

تطور روشهای روان‌درمانگری در قرن اخیر

با آنکه درمانگران و اشکال مختلف روان‌درمانگری در برهه‌های مختلف تاریخی وجود داشته‌اند اما فقط اندکی بیش از یک قرن است که اصطلاح «روان‌درمانگری» در قلمرو ادبیات روانشناختی رسوخ کرده است. هسته اصلی هر نظریه روان‌درمانگری را تبیین نظری مشکلات روانشناختی، ایجاد شرایط ضروری به منظور کاهش رنج و درد بیمار، توجه خاص به قلمرو روابط بین شخصی در تسکین آلام بیمار و ایجاد شرایط بهینه برای تغییر وضعیت روانی تشکیل می‌دهد (کولاری¹، 1998).

تا سالهای پایانی هزاره دوم میلادی، بیش از چهارصد نظام یا مکتب روان‌درمانگری شناسایی شده‌اند که هر یک از آنها خود را از زاویه‌ای با دیگر انواع روان‌درمانگری متفاوت می‌دانند (گلد²، 1996). اما به نظر می‌رسد که با توجه به زیربناهای نظری مشابه، تعداد متکثر این نظامها یا مکاتب را می‌توان به چند مقوله اصلی تقلیل داد. در اواخر دهه 1960، قلمرو روان‌درمانگری تحت سلطه سه مکتب اصلی یعنی روان‌تحلیل‌گری، درمانگری انسانی‌نگر / هستی‌نگر و رفتاردرمانگری قرار داشت. اکثر پیروان این مکاتب کوشش می‌کردند تا درمانگری خود را در چهارچوب یک نظام بسته و بر اساس قواعد تعیین شده انجام دهند و با دیدگاههای دیگر، ارتباط چندانی نداشتند.

با وجود این، توجه روزافزون متخصصان شاخه‌های مختلف علمی و عامه مردم نسبت به روان‌درمانگری موجب شد تا مباحثات زیادی بین نظریه‌پردازان و به‌کاربرندگان نظامهای مذکور و بسیاری از مکاتب جدید روان‌درمانگری مانند درمانگری تعقلی - هیجانی و گشتالت‌درمانگری برانگیخته شود.

در خلال این سالها، ادبیات پژوهشی نیز این نکته را القا کردند که رفتاردرمانگری می‌تواند بهترین روش درمانی در قلمرو بسیاری از اختلالهای روانی باشد. پیامد این دیدگاه، در چهارچوبهای مختلف انعکاس یافت و بسیاری از برنامه‌های آموزشی، روانشناسی بالینی، آماده‌سازی در قلمرو درمانگریهای مبتنی بر روان‌تحلیل‌گری و انسانی‌نگری را کاهش داده یا رها کردند و به سوی الگوهای رفتاری‌نگری روی آوردند. روانپزشکی نیز که از الگوهای روان‌تحلیل‌گری مایوس شده بود بر روان- داروشناختی متمرکز شد و از روشهای روانشناختی فاصله گرفت (لاست³ و هرسن⁴، 1994).

در میانه این رقابت و خصومت، گروهی از روان‌درمانگران که با تکیه بر نتایج پژوهشها به این نتیجه رسیده بودند که هیچ روش درمانگری‌ای نمی‌تواند به تنهایی رقیبانش را از میدان براند، توجه خود را به فراسوی مرزهای روان‌درمانگریهای سنتی معطوف کردند و بدین ترتیب، تمرکز بر علل مسائلی که موجبات درد و رنج بیمار را فراهم می‌کنند جایگزین نگاه به انسان از دیدگاه مکتب یا نظام شد.

این تغییر بنیادی را می‌توان به عواملی مانند پیشرفت روانشناسی عمومی بخصوص از زاویه شناختی، انتقادهایی که نظامهای مختلف از درون و برون با آنها مواجه شدند، پژوهشهایی که پیامدهای روان‌درمانگریهای مختلف را بررسی کردند و همچنین نیاز فراینده بیماران و مؤسسات مراقبتهای روانی به روشهای روان‌درمانگری

1 . Cullari, S.

