

## :. به نام بی نام او .:

### مقدمه

درس نظریه‌های روان‌درمانی یکی از مهمترین دروس برای دانشجویان روان‌شناسی است، چرا که از یک دانشجوی روان‌شناسی به ویژه در مقطع کارشناسی ارشد و گرایش روانشناسی بالینی انتظار می‌رود با انواع رویکردهای درمانی آشنا بوده و بتواند کاربردها و فنون مختلف هر رویکرد را در درمان اختلالات بیان نماید. به همین جهت این درس همیشه یکی از درس‌های حاضر در آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری وزارت بهداشت است. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به ۸۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش‌های سایت مراجعه نمایید). جزوه روان‌درمانی ویژه وزارت بهداشت کیهان، حالا برای کنکور اخیر با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده‌تر شود.

### تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش این جزوه، برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با آخرین کنکور در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم‌حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم.

### با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوه روان‌درمانی کیهان به ۸۵ درصد از سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه‌های تک‌رقمی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۷۰ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
۲. این مجموعه توسط رتبه برترهای روانشناسی خانم بی طرفان و خانم پور ابراهیم تهیه و ویرایش شده است.
۳. این مجموعه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پور ابراهیم رتبه ۱۱. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد پیش رو کاملاً به‌روزرسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

"با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان"

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

## :. آشنایی با مجموعه کیهان .:

### درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه‌های برتر روان‌شناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت‌های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه‌ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذقی رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

### درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه‌ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه‌های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

:. کیهان متعلق به شماست، پس برای ارتقاء روزبه روز خدمات آن به ما بازخورد دهید .:

# مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی

## از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.
۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدف‌تان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدف‌تان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید، آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.
۳. آمادگی ذهنی: حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
۴. ابزارهای کل‌آمد: منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
۵. مطالعات منسجم: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.
۶. نظارت و ارزیابی: مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

## فهرست

### صفحه

### عنوان

۳.....	فصل اول: مقدمه و مرور کلی.....
۸.....	فصل دوم: مشاور: انسان و متخصص بالینی.....
۱۲.....	فصل سوم: مسایل اخلاقی در کاربست مشاوره.....
۱۶.....	فصل چهارم: رفتارهای نابهنجار و آسیب‌های روانی.....
۲۲.....	فصل پنجم: درمان روانکاوی.....
۳۵.....	فصل ششم: درمان آدلری.....
۴۵.....	فصل هفتم: درمان وجودی.....
۵۶.....	فصل هشتم: درمان فردمدار.....
۶۴.....	فصل نهم: درمان میان فردی.....
۶۶.....	فصل دهم: درمان گشتالتی.....
۷۷.....	فصل یازدهم: رفتاردرمانی.....
۹۱.....	فصل دوازدهم: درمان شناختی رفتاری.....
۱۰۶.....	فصل سیزدهم: واقعیت درمانی.....
۱۱۴.....	فصل چهاردهم: درمان فمینیستی.....
۱۲۳.....	فصل پانزدهم: رویکردهای پُست مدرن.....
۱۳۲.....	فصل شانزدهم: نظریه سیستم‌های خانواده.....
۱۴۴.....	فصل هفدهم: درمان سیستمی.....
۱۵۱.....	فصل هجدهم: رویکرد یکپارچه نگر.....
۱۶۳.....	سوالات درس نظریه‌های شخصیت و روان‌درمانی در کنکور ۱۴۰۱.....
۱۶۵.....	پاسخنامه درس نظریه‌های شخصیت و روان‌درمانی در کنکور ۱۴۰۱.....
۱۶۷.....	منابع.....
۱۶۸.....	منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط.....

# بخش اول:

## مسائل اساسی در

### کاربرد مشاوره

## فصل اول: مقدمه و مرور کلی

روان‌درمانی فرایند همکاری بین دو نفر است که هر دوی آنها مکلف به تغییر کردن از طریق کار درمانی هستند. این فرایند در بهترین حالت، فرایندی مشارکتی است که در آن، درمانگر و درمانجو راه‌حلی را برای مشکلات پیدا می‌کنند. درمانگران می‌توانند از طریق فرایند گفتگوی صادقانه با درمانجویان، به بهبودی آنها کمک کنند (به جای تغییر، توصیه‌ی فوری یا حل مشکلات آنها). اینکه درمانگر چه نوع آدمی است مهمترین عامل تأثیرگذار بر درمانجوست که به ایجاد تغییر در او کمک می‌کند. شاید مهمترین خصوصیت درمانگر کارآمد، کیفیت حضور او باشد. واکنش‌های درمانگران به درمانجویان، از جمله مطرح کردن این نکته که چقدر تحت تأثیر رابطه با آنها قرار دارند، مفیدترین کاتالیزور در فرایند درمان است.

بیشتر رویکردها، روش‌هایی را تدارک دیده‌اند که همکاری بین درمانگر و درمانجو را می‌طلبند و کار درمانی را به صورت مسئولیت مشترکی در می‌آورند. این رابطه‌اشتراکی، همراه با آموزش دادن روش‌هایی به درمانجویان برای اینکه آنچه را که در درمان یاد می‌گیرند در زندگی روزمره خود به کار برند، آنها را برای پذیرفتن موضعی فعال در زندگی‌شان، قدرتمند می‌کند. تکلیف‌خانگی می‌تواند به درمانجویان کمک کند تا آنچه را که در درمان یاد می‌گیرند، در عمل پیاده کنند.

اجرا کردن فنون برای درمانجویان بدون توجه به متغیرهای رابطه، بی نتیجه است. فنون نمی‌توانند جایگزین تلاش جدی برای برقرار کردن رابطه سازنده درمانجو - درمانگر باشند.

**تبیین مدل زیست‌شناسی:** مشکلات روانی را ناشی از فرآیندهای موجود در دستگاه عصبی مرکزی (CNS) می‌داند؛ مثال: اسکیزوفرنی معلول افزایش شدید دوپامین است.

**مدل بیماری‌پذیری - استرس:** یک مدل سبب‌شناختی کلی‌تر و جدیدتر است که انواع دیدگاه‌های نظری را در خود جای می‌دهد. مدل بیماری‌پذیری - استرس به یک مکتب فکری خاص تعلق ندارد و عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی را در خود جای می‌دهد. منظور از بیماری‌پذیری، آسیب‌پذیری در برابر اختلال یا داشتن زمینه برای ابتلا به آن اختلال است. بیماری‌پذیری می‌تواند زیست‌شناختی یا روان‌شناختی باشد. بیماری‌پذیری شرط لازم ایجاد اختلال روانی است نه شرط کافی آن. در کنار بیماری‌پذیری، استرس محیطی نیز لازم است. عوامل استرس‌زا می‌توانند زیست‌شناختی (مثل سوء تغذیه) یا روان‌شناختی باشند. بیماری‌پذیری و استرس هر دو برای ایجاد اختلال ضروری هستند.

**درمان روانکاوی** عمدتاً بر بینش، انگیزش ناهشیار و بازسازی شخصیت استوار است.

**درمان‌های تجربی و رابطه‌گرا:** رویکرد وجودی، رویکرد فرد مدار، درمان گشتالتی

**رویکرد فردمدار،** که از فلسفه انسان‌گرایی سرچشمه گرفته است، روی نگرش‌های اساسی درمانگر تأکید می‌کند. این رویکرد معتقد است که کیفیت رابطه درمانجو - درمانگر، عامل تعیین‌کننده اصلی نتایج فرایند درمانی است. از لحاظ فلسفی، این رویکرد فرض می‌کند که درمانجویان بدون مداخله فعال و رهنمود درمانگر، توانایی هدایت کردن خود را دارند.

**درمان‌های کنشی یا عمل‌گرا،** واقعیت‌درمانی، رفتار‌درمانی، رفتار‌درمانی عقلانی-هیجانی و درمان‌شناختی را در بر می‌گیرند. همه اینها بر تبدیل کردن بینش‌ها به عمل رفتاری تأکید دارند.

**دیدگاه سیستم‌ها** شامل درمان فمینیستی و خانواده درمانی است. رویکرد سیستمی بر اهمیت شناختن افراد در بستر محیط پیرامون که بر رشد آنها تاثیر می‌گذارد تاکید دارد.

**رویکردهای پست مدرن:** سازه‌نگاری اجتماعی، درمان کوتاه مدت راه حل مدار و قصه درمانی این رویکردهای جدیدتر فرض می‌کنند که واقعیت واحدی وجود ندارد و واقعیت از طریق تعامل انسان به صورت اجتماعی ساخته می‌شود.

**درمان آدلری:** ردولف دریکورس این رویکرد را در ایالات متحده عمومیت بخشید. درمانگران آدلری بر معنی، هدف‌ها، رفتار هدفمند، عمل هشیار، احساس تعلق، و علاقه اجتماعی تمرکز می‌کنند.

**درمان وجودی:** این مدل بر کیفیت رابطه درمانی شخص با شخص تمرکز دارد. رویکرد وجودی بر این موضوع تاکید می‌کند که انسان کامل بودن چه معنایی دارد. این رویکرد موضوعات خاصی را مطرح می‌کند که بخشی از وضعیت انسان هستند، مانند آزادی و مسئولیت، اضطراب، احساس گناه، آگاهی از منتهای بودن، آفریدن معنی در زندگی و شکل دادن آینده خود با تصمیم‌گیری‌های موثر. این رویکرد، مکتب درمانی یکپارچه‌ای نیست که نظریه‌ای روشن و یک رشته فنون منظم داشته باشد. بلکه، این رویکرد نوعی فلسفه مشاوره است که بر روش‌های مختلف شناختن دنیای ذهنی فرد تاکید می‌کند.

رویکرد تجربی دیگر، **درمان گشتالتی** است که دامنه‌ای از تجربیات را ارائه می‌دهد تا به درمانجویان کمک کنند از آنچه در زمان حال تجربه می‌کنند، آگاه شوند. درمانگران گشتالتی، برخلاف درمانگران فرد مدار، نقش فعالی را اختیار کرده، اما از رهنمودهایی که درمانجویان نشان می‌دهند پیروی می‌کنند. این رویکردها بر هیجان به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تغییر تاکید می‌کنند و در واقع، آنها را می‌توان درمان‌های هیجان مدار دانست. درمان گشتالتی بر آگاهی و انسجام تاکید دارد. این رویکرد، عملکرد بدن و ذهن را ادغام می‌کند.

**واقعیت درمانی:** بنیانگذار: ویلیام گلاسر. این رویکرد کوتاه مدت بر زمان حال تمرکز دارد و بر توانمندی‌های فرد تاکید می‌کند. واقعیت درمانی بر رفتار جاری درمانجویان تمرکز کرده و بر برنامه ریزی‌های روشن برای رفتارهای تازه تاکید می‌کند.

**رویکردهای پست مدرن:** واقعیت واحدی وجود ندارد؛ بلکه باور بر این است که واقعیت به صورت اجتماعی، از طریق تعامل انسان ساخته می‌شود. این رویکردها باور دارند که درمانجو در زندگی خود آدم خبره‌ای است.

### مروری بر مدل‌های مشاوره امروزی

**درمان روان‌کاوی:** بنیانگذار: زیگموند فروید. نظریه رشد شخصیت، فلسفه ماهیت انسان و روش روان‌درمانی که بر عوامل ناهشیاری که رفتار را برانگیخته می‌کنند، تمرکز دارد. به رویدادهای ۶ سال اول زندگی به عنوان عوامل تعیین کننده رشد بعدی شخصیت توجه شده است. روان‌کاوی امروزی (روان‌پویشی): در این رویکرد نسبت به روان‌کاوی کلاسیک ارتباط گیری با مراجع بیشتر مطرح است و موضع لوح سفید درمانگر در آن خیلی مطرح نیست و طول مدت آن نیز به نوع کلاسیک کوتاه تر است.



**درمان آدلری:** بنیانگذار: آلفرد آدلر، شخصیت اصلی: بعد از آدلر، رودلف دریکورس این رویکرد را در ایالات متحده عمومیت بخشید. این رویکرد نوعی مدل رشد است که بر پذیرفتن مسئولیت، آفریدن سرنوشت خویشتن و یافتن معنی و هدفها برای ساختن زندگی هدفمند تأکید دارد. مفاهیم اصلی آن در اغلب درمان‌های رایج دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند. مفاهیم اصلی در درمان و نظریه آدلری: علاقه اجتماعی و احساس یگانگی است.

### درمان‌های تجربی و رابطه‌گرا

**درمان وجودی:** شخصیت‌های اصلی: ویکتور فرانکل، رولو می، و ایروین یالوم. این رویکرد علیه گرایش به در نظر گرفتن درمان به عنوان سیستمی که از فنون تعیین شده تشکیل شده است واکنش نشان می‌دهد و روی بنا کردن درمان بر اساس شرایط اساسی وجود انسان، مانند حق انتخاب، آزادی و مسئولیت شکل دادن زندگی و حق تعیین سرنوشت تأکید می‌کند. این مدل بر کیفیت رابطه درمانی انسان با انسان تمرکز می‌کند.

**درمان فردمدار:** بنیانگذار، کارل راجرز، شخصیت اصلی: ناتالی راجرز، این رویکرد در طول دهه ۱۹۴۰ به عنوان واکنشی بی‌رهنمود علیه روانکاوی شکل گرفت. این رویکرد براساس دیدگاه ذهنی از تجربه انسان، به درمانجو ایمان دارد و مسئولیت رسیدگی کردن به مشکلات و نگرانی‌ها را به او می‌دهد. در درمان فردمدار شرط لازم و کافی درمان ارتباط است.

**درمان گشتالتی:** بنیانگذاران: فریز و لورا پرلز، شخصیت‌های اصلی: میریام واروینگ پولستر، این رویکرد که درمان تجربی است بر آگاهی و انسجام تأکید دارد؛ به عنوان واکنشی علیه درمان تحلیلی به وجود آمد. عملکرد بدن و ذهن را ادغام می‌کند.

### رویکردهای شناختی - رفتاری

**رفتاردرمانی:** شخصیت‌های اصلی: بی اف. اسکینر، آرنولد لازاروس، و آلبرت بندورا. این رویکرد، اصول یادگیری را در حل مشکلات رفتاری خاص به کار می‌برد. نتایج در معرض آزمایش مستمر قرار می‌گیرند. روش‌های این رویکرد همیشه در معرض اصلاحات قرار دارند. فرض مهم در رویکرد رفتاردرمانی این است که رفتار آموخته می‌شود لذا آموزش و یادگیری اصول مهمی در این نوع از درمان است.

**درمان شناختی - رفتاری:** شخصیت اصلی: آرون تی، بک درمان شناختی را پایه‌ریزی کرد که نقش اصلی را برای تفکر به صورتی که بر رفتار تأثیر می‌گذارد قایل است؛ ژودیت بک به گسترش دادن درمان شناختی - رفتاری ادامه می‌دهد، دونالد مایکنام عامل برجسته‌ای در شکل‌گیری درمان شناختی - رفتاری است.

در درمان رفتاری-شناختی ماکنابم پایه گذار بررسی تاثیر گفتوگوی درونی با خویش است لذا تغییر را در گروه تغییر نحوه گفت و گو و در وهله اول با خود می‌داند.

**نکته!** ایس به نوعی پدربزرگ درمان شناختی-رفتاری محسوب می‌شود.

**رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی:** شخصیت اصلی: آلبرت ایس رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی را پایه‌ریزی کرد که مدل درمان بسیار آموزشی، شناختی، و عملی‌گراست که بر نقش تفکر و نظام‌های عقیدتی به عنوان علت مشکلات شخصی تأکید می‌کند.

**واقعیت درمانی:** بنیانگذار: ویلیام گلاسر، شخصیت اصلی: رابرت و بولدینگ. این رویکرد کوتاه مدت بر نظریه انتخاب استوار است و بر مسئولیت‌پذیری درمانجو در زمان حال تأکید دارد. درمانجو از طریق فرایند درمانی، می‌تواند روش‌های مؤثرتری را برای برآورده کردن نیازهای خودش یاد بگیرد.

### رویکردهای سیستمی و پُست‌مدرن

**درمان فمینیستی:** این رویکرد در نتیجه تلاش‌های چند زن، که جین بیکر میلر، کارولین زرب انس، اولیوا اسپین، و لورا براون از جمله آنها هستند، به وجود آمد. مفهوم اساسی، نگرانی در مورد سرکوب روان شناختی زنان است. این رویکرد با تمرکز کردن بر محدودیت‌های جایگاه اجتماعی - سیاسی

زنان، شکل‌گیری هویت، خود‌پندارد، هدف‌ها و آرزوها و سلامت هیجانی زنان را بررسی می‌کند. طبق دیدگاه فمینیستی مسائل شخصی سیاسی است لذا برای رفع و درمان موضوعات باید تغییرات وسیع و در سطح جامعه صورت بگیرد.

**نکته!** درمان فمینیستی مختص درمانجویان زن نیست و برای تمام گروه‌ها کاربرد دارد.

**رویکردهای پُست‌مدرن:** چند شخصیت اصلی با شکل‌گیری این رویکردهای گوناگون به درمان ارتباط دارند. استیو دِ شازر و اینسو کیم برگ، پایه‌گذاران مشترک درمان کوتاه مدت راه حل مدار هستند. مایکل وایت و دیوید اپستون شخصیت‌های اصلی مرتبط با قصه درمانی هستند سازه‌نگری اجتماعی، درمان کوتاه مدت راه حل مدار و قصه درمانی همگی فرض می‌کنند که واقعیت واحدی وجود ندارد؛ بلکه باور بر این است که واقعیت به صورت اجتماعی، از طریق تعامل انسان ساخته می‌شود. این رویکردها معتقدند که درمانجو کارشناس زندگی خودش است.

**درمان سیستم‌های خانواده:** چند شخصیت مهم پیشگام رویکرد سیستم‌های خانواده بوده‌اند که آلفرد آدلر، موری بوئن ویرجینیا ستیر، کارل ویتاگر، سالوادور مینوچین، جی هیلی، و کلومادانس از جمله آنها هستند. این رویکرد سیستمی بر این فرضوی استوار است که مسئله مهم در تغییر دادن فرد، شناختن خانواده و کارکردن روی آن است.

**نکته!** نخستین شخصی که به بررسی سیستمی خانواده پرداخت آدلر بود.

## سوالات طبقه بندی شده فصل اول

۱- کدام یک از موارد زیر، از درمان‌های کنشی "Action Therapies" بشمار نمی‌آید؟ (۹۳)

۱) رویکرد فردمدار Person – centered approach      ۲) رفتار درمانی Behavior therapy

۳) درمان شناختی Cognitive therapy      ۴) واقعیت درمانی Reality therapy

## پاسخنامه سوالات طبقه بندی شده فصل اول

۱. گزینه «۱» صحیح است.

درمان‌های کنشی، واقعیت درمانی، رفتار درمانی، رفتار درمانی عقلانی - هیجانی، و درمان شناختی را دربرمی‌گیرند. رویکرد فردمدار جزء درمان‌های کنشی به حساب نمی‌آید.

## فصل دوم: مشاور: انسان و متخصص بالینی

ویژگی‌های انسانی و تجربیاتی را که بر ما تأثیر گذاشته‌اند یکی از نیرومندترین عوامل تعیین کننده مواجهه درمانی است. میزان شادابی و سلامت روانی مشاور متغیرهای مهمی هستند که نتیجه مشاوره و درمان را تعیین می‌کنند. مشاوره یادگیری عمیق است. اگر ما در پس نقش حرفه‌ای مان پنهان شویم، درمانجویی ما احتمالاً خود را از ما پنهان خواهد کرد. اگر ما فقط برای مهارت فنی تلاش کنیم و واکنش‌های خودمان و خویش‌نما را از کارمان حذف کنیم، نتیجه آن احتمالاً مشاوره بی حاصل است. اصالت ما می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر رابطه ما با درمانجویانمان داشته باشد. اگر ما با پرداختن به افشای خود مناسب، اصالت را الگو قرار دهیم، درمانجویان ما نیز تمایل خواهند داشت با ما صادق باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که مرکزیت شخص درمانگر، عامل اصلی در درمان موفقیت آمیز است.

**ویژگی‌های مشاوران کارآمد:** هویت دارند، برای خودشان احترام قائلند و به خود ارج می‌نهند. می‌توانند قدرت خود را تشخیص دهند و آن را بپذیرند. (احساس شایستگی)، آماده تغییر کردن هستند، تصمیماتی می‌گیرند که زندگی آنها را شکل می‌دهند، احساس شادابی می‌کنند و تصمیم‌گیری‌های آنها حیاتبخش هستند. آنها خود را نسبت به زندگی کردن کامل، به جای وجود داشتن صرف، متعهد می‌دانند؛ اصیل، صادق و روراست هستند؛ شوخ طبع هستند؛ گاهی مرتکب اشتباه می‌شوند و مایلند آنها را بپذیرند؛ کلاً در زمان حال زندگی می‌کنند؛ از تأثیر آگاهند؛ صادقانه به رفاه دیگران علاقه دارند؛ عمیقاً درگیر کارشان می‌شوند و در آن معنی پیدا می‌کنند؛ می‌توانند مرزهای سالم را حفظ کنند. گرچه آنها تلاش می‌کنند کاملاً به درمانجویان خود خدمت کنند، اما مشکلات آنها را هنگام فراغت با خود به همراه نمی‌برند. درمانجو برای شخصیت مراجع اهمیت بیشتری قائل است تا روش درمانی او در نتیجه فنون به تنهایی اهمیت محدودی دارند.

**نکته!** عامل اصلی در موفقیت درمانی، عوامل موقعیتی است.

**درمان شخصی برای مشاور:** یالوم (۲۰۰۳) قویاً توصیه می‌کند که کارآموزان به درمان شخصی خود بپردازند و اظهار می‌دارد که این مهمترین بخش آموزش روان‌درمانی است. بارزترین وسیله درمانگر، خودش است. دلیل اصلی برای اینکه دانشجویان باید تحت نوعی روان‌درمانی قرار بگیرند این است که به آنها کمک شود تا پرداختن به انتقال متقابل را یاد بگیرند. مشاوران با شرکت کردن در درمان شخصی، می‌توانند از صدمه زدن انتقال متقابل آینده خود به درمانجویان جلوگیری کنند. درمانگر نباید در دو حد افراط بدون ارزش و تحمیل ارزش به درمانجو، موضع بگیرد و آگاه باشد که چگونه عقاید و ارزش‌ها به مداخله تأثیر می‌گذارند. بهترین تمرکز روی فرایند خودکاوی، بررسی کردن این نکته است که چگونه ارزش‌های شما بر کارتان در مقام مشاور تأثیر می‌گذارند.

اهمیت تحت درمان قرار گرفتن مشاورین (روان‌درمانگران) از این حیث است که:

- روان‌درمانی برای آنها نوعی کارآموزی و کسب تجربه است.
- سبب کاهش استرس آنان در موقعیت‌های بالینی می‌شود.
- و مهارت‌های میان فردی آنها را افزایش می‌دهد.
- مزیت عمده آن نیز جلوگیری از صدمه انتقال متقابل است. اهمیت خودکاوی درمانگران به ارزش‌های درمانی که دارند منتقل می‌شود.

**نقش ارزش‌ها در درمان:** مداخله‌های درمانی ما بر ارزش‌هایمان استوار هستند. وظیفه درمانگران و مشاوران این است که به افراد کمک کنند پاسخ‌هایی را پیدا کنند که با ارزش‌های آنها بسیار همخوان باشند. مشاوران ارزش‌های خود را با هدف‌ها و روش رسیدن به آنها در درمان، انتقال می‌دهند.

درمان باید با بررسی هدف‌های درمانجو شروع شود. برای تمرکز بر هدف‌های درمانجو یا فقدان آنها می‌توان از مصاحبه آغازین استفاده کرد. تعیین هدف درمان بر عهده درمانجوست منتها بعضاً درمانجویان خود هیچ هدفی ندارند و اینجا تعیین خط مشی درمان بر عهده روان‌درمانگر است. اگر درمانگر سعی داشته باشد درمانجو را از قبل شروع درمان بشناسد از فرصت فعال شدن در درمان شخص جا می‌ماند.

**مسئولیت پذیری در درمان:** تقریباً همه نظریه‌ها موافق هستند که مسئولیت تعیین کردن این اهداف عمدتاً به عهده درمانجوست و درمانگر با پیش‌روی درمان، با درمانجو در تعیین آنها همکاری می‌کند.

تعیین کردن اهداف به طور جدایی ناپذیری با ارزش‌ها ارتباط دارد.

### شایستگی درمانگران:

جنبه‌های قابلیت یا شایستگی چند فرضی درمانگران سه زمینه را دربردارند:

- عقاید و نگرش‌ها
- دانش
- مهارت

**فرهنگ در درمان:** وارد کردن فرهنگ به فرایند درمان، به کار کردن با درمانجویان دارای پیشینه فرهنگی یا قومی خاص محدود نمی‌شود. در عوض، ضرورت دارد که درمانگران دیدگاه و پیشینه هر درمانجو را به حساب آورند.

غالباً به خاطر تفاوت‌هاست نه مشابهت‌ها که برای بررسی کردن کاری که انجام می‌دهیم به چالش طلبیده می‌شویم. (در مشاوره)

برای اینکه مشاور چندفرهنگی کارآمدی شوید به زمان، مطالعه، و تجربه نیاز دارید. حساسیت به تفاوت‌های فرهنگی وظیفه اخلاقی درمانگر است.

فرهنگ صرفاً قوم و نژاد را شامل نمی‌شود بلکه جنس، مذهب، سن، موقعیت اجتماعی، جهت‌گیری جنسی، توانمندی‌ها را نیز دربرمی‌گیرد.

درمانگر چند فرهنگی شدن فرایند جاریست و مشاور چندفرهنگی شدن به زمان، تجربه و مطالعه بستگی نیاز دارد.

**نکته!** تفاوت فرهنگ پذیری افراد در خانواده از سری مشکلات شایع در تعارض‌های خانوادگیست.

**مسائل درمانگران تازه‌کار:** مسایلی که درمانگران تازه کار با آنها روبرو می‌شوند: حل و فصل کردن اضطراب خودمان و اینکه در مورد خودمان تردید داشته باشیم کاملاً طبیعی است؛ مهم این است که چگونه آن را حل و فصل کنیم.

**بهتر است:** خودمان باشیم و خویشتن را برملا کنیم. از کمال‌گرایی پرهیز کنیم. شاید یکی از رایج‌ترین عقاید خودشکن درمان‌گران تازه کار که با آن به خود فشار می‌آوریم این باشد که باید کامل باشیم. در مورد نقاط ضعف خود روراست باشیم. ما واقعاً نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم که در مورد هر درمانجویی موفق باشیم. ما هرگز نمی‌توانیم با برخی درمانجویان خاصی کار کنیم. زیرا که نمی‌توانیم با آنها احساس نزدیکی کنیم. از سکوت آگاه باشیم. سکوت می‌تواند چندین معنی داشته باشد. امکان دارد درمانجو بی صدا مشغول فکر کردن درباره مسائلی باشد که قبلاً بحث شده‌اند یا مشغول ارزیابی بینش‌هایی باشد که به تازگی کسب کرده است. شاید درمانجو منتظر است که درمانگر صحبت کند و یا ممکن است درمانگر منتظر درمانجو باشد که این کار را انجام دهد. شاید درمانجو یا درمانگر ذهنش منحرف شده یا دل مشغول باشد، یا هیچ کدام در آن لحظه حرفی برای گفتن نداشته باشند. وقتی سکوت می‌شود معنی آن را با درمانجو کاوش کنید.

ما باید به درخواست‌های درمانجویان رسیدگی کنیم. یک راه برای رسیدگی کردن به این درخواست‌های متنوع درمانجویان این است که انتظارات و مرزهای خود را در نخستین جلسه مشاوره یا هنگام اظهارات برملاسازی، روشن کنید. به درمانجویانی که احساس تعهد نمی‌کنند رسیدگی کنیم. باید درمانجویان را به طور غیرارادی آماده روان‌درمانی کرد، در غیر اینصورت با مقاومت رو به رو می‌شویم. ابهام را تحمل کنیم.

**غرق در کار درمان نشویم:** خیلی از درمانگران مبتدی به خاطر ندیدن ثمرات کار خود دچار اضطراب می‌شوند. بهتر است از غرق کردن خود در درمانجویان خودداری کنیم. اشتباه رایج درمانگران مبتدی این است که خیلی در مورد درمانجویان نگران هستند. حالت شوخ طبعی را پرورش دهیم. مسئولیت را با درمانجو تقسیم کنیم.

**از پذیرفتن مسئولیت درمان پرهیز کنیم:** یک اشتباه این است که مسئولیت کامل مسیر و نتایج درمان را برعهده بگیریم. اشتباه دیگر این است که از پذیرفتن مسئولیت ارزیابی‌های دقیق و ترتیب دادن برنامه‌های درمان مناسب برای درمانجویان خود امتناع کنید. خیلی مهم است که نسبت به تلاش‌های درمانجویان برای واداشتن شما به پذیرفتن مسئولیت هدایت کردن زندگی آنها هوشیار باشید. خیلی از درمانجویان به عنوان راهی برای گریختن از اضطراب تصمیم‌گیری توسط خودشان، به دنبال «پاسخ سحرآمیز» می‌گردند.

**از توصیه کردن پرهیز کنیم:** درمانگران به درمانجویان کمک می‌کنند راه حل‌های خودشان را پیدا کنند و آزادی عمل خودشان را تشخیص دهند. نقش خود را به عنوان مشاور تعریف کنید. (تعیین وظیفه خود) **یاد بگیرید فنون را درست به کار ببرید.** فنون درمانی در حالت ایده‌آل باید از رابطه درمانی به وجود آیند و باید آگاهی درمانجو را بالا ببرند یا امکاناتی را برای امتحان کردن رفتاری تازه توصیه کنند. **نکته!** عدم بررسی آمادگی درمانجو ممکن است باعث مقاومت در او شود.

**سبک مشاوره خاص خود را انتخاب کنید.** هیچ راه «درستی» برای اجرا کردن درمان وجود ندارد و انواع گسترده رویکردها می‌توانند مؤثر باشند و نباید از سبک درمانگر یا سرپرست یا مربیان تقلید کرد ولی اقتباس عیبی ندارد.

**به عنوان فرد عادی و در مقام متخصص بالینی شاداب بمانید:** مهمترین وسیله همان فردی است که هستیم، و قوی‌ترین فن ما توانایی ما در الگو قرار دادن شادابی و اصیل بودن است. اگر از عواملی که شادابی شما را به عنوان یک فرد تحلیل می‌برند آگاه باشید، برای جلوگیری از وضعیتی که به فرسودگی حرفه‌ای معروف است در شرایط بهتری قرار می‌گیرید.

**خلاصه:** تمایل به سعی کردن در جهت زیستن مطابق با آنچه به درمانجویان خود آموزش می‌دهید و بنابراین الگوی مثبت بودن برای درمانجویان، همان چیزی است که مشاور را «درمانگر» می‌کند.

### عوامل مؤثر در خودافشایی درمانگر:

- آمادگی درمانجو
- تاثیر خودافشایی

**نکته!** مفیدترین نوع خودافشایی برای زمانی است که درباره مسائل همان جلسه خودافشایی صورت بگیرد.

### نکات تکمیلی فصل:

خطا در جلسه درمان از سوی درمانگر بدین شکل است که خطا را از لحاظ عقلانی می‌توانند بپذیرند اما از نظر هیجانی خطا را جایز نمی‌دانند. غالب درمانجویان قبل از بهبود انگار بدتر شده‌اند و این طبیعی است و تاثیر مثبت درمان بعد خاتمه فرایند درمان ممکن است مشخص شود.

در شوخی که حواس درمانجو را پرت می‌کند و شوخی که موقعیت را بهتر می‌کند درمانگر باید تفاوت قائل شود.

**نکته!** نقش مشاور یکبار و برای همیشه تبیین نمی‌شود و از مشاور انتظار می‌رود در نقش‌های متفاوت عمل کند.

**نکته!** الگو بودن درمانگر (عمل به گفته‌ها و آموخته‌ها) و حضور (بودن) درمانگر را به یک انسان شفابخش تبدیل می‌کند.

## سوالات طبقه بندی شده فصل دوم

## ۱- کدام عبارت صحیح است؟ (تالیفی)

- ۱) جنسیت و سن، جز فرهنگ فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد.  
 ۲) رعایت اصول چندفرهنگی از وظایف حرفه‌ای درمانگر است.  
 ۳) نقش مشاور یک بار و برای همیشه تعیین می‌شود.  
 ۴) مشاوران از لحاظ هیجانی خطا را برای خود جایز می‌دانند.

## پاسخنامه سوالات طبقه بندی شده فصل دوم

- ۱- گزینه «۱» صحیح است. رعایت اصول چندفرهنگی از وظایف اخلاقی درمانگر است؛ نقش مشاور یکبار و برای همیشه تبیین نمی‌شود؛ مشاوران (درمانگران) از لحاظ عقلانی خطا را جایز می‌دانند و از نظر هیجانی جایز نمی‌دانند.

## فصل سوم: مسایل اخلاقی در کاربردی مشاوره

تصمیم‌گیری اخلاقی فرایندی تکاملی است (نه یک بار و برای همیشه حل و تثبیت شده) که ایجاب می‌کند همواره صادق و خودسنج باشید. اصول اخلاقی شیوه فکر کردن درباره بهترین درمانگر شدن است و اصول اخلاقی مثبت به کاربردن حداکثر تلاش است. نیازهای درمانجویان را مقدم بر نیازهای خود بدانید.

بخشی از فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی، آگاهی از منابعی است که وقتی با مسئله‌ای اخلاقی دست به گریبان می‌شوید می‌توانید از آنها استفاده کنید.

Mandatory ethics اصول اخلاقی الزامی (حداقل کاربردی حرفه‌ای)

Aspirational ethics اصول اخلاقی آرمانی (حداکثر کاربردی حرفه‌ای)

### نقش اصول اخلاقی به عنوان کاتالیزور برای بهبود بخشیدن به کاربردی مشاوره

اصول اخلاقی حرفه‌ای چندین هدف دارند. آنها به درمانگران و عامه مردم دربارهٔ مسئولیت‌های این حرفه آموزش می‌دهند. آنها مبنایی را برای پاسخ‌گویی تأمین می‌کنند و درمانجویان از طریق اجرای آنها از شیوه‌های غیراخلاقی مصون می‌مانند. شاید مهمتر از همه این باشد که اصول اخلاقی مبنایی را برای تأمل کردن دربارهٔ کاربردی حرفه‌ای و بهبود بخشیدن به آن فراهم می‌آورند. گرچه تبعیت از قانون بخشی از رفتار اخلاقی است، ولی درمانگر اخلاقی بودن مستلزم چیزی بیشتر از آن است. یکی از بهترین راه‌ها برای جلوگیری از تعقیب شدن قانونی به خاطر سوء کاربردی این است که به درمانجویان احترام بگذاریم، رفاه آنها را کانون توجه قرار دهیم و در چارچوب اصول حرفه‌ای عمل کنیم. هرچه مسائل اخلاقی ظریف‌تر باشند تصمیم‌گیری نیز سخت‌تر است. پختگی حرفه‌ای زمانی حاصل می‌شود که درمانگر اگر موضوعی را نمی‌داند پاسخ را از همکار خود جویا شود.

در کاربرد مسائل اخلاقی در جلسه درمان باید درمانجو را نیز مشارکت داد و یادداشت کردن نحوه دخالت دادن درمانجو و مراحل طی شده در کاربردی اخلاقی ضروری است.

**نکته!** نظارت بر خود توسط درمانگر بهتر است تا یک سازمان او را زیر نظر بگیرد.

**نکته!** رفتار قانونی و اخلاقی همواره یکسان نیست و قانونی عمل کردن بخشی از اخلاقی عمل کردن است.

**حق رضایت آگاهانه:** رضایت آگاهانه لازمهٔ اخلاقی و قانونی و جزء جدانشدنی فرایند درمان است. دادن اطلاعاتی به درمانجویان که برای تصمیم‌گیری آگاهانه به آن نیاز دارند. هر نوع اطلاعاتی در مورد مشاوره و درمان و ... این فرایند آگاه ساختن درمانجو در جلسه اول مشاوره شروع شده و در طول مشاوره ادامه می‌یابد.

چالش بر آورده کردن رضایت آگاهانه، برقرار کردن تعادل بین دادن اطلاعات خیلی زیاد و خیلی کم به درمانجویان است. مشکل در رضایت آگاهانه تعادل بین دادن اطلاعات به شکل کم یا زیاد است و برقراری این تعادل به شهود و مهارت نیاز دارد

**ابعاد محرمانه بودن:** درمانگران برای اینکه مشخص کنند چه موقعی محرمانه بودن را نقض کنند باید مقتضیات مؤسسه‌ای را که در آن کار می‌کنند و درمانجویانی را که به آنها خدمت می‌کنند، در نظر داشته باشند. چون این شرایط (محرمانه بودن) توسط اصول اخلاقی به روشنی تعریف نشده‌اند، درمانگران باید به قضاوت حرفه‌ای خود متکی باشند. به طور کلی، محرمانه بودن را زمانی باید نقض کرد که معلوم شود درمانجویان ممکن است به خود یا دیگران آسیب جدی وارد کنند. در مواردی که سوء استفاده از کودک، سوء استفاده از سالمند و بزرگسالان وابسته مطرح باشد، شرایط قانونی برای نقض کردن محرمانه بودن وجود دارد. ممنوع بودن افشای اطلاعات محرمانه در مورد مشاوره‌های گروهی، کودک و نوجوان، زناشویی و خانوادگی مطرح نیست. میزان محرمانه بودن باید تعیین شود و آگاهی از محدودیت‌های محرمانه بودن از درمان موفقیت آمیز جلوگیری نمی‌کند.



**نکته!** مشاور چندفرهنگی قصد تغییر در جامعه درمانجو را دارد نه تنها تغییر درمانجو.

### چه موقعی درمانگران باید به لحاظ قانونی اطلاعات را گزارش دهند:

- زمانی که درمانگر معتقد باشد که درمانجوی زیر ۱۶ سال قربانی زنا با محارم، تجاوز، سوء استفاده از کودک، یا خلاف‌های دیگر شده است.
- زمانی که درمانگر مشخص کند که درمانجو به بستری شدن نیاز دارد.
- زمانی که اطلاعات در رابطه با دعوی حقوقی باشد.
- زمانی که درمانجویان درخواست کنند که سوابق آنها در اختیار خود آنها یا شخص ثالث قرار گیرند.

**تأثیر فرهنگ:** آیا مشاوره فرهنگ بسته است؟ رویکردهای درمانی امروزی از فرهنگ اروپایی - آمریکایی سرچشمه گرفته‌اند.

**نکته!** مشاور چندفرهنگی قصد تغییر در جامعه درمانجو را دارد نه تنها تغییر درمانجو.

**تأثیر گوش دادن به مراجع:** صرف نظر از اینکه درمانگر چه گرایش نظری‌ای داشته باشد، گوش دادن به درمانجویان و مشخص کردن این نکته که چرا آنها جویای کمک هستند و چگونه می‌توان به بهترین وجه کمکی را در اختیار آنها قرار داد که مناسب حالشان باشد، اهمیت زیادی دارد.

**تأکید بر فرد و عوامل محیطی:** مشاوران افراد را در بستر خانواده و فرهنگ در نظر می‌گیرند و هدفشان تسهیل کردن عمل اجتماعی است. درمانگران چند فرهنگی و خانواده درمانگران معتقدند که کاربری درمان فقط زمانی مؤثر است که به جای سرزنش کردن درمانجو به خاطر شرایطش، مداخله‌ها طوری طراحی شده باشند که عوامل محیطی مشکل آفرین را تغییر دهند. یک نظریه مشاوره کارآمد به عوامل اجتماعی و فرهنگی مشکلات فرد می‌پردازد.

**مسائل اخلاقی در فرایند ارزیابی:** درمان‌های رابطه‌گرا و تجربی تشخیص را به صورت چارچوب داوری بیرونی در نظر می‌گیرند که می‌تواند درمانگر را از شناختن دنیای شخصی و ذهنی درمانجو دور کند.

**ارزیابی عبارت است از** سنجیدن عوامل مربوط در زندگی درمانجو برای مشخص کردن موضوعاتی جهت بررسی بیشتر در فرایند مشاوره. درمانگران رویکردهایی که اصل را ارتباط با درمانجو می‌دانند، ارزیابی را فرع می‌دانند.

### جنبه‌های ارزیابی:

- ذهن
- بدن
- معنویت

**تشخیص:** تشخیص که گاهی بخشی از فرایند ارزیابی است، از مشخص کردن اختلال روانی خاص بر اساس الگوی نشانه‌ها تشکیل می‌شود. هدف از تشخیص در مشاوره و روان‌درمانی، مشخص کردن آشوب‌ها در رفتار جاری و سبک زندگی درمانجوست. یالوم اظهار می‌دارد که تشخیص بینش را محدود می‌کند، توانایی درمانگر را در برقرار کردن رابطه با درمانجو به عنوان یک انسان کاهش می‌دهد و امکان دارد پیشگویی معطوف به مقصود به بار آورد. در تشخیص علت مشکل، طبقه بندی مشکل و راه حل بهبود آن بررسی می‌شود.

**نکته!** تشخیص با مصاحبه پذیرش آغاز می‌شود.

**نکته!** تشخیص از طبقه بندی‌های DSM فراتر می‌رود.

مشکل اخلاقی در تشخیص زمانی مطرح است که تشخیص تنها برای مقاصد بیمه باشد.

**نکته!** درمان و ارزیابی روانی برای درمانگر، اعتبار، شهرت و پول به همراه دارد.

**در نظر داشتن عوامل قومی و فرهنگی در ارزیابی و تشخیص:** خطر رویکرد تشخیصی این است که مشاوران، عوامل قومی و فرهنگی را در حالت‌های خاص رفتار در نظر نگیرند.

فرایند ارزیابی و تشخیص را نمی‌توان از درمان جدا کرد و به طور ایده‌آل، این فرایند به درمانگر کمک می‌کند مورد را درک کند.

دیدگاه کل نگر نقش زمینه معنوی و مذهبی درمانجویان را نیز در شناختن مشکلات آنها در بر دارد. ارزش‌های درمانجویان می‌توانند منابع مهمی برای یافتن راه‌حلهایی جهت مشکلات آنها باشند.

### جنبه‌های اخلاقی کاربری شواهد بنیاد

**کاربری شواهد بنیاد** عبارتست از ادغام بهترین پژوهش موجود با مهارت بالینی در زمینه ویژگی‌ها، فرهنگ و ترجیحات بیمار. این کاربری درمانگر را ملزم می‌کند تا کاربری خود را بر فونوی استوار کند که برای تایید سودمندی آنها شواهد تجربی داشته باشد. تحقیقات به صورت تجربی، موثرترین و کارآمدترین درمان‌ها را تحلیل می‌کنند تا بعداً بتوانند وسیعاً در کاربری بالینی به اجرا گذاشته شوند.

#### سه رکن کاربری شواهد بنیاد:

۱. جستجو کردن بهترین شواهد موجود

۲. اتکا بر مهارت بالینی

۳. در نظر گرفتن ویژگی‌ها، فرهنگ و ترجیحات درمانجو

**کاربری شواهد بنیاد** ممکن است برای متخصصان بهداشت روانی که با افراد مبتلا به اختلال‌های خاص هیجانی، شناختی و رفتاری کار می‌کنند چیزی برای عرضه داشته باشد، اما برای متخصصان بالینی که با افرادی کار می‌کنند که می‌خواهند معنی و احساس خرسندی بیشتری در زندگی خود داشته باشند، چیز چندانی ندارد که ارایه دهد.

### اداره کردن روابط چندگانه در کاربری مشاوره

**روابط دوگانه:** روابط دوگانه (یا چندگانه) خواه جنسی یا غیرجنسی، زمانی وجود دارد که مشاوران دو نقش (یا بیشتر) را به طور همزمان یا متوالی با یک درمانجو برعهده می‌گیرند. مثل: ترکیب کردن نقش‌های معلم و درمانگر یا سرپرست و درمانگر؛ مبادله کردن کالا یا خدمات درمانی؛ قرض کردن پول از درمانجو؛ تأمین کردن درمان برای دوست، کارمند، یا یک خویشاوند، برقرار کردن روابط اجتماعی با درمانجو، پذیرفتن هدیه‌ای گران قیمت از درمانجو، یا وارد کار و کاسبی شدن با درمانجو.

**نکته!** درمانجو به نتیجه درمان بیشتر از روش درمان اهمیت می‌دهد.

روابط چندگانه غیرجنسی لزوماً پیچیده و چندبعدی هستند.

#### مشکلات روابط چندگانه

- فراگیراند
- تشخیص آنها دشوار است
- بالقوه مضر هستند

اولین گام در مدیریت روابط چندگانه معین کردن مرزهای رابطه است.  
**نکته!** تمام قطع کردن مرزهای رابطه آسیب‌زا و غیراخلاقی نیست.

**رابطه چندگانه** زمانی وجود دارد که روان‌شناس نقش حرفه‌ای (طبق APA) با فردی دارد و به طور همزمان نقش دیگری با همان فرد دارد، به طور همزمان با کسی ارتباط دارد که او با فردی که روان‌شناس رابطه حرفه‌ای با وی دارد ارتباط تنگاتنگ یا رابطه معمولی دارد، قول می‌دهد در آینده با آن فرد یا فردی که رابطه نزدیکی با او دارد، رابطه دیگری برقرار کند. از این معیار چنین برمی‌آید که انجمن روان‌شناسی آمریکا همه نوع روابط چندگانه را در تمام موقعیت‌ها نهی نمی‌کند. اصول اخلاقی جاری به جای اینکه حکم کنند که تمام روابط دوگانه و چندگانه ممنوع هستند، تأکید می‌ورزند که درمانگران نسبت به احتمال بهره‌کشی از درمانجویان و صدمه زدن به آنها هوشیار باشند.

### راه‌هایی برای به حداقل رساندن مخاطرات

در ابتدا رابطه درمانی، مرزهای سالم را تعیین کنید. از همان ابتدا تا انتهای فرایند درمان، رضایت آگاهانه ضرورت دارد. با درمانگران همکار به عنوان راهی برای حفظ کردن واقع‌نگری مشورت کنید. همیشه عاقلانه است که تحت سرپرستی کار کنید. زیر نظر گرفتن خود در سرتاسر این فرایند بسیار اهمیت دارد.

## فصل چهارم: رفتارهای نابهنجار و آسیب‌های روانی

### دلایل دشوار بودن تعریف کردن رفتار نابهنجار

۱. رفتارهای نابهنجار ویژگی مشترک مشخصی ندارند و هیچ ملاکی به تنهایی برای نابهنجاری کافی نیست.
۲. مرز مشخصی بین رفتار بهنجار و نابهنجار وجود ندارد.

### سه ملاک برای تعریف رفتار نابهنجار:

۱. هم‌رنگی با هنجارها (خلاف هنجارها، قَلت اماری)

۲. ناراحتی ذهنی

۳. ناتوانی یا بدکاری.

نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «هم‌رنگی با هنجارها (خلاف هنجارها، قَلت اماری)» به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار:  
نقاط قوت:

- ۱) داشتن نقطه برش: وقتی نمره‌ی برش مقیاس ۸۰ و نمره‌ی فرد ۷۰ است، به راحتی می‌توان گفت رفتار نابهنجار است.
- ۲) جاذبه شهودی: وقتی این رفتارها را می‌بینیم به راحتی آن‌ها را می‌شناسیم.

نقاط ضعف:

- ۱) دشواری در انتخاب نمرات برش: وقتی نمره فرد زیر ۷۰ است، تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی داده می‌شود اما آیا نمره‌ی ۶۹ خیلی با ۷۲ فرق دارد؟ برای انتخاب این نمرات برش توجیه منطقی وجود ندارد.
- ۲) تعداد انحراف‌ها: یک مشکل دیگر این است که مشخص کنیم چند رفتار نشانگر انحراف هستند؟ چه مجموعه‌ای؟
- ۳) نسبییت فرهنگی: هر گروهی تعریف خودش از انحراف را دارد؛ در نتیجه نسبییت فرهنگی بسیار مهم است.
- ۴) لزوم تشخیص درست: رفتار نابهنجار لزوماً ملاک و نشانه بیماری روانی نیست. یک فرد می‌تواند انواع رفتارهای نابهنجار را داشته باشد ولی دچار اختلال روانی نباشد.

نکته: در تعریف‌های هم‌رنگی‌گرا، رفتار نابهنجار به ارقام حاصل در یک آزمون یا پرسشنامه گفته می‌شود که عملکرد بهنجار و نابهنجار را مشخص می‌کنند.  
نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «ناراحتی ذهنی به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار»:  
نقاط قوت:

- ۱) معقول و موجه است و احتمالاً افراد از این روش برای بیان مشکلات استفاده می‌کنند.
- ۲) فشار از روی روان‌شناس بالینی به عنوان تنها تشخیص دهنده کاسته می‌شود.

نقاط ضعف:

- ۱) هرکس که نابهنجار است، الزاماً ناراحتی ذهنی ندارد.
  - ۲) برخی ناراحتی‌های ذهنی طبیعی هستند و معنای نابهنجاری ندارند.
- نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «ناتوانی یا بدکاری» به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار:  
نقاط قوت:

۱) نقش استنباط کم می‌شود زیرا مشکلات و بدکاری واضح هستند.

نقاط ضعف:

- ۱) مشکل و بدکاری اجتماعی معیاری نسبی دارد و گاهی معیار مناسبی برای قضاوت نیست.