

مبانی روان‌درمانی
مقدمه‌ای بر نظریه و کاربرد

مبانی روان‌درمانی

مقدمه‌ای بر نظریه و کاربرد

تألیف

دکتر بروس ای. ومپولد

ترجمه

علی نیلوفری

لیلا عبدالله پوری



<p>سرشناسه: ومپولد، بروس ای، ۱۹۴۸-م، Wampold, Bruce E عنوان و نام پدیدآور: مبانی روان‌درمانی: مقدمه‌ای بر نظریه و کاربرد / بروس ای ومپولد؛ مترجمان علی نیلوفری، لیلا عبدالله پوری مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ۱۳۹۰. مشخصات ظاهری: ۱۶۰ ص، قطع: رقعی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۵۵-۹ وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا عنوان اصلی: The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice, c2010 موضوع: روان‌درمانی -- تاریخ، روان‌درمانی -- روش‌ها شناسه افزوده: نیلوفری، علی، ۱۳۵۹-، مترجم، عبدالله پوری، لیلا، ۱۳۶۴-، مترجم. رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰/۲م و/۵/RC۴۸۰ رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴ شماره کتابشناسی ملی: ۲۶۲۷۳۴۵</p>	<p>دکتر بروس ای. ومپولد مبانی روان‌درمانی: مقدمه‌ای بر نظریه و کاربرد ترجمه: علی نیلوفری، لیلا عبدالله پوری فروست: ۱۲۶ ناشر: کتاب ارجمند صفحه‌آرا: محمد بهمنی طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان، صحافی: نوین چاپ اول، دی‌ماه ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۵۵-۹ www.arjmandpub.com این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
--	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر تلفن ۸۸۹۷۹۵۴۴ ۸۸۹۷۷۰۰۲
شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۵۵۰۰ تومان

فهرست مطالب

فصل ۱. مقدمه	۱۳
روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش	۱۵
تعریف روان‌درمانی	۱۹
هدف این کتاب	۲۴
فصل ۲. نظریه روان‌درمانی: بافت تاریخی	۲۷
بافت اجتماعی خاستگاه‌های روان‌درمانی	۲۸
ظهور نظریه‌های رقیب	۳۳
غربال‌کردن نظریه‌ها	۴۰
جایگزین‌های سرسپاری به یک نظریه واحد: یکپارچه‌سازی، التقاط‌گرایی، عوامل مشترک و رویکردهای پست‌مدرن	۴۷
نتیجه‌گیری	۵۹
فصل ۳. نقش نظریه	۶۰
عناصر نظریه روان‌درمانی چه هستند؟	۶۱
نقش نظریه برای درمانگران	۶۲
نقش نظریه برای مراجع	۶۸
نظریه و فلسفه علم	۷۳
خلاصه	۷۸
فصل ۴. پژوهش در مورد اثربخشی روان‌درمانی	۸۰
آیا روان‌درمانی مؤثر است؟	۸۱
آیا بعضی از روان‌درمانی‌ها مؤثرتر از برخی دیگر هستند؟	۸۵
اختلالات کودکی	۹۹
روان‌درمانی دردنیای واقعی	۱۰۱
نتیجه‌گیری	۱۰۵
فصل ۵. روان‌درمانی چگونه تأثیر می‌گذارد؟	۱۰۶
شواهد مربوط به اجزای خاص	۱۰۶
شواهد مربوط به عوامل مشترک	۱۱۸
نتیجه‌گیری	۱۲۹
فصل ۶. خلاصه	۱۳۱
منابع	۱۳۸

پیشگفتار

ممکن است برخی ادعا کنند که در فعالیت بالینی روان‌درمانی معاصر، مداخلات مبتنی بر شواهد و نتیجه مؤثر، بر اهمیت نظریه سایه افکنده‌اند. شاید این‌گونه باشد. ولی ما به عنوان ویراستاران این مجموعه، قصد نداریم این بحث را در این جا مطرح کنیم. ما می‌دانیم که روان‌درمانگران بر اساس تجربه خود این یا آن را برگزیده و به کار می‌بندند و چندین دهه شواهد موثق نشان می‌دهد که داشتن یک نظریه روان‌درمانی مستحکم به موفقیت درمانی بیشتر منجر می‌شود. با این وجود، تبیین نقش نظریه در فرآیند یاورانه، می‌تواند دشوار باشد. داستان زیر در مورد حل مسایل به درک اهمیت نظریه کمک می‌کند:

ایزوپ^۱ از خورشید و باد افسانه‌ای می‌خواهد با یکدیگر مسابقه‌ای بگذارند تا معلوم شود که کدام یک قوی‌تر هستند. آن‌ها از بالای زمین، مردی را نشانه کردند که از خیابان می‌گذشت. باد گفت من شرط می‌بندم که می‌توانم کت آن مرد را از تن او درآورم. خورشید این مسابقه را پذیرفت. باد شروع به وزیدن کرد و مرد محکم کتش را گرفت. هر چه باد شدیدتر می‌وزید، مرد هم کتش را محکم‌تر می‌چسبید. خورشید گفت حالا نوبت من است. او تمام انرژی‌اش را جمع کرد و گرمایش را بر آن مرد تاباند. چیزی نگذشت که مرد کتش را درآورد.

رقابت باد و خورشید برای درآوردن کت از تن مرد چه ارتباطی با نظریه‌های روان‌درمانی می‌تواند داشته باشد؟ ما فکر می‌کنیم که این داستان با سادگی فریبنده‌اش، اهمیت نظریه را به عنوان پیش‌زمینه هر مداخله مؤثری - و به تبع آن تحقق یک نتیجه مطلوب - نشان می‌دهد. بدون یک نظریه هدایت‌کننده، ممکن است ما نشانه^۲ را بدون درک نقش فرد در آن درمان کنیم یا شاید با مراجعان مان وارد جنگ قدرت شده و از درک این واقعیت غافل بمانیم که در برخی از مواقع ابزارهای غیرمستقیم کمک (تابش خورشید) - اگر نگوئیم بیشتر، حداقل به اندازه ابزارهای مستقیم (وزش باد) - مؤثر هستند. ممکن است بدون نظریه، منطق درمان را گم کرده، گرفتار انگیزه‌هایی مانند جلب نظر دیگران شده و از انجام کارهایی که ممکن است ساده به نظر برسند، اکراه داشته باشیم.

۱- Aesop. ایزوپ. نویسنده یونانی قرن ششم پیش از میلاد

2- Symptom

نظریه دقیقاً چیست؟ واژه‌نامه روان‌شناسی APA نظریه را به صورت «یک اصل یا مجموعه‌ای از اصول مرتبط به هم که مدعی تبیین یا پیش‌بینی تعدادی از پدیده‌های به هم پیوسته هستند» تعریف می‌کند. در روان‌درمانی، نظریه مجموعه‌ای از اصول است که به منظور تبیین افکار و رفتار انسان - از جمله آنچه که موجب تغییر افراد می‌شود - مورد استفاده قرار می‌گیرد. در عمل، نظریه اهداف درمان را تعیین کرده و نحوه دنبال کردن آن‌ها را مشخص می‌سازد. هالی^۱ (۱۹۹۷) خاطر نشان ساخت که یک نظریه روان‌درمانی باید به اندازه‌ای ساده باشد که یک درمانگر معمولی آن را درک نماید و در عین حال آنقدر جامع باشد که دامنه گسترده‌ای از پیشامدها را توجیه کند. علاوه بر این‌ها، یک نظریه اقدامات را به سمت نتایج موفقیت‌آمیز هدایت کرده و در همان حال امیدواری به بهبودی را برای درمانگر و مراجع ایجاد می‌کند.

نظریه، جهت‌نمایی است که به روان‌درمانگران امکان می‌دهد تا در قلمرو وسیع فعالیت بالینی، پیش بروند. به همان صورتی که ابزارهای جهت‌یابی به منظور انطباق با پیشرفت‌های صورت گرفته در تفکر و قلمروهای دائماً رو به گسترشی که باید کاوش کنند، اصلاح شده‌اند، نظریه‌های روان‌درمانی نیز در طول زمان تغییر پیدا کرده‌اند. مکاتب مختلف نظری را اغلب به صورت موج‌هایی در نظر می‌گیرند، که موج نخست، نظریه‌های روان‌پویایی (آدلری و روان‌کاوی)، موج دوم، نظریه‌های یادگیری (رفتاری، شناختی - رفتاری)، موج سوم، نظریه‌های انسان‌گرایانه (شخص محور، گشتالت، وجودی)، موج چهارم، نظریه‌های فمینیست و چند فرهنگی و موج پنجم، نیز نظریه‌های پست‌مدرن و سازه‌گرا هستند. به طرق مختلف، این امواج نشان می‌دهند که چگونه روان‌درمانی با تغییرات در روان‌شناسی، جامعه، معرفت‌شناسی^۲ و همچنین تغییرات در ماهیت خود روان‌درمانی انطباق پیدا کرده و به آن‌ها پاسخ داده است. روان‌درمانی و نظریه‌هایی که آن را هدایت می‌کنند، پویا و تأثیرپذیر هستند. همچنین تنوع گسترده نظریه‌ها شاهدهی است که نشان می‌دهد یک رفتار انسانی واحد را می‌توان به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی کرد (فرو و اسپیگر^۳، ۲۰۰۸).

