

روانشناسی بالینی ۲

نظریه‌های روان‌درمانی

از سری کتاب‌های جامع روان‌آموز (درس نامه + تست) ۸۵ درصد تطابق با کنکور سال گذشته

منطبق بر محتوای کلاس‌های جامع روان‌آموز

شامل تست‌های کنکور سال‌های اخیر

سه مرحله آزمون جامع کشوری رایگان

بروزرسانی دائمی در طول سال تحصیلی ۱۴۰۳

مقدمه مؤلف

از روزی که فروید بیمارش را روی کاناپه معروفش نشان داد و با سیگار پشت سر او نشست و به حرف‌هایش گوش داد، تغییری عجیب در عالم روابط درمانگر و بیمار رخ داد. درمان از طریق گفت‌وگو! از آن زمان تاکنون، روانشناسان با حدود چهارصد نوع شیوه درمانی، در تلاش‌اند تا بفهمند بهترین راه کمک به بیماران چیست. حتی کارپردازان رویکردها به دعوا و قهر هم کشیده اما عجیب این که بعد از این همه جنجال، امروزه فهمیده‌ایم که همه این رویکردها به بیماران کمک می‌کنند. چه چیز شفاف‌بخشی در همه درمان‌ها وجود دارد؟ رویکردهای فرانظری ثابت کرده‌اند برای کمک به بیمار لازم نیست به یک رویکرد خاص بچسبیم؛ باید طرف‌دار بیمار باشیم نه طرف‌دار نظریه. برای رسیدن به چنین نقطه‌ای، باید ابتدا با هر کدام از این رویکردها آشنا باشیم و در انتها تصمیم بگیریم که از چه تکنیک‌هایی استفاده کنیم. 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 واجب است. در عین حال به دلیل گستردگی منابع بالینی، مطالعه آن جزو سخت‌ترین کارهای شماست. در جلد دوم کتاب روانشناسی بالینی روان‌آموز که به نظریه‌های روان‌درمانی اختصاص دارد، مطالب کتاب‌های مهم نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره پروچاسکا و نورکراس، روانشناسی بالینی ترال و روانشناسی بالینی کرامر به شکل کامل اما خلاصه پوشش داده شده که با برخی مباحث دیگر از سایر کتب تکمیل شده است. شما می‌توانید با استفاده از سؤالات کنکورهای ارشد سال‌های گذشته در انتهای هر فصل، خودتان را محک بزنید. جهت فهم بهتر نظریه‌های درمانی نیز کلاس مجازی روانشناسی بالینی، یار مطالعاتی خوبی در سال کنکورتان خواهد بود. امیدواریم که این کتاب بتواند شما را در شروع مسیر روان‌درمانگر شدن و کسب رتبه عالی در کنکور ارشد یاری کند. مثل همیشه مشتاقانه پذیرای نظرات ارزشمندتان هستیم.

زینب خجوی، بهار و تابستان ۱۴۰۳

علم هم برای خودش سلسله مراتبی دارد؛ مثلاً 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 که بر خلاف سطح قبل، حرکت هم می‌کنند. مهندسی مکانیک این موارد را بررسی می‌کند. در سطح سوم، دستگاه‌های برنامه‌پذیر قرار می‌گیرند؛ مثل ترموستات که علاوه بر حرکت کردن، می‌شود به آن برنامه داد. برنامه‌نویسی کامپیوتر و علم مهندسی کنترل، در این سطح است. سطح بعدی سلول است؛ تک‌یاخته زنده‌ای که مستقلاً می‌تواند تولید مثل کند و با محیط ارتباط برقرار کند. دنیایی خیلی پیچیده‌تر از دنیای مهندسی! رشته‌های زیست‌شناسی و ژنتیک در این سطح از علم فعالیت می‌کنند. سطح بعدی گیاه و اندام‌هاست؛ مجموعه‌ای از سلول‌ها که باهم تقسیم وظیفه می‌کنند و هرکدام کاری را به عهده می‌گیرند. رشته‌های پزشکی و گیاه‌شناسی در این سطح مشغولند. سطح بعدی حیوانات هستند و از اینجا آگاهی آغاز می‌شود؛ جاندارانی که آموزش‌پذیرند و از تجربه‌های قبلی خود درس می‌گیرند. روانشناسان رفتارگرا و کسانی که حیوانات را آموزش می‌دهند، در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی فهم و تحلیل هیجانات و رفتار انسان خودآگاه است که به لحاظ پیچیدگی فراتر از تمام علوم پزشکی و مهندسی است و در بالاترین سطوح علم قرار می‌گیرد. جایی که شما با شگفتی‌های ذهن انسان روبه‌رو می‌شوید و مسائلی را حل می‌کنید که علوم پزشکی و مهندسی، نه تنها نمی‌توانند راه‌حلی برایشان ارائه دهند، بلکه حتی ابزاری برای پیدا کردن مسئله ندارند. اینجا آغاز دنیای روانشناسی است. خوشحالیم که در رویای بزرگ اکتشاف این سرزمین شگفت‌انگیز، قدم به قدم همراه شما هستیم!

روایت از زندگی کن!

مشاوره بروکا

در کنار منبعی قابل اطمینان برای دریافت پاسخ‌های فوری، اهمیت برخورداری از راهنمایی‌های عمیق یک مشاور دلسوز، چیزی نیست که بشود آن را نادیده گرفت. همراهی که برای هر روز از مسیر پیش‌رویتان نقشه‌ای تسهیل‌کننده ترسیم کند و از پستی و بلندی‌های مسیر، به سان فرصتی برای تقویت مهارت‌های شما بهره‌گیرد. روان‌آموز برای ایجاد پلی بین داوطلبان کنکور کارشناسی‌ارشد روانشناسی با مشاوران تحصیلی متخصص در حوزه تحصیلات تکمیلی، پلتفرم بروکا را ایجاد کرده است. با استفاده از این سرویس، شما و هر داوطلب دیگری پس از مشاهده رزومه تحصیلی مشاورین بروکا، به سادگی قادرید مشاور مورد نظر خود را انتخاب کرده و به کمک او به تمام سؤالات و دغدغه‌هایی که در مسیر کنکور با آن‌ها مواجه شده‌اید، بپردازید. طرح مشاوره بروکا با ایجاد یک چرخه توانمندسازی و تبدیل داوطلب کنکور به مشاور کنکور، یکی از بزرگترین دست‌آوردهای ما در مجموعه روان‌آموز است. از آنجایی که اغلب مشاورین بروکا از رتبه‌برترهای کنکورهای سال‌های گذشته بوده‌اند، با تمام مسائل موجود در مسیر کنکور ارشد و دکتری آشنایی داشته و در نتیجه داوطلبین، پاسخ تمامی سؤالات خود اعم از انتخاب گرایش مورد علاقه، انتخاب مهم‌ترین منابع، روش مطالعه مخصوص هر درس، تکنیک‌های تست‌زنی، ظرفیت‌های پذیرش و ... را از مشاور خود دریافت می‌کنند و با قدم‌های محکم‌تر و مطمئن‌تری مسیر موفقیت خود را پی‌ریزی کرده و مشابه سالیان گذشته حامل برترین رتبه‌های کنکور خواهند بود.

شاید برای شما هم اتفاق افتاده باشد که وقتی برای اولین بار در مسیر جدیدی قدم گذاشته‌اید، ابهام زیاد و ترس از اشتباه کردن، موجب افول از سرعت و کیفیت مطلوبتان شده باشد یا با انتخاب‌های ناآگاهانه یا به بیراهه گذاشته باشید. اصلاً یک وقت‌هایی کار به جایی می‌کشد که باید یک نفر باشد تا کاملاً مستدل و حساب‌شده بتواند پاسخ سؤالات دور و دیرتان را به درستی و از سر حوصله بدهد. در همین راستا بود که SOS، یکی از پروژه‌های تخصصی روان‌آموز، طراحی و راه‌اندازی شد. اکنون ۳ سال از اولین اجرای آزمایشی آن می‌گذرد و جز محبوب‌ترین و راهگشاترین خدمات ما در بین مخاطبینمان شناخته می‌شود. وجه برتری طرح SOS نسبت به هر مشاوره دیگری، دسترسی پذیری آبی و لحظه‌ای آن است. شما داوطلبین در هر زمان و هر شرایطی که نیاز به راهنمایی حرفه‌ای در حیطه‌های متنوع کنکور داشته باشید، در کوتاه‌ترین بازه زمانی ممکن، می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا پُرکردن فرم مشخصات در سایت روان‌آموز، به مشاورین طرح SOS متصل شوید. این مشاورین با تجارب ارزشمند و آموزش‌های آکادمیک در حیطه کنکور روانشناسی در مقاطع مختلف، آماده ارائه اطلاعات کامل در حوزه‌های متنوعی از جمله انتخاب منابع، روش‌های برنامه‌ریزی، زمان‌بندی و شیوه ثبت‌نام کنکور و ... هستند. شگفتی این طرح در این است که به صورت کاملاً رایگان در حال اجراست. همچنین در پایان هر جلسه ۱۵ دقیقه‌ای، با اعلام میزان رضایت خود از مکالمه، می‌توانید ما را در بهبود روند پاسخ‌دهی، یاری کنید.



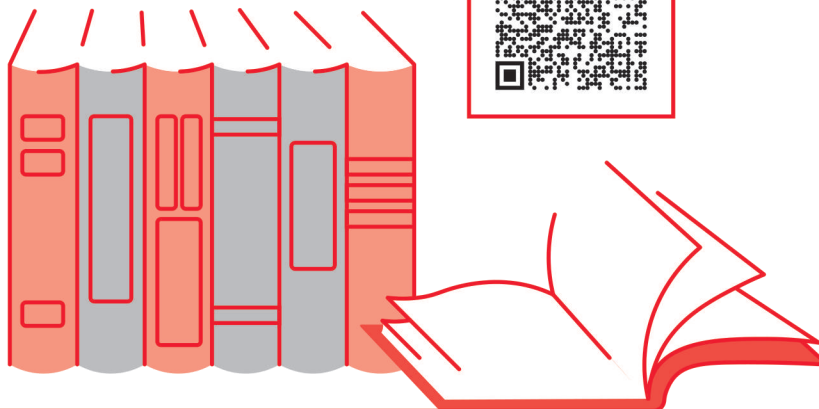
کتاب‌های جامع

در مسیر ارتقای دانش آکادمیک، هیچ چیز به اندازه مطالعه مستقیم کتاب‌های مرجع، مؤثر نیست؛ با این حال در سال کنکور اوضاع کمی متفاوت است. شما یا هر داوطلب کنکوری برای مدیریت بهینه زمان و انرژی محدود خود و کسب نتایج مقبول، نیاز به عوامل تسریع‌کننده و تسهیل‌گر دارید. یک نمونه بارز از این عوامل، کتاب‌های جامع کمک‌آموزشی است که با توجه به نیازهای محتوایی شما برای یادگیری عمیق و پاسخ‌دهی به تست‌های کنکور و بر اساس اصلی‌ترین و مهم‌ترین منابع دست‌اول نگاشته شده‌اند. تحلیل کامل سؤالات سال‌های گذشته و کاوش خط فکری طراحان تست‌های کنکور، پایه و اساس اصلی گزینش و تألیف محتوای آن‌هاست. این منابع، دست برنده‌ای هستند که اگر دقیق و کامل به آن‌ها بپردازید، چه داوطلب کنکور ارشد با کارشناسی مرتبط باشید و چه رشته کارشناسی خود را تغییر داده باشید، می‌توانند نسبت به سطح فعلیتان، دانش شما را چندین پله افزایش دهند. همچنین ساختار یکپارچه و قاعده‌مندی آن‌ها در شیوه ارائه محتوا از جمله مجهز بودن به نمودارهای شماتیک ابتدای هر فصل، درس‌نامه‌های مفصل، خلاصه‌های پایان فصل مناسب، پاسخ‌های تشریحی طبقه‌بندی شده، متن روان و پوشش‌دهی بالای سؤالات کنکور اشاره کرد. ما در روان‌آموز به سبب اعتقادمان به اصلاح مداوم و به مدد تیم گسترده تولید، هر سال دست به ویرایش‌های صوری و محتوایی بنیادین در محصولات چاپی و الکترونیکیمان می‌زنیم تا بتوانیم پیوسته و بلاوقفه استانداردهای منطقی و منحصربه‌فردی را در حیطه تخصصمان ارائه دهیم.



کتاب‌های مرجع

روی صحبت ما با شماست؛ شمایی که به نحوی یا به دلیلی این کتاب را در دست دارید. اگر داوطلب کنکور هستید، اگر دانشجوی روانشناسی یا سایر رشته‌های مرتبطید، اگر در این حیطه از تخصص خوبی برخوردارید و یا صرفاً از طرفداران و علاقمندان این علم عمیق هستید، گشت و گذار در میان کتاب‌های مرجع، برایتان خالی از لطف نخواهد بود. این گلزار، معطر به عطر صفحات طیف گسترده‌ای از کتاب‌هایی است که روان‌آموز با هدف ارتقا سطح کیفی دانش شما و تکمیل سبد خریدتان تدارک دیده است. مجموعه‌ای که بدون تردید کتاب‌های نام‌آشنایی مثل هیلگارد و فیرس تا کتاب‌های گمنام‌تری که چه بسا به راحتی قابل دسترسی نیستند را در بر گرفته است. وجود بیش از دو هزار عنوان کتاب مرجع، در کنار کتاب‌های جامع و تألیفی، آن هم با تخفیفاتی بیش از سقف معمول بازار، فروشگاه روان‌آموز را به مرجعی ایده‌آل و قابل اطمینان بدل کرده است؛ به نحوی که به راحتی و بدون نیاز به مراجعه به سایت‌ها و فروشگاه‌های مختلف، در کمترین زمان ممکن می‌توانید پاسخ همه نیازهای خود را در روان‌آموز بیابید. علاوه بر تنوع فوق‌العاده، موجودی مثبت تمام کتاب‌های مرجع در انبار روان‌آموز، بسته‌بندی منحصر به فرد همراه با هدایای کوچک غافل‌گیرکننده، تخفیفات ویژه، ارسال رایگان سفارش‌های بیش از یک میلیون تومان در سریع‌ترین زمان ممکن و برخورداری از خدمات تیم پشتیبانی نیز از دیگر مزایای تهیه کتاب‌های مرجع از فروشگاه روان‌آموز است.



درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تأیید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش‌دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند. درصد تطابق کتب روان‌آموز با کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی سال ۱۴۰۳ نیز به شرح زیر است:



برای دانلود فایل مستندات، QRcode مقابل را اسکن کنید.

به نظر شما هواپیما چند درصد زمان پرواز را در مسیر از پیش تعیین شده حرکت می‌کند؟ 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 مورد نیاز را صادر می‌کند. 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 روان‌آموز هر چند تمام تلاشمان را برای ارائه بی‌عیب و نقص تمام کتاب‌ها انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست‌کم گرفت. علاوه بر اینکه هر ساله پس از برگزار شدن کنکور، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب‌های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم؛ کاری که کمتر مؤسسه‌ای می‌کند، اما باز هم پس از انتشار، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مؤلفین و همکاران روان‌آموز همه‌روزه در حال مطالعه و تفحص در باب مباحث علمی و مشاوره‌ای کنکور هستند تا چنانچه محتوا و مطالب جدیدی به دستمان رسید، آن‌ها را با شما نیز به اشتراک بگذاریم. از آن جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پرسه پیچیده و سخت برایمان شیرین و اثربخش است. ما در طول یک سال تحصیلی از این طریق با تمام افرادی که کتاب‌ها را تهیه کرده‌اند در ارتباط خواهیم بود و در صورت لزوم، محتواهای مکمل از جمله مقالات، مطالب علمی جدید و تست‌های مرتبط را در لینک‌های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانی است که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند. اطلاع‌رسانی‌ها در مورد انتشار محتوای جدید از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام خواهد شد.

