

روان‌درمانی در ایران: موانع و افق‌ها

Psychotherapy in Iran: Problems and Prospects

Nima Ghorbani*

Professor of psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran.
 nghorbani@ut.ac.ir

Fatemeh Rabiee

Ph.D. Candidate of psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran.

دکتر نیما قربانی (نویسنده مسئول)

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی
 دانشگاه تهران.

فاطمه ربیعی

نامزد دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی،
 دانشگاه تهران.

Abstract

Psychotherapy training is carried out through supervision. This training occurs in three ways of traditional, on-line, and videotaped, in the forms of theory-based, developmental, and integrative models. Universities and private institutes both provide psychotherapy training. The establishment of Iran Psychology Organization is a time that historically separate different movement of psychotherapy training and services. Competitions between psychologists and psychiatrists, as well as between psychologists from two different ministries back ground, lack of clear criteria and appropriate standards of the Iran Psychology Organization for quality and training evaluation of individual, learning psychotherapy just

چکیده

آموزش عملی روان‌درمانی از طریق سوپرویزن (نظارت) صورت می‌گیرد. این آموزش به سه شکل سنتی، زنده، و ویدئویی و در قالب مدل‌های نظریه-محور، تحولی، و انسجامی اعمال می‌شود. به طور معمول این آموزش هم در دانشگاه‌ها و هم در مراکز خصوصی ارائه می‌گردد. در ایران به لحاظ تاریخی می‌توان خدمات و آموزش روان‌درمانی را پیش و پس از تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و آرسی نمود. رقابت‌های صنفی بین روان‌شناسان و روان‌پزشکان و همچنین میان روان‌شناسان وزارت علوم و بهداشت، فقدان ضوابط روشن و استانداردهای مناسب سازمان نظام روان‌شناسی جهت ارزیابی کیفیت آموزش و صلاحیت افراد، محدودیت‌های

through book reading, limitation of psychotherapy training in universities, and non-systematic psychotherapy training in the private centers all are some of the problems that Iran psychotherapy is facing. Considering the standards, not the place of psychotherapy training, establishing independent and non-profit organizations for the accreditation of psychotherapy training, and the development of private centers affiliated with international psychotherapy training institutions can be potential solution to promote the quality and development of psychotherapy in Iran.

آموزشی دانشگاه‌ها، یادگیری عملی روان‌درمانی از طریق صرفاً کتابخوانی، و آموزش‌های غیر نظام‌دار در مراکز خصوصی از معضلات آموزش روان‌درمانی فعلی در ایران است. طرح پرسش مناسب درباره ضوابط و نه مکان آموزش روان‌درمانی، تعیین سازمان‌های غیر دانشگاهی جهت اعتبارسنجی آموزش روان‌درمانی، و گسترش مراکز خصوصی وابسته به نهادهای بین‌المللی آموزشی مواردی‌اند که به ارتقای کیفیت و رشد علم و فن روان‌درمانی در ایران کمک می‌کنند.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی، سوپرویزن، ایران

Kew Words: Psychotherapy, Supervision, Iran

دریافت: بهمن ۹۶، پذیرش بهمن ۹۶

روان‌درمانی به کارگیری آگاهانه و هدفمند روش‌های بالینی بر مبنای اصول روان‌شناختی مدون، با هدف کمک به افراد برای اصلاح رفتارها، شناخت‌ها، هیجان‌ها، و سایر ویژگی‌های فردی در جهت مطلوب آنهاست (نورکراس، ۱۹۹۰، ص ۲۱۸).

روان‌درمانی نظام‌دار با روانکاوی و فروید^۱ آغاز شد. پس از او افرادی همچون آلفرد آدلر^۲ و کارل یونگ^۳ آن را گسترش دادند. در نهایت انحصارگرایی، جزم‌اندیشی، مقرون به صرفه نبودن، و اثربخشی محدود روانکاوی سنتی، روان‌شناسی علمی را بر آن داشت تا در جهت ایجاد و توسعه روش‌های کارآمدتر تجربه‌ای و شناختی- رفتاری حرکت کند.

¹ Sigmund Freud

² Alfred Adler

³ Carl Jung

در سال ۱۹۲۰ رفتارگرایی^۱ پارادایم غالب شد و این استیلا تا دهه ۵۰ تداوم یافت. جوزف ولپی^۲، هانس آیزنک^۳، و بی اف اسکینر^۴ افراد مهم و اثرگذار این رویکرد بودند. از آنجا که رفتارگرایی فعالیت‌های درون‌روانی را نادیده می‌گرفت، پیشرفت روان‌درمانی در این برهه به کندی گرایید (الساندری، هیدن، و دنبار- ولتر، ۱۹۹۵). در دهه ۵۰ دو جریان عمده و مستقل از یکدیگر در پاسخ به رفتارگرایی سر بر آوردند: انسان‌گرایی^۵ و شناخت‌گرایی^۶. جنبش انسان‌گرایی از نظریه‌های وجودی رولو می^۷ و نیز رویکرد شخص‌محوری^۸ کارل راجرز^۹ سرچشمه گرفت. این جنبش بر ایجاد تغییرات فراگیر در بستر رابطه درمانی حمایتگر، اصیل، و همدلانه تأکید دارد. آلبرت ایس نیز در این دهه اولین صورت‌بندی درمان شناختی-رفتاری یعنی درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری^{۱۰} را ارائه کرد و چند سال بعد آرون تی بک^{۱۱} شناخت درمانی را بنیان نهاد. هدف هر دوی این رویکردها تغییر در باورهای فرد است. رویکردهای رفتاری و شناختی در دهه ۱۹۷۰ با یکدیگر ترکیب شدند و رویکرد شناختی-رفتاری^{۱۲} متولد شد (ریسمن، ۱۹۹۱). تأکید این رویکرد بر تخفیف علائم، تجربه مشارکتی، و اصلاح رفتار و باورهای بنیادینست که امروزه نسل سوم آن در قالب رویکردهایی همچون پذیرش و تعهد درمانی^{۱۳}، رفتار درمانی دیالکتیکی^{۱۴}، درمان

1 Behaviorism

2 Joseph Wolpe

3 Hans Eysenck

4 B.F. Skinner

5 Humanistic

6 Cognitivism

7 Rollo May

8 Person-Centered

9 Carl Rogers

10 Rational- Emotive- Behavior Therapy

11 Aaron T. Beck

12 Cognitive Behavior Therapy

13 Acceptance and Commitment Therapy

14 Dialectical Behavior Therapy

تحلیلی کارکردی^۱، و شناخت‌درمانی مبتنی بر بهوشیاری^۲ ظهور یافته است (هیز، ۲۰۱۶).

انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۹۳ فهرستی از درمان‌های روان‌شناختی مورد تأیید برای اختلالات روان‌شناختی منتشر و در سال‌های بعد آن را بازبینی کرد. نخست درمان‌های شناختی-رفتاری در مقایسه با سایر رویکردهای روان‌درمانی حمایت پژوهشی یافتند (چمپلس و هلن، ۱۹۹۸؛ چمپلس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنان منازعات جدی درباره برتری رویکردها در جریان است (ومپلد، اندیک، و کینگ، ۲۰۰۶) و برخی مطالعات تجربی حاکی از تأثیرگذاری یکسان رویکردهای درمانی اصلی (لیشنرینگ و لیبینگ، ۲۰۰۳) و نیز نقش مهم درمانگر و پیمان درمانی^۳ به عنوان عامل اثرگذار مشترک در متفیع شدن بیمار از درمان است (ریسنر، ۲۰۰۵).^۴ در نهایت فراتحلیل‌ها بر اثربخشی و کارآمدی درمان‌های روان‌پوشی نیز صحه گذاشتند (شدلر، ۲۰۱۰). در مجموع یافته‌های پژوهشی بهره‌گیری از روان‌درمانی به عنوان روش مؤثر در درمان اختلالات روان‌شناختی را تأیید کردند (براناول و کلی، ۲۰۱۲).

در این مقاله ابتدا نگاهی به سیستم‌های متداول آموزش روان‌درمانی در دنیا می‌اندازیم و سپس سیستم‌های آموزش روان‌درمانی در ایران را می‌کاویم. در نهایت به بررسی موانع و افق‌های پیش روی روان‌درمانی در ایران می‌پردازیم.

آموزش عملی روان‌درمانی

آموزش عملی روان‌درمانی در قالب سوپرویزن^۵ یا نظارت عملی بر روان‌درمانی درمانگر مبتدی صورت می‌گیرد. در این فرایند درمانگری که از دانش و مهارت کافی

^۱ Functional Analytic Psychotherapy

^۲ Mindfulness Based Cognitive Therapy

^۳ Therapeutic Alliance

^۴ برای کسب اطلاعات تفصیلی درباره تاریخچه روان‌درمانی به Norcross, VandenBos, &

Freedheim, 2011 مراجعه نمایید.

^۵ Supervision

برخوردار نیست، از طریق مشاهده، دستیاری، و دریافت فیدبک از یک سوپروایزر متخصص در آن حوزه، روان‌درمانگری مؤثر را می‌آموزد. سوپرویزن بالینی تبادل‌ی پیچیده میان سوپروایزر^۱ و دریافت‌کننده سوپرویزن یا سوپروایزی^۲ است که نظریه‌ها و مدل‌های متعددی برای آن وجود دارد. یک درمانگر خوب لزوماً یک سوپروایزر خوب نیست و این دو مستلزم مهارت‌های متمایزی‌اند (اسمیت، ۲۰۰۹). دانش و مهارت بالینی به سادگی قابل انتقال نیست (فلندر و شفرنسک، ۲۰۰۸) و درمانگران متخصص برای ارائه سوپرویزن نیازمند آموزش‌های ویژه هستند (واتکینز، ۱۹۹۸).

به سه مدل سوپرویزن اشاره شده است: سوپرویزن مبتنی بر رویکردهای روان-درمانی^۳، سوپرویزن تحولی^۴، و سوپرویزن انسجامی^۵ (اسمیت، ۲۰۰۹). در مدل مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی، چارچوب نظری و فنون نظریه درمانی خاصی پیگیری می‌شود. در این مدل، جهت‌گیری نظری تعیین‌کننده مشاهده و انتخاب داده‌های بالینی برای بررسی در جلسه سوپرویزن و نیز تعیین‌کننده معنا و ارتباط آن داده‌هاست (فلندر و شفرنسک، ۲۰۰۸). مدل روان‌پوشی، مدل شناختی-رفتاری، و مدل شخص‌محور همگی مصادیقی از مدل‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی‌اند.

مدل روان‌پوشی بر اساس جهت‌گیری نظری خود (برای مثال با تأکید بر مکانیسم-های دفاعی، انتقال، انتقال متقابل، و غیره) بر داده‌های بالینی متمرکز می‌شود. جلسات سوپرویزن در این مدل ممکن است بیمار محور^۶، سوپروایزی محور^۷، و یا شبکه محور^۸ باشد. مدل بیمار محور با فروید آغاز شد و همان‌گونه که از نام آن پیداست، جلسه سوپرویزن بر بیمار و مسائل وی متمرکز است. در این مدل نقش سوپروایزر