2 . Gold, J.

3 . Last, C. G.

4 .M, Hersen .

مؤثر، کارآمد و کوتاهمدت نسبت داد (مارزیلی بر¹ و هال²، 1999).

بدین ترتیب، شکست نهایی رفتاردرمانگری سنتی در اثبات برتری خود، همراه با چالشهای اجتماعی که روان‌درمانگری با آنها مواجه شد در پیشرفت این قلمرو مؤثر افتاد و روان‌درمانگران را بر آن داشت تا درگیری با یکدیگر را متوقف کنند و دیدگاههای متفاوت را به گونه‌ای جدی‌تر مورد نظر قرار دهند.

سه دهه اخیر را می‌توان بر اساس بروز شناخت‌درمانگری به منزله یک نظریه و روش مؤثر، تلفیق نظریه‌ها و روشهای شناختی با روی‌آوردهای اصلی رفتاری‌نگری، تجدید حیات روان‌تحلیل‌گری و روان‌درمانگریهای انسانی‌نگر بر اساس گسترش نظریه‌ها و روشهای آنها و رغبت عمومی به ترکیب یا توحید جنبه‌های مؤثر درمانگریهای مختلف در قالب درمانگریهای قدرتمندتر و مؤثرتر متمایز کرد (براون³ و بارلو⁴، 2001).

از رفتاردرمانگری سنتی تا روشهای تلفیقی

آنهایی که با تاریخ علوم آشنایی دارند بخوبی می‌دانند که اگرچه در هر علم، برتری یک موضع نظری می‌تواند به آسانی یافته‌های جدید را جایگزین جهت‌گیریها و روی‌آوردهای نادرست پیشین کند و سرنوشت این روی‌آورد نظری جدید یا بخشی از اجزای آن هم احتمالاً همان خواهد بود که گریبانگیر روی‌آورد قبلی شده است، با وجود این در مقدمه اثری که به طیفی از فنون رفتاری‌نگر از روش تنش‌زدایی تا روشهای چندبُعدی با گذار از روش شناخت-رفتاردرمانگری و تعقلی-هیجانی در درمان اختلالهای اضطرابی و تنیدگی پوشش می‌دهد، اشاره به دگرگونیهای شگرفی که در چند دهه اخیر در قلمرو رفتاردرمانگری به وقوع پیوسته‌اند، مطرح کردن تعدادی از اصول پذیرفته شده توسط رفتاردرمانگران در سه دهه قبل در پرتو تجربه‌های گسترده بالینی کنونی، اشاره به درآمیختگی تنگاتنگ این روشها با شناخت‌درمانگری و به واسطه کاربرد روش اخیر با برخی از مفاهیم روان‌تحلیل‌گری برای برجسته کردن آنچه چهره این روشهای درمانگری را تغییر داده است، ضروری می‌نماید.

در سطور زیر پس از ارائه موضع‌گیری رفتاردرمانگری سنتی به دیدگاههای کنونی نوررفتاری‌نگران در این قلمرو اشاره خواهیم کرد (کولاری، 1998؛ گلد، 1996؛ لاست و هرسن، 1994).

«رفتاردرمانگری یک روش درمانگری کوتاهمدت است که می‌تواند در 10 تا 15 جلسه اجرا شود.» اگرچه این روی‌آورد در مورد برخی از مشکلات و اختلالها معتبر است، با وجود این در بخش عمده‌ای از مراجعان، اختلالها پیچیده‌اند، نشانه‌های مرضی غالباً در برابر کاربرد این درمانگری مقاومت می‌کنند و یک روی‌آورد چندسطحی و چندسیستمی در مدت زمانی طولانی‌تر و جلسات بیشتر، ضروری است (هرسن، 1990). همچنین در مورد برخی از اختلالها هم که به صورت مزمن درآمده‌اند، مراجع باید به طور دائم تحت نظارت درمانگر باقی بماند (کازدین⁵، 1987).