%۸۵



%۸۵



%۸۵



%۱۰۰



%۸۰



%۹۵



%۹۳,۳



%۹۳,۳



%۹۹,۲



%۸۵





کلاس‌های نکته و تست

ماه‌های آخر، غالباً مهم‌ترین و سرنوشت‌سازترین بازه برای شماست؛ بازه‌ای که نیازمند انتخاب‌ها و تصمیمات صحیح و هوشمندانه است. کلاس‌های نکته و تست این امکان را برایتان فراهم می‌کند تا با سبک و سیاق سؤالات کنکور خو گرفته و با خط مشی طراحان آشنا شوید. در مقابل کلاس‌های جامع که بیشتر متمرکز بر تدریس کامل نکات مهم منابع اصلی هستند و در کنار آن به تست‌ها هم می‌پردازند، کلاس‌های نکته و تست ماهیتشان حل سؤالات کنکور ده پانزده سال اخیر و مرور نکات مهم مطرح‌شده در این تست‌ها است. وجه تمایز مثبت این کلاس‌ها با مطالعه صرف تست‌های کنکور، رفع اشکال با همراهی مدرسان موفق است که به طور کامل به عناوین درسی مربوطه و سؤالات کنکور مسلط بوده و غالباً خود یکی از رتبه‌برترهای سال‌های گذشته بوده‌اند. همچنین این کلاس‌ها مملو از نکات کلیدی و سؤال خیزی است که در حین پاسخ‌گویی به تست‌ها، بازگو می‌شوند و به این ترتیب، این جلسات نه چندان طولانی، بستری مناسب و اثربخش برای جمع‌بندی، مرور و تثبیت مطالب نیز محسوب می‌گردند.

کلاس‌های جامع

یادگیری به طرق مختلفی اتفاق می‌افتد. بعضی اوقات خواندن یک کتاب و گاهی هم دیدن یک کلاس می‌تواند اثرات ژرفی بر ذهن شما بگذارد و تحقق اهدافتان را ملموس‌تر کند. با مشاهده کلاس‌های جامع روان‌آموز، گوش دادن فعال را خواهید آموخت و با همراهی مدرسینی کاربرد با قدرت بیان و سطح سواد بالا، فهم پیچیده‌ترین مطالب برایتان شیرین خواهد شد. کلاس‌های مجازی جامع که در بستر اینترنت و به صورت آنلاین و ضبط شده در استودیو ارائه شده‌است، به مدت یک‌سال قابلیت مشاهده و تکرار نامحدود دارد و با صرفه‌جویی در وقت شما، انتخاب ارزشمندی در دوران کنکور محسوب می‌شوند. در انتهای هر جلسه از این کلاس‌ها، آزمونک‌هایی برگزار می‌شود که هم به تثبیت مطالب کمک کرده و هم ارزیابی مناسبی از میزان فهم و یادگیری‌تان ارائه می‌نماید. پیش از این گفتیم که به روز بودن، از افتخارات روان‌آموز است؛ در همین راستا به‌روزرسانی‌ها و اصلاحاتی که همه ساله در خصوص کلاس‌های جامع ترتیب داده می‌شوند، برای داوطلبانی که قبلاً اقدام به تهیه کلاس‌ها نموده‌اند نیز اعمال می‌گردد.



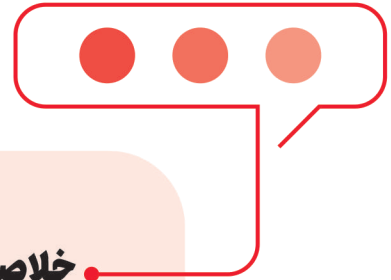
فلش کارت‌های نارنگی

دقیقه‌ها، ارزشمندترین دارایی ما هستند و استفادهٔ بهینه از آن‌ها، رمز موفق شدن در هرکاری است اما همهٔ شما زمان‌های بلااستفاده‌ای دارید که درمسیرهای رفت و آمد، فواصل بین ساعات مطالعاتی، انتظار برای شروع کلاس‌ها و یا حتی در پایان شب و پیش از خواب از دست می‌روند. اینجاست که فلش‌کارت‌های نارنگی در هیبت قهرمان‌هایی کوچک ولی کار راه‌انداز، پا به عرصهٔ میدان گذاشته و شما را از حمل کتاب‌های سنگین و قطور، نجات می‌دهند! فلش‌کارت‌های سؤال و پاسخ کوتاه نارنگی، همیشه همراه شما هستند، فرصت‌هایتان را به بهترین شکل احیا کرده و کمک می‌کنند تا مطالبی را که قبلاً مطالعه کرده‌اید، مرور و ارزیابی کنید. این کارت‌ها برای ایجاد آمادگی در آزمون‌های مختلف سراسری و کلاسی از جمله کنکور و امتحانات دانشگاهی، بسیار مفیدند و مهم‌ترین نکات کتاب‌های مرجع را به صورت دسته‌بندی‌شده، در عناوین درسی مختلف پوشش داده‌اند. اگر از رتبه‌برترها و نارنگی‌خورده‌های قدیمی‌تر روان‌آموز بپرسید، حتماً به شما خواهند گفت که در روزهای سخت و پرچالش پیش از کنکور، لذت خوردن یک پَر نارنگی آب‌دار، خوشمزه و سرشار از ویتامین، با هیچ چیز دیگری قابل قیاس نیست!

کارگاه‌های آموزشی

هر فصل از داستان زندگی، چالش‌های مخصوص به خودش را دارد. حتی اگر شما پیروز میدان قبلی بوده باشید، برای مبارزه در نبرد امروز، باید دوباره تحت تمرینات حرفه‌ای و درست قرار بگیرید تا ورزیده و آماده شوید. این نزدیک‌ترین و ساده‌ترین استعاره برای موفقیت در کنکور است. خیلی از دوستان شما در سالیان گذشته توانسته‌اند با روش‌های منحصر به فرد خود، موفق به کسب درصد‌های بالا و لمس رویاهای تحصیلی و شغلی‌شان شوند؛ شما هم می‌توانید با پیدا کردن مسیر درست، این جاده را با کمترین خطرات پشت سر بگذارید. اما مسیر درست کدام است؟ روان‌آموز که هدفش همراهی همه‌جانبهٔ داوطلبین کنکور و علاقه‌مندان به روانشناسی بوده و هست، برای این مرحله هم تدبیری اندیشیده است. ما سعی کرده‌ایم بستری فراهم کنیم تا در طی سال، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد، با موضوعات مختلف و اساتید متخصص، بتوانیم در ایجاد نگرشی واقع‌بینانه و شناختی درست در هر یک از شما نقشی مثبت ایفا کنیم. درون‌مایهٔ کارگاه‌های آموزشی، غالباً مبتنی بر مباحث مشاوره‌ای از جمله ارائهٔ اطلاعات جامع دربارهٔ کنکور، بررسی و معرفی رشته‌ها و گرایش‌های مختلف، انتخاب بهترین منابع، چگونگی برنامه‌ریزی و مطالعه متناسب با سبک‌های یادگیری، مدیریت فردی و ... است. دغدغه‌هایی که هر یک از شما در برهه‌های زمانی گوناگون با آن‌ها مواجه هستید، در کارگاه‌های آموزشی روان‌آموز، مورد کالبدشکافی قرار گرفته و سعی می‌شود تا درست‌ترین روش مدیریت این موارد آموزش داده شود. برای اطلاع از زمان برگزاری و شرکت در کارگاه‌های روان‌آموز، حتماً سایت و شبکه‌های اجتماعی ما را دنبال کنید.





خلاصه‌های الکترونیک

روان‌آموز برای شمایی که تمایل به آشنایی و مطالعه کتاب‌های مرجع روانشناسی به زبان اصلی دارید اما زمان یا دانش کافی برای مطالعه آن‌ها را ندارید، اقدام به تهیه فایل‌های خلاصه الکترونیک با نام «منشورهای روان‌آموز»، نموده است. کتاب‌های سنگینی که غالباً بیش از هزار صفحه حجم داشته و مطالعه آن‌ها در عمل، بالاخص در کشاکش کنکور، اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است. تیم ترجمه روان‌آموز، متشکل از مترجمین حرفه‌ای در کنار متخصصین علم روانشناسی، به تدوین و تهیه این فایل‌ها مشغولند. فایل‌های الکترونیک روان‌آموز، در کامل‌ترین و در عین حال خلاصه‌ترین شکل و با بیانی رسا و روان، نگاشته شده‌اند و می‌توانند جایگزین مناسب کتاب‌های مرجع برای داوطلبینی باشند که فرصت مطالعه همه منابع را ندارند. علاوه بر این طی چندین سال اخیر، شاهد این بوده‌ایم که بسیاری از اساتید از سراسر کشور، این خلاصه‌ها را به عنوان منبعی برای واحد درسی دانشگاهی نیز معرفی کرده و بازخوردهای بسیار مثبتی داشته‌اند. منشورهای الکترونیک روان‌آموز در عناوین مهم و پرشماری از جمله نظریه‌های شخصیت، روانشناسی رشد، آسیب‌شناسی روانی، روانشناسی بالینی و ... تألیف شده‌اند. بدین ترتیب شما با صرف کم‌ترین میزان وقت و هزینه، نکات اساسی کتاب‌های مرجع زبان اصلی را تا حد تسلط می‌آموزید. راستی اگر هنوز برای تهیه منشورها مردد هستید باید بگوییم که علاوه بر نمونه‌های کوتاهی که از تمام منشورها روی سایتمان موجود است، تا این لحظه دو منشور ارزشمند و پرمخاطب «خلاصه روانشناسی رشد و تحول انسان پاپالیا» و «خلاصه روانشناسی مرضی تحولی دادستان» هم به صورت کاملاً رایگان، برای استفاده شما عزیزان، در سایت روان‌آموز قرار گرفته است.



آزمون‌های جامع آزمایشی

اگر همراه چندین و چند ساله ما باشید حتماً به خاطر دارید که همیشه بزرگ‌ترین موفقیت‌هایمان را از صمیم قلب با شما شریک شده‌ایم تا طعم شیرین شادی‌ها چند برابر شود. داستان کمپین تستیک هم از همین جا آغاز شد. وقتی شما، که مرهون محبت‌های مدامتان هستیم، از اثرات مثبت بی‌اندازه‌ای گفتید که شرکت در آزمون‌های آزمایشی جامع روان‌آموز بر مسیر قبولیتان در کنکور گذاشته بود. این آزمون‌ها پس از تحلیل‌های عمیق، با ارائه تست‌های شبیه‌ساز کاملاً استاندارد و همسو با نگرش طراحان کنکور، فرصت خوبی را فراهم کرد تا داوطلبین سال‌های گذشته، نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی کرده و عملکرد خود را محک بزنند. همان‌طور که گفتیم، امسال برای اولین بار با هدف دسترسی‌پذیری طیف گسترده‌ای از داوطلبین کنکور از سراسر کشور به این خدمت ویژه و کسب نتایج دلخواه، شرکت در سه مرحله آزمون آزمایشی جامع برای تمام مخاطبین کتب روان‌آموز رایگان شد. با فراهم کردن این بستر و عملیاتی شدن این کمپین مبتنی بر تست‌زنی صحیح برای آمادگی در کنکور ۱۴۰۴، آزمون‌های آزمایشی با جامعه آماری بی‌سابقه‌ای خواهیم داشت که نتایج آن تا حدود بسیار زیادی به واقعیت نزدیک بوده و پیش‌بینی نسبتاً دقیقی از وضعیت هر داوطلب در بین سایرین به دست می‌دهد. این سوپرایز ویژه، هدیه‌ای است از جانب روان‌آموز تا به سان همیشه که همراهی مشتاقانه‌اش را ثابت کرده، باز هم به شما یادآور شود که در این مسیر چیزهای بسیار مهم‌تری از مسائل مادی وجود دارد که تا بتوانیم و دستمان برسد در سبب اخلاص تقدیمتان خواهیم کرد. به یاد داشته باشید که آزمون‌های آزمایشی، معیاری برای کیفیت مطالعه در سال کنکور هستند. با شرکت در آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، تجربه فضای جلسه کنکور را خواهید داشت و زمان‌بندی صحیح را نیز می‌آموزید. این آزمون‌ها به صورت مجازی و آنلاین برگزار می‌شوند و یکی از برجسته‌ترین مزیت‌هایشان، دفترچه‌های پاسخ تشریحی است که پس از هر آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گیرد. گنج‌نامه‌ای که تمام نکات مهم و کلیدی مباحث کنکوری را در بر گرفته و در جمع‌بندی و مرورهای آخر بسیار ثمربخش است. برای فعال کردن کوپن شرکت در آزمونتان، کافی است پس از ورود به لینک زیر، کد یکبار مصرف درج شده در اولین صفحه کتاب را وارد کرده و فرم اطلاعات فردی را تکمیل کنید؛ سپس منتظر اطلاع‌رسانی‌های بعدی ما در بازه زمانی یک هفته پیش از هر آزمون باشید.

کمپین مسئولیت اجتماع



تستیک

استیکرهای اختصاصی

در سال کنکور که همه شما نه تنها تحت فشار مطالعاتی زیاد هستید، بلکه فشار روانی سنگینی را هم متحمل می‌شوید و بازه‌ای بسیار حساس و سرنوشت ساز را پیش رو دارید، آنچه از اهمیت حیاتی برخوردار است، حفظ روحیه از طریق تقویت انگیزه است. روان‌آموز با طراحی استیکرهای اختصاصی با محوریت روانشناسی، در شمایلی جذاب و فانتزی و با کیفیت متریال بالا در تلاش برای رفع این نیاز برآمده است. این استیکرها در طرح‌ها و رنگ‌های متنوعی عرضه شده‌اند و به راحتی قابل نصب در صفحات کتاب، پشت گوشی، میز مطالعه و ... هستند. پوسته چرمی، خاصیت ضد آب و ضد خش، دوام بالا و جذابیت بصری این رده از محصولات، محرک خوبی برای انگیزه و تلاشتان خواهد بود. علاوه بر این استیکرهای روان‌آموز می‌توانند انتخاب بسیار خوب و خوشحال‌کننده‌ای برای هدیه دادن به دوستان روانشناسان نیز باشند.

