

نظریه های روان درمانی
پروچاسکا و نور کراس
تهیه و تنظیم: محمدحسین گنجعلی

فصل اول

تعریف و مقایسه نظریه های روان درمانی

ساختاریکپارچه نگر

درحوزه روان درمانی

طی ۳۰ سال گذشته ماساهد تورم عنان گسیخته ی درمان هائی بوده ایم که اسامی گوناگونی را به خود اختصاص داده اند. درسال ۱۹۵۹ هارپر (Harper) ۳۶ نظام روان درمانی مجزا را شناسائی کرد. درسال ۱۹۷۶، پارلف (Parloff) ۱۳۰ درمان رادربازار روان درمانی (جنگل روان درمانی) مشخص کرد. درسال ۱۹۷۹ مجله تایم بیش از ۲۰۰ درمان را گزارش کرد. برآوردهای جدید این تعداد را بیش از ۴۰۰ درمان گزارش کرده اند. هر نظامی ادعا می کند که اثربخشی متفاوتی دارد و از قابلیت کاربرد منحصر به فردی برخوردار است بانیان نظام ها، به رغم فقدان پژوهش نتیجه ای کنترل شده، از ۸۰ تا ۱۰۰٪ موفقیت خبر می دهند. یکپارچه نگری، روند کلی روان درمانی معاصر را نشان می دهد پژوهش همواره نشان می دهد که یکپارچه نگری التفاظ گرائی، رایج ترین گرایش دربین متخصصان بهداشت روانی است.

تعریف روان درمانی

روان درمانی را می توان برحسب گرایش نظری فرد، به صورت قانع سازی میان فردی، آموزش روانی، اجتماعی، ایجاد تغییر در خویشتن براساس هدایت حرفه ای، تکنولوژی رفتاری، شکلی از بازپروری، کسب رابطه، شکل جدیدی از آئین شمنی، مراقبت از سلامتی، و غیره درنظر گرفت

ازدیدگاه یکپارچه نگر

اقتصاد نورکراس ۱۹۸۷ تعریف قابل قبول روان درمانی ازچند ویژگی ضروری برخوردار است.

اولاً : این تعریف باید پدیده های بالینی را به شیوه نسبتاً عینی و عملیاتی کند.

ادامه از دیدگاه یکپارچه نگر

ثانیاً : این تعریف باید از لحاظ نظری و از نظر معنایی بی طرف باشد.

ثالثاً : روان درمان گران دارای گرایش های گوناگون درمورد آن اتفاق نظر داشته و آنرا تأیید کنند.

رابعاً : این تعریف باید بدون قربانی کردن یکپارچگی و رویکرد خاص، بانظریه ها به طور برابر برخورد کند

تعریف نورکراس (۱۹۹۰) از روان درمانی

روان درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش های بالینی و مواضع بیان فردی است که از اصول روان شناختی رایج به دست آمده و هدف آن کمک به افراد است تا رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و یا سایرویزگی های شخصی خود را درجهتی که شرکت کنندگان در درمان آن را مطلوب می دانند، تغییر دهند

نقش نظریه در روان درمانی

نظریه روان درمانی پدیده های بالینی را توصیف می کند، مقدار اطلاعات مربوط را محدود می سازد، این اطلاعات را سازمان می دهد، و همه آنها را بصورت مجموعه ای از دانش قابل فهم و منسجم درمی آورد و درمان را هدایت می کند.

وجه اشتراک درمان ها

روزنزوئیک، آدلر و راجرز براین مسأله اتفاق نظر دارند که حمایت، تعبیر، بینش، تغییر رفتار، رابطه درمانی خوب و برخی از خصوصیات درمانگر ویژگی های مشترک رویکردهای روان درمانی موفقیت آمیز هستند. بیشترین وجوه اشتراک درمان ها در زمینه انتظار مثبت درمانجویان و رابطه درمانی تسهیل کننده است. افزون برنیمی از پیامدهای روان درمانی موفقیت آمیز را می توان به این واقعیت نسبت داد که هم درمانگر و هم بیمار، قویاً به اثربخش بودن درمان اعتقاد دارند. براساس پژوهش فرض می کنیم که انتظار در کلیه نظامهای درمانی عنصر فعالی است اما انتظار مثبت به جای اینکه فرآیند اصلی تغییر باشد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان است.

رابطه درمانی

در انواع روان درمانی ها حداقل ۱۰ درصد نتیجه روان درمانی، اینکه چرا بیماران در اثر روان درمانی بهبود می یابند به رابطه درمانی مربوطه می شود. (هوروات و لوبورسکی ۱۹۹۳). علت بیشترین نوسان در نتیجه درمان، عوامل از پیش موجود درمانجو مثل انتظار تغییر و شدت اختلال بوده است. رابطه درمانی دومین عامل مهم تغییر بوده است، در حالی که روشهای روان درمانی سومین عامل مهم را تشکیل داده اند.

دیدگاه راجرز در زمینه اصول رابطه درمانی

۱- در رابطه درمانی، درمانگر باید بیشتر از درمانجو همخوان یا از نظر عاطفی سالم باشد.

۲- درمانگر باید رابطه صادقانه برقرار کند.

۳- درمانگر باید با توجه مثبت نامشروط رابطه برقرار کند

۴- درمانگر باید رابطه ای توأم با همدلی داشته باشد

فرآیندهای تغییر

فعالیت های پنهان و آشکاری هستند که افراد به آنها می پردازند تا عاطفه، تفکر، رفتار، باروابط مربوط به یک مشکل خاص یا الگوهای کلی تر زندگی خود را تغییر دهند.

از فرآیندهای تغییر در خلال روان درمانی، بدون روان درمانی و بین جلسات روان درمانی استفاده می شود

هشیاری افزائی

افزایش دادن هشیاری فرد بطور سنتی همواره یکی از فرآیندهای اصلی تغییر در روان درمانی بوده است.

فروید اولین کسی بود که هدف اصلی خود را "هشیار کردن ناهشیار" می دانست تمام "روان درمانی های کلامی" کار خود را با افزایش دادن سطح آگاهی فرد شروع می کنند.

پالایش روانی

بعنوان فرآیند تغییر درمانی تاریخچه ای طولانی دارد و از لحاظ تاریخی برالگوی هیدرولیک هیجان ها استوار است که طی آن عواطف غیرقابل قبولی چون خشم، گناه یا اضطراب، از ابرازمستقیم بازداری می شوند. جلوگیری از این گونه هیجان ها باعث می شود عواطفی که می خواهند آزاد شوند، هرچند به طور غیرمستقیم، بر فرد فشار بیاورند، مثل زمانی که خشم به صورت جسمانی از طریق سردرد ابراز می شود. اگر هیجان ها بتوانند در جریان درمان به صورت مستقیم آزاد شوند، مخزن انرژی آنها تخلیه می شود و فرد از شرنشانه ها خلاصی می یابد هدف فرآیند درمان این است که به بیماران کمک کنند تا موانع هیجانی خود را درهم بشکنند. این فرآیند درمانی معمولاً در سطح تجربه فردی است، به این صورت که محرک های فراخوان واکنش های روان پالا از درون فرد سرچشمه می گیرند. ما این نوع پالایش روانی را تجربیات هیجانی اصطلاحی می خوانیم.

محرک های مشروط

تغییر کردن از راه ایجاد تغییرات در محرکهای مشروطی که پاسخ های ما را کنترل می کنند نقطه مقابل تغییر کردن از طریق انتخاب است. تغییر در محرک های مشروط، زمانی ضرورت می یابد که رفتار فرد توسط محرکهای فراخوانده شود که بصورت کلاسیک شرطی شده باشند یا هنگامی که محرک ها، رویدادهای قابل تشخیصی هستند که پاسخ های افراد به آنها به صورت کنشگر شرطی شده اند.

کنترل وابستگی

اگر تغییرات در فرد با تغییر دادن وابستگی های موجود در محیط ایجاد شده باشد آن را کنترل وابستگی می نامیم. عموماً فرض می شود که با تغییر دادن وابستگی هائی که رفتار ما را کنترل می کنند می توانیم رفتارمان، از جمله آسیب روانی را تغییر دهیم. ازدیدگاه انسان گرایی و شناختی - رفتاری، ارزشی که فرد برای پیامدهای خاص قائل است نیز متغیر مهمی است که بر کنترل وابستگی تأثیر می گذارد. روشهای مهمی وجود دارند که افراد می توانند توسط آنها، تجربه یا پاسخ خود به پیامدهای مورد انتظار را، بدون تغییر دادن خود پیامدها، تغییر دهند تغییر دادن پاسخ ها به پیامدها بدون تغییر دادن وابستگی ها، ارزیابی مجدد خوانده می شود.

ترکیب مقدماتی فرآیندهای تغییر

فرآیندهای هشیاری افزائی، پالایش روانی و انتخاب که محور روان درمانی های سنتی کلامی یا آگاهی بخش، از جمله رویکردهای روان کاوی و انسان گراست. این مکتب ها عمدتاً بر جنبه های ذهنی فرد، فرآیندهائی که در درون ارگانیزم روی می دهند، تمرکز می کنند. بر اساس این دیدگاه، فرد توان آن را دارد که تغییرات را از درون هدایت کند، تغییراتی که می توانند برخی فشارهای محیطی را بی اثر کنند. فرآیندهای محرک های مشروط و کنترل وابستگی، روان درمانی های رفتاری از جمله درمان های موجود در رویکردهای رفتاری و سیستمی را نشان می دهند. این مکتب ها، بر نیروهائی بیرونی و محیطی تمرکز دارند که توان فرد برای تغییر از درون را محدود می کنند وجود نگرها به اینها سطح عینی ارگانیزم می گویند. الگوی یکپارچه نگر معتقد است که ترکیب فرآیندهای آگاهی بخش (فرآیندهای هشیاری، پالایش روانی و انتخاب) و درمان های کنشی (محرک های مشروط و کنترل وابستگی) می توانند تغییرات مهمتری را در درمان ایجاد کنند

محتوای درمان

تفاوت بین فرآیند و محتوا در روان درمانی بسیار اهمیت دارد. نظام های روان درمانی که نظریه شخصیت ندارند، عمدتاً نظریه های فرآیند هستند و درباره محتوای درمان، مفاهیم از پیش تعیین شده اندکی دارند نظریه های رفتاری، التقاطی، سیستمی و راه حل مدارمی کوشند. نظامهای دیگری چون درمان های آدلری، وجودی و حساس نسبت به فرهنگ که فرآیندهای تغییر را از نظام های درمانی دیگر اقتباس می کنند، عمدتاً از محتوای درمان سخن می گویند. نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی به ما می گویند، چه چیزی باید تغییر کنند درحالی که نظریه های فرآیند به ما می گویند، چگونه تغییر روی می دهد. بنابراین اظهار مدی اغلب نظامهای درمانی درباره شخصیت و آسیب شناسی روانی دیدگاه تعارضی دارند نظریه های تعارض گرا از نظر سطح کارکرد شخصیت که بر آن تأکید می ورزند با یکدیگر فرق دارند. برخی از آنها مشکلات شخصی را ناشی از تعارضهای درون فردی می دانند برخی دیگر بر تعارض های میان فردی و بعضی دیگر بر تعارض های بین فرد و جامعه تأکید می کنند درالگوی یکپار چه نگر فرض براین است که درمانجویان مختلف به کُریهائی مبتلا هستند که از تعارض های موجود در سطوح مختلف کارکرد شخصیت سرچشمه می گیرند. در سطح درون فردی، برخورد هر درمان را با تعارض های مربوط به اضطراب و دفاع ها، عزت نفس، و مسئولیت شخصی و در سطح میان فردی مشکلات مربوط به صمیمیت و مسایل جنسی، ارتباط، خصومت و کنترل میان فردی در سطح فردی، اجتماعی، دیدگاههای آنها را درباره سازگاری در برابر فراروندگی و کنترل تکانه مقایسه می شود. سطح شخصیت مورد توجه یک نظام خاص، عمدتاً تعداد افراد، اتاق مشاوره و تمرکز برنامه درمانی را مشخص می کند.

فصل دوم

درمانهای روان کاوی

زیگموند فروید

شخصیت از دیدگاه فروید

فروید شخصیت را از شش زاویه مختلف در نظر گرفت

۱- زاویه مکانی : که شیوه های کارکرد هشیار در برابر ناهشیار را شامل می شود

۲- زاویه پوششی : که تعامل نیروهای روانی را شامل می شود

ادامه زاویه های شخصیت از دیدگاه فروید

۳- زاویه ژنتیکی : که به خاستگاه و رشد پدیده های روانی از طریق مراحل دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی و تناسلی مربوط می شود

۴- زاویه اقتصادی : که توزیع، تغییر شکل، و مصرف انرژی را دربر می گیرد

ادامه زاویه های شخصیت از دیدگاه فروید

۵- زاویه ساختاری : که پیرامون واحدهای کارکردی نهاد، من و فرامن قرار دارد.

۶- زاویه انطباقی : به آمادگی فطری فرد برای تعامل با محیط های طبیعی و قابل پیش بینی می پردازد. فروید معتقد بود نیروهای پوششی اساسی که شخصیت را به تحرک وامی دارند، اروس (زندگی و میل جنسی) و تاناتوس (مرگ و پرخاشگری) هستند این نیروهای مکمل هم، غرایزی هستند که پایه جسمانی دارند، اما در خیال پردازی ها، امیال، احساسها، افکار و به طور مستقیم در اعمال ابراز می شوند. فرد همواره ارضای فوری تکانه های جنسی و پرخاشگری را می طلبد اصرار بر ارضای فوری، به تعارض های اجتناب ناپذیر با مقررات اجتماعی می انجامد، مقرراتی که تأکید دارند، اگر قرار است نهادهای اجتماعی از جمله خانواده ها، پا برجا و منظم بمانند امیال جنسی و پرخاشگری باید کنترل شوند. فرد مجبور می شود برای جلوگیری از ابراز غیرقابل کنترل تکانه های جنسی و پرخاشگری، مکانیزم های دفاعی یا کنترل های درونی را پرورش دهد بدون این دفاعها تمدن به جنگلی از انسان های حیوان صفت تجاوزگرو ویرانگر تبدیل خواهد شد. اساس نظریه شخصیت فروید این است : تعارض ناهشیار بین تکانه های جنسی و پرخاشگری فرد مقرراتی که جامعه برای کنترل کردن این تکانه ها وضع کرده است و مکانیزم های دفاعی فرد که این تکانه ها را طوری کنترل می کنند که اجازه مقداری ارضای بی خطر و غیرمستقیم را به آنها می دهند و در عین حال احساس گناه و اضطراب را در کمترین سطح نگه می دارند (مدی ۱۹۹۶، ۱۹۷۲). البته فرق بین شخصیت بهنجار و روان رنجور در این است که تعارض های ناهشیار به قدری شدید و عذاب آور می شوند و مکانیزم های دفاعی ناشی از آنها آنچنان محدود کننده، که نشانه های روان رنجور پدیدار می گردند. در حالی که همه شخصیت ها تعارض های ناهشیار دارند، افراد از نظر تکانه ها، مقررات، اضطرابها، و دفاعهایی که در تعارض هستند، با هم تفاوت دارند. این تفاوتها به مرحله خاصی از زندگی که تعارض های فرد در آن رخ می دهند، بستگی دارد. از نظر فروید،

آشکار شدن میل جنسی در مراحل دهانی، مقعدی، آلتی و تناسلی، این مراحل زندگی را تعیین می کند. تجربه های متفاوت در هر یک از این مراحل، در تعیین انواع صفات و شخصیت های ناشی از آنها، نقش بسیار مهمی دارد .

مرحله دهانی

در ۱۸ ماه اول زندگی، امیال جنسی کودک بر ناحیه دهان تمرکز دارند در مرحله جذب دهانی، امیال غریزی به صورت نافع، ارضای دهانی کسب می کنند و در مرحله پر خاشگری دهانی، این امیال به صورت فعال لذت دهانی به دست می آورند. نیازهای جنسی دهانی کودک شدید و فوری هستند و کودک برای تأمین آن به والدین خود وابسته است. چگونگی پاسخ والدین به این نیازهای فوری در رشد شخصیتی کودک تأثیر مهمی دارد. والدینی که بسیار محروم کننده یا بی اندازه نوازشگرند می توانند گذشتن کودک از مرحله دهانی به مرحله بعدی رشد شخصیت را دشوار سازند کودک در اثر محرومیت، ممکن است در مرحله دهانی تثبیت شود تثبیت ناشی از محرومیت را ارضای بیش از حد منجر به رشد شخصیت دهانی با صفات دو قطبی زیر می شود. خوش بینی / بدبینی، ساده لوحی / بدگمانی، از خود راضی بودن / خود خوار شمردن، دست کاری کردن / بی تفاوتی، و تحسین / رشک. تثبیت در مرحله دهانی، غیر از این صفاتها باعث می شود که فرد، هنگام مواجهه با تهدید یا ناکامی به دفاعهای ابتدائی نظیر انکار، فرافکنی و جذب بپردازد. در مرحله دهانی، کودکان برای ارضا کردن نیازهایشان ذاتاً به دیگران وابسته اند بنابراین افرادی که در این مرحله تثبیت شده اند مخصوصاً به دفاع علیه اضطراب جدائی می پردازند. شخصیت دهانی که خوب از خود دفاع می کند، بیمار به حساب نمی آید، افراد زیادی وجود دارند که بیش از حد خوش بین، ساده لوح، و از خود راضی هستند، و بی آنکه خود را بیمار بدانند، ضعفها و نقایص خود و دیگران را انکار می کنند. همین طور افراد زیادی وجود دارند که معتقدند بد گمان بودن عاقلانه است، انتظار بسیار کمی از دنیا دارند و خودخواهی و فریب کاری را در دیگران می بینند این افراد نیز به ندرت بیمار قضاوت می شوند.

مرحله مقعدی

کودکان در مرحله مقعدی آمادگی دارند که یاد بگیرند میل شدید به بازی کردن با مقعد یا فضولات آن، آنها را با مقررات پاکیزگی جامعه در تعارض قرار می دهد. حتی لذت تخلیه مقعد باید تحت کنترل مقررات والدین برای کنترل روده قرار گیرد کودک قبل از آموزش توالت رفتن آزاد است به محض ایجاد تنش در مقعد، عضلات اسفنکتر را رها کند. اما اکنون والدین به عنوان نماینده جامعه، از کودک می خواهند این میل ذاتی کاهش تنش فوری را کنترل کند. کودک، باید یاد بگیرد نگه دارد و بعد رها کند، کودک باید زمان مناسب نگه داشتن و رها کردن را هم یاد بگیرد. اگر والدین زیاد پرتوقع یا بیش از اندازه نوازشگر باشند کودک به احتمال زیاد دچار تعارض شده و در مرحله مقعدی تثبیت می شود. فروید (۱۹۲۵) و فنیکل (۱۹۴۵) صفات دو قطبی زیر را که در اثر تثبیت مقعدی ایجاد می شوند، نام می برند: حسادت، ولخرجی، مقید بودن، گشادگی، لجبازی، تسلیم، نظم، شلختگی، دقت و وسواس گونه، کثیفی، خوش قولی، تأخیر، دقت، ابهام، تعارض های مرحله مقعدی نیز به پرورش دفاعهای مخصوص می انجامد. واکنش وارونه، عمل زدائی (ابطال) و جداسازی و توجیه عقلی از مکانیزمهای دفاعی این مرحله محسوب میشوند. شخصیت مقعدی ای که خوب از خود دفاع می کند نیز مانند شخصیت جهانی ناپخته انگاشته می شود نه بیمار. افراد مقعدی افتخار می کنند که منظم و وقت شناس هستند و حتی دیگران، آنها را بخاطر داشتن این خصوصیات تحسین می کنند.

