

رویکرد چهار وجهی در روان درمانی: بنیادها و دستاوردها

شهرام وزیری^۱، فرح لطفی کاشانی^۲

ما در این مقاله رویکردی از درمان را معرفی کرده ایم که بر کاربرد همزمان چهار عامل رابطه ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار استوار است. چهار عامل فوق فرایند مشترک و نظامداری است که ویژه ی رویکرد خاصی نیست. جدا کردن چهار وجه رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم بخشی رفتار (هیجان، تفکر و عملکرد) به معنای مجزا دیدن و اعتقاد به وجود مستقل هر یک از آنها یا ذهن مستقل از مغز نیست. این چهار وجه موضوعاتی مرکب هستند که باید در فرایند روان درمانی برای آنها برنامه ریزی کنیم. رابطه درمانی یکی از قوی ترین عوامل درمانی است. آگاهی افزایشی، به معنای هشیار کردن مراجع از این نکته ی مهم است که نشخوار آنچه در گذشته افتاده و پیش بینی آینده بر اساس آن نوعی گریز از آگاهی است. ما اعتقاد داریم که لازم است تا در فرایند روان درمانی، فرد با گریز از آگاهی خود مواجه شده و نسبت به تعبیر و تفسیرهایی که برای حفظ این آگاهی گریزی و نشخوار آنها انجام می دهد آگاه شود. ما با تاثیر بر روی پیش فرض های فرد در سوگیری خود به محیط و تفسیر رخدادها بر اساس آنها، امید و انتظار درمان را بالا برده و با نظم بخشی رفتار در سه حیطه ی هیجان، تفکر و عملکرد به تنظیم مجدد رفتار او می پردازیم.

واژه های کلیدی: درمان چهار وجهی، امید، آگاهی، رابطه ی درمانی و نظم بخشی رفتار

مقدمه

در طول سالیان سال اندیشمندان کلیدهایی را برای گشودن گره های زندگی و مشکلات مختلف معرفی کرده و چشم اندازهایی را برای تبیین این تغییرات گشوده اند. برخی از این چشم اندازها امکان قرار گرفتن در کنار هم را دارند در حالی که برای برخی دیگر امکان این کنار آیی با یکدیگر وجود ندارد. نکته ی مشترک این رویکردها آن است که همه ی این رویکردها و جریانها به دنبال ایجاد بهبودی و کمک به بیمار هستند، هریک حرف خودشان را می زنند و راه خودشان را می روند اما همگی در بهبود وضعیت مراجع موثرند. آیا نظریه ها موجب این تغییرات می شوند یا تکنیک ها، یا عواملی دیگر؟ مطالعات مبتنی بر سهم تکنیکها، سهمی ناچیز برای این موضوع بدست آورده (دونکن،

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده ی مسوول) vaziri@riau.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

میلر، ویمپولد و همکاران، ۲۰۱۰) درحالی که پیوسته سهم بزرگی را به نفع درمانگران نشان می دهد تا نوع درمانی که به کار می رود (بنیش، ایمل و وامپولد، ۲۰۰۸؛ بوتلر، مالک، محمد و همکاران، ۲۰۰۴؛ کریست-کریستف و مینتز، ۱۹۹۱؛ ایمل، وامپولد، میلر و همکاران، ۲۰۰۸؛ کیم، وامپولد و بولت، ۲۰۰۶؛ لابروسکی، کریست-کریستوف، مکلهان و همکاران، ۱۹۸۶، لوتز، لیون، مارتینویچ و همکاران، ۲۰۰۶، لوتز، لیون، مارتینویچ و همکاران، ۲۰۰۷؛ اوکیشی، لامبرت، ایگل و همکاران، ۲۰۰۶؛ شاپیرو، فیت-کوزنس و استیلس، ۱۹۸۹؛ وامپولد و بولت، ۲۰۰۶؛ وامپولد، ماندین، مودی و همکاران، ۱۹۹۷). جستجو برای ارایه ی پاسخ به سوالات بالا، باعث شده که در گستره ی روان درمانی جبهه ای به نام روان درمانی یکپارچه نگر^۱ پدید آید.

ساختارهای اولیه وحدت جویی در روان درمانی همزمان با تندیهای نظریه ها، در کنار مشهود بودن نکات ضعف آنها پی ریزی شد. هر چند روان درمانی یکپارچه نگر تاریخچه طولانی دارد اما تا اواخر سالهای ۱۹۷۰ هنوز به عنوان یک نیروی منسجم در صحنه روان درمانی ظاهر نشده بود. در کنار رشد مکاتب روان درمانی در قرن گذشته، برخی از نویسندگان سعی کردند نظریه ها و تکنیکهایی را از دو یا چند رویکرد یکپارچه سازند یا عواملی را که در درمانهای مختلف مشترک است معلوم کنند. در تاریخ نگاری این طرز تلقی می بینیم که فرنچ در سال ۱۹۳۳ روان کاوی را با شرطی سازی پاسخگر مقایسه کرد و همانطور که انتظار می رفت شدیداً مورد انتقاد قرار گرفت، کوبی (۱۹۳۴) با استدلال و تشریح صحنه های خاصی از روان کاوی با اصطلاحات شرطی سازی این مسیر را ادامه داد و سپس دالارد و میلر (۱۹۵۰) تبیینهای نظریه یادگیری را از روشهای درمان روان کاوی تشریح کردند. مارکس و گیلدر (۱۹۶۶) نیز تشابهاتی را بین رفتار درمانی و روان کاوی مطرح ساختند. حتی استمف ولی وایز (۱۹۶۷) درمانی را برای رفتار اجتنابی تحت عنوان درمان با غرقه سازی تجسمی ارائه دادند که هر چه در تکنیک تشابهاتی با حساسیت زدایی منظم و غرقه سازی داشت، بر اساس وحدت نظریه یادگیری و روان پویایی، سازمان یافته بود. احتمالاً در جبهه ی یکپارچه نگری، روزنرواینگ (۱۹۳۶) اولین کسی بوده که در مورد رویکرد عوامل مشترک در روان درمانی صحبت کرد بعدها گارفیلد (۱۹۵۷) نیز در رابطه با عوامل مشترک بین روان درمانیها بحث کرد و چند سال بعد فرانک (۱۹۶۱) اعلام کرد که تمام روشهای اثر بخش در طی فرایندهای مشترکی عمل می کنند، لازاروس نیز در سال ۱۹۶۷ پایه های