¹ Supervisor

² Supervisee

³ Psychotherapy-Based Supervision Models

⁴ Developmental Model of Supervision

⁵ Integrative Model of Supervision

⁶ Patient- Centered

⁷ Supervisee- Centered

⁸ Supervisory- Matrix-Centered

آموزشی و رهنمودی^۱ است و از آنجا که تمرکز بر بیمار است و نه بر سوپروایزی یا فرایند سوپروویژن، تعارض اندکی بین سوپروایزر و سوپروایزی رخ می‌دهد. این فقدان تعارض یا فشار در جلسه سوپروویژن اغلب اضطراب سوپروایزی را بیدار نمی‌کند و یادگیری را تسهیل می‌نماید. مدل سوپروایزی محور در دهه ۱۹۵۰ رایج شد و بر محتوا و فرایند تجربه سوپروایزی به عنوان درمانگر متمرکز است. از آنجا که در این مدل به مقاومت، اضطراب، و مشکلات یادگیری سوپروایزی پرداخته می‌شود، جلسات سوپروویژن بیشتر تجربه‌ای است و نه رهنمودی. این مدل رشد سوپروایزی را در پرتو ارتقای خودآگاهی وی تسهیل می‌کند. در عین حال این مزیت می‌تواند محدودیت نیز باشد زیرا زیر ذره‌بین بودن، سوپروایزی را مستعد تجربه اضطراب بیشتر می‌کند. مدل شبکه‌محور نه تنها به بیمار و سوپروایزی بلکه به رابطه سوپروایزر و سوپروایزی نیز توجه می‌کند. فرایند سوپروویژن در این مدل رابطه‌ای است (فرالی، آدی، و سرنت، ۲۰۰۱).

همانند سایر مدل‌های روان‌درمانی محور، رسالت سوپروایزر شناختی- رفتاری نظارت بر کاربرد فنون بر اساس اصول نظری این رویکرد است. همچنین در جلسه سوپروویژن رفتارها و شناخت‌های قابل مشاهده درمانگر مبتدی به ویژه در باره هویت حرفه‌ای خود و نیز واکنش‌هایش نسبت به بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرند (هاینس، گری، و مولتن، ۲۰۰۳).

در مدل شخص‌محور فرض بر این است که بیمار ظرفیت برطرف کردن مشکلات زندگی خود را بدون تفسیر و هدایت مشاور دارد. سوپروایزی نیز منابع لازم برای تبدیل شدن به مشاور باکفایت را داراست. نقش سوپروایزر در این مدل، ایجاد فضایی است که در آن درمانگر مبتدی بتواند تجاربش را بگشاید و به طور کامل با مراجعش درآمیخته شود (لمبرز، ۲۰۰۰). نگرش‌ها و ویژگی‌های فردی درمانگر و

¹ Didactic

کیفیت رابطه درمانگر- بیمار تعیین‌کننده‌های اصلی پیامدهای درمانی است (هاینس، گری، و مولتن، ۲۰۰۳).

مدل‌های تحولی در سوپرویزن، مراحل پیشرونده‌ای را برای تحول سوپروایزی از مبتدی^۱ تا متخصص^۲ تعریف می‌کنند. هر مرحله شامل ویژگی‌ها و مهارت‌های متمایزی است. برای مثال انتظار می‌رود در مرحله مبتدی مهارت‌های محدود و کمبود اعتماد به نفس برای درمانگری، در مرحله میانی مهارت‌ها و اعتماد به نفس بیشتر و احساسات متعارض نسبت به وابستگی / استقلال ادراک‌شده سوپروایزی به سوپروایزر، و در مرحله پایانی مهارت‌های کافی حل مسأله و مواجهه عمیق با درمانگری و فرایند سوپرویزن مشاهده شود. سوپروایزر باید به دقت مرحله فعلی را شناسایی کند و با ارائه فیدبک و حمایت متناسب با آن سطح تحولی، پیشرفت سوپروایزی را به مرحله بعدی تسهیل نماید (هاینس، گری، و مولتن، ۲۰۰۳). مدل‌های تحولی در واقع نوعی نگرش به فرایند سوپرویزن است و می‌تواند در هر الگوی نظری‌ای در روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

مدل‌های انسجامی بر بیش از یک چهارچوب نظری یا فنی متکی‌اند. به طور کلی دو نوع ادغام قابل تصور است: التقاط‌گرایی فنی^۳ و انسجام نظری^۴. التقاط‌گرایی فنی بر تفاوت‌ها تأکید دارد و مجموعه‌ای از فنون را از میان رویکردهای متعدد برمی‌گزیند اما این لزوماً به معنای توافق با زیربنای نظری آنها نیست. در مقابل، انسجام نظری به ابداع نظری یا مفهومی‌ای ورای ترکیب صرف فنون اشاره دارد. هدف از انسجام نظری تولید یک چهارچوب مفهومی جدید است که مزایای دو یا چند رویکرد نظری را با هم داشته و غنی‌تر و فراتر از یک نظریه باشد (هاینس، گری، و مولتن، ۲۰۰۳). دغدغه انسجام همیشه ذهن درمان‌گران را به خود مشغول داشته است و همواره با خطر فقدان

¹ Novice

² Expert

³ Technical Eclecticism

⁴ Theoretical Integration

انسجام و اغتشاش نظری مواجه است. از آنجا که نظریه‌ها و روش‌های متعددی وجود دارد، بی‌شمار ترکیب نظری یا فنی ممکن خواهد بود. اما بی‌تردید چنین رویکردی اگر به انسجام منتهی شود، خود از تولد یک نظریه و روش در روان‌درمانی حکایت می‌کند. صرف نظر از مدل سوپرویزن، فرایند سوپرویزن نیز به سه شکل صورت می‌گیرد: در شکل سنتی، سوپروایزی گزارش کار با بیمار را به سوپروایزر می‌دهد و سوپروایزر بر اساس این اطلاعات، وی را راهنمایی می‌کند. در حالت دوم، سوپرویزن به صورت زنده^۱ ارائه می‌شود. در این مدل، همزمان که سوپروایزی در حال کار با بیمار است، سوپروایزر از طریق گوشی درمانگر را راهنمایی می‌کند که چگونه جلسه را هدایت و مدیریت کند. مدل سوم که در رویکرد روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت^۲ مورد استفاده قرار می‌گیرد، فیلم جلسه درمانی توسط سوپروایزر و سوپروایزی در یک گروه از سوپروایزری هابرسی می‌شود. تسلط بر فنون، شناخت و خنثی کردن دفاع‌های منس سوپروایزری که مخل درمانگری اوست، و نظارت بر پویایی‌های گروهی حاکم بر جلسه سوپرویزن در جهت تسهیل یادگیری سوپروایزی‌ها محور این شکل از آموزش عملی روان‌درمانی است.

