

رواندرمانی یکپارچه نگر

شهرام وزیری^۱، فرح لطفی کاشانی^۲

و آرش وزیری^۳

مشکلات مربوط به سلامت روان، پدیده‌های جدیدی نیستند و در طول تاریخ با دیدگاه‌های مختلفی بررسی شده‌اند. امروزه صدها رویکرد روان‌درمانی وجود دارد که هر کدام با فلسفه و روش‌های خاص خود، به جنبه‌های متفاوتی از مشکلات روان‌شناختی می‌پردازند. تنوع رواندرمانی‌ها، نشان داده که روان‌درمانی برای بسیاری از شرایط روان‌شناختی مؤثر است و اشکال مختلف آن اثربخشی مشابهی دارند و نه تنها تفاوت اساسی و معناداری در نتایج بین درمان‌های مختلف وجود ندارد، شواهد کمی در دست است که نشان دهد یک درمان خاص به طور مداوم از دیگر درمان‌ها بهتر عمل می‌کند. این دامنه گسترده از تاثیر نشان می‌دهد، تجربه انسانی امری چندبُعدی بوده و تعامل پویای عوامل زیستی، ذهنی- رفتاری، ناخودآگاه و وجودی در شکل‌دهی به سلامت روان نقش انکار ناپذیر دارد. به نظر می‌رسد، هر رویکردی که تنها بر یک بُعد تأکید کند، از درک و درمان جامع باز خواهد ماند. آنچه ما از یکپارچه‌نگری در نظر داریم، به درک پویای تعامل میان چهار بُعد اصلی روان انسانی یعنی نقش مغز و نوروترانسمیترها، ژنتیک و فرایندهای فیزیولوژیک در تجربه روانی؛ تأثیر تعارض‌های درونی، تجربیات اولیه و انگیزه‌های ناهشیار؛ نقش ادراک، شناخت، هیجانات، رفتارهای بیرونی، درونی و الگوهای عادت‌ی؛ و سرانجام معنا، خودآگاهی، اراده آزاد و مسئولیت فردی وابسته است. ما معتقدیم، درحالی‌که رویکردهای تک پارادایمی نمی‌توانند تمام داستان را روایت کنند، در کنار هم می‌توانند در یک سیستم بزرگ‌تر به نام رواندرمانی یکپارچه نگر پویا پاسخگوی بسیاری از ابهامات در رابطه با رواندرمانی باشند.

واژه‌های کلیدی: پارادایم‌های رواندرمانی، یکپارچه‌نگری، پویا، رواندرمانی یکپارچه پویا

مقدمه

مشکلات مربوط به سلامت روان، اضطراب، نگرانی، افسردگی، ترس و موضوعاتی مانند اینها محصول مسایل عصر جدید نیستند. در زمانهای قدیم اعتقاد رایج در باره علل ناهنجاریهای روانی، به

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل) vaziri@tmu.iau.ac.ir

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

موضوعات بدنی یا فرابشری، ربط داده می‌شد و درمان آنها نیز بر اساس روح زمانه با استناد به بدن یا نیروهای فرابشری انجام می‌گرفت. این دو نگاه بنیادی، در طول تاریخ، محدود و یا گسترده شده اما متوقف نشده است. قرن بیستم شاهد تحولات چشمگیری در دیدگاه‌ها و رویکردها به مشکلات روانی بود. در این دوره، روانپزشکی به عنوان یک رشته علمی به طور فزاینده‌ای مورد پذیرش قرار گرفت و روش‌های درمانی جدیدی معرفی شد. در حال حاضر صدها رویکرد روان درمانی یا مکتب فکری برای روان‌درمانی وجود دارد که به عنوان یک نقشه راه برای روان‌شناسان عمل می‌کند و آنها را در فرآیند درک مشکلات مراجع و تلاش برای بهبود این مشکلات راهنمایی می‌نماید. با این حال گسترش این شیوه‌های درمانی و تنوع آنها در کنار فلسفه‌های بنیادی و متفاوت، ما را با این سوال اساسی مواجه می‌کند که آیا همه این روان‌درمانی‌ها موثر هستند؟ و اگر بله، چه توجیهی برای تاثیر فلسفه‌های بنیادی متفاوت، در رابطه با رنجها و مشکلات یکسان داریم؟

روان درمانی به انواع مداخلاتی اشاره دارد که هدف آن کمک به فرد در شناسایی و تغییر احساسات، افکار و رفتارهای نگران کننده است. بررسی‌های مکرر، به این نتیجه رسیده‌اند که روان‌درمانی برای بسیاری از شرایط مؤثر است و اشکال مختلف روان درمانی اثربخشی مشابهی را نشان می‌دهند، تفاوت اساسی در نتایج بین درمان‌ها وجود ندارد و شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد هر یک از درمان‌های روان‌شناختی به طور مداوم از درمان‌های روان‌شناختی دیگر برای هر اختلال روان‌شناختی خاصی، بهتر عمل می‌کند. در سال ۲۰۱۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا، بر اساس پژوهش‌های موجود، گزارش کرد که روان درمانی برای انواع مسایل مرتبط با سلامت روان و در طیف وسیعی از گروه‌های جمعیتی موثر است. مطالعات نشان داده‌اند که روان درمانی ناتوانی، و اختلالات را کاهش می‌دهد؛ عملکرد کاری را بهبود می‌بخشد؛ بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی را کاهش می‌دهد؛ به بیماران مهارت‌هایی را می‌آموزد که بعد از دوره درمان ادامه می‌یابند؛ و در کنار دارودرمانی و ترکیب با درمانهای دیگر نتایج بهتری تولید می‌کند (ای‌پی‌ای^۱، ۲۰۱۲).

امروزه، گسترش رویکردهای روان‌درمانی به قدری است که مجبوریم برای تعریف و خلاصه کردن آنها، از اصطلاح پارادایم‌های روان‌درمانی استفاده کنیم. در این بحث، پارادایم به چارچوب فکری یا مجموعه‌ای از باورها و فرضیه‌های اساسی گفته می‌شود که نحوه نگرش ما به ذهن، رفتار و سلامت روان را شکل می‌دهد. این چارچوب‌ها، زیربنای نظریه‌ها، روش‌های تحقیق و مداخلات مختلف در

حوزه روان‌درمانی را تشکیل می‌دهند. البته باید قبول کنیم که تنوع رویکردهای موجود در روان‌درمانی، بازتابی از پیچیدگی و ظرافت مشکلات روان‌شناختی انسان است. با نگاهی به این رویکردها می‌بینیم که، هر رویکردی با فلسفه و روش‌های خاص خود، به جنبه‌های متفاوتی از چالش‌های ذهنی و رفتاری می‌پردازد. این تنوع، مزیتی ارزشمند فراهم می‌آورد و به افراد امکان می‌دهد تا با توجه به نیازها، ترجیحات و شخصیت خود، رویکردی متناسب را انتخاب کنند. به همین خاطر است که باور داریم تعدد رویکردها در روان‌درمانی، نشان‌دهنده تعهد این حوزه به ارایه خدمات درمانی جامع، مؤثر و متناسب با نیازهای متنوع افراد است. تاکنون، چهار پارادایم اصلی در روان‌درمانی شامل رویکردهای پویشی، رفتاری-شناختی، انسان‌گرا/هستی‌گرا، و زیستی معرفی شده‌اند (وزیری، لطفی‌کاشانی، ۲۰۱۸). قبل از اینکه نگاهی کوتاه به این پارادایم‌ها بیاندازیم، امیدواریم تا خواننده متوجه باشد که هر رویکردی در درمان ناگهان ایجاد نشده و پیشینه‌ای عمیق و قابل جستجو در تفکر بشر دارد. ما بلیم تاکید کنیم که به ندرت تحول عمده‌ای در روان‌شناسی، حاصل کار یک نفر بوده است. این بدان معنا نیست که افراد به تنهایی در تولید تحولات اهمیتی نداشته‌اند، اهمیت افراد در روان‌شناسی، به جای بوجود آوردن دیدگاهی منحصر به فرد، در توانایی آنها برای ترکیب کارهایی قرار دارد که قبلاً انجام شده‌اند (هرگنهان، ۲۰۰۱).