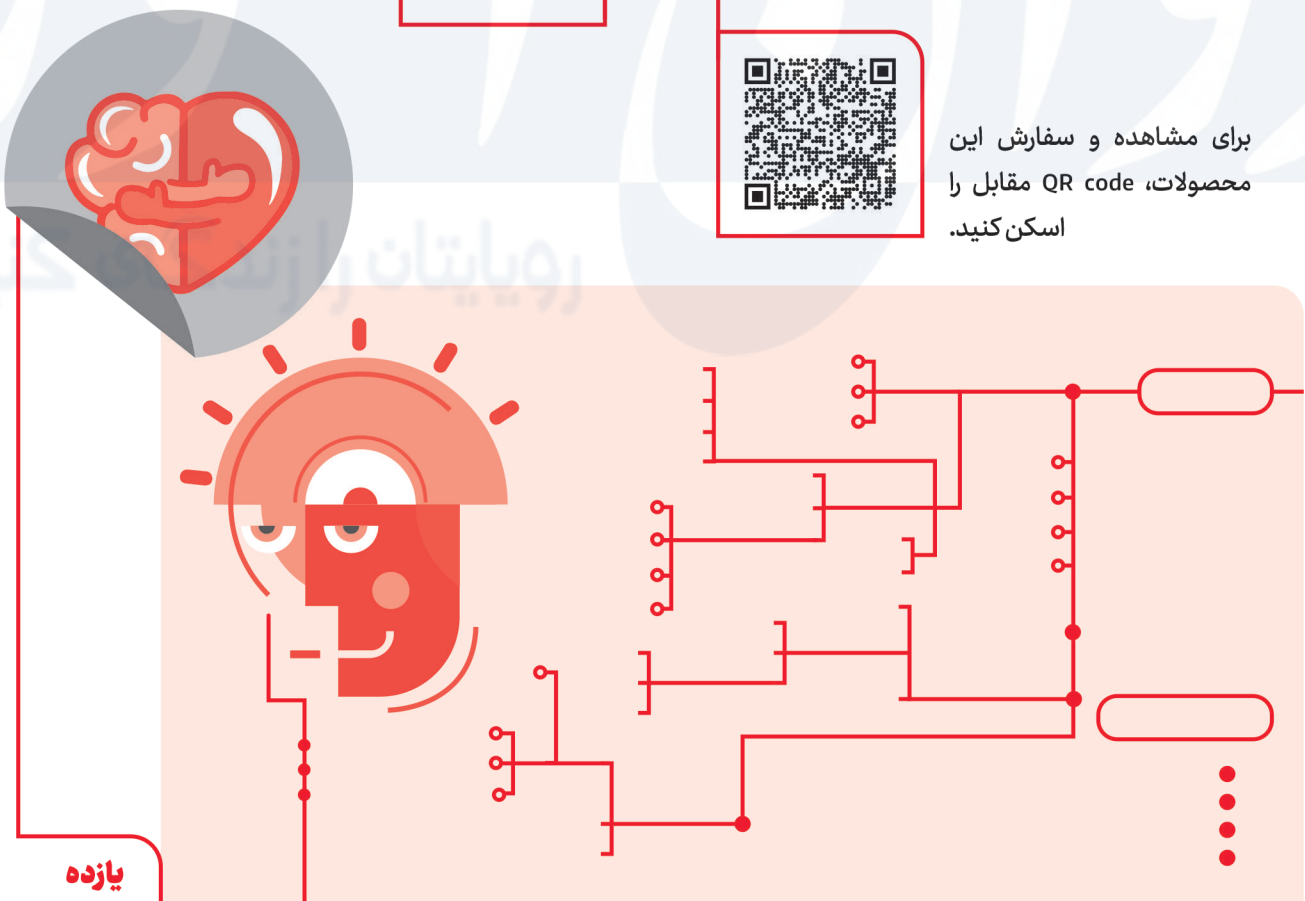


پوسترهای آموزشی

برداشتن گام‌های نو و گشودن مسیرهای بن‌بست، از چالش‌های موردعلاقه تیم روان‌آموز بوده و هست. ما همواره و پیوسته با اشتیاقی وصف ناشدنی در پی درنوردیدن قله‌های مرتفع پیش‌روییم و در این راه از هیچ تلاشی فروگذار نخواهیم کرد. پوسترهای آموزشی نیز، نمونه‌ای موفق از ابتکاری مدرن برای شما مخاطب سخت‌پسند امروزی است که علاوه بر کاربردهای فزاینده در یادگیری و بازآوری دانش عمیق روانشناسی، از منظر زیبایی‌شناسانه نیز تجلیگر خلاقیت و ذوق مصرف‌کنندگان است. به جرأت می‌توان گفت این اولین باری است که در سطح کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی چنین ایده‌ای اجرایی می‌شود. در برشمردن ویژگی‌های برجسته این محصولات می‌توان به تسهیل مرور و تکرار مداوم، تثبیت فرآیند یادگیری، جمع‌بندی دقیق و جزبه‌جز، حداکثر استفاده از حافظه تصویری، دسته‌بندی‌های ساده و قابل فهم، متمرکز بر نکات مهم کنکوری و قیمت به‌صرفه و کیفیت مناسبشان اشاره کرد. خالی از لطف نیست اگر دیوار اتاق هر روانشناسی خواننده‌ای مزین به این مفاهیم کلیدی و پرتکرار باشد.



برای مشاهده و سفارش این محصولات، QR code مقابل را اسکن کنید.



ستاره‌های روان آموز

نام خانوادگی	رتبه کشوری در آزمون	سال	نام خانوادگی	رتبه کشوری در آزمون	سال
زهرقاسمی	۲ عمومی - ۱ بالینی - ۸ روانسنجی - ۵ کودکان - ۲۳ تربیتی	۱۴۰۱	نازنین سلیمی	۲ عمومی - ۴۸ بالینی - ۳۲ کودکان	۱۴۰۲
نیمافریدنی	۴۷ کودکان - ۱ تربیتی	۱۳۹۹	علیرضا باغبان	۲ روانسنجی	۱۴۰۱
فائزه قدمی	۱ بالینی	۱۳۹۸	مهسا کشاورز	۲ بالینی	۱۴۰۰
مرضیه رحیمی	۱۸ روانسنجی - ۱ کودکان - ۲۱ تربیتی	۱۴۰۲	حانیه قمری	۲۸ عمومی - ۲۰ کودکان	۱۴۰۲
معصومه حسینی عبد	۲۵ کودکان - ۲ تربیتی	۱۴۰۲	حانیه پورقوام	۲۶ عمومی - ۲۲ بالینی	۱۴۰۲
مهرنازیوسفی	۶ عمومی - ۲ بالینی - ۲۲ روانسنجی - ۱۵ کودکان	۱۴۰۱	سپهر سلیمیان	۲۳ عمومی - ۴۶ بالینی - ۳۷ روانسنجی	۱۴۰۲
مهسا محمدی	۲ عمومی - ۹ بالینی	۱۳۹۹	کیمیا ابراهیمی	۲۴ عمومی	۱۴۰۲
نجمه نوری	۳ روانسنجی	۱۴۰۰	ریحانه قائم مقامی	۲۵ بالینی	۱۴۰۲
فریبا میری	۱۰ عمومی - ۳ بالینی - ۳۹ کودکان	۱۳۹۸	علی جولایی	۲۷ بالینی - ۳۰ روانسنجی - ۲۶ کودکان	۱۴۰۰
مجتبی حدائق	۸ عمومی - ۴ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۰ تربیتی	۱۴۰۱	نیکو صوری	۲۷ تربیتی	۱۴۰۱
سارا صابری	۸ عمومی - ۱۲ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۴ کودکان	۱۴۰۰	ویدا اکوه پیمان	۳۱ بهداشت روان - ۲۸ سلامت - ۲۸ بالینی کودک	۱۴۰۱
فاطمه بهبودی	۴ کودکان - ۱۱ روانسنجی	۱۳۹۹	ریحانه گل گوند	۲۸ عمومی - ۲۸ بالینی - ۴۸ روانسنجی - ۳۴ کودکان	۱۴۰۱
امیرحسین رافع رحیمیان	۴ عمومی - ۶ بالینی - ۱۰ روانسنجی - ۱۳ کودکان	۱۳۹۹	عالیه مرادی	۲۸ عمومی	۱۴۰۰
فاطمه شاکری	۱۲ بالینی - ۵ بهداشت روان - ۹ سلامت - ۱۸ بالینی کودک	۱۴۰۲	زهرآقایی محمدی	۲۹ تربیتی	۱۴۰۲
فرزانه قیومی	۳۲ عمومی - ۵ بالینی - ۳۸ روانسنجی	۱۴۰۱	فاطمه رجایی	۳۱ بالینی	۱۴۰۱
علی سلیمی	۵ عمومی - ۱۲ بالینی - ۳۴ روانسنجی - ۳۱ کودکان	۱۴۰۱	شیوا عباس زاده	۳۱ عمومی - ۴۷ بالینی	۱۴۰۱
محمد علی حائری	۲ عمومی - ۵ بالینی	۱۴۰۰	ملیکابهرامی	۳۱ بالینی	۱۳۹۹
علیرضا محمودی	۵ عمومی - ۱۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۱۱ کودکان - ۲۵ تربیتی	۱۴۰۰	مریم علوی	۳۲ عمومی	۱۴۰۲
زهرآقاجانی	۳۲ عمومی - ۳۵ بالینی - ۵ کودکان	۱۳۹۹	مهدی میریوریان	۳۲ بهداشت روان - ۳۶ سلامت - ۵۰ بالینی	۱۴۰۰
نیما ربیعی	۶ عمومی	۱۴۰۲	فاطمه شاکری	۳۳ عمومی	۱۴۰۲
زهرقاسمی	۱۶ بالینی - ۶ بهداشت روان - ۱۰ سلامت - ۱۶ بالینی کودک	۱۴۰۱	زهرآ سید میری	۳۴ عمومی - ۳۷ بالینی	۱۴۰۲
انوشا ناصر طاهری	۶ عمومی - ۷ بالینی - ۸ روانسنجی - ۱۰ کودکان - ۲۷ تربیتی	۱۴۰۰	فاطمه مشکوری	۳۴ تربیتی	۱۴۰۲
علیرضا زارع	۷ عمومی - ۱۱ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان	۱۴۰۲	نگار موسیوند	۴۳ عمومی - ۴۶ بالینی - ۳۴ روانسنجی	۱۴۰۲
مرضیه زمانی	۷ تربیتی	۱۴۰۱	پریسا کایاد	۴۲ روانسنجی - ۳۵ کودکان	۱۴۰۱
امیرمهدی امرائی	۷ بهداشت روان - ۲۳ سلامت	۱۴۰۱	علی قائم مقامی	۳۷ عمومی	۱۴۰۱
علیرضا باغبان	۳۴ بالینی - ۷ بهداشت روان - ۱۸ سلامت - ۳۴ بالینی کودک	۱۴۰۱	سپیده کاردان	۳۷ بالینی	۱۴۰۰
سارا جلوداری	۷ عمومی - ۴۴ بالینی - ۲۳ روانسنجی - ۱۵ کودکان	۱۴۰۰	مهدی شایسته پور	۳۸ روانسنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۲
زینب صالح زاده	۸ عمومی - ۸ بالینی - ۱۵ روانسنجی - ۱۴ کودکان	۱۴۰۲	حسین اعلا	۳۸ عمومی - ۴۰ بالینی	۱۴۰۰
ساینا فتح الله زاده	۸ بالینی - ۸ بهداشت روان - ۷ سلامت - ۱۰ بالینی کودک	۱۳۹۹	ریحانه نصرتی	۳۹ عمومی	۱۴۰۲
امیرحسین حیدری	۱۱ عمومی - ۲۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۲۹ کودکان - ۴۴ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه کشاورز	۳۹ بالینی	۱۴۰۲
ندا قلی پور	۸ بالینی - ۹ سلامت - ۸ بالینی کودک	۱۴۰۱	یاسمن کریمی	۳۹ عمومی - ۴۳ روانسنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۱
زهره احمدی	۴ عمومی - ۹ بالینی - ۵۴ روانسنجی - ۳۸ کودکان	۱۴۰۱	زهرنجیبی	۳۹ روانسنجی	۱۴۰۱
سعید پایدار فرد	۹ عمومی - ۳۶ بالینی - ۲۹ روانسنجی - ۳۰ کودکان	۱۴۰۰	فاطمه برزی	۴۷ عمومی - ۳۹ کودکان	۱۴۰۱
فاطمه جمالی	۳۵ عمومی - ۱۰ بالینی	۱۴۰۲	فرزانه عیدی	۴۰ بالینی	۱۴۰۱
مهسا هونجانی	۱۱ بالینی	۱۳۹۸	فاطمه جعفری رایینی	۴۱ بالینی	۱۴۰۲
گلناز حسن زاده	۱۲ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه کرمانی	۴۲ عمومی - ۴۱ بالینی	۱۴۰۱
پریالفتی	۱۲ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۲۷ کودکان - ۳۴ تربیتی	۱۴۰۱	فاطمه خسروانجام	۴۸ عمومی - ۴۲ بالینی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۰
سپیده سمائی	۳۹ عمومی - ۱۲ بالینی	۱۳۹۹	علی خداپناه	۴۳ عمومی	۱۴۰۱
سینا صبوری	۱۳ عمومی - ۲۶ بالینی - ۲۱ روانسنجی - ۳۹ کودکان	۱۴۰۰	نرگس فراهی	۴۴ بالینی	۱۳۹۹
زینب قاسمی	۱۳ بالینی	۱۳۹۸	شقایق احمدی	۴۴ کودکان - ۴۶ تربیتی	۱۴۰۲
محمد رضا عمومی	۱۴ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۳۷ کودکان	۱۴۰۲	فاطمه ایمانی	۴۵ عمومی	۱۴۰۰
سارا الله وردی	۲۲ عمومی - ۱۴ بالینی - ۳۱ روانسنجی - ۴۲ کودکان	۱۳۹۹	محمد مهدی اکبرزاده	۴۶ بالینی	۱۴۰۱
فاطمه شاه حیدری پور	۴۱ عمومی - ۱۷ بالینی - ۲۷ روانسنجی - ۴۹ کودکان	۱۴۰۲	یاسمن امیری	۴۷ روانسنجی	۱۴۰۲
فاطمه اسماعیلی	۱۷ تربیتی	۱۴۰۲	وحید جاهدی	۴۷ کودکان	۱۴۰۲
نیما خوش فطرت	۳۹ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی	۱۴۰۱	مریم میراشه	۴۷ بالینی	۱۴۰۰
طاها سلجقه	۱۷ بالینی	۱۳۹۹	زهرآکارگر	۴۸ تربیتی	۱۴۰۲
مهتاب شرفیه	۴۹ عمومی - ۱۸ بالینی	۱۴۰۱	زهرآ نیایش راد	۴۸ تربیتی	۱۴۰۱
نیکناز اتحاد	۳۷ عمومی - ۱۸ کودکان	۱۴۰۲	کوثر یوسفی	۴۸ بالینی	۱۴۰۰
هدی ملاحسینی	۱۸ تربیتی	۱۴۰۲			
مجتبی احمدیان	۲۷ عمومی - ۱۹ بالینی - ۲۳ روانسنجی - ۴۶ کودکان	۱۴۰۲			
زینب جعفری	۳ عمومی - ۱۹ روانسنجی - ۴۸ کودکان	۱۴۰۲			
فاطمه عموزاده	۱۹ بالینی	۱۴۰۰			
آرزو زنجیر مقدم	۲۱ بالینی - ۲۹ سلامت - ۱۹ بالینی کودک	۱۳۹۹			



برای اطلاع از ستاره‌های سال ۱۴۰۳ روان آموز، QR code مقابل را اسکن کنید. راستی تا به حال از خودتان پرسیده‌اید چرا شما یکی از هزار هزار ستاره ما نباشید؟!

داوطلب وزارت علوم * داوطلب وزارت بهداشت

دوازده

نظرات رتبه برترها

● مرضیه رحیمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۲

با روان‌آموز از طریق خواهرم آشنا شدم که قبل از من کنکور کارشناسی ارشد داده بود. من، هم از کتاب‌ها و هم فلش‌کارت‌های نارنگی استفاده کردم و خیلی بهم کمک کردن. برای جمع‌بندی هم کلاس روانشناسی عمومی روان‌آموز برای مرور مطالب، خیلی مفید بود و همشون رو به بچه‌ها پیشنهاد می‌کنم.

● علیرضا زارع - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۲

دوستی که منابع رو بهم معرفی کرد، از روان‌آموز به عنوان منبع معتبر و قابل اطمینانی یاد کرد. من هم از کتاب رشد روان‌آموز، کلاس مجازی انگیزش و هیجان و همین‌طور تست‌های تألیفی آسیب و بالینی استفاده کردم که خیلی خوب بود و بهم کمک کرد.

● زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱

اصلاً باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان‌آموز رتبه تک‌رقمی شدم، در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب‌ها، کلاس‌ها و فلش‌کارت‌های نارنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعاً اثرگذار بود.

● مجتبی حدائق - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۱

کلاس‌های 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.