نوعی یکپارچه نگری مبتنی بر تکنیک را بنیان گذاشت. تقریباً همان زمان بود که ویتمن (۱۹۶۷) در مورد استفاده از حساسیت زدایی منظم در درون درمان تحلیلی به بحث پرداخت. جبهه ی یکپارچه نگری، از رویکردها و گرایش های متفاوتی تشکیل شده است اما، همانند تقسیم بندی ارکوئیس (۱۹۸۹) می توان آنها را در سه گروه یکپارچه نگری نظری^۱؛ به گزینی^۲ و عوامل مشترک^۳ دسته بندی کرد.

الف) یکپارچه نگری نظری

در گستره وحدت جویی نظری، معمولاً یکپارچگی روان کاوی و رفتار درمانی مورد بحث قرار گرفته است. هر چند این حرکت با کارهای فرنچ (۱۹۳۳) و کوبی (۱۹۳۴)، دالارد و میلر (۱۹۵۰) استمف و لی وایز (۱۹۶۷) و مارکس و گلدر (۱۹۶۶) آغاز شده است، در سالهای ۱۹۷۰ توسط فیدر و رودز چهره عملی تری به خود گرفت. موثرترین حرکت در این زمینه بوسیله وکتل (۱۹۷۷) در کتاب «روان کاوی و رفتار درمانی» نمود یافت. از نظر وکتل مواجهه - تصویری موقعیت های متعارض و ترسناک، بررسی روان کاوانه موضوعات مهم را تسهیل می کند. علاوه بر این فعالیتهای رفتاری مانند ارائه تکلیف برای عمل جرات آمیز نه تنها رفتار مراجع را تغییر می دهند بلکه به علت تغییری که در واکنش دیگران به مراجع ایجاد می کنند تغییر ساختار درونی مراجع را نیز به دنبال می آورند.

ب) به گزینی

به گزینی به عنوان نوعی سرخوردگی از نظریه گرایی صرف، رشد و تکوین یافت. گارفیلد و کورتز (۱۹۷۶) گزارش کردند که ۵۵ درصد روان شناسان بالینی خودشان را به گزین می نامند. متأسفانه، از آنجایی که به گزینی مکتب مشخصی برای درمان اشاره نمی کند، غیر ممکن است تشخیص دهیم که پاسخ دهندگان واقعا در درمان خود چه می کنند اما، گارفیلد و کورتز (۱۹۷۷) طی بررسی کسانی که خودشان را به گزین یا التقاطی نامیده بودند گزارش کردند که نزدیک به نیمی از این افراد در گذشته هواخواه یک مکتب درمانی [بیشتر روان کاوی] بودند و وقتی از آنها خواسته شد جهت گیری را که در حال حاضر بیشتر مشخص کننده نقطه نظر آنهاست انتخاب کنند بیشتر از همه روان کاوی به علاوه نظریه یادگیری را انتخاب کردند و زمانی که از آنها خواسته شد به گزینی را تعریف کنند اکثراً گفتند که انتخاب آنچه برای مراجع بهترین به نظر می رسد. گارفیلد و کورتز نتیجه گرفتند که به گزینی دامنه وسیعی از نظرها را می پوشاند که بطور آشکار با هم متفاوتند.

پ) رویکرد عوامل مشترک

برخلاف یکپارچگی نظری که بر وحدت تفاوتها تاکید می کند، رویکرد عوامل مشترک به دنبال انتزاع تشابهات، بین درمان های مختلف است، که ممکن است در سطح نظریه یا عملکرد نهفته باشند. این عده علیرغم تفاوتهای آشکار نظری میان رویکردها، معتقدند که بنیادهای نظریه ها و فرایند درمانی حاوی عوامل مشترک پنهان یا آشکار است. این دیدگاه از آنجا قوت می گیرد که گفته می شود تمام درمانهای قابل بررسی موثر هستند (بکهام، ۱۹۹۰؛ الکین و همکاران، ۱۹۸۹؛ لمبرت، ۱۹۸۶؛ لمبرت و همکاران، ۱۹۸۶؛ اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰). یکی از اولین مقالات در مورد عوامل مشترک مقاله ی روزنزوایگ (۱۹۳۶) بود. روزنزوایگ در این مقاله به عوامل متعددی که معتقد بود در اثر بخشی درمانهای مختلف مهم است اشاره می کند. در ادامه این روند الکساندر و فرنچ (۱۹۴۶) اعلام کردند که در تمام اشکال روان درمانی سعی می شود تحت شرایط مطلوب بیمار را دوباره در معرض موقعیت های هیجانی که او در گذشته نتوانسته لمس کند، قرار دهند. از این نظر تجربه ی هیجانی صحیح شامل ارتباطی متفاوت از آن چیزی است که فرد در گذشته تجربه کرده است. این مفهوم یکی از مفاهیم اساسی در فرمول بندی های اخیر باقی مانده است (برای مثال آرکوئیتس، هانه، ۱۹۸۹؛ برادی و همکاران، ۱۹۸۰؛ فرانک ۱۹۸۲).

