱۹۸۵). این سازمان در زمینه کار گروهی در ایجاد دستورالعمل‌های بهترین عملکرد، استانداردهای آموزشی و اصول کار با گروه‌های متنوع، پیشرو بوده است. ASGW همچنین یک نشریه فصلی به نام مجله متخصصان کار گروهی منتشر می‌کند. سایر سازمان‌های برجسته گروهی عبارتند از انجمن روان‌درمانی گروهی آمریکا (AGPA)، انجمن روان‌درمانی گروهی و سایکودرامای آمریکا (ASGPP) و بخش روانشناسی گروهی و روان‌درمانی گروهی انجمن روانشناسی آمریکا (APA) (بخش ۴۹).

تاریخچه مختصر گروه‌ها

گروه‌ها تاریخچه طولانی و برجسته‌ای در خدمت مشاوره داشته‌اند. جوزف هرسی پرات، پزشک بوستونی، عموماً به عنوان آغازگر اولین گروه روان‌درمانی/مشاوره در سال ۱۹۰۵ شناخته می‌شود. اعضای گروه پرات بیماران سرپایی مبتلا به سل در بیمارستان عمومی ماساچوست بودند که زمان‌هایی را که به طور منظم با هم می‌گذراندند، آموزنده، حمایتی و درمانی می‌یافتند. اگرچه این گروه موفق بود، اما گسترش گروه‌ها به سایر

محیط‌ها و توسعه انواع مختلف گروه‌ها تا دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ ناهموار و پراکنده بود. افراد زیر در کنار پرات، پیشگامان جنبش گروهی بودند:

- جیکوب ال. مورنو، که اصطلاح روان‌درمانی گروهی را در دهه ۱۹۲۰ وارد ادبیات مشاوره کرد و سایکودراما را به عنوان یک رویکرد درمانی برای مشاوره آغاز کرد.
- کورت لوین، که مفاهیم نظریه میدان او در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ به مبنایی برای گروه‌های مطالعه کوچک تاویستاک در بریتانیا و جنبش گروه‌های T در ایالات متحده تبدیل شد.
- فریتز پرلز، که رویکرد گشتالتی او به گروه‌ها با تأکید بر اهمیت آگاهی و دستیابی به همخوانی در درون فرد، علاقه جدیدی را در این زمینه جلب کرد.
- دبلیو. ادواردز دمنینگ، که ایده گروه‌های کاری با کیفیت را برای بهبود فرآیندها و محصولاتی که افراد تولید می‌کردند و برای ایجاد روحیه در بین کارگران در مشاغل، مفهوم‌سازی و اجرا کرد.
- ویلیام شوتز و جک گیب، که بر جنبه انسان‌گرایانه گروه‌های T تأکید کردند که بر رشد شخصی به عنوان یک هدف مشروع متمرکز بود.
- کارل راجرز، که گروه رویارویی اساسی را ابداع کرد که به الگویی برای رویکردهای گروهی مبتنی بر رشد تبدیل شد.

برای مشاهده جدول زمانی و خلاصه مشارکت هر یک از پیشگامان در جنبش کار گروهی، به جدول ۹,۱ مراجعه کنید.

جدول ۹،۱ پیشگامان اولیه در کار گروهی

درمانگر	زمان	مشارکت در کار گروهی
جوزف هرسی پرات	۱۹۰۵	اولین گروه روان‌درمانی/مشاوره را آغاز کرد
جیکوب مورنو	دهه ۱۹۲۰	سایکودراما را آغاز کرد؛ اصطلاح "روان‌درمانی گروهی" را معرفی کرد
کورت لوین	دهه ۱۹۳۰	نظریه مفهوم میدان او مبنایی برای گروه‌های T شد
بیل دبلیو و دوستان	دهه ۱۹۳۰	گروه خودیاری/حمایتی الکلی‌های گمنام را آغاز کردند
فریتز پرلز	دهه ۱۹۴۰	بنیانگذار گروه‌های گشتالت
دبلیو. ادواردز دمینگ	دهه ۱۹۵۰	گروه‌های کیفیت جامع را بنیان نهاد
ویلیام شوتز/جک گیب	دهه ۱۹۶۰	برای انسانی کردن گروه‌های T و رشد شخصی تلاش کردند
کارل راجرز	دهه ۷۰/۱۹۶۰	گروه‌های رویارویی اساسی مبتنی بر رشد را آغاز کردند

فردریک استولر و جورج باخ	دهه ۷۰/۱۹۶۰	مفهوم ماراتن گروهی را برای شکستن دفاع‌های اعضای گروه ایجاد کردند

علاوه بر افراد تأثیرگذار، تعدادی از انواع گروه‌ها، که برخی از آنها به تازگی ذکر شد، قبل از اینکه گروه‌ها به شکل امروزی طبقه‌بندی شوند، توسعه یافتند. به ترتیب زمانی، سایکودراما اولین بود، و پس از آن گروه‌های T، گروه‌های رویارویی، ماراتن‌های گروهی و گروه‌های خودیاری/حمایتی قرار داشتند. ما به طور خلاصه به هر نوع گروه نگاهی خواهیم انداخت زیرا هر یک بر آنچه که گروه‌ها اکنون هستند تأثیر داشته‌اند.

سایکودراما

جیکوب ال. مورنو، روانپزشک وینی، به عنوان بنیانگذار سایکودراما شناخته می‌شود. این نوع تجربه گروهی که برای دهه‌ها با بیماران روانی در بیمارستان سنت الیزابت در واشنگتن دی سی به کار گرفته شد، در ابتدا در آغاز قرن بیستم با شهروندان عادی در وین، اتریش (زادگاه اصلی مورنو) مورد استفاده قرار گرفت. در سایکودراما، اعضا نقش‌های بداهه را بازی می‌کنند و رهبر گروه به عنوان کارگردان عمل می‌کند. سایر اعضای گروه در نمایشنامه قهرمان نقش بازی می‌کنند، به عنوان اعضای تماشاگر به قهرمان بازخورد می‌دهند یا هر دو کار را انجام می‌دهند (بلاتنر، ۲۰۰۴). این نوع گروه امروزه در بین تعدادی از رفتارگرایان، گشتالت‌درمانگران و رهبران گروه با گرایش عاطفی که آن را به عنوان راهی برای کمک به مراجعان در تجربه کیفیت‌های عاطفی یک رویداد تطبیق داده‌اند، محبوب است (بایم، بورمایستر و مانوئلا، ۲۰۰۷).

گروه‌های T

اولین گروه T (T مخفف آموزش است) در آزمایشگاه‌های ملی آموزش (NTL) در بتل، مین، در سال ۱۹۴۶ برگزار شد. این گروه‌ها در زمانی ظاهر شدند که نه مشاوره گروهی و نه روان‌درمانی گروهی تکامل نیافته بودند.

در واقع، آنها ممکن است آغاز کار گروهی مدرن در نظر گرفته شوند (وارد، ۲۰۰۲). ایده‌های کورت لوین در مورد پویایی گروهی مبنایی برای گروه‌های اولیه را تشکیل داد. از آن زمان، گروه‌های T از تمرکز بر انجام وظایف به تأکید اصلی بر روابط بین فردی تکامل یافته‌اند. اگرچه طبقه‌بندی گروه‌های T به یک روش دشوار است، اما اعضای چنین گروه‌هایی احتمالاً از این تجربه یاد می‌گیرند که چگونه رفتار فرد در یک گروه بر رفتار دیگران تأثیر می‌گذارد و بالعکس. از این نظر، گروه‌های T شبیه برخی از اشکال مشاوره خانوادگی هستند که در آن تأکید هم بر نحوه عملکرد سیستم و هم بر نحوه عملکرد فرد در داخل سیستم است.

گروه‌های رویارویی

گروه‌های رویارویی از گروه‌های T در تلاش برای تمرکز بر رشد اعضای فردی گروه به جای خود گروه پدید آمدند. آنها برای افراد "با عملکرد عادی" که می‌خواستند رشد کنند، تغییر کنند و توسعه یابند، در نظر گرفته شده بودند (لیبرمن، ۱۹۹۱). این گروه‌ها در اوج خود (دهه ۱۹۷۰) اشکال مختلفی به خود گرفتند، از گروه‌های با حداقل ساختار کارل راجرز (۱۹۷۰) گرفته تا گروه‌های بسیار ساختاریافته و باز ویلیام شوتز (۱۹۷۱). صرف نظر از ساختار، تأکید اصلی چنین گروه‌هایی بر بیان فردی و شناخت عاطفه بود.

ماراتن‌های گروهی

ماراتن گروهی یک تجربه گروهی طولانی و یک جلسه‌ای است که موانع دفاعی را که افراد ممکن است در غیر این صورت از آنها استفاده کنند، از بین می‌برد. معمولاً حداقل ۲۴ ساعت طول می‌کشد. فردریک استولر و جورج باخ در دهه ۱۹۶۰ این مفهوم را پیشگام کردند. ماراتن‌های گروهی با موفقیت در کار با سوءمصرف‌کنندگان مواد در برنامه‌های توانبخشی و افراد با عملکرد خوب در سایر محیط‌های مشاوره گروهی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اغلب مذاکرات کار و صلح در یک محیط ماراتن گروهی برای دستیابی به پیشرفت برگزار می‌شود.

گروه‌های خودیاری/حمایتی

گروه‌های خودیاری و گروه‌های کمک متقابل مترادف هستند (کلاو و هامفریز، ۲۰۰۴، ص. ۶۳۰). آنها دو شکل دارند: آنهایی که توسط یک سازمان یا فرد حرفه‌ای کمک‌رسان تأسیس شده سازماندهی می‌شوند (گروه‌های حمایتی) و آنهایی که به طور خودجوش به وجود می‌آیند و بر خودمختاری و منابع داخلی گروهی خود تأکید می‌کنند (گروه‌های خودیاری به معنای واقعی کلمه). گروه‌های خودیاری معمولاً به طور خودجوش توسعه می‌یابند، بر یک موضوع واحد متمرکز می‌شوند و توسط یک فرد غیرمتخصص با آموزش گروهی رسمی اندک اما با تجربه در رویداد استرس‌زایی که گروه را گرد هم آورده است، رهبری می‌شوند (ریوردان و بگس، ۱۹۸۷). به عنوان مثال، ساکنان یک محله ممکن است برای کمک به یکدیگر در انجام تعمیرات و نظافت پس از یک فاجعه طبیعی گرد هم آیند، یا ممکن است برای جلب توجه دولت به یک موضوع، مانند زباله‌های سمی، که مستقیماً بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد، جمع شوند. گروه‌های خودیاری می‌توانند کوتاه مدت یا بلند مدت باشند، اما اساساً برای کمک به اعضای خود در به دست آوردن کنترل بیشتر بر زندگی خود تلاش می‌کنند. بیش از ۱۰ میلیون نفر در حدود ۵۰۰۰۰۰ گروه از این دست در ایالات متحده مشارکت دارند و این تعداد همچنان در حال افزایش است.

گروه‌های حمایتی، همانطور که اشاره شد، از نظر تمرکز بر یک نگرانی یا مشکل خاص، شبیه گروه‌های خودیاری هستند، اما سازمان‌ها یا افراد حرفه‌ای کمک‌رسان تأسیس شده (مانند الکلی‌های گمنام، لامپلایترز یا وزن‌نگهداران) آنها را سازماندهی می‌کنند (گلادینگ، ۲۰۱۶b). برخی از گروه‌های حمایتی هزینه دریافت می‌کنند؛ برخی نه. میزان مشارکت افراد غیرمتخصص به عنوان رهبر گروه متفاوت است. گروه‌های حمایتی نیز مانند گروه‌های خودیاری، حول موضوعاتی متمرکز هستند که جسمی، عاطفی یا اجتماعی هستند (لابیت و تاکستون، ۱۹۸۱).

گروه‌های خودیاری و حمایتی تا حدی نیازهای جمعیتی را که بهترین خدمات را می‌توان از طریق گروه‌ها به آنها ارائه کرد و در غیر این صورت ممکن است خدماتی دریافت نکنند، برطرف می‌کنند. آنها در کلیساها، مراکز تفریحی، مدارس و سایر ساختمان‌های اجتماعی و همچنین در مراکز بهداشت روان ملاقات می‌کنند.

لیبرمن (۱۹۹۴) گروه‌های خودیاری و حمایتی را برای عموم مردم سالم می‌داند و کوری (۲۰۱۶) معتقد است که چنین گروه‌هایی خدمات دیگر بهداشت روان را تکمیل می‌کنند. با این حال، مانند سایر تجربیات گروهی، "انسجام همیشه یک ویژگی حیاتی برای موفقیت است" و باید دستورالعمل‌های مناسبی برای اطمینان از اینکه گروه یک رویداد مثبت و نه مخرب خواهد بود، تنظیم شود (ریوردان و بگس، ۱۹۸۷، ص. ۴۲۸).

تأمل شخصی

چه گروه‌های خودیاری را تجربه کرده‌اید یا شاهد شکل‌گیری آنها بوده‌اید؟ آیا فکر می‌کنید بیشتر گروه‌های خودیاری موفق هستند؟ چرا یا چرا نه؟

تصورات غلط و واقعیت‌ها در مورد گروه‌ها

از آنجا که تاریخچه گروه‌ها ناهموار است، تصورات غلط خاصی در مورد گروه‌ها ایجاد شده است. برخی از دلایل این تصورات غلط در دهه ۱۹۶۰ رخ داد، زمانی که گروه‌ها تنظیم نشده بودند و در عین حال بخش محبوبی از فرهنگ بودند، به طوری که نیویورک تایمز حتی سال ۱۹۶۸ را "سال گروه" اعلام کرد. در این زمان بود که تعدادی رفتارهای نامناسب در گروه‌ها رخ داد و داستان‌های ناشی از این اقدامات پس از انتقال شفاهی، زندگی خود را پیدا کردند. بقایای این داستان‌هاست که برخی افراد را نسبت به گروه‌ها بدبین می‌کند یا آنها را از پیوستن به گروه‌ها باز می‌دارد (گلادینگ، ۲۰۱۶b). بیشتر تصورات غلط شامل گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی

(در مقابل گروه‌های روان‌آموزشی و وظیفه‌محور/کاری) است. برخی از افسانه‌های رایج در مورد گروه‌ها به شرح زیر است (چایلدز و کاوچ، ۱۹۸۹):

- آنها مصنوعی و غیرواقعی هستند.
 - آنها ساختارهای درجه دوم برای مقابله با مشکلات هستند.
 - آنها افراد را مجبور می‌کنند تا با از بین بردن دفاع‌های روانی، هویت خود را از دست بدهند.
 - آنها از افراد می‌خواهند که احساساتی شوند و تمام دردهای خود را بیرون بریزند.
 - آنها احساساتی، رویارویی و خصمانه هستند؛ آنها شرکت‌کنندگان را شستشوی مغزی می‌دهند.
- واقعیت این است که هیچ یک از این افسانه‌ها درست نیستند، حداقل در گروه‌هایی که به خوبی اداره می‌شوند. در واقع، معمولاً عکس این صادق است. بنابراین، مهم است که افرادی که در مورد گروه‌ها مطمئن نیستند، قبل از اینکه به عضویت در آنها فکر کنند، سؤال بپرسند. تردیدها و تصورات غلطی که ممکن است داشته باشند، قابل رسیدگی است و اضطراب آنها ممکن است کاهش یابد. بنابراین، آنها ممکن است بتوانند به طور قابل توجهی در یک محیط گروهی سود ببرند.

جایگاه گروه‌ها در مشاوره

گروه به عنوان دو یا چند نفر تعریف می‌شود که برای دستیابی به یک هدف به نفع متقابل خود با یکدیگر تعامل دارند. همه افراد معمولاً هر روز مقداری زمان را در فعالیت‌های گروهی می‌گذرانند (به عنوان مثال، با همکلاسی‌ها یا همکاران تجاری). معاشرتی بودن بخشی از طبیعت انسان است و بسیاری از مهارت‌های شخصی و حرفه‌ای از طریق تعاملات گروهی آموخته می‌شوند. بنابراین، طبیعی است که مشاوران از این روش اصلی تعامل انسانی استفاده کنند.

بیشتر مشاوران باید تصمیمات مهمی در مورد زمان، مکان و با چه کسانی از گروه‌ها استفاده کنند، بگیرند. در برخی موقعیت‌ها گروه‌ها روش‌های مناسبی برای کمک نیستند. به عنوان مثال، یک مشاور شاغل در یک شرکت عاقلانه نیست که از گروه‌ها برای مشاوره به کارمندانی با مشکلات شخصی استفاده کند که در شبکه شرکتی از نظر رتبه و سابقه کار نابرابر هستند. به همین ترتیب، یک مشاور مدرسه احمقانه است که از یک محیط گروهی به عنوان راهی برای کار با کودکانی استفاده کند که همه از نظر رفتاری مخرب هستند. اما یک گروه ممکن است برای کمک به افرادی که خیلی مخرب یا از نظر وضعیت نابرابر نیستند و نگرانی‌های مشترکی دارند، ایده‌آل باشد. در چنین مواردی، مشاوران معمولاً زمان منظمی را برای ملاقات افراد در یک محیط آرام و بدون وقفه و تعامل با یکدیگر تعیین می‌کنند.

گروه‌ها از نظر هدف، ترکیب و طول متفاوت هستند. با این حال، اساساً همه آنها شامل کار هستند، که گازدا (۱۹۸۹) آن را "تعامل پویا بین مجموعه‌ای از افراد برای پیشگیری یا رفع مشکلات یا برای ارتقای رشد/غنی‌سازی شخصی" (ص. ۲۹۷) توصیف می‌کند. از این رو، اصطلاح "کار گروهی" اغلب برای توصیف آنچه در گروه‌ها رخ می‌دهد استفاده می‌شود. ASGW (انجمن متخصصان کار گروهی [ASGW]، ۲۰۰۰) کار گروهی را به عنوان یک عمل حرفه‌ای گسترده تعریف می‌کند که شامل کاربرد دانش و مهارت در تسهیل‌گری گروهی برای کمک به مجموعه‌ای مستقل از افراد برای دستیابی به اهداف متقابل خود است که ممکن است درون فردی، بین فردی یا مرتبط با کار باشد. اهداف گروه ممکن است شامل انجام وظایف مربوط به کار، آموزش، توسعه شخصی، حل مسئله شخصی و بین فردی یا درمان اختلالات روانی و عاطفی باشد. (صص. ۳۲۹-۳۳۰)

گروه‌ها دارای تعدادی مزیت کلی در کمک به افراد هستند. یالوم و لِشچ (۲۰۰۵) این نیروهای مثبت را به عنوان عوامل درمانی در گروه‌ها توصیف کرده‌اند. برای گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی، این عوامل عبارتند از:

- القای امید (یعنی اطمینان از اینکه درمان مؤثر خواهد بود)

- جهانشمولی (یعنی درک اینکه فرد تنها، منحصر به فرد یا غیرطبیعی نیست)
 - انتقال اطلاعات (یعنی آموزش در مورد سلامت روان، بیماری روانی و نحوه مقابله با مشکلات زندگی)
 - نوع دوستی (یعنی به اشتراک گذاشتن تجربیات و افکار با دیگران، کمک به آنها با بخشیدن از خود، کار برای خیر عمومی)
 - بازآفرینی اصلاحی گروه خانوادگی اولیه (یعنی زنده کردن درگیری‌های خانوادگی اولیه و حل آنها)
 - توسعه تکنیک‌های جامعه‌پذیری (یعنی تعامل با دیگران و یادگیری مهارت‌های اجتماعی و همچنین شناخت بیشتر خود در موقعیت‌های اجتماعی)
 - رفتار تقلیدی (یعنی الگوبرداری از اقدامات مثبت سایر اعضای گروه)
 - یادگیری بین فردی (یعنی کسب بینش و کار کردن اصلاحی بر روی تجربیات گذشته)
 - انسجام گروهی (یعنی پیوند با سایر اعضای گروه)
 - پالایش (یعنی تجربه و ابراز احساسات)
 - عوامل وجودی (یعنی پذیرش مسئولیت زندگی خود در انزوای اساسی از دیگران، شناخت مرگ و میر خود و تصادفی بودن وجود)
- گروه همچنین ممکن است به عنوان یک کاتالیزور عمل کند تا به افراد کمک کند تا به خواسته یا نیاز به مشاوره فردی یا دستیابی به یک هدف شخصی پی ببرند.

مثال موردی

جرارد به یک گروه می‌پیوندد

جرارد به شهر بزرگی نقل مکان کرد که هیچ کس را نمی‌شناخت. او در شغل برنامه‌نویسی کامپیوتر به تنهایی کار می‌کرد. بنابراین، وقتی دید که یک کلیسای محلی مجموعه‌ای از مطالعات گروهی کوچک را آغاز کرده است، تصمیم گرفت به آن بپیوندد. او گروه خاص خود را، که بر مسائل اجتماعی متمرکز بود، محرک یافت و مشتاقانه منتظر جلسات هفتگی بود. این گروه حتی با شهر برای بهبود یک پروژه محله همکاری کرد. اعضا فعالانه در بین جلسات با یکدیگر صحبت می‌کردند. پس از حدود یک ماه، جرارد به دوستانش در شهر خود گزارش داد که اکنون احساس بهتری دارد و بیشتر بخشی از محیط جدید خود است. اگرچه این گروه به مشاوره اختصاص نداشت، به نظر شما چگونه به جرارد کمک کرد؟ کدام یک از عوامل یالوم و لِشچ ممکن است در این فرآیند مهم بوده باشند؟

مزایا و معایب گروه‌ها

گروه‌ها مزایای خاصی دارند که می‌تواند در کمک به افراد با انواع مشکلات و نگرانی‌ها مفید باشد. صدها مطالعه رویکردهای گروهی را توصیف کرده و از نظر آماری از اثربخشی اشکال مختلف گروه‌ها حمایت می‌کنند. با این حال، مستندسازی تجربیات گروهی با چنان سرعت بالایی در حال انجام است که اطلاع از آخرین تحولات دشوار است. برخی از محققان این حوزه به طور منظم بررسی‌های جامعی در مورد فعالیت‌های گروهی منتخب می‌نویسند که به متخصصان کمک می‌کند تا بهتر مطلع شوند.

برخی از یافته‌های اخیر در مورد گروه‌ها موارد زیر را نشان می‌دهد:

- مشاوره گروهی می‌تواند به افزایش موفقیت دانش‌آموزان دبیرستانی آفریقایی-آمریکایی که برای اولین بار در آزمون‌های نهایی سال شرکت می‌کنند، کمک کند (بروس، گتچ و زیومک-دیگل، ۲۰۰۹).

- به نظر می‌رسد مشاوره گروهی یک منبع مثبت برای حمایت و مهارت‌آموزی برای نوجوانانی است که برای اولین بار به جرم‌های جنحه دستگیر شده‌اند (چوات و مانتون، ۲۰۱۴).
 - گروه‌های مشاوره مبتنی بر مدرسه که از مدیتیشن ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند، این پتانسیل را دارند که به دانش‌آموزان دبیرستان‌های جایگزین در تقویت نقاط قوت اجتماعی، عاطفی و تحصیلی خود کمک کنند (ویسنر و نورتون، ۲۰۱۳).
 - مشاوره گروهی می‌تواند به دانش‌آموزان کلاس سوم با کمبود مهارت‌های اجتماعی در کاهش تنهایی و اضطراب اجتماعی و همچنین بهبود پیشرفت تحصیلی کمک کند (بوستیک و اندرسون، ۲۰۰۹).
 - گروه‌ها می‌توانند به طور کلی توسعه شغلی را ارتقا دهند (پایل، ۲۰۰۰) و می‌توانند به طور مؤثر در برنامه‌ریزی شغلی با برخی از جمعیت‌های محروم، مانند زنان مورد ضرب و شتم و آزار قرار گرفته، مورد استفاده قرار گیرند (پترسون و پریور، ۲۰۰۰).
 - درمان گروهی، تحت شرایط مناسب، می‌تواند به زنان بزرگسال در بهبود عملکرد و بهزیستی ذهنی کلی آنها کمک کند (ماروتا و اسنر، ۱۹۹۹).
 - برنامه‌های مشاوره گروهی و روان‌آموزشی می‌تواند به افرادی که دچار حمله قلبی شده‌اند در مقابله بهتر با استرس‌های زندگی‌شان کمک کند (لیونه و شروود-هاوز، ۱۹۹۳).
 - مداخله گروهی با مجرمان نوجوان می‌تواند به آنها در افزایش فرآیندهای بلوغ، به ویژه توانایی کار به طور مستمر و دستیابی به حس ارتباط با دیگران کمک کند (وینی، هنری و کمپبل، ۲۰۰۱).
- با این حال، گروه‌ها درمان قطعی برای همه افراد و مشکلات نیستند. آنها محدودیت‌ها و معایب مشخصی دارند. به عنوان مثال، برخی از نگرانی‌ها و شخصیت‌های مراجع برای گروه‌ها مناسب نیستند. به همین ترتیب، ممکن

است مشکلات برخی افراد در گروه‌ها به اندازه کافی عمیقاً مورد بررسی قرار نگیرد. علاوه بر این، فشار گروهی ممکن است مراجع را مجبور به اقدام کند، مانند خودافشایی، قبل از اینکه آماده باشد. گروه‌ها همچنین ممکن است به ذهنیت "تفکر گروهی" دچار شوند، که در آن فرآیندهای فکری کلیشه‌ای، دفاعی و کهنه به هنجار تبدیل می‌شوند و خلاقیت و حل مسئله سرکوب می‌شوند. یکی دیگر از معایب گروه‌ها این است که افراد ممکن است سعی کنند از آنها برای فرار یا اهداف خودخواهانه استفاده کنند و روند گروه را مختل کنند. علاوه بر این، گروه‌ها ممکن است محیط اجتماعی را که اعضای فردی معمولاً در آن فعالیت می‌کنند، منعکس نکنند. بنابراین، آنچه از تجربه گروهی آموخته می‌شود ممکن است مرتبط نباشد. در نهایت، اگر گروه‌ها در حل درگیری‌ها یا مراحل رشدی خود با موفقیت عمل نکنند، ممکن است پسرفت کنند و در رفتارهای غیرسازنده و حتی مخرب مانند قربانی کردن، خودشیفتگی گروهی و فرافکنی (مک‌کلور، ۱۹۹۴) شرکت کنند.

تأمل شخصی

نمونه‌های وحشتناکی از گروه‌های ناکارآمد وجود دارد که بسیاری از آنها به از دست دادن جان افراد منجر شده است (به عنوان مثال، کمون خانواده چارلز منسون که منجر به مرگ شارون تیت و دیگران شد). از طرف دیگر، گروه‌های نمونه‌ای متعددی وجود دارند که در زندگی دیگران و جامعه تغییر ایجاد کرده‌اند (به عنوان مثال، آتش‌نشانان و افسران پلیس در طول ۱۱ سپتامبر). فهرستی از گروه‌هایی که از نظر تاریخی می‌شناسید تهیه کنید و آنها را در مقیاس ۱ (کمترین) تا ۱۰ (بیشترین) از نظر عملکردشان رتبه‌بندی کنید.

انواع گروه‌ها

گروه‌ها اشکال مختلفی دارند: "به نظر می‌رسد یک تجربه گروهی متناسب با علایق و نیازهای تقریباً هر کسی که به دنبال روان‌درمانی، رشد شخصی یا صرفاً حمایت و همراهی از دیگران است، وجود دارد" (لین و فرومن، ۱۹۸۵، ص. ۴۲۳). مدل‌های گروهی متعددی برای طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها مناسب هستند. اگرچه

بحث‌های پرشوری در مورد نحوه دسته‌بندی گروه‌ها، به ویژه در مورد اهداف و فرآیند، همچنان ادامه دارد (والدو و باومن، ۱۹۹۸)، چهار نوع گروه زیر دارای استانداردهای آموزشی هستند که توسط ASGW (۲۰۰۰) تدوین شده است. برای خلاصه این نوع گروه‌ها، جدول ۹،۲ را ببینید.

گروه‌های روان‌آموزشی

گروه‌های روان‌آموزشی، که گاهی به عنوان گروه‌های راهنمایی یا گروه‌های آموزشی نیز شناخته می‌شوند، پیشگیرانه و آموزشی هستند (براون، ۲۰۱۱؛ پنس، پایمار، ریتمیستر و شپارد، ۱۹۹۸). هدف آنها اغلب آموزش شرکت‌کنندگان گروه در مورد چگونگی مقابله با یک تهدید بالقوه (مانند ابتلا به آنفولانزا)، یک رویداد رشدی زندگی (مانند پیر شدن) یا یک بحران فوری زندگی (مانند مرگ یکی از عزیزان) است. با این حال، آنها ممکن است بر ارائه اطلاعاتی به گروه متمرکز باشند که رهبر فکر می‌کند جالب خواهد بود، مانند پرداختن به معنویت (کریسمس و ون هورن، ۲۰۱۲). این نوع گروه‌ها اغلب در محیط‌های آموزشی مانند مدارس یافت می‌شوند، اما به طور فزاینده‌ای در سایر محیط‌ها مانند بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت روان، آژانس‌های خدمات اجتماعی و دانشگاه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (جونز و رابینسون، ۲۰۰۰).

یکی از مهم‌ترین بخش‌های فرآیند در چنین گروه‌هایی، بحث‌های گروهی در مورد چگونگی شخصی‌سازی اطلاعات ارائه شده در زمینه گروهی توسط اعضا است.

جدول ۹,۲ چهار نوع گروه

نوع	تمرکز	محیط	پیامد
۱. روان آموزشی (راهنمایی)	آموزشی (شناختی)	آموزشی/کاری	یادگیری مستقیم، کسب مهارت
۲. مشاوره	حل مسئله بین فردی (عاطفی)	سرپایی غیر حاد	یادگیری غیرمستقیم
۳. روان درمانی	بازسازی شخصیت	سرپایی حاد	درمان مشکلات عمیق روانشناختی
۴. وظیفه‌ای/کاری	شناسایی/بهبود اهداف کاری	کاری	دستیابی به اهداف

(اوهلسن، ۱۹۷۷). در محیط‌های مدرسه، مواد آموزشی ممکن است از طریق فعالیت‌هایی مانند تکمیل

داستان‌های ناتمام، اجرای نمایش‌های عروسکی، تماشای فیلم، کشیدن تصاویر و انجام مصاحبه با یکدیگر

شخصی‌سازی شوند. در محیط‌های بزرگسالان، ممکن است از روش‌های مناسب سن دیگری مانند نوشتن

خلاصه یک سخنرانی مهمان، شرکت در تمرین‌های تجربی که اطلاعات ارائه شده را برجسته می‌کند، یا با دقت

در نظر گرفتن سؤالات باز مرتبط با موضوع مورد بحث استفاده شود.

نمونه‌ای از یک گروه روان‌آموزشی، ارتقاء رشد دانشجویان در محوطه‌های کالج و دانشگاه است. در طول سال‌های سنین سنتی کالج، "دانشجویان در ابعاد مختلفی از نظر پیچیدگی رشد و تغییر می‌کنند" (تائوب، ۱۹۹۸، ص. ۱۹۷). رشد آنها می‌تواند از طریق گروه‌های روان‌آموزشی که به مسائل مهم برای آنها مانند کنترل خشم، روابط عاشقانه و مهارت‌های مطالعه می‌پردازند، افزایش یابد. این گروه‌ها نسبتاً کوتاه مدت هستند و فقط برای مدت محدودی تشکیل می‌شوند. با این حال، آنها کسانی را که شرکت می‌کنند برای مسائل تحت پوشش، به طور مناسب‌تری آماده می‌کنند.

گروه‌های مشاوره

گروه‌های مشاوره، که گاهی به عنوان گروه‌های حل مسئله بین فردی نیز شناخته می‌شوند، به دنبال "کمک به شرکت‌کنندگان گروه برای حل مشکلات معمول، اما اغلب دشوار زندگی از طریق حمایت بین فردی و حل مسئله هستند. یک هدف اضافی کمک به شرکت‌کنندگان در توسعه شایستگی‌های موجود خود در حل مسئله بین فردی است تا بتوانند بهتر از عهده مشکلات آینده برآیند. نگرانی‌های غیرحاد شغلی، آموزشی، شخصی، اجتماعی و رشدی اغلب مورد توجه قرار می‌گیرند" (انجمن متخصصان کار گروهی، ۱۹۹۲، ص. ۱۴۳).

تشخیص تفاوت بین گروه مشاوره و گروه روان‌آموزشی گاهی دشوار است. به طور کلی، گروه مشاوره در تلاش برای تغییر نگرش‌ها و رفتارها مستقیم‌تر از گروه روان‌آموزشی است. به عنوان مثال، گروه مشاوره بر مشارکت عاطفی شرکت‌کنندگان تأکید دارد، در حالی که گروه روان‌آموزشی بیشتر بر درک شناختی اعضای خود تمرکز دارد. تفاوت دوم این است که گروه مشاوره در یک محیط کوچک و صمیمی انجام می‌شود، در حالی که گروه روان‌آموزشی برای محیط‌های به اندازه یک اتاق مناسب‌تر است (گازدا، گینتر و هورن، ۲۰۰۱).

گاهی اوقات، یک گروه مشاوره و یک گروه روان‌آموزشی ممکن است همپوشانی داشته باشند (پروس، گودناف و لی، ۲۰۰۹؛ والدو و باومن، ۱۹۹۸). نمونه‌ای از یک رویکرد گروه مشاوره مختصر اما مؤثر که تا حدودی با یک

گروه روان‌آموزشی همپوشانی دارد، یک گروه ساختاریافته برای دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان است که در حال گذار به دانشگاه و خدمت سربازی هستند (گودناف و ریپلی، ۱۹۹۷). این گروه‌ها برای فارغ‌التحصیلان قریب‌الوقوع دبیرستان برگزار می‌شود. آنها به دانش‌آموزان فرصتی می‌دهند تا با مجموعه پیچیده‌ای از احساساتی که تجربه می‌کنند مقابله کنند و در عین حال اطلاعاتی را در اختیار آنها قرار می‌دهند که به آنها در کسب دیدگاه شناختی مفید در مورد آنچه در شرف انجام آن هستند، کمک می‌کند. در گروه مشاوره از این دست، شرکت‌کنندگان "فرصت صحبت کردن" (فرصتی برای صحبت کردن) برای بحث در مورد نگرانی‌های خود پیدا می‌کنند. تعامل اعضای گروه و شخصی‌سازی اطلاعات بیشتر از یک گروه روان‌آموزشی است.

گروه‌های روان‌درمانی

گروه‌های روان‌درمانی، که گاهی به عنوان گروه‌های بازسازی شخصیت نیز شناخته می‌شوند، برای کمک به اعضای فردی گروه در درمان مشکلات عمیق روانشناختی تشکیل می‌شوند. آنها به عنوان شکلی بسیار مؤثر از روان‌درمانی شناخته شده‌اند که حداقل از نظر قدرت در ارائه مزایای معنادار، مانند روابط معنادار، به اشتراک گذاشتن، برقراری ارتباط و پرورش، با روان‌درمانی فردی برابر است (مک‌ویرتر، نلسون و والدو، ۲۰۱۴). "از آنجایی که عمق و میزان اختلال روانشناختی قابل توجه است، هدف [گروه‌های روان‌درمانی] کمک به هر فرد برای بازسازی ابعاد اصلی شخصیت است" (انجمن متخصصان کار گروهی، ۱۹۹۲، ص. ۱۳).

گاهی اوقات در مشاوره گروهی و روان‌درمانی گروهی همپوشانی وجود دارد، اما تأکید بر بازسازی اساسی ابعاد شخصیت معمولاً این دو را از هم متمایز می‌کند. روان‌درمانی گروهی اغلب در مراکز بستری، مانند بیمارستان‌های روانپزشکی یا سایر مراکز بهداشت روان که ماهیت اقامتی دارند، انجام می‌شود، زیرا ممکن است لازم باشد کنترل دقیقی بر افراد درگیر اعمال شود. انواع خاصی از افراد کاندیداهای ضعیفی برای روان‌درمانی گروهی فشرده سرپایی هستند: افراد افسرده، پرحرف‌های بی‌وقفه، افراد پارانوئید، شخصیت‌های اسکیزوئید و

جامعه‌ستیز، افراد دارای افکار خودکشی و افراد دارای خودشیفتگی شدید (یالوم و لشر، ۲۰۰۵). ممکن است تشخیص کاندیداهای روان‌درمانی گروهی که باید حذف شوند آسان‌تر از انتخاب کسانی باشد که باید شامل شوند. با این وجود، روان‌درمانی گروهی یک شکل آمریکایی از درمان است و بخش زیادی از منطق مشاوره گروهی را فراهم کرده است.

گروه‌های وظیفه‌ای/کاری

گروه‌های وظیفه‌ای/کاری به اعضا کمک می‌کنند تا اصول و فرآیندهای پویایی گروه را برای بهبود عملکردها و دستیابی به اهداف کاری مشخص به کار گیرند. "متخصص گروه وظیفه‌ای/کاری قادر است به گروه‌هایی مانند کارگروه‌ها، کمیته‌ها، گروه‌های برنامه‌ریزی، سازمان‌های اجتماعی، گروه‌های بحث، حلقه‌های مطالعه، گروه‌های یادگیری و سایر گروه‌های مشابه برای اصلاح یا توسعه عملکردشان کمک کند" (انجمن متخصصان کار گروهی، ۱۹۹۲، ص. ۱۳).

گروه‌های وظیفه‌ای/کاری نیز مانند سایر انواع گروه‌ها زمانی بهترین عملکرد را دارند که عوامل زیر وجود داشته باشند:

- هدف گروه برای همه شرکت‌کنندگان روشن باشد.
- فرآیند (پویایی) و محتوا (اطلاعات) متعادل باشند.
- برای فرهنگ‌سازی و یادگیری در مورد یکدیگر زمان صرف شود.
- به تعارض رسیدگی شود.
- بازخورد بین اعضا مبادله شود.

- رهبران به زمان حال توجه کنند.
- رهبران و اعضا برای تأمل در مورد آنچه در حال وقوع است، زمان صرف کنند (هولس-کیلاکی، کیلاکی و دونیگیان، ۲۰۰۱).

نمونه کلاسیک یک گروه وظیفه‌ای/کاری یک تیم است. در ورزش و محیط‌های کاری، اغلب تیم‌هایی برای دستیابی به اهداف یا مقاصد تشکیل می‌شوند که تکمیل آنها به تنهایی برای یک فرد غیرممکن است. حلقه کیفیت، گروهی از کارگران که توسط خود کارمندان اداره می‌شود و به صورت هفتگی برای بررسی فرآیندهایی که در مشاغل خود استفاده می‌کنند و ابداع راه‌هایی برای بهبود آنها تشکیل جلسه می‌دهند، نمونه‌ای تجاری از یک گروه وظیفه‌ای/کاری است (جانسون و جانسون، ۲۰۱۴). با این حال، مشاوران اغلب در تیم‌ها برای حل موقعیت‌های داخلی و خارجی و همچنین برای برنامه‌ریزی و اجرای ایده‌ها کار می‌کنند، بنابراین این گروه‌ها کاربرد گسترده‌ای دارند.

نوع دیگری از گروه وظیفه‌ای/کاری که مشاوران ممکن است از آن استفاده کنند، گروه متمرکز است (کرس و شوفنر، ۲۰۰۷). این گروه‌ها "می‌توانند به طور کلی به عنوان تکنیکی تعریف شوند که در آن ۸ تا ۱۲ نفر تحت هدایت یک تسهیلگر گروه، در مورد یک موضوع مورد علاقه خاص به مدت ۱ تا ۲ ساعت بحث می‌کنند" (ص. ۱۹۰). تسهیلگر با پرسیدن سؤالات باز از اعضای گروه، تعامل را ترویج می‌کند و در حالت ایده‌آل "اثر هم‌افزایی ایجاد می‌کند که از طریق مصاحبه‌های فردی قابل دستیابی نیست" (ص. ۱۹۲). در این فرآیند، موضوعات مشخص می‌شوند و تسهیلگر گروه ممکن است در این فرآیند اطلاعات ارزشمندی در مورد ترجیحات اعضای گروه به دست آورد و همچنین بتواند برنامه‌ها، مانند خدمات بهداشت روان را توصیف، ارزیابی و ارزیابی کند.

مثال موردی

توماس، رئیس وظیفه‌شناس

توماس مسئول تیم نوآوری دفترش بود. هدف تیم، فکر کردن به ایده‌هایی بود که به ساده‌سازی کار و ترویج روحیه همکاری بیشتر کمک کند. این وظیفه چالش‌برانگیز بود و پس از چند ایده خوب، هیچ چیز جدیدی از جلسات هفتگی تیم بیرون نیامد. بنابراین، توماس تصمیم گرفت برای کمک به اعضای خود برای تمرکز بیشتر و ارائه ایده‌های جدید، یک اردوی تیمی خارج از دفتر برگزار کند.

وقتی تیم صبح در یک محیط دوست‌داشتنی گرد هم آمد، توماس اطمینان حاصل کرد که از همه به گرمی استقبال شده و نوشیدنی و تنقلات در اختیارشان قرار گرفته است. سپس، او اعضای تیم را به گروه‌های سه نفره تقسیم کرد و به هر گروه وظیفه‌ای محول کرد.

نظر شما در مورد برنامه توماس چیست؟ آیا راه‌های دیگری وجود دارد که گروه می‌توانست با وظیفه پیش رو مقابله کند؟ آنها چه می‌توانند باشند؟ آیا فکر می‌کنید کار گروه به عنوان یک کل، مولدتر از این خواهد بود که گروه‌های کوچک بر یک وظیفه خاص تمرکز کنند؟ چرا یا چرا نه؟

رویکردهای نظری در اداره گروه‌ها

رویکردهای نظری مشاوره در گروه‌ها به اندازه رویکردهای مشاوره فردی متفاوت است. در بسیاری از موارد، نظریه‌ها یکسان هستند. به عنوان مثال، در کار گروهی رویکردهایی مبتنی بر نظریه‌های روانکاوی، گشتالت، فردمحور، رفتار عقلانی-هیجانی، شناختی و رفتاری وجود دارد. از آنجایی که مواضع اساسی این نظریه‌ها در جای دیگری از این متن بررسی شده است، در اینجا مورد بررسی قرار نخواهند گرفت. با این حال، اجرای هر رویکرد نظری هنگام استفاده در یک گروه به دلیل پویایی گروه (تعامل اعضا در درون گروه) متفاوت است.

وارد (۱۹۸۲) در ارزیابی هفت رویکرد نظری اصلی به گروه‌ها، میزان توجه هر رویکرد به سطوح فردی، بین فردی و گروهی فرآیند را تجزیه و تحلیل کرد. به عنوان مثال، رویکردهای روانکاوی، گشتالت و رفتاری در تمرکز بر فرد قوی بودند اما در مؤلفه‌های بین فردی و سطح گروهی فرآیند گروهی ضعیف بودند. با این حال، رویکرد فردمحور در سطح فردی قوی و در سطح بین فردی و گروهی متوسط بود. وارد به جنبه‌های محدودکننده هر رویکرد و اهمیت در نظر گرفتن عوامل دیگر، مانند وظیفه گروه و بلوغ عضویت، در انجام تکالیف گروهی جامع اشاره کرد.

به طور مشابه، فری (۱۹۷۲) چگونگی مفهوم‌سازی هشت رویکرد به کار گروهی را بر روی یک پیوستار از بینش تا عمل و عقلانی تا عاطفی ترسیم کرد؛ در حالی که هانسن، وارنر و اسمیت (۱۹۸۰) رویکردهای گروهی را بر روی یک پیوستار از فرآیند تا نتیجه و رهبرمحور تا عضومحور مفهوم‌سازی کردند. رهبران گروه و اعضای بالقوه گروه باید بدانند که نظریه‌ها چگونه متفاوت هستند تا انتخاب‌های عاقلانه‌ای داشته باشند. به طور کلی، مدل‌های نظری متعدد غنا و تنوع را برای اداره گروه‌ها فراهم می‌کنند.

سه عامل، علاوه بر مواردی که قبلاً ذکر شد، برای رهبران گروه هنگام تصمیم‌گیری در مورد اتخاذ چه رویکرد نظری مفید است:

۱. آیا برای اداره گروه به یک مبنای نظری نیاز دارم؟

۲. این نظریه به بهترین نحو چه کاربردهایی خواهد داشت؟

۳. چه معیارهایی در فرآیند انتخاب به کار گرفته خواهد شد؟

یک نظریه بسیار شبیه یک نقشه است. در یک گروه، جهت و راهنمایی را در بررسی فرضیات اساسی در مورد انسان‌ها فراهم می‌کند. همچنین در تعیین اهداف گروه، روشن کردن نقش و وظایف فرد به عنوان رهبر و توضیح

تعاملات گروه مفید است. سرانجام، یک نظریه می‌تواند در ارزیابی نتایج گروه کمک کند. تلاش برای رهبری یک گروه بدون یک منطق نظری صریح، مشابه تلاش برای پرواز با هواپیما بدون نقشه و دانش ابزارها است. هر دو روش احمقانه، خطرناک و احتمالاً منجر به آسیب می‌شوند.

یک نظریه خوب همچنین عملکردهای عملی را انجام می‌دهد. به عنوان مثال، به تجربیات و حقایق رخ داده در یک محیط معنا و چارچوب می‌بخشد. نظریه خوب به منطقی کردن آنچه در حال وقوع است کمک می‌کند و منجر به تحقیقات مولد می‌شود. با وجود نظریه‌های بسیار زیادی برای انتخاب، رهبر بالقوه گروه عاقلانه عمل می‌کند که در انتخاب یک رویکرد دقت کند.

فورد و اوربان (۱۹۹۸) معتقدند که مشاوران هنگام انتخاب یک نظریه باید چهار عامل اصلی را در نظر بگیرند: تجربه شخصی، اجماع متخصصان، اعتبار و مجموعه دانش تأیید شده. همه این معیارها دارای مسئولیت‌ها و مزایایی هستند. بنابراین، برای مشاوران مبتدی بسیار مهم است که به دیگران گوش دهند و ادبیات حرفه‌ای را به طور انتقادی بخوانند تا نظریه‌هایی را ارزیابی کنند که بیشترین قابلیت تأیید را دارند و با سبک‌های شخصیتی آنها مطابقت دارند.

مراحل در گروه‌ها

گروه‌ها نیز مانند سایر سیستم‌های زنده، مراحل را طی می‌کنند. اگر یک فرد یا رهبر گروه از این مراحل آگاه نباشد، تغییراتی که در درون گروه رخ می‌دهد ممکن است به جای معنادار بودن، گیج‌کننده به نظر برسد و مزایای آن اندک باشد. رهبران می‌توانند با ایجاد شرایطی که توسعه گروه را تسهیل می‌کند یا با استفاده از مداخلات مبتنی بر رشد، هم در سطح فردی و هم در سطح گروهی، یادگیری را به حداکثر برسانند. مصاحبه انگیزشی به ویژه برای ایجاد شرایط تغییر در این مراحل مناسب است. این روش فضایی از اعتماد را تسهیل می‌کند، آمادگی اعضا برای تغییر را تشخیص می‌دهد، به شناسایی و حل تردیدهای اعضا کمک می‌کند، اعضای

گروه را در شناسایی اهداف شخصی یاری می‌کند، در برابر مقاومت اعضا راهنمایی می‌کند، انگیزه اعضا برای تغییر را افزایش می‌دهد و تعهد اعضا به تغییر را تقویت می‌کند (یانگ، ۲۰۱۳).

در ادبیات حرفه‌ای بحث‌هایی در مورد اینکه گروه‌ها چه مراحل را طی می‌کنند و چه زمانی این مراحل را طی می‌کنند، وجود دارد. مراحل رشدی در انواع مختلف گروه‌ها، مانند گروه‌های یادگیری و گروه‌های آموزشی، شناسایی شده‌اند، اما بیشتر بحث‌ها در مورد مراحل حول محور مشاوره گروهی متمرکز است. مشاوره گروهی اغلب به چهار یا پنج مرحله تقسیم می‌شود، اما برخی از مدل‌ها تنها سه مرحله و برخی دیگر تا شش مرحله را نشان می‌دهند. مدل مرحله‌ای تاکمن جریان اصلی تلقی می‌شود.

تاکمن (۱۹۶۵) یکی از اولین نظریه‌پردازانی بود که یک فرآیند مرحله‌ای برای مشاوره گروهی طراحی کرد. او معتقد بود که چهار مرحله برای توسعه گروه وجود دارد: شکل‌گیری، طوفان، هنجارسازی و اجرا. این مفهوم بعداً گسترش یافت تا مرحله پنجم را نیز شامل شود: اتمام (تاکمن و جنسن، ۱۹۷۷) یا سوگواری/صبح (والدو، ۱۹۸۵). در هر مرحله وظایف خاصی انجام می‌شود. به عنوان مثال، در مرحله شکل‌گیری، معمولاً پایه و اساس آنچه قرار است بیاید و چه کسی در مشورت‌های گروهی در نظر گرفته خواهد شد، گذاشته می‌شود. در این مرحله (دوران نوزادی گروه)، اعضا اضطراب و وابستگی را ابراز می‌کنند و در مورد مسائل غیرمشکل‌ساز صحبت می‌کنند. یکی از راه‌های تسهیل‌گذار به گروه در این مرحله، ساختاربندی آن به گونه‌ای است که اعضا آرام و از آنچه از آنها انتظار می‌رود مطمئن باشند. به عنوان مثال، قبل از اولین جلسه، ممکن است به اعضا گفته شود که انتظار می‌رود ۳ دقیقه وقت بگذارند و به دیگران بگویند که چه کسانی هستند (مک‌کوی، ۱۹۹۴).

در مرحله دوم، طوفان، معمولاً آشفتگی و درگیری قابل توجهی رخ می‌دهد، همانطور که در دوران نوجوانی رخ می‌دهد. درگیری در درون گروه در این و سایر مواقع "اعضای گروه را مجبور می‌کند تا تصمیمات اساسی در مورد میزان استقلال و وابستگی متقابل در روابط خود با یکدیگر بگیرند" (ریباک و براون، ۱۹۹۷، ص. ۳۱).

اعضای گروه به دنبال تثبیت خود در سلسله مراتب گروه هستند و با موفقیت با مسائل مربوط به اضطراب، قدرت و انتظارات آینده کنار می‌آیند. گاهی اوقات رهبر گروه در این مرحله مورد حمله قرار می‌گیرد.

مرحله سوم، هنجارسازی، شبیه دوران جوانی است که در آن "پس از گذر از طوفان، گروه اغلب اشتیاق و انسجام ایجاد می‌کند. اهداف و روش‌های همکاری با یکدیگر تعیین می‌شود" (سیدلا، ۱۹۹۰، ص. ۱۶). این مرحله گاهی با مرحله طوفان ترکیب می‌شود، اما چه ترکیب شود چه نشود، به دنبال آن مرحله اجرا/کار قرار می‌گیرد که از نظر رشدی با بزرگسالی موازی است. در مرحله اجرا، اعضای گروه با یکدیگر و اهداف فردی و جمعی خود درگیر می‌شوند. این زمانی است که گروه، اگر به خوبی کار کند، سازنده است.

سرانجام، در مرحله سوگواری/پایان، گروه به پایان می‌رسد و اعضا با یکدیگر و تجربه گروهی خداحافظی می‌کنند. در پایان، اعضا احساس رضایت یا تلخی می‌کنند. گاهی اوقات در این نقطه از گروه یک تجربه جشن وجود دارد؛ حداقل، یک مراسم اختتامیه تقریباً همیشه برگزار می‌شود.

جدول ۹،۳ خلاصه و شرح مختصری از ویژگی‌های هر یک از پنج مرحله مورد بحث در اینجا ارائه می‌دهد. به طور کلی، مراحل رشدی یک گروه در هر زمان به راحتی قابل تشخیص نیستند. "یک گروه لزوماً گام به گام مراحل زندگی را طی نمی‌کند، بلکه ممکن است به عنوان بخشی از رشد کلی خود به عقب و جلو حرکت کند" (هانسن و همکاران، ۱۹۸۰، ص. ۴۷۶). بهترین راه برای پاسخ دادن به این سؤال که یک گروه در چه مرحله‌ای قرار دارد و به کجا می‌رود، از طریق نگاه به گذشته یا درک بصیرت‌آمیز است.

مسائل در گروه‌ها

اداره موفق گروه‌ها مستلزم تعدادی مسئله است. برخی به رویه‌های اداره گروه‌ها مربوط می‌شوند؛ برخی دیگر به آموزش و اخلاق. قبل از تشکیل گروه، رهبر گروه باید ایده روشنی از دلیل تشکیل گروه و اهداف میان‌مدت و نهایی آن داشته باشد. تنها از طریق چنین فرآیندی است که یک گروه موفق ظهور خواهد کرد.

انتخاب و آماده‌سازی اعضای گروه

غریبالگری و آماده‌سازی برای اداره موفق یک گروه ضروری است (کاوچ، ۱۹۹۵) زیرا بلوغ، آمادگی و ترکیب عضویت نقش مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت گروه ایفا می‌کند (ریوا، لیپرت و تاکت، ۲۰۰۰). برخی از افرادی که مایل به عضویت در گروه‌ها هستند، کاندیداهای مناسبی برای آنها نیستند. اگر به چنین افرادی اجازه داده شود به یک گروه بپیوندند، ممکن است در نهایت به اعضای دشوار گروه تبدیل شوند (به عنوان مثال، با انحصارطلبی یا دستکاری) و باعث مشکلات قابل توجهی برای رهبر گروه شوند (کاتلر، ۱۹۹۴ ب). آنها همچنین ممکن است با دیگرانی که در سطح عملکردی به همان اندازه پایین هستند، بپیوندند و به پسرفت گروه کمک کنند. وقتی این اتفاق می‌افتد، اعضا از نظر روانی آسیب می‌بینند و گروه قادر به دستیابی به اهداف خود نیست (مک‌کلور، ۱۹۹۰).

غریبالگری و آماده‌سازی معمولاً از طریق مصاحبه‌ها و آموزش‌های پیش از گروهی انجام می‌شود که بین رهبر گروه و اعضای احتمالی صورت می‌گیرد. در طول مصاحبه پیش از گروهی، اعضای گروه باید انتخاب شوند که نیازها و اهدافشان با اهداف تعیین شده گروه سازگار باشد. اینها اعضایی هستند که مانع روند گروه نخواهند شد و سلامت آنها از تجربه گروه به خطر نخواهد افتاد. تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش پیش از گروهی، که در آن اعضا اطلاعات بیشتری در مورد یک گروه و آنچه از آنها انتظار می‌رود می‌آموزند، اطلاعات مهمی را برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌کند و به آنها فرصتی می‌دهد تا اضطراب خود را کاهش دهند (اسکلار، پتروسکو و هاول، ۱۹۹۳).

جدول ۹,۳ ویژگی‌های پنج مرحله گروهی

مرحله	مرحله طوفان (Storming)	مرحله هنجارسازی (Norming)	مرحله اجرا/کار (Performing/ Working)	مرحله سوگواری/پایان (Mourning/ Termination)
مرحله شکل‌گیری (Forming)	مشخصه: با زمان‌درگیری و اضطراب مشخص می‌شود؛ گروه از تنش اولیه به تنش ثانویه می‌رود؛ تلاش برای اجتناب از طرد شدن توسط دیگران.	مشخصه: با احساس "ما بودن" مشخص می‌شود که وقتی افراد احساس می‌کنند به گروه تعلق دارند به وجود می‌آید؛ اغلب اشتیاق و همکاری در	مرحله شکل‌گیری (Forming)	مشخصه: با شناخت عمیق‌تر شرکت‌کنندگان از خودشان مشخص می‌شود؛ فعالیت‌های اصلی در مرحله پایان - تأمل در تجربیات گذشته، پردازش خاطرات، ارزیابی آنچه آموخته شده، تصدیق احساسات دوسوگرا،

تصمیم‌گیری شناختی.		این زمان وجود دارد.		
روابط همتا: احساسات همدلی، شفقت و مراقبت فراوان است؛ شرکت‌کنندگان در سطح عمیق و گاهی عاطفی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند؛ احساسات گرما و اندوه اغلب به طور همزمان رخ می‌دهد.	روابط همتا: نگرانی واقعی در سطح عمیق و شخصی اعضا برای یکدیگر؛ تمایل بیشتر اعضا به خودافشایی؛ افزایش آگاهی در گروه در مورد شرکت‌کنندگان فردی و دنیای هر شخص.	روابط همتا: همذات‌پنداری با دیگران در گروه؛ امید، همکاری، مشارکت، انسجام.	روابط همتا: اعضای گروه تمایل دارند در تعاملات خود با یکدیگر مضطرب‌تر باشند؛ نگرانی در مورد قدرت غالب است.	روابط همتا: اعضای گروه تمایل دارند سطحی باشند و مکالمه را حول رویدادهای تاریخی یا آینده متمرکز کنند که تأثیر مستقیمی بر گروه ندارند.
پردازش وظایف: تأکید عمده بر ترویج پایان	پردازش وظایف: تأکید عمده بر بهره‌وری، خواه	پردازش وظایف: تمرکز	پردازش وظایف: مقابله	پردازش وظایف: مقابله

با دلهره اولیه؛	با تمرکز بر	بر دستیابی به	نتایج به طور	موفقیت آمیز گروه و
بررسی اهداف	ایجاد	اهداف فردی و	ملموس قابل	روابط در گروه؛
و قراردادهای؛	هنجارهایی که	گروهی؛ تمرکز	مشاهده باشند یا	تثبیت دستاوردها؛
مشخص کردن	اعضا از آنها برای	کاهش می یابد؛	خیر؛ حفظ روابط	یافتن معنا در
اهداف به طور	اداره گروه	یک "مکت"	بین فردی باید مورد	گروه؛ تصمیم گیری
واضح یا تکرار	استفاده	سالم رخ	توجه قرار گیرد و با	برای رفتارهای
قوانین گروهی؛	می کنند؛ گروه ها	می دهد؛	بهره وری متعادل	جدید؛ آمادگی
تعیین اهمیت	هنجارهای	گروه ها هر دو	شود.	برای شروعی جدید
محدودیت ها؛	تجویزی و منع	اهداف و		پس از پایان گروه.
ترویج تعامل	کننده را	وظایف را		
مثبت بین	می پذیرند؛	می پذیرند.		
اعضا تا	تعیین نقش ها؛			
بخواهند ادامه	ممکن است			
دهند.	قربانی کردن رخ			
	دهد؛ تعهد در			
	این زمان تأکید			
	می شود.			

روش‌های مفید:	روش‌های مفید:	روش‌های مفید:	روش‌های مفید:
الگوبرداری،	تمرین‌ها،	مشاهده گروه	توسط گروه،
بارش فکری،	تکنیک گروه	اسمی،	سینکیتیکس،
پیش‌بینی‌های	کتبی، پردازش	گروهی،	آموزش
مهارت‌ها.			

در پیروی از دستورالعمل‌های اخلاقی ACA و بهترین شیوه‌ها برای مشاوران گروهی (توماس و پندر، ۲۰۰۸)، ممکن است لازم باشد برخی افراد غربالگری شوند یا خودشان تصمیم بگیرند از گروه خارج شوند. غربالگری یک فرآیند دو طرفه است. اعضای بالقوه گروه ممکن است در یک زمان خاص با یک رهبر مشخص برای یک گروه خاص مناسب نباشند. اگر برای یک گروه انتخاب نشدند، باید در مورد گزینه‌های خود، مانند پیوستن به گروه

دیگر یا صبر کردن برای تشکیل گروهی که بهتر می‌تواند به وضعیت آنها رسیدگی کند، راهنمایی شوند. در انتخاب اعضای گروه، رهبر گروه باید به توصیه گازدا (۱۹۸۹) توجه کند که افراد در گروه باید بتوانند حداقل در برخی مسائل با سایر اعضای گروه همذات‌پنداری کنند. در اصل، مصاحبه غربالگری "بنیانی را می‌گذارد که روند گروه بر آن استوار خواهد بود" (مک‌کوی، ۱۹۹۴، ص. ۱۸).

تأمل شخصی

انتخاب نشدن برای یک گروه ممکن است برای بسیاری از افراد دردناک باشد. چگونه ممکن است به کسی بگویید که برای یک گروه خاص انتخاب نشده است، به روشی دیپلماتیک اما صادقانه؟

قبل از شروع گروه، اعضای گروه و رهبران باید تا حد امکان در مورد فرآیند گروه (چگونگی تأثیر تعاملات اعضای گروه بر توسعه گروه) مطلع شوند. به عنوان مثال، در گروه‌های همگن (که اعضا در آن مشابه هستند)، معمولاً درگیری و خطرپذیری کمتر، انسجام و حمایت بیشتر و حضور بهتر وجود دارد. در مقابل، در گروه‌های ناهمگن (که اعضا در آن متنوع هستند)، در ابتدا درگیری بیشتری وجود دارد و خطرپذیری بیشتری نیز وجود دارد، اما حمایت و انسجام ممکن است عقب بماند و اعضا ممکن است از گروه خارج شوند (مرتا، ۱۹۹۵). این فرآیند گروه است، نه محتوا، تمرکز یا هدف، که در نهایت تعیین می‌کند آیا یک گروه موفق می‌شود یا خیر. در گروه‌های موفق، فرآیند با محتوا متعادل است (دونیگیان و مالناتی، ۱۹۹۷؛ کراوس و هولس-کیلاکی، ۱۹۹۶).

"وقتی محتوا یا فرآیند... گروه‌ها نامتناسب می‌شود، گروه ممکن است در انجام کار دچار مشکل شود" (نلیگان، ۱۹۹۴، ص. ۸). افراد با تجربه در گروه‌ها معمولاً به حداقل اطلاعات در مورد نحوه اداره یک گروه نیاز دارند، در حالی که شرکت‌کنندگان مبتدی ممکن است به آماده‌سازی گسترده‌ای نیاز داشته باشند. اعضای که قبل از شروع در مورد رویه‌ها و تمرکز یک گروه مطلع می‌شوند، پس از شروع گروه عملکرد بهتری خواهند داشت.

در هنگام پیوستن به یک گروه، مهم است که ابتدا با سازمان‌دهنده گروه تماس بگیرید و در مورد احتمالات و نتایج مورد انتظار در یک تجربه گروهی روشن شوید. کوری (۲۰۱۶) مسائلی را فهرست می‌کند که شرکت‌کنندگان بالقوه باید قبل از ثبت نام در یک گروه روشن کنند. موارد زیر از مهم‌ترین آنها هستند:

- بیانیه روشن هدف گروه
 - شرح فرمت گروه، قوانین اساسی و رویه‌های اساسی
 - بیانیه‌ای در مورد مدارک تحصیلی و آموزشی رهبر(ان) گروه
 - مصاحبه پیش از گروه برای تعیین اینکه آیا رهبر و اعضای بالقوه گروه در حال حاضر برای نیازهای فرد مناسب هستند یا خیر.
 - افشای خطرات ناشی از حضور در یک گروه و حقوق و مسئولیت‌های اعضا
 - بحث در مورد محدودیت‌های محرمانگی و نقش‌هایی که انتظار می‌رود رهبران و شرکت‌کنندگان گروه در محیط گروه ایفا کنند.
- صرف نظر از نیاز درک شده به اطلاعات، تحقیقات از این ایده حمایت می‌کنند که "ارائه مجموعه‌ای از انتظارات برای شرکت‌کنندگان قبل از شروع آنها در یک گروه، احتمال داشتن یک گروه موفق... تجربه را بهبود می‌بخشد" (اسکلار، کینر و ماس، ۱۹۹۰، ص. ۱۴۵). به طور خاص، رهبران گروه می‌توانند "مشاوره گروهی در لحظه حاضر را با دلسرد کردن زبان 'شما' و 'ما'، سؤال کردن، صحبت کردن به شخص سوم، درخواست تأیید، نجات دادن و تجزیه و تحلیل تسهیل کنند."
- سرانجام، رهبران گروه باید بدانند چگونه با چالش‌های رهبری خود و مقاومت اعضای فردی گروه یا کل گروه مقابله کنند.

اندازه و مدت زمان گروه

اندازه یک گروه بر اساس هدف و ترجیح آن تعیین می‌شود. گروه‌های بزرگ کمتر احتمال دارد نیازهای اعضای فردی را برجسته کنند. بنابراین، خارج از راهنمایی گروهی، تعداد بهینه افراد وجود دارد که باید درگیر شوند. یک عدد مورد توافق عمومی ۶ تا ۸ عضو گروه است، اگرچه گازدا (۱۹۸۹) اشاره می‌کند که اگر گروه‌ها تا ۶ ماه طول بکشند، ممکن است تا ۱۰ نفر به طور مفید در آن شرکت کنند. اندازه و مدت زمان گروه بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. کوری (۲۰۱۶) بیان می‌کند: "برای گروه‌های مداوم با بزرگسالان، حدود هشت عضو با یک رهبر به نظر اندازه خوبی می‌رسد. گروه‌های کودکان ممکن است به کوچکی سه یا چهار نفر باشند. به طور کلی، گروه باید به اندازه کافی افراد داشته باشد تا تعامل کافی را فراهم کند تا خسته‌کننده نشود و در عین حال به اندازه کافی کوچک باشد تا به همه فرصت مشارکت مکرر بدون... از دست دادن حس 'گروه' داده شود" (ص. ۷۲).

گروه‌های باز در مقابل گروه‌های بسته

گروه‌های باز پس از شروع، اعضای جدید را می‌پذیرند؛ گروه‌های بسته این کار را نمی‌کنند. لین و فرومن (۱۹۸۵) اشاره می‌کنند که گروه‌های باز می‌توانند به سرعت جایگزین اعضای از دست رفته شوند و اندازه مطلوب را حفظ کنند. بسیاری از گروه‌های سرپایی طولانی مدت باز هستند. گروه‌های بسته، اگرچه از نظر اندازه انعطاف‌پذیری کمتری دارند، انسجام بیشتری را بین اعضای گروه ترویج می‌کنند و ممکن است در کمک به اعضا برای دستیابی به اهداف تعیین شده سازنده باشند.

محرمانگی

گروه‌ها زمانی بهترین عملکرد را دارند که اعضا احساس محرمانگی داشته باشند—یعنی آنچه در محیط گروه گفته شده است در خارج از آن فاش نشود. برای ترویج حس محرمانگی و ایجاد اعتماد، رهبر گروه باید فعال

باشد. در مصاحبه پیش از غربالگری، موضوع محرمانگی باید مطرح شود. اهمیت محرمانگی باید در اولین جلسه گروه و به طور منظم پس از آن مورد تأکید قرار گیرد (کوری، کوری، کوری و کالانان، ۲۰۱۵).

علاوه بر این، نقش رهبر گروه محافظت از اعضای خود با تعریف واضح محرمانگی و اهمیت و دشواری اجرای آن است. هرگاه سوالی در مورد خیانت به محرمانگی در یک گروه مطرح شود، باید بلافاصله به آن رسیدگی شود. در غیر این صورت، مشکل رشد می‌کند و انسجام گروه از بین می‌رود. اولسن (۱۹۷۱) اشاره می‌کند که مشاوران باید بدانند که تنها می‌توانند پایبندی خود به اصول محرمانگی را تضمین کنند. با این حال، آنها باید تلاش کنند تا حقوق همه اعضای گروه را تضمین کنند.

ساختار فیزیکی

مکانی که یک گروه در آن اداره می‌شود، یا یک دارایی است یا یک بدهی. ترز و لارابی (۱۹۸۵) بر نیاز به یک ساختار فیزیکی (یک اتاق یا یک محیط) تأکید می‌کنند که ایمنی و رشد اعضای گروه را تضمین کند. گروه‌های درون مدارس و سازمان‌های اجتماعی باید در مکان‌هایی اداره شوند که رفاه گروه را ارتقا بخشد. مبلمان فضا (جذاب) و نحوه تشکیل گروه (ترجیحاً به صورت دایره) می‌تواند عملکرد گروه را تسهیل کند.

رهبران مشترک

داشتن رهبران مشترک (دو رهبر) برای گروه‌ها ضروری نیست، اما چنین ترتیبی می‌تواند برای گروه و رهبران، به ویژه اگر گروه بزرگ باشد (بیش از ۱۰ عضو)، مفید باشد. با وجود رهبران مشترک، یک رهبر می‌تواند با گروه کار کند در حالی که دیگری فرآیند گروه را نظارت می‌کند. ترتیب رهبر مشترک همچنین ممکن است زمانی مفید باشد که یک رهبر بی‌تجربه و یک رهبر با تجربه با هم کار می‌کنند. در چنین ترکیبی، رهبر بی‌تجربه

می‌تواند از رهبر با تجربه بیاموزد. بسیاری از متخصصان گروه توصیه می‌کنند که یک رهبر بی‌تجربه ابتدا در رهبری مشترک یک گروه شرکت کند و سپس به تنهایی این فرآیند را امتحان کند.

دینکمیر و مورو (۱۹۷۹) پیشنهاد می‌کنند که رهبران مشترک موفق و با تجربه (الف) دارای سبک فلسفی و عملی مشابه باشند، (ب) تجربه و صلاحیت مشابهی داشته باشند، (ج) یک رابطه الگو برای تعامل انسانی مؤثر ایجاد کنند، (د) از تقسیم‌بندی و پیوندهای وفاداری اعضا به یک رهبر یا دیگری آگاه باشند و به گروه در مقابله با این موضوع کمک کنند، و (ه) در مورد اهداف مشاوره و فرآیندهای دستیابی به آنها توافق کنند تا از کشمکش‌های قدرت جلوگیری شود.

پیتروفسا، هافمن و اسپلت (۱۹۸۴) توصیه می‌کنند که رهبران مشترک در یک گروه روبروی یکدیگر بنشینند تا مسئولیت و مشاهده رهبر به حداکثر برسد. آنها اشاره می‌کنند که لازم نیست رهبران مشترک گروه از جنس مخالف باشند؛ مهارت‌ها، نه جنسیت، مهم‌ترین چیز هستند.

خودافشایی

شرترز و استون (۱۹۸۱) خودافشایی را به عنوان "احساسات، نگرش‌ها و باورهای لحظه حاضر" (ص. ۲۰۶) تعریف می‌کنند. فرآیند خودافشایی به میزان اعتمادی که اعضای گروه به یکدیگر دارند بستگی دارد. اگر اعتماد بالا باشد، خودافشایی بیشتری رخ خواهد داد. جنبه جالب این پدیده این است که خودافشایی بر اساس خود بنا می‌شود. در مراحل اولیه گروه، ممکن است نیاز به تشویق آن باشد. موران (۱۹۸۲) پیشنهاد می‌کند که رهبران، در جلسات ابتدایی یک گروه، اغلب از خودافشایی به عنوان الگو برای دیگران استفاده کنند و این فرآیند را ترویج کنند. همانطور که استاکتون، بار و کلاین (۱۹۸۱) مستند کرده‌اند، اعضای گروهی که خودافشایی کلامی کمی انجام می‌دهند، بیشتر از دیگران احتمال دارد از گروه خارج شوند.

بازخورد

بازخورد یک فرآیند چندبعدی است که شامل پاسخ اعضای گروه به پیام‌های کلامی و رفتارهای غیرکلامی یکدیگر است. این یکی از مهم‌ترین و سوءاستفاده‌شده‌ترین بخش‌های هر تجربه گروهی است. وقتی بازخورد صادقانه و با دقت ارائه می‌شود، اعضای گروه می‌توانند تأثیر اقدامات خود را بر دیگران بسنجند و رفتارهای جدیدی را امتحان کنند.

کوری (۲۰۱۶) بین بازخورد گروهی که در پایان یک جلسه داده می‌شود و بازخوردی که در پایان یک گروه داده می‌شود، تمایز قائل می‌شود. در فرآیند دوم، کوری اعضای گروه را تشویق می‌کند که با یکدیگر واضح، مختصر و مشخص باشند. اعضای گروه باید در مورد چگونگی تغییر خود در طول تجربه گروهی به خود بازخورد بدهند. پس از پردازش اطلاعات بازخورد، اعضای گروه باید برخی از موارد گفته شده در جلسات بازخورد نهایی را ثبت کنند تا فراموش نکنند و بتوانند از این تجربه در ارزیابی پیشرفت به سوی اهداف خود استفاده کنند. برای ترویج بازخورد مفید، پیتروفسا و همکاران (۱۹۸۴) معیارهایی را برای ارزیابی بازخورد فهرست می‌کنند. برخی از توصیه‌های مهم آنها عبارتند از:

- بازخورد باید برای گیرنده مفید باشد و نیازهای دهنده را برآورده نکند.
- بازخورد زمانی مؤثرتر است که مبتنی بر رفتار قابل توصیف باشد.
- در مراحل اولیه توسعه گروه، بازخورد مثبت مفیدتر و راحت‌تر از بازخورد منفی پذیرفته می‌شود.
- بازخورد زمانی مؤثرتر است که بلافاصله پس از رفتار محرک رخ دهد و توسط دیگران تأیید شود.
- بازخورد زمانی سودمندتر است که گیرنده پذیرنده باشد و به دهنده اعتماد داشته باشد (ص. ۳۷۶).

پیگیری

پیگیری به معنای در تماس بودن با اعضا پس از پایان گروه برای تعیین میزان پیشرفت آنها در اهداف شخصی یا گروهی است. اغلب رهبران گروه در انجام پیگیری مناسب کوتاهی می‌کنند. این کوتاهی به ویژه در گروه‌های مشاوره کوتاه مدت یا گروه‌هایی که توسط یک رهبر خارجی هدایت می‌شوند، رایج است (گازدا، ۱۹۸۹). پیگیری به اعضای گروه و رهبران کمک می‌کند تا آنچه را که در تجربه گروهی به دست آورده‌اند ارزیابی کنند و به رهبر اجازه می‌دهد در صورت لزوم یک عضو گروه را برای کمک ارجاع دهد (گلادینگ، ۲۰۱۶). جلسات پیگیری اثرات یک تجربه گروهی را به حداکثر می‌رساند و اعضا را تشویق می‌کند تا به دنبال کردن اهداف اولیه خود ادامه دهند (جیکوبز، شیممل، ماسون و هارویل، ۲۰۱۶).

کوری (۲۰۱۶) پیشنهاد می‌کند که جلسه پیگیری برای یک گروه کوتاه مدت حدود ۳ ماه پس از پایان آن برگزار شود. او اشاره می‌کند که فرآیند بازخورد و حمایت متقابل از سایر اعضای گروه در این زمان می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. اگر اعضای گروه در مرحله پایانی گروه خود آگاه باشند که برای پیگیری دوباره ملاقات خواهند کرد، احتمال اینکه به دنبال کردن اهداف خود ادامه دهند بیشتر است. علاوه بر پیگیری کل گروه، پیگیری فردی بین رهبران و اعضای گروه، حتی اگر این جلسات از طریق تلفن انجام شود، مهم است.

ویژگی‌های رهبران مؤثر گروه

ویژگی‌های متمایزی بین رهبران مؤثر و غیرمؤثر گروه وجود دارد. به عنوان مثال، رهبران گروهی که مستبد، پرخاشگر، مقابله‌جو یا از نظر عاطفی از گروه دور هستند، غیرمؤثر هستند و باعث تلفات گروهی می‌شوند (اعضایی که از گروه خارج می‌شوند یا پس از تجربه گروهی بدتر می‌شوند) (یالوم و لیبرمن، ۱۹۷۱). با این حال، چهار ویژگی رهبری اگر به طور افراطی استفاده نشوند، تأثیر مثبتی بر نتیجه گروه‌ها دارند (یالوم و لیش، ۲۰۰۵):

۱. مراقبت—هرچه بیشتر، بهتر
 ۲. نسبت دادن معنا—شامل روشن کردن، توضیح دادن و ارائه یک چارچوب شناختی برای تغییر است.
 ۳. تحریک عاطفی—شامل فعالیت، چالش، خطرپذیری، خودافشایی است.
 ۴. عملکرد اجرایی—شامل توسعه هنجارها، ساختاربندی و پیشنهاد رویه‌ها است.
- بسیار مهم است که رهبران گروه برای رفاه گروه، موقعیتی بین دو край تحریک عاطفی و عملکرد اجرایی پیدا کنند. رهبران نباید اجازه دهند اعضا آنقدر احساسات زیادی را تجربه کنند که نتوانند مطالب کشف شده در گروه را پردازش کنند یا موقعیت را آنقدر سفت و سخت ساختاربندی کنند که هیچ احساسی ابراز نشود.
- کاتلر (۱۹۹۴الف) بیان می‌کند که رهبران مؤثر نیروهای فعال در یک گروه را درک می‌کنند، تشخیص می‌دهند که آیا این نیروها درمانی هستند یا خیر، و اگر اینطور نیست، با کمک اعضای گروه اقداماتی را برای مدیریت بهتر گروه انجام می‌دهند. ارزیابی او از رهبری مکمل ارزیابی یالوم و لشنز (۲۰۰۵) و آزبورن (۱۹۸۲) است که معتقدند رهبران خوب گروه با قصد عمل می‌کنند زیرا قادر به پیش‌بینی جهت حرکت فرآیند گروه و تشخیص نیازهای گروه هستند. نمونه‌ای از این پدیده، توانایی رهبران گروه در برخورد همگن با گروه در صورت نیاز به مدیریت تنش‌های گروه و محافظت از اعضا و تأکید بر ویژگی‌های ناهمگن زمانی است که گروه بیش از حد راحت شده و کار نمی‌کند.
- علاوه بر این، کوری (۲۰۱۶) معتقد است که رهبران مؤثر گروه به خودسازی متعهد هستند تا به عنوان انسان‌های مؤثرتری ظاهر شوند. او تعدادی از ویژگی‌های شخصی را فهرست می‌کند که با رهبری مؤثر گروه مرتبط هستند. از جمله آنها حضور، قدرت شخصی، شجاعت، تمایل به مواجهه با خود، صداقت، اصالت، اشتیاق، حس هویت و نوآوری/اخلاقیت است.

آخرین ویژگی رهبران مؤثر گروه این است که آنها در نظریه، عمل و تکنیک‌های گروهی به خوبی آموزش دیده‌اند. به عنوان مثال، در مشاوره و روان‌درمانی گروهی، "وظیفه رهبر گروه ترجمه علائم به مسائل بین فردی است" (پیستول، ۱۹۹۷ الف، ص. ۷). با انجام این کار، رهبر به شرکت‌کنندگان در گروه‌ها کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه روابط بدون تحریف و رضایت‌بخش ایجاد کنند. صرف نظر از نوع گروه، رهبران از تعدادی تکنیک مانند گوش دادن فعال، روشن کردن، خلاصه کردن، سؤال کردن، حمایت کردن، همدلی کردن، ارزیابی کردن، بازخورد دادن، الگو قرار دادن، مسدود کردن و خاتمه دادن استفاده می‌کنند.

مثال موردی

لیدیا به عنوان رهبر

لیدیا یک مشاور مهربان و پرانرژی بود. او عاشق کارش بود و در کار با افراد موفقیت زیادی داشت. یک روز، سرپرست لیدیا، سوزان، از او خواست که رهبری گروهی از مراجعان را بر عهده بگیرد که همگی انواع مختلفی از تروما را تجربه کرده بودند. لیدیا می‌خواست کمک کند، اما او هرگز تروما را تجربه نکرده بود و مطمئن نبود چه کار کند. وقتی او تردیدهای خود را به سوزان ابراز کرد، پاسخ سوزان این بود: "از مهارت‌هایی که قبلاً به عنوان مشاور افراد دارید استفاده کنید. اگر این کار را انجام دهید، گروه به خوبی کار خواهد کرد."

آیا توصیه سوزان به لیدیا مفید است؟ لیدیا برای رهبری گروهی که به او محول شده است به چه مهارت‌ها و توانایی‌های دیگری ممکن است نیاز داشته باشد؟

آینده کار گروهی

آینده کار گروهی پر از احتمالات است. این کار در جهات مختلفی پیش می‌رود. یکی از محورهای کار گروهی، توسعه روش‌های جدید کار در گروه‌ها است که مبتنی بر نظریه باشد. به عنوان مثال، گروه‌های مشاوره

راه حل محور و درمان مختصر به نظر می رسد محبوبیت بیشتری پیدا می کنند و تحقیقات نشان داده است که مؤثر هستند (کولی، ۲۰۰۹؛ لافونتین، گارنر و الیاسون، ۱۹۹۶؛ شاپیرو، پلتز و برنات-شاپیرو، ۱۹۹۸). این گروه ها در "تمرکز بر باورها در مورد تغییر، باورها در مورد شکایات و ایجاد راه حل ها" با گروه های حل مسئله متفاوت هستند (لافونتین و همکاران، ۱۹۹۶، ص. ۲۵۶).

روند دیگر در کار گروهی، تحقیق در مورد پتانسیل برگزاری گروه های آنلاین است (کوزلوفسکی و هولمز، ۲۰۱۴). به عنوان مثال، هابستره و مویر (۲۰۱۲) یک گروه آنلاین برای افرادی که خودزنی می کنند را بررسی کردند. این گروه ناهمزمان بود و اعضا روزی یک بار برای سایر اعضای گروه پست می گذاشتند. در حالی که اعضا فکر می کردند داشتن یک اتاق گفتگو گروه را بهبود می بخشد، بسیاری از آنها دریافتند که عمل نوشتن، سرخوردگی های آنها را تسکین می دهد و حمایتی که از دیگران دریافت می کردند بسیار مفید بود. نویسندگان این مطالعه نتیجه گرفتند که "وقتی خودزنی از منظر رابطه ای و به عنوان استراتژی برای مقابله با احساسات در نظر گرفته می شود، حمایت گروهی آنلاین ممکن است فرصت هایی برای ابراز وجود سالم و ارتباط با دیگرانی که از خودزنی بهبود می یابند، ارائه دهد" (ص. ۱۲۷).

گروه ها همچنین به طور فزاینده ای پیشگیرانه می شوند. آموزش مهارت های زندگی در گروه ها نمونه ای از تأکید بر پیشگیری است. چهار حوزه این رویکرد عبارتند از: (الف) ارتباطات بین فردی و روابط انسانی، (ب) حل مسئله و تصمیم گیری، (ج) تناسب اندام و حفظ سلامت، و (د) توسعه هویت و هدف زندگی. اما بزرگترین تجلی پیشگیری در گروه ها در مدیریت مراقبت های بهداشتی است، جایی که حق بیمه های مالی به کمک به افراد برای حفظ سلامتی یا جلوگیری از مشکلات آینده مرتبط است.

چهارمین جهت گیری آینده کار گروهی، استفاده از آن در سطح بین المللی است. اگرچه سه چهارم جهان از فرهنگ های جمع گرای گروهی می آیند، اما کار گروهی فراملی تا حد زیادی نادیده گرفته شده است (بماک و

چونگ، ۲۰۱۵). این غفلت از سوی متخصصان گروهی غربی در حال تغییر است، اما یک پدیده جدید است. برای اینکه مشاوره گروهی در سطح جهانی به عنوان یک وسیله درمانی و مداخله‌ای از نظر فرهنگی قابل قبول تلقی شود، "مشاوران گروهی آینده باید در سطح جهانی متصل، آگاه و از منظر بین‌المللی آموزش دیده باشند" (ص. ۱۸).

به طور کلی، آینده کار گروهی قوی به نظر می‌رسد و به سوی تنوع بیشتر در نظریه و عمل خود پیش می‌رود (دلوچیا-واک، ۱۹۹۶؛ دلوچیا-واک، کالدندر و ریوا، ۲۰۱۴). مسائل چند فرهنگی، به ویژه در مورد آگاهی از دیگران، خود، آموزش و تحقیق، توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند. به عنوان مثال، کونی (۱۹۹۸) مجموعه‌ای از "حساس‌کننده‌های چند فرهنگی" را توسعه داده است که می‌توان از آنها همراه با دستورالعمل‌های اصلی مشاهده فرآیند گروهی هانسون (۱۹۷۲) برای کمک به دانشجویان و سایر کارآموزان در آگاهی بیشتر از مسائل چند فرهنگی در کار گروهی استفاده کرد. به همین ترتیب، دستورالعمل‌هایی برای گروه‌هایی که بر کار با اقلیت‌های فرهنگی خاص تمرکز دارند، تدوین شده است. به عنوان مثال، روش‌های کار با زنان آفریقایی-آمریکایی در گروه‌ها تدوین و منتشر شده است (پاک-براون، ویتینگتون-کلارک و پارکر، ۱۹۹۸). تحولات بیشتری از این دست باید در قرن بیست و یکم رخ دهد.

خلاصه و نتیجه‌گیری

گروه‌ها تاریخچه طولانی و قوی به عنوان راهی برای کمک به افراد دارند. آنها روشی هیجان‌انگیز، ضروری و مؤثر برای کمک به افراد هستند. آنها می‌توانند شکل آموزشی، پیشگیرانه یا درمانی داشته باشند. ASGW استانداردهایی را برای گروه‌های روان‌آموزشی، گروه‌های مشاوره، گروه‌های روان‌درمانی و گروه‌های وظیفه‌ای تدوین کرده است. نظریه‌ها و برخی از تکنیک‌های مورد استفاده در گروه‌ها اغلب مشابه آنهایی هستند که در کار

با افراد به کار می‌روند. با این حال، تفاوت‌هایی در کاربرد وجود دارد و کار با گروه‌ها به طور مشخص با کار با افراد متفاوت است.

برای حداکثر اثربخشی، رهبران گروه باید شایسته و قادر به مدیریت مسائل و افراد متعدد باشند. یادگیری نحوه انجام این کار یک فرآیند رشدی است و گاهی اوقات از فرآیند رهبری مشترک برای آموزش مهارت‌های اساسی استفاده می‌شود. رهبران مؤثر گروه می‌دانند چه نوع گروه‌هایی را رهبری می‌کنند و این اطلاعات را با اعضای بالقوه به اشتراک می‌گذارند. رهبران از دستورالعمل‌های اخلاقی، قانونی و رویه‌ای سازمان‌های حرفه‌ای، از جمله غربالگری اعضای بالقوه از قبل، پیروی می‌کنند. آنها نگران رفاه عمومی گروه‌های خود و افراد درون آنها هستند. آنها مشکلات را قبل از وقوع پیش‌بینی می‌کنند و اقدامات پیشگیرانه‌ای برای اصلاح آنها انجام می‌دهند. آنها به طور منظم پس از پایان گروه با اعضای گروه پیگیری می‌کنند. علاوه بر این، آنها با ادبیات حرفه‌ای در مورد گروه‌ها به روز هستند و دائماً در تلاش برای بهبود سطوح عملکرد شخصی و حرفه‌ای خود هستند.

به طور کلی، گروه‌ها روشی مبتنی بر مراحل و در حال گسترش برای کار با افراد برای دستیابی به اهداف فردی و جمعی هستند. مشاوران حرفه‌ای باید مهارت‌های گروهی را کسب کنند تا جامع و همه‌کاره باشند.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تمرین‌های موضوع ۹: مشاوره گروهی را امتحان کنید.

فصل دهم

مشاوره و نظارت



مروری بر فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- ماهیت چندوجهی مشاوره
- تفاوت‌ها و شباهت‌های بین مشاوره و رایزنی
- رایزنی مستقیم و غیرمستقیم و مراحل آن در فرآیند رایزنی
- حوزه‌های خاص رایزنی (به عنوان مثال، فردی، آموزشی، سازمانی)

- ماهیت و اهمیت نظارت و مدل‌های اصلی نظارت

هنگام مطالعه به این موارد توجه کنید:

- مشاوره و نظارت چقدر برای مشاوره مهم هستند
- مدل‌های مختلف مشاوره و نظارت و میزان راحتی شما با آنها
- چه زمانی به طور مستقیم یا غیرمستقیم به دنبال مشاوره و نظارت بوده‌اید و نتیجه این فرآیند چه بوده است
- چقدر در نقش یک مشاور در مقابل نقش یک رایزن احساس راحتی می‌کنید
- چقدر در دریافت نظارت احساس راحتی می‌کنید

او به بوسیدن قورباغه‌ها ادامه داد زیرا در ذهنیت روزگار قدیمش این چیزی بود که یاد گرفته بود انجام دهد. با هر بوسه انتظاراتی می‌آمد از سبز لزج به سفید آژاکس تغییر می‌کرد. با هر روزی واقعیت‌هایی می‌آمد که موجودات سریع‌اللسان، حشره‌خوار و قورباغه به طور جادویی به شاهزاده‌های فوری تبدیل نمی‌شوند از اثرات جانبی یک بوسه سریع، زیبایی کمک‌کننده و خوش‌زبانی. بنابراین با تأسف از برکه پر جنب و جوش برگشت به قفسه‌های آرام‌بخش کتابخانه دهکده تا دوباره صفحات داستان‌های کهنه را ورق بزند و در چاپ آنچه را که در واقع می‌دانست بیابد که حتی قورباغه‌های عاشق هم گاهی قورباغه می‌مانند مهم نیست که دوشیزه چقدر زیبا باشد یا امید چقدر زیاد باشد.

برگرفته از "از قورباغه‌ها، شاهزاده‌ها و تغییرات برکه نیلوفر آبی"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۷۶، در کتاب "واقعیت در یک صندلی سبز بالشتک‌دار نشسته است" (ص. ۱۷). آتلانتا: انتشارات کالجیت. © ساموئل تی. گلادینگ.

مشاوره و نظارت بخش‌های جدایی‌ناپذیر مشاوره هستند. مشاوره و نظارت فرآیندهایی هستند که بیشتر مشاوران در آنها شرکت خواهند کرد، چه برای انجام آن آماده باشند یا نباشند. بنابراین، بهتر است قبل از اینکه از شما خواسته شود مشاوره دهید، نظارت کنید یا نظارت دریافت کنید، در مورد هر یک از آنها چیزی بیاموزید. هر یک از این حوزه‌های تخصصی مشاوره به طور جداگانه بررسی خواهند شد زیرا متمایز هستند. با این حال، فرآیندهایی که این دو جنبه مشاوره با هم دارند، مانند آموزش، اخلاق و روابط (داورتنی، ۲۰۱۴)، نیز بررسی خواهند شد.

مشاوره

اگرچه مشاوران در محیط‌های کاری مختلف "برخی خدمات مشاوره‌ای را به عنوان بخشی از مسئولیت‌های حرفه‌ای خود ارائه می‌دهند، اما ادبیات رسمی در مورد مشاوره به عنوان وظیفه مشاوران تا اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ ظهور نکرد" (راندولف و گران، ۱۹۸۸، ص. ۱۸۲). در ابتدا، مشاور به عنوان یک متخصص با دانش ویژه برای به اشتراک گذاشتن با مشاوره‌گیرنده تعریف می‌شد. بنابراین، رویکردهای نظری خاصی برای مشاوره (مانند آدلرین، شناختی و رفتاری) به دلیل تأکیدشان بر آموزش و کاربرد عملی، برای این فعالیت مناسب‌تر در نظر گرفته می‌شدند. نظریه‌های عاطفی و انسان‌گرایانه، مانند شخص‌محور یا وجودی، به دلیل تمرکزشان بر روابط شخصی نزدیک و ساختار عموماً کمتر دقیقشان، کمتر مطلوب تلقی می‌شدند. با این حال، همانطور که زمان نشان داده است، مشاوره می‌تواند بر اساس مفاهیم نظری مختلفی بسته به نیاز مشتری یا گروه باشد.

صرف نظر از گرایش، مشاوره وظیفه‌ای است که از همه مشاوران انتظار می‌رود و توجه فزاینده‌ای را به خود جلب می‌کند (کارنی و جفرسون، ۲۰۱۴). گاهی اوقات مشاورانی که در این ظرفیت عمل می‌کنند به عنوان مشاور-مشاور (راندولف و گران، ۱۹۸۸) نامیده می‌شوند؛ در مواقع دیگر، فقط از کلمه "مشاور" استفاده می‌شود. "[مشاوره] در درجه اول یک فرآیند رابطه انسانی است" (داورتی، ۲۰۱۴، ص. ۷). اگر قرار باشد مؤثر باشد، علاوه بر ورودی حرفه‌ای، نیاز به لمس شخصی نیز دارد. همچنین نیاز به حساسیت شدید به تفاوت‌های ظریف فرهنگی و مسائل چند فرهنگی دارد (جکسون و هیز، ۱۹۹۳).

مشاوره: تعریف یک فعالیت چندوجهی

در طول سال‌ها تلاش‌های زیادی برای تعریف مشاوره صورت گرفته است، اگرچه هنوز توافق جهانی در مورد این تعریف وجود ندارد. در اوایل سال ۱۹۷۰، کاپلان آن را "فرآیندی بین دو فرد حرفه‌ای، مشاور، که متخصص است، و مشاوره‌گیرنده، که برای مشکلات کاری فعلی خود از مشاور کمک می‌گیرد" (ص. ۱۹) تعریف کرد. در اواخر دهه ۱۹۷۰، دو شماره ویژه از مجله پرسنل و راهنمایی (اکنون مجله مشاوره و توسعه) (فوریه و مارس ۱۹۷۸) در مورد مشاوره منتشر شد که ۷ سال بعد با یک شماره ویژه از روانشناس مشاوره (ژوئیه ۱۹۸۵) که منحصراً به همین موضوع اختصاص داشت، دنبال شد. هشت سال بعد، دو شماره دیگر از مجله مشاوره و توسعه (ژوئیه/اوت و نوامبر/دسامبر ۱۹۹۳) دوباره به موضوع مشاوره به طرق مختلف پرداختند. هر پنج نشریه، و نشریات مشابه دیگر، مشاوره را در خط مقدم مشاوره قرار دادند و به متخصصان کمک کردند تا جنبه‌های مشترک فرآیند مشاوره را مشخص کنند:

- تمرکز بر حل مسئله دارد.

- ماهیت سه جانبه دارد.

- بر بهبود تأکید دارد (داورتنی، ۲۰۱۴).

Et III فعالیتهای مشاوره اصلی در تنظیمات مختلف



جنبه‌های اساسی مشاوره

با وجود تمام توجهی که به آن شده است، مشاوره توسط بسیاری از مشاوران به خوبی مفهوم‌سازی نشده است، که اغلب ماهیت دقیق آن را درک نمی‌کنند (دراپلا، ۱۹۸۳؛ توماس، ۲۰۱۰). در نتیجه، برخی از مشاوران این مفهوم را اشتباه تفسیر می‌کنند، در مورد مشارکت در فعالیتهای مشاوره‌ای احساس ناراحتی می‌کنند یا هر دو (گودیر، ۱۹۷۶). براون (۱۹۸۳) داستان مردی را نقل می‌کند که تصور او از مشاور "کسی بود که می‌آید، بی‌اعتنایی می‌کند و می‌رود" (ص. ۱۲۴). هرچقدر هم که این ایده نادرست باشد، ممکن است به خوبی نشان دهنده عدم دقت ضمنی این اصطلاح باشد.

مشاوره از اوایل دهه ۱۹۷۰ "به شدت گسترش یافته است". با این حال، "نظریه و تحقیق بسیار عقب‌تر از" عمل واقعی است (گالسیچ، ۱۹۸۵، ص. ۳۳۶). دلایل این تأخیر عبارتند از:

- نگرش غیرنظری نسبت به مشاوره وجود دارد که مانع توسعه آن می‌شود. مشاوره در بسیاری از محیط‌های مختلف با گروه‌های مختلف سرچشمه گرفته و اشکال متعددی دارد، بنابراین سازماندهی آن

دشوار است (گالسیچ، ۱۹۸۲). علاوه بر این، بسیاری از مشاوران مشاوره‌ای مشاوره را به عنوان یک فرآیند حرفه‌ای تخصصی مفهوم‌سازی یا تمرین نمی‌کنند.

- مشاوره فعالیت اصلی همه متخصصان یا هیچ گروه حرفه‌ای نیست. فاقد "حمایت سازمانی، رهبری و منابع لازم برای نظریه‌سازی و تحقیق" است (گالسیچ، ۱۹۸۵، ص. ۳۴۲).
 - شیوه‌های مشاوره به سرعت تغییر کرده‌اند. برخلاف بیشتر اشکال دیگر کمک، مشاوره به سرعت به تغییرات اجتماعی، سیاسی یا فنی واکنش نشان می‌دهد. به عنوان مثال، شیوه‌های مشاوره انسان‌گرایانه اواخر دهه ۱۹۶۰ در دهه ۱۹۸۰ محافظه‌کارانه‌تر به طور گسترده مورد استفاده قرار نگرفت.
- سایر عواملی که مانع رشد و توسعه مشاوره می‌شوند شامل مشکلات در (الف) تعریف متغیرها و کسب اجازه برای انجام تحقیقات تخصصی در محیط‌های سازمانی و (ب) درک ماهیت متغیر اهداف در فرآیند مشاوره است. به عبارت دیگر، اهداف اولیه ممکن است تغییر کنند.

تأمل شخصی

چرا فکر می‌کنید اگر فردی آرزو دارد مشاور مشاوران باشد، ابتدا مشاور فعال بودن مهم است؟ عیب نداشتن تجربه چه خواهد بود؟

هنوز بحث‌هایی در مورد تعریف دقیق مشاوره وجود دارد (کورپیوس و فوکوا، ۱۹۹۳). یکی از بهترین تعاریف مشاوره (که بر تعریف قبلی کاپلان تفصیل می‌دهد) توسط کورپیوس (۱۹۷۸) ارائه شده است، که مشاوره را به عنوان "یک رابطه داوطلبانه بین یک کمک‌کننده حرفه‌ای و فرد، گروه یا واحد اجتماعی نیازمند کمک تعریف می‌کند که در آن مشاور به مشتری (ها) در تعریف و حل یک مشکل مرتبط با کار یا مشکل بالقوه با یک مشتری یا سیستم مشتری کمک می‌کند."

یک کلمه مهم که کورپیوس به تعریف کاپلان (۱۹۷۰) که قبلاً در این فصل ذکر شد، اضافه کرده است، "داوطلبانه" است. در یک فعالیت مشاوره‌ای، کمک از یک متخصص خواسته می‌شود اما ممکن است در هر زمان لغو شود. این اجباری نیست، مانند بازرسی از یک نهاد اعتباربخشی. علاوه بر این، کورپیوس حتی بیشتر مشخص کرده است که مشاوره‌گیرنده چه کسی می‌تواند باشد، یعنی "یک فرد، گروه یا واحد اجتماعی". بنابراین، یک واحد مشاوره (یعنی یک گروه) در یک کالج ممکن است در تلاش برای کارآمدتر یا دوستانه‌تر شدن، به دنبال مشاوره باشد. سازمان‌های اجتماعی و همچنین افراد ممکن است همین کار را انجام دهند. به عبارت دیگر، مشاوره‌گیرنده گسترده و فراگیر است. سرانجام، تعریف کورپیوس شامل کلمات "تعریف" و "مشکل بالقوه" است. این کلمات مهم هستند زیرا قبل از حل یک وضعیت، باید به طور واضح و دقیق تعریف شود. ثانیاً، مشاوران فقط برای حل نگرانی‌های فعلی توصیه‌هایی ارائه نمی‌دهند. بلکه بر مشکلات بالقوه نیز تمرکز می‌کنند و تلاش می‌کنند از بروز مشکلات در وهله اول جلوگیری کنند.

به طور کلی، رویکردهای مشاوره‌ای دارای ویژگی‌های مشترک زیر هستند (داورتی، ۲۰۱۴؛ گالسیچ، ۱۹۸۵؛ کورپیوس و فوکوا، ۱۹۹۳؛ نیومن، ۱۹۹۳؛ توماس، ۲۰۱۰):

- مشاوره مبتنی بر محتوا است (توسط یک بدنه دانش شناخته شده پشتیبانی می‌شود).
- مشاوره هدف‌گرا است؛ هدف دارد، اغلب یک هدف مرتبط با کار.
- مشاوره توسط نقش‌های متغیر و قوانین رابطه اداره می‌شود.
- مشاوره فرآیندگرا است؛ شامل جمع‌آوری داده‌ها، توصیه راه‌حل‌ها و ارائه پشتیبانی است.
- مشاوره سه جانبه است.
- مشاوره مبتنی بر ایدئولوژی‌ها، سیستم‌های ارزشی و اخلاق است.

کورپیوس (۱۹۸۶a, ۱۹۸۸) همچنین تأکید می‌کند که مشاوره سیستم‌گرا است. هدف آن کمک به تغییر جنبه‌های سیستم، مانند ساختار یا افراد آن، و تغییر خود سیستم است. نیروهای درون سیستم‌ها یا پذیرش آنها را نسبت به فرآیند مشاوره تسهیل یا مهار می‌کنند (کورپیوس، فوکو و روزکی، ۱۹۹۳).

به دلیل اهمیت آن برای نقش کلی مشاوران، "یک دوره مشاوره عمومی در بسیاری از برنامه‌های آموزشی مشاوران الزامی است، و تجربیات مشاوره در استانداردهای اعتباربخشی شورای اعتباربخشی برنامه‌های مشاوره و آموزشی مرتبط (CACREP) گنجانده شده است..." (راندولف و گران، ۱۹۸۸، ص. ۱۸۲).

مشاوره در مقابل رایزنی

در یک مطالعه کلاسیک، اشمیت و آزبورن (۱۹۸۱) دریافتند که در عمل واقعی، بیشتر مشاورانی که آنها بررسی کردند، بین فعالیت‌های مشاوره و رایزنی تمایزی قائل نبودند. این محققان نتیجه گرفتند که "اهداف نهایی هر دو آنقدر مشابه هستند که هنگام مطالعه آنها به عنوان فرآیندهای کلی، تمایز بین این دو دشوار است" (ص. ۱۷۰). در واقع، بسیاری از اصول و فرآیندها مشابه هستند. به عنوان مثال، مشاوره و رایزنی ممکن است در سطح اولیه (پیشگیرانه) ارائه شوند و هر دو فرآیندهای بین فردی هستند. با این حال، تفاوت‌هایی وجود دارد. یکی از تفاوت‌های بین مشاوره و رایزنی این است که "محتوای مصاحبه رایزنی، برخلاف مشاوره، واحدی خارج از مشاوره‌گیرنده است" (استوم، ۱۹۸۲، ص. ۲۹۷). بیشتر رایزنی در یک محیط طبیعی (اغلب محیط کار مشاوره‌گیرنده) انجام می‌شود، در حالی که بیشتر مشاوره در مرکز تعیین شده‌ای که مشاور در آن استخدام شده است، رخ می‌دهد (کورپیوس، ۱۹۸۶b). علاوه بر این، رایزنی اغلب غیررسمی و حتی غیرمستقیم است، مانند زمانی که همکاران در مورد موضوعی که یکی از آنها با آن مشکل داشته است، بحث می‌کنند. در واقع، رایزنی غیررسمی اغلب اتفاق می‌افتد، اغلب بدون اینکه افراد درگیر در فرآیند حتی متوجه شوند که در این فرآیند شرکت دارند.

مهارت در ارتباطات یکی دیگر از زمینه‌هایی است که در آن بین این دو فعالیت تضادهایی وجود دارد. مهارت‌های ارتباطی به کار رفته در رایزنی تفاوت چندانی با مهارت‌های مورد استفاده در مشاوره ندارند (کورپیوس، ۱۹۸۸؛ اشمیت، ۲۰۱۴). هم مشاوران و هم رایزنان گوش می‌دهند، توجه می‌کنند، سؤال می‌پرسند، روشن می‌کنند، رویارو می‌شوند و خلاصه می‌کنند. اما رایزنان در ابتدا بیشتر بر محتوا تمرکز می‌کنند تا احساس، زیرا این فرآیند در درجه اول بر مشکلات و مسائل متمرکز است.

تفاوت دیگر بین مشاوره و رایزنی در نقش متخصصان است. متخصصانی که از هر یک از این دو جایگاه عمل می‌کنند، سعی می‌کنند تغییری در افرادی که با آنها کار می‌کنند ایجاد کنند. با این حال، رایزنان نقش کاتالیزوری بیشتری نسبت به مشاوران ایفا می‌کنند زیرا آنها "کنترل مستقیمی بر مشاوره‌گیرنده یا مشتری مشاوره‌گیرنده ندارند" (کورپیوس، ۱۹۸۶، ص. ۵۸).

سرانجام، اگرچه اهداف مشاوره و رایزنی مشابه هستند (یعنی کمک به مشاوره‌گیرندگان برای کارآمدتر، مؤثرتر، مستقل‌تر و با تدبیرتر شدن در توانایی‌هایشان برای حل مشکلاتی که با آن روبرو هستند)، فعالیت‌های رایزنی به طور غیرمستقیم و نه مستقیم عمل می‌کنند (نلسون و شیفر، ۱۹۸۵، ص. ۲۹۸). اغلب رایزنان مهارتی را به مشاوره‌گیرندگان آموزش می‌دهند که می‌توان آن را برای شخص ثالث اعمال کرد، در حالی که مهارت‌های مشاوره معمولاً بر روی یک فرد، گروه یا سیستم خاص که مشاوران با آن کار می‌کنند، متمرکز و مستقیماً قابل استفاده است. جدول ۱۰، ۱ تفاوت‌های بین رایزنی و مشاوره را خلاصه می‌کند.

جدول ۱۰٫۱ تفاوت‌های بین رایزنی و مشاوره

ویژگی	رایزنی	مشاوره
محیط	محیط طبیعی مشاوره‌گیرنده	دفتر محل استخدام مشاور
تمرکز	بیشتر بر محتوا تمرکز دارد (مهارت‌های ارتباطی تفاوت چندانی ندارند)	بیشتر بر احساس تمرکز دارد
نقش	غیرمستقیم (کاتالیزور) و مستقیم (هر دو سعی در ایجاد تغییر دارند)	معمولاً مستقیم
فعالیت	غیرمستقیم و مستقیم (هدف‌گذاری شده برای شخص ثالث)	مستقیم (قابل استفاده برای یک فرد خاص)

مثال موردی

رایزنی کیتی

کیتی سال‌هاست که مشاور بوده است. او این کار را بسیار پاداش‌دهنده می‌یابد. با این حال، او می‌خواهد در سطح جامعه جهانی کارهای بیشتری انجام دهد. یکی از دوستانش، شان، پیشنهاد کرد که مشاور شود. کیتی مطمئن نیست که آیا چنین کاری واقعاً تغییری ایجاد خواهد کرد یا اینکه او می‌تواند به چنین نقشی منتقل شود.

با توجه به آنچه تاکنون خوانده‌اید، به نظر شما انتقال به نقش مشاور چقدر دشوار است؟ آیا فکر می‌کنید تأثیر مشاور به اندازه تأثیر یک مشاور است؟ چه چیزی باعث می‌شود چنین فکر کنید؟ کیتی چگونه می‌تواند مشاوره و رایزنی را با هم ترکیب کند؟

چهار مدل مفهومی

مدل‌های مختلفی از رایزنی وجود دارد، اما تنها تعداد کمی از آنها جامع و در مشاوره مفید هستند. چهار مورد از جامع‌ترین مدل‌های رایزنی که توسط تعدادی از متخصصان (کیز، پماک، کارپنتر و کینگ-سیرز، ۱۹۹۸؛ کورپیوس، ۱۹۷۸؛ کورپیوس و بروبیکر، ۱۹۷۶؛ شاین، ۱۹۷۸) تفصیل داده شده‌اند، به شرح زیر است:

۱. **مدل متخصص یا ارائه.** در مدل متخصص، مشاوران خدمات مستقیمی را به مشاوره‌گیرندگان ارائه می‌دهند که وقت، تمایل یا مهارت‌های لازم برای مقابله با یک حوزه مشکل خاص را ندارند. این مدل رایزنی اولین مدلی بود که توسعه یافت (کورپیوس و رابینسون، ۱۹۷۸). در دهه‌های ۱۹۴۰ و اوایل ۱۹۵۰ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت. مزیت این مدل این است که متخصصان می‌توانند مشکلات دشوار را حل کنند و مشاوره‌گیرندگان را آزاد بگذارند تا وظایف دیگر خود را بدون درگیری کاری مدیریت کنند. عیب اصلی این است که اگر مشکل خاصی بهبود نیابد، مشاوران سرزنش می‌شوند.

۲. **مدل پزشک-بیمار یا تجویز.** در مدل تجویز، مشاوران در مورد مشکل شخص ثالث هدف و آنچه باید در مورد آن انجام شود به مشاوره‌گیرندگان توصیه می‌کنند. یک راه خوب برای مفهوم‌سازی این روش، مقایسه آن با مدل پزشکی سنتی است که در آن مشکلات بیماران تشخیص داده می‌شود و برای اصلاح وضعیت آنها نسخه‌ای تجویز می‌شود. این مدل معمولاً زمانی اجرا می‌شود که مشاوره‌گیرندگان به استراتژی‌های مداخله خود اعتماد ندارند. بر خلاف مدل ارائه، این مدل نیازی به ایجاد تغییر یا درمان توسط مشاوران ندارد.

۳. **مدل میانجی‌گری.** مشاوران در مدل میانجی‌گری به عنوان هماهنگ‌کننده عمل می‌کنند. وظیفه اصلی آنها متحد کردن خدمات افراد مختلفی است که سعی در حل یک مشکل دارند (بیکر و گرلر، ۲۰۰۸). آنها این هدف را از طریق (الف) هماهنگی خدمات ارائه شده یا (ب) ایجاد یک طرح خدمات جایگزین که نشان دهنده یک ترکیب مورد توافق متقابل از چندین راه حل است، انجام می‌دهند. یک مشاور ممکن است به این روش در یک سیستم مدرسه کار کند که در آن کودکی با معلولیت خدمات مختلفی را دریافت می‌کند که هم برای کودک و هم برای مدرسه مختل‌کننده است. از طریق میانجی‌گری، مشاور تلاش می‌کند تا خدمات به طور سیستماتیک و با اختلال کمتر ارائه شود.

۴. **مدل رایزنی فرآیند یا همکاری.** مشاوران در مدل همکاری، تسهیل‌کننده فرآیند حل مسئله هستند. وظیفه اصلی آنها این است که مشاوره‌گیرندگان را به طور فعال در یافتن راه‌حلهایی برای مشکلات فعلی خود با مشتریان درگیر کنند. بنابراین، در یک وضعیت مدرسه، مشاوره‌گیرندگان (یعنی والدین، مربیان، جوانان، مشاوران و متخصصان آژانس‌های اجتماعی) مشکلات خود را به وضوح تعریف می‌کنند، آنها را به طور کامل تجزیه و تحلیل می‌کنند، راه‌حل‌های عملی طراحی می‌کنند و سپس برنامه‌های اقدام خود را اجرا و ارزیابی می‌کنند. این رویکرد فرض نمی‌کند که یک فرد دانش کافی برای توسعه و اجرای راه‌حل‌ها دارد و گروه تشکیل شده باید به عنوان یک تیم متکی به هم کار کند (کیز و همکاران، ۱۹۹۸).

ایجاد فضایی که این فرآیند بتواند در آن اتفاق بیفتد، وظیفه اصلی مشاوران همکاری است. این امر مستلزم استفاده از تعدادی مهارت‌های مشاوره بین فردی، مانند همدلی، گوش دادن فعال و ساختاربندی است (بیکر و گرلر، ۲۰۰۸). علاوه بر این، مشاورانی که در این موقعیت‌ها به عنوان مشاور کار می‌کنند، باید متفکران بسیار

باهوش و تحلیلی باشند که بتوانند در دیگران اشتیاق، خوشبینی و اعتماد به نفس ایجاد کنند. آنها همچنین باید بتوانند ابعاد عاطفی، رفتاری و شناختی حل مسئله را ادغام و استفاده کنند.

چهار مدل رایزنی

۱. **متخصص:** مشاور خدمات مستقیم ارائه می‌دهد، مشکلات دشوار را حل می‌کند.

۲. **تجویزی:** مدل پزشکی سنتی، تشخیص مشکل و تجویز.

۳. **میانجی‌گری:** مشاور خدمات موجود را هماهنگ می‌کند، طرح‌های جایگزین ایجاد می‌کند.

۴. **همکار:** مشاور تسهیل‌کننده است، دیگران را در یافتن راه‌حل‌ها درگیر می‌کند.

تأمل شخصی

از بین چهار مدل رایزنی که به تازگی ارائه شد، کدام یک را بیشتر دوست دارید یا بیشتر به آن گرایش دارید؟ سعی کنید با تکیه بر رویدادها یا تجربیاتی که داشته‌اید، دلیل جذب خود به یک مدل خاص را ارزیابی کنید.

سطوح رایزنی

خدمات رایزنی ممکن است در چندین سطح ارائه شود. سه مورد از رایج‌ترین روش‌های اجرای این فرآیند شامل کار در سطح فردی، گروهی و سازمانی/اجتماعی است (براون، پرایزوانسکی و شولته، ۲۰۱۱؛ کورپیوس، ۱۹۸۸).

رایزنی فردی

کیش (۱۹۷۷) جنبه‌های رایزنی یک به یک را مورد بحث قرار داده است. او از فرآیند ایفای نقش معکوس استفاده می‌کند، که در آن مشتری نقش یک مشاور فعال یا غیرفعال را بازی می‌کند در حالی که مشاور نقش

مشتری را بازی می‌کند. مشتری هنگام ایفای نقش‌های جداگانه روی صندلی‌های مختلف می‌نشیند. هنگامی که غیرفعال است، مشتری فقط توصیه‌های آشنا، ایمن و غیرتهدیدآمیز را در پاسخ به مشکل ارائه شده می‌دهد و هیچ رویارویی وجود ندارد. هنگامی که فعال است، مشتری "افکار، احساسات و استراتژی‌هایی را منعکس می‌کند که قاطعانه، رویارویی و ممکن است جدید و ترسناک باشند" (ص. ۴۹۴). در هر مورد، مشاوران از مشتریان در مورد مزایا و خطرات ایده‌های تغییر مشتری-مشاور می‌پرسند.

شکل دیگر رایزنی فردی شامل آموزش مهارت‌های خودمدیریتی است. کان (۱۹۷۶) اشاره می‌کند که روش‌های درمانی که به طور خارجی حفظ می‌شوند، خیلی مؤثر نیستند. برای جایگزینی آنها، او یک مدل چهاربخشی متکی به هم با الزامات زیر پیشنهاد می‌کند:

- **خودنظارتی:** افراد رفتار خود را مشاهده می‌کنند.
 - **خودسنجی:** افراد میزان وجود مشکل را تأیید می‌کنند.
 - **خودمیانجی‌گری:** افراد استراتژی‌های تغییر را توسعه و اجرا می‌کنند.
 - **خودنگهداری:** افراد به طور مداوم اثرات مطلوب فرآیند خودمدیریتی را نظارت و اندازه‌گیری می‌کنند.
- کان مثال‌هایی از رفتارهای بیش از حد و کمبود ارائه می‌دهد که می‌توان از طریق این مدل مدیریت کرد، از جمله سیگار کشیدن، چاقی، قاطعیت و افسردگی. او اشاره می‌کند که وقتی افراد مراحل خودمدیریتی را می‌آموزند، می‌توانند به طور مستقل اقدامات پیشگیرانه و درمانی انجام دهند.

کورپیوس (۱۹۸۶a) تأکید می‌کند که "اعتماد و احترام متقابل در سطح رایزنی فردی ضروری است" (ص. ۶۱). به عنوان مثال، فوگل (۱۹۷۹) پیشنهاد می‌کند که آموزش یک فرآیند تفکر منفی سازنده به افراد گاهی اوقات می‌تواند اضطراب را کاهش دهد، انگیزه را بازگرداند، رفتارهای ریسک‌پذیر را ترویج کند و توجه را به زمان حال

معطوف کند. در این فرآیند، به مشتریان دستور داده می‌شود که در مورد رویدادهای آینده‌نگرانه منفی فکر کنند و در صورت بروز بدترین وضعیت ممکن، برنامه‌های احتمالی تهیه کنند. به آنها دستور داده می‌شود که فقط در صورتی از دستورالعمل‌های مشاور پیروی کنند که معتقد باشند آنچه پیشنهاد می‌شود مؤثر خواهد بود.

به طور کلی، در سطح رایزنی فردی، اغلب از مشاور خواسته می‌شود که یک مهارت را الگوبرداری کند یا یک راه‌حل تجویز کند. کار در سطح فردی در صورتی مناسب است که مشاوره‌گیرنده به وضوح مشکل فردی داشته باشد، مداخله سیستمی نامناسب یا غیرممکن باشد، یا تغییر فردی سودمندتر و کارآمدتر باشد (فوکوا و نیومن، ۱۹۸۵). یکی از اشکال نسبتاً جدید رایزنی فردی که به طور فزاینده‌ای محبوب شده است، به ویژه در تجارت، فعالیتی است که به عنوان مربیگری، مربیگری زندگی یا مربیگری اجرایی شناخته می‌شود (مرکز اعتباربخشی و آموزش [CCE]، ۲۰۱۶a؛ سیرز، رودسیل و میسون-سیرز، ۲۰۰۶). در فرآیند مربیگری، متخصصان خارجی در خدمات انسانی یا حرفه‌های کمک‌رسانی، مانند مشاوران، با افراد، اغلب در تجارت، کار می‌کنند تا به آنها در بینش بیشتر و آگاهی از آنچه انجام می‌دهند و آنچه می‌توانند بهتر انجام دهند، کمک کنند. مرکز اعتباربخشی و آموزش (CCE)، وابسته به هیئت ملی مشاوران معتبر (NBCC)، دارای گواهینامه در این زمینه با عنوان مربی معتبر هیئت مدیره است. علاوه بر این، سازمان‌های متعددی وجود دارند که افراد را در زمینه مربیگری آموزش می‌دهند.

مشاوره گروهی

مشاوره گروهی زمانی به کار می‌رود که چند نفر مشکل مشابهی دارند، مثلاً در محیط کار. کورپیوس (۱۹۸۶الف) می‌گوید در موقعیت‌های کاری که از مشاوره گروهی استفاده می‌شود، تمرکز گروه می‌تواند بر حل مسئله یا بر افراد باشد. در گروه‌های حل مسئله، مشاور نقش یک کاتالیزور و تسهیل‌کننده را ایفا می‌کند. در

گروه‌های متمرکز بر افراد، مشاور ممکن است به اعضای گروه کمک کند تا تیم‌هایی تشکیل دهند تا مشکلات فردی را درک و حل کنند (سیرز و همکاران، ۲۰۰۶).

گروه C یکی از اولین مدل‌های مؤثر مشاوره مشارکتی بود (دینکمیر، ۱۹۷۱، ۱۹۷۳؛ دینکمیر و کارلسون، ۱۹۷۳، ۲۰۰۶). تمام جنبه‌های این رویکرد با حرف C شروع می‌شوند: همکاری، مشاوره، شفاف‌سازی، مواجهه، دغدغه، محرمانگی و تعهد. هدف اصلی آن ارائه دانش جدید در مورد رفتار انسان به اعضای گروه است. این رویکرد اعضای گروه را تشویق می‌کند تا به عنوان برابر با یکدیگر کار کنند (همکاری)؛ از یکدیگر بازخورد بگیرند و بدهند (مشاوره)؛ رابطه بین باورها، احساسات و اعمال را درک کنند (شفاف‌سازی)؛ آشکارا با یکدیگر صحبت کنند (مواجهه)؛ با یکدیگر همدلی کنند (دغدغه)؛ اطلاعات را درون گروه نگه دارند (محرمانگی)؛ و برای تغییرات مشخص برنامه‌ریزی کنند (تعهد). اگرچه گروه C این پتانسیل را دارد که به طور چشمگیری بر تعاملات والد و فرزند تأثیر بگذارد، اما این گروه همیشه از بزرگسالان تشکیل شده است زیرا رویکرد آدلرین آن فرض می‌کند که بزرگسالان تعاملات والد و فرزند را به بهتر یا بدتر کنترل می‌کنند. علاوه بر این، این روش هرگز برای اهداف مشاوره به معنای درمان استفاده نمی‌شود، بلکه فقط برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات و حمایت متقابل به کار می‌رود.

وایت، لاولر و فولکرسون (۱۹۸۰) یک برنامه مشاوره طراحی کرده‌اند که به زنانی که در حال تصمیم‌گیری‌های مهم در میانسالی هستند کمک می‌کند. این برنامه شباهت‌هایی با گروه‌های C دارد زیرا هدف آن ترویج خودیاری و ارائه اطلاعات در یک محیط گروهی است. این برنامه از شبکه‌های اجتماعی موجود زنان استفاده می‌کند تا به آنها کمک کند از نظر روانی قوی‌تر شوند و در مورد منابع و فرصت‌های جامعه اطلاعات بیشتری کسب کنند. یک مزیت پایدار این است که شرکت‌کنندگان نه تنها آموزش بهتری می‌بینند و خودراهنر می‌شوند، بلکه به زندگی در محیطی ادامه می‌دهند که در آن می‌توانند از دیگرانی که تجربه مشابهی را گذرانده‌اند،

حمایت و بازخورد دریافت کنند. به طور مشابه، یک مرکز خودیاری برای نوجوانان طراحی شده است تا به عنوان نوعی مشاوره گروهی عمل کند (اوبرایان و لوئیس، ۱۹۷۵). در این مرکز، که در ابتدا برای افرادی که با سوء مصرف مواد دست و پنجه نرم می‌کردند تأسیس شد، مراجعان با اطلاعات و روش‌های کمک به خود و یکدیگر توانمند می‌شوند.

مشاوره سازمانی/اجتماعی

مشاوره سازمانی و اجتماعی از نظر دامنه بسیار گسترده‌تر از مشاوره فردی یا گروهی است، بنابراین مشاوران برای فعالیت مؤثر در این سطح باید دانش تخصصی و عمیقی در مورد سیستم‌ها داشته باشند (براون و همکاران، ۲۰۱۴). برخلاف مشاوران فردی یا گروهی، مشاوران سازمانی یا اجتماعی خارج از پروژه هستند، اگرچه بیشتر فعالیت‌های آنها شامل افراد یا گروه‌ها می‌شود (سیرز و همکاران، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، مشاوران ممکن است به عنوان مشاوران سیاسی عمل کنند زیرا آنها "در موقعیت حساسی قرار دارند تا نگرانی‌های افرادی را که به آنها خدمت می‌کنند به طور مؤثر به سیاست‌گذاران در سطوح محلی، ایالتی و ملی دولت منتقل کنند" (سولومون، ۱۹۸۲، ص. ۵۸۰). چنین فعالیت‌هایی شامل لابی کردن با نمایندگان و همچنین شهادت دادن و ارائه توصیه‌ها به کمیته‌های ویژه است.

کونی (۱۹۷۵) به روش‌های دیگری برای مشاوره در سطح جامعه یا سازمان اشاره می‌کند. او بر فرد در محیط تأکید می‌کند و بر "نقشه‌برداری محیطی" تمرکز دارد. به عبارت دیگر، او معتقد است وقتی مشاوران افرادی را پیدا می‌کنند که در محیط‌های بهداشت روانی نامناسب زندگی می‌کنند، می‌توانند به عنوان عامل تغییر برای بهبود وضعیت جمعیت هدف عمل کنند. تمرکز بر اقدام اجتماعی و عدالت اجتماعی شرایط و سلامت روانی مراجعان را بهبود می‌بخشد و در عین حال گاهی نیاز آنها به مشاوره را کاهش می‌دهد (لی، ۲۰۰۷؛ لی و والز، ۱۹۹۸).

بارو و پروسن (۱۹۸۱) نیز بر اهمیت کار به عنوان مشاور در مورد عوامل محیطی تأکید می‌کنند، اما از یک فرآیند تغییر جهانی حمایت می‌کنند. مشاوران علاوه بر کمک به مراجعان برای یافتن تکنیک‌های مقابله با استرس، باید به آنها کمک کنند تا محیط‌های استرس‌زا را تغییر دهند. این فرآیند با تلاش برای تغییر ساختار سیستم به جای تغییر فرد درون آن، به بهترین شکل انجام می‌شود.

مطالعه موردی

توصیه ربکا

ربکا به عنوان مشاور دعوت شد تا به مدیر اجرایی یک مرکز بهداشت روان، رامون، کمک کند تا در کارش کارآمدتر شود. در حین کار با او، متوجه شد که رامون توصیه‌های او را دنبال نمی‌کند. در عوض، یک چیز به او می‌گفت و بعد کار دیگری انجام می‌داد. رامون این رفتار را با این استدلال برای خود توجیه می‌کرد که او بیشتر از ربکا در مورد سازمان می‌داند.

با گذشت زمان، آشکار شد که رامون تغییر نمی‌کند و روحیه کارمندان مرکز رو به افول است. رامون در روش‌های خود گیر کرده بود، ربکا ناامید شده بود و کارایی مرکز به سرعت در حال بدتر شدن بود.

به نظر شما اقدام بعدی ربکا چه باید باشد؟ چرا؟

مراحل و نگرش‌ها در مشاوره

مراحل رشدی بخش مهمی از بسیاری از فعالیتهای مشاوره هستند (والاس و هال، ۱۹۹۶). سه نظریه مشهور مراحل متمایز مشاوره را پیشنهاد می‌کنند. دو مورد اول مدل پیشرونده دایره‌ای اسکات، رویال و کیسینجر (۲۰۱۵) است که تشخیص می‌دهد فرآیند مشاوره همیشه در یک جهت پیش نمی‌رود، و مدل فرآیند نه

مرحله‌ای اسپلت (۱۹۸۲الف) که بر این فرض استوار است که مراجعان برای کار بر روی نگرانی‌های از پیش تعیین شده به ترتیب خاص با مشاوران همکاری می‌کنند.

مدل اسکات و همکاران (۲۰۱۵) دارای پنج مرحله با خطوط نقطه‌چین و فلش‌های دو طرفه بین مراحل است که نشان می‌دهد جریان فرآیند ممکن است به جلو یا عقب برود. این مراحل عبارتند از:

۱. مقدماتی. در این مرحله، مراجع ممکن است بدون داشتن هدف مشخصی در ذهن با مشاور تماس بگیرد. سپس مراجع و مشاور وارد گفتگو می‌شوند تا تصمیم بگیرند که آیا تخصص مشاور مورد نیاز است یا خیر، و اگر چنین است، چگونه. قرارداد نتیجه این مرحله است.
۲. اکتشاف و تعیین هدف. این مرحله مستلزم آن است که مشاور، چه داخلی و چه خارجی، وقت خود را صرف شناخت ساختار و پرسنل سازمان کند. این فرآیند معمولاً مستلزم انجام مصاحبه‌ها و مشاهدات و همچنین جمع‌آوری داده‌های دقیق و تعیین هدف است. هدف اصلی جمع‌آوری حقایق به طور عینی و بی‌طرفانه و بدون تعهد ماندن است تا گزارشی که مشاور صادر می‌کند دقیق و واقع‌بینانه باشد.
۳. مرحله مداخله و اجرا. مداخلات بر اساس داده‌های مبتنی بر شواهد انجام می‌شود، به عنوان مثال، آنچه در سازمان‌های دیگر مؤثر بوده است. اجرای این مداخلات معمولاً در محل توسط مراجع انجام می‌شود، اما مشاور باید در صورت نیاز به ایجاد تغییرات در توصیه‌ها در تماس باشد.
۴. مرحله نتیجه. مرحله نتیجه جایی است که شواهد جمع‌آوری می‌شود تا مشخص شود آیا آنچه اجرا شده مؤثر بوده است یا خیر. این فرآیند ممکن است رسمی یا غیررسمی باشد.

۵. پایان. پایان طبق نظر اسکات و همکاران (۲۰۱۵) یک فرآیند دو مرحله‌ای است. این شامل یک ارزیابی نهایی (که در آن فرآیند مشاوره به طور کلی ارزیابی می‌شود) و خاتمه خدمات (که در آن پایان رسمی خدمات مشاوره صورت می‌گیرد) است.

مراحل مشاوره اسپلت مشابه مراحل اسکات و همکاران است، اما با جزئیات بیشتر به نه مرحله مجزا تقسیم شده‌اند. این مراحل عبارتند از:

۱. پیش از قرارداد. مشاور مهارت‌های شخصی و زمینه‌های تخصصی خود را که می‌تواند در فرآیند مشاوره مورد استفاده قرار گیرد، روشن می‌کند.

۲. قرارداد و بررسی رابطه. مشاور در مورد یک توافق رسمی تر بین خود و مراجع بحث می‌کند. آمادگی مراجع و توانایی مشاور در پاسخگویی باید تعیین شود.

۳. قرارداد بستن. یک توافق دوجانبه تنظیم می‌شود که خدمات ارائه شده و نحوه ارائه آنها را مشخص می‌کند.

۴. شناسایی مشکل. هم مشاور و هم مراجع مشکل دقیق مورد نظر و نتیجه مطلوب را تعیین و تعریف می‌کنند.

۵. تجزیه و تحلیل مشکل. تمرکز بر بررسی اطلاعات مرتبط و تولید راه حل‌های احتمالی است.

۶. بازخورد و برنامه‌ریزی. در اینجا راه حل‌های جایگزین تولید شده در مرحله ۵ ارزیابی می‌شوند و احتمال موفقیت تعیین می‌شود. سپس یک یا چند طرح راه حل به طور سیستماتیک اجرا می‌شوند.

۷. اجرای طرح. مراجع طرح پیشنهادی را با حمایت مشاور اجرا می‌کند.

۸. ارزیابی طرح. هم مشاور و هم مراجع تعیین می‌کنند که طرح تا چه حد در رابطه با نتیجه مطلوب مؤثر بوده است.

۹. نتیجه‌گیری و پایان رابطه. هر دو طرف درگیر در فرآیند آنچه اتفاق افتاده است را مرور می‌کنند و برای هرگونه پیگیری، چه به طور مستقل و چه با مشاور، برنامه‌ریزی می‌کنند.

اگرچه طرح اسپلت دقیق و مفید مانند طرح اسکات و همکاران است، اما به مهارت‌های مشاور موجود در این فرآیند نمی‌پردازد. مدل سومی که این کار را انجام می‌دهد توسط داستین و اهلی (۱۹۸۴) پیشنهاد شده است. این مدل یک فرآیند مشاوره پنج مرحله‌ای را همراه با تکنیک‌ها و رفتارهای مشاور که در هر مرحله همراه است، ترسیم می‌کند. این مدل فرض می‌کند که مشاور در یک محیط مدرسه با یک والد یا معلم کار می‌کند، اما پتانسیل استفاده در خارج از محیط مدرسه را نیز دارد—به عنوان مثال، در تجارت، دولت، اصلاح و توانبخشی. مراحل آن به شرح زیر است:

۱. مرحله ورود. تمرکز بر ایجاد رابطه است و می‌توان آن را با مرحله پیش از قرارداد اسپلت و مرحله مقدماتی اسکات و همکاران مقایسه کرد. مشاور از مهارت‌هایی مانند گوش دادن فعال، خودافشایی و همدلی استفاده می‌کند و حس اعتماد را ترویج می‌کند.
۲. شناسایی مشکل. قابل مقایسه با مراحل ۲ تا ۴ در مدل اسپلت و مرحله ۲ در مدل اسکات و همکاران، این مرحله بر تعیین اینکه آیا واقعاً یک مشکل شخص ثالث مشکوک وجود دارد یا خیر تمرکز دارد. مشاوران از مهارت‌های تمرکز و همچنین سایر تکنیک‌های مشاوره مانند بازگویی، تکرار، اصالت و تعیین هدف استفاده می‌کنند.
۳. اجرا. مشابه مراحل ۵ تا ۷ طرح اسپلت و مرحله ۳ در ساختار اسکات و همکاران، این مرحله استراتژی‌ها را تعریف می‌کند و یک چارچوب زمانی تعیین می‌کند. بازخورد بخش مهمی از این فرآیند است.

انعطاف‌پذیری، مقابله با مقاومت و احساسات منفی و صبر از دیگر مهارت‌های مشاور است که درگیر است.

۴. پیگیری و ارزیابی. این مرحله گاهی اوقات با مرحله قبلی ادغام می‌شود، اما تمرکز آن متمایز است. این مرحله بر نتایج به دست آمده از فرآیند مشاوره، به ویژه اگر مراجع از نتیجه تغییرات راضی باشد، تمرکز دارد. مهارت‌های مشاور شامل خطرپذیری، گشودگی و پایداری است. این مهارت‌ها به ویژه اگر مراجع ناراضی یا ناامید باشد، مهم است.

۵. پایان. همانطور که تمام مدل‌های مشاوره تأکید می‌کنند، مرحله نهایی این فرآیند این است که مشاور به خاتمه دادن به فعالیت‌های قبلی کمک می‌کند. مهارت‌های ارتباطی مانند همدلی و اصالت دوباره به کار گرفته می‌شوند. دادن و درخواست زمان بازخورد مهم است. بسیار مهم است که مشاور و مراجع ارزیابی کنند که چه چیزی برای هر یک سودمندتر بوده و کدام جنبه‌های این روش کمتر مؤثر بوده است.

از آنجایی که مدل داستین و اهلی آسان‌ترین و ساده‌ترین مدل برای درک است، در نمودار پنج مرحله‌ای مشاوره همراه خلاصه شده است.

مرحله ورود	شناسایی مشکل	اجرا	پیگیری و ارزیابی	پایان
ایجاد رابطه، گوش دادن	تعیین وجود مشکل، تمرکز،	تعیین استراتژی‌ها، تعیین چارچوب	ارزیابی نتایج، رضایت مراجع،	کمک به خاتمه فعالیت‌ها،

فعال، خودافشایی، همدلی	بازگویی، اصالت، تعیین هدف	زمانی، بازخورد، انعطاف پذیری، صبر	خطرپذیری، گشودگی، پایداری	همدلی، اصالت، ارائه و دریافت بازخورد، ارزیابی اثربخشی

اسپلت (۱۹۸۲الف) همچنین چهار حوزه نگرشی را فهرست می‌کند که برای مشاوران مهم هستند. اول، آنها باید نگرش حرفه‌ای از خود نشان دهند. آنها باید مسئولیت کمک به مراجعان خود در مقابله با مشکلات فوری و بلندمدت را بر عهده بگیرند. دوم، مشاوران باید بلوغ نشان دهند. آنها باید مایل به دفاع از دیدگاه‌های خود، خطرپذیری و مقابله با خصومت یا طرد باشند. سوم، مشاوران باید ذهن باز نشان دهند و ایده‌ها و بازخوردها را در فرآیند حل مسئله خیلی زود متوقف نکنند. در نهایت، آنها باید به اهمیت افراد اعتقاد داشته باشند و افراد را بالاتر از فناوری قرار دهند.

نامل شخصی

چه زمانی کسی در مورد یک مشکل شخصی یا حرفه‌ای با شما مشورت کرده است؟ با فکر کردن به کاری که انجام دادید، چقدر توانستید مراحل و مهارت‌های موجود در مدل‌های ذکر شده را به کار ببرید؟ اکنون که در مورد فرآیند مشاوره اطلاعات بیشتری دارید، چه کارهای متفاوتی ممکن است انجام دهید؟

حوزه‌های خاص مشاوره

مشاوره اغلب در مدارس و سازمان‌های اجتماعی انجام می‌شود، اما این فرآیند تقریباً در هر محیطی می‌تواند صورت بگیرد. در این بخش، برخی از کارهای انجام شده در مدارس و سازمان‌ها به عنوان نمونه‌هایی از انواع برنامه‌های مشاوره‌ای که می‌توانند راه‌اندازی شوند، بررسی خواهند شد.

مشاوره مدرسه

کانویلر (۱۹۷۹) مفهوم مشاوران مدرسه به عنوان مشاور را از آغاز آن در اواخر دهه ۱۹۵۰ بررسی کرده است. همانطور که او اشاره می‌کند، ادبیات مربوطه از نظر نظریه و عمل تکامل یافته است. توسعه مشاوره مدرسه توسط باندی و پوپن (۱۹۸۶) خلاصه شده است. آنها مقالات مربوط به راهنمایی و مشاوره در مدارس ابتدایی و مشاور مدرسه را در طول ۲۸ سال بررسی کردند و دریافتند که مشاوره در پیشگیری و مداخله در مدارس مؤثر بوده است. مشاوره توسط مشاوران مدرسه باعث افزایش پیشرفت کلی مدرسه، بهبود خودپنداره دانش‌آموزان، کاهش استرس در برخی از گروه‌ها، منجر به مهارت‌های بهتر مدیریت کلاس و تسهیل رشد اخلاقی دانش‌آموزان می‌شود (کانولی و کانولی، ۱۹۹۲؛ دینکمیر، کارلسون و میشل، ۲۰۱۶؛ کامپویرث و پاورز، ۲۰۱۶؛ ون ویسور، ۲۰۰۹). به عنوان یک فرآیند، "مشاوره روشی کارآمد برای تأثیرگذاری بر رفاه و رشد شخصی تعداد بسیار بیشتری از دانش‌آموزان است که مشاور می‌تواند مستقیماً آنها را ببیند" (اتول و مولیس، ۱۹۹۷، ص. ۲۵).

به طور کلی، مشاوران مدرسه در موقعیت بسیار خوبی برای ایفای نقش مشاور و عامل تغییر هستند (بیکر و گرلر، ۲۰۰۸؛ ارچول و مارتنز، ۲۰۱۰). در بیشتر نمودارهای سازمانی مدرسه، مشاور به عنوان یک مقام ستادی و نه یک مقام اجرایی قرار دارد. از افراد در موقعیت‌های مقام ستادی انتظار می‌رود که دانش تخصصی داشته باشند، مانند آشنایی با قوانین محلی، ایالتی و فدرال (مک‌کارتی و سورنسون، ۱۹۹۳). بنابراین، آنها می‌توانند به روشی مشورتی و حمایتی برای دیگران عمل کنند. مشاوران مدرسه با عملکرد به این شیوه، به ایجاد تغییرات محیطی و سیستمی کمک می‌کنند (اشمیت، ۲۰۱۴؛ ون ویسور، ۲۰۰۹). آنها به افراد در موقعیت‌های قدرت در مورد شرایطی که نیاز به تغییر دارند مشاوره می‌دهند و سپس از تلاش‌ها برای ایجاد بهبود حمایت می‌کنند (دالرهاید و ساگیناک، ۲۰۱۲).

اومانسکی و هالووی (۱۹۸۴) جنبه‌های مختلف مشاوره را به عنوان راهی برای خدمت به دانش‌آموزان و جمعیت بزرگتر جامعه مدرسه بدون افزایش هزینه‌ها می‌دانند. آنها از چهار رویکرد به مشاوره در مدارس حمایت می‌کنند: آدلرین، رفتاری، بهداشت روانی و توسعه سازمانی.

رویکرد مبتنی بر آدلرین یک مدل آموزش روانشناختی است که فرض می‌کند افراد، گروه‌ها و جوامع فاقد اطلاعات هستند. مشاور در ساختار سازمانی مدرسه آموزش می‌دهد و بر راه‌های ترویج رفتار مثبت در کودکان تأکید می‌کند (کارلسون، واتس و مانیاچی، ۲۰۰۶).

رویکرد رفتاری، که آن هم برای آموزش طراحی شده است، بر آموزش مشورت‌شوندگان در مورد نحوه استفاده از اصول رفتاری در کار با دانش‌آموزان و جمع‌آوری داده‌های تجربی برای تأیید هر استراتژی مداخله‌ای تمرکز دارد (کامپویرث و پاورز، ۲۰۱۶).

رویکرد بهداشت روانی مبتنی بر رویکرد گسترده‌تر بهداشت روانی جامعه است که توسط کاپلان (۱۹۷۰) توسعه یافته است. نظریه روان‌پویایی زیربنای مشاوره بهداشت روانی است. هدف این رویکرد کمک به معلمان و سایر پرسنل قدرتمند در مدرسه برای کسب بینش جدید در مورد خود و دانش‌آموزانشان است.

سرانجام، رویکرد توسعه سازمانی بر بستری که مشکلات در آن به وجود می‌آیند تأکید می‌کند. بنابراین، اگر دانش‌آموزان و معلمان مشکل داشته باشند، آب و هوای مدرسه کانون توجه قرار می‌گیرد. برای مفیدترین بودن، مشاور باید برای تغییر جو و ساختار مدرسه تلاش کند (بیکر و گرلر، ۲۰۰۸). گاهی اوقات این کار مستلزم حمایت مدیرانی است که ممکن است با چنین هدفی موافق نباشند. در موارد دیگر، این کار شامل درخواست از مشاوران مدرسه برای ایجاد محیطی است که در آن سایر پرسنل مدرسه، عمدتاً معلمان، احساس کنند "مشاوره و کار با مشاوران طبیعی است" (ادگمون، رملی و اسنودی، ۱۹۸۵، ص. ۲۹۸).

مشاوره با معلمان راهی مؤثر برای ارائه خدمات به آنها و مدرسه به طور کلی است. در این فرآیند سیستمی، مشاوران مدرسه می‌توانند از یک مدل مبتنی بر مشاوره و درمان رشدی برای دسترسی به نحوه درک رفتارهای دانش‌آموزان توسط معلمان استفاده کنند. علاوه بر این، آنها می‌توانند به دسترسی که معلمان ممکن است در ارتباط با رفتارهای خاص احساس کنند، پاسخ دهند. به همان اندازه مهم، اگر نگوئیم مهم‌تر، از طریق تلاش‌های مشاوره‌ای خود، ممکن است به طور غیرمستقیم تغییراتی را در سیستم‌های کلاس درس ایجاد کنند (کلمنز، ۲۰۰۷؛ دالرهاید و ساگیناک، ۲۰۱۲؛ کامپویرث و پاورز، ۲۰۱۶).

ارائه مشاوره برای توسعه‌دهندگان برنامه درسی و سازمان‌های اجتماعی روش دیگری است که مشاوران مدرسه می‌توانند خدمات ارائه دهند. این نوع گسترده‌تر مشاوره زمان و تلاش می‌طلبد اما ارزش آن را دارد. مبانی نظری این فرآیند مشاوره گروهی شامل مبانی فردمحور، آدلرین و رفتاری است.