● زهره احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱

من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان‌آموز استفاده کردم. قطعاً نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب‌ها به این خوبی تألیف نمی‌شدند، جمع‌آوری این نکات از کتب مختلف قطعاً کار طاقت‌فرسا و غیرممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سؤال‌های خیلی خوبی طرح شده بود.

● سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰

از همه محصولات روان‌آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتاب‌ها استفاده کردم. واقعاً ممنونم که در سال کنکور نه مثل مؤسسه‌های کنکوری، بلکه مثل یک دوست واقعی کنارمون بودن.

● محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰

لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان‌آموز داشته باشم که واقعاً در موفقیت من مؤثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتاب‌ها و جزوات و مخصوصاً فلش‌کارت‌های نارنگی روان‌آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

● سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰

من خیلی خوشحالم که در مسیر کنکور روان‌آموز رو کنارم داشتم؛ چون تیم کاملیه. چه از نظر منابع درسی و کلاس‌های آنلاین و چه از نظر طرح‌های مشاوره، انتخاب مناسبیه.

● زهرا آقاجانی - رتبه ۵ کنکور ۱۳۹۹

من از کتاب‌های روان‌آموز استفاده کردم و واقعاً به دور از اغراق می‌گم خیلی فوق‌العاده بود. بین تمامی جزوات و کتاب‌های کمک آموزشی روان‌آموز بهترین. کتاب‌هایی کامل، بدون اضافه‌گویی و واقعاً مختصر و مفیده. محتوای غنی کتاب‌های روان‌آموز علاوه بر اینکه در طول سال مناسب، بهترین منابع جمع‌بندی هم هستن. اگر دوباره به عقب برگردم حتماً از خدمات مشاوره روان‌آموز هم کمک می‌گیرم.

● فریبا میری - رتبه ۳ کنکور ۱۳۹۸

من ابتدا قصد داشتم منابع اصلی رو بخونم ولی به علت کمبود وقت از کتاب‌های روان‌آموز استفاده کردم که خیلی برام مفید بود و خودم فکر نمی‌کردم تکیه کردن به خلاصه‌ها بتونه همچین نتیجه‌ای برام داشته باشه.

● معصومه حسینی عبد - رتبه ۲ کنکور ۱۴۰۲

آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، زمینه خوبی برای رقابت و سنجش آموخته‌هام فراهم کرد و فهمیدم برای بهبود رتبه‌ام باید کدوم منابع رو مطالعه کنم. پکیج ۱۰ سال کنکور روان‌آموز هم فرصت خوبی برای جمع‌بندی در روزهای پایانی بود.

● زینب صالح‌زاده - رتبه ۸ کنکور ۱۴۰۲

هیچ دانشجوی روان‌شناسی نیست که روان‌آموز رو نشناسه. من هم از ابتدا می‌دونستم که روان‌آموز، بهترین کتاب‌ها رو در حوزه کنکور داره و اغلبشون رو داشتم و برام خیلی مفید بود. حتی در کنکور بهداشت هم خیلی کمکم کرد و اونجا هم رتبه ۷ بالینی شدم. روان‌آموز برایم یک راهنما و منبع مطمئن بود و از پیجش حال خوب می‌گرفتم.

● محمد احمدوند - رتبه ۱۲ کنکور ۱۴۰۱

خوشبختانه پوشش جامع کتاب‌های روان‌آموز باعث شد که بی‌نیاز از مطالعه منابع اولیه باشم؛ این مسئله به ویژه درباره کتاب آسیب‌شناسی روانی صدق می‌کرد.

● 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. فلش‌کارت‌های نارنگی رو داشتم. ولی خب دیر باهاش آشنا شدم. از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم از شون که یه سری خدمات آموزشی در سایت روان‌آموز رو رایگان در اختیار داوطلبین قرار می‌دن.

● 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 روان‌آموز رو انتخاب کردم و کاملاً راضی بودم.

● فاطمه ایمانی - رتبه ۴۵ کنکور ۱۴۰۰

کلاس‌های بالینی و رشد خانم خجوی عبور از چالش رو برام ممکن کرد. بازخورد خوبی هم از یادگیری می‌گرفتم. رشد سه برابر درصدهام رو نشون می‌داد. تمام مطالب سخت و مبهمی که برام وجود داشت با توضیحات عمیق خانم دکتر به نقطه قوت تبدیل شدن. مؤسسه روان‌آموز با تمام کتاب‌ها و کلاس‌ها و فلش‌کارت‌ها یک مرجع بی‌کم و کاست برای کنکور روانشناسیه.

● انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰

مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان‌آموز شروع کردم. رفرنس‌های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب‌های روان‌آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش‌دهی خوبی از نکات اصلی داره.

● نیما فریدنی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۹

من به شخصه چون یک هفته مانده به کنکور مطالعه و مرور منابع را تمام کرده بودم، از طرفی هم دیدی نسبت به شکل کنکور نداشتم و تا حدی هم استرس داشتم، تصمیم گرفتم آزمون جامع آخر را شرکت کنم که بسیار در جمع‌بندی، مطالعه نکات مهم و جامانده و البته سنجش از خودم، به من کمک کرد.

● فائزه قدمی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۸

من از کتاب‌ها و فلش‌کارت‌های نارنگی استفاده کردم. روان‌آموز مؤسسه واقعاً خوبیه و کیفیت کتاب‌ها خوب است.

● مهسا هونجانی - رتبه ۱۱ کنکور ۱۳۹۸

من خیلی از کتاب‌های روان‌آموز و مطالب سایتشون استفاده کردم و بی‌تعارف به نظرم روان‌آموز یکی از منطقی‌ترین و صحیح‌ترین کتاب‌های روانشناسی رو داره.

منابع

پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان (۱۴۰۱). نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان‌نظری. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات روان.

ترال، تیموتی و پرینستاین، میچل (۱۴۰۱). روانشناسی بالینی فیرس. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات رشد.

شاملو، سعید (۱۴۰۱). روانشناسی بالینی. تهران: انتشارات رشد.

کرامر، جفری و دیگران (۱۴۰۰). روانشناسی بالینی: پل علم و عمل، ویراست نهم. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات ارسباران.

گنجی، حمزه (۱۳۹۹). روانشناسی بالینی آپدیت DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.

ولز، آدریان (۱۳۹۶). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه: شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات ابن سینا.

یانگ، جفری و همکاران (۱۴۰۱). طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.



۰۲۱۹۱۰۷۷۰۸۰



info@ravanamooz.ir



۱۰۷۷۰۸۰

ارتباط با ما



ravanamooz_team



ravanamooz.ir



ravanamooz



ravanamooz



ravanamooz



company/ravanamooz



فصل ۱/ تعریف و مقایسهٔ مداخله‌های روان‌شناختی	۱۷
فصل ۲/ درمان روان‌کاوی	۴۴
فصل ۳/ درمان‌های روان‌پویشی	۶۲
فصل ۴/ درمان‌های میان‌فردی	۷۶
فصل ۵/ درمان‌های وجودی	۸۳
فصل ۶/ درمان فردمدار	۹۵
فصل ۷/ درمان‌های تجربی	۱۰۸
فصل ۸/ درمان‌های رفتاری و مواجهه‌ای	۱۲۰
فصل ۹/ درمان شناختی-رفتاری	۱۴۴
فصل ۱۰/ درمان‌های موج سوم	۱۵۸
فصل ۱۱/ درمان فراشناختی	۱۶۵
فصل ۱۲/ درمان‌های سیستمی و گروه‌درمانی	۱۷۱
فصل ۱۳/ درمان‌های حساس به جنسیت و چندفرهنگی	۱۸۷
فصل ۱۴/ درمان‌های سازه‌نگر	۱۹۷
فصل ۱۵/ درمان‌های یکپارچه‌نگر	۲۰۳
فصل ۱۶/ مدل میان‌نظری و آیندهٔ روان‌درمانی	۲۱۰
فصل ۱۷/ روانشناسی اجتماع‌نگر	۲۱۹
فصل ۱۸/ روانشناسی سلامت و طب رفتاری	۲۲۷
فصل ۱۹/ روانشناسی بالینی کودک و روانشناسی طب اطفال	۲۳۶
فصل ۲۰/ روانشناسی عصب‌نگر	۲۴۷
فصل ۲۱/ روانشناسی قانونی	۲۵۶
سایر سؤالات کنکور	۲۶۰
سؤالات کنکور ۱۴۰۳	۲۶۸
مطالعهٔ بیشتر	۲۷۲

فهرست مطالب

خوشحالیم که روان‌آموز را انتخاب کرده‌اید و در مسیر تبدیل شدن به یک روانشناس خبره، فرصت در کنارتان بودن را داریم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.

حالا که به انتهای این فهرست رسیده‌اید برای بهبود این همراهی، به همکاریتان نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودتان شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. در این لینک می‌توانید ایده‌هایتان را با ما به اشتراک بگذارید. یک فرم نظرسنجی هم خواهید دید که پاسخ‌گویی به آن، با جوایز ارزنده‌ای همراه است که پس از کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد. برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR code را اسکن کنید.



داستان یک سفر

امید داریم لذت گشت و گذار در دنیای این کتاب به جانتان بنشیند. خوشحال می‌شویم اگر قبل از شروع کتاب، اهداف و رویاهای خود را در این زمینه بنویسید و عکس این صفحه را برای شرکت در کمپین داستان یک سفر و دریافت جوایز ارزنده، برای ما ارسال کنید.





تعریف مدل‌های روان‌شناختی



روانشناسان را زندگی کنید

تعریف مداخلهٔ روان‌شناختی

مداخلهٔ روان‌شناختی به طور کلی روشی برای ایجاد **تغییر در رفتار، افکار و احساسات** شخص است. مداخلهٔ روان‌شناختی در بافت رابطهٔ حرفه‌ای صورت می‌گیرد که می‌تواند اهداف مختلفی داشته باشد از جمله: (۱) حل مسئله‌ای خاص، (۲) پیشگیری از مشکلات، (۳) بهبود ظرفیت فرد در رسیدگی به رفتار، افکار و احساساتی که اختلال ایجاد کرده‌اند، (۴) افزایش توان شخص برای لذت بردن از زندگی یا بالفعل کردن ظرفیت بالقوهٔ 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 تثبیت شده 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:

(۱) پدیده‌های بالینی را به صورت نسبتاً عینی عملیاتی کند.

(۲) از لحاظ نظری و تا جایی که امکان داشته باشد، از نظر معنایی بی‌طرف باشد.

(۳) در نهایت نظر عمومی را جلب کند، یعنی روان‌درمان‌گرانی که عقاید مخالفی دارند باید با آن موافق بوده و آن را تأیید کنند.

(۴) بی‌طرفانه باشد، یعنی بدون این‌که یکپارچگی هر رویکرد خاصی را فدا کند، با نظریه‌ها به طور برابر برخورد نماید.

سایر تعاریف از روان‌درمانی

تعریف ولبرگ: شکلی از درمان مشکلات هیجانی که در آن شخص آموزش‌دیده‌ای عمدتاً رابطه‌ای حرفه‌ای با بیمار برقرار می‌کند تا نشانه‌های او را بردارد، جرح و تعدیل کند یا به تعویق بیندازد، در الگوهای ناراحت‌کنندهٔ رفتاری او میانجی‌گری کند و مایهٔ رشد و تحول مثبت شخصیت وی شود.

تعریف راتر: فعالیت برنامه‌ریزی شدهٔ روانشناس که هدفش ایجاد تغییر در فردی است که زندگی او را شادمانه‌تر یا سازنده‌تر می‌کند یا هر دو. تعریف فرانک: تعاملی برنامه‌ریزی شده، دارای بار هیجانی و محدود، بین یک شفا‌دهندهٔ آموزش‌دیده و دارای تأیید اجتماعی با شخصی رنجور است. شفا‌دهنده از طریق ارتباطات نمادین، عمدتاً 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 غالباً شامل کمک به بیمار است برای پذیرش رنج و تحمل آن به مثابهٔ جنبه‌ای اجتناب‌ناپذیر از زندگی که می‌توان آن را به فرصتی برای رشد و تحول شخصیت تبدیل کرد.

نظریه‌های روان‌درمانی

نظریه، دیدگاهی باثباتی دربارهٔ رفتار انسان، آسیب‌شناسی روانی و مکانیسم‌های تغییر درمانی است. نظریهٔ 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.

کرامر شش رویکرد روان‌درمانی اصلی را مشخص کرده است:

(۱) روان‌پویشی: تأکید بر کند و کاو و تعارضات ناهشیار و دیگر نیروهای روان‌شناختی زیراختلالات رفتاری.

(۲) انسان‌گرا: استفاده از رابطهٔ مراجع-درمانگر برای خلق شرایطی که در آن مراجع احساسات اصیل خود را تشخیص داده و طبق آن عمل کند تا به حداکثر توان رشد خود برسد.

(۳) رفتاری: تأکید بر فنون حاصل از نظریهٔ یادگیری برای شناسایی و تغییر رفتارهای خاص متداعی با اختلالات روانی.

(۴) شناختی، شناختی-رفتاری و پذیرش‌بنیان: تأکید بر رشد مهارت‌های شناختی بخصوص شناسایی و اصلاح تفکر و باورها، یادگیری مشاهدهٔ افکار و تجارب بدون واکنش به آنها، و در نتیجه تغییر رفتار مشکل‌ساز، تنظیم هیجان و برقراری رابطه به شیوهٔ جدید.

(۵) نظام‌های اجتماعی: تأکید بر نفوذ و تأثیر نیروهای اجتماعی و فرهنگی در غالب درمان‌های گروهی و خانوادگی.

بر اساس پروچاسکا و نورکراس، 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.

مداخلات بالینی به رغم تفاوت‌هایشان دارای اهداف مشترکی هستند که در ادامه به آنها می‌پردازیم.

● کاهش ناراحتی مراجع

وقتی مراجعی با آشفتگی شدید مراجعه می‌کند، درمانگر سعی می‌کند از رنج او بکاهد، اگرچه به دنبال از بین بردن کل ناراحتی مراجع نیست چون انگیزه تغییر بلندمدت را کاهش می‌دهد. روش رایج برای کم کردن ناراحتی مراجع، تقویت قدرت هیجانی مراجع از طریق رابطه درمانی است. توانایی ارائه یک جو امن، توأم با همکاری و حمایت در ایجاد این رابطه اهمیت دارد. فنون اختصاصی‌تر برای کاهش ناراحتی مراجع از جمله آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و بازسازی شناختی هم می‌تواند مفید باشد.

● تشویق تخلیه هیجانی

تخلیه هیجانی یا پالایش (catharsis) بخش حیاتی اکثر درمان‌ها است. عمق و شدت آن به ماهیت و شدت مسئله و مرحله موردنظر درمان بستگی دارد. اگرچه برخی از درمان‌ها مثل کنترل خشم، تخلیه هیجانی را کار دستی نمی‌دانند و سعی می‌شود مراجع بیشتر روی هیجان‌ات کنترل پیدا کند. تحقیقات به ارزشمندی مداخلات هیجانی حداقل در پنج حوزه اشاره می‌کنند:

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

● ایجاد بینش

بینش در روان‌درمانی به این شکل تعریف می‌شود: فهم روابط بین تجارب گذشته و حال، الگوهای رابطه‌ای معمول و شیوه‌های پیوند چالش‌های میان‌فردی، تجربه هیجانی و نشانه‌های روان‌شناختی. به طور خلاصه، بینش یعنی آگاهی و فهم مراجع از طبیعت، علت و عوامل نگهدارنده مشکلات. 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.

در رویکردهای مختلف از روش‌های مختلفی برای کسب دانش درباره خود استفاده می‌شود. برای مثال استفاده از رؤیایها و بررسی معنای رفتارها در روان‌پویشی، آگاهی از شیوه‌های خودکار و غیرانطباقی توضیح رویدادها در رویکرد شناختی، فهم ارتباط کارکردی رفتار با یادگیری‌های گذشته و عوامل محیطی فعلی (تحلیل کارکردی) در رویکرد رفتاری.

