

مداخلات معنوی در روان‌درمانی کودک و نوجوان

فهرست

سخن مترجم	۹
مقدمه	۱۱

الف) بنیادها و بستر

فصل اول - اخلاقیات، موضوعات مذهبی و روان‌شناسی بالینی کودک	۲۵
فصل دوم - ارزیابی مشکلات معنوی و مذهبی در روان‌شناسی بالینی کودک	۵۱
فصل سوم - پرداختن به معنویت والدین به‌عنوان بخشی از مسأله و راه‌حل در روان‌درمانی خانواده. ۷۵.	۷۵
فصل چهارم - مداخلات معنوی‌گرا در زمینه رشد	۹۹

ب) مداخلات

فصل پنجم - پذیرش	۱۲۱
فصل ششم - روان‌درمانی آگاهی معنوی با کودکان و نوجوانان	۱۴۵
فصل هفتم - متون مقدس	۱۶۳
فصل هشتم - دعا	۱۹۱
فصل نهم - تصاویر خدا	۲۱۹
فصل دهم - مداخلات بخشش با کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها	۲۴۳
سخن آخر: تأمل‌ها و مسیرهای آینده	۲۶۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۷۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۷۹

تقدیر و تشکر

مؤلفان با کمال تشکر از کمک و پشتیبانی سوزان رینالدز، دبیر خریدار ارشد در انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) به خاطر حمایت و نظارت بر تألیف این کتاب قدردانی می‌کنند. به علاوه، مایلیم از کارکنان هیأت تحریریه در APA و همچنین منتقدان ناشناسی که نظراتشان موجب ارتقاء سطح کتاب شده است قدردانی کنیم.

به نام خدا

سخن مترجمان

رشد فزاینده اختلالات روان‌پزشکی که کمتر به روان‌درمانی‌های مرسوم پاسخ می‌دهند، مانند اختلالات شخصیت، اختلال هویت جنسی، اختلال سلوک، اعتیاد، مشکلات پوچ‌گرایی، خودکشی و غیره، فضایی را برای توجه به مداخلات معنوی فراهم کرده است. تجربه مترجمان در استفاده از مداخلات معنوی و طراحی بسته‌های روان‌درمانی معنوی برای اختلالاتی مانند اختلال هویت جنسی و اختلال سلوک، نشان می‌دهد که کاربرد این مداخلات با استفاده از رویکردهای روان‌درمانی مرسوم، می‌تواند اثربخش باشد. چنانکه، مطالعه‌ای با هدف طراحی، اجرا و بررسی اثربخشی بسته روان‌درمانی معنوی برای نوجوانان دچار اختلال سلوک، نشان داد که مداخلات معنوی، در کاهش دلبستگی اجتنابی به خدا و خشم در نوجوانان دچار اختلال سلوک در کانون اصلاح و تربیت، اثربخش بود.

به نظر می‌رسد که در جامعه تخصصی کشور، موانعی برای استفاده از مداخلات معنوی در روان‌درمانی وجود دارد؛ مقاومت متخصصان با تصور ورود مذهب و دین به دایره علم و حرفه، یکی از این موانع است. به گفته ویلیام جیمز "بسیاری از مردم فکر می‌کنند در حال فکر کردن هستند، در حالی که مشغول بازآرایی و تنظیم پیش‌دوری‌ها و تعصباتشان هستند". تک‌بعدی نگرستن به انسان باعث می‌شود که جامعیت و چندبعدی بودن انسان فراموش شده و انسان در حد پرنندگان و سایر جانداران تلقی شود. متخصصین فکر می‌کنند اگر در زمینه تخصص خود مشکل بیمار را درمان کنند، مشکلات بیمار رفع می‌شود. دید همه‌جانبه و جامع نداشتن یکی از مهم‌ترین مشکلات جامعه پزشکی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی و سایر تخصص‌ها و فوق تخصص‌هاست. مورد مهم دیگر این است که غالباً فکر می‌کنیم معنویت، هدف و مقصود نهایی زندگی برای بیماران مراجعه‌کننده مهم نیست یا مطرح نمی‌باشد و اگر هم مطرح است به من روان‌پزشک، پزشک و روان‌شناس ارتباطی ندارد؛ من که مسئول همه مسائل بیمار نیستم، من فقط به درمان اضطراب، افسردگی، مشکل جنسی و دیگر اختلالات او کمک کرده و برای مثال از دارو یا روان‌درمانی‌های پویا، دیالکتیک، شناختی و رفتاری استفاده می‌کنم. در نتیجه، فرض بر این است که مشکلات بیمار حل می‌شود، غافل از اینکه اضطراب، افسردگی، و بسیاری از اختلالات، ریشه در شخصیت، هدف، معنا و برداشت از زندگی، زندگی بعدی و آینده انسان دارد. انسان بی‌هدف و بدون آینده، گیج و گم‌گشته است. پوچ‌گرایی منشأ بسیاری از نابسامانی‌ها و اختلالات بوده یا شروعی برای افزایش اتلاف وقت، خودکشی تدریجی و بدون‌نام یا خودکشی موفق است.

والدگری ناکارآمد و بیش از حد حمایت‌کننده و یا غافل و بی‌تفاوت، منشأ اکثر اختلالات کودکان و نوجوانان است. روان‌درمانی و به چالش کشیدن والدین بی‌تفاوت یا بیش از حد حمایت‌کننده و یا والدگری ناکارآمد، برای تصحیح سبک زندگی، فرزندپروری، کیفیت زندگی، ارتقاء اعتمادبه‌نفس و افزایش اعتماد اجتماعی، بزرگترین خدمت به کودکان و نوجوانان و نسل آینده و کمک مناسبی برای والدین است که عاقبت، متوجه معنویت و هدف برای خود و فرزندان‌شان شوند.

یکی دیگر از موانع استفاده از مداخلات معنوی در روان‌درمانی، فشار اجتماعی و سیاسی معنویت‌های نوظهور در جامعه است که باعث شده این قبیل اقدامات علمی با بدگمانی دنبال شود. امیدواریم مطالعه ترجمه این کتاب، که از جمله کتاب‌های منحصربه‌فرد و پر فروش انجمن روان‌شناسی آمریکا است، زمینه رفع این ابهامات و موانع را فراهم کرده و فصل جدیدی در رشد استفاده از مداخلات معنوی در روان‌درمانی و سلامت روان مردم، در جامعه روان‌پزشکی و روان‌شناسی کشور باشد.

دکتر محمدرضا محمدی

دکتر مریم سلمانیان

سوده آقامحمدی

مقدمه

دونالد ف. واکر

تجربه‌های شخصی، مرا به نوشتن دربارهٔ مداخلات معنوی در روان‌درمانی کودک و نوجوان واداشت. تجربه‌هایی که ابتدا به‌عنوان دانشجوی مقطع دکتری، سپس روان‌درمانگر بخش خصوصی و سرانجام سرپرست بخش درمان دانشگاهی داشتم، باعث ایجاد این علاقه شد. من شاهد قدرت معنویت و مذهب در ایجاد مشکل یا حل مسائل بیماران بوده‌ام.

نخستین دورهٔ کارورزی من تجربه‌ای دربارهٔ مسیحیت بود که به شکل خصوصی و سرپایی در کالیفرنیا، جنوبی انجام می‌گرفت. یکی از افرادی که در آنجا برای درمان به من ارجاع داده شد، کودکی آمریکایی-آفریقایی بود. هنگامی که مادر مسیحی این کودک برای انجام مقدمات پذیرش فرزند خود با کارکنان مرکز درمان تماس گرفت، به‌صراحت ابراز کرد که پسرش دچار شیطان‌زدگی شده است.

از آنجایی که محل کار من در دفتر مرکزی نبود، این مورد از طریق پیام تلفنی به من ارجاع داده شد. تنها این سؤال را از من پرسیدند که آیا در زمینهٔ تسخیر شیطان تخصص دارم یا نه؛ و هیچ توضیح دیگری داده نشد. من هم که از ساعات کارورزی خسته شده و سرمست غرور از شش جلسهٔ تمرینی در اولین ترم بهار بودم، آب دهانم را به‌سختی قورت دادم و با بیمار تماس گرفتم.

در جلسات ارزیابی بعدی، حدس من به‌یقین تبدیل شد؛ کودک درحقیقت توسط شیطان تسخیر نشده بود و تنها برخی از بازی‌های رایانه‌ای خشن را تجربه کرده بود (یکی از آنها دیابلو، واژه‌ای اسپانیایی به معنی دیو بود). علاوه بر این، بیمار من دچار مشکلات رفتاری در خانه و مدرسه بود و تاندازه‌ای به مداخلات رفتاری مادرش پاسخ مثبت داده بود. مادر او تنها زندگی می‌کرد و برای تربیت فرزند خود که اکنون بیمار من بود، به سختی تلاش می‌کرد. او فرزندان دیگری هم در خانه داشت. از دید من، مادر بیش‌ازحد و بیشتر از سایر فرزندان به وی سخت می‌گرفت و او را کنترل می‌کرد. پس از گذشت چند ماه از روان‌درمانی، سعی کردم به او کمک کنم تا از تعالیم کتاب مقدس در شیوهٔ تربیتی‌اش بهره گیرد و برای او از «افسیان ۴:۶» نقل کردم که به پدران و مادران دستور می‌داد: «فرزندان خود را خشمگین نسازید». او ناگهان دو جلسهٔ بعد را لغو کرد. خوشبختانه، با تماس دوباره و عذرخواهی از وی موفق شدم ارتباط کاری‌مان را اصلاح کنم و او برای روان‌درمانی بازگشت. بیشتر

جلسات کارورزی به‌خوبی پیش می‌رفت و خانواده بعد از شش ماه تعامل و همکاری با یکدیگر، روان‌درمانی را با موفقیت به پایان رساندند.

