

روان شناسی بالینی

علم، عمل و فرهنگ

جلد دوم

۴۷۶.....	دو رویکرد به درمان شناختی	۳۳۹.....	بخش سوم: روان‌درمانی
۴۸۴.....	باورها به‌عنوان فرضیهها	۳۴۰.....	فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی
۴۸۵.....	مضامین معاصر درمان شناختی	۳۴۱.....	آیا روان‌درمانی مؤثر است؟
۴۹۶.....	تا چه میزان مؤثر است؟	۳۴۴.....	کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی
۵۰۲.....	فصل ۱۶: درمان گروهی و خانواده‌درمانی	۳۵۱.....	چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟
۵۰۳.....	گروه‌درمانی	۳۶۱.....	روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام میدهند؟
۵۱۴.....	خانواده‌درمانی	دنیس: یک مراجع خیالی که از منظرهای متعدد باید در	
۵۲۳.....	خانواده‌درمانی: مفاهیم اساسی	نظر گرفت	۳۶۹.....
۵۳۷.....	بخش چهارم: موارد خاص	۳۷۴.....	فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی
۵۳۷.....	بخش چهارم	۳۷۵.....	مفهوم روان‌درمانی روان‌پویشی
۵۳۷.....	موارد خاص	۳۷۶.....	اهداف روان‌درمانی روان‌پویشی
۵۳۸.....	فصل ۱۷: روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان	۳۹۱.....	مراحل روانی جنسی: مضامین بالینی
۵۳۹.....	مشکلات روانی در دوران کودکی	۳۹۴.....	الگوهای معاصرتر روان‌درمانی روان‌پویشی
۵۴۳.....	ارزیابی کودکان و نوجوانان	تا چه میزان مؤثر است؟	۳۹۸.....
۵۵۷.....	روان‌درمانی کودکان و نوجوانان	۴۰۷.....	فصل ۱۳: روان‌شناسی انسان‌گرا
۵۷۴.....	فصل ۱۸: روان‌شناسی سلامت	۴۰۸.....	مفاهیم انسان‌گرایی: مضامین بالینی
۵۷۵.....	تعاریف: روان‌شناسی سلامت در مقابل طب رفتاری	۴۰۹.....	هدف روان‌درمانی انسان‌گرا
۵۷۶.....	استرس	۴۱۲.....	مؤلفه‌های روان‌درمانی انسان‌گرا
۵۷۷.....	استرس و بیماری جسمانی	۴۱۸.....	انعکاس: پاسخ مهم درمانگر
۵۷۸.....	استرس و مقابله	۴۲۱.....	جایگزین‌هایی برای انسان‌گرایی
۵۸۲.....	حمایت اجتماعی	۴۲۴.....	مداخله‌های مثبت و مشاوره بر مبنای قدرت
۵۸۴.....	مضامین بالینی	تا چه میزان مؤثر است؟	۴۲۸.....
۵۹۴.....	پیروی از برنامه‌های پزشکی	۴۳۵.....	فصل ۱۴: رفتاردرمانی
۵۹۷.....	روندی در روان‌شناسی سلامت: مراکز پزشکی بیمارمحور	۴۳۶.....	بنیان‌های رفتاردرمانی
۵۹۸.....	عوامل فرهنگی در روان‌شناسی سلامت	۴۳۸.....	هدف رفتاردرمانی
۶۰۴.....	فصل ۱۹: روان‌شناسی قانونی و جنایی	۴۴۲.....	دو نوع شرطی‌سازی
۶۰۴.....	تعریف و تاریخچه	۴۴۴.....	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک
۶۰۷.....	فعالتهای قانونی روانشناسان بالینی	۴۵۰.....	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل
۶۳۵.....	واژه‌نامه	۴۵۹.....	جایگزین‌های رفتاردرمانی
۶۶۶.....	منابع	تا چه اندازه مؤثر است؟	۴۶۴.....
۶۶۷.....	نمایه	۴۶۴.....	
		۴۶۹.....	فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی
		۴۷۱.....	بر ذهن‌گامی
			هدف درمان شناختی

