

ارزیابی نحوه شناخت روان‌درمانگران مراکز خانواده از روان‌درمانی

Evaluation of the Understandings of Psychotherapists in the Family Counseling Centers about Psychotherapy

<https://dx.doi.org/10.52547/jfr.17.1.99>

F. Moradi Abbasabadi, Ph.D. Student

Department of Psychology, Islamic Azad University,
Science and Research Branch, Tehran, Iran

G. R. Sarami Foroushani, Ph.D.

Department of Educational Psychology, Kharazmi
University, Tehran, Iran

S. Rabet Milli, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University,
Science and Research Branch, Tehran, Iran

فریبا مرادی عباس‌آبادی

گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و
تحقیقات

دکتر غلامرضا صرامی فروشانی

گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

دکتر سمیه رباط‌میلی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات

دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۲۰

دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۰/۲/۲۱

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۳/۱

Abstract

Psychotherapy has been defined by Freud as treatment by psychological means. The purpose of the present paper is to investigate how psychotherapists in family counseling centers understand the processes and the formation of psychotherapy. Using purposive sampling in 2019-2020,

چکیده

روان‌درمانی به معنی درمان از راه روان توسط فروید معرفی شد. مقاله حاضر با هدف واکاوی نحوه درک روان‌درمانگران مراکز خانواده از فرایندها و شکل‌گیری روان‌درمانی انجام شد. تعداد ۱۶ مصاحبه عمیق با روان‌درمانگران و مشاوران دارای حداقل هفت سال سابقه حرفه‌ای در مراکز خانواده، با استفاده از نمونه‌گیری

✉ Corresponding author:
Email: sarami@khu.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان‌شناسی
پست الکترونیکی: sarami@khu.ac.ir

sixteen in-depth interviews were conducted with psychotherapists and counselors with at least 7 years of professional experience in family counseling centers. Semi-structured interviews were analyzed using a deductive-inductive thematic analysis approach. Accordingly, 120 initial open codes, 3 main categories, and 8 subcategories were recognized regarding the psychotherapy processes. The results showed that psychotherapists and counselors in family counseling centers understand psychotherapy based on their personal perceptions, their activities, and the resources they used. The use of diverse perspectives and eclectic approaches in psychotherapy demonstrated that psychotherapists pay attention to the consistency and inconsistency of therapeutic approaches with Iranian culture.

Keywords: Qualitative Study, Psychotherapy Processes, Family Counseling Centers.

هدفمند و رعایت اصول اخلاقی طی سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ صورت گرفت. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با رویکرد تحلیل محتوای موضوعی از نوع قیاسی - استقرایی تحلیل شدند. یافته‌ها ۱۲۰ کد باز اولیه، ۸ زیرطبقه و ۳ طبقه اصلی را در خصوص شناخت فرایندهای روان‌درمانی شناسایی کردند. نتایج مشخص ساخت که شناخت روان‌درمانگران از علم روان‌درمانی، بر پایه برداشت‌های شخصی از روان‌درمانی، نحوه انجام‌دادن فعالیت‌های درمانی و منابع مورد استفاده در درمان؛ شکل گرفته است. استفاده از دیدگاه‌های متنوع و رویکردهای التقاطی در روان‌درمانی، نشان داد روان‌درمانگران همخوانی و ناهمخوانی رویکردهای درمانی با فرهنگ ایرانی را مورد توجه قرار می‌دادند.

کلیدواژه‌ها: مطالعه کیفی، فرایندهای روان‌درمانی، مراکز خانواده

مقدمه

تبار روان‌درمانگران به متفکران انسان‌دوستی بازمی‌گردد که همدلانه رنج روانی بشر را درک کرده و رسیدن به رستگاری عاطفی را مسئولیت خود می‌دانستند. تعیین منشاء ایده روان‌درمانی ساده نیست، اما هر جست‌وجویی در روان‌درمانی با فروید^۱ شروع می‌شود. او در سال ۱۸۸۶ گفت‌وگودرمانی^۲ را به کار بست. به بیمارانش اجازه داد تا درباره ترس‌ها^۳، خواهش‌ها^۴ و علامت‌های^۵ بیماری خویش بدون مانع صحبت کنند. فروید گفت‌وگودرمانی را فوق‌العاده نیرومند یافت و نتایج تکان‌دهنده‌ای با عنوان علم روان‌درمانی پیدا کرد (کار^۶، ۲۰۱۳). روان‌درمانی در برخورد با انسان، اجتماع، فرهنگ، دغدغه‌های زیباشناختی، دین، حکمرانی، آزادی و اخلاق شکل‌های مختلفی گرفته و به پدیده‌ای علمی - اجتماعی - فرهنگی تبدیل شده است.

روان‌درمانی به روش‌های درمانی‌ای اطلاق می‌شود که اقداماتی از طریق روان انجام داده، بر روان و جسم تأثیر می‌گذارند. کارکرد روان‌درمانی معطوف به افرادی است که گرفتار انواع متعدد نابسامانی شخصیتی (روان‌رنجوری^۷)، روان‌پریشی^۸ خفیف هستند و نیز همه کسانی که از وضعیت روانی خود رنج می‌برند

(یاسپرس^۹، ۱۳۹۵). از این تعریف متقدم یاسپرس تا تعاریف متأخر نظیر نورکراس^{۱۰} (۱۹۹۰) که روان‌درمانی را کاربرد آگاهانه روش‌های بالینی و بین‌فردی می‌داند و هدف آن کمک به افراد است تا رفتارها، شناخت‌ها، هیجان‌ها را در جهت مطلوب تغییر دهند؛ مشاهده می‌شود که همچنان مرزهای روان‌درمانی، نامشخص و تعریف آن نسبتاً متکی بر درک شخصی است. برخی به شیوه‌های روان‌درمانی با دیده تردید می‌نگرند. می‌پندارند تاریخچه اجتماعی، فرهنگی نادیده گرفته شده و روان‌درمانی دامن‌های از خدمات حرفه‌ای را فهرست می‌کند که توانایی فراهم‌آوردن آن‌ها را ندارد (هاوارد^{۱۱}، ۱۳۹۷). با وجود این نگرش‌ها بسیاری از کشورها خدمات روان‌درمانی و مشاوره را به‌عنوان فعالیت التیام‌بخش سودمند پذیرفته‌اند. در میان موضوعات مورد مجادله روان‌شناسی هیچ‌یک غنی‌تر از ماهیت روان‌درمانی نیست؛ چه نیست‌انگاری درمانی و چه اشتیاق‌درمانی به یک اندازه غیرمسئولانه هستند؛ چراکه در هر دو مورد قضاوت انتقادی از دست می‌رود (یاسپرس، ۱۳۹۵).

در این مطالعه کیفی کوشش محقق بر این بود که از طریق تعاریف و بازتوصیف‌هایی که درمانگران حرفه‌ای از مفهوم و فرایند روان‌درمانی ارائه کردند، به مرزهای روان‌درمانی نزدیک شود و برای سؤال چستی فرایندهای روان‌درمانی پاسخی از درمانگران بیابد. فرایندهای روان‌درمانی موقعیتی ارتباطی هستند که در طول جلسات با فعالیت‌های شکل‌گیری اتحاد درمانی^{۱۲}، شروع شده، تداوم یافته و در نهایت با فعالیت‌های پایان‌بخشیدن به جریان اتمام می‌یابد (واینر و بورن اشتاین^{۱۳}، ۱۳۹۲). مصاحبه با روان‌درمانگران به‌طور واقعی سعی در بازسازی موقعیت و شکل‌دهی به مضامین علم روان‌درمانی دارد. پیوند برقرار کردن میان مفاهیم ذاتی علم و موقعیت واقعی، پیچیده است. امور تلخی چون کشمکش‌های ارتباطی، زخم‌های عمیق عاطفی، اختلال روانی و جدایی شیوع بالایی دارند که لزوم ارائه خدمات در مراکز روان‌شناسی خانواده را بیشتر ساخته است. حمایت‌های عاطفی - عقلانی و مساعدت‌های اجتماعی - روانی در دنیایی متفاوت با گذشته، به وظیفه‌ای اجتماعی تبدیل شده است. روان‌درمانی از مهم‌ترین ابداعات دنیای معاصر، بخش مهمی از این وظیفه را بر عهده دارد. علمی که قدرتی استثنایی برای ارتقای سطح سلامت روانی، بهبود روابط و گشایش فضای خانواده دارد (دوباتن^{۱۴}، ۱۳۹۸).

بر اساس نتایج پژوهش آذربایجانی (۱۳۹۵)، در ایران مراجعات به مراکز خانواده افزایش یافته است. از دیدگاه روان‌درمانگران عواملی چون افزایش سطح آگاهی، تأثیر رسانه‌ها، تغییر در جایگاه منزلتی مراجعه به روان‌درمانگر، پیچیده‌تر شدن زندگی و پاسخگو نبودن آموزه‌های سنتی در گرایش به روان‌درمانی دخیل بوده‌اند. گرنامایه‌پور^{۱۵} (۱۳۹۶) در پژوهشی کیفی با هدف تبیین مفهوم انتقال متقابل در روان‌درمانگران ایرانی نشان داد متغیرهای زمینه‌ساز انتقال متقابل بین درمانگران ایرانی و غیرایرانی در مواردی متفاوت هستند. پریتر^{۱۶} (۲۰۰۲) معتقد بود که فرایند روان‌درمانی در حال تکامل آمیخته با فرهنگ است. چنانچه انتخاب مشارکت‌کنندگان در پژوهش از همان جامعه باشد، شناسایی پدیده و کاستن پیچیدگی‌های آن محتمل‌تر است. روان‌درمانی تعداد زیادی از رویه‌های بالینی معطوف به ارتقای بهزیستی مراجعان را شامل می‌شود و هیچ‌گرایشی تملک روان‌درمانی حرفه‌ای را در اختیار نخواهد داشت. با این حال تمامی انواع متخصصان، در هر حرفه‌ای که آموزش دیده باشند، باید بتوانند صلاحیت خود را در حوزه تخصصی و بر اساس استانداردهای رایج جامعه بزرگ‌تر خدمات سلامت روان نشان بدهند (ودینگ و کرسینی^{۱۷}، ۱۳۹۷).

روان‌درمانگران و مشاوران مراکز خانواده، الگوها و تکنیک‌های مختلف درمانی را جهت عبور افراد و خانواده‌ها از آشفتگی‌های روانی، ارتباطی به سلامت عاطفی به راه می‌اندازند. از آنجا که این مراکز، صاحبان حرفه‌های سلامت روان؛ از روان‌شناسی بالینی گرفته تا مشاوره، مددکاری، روان‌پزشکی، کاردرمانی و روان‌سنجی را به کار می‌گیرند، شامل جمعیت متنوعی از صلاحیت‌های گوناگون حرفه‌ای هستند. این مراکز امکان وسیع‌تری از رویکردها و توانمندی‌ها را جهت پژوهش در اختیار دارند. بنابراین واکاوی ادراک درمانگران تخصصی از فرایند روان‌درمانی و توصیف دقیق فعالیت‌های منطبق بر تعهد حرفه‌ای در این مراکز نوعی ضرورت به حساب می‌آید. چنانچه هر یک از روان‌درمانگران و مشاوران را نماینده توصیفی از علم روان‌درمانی بدانیم؛ سؤال اصلی پژوهش این‌گونه مطرح می‌شود که چگونه روان‌درمانگران مراکز خانواده، روان‌درمانی را درک و شناسایی می‌کنند؟

پژوهش کیفی پیش رو با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^{۱۸} عمیق انجام گرفته است. رویکرد قیاسی - استقرایی^{۱۹} نیز توأمان در جهت طراحی سؤال‌های مصاحبه و نظم‌بخشی به گفت‌وگوها صورت گرفته است. با استدلال قیاسی، مفاهیم نظری عمده، انتخاب شد. در مرحله تحلیل داده‌ها و اطلاعات از استدلال استقرایی بهره گرفته شد. سرانجام نیز هر دو رویکرد استدلالی در تحلیل و تفسیر یافته‌ها ترکیب شد. بنیان‌های فکری روان‌درمانی در سنت فلسفی یونان باستان، الهیات و روان‌شناسی فلسفی نهفته است (تنو^{۲۰}، ۱۳۹۷). پیش‌فرض‌های نظری و روش‌شناختی فروید، تبیینی را که پزشکی برای ادغام درمان‌های روانی در یک حرفه مبتنی بر ماده‌گرایی نیاز داشت، فراهم آورد (ومپولند^{۲۱}، ۲۰۱۰). در انواع رویکردهای روان‌درمانی؛ استفاده از گفت‌وگو و آزمون‌ها پابرجا ماند. بر این اساس مشارکت‌کنندگان در این کنکاش نوع استفاده از زبان و صحبت‌کردن را نوعی چالش درمانی در نظر گرفتند. توجه به روان و جنبه‌های روانی در انسان و بیماری‌هایش در کنار علت‌های روانی مستقل از اختلالات و علت‌های بدنی ادامه یافت. دایکون^{۲۲} (۲۰۱۳) مدل زیستی روان‌شناختی اجتماعی را جایگزینی برای رویکرد زیست پزشکی معرفی کرد. توجه به ابعاد انسان نیز جزئی از شناخت این بررسی را فراهم ساخت و چگونگی درک درمانگران از تعاریف و فرایندهای روان‌درمانی و مشاوره را تصویر کرد.

روش

این مقاله بر اساس بخش اول داده‌های کیفی رساله‌ای است که در سال ۱۳۹۹ با موضوع «بررسی ارزیابی کیفی فرایندها و مؤلفه‌های روان‌درمانی و مشاوره مراکز خانواده» انجام شده است. برای کشف شناخت فرایندهای روان‌درمانی با انجام‌دادن مصاحبه‌های عمیق با روان‌درمانگران و مشاوران زن و مرد مراکز روان‌شناسی خانواده در تهران؛ توصیف و تفسیر آن‌ها حول محورهای نظری پژوهش ارزیابی شد. درک درمانگران از پدیده روان‌درمانی در این جست‌وجو اهمیت داشت. با توجه به هدف، پاسخ‌دهی به سؤال‌ها با شیوه‌های کیفی نتیجه‌بخش بود. بنابراین از روش مطالعه موردی استفاده شد، یعنی مطالعه عمیق روی نمونه‌هایی از یک پدیده در محیط طبیعی آن از دیدگاه افرادی که در آن پدیده مشارکت دارند (گال^{۲۳}، ۱۳۹۴). درمانگران شاغل در مراکز روان‌درمانی و مشاوره خانواده جمعیت پژوهش را تشکیل دادند. شیوه نمونه‌گیری هفتمند^{۲۴}، متکی بر اصول فلسفی پارادایمی تفسیری^{۲۵} برساختی و طبیعی‌گرا^{۲۶} است. نمونه‌گیری

تا هنگام اشباع داده‌ها ادامه یافت. با وجود دشواری جلب مشارکت، شرکت‌کنندگان به اندازه‌ای انتخاب شدند که محتوای کیفی درباره فرایندهای روان‌درمانی در سطح بالایی استخراج شود. نمونه پژوهش با حداکثر تنوع متشکل از درمانگران فردی و خانواده‌درمانگر با رویکردهای متفاوت است.

طراحی کلی سؤال‌های مصاحبه از ادبیات نظری موجود اقتباس شد. نظرخواهی از سه مشاور و روان‌درمانگر باتجربه انجام شد تا سؤالات دارای روایی محتوایی^{۲۷} کافی باشد. نهایتاً برای شناسایی درک و توصیف درمانگران از فرایند و فعالیت‌های روان‌درمانی، تعداد ۱۶ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با تأکید بر رویکرد اکتشافی انجام شد. معیار اصلی برای شرکت در تحقیق، داشتن تجربه فعالیت عملی بود. مواردی که در مراحل مصاحبه، عدم همکاری و سابقه کمتر از هفت سال داشتند، از مطالعه خارج شدند. با توجه به اینکه ابزار در مطالعه کیفی، محقق کیفی است (خلج‌آبادی فراهانی و زاده‌محمدی^{۲۸}، ۱۳۹۸)، پژوهشگر با بررسی چندگانه سؤالات، راهنمای موضوعی تدوین کرد. روند مصاحبه‌ها به طور مستقیم و غیرمستقیم، تجربه‌های حرفه‌ای، احساسات، آگاهی و دریافت‌های درمانگران از فرایندهای روان‌درمانی را مورد مذاقه قرار داد؛ پرسش‌های زیر از درمانگران پرسیده شد. تعریف درونی‌شده شما از روان‌درمانی و ماهیت انسان چیست؟ ملاک سلامت روان و نقش هر کدام از ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی در مشکل و درمان چیست؟ زبان و زمان در روان‌درمانی که انجام می‌دهید، چه نقشی دارد؟ ملاک‌های شکست و معنای بهبودی برای شما کدام‌اند؟ چگونه به فعالیت‌های درمانی نظم و شکل می‌دهید؟ آیا ملاک‌های آموزش دانشگاهی و مجوزها، کفایت حرفه‌ای شدن دارد؟ به نظر تان کدام علوم در روان‌درمانی مؤثرند؟ گفتنی است پذیرش اصول حریم خصوصی و محرمانه‌ماندن اطلاعات به‌دست‌آمده جزء ضوابط اخلاقی تحقیق بود.

