بسم الله الرحمن الرحیم

روانشناسی بالینی ۲

نظریه‌های روان‌درمانی

- مناسب برای آزمون ارشد روانشناسی وزارت علوم
- درسنامه جامع + تست های کنکور ده سال اخیر + پاسخ های تشریحی
- منطبق بر جدیدترین تغییرات کنکور، آزمون های سراسری کشوری و کتاب های مرجع دانشگاهی

دکتر زینب خجوی

سخن روان‌آموز

علم هم برای خودش سلسله مراتبی دارد، مثلا اولین سطح علم، چارچوب‌های ثابت‌اند، مثل پل‌ها و ساختمان‌ها که مطالعه آن کار مهندسان عمران است. در سطح دوم به ساعتواره‌ها می‌رسیم، مثل ساعت و موتور خودرو، این ها بر خلاف سطح قبل حرکت هم می‌کنند، مهندسی مکانیک این موارد را بررسی می‌کند. در سطح سوم، دستگاه‌های برنامه‌پذیرند، مثل ترموستات که علاوه بر آن که حرکت می‌کند، می‌شود به آن برنامه داد، برنامه‌نویسی کامپیوتر و علم مهندسی کنترل در این سطح است. سطح بعدی سلول است، تک یاخته زنده‌ای که مستقلا می تواند، تولید مثل کند و با محیط ارتباط برقرار کند، دنیای خیلی پیچیده تر از دنیای مهندسی! رشته های زیست‌شناسی و ژنتیک در این سطح از علم فعالیت می‌کنند. سطح بعدی گیاه و اندام‌هاست، مجموعه ای از سلول‌ها که با هم تقسیم وظیفه می‌کنند و هرکدام کاری را به عهده می‌گیرند، رشته های پزشکی و گیاه‌شناسی در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی حیوانات هستند، از اینجا آگاهی آغاز می‌شود،جاندارانی که آموزش پذیرند و از تجربه‌های قبلی درس می‌گیرند، کسانی که حیوانات را آموزش می‌دهند و روانشناسان رفتارگرا در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی فهم و تحلیل هیجانات و رفتار انسانِ خودآگاه است که به لحاظ پیچیدگی فراتر از تمام علوم پزشکی و مهندسی، در بالاترین سطوح علم قرار می‌گیرد. جایی که شما با شگفتی‌های ذهن انسان روبه‌رو می‌شوید و مسایلی را حل می‌کنید که علوم پزشکی و مهندسی، نه تنها، راه‌حلی نمی‌توانند ارایه دهند، بلکه حتی ابزاری برای پیدا کردن مساله ندارند. اینجا آغاز دنیای روان‌شناسی است. خوشحالیم که در رویای بزرگ اکتشاف این سرزمین شگفت‌انگیز، قدم به قدم همراه شما هستیم!

رویایت را زندگی کن!

مقدمه نویسنده

از روزی که فروید بیمارش را روی کاناپه معروفش نشاند و با سیگار معروفش پشت سرش نشست و به حرف‌هایش گوش داد، تغییری عجیب در عالم روابط درمانگر و بیمار رخ داد! درمان از طریق گفت‌وگو! چطور می‌شود به کسی که دچار اختلالاتی است که بر همه جنبه‌های زندگی‌اش اثر گذاشته است، با حرف زدن کمک کرد؟ از همان زمان تا به امروز، روانشناسان با نزدیک به ۴۰۰ نوع شیوه درمانی، در تلاشند تا بفهمند که چطور می‌شود به بهترین شکل، به بیماران کمک کرد؟ حتی کار طرفداران این رویکردها به منازعه و دعوا هم کشیده شده است، یکدیگر را کوبیدند و هم را طرد کردند و عجیب این که بعد از این همه جنجال، امروزه فهمیده‌ایم که همه این رویکردها به بیماران کمک می‌کنند! چه چیز شفابخشی در همه این درمان‌ها وجود دارد؟ امروزه رویکردهای یکپارچه و فرانظری وجود دارند که به ما کمک می‌کنند، بفهمیم برای کمک به یک بیمار لازم نیست به یک رویکرد خاص بچسبیم. ما باید طرفدار بیمار باشیم نه طرفدار نظریه! اما برای رسیدن به چنین نقطه‌ای، لازم است که با هر کدام از این رویکردها آشنا باشیم و در انتها تصمیم بگیریم که به عنوان یک روانشناس با کدام یک از این چارچوب‌ها به بیمار کمک کنیم. علاوه بر آن روشن است که کسب درصد خوب در درس روانشناسی بالینی با بالاترین ضریب در کنکور ارشد روانشناسی، رقابتی‌ترین و مهم‌ترین نقطه تمایز ما از سایر داوطلبان است. بنابراین مطالعه کامل مطالب این درس بر همه داوطلبان واجب است! در عین حال می‌دانیم که به دلیل گستردگی مطالب این درس، مطالعه آن جزو سخت‌ترین کارهای شماست! در جلد دوم کتاب روانشناسی بالینی روان‌آموز که به نظریه‌های روان‌درمانی اختصاص دارد شما می‌توانید به شکل کامل اما خلاصه با انواع این رویکردها آشنا شوید که مطالب آخرین ویراست کتب نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره پروچاسکا و نورکراس و روانشناسی بالینی ترال رو پوشش می‌دهد. همچنین در انتهای هر فصل تست‌های سال‌های گذشته را قرار داده‌ایم تا دانش خود را ارزیابی کنید. جهت فهم بهتر نظریه‌های درمانی می‌توانید از کلاس مجازی روانشناسی بالینی هم استفاده کنید که یار مطالعاتی خوبی در سال کنکور برای شما خواهد بود. امیدوارم که این کتاب بتواند شما را در شروع مسیر روان‌درمانگر شدن و همچنین کسب رتبه عالی در کنکور ارشد روانشناسی یاری کند. مثل همیشه مشتاقانه پذیرای نظرات ارزشمندتان هستم.

زینب خجوی،تابستان ۱۴۰۱

رتبه های زیر ۵۰

ستاره های روان آموز در کنکور ارشد ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱

نام شما:

زهرا قاسمی

مهرناز یوسفی

ریحانه گل گوند

فاطمه رجایی

نیکو صبوری

علیرضا باغبان

مهتاب شرفیه

نیما خوش فطرت

پریا الفتی

زهره احمدی

پریسا کیاد

شیوا عباس زاده

فرزانه قیومی

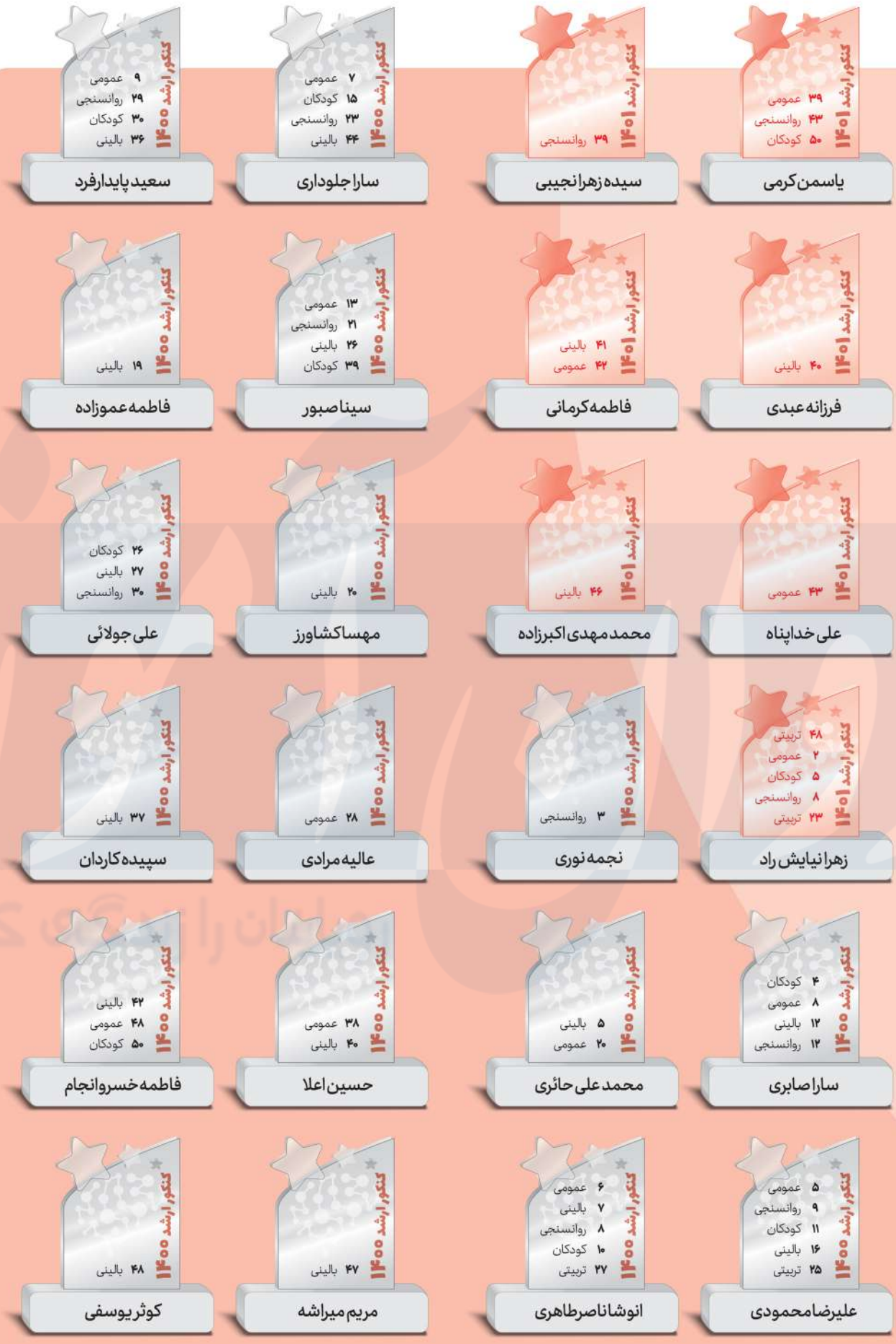
مجتبی حدائق

فاطمه برزی

علی قائم مقامی

مرضیه زمانی

علی سلیمی


کنکور ارشد ۱۴۰۱
۳۹ عمومی
۴۳ روانسنجی
۵۰ کودکان
یاسمن کرمی
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۳۹ روانسنجی
سیده زهرا نجیبی
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۷ عمومی
۱۵ کودکان
۲۳ روانسنجی
۴۴ بالینی
سارا جلوداری
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۹ عمومی
۲۹ روانسنجی
۳۰ کودکان
۳۶ بالینی
سعید پایدارفرد
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۴۰ بالینی
فرزانه عبدی
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۴۱ بالینی
۴۲ عمومی
فاطمه کرمانی
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۱۳ عمومی
۲۱ روانسنجی
۲۶ بالینی
۳۹ کودکان
سینا صبور
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۱۹ بالینی
فاطمه عموزاده
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۴۳ عمومی
علی خداپناه
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۴۶ بالینی
محمد مهدی اکبرزاده
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۲۰ بالینی
مهسا کشاورز
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۲۶ کودکان
۲۷ بالینی
۳۰ روانسنجی
علی جولائی
کنکور ارشد ۱۴۰۱
۴۸ تربیتی
۲ عمومی
۵ کودکان
۸ روانسنجی
۲۳ تربیتی
زهرا نیایش راد
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۳ روانسنجی
نجمه نوری
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۲۸ عمومی
عالیه مرادی
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۳۷ بالینی
سپیده کاردان
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۴ کودکان
۸ عمومی
۱۲ بالینی
۱۲ روانسنجی
سارا صابری
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۵ بالینی
۲۰ عمومی
محمد علی حائری
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۳۸ عمومی
۴۰ بالینی
حسین اعلا
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۴۲ بالینی
۴۸ عمومی
۵۰ کودکان
فاطمه خسروانجام
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۵ عمومی
۹ روانسنجی
۱۱ کودکان
۱۶ بالینی
۲۵ تربیتی
علیرضا محمودی
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۶ عمومی
۷ بالینی
۸ روانسنجی
۱۰ کودکان
۲۷ تربیتی
انوشا ناصرطاهری
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۴۷ بالینی
مریم میراشه
کنکور ارشد ۱۴۰۰
۴۸ بالینی
کوثر یوسفی

نظرات رتبه برترها در مورد روان آموز

فائزه قدمی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۸:
من از کتاب ها و برنامه نارنگی استفاده کردم. روان آموز موسسه واقعا خوبیه و کیفیت کتاب ها خوب است.

فریبا میری - رتبه ۳ کنکور ۱۳۹۸:
من ابتدا قصد داشتم منابع اصلی رو بخونم ولی به علت کمبود وقت از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم که خیلی برام مفید بود و خودم فکر نمی‌کردم تکیه کردن به خلاصه ها بتونه همچین نتیجه ای برام داشته باشه.

مهسا هونجانی - رتبه ۱۱ کنکور ۱۳۹۸:
من خیلی از کتاب‌های روان آموز و مطالب سایتشون استفاده کردم و بی تعارف به نظرم روان آموز یکی از منطقی‌ترین و صحیح‌ترین کتاب‌های روانشناسی رو داره.

محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰:
لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان آموز داشته باشم که واقعا در موفقیت من موثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتابا و جزوات و مخصوصا اپ نارنگی روان آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰:
از همه محصولات روان آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتابها استفاده کردم. واقعا ممنونم که تو سال کنکور نه مثل موسسه های کنکوری، بلکه مثل یه دوست واقعی کنارمون بودن.

سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰:
من خیلی خوشحالم که تو مسیر کنکور روان آموز رو کنارم داشتم؛ چون تیم کاملیه. چه از نظر منابع درسی و کلاس های آنلاین و چه از نظر طرح های مشاوره، انتخاب مناسبیه.

سینا محمدباقری - رتبه ۳ کنکور ۱۴۰۰:
با توجه به پراکندگی منابع، حجم گسترده و محدودیت زمانی که داشتم، دنبال یک منبع جامع و در عین حال اقتصادی می‌گشتم و در نهایت کتاب روان آموز رو انتخاب کردم و کاملا راضی بودم.

انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰:
مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان آموز شروع کردم. رفرنس های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب های روان آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش دهی خیلی خوبی از نکات اصلی داره.

زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱:
اصلا باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان آموز رتبه تک رقمی شدم در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب ها، کلاس ها و همچنین از اپلیکیشن نارنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعا اثرگذار بود.

مجتبی حدائق - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۱:
کلاس های رشد و بالینی خانم دکتر خجوی خیلی جامع مباحث رو پوشش می‌دادن و من دو هفته آخر برای دوره و مرور بهشون تکیه کردم و برای شخص من خیلی مفید و کاربردی بودن.

مهرناز یوسفی - رتبه ۲ کنکور ۱۴۰۱:
کتاب های روان آموز زبانش زبان دانشجوئه و کمک می‌کنه متن منابع سنگین رو بهتر بفهمیم. پوشش‌دهی خیلی خوبی داره، یه جاهایی حتی میشه منبع اصلی رو کنار گذاشت و روان‌آموز رو خوند. مزیت دیگه‌اش قیمت‌گذاری خیلی منصفانه در ضمن کیفیت خوبه. اونقدری که من کل درس ها رو روان‌آموز خوندم. آزمون اول رو هم شرکت کردم که خیلی خوب بود مخصوصا پاسخ تشریحی که کاملا فکرشده و تحلیلی نوشته شده بود.

فرزانه قیومی - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۱:
به نظر من کتاب های روان آموز خیلی جامع هست و منابع مختلف رو با هم تلفیق کرده. همچنین آزمون روان آموز با جامعه آماری خوب، باعث شد من انگیزه بیشتری برای تلاش بگیرم. تیم روان آموز، تعهد، دلسوزی و مسئولیت زیادی در ارائه مطالب اضافی و اصلاحی به داوطلبین داره.

مرضیه زمانی - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۱:
یک بار در آزمون آزمایشی شرکت کردم که در ترتیب پاسخگویی به دروس خیلی کمکم کرد. رتبه‌ام چهار شد، اپ نارنگی رو داشتم، ولی خب دیر باهاش آشنا شدم، از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم ازشون که یه سری خدمات آموزشی درسایت روان آموز رو رایگان دراختیار داوطلبین قرارمی‌دن.

زهره احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱:
من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان آموز استفاده کردم. قطعا نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب ها به این خوبی تالیف نمی‌شدند، جمع آوری این نکات از کتب مختلف قطعا کار طاقت فرسا و غیر ممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سوال های خیلی خوبی طرح شده بود.

به نظر شما هواپیما در چند درصدِ زمان پرواز در مسیر از پیش تعیین شده حرکت می کند؟ صفر درصد! سیستم خلبان خودکار در هر ثانیه هزاران بار اختلاف موقعیت فعلی هواپیما را با موقعیتی که باید در آن باشد، محاسبه کرده و دستورهای اصلاحی موردنیاز را صادر می کند. رولف دوبلی در کتاب هنر خوب زندگی کردن می‌گوید: اصلاح، یک جزء همیشگی در مسیر زندگی است و رمز بقا و ماندگاری محسوب می‌شود.

ما هم در روان آموز هر چند تمام تلاشمان را برای ارائه بی‌عیب و نقص کتاب ها و سایر محصولات انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست کم گرفت. هر چند که هر ساله پس از برگزار شدن کنکور اقدام به جمع آوری اطلاعات جدید و به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم (کاری که کمتر موسسه ای می‌کند)، اما باز هم پس از انتشار کتاب ها، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مولفین و همکاران تیم روان آموز همه روزه در حال مطالعه و تفحص در باب مباحث علمی و مشاوره ای کنکور هستند تا چنانچه محتوا و مطالب جدیدی به دستمان رسید، آن ها را با شما نیز به اشتراک بگذاریم. هر چند این کار بسیار سخت و زمان بر است، اما از آن جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پروسه پیچیده برایمان شیرین و اثربخش است. این کیو آر کدها در واقع نقش تکمیل کننده برای هر کتاب ایفا می‌کنند. ما در طول یک سال تحصیلی از طریق این لینک ها با تمام افرادی که کتاب ها را تهیه کرده اند در ارتباط خواهیم بود و در صورت لزوم محتواهای مکمل از جمله مقالات، مطالب علمی جدید و تست های مرتبط را جهت استفاده شما در لینک های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانیست که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند.

اطلاع رسانی ها در مورد انتشار محتوای جدید نیز از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام می‌شود.

