

اصول روان‌درمانی

ارتقای درمان روان‌پویشی مبتنی بر شواهد

تألیف

ایروینگ بی. واینر
رابرت اف. بورن‌اشتاین

ترجمه

دکتر عنایت خلیقی‌سیگارودی
متخصص روان‌پزشکی





کتاب ارجمند

عنوان و نام پدیدآور: واینر، ایروینگ. (Weiner, Irving B.)
سرشناسه: اصول روان‌درمانی: ارتقای درمان روان‌پوشی مبتنی بر شواهد/ مؤلفان ایروینگ بی. واینر، رابرت اف. بورن‌اشتاین، مترجم عنایت خلیقی سیگارودی.
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۸۷.
مشخصات ظاهری: ۳۷۶ ص.: وزیری
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۹۲-۱
عنوان اصلی:

Principles of psychotherapy: promoting evidence-based psychodynamic practice, 3rd. ed, c2009.

موضوع: ارتقای درمان روان‌پوشی مبتنی بر شواهد، روان‌درمانی، روان‌پزشکی مبتنی بر شواهد، روان‌درمانی - روش‌ها

شناسه افزوده: بورن‌اشتاین، رابرت اف.، ۱۹۵۹- م. Bornstein, Robert F.؛ خلیقی سیگارودی، عنایت، ۱۳۵۱-، مترجم.

رده‌بندی کنگره: RC۴۸۰/۲۶ الف ۶ ۱۳۹۲

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴

شماره کتابشناسی ملی: ۳۱۱۷۳۸۹

ایروینگ بی. واینر، رابرت اف. بورن‌اشتاین

اصول روان‌درمانی

(ارتقای درمان روان‌پوشی مبتنی بر شواهد)

ترجمه: دکتر عنایت خلیقی سیگارودی

فروست: ۹۴

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: سوسن علیزاده

طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ اول، مهر ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۹۲-۱

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۹۰۰۰ تومان

فهرست مطالب

۵	مقدمه
۱۱	پیش‌گفتار
۱۷	بخش یک - مقدمه
۱۹	فصل ۱
	ماهیت و اهداف روان‌درمانی
۲۷	فصل ۲
	بیمار
۴۳	فصل ۳
	درمانگر
۶۱	فصل ۴
	نظریه، تحقیقات، و اجرا در روان‌درمانی
۸۱	بخش دو - مرحله ابتدایی روان‌درمانی
۸۳	فصل ۵
	ارزیابی و سنجش
۱۰۳	فصل ۶
	قرارداد درمان
۱۲۷	فصل ۷
	اجرای مصاحبه
۱۴۹	بخش سه - مرحله میانی روان‌درمانی
۱۵۱	فصل ۸
	بیان فهم: تفسیر

۴ اصول روان‌درمانی

۱۹۱	فصل ۹	موانع پیش روی ارتباط: مقاومت
۲۳۳	فصل ۱۰	رابطه روان‌درمانی: انتقال
۲۷۳	بخش چهار - مرحله نهایی روان‌درمانی	
۲۷۵	فصل ۱۱	رابطه روان‌درمانی: انتقال متقابل
۲۹۳	فصل ۱۲	خاتمه درمان
۳۴۱	منابع	

مقدمه

روان‌درمانی روان‌پویشی^۱ یا روان‌تحلیلی^۲ به گستره‌ای از درمان‌های مبتنی بر مفاهیم و روش‌های روان‌کاوی اطلاق می‌شود که شامل جلساتی با تواتر کمتر و احتمالاً مدت زمانی بسیار کوتاه‌تر از روان‌کاوی تمام‌عیار^۳ هستند. تواتر جلسات نوعاً یک یا دو جلسه در هفته است و درمان می‌تواند زمان - محدود^۴ یا دارای انتهای باز^۵ باشد. جوهر درمان روان‌پویشی واکاوی جنبه‌هایی از نفس^۶ است که شخص از آنها آگاهی کاملی ندارد، به‌ویژه، به آن صورت که در رابطه درمانی ظاهر می‌شود و بالقوه تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد.

کتاب درسی دانشجویان مقاطع پایین‌تر، در اغلب موارد، درمان‌های روان‌تحلیلی یا روان‌پویشی را با برخی از غریب‌ترین و غیرقابل فهم‌ترین فرضیات محدوداً یک قرن پیش زیگمونت فروید^۷ معادل می‌دانند، که به ندرت مبین مفاهیم جاری روان‌پویشی‌ای است که مورد قبول بوده و به کار گرفته می‌شود. این نحوه معرفی، در کنار کاریکاتورهای غلو شده در رسانه‌های عمومی، در فهم اشتباه درمان روان‌پویشی سهیم است. جهت رفع موهومات احتمالی و تسهیل فهم بیشتر درمان روان‌پویشی، بهتر است جنبه‌های محوری فنون روان‌پویشی معاصر را مرور کنیم.

براساس فراتحلیلی که توسط بلاگیز^۸ و هیلسنرث^۹ انجام گرفت، هفت ویژگی، در حد قابل اعتبار، درمان روان‌پویشی را از سایر درمان‌ها جدا می‌کند. این ویژگی‌ها در ادامه آورده می‌شوند (توجه کنید که ویژگی‌های فهرست شده در زیر صرفاً به فرآیند و فنون می‌پردازد، نه قواعد پایه‌ای که به این فنون شکل می‌بخشند):

۱- تأکید بر عاطفه و ابراز هیجان. درمان روان‌پویشی واکاوی و بحث در مورد گستره کامل هیجانات بیمار را ترغیب می‌کند. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا احساساتش را توصیف کند و به کلام درآورد؛ این احساسات شامل احساسات متناقض‌نما، احساسات مشکل‌ساز یا تهدیدکننده و احساساتی است که بیمار در ابتدا قادر نیست بشناسد یا درک کند؛ در عین حال، تصدیق می‌کند که بینش عقلانی، همان

1. psychodynamic

3. psychoanalysis proper

5. open-ended

7. Sigmund Freud

9. Hilsenroth

2. psychoanalytic

4. time-limited

6. self (در متن «خود» و «خویشتن» نیز ترجمه شده است.)

8. Blagys

بیش هیجانی نیست که در عمق‌ترین انداز می‌شود و به تغییر منجر می‌گردد (یک دلیل اینکه بسیاری افراد باهوش و دارای فرهیختگی روان‌شناختی می‌توانند دلایل مسایل‌شان را توضیح دهند، اما دانسته‌هایشان به آنها برای فایق آمدن بر مشکلات‌شان کمکی نمی‌کند، این است).

۲- واکاوی اقداماتی که برای اجتناب از افکار و احساسات به کار گرفته می‌شود. افراد، دانسته و نادانسته، کارهای زیادی انجام می‌دهند تا از جنبه‌های دردسرساز تجارب اجتناب کنند. این اجتناب (به اصطلاح نظری، دفاع^۱ و مقاومت^۲) ممکن است آشکال آشکاری نظیر غیبت در جلسات، دیر آمدن یا طفره رفتن به خود بگیرد. در عین حال، شاید به شکلی نامحسوس ظاهر شود (نظیر عوض کردن نامحسوس موضوع، وقتی برخی ایده‌ها سر برمی‌آورند، پرداختن به جنبه‌های فرعی تجارب به جای پرداختن به آنچه از نظر روان‌شناختی مهم است، پرداختن به امور مسلم و وقایع به بهای حذف عواطف، پرداختن به شرایط خارجی به جای پرداختن به نقش خود در شکل‌دهی وقایع و نظایر آن)؛ مواردی که تشخیص آنها در گفتمان اجتماعی معمول مشکل است. درمانگر روان‌پویشی، به طور فعال، به این اجتناب‌ها می‌پردازد و آنها را واکاوی می‌کند.

۳- شناسایی مضامین و الگوهای تکرارشونده. درمانگران روان‌پویشی سعی می‌کنند مضامین و الگوهای تکرار شونده را در افکار، احساسات، خودپنداره^۳، روابط و تجارب زندگی بیماران شناسایی و واکاوی کنند. در بعضی موارد، بیمار ممکن است، با تیزهوشی، از الگوهای تکرارشونده‌ای که رنج‌آور یا خود مغلوب‌کننده هستند آگاه باشد، اما احساس می‌کند توان فرار از آنها را ندارد (مثال: مردی که می‌بیند مکرراً جذب همسران رومانتیکی می‌شود که نمی‌توانند هیجان‌ات وی را پاسخگو باشند؛ زنی که هر بار در آستانه موفقیت قرار می‌گیرد کارشکنی می‌کند). در سایر موارد، ممکن است بیمار از الگوها بی‌خبر باشد، تا اینکه درمانگر به او کمک کند تا آنها را بشناسد و درک کند.

۴- گفتگو درباره تجارب گذشته (کانون رشدی^۴). مرتبط با شناسایی مضامین و الگوهای تکرارشونده، این موضوع نیز تصدیق می‌شود که تجارب گذشته، به خصوص تجارب آغازین با چهره‌های دلبستگی، بر ارتباط ما با حال و، همچنین، تجربه حال تأثیر می‌گذارد. درمانگران روان‌پویشی تجارب آغازین، ارتباط بین گذشته و حال و شیوه‌های تداوم حضور گذشته در حال را واکاوی می‌کنند. تأکید بر گذشته به خاطر خود گذشته نیست، بلکه به خاطر سایه‌ای است که بر مشکلات روان‌شناختی فعلی می‌افکند. یک هدف درمان کمک به بیمار برای رها کردن خود از بند تجارب گذشته است تا، هرچه تمام‌تر، در حال زندگی کند.

۵- تأکید بر روابط بین فردی. درمان روان‌پویشی تأکید زیادی بر روابط بیمار و تجارب بین فردی او (به

1. defense

2. resistance

3. self-concept

4. developmental

اصطلاح نظری، روابط با اُبژه^۱ و دل‌بستگی^۲ دارد. هر دو جنبه انطباقی و غیرانطباقی شخصیت و خودپنداره در بافتار روابط دل‌بستگی پدید می‌آیند و مشکلات روان‌شناختی اغلب زمانی ظاهر می‌شوند که الگوهای بین‌فردی مشکل‌ساز در برابر توان بیمار در ارضای نیازهای هیجانی مانع‌تراشی کنند.

