

یکپارچه‌سازی روان‌درمانی‌های اثربخش دنبال کردن فرایند تغییر

تألیف

دکتر جی. اسکات فریزر

ترجمه

محمد خالقی

کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی

دانشگاه تبریز



فهرست

سپاسگزاری.....	۷
یادداشتی از مترجم.....	۹
پیش درآمد.....	۱۳
مقدمه.....	۱۵

بخش ۱: جست‌وجو برای آنچه در روان‌درمانی اثربخش است

فصل ۱: تکامل از درمان‌های دارای حمایت تجربی (ESTs) به اقدامات مبتنی بر شواهد (EBPs).....	۲۱
فصل ۲: تغییر پارادایم‌ها: چه چیزی در یک دیدگاه وجود دارد؟.....	۴۰
فصل ۳: تغییر.....	۵۵
فصل ۴: فرایند و نظام‌ها.....	۸۲
فصل ۵: بافت.....	۱۰۴

بخش ۲: به‌کارگیری دیدگاه فرایندی برای مشکلات خاص درمانجو

فصل ۶: اضطراب.....	۱۲۹
فصل ۷: افسردگی.....	۱۵۹
فصل ۸ اختلال استرس پس از تروما.....	۱۹۴
فصل ۹: مشکلات زوجی.....	۲۱۸
فصل ۱۰: مشکلات نظام خانواده.....	۲۵۲

بخش ۳: از فرایند به عمل

فصل ۱۱: فرایندِ تغییر در بافت بالینی.....	۲۸۵
منابع.....	۳۱۳
واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی.....	۳۲۵
واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی.....	۳۳۳
دربارهٔ نویسنده.....	۳۴۱

مقدمه

طی چند دهه گذشته، شاهد افزایش علاقه به روان‌درمانی بوده‌ایم، به‌ویژه در مورد اینکه آیا واقعاً اثربخش است و اگر چنین است چگونه اثربخش واقع می‌شود. با نتایج پژوهش‌های جدید، اکنون اختلاف کمی در ارتباط با این حقیقت وجود دارد که روان‌درمانی اثربخش است (به فصل اول نگاه کنید)؛ با این حال، همچنان علاقه به این سؤال جاری است که روان‌درمانی چگونه اثربخش واقع می‌شود. این کتاب به یکپارچه‌سازی رویکردهای اثربخش روان‌درمانی می‌پردازد — یعنی، یافتن فرایندهای مشترک زیربنای تمامی تغییرات درمانی.

اگر توافق روشنی در مورد این سؤال که در روان‌درمانی «چه چیزی اثربخش است» وجود داشت، تکلیف یکپارچه‌سازی رویکردهای اثربخش برای مشکلات روانی مختلف سراسر بود. تمامی درمان‌های اثربخش به نحوی بنیادین هم به لحاظ نظری و هم عملی با هم مرتبط بودند. یک رویکرد درمانی برای هر مشکل، اثربخش‌ترین در نظر گرفته می‌شد. ما فقط به این توجه می‌کردیم که کدام «عناصر فعال» را برای هر مشکل به کار بگیریم. این کار مثل چیدن داروها در کابینت است. یک دارو ممکن است برای سردردها بهترین باشد، دیگری برای دردهای بدنی و دارویی دیگر برای شکم‌درد، دیگری برای خارش و غیره.

با این حال، به جای یافتن یک رویکرد که برای مشکلات روانی مختلف، بهترین تأثیر را داشته باشد، رفته‌رفته متوجه شدیم که رویکردهای زیادی وجود دارند که اثربخشی یکسانی برای طیفی از مشکلات نشان می‌دهند. به علاوه، بسیاری از این درمان‌ها که اثربخشی یکسانی دارند، از پیش‌فرض‌ها یا نظریه‌های بسیار متفاوتی برخوردارند که ماهیت مشکلات را تبیین کرده و برای آنها راه‌حل ارائه می‌کنند. چطور چنین چیزی ممکن است؟ این سؤال موجب بحث‌های تندی در منابع روان‌درمانی شده است. یک اردوگاه طرفدار این است که عناصر اختصاصی هر درمان اثربخش برای اثربخشی مهم‌اند — و در حمایت از ادعاهای خود نیز داده‌های نیرومندی ارائه می‌کنند. در آن سو، طرفداران اردوگاه مقابل که آنها هم سخت به مواضع خود پای‌بندند از عوامل مشترک موجود در تمامی روان‌درمانی‌های اثربخش به منزله عواملی کلیدی برای درمان اثربخش یاد می‌کنند — و آنها نیز پژوهش‌های متقاعدکننده‌ای در حمایت از ادعاهای خود ارائه می‌کنند.

هرچند این بحث ادامه داشته است، نهادهای دولتی، بیمه‌ها، نهادهای اجتماعی و گروه‌های

تخصصی در حمایت از انگارهٔ روان‌درمانی دارای شواهد^۱ هم‌گرا شده‌اند. چه کسی می‌تواند با این انگاره که درمانگران باید درمان‌هایی ارائه دهند که برای مشکلات مورد نظر اثربخش هستند، مخالفت کند؟ با این حال، درمانگران متوجه شده‌اند که غرق در افزایش رو به رشد رویکردهای موجود دارای شواهد شده‌اند. درمانگران چطور می‌توانند همهٔ آنها را یاد بگیرند؟ به‌علاوه، اغلب متوجه شده‌اند که بسیاری از این رویکردها با آموزش یا ویژگی‌های شخصی، تخصص یا رویکرد درمانی‌شان تناسب خوبی ندارند. علاوه بر این، چگونه درمانگران می‌توانند درمان‌های اثربخش متفاوتی را که اغلب بر پیش‌فرض‌های متفاوتی راجع به ماهیت مشکلات و حل‌وفصل آنها استوارند، یکپارچه سازند؟ اگر یک تعریف مشترک از مشکلات و راه‌حل آنها وجود داشته باشد که با منطق‌های درمانی و روش‌های مرتبط برای درمان اثربخش مرتبط باشد، وضع فرق می‌کند. در حال حاضر، این شرایط وجود ندارد. علاوه بر این، بحث در مورد اینکه چه چیزی در روان‌درمانی اثربخش است و چگونه می‌توان به یکپارچه‌سازی درمان‌هایی پرداخت که به‌لحاظ مفهومی و عملی اثربخش‌اند، ادامه دارد. هدف این کتاب، پرداختن به این مجادله و ارائهٔ فرایندی برای حل آن است. این کتاب بیان می‌دارد که موضوع کلیدی برای یکپارچه‌سازی روان‌درمانی‌های اثربخش، دنبال کردن فرایند تغییر است.

