

فمینیست درمانی

مجموعه نظریه‌های روان‌درمانی

فهرست مطالب

۷	.....	مقدمه مترجم
۹	.....	پیشگفتار مجموعه
۱۳	.....	۱ مقدمه: درمان فمینیستی ویژه زنان نیست
۲۱	.....	۲ تاریخچه
۴۳	.....	۳ نظریه
۱۰۱	.....	۴ فرآیند درمان
۱۲۷	.....	۵ ارزیابی
۱۴۲	.....	۶ پیشرفت‌های پیش‌رو
۱۵۶	.....	۷ خلاصه
۱۵۹	.....	واژه‌نامه اصطلاحات کلیدی
۱۶۱	.....	منابع
۱۷۵	.....	درباره نویسنده

مقدمه مترجم

دریافت صحیح از مفهوم و تعریف درمان فمینیستی از طریق مقدمه‌ای کوتاه ممکن نیست و کتاب موجود نیز صرفاً دریچه‌ای برای آگاهی از موجودیت چنین رویکردی است که درمانی همه‌جانبه محسوب می‌شود و بیماری‌ها و اختلالات روانی را ناشی از تمامی شرایطی می‌داند که فرد را احاطه کرده است. این همه‌جانبه‌نگری تا آنجا پیش می‌رود که هر مراجع را فراتر از تجربه‌ها و پیشینه فردی و درهم‌تنیده با تجربه‌ها و شرایط خانوادگی، طبقه اجتماعی، اقتصادی، کشور و قاره و پیشینه استعمارگری یا مستعمره بودن، می‌بیند و در شکل‌گیری مشکل فعلی فرد همه این عوامل را دخیل می‌داند. هر چند این درمان با تمرکز بر زنان و تبعیض جنسیتی شکل گرفت اما در روند رشد خود به سوی نظریه‌ای تمام‌کمال، دردها و آسیب‌های فردی و اجتماعی و اقتصادی و سیاسی همه اقشار مردم را که ناشی از ستم مردسالاری بود، پوشش داد و با اعلام «هر آنچه سیاسی است، شخصی است» موضع خود را در برابر عوامل قدرت، که با سرکوب صداها مخالف اعم از زن و مرد به هستی خود تداوم می‌بخشد، شفاف ساخت. این رویکرد درمانی با مشاهده و لمس نگاه زن‌ستیز روان‌شناسی سنتی، توسط روان‌شناسان زن متولد شد. زنان روان‌شناسی که خود طعم تلخ تبعیض را با گوشت و پوست خود چشیده بودند و این تبعیض غیر انسانی را در مورد مراجعان زن خود نیز به وضوح درک می‌کردند. یک جمله در توصیف این تبعیض کافی است که بدانیم اگر زنی میل به کار کردن در بیرون از خانه داشت یا میل به خانه‌داری و بچه دار شدن نداشت، در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی شدید قرار می‌گرفت و باید بستری می‌شد. با وجود فضای تبعیض‌آمیز روان‌درمانی نسبت به زنان و مردان خارج از حیطه مردسالاری کنونی، که ما هم اکنون نیز بوی مشمئزکننده آن را می‌شنویم، درک فضای غیر انسانی نیم قرن پیش در حوزه روان‌درمانی هم‌چنان برای ما دشوار است اما همان حوزه آسیب روانی که به نام درمان روانی زنان را در تنگنای بیگانگی با خود قرار داده بود لزوم آغاز دورانی جدید و نگاهی روشن‌تر به زنان و قشر تضعیف شده را ایجاب کرد. از سال ۱۹۶۰ که سال شکل‌گیری و اعلام موجودیت فمینیست‌درمانی است، این