در روند کار با خانواده او، من درس‌های ارزشمندی را درباره استفاده از مداخلات معنوی در روان‌درمانی آموختم. اول اینکه همان‌طور که ماهونی و همکارانش در «فصل سوم» بیان می‌دارند: «آن نوع شیوه زندگی که انسان‌ها از مذهب خود دریافت می‌کنند همیشه از لحاظ معنوی و روان‌شناختی سالم نیست.» در این مورد خاص، مادری که سعی داشت به ایمان دینی خود پایبند بماند، مفهوم معنوی حق انتخاب بازی‌های ویدئویی توسط فرزند خود را به‌شکل اغراق‌آمیزی تفسیر کرد. شاید او تمایل داشت متن‌هایی را از کتاب مقدس دست‌چین کند که تأییدکننده تفسیرش از مفهوم بازی‌های رایانه‌ای در ارتباط با وضعیت معنوی فرزندش باشد. به همین دلیل ممکن بود، استفاده از متن کتاب مقدس برای شروع درمان با تناقض همراه باشد.

همچنین گرچه باور دارم ارزیابی من در مورد ناکارآمدی شیوه والدگری او درست بود، اما هنگامی که برای نشان دادن این ناکارآمدی از کتاب مقدس استفاده کردم، با شکست مواجه شدم. زمانی که به عقب برمی‌گردم، درمی‌یابم که باید به آهنگ کلماتی که از دهانم خارج می‌شد توجه می‌کردم؛ به‌خصوص هنگام اشاره به متن مقدسی که او بدان باور داشت و من از آن برای تأیید شیوه درمانی خود و به چالش کشیدن شیوه والدگری او بهره می‌بردم.

به دلیل اهمیتی که والدین بسیار مذهبی برای متون کتب مقدس قائل‌اند، می‌بایست پیش از به چالش کشیدن اساسی شیوه فرزندپروری او با کتاب مقدس مسیحیان، ابتدا به فهم معنوی شیوه والدگری وی می‌پرداختم، آنگاه درک او را از ارجاعات فراوان به کتاب مقدس درباره شیوه والدگری، مورد بررسی قرار می‌دادم (به‌جای به‌چالش کشیدن مستقیم او با ارجاعی مشخص به کتاب مقدس). اگر من بدین روش با او وارد گفتگو می‌شدم، شاید حالت تدافعی کمتری می‌گرفت و درباره دوگانگی بین اهداف والدگری بیان‌شده خود (پرورش فرزند بر پایه باور شخصی و به‌کارگیری تعلیمی که با ایمانش هم‌خوانی داشت) و رفتارهای والدگری‌اش، بیش‌ازپیش تفکر می‌کرد.

بعدازاین تجربه، هرگز چنین اشتباهی را با والد مذهبی دیگری تکرار نکردم. هرچند پس از بازبینی اشتباهاتم، سرانجام اقدام به تألیف پروتکلی کردم، که به منظور استفاده از کتاب مقدس در محیط آموزشی جهت برگزاری برنامه‌های والدگری برای والدین مسیحی محافظه‌کار استفاده می‌شود، که در فصل هفتم این کتاب معرفی شده است.

سال‌ها بعد و پس از تجربه‌های بالینی متعدد در مرکز سرپایی سلامت روان کودکان، در کانتون اوهایو مشغول به کار شدم؛ این دوره برای گذراندن دوره کارورزی پیش از دکترای من بود. در اوایل همین سال با چند بیمار درگیر با مسائل معنوی مواجه شدم که به نظر می‌رسید از مشکلات یکسانی رنج می‌بردند. برای نمونه، والدین متعددی بچه‌های مبتلا به مشکلات رفتاری خود را به این مرکز آورده و به روشنی نگرانی خود را ابراز می‌کردند، نگرانی از اینکه نوجوانان‌شان رفتاری متناسب با

تربیت مذهبی‌ای که در آن پرورش یافته‌اند، از خود نشان نمی‌دهند. این‌گونه والدین بیشتر به بیان شیوه‌های والدگری خاص خود در سایه سنت‌های معنوی‌شان می‌پردازند. آنها همچنین به‌وسیله شیوه‌های تربیتی معنوی مانند تشویق فرزندان‌شان به دعا و مطالعه متون مقدس، سعی در پرورش و اصلاح رفتارهای ایشان دارند. علاوه بر این، بیشتر این والدین برای جلب حمایت‌های اجتماعی به کلیسا گرایش پیدا می‌کنند و با اعضای کلیسا مانند قوم‌وخویش سببی خود رفتار می‌کنند.

افزون‌براین، بسیاری از نوجوانانی که دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال رفتار بودند، در مرحله‌ای از درمان همیشه درباره مسائلی چون بخشش، با والدین‌شان به گفتگو می‌پرداختند؛ هرچند آنها نمی‌توانستند تشخیص دهند که چه چیزی را به‌عنوان بخشش از پدر و مادرشان خواستارند. علاوه بر این، برخی از کودکانی که پس از مرگ عزیزان‌شان، سوگواری و اندوه فراق دردناکی را تجربه کرده بودند، با خدا درباره دل‌تنگی‌هایشان گفتگو می‌کردند. آنها آگاهی زیادی نداشتند که از راه گفتگو با من در اتاق روان‌درمانی درباره گفتگوهایشان با خدا، در واقع در حال پیش کشیدن مسائل مرتبط با بهره‌گیری از دعا در روان‌درمانی هستند و در نهایت اینکه پسری که به چندین کودک جوان‌تر از خود تعرض کرده بود پیوسته به این می‌اندیشید که آیا خدا او را خواهد بخشید یا نه.

من هشیارانه این موضوعات را در جلسه مربوط به سرپرستی مطرح کردم. البته کمی در انجام این کار دو دل بودم، زیرا می‌خواستم نسبت به محیطی که در آن مشغول به کار بودم، حساس باشم و نیز از ایجاد این تصور پرهیز کنم که من ارزش‌های مذهبی خود را به بیماران تحمیل می‌کنم؛ اما تعجب‌آور بود که سرپرستم از تصویری که از بیماران خود ترسیم کرده بودم حمایت کرد. او بیان داشت که ما در «بایبل بلت» (کمربند کتاب مقدس، ایالت‌های جنوبی آمریکا که بنیادگرایی مذهبی در آنها رواج بیشتری دارد) قرار داریم و بسیاری از مراجعه‌کنندگان من نگاهی مذهبی به زندگی خود دارند و همواره موضوعات معنوی یا مذهبی را به‌پیش می‌کشند. در دوران کارورزی، او به من کمک کرد تا درباره نگرانی‌های مذهبی، به شیوه‌ای سخن بگویم که حریم محدودیت‌های مرکزی که به‌عنوان مرکز سلامت روان اجتماع در آن فعالیت داشتیم، رعایت شود. در اواخر سال دریافتم که وی یهودی است و ملاحظات ما در جلسه سرپرستی درباره دین و معنویت در فضایی بین‌مذهبی انجام گرفته است. این تجربه، تنوع شیوه‌های معنویت در روان‌درمانی کودک و نوجوان را، پررنگ کرد. همچنین این نوع تجربه‌ها توانایی معنویت را چه برای انجام مداخله مثبت و چه مداخله منفی، به تصویر کشیدند. در همین راستا، اگرچه شمار روزافزون متخصصان سلامت روان، اهمیت گفتگو درباره معنویت در درمان را به رسمیت می‌شناسند، اما حصول اطمینان از اینکه معنویت به‌صورت کارآمد با تکنیک‌های مستدل ادغام شده باشد، به راهنمایی‌های بیشتری نیاز دارد.

چنین راهنمایی‌هایی به‌ویژه برای روان‌درمانی کودک و نوجوان موردنیاز است. همان‌طور که تجربیات پیشین من نشان می‌دهد کودکان و رویکرد خانواده آنها، چالش‌های منحصربه‌فردی را بر سر راه درمانگرانی قرار می‌دهند که مایل به استفاده از مداخلات معنوی هستند. شاید نیاز باشد درباره

بیشتر این چالش‌ها، به گفتگو دربارهٔ دغدغه‌های اخلاقی مانند جلب رضایت والد و رضایت کودک بپردازیم. افزون بر این، خانواده و محیط رشد کودکان و نوجوانان چالش‌های واحدی را در خود دارند. در بعضی از موارد ممکن است معنویت کودک یا والدین او به‌جای اینکه یک منبع حمایتی باشد، خود امری مشکل‌زا شود. همچنین، معنویت می‌تواند با مشکل موجود و تصویری که از مشکل ارائه می‌شود، مرتبط باشد یا نباشد. در هنگام رویارویی با این چالش‌ها، انجام ارزیابی دقیق ضروری به نظر می‌رسد.