مجادله‌های تند اخیر در متون و در عمل، یادآور آنچه هستند که توماس کوهن (۱۹۷۶) آن را تغییر پارادایم نامید. پارادایم‌ها بیانگر پیش‌فرض‌ها و اعمال مرتبطی از دیدگاه‌های بنیادین در مورد این هستند که چگونه در یک حیطهٔ انتخابی مورد نظر دست به توصیف، بررسی و عمل بزنیم. برای مثال، همهٔ ما غرق در پارادایم به‌اصطلاح اثبات‌گرایی (پوزیتیویستی) هستیم که فرض می‌گیرد حقیقت را از تعامل با دنیای تجربه‌شدهٔ خودمان کشف می‌کنیم. این دیدگاه به‌طور معمول برای ما کارساز بوده است. ما یاد می‌گیریم به دیوار برخورد نکنیم و به‌جای آن از در رد شویم. همچنین این پارادایم بر کارهای ما در علوم مختلف به‌ویژه حیطه‌های پزشکی تأثیر گذاشته است، جایی که روش‌های منطقی-تجربی و کارآزمایی‌های بالینی که درمان‌های مختلف را مقایسه می‌کنند غالب هستند. عرصهٔ روان‌درمانی این پارادایم اثبات‌گرایی و مدل پزشکی و کارآزمایی‌های بالینی آن را اتخاذ کرده است، طوری که به بررسی پاسخ‌هایی برای آنچه در روان‌درمانی اثربخش است، پرداخته است. همان‌طور که می‌بینیم، این موضوع اخیراً موجب سردرگمی و تعارض شدیدی هم در منابع و هم در عمل شده است. با این حال، به‌طور معمول پارادایم‌های جایگزین نیز هم‌زمان وجود دارند. زمانی که پژوهشگران با نمونه‌های زیادی از داده‌ها رویارو می‌شوند که با پیش‌بینی‌های پارادایم کنونی تناسبی ندارند، سردرگمی و تعارض غالب می‌شود تا زمانی که دیدگاه جایگزینی ظهور کند که تناسب خوب یا بهتری با داده‌ها دارد. این وضعیت کنونی روان‌درمانی است.

هدف این کتاب، یافتن دیدگاهی یکپارچه‌ساز است که ماهیت مشکلات درمانجو و حل‌وفصل آنها

را نشان داده و روان‌درمانی‌هایی را که برای این مشکلات اثربخش‌اند یکپارچه می‌سازد. هدف من، فهم این موضوع است که آنها چه اشتراکی دارند. در این سفر، پارادایم جایگزینی را که قدمتی طولانی دارد مد نظر قرار می‌دهم. این پارادایم جایگزین، پارادایم فرایندی است. من از آن با عنوان دیدگاه فرایند تغییر^۱ یاد می‌کنم، زیرا پیش‌فرض بنیادین این پارادایم این است که هر آنچه در زندگی‌مان تجربه می‌کنیم در فرایند تغییر قرار دارد. همان‌طور که به تفصیل خواهم گفت، تغییر اغلب هم موجب ایجاد ناراحتی در درمانجویان می‌شود و هم چیزی است که آنها در درمان جست‌وجو می‌کنند. همچنین، تغییر، برای ما در مقام درمانگر نیز هدف است. از این رو، اگر تغییر در دل مشکلات درمانجو و آماج درمان اثربخش قرار دارد، در نتیجه معقولانه است تا دیدگاهی اتخاذ کنیم که تغییر در مرکز آن است. اندیشه این کتاب این است که دنبال کردن فرایند تغییر به یکپارچه‌سازی روان‌درمانی‌های اثربخش کمک می‌کند.

این کتاب به سه بخش تقسیم شده است. در بخش اول، به سفری می‌پردازم که پژوهشگران تا به امروز برای بررسی آنچه در روان‌درمانی اثربخش است، داشته‌اند. من به پیشرفت‌های حاصله در پژوهش‌های مرتبط با روان‌درمانی دارای شواهد نگاهی می‌اندازم و از مجادله‌های تند به برخی پیشنهادهاى اخیر برای حل و فصل آنها سیر می‌کنم (فصل اول). این پیشنهادها شامل به‌کارگیری انعطاف و تناسب برای تطابق بهترین درمان‌ها با مشکلات، درمانجویان و درمانگران است. سپس نگاه دقیقی به این دارم که چگونه «حقیقت» را راجع به آنچه اثربخش است، بیابیم و دیدگاه‌های جایگزینی را در مورد ماهیت تعامل انسان توصیف می‌کنم (فصل دوم). همچنین پارادایم جایگزینی ارائه می‌کنم که قدمتی طولانی دارد. این پارادایم جایگزین دیدگاه فرایندی نام دارد که قرن‌هاست به موازات دیدگاه غالب، یعنی اثبات‌گرایی، وجود دارد. من پیشنهاد می‌کنم که این پارادایم جایگزین، که ماهیت تغییر (فصل سوم)، انگاره نظام‌های فرایندمدار (فصل چهارم) و تأثیر بافت (فصل پنجم) را در بر می‌گیرد، فرایند مشترک زیربنای تمامی روان‌درمانی‌های اثربخش را توضیح می‌دهد.

با در دست داشتن چنین دیدگاه فرایندی، در فصل‌های بخش دوم به بررسی درمان‌هایی می‌پردازم که برای طیفی از مشکلات روانی و بین‌فردی اثربخش‌اند، تا ببینیم که آیا این پیش‌بینی‌های دیدگاه فرایند تغییر تبدیل به «ریسمان طلایی» می‌شود که از میان آنها عبور کرده و به هم متصل نگه‌شان می‌دارد. در این راه به درمان‌های دارای شواهد برای اضطراب (فصل ششم)، افسردگی (فصل هفتم)، اختلال استرس پس از تروما (فصل هشتم) و مشکلات بین‌فردی میان زوجها (فصل نهم) و اعضای خانواده (فصل دهم) می‌پردازم. اگر پیش‌بینی‌های این پارادایم فرایند تغییر با داده‌های تمامی رویکردهای دارای شواهد در تمام حیطه‌های مشکل تناسب داشته باشد، در نتیجه زمینه نیرومندی برای به‌کارگیری آن جهت یکپارچه‌سازی روان‌درمانی‌های اثربخش در آینده ظهور خواهد کرد.

بخش سوم نیز به کاربرست این دیدگاه فرایندی در کار بالینی اختصاص دارد. در این بخش که شامل یک فصل نهایی است (فصل یازدهم)، روشی عملی برای کاربرست این دیدگاه فرایندی در کار بالینی ارائه می‌کنم. کاربرست آن با استفاده از نمونه موردی در جلسه اول نشان داده می‌شود. این کار در قالب یک نمایش ویدئویی زنده از مجموعه ویدئوهای روان‌درمانی APA انجام می‌شود (در این ویدئو، من یک جلسه مشاوره برگزار می‌کنم که طی آن اتحاد کاری نیرومندی برقرار می‌کنم و مداخله‌های دارای شواهد مختلفی را به کار می‌گیرم) (به فرایند تغییر در روان‌درمانی یکپارچه، در وبسایت زیر مراجعه کنید)

The Process of Change in Integrative Psychotherapy; <http://www.apa.org/pubs/videos/4310979.aspx>).

این نمونه و این مدل‌ها فقط نمونه و مدل‌اند — فقط مدل‌هایی که از دیدگاه فرایندی برون‌یابی^۱ شده‌اند.^۲ این بر عهده عرصه روان‌درمانی و بر عهده شما خوانندگان است که ببینید آیا این دیدگاه جایگزین با تکلیف یکپارچه‌سازی روان‌درمانی‌هایی که اثربخش‌اند تناسب دارد یا خیر.

۱. برون‌یابی/ برآورد بیرونی یا extrapolation، اشاره به برآورد کردن بر اساس رشته‌ای از مقادیر مفروض دارد که ممکن است بالاتر یا پایین‌تر از دامنه مفروض باشد. (م)

۲. در این کتاب، جهت حفظ محرمانگی، هویت افراد تغییر داده شدند.