رویکرد راه سخت و دشواری را سپری کرده و از موانع بسیاری گذر کرده است اما مناسب با سن و سال خود قد نکشیده است چرا که در گذر از هر مانعی با نیروی عظیمی از مخالفانش دست و پنجه نرم کرده و برای گشودن و جب به وجب راه خود تلفات عظیمی داده است. اکنون فمینیست‌درمانی تنه‌ای استوار دارد که با ایستادگی در مقابل طوفان‌ها به شاخ و برگ‌های جوان خود فرصت رشد می‌دهد. فمینیست‌درمانی بر این واقعیت تکیه می‌کند که تضعیف قدرت و استقلال فردی توسط قدرت سرکوبگر، زنان و مردان را به یک میزان از زندگی سالم و اعتماد به خویش بیگانه می‌کند و بدین سان از زن‌گرایی دور می‌شود و طرف صحبت خود را همه زنان و مردانی می‌داند که تحت این فشارها به نیروی ذهن و اندیشه و جسم خود بی‌اعتماد شده‌اند. خواندن این کتاب را به همکاران روان‌شناس خود توصیه می‌کنم. چرا که هنوز در اتاق‌های مشاوره ما، زنان با توصیه‌ها، اتهام‌ها و روش‌های تبعیض‌گری که هویت انسانی آن‌ها را در قالب زنانگی از پیش تعریف شده در هم می‌فشارند، روبه‌رو می‌شوند و هنوز مردانی سرخورده از تعریف‌های زمخت مردانگی به اتاق‌های درمان پناه می‌آورند و در جستجوی نگاهی و راهی نو برای ایجاد پیوندهای نو با خود، با زنان و با جهان هستند. پیوندی به دور از خشونت، ستم و سرکوب، می‌دانند که باید خودشان با شناخت و آگاهی از جزء به جزء راه، آن را بیابند و در یابند و به کار ببندند.

رابعه موحد

روان‌درمانگر

پیشگفتار مجموعه

بعضی‌ها این بحث را مطرح می‌کنند که روان‌درمانی معاصر با تمرکز بر مداخله مبتنی بر شواهد و نتیجه مؤثر اهمیت نظریه را تحت‌الشعاع قرار داده است. بله ممکن است این چنین باشد اما به عنوان مؤلفان این مجموعه هدف ما در اینجا مطرح کردن این مجادله نیست. می‌دانیم که روان‌درمانگران در کار خود نظریه مشخصی را انتخاب کرده و به کار می‌بندند زیرا تجربه‌های آنها و شواهد به دست آمده طی چندین دهه بیانگر آن است که داشتن یک نظریه روان‌درمانی به موفقیت بیشتر درمانی منجر خواهد شد. با وجود این توضیح نقش نظریه در کمک به فرآیند درمان کار آسانی نیست. احتمالاً این نقل‌قول درباره حل مسئله می‌تواند بحث ما را درباره اهمیت نظریه روشن‌تر کند:

ازوپ (افسانه‌نویس یونانی - قرن هفتم پیش از میلاد) افسانه‌ای را درباره مسابقه‌ای که میان خورشید و باد درگرفته بود تا مشخص کنند کدام یک قوی‌ترین است نقل می‌کند. خورشید و باد بر فراز زمین مردی را که در خیابان در حال راه رفتن بود هدف قرار می‌دهند. باد شرط می‌بندد که می‌تواند کت او را از تنش در بیاورد. خورشید شرط‌بندی را قبول می‌کند. باد به شدت وزیدن می‌گیرد و مرد محکم کت خود را می‌چسبد. هر چه باد شدیدتر می‌وزد مرد کتش را محکم‌تر می‌چسبد. خورشید می‌گوید حالا نوبت من است. سپس خورشید همه انرژی‌اش را برای تاباندن نوری گرم به کار می‌بندد و مرد خیلی زود کتش را درمی‌آورد.

شاید با خود فکر کنید مسابقه میان خورشید و باد برای درآوردن کت یک مرد چه ربطی به نظریه‌های روان‌درمانی دارد؟ ما معتقدیم همین داستان ساده اهمیت نظریه را به عنوان پیش‌درآمدی برای مداخله مؤثر و رسیدن به نتیجه‌ای دلخواه روشن می‌کند. در فقدان نظریه‌ای هدایت‌گر ممکن است بدون درک نقش مشخصه‌های فردی، تنها به درمان علائم بپردازیم. همچنین ممکن است با مراجعان خود وارد جنگ قدرت شویم

و درک نکنیم در مواقعی روش‌های غیرمستقیم کمک کردن (نور خورشید) اگر بیشتر از روش‌های مستقیم (باد) مؤثر نباشند، گاهی به همان اندازه مفید واقع می‌شوند. در نبود نظریه ممکن است منطق درمان را فراموش کنیم و در عوض گرفتار اموری همچون اصلاح اجتماعی شویم و نخواهیم کاری را انجام دهیم که خیلی ساده به نظر می‌رسد.