داده‌ها و اطلاعات کسب‌شده در مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوایی موضوعی و رویکرد استقرایی^{۲۹} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا همه فایل‌های ضبط‌شده، پیاده‌سازی، بازبینی و مرور کلی شد. از موضوعات پژوهش که از طریق پرسش و پاسخ‌ها مطرح شده بود، کلمه به کلمه و جمله به جمله (واحد تحلیل) برای کدگذاری باز استفاده شد. کدها بر پایه معانی و مفاهیم مشترک به شکل زیرطبقه و طبقه‌ها دسته‌بندی شدند. هم‌چنین فرایند استدلال استقرایی در مراحل مختلف، تحلیل داده‌ها، دریافت مفاهیم و انتزاع^{۳۰} در سطوح بالاتر و دستیابی سازه‌ها^{۳۱} را ممکن ساخت. به این ترتیب بعد از اصلاح پایانی طبقات اصلی به دست آمدند. برای تضمین باورپذیری^{۳۲} داده‌ها، متن مصاحبه‌ها، به چند تن از شرکت‌کنندگان داده شد تا درستی و نادرستی مطالب تأیید شود. اطمینان‌پذیری^{۳۳} با کوشش پژوهشگر در کنار گذاشتن پیش‌فرض‌های خود، هنگام جمع‌آوری اطلاعات محقق شد. از نظارت همکاران متخصص جهت تأییدپذیری^{۳۴}، استفاده شد. هم‌چنین دو متخصص پژوهش کیفی مجدداً چند مصاحبه را کدگذاری کردند و با توافق اسمی که به مفهوم نزدیک‌تر بودند، انتخاب شدند. برای تحقق انتقال‌پذیری^{۳۵}، مشارکت‌کنندگان در پژوهش از سطوح اجتماعی، سنی و اقتصادی متفاوت انتخاب شدند.

بیان یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۱۶ درمانگر در رده سنی ۳۵ تا ۵۶ سال از میان درمانگران شاغل در حیطة درمان‌های روان‌شناختی بودند. زمان مصاحبه برای هر آزمودنی بین ۵۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید، مصاحبه‌گر تمام صحبت‌ها را به جز مواردی که مشارکت‌کنندگان تمایل نداشتند، پیاده‌سازی کرد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان پژوهش

ردیف	مقطع	رشته	رویکرد	دوره گذرانده	جنس	سابقه
۱	کارشناسی ارشد	روان‌سنجی	شناخت‌درمانی	سی‌بی‌تی	زن	۲۰
۲	دکتری	مشاوره	درمان وجودی	زوج‌درمانی	زن	۲۵
۳	دکتری	روانکاوی	دازاین‌کاوی	هایدگری	مرد	۱۰
۴	دکتری	مشاوره	روانکاوی لکان	روانکاوی	مرد	۱۵
۵	کارشناسی ارشد	بالینی	آلیس	REBT	مرد	۱۷
۶	دکتری	بالینی	روان‌پویشی	روان‌پویشی	زن	۲۵
۷	کارشناسی ارشد	مشاوره	خانواده‌درمانی		زن	۸
۸	کارشناسی ارشد	مشاوره	تحصیلی		مرد	۸
۹	دکتری	بالینی	التقاطی	روان‌پویشی	زن	۱۲
۱۰	کارشناسی ارشد	مشاوره	شناخت‌درمانی	سی‌بی‌تی	زن	۱۸
۱۱	دکتری	بالینی	طرحواره‌درمانی	طرحواره	زن	۱۰
۱۲	دکتری	روان‌درمانی	راه‌حل محور		زن	۸
۱۳	دکتری	بالینی	اکت	ACT	زن	۱۰
۱۴	دکتری	کودکان استثنایی	التقاطی	اختلال یادگیری	مرد	۱۵
۱۵	کارشناسی ارشد	مشاوره	واقعیت‌درمانی	واقعیت‌درمانی	مرد	۸
۱۶	دکتری	روان‌درمانی	التقاطی	روایت‌درمانی	مرد	۷

نتایج تحلیل محتوایی موضوعی این پژوهش نشان داد شناخت روان‌درمانگران و مشاوران مراکز خانواده از فرایندهای روان‌درمانی، بر پایه رویکردهای فکری که کسب کرده‌اند، فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند و منابع مورد استفاده آن‌ها؛ توصیف شده و شکل گرفته است. چگونگی شناخت و درک درمانگران از فرایندهای روان‌درمانی در قالب طبقات و زیرطبقات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: طبقات و زیرطبقات مربوط به نحوه شناخت روان‌درمانگران و مشاوران مراکز خانواده

از فرایندهای روان‌درمانی

زیرطبقات	طبقات
الف- تعریف روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد و نگرش ب- توصیف حرفه‌ای بودن بر مبنای مجموعه‌ای از ارزش‌ها ج- تعریف انسان بر مبنای ابعاد چندگانه	۱- برداشت‌های شخصی از روان‌درمانی
الف- ساختار تخصصی منعطف ب- گستردگی فعالیت‌ها ج- تعیین ملاک بهبودی	۲- نحوه فعالیت‌های روان‌درمانی
الف- اصل زبان و گفت‌وگو ب- دانش بینارشته‌ای	۳- منابع مورد استفاده روان‌درمانی

یافته‌ها و محتوای مرکزی از تعامل میان کدهای باز، زیرطبقات و طبقات مهم به دست آمده است. در تجزیه و تحلیل گفت‌وگوها بیش از ۱۲۰ کد باز که در معنا و مفهوم مشترک بودند، استخراج شد. از این تعداد، ۴۷ کد با حداکثر تکرار انتخاب شد. این ۴۷ کد به ۸ مفهوم مشترک تقلیل داده شد که در زیرطبقات جای گرفتند. نهایتاً سه طبقه اصلی در خصوص نحوه شناخت و درک فرایندهای روان‌درمانی به شرح زیر مشخص شد.

۱- برداشت‌های شخصی از روان‌درمانی؛

۲- نحوه فعالیت‌های روان‌درمانی؛

۳- منابع مورد استفاده روان‌درمانی.

برداشت‌های شخصی از روان‌درمانی

درمانگران به سؤالاتی پیرامون چگونگی درک روان‌درمانی، توصیف حرفه‌ای بودن و ماهیت انسان؛ پاسخ‌های منحصر به فردی بیان کردند. این طبقه از سه زیرطبقه: الف - تعریف روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد و نگرش، ب - توصیف حرفه‌ای بودن بر مبنای مجموعه‌ای از ارزش‌ها و ج - تعریف انسان بر مبنای ابعاد چندگانه تشکیل شده است. ارزیابی تعاریف بیان‌شده، مشخص کرد با وجود تفاوت‌های ظاهری، تمامی توصیف‌ها در نکاتی اشتراک داشتند. هر درمانگری علاوه بر انتخاب رویکرد تخصصی مجموعه‌ای از نگرش‌ها، گرایش‌های ذهنی، مهارت‌های فردی و توانمندی‌های فکری دارد که بر تعاریف تخصصی او سایه می‌افکند.