بخش ۱

جست‌وجو برای آنچه
در روان‌درمانی اثربخش است



تکامل از درمان‌های دارای حمایت تجربی (ESTs) به اقدامات مبتنی بر شواهد (EBPs)

نهادهای مختلفی به این مسئله پرداخته‌اند که در روان‌درمانی «چه چیزی اثربخش است». نهادهای تأمین مالی سلامت رفتاری، مؤسسات بیمه و دانشگاه‌هایی که به پژوهش مشغول‌اند و درمانگران آینده را تربیت می‌کنند، همگی می‌خواهند فقط راجع به بهترین روش‌های اثبات‌شده بدانند و ارائه آنها را تأیید کنند. از این رو، چه کسی می‌تواند قصد خوب آنها را انکار کند؟ چه کسی از ما دوست دارد پزشک خانواده‌اش درمان اثبات‌نشده‌ای را در مقایسه با درمانی که شواهدی از اثربخشی دارد به‌کار بگیرد؟ دانستن اینکه چه چیزی اثربخش است نه تنها وظیفه درمانگران است بلکه این مسئولیت بر عهده سازمان‌ها و نهادهای بزرگتری است که از روش‌های سلامت رفتاری حمایت می‌کنند. به‌علاوه، قطعاً ما می‌خواهیم دانشگاه‌های ما به پژوهش راجع به چیزی بپردازند که بیشترین اثربخشی را دارد و بهترین روش‌های موجود را به درمانگران آینده بیاموزند.

چنین تلاشی برای یافتن اینکه دقیقاً چه چیزی در ارائه درمان سلامت روان اثربخش است، اقدام مهمی است. این سفری بوده است که روان‌شناسی حداقل طی پنجاه سال گذشته و فلسفه و علم برای قرن‌ها پیموده‌اند. هر سفری نیاز به نقشه و قطب‌نما دارد. همچنین نیاز به مجموعه‌ای از انگاره‌ها یا پیش‌فرض‌ها در مورد ماهیت جهان و جایگاه ما در آن دارد. همان‌طور که سلامت رفتاری جای پای خودش را در جامعه علمی باز کرد، روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط با آن نیز مدل پزشکی و شیوه علمی آن را به‌مثابه نقشه و قطب‌نما اتخاذ کرده‌اند تا جهتی را برای کشف اینکه چه چیزی اثربخش است، بیابند. برای ما مهم است که این نقشه و قطب‌نما را بررسی کنیم تا ببینیم که ما را در سفرمان برای کشف اینکه در روان‌درمانی چه چیزی اثربخش است به کجا رسانده است. همچنین مهم است که

به جست‌وجوی نقشه‌های جایگزینی بپردازیم که شاید ما را بهتر به مقصد برسانند. در این فصل، سفرهای پژوهشگران را برای کشف اینکه چه چیزی اثربخش است و یافتن بهترین روش‌ها و درمان‌های دارای شواهدی که از سوی سازمان‌های تأمین مالی سلامت و برنامه‌های آموزشی علمی دنبال می‌شوند، بررسی می‌کنیم. در این راه با برخی سردرگمی‌ها و معماها و جدلهایی راجع به *عوامل/اختصاصی* در برابر *عوامل* مشترک به‌منزله مهم‌ترین عوامل اثربخش در درمان مواجه خواهیم شد. اندیشه این کتاب این است که پاسخ به این جدل در مسیر میانه‌ای بین عوامل مشترک و اختصاصی قرار دارد. این مسئله، مسئله «یا این یا آن» نیست بلکه «هم این و هم آن» است. به‌علاوه، دیدگاهی وجود دارد که نه‌تنها از این نتیجه‌گیری حمایت می‌کند بلکه ایجاد مشکلات و حل‌وفصل آنها را تبیین می‌کند. همان‌طور که در این سفر به روندهای اخیر خواهیم دید، پژوهشگران در حال شروع به هم‌گرایی در مورد نتیجه‌گیری‌های مشابه هستند. با وجود این، جای خالی یک پارادایم یا دیدگاه جدید منسجم برای تبیین این مسیر میانی خالی است. در این فصل و چند فصل پیش رو، من این دیدگاه جایگزین و یکپارچه‌ساز را دنبال می‌کنم. با این حال، بیاید قبل از آن نگاهی اجمالی به سفرمان تا به امروز برای یافتن «چه چیزی اثربخش است»، بیندازیم.

مدل پزشکی و یافتن چه چیزی اثربخش است

رشته‌های روان‌شناسی و سلامت رفتاری برای تصدیق خود، به علوم زیستی و روش علمی به‌کارگرفته شده در پزشکی روی آورده‌اند. به این ترتیب، این موضوع درمانگران سلامت رفتاری را به استانداردهای درمانی مشابه با پزشکان و دیگر متخصصان پزشکی ملزم می‌کند. ما انتظار داریم پزشکان مان نسبت به اثربخش‌ترین و جدیدترین روش‌های پزشکی به‌روز باشند. به‌علاوه، ما از آنها انتظار داریم تنها از روش‌ها و داروهایی استفاده کنند که ایمنی و اثربخشی آنها از سوی سازمان‌های تنظیم مقررات، همچون سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA)، تأیید شده‌اند. ما فرض می‌کنیم که روش‌ها و داروها تحت کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده (RCTs) قرار گرفته‌اند و به‌لحاظ اثرهای خاص‌شان، هم در برابر دارونما و هم روش‌های جایگزین، بررسی شده‌اند. با توجه به خوش‌فکری چنین استدلالی، معقولانه به‌نظر می‌رسد که درمانگران سلامت روان را هم تحت استاندارد مشابهی قرار دهیم.

هرچند تا به امروز این مفروضه‌ها برای ما به‌نظر بدیهی بوده‌اند و قدمت دارند، نسبتاً به‌تازگی در عرصه پزشکی و حتی اخیراً در روان‌شناسی ظهور یافته‌اند. تا سال ۲۰۰۱ که سازمان پزشکی در ایالات متحده تعریف پزشکی مبتنی بر شواهد^۱ را مشابه با انگلستان و کانادا اتخاذ کند شاهد چنین چیزی نبودیم. این تعریف، پزشکان را ملزم کرد تا روش‌های درمانی خودشان را بر اساس بررسی‌های شواهد

قرار دهند. با این حال، حتی اخیراً در سال ۲۰۰۶، انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) نیز تعریف اقدام مبتنی بر شواهد^۱ (EBP) را در روان‌شناسی بالینی تأیید کرده است که عمدتاً از تعریف سازمان پزشکی ایالات متحده تبعیت می‌کند. از این رو، روش پُرسابقه ما برای بنا کردن کار بالینی‌مان بر شواهد جمع‌آوری‌شده علمی در واقع پدیده‌ای نسبتاً جدید است. از آنجا که روان‌شناسی و عرصه سلامت رفتاری مرتبط، راهنماهایی را از پزشکی EBP اتخاذ کرده‌اند، مهم است که بدانیم این راهنماها در مورد شواهدی که معتبر می‌دانند چه می‌گویند. به لحاظ منطقی این‌طور به نظر می‌رسد که این مسیر مناسبی برای ما در دنبال کردن «چه چیزی اثربخش است» باشد.

تاریخچه مدل پزشکی

طی قرن گذشته مدل پزشکی از طریق پژوهش، با تعیین اینکه چه داروها یا مؤلفه‌های درمانی برای تشخیص‌های خاصی کاربرد دارند، به تدریج موقعیت خود را در مورد چه چیزی اثربخش است، تکامل بخشید. در اوایل دهه ۱۹۰۰، به دنبال فلسفه علمی‌ای که بر عینی‌گرایی تأکید داشت، پزشکی شروع به تأکید بر نتایج قابل مشاهده کرد (عمدتاً در قلمرو مشاهدات ارگانیکسمی، زیستی یا ماده‌گرایی). در این رویکرد، پژوهشگران به دنبال اثرهای خاصی بودند که نشان دهند این درمان یا دارو نسبت به دارونماها اثربخش‌تر است و با مکانیسم تغییر مفروض تناسب دارد. دوباره، این موضوع نیز کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. این مدل پزشکی یک اختلال یا تشخیص آماج، یا یک علت یا تبیین خاص را تعیین می‌کند، که این امر منجر به پیش‌بینی یک مکانیسم تغییر می‌شود و سپس پژوهشگران یک درمان خاص را با عدم درمان یا یک درمان جایگزین مقایسه می‌کنند تا ببینند آیا این درمان خاص به شکلی که پیش‌بینی می‌شد اثربخش است یا نه. این رویکرد مزایای زیادی داشته است، طوری که منجر به تهیه واکسن‌ها یا درمان‌هایی برای بیماری‌هایی شد که پیش‌تر ویرانگر بودند، مانند فلج اطفال و عفونت‌های باکتریایی. بنابراین جای تعجبی ندارد که در آغاز قرن گذشته سلامت رفتاری به سمت مدل پزشکی چرخش کرد و در نهایت با استانداردهای FDA هم‌سو شد تا به جمع‌آوری شواهدی بپردازد که از اثربخشی روان‌درمانی حمایت می‌کنند. به تازگی، ملاک اثربخشی به کارگرفته‌شده از سوی FDA برای تأیید اثربخشی یک دارو یا مداخله مبتنی بر شواهد این بوده است که حداقل دو مطالعه نشان دهند که یک درمان خاص نسبت به دارونما برتری دارد. همچنین مستلزم کنترل دقیق هرگونه عوامل خارجی یا تغییرپذیری و نشان دادن این موضوع است که بخش اعظم اثرها ناشی از این درمان خاصی است که مورد آزمایش واقع شده است. برای اکثر خوانندگان مطلع، این فرایند واضح و بدیهی است. چنین روش علمی‌ای هم در مقطع کارشناسی و هم تحصیلات تکمیلی در علوم مربوطه آموخته می‌شوند.

چالش‌های این مدل

در تدوین پژوهش‌های روان‌درمانی برای تناسب با مدل پزشکی چند چالش مهم وجود داشته است. نخست، باید اطمینان حاصل می‌شد که تمامی شرکت‌کنندگان، هم آزمودنی‌ها و هم درمانگران، نسبت به گروه‌های مداخله یا کنترل یا مقایسه کور^۱ بودند. دوم، باید اطمینان حاصل می‌شد که تمامی آزمودنی‌ها تشخیص مشابهی با حداقل مشکلات هم‌بود یا تشخیص‌های جایگزین داشتند تا بتوان درمان را برای اختلال مشخص شده در برابر اختلالی دقیق اندازه‌گیری کرد. سومین مورد این بود که باید اطمینان حاصل می‌شد که درمانگران تا جای ممکن نسبت به درمان خنثی می‌مانند و درمان را به‌طور دقیقی که باید انجام می‌شد، اجرا کرده باشند. این موضوع منجر به تدوین راهنمای درمان و سنجش وفاداری یا تبعیت از راهنمای درمان شد. فقط درمان‌های اختصاصی و نه شخصیت یا دیگر عوامل مرتبط با درمانگر مورد تمرکز کارآزمایی یا آزمایش قرار گرفتند. راهنماها و کنترل‌های دقیق در ارتباط با انتخاب جهت ورود به مطالعات به طرق مختلف سودمند بوده‌اند. با وجود این، حتی اگر تلاش شود تا درمانگران در یک مطالعه کور باشند (یعنی، مطلع نباشند که به درمان گروه کنترل مشغول‌اند یا گروه آزمایش)، تقریباً غیر ممکن است که آگاه نباشند در حال ارائه درمان کنترل هستند یا آزمایشی، زیرا اکثر گزینه‌های سستی درمان کنترل به‌طرز قابل توجهی، چه به‌لحاظ قالب یا از نظر روش‌های تمرینی و نظارت بالینی طی پژوهش، از درمان‌های آزمایشی متفاوت‌اند. برای مثال، درمان‌های کنترل که اغلب به‌صورت مشاوره حمایتی مورد اشاره قرار گرفته‌اند به‌طور معمول هیچ منطق درمانی را شامل نمی‌شوند و درمانگران را از انجام کارهایی که به‌طور معمول در درمان انجام می‌دهند منع می‌کنند. به‌علاوه، درمانگران در گروه‌های آزمایشی به‌طور معمول آموزش و نظارت بالینی گسترده‌ای طی کارآزمایی‌های بالینی دریافت می‌کنند، در حالی که درمانگران در گروه کنترل به‌ندرت چنین آموزش‌هایی می‌بینند. به‌طور مشابه، بیماران و پزشکان اغلب متوجه می‌شوند که یک دارو، دارونما است زیرا هیچ عوارض جانبی ندارد یا بیماران متوجه می‌شوند که درمانگر کمتر در اجرای آن مشتاق یا امیدوار است. در نتیجه، شرایط دوسرکور اندکی در پژوهش روان‌درمانی وجود دارد یا اصلاً چنین شرایطی وجود ندارد. به‌علاوه، پیدا کردن و وارد کردن آزمودنی‌هایی در این مطالعات که مشکلات هم‌بود نداشته باشند، که ممکن است مطالعه خالص اختلال مورد مطالعه را به خطر بیندازند، چیزی بیش از یک موضوع چالش‌برانگیز بوده است. این چالش‌ها پژوهشگران روان‌شناسی و سلامت روان را به دردسر انداخته‌اند، هرچند پیشرفت آنها همچنان قابل ستایش است.

درست، اما آیا روان‌درمانی واقعاً اثربخش است؟

اولین نکته‌ای که باید به دلیل رجوع به تجربه‌گرایی و بررسی اینکه چه چیزی در روان‌درمانی اثربخش است با آن رویارو شویم عبارت است از این سؤال اصلی که آیا اصلاً روان‌درمانی اثربخش است؟ آیا هیچ روان‌درمانی‌ای استانداردهای علمی چالش‌برانگیزی را که مطرح شدند برآورده می‌کند یا نه؟ با وجود مشکلات شرایط کور و مشکلات هم‌بود، پاسخ یک بله محکم است. مراجعه به وبسایت جامعه روان‌شناسی بالینی APA (<http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/faq.html>)، که در سال ۲۰۰۸ راه‌اندازی شد، فهرستی از ۸۰ درمان کنونی دارای شواهد (ESTs) را برای انواعی از اختلالات نشان می‌دهد. از زمان راه‌اندازی این وبسایت، به دلیل تعداد رو به رشد درمان‌هایی که به این فهرست افزوده می‌شوند، به‌طور مستمر به‌روزرسانی می‌شود. حداقل می‌توان گفت که این مسئله قابل توجه است. در نتیجه، تعدادی از وبسایت‌ها و فهرست‌بندی‌های دیگری از درمان‌های خاص که درجات مختلفی از حمایت تجربی را برای طیفی از اختلالات خاص به همراه دارند، در سال‌های اخیر پدیدار شده‌اند (به چمپلیس و هالمن، ۱۹۹۸؛ وبسایت مذکور جامعه روان‌شناسی بالینی؛ مؤسسه ملی تعالی سلامت و مراقبت انگلستان، <http://www.nice.org.uk>؛ وبسایت ثبت ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد از طریق سازمان سوءمصرف مواد و سلامت روان، <http://www.nrepp.samhsa.gov>). مراجعه کنید.

به‌علاوه، منابع نیرومندی در حمایت از این درمان‌های دارای شواهد (ESTs) وجود دارند. یک کتاب کلاسیک در ارتباط با بررسی پژوهش‌های روان‌درمانی با عنوان *درس‌نامه روان‌درمانی و تغییر رفتار برگین و گارفیلد* (کمبرت، ۲۰۱۳) اکنون به ویراست پنجم رسیده است (که اکنون علاوه بر RCTs، شامل روش‌های کیفی هم است). کتاب ناتان و گورمان (۲۰۱۵) در مورد درمان‌های دارای شواهد، با عنوان *راهنمای درمان‌های اثربخش*، به ویراست چهارم رسیده است و طیف گسترده‌ای از درمان‌های دارای شواهد را در بر می‌گیرد و یکی از پرفروش‌ترین کتاب‌های انتشارات آکسفورد است. بر اساس چنین روندی، اکنون انتشارات آکسفورد در مجموعه کتاب‌های درمان‌های اثربخش، مجموعه گسترده‌ای از راهنماهای درمان و کتاب‌های تمرین را در ارتباط با درمان‌های خاص دارای شواهد برای اختلالات خاص منتشر می‌کند. در نهایت، دیوید بارلو اکنون ویراست پنجم کتاب پرفروش خود با عنوان *درس‌نامه بالینی اختلالات روانی: راهنمای گام‌به‌گام درمان* (بارلو، ۲۰۱۴) را منتشر کرده است که مثال‌های پژوهشی و بالینی را در ارتباط با کاربست رویکردهای دارای شواهد برای تقریباً طیف گسترده‌ی مشابهی از اختلالات خاص ارائه می‌کند. (من در بسیاری از فصل‌های میانی این کتاب به این متون و سایر منابع بازمی‌گردم.) این منابع رو به رشد، درمان‌های دارای شواهد را برای درمانگران در دسترس‌تر ساخته‌اند و حرکت به سوی اشاعه آنها در کار بالینی را تقویت کرده‌اند.

با توجه به افزایش حمایت از درمان‌های مختلف، گسترش درمان‌های دارای شواهد و موفقیت مجموعه‌هایی که این روش‌ها را تبیین می‌کنند، این سؤال پیش می‌آید که آیا ما نقشه و قطب‌نمای سفرمان به سوی ارائه روان‌درمانی اثربخش را کشف کرده‌ایم یا نه. به نظر می‌رسد تنها چیزی که باقی می‌ماند این است که این درمان‌ها به اجتماع درمانگران اشاعه یابند و آموزش داده شوند، در حالی که پژوهشگران مشغول تدوین درمان‌های جدید برای باقی اختلال‌هایی هستند که به‌طور معمول در کار بالینی با آن مواجه می‌شوند. با این حال، این تمام ماجرا نیست. آن‌طور که پیداست، چالش‌های بیشتری برای مدل پزشکی به وجود آمده است. در نتیجه، دیدگاه موازی رو به رشدی که با پژوهش‌های مرتبط همراه است تبدیل به تهدیدی برای برهم زدنِ هواخواهیِ درمان‌های دارای شواهد شده است.

چالش‌های در حال ظهور

با این حال، طی دهه گذشته، چالش‌های دیگری هم در ارتباط با فلسفه، روش‌ها و نتایج مدل پزشکی به وجود آمده است، که اکنون به آن می‌پردازیم. برخی از این موارد عبارت‌اند از:

- برخی درمانگران، یادگیری و اجرای رویکردهای رو به رشدِ دارای شواهد را دشوار، اگر نگوئیم غیر ممکن، می‌دانند.
- به‌علاوه، کسانی که سعی کرده‌اند آنها را یاد بگیرند، اغلب متوجه فرسایش صلاحیت و متعاقب آن دور شدن از پروتکل‌های آموخته‌شده شدند.
- از آنجا که بخش عمده‌ای از درمان‌های دارای شواهد کنونی با روش‌های درمان شناختی-رفتاری (CBT) هم‌سو شده‌اند، بسیاری از درمانگرانی که روش‌های نظری و عملی دیگری آموخته بودند، در متناسب ساختن رویکرد CBT با سبک درمانی خودشان با مشکل مواجه شده‌اند.
- رویکردهای شناختی-رفتاری خودشان را به‌طور کامل به روش‌های پژوهشی RCT متکی کرده‌اند. در نتیجه، تعداد زیادی از پژوهش‌های علمی وفاداری زیادی به رویکرد CBT نشان می‌دهند. با این حال، مهم است به خاطر داشته باشیم که فقط به این دلیل که اثربخشی یک رویکردِ روان‌درمانی مورد مطالعه قرار نگرفته به معنای این نیست که اثربخش نیست یا درخواهیم یافت که اثربخش نخواهد بود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۶).
- پیروان رویکردهای درمانی غیر از CBT بیان کرده‌اند که روش‌های پژوهشی RCTs با رویکردهای دیگری همچون روان‌پویشی و انسان‌گرایی/وجودی تناسب ندارند.
- برخی نیز مطرح کرده‌اند که تمرکز مدل پزشکی بر درمان‌های خاص برای اختلال‌های خاص ممکن است مسیرِ درستی برای مطالعه مشکلات پیچیده انسان نباشد.

■ به علاوه، پژوهش‌های مدل پزشکی، مشارکت درمانجو و درمانگر در درمان را نادیده گرفته و آنها را فقط عوامل مزاحم در مطالعه اثرهای درمانی خاص می‌دانند. اکثر درمانگران به‌طور کامل آگاه‌اند که ویژگی‌های درمانگران و درمانجویان و تعامل آنها اغلب در موفقیت و شکست درمان امری مهم هستند.

■ چالش‌نهایی و حتی شاید جدی‌تر، برآمده از مطالعات بررسی و فراتحلیل بیشتر پژوهش‌های RCT است که ESTs خود برآمده از آنهاست. نه تنها شواهد رو به رشدی از هم‌ارزی روش‌های جایگزین متعدد وجود دارند، شواهد متقاعدکننده هم‌سانی وجود دارند که عوامل مشترک درمان، که در همه رویکردهای درمانی مشترک‌اند، سهم بیشتری در موفقیت روان‌درمانی دارند تا مؤلفه‌های خاصی که در RCTs اندازه‌گیری می‌شوند.

ترکیدن حباب EST

مشکل اتصال ما به مدل پزشکی این است که، با تجزیه و تحلیل دقیق‌تر، نوید یافتن روان‌درمانی‌های درست برای تشخیص‌های خاص بیشتر یک توهم بود تا واقعیت. عبارت معروف و پُرکاربردی که سول روزنزوايگ در سال ۱۹۳۶ مطرح کرد در پرتو تحلیل‌های اخیر پژوهش‌های روان‌درمانی به ثمر نشسته است. روزنزوايگ با بررسی مواردی که از آن با عنوان عوامل مشترک ضمنی در انواع روش‌های روان‌درمانی یاد می‌کند از نقل‌قولی در داستان کودکانه *ماجرای آلیس در سرزمین عجایب* بهره می‌گیرد: «در نهایت پرنده دودو گفت، "همه برنده‌اند و باید به همه جایزه داد."» روزنزوايگ بیان داشت «زمانی که همه روش‌های درمانی به درستی مورد استفاده قرار گیرند به یک اندازه موفق‌اند» (روزنزوايگ، ۱۹۳۶، ص. ۱۴۳). از این موضوع با عنوان «اثر پرنده دودو»^۱ یاد می‌شود و اشاره به این مشاهده دارد که محتمل‌ترین دلیل برای اینکه بیشتر رویکردهای اصیل روان‌درمانی اثربخش بوده‌اند این است که آنها از مجموعه عوامل مشترکی برخوردارند. برخلاف اثرهای خاص فرضی در رویکردهای درمانی، از قبیل بازسازی شناختی در CBT، عوامل مشترک بیشتر با کیفیت‌های رابطه بین درمانگران و درمانجویان در درمان مرتبط‌اند. به‌طور دقیق‌تر، عوامل مشترک اشاره به *اتحاد درمانی*، *توافق بر سر اهداف و تکالیف درمانی* و *توافق‌های مرتبط با تبیین‌های مشکلات درمانجویان و منطق‌های درمان* دارند. خلاصه‌ای که به‌طور گسترده توسط مایکل لمبرت (۱۹۹۲) استناد شده است بررسی اجمالی او از داده‌های پژوهشی تا آن تاریخ را نشان می‌دهد. بررسی غیر آماری او از منابع نشان داد که بزرگ‌ترین تأثیر بر بهبود درمانجو (۴۰ درصد) ناشی از چیزی است که او *تغییر فردرمانی* نامید، از قبیل توانایی‌های درمانجو، رویدادهای تصادفی و حمایت اجتماعی که با وجود روان‌درمانی به

بهبود کمک می‌کنند. بیشترین تأثیر بعدی (۳۰ درصد) احتمالاً عوامل مشترک هستند، از جمله چیزهایی مانند همدلی، صمیمیت، پذیرش، تشویق به خطرپذیری و غیره. در نهایت، او تخمین زد که تأثیر تکنیک‌های درمانی منحصراً به درمان‌های خاص حدود ۱۵ درصد است که هم‌سان با تأثیر اثرهای انتظار یا دارونما (۱۵ درصد)، مرتبط با امیدی که در درمان ایجاد می‌شود و باور به منطق درمان و شیوه‌های مرتبط است.^۱ نه سال بعد، ومپولد (۲۰۰۱) بر اساس نتیجه‌گیری خود از بررسی منابع فراتحلیل‌های متعدد حتی متنی چشمگیرتر از میزان واریانس مرتبط با اثرهای اختصاصی و عمومی ارائه کرد. او بیان داشت که تأثیر اثرهای اختصاصی (بخوانید تکنیک‌ها و پروتکل‌های درمانی اختصاصی) حداکثر ۸ درصد بود. ویراست دوم این کتاب (ومپولد و ایمل، ۲۰۱۵a) تغییر اندکی در این برآوردها نشان می‌دهد. این موارد چالش‌های بزرگی پیش روی مفروضه‌های ما راجع به درمان‌های دارای شواهد هستند. همچنین آنها به بحث‌های آتشین بین اردوگاه عوامل اختصاصی در برابر عوامل مشترک دامن زده‌اند.

حرکت از درمان‌های دارای حمایت تجربی^۲ (ESTs) به اقدامات مبتنی بر شواهد^۳ (EBPs)

چالش رویکرد RCT که پیش‌تر ذکر آن رفت و فهرست‌های حاصله از آن در مورد بهترین اقدامات، مطابق انتظار، بحثی داغ و دائمی را بین اردوگاه عامل اختصاصی درمان‌های دارای حمایت تجربی (ESTs) و اردوگاه عامل مشترک برانگیخته است. هرچند این بحث همچنان حل نشده باقی مانده است، دانش رو به رشدی از محدودیت‌های تمرکز صرف بر روش‌های درمانی و اثرهای اختصاصی وجود دارد. در نتیجه، این عرصه به سوی تعاریف گسترده‌تری از اقدامات روان‌درمانی اثربخش، یا «چیزی که اثربخش است»، در حرکت است. این تعاریف جدیدتر اکنون شامل عناصر مرتبط با درمانگر و درمانجو در تعامل با روش‌های درمانی خاص است. پژوهشگران علوم رفتاری، هرچند همچنان در قالب مدل پزشکی، در حال توجه به انتقادات مرتبط با EST هستند و در حال چرخش به سوی در نظر گرفتن بیشتر عناصر موجود مشهود در هر موقعیت روان‌درمانی هستند. با این حال، در انجام این کار، همچنان یک صفحه اصلی از کتاب راهنمای پزشکی را انتخاب می‌کنند. برای مثال، سازمان پزشکی (۲۰۰۱)، پزشکی مبتنی بر شواهد را به صورت «یکپارچه‌سازی بهترین شواهد پژوهشی با تخصص بالینی و ارزش‌های بیمار» تعریف کرد (ص. ۱۴۷). این تعریف، هم بیمار و هم درمانگر را وارد روش‌های پزشکی کرد و از این رو گام بزرگی در جهت شناخت درونداد و تأثیر هر

۱. تحلیل لمبرت مورد انتقاد واقع شده است زیرا مبتنی بر مشاهدات او بود و در نتیجه تجربی نبود. ومپولد از تکنیک‌های فراتحلیل استفاده کرد تا تحلیل او را به بوته آزمایش بگذارد. تحلیل لمبرت به این خاطر در اینجا ارائه شد که او آنچه ومپولد به‌منزله اثرهای عمومی نامید، آشکار ساخت.

دو طرف مشارکت‌کننده در کار التیام برداشت. کارگروه ریاستی انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) در زمینه اقدام مبتنی بر شواهد نیز وقتی که به موازات این پیشرفت در پزشکی حرکت کرد و اقدام مبتنی بر شواهد (EBP) در روان‌شناسی را به صورت «یکپارچه‌سازی بهترین پژوهش‌های موجود با تخصص بالینی در بافت ویژگی‌ها، فرهنگ و ترجیحات بیمار» (ص. ۲۷۳) تعریف کرد، قدم مثبت مشابهی برداشت. این کارگروه با درک این موضوع که پژوهش همیشه نیازهای واقعی درمانگر را برطرف نخواهد کرد، اعلام داشت:

مسائل اصلی در یکپارچه‌سازی پژوهش در کار بالینی شامل این موارد هستند: (الف) در نظر گرفتن وزن نسبی برای روش‌های مختلف پژوهش؛ (ب) معرف بودن نمونه‌های پژوهش؛ (ج) آیا نتایج پژوهش باید راهنمای درمان در سطح اصول تغییر، راهبردهای مداخله، یا پروتکل‌های خاص باشند؛ (د) تعمیم‌پذیری و انتقال درمان‌های حمایت‌شده در پژوهش‌های کنترل‌شده به کار بالینی؛ (ه) درجه‌ای که با آن می‌توان قضاوت‌هایی راجع به درمان‌های انتخابی، هنگامی که تعداد و طول مدت درمان‌های آزمون‌شده محدود بوده است، داشت؛ (و) درجه‌ای که با آن نتایج پژوهش‌های کارآمدی و اثربخشی می‌تواند از نمونه‌های عمدتاً سفیدپوست به جوامع اقلیت و محروم تعمیم یابند. (ص. ۲۷۴)

همچنین این کارگروه APA تلاش زیادی کرد تا علاوه بر RCTs، طیفی از منابع مناسب روش‌های پژوهش را تعریف کند، از جمله مشاهده بالینی، پژوهش کیفی، مطالعات موردی سیستماتیک، طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی، پژوهش‌های سلامت عمومی و قوم‌نگاری، مطالعات فرایند-پیامد، پژوهش‌های اثربخشی در بافت‌های طبیعی و RCTs و فراتحلیل‌ها. این موضوع هم تعریف آنچه برای ارائه درمان اثربخش ترکیب می‌شود و هم آنچه تشکیل‌دهنده شواهد بالینی خوب است، گسترش می‌دهد. این کار، راه را برای ملاحظات مربوط به بررسی اثرهای شرکت‌کنندگان در درمان — اعم از درمانجویان و درمانگران (از جمله، تخصص، ارزش‌ها و متغیرهای گوناگونی [سن، جنسیت، نژاد، جهان‌بینی، مهارت‌ها و غیره] در میان سایر عناصر) — باز کرد. از این سه عامل در تعریف اقدام مبتنی بر شواهد (EBS) — بهترین پژوهش‌های موجود، تخصص بالینی و ویژگی‌ها/فرهنگ/ترجیحات درمانجو — با عنوان سه ستون یا سه پایه درمانی یاد می‌شود.

تقاطع مرکزی هر سه این عناصر مشخصه منطقه تصمیم‌گیری اقدام مبتنی بر شواهد (EBP) است. این موضوع نشان‌دهنده پیشرفت چشمگیر از رویکرد درمان دارای حمایت تجربی است که تنها بر یک عنصر (پژوهش در مورد عوامل اختصاصی یک درمان) تمرکز می‌کند. با این حال، بیشتر پژوهش‌ها تا به امروز همچنان بر عناصر درمانی خاصی از این تعریف تمرکز می‌کنند. آنچه بهترین پژوهش‌های موجود را تشکیل می‌دهد هنوز هم عمدتاً با RCTs شناخته می‌شوند، طوری که منابع مالی پژوهشی نیز

همچنان RCTs را به‌منزله استاندارد طلایی پژوهش خوب تعیین می‌کنند. بنابراین، هرچند تعریف جدید EBP گسترده‌تر است، همچنان جا برای تعریفی جامع‌تر وجود دارد. تکامل به سوی تعریفی جامع‌تر همچنان موضوع جدیدی است و نسبتاً کند پیش می‌رود.

ظهور عوامل مشترک به‌منزله نیروی جایگزین

بر اساس شواهد پژوهشی رو به رشدی که بر تأثیر عوامل به‌اصطلاح مشترک تأکید می‌کنند، همان‌طور که از سوی لمبرت (۱۹۹۲) و ومپولد (۲۰۰۱؛ ومپولد و ایمل، ۲۰۱۵a) نشان داده شد، صدای هم‌اندازه نیرومند و رقیبی شنیده می‌شود که توجهات را به تأثیر عوامل مشترک در کل روان‌درمانی جلب می‌کند. این صدای رقیب را شاید بتوان *روابط دارای شواهد*^۱ نامید. بر اساس تلاش‌های صورت گرفته در بخش روان‌درمانی انجمن روان‌شناسی آمریکا، یک بررسی از شواهد پژوهشی که از عوامل مشترک در روان‌درمانی حمایت می‌کنند منتشر شد. اکنون کتاب *روابط اثربخش روان‌درمانی: پاسخ‌دهی مبتنی بر شواهد* (نورکراس، ۲۰۱۱) به ویراست دوم رسیده است، که خلاصه‌ای از پژوهش‌هایی ارائه می‌کند که از تأثیر اتحاد درمانی، همدلی، توافق بر سر اهداف، همکاری، وضعیت تغییر درمانجو و طیف وسیعی از دیگر عواملی که در احتساب موفقیت درمانجو در روان‌درمانی بسیار نیرومند هستند، حمایت می‌کند. دیگر کتاب ویراستاری‌شده که بر قدرت عوامل مشترک در روان‌درمانی تأکید می‌کند عبارت است از، *قلب و روح تغییر: آنچه در درمان اثربخش است*، که اکنون این کتاب نیز به ویراست دوم رسیده است (دانکن، میلر، ومپولد و هابل، ۲۰۱۰؛ هابل، دانکن و میلر، ۱۹۹۹). همانند کتاب نورکراس، این کتاب خوش‌خوان نیز به بررسی موارد تجربی برای عوامل مشترک، جایگاه عوامل مرتبط با درمانجو در پیامد، تأثیر رابطه، تأثیر امید، نقش مدل‌های درمانی و تأثیر دریافت بازخورد، از میان سایر عوامل عمومی تأثیرگذار بر موفقیت در روان‌درمانی، می‌پردازد.

جایگاه نظریه و منطق

در حیطه زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، یکی دیگر از کتاب‌های نسبتاً جدید و رایج، *عوامل مشترک در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی: مبانی نادیده‌گرفته‌شده برای درمان اثربخش* (اسپرینکل، دیویس و لیبو، ۲۰۰۹)، بُعد دیگری را به مجادله عوامل مشترک در برابر عوامل اختصاصی افزود. نویسندگان در این کتاب نشان دادند که بحث‌های عوامل مشترک افراطی به‌شکلی نادرست بیان می‌کنند که نیازی به روش‌ها و تکنیک‌ها برای پیامدهای درمان نیست. در عوض، این نویسندگان رویکرد تعدیل‌شده عوامل مشترک را برای درمان پیش می‌کشند. آنها با بیان اینکه تمامی عوامل مشترک در بافت یک منطق یا رویکرد درمانی خاص و توافق‌شده صورت می‌پذیرند، بررسی آنها در ارتباط با درمان نظام‌ها