پارادایم زیستی

از زمان باستان، برخی متخصصان و نظریه پردازان مانند بقراط و دیگران در تبیین و دلیل‌یابی بیماریها، متمرکز بر بدن و مغز بوده‌اند. تا اینکه با پیشرفت علم، به مرور پارادایم زیستی به چهارچوب مرجعی برای مراجعه متخصصان تبدیل شد. این نظریه معتقد است که همه پدیده‌های روان‌شناختی را می‌توان در سطح مولکولی و نورویولوژیکی توضیح داد. در این پارادایم ذهن چیزی جز محصول تعاملات نورونی نیست و افکار، احساسات و رفتارها را می‌توان با فعالیت‌های الکتروشیمیایی مغز تبیین کرد. در این پارادایم ویژگی‌های روان‌شناختی وراثتی و زیستی هستند. در نتیجه فردی که ژن‌های مرتبط با یک اختلال را دارد، به احتمال زیاد به آن اختلال دچار خواهد شد. پارادایم زیستی در روان‌درمانی نشان می‌دهد که تعامل پیچیده‌ای بین عوامل زیستی، ژنتیکی، محیطی و روان‌شناختی وجود دارد. مفروضه های اصلی پارادایم زیستی در روان‌درمانی بر این پایه ساخته شده که اختلالات روانی بیماری‌هایی با بنیادهای زیستی و عصب شناختی هستند که در آنها مغز نقش بی بدیلی دارد؛ آنها مغز و ذهن را دو جنبه جدایی‌ناپذیر از یکدیگر و رفتار انسان را به فرآیندهای زیستی مرتبط می‌دانند. این پارادایم بر تعامل

بین عوامل ژنتیکی، نورویولوژیکی و محیطی تأکید دارد. در پارادایم زیستی، هدف اصلی درمان، رفع علل زیستی اختلالات روانی از طریق اقدامات زیستی است و هیچ مؤلفه‌ای فراتر از عوامل نورویولوژیک در آن نقشی ندارد. از نظر این پارادایم عوامل زیستی، به‌ویژه نورویولوژی، ژنتیک و تعاملات بیوشیمیایی، نقش اصلی و غالب را در ایجاد و درمان اختلالات روانی ایفا می‌کنند.

پارادایم پویشی

از دیر باز عده‌ای معتقد بودند که رفتار انسان تحت تأثیر نیروهای پنهان از دیده‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تا اینکه زیگموند فروید اولین کسی شد که مفهوم ناهشیار را به‌صورت نظام‌مند و علمی مطرح و آنرا به‌عنوان جایگاه افکار، تمایلات، و خاطرات سرکوب‌شده‌ای معرفی کرد که رفتار انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. آنچه فروید روی آن متمرکز شد این بود که نشانه‌های مراجعان، تجلی یک رشته معانی هستند که در اعماق ساختار شخصیت پنهان شده‌اند (فروید، ۱۹۰۰، ۱۹۰۱، ۱۹۰۵، ۱۹۰۵، ۱۹۲۰؛ فوناگی و تارگت، ۲۰۰۹). اعتقاد به معانی پنهان موجب می‌شد متخصصان به دنبال رمز و راز رفتارهای آشکار باشند و چنین هم شد. تفکری که فروید آن را راه انداخته بود اوج گرفت. به تدریج حلقه فروید با گروهی از جمله یونگ، آدلر، رانک، رایش و فرنزی تشکیل شد. این حلقه در زمان فروید و بعد از آن به سه گروه منشعبین، اصلاح‌گرایان و توسعه‌دهندگان تقسیم شد. منشعبین یا مانند ویلهلم رایش از آرای فروید جدا شدند و یا مانند آدلر و یونگ راه دیگری را برای توضیح پویایی‌ها پیش گرفتند. اصلاحگران (مانند فرنزی و بعدی‌ها مانند هارتمن، ملانی کلاین، وینیکات، لکان، بالبی و کوهات و دیگران)، به بازنویسی و اصلاح نظریه روان‌پویشی پرداختند، اما حوزه روان‌پویشی را ترک نکردند. آنها عقیده داشته که اصلاحات مورد نظر آنها، به صورت ضمنی و یا سر بسته در نوشته‌های فروید آمده یا به طور مستقیم در ایده‌های فروید قرار داشته است. گروه سوم، یعنی توسعه‌دهندگان (مانند کارل آبراهام، هرمان نوبرگ، ویلدر، و فیکل و دیگران)، روان‌پویشی را به حوزه‌هایی گسترش دادند که هنوز کشف نشده بود، این گروه برخلاف اصلاح‌گرایان، نه تنها اعتراضی برنیانگیختند، بلکه دستاوردهایشان نیز مورد قدردانی قرار گرفت (برگمان، ۱۹۹۳). رویکردهای پویشی بر نقش تجربیات دوران کودکی، انگیزه‌های ناخودآگاه، تعارض هیجانی و روابط بین فردی در شکل‌گیری شخصیت و رفتار فرد در بزرگسالی تأکید و معتقدند که مشکلات روانی اغلب ریشه در تعارضاتی دارند که ریشه در گذشته در حال حاضر ناهشیار ما دارد. رویکردهای پویشی تلاش دارند تا به فرد کمک کنند که درک عمیق‌تری از خود و انگیزه‌های خود به دست آورند.

امروزه تقریباً همه روش‌های درمانی که در پارادایم روان‌پویشی قرار می‌گیرند، فرضیات اساسی و مشترکی دارند مانند اینکه پشت رفتارهای آشکار معانی پیچیده‌ای وجود دارد؛ ناخودآگاه رفتار ما را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ روابط بین فردی، به ویژه دلبستگی اولیه، به شکل‌گیری شخصیت کمک می‌کنند؛ تعارض روان‌شناختی اجتناب‌ناپذیر است؛ هر فردی از مکانیسم دفاعی استفاده می‌کند؛ روابط درمانی قدرتمند هستند؛ و انسان یک چشم‌انداز رشدی دارد (فاین، ۱۹۹۰؛ کنی، ۲۰۱۶؛ برگمان، ۱۹۹۳).

آنچه پارادایم پویشی ایجاد کرد تمرکز بر درک عمیق‌تر خود و عوامل نهان و ناخودآگاه ذهنی فرد؛ رابطه متخصص و درمانجو یا مراجع؛ تمرکز بر محتوای ناهشیار و کشف و تجزیه و تحلیل محتوای ناخودآگاه ذهنی به منظور فهم اعتقادات، احساسات و رفتارها؛ توجه به گذشته و تجربیات زندگی فرد و تحلیل الگوها و رویدادهای مهم گذشته؛ تأمل در تجربیات و احساسات فرد و تفسیر آنها توسط متخصص برای بهبود فرآیند درمان؛ تمرکز بر تغییر و تحول، کمک به درک بهتر از خود و محیط خود و ایجاد تغییرات مثبت در زندگی و روابط؛ تمرکز بر مسائل فردی و نیازهای فردی و منحصر به فرد هر شخص بود. نظریه پردازان این پارادایم از روان‌درمانی، نظریه‌هایی را بسط و گسترش دادند که نقش پس‌زمینه را در آسیب‌شناسی و درمان مورد توجه قرار می‌دهد. در متن این پس‌زمینه، نقش ناهشیاری، دفاع‌ها، اهمیت تجربه کودکی و عمل مکانیسم‌های دفاعی از معدود نمونه‌های اندیشه‌های پویشی است که به‌طور گسترده مورد پذیرش قرار گرفته است.

پارادایم رفتاری

از گذشته تا امروز، گروهی از صاحب‌نظران بوده و هستند که اعتقاد داشته‌اند دانش از طریق تجربه درونی یا بیرونی به دست می‌آید. آنها در طول تاریخ تلاش کرده‌اند تا نشان دهند که ذهن انسان در بدو تولد "صفحه خالی" است و دانش از طریق مشاهده و تعامل با جهان شکل می‌گیرد. ایده یادگیری به عنوان عاملی در سازماندهی رفتار انسان در قرن بیستم پیشرفت کرد و زمینه را برای تحقیقات و نظریه پردازی‌های بیشتر در این زمینه بخصوص در قرن بیست و یکم فراهم کرد. ایوان پاولوف نشان داد که، تجربه زندگی، به ویژه تجربیات حسی و عصبی، می‌تواند به انسان در یادگیری و شکل‌گیری رفتارهای جدید کمک کند. در این دوران جان بی. واتسون اعلام کرد که علم روان‌شناسی باید فقط بر رفتارهای قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری تمرکز و از مطالعه ذهن و فرآیندهای ذهنی خودداری کند. در مسیر پیشرفت پارادایم رفتاری، اسکینر نشان داد که رفتار انسان از طریق پیامدهایش شکل

می‌گیرد. آلبرت بندورا نشان داد که تجربه زندگی، به ویژه تجربیات اجتماعی و مشاهده‌ای، می‌تواند به انسان در یادگیری و شکل‌دهی هویت و رفتارهای جدید کمک کند. در این مسیر افرادی بالینی مانند جولیان راتر توانست تا فرمولی جذاب برای پیش‌بینی رفتار طراحی و اعلام کند که انسانها با محیط‌های معنادارشان تعامل می‌کنند، شخصیت انسان آموخته شدنی است، شخصیت وحدت اساسی دارد، انگیزش هدف گرا است، و افراد قادرند رویدادها را پیش‌بینی کنند (اسکینر، ۱۹۵۳، ۱۹۷۴؛ بندورا، ۱۹۷۷؛ راتر، ۱۹۵۴، ۱۹۶۰، ۱۹۶۶؛ زوریف، ۱۹۸۵؛ زونک، ۱۹۹۶؛ لیونارد، ۲۰۰۲).