با در نظر داشتن این دو مفهوم - اهمیت اساسی نظریه و تکامل طبیعی تفکر نظری - بود که ما مجموعه کتاب‌های نظریه‌های روان‌درمانی APA را تهیه کردیم. ما هر دو شیفته نظریه و گستره ایده‌های پیچیده‌ای هستیم که هر کدام از مدل‌ها را پیش می‌برند. ما به عنوان اساتید دانشگاه که دوره‌های نظریه‌های روان‌درمانی را ارائه می‌دهیم، خواهان تهیه مطالب آموزشی بودیم که نه تنها جوهره اصلی نظریه‌های عمده را برای متخصصان حرفه‌ای و تحت آموزش برجسته سازند، بلکه دانش خواننده را درباره جایگاه فعلی این مدل‌ها

1- Haley

2- Epistemology

3- Frew and Spiegler

روزآمد نمایند. غالباً در کتاب‌های نظریه، زندگی‌نامه نظریه پرداز اصلی بر تکامل مدل سایه می‌اندازد. برعکس، قصد ما این است که کاربردهای فعلی نظریه‌ها و همچنین تاریخچه و بافت آن‌ها را مورد تأکید قرار دهیم.

با شروع این پروژه، ما با دو تصمیم فوری مواجه شدیم: کدام نظریه‌ها را مورد توجه قرار دهیم و چه کسی برای ارائه آن‌ها بهتر است. ما دوره‌های نظریه‌های روان‌درمانی را در سطح تحصیلات تکمیلی بررسی کردیم تا ببینیم چه نظریه‌هایی در آن‌ها تدریس می‌شوند. علاوه بر آن به بررسی کتاب‌های علمی، مقالات و کنفرانس‌های پرطرفدار پرداختیم تا تعیین کنیم کدام نظریه‌ها بیشترین توجه را به خود جلب کرده‌اند. در ادامه، فهرست کاملی از مؤلفان را از میان بهترین متفکران در حیطه نظری معاصر تهیه کردیم. هر کدام از مؤلفان از جمله طرفداران پیشگام آن رویکرد و همچنین متخصصان آگاه در حوزه عملی هستند. ما از هر کدام از مؤلفان خواستیم تا سازه‌های اساسی آن نظریه را مرور کرده و با نگرستن به نظریه در یک بافت فعالیت مبتنی بر شواهد، آن نظریه را به حوزه مدرن فعالیت بالینی بیاورند و به وضوح آن نظریه را در عمل به تصویر بکشند.

برای این مجموعه ۲۴ عنوان در نظر گرفته شده است. هر کدام از عناوین می‌تواند مستقل باشد و یا می‌تواند با قرارگرفتن در کنار چند عنوان دیگر، محتوای یک دوره آموزشی نظریه‌های روان‌درمانی را تأمین کند. این گزینه به آموزش‌دهندگان امکان می‌دهد تا دوره‌ای را فراهم کنند که مشتمل بر رویکردهایی باشد که از نظر آنان، امروزه از سایرین برجسته‌تر هستند. به منظور حمایت از این هدف، بخش کتاب APA برای هر کدام از رویکردها یک DVD تهیه کرده است که آن نظریه را در عمل و در کار با مراجع واقعی نشان می‌دهد. برخی از DVDها در مان را در طی ۶ جلسه نشان می‌دهند. به منظور تهیه فهرست کامل برنامه‌های DVD در دسترس با بخش کتاب APA تماس حاصل کنید (<http://www.apa.org/videos>).

در سراسر تاریخ روان‌درمانی، بحث‌های داغی در مورد ماهیت واقعی روان‌درمانی در جریان بوده است. سایر سؤالات بر اثرگذاری واقعی روان‌درمانی و چرایی آن در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال مربوط به اثرگذاری متمرکز بوده‌اند. حوزه روان‌درمانی مانند هر کدام از سایر اشکال فعالیت‌های التیام‌بخش در یک بافت اجتماعی خلق شد که بر پارامترهای چیرستی روان‌درمانی (و نظریه‌های مختلف آن در مورد روان‌درمانی در عمل) و بر این که روان‌درمانی چه چیز نیست، تأثیر گذاشت. قبل از آنکه وارد بحث در مورد اشکال مختلف روان‌درمانی شویم، باید به طور سنجیده درک بنیادینی از تاریخچه هر کدام از آن‌ها ایجاد کرده و از نقش نظریه در این تاریخچه و در عمل آگاه شویم. کتاب «مبانی روان‌درمانی: مقدمه‌ای بر نظریه و کاربرد» کتاب نخست این مجموعه بوده و به همین دلیل سنگ بنای آن

به حساب می‌آید. دکتر بروس ای. ویمپولد^۱ به عنوان یکی از محققان و منتقدان ممتاز روان‌درمانی معاصر، دیدگاه گسترده‌ای را در مورد تاریخچه نظریه روان‌درمانی اتخاذ کرده و جایگاه شالوده‌ها و مفروضه‌های فلسفی این حوزه را معنی می‌کند. همچنین او روان‌درمانی را به عنوان شکل منحصر به فردی از فعالیت التیام بخش تعریف کرده و چگونگی پیشرفت این حوزه به عنوان علم روان‌شناختی کاربردی و نحوه تکامل پژوهش و متنوع شدن مراجعان را بررسی می‌کند.

امید ما این است که این کتاب ابزارهای لازم برای درک مجموعه گسترده نظریه‌های مورد استفاده فعلی را به خوانندگان بدهد. با درک مبانی روان‌درمانی که توسط دکتر ویمپولد ارائه شده است، خواننده می‌تواند به دیدگاهی برای مقایسه و مقابله رویکردهای نظری ارزشمند و متنوعی که در دسترس هستند، دست پیدا کند. می‌توان با ترکیب این کتاب با سایر عناوین این مجموعه، به یک کتاب درسی جامع برای یک دوره نظریه‌های روان‌درمانی دست یافت.

ویراستاران مجموعه: جان کارلسون و متانگلار - کارلسون

منابع

- Frew, J., & Spiegler, M. (2008). *Contemporary psychotherapies for a diverse world*. Boston, MA: Lahaska Press.
- Haley, J. (1997). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York, NY: Routledge.

1- Dr. Bruce E. Wampold

تقدیر و تشکر

اگر نگوییم هرگز، باید گفت که به ندرت پیش می‌آید کتابی منحصرأ توسط یک نفر تألیف شود. در رشته ما، دانش و تجربه یک مؤلف در روان‌درمانی از تعامل ظریف و مفصل با همکاران، دانشجویان، بیماران و به طور کلی در طول زمان بر هم انباشته می‌شود. یقیناً هر دانش خاصی که من از این موضوع دارم، به تنهایی آن را به دست نیاورده‌ام.

بخش عمده تفکرات من در مورد ماهیت روان‌درمانی حاصل تدریس و کار با دانشجویان است. از این لحاظ گفتگوهای من با دکتر زاک ایمل^۱ در طی چندین سال روشنگر بوده‌اند. به ندرت پیش می‌آید که دانشجویان این‌گونه جسورانه تفکر مرا برای عمق بخشیدن به درک خود به چالش بکشند. کنجکاوی ذهنی زاک، مرا در جهت درک روان‌درمانی در سطحی عمیق‌تر سوق داده و همچنین همکاری‌های مادر پروژه‌های مختلف نیز فهمی را در پی داشته که در این کتاب راه پیدا کرده است.

یکپارچه‌ساختن علم و عمل صرفاً یک هدف ایده‌آل نیست که آن را به دانشجویان توصیه کنیم و خود نیز می‌دانیم تحقق آن به ندرت امکان‌پذیر است. اگر قرار است روان‌درمانی به شیوه‌ای پیش برود که به وضوح کیفیت خدمات بهداشت روانی را بهبود ببخشد، این یکپارچه‌سازی مطلقاً ضروری است. تفکر من درباره مسایل عملی و یکپارچه‌سازی علم و عمل از طریق ارتباطاتم با دکتر ترزا بیر^۲ در مانگر خبره و همکار مورد اعتماد ارتقا پیدا کرده است. فصل ۳ کتاب، تا حد زیادی محصول گفتگوهای ما، کارهای مان با کارآموزان و تألیفات مشترک ماست.