مشاوران مدرسه همچنین می‌توانند از یک مدل مشاوره والد-مشاور کار کنند که هدف آن حل مشکلات دانش‌آموزان (رفتاری، نگرشی یا اجتماعی) و آموزش والدین در مورد نحوه کمک به فرزندانشان در موقعیت‌های خاص است (کمپیل، ۱۹۹۳؛ هولکامب-مک‌کوی و برایان، ۲۰۱۰؛ ریچی و پارتین، ۱۹۹۴). مشاوران در ارائه خدمات مشاوره به والدین ممکن است با مقاومت‌هایی مانند موارد زیر روبرو شوند:

- بهانه‌ها ("من نمی‌توانم در طول روز بیایم")
- طرز فکرهای منفی ("فرزند من خوب است؛ چرا مرا اذیت می‌کنید؟")
- انکار ("هیچ مشکلی در رابطه فرزند من با مدرسه وجود ندارد")

برای غلبه بر مقاومت، مشاوران مدرسه می‌توانند همدل باشند، ترتیب مشاهدات والدین از کودک را بدهند، به والدین کمک کنند تا موقعیت‌ها را دوباره متمرکز یا چارچوب‌بندی کنند و از تمثیل‌ها (یعنی داستان‌هایی از

موقعیت‌های مشابه) استفاده کنند. آنها همچنین ممکن است از یکی از سه مدل نظری اصلی مشاوره والدین که در ادبیات از سال ۲۰۰۰ رایج بوده است استفاده کنند (هولکامب-مک‌کوی و برایان، ۲۰۱۰). اینها عبارتند از مشاوره رفتاری مشترک (CBC)، مشاوره آدلرین و مشاوره مبتنی بر ارزش‌ها.

- CBC یک گسترش از مشاوره رفتاری است که "منابع خانه و مدرسه را برای ایجاد تغییر در کودک (یعنی مراجع) ترکیب می‌کند" (ص. ۲۵۹). مانند سایر رویکردهای رفتاری، در طول فرآیند به شواهد تجربی متکی است و به عنوان راهی برای ایجاد تغییر، نویدبخش بوده است.

- در مشاوره آدلرین، والدین تشویق می‌شوند تا نقشی را که در تشدید رفتار مخرب در کودکان ایفا می‌کنند، تشخیص دهند و این اقدامات را تغییر دهند. به آنها همچنین آموزش داده می‌شود که چگونه فرزندان خود را تشویق کنند و همچنین پیامدهای منطقی را در صورت بدرفتاری کودکان تدوین کنند.

- مشاوره مبتنی بر ارزش‌ها بر اساس شناخت تخصص و دانش والدین است. "اغلب، والدین از حکمت و تجربه لازم برای حل مسائل پیچیده مربوط به مدرسه برخوردارند، در حالی که مشاوران مستقر در مدرسه درک درستی از فرآیند مشاوره دارند اما درک بسیار محدودی از جامعه و پویایی‌های جامعه دارند" (ص. ۲۶۰). متأسفانه، تحقیقات کمی برای حمایت از اثربخشی این رویکرد وجود دارد.

صرف نظر از اینکه از چه مدلی استفاده می‌شود، هولکامب-مک‌کوی و برایان بیان می‌کنند که برای مشاوران بسیار مهم است که درک کنند چگونه پیشینه فرهنگی یک والد ممکن است بر فرآیند مشاوره تأثیر بگذارد. بنابراین، آنها استفاده از نظریه‌های توانمندسازی و حمایت را برای مشاوره، به ویژه با گروه‌های فرهنگی که مورد ظلم قرار گرفته‌اند، توصیه می‌کنند. توانمندسازی فرآیندی است که امکان می‌دهد (یعنی به افراد کمک می‌کند تا با القای اجازه برای کنترل زندگی خود و سازنده بودن، اقداماتی را برای بهبود وضعیت خود انجام دهند). "حمایت شامل اقدامات سازمان یافته برای برجسته کردن مسائل حیاتی نادیده گرفته شده و پنهان شده،

تأثیرگذاری بر نگرش‌های عمومی و تصویب و اجرای قوانین و سیاست‌های عمومی است تا دیدگاه‌های 'آنچه باید باشد' در یک جامعه عادلانه و شایسته به واقعیت تبدیل شود" (ص. ۲۶۳). "مشاوران با به کارگیری دیدگاه حمایتی و توانمندسازی در مشاوره والدین، ممکن است بتوانند نظریه جدیدی در رابطه با مشاوره والدین ایجاد کنند که شامل 'وضعیت قدرت'، عوامل محیطی (به عنوان مثال، جامعه، نژادپرستی، تبعیض جنسی) و مسئولیت شخصی والدین در راهنمایی فرزندان و به دست گرفتن کنترل مدارس و جوامع خود باشد" (ص. ۲۶۵).

تأمل شخصی

بیلی جوئل، خواننده راک، در آهنگی با عنوان "مسئله اعتماد" در مورد غلبه بر مقاومت در زندگی می‌خواند. بدیهی است، همانطور که ذکر شد، در محیط‌های مشاوره مقاومت وجود دارد. برای پرداختن به بهانه‌ها، طرز فکرهای منفی و انکار چه می‌توانید بگویید؟

یکی از جنبه‌های مشاوره مدرسه (که در مشاوره سازمانی نیز قابل استفاده است) استفاده از همسالان است. یک گروه مشاور همسال می‌تواند "نظارت و بازخورد مناسبی را برای مشاوران مدرسه فراهم کند" (لوگان، ۱۹۹۷، ص. ۴) در حالی که اعتماد به نفس، خودگردانی و استقلال مشاوران را افزایش می‌دهد. مشاوره همسال همچنین از نظر زمان کارآمد است. می‌توان آن را به گونه‌ای سازماندهی کرد که "(الف) مشاوره موردی؛ (ب) حل مسئله متمرکز بر راه‌حل؛ (ج) حمایت همسالان؛ (د) بازخورد سازنده بدون نگرانی از ارزیابی یا ضرورت تغییر مگر اینکه عضو خودش بخواهد؛ و (ه) دسترسی به مواد و منابع مورد نیاز" (ص. ۴) را فراهم کند. در مدل ساختاریافته مشاوره همسال برای مشاوران مدرسه (SPCM-SC)، در مجموع نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر دو هفته یکبار برگزار می‌شود که در آن مشاوران "از مهارت‌های کمک‌رسانی اساسی خود" برای کمک به یکدیگر در پیشرفت رشد حرفه‌ای خود استفاده می‌کنند (بنشهوف و پیزلی، ۱۹۹۶، ص. ۳۱۴). چنین مدلی از استعدادهای موجود در گروهی از مشاوران با شغل مشابه استفاده می‌کند و می‌تواند به اندازه جلسات نظارت رسمی‌تر مفید و سازنده باشد.

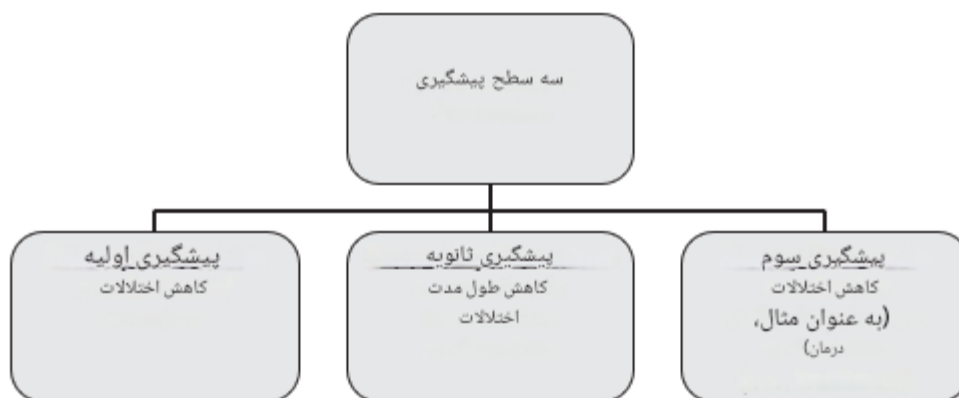
مدل نهایی برای مشاوره مدرسه، داشتن یک متخصص خارجی، یک مشاور مشارکتی، برای کار با جامعه مدرسه در رویکرد پژوهش عملی است (لوسکی و هیز، ۲۰۰۱). چنین رویکردی از نظر دامنه جهانی است و بر این واقعیت استوار است که بسیاری از مشاوران مدرسه به دلایل مختلف نمی‌توانند خدمات مشاوره کلی را برای مدارس خود ارائه دهند. با این حال، آنها می‌توانند با دیگران در محیط مدرسه در چنین تحقیق و ارزیابی شرکت

کنند و به اجرای نتایج حاصل از این فرآیند کمک کنند. این نوع مشاوره مشارکتی شامل پنج مرحله اصلی است: برنامه‌ریزی، تجزیه و تحلیل، طراحی، اجرا و ارزیابی. در آغاز این فرآیند، یک مشاور خارجی با ذینفعان برنامه مدرسه، از جمله مدیر کل آموزش و پرورش و هیئت مدیره مدرسه، ملاقات می‌کند تا برای مداخله مشاوره‌ای که به بررسی مجدد شیوه‌های فعلی در یک مدرسه و اهداف آینده می‌پردازد، موافقت آنها را جلب کند. پرسنل مدرسه، والدین و دانش‌آموزان با ارائه ایده‌ها، بازخورد در طول مسیر و کار در تیم‌ها با مشاور، به شکل‌گیری و مالکیت این فرآیند کمک می‌کنند. چنین رویه‌ای، در صورت موفقیت، زمان و تلاش می‌طلبد اما بر منحصر به فرد بودن مدرسه متمرکز است و منجر به آب و هوای مدرسه‌ای می‌شود که آماده و مایل به اجرای مداوم تغییرات مورد نیاز است.

مشاوره سازمانی

به گفته ورنر (۱۹۷۸)، مشاوره سازمانی ناشی از تصویب قانون مراکز بهداشت روانی جامعه در سال ۱۹۶۳ بود. در این قانون فلسفه‌ای نهفته است مبنی بر اینکه بهداشت روانی باید از منظر جامعه محلی و با تأکید بر پیشگیری مورد توجه قرار گیرد. کاپلان (۱۹۶۴) یک تعریف سه سطحی از پیشگیری ارائه می‌دهد. سطح اول شامل پیشگیری اولیه، یعنی کاهش بروز اختلالات روانی است. این هدف در جمعیت عمومی "با تغییر فعال محیط‌ها و تنظیمات و با آموزش مهارت‌های زندگی" (گودیر، ۱۹۷۶، ص. ۵۱۳) به دست می‌آید. یکی از فعالیت‌های اصلی در این سطح از مداخله، مشاوره است. پیشگیری ثانویه، یعنی کاهش مدت زمان اختلالات روانی، تمرکز بعدی است. این هدف با کار با افراد برای جلوگیری یا کاهش زمینه‌های مشکل و تلاش برای تشخیص زودهنگام و معکوس کردن بحران‌های حاد روانی به دست می‌آید. سرانجام، پیشگیری ثالثیه کاهش اختلالی است که ممکن است ناشی از

اختلالات روانی باشد. یکی از راه‌های درک این سطح از پیشگیری، درمان است. هرچه پیشگیری اولیه و ثانویه موفق‌تر باشند، نیاز به پیشگیری ثالثیه کمتر خواهد بود.



نمونه‌های فراوانی از پیشگیری اولیه در محیط‌های سازمانی وجود دارد. ورنر (۱۹۷۸) و کاپلان و کاپلان (۱۹۹۳) شش سطح مشاوره بهداشت روانی جامعه را پیشنهاد می‌کنند:

۱. مشاوره موردی متمرکز بر مراجع. هدف این است که مشاوره‌گیرنده بتواند به طور مؤثرتری با وضعیت فعلی و موقعیت‌های مشابه در آینده برخورد کند.

۲. مشاوره موردی متمرکز بر مشاوره‌گیرنده. هدف این است که به طور مشترک مشکلات مشاوره‌گیرنده در کار با انواع خاصی از مراجعان شناسایی شود و به مشاوره‌گیرنده کمک شود تا مهارت‌های لازم برای برخورد مؤثر با این و موقعیت‌های مشابه در آینده را توسعه دهد.

۳. مشاوره اداری متمرکز بر برنامه. هدف این است که به مشاوره‌گیرنده کمک شود تا به طور مؤثرتری

با بخش‌های خاصی از یک برنامه بهداشت روانی برخورد کند و توانایی‌های خود را برای عملکرد با

مشکلات برنامه مشابه در آینده بهبود بخشد.

۴. مشاوره اداری متمرکز بر مشاوره‌گیرنده. هدف این است که مشکلات مشاوره‌گیرنده ناشی از اجرای

یک برنامه بهداشت روانی شناسایی شود و به طور مشترک مهارت‌های مشاوره‌گیرنده در برخورد با

مشکلات مشابه توسعه یابد.

۵. مشاوره موردی متمرکز بر جامعه. هدف این است که یک مشاوره‌گیرنده موردی بتواند به طور

مؤثرتری با مشکلات جامعه که در حین توسعه یک برنامه موقت خدمات بهداشت روانی با آن مواجه

می‌شود، برخورد کند.

۶. مشاوره موردی متمرکز بر مشاوره‌گیرنده. هدف این است که به طور مشترک مشکلات

مشاوره‌گیرنده موردی که در ارائه خدمات موقت بهداشت روانی ایجاد شده است، شناسایی شود و

اقداماتی برای کمک به مشاوره‌گیرنده در توسعه مهارت‌های لازم برای برخورد با این مشکلات انجام

شود.

اپلین (۱۹۸۵) اشاره می‌کند که مشاورانی که با سازمان‌هایی مانند شرکت‌های دولتی، دولت‌ها یا دانشگاه‌ها کار

می‌کنند، باید از روندهایی که بر روند خود مشاوره تأثیر می‌گذارند آگاه باشند. او پنج روند را فهرست می‌کند که

همچنان بر مشاوره سازمانی تأثیر می‌گذارند:

۱. کاهش اندازه سازمان‌ها

۲. ایجاد واحدهای کاری نیمه‌خودمختار ناشی از ادغام‌ها

۳. تولد دوباره رهبری مبتنی بر تعهد توسط مدیران

۴. فناوری‌های مبتنی بر فرآیند (مانند رباتیک و کامپیوتر) در تولید

۵. ارزش‌های اجتماعی و سازمانی برابری طلبانه

به دلیل تغییرات سریع در سازمان‌ها، تقاضا برای مهارت‌های مشاوره بسیار زیاد است، اما "کلید موفقیت در اجرای برنامه‌های تغییر سیستم، افزایش مهارت‌های اساسی است که مشاور به فرآیند تغییر می‌آورد." اپلین (۱۹۸۵) تأکید می‌کند که خواسته‌ها از مشاوران "به طور مستقیم با رشد پیچیدگی سازمانی و آشفتگی ناشی از تغییرات اساسی اجتماعی و اقتصادی افزایش خواهد یافت" (ص. ۴۰۱).

مثال موردی

پیشگیری پرستون

پرستون چندین سال برای یک آژانس مشاوره کار کرده بود که یک روز ناگهان به این فکر افتاد. او متوجه شد که دائماً مراجعانی با همان نوع مشکلات می‌بیند. او تشخیص داد که در درمان—پیشگیری ثالثیه—گیر کرده است. بنابراین، او نزد سرپرست خود، فردریکا، رفت تا بپرسد چگونه آژانس می‌تواند به یک مدل پیشگیری ثانویه و اولیه و همچنین ثالثیه حرکت کند. فردریکا همدل و پذیرای این ایده بود، اما بسیار مشغول بود. او به او گفت که اگر بتواند طرحی ارائه دهد، آن را در نظر خواهد گرفت.

به نظر شما برخی از استراتژی‌های کلی که پرستون می‌تواند برای سوق دادن آژانس خود به سمت پیشگیری ثانویه و اولیه استفاده کند چیست؟ چنین تغییری چه تأثیری بر کارکنان مرکز خواهد داشت؟ آیا اگر مرکز در فعالیت‌های مشاوره‌ای خود بیش از حد مؤثر شود، ممکن است افراد اخراج شوند؟ آیا هنگام تهیه یک طرح باید این پیامد در نظر گرفته شود؟

آموزش در زمینه مشاوره

از اواخر دهه ۱۹۷۰، تعدادی مدل برای آموزش افراد در زمینه مهارت‌های مشاوره پیشنهاد و توسعه یافته است (براون، ۱۹۹۳؛ براون و همکاران، ۲۰۱۱؛ کانولی، ۱۹۸۱؛ کامپویرث و پاورز، ۲۰۱۶؛ سیرز و همکاران، ۲۰۰۶). بیشتر مدل‌ها مبتنی بر شایستگی هستند و بر روش‌های مختلف آموزش مشاوران، مانند آموزشی، آزمایشگاهی، کارآموزی و نظارت تأکید دارند (گالسیچ، ۱۹۷۴).

اثر کلاسیک استوم (۱۹۸۲) معروف به تکنیک مشاوره آموزشی پاسخ فردی هدایت‌شده (DIRECT) نمونه‌ای عالی از مدلی است که تلاش کرده است دانش قبلی را سنتز کند و به افراد کمک کند تا یاد بگیرند چه کاری باید در یک مصاحبه مشاوره‌ای انجام دهند و چگونه باید آن را انجام دهند. استوم مشاوره را یک فرآیند سیستماتیک با مراحل متوالی می‌داند. این مدل به گونه‌ای ساختار یافته است که فراگیران مبتدی می‌توانند فرآیند مشاوره را به صورت رشدی مفهوم‌سازی کنند. این مدل شامل مراحل زیر است: (الف) ایجاد رابطه مشاوره، (ب) شناسایی و روشن کردن وضعیت مشکل، (ج) تعیین نتیجه مطلوب، (د) توسعه ایده‌ها و استراتژی‌ها، (ه) توسعه یک طرح، (و) مشخص کردن طرح و (ز) تأیید رابطه مشاوره. مدل DIRECT همچنین چهار راهنمایی متوالی برای هر یک از هفت مرحله رشدی مشخص می‌کند. بر اساس آموزش سیستماتیک روابط انسانی، این راهنمایی‌ها دستورالعمل‌هایی را برای مشاور و مشاوره‌گیرنده برای ورود، شروع، آموزش و ارزیابی هر مرحله در فرآیند مشاوره ارائه می‌دهد. کلمات راهنما برای کارآموز مشاور در هر مرحله و سطح فرآیند ارائه شده است. یک نمودار ارزیابی، نمودار ارزیابی تکنیک و رابطه (TREC)، برای ارزیابی میزان شایستگی که کارآموز مشاور به دست می‌آورد، در دسترس است.

براون (۱۹۸۵، ۱۹۹۳) نیز مراحل رشدی برای آموزش مشاوران خدمات انسانی پیشنهاد می‌کند. او بر شایستگی‌های آموزشی، آزمایشگاهی و کارآموزی که باید تسلط یابند تأکید می‌کند. علاوه بر این، او به مشکلات

(به عنوان مثال، مقاومت) و استراتژی‌های غلبه بر این مشکلات (به عنوان مثال، راه‌های انتخاب مداخلات مناسب) تفصیل می‌دهد. مدل او از مدرسان می‌خواهد که با تجزیه و تحلیل تاریخچه موارد، الگوبرداری از استراتژی‌های شناختی از طریق بحث در مورد موارد و استفاده از روش سقراطی پرسشگری، به کارآموزان در تسلط بر مهارت‌های مشاوره کمک کنند. براون تأکید می‌کند که مشاور آموزش‌دیده باید در پنج مرحله قابل تشخیص مشاوره بر مهارت‌های مفهومی و ارتباطی تسلط یابد: (الف) رابطه یا ورود، (ب) ارزیابی یا شناسایی مشکل، (ج) تعیین هدف، (د) انتخاب و اجرای استراتژی‌های تغییر و (ه) ارزیابی و خاتمه.

گالسیچ (۱۹۸۵) طرفدار این است که مدل‌ها و آموزش‌های مشاوره آینده باید بر اساس یکی از سه مدل، که متقابلاً انحصاری نیستند، باشد. این مدل‌ها عبارتند از:

۱. **مشاوره علمی/فناوری.** در این مدل، که بر کمبود دانش تمرکز دارد، نقش اصلی مشاور نقش یک متخصص در اطلاعات و تکنیک است.

۲. **مشاوره رشد انسانی.** نقش اصلی مشاور، طبق این مدل، مربی و تسهیل‌کننده در فرآیندهای عاطفی و شناختی است که بر روابط حرفه‌ای و شخصی در یک سازمان تأثیر می‌گذارند.

۳. **مشاوره اجتماعی/سیاسی.** در این مدل، مشاور نقش حامی را برای کمک به تغییر سازمان‌ها به گونه‌ای که با ارزش‌های خاصی مانند دموکراسی مطابقت داشته باشند، بر عهده می‌گیرد. روش‌های آموزش مشاوران در این مدل هنوز در حال توسعه است.

زینس (۱۹۹۳) علاوه بر آموزش مشاوران، بر نیاز به آموزش مهارت‌هایی مانند حل مسئله، ارتباطات و تکنیک‌های مداخله به مشاوره‌گیرندگان قبل از فرآیند مشاوره واقعی تأکید می‌کند. اگر مشاوره‌گیرندگان این مهارت‌ها را داشته باشند، می‌توانند بهتر از خدمات مشاوره در محیط‌های خاص استفاده کنند.

نظارت

نظارت، مانند مشاوره، مهارتی ضروری است که مشاوران باید آن را بیاموزند و به کار گیرند. نظارت ممکن است به عنوان یک فرآیند تعاملی و ارزیابی تعریف شود که در آن فردی با مهارت بیشتر بر کار فردی با دانش و مهارت کمتر نظارت می‌کند تا عملکرد حرفه‌ای عضو جوان‌تر را ارتقا بخشد (برنارد و گودیر، ۲۰۱۴). این روشی برای بهبود مهارت‌ها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای حرفه‌ای مشاوره با هدف تقویت رشد حرفه‌ای نظارت‌شونده و تضمین رفاه مشتری است (دلارهاید و گرانو، ۲۰۱۲). از جمله رویه‌های مورد استفاده در نظارت می‌توان به مشاهده تعاملات مشاور-مشتری از پشت آینه‌های یک طرفه، نظارت بر نوارهای صوتی جلسات مشاوره و نقد نوارهای ویدیویی جلسات مشاوره (بوردرز، ۱۹۹۴) اشاره کرد.

فرآیند نظارت، به ویژه در برنامه‌های آموزشی مشاوران، برای رشد مشاوران مبتدی بسیار مهم است (لاوسون، هاین و استوارت، ۲۰۰۹). آینه نگاه یک استعاره برای تجربه نظارت است. تجربیات اولیه نظارت با یک آینه نگاه ضخیم‌تر همراه است که نمادی از "اضطراب شرکت‌کنندگان در مورد درگیر شدن، حفظ فاصله عاطفی و ترجیح بازخورد عینی به جای بازخورد ذهنی" است (مودی، کوستوهریز و ورین، ۲۰۱۴). آینه نگاه با تجربه بیشتر، یادگیری بیشتر و هیجان بیشتر دانشجویان در مورد فرآیند، نازک‌تر می‌شود. تبدیل اضطراب به هیجان کلید بهبود تجربه یادگیری است و با پذیرش تجربه حاصل می‌شود. علاوه بر مشاوران در حال آموزش، مشاوران حرفه‌ای با تجربه‌تر نیز خواهان و نیازمند نظارت بالینی هستند (دوپره، اخترلینگ، میشسنر، اندرسون و کیلتی، ۲۰۱۴).

تجزیه و تحلیل نقش‌هایی که مشاوران در جلسات ایفا می‌کنند نیز جزء مهمی از نظارت است، به ویژه در موقعیت‌های چند فرهنگی. در بهترین حالت، نظارت یک تجربه تسهیل‌کننده است که یادگیری آموزشی و تجربی را در چارچوب یک رابطه رشدی ترکیب می‌کند. سرپرست مشاور ممکن است بسته به وضعیت و قدرت

رابطه سرپرست/نظارت‌شونده، گاهی نقش معلم، مشاور، محقق و مشاور و همچنین نقش سرپرست را ایفا کند. در مدل تبعیض برنارد و گودیر (۲۰۱۴) از نظارت، که یکی از پرکاربردترین مدل‌ها است، سرپرست بسته به نیاز مشاور یا مشاور در حال آموزش در نظارت، نقش معلم، مشاور و رایزن را ایفا می‌کند. این مدل همچنین سه حوزه مهارت‌آموزی را برجسته می‌کند:

۱. مسائل فرآیندی (نحوه برخورد با جنبه‌های فنی فرآیند درمانی، مانند انعکاس دقیق احساسات مراجع).

۲. مسائل مفهوم‌سازی (نحوه تدوین موارد توسط نظارت‌شونده‌ها از تئوری و نحوه انتقال دانش خود).

۳. مسائل شخصی‌سازی (نحوه استفاده مشاوران از تجربیات، افکار و احساسات خود به روش‌های درمانی).

به طور کلی، نظارت قوی و مؤثر امکان کسب تدریجی تخصص توسط نظارت‌شونده در تئوری و عمل را فراهم می‌کند که به هیچ وجه دیگری امکان‌پذیر نیست (بوردرز و لدیک، ۱۹۸۸).

در تجزیه و تحلیل ۱۲۸ دانشجوی تحصیلات تکمیلی در رشته مشاوره، لادانی، موری و مهر (۲۰۱۳) دریافتند که اثربخشی یا عدم اثربخشی نظارت و سرپرستان متفاوت است. مؤثرترین نظارت، استقلال را تشویق کرد، رابطه نظارتی را تقویت کرد و بحث آزاد را تسهیل کرد. ناکارآمدترین نظارت، ارزش نظارت را کاهش داد، مفهوم‌سازی و درمان ناکارآمد مراجع را انجام داد و رابطه نظارتی را تضعیف کرد. بنابراین، هنگام شرکت در نظارت، یافتن سرپرستی با سابقه قوی در مهارت‌ها، تکنیک‌ها و رفتارهای سرپرستی ضروری است. همچنین مهم است که مشاورانی که تحت نظارت قرار می‌گیرند، درگیر کمال‌گرایی ناسازگارانه نشوند و به شدت از خود و مهارت‌های خود انتقاد نکنند. چنین موضعی این افراد را کور می‌کند و مانع از یادگیری اطلاعات جدید یا ایجاد تنظیمات لازم در مجموعه مهارت‌هایشان می‌شود زیرا آنها به شدت درگیر انتقاد از خود هستند.

نظارت یک حوزه آموزشی الزامی در تمام برنامه‌های معتبر CACREP است. مشاوران در حال آموزش باید از اعضای حرفه‌ای که آموزش پیشرفته دیده‌اند و در این فرآیند وضعیت سرپرست تأیید شده را کسب کرده‌اند، نظارت دریافت کنند. استانداردهای سرپرستان مشاوره در سال ۱۹۸۹ توسط انجمن مشاوره آمریکا (بوردرز و براون، ۲۰۰۵) برای مشاوران تدوین و تصویب شد و از آن زمان به روز شده است (شورای اعتباربخشی برنامه‌های مشاوره و آموزشی مرتبط [CACREP]، ۲۰۱۶). علاوه بر این، NBCC اکنون مدرک تخصصی در نظارت (سرپرست بالینی تأیید شده) ارائه می‌دهد و بسیاری از هیئت‌های صدور مجوز مشاوره ایالتی نیز مدارکی در زمینه نظارت ارائه می‌دهند، به عنوان مثال، سرپرست مشاور حرفه‌ای مجاز (LPCS). اغلب، کسانی که قبلاً به عنوان مشاور مجوز گرفته‌اند، می‌توانند تجربیات تحت نظارت را به عنوان واحد آموزش مداوم (CEU) محسوب کنند.

برای مؤثر بودن، نظارت باید در سطح رشدی مشاور ارائه شود و به مشاور مبتدی کمک کند تا درک بهتری از ماهیت مشاوره داشته باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد، دانشجویان تحصیلات تکمیلی مبتدی ممکن است سطح بالایی از اضطراب داشته باشند و هنگام شروع نظارت کمی ترس داشته باشند. از برخی جهات، آنها در مرحله خودمحوری هستند که در آن بر عملکرد مهارت‌های کلی خود متمرکز هستند و به سرپرست خود وابسته هستند (وارد، ۲۰۱۰). بنابراین، سرپرستان در این موقعیت‌ها در صورتی که نقش آموزشی بسیار ساختاریافته‌ای را بر عهده بگیرند (رونستاد و اسکولت، ۱۹۹۳) بسیار مؤثرتر هستند. به عنوان مثال، سرپرستان ممکن است در این مرحله از نظارت، در تعاملات خود با مشاوران مبتدی، اقتدارگرتر، آموزشی‌تر و حمایت‌کننده‌تر باشند. بنابراین، یکی از کارهایی که سرپرستان ممکن است در این مرحله انجام دهند، کمک به کارآموزان مشاور در افزایش مهارت‌های مفهومی یادداشت‌های موردی با استفاده از قالب پريتو و شیل (۲۰۰۲) برای سازماندهی و ساختاربندی تفکر در مورد یک مورد با استفاده از مخفف STIPS است که حروف آن مخفف موارد زیر است:

S = نشانه‌ها و علائم

T = موضوعات مورد بحث در مشاوره

I = مداخلات مشاوره‌ای مورد استفاده

P = پیشرفت مراجعان و برنامه مداوم مشاور برای درمان

S = هرگونه مسائل ویژه مهم در مورد مراجعان (به عنوان مثال، خودکشی) (ص. ۱۱)

با استفاده از مخفف STIPS، کارآموزان مشاور ممکن است یاد بگیرند که "توانایی خود را در کسب اطلاعات مربوطه در مورد مراجعان، درک بهتر مشکلات ارائه شده مراجعان، نظارت بهتر بر فرآیندهای مشاوره و ارزیابی و تنظیم بهتر مداخلات درمانی" افزایش دهند (ص. ۱۱).

کارآموزان مشاور همچنین ممکن است مهارت‌های بیشتری در روشمندتر شدن در نظارت بر عناصر مربوطه فرآیند مشاوره، مانند تشخیص و برنامه‌ریزی درمانی، کسب کنند. این مهارت‌ها می‌توانند به آنها کمک کنند تا در تعاملات خود با سرپرستان، تعاملی‌تر و زیرک‌تر شوند.

در مورد دانشجویان تحصیلات تکمیلی پیشرفته یا مشاوران با تجربه، چنین روش آموزشی معمولاً در نظارت مناسب نیست. در عوض، سرپرستان به نظارت‌شونده‌ها کمک می‌کنند تا مرحله‌ای را که به عنوان مرحله مراجع محور شناخته می‌شود—جایی که نظارت‌شونده‌ها بین وابستگی و خودمختاری در نوسان هستند—و سپس مرحله فرآیند محور—جایی که نظارت‌شونده‌ها اعتماد به نفس حرفه‌ای بیشتری را با بینش بیشتر فراتر از مهارت‌های خاص نشان می‌دهند (وارد، ۲۰۱۰)—را طی کنند. اگر همه چیز به خوبی پیش برود، نظارت‌شونده‌ها وارد مرحله زمینه‌محور می‌شوند، جایی که از نظر خودمختاری شخصی، آگاهی بصیرت‌آمیز و انگیزه پایدار، یکپارچه‌تر می‌شوند.

فصل ۱۰. مشاوره و نظارت ۲۵۱



مراحل نظارت با دانشجویان فوق لیسانس پیشرفته یا مشاوران مجرب

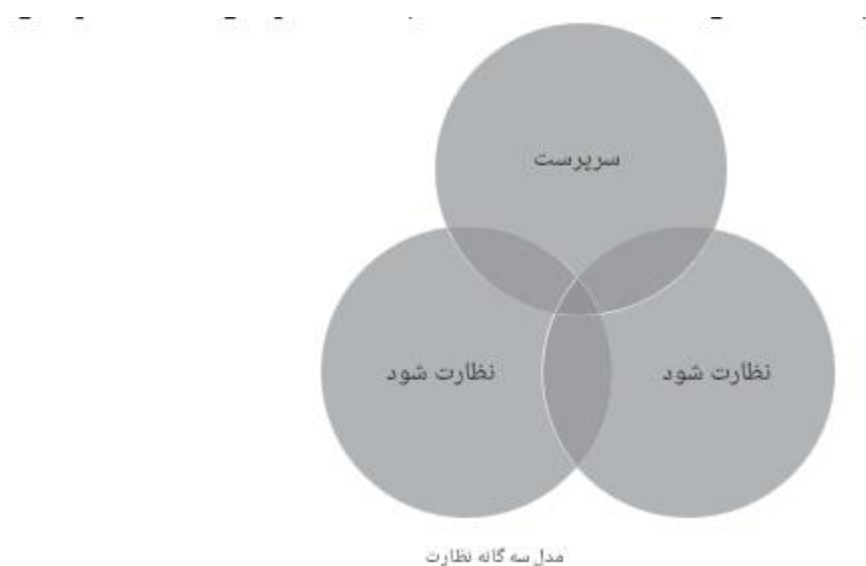
مراحل نظارت با دانشجویان تحصیلات تکمیلی پیشرفته یا مشاوران با تجربه

در اصل، نظارت، مانند مشاوره، ممکن است خودآگاهی و مهارت‌های فرد را افزایش دهد. این فرآیند بر رشد حرفه‌ای و همچنین شخصی متمرکز است (برنارد و گودیر، ۲۰۱۴؛ رونسند و اسکولت، ۱۹۹۳). در واقع، ذهن‌آگاهی (حفظ آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات، حواس بدنی و محیط اطراف) برای کمک به نظارت‌شونده‌ها و سرپرستان در آگاهی بیشتر به نظارت معرفی شده است. مشخص شده است که به نظارت‌شونده‌ها کمک می‌کند تا در مشاوره خود کمتر دچار استرس و اضطراب شوند، در حالی که به سرپرستان کمک می‌کند تا با نظارت‌شونده‌ها مؤثرتر باشند (دانیل، بوردرز و ویلس، ۲۰۱۵). به همین ترتیب، گوش دادن به ضبط صوتی آخرین نظارت ممکن است برای هر نظارت‌شونده‌ای آموزنده باشد. ممکن است با تسهیل به چالش کشیدن باورها و رفتارهای ناسازگارانه، درمانی باشد. همچنین به نظر می‌رسد اتحاد کاری نظارتی را تقویت می‌کند (نورث، ۲۰۱۳).

در ایجاد موقعیت‌های نظارتی، باید به چندین افسانه و بسیاری از واقعیت‌ها پرداخت. افسانه‌ها از دیدگاه‌های افراطی تشکیل شده‌اند—به عنوان مثال، "یک سرپرست می‌تواند تمام نقش‌های نظارتی را انجام دهد"، "نظارت فردی بهترین است" یا "افراد برای نظارت نیازی به آموزش ندارند" (مک کارتی، دیل، کانوها و مک لئود، ۱۹۸۸). واقعیت‌ها شامل حقایق زیر است:

- فقط یک مدل نظری نظارت وجود ندارد، بلکه چندین مدل وجود دارد (به عنوان مثال، رفتاری، تسهیل کننده، پویا، سیستمی) (لندیس و یانگ، ۱۹۹۴).
 - قبل از ایجاد یک رابطه نظارتی سازنده، باید سطح رشدی نظارت شونده تأیید شود و یک برنامه کتبی از اهداف واقع بینانه تکمیل شود (بوردرز و براون، ۲۰۰۵).
 - رابطه معناداری بین اعتبار سرپرست، مانند قابل اعتماد بودن، و عملکرد نظارت شونده وجود دارد (کری، ویلیامز و ولز، ۱۹۸۸).
 - روابط نظارتی ممکن است سال ها طول بکشد و چالش های بالقوه ای از جمله انتقال، انتقال متقابل، اضطراب و مقاومت وجود دارد که در صورت بروز باید به آنها پرداخته شود (پیرسون، ۲۰۰۰).
- به طور کلی، ادبیات و پیچیدگی دانش و تکنیک های نظارتی در مشاوره در حال رشد است (بوردرز و براون، ۲۰۰۵؛ لادانی و بردلی، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، مشخص شده است که شایستگی چند فرهنگی سرپرست با اتحاد کاری نظارتی مرتبط است و آن اتحاد، به نوبه خود، با رضایت نظارت شونده ها از نظارت مرتبط است (کراکت و هیز، ۲۰۱۵). در تکنیک های نوآوری، مدل تیم بازتابنده یک روش جدید و مؤثر برای ارائه نظارت گروهی است، به ویژه در کار با زوجها و خانواده ها (لندیس و یانگ، ۱۹۹۴). در این مدل، از دانشجویان تحصیلات تکمیلی خواسته می شود که همکاری و مشارکت کنند، بارش فکری داشته باشند و دیدگاه های مراجعان خود را در حین پیشبرد فرضیه ها در مورد رفتارهای مراجعان و مشاهده موقعیت ها از چارچوب مراجعان در نظر بگیرند. از چنین چارچوبی، درک آنها از زوجها و خانواده ها همراه با آگاهی از راه های کمک به زوجها و خانواده هایی که دچار مشکل هستند، رشد می کند.
- نظارت سه جانبه روشی پیچیده و مؤثر دیگر برای نظارت است. CACREP آن را به عنوان دو نظارت شونده که با یک سرپرست در فرآیندی که شامل هر سه عضو به طور همزمان است، کار می کنند، توصیف می کند. این روشی

برای نظارت است که در آن مشاوران نوپا می‌توانند از سرپرست و یک همکار بینش کسب کنند (لاوسون، هاین و استوارت، ۲۰۰۹). تحقیقات اخیر نشان داده است که جلسات سه جانبه نظارت برای تکمیل نظارت مشاوره فردی و گروهی مفید است (بوردرز، براون و پورگاسون، ۲۰۱۵).



مشاورانی که پس از شروع به کار از فرصت‌های نظارتی، به ویژه فرصت‌های نظارت هم‌تا (نظارت بین افراد برابر)، استفاده می‌کنند، می‌توانند هم اطلاعاتی در مورد خود و توانایی‌های بالینی خود به دست آورند و هم ارائه دهند. این افزایش آگاهی، بنیانی است که می‌توان بر اساس آن تجربیات و شایستگی‌های حرفه‌ای مثبت دیگری را بنا کرد. علاوه بر مدل‌های سه جانبه و هم‌تا از نظارت، گراهام، شول، اسمیت-اداکاک و ویتمن (۲۰۱۴) بر مزایای استفاده از روش‌های غیرخطی و غیرسنتی نظارت تمرکز کرده‌اند. آنها اثربخشی سه رویکرد خلاقانه را بررسی کرده‌اند: سینی شن، سایکودراما و کتاب‌درمانی. آنها دریافته‌اند که "هر سه رویکرد نظارتی خودآگاهی نظارت‌شونده، پذیرش بازخورد، انعطاف‌پذیری و تغییر مثبت را تسهیل می‌کنند" (ص. ۴۲۴). علاوه بر این، مشخص شد که این رویکردها "آزادکننده" هستند و دفاعی بودن نظارت‌شونده‌ها را کاهش می‌دهند.

به طور کلی، نظارت، مانند مشاوره، جنبه‌ای مهم اما گاهی کم‌اهمیت از مشاوره است. این جنبه چند لایه دارد و در طول عمر یک مشاور مداوم است. در واقع، مشاورانی که نظارت دریافت نمی‌کنند یا نظارت را متوقف می‌کنند، معمولاً از رشد به عنوان متخصص باز می‌مانند و ممکن است از رشد سالم به عنوان فرد نیز متوقف شوند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

مشاوره و نظارت مفاهیم سیستماتیک با مجموعه‌های متمایز از نظریه‌ها، روش‌ها و مهارت‌ها هستند (لادانی و بردلی، ۲۰۱۰؛ پارسونز، ۱۹۹۶). اهمیت آنها در حال افزایش است و در فرآیند تعریف و پالایش قرار دارند. چندین تعریف از مشاوره تأکید می‌کنند که این در درجه اول یک خدمت غیرمستقیم است؛ معمولاً سه جانبه است؛ داوطلبانه است؛ و مبتنی بر نقش‌ها، قوانین، ارزش‌ها و اهداف است. مشاوره، نظارت و رایزنی تفاوت‌های مشخصی دارند، مانند مستقیم بودن فعالیت، محیطی که در آن انجام می‌شوند و نحوه تمرکز ارتباطات. مشاوران در موقعیت ایده‌آلی برای عملکرد به عنوان مشاوران خدمات انسانی و همچنین نظارت‌شونده‌ها قرار دارند، اما برای انجام این کار باید آموزش تخصصی دریافت کنند.

چهار مدل مشاوره جامع موجود در ادبیات (یعنی متخصص [ارائه]، پزشک-بیمار [تجویز]، میانجی‌گری و فرآیند/همکاری) بر جنبه‌های چندبعدی مشاوره تأکید دارند. سطوح مشاوره متمایزی (فردی، گروهی و سازمانی) و مراحل مشخصی وجود دارد که این فرآیند طی می‌کند (به عنوان مثال، شروع، شناسایی مشکلات، اجرا، پیگیری، خاتمه). مهارت‌ها و نگرش‌های مهم فرآیند کامل را تشکیل می‌دهند. مشاوره در مدارس و سازمان‌ها اجرا می‌شود و از مدل‌های آموزشی برای آموزش مهارت‌های مشاوره استفاده می‌شود. مفهوم و اجرای مشاور به عنوان رایزن ایده‌هایی هستند که هنوز در حال توسعه هستند.

نظارت در مشاوره یک خدمت مستقیم است و مانند مشاوره از مراحل تشکیل شده است. این شامل سرپرستان و نظارت‌شونده‌های آنها در سطوح مختلف رشد و پیچیدگی است. به صورت فردی و گروهی، به عنوان مثال، مدل سه جانبه، انجام می‌شود. می‌تواند بر یادگیری جدید، بینش و روش‌های کار در یک رابطه مشاوره‌ای تأکید کند. برخی از نظارت‌ها از نظر تئوری مبتنی هستند. یکی از پرکاربردترین مدل‌های نظارت—مدل تبعیض—توسط برنارد و گودیر (۲۰۱۴) تدوین شده است. در این مدل، سرپرست ممکن است بسته به نیاز نظارت‌شونده، نقش معلم، مشاور یا رایزن را ایفا کند. صرف نظر از این، سرپرست با نظارت‌شونده برای بهبود مهارت‌های فرآیند، مفهوم‌سازی و شخصی‌سازی در مشاوره کار می‌کند.

هیئت ملی مشاوران معتبر (NBCC) و بیشتر هیئت‌های صدور مجوز مشاوره ایالتی از طریق صدور گواهینامه یا مجوز، مدارکی در زمینه نظارت ارائه می‌دهند. هیچ مدرک رسمی مشابهی در مشاوره برای رایزنی ارائه نمی‌شود. با این حال، رایزنی مهارتی است که مشاوران باید بر آن تسلط یابند. در محیط‌های مختلف مشاوره، مانند مؤسسات و سازمان‌های آموزشی، استفاده می‌شود. هم نظارت و هم رایزنی بسته به وضعیت و پرسنل درگیر، مبتنی بر مراحل هستند. مهارت‌های خاصی وجود دارد که باید در هر دو تسلط یافت و بیشتر مشاوران در طول دوران حرفه‌ای خود درگیر رایزنی و نظارت خواهند بود.

MyCounselingLab® برای آشنایی با مشاوره

تکالیف موضوع ۱۳: نظارت را امتحان کنید.

فصل یازدهم

ارزیابی و پژوهش



مروری بر فصل

در این فصل شما در مورد موارد زیر خواهید آموخت:

- تفاوت بین ارزیابی و تحقیق
- مراحل مناسب در ارزیابی
- مراحل حیاتی در فرآیند تحقیق
- روش‌های تحقیق اصلی
- آمار و روش‌های آماری

در حین مطالعه در نظر بگیرید:

- آیا ارزیابی یا تحقیق را جذاب تر می دانید و چرا
- اهمیت ارزیابی
- شباهت های بین مشاوره و تحقیق پیامد
- کدام روش تحقیق اصلی را بیشتر دوست دارید
- واکنش شما به کلمه "آمار" قبل و بعد از خواندن بخش مربوط به آمار در این فصل

آنجا نشسته ای آلیس اوریچ نیمه راه در کلاس درس با پنجره های بلند در وسط کسالت های ظهر چهارشنبه، خودت را با صدای یک سخنرانی وفق می دهی و سردی میز پلاستیکی آبی که تو را نگه داشته است. در دنیایی پر از کلمات روشن، سخت، مدوناها، موهای بلند، خاطرات کوتاه، و تغییر رویاها مانند شلوار جین آبی محو می شوند و "دانستن" فراتر از کتاب ها می رود که در روزهای ترم محدود شده اند و تا شروع تابستان مطالعه می شوند...

"اندیشه هایی درباره آلیس اوریچ در اواسط کلاس چهارشنبه"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۸۶/۱۹۸۰، مربی انسان گرا، ص. ۲۰۳. © ساموئل تی. گلادینگ.

منابع و محتوای مربوط

ارزیابی و پژوهش

ارزیابی و پژوهش بخش‌های ضروری مشاوره و فعالیت‌های مرتبط با آن هستند (ارفورد، ۲۰۱۵الف؛ هاووزر، ۲۰۱۵). گرم، دلسوز و همدل بودن مشاورانی که در نظریه‌ها، روش‌ها و فنون مشاوره آموزش دیده‌اند، کافی نیست. علاوه بر این، مشاوران باید ارزیاب و پژوهشگر نیز باشند، زیرا از طریق ارزیابی و پژوهش است که آنها به درک و بهبود شیوه‌های خود (هدلی و میچل، ۱۹۹۵؛ می، ۱۹۹۶) و عملکرد بالینی مشاوره (وستر و بوردرز، ۲۰۱۴) می‌رسند. مشاورانی که فاقد توانایی‌های پژوهش و ارزیابی هستند، خود و حرفه مشاوره را در معرض خطر عموم مردم، پرداخت‌کنندگان ثالث و مراجعان خاصی قرار می‌دهند که به حق خواستار پاسخگویی هستند. عدم ارزیابی و پژوهش روش‌های مشاوره همچنین مشاوران را در معرض خطر غیراخلاقی بودن قرار می‌دهد زیرا آنها نمی‌توانند ثابت کنند که خدمات مشاوره‌ای که ارائه می‌دهند، نوید معقول موفقیت مورد نیاز توسط کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای مشاوره را دارند (هینر، وامپولد، اوون، وانگ و تامپسون، ۲۰۱۶؛ سکستون و ویستون، ۱۹۹۶). بنابراین، ارزیابی و پژوهش راه‌هایی هستند که مشاوران می‌توانند از طریق آنها از کیفیت مراقبت از مراجع و نتایج مثبت اطمینان حاصل کنند (هرمان، ۱۹۹۳؛ واتسون و فلامز، ۲۰۱۵). این رویه‌های مشاوره همچنین به مشاوران کمک می‌کند تا مکث کرده و شیوه‌های خود را بررسی کنند. در چنین مواقعی، مشاوران ممکن است "متفاوت‌تر در مورد مشاوره فکر کنند و حتی در آن متفاوت‌تر رفتار کنند"، در نتیجه خود و حرفه را بهبود بخشند (واتکینز و اشنایدر، ۱۹۹۱، ص. ۲۸۸).

ارزیاب، پژوهشگر و مصرف‌کننده ارزیابی‌ها و پژوهش‌ها بودن، نیازمند زمان و درک کامل روش‌های رایج در این زمینه‌ها است (سکتون، ۱۹۹۶). این فصل به بررسی فرآیندهای ارزیابی و پژوهش در مشاوره می‌پردازد، با این فرض که مشاوران می‌توانند مهارت‌هایی را در این زمینه‌ها پرورش دهند.

ماهیت ارزیابی و پژوهش

ارزیابی و پژوهش متفاوت هستند، اما اشتراکات زیادی دارند. ویلر و لوش (۱۹۸۱) اشاره می‌کنند که این دو اصطلاح اغلب به صورت مفهومی با هم جفت شده‌اند و به جای یکدیگر نیز به کار می‌روند. کراوسکوپف (۱۹۸۲) ادعا می‌کند که "اساساً هیچ تفاوتی بین این دو وجود ندارد. همان نگرش تجربی وجود دارد و همان ابزارها مورد نیاز است" (ص. ۷۱). با این حال، ون برانت و منلی (۲۰۰۹) بین این دو تمایز قائل می‌شوند و بیان می‌کنند که "ارزیابی از پژوهش در این تفاوت دارد که کیفیت، ارزش یا شایستگی شیء یا برنامه مورد بررسی را ارزیابی می‌کند" (ص. ۴۵۵). گلد (۲۰۰۹) موافق است و می‌گوید "ارزیابی شامل فرآیند اعمال قضاوت یا تصمیم‌گیری بر اساس نتایج اندازه‌گیری است" (ص. ۳۹). بنابراین ارزیابی "بیشتر مأموریت‌محور است، ممکن است کمتر تحت کنترل باشد، بیشتر به ارائه اطلاعات برای تصمیم‌گیرندگان مربوط می‌شود، تمایل به کم‌دقت یا کم‌تخصص بودن دارد و در درجه اول به توضیح رویدادها و رابطه آنها با اهداف و مقاصد تعیین‌شده می‌پردازد" (برک و پیترسون، ۱۹۷۵، ص. ۵۶۴). به عنوان مثال، در برنامه‌های آماده‌سازی مشاور، دانشجویان ممکن است یک نمونه کار مشاوره (مجموعه‌ای از مقالات و پروژه‌هایی که در طول تحصیلات تکمیلی خود تکمیل کرده‌اند) را به عنوان یک پروژه نهایی تهیه کنند. بر اساس ارزیابی این نمونه کار، اساتید و

دانشجویان تصمیم می‌گیرند که چه میزان پیشرفت حاصل شده است و آیا نیاز به کار یا آموزش اضافی وجود دارد یا خیر.

در مقابل، پژوهش "بیشتر نظریه‌محور و وابسته به رشته است، کنترل بیشتری بر فعالیت اعمال می‌کند، نتایج بیشتری تولید می‌کند که ممکن است بلافاصله قابل استفاده نباشند، از نظر پیچیدگی و دقت طراحی پیچیده‌تر است، شامل استفاده از قضاوت از سوی پژوهشگر است و بیشتر به توضیح و پیش‌بینی پدیده‌ها مربوط می‌شود" (برک و پیترسون، ۱۹۷۵، ص. ۵۶۴). به عنوان مثال، مشاوران ممکن است برای ارزیابی اینکه کدام یک از چندین تکنیک نظری بیشترین نتایج مثبت را هنگام استفاده در جمعیتی از مراجعان که همگی از یک اختلال رنج می‌برند، دارد، تحقیق کنند. در چنین محیطی، متغیرهایی مانند سن، جنسیت و پیشینه فرهنگی تا حد امکان به دقت کنترل می‌شوند تا پژوهشگر بتواند در به دست آوردن تصویری واضح از آنچه مؤثر است و بر چه کسی مؤثر است، دقیق باشد تا نتایج گزارش شده و یافته‌ها به طور مناسب ترجمه شوند.

پژوهش بین‌فرهنگی به ویژه مهم است زیرا "درک متنی را افزایش می‌دهد، حساسیت به زبان و فرهنگ را نشان می‌دهد و در رابطه با یافته‌ها موضعی مشارکتی و انعطاف‌پذیر اتخاذ می‌کند" (سالیوان و کوتون، ۲۰۱۰، ص. ۳۵۷). در پژوهش مشاوره، بیشتر مشاوران پژوهشگران کاربردی هستند: آنها از دانش حاصل از مطالعات پژوهشی در محیط‌های کاری خود استفاده می‌کنند. در بخش‌های زیر، بررسی خواهیم کرد که چگونه ارزیابی و پژوهش معمولاً در دنیای عملی مشاوره حرفه‌ای به کار گرفته می‌شوند.

نظر شما در مورد تفاوت‌های بین ارزیابی و پژوهش چیست؟ چگونه این دو مکمل یکدیگرند؟ چگونه از هم متمایزند؟

ارزیابی

ارزیابی معمولاً شامل جمع‌آوری اطلاعات معنادار در مورد جنبه‌های مختلف یک برنامه مشاوره برای هدایت تصمیمات در مورد تخصیص منابع و اطمینان از حداکثر اثربخشی برنامه است (گی، میلز و ایرآسیان، ۲۰۱۲). ارزیابی دارای کیفیت سودمندی فوری است. در محیط‌های بالینی، بازخورد مستقیمی در مورد خدمات ارائه شده و بینشی در مورد خدمات جدید مورد نیاز برای ارائه به مشاوران می‌دهد. همچنین به مراجعان این امکان را می‌دهد تا به طور سیستماتیک و مثبت در یک برنامه مشاوره مشارکت کنند.

روش‌های نادرست ارزیابی

اگرچه مدل‌های قوی ارزیابی زیادی در دسترس است، اما تعدادی از روش‌های نادرست ارزیابی توسط افراد ناآگاه استفاده می‌شود (دانیلز، ماینز و گرسارد، ۱۹۸۱). این روش‌های بد طراحی شده که نتایج نامعتبر و غیرقابل اعتماد تولید می‌کنند، دارای برخی یا همه نقص‌های زیر هستند:

- آنها نمونه‌برداری از نظرات را محدود می‌کنند.
- آنها بین گروه‌های غیرهمسان مقایسه انجام می‌دهند.
- آنها به جای ارزیابی، خدمات را تبلیغ می‌کنند.
- آنها سعی می‌کنند یک برنامه را بدون هیچ هدف روشنی ارزیابی کنند.

مراحل ارزیابی

ارزیابی برنامه باید سیستماتیک باشد و یک فرآیند مرحله به مرحله متوالی را دنبال کند. مراحل ممکن است در ارزیابی‌های مختلف متفاوت باشد، اما یک روش کلاسیک که برک و پیترسون (۱۹۷۵) برای اجرای یک برنامه ارزیابی ارائه کرده‌اند، یک روش عالی برای دنبال کردن است. به گفته این نویسندگان، اولین قدم در تدوین یک برنامه ارزیابی، نیازسنجی است. اگر مشاوران بخواهند پاسخگو باشند، ابتدا باید مشکلات یا نگرانی‌های موجود در برنامه‌های خود را شناسایی کنند. نیاز "شرایطی در بین اعضای یک گروه خاص است... که نشان دهنده فقدان واقعی چیزی یا آگاهی (درک) از فقدان چیزی است" (کالیسون، ۱۹۸۲، ص. ۱۱۵). فرض بر این است که نیازها بر اساس تعدادی از عوامل وجود دارند، مانند فلسفه سازمانی یا شخصی، دستور دولتی، منابع موجود، تاریخچه یا سنت و نظر متخصص. "تکنیک‌های نیازسنجی شامل شناسایی واضح هدف نظرسنجی، تعیین روش تماس و حل مسائل مربوط به اندازه‌گیری است" (کوک، ۱۹۸۹، ص. ۴۶۳).

دومین گام در ارزیابی، "بیان اهداف و مقاصد عملکردی" است. در اینجا، هم نتایج نهایی برنامه (آنهایی که بلافاصله قابل تشخیص هستند) و هم نتایج غایی برنامه (آنهایی که پایدارتر هستند) بر اساس اهداف عملکردی قابل اندازه‌گیری توصیف می‌شوند. معمولاً برای هر بیانیه هدف چندین هدف عملکردی وجود دارد.

سومین گام در ارزیابی، طراحی یک برنامه است. هنگامی که برنامه‌ای برای دستیابی به اهداف تعیین شده توسعه می‌یابد، فعالیت‌هایی که بر اهداف تعیین شده تمرکز دارند می‌توانند به طور دقیق

طراحی شوند. چهارمین گام، بازنگری و بهبود یک برنامه است. در این مرحله، هم فعالیت‌های خاص و هم کفایت الگوهای ارتباطی ارزیابی می‌شوند.

پنجمین و آخرین گام، "یادداشت و گزارش نتایج برنامه" است. این وظیفه عمدتاً با انتشار یافته‌های ارزیابی برنامه برای عموم مردم انجام می‌شود. چنین اطلاعات مصرف‌کننده برای مراجعان بالقوه در صورتی که بخواهند تصمیمات آگاهانه بگیرند، حیاتی است و مشاوران در یک برنامه بالینی به این نوع بازخورد برای بهبود مهارت‌ها و خدمات خود نیاز دارند.

ارزیابان باید دیگران را در فرآیند ارزیابی درگیر کنند تا نتایج مطالعه تأثیر مستقیمی بر یک برنامه داشته باشد. افرادی که در انجام نیازسنجی سرمایه‌گذاری کرده‌اند، بیشتر از افرادی که درگیر نیستند، به مشاوران در برآورده کردن نیازهای شناسایی شده و تعیین اهداف برنامه کمک می‌کنند.

مراحل ارزیابی

۱. نیازسنجی
۲. بیان اهداف - نهایی و غایی
۳. طراحی یک برنامه
۴. بازنگری و بهبود یک برنامه
۵. یادداشت و گزارش نتایج برنامه

انتخاب یک مدل ارزیابی

از آنجا که ارزیابی بخش مستمری از حرفه مشاوران است، آنها باید بر این اساس آماده شوند. بخشی از این آمادگی شامل اختصاص زمان برای انجام ارزیابی‌ها و طرح سوالاتی در مورد اینکه چه چیزی و چگونه باید ارزیابی شود، است. سوالاتی که قبل از ارزیابی مطرح می‌شوند (یعنی سوالات پیشینی) به احتمال زیاد به طور رضایت بخشی پاسخ داده می‌شوند تا سوالاتی که پس از اتمام ارزیابی مطرح می‌شوند (سوالات پسینی).

در برخی موارد، مانند تحقیقات در مورد دیدگاه‌های مراجعان در مورد رفتار خودکشی، محققان چاره‌ای جز درخواست از بازماندگان اقدام به خودکشی برای ارائه بینش در مورد افکارشان پس از نشان دادن رفتارهایشان ندارند (پاولسون و ورث، ۲۰۰۲).

با این وجود، ارزیابان باید در ابتدا از خود بپرسند که چه چیزی را می‌خواهند ارزیابی کنند و چگونه این کار را انجام خواهند داد (دیویدسون، ۱۹۸۶). سه مدل این نگرانی‌ها را در بر می‌گیرند: مدل برنامه به اضافه پرسنل مساوی است با نتایج ($P + P = R$) (گیزبرز و هندرسون، ۲۰۱۲)؛ سیستم‌های برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی (PPBS)؛ و مدل زمینه-ورودی-فرآیند-محصول (CIPP) (هیومز، ۱۹۷۲؛ استافلیم و همکاران، ۱۹۷۱).

مثال موردی

ارزیابی ادوارد

ادوارد در موقعیت جدیدی به عنوان مدیر امور دانشجویی در کالج خود مشغول به کار شده بود. مدیر قبلی به دلیل عدم ارائه خدمات مورد نظر دانشجویان اخراج شده بود. ادوارد نمی خواست این اشتباه را مرتکب شود و صمیمانه آرزو داشت کار خود را به خوبی انجام دهد. بنابراین، تصمیم گرفت یک ارزیابی نیاز انجام دهد. برنامه او این بود که از دانشجویان بخواهد به لیستی از فعالیت‌هایی که یک دانشگاه دولتی بزرگ در نزدیکی به دانشجویان خود ارائه می‌داد، رأی دهند. اگرچه او در یک کالج کوچک هنرهای آزاد کار می‌کرد، اما فکر می‌کرد اگر تقاضا برای آنها وجود داشته باشد، برنامه‌های محبوب می‌توانند به برنامه درسی امور دانشجویی اضافه شوند. او همچنین تصور می‌کرد که ممکن است برخی از برنامه‌های کمتر محبوب کالج خود را در این فرآیند حذف کند و از آن پول برای اجرای فعالیت‌های دیگر استفاده کند. چه چیزی در برنامه ادوارد قوی است؟ نقص‌های آن چیست؟

ارزیابی $P + P = R$ ارزیابی‌ای است که گیزبرز و هندرسون (۲۰۱۲) برای مشاوران مدرسه طراحی کرده‌اند و در اینجا یک مثال مدرسه‌ای ارائه خواهد شد. با این حال، این مدل ارزیابی را می‌توان برای کار در تعدادی از محیط‌های سازمانی تغییر داد. به گفته گیزبرز و هندرسون، در مدارس به طور فزاینده‌ای از مشاوران خواسته می‌شود تا نشان دهند که کار آنها به موفقیت دانش‌آموزان، به ویژه پیشرفت تحصیلی آنها، در نتیجه تصویب قانون "هیچ کودکی نباید عقب بماند" (۱۱۰-۱۰۷ PL) در سال ۲۰۰۱ (مک‌گانون، کری و دیمیت، ۲۰۰۵) و سایر قوانین کمک می‌کند. مشاوران مدرسه می‌توانند این کار را از طریق استفاده از سه نوع ارزیابی برای نشان دادن اینکه چگونه برنامه مشاوره‌ای که آنها

اداره می‌کنند به موفقیت کلی دانش‌آموزان کمک می‌کند، انجام دهند. ارزیابی پرسنل اولین نوع اندازه‌گیری است و نحوه نظارت و ارزیابی مشاوران در یک مدرسه را توصیف می‌کند. ارزیابی برنامه دومین نوع ارزیابی است. این ارزیابی وضعیت یک برنامه خاص را در برابر استانداردهای برنامه تعیین شده محک می‌زند تا میزان اجرای برنامه را مشخص کند. در نهایت، ارزیابی نتایج بر تأثیری که فعالیت‌ها و خدمات یک برنامه بر دانش‌آموزان، مدرسه و جامعه دارد، تمرکز می‌کند. اگرچه هر نوع ارزیابی مهم است، اما بسیار مهم است که همه ارزیابی‌ها با یکدیگر مرتبط بوده و تعامل داشته باشند. ارزیابی پرسنل به اضافه ارزیابی برنامه مساوی است با ارزیابی نتایج.

مدل PPBS بر برنامه‌ریزی برنامه‌ها با اهداف، مقاصد و معیارهای ارزیابی مشخص تأکید دارد. موقعیت، جمعیت و درمان درگیر، همگی از نگرانی‌های اصلی این مدل هستند. اطلاعات به دست آمده از مدل PPBS دارای مرجع معیار است (مستقیماً به ابعاد اندازه‌گیری شده مربوط می‌شود) نه مرجع هنجاری (به سایر اعضای یک گروه مربوط می‌شود، همانطور که در هنگام استفاده از آزمون‌های استاندارد اتفاق می‌افتد). بنابراین، اگر برنامه‌ریزی و برنامه‌نویسی مناسب انجام شود، ارزیاب می‌تواند نشان دهد که مشاوره مؤثر یک متغیر مهم در پیشرفت مراجع است. علاوه بر این، هنگام تصمیم‌گیری در مورد بودجه، تأثیر مشاوره و مقرون به صرفه بودن آن را می‌توان به وضوح نشان داد و نقاط قوت و ضعف برنامه را مستند کرد. مدیران خدمات مشاوره در چنین مواقعی در موقعیت بهتری برای توجیه درخواست‌های بودجه برای توسعه و ارائه خدمات ارائه نشده فعلی قرار دارند. این جنبه از تحلیل برنامه حیاتی است.

مدل CIPP چهار نوع ارزیابی را ارائه می‌دهد. در نوع اول، ارزیابی زمینه، مقایسه‌ای بین آنچه برنامه قصد انجام آن را داشته و آنچه واقعاً انجام داده است، صورت می‌گیرد. در نوع دوم، ارزیابی ورودی، اطلاعاتی در مورد منابع مورد نیاز و منابع موجود برای دستیابی به اهداف برنامه جمع‌آوری می‌شود. این بخش از ارزیابی، مقرون به صرفه بودن را نشان می‌دهد و همچنین به نیاز به منابع اضافی اشاره می‌کند. نوع سوم ارزیابی، ارزیابی فرآیند، بر نقاط قوت و ضعف طراحی برنامه تمرکز دارد. اگر ضعف‌هایی مانند طراحی جریان ارتباطی وجود داشته باشد، اقدامات اصلاحی ممکن است انجام شود. نوع چهارم ارزیابی، ارزیابی محصول، بر نتایج نهایی کل برنامه تمرکز دارد. در این مرحله، ارزیابان می‌پرسند که برنامه واقعاً چقدر مؤثر بوده است. می‌توان برای ادامه، استفاده مجدد، گسترش یا حذف برنامه برنامه‌ریزی کرد. صرف نظر از نوع ارزیابی مورد استفاده، بیشتر فرآیندهای ارزیابی از پژوهش برای رسیدن به نتایج خود استفاده می‌کنند.

مشاوران و پژوهش

حرفه مشاوره "رابطه‌ای طولانی و دوسوگرا" با پژوهش داشته است (اسپرینتهال، ۱۹۸۱، ص. ۴۶۵). کلمه "پژوهش" نوعی رمز و راز در خود دارد (لیدی و اورمرود، ۲۰۱۶). این کلمه فعالیت را تداعی می‌کند که انحصاری، گریزان و دور از زندگی روزمره است. برخی از مشاوران به دلیل این رمز و راز و علاقه کلی خود به تحقیق، به پژوهش جذب می‌شوند. با این حال، "پژوهش معمولاً واکنش‌های احساسی ترس، اضطراب و حتی تحقیر را در بین سایر مشاوران برمی‌انگیزد" (فال و ون زندت، ۱۹۹۷، ص. ۲). این مشاوران احساس می‌کنند که بیشتر مطالعات پژوهشی ارتباط کمی با نیازهای عملی آنها دارند (موری، ۲۰۰۹). علاوه بر این، آنها پژوهش را سرد و غیرشخصی می‌دانند. متأسفانه،

بسیاری از مشکلات موجود در پژوهش امروز شبیه به مشکلاتی است که دو دهه قبل وجود داشت، به ویژه "اشتباهات نمونه‌گیری، تجزیه و تحلیل آماری نامناسب، فقدان سوالات پژوهشی، فقدان قدرت آماری و فقدان اطلاعات اعتبار برای ابزار اندازه‌گیری" (وستر و بوردرز، ۲۰۱۴، ص. ۴۴۷).

برخی از متخصصان متوجه می‌شوند که الزامات کار روزانه با مراجعان وقت کمی برای تحقیق و بررسی برای آنها باقی می‌گذارد، چه رسد به اینکه از آخرین یافته‌ها و مطالعات نتیجه مطلع شوند (سکستون، ۱۹۹۳). بنابراین، بیشتر مشاوران در فعالیت‌های پژوهشی شرکت نمی‌کنند و به نظر می‌رسد شکاف جدی در ادغام پژوهش در عمل مشاوره وجود دارد (موری، ۲۰۰۹؛ سکستون و ویستون، ۱۹۹۶). در واقع، تعدادی از مشاوران حتی "شواهدی از خصومت و رنجش نسبت به پژوهشگران" و پژوهش نشان داده‌اند (رابینسون، ۱۹۹۴، ص. ۳۳۹).

احساسات منفی مشاوران در مورد پژوهش و بی‌میلی آنها به صرف وقت و انرژی برای آن، به تعدادی از عوامل مربوط می‌شود. مهمترین آنها عبارتند از:

- فقدان دانش در مورد روش‌های پژوهش،
- نبود اهداف و مقاصد روشن برای برنامه‌هایی که در آنها کار می‌کنند،
- عدم آگاهی از اهمیت پژوهش در برنامه‌ریزی روش‌های درمانی مؤثر،
- ترس از یافتن نتایج منفی،
- دلسردی از سوی همکاران یا سرپرستان،
- فقدان حمایت مالی، و

• استعداد کم و توانایی محدود برای انجام مطالعات تحقیقی (هپنر و اندرسون، ۱۹۸۵؛

سکستون، ۱۹۹۳).

علاوه بر این، برخی از نظریه‌های مشاوره بر اهمیت تحقیقات تجربی تأکید کمتری دارند.

با این حال، علی‌رغم تنش بین برخی مشاوران و پژوهش، شباهت‌هایی بین فعالیت‌های عمل مشاوره و پژوهش نتیجه وجود دارد. هر دو شامل یک فرآیند شش مرحله‌ای هستند (ویستون، ۱۹۹۶). به عنوان مثال، مرحله اول در هر دو فرآیند شامل شناسایی است. در مشاوره، شناسایی مشکل یا دشواری مراجع است، در حالی که در پژوهش تمرکز بر شناسایی یک یا چند سوال برای بررسی است. به طور مشابه، در مرحله دوم، در تدوین اهداف درمان و تدوین طرح پژوهش شباهتی وجود دارد. سپس مرحله تعیین‌کننده فرا می‌رسد که در آن مداخلات مشاوره انتخاب می‌شوند؛ در پژوهش، روش‌هایی برای اطمینان از یکپارچگی درمان انتخاب می‌شوند. در مرحله چهارم، عمل به شکل اجرای مشاوره یا جمع‌آوری داده‌ها رخ می‌دهد، و پس از آن ارزیابی پیشرفت در مشاوره یا تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش انجام می‌شود. در نهایت، هر دو فرآیند با تکمیل مشاوره یا تفسیر و نتیجه‌گیری از پژوهش به پایان می‌رسند.

مراحل موازی مشاوره و پژوهش

مشاوره	پژوهش
۱. شناسایی مشکل(های) مراجع	۱. شناسایی سوال(های) برای بررسی
۲. تدوین اهداف درمان	۲. تدوین طرح پژوهش
۳. انتخاب مداخلات مشاوره	۳. انتخاب روش‌ها برای اطمینان از یکپارچگی درمان
۴. اجرای مشاوره	۴. جمع‌آوری داده‌ها
۵. ارزیابی پیشرفت در مشاوره	۵. تجزیه و تحلیل داده‌ها
۶. تکمیل مشاوره	۶. تفسیر و نتیجه‌گیری از پژوهش

تأمل شخصی

آیا دانستن اینکه مراحل مشاوره و پژوهش چقدر شبیه به هم هستند، احساس شما را نسبت به

پژوهش تغییر می‌دهد؟ اگر چنین است، چگونه؟

پژوهش

تعاریف زیادی از پژوهش وجود دارد، اما بارکلی (۱۹۸۲) یکی از بهترین آنها را ارائه می‌دهد:

"پژوهش جمع‌آوری، سازماندهی و تفسیر نظام‌مند مشاهدات به منظور پاسخ دادن به سوالات تا حد امکان به صورت غیرمبهم است" (ص. ۳۲۹). چالش پژوهش پاسخ دادن به سوالاتی است که به راحتی به حقیقت منجر نمی‌شوند. کیفیت پژوهش به میزان غلبه بر مقاومت و ابداع راه‌هایی برای پاسخ دادن به سوالات با حداکثر اطمینان و با به حداقل رساندن تأثیرات آلوده‌کننده بستگی دارد (هاوزر، ۲۰۱۵).

مراحل فرآیند پژوهش

پژوهش خوب به وسیع‌ترین معنای کلمه، علمی است. همانطور که قبلاً اشاره شد، با مشاهدات نظام‌مند آغاز می‌شود که بر یک جمعیت، متغیر یا سوال خاص تمرکز دارند (گی و همکاران، ۲۰۱۲؛ هپنر و همکاران، ۲۰۱۶). چنین مشاهده کامل و نظام‌مندی تلاش می‌کند تا روابط بین متغیرها و چرایی وقوع رویدادهای خاص را توضیح دهد. توضیح منجر به درک و در نهایت به درجه‌ای از پیش‌بینی و کنترل می‌شود.

دستورالعمل‌هایی برای انجام تحقیقات پژوهشی در دسترس است. به عنوان مثال، کمپبل و کاتونا (۱۹۵۳) یک نمودار جریان برای نشان دادن توالی مراحل در انجام نظرسنجی‌ها تهیه کردند. اخیراً، آری، جیکوبز، سورنسن و رزویچ (۲۰۱۳) یک فرآیند هشت مرحله‌ای برای انجام پژوهش ابداع کردند. این فرآیند به طور ایده‌آل برای کار بالینی مناسب است اما در سایر زمینه‌های پژوهش مشاوره نیز قابل استفاده است.

۱. بیان مسئله. این بیانیه باید واضح و مختصر باشد. اگر در این مرحله ابهامی وجود داشته باشد، تلاش تحقیقی احتمالاً ارزش کمی تولید خواهد کرد. نمونه‌ای از یک بیانیه مسئله واضح این است: "هدف از این پژوهش، آزمودن این فرضیه است که تماس چشمی بین مشاور و مراجع با اثربخشی فرآیند مشاوره مرتبط است."
۲. شناسایی اطلاعات مورد نیاز برای حل مسئله. این مرحله ممکن است شامل انواع مختلفی از اطلاعات باشد که از منابعی مانند آزمون‌های روانشناختی یا آموزشی یا مشاهدات نظام‌مند، از جمله آزمایش‌ها، به دست می‌آید. جمع‌آوری برخی از داده‌هایی که محققان نیاز دارند ممکن است غیرممکن باشد. آنها باید تصمیم بگیرند که آیا بیانیه مسئله را تغییر دهند یا پژوهش را متوقف کنند.
۳. انتخاب یا توسعه ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها. ابزارهای رایج برای جمع‌آوری داده‌ها شامل نظرسنجی‌ها، آزمون‌ها و برگه‌های گزارش مشاهده است. اگر محققان نتوانند ابزار مناسب موجود را پیدا کنند، باید خودشان آن را توسعه داده و اعتبار و پایایی آن را آزمایش کنند.
۴. شناسایی جمعیت هدف و روش‌های نمونه‌گیری. اگر گروه به اندازه کافی کوچک باشد، ممکن است کل جمعیت مورد مطالعه قرار گیرد. در غیر این صورت، یک نمونه با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری استاندارد دقیق انتخاب می‌شود.
۵. طراحی روش جمع‌آوری داده‌ها. این مرحله شامل تعیین چگونگی، زمان، مکان و توسط چه کسی اطلاعات جمع‌آوری می‌شود.

۶. جمع‌آوری داده‌ها. یک روش نظام‌مند برای به دست آوردن اطلاعات مورد نظر اجرا می‌شود.

معمولاً این فرآیند شامل نظارت دقیق و سرمایه‌گذاری قابل توجهی از زمان است.

۷. تجزیه و تحلیل داده‌ها. در این مرحله، روش‌های انتخابی برای سازماندهی داده‌ها به شیوه‌ای

معنادار و تعیین اینکه آیا آنها پاسخی برای مسئله مورد بررسی ارائه می‌دهند یا خیر، به کار

گرفته می‌شوند.

۸. تهیه گزارش. نتایج پژوهش باید به شکلی معنادار، مانند یک مقاله در مجله یا یک ارائه

حرفه‌ای، در اختیار دیگران قرار گیرد.

ارتباط پژوهش

یکی از سوالات اصلی مطرح شده توسط خوانندگان پژوهش‌های مشاوره، بر ارتباط نتایج یک مطالعه

برای متخصصان متمرکز است. بسیاری از پژوهش‌ها نتایجی مرتبط با مسائل عملی تولید نمی‌کنند و

مفید نیستند (گلدمن، ۱۹۷۶، ۱۹۷۷، ۱۹۷۸، ۱۹۷۹، ۱۹۸۶، ۱۹۹۲). بسیاری از تلاش‌های پژوهشی

فاقد دیدگاه هستند و در عوض بر جزئیات کوچک تمرکز می‌کنند. پژوهشگرانی که کار خود را به این

شیوه انجام می‌دهند، طرح‌های پژوهش تجربی علوم فیزیکی و بیولوژیکی را به راحتی پذیرفته‌اند و

در این فرآیند، نتوانسته‌اند روش‌های پژوهشی مناسب برای مشاوره را توسعه دهند. آنچه آنها به

عنوان پژوهش ارائه می‌دهند، اغلب بی‌روح و بی‌اهمیت است.

استدلال برای ارتباط پژوهش بر این واقعیت استوار است که همه دانش‌ها برای مشاوران به یک اندازه

مفید نیستند (هاوزر، ۲۰۱۵؛ کرامبولتز و میچل، ۱۹۷۹). بنابراین، بودجه و انرژی محدود باید به

مطالعاتی اختصاص یابد که احتمالاً در نحوه عملکرد مشاوران تغییر ایجاد می‌کنند. یکی از راه‌های تعریف ارتباط در پژوهش، تأکید بر مطالعاتی است که بر دلایل مراجعه افراد به مشاوره، مانند اهداف، مقاصد و نیات آنها تمرکز دارند (هاوارد، ۱۹۸۵). روش مهم دیگر برای ارزیابی ارتباط، تعیین "چگونگی نزدیکی پژوهش به آنچه در دفتر مشاوره انجام می‌شود" است (جلسو، ۱۹۸۵، ص. ۵۵۲). چنین پژوهشی، پژوهش نزدیک به تجربه نامیده می‌شود. از آنجا که برای مشاوران قابل استفاده است، احتمالاً خواننده و استفاده می‌شود.

پژوهش عملی نوعی پژوهش نزدیک به تجربه است (ارفورد، ۲۰۱۵ الف). این پژوهش بر حل مشکلات عملی که مشاوران به طور معمول با آن مواجه می‌شوند، مانند نحوه کمک به مدیریت کودکی با ناتوانی‌های یادگیری، ارزیابی اثرات یک برنامه عزت نفس بر گروهی از کودکان، یا ارائه شواهدی مبنی بر اینکه مشاوران مدرسه می‌توانند برنامه‌هایی را آغاز، توسعه، رهبری و هماهنگ کنند که می‌توانند به تغییر سیستمی و بهبود موفقیت یادگیری برای هر دانش‌آموز کمک کنند، تمرکز دارد (داهیر و استون، ۲۰۰۹؛ گیلیس، ۱۹۹۳). پژوهش عملی شامل مطالعاتی است که هدف آنها اقدام تشخیصی، اقدام مشارکتی، اقدام تجربی و اقدام آزمایشی است. برخی از این پژوهش‌ها احتمالاً کمتر کنترل شده و تعمیم دادن آنها به اندازه پژوهش‌های دقیق‌تر آسان نیست. برای کمک به حل مشکل ارتباط در پژوهش، جلسو (۱۹۸۵) پیشنهاد می‌کند تمام مطالعات پژوهشی را با در نظر گرفتن سوالات خاص بخوانید—به عنوان مثال، "این پژوهش چگونه انجام شد؟" و "چگونه بر نحوه مشاوره من تأثیر خواهد گذاشت؟"

انتخاب یک روش پژوهش

علی‌رغم مشکلات ذاتی در پژوهش مشاوره، مشاوران به طور منظم از تعدادی روش تحقیق استفاده می‌کنند. کاپلان (۱۹۶۴) روش را به عنوان رویه‌ای تعریف می‌کند که در بسیاری از رشته‌ها قابل استفاده است. در مقابل، تکنیک یک رویه خاص رشته است. بیشتر پژوهش‌های مشاوره از رویه‌هایی مانند مشاهدات کنترل شده استفاده می‌کنند که در سایر رشته‌ها رایج است. بنابراین، اصطلاح "روش" به جای "تکنیک" هنگام اشاره به راه‌های انجام پژوهش مشاوره مناسب است. هیچ یک از این روش‌ها "بهترین روش برای آزمایش فرآیند مشاوره" در نظر گرفته نمی‌شود (هیل، ۱۹۸۲، ص. ۱۶). بلکه، روش‌های پژوهش مختلف به سوالات پژوهشی مختلف پاسخ می‌دهند (واتکینز و اشنایدر، ۱۹۹۱). در نهایت، روش‌های پژوهش با کنترل متغیرهای انتخابی که بر فرآیند مشاوره تأثیر می‌گذارند، به سوالات پژوهشی پاسخ می‌دهند (کرلینگر و لی، ۲۰۰۰).

تمام روش‌های پژوهش دارای چیزی هستند که جلسو (۱۹۷۹) آن را حباب یا نقص می‌نامد. جلسو می‌گوید انتخاب روش‌های پژوهش مانند چسباندن برچسب روی شیشه جلوی ماشین است. حباب‌ها همیشه ظاهر می‌شوند؛ حتی اگر کسی سعی کند تا حد امکان حباب‌ها را از بین ببرد، برخی باقی می‌مانند. تنها راه از بین بردن کامل حباب‌ها، برداشتن برچسب است. در پژوهش، تنها راه اجتناب از تمام نقص‌ها، انجام ندادن پژوهش است. با این حال، روش‌های پژوهش با وجود ناقص بودن، برای ارتقای حرفه‌ای و توسعه ضروری هستند. راه جایگزین این است که از اثرات مشاوره بی‌اطلاع بمانیم و از توسعه روش‌ها و تکنیک‌های جدیدتر چشم‌پوشی کنیم.

مثال موردی

مشاهده اسکار

اسکار متوجه شد که در سازمان او بسیاری از مراجعان هنگام تعیین وقت ملاقات بعدی قبل از ترک محل، اشک می‌ریزند. این مشاهده او را به فکر فرو برد که آیا راه بهتری برای تعیین چنین وقت ملاقات‌هایی وجود دارد یا خیر. یک راه ممکن است این باشد که مراجعان قبل از رفتن به جلسه مشاوره، برای مراجعه بعدی وقت تعیین کنند. به این ترتیب، آنها می‌توانستند با شرمندگی یا استرس به ظاهر کمتری از ساختمان خارج شوند.

او ایده خود را با سایر پزشکان و کارکنان سازمان مطرح کرد. آنها شک داشتند، اما موافقت کردند که ایده او را به صورت آزمایشی اجرا کنند.

به نظر شما اسکار برای اطمینان از اینکه پژوهش او نتایج ارزشمند و مفیدی به دست می‌دهد، چه کارهایی باید انجام دهد؟

تاکیدات پژوهش مشاوره

پژوهش مشاوره دارای چندین تاکید مختلف است. چهار مورد از برجسته‌ترین آنها را می‌توان به صورت تضاد نشان داد:

۱. پژوهش آزمایشگاهی در مقابل پژوهش میدانی
۲. پژوهش پایه در مقابل پژوهش کاربردی
۳. پژوهش فرآیند در مقابل پژوهش نتیجه
۴. پژوهش کمی (گروهی) در مقابل پژوهش کیفی (فردی)

هر یک از این تاکیدات به تضاد بین دو بعد تحقیقی مربوط می‌شود. ابعاد مختلف متقابلاً منحصر به فرد نیستند (لیچ و اونگبوزی، ۲۰۱۰)؛ بسیاری از مطالعات پژوهشی، مانند آنهایی که به طور کمی نتیجه تکنیک‌های مشاوره را در محیط آزمایشگاهی گزارش می‌کنند، شامل بیش از یکی از آنها هستند (کرسول، ۲۰۱۵).

اولین تاکید بر پژوهش آزمایشگاهی در مقابل پژوهش میدانی است. پژوهش آزمایشگاهی بر انجام تحقیق در یک محیط محدود، مانند آزمایشگاه مشاوره، متمرکز است، جایی که تا حد امکان متغیرهای مزاحم کنترل می‌شوند (دابسون و کمپبل، ۱۹۸۶). در چنین شرایطی، برخی از محققان فکر می‌کنند که می‌توانند مطمئن‌ترین اطلاعات را به دست آورند. در واقع، محقق جان گاتمن دریافت که "آزمایشگاه عشق" او اطلاعات بسیار مرتب‌تری در مورد کیفیت روابط زوجین ارائه می‌دهد. با این حال، متخصصان پژوهش میدانی، بیشتر تحقیقات آزمایشگاهی را مصنوعی می‌دانند و معتقدند که نظریه‌ها و تکنیک‌های مشاوره به بهترین شکل در موقعیت‌های مشاوره واقعی، مانند مراکز و کلینیک‌های مشاوره، مشاهده و ثبت می‌شوند. آنها استدلال می‌کنند که این تنظیمات واقع‌بینانه هستند و نتایج احتمالاً برای سایر متخصصان قابل استفاده خواهند بود.

دومین تاکید بر پژوهش پایه در مقابل پژوهش کاربردی است. پژوهش پایه نظریه‌محور است و کسانی که آن را انجام می‌دهند "علاقه‌مند به بررسی یک معما یا مشکلی هستند که توسط نظریه پیشنهاد شده است" (فورسیث و استرانگ، ۱۹۸۶، ص. ۱۱۳). نمونه‌ای از آن پژوهشی است که بر تعداد دفعاتی تمرکز دارد که مشاوران مبتنی بر رویکرد راجرز از روش‌های بالینی بازتابی در مقابل روش‌های مواجهه‌ای استفاده می‌کنند.

جهت‌گیری پژوهش پایه -> نظریه

در مقابل، پژوهش کاربردی بر بررسی مشکلات عملی و به کارگیری یافته‌های آنها در مشکلات موجود تمرکز دارد. نمونه‌ای از پژوهش کاربردی، ارزیابی یک برنامه است که در آن اطلاعات مربوط به خدمات یک مرکز مشاوره از دریافت‌کنندگان جمع‌آوری و از نظر کارایی، اثربخشی و تأثیر بر جامعه تحت پوشش تجزیه و تحلیل می‌شود (استراموویچ و کوکر، ۲۰۰۷). تریسی (۱۹۹۱) یکی از راه‌های تمایز بین پژوهش پایه و کاربردی را ارائه می‌دهد.

پژوهش کاربردی بررسی می‌کند -> مشکلات عملی و موجود

سومین تأکید بر پژوهش فرآیند در مقابل پژوهش نتیجه است. به گفته هیل (۱۹۹۱)، پژوهش فرآیند بر آنچه "در جلسات مشاوره و درمان اتفاق می‌افتد" (ص. ۸۵) تمرکز دارد. او بیان می‌کند که شناسایی تغییرات در مشاوره "می‌تواند کاملاً طاقت‌فرسا و ناامیدکننده باشد" (هیل، ۱۹۸۲، ص. ۷). این پژوهش نیازمند صرف زمان و انرژی متمرکز بر چند متغیر، مانند واکنش‌های مشاور به مراجع است. میزان فرسودگی شغلی در بین پژوهشگران فرآیندگرا بالا است. با این حال، چنین پژوهشی در روشن کردن مشاوران در مورد پویایی‌های خود رابطه مشاوره ضروری است. نمونه‌ای از پژوهش فرآیند، کار آلن آیوی (۱۹۸۰) در ارزیابی اهمیت مهارت‌های مشاور در مراحل انتخابی مشاوره است. تمرکز پژوهش فرآیند -> آنچه در جلسات مشاوره اتفاق می‌افتد

با این حال، پژوهش نتیجه "تحقیق تجربی در مورد تأثیر مشاوره بر مراجعان است" (لامبرت، مسترز و اوگلز، ۱۹۹۱، ص. ۵۱). این پژوهش "با اندازه‌گیری قبل و بعد از درمان در مورد متغیرهای وابسته

مشخص، مشخص می‌شود" (هیل، ۱۹۸۲، ص. ۷). نمونه‌ای از پژوهش نتیجه می‌تواند اثر مشاوره فردمحور بر افراد افسرده باشد. پژوهش نتیجه بر نتایج تأکید دارد تا عواملی که آنها را تولید می‌کنند.

تمرکز پژوهش نتیجه -> بررسی تأثیر بر مراجعان قبل و بعد از مشاوره

چهارمین تأکید بر پژوهش کمی در مقابل پژوهش کیفی (یعنی تحقیق طبیعت‌گرایانه) است (ارفورد، ۲۰۱۵ الف). پژوهش کمی قیاسی و عینی است، معمولاً شامل اعداد است و درک ذهنی را تابع وضوح، دقت و قابلیت تکرار پدیده‌های عینی می‌کند. رویکرد کمی مبتنی بر یک سیستم مفهومی اثباتی - کاهشی است که "برای عینیت، خطی بودن، علت و معلول، قابلیت تکرار، قابلیت بازتولید، قابلیت پیش‌بینی و کمی‌سازی داده‌ها ارزش قائل است" (مرچنت و دوپوی، ۱۹۹۶، ص. ۵۳۸). دو طرح پژوهش کمی اساسی عبارتند از طرح آزمایشی و طرح پیمایشی (روزنتال، ۲۰۰۱). نمونه‌ای از پژوهش کمی که نتایج عملی نیز در رابطه با آنچه مشاوران واقعاً انجام می‌دهند به دست داد، شبکه پژوهش عملی (PRN) در سراسر کشور است که از طریق یک نظرسنجی، عملکرد روزانه متخصصان بهداشت روان را بررسی کرد (اسمیت، سکستون و بردلی، ۲۰۰۵).

پژوهش کمی (عینی، قیاسی) -> دو نوع طرح: آزمایشی و پیمایشی

در مقابل، پژوهش کیفی استقرایی، طبیعت‌گرایانه، سایبرنتیک و پدیدارشناختی است. این پژوهش تأکید اصلی را بر درک چارچوب‌های منحصربه‌فردی قرار می‌دهد که افراد از طریق آنها خود و محیط خود را معنا می‌کنند. این پژوهش در موقعیت‌هایی که نظریه و پژوهش وجود ندارد مفید است (مریم و تیزدل، ۲۰۱۶). پژوهش کیفی

بر درک یک موقعیت پیچیده اجتماعی بدون پارامترهای از پیش تعریف شده تمرکز دارد (کرسول، ۲۰۱۵؛ جنسیوس و روتر، ۱۹۹۸). علاوه بر این، "پژوهش کیفی بررسی می‌کند که افراد چه کاری انجام می‌دهند و چگونه آنچه را که رخ می‌دهد تفسیر می‌کنند، نه اینکه به دنبال الگوهای علت و معلول در یک محیط کنترل شده باشند" (مرچنت و دوپوی، ۱۹۹۶، ص. ۵۳۷). از بسیاری جهات، پژوهش کیفی به ویژه برای مشاوره مناسب است "زیرا محوریت روابط بین فردی، قلمرو آن [مشاوره] را تعریف می‌کند" (بریوس و لوکا، ۲۰۰۶، ص. ۱۷۵). به طور کلی، "پژوهش کیفی در مشاوره نیازمند تعهد دوگانه هم به ارائه خدمات و هم به تحقیق علمی در مورد آن ارائه است" (ص. ۱۸۱). این پژوهش در سال‌های اخیر به عنوان سهمی از مطالعات پژوهشی منتشر شده در مجله اصلی ACA، مجله مشاوره و توسعه (JCD) رشد کرده است (ارفورد و همکاران، ۲۰۱۱). به عنوان مثال، تقریباً تمام شماره اکتبر ۲۰۱۵ JCD بخش بزرگی را به مقالات پژوهش کیفی اختصاص داده بود.

پژوهش کیفی (استقرایی، طبیعت‌گرایانه، پدیدارشناختی) - مفید در جایی که نظریه و پژوهش وجود

ندارد؛ تمرکز بر موقعیت‌های پیچیده اجتماعی

روش‌های کیفی که اغلب استفاده می‌شوند عبارتند از پژوهش میدانی، مطالعات موردی، روایت‌ها، مصاحبه‌های عمیق و تاریخچه زندگی. مارک ساویچکاس (۲۰۰۵) در استفاده از روش مشاوره روایتی برای کمک به مراجعان در تطبیق کار با زندگی‌شان، به جای تطبیق خودشان با مشاغل، استاد پژوهش کیفی ثابت شده است. رویکرد او به زندگی مراجع به عنوان یک رمان در حال نوشتن نگاه می‌کند. این رویکرد بر مضامین تکرارشونده‌ای تأکید دارد که نشان می‌دهد مراجع چگونه از کار برای پیشبرد پروژه‌های زندگی خود استفاده می‌کند.

بنابراین، تأکید این دو رویکرد به دلیل اهداف هر یک و فرضیات متفاوتی که هر یک در مورد اهداف پژوهش دارند، متفاوت است (می، ۱۹۹۶؛ مک‌لئود، ۲۰۱۵). پژوهش کمی و کیفی به خودی خود بر یکدیگر برتری ندارند. بلکه استفاده از هر یک بستگی به این دارد که چه سوالی پرسیده می‌شود و به چه دلیلی. نقطه قوت

اصلی پژوهش کمی تأکید آن بر تجزیه و تحلیل حجم زیادی از داده‌ها به روشی واضح و ریاضی است. نقطه قوت اصلی پژوهش کیفی روشی است که جنبه‌های ظریف، فردمحور، رشدی و تجربی گزارش شده مشاوره را در بر می‌گیرد (کرسول، ۲۰۱۵؛ دنزین و لینکلن، ۲۰۱۱؛ مرتن، ۲۰۱۵).

مشاوره به آرامی به سمت پذیرش پژوهشی پیش می‌رود که هم کیفی (در مقابل کمی) و هم بیشتر میدانی (در مقابل آزمایشگاهی) باشد (گلدمن، ۱۹۹۲؛ واتکینز و اشنایدر، ۱۹۹۱). مراجعان در فرآیند مشاوره فعال دیده می‌شوند نه منفعل (جلسو، ۱۹۸۵؛ هاوارد، ۱۹۸۵). به طور کلی، تأکید جامع‌تری در پژوهش مشاوره با پژوهش ترکیبی (ترکیب پژوهش کیفی و کمی) به عنوان یک پدیده رو به رشد پیشنهاد می‌شود (فرلز و اونگبوزی، ۲۰۱۳). "ترکیب یا ادغام رویکردهای پژوهش کمی و کیفی به محققان، از جمله محققان حوزه مشاوره، این امکان را می‌دهد که در تکنیک‌های تحقیقی خود انعطاف‌پذیرتر، یکپارچه‌تر، جامع‌تر و دقیق‌تر باشند، زیرا سعی می‌کنند به طیف وسیعی از سوالات پژوهشی پیچیده که در حال ظهور هستند، پاسخ دهند. به طور خاص، پژوهش ترکیبی به محققان مشاوره کمک می‌کند تا به غنی‌سازی مشارکت‌کنندگان، دقت ابزار، یکپارچگی درمان و افزایش اهمیت دست یابند" (لیچ و اونگبوزی، ۲۰۱۰، ص. ۶۶).

روش‌های اصلی پژوهش

روش‌های پژوهشی که مشاوران انتخاب می‌کنند، توسط سؤالاتی که سعی در پاسخ دادن به آنها دارند، علایق خاص آنها و میزان زمان و منابعی که برای مطالعه در دسترس دارند، تعیین می‌شود (هپنر و همکاران، ۲۰۱۶). روش‌ها باید خدمتگزار پژوهش باشند، نه ارباب آن (اسمیت، ۱۹۸۱). هیچ روشی برای تمام تلاش‌های پژوهشی مناسب نیست. در واقع، همانطور که اولسن (۱۹۸۳) بیان می‌کند، "توسعه و روشن کردن یک سوال پژوهشی یک فرآیند آهسته و طاقت‌فرسا است" (ص. ۳۶۱). یک سوال پژوهشی زمینه‌ای را فراهم می‌کند که در آن فرد شروع به در نظر گرفتن یک روش می‌کند. در بیشتر موارد، یک سوال پژوهشی در مورد وضعیت امور در حوزه

مشاوره است (لافونت و بارتوس، ۲۰۰۲). پس از تصمیم‌گیری در مورد یک سوال، می‌توان یک روش کمی یا کیفی را انتخاب کرد.

روش‌ها و راه‌های به دست آوردن داده‌ها ممکن است برای پژوهش‌های انجام شده در مشاوره فردی، گروهی یا زوج/خانواده متفاوت باشد. یک استراتژی پژوهشی که "نیروی راهنما یا زیربنایی است که یک پروژه پژوهشی را هدایت می‌کند"، هدفش قرار دادن محقق "در مساعدترین موقعیت ممکن" است (هاسبند و فاستر، ۱۹۸۷، ص. ۵۳). روش پژوهش اصلی را می‌توان از بین روش‌هایی انتخاب کرد که داده‌ها را از دیدگاه‌های تاریخی، توصیفی یا تجربی ارائه می‌دهند (ارفورد، ۲۰۱۵ الف؛ واک و لوش، ۲۰۰۱). رویه‌های مورد استفاده در این روش‌ها متقابلاً منحصر به فرد نیستند. به عنوان مثال، تریسی (۱۹۸۳) گزارش می‌دهد که پژوهش N از ۱، که بر مطالعه یک واحد کیفی منفرد (مانند یک فرد) تمرکز دارد، ممکن است در مطالعات تاریخی، مطالعات موردی و مطالعات طراحی فشرده به کار رود. چنین پژوهشی ممکن است هم تداعی‌گر و هم تجربی باشد. این واقعیت که این و سایر روش‌های پژوهش بسیار انعطاف‌پذیر هستند، به محققان آزادی عمل بیشتری در برنامه‌ریزی استراتژی‌های خود و انجام مطالعاتشان می‌دهد.

تأمل شخصی

با توجه به آنچه اکنون در مورد مشاوره می‌دانید، به یافتن پاسخ چه سوالاتی بیشتر علاقه‌مند هستید؟ آیا فکر می‌کنید سوالات شما ممکن است به بهترین وجه از طریق روش‌های پژوهش کیفی یا کمی پاسخ داده شوند؟

روش‌های تاریخی. پژوهش تاریخی تا حد زیادی در مشاوره نادیده گرفته شده است (گلدمن، ۱۹۷۷). دلایل متعددی برای این امر وجود دارد، اما از مهمترین آنها ارتباط پژوهش تاریخی با روان‌تاریخ‌نگاری است (فری، ۱۹۷۸). روان‌تاریخ‌نگاری ارتباط نزدیکی با نظریه روانکاوی داشته است و سودمندی آن به عنوان راهی برای درک افراد و رویدادها مورد تردید قرار گرفته است (تورسن، ۱۹۷۸). با این حال، روان‌تاریخ‌نگاری که توسط

اریک اریکسون (۱۹۵۸) و گروه ول فلیت (که اعضای آن شامل کنت کنیستون و رابرت کولز بودند) انجام شده است، شامل دو جنبه است:

۱. تجربه و گزارش رویدادها و رویه‌های دوران گذشته که بر توسعه این حرفه تأثیر گذاشته‌اند، و

۲. تکمیل نظریه‌های فعلی و تولید فرضیه‌های پژوهشی جدید.

بیشتر مجلات مشاوره، تعامل خود با پژوهش تاریخی را به چاپ آگهی‌های درگذشت مشاوران برجسته و مصاحبه با پیشگامان این حرفه محدود می‌کنند (هپنر، ۱۹۹۰ الف، ۱۹۹۰ ب). اگرچه روش‌های مورد استفاده در پژوهش تاریخی معمولاً کمتر دقیق و بیشتر کیفی از روش‌های مورد استفاده در سایر پژوهش‌ها هستند، اما نتایج جالب و روشنگری تولید می‌کنند. آنها جایگاه مهمی در درک افراد دارند، همانطور که در مطالعات ایدیوگرافیک گوردون آلپورت در مورد صفات و شخصیت نشان داده شده است. این رویکرد به پژوهش به وضوح برای توسعه بیشتر باز است.

روش‌های توصیفی. پژوهش توصیفی بر ترسیم عوامل موجود در یک حرفه تمرکز دارد. این پژوهش دارای سه زیرمجموعه است: پیمایش‌ها، مطالعات موردی و مطالعات مقایسه‌ای.

پیمایش‌ها. پیمایش‌ها یکی از محبوب‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد وقوع رفتارها و توصیف ویژگی‌های آن دسته از رفتارها هستند که به خوبی درک نشده‌اند (هپنر و همکاران، ۲۰۱۶). پیمایش‌ها شبیه به سایر روش‌های پژوهش هستند: آنها با تدوین یک سوال پژوهشی آغاز می‌شوند، سپس فرضیه‌ها را تولید می‌کنند، یک طرح پژوهشی را انتخاب می‌کنند و داده‌ها را جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل می‌کنند (کرلینگر و لی، ۲۰۰۰). داده‌های پیمایش را می‌توان به پنج روش جمع‌آوری کرد: مصاحبه‌های شخصی، پرسشنامه‌های پستی، پرسشنامه‌های آنلاین، مصاحبه‌های تلفنی و اقدامات غیرواکنشی مانند سوابق یا

آرشیوهای موجود (فاولر، ۲۰۱۴). داده‌ها به صورت ساختاریافته یا غیرساختاریافته با یک مقطع عرضی از افراد (افراد زیاد در یک زمان) یا به صورت طولی (همان افراد در دو یا چند زمان) جمع‌آوری می‌شوند.

اگر پژوهش پیمایشی به درستی انجام شود، می‌تواند اطلاعات زیادی در مورد نحوه درک مراجعان از آنها و برنامه‌هایشان در اختیار مشاوران قرار دهد. پیمایش‌ها همچنین می‌توانند اطلاعاتی در مورد نیازهای مراجعان یا روندهای موجود در حوزه مشاوره ارائه دهند (هپنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ هوزی، ۱۹۹۴). پرسشنامه‌های آنلاین، به

ویژه استفاده از SurveyMonkey (<http://www.surveymonkey.com>) و Zoomerang

(<http://www.zoomerang.com>)، در سال‌های اخیر محبوبیت فزاینده‌ای پیدا کرده‌اند و به احتمال زیاد ادامه خواهند یافت. آنها راحت، نسبتاً ارزان و تجزیه و تحلیل داده‌های سریع و آسان فهم را ارائه می‌دهند.

با این وجود، چهار مشکل عمده اغلب پژوهش‌های پیمایشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- اول، ابزارهای پیمایشی ممکن است به خوبی طراحی نشده باشند.
- دوم، ممکن است نرخ بازگشت بسیار بالایی نداشته باشند.
- سوم، نمونه مورد بررسی گاهی غیرتصادفی و غیرنماینده جمعیت است. در هر یک از این سه مورد، نتایج اساساً بی‌فایده هستند زیرا طراحی و روش‌شناسی پژوهش پیمایشی فاقد دقت لازم است (فونگ، ۱۹۹۲).

- مشکل نهایی پژوهش پیمایشی (یا تقریباً هر پژوهشی به همین منوال) این است که می‌تواند پرهزینه باشد (رابینسون، ۱۹۹۴)، به ویژه اگر شامل تعداد زیادی از افراد باشد.

تأثیر اجتماعی پژوهش‌های پیمایشی خوش‌فکر و خوش‌اجرا در کار کینزی در مورد رفتارهای جنسی مردان و زنان مشهود است. پیمایش هیئت ملی مشاوران دارای گواهینامه (NBCC) در مورد برنامه‌های آموزش مشاور که

در اصل توسط جو هالیس آغاز شد، نمونه‌ای از سودمندی این روش برای مشاوره است. هر چند سال یکبار هالیس و اکنون NBCC، اطلاعاتی را برای یک فهرست منتشر شده از برنامه‌های آموزش مشاور جمع‌آوری می‌کنند. این پیمایش از نظر تأکید کمی است و داده‌های مرتبطی در مورد روندهای ملی برنامه در مشاوره ارائه می‌دهد.

مطالعات موردی. مطالعه موردی تلاش برای درک یک واحد، مانند یک فرد، گروه یا برنامه، از طریق یک تحقیق فشرده و نظام‌مند از آن واحد به صورت طولی است. تقریباً هر پدیده‌ای را می‌توان با استفاده از روش مطالعه موردی بررسی کرد (لیدی و اورمرو، ۲۰۱۶). برخی از مطالعات موردی به روش‌های خودگزارشی متکی هستند که چندان قابل اعتماد نیستند؛ برخی دیگر شامل تحقیق طبیعت‌گرایانه هستند که در آن مطالعه در طول یک دوره زمانی گسترش می‌یابد. مشکلات موجود در پژوهش طبیعت‌گرایانه بسیار زیاد است و شامل مسائلی مانند آنچه پژوهش خوب را تشکیل می‌دهد، هزینه بالای نیروی کار، مشکلات ایجاد علیت و محدودیت در تعمیم نتایج است. علاوه بر این، چنین پژوهشی اغلب مشکلات سوگیری مشاهده شده و اثر هاله‌ای (یک مشاهده مطلوب که به کل فرد یا موقعیت تعمیم داده می‌شود) را نشان می‌دهد (گلدمن، ۱۹۷۷).

مطالعات مقایسه‌ای. مطالعات پژوهشی مقایسه‌ای (که مطالعات همبستگی نیز نامیده می‌شوند) پیوندی بین روش‌های مطالعه تاریخی/موردی و طرح‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی ایجاد می‌کنند. آنها مقایسه‌های جهت‌دار و کمی بین مجموعه‌های داده انجام می‌دهند. چنین مطالعاتی غیردستکاری‌گر هستند (کوزبی و بیتس، ۲۰۱۵). آنها صرفاً شباهت‌ها در تغییرات بین عوامل را بدون تلاش برای تشخیص روابط علت و معلولی یادداشت می‌کنند. نمونه‌ای از چنین مطالعه‌ای رابطه بین نمرات یک آزمون دینداری با نمرات ابزارهای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف سلامت روان است (گلادینگ، لوئیس و آدکینز، ۱۹۸۱). یکی از یافته‌های اصلی این مطالعه این بود که افرادی که در آزمون دینداری نمره بالایی کسب کردند، در ابزارهای سلامت روان نیز نمره بالایی

کسب کردند. نتایج نشان نمی‌دهد که دینداری باعث بهبود سلامت روان فرد می‌شود؛ بلکه صرفاً جهت نمرات را مقایسه می‌کند. هر مطالعه‌ای که اندازه‌گیری‌ها را به این روش مقایسه می‌کند، نمونه‌ای از پژوهش مقایسه‌ای است.

روش‌های آزمایشی. روش‌های پژوهش آزمایشی برای توصیف، مقایسه و تجزیه و تحلیل داده‌ها در شرایط کنترل شده به کار می‌روند (هپنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ مک‌لئود، ۲۰۱۵). روش‌های آزمایشی مورد استفاده در پژوهش مشاوره ریشه در علوم طبیعی دارند. هدف از استفاده از این روش‌ها تعیین اثر یک متغیر بر متغیر دیگر با کنترل سایر عواملی است که ممکن است اثر را توضیح دهند. به عبارت دیگر، پژوهشگرانی که از این روش استفاده می‌کنند، به دنبال تعیین علیت هستند. برای انجام این کار، آنها متغیرهای مستقل و وابسته را تعریف می‌کنند. متغیر مستقل متغیری است که توسط پژوهشگر دستکاری می‌شود، مانند درمان. متغیر وابسته متغیری است که اثر بالقوه در آن ثبت می‌شود، مانند رفتار مراجع. پژوهشگر فرض می‌کند که اگر اثر سایر عوامل حذف شود، هر تغییری در متغیر وابسته نتیجه متغیر مستقل خواهد بود. نمونه‌هایی از متغیرهای مستقل در مشاوره ممکن است سن، جنسیت، جذابیت شخصی یا ظاهر فیزیکی مشاور باشد. نمونه‌هایی از متغیرهای وابسته واکنش‌های مراجع به این ویژگی‌های مشاور است، مانند میزان آرامش، همکاری و پاسخگویی کلی در محیط مشاوره. این واکنش‌ها را می‌توان با روش‌های مختلفی اندازه‌گیری کرد، از جمله تجزیه و تحلیل نوار صوتی یا تصویری یا مصاحبه یا پرسشنامه پس از مشاوره.

کوهن (۱۹۹۰) دو اصل کلی را برای کسانی که پژوهش با متغیرهای مستقل و وابسته انجام می‌دهند توصیه می‌کند: کمتر، بیشتر است و ساده بهتر است. هرچه متغیرهای کمتری برای پیگیری وجود داشته باشد و هرچه واضح‌تر بتوان آنها را گزارش کرد (مثلاً از طریق نمودارها)، درک اهمیت مطالعات پژوهشی مشاوره برای پژوهشگران و مصرف‌کنندگان آسان‌تر است.

در انجام پژوهش آزمایشی، کنترل متغیرهای مخدوش کننده (متغیرهایی که یک مطالعه را بی اعتبار می کنند، مانند یک گروه از مراجعان که سالم تر از گروه دیگر هستند) ضروری است. یکی از رایج ترین راه های کنترل متغیرهای بالقوه مخدوش کننده، ایجاد گروه های آزمایشی و کنترل معادل است. هنگامی که متغیر مستقل برای گروه آزمایشی دستکاری می شود در حالی که برای گروه کنترل ثابت نگه داشته می شود، اثر متغیر مستقل را می توان با مقایسه داده های پس از آزمایش برای دو گروه تعیین کرد. کمپبل و استنلی (۱۹۶۳) مشکلات موجود در پژوهش های آزمایشی و شبه آزمایشی را به تفصیل شرح می دهند؛ متن کلاسیک آنها به خوانندگانی که مایل به پیگیری بیشتر این موضوع هستند توصیه می شود.

پژوهش آزمایشی سنتی شامل مطالعات مقایسه گروهی بوده است. از دهه ۱۹۷۰، پژوهش تک موضوعی، که معمولاً به عنوان پژوهش N از ۱ (یعنی $n = 1$) شناخته می شود، در حوزه مشاوره به طور فزاینده ای پذیرفته شده است. طرح پژوهش تک موردی (SCRD) یک روش عملی و قابل اجرا برای ارزیابی اثربخشی مداخلاتی که رفتار، احساسات، ویژگی های شخصی و سایر سازه های مرتبط با مشاوره مورد علاقه را هدف قرار می دهند، در اختیار متخصصان و پژوهشگران مشاوره قرار می دهد (ری، ۲۰۱۵). "اساساً، یک مطالعه پژوهشی $n = 1$ مطالعه ای است که در آن داده های یک شرکت کننده منفرد (به جای یک گروه) محور طراحی پژوهش هستند" (شارپلی، ۲۰۰۷، ص. ۳۵۰). استفاده از یک SCRD دقیق مستقیماً به سوال مبتنی بر شواهد پاسخ می دهد: چه چیزی برای چه کسی و تحت چه شرایطی کار می کند؟ "SCRD از مطالعات موردی از طریق تمرکز بر دستکاری متغیر مستقل (یعنی مداخله مشاوره)" (ری، ۲۰۱۵، ص. ۳۹۴) که نشانه طراحی آزمایشی است، متمایز می شود.

طرح های پژوهش تک موردی دارای تعدادی مزیت هستند. از جمله این مزایا می توان به موارد زیر اشاره کرد:

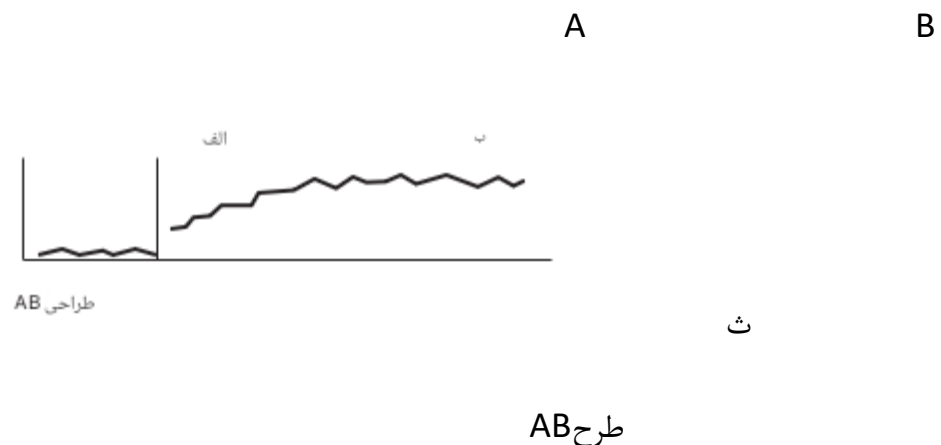
- آنها فاقد نظریه هستند، بنابراین به مشاوران با هر گرایشی اجازه استفاده از آنها را می دهند.

- آنها انعطاف‌پذیر و مناسب برای استفاده در محیط‌های عملی هستند.
 - آنها ممکن است اثربخشی مشاوره را بهبود بخشند.
 - آنها نیازی به استفاده از روش‌های آماری ندارند.
 - آنها شواهد علمی مؤثری تولید می‌کنند که منجر به اعتبار حرفه‌ای می‌شود.
 - آنها "با استانداردهای CACREP که بر افزایش تأکید بر پژوهش، پاسخگویی و روش‌شناسی‌های پژوهشی متنوع در مدل دانشمند-متخصص آماده‌سازی مشاور تأکید دارند، سازگار هستند" (لوندروولد و بلوود، ۲۰۰۰، ص. ۱۰۰).
- میلر (۱۹۸۵، ص. ۴۹۱) شش مزیت عمده پژوهش تک‌موضوعی را نسبت به مطالعات گروهی سنتی خلاصه می‌کند. (مطالعه او برگرفته از هیل، کارتر و اوفارل [۱۹۸۳] و سو [۱۹۷۸] ب است.)
۱. توصیف دقیق‌تری از آنچه بین مشاور و مراجع رخ می‌دهد، ارائه می‌دهد.
 ۲. نتایج مثبت و منفی را می‌توان بر اساس داده‌های فرآیند درک کرد.
 ۳. معیارهای نتیجه را می‌توان با مشکلات خاص مراجع تنظیم کرد.
 ۴. امکان مطالعه یک پدیده نادر یا غیرمعمول را فراهم می‌کند.
 ۵. به اندازه کافی انعطاف‌پذیر است که امکان استفاده از رویه‌های جدید در تشخیص و درمان را فراهم می‌کند.
 ۶. می‌توان از آن برای ارزیابی اثربخشی یک استراتژی مداخله بر یک مراجع منفرد استفاده کرد.

یک مشکل بالقوه در مطالعات تک‌موضوعی این است که "هنگامی که پس از یک دوره درمان استاندارد که مؤثر نبوده است استفاده می‌شوند." ممکن است بهبودی کلی رخ دهد که هیچ ارتباطی با درمان مورد استفاده نداشته باشد، بلکه بازگشت به میانگین است (یعنی "تمایل یک مقدار افراطی هنگام اندازه‌گیری مجدد به نزدیکتر شدن به میانگین"؛ آلدريج، ۱۹۹۴، ص. ۳۳۷). برای غلبه بر این مشکل، به ویژه اگر دارو درگیر باشد، محقق ممکن است یک دوره شستشو را در نظر بگیرد: زمانی که هیچ درمانی رخ نمی‌دهد و فرصتی برای اثرات قبلی (مانند دارو) برای ترک بدن به روش‌های طبیعی وجود دارد.

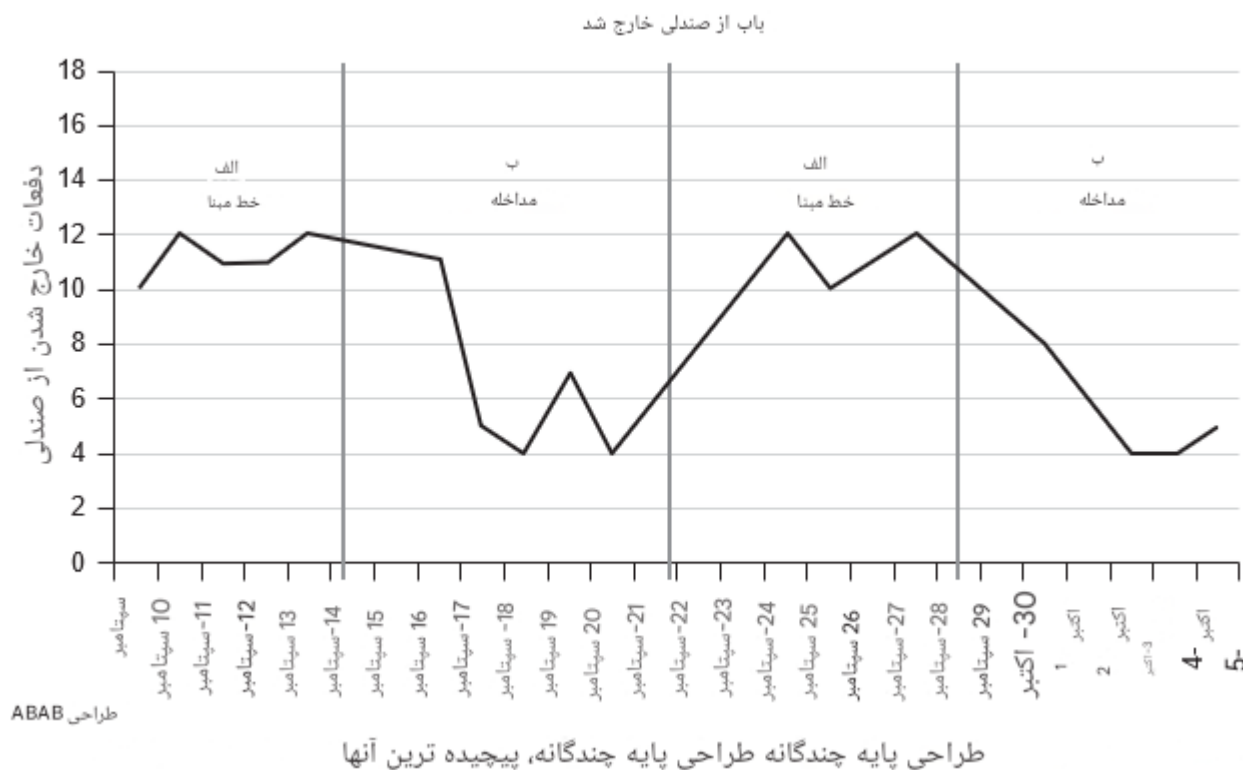
سه طرح آزمایشی فشرده که بر افراد تمرکز دارند عبارتند از سری زمانی ساده، طرح معکوس و طرح چند خط پایه.

سری زمانی ساده. سری زمانی ساده، رایج‌ترین روش طراحی آزمایشی فشرده، به عنوان طرح AB (شارپلی، ۲۰۰۷) شناخته می‌شود. ابتدا، یک خط پایه (A) با مشاهده و ثبت وقوع رفتار هدف توسط مراجع هر روز ایجاد می‌شود. سپس یک استراتژی مداخله (B) معرفی می‌شود. مراجع به همان روش قبلی به ثبت رفتار هدف ادامه می‌دهد. بروز رفتار هدف در این دو دوره مقایسه و روندها یادداشت می‌شوند. با رسم نتایج، مشاوران می‌توانند تعیین کنند که آیا استراتژی مداخله تأثیری داشته است یا خیر.



طرح معکوس. طرح معکوس پیچیده‌تر از یک سری زمانی ساده است. این طرح شامل یک معکوس—طرح ABAB—است. قسمت اول همانند سری زمانی ساده اجرا می‌شود، اما استراتژی مداخله (B) پس از مدتی متوقف می‌شود و یک خط پایه و مداخله دوم دنبال می‌شود. "اگر دوره مداخله دوم نتایج متناسب با دوره مداخله اول به دست آورد، آنگاه می‌توان با اطمینان فرض کرد که خود استراتژی باعث تغییرات در سطح تعاملات ایجاد شده است" (هوبر، ۱۹۸۰، ص. ۲۱۲).

A B A B



طرح ABAB

طرح چند خط پایه. طرح چند خط پایه، پیچیده‌ترین این طرح‌های آزمایشی است و امکان تعمیم بیشتر نتایج را فراهم می‌کند. سه نوع طرح پژوهشی چند خط پایه وجود دارد: بین افراد، بین موقعیت‌ها و بین رفتارها

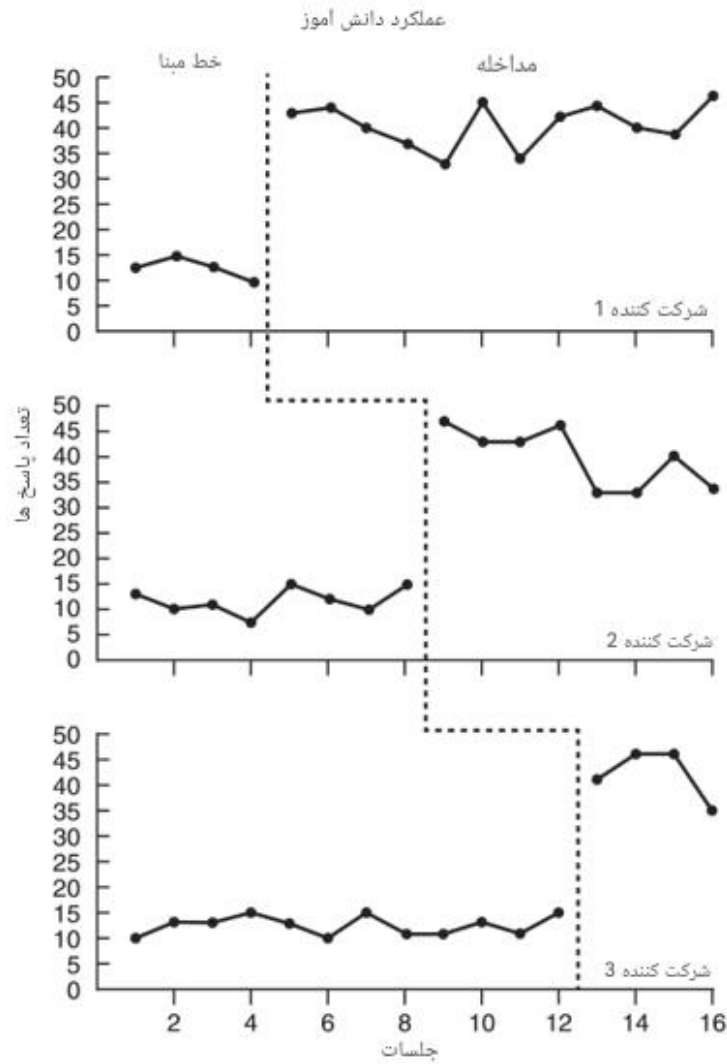
(میلتنبرگر، ۲۰۱۶). هر یک بر یک تمرکز متفاوت تأکید دارند. ویژگی مشترک هر سه این است که مداخله در ابتدا با یک فرد، موقعیت یا رفتار منتخب به کار گرفته می‌شود در حالی که پژوهشگر به جمع‌آوری داده‌های خط پایه در مورد سایر افراد، موقعیت‌ها یا رفتارها ادامه می‌دهد. هنگامی که استراتژی‌های مداخله به جمعیت‌های خط پایه گسترش می‌یابد، مشاوران می‌توانند قدرت مداخله را واضح‌تر ببینند. مانند سایر طرح‌ها، رسم نتایج مهم است.

خط پایه ۱ مداخله

خط پایه ۲ خط پایه ۲ مداخله

خط پایه ۳ خط پایه ۳ خط پایه ۳ مداخله

فصل ۱۱. ارزشیابی و تحلیل ۲۷۱



طراحی پایه چندگانه

طرح چند خط پایه

به طور کلی، پنج مرحله در طرح‌های آزمایشی فشرده بر روی افراد وجود دارد:

۱. شناسایی یک مشکل قابل مشاهده که بتوان تغییرات آن را نظارت کرد.

۲. جمع‌آوری داده‌های خط پایه.

۳. تصمیم‌گیری در مورد مداخله مورد مطالعه.

۴. اجرای استراتژی مداخله در یکی از سه طرح پژوهشی.

۵. ارزیابی تغییرات، در صورت وجود، در رفتار هدف.

شناسایی مشکل < جمع‌آوری داده‌های خط پایه < تصمیم‌گیری در مورد مداخله < اجرای مداخله < ارزیابی تغییرات

روش‌های اصلی پژوهش

تاریخی	توصیفی	آزمایشی
روان‌تاریخ‌نگاری	پیمایش‌ها	پژوهش تک‌موضوعی ($n = 1$)
	مطالعات موردی	طرح‌های آزمایشی
	مطالعات مقایسه‌ای	(الف) سری زمانی ساده (AB)
		(ب) طرح معکوس (ABAB)
		(ج) طرح چندگانه (بین افراد، موقعیت‌ها و رفتارها)

رهنمودهایی برای استفاده از پژوهش

مشاورانی که از پژوهش به عنوان مبنایی برای عملکرد خود استفاده می‌کنند، می‌توانند از رهنمودهای خاصی پیروی کنند. این رهنمودها شامل تشخیص نقاط قوت و ضعف روش‌های پژوهش، دقت در تعریف دقیق اصطلاحات و عدم تعمیم بیش از حد دامنه یافته‌های خاص است. چنین رویه‌هایی به مصرف‌کنندگان کمک می‌کند تا مطالعات را تا حد امکان به صورت عینی ارزیابی کنند تا بتوانند نتایج را ماهرانه‌تر و اخلاقی‌تر به کار گیرند.

مثال موردی

پژوهش تک‌موضوعی شانون

شانون مجذوب ایده انجام پژوهش تک‌موضوعی شده بود. او فکر می‌کرد این روش آسان‌تر و ساده‌تر از هر نوع روش کمی است. او به ویژه علاقه‌مند بود که مراجعان و مشاوران چگونه آنچه را که در یک جلسه مشاوره اتفاق می‌افتد، درک می‌کنند، به ویژه پس از خواندن برخی از رمان‌های ایلوم در مورد افراد در درمان. شانون تعجب می‌کرد که آیا می‌تواند موضوع پژوهش خودش باشد. به هر حال، او حساس، با درک، باهوش و مشتاق بود. او می‌دانست که می‌تواند یک گزارش کتبی خوب از آزمایش نیز تهیه کند.

آیا غیراخلاقی خواهد بود که شانون موضوع پژوهش خودش شود؟ آیا عادلانه خواهد بود؟ مزایا و معایب آن چیست؟

چندین نویسنده نگران ارزیابی عادلانه تفاوت‌های جنسیتی بوده‌اند (مک‌هیو، کوئسکه و فریزه، ۱۹۸۶؛ ویکفیلد، ۱۹۹۲). آلت‌مایر، گرینر و گریفین-پیرسون (۱۹۸۸، ص. ۳۴۶) برخی از مهمترین توصیه‌ها را در این زمینه ارائه می‌دهند.

- خوانندگان باید به ارزش‌هایی که مطالعات پژوهشی خاص بر اساس آنها استوار هستند، توجه کنند.
- مشاوران باید به دنبال یافته‌هایی باشند که با تجربیات آنها مطابقت داشته باشد و یافته‌هایی که در محیط‌ها و مطالعات مختلف همگرا هستند.
- مصرف‌کنندگان پژوهش نباید موضوعات مهم برای زنان، مانند بارداری، را نادیده بگیرند.
- نباید فرض شود که تفاوت‌های بین مردان و زنان در امتداد یک پیوستار به صورت دوقطبی قرار می‌گیرد.
- هنگام مطالعه پژوهش‌های مربوط به تفاوت‌های جنسیتی، باید بزرگی اثرات در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر، خواننده باید توجه کند که چه میزان از واریانس در رفتار مشاهده شده توسط اهمیت تفاوت جنسیتی توضیح داده می‌شود.
- در تحلیل نهایی، مشاورانی که از پژوهش استفاده می‌کنند باید این کار را در رابطه با مهارت‌هایی که در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی و آموزش مداوم خود کسب کرده‌اند، انجام دهند. متخصصان بالینی باید روش‌شناسی پژوهش را به خوبی مطالعه کنند تا عملکرد آنها فقط بهترین دانش حرفه‌ای موجود را منعکس کند. علاوه بر این، آنها باید از شیوه‌های پژوهشی مشکوک مانند شیوه‌های سهل‌انگارانه یا بی‌دقت، انجام اشتباهات آماری قابل اجتناب، تخصیص نامناسب نویسندگی و عدم دقت در منابع خود خودداری کنند (دیویس، وستر و کینگ، ۲۰۰۸).

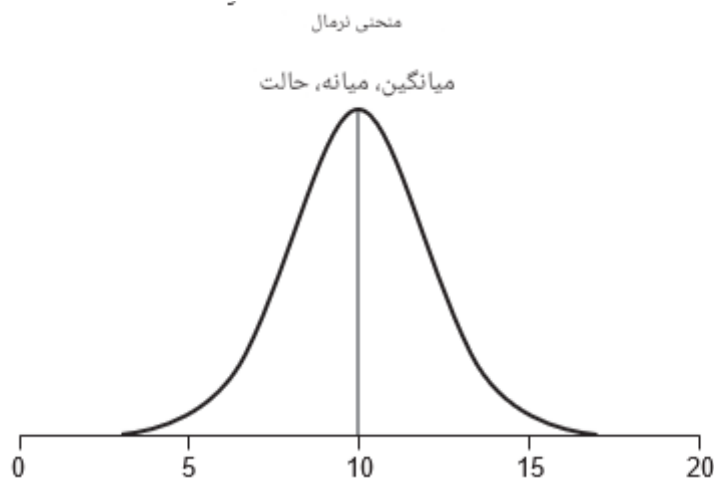
آمار

آمار و آزمون‌های آماری برای اولین بار در اوایل دهه ۱۹۰۰ برجسته شدند (تامپسون، ۲۰۰۲). از آن زمان تاکنون، آنها هم مایه حیات و هم مایه عذاب متخصصان کمک‌رسان مانند مشاوران بوده‌اند. چه مشاوران به انجام

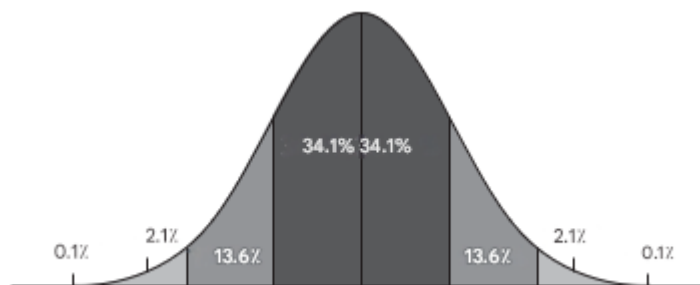
پژوهش‌های دارای اهمیت آماری جذب شوند یا نشوند، همه مشاوران باید از چندین ابزار پژوهشی مانند کتابخانه‌ها و منابع آنها، رایانه‌ها و نرم‌افزارهای آنها، تکنیک‌های اندازه‌گیری و آمار آگاه باشند. آمار بخش ثابتی از ارزیابی و پژوهش نیست و استفاده از آمار چیزی نیست که یک مطالعه خوب را "می‌سازد" یا "خراب می‌کند" (لیدی و اورمروود، ۲۰۱۶). بلکه، آمار صرفاً ابزاری برای پژوهشگران است تا در تجزیه و تحلیل و تفسیر یافته‌ها و انتقال آن یافته‌ها به دیگران از آن استفاده کنند. همانطور که بارکلی (۱۹۸۲) تأکید می‌کند، "ممکن است یک پژوهشگر خوب باشید و هیچ چیز در مورد تکنیک‌های آماری پیچیده ندانید. همچنین ممکن است اطلاعات زیادی در مورد آمار داشته باشید و یک پژوهشگر متوسط یا ضعیف باشید" (ص. ۳۲۷). تمایز بین پژوهش و آمار مهم است.

مفاهیم آماری

برخی مفاهیم آماری وجود دارد که هر مشاور برای خواندن و ارزیابی هوشمندانه گزارش‌های پژوهشی باید بداند. یکی از آنها معیارهای گرایش مرکزی است—یعنی میانه، میانگین و مد. همه این معیارها معانی مختلفی از اصطلاح میانگین را در بر می‌گیرند (لافونتن و بارتوس، ۲۰۰۲). میانه نقطه میانی توزیع نمرات است که از بالاترین به پایین‌ترین رتبه بندی شده‌اند. میانگین میانگین حسابی نمرات است. مد نمره یا اندازه‌گیری است که بیشتر از همه در یک توزیع رخ می‌دهد. در یک جمعیت با توزیع نرمال واقعی (که می‌توان آن را به صورت منحنی زنگوله‌ای یا نرمال رسم کرد)، میانه، میانگین و مد یکسان هستند. با این حال، در واقعیت، این وضعیت به ندرت رخ می‌دهد.



دو مفهوم آماری مهم دیگر انحراف معیار و روش نمونه‌گیری هستند. **انحراف معیار** معیاری از پراکندگی نمرات حول میانگین آنها است. این معیار نشان می‌دهد که چه میزان تغییرپذیری پاسخ در یک مجموعه نمرات منعکس شده است؛ یعنی معیاری از همگن بودن یک گروه است. هرچه انحراف معیار بزرگتر باشد، تغییرپذیری بین افراد بیشتر است (ثورندایک و ثورندایک-کریست، ۲۰۱۰). انحراف معیار در یک منحنی نرمال، که نادر است، به شرح زیر است.



نمونه‌گیری مهم است زیرا تعیین می‌کند که یافته‌های پژوهش چقدر قابل استفاده هستند. اگر یک نمونه به طور مناسب جمعیتی را که بر اساس آن انتخاب شده است، نشان ندهد، نتایج را نمی‌توان قابل استفاده برای آن جمعیت در نظر گرفت. هنگامی که نمونه‌ها به روشی نماینده و تصادفی انتخاب می‌شوند، نتایج را می‌توان با اطمینان به جمعیت تعمیم داد.

روش‌های آماری

آمار توصیفی، همبستگی و استنباطی سه روش آماری هستند که بیشترین استفاده را در پژوهش دارند (مرتین، ۲۰۱۵).

- **آمار توصیفی** به معنای واقعی کلمه ویژگی‌های یک نمونه را توصیف می‌کند. این ابزارها، که برای سازماندهی و خلاصه کردن داده‌ها استفاده می‌شوند، در تجزیه و تحلیل پژوهش تک‌موضوعی و صرفاً توصیف جمعیت‌ها نیز به کار می‌روند (کرسول، ۲۰۱۵). میانگین و انحراف معیار نمونه‌هایی از آمار توصیفی هستند.
 - **آمار همبستگی** قدرت و ارتباط روابط را توصیف می‌کند—به عنوان مثال، قدرت رابطه بین نگرش فرد نسبت به مواد مخدر و مصرف واقعی مواد مخدر (کرسول، ۲۰۱۵).
 - **آمار استنباطی** امکان مقایسه گروهی را فراهم می‌کند یا پیش‌بینی‌هایی در مورد کل جمعیت از یک نمونه معین انجام می‌دهد. این آمار تعیین می‌کند که آیا نتایج پژوهش ناشی از شانس است یا ناشی از درمان متغیرها در یک مطالعه (کوزبی و بیتس، ۲۰۱۵).
- تعدادی آزمون آماری برای اندازه‌گیری احتمال وقوع تغییر تصادفی در یک طرح پژوهش آزمایشی ابداع شده است. دو دسته کلی از آزمون‌ها برای این منظور استفاده می‌شوند: پارامتری و ناپارامتری.
- **آزمون‌های پارامتری** معمولاً قوی‌تر هستند. آزمون‌های پارامتری زمانی استفاده می‌شوند که تصور شود جمعیتی که توصیف می‌شود دارای ویژگی‌های توزیع شده یکنواخت است که می‌تواند توسط یک منحنی زنگوله‌ای نشان داده شود. نمونه‌هایی از آزمون‌های پارامتری عبارتند از همبستگی گشتاوری حاصلضرب پیرسون و آزمون‌های t .

- **آزمون‌های ناپارامتری** زمانی استفاده می‌شوند که هیچ توزیع منحنی نرمالی را نتوان فرض کرد، اما می‌توان دوگانگی‌های واضح را فرض کرد. آزمون‌های ناپارامتری برای به دست آوردن سطح معناداری مشابه آزمون‌های پارامتری به حجم نمونه بزرگتری نیاز دارند. نمونه‌هایی از آزمون‌های ناپارامتری عبارتند از همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن و خی‌دو (لیدی و اورمرود، ۲۰۱۶).

علاوه بر این، از آمار می‌توان برای مقایسه یافته‌های پژوهش در مطالعات مختلف استفاده کرد. یکی از رویکردهای برجسته برای انجام این کار از طریق یک روش مبتنی بر تجربه به نام فراتحلیل است (ارفورد، ۲۰۱۵ الف). قبل از مفهوم‌سازی فراتحلیل، محققان مجبور بودند مطالعات را از طریق روش‌های روایتی که اغلب پر از خطا بودند، مقایسه کنند. با فراتحلیل، می‌توان حجم زیادی از داده‌ها را در مطالعات مختلف مقایسه و متضاد کرد.

آمار برای مشاورانی که می‌خواهند داده‌ها را درک، سازماندهی، انتقال و ارزیابی کنند، ارزشمند است. مصرف‌کنندگان پژوهش باید انتظار داشته باشند که نویسندگان گزارش‌های پژوهشی شاخص‌های اهمیت عملی و بالینی آثار خود (به عنوان مثال، اندازه اثر) را برای آنها فراهم کنند، زیرا "اهمیت آماری به تنهایی برای ارزیابی ارزش پژوهش مشاوره کافی نیست" (تامپسون، ۲۰۰۲، ص. ۶۶).

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل بر رابطه بین ارزیابی و پژوهش تمرکز داشت. اگرچه این اصطلاحات گاهی اوقات به طور یکسان تعریف می‌شوند، اما هر کدام منحصر به فرد هستند. هدف ارزیابی کمک به مشاوران در تصمیم‌گیری در مورد چگونگی برآورده کردن اهداف و مقاصد کارکنان و مراجعان توسط برنامه‌ها است. اولین گام مهم در انجام ارزیابی، انجام نیازسنجی است. چندین مدل عالی برای استفاده مشاوران در تکمیل این وظیفه در دسترس است.

پژوهش بسیاری از مشاوران را می‌ترساند. با این حال، این ترس ممکن است با آگاهی بیشتر مشاوران از وجود راه‌های متعدد برای انجام مطالعات تحقیقی کاهش یابد. سه روش پژوهش اصلی عبارتند از تاریخی، توصیفی و آزمایشی. سال‌ها پژوهش آزمایشی بیشترین ارزش را داشته است، اما این تأکید در حال تغییر است. مطالعات موردی و طرح‌های آزمایشی فشرده در حال افزایش محبوبیت هستند. علاوه بر این، تفاوت بین درک روش‌های پژوهش و مفاهیم آماری در حال افزایش است؛ یعنی افراد متوجه می‌شوند که این دو رویکرد یکسان نیستند. هر دو مهم هستند، اما ممکن است پژوهشگران در یک زمینه قوی‌تر از زمینه دیگر باشند.

مشاوران باید دائماً برای به‌روزرسانی مهارت‌های پژوهش و ارزیابی خود تلاش کنند و اطلاعات خود را به‌روز نگه دارند. طول عمر دانش کوتاه است و مشاورانی که ذهن خود را به کار نمی‌گیرند و زمینه‌های تغییر مورد نیاز را پیدا نمی‌کنند، به جای اینکه تأثیرگذار باشند، به یک آمار تبدیل خواهند شد.

MyCounselingLab® برای آشنایی با مشاوره

تکالیف موضوع ۱۴: پژوهش و ارزیابی را امتحان کنید.

فصل دوازدهم

آزمون، ارزیابی و تشخیص در مشاوره



مروری بر فصل

در این فصل شما در مورد موارد زیر خواهید آموخت:

- چگونگی تکامل آزمون‌ها و تست‌ها در طول سال‌ها
- مشکلات و پتانسیل استفاده از تست‌ها در مشاوره
- ویژگی‌های تست‌های خوب

- طبقه‌بندی تست‌ها

- اجرا و تفسیر تست‌ها

در حین مطالعه در نظر بگیرید:

- واکنش شما به تست‌هایی که داده‌اید و مفهوم تست زدن

- مزایا و معایب استفاده از تست‌ها

- چه تست‌هایی را دوست دارید یا ندارید و چرا

- چگونه دوست دارید ارزیابی شوید

- مشکلات و مزایای تشخیص

من داده‌های تست را مانند نوار قیمت

از بورس اوراق بهادار نیویورک می‌خوانم.

مقیاس‌های "نوروتیک" شما کمی بالا رفته‌اند

با اختلاف زیادی در نمرات وکسلر شما.

برون‌گرایی مایرز-بریگز در محدوده متوسط است

با علاقه هنری که در پروفایل استرانگ شما ابراز شده است.

در ابتدا، مانند یک جادوگر وال استریت،

سعی می‌کنم آینده شما را ارزیابی و پیش‌بینی کنم،

اما در صحبت کردن درباره بازده‌های مورد انتظار

من غیرمنتظره را پیدا می‌کنم....

تنها، شما مشتاق گرمای روابط هستید

همچنین مشتاق اطلاعات واقعی در دسترس.

در فرآیند بحث،

یک انسان دیگر ظاهر می‌شود.

پشت آنچه روی کاغذ آشکار شده است

منحصر به فرد بودن یک شخص است.

بازنشر از "اندیشه‌های یک مشاور وال استریت"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۹۵/۱۹۸۶، مجله آموزش و توسعه

انسان‌گرا، ۲۴، ۱۷۶. © ساموئل تی. گلادینگ.

"از همان ابتدای مشاوره حرفه‌ای، متخصصان مشاوره از استفاده از تست و ارزیابی برای کمک به افراد و جامعه

بهره برده‌اند" (پونتون و دوبا، ۲۰۰۹، ص. ۱۲۰). تست، ارزیابی و تشخیص "اجزای جدایی‌ناپذیر فرآیند مشاوره"

هستند که در تمام مراحل مشاوره از ارجاع تا پیگیری استفاده می‌شوند (هوهنشیل، ۱۹۹۶، ص. ۶۵). به گفته

هیز (۲۰۱۳)، "در روزهای اولیه، مشاوره و تست تقریباً مترادف بودند. بسیاری از مراکز مشاوره‌ای که در

دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ تأسیس شدند، مراکز مشاوره و تست نامیده می‌شدند" (ص. ۳). امروزه، تقریباً تمام

مشاوران درگیر تست، ارزیابی و تشخیص هستند. میزان انجام هر یک از این موارد به پیشینه نظری، تحصیلات،

ارزش‌ها و محیط‌های کاری آنها بستگی دارد. بنابراین، برای مشاوران ضروری است که رویه‌های مربوط به هر

فرآیند را درک کنند.

مشاورانی که به فعالیت‌هایی علاقه دارند که نیاز به استفاده از سنجش و رویه‌های مرتبط دارند، معمولاً عضو انجمن ارزیابی و تحقیق در مشاوره (AARC؛ <http://aarc-counseling.org>) هستند، اگر عضو انجمن مشاوره آمریکا (ACA) باشند. این بخش، که در ابتدا انجمن سنجش و ارزیابی در راهنمایی (AMEG) و سپس انجمن ارزیابی در مشاوره و آموزش (AACE) نام داشت، در سال ۱۹۶۵ به عنوان هفتمین بخش ACA تأسیس شد (شیلی و ابرلی، ۱۹۸۵). این بخش یک مجله فصلی به نام سنجش و ارزیابی در مشاوره و توسعه منتشر می‌کند. چندین بخش از انجمن روانشناسی آمریکا (APA) نیز درگیر تست، ارزیابی و تشخیص هستند. روانشناسی بالینی (بخش ۱۲)، روانشناسی مدرسه (بخش ۱۶) و روانشناسی مشاوره (بخش ۱۷) از برجسته‌ترین آنها هستند.