● «حذف نشانه‌های مرضی، درمان را در پی دارد.» رفتاردرمانگری که در آغاز با چنین موضع‌گیری‌ای آغاز شده بود در حال حاضر با طیف بسیار وسیعتری از بیماران درگیر است و با مفهوم ساده‌نگر این گزاره به چالش برخاسته است. افزون بر این، شواهد متعدد نشان می‌دهند که علل متفاوت روانشناختی، پزشکی و یا مصرف مواد،

1 . Marzillier, J.

2 . J, Hall .

3 . Brown, T. A.

4 . H. D, Barlow .

5 . Kazdin, A. E.

می‌توانند به نشانه‌های مرضی مشابهی منجر شوند (هرسن و وان هاسلت¹، 1992). بنابراین، یک ارزشیابی درست رفتاری، مستلزم درک مسیر خاص مرضی است چرا که علت‌شناسی اختلال دارای استلزامهایی برای انتخاب شیوه‌های درمانگری می‌باشد و بسیاری از اختلالها و روشهای درمانگری آنها را نمی‌توان به سادگی آنچه ولپی² (1958) می‌پنداشت بر طرح بازتاب شرطی، تعمیم و خاموشی مبتنی کرد.

● «در ارزشیابی و درمانگری رفتاری نگر، تشخیص روانی جایگاهی ندارد». این گزاره با توجه به اولین و دومین مجموعه‌های تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی امریکا که در آنها تشخیص روانی در دو چهارچوب بیماری شناختی فاقد اعتبار و قابلیت اعتماد انجام می‌گرفت می‌توانست صحیح باشد. در حالی که با انتشار مجموعه‌های DSH III و DSH IV و گسترش مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته که اعتبار و قابلیت اعتماد تشخیص را افزایش داده‌اند؛ انجام همزمان ارزشیابی رفتاری و تشخیصهای روانی از اهمیت بیشتری برخوردار شده است (لاست و هرسن، 1994) و در حال حاضر، درمانگران رفتاری نگر، اهمیت علمی مقوله‌های تشخیصی را نادیده نمی‌گیرند.

● «پاسخهای حرکتی و رفتار آشکار هدف رفتاردرمانگری است. شناختها واجد اهمیت نیستند». افزایش راهبردهای درمانگری شناختی- رفتاری نگر که در محک تجربه نیز قرار گرفته‌اند (اینگرام³ و اسکات⁴، 1990) چنین استدلالی را مردود کرده‌اند و آشکارا از مفهومی حمایت کرده‌اند که بر اساس آن نه فقط امکان تغییر شناختها به طور مستقیم وجود دارد بلکه می‌توان آنها را به گونه‌ای عملیاتی کرد که مقایسه بین نتایج پژوهشها را میسر گردانند. درمانگران رفتاری نگر معاصر به تغییرات رفتاری آشکار، فیزیولوژیکی و شاخصهای شناختی توجه دارند. افزون بر این، پژوهشهای جدیدی که در قلمرو روان-عصب-مصونیت‌شناسی⁵ انجام شده‌اند این نکته را القا می‌کنند که شاخصهای زیست - شیمیایی نیز باید به این فهرست افزوده شوند (کی کولت⁶ و گلاسر⁷، 1992).

● «رابطه بین درمانگر و مراجع، عامل مهمی در رفتاردرمانگری نیست بلکه روش است که به تغییر منجر می‌شود». اگرچه فنون مورد استفاده در رفتاردرمانگری می‌توانند نقش عمده‌ای را ایفا کنند اما در نبود یک رابطه تقویت‌کننده مثبت، مراجعان به انجام تمرینهای خانگی متعدد و گاه پیچیده‌ای که درمانگر برای آنها تعیین می‌کند، تن در نخواهند داد. با آنکه پیشتر نیز برخی از رفتاردرمانگران (هرسن، 1971) به وجود مقاومت در مراجعان نسبت به فرایند رفتاردرمانگری اشاره کرده‌اند، اما در حال حاضر این نکته قبول عام یافته است و تمامی متخصصان این شاخه از درمانگری بر اهمیت روابط درمانگر - مراجع تأکید دارند، اگرچه توجه این درمانگران به رابطه و پیامدهای آن هسته اصلی فعالیت بالینی آنها را تشکیل می‌دهد.

● «جانشین شدن نشانه مرضی اسطوره‌ای است که توسط روان تحلیل‌گران عنوان شده و جایگاهی در رفتاردرمانگری ندارد». در این مورد، رفتاردرمانگران مشهوری مانند بلانچارد⁸ و هرسن (1976) خود نیز اعلام

1 . Van Hasselt

2 . Wolpe, J.

3 . Ingram, R. E.

4 .D. W. Scott .

5 . psychoneuro immunology

6 . Kiecolt-Glaser, J. K.

7 .R. Glaser .

8 . Blanchard, E. B.

اعلام کرده‌اند که اگر فرایند رفتاردرمانگری ناقص باشد هم نشانه‌های مرضی از نو پدیدار می‌شوند و هم نشانه‌های جانشین می‌توانند بروز کنند.

● «بسیاری از فنون رفتاردرمانگری را می‌توان با ماشینی کردن آنها بدون حضور یک درمانگر اجرا

کرد». شاید این نکته بزرگترین اسطوره‌ای بوده که از حد نخستین درمانگریهای رفتاری نگر تداوم یافته است؛ در حالی که بی‌تردید، عامل انسانی در رفتاردرمانگری نیز مانند هر روش درمانگری دیگر، جایگاه خاص خود را دارد. در حال حاضر هیچ برنامه رایانه‌ای وجود ندارد که پیچیدگی آن در حدی باشد که بتواند هزاران فن مختلف را ضبط کند و جانشین تعاملهای درمانگر - مراجع در عمل بالینی شود.

شاید بهترین راه برای بیان تغییرات بنیادی رفتاردرمانگری استناد به موضع‌گیری دو رفتار درمانگر مشهود (فیشمن¹ و لوبتکین²، 1983) باشد: «در خلال بیش از دو دهه کار بالینی، تأکید ما از تمرکز بر مسأله و روی آورد با جهت‌گیری فنی به راهبردهایی تبدیل شد که ظرفیتهای مقابله‌ای بیشتر را در مراجعان ما ایجاد می‌کرد. هدف ما از درمانگری این است که مهارتهایی را در مراجع به وجود آوریم تا ضمن بهتر مهار کردن مشکلات خود، به ارزشیابی و حل مسائلی که در زندگی آینده وی رخ می‌دهند نیز نایل شود. این تغییر در طرح درمانگری نه فقط میانگین تعداد جلسات را که تا حدود 10 سال قبل فقط 22 جلسه بود به 50 جلسه افزایش داد بلکه امکان توجه به مسائل کلی‌تر و جستجوی آنها، به کار بردن روشهای ارزشیابی کاملتر، توجه به مشکلات عمیقتر مراجعان افزون بر مسائل آشکار آنها و استفاده از روی‌آوردهای متعدد شناختی- رفتاری نگر برای افزایش مهارتهای مقابله‌ای را نیز فراهم کرد».

در کل می‌توان گفت که بررسی فرایند تحول روشهای رفتاردرمانگری با استناد به آثار متخصصان برجسته این شاخه از درمانگری بخوبی نشان می‌دهد که جنبش رفتاری نگر که در آغاز تحت تأثیر الگوهای شرطی‌سازی کلاسیک و کنشی- ابزاری فقط رفتارهای قابل مشاهده را هدف مداخله‌گریهای خود قرار می‌داد، در خلال چند دهه گذشته توجه خود را به رویدادهای پنهان، شخصی یا غیرقابل مشاهده معطوف کرده و اهمیت پاسخهای شناختی و فیزیولوژیکی را هم پذیرفته است. سودمندی تغییر شناختها به منزله میانجی رفتار سازش‌نیافته و پاسخهای هیجانی در طیفی از اختلالها که از اختلال رفتار ارتباطی و اختلال نارسایی توجه در کودکان تا اختلالهای هیجانی درونی‌سازی شده (مانند اضطراب و افسردگی) را در بر می‌گیرد، به اثبات رسیده است.

همچنین رفتاردرمانگران این فرض را پذیرفته‌اند که مداخله مؤثر در قلمرو فیزیولوژیکی می‌تواند با تغییر رفتار و یا شناخت، در درمان سردردهای مزمن، انحراف جنسی یا اختلالهای اضطرابی مؤثر واقع شود. پس در حال حاضر، هدف اصلی این درمانگران، تغییر الگوی برپایی سازش‌نیافته بیش از تأثیر بر پیامدهای آن است.

مداخله‌گریهای روانی- دارویی همزمان با فنون رفتاری نگر، روی آورد تألیفی دیگری است که این متخصصان در طیف گسترده‌ای از اختلالهای روانی مانند اضطراب، افسردگی و اختلالهای رفتاری مورد استفاده قرار داده‌اند. سرانجام باید متذکر شد که اگرچه رفتاردرمانگری در حال حاضر به زوج‌درمانگری، خانواده‌درمانگری و گروه‌درمانگری نیز گسترش یافته است، اما کاربرد مؤثر آن در سطح فردی نیز مستلزم آن است که افراد مؤثر و مهم زندگی فرد در چهارچوب درمانگری قرار گیرند.

1 . Fishman, S. T.

2 . Lubetkin, B. S.

جهت‌گیری علمی - کاربردی

در همان هنگام که انتقادهای درونی و برونی نسبت به نظامهای مختلف تشدید می‌شد در کنار کوششهایی که برای نوسازی آنها صورت می‌گرفت رغبت به الگوهای تلفیقی نیز فزونی گرفت. ادبیات روانشناختی و فعالیتهای پژوهشی نشان می‌دهند که این توجه به گونه‌ای چشمگیر در خلال سالهای 1980 به منظور شناخت و کاربرد مؤثرترین شیوه‌های درمانگری افزایش یافت و موضع‌گیریهای متفاوت را برانگیخت:

● برای برخی از مدافعان درمانگریهای تلفیقی یا چندبعدی که پذیرش نظامهای دیگر را آغاز کرده‌اند، مسأله اصلی قبول تفاوتها در دیدگاه نسبت به انسان، ارزشها و روشها ضمن حفظ جنبه بدیع نظام و گسترش نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف آن است. از دیدگاه این مؤلفان، جهان متعدد است و نمی‌توان آن را در چهارچوب یک نظام واحد محصور کرد. این مؤلفان بر این باورند که یک تألیف نه تنها ممکن و خواستنی نیست بلکه عملاً غیر قابل تحقق است. چرا که «در خلال یک فرایند درمانگری، لحظاتی وجود دارد که درمانگر باید تصمیم بگیرد که آیا عمل را تشویق کند یا به اکتشاف ادامه دهد، آیا باید گوش دهد و تفسیر کند یا باورهای غیرمنطقی را مورد سؤال قرار دهد و به ارائه پیشنهادهاى خاص بپردازد. در اینجا با امکاناتی مواجه می‌شویم که متقابلاً یکدیگر را از میدان می‌رانند و نمادها و دیدگاههایی که درمانگر را در مسیرهای مختلف سوق می‌دهند» (هوپر¹، 1993).

اگرچه این بازخورد نیز منعکس‌کننده باور به یک نظام خاص است اما دیدگاههای مختلف و دلایل وجودی آنها را پذیرفته است.

● دومین بازخورد در قلمرو درمانگریهای چندبعدی، فرضیه وجود عوامل مشترک را عنوان می‌کند. آنچه از این دیدگاه ضروری می‌نماید جستجوی وجه اشتراک روشهای متفاوت درمانگری با تکیه بر پژوهشها و تجربه‌های بالینی است.

● در حالی که دیدگاههای مذکور بر تمایزها و تشابه‌های نظامهای درمانگری تأکید دارند نقطه آغازین این دیدگاه سوم، پاسخ به این پرسش است که کدام تصمیم و توسط کدام درمانگری می‌تواند برای کدام بیمار و با چه اختلالی مؤثر باشد. این دیدگاه اگر به گونه‌ای نظامدار و انتقادی دنبال شود هم قلمرو پژوهش تشخیصی (توصیف و طبقه‌بندی مشکلات و بیماران) و هم پژوهشها در زمینه‌های پیامدها و فرایندهای درمانگری را غنی می‌سازد و بدین ترتیب نه تنها می‌تواند ترکیب درمانگریهای خاص را برای برخی از مشکلات و اختلالها فراهم نماید بلکه گسترش روشها و فنون را نیز تسهیل می‌کند. این جهت‌گیری را می‌توان «روی‌آورد علمی - کاربردی» یا نوعی «التقاطی‌نگری فنی» نامید؛ روی‌آوردی که افزون بر تأکید بر لزوم پیوستگی مبانی علمی و عمل بالینی، سه اصل بنیادی زیر را نیز در چهارچوب اصول خود قرار می‌دهد:

- نخست آنکه درمانگری موفقیت‌آمیز مستلزم شناخت دقیق علت‌شناسی اختلالهاست و مؤثرترین روشهای درمانگری آنهایی هستند که ماهیت «چند علتی» اختلالها را می‌پذیرند و نه تنها جامعیت دارند بلکه دارای انعطاف‌پذیری و توانایی انطباق با موارد فردی نیز هستند (فریک²، 1998). افزون بر این، برای انتخاب یک روی‌آورد جامع و منعطف در درمانگری، متخصص بالینی باید انواع مختلف آسیب‌پذیری فردی و عوامل تنیدگی‌زای محیطی را که معمولاً با اختلالها همراه هستند درک کند و در تعیین یک طرح درمانگری فردی شده آنها را در نظر بگیرد.

- دوم آنکه روشهای درمانگری اختلالهای روانی بسیار متعدد و متنوعند و یک روی‌آورد علمی - کاربردی بر

1 . Huber, W.

2 . Frick, p. J.

این اصل مبتنی است که روشهای درمانگری باید در نمونه‌های مختلف به آزمون گذاشته شوند تا حداکثر بخشی یا نامؤثر بودن آنها در شرایط کنترل شده و در شرایط متداولی که متخصص بالینی با آنها مواجه است، مشخص شود.

- سوم آنکه درک نابهنجاریهای روانی و اتخاذ روشهای درمانگری مناسب خواسته یا ناخواسته تابع دیدگاه نظری غالب درمانگر است و یک روی آورد علمی - کاربردی نمی‌تواند با استناد به نتایج پژوهشهایی که ناکارآمدی دیدگاههای نظری متمرکز بر پویایی درون - روانی یا مکانیزمهای یادگیری و یا آسیب‌پذیریهای زیست‌شناختی را در تبیین اختلالهای مختلف روانی نشان داده‌اند از پذیرش یک چهارچوب نظری مشخص و روشن شانه خالی کند، چرا که چنین موضع‌گیری‌ای به تراکم مجموعه‌ای از داده‌های بی‌ارتباط و نامنسجم منجر می‌شود و امکان درک الگوهای جامع را برای فهم مکانیزمهایی که در گسترش اختلالهای روانی در کارند به دست نمی‌دهد. بنابراین، آنچه متمایز کننده یک روی آورد علمی - کاربردی در درمانگری است وحدت بخشیدن به معلومات در یک چهارچوب نظری مشخص است که ماهیت چند علتی اختلالهای روانی را می‌پذیرد. افزون بر این، درمانگر باید ضمن دستیابی به صلاحیتهای مکمل در یک قلمرو تخصصی نسبت به روشهای متفاوتی که ارزش خود را در درمانگری یک مشکل بالینی ثابت کرده‌اند شناخت کافی داشته باشد چرا که چنین انتظاری از یک متخصص حرفه‌ای، حق مسلم یک بیمار است.

بنابر آنچه گفته شد در حال حاضر، به دنبال تغییرات تدریجی و بنیادی در اصول درمانگریهای سنتی، روشها یا طرحهای درمانگری‌ای مطرح شده‌اند که به رغم پایبندی به اصول کلی نظری و زیربنایی نظامی که نام خود را از آن وام گرفته‌اند، با توجه به برخی از واقعیت‌های دیگر روی‌آوردهای روانشناختی و یا یافته‌های حاصل از شاخه‌های علوم زیستی به الگوهای تلفیقی با ترکیبات جدیدی دست یافته‌اند که از زوایای نظری و عملی با یکدیگر متفاوتند و هیچ یک از آنها را نمی‌توان روش جامع و مانعی برای حل یک گروه از نابهنجاریها و یا حل یک نابهنجاری در تمامی مراجعان دانست.

با توجه به این اصل و استلزامهایی که پیشتر عنوان شدند گروه روانشناسی سازمان سمت بر آن شد تا به تهیه و انتشار آثار جداگانه‌ای در قلمروهای مختلف درمانگری بپردازد. اثر حاضر یکی از آثاری است که به منظور تحقق همین هدف تدوین شده است و مؤلفان کوشش کرده‌اند تا با دقت و باریک‌بینی خاص، خواننده را با طیفی از فنون رفتاردرمانگری، شناخت - رفتاردرمانگری و برخی از درمانگریهای چندبعدی آشنا کنند و با استناد به مفاهیم نظری و پژوهشهای انجام شده حد تأثیر این روشها بر مشکلات خاص مانند اضطراب و تنیدگی را نیز برجسته سازند. امید است کوششهای مؤلفان این اثر بتواند راهگشای آنهایی باشند که هدفی بجز تسکین آلام انسانی ندارند و به خوبی می‌دانند که اجرای هر روش درمانگری بدون طی کردن مراحل مشخص آموزشی تحت نظر متخصصان می‌تواند نتایج زیانباری را در پی داشته باشد.

پریرخ دادستان

اسفند ماه 1381

منابع

Blanchard, E. B. & Hersen, M. (1976). "Behavioral treatment of hysterical neuroses. Symptom substitution and symptom return reconsidered". *Psychiatry*. 39.

- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2001). *Casebook in Abnormal Psychology*. U.S.A.: Wadsworth Group.
- Cullari, S. (1998). *Foundations of Clinical Psychology*. U.S.A. Allyn & Bacon.
- Gold, J. (1996). *Key Concepts in Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- Fishman, S. T. & Lubetkin, B. S. (1983). "Office practice of behavior therapy". In M. Hersen (Ed.), *Outpatient Behavior Therapy: A Clinical Guide*. New York: Grune & Stratton.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders, An Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum Press.
- Hersen, M. (1971). "Resistance to direction in behavior therapy: Some comments". *Journal of Genetic Psychology*, 27.
- _____ (1990). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum.
- Hersen, M. & Van Hasselt, V. B. (1992). "Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly". *Clinical Psychology Review*, 12.
- Huber, W. (1993). *Les Psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient?* Paris: Nathan.
- Ingram, R. E. & Scott, W. D. (1990). "Cognitive behavior therapy". In A. S. Bellack, M. Hersen & A. E. Kazdin (Eds.). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1987). "Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions". *Psychological Bulletin*, 102.
- Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1992). "Psychoneuro immunology: Can psychological interventions modulate immunity"? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60.
- Last, C. G. & Hersen, M. (1994). *Adult Behavior Therapy Casebook*. New York: Plenum Press.
- Marzillier, J. & Hall, J. (1999). *What Is Clinical Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

پیشگفتار مؤلفان

در خلال تقریباً یک دهه کار پژوهشی مداوم در زمینه درمانگریهای اضطراب و تنیدگی و با توجه به خلأ منابع در این زمینه، علاقه‌مند بودیم تا صادقانه تجارب خود را در قالب یک کتاب به سبکی که کاربرد آن به آسانی میسر باشد، به رشته تحریر در آوریم. در سایه عنایات خداوند منان و در پرتو راهنماییهای اساتید بزرگوارمان در زمینه شیوه‌های درمانگری و مهار اضطراب و تنیدگی دریافتیم که هسته اصلی اکثر این درمانگریها «تنش‌زدایی»¹ است و پس از آن در حوزه شیوه‌های چندبعدی «روش تنیدگی‌زدایی» برای مصون‌سازی فرد در برابر تنیدگی از جمله شیوه‌های مؤثر درمانگری به حساب می‌آید و نهایتاً درمانگری وحدت‌یافته و چندبعدی که از ابعاد مختلف، مهارتهای متعددی در اختیار مراجعان می‌گذارد از شیوه‌های بسیار مؤثر در مهار اضطراب و تنیدگی به شمار می‌رود.

کتاب حاضر در پنج فصل کلی سازمان یافته است تا بتواند بخشی از نیاز جامعه علمی ما را در زمینه درمانگری پوشش دهد. ما بر این باور بوده‌ایم که شیوه‌های معطوف به یک مشکل خاص را دقیقاً توصیف کنیم و تمامی نکات کاربردی آن را به رشته تحریر در آوریم و از تدوین کتابی چندمنظوره پرهیز کرده‌ایم. این کتاب متنی گویا و کاربردی برای کسانی است که در حوزه روانشناسی بالینی، روانپزشکی، مددکاری اجتماعی، مشاوره و روان‌درمانگری، روان‌پرستاری و حوزه‌های وابسته، به ارائه خدمت مشغول هستند. علاوه بر آن، فصول مربوط به

¹ . relaxation

درمانگریها به گونه‌ای مناسب برای کاربردهای پژوهشی تنظیم شده‌اند و به بخشی از نیاز اساتید برای تدریس دروس روان‌درمانگری و روانپزشکی بالینی پاسخ می‌دهند.

فصل اول کتاب به مرور نکات کلی و ضروری در خصوص اضطراب به منظور درک هر چه بهتر ماهیت تعاملی اضطراب و نیز درمانگریهای رفتاری به‌طور اجمال پرداخته است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، مطالعه کتب مربوط به مبانی نظری اضطراب، نشانه‌شناسی، طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی و پاسخهای فرد در برابر اضطراب، و شیوه‌های ارزیابی اضطراب را به خوانندگان محترم توصیه می‌کنیم. فصل دوم شیوه تنش‌زدایی تدریجی عضلانی را به تفصیل مورد بحث قرار داده است. در فصل سوم شیوه درمان رفتاری - شناختی مایشن‌بام به تفصیل معرفی شده است. فصل چهارم روش عقلانی - هیجانی - رفتاری الیس که امروزه به عنوان یک روش وحدت‌یافته معرفی می‌گردد مورد بررسی قرار گرفته و به‌نحوی کاربردی ارائه گردیده است. در نهایت فصل پنجم به درمان چندبعدی به شکلی که برای اضطراب و تنیدگی قابل استفاده باشد اختصاص یافته و تلاش شده است کاربرد هر یک از روشها با مثالهایی از جامعه خودمان نشان داده شود.

امید داریم با تألیف این کتاب، گام کوچکی در زمینه به کارگیری شیوه‌های درمانگری به منظور تقلیل و مهار اضطراب و تنیدگی در سطح جامعه برداشته باشیم.

در پایان بر خود فرض می‌دانیم از دانشمند عالی مقام خانم دکتر دادستان که مشوق اصلی ما برای نگارش این کتاب بودند و با راهنماییهای دلسوزانه و عالمانه خود ما را یاری دادند تشکر و قدردانی نماییم.

مسعود جان‌بزرگی، ناهید نوری