نظریه دقیقاً چیست؟ لغت‌نامه روان‌شناسی APA (انجمن روان‌شناسی آمریکا) نظریه را این‌گونه معنا می‌کند: «اصل یا پیکره اصول مربوط به هم که سعی در توضیح یا پیش‌بینی تعدادی پدیده‌های مربوط به هم را دارد.» از منظر روان‌درمانی «نظریه مجموعه‌ای از اصول است که برای توضیح افکار و رفتار انسانی و اینکه چه چیزی باعث تغییر مراجعان می‌شود، به کار می‌رود.» در عمل، یک نظریه اهداف روان‌درمانی را تعیین می‌کند و روش پیگیری و رسیدن به آن را توضیح می‌دهد. هالی (۱۹۹۷) می‌گوید، یک نظریه روان‌درمانی باید به قدری ساده باشد که متوسط درمانگرها قادر به فهم آن باشند اما درعین حال به اندازه‌ای جامع باشد که مجموعه بزرگی از احتمالات را در برگیرد. علاوه بر این یک نظریه راهکارهایی را برای رسیدن به نتیجه موفق ارائه می‌دهد و درعین حال هم به درمانگر و هم به مراجع این امید را می‌دهد که بهبود امکان‌پذیر است.

نظریه قطب‌نمایی است که به درمانگران اجازه می‌دهد به قلمرو وسیع کار بالینی وارد شوند. همان‌طور که ابزارهای جهت‌یابی تغییر کرده‌اند تا با پیشرفت‌های فکری و قلمروهای همواره در حال گسترش کشف سازگار شوند، نظریه‌های روان‌درمانی نیز در طول زمان تغییر کرده‌اند. از مکتب‌های مختلف نظریه‌ها معمولاً به عنوان موج‌ها یاد می‌شود. موج اول نظریه‌های روان‌پویایی (آدلری، روان‌تحلیلگری)، موج دوم نظریه‌های یادگیری (رفتاری، شناختی رفتاری)، موج سوم نظریه‌های انسان‌گرا (فرد محور، گشتالت، اگزیستانسیال)، موج چهارم نظریه‌های فمینیستی و چند فرهنگی و موج پنجم نظریه‌های پست‌مدرن و ساختاری هستند. این موج‌ها به روش‌های مختلف نمایانگر این مطلب هستند که چگونه روان‌درمانی خود را با تغییرهای به وجود آمده در روان‌شناسی، جامعه و معرفت‌شناسی و همچنین تغییرهای صورت گرفته در خود روان‌درمانی تطبیق داده و به آن واکنش نشان داده است. روان‌درمانی و نظریه‌های راهنمای آن پویا و پاسخ‌دهنده هستند. تنوع نظریه‌ها خود شاهدهی بر این امر است که چگونه رفتار واحد انسانی

می‌تواند به عنوان مختلف تعبیر شود (فرو و اسپنگلر، ۲۰۰۸).

با در نظر داشتن این دو مفهوم - اهمیت محوری نظریه و روند طبیعی تکامل تفکر نظری - بود که «مجموعه نظریه‌های روان‌درمانی انجمن روان‌شناسی آمریکا» را به رشته تحریر درآوردیم. هر دوی ما مجذوب نظریه و مجموعه ایده‌های پیچیده‌ای هستیم که هر مدل را هدایت می‌کند. ما به عنوان اعضای هیئت علمی که نظریه‌های روان‌درمانی را تدریس می‌کنند قصد داشتیم محتوایی برای آموزش تهیه کنیم که نه تنها ماهیت نظریه‌های اساسی را برای افراد حرفه‌ای و افراد تحت آموزش روشن می‌کند، اطلاعات خواننده را در نیز مورد وضعیت فعلی مدل‌ها به روز می‌دارد. اغلب در کتاب‌های نظریه، زندگی‌نامه نظریه‌پرداز ارزیابی خود نظریه را تحت الشعاع قرار می‌دهد اما قصد ما برجسته کردن کاربردهای معاصر نظریه‌ها و همچنین تاریخچه و زمینه آنها است.