یکی از فنون رایج بینش‌پرویی، تفسیر گفتار و 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. رویکردهای مختلف اصطلاحات مختلفی برای تفسیر به کار می‌برند از جمله اصطلاح «انعکاس پیچیده» در مصاحبه انگیزشی و اصطلاح «اکتشاف هدایت‌شده» در بازسازی شناختی.

تفسیر باید با مقداری حساسیت صورت گیرد. تفسیرهای نمایشی، مواجهه‌ای و چالش‌انگیز مانع پیشرفت هستند و به اتحاد درمانی لطمه می‌زنند. مراجعان وقتی از تفسیر سود می‌برند که برای مثال به پیوند بین رفتار در جلسات درمان و روابط در بیرون از درمان اشاره شود.

بینش بیشتر با نتایج درمانی بهتر رابطه دارد، اما همیشه هم اینطور نیست. سطوح بالاتر بینش مراجع با شکل‌های مستقیم‌تر درمان بیش از شکل‌های غیرمستقیم رابطه دارد. همچنین، در اختلالاتی مثل اسکیزوفرنی بینش‌افزایی مستلزم مداخلات خاصی مثل آموزش فراشناختی است تا مراجع طرز بررسی افکار و احساسات را یاد بگیرد. به طور کلی چند روش تفسیر در روان‌درمانی وجود دارد:

۱) 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.)

۲) 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.)

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

۴) علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علائم و سمبل‌ها به‌ویژه رؤیا مشخص می‌شود.

● ارائه اطلاعات جدید (تعلیم و تربیت)

روان‌درمانی غالباً یک فرایند تربیتی است. بینش‌افزایی بخشی از این فرایند است. گاهی هم درمانگر نقش یک مربی دارد که توصیه‌های مستقیمی ارائه می‌کند و اطلاعاتی را در اختیار مراجع می‌گذارد. گاهی کمبود اطلاعات باعث ایجاد مشکلات مراجع می‌شود، که نمونهٔ بارز آن کارکرد جنسی است. در این موارد دادن اطلاعات باعث تسکین و کاهش مشکلات می‌شود. درمانگر-مربی می‌تواند از راه‌های مختلف به مراجع اطلاعات ارائه کند، که از جملهٔ آن‌ها کتاب‌درمانی (bibliotherapy) است.

● تکالیف خارج از درمان

درمانگران در تمام طیف‌های نظری معمولاً برای انتقال تغییرات مثبت حاصل از درمان به دنیای واقعی به مراجعان تکلیف می‌دهند. رفتاردرمانگران و درمانگران شناختی-رفتاری همواره حامی تکلیف منزل بوده‌اند و آن را راه مؤثری برای تعمیم مهارت‌های جدید می‌دانند. تکالیف منزل در درمان شناختی-رفتاری با نتایج درمان همبستگی مثبت دارد. تکالیف در رویکردهای روان‌پویشی و انسان‌گرا نیز حمایت پژوهشی دارند.

● پرورش ایمان، امید و انتظار تغییر

در همهٔ روش‌های رایج روان‌درمانی، افزایش ایمان، امید و انتظار تغییر در مراجع از مهم‌ترین عناصر بهبود است. در هر درمان مؤثری اعتقاد مراجع به امکان‌پذیر بودن تغییرات مثبت، یک عنصر مهم (و حتی از نظر برخی مهم‌ترین عنصر) است. قدرت درمان بخش انتظارات مثبت به اثر دارونما (placebo) معروف است که تاریخچهٔ درمان پزشکی به آن برمی‌گردد. بر اساس این مفهوم، حتی درمانی که چیز مفیدی ندارد اما مراجع باور دارد که مفید است، می‌تواند اثربخش باشد. تشخیص اثر دارونما در روان‌درمانی، اهمیت فنون اختصاصی را از بین نمی‌برد. همچنین به این معنی نیست که یک عنصر بسیار مهم درمان‌های مؤثر، متقاعد کردن مراجع به انتظار تغییر مثبت است.

● قابلیت‌سازی/ تسلط

هدف بیشتر درمان‌ها توانا تر و مؤثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همهٔ ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه تأثیرگذاری و رضایت بیشتر در فرد را فراهم کند، اما برخی درمان‌ها مشخصاً 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 تأکید دارد. از نظر او اشخاص با احساس تسلط که مؤلفه‌هایی مانند اعتماد به نفس، انتظار عملکرد خوب از خود، داشتن احساس خوب به خود، بیشتر احتمال دارد که عملکرد مؤثر داشته باشند.

عوامل مشترک درمان‌ها

بیشتر انواع روان‌درمانی‌ها در مجموعه‌ای از عوامل مشترک هستند که از حد و مرزهای نظری و درمانی فراتر می‌رود. و می‌پولد معتقد است بیشتر تأثیراتی که به روان‌درمانگری نسبت می‌دهند، به این عوامل مشترک برمی‌گردد. برخی دیگر معتقدند عوامل مشترک تأثیر 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 همهٔ روش‌های روان‌درمانی نوعی از روش‌های کهن شفابخشی هستند. باین‌حال در یک جامعهٔ کثرت‌گرا و رقابتی ویژگی‌های متمایز این رویکردها مورد تأکید 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 مناسبی برای بازگرداندن تعادل تجویز می‌کند. این تبیین یا مناسب، دلیل موجهی به بیمار می‌دهد تا وقتی آمادگی لازم را پیدا کرد، نشانه‌ها را رها کند. قدیمی‌ترین مفهوم‌سازی در مورد عوامل مشترک بین انواع روان‌درمانی مربوط به راجرز است. او رابطهٔ درمانی را عامل «لازم و کافی» برای درمان می‌داند.

طبق نتایج مطالعات (گرکانویچ و نورکراس) و جوه اشتراک روان‌درمانی‌ها که بیشترین اتفاق نظر دربارهٔ آن‌ها وجود دارد عبارت‌اند از: **انتظارات مثبت مراجعان، رابطهٔ درمانی تسهیل‌کننده.**

بیشترین نوسان در نتیجهٔ درمان به ترتیب به این عوامل مربوط است: عوامل از پیش موجود مربوط به مراجع مانند انتظار تغییر و شدت اختلال، رابطهٔ درمانی، روش درمان.

لمبرت و واوگلز بر اساس یک فرایند متوالی که با نتیجهٔ 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 تأثیرگذاری درمان، یادگیری شناختی، تجربه هیجانی اصلاحی، کندوکاو چهارچوب مرجع درونی، بازخورد، بینش، استدلال منطقی.

۳) عوامل کنشی: تغییرات رفتاری در نتیجه درمان

تنظیم رفتاری، تسلط شناختی، تشویق برای روبه‌رو شدن با ترس‌ها، خطر کردن، تلاش‌های تسلط‌آور، الگوبرداری، تمرین، واقعیت‌آزمایی، تجربه موفق، دقت نظر.

در ادامه به مهمترین عوامل مشترک در انواع روان‌درمانی می‌پردازیم.

● رابطه و اتحاد درمانی

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

همه‌ی درمانگران رابطه را عامل شفاف‌بخش اصلی نمی‌دانند؛ اما تقریباً همه‌ی آن‌ها به اهمیت بی‌همتای رابطه اذعان دارند. رابطه درمانی همواره یکی از عوامل تعیین‌کننده اصلی موفقیت روان‌درمانی بوده است و در انواع روان‌درمانی‌ها، حداقل دوازده درصد نتیجه به علت رابطه درمانی است.

اتحاد درمانی شامل این ابعاد است: الف) پیوندهای هیجانی شکل‌گرفته 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 به معنای تلاش فردی هر یک از طرفین در درمان، ۲) تشدید همدلانه به معنای میزان هم‌موج بودن طرفین، ۳) تأیید متقابل به معنای میزان دل‌مشغولی طرفین با آسایش یکدیگر.

اتحاد درمانی می‌تواند از طریق مکانیسم‌های عصبی‌زیست‌شناختی از قبیل فعال کردن نورون‌های آئینه‌ای مغز عمل کند. نورون‌های آئینه‌ای مغز تقلید را تسهیل می‌کنند و فعال شدن آن‌ها می‌تواند سرمشق قرار دادن سبک‌های ارتباطی درمانگران را برای مراجعان آسان‌تر کند. همچنین، اتحاد درمانی قوی می‌تواند ترشح هورمون اکسی‌توسین را تحریک کند که به اعتماد و نزدیکی اجتماعی می‌انجامد.

نقش اتحاد درمانی در رویکردهای مختلف را می‌توان در یک پیوستار در نظر گرفت:

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

۲) 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. راجرز معتقد بود رابطه درمانی مثبت شامل این موارد است: اصالت، توجه مثبت نامشروط، همدلی.

۳) برای درمانگران انسان‌گرا که مهمترین آنها راجرز است، رابطه درمانی نقش بزرگی بازی می‌کند و آن را عنصر بسیار مهمی در ایجاد تغییرات سودمند می‌بینند.

۴) 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.

۵) 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.

نقش درمانگران در رویکردهای مختلف به این موارد تشبیه شده است: روان‌پویشی: باستان‌شناس - انسان‌گرایی: آینه - رفتارگرایی: مربی - شناختی: دانشمند - سیستمی: برنامه‌ریز اجتماعی.

یک سری ابزار برای اندازه‌گیری اتحاد درمانی جهت پژوهش در این حوزه طراحی شده است: مقیاس‌های پنسلوانیا، پرسشنامه اتحاد کاری، مقیاس‌های اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیا، مقیاس فرایند روان‌درمانی و ندریبلت، مقیاس‌های تورنتو، گزارش وضعیت روان‌درمانی، اندازه‌گیری رابطه آگنیو، مقیاس‌های پیوند درمان‌بخش، مقیاس اتحاد کیم.

برخی تحقیقات نشان می‌دهد اتحاد درمانی محصول فرعی یک درمان مؤثر است نه علت آن. بر اساس یک فراتحلیل، اتحاد درمانی علت و معلول

برون‌داد درمان است. کاهش نشانه باعث اتحاد درمانی بیشتر است و اتحاد درمانی بیشتر با کاهش نشانهٔ بعدی رابطه دارد.

جهت رابطهٔ علی بین اتحاد درمانی و برون‌داد درمان می‌تواند به خصوصیات مراجع و نوع درمان بستگی داشته باشد:

۱) اگر مراجع در ابتدا دارای مهارت‌های رابطه‌ای خوب باشد، در نتیجهٔ اتحاد درمانی با درمانگر بهبود می‌یابد. اگر مراجع در ابتدا مهارت‌های کمتری داشته باشد به مرور و پس از شروع بهبود نشانه دارای چنین مهارت‌هایی می‌شود.

۲) در درمان مراجع‌محور و سایر درمان‌های متمرکز بر رابطه، نیرومندی اتحاد درمانی عامل قوی کاهش نشانه است. اما، در درمان‌های شناختی و رفتاری، فنون درمان عامل نیرومندی اتحاد درمانی هستند.

اتحاد درمانی در جریان درمان یک الگوی فراز-فرو-فراز دارد. در ابتدا خوش‌بینی زیادی در طرفین وجود دارد. سپس با ناکامی تحلیل می‌رود و ضعیف می‌شود. وقتی موانع برطرف و پیشرفت حاصل می‌شود اتحاد درمانی مجدد نیرومند می‌شود. در دوره‌های فرود ممکن است اتحاد در معرض گسیختگی قرار بگیرد که خود را در اختلاف بر سر اهداف درمان، کاهش همکاری در تکالیف و تضعیف پیوند هیجانی نشان می‌دهد. مهارت‌های درمانگر شامل خودآگاهی، خودتنظیمی و حساسیت میان‌فردی به تشخیص و ترمیم گسیختگی کمک می‌کند.

● عوامل غیراختصاصی

درمان موفق با برخی عوامل غیراختصاصی رابطه دارد که از جمله آن‌ها عبارت‌اند 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 به‌عنوان یک عامل مشترک درمان با اصطلاح **عقدۀ ساختمان** (Edifice complex) توصیف شده است؛ یعنی ایمان بیمار به خود مؤسسه، دری که در انتهای این میعادگاه قرار دارد، و 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 هاورتون دربارهٔ تأثیر نورپردازی بر تولید کارخانه، معلوم شد که آزمودنی‌ها صرفاً به این خاطر که مورد بررسی قرار داشتند و توجه خاصی به آن‌ها می‌شد، بازدهی خود را افزایش دادند.

با وجود تأثیر عوامل غیراختصاصی نمی‌توانیم روان‌درمانی را صرفاً درمان‌نما (placebo) بدانیم. بررسی جامع تحقیقات متعدد دربارهٔ 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، تأثیر دارد.

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

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. اگرچه 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 کرکهورف بین احساس ناراحتی بیمار و ناراحتی و رفتار آشکار او تمایز قائل 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 رابطهٔ بهبود و ناراحتی آغازین رابطه‌ای منحنی‌شکل است، بیمارانی که ناراحتی اندک یا شدیدی دارند از بیمارانی که ناراحتی متوسطی دارند، نتیجهٔ 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؛ بنابراین، این درمان‌ها به سطوح بالای هوش نیاز دارند.

درمان‌های رفتاری غالباً روی افرادی که توانایی عقلانی زیادی نداشته‌اند اجرا شده‌اند. رویکردهای اصلاح رفتار روی انواع افراد قابل اجرا هستند مخصوصاً 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. اگرچه، 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 و نگرش به درمان

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.

یک مطالعه، که مبالغه‌پرداختی مراجعان را شاخص انگیزش در نظر گرفت، به این نتیجه رسید که بین انگیزش و نتیجه درمان رابطه‌ای وجود ندارد. مطالعه دیگر نشان داده است که افزایش انگیزش در جریان درمان با کاهش نشانه‌ها رابطه دارد.

اگر انگیزش را از منظر رفتاری نگاه کنیم، دو متغیر مرتبط با مراجع همواره جزو متغیرهای مهم مرتبط با نتیجه درمان هستند: **همکاری در برابر مقاومت، گشودگی در برابر تدافع.**

آمادگی مراجع برای تغییر بر نتیجه درمان تأثیر دارد. مراجعانی با آمادگی بیشتر از درمان‌های مستقیم مثل درمان شناختی-رفتاری نتیجه بهتری می‌گیرند. مراجعانی که دچار تعارض در مورد درمان هستند از درمان‌های غیرمستقیم مثل درمان مراجع‌محور نتیجه بهتری می‌گیرند.

- خودمختاری

خودمختاری، یعنی آزادی و تمایل مراجع برای تمرین گزینه‌ها، با نتیجه درمان رابطه دارد.

یک مثال ترجیحات مراجع در رابطه با نوع درمانی است که دریافت می‌کند. یک فراتحلیل نشان داده است مراجعانی که درمان ترجیحی خود را دریافت کردند شانس بیشتری برای بهبود داشتند و کمتر درمان را رها کردند. البته، نتایج متناقضی هم وجود دارد.

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

روانشناس بالینی باید حساسیت فرهنگی داشته باشد تا بتواند با اعضای سایر فرهنگ‌ها به طور مؤثر 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، نتیجهٔ 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 تأثیر شخصیت روان‌کاوان در فرایند روان‌کاوی آگاه بود و برای جلوگیری از این تأثیر پیشنهاد کرد که روان‌کاوان گهگاه تحلیل شوند. راجرز نیز خصوصیات مثل پذیرش و گرم بودن درمانگر را شالودهٔ درمان دانست. اگرچه فروید به جنبهٔ منفی و راجرز به جنبهٔ مثبت تأکید کرد، اما هر دو زمینه‌ساز بررسی تأثیر متغیرهای مربوط به درمانگر در فرایند درمان شدند.

مهارت‌های کلی مثل ارتباط، رابطه‌سازی و بازبینی خود، مهارت‌های بزرگ یا کلان نامیده می‌شوند که صرف‌نظر از گرایش نظری و رویکرد درمانگر، از ضروریات درمانگری هستند. اما تأثیر صفات مختلف درمانگر به طرز تعامل این صفات با سایر عوامل (مثلاً طول درمان) بستگی دارد. برای مثال درمانگران فعال در درمان کوتاه‌مدت و درمانگران کمتر فعال در درمان‌های بلندمدت نتیجهٔ بهتری می‌گیرند.

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 تأثیر آن روی درمان مربوط است، ۳) مشکلات وضعیتی: مشکلاتی که از خصوصیات مراجع یا وضعیت کاری ایجاد می‌شود.

- سن، جنس و قومیت

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

- شخصیت

شخصیت درمانگر نیروی بالقوه مهمی است، اما نتیجهٔ درمان را ترکیبی از عوامل تعیین می‌کند. با شهرت پیدا کردن درمان‌های رفتاری و تأکید 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 نتیجهٔ درمان، به صفات مراجع و نوع درمان بستگی دارد. برای مثال، بالا بودن سطح سلطه‌گری درمانگر در مواردی به نتیجهٔ بهتر منتهی می‌شود که درمانگر و مراجع شباهت فرهنگی دارند؛ ولی درمانگرانی که سلطه‌گری آن‌ها کم است، بر مراجعانی تأثیر 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. بر اساس مطالعات، دو متغیر مربوط به درمانگر که آشکارا در نتیجهٔ درمان مؤثر هستند عبارت‌اند از سطح بالاتر همدلی و تشویق بازخورد دادن مراجع. طبق درمان فردمدار راجرز، همدلی، گرم بودن و خلوص، شروط لازم و کافی برای تغییر درمان‌بخش هستند که باید توسط درمانگر فراهم شوند. البته، راجرز به نقش مراجع در ایجاد این شروط تأکید نداشت.

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

این سه کیفیت، نه تنها از ویژگی‌های درمانگر است بلکه ویژگی رابطهٔ درمانی هم هست و می‌توان آن‌ها را شاخص کیفیت اتحاد درمانی در نظر گرفت. طبیعت و قدرت رابطهٔ درمانگر و بیمار سهم معنادار ولی متوسطی در نتیجهٔ 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 دربارهٔ این‌که آیا درمان لزوماً باعث خواهد شد که درمانگر مؤثرتر عمل کند، اختلاف نظر وجود دارد.

- تجربه، آموزش و هویت حرفه‌ای

بدیهی است که بین آموزش و تجربه روان‌درمانگران با نتایج درمان رابطه وجود داشته باشد، اما همه پژوهش‌ها از این رابطه حمایت نمی‌کنند. چند مطالعه نشان داده که نتایج درمان توسط پیرا حرفه‌ای‌ها که آموزش کوتاه‌مدت دیده‌اند، به خوبی یا حتی بهتر از روان‌درمانگران با تجربه با آموزش‌های بلندمدت و پیشرفته است. این یافته‌ها ممکن است حاکی از این باشد که کیفیت تجارب آموزشی مهم‌تر از کمیت آن است. همچنین، شواهدی وجود ندارد که نشان دهد یک حرفه، درمانگران بهتری دارد، برای مثال روان‌پزشکان در برابر روانشناسان. در نظرسنجی مجله سلامت روان نیز مراجعان از انواع متخصصان سلامت روان در یک سطح رضایت داشتند.

گفته شده است که نتایج درباره نقش کم‌رنگ تجربه و آموزش، تا حدودی به دلایل مشکلات روش‌شناختی است. وقتی روی دامنه محدودتری از متغیرهای برون‌داد (مثلاً توانایی مراجع برای استفاده از یک مهارت شناختی-رفتاری) تمرکز شود، کارآموزان به اندازه درمانگران با تجربه مؤثر هستند؛ اما، وقتی صحبت از مجموعه وسیع‌تری از متغیرها باشد، مثلاً مفهوم‌بندی و برنامه‌ریزی درمان یا تشخیص و بازشناسی هیجان درمانگران با تجربه‌تر بهتر عمل می‌کنند.

شاید بهترین راه برای خلاصه‌سازی این موضوع آن باشد که بگوییم آموزش و تجربه در روان‌درمانی، تأثیر کوچک اما مثبتی بر توانایی کارآموزان جهت ایجاد برون‌دادهای مثبت برای بیماران در گذر زمان دارند. اما این تأثیر ممکن است به‌عنوان تابع سختی نشانه‌های بیماران تغییر کند، به این معنی که آموزش و تجربه تغییری در کار با مراجعان دارای ناراحتی شدید ایجاد نمی‌کند.

- خودافشایی درمانگر

منظور از خودافشایی، در میان گذاشتن مسائل خصوصی خود با مراجع است. در مورد میزان 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 درمانگران روان‌پویشی جدید، عینیت و بی‌طرفی کامل را غیرممکن دانسته و حداقلی از خودافشایی را جایز می‌دانند. درمانگران شناختی-رفتاری نیز به سطوح کم خودافشایی گرایش دارند. درمانگران التقاطی و انسان‌گرا خودافشایی زیاد را ترجیح می‌دهند و آن را نشانه گرمی و خلوص می‌دانند. در نهایت، به برخی مفروضه‌های بی‌اساس در مورد متغیرهای مراجع و درمانگر که پشتوانه تجربی ندارند اشاره می‌کنیم: (۱) بیماران پیرتر نتایج ضعیف‌تری می‌گیرند. (۲) فقط بیماران بسیار باانگیزه نتیجه خوب می‌گیرند؛ البته، نتایج ضد و نقیض است. (۳) بیماران مؤنث، نتیجه بهتری می‌گیرند. (۴) اقلیت‌های قومی همیشه نتیجه بدتری می‌گیرند. (۵) بیمارانی که پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتری دارند، نتیجه بهتری می‌گیرند. (۶) درمانگران پیرتر نتایج بهتری می‌گیرند. (۷) درمانگران مؤنث نتایج بهتری می‌گیرند؛ البته، نتایج ضد و نقیض است. (۸) هم‌قوم بودن درمانگران و بیماران به نتایج بهتری ختم می‌شود. (۹) درمانگرانی که خودشان درمان شده‌اند نتایج بهتری می‌گیرند؛ البته، نتایج ضد و نقیض است. (۱۰) درمانگران با تجربه‌تر، نتایج بهتری می‌گیرند؛ البته، نتایج ضد و نقیض است.

سیر مداخلة بالینی

سیر کلی مداخله از نظر هوکانسون به این شکل است:

(۱) تماس آغازین: قبل از هر اقدامی باید برای فرد توضیح داد که درمانگاه در مجموع چه کار می‌کند و چه کمکی می‌تواند ارائه 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.

(۲) 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.

(۳) 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.

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

۵) 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 زودتر از موعد مقرر تمام می‌شود و درمان قبل از تکمیل شدن به پایان می‌رسد که به آن **اتمام زودهنگام** می‌گویند. اتمام زودهنگام بیشتر در مراجعانی دیده می‌شود که در اوایل درمان بهبود قابل توجهی را تجربه کرده‌اند و فکر می‌کنند دیگر نیازی به درمان ندارند.

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

درجات روان‌درمانی

در کتاب شاملو روان‌درمانی بر حسب هدف آن به چند دسته تقسیم شده است که در این بخش به آن می‌پردازیم.

● 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، دربارهٔ چگونگی پیدایش بیماری نیز صحبت می‌شود. روان‌درمانی فرصتی است برای خودشناسی و اصلاح خصوصیات خود در موقعیتی آرام و مطمئن. هدف درمان تقویتی بیشتر جلوگیری از وخیم شدن وضع بیمار است و تا اندازه‌ای هم قصد دارد تعادل شخصیت را برای سازگاری با محیط برقرار کند. اگر تجسس دربارهٔ عواطف سرکوب شدهٔ بیمار باعث اضطراب شدید شود یا وضع او را وخیم‌تر کند، از روان‌درمانی تقویتی استفاده می‌شود.

اهداف آن عبارت‌اند از: تقویت قدرت‌های 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 عبارت‌اند 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 عبارت‌اند 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 یا بدون آن.

از جمله این روش‌ها عبارت‌اند از: رفتاردرمانی، ارتباط‌درمانی، نگرش‌درمانی، مصاحبه‌درمانی، مراجع‌مداری، روان‌درمانی مستقیم، مشاوره‌درمانی، مددکاری درمانی، استدلال‌درمانی، بازآموزی گروهی، خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی، درمان سایکوبیولوژیک، سایکودراما، درمان‌های فلسفی مثل هستی‌درمانی و ذن بودائیسیم، شناخت‌درمانی.

● **روان درمانی عمیق یا بازسازی روانی**

اهداف آن عبارت‌اند 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 روش‌های درمانی عبارت‌اند 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 برشمرد است:

۱) رویکرد درمانگرمدار (گرایش‌مدار): در این رویکرد درمانگر یک گرایش نظری اساسی در روان‌درمانی را یاد می‌گیرد و از آن در مورد تمام مراجعان استفاده می‌کند. به این رویکرد **برنامه‌ریزی نزولی** هم گفته می‌شود؛ زیرا تأثیر سطح بالای گرایش نظری درمانگر را منعکس 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 مؤثرترین درمان را پیدا کند. به این رویکرد **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.

بیشتر روانشناسان رویکرد تشخیص‌مدار را علمی‌تر می‌دانند و بر **درمان‌های دارای پشتوانه تجربی** که بین تشخیص و درمان ارتباط برقرار می‌کنند تأکید دارند.

۳) رویکرد نتیجه‌مدار (مبتنی بر برون‌داد): عوامل دیگری به جز تشخیص، مثل خصوصیات مراجع و اتحاد درمانی، نیز در نتیجه درمان تأثیر دارند که باید در نظر گرفته شوند. رویکرد نتیجه‌مدار، یک رویکرد **چندوجهی** است که مهمترین عوامل مؤثر بر نتیجه درمان را مبنای برنامه‌ریزی درمان قرار می‌دهد. این رویکرد مطابق **اقدام شواهدبنیاد** است که در ادامه با آن آشنا خواهید شد.

این رویکرد از داده‌های نزولی (نظری) و صعودی (مختص مراجع) برای برنامه‌ریزی درمان استفاده می‌کند که مناسب نیاز مراجع هستند.

سابقه رویکرد نتیجه‌مدار به **لازاروس** برمی‌گردد که پیشنهاد کرد روانشناسان بالینی باید هنگام طراحی مداخله، اطلاعات گوناگونی درباره مراجع جمع کنند. رویکرد او با نام **BASIC-ID** شناخته می‌شود که درمان را بر اساس چند عامل طراحی می‌کند: **سنجش رفتارها (B)**، **عواطف (A)**، **تجربه‌های حسی (S)**، **تجسم (I)**، **شناخت‌ها (C)**، **روابط میان فردی (I)**، **ضرورت مصرف دارو (D)**. با این رویکرد در فصل درمان‌های یکپارچه‌نگر آشنا خواهید شد.

یک مصداق دیگر رویکرد نتیجه‌مدار، **انتخاب درمان نظامدار (STS)** از بویتلر و کلارکین است. آن‌ها در پژوهش‌های خود به مشخص کردن مؤثرترین درمان بر اساس ویژگی‌های خاص مراجعان پرداختند. در بخش بعدی با این رویکرد آشنا می‌شوید.

انتخاب درمان نظامدار (STS)

بویتلر و کلارکین در رویکرد STS هفت بعد را در مورد بیماران شناسایی کرده و آن‌ها را به انواع تصمیم‌های درمانی مرتبط ساخته‌اند.

مارزات و دیویس یک چهارچوب برای بررسی توصیه‌های مبتنی بر STS به نام **دستیار گزارش نویسی روان‌شناختی** فراهم کرده‌اند.

هفت بعد مطرح‌شده در STS عبارت‌اند از:

شدت مشکل (اختلال کارکردی): بر این موضوعات تأثیر 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.

سطح حمایت اجتماعی: آیا شبکه اجتماعی مراجع کافی است یا باید افزایش داده شود.

مرحله تغییر: انطباق دادن درمان بر اساس مرحله تغییر که مراجع در آن قرار دارد.

● 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، حواس پرتی، ناتوانی کلی در کارکرد، دشواری در تعامل با درمانگر، عملکرد مختل در زندگی روزمره.

از موارد روان‌سنجی سودمند در مورد تخمین شدت مشکل عبارت‌اند از: (۱) معاینهٔ وضعیت روانی (MSE)، (۲) برافراشتگی عمومی در مقیاس MMPI (۳)، برافراشتگی مقیاس‌های سمت راست نیم‌رخ روانی MMPI (پارانویا، اسکیزوفرنیا، هیپومانیا)، (۴) بالا بودن خطر خودکشی بر اساس ماده‌های بحرانی MMPI و ماده‌های ۲ و ۹ در مقیاس افسردگی بک، (۵) نمرات بالا در مقیاس افسردگی بک (نمرات ۳ و بالاتر)، (۶) برافراشتگی بالای MCMI به‌خصوص 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 مثلاً 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 مثلاً اختلال سازگاری یا روان‌پریشی 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 مثلاً شخصیت مرزی یا پارانویا، پاسخ ندادن به درمان مثلاً شخصیت جامعه‌ستیز، بهبود خودبه‌خودی 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 زمینهٔ پیش‌آگهی نیز مفید باشد، اگرچه این قضاوت نیازمند در نظر گرفتن اطلاعات گستردهٔ 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 نشانهٔ پیش‌آگهی ضعیف باشد و برعکس بیمارانی با سطوح کلی اضطراب و افسردگی ادواری با اقدامات درمانی سازگاری خوبی دارند.

● آشفته‌گی ذهنی (درماندگی ذهنی)

به درجهٔ **تجربهٔ ذهنی مشکل** از سوی مراجع بستگی دارد و در وهلهٔ اول به صورت اضطراب شدید، گم‌گشتگی یا افسردگی جلوه‌گر می‌شود.

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

نشانه‌های آشفته‌گی بالا عبارت‌اند از: بی‌قراری حرکتی، برانگیختگی هیجانی زیاد، تمرکز ضعیف، عدم یکنواختی آهنگ صدا، نشانه‌های خودکار، نفس زدن، گوش به زنگ بودن یا حساسیت زیاد، عاطفهٔ تهییج‌شده، احساس‌های شدید.

نشانه‌های آشفته‌گی پایین عبارت‌اند 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 آشفته‌گی ذهنی هم‌پوشانی است، اما این دو با هم تفاوت‌هایی دارند. این دو لزوماً 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 نشانه‌های عینی اختلال مربوط است، در صورتی که آشفته‌گی ذهنی یک پدیدهٔ درونی و ذهنی است. همچنین آشفته‌گی ذهنی می‌تواند کاملاً تغییرپذیر باشد و توسط رویدادهای محیطی کنترل شود. همچنین کاربردهای درمانی آشفته‌گی 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 آشفته‌گی ذهنی مفید است عبارت‌اند از:

(۱) مقیاس‌های F، افسردگی (۲) و ضعف روانی (۷)، هیجان‌های منفی ناکارآمد (RC7)، هیجان‌های مثبت پایین (RC2) مقیاس‌های آشفته‌گی نامیده می‌شوند.

(۲) اگر مقیاس‌های مربوط به انکار، مقاومت و دفاعی بودن (K، L) و ۳ یا هیستری (برافراشته باشند، انگیزهٔ تغییر کاهش می‌یابد.

۳) اگر ضعف روانی (۷) و هیجان‌های منفی ناکارآمد (RC7) 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: روش دوسندلی، اغراق درباره نشانه‌ها، ایفای نقش تجربی، مواجهه، خانواده‌درمانی با تمرکز بر تأثیر 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 برخلاف شدت مشکل به سطح اختلال مربوط نیست. مثلاً 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 نامرتبی مربوط باشند. مسائل پیچیده احتمالاً با الگوهای شخصیتی درگیرند و در ابعاد مختلف گسترش می‌یابند. سنجش پیچیدگی مشکل به لحاظ پیوند آن با مسائل 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. بویتر 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 به عنوان جلوه‌های نمادین تعارضات حل‌نشده، بروز در موقعیت‌های خاص، انتقالی و گذرا بودن، دانش یا مهارت نابسند، رابطه مستقیم با رویدادهای آغازین، وجود عادات دیرینه یا مزمن.

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

۱) برافراستگی مقیاس‌های شخصیتی MCMI

۲) بررسی الگوی نشانه‌ها در MMPI: نمرات بالا در مقیاس خودبیمارانگاری (۱) و افسردگی (۲) و نمره بیشتر مقیاس خودبیمارانگاری، نمرات بالا در مقیاس ضعف روانی (۷) و اسکیزوفرنیا (۸) و نمره بیشتر مقیاس اسکیزوفرنی.

۳) 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 خودبینی 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 گروه‌درمانی 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 خودبیمارانگاری و پارانویا (۱ و ۶) در MMPI می‌تواند نشانه سبک مخالفت باشد.

برای مراجعان مقاوم روش‌های بی‌رهنمود، حمایتی و خودرهنبر 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 اینکه 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 خودبینی جایگزین، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، توصیه کردن، تفسیر، توقف فکر.

● **سبک‌کنار آمدن**

نشانه‌های بالینی افراد دارای سبک بیرونی کردن عبارت‌اند از: سرزنش دیگران، بدگمانی، ناشکیبایی در برابر ناکامی، برون‌گرایی، پرخاشگری اجتماعی نشده، حواس‌پرتی از طریق جستجوی تحریک، دست‌کاری و اغوا کردن دیگران، شکوه‌های بدنی برای رسیدن به نفع ثانوی. نشانه‌های بالینی افراد با سبک درونی کردن عبارت‌اند از: درون‌گرایی، توجیه عقلی، هیجان‌های محدود یا کنترل‌شده، کمپنه‌سازی 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 عبارت‌اند از:

(۱) مقیاس‌های بیرونی کردن: مقیاس‌های انحراف اجتماعی، پارانویا، هیپومانیا (۴، ۶ و ۹).

(۲) مقیاس‌های درونی کردن: مقیاس‌های افسردگی، ضعف روانی، درون‌گرایی اجتماعی (صفر، ۲ و ۷).

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

مراجعات با سبک بیرونی کردن به مداخله‌های رفتاری، نشانه‌مدار، و فنون خاص ایجاد مهارت، بهتر پاسخ می‌دهند. پاسخ‌دهی آنان به فنون افزایش خودآگاهی و ایجاد بینش، کم است. از جمله فنون مناسب عبارت‌اند از: افزایش مهارت‌های اجتماعی، جرات‌آموزی، مداخله‌های گروهی، مدیریت خشم، مواجههٔ تدریجی، تقویت، قرارداد همبستگی، قرارداد رفتاری، زیر سؤال 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 عبارت‌اند از: مداخلهٔ بینش‌مدار، تصویر ذهنی هدایت‌شده، آموزش مستقیم، کتاب‌درمانی، تفسیر انتقال و مقاومت، کار دو صندلی.

● **حمایت اجتماعی**

سطح حمایت اجتماعی به یک خانوادهٔ 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 دربارهٔ 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 عبارت‌اند از:

(۱) برافراشتگی مقیاس‌های درون‌گرایی اجتماعی (۵)، پارانویا (۶)، اسکیزوفرنیا (۸) در MMPI با تعداد و کیفیت پایین حمایت اجتماعی همراه است.

(۲) برافراشتگی مقیاس‌های خودبیمارانگاری (۱)، هیستری (۳) و عیب‌جویی در MMPI با تعداد زیاد حمایت‌کنندگان، اما کیفیت پایین مرتبط است.

(۳) برافراشتگی مقیاس‌های اسکیزوبیید، اجتنابی، اسکیزوتایپی، پارانویید و اختلال فکر در MCMI با تعداد و کیفیت پایین حمایت اجتماعی همراه است.

(۴) برافراشتگی مقیاس‌های وابسته، هیستریایی، نفعال-پرخاشگر، خودشکنی و مرزی در MCMI با تعداد متوسط تا بالای حمایت اجتماعی همراه است اما حمایت‌ها متعارض است، مثلاً حفظ حمایت اجتماعی با فدا کردن 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. مداخلهٔ 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.

● **مرحلهٔ تغییر**

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

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

پیش از تأمل (Precontemplation): مراجع هیچ قصدی برای تغییر رفتار خود در آیندهٔ نزدیک ندارد و معمولاً بخاطر فشارهای بیرونی مراجعه کرده است. پنجاه تا شصت درصد مراجعان در این مرحله هستند.

تأمل (Contemplation): می‌داند مشکل دارد ولی هنوز تلاشی برای تغییر نکرده است. سی تا چهل درصد مراجعان در این مرحله هستند.

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

اقدام (Action): رفتارهای غیرانطباقی یا هیجانات و محیط خود را تغییر می‌دهد. ده تا بیست درصد مراجعان در این مرحله هستند.

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

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

دو ابزار برای سنجش مراحل تغییر عبارت‌اند از: سنجش تغییر دانشگاه رودآیلند که به سنجش مراحل تغییر در مورد مشکلات کلی می‌پردازد و مقیاس مراحل آمادگی تغییر و مقیاس علاقه‌مندی به درمان که متمرکز بر مراحل تغییر مرتبط با ترک مصرف مواد و الکل است.

ملاحظات درمانی بر اساس مراحل به این شرح است:

مرحله پیش‌تأمل: 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 تأمل و آمادگی: بررسی الگوهای میان فردی 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 بین فردی، 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.

مشکلات مراجعان و بهره‌گیری از درمان

نظرسنجی‌های ملی نشان داده است که رایج‌ترین مشکلات مراجعان عبارت‌اند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خلقی، اختلالات مرتبط با مواد. هر چه اختلال جدی‌تر باشد زودتر شروع می‌شود و تا چهارده سالگی ظاهر می‌شود. اگر اختلال درمان نشود، احتمالاً تکرار خواهد شد. بسیاری از بیماران به دنبال درمان نمی‌روند. عدم پیگیری درمان در بین اقلیت‌ها و گروه‌های اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر شایع‌تر است. افراد میانسال، تحصیل کرده، سفیدپوست، زن، مطلقه یا جدانشده، دارای بیمه، و بیکار احتمال مراجعه بیشتری دارند.

سلیگمن مفهوم **عمق مسئله** را برای تشریح میزان تغییرپذیری شرایط و رفتارها مطرح کرده است. از نظر او عمق مسئله 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 احتمالاً غیرقابل تغییر عمیق است؛ چون از لحاظ زیستی ریشه در دوران جنینی دارد، تقریباً غیرقابل رد کردن است و بر کل زندگی سایه می‌افکند.

سلیگمن لیستی از مشکلات قابل تغییر تا غیرقابل تغییر ارائه کرد که در جدول زیر می‌بینید (البته این مبحث از کتب جدید حذف شده است).

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

آیین‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا

آیین‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا از دو قسمت اصلی تشکیل شده است: اصول عمومی، معیارهای اخلاقی.

پنج اصل عمومی در درمان عبارت‌اند از: درست‌کاری و بدسرشت نبودن، پایبندی 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 سوارکار اخلاق حرفه‌ای** می‌گویند عبارت‌اند از: رازداری، قابلیت، رضایت آگاهانه، تضاد منافع به معنای حفظ چهارچوب و مرزهای درمان.

سایر اشکال مداخلهٔ بالینی

شیوهٔ اجرای مداخلات بالینی به افراد دچار اختلال می‌تواند شامل پنج مقولهٔ کلی باشد که مداخلهٔ انفرادی تنها یکی از آنهاست:

(۱) مداخلهٔ انفرادی (نفر به نفر) توسط افراد حرفه‌ای سلامت روان.

(۲) مداخلات غیررسمی: موارد غیرنظام‌مند که بسیاری از مردم در زندگی روزمره به کار می‌گیرند؛ مثل خوددرمانی، مسافرت، تماس با دوستان، ورزش و غیره.

(۳) مداخلات غیراختصاصی سلامت روان اما صورت‌بندی‌شده: توسط افراد حرفه‌ای سلامت روان انجام نمی‌شوند، اما نظام‌مند هستند؛ مثل جلسات یوگا یا اعمال دینی.

(۴) مداخلات جمعیت‌بنیان: غالباً از سیاست و قوانین و مقررات برای تأثیرگذاری بر رفتار استفاده می‌کنند؛ مثل افزایش مالیات سیگار.

(۵) مداخلات مکمل و جایگزین: طیف وسیعی از رویکردها هستند که غالباً خاستگاهی خارج از مدل پزشکی سنتی دارند؛ مثل مکمل‌های رژیمی، طب سوزنی و ماساژ. در ادامه بیشتر به آن می‌پردازیم.

طب مکمل و جایگزین که به آن فنون یکپارچه (ادغامی) هم می‌گویند، مجموعه‌ای از اقدامات مرتبط با سلامت روان است که غالباً بخشی از برنامه‌های مراقبتی استاندارد پژوهش‌شده نیستند. این فنون شامل داروهای گیاهی، طب مفصلی، طب سوزنی، مراقبه، ماساژدرمانی، مداخلات تغذیه‌ای، حرکت‌شناسی کاربردی و بازخورد زیستی است.

طب مکمل پیوسته ارزیابی می‌شود و وقتی شواهد پژوهشی برای آنها وجود داشته باشد وارد جریان غالب درمان می‌شود، مثل فنون وقوف و پذیرش که وارد رویکردهای موج سوم شدند. برخی مطالعات نشان داده است که برخی از این فنون می‌توانند مؤثر باشند.

برخی از فنون مکمل که آینده‌دارتر هستند عبارت‌اند از: مصرف اسیدهای چرب حاوی امگا-۳ برای کاهش نشانه‌های افسردگی و خطر خودکشی، ترکیب یوگا با درمان شناختی-رفتاری برای درمان اختلالات خوردن در نوجوانی، اضافه کردن مراقبه به درمان‌های استاندارد کودکان.

برخی از فنون طب مکمل از جمله برخی از درمان‌های «عصر جدید» نه تنها بی‌تأثیرند؛ بلکه ضرر دارند. دو نمونه از این فنون مضر عبارت‌اند از: خاطره‌درمانی به معنای کمک به مراجع برای یادآوری تجربه‌های واپس‌رانده‌شده مربوط به سوءرفتار؛ تولد دوباره و پدر و مادری کردن مجدد به این معنا که درمانگر مراجع را وامی‌دارد که چندساعت از وقتش را در فضاهای بسته که نماد مجرای زایمان هستند بگذراند تا تولدی جدید را تجربه کند. در نهایت، شکل‌های دیگری از مداخله نیز وجود دارند که جزو **درمان‌های اجتماع‌گرا** قرار می‌گیرند. این درمان‌ها رفتار را انعکاس نظام‌های رابطه‌ای می‌دانند. انواع آن‌ها عبارت‌اند از: گروه‌درمانی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی.

در هنگام کار با افراد معمولاً از توصیف اختلال بر اساس DSM استفاده می‌شود، اما در زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی مراجع به‌عنوان یک رابطه یا نظام روابط در نظر گرفته می‌شود که به رویکرد تشخیصی دیگری نیاز دارد. اخیراً تلاش‌هایی برای ایجاد طبقه‌بندی تشخیصی برای اختلال‌های میان‌فردی آغاز شده است. در **DSM برای مشکلات ارتباطی، «کدهای ۷» در نظر گرفته شده است**، مثل مشکلات ارتباطی والد/فرزند، مشکلات ارتباطی با همسر، مشکل ارتباطی خواهران و برادران.

تأثیرگذاری روان‌درمانی و اقدام شواهد‌بنیاد

● اثربخشی و تأثیرگذاری درمان

برای پاسخ به این سؤال که آیا روان‌درمانی کمک می‌کند، باید دو مسئله **اثربخشی درمان (efficacy)** و **تأثیرگذاری درمان (effectiveness)** را متمایز کنیم. 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 ناکاری‌اش کاسته شود. در **پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان، تأکید 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. منظور از تأثیرگذاری درمان، این است که مراجع گزارش کند درمان از لحاظ بالینی نفع معناداری برای او داشته است. در **پژوهش‌های بررسی تأثیرگذاری درمان، تأکید بر اعتبار بیرونی است که نشانهٔ 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 دربارهٔ تأثیرگذاری روان‌درمانی صورت گرفته است. یافته‌های یک نظرسنجی بزرگ در مجلهٔ سلامت روان از مراجعه‌کنندگان به روان‌درمانی نشان داده است که:

(۱) روان‌درمانی در بیشتر پاسخ‌دهندگان قدری بهبود ایجاد کرده بود. کسانی که پیش از درمان، بدترین حال را داشتند، بیشترین بهبود را گزارش کردند. (۲) اظهارنظرهای مثبت دربارهٔ مفیدترین متخصصان عمدتاً به روان‌پزشکان، روانشناسان و مددکاران اجتماعی اختصاص داشت. ظاهراً

همه آن‌ها به یک اندازه مؤثر بودند حتی وقتی شدت و نوع مشکل روان‌شناختی کنترل شد. ۳) پاسخ‌دهندگان که فقط روان‌درمانی شده بودند، به اندازه کسانی که روان‌درمانی و دارودرمانی شده بودند، بهبود نشان می‌دادند. ۴) 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. جامعه روانشناسی بالینی ملاک‌هایی را برای درمان‌های شواهدبنیاد که پشتوانه علمی لازم را دارند (درمان‌های با پشتوانه تجربی) ارائه کرده است. طبق این ملاک‌ها رویکردهای درمانی به این شکل طبقه‌بندی می‌شوند:

۱) ریشه‌دار / اثربخش و اختصاصی: مورد حمایت حداقل دو کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی قوی یا رشته بزرگی از آزمایش‌های تک‌موردی قوی باشد.

۲) احتمالاً اثربخش: مورد حمایت حداقل یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی قوی یا رشته کوچکی از آزمایش‌های تک‌موردی باشد.

۳) نویدبخش: مورد حمایت مطالعاتی باشد که شواهد آنها نسبت به دو مورد قبلی کمتر قانع‌کننده هستند.

مهم‌ترین انتقاد به درمان‌های شواهدبنیاد این است که آیا درمان‌هایی که در محیط‌های کنترل‌شده مؤثر بوده‌اند به محیط‌های بالینی قابل تعمیم هستند و به عبارتی آیا اعتبار بیرونی دارند؟ 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 مؤثرترند.

عمل 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. سه منبع اصلی عبارت‌اند از: ۱) **شواهد علمی حاصل از بهترین پژوهش‌ها (درمان شواهدبنیاد)**، ۲) **قضای و تخصص روانشناس بالینی، ۳) نیازها، خصوصیات، ارزش‌ها و ترجیحات شخص بیمار.**

اقدام شواهدبنیاد، مورد علاقه تأمین‌کنندگان 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 مؤثر بر آن دشوار است. چند نتیجه درباره لیست درمان‌های شواهدبنیاد بیان شده است:

۱) بیشتر آن‌ها ماهیت شناختی-رفتاری دارند.

۲) روی مهارت‌سازی متناسب با مشکل متمرکز بوده و نسبتاً کوتاه‌مدت هستند.

۳) 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 مؤثری درمان می‌شود: درمان مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ.

۴) با درمان‌های متفاوت روان‌شناختی، مثل درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی، درمان میان‌فردی و درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت می‌توانیم افسردگی را درمان کنیم.

۵) برخی اختلالات مثل سوء‌مصرف کوکائین، وابستگی به مواد افیونی و اختلال دوقطبی، درمان ثابت‌شده ندارند، ولی درمان‌هایی وجود دارد که احتمالاً در مورد آن‌ها اثربخش هستند.

۶) درمان‌های ثابت‌شده و احتمالاً اثربخش برای اختلالات بیرونی‌سازی کودکان و نوجوانان مثل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یا اختلال سلوک، مؤلفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده دارند مثل آموزش رفتاری والدین در اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، درحالی‌که درمان‌های اختلالات درونی‌سازی مثل افسردگی و اضطراب مؤلفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده ندارند.

پژوهش در روان‌درمانی

● طرح‌های بنیادین پژوهش درباره نتیجه درمان

قدرتمندترین طرح پژوهشی برای ارزیابی نتایج درمان، طرح آزمایشی است که رابطه علت و معلولی بین درمان و بهبود را مشخص می‌کند. اکثر آزمایش‌ها از طرح‌های پژوهشی درون‌آزمودنی یا بین‌آزمودنی استفاده می‌کنند که تأثیرات تغییر شرایط درمان (متغیر مستقل) بر تفکر و رفتار مراجع (متغیر وابسته) را بررسی می‌کنند.

ساده‌ترین شکل آزمایش بین‌آزمودنی، مقایسه گروه آزمایشی (درمان) و گروه گواه (عدم درمان) است. در برخی طرح‌های جدی‌تر از «گروه گواه صرفاً تحت توجه» یا «شرایط توجه-گواه» استفاده می‌شود. در این گروه، بیماران با درمانگر ملاقات دارند، ولی درمان فعال و مشخصی دریافت نمی‌کنند. این حالت امکان بررسی اثرات غیراختصاصی (اثرات دارونما) را فراهم می‌کند. در برخی موارد حداقلی از درمان به این گروه‌ها ارایه می‌شود که انتظار نمی‌رود اثربخش باشد. به همین دلیل به آنها گروه «**قصد شکست**» هم می‌گویند.

طبق نتایج مطالعات وجوه اشتراک روان‌درمانی‌ها که بیشترین اتفاق نظر درباره‌ی آن‌ها وجود دارد، انتظارات مثبت مراجعان و رابطه درمانی تسهیل‌کننده است.

تنها زمینه‌ای که روان‌درمانگران بیشترین اتفاق نظر را در رابطه با عوامل مشترک درمان دارند، برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند است. رابطه درمانی مثبت شامل، اصالت، توجه مثبت مشروط و همدلی است.

هدف بیشتر درمان‌ها توانا تر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است.

بندورا بر اهمیت احساس خودکارآمدی در ارتقای عملکرد فرد تاکید دارد.

انتظار مثبت مراجع به عنوان یک عامل مشترک درمان با اصطلاح عقده ساختمان توصیف شده است.

تغییر رفتار مراجع به دلیل توجه خاص درمانگر به اوست که اثر هاورتون نامیده می‌شود.

انتظار مثبت به جای این‌که فرایند اصلی تغییر باشد، پیش شرط مهم ادامه یافتن درمان است.

تخلیه هیجانات یا کاتارسیس بخش حیاتی اکثر درمان‌هاست.

وقتی اضطراب به شدت بالا باشد، باید از داروهای ضد اضطراب به عنوان راه حل موقت استفاده کرد.

درمان رفتاری غالباً روی افرادی که توانایی عقلانی زیادی نداشته‌اند، اجرا شده است.

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

روانشناس بالینی باید هنگام کار با اقلیت قومی به نوعی همدلی شناختی برسد که نقش‌گیری فرهنگی نامیده شده است.

مهم‌ترین مشکلات درمانگران به سه دسته تقسیم می‌شود: ۱. مشکلات قابلیت ۲. مشکلات وضعیتی ۳. مشکلات شخصیتی.

تاثیرگذاری صفات درمانگر در نتیجه درمان، به صفات مراجع و نوع درمان بستگی دارد.

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 راجرز، همدلی، گرم بودن و خلوص شروط لازم و کافی برای تغییر درمان بخش هستند.

خودآگاهی درمانگر و شناخت حیطه‌های آسیب‌پذیر زندگی خود، از ویژگی‌های مهم درمانگران است.

خودافشایی یعنی درمیان گذاشتن مسائل خصوصی خود با مراجع.

سیر مداخله بالینی به ترتیب: تماس آغازین، سنجش، اهداف درمان، اجرای درمان و اتمام و ارزیابی و پیگیری است.

هدف کلی روان‌درمانی افزایش سازگاری روانی اجتماعی و بالا بردن رضایت زندگی است.

راهنمایی، کوتاه‌ترین و ساده‌ترین نوع روان‌درمانی است و هدف آن برطرف کردن مشکل روانی محدود و حاد فرد است.

روان‌درمانی کمی عمیق‌تر از راهنمایی است و فرصتی است برای خودشناسی و اصلاح خصوصیات خود در موقعیتی آرام و مطمئن.

اهداف بازآموزی روانی: کوشش عمدی برای سازگاری بهتر با شرایط زندگی، تغییر اهداف فردی که قابل دسترسی نیستند، تحکیم و تقویت

استعدادها و توانایی‌های فرد.

ماکوور سه رویکرد را در مورد برنامه‌ریزی درمانی برشمرد: ۱. رویکرد درمانگرمدار یا نظریه‌مدار ۲. رویکرد تشخیص مدار ۳. رویکرد نتیجه‌مدار.

مارنات و دیویس یک چهارچوب برای بررسی توصیه‌های مبتنی بر STS به نام دستیار گزارش نویسی روان‌شناختی فراهم کردند.

شدت مشکل به اختلال در کارکرد اشاره دارد و می‌تواند در قضاوت در زمینه پیش‌آگهی مفید باشد.

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

پیچیدگی مشکل بیشتر مربوط به روابط فرد با دیگران و الگوهای موضوعی زمینه‌ساز در زندگی شخص است و برخلاف شدت مشکل به سطح اختلال مربوط نیست.

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

برای مراجعان مقاوم روش‌های بی‌رهنمود، حمایتی و خودرهبر مفید است.

برای مراجعانی با مقاومت پایین روش‌های درمانی هدایت‌شده و ساخت‌دار مفید است.

مراجعان با سبک بیرونی کردن به مداخله‌های رفتاری، نشانه‌مدار و فنون خاص ایجاد مهارت بهتر پاسخ می‌دهند و افراد دارای سبک درونی‌کردن

به فنون افزایش بینش و خودآگاهی هیجانی، بهتر جواب می‌دهند.

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات هستند و پس از آن اختلالات خلقی، کنترل‌تکانه و سوء مصرف مواد.

سلیگمن مفهوم عمق مسئله را برای تشریح میزان تغییرپذیری شرایط و رفتارها مطرح کرده است.

در پژوهش‌های بررسی تاثیرگذاری درمان، تاکید بر اعتبار بیرونی است و در پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان، تاکید بر اعتبار بیرونی است. درمان شواهد بنیاد به مداخلاتی اطلاق می‌شود که در کارآزمایی کنترل‌شده تغییر مهم و معناداری در مراجعان و بیماران ایجاد می‌کنند. بیشتر این درمان‌ها ماهیت شناختی- رفتاری دارند. مهم‌ترین انتقاد به این درمان‌ها این است که آیا درمان‌هایی که در محیط کنترل‌شده موثر بوده‌اند به محیط‌های بالینی قابل تعمیم هستند.

رفتاردرمانی چندمنظوره‌تر است شاید چون منعطف‌تر است و رفتار درمانگران در انتخاب فنون، التقاطی عمل می‌کنند.

خانواده‌درمانی رفتاری و ساختاری از بیشترین حمایت تجربی برخوردار هستند.

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

پیروان راجرز، پیشگام فرایند پژوهشی بودند.

امروزه بر استفاده از درمان‌های راهنمادار تاکید می‌شود. این راهنماها ابتدا توسط پژوهشگران روان‌درمانی ارائه شد تا مطمئن شوند که یک پروتکل درمانی واحد روی همه اجرا می‌شود.

بزرگ‌ترین محدودیت همه درمان‌ها در این اتهام بارلو است که می‌گوید بسیاری از روانشناسان به نتیجه پژوهی توجه نمی‌کنند.

چهار سوارکار اخلاق حرفه‌ای: رازداری، صلاحیت، رضایت آگاهانه و تضاد منافع.

سؤالات کنکور کارشناسی ارشد

۱) محرمانه بودن مطالب مطرح شده در جلسات درمان در کدام مورد اهمیت بیشتری دارد؟ (ارشد ۱۳۸۱)

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

۲) اخیراً چهارچوب‌های نظری روان‌شناسی بالینی چه نامیده می‌شوند؟ (ارشد ۱۳۸۳)

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

۳) کدام یک از روانشناسان زیر معتقد است که روان‌درمانگری در واقع تأثیری کم و گذرا دارد؟ (ارشد ۱۳۸۴)

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. (ارشد ۱۳۸۴)

۱) پالایش (۲) برون‌فکنی (۳) درون‌فکنی (۴) باطل‌سازی

۵) تحقیقات انجام‌شدهٔ اخیر در مورد نقش فرهنگ در تجارب بالینی نشان داده‌اند که: (ارشد ۱۳۸۶)

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؟ (ارشد ۱۳۸۷)

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؟ (ارشد ۱۳۸۹)

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؟ (ارشد ۱۳۸۹)

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

۲) با رابطه‌ای که 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؟ (ارشد ۱۳۹۰)

- 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؟ (ارشد ۱۳۹۲)

- 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؟ (ارشد ۱۳۹۳)
- ۱) بینش
 - ۲) مهارت‌یابی
 - ۳) تخلیه هیجانی
 - ۴) اتحاد درمان بخش بیمار و درمانگر

۱۲) بزرگ‌ترین محدودیت واقعی در کار درمانی از نظر بارلو چیست؟ (ارشد ۱۳۹۳)

- ۱) بی‌توجهی 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؟ (ارشد ۱۳۹۵)

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

۱۴) اتحاد درمانی شامل کدام مؤلفه‌ها می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۸)

- 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؟ (ارشد ۱۳۹۹)

- ۱) تشبیه
 - ۲) مواجهه
 - ۳) انعکاس
 - ۴) تفسیر
- ۱۶) تسلط شناختی جزو کدام دسته از عوامل مشترک درمان بر اساس رویکردهای مختلف روان‌درمانی است؟ (ارشد ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹)
- ۱) ذهنی
 - ۲) یادگیری
 - ۳) حمایتی
 - ۴) عملی

۱۷) در بیماران روان‌پریش، کاربرد کدام تکنیک می‌تواند به کاهش تأثیرات منفی ناشی از برچسب زدن کمک نماید؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- ۱) مواجهه
- ۲) پیکان رو به پایین
- ۳) عادی‌سازی تجارب
- ۴) آموزش جرأت‌ورزی

۱۸) نتیجه‌گیری کلی از اثربخشی روان‌درمانی، کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- ۱) برخی از روان‌درمانی‌ها در تمام شرایط از دیگر روان‌درمانی‌ها مؤثرترند.
- ۲) تقریباً تمام روان‌درمانی‌ها، از کمک‌های بی‌برنامه و غیررسمی مؤثرترند.
- ۳) مراجعانی که بهبود مقدماتی نشان می‌دهند، این بهبود را حفظ نمی‌کنند.
- ۴) خصوصیات مراجعان، درمانگران و تعامل این دو، مهم‌تر از فن درمان نیست.

۱۹) کدام مورد درست است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- ۱) برای روان‌درمانی موفق، نیازی به انگیزه نیست.
- ۲) افراد با ناتوانی هوشی از روان‌درمانی نفع نخواهند برد.
- ۳) افراد باهوش از عهده الزامات روان‌درمانی بهتر بر می‌آیند.
- ۴) روان‌درمانی یک فرایند انفعالی است که در آن بینش‌ها به بیمار خورانده می‌شوند.

۲۰) «روشی برای ایجاد تغییر رفتار، افکار و احساسات انسان‌ها»، بیانگر کدام مفهوم روان‌شناختی است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- ۱) مداخله
- ۲) فراتحلیل
- ۳) شکل دادن
- ۴) تحقیق فرایندی

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 مسائل 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 چهارچوب تحلیل و توصیف می‌کنند.

۳) گزینه ۳

آیزنک در گزارش معروف خود اعلام کرد روان‌درمانی برای روان‌رنجورها از درمان نشدن آن‌ها مؤثرتر 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 مؤثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همه ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه‌تاثیرگذاری و رضایت بیشتر در فرد را فراهم کند، اما برخی درمان‌ها مشخصاً 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 مسئله‌های 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 قطعاً 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 اتفاق نظر را در رابطه با عوامل مشترک درمان دارند.

۱۲) گزینه ۴

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

۱۳) گزینه ۳

سلیگمن مفهوم عمق مسئله را برای تشریح میزان تغییرپذیری شرایط و رفتارها مطرح کرده است. او لیستی از مشکلات قابل تغییر تا غیرقابل تغییر ارائه کرد که از اختلال وحشت‌زدگی (قابل تغییر) و فوبی خاص (تقریباً 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 شکل‌گرفته بین درمانگر و مراجع (مثل اعتماد و علاقه)

۱۸) گزینه ۲

اثر بخشی روان درمانی ثابت شده است اما شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد یک شکل روان درمانی، برای تمام مشکلات مؤثر است. نتایج فرانک همچنان قابل قبول است که: ۱) تقریباً تمام روان درمانی‌ها از کمک بی برنامه یا غیررسمی مؤثرتر هستند. ۲) هیچ یک از روان درمانی‌ها در تمام شرایط از دیگر روان درمانی‌ها اثربخش تر نیست. ۳) مراجعانی که بهبود مقدماتی نشان می‌دهند، این بهبود را حفظ خواهند داد. ۴) خصوصیات مراجعان، درمانگران و تعامل این دو مهمتر از فن درمان است.

۱۹) گزینه ۳

رد گزینه ۱: نتایج درباره نقش انگیزش در مؤثر بودن روان درمانی ضد و نقیض است.
رد گزینه ۲: افراد با ناتوانی هوشی از برخی از انواع درمان مثل روش‌های رفتاری سود می‌برند.
پذیرش گزینه ۳: از آنجا که روان درمانی نیاز به بینش و درون‌نگری دارد، افراد با هوش بهتر از آن سود می‌برند.
رد گزینه ۴: درمان یک رابطه متقابل بین درمانگر و مراجع است و هر دو در آن نقش دارند.

۲۰) گزینه ۱

مداخله روان‌شناختی به طور کلی روشی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص است.

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 روان درمانی وجود دارد: ۱) به عواطف و محرک‌های بیمار اشاره می‌شود. این روش ساده‌ترین نوع تفسیر است. ۲) شباهت دو موقعیتی که باعث ناراحتی بیمار شده است، آشکار می‌شود. ۳) رابطه حالات کنونی بیمار با عوامل گذشته مشخص می‌شود. ۴) علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علائم و سمبل‌ها به ویژه رؤیا مشخص می‌شود.

۱۶) گزینه ۴

لمبرت و اوگلز 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 عملی یا کنشی عبارت‌اند از تغییرات رفتاری در نتیجه درمان شامل: تنظیم رفتاری، تسلط شناختی، تشویق برای روبه‌رو شدن با ترس‌ها، خطر کردن، تلاش‌های تسلط‌آور، الگوبرداری، تمرین، واقعیت‌آزمایی، تجربه موفق، دقت نظر.

۱۷) گزینه ۳

برچسب زدن به بیماران روانی باعث استیگما (ننگ حاصل از بیماری) برای آن‌ها می‌شود. با عادی‌سازی تجارب برای فرد می‌توان از ننگ حاصل از این بیماری کاست.

خودنگار...