۶- تأکید بر رابطه درمانی. رابطه بین درمانگر و بیمار، خودش، یک رابطه بین‌فردی مهم است: رابطه‌ای که می‌تواند عمیقاً معنادار و آکنده از هیجان باشد. به همان میزان که مضامین تکرارشونده در روابط فرد و شیوه تعاملش جاری هستند، تمایل دارند که به شکلی در رابطه درمانی هم ظاهر شوند. به عنوان مثال، فردی که مستعد بی‌اعتمادی به سایرین باشد، شاید به درمانگر به دیده شک بنگرد؛ فردی که از مخالفت، طرد و تنها گذاشته شدن می‌ترسد، شاید دانسته یا نادانسته از طرد شدن توسط درمانگر بترسد؛ فردی که با خشم و خصومت دست به گریبان است، ممکن است درگیر خشم نسبت به درمانگر شود و نظایر اینها (اینها مثال‌هایی نسبتاً خام هستند؛ تکرار مضامین بین‌فردی در رابطه درمانی اغلب پیچیده‌تر و نامحسوس‌تر از مثال‌های ارائه شده است). تکرار مضامین بین‌فردی در رابطه درمانی (به اصطلاح نظری، انتقال و انتقال متقابل) فرصتی منحصر به فرد را برای واکاوی و مرور آنها به صورت زنده فراهم می‌سازد. هدف انعطاف‌پذیری بیشتر در روابط بین‌فردی و تقویت ظرفیت‌ها جهت برآوردن نیازهای بین‌فردی است.

۷- واکاوی زندگی خیالی. برخلاف سایر درمان‌ها که در آنها درمانگر می‌تواند فعالانه به جلسات ساختار دهد یا یک برنامه از قبل تعیین شده را دنبال کند، درمان روان‌پویشی بیماران را ترغیب می‌کند تا آزادانه در مورد هر چه در ذهن‌شان هست صحبت کنند. وقتی بیماران این کار را انجام می‌دهند (البته، اکثر بیماران، قبل از اینکه بتوانند واقعاً راحت صحبت کنند، نیاز به کمک قابل ملاحظه‌ای از سوی درمانگر دارند)، افکارشان طبیعتاً در حوزه‌های زیادی از زندگی ذهنی، شامل امیال، ترس‌ها، خیالات، رؤیاها و رؤیاهای بیداری، سیر می‌کند - حوزه‌هایی که در بسیاری موارد بیمار قبلاً سعی نکرده بود آنها را به کلام درآورد. همه این موضوعات منابع غنی اطلاعات هستند که به ما می‌گویند بیمار چگونه خویش و سایرین را می‌بیند، تجارب را تعبیر می‌کند و می‌فهمد، از برخی جنبه‌های تجارب اجتناب می‌کند یا در برابر ظرفیت بالقوه‌اش برای یافتن لذت و معنای بیشتر در زندگی مانع‌تراشی می‌نماید.

این آخرین جمله به هدف والاتری اشاره دارد که در همه اهداف دیگر مستتر است: اهداف درمان روان‌پویشی بهبود نشانه را شامل می‌شود، اما از آن فراتر می‌رود. درمان موفق نه تنها باید نشانه‌ها را تسکین دهد (یعنی خلاص شدن از چیزی)، بلکه باید حضور مثبت ظرفیت‌ها و منابع روان‌شناختی را

نیز پیروانند. بسته به شخص و شرایط، اینها می‌توانند شامل ظرفیت برقراری روابط رضایت‌بخش‌تر، به کارگیری تأثیرگذارتر استعدادها و توانمندی‌ها، دستیابی به حس عزت نفس مبتنی بر واقع‌گرایی، داشتن تجارب جنسی ارضاکنده‌تر، فهم خویش و سایرین به صورت همه‌جانبه‌تر و پیچیده‌تر و مواجه شدن با چالش‌های زندگی با آزادی و انعطاف‌پذیری بیشتر است. این نتایج از طریق یک فرآیند تأمل در خویشتن، خودکاو و کشف نفس دنبال می‌شود، که در بافتار رابطه‌ی امن و عمیقاً خالص درمانگر و بیمار رخ می‌دهد.

آنچه از ابتدا تا اینجا ذکر شد از مقاله‌ی شدلر^۱ (۲۰۱۰) با عنوان *اثر بخشی روان‌درمانی روان‌پوشی* آورده شده است، که توضیح ابتدایی آن را در تعریف روان‌درمانی روان‌پوشی مفید و روشنگر یافتیم، به‌خصوص آنکه بر خصایص معاصر این رویکرد درمانی تأکید کرده و آن را با عقاید عمومی و ویژگی‌های روان‌کاوی تمام عیار مقایسه نموده است. به این مقایسه باید این نکته را اضافه کرد که درمان روان‌پوشی به هیچ‌وجه درمانی بی‌ساختار و منتظر اتفاق نیست، گرچه ممکن است در مقایسه با سایر درمان‌های محدودتر و مبتنی بر رهنمودهای بالینی معین این‌گونه به نظر برسد. برعکس، رویکردهای روان‌پوشی، خواه بلندمدت و خواه کوتاه‌مدت، دارای معیارهای نسبتاً معین انتخاب بیماران، مرحله‌بندی، فرمول‌بندی بیمار، تعیین اهداف و کار مشترک در جهت دستیابی به اهداف است - اهدافی که در بالا به گستره‌ی وسیع آن اشاره شد.

همان‌طور که می‌دانیم هر رویکرد بر مفاهیم و فرمول‌بندی‌هایی بنیادین استوار است، که در این زمینه درمان روان‌پوشی از بیش از صد سال پشتوانه برخوردار است، پشتوانه‌ای که به همت دانشمندانی دوران‌ساز و نابغه فراهم شده و همچنان زنده و پویاست. این رویکرد، طب، فلسفه و هنر را به هم پیوند می‌زند تا پایگاهی فراگیر از دانش نظری و علمی بنیاد کند، که مدعی تحلیل پدیده‌های انسانی در سطحی بسیار وسیع است. این رویکرد، همراه با استیلای بالینی طب مبتنی بر شواهد^۲ بیش از پیش به سمت استحکام بخشیدن به پایه‌های علمی‌اش حرکت کرده است و تلاش مشترک پژوهشگران و بالینگران این حوزه، در سنجش تأثیرگذاری، مفاهیم، فرآیندها و فنون درمان روان‌پوشی، از نظرگاه روش‌شناسی علمی، در حد شایان توجهی به بار نشسته است، گرچه هنوز نیاز به تحقیقات بسیار بیشتری حس می‌شود.

در همین راستا، اکثر تألیفات اخیر این حوزه به سمت داده‌هایی حرکت کرده‌اند که ارزش علمی تعیین شده و قابل دفاعی داشته باشند؛ البته، نمی‌توان و نباید نقش تجربیات موردی و پژوهش‌های مشاهده‌ای را در سیر تکوین این حوزه نادیده گرفت. از جمله‌ی آن تألیفات، کتابی است که پیش رو دارید.

1. Shedler

2. evidence based medicine

اصول روان‌درمانی، ارتقای درمان روان‌پویشی مبتنی بر شواهد توسط دو تن از محققان و مؤلفان بنام این رشته، ایروینگ بی. واینر و رابرت اف. بورن‌اشتاین به رشته تحریر درآمده است و کوششی ست در جهت آموزش و تفهیم نظام‌مند و شواهد - محور اصول درمان روان‌پویشی. مؤلفان، به دقت و با ریزبینی بسیار، عمده‌ترین و بحث‌برانگیزترین مبانی این رویکرد را نیز مورد توجه قرار داده‌اند و برای بسیاری از سؤالات شایع در این زمینه پاسخ‌هایی مناسب ارائه نموده‌اند - سؤالاتی که شاید حتی در اذهان افراد مجرب این رشته نیز بی‌پاسخ مانده باشد. بر این اساس، تصور می‌کنم مطالعه کتاب برای هر دو طیف دانشجویان و بالینگران با تجربه مفید باشد.

در تجربه شخصی‌ام در تدریس نظری درمان روان‌پویشی، براساس این مرجع، بازخورد دستیاران روان‌پزشکی را بسیار مثبت یافتم. در عین حال، دریافتم که تشریح مطالب کتاب به گونه‌ای است که، در آن مقطع تحصیلی، نیاز چندانی به ارائه توضیحات مدرس نبود. اما در دو زمینه ضروری نیاز به رجوع به سایر مراجع حس می‌شود: مفاهیم روان‌تحلیلی، فرمول‌بندی روان‌پویشی، که هیچ‌یک در این کتاب به طور اخص تشریح نشده است.

دانش روان‌تحلیلی بسیار وسیع است و، جدا از مفاهیم انتزاعی، آشنایی با موارد معرفی بیمار در تألیفات گوناگون بسیار آموزنده است. از اشتراکات نوع انسان در زمینه فرآیند و محتوای ذهن که بگذریم، تفاوت‌ها بسیار بارزند و هر بیمار دنیایی ست که کشف آن برای هر دو طرف درمانجو و درمانگر آموزنده خواهد بود. بنابراین، توصیه می‌شود تا، علاوه بر مطالعه در دو زمینه ضروری فوق‌الذکر، دانشجویان، در حد امکان، موارد معرفی بیمار مطالعه کنند و خود نیز عملاً درمان را (هم به عنوان درمانگر و هم به عنوان درمانجو) تحت نظارت درمانگران مجرب و صاحب دانش تجربه نمایند. مورد دوم تجربه‌ای منحصر به فرد است که، علاوه بر کمک به درمانگران آینده جهت شناخت و حل معضلات اساسی خود، تجربه احراز نقش بیمار را امکان‌پذیر می‌سازد و حس همدلی درمانگر را تقویت می‌نماید. با توجه به اینکه معرفی بخش‌های کتاب در پیش‌گفتار مؤلفان آورده شده است، از ذکر مجدد آن خودداری می‌کنم. امیدوارم این کتاب بتواند در آموزش روان‌درمانی روان‌پویشی مفید واقع شود.

عنایت خلیقی سیگارودی

زمستان ۱۳۹۱

پیش‌گفتار

روان‌درمانی هم نوعی هنر قلمداد شده است و هم نوعی علم. آنهایی که روان‌درمانی را هنرمی‌پندارند خاطر نشان می‌کنند که تمرین و تجربه در صیقل دادن مهارت‌های درمانی بالینگر اهمیت حیاتی دارد؛ آنهایی که درمان را گونه‌ای از علم می‌دانند متذکر می‌شوند که، بدون وجود شالوده‌مستحکمی از داده‌های تجربی، بالینگران هرگز نمی‌توانند یقین پیدا کنند که کدام فنون درمانی بیشترین تأثیر را دارند و می‌توانند به نحو احسن به کار گرفته شوند. یکی از درون‌مایه‌های محوری کتاب *اصول روان‌درمانی* این است که روان‌درمانی نه صرفاً هنر است و نه صرفاً علم، بلکه هر دو است: روان‌درمانی تأثیرگذار هنری‌ست که بر علم تکیه دارد.

نظیر دو ویرایش قبلی، این نسخه بازنگری شده کتاب *اصول روان‌درمانی* نیز مسجریان روان‌درمانی را مخاطب قرار می‌دهد و در اصل راهنمای علمی اصول اجرای روان‌درمانی در طبابت بالینی‌ست. مثل قبل، این درسنامه رهنمودهای دقیق و مفصّلی را برای اجرای روان‌درمانی - از مصاحبه‌های ارزیابی اولیه تا مرحله خاتمه درمان - ارائه می‌دهد. این رهنمودها، همگی، با مثال‌هایی از آنچه درمانگران باید در گفتار و کردار خود در شرایط مختلف رعایت کنند و مثال‌هایی در مورد علت اثربخشی احتمالاً بیشتر برخی مداخله‌ها بسط داده می‌شود.

دو اندیشه کلیدی خطوط معرفی اصول را در ویرایش سوم ترسیم می‌کند: اول اینکه اجرای روان‌درمانی باید مبتنی بر مفاهیم باشد و دوم اینکه اجرای روان‌درمانی باید مبتنی بر شواهد باشد. با حفظ احترام به مبنای مفهومی روان‌درمانی، این درسنامه هم به آنچه درمانگران باید در کار با بیماران انجام دهند - یعنی آنچه که راهبردهای درمانی آنها را مشخص می‌کند - می‌پردازد، هم به اینکه چه وقت و چگونه باید این راهبردها را اجرا کنند - یعنی تاکتیک‌های درمانی - توجه می‌کند؛ علاوه بر آن، به اینکه چرا درمانگران باید روش خاصی را در زمان خاصی به کار بگیرند - یعنی اصول مفهومی‌ای که باید همیشه سرمشق تصمیمات درمانگران باشد - نیز می‌پردازد. اجرای روان‌درمانی در قالب یک چارچوب مفهومی، که به تعیین اهداف درمان و راهبردها و تاکتیک‌های دستیابی به این اهداف کمک می‌کند، توانمندی بالینگران را در تعیین روش‌های مناسب و مؤثر مداخلات سودمند برای بیماران افزایش می‌دهد.

با احترام به شالودهٔ مقرون به دلیل^۱ روان‌درمانی، این درسنامه از سه مبنای عموماً شناخته شدهٔ شواهد در طبابت حرفه‌ای پیروی می‌کند. اول، اینکه معرفتی اصول در هر بخش به **داده‌های تجربی** مربوطه التجا می‌کند، البته، در صورتی که چنین داده‌هایی موجود باشد. دوم، اینکه هر جا پژوهش‌های تحقیقاتی کافی وجود نداشته باشد، **نظر کارشناسی بالینی**، همان طور که در مقالات گزارش شده است، پشتوانه‌ی توصیه‌های انجام شده خواهد بود. سوم، اینکه در سراسر این درسنامه قصد بر این است که به فرمول‌بندی مداخله‌هایی پرداخته شود که به **نیازها، اولویت‌ها و ارزش‌های بیمار** توجه دارند.

در کنار تمرکز بر طبابت مبتنی بر شواهد، این درسنامه یک مورد معرفتی بیمار را هم شامل می‌شود، که برای بسیاری از مفاهیم و اصول تشریح شده مثال فراهم می‌کند. این معرفتی بیمار در دو قسمت ارایه می‌شود: اولین قسمت آن سوابق زمینه‌ای، ارزیابی بالینی و برنامه‌ریزی درمان خانم الف را که زنی ۲۸ ساله و دچار عوارض افسردگی و مشکلات بین فردی ست مرور می‌کند. قسمت دوم به توصیف دورهٔ روان‌درمانی دو بار در هفته‌ای خانم الف می‌پردازد و شامل رونوشت کلمه به کلمهٔ یادداشت‌های دویست و بیست و یکمین جلسهٔ روان‌درمانی اوست که کمی پیش از خاتمهٔ درمان رخ داده است.

در عین حال، این درسنامه، با توجه به حجم قابل ملاحظهٔ یافته‌های تحقیقاتی گزارش شدهٔ روان‌درمانی در دوازده سال اخیر، به روز شده است تا با علم روز همگام باشد. از میان ۶۶۷ منبع نقل شده در درسنامه، ۳۳۲ تا (حدود نصف منابع) از سال ۱۹۷۷، یعنی زمانی که کار ویرایش دوم شروع شد، منتشر شده‌اند. از نکات قابل توجه کتابنامهٔ غنی ویرایش سوم بهره‌گیری از انبوه تحقیقات نسبتاً اخیر است که بر تأثیر و فایده‌مندی روان‌درمانی با رویکرد روان‌پویشی صحه می‌گذارند.

هرگونه مفهوم سازی طبابت مبتنی بر شواهد که بین یافته‌های تحقیقاتی و تجربهٔ بالینی تعادل برقرار می‌کند باید در نظر داشته باشد که اختلاف نظرهای دانشمندان و مجریان، در تعیین روال عملی مناسب، هم‌چنان بخشی از چشم‌انداز روان‌شناسی بالینی ست، همان‌گونه که در زمان انتشار ویرایش‌های اول و دوم این کتاب در سال‌های ۱۹۷۵ و ۱۹۸۸ نیز بوده است. ارادهٔ جهانی رو به رشد قرن بیست و یکم کار پر کردن این شکاف بین مجریان و محققان را آغاز کرده است، اما اکثر صاحب‌ناظران تقریباً توافق دارند که هنوز راهی طولانی در پیش است. بر این اساس، به نظر می‌رسد بیان دوبارهٔ برخی نظرات، در این خصوص، از پیش‌گفتار ویرایش‌های قبلی مناسب‌تر داشته باشد.

در طول تاریخ تبادل نظر محققان روان‌درمانی و مجریان آن، محققان مجریان روان‌درمانی را سرزنش کرده‌اند که اشارات یافته‌های تجربی را نادیده گرفته‌اند یا از آنها استقبال نکرده‌اند و، به این ترتیب، سرسختانه به ارزش‌های فرقه‌ای معتقدانی متعهد مانده‌اند که پایبندی یکدیگر به درمان‌های دیرپایشان را ترغیب می‌کنند و داده‌های مخالف را مردود می‌شمارند. مجریان نیز، در عوض، محققان را سرزنش می‌کنند که از درک اهمیت پیچیدگی بالینی زندگی واقعی بازمانده‌اند و پژوهش را بیشتر براساس

موشکافی‌های روش شناختی طراحی کرده‌اند و به اینکه این پژوهش‌ها انعکاس دقیقی از مباحث و تحولات رخ داده در روان‌درمانی هستند یا خیر توجه کافی ننموده‌اند.

هر دوی این سرزنش‌ها تا حدودی موجه است. در هر رشته‌ای گرایش بر این است که کاربردهای عملی دانش، پس از وقفه‌ای، متعاقب پیشرفت‌های نظریه و تحقیقات صورت بگیرد؛ روان‌درمانی هم از این قاعده مستثنا نیست. در عین حال، محققان فرهیخته‌ی روان‌درمانی، به سادگی، می‌پذیرند که در ترجمه ظرایف تعاملات درمانی به تعاریف عملیاتی معنادار و راهبردهای اندازه‌گیری، هم‌چنان، دچار مشکل هستند. با این وجود، نه کاستی‌های مجریان و نه کاستی‌های محققان نباید بر نقش قابل ملاحظه آنان در روان‌درمانی و مکمل بودن تلاش‌هایشان سرپوش بگذارد. فرضیات موردنیاز برای پژوهش‌های تحقیقاتی از طب بالینی بر می‌آیند و موفقیت‌ها و شکست‌های اقدامات بالینگران در کمک به بیماران‌شان است که کاربردی بودن نتایج چنین پژوهش‌هایی را به آزمون می‌گذارد. از سوی دیگر، اگر طبابت بالینی نه مطیع تحقیقات باشد و نه از آن تأثیر بپذیرد، هم اعتبار جستجوی دانش و هم ارزش رایانه خدمات بالینی مسئولانه کاهش خواهد یافت.

فقدان اسناد قطعی هم نباید بالینگران را از کاربرد روش‌هایی که با اطمینان زیاد انتظار دارند به نفع متقاضیان درمان باشد منصرف کند. باید جایگاه واقعی خرد جمعی بالینی را در نظر داشت، وگرنه عدم قطعیت باعث فلج تفکر و عمل می‌شود. در صورت فقدان روش‌های اثبات شده به شیوه تجربی، روان‌درمانگران باید از فرمول‌بندی‌های مفهومی و توصیه‌های بالینگران باتجربه‌ای که در عمل برخی فنون را مفید یافته‌اند راهنمایی بگیرند.

برای یادگیری، آموزش و اجرای مؤثر روان‌درمانی، این درمان باید بر پایه‌های نظری و ویژگی‌های کارکرد شخصیت و تغییر رفتار مبتنی باشد. بافتار نظری اصلی به کار رفته جهت انتخاب موضوعات این کتاب و بحث پیرامون آنها بر دیدگاه روان‌پویشی در مورد فرآیند درمان استوار است. البته، روان‌درمانگران، تحت لوای هر چشم‌انداز نظری که باشند، از درجاتی از التقاط‌گرایی^۱ سود خواهند برد. حوزه‌های نظری متعددی در فهم اجزای سازنده روان‌درمانی تأثیرگذار دخیل بوده‌اند و شواهد تحقیقاتی فرضیات برگرفته از نظریات مختلف شخصیت و روان‌درمانی را تأیید می‌کند.

بنابراین، با وجودی که بخش‌های بعدی کتاب اساساً بازتاب دیدگاه‌های روان‌پویشی هستند، اما در عین حال، بر بسیاری از اصول محوری سایر رویکردها نیز تأکید دارند: اینکه روان‌درمانی فرآیندی بین‌فردی است و براساس ماهیت ارتباطی که در آن صورت می‌گیرد تعریف می‌شود؛ اینکه ظرفیت درمانگران برای خلق محیطی آکنده از محبت، احترام، اعتماد و اخلاص تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر پیامد درمان دارد؛ اینکه روان‌درمانی در اصل یک موقعیت یادگیری است و میزان بهره‌افراد از آن به میزان فهم نحوه درک و کنترل رفتارشان بستگی دارد؛ اینکه اهداف روان‌درمانی شامل تغییر مثبت رفتار و، همچنین،

1. eclecticism

افزایش فهم خویشتن و کنترل خویشتن است و اینکه تغییر مثبت رفتار از طریق تسکین آلام هیجانی و پیشرفت در جهت کاربرد بهتر ظرفیت‌ها برای کار ثمربخش و روابط انسانی پرثمر محقق می‌شود. همگان وقوف دارند که عوامل تغییر در روان‌درمانی شامل هر دو عامل عمومی و اختصاصی است. عوامل عمومی پشتیبان تغییر در روان‌درمانی بیشتر تابع فرصتی‌ست که این درمان در اختیار بیماران می‌گذارد تا خودشان را ابراز کنند و، نیز، از فضایی که برای خویشتن‌نگری خالصانه، امید به تغییر و استقبال از کوشش‌های درمانگر برای تسهیل این تغییر می‌پروراند ناشی می‌شود. عوامل اختصاصی برانگیزاننده تغییر شامل روش‌های فنی به کار گرفته شده توسط درمانگران برای پیشرفت در جهت اهداف درمان است. بر این اساس، اتحاد درمانی مناسب و به کارگیری صحیح فنون توسط درمانگر اجزای تعاملی روان‌درمانی تأثیرگذار هستند. روش‌های فنی نابجا فوایدی را که شاید در غیر این صورت از یک رابطه بیمار/درمانگر صریح و معتمد عاید می‌شد محدود می‌کند، اما حتی صیقل داده شده‌ترین مهارت‌های فنی هم در فقدان محیطی درمانی که پذیرش را می‌پروراند کم اثر می‌شود. به این منظور، جنبه‌های عمومی (رابطه) و اختصاصی (فن) روان‌درمانی به گونه‌ای در هم بافته‌ارایه خواهد شد.

اصول روانی‌درمانی در چهار بخش سازمان‌دهی شده است. بخش اول با پرداختن به ماهیت و اهداف روان‌درمانی در فصل یک آغاز می‌شود. فصول ۲ و ۳ به ترتیب به خصایص بیماران و درمانگران می‌پردازد و، به ویژه، به تأثیرات این خصایص بر فرآیند و پیامد درمان توجه دارد. فصل ۴ خلاصه‌ای از ملاحظات نظری و تحقیقاتی در زمینه فرآیند روان‌درمانی را، که در باقی فصول کتاب به تفصیل عرضه شده است، ارایه می‌کند.

بخش دوم به مرحله اولیة روان‌درمانی مربوط می‌شود و شامل فصولی‌ست در مورد: ارزیابی و سنجش افرادی که متقاضی درمان هستند (فصل ۵)، نقش قرارداد درمانی در درمان و روش‌های عقد این قرارداد (فصل ۶) و روش‌های اجرای مصاحبه‌های روان‌درمانی به صورتی که مشارکت بیمار در فرآیند درمان را به حداکثر برساند (فصل ۷). بخش دوم با قسمت اول معرفتی بیمار، که ارزیابی و سنجش خانم الف را تشریح می‌کند، به پایان می‌رسد.

بخش سه به مرحله میانی روان‌درمانی می‌پردازد و ترسیم روش‌های انتقال دریافت‌ها از طریق تفسیر (فصل ۸)، شناسایی و به حداقل رساندن موانع برقراری ارتباط (فصل ۹) و شناسایی و کاربرد تأثیرات اعمال شده از سوی رابطه درمانی بر روند درمان، به خصوص پویایی انتقال^۱ (فصل ۱۰) و انتقال متقابل^۲، را بر عهده دارد.

بخش چهار، به تعیین اینکه چه زمانی به نقطه مناسب خاتمه درمان رسیده‌ایم و به نحوه رساندن درمان به یک پایان تأثیرگذار می‌پردازد (فصل ۱۲). بخش چهار با قسمت دوم معرفتی بیمار، که توصیف روان‌درمانی خانم الف است، به پایان می‌رسد.

1. transference

2. countertransference

پیش‌گفتار ۱۵

در نهایت، مايلم [از زبان IBW^۱] با کمال امتنان از راهنمایی‌های ارایه شده توسط دو مشاور اصلی روان‌درمانی، ادوارد بوردین^۲ و پال دووالد^۳، قدردانی نمایم. امیدوارم که آموزه‌های هوشمندانه و درک دقیقی آنان از حالات انسان در صفحات این کتاب منعکس شده باشد. RFB^۴ نیز تمایل دارد از دوست و مشاور، جوزف ماسلینگ^۵، که خرد، همدلی و قوه درکش تأثیر عمیقی بر نسل‌های متمادی دانشجویان داشته است، تقدیر نماید.

ایروینگ بی. وایتر

رابرت اف. بورن‌اشتاین

۱. مخفف Irwing B. Weiner

۲. Edward Bordin

۳. Paul Dewald

۴. مخفف Robert F. Bornstein

۵. Joseph Masling

بخش یک

مقدمه

فصل ۱

ماهیت و اهداف روان درمانی

روان درمانی فرآیندی بین فردی است که در آن درمانگران این پیام را به بیماران می‌رسانند که شما را درک می‌کنیم، به شما احترام می‌گذاریم و می‌خواهیم به شما کمک کنیم. اکثر روش‌های به کار رفته توسط کارشناسان تعلیم دیده در زمینه درمان افراد دچار مشکلات روان شناختی، درک، احترام و یاری رسانی را شامل می‌شوند، اما روان درمانی، از نظر تلاش عمدی درمانگران برای انتقال درک‌شان از مشکلات بیمار به او و کمک به وی برای سهیم شدن در این درک، منحصر به فرد است. با وجودی که سایر روش‌های درمان مشکلات روانی مثل درمان دارویی، تعدیل رفتار و اعمال تغییرات محیطی ممکن است به طور ضمنی به بیماران بفهماند که مشکلات‌شان درک شده است، اما این آگاهانیدن ضمنی، صرفاً، نمودی جنبی از این روش‌هاست و در اصل به منظور تسهیل اثرات روانی داروها، شکل‌دهی رفتاری^۱ و اعمال تغییرات محیطی انجام می‌شود. در روان درمانی، آگاه کردن بیمار از درک مشکلاتش توسط درمانگر صریح و آشکار است و نمود محوری این روش را تشکیل می‌دهد. [۱]

روان درمانی و سایر روش‌های رایج درمان بیماران دچار مشکلات هیجانی، با وجود تفاوت‌هایشان، همدیگر را رد نمی‌کنند. کاربرد بخردانه درمان‌های جسمانی، رفتاری و محیطی معمولاً شامل آگاهی دادن مستقیم به بیماران در مورد خاستگاه مشکلات‌شان و مسیرهایی است که انتظار می‌رود روش‌های درمان از طریق آنها تأثیر بگذارند. وقتی درمانگران این نوع آگاهی را به بیماران انتقال می‌دهند و آن را به عنوان عامل فعال در درمان به کار می‌گیرند، دارند روان درمانی ارابه می‌دهند. برعکس، زمانی که درمانگران توجه‌شان را، از انتقال فهم مسایل بیماران، به گفتن اینکه بیمار باید چه کار کند یا به تغییر شیمی بدن یا محیط او معطوف می‌کنند، دارند به شیوه‌ای غیر از روان درمانی عمل می‌کنند، حتی اگر این روش‌ها هم شکل روان درمانی داشته باشند.

در تجربه عملی درمان بیماران دچار مشکلات روان شناختی، به کرات، جنبه‌هایی از روان درمانی با جنبه‌هایی از سایر روش‌های روان درمانگراییانه در هم می‌آمیزد، گرایشی که در سال‌های اخیر در حد

۱. ایجاد تدریجی رفتار پیچیده از طریق تقویت قدم به قدم رفتارهای ساده تشکیل دهنده آن (مترجم). I. behavioral shaping:

قابل ملاحظه‌ای شتاب گرفته است (به هارتستن^۱، ۲۰۰۸؛ لایوزلی^۲، ۲۰۰۵؛ ریبا^۳ و پیلن^۴، ۲۰۰۵ رجوع شود). بنابراین چطور می‌توان فهمید که مثلاً فلان شکل درمان را می‌توان با قطعیت در زمره روان‌درمانی طبقه‌بندی کرد یا خیر؟ در کل، هر چه درمانگران بیشتر در جهت انتقال صریح درکشان به بیماران تلاش کنند، متناسب کردن آن‌ها به روان‌درمانی موجه‌تر خواهد بود و هر چه کمتر به این نوع آگاهی دادن بپردازند، بیشتر باید کارشان را چیزی غیر از روان‌درمانی محسوب کرد.

تعریف روان‌درمانی، به صورت انتقال فهم مسایل مربوط به بیمار، احترام و میل به یاری رساندن، این سؤال را مطرح می‌کند که آیا روان‌درمانی می‌تواند توسط کسی که با عنوان روان‌درمانگر آموزش ندیده است انجام شود؟ به عنوان مثال، آیا آن نوع ارتباط خاص، که روان‌درمانی را تشکیل می‌دهد، می‌تواند بین دو دوست که با هم در مورد یک مشکل صحبت می‌کنند اتفاق بیفتد؟ اگر روان‌درمانی از برخی اشکال رفتار تشکیل می‌شود، غیرمنطقی است که بگوییم اگر این رفتارها توسط یک روان‌درمانگر آموزش دیده انجام شود، روان‌درمانی است، اما اگر توسط هر شخص دیگری صورت گیرد، روان‌درمانی نیست. چنین ادعایی می‌تواند تا آنجا پیش برود که بگوییم یک رفتار انجام شده توسط افراد مختلف، بسته به فرد، متفاوت است. بنابراین، آموزش و یادگیری روان‌درمانی، به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها که به منظور انتقال نوع خاصی پیام انجام می‌شود، نیازمند پذیرش این احتمال است که این رفتارها می‌توانند در هر موقعیت بین فردی رخ دهند.

البته، گفتن اینکه روان‌درمانی ممکن است نادانسته رخ دهد معادل این نیست که بگوییم، احتمالاً، همین‌گونه هم عمل می‌کند. اگر یکی از دو طرف ارتباط یک درمانگر صاحب معلومات باشد، که از یک شیوه مداخله تدوین شده به منظور یاری رسانی تبعیت می‌کند، احتمال اینکه رابطه روان‌درمانی اتفاق بیفتد خیلی بیشتر است. [۲] تفاوت‌های بسیار دیگری که بین رابطه حرفه‌ای روان‌درمانی و سایر روابط بین فردی وجود دارد بیشتر بودن احتمال رخ دادن روان‌درمانی در وضعیت اول را توجیه می‌کند، منظور زمانی است که یک کارشناس تعلیم دیده و یک بیمار مشکل‌دار بر سر کار با یکدیگر بر روی مشکلات بیمار توافق کرده باشند:

۱- آموزش و تجربه درمانگر. تعلیماتی که درمانگران دریافت می‌کنند آنها را قادر می‌سازد تا کامل‌تر از هر کسی، حتی هم‌دل‌ترین و داناترین افراد غیرحرفه‌ای، مشکلات روان‌شناختی سایر افراد را درک کنند (کیمپ^۵ و مالینکروت^۶، ۱۹۹۶). این تعلیمات، در عین حال، فنون خاصی را برای انتقال فهم مشکلات ارایه می‌کند که کمک می‌کند شخص دیگر بتواند آن را بفهمد و بپذیرد. شاید افراد دارای شم قوی ذاتی به افکار و احساسات سایرین شدیداً حساس باشند، اما معمولاً نمی‌توانند، با مهارت و

1. Hartston
3. Riba
5. Kemp

2. Livesley
4. Balon
6. Mallinckrodt

ماهیت و اهداف روان درمانی ۲۱

انسجام افرادی که آموزش این کار را دیده‌اند، این دقت و حساسیت را به انتقال فهم مشکلات بیمار ترجمه کنند. مثلاً، در حالی که درمانگران حرفه‌ای، نوعاً، جلساتشان با بیماران را بر موضوعات درمانی مهم متمرکز می‌کنند، افراد ذاتاً یاری‌رسان، اما تعلیم ندیده‌ای که سایرین از آنها طلب مشاوره می‌کنند، اصولاً، تمایل دارند به محاوره غیررسمی و نصیحت کردن بپردازند (گومز - شوارتز^۱ و شوارتز، ۱۹۷۸)

۲- **تمرکز اصلی بر بیمار.** رابطه حرفه‌ای روان درمانی یک رابطه متقابل^۲ نیست یا حداقل به آن معنایی که سایر انواع روابط بین فردی جاری تمایل به متقابل بودن دارند متقابل نیست. در روان‌درمانی علائق، نیازها و رفاه بیمار همیشه در اولویت قرار دارد؛ درمانگران به ندرت در پی آنند که، در مقابل، به علائق آنها نیز توجه شود. برخلاف یک دوست یا آشنا، درمانگران مشکلات و گرفتاری‌های خودشان را وارد رابطه نمی‌کنند، معمولاً در برابر خشم و انتقاد بیمار با دفاع از خود یا مقابله به مثل کردن پاسخ نمی‌دهند و براساس اینکه مصاحبت طرف مقابل تا چه حد خوشایند است در مورد ادامه یا قطع رابطه تصمیم نمی‌گیرند.

این به این معنی نیست که روان‌درمانگران حرفه‌ای هیچ مشکل و مشغله‌ای ندارند، نسبت به بیمارانشان احساسی ندارند یا از تجربه شدت و ضعف اشتیاقشان طی دوره درمان قاصرند. بلکه، در عوض، به این معنی است که تعلیماتشان به آنها کمک می‌کند که نگذارند چنین واکنش‌هایی در تعهد آنان به انجام وظایفشان خللی وارد کند. درمانگران تعلیم دیده تمام توجهشان را بر فهم و کمک به بیمارانشان متمرکز می‌کنند و تنها زمانی احساسات و تجاربشان را وارد درمان می‌کنند که اعتقاد داشته باشند این کار باعث تسهیل درمان می‌شود (به هیلسنرث، ۲۰۰۷، اشلیزینگر^۳، ۲۰۰۵ رجوع شود). در مقابل، دوستانی که سعی دارند برای فهم مشکلات فردی به هم کمک کنند، بسیار بیشتر از درمانگران حرفه‌ای، احتمال دارد درباره عقاید و تجارب خودشان صحبت کنند و، احتمالاً، کمتر درک همدلانه را براز می‌کنند (رایسمن^۴، ۱۹۸۶).

۳- **برنامه‌ریزی رسمی ملاقات‌ها.** برخی تعهدات و محدودیت‌های رسمی در رابطه حرفه‌ای روان درمانی وجود دارد که به ندرت از خصایص سایر روابط بین فردی محسوب می‌شود. درمانگران و بیمارانشان توافق می‌کنند که به طور منظم و در زمان‌های مشخص با هم ملاقات داشته باشند و تا زمانی که این ملاقات‌ها در خدمت منافع بیمار باشد آنها را ادامه دهند. این زمان‌های ملاقات تا جایی که امکانات درمانگر اجازه دهد، بی‌وقفه، ادامه پیدا می‌کند، و، به جز پیش‌آمدهای ائتفاقی، بیمار و درمانگر در سایر زمان‌ها یا بر سر موضوعاتی به غیر از مشکلات هیجانی بیمار با هم تعاملی ندارند. این قرارها مسیر ثابتی را برای روان‌درمانی حرفه‌ای تعیین می‌کند: کمک به بیماران برای حل

1. Gomes-Schwartz

2. mutual

3. Schlesinger

4. Reisman

مشکلات‌شان، که به ندرت می‌تواند در سایر روابط بین فردی برقرار شود. در مجموع، آموزش و تجربه روان‌درمانگران حرفه‌ای، غیرمتقابل بودن رابطه‌شان با بیماران و شرایط رسمی‌ای که برای درمان جاری تعیین می‌کنند احتمال پایداری و انسجام آنان را در انتقال درک، احترام و میل به یاری رساندن به حدّ اکثر می‌رساند. اما، در موقعیت‌های بین فردی خارج از روان‌درمانی حرفه‌ای، فقدان آموزش دیدن برای فهم و انتقال معنای رفتار انسان، فقدان توافق رسمی برای کار بر روی یک مشکل معین و نیاز هر دو طرف به رضامندی، احترام و کمک متقابل احتمال اینکه یک فرد به طور منسجم دیگری را روان‌درمانی کند به حدّ اقل می‌رساند.

رهیافت‌ها به روان‌درمانی

علاوه بر اینکه روان‌درمانی باید از مجموعه وسیع‌تر روش‌های درمان، که ممکن است تا حدودی روان‌درمانگرایانه باشند، افتراق داده شود، رهیافتن به خود مقوله روان‌درمانی هم می‌تواند از جهات متعددی صورت گیرد. اول از همه، انتقال این پیام که یک شخص دیگری را می‌فهمد، به او احترام می‌گذارد و می‌خواهد به او کمک کند به یک موقعیت دو شخصیتی یا هر شرایط خاص دیگر محدود نیست. این می‌تواند توسط یک درمانگر، به طور همزمان، به چندین فرد منتقل شود، همان‌گونه که در گروه درمانی یا خانواده درمانی اتفاق می‌افتد و می‌تواند توسط بیش از یک درمانگر، در یک زمان، منتقل شود، همان‌طور که درمانگران همیار^۱، در کنار هم، با گروه‌ها، خانواده‌ها یا حتی گاهی اوقات فقط یک بیمار کار می‌کنند. این می‌تواند به کودکان و نوجوانان و همچنین بزرگسالان منتقل شود و می‌تواند در مکان‌های متنوعی مثل درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز نگهداری، مدارس یا زندان‌ها انجام گیرد.

