

## فصل نخست

مرور وضعیت روان درمانی و  
قلمروهای شایستگی

مرور هنر درمان

## بخش ۱

### وضعیت جاری روان درمانی

در مقدمه کتاب، جنبه‌های کلی متخصصین خبره، چیره‌دست و استاد را توصیف کردیم: آن‌ها غیرخطی فکر می‌کنند. پیش از ادامه بحث، عناصر دیگری وجود دارد که بحث ما را درباره متخصصین بالینی کامل می‌کند. افزون براین، می‌خواهیم برخی از یافته‌های درباره اثربخشی روان‌درمانی را ارائه کنیم و توضیح دهیم که این حوزه چگونه سعی می‌کند اثربخشی را بررسی و تبیین کند. درنهایت، مروری از بهترین شیوه‌های آموزش متخصصین جدید (همچنین متخصصین دیگر) را ارائه می‌کنیم که لازم است از آن آگاه باشید تا اثربخش‌تر شوید.

درمان، فرآیندی در خدمت یاری‌رساندن به افراد گرفتار در اختلالات روانی، مشکلات سازگاری و دشواری‌های ارتباطی به منظور فراهم کردن یک زندگی اثربخش نخستین و مهم‌ترین واقعیتی که باید در ذهن داشته باشیم یاری‌رساندن اثربخش به بیماران است و بس! این واقعیتی است که سال‌ها (دهه‌ها) از طریق انجام پژوهش به اثبات رسیده است (نگاه کنید به کامینگز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ کامینگز و فولتی<sup>۲</sup>، ۱۹۶۸؛ مامفورد، اسکل‌سنیگر، گلاس و پاتریک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ اسمیت، گلاس و میلر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰؛ وامپولد، ۱۹۹۲، ۲۰۱۰). میلر و همکاران (۲۰۰۵) یافته‌های بیش از پنج دهه پژوهش روی اثربخشی، روان‌درمانی را این‌گونه جمع‌بندی کردند:

- 1. Period
- 2. Cummings
- 3. Follette

- 4. Mumford, Schlesinger, Glass, & Patrick
- 5. Smith, Glass, & Miller

پژوهش‌ها شکی درباره اثربخشی روان‌درمانی باقی نگذاشته است. صرف‌نظر از نوع روان‌درمانی، اندازه‌گیری موفقیت درمان در طی اجرای طرح‌های اثربخشی یا دوره پیگیری، بررسی پس از برسی و مطالعه پس از مطالعه، بهبود در کارکرد جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی را به اثبات رسانده است. (ص ۴۲-۴۳)

در واقع، چنان‌که در ادامه با چیزیات شرح خواهیم داد، بسیاری از جنبه‌های درمان و فرآیندهای درمانی اعتبار علمی دارد. اخیراً، برای ارزیابی چندین مطالعه از شیوه‌های آماری پیشرفته (مانند فراتحلیل) استفاده می‌شود. نتایج این تحلیل‌ها نیز برجسته و همسو است (آسای و لامبرت، ۱۹۹۹؛ دانکن و همکاران، ۲۰۲۰؛ هورواث، دل ری، فلوچیگر و سیموندز<sup>۱</sup>، ۱۱۰؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ نورکراس و لامبرت، ۲۰۱۱؛ نورکراس و وامپولد، ۲۰۱۱). هابل و همکاران (۲۰۱۰) ذکر کرده‌اند که بررسی‌های روان‌درمانی با آماره اندازه اثر، انحراف استاندارد ۸۰٪ را نشان می‌دهد. این یافته اگرچه ممکن است از نظر آماری عالی نباشد، به این معنی است که وضعیت درمان‌جویان پس از درمان ۸۰٪ بهتر از بدون درمان است. به هر شکل پژوهش‌های روی بازده، برجسته و قابل توجه<sup>۲</sup> است.