زمانی که این پروژه آغاز شد درباره دو موضوع مهم تصمیم می‌گرفتیم: نخست اینکه به کدام نظریه‌ها اشاره و دوم چه کسی را به عنوان نماینده آن معرفی کنیم. ما به نظریه‌هایی که در درس‌های روان‌درمانی دانشگاهی تدریس می‌شد نگاه کردیم تا ببینیم هم اکنون کدام نظریه‌ها همچنان تدریس می‌شوند. کتاب‌ها، مقاله‌ها و کنفرانس‌های علمی مشهور را پیدا کردیم تا ببینیم کدام نظریه‌ها بیشترین مخاطب را دارند. سپس از میان مغزهای نظریه‌پرداز معاصر فهرستی تهیه کردیم. هر نویسنده یکی از مدافعان پیشروی آن رویکرد و همچنین درمانگری آگاه است. از هر نویسنده درخواست کردیم که ساختار اصلی نظریه را بازبینی کرده، هر نظریه را به واسطه بررسی آن از منظر درمان مبتنی بر شواهد در قالب کار بالینی مدرن بیاورد و به وضوح توضیح دهد که در عمل هر نظریه چگونه خواهد بود.

برای این مجموعه ۲۴ عنوان در نظر گرفته شده است. هر عنوان می‌تواند به تنهایی یا در کنار عنوان‌های دیگر در تهیه مطلب یک دوره آموزشی برای نظریه‌های روان‌درمانی مفید باشد. این امکان به استادان کمک می‌کند تا با ترکیب نظریه‌هایی که فکر می‌کنند امروزه برجسته‌تر هستند مطالب یک دوره آموزشی مفید را تدوین کنند. برای حمایت از این هدف انتشارات انجمن روان‌شناسی آمریکا برای هر رویکرد یک دی‌وی‌دی تهیه کرده که در آن نحوه استفاده از نظریه در برخورد با مراجعی واقعی نمایش داده می‌شود. بعضی از این دی‌وی‌دی‌ها فرایند درمان را طی شش جلسه نشان

می‌دهند. برای مشاهده فهرست کامل دی‌وی‌دی‌های موجود به وبسایت انجمن روان‌شناسی آمریکا مراجعه کنید.^۱

در این کتاب دکتر لائورا براون به‌وضوح روشن می‌کند که چطور روان‌درمانی فمینیستی هویت‌های فرهنگی و واقعیت‌های سیاسی اجتماعی مراجعان را برای رسیدن به یک درمان روانشناختی مؤثر در نظر می‌گیرد. دکتر براون به ترتیب مراحل را توضیح می‌دهد که یک روان‌درمان فمینیستی، توانست از یک نقد خارج از جریان رایج و اصلی روان‌درمانی نظری و عملی، به مدلی تبدیل شود که به‌طور گسترده‌ای برای زنان و مردان مورد قبول واقع شود و به مرحله تدریس برسد. دکتر براون، به عنوان یکی از اصلی‌ترین نظریه‌پردازان فمینیست، با دانش و تجربه خود به عنوان یک درمانگر بالینی، تصویری واضح و مختصر از نظریه و نحوه عمل روان‌درمانی فمینیستی ارائه داده است. ارائه مثال‌هایی از تحقیقات متعدد به خواننده کمک می‌کند تا در موقعیت‌های واقعی فرآیند درمان با این نظریه‌ها بیشتر آشنا شود.

جان کارلسون و مت انگلار کارلسون

1. www.apa.org/videos

مقدمه: درمان فمینیستی ویژه زنان نیست

درمان فمینیستی در اواخر دهه ۶۰ میلادی هم‌زمان با موج دوم فمینیسم در ایالات متحده آمریکا ظهور یافت و بازتاب‌دهنده نگرانی‌های جنبش زنان بود. طرفداران نخستین آن درمانگران و به ویژه درمانگران زن بودند که اعتراضشان را علیه تبعیض جنسی در حرفه سلامت روانی به خلق روش‌های جایگزین در روان‌درمانی بدل کردند که در آن مراجعان با تبعیض جنسی، زن‌ستیزی و کلیشه‌هایی که تا آن زمان در حوزه سلامت روان رایج بود مواجه نشوند. درمان فمینیستی نظریه‌ای است که دانش و الهام خود را از طریق بررسی عمیق دیدگاه‌هایی به دست می‌آورد که در فرهنگ غالب همواره به حاشیه کشیده شده و به‌سادگی در دسترس نیستند. دیدگاه زنان آمریکایی-اروپایی تبار (سفیدپوست)، رنگین‌پوست‌ها، افرادی با تمیلات جنسی غیرطبیعی، دو جنس‌گرایان، افرادی با تنوع جنسی گوناگون، افراد فقیر، افرادی با ناتوانی‌های مختلف، مهاجران و پناهندگان از جمله این دیدگاه‌ها هستند. در واقع رویکرد درمان فمینیستی نشأت گرفته از نوعی روان‌شناسی است که از حقایق در حاشیه، در لایه زیر و خارج از جریان اصلی پدرسالارانه تشکیل شده است. درمان فمینیستی نظریه‌ای است که نه تنها به تجربه‌ها و صداها و افرادی را که توسط فرهنگ غالب به عنوان «دیگری» تلقی شده‌اند گوش می‌سپارد، آنها را در اولویت قرار می‌دهد. نظریه فمینیستی انگاره‌ای شایسته محور است که انسان‌ها را پاسخ‌دهنده به مشکلات زندگی‌شان، قادر به حل آن مشکلات و مشتاق تغییر می‌داند. نظریه فمینیستی مدلی سیاسی است که تجربه‌های انسانی را در قالب واقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی و تأثیر پویایی‌های قدرت بر این واقعیت‌ها مورد بررسی قرار می‌دهد.