فهرست مطالب

بخش اول- نظریه‌های روان‌درمانی

فصل ۱ / تعریف و مقایسه روان‌درمانی‌ها	۹
فصل ۲ / درمان روان‌کاوی	۳۲
فصل ۳ / درمان‌های روانپویشی	۴۸
فصل ۴ / درمان‌های میان‌فردی	۶۱
فصل ۵ / درمان‌های وجودی	۶۷
فصل ۶ / درمان فردمدار	۷۷
فصل ۷ / درمان‌های تجربی	۸۸
فصل ۸ / درمان‌های رفتاری و مواجهه‌ای	۹۹
فصل ۹ / درمان‌های شناختی-رفتاری	۱۲۲
فصل ۱۰ / درمان‌های موج سوم و درمان‌های فراشناختی	۱۳۴
فصل ۱۱ / درمان‌های سیستمی و گروه‌درمانی	۱۴۲
فصل ۱۲ /درمان‌های حساس به جنسیت و چندفرهنگی	۱۵۷
فصل ۱۳ / درمان‌های سازه‌نگر	۱۶۶
فصل ۱۴ / درمان‌های یکپارچه‌نگر	۱۷۱
فصل ۱۵ / مدل میان‌نظری و آینده روان‌درمانی	۱۷۷

بخش دوم-تخصص‌های روانشناسی بالینی

فصل ۱۶ / روانشناسی اجتماع‌نگر	۱۸۶
فصل ۱۷ / روانشناسی سلامت و طب رفتاری	۱۹۴
فصل ۱۸ / روانشناسی بالینی کودک و روانشناسی طب اطفال	۲۰۱
فصل ۱۹ / روانشناسی عصب‌نگر	۲۰۹
فصل ۲۰ / روانشناسی قانونی	۲۱۵

PSYCHOLOGIST
LOADING...
I AM GOING TO BE
AWESOME

فصل ۱

تعریف و مقایسه روان درمانی ها

:: تعریف مداخله روانشناختی

مداخله روانشناختی به طور کلی روشی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص است. مداخله روانشناختی در بافت رابطه حرفه‌ای صورت می‌گیرد که می‌تواند اهداف مختلفی داشته باشد از جمله:

- حل مساله‌ای خاص
- پیشگیری از مشکلات
- بهبود ظرفیت فرد در رسیدگی به رفتار، افکار و احساساتی که اختلال ایجاد کرده‌اند.
- افزایش توان شخص برای لذت بردن از زندگی یا بالفعل کردن ظرفیت بالقوه خویش.

پروچاسکا و نورکراس روان‌درمانی را اینطور تعریف کرده‌اند: روان‌درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش‌های بالینی و مواضع میان‌فردی به دست آمده از اصول روان‌شناختی تثبیت‌شده است که هدفش این است که به افراد کمک شود تا رفتارها، شناخت‌ها، هیجان‌ها و/یا ویژگی‌های شخصی دیگر خود را در مسیری که شرکت‌کنندگان درمان آن را مطلوب می‌دانند، تغییر دهند.

از دیدگاه یکپارچه‌نگر، تعریف قابل قبول روان‌درمانی از چند ویژگی ضروری برخوردار است:

- پدیده‌های بالینی را به صورت نسبتا عینی عملیاتی کند.
- از لحاظ نظری و تا جایی که امکان داشته باشد، از نظر معنایی بی‌طرف باشد.
- در نهایت نظر عمومی را جلب کند، یعنی روان‌درمانگرانی که عقاید مخالفی دارند باید با آن موافق بوده و آن را تایید کنند.
- بی‌طرفانه باشد، یعنی بدون اینکه یکپارچگی هر رویکرد خاصی را فدا کند، با نظریه‌ها به طور برابر برخورد نماید.

سایر تعاریف از روان درمانی

تعریف ولبرگ: شکلی از درمان مشکلات هیجانی که در آن شخص آموزش دیده‌ای عمدا رابطه‌ای حرفه‌ای با بیمار برقرار می‌کند تا نشانه‌های او را بردارد، جرح و تعدیل کند یا به تعویق بیاندازد، در الگوهای ناراحت‌کننده رفتاری او میانجی‌گری کند و مایه رشد و تحول مثبت شخصیت وی شود.

تعریف راتر: فعالیت برنامه‌ریزی‌شده روانشناس که هدفش ایجاد تغییر در فردی است که زندگی او را شادمانه‌تر یا سازنده‌تر می کند یا هر دو.

تعریف فرانک: تعاملی برنامه‌ریزی‌شده، دارای بار هیجانی و محدود، بین یک شفادهنده آموزش‌دیده و دارای تایید اجتماعی با شخصی رنجور است. شفادهنده از طریق ارتباطات نمادین، عمدتا با کلمات و گاهی با فعالیت‌های بدنی، ناراحتی و ناتوانی شخص رنجور را تسکین می‌دهد. ممکن است بستگان و اطرافیان بیمار را نیز در مناسک شفادهی درگیر کند. همچنین غالبا شامل کمک به بیمار است برای پذیرش رنج و تحمل آن به مثابه جنبه‌ای اجتناب‌ناپذیر از زندگی که می‌توان آن را به فرصتی برای رشد و تحول شخصیت تبدیل کرد.

:: نظریه‌های روان‌درمانی

نظریه، دیدگاه باثباتی درباره رفتار انسان، آسیب‌شناسی روانی و مکانیزم‌های تغییر درمانی است. نظریه روان‌درمانی پدیده‌های بالینی را توصیف می‌کند، مقدار اطلاعات مربوط را محدود می‌سازد، این اطلاعات را سازمان می‌دهد و آنها را در مجموعه‌ای از دانش منسجم ادغام می‌کند که به برداشت ما اولویت داده و درمان را هدایت می‌کند.

یکپارچگی رایج‌ترین گرایش متخصصان بهداشت روانی است. در بین روانشناسان بالینی، سه مورد از رایج‌ترین گرایش‌های نظری (در ایالات متحده) به این شکل است: ۱) شناختی، ۲) التقاطی/یکپارچه‌نگر، ۳) رفتاری و روان‌پویشی.

:: اهداف درمان

مداخلات بالینی به رغم تفاوت‌هایشان دارای اهداف مشترکی هستند:

● کاهش ناراحتی هیجانی

وقتی مراجعی با آشفتگی شدید مراجعه می‌کند، درمانگر سعی می‌کند از رنج او بکاهد، گرچه به دنبال از بین بردن کل ناراحتی مراجع نیست چون انگیزه تغییر بلندمدت را کاهش می‌دهد. روش رایج برای کم‌کردن ناراحتی مراجع، **تقویت قدرت هیجانی مراجع از طریق رابطه درمانی** است. توانایی ارایه یک جو امن، پر از همکاری و پشتیبانی در ایجاد این رابطه اهمیت دارد.

● ایجاد بینش

در درمان روان‌کاوی هدف اصلی فروید ایجاد بینش راجع به مشکلات روانی بود که از آن تحت عنوان **«تربیت مجدد برای غلبه بر مقاومت‌های درونی»** یاد می‌کرد. هرچند فروید به بینش درباره عوامل ناهشیار علاقه‌مند بود ولی اکثر درمانگران تعبیر کلی‌تر **خودشناسی** را در نظر دارند.

یکی از فنون رایج بینش‌پروری، **تفسیر** رفتار مراجع توسط درمانگر است. هدف تفسیر این است که مراجع رفتار و افکارش را با دقت زیر نظر بگیرد و نتیجه‌گیری‌های جدید و آگاهانه‌تری کند.

به طور کلی چند روش تفسیر در روان‌درمانی وجود دارد:

- به عواطف و محرک‌های بیمار اشاره می‌شود. این روش ساده‌ترین نوع تفسیر است (برای مثال بیمار می‌گوید از دوستم رنجیدم، چنین انتظاری از او نداشتم. درمانگر می‌گوید: حرف دوستت تو را عصبانی کرده است).
- شباهت دو موقعیتی که باعث ناراحتی بیمار شده است، آشکار می‌شود (برای مثال: به نظر می‌رسد در هر دو موقعیتی که باعث ناراحتی شما شده، کسی به شما مسلط شده است).
- رابطه حالات کنونی بیمار با عوامل گذشته مشخص می‌شود. این روش به تجربه و مهارت نیاز دارد.
- علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علایم و سمبل‌ها بویژه رویا مشخص می‌شود.

در مورد مراجعان بسیار ناراحت بهتر است درمانگر تفسیر را به حداقل برساند و حمایتگر، آرامش دادن و قوت قلب مستقیم نشان دهد. اما برای مراجعانی با ناراحتی کمتر، درمانی مناسبتر است که در آن رابطه رفتار مراجع در جریان درمان با روابط بیرون از درمان تفسیر شود.

● تشویق تخلیه هیجانی

تحقیقات به ارزشمندی مداخلات هیجانی حداقل در پنج حوزه اشاره می‌کنند:

- تلفیق یا تماس با هیجانات به نحوی که درک قابل‌قبول یا سازنده‌ای از آنها پیدا کنیم و بتوانیم آنها را به شکل مناسبی ابراز نماییم.
- تشدید برخی هیجانات با روش‌های غیرکلامی یا ابراز کردن، تا زمینه رفتار مفید فراهم شود.
- بازسازی هیجانات از طریق ارائه اطلاعات جدیدی که امکان تعدیل هیجانات در جهت مطلوب را فراهم می‌آورند.
- فراخوانی هیجانات تا افکار و رفتارهای گره‌خورده به آنها قابل بررسی مجدد شوند.
- اصلاح مستقیم هیجانات ناسازگارانه‌ای که کارکرد مراجع را مخدوش می‌کنند.

● ارائه اطلاعات جدید

گاهی کمبود اطلاعات باعث ایجاد مشکلات مراجع می‌شود، که نمونه بارز آن کارکرد جنسی است. در این مواقع درمانگران می‌توانند از راه‌های مختلف به مراجع اطلاعات ارایه کنند، مثل کتاب‌درمانی (biblotherapy).

تکالیف خارج از درمان

درمانگران معمولاً برای انتقال تغییرات مثبت حاصل از درمان به دنیای واقعی به مراجعان تکلیف می‌دهند. رفتاردرمانگران و درمانگران شناختی-رفتاری همواره طرفدار تکلیف منزل بوده‌اند چون آن را راه موثری برای تعمیم مهارت‌های جدید می‌دانند. درمانگران پیرو رویکرد روان‌پویایی، روان‌درمانگرهای سیستمی و حتی درمانگران فردمدار هم تکلیف منزل می‌دهند.

ایجاد اعتقاد به تغییر، امید و انتظار تغییر

در همه روش‌های رایج روان‌درمانی، افزایش ایمان، امید و انتظار تغییر در مراجع از مهم‌ترین عناصر بهبود روانی است. در هر درمان موثری اعتقاد مراجع به امکان‌پذیر بودن تغییرات مثبت، یک عنصر مهم (و حتی از نظر برخی مهم‌ترین عنصر) است.

شاملو اهداف روان‌درمانی را شامل این موارد می‌داند:۱) برطرف کردن علایم موجود، ۲) تغییر علایم موجود (چون برخی علایم از جمله نبود انگیزه، محکم نبودن شخصیت، و محدودیت های زمانی و مالی جلوی برطرف کردن کامل علایم را می‌گیرد)، ۳) متوقف کردن علایم موجود (جهت جلوگیری از وخیم‌تر شدن بیماری‌های مزمن و شدید که قابل معالجه نیستند)، ۴) مداخله در الگوهای نابهنجار رفتار (از جمله در مسایل خانوادگی، شغلی، اجتماعی، تحصیلی)، ۵) تقویت رشد و تکامل جنبه‌های سالم و مثبت شخصیت.

:: عوامل مشترک درمان‌ها

بیشتر انواع روان‌درمانی‌ها در مجموعه‌ای از عوامل مشترک هستند که از حد و مرزهای نظری و درمانی فراتر می‌رود. ومپولد معتقد است بیشتر تاثیراتی که به روان‌درمانگری نسبت می‌دهند، به این عوامل مشترک برمی‌گردد. برخی دیگر معتقدند عوامل مشترک تاثیر مهمی در تغییر درمانی دارند ولی عوامل اختصاصی مداخلات هم سهم مهمی دارند که با عوامل مشترک توجیه نمی‌شود.

فرانک در اثر خود به نام **قانع‌سازی و شفابخشی**، اظهار می‌کند که همه روش‌های روان‌درمانی نوعی از روش‌های کهن شفابخشی هستند. با این حال در یک جامعه کثرت‌گرا و رقابتی ویژگی‌های متمایز این رویکردها مورد تاکید خاص قرار می‌گیرد. فرانک در تعریف روان‌درمانی ذکر می‌کند که روان‌درمانی مستلزم طرحی منطقی و مفهومی یا یک افسانه است که تبیین موجهی برای مشکلات بیمار تدارک می‌بیند و مناسکی برای بازگرداندن تعادل تجویز می‌کند. این تبیین یا مناسک، دلیل موجهی به بیمار می‌دهد تا وقتی آمادگی لازم را پیدا کرد، نشانه را رها کند.

قدیمی‌ترین مفهوم‌سازی در مورد عوامل مشترک بین انواع روان‌درمانی مربوط به راجرز است. او رابطه درمانی را عامل «لازم و کافی» برای درمان می‌دانست.

طبق نتایج مطالعات (گرکانویج و نورکراس) وجوه اشتراک روان‌درمانی‌ها که بیشترین اتفاق‌نظر درباره آنها وجود دارد عبارتند از: **۱) انتظارات مثبت مراجعان، ۲) رابطه درمانی تسهیل‌کننده.**

بیشترین نوسان در نتیجه درمان به ترتیب به این عوامل مربوط است:۱) عوامل از پیش‌موجود مربوط به مراجع، مانند انتظار تغییر و شدت اختلال، ۲) رابطه درمانی، ۳) روش درمان.

لمبرت و واوگلز بر اساس یک فرایند متوالی که با نتیجه مثبت درمان رابطه دارد، عوامل مشترک درمان‌ها را فهرست‌بندی کرده‌اند. طبق این فرایند، **عوامل حمایتی زمینه را برای عوامل یادگیری فراهم می‌کند که به عوامل کنشی منتهی می‌شود.**

۱) عوامل حمایتی: عوامل مربوط به رابطه درمانی

تخلیه هیجانی، همانندسازی با درمانگر، کاهش انزوا، رابطه مثبت، اطمینان خاطر مجدد، رهایی از تنش، ساختار، اتحاد درمانی، مشارکت فعال درمانگر و مراجع، تخصص درمانگر، گرم بودن و احترام گذاشتن و همدلی، پذیرا بودن و خلوص درمانگر، اعتماد.

۲) عوامل یادگیری: تغییر در باورها و نگرش‌های مراجعان

توصیه، تجربه عاطفی، جذب تجربه‌های مشکل، تغییر انتظار درباره تاثیرگذاری درمان، یادگیری شناختی، تجربه هیجانی اصلاحی، کند وکاو چهارچوب مرجع درونی، بازخورد، بینش، استدلال منطقی.

۳) عوامل کنشی: تغییرات رفتاری در نتیجه درمان

تنظیم رفتاری، تسلط شناختی، تشویق برای روبه رو شدن با ترس‌ها، خطر کردن، تلاش‌های تسلط‌آور، الگوبرداری، تمرین، واقعیت‌آزمایی، تجربه موفق، تدقیق (دقت نظر).

رابطه و اتحاد درمانی

تنها زمینه‌ای که روان‌درمانگران بیشترین اتفاق‌نظر را در رابطه با عوامل مشترک درمان دارند، برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند است.

همه درمانگران رابطه را عامل شفابخش اصلی نمی‌دانند، اما تقریبا همه آنها به اهمیت بی‌همتای رابطه اذعان دارند. رابطه درمانی همواره یکی از عوامل تعیین‌کننده اصلی موفقیت روان‌درمانی بوده است و در انواع روان‌درمانی‌ها، حداقل ۱۲ درصد نتیجه به علت رابطه درمانی است.

اتحاد درمانی شامل این ابعاد است: الف) **پیوندهای هیجانی** شکل گرفته بین درمانگر و مراجع (مثل اعتماد و علاقه)، ب) **درک متقابل و مشترک** از کاری که قرار است انجام شود (تکالیف) و آنچه قرار است حاصل شود (اهداف). بنابراین، اتحاد درمانی یعنی رابطه و پیوند درمانگر و مراجع و توافق نظر آنها بر سر تکالیف و اهداف.

اورلینسکی و هاوارد نشان دادند اتحاد وقتی پدید می‌آید که طرفین سه عنصر را وارد صحنه کنند: ۱) سرمایه‌گذاری نقشی (تلاش فردی هر یک از طرفین در درمان)، ۲) تشدید همدلانه (میزان هم موج بودن طرفین)، ۳) تایید متقابل (میزان دل‌مشغولی طرفین با آسایش یکدیگر).

نقش اتحاد درمانی در رویکردهای مختلف را می‌توان در یک پیوستار دانست:

- در یک انتهای پیوستار، درمان‌های رفتاری رادیکال قرار دارند که برای رابطه بین مراجع و درمانگر اهمیت چندانی قایل نبودند.

- در انتهای دیگر پیوستار، درمان فردمدار راجرز قرار دارد که رابطه درمانی را فرایند **لازم و کافی** برای تغییر در نظر می‌گیرد و آن را عامل اصلی شفا می‌داند. او معتقد بود رابطه درمانی مثبت شامل این موارد است: **اصالت، توجه مثبت نامشروط، همدلی.**

- برای درمانگران انسان‌گرا (که راجرز یکی از آنهاست) رابطه درمانی نقش بزرگی بازی می‌کند و آن را عنصر بسیار مهمی در ایجاد تغییرات سودمند می‌بینند.

- در وسط پیوستار، برخی مکاتب مثل درمان‌های شناختی-رفتاری قرار دارند که رابطه را **پیش‌شرط لازم** برای پیش‌روی درمان می‌دانند، ولی آن را شرط کافی درمان نمی‌دانند. آنها اتحاد درمانی را بافتی می‌دانند که در آن فنون اختصاصی‌تر تغییر رفتار ارائه می‌شود.

- درمانگران روان‌پویشی برای اتحاد درمانی اهمیت زیادی قائلند ولی خود رابطه را عنصر اصلی درمان نمی‌دانند. آنها رابطه بین درمانگر و بیمار را به صورت **منبع محتوایی** در نظر می‌گیرند که باید در درمان بررسی شود. رابطه، محتوای درمان (رفتار میان‌فردی بیمار) را به اتاق مشاوره می‌آورد. نظر روانکاوان و درمانگران شناختی-رفتاری مشابه است چون هر دو رابطه را **بافتی برای فنون** در نظر می‌گیرند.