در این پارادایم رفتار می‌تواند به طور مستقیم (تجرباتی که از طریق رفتار خود به دست می‌آوریم و پیامدهای مثبتی که از رفتار خود دریافت می‌کنیم) و غیرمستقیم (توجه به افکار و احساساتی که با رفتارهایمان مرتبط هستند، تفسیر رویدادها بر اساس رفتار خود) بر افکار و احساسات تاثیر بگذارد. در این پارادایم، مداخلات درمانی متعددی برای تغییر این چرخه معیوب بین رفتار، افکار و هیجانها (احساسات) وجود دارد. مفروضه‌های اصلی پارادایم رفتاری در روان‌درمانی را می‌توان تاکید آنها بر اصالت رفتار و آموختنی بودن آن دانست. نظریه پردازان این گروه، بر تحلیل فرآیند یادگیری تمرکز دارند و سعی می‌کنند تا مکانیزم‌ها، مراحل، و عوامل موثر در فرایند یادگیری را توضیح دهند. از نظر آنها، شخصیت ساختاری است که از ترکیب تجربه‌های شرطی‌شده (چه کلاسیک چه عاملی) و الگوهایی که از محیط اجتماعی گرفتیم، شکل می‌گیرد و آسیب‌شناسی هم وقتی مطرح می‌شوند که این فرایندها از تعادل خارج شوند.

پارادایم انسانگرا / هستی‌گرا

از زمانهای قدیم بخصوص در فلسفه با نوعی انسان‌گرایی فردگرایانه روبرو بودیم که بر اهمیت انتخاب‌های آزادانه و مسوولیت‌پذیری فرد در زندگی خود، به مفاهیم کلیدی در هستی‌گرایی مانند آزادی و اصالت وجود اشاره نمود. در دهه ۱۹۶۰ کارل راجرز و آبراهام مازلو جنبشی را به اوج رساندند که رنگی انسانی داشت. مفروضات اصلی پارادایم انسانگرا در روان‌درمانی این بود که انسان ذاتاً خوب است؛ تجربه ذهنی مساله مهمی است؛ انسان مسوول انتخاب‌های خویش است؛ رابطه درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ انسان قادر به خودآگاهی و خود تنظیمی است؛ خلاقیت و خودشکوفایی امری بنیادی است؛ انسان‌ها در یک زمینه اجتماعی-فرهنگی زندگی می‌کنند؛ و مساله اصلی انسان آزادی، مسوولیت‌پذیری، رشد شخصی و جستجوی معنا در زندگی است.

مفروضات پارادایم انسان‌گرا/هستی‌گرا بر حداقل چهار موضوع ذات انسانی انسان، تمرکز بر حال حاضر،

معنا و هدف، و رابطه درمانی متمرکز است. از این نظر انسان ذاتاً خوب و دارای ظرفیت برای رشد و خودشکوفایی است، او آزاد است و توانایی انتخاب دارد، اما باید، مسوولیت پذیر نیز باشد (ذات انسان)؛ این پارادایم بر تجربه های فعلی فرد تأکید می کند، نه بر گذشته یا تعارض های ناهشیار او (تمرکز بر حال حاضر)؛ جستجوی معنا در زندگی یکی از محورهای اصلی این پارادایم و بحران های وجودی (مانند مرگ، آزادی، انزوا، و بی معنایی) بخشی از تجربه ی انسانی هستند (معنا و هدف)؛ و پایه ارتباطات بر احترام، همدلی، و صداقت استوار است (رابطه ی درمانی) (مازلو، ۱۹۵۶؛ راجرز، ۱۹۶۶؛ می و یالوم، ۲۰۰۵؛ هالینگ و نیل، ۱۹۹۵؛ کوپر، ۲۰۰۸؛ وان درزن، ۲۰۰۳).

جام حقیقت!

در میان آموزه های بودایی، داستان جام حقیقت بودا، که به جام بهشت یا جام آمریتا نیز معروف است، افسانه ای آموزنده و پرمغز دارد. در ادامه این استعاره، داستانی وجود دارد که بیان آن برای این بخش خالی از لطف نیست. می گویند جام حقیقت از دست بودا به زمین افتاد و شکست و در سراسر جهان پراکنده شد و هر کس که تکه ای از آن را پیدا کرد تصور کرد که کل حقیقت را یافته است. ما تصور می کنیم که روان درمانی در طول قرن گذشته شاهد رشد و تکامل رویکردهای متعددی بوده است که هر کدام با تأکید بر ابعاد خاصی از روان شناسی انسان، مدل های درمانی خود را توسعه داده اند. با این حال، هیچ یک از این رویکردها به تنهایی قادر به تبیین تمام جنبه های پیچیده ی تجربه انسانی نیستند (نورکراس و گلدفراید، ۲۰۰۵). در نتیجه، حرکت به سوی یکپارچه نگری نه تنها توصیه ای نظری، بلکه الزامی بالینی برای ارتقای کیفیت روان درمانی است. در حال حاضر یکپارچه نگری به چهار شکل مطرح شده است (ادغام نظری^۱، بهگزینی^۲، عناصر مشترک^۳، جذبی^۴). شکل اول به دنبال ادغام نظریه ها است، شکل دوم بهگزینی تکنیکها را مطرح کرده است، شکل سوم به استخراج عناصر مشترک در روان درمانی ها پرداخته و شکل چهارم، با قبول و اتکا به یک نظریه زیربنایی، تکنیکهایی را از دیگر رویکردها برای اقدامات درمانی، تبلیغ می کند. اما این یکپارچگی در شکل کلی آن، همان چیزی نیست که ما از آن به عنوان روان درمانی یکپارچه نام می بریم.

شکل نخست، که به ادغام نظریه ها می پردازد، در پی ایجاد چارچوبی واحد از تلفیق نظریه های موجود است. برای مثال، می خواهد روان تحلیل گری را با رفتارگرایی ترکیب کند. این رویکرد در تئوری

بسیار جذاب و هیجان انگیز به نظر می‌رسد، اما در عمل، تفاوت‌های بنیادین در پیش‌فرض‌ها و دیدگاه‌های این نظریه‌ها نسبت به انسان، ادغام آن‌ها را به فرایندی چالش‌برانگیز تبدیل می‌کند. از این‌رو این روش به یکپارچگی حقیقی دست نمی‌یابد، زیرا به جای خلق هویتی مستقل، به توافق میان دیدگاه‌های متضاد بسنده می‌کند. شکل دوم، که به‌گزینی تکنیک‌ها را مطرح می‌کند، بر این ایده استوار است که می‌توان از هر رویکرد درمانی، ابزارهایی را بر اساس نیاز مراجع انتخاب کرد. به عنوان مثال، ممکن است از ذهن‌آگاهی و شرطی‌سازی به‌طور همزمان بهره گرفت. این روش از منظر کاربردی قابل توجه است، اما صرفاً مجموعه‌ای از ابزارها را بدون چارچوب نظری منسجم فراهم می‌سازد. این رویکرد خلاقیت دارد، اما فاقد وحدت ساختاری است.

شکل سوم، که بر استخراج عناصر مشترک در روان‌درمانی‌ها تمرکز دارد، در پی شناسایی جنبه‌های مشابه میان رویکردهای مختلف، مانند اهمیت رابطه درمانی یا همدلی، آگاهی افزایی و موضوعاتی از این قبیل است. این روش از منظر منطقی و تجربی بسیار ارزشمند است، اما کمی ناکافی است، زیرا تنها به نقاط اشتراک اکتفا می‌کند. ما معتقدیم اگر این شباهتها موجب درمان می‌شود، تفاوت‌های اساسی آنها را زنده و نکته رجوع نگه‌میدارد. این رویکرد را می‌توان به نقشه‌ای ساده‌شده از واقعیتی پیچیده تشبیه کرد که اگرچه سودمند است، اما به تمامی ابعاد موضوع پاسخ نمی‌گوید. شکل چهارم، که بر اتکای به یک نظریه زیربنایی و استفاده از تکنیک‌های سایر رویکردها استوار است، به نظر ساختاری مستحکم‌تر دارد. چون به عنوان مثال، می‌توان رفتارگرایی را به عنوان پایه انتخاب کرد و موضوعی از روان‌تحلیل‌گری را به آن افزود. با این حال، در این مدل نیز نظریه اصلی بر دیگر عناصر غالب است و تکنیک‌های واردشده صرفاً نقش مکمل در درون یک رویکرد تک پارادایمی را دارد. مانند ساختمان‌ی که با یک سبک مشخص بنا شده و با چند عنصر موثر از سبکی دیگر تکمیل‌تر شده است، بدون آنکه تحولی بنیادین در آن رخ دهد.

از نظر ما، یکپارچگی فراتر از ترکیب یا جمع‌آوری عناصر است و به خلق دیدگاهی نوین و ارگانیک اشاره دارد که از هم‌افزایی پویای نظریه‌ها پدید می‌آید، گویی از آغاز به همین صورت شکل گرفته است. این چهار مدل، بیشتر به مدیریت تنوع میان نظریه‌ها می‌پردازد تا آفرینش هویتی مستقل و یکپارچه. ما به دنبال نوعی یکپارچگی بودیم که نه تنها نظریه‌ها و تکنیک‌ها را معنا دهد، بلکه درکی کل‌نگر، پویا و جامع از انسان ارایه کند که هم ریشه‌ها و هم ابعاد مختلف وجود او را در بر گیرد.

یکپارچه نگری پویا

نظریه‌های روان‌درمانی موجود هر کدام زاویه‌ای خاص از تجربه انسانی را روشن می‌کنند، اما هیچ کدام به تنهایی نمی‌توانند تمام ابعاد وجود انسان را پوشش دهند. انسان موجودی چندلایه است که تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و وجودی عمل می‌کند. بنابراین یک نظریه منسجم و فراگیر باید همه جنبه‌های انسان (جسم، ذهن، عواطف، روابط، معنا) را پوشش دهد، بتواند با نیازهای متنوع مراجعان و تفاوت‌های فرهنگی آنها سازگار شود، از علوم مدرن بهره گیرد، و شیوه‌های عملی برای اقدامات خود ارایه دهد. برای یکپارچه نگری باید دستاوردهای هریک از پارادایم‌ها را در نظر بگیریم:

آنچه از پارادایم زیستی آموختیم، اعتبار بُعد زیستی شامل جسم، مغز، ژنتیک، نوروترانسمیترها، هورمون‌ها، خواب، تغذیه، و پاسخ‌های فیزیولوژیایی بود که نشان می‌دهد انسان بدون جسم و مغز نمی‌تواند تجربه روانی داشته باشد. برای مثال، کمبود سروتونین در افسردگی یا فعال شدن آمیگدال در اضطراب نشان‌دهنده این است که زیست‌شناسی، پایه‌ای برای روان فراهم می‌کند و این تغییرات می‌تواند از عوامل درونی (مثل ژنتیک) یا بیرونی (مثل استرس محیطی) ناشی شود. بدیهی است نادیده گرفتن این بُعد، فهم روان‌درمانی را مشکل می‌کند.

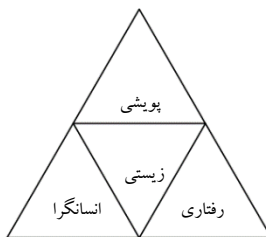
آنچه از پارادایم پویایی آموختیم، اهمیت بُعد ناخودآگاه شامل انگیزه‌ها، تجربیات اولیه، الگوهای تکراری، و تعارض‌های درونی است که از تجربه‌های درونی (مثل احساسات ذاتی) و بیرونی (مثل روابط گذشته) شکل گرفته‌اند. این پارادایم نشان می‌دهد که بسیاری از رفتارها و احساسات ما ریشه در فرآیندهای ناخودآگاه دارند و بدون کاوش در آنها، تغییرات به‌دست‌آمده در روان‌درمانی، به دستاوردهایی سطحی تبدیل و عوامل عمیق‌تر مثل خاطرات و تروماها نادیده گرفته خ. اهد شد خواهند شد.

آنچه از پارادایم رفتاری آموختیم، اهمیت بُعد ذهنی- رفتاری شامل رفتارهای درونی و بیرونی منطبق بر یادگیری‌های انسان است. واژه ذهنی، فعالیت‌های ذهن مثل افکار، باورها، هیجانات، خیال‌پردازی‌ها، و آگاهی لحظه‌ای را در بر می‌گیرد، در حالی که رفتار به اعمال، عادات، و پاسخ‌های قابل مشاهده اشاره دارد. ما بُعد رفتار درونی و بیرونی را نه به عنوان دو موضوع مجزا از یکدیگر، بلکه در مجموع پاسخ انسان به محرک‌های درونی (مثل باورها) و بیرونی (مثل انتظارات دیگران) تعریف می‌کنیم.

آنچه از پارادایم وجودی و انسان‌گرا آموختیم، بُعد وجودی- انسان شامل خودآگاهی، معنای زندگی، اراده آزاد، و رشد شخصی است که تحت تأثیر تجربه‌های درونی (مثل ارزش‌ها) و بیرونی (مثل حس

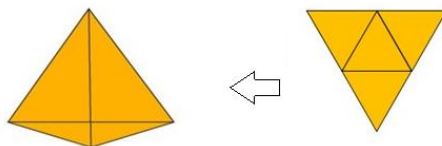
تعلق) شکل می گیرند. از این پارادایم آموختیم که انسان نه تنها به رفع علایم، بلکه به درک عمیق تر خود و زندگی خود نیاز دارد و بحران های معنایی مانند احساس پوچی یا بحران هویت، بدون پرداختن به این بُعد حل نمی شوند.

اگر واقع بین باشیم، تاکنون رویکردهای روان درمانی به صورت اشکال مجزای پراکنده دیده شده اند که حتی در بهترین حالت، مثل قطعات پازلی کنار هم قرار می گرفتند و به شکل یک مثلث ساده درمی آمدند، بدون اینکه این چیدمان هدف مشخص یا انسجام عمیقی را دنبال کند. این تلقی نه تنها عمق چندبُعدی انسان را نادیده می گیرد، بلکه مانع از ایجاد یه چارچوب جامع برای فهم روان درمانی می شود (شکل ۱):



شکل ۱: پارادایم های روان درمانی

ما در حدود ۲۵ سال گذشته ده ها پژوهش در روان درمانی انجام داده ایم. نتایج پژوهش های ما، نشان دادند که تمامی رویکردها به نوعی به نیازهای بنیادی انسانی مانند خودآگاهی، رشد شخصی، بهبود رابطه های انسانی و تغییر رفتار تأکید دارند و به دنبال آن هستند که درمانجو بتواند تجربه های خود را که می تواند ناهشیار باشند، درک و پردازش کند و از آن تجربه ها برای سازگاری و رشد خود استفاده نماید. ما متوجه شدیم که رویکردها از عوامل مشترکی در طراحی پروتکل های درمانی و تدوین استراتژی های مداخله ای استفاده می کنند و بر این اساس می توانند به نتایج بهتری در درمان اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی مراجعین دست یابند. ما در چهار سال گذشته به این نتیجه رسیدیم که می توان پارادایم های روان درمانی را به مثابه وجوه یک ساختمان در نظر گرفت. اگر بر اساس آنچه گفته شد، شکل شماره ۱ را تا می کردیم شاید به شکل اصلی روان درمانی می رسیدیم:



شکل ۲: مدل مفروض روان‌درمانی یکپارچه نگر پویا

ما این شکل مفهومی را، 'روان‌درمانی یکپارچه پویا' نام گذاشتیم. مدل مفروض ما بر این ایده استوار است که انسان به عنوان موجودی چندبُعدی که تحت تأثیر تعامل با دیگران و جهان است، در بافتاری پویا و یکپارچه از زیست‌مایه‌ها؛ ناخودآگاه؛ فرایندهای ذهنی و رفتاری؛ و امکانات وجودی و انسانی عمل می‌کند.

