

اهداف درمان در روان درمانی چهار وجهی

شهرام وزیری^۱

هر روان درمانگری در کار خود خواه ناخواه از نظریه ی خاصی پیروی می کند. هر مشاور و روان درمانگری باید سرانجام به نقطه نظری متوسل شود. استفاده از نظریه های علمی در روان درمانی فرآیند تغییر رفتار و بهبود مشکلات افراد را سرعت می بخشد و از هدر رفتن نیروها جلوگیری می کند. معمولاً نظریه های مختلف روان درمانی، اهداف درمانی خود را به صورتی ارایه می دهد که شباهت ها و یکنایی آنها را نسبت به نظریه های درمانی دیگر نشان دهد. روان درمانگر علاوه بر دانستن نظریات موجود درباره ی ساخت شخصیت و تغییر رفتار، باید پیش فرضهای خودش را درباره ی ماهیت انسان آسیب شناسی رفتار و چگونگی کار با رفتارهای ناسازگار مشخص کند. از طریق این آگاهیها نظام واحدی بوجود می آید که کار با مراجع را در چارچوب یکپارچه تری پیش می برد. پایه و اساس کاربرد علمی روان درمانی چهار وجهی، بر اساس تجارب درمانی و پژوهش های تدوین شده که به دنبال موفق تر و کارآمدتر کردن اقدامات روان درمانی در چهارچوبی علمی بوده است. نظریات متعددی که در روان درمانی ارایه شده است بر تفاوتی در تفسیر از شخصیت، ماهیت انسان، مفهوم بیماری استوارند که در تفسیر آنها از شخصیت، ماهیت انسان، مفهوم اضطراب و بیماری روانی قرار دارد. از آنجایی که نظریه های مختلف، بر اساس این مفاهیم بنیادی در فرآیند روان درمانی، شیوه ها، اصول و تکنیکهای مختلف خود را ارایه می کنند، مانیز در این مقاله سعی کرده ایم تا اهداف درمانی رویکرد چهار وجهی را به عنوان یکی از رویکردهای یکپارچه نگر معرفی کنیم.

واژه های کلیدی: درمان چهار وجهی، رویکرد یکپارچه نگر، روان درمانی

مقدمه

روایت روان درمانی، حکایتی طولانی دارد. در حال حاضر، بیش از ۴۴۰ رویکرد روان درمانی وجود دارد که می توان آنها را حداقل در چهار حوزه ی روان تحلیلی، انسان گرایی، شناخت گرایی و رفتارگرایی گروه بندی کرد. تحلیل گران، می خواهند بدانند که چگونه می توان روان رنجوری یا روان پریشی را کاهش داد و رنجهای روانی افراد را ترمیم یا حل کرد. انسانگرایان می خواهند نشان دهند که چگونه می توان توانایی بالقوه افراد را برای حل یا درمان رنج هایشان توسعه داد. شناخت گرایی و رفتارگرایان به این سوال پاسخ می دهند که چگونه افکار باورها و رفتاری های غلط افراد را

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن ایران (shahram.vaziri@gmail.com)

می توان تغییر داد. هرچند نکته ی اشتراک این رویکردها ایجاد بهبودی و کمک به بیمار است اما، هر یک حرف خودشان را می زند و راه ظاهرا متفاوت خودشان را می روند. این تفاوتها و چند پارگی ها در کنار تاثیر مثبت اکثر این رویکردها باعث شده که در گستره ی روان درمانی، جبهه ای به نام روان درمانی یکپارچه نگر^۱ پدید آید که در مجموع، به جای دیدن تفاوتها به دنبال اشتراک و یکپارچه سازی روان درمانی است (وزیری، لطفی کاشانی ۲۰۱۶). امروزه سه جهت گیری عمده در حیطه ی روان درمانی یکپارچه نگر تحت عنوان یکپارچه نگری نظری^۲؛ به گزینی^۳ و عوامل مشترک^۴ پدید آمده است (ارکویس، ۱۹۸۹).

کارهای ما نیز از سال ۱۹۹۵ ضمن تمرکز بر عوامل مشترک، بر نفی دوگانگی رفتار و شناخت یا ذهن و یگانه دیدن آنها استوار بود. ما معتقد بودیم تفکیک انسان در رفتار، شناخت، تفکر، ذهن و تمام این سازه ها، یک تقسیم و تفکیک کاهشی است و بنابراین، در ترکیب یکپارچه ای از رابطه ی درمانی، آگاهی افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم بخشی رفتار، می توانیم درمان موثری برقرار کنیم. ما اعتقاد نداریم که باید درمانگران این عوامل را یاد گرفته و به کار گیرند و ادعا نمی کنیم که اگر از رویکرد خود برگردند و یکپارچگی درمانی چهار وجهی مورد نظر ما را بپذیرند، چنین و چنان خواهند کرد بلکه عمقا باور داریم که علیرغم پابندی به هر رویکردی که دارند، دانسته و ندانسته مستقیم و یا غیر مستقیم این اقدامات را انجام می دهند.

پژوهش های ما به روشنی نشان داده اند که مداخلات چهار وجهی یا چهار وجهی در درمان مشکلات روان شناختی موثرند (پوزش، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۱؛ معین الدینی، لطفی کاشانی ۲۰۱۱؛ لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی و همکاران، ۲۰۱۵؛ لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی و همکاران، ۲۰۱۳؛ مدرسی، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ دوست، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ صابریان، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۴؛ وزیری، لطفی کاشانی، موسوی و همکاران، ۲۰۱۱؛ a) وزیری، لطفی کاشانی، موسوی و همکاران، ۲۰۱۱ (b). همچنین، مقایسه ی این درمان با درمانهای رفتاری- شناختی و معنویت درمانی (وزیری، لطفی کاشانی و جمشیدی فر، ۲۰۱۵؛ وزیری، لطفی کاشانی و شیدایی اقدم، ۲۰۱۵) نشان موفقیت این مداخله در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران بود. ما تلاش کردیم تا با طرح نظریه ی چهاروجهی، امکان بحث و نقد این ادعا را فراهم کنیم (لطفی کاشانی، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۵؛ وزیری، لطفی کاشانی، ۲۰۱۴؛ وزیری، لطفی کاشانی، ۲۰۱۶).

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 پذیر 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. هر نظریه ای تلاش می کند تا اهداف و فرایندهای درمانی خود را در مورد ماهیت انسان، دلایل آسیب های روان شناختی، وظایف درمانگر و همانند آنها توضیح دهد، توضیح ما در رابطه با فرایندهای مربوط به درمان چهار وجهی چیست؟

ماهیت انسان

بسیاری از توضیحات نظریه های مختلف، حتی انواعی از نظریه های یادگیری، برای انسان ماهیتی تجزیه ای و دوآلستی در نظر می گیرند و با تقسیم انسان به رفتار، شناخت، هیجان، ذهن و همانند آنها، ما را در چهارچوبه ای قرار می دهند که، نقشی برای مغز در نظر نگرفته است. ما تمام رفتار انسان را منبعث از مغز او می دانیم و در این چهارچوب، جملات زیبایی مانند «ذهن یا شناخت چیزی بیشتر از مغز است را توجیهاتی پوپولیستی به حساب می آوریم.

در طول تاریخ، اندازه مغز انسان تقریباً سه برابر شده و بیشتر این توسعه در لایه ی نیوکورتکس، قسمت پیشانی اتفاق افتاده است. لب فرونتال یا پیشانی مسوول فعالیتهای پیچیده مانند تفکر انتزاعی، پیگیریهای پیچیده و حل مسایل دشوار است. محتوای شخصیتی، چاره یابی، هیجانها، تمرکز، داوری، سخن گفتن و حرکات ارادی اندامها و فعالیت های عالی همانند خلاقیت، شعور، منطق، آینده نگری، قضاوت، اصول اخلاقی و تفکر، درجاتی از هوش، شخصیت، خلق و خو و مهمتر از همه اینها، تکلم و بیان بخشی از کارکردهای این لوب به شمار می روند. نیوکورتکس نیز در فرآیند کارکردهای عالی نقش دارد و با خودآگاهی، زبان و عواطف مرتبط است. این عملکردها بخصوص تکلم، سبب می شود تا لوب پیشانی به تنهایی نقش بزرگی را در روان درمانی بازی کند. ارتباط خراب شدن بخش هایی از این لب و پدید آمدن مشکلاتی در اصول اخلاقی و تصمیمات فرد، از دست دادن قدرت صبر و خویشتن داری، ناتوانی در تشخیص اهداف بلند مدت و تمرکز بر کامیابی های کوتاه مدت و شباهت این رفتارها در بسیاری از مشکلات رفتاری، ما را بر عقیده ی خود مبنی بر اینکه خواستگاه بسیاری از آسیب های روان شناختی، در کژکاری لوب فرونتال است، پایدارتر می کند.

همان گونه که هب (۱۹۴۹) نشان داده است، نوزادان با شبکه عصبی متولد می شوند که ارتباطات درونی آن تصادفی است. این جمله را می توان به این صورت ساده کرد که نوزادان با یک شبکه

عصبی متولد می شوند که ارتباطات درونی آن بعدا و بر اساس تجارب تشکیل و بر رفتارهای بعدی تاثیر می گذارند. بر این اساس تجارب حسی در ابتدا و بازنمایی این تجارب قدیمی، جدید و آنی و حتی تقلید آنها توسط نرون های آینه ای، شبکه هایی را سازمان می دهد که بر تعامل فرد با محیط و خودش تاثیر می گذارد. این مساله به روشنی تفاوت موجود در رفتارهای افراد را توجیه می کند و بر نقش تجربیات تصویری و کلامی قدیمی، جدید و آنی، در پدیدآیی و گسترش زنجیره هایی معنایی منتج از شبکه های نرونی تاکید می کند. اینکه بروکا در حین مشاهده ی یک عمل نیز فعال می شود (ریزولاتی، فادیگا، گالس و فاگاسی، ۱۹۹۶) و توانایی سیستم عصبی در مطابقت دادن، بازنمایی (هیز، ۲۰۱۰) از طریق نرون های آینه ای و نقش این نظام در شناخت اجتماعی، فهم اعمال دیگران، خواندن ذهن، برقراری ارتباط از طریق زبان، گفتار و تقلید (هیز، ۲۰۱۰؛ لیبرمن، ۲۰۰۷) نشان می دهد که ما به نظامی مجهز هستیم که در طی تکامل پدید آمده (هیز، ۲۰۱۰) و در گذر عمر تحت تاثیر تجربه سازمان دهی شده و می شود. از این طریق است که می توانیم هدفی را (سالم یا ناسالم) مجسم و برای رسیدن به آن اعمالی (سالم یا ناسالم) را انجام دهیم.

انسان در این نظر، موجودی غیرقابل تقسیم، اجتماعی و هدفگرا است که از موهبت آزادی و انتخاب برخوردار است و معمولا با گریز از آگاهی، انگیزه های خود را در رسیدن به اهداف تحریف کرده و منطقی خصوصی پدید می آورد که او را در جهتی خاص پایدار نگه می دارد. منطق خصوصی موجب تفسیر ما از رخدادها و جهان درونی و بیرونی می شود و فرضیه هایی را پدید آورده و تقویت می کنند که هرچند ممکن است واقعیت نداشته باشند اما، نه تنها آنها را واقعی و معتبر به حساب می آوریم بلکه، با گریز از آگاهی، خود و زندگی مان را به این فرضیه ها و منطق های خصوصی آویزان می کنیم. انسان، یک سیستم یادگیرنده ی یکپارچه به حساب می آید که کار آن تولید رفتار است. پس، هر رفتار برآیند سازمانی یکپارچه، در پاسخ به جهان بیرونی و درونی است. از همین رو تقسیم انسان به رفتار، شناخت احساس، هیجان، اندیشه و همانند آنها و چشم پوشی از مغز به عنوان فرمانده بدن، این یکپارچگی را مخدوش می کند. ما صراحتا معتقدیم که انسان ماهیتی یادگیرنده دارد و یادگیری های خود را بر مبنای یادگیری های دیگر می آموزد و سازماندهی می کند. 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. به همین خاطر، هیچ رفتاری بدون رفتارها و ریز رفتارهای مورد نیاز آن پدید نمی آید. این یادگیری، مانند ماریچی فشرده است که در آن، یادگیری ها ادامه و برآیند یادگیریهای قبلی بوده و مسیر یادگیری های بعدی را تبیین می کنند.



شکل ۱. انباشتگی و هم آمیزی یادگیری ها

آسیب شناسی روانی

اگر یادگیری بنیان رفتارهای آدمی باشد، دلایل آسیبها و رفتارهای مشکل آفرین چیست؟ مشکلات نتیجه ی یادگیری های ما و به طبع آن بدکار کردی مغز است. بدیهی است که 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 شبکه های نرونی است که در طی تجارب ما از کودکی پدید آمده و بر تجربیات جدید ما تاثیر گذاشته و از آنها متاثر می شود. این شبکه ها منطق خصوصی ما را پدید می آورند. آسیب شناسی روانی در این نظر، هم بر زیست مایه های متاثرکننده ی رفتار و هم بر موضوعاتی استوار است که آموخته می شوند و خود بر آموخته های قبلی تاثیر می گذارند. در شکل یک، انباشتگی و تاثیر و تاثر یادگیری ها را نشان داده ایم. در این شکل ابتدایی، نقطه ها را می توان، ترکیب هایی از یادگیری ها، عواطف، ادراک و خاطره های انسان در نظر گرفت که طی تجربه پدید آمده اند و می توانند با تشکیل شبکه های نرونی، به فیلتر/هایی تاثیر گذار در رفتار فرد تبدیل شوند و طی گریز از آگاهی، به صورت اهداف، شیوه ها و آرمانهای تحریف شده در رابطه با خود، دیگران و امور نمود یابند. این اهداف، شیوه ها و آرمانهای تحریف شده، هرچند به نظر می آید که فرد را آرام تر می کند، به علت محوریت خشم، ناامیدی و اجتناب، فاصله ی او را تا سلامت افزایش می دهد. به عنوان نمونه، وقتی یاد گرفتیم که درمانده ایم، دیگر دری را به روی مان باز نخواهیم کرد (تعمیم)، چون شبکه های نرونی ما به عنوان پیش بینی کننده ی وقوع و ادامه ی درماندگی، مانع این رفتار خواهد شد. این رفتارهای میانجی (فیلترها) در سه گروه غیر مجزای هیجانات، اندیشه ها و عملکردها قابل بحث است. موضوعاتی که بدون نظم بخشی مجدد آنها، امکان تغییر عملکرد شبکه های نرونی برای بازآرایی رفتار را نخواهیم داشت. این شبکه های فراهم آمده از تجربه، در ترکیب های یکپارچه ای از هیجان، اندیشه و عملکرد، بر ادراک ما در پاسخگویی به محرک های درونی و بیرونی تاثیر می گذارند (وزیری، لطفی کاشانی، ۲۰۱۶) و در یک برنامه ی یکپارچه، امکان تغییر می یابند.

وظایف درمانگر

رابطه ی درمانی یک از ارکان سازنده ی روان درمانی چهاروجهی است. رابطه ی درمانی اهمیت زیادی در در روند مشاوره و رواندرمانی چهار وجهی دارد. در این نظر، رابطه ی درمانی نقاب زدن به منظور غیر قابل فهم نشان دادن درمانگر نیست و در طی آن، مراجع به راحتی ویژگی های شخصیتی مانند انسانیت، صمیمیت، دانایی، صداقت و صراحت درمانگر را درک کرده و تجربه می کند. کیفیت رابطه ی درمانی تاثیر بسیار زیادی روی نتیجه ی درمان می گذارد. رابطه ی درمانی وضعیتی برای فهم مراجع و ایجاد اعتماد در او فراهم می سازد. وظیفه ی درمانگر ایجاد محیط مناسبی است که به مراجع در بهبود شرایطش کمک کند. به همین خاطر، رابطه ی درمانی زمینه ای است که تمام اقدامات درمانگر بر روی آن بنا می شود. فراهم کردن هدف های مشترک، پیش بینی موفقیت و دلگرم کردن مراجع در تلاش برای ایجاد رفتارهای جدید، به چالش کشاندن برون دادهای شبکه های نرونی ناسالم و کمک به تشکیل شبکه های نرونی سالم، از وظایف اصلی درمانگران است. مراجعین در فرایند درمان به راحتی با گریز از آگاهی، پیشرفت درمان را با مشکل مواجه می کنند. کار با گریز از آگاهی مراجع وظیفه ی مرکزی درمانگر است. او باید با به چالش کشاندن این گریزها، به شکل آموزنده ای مراجع را متوجه گریز از آگاهی خود کند. درمانگر مراجعین را ترغیب و قانع می کند تا با فهم گریز از آگاهی و شناخت شبکه های رفتاری و نقش این مجموعه در وضعیت فعلی آنها، در جهت تغییر راهبردهای ناسالم و تبدیل آنها به رفتارهای سالم حرکت کنند

هدف درمان

نظم بخشی در سه حیطه ی رفتار، هیجان و تفکر گسترش داده می شود. برای این منظور در کنار دریافت اطلاعات تازه، مراجع به تمرین مهارت انجام رفتار کارآمد، تنظیم هیجان و پردازش اطلاعات و اخذ سبکی جدید ترغیب می شود. تجربه ی ما نشان می دهد، مراجعان می توانند ساعات زیادی را صرف به دست آوردن بینش ها و درک احساسات پایمال شده ی خود کنند اما، دیر یا زود باید مسوولانه، در برنامه ای مناسب برای ایجاد تغییرات شرکت کنند تا احساسات و اندیشه هایشان بررسی شده و با موقعیت های واقعی زندگی تطبیق داده شود. از همین رو اعتقاد داریم اگر روند کمک رسانی به مراجع بر عملکرد او متمرکز شود، شانس بیشتری برای تغییر اندیشه ها، هیجانها و رفتار خود خواهد داشت. معمولاً نظریه ها، اهداف خود در مورد تغییر رفتار مراجع را به صورت موردی توضیح می دهد تا تمایز خود را از دیگر رویکردها نشان دهد. ما نیز برای نشان دادن تفاوت ها و اشتراکهای

درمان چهار وجهی، با سایر رویکردها این هدفها را در پرورش منبع کنترل درونی، متوقف کردن فاجعه سازی، قبول تغییر، تغییر در ادراک و اهداف، آگاهی، شناخت گریز از آگاهی و انعطاف پذیری خلاصه کرده ایم.

پرورش منبع کنترل درون: منبع کنترل، سازه ای برآمده از دیدگاه جولیان راتر (۱۹۶۶) است. کسانی که منبع کنترل درونی دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند. منبع کنترل، با دامنه ی وسیعی از اختلالات، مشکلات و مولفه های سلامت مرتبط است (گلدشتاین، اتکین، لای، ۲۰۰۳؛ شلی و پاکنهام، ۲۰۰۴؛ لی-کلی، ۲۰۰۶؛ فیلد و گروکر، ۲۰۰۸؛ ارسلان، دیلمیش و هامارتا، ۲۰۰۹؛ نابورس، مکگرادی و کیچر، ۲۰۱۰؛ کونه و تامیسون، ۲۰۱۱؛ آپریل، دارانی و پیترس، ۲۰۱۲). هدف درمان چهار وجهی، کمک به تغییر جایگاه منبع کنترل و درونی تر کردن آن است تا مراجع با قبول خود و احساس مسوولیت در قبال رفتار خود، تعهد لازم برای تغییر را فراهم سازد.

متوقف کردن فاجعه سازی: فاجعه سازی، فرایندی است که با بزرگ نمایی، درماندگی و ایجاد نشخوار فکری ما را به گریز از آگاهی، اضطراب، خشم و افسردگی سوق می دهد. مختصر بررسی نشان می دهد که مشکلات روانی، حاصل نیروهای اسرارآمیز و ناشناخته نیستند و اغلب در اثر فرایندهای معمولی مانند اشتباه در یادگیری، استنباطهای اشتباه بر اساس اطلاعات نادرست یا ناکافی و تمیز ندادن تصور از واقعیت، گریز از آگاهی و تسلط منطق خصوصی بوجود می آیند. در فاجعه سازی، با بزرگ کردن بیش از اندازه ی یک مساله، به گونه ای عمل می کنیم که انگار دنیا به آخر رسیده است. در این وضعیت بالا و پایین های روزمره ی زندگی را به صورت سلسله ای از تراژدی ها و درام های بزرگ درمی آوریم. ادبیات پژوهشی پر از یافته هایی است که نقش فاجعه سازی را در وضعیت روانی و جسمی نشان داده است (الیس و درایدن، ۱۹۹۷).

قبول تغییر: یکی از اهداف مهم روان درمانی، قبول تغییر است. پروچاسکا و نورکراس (۱۹۹۰) معتقدند که روان درمانی، کاربرد آگاهانه و عمدی روش های بالینی و مواضع میان فردی است که از اصول روان شناختی رایج به دست آمده و هدف آن کمک به افراد است تا رفتارها، شناخت ها هیجان ها و یا سایر ویژگی های شخصی خود را در جهتی که شرکت کنندگان در درمان آن را مطلوب می دانند، تغییر دهند. آنها به درستی معتقدند که اقدامات روان درمانی، فقط باید به قصد کمک به افراد در جهت هدف هایی باشد که متقابلاً بر سر آنها توافق شده، در غیر اینصورت، چنین اقدامی هر چند که روان درمانی نامیده شده باشد، شکل ظریفی از اعمال فشار یا تنبیه خواهد بود.

تغییر در ادراک و اهداف: ما استادان انتخاب اهداف متعالی و ارزشمند و اقدام بر خلاف آنها هستیم. تغییر در ادراک و اهداف، آگاهانه کردن درک و انتخاب اهداف و تاکید مجدد بر نقش منطق خصوصی و تعبیر و تفسیر رخدادها و امور، بر اساس آموخته های قبلی است. وقتی مراجع زندگی خود را براساس یک منطق خصوصی و گریز از آگاهی سازمان داده باشد، چاره ای غیر از تغییر در ادراک و اهداف باقی نمی ماند. هدف درمان چهاروجهی نیز کمک به افراد است تا رفتارهای (شناخت ها، هیجان ها و یا سایر ویژگی های رفتاری) خود را در جهتی مطلوب و کارآمد تغییر داده و این تغییر را آگاهانه انتخاب کرده و بپذیرند.

آگاهی: آگاهی یعنی توجه داشتن به همه ی آنچه که بر اعمال، مقاصد، ارزش ها و اهداف ما اثر می گذارد. وقتی انسان از احساساتش بی خبر است درحال اجتناب از آگاهی است. انسان تنها موجودی است که می تواند میزان آگاهی خود را تنظیم و حتی از آن بگریزد. آگاهی، باعث می شود احساسات و افکار خود را با واقعیت ها اشتباه نگیریم. یکی از اهداف درمان چهاروجهی، کمک به مراجع برای دیدن جنبه های مثبت و منفی هر موقعیت در حال حاضر است. او باید بتواند بین واقعیت ها و هیجان های همراه با این واقعیت ها فرق بگذارد، واقعیت ها را از تعابیر خود تفکیک کند مسوولانه رفتار خود را نظم بخشی کند، محرک های رفتاری و نظام انگیزشی خود را بفهمد و آگاهی را به اقدامی لذت بخش تبدیل کند.

شناخت گریز از آگاهی: اقدام اساسی در سلامت روان مراجع، شناساندن گریز از آگاهی است. آگاهی، می تواند در ابتدا ترسناک جلوه کند زیرا متوجه دغلبازی های خود شده و از اینکه دیگران هم متوجه این دغلبازی های ما شوند وحشترده، افسرده یا خشمگین می شویم و این خشم، وحشتردگی و یاس را متوجه خود و/یا دیگران می کنیم و وارد فرایندی می شویم که ما آن را گریز از آگاهی نامیده ایم. چرا چنین می کنیم؟ چون می خواهیم خودمان را سازگار کنیم! اگر به مراجعانمان کمک کنیم تا احساسات، هیجانها و اندیشه های خود را ببینند و از آنها آگاه شوند، متوجه خواهند شد که گریز از آگاهی برخلاف انتخاب آنها مسیری به سمت سازگاری نیست.

تعهد: وجه انگیزشی و پایدار ساز درمان، تعهد است. هیچ درمانی بدون تعهد مراجع به آگاهی از واقعیت های درونی و بیرونی و درک اهداف و رفتار ناسالم و انتخاب اهداف و رفتار سالم، کار به جایی نخواهد برد. وظیفه ی درمانگر چهار وجهی آن است که مراجع، نظر عینی تری از واقعیت کسب کند و متوجه شود که چگونه اعمال برخاسته از گریز از آگاهی، به جای سازگاری، او را به ناسازگاری سوق می دهد و سرانجام این آگاهی را به اقدام و عمل تبدیل نماید. تعهد، پای بندی به

اجرای رفتار سالم است، قول دادن یا توافق بر سر اجرای آن نیست. تعهد قبول تجربه ی زندگی آگاهانه و انتخاب مسوولانه است. تعهد آموزش و انتخاب، شیوه ای از زیستن سالم، ارزشمند و آگاهانه در تمام لحظه های زندگی است. چه آنگاه که چرخ های زندگی بر وفق مراد ما می چرخند و چه آنگاه که به در بسته می خوریم.

انعطاف پذیری: پذیرش محیط های درونی و بیرونی خود فرد، انعطاف پذیری محسوب می شود. شکلهای مختلف آسیب شناسی روانی را می توان با تبیین انعطاف ناپذیری در آنها شرح داد. انعطاف پذیری می تواند رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات تنظیم کند. کسانی که انعطاف پذیری ندارند به دشواری می توانند راههای جدیدی برای زندگی آگاهانه و تطبیق رفتار با آگاهی بیابند. هدف روان درمانی، متوجه کردن مراجع از رفتارهای انعطاف ناپذیری است که در مجموع باعث ناشادمانی و رنج مراجع و اطرافیان او می شود. گریز از آگاهی باعث می شود انسان همواره خود را برحق بداند و فکر کند اگر نظر خود را زیر پا گذاشته و نظر دیگری را بپذیرد، به ضرر خود کار کرده و امکان سو استفاده را برای طرف مقابل فراهم خواهد آورد. به همین دلیل، کمترین پذیرش نظر مقابل باعث کاهش عزت نفس کاذب او شده و ناسازگاری او را دامن می زند.

فرایند روان درمانی چهار وجهی براساس اهدافی که نام برده شد در چهار مرحله قابل توضیح است: گام اول، ایجاد رابطه ی درمانی با مراجع؛ گام دوم، کمک به مراجع برای آگاهی از رفتار (باورها، ادراکها، احساسات، انگیزه ها و اندیشه ها، هیجان ها و عملکردها) بی است که سبک زندگی او را تعیین می کند؛ گام سوم، کمک به مراجع برای فهم روش های گریز از آگاهی و آگاهی از اهداف و رفتارهای ناکارآمدی که اگرچه برای دست یابی به آرامش انجام می گیرند ولی محل آرامش اند و گام چهارم، کمک به مراجعان برای انتخاب تغییر رفتار، زندگی آگاهانه و تعهد برای انجام رفتارهای سالم در موقعیت هایی که قبلا در آنها رفتارهای سالم و سازگارانہ ای نشان نمی دادند.

References

- April, A. K., Dharani, B., & Peters, K. (2012). Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Review of European Studies*, 4(2).
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Arslan, C., Dilmaç, B., & Hamarta, E. (2009). Coping with Stress and Trait Anxiety in Terms of Locus of Control: A Study with Turkish University Students. *Social Behavior and Personality*, 37, 791-800.
- Coyne, W. L., & Thompson, D. A. (2011). Maternal Depression, Locus of Control, and Emotion Regulatory Strategy as Predictors of Preschoolers' Internalizing Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 873-883.
- Doost, Z., Lotfi kashani, F., & Vaziri, Sh. (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in the decrease of Marital Conflicts. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished MA Thesis.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive therapy* (2nd ed.). New York: Springer
- Field, W., & Kruger, C. (2008). The Effect of an Art Psychotherapy Intervention on Levels of Depression and

- Health Locus of Control Orientations Experienced by Black Women Living with HIV. *South African Journal of Psychology*, 38, 467- 478.
- Goldstein, L. H., Atkins, L., & Leigh, P. N. (2003). Health-related locus of control: does it change in motor neuron disease (MND)? *ALS and Other Motor Neuron Disorders*, 4, 27–30.
- Hebb, D. O. (1949). *The Organization of Behavior: A neuropsychological theory*. New York: Wiley.
- Heyes, C.M. (2010). Where do mirror neurons come from? *neuroscience and behavioral reviews*, 34, 575-583.
- Lee-Kelley, L. (2006). Locus of control and attitudes to working in virtual teams. *International Journal of Project Management*, 24(3), 234-243.
- Lieberman, M. D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annu. Rev. Psychol.* 2007.58:259-289
- Lotfi kashani, F. (1995). Common Factors Between Various Psychotherapy Approaches as an Effective Psychotherapy Approach. Islamic Azad University, Research & Science Branch, unpublished theses (Persian).
- 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., Zainolabedini, 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, 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)
- Modaresi, F., Lotfi kashani, F., & Vaziri, Sh. (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy on Marital Satisfaction. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished MA Thesis. (Persian)
- 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)
- Nabors, L., McGrady, E. M., & Kichler, J. (2010). Children’s Attitudes toward Their Diabetes, Locus of Control, and HbA1c Levels. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 475-484.
- 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.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*. 3, 131–141.
- Rotter, J.B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr*, 8, 37.
- Saberian, F., Lotfi kashani, F., & Vaziri, Sh (2014). The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Increasing of Sexual Functions. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished Thesis. (Persian)
- Shelley, M., & Pakenham, K. (2004). External health locus of control and general self-efficacy: Moderators of emotional distress among university students. *Australian Journal of Psychology*, 56(3), 191 – 199.
- Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2014). The four factor approach in psychotherapy: Foundations and Achievements. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9 (35), pp. 77-86.
- Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2016). *The four dimentional psychotherapy*, Tehran: Arasbaran.
- 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., & Sheidaei Aghdam, Sh. (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. (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)
- 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)

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 10 (No. 39), pp.7-16, 2016

Treatment goals in four dimensional psychotherapy

Vaziri, Shahram
Islamic Azad University, Roudheh Branch, Roudheh, Iran

Received: Apr 20, 2016

Accepted: June 01, 2016

Any psychotherapist, inevitably, follows a particular theory of psychotherapy in their work. Each counselor and therapist must resort to a point of view. The uses of scientific theories in psychotherapy accelerate behavior change process and amelioration of individual's problem, and prevent potencies' dissipation. Usually, theories of psychotherapy present their therapeutic purposes in a way that demonstrates their similarities and uniqueness compare to other theories. Psychotherapist, in addition to possessing knowledge about theories regarding personality structure and behavior modification techniques, need to determine her assumptions about human nature, behavior pathology, and approach towards maladaptive behaviors modification. This awareness creates a distinct and defined system that facilitates working with the clients in a more integrated context. The scientific basis for the use of quadrilateral psychotherapy is based on studies and experiences that attempted to develop more effective and efficient psychotherapy techniques within a scientific framework. Various theories proposed in the field of psychotherapy are based on their different approach and belief in regards to human nature, personality, and the concept of anxiety and mental illness. Since different theories represent their principles and techniques based on these basic concepts in psychotherapy process and methods, this article attempts to introduce therapeutic purposes of four dimensional psychotherapy as an integrated approach.

Keywords: quadrilateral psychotherapy, goals, psychotherapy

Electronic mail may be sent to: shahram.vaziri@gmail.com