اخیراً دوانلو در یک برنامه با نام حلقه بسته^۳، یک مدل توانایی‌محور را در گروهی ترتیب داده است که در آن هر فرد هم بیمار و هم درمانگر می‌شود. به عبارت دیگر در این گروه افرادی که در حال یادگیری عملی درمانگری هستند، به درمان یکدیگر با نظارت دوانلو مبادرت می‌ورزند. از آنجایی که این روش با انتقادهای و مشکلات بسیاری روبرو شده است (فردریکسون، ۲۰۱۶)، قضاوت در مورد آن زود است و نمی‌توان آن را به عنوان یک روش پذیرفته شده برای سوپرویزن در نظر گرفت.

¹ Online

² Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

³ Closed Circuit Training

آموزش عملی روان‌درمانی در سیستم‌های دانشگاهی و مراکز خصوصی جهان

آموزش روان‌درمانی در دانشگاه‌های آمریکا همچون برکلی^۱، کالیفرنیا^۲، و کلمبیا^۳ عموماً در قالب دوره یک‌ساله تمام‌وقتِ انترنی و دوره حداقل دو ساله پاره‌وقتِ کار بالینی تحت نظر سوپروایزر صورت می‌گیرد. رویکرد غالب دانشگاه‌ها شناختی-رفتاری است، اما دانشگاه‌های مشهوری همچون کلمبیا نیز هستند که رویکردشان روان‌پویشی است. برنامه آموزشی این دانشگاه‌ها نیز اغلب مبتنی بر مدل محقق-بالینگر^۴ و نه بالینگر صِرف است. آموزش روان‌درمانی در دانشگاه‌های اروپا مانند کالج دانشگاهی لندن^۵ طی سال دوم صورت می‌گیرد و مستلزم حضور دانشجویان در مرکز خدمات بهداشت دانشگاه برای سه روز در هفته و انجام کار بالینی تحت سوپرویزن بالینگران متخصص است.

آموزش فنون روان‌درمانی در دنیا محدود به محیط‌های دانشگاهی نیست و در واقع بیشتر در انجمن‌ها و مؤسسات خصوصی ارائه می‌شود. این مؤسسات بین-المللی اغلب تحت نظر پیشگامان یک نظریه و فن هدایت می‌شوند و تسلط به یک روش درمانی خاص را برای افرادی با تحصیلات دانشگاهی در رشته‌های مرتبط امکان‌پذیر می‌سازند.

از جمله این مؤسسات، مؤسسه شناختی-رفتاری بک^۶ است که به برگزاری دوره-های آموزش درمان شناختی-رفتاری در قالب کارگاه می‌پردازد. افراد پس از گذراندن این دوره‌ها می‌توانند در برنامه سوپرویزن یا مشاوره این مؤسسه شرکت کنند. دوره سوپرویزن طی ده هفته و هر هفته یک جلسه چهل و پنج دقیقه‌ای ارائه می‌شود. سوپروایزرها تحت نظر آرون بک یا جودیت بک آموزش دیده‌اند. سوپرویزن از طریق

1 University of Berkeley in California

2 University of California in Los Angeles

3 Columbia University

4 Scientist- Practitioner

5 University College London (UCL)

6 Beck Institute for Cognitive-Behavioral Therapy

تلفن یا ویدئو کنفرانس و با هدف چگونگی به کاربردن فنون شناختی-رفتاری برای بیمار مورد نظر انجام می‌شود. سوپروایزر پیش از جلسه تلفنی یا ویدئو کنفرانسی جلسه درمانی ضبط شده را مشاهده می‌کند و طی جلسه به سوپروایزی فیدبک می‌دهد (مؤسسه شناختی-رفتاری بک، ۲۰۱۸).

مورد دیگر، برنامه‌های آموزش روان‌درمانی در انجمن بین‌المللی درمان پویشی تجربه‌ای^۱ است که مبتنی بر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت صورت می‌گیرد. از آنجا که این رویکرد یک رویکرد تجربه‌ای و متمرکز بر رابطه اینجا و اکنون میان بیمار و درمانگر است، آموزش درمانگران تنها محدود به آموزش‌های نظری اصول و فنون نمی‌شود و در دوره‌های سوپروایژن، رابطه درمانگر-بیمار از طریق مشاهده فیلم جلسات درمانی سوپروایزی بررسی می‌شود و موانع فنی و شخصی درمانگر با بررسی رابطه درمانگر و بیمار، درمانگر و سوپروایزر، و درمانگرو سایر سوپروایزری‌ها (مدل شبکه‌ای محور) مورد واریسی و بازسازی قرار می‌گیرد. این انجمن مجموعه‌ای از ملاک‌ها را برای آموزش انواع مختلف درمان‌های پویشی-تجربه‌ای در قالب یک دوره سه‌ساله تعریف کرده است. این آموزش‌ها که مبتنی بر سنت دوانلو است، بر پایه تحلیل و مرور ویدئوی جلسات درمانی درمانگر در دوازده دوره فشرده سوپروایژن و سی و شش دوره جلسات گروهی با هم‌گروهی‌ها صورت می‌گیرد (انجمن بین‌المللی درمان پویشی تجربه‌ای، ۲۰۱۶).

روان‌درمانی در ایران: پیش از تأسیس سازمان نظام روان‌شناسی

پیش از تأسیس سازمان نظام روان‌شناسی، روان‌شناسان شاغل در وزارت بهداشت سال‌های طولانی برای دریافت مجوز کار مستقل در تکاپو بودند. اما تلاش‌های آنها راه به جایی نبرد و وزارت بهداشت بر نظارت طبیب بر کار روان‌شناس اصرار ورزید. اگرچه در این میان سازمان نظام پزشکی برای چهره‌های شاخص روان‌شناسی در ایران

^۱ International Experiential Dynamic Therapy Association (IEDTA)

محدودیتی قائل نبود، اما این آزادی کار مستقل ماهیتی رسمی و قانونی نداشت. برای مثال، برخی روان‌شناسان مشهور در آزمایشگاه تشخیص طبی به طور مستقل روان‌درمانی می‌کردند و برخی دیگر در کنار و تحت نظارت یک روان‌پزشک. معدودی از روان‌پزشکان نیز پیش از شکل‌گیری سازمان نظام به روان‌درمانی می‌پرداختند. در این دوران اگرچه سازمانی به طور اختصاصی متولی روان‌درمانی نبود، اما این روش درمانی در جامعه به شکل محدود اما زنده و پویا در جریان بود.

روان‌درمانی در ایران: پس از تأسیس سازمان نظام روان شناسی

قانون تشکیل سازمان نظام روان شناسی و مشاوره در جلسه علنی ۲۷ فروردین ۱۳۸۲ در مجلس تصویب و در تاریخ ۹ اردیبهشت ۱۳۸۲ به تأیید شورای نگهبان رسید. پیش از تأسیس سازمان نظام، هیچ مرجعی عهده‌دار تأیید صلاحیت روان‌شناسان برای کار بالینی (روان‌درمانی) نبود. وزارت بهداشت ادعای زعامت در زمینه سلامت جسم و روان را داشت، اما به این حوزه ورود نکرده بود. تأسیس سازمان نظام روان‌شناسی گام مهمی در شکل‌گیری هویت حرفه‌ای مستقل روان‌شناسان بود و زمینه گسترش خدمات روان‌درمانی را فراهم کرد.

افزون بر دانشجویان و فارغ‌التحصیلان روان شناسی در وزارت علوم، دانشجویان و فارغ‌التحصیلان روان شناسی در وزارت بهداشت نیز با توجه به دسترسی به بیمارستان‌ها و تجربه مشاهده بیماران بستری به کار روان‌درمانی می‌پرداختند. فقدان برنامه مدون آموزشی و دوره‌های سوپرویزن در سیستم آموزشی رسمی دانشگاهی، به تدریج نا کارآمدی روان‌درمانگران را آشکار نمود. متقاضیان کار بالینی برای پر کردن این خلأ آموزشی و کسب صلاحیت درمانگری به موسسات آموزشی آزاد^۱ مراجعه کردند که دوره‌های تربیت روان‌درمانگر را برگزار می‌کردند.

^۱ اطلاعاتی که از مراکز خصوصی ارائه شده مستقیماً از خود این مراکز به دست آمده است، اما احتمال وجود خطا نیز ناممکن نیست.

یکی از مراکز آموزش آزاد، مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی سگال است. این مرکز در ۵ حوزه درمان، ارزیابی روان‌شناختی، آموزش‌های تخصصی و عمومی، پژوهش، و تألیف و ترجمه فعالیت می‌کند. رویکرد غالب در فعالیت‌های این مرکز رویکرد شناختی- رفتاری است. آموزش تخصصی این رویکرد برای روان‌درمانگری در قالب کارگاه‌های «درمان شناختی- رفتاری اختلالات هیجانی» و «زوج‌درمانی شناختی- رفتاری» صورت می‌گیرد که هر یک به ترتیب در ۱۶ جلسه ۶ ساعته و ۹ جلسه ۶ ساعته برگزار می‌شود. پس از برگزاری این کارگاه‌های نظری- عملی و موفقیت در گذراندن امتحان پایان دوره، شرکت‌کنندگان مجاز به شروع کار درمانی مستقل در زمینه درمان شناختی رفتاری هستند. این مرکز دوره‌های سوپرویزن ارائه نمی‌کند.

مرکز بین‌المللی آموزش‌های تئوری انتخاب ایران به آموزش تئوری انتخاب و کاربردهای آن در مشاوره می‌پردازد. رویکرد این مؤسسه همان‌گونه که از نام آن نیز پیداست، واقعیت‌درمانی بر اساس تئوری انتخاب است. آموزش این رویکرد درمانی به درمانگران طی پنج دوره صورت می‌گیرد: دو دوره نظری مقدماتی و پیشرفته که هر کدام در ۳ جلسه ۸ ساعته برگزار می‌شود و نیز دو دوره عملی مقدماتی و پیشرفته که هر یک در ۴ جلسه ۶ ساعته تشکیل می‌شود. پس از گذراندن این دوره‌ها، دوره گواهینامه طی ۳ جلسه ۸ ساعته برگزار می‌شود. افرادی که موفق به دریافت گواهینامه شوند، صلاحیت آنها برای انجام کار بالینی مستقل در این رویکرد مورد تأیید مؤسسه است. فرایند دریافت سوپرویزن در این مؤسسه فرایندی اختیاری است که طی آن درمانگر متقاضی می‌تواند بخشی از فیلم جلسه درمانی خود را نشان دهد یا سوالات و ابهاماتش را با سوپروایزر در میان بگذارد.

مؤسسه آموزش عالی مدت با هدف آموزش مهارت‌ها و ارتقای دانش حرفه‌ای روان‌شناسان، مشاوران، و متخصصان حوزه سلامت روان و نیز بهبود سلامت روان افراد جامعه و ارتقای بهزیستی عمومی تأسیس شده است. این مؤسسه تنها مؤسسه مجاز آموزش دوره‌های عالی کوتاه‌مدت روان‌شناسی کاربردی است که مدرک مورد

تأیید وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری اعطا می‌نماید. خدمات این مؤسسه در قالب برگزاری کارگاه‌های آموزشی در سه سطح متخصصان، عموم مردم، و سازمان‌ها و نهادها ارائه می‌شود. کارگاه‌های آموزشی تخصصی در این مرکز شامل طیف وسیعی از رویکردهاست: درمان شناختی- رفتاری، پذیرش و تعهد درمانی، طرحواره‌درمانی، درمان رفتاری سیستمی تحلیلی، تحلیل رفتار کاربردی، واقعیت‌درمانی، و خانواده-درمانی سیستمی. در این مرکز دوره‌های سوپرویزن تعریف نشده است.

مؤسسه *افقی‌های نوین تحول* به تربیت درمانگر و درمان با رویکرد روان پویشی کوتاه‌مدت عینی^۱ (STOP) می‌پردازد. کسب صلاحیت درمانگری در این رویکرد مستلزم گذراندن دوره‌های نظری، شرکت در جلسات مشاهده، و در نهایت سوپرویزن زنده است. اما این روال همواره بدین شکل صورت نمی‌گیرد و ممکن است شرکت در جلسات مشاهده مقدم بر دوره‌های نظری صورت گیرد.

مرکز بپیش‌نو به تربیت درمانگر با رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزش نظری و دوره‌های آموزش عملی (سوپرویزن) می‌پردازد. افراد پس از گذراندن دوره‌های نظری برای کسب صلاحیت درمانگری در این رویکرد موظف به گذراندن دوازده دوره فشرده سوپرویزن طی سه سال هستند. در فرایند سوپرویزن که به شکل گروهی و هر دوره طی سه روز تشکیل می‌شود، هر شرکت‌کننده به نوبت فیلم یک جلسه درمانی خود را پخش می‌کند و کار درمانی‌اش سوپروایز می‌شود. در این مرکز آموزش روان‌درمانی با نظارت و مدرک رسمی انجمن بین‌المللی درمان‌های پویشی- تجربه‌ای صورت می‌گیرد.

موانع آموزش حرفه‌ای روان‌درمانی

شناخت موانع حاکم بر آموزش روان‌درمانی در ایران مستلزم نقد وضعیت موجود در آموزش روان‌درمانی است. این نقد در سه حوزه مراکز خصوصی، سازمان نظام، و

اقدامات وزارت بهداشت قابل طرح است. در حال حاضر آموزش روان‌درمانی بیشتر توسط مراکز خصوصی صورت می‌گیرد. برگزاری کارگاه‌های آموزشی عمده‌ترین فعالیت نظام‌دار این مراکز آزاد روان‌شناسی در معرفی و آموزش رویکردهای مختلف روان‌درمانی است. افت شدید استانداردهای آموزشی در دانشگاه‌ها- عمدتاً به دلیل محدودیت‌های مالی و یا بوروکراتیک- به گسترش مؤسسات خصوصی و برگزاری کارگاه‌های متعدد دامن زده است. صرف نظر از صلاحیت یا عدم صلاحیت مدرسین این کارگاه‌ها برای آموزش روان‌درمانی، دو نکته شایان توجه است: نخست، شرکت در کارگاه‌ها صرفاً زمینه‌ساز آشنایی مقدماتی با یک روش درمانی و نه یادگیری عملی آن است. اما آنچه عملاً در سطح جامعه رخ می‌دهد، ادعای تخصص در یک روش درمانی با صرف شرکت کردن در یک یا چند کارگاه است. دوم، اغلب این دوره‌ها تنها یک کلاس درس‌اند و واجد استانداردهای کارگاهی نیستند. واژه کارگاه در سال‌های اخیر به اشتباه به هر کلاس خارج از برنامه دانشگاهی اطلاق می‌گردد.

سنت دیگری که در سال‌های اخیر در میان روان‌شناسان و دانشجویان علاقمند به روان‌شناسی رایج شده است، مطالعه و واکاوی متون اصیل روانکاوی همچون آثار فروید است. چنین تلاش‌هایی حاکی از جدیت و اصالت‌انگیزه روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای فهم متون اصیل روان‌شناختی است، اما فهم این متون و تسلط بر آنها اثر مستقیمی بر مهارت روان‌درمانی ندارد. تصور روانکاو شدن با فهم صرف متون فروید پندار باطلی است. برای مثال، *مطالعات روانکاوی* یک رشته تحصیلی در دانشگاه لندن^۱ است اما دریافت مدرک کارشناسی ارشد این رشته از فارغ‌التحصیلان آن روانکاو نمی‌سازد.

از سوی دیگر، اگر نگاهی به نحوه عمل سازمان نظام بیندازیم، نامشخص بودن سازوکار دریافت مجوز کار روان‌درمانی از دیگر موانع روان‌درمانی در ایران است. سازمان نظام روان‌شناسی متشکل از هجده کمیسیون است و بدیهی است که اعطای

¹ Birkbeck, University of London

مجوز کار روان‌درمانی باید صرفاً از مجرای کمیسیون بالینی صورت گیرد، اما در عمل کمیسیون‌های تربیتی، عمومی، و یا استثنایی نیز مجوز کار درمانی صادر می‌کنند. افزون بر این، سیاست سازمان نظام در تأیید صلاحیت مراکز خصوصی برای آموزش روان‌درمانی و نیز تأیید صلاحیت متقاضیان کار روان‌درمانی از طریق کارورزی مبهم است. اگر دانشجویی سودای روان‌درمانگر حرفه‌ای شدن را داشته باشد، مسیر او برای تحقق این هدف روشن نیست. همه این معضلات در کنار صدور بی‌رویه مجوز روان‌درمانی، نامشخص بودن ریاست سازمان برای قریب به یک‌سال، و حواشی دیگر؛ آینده آموزش و ارائه خدمات حرفه‌ای روان‌درمانی و در کل روان‌شناسی را با ابهام مواجه کرده است. اگرچه حرفه روان‌شناسی با توجه به جایگاه روان‌شناسی و روان‌شناسان در جامعه در نهایت به حرکت و رشد خود ادامه می‌دهد، اما زمان و نحوه آن نیاز به مدیریت و جهت یابی دارد.

معضلات یاده شده به همراه خیل عظیمی از فارغ‌التحصیلان روان‌شناسی، روان‌پزشکان و وزارت بهداشت را برای نجات خدمات روان‌درمانی و تثبیت حرفه روان‌پزشکی در ارائه درمان‌های روان‌شناختی و غیر دارویی به تکاپو انداخته است. این تلاش‌ها در قالب سه حرکت متجلی شده است: نخست، وزارت بهداشت امکان راه‌اندازی دوره یک‌ساله روان‌درمانی را برای روان‌پزشکان تصویب کرد. دوره فلوشیپ روان‌درمانی از مهرماه ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (بیمارستان روزبه) راه‌اندازی شد. از مهرماه سال ۱۳۹۵ نیز فلوشیپ روان‌درمانی در گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و با همکاری انستیتو روانپزشکی تهران راه‌اندازی شد.

پیش از راه‌اندازی دوره‌های مدون آموزش روان‌درمانی به روان‌پزشکان، آموزش و کاربرد روان‌درمانی معمولاً به شکل پراکنده و سلیقه‌ای برای روانپزشکان صورت می‌گرفت. در دوره‌های فلوشیپ روان‌درمانی تلاش بر این است که تمام رویکردهایی که

از لحاظ تجربی تأیید شده‌اند، به روان‌پزشکان آموزش داده شود، اما رویکردهای تحلیلی، شناختی- رفتاری، زوج‌درمانی، و گروه‌درمانی رویکردهای غالب‌اند.

دومین اقدام، تأسیس انجمن روان‌درمانی ایران است که تمام اعضای هیئت مؤسس آن روان‌پزشک‌اند. این تلاش‌ها در جهت محدود نشدن خدمات روان‌پزشکی به مدیریت دارویی اختلالات و حفظ جایگاه روان‌پزشکی برای ارائه خدمات روان-درمانی صورت گرفته است. این حرکت با رشد فراگیر خدمات روان‌درمانی توسط روان‌شناسان و همچنین انتقادهای یاد شده به ضوابط نه چندان روشن، و استاندارد پایین خدمات ارائه شده روان‌شناسان نیز ارتباط دارد. چنین اقداماتی در عین حال که به رشد دانش و فن روان‌درمانی در جامعه کمک می‌کند، اما انحصارگرایی صنفی- در اثر احساس خطر- در نهایت به انحراف و تحلیل نیروها در جهت حفظ یا گسترش مرزهای صنفی میان روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌انجامد. در نتیجه، توان و تلاشی که باید صرف گسترش مرزهای علم و حرفه روان‌درمانی شود، ممکن است در راه حفظ و گسترش مرزهای صنفی و حرفه‌ای به هدر می‌رود.

سومین اقدام نیز که بی‌ارتباط با تلاش‌های یاد شده روان‌پزشکان نبود، تلاش برای انتقال برخی از گرایش‌های روان‌شناسی به وزارت بهداشت بود. نتیجه این کشمکش شکاف و اختلاف نظر میان روان‌شناسان شاغل در دانشگاه‌های وزارت بهداشت و وزارت علوم است. این کشمکش نیز حاصلی برای تحقق روش‌های نظام‌دار در آموزش روان‌درمانی ندارد و نیروها را صرف مرزبندی‌های صنفی در داخل اردوی روان‌شناسان می‌کند.

افق‌های آموزش حرفه‌ای روان‌درمانی

با توجه به آنچه تاکنون به عنوان مشکلات توصیف شد، موارد زیر قابل پیشنهاد است: نخست، طرح این سؤال که متولی رشته‌های روان‌شناسی وزارت علوم باشد یا وزارت بهداشت از اساس بی‌ربط است. مسأله اصلی این نیست که آموزش روان-

درمانی در چه دانشگاهی ارائه می‌شود، بلکه ضوابط و استانداردهای لازم برای این آموزش و حرفه حائز اهمیت است. اگر این ضوابط روشن باشد، محل ارائه این رشته دیگر اصل مسأله نخواهد بود. هر دانشگاهی صرف نظر از وزارت‌خانه متبوعش باید مجاز به راه‌اندازی هر رشته‌ای باشد، مشروط بر اینکه ضوابط آن را رعایت نماید.

دوم، چه نهادی می‌تواند و باید این ضوابط را تعریف کند؟ معمولاً سازمان‌های غیر دانشگاهی ضوابط و صلاحیت یک دانشگاه در یک رشته خاص را تعیین می‌کنند. برای مثال، این انجمن روان‌شناسی آمریکا است که برنامه‌های آموزش حرفه‌ای رشته‌های روان‌شناسی را در دانشگاه‌ها اعتبارسنجی می‌کند. بدیهی است که در ایران نیز ارزیابی روان‌شناسی حرفه‌ای باید توسط سازمانی همچون نظام روان‌شناسی صورت گیرد، اما چنین توانی در حال حاضر در این سازمان وجود ندارد. توانایی اعتبارسنجی کیفیت آموزش و خدمات بالینی باید از اولویت‌های این سازمان شود.

سوم، گسترش مراکز خصوصی معتبر برای آموزش تخصصی روش‌های روان‌درمانی راهگشاست. این مراکز، همچون مرکز آموزش تئوری انتخاب ایران و مرکز بینش نو، باید در جهت اعتباربخشی برنامه‌های خود همگام با نهادهای بین‌المللی معتبر در یک روش درمانی حرکت کنند. معمولاً این مراکز خصوصی هستند که علی‌رغم برخی ادعاهای خام و ناموجه، در نهایت باید پیشگام آموزش عملی و مشخص روان‌درمانی در جامعه باشند. ملاک ارزیابی این مراکز در ایران باید پیوند آنها با انجمن‌ها و مؤسسات معتبر بین‌المللی آموزش یک روش خاص در نظر گرفته شود. اگر این مراکز در این راستا حرکت کنند به پیشرفت آموزش حرفه‌ای روان‌درمانی کمک کرده‌اند.