● قابلیت‌سازی/ تسلط

هدف بیشتر درمان‌ها تواناتر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همه ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه تاثیرگذاری و رضایت بیشتر در فرد را فراهم کند، اما برخی درمان‌ها مشخصا شرایطی فراهم می‌کنند که بیمار چیزهای جدیدی یاد بگیرد و طرز فکر غلطش را اصلاح کند. بنابراین درمان می‌تواند **نوعی یادگیری** باشد.

بندورا بر اهمیت احساس **خودکارآمدی (self-efficacy)** در ارتقای عملکرد فرد تاکید دارد. از نظر او اشخاص با احساس تسلط (اعتماد به نفس، انتظار عملکرد خوب از خود، داشتن احساس خوب به خود) بیشتر احتمال دارد که عملکرد موثر داشته باشند.

● عوامل غیراختصاصی

درمان موفق با برخی عوامل غیراختصاصی رابطه دارد که از جمله آنها عبارتند از: اعتماد، انتظار و امید مراجع به بهبود، تشویق باورهای مراجع توسط درمانگر و اطمینان خاطر دادن به او در جهت بهبودی.

انتظار مثبت مراجع بعنوان یک عامل مشترک درمان با اصطلاح **عقده ساختمان** (Edifice complex) توصیف شده است (ایمان بیمار به خود موسسه، دری که در انتهای این میعادگاه قرار دارد، اطمینان به درمانگر و درمان).

یکی از عوامل مشترک، تغییر رفتار مراجع به دلیل **توجه خاص درمانگر** به اوست که **اثر هاورتون** نامیده می‌شود. در تحقیقات هاوتورن درباره تاثیر نورپردازی بر تولید کارخانه، معلوم شد که آزمودنی‌ها صرفا به این خاطر که مورد بررسی قرار داشتند و توجه خاصی به آنها می‌شد، بازدهی خود را افزایش دادند.

با وجود تاثیر عوامل غیراختصاصی نمی‌توانیم روان‌درمانی را صرفا درمان‌نما (placebo) بدانیم. بررسی جامع تحقیقات متعدد درباره نتیجه درمان نشان داده است که رتبه‌بندی موفقیت درمان به ترتیب از این قرار است: روان‌درمانی، درمان‌نما، گروه گواه. روان‌درمانی دوبرابر درمان‌های غیراختصاصی یا دارونما که بر ایجاد انتظار مثبت متکی هستند، تاثیر دارد.

انتظار مثبت به جای اینکه فرآیند اصلی تغییر باشد، **پیش‌شرط مهم** برای ادامه یافتن درمان در نظر گرفته می‌شود. انتظارات مراجع می‌تواند فنون اختصاصی به کار رفته در درمان را موثرتر کند و موفقیت فنون نیز انتظارات مراجع برای بهبود را افزایش خواهد داد.

● تخلیه هیجانات یا پالایش (catharsis)

تخلیه هیجانات یا کاتارسیس بخش حیاتی اکثر درمان‌هاست. عمق و شدت آن به ماهیت و شدت مساله و مرحله موردنظر درمان بستگی دارد. گرچه برخی از درمان‌ها (مثل کنترل خشم) تخلیه هیجانی را کار دستی نمی‌دانند و سعی می‌شود مراجع بیشتر روی هیجانات کنترل پیدا کند.

● کاهش اضطراب / تخلیه تنش

برای بررسی علل مشکلات بیمار باید ابتدا اضطراب ناشی از مشکلات او را کم کنیم. شرایط اصلی روان‌درمانی از جمله رابطه و خصوصیات درمانگر میزان اضطراب را کاهش می‌دهد.

وقتی اضطراب بیش از حد بالا باشد، باید از داروهای ضداضطراب بعنوان راه‌حل موقت استفاده کرد. این داروها در اجرای درمان روانشناختی مثلا درمان‌های مواجهه‌ای خلل ایجاد می‌کنند چون هدف آن افزایش اضطراب در مواجهه با برخی محرک‌ها جهت خوگیری با آنهاست.

:: متغیرهای درمانی اختصاصی

● متغیرهای مربوط به مراجع

○ میزان ناراحتی

یک نتیجه‌گیری کلی در روانشناسی بالینی این است که درمان بیشتر به کسی کمک می‌کند که کمترین نیاز را به آن دارد. گرچه مطالعات یافته‌های مشابهی ندارند و برخی نشان داده‌اند فشار روانی آغازین با بهبود بیشتر رابطه دارد و برخی برعکس. تناقض نتایج نشان‌دهنده اهمیت در نظر گرفتن سایر عوامل است.

تراکس و کرکهوف بین احساس ناراحتی بیمار و ناراحتی و رفتار آشکار او تمایز قایل می‌شوند. از نظر آنها پیش‌آگهی در بیماری خوب است که به رغم ناراحتی و اضطراب، کارکرد رفتاری خوبی داشته باشد.

میلر و گراس نشان داده‌اند که رابطه بهبود و ناراحتی آغازین رابطه‌ای منحنی‌شکل است، بیمارانی که ناراحتی اندک یا شدیدی دارند از بیمارانی که ناراحتی متوسطی دارند، نتیجه ضعیف‌تری می‌گیرند.

○ هوش

درمان‌هایی که به گفتگوی زیاد، بیان تجربه‌های قبلی و بینش و درون‌نگری بالا نیاز دارند، ممکن است بر استعاره‌ها و تداعی‌های پیچیده متکی باشند و بنابراین این درمان‌ها به سطوح بالای هوش نیاز دارند.

درمان‌های رفتاری غالبا روی افرادی که توانایی عقلانی زیادی نداشته‌اند اجرا شده‌اند. رویکردهای اصلاح رفتار روی انواع افراد قابل اجرا هستند مخصوصا وقتی هدف ایجاد تغییرات رفتاری خاص باشد، نه ایجاد بینش. برای کودکان، نوجوانان یا مواردی که شخص خواهان تغییر رفتاری است از این رویکرد استفاده می‌شود.

○ سن

اگر همه چیز برابر باشد، جوانان گزینه مناسب‌تری برای درمان هستند که چند علت برای آن ذکر شده است: انعطاف‌پذیرتر هستند و کمتر روی حرفشان اصرار می‌کنند، چون به دوران کودکی نزدیکترند بهتر بین رویدادها رابطه برقرار می‌کنند، رفتار منفی آنها نسبت به سالمندان کمتر تقویت شده است.

طبق شواهد به نظر نمی‌رسد بین سن و موفقیت درمان در جوانان رابطه وجود داشته باشد. گرچه، شواهد از پیش‌آگهی ضعیفتر سالمندان خبر می‌دهند، اما این یافته ضعیف است. طبق تحقیقات، درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاری و روانپویشی کوتاه‌مدت برای سالمندان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی اثربخش بوده‌اند.

به طور کلی، نباید سن را به تنهایی در نظر گرفت و خصوصیات اختصاصی هر فرد باید در نظر گرفته شوند.

○ انگیزش

هر چند عقل عرفی می‌گوید که انگیزش مراجع، شرط لازم برای تغییر مثبت است؛ اما نتایج تحقیقات در این زمینه متفاوت است. نبود یافته‌های قطعی می‌تواند به دلیل مشکلات روش‌شناختی در دشوار بودن تعریف و اندازه‌گیری انگیزش باشد.

یوکن و برمن، که مبالغ پرداختی مراجعان را شاخص انگیزش در نظر گرفتند، به این نتیجه رسیدند که بین انگیزش و نتیجه درمان رابطه‌ای وجود ندارد.

○ باز و راحت بودن

دو متغیر مرتبط با مراجع همیشه در تحقیق راجع به نتیجه روان‌درمانی مهم بوده‌اند: همکاری در برابر مقاومت، باز بودن در برابر دفاع کردن.

باز و راحت بودن، بیمار را برای درمان شدن مناسبتر می‌کند. بیشتر درمانگران بهترین پیش‌آگهی را به طور شهودی متعلق به بیمارانی می‌دانند که به سودمندی روان‌درمانی باور دارند و خوشبین هستند.

○ جنسیت

تحقیقات نشان نداده است که جنسیت زیست‌شناختی مراجع با نتیجه روان‌درمانی رابطه معناداری داشته باشد. با این حال جنسیت درمانگر در برخی موارد مهم است برای مثال زنان قربانی تجاوز با روان‌درمانگر مونث راحتتر هستند.

نوعی درمان به نام **درمان با آگاهی جنسیتی (GAT)** به ادغام روان‌درمانی فمینیستی و آگاهی‌های جنسیتی پرداخته است. تمرکز این درمان بر کشف تجربه‌های جنسیتی خاص برای رفع مشکلات زنان و مردان است. درمان فمینیستی، معتقد است مشکلات زنان محصول وضعیت اجتماعی است و علت اصلی ناراحتی آنها ضعف تشکیلات روانشناسی به علت ظلم وارد آمده بر زنان است. آنها بر برابری درمانگر و بیمار، قبول ارزش‌های درمانگر و مراجع و انعقاد قراردادهای مشخص تاکید دارند.

○ نژاد، قومیت و طبقه اجتماعی

تحقیقات به طور قطعی نشان نداده است که اقلیت‌های قومی به نتایج درمانی متفاوتی می‌رسند. اما از نظر بنکس، وقتی درمانگر و بیمار هم‌نژاد باشند، تفاهم و خودکاوی بیشتری صورت خواهد گرفت. برخی دیگر نیز در مورد طبقه اجتماعی، پیشینه، ارزش‌ها و تجربه همین نتیجه‌گیری را کرده و پیشنهاد می‌کنند فنون حمایتی‌تر جایگزین درمان‌های متعارف شوند.

تحقیقات نشان نداده است که بین طبقه اجتماعی با نتایج درمانی رابطه وجود داشته باشد؛ اما برخی نشان داده‌اند که وجود تفاوت معنادار بین طبقه اجتماعی یا ارزش‌های بیمار و درمانگر باعث کاهش تمایل بیمار به ماندن در درمان می‌شود.

برخی با تاکید بر اینکه درمان‌های سنتی مناسب بیماران با وضع اجتماعی- اقتصادی پایین نیست، درمان‌هایی را برای آنها ارایه کرده‌اند: روان‌درمانی بیانی برای بیماران طبقات پایین (هایتلر)، روان‌درمانی فقرا که به الگوبرداری، نقش بازی کردن و روش‌های رفتاری تاکید دارد (گولدستداین).

روانشناس بالینی باید حساسیت فرهنگی داشته باشد تا بتواند با اعضای سایر فرهنگ‌ها به طور موثر کار کند. همچنین هنگام کار با اقلیت قومی به نوعی همدلی شناختی برسد که **نقش‌گیری فرهنگی** نامیده شده است.

○ واکنش درمانگر به بیمار

خصوصیات شخصیتی بیمار ممکن است بر درمانگر اثر بگذارد. برخی شواهد نشان می‌دهد بیماران جذابتر یا بیمارانی که درمانگر با آنها بهتر ارتباط برقرار می‌کند، نتیجه بهتری از درمان می‌گیرند.

اسکوفیلد، باور درمانگر به بیمار آرمانی را **سندرم YAVIS** نامیده است که از سرواژه‌های جوان (Young)، جذاب (Attractive)، خوش سر و زبان (Verbal)، باهوش (Intelligent) و موفق (Successful) گرفته شده است.

● متغیرهای مربوط به درمانگر

فروید از تاثیر شخصیت روانکاوان در فرایند روان‌کاوی آگاه بود و برای جلوگیری از این تاثیر پیشنهاد کرد که روانکاوان گهگاه تحلیل شوند. راجرز نیز خصوصیاتی مثل پذیرش و گرم بودن درمانگر را شالوده درمان دانست. گرچه فروید به جنبه منفی و راجرز به جنبه مثبت تاکید کرد، اما هر دو زمینه‌ساز بررسی تاثیر متغیرهای مربوط به درمانگر در فرایند درمان شدند.

روان‌درمانگران برخلاف تفاوت رویکردشان خیلی به هم شبیه هستند. مهارت‌های کلی مثل ارتباط، رابطه‌سازی و بازبینی خود، مهارت‌های بزرگ یا کلان نامیده می‌شوند که هر درمانگری با هر رویکردی به آنها نیاز دارد.

مهم‌ترین مشکلات درمانگران به سه دسته تقسیم می‌شود: ۱) مشکلات قابلیتی: مشکلات موقت که به دانش و مهارت درمانگر مربوط است، ۲) مشکلات شخصیتی: به خصوصیات شخصیتی درمانگر و تاثیر آن روی درمان مربوط است، ۳) مشکلات وضعیتی: مشکلاتی که از خصوصیات مراجع یا وضعیت درمان ایجاد می‌شود.

○ سن، جنس و قومیت

مرور مطالعات (توسط بویتلر و همکاران) نشان داده است که سن، جنس و قومیت درمانگر ربطی به نتیجه درمان ندارد. گرچه از نظر آنها این مطالعات ایرادات روش‌شناختی داشته است و درمانگران باید به این مسایل حساس باشند.

○ شخصیت

شخصیت درمانگر نیروی بالقوه مهمی است اما نتیجه درمان را ترکیبی از عوامل تعیین می‌کند. با شهرت پیدا کردن درمان‌های رفتاری و تاکید آنها بر فنون و ساز و کارهای مکانیکی، تحقیق در این حوزه کاهش یافت. در میان صفات درمانگران که بیشتر روی آنها تحقیق شده است، سلطه‌گری/جزم‌اندیشی، محل کنترل و سبک پردازش شناختی بیشتر از همه بررسی شده است.

تاثیرگذاری صفات درمانگر در نتیجه درمان، به صفات مراجع و نوع درمان بستگی دارد. برای مثال، بالا بودن سطح سلطه‌گری درمانگر در مواردی به نتیجه بهتر منتهی می‌شود که درمانگر و مراجع شباهت فرهنگی دارند؛ ولی درمانگرانی که سلطه‌گری آنها کم است، بر مراجعانی تاثیر بیشتری می‌گذارند که با او هم‌فرهنگ نباشند.

همدلی، گرمی و خلوص

از نظر سونسون، عامل اصلی که درمانگر موفق و ناموفق را از هم جدا می‌کند، علاقه‌مندی آنها به مردم و تعهدشان به بیمار است.

طبق درمان فردمدار کارل راجرز، همدلی، گرم بودن و خلوص، شروط لازم و کافی برای تغییر درمان‌بخش هستند که باید توسط درمانگر فراهم شوند (راجرز به نقش مراجع در ایجاد این شروط تاکید نداشت).

تحقیقات نشان داده است که فرضیه راجرز پشتوانه متوسطی دارد. همدلی، گرمی و خلوص از جمله **شروط لازم و نه کافی** برای نتیجه خوب درمان هستند. همچنین، این سه کیفیت بعنوان مهارت‌های آموزش‌پذیر و آموختنی قلمداد شده‌اند.

این سه کیفیت، نه تنها از ویژگی‌های درمانگر است بلکه ویژگی رابطه درمانی هم هست و می‌توان آنها را شاخص کیفیت اتحاد درمانی در نظر گرفت. طبیعت و قدرت رابطه درمانگر و بیمار سهم معنادار ولی متوسطی در نتیجه مثبت درمان دارد.

بهزیستی هیجانی

خودآگاهی درمانگر و شناخت حیطه‌های آسیب‌پذیر زندگی خود، از ویژگی‌های مهم درمانگران است. آنها باید بتوانند عینی و دقیق به بیمار نگاه کنند و در پویایی‌های شخصیتی خود غرق نشوند. گاهی درمانگر برای حل مشکلات هیجانی خود باید درمان شود اما درباره اینکه آیا درمان لزوما باعث خواهد شد که درمانگر موثرتر عمل کند، اختلاف‌نظر وجود دارد.

تجربه و هویت حرفه‌ای

شواهد نشان نمی‌دهد که بین تجربه درمانگر و نتیجه مثبت درمان رابطه وجود داشته باشد. چند مطالعه نشان داده که نتایج درمان توسط پیراحرفه‌ای‌ها که آموزش روان‌درمانی دیده‌اند، به خوبی روان‌درمانگران آموزش‌دیده و حتی بهتر از آنهاست.

شواهدی وجود ندارد که نشان دهد یک حرفه، درمانگران بهتری دارد (برای مثال روان پزشکان در برابر روانشناسان). در نظرسنجی مجله سلامت روان نیز مراجعان از انواع متخصصان سلامت روان در یک سطح رضایت داشتند.

خودافشایی درمانگر

منظور از خودافشایی، در میان گذاشتن مسائل خصوصی خود با مراجع است. در مورد خودافشایی درمانگر قاعده مشخص و قطعی وجود ندارد و به درمانگر و گرایش نظری او بستگی دارد. روانکاوان سنتی با خودافشایی درمانگر به شدت مخالف هستند اما روانشناسان پیرو رویکردهای جدید روان‌پویایی، عینیت و بی‌طرفی کامل را غیرممکن دانسته و خودافشایی کم را جایز می‌دانند. برخی از درمانگران انسان‌گرا خودافشایی زیاد را ترجیح می‌دهند زیرا به نظر آنها پنهان‌کاری نشانگر عدم خلوص درمانگر است.

در نهایت، به برخی **مفروضه‌های بی‌اساس** در مورد متغیرهای مراجع و درمانگر که پشتوانه تجربی ندارند اشاره می‌کنیم:

- بیماران پیرتر نتایج ضعیف‌تری می‌گیرند.
- فقط بیماران بسیار باانگیزه نتیجه خوب می‌گیرند (نتایج ضد و نقیض است).
- بیماران مونث، نتیجه بهتری می‌گیرند.
- اقلیت‌های قومی همیشه نتیجه بدتری می‌گیرند.
- بیمارانی که پایگاه اجتماعی اقتصادی بالاتری دارند، نتیجه بهتری می‌گیرند.
- درمانگرهای پیرتر نتایج بهتری می‌گیرند.
- درمانگران مونث نتایج بهتری می‌گیرند (نتایج ضد و نقیض است).
- هم‌قوم بودن درمانگران و بیماران به نتایج بهتری ختم می‌شود.
- درمانگرانی که خودشان درمان شده‌اند نتایج بهتری می‌گیرند (نتایج ضد و نقیض است).
- درمانگران با تجربه‌تر، نتایج بهتری می‌گیرند (نتایج ضد و نقیض است).