دوم، هیچ رهیافت منفرد یا یکدستی وجود ندارد که تعیین کند چگونه می‌توان رفتار انسان را به بهترین نحوی فهمید و چگونه می‌توان این آگاهی را به مؤثرترین نحوی انتقال داد. در عوض، تعدادی سیستم یا «مکتب» روان‌درمانی وجود دارد که بر روش‌های مختلف مفهوم سازی رفتار هنجار و ناهنجار مبتنی هستند. اکثر این سیستم‌ها در بطن مقولات وسیع درمان روان‌تحلیلی و روان‌پویشی، درمان رفتاری و شناختی - رفتاری و درمان انسان‌مدار^۲ و تجربی^۳ قرار می‌گیرند. به علاوه، رهیافت‌های التقاطی^۴ و تلفیقی^۵ متعددی وجود دارند که از شیوه‌های فنی مشتق از روش‌های گوناگون استفاده می‌کنند یا از فرمول‌بندی فراگیری که مفاهیم برگرفته از نظریات مختلف را ترکیب می‌کند بهره می‌برند. [۳]

روان‌درمانگران مشتاقی که به قلمرو گسترده نظریات و روش‌های معرف حوزه روان‌درمانی چشم دوخته‌اند خوب است که دو یافته کاملاً مستند و تکرار شده در مقالات تحقیقاتی روان‌درمانی را به خاطر بسپارند. اول اینکه، شواهد اندکی در دست است که مطرح‌کننده فلان مکتب، روش یا مدل‌دلیته روان

1. cotherapists
3. experiential
5. integrative

2. humanistic
4. eclectic

درمانی، درکل، نتایجی بهتر از سایر آنها دارد. هر فردی ممکن است، به علت شیوه شخصیتی، اولویت‌ها و میزان فرهیختگی روان شناختی، به یکی از انواع روان درمانی بیشتر جواب دهد. علاوه بر این، برخی بیماران ممکن است بسته به نشانه‌هایی که دارند از برخی روش‌های فنی خاص فواید منحصر به فردی عایدشان شود. برای مثال، تأثیر به خصوص فنون شناختی - رفتاری در درمان فوبیها اثبات شده است، حال آنکه مداخلات روان‌پویشی درمان انتخابی بسیاری از اختلالات شخصیتی ست (به بورن اشتاین، ۲۰۰۶، میستکوسکی^۱، کریسک^۲، اچی وری^۳ و لابوس^۴، ۲۰۰۶ رجوع شود). البته، درکل، باید گفت که معلوم شده، در سراسر طیف وسیع بیماران و مشکلات‌شان، روان درمانی‌هایی که شایع‌تر به کار گرفته می‌شوند پیامدهای تقریباً معادل هم دارند (لمبرت^۵ و آگلز^۶، ۲۰۰۴، نورکراس^۷، بیوتلر^۸، و لونت^۹، ۲۰۰۶، شاپیرو^{۱۰}، اسمیت^{۱۱}، گلس^{۱۲} و میلر^{۱۳}، ۱۹۸۰)

دوم اینکه، شواهد قابل ملاحظه‌ای حاکی از آن است که رهیافت‌های اصلی روان درمانی همگی مفید هستند و در افراد دچار مشکلات روان‌شناختی، در مقایسه با فقدان درمان یا مداخله با دارونما، فایده‌مندی بسیار بیشتری دارند. البته، همه افراد از روان‌درمانی فایده نمی‌برند و معلوم شده است که نزدیک به ۱۰٪ بیماران طی دوره درمان بدتر می‌شود. به هر حال، داده‌ها پیوسته نشان می‌دهند که فرد معمولی درمان شده با روان درمانی از ۸۰٪ شرکت‌کنندگان شاهد درمان نگرفته در پژوهش‌های تحقیقاتی حال و روز بهتری پیدامی‌کند و، احتمالاً، بهبودی بیمارانی که با روان درمانی بهتر می‌شوند تا مدت‌های طولانی باقی می‌ماند (لمبرت، ۲۰۰۷، لمبرت و برگین^{۱۴}، ۱۹۹۲، لمبرت و آگلز، ۲۰۰۴، لپسی^{۱۵} و ویلسون^{۱۶}، ۱۹۹۳، سلینگمن^{۱۷}، ۱۹۹۵). اثربخشی کلی روان درمانی، نه تنها در بزرگسالان، بلکه در کودکان و نوجوانان هم به قدر کافی اثبات شده است (برمز^{۱۸}، ۲۰۰۴، مارتین^{۱۹}، دی جی^{۲۰}، ۲۰۰۴، وایز^{۲۱} و هاوولی^{۲۲}، ۱۹۹۸) و شواهد اندکی با نتیجه‌گیری لمبرت (۱۹۹۱) در مقاله مرور تفصیلی پژوهش‌های تحقیقاتی برنامه‌دار در روان درمانی در تناقض‌اند: «شواهد مؤید اثربخشی کلی درمان به قدری محکم است که طرح این پرسش در بسیاری از پژوهش‌های روان درمانی، دیگر، جذبه‌ای ندارد» (صفحه ۲).

با در دست داشتن این اطلاعات در مورد هم‌ارزی و اثربخشی کلی روان درمانی‌های مختلف،

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. Mystkowski | 2. Craske |
| 3. Echiverri | 4. Labus |
| 5. Lambert | 6. Ogles |
| 7. Norcross | 8. Beutler |
| 9. Levent | 10. Shapiro |
| 11. Smith | 12. Glass |
| 13. Miller | 14. Bergin |
| 15. Lipsey | 16. Wilson |
| 17. Seligman | 18. Brems |
| 19. Martin | 20. D.G. |
| 21. Weisz | 22. Hawley |

درمانگران باید مراقب ادعاهای کوتاه‌نظرانه، مبنی بر اینکه یک شکل از روان‌درمانی ذاتاً بر بقیه ارجح است یا حقیقت حق انحصاری آن است، باشند. با وجودی که زیگمونت فروید^۱ (۱۹۰۴/۱۹۵۳e) همیشه مبلغ روش‌های دلخواه خود بود، اما به نظر می‌رسد، زمانی که اظهارنظر زیر را بیان می‌کرده، شیوه‌ای فراگیر را پیش‌بینی کرده بود: «راه‌ها و روش‌های زیادی برای انجام روان‌درمانی هست. همه آنهايي که منجر به بهبودی شوند مناسب هستند» (صفحه ۲۵۹). آن‌گونه که معلوم است نتایج قابل‌قیاس برآمده از رویکردهای مختلف روان‌درمانی، در دهه‌های اخیر، باعث تبادل بیش از پیش آزاد آرا و عقاید طرفداران مکاتب مختلف فکری، تقویت همکاری بین رشته‌ای و پیدایش مسیرهای جدید و مهم مفهوم‌سازی و تحقیقات، براساس مشرب اتحاد نظری^۲، شده است. [۴]

همان‌طور که در پیش‌گفتار ذکر شد، این کتاب، اساساً، از منظری روان‌پویشی به روان‌درمانی می‌پردازد، اما به اصولی تأکید دارد که در سایر رویکردها هم به کار می‌آیند. این اصول روان‌پویشی برای هر شکلی از درمان که حداقل تا حدودی قصد داشته باشد به بیماران کمک کند تا خودآگاهی‌شان را بسط دهند و از رابطه بیمار/درمانگر در جهت رسیدن به این هدف استفاده کند مناسب خواهد بود. در این زمینه، جالب است بدانیم که مکاتب مختلف روان‌درمانی، از نظر فضای کلی و حس هدفمندی‌ای که ایجاد می‌کنند و از نظر جنبه‌هایی از رابطه درمانی که تقویت می‌نمایند، شباهت‌های متعددی نشان می‌دهند. به علاوه، توافق کلی وجود دارد که هم یک فضای به قدر کفایت بارور و هم روش‌های فنی به درستی به کار گرفته شده در ارتقای تغییرات مثبت در روان‌درمانی نقش بازی می‌کنند. [۵] بر این اساس، اصول روان‌درمانی ارایه شده در این کتاب درصدد است، تا برای دستیابی به اهداف درمان، راه‌های ترکیب رابطه درمانی مثبت با روش‌های خاص مداخله را معرفی نماید.

اهداف روان‌درمانی

توصیف اهداف روان‌درمانی ساده است، اما دستیابی به آنها همیشه ساده نیست. این اهداف عبارت‌اند از: (۱) تسکین ملال هیجانی بیماران، (۲) کمک به بیماران برای یافتن راه‌حلی برای مشکلات زندگی و (۳) کمک به بیماران برای تعدیل خصایص شخصیتی و الگوهای رفتاری‌ای که مانع شکوفا شدن ظرفیت‌شان برای کار ثمربخش و روابط بین فردی پرثمر می‌گردد. استراپ^۳ (۱۹۹۶b)، نیز، با واژگانی مشابه، روان‌درمانی را این‌گونه توصیف می‌کند: «استفاده از یک رابطه حرفه‌ای برای تسکین رنج و رشد فردی» (صفحه ۱۰۱۷). مسیرهای احتمالی فراوانی برای رسیدن به این اهداف وجود دارد که شامل روش‌های درمانی غیر از روان‌درمانی و تجارب غیرمنتظره زندگی‌ست، مسیرهایی که وضعیت هیجانی افراد را بهبود می‌بخشند و فرصت‌های آنان را برای تحقق خویشتن^۴ توسعه می‌دهند. همان‌طور که ذکر شد، ویژگی معرف روان‌درمانی، به عنوان راهی برای تسکین نشانه و تغییر مثبت شخصیت و

1. Sigmund Freud

2. pantheoretical

3. Strupp

4. self-fulfillment

رفتار، این است که به افراد کمک می‌کند تا از فهم بهتر خودشان به عنوان محمولی جهت دنبال کردن این اهداف بهره ببرند.

بعضی اوقات، شیوه‌های روان درمانی با اهدافش اشتباه گرفته می‌شود؛ این باعث این سوء تعبیر می‌شود که این نوع درمان بر کمک به افراد برای فهم خودشان متمرکز است و به اینکه آنها تا چه میزان با نیازهای زندگی‌شان انطباق حاصل می‌کنند توجه اندکی دارد. افزایش فهم خویشتن، که به واسطه رابطه تأثیرگذار با درمانگر ارتقا می‌یابد، وسیله‌ای است که یک روان درمانی موفق سوار بر آن پیش می‌رود، نه اینکه هدف درمان باشد. بیش در روان درمانی صرفاً وسیله‌ای است در جهت هدف غایی بهبود انطباق؛ بیش در غیاب تسکین نشانه و تغییر مثبت رفتار نباید پیامد قابل قبول درمان محسوب شود (بوهارت^۱، ۲۰۰۷). افزایش فهم خویشتن بدون بهبود انطباق به منزله این است که یا (۱) بینش‌های کسب شده به مشکلات بیمار مربوط نبوده است و یا (۲) برخی مقاومت‌ها در برابر تغییر رفتار هنوز شناسایی و درک نشده‌اند. در هر دو مورد، درمان بیشتر یا نافذتری ضرورت دارد و ممکن است بیمار به درمانگر دیگر یا شکل دیگری از درمان نیاز داشته باشد.