یکپارچه و پویا دیدن این بافت، عنصر بنیادی مدل پیشنهادی ما است. ممکن است در ظاهر این پارادایم‌ها به خاطر تفاوت‌های فلسفی که دارند، ناسازگار به نظر برسند، درحالی‌که تجربه‌های پژوهشی این موضوع را تایید نمی‌کنند. به عنوان نمونه، می‌توان هر پارادایم را به عنوان بخشی از واقعیت روان‌شناختی که در درون یک سیستم سلسله‌مراتبی (مثل هرم) کنار هم قرار می‌گیرند در نظر گرفت؛ تجارب موفقیتی مانند تلفیق عناصر کلیدی چند پارادایم در یک مدل درمانی، مانند درمان شناختی تحلیلی رایل (۱۹۹۵)، امکان ادغام پارادایم‌ها و اخذ نتیجه موثر از آن را نشان داده است؛ و تجاربی وجود دارد که استفاده مکمل و همزمان این پارادایم‌ها مانند ترکیب درمان زیستی و رفتاری را در درمان اختلالات روان‌شناختی (برای مثال: ادی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کامنف و همکاران، ۲۰۱۷) از اجرای صرفاً یکی از آنها موثرتر دانسته است.

احتمالاً یکی از مهمترین چالشهای این بحث مکمل دیدن موضوعات پیچیده‌ای مانند خودآگاهی، ناخودآگاه، و اراده آزاد، گریز از آگاهی و ... است. اگر این موضوعات به ظاهر متفاوت را، در سازمانی در نظر بگیرید که از سازوکار (مکانیسم)های مشخصی، برای عملکرد خود استفاده می‌کند، درک موضوع راحت‌تر خواهد شد. هریک از این مکانیسم‌ها ابزار و شیوه‌هایی برای بقا و رشد فراهم می‌کنند و نیروی پویای سازمان را تشکیل می‌دهند که نحوه عملکرد آن را تعیین می‌کنند. از نظر ما، این سیستم پویا متشکل از مکانیسم‌هایی است که برای تحقق اهداف خود به صورت هماهنگ عمل می‌کنند. وقتی از مکانیسم صحبت می‌کنیم، تمام فرایندهای ذهنی و رفتاری را در نظر داریم که باعث شکل‌گیری افکار، احساسات یا واکنش‌های خاص می‌شوند. هریک از این مکانیسم‌ها چگونگی

کارکرد یک موضوع را نشان می‌دهند. به عنوان نمونه، در بحث‌های مربوط به خودآگاهی، ناخودآگاه، و اراده آزاد، به جای تولید نظام‌های دوقطبی، می‌توان آن‌ها را وظایف متفاوت بخش‌های یک سازمان یکپارچه دانست. ما این موضوع را در مورد فروید هم شاهد بودیم. او با تحلیل خودش نشان داد اگر تصمیمات ما ابتدا تحت تأثیر نیروهای ناخودآگاه باشند، با آگاهی، بازاندیشی، و انتخاب آگاهانه، می‌توانیم مسیر خود را تغییر دهیم. روان‌درمانی‌ها، نقش آگاهی در تعدیل ناخودآگاه را نشان داده‌اند. برای مثال، فردی که درگیر یک الگوی رفتاری ناهشیار است، می‌تواند با تحلیل و خودآگاهی این الگو را بشناسد و در مسیر تغییر آن گام بردارد. حتی از نظر علوم اعصاب، می‌توان ناخودآگاه و خودآگاه را دو سیستم پردازشی در نظر گرفت که تعامل پیچیده‌ای با یکدیگر دارند. ساختارهایی مانند آمیگدالا و هسته‌های قاعده‌ای در پردازش خودکار و ناخودآگاه نقش دارند، در حالی که قشر پیش‌پیشانی در فرآیندهای تصمیم‌گیری آگاهانه مشارکت می‌کند. پس هریک از این فرایندها، مکانیسم‌های متفاوت یک سازمان هستند که در راستای کارآمدی آن عمل می‌کنند. و سازمانی که چنین مکانیسم‌هایی را نداشته باشد دچار ناکارآمدی، آشفتگی و فروپاشی خواهد شد.

موضع مدل یکپارچه نگر پویا نسبت به ماهیت انسان، علل مشکلات روان‌شناختی، اهداف درمان و فرایند درمان، و نقش درمانگر و مراجع چیست؟

ماهیت انسان

ماهیت انسان در روان‌درمانی یکپارچه پویا، به عنوان موجودی چندبُعدی با یک سیستم درونی پویا است که نتیجه تعامل چهار بُعد زیستی، ناخودآگاه، ذهن و رفتار، و ابعاد وجودی است. این نظریه ساختار یکپارچه‌ای را پیشنهاد می‌کند که این بُعدهای چهارگانه را به صورت پویا و تعاملی با هم پیوند می‌زند. ماهیت انسان تنها در یک سطح (مثلاً زیستی یا روانی) قابل درک نیست. ماهیت انسان محصول تعامل زیست، ناخودآگاه، ذهن و رفتار و انسانیت انسان است. وقتی از عوامل زیستی صحبت می‌کنیم، ساختار ژنتیکی، عملکرد مغز، سیستم عصبی و تأثیرات هورمونی و مانند آنها را در نظر داریم. این جنبه نشان می‌دهد انسان بدون جسم و مغز نمی‌تواند تجربه روانی داشته باشد. یعنی زیست‌شناسی، پایه‌ای برای روان فراهم می‌کند. منظور ما از ناخودآگاه، انگیزه‌ها، تعارض‌ها، و الگوهای پنهان است که از تجربه‌های اولیه و تعارض‌های درونی شکل می‌گیرند و رفتارها و احساسات، هیجانها و فرایندهای ذهنی را هدایت می‌کنند. هدف از عوامل ذهنی-رفتاری، رفتارهای درونی (مثل افکار و هیجانات) و بیرونی (مثل اعمال و عادات) است که از محرک‌های درونی و بیرونی بر اساس قواعد یادگیری نشأت

می‌گیرند، و سرانجام بعد وجودی و انسانی معرف خودآگاهی، معنا، آزادی، آگاهی و رشد شخصی است که به هویت و معناجویی انسان شکل می‌دهد. با این نگاه، مغز به‌عنوان فرمانده بدن، پردازشگر کل سیستم انسانی است که تمامی ابعاد روانی و زیستی را یکپارچه می‌کند.

ما بر این باوریم، هر تغییری در تجربه انسانی، چه در سطح زیستی، ناخودآگاه، ذهنی و رفتاری یا وجودی، در نهایت از طریق مغز معنا پیدا می‌کند. بنابراین، هر رویکرد درمانی که مغز، ویژگیها، و عملکرد انطباقی آن را نادیده بگیرد، ناقص خواهد بود. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که ساختار مغز، سیستم عصبی، تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی در شکل‌گیری رفتار موثرند (دروتس و همکاران، ۲۰۰۸؛ دی مندونسافیلهو و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتارهای انسان تحت تأثیر انگیزه‌های ناهشیار، تجارب اولیه زندگی و تعارض‌های درونی قرار دارند (بلات و لولی، ۲۰۰۳؛ بارق و مارسلا، ۲۰۰۸؛ فروید، ۱۹۰۵ و ۱۹۰۰؛ کرنبرگ، ۲۰۰۴)، رفتارهای انسان نتیجه یادگیری است (اسکینر، ۱۹۵۳؛ استیز، ۱۹۶۹؛ بندورا، ۲۰۰۱)، و انسان دارای آزادی اراده، خودآگاهی و تمایل به رشد است یعنی معناجویی و هویت فردی از عناصر اساسی ماهیت انسان هستند (راجرز، ۱۹۶۶؛ مازلو، ۱۹۶۸).

همچنین باید روشن کنیم که اگرچه در زبان روزمره برای توصیف تجربه‌های انسانی، اندیشه، هیجان و رفتار را از هم تفکیک می‌کنیم و در برخی رویکردهای فلسفی و روان‌شناختی امکان تفکیک اندیشه، هیجان و رفتار وجود دارد، اما، رویکردهای علمی معاصر این‌ها را به‌عنوان بخش‌های مرتبط با یکدیگر می‌دانند. هرچند تفکیک این سه ممکن است برای تحلیل‌های نظری مفید باشد، اما در سطح عملی و تجربی، این سه مؤلفه به‌طور پیچیده‌ای در هم تنیده‌اند و هر سه مفهوم در اصل جلوه‌هایی از یک فرایند رفتاری هستند که در سطوح مختلفی از آشکار تا نهان عمل می‌کنند.

مغز یک سامانه پیچیده عصبی است که وظیفه‌ی دریافت، پردازش، ذخیره‌سازی و ارسال اطلاعات را بر عهده دارد. از ادراک و پردازش حسی، کنترل حرکات ارادی و غیرارادی، تنظیم هومئوستاز بدن، مدیریت سیستم غدد درون‌ریز؛ فرایندهای ذهنی و پردازش اطلاعات نظیر حافظه و یادگیری، توجه و تمرکز، زبان و پردازش مفهومی، تفکر، استدلال و حل مساله؛ و ابعاد پیچیده‌تری، چون تجربه هیجان و انگیزش، خودآگاهی و مفهوم خویشتن، درک معنای زندگی و ارزش‌ها به علت وجود و مغز انسانی انجام می‌گیرد. به طور خلاصه پایه تمام فرایندهای ذهنی به مغز و سیستم عصبی مربوط است و مفاهیمی مانند آگاهی، معنا، تجربه زیسته و شخصیت به مدد این پایه و بر اساس تعاملات پیچیده بین مغز، بدن، محیط و فرهنگ انجام می‌شود.

از طرفی باید بدانیم که مغز نه تنها دریافت‌های حسی را پردازش می‌کند بلکه این دریافت‌ها را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که درک، تجربه و واکنش‌های فردی با محیط و وضعیت‌های مختلف متناسب شود. این تغییرات، ناشی از فیلترینگ، یادگیری، تأثیرات هیجانی، و پیش‌فرض‌های هشیار و ناهشیار هستند و (درست یا نادرست) به درک و تفسیر ما از دنیای اطراف شکل می‌دهند و تجربه‌های ذهنی ما را پدید می‌آورند. فرایندهای تفسیر، تبدیل، تغییر، تحریف و حذف اطلاعات، بخشی از عملکرد طبیعی مغز هستند که به آن کمک می‌کنند تا اطلاعات را به‌طور مؤثر پردازش کند. این فرایندها باعث می‌شوند که فرد بتواند سریع‌تر تصمیم‌گیری کرده و متناسب با شرایط محیطی و نیازهای روانی خود واکنش نشان دهد تا رفتار درونی و بیرونی مؤثری را تدارک ببیند. این فرایندها می‌توانند در برخی موارد مفید باشند، اما همچنین می‌توانند موجب سوگیری‌های ذهنی، خطاهای پردازشی و الگوهای ناسازگار ذهنی و رفتاری شوند.

آسیب‌شناسی روانی

نمی‌توان دلایل رفتارهای نابهنجار انسان را تنها بر اساس یکی از پارادایم‌ها تبیین کرد. رفتارهای نابهنجار انسان به دلیل پیچیدگی‌های روان‌شناختی و عوامل مختلفی که در شکل‌گیری آن‌ها دخیل هستند، نیاز به تبیین جامع و چندبعد و یکپارچه دارند. از آنجایی که هر یک از پارادایم‌های روان‌شناختی تنها بخشی از واقعیت رفتارهای نابهنجار را روشن می‌کنند، هیچ‌کدام به‌تنهایی قادر به توضیح تمام ابعاد آسیب‌شناسی روانی نیستند. رفتارهای نابهنجار نتیجه تعامل پیچیده‌ی عوامل زیستی، روان‌شناختی (پویایی‌ها، قابلیت‌ها، امکانات) حتی اجتماعی و فرهنگی و پویایی‌های بین آنهاست. برای مثال، فردی که دچار اضطراب است، ممکن است تحت تأثیر عوامل زیستی (ژنتیک، نوروترانسمیترها، ناترازی‌های زیستی و ...) و روان‌شناختی (تجربیات منفی دوران کودکی و تعارض‌های ناهشیار، بی‌معنایی وجودی، هویت نابسند) چنین مشکلی پیدا کرده باشد و در عین حال آموزش‌های اجتماعی و مدل‌سازی رفتار بر این مشکل او تأثیرگذار بوده باشد.

برای داشتن یک توضیح جامع و دقیق از رفتارهای نابهنجار، باید به همه ابعاد انسان توجه شود. در شکلی ساده شده، زیست‌شناسی کمک می‌کند تا بفهمیم که چرا برخی اختلالات دارای پایه‌های زیستی هستند و چه نوع اقدامی در مورد آن برای مراجعی خاص مقرون به صرفه و صلاح است، روان‌شناسی پویایی نشان می‌دهد که چرا فرد ممکن است از تعارضات درونی رنج برده و مشکلاتی در روابط خود داشته باشد، به همین ترتیب روان‌شناسی رفتاری (یادگیری محور) می‌تواند توضیح دهد

که چگونه یادگیری‌ها و تجربه‌های تروماتیک می‌تواند در شکل‌گیری رفتارهای ناسازگار موثر افتند و سرانجام روان‌شناسی انسان‌گرایانه می‌تواند تاثیر رشد فردی و معنای زندگی او را در تولید و تداوم یک رفتار ناسازگار توضیح دهد.

یکپارچگی پارادایم‌ها در تبیین رفتارهای نابهنجار را از طریق سه عامل زمینه‌ساز، راه‌انداز، و پایدارساز می‌توان توضیح داد. عوامل زمینه‌ساز نشان می‌دهند که چرا فرد مستعد یک رفتار یا اختلال است. عوامل راه‌انداز توضیح می‌دهند که چرا یک رفتار خاص در یک زمان مشخص راه افتاده است و عوامل پایدارساز مشخص می‌کنند که چرا این رفتار ادامه پیدا می‌کند و چرا درمان ممکن است دشوار باشد. در مورد انسان، هیچ عاملی به تنهایی و همیشه، باعث اختلال نمی‌شود و مشکلات حاصل تعامل پیچیده عوامل زیستی (استعداد ژنتیکی برای اضطراب، اختلال در انتقال دهنده های عصبی، یا آسیب مغزی)؛ موضوعات پویایی مانند هیجانها، تعارضهای حل نشده با والدین، یا مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد؛ یا یادگیری‌ها مانند شرطی شدن‌ها (پاسخگر و کنشگر)، یادگیری از طریق مشاهده و مدل‌های رفتاری، یادگیری شناختی-اجتماعی و پردازش اطلاعات؛ بحران معنا، گریز از آگاهی، انکار آزادی و مسوولیت فردی است. ساده ترین مثال افسردگی است. افسردگی ممکن است ترکیب استعداد زیستی، پویای های درونی، یادگیری، و احساس بی معنایی یا بدمعنایی و یا هر ترکیب دیگری از این عوامل باشد.

در یکپارچه نگری، بیماری‌ها یا اختلالات روانی به‌عنوان پدیده‌هایی چندبُعدی در نظر گرفته می‌شوند که تحت تأثیر زیست‌شناسی، فرایندهای ناخودآگاه، یادگیری، و عوامل وجودی قرار دارند. بنابراین، هر گونه تحلیل آسیب‌شناختی باید این سطوح را به‌صورت یکپارچه و پویا در نظر بگیرد.

اهداف و فرایند درمان

در این مدل، روان‌درمانی به‌عنوان یک فرآیند جامع و یکپارچه تعریف می‌شود که هدف آن درک و بهبود تمامی ابعاد روانی فرد به صورتی یکپارچه است. از این نظر روان را می‌توان به‌عنوان سامانه‌ای پویا و چندبُعدی از فرایندهای ذهنی، هیجانی و رفتاری تعریف کرد که در تعامل مستمر با بدن، ناخودآگاه، محیط و معنا قرار دارد و تجربه درونی و رفتار بیرونی انسان را هدایت می‌کند. در این چارچوب، هر یک از وجوه وجودی ما، به‌طور مستقل و هم‌زمان نقش‌های خاصی را ایفا می‌کنند و همین امر باعث می‌شود تا این درمان بر اساس نیازهای فردی و شرایط خاص هر مراجع تنظیم شود. روان‌درمانی یکپارچه پویا، به‌عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که از طریق دسترسی به هر یک از

دروازه‌ها (وجه‌های) هرم وجودی (پارادایم‌ها)، به فرد کمک می‌کند تا پویایی‌های روانی خود را شناسایی کرده و در رفتارها، عواطف، افکار و احساسات خود تغییراتی به سمت بهبود ایجاد کند. وقتی به دنبال رواندرمانی یکپارچه هستیم، در واقع با مجموعه‌ای بنام روان مواجهیم که در آن مبانی زیستی، تجربه‌ای، ارتباطی، رفتاری، وجودی و معنا شناختی، در شکلی پویا و معمولاً ناهشیار می‌توانند به نیازها، تعارضات و الگوهای تکرار شونده‌ای منجر شوند که از نظر درمانگر ناکارآمد، انحرافی یا ناسالم است. وقتی از چنین سامانه‌ای صحبت می‌کنیم باید فرایند تغییر را مد نظر قرار دهیم. فرایند تغییر متضمن آمادگی فرد برای تغییر، ارتباط درمانی قوی، تناسب روش درمانی با نیازهای فرد، و فراهم کردن حمایت است. از سالهای گذشته (۱۹۹۶) ما آنچه را که بعد از ورود از هریک از وجوه (زیستی، پویایی، رفتاری، وجودی) در رواندرمانی اتفاق می‌افتد در چهار عامل، رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی، و نظم بخشی رفتار و فرایندهای ذهنی شرح دادیم. این چهار عامل تمام جنبه‌های کلیدی درمان را پوشش می‌دهند.