الف: تعاریف روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد و نگرش

از پرتکرارترین مفاهیم این تحقیق، کدهای بازی بودند که در پاسخ به چيستی و چگونگی روان‌درمانی بیان شد. با استفاده از آن‌ها، تعاریفی از روان‌درمانی صورت‌بندی شد. در میان کدها می‌توان به اولویت‌دادن درمانگران به نظریه‌های آموخته‌شده و مجموعه‌ای از توانایی‌های شخصی اشاره کرد. درمانگران بر مبنای مفروضه‌های رویکرد تخصصی، روش و ارزش‌هایی که طی زمان همراه با آموزش و فعالیت حرفه‌ای کسب کرده بودند، روان‌درمانی را فهمیده‌اند. روایت‌درمانگری گفت: روان‌درمانگری فعالیتی است که در آن روان‌درمانگر شرایطی را ایجاد می‌کند که مراجع با توسل به نقاط قوت و منابع درونی خود به سمت بهبود برود. تغییر یعنی مقداری تعامل و حرکت روان و راحت شخص با خودش، با دیگران و با جهان پیرامونش. این تعریف، روان‌درمانی را درون دستگاه‌های فکری قرار می‌دهد که مراجع را در آنچه خود می‌خواهد، خبره می‌داند. در مقابل مشاوره تعریفی ارائه داد که متعلق به دستگاه‌هایی است که روان‌درمانگر را در آنچه مراجع می‌خواهد، خبره می‌داند: روان‌درمانی یعنی به درجه‌ای از اعتلای روحی، روانی و شخصیتی رسیده باشید که سرریز ویژگی‌های روحی خود را با تکنیک‌های روان‌شناسی مخلوط و به دیگران کمک کنید تا درمان شوند. در عین حال تعاریف ارائه‌شده از ویژگی‌های شخصیتی درمانگران متأثر بود. روان‌درمانگری با رویکرد واقعیت‌درمانی بیان کرد: در تعریف شخصی من آگاهی اساس درمان است و تغییر فرایندی که مراجع دست به انتخاب بزند. تعریفی که از مدت تخصصی برآمده بود. درمانگران رویکرد علمی را که علاقه و نگرش مثبتی نسبت به آن داشتند، برای آموختن انتخاب کرده بودند. این علاقه می‌توانست باعث انتخاب آن رویکرد شده

باشد یا اینکه به دلیل آموختن و گذراندن مدت‌زمان طولانی با آن رویکرد، علاقه‌مندی هم ایجاد شده باشد. نحوه توصیف درمانگران تحت تأثیر سایر مطالعات‌شان نیز قرار داشت. کدهای باز «آگاهی‌بخشی»، «آموختن مهارت»، «یاری‌رساندن»، «تمایز قائل‌شدن میان مداخله و درمان»، «رسیدن به شناخت خود» و «پذیرش» زیاد به کار رفتند.

ب: توصیف حرفه‌ای بودن بر مبنای مجموعه‌ای از ارزش‌ها

توصیف حرفه‌ای بودن بر مبنای مجموعه‌ای از اصول علمی و ارزش‌های تجربی مشاور یا روان‌درمانگر شکل می‌گرفت. کدهای باز مفهوم حرفه‌ای بودن را این‌گونه سازمان‌بندی کرد: درمان حرفه‌ای به پشت سر گذاشتن مراحل بر پایه تحصیل، تخصص، ارزش و تجربه نیاز دارد. مشاور در این زمینه گفت: درمانگر باید تخصصی کارگاه رفته باشد. روان‌شناسانی را می‌بینیم که ۵۰ کارگاه پراکنده مختلف می‌روند. اگر به وسواس علاقه دارید، باید کارورزی‌های وسواس را بروید. در اینجا علاقه در کنار فعالیت متمرکز قرار می‌گیرد. هرچند در مواردی سازمان‌دهی مطالب دانشگاهی یا کارگاه‌های علمی به گونه‌ای است که امکان‌پذیرش دقیق وجود ندارد. درمانگری با اشاره به همین موضوع گفت: واحدها باید به شکلی طراحی شود که آدم بفهمد آیا با این مدل خاص می‌تواند پیش برود؟ روان‌درمانگران هم انسان‌هایی هستند که به دلایل شخصیت‌شان، تجربه زندگی‌شان، آموزشی که دیده‌اند و... با متدی بهتر از متد دیگر کار می‌کنند.

درمانگری برای موفقیت در حرفه‌ای شدن شیوه تحلیل خود را پیشنهاد کرد: مشاور باید خودش را هنگام یاد گرفتن تحلیل کند و ببیند آیا با این رویکرد و پارادایمی که این مدل تولید می‌کند؛ ارتباط برقرار می‌کند؟ هر درمانگری می‌تواند اولویت‌بندی متفاوتی داشته باشد. درمانگری معتقد بود آموزش درست شرط اساسی است: درمانگر باید دوره‌های تخصصی و کارورزی را گذرانده باشد. اکنون روش‌های شبه‌علمی جا باز کرده و به خاطر سهولت طرفدار پیدا کرده‌اند. حرفه‌ای بودن با کسب مهارت در بیرون کامل نمی‌شود؛ بلکه به مهارت‌های درونی هم احتیاج دارد. در میان پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، شناخت خود و ارتباط با همکاران جزئی جدایی‌ناپذیر در حرفه‌ای شدن بود. درمانگری اشاره کرد: بخش بزرگی از کار حرفه‌ای روان‌درمانگر شناختن خودش است. این‌که در چه حوزه‌هایی قوی‌تر است یا به کمک احتیاج دارد. الان که ما صحبت می‌کنیم، فهمیدم استفاده من از فلسفه زبان و عناصر فلسفه باعث شده، بتوانم به روان‌درمانگران بهتر کمک کنم. طی مصاحبه‌ها برای مشارکت‌کنندگان نکاتی وضوح می‌یافت که پیش‌تر توجه نکرده بودند. «مطالعه نظام‌مند»، «روش و متد علمی داشتن» و «کسب تجربه» دیگر کدهای باز پرتکرار بودند.

ج: تعریف انسان بر مبنای ابعاد چندگانه

پرسش از چیستی انسان به طور سنتی به فلسفه بازمی‌گردد. هر یک از علوم بعد از جداشدن از فلسفه، بخشی از این پرسش چالش‌برانگیز را نگه داشتند و پاسخ به آن را وظیفه خود قرار دادند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان انسان را چندساحتی دانسته و در فعالیت حرفه‌ای مراجع را با وجوه جسمانی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی در نظر داشتند. روان‌درمانگر باسابقه‌ای ادعا کرد: از همه جهات مراجع را مورد بررسی قرار می‌دهم. برخی ساحت‌ها بیشتر از ساحت‌های دیگر آسیب می‌بینند، اما در درمان باید بتوانیم به یکپارچگی و وحدت برسیم. مفاهیم مشترک «بررسی یکپارچه در تمام ابعاد»، «بررسی در سه بعد شناختی،

جسمی و رفتاری»، «بررسی ابعاد اجتماعی، زیستی و روانی»؛ تکرارشوندگی بالایی داشتند که نشان از اهمیت نوع نگاه ابعدی به انسان در روان‌شناسی به عنوان آخرین علمی دارد که از فلسفه جدا شد. درمانگران نظر سازمان بهداشت جهانی در توجه به ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی را پذیرفته‌اند. در این موضوع رویکرد درمانگران نقش داشت. درمانگران رویکردشناختی، اولویت را در ابعاد انسانی به شناخت دادند. به همین سیاق بعد هیجانی یا زیستی تغییر جایگاه می‌دادند. مشارکت‌کنندگان، روان‌درمانی را برای انواع مشکلات کارا می‌دانستند: فکر نمی‌کنم کسی به دلیل ماهیت مشکلش نتواند از روان‌درمانگری بهره ببرند. درمانگر دیگری ادعا کرد: نمی‌توان کار درمان را تک‌بعدی پیش برد. تمام ابعاد انسان در ایجاد مشکل تأثیر می‌گذارد و تأثیر می‌پذیرد. درباره تأثیرات بعد اجتماعی میان درمانگران از لحاظ نظری اتفاق رأی بیشتر است، ولی از لحاظ عملی نادیده گرفته می‌شود. بیشتر مشارکت‌کنندگان ورود به مسائل اجتماعی را غیرعملی می‌دانستند: در بسیاری از مشکلاتی که در اثر مسائل جامعه برای مراجعان پیش می‌آید، کاری نمی‌توانیم انجام دهیم. روان‌درمانگری نظر مغایری داشت: سازمان‌های روان‌درمانی در کشورهای مختلف به این نتیجه رسیدند که روی مشکلات اجتماعی هم کار شود.

نحوه فعالیت‌های روان‌درمانی

این طبقه در بررسی سؤالات مربوط به چگونگی شکل‌گیری فرایند روان‌درمانی از زاویه دید درمانگران به دست آمد. نتایج نشان داد، عوامل متعددی در تبدیل این روند به ساختاری مشخص و قاعده‌مند نقش دارند. کاوش درون مصاحبه‌ها و جمع‌آوری کدهای باز و مفاهیم مشترک، سه زیرطبقه: الف- ساختار تخصصی منعطف، ب- گستردگی فعالیت‌ها و ج- تعیین ملاک بهبودی را در این طبقه متمایز ساخت. فعالیت‌ها بیانگر مجموعه وسیعی از طراحی‌هاست که درمانگران جهت شکل‌دادن به درمان یا ایجاد ساختار در برنامه‌ها انجام دادند. برای تحقق اهداف از میان تکنیک‌ها، شرکت‌کنندگان در تحقیق، به نحوی دست به انتخاب می‌زدند که بهبودی ممکن شود.

الف: ساختار تخصصی منعطف

اکثر درمانگران توضیح دادند که فرایند روان‌درمانی بهتر است درون یک چارچوب و برنامه کاری مدون رخ دهد. مشاوره گفت: درمانگری که بر نظریه تسلط دارد، پروتکل تخصصی خود را به کار می‌برد. یا روان‌درمانگری اشاره کرد: روان‌درمانی مستلزم این است که عمیق و تخصصی موضوع حرفه‌ای را دنبال کنید و ساختار درمان را به عنوان درمانگر بیابید. نگاه ساختاری به روان‌درمانی نزد مشارکت‌کنندگان معانی متفاوتی داشت، برخی شکل‌گیری ساختار را طی روندی امکان‌پذیر می‌دانستند: درمان را فرایندی نگاه می‌کنم، امری در حال تکمیل. درمانگر و مراجع با هم نقشه بین‌الذهانی از ذهن مراجع تا جایی که ممکن است، می‌سازند؛ چراکه نمی‌توان، همه آنچه را یک نفر شخصاً تجربه می‌کند، بفهمیم. اینجا با یک شکاف نظری فلسفی روبه‌رو می‌شویم. فرایندی که در آن روان‌درمانگر ساختار درمان و درکش را با کمک مراجع و با انعطاف تصحیح می‌کند. چارچوب ساخته‌شده درمانگران تغییرناپذیر نبوده، ظرفیت انقباض و انبساط داشت.

«تسلط بر نظریه» همچون داشتن یک نقشه ذهنی که حرکت بین مراجع و درمانگر را هدایت کند، بیشترین موارد تکرار شونده‌گی در بین اظهارات درمانگران را داشت. روان‌درمانگری اشاره کرد: بدون نظریه معلوم نیست از کجا حرکت را شروع و به کجا ختم می‌کنید؟ از گذشته حرف می‌زنید، ولی مراجع در آینده رها شده است. ساختار روان‌درمانی بر مبنای اصول تخصصی معین شکل می‌گیرد. «تأکید بر نظریه» با مفاهیم استخراج‌شده دیگری ترکیب شد. روان‌درمانگری که سال‌ها با مشکلات پیچیده کار کرده بود، در تشریح روان‌درمانی گفت: جلسات روان‌درمانی به موج‌سواری می‌ماند. شما چارچوبی دارید، ولی باید با حالتی که مراجع پیش می‌رود، پیش بروید. اگر جایی هم دارد از مسیر می‌رود بیرون، بکشانیدش به مسیر اصلی. به واقع در مواردی ضروری است عدم رعایت قانون، وارد ساختار قانون‌مند روان‌درمانی شود. درمانگران با قواعد علمی روان‌درمانی مواجهه منعطفی داشتند.

مفهوم مشترک «تلفیق نظریات با همدیگر» در میان درمانگران ایرانی مشهود است: چون مبانی نظریات سرچشمه در غرب دارد، در مباحثی که متناسب با فرهنگ ما نیست، باید از نظریات دیگر کمک گرفته شود. این استدلال در موارد زیادی به کار می‌رفت، اما در گفت‌وگوها تعریف دقیقی از درمان تلفیقی، یکپارچه‌نگر و درمان ترجیحی ارائه نمی‌شد. به کرات این اصطلاحات توسط مشارکت‌کنندگان به جای هم استفاده شد. در اندک موردی، مشارکت‌کننده‌ای گفت: می‌شود از یک نظریه به نظریه دیگر حرکت کرد، ولی نظریه را نمی‌شود نصفه و نیمه استفاده کرد. وقتی سی‌بی‌تی کار می‌کنید، به همه عناصر آن متعهد باشید. بعد اگر شخص می‌تواند از مشکلات اولیه‌اش فاصله بگیرد و در مورد مسائل وجودی‌اش صحبت کند، مثلاً اضطرابش با سی‌بی‌تی خوب شده، حال می‌خواهد پیغام اضطراب را بداند، وارد مدل اگزیزستانسیالیست شوید. ولی آنجا هم باید از مدل وجودی به طور کامل استفاده کرد. به نظر می‌رسد نظریه نقش مهمی در شکل‌دهی ساختار روان‌درمانی دارد، اما استفاده از نظریات مختلف در میان درمانگران همیشه با رعایت اصول علمی همراه نیست.

ب: گستردگی فعالیت

تعریف‌های روان‌درمانگران تأییدی است بر این که فرایند روان‌درمانی، فعالیتی محدود و یک‌جانبه نیست. انواع روش‌های درمانی وجود دارد که در مشکلات به کار می‌آید. این ویژگی زمینه‌های فعالیتی متنوعی در اختیار درمانگران قرار می‌دهد. اما از آن چندان بهره نگرفته و دغدغه درمانگران نبود. مشاوره با اشاره به رقابت ناعادلانه در این حرفه گفت: زمینه‌های فعالیتی گسترده است، ولی شرایط بدون ملاحظات تخصصی محدودکننده است. درمانگران به تنوع در کار درمان از زاویه توجه به ساحات مختلف انسانی هم نگاه کردند. درمانگری از ضرورت همکاری میان متخصصان سخن گفت: وقتی از درمان حرف می‌زنیم، از تیم درمانی صحبت می‌کنیم و باید حمایت‌های مختلف حقوقی، قانونی و بیمه‌ای را در نظر گرفت.

منابع مورد استفاده روان‌درمانی

آخرین طبقه به مأخذها، دانش‌ها و ابزارهایی اشاره دارد که مشاوران و روان‌درمانگران هنگام آموختن و تسلط‌یافتن بر حرفه روان‌درمانی استفاده کرده‌اند. این طبقه از دو زیرطبقه الف- اصل زبان و گفت‌وگو و ب- دانش بینارشته‌ای ساخته شده است.

الف: اصل زبان و گفت‌وگو

افکار، احساسات، نگرش‌ها و هر آنچه در فضای روان‌درمانی درک، مبادله و ساخته می‌شود، از طریق گفت‌وگو و کلام است. در توصیف‌های روان‌درمانی توسط درمانگران، عمدتاً فرایند درمانی مبتنی بر واژه‌ها و مفاهیم بود و کمتر بر مبنای عمل تعریف شده بود. درمانگری گفت: گفت‌وگو اساس اصلی کار من است. درمانگری با رویکرد اکت، به تأثیرات عمیق زبان در پیش‌بردن درمان اعتقاد داشت: زبان با خلق استعاره‌ها و کنایه‌ها به درمانگر کمک می‌کند تا فضای ارتباطی بیافریند. تأثیری که معطوف به نوع رویکرد درمانی بود. روان‌درمانگر دیگری در پاسخ به سؤال نحوه درونی‌کردن رویکرد و تأثیر زبان توضیح داد: روایت‌درمانی از فلسفه تأثیر گرفته. من چون به فلسفه زبان علاقه‌مند بودم، توجه به عنصر محوریت زبان در روایت‌درمانی جلب شده بود. به سؤال شما فکر نکرده بودم، اما روایت‌درمانی را درونی نکردم، در واقع عناصر فلسفی روایت‌درمانی را پیش‌تر درونی کرده بودم و این فرایند برایم ارگانیک اتفاق افتاد.

روان‌درمانگر دازاین‌کاوی این باب را گشوده‌تر ساخت: زبان در شکل اولیه‌اش، کشف مفاهیم مشترک است. در روان‌درمانی و طی زمان باید به هم‌زبانی برسیم. کار کردن با آن‌ها که در این سلوک زبانی مقاومت می‌کنند، سخت‌تر است. به این ترتیب نتایج نشان داد زبان به عنوان ابزار کار درمان در دست همگان به یک شکل عمل نمی‌کند. درمانگر یا مراجعی که تبحر زبانی ندارد، راه‌های دیگری را جست‌وجو می‌کند. فارغ از اینکه رویکرد درمانی و برنامه کار درمانگران چه بود، تعهدی نسبت به استفاده درست از زبان وجود داشت. نمونه پژوهش زبان را وسیله‌ای قدرتمند و غنی برای ایجاد تغییر نشان داد: باورم این است که گفت‌وگو خود درمان است.

ب: دانش بینارشته‌ای

روان‌درمانی فرایند درمانی چندجانبه است. برای مؤثرتر واقع‌شدن آن، روان‌درمانگران و مشاوران معتقد بودند به آشنایی و بهره‌گیری از علوم متفاوت نیاز دارند: صد درصد، جامعه‌شناسی به روان‌شناسی کمک می‌کند. جامعه‌شناسی فرهنگی بیشتر. فلسفه هم کمک می‌کند. به نظر من با این‌که روان‌شناس قرار است در مسائل دینی دخالت نکند، ولی در این کشور باید اطلاعات دینی زیادی داشته باشد. نوع دانشی که درمانگران مطرح کردند، با توجه به نوع نگاه و مراجعانی که داشتند، متفاوت بود. به عنوان مثال خانواده‌درمانگران گفتند: هر روان‌شناسی باید در مسائل مختلف حقوقی، مددکاری و مدیریت، اطلاعات داشته باشد. هم‌چنین این‌گونه تکرار داشت: روان‌درمانی ترکیبی از علم و تجربه و هنر است. اغلب درمانگرانی که مطالعات غیرآکادمیک هم داشتند، از نویسندگانی در زمینه‌های فلسفی، هنر و روان‌شناسی که در ایران اقبال زیادی به آن‌ها شده، نام بردند. نام‌های پرتکرار عبارت بودند از: یالوم^{۳۶}، شوپنهاور^{۳۷}، داستایوفسکی^{۳۸}، نیچه^{۳۹}، دوباتن، جبران خلیل جبران و اسماعیل فصیح.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش کنکاش در نحوه شناخت روان‌درمانگران و مشاوران مراکز خانواده از فرایند روان‌درمانی به شیوه عمیق بود. بنا به سنت تحلیل‌های کیفی، نتایج در طبقات اصلی و زیرطبقات بدین ترتیب صورت‌بندی

شد: شناخت درمانگران از روان‌درمانی بر پایه رویکردهای فکری که کسب کرده‌اند، فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند و منابع مورد استفاده آن‌ها؛ استوار شده است. هیتون^{۴۰} (۱۳۹۷)، در ارزیابی پدیده روان‌درمانی بین نظم^{۴۱} طبیعی و انسانی تمایز قائل شد. پدیده‌ها در نظم طبیعی ماهیت ثابت دارند و در نظم انسانی متفاوت هستند. مشاهدات این تحقیق، مملو از برداشت‌های گوناگون روان‌درمانگران از درونی‌کردن مفاهیم علم روان‌درمانی و حرفه‌ای‌شدن است. هم‌چنین ادراکات متفاوت از ماهیت انسان است. اصطلاح روان‌درمانی بار مکاتب بسیاری را بر دوش می‌کشد و هر درمانگری بر اساس رویکرد انتخابی خود، تعریفی را برمی‌گزیند.

برخی از فیلسوفان علم، علمی با مکتب‌های نظری متعدد را که به یک نظریه جامع دست نیافتند؛ پیش‌پارادایمی و ناپخته می‌انگارند. این فیلسوفان علم، استدلال فلسفه فیزیک را بر فلسفه روان‌شناسی تحمیل کرده‌اند. روان‌درمانی با یک دستگاه فکری غالب به جهان معرفی شد و در فاصله کوتاهی گسترش یافت. یاسپرس (۱۳۹۵) می‌گوید: تمامی روش‌های درمانی که بدون تمایز برای بیماران به کار رفته، شکست خورده است. هر درمانی که توفیق می‌یابد، مشخص‌کننده مردم آن عصر است. بنابراین تنوع رویکردهای درمانی نشانه پختگی علمی است که برای تقاضاهای هر عصر و فرهنگی، عرضه‌های متکثر دارد. خانواده نخستین ساختاری است که در هر زمانه‌ای، فرد به‌صورت محل امن رشد یا کانون تنش تجربه می‌کند. قدمت و دوام این ساختار، آن را از وضعیت پر از پارادوکس الگوهای مدرن ارتباط میرا نمی‌سازد. مراکز مشاوره و روان‌شناسی خانواده در مواجهه با پارادوکس‌ها به مطالعات کیفی در ابعاد پیشگیری و درمان توجه می‌کنند.

گفت‌وگوهای این مطالعه نشان داد که تعاریف مشارکت‌کنندگان برگرفته از رویکردهای تخصصی، نگرش عاطفی، دریافت انسانی و تفاسیر خودساخته، بودند. تنوع دیدگاه‌ها و تعدد برداشت‌های درمانگران مراکز خانواده از روان‌درمانی، حکایت تلاش روان‌درمانگرانی است که می‌خواهند بین تناسب‌ها و ناهمخوانی‌های تکنیک‌ها، با اطمینان برای مراجعان دست به انتخاب بزنند. با گسترش نگرانی‌ها از اختلالات روانی، فشارهای ناآشنا، تصمیمات نامناسب فردی و گسست پیوندهای خانوادگی، جامعه درمانگران نسبت به درک فرایندهای محافظت‌کننده خانواده‌ها در برابر چالش‌ها حساس‌تر شده است. در هر جامعه‌ای نهادهایی چون مراکز سلامت روان جهت برطرف کردن مسائل افراد همان جامعه ساخته شده است.

آنچه این تحقیق را در رسیدن به مفاهیم مشترک با دشواری‌هایی روبه‌رو کرد، مفاهیمی بود که نظم قاطع علمی موجود در کتاب‌ها را از دست می‌دادند، نسبی می‌شدند یا به معانی هنری نزدیک می‌شوند. چنانچه به نظر روان‌درمانگران، بدون خلاقیت امکان حرفه‌ای‌شدن وجود ندارد. در این پژوهش عده‌ای تحصیلات آکادمیک مرتبط با روان‌شناسی را اساس کار حرفه‌ای می‌دانستند و گروهی نیز گذراندن کارورزی‌ها و دوره‌های عملی جامع را در اولویت قرار می‌دادند. سازگار با سایر تحقیقاتی که علم و آموزش را بخشی از آمادگی برای روان‌درمانی می‌دانند و پیش‌نیازهای شخصیتی، گسترده‌گی افق فکری و دوری از تعصب را ضروری می‌دانند (یاسپرس، ۱۳۹۵)، نتایج نشان داد هنگامی که آموزش‌ها با ویژگی‌های شخصیتی، عاطفی و عقلانی ترکیب شود، جلسات روان‌درمانی رضایت‌بخش خواهد بود.

درمانگران توافق داشتند که درمانگر حرفه‌ای باید خود را بشناسد، مورد تحلیل درمانی قرار گرفته و ظرفیت روانی خویش را بالا ببرد. واینر و بورن‌اشتاین^{۴۲} (۱۳۹۲) در تحقیقی سازگار با نتایج این پژوهش معتقدند که روان‌درمانی باید توسط افرادی ارائه شود که آموزش‌دیده و درمان‌گرفته باشند. از آنجا که سنتاً

رویکردهای تحلیلی به روان‌درمانی درمانگران بیشتر بها می‌دهند، انتظار نمی‌رفت درمانگران سایر رویکردها اهمیت داشته باشند. البته فاصله آشکاری بین استدلال نظری و رفتار عملی وجود داشت. گویی اغلب به همکاران خود توصیه می‌کردند و به جز موارد محدودی درمان نگرفته بودند.

محقق به این نتیجه رسید وقتی مشاوران و روان‌درمانگران، انسان را با ابعاد مختلف توصیف می‌کنند، امید دارند در میان تضادهای نظری و تناقض‌های تکنیکی راهی به سوی تعادل باز یابند. نظریه پردازان بزرگی چون فروید، آدلر^{۴۳} و یالوم، ماهیت و کارکرد بهنجاری و نابهنجاری را در ابعاد متفاوت انسان برجسته ساختند. رویکردها از حالت‌های روان‌شناختی منفرد و بر خلاف مدل زیست پزشکی به رویکردهای ترکیبی، زیستی - اجتماعی و روان‌شناختی رسیدند (بابالولا، نوئل و وایت^{۴۴}، ۲۰۱۷). وقتی ماهیت متنوع روان‌درمانی پذیرفته شود، قرار دادن علم روان‌شناسی در مرحله پیش‌پارادایمی دشوار خواهد بود. روان‌درمانی با پارادایم‌های متفاوت شکل متفاوتی از علم را نمایان کرده است.

فرایند روان‌درمانی از زاویه دید درمانگران با فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند، شکل می‌گیرد؛ فعالیت‌هایی که در رأس آن به‌کارگیری نظریه قرار دارد تا چارچوبی ساخته شود و حرکت بین مراجع و درمانگر را هدایت کند. از آنجا که روان‌درمانی با مجموعه ابعاد انسانی سروکار دارد، نمی‌تواند قواعد سرسخت و غیرقابل تغییری تعریف کند. می‌توان نتیجه گرفت با وجود نیاز به انتخاب یک پروتکل دقیق، در بسیاری موارد پایبندی به آن سخت است. گویی انعطاف‌پذیری بخشی از قوانین روان‌درمانی است. در مطالعه مشاوره آسیب‌زا اشاره شد، چارچوب کاری روند درمان را تسریع و فضای کار با مراجع را روشن‌تر می‌کند، اما پافشاری بر رویکرد خاص، مشاور را محدود می‌کند (آقایی و آتش‌پور^{۴۵}، ۱۳۹۰).

موضوع مشترک دیگر میان درمانگران این پژوهش علاقه‌مندی به تلفیق نظریات بود و با این استدلال رایج در فرهنگ تغذیه می‌شد که چون مبانی نظریات روان‌شناسی بومی نیست و از غرب آمده، می‌توان در مباحث دخل و تصرف کرد. مسئله این نبود که مفاهیم نامتناسب با فرهنگ کنار گذاشته شود؛ بلکه ترکیب نامتناسب با فرهنگ نیز ساخته می‌شود. روان‌درمانگران با وجود اهمیت دادن به نظریه و گاه تسلط داشتن بر آن، لزومی نمی‌دیدند که بر یک نظریه اتکا کنند؛ بلکه اجازه می‌دادند در گستره‌ای از اعمال و فعالیت‌ها توسط نظریه‌های گوناگون حمایت شوند. مشاهدات تاریخی نشان داده در شکل‌گیری انواع درمان‌های روانی، یک رویکرد واحد دخیل نبوده است. روان‌درمانگران از تغییر استقبال می‌کنند. تصمیم‌ارادی به این‌که فردی خود را طرفدار نظریه خاصی بنامد، به معنی احساس تعهد دائمی یا احترام متعصبانه نیست (نورکراس^{۴۶}، ۱۹۸۵).

مفهوم به‌دست‌آمده گستردگی فعالیت، به ماهیت علم روان‌شناسی اشاره دارد که علمی پویا با کاربردهای فراوان است. هومان^{۴۷} (۱۳۹۴) در کتاب عصر روان‌شناسی می‌نویسد: از میان تمام کسانی که در جنبش روان‌شناسی دست دارند، روان‌درمانگران بیش از همه اذهان عمومی را به خود مشغول داشته‌اند. از این رو درمانگرانی که در مراکز خانواده فعالیت می‌کنند، مسئولیت بالایی بر عهده دارند. نه تنها مسئولیت آگاهی‌بخشی فردی و خانوادگی؛ بلکه وظیفه آموزش‌های مفید در جهت ارتقای سطح سلامت روان افراد و هم‌چنین ارتباطات بهینه در جامعه را نیز بر عهده دارند. تریسی، ومپولد، گودیر و لیختنبرگ^{۴۸} (۲۰۱۵) هدف دشوار زبردست‌شدن در روان‌درمانی را به فهرست طولانی فعالیت‌های درمانگران اضافه می‌کنند.

زبان و گفت‌وگو و علوم مختلف امکاناتی به عنوان ابزار کار درمان برای درمانگران و درمانجویان ایجاد می‌کند، ولی همه به یک شکل از آن منتفع نمی‌شوند. روان‌درمانی در مقام گفت‌وگودرمانی، رویه‌ای کاوشگرانه و غیرجزمی است که افراد را از تأثیرات بازدارنده حاصل از تصاویر آرمانی آزاد می‌کند (هیتون، ۱۳۹۷). در این پژوهش زبان وسیله‌ای قدرتمند و کارا و جزء پرتکرارترین مضامین بود. ترکل^{۴۹} (۲۰۱۶) در کتاب بازپس‌گیری گفت‌وگو بیان می‌کند، تحمل گوش‌دادن به صدای خود، مهارت گفت‌وگو را افزایش می‌دهد. در پژوهش کیفی ویژگی‌های درمانگران ایرانی نیز از مهم‌ترین مقوله‌های شایستگی مشاوران مهارت در گفت‌وگو بود (چوپانی و کرمی^{۵۰}، ۱۳۹۸).

علم روان‌درمانی، پیرو روش‌شناسی‌های کیفی و کمی پذیرفته‌شده در میان علوم انسانی و تجربی است. رشته‌های علوم انسانی بیش از هر زمانی نیازمند ارتباط نزدیک با یکدیگر هستند. روان‌شناسی به عنوان یک علم میان‌رشته‌ای می‌تواند در نقش یک رشته انعطاف‌پذیر و وحدت‌بخش میان رشته‌های علوم انسانی باشد (فراهانی و خانی‌پور^{۵۱}، ۱۳۹۵). شکل‌گیری روان‌درمانی با فعالیت در زمینه‌های متفاوتی از جمله پزشکی، فلسفه و تاریخ همراه است؛ فروید با وجود ورود به عمیق‌ترین لایه‌های روان، درباره فرهنگ و جامعه انسانی نظریه‌پردازی کرد (استیونسن، هابرم و رایت^{۵۲}، ۲۰۱۳). پیشرفت فناوری به ایجاد فضاهای علمی جدید و چالش‌های پیچیده‌تر منجر شده که حل آن‌ها مستلزم به‌کارگیری ارتباط‌های میان‌رشته‌ای و فرهنگ گفت‌وگو است. روان‌درمانی با تعامل میان رشته‌هایی چون حقوق، ادبیات، مددکاری، تاریخ، اقتصاد و فلسفه می‌کوشد ماحصل ارزشمندتری در جهت رفع مشکلات ایجاد کند و در جامعه سلامت را توسعه دهد. در این مطالعه اهمیت به علوم متفاوت، مقوله «دانش بینارشته‌ای» را در توصیفات درمانگران از روان‌درمانی ساخت که در پژوهش چوپانی و کرمی (۱۳۹۸)، مقوله «سواد میان‌رشته‌ای» نام گرفته بود.

انجام‌دادن کار به مراتب راحت‌تر از توضیح‌دادن درباره آن است. از این رو شرکت‌کنندگان در پژوهش هنگام توضیح آنچه متبحرانه انجام می‌دادند، چندان ماهر به نظر نمی‌رسیدند. ماهیت لغزنده، شخصی و تکرارنشده فضای روان‌درمانی امکان توصیف و شناخت را کاهش می‌داد. بیان نظرات علمی شخصی‌شده به مراتب از اظهارنظر شخصی و نقل قول‌های تخصصی دشوارتر است. مشخصاً دانشی که این پژوهش گرد آورده، تماماً متعلق به علم روان‌درمانی درمانگران نیست؛ بلکه برآمده از مجموعه توانمندی‌ها، معلومات و شناختی است که درمانگران از خود دارند.

یافته‌های پژوهش می‌تواند راهگشای پژوهشگران در اجزای ساختاری روان‌درمانی باشد. در گفت‌وگوها کماکان خلأهایی وجود دارد که پیشنهاد می‌شود بعد از ترسیم وضعیت فعلی، با مباحث پژوهشی و آموزشی پر شود. هم‌چنین بررسی ویژگی‌های اجتماعی - فرهنگی درمانگران خانواده و عوامل مؤثر در انتخاب رویکردهای درمانی، ادامه مسیر پژوهشی خواهد بود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|-----------------|--|
| 1. Freud | 28. Khalajabadi Farahani & Zadeh Mohammadi |
| 2. Talking Cure | 29. Inductive Approach |
| 3. Fears | 30. Abstraction |
| 4. Desires | |

- | | |
|-------------------------------|---|
| 5. Symptoms | 31. Construct |
| 6. Kahr | 32. Credibility |
| 7. Psychoneurosis | 33. Dependability |
| 8. Psychosis | 34. Verifiability |
| 9. Jaspers | 35. Transmissibility |
| 10. Norcross | 36. Yalom |
| 11. Howard | 37. Schopenhauer |
| 12. Therapeutic Alliance | 38. Dostoevsky |
| 13. Weiner & Bornstein | 39. Nietzsche |
| 14. De Batten | 40. Heaton |
| 15. Geranmayepour | 41. Order |
| 16. Pritz | 42. Weiner & Bornstein |
| 17. Wedding and Corsini | 43. Adler |
| 18. Semi-Structured Interview | 44. Babalola, Noel, & White |
| 19. Deductive-Inductive | 45. Aghaei & Atashpour |
| 20. Teo | 46. Norcross |
| 21. Wampold | 47. Haveman |
| 22. Deacon | 48. Tracey, Wampold, Goodyear & Lichtenberg |
| 23. Gall | 49. Turkle |
| 24. Purposive | 50. Chopani & Karami |
| 25. Interpretive Paradigm | |
| 26. Naturalistic | |
| 27. Content Validity | |

منابع

- آذربایجانی، ن. (۱۳۹۵). بررسی علل و دلیل‌گرایی به روان‌درمانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- آقایی، ا. و آتش‌پور، ح. (۱۳۹۰). مشاوره آسیب‌زا. تهران: نشر قطره.
- تثو، ت. (۲۰۰۷). نقدی بر روان‌شناسی، ترجمه ت. سلحشور (۱۳۹۷). تهران: انتشارات اندیشه احسان.
- چوپانی، م.، و کرمی، م. (۱۳۹۸). معماری شایستگی‌های مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی: ارائه الگوی مبتنی بر داده‌های کیفی (مطالعه موردی: مراکز مشاوره شمیم وابسته به نیروهای مسلح ج.ا.ا.). فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۳۷، ۳۹-۱.
- خلج‌آبادی فراهانی، ف.، و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۸). مواجهه با پورنوگرافی در اینترنت و تأثیرات روان‌شناختی بر نوجوانان در شهر تهران؛ یک مطالعه کیفی. رسانه و فرهنگ، ۱۸، ۵۵-۹۰.
- دوباتن، آ. (۲۰۱۰). خوشی‌ها و مصائب کار، ترجمه: م. مصباح (۱۳۹۱). تهران: انتشارات به‌نگار.
- فراهانی، م. ن.، و خانی‌پور، ح. (۱۳۹۵). نقش روان‌شناسی در ایجاد پیوند بین رشته‌های علوم انسانی برای توسعه مؤسسه‌های میان‌رشته‌ای. فصلنامه مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی، ۸، ۱۹۳-۱۷۳.
- کار، ب. (۲۰۱۳). درس‌های فروید برای زندگی، ترجمه: ص. نجفی (۱۳۹۶). تهران: نشر هنوز.
- گال، م.، بورگ، و.، و گال، ج. (۱۹۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی، ترجمه: احمدرضا نصر و همکاران (۱۳۹۴). تهران: انتشارات سمت.
- گرانمایه‌پور، ش. (۱۳۹۶). تبیین مفهوم انتقال متقابل در روان‌درمانگران ایرانی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

- واینر، ب. و بورن اشتاین، ر. (۲۰۰۹). *اصول روان‌درمانی؛ ارتقای درمان روان‌پویشی مبتنی بر شواهد*، ترجمه: ع. خلیفی سیگارودی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- ودینگ، د. و کرسینی، ر. ج. (۲۰۱۰). *روان‌درمانی‌های معاصر*، ترجمه ف. محسن‌زاده (۱۳۹۷). تهران: انتشارات مترجم.
- ومپولد، ب. (۲۰۱۹). *مبانی روان‌درمانی*، ترجمه ع. نیلوفری، ل. عبدالله‌پوری (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- هاوارد، ا. (۲۰۰۰). *فلسفه برای مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه م. اسمعیلی و ع. کیانی‌نژاد (۱۳۹۷). تهران: انتشارات سمت.
- هومان، ا. (۱۹۵۷). *عصر روان‌شناسی*، ترجمه ح. صاحب‌جمع. تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
- هیتون، ج. (۲۰۱۴). *ویتگنشتاین و روان‌درمانی*، ترجمه پ. شریفی درآمدی، ل. طورانی (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ققنوس.
- یاسپرس، ک. (۱۹۶۴). *ماهیت روان‌درمانی؛ ارزیابی انتقادی*، ترجمه: ف. فدائی (۱۳۹۵). تهران: نشر چشمه.

- Aghaei, A., & Atashpour, H. (2010). *Traumatic counseling*. Tehran: Qatreh Publishing [in Persian].
- Azerbaijani, N. (2016). *Investigating the Causes and Reasons of Tendency to Psychotherapy*, Master Thesis, Kharazmi University.
- Babalola, E., Noel, P., & White, R. G. (2017). The Biopsychosocial Approach and Global Mental Health: Synergies and Opportunities. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33, 291-296.
- Chopani, M., & Karami, M. (2019). [The Architecture of Counselors' Competencies in Counseling Centers and Psychology Services: Qualitative-Data based Patterns (Study Case: SHAMIM Counseling Centers for IRI Armies)]. *Culture Counseling*, 37, 1-39 [in Persian].
- De Botton, A. (2010). *The Pleasures and Sorrows of Work*. New York: Emblem Editions.
- Deacon, B. J. (2013). The Biomedical Model of Mental Disorder: A Critical Analysis of its Validity, Utility, and Effects on Psychotherapy Research. *Clinical psychology review*, 33(7), 846-861.
- Farahani, N., & Khanipour, H. (2016). [Role of Psychology in Connecting Human Sciences for Developing Interdisciplinary Institutes. *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 8(4), 173-193 [in Persian].
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. Harlow: Longman Publishing.
- Geranmayepour, Sh. (2017). *Explaining the Concept of Countertransference in Iranian psychotherapists*. PhD Thesis, Tarbiat Modares University [in Persian].
- Havemann, E. (1957). *The Age of Psychology*. New York: Simon and Schuster.
- Heaton, J. (2014). *Wittgenstein and Psychotherapy: From Paradox to Wonder*. New York: Springer.
- Howard, A. (2000). *Philosophy for Counselling and Psychotherapy: Pythagoras to Postmodernism*. New York: Macmillan.
- Jaspers, K. (1964). *The Nature of Psychotherapy; a Critical Appraisal*. Manchester University Press.
- Kahr, B. (2013). *Life lessons from Freud*. London: Pan Macmillan.
- Khalajabadi Farahani, F., & Zadeh Mohammadi, A. (2019). [Facing Pornography on the Internet and the Psychological Effects on Adolescents in Tehran, a Qualitative Study]. "*Media and Culture*. 18, 55-90 [in Persian].
- Norcross, J. C. (1985). In Defense of Theoretical Orientations for Clinicians. *The Clinical Psychologist*, 38(1), 13-17.

- Norcross, J. C. (1990). An Eclectic Definition of Psychotherapy. In J. K. Zeig & WM Munion (Eds.), *What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives* (pp. 218–220).
- Stevenson, L. F., Haberman, D. L., & Wright, P. M. (2013). *Twelve Theories of Human Nature*. Oxford University Press.
- Teo, T. (2006). *The Critique of Psychology: From Kant to postcolonial Theory*. Toronto: Springer Science & Business Media.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving Expertise in Psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50(1), 7-13.
- Turkle, S. (2016). *Reclaiming Conversation: The Power of Talk in a Digital Age*. New York: SAGE Publications.
- Wampold, B. E. (2019). *The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice*. American Psychological Association.
- Wedding, D. (2010). Current Psychotherapies. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-4.
- Weiner, I. B., & Bornstein, R. F. (2009). *Principles of Psychotherapy: Promoting Evidence-based Psychodynamic Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.