این کتاب چگونگی تأثیر مداخلات معنوی بر مراجعین کودک و نوجوان و خانوادهٔ آنها که مبتلا به دامنه‌ای از مشکلات هستند را به تصویر می‌کشد. اخلاقیات، ارزیابی، خانواده و محیط رشد کودک، نقش چارچوب را بازی کرده و شیوه‌های گوناگون مداخله مانند دعا، بخشش و استفاده از متون مقدس و تصاویر خدا، در دل این چارچوب قرار می‌گیرد. مداخلات می‌توانند به‌صورت صریح در محیط‌های مذهبی و در صورت انتخاب در محیط‌های سکولار برای بیماران دارای نظام‌های ارزشی ناهمسان، تأثیرگذار باشند. این کتاب به‌ویژه مسیحیت، یهودیت، اسلام و معنویت کلی‌تری را که بر پایهٔ هدایت جهان است، مورد خطاب قرار می‌دهد. هر فصل، شامل بررسی موردی یک بیمار است.

کتاب حاضر با دو نیروی گسترده‌تر جدا و درعین‌حال همگرا، به‌پیش برده می‌شود: پیشرفت‌های دنیای روان‌درمانی کودکان و پیشرفت‌های روان‌شناسی مذهب و معنویت. با توجه به مورد اول، تجربه‌های علمی برای ارائهٔ انواع مسائل، بیشتر بافت روان‌درمانی کودک و نوجوان از رفتارهای مقابله‌ای و اضطراب گرفته تا افسردگی و سوءاستفادهٔ دوران کودکی را به سیطرهٔ خود درآورده است، (برای نمونه، کوهن، مانارینو و دبلینگر، ۲۰۰۶؛ ویس و کازدین، ۲۰۱۰). در ارتباط با مورد دوم، تحقیقاتی به‌صورت تجربی در حال انجام است که مداخلات معنوی شامل دعا، بخشش، متون مقدس و دیگر موارد را در درمان مشکلات سلامت روان مانند خشم، اضطراب و افسردگی، مؤثر می‌داند (برای نمونه مراجعه شود به آتن، مک مین و ورثونگتون، ۲۰۱۱).

من از اندیشه‌های موردبحث در این کتاب، به‌عنوان ابزاری برای همگرا کردن این دو حیطهٔ مجزا از هم در تحقیق‌های بالینی و دنیای درمان استفاده می‌کنم؛ اگرچه مداخلات معنوی موردبحث در این کتاب، در نقطهٔ آغازین دستیابی به تأییدات تجربی است اما تجربیات بالینی نویسندگان نشان داده است که این رویکردها مؤثر و مفید هستند. ادامهٔ این مقدمه، پس‌زمینه‌ای از اطلاعات دربارهٔ مداخلات معنوی را ارائه کرده و بیان می‌کند که این کتاب چگونه ترتیب و سامان‌دهی شده است.

واژگان فنی

روان‌درمانگران، اغلب بین معنویت و مذهب تفاوت قائل می‌شوند و معنویت را بیشتر شخصی، تجربی، کارآمد و برتر می‌بینند (ریچاردز و برگن، ۲۰۰۵). از طرف دیگر، مذهب بیشتر به‌عنوان امری تلقی می‌شود که ریشه در شریعت دارد، دارای ساختار است و به‌صورت مشارکتی انجام می‌شود (پاراگمنت، ریچاردز و برگن، ۱۹۹۹). من مذهب و معنویت را از درون، به هم تنیده و مکمل یکدیگر می‌دانم؛ به این صورت که افراد زیادی معنویت فردی خود را در دل بستر تبیین شده به‌وسیله مذهب، تمرین می‌کنند. باوجود این، افرادی نیز معنویت خود را در خارج از بستر مذهب، متبلور می‌سازند. نویسندگان این نوشتار نیز همانند بسیاری از روان‌درمانگران، واژه معنویت را جهان‌شمول‌تر از مذهب و دین‌داری در نظر می‌گیرند و بر معنویت بیمار تمرکز می‌کنند. باوجود این، در مواردی هم برای تصویرگری دقیق و طرح درمان، دین‌داری بیمار را نیز به‌دقت مورد‌مطالعه قرار می‌دهند.

انواع مداخلات معنوی

آتن و دیگران (۲۰۱۱) جستجوی اکتشافی سودمندی را برای دسته‌بندی رویکردهای مداخلات معنوی، در مشاوره و روان‌درمانی ارائه داده‌اند. آتن و دیگران در استفاده از این دسته‌بندی‌ها که پیش‌تر به‌وسیله ورثینگتون (۱۹۸۶) تعریف شده و توسط پست و وید (۲۰۰۹) موردبررسی قرار گرفته بود، دریافتند که مداخلات معنوی می‌تواند به یکی از این سه گروه تعلق داشته باشد: دسته اول، دربرگیرنده مداخلات سکولار است که می‌تواند با هدف تقویت باور مذهبی فرد مورد‌استفاده قرار گیرد. این نوع مداخله هیچ‌گونه محتوای معنوی روشنی ندارد و هدف از به‌کارگیری آن، دستیابی به هدفی معنوی است. برای نمونه، در کار با مادر کودکی که پیش‌تر درباره‌اش توضیح دادم، می‌توانستم از درمان مداخله‌ای مادر-کودک (PCIT: ایبرگ و باسینگ، ۲۰۱۰) برای کمک به مادر استفاده کنم تا این روش بتواند رفتار کودک را اصلاح کند. PCIT (درمان مداخله‌ای مادر-کودک) می‌تواند به‌عنوان هدفی معنوی برای مادر تعریف شود (برای مثال آموزش کودک برای داشتن رفتاری هم سو با باور مادر). باوجود این، با تعدیل شفاف PCIT برای استفاده در دنیای سکولار و لحاظ کردن محتوای معنوی آن، این مداخله برای پاسخ به هدف معنوی، همچنان سکولار باقی خواهد ماند.

دسته دوم از مداخلات معنوی، شامل تکنیک‌های سکولاری است که اصلاح و تعدیل شده تا محتوای معنوی و مذهبی روشنی را در برگیرد. نمونه این دسته از مداخله معنوی شامل اصلاح PCIT برای دربرگرفتن محتوای معنوی است؛ مانند ارجاع به متون مقدس متناسب با گرایش‌های مذهبی و معنوی بیمار. در فصل هفتم ضمن ارجاعات مشخص نویسنده به متون مقدس، نمونه‌هایی از این نوع مداخله ارائه شده است که به حمایت از به‌کارگیری توجه‌گزینی به‌عنوان یک مداخله، به‌جای تنبیه بدنی کودکان توسط والدین اشاره دارد.

و سرانجام، دسته سوم از مداخلات معنوی محور شامل رفتارها یا اقداماتی است که به طور مستقیم از اعمال معنوی و مذهبی گرفته شده است. برای نمونه، فصل ۸ دربردارنده بررسی موردی است که روان‌درمانگر به کودک کمک می‌کند تا از راه نیایش به سوگواری بپردازد.

از نظر من، این دسته‌بندی‌ها در سامان‌دهی رویکردهای مداخلات معنوی و مذهبی بسیار سودمند است. نویسندگان این نوشتار نیز مانند آتن و دیگران (۲۰۱۱)، بر دسته‌بندی دوم و سوم ورثینگتون (۱۹۸۶) تأکید دارند. باید توجه داشته باشیم برخی از مداخلات معنوی بسته به نوع کاربردشان، ممکن است به بیش از یک گروه تعلق داشته باشند. برای نمونه در فصل ۸ واکر و دیگران، درباره دعا دو مطالعه موردی را پیشنهاد می‌کنند که در آن روان‌درمانگران در بستر به‌کارگیری درمان شناختی-رفتاری سکولار برای درمان مشکل اضطراب، از بیماران‌شان می‌خواهند از دعا استفاده کنند.

تصویری که تان (۱۹۹۶) برای مخاطب قرار دادن موضوعات دینی و معنوی در روان‌شناسی ارائه می‌دهد نیز بسیار ارزشمند است. از نگاه تان، تمام مداخلات معنوی می‌تواند از لحاظ نظری در کنار نموداری ترسیم شود که در دو سر طیف آن مداخلات مستقیم و غیرمستقیم قرار دارد. بر اساس نظر وی، روان‌درمانگران برای نشان دادن احترام به باورها و ارزش‌های دینی و مذهبی بیمار، از یک سوی نمودار مداخلات غیرمستقیم کار خود را آغاز می‌کنند؛ اما به صورت باز و شفاف، مداخلات معنوی محور را در درمان مورد استفاده قرار نمی‌دهند. حرف دیگر نمودار، مداخلات مستقیم قرار دارد که روان‌درمانگران در آن به روشنی مداخلات معنوی مانند دعا و ارجاع دهی به متون مقدس را در روان‌درمانی خود به کار می‌گیرند. این رویکردهای گسترده در استفاده از مداخلات معنوی، بیشتر نشان‌دهنده دو نقطه پایانی نمودار است تا دسته‌بندی‌های مشخص آن.