هدف درمان شناختی	۴۷۱	بخش سوم: روان‌درمانی	۳۳۹
دو رویکرد به درمان شناختی	۴۷۶	فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی	۳۴۰
باورها به‌عنوان فرضیه‌ها	۴۸۴	آیا روان‌درمانی مؤثر است؟	۳۴۱
مضامین معاصر درمان شناختی	۴۸۵	کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی	۳۴۴
تا چه میزان مؤثر است؟	۴۹۶	چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟	۳۵۱
فصل ۱۶: درمان گروهی و خانواده‌درمانی	۵۰۲	روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام می‌دهند؟	۳۶۱
گروه‌درمانی	۵۰۳	دینس: یک مراجع خیالی که از منظرهای	۳۶۹
خانواده‌درمانی	۵۱۴	فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی	۳۷۴
خانواده‌درمانی: مفاهیم اساسی	۵۲۳	مفهوم روان‌درمانی روان‌پویشی	۳۷۵
بخش چهارم: موارد خاص	۵۳۷	اهداف روان‌درمانی روان‌پویشی	۳۷۶
فصل ۱۷: روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان	۵۳۸	مراحل روانی جنسی: مضامین بالینی	۳۹۱
مشکلات روانی در دوران کودکی	۵۳۹	الگوهای معاصرتر روان‌درمانی روان‌پویشی	۳۹۴
ارزیابی کودکان و نوجوانان	۵۴۳	تا چه میزان مؤثر است؟	۳۹۸
روان‌درمانی کودکان و نوجوانان	۵۵۷	فصل ۱۳: روان‌شناسی انسان‌گرا	۴۰۷
فصل ۱۸: روانشناسی سلامت	۵۷۴	مفاهیم انسان‌گرایی: مضامین بالینی	۴۰۸
تعاریف: روانشناسی سلامت در مقابل طب رفتاری	۵۷۵	هدف روان‌درمانی انسان‌گرا	۴۰۹
استرس	۵۷۶	مؤلفه‌های روان‌درمانی انسان‌گرا	۴۱۲
استرس و بیماری جسمانی	۵۷۷	انعکاس: پاسخ مهم درمانگر	۴۱۸
استرس و مقابله	۵۷۸	جایگزین‌هایی برای انسان‌گرایی	۴۲۱
حمایت اجتماعی	۵۸۲	مداخله‌های مثبت و مشاوره بر مبنای قدرت	۴۲۴
مضامین بالینی	۵۸۴	تا چه میزان مؤثر است؟	۴۲۸
پیروی از برنامه‌های پزشکی	۵۹۴	فصل ۱۴: رفتاردرمانی	۴۳۵
روندی در روانشناسی سلامت	۵۹۷	بنیان‌های رفتاردرمانی	۴۳۶
عوامل فرهنگی در روانشناسی سلامت	۵۹۸	هدف رفتاردرمانی	۴۳۸
فصل ۱۹: روانشناسی قانونی و جنایی	۶۰۴	دو نوع شرطی‌سازی	۴۴۲
تعریف و تاریخچه	۶۰۴	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک	۴۴۴
فعالیت‌های قانونی روانشناسان بالینی	۶۰۷	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل	۴۵۰
واژه‌نامه	۶۳۵	جایگزین‌های رفتاردرمانی	۴۵۹
منابع	۶۶۶	تا چه اندازه مؤثر است؟	۴۶۴
نمایه	۶۶۷	فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی	
		بر ذهن‌آگاهی	۴۶۹

روان‌درمانی

فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی

فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی

فصل ۱۳: روان‌درمانی انسان‌گرا

فصل ۱۴: رفتاردرمانی

فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی

فصل ۱۶: گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی

مسائل عمومی در روان‌درمانی

آیا روان‌درمانی مؤثر است؟

محققین باید از چه کسی، چه وقت و چگونه پرسش کنند؟

کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی

نتایج مطالعات کارآمدی

اتصال شکاف میان پژوهش و عمل

نتایج مطالعات اثربخشی

راه‌های جایگزین برای اندازه‌گیری نتایج روان‌درمانی

چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟

«رأی پرنده دودو» و عوامل مشترک

رابطه روان‌درمانی/اتحاد درمانی

دیگر عوامل رایج

تجدیدنظر رأی پرنده دودو: درمان‌های خاص برای اختلالات

خاص

روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام می

دهند؟

گذشته و حال و آینده

رویکردهای التقاطی و یکپارچه

دنيس: یک مراجع خیالی که از منظرهای متعدد باید

در نظر گرفت.