مرحله آلتی :

فروید تصور می کرد که امیال جنسی در طول مرحله آلتی، در هر دو جنس بر اندامهای تناسلی متمرکز است او فرض می کرد که هر دو جنس از ۳ تا ۶ سالگی علاقه زیادی به اندامهای تناسلی خود دارند به دفعات بیشتری استمناء می کنند دختر و پسر به جنس مخالف خود علاقمند می شوند و از طریق دکتر بازی برای ارضای کنجکاوی جنسی خود یکدیگر را معاینه می کنند. تعارض ادیپی از

این امر ناشی می شود که پدر این حق و امتیاز را دارد که از مادر لذت ببرد پسر می ترسد که پدر با حذف منبع این مشکل رقابت کردن وی را تنبیه کند. در نهایت، اضطراب اختگی باعث می شود که پسر میل خود به مادر و رقابت با پدر را سرکوب کرده و با مقررات پدر همانند سازی کند، به این امید که اگر مطابق خواست پدر رفتار کند، می تواند از اختگی برحذر باشد. هم نوازش بی اندازه و هم طرد بیش از حد می تواند موجب تثبیت در مرحله آلتی شود که حاصل آن صفات دوقطبی زیر است: تکبر / بیزاری از خود، غرور / تواضع، شیکی / سادگی، لوندی / خجالتی، معاشرتی / منزوی، گستاخی / کم روئی.

مرحله نهفتگی Latency Period

در نظریه روانکاوی کلاسیک، در این مرحله تمایلات جنسی آشکاری وجود ندارد، بلکه صرفاً امیال پیش تناسلی عمدتاً سرکوب میشوند فروید رشد شخصیت جدیدی را به این مرحله ربط نداد و معتقد بود که شکل گیری شخصیت پیش تناسلی در ۶ سالگی کامل می شود. این مرحله بیشتر به صورت آرامش بین دوره پیش تناسلی و طوفانی که با نوجوانی یعنی آغاز مرحله تناسلی دوباره پدیدار میشود، توصیف شده است.

مرحله تناسلی Genital Stage

در نظریه فروید، فرد بدون دست کم مقداری تعارض بین امیال غریزی و قید و بندهای اجتماعی، به مرحله تناسلی نمی رسد. برخی افراد در مرحله دهانی، مقعدی، یا آلتی تثبیت می شوند و تیپ شخصیت متناسب با این مراحل را آشکار می سازند. افراد دیگر، در هر یک از این مراحل دچار تعارض می شوند و شخصیت آمیخته ای نشان می دهند که آمیزه ای از صفات و دفاعهای هر مرحله است. اما هیچ کس، بدون اینکه دقیقاً روانکاوی شود به شخصیت تناسلی کاملاً پخته دست نمی یابد.

نظریه آسیب شناسی روانی

چون همه شخصیت ها در اثر تعارض ها و تثبیت های اجتناب ناپذیر مراحل پیش تناسلی، حداقل تا اندازه ای ناپخته هستند، پس همگی ما، نسبت به اختلالهای روانی آسیب پذیریم اگر تعارض ها و تثبیت های ما زودتر واقع شده باشند، آسیب پذیرتریم زیرا برای مقابله با اضطراب، به دفاعهای ناپخته تری وابسته خواهیم بود. علاوه بر این هر چه تعارض های پیش تناسلی ما شدیدتر باشند، بیشتر آسیب پذیریم، زیرا انرژی بیشتری را صرف دفاع علیه تکانه های پیش تناسلی می کنیم، در نتیجه، برای مقابله با استرسها و تعارضهای بزرگسالی، انرژی کمتری باقی می ماند. شخصیت های دهانی، مقعدی، آلتی یا آمیخته ای که خوب از خود دفاع کرده اند هرگز دچار فروپاشی نمی شوند، مگر اینکه در شرایط محیطی استرس زائی قرار گرفته باشند که مکانیزمهای دفاعی را تشدید کند و موجب شکل گیری نشانه های بیماری شود. تفکر منطقی عبارت است از استدلال کردن بر اساس نهادهای جمله ها مثلاً (۱) همه انسانها فانی هستند (۲) سقراط انسان بود پس (۳) سقراط فانی بود. در تفکر به صورت فرایند نخستین، معمولاً استدلال از گزاره های جمله ها تبعیت می کند مثلاً به این صورت (۱) مریم مقدس باکره بود (۲) من باکره ام پس (۳) من مریم مقدس هستم. وقتی افرادی در سطح ناهشیار پاسخ می دهند به طور منظم از فرایند استدلال تبعیت نمی کنند بلکه واکنش فرایند نخستین آنها به طور خودکار غیرمنطقی است ضمناً پاسخ دهی طبق فرایند نخستین بی زمان است به این صورت که بین گذشته، حال و آینده تمایزی وجود ندارد. در سطح ناهشیار، همه چیز همین حالا است و به همین دلیل همان تکانه ها و اضطرابهایی که ده سال گذشته حضور داشتند فراخوانده می شوند تجربه فرایند مستقیم متراکم نیز هست بطوریکه انرژیهای مرتبط با رشته افکار و رویدادهای پیچیده بزرگ فکر متمرکز هستند. ویژگی دیگر تفکر در فرایند نخستین، جابجائی است بطوری که انرژی افکاری که کاملاً شارژ شده اند با افکار خنثی جابجا می شود. تفکر در فرایند نخستین نمادی نیز هست، که معنی آن جزء به جای کل است، به این صورت که هر جزء یک رویداد بیانگر کل رویداد است. بالاخره اینکه تجربه کردن فرایند نخستین، هم محتوای آشکار دارد و هم نهفته: محتوایی که هشیار یا آشکار است، فقط بخش کوچکی از معنی پنهان یا نهفته رویدادهاست.

نظریه فرایندهای درمانی

از نظر فروید فقط یک فرایند می تواند ناهشیار را هشیار کند قبل از اینکه بتوانیم به صورت معقول به رویدادهای محیطی پاسخ دهیم ابتدا باید نسبت به اینکه چگونه پاسخ های بیمارگون ما به آن محیط از ناهشیار ناشی می شوند، یعنی معنی فرایند نخستین که به رویدادهای محیطی نسبت می دهیم، هشیار باشیم برای از بین بردن نشانه های بیماری، باید از مقاومتی که برای رها کردن نشانه ها به خرج می دهیم آگاه شویم. زیرا آنها هم به عنوان سدی در برابر تکانه های نامعقول عمل می کنند هم این تکانه ها را تا اندازه ای آزاد می سازند. به تدریج باید تشخیص دهیم که تکانه های ما چگونه که در کودکی تصور می کردیم خطرناک نیستند و می توانیم برای کنترل کردن آنها دفاعهای سازنده تری بکار ببریم. به این صورت که غرایزمان را بصورت پخته تری ابراز کنیم و بالاخره برای پیشگیری از برگشت های آینده، باید از فرایندهای هشیارمان برای آزاد کردن تثبیت های پیش تناسلی مان استفاده کنیم به طوری که بتوانیم رشد خود را به سمت عملکرد پخته تر تناسلی ادامه دهیم این نوع هشیاری افزائی به تلاش زیاد بیمار و روانکاو نیاز دارد.

هشیاری افزائی

وظیفه بیمار:

به نظر می رسد که تداعی آزاد کار خیلی آسانی باشد به هرتداعی یا فکری که به ذهن می رسد، بدون توجه به اینکه چقدر بی اهمیت است، آزادانه بیان می شود. اگر بیماران بتوانند ذهن خود را آزاد بگذارند و بدون دفاع کردن به تداعی بپردازند تداعی های آنها به ناچار تحت سلطه غرایز قرار می گیرند چون غرایز منبع کلی انرژی و از این رو قوی ترین نیروهای فرد هستند و از آنجائیکه همواره برای وارد شدن به هشیاری به فرد فشار می آورند، پس بیماران بلافاصله افکار، احساسها، خیالها و امیالی را که بیانگر غرایز هستند، تداعی می کنند. اما اولین درسی که فرد در زندگی می گیرد این است که این گونه ابراز مستقیم و کنترل نشده غرایز بسیار خطرناک است. او همچنین یاد گرفته است که وقتی نشانه ها ایجاد می شوند، رها کردن دفاعها می تواند وحشتناک باشد و به آسیب بیانجامد. اکنون صرفاً به دلیل اینکه روانکاو به بیمار دستور داده است روی کاناپه دراز بکشد و هرآنچه را که به ذهنش می آید بازگو کند، بدان معنی نیست که بیمار می تواند بدون مقاومت زیاد و حالت دفاعی این کار را انجام دهد.

وظیفه درمانگر

وظیفه درمانگر با ارزیابی بیمار آغاز می شود او می خواهد بداند آیا بیمار واقعاً مورد مناسبی برای روانکاو هست بعقیده گرین سون (۱۹۶۷) کسانی که جرأت نمی کنند از واقعیت به عقب برگردند و آنهایی که نمی توانند به راحتی به واقعیت باز گردند، موارد مناسبی برای روانکاو نیستند. در صورتیکه روانکاو پیش برود درمانگر برای بررسی مقاومت بیمار در برابر تداعی کردن آزاد و انتقال، چهار روش را بکار می برد مواجهه، توضیح، تعبیر و بینش یابی.

مواجهه و توضیح: این دو روش اول، اصولاً روشهای پسخوراندی هستند. در مواجهه تحلیلی، درمانگر اطمینان می یابد که بیماران از اعمال یا تجربه هایی که قرار است تحلیل شوند آگاهند. توضیح، که اغلب با مواجهه قاطی میشود، پسخوراند روشن تر و مشروح تر در مورد پدیده ای خاص است که بیمار آنرا تجربه می کند.

تعبیر: مواجهه کردن و توضیح دادن تجربه بیمار، مراحل مقدماتی برای مهمترین شیوه تحلیل، یعنی تعبیر هستند "گرین سون (۱۹۶۷) تعبیر را به صورتی تعریف می کند که تقریباً آن را با خود روانکاو مترادف می سازد. تعبیر کردن یعنی یک پدیده ناهشیار را هشیار کردن و به بیان دقیق تر، تعبیری هشیار کردن معنی، منبع، تاریخچه، روال، یاروند یک رویداد روانی ناهشیار. برای اینکه روانکاو به یک تعبیر دست یابد ناهشیار، همدلی و شهود و دانش نظری خودش را به کار می گیرد. با تعبیر کردن از آنچه به راحتی قابل مشاهده است فراتر می رویم و به پدیده روانی، معنی و علیت می بخشیم. از طریق تعبیرها به بیماران آموخته

می شود : تجربه های هشیار خود را به صورتی در نظر بگیرند که فرایندهای ناهشیار آنها را ایجاد کرده اند، و درمانگران خود را به صورتی که گوئی والدین آنها هستند.

اگر بیماران بینش کسب کنند - یعنی، اگر درباره جنبه هائی از خود که قبلاً پنهان بوده است به آگاهی شناختی و عاطفی دست پیدا کنند - روانکاوان به این نتیجه می رسند که تعبیرهایشان درست بوده است. اگر بهبود را ملاک اثبات تعبیرها بدانیم، بایک مشکل روبرو می شویم، و آن این است که بهبود در روانکاوی فرایندی کند و تدریجی است. هنگامی که مقاومت کورکورانه از طریق تعبیرهای خردمندانه، کاهش می یابد، درمانجو آزاد کردن غرایز نهفته را به سمت درمانگر آغاز می کند. او می خواهد با جابجا کردن تکانه های جنسی و پر خاشگری ناکام شده، از طریق انتقال آن به درمانگر، آنها را ارضاء کند و به تدریج انتقال روان رنجوری ایجاد می شود که طی آن بیمار تمام روابط انسانی مهم دوران کودکی خود را به خاطر می آورد.

بینش یابی

فرایند کند و تدریجی کار کردن روی بینش هائی که از تعبیرهای مقاومت و انتقال بدست می آید، بینش یابی نامیده می شود.

بیماران در این مرحله آخر و طولانی روان درمانی، عملاً نسبت به مانورهای دفاعی خود از جمله، نشانه ها، هشیار می شوند. و راه های متعددی که این تکانه ها باز هم به صورت نشانه ها ابراز می شوند، آگاهند به تدریج شخص آگاه می شود که در حقیقت راه های جدید و پخته تری هم برای کنترل کردن غرایز وجود دارند که بدون احساس گناه و اضطراب تا اندازه ای امکان ارضای آنها را فراهم می کنند. بیمار تکانه ها را از طریق این کنترل های جدید، هدایت می کند و از دفاعها و نشانه های ناپخته دست می کشد طرفداران فروید، استفاده از دفاعهای جدید و افزایش هشیاری را تغییرات ساختاری در شخصیت می دانند که طی آن انرژی هائی که درگیر تعارض های پیش تناسلی بودند اکنون در اختیار خود (Ego) پخته تر فرد قرار دارند.

فرایندهای دیگر :

اغلب روانکاوان تصدیق می کنند که تجربه های عاطفی اصلاحی می توانند به ویژه در روان رنجوریهای آسیب زا، به کاهش موقتی نشانه ها منجر شوند. با این حال پالایش روانی، حتی اگر روانکاو از آن استفاده کرده باشد، بخشی از فرایند روانکاوی محسوب نمی شود. در روانکاوی فقط یک فرایند تغییر اساسی وجود دارد که آن هم افزایش دادن هشیاری است تمام مراحل روانکاوی بخشی از این فرایند هستند.

محتوای درمان

تعارض های درون فردی: روانکاوی در جریان درمان بر تعارضهای درون فردی تمرکز می کند به طوریکه به تعارضهای درون فرد از جمله تکانه ها، اضطراب و دفاعها توجه خاصی میشود. مشکلات می توانند در سطح میان فردی نمایان شوند، ما فقط از طریق تحلیل تعارض های درون روانی فرد، می توان به علت این گونه مشکلات و چگونگی رفع آنها، دست یافت.

اضطرابها و دفاع ها

فرویدیها، فرض اضطراب آغازین را مطرح می کنند که علت آن ضربه تولد است به طوریکه طی آن کودک غرق در تحریکات محیطی می شود. اضطراب آغازین مبنای جسمانی وحشت است، که منظور از آن تهدید به غرق شدن در تحریک غریزی هنگام بزرگسالی است. در روان درمانی، اضطراب نیروی برانگیزنده ای است که بخاطر ویژگیهای ناخوشایندش فرد را وا می دارد درصدد کاهش آن برآید. با این حال، روانکاو در جریان درمان باید مراقب باشد تکانه ها را خیلی سریع برملا نکند چون ممکن است فرد دچار وحشت شود و از درمان بگریزد یا احساس روان پریش درهم کوبیده شدن کند. یکی از دلایل اصلی کند پیش رفتن درمان، اضطراب است، چرا

که وقتی فرد به تداعی های خطرناک نزدیک می شود اضطراب به او علامت می دهد مقاومت خود را بیشتر کند، و علت دیگر این است که درمانگران احساس می کنند که خودهای ناپخته نمی توانند زیر بار اضطراب زیاد تاب بیاورند. دفاعها یا مقاومت نیمی از محتوای روانکاوی هستند.

عزت نفس

عزت نفس هیچگاه محتوای اصلی روانکاوی نبوده است. با این حال فقدان عزت نفس واقعی حاصل مشکلات شخصیت است نه علت این مشکلات، بهترین کاری که می توان انجام داد این است که به بیماران کمک شود خود را بازسازی کنند و به سطح کارکرد تناسلی برسند و فقط در این صورت است که افراد می توانند از عزت نفس پایدار برخوردار شوند.

مسئولیت

ازلحاظ نظری در روانکاوی هیچ اراده آزاد یا انتخابی وجود ندارد و از این رو نباید مسئولیتی هم وجود داشته باشد. ماورر (۱۹۶۱) می گوید: " فروید ما را از نسل روان رنجوران رهانید و نسل جامعه ستیزان را به ما بخشید " است.

تعارض های میان فردی :

از دید طرفداران پیازه، تجربه های میان فردی اولیه شخص با والدین، به طرحواره های درونی شده ای می انجامند. مفهوم فرویدی تثبیت می گوید افراد ناپخته، تجربه های خود را به گونه ای تحریف می کنند که با تصورات درونی شده آنها بخواند.

خصومت :

فرویدیهها، خشونت در عصر شهرنشینی ما را بازتاب خصومت فطری در انسانها می دانند مطالعه نظریه فروید از غریزی بودن خشونت و ویرانگری در انسان خبر می دهد در مورد افراد روان رنجوری بهترین راه این است که خصومت مفروضاتی چون رقابت، جسارت، یا شکار که از نظر اجتماعی مقبول ترند، هدایت شود.

کنترل :

رقابت برای کنترل میان فردی، اغلب به این صورت است که دفاعهای چه کسی بر رابطه حاکم خواهد شد. افرادی که دیگران را چیزی جز هدفی برای ارضا کردن امیال کودکانه خود نمی بینند نیز انتظار دارند روابط را کنترل کنند. هر یک از تیپ های شخصیت پیش تناسلی روش خاصی برای کنترل کردن دیگران دارد: شخصیت های دهانی با چسبیدن به دیگران، شخصیت های مقعدی با لجاجت محض و شخصیت های آلتی با اغواگری، کنترل می کنند. افراد شدیداً کنترل کننده، شخصیت های مقعدی هستند که به خانواده های بیش از حد کنترل کننده تعلق دارند مؤثرترین روش کنترل تقابلی روانکاو، سکوت است.

تعارض های میان فرد و جامعه :

سازگاری در برابر فراروندگی : فروید معتقد بود که بین نیاز سازمان یافته جامعه به مقررات و نیاز فرد به ارضای فوری امیال اساسی بدون ملاحظه نیازهای دیگران تعارض اساسی و حل نشدنی وجود دارد. این تعارض درواقع، فرمان در برابر نهاد، یا اصل واقعیت در برابر اصل لذت را نشان می دهد.

فراسوی تعارض به سوی خرسندی

یافتن معنی در زندگی : اگر چه فروید معتقد بود که ما نمی توانیم به فراسوی تعارض برویم اما اظهار داشت که می توانیم در میان

تعارض به معنی زندگی دست یابیم معنی درعشق و کار یافت می شود، کاریکی از بهترین کانالهای جامعه برای والایش بخشیدن به غرایز ماست.

فرد ایده آل :

فرد ایده آل و هدف نهائی روانکاو کسی است که تثبیت ها و تعارضهای پیش تناسلی را به اندازه کافی تحلیل کرده باشد به طوریکه بتواند به سطح کارکرد تناسلی و نگه داشتن آن برسد.

رابطه درمانی :

رابطه بیمار - روانکاو دو جز دارد که دو وظیفه مختلف را در درمان برعهده دارند اتحاد کارآمد برنگرشیهای نسبتاً غیرروان رنجور، منطقی و معقول بیمار نسبت به روانکاو استوار است. این اتحاد، شرط لازم برای روانکاو موفقیت آمیز است.

گزینه های اصلی

روانشناسی خود، روابط شیء و روان درمانی تحلیل گرا اغلب پیروان جدید فروید بیشتر به روانشناسی خود، روابط شیء و روان درمانی تحلیل گرا گرایش دارند تا روانکاو کلاسیک، تأکید روانکاو بر نهاد و تعارض های درون روانی، در روان پویش گرائی به تأکید برخورد و تعارض های میان فردی تبدیل شده است.

روانشناسی خود :

روانشناسی خود فرض می کند که خود، دارای فرایندهائی مثل حافظه، ادراک، و هماهنگی حرکتی است که فطری هستند و انرژی مجزا از نهاد دارند خود در این دیدگاه جایگاهی فارغ از تعارض دارد و سازگاری فرد با واقعیت و تسلط بر محیط از جمله آن هستند.

نظریه روابط شیء :

روانکاو خود، اصل سازمان دهنده را خود می دانند، حل مسائل مربوط به خودمثل اعتماد، خودمختاری و ابتکار، شیوه زندگی فرد را تعیین می کند. نظریه پردازان روابط شیء مانند پربیرن - کرن برگ و کوهات، اصل سازمان دهنده زندگی افراد را روابط میان خود و اشیاء می دانند.

روان درمانی تحلیل گرا

گاهی روانکاو غیرسنتی نوآوریهای در درمان ایجاد کرده اند که همکاران سنتی آنها را نپذیرفته اند، ابداع انواع انعطاف پذیرتر درمان تحلیل گرا به عنوان گزینه های مقبول تر در روانکاو معمولاً به فرانز الکساندرو همکاران او نسبت داده می شود.

روان درمانی پویشی کوتاه مدت

درمانهای روان پویشی با وجود تفاوتهایی که باهم دارند در چند ویژگی مشترکند:

۱- تعیین محدودیت زمانی برای درمان معمولاً ۱۲ تا ۴۰ جلسه

۲- هدف قراردادن مشکل میان فردی در چند جلسه اول

ادامه روان درمانی پویشی کوتاه مدت

۳- اتخاذ موضع درمانی فعالیت‌ها کم‌تر خنثی

۴- برقراری اتحاد کارآمد سریع و نیرومند

۵- استفاده از تعبیر و تعبیرانتقال نسبتاً سریع

انتقادهائی از روانکاوی

از دیدگاه رفتاری : رفتارگرایان بارها و شدیداً از روانکاوی به عنوان یک نظریه بسیارذهنی و غیرعلمی انتقاد کرده اند. مفاهیم روانکاوی فرایندهای ناهشیار خود، دفاعها، تقریباً به طور کامل ذهن گرایانه هستند و نمی توانند به گونه ای درزنجیره رفتار قابل مشاهده قرار گیرند که به صورت عینی قابل اندازه گیری و اثبات داشته باشند. رفتارگرایان نظریه روانکاوی را اصلاً قبول ندارند آنها معتقدند تا وقتی که مؤسسه های روانکاوی به صورت تجربی ثابت نکرده باشند که روش درمان آنها چیزی بیش از پلاسیبوست، ما هم چنان به این نظام که زمانی مانند یک دایناسور درمانی برروانشناسی حاکم بود اعتنائی نخواهیم کرد.

از دیدگاه وجودی : روانکاوی برخلاف نظریه رفتارگرایان، برای وجودنگرها کاملاً عینی است. البته نه از لحاظ تجربی، بلکه از لحاظ نظری و عملی. روانکاوی انسانها را به صورت اشیائی در نظر می گیرد که صرفاً مخازن انرژی غریزی و دفاعی هستند.

از دیدگاه بافتی : دیدگاه بافتی که بر تأثیر عوامل سیستمی، جنسیتی و فرهنگی در افراد تأکید می ورزد شدیداً به روانکاوی حمله می کند. اولاً در درمان روانکاوی به بافت اجتماعی گسترده توجهی نشده است. تمرکز صرف بر ساخت درون روانی فرد، از خود به عنوان زیرنظام خانواده غفلت می کند اختلالها و تثبیت ها به تعارضهای درونی نسبت داده شده اند نه به کژکاری خانواده یا مشکلات اجتماعی.

از دیدگاه یکپارچه نگر:

روانکاوی کلاسیک به عنوان یک نظام درمانی، برای طرفداران یکپارچه نگر بسیار جزمی (دگماتیک) شده است. روان درمانی تحلیل گرا ثابت نکرده است که از درمانهای دیگر مؤثرتر است وقتی که روانکاوی کلاسیک طولانی ترین و گران ترین گزینه است مطمئناً کسی نمی تواند توصیه کردن آن به درمانجویان را توجیه کند.

فصل سوم

درمان‌های آدلری

آلفرد آدلر

نظریه شخصیت

تلاش برای برتری انگیزه اصلی شخصیت انسان است. برتر بودن لزوماً به معنی کسب افتخار اجتماعی، تسلط یا رهبری در جامعه نیست. تلاش برای برتری یعنی تلاش برای اداره کردن یک زندگی عالی و کاملتر، افراد برای زندگی هدفهای خیالی می‌آفرینند و طوری عمل می‌کنند که گوئی هدفهای شخصی آنها مقصود نهائی زندگی است. این غایت‌نگری خیالی بیانگر آن است که شرایط تاریخی، رویدادهای روانی را تعیین نمی‌کنند، بلکه انتظارات فعلی درباره امکان کامل کردن زندگی آینده فرد می‌تواند آن را تعیین کند. هریک از ما، یک خودآرمانی می‌آفرینیم که بیانگر انسان کامل است و در جهت رسیدن به آن تلاش می‌کنیم احساسهای حقارت یا به شکل حقارت عضوی یا عقده حقارت می‌توانند ناشی از ضعفهای روانی یا اجتماعی باشند که به صورت ذهنی احساس می‌شوند یا از معلولیت‌های واقعی بدن سرچشمه بگیرند. احساس حقارت خاصی که هر فرد تجربه می‌کند، می‌تواند برسبک زندگی ای که او برای برتر شدن برمی‌گزیند، تأثیر بگذارد. افراد سبک زندگی خود را تا اندازه ای براساس تجربه های کودکی خویش می‌سازند. جایگاه کودک در خانواده، ترتیب تولد یا جایگاه ترتیبی برسبک زندگی او تأثیر مهمی دارد. مهمترین نیروی برانگیزنده سبک زندگی خودخلاق است. خود خلاق فرایندفعالی است که به واقعیت‌های ژنتیکی و محیطی زندگی فرد معنی می‌دهد و آنها را در شخصیت یکپارچه ای می‌گنجانند که پویا، ذهنی و منحصر به فرد است. سبک زندگی سالم، علاقه اجتماعی را منعکس می‌کند که نوعی توان فطری در تمام انسانهاست به قول آدلر "علاقه اجتماعی، جبران واقعی و اجتناب ناپذیر کلیه ضعفهای طبیعی انسانهاست. شخصیت های بیمارگون آنهایی هستند که نتوانسته اند به شیوه‌ای که از لحاظ اجتماعی سازنده است به برتری برسند. این شخصیت ها از خانواده هایی بوجود می‌آیند که رقابت، بی توجهی، سلطه کشی، بهره کشی یا لوس کردن بر آنها حکم فرماست و تمام اینها، از علاقه اجتماعی جلوگیری می‌کنند.

نظریه آسیب شناسی روانی

کودکانی که از علاقه اجتماعی منع شده اند برای رسیدن به برتری یکی از این ۴ هدف خودخواهانه را انتخاب می‌کنند. محبت خواهی، قدرت طلبی، انتقام جوئی و اعتراف به نارسائی و شکست. شخصیت های بیمارگون با ارتکاب اشتباهات اساسی، هدفهای ناسازگارانه می‌سازند.

نظریه فرایندهای درمانی

اغلب بیماران با توجه به سبک زندگی ای که در کودکی آفریده اند، سخت مشغول دنبال کردن جزئیات نقشه شناختی خود می‌شوند تا از الگوی سبک زندگی خود و هدفهایی که به سمت آنها هدایت شده اند، کاملاً آگاه شوند.

هشیاری افزائی

وظیفه درمانجو: برای اینکه درمانجویان از سبک زندگی خود کاملاً آگاه شوند، باید در جریان درمان، پدیده های خاصی مثل رویاها، خاطرات قدیمی و پیکربندی خانواده خود را آشکار سازند. خواندن کتابهایی که دیگران نوشته اند می‌تواند به آگاهی افراد از سبک زندگی و اختلالشان، سرعت بخشد این فرایند به کتاب درمانی معروف است.

وظیفه درمانگر

درمانگران آدلری برای هشیاری افزائی درحد وسیعی متکی به تعبیرکردن اطلاعات مهمی هستند که درمانجو دراختیار می گذارد. درمانگران برای آگاهی از هدف زندگی بیمار، باید سبک زندگی او را کاملاً تحلیل کنند تحلیل سبک زندگی شامل خلاصه ای از پیکربندی خانواده درمانجوست. درمانگران آدلری علاوه برتحلیل مشکلات درمانجویان، درباره امتیازات شخصی به آنها پسخوراند می دهند. درمانگران آدلری درجریان تعبیرهدفهای زندگی و برملا ساختن اشتباهات اساسی که زندگی درمانجویان را طبق ارزشهای خودخواهانه به جای علایق اجتماعی، شکل داده است، فلسفه زندگی تازه ای به درمانجویان می آموزند. یکی از فنونی که درمانگران برای کمک به درمانجویان به کار می برند تا آنها پیامد هدفهای خودخواهانه را مورد ارزیابی مجدد قرار دهند، به وجود آوردن تصاویرذهنی است که ماهیت هدفهای آنها را مجسم می کنند. درمانگران به جای اینکه درمانجویان را وادار کنند، با تصمیم ناگهانی و شگرف خویش با ظلمت یک سبک زندگی تازه و ناشناخته، مواجه شوند، می توانند از فنونی استفاده کنند که آنها را به آزمودن راههای دیگرزندگی ترغیب کند. یکی از این فنون انگارکه است. درمورد درمانجویانی که اصراردارند فقط زمانی می توانند تغییر یابند که بتوانند هیجانهای شدید خود را کنترل کنند، فن شستی به کار برده می شود تا به آنها ثابت شود که واقعاً می توانند تصمیم بگیرند هیجان خود را کنترل کنند. اکنون که آنها می توانند تصمیم بگیرند عصبانی باشند یا نباشند، افسرده باشند یا نباشند، قادر خواهند بود سبک زندگی خود را از هیجانهای که زمانی توانکاه به نظر می رسیدند، آزاد کنند.

محتوای درمان

تعارض های درون فردی :

مشکلات روانی عمدتاً ماهیت درون فردی دارند وسبک زندگی مخربی را منعکس می کنند که فرد درکودکی ۱۸ن را ساخته است. درمان آدلری با تمرکز برسبک زندگی فرد، طبق روال به صورت فردی اجرا می شود با این حال دریکورز یکی از شاگردان مشهورآدلر اولین کسی است که از گروه درمانی استفاده می کند. جلسه گروهی اطلاعات دسته اولی درباره اینکه بیماران چگونه در رابطه با دیگران مشکلات را می آفرینند، دراختیار می گذارد. رایج ترین و مهمترین مکانیزم دفاعی جبران است جبران فقط وظیفه دفاع علیه اضطراب را برعهده ندارد، بلکه بیشتر دفاعی علیه احساسهای ناخوشایند حقارت است جبران به خودی خود مشکل آفرین نیست. هدفی که فرد درجهت آن تلاش می کند به برتری برسد تعیین کننده مشکل آفرین شدن یا نشدن، جبران است. هدف درمان این است که به درمانجویان کمک کند تلاشهای جبرانی خود را ازهدفهای خودخواهانه وخودشیفته به سمت ارزشهای اجتماعی مفید و تقویت کننده خود هدایت کنند.

تعارض های میان فردی

صمیمیت و تمایلات جنسی :

گرچه آدلر قبول نداشت که تمایلات جنسی محرک اصلی زندگی است، به عنوان یکی از تکالیف مهم زندگی آن را پذیرفت ما با تعریف نقش جنسی مان برپایه توصیفها و پندارهای قالبی فرهنگی، باید بکوشیم با جنس دیگرنه با جنس مخالف رابطه برقرار کنیم.

تعارض های میان فرد و جامعه

سازگاری در برابر فراروندگی

افراد سالم، در برابر این عقیده که رضایت خاطر مستلزم ایستادن در برابر جامعه است مقاومت می کنند. افراد سالم به کل جامعه کمک

می کنند تا از سطح فعلی فراتر رود و نظام اجتماعی کاملتری شود.

فراسوی تعارض به سوی خردسندی

یافتن معنی درزندگی :

ما از زندگی ای که ساخته خودماست، معنی می آفرینیم. ما با معنی ذاتی درهستی مان به دنیا نمی آئیم بلکه با خود اخلاقی زاده می شویم که می تواند برای هستی ما معنی ذاتی بسازد. گرینش ما به اندازه کافی خوب باشد و هدفهایمان به قدر کافی شکوهمند باشند، سبکی برای زندگی می سازیم که واقعاً ارزشمند باشد و به بهترین وجه وقف بشریت شود.

فرد ایده آل : فرد برتر، بالهام گرفتن از هدفهایی که ازخواسته ها یا نگرانیهای فوری فراتر هستند، با شور و شوق و آینده بینی جذب زندگی می شود. کسانی که از طریق همکاری اهمیت زیادی به کامل شدن می دهند، تمایلات خود و دیگران را درتعارض نمی بینند افراد سالم خود را درمقابل، فراتر، یا پائین تر از دیگران نمی بینند.

رابطه درمانی

رابطه درمانی جزء اصلی فرایند کمک به درمانجویان برای غلبه کردن برناکامی دیرین آنهاست به طوریکه بتوانند به سوی علاقه اجتماعی سالم پیش بروند. ارزشهای اصیل عشق، ایمان و امید به وضعیت انسان، هم برای علاقه اجتماعی و هم برای رابطه درمانی کارآمد، ضروری است. عشق و ایمانی که بیماردررابطه درمانی تجربه می کند. امیدی دراو به وجود می آورد که ناامیدی و یاسی را که اجازه نمی دهند وی با ضروریات زندگی مواجه شود خنثی می کند درمانجویان باامید تازه و آگاهی از ارزش علاقه اجتماعی، فرصتهای جدیدی را برای خارج شدن از هستی خود محورپیدا می کنند و دلسوزی برای دیگران و زندگی کردن برای آنها را آغاز می کنند.

واقعیت های درمان آدلری

الگوهای آنها متفاوت است به طوری که شیوه فرد نگر مثبتی، جلسات مشترک خانوادگی، روش چنددرمانگری و روشهای گروهی با چند درمانگر و چند درمانجو ازجمله این الگوها هستند. کارگاههای آدلری به عنوان بخشی از برنامه آموزشی به منظور حل مشکلات بهداشت روانی یا پیشگیری ازآنها، الگوهای رایجی برای آموزش دادن به والدین شده اند روش های درمانی آدلری درمورد موضوعاتی چون ویزیت و محدوده زمانی هم انعطاف پذیرند. متخصصان بالینی بعنوان بازتاب علاقه اجتماعی شان، ترغیب می شوند بدون دستمزد به جامعه کمک کنند. آدلری ها درحالیکه به طورسنتی با انواع درمانجوسروکاردارند، به ویژه دررابطه با بزهکاران، مجرمان، خانواده ها وسازمانها فعال هستند. آدلری ها از جمله کسانی بودند که ازدرمان کوتاه مدت وابداع روشهای فعال برای شتاب بخشیدن به فرآیند درمان، طرفداری کرده اند. درباره کارایی واقعی درمان آدلری پژوهش تجربی کمی انجام شده است اما قطعاً درمان آدلری ازبی درمانی بهتراست ووقتی آن را با درمانهای دیگرمقایسه کردند معلوم شد که به اندازه درمان درمانجو مدارودرمان روانکاو، مؤثر بوده است.

انتقادهایی ازدرمان آدلری

ازدیدگاه روانکاو : فروید پیش بینی کرد که قطع رابطه آدلریا روانکاو، به ایجاد یک نظریه سطحی وبیحاصل خواهد انجامید. آدلر گفت روانکاو طوری عمل کرد که انگار نیمی ازشخصیت انسان رارد کرده است. دراین حالت ما بایک بین بدون یانگ مواجه

هستیم، نیمی از شخص به گونه ای معرفی می شود، انگار که کامل است. آدلر در حقیقت به کسانی که دوست دارند در عینک خوش خیالانۀ او که جنیۀ واقعاً تیره زندگی را از صافی ردمی کند سهیم باشند، باغ گل سرخ رانویید می دهد.

از دیدگاه رفتاری :

بدیهی است که مفاهیم نظری مربوط به تأثیر ترتیب تولد را می توان تعریف و آزمایش کرد، در حالیکه مفاهیمی چون تلاش برای برتری و خود خلاق مبهم اند و اصلاً پذیرای تحقیق علمی نیستند. مکتب آدلری به صورت ترکیب عجیبی از نظریه ای که وجهۀ علمی دارد و مذهبی که به علاقۀ اجتماعی، روح اعطاء می کند، باقی می ماند.

از دیدگاه بافتی :

نظریۀ آدلر، همان دیدگاه قدیمی جنسیت گرا و درون روانی را با زبان اجتماعی ارائه میدهد. در نظریۀ آدلر، با زنان قدرسی بهتر از نظام فروید، اما نه زیاد بهتر برخورد شده است. به نظرمی رسد که نظریۀ آدلرمی خواهد روان درمانی را به صورت گسترش فرآیند جامعه پذیری در نظر بگیرد.

از دیدگاه یکپارچه نگر

از نظر طرفداران این دیدگاه، درمان آدلری بسیار ارزشمند است. آلفرد آدلر، وابستگی محض به بینش و آگاهی شخصی را گسترش داد تا فرآیندهای کنش گرا و روانی آموزشی را در درمان بگنجاند. در درمان آدلری، رابطۀ درمانی واقعی ترو مساوات طلبانه ترازروانکاوی است. فردیت و وابستگی در روان درمانی، به طور برابر در نظر گرفته شده اند و گرایش به فردیت گرایی خود محورانه برعکس شده است. آدلر و طرفداران وی بیشتر از فروید و پیروان او، در قالب بندیهایشان انعطاف پذیر، در شیوۀ کارشان مبتکر و در راهکارهایشان التقاطی هستند.

فصل چهارم

درمان های وجودی

رولو می

درمان وجودی: به این صورت تعریف شده است: نگرشی که از جهت گیری فراتر می رود یا نوعی درمان پویایی که به نگرانیهای اساسی زندگی می پردازد، یا عملاً هر گونه روان درمانی که ضد جبرگرایی است.

نظریه شخصیت :

از دیدگاه وجود نگرها اصطلاح شخصیت، وجود یک فرایند پدیداری، شدن وهستی است که ثابت نیست، یا با صفتهای خاص مشخص نمی شود. هستی یا وجود، فقط در درون شخص روی نمی دهد، بلکه بین افراد و دنیای آنها هم واقع می شود. وجود به بهترین وجه، به صورت بودن – در – دنیا درک می شود. بهترین گزینه، اصیل بودن است. از نظر وجود نگرها، اصالت خودش پاداش است وجود اصیل، روراستی با طبیعت، با دیگران و با خودمان را به همراه دارد. وجود اصیل به این علت سالم است، که در آن سه سطح هستی ما به جای در تعارض بودن، یکپارچه یا متصل به هم هستند. اولین منبع اضطراب وجودی، از آگاهی زیاد ما نسبت به اینکه در یک زمان نامعلومی باید بمیریم ناشی می شود: هستی مستلزم نیستی است. در تصمیمات مهم فقط این ما هستیم که مسئولیم. اضطراب ناشی از این آگاهی که اشتباهات جدی مرتکب خواهیم شد، و این نا آگاهی که آیا تصمیم فعلی یکی از آن اشتباهات است نه، از مسئولیت ما جدانشدنی است. تهدید بی معنایی پیشآمد دیگر وجود انسان است که اضطراب ایجاد می کند ما در جریان زندگی می خواهیم بدانیم چه کار با معنایی انجام می دهیم. درباره معنی وجودمان از خود پرسیم که آیا اصلاً خود زندگی معنی دارد. انزوای ما، تنهایی بنیادی ما در این دنیا، شرایط دیگر زندگی است که موجب اضطراب می شود. این منابع متعدد اضطراب وجودی، از ویژگی بارز شرایط انسان خبر می دهند: مرگ بیانگر متناهی بودن زمان ماست، پیشامدها محدودیت قدرت ما را نشان می دهند. اضطراب ناشی از تصمیم گیریهما، نابسندگی آگاهی ما را نشان می دهند، تهدید بی معنا بودن، بیانگر محدودیت ارزشهای ماست، انزوا، حاکی از محدودیت همدلی ماست، و طرد بیانگر محدودیت کنترل بر دیگر انسانها است. این وابستگی ها ی زندگی، قلمرو نیستی هم نامیده می شوند. وقتی با نیستی مواجه می شویم، دو انتخاب داریم: مضطرب شویم یا دروغ بگوئیم. دروغگوئی به اضطراب روان رنجور هم می انجامد. اضطراب روان رنجور پاسخ بدلی (نا اصیل) به هستی است در حالیکه اضطراب وجودی پاسخ صادقانه به نیستی است. نشانه های آسیب روانی در واقع فعل پذیر کردن خودمان هستند. آسیب روانی، با تأکید بیش از حد بر یک سطح هستی به قیمت ازدست دادن سطوح دیگران، مشخص می شود.

فرآیندهای درمانی

چون دروغگوئی منبع آسیب روانی است، راه حل از بین بردن نشانه های بیماری صداقت است. درمان باید شامل فرآیندهایی باشد که فرد از طریق آنها بتواند خود را به صورت فاعل یا عاملی احساس کند که قادر است از طریق بالا بردن حق انتخابها، زندگی اش را هدایت کند. وجود نگرها تأکید دارند که باید درمانجویان را ترغیب کرد با درمانگر رابطه ای اصیل برقرار کنند و بدین ترتیب به طور فزاینده ای از خود بعنوان فاعل آگاه شده، احساس کنند با درمانگر فرقی ندارند تا آنجا که خود تصمیم بگیرند چه موقعی درمان پایان یابد.

هشیاری افزایی

وظیفه درمانجو: رهنمود پنهان در وجود نگر این است که، هر چه می خواهی باشی، همان باش. بیماران اجازه دارند خود را همان گونه که معمولاً با دنیا ارتباط برقرار می کنند، نشان دهند، و درمانگر، در اوایل درمان مداخله اندکی دارد. به تدریج بیماران ترغیب می شوند به فرایندی بپردازند که تجربه کردن آزاد نام دارد. بیماران ترغیب می شوند آزادانه و صادقانه، هر آنچه را که در حال

حاضر تجربه می کنند، ابراز نمایند.

وظیفه درمانگر :

وظیفه درمانگر با درک دنیای پدیداری بیمار آغاز می شود روش پدیدارشناختی بر بی واسطه بودن تجربه، درک تجربه، معنی آن تجربه و مشاهده با کمترین سوگیری قبلی تمرکز دارد. اغلب وجود نگرها برای پی بردن به دنیای پدیداری بیماران، از پسخوراند تیرگی زدایی استفاده می کنند.

انتخاب

بعد از اینکه درمانجو از گزینه های جدید آگاه شد، باید تصمیم بگیرد کدام گزینه را انتخاب کند و اضطراب ناشی از مسئولیت انتخاب خود را احساس کند و با آن به سربرد. درمانگر هنگام انتخابهای بحرانی بیماران و لحظه های بحران تصمیم گیری، با آنها می ماند با اضطراب و پریشانی آنها همدلی می کند، بیمار می داند برای اینکه فاعلی اصیل شود نه نشانه ای مفعول، باید مسئولیت انتخابهای خویش را بپذیرد.

محتوای درمان

وجودنگری نظریه نسبتاً جامع وجود است که فرد را در چهار سطح عملکرد شخصی در نظر می گیرد. بودن برای - خود بر عملکرد درون فردی تمرکز می کند، بودن با دیگران، مفهوم وجودی برای عملکرد میان فردی است. بودن - در - دنیا رابطه فرد با جامعه را شامل می شود، ولی از آن فراتر است، و جستجو برای اصالت بیانگر هدف وجود نگرها برای فراتر رفتن از تعارض .

تعارض های میان فرد و جامعه

سازگاری در برابر فراروندگی :

تنها راه سالم بودن یک زندگی مبتنی بر سازگاری، این است که جامعه ای که فرد با آن سازگار می شود، اصولاً صادق باشد. فراروندگی با انتخاب کردن چیزی که ضروری است آغاز می شود آنچه یک آدم پخته و بالیده را هدایت می کند، فرآیندهای هشیاری و انتخاب هستند.

فراسوی تعارض به سوی خردسندی

یافتن معنی در زندگی : ما معنی را در زندگی کشف نمی کنیم بلکه آن را در زندگی خود می آفرینیم. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، پاسخ این است که زندگی فرایندی جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسئله ای که باید آن را حل کرد معنی وجود مادر آنچه تصمیم می گیریم برایش مقاومت کنیم، نمایان می شود.

رابطه درمانی

وظیفه اصلی درمانگر وجودی این است که درمانجو را به صورت بودن - در - دنیا درک کند رابطه درمانی نوعی رابطه مستقیم بین دو نفر است. مهمترین ویژگی رابطه درمانی بودن - با هم " درمانگر و درمانجو در حالت " اوهم باید باشد است. مفهوم او هم باید باشد به معنی تأیید وجود دیگری است. وجود نگرها قبول ندارند که توجه ی مثبت درمانگر به بیمار نامشروط باشد. درمانگر برای اصیل بودن، فقط می تواند به صداقت و اصالت، اما نه به دروغگوئی و آسیب، با توجه مثبت پاسخ دهد. درمانگر برای اینکه از دنیا ی پدیداری بیمار آگاه شود، اشکالی ندارد که در ابتدا بدون قضاوت آشکار به او اجازه دهد، دروغ بگوید و فعل پذیری کند.

درمان وجودی - انسانگرایی :

درمان وجودی حداقل دونوع است : تحلیل وجودی و درمان وجودی - انسانگرایی. تحلیل وجودی یا هستی کاوی را می توان چیزی بین روانکاوی و وجودنگری انسانگرایی معاصر دانست. انسانگرایان وجودی آمریکایی برپتانسیل، آگاهی، تجربه های اوج، خودشکوفایی، من - تو، و رویارویی تمرکز می کنند.

معنادرمانی :

از چهارنوع نیستی، معنادرمانی بیشترین بی معنایی میپردازد و یکتورفرانکل معتقد است که معنا خواهی جوهر اساسی وجود است. معنی زندگی امری انتزاعی نیست. افرادی که مدام از خود می پرسند، زندگی چه معنایی دارد ؟ باید متوجه باشند که این زندگی است که آزمای پرسد، چه معنایی به هستی خود می دهیم. ماصرفاً با مسئول بودن می توانیم به زندگی پاسخ دهیم. دستور بدون قید و شرط معنادرمانی این است ((چنان زندگی کن که انگار اکنون باردوم است که زندگی می کنی وانگار بار اول است، همان اشتباهی را متركب شدهای که اکنون قرار است متركب شوی))

واقعیت درمانی

درحالی که معنادرمانی موضوع مهم درمان را بی معنایی می داند، واقعیت درمانی، بر بی مسئولیتی تأکید می کند. به نظر گلاسر هویت یکی از شرایط اساسی انسان کامل بودن است. برای اینکه هویت موفق ایجاد کنیم باید قویاً معتقد باشیم که درپیشروی به سوی هدفهای شخصی خود، موفق هستیم. هدف تمام رفتارها برآورده کردن چهارنیاز روانی تعلق، قدرت، لذت و آزادی و نیاز جسمانی به بقاست. ارضای موفقیت آمیز این نیازها، حس کنترل را به بار می آورد. درمان عمدتاً بر زمان حال تمرکز دارد یکی از وظایف مهم درمانگر این است که به درمانجویان رفع تکلیفهای آنها را یادآور شود. واقعیت درمانگران نوعی تقریب متوالی به شیوه رفتاری را ترغیب می کنند.

انتقادهایی از درمان وجودی

از دیدگاه رفتاری :

وجودنگری به عنوان یک نظریه، با عقاید رمانتیکی چون عشق و اراده که مدت زیادی از پیشرفت دانش بشری جلوگیری کرده اند می کوشد گام بزرگی به عقب بردارد. این نوع فلسفی اندیشی، نه تنها به علوم انسانی لطمه می زند، بلکه به قول اسکینر به جوامع انسانی هم آسیب می رساند. تأکید مستمر بر افسانه آزادی و شأن، جزاینکه به فروپاشی جامعه ما بیانجامد نتیجه دیگری ندارد.

از دیدگاه روان کاوی

وجود نگری به عنوان یک نظریه، در ارتباط با تعارض های ناهشیار جداً در حق بیماران ظلم می کند. تأکید وجود نگری بر آزادی انتخاب و قواعد فردی زندگی کردن، به عنوان فلسفه نوظهور عصر نوین ما، بیشتر از روان کاوی مسئول نابودی نظم اجتماعی است.

از دیدگاه انسان گرایی :

بی تردید تمام انسان گرایان با تحلیل وجودی سنتی موافق نیستند و هرنوع نتیجه گیری درباره موافقت کلی آنها، اشتباه خواهد بود.

از دیدگاه بافتی

درمانگران طرفدار آزادی زنان، خانواده - سیستمی، چند فرهنگی، و سایر درمانگرانی که از موضع بافت گرایانه حمایت می کنند

شدیداً به وجود نگرى حمله کرده اند کمبود زنان با نفوذ در نظریه وجودی و بی توجهی به دنیای پدیداری آنها. وجودنگری را به صورت در نفوذ ناپذیر مردان روشنفکر مصور می کند. درمانگران وجودی نمی توانند نظام خانواده را بصورت یک کل در نظر داشته، و به آن بپردازند.

از دیدگاه یکپارچه نگر

وجودنگری از نظر درک شرایط انسان غنی است اما از لحاظ نظریه درمان نابسند است . تحلیل گران وجودی، غیر از تکرار شعارهای محدودی درباره اصالت درمانگر که با عناصری از روانکاوی ترکیب شده اند. در مورد شیوه های درمانی خود اطلاعات چندانی در اختیار نمی گذارند. بی توجهی وجود نگرها به ارزیابی علمی روان درمانی، بسیاری از درمانگران را به بی منطقی ترغیب می کند، تا به آنجا که هیچ مسئولیتی در قبال ارزیابی کارائی روش خود احساس نکنند.

فصل پنجم

درمان فرد مدار کارل راجرز

نظریه شخصیت :

طبق دیدگاه راجرز تمامی انسانها، یک نیروی انگیزشی اساسی دارند که گرایش به شکوفایی است به عبارت دیگر گرایش شکوفا شدن در گرایش فطری ارگانیزم به پروراندن تمام استعدادهایش به طوری که بتواند به زندگی ادامه دهد و پیشرفت کند. ما با فرآیند ارزش گذاری ارگانیزمی نیز متولد می شویم که ما را قادر می سازد آن دسته از تجربه هایی که زندگی ما را تقویت می کنند، به صورت مثبت ارزش گذاری کنیم و برای تجربه هایی که مانع از رشد ما می شوند ارزش منفی قائل شویم. پس ما با نیروهای شکوفا کننده ای به دنیا می آئیم که ما را برمی انگیزند و فرایندهای ارزش گذاری ای که ما را تنظیم می کنند. هنگامی که خود آگاهیمان نمایان می شود، نیاز به توجه مثبت به خود را پرورش می دهیم وقتی افراد طبق ارزشهای درونی ساخته دیگران عمل می کنند، شرایط ارزش را فرا گرفته اند.

آسیب شناسی روانی

هر چه محبت والدین مشروط تر باشد، احتمال ایجاد آسیب روانی بیشتر است. وقتی برخی تجربه ها تحریف یا انکار می شوند، بین آنچه تجربه می شود و آنچه مظهر خود پنداره ی فرد است ناهمخوانی وجود دارد. از نظر راجرز، محور ناسازگاری روانی عبارتست از ناهمخوانی بین تجربه کلی فرد و آنچه مظهر خود پنداره اوست. ناسازگاری روانی حاصل احساس بیگانگی انسانهاست. وقتی افراد در حالت بیگانگی به سر می برند، تجربه هایی که با خود ناهمخوان هستند، به صورت نیمه هشیار، تهدید کننده ادراک می شوند. ناهمخوانی بین خود و تجربه برخی افراد آن چنان زیاد است که در رویدادهای خاص اجازه نمی دهند دفاعها درست عمل کنند و همین امر می تواند به ازهم پاشیدگی شخصیت فرد بینجامد.

رابطه درمانی

راجرز به صراحت اعلام داشته است که شرایط ضروری و کافی برای درمان، در رابطه درمانی نهفته است. برای اینکه رابطه درمانی تغییر شخصیت سازنده ای به بار آورد، باید شش شرط ضروری را داشته باشد.

۱- رابطه متقابل :

در یک رابطه باید دونفر حضور داشته باشند که هریک مقداری تفاوت محسوس در دیگری ایجاد کند.

۲) آسیب پذیری درمانجو در این رابطه در حالت ناهمخوان قرارداد و نسبت به اضطراب آسیب پذیر است.

ادامه شش شرط ضروری

۳) صداقت: درمانگر در رابطه درمانی، همخوان صادق است صداقت، یعنی درمانگران آزادانه و عمیقاً خودشان باشند به طوریکه تجربه های واقعی آنها دقیقاً از خود نمایان شوند.

۴) توجه مثبت نامشروط اگر درمانگر بتواند توجه مثبت نامشروط به درمانجو نشان دهد درمانجو آزادانه می تواند خود را با عشق و محبت،

همان گونه که هست، بپذیرد.

۵) همدلی خالصانه درمانگر با همدلی خالصانه، دنیای درونی درمانجورادرک می کند و می کوشد این درک را به درمانجو منتقل کند.

۶) ادراک صداقت درمانجو تا حدودی تأیید و همدلی درمانگر را درک می کند برای همدلی و دلسوزی، درمانگ باید یک فرد صادق تلقی شود.

نظریه فرایندهای درمانی

وظیفه درمانجو : وقتی درمانجویان درجوی قرار بگیرند که توجه مثبت نامشروط دریافت کنند، آزادانه می توانند درباره هر چیزی که دوست دارند بحث کنند. جریان درمان را درمانجویان و نه درمانگران، هدایت می کنند.

مسئولیت درمانجویان این است که ابتکار عمل را در دست گرفته و درمانگر را از تجربه های شخصی خود با خبر کنند و آماده باشند که از او پسخوراند بگیرند

وظیفه درمانگر

وظیفه درمانگر در ارتباط با افزایش دادن هشیاری درمانجو، تقریباً به طور کامل نوعی بازتاب تلقی می شود. درمانگر مثل یک آینه یا بازتاب دهنده احساسات درمانجو، پیام هایی را به او می رساند. درمانگرازداد است که فعالانه گوش کند و احساسات واقعی درمانجو را دقیقاً منعکس نماید. دیدگاه جدید این است که وظیفه درمانگردرهشیاری افزایی، چیزی بیش از پسخوراند دادن است. بخشی از وظیفه درمانگرفرد مدار این است که به درمانجویان کمک کند توجه خود را طوری متمرکز کنند که بتوانند از غنای موجود در اطلاعات ناشی از احساساتشان، بیشتر استفاده کنند. درمانگران می توانند با سازمان دادن همدلانه اطلاعات ناشی از تجربه درمانجو، درمان را پیش ببرند. پالایش روانی : معمولاً وقتی که درمانجویان می خواهند خود را ابراز کنند، از ذکر تجربه های مملو از هیجان خود داری می کنند. درمانجویان، سرانجام احساسات لحظه ای خود را به طور کامل ابراز می کنند. آنها قبول می کنند که این احساسات از درون آنها سرچشمه می گیرند و ارزش توجه مثبت را دارند. در این زمان، تجربه هایی که قبلاً انکار می شدند که سرریز می کنند. درمانگران با هدایت کردن توجه درمانجو به سمت جنبه های اساسی هر آنچه مورد بحث قرار می گیرد، به آنها کمک می کنند تجربه های عاطفی تهدید کننده خود را ابراز دارند.

محتوای درمان

تعارض های درون فردی: درمان فردمدار، بیشترین نظریه فرآیند است تا محتوا، درمانگران فرد مدار معتقدند اضطراب علت مشکلات افراد نیست، بلکه پیامد ناراحت کننده یک زندگی تجربه شده است. گرچه اضطراب عاملی است که افراد را به درمان می کشاند، وظیفه ما حساسیت زدایی اضطراب نیست. راجرز، نیازه عزت نفس را مهمترین مسئله درون فردی می داند و فقط آن را حرمت نفس می خواند. او فرد مسئول، را فردی شکوفا کننده میدانند که ازدگرسالاری یا کنترل شدن توسط دیگران و محیط به خود مختاری یا کنترل درونی تغییر می یابد.

فراسوی تعارض

به سوی خرسندی معنی :

معنی از شکوفا شدن گرایش ما به تمامی آنچه قرار است طبق سرشتمان باشیم، نمایان می شود. فرد باید کانون معنی خود باشد و نباید دیگران یا جامعه معنی خود را به او تحمیل کنند.

واقعیت‌های درمان فرد مدار

فرد ایده آل راجرز برای زندگی خوب در فرد کامل یافت می‌شود. بدیهی است که چنین فرد ایده‌آلی، اعتماد ارگانیزمی نشان می‌دهد. واقعیت‌های درمان فردمدار: چون درمان فرد مدار عمدتاً بر خود مختاری تأکید می‌کند، از به کارگیری آزمون‌های روان‌سنجی و ارزیابی‌های معمول در روان‌درمانی، جلوگیری می‌کند. روان‌شناسی مشاوره‌ای، آموزش و پرورش مشاوره‌ای، و مشاوره مذهبی به ویژه در رویکرد راجرز محسوس هستند.

مصاحبه انگیزشی

گزینۀ اصلی :

ویلیام میلر رویکرد مصاحبه انگیزشی خود را رویکرد درمانجو مدار کوتاه مدت و رهنمودی توصیف می‌کند که هدف آن برانگیختن تغییر رفتار به وسیله کمک به درمانجویان برای کاویدن و حل کردن ناهمخوانی خودشان است.

انتقادهایی از درمان فرد مدار

از دیدگاه رفتاری :

طرفداران راجرز را باید به دلیل اشتیاق به بررسی علمی درمان فردمدار تحسین کرد ولی آنها باید به این مهم توجه داشته باشند که به دلیل خطاهای روش شناختی که در آزمایش‌هایشان یافت می‌شود، بری از انتقاد نیستند.

نقطه ضعف‌های آنها عبارتند از :

(۱) استفاده از آزمودنی‌های گواه که موردهای مناسبی برای درمان نیستند

(۲) حذف آن دسته از گروه گواه که تدبیر آزمایش درمورد آنها اجرا نمی‌شود

(۳) کنترل نکردن آثار پلاسیبو

(۴) اتکا بر مقیاس‌های خود سنجی

(۵) بی توجهی به رفتار و عملکرد درمانجویان و توجه زیاد به تجربه ذهنی آنها

از دیدگاه روانکاوی

آنچه درمان فردمدار تأمین می‌کند نوعی رابطه انتقالی است که تمام عناصر محبت مادری آرمانی را دربردارد.

به درمانجویان باغ گل سرخی نوید داده می‌شود که در آن تمام بدی‌ها و خوبی‌های آنها با محبت نامشروط مواجه خواهد شد.

از دیدگاه بافتی

بی توجهی درمان فردمدار به محیط، اغلب به ساده لوحی، عدم کارایی و بی کفایتی منجر می‌شود کم بهادادن به واقعیت بیرونی یا دنیای واقعی مفاهیمی که راجرز معمولاً آنها را در گیومه قرار می‌دهد.

تصور عموم را از روان درمانی بعنوان نوعی حرف زدن غیرواقع بینانه، تن پرورانه و گران درباره احساس‌ها و توانش‌های درونی تأیید کند.

از دیدگاه یکپارچه نگر

اما درنظام راجرز، دانش اهمیت کمی دارد و مطمئناً شرط لازم برای درمان نتیجه بخش نیست و دیگر اینکه راجرز برای تمام برخوردهای بالینی، دستورالعمل ها و درمان های واحدی را مطرح کرد.

www.nashr-estekhdam.ir

فصل ششم

گشتالت درمانی

فرتیز پرلز

نظریه شخصیت

ما انسانها به رغم اینکه قرنهایست دوست داریم بدن خود را انکار کنیم، باید بپذیریم که اصولاً ارگانیزمهای زیستی هستیم هدفهای روزمره ما، یا به قول پرلز هدفهای پایانی، براساس نیازهای زیستی ما قرار دارند، که به گرسنگی، میل جنسی، بقا، سرپناه و تنفس محدود می شوند. نقش های اجتماعی که اختیار می کنیم، وسیله ای برای برآورده ساختن هدفهای پایانی ما هستند. پرلز فرض می کند که فرآیند دائمی کامل کردن نیازهایمان، یعنی فرآیند تشکیل کل ها یا گشتالت ها، یکی از قوانین ثابت دنیا برای حفظ کردن تمامیت و یکپارچگی ماست. چرخه زندگی روزمره ما، چنانکه وجود طبیعی سالمی داشته باشیم، به صورت فرآیند نیازهای ارگانیزمی آزاد و جاری خواهد بود که درگاهی ما نمایان می شود.

شخصیت سالم به نقش های اجتماعی دل مشغول نمی شود،

نظریه آسیب شناسی روانی

آدم بیمار، کسی است که در روند طبیعی رشد یا بالندگی گیر کرده باشد، از نظر پرلز آسیب شناسی روانی پنج لایه یا سطح مختلف دارد:

ادامه نظریه آسیب شناسی روانی

(۱) لایه جعلی

(۲) لایه فوبیک

(۳) لایه بن بست

(۴) لایه درون پاشی

(۵) لایه انفجاری.

ادامه نظریه آسیب شناسی روانی

سعی در مواجه شدن با تمام آنچه که هستیم ما را به سوی مواجه شدن با لایه فوبیک بیماری مان می کشاند.

در این لایه، متوجه می شویم که چقدر از اجزای خودمان ناخشنودیم، در نتیجه از روبرو شدن با این امر دچار فوبی می شویم. لایه فوبیک کلیه انتظارات مصیبت بار بچگانه ما را شامل می شود. زیر لایه فوبیک، مهم ترین سطح آسیب روانی قرار دارد، لایه بن بست. بن بست همان نقطه ای است که در جریان بالندگی مان در آن گیر کرده ایم. تجربه کردن لایه درون پاشی، به معنی تجربه کردن مردگی است. برای اینکه فرد از لایه درون پاشی بگذرد باید شخصیتی را که وظیفه احساس هویت را بر عهده داشته است، دور بریزد. رهایی از نقش ها، عادت ها، و شخصیت بیمارگون، به معنی آزاد کردن انرژی بسیار زیادی است که صرف ممانعت از انسانی مسئول و کاملاً

سرزننده شده است. فرد اکنون با لایه انفجاری روان رنجوری مواجه می شود، که آزاد سازی انرژی های زندگی را ایجاب می کند.

نظریه فرآیندهای درمانی

در درمان گشتالتی، هشیاری افزایشی با هدف آزاد کردن افراد از مایا، از لایه جعلی و خیالی وجود صورت می گیرد. رها کردن ذهن در واقع تغییر اساسی در هشیاری است. وظیفه درمانجو این است که باید در اینجا و اینک بماند. به محض اینکه درمانجویان روی " صندلی داغ " می نشینند، نشان می دهند که آماده اند تا اکنون توجه درمانگر گشتالتی باشند

وظیفه درمانگر:

مهم ترین وظیفه درمانگر در هشیاری افزایشی، ناکام کردن بیمار است. درمانگران تمایل درمانجو به حمایت شدن و مصون ماندن از عواطف ناخوشایند و تلاش های او برای نپذیرفتن مسئولیت تصمیم گیری ها را ناکام می کنند. اگر درمانجویان به گذشته برگردند و با سرزنش کردن والدین به خاطر مشکلاتشان هم چنان از آنها شکایت کنند، درمانگر گشتالتی می تواند از فن صندلی خالی استفاده کند.

تمرین هایی که بیش از همه در هشیاری افزایشی به کار می روند به قرار زیر هستند :

۱- بازی های گفت و شنود ۲- من مسئولیت می پذیرم

۳- بازی فرافکنی ۴- واگردانی

۵- تمرین های نمایشی ۶- بازی های مشاوره زناشویی

۷- ممکن است جمله ای از من بپذیرید ؟

درمانگران گشتالتی آنچه را که درمانجویان در جلسات درمان گشتالتی می گویند، تعبیر نمی کنند و به درمانجویان امکان می دهند از چشم و گوش خود به عنوان منبع پسخوراندی استفاده کنند

پالایش روانی

وقتی که درمانجویان به طور فزاینده از بازی ها و نقش های اجتماعی جعلی خود آگاه می شوند زمانی که از مقاومت جسمانی و اجتناب فوبیک از اینجا و اینک آگاهی می یابند، گریز آنها از خودشان به صورتی فزاینده، کمتری شود آنها می توانند تمام عواطفی را که دیگران نمی پسندند یا تأیید نمی کنند آزاد سازند و به این طریق انسان واقعی شوند.

وظیفه درمانجو

: پالایش روانی مستلزم آن است که درمانجویان مسئولیت ادامه دادن درمان را زمانی که بسیار مایل به گریختن هستند، بپذیرند.

اگر درمانجویان آمادگی داشته باشند که گذشته را به یاد آورند و آنچه را که در درونشان مرده است مجدداً احیا کنند، باید در بررسی رؤیای گشتالتی شرکت کنند.

وظیفه درمانگر

درمانگر گشتالتی، مانند یک کارگردان خوب، تشخیص تکوینی را زیر نظر داشته و به آن توجه خواهد کرد.

درمانگران گشتالتی باید از مواقعی که درمانجویان می کوشند از ترس و عذاب برداشتن ماسک خود اجتناب کنند نیز آگاه باشند
درمانگران سعی می کنند با دادن پسخوراند و هدایت توجه درمانجو به شگردهایی که برای اجتناب کردن به کار می روند، مانع این
اجتناب ها شوند .

محتوای درمان :

تعارض های درون فرد ی مهمترین مسائل برای گشتالتی ها، تعارض های درون فرد هستند، تعارض های بین سلطه گرو سلطه پذیر،
یا بین خود اجتماعی و خود طبیعی فرد، یا بین اجزای انکار شده فرد و انتظارهای مصیبت باری که اجازه نمی دهند فرد قطب هایی
را ابراز کند که احتمالاً با عدم تأیید یا طرد مواجه می شوند.

اضطراب عبارت است از فاصله بین اکنون و بعد، بین اینجا و آنجا. عزت نفس متزلزل علت روان رنجوری نیست، بلکه یکی از پیامدهای
نا پختگی و وابسته بودن است.

تعارض های میان فرد و جامعه

سازگاری در برابر فراروندگی

گشتالت، آشکارا نوعی درمان فراروندگی است. سازگاری با جامعه ممکن است در گذشته، زمانی که جامعه پایدار و سالم بود، هدف
درمانی مقبولى بوده باشد،

پرلز، مانند بسیاری از منتقدان جامعه نوین می گوید : به اعتقاد من، ما در جامعه ای دیوانه زندگی می کنیم و شما فقط حق دارید یا
در روان پریشی جمعی ان شرکت کنید، یا دست به خطر بزنید و سالم باشید و شاید به صلیب هم کشیده شوید.

فرد ایده آل

پیامد ایده آل گشتالت درمانی این است که به افراد کمک شود تا دریابند که آنها، هرگز واقعاً به یک روان درمانگر نیازی ندارند.
درمانجویان ایده آل قبول می کنند که به رغم تمام فریب کاری هایشان، توان درونی آن را دارند که روی پای خود باشند و خودشان
باشند.

رابطه درمانی :

در گشتالت درمانی قاعده ای وجود دارد و آن این است که رابطه باید رابطه من – تو یا به قول راجرز، رویارویی اصیل باشد. درمانگران
باید بتوانند فرافکنی های درمانجویان به آنها یا اجزای شخصیت آنها را که نادیده گرفته شده، تجربه کنند و بعد این نقطه های کور را
به آنها پسخوراند بدهند رابطه درمانی گشتالتی، در بهترین حالت آن، جزئی از فرآیند و محتوای درمان است.

واقعیت های گشتالت درمانی :

آموزش در گشتالت درمانی تجربه ای است. در این بین تلاش درمانی شخصی قرار دارد که بر آگاهی فردی، رشد عاطفی، و تغییر
شخصیت کارآموز تأکید می ورزد.

فرض بر این است که فرد در نتیجه تماس با دیگران رشد می کند و همین تماس، فرآیند خلاق را پرورش می دهد و آن را برمی انگیزد.
بنابراین رشد شخصی با آموزش حرفه ای ترکیب می شود.

انتقادهایی از گشتالت درمانی

از دیدگاه رفتاری :

در سطح اجتماعی، نتیجه نهایی گشتالت درمانی هرج و مرج است. پرلز می گوید که فرد ایده ال او، مسئولیت هیچ کس را قبول نمی کند اگر انتظارات و تأیید اجتماعی که به هدایت رفتار انسان کمک می کنند رد شوند، آیا دلیلی وجود دارد که انسان ها بتوانند در جوامع مسالمت آمیز و امن زندگی کنند.

از دیدگاه روانکاوی

خود را رها کنید، بگذارید نهاد، شما را هدایت کند.

گشتالتی ساده لوح دوست دارد این موضوع را نادیده بگیرد که در واقع تکانه های زیستی وجود دارند که می توانند سلامت روانی فرد و نظم اجتماعی را مختل کنند. گشتالتی ها از مسئولیت زیاد حرف می زنند و با این حال، بی مسئولیتی حرفه ای را ترغیب می کنند.

از دیدگاه بافتی

تأکید درمان گشتالتی بر آگاهی، خود پشتمانی، مسئولیت، نقش فرد را جدا از سایر افراد، برجسته می کند و به اهمیت روابط جاری و سیستم های فرهنگی توجه اندکی دارد.

ادامه انتقادهایی از گشتالت درمانی

از دیدگاه یکپارچه نگر

دیدگاه پرلز، دوگانه نگری وارونه ای است که برای بدن بیشتر از ذهن ارزش قائل است. ارزش قائل نشدن پرلز برای تفکر، نوعی ضد اندیشه ورزی غیر منطقی را ترغیب می کند که می تواند ارگانیزم های میان تهی را به بار آورد.

فصل هشتم

درمانهای مواجهه سازی و غرقه سازی

توماس استمفل

نظریه آسیب شناسی روانی

پیشگیری از آسیب روانی، فقط از طریق انقلاب جنسی مقدور خواهد بود. علت اصلی آسیب روانی، سرکوبی جنسی است و باید با آن مبارزه کرد. در درون و بیرون آدمها، نیروهای وجود دارند که در برابر میل طبیعی، خشنودی و سلامت جنسی مقاومت می کنند در درون فرد ساختارمنش بیمارگونی بنا نهاده شده است که هدف وجودی آن، ادامه سرکوبی جنسی و ستم اجتماعی است پس برای مبارزه با سرکوبی باید با همین منش بیمار مبارزه کرد.

نظریه فرایندهای درمانی

رایش معتقد بود که فقط در صورتی می توان از آسیب روانی پیشگیری کرد که انقلابی برپا شود تا جامعه ای ناستمگر و کمونیست را بنا نهد. او تحلیل منش را مقدمه ضروری برای روانکاوی می دانست تا وقتی که بیماران کاملاً آگاه نشده باشند که چگونه از الگوهای عادی پاسخ دهی به صورت دفاعها استفاده می کنند، نمی توانند دفاعهای خود را تعدیل کنند.

رابطه درمانی

انسان در خور بالاترین احترامهاست ولی این انسان طبیعی و تناسلی است که ملکوتی تلقی میشود، نه اطوارهایی که عموماً به منش معروف است، ساختار منش بیانگر چیزی است که جامعه ستمگر، به قیمت پذیرفتن افراد آن را طلب می کند. همدلی عبارت است از تجربه بدنی که در بدن آزاد شده درمانگران احساس می شود که با تنشها و هیجانهایی حبس شده در زره عضلانی درمانجویان، تماس جسمانی می گیرند درمان پس - رایشی : بیوانرژتیک الکساندر لوون : معتقد بود : آزادی لذت بردن از زندگی فقط در صورتی میسر است که بدن، کاملاً سرزنده باشد، بدنی که جریان آزاد انرژی زندگی، بیوانرژی را ممکن می سازد و آسیب روانی را معادل سرکوبی و انعطاف ناپذیرکردن زندگی می دانست. مبنای اصلی ما در بدن ما قرار دارد زندگی جدا از بدن یک خیال است.

درمان با غرقه سازی تجسمی : نظریه آسیب شناسی روانی

نشانه های بیماری و مکانیزمهای دفاعی بعنوان مشخصه آسیب روانی، پاسخهای اجتنابی آموخته شده ای هستند که وظیفه دارند اضطراب را کم کنند یا آن را به حداقل برسانند افراد فوبیک از محرکهایی چون سگها، آسانسورها یا ارتفاعات اجتناب می کنند، افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی از کثیفی، اختلال یا خشم جتناب می کنند افراد اسکیزوفرنیک از تماس نزدیک با مردم اجتناب می ورزند، افراد مبتلا به خود بیمار انگاری، می کوشند از بیماری اجتناب کنند. اگر افراد پریشان برای اجتناب از این محرکها یا محرکهای دیگر، از نشانه ها یا دفاعهایشان استفاده نکنند با اضطراب زیاد مواجه می شوند که می تواند به وحشت زدگی تبدیل شود.

نظریه فرایندهای درمانی :

اگر علت آسیب روانی اضطراب و اجتناب شرطی باشد، پس برای برطرف کردن آن باید پاسخ های اضطرابی و اجتنابی را خاموش کرد. خاموشی، ناپدید شدن تدریجی اضطراب شرطی در اثر تقویت نشدن آن است.

پالایش روانی :

درمانجو وظیفه دارد هر صحنه محرکی را که درمانگر توصیف می کند تا حد امکان به طور واضح تجسم کند و اضطراب شدید و هیجانهای ناخوشایند دیگری که این صحنه ها را فرامی خوانند به طور کامل تجربه کند دشوارترین کار برای درمانگر غرقه ساز، ساختن صحنه هائی است که سرکوب شده اند، یا از آنها اجتناب شناختی می شود. هنگام ارائه صحنه های غرقه سازی، درمانگر به علائم آشکار اضطراب در درمانجو، مثل تنفس سریع، عرق کردن کف دست، گریه کردن، محکم چسبیدن به صندلی و یا مچاله شدن و پوشاندن صورت توجه می کند .

رابطه درمانی :

از لحاظ نظری نیازی به برقراری رابطه نیست بدیهی است که درمانگر باید بتواند در بیماران اعتماد ایجاد کند تا آنها به همکاری ادامه دهند. درمانگران غرقه ساز برای مؤثر بودن مهم است آنها فقط در مدت جلسات ارزیابی همدلی نشان می دهند تا بتوانند تعبیرهای بالینی لازم برای ساختن صحنه های نتیجه بخش را تدوین کنند.

واقعیت ها

اگر درمانگری فقط با محرکهای نشانه سروکار داشته باشد و فرض کند که نشانه های پویشی بی ربط هستند یا اصلاً وجود ندارند از نظر فنی از روشی استفاده می کند که درمان غرقه سازی جسمی نامیده می شود، نه درمان با غرقه سازی تجسمی. درمان معمولاً ۲۰-۳ جلسه طول می کشد مدت جلسات معمولاً قدری طولانی تر از استاندارد ۵۰ دقیقه ای است.

درمان از راه مواجهه سازی نظریه روان درمانی

در مکتب رفتاری، درمانگران مواجهه سازی معتقدند اضطراب پاسخی شرطی است که دو عامل یادگیری آن را کنترل می کنند یادگیری پاسخگرو کنشگر، هر دو در پیدایی و نگهداری اختلالهای رفتاری دخالت دارند.

نظریه فرایندهای درمانی :

راهبرد درمانی درمان از راه مواجهه سازی، وارونه کردن وابستگی های تقویت یا تناقض روان رنجور است : تماس عمدی و طولانی با محرکهای ترسناک (مواجهه سازی) و جلوگیری فعال از رفتارهای اجتنابی مربوطه (جلوگیری از پاسخ) در کوتاه مدت، قطعاً بیماران دچار افزایش اضطراب خواهند شد، اما در دراز مدت، از طریق فرایند خاموشی مطمئناً اضطراب و اجتناب کمتری را تجربه خواهند کرد .

رابطه درمانی

درمانگر غرقه ساز از چند جهت مانند یک پدر یا مادر کارآمد عمل می کند. او در درمانجو اعتماد ایجاد می کند و به او ثابت می کند محرکهایی که از آنها می ترسد، خواه واقعی باشند یا خیالی، آسیبی به او نمی رسانند.

EMDR (حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد)

انسانها از یک نظام فیزیولوژیکی فطری برخوردارند که برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. آسیب روانی زمانی روی می دهد که نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد.

رویدادهای آسیب زای زندگی، باعث شکل گیری الگوی بیمارگون عواطف، رفتارها، شناختها، احساسها و ساختارهای مربوطه می شود.

نظریه آسیب شناسی روانی

نظریه فرایندهای درمانی

هدف اولیه EMD حساسیت زدائی طبق الگوی رفتاری بود، ولی هدف نوع تکامل یافته آن، یعنی EMDR شتاب بخشیدن به پردازش اطلاعات است.

EMDR عملاً از هشت مرحله تشکیل می شود.

- ۱) کسب اطلاعات درباره تاریخچه درمانجو و برنامه ریزی درمان
- ۲) آمادگی
- ۳) ارزیابی
- ۴) کارگذاری
- ۵) درمان کارگذاری
- ۶) واریسی بدنی
- ۷) بستن
- ۸) ارزیابی مجدد

رابطه درمانی

رابطه درمانگر - درمانجو باید با همدلی، اعتماد و ایمنی توأم باشد. درمانجویی که دچار آسیب شده است سالها در ترس، خجالت و سکوت به سر برده است رابطه

درمانی و موقعیت درمان باید امنیت درمانجو را تضمین کند.

EMDR درمانجو را با مواد آسیب زا مواجه می سازد و به صورت بالقوه در او گسستگی ایجاد می کند.

انتقادهایی از درمانهای مواجه سازی و غرقه سازی

از دیدگاه رفتاری: درمان از راه مواجه سازی به حق بخشی از مکتب رفتاری ماست، درمان با غرقه سازی تجسمی هم بر نظریه ای معتبر و شواهد مربوط به فرایند خاموشی استوار است. بنابراین درمان با غرقه سازی تجسمی، شراب کهنه در بطریهای جدید است، یعنی شکلی از اقدام میلرود و لارد برای تبدیل مفاهیم روانکاوی به اصطلاحات یادگیری. از دیدگاه روانکاوی: ویلهلم رایش به جای اینکه بازدارنده ارگاسمی را شکلی از آسیب روانی بداند، هم چنان بر این باور بود که دستیابی به ارگاسم، شرط لازم سلامت روانی است. رایش از دستگاه عصبی خودمختاریتی ساخت و انسان را به دستگاه انرژی جنسی تنزل داد و یکپارچگی و هماهنگی شناختی برای این درمان اهمیت بسیار کمی داشت.

انتقادهایی از درمانهای مواجه سازی

از دیدگاه انسان گرایی : فوران هیجان در مواجه سازی و غرقه سازی تجسمی، از تلاش معنادار درون فرد ناشی نمی شود. در عوض، درمانگرانی که این نوع درمانها را به کار می گیرند، با اقدامات مصنوعی و تصورات غلط و نامعقول، هیجانها را از بیرون فرد می خوانند. هر کسی که در بحرانی گرفتار شده است، به دنبال همدلی و آرامش است نه فنون و اقدامات بی روحی که اضطراب را بیشتر می کنند.

از دیدگاه بافتی

کودکان و بزرگسالان آسیب دیده که طبق انتظار دچار اختلالهای اضطرابی می شوند، به همدلی و توجه ما نیاز دارند برعکس، در درمان غرقه سازیتجسمی و مواجه سازی آنها را در معرض بازفعال سازی آسیب و تشدید اضطراب قرار می دهند. در عوض، درمانگرانی که این نوع درمانها را به کار می گیرند، با اقدامات مصنوعی و تصورات غلط و نامعقول، هیجانها را از بیرون فرد می خوانند. هر کسی که در بحرانی گرفتار شده است، به دنبال همدلی و آرامش است نه فنون و اقدامات بی روحی که اضطراب را بیشتر می کنند.

از دیدگاه یکپارچه نگر EMDR

بعنوان نوعی درمان یکپارچه نگر انقلابی، تا جایی پیشرفت کرده است که چند نظریه و روش درمانی را در برمی گیرد. این روش درمانی واقعاً چیزی بیش از حرکات چشم است، این یک نظام رو به تکامل و پیچیده روان درمانی است.

فصل نهم

درمانهای رفتاری

جوزف و لپی

آسیب شناسی روانی

اضطراب، مشکل یادگیری نخستین در آسیب شناسی روانی است اما زمانی که اضطراب به صورت یک پاسخ عادی به محرکهای خاص ایجاد می شود می تواند جنبه های دیگر رفتار را تضعیف کند و به نشانه های ثانوی منجر شود. خود این نشانه های ثانوی می توانند به دلیل دردناک بودن، تداعی شدن با ترسهای آموخته شده از اختلالهای جسمانی یا روانی یا صرفاً به دلیل پیامدهای اجتماعی نگران کننده اضطراب را فراخوانند اگر این مشکلات ثانوی اضطراب بیشتری ایجاد کنند، پس یادگیری جدیدی صورت می گیرد و یک دور معیوب ایجاد می شود که به نشانه های پیچیده تر می انجامد.

نظریه فرایندهای درمانی

چون اضطراب از طریق شرطی سازی آموخته می شود از طریق شرطی سازی تقابلی می توان آن را یادگیری زدائی کرد اصل بازداری تقابلی میگوید اگر بتوانیم کاری کنیم که پاسخ بازدارنده اضطراب در حضور محرکهای اضطراب آور رخ دهد، این پاسخ، پیوند بین این محرکها و اضطراب را ضعیف خواهد کرد.

حساسیت زدائی منظم

در این حالت، آرمیدگی عضلانی عمیق و تدریجی، پاسخ غالب پاراسمپاتیک است که با اضطراب مغایرت دارد. درمانگران ابتدا به مرحله بعدی حساسیت زدائی، ساختن سلسله مراتب اضطراب است که طی آن محرکها از بیشترین اضطراب آور تا کمترین اضطراب آور رتبه بندی می شوند این سلسله مراتب معمولاً با توجه به موقعیت زمانی و مکانی محرک ساخته می شود. معمولاً جلسه درمانی زمانی خاتمه می یابد که درمانجو بتواند یک صحنه را با موفقیت به اتمام برساند. هر جلسه حساسیت زدائی معمولاً ۳۰-۱۵ دقیقه طول می کشد، غرقه سازی تجسمی معمولاً درمانجو را بلافاصله و به طور کامل با محرک آزارنده مواجه می سازد درحالی که حساسیت زدائی منظم به صورت تدریجی در سلسله مراتب اضطراب پیش می رود .

جرات آموزی

حساسیت زدائی، برای فوبی های مربوط به موضوعها و موقعیت های غیرانسانی، و اضطرابهایی که صرفاً حضور آدم ها آنها را فرا می خوانند، درمان برگزیده ای است درحالی که جرات آموزی برای اغلب اضطرابهای مربوط به تعاملهای میان فردی یک درمان انتخابی محسوب می شود. فنون جرات آموزی گوناگون هستند اما تقریباً بدون استثنا همه آنها به درمانجویان یاد می دهند به موقعیت های اجتماعی خاص، پاسخ های کلامی مستقیم و مؤثر بدهند. سرمشق گیری فن مهم دیگری است که در جرات آموزی به کار می رود درمانگر از طریق بازی نقش با تعامل مستقیم با بیماران می تواند وظیفه الگو را برای جسارت مؤثر داشته باشد.

کنترل وابستگی

تحلیل رفتاری یا کارکردی عبارت است از مشخص کردن موقعیت های محرکی که زمینه را برای رفتار ناسازگارانه آماده می کنند)

شرایط پیش آیند (عملیاتی کردن خودرفتار(رفتار) و توصیف وابستگی های تقویت که در پی آن هستند (پیامدها) این زنجیره A-B-
C به زنجیره رفتار معروف است و شالوده آگاهی از تغییر دادن وابستگی ها را تشکیل می دهد.

نظریه فرایندهای درمانی

تحلیل رفتاری سه طبقه از مشکلات رایج را مشخص می کند زیاده رویهای رفتاری، کمبودهای رفتاری و نامناسب بودن رفتار وابستگی های محیطی همیشه رفتار ما و بیماران را شکل می دهند نگه می دارند و خاموش می کنند. فن تغییر رفتار سعی دارد به طور منظم وابستگی ها را کنترل کند تا رفتار سازگارانه را شکل دهد و نگه دارد و رفتار ناسازگارانه را خاموش کند .

کنترل وابستگی نتیجه بخش، شش مرحله زیر را شامل می شود :

- ۱- مشکل کلی را به زبان رفتاری بیان کنید (این مرحله به عملیاتی کردن رفتار آماج معروف است)
- ۲- هدفهای رفتاری را مشخص کنید ضمناً باید مشخص شود که سطح قابل قبول عملکرد هریک از رفتارهای آماج چیست .
- ۳- برای تعیین نتیجه بخش بودن درمان باید مقیاسهائی را تهیه کنید و مقیاسهای خط پایه داشته باشید .
- ۴- برای مشخص کردن وابستگی های موجود و شناسائی تقویت هائی به مشاهدات طبیعی بپردازید .
- ۵- وابستگی های موجود را تغییر دهید : شرایطی که تقویت ها باید عملی شوند یا نشوند
- ۶- برای تعیین اثربخشی مداخله های فعلی میزان پاسخ ها را بصورت نمودار ترسیم کنید و نتایج را با مقیاسهای خط پایه مقایسه کنید.

روشهای کنترل وابستگی را می توان به این صورت طبقه بندی کرد:

۱- کنترل نهادی

۲- کنترل شخصی

۳- کنترل دو جانبه یا قرارداد بستن

۴- کنترل درمانگر

۵- کنترل بیزاری آور

کنترل درمان گر

درمان گران معمولاً در روان درمانی سرپائی بروابستگی های محیطی روزمره درمانجوهايشان کنترل مستقیم کمی دارند با وجود این، می توانند تقویت کننده های اجتماعی مانند توجه، تأیید و تحسین را در جریان درمان کنترل کنند.

کنترل بیزاری آور

کنترل محرک های تمیزی و کنترل مناسب تقویت ها، درموارد نادر، رفتار مشکل ساز را تغییر نمی دهند دراین گونه موارد، رفتار درمانگر، استفاده از کنترل بیزاری آور را در نظر می گیرد.

تغییر شناختی - رفتاری

رویکردهای شناختی به تغییر رفتار برای رفتار درمانگران سنتی، گزینه‌های بسیار بحث‌انگیزی هستند. آنها می‌گویند، فنون شناختی بنابر تعریف، با اصول سنتی رفتار گرایی مغایر هستند.

شرطی سازی به عنوان عامل تعیین کننده و مهم رفتار انسان جایگزین شناخت شد رفتارگرایان فرایندهای شناختی را انکار نکردند بلکه معتقد بودند که این فرایندها ربط چندانی به تحلیل مؤثر اختلالهای رفتاری ندارند.

نظریه آسیب شناسی روانی

برخی از رفتارگرایان شناختی نظریه‌ها و فنون خود را از دیدگاه رفتاری گرفته‌اند و عنصر شناختی را به آن افزوده‌اند درحالیکه، دیگران با دیدگاه شناختی آلبرت آلیس یا آرون بک شروع کرده‌اند و بعد عنصر رفتاری را به آن افزوده‌اند.

نظریه فرایندهای درمانی

اگر مشکل بیمار ناشی از کمبود اطلاعاتی باشد که کنترل شناختی بر پاسخ‌های ناسازگارانه را غیرممکن می‌سازد پس راه حل این است که با تأمین اطلاعات لازم برای کنترل شناختی آگاهی‌ها را بالا ببریم.

دونالد میچن بام :

باروش خود به نام آموزش خودآموزی خدمت مهمی به تغییر شناختی - رفتاری کرده‌است. میچن بام، علاوه بر کاهش اظهارات شخصی که پاسخهای هیجانی ناسازگارانه ایجاد می‌کنند به افراد کمک می‌کند اظهارات شخصی‌ای که کنترل آنها بر رفتار آشکار کلامی و حرکتی را تسهیل می‌کنند پرورش دهند.

رابطه درمانی

اهمیت رابطه درمانی در درمان رفتاری برحسب اینکه چه فنی به کار برده شود و متخصص بالینی چه کسی باشد فرق می‌کند هراندازه روان درمانگر از نظر درمانجو ارزشمند تر باشد به عنوان یک تقویت کننده اجتماعی مؤثرتر خواهد بود.

واقعیت های رفتاردرمانی

درمانگرانی که فنون شرطی سازی تقابلی و شناختی - رفتاری را به کار می‌برند معمولاً در دفتر خصوصی خود کار می‌کنند. درمان معمولاً به صورت فردی و نهایتاً زوجی انجام می‌شود بسیاری از فنون رفتاری و شناختی - رفتاری، از جمله جرأت آموزی، آموزش آرمیدگی و مسأله گشائی، سرمشق گیری و تقویت گروهی به منظور صرفه جوئی در هزینه به صورت گروهی اجرا می‌شوند.

رفتاردرمانی کوتاه مدت

رفتارگرایان همیشه به دنبال مداخله‌های کوتاه مدتی بوده‌اند که از لحاظ تجربی حمایت شده باشد ویژگی اصلی رفتاردرمانی صرفه جویی در وقت است اختلالهای خاص را شناسائی کنید، برای اهداف درمان قرارداد ببندید، روشهایی که اعتبار تجربی دارند به کار ببرید و نتیجه را ارزیابی کنید.

کارائی رفتاردرمانی

در زمینه اختلالهای خوردن نیز تحقیقات نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مؤثرترین درمان و درمان رفتاری دومین درمان

بسیار مؤثر برای کاستن از پرخوری و پاکسازی درافراد پراشتها بوده است این درمانها از درمانهای داروئی بویژه داروهای ضدافسردگی برتر بوده‌اند.

انقادهائی از رفتاردرمانی

ازدیدگاه روانکاوی :

رفتاردرمانی به عنوان نظامی که به تجربه نگری خود می بالد واقعاً ناامید کننده است به جای پژوهش کیفی با کمیت مواجه هستیم. اگر حساسیت زدائی می تواند ترس یک دانشجو از عنکبوتها را کاهش دهد چه تأثیری برمبنای مشکل دارد؟

ازدیدگاه انسان گرایی

آنچه درنظریه و درمان رفتاری دیده نمی شود احساس ارزشهای انسانی است که می تواند ما را درتعیین نتیجه مهم یک درمان یاری دهد. درعصری که انسانهای بی شماری از فروپاشی احساس معنا رنج می برند، رفتاردرمانی می کوشد فقط نشانه را تسکین دهد.

ازدیدگاه بافتی

روان درمانگران همواره باید درباره مناسب بودن رفتارهای آماج، اهداف درمان و ملاکهای پیامد تصمیم بگیرند تمرکز رفتاری برآموزش مهارت فردی مسائل اجتماعی را نادیده می گیرد و از ارزشهای گروه حاکم حمایت می کند.

ازدیدگاه یکپارچه نگر

اغلب افرادی که دراین حرفه مشغول کار هستند از دیرباز تشخیص داده اند که هیچ نظام روان درمانی یا نظریه واحدی آن قدر کامل نیست که با پیچیدگیهای درمانجویان ما منطبق باشد مطمئناً در پس آنچه رفتاردرمانی خوانده می شود، نظریه وحدت بخشی وجود ندارد.

فصل دهم

درمان های شناختی

آلبرت آلیس

نظریه شخصیت

تبیین منطقی شخصیت، تقریباً یک ABC ساده است

نقطه A رویدادهای برانگیزنده زندگی مثل طردشدن از جانب یک معشوق قرار دارد.

نقطه B بیانگر عقایدی است که افراد برای پردازش رویدادهای برانگیزنده، در زندگی خویش به کار می برند این عقاید می توانند منطقی یا غیرمنطقی باشند.

نقطه C فرد پیامدهای عاطفی و رفتاری آنچه را که به تازگی روی داده است تجربه می کند.

درمان منطقی - عاطفی به عنوان یک نظریه شناختی به فرایندهای درونی ارگانیزم اشاره دارد و آنها را عوامل تعیین کننده مهم کارکرد شخصیت می داند.

نظریه آسیب شناسی روانی

انسانها، درست به همان صورتیکه ذاتاً گرایش دارند به شکلی منحصر به فرد منطقی و روشن فکر باشند، دارای گرایش بسیار نیرومندی برای کثفکری هستند .

آسیب های روانی زندگی روزمره را می توان با فرمول ABC عملکرد انسان توضیح داد.

ویژگی عقاید غیرمنطقی

عقاید غیرمنطقی و نگرشهای کژکار دو ویژگی اصلی دارند. اولاً این عقاید توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتما بیان می شوند این تفکر الزام آور است. ثانیاً فلسفه های خودآشفته ساز که معمولاً حاصل این توقعات هستند انتسابها بیسیارنامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می کنند این یک استنباط فاجعه آمیز است.

نظریه فرایندهای درمانی

درمان منطقی - عاطفی دو شکل اساسی دارد :

۱. درمان منطقی - عاطفی کلی یا بی ظرافت که در عمل با درمان شناختی - رفتاری مترادف است.
۲. درمان منطقی - عاطفی اختصاصی یا ظریف که دقیقاً از فرمول بندیهای آلیس پیروی می کند.

هشیاری افزائی وظیفه درمانجو

قسمت هشیاری افزائی در درمان منطقی - عاطفی نوعی فرایند آموزشی است، وظیفه درمانجویان معمولاً شبیه وظیفه شاگردان است.

درمانجویان در جریان توضیح دادن مشکلاتشان عقایدی دفاع می کنند که زیربنای ناراحتیهای عاطفی آنهاست فوراً بازخواست می شوند.

وظیفه درمانگر :

چون میل پرداختن به تفکر نادرست بسیار شدید است درمانگر منطقی - عاطفی آمادگی دارد که از فنون متعدد شناختی - عاطفی، رفتاری استفاده کند تا به درمانجویان بیاموزد که افکار پخته و منطقی را از افکار احمقانه مشکل سازی که اغلب مبنای منطقی ندارند تشخیص دهند.

شرطی سازی تقابلی

انجام دادن رفتارهای سالم، رفتارهای ناسالم را به صورت تقابلی بازداری می کند.

نمونه بارز در درمان منطقی - عاطفی این است که داشتن عقاید منطقی مانعی در راه عقاید غیرمنطقی ایجاد می کند.

محتوای درمان

مشکلات روانی دراصل درون فردی هستند افراد با پردازش رویدادها از طریق نظامهای عقیدتی غیرمنطقی، برای خود مشکلات عاطفی به بار می آورند. معمولاً درمان به صورت جلسات فردی آغاز می شود که به جای تمرکز بر رابطه، درمانجو و درمانگر بر تفکر پرتوقع تمرکز می کند.

اضطراب و دفاعها :

اضطراب پیامد نامناسب شناختهای غیرمنطقی است این نوع اضطرابها را با حساسیت زدا کردن فرد نسبت به یک محرک خاص نمی توان خاموش کرد. مکانیزمهای دفاعی، نمونه هایی از گرایش غیرمنطقی انسان هستند.

عزت نفس :

راه اصلی برای عضو طبیعی و منطقی جامعه شدن، خویشتن پذیری است. درحقیقت مشغولیت ذهنی به ثابت کردن ارزش مان، مهمترین مانع برسرراه لذت بردن از زندگی است وقتی سرانجام بتوانیم تمام قوتها و ضعفهایمان را بپذیریم، قادر خواهیم بود جستجو برای عزت نفس را ترک کنیم.

تعارضهای میان فردی

ارتباط : اغلب مواردی که مشکلات ارتباط نامیده میشوند درواقع مشکلات تفکر هستند اگر به افراد کمک کنیم تا نحوه تفکر منطقی تری داشته باشند، عموماً در نحوه برقرار کردن ارتباطشان ثمربخش تر خواهند شد.

خصوصیت

۱. خصوصیت پیامد غیرمنطقی این موارد است
۲. گرایش فطری و زیستی به پرخاشگر شدن
۳. رویدادهای ناخوشایند و ناکام کنند
۴. گرایش به فکر کردن نادرست درباره آن رویداد و امتناع از مبارزه کردن با این گرایش نادرست

تعارضهای میان فرد و جامعه سازگاری

در برابر فراروندگی اگر بخواهیم گامهای بلندی در جهت پیشرفت جامعه خود برداریم تا آن را مکان دلپذیرتری برای زندگی بسازیم به افرادی نیاز داریم که سعی می کنند مشکلات اجتماعی را از طریق روشهای منطقی و تجربی حل کنند نه براساس توقعات سطحی و کهنه ای که می گوید جامعه باید منصفانه و معقول تر باشد.

فراسوی تعارض به سوی خرسندی معنی

اگر به دنبال معنی مطلق برای زندگی باشیم، ناامید خواهیم شد هیچ امر مطلقى جز آنچه ما خود می آفرینیم وجود ندارد اگر با تکیه بر معنا دنبال عقیده ای بگردیم که وجود ما را توجیه کند، بهتر است آنرا فراموش کنیم دنیا برای وجود ما اهمیتی قائل نیست این ما هستیم که به آن اهمیت می دهیم معنی در نهایت یک نظام ارزش است. رابطه درمانی درمانگران عقاید و رفتارهای او را مورد ارزیابی قرار می دهند. درمانگران صادق و روراست هستند درمانگران منطقی -عاطفی به عنوان ترکیبی از فیلسوف/ معلم / دانشمند، رابطه درمانی را شرط لازم آموزش تمرینش می دانند.

درمان شناختی بک

بک از شناختهای ناسازگارانه، نگرشهای کژکار، یا درمورد افسردگی از فرضهای دپرسوژنیک صحبت کند چند خطای شناختی که احساسهای افسردگی را به وجود می آورند عبارتند از:

-تعمیم افراطی

-برداشت گزینشی

-مسئولیت بیش از حد

-ارجاع به خود

-تفکر

در درمان شناختی فرض براین است که شناختهای بنیادی، از نظر ویژگی با اختلال رفتاری درمانجویان فرق می کند، نظری که به ویژگی محتوا معروف است.

افسردگی

بک درمورد افسردگی سه موضوع اساسی را فرض می کند و آنرا مثلث شناختی می خواند:

رویدادها به صورت منفی تعبیر می شوند

افراد افسرده خود را دوست ندارند

آینده به صورت منفی ارزیابی می شود

نظریه فرایندهای درمانی:

درمان بک خیلی بیشتر از درمان منطقی - عاطفی آلیس برفریند تجربی نگرى تأکید دارد درمانجویان، در جریان درمان شناختی

ترغیب میشوند با عقاید خود به صورت فرضیه‌هایی برخورد کنند که باید از طریق آزمایشهای رفتاری خود آنها آزمون شوند.

رابطه درمانی

بک، برخلاف روش مواجهه مستقیم آلپس عمدتاً از گفتگوی سقراطی استفاده می‌کند. درمانجویان از طریق یک رشته سؤالات ظریف و سنجیده به سمت کسب دستاوردهای شخصی هدایت می‌شوند. این روش به تجربه باوری همیارانه معروف است.

واقعیت‌های درمانهای شناختی

درمانهای شناختی و شناختی - رفتاری درمورد کودکان، نوجوانان و بزرگسالان و سالمندان موفقیت‌آمیز بوده‌اند درمان شناختی بک علاوه بر اختلال‌های روان رنجور رایج، برای درمان اختلال‌های دو قطبی، اختلال‌های روان پریش، اختلال‌های پارانوئید، اختلال‌های مرزی نیز به نحو مؤثری به کار رفته است.

انتقادهایی از درمانهای شناختی

از دیدگاه رفتاری:

چه اطلاعاتی از این فرض بنیادی درمان شناختی بک حمایت می‌کند که اختلال‌های رفتاری عمدتاً زاده عقاید شخص درباره رویدادهای پیش آیند هستند نه زاده خود رویدادها؟ در درمان شناختی، پیامد بهبود تفکر را فنون رفتاری نه فنون شناختی، به بار می‌آورند.

دیدگاه روانکاوی

درمان منطقی عاطفی یاد می‌دهد فلسفه مشکوک زندگی را بپذیرند، عوض می‌کند درمانجویان برای درمان شدن مراجعه می‌کنند، ولی در عوض آنها را تغییر می‌دهند درمانگر منطقی عاطفی بجای دفاعهای قدیمی، توجیه عقلی و دلیل تراشی را توصیه می‌کند.

از دیدگاه انسان گرایی

درمانگران شناختی نمی‌دانند مشکل خیلی از آدمها این است که به قدر کافی احساس نمی‌کنند، نشانگان عصر ما بیگانگی است، نه ناراحتی عاطفی بیگانگی عبارت است از ناتوانی افراد در تجربه کردن عواطف نیرومندی که جزئی از انسان بودن است.

از دیدگاه بافتی

تمرکز درمانهای شناختی آشکارا بر تفکر است. درمانگران شناختی باور کنیم که وابستگی به تفکر منطقی، تنها هدف و مهمترین بخش وجودی انسان است، دیدگاه شناختی باور دارد که مشکلات افراد در سر آنها نهفته است و این در واقع تصویری غیرمنطقی است.

از دیدگاه یکپارچه نگر

درمانهای شناختی، دچار همان اشتباه ذهنی بیماران و خوش باوران است: تعمیم افراطی این تعمیمهای افراطی، جنبه فاجعه آمیز زندگی را نفی می‌کند و جنبه عاطفی انسانها را خوار می‌شمرد.

فصل یازدهم

درمان های سیستمی

ویرجینیا ستیر

درمانهای سیستمی :

افراد را فقط در استر اجتماعی آنها می توان فهمید سیستمهای خانواده مکانیزمهای مخصوص خود را دارند که وظیفه اصلی آنها حفظ توازن رفتاری مقبول در درون خانواده هاست. مکانیزم هایی که به فرآیندهای خود گردان در زناشویی به مکانیزم های فرمان یار در سایبرنتیک شباهت دارند .

درمان ارتباطی / راهبردی

نظریه آسیب شناسی روانی :

درمانگران سیستمی بارها مشاهده کرده اند که کاهش آسیب روانی در یک عضو خانواده، معمولاً با افزایش نشانه ها در عضو دیگر آن همراه است. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. وقتی خانواده ای تهدید می شود، می تواند از طریق رفتارهای شگفت انگیز، روانپریش یا رفتارهای بیمارگون دیگر، به سوی تعادل پیش رود. زمانی که مقررات برقراری رابطه مبهم می شود، عملکرد خانواده به هم می ریزد مقررات روابط، ساختار باثباتی را برای عملکرد خانواده تأمین می کند. مقررات برقراری رابطه در خانواده را از طریق الگوهای ارتباطی خانواده، به خوبی می توان تشخیص داد. چه کسی با چه کسی ارتباط برقرار می کند، این ارتباط را چگونه برقرار می کند، و الگوهای ارتباطی که در خانواده شکل می گیرد، به چه صورت توصیف می شود.

نظریه فرایندهای درمانی

اگر آسیب روانی عمدتاً حاصل ارتباط گنگ یا خصمانه ای است که به مقررات مبهم برقراری ارتباط منجر می شود، پس اگر به افراد یک سیستم کمک کنیم تا مقررات روابط خود را واضحتر و سازنده تر انتقال دهند، آسیب روانی می تواند به بهترین وجه بهبود یابد. در ارتباط درمانی بر جنبه هایی که ارتباط را توصیف می کنند تمرکز می شود مهم این است که افراد چگونه رابطه برقرار می کنند .

پالایش روانی

ویرجینیا ستیر، نظریه سیستمی را با روانشناسی خود و نظریه گشتالت ترکیب کرد ستیر قبول داشت که خانواده های آشفته باید ارتباط روشنی برقرار کنند ولی اغلب این خانواده ها نمی توانند احساسات خود را مستقیماً منتقل کنند چون مقررات گنگی برای برقراری رابطه دارند.

شرطی سازی تقابلی

جی هیلی، به دلیل تمرکز درمانی بر قدرت، شهرت دارد در پس هر ارتباطی عنصر دستور یا تلاش برای قدرت میان فردی نهفته است به اظهار او، کسی که قدرت کسب کرده است خود را به عنوان فردی که تعیین می کند چه اتفاقی روی خواهد داد، تثبیت می نماید. تحلیل قدرت در سیستمها، راهنمای درمان رهنمودی و مسأله گشائی هیلی است.

هیلی درمان آزمون سخت را نیز ابداع کرد در این نوع درمان، درمانگر برای فردی که می خواهد تغییر کند آزمون سختی را تدارک

می بیند.

رابطه درمانی

گرچه خانم ستیر در رابطه با خانواده ها فعال و رهنمودی بود، براهمیت همدلی، توجه مثبت و صداقت در سیستمهای خانواده تأکید داشت درمانگر باید طوری رابطه برقرار سازد که به ایجاد نوعی ارتباط مفید و کارآمد کمک کند. درمانگر، به جای اینکه، بی رهنمود باشد، باید فوراً به اعضای خانواده رهنمود دهد و آنها را به سمت احساساتی که در ارتباط های نامناسبشان حذف شده اند هدایت کند.

رابطه درمانی به صورت سلسله مراتبی تنظیم می شود به طوریکه درمانگر تصدی و کنترل را برعهده دارد.

الگوهای ارتباط را زمانی می توان کاملاً مشاهده کرد و آنها را تغییر داد که تمام اعضای خانواده حضور داشته باشند خانواده درمانگران درکل و درمانگران ارتباطی / راهبردی به ویژه، پیشگام ضبط ویدئویی، مشاهده مستقیم و نظارت از طریق آئینه یک طرفه هستند.

درمان ساختاری نظریه آسیب شناسی روانی

نظریه های ساختاری بیشتر به آنچه که آسیب روانی را نگه می دارد می پردازند تا به علتهای آن زمانی که درمانگران افراد مبتلا به نشانه های بیماری را تحت درمان قرار می دهند علتهای مشکل آنها بخشی از ماجراست چیزی را که می توان تغییر داد، عوامل موجود هستند که آسیب روانی را نگه می دارند.

دو نوع ساختار بیمارگون خانواده ها، خانواده گسسته است که مرزهای بسیار انعطاف ناپذیر دارد و بین اعضای خانواده تماس کم یا هیچ تماسی وجود ندارد. در این نوع خانواده ساختار سالم، نظم، یا قدرت تقریباً دیده نمی شود.

خانواده به هم تنیده، مرزهای آن مبهم هستند ویژگی برجسته " درهم آمیختگی تنگ " اعضای آن است .

نظریه فرایندهای درمانی

چنانچه نشانه ها نمایان شده و در ساختارهای خانواده ماندگار شده باشند و خانواده نتواند خود را با ضرورت های محیطی یا رشدی سازگار کند هدف درمان، بازسازی خانواده خواهد بود تا اعضای آن بتوانند به صورت سالم رشد کنند و بایکدیگر ارتباط برقرار سازند. مرزبندی یکی از روشهایی است که درمانگر برای بازسازی خانواده بکار می برد درمانگر ساختاری مانند رهبری قابل، یک نقشه سیاسی روانی از وضعیت خانواده تهیه می کند او باید دقیقاً بداند چه کسی با چه کسی و چگونه رابطه برقرار می کند. بعد، او می تواند وظایفی را تعیین کند که مرزها را در طول مسیرهای سالم تر از نو، ترسیم کنند.

رابطه درمانی

درمانگر ساختاری برای برقراری رابطه با درمانجویان، روش منحصر به فردی دارد فرایند پیوستن، قطعاً همدلی، صمیمیت و همدردی را دربر دارد.

درمان بونی سیستمهای خانواده

نظریه آسیب شناسی روانی

بیماریهای عاطفی زمانی ایجاد می شوند که افراد نمی توانند خود را بنحوی شایسته، از خانواده های اصلی شان متمایز کنند متمایز

کردن خود عبارت است توانائی بدست آوردن کنترل عاطفی و درعین حال، ماندن درجو عاطفی شدید خانواده. همجوشی پدیده ای است که اجازه نمی دهد فرد، خودش را ازخانواده متمایز کند.

نظریه فرایندهای درمانی

چون بیماری عاطفی درنتیجه تمایز ناکافی خود از سیستم عاطفی خانواده به وجود می آید هدف درمان بوئنی افزایش تمایز خود است چون مثلث ها درتمایزخود اختلال ایجاد می کنند، درمان موفقیت آمیز، درمانی است که اعضای خانواده رامثلث کند درمان موفقیت آمیز با کارکردن فقط روی یکی از اعضا که برای بالندگی زدائی برانگیخته شده است، حاصل می شود.

درمانگران سیستم خانواده برای رسیدن به سطح عینی تر و متمایز هشیاری، به جای تعبیرها برمشاهدات تأکید می کنند بیماران با انتخاب پاسخ دادن به صورت خود مختار می توانند خود را از سیستم خانواده رها سازند خودمختاری یعنی پاسخ دادن از موضع من به جای واکنش کردن از موضع ما

رابطه درمانی

رابطه بوئنی بیشتر ازاین نظر اهمیت دارد که درمانگر چه کاری انجام نمی دهد. درمانگر بوئنی با حفظ موضع من معقول، از واکنش انتقال جلوگیری می کند.

واقعیت ها

خانواده درمانی بوئن بسیار انعطاف پذیرتر از نظریه های سیستمی است که اصرار دارند همه اعضای خانواده باید دردرمان حضور داشته باشند.درواقع، هرچه اعضای بیشتری از خانواده حضور داشته باشند مثلث زدائی والدین دشوارتر می شود درمانگران بوئنی باید از مثلث بندی با درمانجویان خودداری کنند .

انتقادهائی از درمانهای سیستمی

ازدیدگاه روانکاوی :

درمان ساختاری یکی دیگر از تلاشهایی است که برای مشکلات پیچیده راه حلهای ساده پیشنهاد می کند. بزرگسالان شدیداً آشفته ای مانند شخصیت های مرزی که تنها زندگی می کنند چه می شوند ؟ درمانگر ساختاری درمورد کسی که برای ایجاد روابط، نه عوض کردن ساختار

از دیدگاه رفتاری

بوئن شراب کهنه را دربطری های نو می ریزد شراب کهنه میراث روانکاوی است، بطری های نو خانواده های چند نسلی او هستند مفاهیم کلیدی، مطمئناً حال و هوای فرویدی دارند.

هدف کنترل عقلانی شبیه هدف واداشتن خود به کنترل کردن نهاد است.

ازدیدگاه انسان گرایی

این دیدگاه به نظریه پردازان یاد می دهد انتظار مقاومت را داشته باشند و درمورد توان خانواده ها برای تغییر، درآنها بدبینی ایجاد می کند. درنتیجه به جای اینکه با خانواده ها محترمانه برخورد شود،با کلک آنها را به سمت تغییر می کشانند.

از دیدگاه یکپارچه نگر

درمانهای سیستمی ضمائم مفیدی به خزانه روان درمانگر هستند درمان ساختاری فاقد نظریه و فن لازم برای برخورد با مقاومت شدید است. درمانهای سیستمی که می کوشند هر مشکلی را به عنوان مشکل سیستمها تعبیر کنند، از محدوده خارج می شوند.

www.nashr-estekhdam.ir

فصل دوازدهم

درمان های حساس نسبت به

جنسیت و فرهنگ

درمان با دیدگاه فمینیستی

اصطلاح فمینیست کسی است که طرفدار این اصل است که زنان باید از حقوق سیاسی، اقتصادی و اجتماعی برابر با مردان برخوردار باشند. تأکید بارز در این نظریه، این ادعاست که هویت فرد عمیقاً تحت تأثیر فشارهای محیطی مانند نقش های جنسی و تبعیض جنسی قرار دارد این عوامل بر ساختارهای شناختی و الگوهای رفتار تأثیر می گذارند.

تفاوت های روان درمانی بین جنسیت ها ناشی از این واقعیت است که کودکان عمدتاً توسط زنان پرورش می یابند نابرابری های قدرت و انتظارات نقش جنسی از لحظه ای که کودک متولد می شود، ساختار شناختی او را شکل می دهد کودک از همان روز اول زندگی، مرتباً با پیامدهای انتظارات جنسی بمباران می شود.

نظریه آسیب شناسی روانی

اغلب ناراحتی های روانی بصورت محیطی ایجاد می شوند و "جبرگرایی فرهنگی" زیربنای اعمال خود ویرانگر است آسیب روانی زمانی روی می دهد که ساختار اجتماعی به صورتی آن چنان خشک و غیر قابل انعطاف تعیین شده باشد که به افراد اجازه رشد و تغییر ندهد.

هشیاری افزائی

هشیاری افزائی عنصر مهمی در روان درمانی فمینیست است. زن برای رهایی از چنگال ظالمانه فرهنگ مرد سالار، ابتدا باید از تأثیر منفی این ارزشها و انتظارات بر زندگی خود آگاه شود برای او بسیار مهم است که بداند نیروهای اجتماعی - سیاسی و میان فردی چگونه بر رفتار او تأثیر می گذارند.

هشیاری افزائی به زنان کمک می کند تا از مقاصد نهفته رفتارها باخبر شوند آنها متوجه خواهند شد که معمولاً کاری را انجام می دهند که جامعه از آنها انتظار دارد

انتخاب در درمان فمینیست، یعنی انتخاب قدرت و انتخاب نحو بکار بردن آن

نظریه فرایندهای درمانی

انتخاب کردن یک چیز، نه صرفاً پذیرفتن نافع شرایط موجود به قدرت نیاز دارد و قدرت همان چیزی است که درمانگر می خواهد به درمانجویان القا کند در نهایت مسولیت انتخاب برعهده درمانجو است، اما کمک به درمانجو برای بدست آوردن قدرت و مهارت لازم برای تصمیم گیری عاقلانه، از مسوولیت های درمانگر است.

محتوای درمانی

علت وجود مشکلات ارتباطی بین زن و مرد این است که آنها یاد نگرفته اند با یک زبان صحبت کنند بسیاری از زنان باید یاد بگیرند خشم و ناکامی خود را بنحو مؤثری ابراز کنند.

مردان نیز باید بیاموزند که کل احساس و نیازهای خود را منتقل کنند.

هدف درمان این است که درمانجو را قادر سازد تا بتواند محیط اجتماعی، میان فردی و سیاسی را که منشأ مشکلات روانی هستند، تغییر دهد.

رابطه درمانی

رابطه درمانجو- درمانگر در درمان فمینیست، با قدرتمند کردن و برابری خواهی مشخص می شود. زنان سزاوار قدرت هستند و رابطه درمانی سعی دارد آن را الگو قرار دهد.

بسیاری از آسیب های روانی مرتبط با عزت نفس کم از بین می روند دومین شاخص رابطه درمانی برابری خواهی است.

نظریه شخصیت

روان درمانی حساس نسبت به فرهنگ براین فرض قرار دارد که نظریه شخصیت واحد و همگانی وجود ندارد فرهنگ و رشد فرد، عوامل تعیین کننده مهم شخصیت هستند، هر فرهنگی هنجارها، رویدادها و تجربه های جداگانه ای را دربردارد که گروه و فرد را شکل می دهند.

اعتقاد به یک نظریه واحد در مورد شخصیت، با ماهیت چند گانه و متغیر فرهنگ مغایر است نظریه همگانی شخصیت وجود ندارد ما به دیدگاههای چند گانه ای نیاز داریم که در فرهنگهای خاص ریشه داشته و نسبت به آن حساس باشد

نظریه آسیب شناسی روانی

جلوه و تظاهر آسیب روانی معمولاً به صورت فرهنگی تعیین می شود. آسیب روانی از همان لحظه ای که مهاجران پایه فرهنگ جدیدی می گذارند، می تواند آغاز شود آنها بلافاصله با پیامهای تبعیض آمیز فرهنگ حاکم بمباران می شوند.

آسیب روانی نه تنها از فرهنگ حاکم، بلکه از پاسخ های خانوادگی به فرهنگ جدید نیز سرچشمه می گیرد معمولاً مشکلات بزرگسالان به صورت شکایتهای روان تنی جلوه گر می شوند در حالیکه مشکلات کودکان به احتمال زیاد، شکل رفتارهای تکانشی و ویرانگری و سوء مصرف مواد می گیرد.

نظریه فرایندهای درمانی

چون بسیاری از مشکلات درمانجویان اقلیت از تأثیر ناخوشایند انتظارات فرهنگ حاکم ناشی میشود، مهمترین جنبه درمان حساس نسبت به فرهنگ این است که به بیماران کمک کند تا بفهمند فرهنگ حاکم، اکثریت چگونه دیدگاه آنها را نسبت به خود و فرهنگشان شکل داده است.

پالایش روانی

بیماران از تأثیر منفی فرهنگ حاکم - فرهنگی - بر نظام عقیدتی و روابط میان فردی خود آگاه می شوند، خشم سرکوب شده بخاطر

تبعیض و بیگانگی فرهنگی بر ملا می شود.

درمانجویان اقلیت خشم خود را ابراز کنند و تشخیص دهند که خشم آنها پاسخ طبیعی و موجهی است.

محتوای درمان

علت بسیاری از مشکلات روانی درمانجویان اقلیت اضطراب درمورد هنجارهای فرهنگی و فرهنگ پذیری سالم است. مهمترین چیزی که در درمان حساس نسبت به فرهنگ روی آن تأکید می شود، عزت نفس کم در بین درمانجویان اقلیت است.

رابطه درمانی

درمانگر بعنوان یک راهنما باید برداشتهای فرهنگی درمانجو و انتظارات او از درمان را در نظر داشته باشد.

آمادگی و مشارکت دو عنصر مهم هستند گنجاندن ویژگیهای فرهنگی درمانجو در درمان، احترام و علاقه درمانگر به آن فرهنگ را نشان می دهد.

انتقادهای از درمانهای حساس نسبت به جنسیت و فرهنگ

از دیدگاه رفتاری

ایا شواهدی وجود دارد که نشان دهد اصول کنترل وابستگی در برخی فرهنگها کاربرد دارد ولی در فرهنگهای دیگر خیر؟ قطعاً فرهنگها از نظر اینکه چه رفتارهایی باید تقویت یا تنبیه شوند با یکدیگر فرق دارند.

از دیدگاه روانکاوی:

درمانهای فمینیست بنام واژگون کردن نظام اجتماعی سرکوب گر، نظام علمی سرکوبگر را جایگزین کرده اند.

از دیدگاه انسان گرایی

چرا جنسیت و گروه نژادی یا قومی فرد بیش از شخصیت هویت اعطا می کند؟ اگر نابرابریها فقط می توانند از یک نظام ناعادلانه پدیدار شوند پس تفاوتهای فردی را باید نادیده گرفت و آزادیهای فردی را باید منکر شد

از دیدگاه یکپارچه نگر

اگر متعصب باشیم چگونه می توانیم به بیماران کمک کنیم تا از ایدئولوژیهای ظالمانه خلاص شوند؟ اگر افراد را متقاعد سازیم که قربانی هستند چگونه می توانیم به آنها اختیار خود مختار شدن دهیم و چگونه می توانیم به آنها کمک نمائیم منحصر به فرد بودن خود را تأیید کنند؟

فصل سیزدهم

درمانهای استنباط گرا:

درمان راه حل مدار و داستان درمانی اینسوکیم برگ

درمانهای استنباط گرا

درمانهای استنباط گرا سه ویژگی مشترک دارند هریک، درمان " کوتاه مدت " جدیدی هستند که بطور متوسط، فقط ۴-۵ جلسه طول می کشد، هردوی آنها، بر تغییر و چاره جوییهائی برای مشکلات، تمرکز می کنند.

دومورد از بانفوذترین درمانهایی که براستنباط گرایی اجتماعی استوار هستند عبارتنداز

- درمان راه حل مدار
- داستان درمانی

درمان راه حل مدار نظریه شخصیت و آسیب شناسی روانی

درمان راه حل مدار با فرضهای خوشایندی شروع می کند : انسانها سالم هستند انسانها باکفایت هستند روان درمانی، با تمرکز بر راه حلها به جای مشکلات، می تواند به آدمها کمک کند

زندگی خود را بهبود بخشند نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی، بر مشکلات گذشته تمرکز می کنند ما می توانیم برای توجیه مشکلات افراد، نظریه های مختلف شخصیت و آسیب شناسی روانی را بکار ببریم.

نظریه فرایندهای درمانی

صحبت درباره مشکل، تمرکز بر مشکل را تداوم می بخشد. درمانگران راه حل مدار به درمانجویان کمک می کنند.

ازموارد استثنائی الگوی مشکلات خود آگاهتر شوند بالا بردن آگاهی درمورد این گونه موارد استثنائی می تواند شروعی برای پیدا کردن راه حلها باشد.

رابطه درمانی

چون درمان راه حل مدار طوری طرح ریزی شده است که کوتاه مدت باشد درمانگر، در تغییر تمرکز سریع از مشکلات به راه حلها، نقش فعالتری ایفا می کند درمانگر به آرامی، اما با سماجت، درمانجویان را در جهت کاوش توانمندیهای خود و ساختن راه حلها راهنمایی می کند.

داستان درمانی

داستان درمانگران می گویند درمانجویان با داستانهایی که در زمان حال می گویند گذشته خود را می سازند گذشته را می توان با ساختن داستانهای جدید تغییر داد. داستان درمانگران ضدواقع گرا هستند آنها معتقدند که در بین داستانهای ما، واقعیت عینی وجود

ندارد.

نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی

نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی داستانهای هستند که روان درمانگران درباره درمانجویان خود می گویند متأسفانه این نظریه ها می توانند داستانهای باشند که درمانگران بردرمانجویانشان تحمیل کنند این تحمیلها یا تعبیرهای نظری، می توانند در بهترین حالت، ظالمانه و در بدترین حالت ویرانگرانه باشند.

نظریه فرایند درمانی

بر اساس این فرض که تجربه مشکلات ما حاصل داستانهای است که ساخته ایم، باید برای حل مشکلاتمان داستانهای کهنه را ساخت زدائی کنیم و داستانهای جدیدی بسازیم.

داستان درمانی استفاده از زبان شاعرانه و گویا را ترغیب می کند،

رابطه درمانی

دروضع ایده آل، هر رابطه درمانی منحصر به فرد است:

به این صورت که درمانجویی خاص و درمانگری خاص، که در زمان، مکان و موقعیتی خاص با هم گفتگو می کنند، آن را شکل می دهند فقط با این شیوه برقراری رابطه می توان به ویژگی و فردیت درمانجو احترام گذاشت و از آن محافظت کرد . داستان درمانگر به آرامی درمانجویان را راهنمایی می کند که داستانهای خود را به گونه ای ویرایش کنند که کمتر محدود کننده و بیشتر آزادی بخش باشد.

انتقادهای از درمانهای استنباط گرا

از دیدگاه روانکاوی

اگر شما نظریه روان درمانی ای ندارید نمی توانید، واقعیت شخصیت و آسیب روانی را انکار کنید، بعد مشکل ناپدید می شود پست مدرنیستها در لفافه درمانگران استنباط گرا، آزمای خواهند به خود شیفتگی بچگانه رجعت کنیم اصل واقعیت را رد کنید (EGO) را سرنگون سازید.

عقل، شناخت، و واقع بینی نمی توانند به ما و بیماران کمک کنند که مشخص کنیم چه چیزی واقعی است و چه چیزی واقعی نیست. مشکلات شخصیت و آسیب شناسی روانی در درمان راه حل مدار کوتاه مدت، ساختزدائی و حل می شوند بعد نوبت روان درمانی می رسد که با واقعیت دار و درمانی حل و زائل می شود.

از دیدگاه انسان گرایی

مشکل این است که داستان درمانگران در برابر عمومیت ظالمانه واقعیت های کلی علم، فقط یک ابزار دارند این ابزار تعبیری است که از انتقاد ادبی بدست آمده و باور دارد.

از دیدگاه یکپارچه نگر

ما مجبور نیستیم مانند کسی عمل کنیم که هیچ چیزی نمی داند و از نو باید هرچیزی را درهر فرد خاصی کشف کند البته باید بفهمیم چه چیزی برای هر درمانجوئی اهمیت خاص دارد. و چه تغییرات خاصی زندگی آنها را بهتر خواهد کردهردرمانجو به یادگیرندهٔ کوشش و خطاهای ناکارآمد و نابسنده، تنزل پیدا خواهد کرد.

هردرمانجوئی باید چرخ تغییر را احیا کند ما درروانشناسی و آموزش دهها سال است که فهمیده ایم یادگیری هدایت شده از یادگیری کوشش و خطا بسیار مؤثرتر است اصول اخلاقی بالینی حکم می کند که هم به درمانجویانمان و هم به علممان گوش فرا دهیم.

www.nashr-estekhdam.ir

فصل چهاردهم

درمانهای یکپارچه نگر و التقاطی

آرنولد لازاروس

التقاط گرائی فنی یا یکپارچگی نظری؟

دردرمان یکپارچه نگر هدف بهترکردن اثربخشی و کارائی روان درمانی است.

تحقیق بدون مرز و علاقه به گفتگوی فرانظری، مشخصه جنبش یکپارچه نگر است. التقاط گرای فنی کمتر نظری است و می خواهد توانائی ما را درانتخاب بهترین درمان برای فرد و مشکل او بهبود بخشد.

التقاط گرائی می خواهد پیش بینی کند که مداخله ها برای چه کسانی نتیجه بخش هستند و مبنای آن عملی است نه نظری. دریکپارچه نگری نظری، دو یا چند سیستم روان درمانی با هم ترکیب می شوند. به این امید که نتیجه آن، بهتر از یک درمان تک بعدی باشد.

درمان روان پویشی - رفتاری یکپارچه نگر

نظریه شخصیت و آسیب شناسی روانی

روانکاوان و هم رفتارگرایان، براهمیت اضطراب تأکید دارند اما بین این دودیدگاه ازنظر فرمول بندی و درمان اضطراب تفاوت های مهمی وجود دارد. اما این تفاوتها به جای اینکه مغایرهم باشند، مکمل هم هستند. تعارضهایی که زندگی فرد را زیر سلطه خود درمی آورند، هم حاصل شیوه زندگی کردن و هم علت آن هستند.

نظریه فرایندهای درمانی

اینکه رویدادهای میان فردی باعث می شوند روان رنجوری ادامه یابد ایجاب می کند که درمانگر برای تغییر دادن الگوهای روان رنجور بصورت فعال مداخله کند. تلاشهای تعبیری با هدف آگاهی از انگیزه های اولیه یا حتی فعلی، یکی از چند روش متلاشی کردن چرخه مخرب رویدادهاست.

وظایف درمانگران روان پویشی چرخه ای، عبارتند از، به کارگیری مداخله هایی که به طور سنتی با رویکردهای روانکاوی، رفتاری و به میزان کمتر، با رویکرد سیستمی ارتباط دارند، و اجرای آنها به شیوه ای که متقابلاً تسهیل کننده باشند و با هم تأثیر بگذارند.

بیماران با راهنمایی درمانگر، بارها بینش را به عمل و عمل را به بینش تبدیل می کنند.

محتوای درمان

رویکرد روان پویشی چرخه ای بعنوان تلاشی یکپارچه نگر محتوای درمانی خاص یا منحصر بفردی را توصیه نمی کند، بلکه می خواهد پدیده های بالینی را به شیوه ای جدید و کلی تر درنظر بگیرد و روی آنها کار کند. روان پویشی چرخه ای، بر تثبیت تجربه های آسیب زا تأکید نمی کند.

رابطه درمانی

رابطه درمانی، هم شرط لازم تغییر وهم فرایند تغییر درنظر گرفته می شودو این موضوع به مشکل موجود، و شاید محتوایی که باید تغییر کند بستگی دارد. همدلی، اصالت، و احترام با مداخله های رفتاری مثل تصویرسازی ذهنی، حساسیت زدائی منظم و جرأت آموزی و با تکالیف خانگی ترکیب می شود.

درمان چند وجهی لازاروس

نظریه شخصیت و آسیب شناسی روانی

اغلب اختلالهای بالینی، از تداعی های ادراک شده و نه شرطی سازی واقعیت ناشی می شوند افراد به ندرت به طور خودکار به محرکهای بیرونی پاسخ می دهند

و درعوض به بازنمود محرکها واکنش نشان می دهند. موضع چند وجهی برتأثیر زیربنای زیستی و یادگیری اجتماعی تأکید می کند. آسیب روانی معمولی حاصل یک یا چندمورد از عوامل زیر است : احساسات و واکنش های متضاد یا ضد و نقیض، اطلاعات غلط، توجه نکردن به اطلاعات، عاداتهای ناسازگارانه، کژکاریهای زیستی، تشویش میان فردی، موضوعات مربوط به خودپذیری منفی، عوامل استرس زای بیرونی، نگرانیهای وجودی.

محتوای درمان

الگوی ارزیابی چند وجهی BASIC.I.D است شامل رفتار - عاطفه

- احساس

- تصویرسازی ذهنی

- شناخت

- داروها / زیست شناسی

دیدگاه چند وجهی معتقد است که دقیق ترین روش برای کاستن از اضطراب، تسکین دادن افسردگی و برطرف کردن گناه این است.

نظریه فرایندهای درمانی

دردرمان چندوجهی مشکلات بیمار از طریق ارزیابی چند وجهی طبق BASIC.I.D بررسی می شود.

وظیفه درمانجو مانند وظیفه درمانگر به مقدار زیادی به ماهیت مشکل و نوع روشهایی که به کار گرفته می شود، بستگی دارد درمان شخصی شده و هدفگراست.

درمانگر چندوجهی ازطریق مصاحبه های مقدماتی و پرسشنامه تاریخچه زندگی،اطلاعاتی کسب می کند وبعد یک نیمرخ وجه بوجود می آورد که مشکلات بیماررا به صورت وجه و مداخله مشخص شده برای هرمشکل را فهرست می کند.

اگر اطلاعات بیشتری لازم باشد یا اگر بن بست درمانی رخ دهد ارزیابی سطح دوم انجام می گیرد.

بعد از گردآوری این اطلاعات بالینی، درمانگر چندوجهی با نظربیمار روشهای درمانی متناسب با مشکل او را انتخاب می کند برگزیدن ضمن درمان علم است اما به کاربردن آن هنر است.

رابطه درمانی

درمان چندوجهی، رابطه بیمار - درمانگر را مثل خاکی می داند که فنون درمانی می توانند در آن ریشه بدوانند. درمانگر چندوجهی شخص را با درمان منطبق می کند می کوشد مشارکت خود در فرایند درمان را تغییر دهد.

انتقادهائی از درمان یکپارچه نگر و التقاطی

از دیدگاه روانکاوی

اصرار واکتل برافزودن مداخله های رفتاری، از ناشکیبائی او در اصلاح تدریجی تعارضهای درون روانی حکایت دارد. لازاروس یک رفتارگرای شناختی ناب و ساده است روشهای او بسیار فعال و بسیار فنی هستند و خدمات بینش گرا را کاملاً مورد بی اعتنائی قرار می دهند.

رابطه درمانی

درمانگر چندوجهی به جای اینکه شخص را با درمان منطبق کند می کوشد مشارکت خود در فرایند درمان را تغییر دهد تا مناسب ترین رابطه با درمانجوی خاص برقرار نماید.

از دیدگاه رفتاری

لازاروس با افزودن روشهای رفتاری به مداخله های شناختی، آینده ما را پیش از موقع پیش بینی کرد اما با معیار های فعلی، او یک درمانگر شناختی رفتاری در قالب التقاطی فنی است

التقاط گرایی معمولاً به معنی آن است که درمانگر از نظامهای روان درمانی پیشتاز، گدائی، اقتباس و دزدی می کند.

از دیدگاه انسان گرایی

این دیدگاه خدمات انسانگرایی وجودی را کاملاً نادیده گرفته است. ترکیب کردن دو نظریه، به سختی می تواند یکپارچه نگری باشد ما آزادیم که نظریه ها و روشها را باهم ترکیب کنیم. از نظر لازاروس، روان درمانی بیشتر یک اقدام فنی است.

ادامه انتقادات

از دیدگاه بافتی

همیشه در یکپارچه نگری روان درمانی نوعی مصالحه وجود دارد لازاروس با وارد کردن عوامل شناختی عاطفی و حسی به دیدگاه ناب رفتاری رویکرد خود را به واقعیت های قابل اندازه گیری و وابستگی های محیطی تنزل می دهد.