علاوه بر این انجمن‌ها، یک گروه چند حرفه‌ای استانداردهایی را برای تست‌های روانشناختی و آموزشی تدوین کرده است (انجمن تحقیقات آموزشی آمریکا، انجمن روانشناسی آمریکا و شورای ملی سنجش در آموزش، ۲۰۱۴). "این استانداردها یک الزام اخلاقی قوی به عنوان معیاری برای ارزیابی و توسعه تست‌ها، شیوه‌های تست زدن و اثرات استفاده از تست‌ها در هنگام تأثیرگذاری بر عملکرد حرفه‌ای ارائه می‌دهند. می‌توان آنها را به عنوان خطاب به سه مخاطب در نظر گرفت: توسعه‌دهندگان تست (یعنی کسانی که تست‌ها را ایجاد و اعتبارسنجی می‌کنند)، کاربران تست (یعنی کسانی که تست‌ها را اجرا می‌کنند) و تست‌دهندگان (یعنی کسانی که تست‌ها برای آنها اجرا می‌شود)" (واک، جونکه و نیلسن، ۲۰۰۱، ص. ۲۱۸). علاوه بر این، کمیته مشترک رویه‌های تست زدن (www.apa.org/science/jctpweb.html#about) قانون شیوه‌های عادلانه تست زدن در آموزش (۲۰۰۴) را تدوین و بازنگری کرده است (<http://www.apa.org/science/programs/testing/fair-code.aspx>) و انجمن مشاوره آمریکا (۲۰۰۳) استانداردهایی برای صلاحیت کاربران تست ایجاد کرده است (<http://aarc-counseling.org/resources>). این سند اخیر، از جمله موارد دیگر، "مشخص کرد که شایستگی در تست زدن از طریق تحصیلات، آموزش و تجربه به دست می‌آید و مشاوران دارای مدرک

کارشناسی ارشد با گذراندن دوره‌های ارزیابی واجد شرایط استفاده از معیارهای عینی هستند" (پترسون، لوماس، نوکروگ و بونر، ۲۰۱۴، ص. ۹۰).

این فصل به بررسی ماهیت تست‌ها، ارزیابی و تشخیص و چگونگی قرار گرفتن هر فعالیت در حرفه مشاوره می‌پردازد. این فصل مفاهیم اساسی مرتبط با تست زدن، مانند روایی، پایایی و استانداردسازی را پوشش می‌دهد. علاوه بر این، برخی از تست‌های اصلی که مشاوران از آنها استفاده می‌کنند و انتظار می‌رود آنها را درک کنند، مرور می‌کند. در نهایت، ماهیت ارزیابی و تشخیص و سودمندی آنها را بررسی می‌کند.

تاریخچه مختصر استفاده از تست‌ها در مشاوره

استفاده از تست‌ها توسط مشاوران دارای تاریخچه‌ای طولانی، متناقض و بحث‌برانگیز است. منشأ تست‌های امروزی از "مطالعه تفاوت‌های فردی در اواخر قرن نوزدهم" توسعه یافت و "رشد کرد" (بردلی، ۱۹۹۴، ص. ۲۲۴). از سال‌های اولیه قرن بیستم، زمانی که فرانک پارسونز (۱۹۰۹) اظهار داشت که راهنمایی شغلی باید بر اساس ارزیابی رسمی باشد، مشاوران بخشی از جنبش تست زدن بوده‌اند. در طول جنگ جهانی اول، ارتش گروهی از روانشناسان را برای ساخت تست‌های هوش کاغذی-مدادی برای غربالگری سربازان استخدام کرد (کوهن، سوردیک و شومان، ۲۰۱۳). این پیشگامان تست، به رهبری آرتور اوتیس و رابرت یرکز، بر اساس کار آلفرد بینه (مبتکر یک تست هوش اولیه)، چارلز اسپیرمن (یک مشارکت‌کننده اولیه مهم در نظریه تست)، سر فرانسیس گالتون (مبتکر تکنیک‌های اولیه برای اندازه‌گیری توانایی‌ها) و جیمز ام. کاتل (یک محقق اولیه در مورد رابطه نمرات با پیشرفت) (آناستازی و اوربینا، ۱۹۹۷؛ اوربینا، ۲۰۱۴) بنا نهادند. جنبش تست زدن، که در دهه ۱۹۲۰ شتاب گرفت، به مشاوران هویت و اعتبار جدیدی بخشید و مبنای نظری گسترده‌تری برای شرح شغل آنها، به ویژه در مدارس و آژانس‌های خدمات شغلی، فراهم کرد.

مشاوران به عنوان یک گروه، در میزان مشارکت خود در تست‌ها متفاوت بوده‌اند. دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۶۰ دو دوره متمایز از مشارکت بالای مشاوران در ارزیابی و تست زدن هستند. به دلیل رکود بزرگ، در دهه ۱۹۳۰ بر تست‌های شغلی تأکید شد. مؤسسه تحقیقات تثبیت اشتغال دانشگاه مینه‌سوتا در آن سال‌ها رهبری جنبش تست‌های شغلی را بر عهده داشت. پرسنل آن مجموعه‌ای از تست‌ها را جمع‌آوری و اجرا کردند تا به افراد بیکار در یافتن شغل مناسب کمک کنند. پترسون و دارلی (۱۹۳۶) تخمین زدند که تا ۳۰ درصد از کارگران بیکار در دهه ۱۹۳۰ با ترجیحات شغلی و آموزش‌های اعلام شده خود مطابقت نداشتند. در سال ۱۹۵۷، پرتاب اسپوتنیک توسط اتحاد جماهیر شوروی، علاقه ایالات متحده به تست زدن را افزایش داد زیرا بسیاری از آمریکایی‌ها معتقد بودند که ایالات متحده در علم عقب مانده است. کنگره متعاقباً قانون آموزش دفاع ملی (NDEA) را تصویب کرد که شامل ماده‌ای، عنوان V، برای تأمین بودجه تست زدن در مدارس متوسطه برای شناسایی دانش‌آموزان با استعدادهای برجسته و تشویق آنها به ادامه تحصیل، به ویژه در علوم بود.

در سال ۱۹۵۹، مجله مشاوره و توسعه، که در آن زمان به عنوان مجله پرسنل و راهنمایی شناخته می‌شد، شروع به انتشار بررسی‌های تست برای تکمیل کتاب سال سنجش‌های ذهنی (MMY؛ واتکینز، ۱۹۹۰b) کرد. این بررسی‌ها در سال ۱۹۶۶ متوقف شد، اما در سال ۱۹۸۴ احیا شد و تا دهه ۱۹۹۰ گهگاه منتشر می‌شد. سنجش و ارزیابی در مشاوره و توسعه اکنون نشریه حرفه‌ای پیشرو در مشاوره است که به طور منظم بررسی‌های تست را منتشر می‌کند.

دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ انتقادات بیشتری را نسبت به تست زدن به همراه داشت. گلدمن (۱۹۷۲b) این لحن را در مقاله‌ای که اعلام کرد ازدواج بین مشاوره و تست زدن شکست خورده است، تعیین کرد. در همان سال، انجمن ملی آموزش (NEA) قطعنامه ۴۴-۷۲ را تصویب کرد که خواستار توقف استفاده از تست‌های هوش، استعداد و پیشرفت استاندارد شده بود (انگن، لمب و پردیگر، ۱۹۸۲). از آن زمان، بسیاری از دعوای حقوقی برای

به چالش کشیدن استفاده از تست‌ها مطرح شده است و چندین لایحه در مجالس قانونگذاری ایالتی برای ممنوعیت اجرای برخی تست‌ها ارائه شده است. چپسن (۱۹۸۲) مشاهده کرده است که روندهای دهه ۱۹۷۰ انتخاب تست‌ها و تفسیر دقیق نمرات را بیش از هر زمان دیگری چالش‌برانگیز کرده است. مشاهدات او در مورد تست زدن را می‌توان به سایر زمینه‌های مشاوره تعمیم داد. همانطور که تایلر (۱۹۸۴) اشاره می‌کند، "جنبش ضد تست زدن به یک نیروی قابل توجه تبدیل شده است" (ص. ۴۸). از قضا، استفاده از تست‌ها در مدارس اکنون بیش از هر زمان دیگری محبوب است و بسیاری از مشاوران مدرسه در تمام سطوح آن را برای کار خود مهم یا بسیار مهم می‌دانند (المور، اکستروم، دایموند و ویتاگر، ۱۹۹۳). ابزارهای ارزیابی، مانند تست‌های هوش و پیشرفت، ابزارهای غربالگری سوء مصرف مواد و فهرست‌های شغلی، اغلب در کار با کودکان سن مدرسه استفاده می‌شوند (جیوردانو، شویرت و برادرتون، ۱۹۹۷).

بیشتر مشکلات مربوط به تست زدن در مدارس و سایر محیط‌ها از طریق بازنگری ابزارهای مشکل‌ساز (هوگان، ۲۰۱۴) در حال رسیدگی است، که آخرین مورد عمده آن آزمون استعداد تحصیلی در سال ۲۰۱۶ بود. در واقع، آنالستازی (۱۹۸۲) زمانی مشاهده کرد که "تست روانشناختی امروز آنقدر ثابت نمی‌ماند که بتوان از آن عکس گرفت" (ص. ۷). می‌توان گفت که تست روانشناختی اکنون یک ویدیو است. بنابراین باید توجه دقیقی به آموزش دانشجویان مشاوره و آموزش مداوم مشاوران در زمینه استفاده صحیح و سوء استفاده از تست‌های روان‌آموزشی شود. با این حال، کارهای بیشتری باید انجام شود. به گفته گلدمن (۱۹۹۴b)، ما به "کاهش زیاد در تعداد تست‌های استاندارد شده خریداری شده برای استفاده توسط مشاوران، افزایش زیاد در استفاده از ارزیابی کیفی و ... [تعهد بیشتر به AARC] به عنوان یک سازمان مصرف‌کننده" نیاز داریم (ص. ۲۱۸). به عبارت دیگر، AARC باید مشاوران را در مورد نقاط قوت و محدودیت‌های تست‌های استاندارد شده آگاه کند.

چه تست‌ها یا ابزارهای ارزیابی را در زندگی خود داده‌اید؟ چه چیزی را در مورد دادن آنها به خاطر دارید؟ چه چیزی را در مورد نتایجی که به شما داده شده است به خاطر دارید؟ چگونه می‌توان بازخورد را بهبود بخشید؟

تست‌ها و نمرات تست

آناستازی (۱۹۸۲) تست روانشناختی (یا به اختصار تست) را به عنوان "اساساً یک معیار عینی و استاندارد شده از رفتار" تعریف می‌کند (ص. ۲۲). بیشتر اوقات نتایج تست به صورت نمرات تست گزارش می‌شود، آماری که فقط در رابطه با یک فرد معنا دارد. نمره بازتابی از یک رفتار خاص در یک لحظه زمانی است. نمرات تست با وجود محدودیت‌هایشان در مشاوره مهم هستند، زیرا اطلاعاتی را ارائه می‌دهند که ممکن است به هیچ روش دیگری به دست نیاید و این کار را با سرمایه‌گذاری نسبتاً کم زمان و تلاش انجام می‌دهند. اگرچه تست‌ها و نمرات تست به دلایل مختلف مورد انتقاد قرار گرفته‌اند، اما تست زدن بخش ضروری از فرآیند ارزیابی است. نحوه استفاده از تست‌ها و نمرات تست به کاربر بستگی دارد (اوربینا، ۲۰۱۴). همانطور که لوئش (۱۹۷۷) مشاهده می‌کند، "ما معمولاً در مورد اینکه آیا درگیر تست زدن خواهیم شد یا نه، انتخابی نداریم" (ص. ۷۴). با این حال، در مورد اینکه آیا مشاوران آگاه و مسئول خواهند بود یا نه، انتخاب وجود دارد.

برای درک یک تست، مشاوران باید بدانند:

- ویژگی‌های نمونه استانداردسازی آن،
- انواع و میزان پایایی و روایی آن،
- پایایی و روایی تست‌های قابل مقایسه،
- رویه‌های نمره‌دهی،
- روش اجرا،

• محدودیت‌ها، و

• نقاط قوت (کاپلان و ساکوزو، ۲۰۱۳).

بسیاری از این اطلاعات در دفترچه‌های راهنمای تست که همراه با تست‌های استاندارد شده ارائه می‌شوند، موجود است، اما کسب دانش کامل از یک تست خاص سال‌ها مطالعه و تمرین نیاز دارد. از آنجایی که مهم است که مشاوران از تست‌ها تا حد امکان استفاده کنند، عاقلانه است که "جداول تجربه محلی" را تهیه کنند تا بتوانند اطلاعات دقیق‌تری در مورد معنای نمراتشان در رابطه با یک جامعه یا موقعیت خاص به تست‌دهندگان ارائه دهند (گلدمن، ۱۹۹۴، ص. ۲۱۶).

امروزه در ایالات متحده، میلیون‌ها مشاوره‌جو هر سال "تست‌ها"، "فهرست‌ها" و سایر "ارزیابی‌ها" را تکمیل می‌کنند. برخی از متخصصان مشاوره در زمینه اجرا و تفسیر تست‌ها تخصص دارند. کسانی که به عنوان متخصصان تست و ارزیابی استخدام می‌شوند، به عنوان روانسنج‌ها شناخته می‌شوند و رشته آنها در مقایسه نمرات تست یک فرد با یک گروه مرجع هنجاری به عنوان روانسنجی شناخته می‌شود. (نقطه مقابل روانسنجی، آموزش‌سنجی است که بر اساس یک روند ساخت‌گرایانه در آموزش است، جایی که پیشرفت مشتری با نتایج قبلی و بهترین نتایج خود مشتری مقایسه می‌شود [تیموفیوویچ و لرو، ۲۰۰۰]). صرف نظر از این، بیشتر متخصصانی که تست‌ها را اجرا و تفسیر می‌کنند، این کار را به صورت تمام وقت انجام نمی‌دهند. معمولاً آنها مشاوران و سایر متخصصان کمک‌رسان هستند که گاهی اوقات به طور شگفت‌انگیزی با ابزارهای تست زدن و بار منفی کلمه "تست" ناراحت هستند. یک تست اغلب با "تأکید زیاد بر عینیت" (لوئش، ۱۹۷۷، ص. ۷۴) مرتبط است و فرآیند تست زدن می‌تواند مکانیکی باشد و فاصله روانی بین آزمونگر و مشتری ایجاد کند. برای غلبه بر چنین موانعی، مشاورانی که تست می‌زنند باید به خوبی در زمینه روش‌های خوب تست زدن و استفاده از رایج‌ترین تست‌ها و همچنین سایر ابزارهای استاندارد شده آموزش دیده باشند.

در حالی که بسیاری از نشریات دوره‌ای تست‌های استاندارد شده را بررسی می‌کنند، از جمله سنجش و ارزیابی در مشاوره و توسعه و بررسی تحقیقات آموزشی، تعدادی کتاب مرجع معتبر در مورد تست‌ها نیز موجود است. او. کی. بوروس مجموعه‌ای از کتاب‌های مرجع در مورد تست‌های شخصیت، تست‌های شغلی و سایر ابزارهای مشابه را ایجاد کرد. مشهورترین مرجع او با عنوان تست‌ها در چاپ بود. این مرجع به طور دوره‌ای به روز می‌شود، به عنوان مثال در سال ۲۰۱۶، توسط مؤسسه‌ای که او تأسیس کرد، مؤسسه بوروس برای سنجش‌های ذهنی، و اکنون در نسخه نهم خود قرار دارد. بوروس همچنین هشت نسخه از کتاب سال سنجش‌های ذهنی را ویرایش کرد که بهترین اثر او در این زمینه محسوب می‌شود. نوزدهمین نسخه این کتاب سال در سال ۲۰۱۴ منتشر شد (www.unl.edu/buros/bimm/index.html).

مشکلات و پتانسیل استفاده از آزمون‌ها

بین آزمون‌هایی که توسط مشاوران اجرا می‌شوند و آزمون‌هایی که توسط روانشناسان استفاده می‌شوند، شباهت‌هایی وجود دارد (بویترز، زیمر و مارل، ۱۹۹۰). با این حال، نحوه ارائه آزمون‌ها برای موفقیت آنها در خدمت به رفاه مراجعان و عموم مردم مهم‌تر از هویت حرفه‌ای کسی است که آنها را اجرا می‌کند (هریس، ۱۹۹۴). آزمون‌ها ممکن است به تنهایی یا به عنوان بخشی از یک گروه (یک مجموعه آزمون) استفاده شوند. کرونباخ (۱۹۷۹) ادعا می‌کند که مجموعه‌های آزمون ارزش چندانی ندارند مگر اینکه مشاوران شایسته و تحصیل کرده برای تفسیر آنها در دسترس باشند. همین امر در مورد آزمون‌های فردی نیز صادق است. بسیاری از مشکلات مرتبط با آزمون معمولاً نتیجه نحوه استفاده و تفسیر ابزارها است تا مشکلات خود آزمون‌ها (هیز، ۲۰۱۳).

مخالفان آزمون‌ها معمولاً به دلایل زیر با آنها مخالفت می‌کنند:

- آزمون، وابستگی مراجع به مشاور و یک منبع اطلاعات خارجی را برای حل مسئله تشویق می‌کند.

- داده‌های آزمون، تصویر مشاور از یک فرد را مخدوش می‌کند.
- داده‌های آزمون به اندازه کافی نامعتبر و غیرقابل اعتماد هستند که ارزش آنها به شدت محدود می‌شود (شرترز و استون، ۱۹۸۰، ص. ۳۱۱).

سایر منتقدان به این نتیجه می‌رسند که آزمون‌ها از نظر فرهنگی مغرضانه و تبعیض‌آمیز هستند، مهارت‌های نامربوط را اندازه‌گیری می‌کنند، استعداد را پنهان می‌کنند، به صورت مکانیکی استفاده می‌شوند، به حریم خصوصی تجاوز می‌کنند، می‌توانند جعل شوند و رقابت نامطلوب را تقویت می‌کنند (هیز، ۲۰۱۳). "تکیه بیش از حد بر نتایج آزمون، به ویژه به طور جداگانه از سایر اطلاعات مربوط به یک فرد، یکی از جدی‌ترین مشکلات سوء استفاده از آزمون است" (المور و همکاران، ۱۹۹۳، ص. ۷۶). انتقاد دیگر این است که آزمون‌ها پس‌رونده هستند و برای پیش‌بینی استفاده می‌شوند تا غربالگری یا خودکاوی (گلدمن، ۱۹۹۴ ب).

استفاده از آزمون‌ها در مورد اقلیت‌های فرهنگی یک حوزه به ویژه بحث‌برانگیز بوده است و سوء استفاده‌هایی در آن رخ داده است (سوزوکی و کوگلر، ۱۹۹۵؛ سوزوکی، پونتروتو و ملر، ۲۰۰۸). ابزارهای ارزیابی باید تأثیرات و تجربیات افراد با پیشینه‌های فرهنگی و قومی گوناگون را در نظر بگیرند تا معنایی داشته باشند. اوکلند (۱۹۸۲) اشاره می‌کند که آزمون می‌تواند تجربه‌ای غیرانسانی باشد و دانش‌آموزان فرهنگ‌های اقلیت ممکن است سال‌ها در برنامه‌های غیرمؤثر یا نامناسب در نتیجه نمرات آزمون سپری کنند. برای جلوگیری از سوگیری فرهنگی، AARC استانداردهایی برای ارزیابی چندفرهنگی تدوین کرده است. این استانداردها بازبینی شده‌اند و تا سال

۲۰۱۲ در ویرایش چهارم خود بودند (<http://aarc->

counseling.org/assets/cms/uploads/files/AACE-AMCD.pdf).

رهنمودهای اخلاقی برای استفاده از آزمون نیز در آیین‌نامه اخلاقی انجمن مشاوره آمریکا (۲۰۱۴) گنجانده شده است. هنگام تلاش برای جلوگیری از سوء استفاده از آزمون در مورد جمعیت‌های اقلیت، باید به این استانداردها

و همچنین استانداردهای تدوین شده توسط سایر انجمن‌های حرفه‌ای مراجعه شود. در ارزیابی سوگیری، باید توجه داشت که اقدامات تبعیض‌آمیز ممکن است ناشی از حذف و همچنین اقدامات انجام شده باشد (چرنین، هولدن و چندلر، ۱۹۹۷).

موفقیت یا شکست در استفاده از آزمون‌ها به حساسیت، توانایی و دانش مشاورانی که آنها را انتخاب، اجرا و تفسیر می‌کنند، بستگی دارد. "مشاوران وظیفه کلی دارند که رویکردی تجربی نسبت به ابزارهای خود داشته باشند، به ویژه آنهایی که هنجارهای کامل و اعتباربخشی قابل توجهی برای آنها وجود ندارد" (کارلسون، ۱۹۸۹، ص. ۴۸۹). اگر مشاوران در فرآیند انتخاب معیارهای متعددی را در نظر نگیرند، احتمالاً اشتباهاتی مرتکب می‌شوند که برای مراجعان و خودشان پرهزینه خواهد بود. برای جلوگیری از این موقعیت‌ها، برخی از مشاوران مراجعان را در فرآیند انتخاب آزمون مشارکت می‌دهند.

مثال موردی

تصمیم انتخابی سوزان

مایکل به دلیل رفتارهای نامناسب در کلاس به سوزان، مشاور مدرسه، ارجاع داده شد. به گفته معلمش، او قادر به بی‌حرکت نشستن به نظر نمی‌رسید. مطمئناً، وقتی به دفتر سوزان رسید، بلافاصله بی‌قرار شد و روی صندلی خود وول خورد.

سوزان به جای صحبت با او، تصمیم گرفت که باید او را ارزیابی کند. او به دنبال آزمون‌های اختلالات رفتاری در کتاب "آزمون‌ها در چاپ" بوروس گشت. سپس از روانشناس مدرسه خواست که ارزیابی انجام دهد. استراتژی سوزان چه مشکلی داشت؟ چه چیزی در آن درست بود؟ قبل از درخواست ارزیابی رسمی از هر کسی که به شما ارجاع شده است، چه کار می‌کردید؟

نگرش عمومی نسبت به آزمون‌ها عموماً مثبت است، حتی در بین فرهنگ‌های اقلیت، شاید به این دلیل که مردم معتقدند آزمون‌ها اهداف مفید بسیاری را دنبال می‌کنند. از دیدگاه عموم، وظیفه اصلی آزمون‌ها کمک به مراجعان در تصمیم‌گیری بهتر در مورد آینده‌شان است. آزمون‌ها همچنین ممکن است اهداف زیر را محقق کنند:

- کمک به مراجعان برای به دست آوردن خودشناسی
- کمک به مشاوران در تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا نیازهای مراجعان در محدوده تخصص آنها قرار دارد یا خیر
- کمک به مشاوران برای درک بهتر مراجعان
- کمک به مشاوران در تعیین اینکه کدام روش‌های مشاوره ممکن است مناسب‌ترین باشند
- کمک به مشاوران در پیش‌بینی عملکرد آینده مراجعان در زمینه‌های منتخب، مانند مکانیک، هنر یا تحصیلات تکمیلی
- کمک به مشاوران در تحریک علایق جدید در مراجعان خود
- کمک به مشاوران در ارزیابی نتایج تلاش‌های مشاوره‌ای خود (شرترز و استون، ۱۹۸۰).

ویژگی‌های آزمون‌های خوب

همه آزمون‌ها یکسان ساخته نشده‌اند، اما آنهایی که بهترین عملکرد را دارند، ویژگی‌های مشترک خاصی دارند. از مهمترین این ویژگی‌ها می‌توان به اعتبار، پایایی، استانداردسازی و هنجارها اشاره کرد که تفسیر نمرات را تسهیل می‌کنند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هوگان، ۲۰۱۴).

اعتبار

اعتبار بدون شک مهمترین ویژگی آزمون است و "میزانی است که یک آزمون آنچه را که باید اندازه‌گیری کند، اندازه‌گیری می‌کند و در نتیجه امکان تفسیر مناسب نمرات را فراهم می‌کند" (گی، میلز و ایراسیان، ۲۰۱۲، ص. ۱۳۴). اگر یک آزمون این عملکرد را برآورده نکند، اساساً بی‌فایده است. اعتبار یک آزمون با مقایسه نتایج آن با معیارهای جداگانه و مستقل تعیین می‌شود. بنابراین، اگر آزمونی ادعا کند که احتمال موفقیت فرد در یک رشته حرفه‌ای (مانند پزشکی، حقوق یا مشاوره) را اندازه‌گیری می‌کند، نمرات آزمون با معیارهای موفقیت (مانند نمرات و ارزیابی‌های اساتید) پس از اتمام تحصیل فرد مورد آزمایش، همبستگی داده می‌شود. نمونه‌هایی از چنین آزمون‌هایی عبارتند از GRE، LSAT، MCAT و آزمون قیاس میلر (MAT)، که همگی به عنوان ابزارهای غربالگری در پذیرش دانش‌آموزان در برنامه‌های تحصیلی حرفه‌ای و تحصیلات تکمیلی استفاده می‌شوند. اگر نمرات ابزار آزمون همبستگی بالا و مثبتی با این معیارهای مستقل موفقیت داشته باشند، آنگاه گفته می‌شود که این ابزار از درجه اعتبار بالایی برخوردار است.

چهار نوع اعتبار وجود دارد: محتوایی، سازه‌ای، ملاکی و پیامدی (کاپلان و ساکوزو، ۲۰۱۳؛ اوربینا، ۲۰۱۴). **اعتبار محتوایی**، که گاهی به آن **اعتبار صوری** نیز گفته می‌شود، نشانه‌ای از میزان ظاهری یک آزمون در اندازه‌گیری آنچه که قرار است اندازه‌گیری کند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳) است. مهمتر از آن، اعتبار محتوایی به این موضوع مربوط می‌شود که آیا آزمون نمونه منصفانه‌ای از کل عوامل مورد نظر برای ارزیابی را شامل می‌شود یا خیر. به عنوان یک قاعده کلی، اعتبار محتوایی با آزمون‌های پیشرفت تحصیلی، استعداد و توانایی مرتبط است.

اعتبار سازه‌ای مهمترین نوع اعتبار است "زیرا سوال اساسی اعتبار را می‌پرسد: این آزمون واقعاً چه چیزی را اندازه‌گیری می‌کند؟" (گی و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۱۳۷). اعتبار سازه‌ای به طور ساده تعریف شده، "میزانی است که یک آزمون یک سازه فرضی مورد نظر را اندازه‌گیری می‌کند" (ص. ۱۳۷) مانند همدلی یا هوش.

بسیاری به تعریف سازه توسط سازنده آزمون بستگی دارد، اما به طور کلی اعتبار سازه‌ای در مورد پرسشنامه‌های شخصیتی و علاقه‌سنجی اعمال می‌شود.

اعتبار ملاکی به مقایسه نمرات آزمون با عملکرد واقعی فرد در یک مهارت خاص در طول زمان و موقعیت‌ها اشاره دارد. به عنوان مثال، آزمونی که مهارت‌های حرکتی ظریف فرد را اندازه‌گیری می‌کند، ممکن است در برابر توانایی تایپ کردن آن فرد اعتبار سنجی شود. هنگامی که معیار در زمان انجام آزمون در دسترس باشد، اعتبار همزمان آزمون اندازه‌گیری می‌شود. هنگامی که معیار تا پس از اجرای آزمون در دسترس نباشد، اعتبار پیش‌بین آزمون اندازه‌گیری می‌شود (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). دو ابزار مبتنی بر معیار شناخته شده اغلب در محیط‌های مشاوره استفاده می‌شوند: پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه سوتا-۲ (MMPI-۲)، آزمونی با اعتبار همزمان (نیکولز و کافمن، ۲۰۱۱) و پرسشنامه علاقه‌سنجی استرنگ تجدید نظر شده (SII)، آزمونی با اعتبار پیش‌بین (اوزبورن، براون، نیلز و ماینر، ۱۹۹۷).

در نهایت، جدیدترین نوع اعتبار، **اعتبار پیامدی** است، یعنی پیامدهای اجتماعی یا نتایج استفاده و تفسیر آزمون (تیموفویچ و لرو، ۲۰۰۰). تفسیر نمرات آزمون هم اثرات بلندمدت و هم کوتاه‌مدت بر مراجعان دارد. مشاوران باید دیدگاه و جایگاه مراجع را در استفاده از هر نوع آزمونی، صرف نظر از سن مراجعان، در نظر بگیرند.

آزمون‌ها

اعتبار محتوایی (صوری)

میزانی که یک آزمون ظاهراً آنچه را که قرار است اندازه‌گیری کند، اندازه‌گیری می‌کند.

اعتبار سازه‌ای

آزمون واقعاً چه چیزی را اندازه‌گیری می‌کند؟ میزانی که یک آزمون یک سازه فرضی را اندازه‌گیری می‌کند.

اعتبار ملاکی

مقایسه نمرات آزمون با عملکرد واقعی فرد.

اعتبار پیامدی

پیامدهای اجتماعی (نتایج) استفاده و تفسیر آزمون.

چهار نوع اعتبار

فقط یکی از تکنیک‌های موجود در مجموعه ابزارهای مشاوران هستند و در تفسیر نتایج، مشاوران نباید بیش از حد متعصب یا مستبد باشند (میر و دیویس، ۲۰۱۱).

به طور کلی، اعتبار برای اکثر آزمون‌های استاندارد قوی به نظر می‌رسد. در یک بررسی جامع از متون پژوهشی بر اساس بیش از ۱۲۵ فراتحلیل از اعتبارهای آزمون‌های روانشناختی، مایر و همکاران (۲۰۰۱) شواهدی یافتند که نشان می‌دهد آزمون‌های روانشناختی با اعتبار اکثر آزمون‌های پزشکی قابل مقایسه هستند و اعتبار "قوی و قانع‌کننده‌ای" برای استفاده در عمل مشاوره دارند، به ویژه اگر از روش‌های ارزیابی چندگانه استفاده شود.

پایایی

"در زبان انگلیسی روزمره، پایایی به معنای قابلیت اطمینان یا اعتماد است. این اصطلاح در توصیف اندازه‌گیری نیز همین معنا را دارد" (گی و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۱۶۴). بنابراین، پایایی معیاری از میزان ثبات نمرات آزمون است که یک آزمون هنگام آزمایش مجدد افراد با همان ابزار یا ابزار معادل تولید می‌کند (هوگان، ۲۰۱۴؛ اوربینا، ۲۰۱۴). اگرچه پایایی با اعتبار مرتبط است، اما ممکن است نمره آزمون پایایی داشته باشد اما معتبر نباشد. سه روش سنتی برای تعیین پایایی وجود دارد:

۱. **آزمون-بازآزمون:** در این روش، همان آزمون پس از مدتی دوباره اجرا می‌شود.
۲. **فرم‌های موازی یا فرم‌های جایگزین:** در این روش، دو فرم معادل از یک آزمون اجرا می‌شود.
۳. **تجزیه و تحلیل همسانی درونی:** در این روش، نمرات دو نیمه تصادفی انتخاب شده از یک آزمون با هم مقایسه می‌شوند.

تأمل شخصی

چه زمانی به پایایی یک نمره آزمون شک کرده‌اید؟ به نظر شما متغیرهای خارجی مانند وضعیت سلامت عمومی شما در یک زمان خاص، چگونه بر نتایج آزمون تأثیر می‌گذارند؟ اگر به پایایی نتایج آزمون شک دارید، چه کارهایی می‌توانید انجام دهید؟

استانداردسازی و هنجارها

استانداردسازی به شرایط یکنواختی اشاره دارد که تحت آن یک آزمون اجرا و نمره‌گذاری می‌شود (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). استانداردسازی امکان مقایسه نمرات متوالی یک فرد در طول زمان و همچنین مقایسه نمرات افراد مختلف را فراهم می‌کند. **هنجارها** یا نمرات عملکرد متوسط برای گروه‌های مشخص، امکان مقایسه‌های معنادار بین افراد را در رابطه با آنچه می‌توان انتظار داشت، فراهم می‌کنند (کاپلان و ساکوزو، ۲۰۱۳). هنجارهای آزمون محدودیت‌هایی دارند و ممکن است مورد سوء استفاده قرار گیرند. به عنوان مثال، یکی از انتقادات عمده به برخی آزمون‌ها این است که هنجارهای آنها بر اساس اعضای جمعیت اکثریت تعیین شده است؛ بنابراین، ممکن است علیه اقلیت‌های فرهنگی و افراد محروم و معلول تبعیض قائل شوند. مشاوران باید رویه‌های هنجارسازی آزمون‌ها را به دقت بررسی کنند و همچنین باید هنجارهای محلی خود را ایجاد کنند. به این ترتیب، می‌توان تعصب و استفاده نامناسب از آزمون‌ها را به حداقل رساند.

طبقه‌بندی آزمون‌ها

طبقه‌بندی‌های زیادی برای آزمون‌ها وجود دارد. شرتزر و استون (۱۹۸۱) هفت مورد را فهرست می‌کنند:

۱. استاندارد شده در مقابل غیراستاندارد شده: آزمون‌هایی که طبق دستورالعمل‌های خاص اجرا و نمره‌گذاری می‌شوند (مانند جستجوی خودگردان) در مقابل آزمون‌هایی که اینگونه نیستند (مانند یک آزمون فرافکن تجربی).

۲. **فردی در مقابل گروهی:** آزمون‌هایی که برای اجرا به یک نفر در یک زمان طراحی شده‌اند (مانند باتری ارزیابی کافمن برای کودکان) در مقابل آزمون‌هایی که به صورت گروهی اجرا می‌شوند (مانند نظرسنجی نگرش مدرسه‌ای مینه سوتا).
۳. **سرعتی در مقابل قدرتی:** آزمون‌هایی که باید در یک دوره زمانی مشخص تکمیل شوند (مانند اکثر آزمون‌های پیشرفت تحصیلی) در مقابل آزمون‌هایی که امکان نشان دادن دانش را در محدوده‌های زمانی سخاوتمندانه فراهم می‌کنند (مانند بسیاری از آزمون‌های هوش فردی).
۴. **عملکردی در مقابل کاغذی-قلمی:** آزمون‌هایی که نیاز به دستکاری اشیاء دارند (مانند زیرآزمون مونتاژ اشیاء مقیاس هوشی وکسلر برای کودکان- [WISC-IV] IV) در مقابل آزمون‌هایی که در آنها آزمودنی‌ها پاسخ‌ها را علامت می‌زنند یا پاسخ‌های کتبی می‌دهند (مانند فهرست واری‌سی صفات).
۵. **عینی در مقابل ذهنی:** آزمون‌هایی که نیازی به قضاوت نمره‌دهنده ندارند (مانند پاسخ کوتاه، درست-غلط، جورکردنی، چندگزینه‌ای [کوهن و همکاران، ۲۰۱۳]) در مقابل آزمون‌هایی که نیاز به قضاوت نمره‌دهنده دارند (مانند زیرآزمون واژگان مقیاس هوشی بزرگسالان وکسلر- [WAIS-IV] IV).
۶. **حداکثر عملکرد در مقابل عملکرد معمول:** آزمون‌هایی که از آزمودنی‌ها می‌خواهند بهترین عملکرد خود را نشان دهند (مانند آزمون‌های هوش و استعدادهای ویژه) در مقابل آزمون‌هایی که آنچه را که فرد به احتمال زیاد انجام می‌دهد یا معمولاً انجام می‌دهد، اندازه‌گیری می‌کنند (مانند آزمون‌هایی که علایق یا نگرش‌ها را نشان می‌دهند).
۷. **مبتنی بر هنجار در مقابل مبتنی بر معیار:** آزمون‌هایی که نمره فرد را با نمرات موجود در یک گروه مقایسه می‌کنند (مانند آزمون هوش یا پیشرفت تحصیلی) در مقابل آزمون‌هایی که نمره فرد را در

مقایسه با یک سطح یا استاندارد مطلوب اندازه‌گیری می‌کنند (مانند آزمون خواندن) (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هوگان، ۲۰۱۴).

روش دیگر طبقه‌بندی آزمون‌ها، که برای مشاوران حتی مهم‌تر است، "بر اساس هدفی است که برای آن طراحی شده‌اند یا بر اساس جنبه‌های رفتاری که نمونه‌برداری می‌کنند" (شرترز و استون، ۱۹۸۱، ص. ۲۴۲). راه‌های زیادی برای طبقه‌بندی آزمون‌ها با استفاده از این معیار وجود دارد. با این حال، مشاوران معمولاً درگیر برخورد با چهار دسته متمایز اما گاهی همپوشان از آزمون‌ها هستند: هوش/استعداد، علاقه/شغل، شخصیت و پیشرفت تحصیلی. پنج آزمون از ۹۸ آزمون ممکن که بیشترین استفاده را توسط مشاوران در دهه ۲۰۱۰ داشته‌اند عبارتند از: پرسشنامه افسردگی بک (BDI؛ یک آزمون بالینی/رفتاری)؛ شاخص نوع مایرز-بریگز (MBTI؛ یک آزمون شخصیت)؛ پرسشنامه علاقه‌سنجی استرانگ (SII؛ یک آزمون شغلی)؛ و ارزیابی ACT و SAT/PSAT (دو آزمون آموزشی/پیشرفت تحصیلی). به طور کلی، مشاوران از ابزارهای آزمون در الگوهایی استفاده می‌کنند که با توجه به ماهیت عملکرد آنها مناسب است.

مثال موردی

رمز کارل

کارل در یافتن آزمون‌هایی که می‌خواست از آنها استفاده کند، مشکل داشت. او متوجه شد که می‌تواند آنها را به ترتیب حروف الفبا مرتب کند، اما سیستم بهتری می‌خواست، بنابراین کارل تصمیم گرفت از کدهای رنگی مانند آنچه در مطب پزشکان یافت می‌شود استفاده کند. او تمام آزمون‌های هوش را با برجسب سبز، تمام آزمون‌های شخصیت را با برجسب آبی و غیره کدگذاری کرد. سپس آزمون‌های کدگذاری شده رنگی را به ترتیب از پرکاربردترین به کم‌کاربردترین قرار داد. پس از آزمایش مراجعان، کارل یک یا چند رنگ به پرونده‌های آنها اضافه کرد، برخی فقط یک رنگ و برخی چند رنگ داشتند.

نظر شما در مورد سیستم کارل چيست؟ شما چگونه ابزارهای آزمونی را که ممکن است استفاده کنید، کدگذاری می‌کنید؟

هوش/استعداد

از جمله بحث‌برانگیزترین اما محبوب‌ترین انواع تست‌ها، آنهایی هستند که تلاش می‌کنند هوش کلی و استعداد ویژه را اندازه‌گیری کنند. هوش به روش‌های مختلفی تعریف می‌شود و اشکال متعددی از هوش وجود دارد، مانند هوش موسیقایی، ورزشی، فضایی، منطقی-ریاضی و غیره (گاردنر، ۲۰۱۱). با این حال، معمولاً وقتی در مورد هوش بحث می‌شود، این کار در رابطه با توانایی‌های زبانی و حل مسئله انجام می‌گیرد (گاتفردسون و ساکلوفسکی، ۲۰۰۹). در واقع، آناستازی (۱۹۸۲) گزارش می‌دهد که بیشتر تست‌های هوش "معمولاً با عملکردهای خاصی مانند توانایی کلامی بیش از حد بارگذاری می‌شوند و برخی دیگر را به طور کامل حذف می‌کنند" (ص. ۲۲۸). او خاطرنشان می‌کند که بسیاری از تست‌های هوش "در برابر معیارهای پیشرفت تحصیلی اعتبارسنجی می‌شوند" و "اغلب به عنوان تست‌های استعداد تحصیلی تعیین می‌شوند" (ص. ۲۲۸). چنین تست‌هایی برای اندازه‌گیری استعداد فرد برای کار تحصیلی یا سایر انواع مشاغل که نیاز به استدلال و توانایی کلامی دارند، طراحی شده‌اند. بنابراین، آنها در درجه اول به عنوان ابزارهای غربالگری برای توانایی کلی استفاده می‌شوند و به دنبال آنها تست‌های استعداد تخصصی‌تری می‌آیند که استعداد را در زمینه‌های خاص، مانند موسیقی یا مکانیک، ارزیابی می‌کنند.

بیشتر تست‌های هوش مدرن از مقیاس‌های اصلی که در اوایل دهه ۱۹۰۰ توسط آلفرد بینه در فرانسه توسعه یافتند، نشأت می‌گیرند. مقیاس هوش استنفورد-بینه، که تجدیدنظری در مقیاس‌های بینه-سیمون بود، توسط ال. ام. ترمن تهیه و در سال ۱۹۱۶ منتشر شد؛ این مقیاس جد بزرگ تست‌های هوش آمریکایی است. این تست به صورت فردی اجرا می‌شود و به طور سنتی بیشتر برای کودکان تا بزرگسالان استفاده شده است. در سال

۲۰۰۳، پنجمین تجدیدنظر (SB۵) در آن انجام شد و اکنون ظاهری مدرن تر و همچنین مناسب برای بزرگسالان و افرادی که تسلط کلامی کمتری دارند، دارد. مجموعه محبوب دیگری از تست‌های هوش که به صورت فردی اجرا می‌شوند، آنهایی هستند که توسط دیوید وکسلر ابداع شده‌اند. آنها عبارتند از مقیاس هوش پیش دبستانی و ابتدایی وکسلر-(WPPSI-III)، طراحی شده برای سنین ۲ سال و ۶ ماه تا ۷ سال و ۳ ماه؛ مقیاس هوش وکسلر برای کودکان-ویرایش چهارم (WISC-IV)، طراحی شده برای سنین ۶ سال تا ۱۶ سال و ۱۱ ماه؛ و مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر-ویرایش چهارم (WAIS-IV)، طراحی شده برای سنین ۱۶ سال تا ۸۹ سال. تست‌های هوش وکسلر نمره IQ کلامی، IQ عملکردی و IQ مقیاس کامل را ارائه می‌دهند. تحقیقات گسترده‌ای بر روی تمام مقیاس‌های وکسلر انجام شده است و آنها اغلب ابزار انتخابی در ارزیابی هوش هستند (ثورندایک و ثورندایک-کریست، ۲۰۱۰).

تعدادی تست هوش دیگر با احترام گسترده وجود دارد که به صورت فردی اجرا می‌شوند. از جمله آنها می‌توان به مقیاس‌های رشد نوزاد بیلی، مقیاس بلوغ اجتماعی واینلند، باتری ارزیابی کافمن برای کودکان (K-ABC)، مقیاس‌های توانایی‌های کودکان مک کارتی، تست واژگان تصویری پیبادی (PPVT-IV) و تست هوش نوجوانان و بزرگسالان کافمن (KAIT) اشاره کرد.

همچنین مقیاس‌های هوش متعددی وجود دارد که برای اجرای گروهی در نظر گرفته شده‌اند. این ابزارها برای اولین بار در طول جنگ جهانی اول توسعه یافتند، زمانی که ارتش ایالات متحده تست‌های هوش آلفا و بتا خود را ایجاد کرد، که شناخته‌شده‌ترین پیشینیان ابزارهای هوش گروهی امروزی هستند. این تست‌ها در ابتدا برای غربالگری سربازان وظیفه و طبقه‌بندی آنها برای آموزش بر اساس سطح توانایی استفاده می‌شدند. از جمله پرکاربردترین و محترم‌ترین مجموعه‌های تست‌های هوش گروهی می‌توان به تست توانایی مدرسه اوتیس-لنون، تست توانایی‌های شناختی و تست مهارت‌های شناختی اشاره کرد.

تست‌های استعداد از بسیاری جهات مشابه تست‌های هوش هستند، اما برای سنجش دامنه محدودتری از توانایی طراحی شده‌اند. استعداد، توانایی برای یک کار یا نوعی مهارت است و تست استعداد، توانایی فرد را برای بهره‌مندی از آموزش یا تجربه بیشتر در یک شغل یا مهارت اندازه‌گیری می‌کند. تست‌های استعداد معمولاً به دو دسته تقسیم می‌شوند: (الف) باتری‌های چند استعدادی، که با اجرای انواع تست‌ها، تعدادی از مهارت‌ها را آزمایش می‌کنند؛ و (ب) تست‌های توانایی مؤلفه‌ای، که یک توانایی یا مهارت واحد، مانند توانایی موسیقی یا مکانیکی را ارزیابی می‌کنند. برخی از شناخته‌شده‌ترین باتری‌های چند استعدادی عبارتند از آزمون استعداد تحصیلی (SAT)، آزمون کالج آمریکایی (ACT)، آزمون قیاس‌های میلر (MAT)، آزمون استعداد دیفرانسیلی (DAT) و باتری استعداد شغلی نیروهای مسلح (ASVAB) (هیز، ۲۰۱۳؛ اوربینا، ۲۰۱۴).

علاقه / شغل

اگرچه انتظار می‌رود بین توانایی و علاقه به به کارگیری آن توانایی رابطه‌ای وجود داشته باشد، تست‌هایی که بهترین اندازه‌گیری از علایق را ارائه می‌دهند، آنهایی هستند که به طور خاص برای این منظور طراحی شده‌اند. یک فهرست علاقه، تست یا چک‌لیستی است که ترجیحات فرد را برای فعالیت‌ها و موضوعات ارزیابی می‌کند. پاسخ‌های به‌دست‌آمده از چنین تست‌هایی با نمرات دیگران در سطح رشدی مشابه (مثلاً در یک محیط آموزشی) یا با افرادی که قبلاً در یک زمینه خاص کار می‌کنند (مثلاً در یک محیط شغلی) مقایسه می‌شود. آناستازی (۱۹۸۲) خاطرنشان می‌کند که "مطالعه علایق احتمالاً قوی‌ترین انگیزه خود را از مشاوره آموزشی و شغلی دریافت کرده است" زیرا پیشرفت فرد در یک موقعیت یادگیری یا یک شغل به شدت تحت تأثیر علایق او قرار دارد (ص. ۵۳۴). در واقع، "تفسیر فهرست علاقه یکی از پرکاربردترین مداخلات در مشاوره شغلی است" (ساویکاس، ۱۹۹۸، ص. ۳۰۷).

ابزارهایی که علایق شغلی را اندازه‌گیری می‌کنند، به طور سیستماتیک و استاندارد با انتشار دفترچه ثبت علاقه شغلی قوی (SVIB) در سال ۱۹۲۷ آغاز شدند. این تست از زمان آغاز به کار خود نیم دوجین بار تجدیدنظر و گسترش یافته است، و آخرین نسخه این ابزار، فهرست علاقه قوی (SII)، شامل بیش از ۲۰۰ مقیاس شغلی است که شباهت بین علایق پاسخ‌دهنده و علایق کارگران راضی در هر یک از این مشاغل نشان می‌دهد. بنیانگذار این تست، ای. کی. استرانگ جونیور، تنها ۱۰ مقیاس شغلی برای تست اصلی ابداع کرد (دونی، ۱۹۹۷). نتایج تست SII در سه شکل توضیح داده می‌شود: مضامین شغلی کلی، مقیاس‌های علاقه اساسی و مقیاس‌های شغلی. بنابراین، آنها به مراجعان کمک می‌کنند تا خود را به روشی کلی و خاص بررسی کنند. یکی دیگر از ویژگی‌های جذاب این ابزار، ارتباط آن با نظریه رشد شغلی جان هالند است که شش نوع اصلی از افراد و محیط‌ها را پیشنهاد می‌کند: واقع‌گرا (R)، جستجوگر (I)، هنری (A)، اجتماعی (S)، کارآفرین (E) و قراردادی (C) (RIASEC؛ هالند، ۱۹۹۷). هرچه همبستگی بین انواع افراد و محیط بیشتر باشد، رابطه رضایت‌بخش‌تر خواهد بود (اسپوکین و کاتالانو، ۲۰۰۰). به طور کلی، SII وسعت و عمقی در اندازه‌گیری علایق شغلی ارائه می‌دهد که هیچ ابزار دیگری با آن برابری نمی‌کند. راهنمای کاربر همراه، راه‌های استفاده از این تست را با بزرگسالان، گروه‌های چند فرهنگی و جمعیت‌های خاص پیشنهاد می‌کند (دراوند، شپریس و جونز، ۲۰۱۶). علاوه بر این، مبانی نظری قوی، ساختار تجربی و سابقه طولانی از مزایای اصلی این فهرست است.

یک فهرست شغلی محبوب دیگر، که بر اساس شش نوع شخصیتی/محیطی هالند نیز بنا شده است، جستجوی خودگردان (SDS؛ هالند، ۱۹۹۴) است. این ابزار خوداجرا، خودنمره‌گذاری و گاهی خودتفسیر است. این ابزار شامل ۲۲۸ مورد است که به سه مجموعه تقسیم می‌شوند: فعالیت‌ها، شایستگی‌ها و مشاغل. پس از نمره‌گذاری، مراجعان یک دفترچه راهنمای کد شغلی سه حرفی (دفترچه‌ای که همراه با SDS است) را بررسی می‌کنند و آن را با کدهای شغلی موجود در فرهنگ مشاغل (DOT) مقایسه می‌کنند. این فهرست دارای چهار نسخه است، از

جمله فرم E که برای افراد کم سواد طراحی شده است. تست دهندگان از سن ۱۵ تا ۷۰ سال گزارش می دهند که SDS لذت بخش و مفید است.

سومین فهرست علاقه/شغلی محبوب، بررسی علاقه شغلی کودر (KOIS) است که برای اولین بار در سال ۱۹۳۹ منتشر شد و همچنان در حال تکامل است. شش فرم از این ابزار غیرزمان بندی شده با نوع مورد ترجیحی فعالیت وجود دارد، اما هر فرم دارای یک قالب پاسخ سه تایی با انتخاب اجباری است. برخی از فرم های این تست با کامپیوتر نمره گذاری می شوند، در حالی که برخی دیگر خودنمره گذاری هستند. مراجعان با انتخاب فعالیت های مورد علاقه ترین و کمترین علاقه به هر سه تایی پاسخ می دهند. نمرات کودر همبستگی بالایی با علایق رایج گروه های شغلی منتخب و رشته های دانشگاهی دارد (زیتوفسکی و هولمبرگ، ۱۹۸۸). ۱۰ حوزه شغلی گسترده این تست شامل موارد زیر است (زیتوفسکی، ۱۹۹۲، صص. ۲۴۵-۲۴۶):

۱. خدمات اجتماعی — "ترجیح کمک به مردم" — قابل مقایسه با مقیاس "اجتماعی" هالند
۲. متقاعدکننده — "ترجیح ملاقات و برخورد با مردم و ترویج پروژه ها یا فروش کالاها و ایده ها" — قابل مقایسه با مقیاس "کارآفرین" هالند
۳. دفتری — "ترجیح کارهایی که نیاز به دقت و صحت دارند" — قابل مقایسه با مقیاس "قراردادی" هالند
۴. محاسباتی — "ترجیح کار با اعداد" — همچنین قابل مقایسه با مقیاس "قراردادی" هالند
۵. موسیقایی — "ترجیح رفتن به کنسرت، نواختن سازهای موسیقی، آواز خواندن و خواندن در مورد موسیقی و نوازندگان" — قابل مقایسه با مقیاس "هنری" هالند
۶. هنری — "ترجیح کار خلاقانه شامل طراحی جذاب، رنگ، فرم و مواد" — قابل مقایسه با مقیاس "هنری" هالند

۷. ادبی—"ترجیح خواندن و نوشتن"—قابل مقایسه با مقیاس "هنری" هالند
 ۸. مکانیکی—"ترجیح کار با ماشین‌ها و ابزار"—قابل مقایسه با مقیاس "واقع‌گرا" هالند
 ۹. فضای باز—"ترجیح فعالیت‌هایی که بیشتر وقت شما را در خارج از منزل نگه می‌دارند و معمولاً با حیوانات و گیاهان سروکار دارند"—قابل مقایسه با مقیاس "واقع‌گرا" هالند
 ۱۰. علمی—"ترجیح کشف حقایق جدید و حل مسائل"—قابل مقایسه با مقیاس "جستجوگر" هالند
- ابزار چهارم، که عمدتاً بر شغل متمرکز است، فهرست باورهای شغلی (CBI؛ کرومبولتز، ۱۹۹۱) است. CBI ابزاری است که در صورت استفاده حساس توسط یک متخصص واجد شرایط، می‌تواند به افراد کمک کند تا باورهایی را که ممکن است مانع آنها شوند، شناسایی کنند. این ابزار بیشتر در ابتدای جلسه مشاوره شغلی مفید است. این امکان بررسی نگرش‌ها و فرضیات عمیق را فراهم می‌کند.
- سایر تست‌های شناخته‌شده علاقه/شغل عبارتند از سیستم ترجیح شغلی کالیفرنیا، بررسی علاقه شغلی جکسون، بررسی علاقه شغلی اوهایو، نسخه تک جنسیتی فهرست علاقه ACT و فهرست ترجیح شغلی.
- برای دانش‌آموزانی که قصد ورود به دانشگاه را ندارند، بردلی (۱۹۸۴) سه فهرست علاقه را گزارش می‌دهد که برای "اندازه‌گیری علایق در مشاغلی که نیاز به آموزش دانشگاهی ندارند" (ص. ۷) طراحی شده‌اند. این موارد شامل (الف) فهرست علاقه شغلی مینه‌سوتا، (ب) فهرست ارزیابی شغلی و (ج) فهرست راهنمایی شغلی در تجارت، خدمات و فناوری‌ها است. تست‌های علاقه طراحی شده برای استفاده تخصصی‌تر عبارتند از فهرست نقش جنسیتی بم، بررسی فعالیت جنکینز، فهرست جهت‌گیری شخصی، بررسی ارزش‌ها و بررسی نگرش‌های مدرسه.

در انتخاب ابزارهای مناسب علاقه/شغل، "شما [باید] بدانید به دنبال چه چیزی هستید و ... چه چیزی به دست می‌آورد" (وستبروک، ۱۹۸۸، ص. ۱۸۶). دو کتاب منبع عالی به توصیف تصمیم‌گیری شغلی و معیارهای ارزیابی می‌پردازند: کتاب راهنمای روانشناسی شغلی (والش، ساویکاس و هارتونگ، ۲۰۱۳) و راهنمای مشاور برای ابزارهای ارزیابی شغلی (وود و هیز، ۲۰۱۳).

شخصیت

شخصیت را می‌توان به طرق مختلف تعریف کرد؛ آنچه در یک فرهنگ عادی تلقی می‌شود، ممکن است در فرهنگ دیگر غیرعادی تلقی شود. با این وجود، تعدادی نظریه شخصیت وجود دارد که جنبه‌های بیولوژیکی، اجتماعی و محیطی انسان‌ها را بررسی می‌کنند. محبوب‌ترین نظریه‌پرداز قرن بیستم در زمینه ارزیابی شخصیت، هنری ای. موری بود. او به ویژه از نیازها (یا نیروها/فشارهای محیطی) و چگونگی تعیین رفتار توسط آنها آگاه بود (دراموند و همکاران، ۲۰۱۶).

تست شخصیت را می‌توان به عنوان هر یک از روش‌های مختلف تجزیه و تحلیل شخصیت، مانند چک‌لیست‌ها، فهرست‌های شخصیت و تکنیک‌های فرافکن تعریف کرد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). چنین تست‌هایی را می‌توان به دو دسته اصلی تقسیم کرد: عینی و فرافکن. برخی از شناخته‌شده‌ترین تست‌های عینی عبارتند از فهرست چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا-۲ (MMPI-۲)، شاخص نوع مایرز-بریگز (MBTI) و برنامه ترجیح شخصی ادواردز (EPPS). این تست‌ها نمراتی را به دست می‌دهند که مستقل از هر قضاوت نمره‌گذار هستند، همانطور که تمام تست‌های عینی هستند. تست‌های فرافکن شامل رورشاخ، تست اندریافت موضوعی (TAT) و تست خانه-درخت-شخص (HTP) هستند. این نوع تست‌ها معیارهایی را به دست می‌دهند که به درجات مختلف به قضاوت‌ها و تفسیرهای مجریان/نمره‌گذاران بستگی دارند. آنها ممکن است به ویژه در محیط‌های

مشاوره چند فرهنگی ارزشمند و مناسب باشند زیرا بسیاری از آنها به حداقل کلمات نیاز دارند و از این طریق احتمال سوگیری فرهنگی را کاهش می‌دهند.

نمونه اولیه تست شخصیت، یک فهرست خودگزارشی بود که به عنوان برگه اطلاعات شخصی شناخته می‌شد و در طول جنگ جهانی اول توسط آر. اس. وودورث (کاپلان و ساکوزو، ۲۰۱۳) توسعه یافت. با این حال، اولین تست فرافکن قابل توجه، تست لکه‌های جوهر رورشاخ بود که در سال ۱۹۲۱ منتشر شد (اکسندر، ۲۰۰۳). رورشاخ هنوز به طور گسترده در ارزیابی‌های شخصیت در ایالات متحده استفاده می‌شود. این تست شامل مجموعه‌ای از ۱۰ لکه جوهر است که به صورت یک به یک به افراد ارائه می‌شود. از تست‌دهندگان خواسته می‌شود که چه چیزی در لکه‌های جوهر می‌بینند و پاسخ‌های آنها ثبت می‌شود. بعداً پاسخ‌های آنها برای تشخیص افکار روان‌پریشانه در مقابل غیر روان‌پریشانه و مضامین کلی که ایجاد کرده‌اند، ارزیابی و تفسیر می‌شود. یک ارزیابی کلی از شخصیت و عملکرد عاطفی در گزارش‌های تولید شده از پاسخ‌دهندگان به این ابزار گنجانده شده است. تست‌های فرافکن، مانند رورشاخ، به طور گسترده در مشاوره استفاده نمی‌شوند. با این حال، تست‌های شخصیت با نمره‌دهی عینی استفاده می‌شوند، بنابراین بحث خود را با بررسی آنها آغاز خواهیم کرد.

فهرست چندوجهی شخصیت مینه سوتا-۲ (MMPI-۲) یکی از پرکاربردترین تست‌های روانشناختی در جهان است (نیکولز و کافمن، ۲۰۱۱). این تست تجدیدنظری در MMPI اصلی است. با این حال، به جای اینکه بر روی یک جمعیت محدود هنجارگذاری شود، این نسخه از یک گروه مرجع متنوع از نظر جغرافیایی و قومی استفاده می‌کند که نماینده جمعیت ایالات متحده است. MMPI-۲ استاندارد شده مجدد همچنین به صورت نوار برای افراد نابینا، بی‌سواد، نیمه‌سواد یا معلول موجود است (دراموند و همکاران، ۲۰۱۶). این تست دارای چندین فرم است، از جمله یک فرم برای نوجوانان (MMPI-A)، اما محبوب‌ترین فرم آن شامل ۵۶۷ عبارت تأییدی است که مراجعان به یکی از سه روش به آنها پاسخ می‌دهند: درست، نادرست یا نمی‌توانم بگویم. ۱۰

مقیاس بالینی در MMPI-۲ وجود دارد (جدول ۱۲، ۱) و سه مقیاس روایی اصلی: دروغ (L)، نادر (F) و تصحیح (K). علاوه بر این، یک مقیاس "?" وجود دارد که مجموعه‌ای از سؤالات بی‌پاسخ در سراسر تست است. MMPI-۲ علاوه بر تشخیص افرادی که مشکلات روانپزشکی را تجربه می‌کنند، قادر به تشخیص ویژگی‌های مهمی مانند خشم، بیگانگی، رفتار نوع A و حتی پریشانی زناشویی است. آموزش و تجربه گسترده برای مشاوران برای استفاده دقیق و مناسب از این ابزار ضروری است. به طور کلی، کاربردهای MMPI-۲ هنوز در حال پالایش است.

شاخص نوع مایرز-بریگز (MBTI) تستی است که نظریه نوع شخصیتی کارل یونگ را منعکس می‌کند (مایرز، ۱۹۶۲، ۱۹۸۰). این فهرست "به طور گسترده در زمینه‌های مختلف از جمله مشاوره شغلی، زوج درمانی و خانواده درمانی و تیم‌سازی مورد استفاده قرار گرفته است" (واچا-هاسه و تامپسون، ۲۰۰۲، ص. ۱۷۳). MBTI شامل ۱۶۶ مورد دو گزینه‌ای در مورد ترجیحات یا تمایلات در احساسات و رفتارها است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). این تست چهار شاخص را به دست می‌دهد: برون‌گرایی در مقابل درون‌گرایی (EI)، حسی در مقابل شهودی (SN)، فکری در مقابل احساسی (TF) و قضاوتی در مقابل ادراکی (JP). MBTI شامل چهار مقیاس دوقطبی است:

۱. برون‌گرایی یا درون‌گرایی (EI) – اینکه آیا ادراک و قضاوت به دنیای بیرونی (E) یا درونی (I) هدایت می‌شوند.

۲. حسی یا شهودی (SN) – چه نوع ادراکی هنگام نیاز به ادراک ترجیح داده می‌شود.

۳. فکری یا احساسی (TF) – چه نوع قضاوتی هنگام نیاز به تصمیم‌گیری مورد اعتماد قرار می‌گیرد.

۴. قضاوتی یا ادراکی (JP) – آیا باید با جهان با نگرش قضاوتی (با استفاده از تفکر یا احساس) یا با نگرش ادراکی (با استفاده از حس یا شهود) برخورد کرد.

ترکیب این چهار شاخص منجر به ۱۶ نوع شخصیتی ممکن می‌شود. درک روشن از نوع شخصیت، اطلاعات سازنده‌ای را در مورد نحوه درک و تعامل مراجعان با محیط خود در اختیار مشاوران قرار می‌دهد. تحقیقات نشان می‌دهد که انواع مختلف MBTI ظاهراً به مشاغل و سبک زندگی خاصی جذب می‌شوند (هیلی و وودوارد، ۱۹۹۸). به عنوان مثال، ۷۶ درصد از دانشجویان مشاوره مورد آزمایش، نمرات بالایی در مقیاس‌های شهودی/احساسی MBTI کسب می‌کنند و به عنوان افراد با بصیرت، مشتاق و قادر به مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز با گرمای شخصی توصیف می‌شوند (مایرز، ۱۹۸۰). تست‌های جایگزین برای MBTI که ترجیحات نوع روانشناختی یونگی را نیز به دست می‌دهند، شامل مرتب‌ساز مزاج کیرسی (کیرسی و بیتس، ۱۹۸۴) و پرسشنامه خودتوصیفی ترجیحات شخصی (PPSDQ؛ تامپسون، ۱۹۹۶) است.

برنامه ترجیح شخصی ادواردز (EPPS) بر اساس نظریه نیاز-فشار شخصیت که توسط هنری موری (۱۹۳۸) توسعه یافته است، بنا شده است. این تست شامل ۲۲۵ سوال با انتخاب اجباری است که قدرت ۱۵ نیاز فردی را در رابطه با سایر نیازهای فرد بررسی می‌کند (اوربینا، ۲۰۱۴). نمرات بر روی یک نمودار صدک بر اساس هنجارهای گروهی برای دانشجویان کالج یا بزرگسالان به طور کلی رسم می‌شوند. سایر تست‌های شخصیت خودگزارشی با نمره‌دهی عینی عبارتند از فهرست روانشناختی کالیفرنیا (CPI)، بررسی مزاج گیل فورد-زیمرن، لیست بررسی مشکلات مونی، پرسشنامه شانزده عاملی شخصیت (۱۶ PF) و فهرست اضطراب حالت-صفت (STAI).

تست‌های شخصیت فرافکن بسیار کمتر ساختار یافته و نمره‌دهی آنها بسیار دشوارتر است، اما اغلب در آنها برای مراجع دشوارتر است. طرفداران ادعا می‌کنند که این تست‌ها جنبه‌های عمیق‌تری از شخصیت مراجع را نسبت به سایر ابزارها اندازه‌گیری می‌کنند. برخی از محققان و پزشکان، مانند اکسندر (۲۰۰۳)، سعی کرده‌اند روش‌های اجرای و نمره‌دهی تست‌های فرافکن را استاندارد کنند. اگرچه برای برخی ابزارها موفقیت‌هایی حاصل شده است،

اما نمره‌دهی بسیاری دیگر از تست‌های فرافکن، مانند تست اندریافت موضوعی، مشکوک است. علاوه بر تست‌های ذکر شده در این بخش، تست‌های فرافکن شامل تکنیک لکه جوهر هولتزمن، تست نقاشی آدمک، تست اندریافت کودکان و تکمیل جملات ناتمام روتر است.

پیشرفت

تست پیشرفت، معیاری از میزان موفقیت یا یادگیری فرد در یک موضوع یا کار است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). تست‌های پیشرفت نسبت به هر نوع تست دیگری ابزارهای اندازه‌گیری بسیار مستقیم‌تری هستند. نتایج آنها به مراجعان ایده خوبی از آنچه در یک زمینه خاص آموخته‌اند در مقایسه با آنچه دیگران آموخته‌اند، می‌دهد. این تست‌ها نوع اطلاعاتی را در اختیار مراجعان قرار می‌دهند که برای تصمیم‌گیری‌های آموزشی و شغلی صحیح به آن نیاز دارند. اگر مراجعی استعدادها، علایق یا گرایش‌های شخصیتی مناسب برای زمینه‌های شغلی خاص داشته باشد اما دانش یا مهارت کمی داشته باشد، می‌تواند اقدامات مثبتی برای اصلاح این کمبودها انجام دهد. تست‌های پیشرفت ممکن است توسط معلم ساخته شده یا استاندارد شده باشند. مزایای تست‌های ساخته شده توسط معلم این است که واحدهای مطالعاتی خاصی را که در یک محیط آموزشی مورد تأکید قرار گرفته‌اند، اندازه‌گیری می‌کنند، به راحتی به روز می‌شوند و منعکس‌کننده تأکیدات و اطلاعات فعلی هستند. با این حال، تست‌های استاندارد شده، اهداف آموزشی کلی‌تری را اندازه‌گیری می‌کنند، معمولاً با دقت بیشتری ساخته می‌شوند و به تست‌دهنده ایده خوبی در مورد چگونگی مقایسه خود با نمونه وسیع‌تری از دیگران در یک موضوع خاص می‌دهند. تست‌های ساخته شده توسط معلم و تست‌های استاندارد شده مکمل یکدیگر هستند و هر دو ممکن است به طور سودمند در فرآیند کمک رسانی مورد استفاده قرار گیرند.

تست‌های پیشرفت مختلف برای اهداف متمایز به کار گرفته می‌شوند. در یک محیط مدرسه، ترکیبی از تست‌های ساخته شده توسط معلم و تست‌های استاندارد شده با سطوح سنی و پایه مرتبط هستند. باتری‌های

پیشرفت کلی مورد استفاده در مدارس ابتدایی و متوسطه، مهارت‌های اساسی را اندازه‌گیری می‌کنند. این موارد شامل تست‌های TerraNova، تست‌های مهارت‌های اساسی آیووا، مجموعه پیشرفت SRA، تست‌های پیشرفت متروپولیتن، تست پیشرفت دامنه گسترده و تست پیشرفت استنفورد (اوربینا، ۲۰۱۴) است. مشاوران مدرسه باید به ویژه در مورد این ابزارها آگاهی کسب کنند تا بتوانند به طور هوشمندانه و کارآمد با معلمان، والدین، مدیران، دانش‌آموزان و متخصصان آموزشی گفتگو کنند. ابزارهایی نیز برای اندازه‌گیری پیشرفت بزرگسالان مانند آزمون یادگیری اساسی بزرگسالان و تست‌های توسعه آموزش عمومی (GED) در دسترس هستند. تست‌های پیشرفت با گرایش حرفه‌ای شامل آزمون ملی معلم، آزمون پذیرش دانشکده حقوق و آزمون ملی مشاور (NCE) است. این تست‌های اخیر با اطمینان از اینکه افرادی که در آنها قبول می‌شوند حداقل سطح صلاحیت اطلاعاتی را کسب کرده‌اند، به حفظ منافع عمومی و حرفه‌هایی که نمایندگی می‌کنند، کمک می‌کنند.

بخش چهارم

تخصص های مشاوره

بخش چهارم

این صفحه عمداً خالی مانده است

تخصص های مشاوره

فصل 13 مشاوره شغلی در طول عمر

فصل چهاردهم مشاوره زوجین و خانواده

فصل 15 مشاوره مدرسه حرفه ای

فصل 16 مشاوره کالج و خدمات زندگی دانشجویی

فصل 17 سوء استفاده، اعتیاد، ناتوانی و مشاوره

فصل 18 مشاوره سلامت روان بالینی و تمرین خصوصی

فصل سیزدهم

مشاوره شغلی در طول عمر



مروری بر فصل

از خواندن این فصل شما در مورد موارد زیر خواهید آموخت:

- اهمیت مشاوره شغلی و دامنه مشاوره شغلی
- نظریه‌ها و تکنیک‌های اصلی مشاوره شغلی (به عنوان مثال، رشدی، اجتماعی-شناختی)

- مشاوره شغلی با جمعیت‌های متنوع (به عنوان مثال، کودکان، نوجوانان، بزرگسالان، زنان،

افراد LGBTQ و اقلیت‌های فرهنگی)

در حین مطالعه در نظر بگیرید:

- چقدر مشاوره شغلی شبیه و متفاوت از مشاوره شخصی است و چرا
 - کدام نظریه یا نظریه‌های شغلی بیشتر برای شما جذابیت دارند و چرا
- چالش‌های مشاوره شغلی با جمعیت‌هایی که با آنها آشنا نیستید و چه کاری می‌توانید انجام دهید تا خود را برای آنها آماده‌تر کنید

دور در پشت ذهن او افکار لنگر انداخته مانند قایق‌های کوچک در یک خلیج آرام آماده برای برافراشتن بادبان در یک لحظه من، نشسته در طرف راست او گوش دادن به زمزمه‌های تغییر آماده برای بلند کردن لنگر با او و کشف امواج متلاطم زندگی پیش رو مشاوره نیازمند صبری ویژه است — بهترین راهنماها دریانوردان و نوابران هستند — دوره‌ها فقط برای زمان‌هایی ترسیم می‌شوند که جزر و مد بالا و نسیم ثابت است.

تجدید چاپ از "افکار لنگر انداخته"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۸۵، مجله آموزش و توسعه انسان‌گرا، ۲۳، ص. ۶۸. © ۱۹۸۵ توسط ساموئل تی. گلادینگ.

حرفه مشاوره زمانی آغاز به ترسیم مسیر خود کرد که فرانک پارسونز (۱۹۰۹) فرآیندی را برای انتخاب شغل ترسیم کرد و جنبش راهنمایی شغلی را آغاز نمود. به گفته پارسونز، انتخاب شغل بهتر از صرفاً جستجو برای

یک کار است. از زمانی که ایده‌های او برای اولین بار برجسته شد، حجم زیادی از تحقیق و نظریه در زمینه توسعه و مشاوره شغلی تولید شده است.

انتخاب شغل چیزی فراتر از صرفاً تصمیم‌گیری در مورد نحوه کسب درآمد است. مشاغل بر کل شیوه زندگی فرد، از جمله سلامت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارند. بین نقش‌های کاری و سایر نقش‌های زندگی ارتباطات متقابلی وجود دارد" (ایمبیمبو، ۱۹۹۴، ص ۵۰). بنابراین، درآمد، استرس، هویت اجتماعی، معنا، تحصیلات، لباس، سرگرمی‌ها، علایق، دوستان، سبک زندگی، محل سکونت و حتی ویژگی‌های شخصیتی به زندگی کاری فرد گره خورده است (هر، کرامر و نایلز، ۲۰۰۴). تحقیقات کیفی نشان می‌دهد که افرادی که در کار خود شادتر به نظر می‌رسند، به دنبال کردن علایق خود متعهد هستند، طیف وسیعی از شایستگی‌ها و نقاط قوت شخصی را نشان می‌دهند و در محیط‌های کاری فعالیت می‌کنند که با آزادی، چالش، معنا و فضای اجتماعی مثبت مشخص می‌شوند (هندرسون، ۲۰۰۰).

با این حال، علیرغم شواهد اهمیت کار فرد، بررسی و انتخاب مشاغل به طور سیستماتیک اغلب اتفاق نمی‌افتد. تقریباً از هر پنج کارگر آمریکایی یک نفر گزارش می‌دهد که شغل فعلی خود را به طور اتفاقی به دست آورده است، و بیش از ۶۰ درصد از کارگران در ایالات متحده اگر می‌توانستند دوباره زندگی کاری خود را برنامه‌ریزی کنند، گزینه‌های شغلی را به طور کامل‌تری بررسی می‌کردند (هویت، ۱۹۸۹). بنابراین، مهم است که افراد اطلاعات شغلی را زودتر به دست آورند و با دانش و انعطاف‌پذیری در مورد برنامه‌های خود وارد بازار کار شوند. فرآیند انتخاب شغل برای هر فرد منحصر به فرد است. این فرآیند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد. به عنوان مثال، سبک‌های شخصیتی، مراحل رشدی و نقش‌های زندگی وارد عمل می‌شوند (دراموند و رایان، ۱۹۹۵). اتفاق و تصادف (گیندون و هانا، ۲۰۰۲)، پیشینه خانوادگی (چوپ، ۲۰۰۶)، جنسیت (وات و اکلس، ۲۰۰۸)، استعداد (ماکسول، ۲۰۰۷) و سن (کاناف، ۱۹۹۷) نیز ممکن است بر انتخاب شغل تأثیر بگذارند. علاوه بر این،

اقتصاد جهانی در زمان تصمیم‌گیری در مورد شغل یک عامل مهم است (اندرسن و وندهی، ۲۰۱۲). در عصر صنعتی، وقت‌شناسی، اطاعت و عملکرد کاری ماشینی مهارت‌های مورد نیاز برای موفقیت بودند؛ در اقتصاد خدماتی-فناوری کنونی، تأکید بر "کار تیمی رقابتی، رضایت مشتری، یادگیری مداوم و نوآوری" است (استیلی و کری، ۱۹۹۷، ص ۳۷۹). علاوه بر این، "بازار کار جدید در یک اقتصاد ناپایدار مستلزم این است که مشاغل نه به عنوان یک تعهد مادام‌العمر به یک کارفرما، بلکه به عنوان فروش مکرر خدمات و مهارت‌ها به مجموعه‌ای از کارفرمایان که به تکمیل پروژه‌ها نیاز دارند، دیده شود" (ساویکاس، ۲۰۱۲، ص ۱۳).

از آنجایی که حجم عظیمی از ادبیات در مورد مشاغل در دسترس است، این فصل فقط می‌تواند یک مرور کلی از این حوزه ارائه دهد. این فصل بر توسعه و مشاوره شغلی از دیدگاه جامع و طول عمر (همانطور که برای اولین بار توسط نورمن گیسبرز پیشنهاد شد) تمرکز خواهد کرد. در این فرآیند، نظریه‌ها و وظایف مناسب برای کار با انواع مختلف مراجعان بررسی خواهند شد.

اهمیت مشاوره شغلی

علیرغم تاریخچه طولانی و تدوین مدل‌های بسیار، مشاوره شغلی از همان درجه اعتبار سایر اشکال مشاوره یا روان‌درمانی برخوردار نبوده است. این امر هم برای حرفه مشاوره و هم برای بسیاری از افرادی که به این خدمات نیاز دارند، متأسفانه است. نظرسنجی‌ها از دانش‌آموزان سال سوم و چهارم دبیرستان و دانشجویان مقطع کارشناسی نشان می‌دهد که یکی از خدمات مشاوره‌ای که آنها بیشتر ترجیح می‌دهند، مشاوره شغلی است. براون (۱۹۸۵) همچنین معتقد است که مشاوره شغلی ممکن است یک مداخله مناسب برای برخی از مراجعانی باشد که مشکلات عاطفی مرتبط با محیط‌های غیرحمایتی و استرس‌زا دارند. سهم مشاوره شغلی در رشد و توسعه شخصی و ارتباطی به خوبی مستند شده است (کرومبولتز، ۱۹۹۴؛ شولتایس، ۲۰۰۳). در واقع، هر و همکاران (۲۰۰۴) استدلال می‌کنند که انواع مشکلات زندگی و مشکلات روانی زمانی رخ می‌دهد که زندگی

شغلی یا کاری فرد نامطلوب باشد. کریتس (۱۹۸۱، صص ۱۵-۱۴). جنبه‌های مهم مشاوره شغلی را فهرست می‌کند که شامل موارد زیر است:

۱. "نیاز به مشاوره شغلی بیشتر از نیاز به روان‌درمانی است." مشاوره شغلی با دنیای درونی و بیرونی افراد سروکار دارد، در حالی که بیشتر رویکردهای مشاوره دیگر فقط با رویدادهای درونی سروکار دارند.
۲. "مشاوره شغلی می‌تواند درمانی باشد." بین سازگاری شغلی و شخصی همبستگی مثبتی وجود دارد (کریتس، ۱۹۶۹؛ هینکل من و لوزو، ۲۰۰۷؛ کرومبولتز، ۱۹۹۴؛ سوپر، ۱۹۵۷). مراجعانی که با موفقیت با تصمیمات شغلی کنار می‌آیند، ممکن است در توانایی مقابله با سایر زمینه‌های مشکل‌ساز مهارت و اعتماد به نفس کسب کنند. آنها ممکن است انرژی بیشتری را برای حل مشکلات غیرشغلی صرف کنند زیرا اهداف شغلی خود را روشن کرده‌اند. اگرچه براون (۱۹۸۵) مجموعه‌ای از استراتژی‌های ارزیابی را ارائه می‌دهد که در تعیین اینکه آیا مراجع ابتدا به مشاوره شخصی یا شغلی نیاز دارد، مفید است، اما کرومبولتز (۱۹۹۴) ادعا می‌کند که مشاوره شغلی و شخصی به طور جدایی‌ناپذیری در هم تنیده‌اند و اغلب باید با هم درمان شوند. در واقع، داده‌های پژوهشی دیدگاه "که افراد متقاضی کمک شغلی با افراد غیر متقاضی کمک شغلی متفاوت هستند" را رد می‌کنند (دالرهاید، ۱۹۹۷، ص. ۱۸۰). به عنوان مثال، افرادی که شغل خود را از دست می‌دهند و می‌ترسند که هرگز موقعیت دیگری پیدا نکنند، هم مشکل شغلی و هم مشکل اضطراب شخصی دارند. ضروری است که با چنین افرادی به صورت جامع برخورد شود و اطلاعاتی در مورد جنبه‌های فکری یافتن شغل ارائه شود و با آنها برای مواجهه و غلبه بر نگرانی‌های عاطفی آنها در مورد جستجوی شغل جدید یا جهت جدید در زندگی کار شود.
۳. "مشاوره شغلی دشوارتر از روان‌درمانی است." کریتس بیان می‌کند که برای اینکه یک مشاور شغلی مؤثر باشد، فرد باید هم با متغیرهای شخصی و هم متغیرهای کاری سروکار داشته باشد و بداند که این

دو چگونه با یکدیگر تعامل دارند". آگاهی و مهارت در مشاوره شغلی مستلزم آن است که مشاوران از انواع نظریه‌ها و تکنیک‌های توسعه شخصیت و شغل استفاده کنند و به طور مداوم قادر به جمع‌آوری و ارائه اطلاعات روز در مورد دنیای کار باشند" (ایمبیمبو، ۱۹۹۴، ص ۵۱). همین امر به طور یکسان برای مشاوره، که اغلب بر دنیای درونی مراجع تمرکز دارد، صادق نیست.

تأمل شخصی

چگونه به شغلی که دنبال می‌کنید علاقه‌مند شدید؟ آیا مشاوره شغلی دریافت کرده‌اید؟ اگر بله، آیا مفید بود؟ اگر نه، چه استفاده‌ای می‌توانستید از مشاوره شغلی ببرید؟

انجمن‌ها و مدارک مشاوره شغلی

انجمن ملی توسعه شغلی، یا NCDA که قبلاً انجمن ملی راهنمایی شغلی، یا NVGA نامیده می‌شد؛ (<http://ncda.org/>) و انجمن ملی مشاوران استخدامی، یا NECA ([invalid URL removed])، دو بخش در انجمن مشاوره آمریکا (ACA) هستند که عمدتاً به توسعه و مشاوره شغلی اختصاص دارند NCDA.، قدیمی‌ترین بخش در ACA، ریشه‌های خود را به سال ۱۹۱۳ می‌رساند (شیلی، ۱۹۷۸، ۱۹۸۸؛ استیونز، ۱۹۸۸). این انجمن شامل متخصصانی در تجارت و صنعت، آژانس‌های توانبخشی، دولت، بخش خصوصی و محیط‌های آموزشی است که با گروه‌های با علاقه ویژه NCDA، مانند کار و سلامت روان، سوء مصرف مواد در محل کار و برنامه‌های کمک به کارکنان (پارکر، ۱۹۹۴؛ اسمیت، انگلس و بونک، ۱۹۸۵) همکاری می‌کنند. عضویت NECA نیز متنوع اما متمرکزتر است. تا سال ۱۹۶۶، این انجمن یک گروه با علاقه ویژه در NCDA بود (مایر، هلوگ، جرنز و چیکنرینگ، ۱۹۸۵). هر دو بخش مجلات فصلی منتشر می‌کنند: فصلنامه توسعه شغلی (که قبلاً فصلنامه راهنمایی شغلی نامیده می‌شد) و مجله مشاوره استخدامی، به ترتیب.

دامنه مشاوره شغلی و مشاغل

مشاوره شغلی یک رشته ترکیبی است که اغلب توسط بسیاری از متخصصان کمک‌رسان، صاحبان مشاغل، عموم مردم یا دولت (هویت، ۲۰۰۵) مورد سوء تفاهم قرار می‌گیرد و همیشه به طور کامل قدردانی نمی‌شود NCDA. مشاوره شغلی را به عنوان "فرآیند کمک به افراد در توسعه یک زندگی-شغل با تمرکز بر تعریف نقش کارگر و نحوه تعامل آن نقش با سایر نقش‌های زندگی" (ص ۲). تعریف می‌کند.

در طول تاریخ خود، مشاوره شغلی با نام‌های مختلفی از جمله راهنمایی شغلی، مشاوره شغلی و مشاوره حرفه‌ای شناخته شده است. کریتس (۱۹۸۱) تأکید می‌کند که کلمه شغل مدرن‌تر و فراگیرتر از کلمه حرفه است. شغل همچنین گسترده‌تر از کلمه شغل است که هر و همکاران (۲۰۰۴) آن را به عنوان گروهی از مشاغل مشابه که در صنایع یا سازمان‌های مختلف یافت می‌شوند، تعریف می‌کنند. شغل صرفاً فعالیتی است که برای بازده اقتصادی انجام می‌شود (فاکس، ۱۹۹۴).

مشاوران شغلی به وضوح باید هنگام کمک به افراد در تصمیم‌گیری‌های شغلی، عوامل زیادی را در نظر بگیرند. از جمله این عوامل می‌توان به علایق غیرشغلی، سن یا مرحله زندگی، بلوغ، جنسیت، تعهدات خانوادگی و نقش‌های مدنی (شالکراس، ۲۰۰۹) اشاره کرد. برخی از این عوامل به روش‌های مختلفی نشان داده می‌شوند. به عنوان مثال، ادغام و تعامل کار و اوقات فراغت در شغل فرد در طول عمر به گفته مک‌دانلیز (۱۹۸۴) در فرمول $C = W + L$ بیان می‌شود، که در آن C برابر با شغل است؛ W، کار؛ L، اوقات فراغت (گیل، ۱۹۹۸، ص ۲۰۶).

تمام نظریه‌های مشاوره به طور بالقوه قابل استفاده و مفید در کار با افراد در انتخاب‌های شغلی هستند، اما افراد از طریق وسایل آموزشی و همچنین روابط مشاوره‌ای درک و بینشی در مورد خود و چگونگی جای گرفتن در

دنیای کار به دست می‌آورند. افراد آگاه ممکن است به خدمات مشاوره‌ای کمتری نسبت به دیگران نیاز داشته باشند و پاسخ مثبت‌تری به این نوع کمک نشان دهند.

از جمله بسیاری از وظایفی که مشاوران شغلی انجام می‌دهند عبارتند از:

- اجرای و تفسیر تست‌ها و فهرست‌ها؛
- برگزاری جلسات مشاوره شخصی؛
- تدوین برنامه‌های شغلی فردی؛
- کمک به مراجعان در ادغام نقش‌های زندگی شغلی و غیرشغلی؛
- تسهیل مهارت‌های تصمیم‌گیری؛ و
- ارائه حمایت به افرادی که استرس شغلی، از دست دادن شغل یا تغییرات شغلی را تجربه می‌کنند.

اطلاعات شغلی

(NCDA که در آن زمان NVGA نامیده می‌شد) اطلاعات شغلی را به عنوان "اطلاعات مربوط به دنیای کار که می‌تواند در فرآیند توسعه شغلی مفید باشد، از جمله اطلاعات آموزشی، شغلی و روانی-اجتماعی مربوط به کار، به عنوان مثال، در دسترس بودن آموزش، ماهیت کار و وضعیت کارگران در مشاغل مختلف" (سیرز، ۱۹۸۲، ص ۱۳۹). تعریف کرده است. اصطلاح مدرن‌تر برای اطلاعات شغلی، داده‌های شغلی است، به این معنی که مجموعه‌ای از حقایق در مورد فرصت‌های شغلی و آموزشی (نایلز و هریس-بولزبای، ۲۰۱۳). داده‌ها تنها زمانی به اطلاعات تبدیل می‌شوند که توسط مراجعان درک شوند و برای اطلاع‌رسانی در مورد تصمیم‌گیری استفاده شوند، یعنی برای کمک به آنها در انتخاب یک گزینه به جای گزینه دیگر.

همانطور که در فصل‌های قبلی بحث شد، کلمه راهنمایی معمولاً برای فعالیت‌هایی که عمدتاً آموزشی هستند، محفوظ است. راهنمایی شغلی شامل تمام فعالیت‌هایی است که به دنبال انتشار اطلاعات در مورد مشاغل فعلی یا آینده به گونه‌ای هستند که افراد در مورد اینکه در رابطه با دنیای کار چه کسانی هستند، آگاهی و دانش بیشتری کسب کنند. فعالیت‌های راهنمایی می‌توانند به شکل‌های زیر باشند:

- نمایشگاه‌های شغلی (دعوت از متخصصان در تعدادی از زمینه‌ها برای توضیح مشاغل خود)،
 - تکالیف کتابخانه‌ای،
 - مصاحبه‌های خارج از سازمان،
 - تجربیات اطلاعاتی با کمک رایانه،
 - سایه‌بانی شغلی (دنبال کردن یک نفر در روال کار روزانه او)،
 - سخنرانی‌های آموزشی، و
 - تمرین‌های تجربی مانند ایفای نقش.
- راهنمایی شغلی و انتشار اطلاعات شغلی به طور سنتی به عنوان یک فعالیت آموزشی تصور می‌شود. با این حال، این فرآیند اغلب خارج از محیط کلاس درس انجام می‌شود—به عنوان مثال، در سازمان‌های دولتی، صنایع، کتابخانه‌ها و خانه‌ها یا با یک متخصص خصوصی (هریس-بولزبای، ۱۹۹۲). به گفته سی.اچ. پترسون، راهنمایی شغلی "برای افرادی است که نسبتاً عادی هستند و هیچ مشکل عاطفی ندارند که مانع از ایجاد یک رویکرد منطقی برای انتخاب شغلی یا حرفه‌ای شود" (فریمن، ۱۹۹۰، ص. ۲۹۲). بسیاری از سازمان‌های دولتی و آموزشی (مانند سیستم ملی اطلاعات شغلی [NCIS] در یوجین، اورگان) اطلاعات مربوط به مشاغل را رایانه‌ای کرده و از طریق کتابخانه‌ها منتشر می‌کنند. به طور کلی، راه‌های کسب اطلاعات در مورد مشاغل گسترده است.

با این حال، همه روش‌های یادگیری به یک اندازه مؤثر نیستند، و کسانی که اطلاعات شغلی را برای موقعیت‌های خاص شخصی‌سازی نمی‌کنند، اغلب در تصمیم‌گیری‌های شغلی دچار مشکل می‌شوند. نتیجه ممکن است آرزوهای غیرواقعی و اهدافی فراتر از توانایی‌های فرد باشد (سالومون و مک‌کنا، ۱۹۸۲). بنابراین، ارائه اطلاعات کیفی و کمی به افرادی که در مورد مشاغل تصمیم می‌گیرند، از جمله ماهیت فرآیند تصمیم‌گیری شغلی، مانند اشاره به اینکه "تصمیم‌گیری شغلی در طول زمان توسعه می‌یابد" و "فرآیند تصمیم‌گیری پیچیده است، نه ساده" (کریشهوک، ۱۹۹۸)، حیاتی است.

دانش اطلاعات شغلی و فرآیندهای مرتبط با آن، خودکاوی در توسعه شغلی را تضمین نمی‌کند، اما تصمیمات شغلی خوب بدون این داده‌ها قابل اتخاذ نیست. کمبود اطلاعات کافی یا اطلاعات به روز یکی از دلایلی است که افراد در تصمیم‌گیری یا انتخاب‌های غیرعقلانه شکست می‌خورند.

چندین نشریه به عنوان مراجع کلاسیک برای یافتن اطلاعات عمیق و به روز در مورد مشاغل و روندها در نظر گرفته می‌شوند. این موارد شامل فرهنگ مشاغل (DOT) منتشر شده توسط دولت است که اکنون به شبکه اطلاعات شغلی (ONet) تبدیل شده و توسط وزارت کار ایالات متحده به عنوان جایگزینی برای DOT به صورت آنلاین قرار گرفته است (ONet). www.doleta.gov/programs/onet یک پایگاه داده جامع است که اطلاعاتی در مورد تقریباً ۹۷۵ شغل، مهارت‌های کارگران و الزامات آموزش شغلی ارائه می‌دهد و به طور منظم به روز می‌شود. به همین ترتیب، کتابچه راهنمای چشم انداز شغلی

(www.bls.gov/oco/home.htm) و سایر نشریات اصلی وزارت کار در وب قرار گرفته‌اند. مشاوران شغلی همچنین می‌توانند از فناوری کاربردی خارج از دولت، به ویژه استفاده از جستجوهای شغلی الکترونیکی، استفاده کنند.

مثال موردی

ماگسی بوگز و بسکتبال

در یک روز خوب، ماگسی بوگز ۵ فوت و ۳ اینچ قد و ۱۳۶ پوند وزن داشت. با این حال، او به بازی بسکتبال کالج و سپس ۱۴ سال بازی در انجمن ملی بسکتبال (NBA) ادامه داد. او یک پاسور استثنایی، یک توپ‌گیر و یکی از سریع‌ترین مردان در زمین بود. او از یک پس‌زمینه فقیرنشین آمده بود و در پایان قرن بیستم به شهرت و ثروت رسید.

چگونه یک مورد مانند ماگسی بوگز ارزش مشاوره شغلی را منعکس می‌کند؟ (آیا هیچ مشاور شغلی در دبیرستان یا کالج به او توصیه می‌کرد که سعی کند بسکتبال حرفه‌ای بازی کند؟)

تعدادی از سیستم‌های برنامه‌ریزی شغلی مبتنی بر رایانه (CBCPSS) و سیستم‌های راهنمایی شغلی با کمک رایانه (CACGS) اطلاعات شغلی ارائه می‌دهند و به افراد کمک می‌کنند تا ارزش‌ها و علایق خود را مرتب کنند یا اطلاعات شغلی پیدا کنند. یکی از زیبایی‌های سیستم‌های برنامه‌ریزی و راهنمایی شغلی مبتنی بر رایانه و با کمک رایانه، دسترسی آنهاست: آنها در بسیاری از محیط‌ها و با افراد متنوع در فرهنگ‌ها و طول عمر در دسترس هستند (نایلز و هریس-بولزبای، ۲۰۱۳؛ سمپسون و بلوم، ۲۰۰۱). برخی از برنامه‌های برتر شامل SIGI۳ سیستم راهنمایی و اطلاعات تعاملی، با "۳" که نشان دهنده پالایش سیستم است، (DISCOVER و سیستم برنامه‌ریزی شغلی کودر (مپلز و لوزو، ۲۰۰۵) است.

۱. خودارزیابی (ارزش‌ها)، www.valparint.com/sigi.htm؛ کاتز، ۱۹۷۵، ۱۹۹۳) شامل پنج مؤلفه با تمرکز بر:

۱. خودارزیابی (ارزش‌ها)،

۲. شناسایی گزینه‌های شغلی (یافتن)،

۳. بررسی اطلاعات شغلی (مقایسه)،

۴. بررسی اطلاعات مربوط به برنامه‌های آماده‌سازی (برنامه‌ریزی)، و

۵. اتخاذ انتخاب‌های شغلی موقت (استراتژی).

با استفاده از SIGI^۳، جستجوگران قادر به روشن کردن ارزش‌های خود، یافتن و شناسایی گزینه‌های شغلی، مقایسه انتخاب‌ها، یادگیری مهارت‌های برنامه‌ریزی و توسعه مهارت‌های تصمیم‌گیری شغلی منطقی هستند.

ACT:DISCOVER (www.act.org)، ۱۹۹۸ (شامل نه ماژول است):

۱. آغاز سفر شغلی

۲. آشنایی با دنیای کار

۳. آشنایی با خود

۴. یافتن مشاغل

۵. آشنایی با مشاغل

۶. اتخاذ انتخاب‌های آموزشی

۷. برنامه‌ریزی مراحل بعدی

۸. برنامه‌ریزی شغل خود

۹. ایجاد انتقالات

بیشتر کاربران DISCOVER ماژول‌ها را به ترتیب متوالی طی می‌کنند، اما بسته به نیاز می‌توان به صورت درخواستی به ماژول‌ها دسترسی پیدا کرد.

سیستم برنامه‌ریزی شغلی کودر (www.kuder.com) یک راه حل جامع برای برنامه‌ریزان شغلی در تمام مراحل توسعه شغلی ارائه می‌دهد. این سیستم، از جمله موارد دیگر، شامل نمونه کار آنلاین شغلی کودر و ارزیابی‌های مبتنی بر تحقیق است. نمونه کار آنلاین شغلی برنامه‌ریزی شغلی مادام العمر را فراهم می‌کند که به افراد امکان می‌دهد اطلاعات شخصی و تحصیلی را ذخیره کنند، داده‌های آموزشی و شغلی را جستجو و ذخیره کنند، رزومه بسازند و از طریق هر اتصال اینترنتی به پیشرفت و نتایج ارزیابی دسترسی پیدا کنند. ارزیابی‌های مبتنی بر تحقیق، که به زبان انگلیسی یا اسپانیایی در دسترس هستند، به کاربران سیستم کمک می‌کنند تا علایق، مهارت‌ها و ارزش‌های کاری خود و چگونگی ارتباط این ویژگی‌ها با دنیای کار را کشف کنند.

روش‌های ارتقای سیستم‌های برنامه‌ریزی شغلی مبتنی بر رایانه و سیستم‌های راهنمایی شغلی با کمک رایانه به طور مداوم در حال اجرا هستند، از جمله برنامه‌های تعاملی (نایلز و هریس-بولزبای، ۲۰۱۳؛ زونکر، ۲۰۱۶). با این حال، مهم نیست که برنامه‌ها چقدر پیچیده باشند، عاقلانه است که مشاوران شغلی آموزش دیده برای کمک به افرادی که ممکن است از این فناوری استفاده کنند اما هنوز در مورد کاربرد آن در زندگی خود سؤالاتی داشته باشند، در دسترس باشند (واکر-استگز، ۲۰۰۰).

علاوه بر این ابزارها، برنامه‌های درسی انتخاب شغلی که توسط کمیته هماهنگی اطلاعات شغلی ملی (NOICC) تدوین شده‌اند، وجود دارند که می‌توان از آنها در محیط‌های آموزشی مانند دبیرستان‌ها برای ارائه اطلاعات شغلی مرتبط با دانش‌آموزان در کلاس‌های انگلیسی، ریاضی و علوم اجتماعی استفاده کرد. علاوه بر این، برخی از کتاب‌های خودیاری، مانند کتاب چتر نجات شما چه رنگی است؟ (۲۰۱۲) اثر بولز و کتاب زندگی یک عوضی است و بعد شغل خود را تغییر می‌دهید ۹: قدم برای بیرون آمدن از افسردگی و رفتن به سوی آینده خود (۲۰۰۶) اثر کی، هنوز به صورت چاپی در دسترس هستند. این کتاب‌ها مراحل عملی را تشریح می‌کنند که بیشتر افراد، از اواخر نوجوانی به بعد، می‌توانند برای تعریف ارزش‌های شخصی و تکمیل موفقیت‌آمیز وظایف

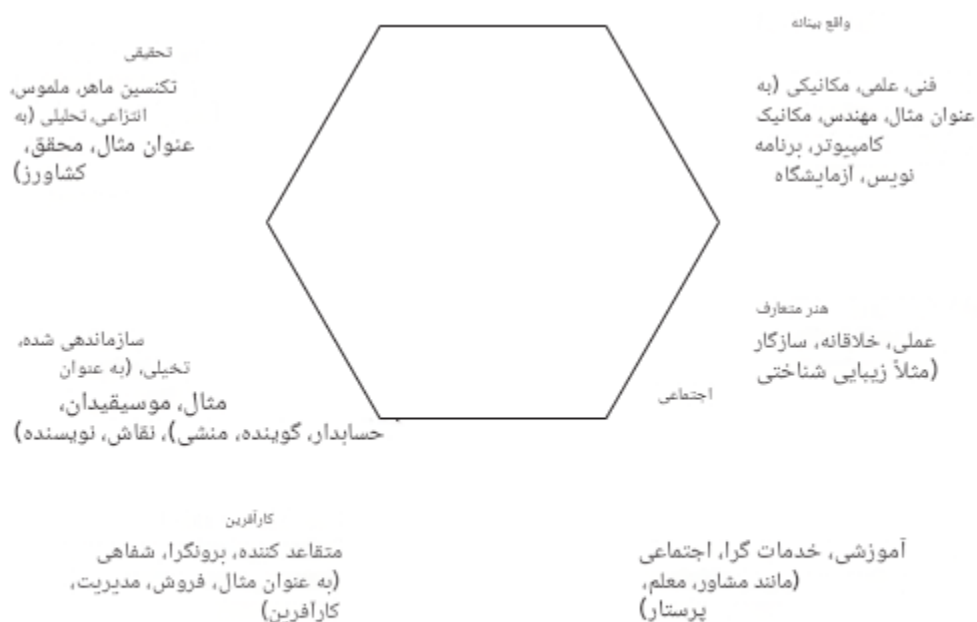
جستجوی شغل، مانند نوشتن رزومه، دنبال کنند. این متون همچنین اطلاعات زیادی در مورد نحوه یافتن موقعیت‌های مورد علاقه خاص ارائه می‌دهند.

نظریه‌های توسعه شغلی و مشاوره

نظریه‌های توسعه شغلی تلاش می‌کنند تا توضیح دهند چرا افراد شغل انتخاب می‌کنند. آن‌ها همچنین به تغییرات شغلی که افراد در طول زمان ایجاد می‌کنند می‌پردازند. نظریه‌های مدرن، که در رابطه با توسعه فردی و شغلی گسترده و جامع هستند، از دهه ۱۹۵۰ در متون علمی ظاهر شدند (Gysbers, Heppner & Johnstone, ۲۰۱۴). نظریه‌هایی که در اینجا شرح داده می‌شوند (یعنی ویژگی-عاملی، رشدی، اجتماعی-شناختی، سازه‌گرا) و روش‌های مشاوره‌ای مرتبط با آن‌ها، از برجسته‌ترین و پرکاربردترین نظریه‌ها در زمینه مشاوره شغلی هستند.

نظریه ویژگی-عاملی

ریشه نظریه ویژگی-عاملی را می‌توان به فرانک پارسونز نسبت داد. این نظریه تاکید می‌کند که ابتدا باید ویژگی‌های مراجعان ارزیابی شود و سپس به طور سیستماتیک با عوامل ذاتی در مشاغل مختلف مطابقت داده شود. گسترده‌ترین تاثیر آن در طول رکود بزرگ اقتصادی رخ داد، زمانی که ای. جی. ویلیامسون (۱۹۳۹) از استفاده از آن دفاع کرد. این نظریه در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مورد استقبال قرار نگرفت، اما در شکل مدرن‌تری دوباره ظاهر شده است که به بهترین وجه به عنوان "ساختاری" توصیف می‌شود و در آثار محققانی مانند جان هالند (۱۹۹۷) منعکس شده است. رویکرد ویژگی-عاملی همواره بر منحصربه‌فرد بودن افراد تاکید داشته است. طرفداران اولیه این نظریه معتقد بودند که توانایی‌ها و ویژگی‌های یک فرد را می‌توان به طور عینی اندازه‌گیری و کمی‌سازی کرد. انگیزه شخصی نسبتاً پایدار در نظر گرفته می‌شد. بنابراین، رضایت در یک شغل خاص به تناسب مناسب بین توانایی‌های فرد و الزامات شغلی بستگی داشت.



شکل 13.1 شش دسته شخصیت و شغل هلد

منبع: تکثیر شده با مجوز ویژه ناشر، منابع ارزیابی روانشناختی، شرکت، North Florida Avenue, Lutz, FL 33549, from 16204
PAR All rights reserved Making Vocational Choices, Third Edition, Copyright 1973, 1985, 1992, 1997

نظریه ویژگی-عاملی در شکل مدرن خود، بر ماهیت بین فردی مشاغل و سبک زندگی مرتبط و همچنین الزامات عملکردی یک موقعیت شغلی تأکید دارد. هالند (۱۹۹۷) شش دسته را شناسایی می‌کند که در آن‌ها می‌توان انواع شخصیت و محیط‌های شغلی را طبقه‌بندی کرد: واقع‌گرا، جستجوگر، هنری، اجتماعی، کارآفرین و قراردادی (RIASEC) (شکل ۱۳،۱). مشاغل جستجوگر (I) از نظر اعتبار در بالاترین رتبه قرار دارند و پس از آن مشاغل کارآفرین (E)، هنری (A) و اجتماعی (S) قرار دارند که تقریباً سطح اعتبار یکسانی دارند. پایین‌ترین سطوح اعتبار مربوط به مشاغل واقع‌گرا (R) و قراردادی (C) است (Gottfredson, ۱۹۸۱).

در یک تحلیل از داده‌های سرشماری با استفاده از کدهای هالند، ریردون، بالوک و مایر (۲۰۰۷) تأیید کردند که توزیع در بین انواع هالند نامتقارن است. آن‌ها دریافتند که از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۰ "بیشترین تعداد افراد شاغل در حوزه واقع‌گرا و کمترین تعداد افراد شاغل در حوزه هنری بوده است" (ص. ۲۶۶). شکاف بین تعداد افراد شاغل در حوزه‌های واقع‌گرا و کارآفرین در طول پنج دهه کاهش یافت تا جایی که در سال ۲۰۰۰ تقریباً تعداد

مساوی افراد در هر دو حوزه مشغول به کار بودند. جالب توجه است که حوزه جستجوگر در این مدت بیش از دو برابر شد، در حالی که چهار حوزه دیگر نسبتاً پایدار باقی ماندند. صرف نظر از سن، بین ۷۵٪ تا ۸۵٪ از کارگران مرد در حوزه‌های واقع‌گرا و کارآفرین مشغول به کار بودند؛ زنان تنوع بیشتری داشتند و در حوزه‌های قراردادی، واقع‌گرا، اجتماعی و (اخیراً) کارآفرین متمرکز بودند.

رضایت شخصی در محیط کار به عوامل متعددی بستگی دارد، اما از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به میزان همخوانی بین نوع شخصیت، محیط کار و طبقه اجتماعی اشاره کرد (Hurlburt, ۱۹۸۸; & Gade, Fuqua, ۱۹۷۶; Savickas, ۲۰۱۲; Trusty, Robinson, Plata & Holland, ۲۰۰۰; Ng, ۲۰۰۰ & Gottfredson, ۱۹۷۶). همچنین به عنوان یک قاعده کلی، با استثنائات قابل توجه، "زنان به وظایف مرتبط با زبان بیشتر اهمیت می‌دهند و مردان به وظایف مرتبط با ریاضیات بیشتر اهمیت می‌دهند" (Trusty et al., ۲۰۰۰, p. ۴۷۰). برخی عوامل غیرروانشناختی، مانند تأثیرات اقتصادی یا فرهنگی، توضیح می‌دهند که چرا بسیاری از کارگران حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای شغل خود را می‌پذیرند و حفظ می‌کنند (Salomone, ۲۰۱۲; & Brown, ۱۹۸۵; Sheehan).

با این وجود، همانطور که هالند تأکید می‌کند، برای افراد ضروری است که دانش کافی از خود و الزامات شغلی داشته باشند تا بتوانند تصمیمات شغلی آگاهانه بگیرند. به گفته هالند، یک کد سه حرفی نشان دهنده شخصیت کلی یک مراجع است که می‌تواند با نوعی محیط کار مطابقت داده شود. کدهای سه حرفی معمولاً در طول عمر نسبتاً پایدار می‌مانند و از اوایل دبیرستان شروع می‌شوند (Miller, ۲۰۰۲). یک نمایه SAE نشان می‌دهد که فرد بیشتر شبیه یک نوع اجتماعی، سپس یک نوع هنری و در نهایت یک نوع کارآفرین است. با این حال، این تعامل کدهای حرفی است که بر ساختار فرد و تناسب او با محیط شغلی تأثیر می‌گذارد. میلر (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کند که به جای استفاده از سه نمره برتر در شش ضلعی هالند برای چنین هدفی، دو نمره برتر، دو نمره

میانی و دو نمره پایین تر باید جفت شده و ارائه شوند تا تصویر کامل تری از نمایه شخصیتی و شباهت او با دیگران در یک شغل معین به مراجع ارائه شود. با توجه به معیار اول، نمایه دونالد سوپر S/I/R خواهد بود، در حالی که نمایه جان هالند A/E/IRS خواهد بود. معیار دوم نمایه SI/RA/EC را برای سوپر و نمایه AE/IR/SC را برای هالند به دست می دهد (Weinrach, ۱۹۹۶).

مشاوره شغلی ویژگی-عاملی گاهی اوقات به طور نامناسبی به عنوان "سه مصاحبه و یک گرد و غبار" به تصویر کشیده می شود. جلسه مصاحبه اول به شناخت پیشینه مراجع و تعیین آزمون ها اختصاص می یابد. سپس مراجع مجموعه ای از آزمون ها را انجام می دهد و برای مصاحبه دوم بازمی گردد تا مشاور نتایج آزمون ها را تفسیر کند. در جلسه سوم، مراجع با توجه به داده های ارائه شده، انتخاب های شغلی را بررسی می کند و توسط مشاور برای یافتن اطلاعات بیشتر در مورد مشاغل خاص فرستاده می شود. ویلیامسون (۱۹۷۲) در ابتدا این نظریه را برای کمک به مراجعان در یادگیری مهارت های خودمدیریتی اجرا کرد. اما همانطور که کرایتس (۱۹۶۹، ۱۹۸۱) اشاره می کند، مشاوران شغلی ویژگی-عاملی ممکن است واقعیت های روانشناختی تصمیم گیری را نادیده بگیرند و در ارتقای مهارت های خودیاری در مراجعان خود ناکام بمانند. چنین مشاورانی ممکن است بیش از حد بر اطلاعات آزمون ها تأکید کنند، که مراجعان یا آن را فراموش می کنند یا تحریف می کنند.

مطالعه موردی

هانا و چکش

هانا از کودکی عاشق ابزار بود. حالا که در کلاس یازدهم بود، تعجب می کرد که آیا باید به یک کالج هنرهای آزاد برود یا یک مدرسه فنی و حرفه ای. او مزایای هر دو را می دید. پدرش نجار و مادرش معلم بود. آن ها به سادگی به او گفتند که صرف نظر از تصمیمی که بگیرد، به او کمک خواهند کرد. نمایه هالند او کمی غیرمعمول بود: SR/CA/IE. او مردد بود.

اگر شما یک مشاور شغلی ویژگی-عاملی بودید، چه توصیه‌ای به هانا در مورد تصمیم پیش رویش می‌کردید؟

نظریه‌های رشدی

دو مورد از شناخته‌شده‌ترین نظریه‌های شغلی، نظریه‌های مرتبط با دونالد سوپر و الی گینزبرگ هستند. هر دوی

آن‌ها مبتنی بر توسعه فردی هستند. نظریه رشدی اصلی که توسط گینزبرگ و همکارانش (Ginzberg,

Ginsburg, Axelrad, & Herma, ۱۹۵۱) پیشنهاد شد، تأثیر قابل توجهی داشته و مورد بازنگری قرار

گرفته است (Ginzberg, ۱۹۷۲). با این حال، نظریه سوپر در اینجا به تفصیل بررسی می‌شود زیرا کار

گسترده‌تری با آن انجام شده است و بر سایر رویکردهای رشدی به مشاوره شغلی سایه افکنده است.

در مقایسه با سایر گزاره‌های نظری، نظریه‌های رشدی عموماً فراگیرتر، بیشتر نگران بیان طولی رفتار شغلی و

بیشتر متمایل به تأکید بر اهمیت خودپنداره هستند. سوپر (۱۹۵۷، ۱۹۹۰) معتقد بود که انتخاب شغل "با

اجرای خودپنداره شغلی فرد مرتبط است" (Luzzo, ۲۰۰۷, p. ۱۴۳ & Hinkelman). دیدگاه‌های افراد

نسبت به خود در کارهایی که انجام می‌دهند منعکس می‌شود. او پیشنهاد کرد که توسعه شغلی در پنج مرحله

آشکار می‌شود که هر یک شامل یک وظیفه رشدی است که باید تکمیل شود (جدول ۱۳، ۱). مرحله اول رشد

است (از بدو تولد تا ۱۴ سالگی). در این مرحله، با زیرمراحل خیال‌پردازی (۴ تا ۱۰ سالگی)، علاقه (۱۱ تا ۱۲

سالگی) و ظرفیت (۱۳ تا ۱۴ سالگی)، کودکان شکل می‌گیرند

جدول 13.1 مراحل Super

رشد	اکتشاف	تأسیس	رد کردن
از تولد تا 14 سالگی	رده سنی 14 تا 24	رده سنی 24 تا 44	

لگه‌داری سنین 44 تا 64 سنین 64 و بعد از آن

نگران	دو	در نظر گرفته می‌شوند؛	(شامل آموزش) در	خودپنداره از طریق
حفظ وضعیت فعلی در	تغییر قبل از اینکه کار	انتخاب‌های آزمایشی انجام	نظر گرفته می‌شوند .	هماندسازی با
حالی که تحت فشار	زندگی پیدا شود یا قبل از	شده و در خیال‌پردازی،	خودآزمایی، تمرین	چهره‌های کلیدی در
رقابت از سوی کارگران	اینکه مشخص شود کار	بحث، کلاس‌ها، کار و غیره	نقش‌ها و اکتشاف	خانواده و مدرسه توسعه
جوان‌تر در مرحله	زندگی مجموعه‌ای از	امتحان می‌شوند. زمینه‌ها و	شغلی در مدرسه،	می‌یابد؛ نیازها و
پیشرفت قرار دارند.	مشاغل نامرتبط خواهد	سطوح کاری مناسب	فعالیت‌های اوقات	خیال‌پردازی در اوایل
همانطور که	بود.	احتمالی شناسایی می‌شوند.	فراغت و کار نیمه‌وقت	این مرحله غالب هستند؛
توانایی‌های جسمی و	پیشرفت (۳۱-۴۴ سالگی)	پس از یافتن یک زمینه	صورت می‌گیرد.	با افزایش مشارکت
ذهنی کاهش می‌یابد،	تلاش برای تثبیت و ایجاد	مناسب، تلاش برای تثبیت	زیرمراحل آزمایشی	اجتماعی و آزمون
فعالیت کاری تغییر	جایگاه امن در دنیای کار	جایگاه دائمی در آن صورت	(۱۵-۱۷ سالگی)	واقعیت، علاقه و ظرفیت
می‌کند و در نهایت	صورت می‌گیرد. برای	می‌گیرد. پس از آن تغییراتی	نیازها، علایق،	اهمیت بیشتری پیدا
متوقف می‌شود. نقش‌های	بیشتر افراد این سال‌ها،	که رخ می‌دهند، تغییرات در	ظرفیت‌ها، ارزش‌ها و	می‌کنند؛ رفتارهای
جدید باید توسعه یابند:	سال‌های خلاقیت است.	سمت، شغل یا کارفرما	فرصت‌ها همگی در	مرتبط با خودیاری،
ابتدا، شرکت‌کننده	ارشدیت کسب می‌شود؛	هستند، نه در حرفه.	نظر گرفته می‌شوند .	تعامل اجتماعی،
انتخابی و سپس ناظر. فرد	مشتریان توسعه می‌یابند؛	زیرمراحل	بازنشستگی (۷۱)	خودگردانی، پشتکار،
باید منابع رضایت دیگری	عملکرد برتر نشان داده	آزمایشی—تعهد و	سالگی به بعد) تنوع	هدف‌گذاری و پایداری
را برای جایگزینی منابع از	می‌شود؛ صلاحیت‌ها	تثبیت (۲۵-۳۰ سالگی)	در توقف کامل کار یا	آموخته می‌شوند.
دست رفته از طریق	بهبود می‌یابند.	مستقر شدن.	تغییر به کار نیمه‌وقت.	زیرمراحل
بازنشستگی پیدا کند.				

خیال‌پردازی (۴-۱۰ سالگی) نیازها غالب هستند؛ نقش‌آفرینی در خیال‌پردازی مهم است. علاقه (۱۱-۱۲ سالگی) علایق تعیین‌کننده اصلی آرزوها و فعالیت‌ها هستند. ظرفیت (۱۳-۱۴ سالگی) توانایی‌ها و الزامات شغلی وزن بیشتری پیدا می‌کنند. بسیاری مشاغل نیمه‌وقت را برای جایگزینی مشاغل تمام‌وقت خود پیدا می‌کنند.		تأمین جایگاه دائمی در شغل انتخابی. ممکن است نامطلوب باشد و منجر به یک یا داوطلبانه، یا فعالیت‌های اوقات فراغت.	پس از ایجاد جایگاه در دنیای کار، دغدغه چگونگی حفظ آن است. پیشرفت جدید کمی حاصل می‌شود، ادامه الگوی تثبیت شده.	زیرمراحل کاهش سرعت (۶۵-۷۰ سالگی) سرعت کار کاهش می‌یابد، وظایف تغییر می‌کنند، یا ماهیت کار برای مطابقت با کاهش

تصورى ذهنى از خود در رابطه با ديگران پيدا مى‌کند. حمايت از تأييد ابعاد چندانگانه اين مرحله در نظريه سوپر
تأييد شده است (Palladino Schultheiss, Palma & Manzi, ۲۰۰۵). در طول فرآيند رشد، کودکان به
طرق مختلف با دنياى کار آشنا مى‌شوند (مانند اکتشاف، اطلاعات، علايق و غيره).

مرحله دوم، اکتشاف (سنین ۱۴-۲۴ سالگی)، دارای سه زیرمرحله است: آزمایشی (سنین ۱۴-۱۷ سالگی)، گذار (سنین ۱۸-۲۱ سالگی) و آزمون (سنین ۲۲-۲۴ سالگی). وظیفه اصلی این مرحله، اکتشاف کلی دنیای کار و تعیین یک اولویت شغلی است. مرحله سوم به عنوان تثبیت (سنین ۲۴-۴۴ سالگی) شناخته می‌شود. دو زیرمرحله آن، آزمون (سنین ۲۴-۳۰ سالگی) و پیشرفت (سنین ۳۱-۴۴ سالگی)، وظیفه اصلی تثبیت شدن در یک زمینه کاری ترجیحی و مناسب را تشکیل می‌دهند. پس از تثبیت، افراد می‌توانند تا زمانی که از شغل خود خسته شوند یا به اوج حرفه خود برسند، بر پیشرفت تمرکز کنند.

مرحله چهارم، نگهداری (سنین ۴۴-۶۴ سالگی)، وظیفه اصلی حفظ آنچه را که فرد قبلاً به دست آورده است، دارد. مرحله نهایی، افول یا کناره‌گیری (سن ۶۵ سالگی تا مرگ)، زمانی برای کناره‌گیری از کار و همسویی با سایر منابع رضایت است. این مرحله دارای دو زیرمرحله است: کاهش سرعت (سنین ۶۵-۷۰ سالگی) و بازنشستگی (سن ۷۱ سالگی تا مرگ).

مهم‌ترین مشارک‌های مشاوره شغلی رشدی، تأکید آن بر اهمیت طول عمر در تصمیم‌گیری‌های شغلی و بر تصمیم‌های شغلی است که تحت تأثیر سایر فرآیندها و رویدادهای زندگی فرد قرار دارند. این "الگوی زندگی برای مشاوره شغلی مشاوران را تشویق می‌کند تا استعدادها و علایق مراجع را در ماتریس تجربیات زندگی در نظر بگیرند، نه فقط در مقایسه با یک گروه هنجاری" (Savickas, ۱۹۸۹, p. ۱۲۷).

رویکرد رشدی را می‌توان به عنوان مشاوره الگوی شغلی (Super, ۱۹۵۴a) مفهوم‌سازی کرد. اگرچه این روش به دلیل تأکیدات تاریخی و توصیفی آن مورد انتقاد قرار گرفته است، اما این ویژگی‌ها به همراه عمق مفهومی نظریه، به عنوان نقاط قوت نیز در نظر گرفته شده‌اند (Herr, ۱۹۹۷). به طور کلی، مشاوره شغلی رشدی که توسط سوپر مفهوم‌سازی شده است، کاربردهای متعددی دارد. برای مثال، "از آن به عنوان چارچوبی برای برنامه‌های توسعه شغلی برای کودکان و نوجوانان استفاده شده است" (Brown, ۲۰۱۲, p. ۵۴). علاوه بر این،

نظریه رنگین کمان جامع که سوپر در اواخر عمر خود مفهوم سازی کرد، همچنان مورد توجه تحقیقاتی قرار دارد (Lindeman, ۱۹۸۸ & Super, ۱۹۹۰; Super, Thompson) (شکل ۱۳,۲). در نهایت، این نظریه نه تنها به عنوان مبنایی برای مشاوره شغلی، بلکه برای تلاش در جهت درک رشد بلوغ شغلی نیز مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال، یکی از معایب رویکرد سوپر، کاربرد آن برای گروه هایی غیر از افراد با پیشینه اروپایی، مانند آمریکایی های آسیایی که به ارزش های اجتماعی مشارکتی بیشتری پایبند هستند، است.

تأمل شخصی

نظریه توسعه شغلی سوپر چگونه با تجربه شخصی شما مطابقت دارد؟ آیا الگویی در توسعه حرفه ای خود در طول زمان مشاهده می کنید؟

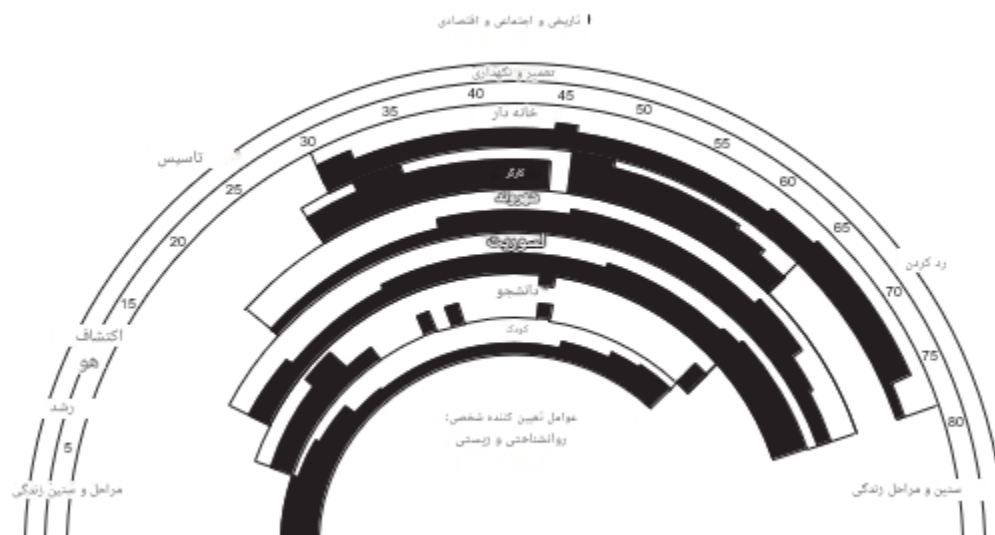
نظریه شناختی-اجتماعی شغل

نظریه شناختی-اجتماعی شغل (SCCT) برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ منتشر شد و تأثیر بسزایی بر تحقیقات مربوط به انتخاب شغل داشته است. این نظریه از کار اولیه آلبرت بندورا و تأکید او بر مدل علیت متقابل سه گانه ناشی می شود، که فرض می کند ویژگی های شخصی، محیط و رفتار آشکار به صورت متقابل و دوطرفه با یکدیگر عمل می کنند (Harris-Bowlsbey, ۲۰۱۳ & Niles). مهم ترین بخش این سه گانه خودکارآمدی است — یعنی، "باورهای فرد در مورد توانایی خود برای انجام موفقیت آمیز یک کار خاص" (Luzzo, & Maples, ۲۰۰۵, p. ۲۷۵).

عوامل موقعیتی:

شکل ۱۳,۲ نظریه رنگین کمان سوپر: شش نقش زندگی در فضای زندگی شماتیک

فصل 13. مشاوره شغلی در طول عمر 315



شکل 13.2 نظریه رنگین کمان سوپر: نقش زندگی در فضای زندگی شغلی
منبع: از Super, D. E. (1980). یک رویکرد طول عمر و فضای زندگی برای توسعه شغلی. مجله رفتار حرفه ای، 16، 282-298.
© 1980. منتشر شده توسط انتشارات آکادمیک. با اجازه تصدیق چاپ شد. از رویر با مسئولیت محدود

منبع: از Super, D. E. (۱۹۸۰). A life-span, life-space approach to career development.

Journal of Vocational Behavior, ۱۶، ۲۸۲-۲۹۸. © ۱۹۸۰. Published by Academic Press. Reprinted by permission. Elsevier Ltd

از دیگر فرضیات اصلی SCCT می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. "تعامل بین افراد و محیط آنها بسیار پویا است" (یعنی، آنها بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند).
۲. "رفتار مرتبط با شغل تحت تأثیر چهار جنبه از فرد قرار می‌گیرد: رفتار، خودکارآمدی، انتظارات پیامد و اهداف، علاوه بر ویژگی‌های تعیین‌شده ژنتیکی."
۳. "باورهای خودکارآمدی و انتظارات پیامد به طور مستقیم برای تأثیرگذاری بر توسعه علاقه تعامل دارند."

۴. علاوه بر انتظارات پیامد، عواملی مانند "جنسیت، نژاد، سلامت جسمانی، معلولیت‌ها و متغیرهای محیطی بر توسعه خودکارآمدی تأثیر می‌گذارند."

۵. "انتخاب و اجرای واقعی شغل تحت تأثیر تعدادی از متغیرهای مستقیم و غیرمستقیم غیر از خودکارآمدی، انتظارات و اهداف قرار دارد" (مانند تبعیض، متغیرهای اقتصادی و اتفاقات تصادفی).

۶. "در شرایط یکسان، افرادی که بالاترین سطح توانایی و قوی‌ترین باورهای خودکارآمدی را دارند، در بالاترین سطح عملکرد قرار می‌گیرند" (Brown, ۲۰۱۲, p. ۶۹).

یکی دیگر از فرضیات مهم SCCT این است که "خودکارآمدی و علایق مرتبط هستند" و علایق "می‌توانند با استفاده از الگوبرداری، تشویق و مهم‌تر از همه، با اجرای عملکرد توسعه یا تقویت شوند. بنابراین، گروه‌هایی از مراجعان، مانند زنان [و اقلیت‌های فرهنگی] که ممکن است به دلیل نقش‌های جنسیتی [یا تبعیض] فرصت کمی برای مشارکت در فعالیتهای خاص داشته باشند، می‌توانند از کاربرد این نظریه بهره‌مند شوند" (Brown, ۲۰۱۲, p. ۷۰).

نظریه شناختی-اجتماعی شغل را می‌توان در زمینه‌های مختلفی به کار برد. برای مثال، می‌توان از آن برای کمک به جوانان روستایی آپالاچیا در توسعه، تغییر و دنبال کردن علایق شغلی استفاده کرد (Ali & Saunders, ۲۰۰۶). همچنین می‌توان از آن برای دانشجویان نسل اول دانشگاهی که به اطلاعاتی نیاز دارند که باورهای نادرست احتمالی آنها را خنثی کند، استفاده کرد (Shoffner, ۲۰۰۴ & Gibbons). به طور کلی، مداخلات مبتنی بر SCCT را می‌توان با گروه‌های متنوعی استفاده کرد. "یکی دیگر از نقاط قوت SCCT این است که هم متغیرهای درون فردی و هم متغیرهای زمینه‌ای را در توسعه شغلی مورد توجه قرار می‌دهد" (Harris-Bowlsbey, ۲۰۱۳, p. ۹۱ & Niles).

کرومبولتز (۱۹۷۹، ۱۹۹۶) رویکردی شناختی-اجتماعی به همان اندازه جامع اما کمتر رشدی برای توسعه شغلی تدوین کرده است. او معتقد است که چهار عامل بر انتخاب شغل فرد تأثیر می‌گذارد:

- استعداد ژنتیکی،
 - شرایط و رویدادهای محیطی،
 - تجربیات یادگیری، و
 - مهارت‌های رویکرد به کار (مانند ارزش‌ها، عادات کاری).
- به گفته کرومبولتز، تصمیمات شغلی توسط فرآیندهای داخلی و خارجی کنترل می‌شوند. یادگیری مداومی وجود دارد که منجر به آنچه کرومبولتز برچسب می‌زند می‌شود:
- تعمیم‌های خودمشاهده‌ای، یک اظهارنظر آشکار یا پنهان از ارزیابی که ممکن است درست یا نادرست باشد؛
 - مهارت‌های رویکرد به کار، تلاش افراد برای فرافکنی تعمیم‌های خودمشاهده‌ای خود به آینده به منظور پیش‌بینی رویدادهای آینده؛ و
 - اقدامات، اجرای رفتارها، مانند درخواست شغل.

به طور کلی، یکی از نقاط قوت نظریه کرومبولتز این است که او افراد را دارای نوعی کنترل بر رویدادهایی می‌داند که برایشان تقویت‌کننده است. در حالی که افراد و جهان تغییر می‌کنند، افراد می‌توانند یاد بگیرند که از فرصت‌های یادگیری استفاده کنند و بر این اساس تصمیمات شغلی بگیرند. "به طور خلاصه، کرومبولتز رویکردی پویا به مشاوره شغلی ارائه می‌دهد که می‌توان آن را برای مردان و زنان، و همچنین برای اقلیت‌های نژادی و قومی که دیدگاه‌های فردگرایانه دارند، به کار برد" (Brown, ۲۰۱۲, p. ۶۸).

نظریه ساخت‌گرایانه شغل

نظریه ساخت‌گرایانه شغل مبتنی بر معنا سازی است. افراد این معنا را در زندگی خود خلق می‌کنند. این یک فرآیند تعاملی است. همانطور که مراجعان صحبت می‌کنند، مشاوران شغلی با آنها در مورد درکشان از دنیای خودشان ارتباط برقرار می‌کنند. از طریق درک مراجعان از نقش(های) خود در دنیایشان است که آنها، یعنی مراجعان، می‌توانند درک کنند چه عواملی بر تصمیم‌گیری آنها تأثیر می‌گذارد، چه افراد و ارزش‌هایی برای آنها مهم‌تر هستند و برای دستیابی به اهداف خود به چه چیزی نیاز دارند (Savickas, ۲۰۰۵). برای مثال، فرد با مشاور شغلی خود در مورد ابرقهرمانان زندگی‌اش صحبت می‌کند و اینکه همیشه می‌خواست یکی از آنها باشد. او به جای رفتن به دانشگاه، به فکر پیوستن به نیروهای مسلح یا نیروی پلیس است. ارزش‌های او کار کردن با دیگران و نجات جان انسان‌ها است.

در نظریه ساخت‌گرایانه شغل، مشاغل آشکار نمی‌شوند. بلکه، آنها به عنوان افرادی توسعه می‌یابند که "انتخاب‌هایی می‌کنند که مفاهیم خودشان را بیان کرده و اهدافشان را در واقعیت اجتماعی نقش‌های شغلی تأیید می‌کنند" (p. ۴۳). این نظریه در این ادعا که افراد با تحمیل معنا بر رفتارهای شغلی و تجربیات حرفه‌ای خود، مشاغلشان را می‌سازند، ذهنی است. الگوی تجربیات است، نه مجموع آنها، که داستان‌های معنادار تولید می‌کند. افراد در گفتن داستان‌هایشان، حقایق روایی را که بر اساس آنها زندگی می‌کنند و آرزوی زندگی بر اساس آنها را دارند، برجسته می‌کنند. اجرای مفاهیم خود در قلب این رویکرد قرار دارد. هدف، نه ویژگی‌ها، همانطور که در نظریه ویژگی-عامل وجود دارد، مضامین زندگی را تشکیل می‌دهد که به نوبه خود رفتارها را توضیح داده و کنترل می‌کنند، "انسجام هویت را حفظ کرده و اقدامات آینده را پیش‌بینی می‌کنند" (p. ۴۴).

در نظریه ساخت‌گرایانه شغل، از شش ضلعی شخصیت و انواع محیط کار هالند (RIASEC) به عنوان پلی در فرآیند کمک به افراد برای انتقال بین محتوای شغلی و فرآیند شغلی استفاده می‌شود. به همین ترتیب، مدل

رشدی سوپر طرحی از یک چرخه بزرگ شغلی را ارائه می‌دهد که برای برخی ساختار یافته و معتبر است. با این حال، آنچه معمولاً اتفاق می‌افتد این است که افراد در مشاغل خود چرخه‌های کوچکی را طی می‌کنند و با محیط‌هایی سازگار می‌شوند که اگر موفق باشند، به آنها اجازه می‌دهد مفاهیم خود را در نقش‌های شغلی پیاده کنند.

ساویکاس و ساخت‌گرایان با مراجعان بر چرایی یک شغل تمرکز می‌کنند. به عبارت دیگر، چه چیزی برای یک فرد در مورد تبدیل شدن یا کسب مهارت در یک زمینه خاص جذاب است؟ دلایل آن به دوران کودکی برمی‌گردد، مانند قهرمانانی که فرد در کودکی داشته و شخصیت‌های تلویزیونی و مجلاتی که فرد برایش جذاب‌تر بوده است. ساخت‌گرایان در مشاوره شغلی به چیستی و چگونگی نیز توجه می‌کنند زیرا می‌خواهند در قرن بیست و یکم جامع و مرتبط باشند (Lara, ۲۰۱۶ & Vess). به طور کلی، نظریه ساخت‌گرایانه بر انعطاف‌پذیری، قابلیت استخدام، تعهد، هوش هیجانی و یادگیری مادام‌العمر تأکید دارد (Savickas, ۲۰۱۲). این دیدگاه "تغییر اساسی در نظریه مشاوره شغلی است که مداخله شغلی را از دیدگاهی متفاوت تصور کرده و آن را بر اساس فرضیات جدید در مورد خود و هویت بسط می‌دهد" (p. ۱۴).

تأمل شخصی

مطالعه شما در مورد مشاوره چگونه با خودپنداره شما مطابقت دارد؟ تا آنجا که می‌توانید مشخص باشید.

مشاوره شغلی با جمعیت‌های متنوع

مشاوره و آموزش شغلی با طیف گسترده‌ای از افراد در محیط‌های متنوع انجام می‌شود. براون (۱۹۸۵، ۲۰۱۲) مشاهده می‌کند که مشاوره شغلی معمولاً در مراکز مشاوره دانشگاهی، مراکز توانبخشی، دفاتر کاریابی و مدارس دولتی ارائه می‌شود. او معتقد است که می‌توان آن را با مزایای بسیار زیاد در بسیاری از مکان‌های دیگر نیز به

کار برد، از جمله مراکز بهداشت روان و دفاتر خصوصی. جسر (۱۹۸۳) موافق است و ادعا می‌کند که نیاز به ارائه اطلاعات و مشاوره شغلی به کاربران بالقوه، مانند افراد بیکار، دارای ناتوانی‌های یادگیری، در زندان و کسانی که از بیمارستان‌های روانی مرخص شده و به دنبال ورود مجدد به بازار کار هستند، وجود دارد. بازپرداخت هزینه، یک مانع برای ارائه مشاوره شغلی خارج از جمعیت‌ها و محیط‌های سنتی آن است. نگرانی‌های شغلی در DSM پوشش داده نمی‌شود و بیشتر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی این خدمت را از بازپرداخت مستثنی می‌کنند. این عدم پوشش متأسفانه وجود دارد زیرا بسیاری از افراد در تصمیم‌گیری‌های شغلی دچار مشکل هستند. این مشکلات مربوط به سه عامل است که هم قبل و هم در طول فرآیند تصمیم‌گیری وجود دارند. این عوامل عبارتند از:

- عدم آمادگی،
- کمبود اطلاعات،
- و اطلاعات ناسازگار.

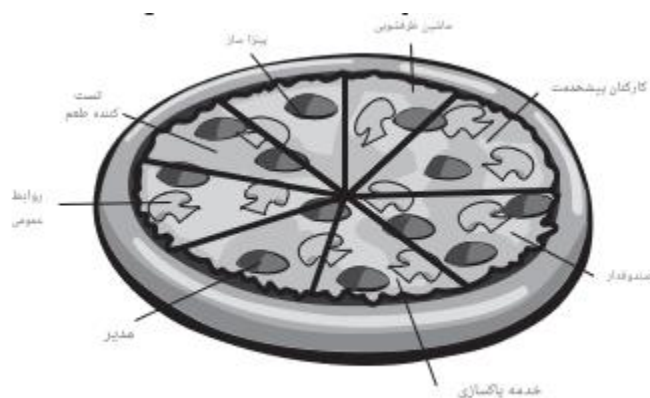
از آنجا که مفهوم مشاغل طول عمر را در بر می‌گیرد، مشاورانی که در این زمینه تخصص دارند، خود را مشغول کار با طیف کاملی از سنین مراجعان، از کودکان خردسال تا افراد هشتادساله می‌یابند. در نتیجه، رویکردها و تکنیک‌های مختلفی برای کار مؤثر با گروه‌های منتخب توسعه یافته‌اند.

مشاوره شغلی با کودکان

فرآیند توسعه شغلی از سال‌های پیش دبستانی آغاز شده و در مدارس ابتدایی مستقیم‌تر می‌شود. هر و همکاران (۲۰۰۴) به مطالعات متعددی استناد می‌کنند که نشان می‌دهد در طول ۶ سال اول مدرسه، بسیاری از کودکان یک خودپنداره نسبتاً پایدار ایجاد کرده و تعهد موقتی به یک حرفه پیدا می‌کنند. این فرآیندها صرف نظر از

اینکه فعالیت‌های مشاوره و راهنمایی شغلی ارائه شود یا نه، مشاهده می‌شوند. با این وجود، برای کودکان، به ویژه کسانی که در مناطقی با فرصت‌های شغلی محدود زندگی می‌کنند، داشتن یک برنامه گسترده و سیستماتیک مشاوره و راهنمایی شغلی در مدارس مفید است. چنین برنامه‌هایی باید بر آگاهی تمرکز کنند تا تصمیم‌گیری قطعی. آنها باید تا حد امکان فعالیت‌های تجربی ارائه دهند و به کودکان کمک کنند تا متوجه شوند که حق انتخاب شغل دارند. با پیشرفت کودکان در مقاطع ابتدایی، باید اطلاعات دقیق‌تری در مورد مشاغل دریافت کرده و با فرصت‌های شغلی که ممکن است از سطوح اقتصادی-اجتماعی و جنسیتی فراتر روند، آشنا شوند (Durodoye, ۱۹۹۸ & Bobo, Hildreth).

جسر (۱۹۸۳) پیشنهاد می‌کند که سطح آگاهی شغلی در کودکان دبستانی را می‌توان از طریق فعالیت‌هایی مانند بازدیدهای علمی از صنایع محلی، نانوائی‌ها، کارخانه‌های تولیدی یا بانک‌ها افزایش داد. برای مثال، "از آنجا که پیتزا برای کودکان دبستانی فوراً جلب توجه می‌کند، یک سفر علمی به یک رستوران پیتزا می‌تواند یک تجربه یادگیری سرگرم‌کننده باشد" (Nugent, ۱۹۹۶, p. ۲۹۴ & Beale). هنگامی که چنین سفرهایی با دقت برنامه‌ریزی، اجرا و با تمرین‌های یادگیری مناسب در کلاس (مانند بحث‌های کلاسی) پیگیری شوند، کودکان از طیف وسیع‌تری از مشاغل مرتبط، ارزش کار و اهمیت تیم‌ها در انجام وظایف آگاه می‌شوند. برای مثال، برای اینکه یک پیتزافروشی به طور کارآمد اداره شود، باید ظرف‌شو، صندوقدار، مدیر و پیشخدمت و همچنین پیتزاپز وجود داشته باشد.



راه‌های دیگر برای گسترش آگاهی کودکان از مشاغل، از طریق "دعوت والدین به کلاس‌های ابتدایی و تشویق والدین به دعوت دانش‌آموزان به محیط‌های کاری خود" است (Blackhurst, ۲۰۰۰, p. ۳۷۲ & Wahl). چنین فرآیندی از تأثیر والدین به عنوان الگو استفاده می‌کند و ممکن است به ویژه برای کودکانی که والدینشان بیکار یا کم‌کار هستند مفید باشد. برای شکستن کلیشه‌های کودکان در مورد مشاغل، ممکن است از افرادی که مشاغل غیرسنتی دارند برای سخنرانی دعوت شود. خواندن داستان یا دیدن فیلم‌هایی در مورد افراد و فعالیت‌های معمول آنها در مشاغل نیز ممکن است مفید باشد. برای مثال، فرهنگ لغت مشاغل کودکان (Drier, ۲۰۰۴ & Paramore, Hopke) و سایر نشریات مشابه که شامل بسته‌های فعالیت دانش‌آموزی هستند، منابع عالی اطلاعات دقیق هستند.

اسپلیت (b۱۹۸۲) یک برنامه جامع برای کار با کودکان ارائه می‌دهد که شامل آموزش والدین و بحث‌های کلاسی است که به طور مشترک توسط معلم و مشاور برنامه‌ریزی شده است. او تأکید می‌کند که در سطح ابتدایی سه حوزه کلیدی توسعه شغلی وجود دارد: خودآگاهی (یعنی، منحصربه‌فرد بودن فرد)، آگاهی و اکتشاف شغلی و تصمیم‌گیری. برنامه‌های راهنمایی و مشاوره شغلی که به خوبی طراحی شده و در سنین پایین اجرا می‌شوند و با برنامه‌های تمام سطوح نظام آموزشی هماهنگ هستند، می‌توانند در رفع باورهای غیرمنطقی و

بازدارنده تصمیم‌گیری در مورد توسعه شغلی، مانند "تصمیم‌گیری شغلی یک رویداد است که باید در یک نقطه زمانی خاص رخ دهد" (Gilhousen, ۱۹۸۱, p. ۲۹۷ & Lewis)، بسیار مؤثر باشند.

تأمل شخصی

به مشاغلی فکر کنید که در دوران کودکی (قبل از ۱۲ سالگی) به آنها آرزو داشتید. تا آنجا که می‌توانید حداقل پنج مورد را فهرست کنید. طبق کد جان هالند چقدر به یکدیگر شباهت دارند؟ چقدر به حرفه مشاوره شباهت دارند؟

مشاوره شغلی با نوجوانان

انجمن ملی مشاوران مدارس آمریکا (ASCA) در مدل ملی خود (۲۰۱۲) در زمینه کار با نوجوانان در مورد مسائل شغلی، تأکید می‌کند که مشاوران مدرسه باید مشاوره شغلی را در سطح کل مدرسه ارائه دهند. این خدمت باید شامل دیگران، هم در داخل و هم در خارج از مدرسه، در ارائه آن باشد.

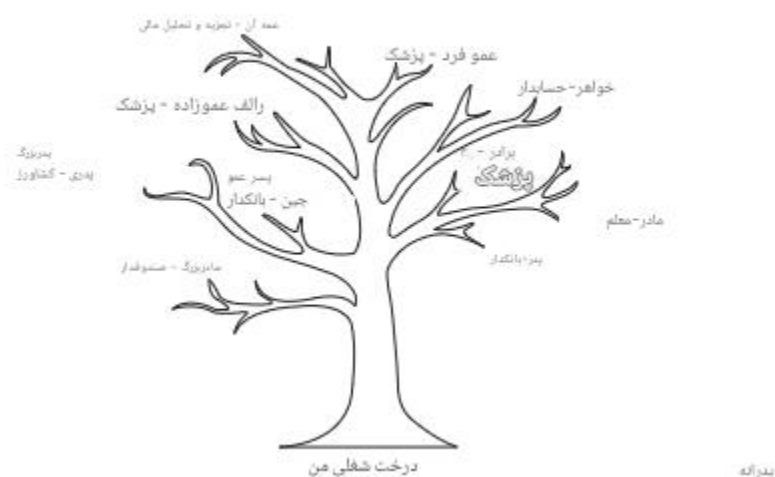
کول (۱۹۸۲) تأکید می‌کند که در مدرسه راهنمایی، فعالیت‌های راهنمایی شغلی باید شامل اکتشاف فرصت‌های شغلی و ارزیابی دانش‌آموزان از نقاط قوت و ضعف خود در رابطه با مشاغل احتمالی آینده باشد. دارایی‌هایی که دانش‌آموزان باید از آنها آگاه شده و شروع به ارزیابی آنها کنند عبارتند از استعدادها و مهارت‌ها، هوش عمومی، سطح انگیزه، دوستان، خانواده، تجربه زندگی، ظاهر و سلامت (Campbell, ۱۹۷۴). "برنامه‌های درسی هنرهای کاربردی مانند صنایع دستی (فناوری کاربردی)، اقتصاد خانه (آموزش زندگی خانوادگی) و کلاس‌های سواد رایانه‌ای... فرصت‌های ایده‌آلی را برای آموزش شغلی یکپارچه ارائه می‌دهند. کتابخانه‌ها و مراکز شغلی ممکن است دارای سیستم‌های تحویل اطلاعات شغلی رایانه‌ای ویژه سطح متوسط (CIDS) برای استفاده دانش‌آموزان باشند" (کمیته هماهنگی اطلاعات شغلی ملی [NOICC]، ۱۹۹۴، ص. ۹). چهار جزء مشترک در

بیشتر CIDS عبارتند از ارزیابی، جستجوی شغلی، اطلاعات شغلی و اطلاعات آموزشی (Gysbers et al., ۲۰۱۴). به طور کلی، "اکتشاف شغلی مکمل مهمی برای رشد فکری و اجتماعی" دانش‌آموزان راهنمایی است (Peterson, ۲۰۰۰, p. ۲۴ & Craig, Contreras).

در دبیرستان، فعالیت‌های راهنمایی و مشاوره شغلی به بلوغ دانش‌آموزان مربوط می‌شود. برخی از دانش‌آموزان خود را بهتر از دیگران می‌شناسند. با این وجود، بسیاری از دانش‌آموزان دبیرستانی از استفاده از خودشناسی به عنوان نقطه شروعی برای اکتشاف مشاغل بهره‌مند می‌شوند (Roudebush, ۲۰۱۱). بزرگترین چالش و نیاز به برنامه‌های توسعه شغلی در این سطح رخ می‌دهد، به ویژه در زمینه کسب مهارت‌های اساسی (Bynner, ۱۹۹۷). به طور کلی، مشاوره شغلی در سطح دبیرستان سه محور دارد: تحریک توسعه شغلی، ارائه درمان و کمک به کارایی. به طور خاص‌تر، مشاوران بسته به نیازها و سطح عملکرد دانش‌آموز، به آنها اطمینان خاطر، اطلاعات، حمایت عاطفی، آزمون واقعیت، راهبردهای برنامه‌ریزی، شفاف‌سازی نگرش و تجربیات کاری ارائه می‌دهند (Herr et al., ۲۰۰۴).

چندین تکنیک در کمک به نوجوانان برای تبلور ایده‌ها در مورد مشاغل بسیار مؤثر بوده‌اند. برخی عمدتاً شناختی هستند در حالی که برخی دیگر تجربی‌تر و جامع‌تر هستند. از جمله تکنیک‌های شناختی می‌توان به استفاده از تخیلات هدایت‌شده اشاره کرد، مانند تصور یک روز معمولی در آینده، یک مراسم اهدای جوایز، یک تغییر شغلی در میانه دوران حرفه‌ای یا بازنشستگی (Skovholt, ۱۹۷۷ & Morgan). یکی دیگر از تکنیک‌های شناختی شامل ارائه اطلاعات اساسی در مورد ورود به شغل و توسعه شغلی است. برای مثال، یک روز شغلی یا یک نمایشگاه شغلی "با حضور کارفرمایان و متخصصان از مشاغل مختلف به دانش‌آموزان امکان می‌دهد تا مقایسه‌ای واقع‌بینانه از وظایف اصلی، فعالیت‌های روزمره و نیازهای آموزشی هر شغل داشته باشند" (Blackhurst, ۲۰۰۰, p. ۳۷۲ & Wahl). تکمیل یک شجره‌نامه شغلی برای یافتن اینکه علایق فعلی با

(Parmerlee, 1980 & Dickson)



(1994, p. 222)

علاوه بر کمک به جوانان در مدرسه، مشاوران شغلی باید تلاش ویژه‌ای برای کمک به دانش‌آموزان دبیرستانی که قبل از فارغ‌التحصیلی مدرسه را ترک می‌کنند، انجام دهند (Rumberger, ۱۹۸۷). این جوانان در معرض خطر بیکاری یا کم‌کاری برای بقیه عمر خود هستند. برنامه‌های آموزشی و تجربی، مانند چهار C مان (۱۹۸۶) (پول نقد، مراقبت، کامپیوتر و ائتلاف‌ها)، می‌تواند به دانش‌آموزان در معرض خطر کمک کند تا در اکتشاف و توسعه شغلی شرکت کنند. به گفته بلوخ (۱۹۸۸، ۱۹۸۹)، برنامه‌های مشاوره آموزشی موفق برای دانش‌آموزانی که در معرض خطر ترک تحصیل هستند باید از شش دستورالعمل پیروی کنند:

۱. آنها بین وضعیت فعلی و آینده دانش‌آموز ارتباط برقرار می‌کنند (یعنی، پول نقد - به دانش‌آموزان برای حضور پول پرداخت می‌شود).
۲. آنها برنامه‌ها را فردی کرده و مراقبت را منتقل می‌کنند.
۳. آنها ائتلاف‌های موفق با مؤسسات و مشاغل جامعه تشکیل می‌دهند.
۴. آنها توالی فعالیت‌های توسعه شغلی را ادغام می‌کنند.
۵. آنها فعالیت‌های توسعه شغلی مناسب سن و مرحله ارائه می‌دهند.
۶. آنها از طیف گسترده‌ای از رسانه‌ها و منابع توسعه شغلی، از جمله رایانه‌ها، استفاده می‌کنند.

مشاوره شغلی با دانشجویان دانشگاه

"تعهد به انتخاب شغل یکی از وظایف اصلی روان‌شناختی-اجتماعی است که دانشجویان دانشگاه با آن روبرو هستند" (Leierer, ۲۰۰۷, p. ۳۶۵ & Osborn, Howard). تقریباً نیمی از دانشجویان دانشگاه مشکلات مربوط به شغل را تجربه می‌کنند (Herr et al., ۲۰۰۴). بخشی از دلیل این امر این است که با وجود ظواهر، "بیشتر دانشجویان دانشگاه به ندرت مصرف‌کنندگان آگاهی هستند که تصور می‌شود هستند" (Laker,)

۶۱, p. ۲۰۰۲). بنابراین، دانشجویان دانشگاه به خدمات مشاوره شغلی، مانند دوره‌های اکتشاف شغلی در مقطع کارشناسی (Osborn et al., ۲۰۰۷) نیاز دارند و برای آن ارزش قائل هستند. حتی دانشجویانی که قبلاً در مورد رشته و شغل دانشگاهی خود تصمیم گرفته‌اند، برای تأیید انتخاب‌های خود و کسب اطلاعات بیشتر به دنبال چنین خدماتی هستند. همانطور که اریکسون (۱۹۶۳) اظهار داشت: "اساساً ناتوانی در تثبیت هویت شغلی است که جوانان را آزار می‌دهد" (p. ۲۵۲).

در پاسخ به نیازهای دانشجویان، برنامه‌های جامع راهنمایی و مشاوره شغلی در مؤسسات آموزش عالی تلاش می‌کنند تا تعدادی از خدمات را ارائه دهند. از جمله این خدمات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کمک در انتخاب رشته تحصیلی اصلی؛
- ارائه خودارزیابی و خودتحلیلی از طریق تست‌های روان‌شناختی؛
- کمک به دانشجویان در درک دنیای کار؛
- تسهیل دسترسی به فرصت‌های شغلی از طریق نمایشگاه‌های شغلی، دوره‌های کارآموزی و مصاحبه‌های دانشگاهی؛
- آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری؛ و
- تأمین نیازهای جمعیت‌های خاص (Herr et al., ۲۰۰۴).

مراکز مشاوره دانشگاهی همچنین می‌توانند مشاوره شغلی گروهی ارائه دهند. نشان داده شده است که چنین خدمتی در افزایش توانایی‌های تصمیم‌گیری شغلی برای دانشجویان شرکت‌کننده در یک گروه نسبت به کسانی که شرکت نمی‌کنند، به طور قابل توجهی مؤثرتر است (Giordano, & Rowell, Mobley, Kemer).

۲۰۱۴). بخشی از دلیل این امر، پردازش بیشتر اطلاعات خارجی و همچنین داخلی توسط اعضای گروه بود (Pyle, ۲۰۰۷).

علاوه بر ارائه این گزینه‌ها، دانشجویان به "مشاوره توسعه شغلی-زندگی" نیز نیاز دارند (Engels, Jacobs, & Kern, ۲۰۰۰). این رویکرد گسترده‌تر به دنبال کمک به افراد برای برنامه‌ریزی برای مشاغل آینده در عین "ایجاد تعادل و ادغام نقش‌ها و مسئولیت‌های زندگی-کار" به روشی مناسب است، برای مثال، کارگر بودن و در عین حال عضو خانواده، والدین و شهروند بودن (p. ۱۹۲). پیش‌بینی مشکلات مربوط به کار، روابط صمیمانه و مسئولیت‌ها یک خدمت مهم مشاوره مرتبط با شغل است که مشاوران می‌توانند به دانشجویان دانشگاه ارائه دهند. مشاوران اغلب می‌توانند پلی باشند که دانشجویان دانشگاه را به مدرسه و کار متصل می‌کند (Murphy, Blustein, Bohlig, & Platt, ۲۰۱۰). مشاوران با به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به رشته شغلی مورد نظر و دانش در مورد گذار به بزرگسالی نوظهور، می‌توانند به آماده‌سازی این دانشجویان برای اولین تجربه کاری و فراتر از آن کمک کنند (Kennedy, ۲۰۰۸a). چنین دانشی می‌تواند به جلوگیری از تعارضات کار-خانواده (WFC) که ممکن است در غیر این صورت ایجاد شده و بر رفتار، احساسات و سلامت فرد تأثیر منفی بگذارد (Frone, ۲۰۰۳)، کمک کند.

علی‌رغم تمام خدماتی که مؤسسات آموزش عالی ارائه می‌دهند، برخی از دانشجویان دانشگاه با اتخاذ کمال‌گرایی ناسازگارانه و تفکر شغلی ناکارآمد، تصمیمات شغلی خود را خراب می‌کنند. مداخلاتی که این مشکلات را در تصمیم‌گیری شغلی مورد توجه قرار می‌دهند، می‌توانند اعتماد به نفس دانشجویان را افزایش داده و به آنها کمک کنند تا واقع‌بینانه‌تر باشند (Nicholson, ۲۰۱۴ & Andrews, Bullock-Yowell, Dahlen). یکی از راه‌های انجام این کار، ایجاد پیش‌نمایش‌های شغلی واقع‌بینانه (RJPS) از یک شغل خاص است. این فرآیند شامل تماس و مصاحبه با افرادی است که در مورد مشاغلی که دانشجویان در نظر دارند، اطلاعات دارند. RJPS

در نهایت با کاهش گردش مالی کارکنان و افزایش رضایت شغلی، به جویندگان کار بالقوه در یک شغل سود می‌رسانند (Laker, ۲۰۰۲). دانشجویان باید این نوع مصاحبه‌ها را با تکمیل سیستم‌های برنامه‌ریزی شغلی مبتنی بر رایانه (CBCPSs) مانند DISCOVER تکمیل کنند. دلیل این امر این است که تکمیل چنین سیستم‌هایی فعال، فوری، توانمندکننده و با نتیجه چایی که خودکارآمدی و احتمال انجام رفتارهای اکتشافی شغلی دیگر توسط افراد را افزایش می‌دهد، پاداش داده می‌شود (Luzzo, ۲۰۰۵ & Maples).

علی‌رغم آمادگی، عوامل اقتصادی، مانند رکود اقتصادی، می‌تواند بر تصمیم اولیه شغلی فارغ‌التحصیلان دانشگاه تأثیر بگذارد. بنابراین، در حالی که بسیاری از فارغ‌التحصیلان دانشگاه در سال ۲۰۰۸ به مشاغل پردرآمد در مشاوره و امور مالی راه یافتند، فارغ‌التحصیلان سال‌های رکود ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ اینگونه نبودند. نتیجه این شد که جوانان بیشتری در مشاغل خدمات عمومی، مانند دولتی و غیرانتفاعی، استخدام شدند. درخواست‌ها برای موقعیت‌های AmeriCorps تقریباً سه برابر شد و از ۹۱۳۹۹ در سال ۲۰۰۸ به ۲۵۸۸۲۹ در سال ۲۰۱۰ رسید و تعداد متقاضیان Teach for America در همان زمان ۳۲٪ افزایش یافت و به رکورد ۴۶۳۵۹ رسید (Rampell, ۲۰۱۰).

مشاوره شغلی با بزرگسالان

الگوهای علاقه شغلی پس از دانشگاه نسبت به دوران دانشگاه پایدارتر هستند. بزرگسالان نوظهور (جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله) به ویژه به حمایت در روابط و فضایی برای توسعه استقلال و شایستگی در حین انتقال از دانشگاه به شغل نیاز دارند (Murphy et al., ۲۰۱۰). با این حال، بسیاری از بزرگسالان مسن‌تر همچنان به مشاوره شغلی نیاز دارند و به دنبال آن هستند، حتی در اواخر بزرگسالی (بزرگسالان ۶۵ سال و بالاتر) (AARP, Hansen, ۱۹۸۸ & www.aarp.org; Swanson). در واقع، بزرگسالان دوره‌های چرخه‌ای از ثبات و

انتقال را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، و تغییر شغل یک انتظار رشدی و همچنین موقعیتی در مرحله بزرگسالی زندگی است (Kerka, ۱۹۹۱).

از نظر رشدی، برخی از بزرگسالان در اواسط زندگی خود، یعنی در دهه ۴۰ سالگی، تغییر شغل را تجربه می‌کنند، که اریک اریکسون آن را مرحله تولید در مقابل رکود توصیف کرده است. در این زمان، بزرگسالان ممکن است با درون‌نگرتر شدن و تلاش برای معنا بخشیدن بیشتر به زندگی خود، شغل خود را تغییر دهند. از نظر موقعیتی، بزرگسالان ممکن است پس از یک آسیب روحی مانند مرگ، اخراج یا طلاق به دنبال تغییر شغل باشند (Marino, ۱۹۹۶).

بزرگسالان ممکن است در مشاغل و تصمیمات شغلی خود زمانی که "خود را در کارشان ناراضی می‌یابند اما در عین حال در مورد تغییر مسیر احساس دوگانگی مناسبی دارند" (Lowman, ۱۹۹۳, p. ۵۴۹)، با اوقات سختی روبرو شوند. در چنین شرایطی، آن‌ها ممکن است باورهای شغلی غیرمنطقی یا مشکل‌ساز ایجاد کنند که خودکامبخش و خودشکست‌دهنده می‌شوند (J. Krumboltz, ۱۹۹۲). نمونه‌ای از چنین باوری این است: "من هرگز شغلی را که واقعاً دوست داشته باشم پیدا نخواهم کرد." در چنین مواردی، کمک به افراد برای تغییر روش‌های تفکر و واقع‌بینانه‌تر شدن بسیار مهم است.

دو روش غالب برای کار با بزرگسالان در مشاوره شغلی وجود دارد: رویکرد تفکیکی و رویکرد رشدی. رویکرد تفکیکی تاکید می‌کند که "تیپ‌شناسی افراد و محیط‌ها مفیدتر از هر استراتژی مرحله زندگی برای مقابله با مشکلات شغلی است" (Gottfredson, ۱۹۷۶, p. ۲۳ & Holland). این رویکرد از کلیشه‌های مربوط به سن، مسائل مربوط به جنسیت و گروه‌های اقلیت، و مشکلات علمی و عملی مربوط به مشکلات طول عمر اجتناب می‌کند. "در هر سنی، سطح و کیفیت سازگاری شغلی یک فرد تابعی از تعامل نوع شخصیت و نوع محیط به علاوه ثبات و تمایز هر یک است" (Gottfredson, ۱۹۷۶, p. ۲۳ & Holland).

بر اساس این دیدگاه، یک مشاور شغلی که از فرمول‌بندی‌های تیپ‌شناختی مانند هالند آگاه است، می‌تواند روش‌های مشخصی را که یک فرد معین ممکن است با مشکلات شغلی کنار بیاید، پیش‌بینی کند. به عنوان مثال، انتظار می‌رود فردی با شخصیت اجتماعی/هنری به خوبی تعریف شده (که معمولاً در بسیاری از افرادی که به عنوان مشاور استخدام می‌شوند دیده می‌شود)، آرزوهای آموزشی و شغلی بالایی داشته باشد، توانایی تصمیم‌گیری خوبی داشته باشد، علاقه قوی و مادام‌العمر به یادگیری داشته باشد، شایستگی شخصی متوسطی داشته باشد و علاقه زیادی به عملکرد خلاقانه و سطح بالا داشته باشد تا رهبری (Holland, ۱۹۹۷). فردی با چنین نمایه‌ای همچنین تمایل به تغییر شکل یا ترک محیط در مواجهه با سختی‌ها خواهد داشت. مزیت اصلی کار با این رویکرد، سهولت توضیح تغییرات شغلی در هر سنی است. افرادی که در هر مقطعی از زندگی شغل خود را تغییر می‌دهند، به دنبال یافتن سازگاری بیشتر بین شخصیت و محیط هستند.

رویکرد رشدی تعداد بیشتری از متغیرهای فردی و محیطی را بررسی می‌کند. "تجرباتی که افراد با رویدادها، موقعیت‌ها و افراد دیگر دارند، نقش زیادی در تعیین هویت آن‌ها ایفا می‌کند (یعنی آنچه باور دارند و برای آن ارزش قائل هستند، چگونه به دیگران پاسخ می‌دهند و تصورشان از خود چیست)" (Apfel, & Gladstein, ۱۹۸۷, p. ۱۸۱). نظریه شغلی طول عمر رشدی پیشنهاد می‌کند که بزرگسالان همیشه در حال ارزیابی خود در رابطه با چگونگی تأثیرپذیری از تأثیرات محیطی خارجی (به عنوان مثال، همسر، خانواده، دوستان) و چگونگی تأثیرگذاری آن‌ها بر این متغیرها هستند. اوکون (۱۹۸۴) و گلدشتاین و آپفل (۱۹۸۷) معتقدند که تعامل افراد و رویدادهای دیگر به شدت بر تصمیمات شغلی در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد.

رویکرد گلدشتاین و آپفل (۱۹۸۷) به مشاوره شغلی بزرگسالان بر ترکیبی از شش عنصر تمرکز دارد: رشدی، جامع، خود در گروه، طولی، تعهد متقابل و چند روشی. این عناصر در فرآیند تغییر در این مرحله از زندگی با هم کار می‌کنند. این مدل، که در سطح عملی در مرکز مشاوره بزرگسالان دانشگاه روچستر اجرا شده است،

هویت کلی فرد را در طول زمان در نظر می‌گیرد. در یک مدل مرتبط، چوسمیر (۱۹۹۰) بر تعامل عوامل متعدد در فرآیندی که مردان هنگام انتخاب مشاغل غیرسنتی (مشاغلی که معمولاً افراد یک جنس در آن استخدام نمی‌شوند) طی می‌کنند، تأکید می‌کند. چه مشاغل غیرسنتی باشند چه نباشند، واقعیت این است که نیروهای زیادی در تصمیمات شغلی دخیل هستند.

مثال موردی

دیک متمایز می‌شود

دیک سال‌ها برای حفظ شغل تلاش کرده بود. او از یک موقعیت به موقعیت دیگر به عنوان آشپز، مهندس بهداشت، افسر امنیتی و باغبان نقل مکان کرد. او که از هیچ یک از کارهایش راضی نبود، در سن ۲۹ سالگی به دیدن سوزان، یک مشاور شغلی رفت.

سوزان چندین پرسشنامه، از جمله پرسشنامه‌های O*Net، را به دیک داد. او از نتایج دیک متوجه شد که او دارای یک تم هنری و اجتماعی غالب است، که درست برعکس مشاغل واقع‌گرا و معمولی بود که از آن‌ها ناراضی بود. سپس سوزان با دیک بررسی کرد که او با این تم غالب در سطوح مختلف تحصیلات چه کاری می‌تواند انجام دهد و از طریق استفاده از کتابچه راهنمای چشم‌انداز شغلی، پیش‌بینی رشد شغلی در هر زمینه چقدر است. دیک تصمیم گرفت در یک کالج محلی ثبت نام کند و تحصیلات خود را ادامه دهد تا بتواند شغلی در صنعت سرگرمی دنبال کند. او خوشحال بود. همانطور که هنگام رفتن به سوزان گفت: "این نوع شغل برای من درست به نظر می‌رسد."

مشاوره شغلی با زنان و اقلیت‌های قومی

"بسیاری از فرضیات ذاتی در نظریه‌های سنتی توسعه شغلی در کاربردشان برای زنان و اقلیت‌های قومی ناکافی هستند" (McWhirter, ۲۰۰۱, p. ۶۱ & Luzzo). زنان و اقلیت‌های قومی از نظر تاریخی نسبت به مردان سفیدپوست آمریکایی مشاوره شغلی کمتری دریافت کرده‌اند و در پیگیری مشاغل خود با موانع بیشتری روبرو بوده‌اند (Brown, ۲۰۰۲). دلیل آن اغلب شامل باورها و شیوه‌های کلیشه‌ای مرتبط با این دو گروه بوده است (Herr et al., ۲۰۰۴). به عنوان مثال، جامعه عموماً فرض کرده است که زنان الگوهای شغلی ناپیوسته‌ای خواهند داشت تا نیازهای خانواده خود را برآورده کنند. به همین ترتیب، اقلیت‌های قومی اغلب به عنوان علاقه‌مند به تعداد محدودی از مشاغل در نظر گرفته شده‌اند. فعالیت رو به رشد اجتماعی در بین زنان و گروه‌های اقلیت قومی، همراه با بدنه رو به رشد تحقیقات، به چالش کشیدن نیروهای منفی محدود کننده و ایجاد مدل‌های مشاوره شغلی برای این جمعیت‌ها کمک می‌کند (Gonzalez, ۲۰۰۰ & Peterson). به همین دلیل، از جمله دلایل دیگر، مشاوران شغلی باید عدالت اجتماعی را در محیط کار ترویج کنند.

زنان. الگوهای شغلی مبتنی بر جنسیت برای زنان به دلایل مختلفی تغییر کرده است. برای مثال، بیش از ۷۰ درصد زنان در ایالات متحده اکنون برای دستمزد کار می‌کنند (Looney, ۲۰۱۱ & Greenstone). علاوه بر این، "کودکان در معرض انتخاب‌های شغلی بیشتر و متنوع‌تری قرار می‌گیرند. همچنین، زنان به مشاغلی که قبلاً برای مردان محفوظ بود، وارد شده‌اند و در نتیجه طیف وسیع‌تری از الگوهای نقش را برای دختران فراهم کرده‌اند" (Bobo et al., ۱۹۹۸, pp. ۴۰-۴۱).

از سال ۱۹۷۰، افزایش چشمگیری در تحقیقات و علاقه به توسعه شغلی زنان وجود داشته است (King & McWhirter, ۲۰۰۱; Whitmarsh, Brown, Cooper, Hawkins- & Knight, ۲۰۱۱; Luzzo & Rodgers, ۲۰۰۷). "تحقیقات در مورد توسعه شغلی زنان هم موانع داخلی و هم خارجی مرتبط با توسعه شغلی زنان را شناسایی کرده است و نشان می‌دهد که فرآیند تصمیم‌گیری شغلی و حفظ شغل برای زنان پیچیده‌تر و محدودتر از مردان است" (Mahalik, ۲۰۰۰, p. ۵۴ & Sullivan). یکی از جنبه‌های

پیچیدگی توسعه شغلی برای زنان، چیزی است که به عنوان تضاد کار-خانواده شناخته می‌شود، جایی که بین مسئولیت‌های کاری مانند دیر کار کردن و مسئولیت‌های خانوادگی مانند بردن بچه‌ها از مهد کودک، اختلاف وجود دارد (Chen, ۲۰۰۹ & Slan-Jerusalem). این تضاد ممکن است منجر به اضافه بار نقش شود (خواسته‌های رقابتی و گاهی متضاد برای نقش‌های متعدد مورد انتظار از یک فرد، مانند نان‌آور، نان‌پز، والدین، کارمند خدمات اجتماعی) (Pearson, ۲۰۰۸). در چنین وضعیتی، زمان کمی برای اوقات فراغت باقی می‌ماند، که بر احساس "سلامت روان و رفاه کلی" فرد تأثیر می‌گذارد (p. ۵۷). پیچیده‌تر شدن اوضاع این است که بسیاری از نظریه‌های توسعه شغلی را نمی‌توان به طور مناسب در مورد زنان اعمال کرد زیرا برای مردان تدوین شده‌اند یا ناقص هستند (Cook, Heppner, Jackson & Gottfredson, ۲۰۰۵; O'Brien, ۲۰۰۲; Scharman, ۲۰۰۲).

بنابراین، مشاوران در کار با زنان باید درک کنند که اغلب وارد قلمرو جدیدی می‌شوند و باید مراقب کلیشه‌های نقش جنسیتی شغلی باشند و در برابر آن‌ها مقاومت کنند، حتی در سطح دبستان (Patton, & McMahon, ۱۹۹۷). کلیشه‌های رایج شامل دیدن زنان به عنوان مادران (پرورش‌دهنده)، کودکان (وابسته)، زنان آه‌نین (سخت‌کوش) و ابزار جنسی (Gysbers et al., ۲۰۱۴) است، یا اشتباه فرض کردن اینکه، به عنوان یک گروه، زنان مشاغل اجتماعی، هنری و معمولی را به مشاغل واقع‌گرا، جستجوگر و کارآفرین ترجیح می‌دهند (Evans-Hughes, ۱۹۹۱ & Tomlinson).

علاوه بر این، پدیده "سقف شیشه‌ای" وجود دارد که در آن زنان فقط تا حد معینی در یک شرکت می‌توانند پیشرفت کنند زیرا تصور نمی‌شود که قادر به انجام وظایف اجرایی سطح بالا باشند. وقتی این افسانه‌ها پذیرفته می‌شوند، دختران و زنان برای کشف توانایی‌ها و امکانات خود به چالش کشیده نمی‌شوند و در نتیجه، برخی از زنان در توسعه کامل توانایی‌ها یا استعدادهای خود ناکام می‌مانند. در نتیجه، آن‌ها هرگز کار نمی‌کنند؛ تعهد کم

یا متوسطی به کار پیدا می‌کنند؛ یا بر مشاغل "امن"، سنتی و تحت سلطه زنان مانند تدریس، کار دفتری، پرستاری یا خدمات اجتماعی تمرکز می‌کنند (Walsh & Betz, ۲۰۰۲; Brown, ۱۹۸۷; & Fitzgerald, ۲۰۰۶). (Heppner, ۲۰۰۶).

برخی دیگر از موانع خارج از این افسانه‌ها نیز باید در مشاوره شغلی برای زنان در نظر گرفته شود. به عنوان مثال، فرهنگ یک شرکت ممکن است حول انتظار کار کردن ساعات بسیار بیشتر از آنچه در شرح شغل ذکر شده است، شرکت در رویدادهای خاص یا "یکی از بچه‌ها" بودن، بچرخد. بنابراین، زنان باید بر این واقعیت‌ها و همچنین افسانه‌های پیرامون آن‌ها غلبه کنند تا به اهداف شغلی خود دست یابند (McWhirter, & Luzzo, ۲۰۰۱). مشاوران ممکن است به آن‌ها توصیه کنند که با برقراری ارتباط اجتماعی با مردان به جای زنان، راحت‌تر می‌توانند شغلی را پیدا کنند که در زمینه شغلی تحت سلطه زنان نباشد (Winfield, & Mencken, ۲۰۰۰). غلبه بر موانع و تصورات غلط و یافتن تعادل، بخش اساسی فرآیند مشاوره است.

برای درک اینکه زنان چگونه ممکن است شغل و خانواده را با هم ترکیب کنند، جکسون و شارمن (۲۰۰۲) نمونه ملی از "۲۶ زن شناسایی شده به عنوان کسانی که به طور خلاقانه مشاغل خود را برای به حداکثر رساندن زمان با خانواده‌هایشان ساخته‌اند" (ص. ۱۸۱) را مورد مطالعه قرار دادند. هشت موضوع مختلف در مورد چگونگی مدیریت این زنان برای ایجاد مشاغل سازگار با خانواده ظهور کرد. استراتژی‌های آن‌ها از "سازش‌های مسالمت‌آمیز" تا "انعطاف‌پذیری شغلی شریک زندگی" متغیر بود. با این حال، "هر شرکت‌کننده راه حل‌های رضایت‌بخشی برای ترکیب شغل و خانواده پیدا کرد که نیازی به انتخاب یا/یا نداشت" (ص. ۱۸۴). به طور کلی، این زنان خودکارآمدی قابل توجهی (یعنی اعتماد به نفس در مقابله با یا مدیریت موقعیت‌های پیچیده یا دشوار) نشان دادند. این توانایی به طور فزاینده‌ای به یک عامل مهم در توسعه شغلی زنان تبدیل می‌شود. خودکارآمدی شغلی چیزی است که می‌توان با کار کردن با زنان در گروه‌ها برای پرداختن به عواملی که آن را تشکیل

می‌دهند، مانند دستاوردهای عملکردی، تجربیات نیابتی، برانگیختگی عاطفی و ترغیب کلامی، افزایش داد (Mahalik, ۲۰۰۰ & Sullivan).

یکی دیگر از استراتژی‌های مفید مشاوره شغلی در کار با زنان، به ویژه اگر آن‌ها افسرده و در مورد شغل مردد باشند، ارائه "مشاوره شغل به علاوه زندگی" است، به این معنی که در مشاوره آن‌ها [زنان] علاوه بر مسائل شغلی صریح، بر مسائل شخصی و روابط نیز تمرکز می‌کنند (Ancis, ۲۰۰۰, p. ۳۲۵). یک دیدگاه بوم‌شناختی، که در آن مشاوران شغلی با زنان در مورد مسائل توسعه شغلی در زمینه و پیچیدگی محیطی که در آن زندگی می‌کنند، کار می‌کنند، به طور فزاینده‌ای به عنوان راهی برای کمک به توانمندسازی بیشتر زنان و شکل دادن به آینده‌شان شناخته می‌شود (Cook et al., ۲۰۰۲).

حوزه‌ای که توجه مشاوران را در مشاوره شغلی با زنان در آینده می‌طلبد، جمعیت‌شناسی و روندها است. بازار کار از صنایع تولید کالا به صنایع تولید خدمات تغییر کرده است (Hall, ۱۹۹۳ & Van Buren, Kelly). مشاغل خدماتی شامل مشاغل مانند فروشنده و اپراتور کامپیوتر است. وقتی زنان جوان این مشاغل را در حالی که واجد شرایط پیگیری مشاغل با دستمزد بالاتر و غیرسنتی در مشاغل فنی هستند، انتخاب می‌کنند، بیشتر در معرض نیروهای اقتصادی مانند فقر، رفاه اجتماعی و وابستگی به مردان قرار می‌گیرند که به نفع آن‌ها یا جامعه نیست. بنابراین، "نیاز فوری به مداخلات مشاوره شغلی" ارائه شده از طریق الگوبرداری زنده یا ویدیویی "وجود دارد که زنان جوان را متقاعد کند تا مزایای اقتصادی انتخاب‌های شغلی غیرسنتی" یا انتخاب‌هایی که با علایق واقعی آن‌ها همسو هستند را در نظر بگیرند (Van Buren et al., ۱۹۹۳, p. ۱۰۱). جالب توجه است که زنان بیشتری شروع به دنبال کردن علایق شغلی خود کرده‌اند و در سال‌های اخیر به مشاغل کارآفرینی روی آورده‌اند، جایی که ممکن است درآمد بیشتری کسب کنند و بیشتر مسئول زندگی خود باشند (Reardon et al., ۲۰۰۷).

تأمل شخصی

با توجه به تمام آنچه در این فصل خوانده‌اید و همچنین مشاهدات خودتان، چرا داشتن نظریه‌ها و رویکردهای مختلف برای مشاوره شغلی با زنان مهم است؟ آیا فکر می‌کنید برخی نظریه‌ها و رویکردها به طور یکسان برای هر دو جنس کاربرد دارند؟

اقلیت‌های فرهنگی. "مشاوره شغلی برای مؤثر بودن برای مراجعان با زمینه‌های فرهنگی مختلف باید متغیرها و فرآیندهای مختلفی را در بر بگیرد" (Byars-Winston, ۲۰۰۵, p. ۲۲۳ & Fouad). با این حال، اقلیت‌های فرهنگی آنقدر متنوع هستند که تمرکز بر تمام عواملی که مشاوران شغلی باید در کار با آن‌ها به صورت فردی یا جمعی با آن روبرو شوند، تقریباً غیرممکن است.

بسیاری از اقلیت‌های فرهنگی به دلیل شیوه‌های تبعیض‌آمیز کارفرمایان، کمبود مهارت‌های قابل فروش و دسترسی محدود به شبکه‌های غیررسمی که منجر به مشاغل خوب می‌شوند، در به دست آوردن شغل معنادار مشکل دارند (Conkel, ۲۰۱۰ & Leong, ۱۹۹۵; Turner). بنابراین، بسیاری از اقلیت‌های نژادی/قومی "در موقعیت‌های سطح پایین‌تر و مشاغل غیرماهرانه متمرکز هستند" (Byars-Winston, ۲۰۰۵, & Fouad, ۲۰۲۳, p. ۲۲۳). علاوه بر این، الگوهای علاقه اقلیت‌های فرهنگی (به عنوان یک گروه) لزوماً به همان روشی که سفیدپوستان آمریکایی دارند، در ترتیب دایره‌ای RIASEC هالند (۱۹۹۷) قرار نگرفته است، بنابراین برای بسیاری از مشاوران شغلی در کمک به آن‌ها چالش‌هایی ایجاد می‌کند (Fitzgerald, ۱۹۹۶ & Osipow). در حالی که حدود ۲۷٪ از بزرگسالان در ایالات متحده نیاز به کمک در یافتن اطلاعات در مورد کار را ابراز می‌کنند، این میزان در بین جمعیت‌های اقلیت خاص بسیار بالاتر است: آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار، ۴۴٪؛ آسیایی‌ها/جزایر اقیانوس آرام، ۳۶٪؛ و اسپانیایی‌ها/لاتین‌تبارها، ۳۵٪ (انجمن ملی توسعه شغلی [NCDA], ۱۹۹۰).

مشاوران باید به یاد داشته باشند که اقلیت‌های فرهنگی در زمینه تثبیت خود در مشاغل نیازهای ویژه‌ای دارند. بنابراین، مشاوران باید نسبت به چنین مسائلی حساس باشند و در عین حال به افراد کمک کنند تا بر موانع مصنوعی و واقعی که آن‌ها را از به حداکثر رساندن پتانسیل خود باز می‌دارد، غلبه کنند. به عنوان مثال، در مقایسه با دانشجویان سفیدپوست، دانشجویان سیاهپوست کالج هنگام انتخاب شغل بیشتر به درآمد و موقعیت آینده جذب می‌شوند (Fuller, ۲۰۰۷ & Daire, LaMothe). به همین ترتیب، برخی از جوانان سیاهپوست که تمام عمر خود را در فقر گذرانده‌اند، از نظر شغلی معلول شناخته می‌شوند زیرا "آن‌ها تجربیات مثبت کاری کمی دارند، فرصت‌های آموزشی محدودی دارند و اغلب فاقد الگوهای نقش کاری مثبت هستند" (Dunn & Veltman, ۱۹۸۹, pp. ۱۵۶-۱۵۷). برنامه‌های ساختاریافته برای این افراد از الگوها و تجربیات مثبت برای تأیید میراث و توانایی‌های فرهنگی یا قومی استفاده می‌کنند، بنابراین برای پرداختن و غلبه بر محدودیت‌های سنتی تلاش می‌کنند (Faubert, ۱۹۹۳ & Ryan, ۱۹۹۵; Locke & Drummond). در این فرآیند، مشاوران به این جوانان، همانطور که به دیگران کمک می‌کنند، کمک می‌کنند تا بین موانعی که بر آن‌ها کنترل دارند و مسئولیت غلبه بر آن‌ها را دارند و موانعی که ممکن است توانایی غلبه بر آن‌ها را نداشته باشند، تمایز قائل شوند (Luzzo, ۱۹۹۹ & Albert).

برنامه‌های آگاهی شغلی برای والدین چینی-آمریکایی و کره‌ای-آمریکایی نیز مفید بوده است (Evanoski & Tse, ۱۹۸۹). در این فرهنگ‌های آسیایی، والدین به طور سنتی صرف نظر از علایق فرزندانشان، برای آن‌ها تصمیمات شغلی می‌گیرند. با برگزاری کارگاه‌های محله‌ای برای آشنا کردن والدین با فرصت‌های شغلی در آمریکا، طیف وسیع‌تری از انتخاب‌ها برای همه افراد ذینفع باز می‌شود. موفقیت چنین کارگاه‌هایی به دلیل وجود الگوهای نقش دوزبانه و مطالب راهنمایی شغلی نوشته شده به زبان شرکت‌کنندگان است.

در نهایت، مشاوران هنگام کار با جوانان مناطق فقیرنشین در زمینه مشاغل، باید درک کنند که نظریه‌های سنتی توسعه شغلی ممکن است به خوبی کار نکنند. در واقع، بسیاری از این نظریه‌ها متعلق به طبقه متوسط هستند و برای محیطی که این جوانان در آن بزرگ می‌شوند مناسب نیستند، زیرا جوانان مناطق فقیرنشین با چالش غلبه بر اثرات فقر، وضعیت اقلیت و کمبود فرصت روبرو هستند. برای کسب مزایای انطباقی در بازارهای کار فعلی و آینده، جوانان باید مجموعه یکپارچه‌ای از مهارت‌های توسعه شغلی را کسب کنند (Turner & Conkel, ۲۰۱۰, p. ۴۶۳).

پیشرفت در توسعه شغلی را می‌توان با استفاده از مدل یکپارچه زمینه‌ای توسعه شغلی (ICM) افزایش داد. ICM یک مدل شغلی است که از دیدگاه‌های نظری مختلف گرفته شده و شامل مهارت‌های خود و اکتشاف شغلی؛ تناسب فرد-محیط؛ هدف‌گذاری؛ مهارت‌های اجتماعی، جامعه‌پسندانه و آمادگی برای کار؛ یادگیری خودتنظیمی؛ و بهره‌گیری از حمایت اجتماعی است. اگرچه این رویکرد هنوز به تحقیقات تجربی بیشتری نیاز دارد، اما مشخص شده است که برای دانش‌آموزان مقطع راهنمایی مؤثر است.

مشاوره شغلی با همجنس‌گرایان زن، همجنس‌گرایان مرد، دوجنس‌گرایان و تراجنسیتی‌ها

گروه‌های ویژه و متنوعی که اغلب در مشاوره شغلی در نظر گرفته نمی‌شوند، همجنس‌گرایان زن، همجنس‌گرایان مرد، دوجنس‌گرایان و تراجنسیتی‌ها (LGBT) هستند. این افراد با نگرانی‌های منحصر به فرد و همچنین بسیاری از نگرانی‌های مشترک با سایر گروه‌ها روبرو هستند. یکی از نگرانی‌های ویژه برای بسیاری از افراد LGBT این است که آیا در محل کار آشکارا یا پنهانی گرایش جنسی خود را فاش کنند (Chojnacki & Gelberg, ۱۹۹۴). افرادی که گرایش‌های جنسی اقلیت دارند، با نگرانی‌های رشدی شخصی و حرفه‌ای، از جمله تبعیض، در صورت آشکارا اعتراف به باورها و شیوه‌های خود روبرو می‌شوند (Degges-White & O’Ryan, ۲۰۰۲; Shoffner, ۲۰۱۰ & McFarland). این امر ممکن است به ویژه در صورتی صادق باشد

که اعضای همجنس‌گرای این جمعیت در مشاغل تحت سلطه مردان باشند، که نسبت به سایر گروه‌های شغلی بیشتر همجنس‌گراهراس هستند (Jome, Surething & Taylor, ۲۰۰۵). او رایان و مک‌فارلند (۲۰۱۰) برای غلبه بر مشکلاتی که با آن روبرو هستند، دریافتند که زوج‌های همجنس‌گرای زن و مرد دارای شغل دوگانه از سه استراتژی اصلی استفاده می‌کنند: برنامه‌ریزی، ایجاد شبکه‌های اجتماعی مثبت و تغییر از به حاشیه رانده شدن به تحکیم و ادغام.

اگرچه روش‌های سنتی مشاوره شغلی معمولاً برای افراد با تمام گرایش‌های جنسی مناسب است، اما باید توجه ویژه‌ای به کمک به افراد LGBT برای ارزیابی تناسب بین ترجیحات سبک زندگی و محیط‌های کاری خاص داده شود. اگر قرار است این فرآیند سازنده باشد، نمی‌توان گرایش جنسی را به عنوان یک متغیر مهم در مشاوره شغلی نادیده گرفت (Shoffner, ۲۰۰۲ & Thiel, ۱۹۹۳; Degges-White & Croteau).

مشاوران شغلی در کار با اعضای این جمعیت باید هم کلیشه‌سازی خود و هم جامعه اطراف نسبت به افراد LGBT را ارزیابی کنند. در چنین ارزیابی، آن‌ها باید تعصب شخصی، حرفه‌ای و محیطی نسبت به افرادی که دگرجنس‌گرا نیستند را بسنجند. علاوه بر این، آن‌ها باید از زبان بدون جنسیت استفاده کنند و با شبکه‌های حمایتی موجود در جوامع خود برای اعضای این گروه‌ها آشنا شوند. همچنین، آن‌ها باید در مورد تبعیض آشکار و پنهان در محیط کار، مانند اخاذی، طرد، آزار و اذیت، محرومیت و اخراج، اطلاعات کسب کنند. "سقف بنفش" نیز باید با همجنس‌گرایان زن، همجنس‌گرایان مرد، دوجنس‌گرایان و تراجنسیتی‌ها مورد بحث قرار گیرد. این مانع پیشرفت در یک شغل معادل سقف شیشه‌ای برای زنان است، جایی که یک شغل به دلیل تعصب پنهان مدیریت ارشد نسبت به افراد به دلیل باورهای مربوط به جنسیت آن‌ها، زود هنگام متوقف می‌شود (Friskopp & Silverstein, ۱۹۹۵; Zunker, ۲۰۱۶).

تصمیم شغلی دیوید

دیوید در کشمکش بود. او یک مرد همجنس‌گرای آفریقایی-آمریکایی بود که تازه دانشگاه را تمام کرده بود و نمی‌دانست با زندگی‌اش چه کند. او در محله خود پذیرفته شده بود اما تعجب می‌کرد که در محیط کار چقدر پذیرفته خواهد شد. او به ویژه به تجارت و هنرهای آشپزی علاقه داشت. کد هالند او AS/ER/CI بود.

دیوید پس از کار با یک مشاور شغلی در دانشگاه خود، تصمیم گرفت یک سرویس پذیرایی راه اندازی کند. او آشپز خوبی بود و استعداد سازماندهی و همچنین سبک منظمی در مدیریت پول خود داشت. او فکر می‌کرد با شروع چنین کسب‌وکاری می‌تواند موفق شود، با مردم ملاقات کند و از تعصب آشکار خارج از محله خود دوری کند. مشاور شغلی او به اندازه دیوید مطمئن نبود که انتخاب او انتخاب خوبی است.

نظر شما در مورد انتخاب شغلی دیوید چیست؟ چه گزینه‌های دیگری ممکن است داشته باشد؟

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل اطلاعاتی در مورد جنبه‌های مختلف مشاوره شغلی از جمله اهمیت آن و انجمن‌های موجود در مشاوره، مانند NCDA و NECA، که به ویژه به توسعه آن علاقه‌مند هستند، ارائه کرده است. نظریه‌های اصلی مشاوره شغلی—ویژگی-عاملی، رشدی، اجتماعی-شناختی و سازه‌گرا—مورد بررسی قرار گرفتند. مشاوره شغلی با جمعیت‌های خاص—به ویژه افراد در سنین و مراحل مختلف رشدی زندگی، زنان، اقلیت‌های فرهنگی و افراد با گرایش‌های جنسی متمایز—نیز مورد بررسی قرار گرفت.

به طور کلی، عوامل متعددی، از جمله نیازها و انگیزه‌های درونی و شرایط خارجی مانند اقتصاد، جنسیت، سطح تحصیلات، قومیت و محیط اجتماعی، با هم ترکیب می‌شوند تا بر تصمیمات شغلی تأثیر بگذارند. تحولات در سراسر جهان، به ویژه در فناوری، نیز بر زمینه مشاغل تأثیر می‌گذارد. "عصر اطلاعات همچنان تعداد فرصت‌های

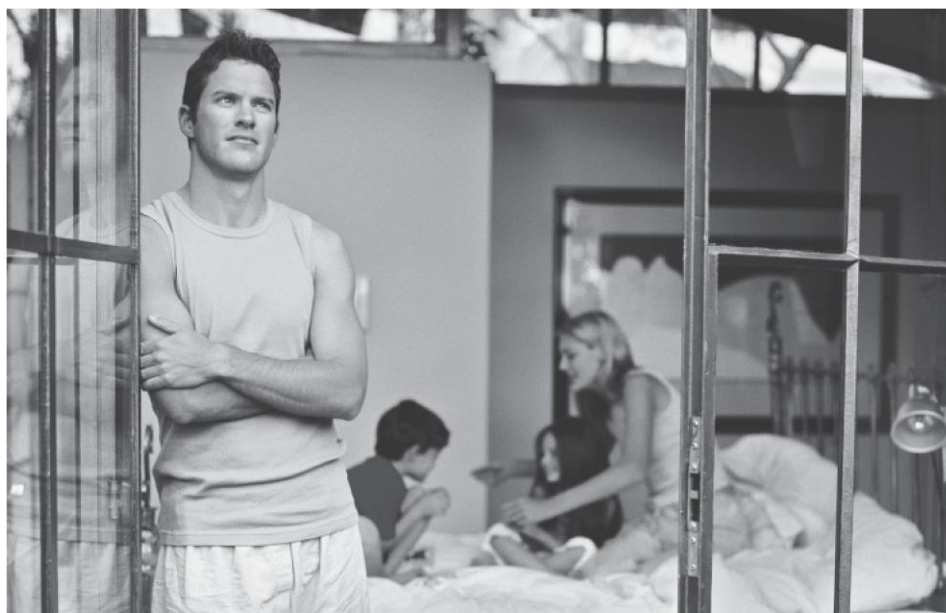
شغلی و همچنین نحوه انجام طیف گسترده‌ای از مشاغل را تغییر می‌دهد" (Fullmer, ۱۹۹۶, p. & Walls ۱۵۴). با پیشرفت فناوری که مشاغل جدید ایجاد می‌کند یا انواع قدیمی مشاغل را تغییر می‌دهد، مهارت‌های ارزشمند قبلی و کل مشاغل ممکن است کاهش یابند یا از بین بروند. بنابراین، مشاوره شغلی به طور فزاینده‌ای مهم می‌شود و مشاورانی که می‌خواهند برای مراجعان خود مرتبط باشند، باید از رویه‌ها و شیوه‌های موجود در این زمینه در طول عمر آگاه باشند.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تکالیف موضوع ۲ را امتحان کنید: مشاوره شغلی/فردی/رشدی.

فصل چهاردهم

مشاوره زوج و خانواده



مرور فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- زندگی خانوادگی، چرخه زندگی خانوادگی و اشکال در حال تغییر خانواده‌ها
- ماهیت مشاوره زوج و خانواده
- فرآیند مشاوره زوج و خانواده

همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:

- چگونه ممکن است با انواع مختلف خانواده به شیوه‌های متفاوت رفتار کنید و چرا
- تحقیقات مرتبط با اشکال مختلف مشاوره خانواده
- تفاوت بین کار با خانواده‌ها و گروه‌ها یا افراد

در سی و پنج سالگی، با همسر و فرزند دارای مدرک دکتری و امیدوار به درخششی به روشنی ماه کامل در یک شب گرم تابستانی؛ او نقش یک مرد التیام‌بخش را بر عهده گرفت که تخیل را با تغییر ضروری و عقل سلیم در هم می‌آمیخت تا تصویری بزرگتر از یک تصویر از یک پیکره کوچک که به سرعت قدم برمی‌دارد، بسازد؛ بی‌صدا سفر کرد مانند کسی که شمعی در تاریکی نگه می‌دارد و قدرت آن را زیر سوال می‌برد؛ بنابراین با سال‌های سنگین، پیاده‌روی‌های طولانی، عشق مشترک و تولدهای اضافی او به یک بازیگر باتجربه تبدیل شد، کسی که خطوطش را در سکوت فراموش کرده، روی صحنه قدم گذاشته و بدون اینکه کسی او را راهنمایی کند، زندگی کرده بود.

بازنشر شده از "بدون تشویق" اثر اس. تی. گلدینگ، ۱۹۷۴، راهنمایی و پرسنل، جلد ۵۲، ص ۳۸۶. © اس. تی. گلدینگ.

منابع و محتوای مربوط

این فصل پیدایش و توسعه مشاوره زوج و خانواده را همراه با مروری بر سازمان‌ها و تحقیقات مشاوره زوج و خانواده بررسی می‌کند. همچنین چرخه زندگی خانواده را شرح می‌دهد و به این موضوع می‌پردازد که چگونه مشاوره خانواده با مشاوره فردی و گروهی تفاوت دارد. فرآیند مشاوره زوج و خانواده از ابتدا تا انتها نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روابط زوجی و زندگی خانوادگی ریشه در دوران باستان دارند. چه توسط خانواده یا خود زوجین ترتیب داده شده باشد، مردان و زنان، و در زمان‌های اخیر شرکای همجنس، برای هزاران سال در اتحادی که توسط جامعه برای دلایل اقتصادی، اجتماعی و تولید مثل تأیید شده است، با هم پیوند خورده‌اند. اصطلاحات زوج و خانواده در جوامع مختلف معانی متفاوتی دارند. ازدواج عموماً به عنوان یک اتحاد اجتماعی تأیید شده بین دو بزرگسال برای دلایل اقتصادی، اجتماعی و/یا تولید مثل تلقی می‌شود. اصطلاح زوج غیررسمی‌تر و گسترده‌تر است. این اصطلاح به سادگی به دو نفر در یک رابطه با هم اشاره دارد. ممکن است آنها ازدواج کرده باشند یا نه، صمیمی باشند یا نه. با این وجود، آنها به عنوان مرتبط با هم، یعنی "پیوند خورده" به یک یا چند طریق دیده می‌شوند. از طرف دیگر، خانواده از "افرادی تشکیل شده است که از نظر بیولوژیکی و/یا روانی با هم مرتبط هستند ... [از طریق] پیوندهای تاریخی، عاطفی یا اقتصادی ... و خود را بخشی از یک خانوار می‌دانند" (Gladding, ۲۰۱۵, p. ۶).

این تعاریف از ازدواج، زوج و خانواده حداکثر انعطاف‌پذیری را فراهم می‌کند و می‌تواند طیف گسترده‌ای از اشکال را در بر بگیرد.

مشاوره زوج و خانواده یک پیگیری محبوب برای مشاوران است. حداقل سه دلیل برای این امر وجود دارد. اول، درک این واقعیت است که افراد مستقیماً تحت تأثیر عملکرد روابط زوجی یا خانواده‌هایشان قرار می‌گیرند (Goldenberg, ۲۰۰۲ & Goldenberg). به عنوان مثال، در زندگی خانوادگی، خانواده‌های آشفته اغلب فرزندان تولید می‌کنند که به دلیل عدم نظم یا حتی دانش در مورد چگونگی رفتار، در برقراری ارتباط با دیگران

مشکل دارند، در حالی که خانواده‌های درهم‌تنیده فرزندی دارند که اغلب به دلیل وابستگی بیش از حد به والدین یا سایر اعضای خانواده، در ترک خانه مشکل دارند.

دومین دلیلی که مشاوره زوج و خانواده را جذاب می‌کند، ملاحظات مالی است. مشکلات اغلب به طور مقرون به صرفه‌تری قابل حل هستند زمانی که یک زوج یا خانواده با هم دیده می‌شوند. در نهایت، ماهیت فراگیر کار مشاوره زوج و خانواده آن را به طور ذاتی جذاب می‌کند. عوامل متعددی وجود دارد که باید از آنها آگاه بود و به آنها پرداخت. مشاورانی که در کمک به واحدهای زناشویی، زوجها و خانواده‌ها مشغول هستند، باید دائماً از نظر ذهنی و حتی گاهی جسمی فعال باشند. خود این فرآیند می‌تواند هیجان‌انگیز و همچنین زمانی که تغییر رخ می‌دهد، پاداش‌دهنده باشد. مشاوره زوج و خانواده بسیاری از متخصصان بالینی را که مایل به کار در سطوح پیچیده و چندوجهی به مؤثرترین شکل ممکن هستند، جذب می‌کند.

اشکال در حال تغییر زندگی خانوادگی

علاقه شدید امروزی به مشاوره زوج و خانواده تا حدودی ناشی از تغییر سریع در زندگی خانوادگی آمریکایی از زمان جنگ جهانی دوم است. در سال ۱۹۵۰، دو نوع خانواده، که هنوز هم وجود دارند، بر زندگی فرهنگی آمریکا تسلط داشتند:

- خانواده هسته‌ای، واحد اصلی متشکل از شوهر، زن و فرزندان؛ و
- خانواده چند نسلی، خانواری که حداقل سه نسل را شامل می‌شود، مانند فرزند/فرزندان، والدین و پدربزرگ/مادربزرگ. این نوع خانواده گاهی شامل بستگان مجرد، مانند عمه و عمو نیز می‌شود.

پس از جنگ، افزایش نرخ طلاق باعث رواج دو نوع خانواده دیگر شد:

- خانواده تک والدی، که شامل یک والد، بیولوژیکی یا فرزندخوانده، است که به تنهایی مسئولیت مراقبت از خود و فرزند/فرزندان را بر عهده دارد؛ و
 - خانواده مختلط (یعنی ازدواج مجدد، ناتنی)، خانواری که زمانی ایجاد می‌شود که دو نفر ازدواج می‌کنند و حداقل یکی از آنها قبلاً ازدواج کرده و فرزند/فرزندانی دارد.
- علاوه بر این، تغییرات در هنجارها و جمعیت‌شناسی اجتماعی از دهه ۱۹۵۰ به بعد، باعث توسعه و به رسمیت شناختن چندین شکل خانوادگی دیگر علاوه بر موارد ذکر شده شده است، به طور خاص:
- خانواده با هر دو شاغل، که در آن هر دو شریک زندگی در کاری مشغول هستند که از نظر توالی رشدی است و به آن تعهد بالایی دارند؛
 - خانواده بدون فرزند، که از زوج‌هایی تشکیل شده است که آگاهانه تصمیم می‌گیرند فرزندی نداشته باشند یا در نتیجه شانس یا عوامل بیولوژیکی بدون فرزند باقی می‌مانند؛
 - خانواده سالمند، که در آن سرپرست یا سرپرستان خانوار ۶۵ سال یا بیشتر سن دارند؛
 - خانواده دارای مشکلات جنسی که از زوج‌های همجنس با یا بدون فرزند/فرزندانی از ازدواج قبلی یا در نتیجه تلقیح مصنوعی یا فرزندخواندگی تشکیل شده است؛ و
 - خانواده چند فرهنگی، که در آن افرادی از دو فرهنگ مختلف متحد شده و خانه‌ای تشکیل می‌دهند که ممکن است فرزند داشته باشند یا نداشته باشند.
- زوج‌ها و خانواده‌ها در قرن بیست و یکم بسیار متنوع هستند. کسانی که تصمیم به ورود به چنین روابطی می‌گیرند، با مجموعه‌ای از چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و رشدی مواجه می‌شوند که روزانه توجه آنها را می‌طلبد. آنها همچنین تعدادی پاداش در چنین اتحادیه‌ها از جمله حمایت جسمی، مالی و روانی پیدا می‌کنند.

معایب و تأثیرات زندگی زوجی و خانوادگی زیاد و گاهی پیچیده است. مشاوران حرفه‌ای که با زوجها و خانواده‌ها کار می‌کنند، باید به طیف وسیعی از مشکلات و همچنین امکانات توجه داشته باشند. آنها باید آماده مقابله با تغییرات بسیار پیچیده و ناراحت‌کننده باشند که ممکن است این واحدها از نظر رشدی یا موقعیتی با آنها روبرو شوند (Napier, ۱۹۸۸).

تأمل شخصی

در چه نوع خانواده‌ای بزرگ شده‌اید؟ نقاط قوت آن چه بود؟ نقاط ضعف آن چه بود؟ اگر می‌توانستید انتخاب کنید، کدام یک از انواع خانواده‌های ذکر شده قبلی را ترجیح می‌دادید؟ چرا؟

آغاز مشاوره زوج و خانواده

حرفه مشاوره زوج و خانواده نسبتاً جدید است (Framo, ۱۹۹۶). آغاز قابل توجه آن به دهه‌های ۱۹۴۰ و اوایل ۱۹۵۰ برمی‌گردد، اما رشد واقعی آن در اواخر دهه ۱۹۷۰ و دهه ۱۹۸۰ رخ داد (Nichols, ۱۹۹۳). جالب توجه است که افزایش محبوبیت مشاوره زوج و خانواده از نزدیک با تغییرات چشمگیر در شکل، ترکیب، ساختار و تأکید خانواده آمریکایی که قبلاً در این فصل ذکر شد، دنبال شد (Markowitz, ۱۹۹۴). در این بخش، روندها و شخصیت‌هایی که بر توسعه این حوزه تأثیر گذاشته‌اند، از جمله برخی از رهبران معاصر، مورد توجه قرار خواهند گرفت.

روندها

در پایان جنگ جهانی دوم، ایالات متحده شاهد یک تعدیل ناراحت‌کننده از جنگ به صلح بود که خود را در سه روند نشان داد که علاوه بر افزایش انواع مختلف اشکال خانواده، بر خانواده تأثیر گذاشت (Walsh, ۱۹۹۳). یکی افزایش شدید نرخ طلاق بود که تقریباً همزمان با شروع رونق زاد و ولد در سال ۱۹۴۶ رخ داد. در حالی که

طلاق تا آن زمان نسبتاً غیرمعمول بود، پس از آن به طور چشمگیری افزایش یافت و تا دهه ۱۹۹۰ به سطح قبلی خود بازنگشت. تأثیر این پدیده ناراحت کننده بود. امروزه، درصد زیادی (حدود ۵۰٪) از زوج‌هایی که ازدواج می‌کنند، در نهایت اتحادیه خود را منحل می‌کنند (Abney, ۲۰۰۶; Whitehead, ۱۹۹۷ & Maples). با این حال، داده‌های جدید سرشماری نشان می‌دهد که نرخ طلاق برای اکثر گروه‌های سنی کاهش یافته است (Ellis, ۲۰۱۱ & Kreider). دلیل کاهش نرخ طلاق در سال‌های اخیر را می‌توان به تعدادی از عوامل، مانند تحصیلات، نسبت داد، اما شاید مهم‌ترین آنها این باشد که زوجها در ایالات متحده دیرتر ازدواج می‌کنند و بنابراین در هنگام ازدواج بالغ‌تر هستند.

روند دوم که بر ظهور مشاوره زوج و خانواده تأثیر گذاشت، تغییر نقش زنان بود. پس از جنگ جهانی دوم، زنان بیشتری به دنبال اشتغال در خارج از خانه بودند. بسیاری از زنان هم‌نان‌آور خانواده‌های خود و هم‌خانه‌دار شدند. جنبش حقوق زنان در دهه ۱۹۶۰ نیز باعث توسعه فرصت‌های جدید برای زنان شد. بنابراین، سنت‌ها و انتظارات برای زنان کاهش یافت و/یا گسترش یافت. نتایج، همانطور که هر تغییر اجتماعی عمده‌ای چنین است، ناراحت‌کننده بود و هم مردان و هم زنان در خانواده‌ها و ازدواج‌ها برای ایجاد تعدیلات مناسب به کمک نیاز داشتند. در سال ۲۰۱۵، ۵۱ درصد از زنان در ایالات متحده مجرد بودند و بیشتر زنان، از جمله کسانی که ازدواج کرده بودند، در خارج از خانه کار می‌کردند.

افزایش طول عمر سومین رویدادی بود که بر زندگی خانوادگی تأثیر گذاشت و مشاوره زوج و خانواده را برای مردم آمریکا مرتبط‌تر کرد. زوجها متوجه شدند که بیش از هر زمان دیگری در تاریخ با همان شریک زندگی می‌کنند (Abney, ۲۰۰۶ & Maples). بسیاری از آنها دقیقاً مطمئن نبودند که چگونه با همسران، شرکا یا فرزندان خود در طول زمان ارتباط برقرار کنند زیرا مدل‌های قبلی کمی وجود داشت.

بنابراین، نیاز به کار با زوجها و افرادی که تحت تأثیر این تغییرات قرار گرفته بودند، محققان، متخصصان و نظریه‌پردازان را گرد هم آورد. آنها زمینه را برای یک روش کاملاً جدید برای مفهوم‌سازی و کار با افراد متاهل، زوجها و خانواده‌ها فراهم کردند.

پیشگامان و رهبران معاصر زوج و خانواده درمانی

تعدادی از متخصصان کمک‌رسانی پس از جنگ جهانی دوم و تا به امروز، بیش از آنچه در اینجا می‌توان ذکر کرد، در پیشرفت حوزه مشاوره زوج و خانواده نقش داشته‌اند. برخی، مانند ناتان آکرمن و ویرجینیا ساتیر، این کار را با استفاده از طبیعت متقاعدکننده شخصیت‌های خود انجام دادند. دیگران، مانند سالوادور مینوچین، جان گاتمن و سو جانسون، به دلیل تحقیقاتی که انجام دادند، مهم و قابل توجه شدند.

کار ناتان آکرمن (۱۹۵۸)، یک روانکاو اهل نیویورک، به ویژه در متمرکز کردن توجه یک شکل درمانی تثبیت شده، یعنی روانکاوی، بر خانواده‌ها بسیار مهم بود. قبل از آکرمن، روانکاوان عمداً اعضای خانواده را از درمان مراجعان فردی به دلیل ترس از اینکه دخالت خانواده باعث اختلال شود، کنار گذاشته بودند. آکرمن شیوه‌های روانکاوی را در درمان خانواده‌ها به کار برد و درمان خانواده را در حرفه روانپزشکی مورد احترام قرار داد.

دو پیشگام دیگر که تقریباً همزمان با آکرمن در سطح ملی ظهور کردند، از نظر ماهیت تجربی بودند: ویرجینیا ساتیر و کارل ویتاگر. هر دوی این افراد شخصیت‌های جذاب و حضوری داشتند که توجه را به خود جلب می‌کرد. ساتیر نویسنده و سخنران بسیار واضحی بود، در حالی که ویتاگر یک فرد غیرمتعارف بود که سبک و خلاقیت غیرسنتی او، مانند به خواب رفتن در طول جلسه و دیدن یک رویا، باعث تفکر و بحث قابل توجهی در زمینه ازدواج و خانواده و در میان زوجها و خانواده‌هایی شد که با آنها کار می‌کرد.

با این حال، جی هیلی احتمالاً چهره غالب درمانگران اولیه خانواده بود. هیلی ایده‌های میلتن اریکسون را جمع‌آوری کرد، آنها را با افکار خود درآمیخت و از طریق پشتکار، مشاوران اولیه خانواده را با یکدیگر و با ایده‌های در حال توسعه در این زمینه در ارتباط نگه داشت. هیلی همچنین نقش مهمی در توسعه درمان راهبردی خانواده و تأثیرگذاری بر درمان ساختاری خانواده داشت.

سایر پیشگامان به صورت تیمی به عنوان محقق در حال انجام مطالعات اکتشافی در زمینه پویایی خانواده و سبب‌شناسی اسکیزوفرنی کار می‌کردند. از جمله این تیم‌ها می‌توان به گروه گریگوری بیتسون (بیتسون، جکسون، هیلی و ویک‌لند، ۱۹۵۶) در پالو آلتو، کالیفرنیا، و گروه‌های موری بوون و لیمان وین (بوون، ۱۹۶۰؛ وین، ریکاف، دی و هیرش، ۱۹۵۸) در مؤسسه ملی بهداشت روانی (NIMH) اشاره کرد. آنها مشاهده کردند که زوجها و خانواده‌ها چگونه عمل می‌کنند زمانی که یکی از اعضای خانواده به عنوان اسکیزوفرن تشخیص داده می‌شود. گروه بیتسون به تعدادی از مفاهیم جالب، مانند دوگانگی اجباری، دست یافتند، جایی که یک فرد در یک زمان دو پیام متناقض دریافت می‌کند و چون قادر به پیروی از هر دو نیست، علائم جسمی و روانی را به عنوان راهی برای کاهش تنش و فرار ایجاد می‌کند. بوون به توسعه شکل سیستمی درمان خود بر اساس ملاحظات چند نسلی ادامه داد و یک ابزار بالینی که اکنون به طور گسترده‌ای محبوب است، یعنی ژنوگرام (یک نمایش بصری سه نسلی از درخت خانواده فرد که در اشکال هندسی، خطوط و کلمات نشان داده می‌شود) را ابداع کرد.

جنبش گروهی، به ویژه در دهه ۱۹۶۰، نیز بر ظهور مشاوره زوج و خانواده تأثیر گذاشت. برخی از متخصصان، مانند جان بل (به عنوان مثال، بل، ۱۹۷۵، ۱۹۷۶)، حتی شروع به درمان خانواده‌ها به عنوان یک گروه کردند و عمل مشاوره گروهی زوج/خانواده را آغاز کردند (Ohlsen, ۱۹۷۹, ۱۹۸۲). درمانگران خارجی از دهه ۱۹۶۰ تأثیر عمده‌ای بر درمان ازدواج، زوج و خانواده داشته‌اند. این افراد شامل سالوادور مینوچین، بنیانگذار درمان

ساختاری خانواده؛ مارا سلوینی پالازولی، خالق شکلی از درمان راهبردی خانواده معروف به رویکرد میلان؛ و همچنین (به تازگی) مایکل وایت و دیوید اپستون، بنیانگذاران روایت درمانی هستند.

اخیراً، یک هجوم از غرب میانه به این حوزه به رهبری استیو دیشازر و بیل اوهانلون رخ داده است که درمان‌های مختصر درمانی را توسعه داده‌اند که بر راه حل‌ها و امکانات تأکید دارند. علاوه بر این، مونیکا مک‌گولدریک (Garcia-Preto, ۲۰۰۵ & McGoldrick, Giordano) بر اهمیت عوامل چند فرهنگی و پیشینه فرهنگی در درمان زوجها و خانواده‌ها تأکید کرده است. امروزه در مفهوم فرهنگ، فرهنگ‌های ارثی (مانند قومیت، ملیت، گروه‌هایی مانند نسل انفجار جمعیت) و فرهنگ‌های اکتسابی (عادات آموخته شده، مانند عادات مشاور بودن) گنجانده شده است (Markowitz, ۱۹۹۴). بتی کارتر و بسیاری دیگر نیز بر بیداری در زمینه مشاوره زوج و خانواده نسبت به مسائل حساس به جنسیت، مانند اهمیت فوق‌العاده ساختارهای قدرت، تمرکز کرده‌اند. در نهایت، محققان نمونه‌ای مانند جان گاتمن و نیل جیکوبسون به متخصصان کمک کرده‌اند تا پویایی‌های درون زوجها و خانواده‌ها، به ویژه عوامل مرتبط با خشونت خانگی و روابط زناشویی با عملکرد بالاتر را بهتر درک کنند (Peterson, ۲۰۰۲).

انجمن‌ها، آموزش و پژوهش

انجمن‌ها

- چهار انجمن حرفه‌ای عمده متخصصان بالینی ازدواج، زوج و خانواده را جذب می‌کنند.
- بزرگترین و قدیمی‌ترین آنها که در سال ۱۹۴۲ تأسیس شد، انجمن آمریکایی ازدواج و خانواده درمانی (AAMFT) است.

- گروه دوم، انجمن بین‌المللی مشاوران ازدواج و خانواده (IAMFC)، که بخشی از انجمن مشاوره آمریکا (ACA) است، در سال ۱۹۸۶ تأسیس شد.
- انجمن سوم، بخش ۴۳ (روانشناسی خانواده)، که بخشی از انجمن روانشناسی آمریکا (APA) است، در سال ۱۹۸۴ تشکیل شد و شامل روانشناسانی است که با زوجها و خانواده‌ها کار می‌کنند.
- انجمن چهارم انجمن آمریکایی درمان خانواده (AFTA) است که در سال ۱۹۷۷ تشکیل شد. این انجمن به عنوان یک آکادمی از متخصصان پیشرفته علاقه‌مند به تبادل ایده‌ها شناخته می‌شود.

آموزش

هم AAMFT و هم IAMFC دستورالعمل‌هایی را برای آموزش متخصصان در زمینه کار با زوجها و خانواده‌ها تدوین کرده‌اند. استانداردهای AAMFT توسط کمیسیون اعتباربخشی آموزش ازدواج و خانواده درمانی (CAMFTE) تدوین و اجرا می‌شود؛ استانداردهای IAMFC از طریق شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط (CACREP) انجام می‌شود. حداقل مدرک کارشناسی ارشد با ۶۰ واحد ترمی برای تبدیل شدن به مشاور ازدواج، زوج و خانواده از طریق یک برنامه معتبر CACREP مورد نیاز است. محتوای دقیق و ترتیب دروس از برنامه‌ای به برنامه دیگر متفاوت خواهد بود، اما دروس موجود در جدول ۱۴,۱ تقریباً همیشه گنجانده می‌شوند.

پژوهش

صرف نظر از وابستگی حرفه‌ای و پیشینه برنامه درسی، متخصصان به طور عمده به دلیل نیاز جامعه به این تخصص و پایگاه تحقیقاتی رو به رشد آن به مشاوره زوج و خانواده جذب می‌شوند. گورمن و نیسکرن (۱۹۸۱) گزارش دادند که تقریباً ۵۰ درصد از تمام مشکلاتی که به مشاوران ارجاع می‌شود، مربوط به مسائل ازدواج و

خانواده است. بیکاری، عملکرد ضعیف در مدرسه، آزار همسر، افسردگی، سرکشی و مسائل مربوط به خودانگاره تنها چند نمونه از بسیاری از موقعیتهایی هستند که می‌توان از این دیدگاه به آنها پرداخت. رشد فردی با مسائل خانوادگی و شغلی همخوانی دارد (Blanchard-Fields, ۲۰۱۵; Okun, ۱۹۸۴ & Cavanaugh). هر یک به شیوه‌ای سیستمی بر حل دیگری تأثیر می‌گذارد. برچر (۱۹۸۲) در مورد ارتباط متقابل توسعه شغلی و خانوادگی اظهار نظر می‌کند و استفاده از نظریه سیستم‌های خانواده را برای مشاوران با تجربه که با افرادی که به دنبال مشاوره شغلی هستند، کار می‌کنند، توصیه می‌کند.

جدول ۱۴,۱ نمونه‌ای از حوزه‌های درسی مورد نیاز برای مدرک کارشناسی ارشد در برنامه‌های

معتبر AAMFT و CACREP

برنامه درسی AAMFT	برنامه درسی CACREP
مقدمه‌ای بر رشد خانواده/کودک	رشد و تحول انسان
سیستم‌های زناشویی و خانوادگی	مبانی اجتماعی و فرهنگی
گروه‌ها	روابط یاری‌رسانی
	اختلالات در ازدواج/خانواده
رشد پیشرفته کودک	توسعه سبک زندگی و شغل

ارزیابی/سنجش	ارزیابی در زناشویی/خانواده
پژوهش و ارزشیابی	روش‌های پژوهش کودک/خانواده
جهت‌گیری حرفه‌ای	مسائل حرفه‌ای خانواده
مبانی نظری MFT	نظریه‌های MFT
فنون/درمان MFT	پیش از کارورزی ازدواج/خانواده
کارورزی بالینی/کارآموزی	کارورزی بالینی
درمان سوء مصرف مواد	رفتار جنسی انسان
تمایلات جنسی انسان	پایان‌نامه
دروس اختیاری	دروس اختیاری

منبع: از "آموزش مشاوران/درمانگران ازدواج و خانواده: یک اختلاف نظر 'سیستمی' بین رشته‌ها"، اثر مایکل بالتیمور، ۱۹۹۳، مجله انجمن مشاوره آلاباما، ۱۹، ص ۴۰. حق چاپ ۱۹۹۳، انجمن مشاوره آلاباما. با اجازه بازنشر شده است.

مطالعات پژوهشی که توسط دوهرتی و سیمونز (۱۹۹۶)، گورمن و نیسکرن (۱۹۸۱)، هابر (۱۹۸۳)، پینسوف و وین (۱۹۹۵) و ووهلمن و استریکر (۱۹۸۳) خلاصه شده‌اند، تعدادی از یافته‌های جالب را گزارش می‌کنند:

- اول، مداخلات مشاوره خانواده حداقل به اندازه مداخلات فردی برای اکثر شکایات مراجعان مؤثر است و منجر به ماندگاری بسیار بیشتر تغییر می‌شود.
- دوم، برخی از اشکال مشاوره خانواده (به عنوان مثال، استفاده از درمان ساختاری-راهبردی خانواده با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد) در درمان مشکلات مؤثرتر از سایر رویکردهای مشاوره است.
- سوم، حضور هر دو والد، به ویژه پدران غیرهمکار، در موقعیت‌های مشاوره خانواده، شانس موفقیت را به طور چشمگیری بهبود می‌بخشد. به طور مشابه، اثربخشی مشاوره ازدواج زمانی که هر دو شریک به طور مشترک با مشاور ملاقات می‌کنند، تقریباً دو برابر زمانی است که مشاوران فقط با یک همسر کار می‌کنند.
- چهارم، هنگامی که خدمات مشاوره ازدواج و خانواده به زوجها به طور مشترک یا به خانواده‌ها به طور سیستمی ارائه نمی‌شود، نتایج مداخله ممکن است منفی باشد و مشکلات ممکن است بدتر شوند.
- در نهایت، رضایت مشتری از کسانی که خدمات مشاوره زناشویی، زوجی و خانوادگی دریافت می‌کنند، بسیار بالا است، به طوری که بیش از ۹۷ درصد خدمات دریافتی خود را از خوب تا عالی ارزیابی می‌کنند. به طور کلی، استدلال اساسی برای استفاده از مشاوره ازدواج و خانواده، کارایی اثبات شده آن است. این شکل از درمان منطقی، سریع، رضایت‌بخش و مقرون به صرفه است.

مطالعه موردی

شستا به دنبال مشاور ازدواج می‌گردد

شستا در خانواده‌ای تک‌والد بزرگ شد که اغلب با مشکلات مالی دست‌وپنجه نرم می‌کردند. به همین دلیل، شستا یاد گرفت که مواد غذایی را انبار کند و هر چیز باارزشی که به دست می‌آورد را پنهان کند. بعدها، او با مارکوس ازدواج کرد که از نظر مالی فردی بسیار موفق بود. با این حال، شستا همچنان به انبار کردن و پنهان کردن وسایل در گوشه و کنار خانه ادامه می‌داد تا جایی که این رفتار باعث ایجاد تنش در رابطه‌شان شد.

شستا سرانجام متوجه شد که به کمک نیاز دارد و به سراغ یک مشاور ازدواج و خانواده رفت.

به نظر شما آیا چنین مشاور می‌تواند به او در حل مشکلش کمک کند؟ اگر بله، چگونه؟ اگر نه، چرا؟

زندگی خانوادگی و چرخه زندگی خانواده

زندگی خانوادگی و رشد و تحولاتی که در آن رخ می‌دهد، در قلب مشاوره ازدواج، زوج و خانواده قرار دارد. **چرخه زندگی خانواده** نامی است که به مراحل اطلاق می‌شود که یک خانواده با تکامل در طول سال‌ها طی می‌کند. این مراحل گاهی با مراحل چرخه زندگی فردی موازی و مکمل هستند، اما اغلب به دلیل تعداد افراد درگیر و تنوع وظایف مورد نیاز، منحصر به فرد هستند. بیکوار و بیکوار (۲۰۱۳) یک چرخه نه مرحله‌ای را ترسیم می‌کنند که از بزرگسال مستقل آغاز شده و تا بازنشستگی ادامه می‌یابد (جدول ۱۴،۲).

برخی خانواده‌ها و اعضای آن‌ها در انجام **وظایف حیاتی مرحله** که با چرخه زندگی خانواده و چرخه رشد شخصی خودشان همراه است، «به موقع‌تر» عمل می‌کنند. در چنین مواردی، حس بهتری از بهزیستی به دست می‌آید (مک‌گولدریک، گارسیا-پرتو و کارتر، ۲۰۱۶). خانواده‌های دیگر، مانند خانواده‌های ناکارآمد، هرگز به وظایف حیاتی مرحله دست نمی‌یابند، به عنوان مثال، خانواده‌هایی که با سوء مصرف مواد درگیر هستند.

(جدول ۱۴,۲ مراحل چرخه زندگی خانواده)

مرحله	هیجان	وظایف حیاتی مرحله
۱. بزرگسال مستقل	پذیرش جدایی والدین - فرزند	الف. تمایز یافتگی از خانواده اصلی ب. توسعه روابط با همسالان ج. شروع مسیر شغلی
۲. زوج تازه ازدواج کرده	تعهد به ازدواج	الف. شکل گیری سیستم زناشویی ب. ایجاد فضا برای همسر در کنار خانواده و دوستان ج. تطبیق با الزامات شغلی
۳. دوره بچه دار شدن	پذیرش اعضای جدید در سیستم	الف. تطبیق ازدواج برای ایجاد فضا برای فرزند ب. پذیرش نقش های والدینی
۴. فرزند پیش دبستانی	پذیرش شخصیت جدید	الف. تطبیق خانواده با نیازهای خاص فرزند(ان) ب. کنار آمدن با تحلیل انرژی و کمبود حریم خصوصی ج. اختصاص زمان برای زوج بودن
۵. فرزند مدرسه ای	اجازه دادن به فرزند برای ایجاد روابط خارج از خانواده	الف. گسترش تعاملات خانواده/جامعه ب. تشویق پیشرفت تحصیلی فرزند ج. کنار آمدن با فعالیت ها و نیازهای زمانی افزایش یافته

الف. تغییر توازن در رابطه والد-فرزند
 ب. تمرکز مجدد بر مسائل شغلی و زناشویی میانسالی
 ج. پرداختن به نگرانی‌های فزاینده برای نسل مسن‌تر	افزایش انعطاف‌پذیری مرزهای خانواده برای استقلال	۶. فرزند نوجوان
الف. روانه کردن فرزندان بزرگسال به کار، دانشگاه، ازدواج
 ب. حفظ پایگاه حمایتی در خانه
 ج. پذیرش بازگشت‌های گاه‌به‌گاه فرزندان بزرگسال	پذیرش خروج‌ها و ورودها به خانواده	۷. مرکز پرتاب (آشیانه خالی)
الف. بازسازی ازدواج
 ب. استقبال از همسران فرزندان و نوه‌ها در خانواده
 ج. کنار آمدن با پیر شدن والدین خود	رها کردن فرزندان و روبرو شدن با یکدیگر	۸. بزرگسال میانسال
الف. حفظ عملکرد فردی و زوجی
 ب. حمایت از نسل میانی
 ج. کنار آمدن با مرگ والدین، همسر
 د. بستن یا تطبیق خانه خانوادگی	پذیرش بازنشستگی و سالمندی	۹. بازنشستگی

منبع: از کتاب «خانواده درمانی: یکپارچه‌سازی سیستمی» (صص ۱۲۸-۱۲۹)، نوشته دوروتی استرو بیکوار و

رافائل جی. بیکوار. © ۱۹۹۳ توسط Bacon & Allyn. تمامی حقوق محفوظ است. باز نشر با اجازه.

در خانواده‌هایی که سوء مصرف مواد وجود دارد، این رفتار ترویج یا امکان‌پذیر می‌شود. بنابراین، کودکانی که «از خانه‌هایی می‌آیند که والدینشان به مواد شیمیایی وابسته هستند یا الکل یا سایر مواد مخدر (CDS) را سوء مصرف می‌کنند، در معرض طیف گسترده‌ای از مشکلات رشدی قرار دارند» (بولو، ۱۹۹۵، ص ۳۲۷). به عنوان مثال، بسیاری از خانواده‌هایی که الکل را سوء مصرف می‌کنند، تمایل به انزوا دارند و در نتیجه کودکان در آن‌ها از کمبود الگوهای نقش مثبت رنج می‌برند. به نظر می‌رسد با بزرگتر شدن کودکان، تأثیر منفی بزرگ شدن در این خانواده‌ها بر آن‌ها بیشتر می‌شود.

سوء مصرف مواد توسط این جوانان به عنوان راهی برای کاهش استرس، کاهش اضطراب و ساختار بخشیدن به زمان استفاده می‌شود (رابینسون، ۱۹۹۵). همچنین تلاشی است از سوی جوانان برای محافظت و تثبیت خانواده‌های ناکارآمد با منحرف کردن توجه از پویایی کلی خانواده به سمت رفتارهای مشکل‌ساز قابل پیش‌بینی (استنتون و تاد، ۱۹۸۲). سوء مصرف مواد ممکن است به عنوان جایگزینی برای روابط جنسی نیز عمل کند و شبه‌فردیت (احساس کاذب از خود) را ترویج دهد. این عوامل پیچیده و مرتبط، کمک به خانواده‌هایی که درگیر الگوهای سوء مصرف مواد هستند را برای تغییر رفتارها بدون یک رویکرد اقدام اجتماعی فشرده طراحی‌شده برای تغییر سیستم‌های ناکارآمد، دشوار می‌سازد (لی و والز، ۱۹۹۸؛ مارگولیس و زوبن، ۲۰۱۱).

خانواده‌ها اغلب خود را به صورت سیستمی حول محور سوء مصرف مواد سازماندهی می‌کنند و اعضای خانواده را قادر می‌سازند تا بیش از حد الکل مصرف کنند (بیتسون، ۱۹۷۱؛ استینگلاس، ۱۹۷۹). در سیستم خانواده الکلی، پدیده **بیش‌مسئول-کم‌مسئول** وجود دارد، که در آن فرد(افراد) بیش‌مسئول، به اصطلاح **هم‌وابسته** نامیده می‌شود (برنسون، ۱۹۹۲). «ویژگی اساسی فردی که هم‌وابسته است این است که به طور مداوم عزت نفس خود را در توانایی کنترل و تأثیرگذاری بر رفتار و احساسات دیگران و همچنین خود سرمایه‌گذاری می‌کند، حتی زمانی که با پیامدهای نامطلوبی مانند احساس بی‌کفایتی پس از شکست مواجه می‌شود» (اسپرینگر، بریت و

اشلنکر، ۱۹۹۸، ص ۱۴۱). در چنین شرایطی، کار با فرد(افراد) با عملکرد افراطی (overfunctioning) و اصلاح آن پدیده، آسان تر و سازنده تر از تلاش برای وادار کردن فرد(افراد) با عملکرد ناقص (underfunctioning) به تغییر است.

صرف نظر از کارآمدی، همه خانواده‌ها باید با انسجام خانواده (پیوند عاطفی) و انطباق پذیری خانواده (توانایی انعطاف پذیری و تغییر) سروکار داشته باشند. این دو بُعد هر کدام چهار سطح دارند که توسط اولسون (۱۹۸۶) در مدل مدور سیستم‌های زناشویی و خانواده نشان داده شده است (شکل ۱۴،۱). «این دو بُعد حالت منحنی وار دارند، به این معنا که خانواده‌هایی که ظاهراً در هر دو بُعد بسیار بالا یا بسیار پایین هستند، ناکارآمد به نظر می‌رسند، در حالی که خانواده‌های متعادل به نظر می‌رسد که عملکرد مناسب‌تری دارند» (مینارد و اولسون، ۱۹۸۷، ص ۵۰۲). به عنوان مثال، خانواده‌ای که انسجام بالایی دارد، درهم تنیده است (بسیار نزدیک، گاهی تا حدی که تمایز یافتگی خوبی ندارند). اگر همین خانواده در انطباق پذیری نیز بالا باشد، آشفته (بی‌نظم) نیز خواهد بود. این ترکیب منجر به خانواده‌ای می‌شود که به طور آشفتگی درهم تنیده است، بسیار نزدیک اما قادر به عملکرد مؤثر نیست و در نتیجه نامتعادل است. با بررسی مدل مدور، ایده‌آل‌های عملکرد خانواده نزدیک به مرکز قرار دارند و روش‌های عملکردی کمتر کارآمد نزدیک به بیرون هستند. در واقعیت، حتی ناکارآمدترین خانواده‌ها نیز گاهی اوقات خوب عمل می‌کنند و بالعکس. همچنین، خانواده‌ها در طول چرخه زندگی خود در مدل مدور جابجا می‌شوند. به عنوان مثال، مرگ یکی از اعضای خانواده ممکن است خانواده‌ای را که به طور انعطاف پذیری جدا هستند به خانواده‌ای تبدیل کند که به طور خشک و انعطاف ناپذیر از هم گسسته (rigidly disengaged) است، زیرا افراد از هم دور می‌شوند و جداگانه سوگواری می‌کنند.

خانواده‌هایی که موفق‌ترین، کارآمدترین، شادترین و قوی‌ترین هستند، نه تنها متعادل هستند بلکه:

- به یکدیگر متعهد هستند،

- قدردان یکدیگر هستند،
 - با هم وقت می‌گذرانند (هم از نظر کیفی و هم کمی)،
 - الگوهای ارتباطی خوبی دارند،
 - درجه بالایی از گرایش معنوی دارند، و
 - قادر به مقابله با بحران به شیوه‌ای مثبت هستند (گلدینگ، ۲۰۱۵b؛ استینت، ۱۹۹۸؛ استینت و دی‌فرین، ۱۹۸۵).
- به گفته ویلکا کسون (۱۹۸۵)، مشاوران زوج و خانواده باید از مراحل مختلف درون خانواده آگاه باشند و در عین حال به وظایف رشدی تک‌تک اعضا توجه کنند. هنگامی که مشاوران نسبت به تک‌تک اعضای خانواده و کل خانواده حساس هستند، می‌توانند تشخیص دهند که برخی تظاهرات فردی، مانند افسردگی (استیونسون، ۲۰۰۷)، بی‌تصمیمی شغلی (کینیئر، بریگمن و نوبل، ۱۹۹۰) و سوء مصرف مواد (ادواردز، ۲۰۱۲)، به ساختار و عملکرد خانواده مرتبط است. در نتیجه، می‌توانند در برنامه‌های درمانی خود جامع‌تر عمل کنند.
- هنگام ارزیابی الگوهای خانوادگی و سلامت روان همه افراد درگیر، بسیار مهم است که ارزیابی بر اساس شکل و مرحله رشدی ساختار خانواده انجام شود.

(اشاره به شکل ۱۴،۱ مدل مدور)

منبع: از Prepare/Enrich, Inc.، دیوید اچ. اولسون، رئیس، مینیاپولیس، ۱۹۷۹ © MN. (بازبینی ۱۹۸۶).

بازنشر با اجازه. PREPARE/ENRICH، خیابان آرتور ۲۶۶۰، روزویل، MN ۵۵۱۱۳.

<https://www.prepare-enrich.com>

برای تسهیل این فرآیند، مک‌گولدريک و همکاران (۲۰۱۶) مجموعه‌ای از وظایف رشدی را برای خانواده‌های سنتی و غیرسنتی، مانند خانواده‌های تک‌والد یا خانواده‌های ترکیبی (فرزندخوانده، ناتنی و...)، پیشنهاد می‌کنند. توجه به این نکته مهم است که خانواده‌های غیرسنتی به دلیل تفاوت‌هایشان آسیب‌شناختی (پاتولوژیک) نیستند؛ آن‌ها صرفاً در برنامه زمانی متفاوتی از رشد و تکامل قرار دارند.

امروزه، بیش از ۴ نفر از هر ۱۰ بزرگسال آمریکایی حداقل یک خویشاوند ناتنی در خانواده خود دارند - یا یک والد ناتنی، یک خواهر یا برادر ناتنی یا تنی (از یک والد مشترک)، یا یک فرزند ناتنی. افرادی که خویشاوندان ناتنی دارند، به همان اندازه احتمال دارد که بگویند خانواده مهم‌ترین عنصر زندگی آن‌هاست. هفت نفر از هر ۱۰ بزرگسال که حداقل یک خویشاوند ناتنی دارند، می‌گویند از زندگی خانوادگی خود بسیار راضی هستند. کسانی که هیچ خویشاوند ناتنی ندارند، سطوح کمی بالاتر رضایت از خانواده را ثبت می‌کنند (۷۸٪ بسیار راضی) (پارکر، ۲۰۱۱).

بوئن (۱۹۷۸) اصطلاحاتی مانند «درهم‌تنیدگی» و «مثلث‌سازی» را برای توصیف ناکارآمدی خانواده، صرف‌نظر از شکل خانواده، پیشنهاد می‌کند. (درهم‌تنیدگی به محیط‌های خانوادگی اشاره دارد که در آن اعضا بیش از حد به یکدیگر وابسته یا تمایز نیافته‌اند. مثلث‌سازی موقعیت‌های ادغام در خانواده را توصیف می‌کند که در آن سایر اعضای مثلث، یک فرد را در دو جهت مختلف می‌کشند.) مشاورانی که به طور مؤثر با زوجها و خانواده‌ها کار می‌کنند، دستورالعمل‌هایی برای تعیین چگونگی، مکان، زمان، و اینکه آیا در فرآیند خانواده مداخله کنند یا خیر، دارند. آن‌ها نه در اقدام کوتاهی می‌کنند (مثلاً از درگیر کردن همه در فرآیند درمانی غفلت می‌کنند) و نه بیش از حد واکنش نشان می‌دهند (شاید تأکید بیش از حد بر بیان کلامی داشته باشند).

(تأمل شخصی)

- در خانواده اصلی خود به چه کسی نزدیک‌تر بودید؟ از چه کسی دورتر بودید؟ چه عوامل یا رویدادهایی شما را به هم نزدیک کرد؟ چه عوامل یا رویدادهایی شما را از یکدیگر دور کرد؟*

مشاوره زوج/خانواده در مقابل مشاوره فردی/گروهی

شباهت‌ها و تفاوت‌هایی در رویکردهای مشاوره زوج یا خانواده و مشاوره فردی یا گروهی وجود دارد (گلدینگ، ۱۵۲۰؛ هاینز، ۱۹۸۸؛ تروتزر، ۱۹۸۸). یک شباهت عمده حول محور نظریه‌ها است. برخی از نظریه‌های مورد استفاده در مشاوره فردی یا گروهی (مانند درمان فردمدار، آدلری، واقعیت‌درمانی، رفتاری) با زوجها و خانواده‌ها نیز استفاده می‌شود (هورن، ۲۰۰۰). رویکردهای دیگر (مانند ساختاری، استراتژیک، خانواده‌درمانی راه‌حل‌مدار) منحصر به مشاوره زوج و خانواده بوده و ماهیت سیستمی دارند. مشاوران باید این نظریه‌های اضافی و همچنین کاربردهای جدید نظریه‌های قبلی را بیاموزند تا در کار با زوجها یا خانواده‌ها ماهر شوند.

مشاوره زوج یا خانواده و مشاوره فردی تعدادی از مفروضات مشترک دارند. به عنوان مثال، هر دو اهمیت خانواده را در زندگی فرد تشخیص می‌دهند، هر دو بر رفتارهای مشکل‌ساز و تعارضات بین فرد و محیط تمرکز می‌کنند، و هر دو رشدی هستند. یک تفاوت این است که مشاوره فردی معمولاً فرد را خارج از خانواده‌اش درمان می‌کند، در حالی که مشاوره زوج یا خانواده عموماً شامل مشارکت دیگران، معمولاً اعضای خانواده، می‌شود. علاوه بر این، مشاوره زوج و خانواده برای حل مسائل درون خانواده به عنوان راهی برای کمک به اعضای فردی برای مقابله بهتر با محیط کار می‌کند (نیکولز، ۲۰۱۳).

جلسات مشاوره زوج و خانواده از نظر سازماندهی، پویایی‌های اساسی و توسعه مراحل، شبیه جلسات مشاوره گروهی هستند. علاوه بر این، هر دو نوع مشاوره تأکید بین فردی دارند. با این حال، خانواده مانند یک گروه معمولی نیست، اگرچه دانش فرآیند گروه ممکن است مفید باشد. به عنوان مثال، اعضای خانواده از نظر موقعیت و قدرت برابر نیستند. علاوه بر این، خانواده‌ها ممکن است افسانه‌هایی را تداوم بخشند، در حالی که گروه‌ها در

ابتدا در برخورد با رویدادها عینی تر هستند. همچنین بار عاطفی بیشتری بین اعضای خانواده نسبت به اعضای نوع دیگری از گروه وجود دارد، زیرا آرایش در یک خانواده محدود به زمان نیست و به نقش‌های جنسیتی و پیوندهای عاطفی که سابقه طولانی دارند، مرتبط است (بیکوار، ۱۹۸۲). اگرچه خانواده ممکن است یک گروه باشد، اما برای کاری که فقط از طریق نظریه گروه انجام می‌شود، مناسب نیست.

در نهایت، تأکید مشاوره زوج و خانواده عموماً بر پویایی‌ها (dynamics) است، در مقابل علیت خطی (linear causality) که در بسیاری از مشاوره‌های فردی و برخی مشاوره‌های گروهی وجود دارد. به عبارت دیگر، پویایی‌های پشت مشاوره زوج و خانواده عموماً با دو نوع دیگر مشاوره متفاوت است. رزنیکوف (۱۹۸۱) برای انتقال از دیدگاه فردی به گرایش خانوادگی، بر سؤالات خاصی تأکید می‌کند که مشاوران باید از خود بپرسند تا عملکرد و پویایی خانواده را درک کنند. با پرسیدن سؤالات درست، مشاور با خانواده به عنوان مراجع و بهترین روش کار با آن هماهنگ‌تر می‌شود.

- ظاهر بیرونی خانواده چگونه است؟
 - چه توالی‌های تکراری و غیرمولدی قابل توجه است؛ یعنی خانواده چیست؟
 - وضعیت احساسی اصلی در خانواده چیست و چه کسی حامل آن است؟
 - چه نقش‌های فردی مقاومت خانواده را تقویت می‌کنند و رایج‌ترین دفاع‌های خانواده چیست؟
 - اعضای خانواده چگونه از یکدیگر متمایز شده‌اند و مرزهای زیرگروه‌ها چیست؟
 - خانواده در حال تجربه چه بخشی از چرخه زندگی است و روش‌های حل مسئله آن چیست؟
- چه در کار با خانواده‌ها و چه با زوجها، مشاوران بسیاری از همین سؤالات را می‌پرسند.

مروری بر مشاوره زوج و خانواده

مشاوره زوج

پیشگامان اولیه در مشاوره زوج، به جای تمرکز صرف بر افراد درگیر، بر رابطه زوج تمرکز کردند. تأکید جدید به این معنی بود که سه موجودیت در چنین روابطی در نظر گرفته می‌شد: دو فرد و یک زوج. بنابراین، از همان ابتدا، مشاوران زوج رویه‌ای را برای دیدن زوج‌ها با هم در جلسات مشترک (conjoint sessions) تعیین کردند، عملی که امروزه نیز ادامه دارد.

زوج‌ها به دلایل بسیار متنوعی از جمله مسائل مالی، فرزندان، وفاداری، ارتباطات و سازگاری به دنبال مشاوره رابطه هستند (لانگ و یانگ، ۲۰۰۷). تقریباً هر موقعیتی می‌تواند انگیزه درخواست کمک باشد. صرف‌نظر از اینکه چه کسی درخواست را آغاز می‌کند، بسیار مهم است که مشاور در صورت امکان هر دو عضو زوج را از همان ابتدا ببیند. ویتاکر (۱۹۷۷) اشاره می‌کند که اگر مشاور نتواند موقعیت را به این شکل ساختار دهد، احتمالاً به زوج کمکی نخواهد کرد و ممکن است آسیب برساند. تلاش برای درمان یکی از طرفین به تنهایی حتی برای یک یا دو جلسه، مقاومت طرف دیگر را در برابر مشاوره و اضطراب او را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، اگر یکی از اعضای زوج سعی کند بدون اطلاع یا حمایت دیگری تغییر کند، قطعاً تعارض ایجاد خواهد شد.

اگر هر دو شریک تصمیم به ورود به مشاوره زوج بگیرند، مشاور ممکن است رویکردهای مختلفی را اتخاذ کند.

هفت نظریه اصلی مشاوره مورد استفاده عبارتند از: روابط آبژه، رفتاری، شناختی-رفتاری، سیستم‌های

بوئن (یعنی بین‌نسلی)، ساختاری، هیجان‌مدار و روایت‌درمانی (گورمن، لیبو و اسنایدر، ۲۰۱۵). همه این

دیدگاه‌های نظری نقاط قوت خود را دارند. با این حال، دو مورد قوی‌ترین، رویکرد هیجان‌مدار سوزان جانسون و رویکرد رفتاری جان گاتمن هستند. دلیل آن این است که هر دو به شدت مبتنی بر تحقیق هستند.

مشاوره خانواده

خانواده‌ها به دلایل متعددی وارد مشاوره می‌شوند. معمولاً یک بیمار مشخص شده (IP) وجود دارد - فردی که به عنوان علت مشکل در ساختار خانواده دیده می‌شود - که اعضای خانواده از او به عنوان بلیط ورود خود استفاده می‌کنند. اکثر متخصصان مشاوره خانواده، یک عضو خانواده را مشکل نمی‌دانند، بلکه با کل سیستم خانواده کار می‌کنند.

گاهی اوقات، خانواده‌درمانی از دیدگاه فردی انجام می‌شود، اما با این امید که تغییرات در فرد اثر موجی (ripple effect) داشته باشد (تأثیری که از مرکز به بیرون ایجاد می‌شود) و تأثیر مثبتی بر خانواده بگذارد (نیکولز، ۱۹۸۸).

مشاوره خانواده از اواسط دهه ۱۹۷۰ به سرعت گسترش یافته و بسیاری از جنبه‌های مشاوره زوج را در بر می‌گیرد. اگرچه تعداد کمی از مشاوران خانواده، مانند رفتارگرایان، روایت‌درمانگران، یا درمانگران راه‌حل‌مدار، عمدتاً خطی هستند و بر اساس علت و معلول یا دیدگاه ساخت‌گرا کار می‌کنند، اکثر آن‌ها اینگونه نیستند. بلکه اکثر مشاوران از یک چارچوب سیستم‌های عمومی عمل می‌کنند و خانواده را به عنوان یک سیستم باز مفهوم‌سازی می‌کنند که در طول چرخه زندگی خانواده در یک زمینه اجتماعی-فرهنگی تکامل می‌یابد. خانواده‌های کارآمد از قوانین پیروی می‌کنند و در برآوردن خواسته‌های اعضای خانواده و نهادهای بیرونی انعطاف‌پذیر هستند. مشاوران سیستم‌های خانواده بر ایده علیت دورانی (circular causality) تأکید می‌کنند. آن‌ها همچنین بر مفاهیم زیر تأکید دارند:

- **عدم جمع‌پذیری (Nonsummativity):** خانواده چیزی فراتر از مجموع اجزای آن است. لازم است

الگوهای درون خانواده بررسی شود نه فقط اقدامات یک عضو خاص به تنهایی.

- **هم‌پایانی (Equifinality):** خاستگاه یکسان ممکن است به نتایج متفاوتی منجر شود و نتیجه یکسان ممکن است از خاستگاه‌های متفاوتی حاصل شود. بنابراین، خانواده‌ای که یک بلای طبیعی را تجربه می‌کند، ممکن است در نتیجه قوی‌تر یا ضعیف‌تر شود. به همین ترتیب، خانواده‌های سالم ممکن است پیشینه‌های کاملاً متفاوتی داشته باشند. بنابراین، درمان بر الگوهای تعاملی خانواده تمرکز دارد نه شرایط یا رویدادهای خاص.
- **ارتباطات (Communication):** همه رفتارها به عنوان ارتباط تلقی می‌شوند. توجه به دو کارکرد پیام‌های بین فردی مهم است: **محتوا** (اطلاعات واقعی) و **رابطه** (چگونگی درک پیام). «چه چیزی» یک پیام با «چگونگی» ارائه آن منتقل می‌شود.
- **قوانین خانواده (Family rules):** عملکرد خانواده بر اساس قوانین صریح و ضمنی است. قوانین خانواده انتظاراتی را در مورد نقش‌ها و اقداماتی که زندگی خانوادگی را اداره می‌کنند، فراهم می‌کنند. اکثر خانواده‌ها بر اساس مجموعه کوچکی از قوانین قابل پیش‌بینی عمل می‌کنند، الگویی که به عنوان **اصل افزونگی (redundancy principle)** شناخته می‌شود. برای کمک به خانواده‌ها در تغییر روش‌های ناکارآمد کارکردشان، مشاوران خانواده باید به آن‌ها کمک کنند تا قوانینی را که تحت آن عمل می‌کنند، تعریف یا گسترش دهند.
- **دگرگونی‌پذیری/شکل‌زایی (Morphogenesis):** توانایی خانواده برای تغییر عملکرد خود به منظور پاسخگویی به خواسته‌های متغیر عوامل داخلی و خارجی به عنوان مورفوژنز شناخته می‌شود. مورفوژنز معمولاً به **تغییر مرتبه دوم (second-order change)** (توانایی ایجاد پاسخی کاملاً جدید) نیاز دارد نه **تغییر مرتبه اول (first-order change)** (ادامه انجام کارهای مشابهی که قبلاً

مؤثر بوده‌اند) (واتسلاویک، ویکلند و فیش، ۱۹۷۴). به جای فقط صحبت کردن، اعضای خانواده ممکن است نیاز داشته باشند روش‌های جدیدی از رفتار را امتحان کنند.

• **هم‌ایستایی/تعادل حیاتی (Homeostasis):** مانند موجودات بیولوژیکی، خانواده‌ها تمایل دارند در

یک وضعیت پایدار و باثبات تعادل باقی بمانند، مگر اینکه مجبور به تغییر شوند. هنگامی که یکی از اعضای خانواده از طریق اقدامات خود تعادل خانواده را بر هم می‌زند، سایر اعضا به سرعت سعی می‌کنند از طریق بازخورد منفی وضعیت را اصلاح کنند. مدل عملکرد را می‌توان با یک کوره مقایسه کرد که وقتی دمای خانه از دمای تنظیم شده پایین‌تر می‌آید روشن می‌شود و پس از رسیدن به دما خاموش می‌شود. گاهی اوقات هم‌ایستایی می‌تواند در کمک به خانواده برای دستیابی به اهداف چرخه زندگی سودمند باشد، اما اغلب مانع از حرکت خانواده به مرحله بعدی رشد خود می‌شود.

مشاورانی که از رویکرد سیستم‌های خانواده عمل می‌کنند، بر اساس مفاهیمی که ذکر شد کار می‌کنند. به عنوان مثال، اگر قوانین خانواده پنهان باشند و باعث سردرگمی شوند، مشاور به خانواده کمک می‌کند تا این مقررات را آشکار و واضح کند. همه اعضای خانواده در این فرآیند مشارکت داده می‌شوند تا کانال‌های ارتباطی باز شوند. اغلب، یک ژنوگرام (genogram) یا **شجره‌نگار** برای کمک به اعضای خانواده و مشاور در تشخیص الگوهای بین‌نسلی عملکرد خانواده که بر زمان حال تأثیر می‌گذارند، ساخته می‌شود (مک‌گولدریک، ۲۰۱۱؛ مک‌گولدریک، گرسون و پتری، ۲۰۰۸).

برای یک ژنوگرام، باید سه نسل از خانواده ترسیم شود. (برای نمونه‌ای از ژنوگرام به فصل ۸ مراجعه کنید). نام‌ها، تاریخ تولد، ازدواج، جدایی و طلاق باید همراه با اطلاعات اولیه مانند سن فعلی و شغل مشخص شود. ژنوگرام همچنین می‌تواند در یک زمینه چندفرهنگی برای ارزیابی جهان‌بینی و عوامل فرهنگی که اغلب بر رفتار اعضای خانواده تأثیر می‌گذارند، استفاده شود (توماس، ۱۹۹۸). به طور کلی، «به نظر می‌رسد ژنوگرام یک استراتژی

مؤثر و از نظر شخصی معنادار برای تسهیل تفکر سیستمی ارائه می‌دهد»، به ویژه برای خانواده‌های مراجع جدید و مشاورانی که تازه شروع به کار با خانواده‌ها کرده‌اند (پیستول، ۱۹۹۷b، ص ۳۳۹).

فرآیند مشاوره زوج و خانواده

فرآیند مشاوره زوج و خانواده بر چند پیش‌فرض استوار است. یکی از آن‌ها این است که افرادی که مشاوره را انجام می‌دهند از نظر روانی سالم هستند و خانواده‌های اصلی خود را به خوبی درک می‌کنند. در چنین شرایطی، مشاوران می‌توانند به طور واضح بر خانواده‌های مراجع خود تمرکز کنند و جلسات را با مطالبی از زندگی خانوادگی خود که حل نکرده‌اند، آلوده نکنند.

پیش‌فرض دوم کار با خانواده‌ها این است که مشاوران در فرآیند درمانی، جنبه‌ها یا مداخلات احتمالی را بیش از حد یا کمتر از حد تأکید نخواهند کرد (Gladding, ۲۰۱۵b). به عبارت دیگر، مشاوران کاری را که انجام می‌دهند متعادل خواهند کرد. چنین فرآیندی به این معناست که بیش از حد نگران خوشحال کردن اعضای خانواده نباشید، اما در عین حال اعضا را به شیوه‌ای خوشایند درگیر کنید.

سومین مؤلفه انجام مشاوره زوج و خانواده این است که مشاور در نبرد برای ساختار پیروز شود (یعنی پارامترهایی را که مشاوره تحت آن انجام می‌شود، تعیین کند) در حالی که اجازه می‌دهد خانواده در نبرد برای ابتکار عمل پیروز شود (یعنی انگیزه برای ایجاد تغییرات لازم) (Whitaker, ۱۹۷۸ & Napier). نبرد برای ساختار زمانی برنده می‌شود که مشاوران به مراجعان در مورد روش‌هایی که با آنها کار خواهند کرد، از جمله حقایق مهم اما پیش پا افتاده در مورد اینکه چند وقت یکبار ملاقات خواهند کرد، چه مدت و چه کسی درگیر خواهد شد، اطلاع دهند. بخش خوبی از ساختار می‌تواند در یک بیانیه افشای حرفه‌ای گنجانده شود که مشاور قبل از شروع مشاوره از زوج یا خانواده می‌خواهد آن را بخوانند و امضا کنند. ابتکار عمل در فرآیند درمانی باید از

خود زوجها و خانواده‌ها ناشی شود؛ با این حال، هنگامی که مشاوران گوش می‌دهند و آنچه را که به عنوان امکانات می‌بینند ترسیم می‌کنند، اعضای زوج یا خانواده اغلب به سوی اهداف مشترک متحد می‌شوند.

چهارم، مشاوران زوج و خانواده باید بتوانند مشکلات زوج یا خانواده را در زمینه‌ای که رخ می‌دهند، ببینند. بنابراین، مشاور باید از نظر رشدی در سطوح مختلف زندگی پیچیده باشد و تجربیات زندگی از جمله حل شرایط سمی یا خصمانه در شرایط کمتر از ایده‌آل داشته باشد. چنین مهارت‌ها و بینش‌هایی به مشاوران درک این موضوع را می‌دهد که چگونه زوجها و خانواده‌ها در مواجهه با مراحل مختلف زندگی، هنجارهای فرهنگی یا شرایط موقعیتی، بیشتر با هم یا جدا می‌شوند.

برنامه‌ریزی پیش از جلسه

قبل از اینکه یک زوج یا خانواده برای مشاوره دیده شوند، باید به چند موضوع رسیدگی شود. یکی از آنها انتظار(های) تماس گیرنده برای یک جلسه اولیه یا برای درمان به طور کلی است. شخصی که تماس می‌گیرد، دلیلی برای درخواست درمان ارائه می‌دهد که ممکن است یا ممکن است دلیلی نباشد که هر کس دیگری در رابطه زوجی یا خانوادگی برای خواستن یا نخواستن مشاوره دارد. با این وجود، مشاور باید با دقت گوش دهد و اطلاعات بالینی ضروری - مانند شرح مختصر مشکل - و اطلاعات واقعی - مانند نام، آدرس و شماره تلفن تماس گیرنده - را به دست آورد. در جمع‌آوری این اطلاعات، مشاور باید به آنچه منتقل می‌شود و همچنین آنچه گفته نمی‌شود، گوش دهد. با انجام این کار، مشاور می‌تواند شروع به فرضیه‌سازی در مورد مسائلی کند که در مراحل خاصی از زندگی خانوادگی و سنت‌های فرهنگی رایج هستند، زیرا ممکن است با خانواده تماس گیرنده مرتبط باشند. به عنوان مثال، یک خانواده با نوجوانان ممکن است انتظار مشکلات مرزی داشته باشد؛ با این حال، نحوه برخورد با آنها در یک خانواده سنتی ایتالیایی-آمریکایی در مقابل یک خانواده سنتی انگلیسی-آمریکایی ممکن است کاملاً متفاوت باشد. صرف نظر از این، در پایان تماس تلفنی اولیه، باید یک وقت ملاقات تعیین شود.

جلسه(های) اولیه

تحقیقات نشان می‌دهد که چند جلسه اول از نظر موفقیت درمانی مشاوران با زوجها و خانواده‌ها بسیار مهم است (Quinn, ۱۹۹۸ & Odell). بنابراین، شروع خوب ضروری است. یکی از راه‌های ایجاد یک شروع خوب این است که مشاور با هر فرد حاضر و واحد زوجی یا خانوادگی به طور کلی، ارتباط برقرار کند. این نوع پیوند، که در آن اعتماد، یک رابطه کاری و یک برنامه مشترک تکامل می‌یابد، به عنوان اتحاد درمانی شناخته می‌شود. این اتحاد می‌تواند از طریق روش‌های مختلفی ایجاد شود، مانند:

- **نگهداری**—زمانی که مشاور موقعیت یک عضو زوج یا خانواده را تأیید یا حمایت می‌کند؛
 - **ردیابی**—زمانی که مشاور از طریق یک سری سؤالات روشن‌گرانه، یک توالی از رویدادها را ردیابی یا دنبال می‌کند؛ و
 - **تقلید**—زمانی که مشاور سبک یا سرعت ارتباط یک زوج یا خانواده را اتخاذ می‌کند، مانند شوخ‌طبعی با یک زوج یا خانواده خوش‌مشرب یا جدی بودن با یک زوج یا خانواده عبوس.
- در ایجاد یک اتحاد درمانی، مهم است که مشاور زوج یا خانواده و اعضای آن را به اندازه‌ای درگیر کند تا دیدگاهی در مورد چگونگی دیدگاه افراد نسبت به مشکل، شخص یا وضعیت ارائه شده به دست آورد. این دیدگاه چارچوب نامیده می‌شود. مشاور ممکن است چارچوب اعضای زوج یا خانواده را به چالش بکشد تا دیدگاه واضح‌تری از آنچه در رابطه اتفاق می‌افتد به دست آورد یا به زوج یا خانواده گزینه دیگری برای درک وضعیت خود ارائه دهد (یعنی، بازتعریف).

تأمل شخصی

چگونه عملکرد خانواده اصلی خود را در دوران کودکی تان چارچوب‌بندی می‌کنید؟ فکر می‌کنید عضو دیگری از خانواده تان چگونه آن را چارچوب‌بندی می‌کرد؟ چگونه می‌توان آن را بازتعریف کرد؟ به عنوان مثال، "اعضای خانواده همیشه در حال حرکت بودند اما مانند یک فرفره در حال چرخش به هم متصل بودند" در مقابل "اعضای خانواده همیشه در حال انجام فعالیت‌های متنوعی مانند اعضای یک گروه مارش بودند، هماهنگ اما متفاوت."

در جلسه یا جلسات اولیه، مشاور همچنین یک ناظر است. او به دنبال پدیده‌ای به نام رقص زوج یا خانواده می‌گردد، که روشی است که یک زوج یا خانواده معمولاً در سطح کلامی یا غیرکلامی با هم تعامل می‌کنند (Whitaker, ۱۹۷۸ & Napier). اگر مشاور در ابتدا این تعامل را از دست بدهد، نیازی به نگرانی نیست، زیرا این الگو تکرار خواهد شد. در مشاهده رقص خانواده مهم است که ببینیم آیا برخی از اعضای خانواده به عنوان قربانی (یعنی، مقصر مشکلات خانواده شناخته می‌شوند) در نظر گرفته می‌شوند یا خیر. به عنوان مثال، یک خانواده ممکن است پسر نوجوان خود را به دلیل تنبلی و دردرساز بودن متهم کند زیرا نوجوان هر زمان که ممکن باشد دیر می‌خوابد و وقتی با دوستانش بیرون از شهر است، دست به شیطنت می‌زند. اگرچه ممکن است درست باشد که پسر مشکلاتی دارد، اما احتمالاً او علت اصلی مشکلات خانواده نیست. بنابراین، باز هم، مشاور باید ادراکات اعضای خانواده در مورد محل وجود مشکلات، مانند عدم وجود مرزها، ارتباطات مبهم یا ناکارآمد، عدم حمایت از یکدیگر و غیره را بررسی و حتی به چالش بکشد.

یکی از راه‌های تعریف یا روشن کردن کلی آنچه در زوج یا خانواده اتفاق می‌افتد، پرسیدن سؤالات دایره‌ای است—یعنی سؤالاتی که توجه را به ارتباطات زوج یا خانواده متمرکز می‌کند و تفاوت‌های بین اعضا را برجسته می‌کند. به عنوان مثال، در یک خانواده ممکن است از پدر پرسیده شود که دخترش وقتی از طرف همسرش

مورد حمله کلامی قرار می‌گیرد چگونه پاسخ می‌دهد و سایر اعضای خانواده از جمله خود او نیز چگونه واکنش نشان می‌دهند. چنین استراتژی به مشاوران و خانواده‌هایی که با آنها کار می‌کنند کمک می‌کند تا پویایی‌های بیشتری را که در زندگی خانوادگی دخیل هستند ببینند و ممکن است فشار را از روی شخصی که به عنوان مشکل دیده شده است، بردارد. این نوع پرسشگری همچنین ممکن است به مشاور و خانواده کمک کند تا ببینند آیا مثلث‌سازی رخ می‌دهد یا خیر (یعنی، وارد کردن شخص یا طرف سوم به یک درگیری دوتایی، مانند اینکه مادر هر زمان که با دخترش بحث می‌کند، از پدر کمک می‌گیرد).

علاوه بر این جنبه‌های درگیر کردن زوج یا خانواده، بسیار مهم است که مشاور ظرفیت خود را برای رسیدن به برخی نتایج اولیه در مورد نحوه رفتار زوج یا خانواده (به عنوان مثال، در یک خانواده، چه کسی با چه کسی صحبت می‌کند و چه کسی کنار چه کسی می‌نشیند) توسعه دهد. به این ترتیب، مشاور می‌تواند ابعاد مرزها را بسنجد (یعنی، مرزهایی که اجازه نزدیکی و مراقبت را می‌دهند در مقابل مرزهایی که ممکن است مزاحم باشند، مانند اینکه یک والد به جای فرزندی که قادر به صحبت کردن از طرف خود است، صحبت کند) (Worden, ۲۰۰۳). صمیمیت و قدرت نیز به این طریق قابل تعیین است. اساساً، از طریق مشاهده و درگیر کردن زوج یا خانواده در گفتگو، مشاور با پویایی‌های درون زوج یا خانواده هماهنگ می‌شود، که در درازمدت معمولاً به اندازه محتوای مکالماتی که در فرآیند مشاوره رخ می‌دهد، اگر مهم‌تر نباشد، اهمیت دارد.

به طور کلی، جلسه(های) اول معمولاً جلسه‌ای است که در آن مشاور ارزیابی می‌کند که زوج یا خانواده چگونه عمل می‌کنند و برای کمک به روان‌تر شدن رابطه چه کاری باید انجام شود. اهداف آزمایشی نیز تعیین می‌شوند و یک وقت ملاقات بعدی گذاشته می‌شود.

مثال موردی

کلئو تماسی ورودی را پاسخ می‌دهد

کلتو مدتی بود که در خدمات خانوادگی کار می‌کرد، اما تماسی که ساعت ۲ بامداد از یک مادر پریشان دریافت کرد، اهمیت گوش دادن به جزئیات را تأیید کرد. هلنا، مادر، که گریه می‌کرد، به کلتو گفت که می‌خواهد برای خانواده‌اش وقت بگیرد زیرا در آن سوء استفاده رخ می‌دهد. کلتو با دقت تحقیق کرد و متوجه شد که خطر فوری وجود ندارد، اما هنوز چیزی درست به نظر نمی‌رسید. سپس نام و آدرس اعضای خانواده و رابطه آنها با یکدیگر و همچنین جزئیات دیگر را گرفت. در نهایت، او به هلنا گفت: "من می‌توانم خانواده شما را ساعت ۹ صبح فردا در دفترم ببینم،" که هلنا پاسخ داد: "امیدوارم بتوانید آنها را برای من درست کنید."

کلتو سپس متوجه شد که چه اتفاقی می‌افتد. هلنا قصد نداشت به جلسه بیاید، بلکه می‌خواست خانواده‌اش را برای "درست شدن" نزد درمانگر بفرستد.

در این مرحله پاسخ شما به هلنا چه خواهد بود؟ با پاسخ دادن به این روش، امیدوارید به چه چیزی دست یابید؟ اگر اعضای ارجاع دهنده یک خانواده به جلسه نیایند، چه مشکلاتی ممکن است پیش بیاید؟

مرحله میانی مشاوره زوج و خانواده

مرحله میانی مشاوره زوج و خانواده شامل جلسات بین جلسه‌های (های) اولیه و خاتمه است. این بخش از درمان جایی است که زوج یا خانواده به احتمال زیاد تغییرات لازم را در خود ایجاد می‌کنند، اگر اصلاً تغییر کنند. در این مدت، زوجها یا خانواده‌ها و مشاور رفتارهای جدید را بررسی می‌کنند و ریسک می‌کنند. زوجها و خانواده‌هایی که مطمئن نیستند آیا می‌خواهند تغییر کنند، اغلب فقط تغییرات سطحی در آنچه انجام می‌دهند ایجاد می‌کنند. این نوع تغییر به عنوان تغییر مرتبه اول شناخته می‌شود. یک مثال این است که والدین بدون هیچ بحث واقعی در مورد آن یا اهمیت پذیرش مسئولیت اعمال خود توسط یک دختر نوجوان، ساعت منع رفت و آمد را یک ساعت به عقب می‌اندازند. تغییر مرتبه دوم، جایی که قوانین ساختاری تغییر می‌کنند، کاملاً

متفاوت است و نوع تغییری است که در یک زوج یا خانواده در حال درمان امید می‌رود. یک مثال از تغییر مرتبه دوم این است که یک خانواده سختگیر و اقتدارگرا با تصویب قوانین جدید در مورد تعاملات خانوادگی پس از اینکه همه فرصتی برای ارائه پیشنهادات و ارائه نظرات در مورد آنها در طول یک جلسه خانوادگی داشته‌اند، دموکراتیک‌تر می‌شود (Watzlawick et al., ۱۹۷۴).

مشاور در ایجاد تغییر در زوج یا خانواده، از نظر ذهنی، کلامی و رفتاری فعال می‌ماند (Friedlander, Skowron, ۱۹۹۴ & Wildman, Heatherington). مشاور همچنین اطمینان حاصل می‌کند که زوج یا خانواده فراتر از صرفاً درک آنچه باید انجام دهند پیش می‌روند زیرا دانش شناختی به تنهایی به ندرت باعث تغییر می‌شود. علاوه بر این، در طول مرحله میانی مشاوره، مشاور در صورت امکان، زوج یا خانواده را با آژانس‌های خارجی مناسب مرتبط می‌کند. به عنوان مثال، در کار با خانواده‌ای که یک یا چند نفر از اعضای آن سوء مصرف‌کننده الکل هستند، مشاور اطمینان حاصل می‌کند که آنها اطلاعاتی در مورد الکی‌های گمنام (AA) (سازمانی از افرادی که به یکدیگر کمک می‌کنند تا هوشیار بمانند)، Al-Anon (یک سازمان خودیاری برای بستگان بزرگسال و دوستان افراد دارای مشکلات نوشیدن) و/یا Alateen (برنامه‌ای مشابه Al-Anon اما برای افراد جوان‌تر، معمولاً ۱۲ تا ۱۹ ساله) پیدا می‌کنند.

در طول مرحله میانی درمان، تمرکز مداوم بر فرآیند آنچه در زوج یا خانواده اتفاق می‌افتد وجود دارد. در بسیاری از موارد، زوج‌ها و خانواده‌ها ابتدا آسان‌ترین تغییرات را ایجاد می‌کنند. در نتیجه، اگر قرار است درمان به طور پایدار برای آنها اهمیت داشته باشد، مشاوران باید زوج یا خانواده را برای تغییرات بیشتر تحت فشار قرار دهند. این فشار در تمرکز بر شناخت‌ها و همچنین پاسخ‌های عاطفی و رفتارهای آنها (Worden, ۲۰۰۳) آشکار می‌شود. گاهی اوقات این عمل به روشی مستقیم انجام می‌شود، در حالی که در مواقع دیگر از طریق تزریق طنز به فرآیند درمانی انجام می‌شود، حقی که مشاور باید با نشان دادن ابتدا مراقبت و ایجاد اعتماد به

دست آورد. نمونه‌ای از استفاده از طنز در درمان برای ایجاد تغییر را می‌توان در تعامل مادر و دختر زیر مشاهده کرد:

مادر به دختر: اگر دوباره آن رفتار را تکرار کنی، می‌میرم.

دختر به مادر: نمی‌میری. فقط می‌خواهی من را عذاب وجدان بدهی.

مشاور: به نظر می‌رسد این نقشه قبلاً جواب داده است.

دختر: بله. اما او هرگز نمی‌میرد و من فقط عصبانی و ناامید می‌شوم.

مادر: به تو می‌گویم، اگر یک بار دیگر این کار را بکنی، می‌میرم!

مشاور به مادر: پس دخترتان خیلی قدرتمند است. او می‌تواند با یک عمل به زندگی شما پایان دهد؟

مادر (به طور نمایشی): بله.

مشاور به دختر: و شما قبلاً گفته‌اید که مادرتان را دوست دارید.

دختر: بله. اما من از واکنش‌های او به کارهایم خسته شده‌ام. آنها خیلی اغراق‌آمیز هستند.

مشاور به دختر: اما مادرتان می‌گوید شما قدرتمند هستید و می‌توانید او را بکشید. چون شما او را دوست دارید،

می‌دانم که این کار را نمی‌کنید. با این حال، چون شما اینقدر قدرت دارید، تعجب می‌کنم که آیا تا به حال به

فلج کردن یکی از بازوهای او با یک رفتار کمتر فکر کرده‌اید؟

مادر: چی؟!

دختر (با خنده): خب، ممکن است او را از ایراد گرفتن به من باز دارد و به ما فرصتی برای صحبت بدهد.

مشاور (به مادر و دختر): شاید این فرصت اکنون باشد و اگر درست انجامش دهیم، هیچ کس مجبور به رنج جسمی نشود.

مشاور در این مورد به یک مسئله مهم قدرت و درام به شیوه‌ای جدی اما تا حدودی طنزآمیز پرداخت که توجه دو فرد درگیر در این کشمکش را جلب کرد، یک الگوی ناکارآمد را شکست و فرصتی برای گفتگوی واقعی و تعاملات جدید ایجاد کرد.

علاوه بر روش‌های قبلی کار، مشاور باید به دنبال شواهدی از ثبات تغییر باشد، مانند اینکه یک زوج یا خانواده از طریق روش‌های ظریف و همچنین آشکار بیشتر با یکدیگر سازگار می‌شوند. به عنوان مثال، الگوهای نشستن، نام‌هایی که اعضای خانواده یکدیگر را صدا می‌کنند، یا حتی لحنی که افراد هنگام صحبت با یکدیگر استفاده می‌کنند، همه نشانه‌هایی هستند که تغییر نسبتاً دائمی در زوج یا خانواده رخ داده است، اگر آنها تفاوت زیادی با زمانی داشته باشند که فرآیند درمانی آغاز شد. در مورد زوج یا خانواده‌ای که در حال تغییر است، لحن صحبت کردن با یکدیگر ممکن است از تند به دعوت‌کننده تغییر کند.

تأمل شخصی

امروزه بسیاری از مردم تلفن همراه دارند. در مورد آهنگ زنگ آنها چه چیزی متوجه می‌شوید؟ آیا برخی از آنها جذاب‌تر از دیگران هستند؟ آیا می‌توان همین نوع ارتباط را در مورد لحنی که اعضای خانواده با یکدیگر استفاده می‌کنند برقرار کرد؟ اگر آهنگ زنگ شما همیشه صدای تندی داشته باشد، چه واکنشی نشان خواهید داد؟

در مرحله میانی مشاوره زوج و خانواده، بسیار مهم است که مشاور از زوج یا اعضای خانواده جلوتر نرود. اگر چنین شود، پیشرفت درمانی متوقف خواهد شد زیرا زوج یا خانواده سرمایه‌گذاری نخواهند کرد. بنابراین، برای ماندن در مسیر و هدف، مشاور باید متعادل بماند و فقط تا حد معینی پیش برود. یکی از راه‌های کمک به زوجها

و خانواده‌ها برای درگیر ماندن و پیشرفت، دادن تکالیف خانگی به آنهاست (یعنی وظایفی که باید خارج از جلسات مشاوره انجام دهند، مانند اختصاص دادن زمان برای گفتگو) و تکالیف روان‌آموزشی (یعنی، خواندن کتاب یا تماشای یک ویدیو) برای انجام دادن با هم تا آنها به معنای واقعی کلمه بیشتر یاد بگیرند و با هم تعامل داشته باشند. به عنوان مثال، خانواده ممکن است چند قسمت از سریال کمدی تلویزیونی خانواده آدامز دهه ۱۹۶۰ یا کمدی موفق سال ۲۰۱۵، خانواده مدرن را تماشا کند. سپس می‌توانند برگردند و در مورد شباهت‌ها و تفاوت‌های خود با خانواده‌ای که دیده‌اند صحبت کنند. چنین روشی اعضای خانواده را حتی بیشتر از آنچه در غیر این صورت بود، با هم مشترک می‌کند، ممکن است آنها را از نظر روانی به هم نزدیک‌تر کند و به آنها کمک کند تا هویت و کارهای خود را روشن کنند.

پایان/اختتام

پایان را می‌توان در مشاوره زوج یا خانواده یک اصطلاح نادرست در نظر گرفت زیرا "از دیدگاه سیستم‌های خانواده، سیستم درمانی درمانگر-خانواده به نقطه پایانی رسیده است، اما سیستم خانواده قطعاً ادامه دارد" (Worden, ۲۰۰۳, p. ۱۸۷). با این وجود، پایان (شامل پیگیری) مرحله نهایی درمان در کار با زوجها و خانواده‌ها است.

زوج یا خانواده، مشاور یا هر دو ممکن است پایان را آغاز کنند. هیچ فرد واحدی وجود ندارد که باید این فرآیند را شروع کند یا یک روش واحد برای انجام اختتام وجود ندارد. با این حال، پایان نباید ناگهانی باشد و نباید به عنوان نقطه برجسته مشاوره تلقی شود (Gladding, ۲۰۱۵b). بلکه، پایان برای فراهم کردن اختتام برای مشاور و زوج یا خانواده طراحی شده است. باید وسیله‌ای برای ارزیابی اینکه آیا اهداف زوج یا خانواده محقق شده‌اند یا خیر، باشد.

بنابراین، در شروع پایان، مشاور و زوج یا خانواده باید از خود بپرسند که چرا وارد این مرحله می‌شوند. یک دلیل ممکن است این باشد که پیشرفت کافی حاصل شده است و اکنون زوج یا خانواده قادر به عملکرد بهتر از همیشه به تنهایی هستند. به همین ترتیب، همه افراد درگیر ممکن است موافق باشند که زوج یا خانواده آنچه را که برای انجام آن برنامه‌ریزی کرده بودند، به انجام رسانده‌اند و ادامه دادن آن سرمایه‌گذاری عاقلانه‌ای از زمان و تلاش نخواهد بود.

هر دلیلی برای خاتمه دادن وجود داشته باشد، مشاور باید اطمینان حاصل کند که کار زوج یا خانواده خلاصه و (در صورت لزوم) جشن گرفته می‌شود تا زوج یا خانواده با آگاهی بیشتر و احساس قوی‌تر از آنچه به دست آورده‌اند، مشاوره را ترک کنند. علاوه بر خلاصه‌سازی، یکی دیگر از جنبه‌های خاتمه، تصمیم‌گیری در مورد اهداف بلندمدت، مانند ایجاد یک خانه آرام که در آن اعضا نسبت به یکدیگر گشوده باشند، است. این فرآیند پیش‌بینی به اعضای زوج و خانواده چیزی برای فکر کردن و برنامه‌ریزی می‌دهد (گاهی با نظر مشاور). بخشی از بسیاری از جلسات خاتمه شامل پیش‌بینی موانع نیز می‌شود، به طوری که زوجها و خانواده‌ها هنگام عدم موفقیت در دستیابی به اهداف خود طبق برنامه، بیش از حد ناراحت نشوند.

بخش نهایی خاتمه، پیگیری است (یعنی، بررسی وضعیت زوج یا خانواده پس از درمان پس از گذشت مدتی). پیگیری نشان دهنده مراقبت است و به زوجها و خانواده‌ها اطلاع می‌دهد که می‌توانند برای تکمیل هر آنچه در آنجا شروع کرده‌اند یا برای کار بر روی مسائل دیگر به مشاوره بازگردند. زوجها و خانواده‌های مراجع اغلب زمانی بهتر عمل می‌کنند که پیگیری داشته باشند زیرا متوجه می‌شوند که پیشرفت آنها هم در داخل و هم خارج از زمینه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، نظارت می‌شود.

خلاصه و نتیجه‌گیری

خانواده‌های آمریکایی در طول سال‌ها از چند شکل غالب به تنوع بسیار زیادی تغییر کرده‌اند. این تغییرات ناشی از تعدادی از نیروهای درون جامعه مانند جنبش زنان، جنگ‌های جهانی و منطقه‌ای و قوانین فدرال بوده است. با این تغییرات، نیاز بیشتری به کار با زوج‌های متاهل و مجرد و همچنین خانواده‌ها به وجود آمده است. حرفه مشاوره زوج و خانواده از دهه ۱۹۵۰ به دلایل مختلفی از جمله توسعه نظریه و اثربخشی پژوهشی اثبات شده، به سرعت رشد کرده است. همچنین به این دلیل رونق یافته است که مدافعان قوی داشته و تعدادی رویکرد منحصر به فرد و مؤثر برای انواع مختلف اشکال زوج و خانواده ایجاد کرده است.

متخصصانی که وارد حوزه مشاوره زوج و خانواده می‌شوند، بسته به پیشینه و فلسفه خود، با حداقل چهار انجمن همسو می‌شوند. بیشتر مشاوران به دلیل وابستگی به ACA به انجمن بین‌المللی مشاوره ازدواج و خانواده (IAMFC) می‌پیوندند، اما برخی به انجمن آمریکایی درمان ازدواج و خانواده (AAMFT)، بزرگترین انجمن درمان ازدواج و خانواده، وابسته می‌شوند. صرف نظر از وابستگی، کسانی که با زوجها و خانواده‌ها کار می‌کنند، باید از چرخه زندگی خانواده‌ها آگاه باشند تا ارزیابی کنند که آیا مشکل ازدواج یا خانواده رشدی است یا موقعیتی. مشاوران زوج و خانواده همچنین باید از نظریه‌های سیستم‌ها و روش‌های عملکرد سیستمی زوجها و خانواده‌ها آگاه باشند.

حوزه مشاوره زوجی گاهی در مدل‌های مشاوره خانواده گنجانده می‌شود، اما متخصصان در این تخصص باید از نظریه‌ها و فرآیندهایی که در هر حوزه استفاده می‌شود، آگاه باشند. آنها همچنین باید درک کنند که چگونه نظریه‌های فردی یا گروهی ممکن است کار با خانواده‌ها را تکمیل یا تضعیف کند. در نهایت، مشاوران زوج و خانواده باید در مراحل مشاوره خانواده - پیش برنامه‌ریزی، جلسه(های) اولیه، مرحله میانی و خاتمه - و تکنیک‌ها و تأکیدات کلی در هر یک، به خوبی آموزش دیده باشند.

به طور کلی، کار با زوجها و خانواده‌ها روشی پویا و هیجان‌انگیز برای کمک به مردم است. به دلیل پیچیدگی و ظرافت‌های این فرآیند، برای همه مناسب نیست، اما نهادی است که بسیاری از مشاوران به نظر می‌رسد از آن لذت می‌برند و بسیاری از افراد در جامعه از آن بهره‌مند می‌شوند.

©MyCounselingLab برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تکالیف موضوع ۸ را امتحان کنید: مشاوره خانواده.

فصل پانزدهم

مشاوره حرفه‌ای مدرسه



مرور فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- انجمن ملی مشاوران مدارس آمریکا (ASCA)
- مشاوره مدرسه ابتدایی - تأکید و نقش، فعالیت‌ها، پیشگیری و درمان
- مشاوره مدرسه راهنمایی - تأکید و نقش، فعالیت‌ها، پیشگیری و درمان
- مشاوره مدرسه دبیرستان - تأکید و نقش، فعالیت‌ها، پیشگیری و درمان
- مشاوره مدرسه قرن بیست و یکم

همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:

- زندگی روزمره یک مشاور مدرسه در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان چگونه است؟
- چه پاداش‌ها و معایبی در کار با کودکان، والدین، معلمان و مدیران در مدارس وجود دارد؟
- چگونه می‌توانید به عنوان یک مشاور مدرسه بدون توجه به محیط، موفق و سازنده باشید؟
- نیازهای مشاوران در آینده و چگونگی تغییر نقش مشاور مدرسه

من از راهروی مدرسه می‌گذرم، مثل یک پسر هفت ساله قبل از آخرین زنگ مدرسه و اولین روز تابستان . کراوات لیگ آیوی من در هوای راکد تاب می‌خورد که من در نسیم‌های کوچکی که با هر قدم زدن ایجاد می‌کنم می‌شکنم . در کنار من، در نوک انگشتانم، یک کودک کلاس اولی با موهای جلوی کوتاه و سیخ‌سیخی بزرگ تقریباً هر قدم مرا دنبال می‌کند فضاهای خالی را با حرکات خودش پر می‌کند روی کف واکس خورده سرایدار " . برایم یک مرد بکش " من می‌پرسم وقتی که ما می‌ایستیم، و بدون هیچ فکری از مداد شمعی و کاغذ او با خجالت با بازوهای باز می‌آید تا بی‌صدا مرا در آغوش بگیرد.

برگرفته از "پرتره‌ها"، اثر اس. تی. گلدینگ، ۱۹۷۴، مجله پرسنل و راهنمایی، جلد ۵۲، ص ۱۱۰. © ساموئل تی. گلدینگ.

حوزه مشاوره مدرسه شامل طیف گسترده‌ای از سنین، مراحل رشدی، تجربیات پیشینه و انواع مشکلات است (Henderson, ۲۰۰۷; Erford, ۲۰۱۵b & Gerler, ۲۰۰۸; Cobia & Baker). در ایالات متحده، تقریباً چهار میلیون کودک هر سال تحصیلات رسمی خود را آغاز می‌کنند، در حالی که میلیون‌ها نفر دیگر به تحصیل خود ادامه می‌دهند. در این جمعیت، برخی از کودکان از نظر رشدی آماده، مشتاق و توانمند هستند، در

حالی که برخی دیگر به دلیل عوامل جسمی، ذهنی، فرهنگی یا اجتماعی-اقتصادی در محرومیت قرار دارند (Chung, ۲۰۰۸ & Bemak). گروه سوم نیز بار آسیب‌های روحی، مانند اشکال مختلف سوء استفاده، را بدون هیچ تقصیری از خود به دوش می‌کشند (Norman, ۱۹۹۷ & Fontes, ۲۰۰۲; Richardson).

مانند کودکان سایر کشورها، دانش‌آموزان آمریکایی با سیلاب رویدادها و فرآیندهای پیچیده‌ای روبرو هستند که تأثیرات موقت و دائمی بر آنها می‌گذارند. سوء مصرف الکل و سایر مواد مخدر، تغییر الگوهای خانوادگی، عزت نفس پایین، ناامیدی، فقر، ایدز، تنش‌های نژادی و قومی، جرم و خشونت، بارداری نوجوانان، تبعیض جنسی و انفجار دانش، بدون توجه به سن یا محیط آنها، تأثیر منفی بر این کودکان دارد (Bemak, ۱۹۹۷; & Keys McGowan, ۱۹۹۵). بنابراین جای تعجب نیست که تخمین زده می‌شود ۱۳ تا ۲۰ درصد از کودکان هر سال با اختلال سلامت روان دست و پنجه نرم می‌کنند (Trice-Black, ۲۰۱۳ & DeKruyf, Auger) و از هر ۱۰ کودک، ۱ نفر دچار اختلال عاطفی جدی است که به طور قابل توجهی عملکرد او را در مدرسه، خانه و جامعه مختل می‌کند (Mellin, ۲۰۰۹). اینجاست که مشاوران مدرسه وارد عمل می‌شوند.

سال‌ها تحقیق به این نتیجه رسیده است که در محیط‌های مدرسه، "مداخلات مشاوره تأثیر قابل توجهی بر رشد تحصیلی و شخصی دانش‌آموزان دارد" (Drury, ۱۹۹۲, p. ۴۹۵ & Borders). در واقع، تحقیقات پیامد نشان داده است که مشاوران مدرسه تفاوت مثبتی در زندگی کودکان و در محیط‌های آموزشی ایجاد می‌کنند (Sexton, ۱۹۹۸ & Gysbers, ۲۰۱۱; Whiston). مداخلات مشاوره به ویژه در افزایش رفتارهای حل مسئله دانش‌آموزان و کاهش ارجاعات انضباطی مؤثر است (Eder, & Whiston, Wendi Lee, Rahardja).

۲۰۱۱). مشاوران مدرسه از طریق برنامه‌های مشاوره مدرسه که به رشد شخصی/اجتماعی، شغلی و تحصیلی همه دانش‌آموزان می‌پردازند، به "پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان کمک می‌کنند" (Brott, ۲۰۱۱, & Barna, ۲۰۱۱, p. ۲۴۳). به عنوان مثال، برنامه مهارت‌های موفقیت دانش‌آموز (SSS) که توسط مشاوران مدرسه ارائه می‌شود،

نشان داده است که شیوه‌های تدریس متمرکز بر برنامه درسی را با فعالیت‌های یادگیری و ایجاد رابطه که مهارت‌های یادگیری و پیشرفت تحصیلی را بهبود می‌بخشد، تقویت می‌کند (Lemberger, Selig, Bowers & Rogers, ۲۰۱۵).

به طور کلی، مشاوران مدرسه و برنامه‌های جامع راهنمایی و مشاوره به کودکان و نوجوانان کمک می‌کنند تا از نظر تحصیلی و رشدی سازگارتر شوند در حالی که:

- احساس امنیت بیشتری می‌کنند،
- روابط بهتری با معلمان و همسالان دارند،
- باور دارند که تحصیلاتشان برای آینده آنها مرتبط است،
- مشکلات کمتری در مدرسه دارند، و
- نمرات بالاتری کسب می‌کنند (Petroski, ۲۰۰۱ & Lapan, Gysbers).

به طور خلاصه، تحقیقات نشان می‌دهد که خدمات مشاوره مؤثر در مدارس می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمل کند که اثرات نامطلوب عوامل خطر موجود در محیط دانش‌آموزان را به حداقل می‌رساند (McCann, ۲۰۱۴ & Lapan, Wells, Petersen). بخش عمده‌ای از دلیل آن این است که دانش‌آموز با مدرسه ارتباط برقرار می‌کند. متأسفانه، خدمات مشاوره به اندازه کافی در دسترس نیست. در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۵، نسبت دانش‌آموز به مشاور در ایالات متحده ۴۵۷ به ۱ بود، که بسیار بالاتر از حداکثر میانگین توصیه شده انجمن مشاوره آمریکا یعنی ۲۵۰ به ۱ است. رقم پایین‌تر توصیه می‌شود تا اطمینان حاصل شود که دانش‌آموزان دسترسی کافی به خدمات مشاوره دارند.

این فصل نقش‌های مشاوران حرفه‌ای مدرسه را به طور کلی و نقش‌های منحصر به فرد و همپوشان آنها را در سطوح ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان بررسی می‌کند. این فصل به جنبه‌های موقعیتی و رشدی خاص برخورد با هر جمعیت سنی مدرسه و اهمیت حساس بودن به پیشینه‌های فرهنگی و دیدگاه‌های متفاوت کودکان می‌پردازد (Gerler, ۲۰۰۸; Lee, ۲۰۰۱ & Baker). توجه ویژه‌ای به مسائل پیشگیری و درمان مرتبط با کودکان در مدارس و مدل ملی انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA) داده می‌شود.

مدل ملی ASCA

از لحاظ تاریخی، مشاوره حرفه‌ای مدرسه از ابتکارات راهنمایی شغلی و توسعه شخصیت نشأت گرفت. با این حال، اکنون مشاوره مدرسه به طور گسترده‌ای به عنوان یک جزء جامع، رشدی و برنامه‌ریزی شده آموزش عمومی K-۱۲ در نظر گرفته می‌شود (Engelstad, ۲۰۱۱ & Falco, Bauman, Sumnicht). به دلیل برخی مشکلات هویتی و تصورات هم در داخل و هم در خارج از حرفه، مشاوران مدرسه گاهی اوقات به اشتباه درک شده و حتی "مشاوران راهنمایی" نامیده شده‌اند! در چنین مواردی، مشاوران مدرسه برای اثبات ارزش خود به سرپرستان، مدیران، معلمان، دانش‌آموزان و والدینی که از کارهای آنها بی‌اطلاع هستند، تلاش کرده‌اند (Guerra, ۱۹۹۸). به منظور غلبه بر این سردرگمی و تمرکز بر فعالیت‌هایی که مشاوران مدرسه باید در آن شرکت کنند، انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA; ۸۰۱ N. Fairfax Street, Suite ۳۱۰, Alexandria, VA ۲۲۳۱۴) یک مدل ملی برای مشاوره مدرسه منتشر کرده است (ASCA, ۲۰۱۲). این مدل تعریف می‌کند که مشاور مدرسه کیست و نقش‌های مشاوران مدرسه را برای حرفه و برای عموم مردم روشن می‌کند. وظایف غیرمشاوره‌ای و نامناسب برای مشاوران مدرسه طبق مدل ملی ASCA شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نیست: ثبت نام و برنامه‌ریزی همه دانش‌آموزان جدید، نگهداری سوابق اداری، کمک به وظایف در دفتر مدیر، انجام اقدامات انضباطی و تدریس کلاس‌ها در غیاب معلمان. وظایف مناسب و مرتبط با مشاوره شامل

همکاری با معلمان برای ارائه دروس پیشگیرانه و مبتنی بر پیشگیری در برنامه درسی راهنمایی، همکاری با مدیر برای شناسایی و حل مسائل دانش‌آموزان، و مشاوره با دانش‌آموزانی که غیبت یا تأخیر بیش از حد یا مشکلات انضباطی دارند، می‌شود. برای نشان دادن تفاوت‌هایی که مشاوران مدرسه ایجاد می‌کنند، بَمک، ویلیامز و چونگ (۲۰۱۵) تأکید می‌کنند که چهار حوزه حیاتی پاسخگویی برای آنها وجود دارد که باید آنها را پیگیری کنند. این حوزه‌ها عبارتند از نمرات، حضور و غیاب، ارجاعات انضباطی و تعلیق. این عوامل توسط مدارس پیگیری می‌شوند و می‌توان آنها را در سطوح ابتدایی و متوسطه، جغرافیا، منطقه، مکان و فرهنگ تعمیم داد. آنها "پاسخگویی مشاوره را نشان می‌دهند و ابزاری حیاتی برای مشاوران مدرسه فراهم می‌کنند تا شواهدی نشان دهند که کار آنها به بهبود عملکرد و موفقیت تحصیلی کمک می‌کند" (ص. ۱۰۹).

مدل ملی ASCA در هسته خود "مشاوران مدرسه را تشویق می‌کند تا در مورد نتایج مورد انتظار آنچه دانش‌آموزان باید در نتیجه اجرای یک برنامه جامع مشاوره مدرسه مبتنی بر استانداردها بدانند و قادر به انجام آن باشند، فکر کنند" (Stone, ۲۰۰۹, p. ۱۲ & Dahir). این کار را از طریق یک سلسله مراتبی در هم تنیده از چهار مؤلفه انجام می‌دهد (Culbreth, ۲۰۰۸ & Scarborough):

- بنیاد (باورها و فلسفه، مأموریت)،
- سیستم ارائه خدمات (برنامه درسی راهنمایی، برنامه‌ریزی فردی دانش‌آموز، خدمات پاسخگو، پشتیبانی سیستم)،
- سیستم‌های مدیریت (توافق‌نامه‌ها، شورای مشورتی، استفاده از داده‌ها، برنامه‌های اقدام، استفاده از زمان، استفاده از تقویم)، و
- پاسخگویی (گزارش‌های نتایج، استانداردهای عملکرد مشاور مدرسه، ممیزی برنامه).

مدل ملی ASCA از مأموریت مدارس با ترویج سه حوزه اصلی در سیستم ارائه خدمات پشتیبانی می‌کند. این حوزه‌ها را می‌توان به شرح زیر مفهوم‌سازی کرد:

- پیشرفت تحصیلی،
- برنامه‌ریزی شغلی، و
- رشد شخصی و اجتماعی.

مدل ملی ASCA توصیه می‌کند که مشاوران مدرسه با والدین، دانش‌آموزان، معلمان و کارکنان پشتیبانی همکاری کنند تا بر رشد همه دانش‌آموزان - نه فقط کسانی که پیشرفت بالایی دارند یا در معرض خطر هستند - تمرکز کنند. علاوه بر این، این مدل ملی توصیه می‌کند که ۸۰ درصد از وقت مشاوران مدرسه صرف تماس مستقیم با دانش‌آموزان شود. وظایف نامناسبی که به مشاوران مدرسه محول می‌شود باید به نفع مسئولیت‌های مناسب کنار گذاشته شود.



به طور کلی، مدل ملی ASCA آنچه را که به عنوان مشاوره مدرسه مبتنی بر نقاط قوت (SBSC) شناخته می‌شود، تجسم می‌بخشد (Akos, ۲۰۰۸ & Galassi, Griffin). در SBSC تأکید بر ترویج مداخلات و

شیوه‌های مبتنی بر شواهد است که در سطوح فردی، گروهی و مدرسه‌ای فعال هستند. فعالیت‌های SBSC شامل تمرکز بر نقاط قوت دانش‌آموزان، حمایت از دانش‌آموزانی که فاقد منابع هستند و ایجاد مشارکت با سایر متخصصان و خانواده‌های کودکان است. این رویکرد با مشاوره مبتنی بر نقص، که در آن تمرکز بر رفع یک مشکل است، متفاوت است.

مشاوران مدرسه در سطوح مختلف

مشاوران مدرسه در همه سطوح به عنوان "قلب" یک مدرسه در نظر گرفته می‌شوند (McMahon, Mason, Ruiz, ۲۰۱۴, p. ۴۶۹ & Daluga-Guenther). آنها در طول یک روز ممکن است از فعال بودن در سطح خرد (کار با افراد)، به سطح میانی (کار با گروه‌های بزرگ دانش‌آموزی) و به سطح کلان (همکاری با ذینفعان در مسائل سیاست‌گذاری بزرگ) حرکت کنند. در حوزه مشاوره مدرسه، ادبیات حرفه‌ای بر سه جمعیت متمایز سنی مدرسه تمرکز دارد: کودکان مدرسه ابتدایی (پایه‌های K-۵)، کودکان مدرسه راهنمایی (پایه‌های ۶-۸) و کودکان مدرسه دبیرستان (پایه‌های ۹-۱۲). هر یک از این جمعیت‌ها نگرانی‌ها و نیازهای جهانی خاصی دارند. نحوه رسیدگی به نیازها به متغیرهای زیادی بستگی دارد، از جمله سطح استخدام در مدرسه (یعنی، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان)، سال‌های تجربه به عنوان مشاور مدرسه، تعداد دانش‌آموزان در هر پرونده، میزان زمانی که صرف فعالیت‌های غیرمرتبط با راهنمایی می‌شود، هویت و توسعه حرفه‌ای، و همچنین فرهنگ سازمانی در مدرسه (Culbreth, ۲۰۰۸ & Scarborough). با این حال، در قلب مشاوره مدرسه در هر سطحی، ارتقای رشد شخصی/اجتماعی دانش‌آموزان قرار دارد (Van Veisor, ۲۰۰۹).

تأمل شخصی

بیشتر از همه چه چیزی را در مورد مشاوران مدرسه‌ای که در دوران کودکی داشتید به یاد می‌آورید؟ آنها چه وظایفی را انجام می‌دادند؟ آیا تمرکز آنها در سطوح مختلف متفاوت بود؟ فکر می‌کنید مدل ملی ASCA چگونه می‌توانست به آنها و مدرسه(های) شما کمک کند؟

مشاوره مدرسه ابتدایی

مشاوره مدرسه ابتدایی یک پیشرفت نسبتاً جدید است. اولین کتاب در این زمینه در دهه ۱۹۵۰ منتشر شد و این رشته قبل از سال ۱۹۶۵ عملاً وجود نداشت (Dinkmeyer, ۱۹۷۳a, ۱۹۸۹). در واقع، در سال ۱۹۶۴ کمتر از ۱۰ دانشگاه دوره آموزشی در زمینه مشاوره مدرسه ابتدایی ارائه می‌دادند (Muro, ۱۹۸۱).

توسعه مشاوره مدرسه ابتدایی به سه دلیل کند بود (Peters, ۱۹۸۰; Schmidt, ۲۰۱۴). اول، بسیاری از مردم معتقد بودند که معلمان مدرسه ابتدایی باید به عنوان مشاور برای دانش‌آموزان خود خدمت کنند زیرا تمام روز با آنها کار می‌کردند و در موقعیت ایده‌آلی برای شناسایی مشکلات خاص بودند. دوم، مشاوره در آن زمان عمدتاً به توسعه شغلی مربوط می‌شد که تمرکز اصلی کودکان مدرسه ابتدایی نیست. در نهایت، بسیاری از مردم نیازی به مشاوره در سطح مدرسه ابتدایی تشخیص نمی‌دادند. روانشناسان و مددکاران اجتماعی توسط برخی از مدارس متوسطه برای تشخیص مشکلات عاطفی و یادگیری در کودکان بزرگتر و ارائه مشاوره در موقعیت‌های دشوار خانوادگی استخدام می‌شدند، اما مشاوره تمام وقت در سطح ابتدایی در نظر گرفته نمی‌شد.

اگرچه اولین مشاوران مدرسه ابتدایی در اواخر دهه ۱۹۵۰ استخدام شدند، اما مشاوره مدرسه ابتدایی تا دهه ۱۹۶۰ سرعت نگرفت (Faust, ۱۹۶۸). در سال ۱۹۶۴، کنگره قانون آموزش دفاع ملی (NDEA) عنوان V-A را تصویب کرد و خدمات مشاوره برای شامل کودکان مدرسه ابتدایی گسترش یافت (Herr, ۲۰۰۲). دو سال بعد، کمیته مشترک مشاور مدرسه ابتدایی (یک تلاش مشترک بین انجمن آموزش و نظارت مشاور [ACES] و ASCA) گزارشی را منتشر کرد که نقش‌ها و عملکردهای مشاور مدرسه ابتدایی را تعریف می‌کرد و بر مشاوره،

مشاوره و هماهنگی تأکید داشت (ACES-ASCA, ۱۹۶۶). کمک‌های مالی دولتی برای تأسیس مؤسسات آموزشی برای مشاوران مدرسه ابتدایی در سال ۱۹۶۸ تصویب شد؛ تا سال ۱۹۷۲، بیش از ۱۰۰۰۰ مشاور مدرسه ابتدایی استخدام شدند (Dinkmeyer, ۱۹۷۳a).

در طول دهه ۱۹۷۰، تعداد مشاورانی که وارد تخصص مشاوره مدرسه ابتدایی می‌شدند، تثبیت شد و سپس به دلیل کاهش ثبت نام در مدارس و مشکلات اقتصادی به طور موقت کاهش یافت (Gerler, ۲۰۰۸ & Baker). با این حال، در اواخر دهه ۱۹۸۰، سازمان‌های اعتباربخشی و ادارات آموزش عمومی ایالتی شروع به الزام مدارس به ارائه خدمات مشاوره در سطح ابتدایی کردند و در نتیجه تقاضا برای مشاوران مدرسه ابتدایی افزایش یافت. این علاقه تجدید شده به این تخصص نتیجه انتشاراتی مانند "ملتی در خطر" بود که توسط کمیسیون ملی تعالی در آموزش منتشر شد (Schmidt, ۲۰۱۴). اگرچه به مشاوره مدرسه ابتدایی اشاره نمی‌کند، اما این گزارش بر پاسخگویی و اثربخشی در مدارس در همه سطوح تأکید دارد.

تأکيدات و نقش‌ها

مشاوران مدرسه ابتدایی پیشگامان جنبش سلامت روان در محیط‌های آموزشی هستند (Gysbers & Henderson, ۲۰۱۲). هیچ حرفه دیگری تا به حال برای کار با افراد از دیدگاه صرفاً پیشگیرانه و رشدی سازماندهی نشده است. از جمله وظایفی که مشاوران مدرسه ابتدایی به طور منظم انجام می‌دهند، عبارتند از:

- اجرای دروس مؤثر برنامه درسی اصلی مشاوره مدرسه،
- ارائه مشاوره فردی و گروهی کوچک،
- کمک به دانش‌آموزان در شناسایی مهارت‌ها و توانایی‌های خود،
- کار با جمعیت‌های خاص،

- توسعه آگاهی شغلی دانش‌آموزان،
- هماهنگی منابع مدرسه، جامعه و کسب و کار،
- مشاوره با معلمان و سایر متخصصان،
- برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات با والدین/سرپرستان، و
- شرکت در بهبود مدرسه و تیم‌های بین‌رشته‌ای (ASCA, ۲۰۱۲).

مطالعه‌ای در کالیفرنیا در مورد نقش‌های درک شده، واقعی و ایده‌آل مشاوران مدرسه ابتدایی نشان داد که اکثریت مشاوران مورد بررسی، بخش زیادی از وقت خود را صرف فعالیت‌های مشاوره، مشاوره و کمک به والدین می‌کنند (Janoff, ۱۹۷۹ & Furlong, Atkinson). نقش‌های واقعی و ایده‌آل آنها تقریباً یکسان بود. اشمیت و آزبورن (۱۹۸۲) نتایج مشابهی را در مطالعه مشاوران مدرسه ابتدایی کارولینای شمالی یافتند که مهمترین فعالیت‌های آنها مشاوره با افراد و گروه‌ها و مشاوره با معلمان بود. موریس و راسل (۱۹۸۸) نیز هنگام تجزیه و تحلیل نقش‌های مشاوران مدرسه ابتدایی شمال غربی اقیانوس آرام در محیط‌های K-۵، ترجیحاتی را شامل مشاوره، مشاوره و کار گروهی یافتند. سه مورد از پنج نقش واقعی با بالاترین رتبه این مشاوران شامل فعالیت‌های مشاوره بود، در حالی که دو مورد از پنج مورد شامل مشاوره فردی با دانش‌آموزان بود. این مشاوران چهار مورد از پنج فعالیت ایده‌آل برتر خود را فعالیت‌هایی رتبه‌بندی کردند که شامل کار با گروه‌های دانش‌آموزان بود. در واقع، به نظر می‌رسد که مشاوران مدرسه ابتدایی تمایل دارند وقت خود را در فعالیت‌های گروهی با کودکان بگذرانند.

وظایف با پایین‌ترین رتبه و نامناسب‌ترین وظایفی که سایر کارکنان مدرسه سعی می‌کنند به مشاوران مدرسه ابتدایی محول کنند، شامل تدریس جایگزین، نظارت بر سالن‌های غذاخوری یا زمین‌های بازی، و ایفای نقش

مسئول نظم مدرسه یا کارمند ثبت سوابق دانش‌آموزان است. تأکیدی که مشاوران مدرسه ابتدایی بر چنین خدمات غیرمشاوره‌ای دارند، پیامدهای مهمی برای آنها و کودکان و مدارس می‌کند، دارد. اگر از مشاوران به این روش‌ها استفاده شود، آنها اثربخشی خود را از دست می‌دهند و همه آسیب می‌بینند.

مثال موردی

پت و ترفیع

پت مشاور مدرسه ابتدایی بود و شغلش را دوست داشت، اگرچه گاهی اوقات استرس‌زا بود و از نظر اقتصادی تحت فشار قرار داشت. یک روز مدیر او، دانیل، برای دیدن او آمد و اعلام کرد که قصد بازنشستگی دارد. در طول گفتگو، دانیل اشاره کرد که فکر می‌کند پت می‌تواند مدیر خوبی شود. دانیل برای آماده کردن پت برای پذیرش چنین مسئولیتی و تبدیل کردن او به یک نامزد جذاب، پیشنهاد داد که برخی از وظایف اداری خود را به پت منتقل کند. او گفت: "زیاد وقت نمی‌گیرد و مهم است. علاوه بر این، پول بیشتری به دست خواهی آورد." خودتان را جای پت بگذارید. چگونه پاسخ می‌دهید و چرا؟

در یک مقاله مهم و به خوبی بررسی شده در مورد اثربخشی مشاوره مدرسه ابتدایی، گرلر (۱۹۸۵) گزارش‌های پژوهشی منتشر شده در راهنمایی و مشاوره مدرسه ابتدایی از سال ۱۹۷۴ تا ۱۹۸۴ را بررسی کرد. او بر روی مطالعاتی متمرکز شد که برای کمک به کودکان از دیدگاه‌های رفتاری، عاطفی، اجتماعی و تصویر ذهنی/آگاهی حسی برای مقابله با منفی‌هایی مانند پرخاشگری، افسردگی، بیش‌فعالی و استرس که مانع موفقیت دانش‌آموزان در مدرسه و زندگی می‌شود، طراحی شده بودند. گرلر شواهد قوی یافت که برنامه‌های مشاوره مدرسه ابتدایی "می‌توانند به طور مثبت بر حوزه‌های عاطفی، رفتاری و بین فردی زندگی کودکان تأثیر بگذارند و در نتیجه، می‌توانند به طور مثبت بر پیشرفت کودکان تأثیر بگذارند" (ص. ۴۵). در یک مقاله جدیدتر، بارنا و برات (۲۰۱۳) دریافتند که مشاوران مدرسه ابتدایی "می‌توانند با مرتبط کردن برنامه‌های جامع خود با افزایش شایستگی

تحصیلی، از پیشرفت تحصیلی حمایت کنند" (ص. ۹۷). یک چارچوب ارزشمند بر "توانمندسازهای تحصیلی" متمرکز بود که "به عنوان مهارت‌های بین فردی، انگیزه، مشارکت و مهارت‌های مطالعه شناسایی شدند" (ص. ۹۷). در یک مقاله کلاسیک قدیمی‌تر، کیت (۱۹۹۰) به تفصیل شرح داد که چگونه مشاوران مدرسه ابتدایی می‌توانند از یک رویکرد چندوجهی به نام HELPING (مخفف سلامت؛ احساسات؛ یادگیری؛ روابط شخصی؛ تصویرسازی؛ نیاز به دانستن؛ و راهنمایی اعمال، رفتارها و پیامدها) برای کمک به رشد و توسعه کودکان استفاده کنند.

بسیار خوب، ادامه می‌دهیم:

این واقعیت که مشاوران مدارس ابتدایی در زندگی کودکانی که به آنها خدمت می‌کنند، تفاوت ایجاد کرده‌اند، می‌کنند و خواهند کرد، یک منطق قوی برای حفظ و افزایش خدمات آنهاست. این یکی از دلایلی است که انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA) مدل خود را پایه‌گذاری کرد. رسیدگی به مشکلات در سال‌های اولیه زندگی آسان‌تر از زمان‌های بعدی است (داهیر و استون، ۲۰۱۲؛ هندرسون و تامپسون، ۲۰۱۶).

مشاوران مدارس ابتدایی که دارای چشم‌انداز هستند (به عنوان مثال، اینکه کودکان می‌توانند حلال مشکلات باشند) و آن را پیگیری می‌کنند (مانند کلودیا ونگستاد در اورگان) می‌توانند فرهنگ یک مدرسه را متحول کنند (لیترل و پترسون، ۲۰۰۱). در مورد ونگستاد، او از ۱۰ ارزش اصلی (جدول ۱۵,۱) برای ساختن یک برنامه مشاوره مدرسه ابتدایی مثال‌زدنی استفاده کرد و به تحول فرهنگ مدرسه کمک نمود. او از قدرت خود به عنوان یک فرد و یک مشاور در جهت ایجاد خلاقانه برنامه‌ای استفاده کرد که دیگران توانستند و آن را پذیرفتند.

(جدول ۱۵,۱)

(مقایسه فرهنگ مدرسه قدیم و جدید)

فرهنگ مدرسه قدیم	فرهنگ مدرسه جدید
۱. بزرگسال محور	۱. دانش آموز محور
۲. تنبیه	۲. یادگیری مهارت های جدید
۳. انضباط تحمیل شده از بیرون	۳. انضباط خودخواسته
۴. تمرکز بر مشکلات	۴. تمرکز بر حل مسئله
۵. رقابتی، غیرهمکارانه	۵. مشارکتی، همکارانه
۶. واحد مورد انتظار برای تغییر: فرد	۶. واحد مورد انتظار برای تغییر: فرد، گروه و جامعه
۷. انزوای همسالان	۷. حمایت همسالان

۸. حل مشکلات توسط بزرگسالان با استفاده از گفتگو، تعاملات مثبت، همکاری و مدل حل مسئله	۸. برخورد با مشکلات توسط بزرگسالان با استفاده از انضباط، تهدید، تنبیه بدنی و اصلاح رفتار
۹. تلاش کودکان برای حل مشکلات با مدل حل مسئله و حمایت همسالان	۹. تلاش کودکان برای حل مشکلات با فحاشی، زدن و تهدید
۱۰. کودکان برای تغییر خود و کمک به تغییر دیگران توانمند هستند	۱۰. کودکان برای تغییر خود و کمک به تغییر دیگران توانمند نیستند

فعالیت‌ها

مشاوران مدارس ابتدایی درگیر فعالیت‌های متعددی هستند. برخی از این موارد طبق قانون الزامی است، مانند گزارش کودک آزاری. «در ایالات متحده، همه ۵۰ ایالت و ناحیه کلمبیا قوانینی دارند که مدارس و نمایندگان آنها [مانند مشاوران مدرسه] را ملزم می‌کند تا سوءظن‌ها یا ادعاهای کودک آزاری و غفلت را به یک آژانس محلی که وظیفه حمایت از کودکان را دارد، گزارش دهند» (بارت-کروز، مارتینز و کارل، ۱۹۹۸، ص ۵۷). با این حال، اکثر فعالیت‌های مشاوران مدارس ابتدایی چنین الزامات قانونی ندارند و شامل مجموعه گسترده‌ای از فعالیت‌های پیشگیرانه و اصلاحی (ترمیمی) هستند. پیشگیری به دلیل بازده روانی آن از نظر زمان صرف شده و نتایج، ارجحیت دارد.

پیشگیری (PREVENTION):

برنامه‌های مشاوره مدارس ابتدایی در تلاش برای ایجاد یک محیط مدرسه مثبت برای دانش‌آموزان هستند. آنها بر «چهار C» تأکید دارند: خدمات مشاوره (Counseling)، هماهنگی (Coordination) فعالیت‌ها، مشورت (Consultation) با دیگران و توسعه برنامه درسی (Curriculum development). فعالیت آخر، یعنی توسعه برنامه درسی، هم جنبه رشدی و هم آموزشی دارد. این فعالیت بر تدوین «کلاس‌های راهنمایی [در زمینه] مهارت‌های زندگی و پیشگیری از... مشکلاتی» تمرکز دارد که در غیر این صورت ممکن است رخ دهند (بیلی، دیری، گرکه، پری و ویتلج، ۱۹۸۹، ص ۹). مدل ملی ASCA (انجمن مشاوران مدارس آمریکا [ASCA]، ۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کند که مشاوران مدارس ابتدایی نیمی از زمان خود را صرف ارائه راهنمایی کلاسی کنند. ارائه دروس اصلی برنامه درسی مشاوره مدرسه «روشی کارآمد برای مشاوران مدرسه است تا دانش‌آموزان را در مورد فرصت‌های سراسر مدرسه (مانند خدمات بخش مشاوره) مطلع کنند، اطلاعات را توزیع کنند (مانند منابع آموزشی، فرصت‌های پس از دبیرستان) و به نیازهای دانش‌آموزان رسیدگی کنند (مانند آماده شدن برای انتقال‌های مدرسه، یادگیری مهارت‌ها برای از بین بردن قلدری)» (آکوس، کاکمن و استریکلند، ۲۰۰۷، ص ۴۵۵).

در بهترین حالت، دروس راهنمایی کلاسی پیشگیرانه (proactive) هستند و بر پیشگیری (مانند خشونت در مدرسه) و همچنین ترویج (مانند تصویر بدنی مثبت) تمرکز دارند. به عنوان نمونه‌ای از راهنمایی کلاسی پیشگیرانه، مگنسون (۱۹۹۶) درسی را برای دانش‌آموزان کلاس چهارم طراحی کرد که تاری را که شارلوت، عنکبوت، برای تغذیه فیزیکی در کتاب تار شارلوت (وایت، ۱۹۵۲) می‌تند، با تارهایی که انسان‌ها برای پرورش شخصی می‌تند، مقایسه می‌کرد. همانطور که شارلوت برای سالم ماندن به حشرات متنوعی نیاز داشت، این درس تأکید می‌کرد که افراد برای زندگی کامل نیاز به جذب دوستان و حمایت‌های متنوع دارند. درس با بحث

کودکان در مورد شباهت‌های بین شارلوت و خودشان و همچنین ترسیم یک «شبکه شخصی» پر از افراد مهم و معنادار در زندگیشان به پایان رسید.

اولویت اول برای مشاوران مدارس ابتدایی، شناساندن خود و ایجاد ارتباط با دیگران است. پرسنل مدرسه معمولاً توسط کودکان خردسال به عنوان اولین منبع کمک تلقی نمی‌شوند. بنابراین، مشاوران مدارس ابتدایی باید خودشان، کاری که انجام می‌دهند، و چگونگی و زمان کمک‌رسانی‌شان را معرفی کنند. این فرآیند معمولاً از طریق برنامه‌های آشناسازی (orientation)، بازدید از کلاس‌ها یا هر دو به بهترین شکل انجام می‌شود. نکته مهم این است که به کودکان، والدین، معلمان و مدیران اطلاع داده شود که چه خدمات مشاوره و راهنمایی در دسترس است و چگونه این خدمات بخش حیاتی از کل محیط مدرسه هستند.

به عنوان مثال، در موقعیت‌هایی که کودکان بسیار خردسال (۳ تا ۵ ساله) بخشی از محیط مدرسه هستند، مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند با ارائه کمک‌های ویژه به این کودکان و خانواده‌هایشان، مانند نظارت بر جنبه‌های رشدی زندگی کودکان، خود را بشناسانند (هوهنشیل و هوهنشیل، ۱۹۸۹). بسیاری از کودکان در این محدوده سنی با شرایط مضر متعددی از جمله فقر، خشونت خانوادگی/اجتماعی و غفلت روبرو هستند (گروه ویژه کارنگی در مورد تأمین نیازهای کودکان خردسال، ۱۹۹۴). تلاش‌های مشاوران مدارس ابتدایی با این کودکان ممکن است شامل ارائه دروس راهنمایی کلاسی جامعه‌پسند با محوریت مهارت‌های اجتماعی شدن باشد (پیزلی و هابارد، ۱۹۹۴؛ اسمید، ۱۹۹۵). علاوه بر این، مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند با معلمان و سایر متخصصان بهداشت روان مشورت کنند تا اطمینان حاصل شود که تلاش‌ها برای کمک به این کودکان خردسال به حداکثر می‌رسد.

کار با والدین و جامعه زمانی که کودکان، صرف‌نظر از سن، در معرض خطر ایجاد خودپنداره پایین یا نگرش‌های ضداجتماعی هستند، اهمیت ویژه‌ای دارد (کاپوتزی و گراس، ۲۰۱۴). صرف ناهار با والدین در

محل کارشان، حتی در ساعات غیرمعمول، یکی از راه‌هایی است که مشاوران می‌توانند برای حمایت از خانواده‌ها در آموزش فرزندانشان اقدام کنند (ایوانز و هاینز، ۱۹۹۷). **مداخلات مشاوره خانواده** توسط مشاوران مدرسه راه دیگری برای تمرکز بر سه زیرسیستم اصلی است: خانواده، مدرسه و زیرسیستم تشکیل شده توسط تعاملات خانواده و مدرسه (لوئیس، ۱۹۹۶). مشاوران مدارس ابتدایی (و همچنین مشاوران مدارس راهنمایی و متوسطه) از این فرض که بیشتر مشکلات دانش‌آموزان نتیجه خانواده‌های ناکارآمد است اجتناب می‌کنند و در عوض بر رسیدگی سازنده به هر سه زیرسیستم در صورت نیاز تمرکز می‌کنند.

راه سوم برای مبارزه با تخریب بالقوه، **اقدامات همزمان چندگانه (multiple concurrent actions)** نامیده می‌شود. در این رویکرد، مشاوران به بیش از یک مجموعه خدمات در جامعه به طور همزمان دسترسی پیدا می‌کنند - به عنوان مثال، خدمات اجتماعی و متخصصان ناتوانی‌های یادگیری. این نوع اقدام هماهنگ بین مدرسه و سازمان‌های اجتماعی، **مشارکتی و یکپارچه** است و نیازمند انرژی و تعهد از سوی مشاور است (کیز، بماک، کارپنتر و کینگ-سیرز، ۱۹۹۸).

همزمان با تبلیغ خدمات خود و ایجاد روابط با دیگران در جامعه، مشاوران مدارس ابتدایی باید به طرق مختلف در مدارس خود فعال باشند، به ویژه در فعالیت‌های راهنمایی. میریک (۲۰۱۱) یک رویکرد پیشگیرانه، رشدی و جامع را برای برنامه‌های راهنمایی توصیه می‌کند: دو تا سه جلسه کلاسی بزرگ در هفته و دو برابر آن جلسات گروهی کوچک. این فعالیت‌ها بر یادگیری ساختاریافته تمرکز دارند، مانند درک خود، تصمیم‌گیری، حل مسئله، ایجاد روابط سالم دختر و پسر، و چگونگی کنار آمدن با معلمان و دوست‌یابی (کاپوک، ۱۹۹۳؛ اسنایدر و دیلی، ۱۹۹۳). راهنمایی کلاسی همچنین باید به **حل تعارض و میانجیگری همسالان** بپردازد که در آن دانش‌آموزان راه‌های مسالمت‌آمیز و سازنده برای حل اختلافات و پیشگیری از خشونت را می‌آموزند (کاروترز، سوئینی، کمیتا و هریس، ۱۹۹۶).

سایر خدمات پیشگیرانه ارائه شده توسط مشاوران مدارس ابتدایی شامل راه‌اندازی برنامه‌های میانجیگری همسالان و فعالیت‌های مشورت/آموزش است. میانجیگران همسال، دانش‌آموزان ویژه‌ای هستند که انتخاب و آموزش دیده‌اند و به شیوه‌های مثبت و منحصر به فردی به مدرسه و مشاور خدمت می‌کنند. آنها ممکن است به دانش‌آموزان کمک کنند تا یکدیگر را بشناسند، فضایی از اشتراک‌گذاری و پذیرش ایجاد کنند، فرصت‌هایی برای سایر دانش‌آموزان برای حل مشکلات شخصی فراهم کنند و مهارت‌های حل مسئله دانش‌آموزان را افزایش دهند (گارنر، مارتین و مارتین، ۱۹۸۹). میانجیگران همسال به مشاوران مدارس ابتدایی کمک می‌کنند تا به تعدادی از افرادی که در غیر این صورت ممکن بود از دست بروند، دسترسی پیدا کنند.

میانجیگران همسال همچنین ممکن است فضای کلی همکاری در مدرسه را تقویت کنند (کوئن، ۲۰۰۵؛ جوینت، ۱۹۹۳). اثربخشی میانجیگری همسالان در سطح مدرسه ابتدایی را می‌توان در پیشگیری و کاهش خشونت در سراسر مدرسه مشاهده کرد. به عنوان مثال، شلنبرگ، پارکز-سویج و رفیوس (۲۰۰۷) در یک مطالعه طولی ۳ ساله دریافتند که یک برنامه میانجیگری همسالان در سراسر مدرسه، تعلیق‌های خارج از مدرسه را کاهش داده و منجر به «افزایش قابل توجه دانش میانجیگران در مورد تعارض، حل تعارض و میانجیگری» شده است (ص ۴۷۵). در موقعیت مشابه دیگری، اسکاربرو (۱۹۹۷) دریافت که می‌تواند مهارت‌های اجتماعی، عاطفی و شناختی دانش‌آموزان کلاس پنجم را از طریق یک برنامه یاریگر همسال که آن را باشگاه خدمت به مدرسه ما (SOS) نامید، تقویت کند. دانش‌آموزان عضو باشگاه به عنوان دستیارانی که با کارکنان مدرسه در انجام مسئولیت‌هایشان همکاری می‌کردند، خدمت می‌کردند. اعضا همچنین تدریس خصوصی بین سنی (cross-age tutoring) ارائه می‌دادند. همه سود بردند و یاد گرفتند.

با اجرای جلسات مشورت/آموزش برای معلمان، مدیران و والدین، مشاوران به نگرانی‌های مشترک رسیدگی می‌کنند و راه‌های جدیدی را برای رسیدگی به مشکلات قدیمی با متعهد کردن افراد زیادی به کار به شیوه‌ای

مشارکتی آموزش می‌دهند (دوئرتی، ۱۹۸۶). به عنوان مثال، کمک به ایجاد کلاس‌های درس سازگار با فرهنگ که در آن تنوع دانش‌آموزان به رسمیت شناخته شده، قدردانی می‌شود و مورد استفاده قرار می‌گیرد، خدمتی است که مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند به مخاطبان خود ارائه دهند (هرینگ و وایت، ۱۹۹۵؛ لی، ۲۰۰۱). ترویج مهارت‌های ارتباطی بین معلمان و دانش‌آموزان یکی دیگر از خدمات حیاتی مشارکتی است که مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند راه‌اندازی کنند (هاوز، ۱۹۸۹). خدمت مشارکتی سوم که مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند ارائه دهند، کلاسی در مورد مهارت‌های فرزندپروری است که بر رویه‌های ارتباطی مؤثر و مدیریت رفتار تأکید دارد (ریچی و پارتین، ۱۹۹۴).

مشاوران ماهر مدارس ابتدایی حتی می‌توانند از نقش مشاوره‌ای خود به شیوه‌ای پیشگیرانه استفاده کنند. به عنوان مثال، با ملاقات منظم در جلسات فردی با کودکان در معرض خطر (کودکانی که به دلیل سوابق یا رفتارهای فعلی‌شان، بیشترین احتمال را برای ایجاد مشکلات دارند)، مشاوران می‌توانند ارزیابی کنند که این کودکان چقدر خوب عمل می‌کنند و چه مداخلاتی، در صورت وجود، ممکن است برای آنها یا افراد مهم دیگر مفید باشد (کاپوتزی و گراس، ۲۰۱۴؛ وب، ۱۹۹۲).

رفتار قلدری ممکن است حوزه دیگری باشد که مداخلات پیشگیرانه می‌تواند در آن صورت گیرد. «قلدری زیرمجموعه‌ای از پرخاشگری با سه مؤلفه است: الف) قصد آسیب رساندن، ب) تکرار، و ج) عدم تعادل قدرت بین قلدر و هدف یا قربانی. قلدری با نابرابری قدرت بین افراد درگیر از تعارض متمایز می‌شود» (بومن، ۲۰۰۸، ص ۳۶۳). اگرچه قلدری معمولاً به عنوان «تهدید یا حمله فیزیکی واقعی یک فرد به فرد دیگر بدون دلیل مشخص» در نظر گرفته می‌شود، اما می‌تواند شامل «لقب‌گذاری، تمسخر، نوشتن اظهارات آزاردهنده، طرد عمدی، دزدی و تخریب اموال شخصی» باشد (بیل و اسکات، ۲۰۰۱، ص ۳۰۰). احتمال قلدری در کودکان دبستانی دو برابر کودکان دبیرستانی است و به طور مداوم مشخص شده است که پایه‌های پنجم تا هشتم، پایه‌هایی هستند که

قلدری در آن‌ها بیشترین احتمال وقوع را دارد (جانسون، کارنی، هزلر و اینسو، ۲۰۰۹). برخلاف انتظارات، بیشتر قلدری در مدارس، مانند زمین‌های بازی، راهروها و سرویس‌های بهداشتی، جایی که حداقل نظارت بزرگسالان وجود دارد، رخ می‌دهد. با کمال تعجب، **ناظران (bystanders)** در نتیجه مشاهده اشکال رایج سوء استفاده مکرر بین همسالان خود، واکنش‌های آسیب‌زای قابل توجهی را تجربه کردند، که این خود دلیل دیگری برای عدم اجازه ادامه چنین رفتاری است (جانسون و همکاران، ۲۰۰۹).

صرف‌نظر از این، رفتار قلدری را می‌توان به شیوه‌ای پیشگیرانه از طریق ابزارهای متعددی مورد توجه قرار داد. احتمالاً مؤثرترین راه این است که مشاور مدرسه ابتدایی نقش رهبری را به عنوان **مدافع** در تلاش‌های **ضد قلدری** برای مدرسه بر عهده بگیرد. در چنین نقشی، مشاور می‌تواند به عنوان یک **کاتالیزور**، یک **مشاور** و یک **عامل تغییر** عمل کند (گودمن-اسکات، دوئل و برات، ۲۰۱۳). گام مهمی در این فرآیند، تشکیل یک **کمیته راهبری** (متشکل از معلمان، مدیران و دانش‌آموزان) است که به عنوان یک تیم برای مبارزه با قلدری کار می‌کند.

سایر تکنیک‌های مورد استفاده برای جلوگیری از قلدری را می‌توان در اشکال مختلف یافت. یکی از آن‌ها **نمایش روانی-آموزشی** است که توسط همسالان اجرا می‌شود و «به دانش‌آموزان اجازه می‌دهد تا بسیاری از پیامدهای منفی قلدری را به روشی غیرشخصی و غیرتهدیدآمیز به طور غیرمستقیم تجربه کنند» (بیل و اسکات، ۲۰۰۱، ص ۳۰۲). **ارائه الگوهای نقش مثبت بزرگسال** برای تقلید کودکان نیز ممکن است به عنوان یک اقدام پیشگیرانه مفید باشد، همراه با رسیدگی **سیستمیک** به تأثیرات منفی مانند تنبیه بدنی والدین، الگوهای منفی همسالان، عدم نظارت بزرگسالان و نگرانی‌های مربوط به ایمنی محله (اسپلیج، باسورث و سایمون، ۲۰۰۰).

علاوه بر مشکلات آشکار، مانند قلدری، خدمات مشاوره پیشگیرانه برای گروه‌ها و رفتارهای کمتر آشکار نیز مورد نیاز است. به عنوان مثال، **دانش‌آموزان تیزهوش و با استعداد** ممکن است از دیدگاه پیشگیرانه به کمک

ویژه‌ای در توسعه استعدادهای منحصر به فرد خود نیاز داشته باشند. برای تیزهوشان، هوش بالا هم یک دارایی و هم یک بار است. این امر آن‌ها را به طرق مختلف از همسالانشان جدا می‌کند و اغلب به این معنی است که آن‌ها برای رویارویی با چالش‌های پیش‌بینی‌نشده‌ای که هوش به تنهایی حل نمی‌کند، به حمایت مشاوران مدرسه نیاز دارند (پترسون، ۲۰۱۵). اگرچه به نظر می‌رسد این زیرگروه از دانش‌آموزان معمولاً عملکرد خوبی دارند، اما در

واقعیت ممکن است نگرانی‌هایی مانند کم‌تحصیلی (*underachieving*)، فعالیت بیش از حد

(*overextending*) و مدیریت استرس داشته باشند (کولانجلو و وود، ۲۰۱۵؛ گرین، ۲۰۰۶). آن‌ها همچنین ممکن است نشانه‌هایی از کمال‌گرایی ناسالم، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی را نشان دهند (کراس و کراس، ۲۰۱۵). کمک به آن‌ها برای یادگیری مدیریت استرس، برنامه‌ریزی پیشاپیش، و عدم انتقاد بیش از حد از خود یا توانایی‌هایشان، تنها برخی از راه‌هایی است که مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند به این دانش‌آموزان با استعداد کمک کنند تا متعادل بمانند و خودپنداره‌های سالمی را توسعه دهند.

در کار با کودکان و موضوع طلاق، مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند در سطح پیشگیرانه کارهای خوب زیادی انجام دهند (کراسبی-برنت و نیوکامر، ۱۹۸۹). به صورت پیشگیرانه، آنها می‌توانند طلاق را به عنوان موضوعی در کلاس‌های راهنمایی کلاسی مطرح کنند. چنین کلاس‌هایی باید از نظر اطلاعاتی، انسانی و با هدف کاهش کلیشه‌ها و افسانه‌های منفی پیرامون طلاق باشند. مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند از گروه‌های کوچک برای تمرکز بر نیازهای خاص کودکان در مورد طلاق نیز استفاده کنند و در نتیجه از مشکلات بیشتر جلوگیری کنند. مشخص شده است که گروه‌های ویژه کودکان درگیر طلاق در کاهش رفتارهای ناکارآمد مؤثر هستند، به خصوص اگر هر دو والد (هم والدی که حضانت را دارد و هم والدی که حضانت ندارد) درگیر شوند (فریمن، ۱۹۹۴).

برنامه‌های مشاوره گروهی کوچک در سطح ابتدایی همچنین می‌تواند به دانش‌آموزان در افزایش رفتارهای یادگیری و کاهش شکاف بین دانش‌آموزان ضعیف، دانش‌آموزان رنگین‌پوست و دانش‌آموزانی که دارای مزایای مادی و روانی هستند، کمک کند (استین و کافنبرگر، ۲۰۰۷). ادغام مداخلات تحصیلی و مشاوره گروهی، رفتارهای دانش‌آموزان (مانند پرسیدن سؤال، تکمیل تکالیف و ماندن بر روی کار) مرتبط با پیشرفت تحصیلی را بهبود می‌بخشد. در عین حال، می‌تواند به نگرانی‌های شخصی/اجتماعی مانند «خانواده‌های در حال تغییر، دوستی‌ها و/یا مدیریت خشم» نیز بپردازد (ص ۵۱۶).

به طور کلی، مشاوران مدارس ابتدایی می‌توانند با دیگران در مدرسه برای طراحی و اجرای یک برنامه پیشگیری جامع همکاری کنند، که شناخته‌شده‌ترین آن‌ها برنامه حمایت رفتاری مثبت در سطح مدرسه (SWPBS) است (کورتیس، ون هورن، رابرتسون و کارونن، ۲۰۱۰). SWPBS از «پنج مؤلفه اصلی تشکیل شده است: الف) یک تیم رهبری؛ ب) یک فلسفه مختصر و فراگیر در سراسر مدرسه؛ ج) دستورالعمل‌های رفتاری خاص برای هر منطقه از مدرسه (مانند زمین بازی، اتوبوس‌ها، کافه تریا؛ د) دستورالعمل‌های فردی کلاسی؛ و ه) استراتژی‌های خاص برای دانش‌آموزانی که نیاز به توجه بیشتری دارند. مؤلفه کلیدی دیگر SWPBS جمع‌آوری و نظارت بر داده‌ها برای تعیین اینکه در کجا نیاز به اقدام بیشتری است. به این ترتیب، اگر مشکلات در اتوبوس‌ها یا سرویس‌های بهداشتی، به عنوان مثال، ادامه یابد، تیم رهبری می‌تواند استراتژی‌هایی را برای آن دو حوزه خاص هدف قرار دهد» (کورتیس و همکاران، ۲۰۱۰).

یک شکل خاص از SWPBS استفاده از رویکرد حمایت رفتاری مثبت در سطح مدرسه است (شروود، گچ و زیمل-دیگل، ۲۰۰۹). در این نوع رویکرد، مشاوران مدرسه به مدیران مدرسه کمک می‌کنند تا رفتارهای مورد انتظار را تعریف، آموزش و تأیید کنند، در حالی که پیامدهای روشنی را برای رفتارهای نامناسب در مناطق خاصی از مدرسه، مانند راهروها و کلاس‌های درس، اعمال می‌کنند. برنامه‌های فردی‌سازی شده برای رسیدگی

به رفتارهای مشکل ساز خاص دانش آموزانی که مشکلات رفتاری مزمن دارند و آنهایی که در معرض خطر ابتلا به مشکلات رفتاری هستند نیز استفاده می شود. اساساً، این رویکرد سیستماتیک است. از آنجا که بسیار جامع است، مؤثرتر از رویکردهای «عشق خشن» مانند تعلیق و اخراج ثابت شده است.

(تأمل شخصی)

همانطور که خواندید، مشاوران مدارس ابتدایی برای ارائه خدمات پیشگیرانه بهداشت روان سخت تلاش می کنند. به نظر شما چگونه می توانند کار خود را به عموم مردم، به ویژه با توجه به اینکه بسیاری از افراد نسبت به برنامه های پیشگیری تردید دارند، ارائه دهند؟

ترمیم/اصلاح (REMEDIATION):

ترمیم/اصلاح عمل تلاش برای درست کردن یا اصلاح یک موقعیت است. این کلمه به این معنی است که چیزی اشتباه است و برای اجرای اصلاح به کار نیاز است. در مشاوره مدرسه ابتدایی، تعدادی از فعالیت ها تحت عنوان ترمیم قرار می گیرند. یک مثال، عزت نفس کودکان است.

عزت نفس کودکان به خودپنداره آنها مربوط می شود، یعنی اینکه چگونه خود را در زمینه های مختلف، از نظر تحصیلی، جسمی، اجتماعی و غیره درک می کنند (مکویتر، مکویتر، مکویتر و مکویتر، ۲۰۱۳). عزت نفس ناشی از مقایسه خود با دیگران در گروه همسالان است. اگرچه ممکن است موقعیتی یا شخصیتی باشد، عزت نفس اساساً این است که افراد چقدر آنچه را که می بینند دوست دارند - چگونه افراد خود را ارزیابی می کنند (استریت و آیزاکس، ۱۹۹۸). عزت نفس همیشه در حال تکامل است (دویس و هابسون، ۲۰۰۴). افزایش عزت نفس یک فرآیند دشوار است. برای چنین کاری، مشاوران به درک نظریه رشدی، مانند نظریه رابرت کیگان، نیاز دارند. چنین نظریه ای می تواند به آنها در مفهوم سازی تکامل عزت نفس کمک کند، به ویژه از

آنجا که کیگان رشد شناختی، اخلاقی و روانی-اجتماعی را در مفروضات خود در مورد تکامل عزت نفس گنجانده است. از نظر عملی، مشاوران باید بر کمک به کودکان با عزت نفس پایین، که در معرض خطر شکست هستند، تمرکز کنند تا در زمینه‌های زیر بهبود یابند: **شایستگی‌های تحصیلی حیاتی مدرسه، خودپنداره، مهارت‌های ارتباطی، توانایی کنار آمدن و کنترل.** مک‌ویترتر، مک‌ویترتر و مک‌ویترتر (۱۹۹۴) این‌ها را «**پنج C شایستگی**» می‌نامند (ص ۱۸۸). مشاوران می‌توانند عزت نفس را در این زمینه‌ها با **مهارت‌سازی**، مانند بهبود مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های کنار آمدن، افزایش دهند (استریت و آیزاکس، ۱۹۹۸). در کار ترمیم، مشاوران مدارس ابتدایی باید بر مهارت‌های مشاوره فردی و گروهی خود و همچنین توانایی‌های **اقدام اجتماعی** خود در ایجاد تغییرات و اصلاحات محیطی تکیه کنند.

یکی از راه‌های تعیین اینکه چه چیزی و در چه سطحی نیاز به ترمیم دارد، استفاده از **نیازسنجی (needs assessment)** است. نیازسنجی‌ها، نظرسنجی‌های ساختاریافته‌ای هستند که بر ارزیابی سیستماتیک انواع عمق و دامنه مشکلات در جمعیت‌های خاص تمرکز دارند (کوک، ۱۹۸۹؛ راسی، لیپسی و فریمن، ۲۰۰۴).

نیازسنجی‌ها ممکن است به صورت تجاری خریداری شوند، از دیگران قرض گرفته و اصلاح شوند، یا توسط کارکنان یک مؤسسه ایجاد شوند. در محیط‌های مدرسه، مشاوران می‌توانند اطلاعات مفید زیادی به دست آورند اگر به طور منظم زمانی را برای نظرسنجی از دانش‌آموزان، معلمان، والدین و پرسنل پشتیبانی اختصاص دهند. این دانش به آنها کمک می‌کند تا به مشکلات خاص رسیدگی کنند. به طور معمول، نگرانی‌های کشف شده از طریق نیازسنجی‌ها در چهار حوزه اصلی قرار می‌گیرند: **مدرسه، روابط خانوادگی، روابط با دیگران و خود** (بروب و بروب، ۱۹۹۷؛ دینکمیر و کالدول، ۱۹۷۰).

نمونه ای از نیازسنجی: ارزیابی خود				
لطفاً تعداد نگرانی خود را در مورد عبارات زیر که مربوط به شما هستند، نور بزنید.				
بسیار نگران	نگران است	تا حدودی نگران	نگران نیست	
4	3	2	1	
1	2	3	4	1. توانایی من در ارتباط خوب با دانش آموزان دیگر.
1	2	3	4	2. توانایی من در یادگیری.
1	2	3	4	3. توانایی من برای ساکت ماندن یا بی حرکت در کلاس.
1	2	3	4	4. قیافه و ظاهر من.
1	2	3	4	5. عادات غذایی من.

نمونه‌ای از ارزیابی نیازها: ارزیابی خود

لطفاً شماره میزان نگرانی خود را در مورد عبارات زیر که به شما مربوط می‌شوند، دایره بزنید.

اصلاً نگران نیستم تا حدودی نگرانم نگرانم خیلی نگرانم

۱

۲

۳

۴

۱. توانایی من در برقراری ارتباط خوب با سایر دانش‌آموزان. ۱ ۲ ۳ ۴

۲. توانایی من در یادگیری. ۱ ۲ ۳ ۴

۳. توانایی من در ساکت ماندن یا بی حرکت در کلاس. ۱ ۲ ۳ ۴

۴. ظاهر و قیافه من. ۱ ۲ ۳ ۴

۵. عادات غذایی من.

۱ ۲ ۳ ۴

روش دوم برای تعیین نیاز به اصلاح، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یا داده‌ها است، جایی که مشاور مدرسه از داده‌های سازمانی در مورد عملکرد و رفتار دانش‌آموزان برای شناسایی مشکلاتی که باید به آنها رسیدگی شود، استفاده می‌کند (Dimmitt, ۲۰۰۸ & Carey). جمع‌آوری چنین اطلاعاتی با استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای برای شناسایی و اجرای مداخلات مبتنی بر تحقیق پیگیری می‌شود. مداخلات و برنامه‌ها برای نشان دادن اثربخشی آنها ارزیابی می‌شوند. نتیجه این فرآیند سه مرحله‌ای، نتایج بهتر برای دانش‌آموزان و ارتقای جایگاه حرفه‌ای مشاور است.

فرآیند سه مرحله‌ای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یا داده‌ها

۱. جمع‌آوری داده‌های سازمانی برای شناسایی یا توصیف مشکلاتی که باید به آنها رسیدگی شود.
 ۲. استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای مبتنی بر شواهد به رهبری مشاور مدرسه برای اجرای مداخلات مبتنی بر تحقیق.
 ۳. ارزیابی مداخلات استفاده شده برای ارزیابی اثربخشی آنها.
- در جلسات اصلاحی، کودکان خردسال اغلب بهترین پاسخ را به استراتژی‌های مشاوره‌ای می‌دهند که بر اساس تکنیک‌هایی ساخته شده‌اند که مشارکت فعال را می‌طلبند. بازی درمانی، کتاب‌درمانی و استفاده از بازی‌ها سه مداخله استراتژیک هستند که به مشاوران کمک می‌کنند تا با کودکان خردسال ارتباط برقرار کنند و درک خودشان را تسهیل کنند.
- بازی درمانی یک روش تخصصی برای کار با کودکان است که نیاز به مهارت و آموزش دارد. این روش به همراه هنردرمانی، "کمتر از سایر اشکال مداخلات، محدود به تفاوت‌های فرهنگی" بین مشاوران و مراجعان است

(Cochran, ۱۹۹۶, p. ۲۸۷). بنابراین، این شکل از مشاوره به طور فزاینده‌ای در برنامه‌های آموزش مشاوران پوشش داده می‌شود (Landreth, ۲۰۱۲). اساساً، کودکان با دستکاری وسایل بازی مانند اسباب‌بازی‌ها، احساسات خود را بیان می‌کنند. "در آنچه ممکن است 'بازسازی بازی' نامیده شود، کودکان به طور نمادین تجربیات آسیب‌زا یا گیج‌کننده را با تکرار یک الگوی مهم در بازی بازسازی می‌کنند" (Chesley, Gillett & Wagner, ۲۰۰۸, p. ۴۰۱). هنگامی که مشاوران در فرآیند بازی با کودکان شرکت می‌کنند - یعنی با تصدیق افکار و احساسات کودکان ارتباط برقرار می‌کنند - آنها ارتباط و یک رابطه کمکی برقرار می‌کنند (Campbell, Riechel, ۲۰۱۳ & ۱۹۹۳). کودکان با بیان احساسات خود به روشی طبیعی، بهتر می‌توانند احساسات ناپایدار را تشخیص داده و به طور سازنده با آنها برخورد کنند (Henderson & Thompson, ۲۰۱۶; Janson et al., ۲۰۰۹). تعدادی از رویکردها را می‌توان در بازی‌درمانی استفاده کرد، اما رویکردهای یونگی و فردمحور از محبوب‌ترین آنها هستند.

هنگام انجام جلسات بازی با کودکان، داشتن یک اتاق بازی مجهز ایده‌آل است. با این حال، بیشتر مدارس چنین اتاقی ندارند، بنابراین مشاوران معمولاً به یک کیف دستی برای نگهداری وسایل خود نیاز دارند. وسایل بازی به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند: اسباب‌بازی‌های زندگی واقعی، اسباب‌بازی‌های نمایشی یا پرخاشگرانه، و اسباب‌بازی‌های بیان خلاقانه یا تخلیه (Landreth, ۲۰۱۲). اقلام معمولاً شامل عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی، ماسک‌ها، وسایل نقاشی و خاک رس است. بازی با شن در کار با کودکانی که عزت نفس پایین، پیشرفت تحصیلی ضعیف، اضطراب بالا و افسردگی خفیف دارند، مؤثر بوده است (Brown, ۱۹۹۳; & Allan Carmichael, ۱۹۹۴). در برخی شرایط، مشاوران ممکن است با والدین همکاری کنند تا جلسات بازی‌درمانی را در خانه ادامه دهند (Guerney, ۱۹۸۳)؛ در موارد دیگر، مشاوران ممکن است جلسات مشاوره برای دانش‌آموزانی که در بازی‌درمانی شرکت می‌کنند، برگزار کنند. بازی‌درمانی گروهی کودک‌محور یک رویکرد مشاوره‌ای حساس به فرهنگ است که باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) آن را در مورد پسران آفریقایی-آمریکایی مؤثر

یافته‌اند. این رویکرد به دیدگاه آفریقایی احترام می‌گذارد: نشاط عاطفی، وابستگی متقابل، بقای جمعی و ترکیب هماهنگ (Ajamu, ۲۰۰۰ & Parham, White) و اعتماد به نفس را ایجاد می‌کند. این رویکرد به پسران آفریقایی-آمریکایی کمک می‌کند تا "قدرت درونی برای مقابله با نژادپرستی ایجاد کنند" (Baggerly & Parker, ۲۰۰۵, p. ۳۹۳).

کتاب‌درمانی نیز می‌تواند در فعالیت‌های کودکان مدرسه ابتدایی مورد استفاده قرار گیرد (Borders & Gladding, ۱۹۹۲; Lucas & Paisley, ۱۹۹۱; Soares, ۲۰۱۳ & Gladding, ۱۹۹۱). کتاب‌درمانی "استفاده از کتاب‌ها [یا رسانه‌ها] به عنوان ابزاری برای کمک به کودکان برای به دست آوردن بینش نسبت به مشکلات خود و یافتن راه حل‌های مناسب است" (Hollander, ۱۹۸۹, pp. ۱۸۴-۱۸۵). به عنوان مثال، کتاب‌ها و فیلم‌هایی که بر تنوع تأکید دارند، مانند Babe, Pocahontas, The Lion King یا The Little Mermaid، ممکن است برای ترویج پذیرش و تحمل استفاده شوند (Norman, ۱۹۹۷ & Richardson). این ابزارهای مشاوره به ویژه در صورتی مفید هستند که مشاوران داستان‌ها را برای کودکان خلاصه کنند، آشکارا در مورد احساسات شخصیت‌ها بحث کنند، پیامدهای اقدام یک شخصیت را بررسی کنند و گاهی اوقات نتیجه‌گیری کنند.

مشاوران مدرسه‌ای که مستقیماً با کودکانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند کار می‌کنند، ممکن است به دلیل روشی که رسانه‌ها روابط غیرتهدیدآمیز را ترویج می‌کنند، از کتاب‌درمانی نیز استفاده کنند. تعدادی کتاب را می‌توان به طور درمانی با کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند استفاده کرد. دو مورد از بهترین آنها عبارتند از "نمی‌توانم در موردش صحبت کنم"، کتابی در مورد اینکه چگونه یک دختر جوان با لمس شدن اندام خصوصی‌اش توسط پدرش کنار می‌آید، و "بدن من خصوصی است"، کتابی در مورد آگاهی یک دختر جوان از بدنش و گفتگوی او با مادرش در مورد خصوصی نگه داشتن بدن.

بازی‌ها سومین راه برای کار با کودکان مدرسه ابتدایی در مشاوره هستند. بازی‌ها "یک ارتباط ایمن و نسبتاً غیرتهدیدآمیز با مشکلات کودکان ارائه می‌دهند" (Friedberg, ۱۹۹۶, p. ۱۷). آنها همچنین برای کودکان آشنا هستند و توسط آنها ارزشمند هستند. علاوه بر این، بازی‌ها سرگرم کننده تلقی می‌شوند و رابطه مشاوره را تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، بازی با یک توپ نرف ممکن است یک کودک عصبی را آرام کند و منجر به این شود که کودک برخی رفتارهای مشکل ساز را فاش کند.

تعدادی بازی به طور حرفه‌ای برای مقابله با مشکلات رایج کودکان مدرسه ابتدایی مانند قاطعیت، خشم، خودکنترلی، اضطراب و افسردگی توسعه یافته‌اند (Berg, ۱۹۸۶, ۱۹۸۹, ۱۹۹۰a, ۱۹۹۰b, ۱۹۹۰c; Erford, ۲۰۰۸). علاوه بر این، مشاوران می‌توانند بازی‌هایی را طراحی کنند که بهترین آنها ساده، انعطاف پذیر و مرتبط با مشکلاتی است که کودک تجربه می‌کند (Friedberg, ۱۹۹۶).

مشاوره مدرسه راهنمایی

تأکید بر مشاوره مدرسه راهنمایی یک پدیده حتی جدیدتر از مشاوره مدرسه ابتدایی است. این پدیده در دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک روش ترکیبی برای ارائه خدمات به دانش آموزانی که با تأکيدات مشاوران مدرسه ابتدایی یا دبیرستان مطابقت نداشتند، برجسته شد (Cole, ۱۹۸۸). شاید به همین دلیل است که مقالات مشاوره مدرسه که به طور خاص بر جمعیت مدرسه راهنمایی تمرکز دارند، کمترین میزان انتشار را در نشریات اصلی مانند مشاوره حرفه‌ای مدرسه داشته‌اند (Falco et al., ۲۰۱۱).

ایده یک برنامه درسی و محیط ویژه برای پیش نوجوانان و اوایل نوجوانی برای اولین بار به عنوان یک مفهوم راهنمایی راهنمایی اجرا شد - تلاشی برای گروه بندی نوجوانان جوان تر (۱۲-۱۴ ساله و پایه های ۷-۹) از نوجوانان بزرگتر. با این حال، مدارس راهنمایی معمولاً کودکانی بین ۱۰ تا ۱۴ سال را ثبت نام می‌کنند و پایه‌های ۶ تا ۹ را شامل می‌شوند. کودکان در این سن و پایه اغلب به عنوان ترانس نوجوان (Cole, ۱۹۸۸) یا

آدامس بادکنکی (Thornburg, ۱۹۷۸) شناخته می‌شوند. "علاوه بر تجربه مشکلات عادی موجود در خانواده، مدرسه و جامعه، پسران و دختران مدرسه راهنمایی با تغییرات بدن، فشار همسالان، خواسته‌های مدرسه برای برتری، نگرش‌های متضاد والدین و سایر مشکلات مربوط به ایجاد هویت فردی سازگار می‌شوند" (Matthews & Burnett, ۱۹۸۹, p. ۱۲۲). در مورد آنها همگونی کمی وجود دارد و رایج‌ترین ویژگی آنها ناهمسانی است. به گفته داگرتی (۱۹۸۶)، ما در مورد این گروه سنی کمتر از هر گروه سنی دیگری می‌دانیم. بخشی از دلیل آن این است که تعداد کمی از مشاوران مدرسه راهنمایی تحقیق می‌کنند یا یافته‌های خود را در مورد این جمعیت منتشر می‌کنند (St. Clair, ۱۹۸۹). با این حال، مؤسسه رشد کودک گزل و سایر مراکز مطالعات کودک شرحی از عوامل شناختی، جسمی و عاطفی که در این دوره انتظار می‌رود ارائه می‌دهند (Johnson & Kottman, ۱۹۹۲). علاوه بر این، در سال‌های اخیر تلاش هماهنگی از سوی مربیان و متخصصان مشاوره برای ارائه تحقیقات مرتبط در مورد رشد اوایل نوجوانی و مشاوره مدرسه راهنمایی صورت گرفته است (به عنوان مثال، Akos, ۲۰۰۵ & Hughey). تعداد بسیار کمی از مشاوران از این داده‌ها استفاده می‌کنند.

با این حال، در سطح کلی، بیشتر مشاوران مدرسه راهنمایی از وظایف عمده رشد جسمی، فکری و اجتماعی که کودکان مدرسه راهنمایی باید به انجام برسانند، آگاه هستند. تورنبورگ (۱۹۸۶) آنها را به شرح زیر خلاصه می‌کند:

- آگاه شدن از افزایش تغییرات جسمی
- سازماندهی دانش و مفاهیم در استراتژی‌های حل مسئله
- گذار از نمادهای عینی به نمادهای انتزاعی
- یادگیری نقش‌های جدید اجتماعی و جنسیتی

- همذات‌پنداری با الگوهای نقش کلیشه‌ای
- ایجاد دوستی
- به دست آوردن حس استقلال
- توسعه حس مسئولیت (صص ۱۷۰-۱۷۱)

مثال موردی

مارج و تحقیق در مورد مدرسه راهنمایی

مارج می‌خواست بداند که به عنوان مشاور، در زندگی دانش‌آموزان راهنمایی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، تصمیم گرفت یک مطالعه تحقیقاتی انجام دهد. او مطمئن نبود از کجا شروع کند، اما فکر می‌کرد یک طرح قبل و بعد مفید خواهد بود.

او در ابتدای سال تحصیلی یک نظرسنجی توزیع کرد و از دانش‌آموزان خواست تا مشکلاتی یا نگرانی‌هایی را که داشتند علامت بزنند. در پایان سال، او همین کار را انجام داد و نتایج را مقایسه کرد. با تعجب و خوشحالی او، برخی از مشکلات دفعات کمتری علامت زده شده بودند. با ناراحتی او، برخی دیگر دفعات بیشتری علامت زده شده بودند.

مارج در مورد تحقیق خود با دانش‌آموزان راهنمایی چه کار درستی انجام داد؟ چه کار اشتباهی انجام داد؟ اگر کاری می‌توانست انجام دهد، چه کاری می‌توانست برای رفع نقص‌های رویکرد خود انجام دهد؟

الکایند (۱۹۸۶) خاطرنشان می‌کند که دانش‌آموزان راهنمایی علاوه بر وظایف رشدی، باید با سه موقعیت استرس‌زای اساسی نیز با موفقیت کنار بیایند. موقعیت استرس‌زای نوع A موقعیتی است که قابل پیش‌بینی و

اجتناب‌پذیر است، مانند عدم تردد در یک منطقه خطرناک در شب. موقعیت استرس‌زای نوع B موقعیتی است که نه قابل پیش‌بینی است و نه اجتناب‌پذیر، مانند یک مرگ غیرمنتظره. موقعیت استرس‌زای نوع C موقعیتی است که قابل پیش‌بینی است اما اجتناب‌پذیر نیست، مانند رفتن به دندانپزشکی.

به طور کلی، کودکان مدرسه راهنمایی نسبت به دانش‌آموزان مدرسه ابتدایی یا دبیرستان، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. بنابراین، آنها در معرض خطر عدم دستیابی یا حل موفقیت‌آمیز وظایف رشدی قرار دارند (Schmidt, ۲۰۱۴). مشاوران مدرسه راهنمایی می‌توانند در زمان‌های استرس بسیار مفید باشند زیرا می‌توانند فرصت‌هایی را برای کودکان فراهم کنند تا خود و دنیایشان را به روش‌های مختلف و خلاقانه تجربه کنند (Schmidt, ۲۰۱۰). مشاوران همچنین می‌توانند به دانش‌آموزان راهنمایی کمک کنند تا حس منحصر به فرد بودن را تقویت کنند و همچنین با نگرانی‌های رایج جهانی همذات‌پنداری کنند. در چنین فرآیندی، مشاوران به دانش‌آموزان راهنمایی کمک می‌کنند تا بر بی‌قراری و بدخلقی خود غلبه کنند و با تأثیرات همسالان و فرهنگ عامه که خشونت یا سایر رفتارهای مخرب را به عنوان یک راه حل قابل قبول برای مشکلات پیچیده و گیج‌کننده پیشنهاد می‌کنند، مقابله کنند (O'Neal, ۱۹۹۸ & Peterson).

تأکیدات و نقش‌ها

مدارس اغلب در حالی که رشد فکری را تحریک می‌کنند، از رشد جسمی و اجتماعی کودک غافل می‌شوند (Van Veisor, ۲۰۰۹). مشاوره و راهنمایی مدرسه راهنمایی، مانند مشاوره و راهنمایی مدرسه ابتدایی، به دنبال اصلاح این عدم تعادل با تمرکز بر رشد کلی کودک است. تأکید جامع است: مشاوران نه تنها بر رشد و توسعه بلکه بر فرآیند گذار درگیر در ترک دوران کودکی و ورود به نوجوانی نیز تأکید می‌کنند (Cobia & Henderson, ۲۰۰۷; Schmidt, ۲۰۱۴). فعالیتهای آنها شامل:

- کار با دانش‌آموزان به صورت فردی و گروهی؛

- کار با معلمان و مدیران؛
- کار در جامعه با سازمان‌های آموزشی، خدمات اجتماعی و مشاغل؛ و
- همکاری با والدین برای رسیدگی به نیازهای منحصر به فرد کودکان خاص (Dahir, & Campbell, ۱۹۹۷).

اگر مشاوران ظرفیت‌ها و برنامه‌های خود را به روش‌های خاصی توسعه دهند، این نقش‌ها ممکن است آسان‌تر ایفا شوند. ظرفیت‌های لازم، به گفته تورنبورگ (۱۹۸۶)، شامل اطلاعات کلی در مورد ویژگی‌های رشدی دانش‌آموزان راهنمایی و وظایف خاصی است که از دانش‌آموزان انتظار می‌رود به انجام برسانند. علاوه بر این، مشاوران مدرسه راهنمایی باید دانش‌آموز خاصی را که با او تعامل دارند و دیدگاه او را در مورد یک مشکل درک کنند. در نهایت، مشاوران مدرسه راهنمایی باید بدانند چگونه به دانش‌آموزان کمک کنند تا تصمیم بگیرند تا دانش‌آموزان بتوانند در آینده به خودشان کمک کنند.

نقش ایده‌آل مشاوران مدرسه راهنمایی شامل ارائه مشاوره فردی، تجربیات گروهی، سیستم‌های حمایت همسالان، مشاوره با معلمان، ارزیابی دانش‌آموزان، مشاوره با والدین و ارزیابی خدمات راهنمایی است (Schmidt, ۲۰۱۰, ۲۰۱۴). در یک نظرسنجی از مدیران و مشاوران کانزاس، بونبریک و بورگرز (۱۹۸۴) دریافتند که شرکت‌کنندگان نه تنها در مورد نقش ایده‌آل مشاور مدرسه راهنمایی بلکه در مورد کمترین اولویت‌های یک مشاور نیز توافق داشتند: خدمت به عنوان مدیر، نظارت بر نظم سالن غذاخوری و تدریس کلاس‌های غیرراهنمایی. این نظرسنجی دلگرم‌کننده است زیرا توافق نزدیک بین مدیران و مشاوران در مورد نقش‌های ایده‌آل را نشان می‌دهد. به هر حال، مدیران معمولاً "نقش و عملکرد مشاوران را در مدرسه تعیین می‌کنند" (Ribak-Rosenthal, ۱۹۹۴, p. ۱۵۸). با این حال، در خارج از مدرسه، گروه‌های مختلف برداشت‌ها و اولویت‌های متفاوتی در مورد هدف مشاوران مدرسه راهنمایی دارند. برای کاهش تنشی که ممکن

است از چنین ارزیابی‌هایی ناشی شود، بونبریک و بورگرز (۱۹۸۴) توصیه می‌کنند که مشاوران عملکردهای خود را مستند کرده و "یک برنامه قابل مشاهده، به خوبی تعریف شده و با دقت ارزیابی شده" را اجرا کنند (ص. ۱۹۸). مشاوران مدرسه راهنمایی همچنین باید به طور مداوم با مخاطبان مختلف خود در مورد کارهایی که انجام می‌دهند و زمان انجام آنها در ارتباط باشند. تبلیغات و همچنین ارائه خدمات در این سطح به اندازه مدارس ابتدایی حیاتی است (Ribak-Rosenthal, ۱۹۹۴).

فعالیت‌ها

کار با کودکان مدرسه راهنمایی هم به رویکرد پیشگیرانه و هم به رویکرد اصلاحی نیاز دارد. این کار مشابه برخورد با کودکان مدرسه ابتدایی است، با این تفاوت که مشاوران برای اینکه واقعاً به طور جامع مفید باشند، باید موانع بیشتری را پشت سر بگذارند.

پیشگیری. یکی از امیدوارکننده‌ترین برنامه‌های پیشگیری برای دانش‌آموزان راهنمایی، رویکرد موفقیت در مدرسه است (Anderson, ۱۹۸۶ & Gerler). این برنامه که از ده واحد راهنمایی کلاسی ۵۰ دقیقه‌ای تشکیل شده است، برای کمک به کودکان طراحی شده است تا با خود، معلمان و مدارس خود احساس راحتی کنند (Gerler, ۱۹۸۷). علاوه بر این، این رویکرد "برای کمک به دانش‌آموزان در تمرکز بر رفتارها، نگرش‌ها و مهارت‌های روابط انسانی که منجر به بهبود موفقیت تحصیلی می‌شود، طراحی شده است" (Baker & Gerler, ۲۰۰۸, p. ۲۲). هر طرح درس بر یک جنبه اجتماعی مثبت از زندگی شخصی و سازمانی، مانند همذات‌پنداری با افراد موفق، احساس راحتی در مدرسه، همکاری با همسالان و معلمان و تشخیص جنبه روشن رویدادهای زندگی تمرکز دارد (Mohr, ۱۹۹۰ & Gerler, Drew). برنامه موفقیت در مدرسه اکنون آنلاین است و از طریق وبسایت <http://genesisligh.com/succeedinginschool> قابل دسترسی است.

فعالیت‌های تعاملی این برنامه به دانش‌آموزان اجازه می‌دهد تا اقدامات قبل و بعد از برنامه را برای موفقیت در مدرسه به صورت آنلاین تکمیل کنند.

مکمل برنامه موفقیت در مدرسه، فعالیت‌های مشاوره گروهی رزماری اسمید (۱۹۹۵) برای کودکان و نوجوانان است. این فعالیت‌ها مهارت‌های زندگی را توسعه می‌دهند. از آنجایی که تمرین‌های او برای گروه‌های کوچک به روش‌های مختلف قابل استفاده است، مشاوران مدرسه راهنمایی در کمک به دانش‌آموزان برای مقابله با زمینه‌های حساس مانند خشم، غم، استرس، طلاق، قاطعیت و دوستی انعطاف‌پذیری دارند. همانطور که آکوس، هام، مک و دوناوی (۲۰۰۷) اشاره کرده‌اند، کار گروهی به ویژه برای کار با دانش‌آموزان راهنمایی مناسب است زیرا آنها "به طور طبیعی در گروه‌های همسالان متحد می‌شوند" (ص. ۵۳). به عنوان مثال، رز و استین (۲۰۱۴) یک مداخله گروهی بر اساس مدل دستیابی به موفقیت هر روز (ASE) ایجاد کردند. هشت جلسه، جلسات یک بار در هفته بر آشنا کردن دانش‌آموزان با ویژگی‌های تاب‌آوری متمرکز بود. هدف افزایش پیشرفت تحصیلی (نمرات) و عملکرد شخصی (به عنوان مثال، رفتارهای یادگیری مثبت) دانش‌آموزان بود. نتایج نشان داد که دانش‌آموزان به طور کلی پس از مداخله ۱۶ درصد افزایش در معدل و آگاهی بیشتری از عملکرد شخصی - اجتماعی خود به دست آوردند.

علاوه بر راهنمایی کلاسی و کار گروهی، مشاوران مدرسه راهنمایی (مانند مشاوران مدرسه ابتدایی) می‌توانند از مشاوره فردی، مشاوره همسالان و فعالیت‌های مشاوره برای تقویت پیشگیری از مشکلات استفاده کنند (Thompson, ۲۰۱۶ & Henderson). یکی از رویکردهای نظری که در این فرآیند کمک می‌کند، مشاوره و درمان رشدی (DCT) است (DCT & Ivey, Ivey, Myers, ۲۰۰۵). Sweeney مفاهیم رشدی از نظریه‌های فردی مانند نظریه‌های کوهلبرگ، گیلیگان، کیگان و اریکسون را همراه با نظریه‌های خانواده و نظریه‌های چندفرهنگی (Briggs, ۲۰۰۲ & Myers, Shoffner) در خود جای داده است. این رویکرد یک

روش سیستماتیک برای مشاوران فراهم می‌کند تا با دانش‌آموزان راهنمایی در جهت‌گیری رشدی ترجیحی آنها - حسی-حرکتی، عینی، عملیات صوری و دیالکتیکی/سیستمی - ارتباط برقرار کنند. بیشتر دانش‌آموزان راهنمایی در دو سطح اول ارتباط برقرار می‌کنند و سطح سوم گاهی اوقات وارد عمل می‌شود.

نوع دیگری از برنامه پیشگیرانه، مربیگری همسالان است. در این ترتیب، یک دانش‌آموز بزرگتر، معمولاً در سن دبیرستان، با یک دانش‌آموز کوچکتر، معمولاً کلاس هفتم یا کوچکتر، جفت می‌شود (Karcher, ۲۰۰۸).

دانش‌آموز بزرگتر از طریق یک ترتیب یادگیری مشارکتی، دانش‌آموز کوچکتر را هم می‌پذیرد و هم به او آموزش می‌دهد و هر دو دانش‌آموز از این تجربه یاد می‌گیرند و بهره‌مند می‌شوند. نول (۱۹۹۷) گزارش می‌دهد که در یک برنامه مربیگری بین‌سنین که او برای کمک به دانش‌آموزان کوچکتر دارای ناتوانی‌های یادگیری برای کسب مهارت‌های اجتماعی ایجاد کرده بود، این ترتیب به خوبی کار کرد. دانش‌آموزان کوچکتر پیشرفت‌های چشمگیری در رشد اجتماعی خود داشتند و دانش‌آموزان بزرگتر افزایش در "توانایی برقراری ارتباط بهتر با والدین، افزایش عزت نفس، مهارت‌های بهتر حل تعارض و مهارت‌های سازماندهی پیشرفته" را به دست آوردند (ص. ۲۴۱).

تأمل شخصی

به تجربه خود در مدرسه راهنمایی و آنچه از همسالان خود آموختید فکر کنید. فکر می‌کنید یک مربی همسال چگونه می‌توانست به شما کمک کند (با فرض اینکه نداشتید)؟ فکر می‌کنید مربی همسال بودن چگونه مفید است (چه مربی بوده‌اید چه نبوده‌اید)؟

مشاوران مدرسه راهنمایی همچنین ممکن است برنامه‌های مشاور-معلم (TAP) را ایجاد کنند که بر این پیش‌فرض‌ها استوار است که "راهنمایی مسئولیت همگان است، مشاوران آموزش دیده کافی برای رسیدگی به تمام نیازهای راهنمایی یک مدرسه وجود ندارد و راهنمایی مبتنی بر معلم یک مکمل مهم برای مشاوره مدرسه

است" (Gulledge, ۱۹۹۷, p. ۵۶ & Galassi). از طریق چنین برنامه‌هایی، معلمان بیشتر با مشاوران و با زندگی غیرتحصیلی دانش‌آموزان خود درگیر می‌شوند. ذینفعان این برنامه‌ها دانش‌آموزان مدرسه راهنمایی و مدارس هستند که در آن تحصیل می‌کنند.

اصلاح. یکی از بهترین راه‌های کار اصلاحی با دانش‌آموزان مدرسه راهنمایی، ترکیب آن با یک رویکرد پیشگیرانه است. به گفته استام و نیسمن (۱۹۷۹)، فعالیت‌های مشاوران مدرسه راهنمایی به بهترین وجه به عنوان خدماتی دیده می‌شود که حول "یک مرکز توسعه انسانی (HDC) می‌چرخد که با انسان‌های حساس (دانش‌آموزان، معلمان، والدین و جامعه به طور کلی) سروکار دارد" (ص. ۵۲). آنها توصیه می‌کنند که با این افراد ارتباط برقرار کرده و خدمات مشاوره و راهنمایی مدرسه راهنمایی را با دیگران هماهنگ کنید تا کارآمدترین برنامه ممکن ارائه شود. استام و نیسمن هشت حوزه خدماتی را که به نظر آنها برای یک برنامه جامع مشاوره و راهنمایی مدرسه راهنمایی حیاتی است، تشریح می‌کنند. مدل آنها مبتنی بر خوشه‌های خدماتی است. این مدل مانند مدل ملی ASCA جامع است و هدف آن ارائه خدمات به همه دانش‌آموزان است (اگرچه لزوماً توسط مشاور مدرسه نیست).

هر خوشه خدماتی با خوشه‌های دیگر مرتبط است. با این حال، مشاوران مدرسه راهنمایی نمی‌توانند به تنهایی تمام عملکردهای توصیه شده را انجام دهند، بنابراین باید مسئولیت را تفویض کرده و از سایر کارکنان مدرسه، والدین و داوطلبان جامعه کمک بگیرند. بنابراین، وظیفه یک مشاور شامل هماهنگی فعالیت‌های خدماتی و همچنین ارائه خدمات مستقیم در صورت امکان است.

خوشه خدمات ارتباطی در درجه اول به روابط عمومی مربوط می‌شود. این بازوی ارتباطی مشاور است و برای اطلاع‌رسانی به عموم مردم در مورد آنچه برنامه مشاوره مدرسه انجام می‌دهد، حیاتی است. با این حال، خدمات برنامه درسی بر تسهیل قرارگیری در دوره‌ها و سازگاری تحصیلی تمرکز دارد. مشاوران مدرسه راهنمایی باید به

معلم‌ان کمک کنند تا برنامه درسی را "روان‌شناختی" کنند تا دانش‌آموزان بتوانند با مسائل مهم زندگی خود، مانند روابط همسالان و ارزش‌ها، کنار بیایند (Beane, ۱۹۸۶). اگر برنامه درسی برای کودکان در این سن مرتبط نباشد، آنها اغلب انرژی خود را به فعالیت‌های غیرسازنده معطوف می‌کنند. خوشه خدمات ارزیابی، خدمات آزمایش و ارزیابی را ارائه می‌دهد و اغلب با خوشه منابع شغلی مرتبط است که بر اهداف و حرفه آینده دانش‌آموز تمرکز دارد.

خوشه خدمات مشاوره و خوشه مرکز بحران نیز ارتباط نزدیکی با هم دارند. خدمات مشاوره در سطح فردی، همسالان و گروهی ارائه می‌شود و در ساعات غیردرسی و درسی ارائه می‌شود. گاهی اوقات فعالیت‌های مشاوره با هدف خودمشاوره انجام می‌شود که "زمانی است که افراد (از جمله دانش‌آموزان راهنمایی) به ایده‌هایی که باور دارند فکر می‌کنند، سپس با واکنش‌های عاطفی منطقی و رفتارهای جسمی منطقی به آن ایده‌ها واکنش نشان می‌دهند" (Maultsby, ۱۹۸۶, p. ۲۰۷). خودمشاوره عقلانی یک روش مبتنی بر تحقیق برای کمک به دانش‌آموزان برای مقابله مؤثر با احساساتشان است. در مواقع دیگر، تسهیلگران همسال به دانش‌آموزان راهنمایی کمک می‌کنند تا دوست پیدا کنند و در مورد محیط و تکالیف مدرسه خود بیاموزند (Bowman, ۱۹۸۶; Gerler, ۱۹۹۲ & Sprinthall, Hall).

همچنین در مدل استام و نیسمن فردی به عنوان مسئول بحران در طول روز مدرسه تعیین شده است. این فرد با موارد اضطراری برخورد می‌کند و با کمک مشاور، راه مناسبی برای کمک به کودکی که دچار ناراحتی ناگهانی شده است، پیدا می‌کند. در سطح فردی، یک بحران و ناراحتی ناشی از آن ممکن است با از دست دادن یا فشارهای داخلی یا خارجی که منجر به واکنش نشان دادن یا کناره‌گیری کودک می‌شود، مرتبط باشد. در سطح گروهی، یک بحران و ناراحتی ناشی از آن ممکن است شامل "موارد آسیب روحی باشد که تعداد زیادی از دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مانند قتل، خودکشی، مرگ تصادفی یا تصادف شدید" (Lockhart &

۴. Keys, ۱۹۹۸, p. ۴). (بسیار مهم است که مشاوران مدرسه ابتدایی و متوسطه علاوه بر یک فرد مسئول بحران یا بهتر از آن، یک تیم بحران، یک طرح بحران نیز در برنامه‌های مشاوره مدرسه خود داشته باشند).

خوشه ارتباط با جامعه بر کار با والدین و سایر افراد علاقه‌مند برای باز کردن خطوط ارتباطی بین مدرسه و سایر سازمان‌ها تمرکز دارد. خوشه رشد حرفه‌ای برنامه‌هایی را برای کارکنان مدرسه و افراد نیمه‌حرفه‌ای ارائه می‌دهد. این وظیفه آخر برای موفقیت مشاور حیاتی است. اگر قرار است محیط کلی مدرسه به طور مثبت تحت تأثیر قرار گیرد، مشاوران مدرسه راهنمایی باید به "معلمان کمک کنند تا مهارت‌های مربوط به افزایش خودانگاره و عزت نفس دانش‌آموزان را توسعه دهند" (Beane, ۱۹۸۶, p. ۱۹۲).

مشاوره مدرسه دبیرستان

"در زندگی موقعیت‌های معدودی دشوارتر از کنار آمدن با یک پسر یا دختر نوجوان در تلاش برای رهایی خود وجود دارد" (Freud, ۱۹۵۸, p. ۲۷۸). متغیرهای رهایی در بین نوجوانان شامل "ارتباط با والدین با استقلال جدید، ارتباط با دوستان با صمیمیت جدید و ارتباط با خود با درک جدید" است (Hass, & Coll, Thobro, ۲۰۰۴, p. ۴۱). اهمیت داشتن (درک درونی مبنی بر اینکه فرد برای افرادی که در زندگی او مهم هستند شناخته شده و برای آنها اهمیت دارد) یک عنصر حیاتی در رهایی خود و همچنین شکل‌گیری هویت مثبت است (McWhirter, ۲۰۰۹ & Dixon, Scheidegger). این عنصر با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی دارد.

اگرچه بیشتر نوجوانان با پرداختن به این متغیرها و وظایف مرتبط با آنها به روشی سالم از این دوره زندگی خود عبور می‌کنند، اما برخی با مشکلات زیادی روبرو می‌شوند. مشاوران مدرسه دبیرستان باید با این جمعیت دشوار و مشکلات منحصر به فرد آن مقابله کنند. آنها ممکن است از این واقعیت که برخی از مشکلات در نوجوانی بیشتر چرخه‌ای هستند تا سایر مشکلات، تسلی خاطر پیدا کنند. به عنوان مثال، "رفتارهای بزهکارانه در اوایل

نوجوانی نادر است، تقریباً در اواسط نوجوانی (۱۵ تا ۱۷ سالگی) همه‌گیر است و پس از آن کاهش می‌یابد" (Orr, ۱۹۹۶, p. ۲۷۷ & McCarthy, Brack, Lambert, Brack). با این حال، بسیاری از نگرانی‌های دیگر مرتبط با این جمعیت موقعیتی و غیرقابل پیش‌بینی هستند.

مشاوره و راهنمایی مدرسه دبیرستان در اوایل دهه ۱۹۰۰ آغاز شد، زمانی که تأکید اصلی آن بر فعالیت‌های راهنمایی بود که به ساختن شهروندان بهتر کمک می‌کرد (Guidance Program Field & Gysbers, ۱۹۹۰ Writers). فرانک پارسونز بر رشد اولیه این حرفه تأثیر گذاشت، اگرچه جان بروئر واقعاً برای تأسیس راهنمایی دبیرستان در دهه ۱۹۳۰ تلاش کرد (Aubrey, ۱۹۷۹). بروئر معتقد بود که هم راهنمایی و هم آموزش به معنای کمک به جوانان در زندگی کردن است. ایده‌های او در آن زمان مورد استقبال گسترده قرار نگرفت، اما تحت عنوان آموزش مهارت‌های زندگی به طور فزاینده‌ای محبوب شده‌اند و امروزه تأکید بسیار بیشتری بر این نوع آموزش و پرورش شخصیت وجود دارد.

رشد مشاوره مدرسه دبیرستان به ویژه در دهه ۱۹۶۰ چشمگیر بود. استخدام مشاور در این تخصص بیش از سه برابر افزایش یافت، از حدود ۱۲۰۰۰ نفر در سال ۱۹۵۸-۱۹۵۹ به بیش از ۴۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۶۹-۱۹۷۰ (Stone, ۱۹۸۱ & Shertzer). طبق دفترچه راهنمای چشم انداز شغلی، تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۰۰ حدود ۶۳۰۰۰ نفر به عنوان مشاور مدرسه دولتی کار می‌کردند، با نسبت ۳ به ۱ به نفع مشاوران دبیرستان نسبت به مشاوران مدرسه ابتدایی. چند هزار مشاور دیگر در مدارس خصوصی کار می‌کردند. علاوه بر این، تعداد فرصت‌های شغلی برای مشاوران مدرسه در اواخر دهه ۱۹۸۰ افزایش یافت، زیرا بسیاری از مشاورانی که در مؤسسات NDEA آموزش دیده بودند شروع به بازنشستگی کردند و ایالت‌های بیشتری خدمات مشاوره بهتری را در مدارس در همه سطوح الزامی کردند (Gerler, ۲۰۰۸ & Baker). امروزه، تخمین زده می‌شود که ۱۰۰۰۰۰ مشاور در مدارس وجود دارند که بسیاری از آنها در سطح دبیرستان کار می‌کنند.

تأکیدات و نقش‌ها

مشاوران در محیط‌های دبیرستانی بر وظایف زیر تمرکز می‌کنند:

- ارائه خدمات مشاوره مستقیم به صورت فردی، گروهی و برای کل مدرسه
- ارائه خدمات آموزشی و حمایتی به والدین
- ارائه برنامه‌های مشورتی و ضمن خدمت به معلمان و کارکنان
- ارائه راهنمایی کلاسی
- تسهیل ارجاع به سازمان‌های بیرونی
- شبکه‌سازی با مدارس پسماتوسطه (دانشگاه‌ها و کالج‌ها) و کسب‌وکارها
- ارائه مشاوره تحصیلی (کمپیل و داهیر، ۱۹۹۷)

آبری (۱۹۷۹) استدلال می‌کند که یک تعارض واقعی برای مشاوران مدارس متوسطه وجود دارد که با دو نیاز مواجه هستند: الف) درگیر شدن در مشاوره دانش‌آموزان و ب) انجام وظایف تحصیلی و اداری، مانند برنامه‌ریزی، که پرسنل اداری مدرسه اغلب نیاز دارند. او معتقد است که مشاوران مدرسه، به ویژه در سطح دبیرستان، اغلب در فعالیتهای غیر حرفه‌ای گرفتار می‌شوند. براون (۱۹۸۹) بیان می‌کند که مشاوران ناکارآمد اغلب توسط مدیرانشان به درستی درک نمی‌شوند یا اشتباه هدایت می‌شوند، تحصیلات ضعیفی دارند، فاقد برنامه عملی هستند، در روابط عمومی درگیر نیستند و استانداردهای اخلاقی را نقض می‌کنند. برای مبارزه با تلاش‌ها برای قرار دادن آن‌ها در نقش‌های نامناسب، مشاوران مدارس متوسطه باید آنچه را انجام می‌دهند و چگونه انجام می‌دهند، نه تنها برای دانش‌آموزان بلکه برای معلمان، مدیران و مسئولان نیز توسعه داده و تبلیغ کنند (گورا،

(۱۹۹۸). آنها می‌توانند این کار را با «نوشتن خبرنامه‌های ماهانه، نصب برنامه زمانی مشاور، توزیع بیانیه نقش انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA)، تهیه کتابچه راهنمای خدمات راهنمایی، ارائه در جلسات هیئت علمی» و اشاره به کارایی هزینه‌ای اجازه دادن به مشاوران برای انجام صحیح وظایفشان برای دیگران انجام دهند (ریباک-روزنتال، ۱۹۹۴، ص ۱۶۳).

پیر (۱۹۸۵) نظرات مدیران ایالتی راهنمایی و مشاوره و دیگران را در مورد دیدگاه‌ها درباره نقش مشاوران مدارس متوسطه جویا شد. او نظرات متفاوتی یافت. کسانی که بیشترین احترام را برای برنامه‌های مدارس متوسطه قائل بودند، مدیران، سرپرستان، دانش‌آموزان، پرسنل کالج و دانشگاه، سایر مشاوران مدارس متوسطه و مربیان مشاور بودند. معلمان، والدین، رهبران جامعه و رهبران کسب‌وکار کمتر مثبت بودند. مدیران ایالتی به طور قاطع گزارش دادند که مشاوران مدارس متوسطه «احتمالاً» یا «قطعاً» به شدت درگیر فعالیت‌های غیرحرفه‌ای هستند. اگر این درست باشد، قابل درک است که چرا مشاوران مدارس متوسطه از سوی افراد خارج از محیط مدرسه به شدت مورد انتقاد قرار گرفته‌اند.

نظرسنجی پیر همچنین نشان داد که مشاوران مدارس متوسطه به عنوان فعال در مشاوره گروهی یا راهنمایی گروهی دیده نمی‌شوند، به عنوان مشاور خدمت نمی‌کنند و تأثیری بر اکثریت دانش‌آموزان ندارند. به طور کلی، برنامه‌ها در این سطح به اندازه برنامه‌های مدارس ابتدایی در همان منطقه مطلوب تلقی نمی‌شوند. با این حال، نکته مثبت این بود که پاسخ‌دهندگان مشاوران متوسطه را به عنوان اجتناب‌کنندگان از نقش‌های انضباطی، دارای صلاحیت خوب و مفید برای دانش‌آموزان به صورت فردی، به ویژه آنهایی که عازم کالج بودند، درک می‌کردند. به طور قابل توجهی، پاسخ‌دهندگان فکر می‌کردند مشاوران می‌توانند تغییراتی را در برنامه‌های مشاوره ایجاد کنند.

راه‌های بهبود درک و رفتار مشاور مدرسه متوسطه شامل تأکید بر نقش‌هایی است که نیازهای واقعی را برآورده می‌کنند. به عنوان مثال، مشاوران مدرسه باید تسهیل‌گر محیط‌های یادگیری سالم باشند، که باید شامل تسهیل حل مسئله در کلاس‌های درس عادی، توسعه گروه‌های رشد حرفه‌ای و بهبود ارتباطات کارکنان باشد. همه این نقش‌ها حداکثر دیده شدن را برای مشاوران در میان گروه‌هایی که به طور سنتی احترام کمی برای آنها قائل بوده‌اند، فراهم می‌کند. با ایفای نقش به عنوان تسهیل‌گر در تعاملات دانش‌آموز-بزرگسال و معاملات بزرگسال-بزرگسال، مشاوران وسیله‌ای برای تبادل سازنده بین گروه‌های متفاوت و اغلب منزوی از مردم فراهم می‌کنند.

یک عملکرد مهم برای هر مشاور مدرسه، بازسازی مداوم برنامه مشاوره است (گایزبرز، ۲۰۱۱؛ گایزبرز و هندرسون، ۲۰۱۲). یک برنامه سیستماتیک برای این فرآیند حیاتی است. این برنامه نه تنها شامل اجرای خدمات بلکه ارزیابی این فعالیت‌ها نیز می‌شود. می‌توان انتظار داشت که در راه‌اندازی و بازسازی فعالیت‌های راهنمایی و مشاوره در مدرسه مقداری استرس وجود داشته باشد، اما رضایت زیادی نیز حاصل می‌شود. مشاوران مدارس متوسطه باید در تماس مداوم با مخاطبان خود باشند تا خدمات و نقش‌های خود را مناسب و به‌روز نگه دارند.

فعالیت‌ها

فعالیت‌های مشاوران مدارس متوسطه را می‌توان به چندین حوزه تقسیم کرد. علاوه بر ارزیابی فعالیت‌های خود، آنها در پیشگیری، ترمیم/اصلاح و مداخله، و همکاری و تسهیل درگیر هستند. این دسته‌ها متقابلاً مانع‌الجمع نیستند و نگرانی‌های متعددی تحت هر عنوان وجود دارد.

پیشگیری (PREVENTION):

مشاوران مدارس متوسطه، مانند مشاوران مدارس ابتدایی و راهنمایی، بر خدمات پیشگیرانه تأکید می‌کنند. این تلاش‌ها «باید جامع، چندوجهی و یکپارچه باشند» (کیز و بماک، ۱۹۹۷، ص ۲۵۷). دلیل آن این است که مشکلات نوجوانان خارج از کلاس درس و مشکلات مدرسه به هم مرتبط هستند (مک‌کارتی و همکاران، ۱۹۹۶). بنابراین، پرداختن به یک موقعیت و غفلت از دیگری معمولاً کارساز نخواهد بود. یک راه برای پرداختن همزمان به هر دو، از طریق پیوند با مدرسه (school bonding) است، یعنی اتصال دانش‌آموزان به مدارسشان و افراد و سازمان‌های درون آن. پیوند با مدرسه همچنین به عنوان ارتباط با مدرسه (school connectedness)، درگیری با مدرسه (school engagement) و دلبستگی به مدرسه (school attachment) شناخته می‌شود. دلیل اینکه پیوند با مدرسه، به ویژه در طول سال آخر دبیرستان، بسیار قدرتمند است، کیفیت رشدی آن برای درگیر کردن دانش‌آموزان با یکدیگر به صورت اجتماعی و غیره است. این امر توانایی دانش‌آموزان را «برای غلبه بر چالش‌های زندگی و دستیابی به موفقیت تحصیلی» افزایش می‌دهد (برایان و همکاران، ۲۰۱۲).

راه‌های متعددی برای ساختن برنامه‌های پیشگیری اولیه علاوه بر پیوند با مدرسه وجود دارد. یک راه این است که مشاوران مدارس متوسطه با ترانه‌های محبوب فعلی آشنا شوند (اوستلوند و کینیپر، ۱۹۹۷). با گوش دادن دقیق به اشعار این ترانه‌ها، مشاوران مدارس متوسطه «در مورد خرده‌فرهنگ‌های نوجوانان آگاه‌تر می‌شوند و ممکن است بتوانند بهتر به بسیاری از نوجوانان در مقابله با مشکلات معمول نوجوانی کمک کنند» (صص ۸۷-۸۸). آنها بلافاصله با دانستن کلمات و/یا آهنگ‌های ترانه‌های محبوب، ارتباط برقرار می‌کنند و بنابراین وقتی صحبت می‌کنند یا پیشنهاد می‌دهند، بیشتر به آنها گوش داده می‌شود.

راه دوم اضافی برای مشاوران برای تمرین پیشگیری، اجرای گروه‌ها است (پیزلی و میلوسوم، ۲۰۰۷). گروه‌های موضوعی (Thematic groups)، که «دانش‌آموزانی را که مشکلات مشابهی را تجربه می‌کنند گرد هم

می‌آورند و به مشاوران اجازه می‌دهند از زمان و مهارت‌های خود به طور مؤثر استفاده کنند»، اهمیت ویژه‌ای دارند (زینک و لیتزل، ۲۰۰۰، ص ۵۱). تحقیقات نشان می‌دهد که مشاوره گروهی به ویژه در پرداختن و/یا پیشگیری از مشکلات نوجوانان در تعدادی از زمینه‌ها مؤثر بوده است. به عنوان مثال، مشخص شد که یک گروه ۱۰ هفته‌ای برای دختران نوجوان در معرض خطر، تغییرات مؤثر، مثبت و پایداری را تقویت می‌کند (زینک و لیتزل، ۲۰۰۰).

راه سوم اضافی برای مشاوران برای پیشگیرانه عمل کردن در محیط‌های دبیرستان، **تدریس گاه‌به‌گاه برنامه‌های درسی مبتنی بر پیشگیری** در کلاس‌ها است. اضطراب در مورد مدرسه و امتحانات، مهارت‌های مطالعه، روابط بین فردی، خودکنترلی و برنامه‌ریزی شغلی ممکن است از این طریق مورد توجه قرار گیرد. چنین رویکردی دو مزیت عمده دارد: زمان کمتری نیاز است که به فعالیت‌های ترمیم و مداخله اختصاص یابد، و مشاور جایگاه مثبت و برجسته‌ای را نزد معلمان و دانش‌آموزان حفظ می‌کند. به عنوان یک بخش کمکی یا یک بخش یکپارچه از برنامه‌های درسی، مشاوران می‌توانند اعضای کلاس را در فرآیند **کتاب‌درمانی تعاملی (interactive bibliotherapy)** مشارکت دهند که در آن کتاب‌های داستانی یا غیرداستانی در مورد موضوعات خاص می‌خوانند و واکنش‌های خود را با مشاور در میان می‌گذارند. (این فرآیند ممکن است در مشاوره شخصی نیز فردی‌سازی شود). کتاب‌هایی که به بیماری و مرگ، روابط خانوادگی، رفتارهای خودتخریب‌گر، هویت، سوء استفاده، نژاد و تعصب، و جنسیت و تمایلات جنسی می‌پردازند به راحتی در دسترس هستند. کریستنبری، بیل و پیچ (۱۹۹۶) تعدادی از آنها را پیشنهاد می‌کنند. آثار دیگر به راحتی از طریق کتاب‌هایی برای شما (کریستنبری، ۱۹۹۵) قابل دستیابی هستند.

از طریق پیشگیری اولیه، چه در مقیاس جهانی و چه محدود، دانش‌آموزان خودکفاتر می‌شوند و کمتر تحت سلطه گروه همسالان خود قرار می‌گیرند. آنها همچنین کمتر خودمحور می‌شوند، بیشتر به اصول به عنوان

راهنما در تصمیم‌گیری توجه می‌کنند و همدل‌تر می‌شوند. روابط بین معلم و مشاور و دانش‌آموز و مشاور نیز در این فرآیند تقویت می‌شود.

مطالعه موردی

درس‌های لزلی از طریق ترانه‌ها

لزلی متوجه شد که دانش‌آموزان دبیرستانش تمام روز به موسیقی گوش می‌دهند. آنها نه تنها گوش می‌دادند، بلکه در مورد اشعار نیز صحبت می‌کردند و گاهی اوقات دانش‌آموزی در راهروها آواز می‌خواند. بنابراین، لزلی تصمیم گرفت از موسیقی و اشعار در دروس راهنمایی خود و برای ترویج مهارت‌های بین فردی استفاده کند. او «المپیک ترانه» را ایجاد کرد که در آن دانش‌آموزان باید یا اشعار اصلی را کامل می‌کردند یا اشعار جامعه‌پسند می‌ساختند. همه مشتاق بودند، اما فعالیت به زودی بسیار رقابتی شد.

لزلی چگونه می‌تواند فعالیت را اصلاح کند تا آن را به یک تجربه یادگیری بیشتر برای همه تبدیل کند؟ پنج نمونه از حوزه‌های مشکل‌ساز که پیشگیری می‌تواند تفاوت عمده‌ای ایجاد کند عبارتند از: قلدری، سوء مصرف مواد، خودکشی/دیگرکشی نوجوانان، پیشگیری از عفونت HIV و روابط آزاردهنده.

بر اساس نظرسنجی مؤسسه اخلاق جوزفسون در سال ۲۰۱۰ از ۴۳۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی، نیمی اعتراف کردند که در سال گذشته کسی را مورد قلدری قرار داده‌اند و تقریباً به همان تعداد، ۴۷٪ گفتند که مورد قلدری، تمسخر یا طعنه قرار گرفته‌اند به گونه‌ای که آنها را به شدت ناراحت کرده است (charactercounts.org). «قلدری می‌تواند رو در رو یا از طریق رسانه‌های الکترونیکی مانند پیامک، ایمیل، شبکه‌های اجتماعی یا پست‌ها در اینترنت باشد» (پینجالا و پیرس، ۲۰۱۰، ص ۳۲). این نوع اخیر قلدری، معروف به قلدری سایبری (**cyberbullying**)، به ویژه مشکل‌ساز است زیرا می‌تواند به صورت ناشناس و مداوم انجام شود و هیچ جایی برای پنهان شدن هدف این سوء استفاده وجود ندارد. «برنامه‌های پیشگیری مؤثر تلاش می‌کنند تا حس مالکیت و مسئولیت مشترک پیشگیری از قلدری را در میان اهداف، قلدرها، ناظران،

کارکنان مدرسه، مراقبان و جامعه ایجاد کنند. با هم، سیاست‌ها و رویه‌های استاندارد و روشنی باید ایجاد و اجرا شوند» (ص ۳۵).

«بخش کوچکی از دانش‌آموزانی که مواد را تجربه می‌کنند و به طور منظم استفاده می‌کنند، به مشکلات شدیدتر سوء مصرف مواد مبتلا می‌شوند که به طور قابل توجهی بر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد» (بورو-سانچز و لوپز، ۲۰۰۹، ص ۷۲). برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد زمانی بهترین عملکرد را دارند که در اوایل زندگی دانش‌آموزان شروع شوند، بر اساس مدل‌های تأثیر اجتماعی باشند، متناسب با سن و مرحله گروه‌های مختلف دانش‌آموزی تنظیم شوند و دانش‌آموزان، والدین، معلمان و اعضای جامعه را در فرآیند برنامه‌ریزی درگیر کنند (موهای، ۱۹۹۱). یک مدل مؤثر خاص، مدلی است که در آن مشاوران با دانش‌آموزان بالقوه مستعد در معرض خطر به روشی چندبعدی کار می‌کنند (گلوریا و کورپیوس رابینسون، ۲۰۰۰). به طور کلی، رویکردهای چندبعدی عزت نفس را افزایش می‌دهند، نفوذ منفی همسالان را کاهش می‌دهند و اطلاعات مربوط به مواد مخدر را ارائه می‌دهند. **برنامه‌های کمک به دانش‌آموز (SAPs)** که توسط مشاوران در مدارس راه‌اندازی می‌شوند نیز مؤثر هستند (مور و فورستر، ۱۹۹۳). تیم‌های SAP از پرسنل مدرسه با پیشینه‌های مختلف تشکیل شده‌اند و به روش‌هایی مشابه تیم‌های آموزش ویژه چند رشته‌ای در مدارس عمل می‌کنند. آنها ممکن است ماهیت خاص یا عمومی داشته باشند اما هدفشان اطلاع‌رسانی و کمک به دانش‌آموزان برای مقابله با مشکلاتشان است (رینی، هنسلی و کراچفیلد، ۱۹۹۷).

برنامه‌های پیشگیری از **خودکشی و دیگرکشی** از رویکردهای گسترده‌ای پیروی می‌کنند که بر جدی بودن چنین خشونت‌ها و جایگزین‌های آن تأکید دارند. تخمین زده می‌شود که سالانه ۸٪ از نوجوانان آمریکایی اقدام به خودکشی می‌کنند و این سومین علت اصلی مرگ در میان آنها است. این دومین علت اصلی مرگ در میان جوانان کانادایی (سنین ۱۵ تا ۱۹ سال) است (اورال، آلتروز و پاولسون، ۲۰۰۶). تقریباً هر دقیقه یک اقدام به

خودکشی توسط یک نوجوان انجام می‌شود که سالانه تقریباً ۷۷۵۰۰۰ اقدام را شامل می‌شود (کارسون، بوچر و مینکا، ۲۰۰۰). اگرچه دختران بیشتر از پسران اقدام به خودکشی می‌کنند، اما پسران در انجام آن موفق‌تر هستند. پسران همچنین تقریباً عاملان انحصاری دیگرکشی‌های نوجوانان هستند. تعداد دیگرکشی‌های جوانان، به ویژه آنهایی که شامل مرگ‌های متعدد در مدارس می‌شوند، نیز در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است. کلمه «کلمباین» به طور غم‌انگیزی با کشتارهای جمعی در محیط‌های مدرسه مرتبط است.

از آنجا که رفتارهای ضداجتماعی مانند خودکشی و دیگرکشی پدیده‌هایی چندعاملی هستند، برای پیشگیری از آنها به انواع مداخلات نیاز است (دایکمن، داهلین، دوئل و فلامر، ۱۹۹۶). برخی از راه‌های پیشگیری از خودکشی و دیگرکشی عبارتند از: کمک به دانش‌آموزان، والدین و پرسنل مدرسه برای آگاهی از علائم خطر آنها و آگاه کردن مشاوران و سایر کمک‌کنندگان بهداشت روان از استانداردهای حرفه‌ای و قانونی مربوط به شکستن رازداری (پیچ و ردیک، ۱۹۹۱؛ رملی و اسپارکمن، ۱۹۹۳؛ شیلی و هرلیهی، ۱۹۸۹). درگیر کردن همسالان مدرسه، خانواده‌ها و افراد مهم دیگر در جامعه نیز حیاتی است (کشول و واک، ۱۹۹۶؛ ریچی، ۱۹۸۹). مهم است که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی و دیگرکشی در مدارس به جای واکنشی بودن، پیشگیرانه و همچنین به طور سیستماتیک طراحی شوند. یک رویکرد به چنین پرخاشگری، مفهومی است که به عنوان **برنامه‌های پوششی (wraparound programs)** شناخته می‌شود (کوتیلی و اسکینر، ۱۹۹۶). این برنامه‌ها دارای خدمات متعددی هستند که توسط تیمی متشکل از بسیاری از متخصصان بهداشت روان، از جمله مشاوران، ارائه می‌شود که با هم کار می‌کنند تا کمک مستقیم به جوانان در معرض خطر خشونت و همچنین خانواده و پرسنل جامعه/مدرسه‌ای که با جوانان در تماس هستند، ارائه دهند.

یک عامل مشترک در میان جوانان خودکشی‌گرا و دیگرکشی‌گرا، احساس افسردگی و خشم است. بنابراین، برنامه‌های پیشگیرانه، مانند گروه‌های حمایتی یا روانی-آموزشی، که به بهبود عزت نفس، شایستگی اجتماعی و

مقابله با فقدان و طرد شدن می‌پردازند، مهم هستند. چنین برنامه‌هایی به جوانان کمک می‌کنند تا از هوش خود به طور عاقلانه در طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها استفاده کنند و به آنها در توسعه تاب‌آوری (resilience) کمک می‌کنند: «فرآیندی انطباقی که به موجب آن فرد با میل و رغبت از منابع داخلی و خارجی برای غلبه بر ناملایمات یا تهدیدات رشد استفاده می‌کند» (اورال و همکاران، ۲۰۰۶). به همین ترتیب، برنامه‌هایی با هدف پیشگیری از خودکشی‌های تقلیدی و خوشه‌ای (copycat and cluster suicides) و ارائه آگاهی به جامعه حیاتی هستند (پوپنهگن و کوالی، ۱۹۹۸). شناسایی فردی جوانان در معرض خطر خودکشی یا دیگرکشی نیز بسیار مهم است. برنامه‌های مداخله‌ای جوانان متناسب با نیازها و شرایط قربانیان بالقوه خودکشی و عاملان دیگرکشی ضروری است. برنامه عملی برای مقابله با پتانسیل خودکشی و دیگرکشی باید تا حد امکان گسترده باشد (کاپوتزی، ۲۰۰۹).

هنگام کار برای پیشگیری از HIV، مشاوران ممکن است بتوانند یا نتوانند دانش‌آموزان را متقاعد کنند که فعالیت جنسی خود را تغییر دهند. با این حال، آنها می‌توانند با به کارگیری یک سیستم مداخله‌ای مبتنی بر اطلاعات و مهارت، به آنها در اجتناب از ابتلا به HIV و سایر بیماری‌های مقاربتی کمک کنند (استیونس-اسمیت و رملی، ۱۹۹۴). به عنوان مثال، مشاور مدرسه می‌تواند اطمینان حاصل کند که دانش‌آموزان می‌دانند HIV چگونه گسترش می‌یابد و چه رفتارهایی، مانند استفاده مشترک از سوزن‌های داخل وریدی و رابطه جنسی گاه‌به‌گاه محافظت نشده، آنها را در معرض بیشترین خطر قرار می‌دهد (کیلینگ، ۱۹۹۳). علاوه بر این، مشاوران می‌توانند با شبیه‌سازی موقعیت‌هایی که بالقوه خطرناک هستند، فرصت‌هایی برای مهارت‌سازی بین فردی به دانش‌آموزان ارائه دهند. آنها همچنین می‌توانند از نوجوانانی که تصمیم می‌گیرند رفتارهای جدید و مثبتی مانند تغییر عادات یا محیط‌های خود را امتحان کنند، حمایت کنند. گروه‌های حمایتی، کارگاه‌ها برای والدین و مدیران، و برنامه‌های آموزش همسالان نیز می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. آموزش همسالان یکی از

قوی‌ترین ابزارها برای منصرف کردن نوجوانان از درگیر شدن در رفتارهای مخرب و کمک به آنها برای تمرکز بر اقدامات سازنده است (ویتمر و آدورنو، ۲۰۰۰).

در نهایت، **خشونت بین فردی** (یعنی روابط آزاردهنده) را می‌توان از طریق مداخلات مشاور مدرسه پیشگیری کرد (بکی و فارن، ۱۹۹۷؛ بماک و کیز، ۲۰۰۰). در چنین برنامه‌هایی، مشاوران با دانش‌آموزان در گروه‌ها کار می‌کنند تا به آنها تأکید کنند که سیلی زدن، هل دادن و زبان تهدیدآمیز عاطفی بخشی عادی یا ضروری از روابط بین فردی نیست. علاوه بر این، آنها بر آموزش استراتژی‌های پیشگیری از خشونت به دانش‌آموزان مانند مدیریت خشم، قاطعیت، و ارتباط کلامی و غیرکلامی مسئولانه تمرکز می‌کنند. «قرار گذاشتن ایمن (Dating Safely)» یک مدل موجود در قالبی برنامه‌ریزی شده است که پیروی از آن آسان است.

به طور کلی، همانطور که این مثال‌ها نشان می‌دهند، مشاوران مدرسه به دلیل مهارت‌ها، آموزش و دانش خود در موقعیت قدرتمندی قرار دارند تا «رهبران توسعه برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مدرسه و جامعه باشند» (استیونس-اسمیت و رملی، ۱۹۹۴، ص ۱۸۲). آنها می‌توانند به دانش‌آموزان در تسلط بر **مهارت‌های مقابله‌ای (coping skills)** کمک کنند، یعنی «توانایی انطباق با استرس و ناملایمات» (کامپس، کانر-اسمیت، سالتزن، تامسن و ودزورث، ۲۰۰۱، ص ۸۷). این تسلط می‌تواند از طریق ابزارهای فعال یا غیرفعال، مانند تفکر پیامدی یا صرفاً مشاهده، صورت گیرد (بالکین و رولند، ۲۰۰۷).

ترمیم/اصلاح (REMEDIATION):

مشاوران مدارس متوسطه برنامه‌های ترمیم و مداخله را برای کمک به دانش‌آموزان با مشکلات خاصی که با تکنیک‌های پیشگیری قابل حل نیستند، آغاز می‌کنند. برخی از اختلالات روانی رایج دوران کودکی و نوجوانی در این زمان به وضوح خود را نشان می‌دهند، مانند مشکلات مربوط به سازگاری، رفتار، اضطراب، سوء مصرف مواد و خوردن (گروسکی، راجرز و برین، ۱۹۹۷). شناسایی، ارزیابی، ارجاع و در برخی موارد درمان این اختلالات که

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) یافت می‌شود، از جمله ارزشمندترین خدماتی است که یک مشاور مدرسه متوسطه، یا هر مشاور مدرسه‌ای، می‌تواند ارائه دهد (اغلب با مشورت با سایر ارائه‌دهندگان بهداشت روان). به دلیل زمان و منابع، مشاوران مدارس متوسطه معمولاً به طور مستقیم به درمان اختلالات روانی شدید نمی‌پردازند، بلکه بر سایر رفتارهای مشکل‌ساز خاصی که در محیط‌هایشان رخ می‌دهد، تمرکز می‌کنند. چهار مورد از شایع‌ترین این مشکلات عبارتند از: افسردگی، طلاق والدین، والدگری نوجوانان و سوء مصرف مواد.

افسردگی در نوجوانی با استرس منفی زندگی مرتبط است (بنسون و دیتز، ۱۹۹۲؛ موندی‌مور و کلی، ۲۰۱۶). فارست (۱۹۸۳) بیان می‌کند که حدود ۱۵٪ از کل دانش‌آموزان مدرسه ممکن است به دلیل عوامل استرس‌زای خارجی و توانایی‌های ناکافی پاسخگویی فردی افسرده باشند. او شاخص‌های رایج عاطفی، جسمی، فکری و رفتاری افسردگی را فهرست می‌کند. علاوه بر این، او بر نیاز مشاوران مدرسه به استفاده از انواع رویکردها در برخورد با این مشکل تأکید می‌کند. از جمله برجسته‌ترین آنها استفاده از مدل چندوجهی لازاروس؛ آموزش نحوه توسعه عزت نفس به دانش‌آموز؛ کمک به دانش‌آموز برای آگاهی از افسردگی و عوامل استرس‌زای مؤثر بر آن؛ و آموزش روش‌های آرام‌سازی، مهارت‌های مقابله‌ای جدید و راه‌های اصلاح پیام‌های منفی به خود است. همه این رویکردها نیازمند سرمایه‌گذاری قابل توجهی از زمان و انرژی هستند.

تقریباً یک میلیون کودک هر سال **طلاق والدین** را تجربه می‌کنند و تخمین زده می‌شود که ۴۵٪ از کل کودکان آمریکایی می‌توانند انتظار داشته باشند که خانواده‌هایشان قبل از رسیدن به سن ۱۸ سالگی از هم بپاشند (وایتهد، ۱۹۹۷). مشاوران مدارس متوسطه می‌توانند از طریق خدمات مستقیم و غیرمستقیم به کودکان، والدین و معلمان در سازگاری با طلاق کمک کنند. مداخلاتی که مستقیماً به مشکلات طلاق می‌پردازند شامل خدمات مشاوره فردی و گروهی در مدرسه برای کودکان است. کار گروهی ساختاریافته و کوتاه‌مدت می‌تواند

تأثیر مثبتی در کمک به دانش‌آموزان دبیرستانی برای مرتب کردن و حل احساسات خود در مورد تجربه طلاق داشته باشد (اسمید، ۱۹۹۵). خدمات غیرمستقیم بیشتری نیز می‌توان اجرا کرد، مانند مشورت با معلمان و والدین در مورد احساسات کودکان. معلمان و والدین به اطلاعاتی در مورد آنچه باید از فرزندان طلاق انتظار داشت و مداخلات مفیدی که ممکن است در فرآیند کمک به کار گیرند، نیاز دارند. به همین ترتیب، کودکان ممکن است به منابعی برای مقابله نیاز داشته باشند و مشاوران مدرسه می‌توانند با ارائه اطلاعات به طور مستقیم و غیرمستقیم، به عنوان مثال، مطالعه در مورد موضوع، به آنها کمک کنند.

والدگری نوجوانان مملو از مسائل عاطفی هم برای جامعه و هم برای نوجوانان است. هنگامی که والدگری ناشی از بارداری خارج از ازدواج باشد، احساسات تشدید می‌شود. چالش برای مشاوران مدرسه، توسعه استراتژی‌های برون‌رسی برای کار با اعضای این جمعیت است. علاوه بر این، مشاوران باید به نگرانی‌های شخصی و شغلی والدین جوان رسیدگی کرده و ارجاعات لازم را انجام دهند. معمولاً این فرآیند از طریق تلاش‌های مشترک بین مشاوران مدرسه و مددکاران بهداشت روان جامعه به بهترین شکل انجام می‌شود (کیسلیکا و فالر، ۱۹۹۳). یک وظیفه ضروری، جلوگیری از بچه‌دار شدن مجدد والدین نوجوان است. جنبه حیاتی دیگر، نگه داشتن مادران (و پدران) مجرد در مدرسه و افزایش موفقیت آنها در عرصه‌های تحصیلی، شخصی و بین فردی است (دریدر، ۱۹۹۳).

آزمایش مواد مختلف، از الکل گرفته تا مواد مخدر سنگین، برای نوجوانان معمول است. «تقریباً ۳۴٪ از دانش‌آموزان کلاس دهم و ۴۵٪ از دانش‌آموزان کلاس دوازدهم مصرف الکل را گزارش می‌دهند ... و تقریباً ۱۸٪ از دانش‌آموزان کلاس دهم و ۲۲٪ از دانش‌آموزان کلاس دوازدهم مصرف یک ماده غیرقانونی را گزارش می‌دهند» (بورو-سانچز، جنسن و کلارک، ۲۰۰۸، ص ۲۳۸). متأسفانه، برخی از نوجوانان دچار مشکلات سوء مصرف مواد می‌شوند که به طور قابل توجهی بر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. این مشکلات اغلب با سایر مشکلات

بهداشت روان مانند افسردگی، ADHD، اختلالات سلوک، اختلالات اضطرابی، اختلالات دوقطبی و شکست تحصیلی همراه هستند که درمان آنها را دشوار می‌کند. بنابراین، مداخله موفقیت‌آمیز با دانش‌آموزانی که مواد را سوء مصرف می‌کنند، برای مشاوران مدارس متوسطه چالش‌برانگیز است زیرا پیچیدگی‌های زیادی برای این مشکل وجود دارد. درمان حتی دشوارتر است زیرا اکثر نوجوانان تمایلی به صحبت آشکار در مورد سوء مصرف مواد با بزرگسالان ندارند.

درمان می‌تواند متفاوت باشد اما ممکن است شامل مداخلات فردی، مانند مشاوره‌ای که برای مقابله با سوء مصرف مواد و مصاحبه انگیزشی (motivational interviewing) آموزش دیده است، و همچنین مداخلات گروهی، مانند گروه‌های روانی-آموزشی و گروه‌های حمایتی (یا مراقبت پس از درمان (aftercare)) در صورتی که دانش‌آموز کمک مبتنی بر جامعه دریافت کرده باشد، باشد. این فرآیند زمان‌بر است، اما نتایج زمانی که این استراتژی‌ها اجرا شده‌اند، مثبت بوده است.

همکاری و تسهیل (COOPERATION AND FACILITATION):

همکاری و تسهیل، مشاور را در انواع فعالیت‌های اجتماعی و مدرسه‌ای فراتر از نقش مراقبتی درگیر می‌کند. مشاورانی که از گروه‌های اجتماعی و مدرسه‌ای آگاه نیستند یا در آنها مشارکت ندارند، به اندازه کافی مؤثر نیستند. بخشی از مسئولیت مشاور، درگیر شدن با دیگران به روش‌هایی خارج از خدمات مشاوره مستقیم است (لی و والز، ۱۹۹۸). بنابراین، مشاوران مدارس متوسطه اغلب باید در همکاری با معلمان و سایر پرسنل مدرسه پیشقدم شوند. با درگیر شدن بیشتر با معلمان، مدیران و حامیان فعالیت‌های فوق برنامه، مشاوران دیدگاه‌های خود را در کل زندگی مدارس ادغام می‌کنند و «به ایجاد آن نوع محیط‌های مدرسه‌ای که رشد و یادگیری را تحریک می‌کنند، کمک می‌کنند» (گلوکساف و کوپروویچ، ۱۹۹۰، ص ۱۰).

در مقاله‌ای بسیار کاربردی در مورد نقش مشاور مدرسه به عنوان **هماهنگ‌کننده خدمات**، دوو و مک کلم (۱۹۸۲) بر اهمیت پاسخگویی مشاوران برای انجام سه نقش تأکید می‌کنند. نقش اول **بازیاب اطلاعات (information retriever)** است. در اینجا، مشاور یا اطلاعات را جمع‌آوری می‌کند یا با سایر متخصصان برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد موقعیت‌های به خصوص پیچیده، مانند نوجوان باردار مورد آزار قرار گرفته و وابسته به مواد، همکاری می‌کند. نقش دوم مربوط به **هماهنگی خدمات (service coordination)** است. مشاور تعیین می‌کند که آیا تخصص لازم برای پاسخگویی به نیازهای خاص دانش‌آموزان را دارد یا خیر. اگر مشاور تخصص لازم را نداشته باشد، ارجاع مناسبی انجام می‌شود. نقش سوم **مدیر اطلاعات (information administrator)** است. مشاور طرحی را هماهنگ می‌کند که در آن افراد یا سازمان‌ها در محیط‌های مشاوره غیرمدرسه‌ای خدمات دانش‌آموزی را ارائه می‌دهند. این فعالیت شامل برنامه‌ریزی و اجرای ارتباط مستمر بین ارائه‌دهندگان خدمات است.

روشی کمتر درگیرکننده اما مهم که مشاوران می‌توانند با دیگران در مدرسه و جامعه همکاری کنند، از طریق مشارکت در **برنامه‌های آموزشی فردی شده (IEPs)** است - یعنی برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای تخصصی کودکان خاص. مشاوران یا در مداخلات مستقیم یا خدمات حمایتی با دانش‌آموزانی که IEP برای آنها تنظیم شده است، مشارکت می‌کنند. صرف‌نظر از ملاحظات خاص، مشاوران می‌توانند از نزدیک با سایر پرسنل مدرسه و جامعه همکاری کنند تا اطمینان حاصل شود که دانش‌آموزان غیرمعمول خدمات آموزشی و حمایتی مناسبی دریافت می‌کنند. بنابراین، دانش‌آموزان کمتری ترک تحصیل می‌کنند یا در جوامعی که در آن زندگی می‌کنند گم نمی‌شوند (کاشمن، سیر و هیریولد-کینی، ۲۰۰۰).

مشاوره مدرسه در قرن بیست و یکم (۲۱st-CENTURY SCHOOL COUNSELING)

همانطور که بررسی مشاوره مدرسه در این فصل نشان داده است، «مشاوران مدرسه متخصصان خط مقدم بهداشت روان برای دانش‌آموزان و خانواده‌هایی هستند که طیفی از مسائل رشدی عادی تا مشکلات جدی ناکارآمدی را ارائه می‌دهند» (بوردرز، ۲۰۰۲، ص ۱۸۴). به این ترتیب، مشاوران مدرسه تشویق می‌شوند تا در انواع طرح‌های آموزشی و بهداشت روان که به طور عمدی و مشترک با سایر ذینفعان در سیستم مدرسه و جامعه خود مانند معلمان، مدیران و خانواده‌ها طراحی شده‌اند، مشارکت کنند (کولبرت، ورنون-جونز و پرانسکی، ۲۰۰۶؛ گرین و کیز، ۲۰۰۱؛ پیزلی و مک‌ماون، ۲۰۰۱). یک گام نوآورانه در این راستا، تأسیس مراکز بهداشت مستقر در مدرسه (SBHCs) بوده است، که تلاش‌های هماهنگی برای رفع نیازهای بهداشت جسمی و روانی دانش‌آموزان هستند و شامل متخصصانی از آموزش بهداشت، پرستاری، تغذیه، مشاوره مدرسه و روانشناسی مدرسه می‌شوند (براون، ۲۰۰۶). در چنین محیطی، مشاوران مدرسه با سایر متخصصان و با مصرف‌کنندگان همکاری می‌کنند. گام نوآورانه دوم، اتخاذ یک چارچوب بوم‌شناختی (ecological framework) برای مشاوره مدرسه است (مک‌ماون و همکاران، ۲۰۱۴) که در آن مشاوران مدرسه‌ای چارچوبی را تنظیم می‌کنند که به دنبال درک ارتباطات متقابل بین کسانی است که به آنها خدمت می‌کنند و زمینه‌های متعدد آنها. هدف، ایجاد و حفظ تعادل و روابط هم‌افزایی بین افراد و محیط است.

در قرن بیست و یکم، نقش‌های مشاوران مدرسه در مدارس و جامعه هم در حال تکامل و هم مورد بحث است. «تغییرات در جمعیت دانش‌آموزان ممکن است تأثیری معادل قانون ملی آموزش دفاعی ۱۹۵۸ یا قانون هیچ کودکی پشت سر نماند ۲۰۰۱ (۲۰۰۲) بر آموزش و مشاوره مدرسه داشته باشد» (پورتمن، ۲۰۰۹، ص ۲۶). تا سال ۲۰۲۰، توزیع افراد در سن مدرسه بین ۵ تا ۱۷ سال پیش‌بینی می‌شد که «۳۰ میلیون سفیدپوست؛ ۹ میلیون آفریقایی-آمریکایی؛ ۱۳ میلیون لاتین تبار؛ ۳ میلیون آسیایی/جزایر اقیانوس آرام؛ و ۴ میلیون نفر دیگر»

باشد (ص ۲۲). (توجه: این آمار مربوط به پیش‌بینی سال ۲۰۰۹ برای سال ۲۰۲۰ است). یک وظیفه اصلی برای مشاوران مدرسه این است که نقش‌هایی را که برای سلامت تحصیلی و محیطی مدارس که در آنها خدمت می‌کنند حیاتی هستند، رها نکنند یا ترک نکنند و در عین حال تغییراتی را که نفوذ و خدمات آنها را در محیط‌های آموزشی افزایش می‌دهد، تصور کرده و ایجاد کنند (داهیر، ۲۰۰۹). این وظیفه به احتمال زیاد شامل خدمت به عنوان **میانجی‌گران فرهنگی (cultural mediators)** از طریق «درگیر شدن در فعالیت‌های پیشگیری، مداخله و/یا ترمیمی است که ارتباط و درک بین سیستم‌های انسانی متنوع فرهنگی (مانند مدرسه، خانواده، جامعه و سازمان‌های فدرال و ایالتی) را تسهیل می‌کند و به پیشرفت تحصیلی همه دانش‌آموزان کمک می‌کند» (پورتمن، ۲۰۰۹، ص ۲۳).

در سال ۱۹۹۷، **تراست آموزش (Education Trust)**، یک سازمان حمایت اجتماعی با هدف بهبود مدارس، چشم‌اندازی از مشاوره مدرسه را پیشنهاد کرد که در آن مشاوران درگیر فعالیت‌های تغییرگرا بودند که برای مدارس، دانش‌آموزان آنها و مشاوران حرفه‌ای مدرسه توانمندساز بود (کولبرت و همکاران، ۲۰۰۶؛ سیرز و گرانلو، ۲۰۰۲). علاوه بر این، ۱۰ کالج و دانشگاه در سراسر ایالات متحده را انتخاب کرد تا پیشنهادهایی در مورد اصلاح برنامه درسی آموزش مشاوران مدرسه در مؤسسات آموزش عالی ارائه دهند. کار حاصل از افراد درگیر در این تلاش، از مشاوران مدرسه می‌خواهد «به عنوان رهبران و مدافعان برای حذف موانع سیستمی (systemic barriers) که مانع موفقیت تحصیلی همه دانش‌آموزان می‌شود، کار کنند» (هاوس و هیز، ۲۰۰۲، ص ۲۵۵). این توسط تراست آموزش به عنوان «چشم‌انداز جدیدی برای مشاوران مدرسه» ترسیم شده است (جدول ۱۵، ۲). اینکه این چشم‌انداز تا چه حد بر مشاوره مدرسه در قرن بیست و یکم تأثیر خواهد گذاشت، باید دید. با این حال، «مانند سایر مشاغل خدمات دانش‌آموزی، مشاوره مدرسه در حال گذراندن دوره‌ای از اصلاحات و بازسازی گسترده است» (آدلمن و تیلور، ۲۰۰۲، ص ۲۳۵). در قرن بیست و یکم، مشاوران مدرسه نیاز دارند که

هویت خود را به طور قطعی تری تعریف کنند و همچنین با نیروهای خارجی که مایل به تعریف یا محدود کردن آنها هستند، مقابله کنند. مستندسازی اثربخشی برنامه‌های مشاوره مدرسه در این فرآیند بسیار مهم خواهد بود (ویستون، ۲۰۰۲). طراحی و اجرای برنامه‌های مشاوره مدرسه که جامع و رشدی باشند نیز ضروری خواهد بود (گایزبرز، ۲۰۱۱).

علاوه بر رهبری ارائه شده توسط تراست آموزش، ASCA، همانطور که قبلاً بحث شد، مدل ملی خود را برای برنامه‌های مشاوره مدرسه (ASCA، ۲۰۱۲) تدوین کرد. این مدل «برای تعریف دستورالعمل‌های پایدار برای مشاوران مدرسه جهت ساخت برنامه‌ها و تعریف زبان مشترک عمل برای مشاوران مدرسه نوشته شده است» (لوئیس و بوروندا، ۲۰۰۶، ص ۴۱۱).

(جدول ۱۵,۲ چشم‌انداز جدیدی برای مشاوران مدرسه)

چشم‌انداز جدید	تمرکز کنونی
• تمرکز بر پیشرفت تحصیلی/دانش‌آموزی	• ارائه‌دهندگان بهداشت روان
• نگرانی‌ها/مسائل کل مدرسه و سیستم	• نگرانی‌ها/مسائل دانش‌آموزان به صورت فردی
• تمرکز تحصیلی، ساختن بر اساس نقاط قوت دانش‌آموز	• مدل بالینی متمرکز بر کمبودهای دانش‌آموز
• رهبر، برنامه‌ریز، توسعه‌دهنده برنامه	• ارائه‌دهنده خدمات، ۱ به ۱ و گروه‌های کوچک
• تمرکز بر مشاوره تحصیلی، یادگیری و پیشرفت، حمایت از موفقیت دانش‌آموز	• تمرکز اصلی بر مسائل شخصی/اجتماعی
• اعضای جدایی‌ناپذیر تیم آموزشی	• پرسنل پشتیبانی جانبی

• نقش و مسئولیت تعریف شده به صورت سست	• مأموریت متمرکز و شناسایی نقش
• دروازه‌بانان	• استفاده از داده‌ها برای ایجاد تغییر
• طبقه‌بندی‌کنندگان، انتخاب‌کنندگان در فرآیند تعیین کلاس	• مدافعان گنجاندن در آمادگی دقیق برای همه—به ویژه دانش‌آموزان فقیر و دانش‌آموزان رنگین‌پوست
• کار به صورت مجزا یا با سایر مشاوران	• تیم‌سازی و همکاری با همه مربیان در مدرسه در حل مسائل مربوط به کل مدرسه و جامعه
• نگهبانان وضع موجود	• عوامل تغییر، به ویژه برای عدالت آموزشی برای همه دانش‌آموزان
• درگیری عمدتاً با دانش‌آموزان	• درگیری با دانش‌آموزان، والدین، متخصصان آموزش، جامعه، سازمان‌های اجتماعی
• وابستگی به استفاده از منابع سیستم برای کمک به دانش‌آموزان و خانواده‌ها	• دلالت خدمات برای والدین و دانش‌آموزان از منابع/سازمان‌های اجتماعی و همچنین منابع سیستم مدرسه

• برنامه‌ریزان پسماتوسطه با دانش‌آموزان علاقه‌مند	• قهرمانان ایجاد مسیرهایی برای همه دانش‌آموزان جهت دستیابی به آرزوهای والا

منبع: هیز، آر. ام. (۲۰۰۲). مشاوران مدرسه: تبدیل شدن به بازیگران کلیدی در اصلاح مدارس، ۵، ۲۴۹-۲۵۶.

تراست آموزش، شرکت واشنگتن دی سی. بازنشر با اجازه تراست آموزش.

اجرای این برنامه مبتنی بر مدل ملی به مشاوران مدرسه کمک می‌کند تا تأکید خود را از رویکرد **خدمت‌محور**

برای برخی دانش‌آموزان به رویکرد **برنامه‌محور** برای همه دانش‌آموزان تغییر دهند.

هم تراست آموزش و هم مدل ملی ASCA تأکید می‌کنند که در نقش‌های انتقالی که مشاوران مدرسه اکنون در

آن قرار دارند، آنها به عنوان متخصصان باید سه تغییر عمده ایجاد کنند:

• از «ارائه خدمات برای افراد، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها ... به تمرکز بر نگرانی‌های سراسر مدرسه»

• از «جهت‌گیری عمدتاً خدمات واکنشی به مشارکتهای مشاوره مدرسه که پیشگیرانه و رشدی

هستند»

• از «کار عمدتاً به صورت فردی به توسعه تیم‌ها یا جوامع حرفه‌ای» (کولبرت و همکاران، ۲۰۰۶، ص

(۷۴)

علاوه بر این، دانشگاه ماساچوست به سمت خدمت به عنوان منبعی برای انتشار شیوه‌های با کیفیت و مبتنی بر

شواهد در مدارس حرکت کرده است...

خلاصه و نتیجه‌گیری

این فصل به مشاوره حرفه‌ای مدرسه پرداخت. نقش‌های مشاوران مدرسه و تغییراتی که مشاوران و مدارس در حال حاضر با اجرای مدل ملی ASCA و برجسته شدن توصیه‌های تراست آموزشی تجربه می‌کنند، برجسته شد.

جنبه‌های مختلف مشاوره در مدارس ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان نیز همراه با تاریخچه مختصری از نحوه انجام شیوه‌ها در این محیط‌ها پوشش داده شد. وظایف مشاوران مدرسه در هر سطح به طور منحصر به فرد رشدی و پیشگیرانه است، با این حال همه بر روابط درون فردی و بین فردی و اصلاح تمرکز دارند. مشاورانی که در مدارس کار می‌کنند باید انعطاف‌پذیر و ماهر در دانستن نحوه کار با کودکان، والدین و سایر کارکنان مدرسه باشند که از محیط‌های بسیار متفاوت آمده‌اند و دیدگاه‌های مختلفی دارند. آنها باید بدانند که چه موقعیت‌هایی به چه روشی بهتر اداره می‌شوند (از طریق مشاوره، مشاوره، توسعه برنامه درسی و غیره).

مشاوران مدرسه ابتدایی بر ارائه خدمات پیشگیرانه و افزایش آگاهی دانش‌آموزان از نیازهای فردی و راه‌های برآورده کردن آنها به روشی سالم و جامعه‌پسند تمرکز دارند. بخش عمده‌ای از کار در این سطح نتیجه تأکید بر مسائل برنامه درسی (یعنی، راهنمایی کلاسی)، برگزاری گروه‌های کوچک و ارائه مشاوره به دیگران است. مشاوران مدرسه راهنمایی بیشتر بر کمک به دانش‌آموزان برای ایجاد هموارترین انتقال ممکن از کودکی به نوجوانی تمرکز دارند. آنها بسیاری از فعالیت‌هایی را ارائه می‌دهند که مشابه فعالیت‌های سطح مدرسه ابتدایی است و به ویژه بر موقعیت‌های مورد نگرانی عمده کودکان در این محدوده سنی، مانند نحوه مدیریت اضطراب و ایجاد روابط خوب با همسالان تمرکز می‌کنند.

مشاوره مدرسه دبیرستان به طور سنتی بر خدمات مشاوره فردی با افراد پرخطر و دارای پیشرفت تحصیلی بالا تأکید داشته است. با این حال، اکنون مشاوران در این سطح به لطف مدل‌ها و ابتکارات جدیدی که توسط ASCA و تراست آموزشی ارائه شده است، چندبعدی‌تر شده‌اند. مشاوران مدرسه دبیرستان امروزه بیشتر در ایجاد تأثیر بر محیط کل مدرسه و اجرای برنامه‌های پیشگیری و اصلاح درگیر هستند. آنها به دانش‌آموزان در انتقال از

محیط مدرسه به دنیای کار یا ادامه تحصیل کمک می‌کنند. حل عوامل رشدی و موقعیتی مرتبط با این انتقال برای آنها به یک اندازه مهم است.

به طور کلی، مشاوران مدرسه وظایف و مسئولیت‌های متعددی دارند. آگاهی جدیدی وجود دارد مبنی بر اینکه مشاوران مدرسه منفعل یا کم‌سواد برای خیر کودکان و جامعه کارساز نبوده‌اند و نخواهند بود. به احتمال زیاد، بهبود در مشاوره مدرسه در تمام سطوح در دهه‌های آینده در قرن بیست و یکم رخ خواهد داد، زیرا مشاوران و جوامع مدرسه‌ای در سطح پایه بیشتر در این فرآیند درگیر می‌شوند و رهبران انجمن‌ها و مؤسسات در سطح ملی به حمایت از مشاوره مدرسه می‌پردازند.

MyCounselingLab® برای آشنایی با مشاوره

تمرین‌های مبحث ۱۵: مشاوره مدرسه را امتحان کنید.

فصل شانزدهم

مشاوره دانشجویی و خدمات زندگی دانشجویی



مرور فصل

از این فصل خواهید آموخت درباره:

- توسعه خدمات زندگی دانشجویی و مشاوره کالج
 - تأکيدات، نقش‌ها و فعاليت‌های مشاوران کالج
 - تأکيدات، نقش‌ها و فعاليت‌های خدمات زندگی دانشجویی با دانشجویان سنتی و غیرسنتی
- همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:
- چگونه کالج هم برای دانش‌آموزان و هم برای کسانی که با آنها کار می‌کنند، هم شادی و هم استرس است؟

• ارزشمندترین خدمات زندگی دانشجویی از نظر دانشجویان کالج و دلیل آن چیست؟

چگونه دانشجویان در طول تجربه کالج خود تغییر می‌کنند اگر برنامه‌ها برای رفع نیازهای رشدی آنها طراحی شده باشند؟

درست مثل پاییز، شاخ و برگ ما تماشا می‌کنیم آنچه را که تو با خود در هر سپتامبر می‌آوری. تغییرات تو آنقدر چشمگیر نیستند که قرمزی افرا، یا به گرمی نارنجی آتشین غروب؛ اما حضور تو، هم فردی و هم جمعی، مثل برگ‌هایی که رنگی به محوطه‌ای می‌بخشند که در سایه‌های خاکستری اداری یکنواخت می‌بود. ما آمدن تو را جشن می‌گیریم همانقدر که مشتاقانه منتظر هوای خنک و ترد در پایان تابستان هستیم. ما از روح تو استقبال می‌کنیم که زندگی می‌بخشد به استعاره‌ها و ایده‌آل‌هایی که زندگی‌های تغییرناپذیر ما را زنده می‌کنند....

"در میان فصول به سوی زندگی جدید"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۸۲، مجله آموزش انسان‌گرا، ۲۰، ۱۲۲. © ساموئل تی. گلادینگ.

آموزش عالی یکی از ارزشمندترین تجربیات در ایالات متحده است که سالانه حدود ۲۰ میلیون نفر را ثبت‌نام می‌کند. در آغاز قرن بیست و یکم، تقریباً ۳۰٪ از جمعیت ایالات متحده دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر بودند (اداره سرشماری ایالات متحده، ۲۰۱۵) در مقایسه با ۵٪ در سال ۱۹۴۰. «برای بسیاری از دانشجویان، به‌ویژه آنهایی که در سنین سنتی (دانشجویان عادی) هستند، دانشگاه نشانگر آغاز افزایش استقلال، تصمیم‌گیری و مدیریت نقش‌های در حال تغییر است» (هینکلمن و لوزو، ۲۰۰۷، ص ۱۴۴). این دوره «از نظر رشدی یک دوره بحرانی است زیرا دانشجویان فعالانه در حال کاوش هویت خود و تلاش برای تعریف خود هستند» (جوردن، ۲۰۰۶، ص ۳۲۸). بنابراین، دانشگاه فقط مربوط به مطالعه نیست. بلکه مربوط به یادگیری زندگی مستقل و

موفقیت‌آمیز است، به‌ویژه برای افراد بین ۱۸ تا ۲۹ سال، زیرا آنها سبک‌های زندگی و مشاغل مختلف را آزمایش می‌کنند و برای وظایف حیاتی بزرگسالی آماده می‌شوند - مرحله‌ای از زندگی که اکنون به عنوان **بزرگسالی نوظهور (emerging adulthood)** شناخته می‌شود (آرنت، ۲۰۱۵). به همین دلیل است که علاوه بر دروس آموزشی، خدمات زندگی دانشجویی (**student-life services**) در پردیس‌های دانشگاهی ارائه می‌شود. این خدمات عمدتاً به شکل فعالیت‌های هم‌برنامه (**cocurricular activities**)، برنامه‌های حمایتی و مشاوره هستند (شو، جونز، هارپر و همکاران، ۲۰۱۱) و در کمک به اعضای این گروه سنی برای انتقال موفقیت‌آمیز، ضروری هستند.

خدمات زندگی دانشجویی و مشاوره در پردیس‌های کالج و دانشگاه‌های ایالات متحده برای اولین بار در آغاز قرن بیستم ظهور کردند. ای. جی. ویلیامسون، رئیس امور دانشجویی در دانشگاه مینه‌سوتا در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰، آنچه را که بعدها دیدگاه کارکنان دانشجویی (**student personnel point of view**) نامیده شد، بیان کرد (ویلیامسون، ۱۹۳۹). مدل او از خدمات کارکنان دانشجویی، استاندارد آن زمان را تعیین کرد. این رویکرد عمدتاً هدایت‌شده و مشاور-محور بود. تأکید بر این بود که «کافی نیست به مراجعان کمک کنیم تا به آنچه می‌خواهند تبدیل شوند؛ بلکه مهم‌تر است که به آنها کمک کنیم تا به آنچه باید بخواهند تبدیل شوند» (اوینگ، ۱۹۹۰، ص ۱۰۴). دیدگاه کارکنان دانشجویی، که گاهی دیدگاه مینه‌سوتا (**Minnesota point of view**) نامیده می‌شود، تا پس از جنگ جهانی دوم پابرجا ماند. در آن زمان، دولت فدرال شروع به تزریق پول به آموزش عالی برای خدمات متنوع کرد و دیدگاه‌های رقیب ظهور کردند.

ایده‌ها در مورد اهمیت خدمات زندگی دانشجویی، رشد دانشجو و مشاوره از دهه ۱۹۴۰ به طور فزاینده‌ای پذیرفته شده‌اند. آنها از دهه ۱۹۷۰ بخشی از حوزه‌ای بوده‌اند که به عنوان **امور دانشجویی (student affairs)** شناخته می‌شود (کانن، ۱۹۸۸؛ شو و همکاران، ۲۰۱۱؛ وینستون و کریمر، ۱۹۹۷). گاهی اوقات

خدمات زندگی دانشجویی و مشاوره دانشگاهی به طرق خاصی به هم مرتبط هستند؛ گاهی اوقات نیستند. صرف نظر از این، آنها اشتراکات زیادی دارند (مانند تأکید بر سلامت و رشد کل فرد) و به دلیل نحوه انطباق و تأثیرگذاری بر کل زندگی پردیس دانشجویان، اساتید، کارکنان و مدیران، در این فصل با هم گنجانده شده‌اند. متخصصانی که با دانشجویان دانشگاهی خارج از کلاس درس کار می‌کنند، از نظر پیشینه و آموزش متفاوت هستند (بلوند، ۱۹۹۲؛ شو و همکاران، ۲۰۱۱). آنها شامل افرادی می‌شوند که در کمک‌های مالی، پذیرش، برنامه‌ریزی شغلی و کاریابی، آموزش بهداشت، اتحادیه‌های پردیس، ثبت‌نام، زندگی در خوابگاه، مشاوره و فعالیت‌های بین‌المللی استخدام شده‌اند. خدماتی که آنها ارائه می‌دهند شامل موارد زیر است:

- خدمات مرتبط با رفتارهای دانشجویی (مانند ترک تحصیل، فعالیت‌های پردیس)
- خدمات مرتبط با توصیف ویژگی‌های دانشجویی (مانند استعدادها، آرزوها)
- خدمات مرتبط با رشد دانشجو (مانند شناختی، اخلاقی، اجتماعی/عاطفی)
- خدمات مرتبط با عملکرد تحصیلی دانشجو (مانند مهارت‌های مطالعه، نمرات)

مشاوران و کارکنان امور دانشجویی بر نگرانی مشترکی در مورد رشد کامل افرادی که به آنها خدمت می‌کنند تأکید دارند (جانسون، ۱۹۸۵؛ شو و همکاران، ۲۰۱۱). بسیاری از آنها عضویت‌های متعددی در سازمان‌های حرفه‌ای دارند. یکی از متنوع‌ترین گروه‌های حرفه‌ای، انجمن کارکنان کالج آمریکا (ACPA - American College Personnel Association) است که تا سال ۱۹۹۲ وابسته به ACA بود. این انجمن که رسماً در سال ۱۹۲۴ سازماندهی شد، سه بار تغییر نام داده است. اعضای آن در تعدادی از حوزه‌های مرتبط با خدمات دانشجویی استخدام شده‌اند. گروه حرفه‌ای مهم دیگر، انجمن مشاوره کالج آمریکا (ACCA - American College Counseling Association) است که از سال ۱۹۹۲ بخشی از ACA است. اعضای ACCA

متخصصانی هستند که عمدتاً در کالج‌ها و دانشگاه‌ها کار می‌کنند و خود را مشاور می‌دانند (دیویس، ۱۹۹۸؛

دین، ۱۹۹۴). سازمان‌های دیگر در زمینه خدمات زندگی دانشجویی شامل انجمن ملی مدیران کارکنان

دانشجویی (NASPA - National Association of Student Personnel Administrators)،

بخش ۱۷ (انجمن روانشناسی مشاوره) انجمن روانشناسی آمریکا (APA - American Psychological

Association) و بخش پسامتوسطه انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA - American School

Counselor Association) هستند.

در طول سال‌ها تلاش‌های متعددی برای تشکیل یک سازمان واحد از متخصصانی که در خدمات مختلف زندگی

دانشجویی کالج کار می‌کنند، صورت گرفته است، اما هیچ‌کدام به طور کامل موفقیت‌آمیز نبوده است (شیلی،

۱۹۸۳). این شکست تا حدی به پیشنهادها و آموزش‌های متفاوت نسبت داده می‌شود. از آنجا که متخصصان

دانشگاهی که با دانشجویان کار می‌کنند در حوزه‌های مختلفی استخدام شده‌اند، تمایل دارند خدمات خود را بر

مسائل و افراد خاصی متمرکز کنند. تمرکز سازمانی نیز تفاوت ایجاد می‌کند. برخی دانشگاه‌ها بر تحقیق و

پژوهش تأکید دارند (معروف به سنت دانشگاهی آلمان)، برخی بر آموزش کل فرد (سنت هنرهای لیبرال

مسکونی انگلیسی)، و برخی بر آمادگی شغلی یا حرفه‌ای (الگوی ایالات متحده) (راجرز، ۱۹۸۹؛ روبین،

۱۹۹۰). اغلب اوقات، ادراکات، نظرات و ارزش‌های متخصصان زندگی دانشجویی در مورد برنامه‌ها توسط

مؤسساتی که آنها را استخدام می‌کنند، شکل می‌گیرد یا هدایت می‌شود.

علاوه بر این، نشریات در خدمات زندگی دانشجویی معمولاً متنوع هستند. نشریات برجسته عبارتند از

National Association of Student Journal of College Student Development

Journal of College Personnel Administrators Journal (NASPA Journal) و

Counseling. مجموعه فصلی موضوع محور **New Directions for Student Services** (منتشر شده توسط Jossey-Bass) نیز تأثیرگذار و محبوب است.

آغاز خدمات زندگی دانشجویی و مشاوره دانشگاهی

خدمات زندگی دانشجویی در آموزش عالی، از جمله مشاوره، عمدتاً به صورت پیش فرض آغاز شد. «از نظر تاریخی، مشارکت اساتید در آنچه اکنون کارکردهای خدمات دانشجویی نامیده می شود، به تدریج از درگیری کامل به جدایی تغییر کرد» (فنسکه، ۱۹۸۹، ص ۱۶). این تغییر نتیجه عوامل رشدی قابل توجهی در رشد آموزش عالی آمریکا در طول زمان بود، از جمله موارد زیر:

- تصویب **قانون اعطای زمین موریل (Morrill Land Grant Act)** در سال ۱۸۶۲، که بر تأسیس و تسلط نهایی دانشگاه‌های ایالتی در آموزش عالی آمریکا تأثیر گذاشت.
- رشد عقاید و جمعیت‌های کثرت‌گرا در میان دانشجویان کالج ایالات متحده.
- تغییر در نقش اساتید: اساتید و معلمان دیگر پرورش شخصیت اخلاقی دانشجویان را بر عهده نداشتند، مسئولیت رشد شخصیت را بر عهده نمی گرفتند، یا به سیاست **در جایگاه والدین (in loco parentis)** پایبند نبودند.
- افزایش علاقه اساتید به تحقیق و توسعه فکری (مانند هاپکینز، ۱۹۳۶).
- عدم علاقه اساتید به اجرای روزمره حاکمیت سازمانی.
- ظهور مشاوره و سایر حرفه‌های یاری‌رسان.

- مستندسازی توسط سنفورد (۱۹۶۲، ۱۹۷۹) مبنی بر اینکه رشد دانشجو در طول سال‌های دانشگاه می‌تواند با چالش و حمایت (**challenge and support**) ترویج یابد و فعالیت‌های درسی و هم‌برنامه می‌توانند «تغییر رشدی را آغاز، تسریع یا مهار کنند» (کانن، ۱۹۸۸، ص ۴۵۱).
- خدمات زندگی دانشجویی به عنوان یک حرفه در آموزش عالی بین پایان جنگ جهانی اول و رکود دهه ۱۹۳۰ به سرعت رشد کرد (شو و همکاران، ۲۰۱۱). در این دوره، بسیاری امیدوار بودند که متخصصان زندگی دانشجویی در جریان اصلی برنامه‌های دانشگاهی ادغام شوند. اما این اتفاق نیفتاد و یک مبنای نظری قوی برای اجرای برنامه‌های زندگی دانشجویی تدوین نشد. علاوه بر این، بسیاری از متخصصان زندگی دانشجویی در دوران رکود بزرگ به دلیل کمبود پول و ناتوانی شاغلان در تعریف مناسب خود، اخراج شدند. آن زمان و اکنون، خدمات زندگی دانشجویی موقعیت متناقضی «هم ضروری و هم حاشیه‌ای بودن» را اشغال می‌کند (فنسکه، ۱۹۸۹، ص ۶).
- مشاوره دانشگاهی به عنوان یک حرفه تا اواخر دهه ۱۹۴۰ آغاز نشد. پیش از آن، اساتید و رؤسای دانشگاه به عنوان مشاوران دانشجویان عمل می‌کردند (پیس، استاملر، یاریس و جون، ۱۹۹۶). تأخیر در مشاوره دانشگاهی به دلیل دیدگاه فرهنگی غالب بود که اکثر دانشجویانی که وارد دانشگاه می‌شدند، سازگاری خوبی داشتند و تنها متخصصانی که برای دانشجویان دانشگاهی با مشکلات روانی مفید بودند، روانپزشکان بودند. تا پس از جنگ جهانی دوم نبود که به روانشناسان مشاوره و مشاوران اجازه داده شد تا با دانشجویان در مراکز مشاوره تازه تأسیس شده در پردیس کار کنند، که به دلیل بازگشت تعداد زیادی از کهنه‌سربازان به دانشگاه‌ها و نیاز آنها به کمکی بیش از آنچه در غیر این صورت می‌توانست ارائه شود، راه‌اندازی شدند. علاوه بر این، در طول و بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم، روانشناسان مشاوره حق کار بالینی با مراجعان را درست مانند روانپزشکان به دست آوردند (اوینگ، ۱۹۹۰).

مبانی نظری و آمادگی حرفه‌ای برای کار با دانشجویان دانشگاهی

مشاوره دانشگاهی و خدمات زندگی دانشجویی شامل درک چگونگی یادگیری، رشد و توسعه دانشجویان دانشگاهی در تمام سنین است. با این حال، همانطور که بلوند (۱۹۸۶) اشاره می‌کند، برخی «متخصصان تازه‌کار و تعداد کمی از متخصصان باتجربه، اطلاعات کمی از نظریه یا عمل رشد دانشجو دارند» (ص ۱). این واقعیت تأسفبار است زیرا کار مؤثر با دانشجویان نیازمند این دانش تخصصی است. مهم است که مشاوران دانشگاهی به‌ویژه بین مشکلاتی که دانشجویان دارند و به مبارزات رشدی قابل انتظار مرتبط است، مانند استقلال (autonomy)، هویت (identity) و صمیمیت (intimacy)، و اشکال جدی‌تر یا مزمن اختلال روانی تمایز قائل شوند (شارکین، ۱۹۹۷). حتی در میان متخصصان با بهترین نیت‌ها، رفتار مشکوک از نظر اخلاقی یا قانونی ممکن است باعث آسیب شود اگر فرد به دقت به هر دو جنبه رشدی و اختلالی جمعیت دانشگاهی توجه نداشته باشد (کانن، ۱۹۸۹؛ کیچنر، ۱۹۸۵).

مبانی نظری (Theoretical Bases)

متخصصان مشاوره دانشگاهی و خدمات زندگی دانشجویی می‌توانند و از تعدادی مدل نظری به عنوان راهنما در کار با دانشجویانی که موقعیت‌های رشدی قابل پیش‌بینی را تجربه می‌کنند، استفاده کنند. از دیدگاه ایدئولوژیک، سه سنت غالب است: در جایگاه والدین (in loco parentis)، مدل خدمات دانشجویی (student services) و رشد دانشجو (student development) (راجرز، ۱۹۸۹). در جایگاه والدین به اساتید و کارکنان نقش والدینی آموزش ارزش‌های اخلاقی را می‌دهد. مدل خدمات دانشجویی بر دانشجویان به عنوان مصرف‌کننده تأکید دارد و خدماتی را الزامی می‌کند که رشد را تسهیل می‌کنند. این رویکرد بر ارائه برنامه‌ها به سبک کافه‌تريا تأکید دارد که دانشجویان بر اساس آنچه فکر می‌کنند نیاز دارند، انتخاب می‌کنند.

رشد دانشجو بر ایجاد محیط‌های مبتنی بر تحقیق تمرکز دارد که «به دانشجویان دانشگاهی در یادگیری و رشد کمک می‌کند» (راجرز، ۱۹۸۹، ص ۱۲۰). رشد دانشجو پیشگیرانه است زیرا فرصت‌هایی را برای گروه‌های خاصی از دانشجویان فراهم می‌کند.

مسئولیت	نظریه
آموزش اخلاق، توسعه شخصیت	در جایگاه والدین
تأمین نیازها؛ دانشجو به عنوان مصرف‌کننده	مدل خدمات دانشجویی
کمک به رشد کل‌نگر؛ فراهم کردن فرصت‌ها	رشد دانشجو

درون رشد دانشجو، حداقل چهار نوع نظریه رشدی فعالیت‌های متخصصان را هدایت می‌کند: روانی-

اجتماعی (psychosocial)، شناختی-ساختاری (cognitive-structural)، تعامل فرد-محیط

(person-environment interaction) و گونه‌شناختی (typological).

نظریه‌های روانی-اجتماعی به طور کامل در نوشته‌های آرتور چیکرینگ تجسم یافته‌اند (مانند چیکرینگ و

رایسر، ۱۹۹۳). چیکرینگ معتقد است که هفت وظیفه رشدی خاص برای دانشجویان دانشگاهی وجود دارد:

شایستگی (competence)، استقلال (autonomy)، مدیریت هیجانات (managing emotions)،

هویت (identity)، هدفمندی (purpose)، یکپارچگی (integrity) و روابط (relationships). این

وظایف با ایده‌های اریک اریکسون (۱۹۶۸) در مورد فرآیندهای رشدی جوانان همخوانی دارد. نقطه قوت اصلی

چیکرینگ این است که او مفاهیم اریکسون را به گونه‌ای تشریح و مشخص می‌کند که مشاوران دانشگاهی و متخصصان زندگی دانشجویی می‌توانند شیوه‌ها و برنامه‌های خود را حول سه موضوع کلیدی برنامه‌ریزی و ارزیابی کنند: رشد شغلی، صمیمیت و تدوین فلسفه زندگی بزرگسالی. به عنوان مثال، دانشجویان سال اول و سال آخر در سطوح خاص رشد خود متفاوت هستند، به طوری که دانشجویان سال اول بیشتر از سال آخری‌ها درگیر ایجاد شایستگی، مدیریت هیجانات و توسعه استقلال هستند. با این حال، سال آخری‌ها بیشتر بر مسائلی مانند ایجاد هویت، آزادسازی روابط بین فردی، توسعه هدفمندی و ایجاد یکپارچگی تمرکز می‌کنند.

(خلاصه وظایف رشدی دانشگاهی چیکرینگ):

وظیفه	توضیح
شایستگی	شایستگی فکری، جسمی و دستی، و بین فردی
مدیریت هیجانات	اجازه دادن، درک، تنظیم و بیان هیجانات
استقلال به سوی وابستگی متقابل	ترویج استقلال عاطفی و ابزاری (مانند خودراهبری، حل مسئله و غیره)
روابط	تصدیق و قدردانی از تفاوت‌ها، و همچنین توانایی ایجاد روابط سالم و گسترده
هویت	تشویق راحتی با جنبه‌های مختلف خود و هویت خود تعریف شده
هدفمندی	توسعه اهداف شغلی، علایق و فعالیت‌ها. ایجاد تعهدات بین فردی قوی.
یکپارچگی	انسانی کردن و شخصی کردن ارزش‌ها؛ توسعه همخوانی (بین ارزش‌ها و رفتار).

نظریه‌های شناختی-ساختاری بر چگونگی ایجاد حس معنا در جهان توسط افراد تمرکز دارند. آنها با ادراک و

ارزیابی سروکار دارند و به بهترین وجه در مدل‌های اخلاقی و فکری پری (۱۹۷۰) و کلبرگ (۱۹۸۴) توصیف

شده‌اند. این مدل‌ها فرآیندگرا، سلسله مراتبی و متوالی هستند. به عنوان مثال، مدل پری رشد از «دوگانه‌گرایی

(dualism) ساده (مواضع ۱ و ۲) از طریق کثرت‌گرایی (multiplicity) (مواضع ۳ و ۴) و نسبی‌گرایی

(relativism) (مواضع ۵ و ۶) به تعهد در چارچوب نسبی‌گرایی (commitment within a

relativistic framework) (مواضع ۷ تا ۹) را فرض می‌کند.

(خلاصه نظریه رشد فکری و اخلاقی پری):

دوگانه‌گرایی (۱-)	کثرت‌گرایی (۳-)	نسبی‌گرایی (۵-۶)	تعهد (۷-۹)
(۲)	(۴)		
همه چیز یا درست است یا غلط.	عدم قطعیت؛ همه چیز می‌تواند درست باشد.	انتزاعی؛ با شواهد، برخی ایده‌ها و نظرات بهتر از دیگران هستند.	تصمیمات دنیای واقعی؛ تعهد به ایده‌ها و تصمیمات مبتنی بر شواهد و زمینه.

مدل کلبرگ «سه سطح رشد اخلاقی را ترسیم می‌کند: پیش‌قراردادی (preconventional)، قراردادی

(conventional) و پساقراردادی (postconventional)» (دلو، مینتز و استوارت، ۱۹۹۰، ص ۸). طبق

این نظریه‌ها، هر مرحله جدید شامل مرحله قبلی است و پایه‌ای برای مرحله بعدی است. ناراحتی شناختی یا

ناهماهنگی شناختی (cognitive dissonance) (احساس تنش ناراحت‌کننده‌ای که از داشتن دو فکر

متضاد در ذهن به طور همزمان ناشی می‌شود) انگیزه تغییر است. در این رویکرد به صراحت بیان شده است که

«افراد برای کنترل رفتار خود در یک جامعه دموکراتیک، نیاز به فرصتی برای یادگیری نحوه تفکر و عمل

مسئولانه دارند» (هرمن، ۱۹۹۷، ص ۱۴۷).

مدل تعامل فرد-محیط (person-environment interaction) «به مفهوم‌سازی‌های مختلف از

دانشجوی دانشگاهی و محیط دانشگاه و درجه همخوانی (congruence) که هنگام تعامل آنها رخ می‌دهد،

اشاره دارد» (راجرز، ۱۹۸۹، ص ۱۲۱). اعتقاد بر این است که همخوانی منجر به «رضایت، ثبات و شاید رشد»

می‌شود (راجرز، ۱۹۸۰، ص ۷۷). نظریه‌های این مدل تأکید می‌کنند که رشد یک فرآیند کل‌نگر است که تمام بخش‌های فرد را با محیط به شیوه‌ای تعاملی درگیر می‌کند. این مدل شبیه رویکرد روانی-اجتماعی است زیرا فرض می‌کند که رشد در یک حوزه از زندگی می‌تواند رشد در حوزه دیگری را تسهیل کند. به عنوان مثال، هنگامی که دانشجویان در سازمان‌های دانشجویی مشارکت می‌کنند و موقعیت‌های رهبری را بر عهده می‌گیرند، مهارت‌های مدیریت زندگی آنها مثبت‌تر از دانشجویانی که منفعل‌تر هستند، توسعه می‌یابد (کوپر، هیلی و سیمپسون، ۱۹۹۴). به همین ترتیب، دانشجویانی که در طرح‌های خدمات اجتماعی داوطلب می‌شوند (همچنین به عنوان **یادگیری خدمتی (service learning)** شناخته می‌شود) در مورد نیازهای محیطی آگاه‌تر، کمتر خودمحور و همدل‌تر می‌شوند (بوتین، ۲۰۱۰؛ دلو و همکاران، ۱۹۹۰). برخلاف نظریه‌های روانی-اجتماعی، نظریه‌های فرد-محیط «به خودی خود رشدی نیستند» (راجرز، ۱۹۸۰، ص ۷۷). از بسیاری جهات، آنها ریشه در فرمول کورت لوین (۱۹۳۶) دارند: $B = f(P, E)$ ، که در آن رفتار (B) تابعی (f) از فرد (P) و محیط (E) است.

(خلاصه فرمول لوین):

رفتار (B)	تابع (f) از	فرد (P)	و	محیط (E)
B - بازی بسکتبال و فوتبال		P - قد بالای ۱۸۰ سانتیمتر و ورزشکار		E - بزرگ شدن در ایالات متحده

E - بزرگ شدن در آفریقای جنوبی		P - قد بالای ۱۸۰ سانتیمتر و ورزشکار		B - بازی فوتبال و راگی

نظریه‌های گونه‌شناختی (typological) بر تفاوت‌های فردی مانند خلق‌وخو، نوع شخصیت و الگوهای اجتماعی شدن تمرکز دارند. فرض بر این است که این تفاوت‌ها در طول زمان پایدار هستند و اغلب افراد ترکیبی از انواع هستند. الگوهای شخصیتی باعث می‌شوند افراد در الگوهای رشد رشدی خود متفاوت باشند و به انگیزه، تلاش و پیشرفت آنها مرتبط است. این رویکرد در نوشته‌های جان هالند (۱۹۹۷) که چگونگی تناسب شخصیت‌ها با محیط‌های کاری را مطالعه می‌کند، مثال زده شده است.

(نأمل شخصی)

تعدادی نظریه رشدی وجود دارد که کارکنان دانشجویی دانشگاهی از آنها به عنوان مبنای تعاملات خود با دانشجویان دانشگاهی استفاده می‌کنند. کدام یک از چهار نظریه پوشش داده شده در اینجا بیشتر برای شما جذاب است؟

چرا؟

آمادگی حرفه‌ای (Professional Preparation)

آمادگی مناسب یکی از مشکلات در زمینه مشاوره دانشگاهی و خدمات زندگی دانشجویی است. از آنجا که تنوع زیادی در کارکردهای متخصصان زندگی دانشجویی وجود دارد، هیچ برنامه آمادگی حرفه‌ای واحدی نمی‌تواند نیازهای همه دانشجویان تحصیلات تکمیلی را برآورده کند. کسانی که وارد این تخصص می‌شوند «به همان نوع...» (متن در اینجا قطع می‌شود).

"... کارشناسی ارشد" (Sandeem, ۱۹۸۸, p. ۲۱).

بنابراین، شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط (CACREP) استانداردهای تخصصی متفاوتی را برای این حوزه ارائه می‌دهد. اعتباربخشی CACREP در حوزه امور دانشجویی شامل برنامه‌های امور دانشجویی با مشاوره کالج و امور دانشجویی با تمرین حرفه‌ای است. دوره‌ها و تجربیات خاص مورد نیاز برای فارغ‌التحصیلی نیز توسط شورای پیشرفت استانداردها در آموزش عالی (CAS, ۲۰۱۵) مشخص شده است. بسیار مهم است که تصمیمات تخصصی در اسرع وقت در دوره تحصیلات تکمیلی گرفته شود، زیرا نتایج هر دوره تحصیلی به طور قابل توجهی متفاوت است.

مشاوره کالج

تأکیدات و نقش‌ها

تأکیدات و نقش‌های مشاوران کالج بسته به نوع دانشجویانی که مؤسسات خاص جذب می‌کنند و حمایت مالی از خدمات، از یک پردیس به پردیس دیگر متفاوت است. به طور کلی، آمریکایی‌های اروپایی، زنان، و سن و تعداد سال‌های تحصیل دانشجویان قوی‌ترین همبستگی را با استفاده از خدمات مشاوره کالج دارند (Walter, Yon & Skovholt, ۲۰۱۲). خدمات رایج ارائه شده توسط مشاوران کالج شامل مواردی است که به اضطراب و افسردگی، انتخاب شغل و مصرف الکل یا مواد مخدر می‌پردازند (Tracey, ۲۰۱۳ & Hess). کار مشاوران کالج تحت تأثیر مدل‌هایی است که تحت آنها فعالیت می‌کنند. به عنوان مثال، ایجاد یک فرهنگ دانشگاهی که از نگرش‌های مثبت، حمایت همسالان و سهولت دسترسی به خدمات پشتیبانی می‌کند، ممکن است قصد دانشجویان برای جستجوی کمک را افزایش دهد.

به طور سنتی، چهار مدل اصلی وجود داشته است که مراکز مشاوره کالج/دانشگاه از آنها پیروی کرده‌اند (Westbrook et al., ۱۹۹۳).

۱. مشاوره به عنوان روان‌درمانی. این مدل بر مشاوره طولانی‌مدت با درصد کمی از دانشجویان تأکید دارد. مشاور با تغییرات شخصیتی مقابله می‌کند و سایر نگرانی‌های شغلی و آموزشی را به مشاوران تحصیلی دانشجویان ارجاع می‌دهد. فرض اصلی این رویکرد این است که "توسعه هویت یک مسئله درمانی اساسی در مشاوره با دانشجویان کالج در سنین سنتی است" (Luzzo, ۲۰۰۷, p. & Hinkelman, ۱۴۴).

۲. مشاوره به عنوان راهنمایی شغلی. این مدل بر کمک به دانشجویان برای ارتباط سازنده امور تحصیلی و شغلی تأکید دارد. مشاور با دانشجویان مردد در مورد تحصیل یا شغل سروکار دارد و کسانی را که مشکلات شخصی یا عاطفی دارند به سایر سازمان‌ها ارجاع می‌دهد.

۳. مشاوره به عنوان تعریف سنتی. این مدل بر طیف گسترده‌ای از خدمات مشاوره، از جمله روابط کوتاه مدت یا بلند مدت و روابطی که به نگرانی‌های شخصی، تحصیلی و شغلی می‌پردازند، تأکید دارد (Luzzo, ۲۰۰۷ & Hinkelman). نقش مشاور متنوع است.

۴. مشاوره به عنوان مشاوره. این مدل بر کار با سازمان‌ها و پرسنل مختلفی که تأثیر مستقیمی بر سلامت روانی دانشجویان دارند، تأکید دارد. مشاور از طریق مداخلات استراتژیک، خدمات غیرمستقیم به دانشجویان ارائه می‌دهد.

مدل پنجم، مشاوره به عنوان جهانی (یعنی یک سیستم تعاملی، وابسته به هم، اجتماعی)، نیز مورد حمایت قرار گرفته است (Pace et al., ۱۹۹۶). این مدل پویا و سیال است. پیشنهاد می‌کند که کارکنان مرکز مشاوره به طور تعاملی با سایر اعضای جامعه کالج/دانشگاه برای ایجاد یک محیط سالم از نظر روانی کار کنند و از پرسنل و

سایر منابع موجود در پردیس استفاده کنند. ایده، تکامل مفهوم "مکعب" مشاوره (یک مفهوم سه وجهی چندبعدی از مشاوره) است که برای اولین بار توسط موریل، اوتینگ و هورست (۱۹۷۴) پیشنهاد شد. مانند مکعب، این مدل بر سه حوزه اصلی به عنوان مکان‌هایی برای مداخله مشاوران به یک یا چند روش تمرکز دارد: هدف (فرد، گروه اولیه، گروه انجمنی و مؤسسه یا جامعه)، اهداف (اصلاحی، پیشگیرانه یا رشدی) و روش‌ها (مستقیم، مشاوره و آموزش، یا رسانه). مدل جهانی نقش مشاور و تمرکز مرکز مشاوره کالج را با انعطاف‌پذیرتر و تعاملی‌تر کردن کارکنان مرکز تغییر می‌دهد. در واقعیت، بیشتر مراکز مشاوره کالج انواع خدمات را برای کمک به جمعیت متنوع مشتریان خود و رفع نیازهای محلی پردیس ارائه می‌دهند.

مثال موردی

دبرا خدمات را هدایت می‌کند

دبرا برای مدیر شدن در یک مرکز مشاوره کالج سخت و طولانی کار کرده بود. او عاشق کار با دانشجویان بود و به سرعت یک کادر عالی جمع‌آوری کرد. فقط یک مشکل وجود داشت: دبرا مطمئن نبود که کدام خدمات بیشترین تقاضا را خواهند داشت. با این حال، شهود او به او گفت که با ارائه مشاوره به شیوه سنتی، اشتباه نخواهد کرد، بنابراین مرکز به همین روش اداره می‌شد.

دبرا هنگام تصمیم‌گیری در مورد اینکه مرکز مشاوره چه خدماتی ارائه دهد، چه انواع خدمات دیگری را باید در نظر می‌گرفت؟ فکر می‌کنید کدام مدل در مؤسسه شما بهترین عملکرد را خواهد داشت؟ چرا؟

فعالیت‌ها

فعالیت‌های مشاوران کالج از نظر جامع و متنوع بودن، مشابه فعالیت‌های متخصصان زندگی دانشجویی است. برخی از خدمات این دو گروه حتی همپوشانی دارند. لوینگ و کاوگر (۱۹۸۲) نه عملکرد مشاوره‌ای را شناسایی کردند که عموماً دستور کار مشاوران کالج را تعیین می‌کند.

۱. مشاوره تحصیلی و آموزشی

۲. مشاوره شغلی

۳. مشاوره شخصی

۴. تست‌گیری

۵. نظارت و آموزش

۶. تحقیق

۷. تدریس

۸. توسعه حرفه‌ای

۹. مدیریت

در واقع، سه مورد از این فعالیت‌ها - مشاوره شخصی، شغلی و آموزشی - بیش از ۵۰٪ وقت مشاوران کالج را به خود اختصاص می‌دهند.

بیشتر نظریه‌های مشاوره‌ای که در این متن پوشش داده شده‌اند، در مراکز مشاوره کالج اجرا می‌شوند. به عنوان مثال، تورمن (۱۹۸۳) دریافت که رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، از جمله استفاده از تصویرسازی عقلانی-هیجانی، می‌تواند در کاهش رفتار نوع A (عجول، رقابتی و خصمانه) در میان دانشجویان کالج مؤثر باشد و به آنها کمک کند تا به دستاوردهای سالم‌تری دست یابند. به طور مشابه، واتکینز (۱۹۸۳) دریافت که رویکرد فردمحور در کمک به دانشجویان برای ارزیابی برنامه‌های فعلی و آینده و تصمیم‌گیری در مورد ماندن در کالج مؤثرتر است. حتی نظریه سیستم‌ها، که بیشتر در مشاوره ازدواج و خانواده استفاده می‌شود، در کمک به دانشجویان برای درک پویایی‌های خانوادگی و الگوهای تعامل و اینکه چگونه الگوهای خانوادگی همچنان بر تصمیمات مهم مربوط به تحصیل تأثیر می‌گذارند، مؤثر بوده است (Searight, & Gladding, ۲۰۱۵a; Openlander, ۱۹۸۳). به طور مشابه، درمان مختصر، نوعی نظریه سیستم‌ها، در مراکز مشاوره کالج برای کمک به گسترش "چارچوب درمانی برای شامل کردن اعضای غیرخانوادگی [که] می‌توانند پیشرفت درمانی را به طور مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهند" (Terry, ۱۹۸۹, p. ۳۵۲) به کار گرفته شده است. در این درمان، اعضای غیرخانوادگی متعارض در یک جامعه دانشگاهی گرد هم می‌آیند تا روابط معناداری ایجاد کنند و تغییراتی در موقعیت‌های مشکل‌ساز ایجاد کنند. ایده پشت این درمان این است که دانشجویان در یک پردیس می‌توانند از

طریق حل رفتارهای مشکل ساز به یکدیگر در حل مسئله کمک کرده و محیطهای سالم تری ایجاد کنند. در این فرآیند، سرزنش و قربانی کردن پایان می یابد.

یکی از مشکلاتی که مشاوران کالج در ارائه خدمات با آن مواجه بوده اند، مقابله مؤثر با ارجاعات اجباری بوده است که بیش از ۸۸ درصد از مراکز مشاوره پردیس آنها را می پذیرند (Wells, ۲۰۰۷ & Kiracofe). این موارد چالش برانگیز هستند زیرا هیئت های قضایی و مدیرانی که ارجاع می دهند بیشتر نگران تغییرات رفتاری خارجی هستند تا هر چیز دیگری. برای تشدید بیشتر این وضعیت، عملاً هیچ ادبیات نظری برای برخورد با دانشجویان غیرارادی وجود ندارد. کیراکوف و ولز پیشنهاد می کنند که از استراتژی آمادگی برای تغییر با مراجعان اجباری بر اساس مدل آمادگی پروچاسکا (۱۹۹۹) استفاده شود.

دانش آموزان در مرحله پیش تأمل آمادگی برای تغییر هیچ انگیزه ای برای رفتار متفاوت ندارند و ممکن است بهترین واکنش را به مجازات و تحریم ها نشان دهند. با این حال، در صورت وجود زمان، می توان دانشجویان را از طریق مصاحبه انگیزشی (مصاحبه های نیمه مستقیم که با ایجاد ارتباط و کمک به آنها برای بررسی تناقضات در زندگی شان، آنها را درگیر می کند تا انگیزه درونی پیدا کرده و رفتارهای خود را تغییر دهند) پیش برد. فعالیتهای آگاهی بخشی روان آموزشی نیز ممکن است برای وادار کردن دانشجویان به تعهد به تغییرات و اقداماتی که زندگی آنها را بهبود می بخشد، استفاده شود. به طور کلی، مراجعان مراکز مشاوره کالج تنها زمانی باید پذیرفته شوند که نشانه ای وجود داشته باشد که آنها به مراحل آمادگی برای تغییر یا مراحل آمادگی و اقدام رسیده اند.

چالش دیگری که مشاوران کالج با آن روبرو هستند، فرهنگ دانشجویی در حال تغییر مداوم است (Bishop, Dean, ۲۰۱۲ & Levine, ۱۹۹۲). به عنوان مثال، نسل هزاره، متولدین تقریباً بین اوایل دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰، در حال حاضر درصد زیادی از جمعیت کالج را تشکیل می دهند. اکثریت قریب به اتفاق آنها دارای

رایانه، تلفن هوشمند هستند و روزانه از اینترنت استفاده می‌کنند. نسل هزاره که "بومیان دیجیتال" نامیده می‌شوند، نسلی هستند که با استفاده از رسانه‌های اجتماعی به عنوان روش اصلی برقراری ارتباط و ابراز وجود بزرگ شده‌اند. رفتارها در میان دانشجویان کالج با هر نسل تغییر می‌کند. بنابراین فرهنگ جمعیت دانشجویی فعلی هرگز با نسل‌های قبلی یکسان نیست. در واقع، متخصصان مراکز مشاوره کالج در سال‌های اخیر "احساس فوریت در مورد افزایش تعداد دانشجویانی که با مشکلات جدی روانشناختی و همچنین افزایش کلی در شدت مشکلات ارائه شده مراجعه می‌کنند، ابراز کرده‌اند" (Sharkin, ۱۹۹۷, p. ۲۷۵).

هنگامی که خدمات در سطح حرفه‌ای متنوع و متعدد باشد، همه سود می‌برند. مقیاس‌های سازگاری کالج‌ای برای برای غربالگری دانشجویان کالج از نظر مشکلات رشدی و روانشناختی رایج است (Reed, ۱۹۹۱ & Anton). این نه مقیاس، پریشانی روانشناختی را در زمینه‌های زیر اندازه‌گیری می‌کنند: اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، سوء مصرف مواد، مشکلات عزت نفس، مشکلات بین فردی، مشکلات خانوادگی، مشکلات تحصیلی و مشکلات شغلی. این یک ابزار ارزیابی مهم برای مراکز مشاوره کالج است تا در تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه خدمات و برنامه‌هایی را مورد تأکید قرار دهند، از آن استفاده کنند.

مشاوران همسال نیز یک راه مؤثر برای دسترسی به دانشجویان فراتر از مرکز مشاوره سنتی کالج هستند. به طور معمول، دانشجویان ابتدا برای کمک به دوستان خود، سپس به بستگان نزدیک و در نهایت به اساتید و خدمات مشاوره مراجعه می‌کنند. راگل و کرون (۱۹۸۵) دریافتند که دانشجویان سال اولی که قبلاً در یک برنامه آشنایی تابستانی در دانشگاه تگزاس در آستین شرکت کرده بودند، در نتیجه، به طور چشمگیری در صحبت کردن با مشاوران همسال از طریق تلفن در مورد نگرانی‌های مختلف راحت بودند. علاوه بر این، آنها احساس کردند که تماس با مشاوران همسال مفید بوده است و نشان داد که این امر باعث شده است که دانشگاه کمتر غیرشخصی به نظر برسد.

گاهی اوقات مشاوران همسال نقش دستیاران مقیم (RAS) را بر عهده می‌گیرند (Foubert, ۲۰۰۷). در این ترتیب، RAS برای زندگی در خوابگاه‌های منتخب تعیین می‌شوند. خدمات آنها که شامل رسیدگی به مسائل اصلاحی، پیشگیرانه و رشدی است، به طور گسترده ارائه می‌شود (Schuh et al., ۲۰۱۱; Schuh, Shipton). RAS & Edman, ۱۹۸۶). مداخله در بحران، مشاوره کوتاه مدت، میانجیگری در اختلافات و خدمات ارجاع را ارائه می‌دهند (Blimling, ۲۰۰۳). آنها به دانشجویان کمک می‌کنند تا نگرش‌های مطلوبی نسبت به مشاوره و خدمات مرتبط با مشاوره داشته باشند و در عین حال، از فرصت‌های ارائه شده توسط مراکز مشاوره کالج آگاه‌تر شوند. علاوه بر این، RAS برنامه‌هایی را برای ساکنان در مورد موضوعات سلامت روانی و جسمی حمایت مالی می‌کنند و اساتید و کارکنان سراسر پردیس را برای ارائه سخنرانی‌ها دعوت می‌کنند. RAS معمولاً آموزش و نظارت حرفه‌ای مداوم را از مرکز مشاوره پردیس دریافت می‌کنند. این ترتیب به دلیل تمرکز یکپارچه و پیشگیرانه آن، به RAS، دانشجویان خوابگاه‌ها و کل پردیس سود می‌رساند.

مشاوران کالج همچنین می‌توانند خدمات و برنامه‌هایی را به طور مشترک با سایر متخصصان زندگی دانشجویی ارائه دهند. چهار مورد از ضروری‌ترین خدمات در بیشتر پردیس‌های کالج، خدماتی هستند که به مصرف الکل، آزار و خشونت جنسی، اختلالات خوردن و افسردگی می‌پردازند.

"مصرف الکل یک مشکل جدی در پردیس‌های کالج است" (Kotova, ۲۰۰۵, p. ۴۱ & Laux, Salyers). تقریباً ۹۰ درصد از دانشجویان در طول یک سال تحصیلی الکل مصرف می‌کنند و تقریباً ۲۰ درصد به عنوان مصرف‌کنندگان سنگین الکل شناخته می‌شوند و به طور متوسط ماهانه یک اونس الکل در روز مصرف می‌کنند (Steenbarger, ۱۹۹۸). بنابراین، تعجب‌آور نیست که مشکلات مربوط به الکل، از جمله سوء مصرف الکل و اختلالات همراه آن، شایع است (DiGeronimo, ۲۰۰۴ & Kadison).

به نظر می‌رسد مصرف بی‌رویه الکل (مصرف پنج نوشیدنی یا بیشتر در یک نوبت برای مردان و چهار نوشیدنی یا بیشتر برای زنان) در حال افزایش است و از هر سه دانشجوی کالج، یک نفر عمدتاً برای مست شدن مشروب می‌نوشد (Sher, ۲۰۱۵ & Grant, ۲۰۰۹; Winograd & Marczinski, Grant). مصرف بی‌رویه الکل به عملکرد تحصیلی آسیب می‌رساند، به ویژه در سال اول کالج که دانشجویان هنوز به سختی‌های محیط جدید خود عادت نکرده‌اند. علاوه بر این، نوشیدن غیرمسئولانه ممکن است منجر به خشونت به شکل تجاوز جنسی در قرار ملاقات، رابطه جنسی ناامن، مشکلات تحصیلی و خودکشی شود. شورش‌ها در داخل یا نزدیک پردیس‌های کالج ممکن است زمانی رخ دهد که مدیران کالج مصرف الکل را در برخی از رویدادها یا مناطق پردیس ممنوع کنند (Lively, ۱۹۹۸).

بنابراین، سوء مصرف الکل احتمالاً دانشجویان را با مشاوران و سایر متخصصان زندگی دانشجویی در تماس قرار می‌دهد (DiGeronimo, ۲۰۰۴ & Gleason, ۱۹۸۸; Kadison & Gill-Wigal, Heaton, Burke).

معمولاً اقدامات سیستماتیک برای کمک به دانشجویان برای غلبه بر انکار مرتبط با سوء مصرف الکل انجام می‌شود، زیرا قبل از اینکه درمان مؤثر صورت گیرد، دانشجویان باید به نیاز خود به کمک در اصلاح رفتار خارج از کنترل پی ببرند. مداخله گاهی اوقات به صورت فردی انجام می‌شود، اما اغلب شامل یک گروه و معمولاً طیف گسترده‌ای از درمان‌ها، از جمله بینش و تغییر رفتار است. بسیاری از دانشجویانی که الکل مصرف می‌کنند در خانواده‌های ناکارآمد بزرگ شده‌اند. آنها اغلب مشکلات مربوط به بزرگ شدن در چنین محیط‌هایی را تجربه می‌کنند (به عنوان مثال، اعتیاد به کار، افسردگی، وابستگی، گرایش‌های ضداجتماعی، اعتیادهای غذایی). مداخلات خاصی که مشاوران با این دانشجویان استفاده می‌کنند شامل کمک به آنها برای تعریف واضح‌تر نقش‌هایی است که در نمایش‌های زندگی خانوادگی خود ایفا کرده‌اند و سپس کمک به آنها برای شکستن الگوهای تعامل غیرسازنده (Phyfer, ۱۹۸۸ & Crawford). یکی از راه‌هایی که مشاوران می‌توانند به شکستن الگوهای غیرسازنده کمک کنند، پاسخ دادن به این دانشجویان به روش‌های سالم و کارآمد است که با

رفتارهایی که قبلاً تجربه کرده‌اند در تضاد است. مشاوره همسالان نیز ممکن است تا حدودی در این فرآیند مفید باشد.

تجاوز و خشونت جنسی، از جمله زنا با محارم و تجاوز، مسائلی هستند که بسیاری از دانشجویان، عمدتاً زنان، باید در طول تجربه کالج خود با آنها مقابله کنند (Germain, ۲۰۱۶). پویایی‌های پیرامون جرایم جنسی شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارند. یک وجه مشترک در بسیاری از موارد سوء مصرف الکل است: بیشتر تجاوزهای جنسی در پردیس و همچنین حملات، مربوط به الکل هستند (مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد در دانشگاه کلمبیا، ۲۰۰۷). حداقل دو مرحله در روند بهبودی وجود دارد: (الف) حاد، که با بی‌نظمی مشخص می‌شود، و (ب) سازماندهی مجدد طولانی مدت، که شامل مقابله با درد ناشی از تروما و بازسازی زندگی از طریق حمایت است (Holstrom, ۱۹۷۴; Scrignar, ۱۹۹۷ & Burgess).

مثال موردی

ال و الکلی

ال از اقوامش داستان‌هایی شنیده بود که چقدر در کالج خوش خواهد گذراند. بیشتر داستان‌ها حول محور حوادث مربوط به الکل می‌چرخید. بنابراین، ال مصمم بود مطمئن شود که به آبجو دسترسی خواهد داشت و خیلی زود ارتباطات مناسب را پیدا کرد.

ال به جای اینکه به تحصیل خود بپردازد، روی آبجو تمرکز کرد. او تقریباً هر شب بازی "تومپر" و سایر بازی‌های نوشیدنی را انجام می‌داد. با این حال، یک شب در حالی که در حالت نه چندان هوشیار رانندگی می‌کرد، توسط پلیس پردیس متوقف شد. وقتی به او دستور داده شد به مرکز مشاوره پردیس برود، ال با اکراه این کار را انجام

داد. اولین کلمات او به شارلوت، مشاورش، این بود: "مگه یه آدم نمی‌تونه یه کم تفریح کنه بدون اینکه همه از دستش ناراحت بشن؟ عجب!"

خودتان را جای شارلوت بگذارید. چگونه پاسخ می‌دادید تا ال را درگیر کنید و در عین حال به او بفهمانید که مشکلی دارد که باید روی آن کار کند؟

اختلالات خوردن، به ویژه پرخوری عصبی و بی‌اشتهایی عصبی، سومین زمینه‌ای است که مشاوران کالج می‌توانند برای ارائه خدمات با سایر متخصصان زندگی دانشجویی، مانند مربیان بهداشت، همکاری کنند. بین ۵ تا ۱۷ درصد از دانشجویان کالج دچار اختلال خوردن هستند (Wade, ۲۰۱۰ & Hackler, Vogel). اختلالات خوردن که با اشتغال ذهنی و نگرش تحریف شده نسبت به وزن، غذا و رژیم غذایی مشخص می‌شود، بیشتر در زنان سفیدپوست، طبقه متوسط تا بالا دیده می‌شود، اما به نظر می‌رسد در سایر گروه‌های قومی و اجتماعی در حال افزایش است (Lightsey Jr., ۲۰۰۸ & Frazier, ۲۰۱۲; Peck & Berg, Peterson). اختلالات خوردن به طور فزاینده‌ای در محدوده سنی وسیع‌تر، هر دو جنس و گروه‌های قومی متنوع رایج است. به ویژه آمریکایی‌های آفریقایی تبار به دلیل فرهنگ‌پذیری، نژادپرستی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند (Talleyrand, ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اختلال خوردن، صرف نظر از پیشینه خود، تعدادی علائم دارند. این علائم شامل کمال‌گرایی، نارضایتی از بدن، بینش عاطفی ضعیف و بی‌اثری است. بنابراین، تمرکز بر این نشانه‌های پریشانی در هر برنامه آموزشی یا پیشگیرانه مهم است.

نیاز زیادی به رسیدگی به اختلالات خوردن در دانشگاه‌ها وجود دارد، اگرچه بسیاری از زنان (و برخی مردان) مبتلا به چنین اختلالاتی معتقد نیستند که رفتارهایشان مستلزم درمان است (Meyer, ۲۰۰۵). تحقیقات نشان می‌دهد که این اختلالات در یک طیف درجه‌بندی شده رخ می‌دهند و تعدادی از افراد وجود دارند که علائم کامل را نشان نمی‌دهند (Buser, ۲۰۱۳). با این حال، کسانی که تظاهرات کامل این اختلال را نشان

می‌دهند معمولاً شناخت‌های ناسازگار یا اطلاعات نادرست در مورد تکنیک‌های کنترل وزن دارند (Tylka & Subich, ۲۰۰۲). با این وجود، تخمین زده می‌شود که تا ۶۵ درصد از زنان در سال اول کالج "برخی از ویژگی‌های رفتاری و روانشناختی اختلال خوردن" را نشان می‌دهند (Russell, ۱۹۹۸, p. ۱۶۶ & Meyer) و کمتر از ۴۵ درصد از کسانی که اختلال خوردن در آنها تشخیص داده شده است، صرف نظر از مرحله زندگی‌شان، هرگز درمان دریافت نمی‌کنند (Hackler et al., ۲۰۱۰). دلایل عدم درمان ممکن است مربوط به انگ خوردن (بی‌اعتبار شدن یا برچسب منفی خوردن) و همچنین خطرات و مزایای پیش‌بینی شده باشد. بنابراین اختلالات خوردن، مانند بی‌اشتهایی عصبی، در برخی مناطق با نسبت‌های همه‌گیر همچنان وجود دارد و بالاترین میزان مرگ و میر را در بین اختلالات روانپزشکی ایجاد می‌کند (Fursland et al., ۲۰۱۲). برای کمک به افراد مبتلا به اختلالات خوردن، مشاوران باید فعالانه عمل کنند نه واکنشی. یکی از راه‌های رسیدگی به نیازهای افراد مبتلا به اختلالات خوردن، در نظر گرفتن آنها "در چارچوب رشدی" است (Sharkin, ۱۹۹۷, p. ۲۷۵). برنامه‌هایی که بر ویژگی‌های اختلالات خوردن تأکید می‌کنند و همچنین راه‌های مقابله با چنین گرایش‌هایی را قبل از اینکه به طور کامل بروز کنند، برجسته می‌کنند، می‌توانند کمک زیادی به آموزش کسانی کنند که به احتمال زیاد آن را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، چنین برنامه‌ریزی می‌تواند منابعی را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دهد تا در صورت رفتار شدن خود یا فردی که می‌شناسند در چرخه پرخوری عصبی، به آنها مراجعه کنند. یکی از عوامل کلیدی در آموزش و پیشگیری، استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه، مانند ورزش، خواب، مدیتیشن، پیش‌بینی و حمایت اجتماعی است (VanBoven & Espelage, ۲۰۰۶).

چهارمین حوزه نگرانی برای مشاوران کالج، افسردگی است (DiGeronimo, ۲۰۰۴ & Kadison). "تخمین زده می‌شود که دانشجویان کالج دو برابر بیشتر از افراد هم سن و با پیشینه مشابه در نیروی کار دچار افسردگی

بالینی و دیستایمی می‌شوند" (Reid, ۲۰۰۰, p. ۳۴۳ & Dixon). هیجان رفتن به کالج اغلب با استرسی که ناشی از چالش‌های جدید، از تحصیلی گرفته تا اجتماعی، است و منجر به دوره‌های افسردگی می‌شود، دنبال می‌شود. هر ساله در مراکز بهداشت دانشگاه، تا ۲۵ درصد از دانشجویانی که به دنبال کمک هستند، برای مشکلات افسردگی تشخیص داده می‌شوند (Mackenzie et al., ۲۰۱۱). بنابراین، برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه باید به طور مرتب اصلاح شوند تا به دانشجویان در مقابله با مسائل جاری کمک شود.

افسردگی و علائم افسردگی در محیط دانشگاه ویرانگر هستند زیرا در یادگیری اختلال ایجاد می‌کنند و منجر به عدم موفقیت می‌شوند. مشاوران می‌توانند افسردگی را از طریق رویکردهای شناختی، مانند فرآیند اصلاح فکری بک؛ از طریق رویکردهای رفتاری، مانند کمک به مراجعان برای شرکت در فعالیت‌هایی که در آنها موفقیت دارند؛ و از طریق رویکردهای شناختی-رفتاری مانند رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی درمان کنند. به نظر می‌رسد که افسردگی از طریق تجربیات مثبت زندگی اصلاح می‌شود (Reid, ۲۰۰۰ & Dixon)، بنابراین کار با دیگران در محیط دانشگاه برای کمک به دانشجویان افسرده کالج در یافتن تجربیات موفق نه تنها ممکن است به عنوان یک روش درمانی خوب باشد، بلکه برای خود کالج نیز در حفظ دانشجویان و ایجاد فضایی مهمان‌نوازتر از نظر اجتماعی مفید باشد.

در پرداختن به مسائل مربوط به دانشجویان کالج، مشاوران با همکاری متخصصان زندگی دانشجویی می‌توانند در سطوح سوم، دوم و اول اقدامات پیشگیرانه انجام دهند. "پیشگیری سطح سوم شبیه به اصلاح است و شامل خدمات مستقیم به قربانیان می‌شود" (Roark, ۱۹۸۷, p. ۳۶۹; تأکید اضافه شده است). این شامل تشویق به گزارش‌دهی خشونت و کمک به قربانی برای استفاده از منابع موجود است. پیشگیری سطح دوم به مشکلاتی مانند تجاوز جنسی در قرار ملاقات که قبلاً در پردیس وجود داشته است، می‌پردازد و هدف آن افزایش آگاهی در میان قربانیان و عاملان احتمالی و تعیین سیاست‌هایی برای توقف سوء استفاده‌های شناخته شده است.

پیشگیری سطح اول بر جلوگیری از بروز مشکلات تمرکز دارد. این شامل اصلاح محیط فیزیکی و همچنین پرداختن به علل و ارائه آموزش برای ایجاد آگاهی و تغییر ارزش‌ها است. به عنوان مثال، برای کمک به دانشجویان در مدیریت استرس، ممکن است برنامه‌ای با نام اختصاری BRIMS (تنفس، آرامش، تصویرسازی، پیام و نشانه‌ها) ارائه شود (Carrese, ۱۹۹۸). این برنامه نوعی خودهیپنوتیزم شناختی است که به دانشجویان کمک می‌کند تا هم از نظر جسمی و هم از نظر ذهنی آرام شوند در حالی که پیام‌های مثبت و نشانه‌های جسمی به خود می‌دهند که به آنها کمک می‌کند راه‌های سازنده احساس و دیدن یک موقعیت را به یاد آورند. در این فرآیند، دانشجویان "افکار منفی را به انرژی سازنده تبدیل می‌کنند و به آنها اجازه می‌دهند تا بر موقعیت‌هایی که اضطراب غیرضروری ایجاد می‌کنند، کنترل داشته باشند" (ص. ۱۴۰).

انواع پیشگیری

نوع	تأکید	خدمات
اولیه	جلوگیری از بروز مشکلات	سمینار پیشگیری از استرس
ثانویه	پرداختن به مشکل موجود؛ پرداختن به علل، تغییر ارزش‌ها	تجاوز جنسی در قرار ملاقات، مصرف بی‌رویه الکل
ثالثیه	اصلاحی، خدمات مستقیم به قربانیان	استفاده از درمان‌های موجود

متخصصان زندگی دانشجویی

تأکیدات و نقش‌ها

در ابتدا، خدمات زندگی دانشجویی کالج/دانشگاه بر کمک به دانشجویان جدید برای سازگاری با زندگی پردیس متمرکز بود (Williamson, ۱۹۶۱). این تمرکز هنوز وجود دارد اما اکنون شامل تأکید بر دانشجویان بازگشته مسن‌تر، دانشجویان غیرسنتی و افزایش نگرانی برای همه افراد در جامعه کالج/دانشگاه، مانند کار با دانشجویان فرهنگ اقلیت و دانشجویان دارای ناتوانی‌های یادگیری است (Lynch & Boesch, ۱۹۹۴; & Cimboric, ۱۹۹۶; Tate & Gussel, ۱۹۹۳; Schwartz, ۱۹۹۳). کیفیت انسان‌گرایانه‌ای در بین افرادی که خدمات زندگی دانشجویی را به عنوان حرفه انتخاب می‌کنند وجود دارد: آنها تلاش می‌کنند تا آموزش عالی دانشجویان را به حداکثر برسانند، شخصی‌سازی کنند و فردی کنند و به آنها کمک کنند تا از محیط برای ارتقای رشد خود به طور کامل استفاده کنند. یک محصول جانبی مهم این فرآیند این است که دانشجویان در انتقال موفقیت‌آمیز از جوامع خود به زندگی سازمانی و بالعکس کمک زیادی دریافت می‌کنند (Stringer, ۲۰۱۶ & McClellan). بنابراین، متخصصان زندگی دانشجویی، یکپارچه‌کنندگان سازمانی هستند که دستیابی به اهداف دانش‌آموزان و کالج/دانشگاه را تسهیل می‌کنند.

در برخی مواقع در طول سال تحصیلی (آشنایی، امتحانات میان‌ترم و پایان ترم) حجم کار متخصصان زندگی دانشجویی به طور چشمگیری افزایش می‌یابد. اگرچه برخی مشکلات صرف نظر از سن یا مرحله رشد فرد (از جمله سلامت، اضطراب و افسردگی) جهانی هستند، اما سایر نگرانی‌ها مستقیماً با جمعیت‌های خاص دانشجویان کالج مرتبط هستند. به عنوان مثال، رسیدگی به بیماری یکی از اعضای خانواده در زمانی که دانشجوی کالج دور از خانه است، ممکن است مستلزم آن باشد که متخصصان زندگی دانشجویی حمایت بیشتری از دانشجو ارائه دهند و تا زمان حل شدن مسائل از طرف دانشجو با اساتید همکاری کنند (Welsh, ۲۰۱۰ & Schmidt).

تأمل شخصی

وقتی به کالج رفتید چه چیزی را از دست دادید؟ آن فقدان چگونه بر شما تأثیر گذاشت؟ وقتی به کالج رفتید چه چیزی به دست آوردید؟ آن تأثیر افزایشی چگونه بر زندگی شما تأثیر گذاشت؟

مشکل منحصربه‌فرد دیگر زندگی یونانی و عضوگیری است. سیستم عضوگیری انجمن‌های برادری و خواهری، اگرچه برای بسیاری از دانشجویان هیجان‌انگیز و رضایت‌بخش است، اما ممکن است در بین دانشجویانی که پیشنهاد عضویت دریافت نمی‌کنند، احساس افسردگی ایجاد کند. متخصصان زندگی دانشجویی در کمک به دانشجویان در این مواقع باید به نیازهای فردی حساس باشند، حمایت ارائه دهند و تلاش کنند به دانشجویان رد شده کمک کنند تا یک گروه همسال رضایت‌بخش پیدا کنند (Morier, ۱۹۹۴ & Atlas).

در راستای مشکلات انتقالی، گریتس (۱۹۷۹) دریافت که ۱۲ مورد از ۴۳ مورد در مقیاس درجه‌بندی تنظیم اجتماعی (هولمز و راهه، ۱۹۶۷) تقریباً منحصراً برای دانشجویان سال اول کالج در سازگاری با محیط جدیدشان اعمال می‌شود. وقتی این عوامل به واحدهای تغییر زندگی ترجمه می‌شوند، نمره ترکیبی ۲۵۰ را به دست می‌دهند که نویسندگان این ابزار آن را در دسته "بحران متوسط زندگی" در نظر می‌گیرند. به عنوان یک گروه، افراد در این دسته ۵۱ درصد بیشتر از کسانی که نمره ۱۵۰ یا کمتر کسب می‌کنند، در معرض خطر تغییرات نامطلوب سلامتی قرار دارند. گریتس همچنین مشاهده می‌کند که دانشجویان جدیدی که با تغییرات دیگری خارج از محیط کالج/دانشگاه (به عنوان مثال، مرگ یکی از اعضای خانواده یا دوست) روبرو هستند، احتمالاً به دسته "بحران بزرگ زندگی" منتقل می‌شوند و خطر بیشتری برای تغییرات نامطلوب سلامتی پیدا می‌کنند. بنابراین، بسیاری از کالج‌ها و دانشگاه‌ها اکنون کارکنان ویژه زندگی دانشجویی را برای کار با هر کلاس ورودی استخدام می‌کنند تا تجربه سال اول را بهبود بخشند و در ابتدا رشد فردی مثبت و همچنین حس اجتماعی را ارتقا دهند (Gardner, ۲۰۱۳ & Greenfield, Keup). بخشی از این تلاش ممکن است شامل کمک به دانشجویانی باشد که کمال‌گرا هستند تا تأثیر این گرایش‌ها را بر رشد فردی و رفاه اجتماعی خود ارزیابی کنند

(Dellwo, ۲۰۰۲ & Rice, ۲۰۰۲; Rice & Ashby). چنین فرآیندی پیچیده است و نیاز به برخورد ظریف

دارد، اما می‌تواند در کمک به دانشجویان برای دستیابی به عزت نفس بیشتر و ادغام اجتماعی در طول دوران تحصیل در کالج مفید باشد.

صرف نظر از چنین تلاش‌هایی برای پیشگیری، تقریباً ۱۰ درصد از کل دانشجویان در طول سال‌های تحصیل در کالج با یک مشکل عاطفی روبرو می‌شوند که به اندازه‌ای جدی است که عملکرد تحصیلی آنها را مختل می‌کند (Borzumato-Gaine, ۲۰۱۴ & Degges-White).

برای گذراندن امتحانات یا ورود به یک دانشکده حرفه‌ای، موارد افسردگی شدید را در این جمعیت افزایش می‌دهد (Dixon, ۱۹۹۳ & Clay, Anderson). اگر مداخله مناسب ارائه نشود (به عنوان مثال، آموزش ابراز خشم مناسب یا مدیریت استرس)، دانشجویان مشکلات عاطفی، اجتماعی یا تحصیلی را به حدی تجربه می‌کنند که از تحصیل انصراف می‌دهند. متأسفانه، بین ۴۰ تا ۶۰ درصد از دانشجویانی که تحصیل در موسسات ۴ ساله را آغاز می‌کنند، فارغ‌التحصیل نمی‌شوند (Mallinckrodt, ۱۹۹۴; Orfield, ۲۰۰۴ & Gerdes). حتی

غم‌انگیزتر اینکه، دانشجویان ممکن است به زندگی خود پایان دهند. هر ساله، تقریباً شش نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ دانشجوی کالج در ایالات متحده خودکشی می‌کنند و به طور متوسط شش نفر به طور نزدیک از هر مرگ متأثر می‌شوند (Whisenhunt et al., ۲۰۱۵). برخی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های ماندن در مدرسه و حفظ

سلامت روانی خوب، برای خدمات زندگی دانشجویی قابل دسترس هستند (Polansky, Horan & Hanish, ۱۹۹۳). برای کمک به دانشجویان برای داشتن یک تجربه موفق و پربار در کالج، متخصصان زندگی دانشجویی برنامه‌های سراسری پردیس و کمک فردی ارائه می‌دهند. هدف از برنامه‌های جامع ایجاد تأثیر مثبت بر دانشجویان و کمک به آنها در شناسایی مشکلات یا نگرانی‌ها در نقاط استراتژیک است که استراتژی‌های مداخله ممکن است بیشترین سود را داشته باشند. تأکیدات و نقش‌ها ...

"... متخصصان زندگی دانشجویی با هدف کمک به حساس‌سازی دانشجویان نسبت به مسائل متعددی که با آن روبرو هستند و برخورد سازنده با این مسائل در حال ظهور و خودشان (Associates, ۱۹۹۰; & Creamer Stringer, ۲۰۱۶ & McClellan) انجام می‌شود. برای مثال، بسیاری از دانشجویان کالج با چالش حفظ نوعی جدایی از والدین و خانواده‌هایشان در عین ایجاد هویت خود از طریق فردیت روبرو هستند. بین سازگاری دانشجو با کالج و وابستگی به والدین همبستگی وجود دارد (Whaley, ۱۹۹۴ & Rice). "تحقیقات نشان می‌دهد که دانشجویان کالج از (الف) وابستگی امن به والدین که در آن اعتماد متقابل، ارتباط و درگیری یا بیگانگی اندک وجود دارد، و (ب) روابط با والدین که در آن جدا بودن و فردیت آنها بازتاب داده شده، تصدیق و حمایت می‌شود، سود می‌برند" (Kerr, ۱۹۹۳, p. ۳۴۹ & Quintana). متخصصان زندگی دانشجویی با کمک به دانشجویان برای جدایی مثبت و در عین حال حفظ ارتباط با خانواده‌هایشان، به دانشجویان در سازگاری و موفقیت کلی در کالج و فراتر از آن کمک می‌کنند. این نوع جدایی و ارتباط ممکن است به ویژه با به اصطلاح "والدین هلیکوپتری" (والدینی که بیش از حد درگیر هستند و مانند یک هلیکوپتر بالای زمین بر فراز دانش‌آموز کالج خود پرواز می‌کنند) چالش‌برانگیز باشد (Tabatsky, ۲۰۱۴ & Glass).

فعالیت‌ها

فعالیت‌های متخصصان زندگی دانشجویی به حوزه تخصصی که در آن کار می‌کنند مربوط می‌شود: مدیریت، توسعه یا مشاوره. "مدل اداری ... بر این فرض استوار است که حرفه خدمات دانشجویی یک واحد اداری و خدمات‌محور در آموزش عالی است که بسیاری از فعالیت‌ها و برنامه‌های تسهیل‌کننده و توسعه‌ای را برای دانشجویان فراهم می‌کند" (Ambler, ۱۹۸۹, p. ۲۴۷; تأکید اضافه شده است). نمونه‌هایی از این خدمات شامل پذیرش، سوابق، غذا، بهداشت و کمک مالی است. مدل توسعه‌ای مدلی است که بر آموزش تأکید دارد، مانند کمک به دانشجویان در یادگیری مهارت‌های تصمیم‌گیری با ارائه سمینارهای رهبری یا تسهیل افزایش

خودمختاری در فعالیت‌های زندگی در خوابگاه. در نهایت، مدل مشاوره مدلی است که بر رشد اجتماعی و عاطفی در تصمیمات بین فردی و شغلی تأکید دارد و شامل برگزاری سمینارهای بسیار شخصی‌سازی شده در مورد موضوع مورد علاقه، مانند قرار ملاقات، شغل یا استرس است (Forrest, ۱۹۸۹).

حوزه‌های تخصصی متخصصان زندگی دانشجویی

مدل‌ها	تأکید	مثال
اداری	تسهیل/توسعه فعالیت‌ها و برنامه‌ها برای دانشجویان	ایجاد سوابق، غذا، کمک مالی، بهداشت
توسعه‌ای	آموزش	سمینارهای رهبری
مشاوره‌ای	رشد اجتماعی و عاطفی	سمینارهای شخصی‌سازی شده

همه متخصصان زندگی دانشجویی از این مدل‌ها پیروی نمی‌کنند و همه فعالیت‌های زندگی دانشجویی توسط متخصصان انجام نمی‌شود. در واقع، یک نظرسنجی ملی نشان داد که ۷۲ درصد از بخش‌های امور دانشجویی کالج/دانشگاه از دانشجویان نیمه‌حرفه‌ای برای تکمیل و اجرای برنامه‌های خود استفاده می‌کنند (Winston & Ender, ۱۹۸۸). این نیمه‌حرفه‌ای‌ها "دانشجویان مقطع کارشناسی هستند که برای ارائه خدمات یا برنامه‌ها به همسالان خود انتخاب و آموزش دیده‌اند. این خدمات عمده‌اً برای کمک به سازگاری، رضایت و/یا پایداری دانشجویان طراحی شده‌اند" (ص. ۴۶۶). دانشجویان نیمه‌حرفه‌ای اغلب در خوابگاه‌ها و برنامه‌های آشنایی به کار گرفته می‌شوند؛ آنها همچنین با خطوط بحران، دادگاه‌های دانشجویی، مشاوره تحصیلی، کمک مالی، برنامه‌های دانشجویان بین‌المللی و فعالیت‌های دانشجویی کار می‌کنند.

متخصصان زندگی دانشجویی با مشارکت دادن دانشجویان نیمه‌حرفه‌ای در برنامه‌های ساختاریافته، به طور مستقیم و غیرمستقیم فرصت‌های رهبری را در اختیار آنها قرار می‌دهند، کیفیت زندگی در پردیس را بهبود

می‌بخشند و وظایف حیاتی را انجام می‌دهند. صدها کالج و دانشگاه در ایالات متحده نوعی آموزش رهبری رسمی را به دانشجویان ارائه می‌دهند و این تعداد در حال افزایش است (Schwartz, & Freeman, Knott, ۲۰۱۱; Komives et al., ۱۹۹۶). با این حال، قبل از اینکه چنین فعالیتی مؤثر باشد، باید به برخی از باورهای اساسی، اصول زیربنایی و موضوعات ضروری برنامه درسی پرداخته شود (Ullom, & Roberts, ۱۹۸۹). متخصصان زندگی دانشجویی به طور فزاینده‌ای به بهبود توانایی‌های رهبری خود علاقه‌مند شده‌اند و در عین حال زمان و تلاش بیشتری را به کمک به دانشجویان در این زمینه اختصاص داده‌اند. این تمرکز دوگانه ممکن است به کالج‌ها کمک کند تا به طور کلی ابتکار عمل بیشتری نشان دهند و حس اجتماعی بیشتری را ترویج کنند.

خدمات مشاوره و زندگی دانشجویی با دانشجویان سال اول، فارغ‌التحصیل و غیرسنتی

علاوه بر کار با گروه‌های اصلی، مشاوران کالج و متخصصان زندگی دانشجویی به نیازهای دانشجویان سال اول و غیرسنتی نیز می‌پردازند. اینها ممکن است دانشجویان بزرگسال‌تر، دانشجویان کالج نسل اول، دانشجویان فرهنگ اقلیت یا حتی ورزشکاران دانشجو باشند. در حالی که دانشجویان سال اول در کالج‌های سنتی ۴ ساله نسبتاً جوان و بی‌تجربه هستند، ویژگی‌های مشترک دانشجویان غیرسنتی عواملی مانند استقلال مالی (۵۱ درصد)، حضور نیمه‌وقت (۴۸ درصد) و ثبت‌نام با تأخیر (۴۶ درصد) است (Evelyn, ۲۰۰۲). دانشجویان غیرسنتی، ۲۵ ساله و بالاتر، اکنون بیش از ۶ میلیون نفر (حدود ۴۰ درصد از کل جمعیت دانشجویان مقطع کارشناسی ایالات متحده) را تشکیل می‌دهند (Good, ۲۰۰۴ & Chao). بسیاری از آنها در کالج‌های دولتی ۲ ساله ثبت‌نام کرده‌اند و تعداد فزاینده‌ای از آنها دوره‌های آنلاین را می‌گذرانند.

دانشجویان سال اول

برای بسیاری از دانشجویان، رفتن به کالج اولین تجربه کامل آزادی و مستقل بودن است. تا حدودی شبیه کودکی در یک فروشگاه شیرینی است که باید از بین انبوهی از شیرینی‌ها انتخاب کند و لذت ببرد. همه وسوسه‌انگیز به نظر می‌رسند! برای برخی از دانشجویان، این انتقال آسان است. آنها بالغ هستند و آماده تصمیم‌گیری در مورد زندگی خود هستند. ورود آنها به کالج تقریباً بی‌نقص به نظر می‌رسد. با این حال، برای اکثر دانشجویان، کالج یک چالش است. در سال ۲۰۱۰، نظرسنجی برنامه تحقیقات نهادی تعاونی (CIRP) در UCLA از دانشجویان کالج‌ها و دانشگاه‌های ۴ ساله نشان داد که سلامت عاطفی دانشجویان سال اولی در پایین‌ترین حد خود قرار دارد. به سختی نیمی از پاسخ‌دهندگان - ۵۱٫۹ درصد - سلامت عاطفی خود را در "۱۰ درصد برتر" یا "بالاتر از حد متوسط" توصیف کردند.

دانشجویان سال اول کالج ممکن است به ویژه در ماه‌های اولیه ورود به کالج به کمک نیاز داشته باشند. فارغ‌التحصیلی از دبیرستان شامل از دست دادن هویت و نیاز به ارزیابی مجدد و تعهد به هدف است که اغلب قبل از ثبت‌نام برای دانشجویان ورودی در دسترس نیست (Hayes, ۱۹۸۱). علاوه بر این، دانشجویان سال اول کالج با چالش‌های مدیریت مؤثر زمان، انتخاب دوره‌های آموزشی، شرکت در آزمون‌های تحصیلی و کنار آمدن با دانشجویان دیگر در حالی که همزمان با امور مالی و مشکلات خانوادگی و شخصی نیز دست و پنجه نرم می‌کنند، روبرو هستند (Carrese, ۱۹۹۸). "برخی از رایج‌ترین بحران‌های گزارش شده در سال اول شامل مشکلات سازگاری اجتماعی است که به صورت احساس دلتنگی و تنهایی ظاهر می‌شود" (Gerdes & Mallinckrodt, ۱۹۹۴, p. ۲۸۱). اغلب تجربه درد روانی به دلیل اختلال در شبکه‌های دوستی تثبیت شده (یعنی "دوست‌بیماری") و اندوه خاموش ناشی از آن وجود دارد (Ponzetti & Paul, ۲۰۰۱; Brier & Cate, ۱۹۸۸).

کالج‌ها با تمرکز بر تجربه سال اول به دانشجویان کمک می‌کنند تا با این متغیرهای جهانی که اغلب ماهیت رشدی دارند، مقابله کنند. به عنوان مثال، برخی از دانشجویان رابطه پرتنش یا متضادی با والدین خود احساس می‌کنند. چنین احساساتی ممکن است به نشخوارهای آزاردهنده در مورد آنها کمک کند و منجر به فلج یا بی‌حرکتی دانش‌آموز جدید شود (Finley, ۲۰۱۰ & Schwartz). دیگران برای یادگیری نحوه مطالعه، کنار آمدن با هم‌اتاقی‌ها و ایجاد یک روال به کمک نیاز دارند. مشاوران کالج و متخصصان زندگی دانشجویی می‌توانند با تأکید بر نقاط قوت دانشجویان و ارائه اطلاعات یا دستورالعمل‌های مورد نیاز برای پیروی دانشجویان، بهترین کمک را در این موقعیت‌ها ارائه دهند. متغیرهایی که با سازگاری با کالج مرتبط بوده‌اند شامل جدایی وابستگی، فردیت، حمایت اجتماعی، رفاه معنوی، سبک‌های مقابله خاص و استرس منفی زندگی است (Schmidt & Welsh, ۲۰۱۰).

دانشجویان تحصیلات تکمیلی

تقریباً ۱,۷ میلیون دانشجوی تحصیلات تکمیلی در ایالات متحده وجود دارد که حدود نیمی از آنها تمام وقت هستند و زنان حدود ۵۷ درصد از کل را تشکیل می‌دهند. علاوه بر این، حدود ۱۴ درصد از دانشجویان تحصیلات تکمیلی بین‌المللی هستند و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد اقلیت هستند. در حالی که به نظر نمی‌رسد این تعداد به طور قابل توجهی در حال افزایش باشد، دانشجویان تحصیلات تکمیلی، مانند دانشجویان مقطع کارشناسی، نیازهای بهداشت روانی دارند، اگرچه در ظاهر خودکفا به نظر می‌رسند (Benshoff, Cashwell & Rowell, ۲۰۱۵).

دانشجویان تحصیلات تکمیلی، صرف نظر از پیشینه خود، باید نقش‌های متعددی را به عنوان دانشجو، محقق، همکار و گاهی همسر مدیریت کنند. بسیاری تنها هستند و دانشجویان بین‌المللی و اقلیت ممکن است نسبت به دیگران احساس بیگانگی و تنهایی بیشتری داشته باشند. این شرایط اغلب باعث می‌شود دانشجویان تحصیلات

تکمیلی احساس ناامنی، اضطراب، فشار و کمبود وقت برای انجام تعهدات کنند. دانشجویان زن تحصیلات تکمیلی ممکن است به ویژه در معرض خطر بالایی قرار داشته باشند زیرا تمایل به تجربه رویدادهای منفی زندگی بیشتری دارند. دانشجویان تحصیلات تکمیلی، برخلاف دانشجویان مقطع کارشناسی که به دنبال مشاوره هستند و معمولاً بر هویت تمرکز دارند، به دلیل سن بیشتر و تمرکز بیشتر بر یک حوزه تحصیلی، عمدتاً با مسائل صمیمیت و حتی تولیدمثل سروکار دارند.

گروه‌ها، به ویژه گروه‌های حمایتی، یکی از راه‌های اصلی است که مراکز مشاوره کالج می‌توانند به دانشجویان تحصیلات تکمیلی کمک کنند. کارگاه‌ها و سمینارهای مختصر ممکن است دانشجویان تحصیلات تکمیلی را گرد هم آورند، حس رفاقت را تقویت کنند و همچنین اطلاعات مفیدی در مورد موفقیت در یک محیط پر استرس ارائه دهند. استفاده از فناوری به عنوان راهی برای ارتباط با دانشجویان تحصیلات تکمیلی نیز ممکن است مؤثر باشد. وبلاگ‌ها، پیام‌های فوری، وبسایت‌ها و ایمیل‌ها می‌توانند اطلاعات ارسال کنند و مشاوره سایبری نیز ممکن است در برخی مواقع با برخی از دانشجویان استفاده شود.

دانشجویان بزرگسال‌تر

دانشجویان غیرسنی بزرگسال‌تر به عنوان یک گروه، انگیزه بالایی دارند، یادگیری تعاملی را ترجیح می‌دهند، نگرانی‌های خانوادگی و مالی دارند، آموزش را یک سرمایه‌گذاری می‌دانند و تعهدات و مسئولیت‌های متعددی دارند که مربوط به مدرسه نیست (Richter-Antion, ۱۹۸۶). در این گروه بزرگ، دو زیرگروه اساسی وجود دارد: دانشجویان ۲۵ تا ۵۰ ساله و دانشجویان ۵۰ تا ۸۰ ساله.

زیرگروه اول معمولاً به دلیل تغییر الزامات یا فرصت‌های شغلی یا فرصت‌هایی که شامل انتقالات زندگی خانوادگی (به عنوان مثال، ازدواج، طلاق) می‌شود، انگیزه بازگشت به کالج را دارند (Brickell, & Aslanian, ۱۹۸۰; Chao & Good, ۲۰۰۴). ایجاد عزت نفس و ارائه حمایت تحصیلی و اجتماعی به ویژه برای این

دانشجویان غیرسنتی جوان تر مهم است. زیرگروه دوم که دانشجویان ارشد نامیده می‌شوند، با اهداف مختلفی به پردیس می‌آیند که شامل دریافت مدرک و یافتن غنای شخصی است. مشاوران کالج و متخصصان زندگی دانشجویی هنگام کار با دانشجویان ارشد باید چندین عامل را در نظر بگیرند، مانند تغییرات در محیط (شاید نورپردازی روشن تر یا دمای اتاق گرم تر)، مرحله رشد مراجعان (به عنوان مثال، مقابله با مسائل تولیدمثل یا یکپارچگی)، سرعت جلسات مشاوره (ممکن است کندتر بهتر باشد)، زمینه‌های بالقوه دشوار (مانند انتقال) و استفاده از تکنیک‌های مشاوره (به عنوان مثال، کتاب‌درمانی، نوشتن خاطرات) (Huskey, ۱۹۹۴). با افزایش تعداد افراد مسن، به احتمال زیاد تعداد دانشجویان ارشد نیز به رشد خود ادامه خواهد داد. صرف نظر از سرعت رشد تعداد دانشجویان ارشد، تعداد کلی دانشجویان غیرسنتی به دلیل کوچک شدن مشاغل، پیشرفت سریع فناوری، پیر شدن نسل انفجار جمعیت و افزایش فرصت‌ها برای توسعه حرفه‌ای افزایش خواهد یافت. کالج‌های محلی و فنی و دانشگاه‌های دولتی به احتمال زیاد اکثریت این دانشجویان غیرسنتی را ثبت‌نام خواهند کرد. همانطور که در مورد دانشجویان سنتی نیز صادق است، تعداد زنان ثبت‌نام‌کننده بیشتر از مردان خواهد بود، تعداد دانشجویان نیمه‌وقت افزایش خواهد یافت و اقلیت‌های فرهنگی و نژادی بیشتری به دنبال تحصیلات دانشگاهی خواهند بود (McGlynn, ۲۰۰۷). همه این رویدادها محدودیت‌های مشاوره و سایر خدمات زندگی دانشجویی را آزمایش خواهند کرد.

دانشجویان نیمه‌وقت

دانشجویان مقطع کارشناسی نیمه‌وقت، به ویژه دانشجویان منحصراً نیمه‌وقت، تقریباً ۴۰ درصد از دانشجویان آموزش عالی را تشکیل می‌دهند. آنها به عنوان یک گروه نسبت به کسانی که تمام وقت ثبت‌نام کرده‌اند، در یک ضعف آشکار قرار دارند زیرا:

- آنها از خانواده‌های اقلیت و کم‌درآمد می‌آیند،

- آنها به اندازه همسالان تمام وقت خود برای کالج آماده نیستند،
 - آنها به شدت در کالج‌های ۲ ساله و برنامه‌های غیرمدرکی/گواهینامه‌ای متمرکز هستند، و
 - بسیاری از آنها در حین ثبت‌نام تمام وقت کار می‌کنند و به طور مداوم ثبت‌نام نمی‌کنند.
- بنابراین، ثبت‌نام نیمه‌وقت با تداوم تحصیل و تکمیل مدرک ۶ سال پس از شروع آموزش پس از متوسطه، حتی پس از کنترل طیف وسیعی از عوامل مرتبط با این نتایج، ارتباط منفی دارد (Chen, ۲۰۰۷).
- برای کمک به دانشجویان نیمه‌وقت، مشاوران کالج و متخصصان امور دانشجویی باید تلاش ویژه‌ای برای برقراری ارتباط یا برقراری مجدد ارتباط با دانشجویان در حین ورود و خروج از کلاس‌ها انجام دهند. اگر دانشجویان نیمه‌وقت بدانند کسی هست که می‌توانند با او صحبت کنند یا اطلاعات کسب کنند، احتمال بیشتری دارد که در تحصیل خود پایداری کنند. ارائه برنامه‌های ویژه برای این دانشجویان در مورد غلبه بر موانع ثبت‌نام نیمه‌وقت نیز ممکن است مفید باشد، به ویژه اگر مختصر و مبتنی بر واقعیت باشد.

دانشجویان نسل اول

گروه دیگری از دانشجویان غیرسنتی، دانشجویان کالج نسل اول هستند - یعنی دانشجویانی که اولین فرد در خانواده خود هستند که وارد کالج می‌شوند (Davenport, ۲۰۱۲ & Ward, Siegel). افراد در این دسته از پیشینه‌های متنوعی می‌آیند، از جمله مهاجران نسل دوم و فقیرانی که از نظر اجتماعی ارتقا یافته‌اند. آنها ۲۷ درصد از کل فارغ‌التحصیلان دبیرستان را تشکیل می‌دهند و نیازهای خاصی دارند که یکی از آنها حمایت خانواده است (Shoffner, ۲۰۰۴ & Gibbons). "حمایت خانواده از آموزش، تفاوت کلیدی بین دانشجویان نسل اول و نسل دوم است. حمایت خانواده همچنین یک متغیر اساسی در تصمیم‌گیری برای رفتن به کالج و در تکمیل موفقیت‌آمیز کالج است" (Fallon, ۱۹۹۷, p. ۳۸۵).

بنابراین، دانشجویان کالج نسل اول نیازهای متعددی دارند. آنها باید دانش محیط کالج، از جمله واژگان خاص آن، به عنوان مثال، "ساعات اعتبار"، "معدل" و "رئیس" را تسلط یابند (Fallon, ۱۹۹۷). آنها همچنین باید به نقش دانشجو متعهد شوند، سیستم‌های ارزشی دانشجویان کالج نسل دوم را رمزگشایی کنند و همچنین یاد بگیرند که خدمات زندگی دانشجویی و مهارت‌های مطالعه را درک کنند. موانع زبانی و آداب و رسوم اجتماعی یا فرهنگی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

دانشجویان فرهنگ اقلیت

دانشجویان فرهنگ اقلیت در ایالات متحده عمدتاً افراد آفریقایی-آمریکایی، بومی آمریکا، آسیایی-آمریکایی، اسپانیایی/لاتین تبار یا چند قومیتی هستند. آنها با تعدادی از چالش‌ها متفاوت از سایر دانشجویان روبرو هستند، مانند "کمبود حمایت و یک فضای دانشگاهی نامناسب" (Mohr, ۲۰۰۰, p. ۱۸۰ & Ancis, Sedlacek). در بسیاری از موارد، دانشجویان اقلیت علاوه بر اقلیت بودن، در دسته‌های دیگری نیز قرار می‌گیرند، مانند دانشجویان نسل اول، دانشجویان بزرگسال‌تر یا ورزشکاران دانشجو. آنها همچنین ممکن است نسبت به دانشجویان اکثریت، وابسته‌تر و رابطه‌محورتر باشند (Constantine, ۲۰۰۵ & Berkel). "بنابراین، مشاوران، حامیان، کارکنان، مدیریت، مشاوران و ابتکارات برنامه‌ریزی آموزش عالی که از تنوع حمایت می‌کنند، برای رفع نیازهای دانشجویان رنگین‌پوست و آمریکایی‌های اروپایی به طور یکسان ضروری هستند" (Sedlacek, ۲۰۰۹, p. ۴۰۸ & Singley). این متخصصان در کمک به دانشجویان فرهنگ اقلیت برای سازگاری با کالج و/یا موفقیت کلی، می‌توانند تشویق و حمایت اجتماعی را به دانشجویان فرهنگ اقلیت ارائه دهند. آنها همچنین می‌توانند ابزارهای ملموسی را برای تقویت غرور قومی در اختیار آنها قرار دهند. به عنوان مثال، در مورد دانشجویان کالج آفریقایی-آمریکایی، غرور قومی ممکن است از طریق حمایت رسمی دانشگاه‌ها از

برنامه‌هایی مانند جشن‌های کوانزا و ماه تاریخ سیاه (Lyn, & Phelps, Tranakos-Howe, Dagley, ۲۰۰۱) به بخشی از محیط یادگیری تبدیل شود. علاوه بر این، آنها می‌توانند خدمات حمایتی را خارج از مراکز مشاوره دانشجویی، مانند گردهمایی‌های غیررسمی، ارائه دهند و متوجه شوند که برای برخی گروه‌ها - برای مثال، دانشجویان مقطع کارشناسی کره‌ای - نیاز به حمایت بین مردان و زنان به طور قابل توجهی متفاوت است (Kim, ۲۰۰۸ & Gloria, Castellanos, Park).

یکی دیگر از فعالیت‌های مفیدی که مشاوران کالج و متخصصان زندگی دانشجویی می‌توانند انجام دهند، پرداختن به نقش‌های نژاد-قومیت و جنسیت در جلسات آشنایی دانشجویان دانشگاه است. مردان سفیدپوست به عنوان یک گروه تمایل کمتری به تنوع دارند و در بسیاری از موارد "از دید آنها خارج است"، در حالی که زنان و گروه‌های اقلیت بسیار بیشتر با تنوع و اهمیت آن هماهنگ هستند (Sedlacek, ۲۰۰۹ & Singley). بنابراین، کمک به مردان سفیدپوست به عنوان یک گروه برای بازتر بودن و مشارکت در تلاش‌های مربوط به تنوع در پردیس می‌تواند زندگی همه افراد در پردیس را بهبود بخشد.

رویدادهای گروهی کوچک یا بزرگ که هویت قومی و خودپنداره فرد را ارتقا و تقویت می‌کنند، ممکن است مفید و مثبت باشند، همانطور که مربیگری نیز مفید است. به عنوان مثال، "تحقیقات نشان می‌دهد که دانشجویان لاتین تباری که یک مربی دارند که به تجربیات آموزشی آنها علاقه شخصی و تحصیلی نشان می‌دهد، احتمال موفقیت بیشتری دارند" (Rodriguez, ۲۰۰۰, p. ۱۵۱ & Gloria). علاوه بر این، برخی از دانشجویان، مانند زنان آفریقایی-آمریکایی و آسیایی-آمریکایی، ممکن است بهترین پاسخ را به مشاوره‌ای بدهند که دیدگاه رابطه‌محور-وابسته به هم را قدردانی می‌کند (Constantine, ۲۰۰۵ & Berkel). به طور کلی، کمکی که "هویت قومی قوی" را ارتقا و محافظت می‌کند، "عزت نفس دانشجویان اقلیت را تقویت می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد احساس یکپارچگی بیشتری با محیط کالج داشته باشند" (Jourdan, ۲۰۰۶, p. ۳۲۸).

برای ارائه تشویق، توجه ویژه و رویدادهای سفارشی به دانشجویان اقلیت، هم مشاوران و هم متخصصان زندگی دانشجویی باید محیط‌های پردیس که در آن کار می‌کنند و درک گروه‌های اقلیت از آن را درک کنند. نژادپرستی و کلیشه‌سازی اغلب بخشی از این فضا هستند (Douthit, ۲۰۱۰ & Guiffida). بنابراین، استراتژی‌های مشاوره و مهارت‌های زندگی که به طور مؤثر به این تأثیرات تحقیرآمیز پاسخ می‌دهند، باید تقویت شوند و خودکارآمدی ترویج شود. به عنوان مثال، مشاورانی که شوخ‌طبعی خاص فرهنگی را درک می‌کنند، می‌توانند دانشجویان اقلیت را برای پرداختن به مسائلی که ممکن است با آن روبرو شوند به روشی سازنده، از طریق دیدن پوچی موقعیت‌ها و خندیدن به جای احساس ناامیدی و عصبانی شدن، توانمند کنند (Vereen, Downing ۲۰۰۶ & Butler, Williams, Darg).

برای ایجاد تأثیر گسترده‌تر و ایجاد تغییرات مورد نیاز، مشاوران و کارکنان زندگی دانشجویی می‌توانند روی برنامه‌ریزی سراسری پردیس کار کنند که بر تمام جنبه‌های پردیس (یعنی اساتید، کارکنان و دانشجویان) تأثیر می‌گذارد. چنین برنامه‌ریزی می‌تواند به شکل ارائه سخنرانی برای گروه‌های خاص (مانند کلاس‌های دانشگاهی، گروه‌های خوابگاه و انجمن‌های برادری/خواهری) باشد، یا می‌تواند به شکل حمایت مالی یا مشارکت در برگزاری نمایشگاه‌های سلامت پردیس یا نمایشگاه‌های خدمات دانشجویی باشد (McLaughlin, ۲۰۰۵ & Marks). مشاوران کالج و کارکنان زندگی دانشجویی با فعال بودن در چنین مکان‌هایی می‌توانند با تعصبات مقابله کرده و درک و قدردانی از دیگران را ترویج کنند (Ancis et al., ۲۰۰۰). آنها همچنین می‌توانند تشخیص دهند که در برخی فرهنگ‌ها - برای مثال، آمریکایی‌های مکزیکی تبار - با از دست دادن فرهنگ اصلی و افزایش وضعیت نسلی، نگرش آنها نسبت به جستجوی کمک کمتر مطلوب می‌شود. بنابراین، "پایبندی به فرهنگ و ارزش‌های سنتی مکزیکی ممکن است در واقع جستجوی کمک را تشویق کند" (Atkinson, & Ramos-Sánchez, ۲۰۰۹, p. ۶۲). به طور مشابه، در کار با دانشجویان آفریقایی-آمریکایی در پردیس‌هایی که عمدتاً سفیدپوست

هستند، سه موضوع در مورد کمک به موفقیت آنها ظهور کرده است. این موضوعات شامل (الف) اتخاذ تعاریف گسترده‌تری از دانشجو محور بودن که با انتظارات آفریقایی-آمریکایی‌ها سازگار باشد، (ب) آگاه ماندن از پیچیدگی‌های ذاتی در حفظ روابط قوی با خانواده و دوستان در خانه، و (ج) تشویق به مشارکت در سازمان‌های دانشجویی که از نگرانی‌های مشترک دانشجویان آفریقایی-آمریکایی حمایت می‌کنند (Guiffrida & Douthit, ۲۰۱۰).

مثال موردی

پاتریشیا نیمه‌وقت

پاتریشیا در یک خانواده گواتمالایی نسل اول بزرگ شد. والدینش انگلیسی را دست و پا شکسته صحبت می‌کردند و در مشاغل با حداقل دستمزد کار می‌کردند، اما آرزوهای بزرگی برای دخترشان داشتند. پاتریشیا نیز بلندپرواز بود و در پایان دبیرستان، بورسیه‌ای برای یک دانشگاه عمدتاً سفیدپوست به او پیشنهاد شد، جایی که در نگاه اول شبیه بقیه به نظر می‌رسید.

با این حال، نزدیک به پایان سال دوم، پاتریشیا احساس انزوا و تنهایی می‌کرد. والدینش احساس او را درک نمی‌کردند و هم‌کلاسی‌هایش با یک لاتین تبار خوب ارتباط برقرار نمی‌کردند.

وقتی پاتریشیا به دنبال مشاوره رفت، مشاور او، ایبی، پیشنهاد کرد که خانواده پاتریشیا در جلسه بعدی با او بیایند تا بتوانند با هم در مورد این وضعیت بحث کنند. در این میان، او پاتریشیا را به رئیس خدمات دانشجویی ارجاع داد تا ببیند آیا می‌تواند بیشتر در یک فعالیت در پردیس شرکت کند یا خیر.

نظر شما در مورد استراتژی مشاور در رسیدگی به وضعیت پاتریشیا چیست؟ شما چه کاری انجام می‌دهید؟

ورزشکاران دانشجو

گروه نهایی از دانشجویان غیرسنتی شامل ورزشکاران دانشجو است. این دانشجویان نسبت به دیگران احتمال کمتری دارد که از طریق مشاوره به دنبال کمک باشند (Watson, ۲۰۰۵). با این حال، بسیاری از آنها "مشکلاتی در ارتباط با سیستم دانشگاه و جامعه بزرگتر دارند" (Sedlacek, ۱۹۹۱, p. & Engstrom, ۱۸۹). دیگران اغلب آنها را به عنوان دانشجویان مشکل ساز می بینند که در ارتباط اجتماعی یا تحصیلی مشکل دارند (Burke, ۱۹۹۳). علاوه بر این، بسیاری از آنها از گروه های فرهنگی اقلیت هستند و اولین نفر در خانواده خود هستند که به کالج می روند (Kirk, ۱۹۹۳ & Kirk). یک محیط ورزشی ممکن است وابستگی به مربی یا تیم را تقویت کند. بنابراین، این دانشجویان ممکن است از جریان اصلی زندگی کالج منزوی و بیگانه شوند و در نقش دوگانه خود به عنوان دانشجو و ورزشکار استرس و چالش هایی را تجربه کنند (Watson, ۲۰۰۵). آموزش مدیریت زمان و مهارت های اجتماعی زمینه هایی هستند که مشاوران و متخصصان زندگی دانشجویی می توانند در آنها کمک کنند.

علاوه بر این، هنگامی که ورزشکاران دانشجو هویت ورزشی خود را از طریق از دست دادن صلاحیت یا به دلیل آسیب دیدگی از دست می دهند، برای ایجاد یک انتقال یکپارچه به زندگی کالج به کمک نیاز دارند (Wooten, ۱۹۹۴). مشاوران و متخصصان زندگی دانشجویی باید با ورزشکاران دانشجو هم از نظر عاطفی و هم از نظر شناختی کار کنند و به آنها کمک کنند تا احساسات خود را شناسایی و ابراز کنند و با افکار غیرمنطقی مقابله و آنها را اصلاح کنند. ورزشکاران دانشجو همچنین برای یادگیری دیدن خود فراتر از سال های کالج، به احتمال زیاد به عنوان ورزشکاران غیرحرفه ای، به کمک نیاز دارند. بنابراین، مشاوره شغلی و مهارت های برنامه ریزی زندگی خدمات مهمی برای ارائه هستند (Etzel, ۲۰۱۱).

خلاصه و نتیجه گیری

حرفه‌های مشاوره کالج و خدمات زندگی دانشجویی وجوه مشترک زیادی دارند. هر دو بر رشد و بلوغ کامل دانشجویان در محیط‌های کالج/دانشگاه تأکید دارند و هر کدام دیدگاه خوشبینانه‌ای دارند و بر مزایای محیط‌ها و رویدادهای خاص به عنوان کاتالیزورهایی برای آگاه‌تر شدن دانشجویان از خود و استفاده کامل از توانایی‌هایشان تمرکز می‌کنند. این تخصص‌ها همچنین یک موازات تاریخی مشترک دارند: تأثیر آنها در کالج‌ها و دانشگاه‌ها در طول زمان فراز و نشیب داشته است. با این حال، در قرن بیست و یکم، هر دو تخصص به خوبی تثبیت شده‌اند و به طور مثبت به عملکرد کلی مؤسسات آموزش عالی کمک می‌کنند.

این فصل به ویژگی‌های تاریخی، فلسفی و عملگراییانه رشد و توسعه دانشجویان کالج از آنجایی که به مشاوره و خدمات زندگی دانشجویی مربوط می‌شود، پرداخته است. کیفیت و تنوع فعالیت‌های مرتبط با این تخصص‌ها قوی است. در مراکز مشاوره کالج، تأکید به طور فزاینده‌ای بر تعامل و ارتباط جهانی و موضع فعال در ارائه خدمات قرار می‌گیرد. این خدمات شامل مشاوره، مشاوره شغلی، مدیریت بحران، حفظ دانشجوی، شخصی‌سازی و انسانی‌سازی محیط پردیس، ایجاد برنامه‌های خودیاری و همکاری با سایر واحدهای پردیس است. خدمات زندگی دانشجویی نیز در حال سیال‌تر و پویاتر شدن هستند. هرچه گفتگو بین متخصصان در هر جنبه از زندگی دانشجویی بازتر شود، توانایی خدمت به دانشجویان و سیستم‌هایی که در آن فعالیت می‌کنند همچنان افزایش خواهد یافت.

فصل هفدهم

آزار، اعتیاد، معلولیت و مشاوره



مرور فصل

در این فصل خواهید آموخت درباره:

- ماهیت و درمان سوء استفاده بین فردی و درون فردی
- ماهیت و درمان انواع مختلف اعتیاد (به عنوان مثال، فیزیولوژیکی، روانی و فرآیندی)
- جنبه‌های مختلف ناتوانی‌ها از جمله موارد مرتبط با منابع فکری، جسمی و آسیب‌زا

- پویایی‌های پیرامون کار یک مشاور اعتیاد، مجرم و توانبخشی

همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:

- سوء استفاده بین فردی و درون فردی چگونه آغاز می‌شود و چرا ادامه می‌یابد؟
- رایج‌ترین انواع اعتیاد کدامند، درمان کدام نوع دشوارتر است و بهترین درمان‌ها برای اعتیاد چیست؟

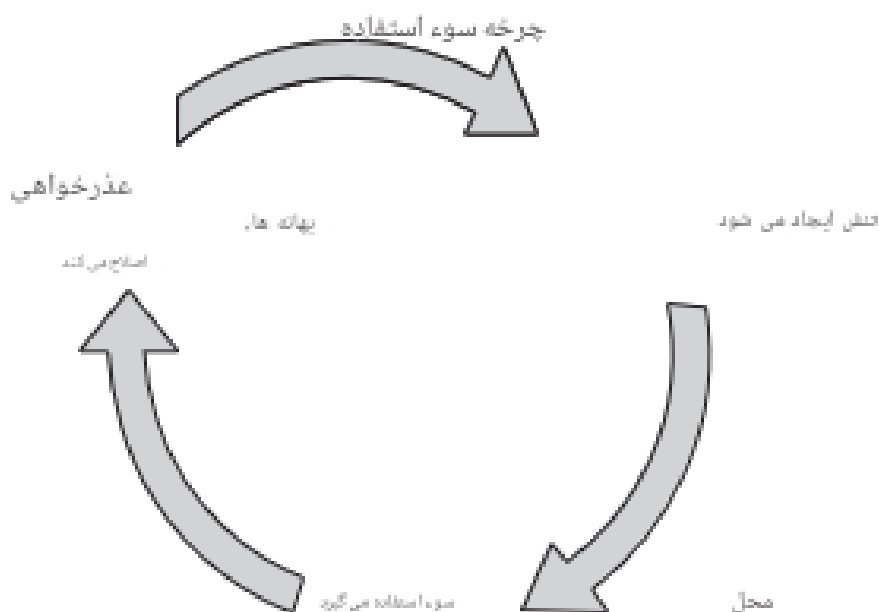
- چه ناتوانی‌هایی شایع هستند و مؤثرترین مداخلات در کار با افراد دارای ناتوانی کدامند؟
- کار یک مشاور اعتیاد، مجرم و توانبخشی چگونه است؟

در جلسات ما تو از زخم‌هایت می‌گویی و نشانم می‌دهی جاهایی را که سوخته‌ای. افسوس، داستان‌های آتشین تو را می‌شنوم که با تو، از طریق خاطرات و کلمات زندگی می‌کنند؛ همه ضربه‌ها و حوادث پرتنشی که زندگی‌ات را کوبیده‌اند و شکل داده‌اند. "کاش سندان آهنگری بودم"، گفتی، "و تو چکش آهنگری". شاید آنگاه، بر سندان زمان، می‌توانستیم ساختار دهیم یک شخص جدید کامل، با صداها آرام نرم، قدرت درونی و درخشندگی گرم. مشاوران با پیشینه‌های گوناگون با مراجعانی کار می‌کنند که نگرانی‌ها و مشکلات مربوط به سوء استفاده، اعتیاد و ناتوانی دارند. مشاورانی که در این زمینه‌های درمانی تخصص دارند، بر تعدادی از حوزه‌ها از جمله ارتقای سبک زندگی سالم، شناسایی و حذف عوامل استرس‌زا، اصلاح محیط‌های سمی، حفظ یا بازیابی سلامت جسمی و روانی و تندرستی تمرکز می‌کنند. روش‌های خاص ارائه خدمات به مراجعان به مهارت‌های مشاوران و نیازهای

جمعیت مراجعان بستگی دارد. در طول سال‌ها، مشاورانی که در زمینه بهبود سوء استفاده و اعتیاد و خدمات ناتوانی کار می‌کنند، خود را با تخصص‌های مشاوره اعتیاد و مشاوره مجرمان و مشاوره توانبخشی همسو کرده‌اند. در این فصل ماهیت سوء استفاده، اعتیاد و ناتوانی را بررسی خواهیم کرد. تمرکز اصلی بر این خواهد بود که چگونه مشاوران می‌توانند در زندگی افرادی که این شرایط را دارند، تغییر ایجاد کنند.

چرخه سوء استفاده

سوء استفاده عبارت است از بدرفتاری یا سوء استفاده از افراد، مکان‌ها یا اشیاء. می‌تواند فعال باشد، مانند تنبیه بدنی یا ذهنی کسی، یا منفعل باشد، مانند بی‌توجهی. با این حال، نتیجه نهایی آسیب‌رسان است. اغلب، سوء استفاده چرخه‌ای است با یک سری رویدادها و اقدامات قابل پیش‌بینی که مطابق نمودار همراه رخ می‌دهند.



چرخه سوء استفاده

تنش افزایش می‌یابد	سوء استفاده رخ می‌دهد	عذرخواهی، بهانه‌ها

افراد به دلایل مختلفی سوء استفاده می‌کنند؛ با این حال، این امر نتایج اقدامات یا بی‌توجهی آنها را کاهش نمی‌دهد. سوء استفاده تا زمانی ادامه می‌یابد که مداخلات یا بینش‌هایی وجود داشته باشد که منجر به تغییرات رفتاری بین افزایش تنش و سوء استفاده متعاقب آن شود. چنین تغییراتی می‌تواند از طریق مشاوره حاصل شود، اگر مشاوران متوجه شوند چه اتفاقی می‌افتد و از روش‌های مناسب برای شکستن این چرخه استفاده کنند.

دو حوزه اصلی سوء استفاده که بیشتر در مشاوره دیده می‌شود، سوء استفاده بین فردی (به عنوان مثال، خشونت یا بی‌توجهی به کودکان، همسران، خواهر و برادر، سالمندان) و سوء استفاده درون فردی (به عنوان مثال، مصرف بیش از حد مواد، قمار، کار، اینترنت) است. مورد دوم اغلب منجر به اعتیاد می‌شود. هر دو شکل سوء استفاده و همچنین اعتیادهایی که با سوء استفاده درون فردی همراه هستند، در اینجا پوشش داده خواهند شد.

سوء استفاده بین فردی

سوء استفاده بین فردی شامل اقدامات خشونت‌آمیز یا بی‌توجهی نسبت به دیگران، به ویژه کسانی که در خانواده فرد هستند (یعنی خواهر و برادر، همسر/شریک زندگی، فرزندان، سالمندان) یا کسانی که فرد با آنها کار می‌کند یا با آنها تماس روزانه دارد، است. سوء استفاده بین فردی می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد، اما دو مورد از رایج‌ترین آنها سوء استفاده عاطفی (به عنوان مثال، توهین‌های کلامی، فریاد زدن، نادیده گرفتن، انتقاد مداوم) و سوء استفاده فیزیکی (به عنوان مثال، مشت زدن، کتک زدن، سیلی زدن، گاز گرفتن، تکان دادن، سوزاندن) است. از بین تمام انواع سوء استفاده، سوء استفاده عاطفی احتمالاً رایج‌ترین آنهاست. گاهی اوقات ظریف‌تر از سوء استفاده فیزیکی است و محدود به سن، مرحله، جنسیت یا محیط خاصی نیست. به عنوان مثال، یکی از

مکان‌هایی که ممکن است سوء استفاده عاطفی در آن رخ دهد و به ندرت مورد بحث قرار می‌گیرد، کلاس‌های درس مدرسه است (Kenny, ۲۰۰۸ & McEachern, Aluede). "رفتارهای معلم (به عنوان مثال، فریاد زدن بیش از حد سر دانش‌آموزان... اظهار نظرهای تحقیرآمیز و برچسب زدن به دانش‌آموزان به عنوان احمق و کودن، تهدید دانش‌آموزان و استفاده از تکالیف به عنوان تنبیه)" سوء استفاده عاطفی در نظر گرفته می‌شود (ص. ۴). با این حال، تعاریف سوء استفاده عاطفی از نظر فرهنگی متفاوت است و سوء استفاده بین فردی معمولاً بسیار شوم‌تر و آسیب‌رسان‌تر از آن چیزی است که در کلاس‌های درس یافت می‌شود. چهار نوع سوء استفاده بین فردی - کودک‌آزاری، خواهر و برادرآزاری، همسر/شریک زندگی‌آزاری و سالمندآزاری - در این بخش به همراه روش‌های درمان چنین سوء استفاده‌ای پوشش داده خواهد شد.

تأمل شخصی

از آنجایی که سوء استفاده عاطفی بسیار رایج است، احتمالاً آن را به اشکال مختلف در مناسبت‌های گوناگون دیده‌اید. نشانه‌های سوء استفاده‌ای را که از موارد ذکر شده قبلی دیده‌اید، شرح دهید. واکنش شما به مشاهده سوء استفاده عاطفی چه بوده است؟

کودک‌آزاری

کودک‌آزاری (که شامل اعمالی مانند ضرب و شتم است) و کودک‌بی‌توجهی (که شامل اعمالی مانند عدم تأمین نیازها است) از نگرانی‌های عمده در زندگی خانوادگی آمریکایی است. هر ساله بین ۲ تا ۱۰ میلیون کودک قربانی کودک‌آزاری و بی‌توجهی می‌شوند (آکادمی اطفال آمریکا، ۲۰۰۷؛ Barnett, Miller-Perrin & Perrin, ۲۰۱۱). در این دسته از سوء استفاده، سوء استفاده جسمی، جنسی و روانی و همچنین بی‌توجهی و ترک کردن قرار دارند. باید تأکید شود که سوء استفاده به ندرت از یک نوع است و خانواده‌هایی که درگیر سوء

استفاده هستند، معمولاً ماهیت آشفته‌ای دارند و دچار کمبودهای ارتباطی هستند (Mullen, Martin, Herbison, ۱۹۹۵ & Anderson, Romans).

اثرات کودک‌آزاری، به ویژه سوء استفاده عاطفی و روانی، شامل پرخاشگری، بزهکاری و خودکشی و همچنین اختلال شناختی، تحصیلی و روانی در کودکان است (McWey, ۲۰۰۴). کودک‌آزاری همچنین ممکن است تأثیر قدرتمندی بر رفتار بزرگسالی داشته باشد که مادام‌العمر است (Kleist, ۱۹۹۹; Lawson, & Elam, ۲۰۰۹). بزرگسالانی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند، به نظر می‌رسد از زندگی خود رضایت کمتری دارند و مستعد ابتلا به تعدادی از اختلالات از جمله اختلالات رفتاری، شناختی و عاطفی مانند افسردگی و عزت نفس پایین هستند (May, ۲۰۰۵). با این حال، لزوماً رابطه علی مستقیمی بین سوء استفاده و علائم بزرگسالی وجود ندارد (Mullen et al., ۱۹۹۵).

سوء استفاده جسمی از کودکان در یک طیف قرار دارد، از تماس فیزیکی خفیف، مانند ضربه زدن به پشت کودک، تا تماس شدید، مانند کتک زدن (Kemp, ۱۹۹۸). سوء استفاده جسمی شدید از کودکان در همه چیز از آسیب‌های پوستی گرفته تا مرگ ظاهر می‌شود. در این بین، آسیب‌های فیزیکی مانند شکستگی استخوان، تورم بافت نرم و خونریزی وجود دارد. علاوه بر علائم فیزیکی، پیامدهای روانی ناشی از سوء استفاده جسمی وجود دارد که از ترس از دیگران تا واکنش‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) متغیر است. بسیاری از کودکانی که از نظر جسمی مورد آزار قرار می‌گیرند، به دیگران بی‌اعتماد، بزهکار و حتی افسرده می‌شوند. علاوه بر این، تعدادی از این کودکان در برقراری روابط نزدیک و پایدار با همسالان، چه رسد به بزرگسالان، مشکل دارند. در نهایت، سوء استفاده جسمی از کودکان می‌تواند منجر به مشکلات جدی شناختی از جمله اختلال شناختی، عملکرد ضعیف در مدرسه و سوء مصرف مواد در آینده شود (Platt, ۲۰۰۵ & Skowron).

یکی از موزیانه‌ترین اشکال کودک‌آزاری، سوء استفاده جنسی از کودکان (CSA) است. این نوع سوء استفاده شامل لمس ناخواسته (یعنی نوازش)، اظهارات جنسی، چشم‌چرانی، مقاربت، رابطه جنسی دهانی و پورنوگرافی است (Cohen, ۲۰۱۵ & Ingram, ۲۰۰۴; Deblinger, Mannarino & Cobia, Sobansky). سوء استفاده جنسی متأسفانه یک اتفاق بسیار رایج است که مواردی از آن در محیط‌های آموزشی گزارش شده است. اثرات طولانی مدت آن تقریباً همیشه آسیب‌رسان است، صرف نظر از اینکه فرد مورد آزار جنسی مرد باشد یا زن، دگرجنس‌گرا باشد یا همجنس‌گرا (Hunter, ۲۰۰۶). هنگامی که سوء استفاده جنسی در دوران کودکی رخ می‌دهد، اغلب منجر به پریشانی، آسیب حاد و حتی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شود (Putman, ۲۰۰۹).

"به طور کلی اعتقاد بر این است که سوء استفاده جنسی از همه کودکان به طور قابل توجهی کمتر گزارش می‌شود و سوء استفاده جنسی از پسران کمترین میزان گزارش را دارد" (Tomes, ۱۹۹۶, p. ۵۵). در موقعیت‌های سوء استفاده جنسی، "بیشتر سوء استفاده از پسران توسط متجاوزان خارج از خانواده انجام می‌شود؛ سوء استفاده از دختران عمدتاً درون‌خانوادگی است" (Hutchins, ۱۹۹۵, p. ۲۱). تقریباً ۱ از هر ۵ دختر تا سن ۱۸ سالگی مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد (Howe, ۲۰۰۰; Deblinger et al., ۲۰۱۵ & Crespi). ۱۲ تا ۱۸ درصد از پسران در دوران کودکی یا نوجوانی مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند (Cobia et al., ۲۰۰۴; Tomes, ۱۹۹۶). تشخیص و تعیین سوء استفاده جنسی در خانواده‌ها دشوار است زیرا در بسیاری از موارد، همه افراد درگیر چنین اقداماتی را انکار می‌کنند و آنها را گزارش نمی‌دهند.

خواهر و برادر آزاری

خواهر و برادرها ممکن است مورد آزار قرار بگیرند و در واقع "خواهر و برادر آزاری همه‌گیر است و می‌تواند نتایج مرگباری داشته باشد" (Morrill-Richards, ۲۰۰۷, p. ۱۴۸ & Kiselica). تخمین زده می‌شود که تا ۴۰

درصد از کودکان در ایالات متحده "درگیر خشونت فیزیکی علیه خواهر و برادر خود هستند و تا ۸۵ درصد به طور منظم درگیر خشونت کلامی علیه خواهر و برادر خود هستند" (ص. ۱۴۸). در واقع، خواهر و برادرآزاری رایج‌ترین شکل سوء استفاده است (Meyers, ۲۰۱۶). دلایل خواهر و برادرآزاری پیچیده است، اما شامل رقابت برای سلطه و مبارزه برای قدرت بر سر منابع است. صرف نظر از این، در سراسر فرهنگ‌ها مشخص شده است که وقتی افراد خواهر و برادرآزاری را تجربه می‌کنند، احتمال اینکه در طول زندگی خود قربانی یا مرتکب روابط آزاردهنده شوند، افزایش می‌یابد (Schafer, ۲۰۰۲ & Cunradi, Caetano).

خواهر و برادرآزاری سه شکل غالب دارد: جنسی، جسمی و روانی. سوء استفاده جنسی تقریباً همیشه توسط برادران علیه خواهران انجام می‌شود و شامل اعمالی است که محارم هستند. ممکن است یک بار اتفاق بیفتد، اما اغلب برای سال‌ها ادامه می‌یابد. سوء استفاده جسمی وارد کردن آسیب از طریق اقدامات فیزیکی مانند ضربه زدن، لگد زدن، گاز گرفتن، خراشیدن یا استفاده از اشیاء مانند شلنگ، چوب لباسی، کمربند، چاقو و حتی اسلحه است. سوء استفاده روانی شامل اذیت و آزار مداوم، شدید یا اغراق‌آمیز؛ تحقیر؛ یا پایین آوردن است و ممکن است بخشی از دو نوع دیگر سوء استفاده باشد. در حالی که خواهر و برادرآزاری معمولاً با افزایش سن کاهش می‌یابد، اما اثر خود را بر کسانی که آن را تجربه می‌کنند، می‌گذارد. قربانیان ممکن است با گذشت زمان نسبت به کسانی که قدرت کمتری دارند، خشن‌تر شوند، اگر در دوران سوء استفاده مکانیسم‌های مقابله‌ای پیدا نکرده باشند یا در بزرگسالی کمک دریافت نکنند. از طرف دیگر، خواهر و برادرهایی که مورد آزار قرار گرفته‌اند و در دوران کودکی از راه‌های خلاقانه و روابط حمایتی استفاده کرده‌اند و در بزرگسالی درمان شده‌اند، بهترین عملکرد را در انعطاف‌پذیری و داشتن زندگی پربار دارند (Meyers, ۲۰۱۶).

همسرآزاری و شریک زندگی آزاری

همسرآزاری و شریک زندگی آزاری اغلب به عنوان "خشونت خانگی" یا "خشونت زناشویی/شراکتی" نامیده می‌شود - یعنی "پرخاشگری که در روابط صمیمانه، معمولاً بین بزرگسالان رخ می‌دهد" (Kemp, ۱۹۹۸, p. ۲۲۵). این تلاش یک فرد برای "کنترل افکار، باورها یا رفتارهای یک شریک صمیمی یا تنبیه شریک به دلیل مقاومت در برابر کنترل فرد" است (Dixon, ۲۰۰۳, p. ۴۱ & Peterman).

اگرچه همسرآزاری ممکن است توسط مردان یا زنان انجام شود، اما در واقعیت تعداد بسیار بیشتری از زنان نسبت به مردان قربانی وحشت‌های آن هستند. تخمین زده می‌شود که در دوران بزرگسالی ۲۱ تا ۳۹ درصد از کل زنان چنین سوء استفاده‌ای را تجربه خواهند کرد (Hage, ۲۰۰۶). علاوه بر این، "۲۰ درصد از مراجعات اورژانس به دلیل ضربه و ۲۵ درصد از قتل زنان مربوط به خشونت شریک صمیمی است" (ص. ۸۳). "همسرآزاری و شریک زندگی آزاری می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد، از جمله جسمی، جنسی، روانی و اقتصادی" (Ganley, ۱۹۹۵ & Stark, ۲۰۱۵; Schechter & Buzawa, Buzawa). این امر محدود به طبقه اقتصادی خاص، ساختار خانواده، گرایش جنسی یا گروه قومی خاصی نیست. بدترین نوع همسرآزاری و شریک زندگی آزاری به عنوان ضرب و شتم شناخته می‌شود، "خشونتی که شامل حمله فیزیکی شدید یا خطر آسیب جدی است" (Kemp, ۱۹۹۸, p. ۲۲۵). با این حال، اشکال دیگر خشونت خانگی شامل گرفتن، سیلی زدن، هل دادن و پرتاب اشیاء به سوی یکدیگر است (Murphy, ۱۹۹۹ & O'Leary).

برگ-کراس (۲۰۰۲) پیشنهاد می‌کند که ۱۲ نشانه سوء استفاده عاطفی بین شرکا وجود دارد:

- حسادت
- رفتار کنترلی
- انتظارات غیرواقعی

- انزوا
- سرزنش برای مشکلات و احساسات
- حساسیت بیش از حد
- سوء استفاده کلامی
- نقش‌های جنسیتی انعطاف‌ناپذیر
- تغییرات ناگهانی در شخصیت و خلق و خو
- تهدید به خشونت
- شکستن یا ضربه زدن به اشیاء
- استفاده از زور در حین بحث

جای تعجب نیست که ارتباط مستندی بین مصرف الکل و خشونت ناشی از همسرآزاری/شریک زندگی‌آزاری وجود دارد. به عنوان مثال، فالز-استوارت (۲۰۰۳) دریافت که پرخاشگری شدید ۱۹ برابر بیشتر است زمانی که یک شریک مرد در یک رابطه مست شده باشد.

مثال موردی

شارلین پنهان‌کار

شارلین هر روز برای رفتن به سر کار در مدرسه، بلوزهای آستین بلند و دامن‌های بلند و گشاد می‌پوشید. آنها از جهاتی لباس‌های مد روز و از جهاتی قدیمی بودند. هر از گاهی شال گردنی دور گردنش می‌انداخت و گاهی اوقات عینک آفتابی می‌زد.

مادج، بهترین دوست شارلین، یک روز متوجه کبودی زیر شال گردن شارلین شد. با گذشت ماه‌ها متوجه علائم فیزیکی دیگری نیز شد. سرانجام، او با شارلین در مورد اینکه آیا مورد آزار قرار گرفته است یا خیر، روبرو شد. شارلین این اتهام را رد کرد.

به نظر شما مادج اکنون باید چه کار کند؟ آیا روبرو شدن با شارلین مفید خواهد بود؟ آیا تشویق او به مشاوره یا همراهی او برای مراجعه به کسی در خدمات اجتماعی مفیدتر خواهد بود؟ چرا یا چرا نه؟

سالمندآزاری

سالمندآزاری می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد. برخی از رایج‌ترین آنها عبارتند از وارد کردن آسیب‌های جسمی، کم‌آبی، حبس (به عنوان مثال، بستن به مبلمان، قفل کردن در اتاق) و عدم رعایت نظافت (Hudson, ۲۰۱۰ & Nerenberg, ۲۰۰۸; Sandell). در سال‌های اخیر، شخصیت‌های مشهوری مانند بازیگر میکی رونی، در مورد رفتار آزاردهنده‌ای که با آنها شده است، صحبت کرده‌اند. با افزایش جمعیت سالمندان ناشی از نسل انفجار جمعیت (۱۹۴۶-۱۹۶۴) که به سن بازنشستگی می‌رسند، به احتمال زیاد شیوع سالمندآزاری افزایش خواهد یافت. به دلیل عدم تحرک و شرایط زندگی سالمندانی که برای مراقبت از نیازهای خود به دیگران وابسته هستند، اغلب پنهان می‌ماند.

۱. کودک‌آزاری/کودک‌بی‌توجهی

۲. خواهر و برادرآزاری

۳. همسرآزاری/شریک زندگی آزاری

۴. سالمندآزاری

چهار نوع رایج سوء استفاده بین فردی و عاطفی

پیشگیری و درمان سوء استفاده بین فردی

برنامه‌های پیشگیری در زمینه سوء استفاده بین فردی عمدتاً ماهیت آموزشی و رفتاری دارند. آنها بر آموزش مهارت‌های گوش دادن و تعاملات رفتاری مناسب تمرکز دارند. تعدادی از آنها مبتنی بر نظریه آدلر هستند. اگرچه ممکن است اشکال مختلفی داشته باشند، برنامه‌های پیشگیری معمولاً بر همکاری، مشارکت و عزت نفس تأکید می‌کنند.

درمان سوء استفاده بین فردی رایج است. چهار مورد از رایج‌ترین درمان‌ها برای همسرآزاری/شریک زندگی‌آزاری عبارتند از زوج‌درمانی، آموزش مدیریت خشم، مشاوره فردی و برنامه‌های مهار درگیری‌های خانگی (Hammel, ۲۰۱۴). زوج‌درمانی و برنامه‌های درگیری خانگی ممکن است به شکل درمان مشترک یا زوجی انجام شوند، اما معمولاً در موارد سوء استفاده به دلیل خطر بالقوه خشونت اینگونه نیست. مدیریت خشم، مانند مشاوره فردی، به صورت انفرادی انجام می‌شود. خدمات توصیه شده اغلب مختص جنسیت هستند.

همچنین تعدادی رویکرد مشاوره برای مقابله با خواهر و برادرآزاری وجود دارد. بیشتر آنها شامل مشارکت مستقیم والدین/سرپرستان، کودکان و سایر افراد درگیر است و بر اهمیت نظارت خوب بر کودکان، آموزش جنسی مناسب به کودکان و اطمینان از اینکه خانه‌ها تا حد امکان در برابر خشونت ایمن هستند، تأکید دارد (Wiehe, ۲۰۰۰).

پیشگیری و درمان کودک‌آزاری و بی‌توجهی پیچیده است زیرا مسائل حقوقی، رشدی و روانی را شامل می‌شود (Gladding, ۲۰۱۳ & Follette, ۱۹۹۸; Wilcoxon, Remley & Pistorello). همه ایالت‌ها از متخصصان بهداشت روانی و سایر مددکاران حرفه‌ای می‌خواهند که کودک‌آزاری و بی‌توجهی را گزارش کنند.

"عدم گزارش کودک‌آزاری معمولاً رفتار غیرحرفه‌ای محسوب می‌شود که می‌تواند منجر به اقدامات انضباطی توسط هیئت نظارت، احتمال محکومیت به جرم و شکایت مدنی برای جبران خسارت شود" (Leslie, ۲۰۰۴, p. ۴۸). بنابراین، قبل از شروع درمان در بیشتر موارد، مسائل حقوقی باید حل شود. علاوه بر این، باید به مسائل رشدی و روانی نیز رسیدگی شود. به عنوان مثال، هنگامی که سوء استفاده جنسی از کودکان در اوایل زندگی فرد رخ می‌دهد، کودک ممکن است خود را به خاطر سوء استفاده سرزنش کند، درست همانطور که کودکان طلاق اغلب ابتدا خود را مقصر می‌دانند قبل از اینکه متوجه شوند قربانی شده‌اند. علاوه بر این، ممکن است سوء استفاده جنسی از کودکان تا بزرگسالی درمان نشود، زمانی که عوارض دیگر، مانند صمیمیت زوجین، مشکلات اصلی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

بنابراین، مشاوران هنگام کار با کودک‌آزاری باید با انبوهی از مسائل جاری و تاریخی مقابله کنند. قبل از کار با کل خانواده در جهت اصلاح مشکل و جلوگیری از وقوع مجدد آن، باید با خشم و احساس خیانت از سوی فرد آزارگر مقابله شود. علاوه بر این، به دلیل مسائل حقوقی موجود، ممکن است فرد آزارگر در خانواده جدا شود، که کار با خانواده را حتی دشوارتر و چالش‌برانگیزتر می‌کند. سازمان‌های خاصی مانند Prevent Child Abuse America و Parents Anonymous دارای شعب محلی هستند که بر ترویج روابط سالم خانوادگی تمرکز دارند.

به طور کلی، کسانی که از نظر جسمی یا جنسی مورد آزار قرار گرفته‌اند، صرف نظر از سن، وضعیت یا جنسیت، یک روش درمانی واحد ندارند که بهترین عملکرد را در کمک به آنها برای حل و فصل آسیب‌های ناشی از تجربیاتشان و ایجاد سازگاری‌های مناسب و لازم داشته باشد (Monck, ۱۹۹۵; & Hyde, Bentovim). بلکه، انواع مختلفی از درمان‌ها با اعضای جمعیت‌های مختلف استفاده شده است.

سوء استفاده درون فردی و اعتیاد

سوء استفاده درون فردی شامل سوء استفاده از اشیاء یا موادی است که برای یک هدف تولید شده‌اند، مانند درمان (داروهای تجویزی) یا سرگرمی (بازی‌های ویدیویی)، اما به طور افراطی و به ضرر فرد مورد نظر مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرند. نتیجه این است که اغلب اعتیاد (حالتی از وابستگی فیزیولوژیکی یا روانی) با صرف مقادیر بیش از حد زمان و تلاش برای شیء یا ماده رخ می‌دهد. سه C اعتیاد وجود دارد که برخی از ویژگی‌های اصلی آن را مفهوم‌سازی می‌کند: "از دست دادن کنترل بر رفتارهای اعتیادآور، علی‌رغم هدف مشتری برای ترک؛ مصرف اجباری؛ و ادامه مصرف صرف نظر از پیامدهای منفی" (Shallcross, ۲۰۱۱c, p. ۳۱).

تقریباً هر شیء یا ماده‌ای می‌تواند به اعتیاد تبدیل شود. حوزه اعتیادها گسترش یافته و «اکنون شامل سایر رفتارهای اجباری از جمله قمار، خوردن، خرید، کار، ورزش، و همچنین اجبارهای اینترنتی و جنسی می‌شود» (شدلی، ۲۰۱۰، ص ۱۹). همانطور که قبلاً اشاره شد، درگیری بیش از حد با این اشیاء یا مواد تا حد غفلت از سایر جنبه‌های زندگی، ویژگی اصلی اعتیاد درون فردی است. اعتیادهای درون فردی کیفیتی فیزیولوژیکی دارند. در اینجا بر الکل، نیکوتین و مواد مخدر غیرقانونی و همچنین داروهای تجویزی تأکید خواهد شد و سپس دو فعالیت اعتیاد فرایندی (process addictive): قمار اجباری و اعتیاد به کار (workaholism) بررسی می‌شود.

سوء مصرف و اعتیاد فیزیولوژیک

سوء مصرف فیزیولوژیک، استفاده بیش از حد از موادی مانند الکل یا مواد مخدر است به طوری که فرد قادر به عملکرد نباشد (مانند مست شدن یا "نشئه" شدن). اعتیاد فیزیولوژیک به معنای داشتن وابستگی فیزیولوژیکی به موادی است که با بروز علائم ترک (withdrawal symptoms) در صورت قطع ناگهانی

مواد مشخص می‌شود. اعتیاد فیزیولوژیک معمولاً با سوء استفاده عاداتی از مواد مست‌کننده و اعتیادآور، مانند الکل، مواد مخدر، تنباکو (یعنی نیکوتین) و داروهای تجویزی، یعنی سوء مصرف مواد (substance abuse)، آغاز می‌شود. وابستگی به یک ماده یک اختلال روانی است که (از دیدگاه روانپزشکی) با تغییرات در نوروبیولوژی مغز و رفتار ناسازگار مشخص می‌شود (کوب و لوموال، ۲۰۰۸).

ماهیت کلی سوء مصرف و اعتیاد به مواد

چه افراد معتاد باشند یا نه، سوء مصرف مواد و اعتیاد به آنها منجر به آسیب‌های روانی، جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی می‌شود. به عنوان مثال، سوء مصرف الکل و اعتیاد به آن اغلب در رفتارهای بی‌نظم یا شنیع مانند مستی در ملاء عام، پذیرش در بخش اورژانس، تصادفات وسایل نقلیه موتوری، تجاوز در قرار ملاقات و خودکشی دخیل است (فیگن، ۲۰۰۶؛ گریسولد، آرونوف، کرنان و کان، ۲۰۰۸). در واقع، سوء مصرف مواد و اعتیاد مسائل عمده بهداشت عمومی در جامعه امروز هستند و تمام مرزهای جنسیت، سطوح اجتماعی-اقتصادی، قومیت، سن، حرفه، جغرافیا و بیشتر ابعاد وجود و پیشینه انسانی را درمی‌نوردند (کلارک و مایرز، ۲۰۱۲؛ استیونس و اسمیت، ۲۰۱۳). مسائل مربوط به الکل و مواد مخدر، از جمله سوء مصرف و اعتیاد، در میان سالمندان، بزرگسالان و نوجوانان هر روز توسط مشاوران در خانه‌های سالمندان، کلینیک‌های بهداشت روان، کالج‌ها و دانشگاه‌ها و مدارس دولتی درمان می‌شود (هینکل، ۱۹۹۹). طبق داده‌های اداره خدمات سوء مصرف مواد و بهداشت روان (SAMHSA)، «نزدیک به یک چهارم کل آمریکایی‌ها در مصرف الکل به صورت افراطی (binge drinking) شرکت کرده‌اند و ۸,۴ درصد از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده‌اند» (شورمن، ۲۰۱۱، ص ۳ - آمار مربوط به سال ۲۰۱۱).

در واقع، سوء مصرف و اعتیاد به مواد یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشت روانی در ایالات متحده است. اصطلاح سوء مصرف (abuse) در اینجا به استفاده از یک ماده صرفاً به منظور سرخوشی یا تفریح اشاره دارد (ویگل،

دونوان، کروگ و دیکسون، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، در مورد الکل «۱ نفر از هر ۱۰ بزرگسال آمریکایی در جمعیت عمومی مشکلات قابل توجهی دارد» (میلر و براون، ۱۹۹۷، ص ۱۲۶۹ - آمار مربوط به سال ۱۹۹۷)، و در برخی گروه‌های فرهنگی و متنوع، مانند بومیان آمریکا یا جوامع همجنس‌گرای مرد و زن، این مشکل، به‌ویژه در مورد اعتیاد، بیشتر است (گرت و کارول، ۲۰۰۰؛ متیوز، لورا و فنتون، ۲۰۰۶). بین «۱۲ تا ۳۰ درصد از کل بیماران بستری شده الکل را سوء مصرف می‌کنند» و «هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در میان خانواده‌های الکلی دو برابر خانواده‌های غیرالکلی است» (استینبارگر، ۱۹۹۸، ص ۸۱ - آمار مربوط به سال ۱۹۹۸). علاوه بر این، سوء مصرف الکل و به‌ویژه اعتیاد در میان برخی جمعیت‌ها، مانند سالمندان، اغلب ناشناخته مانده، اشتباه تشخیص داده می‌شود یا به فرآیند پیری نسبت داده می‌شود (ویلیامز، بالارد و آلسی، ۲۰۰۵).

اغلب افرادی که یک ماده را سوء مصرف می‌کنند یا به آن معتاد هستند، مواد دیگری را نیز سوء مصرف می‌کنند یا به آنها معتاد هستند. سوء مصرف و اعتیاد چند ماده‌ای (Polysubstance abuse and addiction) (سوء مصرف یا اعتیاد همزمان به دو یا چند ماده) یک پدیده رو به رشد است. علاوه بر این، سوء مصرف یا اعتیاد به مواد با تعدادی از اختلالات دیگر از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات سلوک و نقص توجه/بیش‌فعالی هم‌ابتلا (comorbid) است. اغلب سوء مصرف یا اعتیاد به مواد به شیوه‌ای از زندگی مرتبط با شرایط اجتماعی تبدیل می‌شود. به عنوان مثال، بسیاری از افراد سیگار کشیدن را در نوجوانی در پاسخ به یک زندگی نامطلوب ریشه‌دار در فقر و ناامیدی آغاز می‌کنند. فشار همسالان، عملکرد ضعیف در مدرسه، سیگار کشیدن والدین، وضعیت قومیتی اقلیت و منبع کنترل بیرونی، سیگار کشیدن را محتمل‌تر می‌کند و نتیجه نهایی آن اعتیاد است (هیلتنس، ۱۹۹۶).

از جمله شایع‌ترین عواملی که بر درمان سوء مصرف‌ها و اعتیاد درون‌فردی تأثیر می‌گذارند عبارتند از: «انگیزه (motivation)، انکار (denial)، تشخیص دوگانه (dual diagnosis)، تطبیق (matching)، کنترل

(control) و عود (relapse)» (لاباته، ۱۹۹۲، ص ۱۱). انگیزه به میل درونی برای تغییر مربوط می‌شود، که اکثر سوء مصرف‌کنندگان مواد به دلیل خودمحموری و راحتی‌شان تمایلی به انجام آن ندارند. انکار اساساً به حداقل رساندن تأثیرات سوء مصرف مواد بر خود یا دیگران است. این کار آسیبی را که وارد می‌شود کم‌اهمیت جلوه می‌دهد. تشخیص دوگانه تشخیصی است که در آن فرد سوء مصرف‌کننده یا معتاد بیش از یک جنبه از شخصیت دارد که قابل درمان است. به عنوان مثال، یک فرد سوء مصرف‌کننده مواد ممکن است علاوه بر سوء مصرف، تکانشی یا افسرده باشد. تطبیق به درمان مناسب برای یک اختلال مربوط می‌شود. برخی از سوء مصرف‌ها یا اعتیادها، مانند مصرف بیش از حد کوکائین، نیاز به درمان تخصصی دارند. کنترل به تنظیم رفتار مربوط می‌شود، که افراد سوء مصرف‌کننده و معتاد تمایل به نادیده گرفتن آن دارند. در نهایت، عود بازگشت یا وقوع مجدد رفتارهای ناکارآمد پس از درمان آنها است. دلسردکننده است که افراد سوء مصرف‌کننده و معتاد به مواد برنامه‌های ساختاریافته را طی کنند و در نهایت به همان شکلی که قبلاً رفتار می‌کردند، عمل کنند.

درمان سوء مصرف و اعتیاد به مواد

استراتژی‌های درمانی برای افراد سوء مصرف‌کننده مواد ممکن است با هدف پیشگیری و همچنین ترمیم/اصلاح باشد و ممکن است مبتنی بر فرد، گروه یا جامعه باشد. این به این دلیل است که اعتیاد یک اختلال یکنواخت نیست؛ بلکه، ناهمگونی گسترده‌ای در تظاهر مشکلات، در سبب‌شناسی و در سیر اختلال وجود دارد. بنابراین، نیازمند ارزیابی و برنامه درمانی فردی است (روس-ماکووتس، فورلان و اسمولی، ۲۰۱۵). به عنوان مثال، برای کاهش مقاومت در موارد سوء مصرف مواد شامل افراد، ممکن است مصاحبه انگیزشی (MI -

motivational interviewing) امتحان شود (بروکس و مک‌هنری، ۲۰۰۹؛ میلر و رولنیک، ۲۰۱۳). «MI

یک مداخله مشاوره‌ای کوتاه است که برای کاهش دوسوگرایی مراجع نسبت به تغییر و در عین حال افزایش

انگیزه او برای درگیر شدن در فرآیند تغییر رفتار طراحی شده است» (بورو-سانچز، ۲۰۰۶، ص ۲۸۶). روح MI با

«تأکید بر حق مراجعان برای انتخاب (خودمختاری - **autonomy**)، استخراج منابع درونی مراجعان (استخراج - **evocation**) و همکاری با مراجعان برای رسیدن به اهداف اعلام شده‌شان با احترام به نقاط قوت و منابع درونی مراجعان (همکاری - **collaboration**)» مشخص می‌شود (یانگ، گوتیرز و هیگدورن، ۲۰۱۳).

در این رویکرد، مشاوران مراجعان را در سطح فعلی انگیزه‌شان ملاقات می‌کنند و برای افزایش آن به بالاترین سطح ممکن تلاش می‌کنند. تکنیک‌های MI عمدتاً از مشاوره فردمدار گرفته شده‌اند و شامل مهارت‌هایی مانند گوش دادن فعال، بازتاب و بازسازی شناختی به منظور کمک به مراجعان برای احساس درک شدن و تقویت «رفتارهای مراجع که با تغییر رفتار مطلوب همخوان هستند» می‌شود (ص ۲۸۶). در یک مطالعه کنترل شده با استفاده از بیماران سرپایی، یانگ، وینبرن و هیگدورن (۲۰۱۳) دریافتند مراجعانی در یک مرکز مشاوره دانشگاهی که مصاحبه انگیزشی دریافت کردند، در جلسات مشاوره بیشتری شرکت کردند و احتمال کمتری داشت که درمان را پیش از موعد خاتمه دهند.

علاوه بر استفاده از MI به عنوان یک روش درمانی، ممکن است از رویکرد راه‌حل‌مدار (**-solution focused approach**) استفاده شود. در چنین رویکردی، تأکید بر این است که مراجع را وادار به فکر کردن در مورد اینکه یک زندگی بهبود یافته چگونه خواهد بود و چه تغییراتی برای زندگی کردن چنین زندگی‌ای لازم است، کنند (یونکه، ۲۰۰۲؛ یونکه و هیگدورن، ۲۰۰۶؛ یونکه و کلی، ۲۰۰۵). روایت‌درمانی (**Narrative therapy**) نیز ممکن است برای معرفی اعتیاد به عنوان یک نیروی خارجی و طراحی یک استراتژی فعال برای حمله به آن استفاده شود (شالکراس، ۲۰۱۱). رویکرد کتاب‌درمانی (**bibliotherapeutic approach**) استراتژی چهارمی است که ممکن است برای برخی افراد مؤثر باشد (هیپل، کومر و بورن، ۱۹۹۷). با استفاده از این استراتژی، مشاوران از افراد معتاد می‌خواهند کتاب بخوانند یا رسانه‌ها را مشاهده/گوش کنند و در مورد ایده‌های مرتبط با آنچه تجربه کرده‌اند بحث کنند. به عنوان مثال، در کار با مشاوران نوجوان، ممکن است از

اعضا خواسته شود کتاب برو از آلیس بپرس نوشته ناشناس، رمانی غیرداستانی در مورد سوء مصرف مواد مخدر نوجوانان، یا از ببر تقلید کن نوشته جان چریپکو، رمانی در مورد سوء مصرف الکل نوجوانان را بخوانند. سپس مراجعان واکنش‌های خود را با یک مشاور در میان می‌گذارند، از جمله اینکه چگونه شبیه یا متفاوت از شخصیت‌های اصلی کتاب هستند و چه بینش‌هایی از خواندن به دست آورده‌اند. رویکرد پنجم برای کار با افراد

معتاد، مشاوره و درمان رشدی (DCT - Developmental Counseling and Therapy) است

(کلارک و مایرز، ۲۰۱۲). این رویکرد می‌تواند با کمک به مراجعان در «درک ریشه‌های شناختی-عاطفی الگوهای سوء مصرف مواد و ترجیحات سبک شناختی فعلی‌شان»، به آنها در پیشگیری از عود کمک کند (ص ۳۰۹).

یک عنصر مشترک در رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد شامل فشار و پویایی گروهی مانند حمایت گروهی است. در راه‌اندازی برنامه‌های پیشگیرانه، مشاوران عاقلانه است که از دانش خود در مورد گروه‌ها استفاده کنند. دلیل آن این است که اکثر افراد، به‌ویژه نوجوانان، که درگیر مصرف مواد می‌شوند، این کار را به این دلیل انجام می‌دهند که دوستانشان مواد مصرف می‌کنند، حوصله‌شان سر رفته است، یا تحت استرس قابل توجهی هستند (مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد در دانشگاه کلمبیا، ۲۰۰۳). بنابراین، هنگامی که یک گروه مواد مخدر را برای سلامتی خود خطرناک یا مضر می‌داند، اعضای چنین گروهی کمتر احتمال دارد که درگیر آزمایش این مواد شوند. هنجار گروهی به دلسرد کردن اعضا از امتحان کردن مواد تبدیل می‌شود. بنابراین، گروه‌های آموزشی و حمایتی ابزار ارزشمندی برای مشاوران جهت به‌کارگیری در دفع رفتارهای سوء مصرف در برنامه‌های پیشگیرانه هستند (گلدینگ، ۲۰۱۶b).

(نأمل شخصی)

با وجود این همه انواع برنامه‌های پیشگیری که به صورت محلی و ملی راه‌اندازی شده‌اند، به نظر شما چرا هنوز مشکل عمده‌ای در ایالات متحده با سوء مصرف مواد وجود دارد؟ به نظر شما علاوه بر این برنامه‌های پیشگیری، چه کار دیگری می‌توان برای کاهش سوء مصرف مواد انجام داد؟

درمان سوء مصرف/بد مصرفی و اعتیاد به الکل

الکل یک ماده مخدر و یک سرکوب‌کننده است. با این حال، به طور جداگانه از سایر درمان‌های مواد مخدر برجسته می‌شود زیرا شایع‌ترین شکل ماده‌ای است که سوء مصرف می‌شود و ماده‌ای است که اکثر افرادی که یک ماده را سوء مصرف می‌کنند به آن معتاد هستند (تقریباً ۱۰٪ آمریکایی‌ها مشکلات جدی نوشیدن الکل دارند). بسیاری از مشاوران و سایر متخصصان یاری‌رسان ترجیح می‌دهند از کلمه «**بد مصرفی (misuse)**» (که الگوی گسترده‌ای از رفتار را توصیف می‌کند) به جای سوء مصرف (abuse) (که به یک تشخیص اشاره دارد) استفاده کنند (شرر و همکاران، ۲۰۱۲). صرف‌نظر از این، تعدادی رویکرد درمانی برای کار با بزرگسالانی که الکل را سوء مصرف می‌کنند یا به آن معتاد هستند وجود دارد. با این حال، در ارائه درمان برای سوء مصرف الکل، مهم است به یاد داشته باشید که مفید، و گاهی ضروری است، که فردی که سوء مصرف‌کننده است، «**پاک (dry)**» باشد، یا در حال حاضر الکل مصرف نکند، قبل از اینکه هرگونه درمان مؤثری آغاز شود. پاک بودن برای یک دوره ۲۸ روزه یا بیشتر به فرد بدن و ذهن «تمیز» می‌دهد تا در انجام کاری متفاوت و مثبت از آن استفاده کند. دشواری چنین فرآیندی را می‌توان به صورت گرافیکی در بازی ساندرا بولاک در فیلم ۲۸ روز مشاهده کرد. صرف‌نظر از این، مشاوران برای کمک به افراد سوء مصرف‌کننده/بد مصرف‌کننده و معتاد به الکل به طرق مختلفی کار می‌کنند، اما سه روش غالب‌تر هستند: **سرپایی (outpatient)**، **اقامتی (residential)** و **بستری (inpatient)** (بورو-سانچز، ۲۰۰۶).

شناخته‌شده‌ترین رویکرد برای کار با کسانی که الکل را سوء مصرف می‌کنند یا به آن معتاد هستند، **الکلی‌های گمنام (AA - Alcoholics Anonymous)** است. AA قدیمی‌ترین برنامه درمانی موفق در جهان است که در دهه ۱۹۳۰ تأسیس شد (خدمات جهانی AA، ۲۰۰۲). این برنامه «هم یک انجمن و هم یک برنامه توانبخشی» است (وارفیلد و گلدشتاین، ۱۹۹۶، ص ۱۹۶). افراد سوء مصرف‌کننده/بدمصرف‌کننده و معتاد به الکل از آنچه AA «**نقایص شخصیتی (character defects)**» توصیف می‌کند، رنج می‌برند (خدمات جهانی AA، ۲۰۰۲). «اینها احساسات، باورها و رفتارهایی هستند که آنها را مستعد می‌کنند تا با سوء مصرف الکل به دنبال حس خوب باشند» (وارفیلد و گلدشتاین، ۱۹۹۶، ص ۱۹۷). جلسات AA در محیط‌های گروهی کوچک برگزار می‌شود که در آن از ادبیات - به عنوان مثال، **کتاب بزرگ (The Big Book)** (خدمات جهانی AA، ۲۰۰۲) - همراه با بحث گروهی استفاده می‌شود. AA همچنین جلساتی برای اعضای خانواده در **آل-آنان (Al-Anon)** و **آلتین (Alateen)** دارد.

یک جزء کلیدی در AA استفاده از **برنامه ۱۲ قدمی (step program-۱۲)** است که اساس آن یک بنیاد معنوی است. بحث‌های گروهی در جلسات AA بر کمک به اعضا برای درک اینکه به حمایت دیگران و وابستگی به یک **نیروی برتر (higher power)** نیاز دارند و آن را دارند، متمرکز است. بعد معنوی در AA منجر به تأکید بر پذیرش ناتوانی اعضا در برابر الکل (یا سایر مواد) می‌شود. اعضای که از مصرف و سوء مصرف الکل خودداری می‌کنند هرگز «درمان» نمی‌شوند؛ بلکه «**در حال بهبودی (in recovery)**» هستند. همچنین در AA بر مسئولیت، بخشش، **جبران خسارت (restitution)** (در صورت امکان)، تأیید، آیین و رفاقت تأکید می‌شود.

AA، به عنوان یک مدل درمانی، برای درمان بسیاری از مشکلات اعتیاد دیگر مانند مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، کوکائین و غذا اکتباس شده است (جیمز و هیزلر، ۱۹۹۸). با این حال، برخی از مشاوران با

ویژگی‌های معنوی AA راحت نیستند و ترجیح می‌دهند در مورد ویژگی‌های بهبودی مورد نیاز به زبان شناختی-رفتاری یا انسان‌گرایانه بحث کنند. رفتار درمانی عقلانی هیجانی (REBT) در راه‌اندازی گروه‌های بهبودی که ماهیت غیرمعنوی دارند، پیشگام بوده است.

همراه با درمان فردی که الکل را سوء مصرف می‌کند یا به آن معتاد است، مشاور همچنین باید با خانواده و جامعه او کار کند. خانواده‌هایی که منسجم‌تر هستند می‌توانند «محیط خانوادگی مطلوب‌تری ایجاد کنند که در آن فرد بد مصرف‌کننده ممکن است بهتر بتواند به نگرانی‌های خود در مورد مصرف الکل رسیدگی کند» (شرر و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۶۷).

حمایت یا قربانی کردن (scapegoating) که افراد سوء مصرف‌کننده و معتاد به الکل از سیستم‌های خانوادگی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند دریافت می‌کنند، تفاوت فوق‌العاده‌ای در توانایی آنها برای پرهیز از مصرف الکل ایجاد می‌کند. AA و سایر برنامه‌های بهبودی، مانند زنان برای هوشیاری (Women for Sobriety)، گروه‌ها و برنامه‌های ویژه‌ای برای اعضای خانواده افراد سوء مصرف‌کننده مواد دارند. گروه‌های دیگر خارج از ال-انان و آلتین شامل شعبه‌های ملی S.A.D.D. (دانش‌آموزان علیه رانندگی در مستی) و M.A.D.D. (مادران علیه رانندگی در مستی) هستند. هر دوی این انجمن‌ها، به علاوه آنهایی که در پردیس‌های کالج و دانشگاه یافت می‌شوند، به آموزش و جهت‌دهی جوانان در مورد خطرات الکل به شیوه‌ای پیچیده و پیشگیرانه کمک می‌کنند.

در جوامع همجنس‌گرای مرد و زن، افراد به دلیل اینکه الکل به عنوان راهی برای مقابله با انگ‌زنی (stigmatization) دیده می‌شود، «در معرض خطر» سوء مصرف یا اعتیاد هستند. علاوه بر این، یکی از پذیراترین مکان‌های اجتماعی برای ملاقات همجنس‌گرایان، بارها هستند (متیوز و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین،

هنگام کار با اعضای این گروه‌ها در هر محیطی، مشاوران باید اطمینان حاصل کنند که دیگران را وارد گفتگو و حتی برنامه درمانی کنند.

در کار با نوجوانان، به‌ویژه در مورد الکل، پولاک (۲۰۰۶) هشدار می‌دهد که مشاوران باید موارد زیر را به خاطر بسپارند:

- کار با نوجوانان یک تخصص درمانی است.
- برای اینکه مشاوره با نوجوانان مؤثر باشد، خانواده و سایر افراد مهم در زندگی نوجوان باید گنجانده شوند.
- نوجوانان باید در مورد چستی مشاوره آموزش ببینند.
- از آنجا که نوجوانان به بسیاری از درمان‌های بزرگسالان پاسخ خوبی نمی‌دهند، تکنیک‌های درمانی باید به‌طور خاص برای آنها تنظیم شود.
- اگرچه مهارت‌های ارتباطی مهم هستند، اما مشاور نمی‌تواند با تلاش برای دوست بودن با نوجوان به خوبی عمل کند.
- مشاوره زمانی با نوجوانان بهترین نتیجه را می‌دهد که حول محور «حل مسئله، مهارت‌سازی و فقط شنیده شدن» باشد (ص ۳۳۱).
- «لحظات درمانی» با نوجوانان بسیار ناهموارتر از بزرگسالان است.

درمان سوء مصرف و اعتیاد به نیکوتین

علاوه بر روش‌های مورد استفاده برای درمان سوء مصرف یا اعتیاد به الکل، رویکردهای منحصر به فردی برای کار با افراد مبتلا به سوء مصرف یا اعتیاد به نیکوتین وجود دارد. در سال ۲۰۱۱ بیش از ۴۳ میلیون آمریکایی

سیگار می‌کشیدند (WebMD، www.webmd.com/smoking-cessation/news/201113/smoking-rate-is-declining-in-us).

اگرچه درصد آمریکایی‌هایی

که سیگار می‌کشند اکنون کمتر از ۲۰٪ است، بیش از ۴۰۰,۰۰۰ مرگ در سال به مصرف تنباکو نسبت داده

می‌شود. (آمار مربوط به سال ۲۰۱۱ یا قبل‌تر)

مشاوران می‌توانند به طرق مختلفی میزان موفقیت افراد معتاد به نیکوتین را بهبود بخشند (سینگلتون و پوپ،

۲۰۰۰)، مانند استفاده از مشاوره تلفنی (**telephone counseling**)، که میزان موفقیتی قابل مقایسه با

برنامه‌های گروهی ترک سیگار دارد. مشاوره تلفنی شامل یک تماس تلفنی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای است که در آن

مشاوران بازخورد مثبت و بدون قضاوت به کسانی که در تلاش برای ترک سیگار هستند، می‌دهند. ایده پشت

این استراتژی، ترویج خودکارآمدی (**self-efficacy**) است. رویکرد دیگر سیگار کشیدن سریع (**rapid**

smoking) است، که در آن افراد سیگاری، پس از مشاوره، مجموعه‌ای از شش جلسه ۱ ساعته را طی می‌کنند

که در آن هر ۶ ثانیه یک سیگار می‌کشند تا زمانی که احساس بیماری بیش از حد کنند و نتوانند ادامه دهند.

هدف «ایجاد یک پاسخ منفی شرطی به طعم سیگار» است (ص ۴۵۲).

آموزش مهارت‌ها (**Skills training**) تکنیک سوم است. در این رویکرد، مهارت‌های مقابله‌ای مانند بازسازی

شناختی (**reframing**) و توقف فکر (**thought stopping**) آموزش داده می‌شود، پس از اینکه مراجعان

یاد گرفتند محرک‌های شناختی، عاطفی و محیطی را که تمایل به ایجاد میل به سیگار کشیدن دارند، تشخیص

دهند. از جمله موفق‌ترین مهارت‌ها، استفاده از خودگویی‌های مربوط به مزایای مالی و سلامتی ترک سیگار و همچنین جایگزین‌های دهانی، افزایش فعالیت بدنی و سیستم دوستانه/یار (buddy system) است.

در نهایت، مطالب خود-یاری (self-help materials)، مانند کتابچه‌های اطلاعاتی مختصر و واقعی مربوط به سیگار کشیدن، می‌تواند مفید باشد. دو نمونه از این کتابچه‌ها عبارتند از «پاک کردن هوا» (نشریه مؤسسه ملی بهداشت #۱۴۶۷-۹۵، تماس با ۴-۸۰۰-۱-CANCER) و «حرکت هوشمندانه» (انجمن سرطان آمریکا). کتابچه‌هایی از این دست، فرد سیگاری را در فرآیند ترک و حفظ رفتار عدم استعمال دخانیات راهنمایی می‌کنند.

همچنین برنامه‌های آموزشی مؤثری برای نوجوانانی که از تنباکو و مواد قوی‌تر استفاده می‌کنند وجود دارد (مودور، ۱۹۹۷؛ سونیچ و داستر، ۱۹۹۵). این برنامه‌ها هم بر عوامل بیرونی و هم درونی مهم برای افراد در این گروه سنی تمرکز دارند. به عنوان مثال، عوامل بیرونی شامل تأثیر سیگار کشیدن بر بوی دهان، دندان‌ها و لباس‌ها و همچنین هزینه‌های پولی است. عوامل درونی شامل متغیرهایی مانند انتخاب‌های سبک زندگی، مدیریت زمان و تغذیه است. برای افراد جوان‌تر، عوامل بیرونی ممکن است در تأثیرگذاری بر تصمیمات آنها برای هرگز شروع نکردن سیگار یا مواد مخدر مؤثرتر باشند، در حالی که برای نوجوانان بزرگتر، عوامل درونی قدرتمندتر هستند.

مطالعه موردی

نیکولاس نیکوتین را ترک می‌کند

نیکولاس به مدت ۲۵ سال سیگاری قهار بود. او هر روز یک پاکت سیگار می کشید. اگرچه در بهترین وضعیت سلامتی نبود، اما احساس سلامتی می کرد و متعجب شد که در یک معاینه فیزیکی معمولی، پزشکش لخته خونی در پایش کشف کرد و به او دستور داد تا ۶ هفته آینده در رختخواب بماند.

نیکولاس در ابتدا از این درخواست تبعیت کرد. کارتن سیگارش حدود ۱۰ روز دوام آورد. سپس از همسرش، لوسی، خواست تا برایش سیگار بیشتری بخرد. لوسی امتناع کرد، حتی با وجود التماس های او. بعدها، نیکولاس شروع به عرق کردن و لرزیدن کرد. او به لوسی التماس کرد که به فروشگاه برود و برایش سیگار بیشتری بخرد. لوسی دوباره بر موضع خود ایستاد و در طول ماه بعدی که نیکولاس در رختخواب بود، از خریدن سیگار بیشتر برای او خودداری کرد. نیکولاس در نهایت ولع شدید خود را برای سیگار از دست داد.

نظر شما در مورد استراتژی لوسی چیست؟ فکر می کنید وقتی نیکولاس دوباره سرپا شد، این استراتژی همچنان مؤثر بود؟

درمان سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر

مواد مخدر هر ماده ای غیر از غذا هستند، از جمله محرک ها، افسردگی ها و توهم زاها، که می توانند بر نحوه عملکرد ذهن و بدن فرد تأثیر بگذارند. آمریکایی ها مقدار زیادی مواد مخدر، هم قانونی و هم غیرقانونی، مصرف می کنند. تقریباً نیم میلیون آمریکایی معتاد به هروئین هستند و ۴ میلیون نفر مصرف کنندگان منظم ماری جوانا هستند و تا ۱۰ درصد از آمریکایی ها در یک سال ماری جوانا مصرف می کنند (Shorman, ۲۰۱۱).

سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر به دو روش درمان می شود: پیشگیری و درمان. برنامه های پیشگیری معمولاً به یک تلاش اجتماعی برای جلوگیری از سوء مصرف در سطح جامعه یا جهانی مرتبط هستند. در پیشگیری از سوء مصرف، دو عامل باید در نظر گرفته شود. اولی عامل خطر است که "به طور معمول به عنوان هر چیزی

تعریف می‌شود که احتمال مصرف مواد مخدر توسط فرد را افزایش می‌دهد" (Burrow-Sanchez, ۲۰۰۶, p. ۲۸۴). به عنوان مثال، زندگی در فقر، عدم موفقیت در مدرسه یا معاشرت با مصرف‌کنندگان مواد مخدر همگی عوامل خطر هستند. در مقابل، به اصطلاح عامل محافظت‌کننده وجود دارد که "هر چیزی است که احتمال مصرف مواد مخدر توسط فرد را محافظت یا کاهش می‌دهد" (ص. ۲۸۴). نمونه‌هایی از عوامل محافظت‌کننده عبارتند از یک خانواده با نظارت خوب و پایدار، معاشرت با دوستانی که مواد مخدر مصرف نمی‌کنند و موفقیت بالا در مدرسه. محرک‌ها، رویدادهای محیطی، هم در رفتارهای پرخطر و هم در رفتارهای محافظت‌کننده نقش دارند.

برای تلاش در جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و اجتناب از اعتیاد، تعدادی برنامه توسعه یافته‌اند که برخی از آنها موفق‌تر از سایرین هستند. در جنبه ساده‌تر، برنامه‌هایی مانند "فقط بگو نه" وجود دارند که بر تلاش برای کمک به نوجوانان و جوانان برای گفتن "نه" در هنگام پیشنهاد یک ماده بالقوه اعتیادآور یا خطرناک تمرکز دارند. هدف این است که یاد بگیریم چگونه قاطع باشیم و چگونه پیشنهادهای مواد مخدر مضر را به روشی مناسب رد کنیم - به عنوان مثال، به سادگی نادیده گرفتن یک پیشنهاد، دور شدن از موقعیت‌های مربوط به مواد مخدر، گفتن "نه ممنون" یا بهانه آوردن برای رد پیشنهاد مواد مخدر.

افرادی که به مواد مخدر غیر از الکل یا نیکوتین، مانند کوکائین، سایر مواد مخدر غیرقانونی یا حتی داروهای تجویزی، معتاد هستند، اغلب بر اساس مدل AA درمان می‌شوند. با این حال، به دلیل مخالفت بیشتر جامعه با "معتادان به مواد مخدر"، زمینه ارائه درمان اغلب یکسان نیست. به عنوان مثال، یکی از زمینه‌های درمان سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر، زندان است زیرا بسیاری از مواد مخدر غیرقانونی هستند و بسیاری از قوانین قدیمی هستند. بنابراین، اغلب با سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر به عنوان مجرم رفتار می‌شود و زندانی می‌شوند. برخی برنامه‌های درمانی در داخل زندان‌ها وجود دارد. یک نمونه اولیه از یک برنامه درمانی زندان که

به خوبی کار می‌کند، "Stay'n Out" در استاتن آیلند، نیویورک است. "راز آن مخاطب اسیر است؛ شرکت‌کنندگان هیچ انتخابی در مورد حضور در درمان ندارند. یا باید آنجا باشید - یا به یک بند سلول بدتر فرستاده می‌شوید" (Alter, ۱۹۹۵, pp. ۲۰-۲۱). اگرچه ابعاد اخلاقی این برنامه قابل بحث است، اما نتایج آن نرخ بازگشت به جرم تنها ۲۵ درصد است که بسیار کمتر از میانگین است. یک برنامه سوء مصرف مواد مانند Stay'n Out با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و عدالت کیفری برای معتادان در حال بهبودی، باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های جوامع برای استفاده در زمینه‌های دیگر می‌شود. با این حال، واقعیت تلخ این است که بسیاری از افرادی که به مواد مخدر معتاد هستند، اصلاً هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند.

اعتیادهای رفتاری

بر خلاف الکل، نیکوتین و مواد مخدر، ایده اعتیاد به رفتارهای غیرخوشونت‌آمیز، یعنی رفتارهایی که از نظر بین فردی آزاردهنده نیستند، نسبتاً جدید است. این رفتارها که اغلب "اعتیادهای رفتاری" نامیده می‌شوند، شامل اعتیاد به مواردی مانند تمایلات جنسی، خرید، استفاده از اینترنت، کار، برنزه کردن و قمار (که اغلب توسط پرسنل قرعه‌کشی دولتی "بازی" نامیده می‌شود) است (Buser, ۲۰۱۶). رفتار زمانی از حالت عادی به اعتیادآور تبدیل می‌شود که هم لذت ایجاد کند و هم حالت‌های منفی را کاهش دهد و شامل دو ویژگی کلیدی باشد: (الف) افراد قادر به کنترل، کاهش یا توقف رفتار نیستند، یعنی در اعمال خود اجباری و خارج از کنترل هستند، و (ب) افراد علی‌رغم پیامدهای منفی قابل توجه، به استفاده از رفتار ادامه می‌دهند (Buser, ۲۰۱۶; Goodman, ۲۰۰۱). به گفته هاگدورم و یانگ (۲۰۱۱)، رایج‌ترین و مشکل‌سازترین رفتارهای اعتیادآور غیرخوشونت‌آمیز یا آزاردهنده که در بین کودکان و نوجوانان یافت می‌شود شامل "(الف) غذا، (ب) قمار، (ج) ورزش، (د) رابطه جنسی، (ه) خرج کردن، (و) اینترنت و (ز) بازی‌های ویدیویی/کامپیوتری" است (ص. ۲۵۱).

متأسفانه همین نوع رفتارها برای بسیاری از بزرگسالان نیز رایج و مشکل ساز است و کار یک عامل اضافی است. قمار اجباری، اعتیاد به کار و اعتیاد به اینترنت در این بخش از فصل پوشش داده خواهد شد.

قمار اجباری

قمار متوسط، مانند مصرف متوسط الکل، یک بخش پذیرفته شده از جامعه آمریکای شمالی است و معمولاً نگرانی زیادی ایجاد نمی‌کند. با این حال، قمار اجباری یک مشکل جدی است (Maske, ۲۰۰۷). در چنین مواردی قمار زرق و برق دار، جذاب یا سرگرم‌کننده نیست. بلکه آسیب‌شناختی است و ممکن است به طور غم‌انگیزی به شکل فعالیت‌های غیرقانونی و غیرانسانی درآید، همانطور که در مورد مایکل ویک و شرط‌بندی روی جنگ سگ‌ها دیده شد.

قمار اجباری در حدود ۲,۵ درصد از جمعیت یافت می‌شود. اعضای جمعیت نوجوان و جوان بزرگسال نسبت به بزرگسالان مسن‌تر در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات مربوط به قمار هستند، که عمدتاً به دلیل افزایش دسترسی به فعالیت‌های قمار از طریق اینترنت (Derevensky, ۲۰۰۲; Shaffer, & Hardoon, ۲۰۰۰) و به دلیل اینکه آنها اولین نسلی هستند که با بازی‌های ویدیویی بزرگ شده‌اند (Messerlian, ۲۰۰۰ & Byrne, ۲۰۰۴). علاوه بر قمار، اعتیاد یا وسواس اینترنتی نیز ممکن است منجر به استفاده بیش از حد از رایانه شود که در زندگی روزمره اختلال ایجاد می‌کند. صرف نظر از این، قمار اجباری و وسواس اینترنتی در پی خود خانه‌های ویران، رویاهای بر باد رفته، زندگی‌های پوچ و نابودی مالی به جا می‌گذارند.

قمار اجباری و وسواس اینترنتی از جهات متعددی با اعتیاد به الکل، نیکوتین و مواد مخدر موازی هستند. کسانی که به قمار اجباری مبتلا می‌شوند، کنترل رفتار خود را از دست می‌دهند. آنها معمولاً برای ادامه وسواس خود دروغ می‌گویند و تقلب می‌کنند. در این فرآیند، تعامل اجتماعی، خلق و خو، شخصیت، اخلاق کاری، روابط و

روند فکری آنها به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مانند سایر معتادان، آنها اغلب سعی می‌کنند، بدون موفقیت، مصرف را کاهش دهند یا ترک کنند، اما معمولاً دوباره در رفتار غیرمولد خود غرق می‌شوند.

الگوی رفتاری در قمار اجباری حول "اقدامی" می‌چرخد که هنگام شرط‌بندی رخ می‌دهد. قماربازان اجباری یک حالت برانگیخته و سرخوشانه را تجربه می‌کنند که با "نشنگی" که مصرف‌کنندگان مواد مخدر به دنبال آن هستند، قابل مقایسه است. این حالت شامل تغییر در شیمی مغز و اغلب یک "هیجان" است که گاهی با کف دست‌های عرق کرده، ضربان قلب سریع و حالت تهوع در دوره انتظار مشخص می‌شود. درست مانند سایر اعتیادها، قماربازان اجباری نسبت به "اقدام" "تحمل" پیدا می‌کنند. بنابراین، آنها باید اندازه شرط‌های خود یا شانس بر خلاف خود را افزایش دهند تا همان مقدار هیجان را ایجاد کنند.

درمان قمار اجباری. قمار اجباری، درست مانند سایر رفتارهای اعتیادآور، قابل درمان است. با این حال، بسیاری از قماربازان مشکل‌دار تمایلی به جستجوی درمان ندارند زیرا ماهیت اعتیاد درگیر را درک نمی‌کنند و نمی‌خواهند با اعتراف به اینکه نمی‌توانند مشکل خود را حل کنند، عزت نفس خود را از دست بدهند.

یکی از منابع اصلی کمک، قماربازان گمنام (www.gamblersanonymous.org) است. این سازمان از همان الگوی الکلی‌های گمنام پیروی می‌کند، از جمله همان برنامه درمانی ۱۲ مرحله‌ای. میزان موفقیت آن با سایر اعتیادها قابل مقایسه است. با این حال، گاهی اوقات ماهیت درمان طولانی‌تر و پیچیده‌تر است زیرا تعدادی از قماربازان اجباری از اعتیادهای دیگری مانند الکلیسم، سوء مصرف مواد مخدر، خرید اجباری یا بولیمیا نیز رنج می‌برند.

اعتیاد به کار (کار الکلیسم)

کار مانند هر فعالیت دیگری می‌تواند به حدی فراگیر شود که فرد درگیر آن فرصت‌های دیگری را که می‌توانند مفید باشند، رها کند. رابینسون، فلاورز و نگ (۲۰۰۶) کارالکلیسم را به عنوان "یک اختلال اجباری و پیشرونده، بالقوه کشنده تعریف می‌کنند که با خواسته‌های خودتحمیلی، کار اجباری بیش از حد، ناتوانی در تنظیم عادات کاری و افراط در کار به طوری که روابط صمیمانه و فعالیت‌های مهم زندگی را کنار گذاشته و به آنها آسیب می‌رساند، مشخص می‌شود" (ص. ۲۱۳). کارالکلیسم به طور منفی بر خانواده‌های افراد درگیر تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روانی در ازدواج‌ها، از جمله نارضایتی زناشویی مرتبط با تمایلات بیش از حد کنترل‌کننده در همسر و اختلال در ارتباط شود (Robinson et al., ۲۰۰۶; Robinson, ۲۰۰۱). کسانی که به طور اجباری بیش از حد کار می‌کنند، که گاهی به عنوان "کارالکلی" شناخته می‌شوند، عمدتاً برای تأیید خود بر مشاغل خود تمرکز می‌کنند و در عین حال سایر جنبه‌های مهم خود یا محیط خود را نادیده می‌گیرند. "کارالکلی‌ها با الکی‌ها مقایسه شده‌اند زیرا این دو گروه برخی از علائم مشابه را دارند، مانند تحریف واقعیت، نیاز به کنترل، انکار، اضطراب، افسردگی، ترک، تحریک‌پذیری و مشکلات ارتباطی با دوستان و اعضای خانواده" (Naijian, ۲۰۰۹, p. ۱۵۹ & Chamberlin). تعداد کمی از چهره‌های عمومی موفق، مانند اندرو لوید وبر، اعتراف می‌کنند که کارالکلی هستند، اما بیشتر افرادی که این سبک زندگی را اتخاذ می‌کنند، نه از نظر شخصی و نه از نظر حرفه‌ای پیشرفت نمی‌کنند.

درمان اعتیاد به کار. رابینسون (۱۹۹۵، ص. ۳۳) مراحل زیر را برای کار با مراجعانی که به کار معتاد هستند، به ویژه کسانی که در حال بهبودی هستند، توصیه می‌کند.

- "به آنها کمک کنید سرعتشان را کم کنند." مثال‌هایی از چگونگی تلاش آگاهانه برای کاهش سرعت زندگی روزمره از طریق روش‌های عمدی به آنها ارائه دهید.

- "به آنها یاد دهید چگونه آرام شوند." یادگیری مدیتیشن یا یوگا، خواندن یک کتاب الهام‌بخش یا حتی خیساندن در یک وان آب گرم به اندازه کافی سالم و مفید است.
- "به آنها در ارزیابی فضای خانواده‌شان کمک کنید." تعامل با اعضای خانواده، به ویژه از نوع مثبت، می‌تواند معنادار و آرامش‌بخش باشد. بنابراین، برای معتادان در حال بهبودی ضروری است که راه‌هایی را برای "تقویت پیوندهای خانوادگی" بررسی کنند.
- "بر اهمیت جشن‌ها و آیین‌ها تأکید کنید." فعالیت‌هایی مانند جشن‌ها و آیین‌ها چسبی هستند که خانواده‌ها را در کنار هم نگه می‌دارد و زندگی را از نظر شخصی غنی و پاداش‌دهنده می‌کند.
- "به آنها [مراجعین] کمک کنید تا به جریان اجتماعی بازگردند." این استراتژی شامل طراحی یک برنامه برای توسعه زندگی اجتماعی و دوستی است. اگر موفقیت‌آمیز باشد، "راه‌هایی برای ایجاد شبکه‌های اجتماعی خارج از کار را بررسی می‌کند."
- "به زندگی در لحظه حال بپردازید." معتادان در حال بهبودی با قدردانی از زمان حال می‌توانند از تجربیات بیشتر لذت ببرند و نگران آینده نباشند یا درگیر آن نشوند.
- "مراجعین را تشویق کنید که از خودشان مراقبت کنند." اغلب افرادی که معتاد شده‌اند، حتی به روش‌های سالم نیز به سختی، اگر نگوئیم غیرممکن، می‌توانند به خودشان بپردازند. با این حال، تمرین خودپروری می‌تواند مفید باشد.
- "بر اهمیت رژیم غذایی مناسب، استراحت و ورزش تأکید کنید." اگر فرد از نظر جسمی یا عاطفی دچار کمبود باشد، عملکرد برایش دشوار است. بنابراین، متعادل کردن زندگی مراجعین در رابطه با رژیم غذایی، استراحت و ورزش می‌تواند کمک زیادی به بهبودی آنها از اعتیادشان بکند.

• "به مراجعین کمک کنید تا برای از دست دادن دوران کودکی خود سوگواری کنند" و "به عزت نفس بپردازید." بسیاری از معتادان از گذشته خود احساس شرم، غم، عصبانیت یا حتی تعیین سرنوشت می‌کنند. کمک به آنها برای درک اینکه می‌توانند از زمان‌ها و تجربیات گذشته بهبود یابند، می‌تواند کمک زیادی به عملکرد مراجعین بکند.

• "به مراجعین اطلاع دهید که برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای به عنوان مکمل کار فردی که با آنها انجام می‌دهید، در دسترس است." تقریباً همه معتادان در حال بهبودی می‌توانند از یک برنامه ۱۲ مرحله‌ای که بر روابط انسانی در کنار یک نیروی برتر تأکید دارد، بهره ببرند.

چمبرلین و نایجیان (۲۰۰۹) به این فهرست طولانی اضافه می‌کنند: "به مراجعین کمک کنید تا سابقه تقویت فردی خود را شناسایی کنند" و به کارالکلی‌ها در "بررسی پیامدها و پاداش‌های رفتار کارالکلی" کمک کنید (ص. ۱۶۷).

تأمل شخصی

رابینسون و چمبرلین و نایجیان ایده‌های بسیار خوبی برای کاهش سرعت زندگی و لذت بردن از مردم ارائه داده‌اند. چگونه می‌توانید از این ایده‌ها در سایر زمینه‌های مشاوره علاوه بر مقابله با کارالکلی‌ها استفاده کنید؟

اعتیاد به اینترنت

اعتیاد به اینترنت به طور رسمی به عنوان اعتیاد در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی فهرست نشده است. با این حال، به دلیل شیوع آن در جامعه، بسیاری از مشاوران و سایر متخصصان کمک‌رسان آن را یک اعتیاد می‌دانند. اعتیاد به اینترنت، مانند سایر اعتیادها، با تمایل فرد به حضور مداوم در اینترنت برای بازی کردن، تماشای وبسایت‌های محبوب یا تعامل با دیگران در وبسایت‌ها مشخص می‌شود. این امر افراد را از

معاشرت در زمان حال با افراد در محیط خود دور می‌کند. در عوض، آنها را به واقعیت مجازی یا به محیطی با دیگران منتقل می‌کند که فراتر از منطقه جغرافیایی آنها است. در حالی که خیال‌پردازی یا ارتباط با افرادی خارج از محیط نزدیک فرد به خودی خود مضر نیست، اما اگر چنین رفتاری به یک وسواس تبدیل شود و مانع از آن شود که افراد با واقعیت‌های روزمره کنار بیایند یا منجر به کمبود خواب، از دست دادن وعده‌های غذایی یا در غیر این صورت درگیر شدن با اینترنت به حدی شود که بر سلامت و تندرستی آنها تأثیر بگذارد، مضر است.

درمان اعتیاد به اینترنت. اعتیاد به اینترنت، مانند سایر اشکال اعتیاد رفتاری، قابل درمان است (Montag & Reuter, ۲۰۱۵). با این حال، از آنجایی که به عنوان یک "اعتیاد رسمی" شناخته نمی‌شود، یافتن درمان برای آن دشوارتر است و تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد. بنابراین، بسیاری از معتادان به اینترنت بدون درمان می‌مانند و پشت اصطلاحاتی مانند "خرخوان"، "گیگ" یا صرفاً "گوشه‌گیر" پنهان می‌شوند.

۱. قمار اجباری

۲. اعتیاد به کار

۳. اعتیاد به اینترنت

سه نوع رایج اعتیاد رفتاری

درمان زنان و گروه‌های فرهنگی اقلیت در سوء استفاده و اعتیاد

زنانی که الکل مصرف می‌کنند یا به آن معتاد هستند، تقریباً ۵ تا ۷ میلیون نفر فقط در ایالات متحده، ممکن است در جستجو و یافتن درمان مناسب با مشکلات ویژه‌ای روبرو شوند. همین امر در مورد زنانی که مواد دیگر مصرف می‌کنند یا به آنها معتاد هستند نیز صادق است. این امر به دلیل سرزنش و توبیخ اجتماعی آنها و به دلیل موانع درمانی پیش روی زنان مانند نیاز به مراقبت از کودک، هزینه، مخالفت خانواده و تشخیص ناکافی

است (Hanna, ۲۰۰۲ & Van der Wade, Urgenson, Wertz). اگرچه مصرف‌کنندگان زن الکل حدود یک سوم اعضای الکلی‌های گمنام را تشکیل می‌دهند، "شواهد تجربی کمی در مورد مزایای AA و NA برای زنان الکلی یا معتاد وجود دارد" (Manhal-Baugus, ۱۹۹۸, p. ۸۲). بنابراین، نظریه‌های جدید و استراتژی‌های درمانی جایگزین برای زنان در حال توسعه است که منعکس‌کننده زمینه گسترده‌تر زندگی زنان، به ویژه مشکلاتی است که آنها در مورد اعتیاد به الکل با آن روبرو هستند. این برنامه‌ها به روشی متفاوت از رویکردهای سنتی از منابع جامعه استفاده می‌کنند. یکی از این برنامه‌ها Women for Sobriety است، یک گروه خودیاری مبتنی بر رویکرد اصلاح شناختی-رفتاری که به زنان کمک می‌کند تا تفکر خود را تغییر دهند تا بتوانند بر احساسات درماندگی، بی‌قدرتی، گناه و وابستگی غلبه کنند. این برنامه دارای ۱۳ تأییدیه است که تفکر مثبت را در یک محیط حمایتی که توسط زنان برای زنان اداره می‌شود، ترویج می‌کند (ManhalBaugus, ۱۹۹۸; Shallcross, ۲۰۱۱c).

علاوه بر تفاوت‌های جنسیتی، تفاوت‌های فرهنگی نیز در روند بهبودی نقش دارند. در بیشتر موارد، ملاحظات ویژه برای درمان اعضای فرهنگ‌های اقلیت لازم است. به عنوان مثال، بومیان آمریکا ممکن است عناصر معنوی متفاوت از سنت‌های غیروبومی آمریکا را در کمک به آنها مهم بدانند. بنابراین، مشاورانی که با این جمعیت کار می‌کنند ممکن است بخواهند قبل از تلاش برای کار با افراد یا گروه‌هایی که به دنبال بهبودی هستند، با یک مرد یا زن طبیب مشورت کنند (Herrera, ۱۹۹۸ & Vick, Smith). علاوه بر این، به نظر می‌رسد شواهد رو به رشدی در مورد رابطه معنادار "بین تبعیض و فقدان تاریخی و سوء مصرف مواد و سلامت جسمی و روانی در گروه‌های اقلیت" وجود دارد (Hinson, ۲۰۱۰, p. ۲۲). بنابراین، این عامل باید در هنگام در نظر گرفتن نحوه کار با آفریقایی-آمریکایی‌ها و بومیان آمریکا به طور خاص در طول بهبودی، بخشی از معادله شود.

وابستگی سازمانی، صدور گواهینامه و آموزش مشاورانی که در زمینه سوء مصرف و اعتیاد کار

می‌کنند

انجمن بین‌المللی مشاوره اعتیاد و مجرمان (IAAOC - International Association of

Addictions and Offender Counseling) یکی از گروه‌های پیشرو است که بر پیشگیری، درمان و

توصیف رفتارهای آزارگرانه و اعتیادی تمرکز دارد. این انجمن مطالبی مانند **Journal of Addictions** &

Offender Counseling را منتشر می‌کند که مشاوران حرفه‌ای را در مورد آخرین پیشرفت‌ها در این زمینه

مطلع می‌سازد. سازمان مهم دیگر، انجمن ملی مشاوران الکلیسم و سوء مصرف مواد مخدر (NAADAC -

National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors) است، یک سازمان ملی

که مشاوران اعتیاد را تأیید صلاحیت می‌کند.

جالب توجه است که عضویت در NAADAC تقریباً به طور مساوی بین اعضای که دارای مدرک کارشناسی

ارشد و دکترا هستند و کسانی که این مدارک را ندارند، تقسیم شده است (وست، ماستین و ویریک، ۲۰۰۲).

تعداد برنامه‌های دانشگاهی که مشاوران را با تأکید بر مشاوره سوء مصرف مواد آموزش می‌دهند، همچنان در

حال رشد است و از سال ۱۹۹۴، هیئت ملی مشاوران معتبر (NBCC - National Board for

Certified Counselors) فرآیند صدور گواهینامه برای تبدیل شدن به مشاور ارشد اعتیاد را داشته است. با

این حال، در حال حاضر حوزه مشاوره سوء مصرف مواد بین مشاوران در حال بهبودی (**recovering**

counselors)، کسانی که خود سوء مصرف‌کننده بوده‌اند، اکنون پاک هستند و دوره‌های تخصصی را برای

واجد شرایط شدن برای گواهینامه NAADAC گذرانده‌اند؛ و مشاوران غیر در حال بهبودی

(nonrecovering counselors)، کسانی که حداقل مدرک کارشناسی ارشد در مشاوره، معمولاً با گرایش سوء مصرف مواد، کسب کرده‌اند، تقسیم شده است.

اثربخشی این دو گروه متفاوت است و روش‌های کار آنها متمایز است. مشاوران در حال بهبودی به احتمال زیاد در فعالیتهایی شرکت می‌کنند که با فلسفه توصیف شده در ۱۲ قدم الکی‌های گمنام سازگار است (کالبرث و بوردرز، ۱۹۹۹). بنابراین، آنها «مستعد درگیر شدن در برنامه‌های آموزش اجتماعی، معاشرت با مراجعان در خارج از محیط کار و ملاقات با مراجعان در بیمارستان هستند»، در حالی که مشاوران غیر در حال بهبودی این کارها را انجام نمی‌دهند و علاوه بر این، بیشتر مستعد دیدن مشکلات الکل و مواد مخدر در یک پیوستار هستند تا به عنوان یک تشخیص بله یا خیر. با توجه به روندی که در آینده مشاوران حرفه‌ای بیشتری نسبت به شبه حرفه‌ای‌ها وارد این حوزه خواهند شد، تعدادی از رویه‌ها تغییر خواهند کرد، از جمله نحوه ارائه نظارت. علاوه بر این، با وقوع این گذار، مشاوران از هر دو سنت که در حال حاضر در این زمینه فعالیت می‌کنند، به آموزش فشرده برای یادگیری مداخلات درمانی حتی بیشتر نیاز خواهند داشت تا بتوانند به طور مؤثر با مراجعان متنوعی که مسائل پیچیده‌ای را ارائه می‌دهند، کار کنند (تامبز و اوزبورن، ۲۰۰۱).

مشاوره و معلولیت (COUNSELING AND DISABILITY)

توانایی (Ability) یک تمایل طبیعی برای انجام خوب کاری مانند انجام وظایف در زندگی روزمره (مانند لباس پوشیدن یا غذا خوردن)، کار کردن در شغل/حضور در مدرسه، یا تحرک داشتن است. **معلولیت (Disability)** ناتوانی یا محدودیتی است که فرد را از انجام برخی یا تمام وظایف زندگی روزمره، مانند مراقبت از عملکردهای بدنی، راه رفتن، صحبت کردن، یا مستقل بودن از مراقب، باز می‌دارد. معلولیت‌ها در زندگی آمریکایی‌ها شایع هستند. حدود ۲۰٪ از آمریکایی‌ها «دارای معلولیت‌های جسمی، حسی، روانی یا شناختی هستند که در زندگی روزمره اختلال ایجاد می‌کند» (لیونه و آنتوناک، ۲۰۰۵، ص ۱۲ - آمار مربوط به سال ۲۰۰۵). به طور کلی،

«معلولیت‌ها ۵۴ میلیون نفر را در ایالات متحده تحت تأثیر قرار می‌دهند که ۴,۴ میلیون نفر آنها کودک هستند» (راسکام، زک، نیلز و نادر-گروسبوا، ۲۰۰۸، ص ۱۳۲ - آمار مربوط به سال ۲۰۰۸). با جزئیات بیشتر:

- بیش از ۹ میلیون آمریکایی دارای معلولیت قادر به کار یا تحصیل نیستند؛
- هزینه‌های سالانه حمایت درآمدی و مراقبت‌های پزشکی ارائه شده توسط دولت ایالات متحده برای کمک به افراد دارای معلولیت حدود ۶۰ میلیارد دلار است؛
- معلولیت‌ها در میان افراد مسن‌تر، اقلیت‌ها و گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر بیشتر است؛ و
- ۸ مورد از ۱۰ علت شایع مرگ در ایالات متحده با بیماری‌های مزمن مرتبط است.

گویی این ارقام به اندازه کافی تکان‌دهنده نیستند، جمعیت‌های اقلیت قومی بیشتر از جمعیت عمومی از معلولیت رنج می‌برند (اسمیت، فولی و چانی، ۲۰۰۸). دلایل آن متعدد است و شامل درآمد پایین و فقر، اشتغال در مشاغل خطرناک از نظر جسمی، عدم پوشش بیمه درمانی، سطح تحصیلات پایین، و آزمون و ارزیابی معیوب و نادرست است (ویلسون و سنیس، ۲۰۰۵، ص ۸۷).

ماهیت معلولیت‌ها (The Nature of Disabilities)

مراجعاتی که دارای معلولیت هستند شامل کسانی می‌شوند که تظاهرات آنها جسمی، عاطفی، روانی و رفتاری است. معلولیت‌ها بسیار متفاوت هستند و شامل تعدادی از تشخیص‌ها مانند سوء مصرف الکل، آرتریت، نابینایی، بیماری قلبی-عروقی، ناشنوایی، فلج مغزی، صرع، محدودیت‌های ذهنی، سوء مصرف مواد مخدر، اختلالات عصبی، معلولیت‌های ارتوپدی، مشکلات روانپزشکی، نارسایی کلیه، اختلالات گفتاری و شرایط نخاعی می‌شوند. با این حال، همه معلولیت‌ها قابل مشاهده نیستند و بنابراین مورد توجه قرار نمی‌گیرند (دیویس، ۲۰۱۵).

متأسفانه، افراد دارای معلولیت اغلب با دیگرانی روبرو می‌شوند که تصورات غلط و سوگیری‌هایی در مورد محدودیت‌های آنها دارند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸). این افراد حتی ممکن است کسانی را که معلول هستند به خاطر معلولیتشان مورد آزار و اذیت قرار دهند، به‌ویژه اگر آن افراد دارای ویژگی‌های دیگری مانند گرایش جنسی اقلیت باشند (هانت، متیوز، میلزوم و لمل، ۲۰۰۶). این نوع ممکن است به خوبی بر «تعاملات اجتماعی روزمره» فرد تأثیر بگذارد (لایرر، استرومر، لکلر، کورنول و ویتن، ۱۹۹۶، ص ۸۹).

در نتیجه رفتاری که در انظار عمومی دریافت می‌کنند، درصد زیادی از افراد دارای معلولیت تمایل دارند از تعاملات اصلی با دیگران کناره‌گیری کنند و بیکار هستند یا قادر به دستیابی به وضعیت زندگی مستقل نیستند (بلکوری و واگنر، ۱۹۹۶). در واقع، «افراد دارای معلولیت به عنوان یک گروه ممکن است بالاترین نرخ بیکاری و اشتغال ناقص را در ایالات متحده داشته باشند» (کلارک و کرو، ۲۰۰۰، ص ۵۸). بنابراین، افراد دارای معلولیت ممکن است از عزت نفس پایین، عدم اعتماد به نفس در تصمیم‌گیری، انگ اجتماعی، محدوده محدودی از مشاغل موجود و تعداد کمی الگوی موفق رنج ببرند (انرایت، ۱۹۹۷). آنها همچنین ممکن است تجربیات اولیه محدودی در زندگی داشته باشند.

مرتبط با معلولیت، اما متمایز از آن، **نقص (handicap)** است که «محدودیتی قابل مشاهده یا قابل تشخیص است که به دلیل وجود موانع مختلف ایجاد می‌شود» (شوماخر، ۱۹۸۳، ص ۳۲۰). نمونه‌ای از فردی که معلول است و نقص دارد، فردی مبتلا به فلج چهار اندام است که در آپارتمانی در طبقه سوم ساختمانی بدون آسانسور زندگی می‌کند، یا فردی نیمه‌شنوا که دستورالعمل‌ها را به صورت شفاهی دریافت می‌کند.

در کار با افراد دارای معلولیت، مهم است که بدانیم زبان تفاوت ایجاد می‌کند. افراد، معلولیتشان نیستند. بلکه، آنها دارای معلولیت هستند. بنابراین، **زبان فرد-محور (person-first language)** مورد نیاز است. این زبانی است که برای تأکید بر اینکه افراد فراتر از معلولیتشان هستند طراحی شده است، به عنوان مثال، افراد

مبتلا به اختلالات روانی به جای بیماران روانی. چنین زبانی هویت افراد را از هرگونه تشخیص بالینی، معلولیت یا وضعیت مزمن جدا می‌کند (گرانلو و گیبس، ۲۰۱۶).

کار با افراد دارای معلولیت (Working with People Who Have Disabilities)

خدمات برای افراد دارای معلولیت به شدت تحت تأثیر قوانین دولتی بوده است. به نوبه خود، مشاورانی که با این جمعیت خاص کار می‌کنند در حمایت از قوانین فدرال و ایالتی فعال بوده‌اند. با این حال، تأثیرات دیگری نیز وجود داشته است.

جنبه متمایز مشاوره با افراد دارای معلولیت، پیوند تاریخی با مدل پزشکی (medical model) ارائه خدمات است (دیویس، ۲۰۱۵؛ ارله، ۱۹۷۹). برجستگی مدل پزشکی زمانی که به یاد می‌آوریم متخصصانی که برای اولین بار با افراد دارای معلولیت درگیر شدند چقدر نزدیک به درمان کسانی بودند که از نظر جسمی دچار چالش بودند، به راحتی قابل درک است. با این حال، تعدادی مدل مختلف برای کمک به افراد معلول ظهور کرده است (اسمارت و اسمارت، ۲۰۰۶). چهار مدل برجسته‌تر وجود دارد.

محبوب‌ترین این مدل‌ها و نزدیک‌ترین مدل مرتبط با مدل پزشکی، مدل زیست‌پزشکی (biomedical model) است. این مدل غرق در زبان پزشکی است، اما در زبان عدالت اجتماعی ساکت است. طبق این مدل، «معلولیت‌ها شرایط عینی هستند که به خودی خود وجود دارند» (ص ۳۰). آنها نقص محسوب می‌شوند و در درون فردی قرار دارند که کاملاً مسئول مشکل است. این مدل اساساً معلولیت را با آسیب‌شناسی یکی می‌داند. در حالی که این مدل ممکن است هنگام برخورد با معلولیت‌های جسمی بهترین عملکرد را داشته باشد، «برای معلولیت‌های روانی و روانپزشکی کمتر مفید است» (ص ۳۱).

مفهوم دوم معلولیت، مدل محیطی و عملکردی (**environmental and functional model**) است. تمرکز آن برای معلولیت‌های مزمن (یعنی آنچه بیشتر معلولیت‌ها هستند) مناسب‌تر است. در این مدل، افراد برجستگی را با خود حمل می‌کنند (یعنی «معلول»). این برجستگی ممکن است منجر به درجاتی از پیش‌داوری و تبعیض اجتماعی شود. با این حال، تقصیر معلولیت‌ها را نیز به خارج از فرد نسبت می‌دهد.

مدل اجتماعی-سیاسی (sociopolitical model) مدل سوم است و گاهی به عنوان **مدل اقلیت (minority model)** شناخته می‌شود. این مدل فرض می‌کند که افراد دارای معلولیت یک گروه اقلیت هستند نه افرادی با آسیب‌شناسی. «مشخصه‌های این مدل شامل خودتعریفی، حذف (یا کاهش) پیش‌داوری و تبعیض (گاهی به عنوان **معلولیت‌ستیزی - handicapism** نامیده می‌شود)، رد تشخیص‌ها و دسته‌بندی‌های پزشکی، و حرکت به سمت دستیابی به برابری کامل و حقوق مدنی تحت قوانین ایالات متحده است» (ص ۳۴).

مدل چهارم، **مدل مشاور همتا (peer counselor model)** است. این مدل فرض می‌کند افرادی که تجربه مستقیم با معلولیت دارند، بهترین توانایی را برای کمک به کسانی دارند که اخیراً دچار معلولیت شده‌اند. در کار با مراجعان دارای معلولیت برای توسعه یا بازیابی سازگاری، نقش مشاوران ارزیابی سطح فعلی عملکرد مراجعان و وضعیت محیطی است که عملکرد را مختل یا تقویت می‌کند. پس از انجام چنین ارزیابی، مشاوران از طیف گسترده‌ای از نظریه‌ها و تکنیک‌های مشاوره استفاده می‌کنند. تقریباً تمام نظریه‌های عاطفی، رفتاری، شناختی و سیستمی مشاوره به کار گرفته می‌شوند. نظریه‌های سیستمی در چنین کارهایی در سال‌های اخیر به‌ویژه محبوب شده‌اند (کوتونه، گرله و ویلسون، ۱۹۸۸؛ هرشنسون، ۱۹۹۶).

نظریه‌ها و تکنیک‌های واقعی مورد استفاده توسط مهارت‌های مشاوران و همچنین نیازهای مراجعان تعیین می‌شود. به عنوان مثال، مراجعی با معلولیت که احساسات جنسی دارد ممکن است به یک رویکرد روانی-

آموزشی در مورد نحوه مدیریت این هیجانات نیاز داشته باشد، در حالی که مراجع دیگری با معلولیت که افسرده است ممکن است به مداخله شناختی یا رفتاری بیشتری نیاز داشته باشد (بویل، ۱۹۹۴). یک رویکرد عمل‌گرا مانند سایکودرام گشتالت می‌تواند به‌ویژه در کمک به مراجعان برای درگیر شدن بیشتر در فرآیند مشاوره و پذیرش مسئولیت زندگی‌شان قدرتمند باشد (گاتا و همکاران، ۲۰۱۰). تکنیک‌هایی از این سنت، مانند نقش‌آفرینی، ممکن است به‌ویژه مفید باشند.

(مدل‌های کار با افراد دارای معلولیت):

- پزشکی/زیست‌پزشکی
- محیطی/عملکردی
- اجتماعی-سیاسی
- مشاوره هم‌تا

مراجعان با معلولیت‌های خاص (Clients with Specific Disabilities)

تعدادی معلولیت خاص وجود دارد که مشاوران با آنها کار می‌کنند، که پوشش همه آنها در اینجا ممکن نیست. بنابراین، فقط چهار مورد – معلولیت‌های جسمی، ناتوانی‌های ذهنی، ADD/ADHD و اختلال استرس پس از سانحه – به طور خلاصه به عنوان نمونه‌هایی از معلولیت‌های خاصی که مشاوران با آنها روبرو می‌شوند، برجسته خواهند شد.

معلولیت‌های جسمی (PHYSICAL DISABILITIES): آسیب‌های جسمی مانند آسیب نخاعی، آسیب خفیف مغزی تروماتیک (MTBI)، از دست دادن اندام یا نابینایی، فقدان بزرگی برای فرد ایجاد می‌کند و در نتیجه تأثیر جسمی و عاطفی فوق‌العاده‌ای دارد (جونز، یانگ و لپما، ۲۰۱۰؛ کراوس و آنسون، ۱۹۹۷). مشاوره در چنین

مواردی ممکن است به ترکیبی از کاردرمانی، فیزیوتراپی و درمان‌های شناختی و همچنین تمرکز و همکاری از سوی مراجع و خانواده برای سازگاری با موقعیت نیاز داشته باشد.

لیونه و ایوانز (۱۹۸۴) اشاره می‌کنند که مراجعانی که دارای معلولیت‌های جسمی هستند، ۱۲ مرحله سازگاری را طی می‌کنند که ممکن است آنها را از دیگران متمایز کند: شوک، اضطراب، چانه‌زنی، انکار، سوگواری، افسردگی، کناره‌گیری، خشم درونی‌شده، پرخاشگری بیرونی‌شده، تصدیق، پذیرش و سازگاری/انطباق. همبسته‌های رفتاری وجود دارند که هر مرحله را همراهی می‌کنند و همچنین استراتژی‌های مداخله‌ای مناسب برای هر کدام وجود دارد. به عنوان مثال، مراجعی که یک اندام را از دست داده است اغلب در ابتدا در حالت شوک و ناباوری قرار دارد و ممکن است بی‌حرکت و از نظر شناختی آشفته باشد. استراتژی‌های مداخله‌ای که در این زمان بیشترین کمک را می‌کنند شامل آرامش دادن به فرد (هم جسمی و هم کلامی)، گوش دادن و توجه کردن، ارائه حمایت و اطمینان‌بخشی، و اجازه دادن به فرد برای تخلیه احساسات است (نیتل، ۲۰۱۰). استراتژی‌های بعدی بر رفتار با فرد به عنوان یک شخص و نه یک فرد قطع عضو شده و تشویق فرد به پذیرش ریسک‌های مناسب در زندگی تمرکز دارند.

علاوه بر خدمت به عنوان مشاور، متخصصانی که با افراد دارای معلولیت جسمی کار می‌کنند باید مدافع، مشاور و مربی باشند. آنها باید با افراد معلول در ایجاد یک منبع کنترل درونی برای زندگی‌شان روبرو شوند. این وظیفه جامع است و شامل یک رابطه پیچیده بین کارکردهای شغلی است. مراقبان و پرسنل پشتیبانی درگیر در کمک به افراد دارای معلولیت جسمی، خودشان برای عبور از فرآیند بهبودی به کمک نیاز دارند و باید تا حد امکان در انجام ارزیابی‌ها و تدوین برنامه‌ها گنجانده شوند.

ناتوانی‌های ذهنی (INTELLECTUAL DISABILITIES): مراجعان دارای ناتوانی‌های ذهنی شامل کسانی می‌شوند که توانایی‌های شناختی خفیف تا شدیداً محدودی دارند. در برخی موارد، وظایف و تکنیک‌های مشاوران

ممکن است شبیه به موارد به کار رفته با بزرگسالان یا نوجوانان دارای معلولیت جسمی باشد (مشاوره حمایتی و فعالیت‌های برنامه‌ریزی زندگی)، اما مراجعان جوان با کمبودهای ذهنی ممکن است به فعالیت‌ها و خدمات متفاوتی نیاز داشته باشند. به عنوان مثال، مشاوران می‌توانند به والدین این کودکان در کار کردن روی احساساتشان در مورد داشتن فرزندان دارای ناتوانی ذهنی کمک کنند. در این فرآیند، آنها از طریق ترویج تعاملات مثبت والدین که حداکثر رشد را تشویق می‌کند، به کودکان نیز کمک می‌کنند (هوبر، ۱۹۷۹).

هنگام کار با نوجوانان یا پرسنل نظامی که به دلیل آسیب‌های سر دچار مشکلات ذهنی هستند، مشاوران باید به مسائل اجتماعی و همچنین فعالیت‌های درمانی رسیدگی کنند (برگلند و توماس، ۱۹۹۱). به عنوان یک قاعده کلی، زمان و تلاش بیشتری برای توجه به مسائل روانی-اجتماعی برای کار با هر کسی که از نظر ذهنی آسیب دیده است، صرف‌نظر از سن یا علت آسیب، مورد نیاز است (کاپلان، ۱۹۹۳).

ADD یا ADHD: اختلال نقص توجه (ADD - Attention deficit disorder) و اختلال نقص

توجه/بیش‌فعالی (ADHD - attention deficit/hyperactivity disorder) اختلالاتی هستند که در یادگیری و عملکرد روزمره اختلال ایجاد می‌کنند. این ناتوانی‌ها مبنای عصبی دارند و در دوران کودکی آغاز می‌شوند و بر سازگاری عاطفی، اجتماعی و رفتاری کودکان تأثیر می‌گذارند، و پسران بیشتر از دختران تحت تأثیر قرار می‌گیرند. ADD و ADHD به اشکال مختلفی یافت می‌شوند (به عنوان مثال، ADHD، که بین ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، دارای سه زیرگروه است: **نوع بی‌توجه (inattentive)**، **نوع بیش‌فعالی-تکانشگری (hyperactivity-impulsivity)**، یا ترکیبی از دو زیرگروه اول) (براون، ۲۰۰۰). متأسفانه، ۵۰ تا ۸۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD همچنان در نوجوانی و برخی حتی در بزرگسالی علائم دارند (وندرو، ۱۹۹۸).

مشکلات مرتبط با ADHD مانند «حواس پرتی، تکانشگری، بی‌نظمی و مشکلات بین فردی ... ادامه می‌یابند و گاهی با افزایش سن بدتر می‌شوند» (شوپیبرت، سیلندر و دنیسون، ۲۰۰۲، ص ۵). بنابراین، ADHD می‌تواند در طول عمر تأثیر داشته باشد. سطوح بالای ناامیدی، اضطراب، پریشانی، افسردگی و کاهش خودپنداره از دیگر علائمی هستند که ممکن است در نتیجه رخ دهند.

از آنجا که ADD و ADHD در سال‌های اخیر بیشتر شناخته شده‌اند، تعدادی استراتژی برای کار با کودکان و بزرگسالانی که به این شکل آسیب دیده‌اند توسط پزشکان در محیط‌های آموزشی و اجتماعی توسعه یافته است. به عنوان مثال، مشاوران ممکن است به دانش‌آموزان مبتلا به ADHD در آماده شدن برای آموزش پسمتوسطه و ورود به حرفه با دادن نشانه‌هایی به شکل یادیار (mnemonic) در مورد نحوه رفتار در موقعیت‌های خاص کمک کنند. یکی از این نشانه‌ها یادیار SLANT است که ممکن است برای کمک به کسانی که مشکلات یادگیری دارند در تمرکز بر سخنرانی‌های کلاسی استفاده شود (مرسر، مرسر و پولن، ۲۰۱۱). حروف مخفف عبارتند از:

S = «صاف بنشین» (Sit up straight)

L = «به جلو خم شو» (Lean forward)

A = «تفکر را فعال کن و سؤال بپرس» (Activate thinking and Ask questions)

N = «اطلاعات کلیدی را نام ببر و سرت را برای تأیید معلم/سخنران تکان بده» (Name key information and Nod your head to validate the teacher/speaker)

T = «معلم یا سخنران را دنبال کن» (Track the teacher or speaker)

به طور کلی، مشاورانی که با مراجعان مبتلا به ADD و ADHD کار می‌کنند باید آگاه باشند که بسیاری از جنبه‌های شخصیت ممکن است تحت تأثیر اثرات متعدد این اختلالات شکل گرفته باشد. درمان ممکن است یک فرآیند طولانی‌مدت باشد که ماهیت چندبعدی دارد (ارک، ۲۰۰۰). مداخلات برای کودکان یا نوجوانان مبتلا به ADHD شامل، اما نه محدود به، الف) مشاوره و آموزش والدین، ب) آموزش مراجع، ج) مشاوره فردی و گروهی، و د) آموزش مهارت‌های اجتماعی است (براون، ۲۰۰۰).

درمان پزشکی نیز ممکن است ضروری باشد. داروی مناسب «اغلب منجر به افزایش توجه و کاهش تکانشگری و بیش‌فعالی می‌شود» (براون، ۲۰۰۰). داروهای محرک، مانند متیل‌فنیدات (ریتالین)، دکستروآمفتامین (دکسدرین) و پمولین (سیلرت)، معمولاً اولین داروهای انتخابی برای ADHD هستند. با این حال، همه کودکانی که ADHD دارند به دارو نیاز ندارند. علاوه بر این، اگر داروها تجویز شوند، همیشه باید ابتدا در دوزهای کم داده شوند. مشاوران باید از آخرین داروها و سایر درمان‌های این ناتوانی به‌روز باشند تا زندگی مراجعانی که به آنها خدمت می‌کنند و خانواده‌هایشان را بهبود بخشند.

PTSD: اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder) یا PTSD «با تجربه مجدد یک رویداد بسیار آسیب‌زا، معمولاً از طریق کابوس‌ها و افکار مزاحم در مورد حادثه، مشخص می‌شود. علاوه بر این، علائم افزایش برانگیختگی و اجتناب از محرک‌های مرتبط با تروما باید وجود داشته باشد» (جونز، یانگ و لیما، ۲۰۱۰، ص ۳۷۳). PTSD اغلب در سربازانی که از منطقه جنگی بازمی‌گردند شایع است و در چنین شرایطی نتیجه وحشت‌ها و تروماهای شدیدی است که این افراد تجربه کرده‌اند. با این حال، PTSD در تمام بخش‌های جمعیت یافت می‌شود و در زنان شایع‌تر از مردان است. تقریباً ۷ میلیون نفر در ایالات متحده مبتلا به PTSD هستند (شالکراس، ۲۰۰۹b - آمار مربوط به سال ۲۰۰۹).

PTSD معمولاً با مشاوره و داروهای ضد اضطراب یا ضد افسردگی درمان می‌شود. گاهی اوقات از

حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (EMDR - eye movement

desensitization and reprocessing) استفاده می‌شود.

واضح است که مشاورانی که مراجعانی با معلولیت دارند باید همه‌کاره باشند. آنها نه تنها باید خدمات را مستقیماً ارائه دهند بلکه باید خدمات را با سایر متخصصان هماهنگ کرده و پیشرفت مراجعان را در کسب استقلال و خودکنترلی نظارت کنند. بنابراین، مشاوران به مهارت‌هایی از مجموعه‌ای از نظریه‌ها و تکنیک‌ها و سازگاری در تغییر نقش‌های حرفه‌ای نیاز دارند.

وابستگی سازمانی، صدور گواهینامه و آموزش مشاورانی که با افراد دارای معلولیت کار می‌کنند

مشاوره با افراد دارای معلولیت (Counseling with People Who Have Disabilities)

مشاوره توانبخشی (Rehabilitation counseling)، یک تخصص در حرفه مشاوره، به‌طور خاص بر خدمت به افراد دارای معلولیت متمرکز است (پارکر و پترسون، ۲۰۱۲). کسانی که به عنوان مشاور با افراد معلول تخصص دارند، باید علاوه بر مهارت‌های یاری‌رسانی، دانش اصطلاحات پزشکی را نیز داشته باشند تا مؤثر باشند.

توانبخشی (Rehabilitation) به عنوان آموزش مجدد افراد دارای معلولیتی که قبلاً زندگی مستقلی داشته‌اند تعریف می‌شود. حوزه مرتبط، **توانمندسازی (habilitation)**، بر آموزش مراجعانی تمرکز دارد که از اوایل زندگی معلول بوده‌اند و هرگز خودکفا نبوده‌اند. مشاوره توانبخشی یک وظیفه چندبعدی است که موفقیت آن به موارد زیادی بستگی دارد. «از مشاور توانبخشی انتظار می‌رود که یک مدیر مورد (case manager) شایسته و همچنین یک مشاور درمانی ماهر باشد» (کوک، بولتون، بلینی و نیث، ۱۹۹۷، ص ۱۹۳). اهداف نهایی خدمات توانبخشی، اشتغال موفق، زندگی مستقل و مشارکت اجتماعی است (بولتون، ۲۰۰۱).

بسیاری از مشاوران توانبخشی به انجمن مشاوران توانبخشی آمریکا (ARCA - American

Rehabilitation Counselor Association; www.arcaweb.org) تعلق دارند. پیش از تأسیس

ARCA، خلائی برای یک سازمان مشاوره حرفه‌ای در حوزه توانبخشی وجود داشت. بلافاصله پس از جنگ

جهانی دوم، ARCA به عنوان یک گروه علاقه‌مند از انجمن ملی راهنمایی شغلی (NVGA) سازماندهی شد.

ARCA در سال ۱۹۵۸ به عنوان بخش مشاوره توانبخشی (DRC) و در سال ۱۹۶۱ به عنوان ARCA بخشی از

انجمن مشاوره آمریکا (که آن زمان APGA بود) شد.

شورای آموزش توانبخشی (CORE - Council of Rehabilitation Education) تا تابستان ۲۰۱۷ به

طور سنتی مؤسساتی را که مشاوره توانبخشی ارائه می‌دادند، اعتباربخشی می‌کرد. با این حال، طبق توافقی که

بین CORE و شورای اعتباربخشی مشاوره و برنامه‌های آموزشی مرتبط (CACREP - Council for

Accreditation of Counseling and Related Educational Programs)، دو سازمان

اعتباربخشی عمده حرفه مشاوره، در سال ۲۰۱۵ حاصل شد، طرحی برای ادغام به دست آمد و در ژوئیه ۲۰۱۷،

CACREP مأموریت هر دو سازمان را ادامه داد زیرا استانداردهای CORE برای تطبیق با فرآیند بررسی

CACREP بازفرمت‌بندی شدند. ادغام CORE و CACREP به این معنی بود که همه مشاوران، صرف‌نظر از

محیط‌هایی که در آن کار می‌کردند، دانشی در مورد معلولیت‌ها کسب خواهند کرد.

از نظر تاریخی، قوانین فدرال در طول سال‌ها محرک ایجاد خدمات برای افراد معلول بوده است. به عنوان مثال،

در سال ۱۹۲۰ کنگره قانون توانبخشی حرفه‌ای (Vocational Rehabilitation Act) را تصویب کرد که

عمدتاً بر کار با آمریکایی‌های دارای معلولیت جسمی متمرکز بود. در دوران اخیرتر، قانون آمریکایی‌های

دارای معلولیت (ADA - Americans with Disabilities Act) مصوب ۱۹۹۰ یکی دیگر از قوانین

کلیدی است. این قانون به افزایش آگاهی از نیازهای میلیون‌ها نفر در ایالات متحده با معلولیت کمک کرد و

تلاش‌های ملی را در ارائه خدمات متعدد برای افراد دارای معلولیت‌های روانی، رفتاری و جسمی افزایش داد.

قانون آموزش افراد دارای معلولیت (IDEA - Individuals with Disabilities Education Act)

مصوب ۲۰۰۴ یکی دیگر از اقدامات مهم، به‌ویژه در زمینه آموزش بود. IDEA مؤسسات آموزشی را ملزم می‌کند

تا آموزش عمومی رایگان و مناسب (FAPE - Free and Appropriate Public Education) برای

همه دانش‌آموزان دارای معلولیت فراهم کنند. طبق گفته وزارت آموزش ایالات متحده، این قانون آموزش را برای

تقریباً ۱۲٪ از دانش‌آموزان بین ۶ تا ۱۷ سال باز کرده است (لمبی و میلوسوم، ۲۰۱۰ - آمار و تاریخ ذکر شده در

متن). به همین ترتیب، قانون بلیت کار و بهبود انگیزه‌های کاری (WIIA - Ticket to Work and

Work Incentives Improvement Act) مصوب ۱۹۹۹ توانایی مصرف‌کنندگان دارای معلولیت را برای

انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات بین سازمان‌های غیرانتفاعی خصوصی، سازمان‌های توانبخشی ایالتی و

ارائه‌دهندگان خصوصی انتفاعی افزایش داد (کاسچولک، ۲۰۰۰).

مشاورانی که در توانبخشی کار می‌کنند (Counselors Who Work in Rehabilitation)

مشاورانی که در توانبخشی کار می‌کنند باید فردی حرفه‌ای با هدف مشخص باشد (پارکر و پترسون، ۲۰۱۲؛ رایت،

۱۹۸۰، ۱۹۸۷). چندین ایده رقیب، اما نه لزوماً متقابلاً مانع‌الجمع، در مورد نقش‌ها و کارکردهایی که چنین

مشاورانی باید بر عهده بگیرند، وجود دارد.

در اواخر دهه ۱۹۶۰، موتهارد و سالومون اولین تحقیق سیستماتیک در مورد فعالیت‌های کاری مشاوران در

توانبخشی، که آن زمان به عنوان مشاوران توانبخشی شناخته می‌شدند، انجام دادند (بولتون و ژاک، ۱۹۷۸). آنها

هشت فعالیت اصلی را یافتند که نقش مشاور را مشخص می‌کند و به اهمیت بالایی که به مشاوره عاطفی،

مشاوره شغلی و وظایف کاریابی داده می‌شد، اشاره کردند (موتهارد و سالومون، ۱۹۷۸). در این نظرسنجی،

مشاوران توانبخشی گزارش دادند که اکثریت زمان خود را صرف مشاوره و فعالیت‌های مرتبط با مشاوره می‌کنند،

درست مانند مشاوران در سایر تخصص‌ها. به نظر می‌رسد امروزه نیز همین‌طور باشد، اگرچه کاغذبازی بیشتری وجود دارد.

در سال ۱۹۷۰ وزارت کار ایالات متحده ۱۲ کارکرد اصلی مشاوران توانبخشی را فهرست کرد که هنوز برای مشاورانی که فعالیت‌های خود را بر توانبخشی متمرکز می‌کنند، مرتبط است.

۱. **مشاوره شخصی:** این کارکرد مستلزم کار با مراجعان به صورت فردی بر اساس یک یا چند مدل نظری است. این نقش حیاتی در کمک به مراجعان برای سازگاری کامل اجتماعی و عاطفی با شرایطشان ایفا می‌کند.

۲. **موردیابی (Case finding):** مشاوران توانبخشی تلاش می‌کنند تا خدمات خود را از طریق مواد تبلیغاتی و آموزشی به سازمان‌ها و مراجعان بالقوه بشناسانند.

۳. **تعیین واجد شرایط بودن (Eligibility determination):** مشاوران توانبخشی از طریق مجموعه‌ای استاندارد از دستورالعمل‌ها تعیین می‌کنند که آیا یک مراجع بالقوه معیارهای لازم برای دریافت بودجه را دارد یا خیر.

۴. **آموزش (Training):** جنبه‌های اصلی آموزش شامل شناسایی مهارت‌های مراجع و خرید منابع آموزشی یا پرورشی برای کمک به مراجعان در تقویت آنها است. در برخی موارد، لازم است برای مراجعان آموزش فراهم شود تا آنها را برای اشتغال در یک حوزه خاص واجد شرایط کند.

۵. **تأمین وسایل کمکی/بازتوانی (Provision of restoration):** مشاور برای وسایل مورد نیاز (مانند اندام‌های مصنوعی یا ویلچر) و خدمات پزشکی که مراجع را برای اشتغال واجد شرایط کرده و استقلال عمومی او را افزایش می‌دهد، هماهنگی‌های لازم را انجام می‌دهد.

۶. خدمات حمایتی (Support services): این خدمات از ارائه دارو تا ارائه مشاوره فردی و گروهی را شامل می‌شود. آنها به مراجع کمک می‌کنند تا در حین دریافت آموزش یا سایر خدمات، در زمینه‌های شخصی و بین فردی رشد کنند.

۷. کاریابی (Job placement): این کارکرد شامل کمک مستقیم به مراجع برای یافتن شغل است. فعالیت‌ها از حمایت از مراجعانی که جستجوی کار را آغاز می‌کنند تا کمک به مراجعان کمتر باانگیزه برای آماده شدن برای تلاش بیشتر را شامل می‌شود.

۸. برنامه‌ریزی (Planning): فرآیند برنامه‌ریزی مستلزم آن است که مشاور، مراجع را به عنوان یک عضو برابر در نظر بگیرد. طرحی که آنها با هم تدوین می‌کنند باید مراجع را از دریافت‌کننده خدمات به آغازگر خدمات تغییر دهد.

۹. ارزیابی (Evaluation): این کارکرد مستمر و خوداصلاح‌گر است. مشاور اطلاعاتی از تمام جنبه‌های زندگی مراجع را ترکیب می‌کند تا نیازها و اولویت‌ها را تعیین کند.

۱۰. مشاوره با سازمان‌ها (Agency consultation): مشاور با سازمان‌ها و افراد برای راه‌اندازی یا هماهنگی خدمات مراجع، مانند کاریابی یا ارزیابی، کار می‌کند. بخش زیادی از کار مشاور به طور مشترک با سایر متخصصان انجام می‌شود.

۱۱. روابط عمومی (Public relations): مشاور مدافع مراجعان است و این نقش را با اطلاع‌رسانی به رهبران جامعه در مورد ماهیت و دامنه خدمات توانبخشی اجرا می‌کند.

۱۲. پیگیری مستمر (Follow-along): این کارکرد شامل تعامل مداوم مشاور با سازمان‌ها و افرادی

است که به مراجع خدمت می‌کنند. همچنین شامل حفظ تماس با خود مراجعان برای اطمینان از

پیشرفت پایدار به سمت توانبخشی است.

ادغام CORE در CACREP و تأکید جدید در تمام زمینه‌ها و محیط‌های مشاوره بر توانایی، معلولیت و

توانبخشی گامی رو به جلو در تکامل این حرفه است. این بدان معناست که مشاوره، مانند اکثر حرفه‌های

یاری‌رسان مرتبط با آن، در کار با افراد، گروه‌ها، خانواده‌ها و جامعه به شیوه‌ای جامع و مؤثر، متحدتر، گسترده‌تر

و متمرکزتر می‌شود.

مطالعه موردی

جورج و بازی

جورج یک مشاور توانبخشی پرانرژی بود. او دوست داشت با افرادی که به خدمات توانبخشی نیاز داشتند کار

کند. او در قرار دادن این افراد در محیط‌های آموزشی و شغلی مناسب نمونه بود. مشکل جورج این بود که

پیگیری نداشت. اگرچه به کسانی که کمک می‌کرد علاقه‌مند بود، اما فکر می‌کرد پیگیری اتلاف وقت است. در

نتیجه، بسیاری از مراجعان او به اندازه کافی موفق نبودند.

جایگاه پیگیری در مشاوره، به‌ویژه مشاوره توانبخشی را چگونه می‌بینید؟ آیا ملاحظات اخلاقی وجود دارد که

باید در نظر گرفته شود؟ آیا عدم پیگیری مراجع همانند رها کردن اوست؟ چرا یا چرا نه؟

خلاصه و نتیجه‌گیری (Summary and Conclusion)

تخصص‌های مشاوره در زمینه‌های سوء مصرف/آزار، اعتیاد، و با کسانی که دارای معلولیت هستند، منحصر به فرد

و در عین حال به هم مرتبط هستند. آنها بر پویایی‌ها و تفاوت‌های پشت سلامتی و سازگاری در مقابل رفتارهای

ناکارآمد و ناسازگاری تأکید می‌کنند. برنامه‌های پیشگیری و استراتژی‌های درمانی در کار در این سه حوزه حیاتی هستند.

درمان افراد آزارگر/سوء مصرف‌کننده، چه آزار جسمی باشد چه سوء مصرف مواد، یک تمرکز مهم در مشاوره است. آزار افراد (کودکان، خواهر و برادر، همسر/شریک زندگی، یا سالمندان) بسیار شایع است و زخم‌های جسمی و روانی به همراه دارد که پیامدهای عمیق و منفی برای افراد درگیر دارد. سوء مصرف مواد، مانند الکل، تنباکو و مواد مخدر (چه قانونی و چه غیرقانونی)، تأثیر مخربی بر افراد، خانواده‌ها و جامعه به طور کلی دارد. هنگامی که سوء مصرف به اعتیاد تبدیل می‌شود، نتیجه حتی ویرانگرتر است. اعتیاد فیزیولوژیک و همچنین اعتیاد فرایندی با خود غفلت از کارکردهای مهم انسانی و تعاملات را به همراه دارد و هزینه آن در رشد شخصی و رضایت و لذت بین فردی فوق‌العاده است.

برای کار با اعضای جمعیت‌های درگیر آزار و اعتیاد، مشاوران باید بر پیشگیری و درمان تمرکز کنند. پیشگیری می‌تواند از طریق برنامه‌های آموزشی هشدار دهنده در مورد خطرات مرتبط با این دو شیوه رفتاری حاصل شود. از سوی دیگر، برنامه‌های درمانی بر قطع اقدامات ناکارآمد به روشی سیستماتیک تمرکز دارند. آنها ممکن است شامل مشاوره فردی؛ گروه‌های شناختی، رفتاری یا معنوی‌گرا مانند الکی‌های گمنام؛ یا مشاوره خانواده و برنامه‌هایی باشند که توسط متخصصانی که خود درگیر همان بیماری‌ها بوده‌اند، اجرا می‌شوند. مراکز درمانی شامل مراکزی برای مراجعان بستری و سرپایی هستند.

مشاوره با افراد دارای معلولیت شبیه به مشاوره آزار و اعتیاد است زیرا بر پیشگیری و ارائه خدمات درمانی تمرکز دارد. مشاورانی که در این زمینه کار می‌کنند از نظر جمعیت مراجعان و برخی از اصطلاحات و تکنیک‌های درمانی خود متمایز هستند اما در کار با همه کسانی که تحت تأثیر معلولیت‌های درگیر هستند، جهانی عمل می‌کنند. مشاوره‌ای که بر توانبخشی تمرکز دارد، تخصصی است که به طور سنتی با کار با افراد دارای معلولیت

گره خورده است، درست همانطور که مشاوره اعتیاد و مجرمان بیشترین ارتباط را با کار با افراد آزارگر و معتاد دارد.

مشاوران باید به یاد داشته باشند افرادی که مورد آزار قرار می گیرند یا آزارگر هستند، معتاد هستند یا معلولیت دارند، فراتر از اعمال یا علائمی هستند که آنها را به مشاوره می کشاند. افراد پشت کانون درمان، دارای افکار، احساسات و نیازها و همچنین پتانسیل هایی هستند که مشاوره می تواند به طور سازنده به آنها بپردازد. توانمندسازی این افراد و جامعه ای که در آن زندگی می کنند برای سازنده تر بودن، حیاتی است. بنابراین، تأکید مشاوره در این حوزه های خاص همانند مشاوره در سایر موارد است - ترویج سلامتی و بهزیستی در سطوح متعدد.

®MyCounselingLab برای مقدمه ای بر مشاوره

تکالیف موضوع ۱۶ را امتحان کنید: مشاوره سوء مصرف مواد.

فصل هجدهم

مشاوره سلامت روان بالینی و مشاوره خصوصی



مرور فصل

در این فصل خواهید آموخت درباره:

- منحصربه‌فرد بودن مشاوره سلامت روان بالینی و چگونگی توسعه آن
- مزایا و محدودیت‌های کار به عنوان مشاور سلامت روان بالینی در محیط‌های کاری مختلف و تأکید بر آنها
- جنبه‌های پیشگیرانه و درمانی مشاوره سلامت روان بالینی

• چالش‌ها و مزایای مطب خصوصی و روش‌های تاسیس چنین مطبی

همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:

• چرا مشاوره سلامت روان بالینی توسعه یافت و چگونه با دیگر تخصص‌های مشاوره متفاوت

است؟

• چه پاداش‌ها و معایبی در کار به عنوان مشاور سلامت روان بالینی وجود دارد؟

• استراتژی‌های مختلفی که یک مشاور سلامت روان بالینی می‌تواند در پیشگیری به جای

درمان از آنها استفاده کند، کدامند؟

اگر در مطب خصوصی در مقابل کار در یک کلینیک دولتی بودید، چه احساسی داشتید، فکر

می‌کردید و رفتار می‌کردید؟

آهسته مثل یک نجوا می‌آید نفوذ به مغز استخوان مثل سرمای صبح خاکستری زمستان آرام می‌آرامد
سنگین بر قلب در حرکت فشاری ظریف ایجاد می‌کند که ضربان ریتمیک را پرت می‌کند همیشه خیلی کم
خاموش قوانین افسردگی در سکوت ناپیدا اما عمیقاً احساس می‌شود سایه‌ای از ناامیدی در ساعت شنی
زندگی ماهرانه پنهان شده در مواقعی با یک لبخند

باز چاپ شده از "افسردگی"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۱۹۷۸، مجله مشاور مدرسه، ۲۶، ص. ۴۵ ۱۹۷۸ © .

اس. تی. گلادینگ.

کار به عنوان مشاور سلامت روان بالینی و در محیطی مانند مطب خصوصی، هدف بسیاری از مشاوران است.

کسانی که این مسیر را انتخاب می‌کنند معمولاً به دلایل مختلف این کار را انجام می‌دهند. از جمله عواملی که

محیط‌های مشاوره سلامت روان بالینی فراهم می‌کنند، فرصت‌هایی برای کار با سازمان‌های دولتی و عمومی در جهت ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اختلالات روانی و گاهی اوقات فرصت پیمانکار یا مشاور مستقل بودن است. شانس ایجاد تغییر به هر یک از این روش‌ها برای بسیاری از متخصصان بالینی هیجان‌انگیز و محرک است. تعدادی از متخصصان در زمینه مشاوره سلامت روان بالینی، از جمله کسانی که در مطب خصوصی کار می‌کنند، عضو انجمن مشاوران سلامت روان آمریکا (AMHCA; www.amhca.org) هستند. بیشتر آنها همچنین در نهایت به انجمنی می‌پیوندند که تخصص آنها در عمل یا گرایش فلسفی آنها به درمان را منعکس می‌کند.

مشاورانی که مطب خصوصی را انتخاب می‌کنند، صرف نظر از پیشینه خود، به دلایل مختلف از جمله استقلال و فرصت تخصص در زمینه‌های خاص، به چنین مطبی جذب می‌شوند. در بررسی مطب خصوصی، توجه ویژه‌ای به پیشگیری و ارتقای سلامت مثبت و همچنین درمان اختلالات معطوف خواهد شد. با این حال، ابتدا به چگونگی توسعه مشاوره سلامت روان بالینی و نحوه انجام آن در حال حاضر خواهیم پرداخت.

توسعه مشاوره سلامت روان بالینی

سلامت روان توسط جراح کل ایالات متحده به این صورت تعریف شده است:

عملکرد موفقیت‌آمیز عملکرد ذهنی، که منجر به فعالیت‌های سازنده، روابط رضایت‌بخش با دیگران و توانایی سازگاری با تغییر و مقابله با ناملایمات می‌شود؛ از اوایل کودکی تا اواخر زندگی، سلامت روان سرچشمه مهارت‌های تفکر و ارتباط، یادگیری، رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس است. (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۱۹۹۹، ص. vii)

در حالی که سلامت روان هرگز به اندازه سلامت جسمانی مورد توجه و بودجه قرار نگرفته است، اما در مقاطع مختلف زمانی در کشور تمرکز اصلی بوده است.

مهم‌ترین قانون فدرال اولیه که سلامت روان را بسیار بیشتر با سایر خدمات بهداشتی در ایالات متحده همتراز کرد، قانون مراکز بهداشت روان جامعه در سال ۱۹۶۳ بود. هدف این قانون ترویج ابتکارات محلی در زمینه سلامت روان بود. از طریق آن، جنبش مشاوران سلامت روان به طور کامل شکوفا شد. این قانون بودجه‌ای برای تأسیس بیش از ۲۰۰۰ مرکز بهداشت روان جامعه در سراسر کشور فراهم کرد. همچنین امکان استخدام متخصصان سلامت روان از زمینه‌های مختلف و تمرکز بر آموزش سلامت روان در قالب برنامه‌های اطلاع‌رسانی برای جوامع محلی فراهم شد. با گذشت زمان، تمرکز مراکز بهداشت روان از پیشگیری (هدف اصلی) به درمان تغییر کرد. تأکید بر درمان به ویژه در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰ با غیرمؤسساتی شدن بیمارستان‌های روانی ایالتی و فدرال برجسته شد و افراد با مشکلات روانی مختلف، برخی بسیار شدید، توسط این مراکز پذیرفته شدند یا به حال خود رها شدند تا با مشکلاتشان کنار بیایند.

مشاوره سلامت روان در طول تاریخ نسبتاً کوتاه خود به طرق مختلف تعریف شده است. در ابتدا، به عنوان شکلی تخصصی از مشاوره که در محیط‌های غیرآموزشی، مبتنی بر جامعه یا سلامت روان انجام می‌شود، توصیف شد (Messina, ۱۹۷۹ & Seiler). با این حال، در طول سال‌ها، دیدگاه‌های مختلفی در مورد مشاوره سلامت روان تکامل یافته است، از جمله دیدگاه‌های رشدی (Ivey, ۱۹۸۹)؛ متمرکز بر روابط (Ginter, ۱۹۸۹)؛ و متمایل به درمان، حمایت یا مقابله شخصی و محیطی (Seligman, ۱۹۸۹ & Hershenson, Power). شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط (CACREP, ۲۰۱۶) شرح مفصلی از این تخصص ارائه کرده و الزامات درسی آکادمیک، دانش پایه و مهارت‌های بالینی را برای برنامه‌های مشاوره سلامت روان بالینی تعیین کرده است.

در حال حاضر، مشاوره سلامت روان بالینی "یک حرفه در سطح کارشناسی ارشد است که عمدتاً مبتنی بر عمل است. از نظر دیدگاه مفهومی و فلسفی که بیشتر آموزشی-رشدی-پیشگیرانه است تا بالینی-درمانی، با مشاوره حرفه‌ای هم‌مرز است [و بخشی از مشاوره است]" (Roberts, ۲۰۰۲, p. ۱۵ & Pistole). به طور کلی، مشاوره سلامت روان بالینی یک تخصص در زمینه مشاوره حرفه‌ای است.

مشاوره سلامت روان بالینی به عنوان یک تخصص

مشاوره سلامت روان بالینی از نظر تاریخچه، محیط‌های کاری، مهارت‌ها/دانش و نقش‌های ایفا شده، بین‌رشته‌ای است. این ماهیت بین‌رشته‌ای یک دارایی در تولید ایده‌ها و انرژی‌های جدید است. در عین حال، یک نقطه ضعف در کمک به کسانی است که خود را مشاور سلامت روان بالینی می‌دانند و می‌خواهند خود را از برخی از متخصصان سلامت روان نزدیک به خود متمایز کنند (Puleo, ۱۹۹۲ & Wilcoxon).

صرف نظر از این، بسیاری از متخصصان در حرفه مشاوره از اصطلاح مشاور سلامت روان یا مشاور سلامت روان بالینی برای توصیف خود استفاده می‌کنند و برخی از ایالت‌ها، مانند فلوریدا، مشاوران دارای مجوز را با این

عناوین تعیین می‌کنند. مشاوران سلامت روان بالینی به عنوان یک گروه، با گروه متنوعی از مراجعان کار می‌کنند، از جمله کسانی که قربانی تجاوز جنسی هستند، اختلالات خوردن دارند، افسردگی را تجربه می‌کنند، مشکلات خانوادگی دارند، به طور بالقوه خودکشی می‌کنند و کسانی که اختلالات قابل تشخیص دارند که در DSM ذکر شده است. علاوه بر این، آنها مشاوره می‌دهند، آموزش می‌دهند و گاهی اوقات وظایف اداری را انجام می‌دهند. بنابراین، بسیار مهم است که این مشاوران دامنه وسیعی از دانش و تجربه و همچنین آسیب‌شناسی روانی را همانطور که توسط طبقه‌بندی‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تعریف شده است، داشته باشند. این نوع پیشینه آنها را قادر می‌سازد تا به طور هوشمندانه با سایر متخصصان بهداشت صحبت کنند و ماهرانه با مراجعان ناکارآمد رفتار کنند (Gladding, & Hinkle, ۱۹۹۴; Newsome, ۱۹۹۷ & Vacc, Loesch, ۲۰۱۴; Guilbert).

مشاوران سلامت روان بالینی علاوه بر مهارت‌های مشاوره پایه، مهارت‌های تخصصی مرتبط با نیازها و علایق جمعیت‌ها یا مشکلات خاص را نیز دارند. وظایف اصلی مشاوران در سلامت روان، ارزیابی و تجزیه و تحلیل پیشینه و اطلاعات فعلی مراجعان، تشخیص شرایط روانی و عاطفی، بررسی راه‌حل‌های احتمالی و تدوین برنامه‌های درمانی است. فعالیت‌های پیشگیرانه در زمینه سلامت روان و تشخیص رابطه بین سلامت جسمی و روانی در کار آنها برجسته است.

مشاوران سلامت روان بالینی به عنوان یک گروه، به توسعه حرفه‌ای و موضوعات مشاوره مرتبط با زمینه‌های کاربردی مشاوره مانند مشاوره ازدواج و خانواده؛ سوء مصرف مواد/وابستگی شیمیایی؛ بازپرداخت شخص ثالث؛ مشاوره گروهی کوچک؛ غم، فقدان و سوگواری؛ و همچنین ذهن‌آگاهی و رشد پس از سانحه، فقط برای نام بردن چند مورد، علاقه‌مند هستند (Schwartz, ۲۰۰۹; Prieto, ۲۰۱۱ & Chopko). چنین علاقه‌هایی با توجه

به این واقعیت که بیشتر مشاوران سلامت روان بالینی متخصص بالینی هستند و با ارائه خدمات در ازای دستمزد امرار معاش می‌کنند، قابل درک است.

انجمن مشاوران سلامت روان آمریکا (AMHCA, ۸۰۱ N. Fairfax Street, Suite ۳۰۴, Alexandria, VA ۲۲۳۱۴) در طول سال‌ها تعدادی کارگروه و کمیته را برای کمک به اعضای خود در گسترش افق‌ها و توسعه مهارت‌ها و دانش عملی تشکیل داده است. این کارگروه‌ها زمینه‌هایی مانند تجارت و صنعت، سالمندی و رشد بزرگسالان، درمان اختلالات مختلف و پیشگیری را پوشش می‌دهند. این تمرکزها مهم هستند زیرا به مشاوران سلامت روان بالینی اجازه می‌دهند تا دانش و مهارت‌های عمیقی در حوزه‌های خاص کسب کنند.

AMHCA همچنین بر سلامت و تندرستی کلی از جمله مشاوره تندرستی تأکید دارد. این جنبه از مشاوره سلامت روان بالینی حیاتی است زیرا تغییرات ایجاد شده در یک جامعه اگر افراد آمادگی نداشته باشند، می‌تواند ناراحت‌کننده باشد یا باعث رفتارهای پسرورنده شود. مشاوران با ارائه اطلاعات و حمایت‌های بهداشتی به مراجعان و جوامع، می‌توانند از بروز مشکلات جدی‌تر (به عنوان مثال، الکلیسم یا افسردگی) جلوگیری کنند. چنین تأکیدی در بسیاری از حرفه‌های کمک‌رسان، که به طور کلی مبتنی بر درمان هستند، منحصر به فرد است.

علاوه بر این، AMHCA استانداردهای صدور گواهینامه را برای مشاوران تعیین کرده است تا به عنوان مشاوران سلامت روان بالینی دارای گواهینامه (CCMHC) شناخته شوند. این روش در ابتدا شامل تأسیس آکادمی ملی مشاوران سلامت روان بالینی دارای گواهینامه (NACCMHC) به عنوان یک گروه صدور گواهینامه مستقل در سال ۱۹۷۸ بود. در سال ۱۹۹۳، NACCMHC با هیئت ملی مشاوران دارای گواهینامه (NBCC) ادغام شد و اکنون متخصصانی که مایل به کسب اعتبارنامه CCMHC هستند، ابتدا باید مشاوران دارای گواهینامه ملی (NCCs) شوند.

تأمل شخصی

در حال حاضر، به نظر می‌رسد مشاوره سلامت روان بالینی بر اساس یک فلسفه و با حمایت قانونی شکل گرفته است. با توجه به آنچه تاکنون خوانده‌اید، به نظر شما چرا بسیاری از دانشجویان این تخصص را بسیار جذاب می‌دانند؟ معایب تبدیل شدن به یک مشاور سلامت روان بالینی چیست؟

علائق، نظریه‌ها و عملکردها

همانطور که قبلاً اشاره شد، مشاوران سلامت روان بالینی از نظر علایق و روش‌های استفاده از نظریه‌ها و تکنیک‌ها در عمل خود متنوع هستند. این تنوع تا حدودی به دلیل محیط‌های کاری مختلف آنها و دامنه وسیع عملکردهای آنهاست. بنابراین، برخی از مشاوران سلامت روان بالینی بر مفاهیمی مانند بخشش (Wade, ۲۰۱۰) و مراقبت از خود تمرکز می‌کنند، در حالی که برخی دیگر به خودزنی غیرخودکشی (Trepal, ۲۰۱۰) می‌پردازند. یک موضع نظری، نظریه وجودی، به عنوان "همخوان با اصول اساسی مشاوره سلامت روان" (Waldo, ۱۹۹۸, p. ۲۷ & Bauman) طرفداری شده است، اما تعداد زیادی نظریه توسط متخصصان این زمینه استفاده شده است. انتخاب نظریه‌ها توسط مشاوران سلامت روان بالینی به نیازهای مراجعان آنها بستگی دارد. به طور کلی، ادبیات مربوط به مشاوره سلامت روان بالینی بر دو موضوع اصلی با پیامدهای نظری تمرکز دارد: (الف) پیشگیری و ارتقای سلامت روان و (ب) درمان اختلالات و ناکارآمدی‌ها. احتمالاً هر دو موضوع به جلب توجه ادامه خواهند داد زیرا نقش‌های اصلی مشاوران سلامت روان بالینی محسوب می‌شوند (Sheperis, ۲۰۱۵ & Sheperis).

پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت روان. تأکید فلسفی اولیه در طول تاریخ مشاوره سلامت روان بالینی بر پیشگیری و ارتقای خدمات سلامت روان بوده است. بسیاری از مشاوران سلامت روان بالینی به طور فعال در

برنامه‌های پیشگیری اولیه از طریق مدارس، کالج‌ها، کلیساها، مراکز بهداشت جامعه و سازمان‌های دولتی و خصوصی مشارکت دارند. پیشگیری اولیه با "کیفیت پیش از وقوع" آن مشخص می‌شود؛ عمدی است و "گروهی یا جمعی است، نه فردی" (Shaw, ۱۹۸۷, p. ۲ & Baker). ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم اجرا شود، اما مبتنی بر یک پایه نظری قوی است. به عنوان مثال، تأسیس بیش از ۱۲۰۰ خط تلفن و اینترنتی کمک به خودکشی و عاطفی در سراسر جهان برای مقابله با علائم هشداردهنده خودکشی، یک رویکرد پیشگیری اولیه برای مقابله با این مشکل است (Befrienders International, ۲۰۰۷). پیشگیری اولیه در صورت موفقیت، در نهایت منجر به افراد و جوامع سالم‌تر و سازگارتر می‌شود.

هال و تورس (۲۰۰۲) دو مدل پیشگیری اولیه مناسب برای اجرای در سطح جامعه با نوجوانان را توصیه می‌کنند. آنها مدل پیکربندی پیشگیری بلوم (۱۹۹۶) و فرمول بروز آل (Gullotta, ۱۹۹۷ & Albee) هستند. مدل پیکربندی پیشگیری بلوم بر سه بعد تمرکز دارد:

۱. اولاً، مشاوران باید برای افزایش نقاط قوت فردی و کاهش محدودیت‌های فردی تلاش کنند.
 ۲. ثانیاً، آنها باید حمایت اجتماعی (به عنوان مثال، از طریق والدین و همسالان) را افزایش و استرس اجتماعی را کاهش دهند.
 ۳. در نهایت، به متغیرهای محیطی مانند فقر، بلایای طبیعی رسیدگی کرده و آنها را اصلاح کنند و برنامه‌ریزی جامعه برای جوانان را بهبود بخشند.
- مدل آلبی از نظر دامنه به همان اندازه جهانی است و تأکید می‌کند که مشاوران باید اثرات منفی زیست‌شناسی و استرس را کاهش دهند و در عین حال اثرات مثبت مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان، عزت نفس و سیستم‌های حمایتی را افزایش دهند. هر دو مدل نیازمند تمایل مشاوران به برقراری ارتباط با سایر سازمان‌ها و افراد است.

آنها باید زمان و انرژی قابل توجهی را در ساخت برنامه‌ای سرمایه‌گذاری کنند که ممکن است بازده فوری نداشته باشد.

مثال موردی

ند و شبکه

ند بیشتر به انجام کارهای پیشگیرانه علاقه داشت تا درمان. با این حال، تأمین هزینه زندگی برای او آسان نبود زیرا موقعیت‌های شغلی کمی برای متخصصان پیشگیری وجود داشت. بنابراین، او مجبور بود مجموعه‌ای از کمک‌های مالی را کنار هم قرار دهد که به طور دوره‌ای یا تمام می‌شدند یا نیاز به تمدید داشتند. یک روز، ند که از کارش خسته شده بود، به دفتر آمد تا متوجه شود یک نماینده اعطای کمک مالی آنجا است و در مورد حقایق و ارقام او سؤال می‌کند. در ابتدا ند ترسید. سپس فکر کرد: "من شبکه‌ای از متخصصان دارم که کار من را می‌شناسند و می‌توانند آمار من را تأیید کنند." آنها دقیقاً همین کار را کردند و ند در واقع کمک مالی بیشتری از بنیاد مورد نظر دریافت کرد.

ند در این مورد از چه استراتژی‌های دیگری می‌توانست استفاده کند؟ به نظر شما چرا تأمین بودجه برای پیشگیری گاهی اوقات بسیار دشوار است؟

یکی از مکان‌هایی که پیشگیری اولیه در آن مورد تأکید قرار می‌گیرد، حوزه خودکشی است (Granello & Juhnke, ۲۰۰۹). در ایالات متحده، خودکشی "نهمین علت مرگ و میر در بزرگسالان و سومین علت مرگ و میر در جوانان ۱۷ سال و کمتر است" (Hazler, ۱۹۹۸, p. ۲۸ & Carney). خودکشی همچنین پنجمین علت اصلی مرگ و میر در کانادا است (Worth, ۲۰۰۲ & Paulson).

مشاوران سلامت روان بالینی هنگام ارزیابی مراجعان از نظر خودکشی، باید به این نکته توجه داشته باشند که عوامل مختلفی بر میزان و کشندگی اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارند (Granello, ۲۰۱۰b). به عنوان مثال، سه برابر بیشتر از مردان، زنان اقدام به خودکشی می‌کنند، اما حدود سه برابر بیشتر از زنان، مردان موفق می‌شوند (McWhirter, ۲۰۱۳ & McWhirter, McWhirter, McWhirter). متأسفانه، احتمال خودکشی در جوانان همجنس‌گرا دو تا سه برابر بیشتر از جوانان دگرجنس‌گرا است. علاوه بر این، گروه‌های قومی مختلف بیشتر از سایرین در معرض خطر رفتار خودکشی قرار دارند. بومیان آمریکا بالاترین نرخ خودکشی نوجوانان را دارند و نوجوانان لاتین تبار نسبت به جوانان اروپایی-آمریکایی نرخ خودکشی بالاتری دارند (McWhirter et al., ۲۰۱۳).

علاوه بر متغیرهای جنسیت، گرایش جنسی و چند فرهنگی، متخصصان بالینی باید از ابزارهای ارزیابی برای ارزیابی دقیق‌تر افکار خودکشی استفاده کنند. یکی از مقیاس‌های جهانی که ممکن است از آن استفاده کنند، مقیاس SAD PERSONS (Patterson, Dohn, Bird, ۱۹۸۳) برای بزرگسالان یا مقیاس Adapted-SAD PERSONS (A-SPS) برای کودکان (Juhnke, ۱۹۹۶) است تا مشخص شود کدام افراد بیشتر در معرض خطر بالا قرار دارند. حروف این مقیاس مخفف موارد زیر است:

- Sex (مرد)
- Age (مراجعان مسن‌تر)
- Depression (افسردگی)
- Previous attempt (اقدام قبلی)
- Ethanol (الکل) abuse (سوء مصرف)

• Rational thinking loss (از دست دادن تفکر منطقی)

• Social support system lacking (تنهایی، انزوا)

• Organized plan (برنامه سازمان یافته)

• No spouse (بدون همسر)

• Sickness (بیماری، به ویژه بیماری مزمن یا لاعلاج)

ترکیب این عوامل در یک فرآیند تعاملی احتمالاً اطلاعات مرتبطی را برای مشاوران سلامت روان بالینی در جهت پیشگیری فراهم می‌کند. علاوه بر این موارد خاص، گرانلو (۲۰۱۰b) فهرستی از ۱۲ اصل فرآیند اصلی را تدوین کرده است که متخصصان بالینی باید هنگام کار با مراجعی که قصد خودکشی دارد، به خاطر داشته باشند. این موارد شامل عواملی مانند تشخیص منحصر به فرد بودن هر فرد و درک اینکه ارزیابی خطر خودکشی پیچیده است، به قضاوت بالینی متکی است، باید با دیگران همکاری شود و یک فرآیند مداوم است که تمام تهدیدها و علائم هشداردهنده آن جدی گرفته می‌شود. گرانلو همچنین به متخصصان بالینی یادآوری می‌کند که تقریباً همه مشاوران در طول دوران حرفه‌ای خود با مراجعی که اقدام به خودکشی می‌کند، کار خواهند کرد. بنابراین، سوالات دشوار در ارزیابی لازم است، حساسیت به زمینه فرهنگی حیاتی است و مستندسازی ارزیابی ضروری است.

تأمل شخصی

آیا کسی را می‌شناسید که اقدام به خودکشی کرده یا خودکشی کرده باشد؟ سعی کنید خود را جای آن شخص بگذارید. چه چیزی ممکن است شما را از گرفتن جان خود باز دارد؟ چه چیزی چنین عملی را جذاب می‌کند؟

شکل دیگر پیشگیری اولیه تأکید بر رشد سالم است - یعنی مقابله و رشد مثبت به طوری که افراد بتوانند به طور مؤثر با بحران‌هایی که ممکن است با آن روبرو شوند، مقابله کنند (Hershenson, ۱۹۹۲; Juntunen & Schwartz, ۲۰۱۶). "تا آنجا که مشاوره از مدلی مبتنی بر رشد سالم ناشی می‌شود، می‌تواند به طور منطقی امیدوار باشد که به هدف خود یعنی ارتقای رشد سالم در مراجعان خود دست یابد" (Hershenson, ۱۹۸۲, p. ۴۰۹). اریک اریکسون (۱۹۶۳) و آبراهام مازلو (۱۹۶۲) پیش‌فرض‌های اساسی را ارائه می‌دهند که مشاوران سلامت روان بالینی می‌توانند از آنها استفاده کنند. نوشته‌های این نظریه‌پردازان مبتنی بر مشاهدات مربوط به رشد انسان بود و بر ارتقای رشد و تکامل سالم تأکید داشت. ادغام این دو نظام فکری شش گرایش رشد شخصی را به دست می‌دهد: بقا، رشد، ارتباط، شناخت، تسلط و درک. دو گرایش اول بر خود، دو گرایش میانی بر عملکردهای بین فردی و دو گرایش نهایی بر انجام وظایف تمرکز دارند. مشاوره سلامت روان بالینی در جهت بهبود خود در روابط بین فردی و عملکرد وظایف هدایت می‌شود.

رشد شخصی بر موارد زیر تمرکز دارد: (۱) خود (بقا، رشد)، (۲) عملکردهای بین فردی (ارتباط، شناخت) و (۳) انجام وظایف (تسلط، درک)

در یک مقاله مهم در مورد رشد سالم شخصی، هیث (۱۹۸۰) یک مدل جامع از بلوغ سالم را ترسیم کرد. او اشاره کرد که تحقیقات نشان می‌دهد که بلوغ روانشناختی نوجوان یک پیش‌بینی‌کننده اصلی سلامت روان بزرگسالان و سازگاری شغلی است و میزان بلوغ بزرگسالان با سازگاری جنسی زناشویی و سازگاری شغلی مرتبط است. سپس هیث اصول کلی عملی را پیشنهاد کرد که مشاوران می‌توانند در ارتقای رشد مراجعان به کار ببرند. چهار مورد در اینجا ذکر شده است (Heath, ۱۹۸۰, p. ۳۹۵):

۱. "تشویق تمرین پیش‌بینی‌کننده سازگاری‌های جدید"، مانند سازگاری‌هایی که مربوط به مشاغل و

روابط صمیمانه هستند.

۲. "نیاز به برون‌سازی مداوم آنچه آموخته شده و اصلاح آن از طریق عمل." در اصل، هیث معتقد است که

تمرین در انجام تمام وظایف انسانی کامل می‌کند. یادگیری از طریق بازخورد انجام می‌شود.

۳. "اجازه دادن به فرد برای تجربه پیامدهای تصمیمات و اعمال خود." هیث در این ایده با آلفرد آدلر

موافق است. او خاطرنشان می‌کند که پاداش‌های نامناسب یا بیش از حد ممکن است اثر ناسالمی بر

رشد فرد داشته باشد.

۴. "قدردانی و تأیید نقاط قوت." طبق اصول رفتارگرایی، تقویت برای یادگیری جدید بسیار مهم است.

هیث موافق است و می‌گوید که قدردانی و پذیرش نقاط قوت افراد می‌تواند باعث تقویت اعتماد به نفس

آنها شود و به آنها کمک کند تا ریسک‌های لازم برای یادگیری جدید را بپذیرند.

تمرکز بر محیط افراد یکی دیگر از تأکیدات پیشگیرانه مشاوران سلامت روان بالینی است، چه در سطح جهانی

انجام شود و چه به صورت فردی‌تر. محیط‌ها درست مانند افراد دارای شخصیت هستند. برخی از محیط‌ها

کنترل‌کننده و سختگیر هستند، در حالی که برخی دیگر انعطاف‌پذیرتر و حمایت‌کننده‌تر هستند. برای استفاده

مؤثر از این دیدگاه اجتماعی-اکولوژیکی، مشاوران سلامت روان بالینی باید اقدامات زیر را انجام دهند:

- مشکل را اساساً مرتبط با یک محیط خاص شناسایی کنید. برخی از محیط‌ها رفتارهای خاصی را

برمی‌انگیزند یا تشویق می‌کنند که ممکن است سالم نباشند.

- موافقت مراجعان و افراد مهم دیگر را مبنی بر اینکه محیط همان مراجع است، جلب کنید. برای اکثر

مردم بسیار آسان‌تر است که یک مشکل را صرفاً مربوط به فرد بدانند.

- متغیرهای پویا درون یک محیط را ارزیابی کنید. موس (۱۹۷۳) تعدادی روش برای ارزیابی محیطها توسعه داده است. مشاوران می‌توانند با مراجعان کار کنند تا تعیین کنند که محیطها چگونه به نفع یا برخلاف نیازهای مراجعان عمل می‌کنند.
 - در صورت نیاز، ابتکارات تغییر اجتماعی و عدالت اجتماعی را ایجاد کنید. مشاوران می‌توانند با روشهای خاص برای بهبود محیط فعلی به مراجعان کمک کنند.
 - نتیجه را ارزیابی کنید. یک روش واحد برای انجام این کار وجود ندارد، اما هرچه مراجع معیارهای خود را برای محیط ایده آل واضح‌تر بیان کند، امکان ارزیابی بهتر خواهد بود.
- تفکر اکوسیستمی با دیدگاه اجتماعی-اکولوژیکی مرتبط است: "تفکری که پیوند ناگسستنی فرد، خانواده و زمینه اجتماعی-فرهنگی را تشخیص می‌دهد" (Amatea, ۱۹۹۴, p. ۵ & Sherrard). از این دیدگاه، مشاوره سلامت روان بالینی گسترش می‌یابد تا زمینه‌های فرهنگی را که افراد در آن ارتباط برقرار می‌کنند و تعامل دارند، در نظر بگیرد. معنایی که افراد به تعاملات بین فردی و محیطی خود می‌دهند، در مشاوره مورد توجه قرار می‌گیرد (Cook, ۲۰۰۴ & Conyne).
- ازدواج موقعیتی است که اهمیت عوامل شخصی و محیطی را در رفاه افراد نشان می‌دهد (Gladding, ۲۰۱۵). مطالعه‌ای که توسط ویگینز، مودی و لدرر (۱۹۸۳) در مورد رضایت زناشویی انجام شد، نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده چنین رضایتی، سازگاری تیپ‌های شخصیتی آزمایش شده زوجین است. آنها نتیجه گرفتند که افراد "رضایت خود را از محیط‌هایی که نیازهای روانی آنها را برآورده می‌کنند ابراز می‌کنند و در آنها به دنبال تعامل هستند" (ص. ۱۷۷). در ازدواج‌های بین نژادی، که در جامعه آمریکا و در واقع در سراسر جهان رو به افزایش است، مشاوران سلامت روان بالینی می‌توانند با کمک به زوجها در شناسایی و پرداختن به عوامل استرس‌زای قابل پیش‌بینی در زندگی‌شان، نقش درمانی داشته باشند. این عوامل استرس‌زا ممکن است به شکل

تعصب یا مسائل مربوط به هویت در مورد رابطه زناشویی و فرزندان دورگه، از جمله موارد دیگر، ظاهر شوند. در این موارد، مشاوران سلامت روان بالینی به زوجها کمک می‌کنند تا در درون یکدیگر، در گروه‌های موجود در جوامعی که در آن زندگی می‌کنند یا در برنامه‌های ویژه مانند غنی‌سازی ازدواج (Solsberry, ۱۹۹۴) حمایت پیدا کنند.

مطالعه موردی

آیلین و محیط

آیلین در شهر کوچکی در غرب میانه بزرگ شد که مردم آنجا صمیمی بودند و سرعت زندگی کند بود. با این حال، وقتی با جورج ازدواج کرد، شهر را ترک کرد و به شهر بزرگی نقل مکان کرد که هیچ‌کس با غریبه‌ها صحبت نمی‌کرد و سرعت زندگی بسیار بالا بود. آیلین از آنجا متنفر بود، اما جورج را دوست داشت و می‌خواست در صورت امکان با محیط جدیدش سازگار شود.

از آنجا که کالج را تمام نکرده بود، آیلین در یک کالج محلی ثبت‌نام کرد. علاوه بر اینکه از محیط آنجا انگیزه گرفت، گروه حمایتی‌ای از زنان جوان را یافت که در موقعیت مشابه او بودند. گروه حمایتی گسترش یافت و نه تنها در پردیس دانشگاه ملاقات می‌کردند، بلکه با همسران و شرکای زندگی خود نیز دورهمی‌های اجتماعی برگزار می‌کردند. در پایان سال اول، آیلین متوجه شد که واقعاً از محیط جدیدش خوشش می‌آید.

اگرچه آیلین ممکن است عمداً برای شکل دادن به محیط خود تلاش نکرده باشد، مشاوران با تفکر بوم‌شناختی (ecologically minded) این کار را می‌کنند. چه راه‌هایی وجود دارد که بتوانید محیط خود را شکل دهید تا آن و خودتان را سالم‌تر کنید؟

تأکید کلی در پیشگیری در حوزه سلامت روان بالینی مرتبط با سلامتی، بر **بهزیستی (wellness)** یا **بهزیستی مثبت (positive wellness)** است (فعالیت‌های مرتبط با سلامتی که هم پیشگیرانه و هم اصلاحی هستند و برای افرادی که آنها را به طور مداوم انجام می‌دهند، ارزش درمانی دارند) (ادلین و گولانتی، ۲۰۱۶). استراتژی‌های بهزیستی برای مشاوران شامل **حفظ سلامت جسمی** (مانند تناسب اندام، تغذیه، ذهن‌آگاهی)، **سلامت عاطفی** (مانند خودبازتابی، خودآگاهی، بیان هیجانات)، **بهزیستی شناختی** (مانند کار

مشترک با مراجعان، جشن گرفتن دستاوردهای شخصی و حرفه‌ای، ادامه تحصیل) و روابط بین فردی (مانند دوستان/خانواده، مشاوره شخصی، مشورت، نظارت) است (ونارت، واسوس و پیچر-هفت، ۲۰۰۷). فعالیت‌های مرتبط با این استراتژی‌ها شامل خوردن غذاهای طبیعی، مصرف ویتامین‌ها، رفتن به آبگرم‌های درمانی، مدیتیشن، شرکت در ورزش منظم و کاوش انواع رویکردهای انسان‌گرا و فراشخصی به یاری‌رسانی است (گرانلو، ۲۰۱۳؛ اودانل، ۱۹۸۸). برای اینکه فرد یک «ارگانیسم کامل، سالم و کارآمد» باشد، باید عوامل و جنبه‌های بسیاری از زندگی را ارزیابی کند. اینها شامل «فرآیندهای جسمی، روانی، فکری، اجتماعی، عاطفی و محیطی» است (کارلسون و آردل، ۱۹۸۸، ص ۳۸۳). بنابراین، مفهوم اکو-سلامتی (EcoWellness) (رابطه فرد با طبیعت و محیط) بخش عمده‌ای از بهزیستی است (ریس و مایرز، ۲۰۱۲). سلامتی چندبعدی است - جسمی، روانی، عاطفی، شناختی، بین فردی و غیره.

نشانه‌های حرکت کل‌نگر به سمت سلامت، بهباشی (well-being) و بهزیستی در همه جای مشاوره مشهود است و در حال شایع‌تر شدن است. به عنوان مثال، شماره بهار ۲۰۰۷ مجله **Journal of Humanistic Counseling, Development and Education** به طور کامل به بهزیستی و راه‌های ارتقای سلامت اختصاص داشت. به طور کلی، آمریکایی‌ها در تمام سنین نسبت به عادات مثبت و منفی آگاه‌تر شده‌اند و تأکید قوی‌تری بر افزایش عادات مثبت و کاهش عادات منفی وجود دارد.

تحقیقات، اساس این حرکت به سمت سلامت، بهباشی و بهزیستی را تأیید می‌کند و از برخی جهات آن را هدایت می‌کند (مایرز و سوئینی، ۲۰۰۵). به عنوان مثال، در یک مرور گسترده از ادبیات در مورد اثربخشی تناسب اندام بر معیارهای شخصیت، دوآن و شرمن (۱۹۸۷) حمایت قوی از این ایده یافتند که ورزش منظم می‌تواند تأثیر مفیدی بر سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد. مرور آنها از مشاورانی که عادات سلامتی را

همراه با شیوه‌های مشاوره منظم تجویز می‌کنند، حمایت می‌کند. یافته‌های آنها با مرور تحقیقات در این زمینه توسط پندو و دان (۲۰۰۵) حمایت جدیدتری دریافت کرده است.

علاوه بر تأکید بر بهزیستی جسمی، تحقیقات تأیید کرده‌اند که مشاوره بهزیستی می‌تواند بهزیستی را در میان افسران اجرای قانون افزایش دهد (تانیکوشی، کونتوس و رملی، ۲۰۰۸). علاوه بر این، عوامل بهزیستی بخش قابل توجهی از واریانس مؤلفه‌های عزت نفس در نوجوانان را توضیح می‌دهند (مایرز، ویلیس و ویلالبا، ۲۰۱۱). گسترده‌ترین کار مبتنی بر شواهد در زمینه بهزیستی توسط مایرز و سوئینی (مانند ۲۰۰۸) و همکارانشان انجام

شده است. آنها دو ابزار برای اندازه‌گیری بهزیستی توسعه داده‌اند: مدل‌های چرخ بهزیستی (Wheel of Wellness) و خود تجزیه‌ناپذیر (Indivisible Self). در مرکز چرخ بهزیستی، معنویت (spirituality) قرار دارد، مهم‌ترین ویژگی بهباشی. این شامل حس معنا و هدف در زندگی است که بسیار با تأکید نظری آلفرد آدلر، که اساس این مدل است، همخوانی دارد. از مرکز چرخ، ۱۲ پره در وظیفه زندگی خودراهبری (self direction) تابش می‌کنند: حس ارزشمندی، حس کنترل، باورهای واقع‌بینانه، آگاهی و مقابله عاطفی، حس شوخ‌طبعی، تغذیه، ورزش، مراقبت از خود، حل مسئله و خلاقیت، مدیریت استرس، هویت جنسیتی و هویت فرهنگی. مدل خود تجزیه‌ناپذیر، بر خلاف چرخ بهزیستی که فرضی است، تجربی (empirical) است. این مدل تعاملی (interactive) است و از خود خلاق (creative self)، خود کنارآینده (coping self)، خود اجتماعی (social self)، خود ذاتی (essential self) و خود جسمی (physical self) تشکیل شده است. خود تجزیه‌ناپذیر همچنین بوم‌شناختی (ecological) است، «با چهار زمینه که به عنوان جزء لاینفک بهزیستی فردی ارائه شده‌اند: محلی (local)، نهادی (institutional)، جهانی (global) و زمانی‌سنجی (chronometrical)» (ص ۴۸۵).

راسکو (۲۰۰۹) بیان می‌کند که «هنگام استفاده از بهزیستی در مشاوره، مشاوران ابتدا باید مراجعان را در مورد ماهیت چندبعدی و هم‌افزای آن آموزش دهند. علاوه بر این، مشاوران باید بر این ایده تأکید کنند که عملکرد بهینه فقط فقدان بیماری نیست. پس از معرفی ایده‌های کلی بهزیستی، مشاوران می‌توانند هر یک از ابعاد را با مراجعان بررسی کنند، که از در نظر گرفتن چگونگی ارتباط هر بعد بهزیستی با تجربیات و اهدافشان سود خواهند برد» (ص ۲۲۴). در این فرآیند، مراجعان می‌توانند فعالیت‌هایی را که باعث ارتقای بهزیستی در زندگی‌شان می‌شود، تجسم یا طوفان فکری کنند. آنها همچنین می‌توانند خود را در مقیاس ۱ تا ۱۰ در زمینه بهزیستی رتبه‌بندی کنند و یک نمودار میله‌ای برای نشان دادن نحوه عملکرد فعلی خود ترسیم کنند. چنین نموداری می‌تواند منجر به کاوش و تولید اهداف و همچنین موانع دستیابی به بهزیستی شود. سپس می‌توان تکالیف خانگی تعیین کرد. چنین فرآیندی هم در محیط‌های فردی و هم گروهی به خوبی کار می‌کند.

سایر استراتژی‌ها برای کار از منظر بهزیستی علاوه بر مواردی که قبلاً ارائه شد عبارتند از:

- تمرکز مشاوران بر اقدامات مثبت و تقویت‌کننده زندگی که مراجعان انجام داده‌اند و چگونگی تکرار چنین رفتارهایی در محیط‌ها یا زمان‌های مختلف زندگی؛
- تغییر غربالگری سنتی برای شامل کردن تأکید بیشتر بر سلامت کلی و بهزیستی با تهیه فرم‌های پذیرش و سؤالاتی که بر بعد بهزیستی زندگی تأکید دارند؛ و
- برجسته کردن ویژگی‌های چندگانه زندگی مراجعان از منظر آنچه لازاروس (۱۹۸۹) درمان

چندوجهی (multimodal therapy) می‌نامد که در آن از سرواژه **BASIC I.D.** برای کاوش ابعاد

چندگانه زندگی مراجعان در ارتباط با بهزیستی استفاده می‌کند: رفتار (**Behavior**)، عاطفه

(**Affect**)، حس (**Sensation**)، تصویرسازی (**Imagery**)، شناخت (**Cognition**)، روابط

بین فردی (**Interpersonal relationships**) و داروها/زیست‌شناسی (**Drugs/biology**).

پیشگیری ثانویه و ثالثیه (SECONDARY AND TERTIARY PREVENTION):

علاوه بر پیشگیری اولیه، مشاوران سلامت روان بالینی بر پیشگیری ثانویه (secondary prevention)

(کنترل مشکلات سلامت روانی که قبلاً ظاهر شده‌اند اما شدید نیستند) و پیشگیری ثالثیه (tertiary

prevention) (کنترل مشکلات جدی سلامت روان برای جلوگیری از مزمن شدن یا تهدیدکننده زندگی شدن

آنها) تمرکز می‌کنند. در چنین مواردی (بر خلاف پیشگیری اولیه)، مشاوران سلامت روان بالینی عملکرد مراجع

را ارزیابی می‌کنند و سپس، در صورت لزوم، از نظریه‌ها و تکنیک‌های توسعه‌یافته توسط نظریه‌پردازان بزرگی

مانند راجرز، ایس، اسکینر و گلسر برای درمان علائم و شرایط اصلی استفاده می‌کنند.

مشاوران سلامت روان بالینی که در درمان کار می‌کنند با چالش‌های متعددی روبرو هستند. یکی از آنها

پاسخگویی کافی به تعداد افرادی است که به خدمات سلامت روان نیاز دارند و به دنبال آن هستند.

ارائه‌دهندگان سلامت روان کشور مانند مشاوران، روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی نمی‌توانند به

طور کافی به همه کسانی که به خدمات درمانی برای اختلالات جزئی یا عمده نیاز دارند، رسیدگی کنند. حتی

اگر درمان مراجعان تنها فعالیتی بود که این متخصصان در آن درگیر بودند، باز هم نمی‌توانستند از همه

نیازمندان مراقبت کنند (لیختنبرگ، ۱۹۸۶؛ میل، ۱۹۷۳). به عنوان مثال، تخمین زده می‌شود ۷٫۵ میلیون

کودک، یا ۱۲٪ از ساکنان ایالات متحده «زیر ۱۸ سال دارای یک اختلال روانی قابل تشخیص هستند و نزدیک

به نیمی از آنها به شدت توسط ناتوانی‌های خود معلول شده‌اند. جمعیت کودکان با مشکلات جدی عاطفی و

رفتاری به طور چشمگیری در حال رشد بوده است، همزمان با رشد مشکلات اجتماعی مانند فقر، بی‌خانمانی و

سوء مصرف مواد» (کالینز و کالینز، ۱۹۹۴، ص ۲۳۹ - آمار مربوط به سال ۱۹۹۴).

چالش دیگر برای پزشکان در مشاوره سلامت روان، روند کوتاه‌تر کردن طول اقامت در بیمارستان‌های روانپزشکی

برای مراجعان با اختلالات شدید است. این روند به عنوان واسازی سازمانی/نهادزدایی

(**deinstitutionalization**) شناخته می‌شود. این اقامت‌های کوتاه‌تر به این معنی است که افراد با اختلالات شدیدتر یا درمانی را که نیاز دارند دریافت نمی‌کنند یا در مراکز سرپایی دیده می‌شوند، جایی که بسیاری از مشاوران سلامت روان بالینی کار می‌کنند و اغلب توسط مقررات مراقبت مدیریت شده (**managed care**) محدود می‌شوند.

بررسی مقالات در **Journal of Mental Health Counseling** در اوایل دهه ۱۹۹۰ نشان داد که مشاوران سلامت روان بالینی تمایل قوی‌تری به پرداختن به درمان به عنوان تأکید اصلی مشاوره سلامت روان بالینی دارند (کیسلیکا و لوک، ۱۹۹۳ - نظرسنجی اوایل دهه ۱۹۹۰). وضعیت از آن زمان تغییر چندانی نکرده است، به جز افزایش حجم کاغذبازی و مقررات ناشی از شرکت‌های مراقبت مدیریت شده و مقررات دولتی مانند هیپا (**HIPAA**). از این نظر، مشاوره سلامت روان بالینی بیشتر شبیه سایر رشته‌های یاری‌رسان مانند روانشناسی، مددکاری اجتماعی و پرستاری روانپزشکی است (هنسن، ۱۹۹۸؛ هرشنسون و برگر، ۲۰۰۱؛ والدو، هورسویل و برادرتون، ۱۹۹۳). برخی از حوزه‌هایی که مشاوران سلامت روان بالینی در درمان بر آنها تمرکز می‌کنند عبارتند از اختلالات عمومی و خاص طول عمر، مانند سوگ و فقدان (پریتو، ۲۰۱۱)، افسردگی خفیف (کولنک، هارتلی و مورداک، ۱۹۹۰)، خودآسیبی (**self-injury**) (ترپال، ۲۰۱۰)، ترک سیگار (پینتو و مورل، ۱۹۸۸)، بخشش (وید، ۲۰۱۰)، رفتار وسواسی-جبری (**obsessive-compulsive behavior**) (داتیلیو، ۱۹۹۳)، تروما (**trauma**) و تاب‌آوری (**resilience**) (گودمن و وست-اولاتونجی، ۲۰۰۸)، و جوانان در معرض خطر (هیل، ۲۰۰۷).

مشاوران سلامت روان بالینی اختلالات را با استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (**DSM**) ارزیابی و درمان می‌کنند. برخی با اختلالات روانی شدید سروکار دارند (پرهام و آکوردینو، ۲۰۰۷)، در حالی که برخی دیگر در کار با افراد با اختلالات کمتر شدید یا جمعیت‌های خاص و اختلالاتی که بیشتر بر این گروه‌ها

تأثیر می‌گذارند، تخصص دارند. صرف‌نظر از این، افرادی که با اختلالات روانی تشخیص داده می‌شوند، از جمله انگ‌خورده‌ترین، به حاشیه رانده‌شده‌ترین و محروم‌ترین افراد جامعه هستند. این تا حدی به این دلیل است که دیدگاه DSM «محدود، مغرضانه، مبتنی بر نقص و آسیب‌شناسانه» است (گودمن، ۲۰۱۵، ص ۲۸۵). برای اینکه درکی از احساس تشخیص داده شدن با یک اختلال یا کار کردن با کسی که این کار را می‌کند به دست آورید، مشاوران تازه‌کار باید فیلم‌هایی مانند سه چهره ایو و ذهن زیبا را مشاهده کنند.

مشاوران می‌توانند به سه روش برای کاهش انگ اختلالات روانی تلاش کنند: **اعتراض (protest)**، **آموزش (education)** و **تماس (contact)** (اورتون و مدینا، ۲۰۰۸). اعتراض تلاشی فعال توسط گروهی از مردم برای سرکوب یک کلیشه مانند اینکه همه افراد مبتلا به اختلال روانی خطرناک هستند، است. اعتراضات می‌تواند به شکل تجمعات یا راهپیمایی‌ها و همچنین بازدید از نهادهای قانون‌گذاری باشد. نتیجه می‌تواند مثبت باشد و افکار عمومی محلی را تغییر دهد. اعتراضات همچنین می‌توانند نتیجه معکوس داشته باشند زیرا کسانی در جامعه وجود دارند که دیدگاه‌های متفاوتی دارند و ممکن است اعتراض متقابل کنند. آموزش وسیله‌ای برای انتقال اطلاعات واقعی در مورد جمعیت‌های خاص است. اغلب باورها را تغییر می‌دهد اما رفتارها را نه. اطلاعات توزیع شده توسط انجمن‌های بهداشت روان و سایر گروه‌های حمایتی که بهداشت روان مثبت را ترویج می‌کنند، ماهیت آموزشی دارند و باید مملو از مثال باشند. از سوی دیگر، تماس - تعامل شخصی با فردی از یک گروه انگ‌خورده - به نظر می‌رسد در تغییر هم باورها و هم رفتارها مؤثر است. افزایش آموزش و به چالش کشیدن افراد در محیط‌های اجتماعی برای داشتن تماس با کسانی که کمتر از خودشان خوش‌شانس هستند، اغلب می‌تواند منجر به افزایش درک و اقدامات شود. تماس با کسانی که با اختلالات روانی زندگی می‌کنند ضروری است. چنین مواجهه‌ای به انسانی کردن یک مفهوم کمک می‌کند و اغلب منجر به توسعه سطوح بالاتر پیچیدگی شناختی در افرادی می‌شود که چنین تعاملاتی دارند. بنابراین مؤلفه رفتاری و شناختی درک با هم ترکیب

می‌شوند تا همدلی و همچنین این واقعیت را افزایش دهند که توصیفات کتاب‌های درسی از اختلالات معمولاً آن چیزی نیست که فرد هنگام کار با انسان دیگری که تشخیصی دارد، می‌بیند.

(سه راه مبارزه با انگ تشخیص اختلال روانی):

روش	توضیح
اعتراض	تلاش‌های فعال برای سرکوب یک کلیشه از طریق تجمعات، راهپیمایی‌ها یا اقدامات قانونی.
آموزش	انتقال اطلاعات خاص به عموم مردم به روش‌های متعدد در مورد یک جمعیت خاص.
تماس	تعامل شخصی با فردی از یک گروه انگ‌خورده؛ این فرآیند یک برچسب را به یک شخص انسانی می‌کند و به عموم مردم کمک می‌کند تا بفهمند افراد منحصر به فرد هستند و اختلالات روانی بر افراد به یک شکل تأثیر نمی‌گذارند.

(تأمل شخصی)

شما به احتمال زیاد تعدادی کتاب خوانده‌اید یا برنامه‌های تلویزیونی و همچنین فیلم‌هایی دیده‌اید که افرادی با اختلالات روانی مختلف را به تصویر می‌کشند. نظر شما در مورد اینکه این شخصیت‌ها چقدر واقع‌گرایانه ارائه شده‌اند چیست؟ همانطور که در مورد این سؤال فکر می‌کنید، در مورد زندگی کلیفورد بیرز، همانطور که در پیوست A ارائه شده است، و مبارزه او در فهماندن اختلالات روانی به عموم مردم نیز تأمل کنید.

دو اختلال بالینی عمومی: افسردگی و اضطراب (Two General Clinical Disorders:)

(Depression and Anxiety)

فهرست اختلالاتی که افراد دارند از زمانی که راهنمای تشخیصی و آماری برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ منتشر شد، تقریباً به صورت تصاعدی رشد کرده است. بنابراین، پوشش عمده این اختلالات یک دوره تخصصی است. با این حال، زمینه‌ساز یا یکپارچه با تقریباً تمام اختلالات و همچنین به خودی خود، دو مؤلفه بالینی، افسردگی و اضطراب، وجود دارند که «شایع‌ترین علائم بالینی مرتبط با مراجعه برای خدمات مشاوره هستند» (هینکل، ۱۹۹۹، ص ۴۷۵).

به نظر می‌رسد افسردگی به طور ویژه‌ای شایع شده و به ابعاد همه‌گیر رسیده است، به طوری که "تقریباً ۱۰ تا ۲۵ درصد از جمعیت" "نوعی افسردگی" را تجربه می‌کنند و شیوع افسردگی "۱۰ برابر بیشتر از سال ۱۹۶۰ است!" (Kirby, ۲۰۰۵, p. ۱۱۶ & Paradise). علاوه بر این، افسردگی "شاید شایع‌ترین اختلال در بین خود متخصصان سلامت روان باشد... تحقیقات نشان می‌دهد که از یک سوم تا بیش از ۶۰ درصد از متخصصان سلامت روان" گزارش می‌دهند که "در سال گذشته یک دوره قابل توجه از افسردگی را تجربه کرده‌اند" (p. ۱۱۶).

مشاوران سلامت روان باید به طور مداوم خود را در مورد آخرین روش‌های درمان افسردگی آموزش دهند، از جمله روش‌هایی که سابقه روانشناختی اثبات شده دارند، مانند مشاوره شناختی-رفتاری و روش‌های ذهن‌آگاهی، روش‌هایی که ممکن است بیشتر از نظر فیزیولوژیکی مبتنی بر ورزش باشند و روش‌هایی که ممکن است بیشتر از نظر اجتماعی مبتنی بر ایجاد دوستی و ارتباط در خانواده‌ها باشند. این روش اخیر ارتقای دوستی و ارتباطات خانوادگی به ویژه در مورد نوجوانان بسیار قدرتمند است (Baskin, Quintana, Slaten, ۲۰۱۴). معمولاً مشخص شده است که ترکیبی از "گفتار درمانی"، دارو و معاشرت با دیگران بهترین روش برای درمان افرادی است که از این بیماری رنج می‌برند. با این حال، مشاوران سلامت روان باید به خاطر داشته باشند که انواع

مختلفی از افسردگی وجود دارد و افسردگی حاد با افسردگی مزمن متفاوت است، همانطور که افسردگی ناشی از فقدان عزیزان به طور قابل توجهی با افسردگی فراگیر ناشی از عدم تعادل شیمیایی در مغز متفاوت است.

اضطراب ۴۰ میلیون بزرگسال یا ۱۸ درصد از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال هم جزء ژنتیکی و هم جزء رفتاری دارد. اختلالات اضطرابی اشکال مختلفی دارند و اضطراب فراگیر (که با حداقل ۶ ماه اضطراب، نگرانی مداوم و بیش از حد مشخص می‌شود)، اضطراب اجتماعی (که با ناراحتی یا نگرانی عاطفی در مورد موقعیت‌های اجتماعی که نیاز به تعامل با دیگران دارد مشخص می‌شود) و اختلال پانیک (ترس شدید، معمولاً همراه با علائم جسمی مانند تپش قلب، تعریق یا سرگیجه، مبنی بر اینکه اتفاق بدی به طور غیرمنتظره رخ خواهد داد) از شایع‌ترین آنها هستند (Shallcross, ۲۰۰۹a).

همانند افسردگی، تعدادی از درمان‌های اثبات شده وجود دارد که به مراجعان در مقابله با اضطراب کمک می‌کند، مانند درمان‌های مبتنی بر شناخت-رفتار مانند حساسیت‌زدایی منظم و مواجهه درمانی. به طور متوسط، به نظر می‌رسد مشاوره به تنهایی به اندازه دارو برای اضطراب مؤثر است و ممکن است مزیت بیشتری در ارائه تسکین طولانی‌مدت با عوارض جانبی کمتر داشته باشد (Erford, & Erford, Kress, Giugere, Cieri, ۲۰۱۵). با این حال، ممکن است در مقابله با اضطراب به دارو نیز نیاز باشد و تجویز شود و مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی در چنین مواردی به بهترین وجه با ترکیبی از "گفتار درمانی" و داروهای تجویزی درمان می‌شوند. از آنجایی که اختلالات اضطرابی از خفیف تا شدید متفاوت است، روش‌های درمان باید متناسب با مراجعان تنظیم شود.

صرف نظر از ارقام دقیق مربوط به جمعیت‌های تحت تأثیر، افسردگی و اضطراب به دلایل مختلف در جامعه شایع است که بسیاری از آنها هر شب در اخبار شامگاهی یا برنامه‌های رادیویی گفتگو محور به نمایش گذاشته می‌شوند. مشاوران سلامت روان، مانند سایر مشاوران، خود را در حال کار با افرادی خواهند یافت که این علائم را

صرف نظر از محیط بالینی خود نشان می‌دهند. خبر خوب، همانطور که قبلاً ذکر شد، این است که تعدادی درمان برای افسردگی و اضطراب وجود دارد. به نظر می‌رسد همه آنها در درمان (یعنی بهبودی) و پیشگیری از این بیماری‌ها به خوبی عمل می‌کنند (Kirby, & Dixon, ۲۰۰۰; Gladding, ۲۰۱۵a; Paradise, ۲۰۰۵).

تروما و ناامیدی

علاوه بر درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی، مشاوران سلامت روان بالینی، مانند بسیاری از مشاوران در سایر محیط‌ها، برای کار با افرادی که دچار تروما شده‌اند و ممکن است احساس ناامیدی کنند، فراخوانده می‌شوند. تخمین زده می‌شود که تقریباً دو سوم افراد در ایالات متحده در طول زندگی خود یک رویداد آسیب‌زا را تجربه خواهند کرد و این رویدادها ریشه بسیاری از مشکلات سلامت روان هستند (Goodman, ۲۰۱۵). تروما، به ویژه آسیب مغزی تروماتیک (TBI)، در بسیاری از اعضای ارتش بسیار شایع است. بنابراین، دانستن انواع مختلف تروما و نحوه پرداختن به آن، به ویژه کار در یک تیم از متخصصان کمک‌رسان، مهم است.

مدل‌های متعددی برای کار با مراجعانی که تحت تأثیر تروما قرار گرفته‌اند وجود دارد، اما دو مدلی که در مورد تروماهای غیرپزشکی برجسته‌تر هستند، مدل مداخله در بحران و مدل درمان مداوم هستند (Paulson & Worth, ۲۰۰۲). "هر دو مدل بر اهمیت یک رابطه درمانی مثبت و درک و تأیید احساسات مراجع" (ص. ۸۷) که ممکن است شدید باشد، تأکید می‌کنند. آنها بر اهمیت کمک به کسانی که تروما را پشت سر گذاشته‌اند برای توسعه خودآگاهی، ساختن هویت جدید و مقابله با فقدان تأکید می‌کنند. هدف بازگرداندن تعادل به عملکرد زیستی-روانی-اجتماعی مراجعان (یعنی ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی که نحوه عملکرد فرد در جامعه را تشکیل می‌دهند و بر آن تأثیر می‌گذارند) با این درک است که بسیاری از افراد به مداخلات درمانی طولانی‌مدت نیاز خواهند داشت و بهبودی از پیامدهای سیل، گردباد، طوفان، آتش‌سوزی یا سایر بلایای

طبیعی یا ساخته دست بشر به زمان و تلاش نیاز دارد. در حالی که هر دو رویکرد مؤثر هستند، مدل درمان مداوم سودمندتر است زیرا چارچوب زمانی طولانی‌تری برای تعامل مشاور و مراجع فراهم می‌کند.

علاوه بر این دو مدل، مشاوران همچنین می‌توانند به کسانی که به دلیل یک رویداد آسیب‌زا احساس ناامیدی می‌کنند، از طریق استفاده از چارچوب وجودی-سازه‌گرا (Rogers, ۲۰۰۱) کمک کنند تا معنا ایجاد کنند. این رویکرد نظری به "درک بیشتر... افراد از دیدگاه معنای پدیدارشناختی" (ص. ۱۶) می‌پردازد. این امر مستلزم تعهد مشاور و مراجع به کار درمانی طولانی‌مدت و پرداختن به جامعه و دیگران و همچنین تمرکز بر افکار و احساسات درون فردی است.

استخدام مشاوران سلامت روان بالینی

مشاوران سلامت روان بالینی به عنوان یک گروه در محیط‌های مختلفی از جمله مراکز بهداشت روان، سازمان‌های اجتماعی، بیمارستان‌های روانپزشکی، سازمان‌های نگهداری سلامت (HMOS)، برنامه‌های ارتقای سلامت و تندرستی (HWPS)، مراکز سالمندان، سازمان‌های کنترل بحران، خدمات خانوادگی و کلینیک‌های راهنمایی کودک کار می‌کنند. آنها اغلب از نزدیک با سایر متخصصان کمک‌رسان مانند روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی بالینی، پرستاران روانپزشکی و سایر متخصصان مشاوره برای تشکیل یک تلاش تیمی همکاری می‌کنند.

یکی از مکان‌هایی که مشاوران سلامت روان بالینی به تعداد فزاینده‌ای در آن استخدام می‌شوند، برنامه‌های کمک به کارکنان (EAPs) است (Gladding, ۲۰۱۴ & Newsome). این برنامه‌ها در بسیاری از مشاغل و مؤسسات در سراسر ایالات متحده یافت می‌شوند. هدف آنها کار با کارکنان به روش‌های پیشگیرانه و درمانی به منظور کمک به آنها برای جلوگیری یا حل مشکلاتی است که ممکن است به طور مضر بر رفتار آنها در محل کار تأثیر بگذارد. برای مؤثر بودن، مشاوران EAP برنامه‌هایی را تنظیم می‌کنند که به موضوعات مختلف مورد علاقه

کارکنان، مانند تندرستی یا بازنشستگی، می‌پردازند. آنها از متخصصان خارجی دعوت می‌کنند تا در زمان‌های مناسب سخنرانی کنند و در صورت نیاز، مواد یا ورودی‌های پیگیری را ترتیب می‌دهند. مشاوران EAP همچنین خدمات مشاوره کوتاه مدت را به کارکنانی که ممکن است دچار مشکل باشند، ارائه می‌دهند. این خدمات معمولاً محدود به زمان است (به عنوان مثال، سه جلسه). با این حال، مشاوران EAP به عنوان متخصصان منابع جامعه، قادر به ارجاع کارکنان به متخصصان سلامت روان هستند که می‌توانند تخصص بیشتری را به کارکنان ارائه دهند. به طور کلی، شرکت‌ها و مؤسسات بزرگ خدمات EAP را در محل خود (یعنی داخلی) ارائه می‌دهند، در حالی که عملیات‌های کوچکتر معمولاً به مشاوران EAP متکی هستند که به تعدادی از شرکت‌ها و مؤسسات خدمات ارائه می‌دهند (یعنی برون‌سپاری).

مکان دیگری که مشاوران سلامت روان بالینی ممکن است در آن استخدام شوند، سازمان‌های بحران‌گرا مانند صلیب سرخ، ارتش نجات یا مراکز مشاوره تلفنی و حضوری اضطراری محلی است. در شرایط بحرانی، پاسخ‌دهندگان باید از طیف وسیعی از نیازها، از سلامت جسمی گرفته تا سلامت روان، مراقبت کنند. بنابراین، جوامع محلی و حتی گروه‌های بین‌المللی، مشاوران و سایر متخصصان سلامت روان را استخدام می‌کنند که می‌توانند خدمات مشاوره و حمایتی لازم را به قربانیان بلایای طبیعی یا ساخته دست بشر ارائه دهند. افرادی که در این موقعیت‌ها کار می‌کنند ممکن است مشاغلی داشته باشند که از نظر ساعات و فعالیت‌ها با حالت عادی متفاوت باشد. آنها همچنین هیجان و چالش‌های بالاتر از حد متوسط در کاری که انجام می‌دهند، دارند.

مشاوران سلامت روان بالینی همچنین در محیط‌هایی یافت می‌شوند که بسیاری از متخصصان کمک‌رسان دیگر نیز در آن کار می‌کنند. به عنوان مثال، مشاوران با این پیشینه ممکن است در مراکز سوء مصرف مواد، آسایشگاه‌ها، کلینیک‌های راهنمایی کودک، مراکز تندرستی، کالج‌ها، بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی استخدام شوند. دلیل استخدام و حفظ آنها در بسیاری از محیط‌ها، آموزش قوی آنها در زمینه‌های مشاوره مورد

نیاز CACREP و تطبیق‌پذیری آنها در کمک به افراد با طیف گسترده‌ای از مشکلات یا نگرانی‌ها است. مشاوران سلامت روان بالینی با تجربه ممکن است آموزش‌های تخصصی در یک نظریه یا روش درمانی کسب کنند. آنها ممکن است در زمینه سلامت روان نیز متخصص عمومی باقی بمانند. بسته به میزان تخصص مشاوران سلامت روان بالینی، مزایا و محدودیت‌هایی برای آنها وجود دارد.

مطب خصوصی به عنوان یک تخصص

مشاوران مطب خصوصی نسبت به مشاوره سلامت روان سابقه رسمی کمتری دارند. چنین متخصصانی از زمینه‌های مختلف از ابتدای مشاوره وجود داشته‌اند. متخصصان خصوصی مشتاق هستند که به طور مستقل در یک مطب فردی یا گروهی غیروابسته به یک سازمان کار کنند. قبل از بیمه، پرداخت‌های شخص ثالث، مراقبت‌های مدیریت شده و HIPAA، زندگی حرفه‌ای چنین افرادی پیچیدگی کمتری داشت. آنها مانند پزشکان بر اساس پرداخت به ازای خدمت کار می‌کردند (یعنی پرداخت جداگانه برای خدمات در مقابل پرداخت یکپارچه برای خدمات). این ترتیب در دهه ۱۹۸۰ با ناپدید شدن تدریجی ترتیبات پرداخت به ازای خدمت به طور چشمگیری تغییر کرد.

علیرغم تغییر در روش‌های بازپرداخت هزینه خدمات به متخصصان بالینی، مطب خصوصی همچنان محبوب است (Harrington, ۲۰۱۳; Shallcross, ۲۰۱۱a). بسیاری از دانشجویان در ابتدای ثبت نام در یک برنامه مشاوره، آرزوی تاسیس یک مطب خصوصی را دارند. اغلب مشاوران تصور می‌کنند که یک مطب خصوصی به آنها کنترل بیشتری بر زندگی‌شان، حق انتخاب ساعات و مکان کار، توانایی کار با رویکرد نظری ترجیحی و پاداش‌های مالی بیشتر می‌دهد. در واقع، مطب خصوصی می‌تواند یک تجربه فوق‌العاده باشد. با این حال، جنبه منفی نیز دارد. معمولاً برای شروع چنین مطبی تلاش زیادی لازم است، مگر اینکه یک متخصص مطب تاسیس

شده‌ای را بخرد یا به آن دعوت شود. علاوه بر این، مسئله آسیب‌پذیری مالی و عدم ثبات درآمد در طول یک سال وجود دارد.

مشکلات در تاسیس مطب خصوصی

برای موفقیت به عنوان یک متخصص خصوصی، مشاوران علاوه بر تخصص بالینی به تعدادی توانایی نیاز دارند. از جمله برجسته‌ترین این توانایی‌ها عبارتند از:

- باید بتوانند مهارت‌های تجاری مانند بازاریابی، صورتحساب و استخدام منشی را با مهارت‌های مشاوره متعادل کنند، در غیر این صورت یک مدیر تجاری شایسته پیدا کنند (Colburn, ۲۰۱۳).
- باید صبور، پیگیر و آماده زمانی باشند که برای ایجاد یک مشتری کافی برای تامین معاش لازم است.
- باید شبکه‌سازی کنند و یک سیستم پشتیبانی بالینی و اخلاقی خارجی ایجاد کنند که در کار سازمانی که فرد اغلب توسط همکارانی احاطه شده است که می‌توانند اطلاعات مورد نیاز در مورد درمان، نظارت یا ارجاع به متخصصان مناسب را ارائه دهند، ضروری نیست (Brennan, ۲۰۱۳).
- باید در زمینه فناوری برای توسعه وبسایت، استفاده از ایمیل، آیفون و سایر فناوری‌ها برای معرفی خود و ارتباط با مراجعان و ارجاعات، مهارت کسب کنند.
- باید بر استفاده از پیمان‌های محدودکننده یا توافق‌های غیررقابتی که برخی از سازمان‌ها در قراردادهای خود با مشاوران قرار می‌دهند و آنها را از تاسیس مطب خصوصی در یک منطقه جغرافیایی خاص یا در یک دوره زمانی خاص پس از ترک سازمان منع می‌کند، غلبه کنند یا از آن اجتناب کنند (Wyatt, White, ۲۰۰۰ & Daniels).
- باید زمان و تلاش زیادی را در روابط "بازاریابی کششی" سرمایه‌گذاری کنند (یعنی با ارائه خدمات مورد نیاز به افراد در گروه‌ها [مانند مجردها، مطلقه‌ها یا بیوه‌ها] و ملاقات منظم با سایر متخصصان جامعه به منظور شناخت آنها و معرفی خود، خود را جذاب کنند) (Crodzki, ۲۰۰۲).

- باید راهی برای اطمینان از اینکه شرایط اضطراری و بحران‌های غیرمنتظره برخی از مراجعان در هنگام خارج از شهر یا خارج از دفتر بودن پوشش داده می‌شود، پیدا کنند.
- باید مایل به ارائه خدمات رایگان و مشارکت در تلاش‌ها برای منافع عمومی به منظور ایجاد شهرت و مطب باشند، زیرا همانطور که آلن آیوی اظهار داشت: "فرصت بسیار کمی برای متخصصان خصوصی برای کسب درآمد زیاد وجود دارد" (Littrell, ۲۰۰۱, p. ۱۱۷).

مطالعه موردی

سیسیلی اطلاعاتی‌های مطب خصوصی خود را ارسال می‌کند

سیسیلی به سختی می‌توانست منتظر اتمام دوره تحصیلی خود در مشاوره بماند. او همیشه آرزوی استقلال داشت و به محض قبولی در آزمون ملی مشاوران (National Counselor Exam)، جشنی با موضوع «روز استقلال!» برگزار کرد. در مهمانی اعلام کرد که ظرف چند ماه آینده زندگی جدید خود را به عنوان یک مشاور خصوصی (private practitioner) آغاز خواهد کرد.

پس از اعلام این خبر، سیسیلی متوجه شد تا زمانی که مجوز (licensed) نگیرد، که ماه‌ها طول می‌کشد، نمی‌تواند مشاور خصوصی شود. او همچنین متوجه شد که هیچ تخصصی ندارد و بنابراین شک داشت که مردم برای دیدن او صف بکشند. در نهایت، او اعتراف کرد که هیچ ایده‌ای در مورد نحوه راه‌اندازی یک کسب‌وکار، که مطب خصوصی نوعی از آن است، ندارد. سیسیلی با کنار گذاشتن رویاهای کار مستقل خود، به کار در یک سازمان بهداشت روان مشغول شد.

آیا تا به حال رویاهایی مانند سیسیلی داشته‌اید؟ اگر بله، فکر می‌کنید برای تحقق آنها چه کارهایی باید انجام دهید؟ اگر نه، نظر شما در مورد تصمیم سیسیلی برای کار در یک سازمان بهداشت روان چیست؟

مزایای راه‌اندازی مطب خصوصی (Advantages in Setting Up a Private Practice)

فرصت‌هایی برای مشاوران وجود دارد که وارد کار خصوصی شوند و موفق شوند. در واقع، مدیران سازمان‌های بهداشت روان «مشاوران خصوصی را ... به عنوان بزرگترین رقیبان برای مراجعان بیمه‌شده می‌بینند» (وایت و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۱۹). از جمله مزایایی که مشاوران خصوصی دارند عبارتند از:

- نارضایتی فزاینده در میان مصرف‌کنندگان از **مراقبت مدیریت‌شده (managed care)** سلامت روان. در چنین محیطی، مصرف‌کنندگان به احتمال زیاد زمانی که توانایی مالی داشته باشند، شروع به پرداخت مستقیم برای خدمات می‌کنند و از طریق ترتیبات مراقبت مدیریت‌شده اقدام نمی‌کنند. چنین ترتیبی ممکن است به نفع مشاوران در کار خصوصی و بخش‌هایی از مردم باشد.
- فرصتی برای مشاوران جهت توسعه یک **حوزه تخصصی (niche)** یا تخصص و شناخته شدن در جوامع خود به عنوان متخصصانی که خدمات با کیفیتی را در یک حوزه متمایز ارائه می‌دهند و در این فرآیند شهرت بسیار خوبی به عنوان متخصص بالینی کسب می‌کنند (پترسون، ۲۰۰۸).
- فرصتی برای مشاوران برای تعیین ساعات کاری خود در مکانی و برای زمان‌هایی که برای آنها راحت‌تر است (هرینگتون، ۲۰۱۳).
- فرصتی برای مشاوران برای گسترش خدمات درمانی، مانند مربیگری، مشاوره، یا کار با جمعیت‌های خاص مانند سالمندان، به‌ویژه اگر در مناطق بزرگ شهری زندگی می‌کنند که تعداد زیادی مراجع با مشکلات تجاری و سایر مشکلات خاص وجود دارد که لزوماً به طور سنتی مشاوره نیستند (کولبرن، ۲۰۱۳).

- فرصتی برای کارآفرینی (entrepreneurial)، با استفاده از جنبه مبتکرانه شخصیت خود برای تبلیغ خدماتشان، و هنری/خلاقانه (artistic) با استفاده از جنبه خلاق شخصیت خود برای توسعه محصولات، مانند کتاب‌ها و ویدئوها. متخصصان بالینی معمولاً نمی‌توانند به دلیل سایر خواسته‌ها، به طور کامل از این جنبه‌های خود در محیط‌های سازمانی استفاده کنند (شالکراس، ۲۰۱۱a).
- به طور کلی، در حالی که کار خصوصی معایبی دارد، به عنوان مکانی که مشاوران برای کار انتخاب می‌کنند، ادامه خواهد یافت. این کار صرفاً نیازمند تعهد و توسعه مهارت‌های متفاوتی نسبت به مهارت‌های مشاوران در محیط‌های سنتی‌تر است.

خلاصه و نتیجه‌گیری (Summary and Conclusion)

مشاوره سلامت روان بالینی عمدتاً به دلیل طرح‌های قانونی آن زمان، به‌ویژه **قانون مراکز بهداشت روان اجتماعی (Community Mental Health Centers Act)** مصوب ۱۹۶۳، در دهه ۱۹۷۰ شکل گرفت. این قانون مراکز بهداشت روانی را در سراسر کشور تأسیس کرد. مشاوران سطح کارشناسی ارشد که در این مراکز کار می‌کردند اساساً فاقد اختیار (disenfranchised) بودند زیرا فاقد اعتبارنامه و گروهی برای نمایندگی آنها بودند. بنابراین، انگیزه‌های اصلی پشت تأسیس انجمن مشاوران بهداشت روان آمریکا (AMHCA - American Mental Health Counselors Association)، به رسمیت شناخته شدن و توانمندسازی (empowerment) بود.

مشاوران سلامت روان بالینی امروزه به خوبی تثبیت شده‌اند و با تعدادی از مراجعان نیازمند درمان عمومی و تخصصی کار می‌کنند. کار آنها شامل پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه با تمرکز بر بهزیستی است. تخصص مشاوره سلامت روان بالینی توسط کک‌رپ (CACREP) در سطح کارشناسی ارشد اعتباربخشی می‌شود.

کسانی که مطالعات خود را در این زمینه متمرکز می‌کنند در محیط‌های متنوعی کار می‌کنند. به عنوان یک گروه، مشاوران سلامت روان بالینی خود را قویاً به عنوان مشاورانی می‌شناسند که در برخی از حوزه‌های مشابه، مانند افسردگی، اضطراب و تروما، با سایر متخصصان یاری‌رسان مانند روانپزشکان و روانشناسان تخصص دارند. آنها DSM را به خوبی می‌شناسند، اما به پیشگیری، بهزیستی و رشد نیز توجه دارند.

در نهایت، این فصل مشاوران در کار خصوصی را پوشش داد، جایی که فرصت‌ها و موانعی (pitfalls) وجود دارد. مشاورانی که به عنوان مشاور خصوصی کار می‌کنند برای موفقیت باید توانایی‌های تجاری و مشاوره‌ای داشته باشند و کارآفرین باشند. تعدادی مشکل مرتبط با کار خصوصی وجود دارد، مانند یافتن حمایت و نظارت. پاداش‌های متعددی نیز وجود دارد، مانند تعیین ساعات کاری خود و در صورت تمایل، دوری از دردسرهای مقررات مراقبت مدیریت‌شده. به طور کلی، کار خصوصی همچنان یک جایگزین محبوب برای مشاوران است.

MyCounselingLab® برای مقدمه‌ای بر مشاوره

تکالیف موضوع ۴ را امتحان کنید: مشاوره در سلامت روان و کار خصوصی.

سخن پایانی

تمام شد! شما احتمالاً تمام یا برخی از ۱۸ فصل این متن و حتی شاید پیوست‌ها را خوانده‌اید. احتمالاً یک یا دو (یا سه یا چهار) امتحان در مورد این مطالب داده‌اید و ممکن است برخی از موضوعات را به طور عمیق‌تر از طریق تحقیق گسترده یا مقالات واکنش بررسی کرده باشید. مهم‌ترین بخش از آنچه رخ داده است، سؤال را در بر می‌گیرد: "چه آموخته‌اید؟"

برای اکثریت ما، به یاد سپردن حقایق و بازگو کردن آنها نسبتاً آسان است. با این حال، نکته مهم‌تر، ادغام این دانش در ذات وجودی ماست، به طوری که تغییری در زندگی ما ایجاد کند. من همیشه به دانشجویانم می‌گویم که نمی‌خواهم آنها فقط درک مشاوره را در سر خود داشته باشند. من می‌خواهم آن را به مغز استخوان آنها برسانم، جایی که گلبول‌های قرمز و قدرت حیاتی ساخته و ایجاد می‌شوند! اگر آنها این کار را انجام دهند، مشاوره می‌تواند به طور شخصی و حرفه‌ای در زندگی آنها متحول کننده باشد. آرزوی من این است که قدردانی شما از این حرفه که وارد آن می‌شوید یا حداقل در حال بررسی آن هستید، به طور تصاعدی رشد کرده باشد و درک کنید که مشاوره چیست و در عمیق‌ترین سطح چیست.

برای اهداف مروری، اجازه دهید چند مورد از مهم‌ترین بخش‌های این متن را برجسته کنم. اولاً، مشاوره یک حرفه منحصر به فرد است که به یک نیروی قوی با هویت متمایز تبدیل شده است. دوم، آنچه با این حرفه مرتبط است، تعریف مشاوره به شرح زیر است: "مشاوره یک رابطه حرفه‌ای است که به افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها قدرت می‌دهد تا به اهداف سلامت روان، تندرستی، آموزش و شغلی دست یابند." همانطور که مشاوره به طور جهانی با توسعه، پیشگیری، تندرستی و درمان سر و کار دارد. این یک فرآیند فعال، چند فرهنگی در ماهیت است که طیف وسیعی از دشواری‌های درون فردی و بین فردی و رشدی را در افراد، گروه‌ها، خانواده‌ها و حتی جامعه در بر می‌گیرد. بنابراین، مشاوره شامل حمایت و عدالت اجتماعی برای ایجاد تغییرات سیستمی در

محیط‌های اجتماعی و همچنین اقدامات فردی است که منجر به سازگاری و رشد در مقیاس شخصی و بین فردی کوچکتر می‌شود.

انجمن مشاوره آمریکا سازمانی است که مشاوران به آن می‌پیوندند و خود را با آن به عنوان یک حرفه شناسایی می‌کنند. ۲۰ بخش و تعداد بی‌شماری از گروه‌های علاقه خاص در آن وجود دارد که مشاوران در زمینه‌های مختلف از خلاقیت گرفته تا توسعه شغلی به آن علاقه دارند. بیشتر تمرکز و تنظیم‌کننده‌های مشاوران در این متن پوشش داده شده است، از جمله کسانی که در مدارس، کالج‌ها، فرهنگ‌ها، تنوع، رشد انسان، گروه‌ها، خانواده‌ها، و جوامع هستند.

(مؤخره):

توانبخشی (rehabilitation)، اعتیاد (addiction)، آزار/سوء مصرف (abuse)، مشاغل (careers)، ارزیابی (assessment)، تحقیق (research)، اخلاق (ethics)، معنویت (spirituality)، گرایش جنسی (sexual orientation) و سلامت روان (mental health). از سال ۲۰۱۵، هر ایالت در ایالات متحده به علاوه پورتوریکو، گوام، جزایر ویرجین ایالات متحده و ناحیه کلمبیا، مشاوران را دارای مجوز کرده‌اند و از سال ۱۹۸۵ مشاوران انجمن افتخاری خود را دارند که تعالی در حرفه را ترویج می‌کند: **خی سیگما آیوتا (Chi Sigma Iota)**. مشاوران همچنین ممکن است در سطح ملی و در یک تخصص از طریق هیئت ملی مشاوران معتبر (NBCC - National Board of Certified Counselors) گواهینامه دریافت کنند.

با این حال، مشاوره چیزی فراتر از سازمان‌ها، انجمن‌ها، محیط‌ها و موضوعات است. این حرفه، درباره مردم و یک شیوه زندگی است! کسانی که آن را انجام می‌دهند از طریق توسعه دیدگاه جهانی وسیع‌تر و عمق بیشتر همدلی و درک دیگران از آن سود می‌برند. تا کنون ذکر نشده اما قابل توجه است که مشاوران برخی از بهترین افراد جهان هستند و همایش‌ها و کنفرانس‌های انجمن مشاوره آمریکا و بخش‌های آن بسیار آموزنده، آموزشی و سرگرم‌کننده هستند! با این وجود، مشاوره چالش‌های خود را دارد. یکی از آنها تمرکز مداومی است که مشاوران باید به جلسات بیاورند تا بر مراجعان تمرکز کنند. آنچه بسیار ساده به نظر می‌رسد، اینطور نیست. واقعاً با کسی بودن نیازمند تلاش، مهارت و تعهد است. دوم، مشاوران گاهی اوقات به دلیل گوش دادن به مشکلات مراجعان دچار مسمومیت/فرسودگی (toxicity) می‌شوند. بنابراین، حفظ سلامت شخصی و همچنین اعتبارنامه‌های حرفه‌ای شما نیازمند زمان، تلاش، آموزش مداوم و تمایل به آسیب‌پذیر و باز بودن به روش‌هایی است که اکثر مشاغل نیاز ندارند.

روندهای عمده در حرفه مشاوره در سال ۲۰۱۷ و پس از آن (توجه: متن اصلی به این بازه زمانی اشاره دارد) شامل موارد زیر است:

- **غوطه‌وری در تقاطع رو به رشد بین سلامت جسمی، روانی و محیطی و نیاز به آموزش رسمی**
بیشتر در جنبه‌های زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial) زندگی و همچنین روان‌داروشناسی (psychopharmacology). ارتباطات بین ابعاد بیولوژیکی، روانی و اجتماعی سلامت و ارتباط آنها با عوامل محیطی در کار با مراجعانی که دارای بیماری‌هایی مانند افسردگی، اختلالات دوقطبی و سوء مصرف الکل و مواد کنترل شده هستند، اهمیت فزاینده‌ای پیدا می‌کند.
- **تمرکز بر بیمه درمانی، به‌ویژه بیمه‌ای که تحت قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون‌به‌صرفه (PPACA، ۲۰۱۰) و خدمات دولتی ارائه می‌شود.** مشاوران با موقعیت‌هایی روبرو هستند که نیاز وجود دارد اما مراقبت کم یا هیچ مراقبتی نیست. بنابراین آنها باید با سازمان‌های بیمه و دولتی، برای حرفه، برای دسترسی مراجعان به خدمات، بازپرداخت و بهبود بهداشت عمومی مدافع (advocate) باشند. خدمات بهداشت روان و اختلالات مصرف مواد در میان دسته‌بندی‌های متعدد مراقبت‌های بهداشت روانی خواهند بود که نیاز به توجه بیشتر و پوشش گسترده‌تری در جامعه دارند.
- **کار با مهاجران و سایر جمعیت‌های تحت ستم.** بیش از ۳۸ میلیون مهاجر، هم قانونی و هم غیرقانونی، در ایالات متحده زندگی می‌کنند و این تعداد در حال افزایش است. بسیاری از آنها به دلیل وضعیت خود تحت استرس هستند. حداقل ۱۱ میلیون نفر بدون مدرک (undocumented) هستند. علاوه بر این، تعدادی به دلیل عدم مهارت، عدم آگاهی از کشور، تعصب، ترس از نهادهایی مانند پلیس و کمبود خدمات از جمله مراقبت‌های بهداشتی و سایر نیازهای اساسی، تحت ستم هستند. این

جمعیتی است که مشاوران در سال‌های آینده به خاطر سلامت روان آنها و جامعه باید به آنها کمک کنند (هانا و کاردونا، ۲۰۱۳).

• **تحکیم هویتی (galvanizing of an identity)** که از به رسمیت شناخته شدن و احترام یافتن

مشاوران در میان عموم مردم و سایر حرفه‌های یاری‌رسان حمایت می‌کند (راینر، دابمیر و هراندز، ۲۰۱۳). متأسفانه، کاری که مشاوران حرفه‌ای انجام می‌دهند هنوز توسط بسیاری به اشتباه درک می‌شود، و افزایش شناخت کاری که مشاوران انجام می‌دهند، برای بهره‌مندی جامعه ضروری است.

• **یکپارچه‌تر شدن به عنوان بخشی از ترای کر (TRICARE).** قانون اختیارات دفاع ملی

(NDAA) ۲۰۱۵ تغییراتی در برنامه ترای کر ایجاد کرد. طبق قانون جدید، وضعیت شاغل مستقل

(independent practitioner) ترای کر به گروه گسترده‌تری از مشاوران دارای مجوز ایالتی

گسترش یافته است. هر متقاضی فارغ‌التحصیل از یک مؤسسه معتبر کک‌رپ (CACREP) یا دارای

اعتبار منطقه‌ای (Regionally Accredited) تا ژانویه ۲۰۲۱ واجد شرایط بود، زمانی که فقط

مؤسسات معتبر کک‌رپ واجد شرایط شدند (توجه: این تاریخ گذشته است). از اول ژانویه ۲۰۱۷، همه

متقاضیان باید آزمون ملی مشاوره سلامت روان بالینی (NCMHCE) را گذرانده باشند.

• **ارائه خدمات بیشتر به کهنه‌سربازان.** برنامه انتخاب (Choice Program) جدید و بزرگ وزارت

امور کهنه‌سربازان (VA) به کهنه‌سربازان اجازه می‌دهد تا طیف گسترده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی -

از جمله خدمات بهداشت روان - را از ارائه‌دهندگان غیر VA دریافت کنند. با توجه به کمبود مستند

خدمات و ارائه‌دهندگان بهداشت روان VA، این برنامه پتانسیل قابل توجهی برای گسترش پرداخت‌های

VA به بسیاری از مشاوران حرفه‌ای دارای مجوز در سراسر کشور دارد.

در پایان، اجازه دهید به سؤالی که با آن شروع کردم بازگردم: «چه چیزی یاد گرفته‌اید؟» امیدوارم پاسخ شما چندبعدی باشد و پاسخی باشد که با گذشت زمان آشکار شود. شما اکنون دانشی و همچنین سؤالاتی دارید. هر دو شما را در ورود به این حرفه یا تصمیم به دنبال کردن رشته مورد علاقه دیگری راهنمایی خواهند کرد. همانطور که در مورد بخش‌هایی از این متن تأمل می‌کنید یا آنها را بازخوانی می‌کنید، از خود بپرسید چه چیز دیگری باید بدانید. نکته مهم این است که به یاد داشته باشید مشاوره و تبدیل شدن به یک مشاور تلاش‌هایی مستمر هستند. مشاوره به عنوان یک حرفه در حال تکامل است و جایی که اکنون قرار دارد، جایی نخواهد بود که فردا، هفته آینده یا سال‌های آینده خواهد بود. این مثبت است زیرا اکثر افرادی که می‌خواهند با مردم کار کنند صمیمانه معتقدند که رشد و توسعه در نوع بشر وجود دارد. به همین ترتیب، افرادی که به حرفه مشاوره جذب می‌شوند تقریباً همیشه می‌خواهند بیش از آنچه اکنون هستند، شوند.

صرف‌نظر از اینکه با آنچه یاد گرفته‌اید و آنچه در آینده یاد خواهید گرفت چه می‌کنید، برای شما آرزوی موفقیت دارم. خوشحالم که توانسته‌ام کلماتی را با شما به اشتراک بگذارم که امیدوارم در زندگی شما و زندگی کسانی که با آنها کار می‌کنید تفاوتی ایجاد کند. من همیشه آماده شنیدن ایده‌ها، داستان‌ها و بازخوردهای شما هستم. ایمیل من [email address removed] است.

با احترام، ساموئل تی. گلدینگ

پیوست الف

تاریخچه مشاوره

تمام آن اجدادی که اکنون در من زندگی می‌کنند از طریق تصاویر، داستان‌ها و خاطرات به طور جمعی جان گرفته‌اند همانطور که در خیابان‌های آرلینگتون قدم می‌زنم. برخی محکم به هم پیوسته‌اند و برخی دیگر بیگانه‌اند این مردان و زنان با ادب خود را مرتب می‌کنند در گروه‌های مختلف و رویدادهای مهم و همانطور که تصور می‌کنم افرادی که این حرفه را در طول دوره‌های مختلف شکل داده‌اند چه کسانی بودند و امیدوار بودند چه کسانی باشند. در سکوت گام‌هایم تأمل می‌کنم و آرام ملاقات می‌کنم میراثی در زوج‌های رنگارنگ که از آنها نسب می‌برم.

بازچاپ شده از "از چه کسی نسب می‌برم"، اثر اس. تی. گلادینگ، ۲۰۰۶. © ۲۰۰۶ اس. تی. گلادینگ

همانطور که می‌خوانید در نظر بگیرید:

- تاریخچه مشاوره
 - رویدادهای مهم و افرادی که این حرفه را در طول دهه‌های مختلف شکل داده‌اند.
 - روندهای کنونی در مشاوره و اینکه حرفه مشاوره به کجا می‌رود.
- MyCounselingLab® برای آشنایی با مشاوره پس از خواندن پیوست الف، تکالیف موضوع ۱۰: تاریخچه مشاوره و تکالیف موضوع ۶: روندهای کنونی در مشاوره را امتحان کنید.

مشاوره یک حرفه نسبتاً جدید است (Aubrey, ۱۹۷۷, ۱۹۸۲). در اواخر دهه ۱۸۹۰ و اوایل دهه ۱۹۰۰ توسعه یافت و از همان ابتدا بین‌رشته‌ای بود. "برخی از وظایف مشاوران توسط افراد در سایر مشاغل انجام

می‌شد و هنوز هم انجام می‌شود" (Fabian, ۱۹۹۳, p. ۳ & Herr). قبل از دهه ۱۹۰۰، بیشتر مشاوره به شکل نصیحت یا اطلاعات بود. در ایالات متحده، مشاوره از یک دغدغه بشردوستانه برای بهبود زندگی کسانی که به طور نامطلوب از انقلاب صنعتی اواسط تا اواخر دهه ۱۸۰۰ متأثر شده بودند، توسعه یافت (Aubrey, ۱۹۸۳). جنبش اصلاح رفاه اجتماعی (که اکنون به عنوان عدالت اجتماعی شناخته می‌شود)، گسترش آموزش عمومی و تغییرات مختلف در ترکیب جمعیتی (به عنوان مثال، هجوم عظیم مهاجران) نیز بر رشد این حرفه نوپا تأثیر گذاشت (Aubrey, ۱۹۷۷; Goodyear, ۱۹۸۴). به طور کلی، "مشاوره

منابع و محتوای مربوط

- دوره پرآشوبی که پایان یک قرن و آغاز قرن دیگر را در بر می‌گرفت، دوره‌ای که با تغییرات بزرگی مشخص می‌شد و باعث تغییر اساسی در نحوه نگرش افراد به خود و دیگران شد. (Ginter, ۲۰۰۲, p. ۲۲۰)
- چگونه رویدادهای جهانی، دولت‌ها و شخصیت‌های قوی حرفه‌ای مانند مشاوره را شکل می‌دهند.
- چه روندهایی را در افق می‌بینید که فکر می‌کنید ممکن است بر آینده مشاوره تأثیر بگذارد، از جمله نیازهای در حال توسعه در بشریت.
- بیشتر پیشگامان مشاوره خود را معلم و مصلح/حامی اجتماعی می‌دانستند. آنها بر آموزش کودکان و جوانان در مورد خود، دیگران و دنیای کار تمرکز داشتند. در ابتدا، این کمک‌کنندگان عمدتاً در رفاه کودکان، راهنمایی آموزشی/شغلی و اصلاحات قانونی مشارکت داشتند. کار آنها بر اساس اطلاعات و دروس خاصی بنا شده بود، مانند آموزش اخلاقی در مورد خوب بودن و درست انجام دادن، و همچنین تلاشی متمرکز برای پرداختن به روابط درون فردی و بین فردی. (Nugent & Jones, ۲۰۰۹) آنها نیازهایی را در جامعه آمریکا دیدند و برای

رفع آنها اقدام کردند. با این وجود، "تا سال ۱۹۳۱ هیچ اشاره‌ای به مشاوره در ادبیات حرفه‌ای نشده بود" (Aubrey, ۱۹۸۳, p. ۷۸). معلمان و مدیران کلاس درس، متخصصان اصلی بودند.

یکی از راه‌های ترسیم تکامل مشاوره، ردیابی رویدادهای مهم و تأثیرات شخصی در طول قرن بیستم است. به خاطر داشته باشید که توسعه مشاوره حرفه‌ای، مانند خود فعالیت، یک فرآیند بوده و هست. بنابراین، برخی از نام‌ها و رویدادها به طور منظم در یک جدول زمانی دقیق قرار نمی‌گیرند. آنها همپوشانی دارند. با این حال، بررسی تاریخچه مشاوره مهم است زیرا مشاور آگاه از توسعه و دگرگونی این حرفه احتمالاً هویت حرفه‌ای قوی خواهد داشت و متعاقباً سهم قابل توجهی در این زمینه خواهد داشت. با درک گذشته مشاوره، ممکن است بهتر از روندهای فعلی و آینده این حرفه قدردانی کنید.

نأمل شخصی

چه چیزی در مورد خانواده و تاریخچه شخصی خود می‌دانید که در زندگی به شما کمک کرده است؟ چرا این نوع اطلاعات را ارزشمند می‌دانید؟ چه شباهت‌هایی بین دانستن تاریخچه خانواده خود و تاریخچه مشاوره می‌بینید؟

۱۹۰۰-۱۹۰۹

مشاوره در اوایل دهه ۱۹۰۰ حرفه‌ای نوپا بود. با این حال، در این دهه، سه نفر به عنوان رهبران توسعه مشاوره ظهور کردند: فرانک پارسونز، جسی بی. دیویس و کلیفورد بیرز.

فرانک پارسونز که اغلب بنیانگذار راهنمایی نامیده می‌شود، کار خود را بر رشد و پیشگیری متمرکز کرد. نفوذ او در زمان خود بسیار زیاد بود و "مجموعه آثار پارسونز و تلاش‌های او برای کمک به دیگران در مرکز چرخه‌ای قرار دارد که مشاوره امروزی را نشان می‌دهد. (Ginter, ۲۰۰۲, p. ۲۲۱) "پارسونز زندگی حرفه‌ای پرباری در

رشته‌های مختلف داشت، وکیل، مهندس، استاد دانشگاه و مددکار اجتماعی بود و در نهایت به یک مصلح اجتماعی تبدیل شد و با جوانان کار کرد (Hartung & Blustein, ۲۰۰۲; Pope & Sweinsdottir, ۲۰۰۱). (Sweeney, ۲۰۰۵; او به عنوان یک محقق جامع، نویسنده‌ای متقاعد کننده، فعال خستگی‌ناپذیر و یک روشنفکر بزرگ توصیف شده است. (Davis, ۱۹۸۸; Zytowski, ۱۹۸۵) با این حال، او بیشتر به دلیل تأسیس دفتر کاریابی بوستون در سال ۱۹۰۸، گامی مهم در نهادینه کردن راهنمایی شغلی، شناخته شده است. در دفتر کاریابی، پارسونز با جوانانی کار می‌کرد که در حال تصمیم‌گیری در مورد شغل خود بودند. او "تصور یک عمل راهنمایی شغلی مبتنی بر عقلانیت و منطق با خدمت، دغدغه دیگران، همکاری و عدالت اجتماعی در میان ارزش‌های اصلی آن را داشت. (Hartung & Blustein, ۲۰۰۲, p. ۴۱) "او نظریه‌پردازی کرد که انتخاب شغل به ارتباط سه عامل بستگی دارد: دانش کار، دانش خود و تطبیق این دو از طریق "استدلال درست". بنابراین، پارسونز تعدادی از روش‌ها را برای کمک به مراجعان خود در یادگیری بیشتر در مورد خود و دنیای کار ابداع کرد. یکی از ابزارهای او یک پرسشنامه جامع بود که در مورد تجربیات ("هفته گذشته هر شب را چگونه گذراندید؟")، ترجیحات ("در یک نمایشگاه جهانی، اول، دوم و سوم چه چیزی را می‌خواهید ببینید؟") و اخلاق ("چه زمانی منافع خود را برای حق فدا کرده‌اید؟") سؤال می‌کرد (Gummere, ۱۹۸۸, p. ۴۰۴).

کتاب پارسونز با عنوان "انتخاب شغل" (۱۹۰۹)، یک سال پس از مرگ او منتشر شد و به ویژه در بوستون بسیار تأثیرگذار بود. به عنوان مثال، سرپرست مدارس بوستون، استراتون بروکس، ۱۱۷ معلم ابتدایی و متوسطه را به عنوان مشاور شغلی منصوب کرد. "نمونه بوستون" به زودی به سایر شهرهای بزرگ نیز گسترش یافت زیرا کارکنان مدرسه نیاز به برنامه‌ریزی شغلی را تشخیص دادند. تا سال ۱۹۱۰، ۳۵ شهر از بوستون تقلید می‌کردند (Lee, ۱۹۶۶).

جسی بی. دیویس اولین کسی بود که یک برنامه راهنمایی سیستماتیک در مدارس دولتی ایجاد کرد (Aubrey, ۱۹۷۷; Brewer, ۱۹۴۲). او به عنوان سرپرست سیستم مدارس گرند ریپیدز، میشیگان، در سال ۱۹۰۷ پیشنهاد کرد که معلمان ترکیب انگلیسی یک بار در هفته درسی در مورد راهنمایی به دانش‌آموزان خود بدهند تا هدف ساختن شخصیت و پیشگیری از مشکلات را محقق کنند. دیویس که تحت تأثیر مربیان مرفقی آمریکایی مانند هوراس مان و جان دیویی قرار داشت، معتقد بود که راهنمایی مناسب به درمان بیماری‌های جامعه آمریکا کمک خواهد کرد. (Davis, ۱۹۱۴) آنچه او و سایر مربیان مرفقی از آن حمایت می‌کردند، مشاوره به معنای مدرن نبود، بلکه پیشگامی برای مشاوره بود: راهنمایی مدرسه (یک وسیله آموزشی پیشگیرانه برای آموزش دانش‌آموزان در مورد نحوه برخورد مؤثر با رویدادهای زندگی).

کلیفورد بیرز، دانشجوی سابق ییل، در طول زندگی خود چندین بار به دلیل افسردگی در بیمارستان بستری شد. (Kiselica & Robinson, ۲۰۰۱) او شرایط موجود در مؤسسات روانی را اسفناک یافت و آنها را در کتاب خود، "ذهنی که خود را یافت" (۱۹۰۸)، که به یک پرفروش محبوب تبدیل شد، افشا کرد. بیرز از این کتاب به عنوان بستری برای حمایت از بهبود امکانات بهداشت روان و اصلاح در درمان افراد مبتلا به بیماری‌های روانی استفاده کرد و با افراد بانفوذ زمان خود، مانند فورد و راکفلرها، دوست شد و از آنها کمک مالی طلبید. کار او تأثیر بسیار قدرتمندی بر زمینه‌های روانپزشکی و روانشناسی داشت. "بسیاری از افراد در این زمینه‌ها آنچه را که انجام می‌دادند مشاوره می‌نامیدند"، که "به عنوان وسیله‌ای برای کمک به افراد در سازگاری با خود و جامعه" دیده می‌شد. (Hansen, Rossberg & Cramer, ۱۹۹۴, p. ۵) کار بیرز انگیزه جنبش بهداشت روان در ایالات متحده و همچنین گروه‌های حمایتی امروزی از جمله انجمن ملی بهداشت روان و اتحاد ملی برای بیماران روانی بود. کار او همچنین پیشگامی برای مشاوره سلامت روان بود.

مثال موردی

تأملات داگ

داگ پس از خواندن در مورد سه پیشگام اصلی در حرفه مشاوره، در مورد اینکه کدام یک از آنها مهم‌ترین بود، تأمل کرد. در ابتدا مطمئن بود که باید فرانک پارسونز باشد زیرا پارسونز علمی‌ترین و تأثیرگذارترین فرد در این گروه به نظر می‌رسید. با این حال، همانطور که فکر می‌کرد، مطمئن نبود. اگر تأثیر کلیفورد بیرز بر بهداشت روان و کار جسی دیویس در مدرسه نبود، مشاوره به کجا می‌رسید؟

به نظر شما مهم‌ترین این سه نفر چه کسی بود؟ چرا؟

دهه ۱۹۱۰

سه رویداد در دهه ۱۹۱۰ تأثیر عمیقی بر توسعه مشاوره داشت. اولین مورد، تأسیس انجمن ملی راهنمایی شغلی (NVGA) در سال ۱۹۱۳ بود که پیشگام انجمن مشاوره آمریکا بود. این انجمن در سال ۱۹۱۵ شروع به انتشار بولتن کرد. (Goodyear, ۱۹۸۴) در سال ۱۹۲۱، بولتن ملی راهنمایی شغلی به طور منظم منتشر شد. این بولتن در سال‌های بعد تکامل یافت و به مجله ملی راهنمایی شغلی (۱۹۲۴-۱۹۳۳)، مشاغل: مجله راهنمایی شغلی (۱۹۳۳-۱۹۴۴)، مشاغل: مجله راهنمایی شغلی (۱۹۴۴-۱۹۵۲)، مجله پرسنل و راهنمایی (۱۹۵۲-۱۹۸۴) و در نهایت، مجله مشاوره و توسعه (۱۹۸۴ تا به امروز) تبدیل شد. NVGA مهم بود زیرا انجمنی را تأسیس کرد که ادبیات راهنمایی ارائه می‌کرد و برای اولین بار کسانی را که به مشاوره شغلی علاقه داشتند، متحد کرد.

تکمیل کننده تأسیس NVGA، تصویب قانون اسمیت-هیوز در سال ۱۹۱۷ توسط کنگره بود. این قانون بودجه‌ای را برای مدارس دولتی برای حمایت از آموزش حرفه‌ای فراهم کرد.

جنگ جهانی اول سومین رویداد مهم این دهه بود. در طول جنگ "مشاوره به طور گسترده‌تری شناخته شد زیرا ارتش شروع به استفاده از روش‌های تست و جاییابی برای تعداد زیادی از پرسنل نظامی کرد (Hollis, ۲۰۰۰, ۴۵p). در این فرآیند، ارتش ایالات متحده توسعه ابزارهای روانشناختی متعددی را سفارش داد، از جمله تست‌های هوش آلفا و بتا ارتش. چندین ابزار غربالگری ارتش پس از جنگ در جمعیت غیرنظامی به کار گرفته شد و روانسنجی (تست روانشناختی) به یک جنبش محبوب و یک پایه اولیه برای مشاوره تبدیل شد.

آبری (۱۹۷۷) مشاهده می‌کند که از آنجا که جنبش راهنمایی شغلی بدون یک فلسفه صریح توسعه یافت، به سرعت روانسنجی را پذیرفت تا پایه‌ای مشروع در روانشناسی به دست آورد. اتکا به روانسنجی هم اثرات مثبت و هم منفی داشت. از جنبه مثبت، به متخصصان راهنمایی شغلی هویت قوی‌تر و "علمی‌تری" داد. از جنبه منفی، بسیاری از متخصصان را از بررسی تحولات در سایر علوم رفتاری مانند جامعه‌شناسی، زیست‌شناسی و مردم‌شناسی منحرف کرد.

دهه ۱۹۲۰

دهه ۱۹۲۰ برای حرفه مشاوره در حال توسعه نسبتاً آرام بود. این دوره تثبیت بود. دوره‌های آموزشی برای مشاوران که در سال ۱۹۱۱ در دانشگاه هاروارد آغاز شده بود، در دهه ۱۹۲۰ تقریباً منحصراً بر راهنمایی شغلی تأکید داشتند. تأثیرات غالب بر این حرفه نوظهور، نظریه‌های مرفقی آموزش و استفاده دولت فدرال از خدمات راهنمایی برای جانبازان جنگی بود.

یک رویداد قابل توجه، صدور گواهینامه برای مشاوران در بوستون و نیویورک در اواسط دهه ۱۹۲۰ بود. نقطه عطف دیگر، توسعه اولین استانداردها برای تهیه و ارزیابی مواد شغلی بود (Lee, ۱۹۶۶) همراه با این استانداردها، انتشار ابزارهای روانشناختی جدید مانند پرسشنامه علاقه شغلی استرانگ (SVII) ادوارد استرانگ در

سال ۱۹۲۷ بود. انتشار این ابزار زمینه را برای جهت‌گیری‌های آینده در ارزیابی در مشاوره فراهم کرد (Strong, ۱۹۴۳).

یک رویداد نهایی قابل توجه، تأسیس اولین مرکز مشاوره ازدواج و خانواده توسط آبراهام و هانا استون در سال ۱۹۲۹ در شهر نیویورک بود. این مرکز با مراکز دیگری در سراسر کشور دنبال شد و آغازگر تخصص مشاوره ازدواج و خانواده بود.

در طول این دهه، جنبش راهنمایی در جامعه آمریکا پذیرفته شد. در عین حال، تأکید محدود این جنبش بر علایق شغلی مورد چالش قرار گرفت. مشاوران دامنه تمرکز خود را گسترش دادند تا مسائل مربوط به شخصیت و رشد، مانند مسائل مربوط به خانواده را نیز شامل شود.

دهه ۱۹۳۰

دهه ۱۹۳۰ به اندازه دهه ۱۹۲۰ آرام نبود، تا حدودی به این دلیل که رکود بزرگ پژوهشگران و متخصصان، به ویژه در محیط‌های دانشگاهی و شغلی را تحت تأثیر قرار داد تا بر استراتژی‌های کمک و روش‌های مشاوره مرتبط با اشتغال تأکید کنند. یکی از نکات برجسته این دهه، توسعه اولین نظریه مشاوره بود که توسط ای. جی. ویلیامسون و همکارانش (از جمله جان دارلی و دونالد پترسون) در دانشگاه مینه‌سوتا تدوین شد. ویلیامسون نظریه پارسونز را اصلاح کرد و از آن برای کار با دانشجویان و افراد بیکار استفاده کرد. تأکید او بر یک رویکرد مستقیم و مشاور محور با نام‌های مختلفی شناخته می‌شد—به عنوان مثال، دیدگاه مینه‌سوتا و مشاوره ویژگی-عامل. رویکرد عملگرایانه او بر مهارت‌های آموزش، راهنمایی و تأثیرگذاری مشاور تأکید داشت (Williamson, ۱۹۳۹).

یک فرض نظریه ویلیامسون این بود که افراد ویژگی‌هایی (traits) دارند (مانند استعدادها، علایق، شخصیت‌ها، دستاوردها) که می‌توانند به طرق مختلف برای تشکیل عوامل (factors) (مجموعه‌ای از ویژگی‌های فردی)

یکپارچه شوند. مشاوره بر اساس یک روش علمی، حل مسئله و تجربی (**empirical method**) بود که به طور فردی برای هر مراجع تنظیم می‌شد تا به او کمک کند تفکر/رفتار غیرمولد را متوقف کرده و به یک تصمیم‌گیرنده مؤثر تبدیل شود (لینچ و ماک، ۱۹۸۱). ویلیامسون فکر می‌کرد وظیفه مشاور، تشخیص کمبودی در مراجع، مانند کمبود دانش یا مهارت، و سپس تجویز رویه‌ای برای اصلاح مشکل است. نفوذ ویلیامسون برای دو دهه بعد بر مشاوره غالب بود و او تا دهه ۱۹۷۰ به نوشتن در مورد نظریه خود ادامه داد (ویلیامسون و بیگز، ۱۹۷۹).

وقوع مهم دیگر، گسترش مشاوره فراتر از نگرانی‌های شغلی بود. بذر این توسعه در دهه ۱۹۲۰ کاشته شد، زمانی که ادوارد ثورندایک شروع به به چالش کشیدن گرایش شغلی جنبش راهنمایی کرد (لی، ۱۹۶۶). کار جان بروئر این تغییر در تأکید را تکمیل کرد. بروئر کتابی با عنوان آموزش به مثابه راهنمایی (**Education as Guidance**) در سال ۱۹۳۲ منتشر کرد. او پیشنهاد کرد که هر معلم یک مشاور باشد و راهنمایی به عنوان یک موضوع در برنامه درسی مدرسه گنجانده شود. بروئر معتقد بود که تمام آموزش‌ها باید بر آماده‌سازی دانش‌آموزان برای زندگی در خارج از محیط مدرسه تمرکز کنند. تأکید او باعث شد مشاوران تصمیمات شغلی را تنها بخشی از مسئولیت‌های خود ببینند.

در طول دهه ۱۹۳۰، دولت ایالات متحده بیشتر درگیر راهنمایی و مشاوره شد. به عنوان مثال، در سال ۱۹۳۸ کنگره قانون جورج-دین (**George-Dean Act**) را تصویب کرد که بخش آموزش حرفه‌ای دفتر آموزش ایالات متحده و یک خدمات اطلاعات شغلی و راهنمایی را ایجاد کرد (سوئینی، ۲۰۰۱). حاصل این اقدام، ایجاد پست‌های ناظران ایالتی راهنمایی در ادارات آموزش ایالتی در سراسر کشور بود. بنابراین، مشاوره مدرسه، که در دهه ۱۹۳۰ هنوز به عنوان راهنمایی شناخته می‌شد، بیشتر به یک پدیده ملی تبدیل شد. علاوه بر این، دولت خدمات اشتغال ایالات متحده (**U.S. Employment Service**) را در دهه ۱۹۳۰ تأسیس

کرد. این آژانس اولین ویرایش فرهنگ عناوین شغلی (DOT - Dictionary of Occupational Titles) را در سال ۱۹۳۹ منتشر کرد DOT.، که به منبع اصلی اطلاعات شغلی برای متخصصان راهنمایی که با دانش‌آموزان و بیکاران کار می‌کردند تبدیل شد، مشاغل شناخته شده در ایالات متحده را توصیف و آنها را بر اساس عناوین شغلی کدگذاری کرد.

دهه ۱۹۴۰ (۱۹۴۰-۱۹۴۹)

سه رویداد مهم در دهه ۱۹۴۰ به طور اساسی практику مشاوره را شکل دادند: نظریه کارل راجرز، جنگ جهانی دوم، و مداخله دولت در مشاوره پس از جنگ.

کارل راجرز در سال ۱۹۴۲ با انتشار کتاب مشاوره و روان‌درمانی (Counseling and Psychotherapy) به شهرت رسید، که رویکرد مشاور-محور ویلیامسون و همچنین اصول اصلی روانکاوی فرویدی را به چالش کشید. راجرز بر اهمیت مراجع تأکید کرد و از رویکرد غیرمستقیم (nondirective approach) به مشاوره دفاع کرد. ایده‌های او هم به طور گسترده پذیرفته شد و هم به شدت مورد انتقاد قرار گرفت. راجرز از دادن مسئولیت رشد به خود مراجعان حمایت می‌کرد. او فکر می‌کرد اگر مراجعان فرصتی برای پذیرفته شدن و شنیده شدن داشته باشند، آنگاه شروع به شناخت بهتر خود می‌کنند و همخوان تر/اصیل تر (congruent/genuine) می‌شوند. او نقش یاری‌رسان حرفه‌ای را غیرقضاوت‌گر و پذیرا توصیف کرد. بنابراین، یاری‌رسان به عنوان آینه‌ای عمل می‌کرد که تجلیات کلامی و عاطفی مراجع را منعکس می‌کرد.

آبری (۱۹۷۷، ص ۲۹۲) اشاره کرده است که، پیش از راجرز، ادبیات در راهنمایی و مشاوره کاملاً عملی بود و به آزمون‌گیری، سوابق تجمعی (cumulative records)، رویه‌های آشناسازی (orientation procedures)، مشاغل و کارکردهای کاریابی (placement functions) می‌پرداخت. علاوه بر این، این

ادبیات اولیه به طور گسترده به اهداف و مقاصد راهنمایی می‌پرداخت. با راجرز، تأکید جدیدی بر اهمیت رابطه در مشاوره، تحقیق، پالایش تکنیک مشاوره، انتخاب و آموزش مشاوران آینده و اهداف و مقاصد مشاوره به وجود آمد. راهنمایی، عملاً، ناگهان به عنوان یک ملاحظه اصلی در بخش عمده‌ای از ادبیات ناپدید شد و با یک دهه یا بیشتر تمرکز بر مشاوره جایگزین شد. انقلاب راجرز تأثیر عمده‌ای هم بر مشاوره و هم بر روانشناسی داشت. نه تنها ایده‌های راجرز به خط مقدم آمدند، بلکه تعداد قابل توجهی از سیستم‌های جایگزین روان‌درمانی نیز ظهور کردند (کورسینی، ۲۰۰۸).

با شروع جنگ جهانی دوم، دولت ایالات متحده به مشاوران و روانشناسان برای کمک به انتخاب و آموزش متخصصان برای ارتش و صنعت نیاز داشت. جنگ همچنین شیوه جدیدی از نگاه به مشاغل برای مردان و زنان را به ارمغان آورد. بسیاری از زنان در طول جنگ در خارج از خانه کار می‌کردند، که شخصیت‌هایی مانند رُزی پرچ‌کن (Rosie the Riveter) نمونه آن بودند. مشارکت زنان در کار و رفاه ایالات متحده در طول بحران جنگ تأثیر ماندگاری داشت. نقش‌های جنسیتی شغلی سنتی شروع به زیر سؤال رفتن کردند و تأکید بیشتری بر آزادی شخصی قرار گرفت.

پس از جنگ، دولت ایالات متحده مشاوره را بیشتر ترویج کرد از طریق قانون جورج-باردن (George Barden Act) مصوب ۱۹۴۶، که بودجه‌های آموزش حرفه‌ای را از طریق دفتر آموزش ایالات متحده برای مؤسسات آموزش مشاوران (counselor training institutes) فراهم کرد (سوئینی، ۲۰۰۱). علاوه بر این، اداره امور کهنه‌سربازان (VA - Veterans Administration) آموزش مشاوران و روانشناسان را با اعطای کمک هزینه تحصیلی (stipends) و کارآموزی‌های با حقوق برای دانشجویان مشغول به تحصیلات تکمیلی تأمین مالی کرد VA. همچنین «مشخصات مشاوران شغلی را بازنویسی کرد و اصطلاح روانشناس مشاور» (counseling psychologist) را ابداع کرد (نوجنت، ۱۹۸۱، ص ۲۵). پولی که از طریق VA و

لایحه جی آی (GI Bill) (مزایا برای کهنه سربازان) در دسترس قرار گرفت، بر متخصصان آموزش در تحصیلات تکمیلی تأثیر گذاشت تا برنامه‌های درسی خود را دقیق‌تر تعریف کنند. روانشناسی مشاوره، به عنوان یک حرفه، شروع به دور شدن بیشتر از اتحاد تاریخی خود با راهنمایی شغلی کرد.

دهه ۱۹۵۰ (۱۹۵۰-۱۹۵۹)

«اگر قرار بود یک دهه در تاریخ به خاطر عمیق‌ترین تأثیر بر مشاوران انتخاب شود، آن دهه ۱۹۵۰ بود» (آبری، ۱۹۷۷، ص ۲۹۲). در واقع، این دهه حداقل پنج رویداد مهم را به وجود آورد که تاریخ مشاوره را به طور چشمگیری تغییر داد:

۱. تأسیس انجمن کارکنان و راهنمایی آمریکا (APGA - American Personnel and

Guidance Association)

۲. ثبت انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA - American School Counselor

Association)

۳. تأسیس بخش ۱۷ انجمن روانشناسی مشاوره (Society of Counseling Psychology) - در

انجمن روانشناسی آمریکا (APA - American Psychological Association) ؛

۴. تصویب قانون ملی آموزش دفاعی (NDEA - National Defense Education Act) ؛ و

۵. معرفی نظریه‌های جدید راهنمایی و مشاوره.

انجمن کارکنان و راهنمایی آمریکا (APGA): از شورای انجمن‌های راهنمایی و کارکنان

(CGPA - Council of Guidance and Personnel Associations) رشد کرد، یک کنفدراسیون

سست از سازمان‌ها «که به راهنمایی آموزشی و شغلی و سایر فعالیت‌های کارکنان علاقه‌مند بودند» (هارولد، ۱۹۸۵، ص ۴) CGPA. از ۱۹۳۴ تا ۱۹۵۱ فعالیت می‌کرد، اما عیب اصلی آن عدم قدرت برای متعهد کردن اعضای خود به هیچ اقدام عملی بود (شیلی و استیکل، ۲۰۰۸) APGA. در سال ۱۹۵۲ با هدف سازماندهی رسمی گروه‌های علاقه‌مند به راهنمایی، مشاوره و امور کارکنان تشکیل شد. چهار بخش اصلی آن عبارت بودند از: انجمن کارکنان کالج آمریکا - (ACPA) بخش ۱)، انجمن ملی ناظران راهنمایی و مربیان مشاوران - (NAGSCT) بخش ۲)، انجمن ملی راهنمایی شغلی - (NVGA) بخش ۳ (و انجمن کارکنان دانشجویی برای تربیت معلم - (SPATE) بخش ۴) (شیلی، ۲۰۰۲). در طول تاریخ اولیه خود، APGA بیشتر یک گروه ذینفع بود تا یک سازمان حرفه‌ای زیرا استانداردهایی برای عضویت ایجاد یا اجرا نمی‌کرد (سوپر، ۱۹۵۵).

ثبت انجمن مشاوران مدارس آمریکا: (ASCA) در سال ۱۹۵۳، انجمن مشاوران مدارس آمریکا ثبت شد. اندکی پس از آن به عنوان پنجمین عضو به APGA پیوست. با پیوستن به APGA، ASCA این انجمن را از نظر عددی، عملی و فلسفی تقویت کرد.

بخش ۱۷: (Division ۱۷) در سال ۱۹۵۲، انجمن روانشناسی مشاوره (بخش ۱۷) APA رسماً تأسیس شد. در ابتدا به عنوان بخش روانشناسی مشاوره (Division of Counseling Psychology) شناخته می‌شد. تشکیل آن مستلزم حذف اصطلاح «راهنمایی» از نام قبلی بخش مشاوره و راهنمایی انجمن بود. بخشی از انگیزه ایجاد این بخش از VA ناشی شد، اما انگیزه اصلی از اعضای APA بود که علاقه‌مند به کار با جمعیتی «نرمال‌تر» نسبت به جمعیتی بودند که توسط روانشناسان بالینی دیده می‌شدند (وایتلی، ۱۹۸۴). پس از ایجاد، بخش ۱۷ به طور کامل‌تری تعریف شد. به عنوان مثال، سوپر (۱۹۵۵) بین روانشناسی مشاوره و روانشناسی بالینی تمایز قائل شد و معتقد بود که روانشناسی مشاوره بیشتر به رشد و توسعه طبیعی انسان مربوط می‌شود و در رویکرد خود تحت تأثیر مشاوره شغلی و روان‌درمانی انسان‌گرا قرار دارد. علیرغم کار سوپر، روانشناسی مشاوره در ایجاد

هویت روشن در درون APA با مشکل مواجه بود (وایتلی، ۱۹۸۴). با این حال، وجود این بخش تأثیر عمده‌ای بر رشد و توسعه مشاوره به عنوان یک حرفه داشته است. در واقع، چهره‌های برجسته در حرفه مشاوره مانند گیلبرت رن و دونالد سوپر سال‌ها در بخش ۱۷ و در بخش‌های APGA سمت‌هایی داشتند و در نشریات هر دو منتشر می‌کردند.

قانون ملی آموزش دفاعی (NDEA): رویداد مهم چهارم تصویب قانون ملی آموزش دفاعی (NDEA) در سال ۱۹۵۸ بود که پس از پرتاب اولین ماهواره فضایی اتحاد جماهیر شوروی، اسپوتنیک ۱ (Sputnik 1)، به تصویب رسید. هدف اصلی این قانون شناسایی دانش‌آموزان با استعداد علمی و تحصیلی و ترویج رشد آنها بود. این قانون از طریق **عنوان V-A** بودجه‌ای برای ارتقای برنامه‌های مشاوره مدرسه فراهم کرد، مؤسسات مشاوره و راهنمایی تأسیس کرد و از طریق **عنوان V-B** بودجه و کمک هزینه تحصیلی برای آموزش مشاوران ارائه داد. در سال ۱۹۶۴، NDEA گسترش یافت تا مشاوره ابتدایی را نیز شامل شود. نتایج چشمگیر بود. از سال ۱۹۰۸ تا ۱۹۵۸، تعداد مشاوران مدرسه به ۱۲,۰۰۰ نفر افزایش یافت. «در کمتر از یک دهه، تعداد مشاوران مدرسه چهار برابر شد و نسبت مشاور به دانش‌آموز از ۱ به ۹۶۰ در سال ۱۹۵۸ به ۱ به ۴۵۰ تا سال ۱۹۶۷-۱۹۶۶ کاهش یافت» (بردلی و کاکس، ۲۰۰۱، ص ۳۴). در واقع، پایان دهه ۱۹۵۰ آغاز رونق مشاوره مدرسه بود که به لطف جنگ سرد و رسیدن نسل **انفجار جمعیت (baby boom generation)** به سن مدرسه، تا دهه ۱۹۶۰ ادامه یافت (بیکر، ۱۹۹۶).

تأمل شخصی

بخش زیادی از رشد مشاوره در دهه ۱۹۵۰ به عنوان واکنشی به رویدادها یا فشارهای خارجی رخ داد. چه نتایج مثبت دیگری را دیده‌اید که از بحران‌ها، مانند بلایای طبیعی یا ناشی از انسان، پدید آمده باشند؟ به عنوان مثال،

ایالت نیویورک پس از ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱، قانونی را برای صدور مجوز مشاوران به عنوان متخصصان بهداشت روان تصویب کرد.

نظریه‌های جدید. آخرین رویداد مهم در این دهه ظهور نظریه‌های جدید راهنمایی و مشاوره بود. قبل از سال ۱۹۵۰، چهار نظریه اصلی بر کار مشاوران تأثیر گذاشت: (الف) روانکاوی و نظریه بینش (به عنوان مثال، زیگموند فروید)؛ (ب) نظریه‌های ویژگی-عامل یا دستوری (به عنوان مثال، ای. جی. ویلیامسون)؛ (ج) نظریه‌های انسان‌گرایانه و مراجع‌محور (به عنوان مثال، کارل راجرز)؛ و تا حدودی کمتر، (د) نظریه‌های رفتاری (به عنوان مثال، بی. اف. اسکینر). بحث‌ها بین مشاوران معمولاً حول این موضوع متمرکز بود که آیا مشاوره دستوری مؤثرتر است یا غیردستوری، و تقریباً همه مشاوران فرض می‌کردند که برخی از اصول روانکاوی (به عنوان مثال، مکانیسم‌های دفاعی) درست هستند.

در طول دهه ۱۹۵۰، با ظهور نظریه‌های جدید کمک‌رسانی، بحث به تدریج از این تمرکز دور شد. نظریه‌های رفتاری کاربردی، مانند حساسیت‌زدایی منظم جوزف ولپه، شروع به کسب نفوذ کردند. نظریه‌های شناختی نیز ظاهر شدند، همانطور که با رشد درمان عقلانی-عاطفی آلبرت الیس، تحلیل تبدیلی اریک برن و درمان شناختی آرون بک مشهود بود. نظریه یادگیری، نظریه خودپنداره، کار دونالد سوپر در زمینه توسعه شغلی و پیشرفت‌ها در روانشناسی رشد نیز تأثیرگذار بود. (Aubrey, ۱۹۷۷) در پایان این دهه، تعداد و پیچیدگی نظریه‌های مرتبط با مشاوره به طور قابل توجهی افزایش یافته بود.

دهه ۱۹۶۰

تمرکز اولیه دهه ۱۹۶۰ بر مشاوره به عنوان یک حرفه رشدی بود. گیلبرت ورن با کتاب بسیار تأثیرگذار خود، "مشاور در دنیای در حال تغییر" (۱۹۶۲)، "لحن این دهه را تعیین کرد. تأکید او، که توسط دیگر متخصصان برجسته مانند لئون تايلر و دونالد بلوچر تقویت شد، بر کار با دیگران برای رفع نیازهای رشدی بود. کتاب ورن در

طول دهه ۱۹۶۰ تأثیرگذار بود و او به همراه تایلر به یکی از قوی‌ترین مدافعان مشاوره در ایالات متحده تبدیل شدند.

با این حال، با ادامه دهه، تأثیر مدل رشدی کاهش یافت، عمدتاً به دلیل سه رویداد: جنگ ویتنام، جنبش حقوق مدنی و جنبش زنان. هر رویداد احساسات را برانگیخت و نیازهایی را در جامعه نشان داد. بسیاری از مشاوران تلاش کردند تا با تمرکز توجه خود بر نیازهای ویژه ایجاد شده توسط این رویدادها، به این مسائل بپردازند. دیگر تأثیرات قدرتمندی که در این دهه ظهور کردند، نظریه‌های مشاوره انسان‌گرایانه داگالد آرباکل، آبراهام مازلو و سیدنی جورارد بودند. همچنین رشد چشمگیر جنبش گروهی (Gladding, ۲۰۱۶b) مهم بود. تأکید مشاوره از یک مواجهه فردی به تعامل گروهی کوچک تغییر یافت. مشاوره رفتاری با ظهور کتاب "انقلاب در مشاوره (۱۹۶۶)" جان کرامبولتز، که در آن یادگیری (فراتر از بینش) به عنوان ریشه تغییر ترویج شد، اهمیت بیشتری پیدا کرد. بنابراین، تمرکز اولیه این دهه بر رشد منحرف شد. همانطور که آبری اشاره می‌کند، "فراوانی روش‌های مشاوره رقیب که به مشاوران ارائه شد، در اواخر دهه ۱۹۶۰ به بالاترین حد خود رسید (p. ۱۹۷۷)" (۲۹۳).

یک رویداد قابل توجه دیگر، تصویب قانون مراکز بهداشت روان جامعه در سال ۱۹۶۳ بود که تأسیس مراکز بهداشت روان جامعه را مجاز کرد. این مراکز فرصت‌هایی را برای استخدام مشاوران در خارج از محیط‌های آموزشی فراهم کردند. به عنوان مثال، مشاوره سوء مصرف الکل و مشاوره اعتیاد، که در ابتدا مشاوره سوء مصرف مواد نامیده می‌شد، در دهه ۱۹۶۰ آغاز شد و در مراکز بهداشت روان و مکان‌های دیگر ارائه شد. مشاوره ازدواج و خانواده نیز در این مراکز در این زمان به دلیل افزایش نرخ طلاق ظهور کرد. (Hollis, ۲۰۰۰)

حرفه‌ای‌گرایی در APGA و جنبش حرفه‌ای مداوم در بخش ۱۷ APA نیز در دهه ۱۹۶۰ افزایش یافت. در سال ۱۹۶۱، "APGA یک آیین‌نامه اخلاقی قوی برای مشاوران" منتشر کرد. (Nugent, ۱۹۸۱, p. ۲۸) همچنین

در دهه ۱۹۶۰، لاگاری، استریپلینگ و فیتزجرالد (۱۹۶۵) گزارشی از APGA را ویرایش کردند که تعاریف نقش و استانداردهای آموزشی برای مشاوران مدرسه را خلاصه می‌کرد. بخش ۱۷، که تعریف روانشناس مشاور را در کنفرانس گریستون در سال ۱۹۶۴ بیشتر روشن کرده بود، در سال ۱۹۶۹ شروع به انتشار یک مجله حرفه‌ای، "روانشناس مشاور"، با گیلبرت ورن به عنوان اولین سردبیر آن کرد.

نقطه عطف نهایی قابل توجه، تأسیس مرکز اطلاع‌رسانی ERIC در زمینه مشاوره و خدمات پرسنلی (CAPS) در دانشگاه میشیگان بود ERIC/CAPS. که در سال ۱۹۶۶ توسط گری والز تأسیس شد و توسط دفتر تحقیقات و بهبود آموزشی در وزارت آموزش و پرورش ایالات متحده تأمین مالی می‌شد، نمونه دیگری از تأثیر دولت بر توسعه مشاوره بود. در طول سال‌ها، ERIC/CAPS به یکی از بزرگترین و پرکاربردترین منابع در زمینه فعالیت‌ها و روندهای مشاوره در ایالات متحده و سراسر جهان تبدیل شد. این مرکز همچنین کنفرانس‌هایی را در مورد موضوعات برجسته در مشاوره برگزار می‌کرد که رهبران ملی را گرد هم می‌آورد.

دهه ۱۹۷۰

دهه ۱۹۷۰ شاهد ظهور چندین روند بود که تحت تأثیر اقدامات خارج و داخل محافل مشاوره قرار داشتند. ابتکارات جدید مرتبط با تنوع، مانند کار با زنان، اقلیت‌ها و افراد دارای معلولیت آغاز شد. این ابتکارات تا حدودی نتیجه تصویب عنوان IX، اقدام مثبت و قانون‌گذاری برای افراد معلول بود. در داخل مشاوره، رویدادهایی که این حرفه را به جلو راندند، تشکیل برنامه‌های مهارت‌های کمک‌رسانی، آغاز صدور مجوز و توسعه بیشتر APGA بود. تنوع در محیط‌های مشاوره. رشد سریع مشاوره در خارج از مؤسسات آموزشی در دهه ۱۹۷۰ آغاز شد، زمانی که مراکز بهداشت روان و سازمان‌های اجتماعی شروع به استخدام مشاوران کردند. این استخدام به دلایل مختلفی از جمله تصویب قوانین فدرال جدید صورت گرفت که فعالیت‌های خدمات انسانی را بیشتر برای

دختران و زنان، اقلیت‌ها و افراد دارای معلولیت باز کرد. به طور خاص، عنوان IX اصلاحیه آموزش به همراه قوانین اقدام مثبت و قوانین ضد تبعیض علیه افراد دارای معلولیت به اجرا درآمد.

تنوع مشاوره به این معنی بود که آموزش‌های تخصصی در برنامه‌های آموزش مشاوران ارائه می‌شد. همچنین به معنای توسعه مفاهیم جدید مشاوره بود. به عنوان مثال، لوئیس و لوئیس (۱۹۷۷) اصطلاح "مشاور جامعه" را برای نوع جدیدی از مشاور ابداع کردند که می‌توانست در نقش‌های چندبعدی صرف نظر از محیط شغلی عمل کند. بسیاری از برنامه‌های مشاوره جامعه تأسیس شدند و مشاوران در سازمان‌هایی مانند کلینیک‌های بهداشت روان، آسایشگاه‌ها، برنامه‌های کمک به کارکنان، بیمارستان‌های روانپزشکی، مراکز توانبخشی و مراکز سوء مصرف مواد رایج‌تر شدند. به همان اندازه چشمگیر و از نظر رشد بسیار سریع، تشکیل انجمن مشاوران بهداشت روان آمریکا (AMHCA) در APGA بود AMHCA. که در سال ۱۹۷۶ تأسیس شد، به سرعت به یکی از بزرگترین بخش‌های APGA تبدیل شد و مشاوران بهداشت روان را در یک سازمان حرفه‌ای متحد کرد که در آن نقش‌ها و اهداف خود را تعریف می‌کردند.

برنامه‌های مهارت‌های کمک‌رسانی. دهه ۱۹۷۰ شاهد توسعه برنامه‌های مهارت‌های کمک‌رسانی بود که بر مهارت‌های ارتباطی و رابطه‌ای متمرکز بودند. این برنامه‌ها که توسط ترواکس و کارکاف (۱۹۶۷) و آیوی (۱۹۷۱) آغاز شدند، مهارت‌های مشاوره اولیه را به متخصصان و غیرمتخصصان به طور یکسان آموزش می‌دادند. تأکید بر رویکرد انسان‌گرایانه و التقاطی بود. فرض بر این بود که برای ایجاد تعامل شخصی رضایت‌بخش، باید مهارت‌های اساسی تسلط یابد. یک امتیاز برای مشاورانی که این نوع آموزش را دریافت می‌کردند این بود که می‌توانستند آن را به راحتی به دیگران آموزش دهند. مشاوران اکنون می‌توانستند با آموزش برخی از مهارت‌های خود به کسانی که با آنها کار می‌کردند، عمدتاً معلمان و شبه‌متخصصان، مشاوره دهند. از بسیاری جهات، این روند نسخه جدیدی از مفهوم آموزش به عنوان راهنمایی بروثر بود.

صدور مجوز ایالتی. تا اواسط دهه ۱۹۷۰، هیئت‌های ایالتی ممتحنین روانشناسان محدودکننده شده بودند. برخی از محدودیت‌های آنها، مانند منع فارغ‌التحصیلان برنامه‌های مشاوره دانشکده‌های آموزش از شرکت در آزمون مجوز روانشناسی، باعث ایجاد تنش قابل توجهی نه تنها بین APA و APGA بلکه در درون خود اعضای APA نیز شد. نتیجه آن حرکت APGA به سمت صدور مجوز ایالتی و ملی برای مشاوران بود. توماس جی. سوینی (۱۹۹۱) ریاست اولین کمیته صدور مجوز APGA را بر عهده داشت و او و جانشینانش با موفقیت زیادی این کار را انجام دادند. ویرجینیا اولین ایالتی بود که قانون صدور مجوز مشاور حرفه‌ای را در سال ۱۹۷۶ به تصویب رساند. قبل از پایان دهه، آرکانزاس و آلاباما به سرعت از آن پیروی کردند (شکل پیوست الف.۱). در مورد صدور مجوز، باید توجه داشت که کالیفرنیا در سال ۱۹۶۲ قانون مشاور ازدواج، خانواده و کودک را تصویب کرد. مشکل قانون کالیفرنیا این بود که اصطلاح "مشاور" را به طور گسترده تعریف کرد و بعداً این اصطلاح را با کلمه "درمانگر" جایگزین کرد که به طور دقیق تعریف شده بود و در نهایت مشاوران را از حقوق خود محروم کرد. تا سال ۲۰۱۰ طول کشید تا قانونگذار کالیفرنیا قانون صدور مجوز مشاور حرفه‌ای را تصویب کند.

شکل پیوست الف.۱. همه ایالت‌ها به طور قانونی مشاوران را تنظیم می‌کنند.

یک APGA قوی. در طول دهه ۱۹۷۰، APGA به عنوان یک سازمان حرفه‌ای قوی‌تر ظاهر شد. چندین تغییر تصویر و عملکرد آن را دگرگون کرد، که یکی از آنها ساختن دفتر مرکزی خود در اسکندریه، ویرجینیا بود. APGA همچنین شروع به زیر سوال بردن هویت حرفه‌ای خود کرد زیرا به نظر می‌رسید راهنمایی و پرسنل روش‌های قدیمی برای تعریف تأکیدات سازمان هستند.

در سال ۱۹۷۳، انجمن آموزشگران و سرپرستان مشاوره (ACES)، یکی از بخش‌های APGA، استانداردهای مدرک کارشناسی ارشد در مشاوره را ترسیم کرد. رابرت استریپلینگ از دانشگاه فلوریدا این تلاش را رهبری کرد. در سال ۱۹۷۷، ACES دستورالعمل‌های آماده‌سازی دکترای مشاوره را تصویب کرد (Stripling,

(۱۹۷۸ در طول این دهه، عضویت APGA به نزدیک به ۴۰۰۰۰ نفر افزایش یافت. چهار بخش جدید) علاوه بر (AMHCA تأسیس شدند: انجمن مسائل و ارزشی در مشاوره، انجمن متخصصان کار گروهی، انجمن نگرانی‌های غیرسفیدپوستان در پرسنل و راهنمایی و انجمن مشاوران مجرمین).

مثال موردی

احساس حقانیت جاستین

جاستین در اواسط دهه ۱۹۷۰ مدرک مشاوره خود را دریافت کرد. اگرچه مشاوره به اندازه امروز توسعه نیافته بود، اما جاستین به نحوه رشد این حرفه در "دهه خودش" افتخار زیادی می‌کند. او احساس می‌کند حق دارد به دیگران بگوید که دهه ۱۹۷۰ بهترین دهه برای مشاور شدن بود. ادعای او چگونه پشتیبانی می‌شود؟ او ممکن است چه چیزی را نادیده بگیرد؟

****دهه ۱۹۸۰****

دهه ۱۹۸۰ شاهد رشد مداوم مشاوره به عنوان یک حرفه بود، که با ابتکارات فعال مشاوران مرتبط با APGA و بخش ۱۷ نشان داده می‌شود. از جمله مهم‌ترین رویدادهای این دهه، مواردی بود که آموزش و صدور گواهینامه مشاوران را استاندارد کرد، مشاوره را به عنوان یک حرفه متمایز به رسمیت شناخت، تنوع تخصص‌های مشاور را افزایش داد و بر رشد و توسعه انسانی تأکید کرد.

****استانداردسازی آموزش و صدور گواهینامه**** حرکت به سوی آموزش و صدور گواهینامه استاندارد از اوایل این دهه آغاز شد و سال به سال قوی‌تر شد. در سال ۱۹۸۱، شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط (CACREP) به عنوان یک سازمان وابسته به APGA تشکیل شد. این شورا استانداردهای اولیه پیشنهادی ACES در اواخر دهه ۱۹۷۰ را اصلاح کرد و در ابتدا چهار برنامه را معتبر شناخت و سایر برنامه‌هایی را که توسط انجمن مشاوران ایالت کالیفرنیا و ACES معتبر شناخته شده بودند، به رسمیت شناخت (Steinhauser & Bradley, ۱۹۸۳). در سال ۱۹۸۷، CACREP به عضویت شورای اعتباربخشی آموزش

عالی (COPA) درآمد و "موقعیتی از قدرت اعتباربخشی مشابه" نهادهای تخصصی اعتباربخشی مانند APA را به دست آورد CACREP. (Herr, ۱۹۸۵, p. ۳۹۹) برنامه‌های آموزش مشاوران را برای برنامه‌های کارشناسی ارشد و دکترای در زمینه‌های مشاوره مدرسه، جامعه، بهداشت روان و ازدواج و خانواده، و همچنین برای خدمات پرسنلی دانشجویان کالج، استاندارد کرد.

مکمل کار CACREP، هیئت ملی مشاوران مجاز (NBCC) بود که در سال ۱۹۸۲ تشکیل شد و شروع به صدور گواهینامه برای مشاوران در سطح ملی کرد. این هیئت یک آزمون استاندارد ایجاد کرد و هشت حوزه موضوعی اصلی را تعریف کرد که مشاوران باید در آنها دانش داشته باشند: (الف) رشد و توسعه انسانی، (ب) مبانی اجتماعی و فرهنگی، (ج) روابط کمک‌رسانی، (د) گروه‌ها، (ه) سبک زندگی و توسعه شغلی، (و) ارزیابی، (ز) تحقیق و ارزیابی و (ح) جهت‌گیری حرفه‌ای. برای تبدیل شدن به یک مشاور ملی مجاز (NCC)، داوطلبان باید یک آزمون استاندارد را با موفقیت بگذرانند و شرایط مربوط به تجربه و معرفی شخصیتی را برآورده کنند. تا پایان این دهه، تقریباً ۱۷۰۰۰ متخصص NCC وجود داشت.

در نهایت، با همکاری CACREP، آکادمی ملی مشاوران مجاز بهداشت روان بالینی (NACCMHC)، وابسته به AMHCA، به تعریف استانداردهای آموزشی و صدور گواهینامه برای مشاوران در زمینه مشاوره بهداشت روان ادامه داد، فرآیندی که در اواخر دهه ۱۹۷۰ آغاز کرده بود (Seiler, Brooks & Beck, ۱۹۸۷; Wilmarth, ۱۹۸۵). این آکادمی همچنین در سال ۱۹۸۸ شروع به آموزش سرپرستان مشاوران بهداشت روان کرد. هر دو برنامه هزاران متخصص جدید را به مشاوره جذب کردند و مدارک متخصصان موجود در این زمینه را ارتقا دادند.

*مشاوره به عنوان یک حرفه متمایز** تکامل مشاوره در دهه ۱۹۸۰ به عنوان یک حرفه کمک‌رسانی متمایز، نتیجه رویدادها، مسائل و نیروهای داخلی و خارجی APGA بود (Heppner, ۱۹۹۰b) در داخل APGA، آگاهی رو به رشدی در میان رهبران آن وجود داشت مبنی بر اینکه کلمات "پرسنل" و "راهنمایی" دیگر کار اعضای آن را توصیف نمی‌کنند (Sheeley, ۲۰۰۲) در سال ۱۹۸۴، پس از بحث‌های قابل توجه، APGA نام خود را به انجمن آمریکایی مشاوره و توسعه (AACD) تغییر داد تا "بازتابی از تغییرات جمعیتی اعضای آن و محیط‌هایی که در آن کار می‌کردند" باشد (Herr, ۱۹۸۵, p. ۳۹۵) این تغییر نام نمادی از دگرگونی سریع در هویت بود که اعضای APGA از طریق اجرای سیاست‌های مربوط به آموزش، صدور گواهینامه و استانداردها تجربه می‌کردند. رویدادهای خارجی که APGA را تحت تأثیر قرار داد تا نام خود و در نهایت تمرکز خود را تغییر دهد، شامل قانون‌گذاری، به ویژه در سطح فدرال، که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روان را به رسمیت می‌شناخت و اقدامات سایر انجمن‌های خدمات بهداشت روان بود.

علاوه بر این، تعهد حرفه‌ای جدیدی در میان اعضای AACD وجود داشت. چی سیگما ایوتا، یک انجمن افتخاری علمی و حرفه‌ای بین‌المللی، در سال ۱۹۸۵ توسط توماس جی. سوینی برای ارتقای برتری در حرفه مشاوره تأسیس شد. این انجمن تا پایان دهه به بیش از ۱۰۰ شعبه و ۵۰۰۰ عضو رسید (Sweeney, ۱۹۸۹) علاوه بر این، بیمه‌نامه‌های مسئولیت، نشریات تخصصی جدید مشاوره، صندوق‌های دفاع حقوقی، ابتکارات قانونی و انواع دیگر خدمات عضویت توسط دفتر مرکزی ملی آن در اختیار اعضای AACD قرار گرفت (Myers, ۱۹۹۰) تا سال ۱۹۸۹، بیش از ۵۸۰۰۰ نفر عضو AACD شده بودند، که نشان دهنده افزایش بیش از ۱۸۰۰۰ عضو در ۱۰ سال است.

تأسیس CSI در سال بعد، ۱۹۸۶، با تأسیس انجمن آمریکایی هیئت‌های مشاوره ایالتی (AASCB) توسط تد رملی دنبال شد. AASCB از همان ابتدا انجمنی از نهادهایی بود که از نظر قانونی مسئول ثبت، صدور گواهینامه یا مجوز برای مشاوران در حوزه قضایی خود در ایالات متحده بودند. اولین جلسه این گروه در چارلستون، کارولینای جنوبی برگزار شد.

بخش ۱۷ نیز به رشد پیوسته خود ادامه داد. (Woody, Hansen & Rossberg, ۱۹۸۹) در سال ۱۹۸۷، کنفرانسی در مورد استانداردهای حرفه‌ای توسط رئیس آن، جورج گازدا، برای تعریف بیشتر منحصربه‌فرد بودن روانشناسی مشاوره و مشاوره به طور کلی تشکیل شد.

****تأمل شخصی****

چه چیزی در یک اسم است؟ به اسم خودتان و اینکه چگونه بر روابط شما تأثیر گذاشته است فکر کنید. اگر نام خود را تغییر داده‌اید، برخی از تأثیرات آن تغییر را یادداشت کنید. برخی از پیامدهای تغییر نام یک سازمان مشاوره چه می‌تواند باشد؟

****تنوع بیشتر در مشاوره.**** در دهه ۱۹۸۰، مشاوران متنوع‌تر شدند. تعداد زیادی از مشاوران همچنان در مدارس ابتدایی و متوسطه و در آموزش عالی در زمینه‌های مختلف خدمات پرسنلی دانشجویی استخدام می‌شدند. مشاوران بهداشت روان و مشاوران جامعه/سازمان دو گروه بزرگ از متخصصان در خارج از محیط‌های آموزشی رسمی بودند. علاوه بر این، تعداد مشاوران در مراکز بهداشت روان برای کارکنان مشاغل، سالمندان و

افراد متأهل و خانواده‌ها افزایش یافت. نماد این رشد، انجمن توسعه و سالمندی بزرگسالان (AADA) و انجمن بین‌المللی مشاوران ازدواج و خانواده (IAMFC) به ترتیب در سال‌های ۱۹۸۷ و ۱۹۹۰ به عنوان بخش‌های AACD سازماندهی و تأسیس شدند.

عضویت قوی در بخش‌های AACD که به کار گروهی، آموزش مشاوران، آموزش انسان‌گرایانه، سنجش و توسعه، مسائل و ارزشی، توسعه شغلی و حرفه‌ای، توانبخشی، نگرانی‌های چند فرهنگی، کار با اعتیاد و مجرمین و پرسنل نظامی اختصاص داشت، بیشتر بر تنوع مشاوره در دهه ۱۹۸۰ تأکید می‌کرد. شماره‌های ویژه مجلات AACD بر موضوعاتی مانند خشونت (مجله مشاوره و توسعه، مارس ۱۹۸۷)، افراد با استعداد و تیزهوش (مجله مشاوره و توسعه، مه ۱۹۸۶)، هنرها (مجله مشاوره بهداشت روان، ژانویه ۱۹۸۵) و پیشگیری (راهنمایی و مشاوره مدارس ابتدایی، اکتبر ۱۹۸۹) تمرکز داشتند. این نشریات به گسترش دامنه خدمات مشاوره و آگاهی مشاوران کمک کرد.

****تأکید بیشتر بر رشد و توسعه انسانی.**** تأکید مشاوره بر رشد و توسعه انسانی در دهه ۱۹۸۰ اشکال مختلفی به خود گرفت. به عنوان مثال، توجه جدیدی به مشاوره رشدی در طول عمر معطوف شد (Gladstein & Apfel, ۱۹۸۷). عبارات رفتاری جدید مرتبط با پنج مرحله اول رشد زندگی اریکسون (Hamachek, ۱۹۸۸) و تأکید بیشتر بر رشد بزرگسالان و سالمندان منجر به تشکیل انجمن سالمندی و توسعه بزرگسالان (AAAD) شد.

دومین راهی که رشد و توسعه انسانی مورد تأکید قرار گرفت، از طریق توجه بیشتر به مسائل جنسیتی و ترجیحات جنسی بود. (O'Neil & Carroll, ۱۹۸۸; Pearson, ۱۹۸۸; Weinrach, ۱۹۸۷) مطالعه برجسته کارول گیلیگان (۱۹۸۲) در مورد توسعه ارزش‌های اخلاقی در زنان، که به معرفی نظریه فمینیستی به عرصه مشاوره کمک کرد، متخصصان رشد انسانی را مجبور به بررسی تفاوت‌های بین جنسیت‌ها کرد.

تأکید بر رشد اخلاقی سومین راهی بود که مسائل مربوط به رشد انسانی برجسته شد (Colangelo, ۱۹۸۵). (Lapsley & Quintana, ۱۹۸۵) تأکید مجددی بر مدل‌های رشد اخلاقی، مانند نظریه لارنس کلبِرگ (۱۹۶۹) وجود داشت و تحقیقات در زمینه ارتقای رشد اخلاقی افزایش یافت. در آموزش مشاوران، مشخص شد که رشد اخلاقی ارتباط نزدیکی با توانایی شناختی و همدلی دارد. (Bowman & Reeves, ۱۹۸۷)

در نهایت، چالش‌های کار با گروه‌های قومی و فرهنگی مختلف بیشتر مورد بحث قرار گرفت (Ponterotto & Casas, ۱۹۸۷) انجمن مشاوره و توسعه چند فرهنگی (AMCD) در تمرکز بر مسائل چند فرهنگی پیش‌تاز بود، اما مضامین چند فرهنگی، مانند اهمیت تنوع، به یک مسئله محوری در میان همه گروه‌ها تبدیل شد، به ویژه با توجه به نژادپرستی تجدید شده که در دهه ۱۹۸۰ توسعه یافت. (Carter, ۱۹۹۰)

****دهه ۱۹۹۰****

دهه ۱۹۹۰ همچنان شاهد تغییراتی در تکامل حرفه مشاوره بود، برخی از آنها نمادین و برخی دیگر ساختاری. یک تغییر مهم تصمیم AACD در سال ۱۹۹۲ برای تغییر نام خود و تبدیل شدن به انجمن مشاوره آمریکا (ACA) بود. نام جدید بهتر نشان دهنده عضویت و مأموریت سازمان بود.

دومین رویداد قابل توجه در دهه ۱۹۹۰ نیز در سال ۱۹۹۲ رخ داد، زمانی که مشاوره، به عنوان یک حرفه اصلی بهداشت روان، برای اولین بار در آمار منابع انسانی مراقبت‌های بهداشتی که توسط مرکز خدمات بهداشت روان و مؤسسه ملی بهداشت روان گردآوری شده بود، گنجانده شد (Manderscheid & Sonnenschein, ۱۹۹۲). این نوع به رسمیت شناختن، مشاوره را با سایر تخصص‌های بهداشت روان مانند روانشناسی، مددکاری اجتماعی و روانپزشکی همتراز کرد. در آغاز قرن بیست و یکم، تخمین زده می‌شد که بیش از ۱۰۰۰۰۰ مشاور در ایالات متحده وجود داشته باشد.

سومین رویداد در مشاوره که آن نیز در سال ۱۹۹۲ نشأت گرفت، نگارش شایستگی‌ها و استانداردهای مشاوره چند فرهنگی توسط سو، آرونسو و مک‌دیویس (۱۹۹۲) بود. اگرچه این شایستگی‌ها عمدتاً در مورد مشاوره با افراد رنگین‌پوست اعمال می‌شد، اما زمینه را برای بحث گسترده‌تری در مورد ماهیت مشاوره چند فرهنگی فراهم کرد—به عنوان مثال، گنجاندن گروه‌های دیگر، مانند افراد دارای معلولیت، در تعریف. بنابراین، بحث پرشوری در طول این دهه در مورد اینکه تنوع و مشاوره در یک جامعه کثرت‌گرا چه معنایی دارد، در گرفت (Weinrach & Thomas, ۱۹۹۸).

چهارمین مسئله در دهه ۱۹۹۰ تمرکز بر مراقبت‌های بهداشتی و افزایش سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده بود. شرکت‌های بزرگ ظهور کردند و بسیاری از مشاوران تحت این روش‌های سازماندهی شده جدید ارائه خدمات، به ارائه‌دهنده تبدیل شدند. در نتیجه، تعداد متخصصان مشاور مستقل کاهش یافت، همانطور که تعداد جلساتی که یک مشاور می‌توانست تحت برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده ارائه دهد، کاهش یافت. تأکید جدید بر قانون‌گذاری مرتبط با این سازمان‌ها، مشاوران را مجبور کرد تا به طور فزاینده‌ای آگاه و فعال به عنوان حامیان قانونی عمل کنند. (Barstow, ۱۹۹۸)

علاوه بر این، در این دهه تمرکز مجددی بر مسائل مشاوره مرتبط با کل فرد وجود داشت. مشاوران بیشتر از عوامل اجتماعی مهم برای توسعه و حفظ اختلالات و سلامت روان از جمله اهمیت تعامل ارگانیک-زمینه (یعنی زمینه‌گرایی) آگاه شدند. (Thomas, ۱۹۹۶) این عوامل شامل معنویت، محیط خانوادگی، ملاحظات اقتصادی-اجتماعی، تأثیر گروه‌ها و کار گروهی و پیشگیری است. (Bemak, ۱۹۹۸)

سایر تحولات در دهه ۱۹۹۰ شامل موارد زیر بود:

* ادغام آکادمی ملی مشاوران بهداشت روان بالینی با NBCC برای صدور گواهینامه به مشاوران.

* رشد برنامه‌های معتبر CACREP در آموزش مشاوران در سطوح دکترا و کارشناسی ارشد.

* افزایش تعداد نشریات در مورد مشاوره توسط ACA، ناشران تجاری و ERIC/CASS مرکز اطلاع‌رسانی خدمات مشاوره و دانشجویی).

* رشد چپ سیگما ایوتا به بیش از ۲۰۰ شعبه و ۲۰۰۰۰ عضو.

* رشد قوانین صدور مجوز مشاور ایالتی.

**** روندهای کنونی در قرن بیست و یکم ****

در سال ۲۰۰۲، مشاوره به طور رسمی پنجاهمین سالگرد خود و در سال ۲۰۱۲ شصتمین سالگرد خود را به عنوان یک حرفه تحت چتر ACA جشن گرفت. با این حال، در این جشن، درک این موضوع وجود داشت که مشاوره دائماً در حال تغییر است و تأکید بر موضوعات، مسائل و نگرانی‌های خاص در آغاز قرن بیست و یکم به احتمال زیاد با نیازهای مراجعان و جامعه تغییر خواهد کرد. نقش‌های در حال تغییر مردان و زنان، نوآوری‌ها در رسانه‌ها و فناوری، فقر، بی‌خانمانی، تروما، تنهایی و پیری، از جمله موضوعات دیگر، توجه مشاوره را در آغاز قرن جدید به خود جلب کرد. (Lee & Walz, ۱۹۹۸; Webber & Mascari, ۲۰۱۰) از جمله مهم‌ترین موضوعات، پرداختن به اعتباربخشی برنامه‌های مشاوره و تقویت مدارک مشاوران؛ مقابله با خشونت، تروما و بحران‌ها؛ رویارویی با چالش مراقبت‌های مدیریت شده؛ ترویج تندرستی؛ دغدغه عدالت اجتماعی و حمایت؛ تأکید بیشتر بر فناوری؛ رهبری؛ تقویت هویت؛ بین‌المللی شدن مشاوره؛ قابلیت انتقال مجوز؛ و یکنواختی استانداردهای آموزش مشاوران بود.

**** اعتباربخشی برنامه‌های مشاوره و تقویت مدارک مشاوران ****

اعتباربخشی برنامه‌های آموزش مشاوران با انجمن آموزشگران و سرپرستان مشاوره (ACES) و به رسمیت شناختن چهار برنامه آموزش مشاور در سراسر کشور در اواخر دهه ۱۹۷۰ به عنوان مطابق با بالاترین استاندارد از نظر آنها آغاز شد. با این حال، اعتباربخشی به سرعت به یک گروه ملی جدید وابسته به انجمن پرسنل و

راهنمایی آمریکا (اکنون انجمن مشاوره آمریکا)، یعنی شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط (CACREP) در سال ۱۹۸۱ منتقل شد. از آن زمان، CACREP استانداردهایی را برای حرفه مشاوره تدوین و بازنگری کرده است و بیش از نیمی از کالج‌ها و دانشگاه‌هایی که برنامه‌های آموزش مشاوره ارائه می‌دهند، استانداردهای CACREP را برآورده کرده‌اند. قبل از وجود CACREP، یک نهاد اعتباربخشی مرتبط با مشاوره دیگر نیز تشکیل شد (CORE: شورای مشاوره توانبخشی CORE). (که از نظر دامنه کوچکتر و تخصصی‌تر بود، تا سال ۲۰۱۳ با CACREP همزیستی داشت. سپس این دو نهاد توافقنامه وابستگی را امضا کردند که بعداً در سال ۲۰۱۷ به طرح ادغام تبدیل شد. از اول ژوئیه ۲۰۱۷، CACREP مأموریت هر دو سازمان را بر عهده گرفت.

همزمان با ادغام دو نهاد اعتباربخشی مشاوره، فعالیت‌های دیگری در حرفه مشاوره در حال تقویت مدارک متخصصان مشاور بود. هیئت ملی مشاوران مجاز اعلام کرد که پس از سال ۲۰۲۰ دیگر متقاضیانی را که از یک برنامه مورد تأیید CACREP برای مدرک مشاور ملی مجاز (NCC) فارغ التحصیل نشده‌اند، تأیید نخواهد کرد.

****مقابله با خشونت، تروما و بحران‌ها****

درگیری بخشی از بیشتر جوامع، حتی جوامعی که عمدتاً صلح‌آمیز هستند، است. این اتفاق زمانی رخ می‌دهد که "فردی احساس کند دیگری در پیشرفت برای برآورده کردن نیازهای مهم دخالت یا مانع ایجاد می‌کند" (Corcoran & Mallinckrodt, ۲۰۰۰, p. ۴۷۴). را با تاکتیک‌های برد-باخت حل کنند. در ایالات متحده، نگرانی‌ها در مورد درگیری و ایمنی از نظر پیشگیری و درمان در چند دهه گذشته از موج تیراندازی‌های مدارس، مانند کلمباین و سندی هوک، و بمب‌گذاری اوکلاهما سیتی که در هر یک تعدادی از افراد بی‌گناه کشته شدند، پدیدار شده است. (Daniels, ۲۰۰۲) سایر

تیراندازی‌های بی‌معنی، وحشیانه و مرگبار، مانند تیراندازی‌هایی که در چارلستون، کارولینای جنوبی در ژوئیه ۲۰۱۵ و در اورلاندو، فلوریدا در ژوئن ۲۰۱۶ رخ داد، نیز پرداختن به این موضوع را ضروری و لازم کرده است.

لحظه تعیین کننده در درگیری و خشونت در ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ رخ داد، زمانی که تروریست‌ها هواپیماهای تجاری را به برج‌های مرکز تجارت جهانی در نیویورک و پنتاگون در واشنگتن دی سی کوبیدند. این اقدامات نشان دهنده آغاز یک تأکید فعال و جدید در مشاوره بر آماده‌سازی و پاسخگویی به تروما و فجایعی مانند آنچه با طوفان کاترینا، جنگ‌های عراق و افغانستان و تیراندازی‌های ویرجینیا تک مرتبط بود، بود (Walz & Kirkman, ۲۰۰۲; Webber & Mascari, ۲۰۱۰).
توسعه برنامه‌های بحران و استراتژی‌هایی برای کار با گروه‌های سنی مختلف از کودکان خردسال تا سالمندان به منظور ارائه کمک‌های اولیه روانشناختی و تسهیل روند سوگواری و بهبودی.

تروما یک واکنش طبیعی به یک وضعیت بسیار غیرطبیعی است. "بلاهای طبیعی، جنگ‌های مداوم، حملات تروریستی، سقوط هواپیما، خشونت و سوء استفاده در مدارس از جمله شناخته شده‌ترین علل تروما هستند... تروما همچنین می‌تواند ناشی از رویدادهایی باشد که لزوماً در اخبار ملی قرار نمی‌گیرند (Shallcross, ۲۰۱۰, p. ۲۶).
خانواده، دوستان، همکلاسی‌ها یا همکاران وجود دارد که تأثیر روانی عمیقی به اندازه هر رویداد بزرگ در جهان بر افراد می‌گذارد. این رویدادها و افرادی که آنها را تجربه می‌کنند کسانی هستند که مشاوران بیشتر با آنها تعامل دارند. برخی از علائم و نشانه‌های مرتبط با استرس ناشی از تروما شامل اختلال خواب، بی‌ثباتی عاطفی، اختلال در تمرکز و ناتوانی در انجام وظایف روزمره و منظم است. با این حال، همه علائم تروما قابل مشاهده

نیستند. با این وجود، مداخله زودهنگام برای بازماندگان تروما باید بر کمک به آنها برای ارتباط با سیستم‌های حمایت اجتماعی طبیعی و منابع موجود در جوامعشان تأکید کند.

در زمینه مقابله با تروما، در سال‌های اخیر تأکید مجددی بر درمان استرس و هم اختلال استرس حاد (ASD) و هم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) شده است (Jordan, ۲۰۰۲; LeDoux, Keane & Shiromani, ۲۰۱۴; Marotta, ۲۰۰۰; Taylor & Baker, ۲۰۰۷). در نتیجه قرار گرفتن در معرض یک رویداد آسیب‌زا شامل آسیب واقعی یا تهدید به آسیب ایجاد می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). تهدیدها با ترس شدید، درماندگی یا وحشت همراه هستند ASD. گذراتر است؛ افراد در حدود ۴ هفته پس از یک موقعیت علائم را نشان می‌دهند و در حدود ۴ هفته دیگر آنها را برطرف می‌کنند (Jordan, ۲۰۰۲). PTSD متفاوت است زیرا در حالی که، به جز موارد شروع دیر هنگام، علائم در حدود یک ماه پس از یک حادثه رخ می‌دهند، در صورت عدم درمان ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشند. افرادی که به PTSD مبتلا می‌شوند ممکن است تعدادی از علائم از جمله تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا از طریق فلاش‌بک‌ها، اجتناب از فعالیت‌های مرتبط با تروما و بی‌حسی عاطفی به علاوه سایر اختلالات مانند سوء مصرف مواد، اختلالات وسواس فکری-عملی و اختلالات پانیک را نشان دهند (Jones, Young & Leppma, ۲۰۱۰).

بسیاری از بازماندگان حملات ۱۱ سپتامبر به مرکز تجارت جهانی سال‌ها بعد از PTSD رنج می‌بردند. یک نظرسنجی از بیش از ۳۲۰۰ نفر از تخلیه شدگان برج‌های دوقلو نشان داد که تقریباً همه آنها حداقل یک علامت PTSD را تجربه کرده‌اند و ۱۵٪ یا ۳ سال پس از حملات به PTSD مبتلا بودند. احتمال ابتلا به

PTSD برای کسانی که دیرتر تخلیه شدند، در طبقات بالا بودند یا برای شرکتی کار می‌کردند که در این فاجعه کارمندان خود را از دست داده بود، بیشتر بود (دانشکده بهداشت عمومی Mailman دانشگاه کلمبیا، ۲۰۱۱).

مشاورانی که در زمینه کار با مراجعان مبتلا به ASD یا PTSD استخدام می‌شوند، به آموزش‌های تخصصی برای کمک به این افراد نیاز دارند. بحران‌ها اغلب مدت‌ها پس از رویدادهایی که آنها را ایجاد کرده‌اند، در ذهن افراد باقی می‌مانند. مشاوره بحران و همچنین خدمات مشاوره طولانی‌مدت اغلب مورد نیاز است، به ویژه برای افرادی که PTSD دارند. به عنوان مثال، رشد روانی-اجتماعی و اخلاقی ممکن است در جانبازان جنگی مبتلا به PTSD متوقف شود، و این امر برقراری روابط موفق و مقابله به تنهایی "با تروما، سردرگمی، احساسات، وحشیگری و ترس مرتبط با جنگ" را برای آنها دشوارتر می‌کند (Taylor & Baker, ۲۰۰۷, p. ۳۶۸). تنها با تشخیص و درمان PTSD است که قربانیان تروما می‌توانند امیدوار باشند که از تأثیر تروما عبور کرده و زندگی سالم داشته باشند (Grosse, ۲۰۰۲, p. ۲۵) "

چالش مراقبت مدیریت‌شده (The Challenge of Managed Care)

«مراقبت مدیریت‌شده (Managed care) شامل یک توافق قراردادی بین یک متخصص بهداشت روان و یک شخص ثالث، یعنی شرکت مراقبت مدیریت‌شده، در مورد مراقبت و درمان شخص اول، یعنی مراجع است» (مورفی، ۱۹۹۸، ص ۳). مراقبت مدیریت‌شده یک نگرانی عمده برای مشاوران در طول قرن بیست و یکم است و خواهد بود و در واقع قبلاً به دروازه‌بان (gatekeeper) جدید برای عملکردهای بهداشت روان تبدیل شده است (لاولس، گینتر و کلی، ۱۹۹۹). تنها چند شرکت غالب در کسب‌وکار مراقبت مدیریت‌شده وجود دارد، اما

نفوذ آنها فوق‌العاده است. آنها تعیین می‌کنند که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله مشاوران، چگونه خدمات را ارائه دهند و مصرف‌کنندگان چه حقوق و راه‌های چاره‌ای دارند.

«اگرچه مدل‌های مراقبت مدیریت‌شده از طریق تأکید بر کیفیت به جای کمیت خدمات، پاسخگویی در درمان را ترویج کرده‌اند، چنین مدل‌هایی اغلب از تصدیق تفاوت‌های حیاتی در نیازهای درمانی مرتبط با مسائل خاص یا جمعیت‌های خاص ناتوان هستند» (کلی، ۲۰۰۷، ص ۱۳۲). ترتیبات مراقبت مدیریت‌شده اغلب مستلزم آن است

که مراجعان ابتدا به یک پزشک دروازه‌بان (**gatekeeper physician**) مراجعه کنند تا بتوانند به

متخصصی مانند مشاور ارجاع داده شوند. این محدودیت، همراه با بازپرداخت (**reimbursement**) مالی

محدود، و محدودیت در تعداد جلسات مجاز تحت مراقبت مدیریت‌شده، نتایج متفاوتی داشته است.

مراقبت مدیریت‌شده با گنجاندن مشاوران هم در هیئت‌های مراقبت مدیریت‌شده و هم به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات، حرفه مشاوره را پیشرفت داده است (گوتز، ۱۹۹۸). با این حال، مراقبت مدیریت‌شده تأثیر منفی نیز بر

این حرفه داشته است (دنیلز، ۲۰۰۱). به عنوان یک گروه، مشاوران تحت اکثر ترتیبات مراقبت مدیریت‌شده،

جبران خسارت خوبی دریافت نکرده‌اند. مصرف‌کنندگان مراجع اغلب در دریافت خدماتی که نیاز دارند محدود

شده‌اند. به همین ترتیب، مشاوران در توانایی ارائه درمان کافی یا عضویت در هیئت‌های مراقبت مدیریت‌شده

ناکام مانده‌اند. علاوه بر این، شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده تمرکز درمان را از درمانی که مبتنی بر رابطه بود،

مانند مشاوره، به درمانی که بیشتر صرفاً مبتنی بر دارو (**medication-only based**) است تغییر داده‌اند،

حتی اگر تحقیقات از چنین تأکیدی حمایت نکند (نوردال، ۲۰۱۰). در نهایت، نگرانی‌های اخلاقی در خدمات

مراقبت مدیریت‌شده ارائه شده توسط مشاوران به مراجعان وجود دارد. این نگرانی‌ها حول مسائلی مانند رضایت

آگاهانه (**informed consent**)، رازداری (**confidentiality**)، نگهداری سوابق، صلاحیت، صداقت، رفاه

انسانی، تضاد منافع و شرایط استخدام است (دنیلز، ۲۰۰۱).

چالش برای مشاوران در آینده، یافتن راه‌هایی برای کار مؤثرتر با شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده یا کار در خارج از چنین شرکت‌هایی و همچنان بازیگران اصلی در عرصه بهداشت روان بودن است. اگر مشاوران با خدمات مراقبت مدیریت‌شده بمانند، اهمیت فزاینده‌ای خواهد داشت که آنها در هیئت‌های ارائه‌دهنده مراقبت مدیریت‌شده عضو باشند، زیرا این هیئت‌ها هستند که در نهایت تعیین می‌کنند چه کسی و برای چه چیزی در سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده تأیید صلاحیت می‌شود. صرف‌نظر از این، برای مشاوران ضروری خواهد بود که شماره ملی ارائه‌دهنده خدمات (national provider number) را به دست آورند تا انعطاف‌پذیری در خدماتی که ارائه می‌دهند را حفظ کنند.

مطالعه موردی

محدودیت‌ها برای لورن

لورن به عنوان یک مشاور کاملاً تثبیت شده بود. او به خاطر اثربخشی‌اش شناخته شده بود. با این حال، او به روابط مشاوره‌ای طولانی‌مدت علاقه‌مند بود و فکر می‌کرد هر چیزی کمتر از تعهد ۳ ماهه به فرآیند مشاوره، هم برای مراجع و هم برای مشاور اتلاف وقت است.

فلسفه لورن و تعهد او به فرآیند مشاوره زمانی او را آزار داد که مراجع جدیدی به نام لوسی، که کاملاً افسرده به نظر می‌رسید، با قرارداد مراقبت مدیریت‌شده‌ای که فقط شش جلسه را مجاز می‌دانست، در دفترش حاضر شد. لورن می‌دانست که نمی‌تواند در شش جلسه به طور بسیار مؤثری به لوسی کمک کند. با این حال، می‌دانست که رد کردن او ممکن است او را پریشان‌تر کند.

اگر شما جای لورن بودید چه می‌کردید؟

ترویج بهزیستی (Promoting wellness)

در سال‌های اخیر، ایده ترویج بهزیستی در حرفه مشاوره رشد کرده است (لاوسون، ونارت، هیزلر و کاتلر، ۲۰۰۷؛ مایرز و سوئینی، ۲۰۰۵، ۲۰۰۸). بهزیستی جنبه‌های بسیاری از زندگی از جمله جسمی، فکری، اجتماعی، روانی، عاطفی و محیطی را شامل می‌شود. مایرز، سوئینی و ویتمر (۲۰۰۰) بهزیستی را به عنوان روشی از زندگی تعریف می‌کنند که به سمت سلامت و بهباشی بهینه گرایش دارد و در آن بدن، ذهن و روح توسط فرد یکپارچه می‌شوند تا زندگی را به طور کامل‌تری در جامعه انسانی و طبیعی زندگی کند. «در حالت ایده‌آل، این وضعیت بهینه سلامت و بهباشی است که هر فرد قادر به دستیابی به آن است» (ص ۲۵۲).

مدلی برای ترویج بهزیستی توسط مایرز و همکاران (۲۰۰۰) توسعه یافته است. این مدل حول پنج وظیفه زندگی می‌چرخد: معنویت، خودراهبری، کار و اوقات فراغت، دوستی و عشق. برخی از این وظایف، مانند خودراهبری، بیشتر به تعدادی وظیفه فرعی تقسیم می‌شوند، مانند حس ارزشمندی، حس کنترل، حل مسئله و خلاقیت، حس شوخ‌طبعی و مراقبت از خود. فرض این مدل این است که عملکرد سالم در یک پیوستار رشدی رخ می‌دهد که تعاملی است و رفتارهای سالم در یک مقطع از زندگی بر رشد و عملکرد بعدی نیز تأثیر می‌گذارد. بیشتر و بیشتر، «مشاوران حرفه‌ای به دنبال تشویق بهزیستی، وضعیت مثبت بهباشی، از طریق مداخلات رشدی، پیشگیرانه و تقویت‌کننده بهزیستی هستند» (مایرز و سوئینی، ۲۰۰۸، ص ۴۸۲). هنوز بحث بر سر تعریف دقیق بهزیستی و نحوه اندازه‌گیری آن وجود دارد (راسکو، ۲۰۰۹). با این حال، به نظر می‌رسد که بهزیستی یکی از تأکیدات اصلی در مشاوره در قرن بیست و یکم خواهد بود زیرا حرفه مشاوره بر سلامت و بهباشی به عنوان جنبه‌ای رشدی از زندگی تمرکز دارد.

نگرانی برای عدالت اجتماعی و حمایت (Concern for social Justice and Advocacy)

پیشگامان اولیه در آنچه که به مشاوره تکامل یافت، به رفاه مردم در جامعه علاقه‌مند بودند. بنابراین، تعجب‌آور نیست که مشاوران امروزی به اهداف عدالت اجتماعی (social justice) و حمایت/وکالت (advocacy) کشیده می‌شوند. عدالت اجتماعی «بازتاب ارزش‌گذاری اساسی انصاف و برابری در منابع، حقوق و رفتار برای افراد و گروه‌های به حاشیه رانده شده (marginalized individuals and groups) است که به دلیل مهاجرت، نژاد، قومیت، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، میراث مذهبی، توانایی‌های جسمی یا گروه‌های وضعیت گرایش جنسی، در قدرت جامعه سهمیم نیستند» (کنستانتین، هیچ، کیندایچی و برایانت، ۲۰۰۷، ص ۲۴). عناصر اصلی رویکرد عدالت اجتماعی شامل «کمک به مراجعان در شناسایی و به چالش کشیدن محدودیت‌های محیطی برای موفقیت آنها»، «به چالش کشیدن اشکال سیستماتیک ستم از طریق اقدام اجتماعی مشاور» و «آزادسازی مراجعان از شیوه‌های اجتماعی سرکوبگر» است (آستراموویچ و هریس، ۲۰۰۷، ص ۲۷۱). عدالت اجتماعی همچنین به مشاوران کمک می‌کند تا نسبت به بی‌عدالتی‌های اجتماعی آگاه‌تر شوند و در نتیجه با مراجعان به شیوه‌ای حساس‌تر و عادلانه‌تر کار کنند (هیز، پروسک و مک‌لئود، ۲۰۱۰).

از جمله اقدامات مشارکت فعال که مشاوران اکنون در اهداف عدالت اجتماعی انجام می‌دهند، حمایت/وکالت، همراه با توسعه اجتماعی (community outreach) و سیاست‌گذاری عمومی (public policy making) است (کنستانتین و همکاران، ۲۰۰۷). حمایت/وکالت شامل «کمک به مراجعان برای به چالش کشیدن موانع نهادی و اجتماعی است که مانع رشد تحصیلی، شغلی یا شخصی-اجتماعی می‌شود» (لی، ۱۹۹۸، صص ۸-۹). هدف «افزایش حس قدرت شخصی مراجع و تقویت تغییرات اجتماعی-سیاسی است که پاسخگویی بیشتری به نیازهای شخصی مراجع را منعکس می‌کند» (کیسلیکا و رابینسون، ۲۰۰۱، ص ۳۸۷).

برای اینکه به عنوان یک حامی مؤثر باشند، مشاوران نیاز به «ظرفیت تعهد و درک رنج انسانی؛ مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی و کلامی؛ توانایی حفظ دیدگاه چند سیستمی (multisystems perspective)»؛

مهارت‌های مداخله فردی، گروهی و سازمانی؛ «دانش و استفاده از رسانه‌ها، فناوری و اینترنت؛ و مهارت‌های ارزیابی و تحقیق» دارند (کیسلیکا و رابینسون، ۲۰۰۱، ص ۳۹۱). حامیان همچنین باید از نظر اجتماعی باهوش باشند، خود، دیگران و سیستم‌های اطراف خود را بشناسند. به همین ترتیب، آنها باید بدانند چه زمانی دیپلماتیک و چه زمانی مقابله‌جو باشند. علاوه بر این، آنها باید دانش و اشتیاق به هدف یا اهدافی که از آنها حمایت می‌کنند داشته باشند و مایل به انعطاف‌پذیری و سازش برای دستیابی به اهداف واقع‌بینانه باشند.

مطالعه موردی

مرگ غم‌انگیز دیامونته – یک داستان واقعی

لی و راجرز (۲۰۰۹) داستان مرگ پسر ۱۲ ساله‌ای به نام دیامونته را در منطقه کلانشهری واشنگتن دی‌سی روایت می‌کنند. مادرش کارگری متکی به دستمزد و بدون بیمه درمانی بود و پوشش مدیکید خانواده‌اش به طور موقت قطع شده بود. وقتی دیامونته دندان درد گرفت، مادرش توانایی پرداخت هزینه دندانپزشکی ۸۰ دلاری را نداشت، بنابراین او در ابتدا درمان نشد. زمانی که او دیده شد، باکتری ناشی از آبسه در دندان پوسیده‌اش به مغزش سرایت کرده بود. «پس از دو عمل جراحی و ۶ هفته مراقبت در بیمارستان، دیامونته در نهایت درگذشت. بعداً مشخص شد که دیامونته و برادر کوچکترش، داشاون، در هیچ زمانی از زندگی جوان خود مراقبت دندانپزشکی دریافت نکرده بودند» (ص ۲۸۴).

این داستان چگونه نیاز به عدالت اجتماعی و حمایت/وکالت را شخصی‌سازی می‌کند؟ فکر می‌کنید مشاوران وقتی با موقعیت‌هایی روبرو می‌شوند که ممکن است تراژدی‌ای به این بزرگی رخ دهد، چه کاری می‌توانند یا باید انجام دهند؟

در انجمن مشاوره آمریکا، مشاوران برای عدالت اجتماعی (CSJ - Counselors for Social Justice) و ACES (انجمن آموزش و نظارت بر مشاوران) گروه‌های پیشرو برای حمایت/وکالت و عدالت اجتماعی هستند. **خی سیگما آیوتا** (انجمن افتخاری آکادمیک و حرفه‌ای مشاوره بین‌المللی) و **NBCC** گروه‌های حمایتی پیشرو خارج از ACA برای این اهداف هستند. «مشاوران یک وظیفه اخلاقی و معنوی برای کار در جهت عدالت اجتماعی دارند» (برایان، ۲۰۰۹، ص ۵۱۰).

تأکید بیشتر بر فناوری (Greater emphasis on technology)

استفاده از فناوری در مشاوره به سرعت رشد کرده است (کندی، ۲۰۰۸؛ شاو و شاو، ۲۰۰۶). آنچه زمانی امیدوارکننده تلقی می‌شد، اکنون به واقعیت تبدیل شده است و فناوری «تأثیر عمیقی بر تقریباً تمام جنبه‌های زندگی از جمله آموزش، تجارت، علم، مذهب، دولت، پزشکی و کشاورزی دارد» (هوهنشیل، ۲۰۰۰، ص ۳۶۵). به عنوان مثال، فناوری، به‌ویژه اینترنت، اکنون ابزار اصلی برای برنامه‌ریزی شغلی است (هریس-بولسبی و سمپسون، ۲۰۰۵).

در ابتدا، فناوری در مشاوره برای تسهیل نگهداری سوابق، دستکاری داده‌ها و پردازش کلمات استفاده می‌شد. اکنون توجه بیشتری به عوامل مؤثر بر فناوری و تعامل با مراجع، به‌ویژه در اینترنت و تلفن‌ها، معطوف شده است (ریس، کانلی و بروسارت، ۲۰۰۶). «تعداد برنامه‌های کاربردی مبتنی بر شبکه در مشاوره به سرعت در حال افزایش بوده است» (سمپسون، کلودینسکی و گرینو، ۱۹۹۷، ص ۲۰۳). لیست‌سروها (Listservs) و سیستم‌های تابلوی اعلانات (BBSs - bulletin board systems) به‌ویژه برای ارسال پیام‌ها و تشویق گفتگو بین مشاوران محبوب شده‌اند. یکی از محبوب‌ترین لیست‌سروها در مشاوره، حداقل در میان مربیان مشاور، سِزِنِت (CESNet) است. ایمیل نیز در تعاملات مشاور-به-مشاور و همچنین مکالمات مشاور-به-مراجع استفاده می‌شود. وبسایت‌ها توسط سازمان‌های مشاوره، برنامه‌های آموزش مشاوره و مشاوران فردی نگهداری می‌شوند (پاچیس، رتمن و گاتهورفر، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، وبسایت انجمن مشاوره آمریکا www.counseling.org است.

حتی مجلات مشاوره حرفه‌ای «آنلاین» نیز وجود دارد، اولین آنها **Journal of Technology in**

Counseling (لین و هوهنشیل، ۲۰۰۵؛ www.jtc.colstate.edu) و جدیدترین آنها **The**

Professional Counselor: Research and Practice (www.tpcjournal.nbcc.org) است.

شباهت‌های بین کار با جنبه‌های خاصی از فناوری (مانند رایانه یا تلفن) و کار با مراجعان قابل توجه است (مانند ایجاد رابطه، یادگیری زبان مراجع، یادگیری فرآیند فکری مراجع، تعیین اهداف و برداشتن گام‌هایی برای دستیابی به آنها). با این حال، این عمل مملو از خطرات اخلاقی و قانونی است، مانند الف) مسئله رازداری، ب) نحوه رسیدگی به موقعیت‌های اضطراری، ج) فقدان اطلاعات غیرکلامی، د) خطر ارائه خدمات آنلاین در خارج از مرزهای قضایی ایالتی، ه) فقدان تحقیقات پیامدی در مورد اثربخشی خدمات مشاوره آنلاین، و) خرابی‌های فناوری، و ز) مشکلات ایجاد ارتباط با مراجعی که به صورت بصری دیده نمی‌شود (پولاک، ۲۰۰۶؛ شاو و شاو، ۲۰۰۶).

علیرغم معایب، تعدادی از مشاوران و سازمان‌های مرتبط با مشاوره خدماتی را از طریق اینترنت (مانند پیشگیری از خودکشی؛ Befrienders International، ۲۰۰۷) و از طریق تلفن (کمک به ترک سیگار نوجوانان؛ تدسکی، ژو، اندرسون، کامینز و ریبنر، ۲۰۰۵) ارائه می‌دهند. این روند با توجه به اینکه مردم با کمبود وقت مواجه هستند، خدمات تلفنی به راحتی در دسترس هستند و استفاده از اینترنت همه‌گیر است، قابل درک است. مشاوران تلفنی می‌توانند از فناوری وب برای افزایش خدماتی که ارائه می‌دهند استفاده کنند اگر از دستورالعمل‌های اتخاذ شده توسط NBCC در مورد مشاوره اینترنتی پیروی کنند

(www.nbcc.org/ServiceCenter/Ethics). مراجعانی که ممکن است به‌ویژه از طریق استفاده از مشاوره

آنلاین به خوبی خدمت‌رسانی شوند، کسانی هستند که الف) از نظر جغرافیایی منزوی هستند، ب) دارای معلولیت جسمی هستند، ج) معمولاً به دنبال مشاوره نمی‌روند، و د) بیشتر مستعد نوشتن هستند تا صحبت کردن (شاو و شاو، ۲۰۰۶).

صلاحیت‌ها برای مشاوران در مورد استفاده از فناوری در درمان همچنان در حال توسعه است. این صلاحیت‌ها شامل مهارت‌هایی است که باید بر آنها مسلط شوند مانند توانایی استفاده از برنامه‌های پردازش کلمه، تجهیزات

سمعی و بصری، ایمیل، اینترنت، لیست سروها و پایگاه‌های داده CD-ROM. اگرچه اینترنت، تلفن و سایر فناوری‌ها هرگز به طور کامل جایگزین مشاوره رودررو نخواهند شد، اما واضح است که اینجا هستند تا بمانند. آنها تجربه‌ای منحصر به فرد با هم مزایا و هم محدودیت‌ها ارائه می‌دهند (هابرشترو، دافی، ایوانز، گی و ترپال، ۲۰۰۷). آنها همچنین نیازمند مجموعه‌ای منحصر به فرد از مهارت‌ها و همچنین ویژگی‌های شخصیتی مانند صبر و پشتکار هستند (هابرشترو، پار، بردلی، مورگان-فلمنگ و گی، ۲۰۰۸).

مشاوره سایبری (Cyber counseling)، عمل مشاوره حرفه‌ای و ارائه اطلاعات از طریق ابزارهای الکترونیکی، معمولاً اینترنت، زمانی که مراجعان و مشاوران در مکان‌های جداگانه یا دور هستند، به عنوان روشی که خدمات مشاوره از طریق آن ارائه می‌شود، در حال رشد است. این پدیده‌ای است که در سراسر جهان، به عنوان مثال، در کره جنوبی و همچنین ایالات متحده رخ می‌دهد (میپلز و هان، ۲۰۰۸). مرکز صدور گواهینامه و آموزش، وابسته به NBCC، اکنون حتی گواهینامه مشاور معتبر از راه دور (Distance Certified Counselor) را ارائه می‌دهد که دید ملی و گواهینامه را برای مشاورانی که خدمات آنلاین ارائه می‌دهند، فراهم می‌کند (مرکز صدور گواهینامه و آموزش، ۲۰۱۶).

پخش زنده ویدیویی (Streaming video) و **اتصال بی‌سیم (wireless connectivity)** دو مورد از فناوری‌های پیشرفته‌تری هستند که بر نحوه عملکرد مشاوران در آینده تأثیر خواهند گذاشت (لین و هوهنشیل، ۲۰۰۵). مشاوران «عاقلاً» است که خود را در مورد مسائل اخلاقی و فنی نوظهور در این عرصه جدید آموزش دهند» (پولاک، ۲۰۰۶، ص ۶۹).

رهبری (Leadership)

با تغییرات سریع در جامعه و مشاوره، نیاز فزاینده‌ای به توسعه مهارت‌های رهبری و برنامه‌ریزی مشاوران وجود دارد. با انجام این کار، آنها به نیرویی مثبت‌تر و قوی‌تر در جامعه تبدیل می‌شوند. اگرچه بسیاری از مهارت‌های مشاوره را می‌توان به راحتی برای رهبری مؤثر به کار برد، مانند همدلی، پردازش گروهی و تعیین هدف، سایر «شیوه‌های رهبری خاص، مانند تکمیل بررسی عملکرد، برقراری ارتباط با فلسفه‌ها و شیوه‌های جبران خسارت، رسیدگی به مشکلات عملکرد همکاران، و پاسخگو بودن برای رفاقت و بهره‌وری تیم، در برنامه‌های مشاوره سنتی آموزش داده نمی‌شوند» (کورتیس و شرلاک، ۲۰۰۶، ص ۱۲۱). بنابراین، مشاوران به‌ویژه در سازمان‌ها و مدارس برای فراتر رفتن از نظارت بالینی و ورود به نقش‌های رهبری مدیریتی (managerial leadership) به چالش کشیده می‌شوند. در چنین نقش‌هایی آنها «گروهی از افراد را برای دستیابی به یک هدف تحت تأثیر قرار می‌دهند» (ص ۱۲۰). رهبری مدیریتی موضوع مهمی در مشاوره است زیرا شواهد قابل توجهی وجود دارد که «در عملکرد یک سازمان تفاوت ایجاد می‌کند» (ص ۱۲۱).

ACA از طریق کار در سطح ملی و منطقه‌ای برای ارائه آموزش برای رهبران جدید و آموزش قانون‌گذاری برای مشاوران، درگیر فعالیت‌های رهبری است. بخش‌های درون ACA نیز بر توسعه رهبری و آموزش قانون‌گذاری تمرکز دارند. خی سیگما آیوتا (انجمن افتخاری آکادمیک و حرفه‌ای مشاوره بین‌المللی) به‌ویژه در ارائه آموزش رهبری و خدمات به مشاوران از طریق کارگاه‌ها و سمینارها قوی است.

یک حوزه رهبری، برنامه‌ریزی راهبردی (strategic planning)، شامل تجسم آینده و انجام آمادگی‌ها برای رفع نیازهای پیش‌بینی شده است. مشابه مهارت رهبری در مشاوره، معمولاً در یک گروه انجام می‌شود و شامل داده‌های سخت و همچنین پیش‌بینی‌ها و انتظارات است (سی. کورمانسکی، مصاحبه شخصی، ۲۰ ژوئن

۱۹۹۴). در سال ۲۰۰۵ ACA و ۳۰ گروه مشاوره دیگر طرح آینده مشاوره ۲۰/۲۰ (Future of ۲۰/۲۰)

Counseling initiative) را ایجاد کردند تا آینده این حرفه را برای سال ۲۰۲۰ ترسیم کنند. تا پاییز ۲۰۰۷، این گروه بر روی هفت اصل که حرفه مشاوره را متحد می‌کند توافق کردند (کاپلان و گلدینگ، ۲۰۱۱). تا سال ۲۰۱۰ به تعریف اجماعی از مشاوره رسیدند.

هویت (Identity)

از سال ۱۹۵۲ اکثر مشاوران در ایالات متحده و تعدادی در کشورهای دیگر عضویت در ACA را داشته‌اند. ترکیب ACA مختلط بوده است، «مانند کلافی از نخ‌های چندرنگ»، و گاهی اوقات در درون ACA تأکید بر تخصص‌های مشاوره به جای کل حرفه وجود داشته است (بردلی و کاکس، ۲۰۰۱، ص ۳۹). حرفه‌های دیگر، مانند پزشکی، بر تفرقه‌ای که در حرفه‌ای که بیش از یک مسیر حرفه‌ای وجود دارد که شاغلان می‌توانند دنبال کنند، غلبه کرده‌اند. ACA به این اندازه خوش‌شانس نبوده است. بخشی از دلیل آن این است که مشاوره به اندازه برخی حرفه‌های دیگر مانند پزشکی، موضع پست‌مدرن (**postmodern stance**) در مورد هویت خود اتخاذ نکرده است (هنسن، ۲۰۱۰).

با این حال، همانطور که مشاوره به عنوان یک حرفه با برنامه‌های آموزش مشاوره بیشتر که هویت را ترویج می‌کنند، با یک انجمن حرفه‌ای ملی قوی‌تر (ACA)، با ادبیات تحقیقاتی بیشتری که تولید می‌شود، و با متخصصان بیشتری که خود را اول و foremost مشاور می‌بینند، قوی‌تر شده است، هویت آن به طور گسترده‌تری توسط عموم پذیرفته شده است. بنابراین، تأکید بر صفات تعدیل‌کننده برای اسم «مشاور» در بسیاری از موارد شروع به کاهش کرده است (مایرز و سوئینی، ۲۰۰۱). واضح است که همانطور که ACA و سازمان‌های مرتبط مانند CACREP، NBCC و AASCB (انجمن آمریکایی هیئت‌های مشاوره ایالتی) قوی‌تر می‌شوند، همه مشاوران و همچنین عموم مردم از آن سود می‌برند.

بخش‌ها و وابستگان زیر اکنون تحت ساختار ACA فعالیت می‌کنند:

۱. انجمن ملی توسعه شغلی (NCDA) - تأسیس ۱۹۱۳؛ سابقاً انجمن ملی راهنمایی شغلی
۲. انجمن مشاوره انسان‌گرا (AHC) - تأسیس ۱۹۳۱؛ سابقاً انجمن کارکنان دانشجویی برای تربیت معلم (SPATE)، انجمن آموزش و توسعه انسان‌گرا، و انجمن مشاوره برای آموزش و توسعه انسان‌گرا (CAHEAD)
۳. انجمن آموزش و نظارت بر مشاوران (ACES) - تأسیس ۱۹۳۸؛ سابقاً انجمن ملی ناظران راهنمایی و مربیان مشاوران
۴. انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA) - تأسیس ۱۹۵۳
۵. انجمن مشاوره توانبخشی آمریکا (ARCA) - تأسیس ۱۹۵۸؛ سابقاً بخش مشاوره توانبخشی
۶. انجمن سنجش و پژوهش در مشاوره (AARC) - تأسیس ۱۹۶۵؛ سابقاً انجمن سنجش و ارزشیابی در راهنمایی
۷. انجمن ملی مشاوران اشتغال (NECA) - تأسیس ۱۹۶۶
۸. انجمن مشاوره و توسعه چندفرهنگی (AMCD) - تأسیس ۱۹۷۲؛ سابقاً انجمن دغدغه‌های غیرسفیدپوستان در کارکنان و راهنمایی
۹. انجمن بین‌المللی مشاوران اعتیاد و مجرمان (IAAOC) - تأسیس ۱۹۷۲؛ سابقاً انجمن مشاوران مجرمان عمومی
۱۰. انجمن متخصصان گروه کاری (ASGW) - تأسیس ۱۹۷۳

۱۱. انجمن ارزش‌های معنوی، اخلاقی و مذهبی در مشاوره (ASERVIC) - تأسیس ۱۹۷۴؛ سابقاً

کنفرانس ملی راهنمایی کاتولیک

۱۲. انجمن مشاوران بهداشت روان آمریکا (AMHCA) - تأسیس ۱۹۷۶

۱۳. انجمن مشاوره نظامی و دولتی (MGCA)، سابقاً انجمن مشاوران و مربیان در دولت (ACEG) -

تأسیس ۱۹۸۴

۱۴. انجمن رشد و سالمندی بزرگسالان (AADA) - تأسیس ۱۹۸۶

۱۵. انجمن بین‌المللی مشاوران ازدواج و خانواده (IAMFC) - تأسیس ۱۹۸۹

۱۶. انجمن مشاوره کالج آمریکا (ACCA) - تأسیس ۱۹۹۱

۱۷. انجمن مسائل جنسی - تأسیس ۱۹۹۶

۱۸. مشاوران برای عدالت اجتماعی (CSJ) - تأسیس ۱۹۹۹

۱۹. انجمن خلاقیت در مشاوره - تأسیس ۲۰۰۴

۲۰. انجمن مشاوره کودک و نوجوان - تأسیس ۲۰۱۳

۲۱. بین‌المللی شدن مشاوره

۲۲. انجمن مشاوره آمریکا و مشاوران به طور کلی شروع به درک این موضوع کرده‌اند که مشاوره فقط یک

پدیده آمریکایی نیست. این پدیده از نظر دامنه بین‌المللی است و اغلب، همانطور که در سنت بریتانیا

دید می‌شود، با دو حرف "II" نوشته می‌شود. شواهدی از این آگاهی فزاینده را می‌توان در تعدادی از

اقدامات مشاهده کرد. اول، ACA در حال انتشار کتاب‌هایی در مورد مشاوره در سراسر جهان است که

آخرین آنها "مشاوره در سراسر جهان" (Niles, ۲۰۱۳ & Hohenshil, Amundson) است. دوم، ACA با سایر انجمن‌های مشاوره در سطح جهانی برای برگزاری کنفرانس‌های توسعه حرفه‌ای و آموزشی همکاری می‌کند. سه نمونه اخیر عبارتند از کنفرانس‌های مشاوره ACA-آسیا و اقیانوسیه در سنگاپور در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶؛ کنفرانس مشترک ACA-انجمن مشاوره و روان‌درمانی کانادا در مونترال در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۱۶؛ و کنفرانس مشاوره و روان‌درمانی ACA-ایرلند در دوبلین در سال ۲۰۱۶.

۲۳. قابلیت انتقال مجوز

۲۴. قابلیت انتقال مجوز یک موضوع به طور فزاینده مورد بحث در میان مشاوران و موضوعی است که گروه‌های مختلف مشاوره حرفه‌ای و تعدادی از ایالت‌ها به آن می‌پردازند. با توجه به فرآیندی که از سال ۱۹۷۷ تا ۲۰۱۲ برای اخذ مجوز طی شده است، هیئت‌های صدور مجوز ایالتی دارای مجموعه‌ای ناهمگون از قوانین و مقررات هستند که اغلب امکان جابه‌جایی مشاوران مجاز در یک ایالت برای بهبود زندگی خود از طریق تغییر شغل به ایالت دیگر را از بین می‌برد. قابلیت انتقال به این معنی است که بتوان بدون نیاز به تکمیل فرآیند درخواست از ابتدا، در ایالتی متفاوت از ایالتی که یک متخصص در ابتدا مجوز خود را دریافت کرده است، مجوز گرفت. اساساً، این به رسمیت شناختن این است که مجوزی که یک متخصص در یک ایالت دریافت کرده است، برای فعالیت در ایالت دیگر قابل قبول و معتبر است. انجمن آمریکایی هیئت‌های مشاوره ایالتی، که از تمام ایالت‌هایی که به مشاوران مجوز می‌دهند تشکیل شده است، پیشنهادی برای قابلیت انتقال در سال ۲۰۱۵ ارائه داد، همانطور که NBCC، ACES و AMHCA نیز این کار را انجام دادند. انجمن مشاوره آمریکا نیز ایده‌هایی را مطرح کرد و به اشتراک گذاشت. تا سال ۲۰۱۶، تصمیم‌گیری در مورد راه حلی که بیشتر هیئت‌های صدور مجوز مشاوره ایالتی آن را بپذیرند، هنوز نامشخص بود. با این حال، آنچه در حال رخ دادن بود

این بود که ایالت‌های همجوار شروع به تشکیل کنسرسیوم و یافتن راه‌هایی برای جابه‌جایی مشاوران مجاز از یک ایالت به ایالت دیگر کرده بودند. این روند در سطح بین ایالتی منطقه‌ای در حال تکامل بود و استانداردهای قابلیت انتقال ملی در حال توسعه و به طور اجتناب‌ناپذیر، با گذشت زمان، در حال اجرا شدن بود.

۲۵. پیشنهاد دیگری توسط AMHCA و NBCC، ACES تأیید شده است مبنی بر اینکه قابلیت انتقال پس از دو سال سابقه کار مجاز باشد. تا سال ۲۰۱۶، تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام پیشنهاد مورد پذیرش بیشتر هیئت‌های صدور مجوز مشاوره ایالتی قرار می‌گیرد، هنوز نامشخص بود. با این حال، آنچه در حال رخ دادن بود این بود که ایالت‌های همجوار شروع به تشکیل کنسرسیوم و یافتن راه‌هایی برای جابه‌جایی مشاوران مجاز از یک ایالت به ایالت دیگر کرده بودند، یعنی ایجاد پیمان‌های صدور مجوز بین ایالتی منطقه‌ای.

۲۶. بنابراین، مجموعه‌ای از رویدادها در اواسط تا اواخر سال‌های نوجوانی قرن بیست و یکم رخ داد (و در حال رخ دادن است) تا مشاوره را به عنوان یک حرفه بیشتر متحد کند و قابلیت انتقال مجوزهای مشاوران را آسان‌تر کند.

۲۷. یکنواختی استانداردهای آموزش مشاوران

۲۸. از آنجا که مشاوره به عنوان یک کنفدراسیون آغاز شد، نهادهای رقیب زیادی برای تعیین استانداردهای آن وجود داشتند. همانطور که قبلاً ذکر شد، ACES (انجمن آموزشگران و سرپرستان مشاوره) در ابتدا در تدوین استانداردها پیش‌تاز بود اما پس از تشکیل CACREP (شورای اعتباربخشی برنامه‌های آموزشی مشاوره و مرتبط)، این وظیفه را به آن واگذار کرد. CACREP نیز در طول سال‌ها در تعیین استانداردها و همچنین بازنگری آنها برای حفظ ارتباط فرهنگی آنها هوشیار بوده است. مدتی،

CACREP و CORE (شورای مشاوره توانبخشی) در تدوین استانداردها با یکدیگر رقابت می‌کردند اما اکنون متحد شده‌اند. هیئت ملی مشاوران مجاز (NBCC) در سال ۲۰۱۵ اعلام کرد که دیگر مشاورانی را که فارغ التحصیل برنامه‌های CACREP پس از سال ۲۰۲۰ نباشند، تأیید نخواهد کرد و این امر به اعتبار و وحدت مشاوره افزود.

۲۹. خلاصه و نتیجه‌گیری

۳۰. مشاوره یک حرفه متمایز است. این حرفه به تندرستی، پیشگیری، توسعه و مشکلات موقعیتی و همچنین کمک به افراد دارای اختلالات روانشناختی خاص می‌پردازد. این حرفه بر اساس اصولی استوار است و تعریفی دارد که در طول سال‌ها تکامل یافته است. مشاوره شامل تعدادی تخصص است.

۳۱. بررسی تاریخچه مشاوره نشان می‌دهد که این حرفه دارای پایه‌ای بین‌رشته‌ای است. این حرفه با دغدغه‌ها و فعالیت‌های تقریباً همزمان فرانک پارسونز، جسی بی. دیویس و کلیفورد بیرز برای ارائه، اصلاح و بهبود خدمات در زمینه راهنمایی شغلی، توسعه شخصیت دانش‌آموزان و درمان بهداشت روان آغاز شد. مشاوره در اوایل تاریخ خود با روانسنجی، روانشناسی، مردم‌شناسی، اخلاق، حقوق، فلسفه و جامعه‌شناسی در هم تنیده شد. علاوه بر توسعه نظریه و ایجاد روش‌های عملی برای کار با مردم، رویدادهای مهم در توسعه مشاوره شامل مشارکت دولت در مشاوره در طول و بعد از جنگ جهانی اول، رکود بزرگ، جنگ جهانی دوم و پرتاب اسپوتنیک است.

۳۲. ایده‌های نوآورانی مانند ای. جی. ویلیامسون، کارل راجرز، گیلبرت ورن، دونالد سوپر، لئون تایلر و توماس جی. سوینی توسعه این حرفه را شکل داده و افق‌های آن را گسترش داده‌اند. ظهور و رشد انجمن مشاوره آمریکا (که ریشه در تأسیس انجمن ملی راهنمایی شغلی در سال ۱۹۱۳ دارد) عامل مهمی در رشد حرفه مشاوره بوده است.

۳۳. چالش‌های این حرفه در قرن بیست و یکم شامل مقابله با خشونت، تروما و بحران‌ها؛ تعامل مثبت با سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده؛ ترویج تندرستی؛ استفاده خردمندانه و مؤثر از فناوری؛ ترویج عدالت اجتماعی و حمایت از نیازهای مراجعان؛ ارائه رهبری؛ و تلاش برای ایجاد هویت قوی‌تر برای این حرفه است. جدول زمانی زیر (شکل پیوست الف. ۲) نکات برجسته در تاریخچه مشاوره و مسائل کنونی و آینده را نشان می‌دهد.

۳۴. فرانک پارسونز کتاب "انتخاب شغل" را می‌نویسد؛ کلیفورد بیرز بر بهداشت روان تأکید می‌کند؛ جسی بی. دیویس راهنمایی منظم مدرسه را پایه‌گذاری می‌کند.

۳۵. کارل راجرز از مشاوره غیرمستقیم حمایت می‌کند؛ اولین صدور گواهینامه مشاوران در نیویورک و بوستون؛ جنگ جهانی دوم – بسیاری از زنان خارج از خانه کار می‌کنند، انتشار پرسشنامه علاقه شغلی استرانگ نقش‌های جنسیتی را به چالش می‌کشد؛ قانون VA و GI مشاوره را شکل می‌دهند.

۳۶. گیلبرت ورن کتاب "مشاور در دنیای در حال تغییر" را می‌نویسد؛ جنگ ویتنام، جنبش حقوق مدنی، جنبش حقوق زنان بر مشاوره تأثیر می‌گذارند؛ نظریه‌های انسان‌گرایانه پایه‌گذاری می‌شوند؛ قانون بهداشت روان جامعه تصویب می‌شود؛ جان کرامبولتز یادگیری را به عنوان مبنای تغییر مورد تأکید قرار می‌دهد؛ ERIC/CAPS ایجاد می‌شود؛ مجله "روانشناس مشاور" برای اولین بار منتشر می‌شود.

۳۷. CACREP و NBCC تأسیس می‌شوند؛ مشاوره به عنوان یک حرفه متمایز توسعه می‌یابد؛ APGA به AACD تبدیل می‌شود؛ چی سیگما ایوتا توسط تام سوینی تأسیس می‌شود؛ AACSB توسط تد رملی تأسیس می‌شود؛ AADA و IAMFC تأسیس می‌شوند؛ بر مشاوره رشدی و چند فرهنگی تأکید می‌شود.

۳۸. ACA پنجاهمین سالگرد خود را به عنوان یک نهاد در سال ۲۰۰۲ جشن می‌گیرد؛ کالیفرنیا پنجاهمین ایالتی می‌شود که مجوز مشاور را ایجاد می‌کند؛ "۲۰/۲۰: آینده مشاوره" به وحدت این حرفه کمک می‌کند؛ ۱۱ سپتامبر باعث افزایش تمرکز بر مشاوره تروما و بحران می‌شود؛ تندرستی، حمایت و عدالت اجتماعی برجسته می‌شوند؛ مراقبت‌های مدیریت شده، فناوری در مشاوره و رهبری مدیریتی برای مشاوران مورد تأکید قرار می‌گیرد.

۳۹. ۱۹۱۰S ۱۹۲۰S ۱۹۳۰S ۱۹۴۰S ۱۹۵۰S ۱۹۶۰S ۱۹۷۰S ۱۹۸۰S ۱۹۹۰S ۱۹۰۰. ۲۰۰۰□

۴۰. تأسیس انجمن ملی راهنمایی شغلی؛ قانون اسمیت-هیوز؛ جنگ جهانی اول و آغاز روانسنجی.
۴۱. ای. جی. ویلیامسون مشاوره دستوری ویژگی و عامل را پایه‌گذاری می‌کند؛ جان بروئر کتاب "آموزش به عنوان راهنمایی" را می‌نویسد؛ تأسیس خدمات استخدامی.

۴۲. تأسیس ASCA، APGA و بخش ۱۷ (روانشناسی مشاوره) در APA؛ تصویب قانون آموزش دفاع ملی با عناوین V-A و V-B که مشاوره را به ویژه در مدارس تقویت می‌کند؛ نظریه‌های جدید توسط آلبرت الیس، آرون بک، اریک برن، دونالد سوپر و بی. اف. اسکینر ایجاد می‌شوند.

۴۳. تنوع مشاوره؛ اولین استخدام مشاوران جامعه؛ تأسیس انجمن بهداشت روان آمریکا و چهار بخش جدید دیگر APGA؛ اولین قانون صدور مجوز مشاوره در ویرجینیا تصویب می‌شود؛ برنامه‌های مهارت‌های کمک‌رسانی تأسیس می‌شوند؛ استانداردهای مدرک کارشناسی ارشد در مشاوره پیشنهاد می‌شود.

۴۴. CACREP و NBCC تأسیس می‌شوند؛ مشاوره به عنوان یک حرفه متمایز توسعه می‌یابد؛
APGA به AACD تبدیل می‌شود؛ چی سیگما ایوتا توسط تام سوینی تأسیس می‌شود؛ AACSB

توسط تد رملی تأسیس می‌شود؛ AADA و IAMFC تأسیس می‌شوند؛ بر مشاوره رشدی و چند فرهنگی تأکید می‌شود.

۴۵. AACD به انجمن مشاوره آمریکا تبدیل می‌شود؛ شایستگی‌ها و استانداردهای چند فرهنگی نوشته می‌شوند؛ مراقبت‌های مدیریت شده افزایش می‌یابد؛ رشد CACREP، NBCC، صدور گواهینامه‌های شغلی، قوانین صدور مجوز ایالتی، CSI و نشریات مشاوره افزایش می‌یابد.

۴۶. ACA پنجاهمین سالگرد خود را به عنوان یک نهاد در سال ۲۰۰۲ جشن می‌گیرد؛ کالیفرنیا پنجاهمین ایالتی می‌شود که مجوز مشاور را ایجاد می‌کند؛ "۲۰/۲۰: آینده مشاوره" به وحدت این حرفه کمک می‌کند؛ ۱۱ سپتامبر باعث افزایش تمرکز بر مشاوره تروما و بحران می‌شود؛ تندرستی، حمایت و عدالت اجتماعی برجسته می‌شوند؛ مراقبت‌های مدیریت شده، فناوری در مشاوره و رهبری مدیریتی برای مشاوران مورد تأکید قرار می‌گیرد.

۴۷. شکل پیوست الف. ۲ توسعه حرفه مشاوره از سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۱۶

۴۸. پیوست ب

۴۹. جداول خلاصه نظریه‌های اصلی مشاوره

۵۰. نظریه‌های روانکاوی و آدلرین در مشاوره

۵۱. | نظریه | روانکاوی type

۵۲. (شخصیت‌ها)