فرانک در سال ۱۹۶۱ شباهتهای روان درمانی، دارو نما، شستشوی مغزی و بهبودی مبتنی بر اعتقاد را بررسی و اعلام کرد که، برخی عوامل مانند امیدوار کردن، تشویق فعالیت تغییر یافته در خارج از جلسه درمان و تقویت راههای جدید فهم فرد و مشکلات او در طی تعبیر و تفسیرها و تجربیات هیجانی صحیح در تمام اشکال روان درمانی وجود دارد. در پی این ادعا ها اسکوفیلد (۱۹۶۴) نیز از عوامل مشترک در روان درمانیهای متفاوت بحث کرد. حتی کارل راجرز نیز بطور غیر مستقیم در موضوع عوامل مشترک سهمیم بوده است. او با مطرح کردن اینکه درمان کارآمد نه با تکنیک های خاص، بلکه به علت فراهم ساختن نوع ویژه ای از ارتباط انسانی که امکان تغییر فرد را فراهم می سازد، به رشد این رویکرد کمک کرد. در سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بحث های متعدد دیگری نیز از عوامل مشترک مطرح شد (مانند کارهای گارفیلد، ۱۹۷۳ و گلدشتاین و همکاران، ۱۹۶۶). فرانک از سال ۱۹۶۱ تا ۱۹۸۲ عوامل مشترک خود را سازمان داد و امید و دلگرمی را به این دسته عوامل افزود. فرض اساسی فرانک اینست که تمام اشکال روان درمانی با یک مشکل مشترک یعنی «تضعیف روحیه شامل فقدان احترام به خود، احساس ذهنی عدم شایستگی، بیگانگی، ناامیدی و درماندگی» روبرو هستند و تمام اشکال

روان درمانی بر خلاف شیوه های مختلفشان در برگرداندن روحیه مراجع یا دادن دلگرمی به وی یک اندازه موثرند. بالاخره فرانک (۱۹۸۲) رابطه ی قابل اعتماد و حمایت کننده؛ شرایط شفا یا طرح مفهومی منطقی برای تشریح نشانه ها؛ و آیینی برای کمک به حل نشانه ها را به عنوان عناصر درمانی مشترک در روان درمانیهای مختلف ارائه داد. توجه به عوامل مشترک با توجه به نتایج پژوهش های مختلفی که نشان می دادند تکنیک ها کمتر از پانزده درصد تغییرات را تبیین می کنند (باتلر و همکاران، ۱۹۹۱؛ و لمبرت، ۱۹۸۹) گسترش بیشتری یافت و در کارهای کسانی مانند پروچاسکا (۲۰۰۷) به پختگی رسید.

نتایج یکپارچه نگری

یکپارچه نگری محصول انحصارطلبی، عدم تحمل نظر مخالف، پیچیده شدن و گسترش روان درمانی بود. اما این سادگی تهدیدیهایی جدی نیز در این فرصت ایجاد شده بوجود آورد. عده ای تصور کردند که با نشان دادن ریشه ی قابل تطبیق یهودیت و مسیحیت همه به یک دین درآمدند، درحالیکه چنین نبود چون، وفاداری های نظری آنها تاثیر زیادی بر اعمال آنها می گذاشت (لوبورسکی و همکاران، ۱۹۹۹؛ ومپولد، ۲۰۰۱). عده ای هم چهارچوبی آشفته و نسبی فراهم ساختند که آش شله قلمکاری از فنون درهم و برهم بدون انسجام و نظم لازم و ادعاهایی گنده بود. آنها مسحور زیبایی واژه ی «به-گزین» بودند بی آنکه به قول راتر (۱۹۵۴) فکر کنند مساله به گزین بودن یا نبودن نیست، منسجم و هماهنگ عمل کردن و یا منسجم و هماهنگ عمل نکردن است. از طرفی، اقدام درمانگرانی مانند لازاروس (۱۹۸۹؛ ۱۹۹۷، ۲۰۰۵) نیز که تلاش کرده اند تا به گزینی فنی را از فله ای دیدن فنون آن جدا کند، ضمن تاکید بر پانزده درصد سهم تکنیک ها، نگاه یک پارچه به رفتار انسان را تقسیم می کند. به نظر می رسد یکپارچه نگری به عنوان جمع نقیضین و یا تقسیم رفتار به مجموعه های مجزا کار به جایی نخواهد برد. یکپارچه نگری را می توان رویکردی در نظر گرفت که از یک پارادایم یا نظریه ی مرجع ریشه گرفته و برای کمک به مراجع با تکنیک هایی از دیگر نظریه های منطبق بر آن پارادایم غنی شده است. نظریه ی مرجع می تواند مبنا و پایه ای برای عملکرد درمانگران باشد. بنیادی که بدون آن، دچار اشتباه و لغزش خواهیم شد و مراجعانمان نخواهند توانست نتیجه ی مثبتی از رواندرومانی خود کسب کنند. عمل کردن بدون داشتن یک چارچوب نظری، مانند ساختن ساختمان بدون داشتن نقشه است. ساختمان بدون زیر بنا یا ساختمانی که هر قسمت از زیر بنای آن به ساختمان دیگری وصل است سازه ی محکمی که بتواند وزن خودش را تحمل کند، فراهم نمی سازد. اگر یک چارچوب نظری

نداشته باشیم و قادر هم نباشیم که نظریه مناسبی برای حمایت از تکنیک های درمانی خود فراهم کنیم نخواهیم توانست به مردم در تغییر زندگی و حل مشکلاتشان کمک کنیم. نظریه، چارچوبی را فراهم می کند که به کمک آن می توانیم مسیر خود را بهتر بشناسیم.

ما باور داریم که، در سراسر رواندرمانی، اندیشه و احساس مولفه های مهم و موثری هستند، اما در نهایت مراجعان باید ابعاد رفتاری و عملکردی خود را نیز نشان دهند. مراجعان می توانند ساعات زیادی را صرف به دست آوردن بینش ها و درک احساسات پایمال شده کنند، اما دیر یا زود باید در برنامه ای مناسب برای ایجاد تغییرات شرکت کنند تا احساسات و اندیشه هایشان بررسی شده و با موقعیت های واقعی زندگی تطبیق داده شوند. بنظر می رسد اگر روند کمک رسانی به مراجع بر عملکرد او متمرکز شود، شانس بیشتری برای تغییر اندیشه ها و احساساتش خواهد داشت. ما معتقدیم طی یک رابطه ی درمانی، زمینه ی لازم برای آگاهی افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم بخشی رفتار پدید می آید. ما اعتقاد نداریم که درمانگران باید این عوامل را یاد گرفته و به کار گیرند و ادعا نمی کنیم که اگر از رویکرد خود برگردید و یکپارچگی درمانی چهار وجهی مورد نظر ما را بپذیرید چنین و چنان خواهید کرد، عمیقاً باور داریم که علیرغم پابندی به هر رویکردی که دارید، دانسته و ندانسته مستقیم و یا غیر مستقیم این اقدامات را انجام می دهید، چون بدون این اقدامات به نتایج درمانی اثر بخشی دست نخواهید یافت.

طرح نظریه ی چهار وجهی در روان درمانی

وقتی از نظریه صحبت می کنیم، به مجموعه ای منسجم و همبند اشاره می کنیم که از طریق آن امکان فهم ماهیت متغیرها و روابط بین آنها را فراهم می سازیم. بدیهی است هرچه این مجموعه آزمون پذیرتر و یکپارچه تر باشد و بتواند رفتار را تبیین، توصیف و پیش بینی کند، با قدرت بیشتری ما را برای تغییر رفتار کمک خواهد کرد. برخلاف دیدگاه برخی از دوستان که دیدگاه درستی از نظریه ندارند، بنا به تعریف کرلینگر (۱۹۷۳) نظریه مجموعه ای از سازه ها (مفاهیم) تعریف ها (مفروضات) و گزاره ها (تعمیم ها)ی به هم مرتبط است که از طریق مشخص کردن روابط میان متغیرها، نگرش منظمی از پدیده ها عرضه می کند با این هدف که آن پدیده ها را تبیین و پیش بینی نماید، از این رو همواره می توان صحت آنها را مورد پرسش قرار داد یا آنها را به صورت فرضیه به بوته آزمایش سپرد. هرچند نظریه ها خوب یا بد، درست یا نادرست نیستند با این حال، از نظر کارآمدی و کمک عینی و ملموس به ما برای کار با رفتار، متفاوتند. ما می توانیم داستان های زیبا و تحسین برانگیزی بسازیم که

نشان می دهد چگونه لک لک ها فرزندان آدمی را از نا کجا آباد برای والدین به ارمغان می آورند. اما فرزندان ما برای بچه دار شدن باید به دنبال همسری از نوع خودشان باشند، چشم به راه لک لکی که فرزندی برای آنها بیاورد آنها را صاحب اولاد نخواهد کرد. نظریه، چهارچوبی برای درک وضعیت فراهم می کند. نظریه ها نقش مهمی در زندگی ما دارند. نظریه ها به تجربه های گسسته و بی نظم ما از جهان شکل و نظم می دهند، حتی اگر بپذیریم که نظریه ها موقت، گذرا، ساختگی و ایدئولوژیک هستند (چنانکه در ادامه بحث مان توضیح خواهیم داد)، بازهم، فراری از آنها نیست چون قدرت تحلیل و درک عمیق پدیده ها و روابط بین آنها را به ما می دهند. در روان درمانی و مشاوره یک نظریه ی موثر باید به این سوالها پاسخ دهد:

- ماهیت انسان چیست؟
- دلایل مشکلات افراد چیست؟
- فرایندها و مکانیسم های اصلی تغییر کدام است؟
- چه چیزی و چگونه باید تغییر کند؟

برای پاسخگویی به این سوالات می توانیم از قضیه ی لک لک استفاده کنیم و یا کار خود را بر پیش فرض های عینی قرار دهیم. آنچه در رابطه با ماهیت انسان گفته می شود و ایجاد خط و مرزهای دوگانه و مقابل هم در این رابطه، مانند اعتقاد به اراده ی آزاد یا جبرگرایی و همانند آنها که مسیریایی خود کامرواساز برای توجیه خودداری از یکپارچه دیدن رفتار است، ما معتقدیم اراده ی آزاد یا جبر طبیعت یا تربیت، گذشته یا حال، بی همتایی یا عمومیت، تعادل یا رشد و خوشبینی یا بدبینی موضوعاتی جدا از یکدیگر نیستند. به عنوان نمونه هر اراده ی آزادی در درون خود جبری است، حال حاضر همانی است که در گذشته آن را آینده می نامیدیم و طبیعت خاصیتی تربیت کننده دارد. انسان ماهیتی یادگیرنده دارد و یادگیری های خود را مبنای یادگیری های دیگر خود گسترش می دهد. این یادگیری ها نه بر اساس قوانین مبهم و نه در عالم مثل بلکه براساس قوانینی قابل تشخیص، عینی و ملموس در مغز انجام می شود و هیچ رفتاری بدون رفتارها و ریز رفتارهای مورد نیاز آن در خلارخ نمی دهد.

اگر یادگیری بنیان رفتارهای آدمی باشد، دلایل آسیبها و رفتارهای مشکل آفرین چیست؟ بسیاری از مشکلات نتیجه ی بدکاری مغز و بسیاری دیگر نتیجه ی یادگیری های ما و به طبع آن بدکاری مجدد مغز است. بدیهی است با یادگیری های جدید می توانیم کارکرد مغز را تغییر دهیم. تصور ما این است

که رفتار ناسازگار، حاصل جدال نیروهای اسرارآمیز، بغرنج و پر رمز و راز درونی نیست. این وضعیت محصول درون دادهای زیستی و کمبود مهارت ها یا ناتوانی فرد در کارکرد موثر است که به صورت نادرست به عنوان رفتارهای کارآمد در نظر گرفته می شوند. آسیب شناسی روانی در این نظر، از یک طرف بر زیست مایه های متاثرکننده ی رفتار و از طرف دیگر بر موضوعاتی استوار است که آموخته می شوند و خود بر آموخته های قبلی تاثیر می گذارند.

به عنوان نمونه، وقتی ما یاد گرفتیم که درمانده ایم، دیگر دری را به روی مان باز نخواهیم کرد (تعمیم) چون یادگیری ما به عنوان پیش بینی کننده ی وقوع و ادامه ی درماندگی، مانع این رفتار خواهد شد. این رفتارهای میانجی (فیلترها) در سه گروه هیجانات، اندیشه ها و عملکردها، قابل بحث هستند. موضوعاتی که بدون نظم بخشی و نظم بخشی مجدد آنها امکان تغییر عملکرد مغز برای بازآرایی رفتار را نخواهیم داشت. وقتی از هیجان، اندیشه و عملکرد حرف می زنیم، به دنبال تجزیه ی رفتار انسان به اجزای جداگانه نیستیم، جسم، هیجان، اندیشه، رفتار و ادراک موضوعاتی پیوسته و مرتبط با یکدیگرند. در نگاهی دیگر، می توان گفت که هیجان، اندیشه و عملکرد، به خاطر آنچه برای آن تربیت شده اند، بر ادراک ما در پاسخگویی به محرک های درونی و بیرونی تاثیر می گذارند. در بخش های آینده راجع به این موضوع بیشتر بحث خواهیم کرد.