منافع درمان که در بالا توصیف شد منحصر به بررسی تجربی نیست. چندین پژوهش‌گر (مینامی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ استایلز، بارکام، ملور - کلارک و کونل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) دریافتند اندازه اثر متخصصین بالینی مراکز سرپایی، مشابه متخصصین مشارکت‌کننده در طرح تصادفی کنترل شده برای افسرده‌گی و نتایج چند مکتب درمانی (روان‌پیشی، شناختی - رفتاری و شخص محور) است. افرون‌براین، بر طبق نظر وامپولد (۲۰۱۰) «آشکار است که اثربخشی روان‌درمانی روی مشکلات هیجانی به اندازه درمان‌های دارویی، اما بادوام‌تر است و چنانچه به اجرای دوباره درمان نیاز باشد در مقایسه با دارو کمتر مقاومت ایجاد می‌کند.» (ص ۵۵) چنان‌که دی‌آنجلیس<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) ذکر کرده است، «نتایج پژوهش‌ها کاملاً همسو است؛ به عبارتی، در بیشتر اختلالات جز روان‌پیشی، مداخلات رفتاری (مانند روان‌درمانی) درست به اندازه درمان پزشکی اثربخش است و در بلندمدت بیشتر دوام می‌آورد.» (ص ۴۹)

برخی بدین‌ها ممکن است ادعا کنند که روان‌درمانی به اندازه درمان‌های پزشکی اثربخش نیست. با وجود این، هابل و همکاران (۲۰۱۰) خاطرنشان می‌کنند که بر اساس بررسی مقایسه‌ای، پژوهش‌های پزشکی اغلب اندازه اثر بسیار پایین را موفقیت‌آمیز<sup>۶</sup> برچسب می‌زنند. برای مثال، اندازه اثر آسپرین برای بیماری قلبی (در مقایسه با اندازه اثر متوسط ۸۰٪ برای روان‌درمانی) تنها ۳۰٪ است. ظاهراً این اندازه اثر در حدی است که اخلاقی بود از ترس تکذیب گروه دارونما (کسانی که بجای آسپرین، قرص بی‌اثر گرفتند) پژوهش را متوقف کنند. (وامپولد، ۲۰۱۰) بنابراین، بار دیگر که در جمعی (همکاران علمی یا خانوادگی) هستید و کسی می‌گوید، «خب شما کاری جز گوش دادن به مشکلات مردم نمی‌کنید؟» ممکن است بخواهید به آن‌ها پاسخ دهید، «آیا شنیدید برای پیشگیری از حمله قلبی آسپرین می‌خورند؟» اگر یکی پاسخ داد «بله شنیدم» می‌توانید بگویید پژوهش‌ها نشان می‌دهد روان‌درمانی برای مصون ماندن از حمله قلبی بیست و پنج

1. Horvath, Del Re, Flückiger, Symonds

4. Stiles, Barkham, Mellor-Clark, & Connell

2. remarkable

5. DiAngelis

3. Minami

6. breakthroughs

برابر مفیدتر از آسپرین است!

نکته بسیار مهم<sup>۱</sup> بحث بالا تقویت این واقعیت است، «حرفه‌ای که انتخاب کرده‌اید اساساً برای آن که به مردم یاری برسانید در مبارزه با گرفتاری‌های زندگی روزمره اثربخش ظاهر شوند!»

### اثربخشی و ارزشمندی درمان بر اساس هزینه – فایده

واقعیت دوم که پیش از ورود به این حرفه تخصصی باید بدانید آن است که ۷۵٪ مراجعان به مشاوره و رواندرمانی در ششماهه نخست و حدود نیمی در کمتر از هشت الی ده جلسه بهبود می‌یابند. (آسای و لامبرت، ۱۹۹۹) این بحث بخصوص زمانی مهم‌تر می‌شود که به هزینه‌های شخصی، مالی و اجتماعی مشکلات سلامت روانی و رفتاری توجه کنیم. بر طبق نظر پروچسکا (۱۹۹۹) «مشکلات روانی و رفتاری مانند افسردگی و اعتیاد از پرهزینه‌ترین موقعیت‌های اجتماعی معاصر است. در نگاهی گذرا هزینه‌ها شامل آسیب به خود فرد، خانواده و دوستان، همکاران، جامعه و سامانه‌های مراقبتی است.» (ص ۲۳۳) مشکلات روانی مسئول بیش از ۵۰٪ غیبت از کار یا ناتوانی از انجام تکالیف مهم زندگی است (مریکانگاس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). به عبارتی، به علت از دست رفتن بهره‌وری و زمان (برای درمان جویان و وابستگان) کسانی که دچار مشکلات اعصاب و روان یا سازگاری هستند، پیامدهای اقتصادی بسیار سنگین برای جامعه بجا می‌گذارند. (گروه خدمات سلامتی و خدمات انسانی امریکا، ۲۰۰۰) مهم‌تر از این، منافع اقتصادی یاری رساندن به مردم برای دستیابی به زندگی اثربخش‌تر بسیار بالا است. این واقعیت‌ها جان سی. نورکراس، پژوهشگر ارشد و نویسنده کتاب درباره اثربخشی روان‌درمانی را به این نتیجه‌گیری رساند: «فضای جاری علم و پژوهش آماده پاسخگویی مسئولانه است، پس روان‌درمانی نیز باید موشکافی<sup>۳</sup> دقیق تجربی روی بهترین مداخلات مراقبت را می‌پذیرفت و البته پذیرفت، اما در برایر تمام مفروضه‌های اثربخش نبودن تاب آورد.» (۲۰۰۲: ۴)

یک انتقاد مهم به معالجه سلامت روانی آن است که مشکلات روانی و رفتاری، بیماری‌هایی مزمن [بدون درمان] است. خب می‌پذیریم که برخی از مشکلات روانی مزمن است، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حتی درمان بیماری‌های روانی شدید نیز نتیجه می‌دهد؛ درنتیجه درمان کارکرد بیماران بهتر می‌شود و برای جامعه منافعی ارزشمند به بار می‌آورند. درواقع، افرادی که تشخیص بیماری روانی گرفته‌اند انتظار می‌رود تقریباً شانزده هزار دلار از حقوق سالانه را از دست بدهند (در شرایط دریافت حقوق جاری کارمندان ایرانی ۱۰ تا ۲۰ میلیون تومان یعنی حدود نیمی از حقوق و درآمد) که درمجموع، بر اساس برآورد روی خسارات به شاغلان در امریکا، آن‌ها درنتیجه بیماری و مشکلات روانی صد و نود و چهار میلیارد دلار (در مقایسه با حقوق جاری کارمندان ایرانی احتمالاً حدود هزار تا دو هزار میلیارد تومان) در سال از نظر حقوقی متضرر می‌شوند (کازدین و رابیت، ۲۰۱۳؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۹). افزون‌براین، یک دوره [ایکبار] افسردگی، هزینه‌هایی در حدود پنج هفته کاهش بهره‌وری ایجاد می‌کند. مشکلات روان‌شناختی در امریکا حتی با نگاهی محافظه‌کارانه، سالانه در حدود سی و شش میلیارد دلار برای کسب و کار هزینه بجا می‌گذارد. (کازدین و رابیت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳) خوب است خاطرنشان کنیم که فشارخون بالا، دیابت، آرتیت، چاقی،

1. take-home point

3. scrutiny

2. Merikangas

4. Kazdin & Rabbitt

آسم و مانند آن نیز در جای خود مشکلاتی مزمن است؛ پس مزمن شدن مشکلات سلامت روانی موضوعی نیست که به ارزشمندی درمان از نظر هزینه - فایده شک وارد کند. توجه داشته باشد که بسیاری از بیماران خودارجاع که به سبب شرایط زندگی دردناک مراجعه می‌کنند، پس از بهبودی احساسشان بهتر می‌شود، کارکرد بهتری پیدا می‌کنند و مدتی به درمان نیاز ندارند. نکته بسیار مهم بحث بالا آن است که درمان نه تنها اثربخش است بلکه سریع‌تر به نتیجه می‌رسد و هزینه - فایده‌ای ارزشمند بجا می‌گذارد.

### درمان به رغم منافع بالقوه گاهی بی‌اثر یا غیر قابل بهره‌برداری است

بخش سوم اطلاعات اثربخشی و هزینه - فایده مشاوره و روان‌درمانی به موضوع بهره‌برداری مربوط است. بر طبق برخی از تخمین‌ها کمتر از یک‌چهارم افرادی که بر اساس «DSM» تشخیص بیماری گرفته‌اند به درمان مراجعه می‌کنند. افرون‌براین، تقریباً نیمی از آن‌ها پیش از بیهوش معنادار به درمان ادامه نمی‌دهند (نورکراس و لامبرت، ۲۰۱۱؛ پروچسکا، ۱۹۹۹)، اگرچه بیهوش‌ها نشان می‌دهد بیمارانی که به درمان مراجعه می‌کنند در مقایسه با بیماران بدون درمان، نتایجی بسیار مثبت می‌گیرند (آسای و لامبرت، ۱۹۹۹)، بیشتر طبقات اجتماعی، از ترس انگ خوردن و احساس سرزنش به درمان مراجعه نمی‌کنند. باوجوداین، در سی‌وپنج سال گذشته، مراجعه به درمان افزایشی برجسته یافته است. در یک برآورد، مردم ۵۷٪ که از یک حرفه‌ای سلامت روان مشورت خواهند گرفت یا توصیه خواهند کرد که دوستان یا خانواده در صورت نیاز به روان‌درمانی مراجعه کنند؛ بنابراین، مستله این است: زمانی که نیاز به درمان بهبودی احساس می‌شود، چرا بیماران برای درمان همکاری نمی‌کنند یا خیلی زود درمان را ترک می‌کنند؟

پاسخ پرسش بالا ممکن است در نتایج مؤسسه نظرسنجی «هریس پل»<sup>1</sup> پیدا شود که روی افراد نیازمند درمان، اما بدون پیگیری اجرا شد. مؤسسه در برآورد مشارکت‌کننده‌ها برای دنبال نکردن درمان دو دلیل بسیار مرتبط ذکر می‌کند: نخست، هزینه درمان و دوم، تردید درباره اثربخشی آن. در ۱۹۹۸ سازمان روانشناسی امریکا (بیشتر به آن ای‌بی‌ای<sup>2</sup> می‌گویند) برآورده دیگر درباره مشتریان بالقوه روان‌درمانی انجام داد. یافته‌ها نشان داد ۷۶٪ دلیل مراجعه نکردن برای درمان عدم اطمینان به بازده درمان است، (سازمان روانشناسی امریکا، ۱۹۹۸) این یافته در تکرار برآورد در ۲۰۰۴ بدون تغییر ماند؛ تقریباً هشت نفر از ده نفر (۷۸٪) گفتند که اطمینانی به اثربخشی درمان ندارند. درواقع، درصد افرادی که به بازده درمان اطمینان ندارند بسیار بیشتر از (۵۳٪) افرادی است که درمان را یک انگ<sup>3</sup> در نظر می‌گیرند.

هیئت توسعه پژوهکی با حمایت نهاد کیفیت و پژوهش مراکز مراقبتی (شاخص گروه خدمات سلامت و خدمات انسانی)، یافته‌ای آشفته‌کننده از برآورد ۱۹۹۸ و ۲۰۰۷ روی جمعیت عمومی گزارش کرد. مجریان پژوهش دریافتند که در طی ده سال میزان استفاده مردم از روان‌درمانی برای درمان بیماری روانی از ۱۵/۹٪ به ۱۰/۵٪ و از ترکیب روان‌درمانی و درمان دارویی از ۴۰٪ به ۳۲/۱٪ افت کرده است (اولفسون و مارکوس<sup>4</sup>، ۲۰۱۰). باوجوداین، در همان دوره، درصد

1. Harris Poll

2. American Psychological Association (APA)

3. stigma

4. Olfson and Marcus

کسانی که تنها از درمان پزشکی استفاده کردند از ۴۴/۱ به ۵۷/۴٪ افزایش یافت. در قالب هزینه‌ها<sup>۱</sup> میزان بودجه برای مراقبت از سلامت از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ از ۱۵/۴ میلیارد دلار به ۱۶/۰۳ میلیارد دلار رسید، اما هم‌زمان میزان بودجه برای روان‌درمانی از ۱۰/۹۴ به ۷/۱۷ میلیارد دلار کاهش یافت. به رغم منافع ثابت شده روان‌درمانی، نهادهای تصمیم‌گیرنده خیلی مطمئن نیستند. (میلر و همکاران، ۲۰۰۵)

### حقیقتی در دنک: اثربخشی درمان پایه‌ای همسو ندارد

واقعیت چهارم و نهایی با گستردگی تفاوت در مهارت متخصصین ارتباط دارد. اگرچه به دشواری می‌توان پذیرفت، درمانگران از نظر همسویی نتایج و بازده‌ها، بسیار متفاوت هستند. بر طبق نظر هابل و همکاران (۲۰۱۰) این نتیجه نباید تعجبی ایجاد کند. لامبرت و بارلی (۲۰۰۲) خاطرنشان می‌کنند که همانند حوزه‌های دیگر، برخی از متخصصین بالینی اثربخش‌تر از دیگران هستند و بهتر نتیجه می‌گیرند. با وجوداین، «خبر آشفته‌ساز این است که در درجه‌بندی کیفیت خدمات، ضعیفترین درمانگران عمدتاً در طبقه درجه دو قرار می‌گیرد. احتمالاً به همین دلیل است که بسیاری از درمان‌جویان پیش از دستیابی به منافعی معنادار درمان را ناتمام رها می‌کنند.» (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲: ۳۲) در یک بررسی، وامپولد و براون (۲۰۰۵) دریافتند که متخصصین دارای عملکرد ضعیف (زیر ۲۵٪) درمان‌جویانشان تنها ۲۰٪ شناس دستیابی به تغییر معتبر در عملکرد دارند. علاوه براین، آن‌ها دریافتند که «بهترین» درمانگران (بالای ۲۵٪) بهتر از حد انتظار نشان می‌دهند و نتایج همواره تکرار می‌شود؛ بنابراین، چون برخی از درمانگران استعدادی خدادادی در بهبود درمان‌جویان و بر عکس برخی استعداد خرابکاری دارند، نتیجه‌گیری آسان نیست. چنانچه مسئله این باشد، پس آیا درمانگران با بازده ضعیف همواره کار را ضعیف انجام خواهند داد؟ خیر چنین نیست. درواقع، آن‌ها به‌هر حال قادرند روی برخی از درمان‌جویان تأثیر بگذارند.

مسئله جدی است. چنان‌که براون، درایز و نیس<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) گزارش کردند، چنانچه درمان‌جویان تا جلسه سوم بهبود نیابند، احتمالاً هرگز بهبود نخواهند یافت و احتمال دارد تا جلسه سوم دو برابر درمان‌جویان دیگر درمان را ناتمام رها کنند. از این‌رو، افرادی که به درمان نیاز دارند بیشتر همان کسانی هستند که به آن‌ها کمک نمی‌شود. چرا چنین می‌شود؟

بر طبق نظر اوگلز و همکاران (۱۹۹۹) حرفاء‌های (۱۹۹۹) حرفه‌ای‌های جدید به روش آموزش می‌بینند که نخست بر فنون و رویکردهای درمانی خاص تأکید کنند؛ اگرچه رویکرد داشتن و انتخاب نظریه و فن منافعی دارد، «با چند استثنای شواهد پژوهشی درباره آموزش و درمان نشان می‌دهد که فنون، رویکردها و نظریه‌ها سهمی بسیار اندک در بازده دارد.» (ص ۲۱۶) با وجوداین، بر طبق نظر وامپولد (۲۰۰۵) یکی از مهم‌ترین عامل‌های بالقوه، شخص درمانگر است: «واریانس بازده درمانگران ۹٪ - ۸٪ است که از تفاوت در میان خود درمانگران (۱۱٪ - ۱۰٪)، اتحاد درمان (۵٪) و درمان با حمایت تجربی در برابر دارونما (۴٪ - ۰٪) بیشتر است.» (ص ۲۰۴) ما نتیجه می‌گیریم که اگرچه کمی کردن تخصص روان‌درمانی می‌تواند دشوار باشد، چنان‌که چی (۲۰۰۶) و هابل و همکاران (۲۰۱۰) ذکر کرده‌اند، مسئله نحوه اجرای فعالیت تخصصی است.

1. expenditures

2. Brown, Dreis, and Nace