رابطه درمانی به ارتباط حرفه‌ای، عاطفی، و روان‌شناختی بین درمانگر و مراجع گفته می‌شود که در فرآیند درمان نقش کلیدی دارد. این رابطه شامل اعتماد، همدلی، همکاری، و حمایت در عین اقتدار است و تأثیر مستقیمی بر پیشرفت مراجع در درمان دارد. رابطه درمانی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت درمان در تمام رویکردهای روان‌درمانی است. رابطه درمانی بنیان روان‌درمانی موفق است و بسته به رویکرد درمانی، ممکن است به روش‌های مختلفی مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، در تمام مدل‌های درمانی، اعتماد، همدلی، پذیرش، و همکاری عناصر کلیدی این رابطه محسوب می‌شود.

ایجاد امید و انتظار درمان از عوامل کلیدی در موفقیت درمان است و در تمام رویکردهای درمانی، بخشی از تأثیر درمانی مربوط به آن است. ایجاد امید و انتظار درمان می‌تواند به افزایش انگیزه برای تغییر، تقویت اتحاد درمانی، و بهبود نتایج درمانی کمک کند. ایجاد امید و انتظار درمان که از طریق اتحاد درمانی، تغییر باورهای منفی، تقویت موفقیت‌های کوچک، و فراهم کردن بینش و معنا تقویت می‌شود موجب می‌شود تا مراجعان پاسخ درمانی بهتری نشان دهند و پیشرفت پایدارتری را در درمان تجربه کنند.

آگاهی‌افزایی یکی از فرآیندهای کلیدی تغییر در انواع روان‌درمانی‌ها است و به فرایندی اشاره دارد که در آن فرد از طریق دریافت اطلاعات جدید، بازخوردهای درمانی و افزایش بینش، و فهم‌گریز از آگاهی، درک بیشتری از مشکل خود و پیامدهای آن پیدا می‌کند. آگاهی‌افزایی فرآیندی است که

در آن مراجع از افکار، احساسات، رفتارها، و الگوهای ناخودآگاه خود بیشتر آگاه می‌شود. در این فرایند ابعاد هیجانی نقش اساسی ایفا می‌کنند. هدف آگاهی‌افزایی، افزایش بینش نسبت به حال حاضر، رفتارهای ناسازگار و عوامل تأثیرگذار بر آنها است.

نظم‌بخشی رفتار و فرآیندهای ذهنی یکی از عوامل اصلی و مشترک در تمام رویکردهای روان‌درمانی است. هدف همه درمان‌ها این است که فرد کنترل بیشتری بر هیجانات، افکار و رفتارهای خود داشته باشد و بتواند با چالش‌های زندگی سازگارانه‌تر برخورد کند. اگرچه هر رویکرد از روش خاص خود برای تحقق این هدف استفاده می‌کند، اما در نهایت همه آنها به دنبال افزایش خودتنظیمی و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی هستند. بررسی‌های ما نشان می‌دهد که تقریباً تمام عوامل مهم در روان‌درمانی را می‌توان درون این چهار مؤلفه قرار داد. در این رابطه می‌توان گفت اگرچه ممکن است بعضی از درمان‌ها روی یک عامل خاص تأکید بیشتری داشته باشند، اما هیچ عامل کاملاً مجزایی که بیرون از این چهارچوب باشد، فعلاً وجود ندارد و می‌توان این چهار عامل را به‌عنوان ساختاری جامع در تمام پارادایم‌های روان‌درمانی در نظر گرفت.

در کاربرد عوامل و سطح مداخله در آنها باید نقش خود را بر اساس آمادگی مراجع تنظیم کنیم تا بیشترین تأثیر را داشته باشد. در کاربرد هر تکنیکی برای رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار و فرایندهای ذهنی، باید توجه داشته باشیم که درمانجو در کدام مرحله تغییر شامل پیش تفکر^۱، تفکر^۲، آمادگی^۳، اقدام^۴ و نگهداری^۵ (پروچاسکا و همکاران، ۱۹۹۳؛ نورکراس و وامپولد، ۲۰۱۱) است.

در نظر گرفتن ویژگیهای عصب‌روانشناسی و تأثیرات ساختارهای مغزی بر الگوهای رفتاری؛ درک تعارض‌های ناخودآگاه و چگونگی تأثیر آنها بر رفتار، افکار و هیجانات؛ بررسی نحوه شکل‌گیری الگوهای رفتاری، هیجانی و ذهنی فرد از دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات کنونی؛ تحلیل تأثیر تجربیات اولیه و روابط گذشته بر رفتار و فرایندهای ذهنی فرد در حال؛ بررسی شیوه‌های ارتباطی فرد با خود و دیگران؛ شناسایی الگوهای مخرب در روابط بین‌فردی (مانند وابستگی ناسالم، اجتناب هیجانی، یا تکرار روابط مشکل‌زا)؛ کمک به فرد برای درک بهتر نحوه تأثیرگذاری الگوهای گذشته بر وضعیت روان‌شناختی و تعاملات فعلی؛ تسهیل بینش فرد نسبت به نقش خود در مشکلات کنونی و

نحوه تغییر آن؛ کاربست شیوه‌ها و روشهایی برای شکستن چرخه‌های ناسازگار شناختی، هیجانی و رفتاری؛ آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و توانایی کنترل بهتر احساسات؛ توجه به تمناهای رشدی و معنایی افراد، فهم چرایی و چگونگی مقاومت درمانجویان برای درک تعارضات، روابط بین فردی و الگوهای تکرارشونده در زندگی و یافتن راههایی برای بازگرداندن فرد به زندگی بهینه و کارآمد و سرانجام توسعه یک هویت منسجم‌تر و سالم‌تر که به فرد اجازه دهد انتخاب‌های آگاهانه‌تری در زندگی داشته باشد هدف این رواندرمانی یکپارچه پویا است.

نقش درمانگر و مراجع

در درمان یکپارچه نگر درمانگر به عنوان یک متخصص چندرشته ای عمل می کند و نقش‌های مختلفی دارد. در نقش مربی به آموزش مهارت‌های رفتاری می پردازد؛ در نقش تحلیلگر به کشف تعارضهای ناهشیار کمک می کند؛ در نقش یک همراه هستی گرا به عنوان یک شنونده بی قضاوت دغدغه‌های معنا شناختی و وجودی درمانجو را دنبال می کند؛ و سرانجام به عنوان یک مشاور زیستی مراجع را در صورت لزوم به متخصصان روانپزشک ارجاع می دهد. در این فرایند مراجع یک شریک فعال در درمان است. او نه تنها باید اراده معطوف به تغییر داشته و برای تغییر رفتار تلاش کند، بلکه با کاوش درون و پذیرش مسوولیت با گریز از آگاهی خود مواجه شود.

وظیفه درمانگر در روان درمانی یکپارچه نگر ارزیابی جامع و فراهم کردن تصویر جامعی از وضعیت موجود، فرمول بندی یکپارچه و طراحی درمان از طریق تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده است. مشارکت فعال و ایجاد محیط امن و بدون قضاوت و توأم با همدلی در کنار توانمندی های نقشی درمانگر بخصوص در شخصی سازی درمان، امکان آن را فراهم می کند تا درمانجو بتواند آزادانه با تعارض های ناخود آگاه، هیجانات و افکار خود روبه رو شود.