سیر مداخله بالینی

سیر کلی مداخله از نظر هوکانسون به این شکل است:

تماس آغازین

قبل از هر اقدامی باید برای فرد توضیح داد که درمانگاه در مجموع چه کار می‌کند و چه کمکی می‌تواند ارایه کند. این مرحله مهم می‌تواند موجب تغییر نگرش بیمار و جلب همکاری او شود. پس از بحث درباره دلایل رجوع بیمار، درباره این موضوعات صحبت می‌شود: متخصصان چه کسانی هستند و چه صلاحیتی دارند، هزینه‌ها، چه کسانی به اطلاعات دسترسی خواهند داشت، مشکلات پزشکی چگونه حل خواهد شد، آیا لازم است مراجع ارجاع داده شود، و غیره.

سنجش

روش سنجش به ماهیت مشکل مراجع، گرایش متخصصان و سایر عوامل بستگی دارد. آنچه در مرحله سنجش صورت می‌گیرد عبارت است از: مصاحبه پذیرش که شبیه شرح‌حال‌گیری است؛ آزمون‌های روانی، مصاحبه با وابستگان، ثبت رفتار و افکار و احساسات توسط خود مراجع؛ معاینه عصب‌شناختی یا پزشکی در صورت لزوم؛ مشاوره با مددکار اجتماعی یا مشاور شغلی در صورت مشکلات اقتصادی.

اطلاعات ادغام و یکپارچه می‌شوند، یک ساخت جامع از مشکلات مراجع شکل می‌گیرد، و یک مفهوم‌بندی اولیه برای درمان ایجاد می‌شود. اما سنجش یک فرایند مستمر است؛ با پیشرفت درمان، مفهوم‌بندی مراجع و بنا بر آن اهداف و فنون درمان تغییر می‌کنند.

اهداف درمان

پس از یکپارچه شدن داده‌های سنجش، در مذاکره با مراجع اهداف تعیین می‌شود و قراردادی بین مراجع و درمانگر بسته می‌شود. این قرارداد شامل اهداف درمان، طول درمان، تعداد جلسات، هزینه‌ها، شکل کلی درمان و مسئولیت‌های مراجع است. ویژگی‌های این قرارداد می‌تواند به مرور تغییر کند.

در زمینه درمان کودکان، هدف‌گزینی و تعیین سیر درمان به چند جلسه گفتگو نیاز دارد تا کودک درگیر درمان شود، اعتماد او جلب شود و والدین نیز با انتظارات از درمان آشنا شوند.

هوکانسون اهداف درمان را به این شکل طبقه‌بندی می‌کند: **مدیریت بحران، تغییر رفتار، تجربه هیجانی اصلاحی، بینش و تغییر. هدف کلی روان‌درمانی افزایش سازگاری روانی اجتماعی و بالا بردن رضایت زندگی است.**

اهداف درمان از نظر هوکانسون

هدف	نمونه مشکل	روش درمانی
مدیریت بحران	آغاز دوره روان‌پریشی، کنش‌های تکانشی، برون‌ریزی انفجاری	درمان حمایتی، مشاوره اضطراری در بیمارستان، مداخله در بحران در اجتماع
تغییر رفتار	عادات و رفتارهای قدیمی مشکل‌ساز	رفتاردرمانی، فنون خودگردانی
تجربه هیجانی اصلاحی	روش زندگی ناسازگارانه ناشی از تجربه‌های میان‌فردی منفی مستمر	رابطه درمانی
بینش و تغییر	نشانه‌ها یا ناراحتی‌هایی که مراجع نمی‌تواند توضیح قانع‌کننده‌ای برای آن بیابد.	درمان روانکاوانه، درمان فردمدار، تحلیل وجودی، گشتالت‌درمانی، و غیره

اجرای درمان

درمانگر پس از تعیین اهداف آغازین، درباره شکل درمان تصمیم خواهد گرفت. باید مراجع در جریان آنچه در فرایند درمان رخ خواهد داد قرار بگیرد و رضایت او جلب شود.

اتمام، ارزیابی و پیگیری

وقتی درمانگر متقاعد می‌شود که مراجع می‌تواند مشکلاتش را به تنهایی رفع کند، بحث اتمام درمان را به تدریج پیش می‌کشد. باید احساسات و نگرش‌های مراجع در این زمینه بیان و به آنها رسیدگی شود. جلسات تقویتی می‌تواند ماه‌ها پس از اتمام درمان برای مرور پیشرفت، رسیدگی به مشکلات جدید و تحکیم فواید درمان برگزار شود.

گاهی روان‌درمانی به شکل ناقص تمام می‌شود که دلایل مختلفی می‌تواند داشته باشد. به این نوع اتمام، فرسایش یا کناره‌گیری مراجع، پایان پیش از موعد یا نابهنگام می‌گویند.

:: درجات روان‌درمانی

راهنمایی

کوتاه‌ترین و ساده‌ترین نوع روان‌درمانی است و هدف آن برطرف کردن مشکل روانی محدود و حاد فرد است. روانشناس به عمق خصوصیات روانی بیمار وارد نمی‌شود. قصد فقط این است که بیمار تصمیمی بگیرد یا با مشکلات بهتر سازگار شود. بیشتر برای افرادی مناسب است که افراد سازگاری بوده‌اند و مشکل فعلی بر اثر تغییرات غیرمنتظره ایجاد شده است.

روان‌درمانی تقویتی یا حمایتی

کمی عمیق‌تر از راهنمایی است. در عین آنکه بیمار به بیان مشکلات خود تشویق می‌شود، درباره چگونگی پیدایش بیماری نیز صحبت می‌شود. روان‌درمانی فرصتی است برای خودشناسی و اصلاح خصوصیات خود در موقعیتی آرام و مطمئن.

اهداف آن عبارتند از: تقویت قدرت های دفاعی موجود، ایجاد و گسترش مکانیزم‌های محکم‌تر و مفیدتر برای برقراری تسلط بیشتر بر خود و محیط، بازگشت به وضع متعادل.

از جمله این روش‌ها عبارتند از: مشاوره و راهنمایی، تغییر محیط، اطمینان و تشویق دادن، فشار و تهدید حساب‌شده، برون‌ریزی عاطفی، حساسیت‌زدایی، تلقین با هیپنوتیزم، بعضی از انواع گروه‌درمانی، بعضی فعالیت‌های جسمی برای کاهش تنش.

بازآموزی روانی

اهداف آن عبارتند از: کوشش عمدی برای سازگاری بهتر با شرایط زندگی، تغییر اهداف فردی که قابل دسترسی نیستند، تحکیم و تقویت استعدادها و توانایی‌های فرد با ایجاد بینش و بصیرت یا بدون آن.

از جمله این روش‌ها عبارتند از: رفتاردرمانی، ارتباط‌درمانی، نگرش‌درمانی، مصاحبه‌درمانی، مراجع‌مداری، روان‌درمانی مستقیم، مشاوره درمانی، مددکاری درمانی، استدلال‌درمانی، بازآموزی گروهی، خانواده‌درمانی، زوج درمانی، درمان سایکوبیولوژیک، سایکودراما، درمان‌های فلسفی مثل هستی‌درمانی و ذن بودائیسم، شناخت درمانی.

روان‌درمانی عمیق یا بازسازی روانی

اهداف آن عبارتند از: ایجاد بینش و بصیرت به تعارضات ناخودآگاه به همراه تلاش برای تغییرات وسیع و عمیق در ساختار شخصیت، رشد و تکامل شخصیت با ایجاد راههای جدید سازگاری با مشکلات.

از جمله این روش های درمانی عبارتند از: روان‌کاوی کلاسیک و درمان‌های روان‌پویشی، روش تعاملی، هستی‌درمانی، هیپوآنالیز، نارکوتراپی، بازی‌درمانی، هنردرمانی، موسیقی‌درمانی.

:: رویکردهای برنامه‌ریزی درمانی

ماکوور سه رویکرد را در مورد برنامه‌ریزی درمانی برشمرده است:

۱) رویکرد درمانگرمدار / گرایش‌مدار یا نظریه‌مدار:

در این رویکرد درمانگر یک گرایش نظری اساسی در روان‌درمانی را یاد می‌گیرد و از آن در مورد تمام مراجعان استفاده می‌کند.

۲) رویکرد تشخیص‌مدار:

در این رویکرد درمان به تشخیص بستگی دارد نه به گرایش درمانگر. این رویکرد به تقلید از پزشکی سعی می‌کند برای هر تشخیص موثرترین درمان را پیدا کند. به آنها **درمان افتراقی** هم گفته می‌شود یعنی تشخیص دقیق ویژگی‌های خاص یک اختلال و درمان متناسب با آن.

از جمله موفق‌ترین درمانها در این رویکرد، **درمان‌های ویژه اختلالات اضطرابی** بوده است مثل درمان اختصاصی اختلال وحشتزدگی (از بارلو و همکاران) و درمانهای مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای اختلال وسواس.

در اینجا لازم است اشاره‌ای به **درمانهای فراتشخیصی** بکنیم که در نقطه مقابل رویکرد تشخیص‌مدار قرار می‌گیرند. فراتشخیص به معنای **شناسایی ساز و کارهای زیربنایی مشترک** اختلال‌های هم‌ابتلا و مداخله درمانی بر اساس این ساز و کارهای مشترک است. یکی از جدیدترین درمانهای فراتشخیصی، **درمان پروتوکل واحد** (بارلو و همکاران) است. بر اساس این درمان در اختلالهای هیجانی فرایند تنظیم هیجان مختل شده است و با استفاده از تکنیک‌هایی همچون تکنیک‌های شناختی-رفتاری می‌توان آنها را بهبود بخشید.

۳) رویکرد نتیجه‌مدار:

این رویکرد تمام عوامل موثر بر نتیجه درمان را مبنا قرار می‌دهد، از جمله عوامل مربوط به مراجع، درمانگر و محیط. این رویکرد جزو **درمان‌های چندوجهی** محسوب می‌شود.

لازاروس عنوان کرده است که روانشناسان بالینی باید هنگام طراحی مداخله، اطلاعات گوناگونی درباره مراجع جمع کنند. رویکرد او با نام BASIC-ID روان‌شناسان را تشویق می‌کند درمان را بر اساس چند عامل طراحی کنند: **سنجش رفتارها (B)، عواطف (A)، تجربه‌های حسی (S)، تصورات ذهنی (I)، شناخت‌ها (C)، روابط میان‌فردی (I)، ضرورت مصرف دارو (D)**. (با این رویکرد در فصل درمانهای یکپارچه‌نگر بیشتر آشنا خواهید شد)

یک مصداق دیگر درمان چندوجهی نتیجه‌مدار، **انتخاب درمان نظام‌دار (STS)** از بویتلر و کلارکین است. آنها در پژوهشهای خود به ویژگی‌های مراجعان که به انتخاب درمان مناسب کمک می‌کند پرداختند.

انتخاب درمان نظام‌دار (STS)

بویتلر و کلارکین هفت بعد را در مورد بیماران شناسایی کرده و آنها را به انواع تصمیم‌های درمانی مرتبط ساخته‌اند که در ادامه می‌بینید.

مارنات و دیویس یک چارچوب برای بررسی توصیه‌های مبتنی بر STS به نام **دستیار گزارش‌نویسی روانشناختی** فراهم کرده‌اند.

- **شدت مشکل (اختلال کارکردی):** بر این موضوعات تاثیر دارد: محدودیت درمان (بستری کردن یا درمان سرپایی)، شدت درمان (طول مدت و فراوانی دفعات)، لزوم دارودرمانی،فوریت اهداف درمان
- **پیچیدگی مشکل:** آیا درمان باید به نشانه‌های خاص، مجزا، و وابسته به محیط متمرکز شود یا به حوزه‌های مزمن و درونی تعارض‌ها.
- **آشفتگی ذهنی:** آیا سطح برانگیختگی باید افزایش داده شود یا کاهش.
- **سطح مقاومت مراجع:** تدابیر درمانی تا چه اندازه باید به شیوه مستقیم اعمال شود.
- **سبک کنار آمدن:** آیا تدابیر درمانی بیشتر باید به تغییر رفتارهای خارجی معطوف باشد یا به تغییر بینش‌مدار درونی.
- **مرحله تغییر:** انطباق دادن درمان براساس مرحله تغییری که مراجع در آن قرار دارد.
- **سطح حمایت اجتماعی:** آیا شبکه اجتماعی مراجع کافی است یا باید افزایش داده شود.

شدت مشکل

شدت مشکل به **اختلال در کارکرد** اشاره دارد. منظور این است که مشکل بیمار تا چه اندازه توانایی وی در موقعیت‌های اجتماعی، شغلی و میان‌فردی را مختل می‌سازد. این امر ممکن است با توانایی مراجع در کنار آمدن، نیرومندی ایگو، سطح بینش و مزمن بودن نشانه‌ها ارتباط مستقیم داشته باشد.

بویتلر و همکاران برای سنجش شدت مشکل ابعاد زیر را پیشنهاد کرده‌اند: اختلال در کارکرد مراجع هنگام مصاحبه، تمرکز ضعیف، حواس‌پرتی، ناتوانی کلی در کارکرد، دشواری در تعامل با درمانگر، عملکرد مختل در زندگی روزمره.

از موارد روان‌سنجی سودمند در مورد تخمین شدت مشکل عبارتند از:

- برافراشتگی عمومی در مقیاس MMPI
- برافراشتگی مقیاس‌های سمت راست نیمرخ روانی MMPI (پارانویا، اسکیزوفرنیا، هیپومانیا)
- بالا بودن خطر خودکشی بر اساس ماده‌های بحرانی MMPI و ماده‌های ۲ و ۹ در مقیاس بک
- نمرات بالا در مقیاس بک (نمرات ۳۰ و بالاتر)
- برافراشتگی بالای MCMI بخصوص در مقیاس‌های آسیب‌شناختی شخصیتی شدید یا نشانگان شدید

در مورد سطح پایین شدت مشکل، به احتمال زیاد اقدام‌های روانی-اجتماعی مناسب‌ترین روش خواهد بود. برای مشکلات شدید مراقبت فوری و بستری کردن ضروری است.

درمان بلندمدت با فراوانی زیاد در این موارد پیشنهاد می‌شود: تشخیص‌های جدی (مثلا شخصیت مرزی)، کارکرد ضعیف پیش از بیماری، اهمیت جزئی فشار بیرونی، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، انتظار درمانجو مبنی بر طولانی بودن زمان تغییر، درمان کاوشی یا بینش‌مدار، سطح پایین حمایت اجتماعی.

درمان کوتاه‌مدت با فراوانی کم در این موارد پیشنهاد می‌شود: اختلال حاد (مثلا اختلال سازگاری یا رواپریشی واکنشی حاد)، فشار بیرونی به عنوان علت عمده، کارکرد خوب پیش از بیماری، درمان متمرکز بر نشانه یا مداخله در بحران، مداخله‌های باساختار و مستقیم و فعال، حمایت اجتماعی بالا.

در این موارد بهتر است درمانی پیشنهاد نشود: نگرش منفی درمانجو (مثلا شخصیت مرزی یا پارانویید)، عدم پاسخ به درمان (مثلا شخصیت جامعه‌ستیز)، بهبود خودبخودی (مثل سوگ)، بهبودی سریع، درد هیجانی به دنبال تغییرات ناشی از روان‌درمانی، بدگمانی نسبت به درمانگر و نیاز به کنترل.

شدت مشکل می‌تواند در قضاوت در زمینه پیش‌آگهی نیز مفید باشد گرچه این قضاوت نیازمند در نظر گرفتن اطلاعات گسترده‌ای دیگری نیز هست (مثل تشخیص، مزمن بودن، درماندگی ذهنی، منابع درمانجو مثل حمایت اجتماعی و غیره). یک رهنمود آن است که شدت نشانه‌های روانپزشکی وابسته به وجود شکوه‌های بدنی ممکن است نشانه پیش‌آگهی ضعیف باشد و برعکس بیمارانی با سطوح کلی اضطراب و افسردگی ادواری با اقدامات درمانی سازگاری خوبی دارند.

○ آشفتگی ذهنی (درماندگی ذهنی)

به درجه **تجربه ذهنی مشکل** از سوی مراجع بستگی دارد و در وهله اول به صورت اضطراب شدید، گم‌گشتگی یا افسردگی جلوه‌گر می‌شود.

سطح متوسط آشفتگی ذهنی (سطح بهینه) سودمند است زیرا مراجع را برای تغییر برمی‌انگیزد و به پیشرفت‌های شناختی مانند بهبود حافظه، سرعت عملکرد و کارآیی هوش بالاتر می‌انجامد. سطح پایین یا بالای آن برای تغییر رفتار مشکل ایجاد می‌کند.

نشانگرهای آشفتگی بالا عبارتند از: بی‌قراری حرکتی، برانگیختگی هیجانی زیاد، تمرکز ضعیف، عدم یکنواختی آهنگ صدا، نشانه‌های خودکار، نفس‌نفس زدن، گوش به زنگ بودن یا حساسیت زیاد، عاطفه تهییج شده، احساس‌های شدید.

نشانگرهای آشفتگی پایین عبارتند از: فعالیت حرکتی کاهش‌یافته، سرمایه‌گذاری هیجانی کم در درمان، سطح پایین انرژی، خلق کند یا محدود، گفتار آهسته، بیان کلامی ناهماهنگ، فقدان نشانه‌ها.

بین اختلال کارکرد و آشفتگی ذهنی همپوشانی هست اما این دو با هم تفاوت‌هایی دارند. این دو لزوما همراه نیستند برای مثال شخصیت جامعه‌ستیز که باعث رنجش دیگران است اما خودش احساس درماندگی ذهنی نمی‌کند. وجه تمایز این است که شدت مشکل به نشانگرهای عینی اختلال مربوط است، در صورتی که آشفتگی ذهنی یک پدیده درونی و ذهنی است. همچنین آشفتگی ذهنی می‌تواند کاملاً تغییرپذیر باشد و توسط رویدادهای محیطی کنترل شود. همچنین کاربردهای درمانی آشفتگی ذهنی بسیار محدود است زیرا فقط به این پرسش مربوط می‌شود که آیا برانگیختگی باید افزایش داده شود یا کاهش.

مواردی در MMPI که برای سنجش آشفتگی ذهنی مفید است عبارتند از:

- مقیاس‌های ۲،F (افسردگی) و ۷ (ضعف روانی)، هیجان‌های منفی ناکارآمد (RC۷)، هیجان‌های مثبت پایین (RC۲) مقیاس‌های آشفتگی نامیده می‌شوند.
- اگر مقیاس‌های مربوط به انکار، مقاومت و دفاعی بودن (L، K و ۳ یا هیستری) برافراشته باشند انگیزه تغییر کاهش می‌یابد.
- اگر مقیاس ۷ (ضعف روانی) و هیجان‌های منفی ناکارآمد (RC۷) پایین و دیگر مقیاس‌های آسیب روانی برافراشته باشند، پیش‌آگهی بیماری ضعیف است، نشان‌دهنده بی‌اعتنایی به مشکل خود یا تسلیم در برابر اجتناب‌ناپذیر بودن آن است.