اهداف یادگیری

۱-۱ الگوی سه‌جانبه در زمینه تحقیقات روان‌درمانی را توضیح دهید.

۱-۲ درباره تمایز تأثیر و بازده تحقیقات روان‌درمانی توضیح دهید.

۱-۳ خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعات مربوط به بازده روان‌درمانی را بیان کنید.

۱-۴ خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعات مربوط به تأثیر روان‌درمانی را بیان کنید.

۱-۵ موارد مشترک در نظریه‌های مربوط به موفقیت روان‌درمانی را شرح دهید.

۱-۶ انواع متداول از روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده روان‌شناسان بالینی را فهرست کنید.

۱-۷ در مورد تمایز میان رویکردهای التقاطی و یکپارچه به روان‌درمانی توضیح دهید.

در این فصل، شناسایی روان‌درمانی، یعنی متداول‌ترین فعالیت تخصصی روان‌شناسان بالینی را آغاز خواهیم کرد (نورکراس و کاریک، ۲۰۱۲). در فصل‌های بعدی به جزییات رویکردهای خاص به

روان‌درمانی، از جمله تکنیک‌های روانکاوی/روان‌پوشی، انسان‌گرایی، رفتارگرایی و رویکرد شناختی خواهیم پرداخت؛ اما در این فصل، بر برخی مسائل «فراگیر» طبقات روان‌درمانی از جمله چگونگی کاربرد و اجرای آن‌ها توسط روان‌شناسان بالینی خواهیم پرداخت.

آیا روان‌درمانی مؤثر است؟

پرسش‌ها درباره نتایج روان‌درمانی در سراسر تاریخ روان‌شناسی بالینی مطرح بوده است و مطالعات به انواع مختلفی در بررسی این سؤالات انجام شده‌اند. در خلال سال‌های ۱۹۰۰، اکثر شواهد حمایت‌کننده از روان‌درمانی از نوع تمثیلی، گواه و مورد پژوهش بوده است و عموماً توصیفی ذهنی از هر یک از مراجعان که معمولاً توسط خود روان‌درمانگرها نوشته می‌شد. نتایج تحت شرایط کنترل‌شده و مطالعات تجربی روان‌درمانی عموماً تا سال ۱۹۵۰ وجود نداشتند (وایس مارک و گیاکومو، ۱۹۹۸). هانس آیزنک (۱۹۵۲) مطالعه‌ای تاریخی را در اوایل این دوره منتشر کرد. در هر کجا که ضرورت داشته و با توجه به اقتضای موضوع این‌گونه اشاره شده است: پس از مرور برخی مطالعات تجربی از نتایج روان‌درمانی، آیزنک استنتاج می‌کند که اغلب مراجعان بدون درمان هم بهبود یافته‌اند و بنابراین، در کل، روان‌درمانی فایده‌اندکی داشته است. روش‌های علمی او مورد انتقاد قرار گرفت و مورد قبول واقع نشد اما اظهارات آیزنک مبنی بر اینکه روان‌درمانی کاربرد ندارد، موجب تقویت هزاران مطالعه تجربی جایگزین درباره نتایج روان‌درمانی بوده است (راس، ۲۰۱۱؛ واملاد، ۲۰۱۶).

بسیاری از این مطالعات تجربی بر روی نتیجه روان‌درمانی در سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شدند. تا اواخر دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، متاآنالیز (فراتحلیل) هم به وجود آمد. یک متاآنالیز، از نظر آماری نتایج بسیاری از مطالعات مختلف (در برخی موارد این تعداد به صدها مورد هم می‌رسد) را ترکیب می‌کند تا بازنمایی عددی از اثرات روان‌درمانی را همانطور که در تعداد زیادی از محیط‌ها، درمانگران و مراجعان آزمایش شده است، ایجاد کند. همان‌گونه که در این فصل خواهیم دید، متاآنالیزها همواره نتایج مثبتی درباره کارکرد مؤثر روان‌درمانی نشان داده‌اند، بنابراین، استنتاج منفی آیزنک امروزه تنها یادگاری از گذشته (و نادرست) است؛ اما پیش از پرداختن به این نتایج، به برخی از مسائل روش‌شناختی در مطالعه‌ای ساده از نتیجه روان‌درمانی می‌پردازیم.