چهارم، رقابت‌های صنفی در کوتاه‌مدت می‌تواند موتور پیشرفت آموزش روان‌درمانی باشد، اما در بلندمدت به ترمز پیشرفت بدل می‌شود. روان‌پزشکی در نهایت ناگزیر از به رسمیت شناختن هویت مستقل روان‌شناسان در ارائه خدمات روان‌درمانی است. برای مثال، تلاش برای تأسیس دو انجمن متمایز روان‌درمانی در نهایت به تشتت می‌انجامد و همین تجربه سال‌ها پیش در شکل‌گیری دو انجمن روان‌شناسی در ایران

مشاهده شد (انجمن روانشناسی ایران و انجمن ایرانی روانشناسی). از سوی دیگر، هویت مستقل روان‌شناسان در نهایت ایجاب می‌کند که به جای تلاش برای تعیین جایگاه رشته‌های روانشناسی در دانشگاه‌های وزارت علوم یا بهداشت، به تعیین و تعریف ضوابط برای رشته‌های حرفه‌ای روانشناسی معطوف شود، و سازمانی را برای اعتبار سنجی در این خصوص مشخص نماید. چنین سازمانی یا باید نظام روانشناسی باشد یا یک انجمن روانشناسی فراگیر و توانمند.

در نهایت، به نظر نمی‌رسد مسیری که ایران در آموزش روان‌درمانی طی می‌کند، متمایز از مسیر کشورهای باشد که روان‌درمانی در آنها نهادینه شده است. با توجه به محدودیت‌های دانشگاهی در آموزش نظریه و فنون روان‌درمانی و ضرورت آزادی انتخاب در یادگیری روش‌های روان‌درمانی، این مراکز خصوصی هستند که پیشگام آموزش عملی روان‌درمانی‌اند. نهادهای علمی غیر دانشگاهی باید کیفیت آموزش روان‌درمانی، و به طور کلی آموزش خدمات بالینی در یک دانشگاه و همچنین کیفیت و میزان مهارت یک فرد برای ارائه خدمات روان‌درمانی را ارزیابی نمایند. این دو فرایند در عین حالی که باید مستقل از یکدیگر صورت گیرد، اما بی‌ارتباط با یکدیگر نیستند. برای مثال، اگر فردی از دانشگاهی مدرک دریافت کرده که آموزش‌های بالینی آن به تأیید سازمان مفروض رسیده است، روان‌تر و راحت‌تر مجوز خدمات روان‌درمانی را دریافت خواهد کرد. مراکز خصوصی فرا دانشگاهی نیز باید همچون پلی میان این دو فرایند عمل کنند. برای مثال، اگر آموزش‌های دانشگاهی صلاحیت فرد را برای خدمات روان‌درمانی تأیید نکند، وی باید بتواند با پرکردن این خلأ در مراکز خصوصی صلاحیت لازم برای این خدمات را به دست آورد. بدیهی است اصالت علمی این مراکز باید بر اساس روش درمانی خاصی که محور کار آنهاست ارزیابی شود.

در مجموع، کارنامه رشد خدمات روان‌درمانی در ایران منفی نیست و این حکایت از ارتقای فرهنگی جامعه می‌کند، اما بدیهی است که این رشد کمی و افت کیفی باید

در سه محور دانشگاهی، نهادهای نظارتی و اعتبارسنجی، و انجمن‌ها و مراکز
 خصوصی آموزشی سامان یابد و رشد کمی و کیفی هر دو را تضمین نماید.

References

- Alessandri, M., Heiden, L., & Dunbar-Welter, M. (1995). "History and Overview" in Heiden, Lynda & Hersen, Michel (eds.), *Introduction to Clinical Psychology*. New York: Plenum Press.
- Beck Institute for Cognitive-Behavioral Therapy. Available at: <https://beckinstitute.org/get-training/supervision-and-consultation>. Accessed on February 12, 2018.
- Brownawell, A., & Kelley, K. (2011). Psychotherapy is effective and here is why. *Monitor on Psychology*, 42(9), 14.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... & Johnson, S. B. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, 51(1), 3-16.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2008). *Clinical Supervision*. John Wiley & Sons, Inc.
- Frawley-O'Dea, M. G., & Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. Guilford Press.
- Frederickson, J. (2016). Letter to the Editor. *Psychodynamic Psychiatry*, 44 (1), 117- 122.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Haynes, R., Corey, G., & Moulton, P. (2003). *Clinical supervision in the helping professions: A practical guide*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- International Experiential Dynamic Therapy Association (IEDTA). Available at: <https://iedta.net>. Accessed on February 12, 2018.
- Lambers, E. (2000). Supervision in person-centered therapy: Facilitating congruence. Person-centered therapy today: New frontiers in theory and practice, 196-211.
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 160(7), 1223-1232.

- Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K. (2011). *History of psychotherapy: Continuity and change*. American Psychological Association.
- Norcross, J.C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J.K. Zeig & W.M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (218-220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Reisman, J. (1991). *A History of Clinical Psychology*. UK: Taylor Francis.
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55(3), 377.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Smith, K. L. (2009). A brief summary of supervision models. Available at: [http://www.marquette.edu/education/grad/documents /Brief-Summary-of-SupervisionModels.pdf](http://www.marquette.edu/education/grad/documents/Brief-Summary-of-SupervisionModels.pdf). Accessed on January 16, 2018.
- Wampold, B. E., Ollendick, T. H., & King, N. J. (2006). Do therapies designated as empirically supported treatments for specific disorders produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies? In J.C. Norcross L.E. Beutler R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental issues* (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watkins Jr, C. E. (1998). Psychotherapy supervision in the 21st century: Some pressing needs and impressing possibilities. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 93.