1. evidence-supported relationships

(سیستمیک) مسیر میانه‌ای را پیش می‌کشد که عوامل مشترک و منطق‌های درمان را ترکیب می‌کند. علاوه بر این، به پیروی از چهارچوب جروم فرانک توافق در مورد اینکه عوامل مشترک نمی‌توانند مستقل باشند در حال افزایش است (به فریزر، گروو، لی، گرین و سالووی، ۲۰۱۴؛ فریزر، سالووی، گروو، لی و گرین، ۲۰۱۲؛ لاسکا، گورمان و ومپولد، ۲۰۱۴؛ لاسکا و ومپولد، ۲۰۱۴؛ اسپرینکل، دیویس و لیو، ۲۰۰۹؛ ومپولد و همکاران، ۲۰۱۰؛ ومپولد و ایمل، ۲۰۱۵a رجوع کنید). آنها همیشه در یک منطق درمانی توافق‌شده خاص قرار دارند و تسهیل می‌شوند. درمان بدون تبیین کافی نیست. لاسکا و ومپولد (۲۰۱۴) به این نکته چنین اشاره می‌کنند: «یکی از جنبه‌های تمامی درمان‌ها این است که تبیینی برای اختلال به بیماران ارائه می‌شود و اقدامات درمانی هم‌سو با آن تبیین نیز وجود دارند» (ص. ۵۲۰). تبیین نظری خاص یا منطق به‌کار گرفته شده عمدتاً از بهترین تناسب بین دیدگاه‌های درمانجو و درمانگر حاصل می‌شود. توافق بر سر تکالیف و اهداف درمان به میزان زیادی با موفقیت درمان همبستگی دارد و با توافق بر سر منطق درمانی جهت تبیین ماهیت مشکل درمانجو و نشان دادن جهتی برای حل‌وفصل آن، تسهیل می‌شود. در حقیقت، این عناصر هم‌سو با آنچه هستند که س. ر. اسنایدر، مایکل و چونز (۱۹۹۹) آن را امید تعریف کردند. در واقع، ارائه یک منطق درمانی که از سوی هم درمانگر و هم درمانجو برای تبیین ماهیت مشکل پذیرفته می‌شود، جهتی را که باید به آن سمت رفت نشان می‌دهد و انگیزه درمانجو را برای اقدام در آن جهت برمی‌انگیزد. خواندگانی که با کارهای جروم فرانک آشنا هستند ممکن است پیشنهاد او مبنی بر اینکه «انگاره بهنجارسازی مجدد یا ایجاد/امید در درمانجویان پیامدی کلیدی در کل روان‌درمانی موفقیت‌آمیز است، به‌خاطر بیاورند. اگر امید، پیامدی کلیدی است، معقولانه است که منطق‌های درمانی هم‌اندازه سودمندی جهت به‌کارگیری از سوی درمانگران وجود داشته باشند. این امر به این خاطر است که یک ملاک برای موفقیت این است که آیا درمانجو منطق را امیدوارکننده، در مقابل درست، می‌داند یا نه. این کار به توضیح آنچه در منابع در مورد یکسانی رویکردها، یا اثر پرنده دودو، شاهد هستیم، کمک می‌کند. اینکه منطق درمان شناختی‌رفتاری، درمان بین‌فردی، درمان هیجان‌مدار یا سایر رویکردها بهتر عمل کند کمتر به «حقیقت» رویکرد و مفروضه‌های آن در مورد مکانیسم‌های تغییر وابسته است تا به تناسب منطق که توسط مشارکت‌کنندگان [درمانجویان و درمانگر] در درمان دآوری می‌شود. همان‌طور که اشاره کردیم، توافق بر سر اینکه اثربخش‌ترین درمان در انطباق درمان با ویژگی‌های بیمار/نعطاف‌پذیر است در حال افزایش است (بیوتلر و کلارکین، ۲۰۱۴؛ بیوتلر، هاروود، کیمپارا، وردیرام و بلائو، ۲۰۱۱؛ بیوتلر، هاروود، مایکلسون، سانگ و هولمن، ۲۰۱۱a، ۲۰۱۱b). این دعوت برای انعطاف‌پذیری و تناسب، با در نظر گرفتن اینکه عمده پژوهش‌های مبتنی بر شواهد تا همین اواخر در ایالات متحده در جوامع قفقازی عمدتاً همگن انجام شده‌اند، مرتبط‌تر به نظر می‌رسد. منابع زیادی وجود دارند که به کشمکش اشاعه درمان‌های دارای حمایت تجربی (ESTs) به جوامع گوناگون و سایر فرهنگ‌ها اشاره می‌کنند و

نتیجه‌گیری کلی آنها این است که تناسبِ ضعیفی وجود دارد (بنیش، کیتانا و ومپولد، ۲۰۱۱؛ هیویی، تیلی، جونز و اسمیت، ۲۰۱۴). همان‌طور که لاسکا و ومپولد نتیجه‌گیری کردند،

با توجه به حجم زیادی از شواهد که بر اهمیت عوامل درمانگر و بیمار بر پیامد تأکید می‌کنند (بالدوین و ایمل، ۲۰۱۳؛ بوهارت و وید، ۲۰۱۳؛ لمبرت، ۲۰۱۳) و تأکیدی که کارگروه ریاستی اقدام مبتنی بر شواهد APA (۲۰۰۶) بر این عوامل داشته است، نتیجه‌ای که می‌توان از رویکرد عوامل مشترک (CF) گرفت تأکید بیشتر بر روش‌های فردنگر و اقدام مبتنی بر شواهد فردی‌سازی شده است. (ص. ۵۲۲).

به همین ترتیب، نقش نظریه و منطق درمان در هدایت درمان در روان‌درمانی اثربخش مهم باقی ماند. یک منطق منسجم موجب شکل‌گیری اتحادهای کاری نیرومند می‌شود. توافق واضح بر سر اهداف و تکالیف درمان موجب می‌شود تا درمانجویان و درمانگران به اعمال سازنده در جهت حل موفقیت‌آمیز مسائل و افزایش کیفیت زندگی بپردازند. با توجه به این موضوع، درمانگران ممکن است نظریه خود را بر اساس آنچه راحت و جذاب می‌دانند و آنچه با جهان‌بینی آنها مطابقت دارد، برگزینند. با وجود این، بهتر است درمانگران طیفی از جایگزین‌های درمانی را بیاموزند تا با نیازهای درمانجویان، *انعطاف‌پذیر و انطباق‌پذیر شوند*. با پیروی از دیدگاه جروم فرانک (فرانک و فرانک، ۱۹۹۱) لزومی ندارد که نظریه انتخابی درمانگر به معنای دقیق علمی «درست» باشد. در عوض، باید هم برای درمانگر و هم درمانجویان منسجم و قابل‌باور باشد که منجر به پای‌بندی جدی هر دو به کوشش درمانی می‌شود. همه این توصیه‌ها، همراه با دیگر توصیه‌های برآمده از حیطه عوامل مشترک، از حمایت پژوهشی چشمگیر برخوردارند.

علاوه بر این، در بخش ویژه‌ای از شماره ژانویه ۲۰۱۴ مجله *سایکوتراپی*^۱، مجموعه‌ای از مقاله‌های دیدگاهی هم‌سو و ناهم‌سو^۲ در ارتباط با ادعاهای مرتبط با ماهیت درمان اثربخش منتشر شدند. این بار، مقاله پیشرو با عنوان «گسترش دریچه اقدام مبتنی بر شواهد در روان‌درمانی: یک دیدگاه عوامل مشترک»^۳ (لاسکا، گورمان و ومپولد، ۲۰۱۴) بود. این نوشته علیه ESTs نیست، آنچه نویسندگان تأکید داشتند، گنجانیدن ویژگی‌ها و تخصص درمانگر، متغیرهای درمانگر و ترجیح درمانجو در فرمول آنچه شکل‌دهنده روان‌درمانی اثربخش است، بود. برای این منظور، آنها آنچه رویکرد عوامل مشترک نامیدند را هم‌سو با تعریف اقدام مبتنی بر شواهد (EBP)، که پیش‌تر مورد بحث قرار گرفت، یافتند. رویکرد عوامل مشترک آنها بیان می‌کند که «(الف) اکثر درمانگران به پیامدهای قابل ستایش و مطلوبی دست می‌یابند، (ب) بهبود، حاصل مدیریت پیامدها است، (ج) هرگونه تغییری که نشان داده شود بر پیامد

1. Psychotherapy

2. points and counterpoint position papers

3. Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective