

نقد و بررسی دیدگاه ها و درمان های نوین روان شناسی

مهر ناز آزاد یکتا^۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به صورت گذرا به بررسی و مرور دیدگاهها و مکاتب عمده روان شناسی در سده اخیر پرداخت. از آن جایی که نظریه های مختلف روان شناسی بستر و زمینه درمان های متنوعی را فراهم نموده اند، در این نوشتار تحولات اخیر روان شناسی در صد سال گذشته در چهار مرحله مورد بررسی قرار گرفت که عبارت بودند از روان شناسی مبتنی بر نظریه روان تحلیلی، روان شناسی رفتارگرایی، دیدگاه شناختی و دیدگاه انسانگرایی که هر کدام از نظریه ها، زمینه ساز روش های درمانی شدند مانند درمان متنی بر روان کاوی، درمان مبتنی بر رفتار گرایی، درمان مبتنی بر دیدگاه شناختی، درمان مبتنی بر وجود گرایی، درمان مبتنی بر هیجان، درمان مبتنی بر تئوری انتخاب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شدند که مورد نقد و بررسی قرار گرفتند.

نتیجه گیری: دانش روان شناسی هنگامی که با ویژگی های شایسته اخلاقی و حرفه ای همراه می شود بدون شک می تواند فارغ از نوع دیدگاه و روش درمانی، مفید و موثر واقع شده و در خدمت سلامت و بهداشت روانی جامعه قرار گیرد.

کلید واژه ها: نظریه روان تحلیلی، روان شناسی رفتارگرایی، دیدگاه شناختی و دیدگاه انسانگرایی

^۱ دانشیار روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر m.azadyekta@yahoo.com

مقدمه

مشاوره و روان درمانی نیز مانند سایر علوم در طی دهه های اخیر دچار تحولات زیادی شده است. امروزه رویکردهای درمانی زیادی پا به عرصه گذاشته اند که ضمن داشتن اهداف مشترک که همانا ارتقا سلامت روانی انسان است، در عین حال تفاوت های جدی بین آنها وجود دارد. با معرفی مکاتب و نظریه های جدید، رویکردهای درمانی نیز متحول شد. مروری بر تحولات اخیر روان شناسی نشان می دهد که روان شناسی در صد سال گذشته چها مرحله را پشت سر گذاشته است. مرحله اول، روان شناسی مبتنی بر نظریه روان تحلیلی^۱ بود که توسط فروید معرفی شد و سایر روانکاوان آن را تعمیق و گسترش دادند. روانکاوی بر نقش ناهشیار در شکل گیری رفتار انسان تاکید فراوان داشت. فروید معتقد بود که افراد نیاز دارند از خود، در برابر آگاهی از امیال ناهشیار خویش محافظت کنند آنها با استفاده از مکانیزم های دفاعی این کار را انجام می دهند. موضوع رشد نیز از جمله مواردی بود که فروید روی آن تاکید داشت. فروید مدعی بود که کودکان مطابق با رشد لیبیدوی خود، این مراحل را پشت سر می گذارند. لیبیدو در هر مرحله روی ناحیه ای از بدن که از لحاظ جنسی تحریک پذیر است، تثبیت می شود. او همچنین باور داشت که احساسات کودک نسبت به والد چنس مخالف، زمینه را برای سازگاری روانی بعدی آماده می کند. فروید باور داشت که شخصیت بزرگسال، بیانگر شیوه ای است که فرد مراحل روانی - جنسی را در اوایل زندگی حل می کند؛ هرچند که حداقل تا میانسالی، ممکن است بازنگری هایی روی دهند.

مرحله دوم روان شناسی رفتارگرایی بود که توسط نظریه پردازانی مانند پاولف، واتسون و اسکینر پایه گذاری شد. شرطی سازی کلاسیک و شرطی سازی اسکینر اساس این نظریه را تشکیل می داد. در این دیدگاه تقویت کننده ها در پدیدآیی و کنترل رفتار انسان، نقش موثری دارند. مرحله سوم در پاسخ به افراط گرایی های دیدگاه رفتارگرایی کلاسیک، پا به عرصه گذاشت. دیدگاه شناختی بر شیوه ای که افکار انسان بر هیجانات او تاثیر می گذارد؛ تمرکز می کند. بر طبق دیدگاه شناختی، اختلالات روانی حاصل افکار آشفته است. روان شناسان شناختی معتقدند که با تغییر دادن افکار افراد، می توانند به درمانجویان کمک کنند هیجانات سازگارانه تری را پرورش دهند. آلبرت ایس و آرون تی بک از سردمداران این دیدگاه هستند. مرحله چهارم ظهور دیدگاه انسانگرایی بود. در اواسط قرن بیستم، روان شناسانی که از رویکردهای نظری عمده به شناختن رفتار انسان ناامید شده بودند، به این باور رسیدند که روان شناسی تماس خود را با جنبه ی انسانی رفتار انسان از دست داده است. این انسانگرایان برای تشکیل "نیروی سوم" در روان شناسی به هم پیوستند با این نیت که روان کاوی و رفتارگرایی را به چالش بطلبند. روان شناسان انسان گرا معتقدند افراد برای خودشکوفایی و معنی در زندگی برانگیخته می شوند آنها با انحراف کامل از تمرکز سنتی روان شناسی، نقش اراده انسان را در رفتار بسیار برجسته می دانند. این روان شناسان رفتار انسان را خیلی مثبت تر در نظر می گیرند و اختلالات روانی را نتیجه رشد مقید شده می دانند. کارل راجرز و آبراهام مزلو، دوتن از برجسته ترین نظریه پردازان در انسان گرایی هستند(هالجین و ویتبورن به نقل از محمدی،

¹ Psychodynamic perspective

² Freud,s

۱۳۹۵). هر کدام از دیدگاهها و نظریه ها ، بستر و زمینه ساز روش های درمانی شدند که در سطور زیر به بحث و نقد گذاشته می شوند.

درمان متنی بروان کاوی

درمان اصلی در درمان روانکاوی سنتی به صورتی که فروید آن را ابداع کرد، آوردن مواد سرکوب شده ی ناهشیار به آگاهی هشیار بود. در این راستا فروید روش درمانی تداعی آزاد را به وجود آورد که به موجب آن، درمانجو هرچه را که به ذهنش می رسد دقیقاً بیان می کند . این درمان به درمانجویان کمک می کند چنجه هایی از خود را که ناهشیار هستند و از این نظر آنها را تشخیص نمی دهند، کاوش کنند. عناصر اصلی درمان روان پویشی، کاوش کردن تجربیات هیجانی درمانجو، استفاده از مکانیز م های دفاعی، روابط نزدیک با دیگران، تجربیات گذشته و کاوش کردن زندگی خیالی در رویاها و خیالپردازی هاست. طولانی بودن مدت درمان، پر هزینه بودن و لازمه ی داشتن ظرفیت های شناختی بالای درمانجو، موجب می شد که بسیاری از بیماران از این روش درمانی سودی نبرند. لذا در پاسخ به محدودیت های این روش ، درمان روان پویشی کوتاه مدت معرفی شد. درمانگرانی که از این روش استفاده می کنند به جای اینکه سعی کنند کل ساختار روانی درمانجو را اصلاح کنند بر نشانه خاص یا مجموعه ای از نشانه ها که درمانجو برای آنها کمک می خواهد، تمرکز می کنند. در روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت ریشه اختلالات روانی و تعارض های هیجانی در تجربیات اولیه فرد جستجو می شود. تعارضات هیجانی باعث می شود که فرد برای کاهش اضطراب ناشی از کشمکش نهاد و فرامن از احساسات واقعی بگریزد و از شیوه های غیر انطباقی استفاده کند. این روش با فنون مشخصی همچون حساسیت زدایی تدریجی و تجسم هدایت شده، با دفاع ها و هیجانانات بیمار برخورد می کند. در مجموع این روش از یک رابطه همدلانه و مشارکتی برای بازسازی دفاع ها و اضطراب هایی استفاده می کند که احساسات واقعی نسبت به خود و دیگران را بلوکه کرده است(عباس، تان و درایزن²، ۲۰۱۲). تعداد جلسات این روش نسبت به روش کلاسیک بسیار کوتاه تر و به ندرت بیشتر از ۲۵ جلسه است . نوع دیگری از روش درمانی روان پویشی کوتاه مدت وجود دارد که درمانگر "موضوع رابطه تعارضی اصلی" درمانجو را مشخص می کند که نسبت به درمان روان پویشی کوتاه مدت بسیار اختصاصی تر و به لحاظ زمانی کوتاه تر است(پاسبانی اردبیلی ، برجعلی و پزشک¹۱۳۹۷).

¹ Intensive short term dynamic psychotherapy Abbass , Town , Driessen

² Abbass A1, Town J, Driessen E

درمان مبتنی بر رفتار گرایی

راهبردهای درمانی نشأت گرفته از الگوهای رفتاری شامل مدیریت وابستگی^۱، حساسیت زدایی منظم^۲، شکل دهی^۳ و الگوگیری^۴ می باشد. درمانگران رفتاری به درمانجویان خود کمک می کنند تا رفتارهای جدیدتری را جایگزین رفتارهای مشکل آفرین خود نمایند به عنوان مثال درمانجویان در شرطی شدن تقابلی^۵ یاد می گیرند پاسخ تازه ای را با محرکی همایند کنند. که قبلا موجب پاسخ ناسازگارانه می شد. این پاسخ تازه با پاسخ قدیمی ناسازگار است. درمانجویان از طریق شرطی سازی تقابلی، به صورتی که ژوزف ولپی^۶ (۱۹۹۷-۱۹۱۵) آن را ابداع کرد، پاسخ آرمیدگی را با محرکی تداعی می کنند که قبلا موجب احساس اضطراب در آنها می شد. مدیریت وابستگی^۷ از دیگر درمانهای مبتنی بر دیدگاه رفتاری می باشد. این درمان، بر مبنای اصول شرطی سازی کنشگر، نوعی رفتاردرمانی است که در آن، متخصصان بالینی تقویت مثبت را جهت انجام دادن رفتارهای مطلوب، برای درمانجویان تامین می کنند. درمانجو یاد می گیرد برای برقرار کردن وابستگی یا ارتباط، پیامد رفتار را با خود رفتار مرتبط کند. به عنوان مثال، برای درمانجویی که به علت چاقی تحت رژیم غذایی است؛ درمانگر برنامه ای را توصیه می کند که به موجب آن، درمانجو می تواند بعد از حفظ رژیم غذایی، تقویت های تعیین شده را دریافت کند (آزادیکتا، ۱۳۸۹).

رفتار درمانی به دلیل سادگی اجرا و تاثیر گذاری نسبتا سریع، درمان انتخابی برای اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان است و موفقیت های زیادی به ویژه در ارتباط با اختلالات رفتاری کودکان کسب کرده اما در عین حال رویکردی مکانیکی و خشک نسبت به انسان دارد. منتقدین دیدگاه رفتاردرمانی معتقدند که درمان صورت گرفته بسیار آسیب پذیر است از آنجا که تغییر انجام شده فقط در سطح رفتار است؛ لذا به محض اینکه تقویت کننده از روی رفتار بر داشته می شود، رفتار مجدداً به سطح قبلی باز می گردد. مضاف بر آن، در این درمان به عوامل روان شناختی درونی مانند افکار، نگرش ها، باورها، ... پرداخته نمی شود. در پاسخ به این انتقادات بود که درمان شناختی پا به عرصه گذاشت.