درمان فمینیستی برای اینکه بتواند دورنمایی بی‌طرف از تجربه‌های همه گروه‌ها عرضه

کند تنها به بررسی «دیگری» نمی‌پردازد. بلکه ویژگی ذاتی فمینیسم درمانی اندیشهٔ رادیکالی است که می‌گوید: «صداهاى مسکوت شدهٔ افراد به حاشیه رانده شده منبع بزرگترین حکمت‌ها است.» این نگرش تغییرِ جهتِی از ارزش‌گذاری متخصصانِ عرفی به سوی ارزش‌گذاری و شنیدن صدای متخصصان سرکوب و به حاشیه رانده شده است. این نقطه نظرِ زمانی که در مرکز تحلیل و کاربردی کردن قرار می‌گیرد به صورت بالقوه تغییردهندهٔ هر چیزی در مورد درمان است که در فرهنگ غالب به عنوان «معمولی» شناخته می‌شود. در فمینیست درمانی حاشیه‌ها از منظر معرفت‌شناختی و مفهومی به یک هستهٔ جدید بدل می‌شوند.

طی چهار دهه از زمانی که درمانگران از اصطلاح درمان فمینیستی برای توضیح خود و کارشان استفاده کرده‌اند این روش به شکل معناداری از ریشه‌های خود به عنوان نوعی از درمان برای زنان که با رویکردهای درمانی تبعیض‌آمیز دوران در مخالفت بود فراتر رفته است (رولینگ و کارتر، ۱۹۷۷؛ روزواتر و والکر، ۱۹۸۵). پس از آن درمان فمینیستی به مدل درمانی منسجم از منظر تکنیکی، پست‌مدرن و پیچیده تبدیل شد که از تحلیل جنسیت، جایگاه اجتماعی و تحلیل قدرت به عنوان راهبرد اولیهٔ درک مشکلات بشری استفاده می‌کند (براون، ۲۰۰۵). درمان فمینیستی به نوعی از درمان بدل شد که کار با زنان و مردان (لوانت و سیلورستین، ۲۰۰۵)، بچه‌ها و خانواده‌ها (سیلورستین و گودریچ، ۲۰۰۳) و سیستم‌های بزرگ‌تر را که در چالش مستمر با پویایی‌های نوظهور سلب‌کنندهٔ قدرت در فرهنگ روان‌درمانی و جامعهٔ بزرگتر هستند را شامل می‌شود.

فمینیست درمانگران که زمانی منحصراً از میان زنان بودند اکنون مردان را هم شامل می‌شوند (لوانت و سیلوراستین، ۲۰۰۵). سازه‌های فمینیستی که یک روان‌درمانی خوب را می‌سازد، مانند استفاده از رضایت کتبی درمان که حقوق مراجعان را یادآور می‌شود (هیرماستین، مارسک، کاگلن و لیس لوینسون، ۱۹۷۹) اکنون دیگر برای قدرت درمانگران چالشی رادیکال به شمار نمی‌آیند بلکه مبنایی برای کار اخلاقی برای همهٔ روان‌درمانگران هستند. بسیاری از نوآوری‌های فمینیست‌ها با مدل‌های رایج حقوق

مراجع و مسئولیت‌های درمانگران تلفیق شده است (بالو، هیل و وست، ۲۰۰۸) اگرچه امروزه بیشتر اوقات نقش درمان فمینیستی در پایه‌گذاری یک پدیده درمانی، فی‌المثل قرارداد مکتوب بین مراجع و درمانگر، نادیده گرفته و کم‌رنگ شده است.

درمان فمینیستی اغلب به دلیل نام خود مورد بدفهمی قرار می‌گیرد زیرا کلیشه‌های بی‌اساس، پیش‌فرض‌ها و تعصبات ضمنی درباره فمینیست‌ها و فمینیسم که برخاسته از واکنش‌های فرهنگ عامه علیه عاملان تغییرات اجتماعی هستند هم در میان افراد حرفه‌ای و هم از جانب عامه مردم به یک اندازه فراوان است. حتی در میان حرفه‌ای‌ها اینکه یک درمانگر خود را غیرفمینیست بداند غیرمعمول نیست زیرا آنها تداعی‌هایی منفی درباره فمینیسم دارند، در غیر این صورت باید بپذیرند که ارزش‌های بنیادی آنها در مورد نحوه درمان به بهترین نحو توسط درمان فمینیستی تعریف می‌شود (سویینگ، ۲۰۰۷) و بایستی به تدریج باورهای خود را در مورد فمینیسم و فمینیست‌ها تغییر دهند.

درمان فمینیستی برای اینکه به جایگاه فعلی خود برسد، پیشرفت‌ها و تغییرهای زیادی کرده است؛ اما آنچه امروزه واقعیت درمان فمینیستی از آغاز آن در میانه دهه ۶۰ میلادی محسوب می‌شود تمرکز اصلی و توجه‌اش بر پویایی‌های قدرت فردی و میان‌فردی در داخل و خارج از مطب روان‌شناس است. نکته دیگری که در درمان فمینیستی پایدار مانده، قرار دادن روند درمان در بستر سیاسی و اجتماعی است که ساختار جنسیت، قدرت و ضعف را گوشزد می‌کند. درمان چیزی نیست که فقط به جلسه درمانی و یا اتاق مشاوره محدود شود بلکه به اتفاقی‌های زندگی روزمره، سیاست‌های قدرت، امتیاز و سلب قدرت که به صورت ماهرانه و آشکار در همه فرهنگ‌هایی که درمانگران در آن‌ها فعالیت می‌کنند ارتباط دارد.

درمان فمینیستی نخست از دل گروه‌های آگاهی‌افزایی (CR) موج دوم جنبش زنان به عنوان شرحی بر تجارب زنان در درمان و تضمینات جنسیت‌گرایی بر سلامت روان‌شناختی آنها نشأت گرفت. این درمان تفسیری بر درگیری‌های جنسیتی زنان بود که در روند درمان با آن مواجهه بودند. ارتقاء آگاهی، به عنوان سازه مرکزی که تمامی اعمال

درمانی از آن نشأت گرفته و حول آن ادامه می‌یابند، همان جایگاهی را در درمان فمینیستی داشت که مفهوم ناخودآگاه در صورت‌بندی روان‌پویایی.

امروزه، درمان فمینیستی برای بنا کردن اساس نظری خود بر تحلیل دقیق مفهوم و تأثیر جنسیت و موقعیت‌های اجتماعی مانند فرهنگ، فنوتیپ، طبقه اجتماعی، گرایش جنسی و سن بر رشد هویت‌های بهنجار و مسیر زندگی و همچنین ریشه‌یابی علت‌های پریشانی و بدکارکردی تمرکز کرده است. کاربرد روش فمینیستی همچنان بر افزایش خودآگاهی تأکید دارد اگرچه راهبردهای کاربرد فمینیسم در بستر درمانی ممکن است شباهت اندکی با گروه‌های ترویج آگاهی جنسیتی در دهه ۶۰ میلادی داشته باشند، همانطور که پیروان روان‌پویایی دیگر واکنش‌های منفی انسان را به عنوان راهی برای عریان کردن آنچه در ناخودآگاه وجود دارد تلقی نمی‌کنند، مانند کاری که فروید در نخستین سال‌های پیشرفت تحلیل روانی می‌کرد. اگرچه مهم‌ترین تغییری که طی چهار دهه در روند رشد درمان فمینیستی روی داده این بوده است که فمینیست‌درمانی از تمرکز بر زنان و جنسیت به سوی مدلی حرکت کرده است که ویژه یک گروه خاص نباشد و می‌تواند برای همه مردم مورد استفاده قرار گیرد.

درمان فمینیستی را می‌توان این‌گونه تعریف کرد:

«روشی در روان‌درمانی که تحلیل‌ها و فلسفه‌های سیاسی فمینیستی به آن شکل داده‌اند و مبتنی بر دانش چندفرهنگی فمینیستی در باب روان‌شناسی «زنان و جنسیت» است که هم درمانگر و هم مراجعان را به سمت راهبردها و راه‌حل‌هایی برای مقاومت فمینیستی، تغییر شکل در سبک زندگی روزمره و تغییر در سبک روابط در فضای اجتماعی، سیاسی و هیجانی سوق می‌دهد» (براون، ۱۹۹۴، ص. ۲۱ تا ۲۲).

هر یک از قسمت‌های این تعریف به نوبه خود مهم است. تأکید بر استفاده از دانشی که از نظر فرهنگی شایسته شمرده می‌شود، قرار دادن درمان و نظریه فمینیستی در مرکز سیاست‌های فمینیستی، توجه به تأثیرهای دگرگون‌کننده فرآیند درمانی هم بر مراجع و هم بر درمانگر و زمینه‌های مشترک و مجزا هر دو طرف مؤلفه‌هایی ضروری

برای به کار بردن نوعی از درمان هستند که فمینیستی نامیده می‌شود. پروژه درمان فمینیستی یکی از زیرشاخه‌های راهبرد است که برای تأثیر گذاشتن بر رشد و درمان کسانی که دچار آشفتگی هستند به کار می‌رود. (براون ۱۹۹۴، ۲۰۰۴ ف ۲۰۰۵، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸). زیرشاخه مفهومی است که مجموعه‌ای از راهبردهای درمانی را در برمی‌گیرد و درمانگر و مراجع به صورت مشترک بر مبنای آن کار کرده و از ابزارهای روان‌درمانی استفاده می‌کنند تا واقعیت‌های مردسالارانه درونی شده و موجود در دنیای خارج را که منبع پریشانی آنها و مانعی بر سر راه رشد و قدرت شخصی همه انسان‌ها است تضعیف کنند. در دیدگاه فمینیستی روان‌درمانی به خودی خود یکی از مؤلفه‌های بالقوه سیستم سرکوبگر است، بدین نحو که درمان به‌طور معمول در غیاب تحلیلی از جنسیت و قدرت عمل کرده و به‌گونه‌ای به‌کاربرده می‌شود که می‌تواند عمداً یا سهواً وضعیت آشفته را آشفته‌تر کند و به تقویت سلسله‌مراتب ارزش‌های ذاتی فرهنگ‌های غالب بینجامد. در نتیجه در درمان فمینیستی تقریباً همه جنبه‌های کسب‌وکار یک درمانگر که بدیهی فرض می‌شوند، از مکان دفتر درمانگر تا نحوه ارتباط مراجع و درمانگر به منظور تبدیل کردن روان‌درمانی به امری غیرسرکوبگر و رهایی‌بخش مورد تحلیل، پرسش و چالش قرار می‌گیرد.

نظام‌های مردسالارانه نظام‌های اجتماعی سلسله‌مراتبی و تقریباً جهانی هستند که در آنها صفات‌های مربوط به مردانگی در اولویت قرار می‌گیرند و صفات مربوط به زنان بی‌اعتبار تلقی می‌شوند (لرنر، ۱۹۹۳) و این موضوع به جنسیت فردی که صاحب این صفات است بستگی ندارد. درمان فمینیستی و نظریه فمینیستی نظام‌های مردسالارانه را منشأ اولیه اختلافات انسان می‌دانند که به صورت تشخیصی طبقه‌بندی شده و به واسطه معیارهای سلامت‌روانی از منظر آسیب‌شناسی روانی برجسب دریافت کرده‌اند. در نتیجه اختلال واقعی یا بدکارکردی که یک فرد به خاطر آن درمان خود را آغاز می‌کند، گذشته از اینکه به چه میزان به عملکرد فرد آسیب می‌زند، به عنوان یک آسیب روان‌شناختی فی‌نفسه شناخته نمی‌شود، بلکه به احتمال بسیار بیشتر واکنشی به غوطه‌ور شدن در واقعیت‌های زهرآلود پدرسالارانه است. چنین سلسله‌مراتب اجتماعی زهرآلودی از ارزش‌ها ذاتاً دشمن قدرت