آنچه که به عنوان یک فرصت شروع شده و به یک اشتیاق تبدیل شده است، بدون دعوت جان کارلسون و مت انگلار - کارلسون (ویراستاران مجموعه) از من برای نوشتن این کتاب، میسر نمی‌شد. اعتماد آن‌ها به توانایی من باعث شد تا احساس کنم وفاداری غریزی‌ام نسبت به روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش در آموزش‌ها و نقش من به عنوان یک دانشمند آشکار است، مورد قدرداری واقع شده است. وظیفه دشوار یادآوری‌های ظریف به من در مورد سررسیدها، ارائه اظهار نظرهای ویراستارانه و هدایت این فرایند بر عهده ادمدینویر^۳ قرار گرفت که ارتباطات محترمانه، اما جدی با او همیشه برایم خوشایند نبودند، اما همواره ارزش انتقادی بالایی داشتند. بازخوردهای ویراستارانه فوق‌العاده جان، مت، اد و سایر بازیبن‌ها، پروژه را به آنچه که اکنون هست، یعنی چیزی که من امیدوار و مطمئن هستم منبع ارزشمندی برای روان‌درمانی باشد، سوق داد.

1- Zac Imel

2- Teresa Bear

3- Ed Meidenbauer

فصل ۱

مقدمه

مراجع جدید شما از راه می‌رسد، او ده دقیقه تأخیر دارد، روبروی شما می‌نشیند، چیزی نمی‌گوید. شما از روی فرم پذیرش می‌دانید که مراجع یک مرد ۳۲ ساله آفریقایی - آمریکایی است که اخیراً شغل خود را به عنوان کارمند در بخش صنعت مالی از دست داده است. او اشاره کرده است که علت مراجعه وی به روان‌درمانی این است که همسرش به وی هشدار داده است اگر مصرف الکل و بددهنی‌هایش را کاهش ندهد، به اتفاق فرزندان‌شان او را ترک خواهند کرد. او آراسته و مرتب لباس پوشیده اما بی‌روح و کسل است، خسته به نظر می‌رسد و چشمانش خون گرفته است.

افکار بسیار و حتی سؤالاتی بیش از آن‌ها در ذهن شما جریان دارند. آیا او افسرده است؟ آیا مصرف الکل با بیکاری شدن اخیرش ارتباط دارد، یا این‌که او دارای سابقه مصرف ماده می‌باشد؟ آیا چشمان قرمز او ناشی از مصرف الکل، گریه کردن یا یک عارضه پزشکی هستند؟ بیکاری می‌تواند باعث احساس تردید و اسنادهای منفی^۱ در مورد خود شود، ولی آیا مشکلات او صرفاً با تغییر وضعیت شغلی او ارتباط دارند؟ یا اینکه او به دلیل ضعف عملکرد ناشی از وضعیت روانی شغلش را از دست داد؟ کدام موضوعات بافتی - از قبیل نژاد، فرهنگ، جامعه، کار یا هر موضوع دیگری - مطرح هستند؟ آیا مشکل زناشویی ناشی از بیکاری است یا خود آن علت بسیاری از مسایل دیگر در زندگی مراجع می‌باشد؟ یا شاید سابقه‌ای از افسردگی وجود دارد که به دلیل تغییر در وضعیت اشتغال او وخامت پیدا کرده است. او از درمان چه می‌خواهد - آیا او آمادگی ایجاد تغییرات را دارد یا این که صرفاً به خاطر اولتیماتوم همسرش اینجاست؟

1- Negative attributions

آیا هنوز موضوعات دیگری وجود دارند که باید آشکار شوند؟ اما فوری‌ترین سؤال این است که در این لحظه باید به او چه بگوییم و آن را چگونه بگوییم؟ و چگونه به واکنش او نسبت به صحبت‌هایم پاسخ دهم؟

این تصویر بسیار مختصر به طرز دردناکی نشان می‌دهد که درمان تا چه اندازه می‌تواند پیچیده باشد و معمولاً اینگونه نیز هست. درمانگر به دانش پیش‌زمینه بسیار قابل توجهی نیاز دارد - درک مستحکمی از مبانی زیستی، اجتماعی، بوم‌شناختی، فرهنگی و شناختی رفتار. اما چیزی که در روان‌درمانی بیشترین اهمیت را دارد یک نقشه راه خوب برای گشودن درمان است؛ یعنی یک راهنمای عمل. نقشه، بازنمایی واقعیت است و هیچ‌کس نمی‌تواند بدون داشتن نقشه رهسپار گردش در یک سرزمین شود. در روان‌درمانی، آن بازنمایی واقعیت که به منظور هدایت درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد، نظریه است. نظریه چارچوبی را برای اقدام درمانی فراهم می‌کند - چه سؤالاتی باید پرسید، به چه چیزی باید توجه کرد، چگونه باید به رفتار کلامی و غیرکلامی مراجع پاسخ داد، چه وقت و چگونه باید مداخله کرد و چگونه باید پیشرفت را ارزیابی نمود. هر جنبه‌ای از درمان، با دیدگاه نظری درمانگر عجین است. همان‌طور که آشکار خواهد شد، هیچ «بهترین» نقشه راه واحدی برای درمان وجود ندارد؛ بلکه نظریه‌های مختلف بسیاری وجود دارند که باید از میان آن‌ها دست به انتخاب زد.

مجموعه کتاب‌های حاضر، به معرفی نظریه‌های روان‌درمانی به شما اختصاص دارد. این یک فرایند پویا با یک روش قابل توجه است. شما با نظریه‌ها آشنا می‌شوید، اما آن‌ها صرفاً اطلاعاتی را برای یادگیری به شما عرضه نمی‌کنند. هدف صرفاً تبدیل شدن شما به یک نظریه‌دان مطلع و آگاه نیست - هدف به کارگیری نظریه برای تبدیل شدن به یک درمانگر مؤثر است. در فرایند تبدیل شدن به درمانگر، شما باید به تعدادی از این نظریه‌ها به عنوان نقشه راه تان مسلط شوید. شما با برخی از نظریه‌ها بیشتر احساس راحتی کرده و آن‌ها را از بقیه منطقی‌تر خواهید یافت. همچنین، برخی از نظریه‌ها بیش از بقیه در مورد مراجع متناسب خواهند بود. بنابراین، اصلاً موضوع این نیست که کدام نظریه برای شما بهترین است - موضوع مهم‌تر این است انتخاب نظریه نهایتاً به این بستگی دارد که کدام نظریه آن‌گونه که توسط شما به کار گرفته می‌شود، برای مراجع تان بیشترین اثربخشی را دارد. این هم، یک فرایند پویا و پیچیده است.

در فصل حاضر، مقدمه‌ای کوتاه بر روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش،

ارائه شده است. فصل‌های بعدی به بررسی تاریخچه روان‌درمانی، نقش نظریه در روان‌درمانی و نهایتاً پژوهش در مورد چگونگی اثربخشی روان‌درمانی اختصاصی دارند.

روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش

در ایالات متحده و بسیاری از کشورهای دیگر، روان‌درمانی به طور گسترده به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش مشروع و سودمند پذیرفته شده است. برآورد می‌شود که هر سال بیش از ۱۰ میلیون آمریکایی روان‌درمانی دریافت می‌کنند (الفسون^۱ و دیگران، ۲۰۰۲؛ وانگ^۲ و دیگران، ۲۰۰۵). در ایالات متحده از میان کسانی که به دلیل فشارهای روان‌شناختی از خدمات استفاده می‌کنند، در حدود ۴۰ درصد، روان‌درمانی را از روان‌شناس، مددکار اجتماعی یا مشاور و بقیه نیز از روان‌پزشک (۱۳ درصد)، پزشک عمومی (۹ درصد)، متخصصان خدمات انسانی (راهنما یا مشاور مذهبی یا خارج از محیط‌های بهداشت روانی)، ارائه‌دهنده یا گروه پزشکی تکمیلی یا جایگزین (طیب مفصلی، گروه خودیاری؛ ۳۲ درصد) دریافت می‌کنند (درا^۳س و دیگران، ۲۰۰۷). بر اساس برآوردها در ایالات متحده سالانه بین ۵/۷ تا ۹/۶ میلیارد دلار صرف روان‌درمانی می‌شود (لانگرث^۴، ۲۰۰۷؛ مینامی^۵ و ومپولد، ۲۰۰۸؛ اولنسون و دیگران، ۲۰۰۲). روشن است که روان‌درمانی یک فعالیت جاافتاده و یک صنعت عمده می‌باشد، با وجود این‌ها، جایگاه روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش پیچیده است.

نخستین سؤالی که باید مطرح شود این است که آیا روان‌درمانی مؤثر است؟ پاسخ این سؤال که در فصل ۴ به صورت مفصل‌تر مورد بحث قرار می‌گیرد، یک «آری» برترین است. مزایای روان‌درمانی روشن هستند - کسانی که روان‌درمانی دریافت می‌کنند در مقایسه با کسانی که روان‌درمانی دریافت نمی‌کنند به نتایج بهتری دست پیدا می‌یابند (لامبرت^۶ و اگلس^۷، ۲۰۰۴؛ ومپولد، ۲۰۰۱b، ۲۰۰۷). در واقع، روان‌درمانی مؤثرتر از بسیاری از اقدامات پزشکی پذیرفته شده است اما گران‌قیمت بوده و هیچ‌گونه عارضه جانبی نامطلوبی نیز ندارد. در آزمایشات بالینی، روان‌درمانی در درمان افسردگی، اضطراب، نارضایتی زناشویی، سوء مصرف ماده، و مشکلات مربوط به سلامت (مانند

1- Olsson

2- Wang

3- Druss

4- Langreth

5- Minami

6- Lambert

7- Ogles

سیگار کشیدن، درد، اختلالات خوردن) و کژکاری جنسی و در مورد جمعیت‌های مختلف از جمله کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان مؤثر بوده است (چامبلس^۱ و دیگران، ۱۹۹۸). روان‌درمانی برای اختلالات روانی مختلف به ویژه افسردگی و اضطراب به خوبی با داروها برابری می‌کند، از آنها پایدارتر بوده (با عود کمتری همراه است) و کمتر در برابر دوره‌های درمانی اضافی مقاوم است (هولون^۲، استورات^۳، و استرانک^۴، ۲۰۰۶؛ ایمل، مک‌کی^۵، مالترر^۶ و ومپولد، ۲۰۰۸؛ لی‌کین^۷ و دیگران، ۲۰۰۷). یافته‌ها نشان داده است که روان‌درمانی آن‌گونه که در دنیای واقعی انجام می‌شود، به اندازه روان‌درمانی ارائه شده در شرایط کنترل شده برای آزمایشات بالینی تصادفی شده مؤثر است (مینامی و ومپولد، ۲۰۰۸؛ به فصل ۴ مراجعه کنید).

علی‌رغم پذیرش و اثربخشی روان‌درمانی، دغدغه‌های درخور توجهی نیز وجود دارند. نخستین و مهم‌ترین آن‌ها این است که اغلب کسانی که به خدمات بهداشت روانی نیاز دارند، هیچ‌گونه مراقبتی دریافت نمی‌کنند. یک بررسی اخیر در سطح ملی در ایالات متحده نشان داد کمتر از ۴۰ درصد از کسانی که به عنوان مبتلا به اختلال روانی (مثلاً اختلالات فهرست شده در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [DSM]؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) طبقه‌بندی می‌شوند، روان‌درمانی دریافت می‌کنند (دراک و دیگران، ۲۰۰۷). نتیجه‌ای که از این قبیل بررسی‌های ملی می‌توان گرفت این است که «اغلب افراد مبتلا به اختلالات روانی در ایالات متحده یا درمان نشده باقی می‌مانند یا درمان ضعیفی دریافت می‌کنند» (وانگ و دیگران، ۲۰۰۵، ص. ۶۲۹). علاوه بر این، در مورد مراجعانی که بیشترین نیاز را دارند، این مشکل حادتر است: «نیاز برآورده نشده به درمان در گروه‌هایی از قبیل سالمندان، اقلیت‌های نژادی - قومی، افراد کم‌درآمد، اقشار فاقد بیمه و روستائیان که به طور سنتی از خدمات کمتری برخوردار بوده‌اند، شدیدتر است» (وانگ و دیگران، ۲۰۰۵، ص. ۶۲۹). ظاهراً مشکل نه در نامؤثر بودن روان‌درمانی، بلکه در این است که این خدمت به کسانی که به آن نیاز دارند، ارائه نمی‌شود (به فصل ۴ مراجعه کنید).

کاملاً روشن نیست که چرا مردم بیشتری از روان‌درمانی استفاده نمی‌کنند. یک دلیل

1- Chambless

3- Stewart

5- Mackay

7- Leykin

2- Hollon

4- Strunk

6- Malterer

مهم آن است که استفاده از دارو برای درمان اختلالات روانی رو به افزایش است. در ایالات متحده سالانه بین ۵/۷ تا ۹/۶ میلیارد دلار صرف روان‌درمانی می‌شود. این در حالی است که فروش سالانه داروهای ضدافسردگی در ایالات متحده به تنهایی بیش از ۱۳ میلیارد دلار است (لانگر، ۲۰۰۷)! یک روند روشن که از چندین مطالعه صورت گرفته در سطح ملی آشکار است از کاربرد خدمات پزشکی برای درمان اختلالات روانی که ظاهراً شامل افزایش داروهای روان‌گردان در طی زمان نیز می‌باشد، حکایت دارد. از اوایل دهه ۱۹۹۰ تا اوایل دهه ۲۰۰۰، افزایشی در استفاده روان‌پزشکان، متخصصان پزشکی به همراه متخصصان بهداشت روان (یعنی روان‌درمانی) و پزشکان عمومی از داروها برای درمان مشکلات روان‌شناختی وجود داشته است.

از طرف دیگر، به نظر می‌رسد که استفاده از روان‌درمانی در طول آن دوره کاهش پیدا کرده است (مینامی و ومپولد، ۲۰۰۸). عوامل مختلفی وجود دارند که می‌توانند این روندها را توجیه کنند که تبلیغات شرکت‌های داروسازی، مزایای مربوط به بازپرداخت بیمه سلامت و دولت، تکبر و خودبزرگ‌بینی سیستم پزشکی، ... از آن جمله‌اند. در سال ۲۰۰۴ یک نظرسنجی توسط مجله هریس^۱ به همراه «روان‌شناسی امروز» و مرکز سلامت رفتاری پاسیفیک‌کایر (هریس اینتراکتیو^۲، ۲۰۰۴) به منظور تعیین علت استفاده یا عدم استفاده مردم از روان‌درمانی صورت گرفت. هزینه یکی از دلایل غالب در فهرست به دست آمده است: بسیاری از مردم (۳۶ درصد) گزارش کردند که روان‌درمانی بسیار گران است، یا این که پوشش بیمه‌ای آن‌ها برای روان‌درمانی کافی نیست (۲۶ درصد). علی‌رغم شواهدی که در مورد اثربخشی روان‌درمانی وجود دارد، ناراحت‌کننده است که تعداد قابل توجهی از افراد (۳۲ درصد)، باور غیرمفید بودن روان‌درمانی را به عنوان یک دلیل مطرح کردند. البته، برخی نیز صرفاً فکر می‌کردند که مشکلات آن‌ها آنقدر جدی نیست که درمان را ایجاب کند (۳۵ درصد). این واقعیت که بدنامی مرتبط با درمان در مقایسه با دلایلی از قبیل هزینه، باورهای مربوط به اثربخشی و شدت مشکلات توسط افراد کمتری به عنوان علت عدم مراجعه به روان‌درمانی ذکر شده بود، برای بسیاری تعجب‌برانگیز بود، هرچند بیش از یک پنجم پاسخ‌گویان (۲۲ درصد) این بدنامی را یک مشکل دانستند. بیش از نیمی از پاسخ‌گویان، اشاره کردند که دستیابی به خدمات بهداشت روان دشوار است. بنابراین، علی‌رغم اثربخشی تثبیت شده روان‌درمانی و

کاربرد گسترده آن، هنوز افراد بسیاری - به ویژه از میان جمعیت‌های کم‌برخوردار - باقی می‌مانند که روان‌درمانی می‌تواند برای آن‌ها مفید باشد، اما به آن دسترسی ندارند. تصویری وجود دارد مبنی بر این‌که روان‌درمانی به مراجعانی ارائه می‌شود که واقعاً آشفته نیستند - این‌که روان‌درمانی به افراد «پریشان‌خاطر» ارائه می‌شود. جالب است بدانیم از میان کسانی که خدمات بهداشت روانی را دریافت می‌کنند (در حدود ۴۰ درصد نشانه‌های یک تشخیص DSM را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده‌اند، ۱۸ درصد این نشانه‌ها را در طول زندگی خود تجربه نموده‌اند و ۱۳ درصد نیز در حال حاضر یا در گذشته سایر شاخص‌های نیاز به این خدمات از قبیل نشانه‌های بالینی فرعی یا یک رویداد پراسترس زندگی را تجربه کرده‌اند. کمتر از ۴ درصد از کسانی که خدمات بهداشت روانی را دریافت نموده‌اند، هیچ‌گونه شاخص نیاز به این خدمات نداشته‌اند. از میان این ۴ درصد نیز فقط ۱۶ درصد خدمات روان‌درمانی را از افراد غیر روان‌پزشک دریافت کرده‌اند، بنابراین بر اساس معیارهای مورد نظر در بررسی زمینه‌یابی، تنها در حدود ۰/۵ درصد تا ۱ درصد از جمعیت کلی بدون داشتن شاخص نیازمندی روان‌درمانی دریافت کرده‌اند (دراس و دیگران، ۲۰۰۷).

باید به یاد داشته باشیم که روان‌درمانی یک فعالیت نسبتاً جدید است. حدود یک قرن و نیم قبل بود که فروید^۱ «معالجه از طریق صحبت کردن» را بسط داد، بنابراین در مقایسه با کاربرد دارو که از دوران باستان وجود داشته است، استفاده از روان‌درمانی در ایالات متحده و در سراسر جهان در آستانه ظهور به عنوان یک درمان مشروع می‌باشد (پرنیز^۲، ۲۰۰۲). همان‌طور که در فصل ۲ به تفصیل بحث شده است، روان‌درمانی یک فعالیت در حال تکامل آمیخته با فرهنگ است (به عنوان مثال به فانچر^۳، ۱۹۹۵؛ پرنیز، ۲۰۰۲، مراجعه کنید). این حرفه، خوب یا بد، تا حد زیادی از درمان‌های فشرده بلند مدت (دو یا سه بار در هفته برای چندین سال)، به سمت مداخلات کوتاه‌مدت و متمرکز تحول پیدا کرده است (انگل^۴، ۲۰۰۸). با وجود این‌ها، این حوزه هم‌چنان در حال شکل‌گیری و تغییر است. علم شواهد جدیدی را به دست می‌دهد، سیاست‌ها تغییر می‌کنند، مکانیسم‌های پرداخت متحول می‌شوند و مردم بر این حرفه تأثیر می‌گذارند. تنها یک نکته را می‌توان با اطمینان بر زبان آورد و آن هم این است که: روان‌درمانی برای

1- Freud
3- Fancher

2- Pritz)
4- Engel

پاسخگویی به نیازهای زمان تغییر پیدا می‌کند.

تعریف روان‌درمانی

تا به این جا، بدون ارائه تعریف مناسبی از روان‌درمانی، از آن سخن گفته‌ایم. بنابراین، پیش از ادامه مباحث، روان‌درمانی را تعریف کرده و مسایل مرتبط با آن تعریف را مورد بحث قرار می‌دهیم. چیزی که روشن است این است که مرزهای آنچه که روان‌درمانی تلقی می‌شود، مبهم هستند.

روان‌درمانی به طبقه‌ای از فعالیت‌های التیام‌بخش تعلق دارد که از «صحبت کردن» به عنوان وسیله‌ای جهت پرداختن به آشفتگی روان‌شناختی استفاده می‌کنند. به طرق بسیاری، روان‌درمانی یک فعالیت آشفته است زیرا توسط طیف گسترده‌ای از افراد حرفه‌ای و نیمه حرفه‌ای از جمله روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، درمانگران ازدواج و خانواده و مددکاران اجتماعی ارائه می‌شود؛ از تکنیک‌های متنوع مبتنی بر مدل‌های نظری مختلف استفاده می‌کند؛ و پیوند نزدیکی با تعدادی از حرفه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با خود از جمله تربیت شخصی، گروه‌های حمایتی، مشاوره شغلی، برنامه‌های راهنمایی و برنامه‌های خودیاری دارد (انگل، ۲۰۰۸). تمرکز مجموعه کتاب‌های حاضر بر چیزی است که شاید بتوان آن را نظریه‌های روان‌درمانی «جریان غالب» نامید، هرچند مسایل بینابینی مرتبط با عمل در نقاط مشترک مهم مورد بحث قرار گرفته‌اند.

با در نظر داشتن این‌که هیچ تعریفی از روان‌درمانی به طور کامل رضایت‌بخش نخواهد بود، تعریف زیر برای این فعالیت ارائه می‌شود:

روان‌درمانی یک درمان اساساً بین‌شخصی مبتنی بر اصول روان‌شناختی، با مشارکت یک درمانگر آموزش‌دیده و مراجعی است که یک اختلال روانی، مشکل یا شکایت دارد، و درمانگر آن را طوری برنامه‌ریزی می‌کند که برای اختلال، مشکل یا شکایت مراجع کارکرد درمانی داشته باشد و این فرایند برای مراجع خاص و اختلال، مشکل یا شکایت او متناسب یا فردی شده است (ومپولد، ۲۰۰۱ b، ص ۳۰).

بررسی جنبه‌های مختلف این تعریف به روشن شدن مرزهای روان‌درمانی در مقابل سایر فعالیت‌ها کمک می‌کند، اما به یاد داشته باشید که جنبه‌هایی از تعاریف، مرزها و فعالیت‌ها وجود دارند، که مورد اختلاف هستند. با وجود این، مهم است که با بررسی نظریه‌های مختلف حدود روان‌درمانی را مشخص کنیم. نخست این‌که روان‌درمانی اساساً یک مداخله بین‌شخصی بوده و به معنای دقیق کلمه در طول تاریخ خود به عنوان «صحبت‌درمانی» شناخته شده است. این بدان معناست که روان‌درمانی مشتمل بر یک رابطه بین‌شخصی میان درمانگر و مراجع است و گفتگوی بین درمانگر و مراجع از جنبه‌های بسیار، همان روان‌درمانی است. البته، ممکن است مراجع در جلسه درمان یا خارج از جلسه رفتارهای بسیاری را انجام دهد که به طور کلی به عنوان رفتارهای درمانی پذیرفته شده‌اند. یک تمرین مشتمل بر مواجهه^۱ که در آن مراجع به موقعیت ترسناک نزدیک می‌شود نمونه‌ای از این رفتارهاست (مثلاً، به یک شخص مبتلا به هراس اجتماعی دستور داده می‌شود که با شخصی که از صحبت کردن با وی هراس دارد، صحبت کند). با وجود این‌ها، ابزاری که جنبه‌های مهم روان‌درمانی از طریق آن ارائه می‌شود، تعامل کلامی است (ومپولد، ۲۰۰۷). هنوز روشن نیست که آیا باید برخی از فعالیت‌های جدید، مانند مداخلاتی که از تکنولوژی بهره می‌گیرند، را به عنوان روان‌درمانی طبقه‌بندی کنیم یا نه. مشاوره تلفنی یا مداخلات مبتنی بر ویدئو نیز به وضوح شامل یک رابطه بین‌شخصی هستند، هر چند این رابطه رودررو نیست. بسیاری تعامل اینترنتی به شیوه چت را تعامل بین‌شخصی با واسطه زبانی می‌دانند و به همین دلیل آن را به ویژه برای نسلی که بسیاری از روابط بین‌شخصی آن به صورت الکترونیکی صورت می‌گیرد، روان‌درمانی تلقی می‌کنند.

با وجود این‌ها، معیار رابطه بین‌شخصی به طرز قابل توجهی موجب کنار گذاشته شدن بسیاری از مداخلات محیطی، از جمله مداخلات مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک (مانند برنامه‌های تقویت ژتونی در مدارس) از طبقه‌بندی روان‌درمانی می‌شود که هرچند ممکن است به طور قابل توجهی رفتار را تغییر دهند، اما بر اساس برداشت حاکم بر مجموعه کتاب‌های حاضر، روان‌درمانی به حساب نمی‌آیند. در واقع، هر مداخله روان‌شناختی که اساساً بر زبان به عنوان طریقه ارائه مبتنی نباشد، بر اساس تعریف ارائه شده در این جا روان‌درمانی به حساب نمی‌آید. بر اساس این برداشت، مراجعان فاقد

توانایی‌های شناختی لازم جهت برقراری ارتباط زبانی (مثلاً کودکان خردسال، افراد مبتلا به اختلالات ارتباطی شدید) نمی‌توانند در روان‌درمانی شرکت کنند. البته، این مانع از سایر مداخلات روان‌شناختی نمی‌شود.

فعالیت‌های التیام‌بخش به طور کلی در یک سیستم باور ریشه دارند (ومپولد، ۲۰۰۷)؛ سیستم باور روان‌درمانی عموماً روان‌شناختی است؛ یعنی منطق زیربنایی برای هر فعالیت روان‌درمانی باید روان‌شناختی باشد. همان‌طور که در این مجموعه ملاحظه خواهیم کرد نظریه‌های روان‌شناختی بسیار متنوعی وجود دارند که می‌توان آن‌ها را به طور دقیق به منظور بسط روان‌درمانی‌های مختلف به کار گرفت. برخی از مداخلات حالت بینابینی دارند که «درمان‌های بدنی»^۱ از آن جمله‌اند. منطق زیربنایی ماساژدرمانی بیشتر جسمی است تا روان‌شناختی، هر چند سایر رویکردهای بدنی، مثلاً درمان‌های رایشی^۲ مدعی داشتن پایه‌های روان‌شناختی بوده‌اند - هر چند پایه‌های روان‌شناختی ادعایی آن‌ها بحث‌برانگیز است. در مجموعه حاضر، مباحث به روان‌درمان‌هایی که پایه‌های روان‌شناختی متقاعدکننده‌ای دارند، محدود شده است.

یکی دیگر از اشتراکات فعالیت‌های التیام‌بخش این است که شخص التیام‌دهنده ویژگی‌هایی دارد که او را از یک شخص عادی متمایز می‌کند و از اقتداری مبتنی بر جایگاه و دانش برخوردار است (بویر^۳، ۲۰۰۱؛ فرانک و فرانک، ۱۹۹۱؛ ومپولد، ۲۰۰۱). بر همین اساس، در این مجموعه، روان‌درمانی به فعالیت‌هایی محدود شده است که یک درمانگر آموزش‌دیده در آن‌ها حضور دارد؛ هر چند به خوبی جاافتاده است که با این‌که روان‌درمانی به طور عمده توسط روان‌درمانگران دارای مدرک و مجوز صورت می‌گیرد، اما در مواردی روان‌درمانی توسط افراد نیمه‌حرفه‌ای یا سایر افراد فاقد مدرک یا مجوز اما دارای آموزش‌های تخصصی (مثلاً دانشجوی - درمانگران مقطع تحصیلات تکمیلی، برخی مشاوران سوء مصرف مواد) اجرا می‌شود. با این وجود، روان‌درمانی از هر فعالیتی که به صورت غیررسمی انجام می‌شود (مثلاً بین دوستان) یا به طور کلی به عنوان خدمات حرفه‌ای مورد تایید قرار نگرفته است (مثلاً خدمات ارائه شده توسط یک چهره مذهبی که آموزش دیگری به عنوان روان‌درمانگر ندیده و به عنوان روان‌درمانگر شناخته نمی‌شود) متمایز است. بنابراین تعریف ارائه شده

1- Body Therapies

2- Reichian

3- Boyer

فعالیت‌های التیام‌بخش طبیعی را مستثنی می‌کند، هرچند رابطه نزدیکی میان این فعالیت‌ها و روان‌درمانی وجود دارد (ومپولد، ۲۰۰۷).

توجه داشته باشید که تعریف مورد بحث به یک اختلال، مشکل یا شکایت مراجع اشاره می‌کند. این تعریف به عمد، لزوماً آشفتگی را یک اختلال روانی معرفی نمی‌کند، زیرا بسیاری از روان‌درمانی‌ها این طبقه‌بندی را غیرمفید و حتی بدنام‌کننده تلقی کرده و از آن اجتناب می‌کنند. با وجود این روان‌درمانی فعالیت است که با یک آشفتگی احساس شده سروکار دارد و از این لحاظ مداخلاتی مانند برنامه‌های پیشگیری از مصرف دارو را که اساساً پیشگیرانه هستند، در بر نمی‌گیرد. این مباحث به مطرح شدن موضوع مهمی در این رابطه می‌انجامد و آن هم این است که آیا مداخلات صورت گرفته در مورد فردی که به صورت داوطلبانه مراجعه نکرده است، را می‌توان به عنوان روان‌درمانی تلقی کرد. در برخی از بافت‌ها، مراجعان مجبور به حضور در درمان شده‌اند (مثلاً از جانب سیستم قضایی) یا توسط اعضای خانواده تحت فشار قرار گرفته‌اند یا توسط مدرسه ارجاع شده‌اند. این قبیل مراجعان نسبت به درمان بی‌میل و اغلب به شیوه‌ای که مشخصه روان‌درمانی است در درمان مشارکت نمی‌کنند (ومپولد، ۲۰۰۷). با این حال، مراجعان از لحاظ انگیزش و آمادگی تغییر با یکدیگر تفاوت دارند و البته این مسئولیت درمانگر است که مراجع را درگیر نموده و تمایل به تغییر را افزایش دهد (مویزر^۱، میلر^۲، هندریکسون^۳، ۲۰۰۵؛ پروچاسکا^۴ و نورکراس^۵، ۲۰۰۲). با وجود این، همان‌طور که ملاحظه خواهیم کرد روان‌درمانی به طور اساسی به تصور یک رابطه مشارکتی بستگی دارد که در آن درمانگر و مراجع در مورد وظایف و اهداف درمان توافق دارند.

در تعریف روان‌درمانی به طور اساسی چنین فرض می‌شود که درمانگر آن را طوری برنامه‌ریزی می‌کند که کارکرد درمانی داشته باشد. مراجعان در هر فعالیت التیام‌بخشی انتظار دارند که التیام‌دهنده اثربخشی فعالیت را باور داشته باشد و مراجعان روان‌درمانی هم از این قاعده مستثنی نیستند. در واقع، پژوهش‌ها از این ادعا حمایت می‌کنند که تعلق خاطر درمانگر به درمان با نتایج درمان ارتباط دارد (ومپولد، ۲۰۰۱ b). به طور معمول، درمانگران در عمل به درمانی که ارائه می‌دهند، وفادار هستند، اما در برخی از موارد، پروتکل‌های درمانی به دلایل مختلف، اجباری هستند و این باعث می‌شود که

1- Moyers

2- Miller

3- Hendrickson

4- Prochaska

5- Norcross

آنها درمانی را ارائه دهند که به لحاظ درمانی آن را بهترین نمی دانند. هر چند می توان ارائه یک پروتکل درمانی توسط یک درمانگر مردد را به عنوان روان درمانی طبقه بندی کرد، اما مباحث این جا به درمان هایی مربوط می شوند که درمانگر با اطمینان کامل ارائه می دهد. علاوه بر این، درمان های ارائه شده در آزمایشات بالینی که توسط درمانگرانی ارائه می شوند که می دانند درمان قرار نیست کارکرد درمانی داشته باشد (مثلاً مشاوره حمایتی) به عنوان درمان های ساختگی تلقی می شوند - آگاهی از این موضوع برای درک شواهد مربوط به کارایی روان درمانی بر اساس آزمایشات بالینی با اهمیت است (به و مپولد، b ۲۰۰۱ مراجعه کنید) و این چیزی است که در فصل ۴ به طور مفصل تر مورد بحث قرار خواهد گرفت.

جنبه نهایی تعریف روان درمانی این است که برای مراجع و دغدغه های او، فردی (متناسب) شده است. این بدان معناست که درمانگر مشتاقانه به مراجع گوش داده و سپس درمان را به منظور پاسخگویی به مراجع هم از لحاظ ویژگی های او و هم از لحاظ دغدغه هایش شکل می دهد. تعدادی از برنامه ها وجود دارند که به منظور پرداختن به مشکلات خاص و/یا بهبود زندگی طراحی شده اند و این فردی سازی در آنها وجود دارد که به عنوان مثال می توان به پروتکل های ثابت آرمیدگی، مراقبه و برنامه های حرکتی (مانند رقص درمانی) اشاره کرد. هر چند این نوع مداخلات می توانند مؤثر باشند، اما بر اساس ملاک های مورد نظر در این مجموعه، روان درمانی به حساب نمی آید.

روان درمانی اغلب در یک زمان واحد به بیش از یک مراجع ارائه می شود و این چیزی است که در گروه درمانی، زوج درمانی و خانواده درمانی مشاهده می شود. از این شیوه های مختلف اغلب به عنوان روش^۱ یاد می شود. غالباً در پروتکل های فردی استاندارد از قبیل درمان های شناختی - رفتاری تغییراتی داده می شود تا به صورت گروهی ارائه شوند، در حالی که در سایر مواقع درمان ها منحصر به یک روش خاص هستند (مثلاً خانواده درمانی چند سیستمی، لزوماً یک روش درمان خانوادگی است). تعریف روان درمانی باید به اندازه ای گسترده باشد که روش های مختلف و همچنین دیدگاه های نظری متفاوت را در برگیرد.

همان طور که اشاره شد، روان درمانی یک اصطلاح عام است که درمانگران دارای تخصص های مختلف از جمله مشاوره، مددکاری، پزشکی، روان شناسی و ... از آن بهره

می‌گیرند و این در حالی است که در درون هر کدام از این حرفه‌ها نیز تخصص‌های مختلفی وجود دارد که هر کدام از آن‌ها دیدگاه‌های متفاوتی در مورد آموزش و فعالیت روان‌درمانی دارند. به عنوان مثال، در روان‌شناسی تخصص‌های روان‌شناسی مدرسه، روان‌شناسی مشاوره و روان‌شناسی بالینی وجود دارد. روان‌شناسان در محیط‌های مختلف از جمله کلینیک خصوصی، آژانس‌های اجتماعی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره فعالیت دارند (مینامی و ومپولد، ۲۰۰۸؛ وندنباس^۱، کامینگر^۲، دی‌لئون^۳، ۱۹۹۲). علاوه بر این، درمانگران دستمزد خود را از منابع مختلف دریافت می‌کنند، از جمله به طور مستقیم از کلینیک، مراقبت مدیریت شده^۴ و سایر شرکت‌های بیمه، موسسات (مثلاً از مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها)، آژانس‌های دولتی مختلف (مثلاً آژانس مراقبت پزشکی در ایالات متحده یا خدمات بهداشت ملی در سایر کشورها) و آژانس‌های غیرانتفاعی.

هدف این کتاب

هدف کتاب حاضر معرفی حرفه در حال شکوفایی روان‌درمانی است. جورج سانتایانا^۵ (۱۹۰۵) در قولی مشهور گفت «آن‌هایی که نمی‌توانند گذشته را به یاد بیاورند، محکوم به تکرار آن هستند» (ص. ۲۸۴). این گفته در مورد روان‌درمانی هم صادق است - یک درک کامل از چگونگی تکامل روان‌درمانی، نیروهای مؤثر بر آن، جایگاه آن در فعالیت‌های التیام‌بخش، و شواهد علمی که از کاربرد آن حمایت می‌کنند، همگی به طور مطلق برای تربیت درمانگران و پژوهشگران برای پیشبرد این حرفه در قرن ۲۱ ضروری هستند. کتاب حاضر، نخستین جلد از یک مجموعه کتاب با موضوع مدل‌های نظری روان‌درمانی است. ستون فقرات روان‌درمانی نظریه است. یک مجموعه تکنیک‌های غیرنظریه‌ای کفایت نمی‌کند - هر فرد حرفه‌ای و بسیاری از استادکاران، دانش قابل توجهی در مورد اصول زیربنایی حوزه‌های تخصصی خود دارند. نظریه داربستی است که به فعالیت انسجام می‌بخشد. شواهد پژوهشی، تکنیک‌های درمانی، فعالیت‌های مهارت آموزی و ... بدون این داربست به یک هرج و مرج آشفتنه تبدیل می‌شوند.

1- VandenBos

2- Cummings

3- Deleon

4- Managed care

5- George Santayana

همان‌طور که در فصل ۲ به طور مفصل بحث خواهد شد، نظریه‌ها در روان‌درمانی تکامل پیدا کرده‌اند (به کاشمن^۱، ۱۹۹۲؛ فانچر، ۱۹۹۵؛ و مپولد، ۲۰۰۱ b مراجعه کنید). فروید روان‌کاوی را معرفی کرد که به مدت چندین دهه، مدل غالب بود - اما نیروهای دوم و سوم یعنی رفتاردرمانی و درمان انسان‌گرا، به ترتیب در میانه قرن بیست وارد صحنه شدند. نیروی چهارم یعنی مشاوره چند فرهنگی^۲ اخیراً ظهور کرده است. با وجود این‌ها، بر اساس بسیاری از برآوردها چند صد نظریه وجود دارد که برخی از آن‌ها تا حد زیادی به یک درون‌نمایه اصلی وفادارند و برخی هم کاملاً متفاوت هستند. آنچه که باعث پیچیدگی بیشتر این چشم‌انداز می‌شود این است که بسیاری از درمانگران در عمل خود را التقاطی^۳ یا یکپارچه‌نگر^۴ می‌دانند (نورکراس، هدجنس^۵ و کاسل^۶، ۲۰۰۲). چگونه از یک دانشجوی تحصیلات تکمیلی انتظار می‌رود که در حوزه‌ای با این تنوع نظریه‌ای، راه خود را پیدا کند؟ مجموعه کتاب‌های حاضر به منظور انسجام‌بخشیدن به این تنوع تهیه شده‌اند.

کتاب حاضر به سه طریق راه را برای ورود به آن مجموعه هموار می‌سازد. نخست این‌که در این جا بافت تاریخی مورد بحث قرار گرفته است. فصل ۲ به این سؤالات می‌پردازد: شکل‌گیری و بالندگی روان‌درمانی چگونه صورت گرفت؟ تحولات کلیدی کدام‌ها هستند و چه کسانی بر این حوزه تأثیر گذاشتند؟ بافت فرهنگی چگونه به تحول روان‌درمانی به عنوان یک فعالیت التیام‌بخش شکل بخشید (و می‌بخشد)؟

فصل ۳، نقش نظریه در فعالیت روان‌درمانی را به عنوان یک سؤال اساسی مورد توجه قرار می‌دهد. نظریه به طور مطلق برای عمل ضروری است و نظریه نحوه تفکر درمانگران در مورد مراجعان و آنچه را که در روان‌درمانی انجام می‌دهند، هدایت می‌کند. بدون نظریه، روان‌درمانی نیز وجود ندارد. انتخاب یک نظریه خاص مستلزم انجام محاسبه‌ای با در نظر گرفتن درمانگر و بیمار است و این موضوعی است که در فصل ۳ به آن پرداخته شده است. همچنین فلسفه پایه‌های علمی نظریه‌های مختلف مورد بحث قرار گرفته است تا نشان دهیم تعیین ارزش نسبی نظریه‌های مختلف با مشکل همراه است.

فصل‌های ۴ و ۵ به مرور شواهد پژوهشی اختصاص دارند. روان‌درمانی یک فعالیت

1- Cushman

3- Eclectic

5- Hedges

2- Multicultural

4- Integrative

6- Castle

مبتنی بر روان‌شناسی بوده به همین دلیل تا آن‌جا که ممکن است بر یک مبنای تجربی استوار است. درمانگران باید از پژوهش‌های مرتبط آگاه بوده و در صورت تناسب به منظور تضمین سود بردن مراجعان، یافته‌های پژوهشی را در کار خود لحاظ کنند. هر چند بررسی ارائه شده در فصل‌های ۴ و ۵ نسبتاً مختصر است، اما سؤالات زیر مورد توجه قرار گرفته‌اند: آیا روان‌درمانی مؤثر است؟ آیا برخی از روان‌درمانی‌ها از بقیه مؤثرتر هستند؟ در مورد ارائه روان‌درمانی در دنیای واقعی چه می‌دانیم؟ روان‌درمانی چگونه تأثیر می‌گذارد؟

نهایتاً در فصل ۶، خلاصه‌ای ارائه شده و بر اهمیت نظریه در عمل تأکیدی دوباره می‌شود.

فصل ۲



نظریه روان‌درمانی: بافت تاریخی

دانش در مورد تاریخچه و بافت فرهنگی روان‌درمانی، برای درک فعالیت‌های کنونی، یادگیری شیوه اجرای روان‌درمانی و تقویت فعالیت عملی در درون حرفه‌های مختلف و درون نهادهای اجتماعی مختلف اهمیت اساسی دارد. فصل حاضر به بررسی خاستگاه‌ها و تحول و همچنین جایگاه فعلی روان‌درمانی اختصاص دارد.

با بررسی تاریخچه می‌توانیم سرگذشت پیشینیان را دنبال کنیم و این کار ما را با داستان پراهمیت کسانی که در این حرفه نقش داشته‌اند، آشنا می‌سازد. چیزی که به همین اندازه یا شاید هم بیشتر اهمیت دارد، بررسی مواردی است که از این ماجرا حذف شده‌اند (ومپولد و باتی^۱، ۲۰۰۴). تحول روان‌درمانی به عنوان یک حرفه و به عنوان موضوع پژوهش، پیچیده است. بها دادن به تاریخچه درک ما را غنی می‌بخشد و چشم‌اندازهایی را در مورد علم و عمل در اختیار ما قرار می‌دهد، که در غیر آن صورت نادیده گرفته می‌شدند.

میسر^۲ (۲۰۰۴) خواهان توجه به «میراث دوگانه روان‌شناسی»^۳ (ص. ۵۸۶)، که از سنت‌های علمی و انسان‌گرایانه تشکیل شده است، گردید. سنت علمی شواهدی مبنی بر تأثیرگذاری قابل توجه روان‌درمانی را فراهم آورده و مشروعیت روان‌درمانی را در سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی تثبیت کرده است. سنت انسان‌گرایانه، مبنایی را برای

1- Bhati

2- Messer

3- Psychology's dual heritage

جنبه‌های نوع‌دوستانه، همدلانه و معنی‌آفرین فعالیت روان‌درمانی فراهم ساخته است. متأسفانه این میراث دوگانه اغلب به انشعاب این رشته منجر شده است، به طوری که دانشمندان و درمانگران بر جنبه‌های مختلف یک فعالیت واحد تأکید کرده‌اند. از یک طرف، دانشمندان اغلب کاربردهای روان‌شناسی را چندان علمی نمی‌دانند. از طرف دیگر، کسانی که به جنبه‌های انسان‌گرایانه روان‌درمانی علاقمند هستند، بر این باورند که بررسی‌های علمی بر جنبه‌هایی از روان‌درمانی متمرکز هستند که از آنچه که آن‌ها جوهره روان‌درمانی می‌دانند، دور است (ومپولد، ۲۰۰۷). با وجود این‌ها، هم دانشمندان و هم درمانگران، به یک هدف واحد متعهد هستند؛ کمک به مراجعان در غلبه بر دشواری‌ها و بهره‌مندی از زندگی رضایت‌بخش‌تر و معنی‌دارتر. مروری بر تاریخ، بینشی را در مورد این دو سنت به ما می‌دهد و برای درک نقش نظریه‌های روان‌درمانی در علم و عمل روان‌درمانی اهمیت حیاتی دارد.

بافت اجتماعی خاستگاه‌های روان‌درمانی

یکی از ویژگی‌های مشخصه انسان‌ها، تغییر رفتار آن‌ها به واسطه تأثیرات اجتماعی است (دی وال^۱، ۲۰۰۶). این بدان معناست که گروه‌های اجتماعی تأثیر نیرومندی بر افکار و رفتار افراد جامعه دارند. جوامع، از همان آغاز تمدن انسانی، از فعالیت‌های التیام‌بخش مختلف استفاده کرده‌اند و نکته اساسی در مورد این فعالیت‌ها، التیام‌دهندگان برگزیده و همچنین مناسب‌التیام‌بخش مورد پذیرش جامعه بوده است (ای. کی. شاپیرو^۲، ۱۹۹۷). در بخش قابل توجهی از تمدن انسانی، اختلالات روانی و جسمی از هم مجزا نبوده و مکانیسم‌های مختلف - که هیچ‌کدام به معنای امروزی «علمی» نبودند - به منظور تبیین انحراف از وضعیت به‌هنگام مورد استفاده قرار می‌گرفتند.

در اروپای اواخر قرن ۱۹، یک همگرایی در نیروهای فکری به ظهور «صحبت‌درمانی» به عنوان ابزاری برای درمان اختلالات مختلف انجامید. روش‌های علمی در حال تبدیل شدن به یک ابزار پذیرفته شده برای درک دنیای فیزیکی و زیستی بود و بافتی را برای شرح مکانیکی پدیده‌های فیزیکی (فیزیک نیوتونی^۳) و

1- De Waal
2- Newtonian physics

2- A. K. Shapiro

مکانیسم‌های انتخاب طبیعی برای ارگانیسم‌های زیستی (تکامل داروینی^۱) فراهم آورد. این کنجکاوی فکری انگیزه‌ای برای ایجاد نظریه‌ای علمی در مورد دنیای دورنی (یعنی ذهن) بود که می‌توانست از آن پس به منظور درمان اختلالاتی که هیچ مبنای زیستی نداشتند (یعنی اختلالات روانی) مورد استفاده قرار گیرد. در چنین بافتی زیگموند فروید ظهور کرد؛ کسی که سیستم‌هایی را برای درک حالات ذهنی به هنجار و نابه‌هنجار و درمان اختلالات ذهن ایجاد نمود (ماکاری^۲، ۲۰۰۸). فروید در ایجاد ترکیبی از ایده‌های فکری و علمی موجود به منظور خلق چیزی که امروزه با عنوان روان‌کاوی شناخته می‌شود، بسیار موفق بود. روان‌کاوی به نظریه‌ای عظیم تبدیل شد و عظمت آن از آنجایی بود که تمامی جنبه‌های هوشیار و ناهوشیار و همچنین روشی برای درمان تمامی اختلالات، از اختلالات روان‌نژادانه^۳ خفیف گرفته تا اختلالات روان‌پریشانه^۴ شدید و هر آنچه که در میانه این دو واقع بود، را در برمی‌گرفت.

بسیاری از افراد منشاء روان‌درمانی در ایالات متحده را به فروید نسبت می‌دهند. در سال ۱۹۰۹، فروید سخنرانی تأثیرگذار خود را در دانشگاه کلارک برای مخاطبی پذیرا ایراد کرد. در واقع گفته می‌شود که ویلیام جیمز^۵ روان‌شناس برجسته دهه‌های نخست قرن بیستم در ملاقات با فروید به وی گفت «روان‌شناسی شما، روان‌شناسی آینده است» (کاشمن، ۱۹۹۲). در عرض یک دوره زمانی کوتاه، روان‌کاوی به رویکرد غالب روان‌درمانی تبدیل شده و تخیلات مردم آمریکا را نیز تسخیر نمود (کاشمن، ۱۹۹۲؛ ماکاری، ۲۰۰۸). جالب است که بدانیم صحبت‌درمانی دهه‌ها قبل از سخنرانی فروید در ایالات متحده وجود داشت. در اواخر قرن نوزدهم، تعداد فزاینده‌ای از آمریکائیان با «علاج‌های ذهن» سروکار داشتند که مشهورترین آن‌ها علم مسیحی و جنبش تفکر نوین؛ یعنی دو فعالیتی بودند که سعی داشتند ذهن را در معالجه بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی مورد استفاده قرار دهند. شاید در نگاهی به گذشته، این جنبش‌ها، فعالیت‌های مذهبی مسیحی هرج و مرج طلب یا حاشیه‌ای به نظر برسند، اما در طول این دوره بسیار رایج بودند (کاپلان^۶، هارینگتون^۷، ۲۰۰۸؛ تیلور^۸، ۱۹۹۹).

محبوبیت فعالیت‌هایی که ادعا می‌کردند از طریق ذهن، ایمان یا معنویت، التیام

1- Darwinian evolution

3- Neurotic

5- William James

7- Harrington

2- Makari

4- Psychotic

6- Caplan

8- Taylor

جسمی ایجاد می‌کنند، مسایل قابل توجهی را برای پزشکی ایجاد کرد. در طول این دوره، خود پزشکی نیز به عنوان یک حرفه مبتنی بر علم در حال شکل‌گیری بود. یکی از پایه‌های پزشکی علمی مدرن «ماده‌گرایی» - اصطلاحی فلسفی که فرض را بر این می‌گذارد که ماده تنها مبنای واقعیت است - بود. بنابراین، در اوایل قرن بیستم، پزشکی سرسختانه اصرار داشت که هر حالت بدنی و مهم‌تر از همه هر بیماری، یک علت جسمی دارد و این که هر درمانی با تغییر دادن سیستم بیولوژیکی موجب معالجه می‌شود (کاپلان، ۱۹۹۸؛ هارینگتون، ۲۰۰۸). پزشکی مشتاق بود که به صورت علمی نشان دهد آن‌هایی که معالجات ادعایی مبتنی بر اصول غیرعلمی را گزارش می‌کنند، شاید هستند. در واقع، اقدام فرانز آنتون^۱ در زیر سؤال بردن معالجات مسمر^۲ که بر نظریه‌های مغناطیس حیوانی مبتنی بودند، طلایه‌دار درخشان روش علمی بود (گولد^۳، ۱۹۸۹؛ ومپولد، ۲۰۰۱a؛ ومپولد و باتی، ۲۰۰۴).

برخلاف اروپا، جایی که روان‌کاوی فروید به طور مسلم در جامعه پزشکی پذیرفته شده بود (در آن زمان، اغلب درمانگران پزشک بودند)، در ایالات متحده پزشکی به طور جدی در مقابل معالجات ذهنی مقاومت می‌کرد و این واقعیت که بسیاری از افراد درگیر در این جنبش‌ها شیفته مسمریم و پدیده‌های جادویی نیز بودند، بر بغرنج بودن وضعیت می‌افزود (کاپلان، ۱۹۹۸؛ کاشمن، ۱۹۹۲). با وجود این، مشروعیت معالجات ذهنی با کاسته شدن از جنبه‌های مذهبی آن‌ها افزایش پیدا کرد و روان‌شناسان و حتی برخی از پزشکان به سراغ آن‌ها رفتند. مکتب آسیب‌شناسی روانی بوستون^۴، که در سال ۱۹۸۹ شروع شد و روان‌شناسانی از قبیل ویلیام جیمز و جی. استانلی هال^۵ و همچنین عصب‌شناسان و روان‌پزشکان در آن عضویت داشتند، تأثیر این حرفه‌ها را نشان می‌داد. در سال ۱۹۰۶ جنبش امانوئل^۶ توسط پزشکان و کشیش‌های مسیحی بنیان‌گذاری شد و مشارکتی جذاب میان افراد علاقمند به روان و علاقمندان جنبه‌های اخلاقی رفتار بود. در این سازمان، به دنبال سخنرانی و خدمات به بیماران «درمان» ارائه می‌شد (کاپلان، ۱۹۹۸؛ تسایلور، ۱۹۹۹). دو جنبه از جنبش امانوئل به طور خاص برای پزشکی مشکل‌ساز بودند. نخست این‌که افراد به وسیله روش‌های روانی «درمان می‌شدند» که نمی‌توانستند با موضع‌گرایانه پزشکی مدرن هماهنگ شوند؛ هیچ‌گونه علت‌شناسی

1- Franz Anton

2- Mesmer

3- Gould

4- Boston

5- G. Stanley Hall

6- Emmanuel