در صورتی که آشفتگی ذهنی پایین باشد مداخلات زیر مفید است: شیوه دوصندلی، اغراق درباره نشانه‌ها، ایفای نقش تجربی، مواجهه، خانواده‌درمانی با تمرکز بر تاثیر رفتار مراجع روی خانواده، پیش‌بینی بازگشت نشانه، بحث درباره خاطرات دردناک، دستیابی به پاسخهای عاطفی، خیال‌پردازی هدایت‌شده، تفسیر انتقال و مقاومت

در صورتی که آشفتگی ذهنی بالا باشد، هدف فوری آن است که سطح اضطراب کاهش داده شود. در صورت آشفتگی بدنی این مداخلات مفید است: آرمیدگی، خیال‌پردازی هدایت‌شده، بازخورد زیستی، ورزش هوازی، مواجهه تدریجی. اگر آشفتگی اجتماعی یا شناختی باشد مداخلات زیر مفید است: مراقبه، اطمینان دادن، تخلیه هیجانی، حمایت عاطفی، چالش با شناختهای ناکارآمد، مدیریت زمان، توقف فکر

○ پیچیدگی مشکل

پیچیدگی مشکل بیشتر مربوط به **روابط فرد با دیگران و الگوهای موضوعی زمینه‌ساز** در زندگی شخص است که ممکن است منجر به اختلال شوند یا خیر.

پیچیدگی مشکل بر خلاف شدت مشکل به سطح اختلال مربوط نیست. مثلا یک شخص ممکن است شدت مشکل پایینی داشته باشد و کارکرد خوبی داشته باشد، اما دچار نارضایتی در روابط باشد. مشکلات شدید ممکن است به سبب عوامل محیطی باشند اما مشکلات پیچیده ممکن است به رویدادهای درونی نامرئی مربوط باشند. مسائل پیچیده احتمالاً با الگوهای شخصیتی درگیرند و در ابعاد مختلف گسترش می‌یابند.

سنجش پیچیدگی مشکل به لحاظ پیوند آن با مسایل نظری دشوارتر است. ولی بر اساس سه ویژگی می‌توان آن را بررسی کرد: وجود چند بعد یا تشخیص (بیماری‌های مختلط)، الگوها یا موضوع‌های مشکلات رفتاری فراگیر و بازگشت‌پذیر، وجود اختلال شخصیت یا حداقل سبک شخصیتی.

بویتلر و همکاران نشانگرهای پیچیدگی مشکل را شامل این موارد می‌دانند: تکرار رفتارها در موقعیت‌های نامربوط، کوششهای تشریفاتی برای حل تعارض‌های پویا یا میان‌فردی، ارتباط تعاملها با روابط گذشته نه فعلی، ایجاد رنج به دنبال رفتارهای تکراری، مشکلات بیمار بعنوان جلوه‌های نمادین تعارضات حل‌نشده، بروز در موقعیت‌های خاص، انتقالی و گذرا بودن، دانش یا مهارت نابسنده، رابطه مستقیم با رویدادهای آغازین، وجود عادات دیرینه یا مزمن

از آزمون‌های موجود می‌توان استنباط‌هایی برای سنجش پیچیدگی مشکل انجام داد:

- برافراشتگی مقیاسهای شخصیتی MCMI

- بررسی الگوی نشانه‌ها در MMPI : نمرات بالا در مقیاس ۱ (هیپوکندری) و ۲ (افسردگی) و نمره بیشتر مقیاس ۱ - نمرات بالا در مقیاس ۷ (ضعف روانی) و ۸ (اسکیزوفرنیا) و نمره بیشتر مقیاس ۸
- موضوعات داستان‌های TAT و پاسخها به لکه‌های رورشاخ

برای مشکلات با پیچیدگی کمتر می‌توان از درمانهایی استفاده کرد که به نشانه‌های خاص بیماری، پیشایندها و پیامدهای آنها بپردازند از جمله قرارداد رفتاری، آموزش مهارتهای اجتماعی، مواجهه تدریجی، تقویت رفتارهای هدف، مدیریت وابستگی، چالش شناختهای مختل، تمرین شناختهای جایگزین، تمرین خودبیانی یا خودگویی، نظارت بر خود، راهبردهای تناقضی، شرطی‌سازی تقابلی، آرمیدگی، بازخورد زیستی

برای مشکلات با پیچیدگی بیشتر درمانهایی مناسبتر هستند که به حل تعارضهای زمینه‌ساز دیرپا و تغییر الگوهای روابط بین‌فردی معطوف باشند از جمله گروه یا خانواده‌درمانی، تخلیه هیجانی، نمایش الگوهای رفتاری متضاد با رفتارهای معمول، واکاوی الگوهای موضوعی در رفتار و روابط، تفسیر انتقال و مقاومت، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان بین‌فردی

سطح مقاومت

بر حسب اینکه درمانجو چقدر پذیرای درمان است یا با آن مخالفت می‌کند سطح مقاومت مشخص می‌شود.

نمرات بالا در مقیاس‌های L و K و مقیاس‌های ۱ و ۶ (هیپوکندری و پارانویا) در MMPI می‌تواند نشانه سبک مخالفت باشد.

برای مراجعان مقاوم روش‌های بی‌رهنمود، حمایتی و خودرهبر مفید است. از جمله خودبازبینی، انعکاس درمانگر، حمایت و اطمینان دادن، تفسیر حمایت‌کننده انتقال. همچنین **فنون تناقضی** برای این مراجعان مفید است از جمله تشویق عود یا بازگشت بیماری، تجویز این که هیچ تغییری رخ نمی‌دهد، اغراق درباره نشانه‌ها.

برای مراجعانی با مقاومت پایین روش‌های درمانی هدایت‌شده و ساخت‌دار مفید است. از جمله قرارداد رفتاری، مدیریت وابستگی، مواجهه تدریجی، تلقین مستقیم، کنترل محرک، بازسازی شناختی، پرورش خودبیانی جایگزین، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، توصیه کردن، تفسیر، توقف فکر

۴) سبک کنار آمدن:

نشانگرهای بالینی افراد دارای سبک بیرونی کردن عبارتند از: سرزنش دیگران، بدگمانی، ناشکیبایی در برابر ناکامی، برون‌گرایی، پرخاشگری اجتماعی‌نشده، حواس‌پرتی از طریق جستجوی تحریک، دستکاری و اغوا کردن دیگران، شکوه‌های بدنی برای رسیدن به نفع ثانوی

نشانگرهای بالینی افراد با سبک درونی کردن عبارتند از: درون‌گرایی، توجیه عقلی، هیجان‌های محدود یا کنترل‌شده، کمینه‌سازی مشکلات، انزوای اجتماعی، شکوه جسمانی نشانه‌های مرتبط با نظام عصبی خودکار.

در MMPI در صورتی که جمع نمرات مقیاسهای بیرونی کردن بالاتر از درونی کردن باشد شخص دارای سبک بیرونی کردن است و برعکس. این مقیاسها عبارتند از:

- **مقیاس‌های بیرونی کردن: مقیاس‌های ۴، ۶، ۹ (انحراف اجتماعی، پارانویا، هیپومانی).**
- **مقیاس‌های درونی کردن: مقیاس‌های ۲، ۷، ۰ (افسردگی، ضعف روانی، درون‌گرایی اجتماعی).**

در MCMI مقیاسهای بیرونی کردن عبارتند از هیستری، ضداجتماعی، پرخاشگر / آزارگر، گردن‌کشی و پارانویید. مقیاسهای درونی کردن عبارتند از اجتناب، افسردگی، دلبستگی و اضطراری

مراجعان با سبک بیرونی کردن به مداخله‌های رفتاری، نشانه‌مدار، و فنون خاص ایجاد مهارت، بهتر پاسخ می‌دهند و پاسخ‌دهی آنان به فنون افزایش خودآگاهی و ایجاد بینش، کم است. از جمله فنون مناسب عبارتند از: افزایش مهارتهای اجتماعی، جرات‌آموزی، مداخله‌های گروهی، مدیریت خشم، مواجهه تدریجی، تقویت، قرارداد همبستگی، قرارداد رفتاری، زیر سوال بردن اعتقادهای مختل، تمرین تفکر جایگزین، کنترل محرک، توقف فکر، شرطی‌سازی تقابلی، آرمیدگی

افراد دارای سبک درونی کردن به فنون افزایش بینش و خودآگاهی هیجانی، بهتر جواب می‌دهند. از جمله فنون مناسب عبارتند از: مداخله بینش‌مدار، تصویر ذهنی هدایت‌شده، آموزش مستقیم، کتاب‌درمانی، تفسیر انتقال و مقاومت، کار دو صندلی.

۵) مرحله تغییر بیمار:

بر حسب اینکه مراجع در کدام مرحله تغییر است رویکرد درمانی متفاوت است. البته در مورد سنجش ناتوانی، مشکلات پزشکی و قانونی در نظر گرفتن مرحله تغییر مناسبت ندارد زیرا تسهیل تغییر ممکن است بخشی از پرسش ارجاعی نباشد.

پروچاسکا مراحل تغییر را به این شکل توصیف کرده است (البته در کتاب مارنات مرحله ششم ذکر نشده است):

۱) **قبل از تامل (Precontemplation):** مراجع هیچ قصدی برای تغییر رفتار خود در آینده نزدیک ندارد و معمولا بخاطر فشارهای بیرونی مراجعه کرده است. ۵۰ تا ۶۰ درصد مراجعان در این مرحله هستند.

۲) **تامل (Contemplation):** می‌داند مشکل دارد ولی هنوز تلاشی برای تغییر نکرده است. ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان در این مرحله هستند.

۳) **آمادگی (Preparation):** می‌خواهد در آینده نزدیک تغییر کند.

۴) **اقدام (Action):** رفتارهای غیرانطباقی یا هیجانات و محیط خود را تغییر می‌دهد. ۱۰ تا ۲۰ درصد مراجعان در این مرحله هستند.

۵) **نگهداری (Maintenance):** سعی می‌کند جلوی برگشت یا عود را بگیرد و منافع حاصل از مرحله اقدام را بیشتر کند.

۶) **اتمام (Termination):** تغییرات لازم را ایجاد کرده و خطر برگشت یا عود او را تهدید نمی‌کند.

دو ابزار برای سنجش مراحل تغییر عبارتند از: سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند (سنجش مراحل تغییر در مورد مشکلات کلی)- مراحل آمادگی تغییر و مقیاس علاقه‌مندی به درمان (متمرکز بر مراحل تغییر مرتبط با ترک مصرف موارد و الکل)

ملاحظات درمانی بر اساس مراحل به این شرح است:

مرحله پیش‌تامل: سطح مقاومت بالا و درماندگی انگیزشی پایین است که باید ملاحظات درمانی این وضعیتها رعایت شوند. مداخلاتی مفید است که هشیاری و درک مراجع از فواید تغییر را افزایش دهند و آنها را به مرحله بعد حرکت دهند. ایجاد رابطه درمانی مناسب اهمیت دارد.

مرحله تامل و آمادگی: بررسی الگوهای میان‌فردی و رفتاری، دلایل له و علیه تغییر، راهبردهای مختلف ایجاد تغییر، و نقاط قوت و ضعف درمانجو

مرحله اقدام: فنون خاص و عینی برای تغییر رفتار عینی، الگوهای روابط بین‌فردی، گفتگوی با خود و روشهای تجربه جهان بیرونی

مرحله نگهداری: ایفای نقش مربی یا مشاور برای توصیه و تشویق مراجع- یافتن راههای مقابله و پیشگیری از برگشت با استفاده از روشهایی همچون کنترل محرک، قرارداد اجتماعی، افزایش حمایت اجتماعی، مدیریت خشم و قرارداد رفتاری

به طور کلی در سه مرحله اول رویکردهای انسان‌گرایانه و روانپویشی و در مراحل بعدی رویکردهای شناختی-رفتاری مفیدتر است.

○ حمایت اجتماعی

سطح حمایت اجتماعی به یک خانواده منسجم و قوی یا شبکه‌ای از دوستان و شکلی از اشتغال ایمن اشاره دارد.

سنجش سطح حمایت اجتماعی تنها به تعداد افراد محدود نیست بلکه احساس مراجع درباره کیفیت این حمایت نیز مورد توجه است.

حمایت اجتماعی بالا با پاسخدهی بالاتر به درمان، حفظ نتایج درمان، طول درمان کوتاه‌تر و پیش‌آگهی بهتر درمان رابطه دارد.

مقیاسهای روانسنجی مفید برای سنجش حمایت اجتماعی عبارتند از:

- برافراشتگی مقیاس‌های درون‌گرایی اجتماعی (۰)، پارانویا (۶)، اسکیزوفرنیا (۸) در MMPI با تعداد و کیفیت پایین حمایت اجتماعی همراه است.
- برافراشتگی مقیاسهای خودبیمارانگاری (۱)، هیستری (۳) و عیب‌جویی در MMPI با تعداد زیاد حمایت‌کنندگان اما کیفیت حمایت پایین مرتبط است.
- برافراشتگی مقیاسهای اسکیزوویید، اجتنابی، اسکیزوتایپی، پارانویید، اختلال فکر در MCMI با تعداد و کیفیت پایین حمایت اجتماعی همراه است.
- برافراشتگی مقیاسهای وابسته، هیستریایی، نافعال-پرخاشگر، خودشکنی و مرزی با تعداد متوسط تا بالای حمایت اجتماعی همراه است اما حمایتها متعارض است (مثلا حفظ حمایت اجتماعی با فداکردن خودمختاری در فرد وابسته)

برای افرادی با حمایت اجتماعی کم درمانهای شناختی-رفتاری مناسبتر از روشهای درمانی برای بهبود رابطه هستند. درمانهای بلندمدت و دارودرمانی مفید است. مداخله گروهی حمایتی برای فعال کردن درمانهای رابطه‌ای یا بین‌فردی مفید است.

برای افرادی با حمایت اجتماعی بالا، درمان کوتاه‌مدت مفید است و درمان بلندمدت ممکن است تناقض ایجاد کند. درمانهای متمرکز بر بهبود روابط جهت افزایش مهارتهای قبلی مفید است. روشهای شناختی-رفتاری کمتر مفید هستند.

:: مشکلات مراجعان و بهره‌گیری از درمان

اختلالات اضطرابی شایعترین اختلالات هستند، پس از آن اختلالات خلقی، کنترل تکانه و سوءمصرف مواد. هر چه اختلال جدی‌تر باشد زودتر شروع می‌شود و تا ۱۴ سالگی ظاهر می‌شود. اگر اختلال درمان نشود، احتمالا تکرار خواهد شد.

بسیاری از بیماران به دنبال درمان نمی‌روند. عدم پیگیری درمان در بین اقلیت‌ها و گروه‌های اقتصادی-اجتماعی پایین تر شایع‌تر است. افراد میانسال، تحصیل‌کرده، سفیدپوست، زن، مطلقه یا جداشده، دارای بیمه، و بیکار احتمال مراجعه بیشتری دارند.

:: مفهوم عمق مساله از سلیگمن

سلیگمن مفهوم عمق مساله را برای تشریح میزان تغییرپذیری شرایط و رفتارها مطرح کرده است. از نظر او عمق مساله بستگی دارد به اینکه: مشکل چقدر زیستی و فطری است، رد کردن اعتقاد نهفته در پس آن چقدر دشوار است، اعتقاد پس مشکل چقدر قدرتمند است، چقدر عمومیت دارد و حقایق دنیا را توضیح می‌دهد.

برای مثال، نارضایتی از جنسیت یک مشکل احتمالا غیرقابل‌تغییر عمیق است چون از لحاظ زیستی ریشه در دوران جنینی دارد، تقریبا غیرقابل رد کردن است و بر کل زندگی سایه می‌افکند.

سلیگمن لیستی از مشکلات قابل‌تغییر تا غیرقابل‌تغییر ارایه کرد که در جدول زیر می‌بینید. (البته این مبحث از کتب جدید حذف شده است)

مشکل	قابلیت تغییر
اختلال وحشتزدگی	قابل علاج
فوبی خاص	تقریبا قابل علاج
بدکاری جنسی	تا حد زیاد تسکین‌پذیر
ترس شدید اجتماعی، ترس از مکان‌های باز، افسردگی	در حد متوسط تسکین‌پذیر
وسواس فکری-عملی، عصبانیت، اضطراب روزمره	در حد متوسط/ خفیف تسکین‌پذیر
اعتیاد به الکل	در حد خفیف تسکین‌پذیر
اضافه وزن	فقط تغییر موقتی
اختلال استرس پس از سانحه	فقط تغییر ناچیز

:: اثربخشی و تاثیرگذاری روان‌درمانی

برای پاسخ به این سوال که آیا روان‌درمانی کمک می‌کند، باید دو مساله **اثربخشی درمان و تاثیرگذاری درمان** را متمایز کنیم.

● اثربخشی درمان (efficacy)

منظور از اثربخشی درمان این است که وقتی فردی معمولی در کارآزمایی بالینی درمان می‌شود (گروه آزمایش)، در مقایسه با فردی که درمان نمی‌شود (گروه کنترل یا گواه)، در حد معناداری از ناکاریی‌اش کاسته شود.

در پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان، تاکید بر اعتبار درونی است که از طریق کنترل بیماران، استاندارد کردن درمان و گمارش تصادفی به دست می‌آید.

شواهد تجربی از اثربخشی روان‌درمانگری حمایت می‌کند. اما معنایش این نیست که روان‌درمانی به هر کسی کمک خواهد کرد، بلکه در حد میانگین کسانی که دنبال درمان می‌روند قدری تسکین می‌یابند.

● تاثیرگذاری درمان (effectiveness)

منظور از تاثیرگذاری درمان، این است که مراجع گزارش کند درمان از لحاظ بالینی نفع معناداری برای او داشته است.

در پژوهش‌های بررسی تاثیرگذاری درمان، تاکید بر اعتبار بیرونی است که نشانه معرف بودن درمان است. این پژوهش‌ها به درمان در دنیای واقعی شباهت بیشتری دارند، گاهی گروه گواه یا گمارش تصادفی دارند و گاهی ندارند.

مطالعات کمی درباره تاثیرگذاری روان‌درمانی صورت گرفته است. یافته‌های یک نظرسنجی بزرگ در مجله سلامت روان از مراجعه‌کنندگان به روان‌درمانی نشان داده است که:

- روان‌درمانی در بیشتر پاسخ‌دهندگان قدری بهبود ایجاد کرده بود. کسانی که پیش از درمان، بدترین حال را داشتند بیشترین بهبود را گزارش کردند.
- اظهارنظرهای مثبت درباره مفیدترین متخصصان عمدتا به روانپزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی اختصاص داشت. ظاهرا همه آنها به یک اندازه موثر بودند حتی وقتی شدت و نوع مشکل روانشناختی کنترل شد.
- پاسخ‌دهندگانی که فقط روان‌درمانی شده بودند، به اندازه کسانی که روان‌درمانی و دارودرمانی شده بودند، بهبود نشان می‌دادند.
- درمان طولانی‌تر (جلسات بیشتر) با بهبود بیشتر رابطه داشت.

:: درمان و اقدام شواهدبنیاد

درمان شواهدبنیاد (evidence based treatment): به مداخلاتی اطلاق می‌شود که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تغییر مهم و معناداری در مراجعان و بیماران ایجاد می‌کنند. بنابراین درمانی شواهدبنیاد است که اثرات مثبت آن در **پژوهش‌های اثربخشی** نشان داده شده باشد.

درمانگری یا اقدام شواهدبنیاد (evidence based practice): مقوله‌ای کلی‌تر است و شامل تمامی درمان‌هایی می‌شود که **منابع مختلف** (نه فقط کارآزمایی بالینی) از آنها حمایت می‌کنند. این منابع عبارتند از:

- **شواهد علمی (درمان شواهدبنیاد)،**
- **تخصص روانشناس بالینی،**
- **نیازها، خصوصیات، ارزش‌ها و ترجیحات شخص بیمار.**

در کتاب کرامر، اقدام شواهدبنیاد اینطور تعریف شده است: ادغام بهترین تحقیقات موجود در تخصص بالینی در چهارچوب خصوصیات، فرهنگ و سلایق بیمار. هدف آن اقدام روان‌شناختی موثر و ارتقای سلامت عمومی از طریق کاربرد آن دسته از اصول سنجش روانی، تدوین موردی، رابطه درمانی و مداخله‌هایی است که پشتوانه تجربی دارند.

درمانگری شواهدبنیاد مورد علاقه تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی بوده است تا نشان دهند که درمانشان اثرهای ثابت‌شده دارد یا خیر. عده‌ای در برابر آن مقاومت کرده و معتقدند درمان یک هنر است که تعریف و اندازه‌گیری علمی عوامل موثر بر آن دشوار است.

جامعه روانشناسی بالینی ملاک‌هایی را برای درمان‌های شواهدبنیاد که پشتوانه علمی لازم را دارند، ارایه کرده است (قبلا نام آن را درمان‌های با پشتوانه تجربی گذاشته بودند). طبق این ملاک‌ها رویکردهای درمانی به این شکل طبقه‌بندی می‌شوند: ۱) ثابت‌شده، ۲) احتمالا اثربخش، ۳) آزمایشی، ۴) امکان دارد اثربخش باشد.

چند نتیجه درباره لیست درمان‌های شواهدبنیاد بیان شده است:

- **بیشتر آنها ماهیت شناختی- رفتاری دارند.**
- روی مهارت‌سازی متناسب با مشکل متمرکز بوده و نسبتا کوتاه‌مدت هستند.
- درباره اختصاصی بودن (یعنی یک اختلال فقط به یک یا دو درمان پاسخ می‌دهد)، اختلال وسواس فکری-اجبار عملی بزرگسالان فقط با یک مداخله به شکل موثری درمان می‌شود: درمان مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ.
- با درمان‌های متفاوت روانشناختی، مثل درمان شناختی-رفتاری، شناخت‌درمانی، درمان میان‌فردی و درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت می‌توانیم افسردگی را درمان کنیم.
- برخی اختلالات مثل سوءمصرف کوکائین، وابستگی به مواد افیونی و اختلال دوقطبی، درمان ثابت‌شده ندارند ولی درمان‌هایی وجود دارد که احتمالا در مورد آنها اثربخش هستند.
- درمان‌های ثابت‌شده و احتمالا اثربخش برای اختلالات بیرونی‌سازی کودکان و نوجوانان (مثل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یا اختلال سلوک) مولفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده دارند (مثل آموزش رفتاری والدین در اختلال کمبود توجه/بیش فعالی)، در حالی که درمان‌های اختلالات درونی‌سازی (مثل افسردگی و اضطراب) مولفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده ندارند.

مهم‌ترین انتقاد به درمان‌های شواهدبنیاد این است که آیا درمان‌هایی که در محیط‌های کنترل‌شده موثر بوده‌اند به محیط‌های بالینی قابل تعمیم هستند. همچنین، درمان‌های شواهدبنیاد نشان می‌دهند برخی رویکردهای درمانی از برخی دیگر اثربخش‌تر هستند؛ اما هنوز مشخص نیست که کدام درمان‌ها برای کدام افراد، تشخیص‌ها و بافت‌ها موثرترند.

:: پژوهش در روان‌درمانی

آیزنک در گزارش معروف خود اعلام کرد که روان‌درمانی برای روان‌رنجورها از درمان نشدن آنها موثرتر نیست. او در مرورهای بعدی پیش‌بینی‌اش را در مورد اثربخشی درمان سنتی تکرار کرد، گرچه مدعی شد از رفتاردرمانی نتایج بهتری می‌گیریم. اهمیت این گزارش آیزنک در نتایج آن نبود، چون ایرادات روش‌شناختی زیادی داشت، بلکه در افزایش تحقیقات در حیطه روان‌درمانی بود.

گوردون پاول این سوال معروف را مطرح کرد که: «چه درمانی توسط چه درمانگری درمورد چه مشکلی و تحت چه شرایطی و چگونه بیشترین تاثیر را دارد؟». کزدین، سؤال پاول را به فهرستی از اهداف تحقیق درباره نتیجه درمان تبدیل کرد که عبارت بودند از: تعیین تاثیرگذاری یک درمان، مقایسه اثربخشی درمان‌های مختلف، سنجش آن دسته از مؤلفه‌های درمان که مسبب تغییرات بوده‌اند.

معمولا در مطالعات بررسی اثربخشی روان‌درمانی از گروه آزمایشی (درمان) و گروه گواه (عدم درمان) استفاده می‌شود و سنجش کارکرد بیمار در دو گروه مقایسه می‌شود. گروه گواه شکل‌های مختلفی دارد: ۱) **گروه گواه فهرست انتظار:** درمان بیماران به پس از اتمام مطالعه موکول می‌شود. ۲) **گروه گواه صرفا تحت توجه:** بیماران با روانشناس بالینی ملاقات‌های منظم دارند ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نمی‌شود.

در خلاصه‌سازی تحقیقات انجام شده درباره نتیجه درمان از چند رویکرد استفاده می‌شود:

- **رویکرد روایی یا خانه امتیازات:** در این رویکرد سنتی درباره اینکه هر مطالعه نتایج مثبت و منفی داشته است نتیجه‌گیری قطعی می‌کنند و سپس تعداد نتایج مثبت و منفی را می‌شمارند.
- **فراتحلیل:** در این رویکرد، تمام مطالعات صورت گرفته درباره یک موضوع خاص جمع‌آوری و با روش آماری ادغام و ترکیب می‌شوند.
- **نظرسنجی یا رضایت‌سنجی مراجعان**

○ مطالعه دانشگاه تمپل

این مطالعه شامل مقایسه رفتاردرمانی، درمان روان پویشی کوتاه‌مدت، و فهرست انتظار در بیماران روان‌رنجور بود. نتایج نشان داد:

- هر سه گروه بهبود یافتند اما بهبود در گروه‌های درمان روان‌پویشی و رفتاردرمانی بیشتر از فهرست انتظار بود.
- بسته به ملاک موردنظر، تغییر در گروه رفتاردرمانی و روان‌پویشی متفاوت بود، اما به طور کلی روند کمی به نفع رفتاردرمانی بود.
- تداوم بهبود در هر سه گروه وجود داشت که نشان می‌دهد درمان در مقایسه با عدم درمان می‌تواند تغییر را شتاب بخشد نه اینکه تغییر را بیشتر کند.
- روان‌کاوان با بیمارانی که شدت ناراحتی‌شان کمتر بود بهتر نتیجه می‌گرفتند ولی میزان ناراحتی برای رفتاردرمانگران فرقی نمی‌کرد. این نشان می‌دهد رفتاردرمانی چندمنظوره‌تر است شاید چون منعطف‌تر است و رفتاردرمانگران در انتخاب فنون، التقاطی عمل می‌کنند.

○ فراتحلیل اسمیت و گلاس

این فراتحلیل به مرور تاثیرگذاری روان‌درمانی پرداخته است. آنها در تحلیل خود، اندازه تاثیر (ES) را اینطور تعریف کردند: میانگین اختلاف نمرات شرکت‌کنندگان درمان‌شده و گواه در اندازه‌های نتیجه‌ای مربوطه تقسیم بر انحراف معیار گروه گواه.

اندازه تاثیر به طور متوسط ۰٫۸۵ انحراف معیار بود. معنایش این است که حال یک آدم معمولی پس از درمان **۸۰ درصد** از کسی که درمان نشده است، بهتر است. **بیشترین میانگین اندازه تاثیر برای شناخت‌درمانی‌های غیر از درمان عقلانی- هیجانی بوده است.**

○ سایر یافته‌ها

تقریبا تمام اشکال زوج‌درمانی، شادمانی و سازگاری زوج‌ها را در حد معناداری بهبود می‌بخشند. اما مقدار یا اهمیت بالینی این بهبود معمولا دلسردکننده است؛ یا رابطه‌ها تحت فشار می‌ماند یا پس از چندسال زوجین دوباره مشکل پیدا می‌کنند.

در بین انواع خانواده‌درمانی، خانواده‌درمانی رفتاری و ساختاری از بیشترین حمایت تجربی برخوردار هستند. نکته دیگر آنکه درمان‌های خانوادگی در مورد خانواده‌های محروم کمتر موثر واقع می‌شوند.

کتاب‌درمانی برای مشکلاتی مثل اضطراب، افسردگی و سوءمصرف خفیف و مشکلاتی مثل سیگارکشیدن موثرتر است.

ترکیب داروها با روان‌درمانی کاملا مفید است و در برخی موارد از تک تک آنها بهتر است. ولی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی، درمان‌های مرکب خیلی بیش از تک تک درمان‌ها بهبود ایجاد نمی‌کنند؛ و تاثیر روان‌درمانی در این اختلالات از دارودرمانی بیشتر و ماندگارتر است.

موثر بودن کلی گروه‌درمانی از موثر بودن کلی درمان انفرادی کمتر است. گروه‌درمانی حمایتی برای اسکیزوفرنی و گروه‌درمانی برای افسردگی حمایت تجربی دارند.

○ فرایندپژوهی

در فرایندپژوهی، به رویدادهای خاصی که در فرایند درمان، یعنی در سیر تعامل درمانگر و بیمار، رخ می‌دهد پرداخته می‌شود.

پیروان راجرز، پیشگام فرایندپژوهشی بودند. مطالعات آنها شامل مواردی مثل مقدار خودانگیختگی حرف‌های درمانگر یا تاثیر روشن‌سازی و بازگویی‌های درمانگر بر مسئولیت‌پذیری مراجع برای پیشرفت در هر جلسه بود.

فرایندپژوهان با استفاده از فیلم‌برداری یا ضبط صوتی جلسات درمان، نشان داده‌اند که بین فرایند درمان و نتیجه درمان رابطه اساسی وجود دارد. در این مطالعات، قوی‌ترین رابطه بین **پیوند درمانبخش** (میزان سرمایه‌گذاری مراجع و درمانگر برای هم، میزان ارتباط آنها با هم و میزان تایید یکدیگر) و نتیجه درمان بوده است.

نتایجی که صرف‌نظر از نوع درمان تکرار شده است، عبارتند از:

- قابلیت درمانگر و رعایت پروتوکل درمان توسط او با نتیجه مثبت رابطه دارد.
- میزان تامل و تفکر مراجعان و فرایند هیجانی جلسات، با نتیجه مثبت رابطه دارد.
- راهنمایی و توصیه درمانگران در مجموع به نتیجه درمان ربطی ندارد و حمایت و تشویق مراجع با نتیجه درمان رابطه سازواری ندارد.
- میزان همکاری مراجع و همچنین میزان ابراز عاطفه مثبت مراجع در یک جلسه با نتیجه درمان رابطه مثبت دارد.

:: روندهای اخیر

محققان معاصر دیگر به دنبال پاسخ به این سوال نیستند که آیا روان‌درمانی موثر است؛ بلکه به دنبال این هستند که کدام روان‌درمانی برای کدام تشخیص مناسبتر است. برای مثال تحقیقات نشان داده است که: درمان شناختی-رفتاری بویژه وقتی مواجهه از فنون آن باشد، بهترین درمان اختلالات اضطرابی است. درمان مرکب و دارودرمانی برای اختلال بیش فعالی/کمبود توجه بهتر از فقط رفتاردرمانی است.

امروزه به دلیل فشار شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده و شرکت‌های بیمه، از روانشناسان خواسته می‌شود «دستورالعمل درمان» تهیه کنند. در دستورالعمل درمان، برای هر مشکل یا اختلال روانشناختی، مداخله خاصی توصیه می‌شود.

امروزه بر استفاده از **درمان‌های راهنمادار** تاکید می‌شود. این راهنماها ابتدا توسط پژوهشگران روان‌درمانی ارایه شد تا مطمئن شوند که یک **پروتوکل درمانی واحد** در تحقیق روی همه بیماران اجرا می‌شود. انتقاداتی که به این راهنماها وارد است این است که قضاوت روانشناس را متزلزل می‌کند، برای بیمارانی با اختلالات همزمان مناسب نیست، و تاثیرات درمانگر در نتیجه درمان را نادیده می‌گیرد.

ویلسون در طرفداری از درمان راهنمادار می‌گوید:

- درمان راهنمادار می‌تواند قضاوت و پیش‌بینی بالینی را بهبود بخشد.
- داده‌هایی وجود ندارد که نشان دهد درمان راهنمادار برای مشکلات همزمان از درمان‌های معمول ضعیف‌تر است. می‌توان به ترتیب یا همزمان این درمان‌ها را روی مشکلات همزمان اجرا کرد.
- درمان‌های راهنمادار موجب نوآوری بالینی می‌شوند چون به شناسایی بیمارانی کمک می‌کنند که به درمان‌های ردیف اول جواب نمی‌دهند و باعث اصلاح پروتوکل می‌شوند.
- درمان‌های راهنمادار مثل سایر درمان‌ها به مهارت بالینی و اتحاد درمانی مثبت نیاز دارند.
- این نوع درمان متمرکزتر است، از نظر بیمار درگیری بیشتری ایجاد می‌کند، و تعلیم و نظارت بر آن آسان‌تر است.

:: نتیجه‌گیری کلی

اثربخشی روان‌درمانی ثابت شده است اما شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد یک شکل روان‌درمانی، برای تمام مشکلات موثر است. برای پیش‌بینی اینکه کدام درمان برای کدام مشکل بهترین است، به تحقیقات بیشتر نیاز است.

نتایج فرانک همچنان قابل قبول است که:

- برخی شکل‌های روان‌درمانی از کمک بی‌برنامه یا غیررسمی موثرتر است.
- یک شکل روان‌درمانی معمولا در تمام اختلالات از شکل‌های دیگر آن اثربخش‌تر نیست.
- مراجعانی که بهبود آغازین نشان می‌دهند، این بهبود را ادامه خواهند داد.

قابلیت درمانگر می‌تواند از همتاسازی نژادی، طبقاتی، و جنسیتی بیماران و درمانگران مهم‌تر باشد.

ارائه توصیه‌های موثر مستلزم دانش و مهارت‌های فراتر از تفسیر نتایج آزمون است. یکی از این مهارت‌های مهم، روش کلی **«اداره موردی»** است. این امر مستلزم آن است که روانشناس بالینی مسائل کلی شخص مورد مطالعه را زمینه‌یابی کند، بارزترین ویژگی‌های او را مورد توجه قرار دهد و توصیه‌هایش را بر اساس آن‌ها استوار کند. در یکپارچه کردن انواع اطلاعات مختلف درباره مراجع در جهت ارائه توصیه‌های بهینه، تجربه بالینی همیشه عامل تعیین‌کننده است.

تجربه‌های همزمان بیمار خارج از جلسات، در تعیین وقوع یا عدم وقوع بهبود موثر است. همچنین وقایع درمان با وقایع بیرون تعامل می‌کند زیرا تغییرات بیمار باعث تغییر واکنش‌های بیرونی به بیمار شده که می‌تواند تغییرات درمان را تقویت یا خنثی کند.

بزرگ‌ترین محدودیت همه درمان‌ها در این اتهام بارلو است که می‌گوید بسیاری از روانشناسان به نتیجه‌پژوهی توجه نمی‌کنند. آنها اشکالات و محدودیت‌های استنباط‌های خود را که بر مبنای تجربه‌هایشان در یک مورد بوده است، در نظر نمی‌گیرند.

:: آیین‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا

این آیین‌نامه از دو قسمت اصلی تشکیل شده است: اصول عمومی، معیارهای اخلاقی.

پنج اصل عمومی در درمان عبارتند از: سودمندی و زیان‌بار نبودن، وفاداری و مسئولیت‌پذیری، صداقت، عدالت، احترام به حقوق و شان مردم.

چهار دغدغه اخلاقی که برای روان‌درمانگران بیشترین اهمیت را دارد و گاهی به آن **چهار سوار کار اخلاق حرفه‌ای** می‌گویند عبارتند از: رازداری، صلاحیت، رضایت آگاهانه، تضاد منافع.

در انتهای این فصل و پیش از مطالعه انواع نظریه‌های درمانی، لازم است به توضیح مفاهیمی از کتاب پروچاسکا و نورکراس بپردازیم؛ چون برای مطالعه فصول بعدی که بر اساس این کتاب نوشته شده‌اند، ضروری است (اگر با مفاهیمی از آن آشنا نیستید، نگران نباشید؛ در فصول بعد با آنها آشنا می‌شوید).

:: فرآیندهای تغییر

فرآیندهای تغییر اینطور تعریف می‌شوند: فعالیت‌های پنهان و آشکاری که افراد برای تغییر دادن هیجان‌ها، افکار، رفتارها، یا روابط مرتبط با مشکلی خاص یا الگوهای کلی‌تر زندگی انجام می‌دهند. به زبان ساده فرایند تغییر یعنی افراد **«چگونه»** در روان‌درمانی تغییر می‌کنند.

پروچاسکا و نورکراس در **مدل میان‌نظری** (Transtheoretical model)، حیطه بسیار وسیع نظریه‌های کلی روان‌درمانی و فنون درمان را به تعدادی فرایند تغییر کاهش می‌دهند. فرآیندهای تغییر، سطح متوسطی از تمایز را بین نظریه‌های کلی (سطح بالا) و فنون خاص (سطح پایین) ارایه می‌دهد.

● افزایش آگاهی

فروید هدف اصلی خود را «هشیار کردن ناهشیار» دانست. پس از آن تمام روان‌درمانی‌های بینشی یا آگاهی‌بخش روی هشیاری کار می‌کنند و آن را ویژگی انسان می‌دانند که با تکامل زبان پدیدار شده است. درمان‌هایی که سعی دارند آگاهی افراد را بالا ببرند می‌خواهند اطلاعاتی را که در دسترس افراد قرار دارند طوری افزایش دهند تا آنها موثرترین پاسخ‌ها را به محرک‌های موجود در زندگی خود بدهند.

روان‌درمانگر در مورد هر یک از فرایندهای تغییر، می‌تواند روی به وجود آوردن تغییر در سطح تجربه فرد یا در سطح محیط تمرکز کند. وقتی اطلاعاتی که به مراجع داده می‌شود به اعمال و تجربیات خود فرد مربوط باشند آن را **بازخورد** (feedback) می‌نامیم. وقتی اطلاعاتی که به مراجع داده می‌شود به رویدادهای محیطی مربوط باشند، آن را **آموزش** (education) می‌نامیم.

● تخلیه هیجانی (catharsis)

از لحاظ تاریخی، تخلیه هیجانی بر مدل هیدرولیک هیجان‌ها استوار بوده است. طبق این مدل، ممانعت از ابراز مستقیم هیجان‌های غیرقابل‌قبول باعث می‌شود که هیجان‌ها برای تخلیه شدن از راه‌های غیرمستقیم به فرد فشار بیاورند (مثل ابراز خشم از طریق سردرد). آزاد شدن مستقیم هیجان در روان‌درمانی باعث می‌شود مخزن انرژی آنها تخلیه شده و فرد از منبع نشانه‌ها رهایی یابد.

معمولا این فرایند درمان در سطح تجربه فردی است، به طوری که محرک‌هایی که واکنش‌های تخلیه هیجانی را فراخوانی می‌کنند از درون فرد ناشی می‌شوند. این نوع تخلیه هیجانی را **تجربیات هیجانی اصلاحی** می‌نامیم.

واکنش‌های تخلیه هیجانی می‌توانند با مشاهده کردن صحنه‌های هیجانی در محیط نیز برانگیخته شوند. این اعتقاد به نوشته‌های ارسطو درباره تئاتر و موسیقی برمی‌گردد. این منبع تخلیه هیجانی را **تسکین نمایشی** می‌نامیم.

● انتخاب

از دیدگاه رفتاری، انتخاب تا اندازه‌ای حاصل تعداد پاسخ‌های جایگزین است که در اختیار فرد قرار دارند. اگر فقط یک پاسخ موجود باشد انتخابی وجود ندارد. از دیدگاه انسان‌گرایی، اگر نسبت به گزینه‌هایی که قبلا در نظر گرفته‌ایم آگاه‌تر شویم، تعداد پاسخ‌های موجود می‌تواند افزایش یابد. بنابراین، افزایش انتخاب حاصل افزایش آگاهی است.

راحت‌ترین انتخاب‌ها از پردازش دقیق اطلاعات حاصل می‌شوند که لازمه آن آگاهی از پیامدهای گزینه‌های خاص است. اما در زندگی، از تمام پیامدهای انتخاب آگاه نیستیم، و با احتمال انتخاب گزینه‌ای روبرو هستیم که ممکن است اشتباه باشد. توانایی ما در انتخاب کردن، حاصل توانایی ما در پذیرفتن اضطرابی است که از قبول کردن مسئولیت در قبال آینده ما جدانشدنی است.

در سطح تجربه فردی، انتخاب کردن مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدید، از جمله ابداع حساب‌شده گزینه‌های جدید برای زندگی آگاه شود. این فرآیند همچنین تجربه کردن اضطراب همراه با مسئولیت دنبال کردن آن گزینه را دربردارد. این سطح تجربی انتخاب کردن را حرکتی به سمت **آزادی فردی** می‌خوانیم.

در صورتی که تغییرات در محیط، گزینه‌های بیشتری را در اختیار افراد قرار دهد، این را حرکتی به سمت **آزادی اجتماعی** می‌خوانیم. درمانگرانی که برای این‌گونه تغییرات اجتماعی تلاش می‌کنند معمولا مدافع خوانده می‌شوند.

● محرک‌های شرطی

نقطه مقابل تغییر کردن از طریق انتخاب، تغییر کردن به وسیله تغییر دادن محرک‌های شرطی است که پاسخ‌های ما را کنترل می‌کنند. تغییرات در محرک‌های شرطی زمانی ضرورت می‌یابند که رفتار فرد توسط شرطی‌سازی کلاسیک (پاولفی) فراخوانی شود. اگر پاسخ‌های مشکل‌آفرین شرطی شده باشند، در این صورت آگاه بودن از محرک‌ها موجب تغییر نخواهد شد و فقط با تصمیم به تغییر کردن نیز نمی‌توان بر شرطی‌سازی غلبه کرد. در این حالت به تغییر دادن محیط یا رفتار نیاز داریم.

می‌توانیم نحوه‌ای که به محرک‌های خاص پاسخ می‌دهیم را تغییر دهیم. تغییر دادن رفتارمان به محرک‌ها، **شرطی‌سازی تقابلی** (counterconditoning) نامیده می‌شود. شرطی‌سازی تقابلی یادگیری انجام یک چیز سالم متضاد است (مثل آرمیدگی به جای اضطراب).

می‌توان محیط را طوری تغییر داد که احتمال وقوع محرک‌ها را به حداقل برسانیم. تغییر دادن محیط مستلزم **کنترل محرک** است، یعنی اجتناب کردن از یا حذف کردن نشانه‌های محیطی که رفتارهای مشکل‌آفرین را ایجاد می‌کنند (مثل دوری از محرک‌های سیگار کشیدن).

● کنترل وابستگی

از نظر بسیاری از رفتاردرمانگران، رفتار توسط پیامدهایش کنترل شود. پاسخی که تقویت می‌شود افزایش و پاسخی که تنبیه می‌شودکاهش می‌یابد. همان گونه که اسکینر نشان داد، تغییر دادن وابستگی‌هایی که بر رفتار حاکم هستند غالبا به تغییر رفتار منجر می‌شود.

اینکه پیامدهای تقویت‌کننده یا تنبیه‌کننده تا چه اندازه رفتار را کنترل کنند به چند متغیر بستگی دارد از جمله فوریت، برجستگی، و برنامه پیامدها. از دیدگاه انسان‌گرایی و شناختی-رفتاری، ارزشی که فرد برای پیامدهای خاصی قائل است نیز در کنترل وابستگی اهمیت دارد.

اگر تغییرات در رفتار به وسیله تغییر دادن وابستگی‌ها در محیط صورت گیرد، آن را **مدیریت وابستگی** می‌خوانیم. در این حالت رفتارهای خوشایند تقویت و رفتارهای ناخوشایند تنبیه می‌شود.

تغییر دادن پاسخ‌های خود به پیامدها بدون تغییر دادن وابستگی‌ها، **ارزیابی مجدد** نامیده می‌شود. در اینجا پیامد تغییری نکرده است، اما معنای شخصی که فرد به پیامد می‌دهد تغییر می‌کند.

● یکپارچه کردن فرایندهای تغییر

فرایندهای افزایش آگاهی، تخلیه هیجانی و انتخاب، بیانگر محور روان‌درمانی‌های بینشی سنتی، از جمله روان‌کاوی، وجودی و انسان‌گرایی هستند. این نظام‌های روان‌درمانی عمدتا روی جنبه‌های ذهنی فرد تمرکز می‌کنند و روی تغییراتی که از درون هدایت می‌شوند تاکید دارند.

فرایندهای محرک‌های شرطی و کنترل وابستگی بیانگر محور روان‌درمانی‌های کنشی از جمله گرایش‌های رفتاری، شناختی و سیستمی هستند. این نظام‌ها عمدتا روی نیروهای بیرونی و محیطی تمرکز می‌کنند که استعداد فرد را برای تغییر هدایت‌شده از درون محدود کرده‌اند. این فرایندها همان‌هایی هستند که وجودنگرها «سطح عینی‌تر ارگانیزم» می‌نامند.

طبق مدل یکپارچه‌نگر، **ترکیب فرایندهای آگاهی و کنشی**، روان‌درمانی متعادل‌تر و موثرتری را تامین می‌کند که در راستای ابعاد پیوسته کنترل درونی-بیرونی، عملکرد ذهنی-عینی، و تغییرات خود- محیط پیش می‌رود. در جدول انتهای فصل فرایندهای تغییر در سطح تجربی و محیطی خلاصه شده است.

:: محتوای درمان

متمایز کردن فرایند از محتوا در روان‌درمانی بسیار اساسی است. نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی به ما می‌گویند **چه چیزی** باید تغییر کند (محتوای درمان)، در حالی که نظریه‌های فرایند به ما می‌گویند **چگونه** تغییر روی می‌دهد (فرایند درمان). نظام‌های روان‌درمانی که نظریه شخصیت ندارند، عمدتا نظریه‌های فرایند هستند و درباره محتوای درمان مفاهیم از پیش‌تعیین‌شده کمی دارند.

نظریه‌های رفتاری، یکپارچه‌نگر، سیستمی و متمرکز بر راه‌حل؛ عمدتا نظریه‌های فرایند هستند که سعی دارند با محدود کردن استفاده از محتوای رسمی، از جنبه‌های منحصربه‌فرد هر مورد بهره‌برداری کنند. نظام‌های دیگری مانند درمان‌های آدلری، وجودی و حساس نسبت به فرهنگ عمدتا به محتوای درمان می‌پردازند و فرآیندهای تغییر را از سایر نظام‌های درمانی اقتباس می‌کنند.

پروچاسکا و نورکراس، بر اساس مدل مقایسه‌ای مَدی، به ترکیب و اولویت دادن به مجموعه‌ای از محتواهای درمان پرداخته‌اند. انواع محتوای درمان عبارتند از:

۱) **تعارض‌های درون‌فردی:** اضطراب‌ها و دفاع‌ها، مشکلات عزت‌نفس، مسئولیت شخصی
۲) **تعارض‌های میان‌فردی:** صمیمیت و امیال جنسی، ارتباط، خصومت، کنترل دیگران
۳) **تعارض بین فرد و جامعه:** سازگاری در برابر فراروندگی، کنترل تکانه
۴) **فراتر رفتن از تعارض و رسیدن به خرسندی:** معنی در زندگی، فرد آرمانی

درباره اینکه آیا مشکلات خاصی مانند اختلال‌های اعتیادی، خلقی و رابطه، تعارض‌های درون‌فردی هستند یا میان‌فردی، اختلاف‌نظر وجود دارد. هر نظریه قابل‌قبول شخصیت می‌تواند تمام مشکلات را به یک سطح عملکرد که آن نظریه مهم می‌داند کاهش دهد؛ اما در رویکرد یکپارچه‌نگر فرض می‌شود که مشکل بیمار از تعارض‌هایی در سطوح مختلف ناشی می‌شود.

انواع فرایندهای تغییر	
درمان‌های بینشی یا آگاهی‌بخش	**درمان‌های کنشی یا رفتاری**
افزایش آگاهی:	**محرک‌های شرطی:**
سطح تجربی: بازخورد	سطح تجربی: شرطی‌سازی تقابلی
سطح محیطی: آموزش	سطح محیطی: کنترل محرک
تخلیه هیجانی:	**کنترل وابستگی:**
سطح تجربی: تجربیات هیجانی اصلاحی	سطح تجربی: ارزیابی مجدد
سطح محیطی: تسکین نمایشی	سطح محیطی: مدیریت وابستگی
انتخاب:	
سطح تجربی: آزادی فردی	
سطح محیطی: آزادی اجتماعی	

رویاتان را زندگی کنید

سوالات کنکور سراسری

۱) محرمانه بودن مطالب مطرح شده در جلسات درمان در کدام مورد اهمیت بیشتری دارد؟ (سال ۸۱)

۱) مشاوره ۲) بازآموزی ۳) روان‌کاوی ۴) روان‌درمانی حمایتی

۲) اخیراً چهارچوب‌های نظری روان‌شناسی بالینی چه نامیده می‌شوند؟ (سال ۸۳)

۱) مدل ۲) رویکرد ۳) رویکرد ۴) پارادایم

۳) کدام یک از روانشناسان زیر معتقد است که روان‌درمانگری در واقع تاثیری کم و گذرا دارد؟ (سال ۸۴)

۱) ولپی ۲) کاتل ۳) آیزنک ۴) آلپورت

۴) وقتی به افراد اجازه داده می‌شود که احساسات خود را بیرون بریزند، از لحاظ روان‌درمانگری .....نامیده می‌شود. (سال ۸۴)

۱) پالایش ۲) برون فکنی ۳) درون فکنی ۴) باطلسازی

۵) تحقیقات انجام شده اخیر در مورد نقش فرهنگ در تجارب بالینی نشان داده‌اند که: (سال ۸۶)

۱) فرهنگ مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.

۲) تجارب بالینی مستقل از عوامل فرهنگی است.

۳) تفاوت فرهنگی بین درمانگر و مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.

۴) تشابه فرهنگی بین درمانگر و مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.

۶) کدام مفهوم با مفهوم روان‌درمانی رابطه بیشتری دارد؟ (سال ۸۷)

۱) احساس ۲) ادراک ۳) انگیزش ۴) یادگیری

۷) در مصاحبه بالینی یا روان‌درمانی وقتی دامنه مشکلات مراجع مشخص می‌گردد مصاحبه‌گر ساختار مصاحبه را از مرحله برقراری ارتباط باید به کدام یکی از مراحل سوق دهد؟ (سال ۸۹)

۱) تعریف هدف درمان ۲) تدوین برنامه درمان ۳) تعریف دقیق مشکل ۴) اولویت‌بندی

۸) در روان‌شناسی بالینی درمان معمولاً چگونه شروع می‌شود و چگونه پیش می‌رود؟ (سال ۸۹)

۱) با تشخیصی که داده می‌شود شروع می‌شود و براساس شدت بیماری پیش می‌رود.

۲) با رابطه‌ای در طول مصاحبه به وجود می‌آید شروع می‌شود و براساس آن پیش می‌رود.

۳) متناسب با درخواست بیمار شروع می‌شود و براساس توان او پیش می‌رود.

۴) بر اساس پرونده بیمار شروع می‌شود و متناسب با موقعیت پیش می‌رود.

۹) مفهوم مداخله بالینی کدام است؟ (سال ۹۰)

۱) استفاده از روان‌درمانی برای حل تعارض‌های درونی مراجع

۲) بهره بردن از روان‌درمانی فردی یا گروهی برای تغییر رفتار مراجع

۳) توسل به بازپروری روانی و اجتماعی برای تغییر رفتار مراجع

۴) تغییر دادن رفتار، افکار، احساسات مراجع به صورت عمدی و به شیوه مثبت

۱۰) در صورت پرخاشگری کلامی مراجع نسبت به درمانگر، بهتر است که درمانگر به چه شیوه‌ای رفتار کند؟ (سال ۹۲)

۱) رام کردن بیمار و ارجاع او به یک متخصص دیگر

۲) مقابله به مثل

۳) قرار دادن خود به عنوان هدفی برای تخلیه هیجانی مراجع

۴) کنار کشیدن از برخورد مستقیم با موضوع و تحلیل دلایل

۱۱) کدام عامل درمانی، بیشترین نقش را در موفقیت درمان دارد؟ (سال ۹۳)

۱) بینش ۲) مهارت‌یابی ۳) تخلیه هیجانی ۴) اتحاد درمانبخش بیمار و درمانگر

رویاتان را زندگی کنید

۱۲) بزرگ‌ترین محدودیت واقعی در کار درمانی از نظر بارلو چیست؟ (سال ۹۳)

۱) بی توجهی درمانگران به رابطه درمانی
۲) ناآشنایی با نظریه‌های درمانی پیشرو
۳) شناخت ناکافی از مراجع و مشکلات وی
۴) بی‌توجهی روانشناسان بالینی

۱۳) طبق نظر سلیگمن، کدام مورد قابل درمان است؟ (سال ۹۵)

۱) اضافه وزن
۲) اعتیاد به الکل
۳) اختلال وحشت‌زدگی
۴) اختلال استرس پس از ضربه

۱۴) اتحاد درمانی شامل کدام مولفه‌ها می‌شود؟ (سال ۹۸)

۱) همدلی و تخصص درمانگر
۲) همدلی و گرایش نظری درمانگر
۳) پیوندهای هیجانی و درک متقابل
۴) تلاش بیمار و نوع اختلال

۱۵) وقتی روانشناس بالینی در مصاحبه با بیمار، شباهت دو وضع یا موقعیت را به بیمار متذکر می‌شود، از کدام روش استفاده کرده است؟ (سراسری ۹۹)

۱)تشبیه
۲)مواجهه
۳)انعکاس
۴)تفسیر

۱۶) تسلط شناختی جزو کدام دسته از عوامل مشترک درمان بر اساس رویکردهای مختلف روان‌درمانی است؟ (سال ۹۸ و ۹۹)

۱) ذهنی
۲) یادگیری
۳) حمایتی
۴) عملی

پاسخ تشریحی

۱) گزینه ۳

در بین گزینه‌ها، روان‌کاوی جزو درمان‌هایی است که برخلاف سایر درجات درمانی (مشاوره، درمان حمایتی و بازآموزی روانی) به بازسازی روانی عمیق‌تر و مسایل زیربنایی می‌پردازند. در این درمان‌ها تلاش می‌شود عوامل پنهان و ناخودآگاه مسبب اختلال از جمله محرک‌ها، عواطف و احساسات، طرز تفکر و خواسته‌های بیمار شناسایی شود. بنابراین محرمانه بودن اطلاعات اهمیت بیشتری می‌یابد.

۲) گزینه ۴

پارادایم، چهارچوبی است که مجموعه‌ای از نظریه‌ها را در خود جای داده است و اعضای متعلق به آن پارادایم، واقعیت را در آن چارچوب تحلیل و توصیف می‌کنند.

۳) گزینه ۳

آیزنک در گزارش معروف خود اعلام کرد که روان‌درمانی برای روان‌رنجورها از درمان نشدن آنها موثرتر نیست. گزارش او ایرادات روش‌شناختی زیادی داشت، اما اهمیت آن از جهت افزایش تحقیقات در حیطه روان‌درمانی برای پاسخ به ادعایش بود.

۴) گزینه ۱

پالایش یا کاتارسیس به معنای تخلیه هیجانی است که در اکثر روان‌درمانی‌ها رخ می‌دهد و باعث آزاد شدن احساسات و احساس راحتی بیمار می‌شود.

۵) گزینه ۴

تحقیقات به طور قطعی نشان نداده است که قومیت با نتایج درمان مرتبط باشد؛ اما وقتی درمانگر و بیمار هم‌نژاد باشند، تفاهم و خودکاوی بیشتری صورت خواهد گرفت. نتایج مشابهی درباره طبقه اجتماعی، پیشینه، ارزش‌ها و تجربه صورت گرفته است.

۶) گزینه ۴

هدف بیشتر درمان‌ها تواناتر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همه ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه تاثیرگذاری و رضایت بیشتر در فرد را فراهم کند، اما برخی درمان‌ها مشخصا شرایطی فراهم می‌کنند که بیمار چیزهای جدیدی یاد بگیرد و طرز فکر غلطش را اصلاح کند. بنابراین درمان می‌تواند نوعی یادگیری باشد.

۷) گزینه ۳

پس از تماس آغازین و برقراری ارتباط، سنجش صورت می‌گیرد. با روشهای مختلف سنجش، داده‌ها جمع‌آوری شده و سپس اطلاعات ادغام و یکپارچه می‌شوند، یک ساخت جامع از مشکلات مراجع شکل می‌گیرد و یک مفهوم‌بندی اولیه برای درمان ایجاد می‌شود. بنابراین، ابتدا مشکل دقیق تعریف می‌شود پس از آن می‌توان اهداف و برنامه درمان را طراحی کرد.

۸) گزینه ۲

انواع رویکردهای درمانی وجود دارد که از نظر عوامل اختصاصی با هم متفاوت هستند، اما مهمترین عامل اشتراک آنها این است که همه آنها مبتنی بر یک رابطه درمانی پیش می‌روند. مرحله اول هر درمانی، ایجاد یک رابطه مناسب است که درمان بر اساس آن پیش خواهد رفت.

۹) گزینه ۴

مداخله روانشناختی به طور کلی روشی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص است. مداخله روانشناختی در بافت رابطه حرفه‌ای صورت می‌گیرد که می‌تواند اهداف مختلفی داشته باشد از جمله: حل مساله‌های خاص، پیشگیری از مشکلات، بهبود ظرفیت فرد در رسیدگی به رفتار، افکار و احساساتی که اختلال ایجاد کرده‌اند، افزایش توان شخص برای لذت بردن از زندگی یا بالفعل کردن ظرفیت بالقوه خویش.

۱۰) گزینه ۴

هیچ کدام از گزینه‌ها به جز گزینه چهار قطعا واکنش مناسبی در برابر پرخاشگری بیمار نیست! درمانگر باید پرخاشگری کلامی بیمار را در بافت رابطه تحلیل کند و تلاش کند تفسیر خود را به سایر مشکلات بیمار خارج از جلسه مربوط سازد.

۱۱) گزینه ۴

رابطه درمانی بیشترین نقش را در موفقیت و تداوم روان‌درمانی دارد و زمینه‌ای است که در آن روان‌درمانگران بیشترین اتفاق‌نظر را در رابطه با عوامل مشترک درمان دارند.

۱۲) گزینه ۴

بزرگ‌ترین محدودیت همه درمان‌ها در این اتهام بارلو است که می‌گوید بسیاری از روانشناسان به نتیجه‌پژوهی توجه نمی‌کنند. آنها اشکالات و محدودیت‌های استنباط‌های خود را که بر مبنای تجربه‌هایشان در یک مورد بوده است، در نظر نمی‌گیرند. (گرچه گزینه ۴ ناقص است و آخر عبارت جا افتاده است، اما منظور طراح همین گزینه بوده است!).

۱۳) گزینه ۳

سلیگمن مفهوم عمق مساله را برای تشریح میزان تغییرپذیری شرایط و رفتارها مطرح کرده است. او لیستی از مشکلات قابل‌تغییر تا غیرقابل‌تغییر ارایه کرد که از اختلال وحشتزدگی (قابل تغییر) و فوبی خاص (تقریبا قابل تغییر) تا اضافه وزن (تغییر موقت) و اختلال استرس پس از سانحه (تغییر ناچیز) را در بر می‌گرفت و در این میان سایر اختلالات قرار داشتند.

۱۴) گزینه ۳

اتحاد درمانی شامل این ابعاد است: الف) پیوندهای هیجانی شکل گرفته بین درمانگر و مراجع (مثل اعتماد و علاقه)، ب) درک متقابل و مشترک از کاری که قرار است انجام شود (تکالیف) و آنچه قرار است حاصل شود (اهداف).

۱۵) گزینه ۴

به طور کلی چند روش تفسیر در روان‌درمانی وجود دارد:

-به عواطف و محرک‌های بیمار اشاره می‌شود. این روش ساده‌ترین نوع تفسیر است (برای مثال بیمار می‌گوید از دوستم رنجیدم، چنین انتظاری از او نداشتم. درمانگر می‌گوید: حرف دوستت تو را عصبانی کرده است).

-شباهت دو موقعیتی که باعث ناراحتی بیمار شده است، آشکار می‌شود (برای مثال: به نظر می‌رسد در هر دو موقعیتی که باعث ناراحتی شما شده، کسی به شما مسلط شده است)

-رابطه حالات کنونی بیمار با عوامل گذشته مشخص می‌شود. این روش به تجربه و مهارت نیاز دارد.

-علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علایم و سمبل‌ها بویژه رویا مشخص می‌شود.

۱۶) گزینه ۴

لمبرت و واوگلز بر اساس یک فرایند متوالی که با نتیجه مثبت درمان رابطه دارد، عوامل مشترک درمان‌ها را فهرست‌بندی کرده‌اند. طبق این فرایند، عوامل حمایتی زمینه را برای عوامل یادگیری فراهم می‌کند که به عوامل کنشی (عملی) منتهی می‌شود.

عوامل حمایتی: عوامل مربوط به رابطه درمانی- شامل تخلیه هیجانی، همانندسازی با درمانگر، کاهش انزوا، رابطه مثبت، اطمینان خاطر مجدد، رهایی از تنش، ساختار، اتحاد درمانی، مشارکت فعال درمانگر و مراجع، تخصص درمانگر، گرم بودن و احترام گذاشتن و همدلی، پذیرا بودن و خلوص درمانگر، اعتماد.

عوامل یادگیری: تغییر در باورها و نگرش‌های مراجعان- شامل توصیه، تجربه عاطفی، جذب تجربه‌های مشکل، تغییر انتظار درباره تاثیرگذاری درمان، یادگیری شناختی، تجربه هیجانی اصلاحی، کند وکاو چهارچوب مرجع درونی، بازخورد، بینش، استدلال منطقی.

عوامل کنشی: تغییرات رفتاری در نتیجه درمان- شامل تنظیم رفتاری، تسلط شناختی، تشویق برای روبه رو شدن با ترس‌ها، خطر کردن، تلاش‌های تسلط‌آور، الگوبرداری، تمرین، واقعیت‌آزمایی، تجربه موفق، تدقیق (دقت نظر).

کتاب های جامع روان آموز

این کتاب‌ها خلاصه‌ای کامل از همه منابع مهم دروس کنکوری هستند که با ارائه تست‌های طبقه بندی شده کنکور های ده سال اخیر، به همراه درسنامه های جامع و خلاصه فصول تمامی نیازهای داوطلبین به یک منبع آموزشی را پاسخ می‌دهند.

با جایگزین کردن این کتاب ها شما می‌توانید به جای استفاده از کتب ثقیل و پرحجم منبع اصلی، همه مطالب مورد نیاز خود را با بیان روان تر و حجم کمتر مطالعه کنید. تست های کنکوری و تالیفی طبقه بندی شده در پایان هر فصل همراه با پاسخ های تشریحی به تثبیت آموزه‌های شما و آشنایی با استراتژی طراحان در طرح تست‌های کنکور، کمک شایانی خواهد کرد.

همین حالا با اسکن این QR-CODE، نمونه بقیه کتاب های روان آموز رو دانلود کن!

٪۹۰
درصد تطابق

٪۸۵
درصد تطابق

٪۸۵
درصد تطابق

درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تایید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند. درصد تطابق کتب روان آموز با کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی سال ۱۴۰۱ نیز به شرح زیر است:

برای مشاهده فایل تحلیل درس به درس کنکور ۱۴۰۱ همراه با فایل مستندات، QRCODE زیر رو اسکن کن!

٪۸۰
درصد تطابق

٪۱۰۰
درصد تطابق

٪۸۰
درصد تطابق

کلاس های جامع روان آموز

برای استفاده از کلاس‌های روان آموز، مهم نیست که چه زمانی به ما پیوستید؛ فاصله شما تا استفاده از کلاس های جامع روان آموز فقط چند کلیک ساده است!

در این کلاس ها سعی کرده‌ایم تا نکات و مفاهیم هر درس را با شیواترین و قابل فهم ترین بیان تدریس کنیم؛ این کلاس ها به صورت آفلاین و ضبط شده استودیویی از سایت روان آموز قابل تهیه هستند.

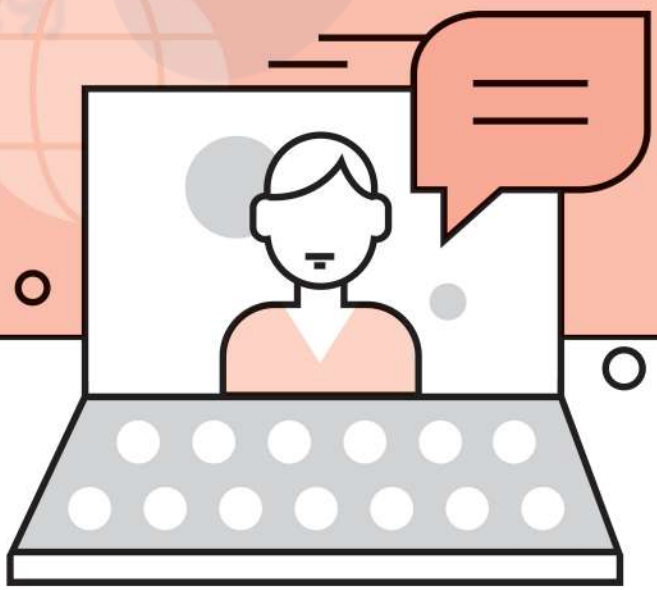
مزیت دیگر آموزش های مجازی روان آموز در این است که فایل ها و جزوات کلاس از همان ابتدا در اختیار شما قرار می‌گیرند. همچنین پس از مشاهده کلاس می‌توانید در آزمون‌های هر جلسه شرکت کنید تا محکی برای میزان آموخته هایتان باشد.

ویژگی های کلاس های جامع روان آموز:

- پوشش کامل منابع هر درس
- تدریس نکات و مفاهیم کنکورهای ۱۰ سال اخیر
- آزمون های طبقه بندی شده ویژه خودآزمایی پس از هر جلسه
- امکان مشاهده کلاس ها تا یکسال پس از خرید
- کاملا آفلاین
- ضبط باکیفیت استودیویی
- قابل دانلود یا مشاهده به صورت آنلاین با هر کیفیت اینترنت

کلاس های نکته و تست آنلاین روان آموز نیز هر ساله در بازه های نزدیک به کنکور برای جمع‌بندی هرچه بهتر داوطلبین از طریق پلتفرم اختصاصی روان‌آموز در دسترس داوطلبین قرار می‌گیرد.

برای مشاهده رایگان قسمت اول کلاس های جامع همین الان QRCODE زیر رو اسکن کن!



پلتفرم مشاوره

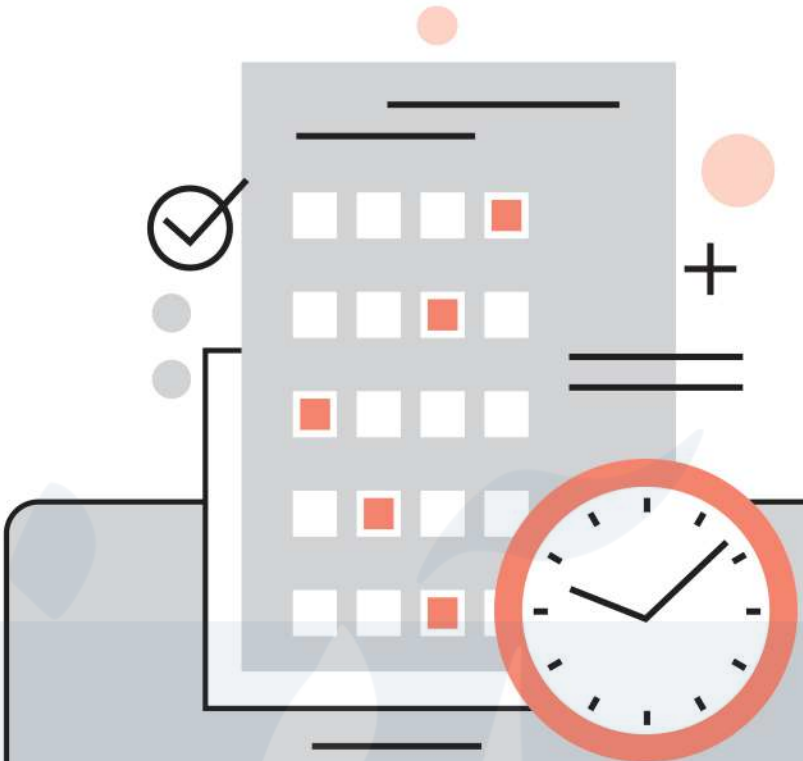
اگرچه که هدف داشتن مهم است اما بالاتر از هدفمندی، ترسیم مسیر رسیدن به هدف هاست. در مسیر مطالعه برای کنکور ارشد یا دکتری سوالات و مسائلی پیش می‌آید که باید به درستی و در کوتاه‌ترین زمان ممکن رفع شوند. ما در راستای مسئولیت اجتماعی خود در پلتفرم اختصاصی مشاوره روان آموز شرایطی را فراهم کردیم تا به سهل ترین شکل ممکن بتوانید با مشاور مورد نظر خود در ارتباط باشید.

بروکا پلتفرمی مکانیزه شده است که دست داوطلب را در دست مشاور می‌گذارد و به بهترین شکل پاسخگوی دغدغه های داوطلبین است. جلسات منظم فردی با مشاور متناسب، آزمون های ورودی و پایش اولیه علمی و روانشناختی از جمله ویژگی های مثبت این طرح است.

شما با شروع تصمیم به مطالعه برای کنکور میتوانید از خدمات متنوع و طرح های این پلتفرم استفاده کنید.

ما در روان آموز هر ساله به کمک رتبه برترهایی که این مسیر را پیمودند پذیرای هزاران نفر از داوطلب از سراسر کشور هستیم.

برای رزرو وقت و مشاهده پروفایل مشـــاورین، QRCODE زیر را اسکن کن!



آزمون‌های آزمایشی

شبیه‌ترین آزمون‌ها به کنکور سراسری

آزمون‌های آزمایشی جامع روان‌آموز ویژه مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی هستند. این آزمون‌ها که طبق خط و مشی طراحان سوال کنکور طراحی می‌شوند، بالاترین درصد تطابق با کنکور سال های گذشته بالاخص کنکور ۱۴۰۱ را دارند. تست‌های هر مرحله از آزمون ها نیز با بودجه بندی سوالات هر درس در سال‌های گذشته منطبق اند.

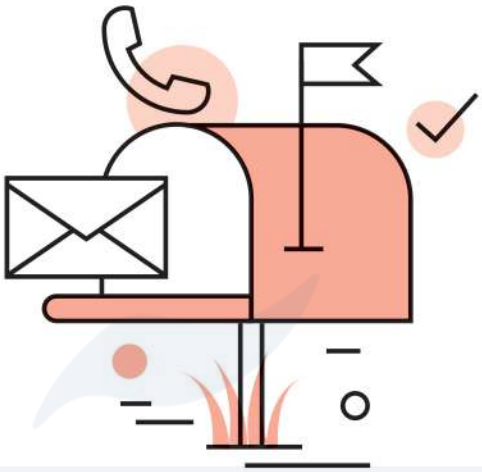
جامعه آماری گسترده و رقابت با طیف وسیعی از داوطلبین کنکوری، ویژگی مثبتی است که جهت محک زدن خود می‌توانید از آن بهره ببرید.

علاوه بر آن برگزاری آنلاین به جهت سهولت و دسترسی پذیری مخاطب، ارائه فوری کارنامه های آماری دقیق و پاسخنامه‌های تشریحی مفصل و تحلیلی همراه با درسنامه‌های مکمل این آزمون ها را در نوع خود منحصر به فرد کرده است.

کتب الکترونیک

مطالعه همه منابع اصلی هر چند جذاب است اما برای یک داوطلب کنکوری در سال کنکور و با زمان محدود غیرممکن است. در همین راستا و به جهت تسهیل فرآیند خلاصه نویسی، روان‌آموز بار دیگر به کمک شما شتافته و خلاصه کتاب‌های مرجع مهم را برای مطالعه آسان‌تر شما تهیه و منتشر کرده است.

این کتاب ها که در قالب فایل‌های پی دی اف آماده شده‌اند، گام بزرگی در جهت کسب اطلاعات اولیه مهم از منابع اصلی هستند که در بازه‌های جمع‌بندی نیز به شما در مرور مطالب کمک شایانی می‌کنند.



روان آمـوز همـیشه و همـه جـا بـا شـمـاسـت!

این‌ها پل‌های ارتباطی ما با شماست که علاوه بر برقراری ارتباط و پاسخگویی به سوالات، آموزش‌ها و مطالب مشاوره‌ای رایگان ما همیشه در دسترس شماست.

Tel: ۰۲۱۹۱۰۷۷۰۸۰

ravanamooz

ravanamooz.ir

Whatsapp: ۰۹۳۰۱۰۳۷۷۷۸

خوشحالیم که روان آموز را انتخاب کرده‌ای و در مسیر تبدیل شدن به یک روانشناس خبره، این فرصت را داریم که کنارت باشیم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.

جهت بهبود این همراهی به همکاری شما نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودت شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. دراین لینک یک فرم نظرسنجی هم داریم که به پاس زمانی که برای پاسخگویی اختصاص می‌دهی، جوایز ارزنده‌ای در نظر گرفته‌ایم که پس از برگزاری کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد.

برای ثبت ایده‌ات یا شرکت در نظرسنجی QRCODE را اسکن کن!