یکی از موضوعاتی که در بسیاری از موارد نقش پویای آن در درمان نادیده گرفته می شود خود درمانجو است. ما چند سال قبل با مطرح کردن اراده معطوف به درمان نشان دادیم که اراده معطوف به درمان یکی از اصلی ترین مولفه های اثربخشی روان درمانی است. شواهد پژوهشی نشان داده اند که عوامل مرتبط با درمانجو، از جمله انگیزه، آمادگی و نقش فعال او در درمان، تأثیر بسزایی در اثربخشی روان درمانی دارند. ما در پژوهش های پیشین خود، با معرفی مفهوم اراده معطوف به درمان، نشان داده ایم که این عامل یکی از مهمترین مولفه های تعیین کننده موفقیت درمان است. تجربیات ما نشان داده است، میزان مشارکت و تعهد درمانجو به عنوان یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های پیامد درمان

به حساب می آید. بر این اساس تلاش کردیم تا فرمولی برای درمان موثر طراحی کنیم که مدل تکامل یافته کارخوف و برنسون (۱۹۷۶) است. در این فرمول نشان دادیم که درمان موثر تابعی از نظریه موثر، برنامه موثر، درمانگر موثر، و درمانجوی موثر است.

$$\text{(نظریه موثر + برنامه موثر + درمانگر موثر + درمانجوی موثر)} = f(\text{درمان موثر})$$

از نظر فنی منظور ما از اراده معطوف به درمان، اراده‌ای آگاهانه و هدفمندی است که با تمرکز بر فرایند بهبودی یا درمان شکل می‌گیرد و متضمن تصمیم آگاهانه درمانجو برای مشارکت در فرایند درمان و رسیدن به اهداف (قصد آگاهانه)، تمرکز بر دستیابی به نتایج مشخص درمانی (جهت‌گیری هدفمند)، و مشارکت فعالانه در برنامه‌های درمانی (مانند پیروی از دارودرمانی، رواندرمانی، یا تلاش در جهت تغییر سبک زندگی (تعامل فعال) است. اراده معطوف به درمان با پیروی و تبعیت منفعلانه به درمان متفاوت است. اراده معطوف به درمان، ترکیبی از عزم روانی، آگاهی بالینی، و تعامل اخلاقی است که در چهارچوب رابطه درمانی به پیشبرد اهداف سلامت منجر می‌شود. در رواندرمانی یکپارچه‌نگر، درمانجو باید با باز بودن نسبت به باز شدن مسیرهای ذهنی و هیجانی خود به درمانگر و به‌اشتراک‌گذاری افکار، احساسات و تجربه‌های هیجانی خود با درمانگر، در فرآیند درمان همکاری فعال داشته و با بیان احساسات، افکار و تجربیات خود، اطلاعات لازم برای درمانگر جهت تدوین درمان مناسب را فراهم سازد. با انجام تمرینات درمانی و پیگیری مداخلات درمانی در زندگی روزمره، لزوم و مسوولیت تغییر خود را به‌طور آگاهانه و فعال بپذیرد و برای تغییر رفتارها، الگوها و باورهای ناکارآمد خود اقدام کند. رابطه درمانی در این مدل باید پویا و چندوجهی باشد تا بتواند از تمام ابعاد روانی فرد حمایت کند.

در پایان ما نمی‌گوییم که «همه پاسخها را داریم»، اما با تواضع علمی می‌پذیریم که انسان موجودی است چندبعدی، و هر پارادایم تنها بخشی از حقیقت را بازتاب داده است و لاجرم درمان موثر را مستلزم عبور از جنگ نظریه‌ها و دیدن آنها در یک سیستم یکپارچه و ساختن پلی بین ذهن، بدن، رفتار و معنا می‌دانیم. بنابراین یکپارچه‌نگری را هم علم و هم هنر به حساب می‌آوریم.

References

- American Psychological Association. (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. Retrieved from <https://www.apa.org>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Bargh, J. A., & Morsella, E. (2008). The unconscious mind. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 73-79.

- Bergmann, M. S. (1993). Reflections on the history of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 929-955.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 104-152.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association.
- Carkhuff, R. R., & Berenson, B. G. (1976). *Teaching as treatment: An introduction to counseling & psychotherapy*. Human Resource Development Press.
- Cooper, M. (2008). Existential psychotherapy. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*, 237-276.
- de Mendonça Filho, E. J., Alves, M. B., & Silveira, P. P. (2022). Brain structural abnormalities in six major psychiatric disorders: shared variation and network perspectives. *F1000Research*, 10, 356.
- Drevets, W. C., Price, J. L., & Furey, M. L. (2008). Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. *Brain structure and function*, 213, 93-118.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030.
- Fine, R. (1990). *The history of psychoanalysis* (New exp. ed.). Jason Aronson.
- Fonagy, P., & Target, M. (2009). *Psychotherapy for children and adolescents: A mentalization-based approach*. Routledge.
- Freud, S. (1900/1953). *The Interpretation of Dreams. Standard Edition*, London: Hogarth Press, 1953.
- Freud, S. (1901/1966). *Psychopathology of everyday life*. WW Norton & Company.
- Freud, S. (1905/1997). *Dora: An analysis of a case of hysteria*. Simon and Schuster.
- Freud, S. (1905/2017). *Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition*. Verso Books.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *New York*.
- Freud, S. (1958). On beginning the treatment. *The Standard Edition of*.
- Halling, S., & Nill, J. D. (1995). A brief history of existential-phenomenological psychiatry and psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 26(1), 1-45.
- Hergenhahn, B. R. (2001). *An introduction to the history of psychology*. Wadsworth/Thomson Learning.
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(3), 414-425.
- Kenny, D. (2016). A brief history of psychoanalysis: From Freud to fantasy to folly. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 4(1).
- Kernberg, O. F. (2004). *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Leonard, D. C. (2002). *Learning theories: A to Z*. Bloomsbury Publishing USA.
- Maslow, A. H. (1956). Toward a humanistic psychology. *ETC: A Review of General Semantics*, 10-22.
- May, R. (1958). Contributions of existential psychotherapy.
- May, R., & Yalom, I. (2005). *Existential psychotherapy*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 127-132.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Journal of Addictions Nursing*, 5(1), 2-16.
- Rogers, C. R. (1966). Client-centered therapy. In *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría* (pp. 459-459).
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1960). Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures. *Psychological Review*, 67, 301-316.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80. (Whole No. 609).
- Ryle, A. E. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Schunk, D. H. (1996). *Learning theories*. Printice Hall Inc., New Jersey, 53.

- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage.
- van Deurzen, E. (2003). Existentialism and existential psychotherapy. In *Heart and Soul* (pp. 230-250). Routledge.
- Vaziri, Sh., & Lotfi-Kashani, F. (2018). *Four-Dimensional Psychotherapy*. Arasbaran Publications, Tehran, Iran.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Zuriff, G. E. (1985). *Behaviorism: A conceptual reconstruction*. Columbia University Press.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.111-131, 2020

Integrative Psychotherapy

Vaziri, Shahram¹., Lotfi Kashani, Farah²,
& Vaziri, Arash³

Received: 2020/03/5

Accepted: 2020/08/29

Mental health issues are not new phenomena; throughout history, they have been examined from various perspectives. Today, there are hundreds of psychotherapy approaches, each addressing different aspects of psychological problems with its own philosophy and methods. The diversity of psychotherapies demonstrates that psychotherapy is effective for many psychological conditions, and various forms have similar effectiveness. Not only is there no substantial and meaningful difference in outcomes between different therapies, but there is also limited evidence to suggest that any one treatment consistently outperforms the others. This broad range of efficacy indicates that human experience is multidimensional, with the dynamic interaction of biological, cognitive-behavioral, unconscious, and existential factors playing an undeniable role in shaping mental health. It appears that any approach that focuses solely on one dimension will fail to offer a comprehensive understanding and treatment. Our concept of integrative therapy involves the dynamic understanding of the interaction among the four main dimensions of human psychology: the role of the brain and neurotransmitters, genetics, and physiological processes in the psychological experience; the impact of internal conflicts, early experiences, and unconscious motivations; the role of perception, cognition, emotions, external and internal behaviors, and habitual patterns; and, finally, meaning, self-awareness, free will, and individual responsibility. We believe that while single-paradigm approaches cannot tell the whole story, together, they can function within a larger system known as dynamic integrative psychotherapy, addressing many of the ambiguities in psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy Paradigms, Integrative, Dynamic, Dynamic Integrative Psychotherapy

-
1. Department of Clinical Psychology, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) vaziri@tmu.iau.ac.ir
 2. Department of Clinical Psychology, Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 3. Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran