

فصل ۱

تعریف و مقایسه روان‌درمانی‌ها

:: تعریف مداخله روانشناختی

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

- حل مساله‌ای خاص
 - پیشگیری از مشکلات
 - بهبود ظرفیت فرد در رسیدگی به رفتار، افکار و احساساتی که اختلال ایجاد کرده‌اند.
 - افزایش توان شخص برای لذت بردن از زندگی یا بالفعل کردن ظرفیت بالقوه خویش.
- پروچاسکا و نورکراس روان‌درمانی را اینطور تعریف کرده‌اند: روان‌درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش‌های بالینی و مواضع میان فردی 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:
- پدیده‌های بالینی را به صورت نسبتاً عینی عملیاتی کند.
 - از لحاظ نظری و تا جایی که امکان داشته باشد، از نظر معنایی بی‌طرف باشد.
 - در نهایت نظر عمومی را جلب کند، یعنی روان‌درمانگرانی که عقاید مخالفی دارند باید با آن موافق بوده و آن را تایید کنند.
 - بی‌طرفانه باشد، یعنی بدون اینکه یکپارچگی هر رویکرد خاصی را فدا کند، با نظریه‌ها به طور برابر برخورد نماید.

● سایر تعاریف از روان‌درمانی

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

تعریف راتر: فعالیت برنامه‌ریزی شده 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 شفا دهنده آموزش دیده و دارای تایید اجتماعی با شخصی رنجور است. شفا دهنده 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 مثابه جنبه‌ای اجتناب‌ناپذیر از زندگی که می‌توان آن را به فرصتی برای رشد و تحول شخصیت تبدیل کرد.

نظریه‌های روان‌درمانی

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

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

اهداف درمان

مداخلات بالینی به رغم تفاوت‌هایشان دارای اهداف مشترکی هستند:

کاهش ناراحتی هیجانی

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

ایجاد بینش

در درمان روان‌کاوی هدف اصلی فروید ایجاد بینش راجع به مشکلات روانی بود که از آن تحت عنوان «تربیت مجدد برای غلبه بر مقاومت‌های درونی» یاد می‌کرد. هرچند فروید به بینش درباره عوامل ناهشیار علاقه‌مند بود ولی اکثر درمانگران تعبیر کلی‌تر خودشناسی را در نظر دارند. یکی از فنون رایج بینش‌پروری، تفسیر رفتار مراجع توسط درمانگر است. هدف تفسیر این است که مراجع رفتار و افکارش را با دقت زیر نظر بگیرد و نتیجه‌گیری‌های جدید و آگاهانه‌تری کند.

به طور کلی چند روش تفسیر در روان‌درمانی وجود دارد:

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

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

تشویق تخلیه هیجانی

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

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

ارائه اطلاعات جدید

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

● تکالیف خارج از درمان

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

● ایجاد اعتقاد به تغییر، امید و انتظار تغییر

در همه روش‌های رایج روان‌درمانی، افزایش ایمان، امید و انتظار تغییر در مراجع از مهم‌ترین عناصر بهبود روانی است. در هر درمان موثری اعتقاد مراجع به امکان پذیر بودن تغییرات مثبت، یک عنصر مهم (و حتی از نظر برخی مهم‌ترین عنصر) است. شاملو اهداف روان‌درمانی را شامل این موارد می‌داند: ۱) برطرف کردن علایم موجود، ۲) تغییر علایم موجود (چون برخی علایم از جمله نبود انگیزه، محکم نبودن شخصیت، و محدودیت‌های زمانی و مالی جلوی برطرف کردن کامل علایم را می‌گیرد)، ۳) متوقف کردن علایم موجود (جهت جلوگیری از وخیم‌تر شدن بیماری‌های مزمن و شدید که قابل‌معالجه نیستند)، ۴) مداخله در الگوهای نابهنجار رفتار (از جمله در مسایل خانوادگی، شغلی، اجتماعی، تحصیلی)، ۵) تقویت رشد و تکامل جنبه‌های سالم و مثبت شخصیت.

:: عوامل مشترک درمان‌ها

بیشتر انواع روان‌درمانی‌ها در مجموعه‌ای از عوامل مشترک هستند که از حد و مرزهای نظری و درمانی فراتر می‌رود. ومپولد معتقد است بیشتر 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 شفاف‌بخشی**، اظهار می‌کند که همه روش‌های روان‌درمانی نوعی از روش‌های کهن شفابخشی هستند. با این حال در یک جامعه کثرت‌گرا و رقابتی ویژگی‌های متمایز این رویکردها مورد 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 مناسکی برای بازگرداندن تعادل تجویز می‌کند. این تبیین یا مناسک، دلیل موجهی به بیمار می‌دهد تا وقتی آمادگی لازم را پیدا کرد، نشانه را رها کند. **قدیمی‌ترین مفهوم‌سازی در مورد عوامل مشترک بین انواع روان‌درمانی مربوط به راجرز است. او رابطه درمانی را عامل «لازم و کافی» برای درمان می‌داند.**

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

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

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 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، کند و کاو چهارچوب مرجع درونی، بازخورد، بینش، استدلال منطقی.

۳) عوامل کنشی: تغییرات رفتاری در نتیجه درمان

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

● رابطه و اتحاد درمانی

تنها زمینه‌ای که روان‌درمانگران بیشترین اتفاق نظر در رابطه با عوامل مشترک درمان دارند، برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند است. همه درمانگران رابطه را عامل شفابخش اصلی نمی‌دانند، اما تقریباً همه آنها به اهمیت بی‌همتای رابطه اذعان دارند. رابطه درمانی همواره یکی

از عوامل تعیین‌کننده اصلی موفقیت روان‌درمانی بوده است و در انواع روان‌درمانی‌ها، حداقل ۱۲ درصد نتیجه به علت رابطه درمانی است. اتحاد درمانی شامل این ابعاد است: الف) پیوندهای هیجانی شکل گرفته بین درمانگر و مراجع (مثل اعتماد و علاقه)، ب) درک متقابل و مشترک از کاری که قرار است انجام شود (تکالیف) و آنچه قرار است حاصل شود (اهداف). بنابراین، اتحاد درمانی یعنی رابطه و پیوند درمانگر و مراجع و توافق نظر آنها بر سر تکالیف و اهداف.