درمان مبتنی بر دیدگاه شناختی

درمان شناختی - رفتاری^۱ نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می کند تا به افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می گذارد نایل گردند در این درمان افکار ناکارآمد که سبب رفتار غلط است مورد شناسایی قرار گرفته و فرایند درمان متمرکز بر تغییر افکار غلط است (فاردهام، سوگاوانام، هوپ ول^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری در حال

1 Contingency Management

2 Systematic desensitization

3 Shaping

4 Modeling.

5 Conditioning counter

6 Wolpe

7 Contingency management

1 Cognitive Behavior Therapy

2 Fordham

حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس‌ها (فوبیا)، اعتیاد، افسردگی و اضطراب بکار گرفته می‌شود. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. در این درمان خطاهای ذهنی که موجب پریشان حالی بیمار است کشف و بررسی می‌شود (حسین آبادی، کیمیایی، دامنجانی، ۱۳۹۶).

درمان شناختی رفتاری در دهه‌های اخیر به صورت فزاینده‌ای در بین درمانگران رواج یافته است. از عوامل موثر در این محبوبیت و شهرت جهانی می‌توان به کوتاه مدت بودن و ماهیت ساختار یافته این درمان اشاره کرد که منجر به کاربست آن برای وضعیتهای مختلفی روانپزشکی شده است. از نظر این دیدگاه، آسیب روانی محصول پردازش اطلاعات معیوب است که خود را در قالب تحریف شناختی و افکار ناکارآمد نشان می‌دهد که منجر به هیجان منفی و رفتارهای ناسازگارانه می‌شود و طی درمان باید این افکار و شناختها را شناسایی کرده، به چالش کشیده و با افکار و شناخت‌های واقعی‌تر جایگزین کرد؛ بعد از انجام این مداخلات انتظار بر این است که این مداخلات منجر به بهبود خلق و رفتار شود. گرچه در درمانهای شناختی رفتاری بر عنصر شناختی تأکید زیادی می‌شود اما این درمانها در برگیرنده انواع راهبردهای رفتاری نیز هستند. اگرچه روشهای شناختی افق‌های جدیدی را در برابر پژوهشگران و درمانگران گشوده است اما دغدغه‌ی عدم کفایت این روش درمانی و جستجوی نقایص و ابعادی که مورد توجه قرار نگرفته است؛ همچنان ذهن پژوهشگران و درمانگران را به خود مشغول داشته است. پژوهش‌های فیشر و ولز³ (۲۰۰۵؛ ۲۰۰۸) بیانگر بعضی از نقایص و رها کردن درمان توسط بخش قابل توجهی از درمان‌جویان می‌باشد (آزادیکتا و محمدیان، ۱۳۹۸).

علاوه بر انتقادهای مخالفان رویکرد شناختی رفتاری (مثل روانکاوان)، در دهه‌های اخیر بیشترین انتقادات از سوی خود جامعه درمان شناختی رفتاری بوده است که اولین انتقاد آنها که غالباً از طریق تحلیل مولفه‌های درمانی بوده است حکایت از این دارد که عناصر شناختی (شناخت درمانی) CBT چیزی به اثربخشی آن بخش از درمان که فقط شامل راهبردهای رفتاری است اضافه نمی‌کند، به طوری که پژوهشهای مربوط به این حوزه نشانگر این است که بیماران افسرده‌ای که فقط عناصر رفتاری درمان CBT (بدون عناصر شناختی) را دریافت کرده بودند میزان بهبودی شان تفاوتی با بیمارانی که هر دو عنصری شناختی و رفتاری یعنی CBT کامل را دریافت کرده‌اند نداشت. دومین انتقاد این است که CBT فاقد پیوند قوی با روانشناسی شناختی و علوم شناختی است؛ گرچه چهاردهه از شکل‌گیری این رویکرد و همزمان با آن چهاردهه از شکل‌گیری روانشناسی شناختی به عنوان علمی نوین گذشته است، این رویکرد به صورت اولیه هنوز بر اساس مشاهدات بالینی و نه مطالعات آزمایشگاهی شکل گرفته است و بر این اساس نظریه شناختی به علم شناخت متصل نشده است. نهایتاً انتقاد سوم این است که طرفداران این رویکرد در مطالعه تجربی مکانیزم‌های عمل فرضی CBT به کندی پیش رفته‌اند و غالباً هم پژوهشها در تایید پیش‌بینی‌های نظریه با شکست مواجه شده‌اند. از طرفی این دیدگاه در درمان، پیش‌فرض‌هایی را برای مراجع قایل است که عملاً موجب می‌شود که بسیاری از بیماران از این درمان بهره‌مند

³ Fisher & Wells

نشوند اغلب بیمارانی که مشکلات شخصیتی ریشه ای دارند، در پاسخ کامل به درمانهای سنتی رفتاری-شناختی شکست می خورند، زیرا درمان شناختی- رفتاری سنتی فرضهایی درباره بیماران دارد که اغلب ثابت شده که درباره بیمارانی که مشکل شخصیتی دارند، نادرست است. از جمله مفروضات درمان شناختی- رفتاری میتوان به این موارد اشاره کرد: بیماران برای درمان انگیزه داشته و بنابراین، با مقداری تحریک و تقویت مثبت، با شیوه های درمانی لازم، موافقت خواهند کرد؛ بیماران می توانند با یک آموزش مختصر به شناختها و هیجانانشان دست یابند و آنها را به درمانگر گزارش دهند؛ بیماران می توانند شناختها و رفتارهای مشکل زایشان را در طی تمریناتی تغییر دهند؛ بیماران می توانند در طی جلسات کوتاه مدت، در یک ارتباط مشارکتی با درمانگر شرکت کنند و مشکلات موجود در رابطه درمانی مسئله مهمی نیست که درمانگر بخواهد بر آن متمرکز شود و دیگر اینکه، بیماران مسائل قابل تشخیصی دارند که می تواند به عنوان اهداف درمانی مورد توجه قرار گیرد.

درمان مبتنی بر وجود گرایی

معنادرمانی¹ توسط ویکتور فرانکل² که یکی از نظریه پردازان وجود گرایی بود معرفی شد او در پی دلیل دوام آوردن و حفظ سلامت افراد حتی در شدیدترین فشارها بوده و نظریه معنادرمانی را پایه گذاری کرد. او با توجه به تجربه شخصی خویش و بررسی افرادی که تحت شرایط سخت توانسته بودند جان سالم به در ببرند، دریافت که هدفمندی و یافتن معنی حتی در سختی ها و مشکلات می تواند سبب دوام و ادامه زندگی شود. هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای زندگی اش توانا کند. درمانگر معتقد به معنادرمانی می کوشد به مراجعش کمک کند که در زندگی خود هدف و منظوری را جست و جو کند، هدف و منظوری که تنها متناسب او و برای او معنا داشته باشد و به این ترتیب مراجع را متعهد انجام کاری می کند که مسوولیتش را پذیرفته است. آزادی و مسوولیت مفاهیمی هستند که در معنادرمانی مورد تاکید می باشند. از نظر فرانکل انسان چون آزاد است؛ پس باید مسوولیت رفتارهای خودش را بپذیرد. انسان ها در هر حال و وضعی در انتخاب اعمال خود مختارند، حتی در تاریک ترین لحظات، همیشه می توان نشانه ای از آزادی معنوی و پاره ای از استقلال خود را حفظ کرد. فرانکل پی برد که انسان ها می توانند هر چیز ارزشمندی را از دست بدهند، مگر یک چیز؛ آزادی انتخاب و شیوه برخورد یا واکنش نسبت به سرنوشت و آزادی برگزیدن راه خود. در مجموع اینکه، ویکتور فرانکل با تأثیر از فلسفه وجودی، ماهیت انسان را متشکل از سه بعد جسم، روان و روح می داند که جسم و روان همچون لایه ای محور شخصیت، یعنی روح را احاطه کرده اند. بخش فعال وجود انسان، روح است، پس باید به شناخت این بعد اصیل و نیازهای ویژه آن پرداخت. در واقع درمان از این منظر پرداختن به نیازهای روحانی انسان که شامل نیاز به پویایی اندیشه، نیاز به معنا، نیاز به تعالی خویشتن، نیاز به ابدیت و جاودانگی، نیاز به دین و نیاز به عواطف است. پاسخ معقول و منطقی به این نیازها، بنیان شخصیت سالم را بنا می کند. (آزادیکتا، ۱۳۸۹) هر چند که دیدگاه وجود

¹. Logotherapy

². Frankle

گرایی مورد استقبال بسیاری از درمانگران قرار گرفت ولی به کارگیری آن در درمان چندان آسان نبود. بر خلاف رویکرد شناختی - رفتاری و بویژه رویکرد رفتاری که دارای چارچوب و تکنیک‌های شفاف و روشنی است در این دیدگاه بیشتر جهان بینی و نگاه انسان به زندگی هدف قرار می‌گیرد که اجرای آن در درمان کار ساده‌ای نیست و حداقل اینکه همه‌ی درمانگران، این توانایی را ندارند. در زیر به درمان‌هایی خواهیم پرداخت که در دهه‌ی اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. این درمان‌ها که به نام روان‌درمانی پست مدرن شناخته می‌شوند از نظریه‌های مختلفی تغذیه کرده و بیشتر رویکردی تلفیقی به درمان دارند کارهای پژوهشی و پایان‌نامه‌های بی‌شماری در دهه‌های اخیر انجام شده‌اند که محوریت آنها رویکردهای درمانی زیراست.

درمان مبتنی بر طرحواره

طرحواره درمانی^۱ توسط جفری یانگ^۲ روان‌شناس آمریکایی معرفی و به شدت مورد توجه روان‌درمانگران قرار گرفت. طرحواره درمانی تلفیقی از موارد زیر می‌باشد: ۱. مکتب شناختی رفتاری ۲. دلبستگی گشتالت ۳. روابط شی ۴. سازنده‌گرایی ۵. روانکاوی. در طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در زبان عامیانه به آنها تله‌های زندگی (Life Traps) نیز گفته می‌شود، مورد توجه قرار می‌گیرند. یانگ که خودش از دانش‌آموختگان مکتب روان‌درمانی شناختی رفتاری (CBT) بود متوجه شد این درمان در مورد بخشی از مراجعانش کارآمد نیست و منجر به تغییر الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد و ایجاد رفتارهای کارآمد در آنها نمی‌شود. او با بهره‌گیری از تکنیک‌ها و مفاهیم سایر مکاتب روان‌درمانی مانند روانکاوی، نظریه روابط موضوعی (ابژه)، نظریه دلبستگی بالبی، نظریه تحلیل رفتار متقابل و گشتالت درمانی، شیوه جدیدی از روان‌درمانی شناختی-رفتاری را پایه‌گذاری کرد که طرحواره درمانی نامگذاری شد. بر اساس نظریه طرحواره درمانی، در صورتی که یک یا چند تا از پنج نیاز هیجانی اصلی فرد در دوران کودکی به درستی تأمین نشود، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در او شکل می‌گیرند. تاکنون ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه شناخته شده است این طرحواره‌ها منجر به شکل‌گیری افکار ناکارآمد، تجربه مداوم هیجانات منفی و بروز رفتارهای خودتخریبی در دوران بزرگسالی می‌شوند. هر فرد در مواجهه با هر طرحواره یک یا چند تا از سه سبک مقابله‌ای، شامل تسلیم، اجتناب و جبران افراطی را انتخاب می‌کند. تسلیم یعنی پذیرش محض و بدون چون و چرا، اجتناب یعنی دوری‌گزینی کامل و جبران افراطی یعنی مخالفت و جنگیدن. از ترکیب ۱۸ طرحواره و ۳ سبک تقابلی، ۵۴ وضعیت (Mode) مختلف ممکن است در زندگی فرد ایجاد شود. یعنی هر فرد که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه است، احتمالاً یک یا چند تا از این وضعیت‌ها را در زندگی تجربه می‌کند (حمیدپور، اندوز، ۱۳۹۴). طرحواره مبنای پردازش اطلاعات بشمار می‌رود و کل اطلاعات وارد شده به سیستم شناختی باید در طرحواره‌ها پردازش شوند امروزه شناخت درمانگران و از جمله بک برای درمان اختلالات شخصیت، درصدد تغییر «طرحواره‌های

1. Schema Terapy

2. Yang, J

ناسازگار اولیه» هستند و از این نظر اختلالات شخصیت در قالب طرحواره‌های ناسازگار قرار می‌گیرند (سونتیا فونز^۲ ۲۰۱۸ به نقل از آزادیکتا و محمدیان، ۱۳۹۸).

طرحواره هیجانی که توسط لیهی، مطرح شدنیز در خور تامل است در این الگو، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت دارند به طور کلی طرحواره های هیجانی همان تفسیر فرد از هیجانات است از این منظر هیجان، یک موضوع شناختی است که ارزیابی و کنترل می‌شود این الگو بیان می‌کند که استدلال و اکتشاف هیجانی بخشی از تفکر بیمار ساز است (لیهی^۳، ۲۰۱۲). همانطور که یانگ اشاره می‌کند، این رویکرد سیستمی است یکپارچه که در آن از تمام تکنیک‌های کاربردی رویکردهای دیگر می‌توان استفاده کرد. طرحواره درمانی برای درمان جنبه های شخصیتی اختلالات مزمن طراحی شده است و نه نشانه های روانپزشکی حاد. در واقع این درمان پس از آنکه نشانه های حاد اختلال فروکش کردند، به بهترین وجه برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات دیگری همچون افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و ... که با مشکلات شخصیتی زیربنایی همراه هستند، مناسب می‌باشد به ویژه در درمان اختلال شخصیت مرزی موثر است (کاشا^۴ و آلین، ۲۰۱۹).

این درمان در مورد بسیاری از اختلالات که نسبت به درمان های دیگر مقاوم بوده اند کارایی دارد. در طرحواره درمانی، روان‌درمانگر ابتدا از طریق آزمون استاندارد به مراجع کمک می‌کند نسبت به طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود آگاه شود. سپس با تلفیقی از تکنیک‌های شناختی، هیجانی و رفتاری به او کمک می‌کند به تدریج الگوهای ناکارآمد گذشته را رها کند، افکار و رفتارهای کارآمدتری را در پیش بگیرد و احساسات منفی اش را بهتر مدیریت کند. طرحواره درمانی از آن جهت که در مقایسه با روان‌کاوی کلاسیک نسبتاً کوتاهتر و ارزانتر است و از طریق کتاب‌های آموزشی و دوره‌های آزاد کوتاه‌مدت می‌توان مفاهیم آن را فرا گرفت، نزد درمانگران و هم نزد مراجعان محبوبیت یافته و در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. اما با این حال، این نظریه نیز با انتقاد هایی رو به روست. در این نظریه فرض می‌شود که طرحواره های ناسازگار اولیه از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین و اعضای خانواده در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می‌آیند ولی باید به خاطر داشت که سیستم باورهای هسته ای افراد به وسیله عناصر بسیاری می‌تواند تحت تاثیر قرار گیرد که محدود به دوران کودکی و رابطه با والدین نیست؛ برای مثال می‌توان به جنبه های رشدی و فرهنگی اشاره داشت. در کار با بزرگسالان دیده شده است که اغلب باورهای فرهنگی و مربوط به سن وجود دارد - و نه لزوماً طرحواره های ناسازگار اولیه - که قوی ترین تاثیر را بر ادراک فرد از خودش می‌گذارد. یانگ معتقد است که طرحواره ها اساساً در خودآگاهی ضمنی شناسایی می‌شوند و معمولاً توسط وقایعی در محیط فعال می‌شوند که به آن طرحواره خاص مربوط اند. با اینکه طرحواره ها به محض شکل گیری دست به مقاومت می‌زنند، اما ما همیشه از وجود آنها آگاه نیستیم؛ این طرحواره ها معمولاً به نحوی ظریف و بیرون از آگاهی ما عمل می‌کنند؛ با این حال این سوال پیش می‌آید که چطور میتوان با اجرای پرسشنامه طرحواره یانگ و در محدوده چند جلسه به

^۲.Fons

^۳.Leahey

^۴.Khasho

این طرحواره‌ها دست یافت؟ از طرفی این رویکرد سرزنش و مسئولیت مربوط به مشکلات را از بیمار بر می‌دارد و بر دوش والدین و سرپرستان، معلمان و خواهر و برادرها می‌اندازد (اسکندری، ۱۳۹۴).

درمان مبتنی بر هیجان

این درمان توسط لزی گرینبرگ^۱ معرفی و ابداع شده است. در حال حاضر انجمن روان‌شناسی آمریکا این رویکرد درمانی و تئوری مربوط به آن را به عنوان یک درمان جدید در حیطه‌ی تجربه‌گرایی و تحلیلی پذیرفته است. درمان هیجان مدار^۲ به رنج روان‌شناختی انسان با پردازش هیجانی می‌پردازد تا در عوض اجتناب و سرکوب هیجان‌ها، آنها را تجربه کنیم و معنای جدیدی بسازیم. درد هیجانی تجربه شده توسط انسان‌ها پاسخی به یک آسیب است که مانع از برآورده شدن نیازهای اساسی انسان شده و آن را نقض می‌کند. این نیازها عبارتند از: عشق، امنیت و به رسمیت شناخته شدن. از نظر این دیدگاه هیجان را نمی‌توان محدود یا جایگزین کرد، مگر با یک هیجان مخالف و قوی‌تر. بر این اساس، در زمان اندوه، خنده می‌تواند عامل پیش‌بینی‌کننده زمان بهبودی باشد. بنابراین، توانایی به خاطر سپاری اوقات خوش و تجربه شادی، به عنوان پادزهری برای غم عمل می‌کند. اصل اساسی این درمان، کار با هیجان‌هاست و درمانگر نقش مربی را در هدایت هیجان‌ها از ناهشیار به هشیار بازی می‌کند. هیجان‌ها در ناخودآگاه کار می‌کنند و تجربه آنها در خودآگاه به تولید معنای زندگی کمک می‌کند. این تجربه بر اساس مدل مفهومی درمان هیجان مدار که ساخت‌گرایی دیالکتیک می‌باشد با به‌نماد در آوردن و کلمه‌ساختن و صحبت در مورد هیجان، باعث ایجاد مفهوم و روایت جدید در زندگی فرد شده و تغییر رفتار وی را برای بهزیستی به دنبال دارد (گرینبرگ، ۲۰۱۵، ترجمه رضانی، باقری و همت یار، ۱۳۹۷).

از نظر این دیدگاه، انسان‌ها باید یاد بگیرند روی دنیای هیجانی شان تمرکز کنند با آن در تماس بمانند و تجربه شان را در قالب واژگان توصیف کنند. این کار باعث می‌شود هیجان‌ها شان بیشتر مستعد تغییر، تبیین، تمایز و شرح و بسط شود. درمانگرها لازم است که هم روی هیجان و ایجاد معنا و هم روی تسهیل تغییر کارکنند. در این درمان تغییر هیجانی به عنوان کلید تغییر شناختی - رفتاری در نظر گرفته می‌شود. EFT بر این باور است که چون من "احساس دارم، بنابراین هستم" در این رویکرد افراد هیجان‌تشان را با پذیرفتن و تجربه کردن آن و همچنین از طریق مقایسه آن با هیجان‌ها متفاوت، تغییر می‌دهند تا آنها را تبدیل کنند. از نظر EFT، هیجان موتور تجربه انسانی است. نظریه EFT هیجان را به عنوان داده‌های اساسی تجربه انسان مورد استفاده قرار می‌دهد و اهمیت ایجاد معنا و پیوستگی روایی را به رسمیت می‌شناسد و در نهایت هیجان و شناخت را به عنوان پدیده‌هایی در نظر می‌گیرد که به طور ناگسستنی با هم در ارتباطند (گرینبرگ، ۲۰۱۵، ترجمه رضانی، باقری و همت یار، ۱۳۹۷).

^۱.Greenberg,L

^۲.Emotion Focused Therapy

این رویکرد جدید انسان‌گرایانه، به مراجعان کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌اتشان آگاه شوند و به روشی مفید از آنها استفاده کنند. اگرچه هیجان‌ات در فرایند تکامل، باعث ارتقای سازگاری هستند، اما به دلایل مختلف، این سیستم ممکن است ناسازگار شود. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود هیجان‌اتشان را بهتر شناسایی کنند، تجربه کنند بپذیرند، درک کنند؛ تغییر دهند و به طرزی انعطاف پذیر مدیریت کنند. هیجان‌ات ابراز نشده یا کنترل بیش از حد هیجان‌ات می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند. پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی این درمان، نشان می‌دهد که این درمان در درمان افسردگی، کاهش مشکلات بین فردی، درمان تروما، اختلالات خوردن و درمان اختلالات اضطرابی موثر بوده است (گرینبرگ، ۲۰۱۵، ترجمه رضانی، باقری و همت یار، ۱۳۹۷). در بررسی که نگارنده انجام داده است شواهدی دال بر نقد این دیدگاه توسط پژوهشگران و درمانگران گزارش نشده است، البته این مساله تا حدودی به جوان بودن و تازگی این دیدگاه مربوط است. معمولاً وقتی یک دیدگاه و به طبع آن یک روش درمانی به صورت گسترده و وسیع مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ ضعف‌های احتمالی آن نمایان می‌شود.

درمان مبتنی بر تئوری انتخاب

تئوری انتخاب توسط ویلیام گلاسر در سال ۱۹۹۴ به عنوان مکمل نظریه واقعیت درمانی ارائه شد. گلاسر اینگونه بیان می‌کند که بنا بر دلایل علمی تمام کارهای که انجام می‌دهیم، از جمله احساس بدبختی و فلاکت را خودمان انتخاب می‌کنیم. او معتقد است که دیگران نمی‌توانند ما را بدبخت یا خوشبخت کنند. تمام چیزی که ما از دیگران دریافت می‌کنیم اطلاعات است. اطلاعات وارد مغز ما شده در آنجا پردازش می‌شود و آنگاه تصمیم می‌گیریم چه کاری انجام دهیم. ما تمام افکار و اعمالمان را مستقیماً و همچنین احساسات و بخش زیادی از سازه کار بدنمان را به شکل غیر مستقیم انتخاب می‌کنیم. بر اساس تئوری انتخاب ما بیش از اندازه تصورمان بر زندگی خود کنترل داریم. این نظریه در مقابل روانشناسی کنترل بیرونی می‌باشد که این باور را ایجاد می‌کند که دیگران می‌توانند ما را مجبور کنند به شکل خاصی رفتار و احساس کنیم روانشناسی کنترل بیرونی آزادی و اختیار شخصی مورد نیاز ما را سلب می‌کند باور به کنترل بیرونی و به کارگیری آن به همه افراد اعم از کنترل کننده و کنترل شونده آسیب می‌رساند. یکی از استثناها در استفاده از روانشناسی کنترل بیرونی که اکثر افراد از تئوری انتخاب بهره می‌گیرند این است که رفتار ما با دوستانمان به گونه‌ای که با همسر یا فرزند و حتی زیر دستمان رفتار می‌کنیم متفاوت است ما به این تشخیص رسیده‌ایم که پایدارترین منبع خوشنودی ما دوستانمان هستند اگر آنها را به انجام کاری که دوست ندارند وادار کنیم آنها را از دست خواهیم داد نتیجه این خواهد شد که خوشنودی ما نیز از بین می‌رود. گلاسر معتقد است که تقریباً همه رفتارها از جنس انتخاب است. او معتقد است که حتی افسردگی یا اندوه هم یک رفتار انتخابی هستند. رفتاری که هرچند ناآگاهانه، ما بر اساس تحلیل منافع و هزینه‌ها انتخاب می‌شود. در سال‌های اخیر این تئوری به صورت وسیع به ویژه در بحث تعارضات زناشویی به کار گرفته شده است (فیروز بخت، ۱۳۹۴). جذابیت تئوری انتخاب و استقبال فراوان از این تئوری مانعی برای در امان بودن انتقادات نیست. گلاسر سهم عوامل