درمان چهار وجهی

فرح لطفی کاشانی در سال (۱۹۹۵) و حدود ۴ سال قبل از نوشته شدن کتاب معروف هابل، دانکن و میلر (۱۹۹۹) تحت عنوان «قلب و روح تغییر^۱» در رساله ی دکترای خود تحت عنوان «بررسی عوامل مشترک میان رویکردهای مختلف روان درمانی و ارایه ی آن به عنوان یک رویکرد در مانی موثر» ضمن بررسی اهداف روانکاو، روان درمانی فردی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، رویکرد فرد محور گشتالت درمانی، تحلیل ارتباط محاوره ای، واقعیت درمانی و رفتار درمانی، آنها را در پنج گروه تحت عنوان اصلاح پاسخ های مراجع، رابطه ی نیکو، ایجاد امید و انتظار درمان، ایجاد شناخت نسبت به وضعیت موجود و سایر موارد طبقه بندی کرده با کار برد آنها بر روی ۲۷ نفر از مراجعان بخش روان شناسی و روان پزشکی کلینیک قدس وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی اعلام کرد که:

«... کاربرد یگانه ی اصلاح پاسخ های مراجع، ایجاد امید و انتظار درمان و کمک به ایجاد شناخت نسبت به وضع موجود یک رویکرد درمانی ثمر بخش را فراهم می سازد... ص ۱۲۷ سطر ۱۴»

از نظر لطفی کاشانی (۱۹۹۶) ما با تناقضات بسیاری در حیطه روان درمانی روبه رو شده ایم. از یک سو تعداد کثیری از روان درمان گران به یک رویکرد درمانی خاص پای بند هستند واز سوی دیگر شواهدی دال بر اینکه رویکردی موفقتر از رویکردی دیگر باشد وجود ندارد. مطالعات مقایسه ای نشان داده است که همه رویکردهای روان درمانی به رغم تفاوت‌های اساسی در جهت گیری نظری و تکنیک ها به یک اندازه مؤثرند. به منظور توجیه این امر می توان فرض کرد که عناصری اساسی یا عوامل مشترکی در رویکردهای مختلف روان درمانی وجود دارد که قویاً با نتایج مثبت درمانی ارتباط دارند و در واقع این عناصر مشترک اند که نقشی تعیین کننده در درمان دارند. ما اعتقاد داریم، عوامل اصلی موفقیت رویکردها به وجود چهار عامل رابطه ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم بخشی رفتار در درون اقدامات آنها، وابسته است. چهار عامل فوق، فرایند مشترک نظامداری را در روان درمانی ایجاد می کند که در ترکیبی یکپارچه، درمانی موثر را پایه ریزی می کنند.

با اقبال طرح موضوع در انجمن روان شناسی کاربردی هند (۲۰۰۹) کار سیستماتیک بر روی چهار عامل را شروع کردیم. پژوهش های ما نشان داد که، مداخلات چهار عاملی یا چهار وجهی (پوزش، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۱؛ معین الدینی، لطفی کاشانی ۲۰۱۱؛ زین العابدینی، لطفی کاشانی، ۲۰۱۲؛ زین العابدینی، لطفی کاشانی، ۲۰۱۲؛ مدرسی، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ دوست، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ شمس، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ صابریان، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ وزیری، لطفی کاشانی، موسوی و همکاران، ۲۰۱۴؛ a؛ وزیری، لطفی کاشانی، موسوی و همکاران، ۲۰۱۴) b) و مقایسه ی این درمان با درمانهای رفتاری شناختی و معنویت درمانی (وزیری، لطفی کاشانی و جمشیدی فر، ۲۰۱۵؛ وزیری، لطفی کاشانی و محمدی زاده، ۲۰۱۵؛ وزیری، لطفی کاشانی و شیروانی، ۲۰۱۵؛ لطفی کاشانی، وزیری و شیدایی اقدم، ۲۰۱۵) نشان دهنده ی موفقیت درمان چهار وجهی در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران بود. در معرفی این عوامل می بینیم که: تقریباً همه درمانگران اعتقاد دارند که باید یک رابطه درمانی نیرومند را پرورش داد. این راهبرد بسیار نیرومند، همواره یکی از عوامل تعیین کننده و مهم در موفقیت روان درمانی به حساب آمده است. پژوهش ها نشان می دهند که ۱۲ درصد چرایی بهبودی به رابطه درمانی مربوط می شود (هورات و بدی، ۲۰۰۲). از نظر برگین و لامبرت (۱۹۷۸) رابطه ی درمانی دومین سهم بزرگ را در روان درمانی دارد. ما رابطه ی درمانی را شرط لازم تغییر می دانیم که بر فرایند تغییرات مراجع تاثیر می گذارد.

انتظار و امید درمان یکی از متغیرهای خاص روان درمانی است. حتی فروید (۱۹۰۵) نیز مساله انتظار و درمان را موضوعی مهم و موثر می دانست^۱، پژوهش های مختلف نیز (لیتنبرگ، آرگاس، بارلو و الیویا، ۱۹۶۹؛ ماریسا، روبین و ایفران، ۱۹۶۹، کریش و هنری ۱۹۷۷؛ کریش، ۱۹۹۰) نشان داده اند که هر چه انتظار درمانجویان از نتیجه درمان بیشتر باشد، درمان بهتر انجام خواهد شد. رابرتس کیومن مرسی پر و هاول (۱۹۹۳) نشان دادند که بیش از یک سوم نتایج روان درمانی موفقیت آمیز را می توان به اعتقاد اثر بخش بودن درمان توسط درمانگر و بیمار نسبت داد.

ما اعتقاد داریم امید و انتظار در کلیه نظام های درمانی عنصری فعال و تاثیر گذار و شرطی لازم برای ادامه یافتن آن است. امید و انتظار درمان، مفهومی فنی است که هم ناظر بر عایدی درمانجو از نتیجه ی درمان و هم ناظر بر انتظار درمانجو از شیوه های روان درمانی، طول مدت درمان، نقش درمانگر و مواردی از این قبیل است. ما به تجربه دریافتیم که ایجاد امید و انتظار درمان، بر پیش فرض های افراد در سوگیری خود به محیط و تفسیر رخدادها متمرکز است. اگر این خودگویی ها موجب عصیت اضطراب، ترس، نا آرامی، انتقامجویی، پریشانی، سلطه جویی و همانند آنها شوند پس، انتظار درمان تاثیر پذیری مغز را از اقدامات درمانی و تسهیل تغییر عملکرد آن خواهد افزود. بحث فنی آن است که قابلیت مغز برای تفسیر دنیا، معنادهی و ایجاد توالی، پیش بینی و پیامد، موضوعاتی هستند که بر اساس تجربیات و پیش بینی احتمال وقوع محرک در شرایط معین، پدید می آید. مفهوم رفتاری انتظار، حتی با آزمایش قدیمی و کلاسیک پاسخ سگ به بیضی و دایره یا آزمایش معروف سلینگمن در مورد درماندگی آموخته شده قابل توجه است. درمانجویی که درمانگر خود را در مدیریت مشکلات توانا ارزیابی کند به نتایج درمان خود امیدوارتر خواهد بود.

آگاهی افزایی^۲، نیز مولفه ای قابل تشخیص در رویکردهای روان درمانی است (پروچاسکا، ۲۰۰۷). همین که فروید تداعی آزاد را بیان آزادانه ی هرچه به ذهن می رسد، عنوان کرد، بر آگاهی افزایی تاکید دارد. آنچه گریسون (۱۹۶۷) به عنوان فرایند مواجهه^۳، توضیح^۴، تعبیر^۵ و طی طریق^۶ مطرح شده، نمونه ی بارزی از آگاهی افزایی است. کامل کردن آگاهی روان شناختی و تعبیر اشتباهات اساسی آدلر، بیان آزادانه و صادقانه آنچه در حال حاضر اتفاق می افتد و انعکاس های روشنگرانه ای که در خلال درمانهای هستی گرایانه رخ می دهد، انعکاس های راجرزی، رها کردن ذهن، تمرکز بر

1. ... "expectation colored by hope and faith is an effective force with which we have to reckon . . . in all our attempts at treatment and cure" (Freud, 1905/1953, p. 289).

2. awariness increasing

4. clarification

6. working through

3. confrontation

5. interpretation

حواس و تمرین های گشتالتی پرلز، مانند صندلی داغ؛ تکالیف رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، همه و همه از نظر بنیادی اقدامی آگاهی افزایانه هستند.

از نظر ما آگاهی افزایی به معنای هشیار کردن مراجع از این نکته ی مهم است که نشخوار آنچه در گذشته افتاده و پیش بینی آینده بر اساس آن، نوعی گریز از آگاهی^۱ است. ما در این اقدام به دنبال دانش افزایی و حضور آگاهانه در حال حاضر هستیم. هدف ما در این آگاهی افزایی آن است که فرد با گریز از آگاهی خود، مواجه شده و با تعبیر و تفسیرهایی که برای حفظ این آگاهی گریزی و نشخوار آنها انجام می دهد آگاه شود. ما به تجربه دریافتیم که ایجاد امید و انتظار درمان، بر پیش فرض های افراد در سوگیری خود به محیط و تفسیر رخدادها متمرکز است. آگاهی افزایی مورد نظر ما چیزی همانند ترکیب حال حاضر و افزایش دانش از رخدادها و امور است که موجب اشراف به رخدادها و امور می شود.

با یک نگاه حتی گذرا به تعاریف روان درمانی، متوجه می شویم اتفاق نظری بنیادی مبنی بر اینکه روان درمانی اقدامی در جهت نظم بخشی رفتار است، وجود دارد. نورکراس (۱۹۹۰) عقیده دارد که:

...روان درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش های بالینی و مواضع میان فردی به دست آمده از اصول روان شناختی است که به افراد کمک می کند تا رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و یا ویژگی های دیگر خود را در مسیری که شرکت کنندگان در درمان آن را مطلوب می دانند تغییر دهند (ص ۲۱۸).

افزایش عملکرد انطباقی شامل کاهش نشانه ها و حل تعارض ها در روان کاوی (ولیتزکی، ۲۰۱۱)، باز آموزی و جهت گیری دوباره ی درمانجو در دیدگاه آدلر (دریکوس، ۱۹۹۷؛ موزاک و مانیاچی، ۲۰۱۱)؛ تنظیم روان درمانی در این جهت که به مراجع کمک شود تا به سمت اصالت پیش بروند و یاد بگیرند تا تشخیص دهند که چه موقعی خود را فریب می دهند، و کمک به آنها برای اینکه زندگی خود را احیا کرده و آن را بازایند توسط هستی درمانگران (ون دورزن، ۲۰۰۲؛ می، ۱۹۸۱)؛ اینکه به مراجع کمک کنیم تا بهتر بتوانند از عهده ی مشکلات برآیند و به سمت خودشکوفایی پیش بروند در دیدگاه راجرز (راجرز، ۱۹۶۱)؛ کمک به مراجع برای آگاهی و انتخاب و پذیرش مسوولیت بیشتر در رویکرد گشتالتی (ملنیک و نویس، ۲۰۰۵، a, b)؛ تغییر رفتار به معنای خاص و عام آن در رویکردهای رفتاری؛ آموزش مراجع برای تغییر هیجان ها و رفتارهای ناکارآمد به رفتارها و هیجان های سالم در رفتار درمانی عقلانی هیجانی (الیس، ۲۰۰۱؛ درایدن، ۲۰۰۹)؛ کمک به مراجع برای زیر نظر گرفتن

رفتارهای خودکار، آگاهی از رابطه ی شناخت، رفتار و احساس و تغییر فرضهای اساسی در رویکرد شناختی بک (بک و دوزیس، ۲۰۱۱؛ دابسون و دوزیس، ۲۰۱۰)؛ یاددادن ارزیابی خود به درمانجویان در واقعیت درمانی (وولدینگ، ۲۰۱۱)؛ حتی جایگزینی عقاید تقویت کننده ی خود، کسب مهارت هایی برای تغییر محیط، بازسازی نهادها در رویکردهای فمینیستی نشانه هایی از ظهورن الشمس در مورد نظم بخشی رفتار در درمانهای مختلف است.

تغییر در مسیر مطلوب همان نظم بخشی یا تبدیل وضعیت به حالت بهینه است. ما بر این باوریم که نظم بخشی رفتار در سه حیطه ی هیجان، تفکر و عملکرد رخ می دهد. جدا کردن این سه به معنای مجزا دیدن و اعتقاد به وجود مستقل هر یک از موارد یاد شده یا ذهن مستقل از مغز نیست. هیجان، تفکر و عملکرد صرفاً جهت توضیح آنها تفکیک شده اند. می توان گفت هر گاه رفتار (هیجان، تفکر و عملکرد) از نظم خود خارج شوند، یعنی غیرقابل انعطاف شوند، ارتباط خود را با واقعیت از دست بدهند و به جای ارتقای سلامت روانی محل سلامت روانی شده و از رسیدن فرد به اهدافش ممانعت کند، نیازمند نظم دهی رفتار خواهیم بود.

References

- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York, NY: Ronald Press.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Asghari, Sh., Lotfi kashani, F., & Vaziri Sh. (1996). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Coping Style. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished BA Thesis. (Persian)
- Beck, A.T., and Dozois, D.J. (2011) Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beckham, E. E. (1989). Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology*, 43, 945-950.
- Benish, S. G., Imel, Z., & Wampold, B. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield and A. E. Bergin Ed. *The Ho.d book of Psychotherapy and behavior change*. New York: York, 2nd Ed.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Mohr, D. C., Grawe, K., Engle, D., & MacDonald, R. (1991). Looking for differential treatment effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 121-141.
- Brady, J. P., Davison, G. C., Dewald, P. A., Egan, G., Fadiman, J., Frank, J. D., Gull, M. M., Hoffman, I., Kempler, W., Lazarus, A. A., Raimy, V., Rotter, J. B., & Strupp, H. H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive therapy and research*, 4, 271-306.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K. . . . & Zitron, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.

- Dobson, K.S., & Dozois, D.J.A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies, in K.S. Dobson (ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Dreikurs, R. (1997). Holistic medicine. *Individual Psychology*, 53(2), 127-205.
- Dryden, W. (2009b). *Rational emotive behavior therapy: Distinctive features*. New York: Rutledge.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) Washington, DC: APA Press.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, F., & et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ellis, A. (2001a). A continuation of the dialogue on issues in counseling in the postmodern era. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 97-106.
- Ellis, A. (2001b). Changing the use of hypnosis in my practice. In S. Kahn & E. Fromm (Eds.), *Changes in the therapist* (pp. 165-172). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ellis, A. (2001c). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Ellis, A. (2001d). Reasons why rational emotive behavior therapy is relatively neglected in the professional and scientific literature. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 19, 67-74.
- Ellis, A. (2001e). *Feeling better, getting better, and staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- Feather, B. W., & Rhoads, J. M. (1972). Psychodynamic behavior therapy: II. Clinical aspects. *Archives of General Psychiatry*, 26, 503-511.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The master lecture series (Vol. 1). Psychotherapy research and behavior change*. (pp. 9-37). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- French, T. M. (1933). *Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov*. *Am J Psychiatry*, 89:1165-203.
- Freud, S. (1953). Psychical treatment. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, p. 289). London: Hogarth Press. (Original work published 1905).
- Garfield, S. L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 9-12.
- Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9. doi:10.1037/0003-066X.31.1.1.
- Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- Ghahramani, F., Lotfi kashani, F., & Vaziri Sh. (2004). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Health. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished BA Thesis. (Persian)
- Goldstein, A. P., Heller, K. H., & Sechrest, L. B. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.
- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis* Vol. 1 New York: Int. Univ. Press.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. In M.A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of Behavioral Research, 2nd edition*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.

- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kirsch, I., & Henry, D. (1977). Extinction vs. credibility in the desensitization of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1052–1059.
- Kubie, L. S. (1934). Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique. *Archive of neurology and psychiatry*, 32, 1137-1142.
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission of adult neurotic disorders: A revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83, 107–119. doi:10.1037/0033-2909.83.1.107.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436-462), New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1989). Contributors to treatment outcome. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Berkeley, CA.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157–212). New York, NY: Wiley.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415–416.
- Lazarus, A. A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, A. A. (2005a). Multimodal therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 105–120). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, A. A. (2005b). Multimodal therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed., pp. 337–371). Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson.
- Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H., & Oliveau, D. C. (1969). Contributions of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 382–387.
- Lotfi kashani, F. (1996). Integrative Strategies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Psychology & Educational Sciences*, Tehran University, 57, 74-84 (Persian).
- Lotfi kashani, F. (2005). *New Way in Psychotherapy*, *Indian Journal of Community Psychology*, 2005, 1(2), 125 -133. (Persian)
- Lotfi kashani, F., Vaziri, Sh., & Doost. Z. (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in the decrease of Marital Conflicts. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished MA Thesis.
- Lotfi kashani, F., Vaziri Sh., & Modaresi F. (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy on Marital Satisfaction. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished MA Thesis. (Persian)
- Lotfi kashani, F., Vaziri Sh., & Siberian, (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Increasing of Sexual Functions. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished Thesis. (Persian)
- Lotfi kashani, Farah; Vaziri, Sh., Zeinolabedini, S. N., Zeinolabedini, S. N. (2013). Effectiveness of Behavior Regulation Training on Anxiety reduction among Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychology*. 7 (4). (Persian)
- Lotfi kashani, F., Vaziri, Sh., Zeinolabedini, S. N., Zeinolabedini, S. N. (2015). The effectiveness of Group Hope therapy on Decreasing of Psychological Distress among Women with Breast Cancer. *Journal of Health Psychology*, 4 (13). (Persian)
- Lotfi kashani, F. (1995). Common Factors Between Various Psychotherapy Approaches as an Effective Psychotherapy Approach. Islamic Azad University, Research & Science Branch, unpublished theses (Persian).
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mclellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501–512.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., & et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106. doi:10.1093/clipsy/6.1.95
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32–39.
- Mahdiyani, S. F., Lotfi kashani, F., & Vaziri, Sh. (2007). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Aggression. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished BA Thesis. (Persian)
- Marcia, J. E., Rubin, B. M., & Efran, J. S. (1969). Systematic desensitization: Expectancy change or counterconditioning? *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 382–387.

- Marks, L.M., & Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- May, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York: Norton.
- Melnick, J. & Nevis, S. M. (2005A). The willing suspension of belief: Optimism. *Gestalt Review*, 9 (1): 10-26.
- Melnick, J. & Nevis, S. M. (2005B). Gestalt methodology. In: *Gestalt therapy: History, theory, & practice*, A. Woldt & S. Toman (Eds.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., pp. 101-114.
- Moeinedini, M., Lotfi kashani, F., & Shafiabadi A. (2010). Effectiveness of Improving the Level of Awareness on Reducing Distress in Women with Breast Cancer. Islamic Azad University, Research & Science Branch, unpublished theses. (Persian)
- Mosak, H., & Maniacci, M. (2011). Adlerian psychotherapy. In Corsini, R. J., & Wedding, d. (Eds), *Current psychotherapies* (9th ed.), (pp.67-112). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *what is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, S. L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their patients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157–1172.
- Poozesh, F., Lotfi kashani, F., & Vaziri Sh. (2011). The Effectiveness of Four Factor Psychotherapy in the Decrease of Distress among Women with Breast Cancer. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished Thesis. (Persian)
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2007). *Systems of psychotherapy: A trans theoretical analysis* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Roberts, A.H., Kewman, D.G., Mercier, L., & Hovell, M. (1993). The power of non-specific effects in healing: Implications for psychosocial and biological treatments. *Clinical Psychology Review*, 13, 375-391.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company Sentry Edition.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes.'" *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., & Stiles, W. B. (1989). The question of therapists' differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Psychiatry*, 154, 383–385.
- Shhryari, N., Lotfi kashani, F., & Vaziri, Sh. (1995). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Anxiety. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished BA Thesis. (Persian)
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stampfl, T., & Levis, D. (1967). Essentials of implosion therapy: A learning theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Vaziri, Sh., Lotfi kashani, F., & Jamshidifar, Z. (2015). Comparison of four dimensions approach, spiritual therapy and CBT in Sexual Dysfunction. Abstract Book of icH&Hpsy. Future Academy, 35, 3056. (Persian)
- Vaziri, Sh., Lotfi kashani, F., & Shovan, Sheidaei Aghdam. (2015). Comparison of CBT, spiritual and four dimensions psychotherapy on distress. Abstract Book of icH&Hpsy. Future Academy, 36, 3057. (Persian)
- Vaziri, Sh., Lotfi kashani, F., Mousavi, S. M., & Akbari, M. E. (2011a). The Role of Hope Increasing in the Improving of Mental Health among Patients infected with cancer. *3rd International Congress on Supportive and Palliative Care in Cancer*. Cancer Research Center. Medical Sciences of Shahid Beheshti University. (Persian)
- Vaziri, Sh., Lotfi kashani, F., Mousavi, S. M., & Akbari, M. E. 2011b). The Role of Relaxation Training, Awareness Increasing and Hope Increasing in the Improving of Mental Health among Patients infected with cancer. *3rd International Congress on Supportive and Palliative Care in Cancer*. Cancer Research Center. Medical Sciences of Shahid Beheshti University. (Persian)
- Vontress, C. E. (2003). *On becoming an existential cross-cultural counselor*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Wachtel, P. L. (Ed.). (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York, NY: Plenum.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research, 16*, 184–187.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., & Ahn, H.-n. (1997). The flat earth as a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide psychotherapies: Reply to Crits-Christoph (1997), and Howard et al. (1997). *Psychological Bulletin, 122*, 226–230.
- Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review, 74*, 300–317.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 139–190). New York, NY: Wiley.
- Wubbolding, R. E. (2010). *Reality therapy*. Washington, American Psychological Association.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 35), pp. 77-86, 2014

The four factor approach in psychotherapy: Foundations and Achievements

Vaziri, Shahram

Islamic University of Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Lotfi Kashani, Farah

Islamic University of Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Received: May 13, 2014

Accepted: May 31, 2014

In this article we've shown that successful treatment should take into consideration the four factor approach; relationship therapy, creating hope and treatment expectation, raising awareness and disciplined behavior, at the same time. The Four factor above, is a common and systematic process that is not specific for any particular approach. Separating the four factor of therapeutic relationship, creating hope and treatment expectation, raising awareness and disciplined behavior (emotion, thought and function) does not mean to see them separately and believe in the independence of each one of them or the independence of mind from the brain. This four factors are multiplex issues that needs planning, in the psychotherapy process. One of the most powerful therapeutic agents is the therapeutic relationship. Raising awareness, means to alert the client of the important point of ruminations that has happened in the past, and prediction of the the future based on escape from awareness. We believe that it is necessary for the person to be faced with the escape from the awareness in the process of psychotherapy, one should also be aware of the interpretations and explanations that is done to keep this escape from awareness and their rumination. We raise hopes and expectation of treatment by effecting on the individual's assumptions in one's bias to the environment and interpretation of events based on their bias. By the disciplined behavior in three areas of emotion, thought and function we can process through re-regulation of one's behavior.

Keywords: four factor approach, hope, awareness, relationship therapy & disciplined behavior

Electronic mail may be sent to: vaziri@riau.ac.ir