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

- در یک انتهای پیوستار، درمان‌های رفتاری رادیکال قرار دارند که برای رابطه بین مراجع و درمانگر اهمیت چندانی قایل نبودند.
- در انتهای دیگر پیوستار، درمان فردمدار راجرز قرار دارد که رابطه درمانی را فرایند لازم و کافی برای تغییر در نظر می‌گیرد و آن را عامل اصلی شفا می‌داند. او معتقد بود رابطه درمانی مثبت شامل این موارد است: اصالت، توجه مثبت نامشروط، همدلی.
- برای درمانگران انسان‌گرا (که راجرز یکی از آنهاست) رابطه درمانی نقش بزرگی بازی می‌کند و آن را عنصر بسیار مهمی در ایجاد تغییرات سودمند می‌بینند.

- در وسط پیوستار، برخی مکاتب مثل درمان‌های شناختی-رفتاری قرار دارند که رابطه را پیش شرط لازم برای پیش‌روی درمان می‌دانند، ولی آن را شرط کافی درمان نمی‌دانند. آنها اتحاد درمانی را بافتی می‌دانند که در آن فنون اختصاصی‌تر تغییر رفتار ارائه می‌شود.
- درمانگران روان‌پویشی برای اتحاد درمانی اهمیت زیادی قائلند ولی خود رابطه را عنصر اصلی درمان نمی‌دانند. آنها رابطه بین درمانگر و بیمار را به صورت منبع محتوایی در نظر می‌گیرند که باید در درمان بررسی شود. رابطه، محتوای درمان (رفتار میان فردی بیمار) را به اتاق مشاوره می‌آورد. نظر روانکاوان و درمانگران شناختی-رفتاری مشابه است چون هر دو رابطه را بافتی برای فنون در نظر می‌گیرند.

● قابلیت‌سازی / تسلط

هدف بیشتر درمان‌ها قابل‌تر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همه ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه‌تائیرگذاری 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 تاکید دارد. از نظر او اشخاص با احساس تسلط (اعتماد به نفس، انتظار عملکرد خوب از خود، داشتن احساس خوب به خود) بیشتر احتمال دارد که عملکرد موثر داشته باشند.

● عوامل غیراختصاصی

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

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

یکی از عوامل مشترک، تغییر رفتار مراجع به دلیل توجه خاص درمانگر به اوست که اثر هاورتون نامیده می‌شود (در تحقیقات هاورتون درباره تاثیر 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 تاثیر عوامل غیراختصاصی نمی‌توانیم روان‌درمانی را صرفاً درمان‌نما (placebo) بدانیم. بررسی جامع تحقیقات متعدد درباره نتیجه درمان نشان داده است که رتبه‌بندی موفقیت درمان به ترتیب از این قرار است: روان‌درمانی، درمان‌نما، گروه گواه. روان‌درمانی دوبرابر درمان‌های غیراختصاصی یا دارونما که بر ایجاد انتظار مثبت متکی هستند، تاثیر دارد.

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

● تخلیه هیجانات یا پالایش (کاتارسیس)

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

● کاهش اضطراب / تخلیه تنش

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

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

:: متغیرهای درمانی اختصاصی

● متغیرهای مربوط به مراجع

○ میزان ناراحتی

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

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

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

○ هوش

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

درمان‌های رفتاری 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. گرچه، شواهد از پیش‌آگهی ضعیف‌تر سالمندان خیر می‌دهند، اما این یافته ضعیف است. طبق تحقیقات، درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاری و روان‌پوشی کوتاه‌مدت برای سالمندان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی اثربخش بوده‌اند. به طور کلی، نباید سن را به تنهایی در نظر گرفت و خصوصیات اختصاصی هر فرد باید در نظر گرفته شوند.

○ انگیزش

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

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

○ باز و راحت بودن

دو متغیر مرتبط با مراجع همیشه در تحقیق راجع به نتیجه روان‌درمانی مهم بوده‌اند: همکاری در برابر مقاومت، باز بودن در برابر دفاع کردن. باز و راحت بودن، بیمار را برای درمان شدن مناسب‌تر می‌کند. بیشتر درمانگران بهترین پیش‌آگهی را به طور شهودی متعلق به بیمارانی می‌دانند که به سودمندی روان‌درمانی باور دارند و خوشبین هستند.

○ جنسیت

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

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

○ نژاد، قومیت و طبقه اجتماعی

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

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

برخی با تاکید بر اینکه درمان‌های سنتی مناسب بیماران با وضع اجتماعی-اقتصادی پایین نیست، درمان‌هایی را برای آنها ارایه کرده‌اند: روان‌درمانی بیانی برای بیماران طبقات پایین (هایتلر)، روان‌درمانی فقر که به الگوبرداری، نقش بازی کردن و روش‌های رفتاری تاکید دارد (گولدستداین). روانشناس بالینی باید حساسیت فرهنگی داشته باشد تا بتواند با اعضای سایر فرهنگ‌ها به طور موثر کار کند. همچنین هنگام کار با اقلیت قومی به نوعی همدلی شناختی برسد که **نقش‌گیری فرهنگی** نامیده شده است.

○ واکنش درمانگر به بیمار

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

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

● متغیرهای مربوط به درمانگر

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

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

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

○ سن، جنس و قومیت

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

○ شخصیت

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

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

○ همدلی، گرمی و خلوص

از نظر سونسون، عامل اصلی که درمانگر موفق و ناموفق را از هم جدا می‌کند، علاقه‌مندی آنها به مردم و تعهدشان به بیمار است. طبق درمان فردمدار کارل راجرز، همدلی، گرم بودن و خلوص، شروط لازم و کافی برای تغییر درمان‌بخش هستند که باید توسط درمانگر فراهم شوند (راجرز به نقش مراجع در ایجاد این شروط تاکید نداشت).

تحقیقات نشان داده است که فرضیه راجرز پشتوانه متوسطی دارد. همدلی، گرمی و خلوص از جمله **شروط لازم و نه کافی** برای نتیجه خوب درمان هستند. همچنین، این سه کیفیت بعنوان مهارت‌های آموزش‌پذیر و آموختنی قلمداد شده‌اند. این سه کیفیت، نه تنها از ویژگی‌های درمانگر است بلکه ویژگی رابطه درمانی هم هست و می‌توان آنها را شاخص کیفیت اتحاد درمانی در نظر گرفت. طبیعت و قدرت رابطه درمانگر و بیمار سهم معنادار ولی متوسطی در نتیجه مثبت درمان دارد.

○ بهزیستی هیجانی

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

○ تجربه و هویت حرفه‌ای

شواهد نشان نمی‌دهد که بین تجربه درمانگر و نتیجه مثبت درمان رابطه وجود داشته باشد. چند مطالعه نشان داده که نتایج درمان توسط پیراحرفه‌ای‌ها که آموزش روان‌درمانی دیده‌اند، به خوبی روان‌درمانگران آموزش‌دیده و حتی بهتر از آنهاست. شواهدی وجود ندارد که نشان دهد یک حرفه، درمانگران بهتری دارد (برای مثال روان‌پزشکان در برابر روانشناسان). در نظرسنجی مجله سلامت روان نیز مراجعان از انواع متخصصان سلامت روان در یک سطح رضایت داشتند.

○ خودافشایی درمانگر

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

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

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

:: سیر مداخله بالینی

سیر کلی مداخله از نظر هوکانسون به این شکل است:

● تماس آغازین

قبل از هر اقدامی باید 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.

● 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 شرح حال‌گیری است؛ آزمون‌های روانی، مصاحبه با وابستگان، ثبت رفتار و افکار و احساسات توسط خود مراجع؛ معاینه عصب‌شناختی یا پزشکی در صورت لزوم؛ مشاوره با مددکار اجتماعی یا مشاور شغلی در صورت مشکلات اقتصادی. اطلاعات ادغام و یکپارچه می‌شوند، یک ساخت جامع از مشکلات مراجع شکل می‌گیرد، و یک مفهوم‌بندی اولیه برای درمان ایجاد می‌شود. اما سنجش یک فرایند مستمر است؛ با پیشرفت درمان، مفهوم‌بندی مراجع و بنا بر آن اهداف و فنون درمان تغییر می‌کنند.

● اهداف درمان

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

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

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

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

● اجرای درمان

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

● اتمام، ارزیابی و پیگیری

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

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

:: درجات روان‌درمانی

در کتاب شاملو درجات روان‌درمانی به شرح زیر ذکر شده است:

● راهنمایی

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

● روان‌درمانی تقویتی یا حمایتی

کمی عمیق‌تر از راهنمایی است. در عین آنکه بیمار به بیان مشکلات خود تشویق می‌شود، درباره چگونگی پیدایش بیماری نیز صحبت می‌شود. روان‌درمانی فرصتی است برای خودشناسی و اصلاح خصوصیات خود در موقعیتی آرام و مطمئن. اهداف آن عبارتند از: تقویت 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 عبارتند از: مشاوره و راهنمایی، تغییر محیط، اطمینان و تشویق دادن، فشار و تهدید حساب‌شده، برون‌ریزی عاطفی، حساسیت‌زدایی، تلقین با هیپنوتیزم، بعضی از انواع گروه‌درمانی، بعضی فعالیت‌های جسمی برای کاهش تنش.

● بازآموزی روانی

اهداف آن عبارتند از: کوشش عمدی برای سازگاری بهتر با شرایط زندگی، تغییر اهداف فردی که قابل دسترسی نیستند، تحکیم و تقویت استعدادها و توانایی‌های فرد با ایجاد بینش و بصیرت یا بدون آن. از جمله این روش‌ها عبارتند از: رفتاردرمانی، ارتباط‌درمانی، نگرش‌درمانی، مصاحبه‌درمانی، مراجع‌مداری، روان‌درمانی مستقیم، مشاوره درمانی، مددکاری درمانی، استدلال‌درمانی، بازآموزی گروهی، خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی، درمان سایکوبیولوژیک، سایکودراما، درمان‌های فلسفی مثل هستی‌درمانی و ذن بودائیسیم، شناخت درمانی.

● روان‌درمانی عمیق یا بازسازی روانی

اهداف آن عبارتند از: ایجاد بینش و بصیرت به تعارضات ناخودآگاه به همراه تلاش برای تغییرات وسیع و عمیق در ساختار شخصیت، رشد و تکامل شخصیت با ایجاد راه‌های جدید سازگاری با مشکلات. از جمله این روش‌های درمانی عبارتند از: روان‌کاوی کلاسیک و درمان‌های روان‌پویشی، روش تعاملی، هستی‌درمانی، هیپوآنالیز، نارکوتراپی، بازی‌درمانی، هنردرمانی، موسیقی‌درمانی.

:: رویکردهای برنامه‌ریزی درمانی

ماکوور سه رویکرد را در مورد برنامه‌ریزی درمانی برشمرد است:

۱) رویکرد درمانگرمدار / گرایش‌مدار یا نظریه‌مدار:

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

۲) رویکرد تشخیص‌مدار:

در این رویکرد درمان به تشخیص بستگی دارد نه به گرایش درمانگر. این رویکرد به تقلید از پزشکی سعی می‌کند برای هر تشخیص موثرترین درمان را پیدا کند.

۳) رویکرد نتیجه‌مدار:

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

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

یک مصداق دیگر درمان چندوجهی نتیجه‌مدار، **انتخاب درمان نظام‌مدار (STS)** از بویترلر و کلارکین است که در ادامه به آن می‌پردازیم.

○ انتخاب درمان نظام‌مدار (STS)

بویترلر و کلارکین شش بعد را در مورد بیماران شناسایی کرده و آنها را به انواع تصمیم‌های درمانی مرتبط ساخته‌اند:

- **شدت مشکل یا جدی بودن مسئله:** شامل این موضوعات است: محدودیت نسبی درمان (بستری کردن یا درمان سرپایی)، از دارو استفاده شود یا نه، شدت درمان (طول مدت و فراوانی دفعات)، اهداف فوری.
- **درماندگی انگیزشی:** به متخصص بالینی رهنمود می‌دهد که آیا سطح برانگیختگی باید افزایش داده شود یا کاهش.

- **پیچیدگی مشکل:** آیا درمان باید به نشانه‌های خاص، مجزا، و وابسته به محیط متمرکز شود یا به حوزه‌های مزمن و درونی تعارض‌ها.
- **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 بینش مدار درونی.
- **مرحله حل مساله یا مرحله تغییر:** انطباق دادن درمان براساس مرحله تغییری که مراجع در آن قرار دارد.

۱) شدت مشکل (جدی بودن مساله):

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. یک متغیر مهم در تعیین شدت مشکل، برخورداری شخص از سطوح مناسب حمایت محیطی، به‌ویژه روابط خانوادگی یا تأمین شغلی است. یکی از نشانه‌های روان‌سنجی سودمند در مورد شدت مشکل، برافراشتگی عمومی در مقیاس‌های MMPI است. **اگر مقیاس‌های سمت راست نیم‌رخ روانی MMPI (پارانویا، اسکیزوفرنیا، هیپومانیا) برافراشته باشند، احتمال شدت مشکل وجود دارد.** شدت نشانه‌های روان‌پزشکی وابسته به وجود شکایت‌های بدنی (مانند سردرد) نشانه تحریک‌پذیری بوده و ممکن است نشان‌دهنده پیش‌آگهی ضعیف باشد.

در مورد سطح پایین شدت مشکل، به احتمال زیاد اقدام‌های روانی-اجتماعی مناسب‌ترین روش خواهد بود.

۲) درماندگی انگیزشی:

به درجه تجربه ذهنی مشکل از سوی مراجع بستگی دارد و در وهله اول به صورت اضطراب شدید، گم‌گشتگی یا افسردگی جلوه‌گر می‌شود. سطح متوسط درماندگی ذهنی سودمند است زیرا مراجع را برای تغییر برمی‌انگیزد و به پیشرفت‌های شناختی مانند بهبود حافظه، سرعت عملکرد و کارایی هوش بالاتر می‌انجامد.

نشانه‌های درماندگی شدید عبارتند از: بی‌قراری حرکتی، برانگیختگی هیجانی زیاد، تمرکز ضعیف، لرزش صدا، نشانه‌های خودانگیخته، نفس زدن، گوش به زنگ بودن، عاطفه تهییج شده، احساس‌های شدید.

نشانه‌های درماندگی پایین عبارتند از: فعالیت حرکتی کاهش‌یافته، سرمایه‌گذاری هیجانی کم، سطح پایین انرژی، افت عاطفی، کندی در گفتار، بیان کلامی ناموزون، فقدان نشانه‌ها.

شدت مشکل به نشانه‌های عینی اختلال مربوط است، در صورتی که درماندگی انگیزشی یک پدیده درونی و ذهنی است، کاملاً تغییرپذیر است و می‌توان آن را با رویدادهای محیطی کنترل کرد. ضرورت‌های درمانی آن نسبت به شدت مشکل بسیار محدود است زیرا فقط به این پرسش مربوط می‌شود که آیا برانگیختگی باید افزایش داده شود یا کاهش.

مقیاس‌های F، ۲ (افسردگی) و ۷ (ضعف روانی) در MMPI به درماندگی ذهنی حساس هستند و مقیاس‌های درماندگی نامیده می‌شوند.

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

اگر مقیاس ۷ (ضعف روانی) 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.

اگر درماندگی انگیزشی (ذهنی) کاملاً بالا باشد، هدف فوری آن است که سطح اضطراب کاهش داده شود.

۳) 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. مسائل پیچیده احتمالاً با الگوهای شخصیتی درگیرند، در ابعاد مختلف گسترش می‌یابند و درونی هستند، برخلاف شدت مشکل.

۴) سطح مقاومت:

برای مراجعان مقاوم روش‌های بی‌رهنمود، حمایتی و خودرهبور برای مراجعانی با مقاومت پایین روش‌های درمانی مستقیم و ساخت‌دار مثل فنون رفتاری مؤثر واقع می‌شود.

نمره‌های بالا در مقیاس‌های L و K و مقیاس‌های ۱ و ۶ (هیپوکندری و پارانویا) در MMPI ممکن است سبک‌های مخالفت را نشان دهند. برافراشتگی در مقیاس‌های وابستگی و هیستریایی در MCMI، نشانگر سبک پاسخ‌دهنده و تسلیم‌شونده است.

۵) سبک کنار آمدن:

مکانیسم‌های افراد دارای سبک بیرونی کردن عبارتند از: فرافکنی، بدگمانی، شکوه‌های بدنی برای رسیدن به نفع ثانوی، سرزنش دیگران، ناشکیبایی در برابر ناکامی، پرخاشگری اجتماعی نشده، حواس‌پرتی به دلیل تحریک، اغوا کردن دیگران.

مکانیسم‌های افراد با سبک درونی عبارتند از: توجیه عقلی، واپس‌رانی، واکنش وارونه، کمینه‌سازی مشکلات، انزوای اجتماعی، جسمانی کردن نشانه‌های مرتبط با نظام عصبی خودکار.

مقیاس‌های بیرونی کردن در MMPI عبارتند از: مقیاس‌های ۴، ۶، ۹ (انحراف اجتماعی، پارانویا، هیپومانیا).

مقیاس‌های درونی کردن در MMPI عبارتند از: مقیاس‌های ۲، ۷، ۸ (افسردگی، ضعف روانی، درون‌گرایی اجتماعی).

مراجعات با سبک بیرونی کردن به مداخله‌های درمان رفتاری، نشانه‌مدار، و فنون خاص ایجاد مهارت، بهتر پاسخ می‌دهند و پاسخ‌دهی آنان به فنون افزایش خودآگاهی و ایجاد بینش، کم است.

افراد دارای سبک درونی کردن به فنون افزایش بینش و خودآگاهی هیجانی، بهتر جواب می‌دهند مانند: تصویر ذهنی هدایت‌شده، آموزش مستقیم، تفسیر خواب، کتاب‌درمانی، تفسیر واکنش‌های انتقال، تفسیر مقاومت، کار دو صندلی.

۶) مرحله تغییر بیمار:

از نظر پروچاسکا و همکاران، صرف نظر از درمانی که اجرا می‌شود باید مراحل تغییر بیمار را بدانیم. این مراحل عبارتند از:

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

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

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

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

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

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

مفهوم‌بندی فرایند تغییر دو فایده دارد:

- اهداف درمان باید بر اساس سنجش مرحله تغییر صورت گیرد. هدف درمان برای مراجعی که هنوز آماده تغییر در زندگی خود نیست، شامل هدایت او از مرحله قبل از تفکر به مراحل بعدی است. در مرحله اقدام، ارکان فعال درمان، اجرایی و تاثیرگذار می‌شود.
- در هر مرحله، باید از مداخلاتی استفاده کرد که با فرایندهای آن مرحله هماهنگ است یا آن را تکمیل می‌کند. برای مثال در مرحله قبل از تفکر، باید آگاهی مراجع از مشکلات ناشی از رفتارش افزایش یابد و به فواید درمان و تغییر اشاره شود.

مشکلات مراجعان و بهره‌گیری از درمان

اختلالات اضطرابی شایعترین اختلالات هستند، پس از آن اختلالات خلقی، کنترل تکانه و سوء‌مصرف مواد. هر چه اختلال جدی‌تر باشد زودتر شروع می‌شود و تا ۱۴ سالگی ظاهر می‌شود. اگر اختلال درمان نشود، 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، تحصیل‌کرده، سفیدپوست، زن، مطلقه یا جدانشده، دارای بیمه، و بیکار احتمال مراجعه بیشتری دارند.

مفهوم عمق مساله از سلیگمن

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

برای مثال، نارضایتی از جنسیت یک مشکل 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 ادامه می‌بینید.

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

اثربخشی و تاثیرگذاری روان‌درمانی

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

● اثربخشی درمان (efficacy)

منظور از اثربخشی درمان این است که وقتی فردی معمولی در کارآزمایی بالینی درمان می‌شود (گروه آزمایش)، در مقایسه با فردی که درمان نمی‌شود (گروه کنترل)، در حد معناداری از ناکارایی اش کاسته شود. در پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان، تاکید بر اعتبار درونی است که از طریق کنترل بیماران، استاندارد کردن درمان و گمارش تصادفی به دست می‌آید. شواهد تجربی از اثربخشی روان‌درمانگری حمایت می‌کند. اما معنایش این نیست که روان‌درمانی به هر کسی کمک خواهد کرد، بلکه در حد میانگین کسانی که دنبال درمان می‌روند قدری تسکین می‌یابند.

● تاثیرگذاری درمان (effectiveness)

منظور از تاثیرگذاری درمان، این است که مراجع گزارش کند درمان از لحاظ بالینی نفع معناداری برای او داشته است. در پژوهش‌های بررسی تاثیرگذاری درمان، تاکید بر اعتبار بیرونی است که نشانه معرف بودن درمان است. این پژوهش‌ها به درمان در دنیای واقعی شباهت بیشتری دارند، گاهی گروه گواه یا گمارش تصادفی دارند و گاهی ندارند. مطالعات کمی درباره تاثیرگذاری روان‌درمانی صورت گرفته است. یافته‌های یک نظرسنجی بزرگ در مجله سلامت روان از مراجعه‌کنندگان به روان‌درمانی نشان داده است که:

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

درمان و اقدام شواهدبنیاد

درمان شواهدبنیاد (evidence based treatment): به مداخلاتی اطلاق می‌شود که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده تغییر مهم و معناداری در مراجعان و بیماران ایجاد می‌کنند. بنابراین درمانی شواهدبنیاد است که اثرات مثبت آن در پژوهش‌های اثربخشی نشان داده شده باشد. درمانگری یا اقدام شواهدبنیاد (evidence based practice): مقوله‌ای کلی‌تر است و شامل تمامی درمان‌هایی می‌شود که منابع مختلف (نه فقط کارآزمایی بالینی) از آنها حمایت می‌کنند. این منابع عبارتند از:

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

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

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

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

چند نتیجه درباره لیست درمان‌های شواهدبنیاد بیان شده است:

• بیشتر آنها ماهیت شناختی-رفتاری دارند.

- روی مهارت‌سازی متناسب با مشکل متمرکز بوده و نسبتاً کوتاه‌مدت هستند.
 - درباره اختصاصی بودن (یعنی یک اختلال فقط به یک یا دو درمان پاسخ می‌دهد)، اختلال وسواس فکری-اجبار عملی بزرگسالان فقط با یک مداخله به شکل موثری درمان می‌شود؛ درمان مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ.
 - با درمان‌های متفاوت روانشناختی، مثل درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی، درمان میان‌فردی و درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت می‌توانیم افسردگی را درمان کنیم.
 - برخی اختلالات مثل سوء‌مصرف کوکائین، وابستگی به مواد افیونی و اختلال دوقطبی، درمان ثابت شده ندارند ولی درمان‌هایی وجود دارد که احتمالاً در مورد آنها اثربخش هستند.
 - درمان‌های ثابت شده و احتمالاً اثربخش برای اختلالات بیرونی‌سازی کودکان و نوجوانان (مثل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یا اختلال سلوک) مولفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده دارند (مثل آموزش رفتاری والدین در اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی)، در حالی که درمان‌های اختلالات درونی‌سازی (مثل افسردگی و اضطراب) مولفه‌ای مربوط به والدین یا خانواده ندارند.
- مهم‌ترین انتقاد به درمان‌های شواهدبنیاد این است که آیا درمان‌هایی که در محیط‌های کنترل شده موثر بوده‌اند به محیط‌های بالینی قابل تعمیم هستند. همچنین، درمان‌های شواهدبنیاد نشان می‌دهند برخی رویکردهای درمانی از برخی دیگر اثربخش‌تر هستند؛ اما هنوز مشخص نیست که کدام درمان‌ها برای کدام افراد، تشخیص‌ها و بافت‌ها موثرترند.