تان (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌دهد که رویکرد روان‌درمانگر برای استفاده از مداخلات معنوی به وسیله این عوامل تعیین شود: فضایی که روان‌درمانگر در آن مشغول به کار است، ارتباط بین دین و معنویت بیمار با مشکل موجود، میزانی که بیمار یا (درباره کودکان والدین) تمایل دارند به موضوعات معنوی و مذهبی پرداخته شود و سرانجام سطح راحتی روان‌درمانگر در استفاده از مداخلات معنوی. دسته‌بندی تان مبحث اکتشافی سودمندی است که مداخلات معنوی شکل گرفته در این نوشتار بر پایه آن استوار است.

هدف من این است که ثابت کنم بهره‌گیری درست و دقیق از مداخلات معنوی در درمان بیماران کودک و بزرگسال امری سودمند است. اگرچه نویسندگان این کتاب انواع گوناگونی از مداخلات معنوی را بیان می‌دارند، من آن نوع مداخلات معنوی را ترجیح می‌دهم که پروتکل‌های درمانی سکولار را نیز در بستر معنوی لحاظ می‌کند. در نگاه من، این رویکرد از چند جهت منطقی است: اول اینکه به نظر می‌رسد که این عملی‌ترین شیوه برای کمک به روان‌درمانگران کودک و نوجوان است تا افزون بر احترام به مذهب و معنویت بیماران، دستورالعمل‌های اخلاقی خود را برای درمان آنها به‌کارگیرند. چه بسا این موضوع برای بسیاری از روان‌درمانگران کودک کاربرد ندارد و آنها تلاش

نمی‌کنند تا در مداخلات معنوی که تنها از عبادات مذهبی ریشه می‌گیرد، متبحر شوند. باوجوداین، بسیاری از روان‌درمانگران کودک و نوجوان دست‌کم در یکی از زمینه‌های درمان سکولار کودکان که از دید تجربی مورد تأیید است، متبحرند. درخواست از درمانگرها برای ارزیابی معنویت بیمار با استفاده از معنویتی که با آن مأنوس هستند، بسیار آسان‌تر از این است که از آنها بخواهیم پروتکل‌های درمانی کاملاً جدید و منحصر به بستر معنوی وابسته را فرا بگیرند.

مداخلات معنوی که تنها ریشه در عبادات مذهبی دارد (نظیر دعا، تشبه به خدا، بخشش) اگر با دقت و حساسیت به کار گرفته شود، می‌تواند در درمان مشکلات کنونی بیمار مؤثر باشد، بدون اینکه روان‌درمانگر بخواهد باورها و ارزش‌های مذهبی خود را به بیمار تحمیل کند. بنابراین، این قبیل مداخلات بیشتر نیازمند دقت بسیار از سوی روان‌درمانگران در ترسیم و کاربرد بالینی آن است. این‌گونه مداخلات معنوی در شیوه مستقیم، آسان‌تر از شیوه غیرمستقیم، قابل‌عرضه است و باید با دقت و توجه خاصی در مراکز درمان عمومی مورد استفاده قرار گیرد. این موضوعات به تفصیل در مبحث آینده توضیح داده شده است.

مداخلات معنوی در محیط‌های درمانی گوناگون

درمان ارائه‌شده در این نوشتار را می‌توان در محیط‌های درمانی گوناگون به کار برد. من از زمان کار در درمانگاه‌های عمومی مانند مراکز سلامت روان اجتماع یا بیمارستان کودکان و نیز پیش از آن، در دوران کارورزی در مقطع پیش از دکترا، همواره از مداخلات معنوی به شیوه‌ای غیرمستقیم بهره برده‌ام تا مستقیم. به روان‌درمانگران مراکز درمان عمومی به شدت توصیه می‌شود پیش از آغاز گفتگو با بیمار، با سرپرستان درمانگاه درباره سیاست درمانگاه در ارتباط با بحث مهم معنویت مراجعه‌کننده، مشورت کنند. هرچند محل کارورزی پیش از دکترای من در پرداختن به مسائل و مشکلات معنوی بیمار از آزادی نسبی برخوردار بود، اما سرپرستان آنجا نیز با محدودیت‌هایی مواجه بودند. برای نمونه هنگامی که بیمار درخواست می‌کرد که با او دعا کنیم، ما اجازه نداشتیم که باهم در جلسه درمان دعا کنیم یا به‌طورخاص آغازگر نیایش گروهی باشیم. اگرچه من به گفتگوهای شماری از مراجعین کودک که درباره کمبودهایشان با خدا حرف می‌زدند، گوش می‌دادم؛ اما اگر مباحث مطرح‌شده در ارتباط مستقیم با مشکل کنونی بیمار نبود (بیشتر سوگواری تروماتیک) یا اگر من این مباحث را بدون ارزیابی پیشین از وجود رابطه بین معنویت بیمار و مشکل کنونی او آغاز می‌کردم، باعث برآشفتنگی شدید سرپرست درمانگاه می‌شد. افزون براین، اگر من در جلسه اول به بیمار پیشنهاد می‌دادم که با او و خانواده‌اش باهم درباره سوگواری آنها دعا کنیم موجب نگرانی می‌شد. برای نمونه اگرچه من از حمایت سرپرستم در به‌کارگیری مسائل معنوی به‌مقتضای زمان برخوردار بودم، اما به من گفتند که از یکی از کارکنان قبلی درخواست شده بود که هرگونه شمایل مذهبی را از دفتر کارش خارج کند.

بالعکس، ممکن است در محیط‌های درمانی - معنوی بخش خصوصی، از روان‌درمانگر انتظار داشته باشند تا به صورت صریح و آشکار از مداخلات معنوی بهره گیرد و حتی در صورت نبود مداخلات معنوی در فرایند درمان، ابراز نارضایتی کنند.

روان‌درمانگرانی که در آموزشگاه‌ها کار می‌کنند بسته به نوع آموزشگاهی که در آن هستند (خصوصی یا دولتی) ممکن است با هریک از این دو چالش روبرو شوند. از دید من در ارتباط با محیط آموزشگاه، روان‌درمانگران همواره باید با ارزیابی وضعیت معنوی بیمار، به ترسیم آن پردازند؛ حتی اگر در ملاحظات بعدی مشخص شود که معنویت به‌طور خاص با مشکلی که کودک از خود بروز می‌دهد، مرتبط نیست. در محیط آموزشگاه‌های دولتی، بیشتر از روان‌درمانگران خواسته می‌شود تا از کاربرد مداخلات معنوی اجتناب کنند (ریچاردز و برگن، ۲۰۰۵). من نیز با به‌کارگیری مداخلات مذهبی مانند ارجاع به متون مقدس و دعا در محیط آموزشگاه‌های دولتی، به صورت یک شیوه مستقیم مخالفم. با وجود این، معتقدم ممکن است زمان‌هایی وجود داشته باشد که مسئله معنویت فردی بیمار، بخشی از مشکلی باشد که آن را بروز داده است. در چنین مواردی، روان‌درمانگر باید برای مورد خطاب قراردادن معنویت بیمار تا جایی که محیط آموزشگاه‌های دولتی اجازه می‌دهد، آمادگی داشته باشد.

برای نمونه، مادری کودکش را بارها و بارها به وسیله جسم خارجی تنبیه می‌کند، چون ناگزیر است و می‌خواهد به این روش گناه را از بدن وی بیرون کند و چنین آموزشی را از کتاب مقدس اخذ کرده است. هنگامی که کودک این داستان را برای روان‌درمانگر خود افشا می‌کند بی‌گمان باید تحت عنوان سوءرفتار با کودک گزارش شود. به عقیده من، بسیار سنگدلانه خواهد بود که ماهیت معنوی این سوءرفتار را در چنین شرایطی مورد خطاب قرار ندهیم. من پیشنهاد می‌کنم در بحث درک محبت خدا به بندگانش با استفاده از نمودار مستقیم و غیرمستقیم تان (۱۹۹۶)، برای به چالش کشیدن این نکته که آیا کتاب مقدس از چنین سوءرفتاری حمایت می‌کند، از باز کردن کتاب مقدس و مطالعه آن به صورت مشترک در آموزشگاه‌های دولتی، اجتناب کنیم. ارجاع مستقیم به بابی از کتاب مقدس در چنین شرایطی نماد مداخله معنوی مستقیم است.

با وجود این، درمانگر کودک می‌تواند با چشم‌اندازی نا آشکارتر، بیمار فرضی خود را با بیان این پرسش به فکر وادارد که نظر او درباره محبت خدا به مردم با توجه به کتاب مقدس چیست؟ همچنین، روان‌درمانگر در این سناریوی فرضی می‌تواند به بیمار خود نشان دهد که او درباره آیه‌هایی از کتاب مقدس شنیده است که طرفدار سوءرفتار با کودکان باشد؟ و نیز روان‌درمانگر می‌تواند کودک بیمار را تشویق کند تا با پیشوای مذهبی کلیسای خود (یا حتی چندین کلیسا) یا یکی از اقوام درجه‌دو درباره آموزه‌های کتاب مقدس در ارتباط با تنبیه بدنی کودک مشاوره کند.

چالش مورد خطاب قرار دادن معنویت بیمار چندوجهی است. از نظر من، حساسیت‌های فرهنگی در ارتباط با مسائل معنوی به این معنا است که درمانگران باید تمایل داشته باشند تا بیمار را به گفتگو

در باب این موضوعات راهنمایی کنند. استفاده از دستورالعمل اخلاقی برای برخورد با مسائل معنوی با رعایت حساسیت‌های فرهنگی به معنی میل داشتن به دخیل کردن بیمار در گفتگو در باب چنین موضوعاتی و عدم اجتناب از آنها است؛ هرچند در همین زمان، روان‌درمانگران باید با پشتکار از تحمیل باورهای معنوی خود به بیمار اجتناب کنند. به کاربردن مداخلات معنوی، شامل لحاظ کردن مشکل کنونی بیمار، محیط درمانی و نقش معنویت در زندگی بیمار می‌شود. در طول این نوشتار، نویسندگان تلاش می‌کنند تا به بررسی این چالش بپردازند.

ساختار این کتاب

چهارفصل اول این کتاب، بنیاد و بستری برای استفاده از مداخلات معنوی‌محور، بر روی کودکان و نوجوانان ارائه می‌دهد. در فصل نخست، هاثوی، موضوعات اخلاقی دخیل در استفاده از مداخلات معنوی‌محور را بر روی کودکان و نوجوانان، مورد خطاب قرار می‌دهد. برخی از روان‌درمانگران ممکن است بیندیشند که آیا استفاده از مداخلات معنوی‌محور بر روی کودکان و نوجوانان، کار درستی است یا خیر و اگر چنین است چگونه باید رضایت والدین و پذیرش کودک را جلب کرد. هاثوی، به بررسی ملاحظاتمانند اصول اخلاقی و دستورالعمل‌های کاری می‌پردازد. به بیان وی تصمیم به استفاده از درمان معنوی‌محور باید به اطلاع مراجعه‌کنندگان برسد. همچنین باید به دوگانگی موجود بین بیان تجلیات معنوی مادر و کودک یا درمانگر و بیمار، توجهی ویژه مبذول شود.

در فصل ۲، هاثوی و چیلدرز توضیح می‌دهند که چگونه می‌توانیم مذهب و معنویت را به‌عنوان منبع تغییر در درمان، مورد ارزیابی قرار دهیم و تأثیرات بالقوه اختلال کودک بر روی عملکرد مذهبی و معنوی او را ارزیابی کنیم. برای نمونه توانایی کودک برای شرکت در فعالیت‌های مذهبی برنامه‌ریزی‌شده، بی‌گمان از شدت علائم بیش‌فعالی یا بی‌اعتنایی کودک متأثر می‌شود که مرتبط با اختلال بیش‌فعالی است. معنویت والدگری ممکن است به‌عنوان منبعی که می‌تواند در مداخلات والدگری در درمان اختلال بیش‌فعالی دوران کودکی به کار گرفته شود، مورد توجه قرار گیرد. افزون بر این، مقیاس‌های مشخصی که ممکن است برای ارزیابی گستره معنویت و دین‌داری در درمان به کار رود، مورد بررسی قرار گرفته است. در پایان، هاثوی و چیلدرز، درباره ارزیابی اطلاعات برای طراحی مداخلات معنوی در جهت مشکلات متعدد کودکان و نوجوانان به گفتگو می‌پردازند.

در فصل ۳، ماهونی، الروی، کانسر، پاجت و گریمز انواع معنویت والدگری را مدنظر قرار می‌دهند که می‌تواند مانع یا مشوق درمان باشد. آنها درباره معنویت والدگری مشکل‌زا مانند رفتارهای غیرپذیرشی والدگری و کمال‌گرایی مذهبی به گفتگو می‌پردازند. برای نمونه برخی از والدین مذهبی ممکن است از شیوه‌های خشن و غیرضروری برای تأدیب کودک استفاده کنند؛ یا توقعات غیرمنطقی

درباره رفتارهای فردی داشته باشند. علاوه بر این، ماهونی و دیگران منابع معنوی و مذهبی والدگری را برای ایجاد تغییر در روان‌درمانگری، مدنظر قرار می‌دهند.

در فصل ۴، کیواگلیانا و کینگ و واگنر به استفاده از مداخلات معنوی‌محور در بستر رشد می‌پردازند. آنها به بررسی تئوری‌های رشد از دیدگاه‌های مختلف پرداخته و مناسب بودن انواع مداخلات معنوی‌محور را در مراحل مختلف رشد، مدنظر قرار می‌دهند. برای نمونه کودک یا نوجوانی که از سوءاستفاده جسمی و جنسی رنج برده است، بدون شک با داشتن تصویری از وجود خدای مهربان مشکل خواهد داشت؛ اما فهم آنها از خدا به دلیل تفاوت‌های نشان متفاوت خواهد بود. انواع گوناگون مداخلات معنوی‌محور متناسب با مراحل مختلف رشد، در این فصل بررسی شده است.

شش فصل بعدی، به کاربرد مداخلات معنوی از یک چشم‌انداز متفاوت معنوی و نظری می‌پردازد. در فصل ۵ راجرز و آستین و مک‌گروگر استفاده از پذیرش به‌عنوان مداخله‌ای معنوی‌محور را توضیح می‌دهند. پذیرش در روابط بین فردی مسئله‌ای محوری بوده و به‌عنوان هسته مرکزی رویکردهای روان‌درمانی تلقی می‌شود. آنها پذیرش را به‌عنوان رویکردی معنوی در روان‌درمانی توصیف کرده‌اند که بر پایه باور به توانایی غریزی کودک و در تلاش برای رسیدن به رشد فردی و معنوی بنا شده است؛ و باوری عمیق و همیشگی به توانایی کودک است. نقش درمانی پذیرش در انواع گوناگون توضیح داده شده و مشخصات فردی روان‌درمانگر که باعث ایجاد پذیرش در درمان می‌شود، موردبررسی قرار گرفته است.

در فصل ۶، میلر آگاهی معنوی در روان‌درمانی را موردبحث قرار داده است. آگاهی معنوی روندی است که طی آن به بیمار کمک می‌شود تا هم‌آواتر با جهان حرکت کند یا در مسیر معنویت رشد کرده و به الوهیت برسد. در استفاده از این رویکرد، روان‌درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا با قلبی باز و با همه دل به هدایتی که جهان یا خلقت فرد، برایش مشخص نموده گوش فرا دهد. روان‌درمانگر در این مسیر نقش راهنما را به عهده می‌گیرد؛ بنابراین سفر معنوی خود درمانگر، منبع درمانی مهمی به حساب می‌آید و نیز پشتیبانی و تأیید فلسفی و نظری این رویکرد که توسط یونگ و راجرز مخاطب قرار داده شد، موردبحث قرار گرفته است.

در فصل ۷، واکر، احمد، میلوسکی، کواگلینا و باگاسرا، به بررسی استفاده از متون مقدس به‌عنوان مداخله‌ای معنوی می‌پردازند. هریک از ادیان در این دنیا، راهی برای زندگی ارائه می‌دهد که به‌وسیله متون مقدس به بشر منتقل شده است. برای کودکان و خانواده‌های آنها که از لحاظ معنوی معتقد هستند، ارجاع دادن به این متون مقدس، می‌تواند در درک و درمان مشکل مطرح‌شده سودمند باشد. برای نمونه، هم برنامه‌های والدگری که از راه تجربی مورد تأیید قرار گرفته است و هم ادیان بزرگ، شیوه‌های والدگری مشخصی را توصیه می‌کنند. افزون بر این، به عقیده عده‌ای، بیانات مذکور در متون مقدس می‌تواند در درمان و برطرف کردن ترومای (ضربه‌های عاطفی) سوءرفتار جسمی و جنسی، سودمند واقع شود.

در فصل ۸، واکر، دوراسپایک، میلوسکی و وولی استفاده از دعا را در مداخلات روان‌درمانی، مدنظر قرار می‌دهند. دعا، عنصر مرکزی در اکثر ادیان اصلی عالم است و می‌تواند در روان‌درمانی کودک و نوجوان اقدامی بحث‌برانگیز تلقی شود. واکر و دیگران به بررسی نقش دعا در مداخلات روان‌درمانی بر روی کودکان و نوجوانان می‌پردازند. اصول اخلاقی که باید پیش از دعا مدنظر قرار گیرد، در کنار تحقیقات تجربی و نظری انجام‌شده در ارتباط با به‌کارگیری دعا بر روی کودکان و نوجوانان، موردبررسی قرار گرفته است. استفاده از دعا برای بیماران سنین گوناگون، با مشکلات مختلف و در محیط‌های درمانی گوناگون، توضیح داده‌شده است.

در فصل ۹، اولسون، مک لین، موریارتی و برمودز دربارهٔ راه‌هایی که می‌توان از تشبه به خدا (تصویر خدا) در روان‌درمانی برای کودکان استفاده کرد، به بحث پرداخته‌اند. آنها به بررسی نقش تصویر خدا در ذهن فرد برای تعیین دیدگاه کودک نسبت به خدا یا به خود و در ارتباط با دیگران می‌پردازند. منابع مخدوش‌کنندهٔ تصویر فرد از خدا، موردبررسی قرار گرفته است؛ به‌علاوه، اقدامات درمانی برای تصحیح این تصویر مخدوش یا تصاویر خدای سازش‌ناپذیر توضیح داده‌شده و استفاده از تصویر خدا در رویکردهای درمانی گوناگون بررسی شده است.

در فصل ۱۰، دی بالیسو، ورثوینگتون و جینینگز استفاده از بخشش در روان‌درمانی کودکان و نوجوانان را موردبحث قرار داده‌اند. بخشش و آشتی کردن، عبادات معنوی و ذاتی‌اند که وظیفهٔ درمان روابط ازهم‌پاشیده‌شده را بر عهده‌دارند. در بستر روان‌درمانی، بخشش روندی است که طی آن احساسات منفی مانند خشم، کاهش‌یافته و احساسات مثبت پرورش می‌یابد یا روابط با فرد آزار رساننده، از نو بازسازی می‌شود.

در بخش پایانی، واکر و هائوی نوشتار را با اندیشیدن به آیندهٔ مداخلات معنوی‌محور در روان‌درمانی کودک و نوجوان به پایان می‌برند. ما بر شیوه‌های بالینی آموزش و انجام تحقیقات در این زمینه تمرکز می‌کنیم.

نتیجه‌گیری

به‌کارگیری دانش رو به رشد روان‌شناسی مذهب و معنویت برای درمان کودکان و نوجوانان، که هنوز دوران طفولیت خود را سپری می‌کنند، به پدری مغرور شباهت دارد که نظاره‌گر یادگیری راه رفتن فرزند خود در کنار خانواده است. رویکردهای توضیح داده‌شده در این کتاب، در مراحل اولیهٔ بررسی‌های تجربی خود هستند. باوجوداین، آزمایش‌های تصادفی بالینی، تنها یکی از راه‌های استدلال تجربی به‌حساب می‌آید که برای ارتقا درمان‌های مستدل موردنیاز است. همچنین، یکی از مطالبات رئیس‌جمهور، انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۶) را بر آن داشت تا تصدیق کند که مطالعات موردی بالینی یکی از انواع معتبر استدلال در درمان‌های علمی است. بسیاری از درمان‌های بالینی توصیف‌شده

در این نوشتار از ریشه نظری خوبی برخوردارند و در تحقیقات تجربی با درجات مختلف، مورد آزمایش قرار گرفته و توسط تجربیات بالینی اثبات شده‌اند. بنابراین، تجربیات بالینی که به وسیله نویسندگان هر فصل توضیح داده شده، به عنوان مدرکی دال بر استفاده از این رویکردها عمل می‌کند که به صورت گسترده تشریح شده است.

با رشد و شکوفایی این حوزه از دانش، چشم‌انتظار رسیدن روزی هستیم که استفاده از مداخلات معنوی محور در روان‌درمانی کودک و نوجوان، با وجود تأییدات تجربی جانبی از جمله آزمایش‌های بالینی تصادفی، روندی سریع به خود بگیرد. تا آن زمان امیدواریم که این کتاب، شما را در اجرای روان‌درمانی، ارزیابی و سرپرستی کودکان و نوجوانان مذهبی و خانواده‌های آنان یاری کند.

منابع

- American Psychological Association. (2006). *APA presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: Author.
- Aten, J. D., McMinn, M. R., & Worthington, E. L., Jr. (2011). (Eds.). *Spiritually oriented interventions in counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Eyberg, S., & Bussing, R. (2010). Parent-child interaction therapy for preschool children with conduct problems. In M. Murrihy, A. Kidman, & T. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 139–162). New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-1-4419-6297-3_6
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3–16. doi:10.1207/s15327582ijpr0901_2
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 131–146. doi:10.1002/jclp.20563
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11214-000
- Tan, S. Y. (1996). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 365–387). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10199-013
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). (Eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Worthington, E. L., Jr. (1986). Religious counseling: A review of published empirical research. *Journal of Counseling & Development*, 64, 421–431. doi:10.1002/j.1556-6676.1986.tb01153.x

(الف)

بنیادها و بستر

فصل اول

اخلاقیات، موضوعات مذهبی و روان‌شناسی بالینی کودک

ویلیام ال. هاتوی

والدین کاترینا، دختر ۱۴ ساله روس، او را برای درمان آوردند؛ آنها به جدایی می‌اندیشیدند و مایل بودند از خوب بودن وضعیت کاترینا اطمینان حاصل کنند، زیرا احساس می‌کردند کاترینا از آنها اجتناب می‌کند. او اکنون قسمت عمده‌ای از وقت خود را در کلیسای دوستش و در دیگر فعالیت‌های مذهبی سازماندهی شده می‌گذراند. نه کاترینا و نه خانواده‌اش، در گذشته در انجام فعالیت‌های مذهبی مشارکت فعالانه نداشتند. مشارکت‌های مذهبی کاترینا بعد از اینکه او به کلوب مذهبی زندگی جوان پیوست، آغاز شد. اعضای کلوب، او را در مدرسه و از طریق دوستش ملاقات می‌کردند. والدین او نگران مذهبی شدن وی بودند و احساس می‌کردند این موضوع او را از آنها دور می‌کند.

این خانواده، در گذشته هرازگاهی به کلیسا می‌رفتند. دوست کاترینا عضو کلیسایی خودپا و بشارتی (وابسته به تبلیغ و تبشیر مذهبی) بود. والدین او مخالفتی با حضور او در کلیسا نداشتند، اما نگران بودند که این کار تا حدی محافظه‌کارانه است و می‌اندیشیدند که شاید او مشکلی دارد که این اواخر تا این حد مذهبی شده است. آیا این طبیعی بود؟ آیا مشارکت‌های مذهبی او راهی برای دور باقی ماندن از خانه بود؟ کاترینا اکنون در جلسات خواندن کتاب مقدس شرکت می‌کرد، هرروز دعا می‌کرد و هفته‌ای دو تا سه بار به گروه جوانان سر می‌زد یا در دیگر فعالیت‌های مذهبی کلیسای دوستش شرکت می‌کرد. کاترینا اظهار داشت که قصد دور شدن از خانواده را ندارد، اما در گروه جوانان بسیار درگیر و فعال شده است. او بیان داشت این روزها پس از شنیدن صحبت‌های دوستانش در جلسات زندگی جوان، بیشتر درباره موضوعات مذهبی فکر کرده است. این جلسات درباره تأثیر خدا در زندگی افراد بود. کاترینا از مشکلات والدینش ناراحت بود، اما توضیح داد که باور نوبنیادش به او کمک می‌کند تا با این مسائل راحت‌تر در زندگی کنار بیاید. کاترینا مرتب برای از میان رفتن مشکلات والدینش دعا می‌کرد. اگرچه او هنوز بسیار نگران آینده خانواده‌اش بود، اما با منسوب کردن این شرایط به سمت خدا، آرامش یافته بود.

بعد از توضیحات کاترینا درباره نقش باور در زندگی‌اش، سکوت در اتاق برقرار شد. او و والدینش به روانکاو چشم دوخته و به دنبال دریافت مسیر حرکت گفتگوها در ادامه جلسه بودند. اکنون روان‌درمانگر باید تصمیم می‌گرفت؛ او باید کدام جنبه از مشکل مطرح‌شده توسط خانواده را مورد خطاب قرار می‌داد؟ آیا این یک موضوع بالینی بود یا یک موضوع مذهبی؟ یا هر دوی این موارد؟ راه اخلاقی حرکت به سمت جلو در این جلسه چه بود؟ اگر موضوعات مذهبی هسته مشکل مطرح‌شده بود، آیا باید این مورد به افراد متخصص در امور مذهبی ارجاع داده می‌شد؟ آیا روان‌درمانگر آنقدر به خودآگاهی رسیده بود که نگرش خود را به مسائل مذهبی کنار بگذارد و متعصبانه از پاسخ‌دهی بالینی جانب‌داری نکند. اگر به نظر می‌رسید که هدف درمان باید متمرکز بر مسائل مذهبی باشد، آنگاه آیا روان‌درمانگر از توانایی لازم برای انجام مداخله برخوردار بود؟ بدین‌سان، این تصمیم در شروع جلسه فقط تصمیمی راهبردی نبود و چه‌بسا جنبه اخلاقی قضیه را هم در برمی‌گرفت.

این فصل، به بررسی این موضوع می‌پردازد که دستورالعمل اصول اخلاقی روان‌شناسی و کد رفتار APA, 2010a (که از این پس با نام کد رفتاری «APA» از آن یاد می‌شود و متعلق به انجمن روان‌شناسی آمریکایی است) چه راه‌هایی را برای انجام روان‌درمانی کودک و نوجوان در ارتباط با خانواده‌های مذهب‌محور، مناسب می‌داند. بحث با بیان منطقی موجود در جزئیات ارتباط نگرانی‌های معنوی با انجام درمان‌های اخلاقی بر روی کودکان آغاز می‌شود. سپس به بررسی کاربرد اخلاقیات در درمان‌های بالینی کودکان و نوجوانان می‌پردازد. در طول مباحث به دسته‌ای از مطالعات موردی اشاره می‌شود که جنبه‌های گوناگون کد رفتاری APA را به تصویر می‌کشد و ممکن است با موضوعات مطرح‌شده کنونی و ارتباط آن با معنویت بیمار مرتبط باشد. آنگاه به راه‌های برطرف کردن نگرانی‌های اخلاقی مرتبط با مسائل معنوی در هنگام کار با کودکان و نوجوانان پرداخته می‌شود.

منطق لحاظ کردن اخلاقیات مرتبط با معنویت در کار با کودکان و نوجوانان

بررسی نگرانی‌های اخلاقی در درمان بالینی کودک که دربردارنده مسائل معنوی است، ممکن است مبهم و رازآلود به نظر برسد، در صورتی که نباید این چنین باشد. بررسی جزئیات موضوعات اخلاقی در ارتباط با کودکان، انعکاس‌دهنده تخصصی فرعی در اخلاقیات حرفه‌ای است. یک بررسی کلی از کتاب‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی کودک نشان می‌دهد که تنها صفحات محدودی به صورت مشخص به اخلاقیات اختصاص داده شده است (ماش و بارکلی، ۲۰۰۶). اولندیک و شرودر (۲۰۰۳) در کتاب جامع خود با نام «دانشنامه روان‌شناسی بالینی کودکان»، تنها چند صفحه از ۷۴۸ صفحه را به مسئله اخلاقیات اختصاص داده‌اند. در اوایل سال ۲۰۱۱، در جستجویی در زمینه اطلاعات روان‌شناسی (PsycINFO) برای عبارت «اخلاقیات حرفه‌ای» ۲۲۹۹۹ مقاله پیدا شد. زمانی که کلیدواژه «کودک» به

عبارت جستجو افزوده شد، تنها ۹۸۹ مقاله از این تعداد باقی ماند. بسیاری از مقالات در این دسته کوچک نیز به مباحث درمان عمومی پرداخته و به‌صورت اتفاقی نیم‌نگاهی هم به مسائل اخلاقی و درمان کودک داشته‌اند.

مباحث متمرکز پیرامون نگرانی‌های اخلاق حرفه‌ای در ارتباط با مذهب نیز نامتمرکز انجام شده بود و تنها ۳۴۴ پژوهش با کلیدواژه «اخلاق حرفه‌ای و مذهب» یافت شد. زمانی که دسته‌بندی «کودک» به آن افزوده شد تنها ۹ مقاله باقی ماند که هیچ‌یک از آنها به‌صورت مشخص به مسئله نگرانی‌های اخلاقی در درمان پرداخته بود. جستجویی سطحی بر روی تعداد مقاله‌های کمتر، اما رو به رشد در دل روان‌شناسی بالینی مذهب و معنویت نشان داد که به‌صورت مشابه تنها تعداد انگشت‌شماری مباحثه در زمینه مسائل اخلاقی مرتبط با موضوعات مذهبی و معنوی در درمان بالینی کودک انجام شده است. از این رو، تمرکز این مبحث تا حدی با ابهام همراه خواهد بود.

با وجود این، از دیدگاهی دیگر، این موضوع به شکل بالقوه بسیار وسیع و گسترده است. بررسی‌های روان‌شناختی موضوعات مذهبی در بین کودکان و نوجوانان یکی از قدیمی‌ترین موضوعاتی است که به‌وسیله «روان‌شناسی جدید» مورد کاوش قرار گرفته است. استارباک (۱۸۹۹) در «روان‌شناسی مذهب» اکتشافی تجربی در زمینه رشد مذهبی کودکان و نوجوانان به انجام رسانده است. روان‌شناسی رشد مذهب به‌تازگی دچار طغیان جدیدی شده است (روخلکپاراتین، کینگ، واگنر و بنسون، ۲۰۰۶). با شروع هزاره جدید در آمریکای شمالی، همه زوج‌های متأهل به‌جز ۵ درصد، مدعی داشتن گرایش‌های مذهبی بودند (ماهونی، پاراگمنت، سوانک و تاراکشور، ۲۰۰۱). با احتمال اینکه عوامل معنوی و مذهبی ممکن است بخشی از بستر دینی- قومی درمان بالینی کودک باشد، بی‌دلیل نیست که فرض کنیم عوامل مذهبی و معنوی با اینکه توجه کمی به آنها در مقالات می‌شود، چه به‌صورت بالقوه و چه به‌صورت بالفعل، مسئله‌ای موجود و واقعی در درمان بالینی کودک است (ساتلر، ۱۹۹۸).

ملاحظات اخلاقی که سعی در دخیل کردن دامنه مذهبی و معنوی در درمان بالینی کودک دارد، ممکن است در دو گروه دسته‌بندی شود: مواردی که از دل اصول اخلاقی و استانداردهای یکسان برمی‌خیزد و همواره در درمان موجود است و گروهی که از دل ملاحظات منحصربه‌فرد جمعیت درمانی بی‌شمار برمی‌خیزد. ملاحظات اخلاقی استاندارد، از کد رفتاری APA (۲۰۱۰ الف) برای درمان بالینی با رویکرد مذهبی و معنوی در جای دیگری مورد خطاب قرار گرفته است (هاثوی، ۲۰۱۱، هاثوی و ریپلی، ۲۰۰۹، ریچاردز و برگن، ۲۰۰۵). این گفتگوها اهمیت خاص ملاحظات اخلاقی مانند اجتناب از تعصب، احترام به خودمختاری بیمار، اجتناب از تعارض و روابط دوگانه، آسیب زدن و درمان در حیطه توانایی را یادآوری می‌کند. همه این انواع ملاحظات اخلاقی استاندارد، درباره درمان بالینی کودک نیز صادق است. مسئله رازداری، یکی دیگر از نگرانی‌های جانبی در زمینه درمان بالینی کودک

است که به دلیل آسیب‌پذیری و ملاحظات رشدی وی و نیز پیچیدگی‌های سیستماتیک در وضعیت قانونی کودکان زیر سن قانونی، دارای اهمیت است.

ملاحظات اخلاقی در درمان

کد رفتار APA اصول الهام‌دهنده و استانداردهای قابل‌اجرایی را مشخص کرده است که می‌تواند درمان‌های بالینی را در کار با کودکان و نوجوانان هدایت کرده و پیش‌برد. این اصول و استانداردها به‌صورت گسترده در تمام محیط‌های درمانی انجام‌پذیر است، اما باید به‌صورت مشخص به کار گرفته و به‌طور مناسب و با توجه به شرایط درمان بالینی از طریق روند تصمیم‌گیری اخلاقی اتخاذ شود. از آنجایی که کودکان و نوجوانان از لحاظ قانونی کمتر خودرأی هستند و از نظر رشدی هرچه کوچک‌تر باشند، توانایی کمتری برای محافظت از علایق خوددارند، بنابراین، ضروری است که درمانگران توجه خاصی به امور زیستی کودکان داشته باشند. همان‌طور که رایبی (۲۰۰۳ ب) بیان کرده است:

به دلیل آسیب‌پذیری‌های خاص کودکان و پیچیدگی‌هایی که در جلب همکاری با این طیف وجود دارد، آموزشگاه‌ها، نهادهای درمانی، خانواده‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌شناسی به کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها، نیازمند استاندارد بسیار بالایی از رفتار اخلاقی‌اند. کد رفتاری APA تألیف شده تا به‌صورت گسترده توسط روان‌شناسان در نقش‌های متعدد و در محیط‌های کاری متفاوت، قابل‌استفاده باشد. خط‌مشی‌های اخلاقی بیشتری برای بزرگسالان تبیین شده است؛ لذا ممکن است نیازهای خاص کودکان را پوشش ندهد. از این‌رو نیازهای خاص کودکان در دوران ارزیابی و انجام مداخله و تحقیق ممکن است علاوه بر کودک، اعضای خانواده او را نیز در برگیرد. استانداردهای قانونی برای افراد صغیر نسبت به افراد بزرگسال بسیار متفاوت است. روان‌شناس باید در حفظ و رعایت اصول قانونی و اخلاقی در کار با کودکان و خانواده آنها، تمام‌اقدام خود را به کار گیرد. (ص ۲۱۴)

اصول رفتار

کد رفتاری APA اصولی را که انتظارات بیان‌شده در این استانداردها را شکل داده و تقویت می‌کند، مشخص کرده است. فهرستی از اصول و استانداردهای کد اخلاقی (رفتاری) APA در تصویر ۱-۱ نشان داده شده است.

تصویر ۱-۱

انجمن روان‌شناسی آمریکایی (۲۰۱۰ الف)
اصول اخلاقی روان‌شناسان و کد رفتاری

اصول کلی

- اصل الف. نیکوکاری و آسیب نزدن
- اصل ب. وفاداری و مسئولیت
- اصل ج. تمامیت
- اصل د. عدالت
- اصل ه. احترام به حقوق و شأن افراد

استانداردهای اخلاقی

- ۱. حل مسائل اخلاقی
- ۲. شایستگی
- ۳. روابط انسانی
- ۴. رازداری و حریم شخصی
- ۵. تبلیغات و دیگر بیانیه‌های عمومی
- ۶. ثبت کردن پرونده‌ها و دستمزدها
- ۷. آموزش و پرورش
- ۸. تحقیق و انتشارات
- ۹. ارزیابی
- ۱۰. درمان

این اصول، نقش لنگر معیار را دارد که اهداف و مقاصد انگیزشی در کاربرد اخلاقیات را جهت‌دهی می‌کند. در پایان درمان موردی که برای نمونه آورده شد، درمانگر کاترینا می‌توانست بدون توجه به جهتی که در آینده به‌سوی آن رهنمون خواهد شد، در جهت‌های مختلف دیگری حرکت کند. هر تصمیمی باید بر پایه اشتیاق به بهبود کاترینا و والدین او و با هدف اجتناب از آسیب زدن به آنها گرفته شود. اصل اول APA درباره نیکوکاری و آسیب نزدن نشان می‌دهد که قدم بعدی در درمان باید به‌دقت برداشته شود تا اجازه ندهد تعصب‌های مخرب و عوامل غیرمفید، درمان را متأثر کرده و به سمتی بی‌حاصل یا مهلک پیش ببرد.