اهداف روان درمانی با جزئیات بیشتری در فصل ۱۲ تشریح خواهد شد، که قسمتی از آن به تعیین زمان مناسب برای خاتمه درمان می‌پردازد. سه فصل بعدی بخش یک سه عنصر محوری روان درمانی را بیشتر مورد بررسی قرار می‌دهد: بیماری که برای کمک خواستن می‌آید، درمانگری که برای اراییه چنین کمکی اقدام می‌کند و فرآیند درمان که هر دوی آنها خود را ملزم به انجام آن می‌دانند.

پی‌نوشت‌ها

[۱] این شیوه تعریف روان درمانی و افتراق آن از دسته وسیع‌تر مواردی که شاید تأثیر درمانی داشته باشند توسط رایزمن (۱۹۷۱) در پیش به سوی تلفیق در روان درمانی^۲ شرح داده می‌شود. رایزمن، با سنتز دقیق ملاحظات مربوطه، الگویی عالی برای ماهیت اساسی روان درمانی اراییه می‌دهد. همان‌طور که زایگ^۳ و مونیون^۴ (۱۹۹۰) اشاره کرده‌اند، دیدگاه‌ها نسبت به ماهیت روان درمانی بسیار متنوع است. تعریف خاص اراییه شده در این جا، که بر انتقال درک مسایل بیمار تکیه دارد، با تعاریف مطرح شده توسط کاستون گوا^۵ (۲۰۰۰)، گارفیلد^۶ (فصل ۱ - ۱۹۹۵)، مارمور^۷ (۱۹۹۰) و استراپ و باتلر^۸ (۱۹۹۰) نقاط مشترک فراوانی دارد.

[۲] زی‌کموننت فروید (۱۹۲۶/۱۹۵۹C) این امکان را پیش‌بینی کرد و با اشاراتی ضمنی در مقاله معروفش با نام آیا افراد عامی هم می‌توانند روانکاو می‌کنند^۹ مطرح نمود. وی در پایان به این نتیجه رسید که

1. Bohart
3. Zeig
5. Castonguay
7. Marmor

2. Towards the Integration of Psychotherapy
4. Munion
6. Garfield
8. Butler

9. The Question of Lay Analysis

آموزش همه‌جانبه و نظارت بر کار بالینی پیش نیازهای انجام روان‌درمانی تأثیرگذار است، اما لازم نیست - و در واقع نباید - این آموزش همواره ماهیت پزشکی داشته باشد؛ البته، منظور وی طرفداری از روان‌شناسان و سایر کارشناسان غیرپزشکی انجام دهنده کاری بود که فروید «روان‌کاوی توسط افراد عامی» می‌نامید.

[۳] تفاوت بین رویکردهای التقاطی و تلفیقی در روان‌درمانی جزئی است، اما اکثر بالینگران معتقدند که التقاط‌گرایی شامل ترکیب مداخلات مأخوذ از مدل‌های درمانی مختلف برای هدف قرار دادن حوزه‌های مختلف مشکلات است، در حالی که، تلفیق شامل مخلوط کردن عناصر مدل‌های مختلف و ایجاد رویکرد روان‌درمانگرایی با ماهیت متفاوت است (به بیتمن^۱، سوث^۲ و بامبی^۳، ۲۰۰۵، گلد^۴ و استریکر^۵، ۲۰۰۶، میسر^۶، ۱۹۹۲، و اچتل^۷، ۲۰۰۸ رجوع شود). توصیف و مرور مقایسه‌ای انواع رویکردها به روان‌درمانی توسط فریدهایم^۸ (فصول ۸-۴، ۲۰-۱۷، ۱۹۹۲)، هولمز^۹ و بیتمن^{۱۰} (۲۰۰۳)، لمبرت (فصول ۱۱-۹، ۲۰۰۴)، ماهونی^{۱۱} (۱۹۹۵)، میسر و وارن^{۱۲} (۱۹۹۵)، اشنايدر^{۱۳}، بوگنتال^{۱۴} و پیرسون^{۱۵} (۲۰۰۱)، اسلون^{۱۶} (۲۰۰۶)، استریکر و ویدیکر^{۱۷} (۲۰۰۳)، و اچتل و مسر (۱۹۹۷) و والراشتاین^{۱۸} (۱۹۹۵) ارائه شده است.

[۴] این تکوین تاریخی و تأثیرات آن بر پیدایش نظریه‌ای منسجم در مورد روان‌درمانی، توسط کاستون گوای، رید^{۱۹}، هالپرین^{۲۰} و گلد فرید^{۲۱} (۲۰۰۳)، گلد و استریکر (۲۰۰۶)، لامپروپولوس^{۲۲} (۲۰۰۵)، نورکراس و گلد فرید (۲۰۰۵) و آلپری^{۲۳} و مورفی^{۲۴} (۲۰۰۶) مرور شده است.

[۵] خطوط اشتراک موجود بین رویکردهای مختلف روان‌درمانی و، همچنین، تفاوت‌های آنها توسط مؤلفانی چون بیتمن (۱۹۹۲)، کاستون گوای و بیوتلر (۲۰۰۶)، گارفیلد (فصل ۶، ۱۹۹۵)، گرین کوج^{۲۵} و نورکراس (۱۹۹۰)، رایل^{۲۶} (۲۰۰۱)، و این برگر^{۲۷} (۱۹۹۳) و واینر (۱۹۹۱) به طور وسیع تشریح شده است.

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Beitman | 2. Soth |
| 3. Bumby | 4. Gold |
| 5. Stricker | 6. Messer |
| 7. Wachtel | 8. Freedheim |
| 9. Holmes | 10. Bateman |
| 11. Mahoney | 12. Warren |
| 13. Schneider | 14. Bugental |
| 15. Pierson | 16. Sloan |
| 17. Widiger | 18. Wallerstein |
| 19. Reid | 20. Halperin |
| 21. GoldFreid | 22. Lampropoulos |
| 23. O'Leary | 24. Murphy |
| 25. Greencavage | 26. Ryle |
| 27. Weinburger | |

فصل ۲

بیمار

درمانگران نباید فرض کنند افرادی که از آنها مشاوره می‌خواهند، خودشان، می‌دانند: روان درمانی چه شاکله‌ای دارد، آمادگی درمان شدن دارند یا خیر، یا امکان فایده بردن از آن برای‌شان وجود دارد یا خیر. این‌ها مواردی هستند که پیش از شروع روان درمانی باید مورد کنکاش قرار بگیرد. در هر بیمار احتمالی، مهم است که معلوم شود چطور، چرا و با چه عقاید پیش‌پنداشته‌ای آمده است؛ چه امیدها و ترس‌هایی را به موقعیت درمانی آورده است و تأثیرات کدام خصایص شخصی ممکن است احتمال فایده بردن‌اش از روان درمانی را افزایش دهد.

نحوهٔ مراجعهٔ افراد برای روان درمانی

افراد اصولاً به علت ارجاع شدن از طرف پزشکان برای روان درمانی می‌آیند. این کار اغلب از طریق سازمان مراقبت‌های کنترل شده^۱، که هم پزشک و هم درمانگر در آن عضویت دارند، صورت می‌گیرد. سایر بیماران خودشان می‌آیند یا توسط اداره یا سازمانی اجتماعی فرستاده می‌شوند. برخی از بیماران ارجاع شده توسط پزشک به طور اخص از دکترشان خواسته‌اند که برای یک مشکل شخصی یا روان شناختی به آنها کمک کند، در حالی که سایرین با شکایات جسمی یا سایر ناراحتی‌هایی که به نظر پزشک جزء روان‌زاد داشته است مراجعه کرده‌اند. بیمارانی که خودشان می‌آیند، گاهی، کاملاً به تنهایی تصمیم گرفته‌اند که درخواست روان درمانی کنند، اما، بیشتر اوقات، پس از صحبت در مورد یک مشکل یا نگرانی با یک شخص نزدیک، مثل همسر، روحانی یا دوست، به این نتیجه رسیده‌اند (برای آشنایی با مراحل که نوعاً در تصمیم‌گیری شخص برای شروع روان درمانی دخیل هستند به ووگل^۲، وستر^۳، لارسون^۴ و وید^۵، ۲۰۰۶ رجوع شود).

1. managed Care Organization:

به سازمان‌هایی اطلاق می‌شود که، از طریق سازوکارهای متنوع، هزینه‌های غیر ضروری مراقبت‌های بهداشتی را کاهش و، به این ترتیب، کیفیت مراقبت‌ها را افزایش می‌دهند (واژه‌نامهٔ Wikipedia)

2. Vogel

3. Wester

4. Larson

5. Wade

ادارات و سازمان‌های اجتماعی‌ای که به کزات افراد را جهت روان‌درمانی ارجاع می‌دهند شامل مراکز خدمات خانواده، برنامه‌های رفاهی، مدارس، دادگاه‌ها و مکان‌های تجاری هستند. ارجاع افراد توسط ادارت و سازمان‌ها جهت روان‌درمانی، اغلب، براساس میل و ارادهٔ افراد نیست. شناخت و پذیرش گستردهٔ روان‌درمانی در جامعه ملاقات با روان‌درمانگر را در موارد تعویق یا کاهش محکومیت پس از اثبات جرم، کسب اجازه برای برگشت به مدرسه پس از تعلیق یا اخراج، تداوم استفاده از کمک‌های دولتی یا بازگشت به شغل یا کسب مجدد جایگاه اعتماد، به دنبال دوره‌ای از سلوک نامناسب، به امر شایعی بدل کرده است.

ورود ناخواسته به روان‌درمانی در بیماران ارجاع شده توسط پزشک و بیماران خود-ارجاع، نسبت به افراد ارجاع شده توسط ادارت، کمتر بلافاصله معلوم می‌شود، اما به هر حال اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال، شخصی ممکن است اصرار کند که شرط تداوم ازدواج با همسرش مراجعهٔ او برای روان‌درمانی باشد یا پزشکان ممکن است، با استفاده از موقعیت و قدرت خود، بیمار را تحت فشار قرار دهند تا درمان روان‌شناختی را بپذیرد. این نوع ورود ناخواسته به روان‌درمانی به معنی موفق نشدن درمان نیست، اما اینکه افراد با خواست خود یا تحت اجبار آمده باشند می‌تواند پاسخ آنها به درمان را تحت تأثیر قرار دهد. احتیاط حکم می‌کند تصور کنیم بیمارانی که حس می‌کنند به اجبار وارد درمان شده‌اند نسبت به درمان دودلی بیشتری داشته باشند و گاهی حتی از درمانگر دلخور شوند. به این دلایل، همیشه باید در ارزیابی اولیهٔ بیماران برای درمان شرایط شرکت در روان‌درمانی تعیین شود. این موضوع در فصل ۵ تشریح می‌شود.

علت مراجعهٔ افراد برای روان‌درمانی

به هر طریقی که افراد به روان‌درمانی راه پیدا کرده باشند، علت مراجعه‌شان می‌تواند بسیار متنوع باشد. برخی به علت نشانه‌های ناراحت‌کننده نظیر اضطراب، افسردگی، فوبیا^۱، اجبار^۲ یا مشکل در خوب فکر کردن مراجعه می‌کنند؛ برخی دست به گریبان مشکلات زندگی نظیر ناتوانی در ادامهٔ کار، اُفت تحصیلی، به هم خوردن رابطهٔ زناشویی یا انزوای اجتماعی هستند؛ برخی، کلاً، از زندگی‌شان ناراضی هستند یا به خاطر اینکه آن نوع آدمی که دل‌شان می‌خواسته نشده‌اند از خودشان مأیوس شده‌اند. این علل شایع درخواست ارادی و خودخواستهٔ روان‌درمانی مشابه اهداف اصلی روان‌درمانی است که در فصل ۱ معرفی شد: تسکین نشانه‌ها، حل مشکل و افزایش رضایت از زندگی.

بیماران احتمالی، با وجود اشتراک در یک یا تعداد بیشتری از این ناراحتی‌های شایع، به میزان قابل ملاحظه‌ای از نظر شدت ملال روان‌شناختی متفاوت‌اند و برخی به عللی غیر از دچاربودن به یک گرفتاری خاص به روان‌درمانگر مراجعه می‌کنند. بعضی مواقع، افراد نسبتاً فاقد مشکل، به علت

1. phobia

2. compulsion

کنجکاو در مورد ماهیت روان درمانی یا چون روان درمانی رفتن را نمادی از کلاس اجتماعی می‌دانند یا چون اعتقاد دارند که روان درمانی می‌تواند زندگی تاکنون پربار و ثمربخش آنها را از این هم بهتر کند، متقاضی روان درمانی هستند. افراد تحت آموزش برای درمانگر شدن، اغلب، به علت ضروری بودن یا تشویق شدن به تجربه مستقیم روان درمانی از منظر بیمار، وارد درمان می‌شوند. به هر روی، این ادعای بعضاً شنیده شده که روان درمانی نعمتی است لذت طلبانه برای افرادی که در واقع مشکلات زیادی ندارند، در حقیقت، بی‌پایه و اساس است. برعکس، داده‌های پیمایشی گزارش شده توسط کسلر^۱ و همکارانش (۲۰۰۵) و آلفسن^۲، مارکوس^۳، دروس^۴ و پینکوس^۵ (۲۰۰۲) حاکی از آن است که کاربران روان درمانی، در مقایسه با جمعیت عمومی، دچار مشکلات سلامت بیشتر، میزان افسردگی و اضطراب بیشتر و ناتوانی بیشتر در ادامه کار هستند.

عجیب آنکه برخی افراد نه به خاطر آنکه بخواهند در درمان ثمربخش شرکت کنند، بلکه به خاطر اینکه روان درمانی را نمی‌خواهند به روان درمانگران مراجعه می‌کنند. این‌ها افرادی هستند که نه به منظور کمک گرفتن برای حل مشکلات روان شناختی، بلکه برای تبرئه شدن روی درمانگر حساب باز کرده‌اند. یعنی برای گرفتن تأیید کارشناسانه این عقیده که آنها هیچ‌گونه مشکل روان شناختی قابل توجهی ندارند و هر مشکلی که دارند توسط سایر افراد یا شرایط محیطی ایجاد شده است. اتفاقاً، این بیماران احتمالی که می‌خواهند به آنها گفته شود نیازی به کمک ندارند، اغلب اوقات، کسانی هستند که به روان درمانی نیاز دارند. زمانی که این افراد به گواهی سلامت درمانگر مجهز شوند، می‌توانند به منبع ارجاع (مثلاً مسئول استخدام آزمایشی، مقام رسمی مدرسه یا همسرشان) بگویند که «حالا خیلی بهترم» یا «بین، مشکل از طرف من نیست، تویی که مشکل داری».

گاهی مناسب‌ترین پاسخ یک روان درمانگر به یک بیمار غیراختیاری این است که شما به درمان نیاز ندارید، در حالی که، در سایر مواقع، می‌توان و باید به بیماران در ابتدا بی‌انگیزه کمک کرد تا برای مشکلات روان شناختی‌شان تحت درمان قرار بگیرند، حتی اگر هنوز این مشکلات را نشناخته باشند (برای توصیه‌های مربوط به روان درمانی سرپایی بیماران غیراختیاری، به کانر^۶، ۱۹۹۶ رجوع شود). جهت اقدام تأثیرگذار در هر یک از این جهات، درمانگران باید ابتدا معلوم کنند که چرا فلان بیمار به دیدن آنها آمده است. این موضوع، در کنار «نحوه» آمدن آنها، بخشی از فرآیند ارزیابی اولیه تشریح شده در فصل ۵ است.

عقاید پیش پنداشته‌ای که به روان درمانی آورده می‌شوند

به غیر از خودِ روان درمانگران و بیمارانی که قبلاً روان درمانی شده‌اند، اغلب افراد با انتظارات مبتنی بر

1. Kessler
3. Marcus
5. Pincus

2. Olfson
4. Druss
6. Connor

اطلاعات محدود و عقاید پیش‌پنداشته و، اغلب، ناصحیح وارد مطب درمانگر می‌شوند. به خصوص، احتمال اینکه بیماران خود - ارجاع کمتر مطلع باشند بیشتر است، مگر اینکه توسط دوست یا همسرشان که روان‌درمانی شده در جریان گذاشته شده باشند. البته، حتی پس از این اطلاع‌رسانی‌ها هم، بیماران خود - ارجاع به ندرت بدون سوگیری و پیش‌داوری می‌آیند. با وجود امکان رؤیت روان‌درمانی در فیلم‌ها، تلویزیون، مجلات و کتاب‌ها و اینترنت، افراد زیادی باقی نمی‌مانند که، حداقل، از روایت‌های نوشتاری یا نمایشی آنچه بین بیماران و درمانگران می‌گذرد بی‌خبر مانده باشند. (آرچوفسکی^۱، اسپیکارد^۲، و مک نامارا^۳، ۲۰۰۶؛ ووگل و همکاران، ۲۰۰۶).

از بین افرادی که از طرف پزشکان، ادارت یا سازمان‌ها جهت روان‌درمانی ارجاع می‌شوند، درصد زیادی با کمی صحبت در مورد نیازشان به درمان روان‌شناختی آماده‌درمان می‌شوند. البته، بیمارانی که از این مسیرها ارجاع می‌شوند، الزاماً، نسبت به بیماران خود - ارجاع، اطلاعات بیشتری راجع به روان‌درمانی ندارند. افراد ارجاع‌دهنده ممکن است نسبت به روان‌درمانی مردد باشند یا خودشان اطلاعات خیلی کمی در مورد آن داشته باشند و، در نتیجه، شاید آماده‌سازی آنها اطلاعات مفید زیادی در اختیار بیمار قرار ندهد. به علاوه، برای تشویق بیمار به پذیرفتن ارجاع جهت روان‌درمانی، افراد ارجاع‌دهنده ممکن است گاهی برداشت‌های نادرستی را در مورد سرعت، راحتی و شفابخشی فرآیند درمان در بیمار پیوراندند.

عقاید پیش‌پنداشته‌ای که افراد به روان‌درمانی می‌آورند، معمولاً، شامل انتظاراتی در مورد آنچه درمان از آن تشکیل می‌شود و آنچه به آن نایل خواهد شد است. بعضی بیماران با این انتظار می‌آیند که درباره‌ی خودشان صحبت کنند و حرف‌شان شنیده شود، حال آنکه سایرین انتظار دارند برایشان دارو تجویز شود، هیپنوتیزم شوند، برای زندگی بهتر توصیه‌هایی بشنوند یا تحلیل دقیق ساختار روان‌شناختی‌شان در اختیار آنها قرار گیرد. برخی بیماران می‌پندارند که روان‌درمانی فرآیندی مداوم و شامل جلسات منظم با مدتی نامعلوم است، در حالی که بقیه فکر می‌کنند چند جلسه برای پاسخگویی به نیازهایشان کافی خواهد بود. بعضی بیماران به این گمان که روان‌درمانی نشانه‌های ناراحت‌کننده‌شان را تسکین می‌دهد برای درمان می‌آیند، حال آنکه بقیه انتظار دارند روان‌درمانی به آنها کمک کند تا خودشان را بهتر بشناسند.

بعضی بیماران به این گمان برای اولین ملاقات می‌آیند که گویی دارند روان‌درمانی را شروع می‌کنند و کار با آن درمانگر را ادامه خواهند داد؛ سایرین فکر می‌کنند جلسات اول شامل دوره‌ی ارزیابی است که تعیین می‌کند آیا آنها باید وارد روان‌درمانی بشوند یا خیر و، اگر پاسخ مثبت باشد، با کدام درمانگر؛ دیگرانی هم هستند که هیچ‌پنداشتی در مورد روان‌درمانی یا فلان درمانگر ندارند، بلکه اولین ملاقات را

1. Orchowski
3. McNamara

2. Spickard