:: پژوهش در روان‌درمانی

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

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

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

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

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

○ مطالعه دانشگاه تمپل

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

○ فراتحلیل اسمیت و گلاس

- این فراتحلیل به مرور تاثیرگذاری روان‌درمانی پرداخته است. آنها در تحلیل خود، اندازه تاثیر (ES) را اینطور تعریف کردند: میانگین اختلاف نمرات شرکت‌کنندگان درمان شده و گواه در اندازه‌های نتیجه‌ای مربوطه تقسیم بر انحراف معیار گروه گواه.
- اندازه تاثیر به طور متوسط ۰٫۸۵، انحراف معیار بود. معنایش این است که حال یک آدم معمولی پس از درمان ۸۰ درصد از کسی که درمان نشده است، بهتر است. **بیشترین میانگین اندازه تاثیر برای شناخت‌درمانی‌های غیر از درمان عقلانی-هیجانی بوده است.**

○ سایر یافته‌ها

- تقریباً تمام اشکال زوج‌درمانی، شادمانی و سازگاری زوجها را در حد معناداری بهبود می‌بخشند. اما مقدار یا اهمیت بالینی این بهبود معمولاً دلسردکننده است؛ یا رابطه‌ها تحت فشار می‌ماند یا پس از چندسال زوجین دوباره مشکل پیدا می‌کنند.
- در بین انواع خانواده‌درمانی، خانواده‌درمانی رفتاری و ساختاری از بیشترین حمایت تجربی برخوردار هستند. نکته دیگر آنکه درمان‌های خانوادگی در مورد خانواده‌های محروم کمتر موثر واقع می‌شوند.
- کتاب‌درمانی برای مشکلاتی مثل اضطراب، افسردگی و سوء‌مصرف خفیف و مشکلاتی مثل سیگار کشیدن موثرتر است.
- ترکیب داروها با روان‌درمانی کاملاً مفید است و در برخی موارد از تک‌تک آنها بهتر است. ولی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی، درمان‌های مرکب خیلی بیش از تک‌تک درمان‌ها بهبود ایجاد نمی‌کنند؛ و تاثیر روان‌درمانی در این اختلالات از دارودرمانی بیشتر و ماندگارتر است.
- موثر بودن کلی گروه‌درمانی از موثر بودن کلی درمان انفرادی کمتر است. گروه‌درمانی حمایتی برای اسکیزوفرنی و گروه‌درمانی برای افسردگی حمایت تجربی دارند.

○ فرایند‌پژوهی

- در فرایند‌پژوهی، به رویدادهای خاصی که در فرایند درمان، یعنی در سیر تعامل درمانگر و بیمار، رخ می‌دهد پرداخته می‌شود.
- پیروان راجرز، پیشگام فرایند‌پژوهشی بودند.** مطالعات آنها شامل مواردی مثل مقدار خودانگیختگی حرف‌های درمانگر یا تاثیر روشن‌سازی و بازگویی‌های درمانگر بر مسئولیت‌پذیری مراجع برای پیشرفت در هر جلسه بود.
- فرایند‌پژوهان با استفاده از فیلم‌برداری یا ضبط صوتی جلسات درمان، نشان داده‌اند که بین فرایند درمان و نتیجه درمان رابطه اساسی وجود دارد. در این مطالعات، قوی‌ترین رابطه بین **پیوند درمان‌بخش** (میزان سرمایه‌گذاری مراجع و درمانگر برای هم، میزان ارتباط آنها با هم و میزان تایید یکدیگر) و نتیجه درمان بوده است.
- نتایجی که صرف‌نظر از نوع درمان تکرار شده است، عبارتند از:
- قابلیت درمانگر و رعایت پروتوکل درمان توسط او با نتیجه مثبت رابطه دارد.
 - میزان تامل و تفکر مراجعان و فرایند هیجانی جلسات، با نتیجه مثبت رابطه دارد.
 - راهنمایی و توصیه درمانگران در مجموع به نتیجه درمان ربطی ندارد و حمایت و تشویق مراجع با نتیجه درمان رابطه سازواری ندارد.
 - میزان همکاری مراجع و همچنین میزان ابراز عاطفه مثبت مراجع در یک جلسه با نتیجه درمان رابطه مثبت دارد.

:: روندهای اخیر

محققان معاصر دیگر به دنبال پاسخ به این سوال نیستند که آیا روان‌درمانی موثر است؛ بلکه به دنبال این هستند که کدام روان‌درمانی برای کدام تشخیص مناسبتر است. برای مثال تحقیقات نشان داده است که: درمان شناختی-رفتاری بویژه وقتی مواجهه از فنون آن باشد،

بهترین درمان اختلالات اضطرابی است. درمان مرکب و دارودرمانی برای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه بهتر از فقط رفتاردرمانی است. امروزه به دلیل فشار شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده و شرکت‌های بیمه، از روانشناسان خواسته می‌شود «دستورالعمل درمان» تهیه کنند. در دستورالعمل درمان، برای هر مشکل یا اختلال روانشناختی، مداخله خاصی توصیه می‌شود. امروزه بر استفاده از **درمان‌های راهنمادار** تاکید می‌شود. این راهنماها ابتدا توسط پژوهشگران روان‌درمانی ارایه شد تا مطمئن شوند که یک پروتوکل درمانی واحد در تحقیق روی همه بیماران اجرا می‌شود. انتقاداتی که به این راهنماها وارد است این است که قضاوت روانشناس را متزلزل می‌کند، برای بیمارانی با اختلالات همزمان مناسب نیست، و تاثیرات درمانگر در نتیجه درمان را نادیده می‌گیرد. ویلسون در طرفداری از درمان راهنمادار می‌گوید:

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

نتیجه‌گیری کلی

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

- برخی شکل‌های روان‌درمانی از کمک‌بی‌برنامه یا غیررسمی موثرتر است.
 - یک شکل روان‌درمانی معمولاً در تمام اختلالات از شکل‌های دیگر آن اثربخش‌تر نیست.
 - مراجعانی که بهبود آغازین نشان می‌دهند، این بهبود را ادامه خواهند داد.
- قابلیت درمانگر می‌تواند از همتاسازی نژادی، طبقاتی، و جنسیتی بیماران و درمانگران مهم‌تر باشد.

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

تجربه‌های همزمان بیمار خارج از جلسات، در تعیین وقوع یا عدم وقوع بهبود موثر است. همچنین وقایع درمان با وقایع بیرون تعامل می‌کند زیرا تغییرات بیمار باعث تغییر واکنش‌های بیرونی به بیمار شده که می‌تواند تغییرات درمان را تقویت یا خنثی کند. **بزرگ‌ترین محدودیت همه درمان‌ها در این اتهام بارلو است که می‌گوید بسیاری از روانشناسان به نتیجه‌پژوهی توجه نمی‌کنند.** آنها اشکالات و محدودیت‌های استنباط‌های خود را که بر مبنای تجربه‌هایشان در یک مورد بوده است، در نظر نمی‌گیرند.

آیین‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا

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

پنج اصل عمومی در درمان عبارتند از: سودمندی و زیان‌بار نبودن، وفاداری و مسئولیت‌پذیری، صداقت، عدالت، احترام به حقوق و شان مردم. چهار دغدغه اخلاقی که برای روان‌درمانگران بیشترین اهمیت را دارد و گاهی به آن چهار سوار کار اخلاق حرفه‌ای می‌گویند عبارتند از: رازداری، صلاحیت، رضایت آگاهانه، تضاد منافع.

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

فرآیندهای تغییر ::

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

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

● افزایش آگاهی

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

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

● تخلیه هیجانی (catharsis)

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

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

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

● انتخاب

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

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

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

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

● محرک‌های شرطی

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

می‌توانیم نحوه‌ای که به محرک‌های خاص پاسخ می‌دهیم را تغییر دهیم. تغییر دادن رفتارمان به محرک‌ها، **شرطی‌سازی تقابلی** (counterconditioning)

نامیده می‌شود. شرطی‌سازی تقابلی یادگیری انجام یک چیز سالم متضاد است (مثل آرمیدگی به جای اضطراب). می‌توان محیط را طوری تغییر داد که احتمال وقوع محرک‌ها را به حداقل برسانیم. تغییر دادن محیط مستلزم **کنترل محرک** است، یعنی اجتناب کردن از یا حذف کردن نشانه‌های محیطی که رفتارهای مشکل‌آفرین را ایجاد می‌کنند (مثل دوری از محرک‌های سیگار کشیدن).

● کنترل وابستگی

از نظر بسیاری از رفتاردرمانگران، رفتار توسط پیامدهایش کنترل شود. پاسخی که تقویت می‌شود افزایش و پاسخی که تنبیه می‌شود کاهش می‌یابد. همان‌گونه که اسکینر نشان داد، تغییر دادن وابستگی‌هایی که بر رفتار حاکم هستند غالباً به تغییر رفتار منجر می‌شود. اینکه پیامدهای تقویت‌کننده یا تنبیه‌کننده تا چه اندازه رفتار را کنترل کنند به چند متغیر بستگی دارد از جمله فوریت، برجستگی، و برنامه پیامدها. از دیدگاه انسان‌گرایی و شناختی-رفتاری، ارزشی که فرد برای پیامدهای خاصی قائل است نیز در کنترل وابستگی اهمیت دارد. اگر تغییرات در رفتار به وسیله تغییر دادن وابستگی‌ها در محیط صورت گیرد، آن را **مدیریت وابستگی** می‌خوانیم. در این حالت رفتارهای خوشایند تقویت و رفتارهای ناخوشایند تنبیه می‌شود. تغییر دادن پاسخ‌های خود به پیامدها بدون تغییر دادن وابستگی‌ها، **ارزیابی مجدد** نامیده می‌شود. در اینجا پیامد تغییری نکرده است، اما معنای شخصی که فرد به پیامد می‌دهد تغییر می‌کند.

● یکپارچه کردن فرایندهای تغییر

فرایندهای افزایش آگاهی، تخلیه هیجانی و انتخاب، بیانگر محور روان‌درمانی‌های بینشی سنتی، از جمله روان‌کاوی، وجودی و انسان‌گرایی هستند. این نظام‌های روان‌درمانی عمدتاً روی جنبه‌های ذهنی فرد تمرکز می‌کنند و روی تغییراتی که از درون هدایت می‌شوند تأکید دارند. فرایندهای محرک‌های شرطی و کنترل وابستگی بیانگر محور روان‌درمانی‌های کنشی از جمله گرایش‌های رفتاری، شناختی و سیستمی هستند. این نظام‌ها عمدتاً روی نیروهای بیرونی و محیطی تمرکز می‌کنند که استعداد فرد را برای تغییر هدایت شده از درون محدود کرده‌اند. این فرایندها همان‌هایی هستند که وجودنگرها «سطح عینی‌تر ارگانیزم» می‌نامند. طبق مدل یکپارچه‌نگر، ترکیب فرایندهای آگاهی و کنشی، روان‌درمانی متعادل‌تر و موثرتری را تأمین می‌کند که در راستای ابعاد پیوسته کنترل درونی-بیرونی، عملکرد ذهنی-عینی، و تغییرات خود-محیط پیش می‌رود. در جدول انتهایی فصل فرایندهای تغییر در سطح تجربی و محیطی خلاصه شده است.

:: محتوای درمان

متمایز کردن فرایند از محتوا در روان‌درمانی بسیار اساسی است. نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی به ما می‌گویند **چه چیزی** باید تغییر کند (محتوای درمان)، در حالی که نظریه‌های فرایند به ما می‌گویند **چگونه** تغییر روی می‌دهد (فرایند درمان). نظام‌های روان‌درمانی که نظریه شخصیت ندارند، عمدتاً نظریه‌های فرایند هستند و درباره محتوای درمان مفاهیم از پیش تعیین شده کمی دارند. نظریه‌های رفتاری، یکپارچه‌نگر، سیستمی و متمرکز بر راه‌حل؛ عمدتاً نظریه‌های فرایند هستند که سعی دارند با محدود کردن استفاده از محتوای رسمی، از جنبه‌های منحصربه‌فرد هر مورد بهره‌برداری کنند. نظام‌های دیگری مانند درمان‌های آدلری، وجودی و حساس نسبت به فرهنگ عمدتاً به محتوای درمان می‌پردازند و فرایندهای تغییر را از سایر نظام‌های درمانی اقتباس می‌کنند. پروچاسکا و نورکراس، بر اساس مدل مقایسه‌ای مَدی، به ترکیب و اولویت دادن به مجموعه‌ای از محتواهای درمان پرداخته‌اند. انواع محتوای درمان عبارتند از:

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

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

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

سوالات کنکور سراسری

- محرمانه بودن مطالب مطرح شده در جلسات درمان در کدام مورد اهمیت بیشتری دارد؟ (سال ۸۱)
 - مشاوره (۲) بازآموزی (۳) روان‌کاوی (۴) روان‌درمانی حمایتی
- اخیراً چهارچوب‌های نظری روان‌شناسی بالینی چه نامیده می‌شوند؟ (سال ۸۳)
 - مدل (۲) رویکرد (۳) رویکرد (۴) پارادایم
- کدام یک از روان‌شناسان زیر معتقد است که روان‌درمانگری در واقع تاثیری کم و گذرا دارد؟ (سال ۸۴)
 - ولپی (۲) کاتل (۳) آیزنک (۴) آلپورت
- وقتی به افراد اجازه داده می‌شود که احساسات خود را بیرون بزنند، از لحاظ روان‌درمانگری نامیده می‌شود. (سال ۸۴)
 - پالایش (۲) برون فکنی (۳) درون فکنی (۴) باطل‌سازی
- تحقیقات انجام شده اخیر در مورد نقش فرهنگ در تجارب بالینی نشان داده‌اند که: (سال ۸۶)
 - فرهنگ مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.
 - تجارب بالینی مستقل از عوامل فرهنگی است.
 - تفاوت فرهنگی بین درمانگر و مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.
 - تشابه فرهنگی بین درمانگر و مراجع با اثربخشی درمان رابطه دارد.
- کدام مفهوم با مفهوم روان‌درمانی رابطه بیشتری دارد؟ (سال ۸۷)
 - احساس (۲) ادراک (۳) انگیزش (۴) یادگیری
- در مصاحبه بالینی یا روان‌درمانی وقتی دامنه مشکلات مراجع مشخص می‌گردد مصاحبه‌گر ساختار مصاحبه را از مرحله برقراری ارتباط باید به کدام یکی از مراحل سوق دهد؟ (سال ۸۹)
 - تعریف هدف درمان (۲) تدوین برنامه درمان (۳) تعریف دقیق مشکل (۴) اولویت‌بندی
- در روان‌شناسی بالینی درمان معمولاً چگونه شروع می‌شود و چگونه پیش می‌رود؟ (سال ۸۹)
 - با تشخیصی که داده می‌شود شروع می‌شود و براساس شدت بیماری پیش می‌رود.
 - با رابطه‌ای در طول مصاحبه به وجود می‌آید شروع می‌شود و براساس آن پیش می‌رود.
 - متناسب با درخواست بیمار شروع می‌شود و براساس توان او پیش می‌رود.
 - بر اساس پرونده بیمار شروع می‌شود و متناسب با موقعیت پیش می‌رود.

- (۹) مفهوم مداخله بالینی کدام است؟ (سال ۹۰)
- (۱) استفاده از روان‌درمانی برای حل تعارض‌های درونی مراجع
- (۲) بهره‌بردن از روان‌درمانی فردی یا گروهی برای تغییر رفتار مراجع
- (۳) توسل به بازپروری روانی و اجتماعی برای تغییر رفتار مراجع
- (۴) تغییر دادن رفتار، افکار، احساسات مراجع به صورت عمدی و به شیوه مثبت
- (۱۰) در صورت پرخاشگری کلامی مراجع نسبت به درمانگر، بهتر است که درمانگر به چه شیوه‌ای رفتار کند؟ (سال ۹۲)
- (۱) رام کردن بیمار و ارجاع او به یک متخصص دیگر
- (۲) مقابله به مثل
- (۳) قرار دادن خود به عنوان هدفی برای تخلیه هیجانی مراجع
- (۴) کنار کشیدن از برخورد مستقیم با موضوع و تحلیل دلایل
- (۱۱) کدام عامل درمانی، بیشترین نقش را در موفقیت درمان دارد؟ (سال ۹۳)
- (۱) بینش (۲) مهارت‌یابی (۳) تخلیه هیجانی (۴) اتحاد درمانبخش بیمار و درمانگر
- (۱۲) بزرگ‌ترین محدودیت واقعی در کار درمانی از نظر بارلو چیست؟ (سال ۹۳)
- (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؟ (سال ۹۵)
- (۱) اضافه وزن (۲) اعتیاد به الکل (۳) اختلال وحشت‌زدگی (۴) اختلال استرس پس از ضربه
- (۱۴) اتحاد درمانی شامل کدام مولفه‌ها می‌شود؟ (سال ۹۸)
- (۱) همدلی و تخصص درمانگر
- (۲) همدلی و گرایش نظری درمانگر
- (۳) پیوندهای هیجانی و درک متقابل
- (۴) تلاش بیمار و نوع اختلال
- (۱۵) تسلط شناختی جزو کدام دسته از عوامل مشترک درمان بر اساس رویکردهای مختلف روان‌درمانی است؟ (سال ۹۸)
- (۱) ذهنی (۲) یادگیری (۳) حمایتی (۴) عملی

پاسخ تشریحی

۱) گزینه ۳

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

۲) گزینه ۴

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

۳) گزینه ۳

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

۴) گزینه ۱

پلاپیش 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 قابل‌تر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. همه ویژگی‌های روان‌درمانی می‌تواند راه‌تأثیرگذاری 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 مفهوم بندی 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 به پیش می‌روند. مرحله اول هر درمانی، ایجاد یک رابطه مناسب است که درمان بر اساس آن پیش خواهد رفت.

۹) گزینه ۴

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

۱۰) گزینه ۴

هیچ کدام از گزینه‌ها قطعاً واکنش مناسبی در برابر پرخاشگری بیمار نیست! درمانگر نباید با پرخاشگری کلامی بیمار برخورد مستقیم داشته باشد اما باید آن 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 همه درمان‌ها در این اتهام بارلو است که می‌گوید بسیاری از روان‌شناسان به نتیجه‌پژوهی توجه نمی‌کنند. آنها اشکالات و محدودیت‌های استنباط‌های خود را که بر مبنای تجربه‌هایشان در یک مورد بوده است، در نظر نمی‌گیرند. (گرچه گزینه ۴ ناقص است و آخر عبارت جا افتاده است، اما منظور طراح همین گزینه بوده است!).

۱۳) گزینه ۳

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

۱۴) گزینه ۳

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

۱۵) گزینه ۴

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

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

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

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