چه‌بسا درمانگر برای تصمیم‌گیری درباره نحوه برخورد با مشکلاتی که ریشه مذهبی دارد، نیازمند دریافت اطلاعات بیشتر از خانواده‌ها باشد. ممکن است درمانگری که گرایش مذهبی ندارد، تغییر مذهبی کاترینا را بی‌اهمیت ارزیابی کند. این کار باعث خواهد شد درمانگر خیلی سریع از موضوع مذهب که در جلسه توسط خانواده بیان شده گذر کند و آن را ویژگی‌ای سطحی تلقی کند و موضوعات غیرمذهبی از دید او مهم‌تر جلوه کند. درمانگرانی که از مذهب، فراری‌اند ممکن است جستجو و مشارکت‌های معنوی دوران نوجوانی را فارغ از نقش بالقوه آنها، به‌عنوان علائم مشکل «عدم امنیت» یا دیگر نگرانی‌های غیرمذهبی تفسیر کنند که تاندازه‌ای برایشان غیرجذاب است. درحقیقت، دوران نوجوانی، بیشتر پنجره‌ای از هویت دینی فرد است که می‌تواند در تمام زندگی او تأثیرگذار باشد

(روهلکپارتین و سایرین، ۲۰۰۶). اگرچه بسیاری از نوجوانان، باور، سنت و هویت خود را از والدین‌شان دریافت می‌کنند، اما در بعضی از آنها به شیوه‌ای غیروابسته شکل می‌گیرد و همچنان دربارهٔ بقیهٔ افراد خانواده، به‌عنوان رهبر معنوی عمل می‌کنند که گاهی خانوادهٔ خود را به شکل و سطح جدیدی از دین‌داری سوق می‌دهند (بویاتیز، ثوهالیت و کارکز، ۲۰۰۶).

یکی از حالت‌های به شکل مشابه چالش‌برانگیز، زمانی ایجاد شد که درمانگر کاترینا، مذهبی و بر این باور باشد که مسائل مذهبی و معنوی، مهم‌ترین موضوع برای تمرکز در درمان است. انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۹۸۹) دستورالعملی را تدوین کرده است که به روان‌پزشکان نسبت به تحمیل دیدگاه‌های مذهبی خود به بیماران، هشدار می‌دهد. همچنین، اصل ای (E) از کد رفتاری APA (۲۰۱۰) الف) تحت عنوان احترام به حقوق و شأن افراد، از روان‌پزشکان می‌خواهد تا در جهت ریشه‌کن کردن تعصبات، دربارهٔ برخی مسائل از جمله مذهب، تلاش کنند. ممکن است در بهزیستی کاترینا و خانواده‌اش دیگر موضوعات از موضوع مذهب که در ابتدا به وسیلهٔ خانواده به‌عنوان مشکل مطرح شد، مهم‌تر باشد. درمانگرانی که به‌تازگی کار خود را شروع کرده‌اند به‌زودی یاد می‌گیرند که اولین مشکل بیان‌شده توسط بیمار ممکن است به‌صورت کامل بیان‌کنندهٔ این حقیقت نباشد که چه عاملی او را به‌سوی درمان سوق داده است. یک درمانگر مذهبی که موفق به انجام ارزیابی قابل‌قبولی نمی‌شود یا تنها به سبب اینکه بیمار اهمیت زیادی برای مذهب قائل است رویکردی مذهبی اتخاذ می‌کند، از مسیر اخلاق خارج شده و خطا کرده است، زیرا نسبت به رویکرد رها از تعصبات مذهبی بودن، بی‌توجهی کرده است.

اصل ب، وفاداری و مسئولیت، به روان‌شناسان تذکر می‌دهد تا ارتباطی بر پایهٔ اعتماد با بیماران خود بنا کنند. دامنه‌ای از موارد می‌تواند با توجه به این اصل به تصویر کشیده شود؛ از حرفه‌ای رفتارکردن گرفته تا ارائهٔ مشاورهٔ مناسب یا مشارکت با دیگر افراد حرفه‌ای جهت خدمت‌گزاری بهتر به بیمار. اگر درمانگر کاترینا با روند رشد مذهبی وی یا ماهیت گروهی که او بدان پیوسته بود آشنایی نداشت، برای ارائهٔ مشاورهٔ بهتر باید از همکار خود مشورت می‌گرفت که ممکن بود بهتر به ارزیابی اهمیت روانی-اجتماعی آنها بپردازد. اگر درمانگر با این گروه مذهبی و ماهیت آن ناآشنا بود دیگر قابلیت کافی برای کار در زمینهٔ نگرانی‌های مذهبی نداشت و حتی اگر این نگرانی‌ها همچنان در ارتباط با درمان باقی می‌ماند، هم اصل ج (تمامیت) و هم اصل د (عدالت) از درمانگر می‌خواستند که صادق باشد و توانایی خود را در کار با این موضوعات بررسی کند.

برخی از استانداردهای مرتبط

این مبحث فلسفی دربارهٔ اصول درمان، برخی از الگوهای رفتاری خاص را که درمان اخلاقی ممکن است در مورد کاترینا به نمایش دریاورد، پیشنهاد داده است؛ اگرچه همهٔ استانداردهای APA

ممکن است دربارهٔ روان‌شناسی بالینی کودک قابل‌تعمیم باشد. استانداردهای درمان محور مرتبط با اصل قابلیت درمان، ماهیت رابطهٔ حرفه‌ای، رازداری و حریم شخصی بیمار، ارزیابی و درمان به‌صورت خاص با چهرهٔ درونی اخلاقیات و درمان روان‌شناسی بالینی کودک در موضوعات معنوی و مذهبی مرتبط است.

تمرین در میان مرزهای صلاحیت

استاندارد ۲/۰۱ از کد رفتاری APA از روان‌شناسان می‌خواهد تا در حیطهٔ قابلیت‌های خود بر پایهٔ آموزش، تحصیلات، تجربهٔ سرپرستی، مشاوره، مطالعه یا دیگر تجربیات حرفه‌ای، کار کنند (APA ۲۰۱۰ الف، ص ۵). اگر درمانگر کاترینا توانایی لازم را نداشت که موضوعات مذهبی محور خانواده را مورد خطاب قرار دهد، یا خودش باید آموزش‌های تکمیلی را فرا می‌گرفت یا باید به فردی مناسب و صلاحیت‌دار معرفی می‌شد. اکنون در این مورد چه نوع آموزش یا مشاوره‌ای لازم است؟ من در جای دیگر بیان کرده‌ام که درمان بالینی در زمینهٔ موضوعات معنوی و مذهبی، درمان مهمی است که برای انجام آن باید از توانمندی و تخصص بالینی کافی بهره‌مند بود (هائوی، ۲۰۰۸). اگرچه، این یک تخصص و توانایی طبقه‌بندی‌شده نیست، اما دانش تخصصی و ساختار رو به رشدی از مداخلات خاص در دسترس است که مرتبط با این درمان تشخیص داده شده‌اند. در حال حاضر، هیچ دلیلی وجود ندارد دال بر اینکه یک نفر باید تکنیک‌های معنوی و مذهبی را استفاده کند تا بتواند حتی بیمارانی را که مشکلات مذهبی دارند به‌خوبی درمان کند (مراجعه کنید به آتن، مک مین و ورثینگتون، ۲۰۱۱). باوجود این، رویکردهای درمان‌های معنوی و مذهبی مستقیم، ممکن است توسط بعضی از بیماران مورد استقبال واقع شده و ترجیح داده شود. تحقیقات نشان داده است که در بر گرفتن مداخلات معنوی و مذهبی با لحاظ کردن استانداردهای درمانی، تأثیرات درمانی مثبتی دارد و احتمالاً باعث تسهیل تکمیل درمان و باقی ماندن در آن می‌شود، زیرا بیماران مذهبی را تشویق می‌کند تا ارزش بسیار زیادی برای درمان قائل شوند و یا مزایای نتایج درمان را افزایش می‌دهد (تان و جانسون، ۲۰۰۵؛ ودتینگتون و ساندرج، ۲۰۰۲).

بنابر تحقیقات انجام‌شده بر روی بیمارانی که در غیر چنین رویکردی (مذهبی معنوی) در برابر درمان مقاومت می‌کنند، حتی اگر این‌گونه رویکردهای مذهبی، بر نتایج حاصله آثار مثبتی نداشته باشد، دست‌کم از تأثیرگذاری درمان نمی‌کاهد. با توجه به این فرضیه که بیماران مذهبی، اغلب به دنبال درمان گرانی‌اند که خود را مسیحی و معنوی می‌دانند یا پیرو دیگر ادیان و تجلیات معنوی هستند؛ این احتمال وجود دارد که بیماران مذهبی کمتر وارد دورهٔ درمان شده یا بدون حضور مستقیم مختصات معنوی هم‌جهت با ایمانشان، از درمان خارج شوند. اگر مسئلهٔ عدم حضور این طیف از بیماران در درمان و