بیولوژیکی و ژنتیک را در بیماری انسان، بسیار ناچیز می‌شمارد. پشتوانه علمی گلاسر چندان محکم نیست. و گاهی در نوشته‌های گلاسر با نوعی خاطره‌انگاری تحلیلی روبرو هستیم که تداعی‌کننده نوشته‌های یونگ و فروید است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱/اکت/مدلی برخاسته از موج سوم رفتار درمانی است. هدف اساسی این مدل انجام عملی موثر است، عملی که توجه‌آگاه با حضور کامل ذهن و ارزش محور باشد(هیز^۲، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). این مدل با درمان شناختی-رفتاری سنتی (CBT) که تقریباً در تلاش است تا به مردم شیوه‌های کنترل فکر، احساس‌ها، خاطرات و دیگر رویدادها را آموزش دهد، متفاوت است، لذا به درمانجویان کمک می‌کند با حسی متعالی از خود(خویش‌نظره‌گر) تماس برقرار کنند و در جهت یک زندگی غنی و ارزشمند که سرزندگی را به همراه دارد، قدم بگذارند. به طور کلی، در موج سوم رفتار درمان‌گری تاکید اساسی، آگاهی از هیجان‌ها و افکار است، هرچند موج سوم از تغییر شناخت غافل نیست، اما آن را هدف مستقیم قرار نمی‌دهد و تغییر غیر مستقیم صورت می‌گیرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)، هدف درمان‌گر بالابردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین است. اما این واژه به چه معناست؟ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی، توانایی برگشتن به لحظه حال، آگاه بودن و مشاهده افکار و هیجان‌های خود، کمی فاصله گرفتن از باورهای سفت و سخت و انجام دادن آنچه که مهم است، با وجود رویدادهای ناخوشایند. در پژوهش‌های زیادی تاثیر اکت در انعطاف‌پذیری شناختی نشان داده شده است(دوال، برنارد و مانستس^۱، ۲۰۱۷).

تجربه انجام درمان با ACT بسیار متفاوت است. این درمان با هدف خلاصی از احساسات بد یا حل‌وفصل یک آسیب قدیمی انجام نمی‌شود بلکه هدف آن ساختن یک زندگی معنادار، کامل و غنی است. در واقع پذیرش و تعهد درمانی نام خود را از دو پیام اصلی آن دریافت می‌کند: پذیرفتن آنچه که خارج از کنترل شخصی شما است و متعهد بودن به عملی که شرایط زندگی شما را بهبود می‌بخشد و هدف آن، این است که توان بالقوه انسان را برای یک زندگی غنی، کامل و معنی دار، به حداکثر برساند(استانینگتون، کوتاری، دیویس^۲ ۲۰۱۶). این درمان به ویژه در مورد بیماران جسمی مزمن نتایج خوبی داشته است. پژوهش‌های نشان داده‌اند که ACT باعث افزایش اثربخشی درمان می‌شوند در این راستا آزادیکتا و رضایی (۱۳۹۶) اثر بخشی درمان اکت را بر روی ارتقا سلامت روانی افراد با قطع عضو، و هاشم پور و آزادیکتا (۱۳۹۵) اثر بخشی آن را در سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه نشان دادند. هرچند که موثر بودن این درمان، در پژوهش‌های زیادی به اثبات رسیده است. اما به لحاظ مفاهیم تئوریک با چالش‌های جدی مواجهه است همانطور که دیدیم این رویکرد از دل رفتارگرایی بیرون آمد. اما به نظر می‌رسد که مفاهیم مطرح شده با اصول و چارچوب این دیدگاه تفاوت بنیادین دارد به عنوان مثال، حداقل دو فرایند از شش فرایند مطرح شده در این رویکرد که شامل عمل متعهدانه و ارزش

¹ Acceptance & Commitment Therapy

² Hyes

¹ Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-

² Stonnington, C.M., Kothari, D.J., Davis, M.C

ها می باشد با انسان شناسی رفتارگرایی متفاوت است. در اکت به روشنی شاهد طرح مفاهیم انتخاب، ارزش، عمل متعهدانه در سایه مفاهیم قصد، نیت و اراده هستیم. مفاهیمی که در موج اول و دوم رفتارگرایی به عنوان خط قرمز در نظر گرفته می شود و این گسستگی در مفاهیم کاملا آشکار مخاطب را با سرگردانی مواجهه می کند.

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در سطور قبل به آن پرداخته شد روان درمانی معاصر از روان تحلیلی شروع و سپس درمان های دیگر که زاویه ی زیادی با روان تحلیلی داشت پا به عرصه گذاشت. به جز درمان های ذکر شده، درمان های گوناگون دیگری هم مطرح و به کار گرفته شد که در این مقاله، فرصت پرداختن به همه آن ها نبود اما سعی بر آن بود که مهم ترین رویکردهای درمانی ولو به صورت بسیار مختصر مورد بحث قرار گیرد. آنچه که مسلم است سخن از برتری یک روش درمانی به روش دیگر نیست. روش برتر درمانی یعنی روشی که با شرایط درمانجو برازش بیشتری داشته باشد و به سلامت روانی درمانجو منجر شود. نگارنده به کرات شاهد بوده است که چه در زمینه کارهای پژوهشی و پایان نامه ها و چه در زمینه مباحث درمانی، بعضی از دانشجویان و درمانگران به ویژه درمانگران جوان و مبتدی، به دنبال این هستند که هویت حرفه ای، تحصیلی و شغلی خود را به یک رویکرد درمانی جدید گره بزنند. لذا به شدت و با تعصب، دلبستگی فراوان و بسیار زیادی را نسبت به یک رویکرد درمانی نشان می دهند و چنان متعصبانه از آن دفاع می کنند که چه بسا فردی که آن روش را مطرح کرده، تا این حد مجذوب این روش نباشد!!! به نظر می آید که صحیح تر آن است که یک درمانگر مبانی تئوریک و کاربردهای درمانی نظریه های مختلف روان شناسی را بدون هیچ تعصیب بداند و با توجه به شرایط درمانجو روش مناسب را انتخاب کند. به این معنا که برای هر درمانجو به لحاظ ویژگی های شخصیتی، ظرفیت های ذهنی و شناختی، نشانه های بیماری، سن، تحصیلات، منابع حمایتی چه در سطح اجتماعی و چه در سطح خانوادگی شیوه ای را از میان شیوه های موجود به کار می برند که برای او مناسب تر باشد. استفاده از یک روش ساده رفتاردرمانی در درمانجوی کم توان ذهنی همان قدر تخصصی، علمی و حرفه ای است که استفاده از سایر رویکردهای درمانی نوظهورتر. بعضی از درمانگران نیز از لحاظ نظری به روش یا دیدگاه خاصی جهت گیری داشته و با این حال مفاهیمی از آن رویکرد را که کمکی به درمانجو نمی کند کنار می گذارند و فنونی از درمان های دیگر را به کار گیرند. در واقع از روش التقاطی استفاده می کنند. تقریباً تمام درمانگران روان شناس همواره با درمانجویانی مواجهه می شوند که اختلالات حاد روانپزشکی دارند؛ که در این صورت گام اول ارجاع درمانجو به روانپزشک و سپس مداخلات روان شناختی می باشد. بدیهی است درمان های بیولوژیکی خط مقدم درمان در این دست از بیماران است. نگاه متعصبانه و جادویی به درمان های روان شناختی و عدم ارجاع به موقع بیماران روانپزشکی به حیطه مرتبط، گذشته از این که رفتاری غیر حرفه ای و غیر اخلاقی محسوب می شود؛ موجب مزمن شدن، طولانی شدن و پیچیده شدن فرایند درمان می گردد. در مجموع اینکه، دانش روان شناسی هنگامی که با ویژگی های شایسته اخلاقی و حرفه ای ماندا احترام به حقوق

انسانی، احساس تعهد، ارزشمند دانستن نوع انسان، انعطاف‌پذیری ذهنی و ... همراه می‌شود بدون شک می‌تواند فارغ از نوع دیدگاه و روش درمانی، مفید و موثر واقع شده و در خدمت سلامت و بهداشت روانی جامعه قرار گیرد.

منابع

- آزادیکتا، مهرناز؛ هاشم پور، معصومه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. پایان‌نامه ارشد، واحد علوم و تحقیقات.
- آزادیکتا، مهرناز. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ویژگی سخت‌رویی با سبک‌های دلبستگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱(۷): ۸۵-۹۹.
- آزادیکتا، مهرناز؛ رضایی، هادی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران قطع‌عضو. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر.
- آزادیکتا، مهرناز؛ محمدیان، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و سایکودراما در زنان افسرده، پایان‌نامه دکتری، واحد علوم و تحقیقات.
- اسکندری، حسین. (۱۳۹۴). طرحواره درمانی: شکل‌گیری مدل مفهومی در تحول تاریخی، روان‌شناسی بالینی. ۵: ۱۵-۲۲.
- پاسبانی اردبیلی، محسن؛ برجعلی، احمد؛ پزشک، شهلا. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر بهبود تعارض مادر - فرزند. ۸: ۱۶-۳۰.
- حسین‌آبادی، حسین؛ کیمیایی، سید علی؛ دامنجانی، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی-انسان‌گرایانه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مساله زنان متأهل. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱): ۱-۱۰.
- حمید پور، حسن، اندوز، زهرا. (۱۳۹۴). راهنمای کامل طرحواره درمانی، تهران: انتشارات ارجمند.
- گرینبرگ، لزل. (۲۰۱۵). مریگیری در درمان هیجان‌مدار (مترجمان: رضایی، محمد آرش؛ باقری، زینب؛ همت‌یار، ایمان) (۱۳۹۷). تهران: انتشارات روان.
- گلاسر، ویلیام. (۱۹۹۸). نظریه انتخاب (روان‌شناسی نوین آزادی شخصی). (مترجم، مهرداد فیروز بخت). تهران: رسا (۱۳۹۴).
- هالچین، ریچارد. پی، ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه ی یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان.
- Abbass, A., Town, J., Driesse, n E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of psychiatry Journal*, 20(2): 97-108.
- Deval, C., Bernard-Curie, S., Monestès, J-L. (2017). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 27(1): 34-42.
- Fordham, B., Sugavanam, T., Hopewell, S., et al. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy: a protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses.
- Hayes, S C., Pistorello, J., Levin, M E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*; 40(7): 976-1002.
- Leahy, R L. (2012). Emotional Schema Therapy. A Bridge Over Troubled Waters. In: Herbert JD, Forman EM editors. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. New York; John Wiley Sons.

- Stonnington, C M., Kothari, D J., Davis, M C. (2016). Understanding and Promoting Resiliency in Patients with Chronic Headache. 2016 Jan ;16 (1) :6-18.
- Wells, A., Fisher, P L. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. Behavior Research and Therapy, 43: 821-829.
- Wells, A., Fisher, P L. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39(2): 117-132.
- Wolpe, J. (1985). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition . California: Stanford University Press.

A Review of Recent Psychological Perspectives and Treatments

Mehrnaz Azadyekta¹

Abstract

Perpous: The present study briefly reviewed the views and major schools of psychology in the last century. Since various theories of psychology have provided a platform for a variety of therapies, this paper examines recent developments in psychology over the past 100 years, including psychoanalysis-based psychology. Behavioral psychology, cognitive perspective, and anthropological perspective, each of which has led to therapeutic methods such as psychoanalytic text therapy, behavioral therapy-based cognitive therapy, cognitive-based therapy, and judo-based therapy. Excitement, therapy based on choice theory, and treatment based on acceptance and commitment Which were reviewed.

Conclusion: Psychological knowledge, when combined with appropriate moral and professional characteristics, can undoubtedly be useful and effective, regardless of the type of perspective and treatment method, and serve the health and mental health of the community.

Keywords: Psychoanalytic Theory, Behavioral Psychology, Cognitive Perspective, and Humanistic Perspective

¹ Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch