

بررسی و تحلیل روانشناسی مثبت با درمان رفتاری-شناختی

مریم اولیاییان

کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

نام نویسنده مسئول:

مریم اولیاییان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۵

چکیده

برای آمادگی برای درمان در قرن بیست و یکم، بسیاری از محققان پیشنهاد دادند تا کانون توجه حرفه سلامت روان را از نو تعریف کنند. این کانون توجه تازه تعریف شده در حرفه مشاوره باید بیانگر آنچه انسان‌ها هستند، باشد. انسانها در حالیکه زیان را تجربه می‌کنند، امید دارند. آنها ضمن دانستن ظلم و غم‌ها، طعم شیرین لذت را نیز می‌چشند. به عبارت دیگر، هنگامی که درمان علائم با تقویت نقاط قوت مثبت تلفیق می‌شود، انسان به نتیجه مطلوب رسیده و کاملاً سالم به نظر می‌رسد. به این ترتیب، یک درمان تلفیقی فراخوان روشنی برای رویکرد جدید در مشاوره است (یعنی درمان علائم همراه با تقویت نقاط قوت). این فراخوان جدید مکانی بسیار بهتر برای مقابله با پدیده‌های روانشناختی رایج، اساسی و واقعی است که ویژگی‌های مثبت و منفی را در کنار هم دارند.

واژگان کلیدی: روش درمانی، روانشناسی مثبت، واقعیت درمانی.

مقدمه

رفتاردرمانی

بر اساس نظریه‌های یادگیری در رفتاردرمانی، یادگیری پاسخ‌دهنده (که اغلب به عنوان یادگیری محرک-پاسخ نیز به آن اشاره می‌شود)، یادگیری است که در آن یادگیرنده نیازی به مشارکت فعال ندارد. نتیجه و پیامد این نوع یادگیری شرطی‌سازی پاسخ‌های غیرارادی است. یادنگرفتن از این پاسخ‌های شرطی‌سازی تقابلی نامیده می‌شود. برعکس، شرطی‌سازی عامل نیازمند مشارکت فعال شرکت‌کننده است. این نوع از یادگیری شامل پاداش دهی به رفتار مطلوب یا تنبیه رفتار نامطلوب است تا زمانی که فرد بیاموزد چگونه رفتارهای مطلوبی که منجر به پاداش می‌شود را تشخیص دهد. تفاوت بین شرطی‌سازی عامل با شرطی‌سازی پاسخ‌دهنده این است که شرطی‌سازی عامل به معنی شرطی‌سازی پاسخ‌های داوطلبانه از طریق پاداش یا تقویت است. الگوسازی اجتماعی فراپندی است که در آن رفتار جدید از تماشای افراد و رویدادهای دیگر بدون تجربه عواقب ناشی از رفتار یا درگیر شدن در رفتار آموخته می‌شود.

درمانگران رفتاری عموماً تلاش می‌کنند تا به دو هدف دست پیدا کنند. هدف اول بهبود زندگی مددجو از طریق سازگاری و تطبیق بیشتر در زندگی و دستیابی به اهداف شخصی و حرفه‌ای وی است. هدف دوم کمک به مددجو برای دستیابی به تغییر از طریق پیشبرد اهداف درمانی است. در پیشبرد این اهداف درمانی چهار مرحله وجود دارد که به شرح زیر هستند:

- ۱- مشکل را بطور دقیق تعریف کنید و مشخص کنید چه زمانی، کجا، چگونه و با چه کسی مشکل وجود دارد؛
- ۲- تاریخچه‌ای از روند پیشروی و بزرگ‌تر شدن مشکل بدست آورید، شرایطی که موجب شروع مشکل شده را مشخص کنید و بفهمید مددجو در گذشته چه راه‌حلهایی را امتحان کرده است؛
- ۳- اهداف فرعی مشخص و معینی را به صورت گام‌به‌گام و با روندی روبه‌رشد به سمت هدف نهایی تعیین کنید؛
- ۴- بهترین روش درمانی برای کمک به مددجو را مشخص نمایید.

واقعیت‌درمانی

در واقعیت‌درمانی، نقش مشاور شامل بازی کردن نقش معلم/الگو برای مددجو و بازی کردن نقش کسی است جوی از پذیرش و صمیمیت را ایجاد می‌کند تا به مددجو کمک کند تا بر کنترل افکار و اعمال نمایش داده شده تمرکز کند. در رویکرد گلاس (۱۹۸۱؛ ۱۹۸۴)، مشاور همچنین از افعال «ing» دار استفاده می‌کند تا به مددجو کمک کند افکار و اعمالش را توصیف نماید مانند عصبانیت، زورگیری، اضطراب‌آور، معذرت‌خواهی. تمرکز واقعیت‌درمانی بر رفتاری است که مددجو خواستار تغییر آن است و اینکه چطور این رفتار را به روشی مثبت تغییر دهد. واقعیت‌درمانی معمولاً از تکنیک‌های ارزیابی رسمی و یا دسته‌بندی‌های رایج تشخیصی استفاده نمی‌کند.

چندین هدف در واقعیت‌درمانی وجود دارد:

- ۱- کمک به مددجو برای مستقل بودن و مسئولانه عمل کردن در قبال خود و دیگران.
 - ۲- کمک به مددجو برای اینکه بفهمد در زندگی چه می‌خواهد.
 - ۳- کمک به مددجو برای توسعه و پیشبرد یک برنامه عملی برای دستیابی به نیازها و خواسته‌های فردی.
 - ۴- برقراری یک رابطه معنادار با مددجو که بطوریکه او درگیر این رابطه شود.
 - ۵- کنار گذاشتن گذشته و تمرکز بر روی حال و پیامد رفتارهای کنونی.
 - ۶- پذیرش اینکه هیچ بهانه و عذری قابل قبول نیست و حذف تنبیه و مجازات از زندگی مددجو.
- از نظر تکنیک، واقعیت‌درمانی سه تکنیک را شامل می‌شود: (الف) از طریق درگیری با مددجو، مشاور به مددجو کمک می‌کند تا واقعیت را ببیند، و درک کند که یک رفتار تا چه حد غیرواقعی است؛ (ب) مشاور، مددجو را از رفتار جدا می‌کند و بدون رد مددجو، رفتار را رد می‌کند؛ و (ج) مرحله آخر، آموزش به مددجو است که برای اینکه بیاموزد چگونه نیازهای خود را به صورت واقع‌بینانه و مثبت تحقق بخشد. رویکرد گلاس نیز از شوخ‌طبعی استفاده می‌کند تا پوچی و بیهودگی را بدون اینکه طعنه‌آمیز باشد، عنوان کند و از رویارویی برای کمک به مددجو در پذیرش مسئولیت رفتاری استفاده می‌کند. به طور خلاصه، واقعیت‌درمانی

از سیستمی استفاده می‌کند که در آن ابتدا خواسته‌های مددجو تعیین می‌شوند، سپس مشخص می‌شود که مددجو چه کارهایی انجام داده است، آنگاه ارزیابی می‌کند که این کارها تا چه حد مفید بوده‌اند و برنامه‌ریزی برای نحوه رفتار مددجو در آینده انجام می‌شود.

خانواده‌درمانی

خانواده‌درمانی با خانواده به عنوان یک واحد رفتار می‌کند، بنابراین بر روابط و نقش اعضای خانواده با یکدیگر تأکید دارد (مینوچین^۱ و فیشرمن^۲، ۱۹۸۱). خانواده‌درمانی بر مسائل خانوادگی متمرکز است، به عنوان مثال، از دست دادن یک عضو خانواده، تروما، درگیری‌های طلاق، مسائل در خانواده‌های آمیخته یا ازدواج مجدد، خشونت خانوادگی، سوءمصرف مواد یا مشکلات رفتاری در کودکان. متخصصان خانواده‌درمانی در سازمان‌های بهداشت روان جامعه، سازمان‌های مراقبت مدیریت شده، بیمارستان‌ها، رویه‌ها و شیوه‌های خصوصی، برنامه‌های کمک به کارمندان و سایر موارد کار می‌کنند. آنها مشاوره فردی، مشاوره زوج‌ها و مشاوره خانواده؛ برنامه‌های پیشگیری از جمله برنامه‌های آموزش والدین؛ مدیریت بحران و سایر خدمات مداخله ای و آموزشی را ارائه می‌دهند.

برخلاف مشاوره فردی که به مددجویان به طور فردی توجه دارد، خانواده‌درمانی با تمرکز تجربی، اهدافی برای ایجاد حس همبستگی و استقلال، ایجاد عزت‌نفس، تسکین درد خانواده و غلبه بر موانع رشد شخصی در خانواده‌ها دارند. روشهای مختلفی در خانواده‌درمانی وجود دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۸).

دیدگاه فوق در مورد نظریه‌های مشاوره کنونی چندین مسئله مهم را بیان می‌کند که به شرح زیر هستند. اول اینکه، رشته روانشناسی مشاوره بیش از حد به جنبه‌های منفی ذهن انسان توجه داشته است. مهم نیست که مشاوران کدام نظریه مشاوره را انتخاب کنند، در کل حرفه مشاوره و بهداشت روان بر جنبه‌های بالینی و مشکل‌ساز افراد متمرکز است. در حقیقت، ریشه واژه clinical به معنی «بالینی» همچنان بر تفکر مشاوران در مورد این زمینه تأثیر می‌گذارد، حتی اگر ریشه‌شناسی ممکن است فراموش شده باشد. واژه clinic از ریشه یونانی klinikos است که به معنی «فردی که در بستر بیمار غسل تعمید دریافت می‌کند» می‌باشد. شاید به همین دلیل است که تاکنون اکثر حرفه‌های مربوط به سلامت روان بر روی جنبه «بیمار» ذهن انسان تمرکز کرده‌اند.

در طی چند دهه گذشته، مشاوره بیشتر به سمت آسیب‌شناسی روانی گرایش پیدا کرده و تأکید ویژه آن بر مسائلی مانند پیشینه و سابقه تاریخی و تخصیص منابع بوده است.

تعریف روانشناسی مثبت

روانشناسی مثبت قصد دارد کانون توجهات را از تأکید سنتی بر ترمیم و بهبود علائم تغییر دهد و در عوض به سمت کشف پتانسیل‌های انسانی برای پرورش خصوصیات مثبت حرکت کند. روانشناسان مثبت در سه سطح فعالیت می‌کنند: سطح ذهنی؛ سطح فردی؛ و سطح گروهی. در سطح ذهنی، روانشناس مثبت به تجربیات مثبت فرد مانند بهزیستی، رضایت، امید و خوش‌بینی توجه می‌کند. بهزیستی و رضایت مربوط به امید و خوش‌بینی فرد در هنگامی است که چشم به راه آینده است. علاوه بر این، بهزیستی با حس جاری بودن و خوشبختی در رابطه با زندگی فعلی نیز ارتباط دارد (سلیگمن و زیکسنت میهالی، ۲۰۰۰). سطح فردی به خصوصیات مثبت شخصی می‌پردازد: توانایی عشق ورزیدن با شجاعت، پشتکار، بخشش، اصالت، معنویت و درایت. سطح گروهی بر ضرورت اجتناب‌ناپذیر فضایل اخلاقی مدنی و در کنار آن وجود نهادهایی تأکید می‌کند که به افراد کمک می‌کنند تا با مسئولیت‌پذیری، اعتدال، تحمل و بردباری، نودوستی و وجدان اخلاقی، آرزوی تبدیل شدن به شهروندانی بهتر دارند. رفتار درمانی شامل طیفی از تکنیک‌های اصلاح رفتاری است که به عنوان رفتار بکار گرفته می‌شود مانند شرطی‌سازی عامل، درمان با ایجاد بیزاری، خاموش‌سازی، حساسیت‌زدایی، و مدلسازی. رفتار درمانی دربردارنده ارزیابی، برآورد، و درمان است و به

¹ Minuchin

² Fishman

طور موفقیت آمیزی در انواع گوناگونی از جمعیت‌ها (مانند بزرگسالان، کودکان، نوجوانان) در محیط‌های مختلف (مانند بیمارستان-ها، مراکز سلامت روان و مدارس) مورد استفاده قرار گرفته است. رفتار درمانی برار درمان انواع مختلفی از مشکلات (مانند افسردگی، اعتیاد، اضطراب، مشکلات مهارت‌های اجتماعی، مشکلات بین فردی، مهارت‌های تحصیلی) مورد استفاده قرار گرفته و درمانگران رفتاری توانسته‌اند به راحتی طیف وسیعی از رفتارهای انسانی را با این روش مورد بررسی قرار دهند. درحالی‌که رویکردهای دیگر در روان درمانی مانند روانکاوی تاریخی‌ای که مددجو به یاد می‌آورد را مورد بررسی قرار می‌دهد، رفتار درمانی عمدتاً بر رفتار فوری و بی‌واسطه متمرکز است و هدف آن حذف رفتار ناخواسته و تولید رفتار مطلوب است. چنین تغییر رفتاری توسط روش‌هایی کنترل می‌شود که از تجزیه و تحلیل تجربی رفتار و نظریه تقویت تأثیر گرفته‌اند. رفتار درمانی غیرفکری و ابزاری تر است، و سیستم‌هایی را برای تقویت و شرطی‌سازی ایجاد می‌کند که ممکن است برای کمک به کاهش رفتارهای ناخواسته مددجو مؤثر باشد.

زمینه تاریخی

از اوایل دهه ۱۹۶۰ رفتار درمانی در چندین مقاله مهم پدیدار شد. استفاده از عباراتی چون اصلاح رفتار هم از این دوران به بعد بیشتر رواج یافت. در سال ۱۹۶۳، اولین مجله علمی مختص رفتار درمانی چاپ شد (تحقیقات و درمان رفتاری) و در سال ۱۹۶۶ انجمن پیشبرد رفتار درمانی^۳ (AABT) به ریاست سیریل فرانکس^۴ تأسیس شد. از همان ابتدا تعدادی از عبارات و اصطلاحات با کمی تغییر در معانی ضمنی آنها در این حوزه به جای یکدیگر مورد استفاده قرار گرفته‌اند (کوئلا^۵ و کرنی^۶، ۱۹۸۶). علاوه بر اصطلاح رفتار درمانی، برخی پزشکان و درمانگران از عباراتی چون اصلاح رفتاری، تجزیه و تحلیل رفتاری کاربردی، نظریه یادگیری اجتماعی و رفتار درمانی بالینی نیز استفاده کرده‌اند. تلاش برای شفاف‌سازی یا استانداردسازی معانی عبارات و اصطلاحات مختلف بر اساس جمعیت (یعنی فرد یا گروه)، تکنیک‌های مورد استفاده (مانند حساسیت‌زدایی سیستماتیک، مدیریت وابستگی)، روش‌شناسی (مانند طراحی مطالعات تک‌نمونه‌ای) و یا مبانی نظری (مانند شرطی‌سازی کلاسیک، شرطی‌سازی عامل) همگی شکست خورده و مورد پذیرش عموم قرار نگرفته‌اند. در این کتاب، ما از عبارات رفتار درمانی استفاده می‌کنیم و در واقع لزوم عبارات دیگر را بکار می‌بریم.

از لحاظ تاریخی چندین تعریف رسمی برای رفتار درمانی پیشنهاد شده است. به عنوان مثال، ولپی^۷ (۱۹۸۲) رفتار درمانی را به عنوان «استفاده از اصول و الگوهای تثبیت شده تجربی یادگیری برای غلبه بر عادات رفتاری ناسازگار و ناهنجار» (ص ۱) تعریف نمود. علاوه بر آن، ولپی و لازاروس^۸ (۱۹۶۶) نوشتند:

درحالی‌که درمانگران رفتاری مدرن عامدانه اصول یادگیری را برای این روش درمانی بکار می‌گیرند، اما اگر آغاز تمدن را وقتی در نظر بگیریم که بشر برای اولین بار کاری برای بهزیستی فرد دیگری انجام داد، در این صورت رفتار درمانی تجربی احتمالاً قدمتی به اندازه تمدن دارد. از زمانی که این به یک ویژگی زندگی انسان تبدیل شد حتماً مواقعی وجود داشته که شخصی از بیماری خود به دیگری شکایت کند و آن شخص او را به انجام یک عمل توصیه یا ترغیب کرده است. به معنای وسیع‌تر، هر زمان که خود رفتار به عنوان عامل درمانی تصور شود این امر را می‌توان رفتار درمانی نامید. نوشته‌های باستانی حاوی توصیه‌ها و تجویزهای رفتاری بی‌شماری است که با این مفهوم وسیع از رفتار درمانی مطابقت دارد (ص ۱).

درحالی‌که تعریف ولپی و لازاروس بر مبنای نظری رفتار درمانی تأکید دارند، تعاریف دیگر مبتنی بر روش‌های جستجو و پژوهش درمانگران رفتاری هستند. به عنوان مثال، راس^۹ (۱۹۸۵) معتقد بود که رفتار درمانی «کاربرد تجربی کنترل‌شده علم رفتار انسان برای از بین بردن پریشانی روانشناختی و اصلاح رفتار ناهنجار است» (ص ۱۹۶). این تعریف نمایانگر پذیرش فزاینده

³ Association for Advancement of Behavior Therapy

⁴ Cyril Franks

⁵ Cautela

⁶ Kearney

⁷ Wolpe

⁸ Lazarus

⁹ Ross

رفتارگرایی روش‌شناختی است که بر روش‌های مورد استفاده برای کسب اطلاعات روانشناختی تمرکز دارد. با این حال، چنین تعریفی رفتار درمانی را بر اساس دیگر سیستم‌های ساختاری که ممکن است روش‌های تحقیق تجربی را هم بکار گیرند، توصیف نمی‌نماید.

درمان رفتاری-شناختی

یکی از پیشرفت‌هایی که اخیراً در رفتار درمانی رخ داده ظهور درمان رفتاری-شناختی است (بک^{۱۰}، ۱۹۷۶؛ ماهونی^{۱۱}، ۱۹۷۴). طبق این مدل، این برداشت و درک ما از رویدادها است که بر رفتار تأثیر می‌گذارد نه خود رویدادها. بعلاوه، الگوهای ناسازگار و سازگار از طریق فرایندهای شناختی حاصل می‌شوند. بنابراین، باورهای غیرعقلانی، خطاهای منطقی، گفتگو با خود اشتباه، ویژگی‌های مخرب و نامتعارف، و تجسم ذهنی از خود فرد و از دنیایش در اختلالات رفتاری و احساسی نقش دارند. تجدید ساختار شناختی که در آن به مددجویان یاد داده می‌شود شناخت‌های غلط را جستجو کرده و آنها را تغییر دهند، یکی از رویه‌های مورد استفاده از درمان رفتاری-شناختی است. درمان رفتاری-شناختی به عنوان یک درمان انتخابی برای چند مورد از اختلالات کودکان و بزرگسالان از جمله اختلالات هراس، فوبیا و وسواس بوده است. همچنین، اغلب نتایج و پیامدهای تحقیقات در درمان روانشناختی در رابطه با این مدل هستند (ویلسون، ۱۹۹۷). به دلیل تأثیر قابل توجه این مدل در روانشناسی و مشاوره، در فصل بعدی این مدل را به تفصیل مورد بررسی قرار خواهیم داد.

دیدگاه ماهیت انسان

از لحاظ نظری، رفتار درمانی برعکس درمان وجودی است. رفتار درمانی ادعا می‌کند یک رابطه دقیق و مشخص محرک-پاسخ یا پاسخ-پیامد از مدل رفتاری وجود دارد. این رابطه دقیق و مشخص توسط هستی‌گرایی که بر آزادی انتخاب تأکید دارند، مورد انتقاد قرار گرفته است. به عنوان مثال، باندورا (۱۹۸۶) مدل قطعی و ابزاری رفتار درمانی را رد می‌کند به این دلیل که رفتار درمانی ظرفیت افراد برای تأثیرگذاری بر محیط را نادیده می‌گیرد. دیدگاه رفتار درمانی از ماهیت انسان شامل سه ویژگی است. اولاً، این دیدگاه انسان‌ها را موجودی توصیف می‌کنند که از او خواسته می‌شود کنش یا رفتاری را انجام دهد نه اینکه به صورت منفعل فقط بازتابگر شرایط محیطی باشد. به افراد کمک می‌شود تا اقدامات خاصی را برای تغییر زندگی‌شان انجام دهند. دوماً، رفتارگرایان بیشتر و بیشتر نگران این هستند که چگونه شناخت‌ها یا افکار افراد واسطه شرایط محیطی می‌شوند. سوماً، تأکید روزافزونی بر نقش مسئولیت‌پذیری برای رفتار انسان مطرح می‌شود. به عبارت دیگر، توجه بیشتری به این موضوع می‌شود که چرا اشخاص برخی رفتارهای خاص را به جای رفتارهای دیگر انتخاب می‌کنند و همچنین یادگیری می‌تواند ابزار مؤثری برای تغییر باشد.

بر اساس رویکرد علمی، درمانگران رفتاری معتقد به ضرورت ماهیت رهنمودی و فعال درمان‌ها بوده و بر اهمیت ارزیابی و تشخیص تأکید می‌کنند. در نظر رفتار درمانی، رفتار سازگار یا ناسازگار عمدتاً از یادگیری سرچشمه می‌گیرد و رفتار ناسازگار به‌خودی‌خود به عنوان مشکلی در نظر گرفته می‌شود که بایستی تغییر داده شود نه اینکه دنبال علل پنهانی رفتار باشیم که درک آنها بسیار سخت و مشکل است. همچنین، رفتار درمانی پیشنهاد می‌کند که اهداف درمانی کاملاً مشخص و دقیق هستند و رفتارگرایان بر اهمیت بدست آوردن شواهد تجربی و حمایت برای تکنیک‌های مورد استفاده تأکید می‌کنند.

اصول نظری

رفتار درمانی در رابطه با اختلالات رفتاری هم فرضیاتی دارد (کازدین، ۱۹۷۹):

¹⁰ Beck

¹¹ Mahoney

اول، مدلی قطعی و معین از رفتار وجود دارد که در آن فرض می‌شود عوامل پیش‌شرطها و پیامدهای محیطی بیشترین تأثیر را بر رفتار دارند. اخیراً، مدل‌های تعاملی هم مطرح شده‌اند که در آنها فرض می‌شود رفتار، محیط و شخص (مهم‌ترین رویدادهای شناختی و شرایط روانشناختی) همگی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند.

دوم، به جای عوامل تعیین‌کننده پیشین (یعنی تجربیات دوران کودکی) بر عوامل کنونی تأکید می‌شود.

سوم، همان اصولی که بر رفتار طبیعی حاکم هستند در مورد رفتار غیرطبیعی نیز صدق می‌کنند. این یعنی هیچ تفاوت کیفی رفتار طبیعی را از رفتار غیرطبیعی جدا نمی‌کند.

چهارم، چندین عامل تعیین‌کننده رفتار وجود دارد. عوامل تعیین‌کننده اختلالات رفتاری ممکن است از فردی به فرد دیگر و از اختلالی به اختلال دیگر فرق کند.

پنجم، رفتار درمانی مدل بیماری که در آن فرض می‌شود رفتار غیرطبیعی نشانه‌ای از یک بیماری نهفته است را رد می‌کند. برعکس، رفتار نادرست و بد به عنوان «مشکل در زندگی» یا به عنوان رفتار ناسازگار آموخته شده مفهوم‌سازی می‌شود. بنابراین رفتار مخرب و بد خودش هدف تغییر رفتار در نظر گرفته می‌شود.

ششم، اختلالات روانشناختی را می‌توان بر اساس مدهای رفتاری، شناختی و عاطفی قابل بیان هستند. این مدها بر حسب عوامل موقعیتی و تفاوت‌های فردی می‌توانند در درجات مختلف معکوس شوند.

هفتم، اینکه در رابطه با یک موقعیت یک رفتار خاص وجود داشته باشد یک امر نسبی است یعنی موقعیتی پیش می‌آید که در آن رفتاری که فکر می‌کردیم در موقعیت‌های مختلف درست و سازگار است در این موقعیت جدید درست نباشد.

تلفیق روانشناسی مثبت و رفتار درمانی

ممکن است این سوال پیش بیاید که آیا روانشناسی مثبت و رفتار درمانی یکی هستند یا نه چون هردوی آنها به مطالعات تجری ادامه می‌دهند تا به مدارک و شواهدی مبنی بر تأیید استفاده از تکنیک‌های تجربی برای مداخلات درمانی دست پیدا کنند. پاسخ این سوال هم بله است و هم خیر. اولاً، هردوی آنها در تعهدشان به اکتشاف تجربی در پژوهش علمی باهم اشتراک دارند. رفتار درمانی متعهد به تجربه‌گرایی و روش‌شناسی علمی به عنوان مبنای اصلی توسعه مفاهیم و ارزیابی آنها است. روانشناسی مثبت هم برای تأیید نظرات و تکنیک‌ها بسیار متکی به مطالعات علمی و تحقیقات تجربی است. همچنین، هردو رویکرد سرسختانه برای یافتن مبانی مفهومی شفاف تلاش می‌کنند. رفتار درمانی متعهد به مبانی نظری روشن، صریح، آزمایش‌پذیر و قابل تأیید یا رد با آزمون مشاهده باشد؛ روانشناسی مثبت از تحلیل دقیق برای تأیید فرضیاتش استقبال می‌کند.

با این حال، این رویکرد در رابطه با اکتشاف و پژوهش تجربی کاملاً یکسان نیستند؛ پس پاسخ این سوال که آیا این دو رویکرد به لحاظ علمی یکسان هستند یا نه منفی است. دلیل آن این است که هدف اصلی رفتار درمانی درمان و برطرف کردن مشکلات است درحالی‌که هدف روانشناسی مثبت ارتقای بهزیستی افراد با تقویت نقاط قوت‌شان است. بنابراین، هم رفتار درمانی و هم روانشناسی مثبت از مزیت روش‌شناسی مثبت بهره کامل می‌برند اما در رابطه با حوزه استفاده از این روش علمی کاملاً با یکدیگر فرق دارند.

در مورد رفتار درمانی، درمان با مشکلات مددجو آغاز شده و به درمان موفق مشکلات وی ختم می‌شود و تمامی مراحل در این بین با روش‌شناسی علمی انجام می‌شود. برعکس، در روانشناسی مثبت، با اینکه به دنبال شواهد تجربی هستیم اما برطرف شدن مشکل و درمان مددجو معادل با کیفیت زندگی خوب، بهزیستی و لذت درونی مددجو نیست. آنچه اهمیت دارد استفاده از روش‌های دقیق علمی برای ارزیابی میزان پیشرفت مددجو در ارتقای بهزیستی‌اش است تا بتوانیم بیشتر به او در رابطه با برنامه‌ریزی و ارتقای نقاط قوت‌اش در راه رسیدن به بهزیستی کمک کنیم.

مدل قطعی و روانشناسی مثبت

در رفتار درمانی فرض می‌شود که اختلالات رفتاری تحت تأثیر عوامل پیش‌آیند محیطی هستند حتی با وجود اینکه عوامل تعیین‌کننده اختلالات رفتاری ممکن است از فردی به فرد دیگر یا از اختلالی به اختلال دیگر فرق داشته باشد. بعلاوه، رفتار درمانی

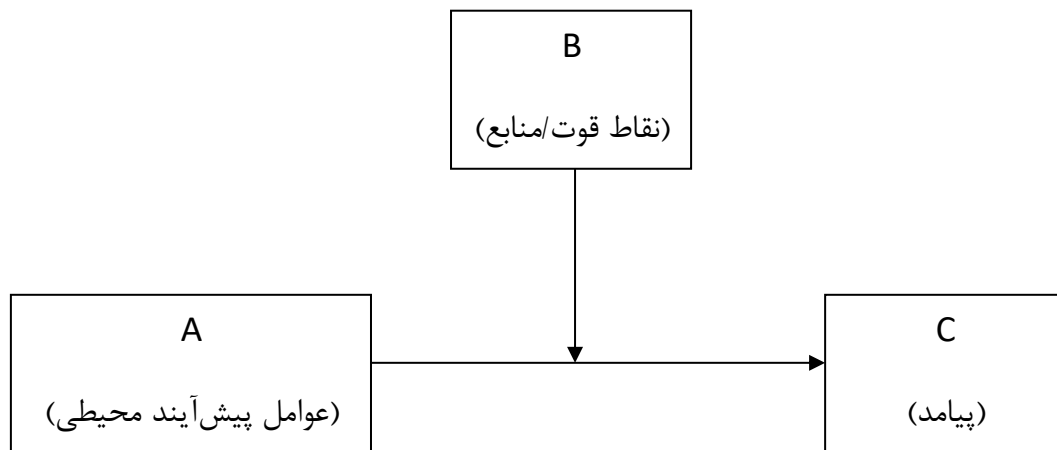
بر لحظه اکنون تأکید دارد یعنی عوامل تعیین کننده کنونی رفتار که کاملاً برخلاف عوامل پیشین در گذشته فرد (مانند تجربیات کودکی) است.

برعکس، برای روانشناسی مثبت رابطه خطی فوق که از عوامل پیش آیند محیطی به مشکلات رفتاری می انجامد کاملاً محدود بوده و با واقعیت تناسبی ندارد. آنچه بیشتر اهمیت دارد این است که چنین رابطه قطعی یک بعدی نمی تواند توضیح دهد که چرا برخی افراد با آسیب های روانی و شوک های جدی متعددی کنار آمده و بر آنها غلبه می کنند و بهزیستی خود را حفظ می نمایند. علاوه بر آن، این رابطه مطلق و خطی نمی تواند سوالات بسیاری را توضیح دهد. مثلاً اینکه چرا برخی افراد انتخاب می کنند که کسانی را که به آنها آسیب رسانده اند را ببخشند، چرا برخی افراد استقامت بیشتری دارند و علی رغم شکست های متعدد بیشتر تلاش می کنند تا به اهداف شان برسند. به عنوان مثال، توماس ادیسون قبل از اینکه موفق به اختراع لامپ نوری شود بارها و بارها شکست خورد. اگر قرار باشد تمام مردم طبق پیش بینی رابطه خطی بین عوامل پیش آیند منفی قبلی و پیامدهای رفتاری به همان اندازه منفی عمل کنند، پس توماس ادیسون هیچ وقت نمی بایست لامپ را اختراع کند! بنابراین، این رابطه ساده رفتارگرایی نمی تواند توجیهی منطقی برای این موضوع پیدا کند که چرا برخی با شکست ها، مخالفت ها، فشارها، و مشکلات مقابله می کنند و کار خود را رها نمی کنند تا به رویایشان دست بایند.

چون روانشناسی مثبت بیشتر بر روی نقاط قوت افراد متمرکز است تا نقاط ضعف شان، بنابراین می تواند به محققان و متخصصان کمک کند تا درک کنند که چرا رابطه خطی رفتاری از عوامل پیش آیند به پیامدهای رفتاری نمی تواند نحوه کامیاب شدن افراد در برابر مشکلات را توضیح دهد. از میان برداشتن مدل خطی رفتاری مشاوران و مددجویان را ترغیب می کند تا طرحواره هایی را ادامه دهند که در آنها از نقاط قوت خود مددجو برای فائق آمدن بر مشکلات کنونی استفاده می شود و مددجو سخت تر تلاش می کند تا بهزیستی خود را حفظ کرده و ارتقا دهد. مشاوران اکنون آزادانه می توانند به مددجویان کمک کنند تا از نقاط خود آگاه شوند و با افتخار متوجه شوند که نقاط قوت ذاتی آنها، فارغ از عوامل پیش آیند محیطی، مسئول عواطف و احساسات مثبت و منفی شان است.

این نکته بازهم ارزش تأکید مجدد را دارد. رفتار درمانی بر این موضوع تمرکز دارد که چگونه عوامل پیش آیند محیطی بر پیامدهای رفتاری تأثیر می گذارند ($A \rightarrow C$). اگرچه مسائل محیطی می تواند تأثیر معنی داری بر نتایج و پیامدهای رفتار و احساسی داشته باشد اما هنوز هم محدودیت هایی دارد چرا که نمی تواند توجیه منطقی برای این موضوع ارائه کند که چرا برخی افراد علی رغم موانع متعدد موفق می شوند و یا اینکه چرا برخی افراد علی رغم درآمد کم بازهم از زندگی لذت می برند. «B» به عنوان عقیده ای که شامل نقاط قوت و بهزیستی در روانشناسی مثبت است باید به « $A \rightarrow C$ » اضافه شود تا توضیح دهد که چرا برخی از افراد به دلیل نقاط قوت یا احساس خوب بودن پریشانی روانی پایینی دارند.

در مشاوره، گرچه تغییر عوامل پیش آیند محیطی یا عوامل بیرونی که در ایجاد اختلالات روانی نقش دارند، غیرممکن است، شکل ۱-۱۰ همچنین نشان می دهد که هنگامی که مددجویان یاد می گیرند نقاط قوت خود را بشناسند و از آنها استفاده کنند، ممکن است مدیریت بهتری در مورد تأثیر عوامل پیش آیند محیطی بر اختلالات احساسی یا روانشناختی خود داشته باشند. به این ترتیب، تلفیق رفتار درمانی با روانشناسی مثبت به مشاوران و مددجویان کمک می کند تا تأثیر عوامل پیش آیند بر ذهنیت را درک نمایند و همچنین مهم تر از آن بر این موضوع تأکید دارد که نقاط قوت مددجویان و یا بهزیستی آنها می تواند تأثیر عوامل پیش آیند را خنثی کرده و یا حتی کاهش دهد.



شکل ۱۰-۱: نقش نقاط قوت/منابع در رابطه بین عوامل پیش‌آیند محیطی و پیامدها

در مشاوره، گرچه تغییر عوامل پیش‌آیند محیطی یا عوامل بیرونی که در ایجاد اختلالات روانی نقش دارند، غیرممکن است، شکل ۱۰-۱ همچنین نشان می‌دهد که هنگامی که مددجویان یاد می‌گیرند نقاط قوت خود را بشناسند. بر اساس رفتار درمانی، تمرکز اصلی مشاوره درمان و بهبود مشکلات است اما روانشناسی مثبت تلاش می‌کند تا بهزیستی افراد را ارتقا دهد. تلفیق این دو رویکرد می‌تواند مشاوران را قادر به استفاده از تکنیک‌های درمانی برای ارتقاء نقاط قوت مددجو در راه ارتقای بهزیستی وی سازد. با این حال، برای مددجویان چندفرهنگی، مشاوران آگاه هستند که تکنیک‌های رفتاری می‌تواند برای آنها جدید و یا حتی عجیب باشد. به عبارت دیگر، بایستی ناآگاهی فرهنگی را کنار بگذارند و از روش‌های مختلف پذیرش تکنیک‌های رفتاری توسط مددجو آگاه بوده و نسبت به آنها حساسیت نشان دهند و خود را با این تکنیک‌ها به طور مناسب سازگار نمایند.

درمان رفتاری-شناختی (CBT)^{۱۲} بر مبنای سه فرض استوار است: رویدادهای شناختی واسطه رفتار فرد هستند (مثلاً عقاید، افکار)؛ تغییر در وقایع و رویدادهای واسطه‌ای منجر به تغییر رفتار می‌شود؛ و مردم فعالانه در یادگیری خود مشارکت دارند. از آنجا که رفتار درمانی در جهت CBT گسترش یافته و حرکت کرده است، می‌توان آن را تعمیمی از رفتار درمانی دانست. تا این تاریخ، سخ نظریه اصلی CBT عبارتند از رفتار درمانی عقلانی-عاطفی آلبرت ایلس^{۱۳} (REBT)^{۱۴}، درمان شناختی آرون بک^{۱۵} (CB)^{۱۶} و درمان رفتاری-شناختی دونالد مایکنبام^{۱۷} (CBT). بیش از بیست نوع مختلف از درمان‌های مختلف با عنوان درمان‌های شناختی یا شناخت درمانی نام‌گذاری شده‌اند (ماهونی و لیدون^{۱۸}، ۱۹۸۸). CBT که اصول و روش‌های شناختی و رفتاری از درمان‌های محدود به جلسات درمانی ترکیب می‌کند نسبت به دیگر نظریه‌های مشاوره تحقیقات تجربی بیشتری تولید کرده است.

¹² Cognitive-behavior therapy

¹³ Albert Ellis

¹⁴ Rational Emotive Behavioral Therapies

¹⁵ Aaron Beck

¹⁶ Cognitive Therapy

¹⁷ Donald Meichenbaum

¹⁸ Lyddon

زمینه تاریخی

ریشه CBT به دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ بر می‌گردد یعنی زمانی که روانشناسان و روانپزشکان آمریکایی و آفریقای جنوبی شروع به مطالعه استفاده از مداخلاتی مبتنی بر اصول نظریه یادگیری کردند. نارضایتی روبه‌رشد از روانکاوی و همچنین افزایش علاقه-مندی به نظریه یادگیری در بین محققان روانشناسی بستر لازم برای توسعه و ترویج رفتار درمانی و بعدها CBT را فراهم نمود. پس از گذشت مدت زمان کوتاهی، به لطف کارهای کسانی چون هانس آیزنک^{۱۹}، سیریل فرانکس^{۲۰}، آرنولد لازاروس^{۲۱}، ایزاک مارکس^{۲۲}، اس. راجمن^{۲۳}، جی. ترنس ویلسون^{۲۴} و جوزف ولپی، رفتار درمانی تبدیل به روش درمانی تثبیت شده‌ای شد که دربردارنده تکنیک‌هایی چون مواجهه، مدلسازی، مدیریت وابستگی و دیگر استراتژی‌ها بود.

از دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰، چندین مؤلف و پیشگام روانشناسی شروع به استفاده از توضیحات و توجیهات شناختی برای درک پدیده‌ها در نظریه‌های یادگیری کردند. این توسعه تأثیر چشمگیری بر توسعه درمان‌های علمی طراحی شده برای تغییر الگوهای منفی تفکر و پردازش اطلاعات داشت. در بین برخی از پیشگامانی که نقش مهمی در توسعه و پیشبرد اولیه CBT ایفا کرده‌اند، بک و ایس به دلیل توسعه این نوع درمان‌ها بیشتر از بقیه شناخته شده و معتبر هستند. هر دوی این افراد در ابتدا به عنوان روانکاو آموزش دیده بودند و هر دو نیز از روانکاوی سنتی ناراضی بودند و همین عاملی شد تا رویکرد جدیدی برای درمان مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، و مشکلات مرتبط با آنها مطرح کنند. ایس درمان‌اش را «درمان عقلانی-عاطفی» می‌نامید (که بعدها به «رفتار درمانی عقلانی-عاطفی» تغییر یافت) و بک نیز درمان‌اش را «درمان شناختی» می‌نامید. هر دو نوع درمان بر روی کمک به مددجو برای تغییر اعتقادات، فرضیات و پیش‌بینی‌هایی چون منفی و ناسازگار بودن و تبدیل آنها به باورها و اعتقادات واقع‌گرایانه و سازگار تمرکز داشتند.

دیدگاه ماهیت انسان

آلبرت الیس، بنیان‌گذار REBT، بر این عقیده است که افراد با قابلیت و توانایی تفکر منطقی و غیرمنطقی دنیا می‌آیند. افراد دارای استعداد و تمایل قبلی برای حفاظت از خود، شادی، رشد، تفکر، عشق ورزیدن، ارتباط برقرار کردن با دیگران، و خودشکوفایی هستند. با این وجود، ایس هم نشان می‌دهد که افراد تمایل و گرایش به خودتخریبی، انجام عملی خلاف منظور اصلی خود، و غیرمعمول بودن و غیرمنطقی بودن هم دارند. با این حال، ایس معتقد است که این دوگانگی و حضور همزمان خودشکوفایی و خودتخریبی در درون افراد یک پدیده زیست‌شناختی است و بنابراین همیشگی است مگر اینکه سبک تفکر جدیدی به فرد آموخته شود. چون ایس بر روی منطقی بودن یا نبودن ماهیت بشر تمرکز دارد، ممکن است سن را در رابطه با مشاوره و روانشناسی در نظر نگیرد. با اینکه ایس به مراحل رشد انسان نمی‌پردازد اما فکر می‌کند که کودکان در مقایسه با بزرگسالان بیشتر در برابر تأثیرات بیرونی و تفکر غیرمنطقی آسیب‌پذیر هستند. به عبارت دیگر، او فرض می‌کند که افراد زودباور و ساده‌لوح هستند و بسیار تلقین‌پذیر می‌باشند و بنابراین خیلی ساده پریشان می‌شوند و آرامش‌شان برهم می‌خورد. افراد در درون خود توانایی کنترل تفکرات، احساس، و رفتار را دارند؛ اما ابتدا بایستی از «خودگویی» آگاه شوند. ایس معتقد است که افراد با خود صحبت می‌کنند، خودشان را ارزیابی می‌کنند و خودپایداری دارند اما اکثراً به دلیل الگوهای خودمخربی که یاد گرفته‌اند عمداً کارشکنی کرده و مانع حرکت خودشان به سوی جلو می‌شوند (الیس، ۲۰۰۰).

¹⁹ Hans Eysenck

²⁰ Cyril Franks

²¹ Arnold Lazarus

²² Isaac Marks

²³ S. Rachman

²⁴ G. Terence Wilson

اصول نظری

REBT

به طور کلی، REBT بر دو چیز تمرکز دارد: (الف) بررسی اعتقادات و باورهای غیرمنطقی که منجر به احساسات منفی ناسالم می‌شوند و (ب) کمک به افراد برای جایگزین کردن این احساسات با جایگزین‌های منطقی و سودمند. الیس معتقد است که افراد در طی دوران کودکی از اطرافیانی که برایشان مهم هستند باورهای غیرمنطقی را می‌آموزند. علاوه بر آن، افراد عقاید تعصب‌آمیز مذهبی و خرافات غیرمنطقی را خودشان ایجاد می‌کنند. آنگاه با تکرار الگوی رفتار و تفکرشان، این باورهای غیرمنطقی را تقویت می‌کنند. بنابراین، از نظر الیس اگر افراد بتوانند تکرار تفکرات تلقینی غیرمنطقی دوران کودکی‌شان را متوقف کنند می‌توانند باورهای منطقی در خود ایجاد نمایند. الیس همچنین نشان می‌دهد که افراد نیاز ندارند دوست داشته شوند یا مورد پذیرش قرار گیرند.

چون هدف اصلی REBT کمک به افراد برای توسعه تفکر منطقی یا تغییر باورهای غیرمنطقی و تبدیل آنها به باورهای منطقی است، از نظر الیس آنچه برای افراد اهمیت اساسی دارد این است که باورهای غیرمنطقی خود را به چالش بکشند.

CBT

مشاوران و درمانگرانی که در چارچوب CBT کار می‌کنند فرض می‌کنند که مشکلات روانشناختی که مددجویان تجربه می‌کنند به دلیل چندین عامل ایجاد شده و در فرد تداوم پیدا می‌کنند که در ادامه به شرح این عوامل خواهیم پرداخت (بک و همکاران، ۲۰۰۲؛ بک و استیر^{۲۵}، ۱۹۸۹).

باورها، فرضیات، پیش‌بینی‌ها و تفاسیر منفی: بک (۱۹۶۷) نشان داد که افسردگی و دیگر اختلالات احساسی و عاطفی وقتی اتفاق می‌افتند که افراد باورهای منفی راجع به خودشان (مثلاً «من کندذهن هستم»)، دنیای اطرافشان (مثلاً «مردم همیشه بدو نامطوبع هستند») و آینده (مثلاً «من هیچوقت کار پیدا نمی‌کنم») داشته باشند یا اینکه در تفکرات خود درگیر خطاها و یا قضاوت‌های نادرستی شوند مثلاً اینکه رویدادی را به طور منفی تفسیر کنند حتی با وجود اینکه شواهدی مبنی بر وجود چنین تفکری وجود ندارد.

تلفیق روانشناسی مثبت با درمان رفتاری-شناختی

تلفیق بین REBT و روانشناسی مثبت احتمالاً خیلی خوب می‌تواند یک دوراهی و تنگنا را برای مشاوران حل کند. بسیار مهم است که متوجه این نکته باشیم که اگرچه برخی مددجویان از نوع مباحثات در REBT ارزیابی مثبتی دارند، اما تمامی مددجویان اینگونه نیستند و برخی دیگر هم وجود دارند که ممکن است دلشان نخواهد بحث کنند. از دیدگاه مشاوران، برخی ممکن است مایل به استفاده از رویکرد مباحثه نباشند درحالیکه برخی دیگر ممکن است مزیت‌هایی در آن ببینند؛ چنین تفاوت دیدگاهی می‌تواند خیلی آسان رابطه درمانی را مختل کند. با این حال، اگر نقاط قوت مددجو را بتوانیم به مدل ABC اضافه کنیم، هم مشاور و هم مددجو می‌توانند روی این مسئله کار کنند که چطور نقاط قوت مددجو را ارتقا دهند و اینکه چطور این نقاط قوت می‌توانند به مددجو در مواجه شدن با چنین رویدادهایی کمک کنند. بنابراین، تلفیق می‌تواند دوراهی و تگننایی که توسط مباحثات ایجاد شده را حل کند (فریش، ۲۰۰۵).

تلفیق REBT و روانشناسی مثبت می‌تواند حمایت و پشتیبانی تجربی REBT که نسبت به دیگر رویکردها به لحاظ تجربی حمایت و تأیید بسیار کمتری بدست آورده را افزایش دهد. روانشناسی مثبت رشته‌ای است که در آن علم با نقاط قوت افراد تلاقی می‌کند و به طور مداوم برای حمایت از مداخله درمانی خود از تحقیقات علمی سختگیرانه پشتیبانی می‌کند. تاکنون، شواهد تجربی متعددی ارائه شده‌اند که نشان می‌دهند نقاط قوت افراد (مثل مقابله کردن، بهزیستی، تاب‌آوری، استقامت، و غیره) به مدیریت استرس، تجربیات تکانشی و شوک‌آور، و دیگر رویدادهای منفی کمک می‌کند. تلفیق بین REBT و روانشناسی مثبت می‌تواند یک روش مشاوره مبتنی بر شواهد را فراهم کند که در آن مدل ABC (به طور خاص «B» که به عنوان نقاط قوت مشتری در نظر گرفته شده است) حمایت و تأیید تحقیقات تجربی را بدست می‌آورد.

تلفیق این دو رویکرد به این معنی نیست که روانشناسی مثبت جایگزین یکی از مؤلفه‌های REBT می‌شود. برعکس، این تلفیق در راستای غنی‌تر کردن REBT است چون هر دوی آنها در جستجوی راهی هستند که به نفع مددجو باشد و این تلفیق باعث می‌شود با گنجاندن نقاط قوت مددجو این دو رویکرد هم‌افزایی کنند و با شناخت بیشتر مددجو و مشاور از نقاط قوت و درنظر گرفتن بهزیستی مددجو، مشارکت فعال هر دوی آنها در فرایند شناسایی باورهای غیرمنطقی افزایش می‌یابد. مددجویان کاملاً متوجه این نکته هستند که همکاری‌شان با مشاورانی که با آنها کار می‌کنند به روش‌های گوناگونی چون به چالش کشیدن، مباحثه، و شفاف‌سازی باعث افزایش نقاط قوت‌شان می‌شود و همچنین این همکاری باعث می‌شود نقاط قوت خود را بشناسند و ارزش آنها را درک کنند و بر اهمیت تلاش‌هایشان در مسیر رشد کردن و حفظ بهزیستی تأکید دارد. هدف از این همکاری چندجانبه با مددجو تحقق یک رسالت اصلی یعنی ارتقای آگاهی مددجو از نقاط قوت‌اش و استفاده مثبت از آنها برای برطرف کردن کشمکش‌ها و دستیابی به بهزیستی و شادمانی است.

CBT و روانشناسی مثبت

اصل اساسی در CBT که توسط بک بنیان‌گذاری شده این است که افسردگی و دیگر اختلالات احساسی و عاطفی وقتی رخ می‌دهند که افراد باورها و اعتقادات شناختی منفی در مورد خودشان (مثلاً «من کندذهن هستم»)، دنیای اطراف‌شان (مثلاً «مردم همیشه بدو نامطبوع هستند») و آینده (مثلاً «من هیچوقت کار پیدا نمی‌کنم») داشته باشند. بر اساس CBT، وقتی مردم در حین تفکر خود را درگیر خطاها و یا سوگیری‌ها و قضاوت‌های متعصبانه می‌کنند، احساسات و عواطف‌شان تحت تأثیر قرار گرفته و منفی و مسئله‌دار می‌شود و آنها علی‌رغم عدم وجود هرگونه شواهدی مبنی بر منفی بودن رویدادها به تفسیر منفی آنها ادامه می‌دهند. در کل، CBT با تکنیک‌های مختلف بیشتر به دنبال حل کردن مشکلات است تا ارتقای نقاط قوت (تیلور^{۲۶} و آرمور^{۲۷}، ۱۹۹۶).

معرفی روانشناسی مثبت مسیری تازه به CBT می‌دهد. روانشناسی مثبت متقاعد شده است که درک نقاط قوت ذاتی و فطری افراد اهمیت حیاتی دارد و با ساختن این نقاط قوت است که فرد می‌تواند با مهارت ضعف‌ها یا مشکلات روانی‌اش را مدیریت نماید (به جای اینکه بر روی برطرف‌سازی آنها تمرکز کند) (هال^{۲۸} و نلسون^{۲۹}، ۱۹۹۶). به عبارت دیگر، با روانشناسی مثبت خوب است که مشاوران به مددجویان کمک می‌کنند نقاط قوت خود را ارتقا دهند زیرا به آنها در مدیریت مشکلات کمک می‌کند.

تلفیق روانشناسی مثبت و واقعیت درمانی

واقعیت درمانی و روانشناسی مثبت هر دو نگرانی‌هایی در مورد ارتباط بین مسائل پزشکی و اختلالات روانشناختی دارند. همچنین هر دو رویکرد اختلاف نظرهایی با DSM دارند. علی‌رغم برخی شباهت‌ها بین این دو رویکرد، هنوز پتانسیل‌های زیادی وجود دارد که روانشناسی مثبت می‌تواند واقعیت درمانی را غنی‌تر سازد که در ادامه در مورد آنها بحث می‌شود.

رابطه به عنوان یک ابزار درمانی

مطابق با واقعیت درمانی، مشاوران از روابط درمانی برای آموزش نحوه ارتباط با دیگران در زندگی استفاده می‌کنند زیرا حفظ هویت افراد بسیار مهم است. روانشناسی مثبت هم انتقال متقابل در یک رابطه درمانی را تأیید می‌کند. رابطه در واقعیت درمانی و روانشناسی مثبت نقش مهمی دارد. به عنوان مثال، در واقعیت درمانی، مشاوران رابطه درمانی را ایجاد می‌کنند تا مددجو از ابتدا در روند مشاوره شرکت کند. روانشناسی مثبت هم از روابط درمانی که می‌تواند آگاهی مددجو و پیشرفت نقاط قوت و بهزیستی وی را تسهیل کند استقبال می‌کند.

²⁶ Taylor

²⁷ Armor

²⁸ Hall

²⁹ Nelson

با ادغام این دو رویکرد در رابطه، مشاوران می‌توانند خودشان باشند و از این طریق به مددجویان یاد می‌دهند که چگونه نقاط قوت و رفاه خود را ارتقا می‌بخشند. هنگامی که مشاوران هویت خود را حفظ کرده و در مورد سفر خود در مسیر کشف نقاط قوت خود، با مددجو بحث و گفتگو می‌کنند، مشتریان بیشتر متوجه این موضوع می‌شوند که نقاط قوت باید به شناخته شده و پرورش یابد.

نتیجه گیری

تا به امروز، رفتار درمانی با تکنیک‌ها و ارزیابی‌های نوآورانه در مشاوره سهیم بوده است. این روش با موفقیت در رابطه با اقشار مختلف (به عنوان مثال بزرگسالان، کودکان، نوجوانان) در مکان‌های متنوعی مانند بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. علاوه بر این، از رفتار درمانی برای درمان مشکلات مختلف استفاده شده است. رفتار درمانی عمدتاً بر رفتار فوری و بی‌واسطه متمرکز است و هدف اصلی از بین بردن رفتارهای ناخواسته و نامطلوب است.

با وجود مزایای مختلف، رفتار درمانی به دلیل محدودیت‌هایی از قبیل نادیده گرفتن تغییرات عمیق روانشناختی مورد انتقاد قرار گرفته است. به طور خاص، رفتار درمانی ممکن است رفتارها را تغییر دهد، اما باعث تغییر احساس نمی‌شود. رفتار درمانی بینش ایجاد نمی‌کند یا دلایل مشکلات را توضیح نمی‌دهد. برای افزایش بینش و احساسات مثبت مددجو، مشاوران می‌توانند روانشناسی مثبت را در مشاوره بگنجانند. روانشناسی مثبت همچنین می‌تواند نقاط قوت مددجو را ضمن تغییر رفتارهایش ارتقا بخشد.

چون هم رفتار درمانی و هم روانشناسی مثبت محصولی از فرهنگ غرب هستند پس مشاوران حساس فرهنگی بایستی آگاه باشند که ممکن است چنین رویکردهایی برای مددجویان چندفرهنگی جدید باشد. علاوه بر آن، مشاوران دارای دانش کافی در مورد میزان سازگاری و مطابقت فرهنگ‌های و ارزش‌های مددجو با این دو رویکرد هستند. مشاوران همچنین بایستی در متناسب-سازی تلفیق بین رفتار درمانی و روانشناسی مثبت برای مددجوی چندفرهنگی دارای مهارت کافی باشند.

بر اساس این فرض که رویدادهای شناختی واسطه رفتار افراد هستند، درمان شناختی-رفتاری اکنون یکی از محبوب‌ترین رویکردها در امر مشاوره است. CBT توسط مطالعات تجربی مختلف پشتیبانی شده و اثرات درمانی قابل توجهی را برای تعداد زیادی از مددجویان نشان می‌دهد. الیس و بک به عنوان دو شخصیت اصلی در درمان شناختی-رفتاری، ممکن است دیدگاه‌های مختلفی در مورد ماهیت انسان داشته باشند، اما آنها موافق هستند که اعتقاد و تفکر افراد برای احساسات و رفتارها بسیار مهم است. آنها همچنین اهمیت ارزیابی‌ها و تحقیقات علمی در مشاوره را برجسته می‌کنند. درحالیکه الیس به طور مکرر از مدل ABC استفاده می‌کرد، بک استراتژی‌های زیادی مانند بازسازی شناختی را توسعه می‌داد. با این حال، هر دو رویکرد به جای ارتقاء بهزیستی، همچنان بر مشکلات معطوف شده‌اند. بنابراین، معرفی روانشناسی مثبت برای تقویت تأثیرات مثبت، نقاط قوت و سلامتی مددجو بسیار مهم است. به نظر می‌رسد که هر دو REBT و CBT در کاربردهای چند فرهنگی محدود هستند. بنابراین، مشاوران با حساسیت فرهنگی ممکن است نیاز به یاری مددجویان چند فرهنگی برای آشنایی با اصول این دو رویکرد داشته باشند. با وجود تمرکز بر انتخاب‌ها و ارتباطات، واقعیت درمانی هنوز بر درمان مشکلات تأکید دارد. بنابراین، گسترش انتخاب‌ها و ارتباطات برای تقویت نقاط قوت و عواطف مثبت بسیار حیاتی است. چون ارتباط در واقعیت درمانی و روانشناسی مثبت یک ابزار درمانی است، مشاوران می‌توانند به مددجویان کمک کنند تا با دیگران ارتباط برقرار کنند، روابط ناسالم پیشین با دیگران را بازسازی کنند، نقاط قوت را ارتقا دهند، و از طریق رابطه درمانی در مشاوره عواطف و احساسات مثبت را افزایش دهند.

در نهایت، وقتی از این تلفیق بین واقعیت درمانی و روانشناسی مثبت برای مددجویان چندفرهنگی استفاده می‌شود، مشاوران نیاز دارند از تعصبات فرهنگی خودشان آگاه باشند. مهم‌تر از آن، مشاوران باید در مورد ارزش‌های فرهنگی مددجویان در مورد دارو تشخیص‌ها آگاهی داشته باشند حتی با وجود اینکه هم روانشناسی مثبت و هم واقعیت درمانی هرگونه تشخیص و دارویی را رد می‌کنند.

منابع و مراجع

- [1] Agras, W. S. (1997). Helping people improve their lives with behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 375-384.
- [2] American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- [3] Belkin, G. S. (1975). *Practical counseling in schools*. Dubuque, IA: Brown.
- [4] Benvenuto, S., & Molino, A. (Eds.). (2008). *In Freud's tracks: Conversations from the Journal of European Psychoanalysis*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- [5] Binswanger, L. (1958). The existential analysis school of thought. In R. May, E. Angel, and H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (pp. 191-213). New York: Basic Books.
- [6] Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Oxford, England: Wiley-Blackwell.
- [7] Mencius (2005). *Mencius*. Trans. by D. C. Lau. New York: Penguin.
- [8] Myers, D. G. (2006). *Pursuit of happiness*. New York: Harper-Collins.
- [9] Sirgy, M. J., & Wu, J. (2009). The pleasant life, the engaged life, and the meaningful life: What about the balanced life? *Journal of Happiness Studies*, 10, 183-196.
- [10] Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.
- [11] Todd, K. (2010). *Curious? Discover the missing ingredient to a fulfilling life*. New York: Harper Perennial.
- [12] Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- [13] Van der Zee, K., & Van Oudenhoven, J. P. (2013). Culture shock or challenge? The role of personality as a determinant of intercultural competence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44, 928-940.
- [14] Weishaar, M. E. (1993). *Aaron T. Beck*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- [15] Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 53-98.
- [16] Wilson, K. G. (1997). Science and treatment development: Lessons from the history of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 547-558.
- [17] Wilson, S. M., & Miles, M. S. (2001). Spirituality in African-American mothers coping with a seriously ill infant. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 6, 116-122.
- [18] Wolpe, J. (1982). Missing the point: A reply to Wogan and Norcross. *American Psychologist*, 37, 1286-1287.