محققین باید از چه کسی، چه وقت و چگونه پرسش کنند؟

طراحی و اجرای یک مطالعه تجربی به‌منظور سنجش نتیجه روان‌درمانی، می‌تواند تکلیفی بسیار پیچیده برای محققین باشد. یکی از سؤالات اساسی که محققان باید برای آن پاسخی داشته باشند این واقعیت است که افراد مختلف در درمان می‌توانند درجات متفاوتی از موفقیت در نتیجه درمان‌شان را

نشان دهند (هولمکوئیست، ۲۰۱۶). حال محققان نظر چه افرادی را باید جویا شوند؟

هانس استروپ، محقق افسانه‌ای و پیشگام در روان‌درمانی، سه دسته را شناسایی کرد که در نحوه عملکرد درمانی نقش دارند و ممکن است نظرات متفاوتی در مورد اینکه چه چیزی یک نتیجه درمانی موفق را تشکیل می‌دهد، داشته باشند. او و همکارانش نظریه خود را تحت عنوان الگوی سه‌جانبه (سه‌جانبه به لحاظ ادبی به معنای «سه گروه» است؛ استریکر، ۲۰۱۲؛ استروپ، ۱۹۹۶؛ استروپ و هادلی، ۱۹۹۷؛ استروپ، هادلی و اشوارتز گومز، ۱۹۹۷) نام‌گذاری کردند. یک دسته، مسلماً مراجعین هستند. به‌رحال مراجعین افرادی هستند که زندگی‌شان تحت تأثیر روان‌درمانی قرار دارد و بهبود زندگی در مسیرهای معنادار برای این افراد، تمرکز هدف روان‌درمانی است. نظر مراجعان درباره روان‌درمانی بسیار ارزشمند است اما این نظریات همچنین می‌توانند بسیار سوگیرانه هم باشند. برخی مراجعان می‌توانند از مشاهده نتایج، بسیار تحت تأثیر قرار گرفته باشند، علی‌الخصوص پس از هزینه کردن مقادیر بالای مالی و زمانی، بنابراین، در نتایج روان‌درمانی اغراق خواهند کرد. نظر مراجعان دیگر درباره روان‌درمانی می‌تواند تحت تأثیر منفی عوامل بسیاری قرار گرفته باشد که همین عوامل در مرحله آغازین، این مراجعان را به سمت روان‌درمانی آورده است - برای مثال، مراجعی افسرده که تمایل دارد وقایع را به‌صورت غیرواقع‌بینانه و منفی تفسیر کند، می‌تواند تفکری تحریف‌شده به درمان خود داشته باشد؛ بنابراین، یک محقق برای بازخورد احتمالاً انتخاب می‌کند تا به‌عنوان گروه دوم به سمت درمانگر برود. یک درمانگر، نوعاً نسبت به مراجع تجربه بیشتری در مشکلات سلامت روان دارد و به این دلیل انتظاراتش واقع‌بینانه‌تر خواهد بود. اگرچه دیدگاه درمانگران هم می‌تواند سوگیرانه باشند. درمانگران فقط شاهد بخشی از زندگی مراجع هستند و انعکاس این ارزش‌گذاری منفی را کمتر در مهارت‌های روان‌درمانی خود برآورد می‌کنند. گروه سوم از نظر استروپ و همکارانش، جامعه است و می‌تواند هر فردی خارج از روند درمان که نظری درباره چگونگی روند درمان دارد را شامل شود. جامعه می‌تواند عموم افراد، سیستم قانونی، خانواده و دوستان مراجع، کارمندان مراجع و مخصوصاً در روزگار امروز، شرکت‌های بیمه یا مدیریت خدمات که هزینه درمان مراجعین را می‌پردازند را شامل شود. این دسته سوم، به دیدگاهی تمایل دارند که بر توانایی مراجع در عملکرد مورد انتظار و انجام وظایف خود به‌صورت پایدار، قابل پیش‌بینی و غیرمشکل‌ساز تأکید دارد. مسلماً این پرسش که از چه کسی باید سؤال شود، در روند سنجش نتیجه روان‌درمانی بسیار مشکل است. خوشبختانه محققان نیاز ندارند تا یک گروه خاص را انتخاب کنند؛ آنها می‌توانند نظریات چند گروه را جویا شوند.

فارغ از گروهی که محققان درباره نتیجه روان‌درمانی از آنها پرسش می‌کنند، چه زمان باید این کار را انجام دهند؟ احتمالاً پاسخی واضح به این پرسش، بلافاصله پس از اتمام دوره روان‌درمانی خواهد بود. در این زمان، انتظار مشاهده میزانی از بهبود در درجات عملکرد مراجع، منطقی به نظر می‌رسد؛ اما

این بهبودی تا چه زمان باید ماندگار باشند؟ منطقی به نظر می‌رسد اگر انتظار داشته باشیم فواید درمان در ۱ ماه، ۶ ماه، ۲ یا ۵ سال همچنان مشهود باشد؟ این انتظارات در مورد نتایج، پیش از اتمام درمان چگونه خواهد بود؟ مجدداً، محققان زیرک در طول مطالعات و حتی پس از آن پاسخ‌های چندگانه‌ای برای پرسش در مورد زمان دارند. این نکته مشهود است که پاسخ محققان به این پرسش در مورد زمان، بر نتایجی که می‌گیرند هم تأثیر دارد (لامبرت، ۲۰۱۱).

در نهایت، محققان گزینه‌های فراوانی در مورد چگونگی سنجش نتیجه روان‌درمانی خواهند داشت. اگر آنها تمایل داشته باشند تا نظرات یک گروه مشخص را جویا شوند، می‌توانند از پرسشنامه‌ها یا مصاحبه‌ها استفاده کنند. البته، محتوا و ساختار پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌ها بر داده‌های به‌دست‌آمده تأثیر خواهد داشت. محققان می‌توانند انتخاب کنند تا برای مشخص نمودن نتیجه درمان از سنجش‌هایی که بیشتر رفتاری هستند استفاده کنند. به‌عنوان مثال، محققانی را در نظر بگیرید که در پی مشخص نمودن نتیجه روان‌درمانی برای یک پسر بچه است که به دلیل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی تحت درمان قرار گرفته است. به‌جای پرسش از پسر بچه، درمانگر، والدین یا معلم او، محقق می‌تواند پسر را در محیط مدرسه یا خانه مورد مشاهده قرار دهد تا مشخص کند که آیا رفتار او از زمان شروع درمان تغییر داشته است یا خیر؛ مانند پرسش‌های موجود درباره‌ی چه کسی و در چه زمان، تصمیم محققان برای چگونگی سنجش نتیجه روان‌درمانی، می‌تواند نتیجه این تحقیق را شکل دهد (هوروات، ۲۰۱۳؛ لامبرت، ۲۰۱۳؛ استایل، ۲۰۱۳؛ وامپلاد، ۲۰۱۳).

کادر ۱-۱۱

ملاحظات فرهنگی

انتظارات مختص به فرهنگ درباره‌ی روان‌درمانی

تصمیم ما در خصوص نتیجه روان‌درمانی، مخصوصاً از دید مراجع، لازم است باتوجه به این واقعیت باشد که مراجعان از فرهنگ‌های مختلف معمولاً در طیفی گسترده از انتظارات از روند روان‌درمانی قرار می‌گیرند. یک درمانگر با صلاحیت فرهنگی، چنانچه پیش‌فرض مربوط به پیشینه فرهنگی مراجع را در نظر داشته باشد و به آن توجه کند، می‌تواند به نتیجه موفقیت‌آمیزی دست یابد.

آن‌گونه که در آمریکای شمالی و جهان غرب به‌صورت سنتی انجام می‌شود، روان‌درمانی شامل گفت‌وگویی کلامی درباره‌ی مشکل یک فرد با تمرکز بر همین فرد و به دست آوردن فهم بهتری از او یا کنترل او خواهد بود. این رویه‌های اساسی در برخورد با ارزش‌های فرهنگی معمول در برخی فرهنگ‌های غیرغربی که اعضای آنها معمولاً «مخفی کردن» را بر «فشا کردن» ترجیح می‌دهند، متفاوت خواهد بود (فونتس، ۲۰۰۸؛ تاکمانیان و براورز، ۱۹۹۸). افراد از فرهنگ‌های شرقی، معمولاً پرهیز از تفکرات منفی را به مواجهه ترجیح می‌دهند؛ بنابراین، روش برقراری ارتباط مراجعین با روان-



شکل ۱-۱۱

افراد از پیشینه‌های فرهنگی مختلف. با انتظاراتی متفاوت درباره رفتارهای مراجع و درمانگر به روان‌درمانی می‌آیند.

درمانگران، به بیان ساده‌تر، میزان راحتی آنها در خودآشنایی رفتارهای مشکل‌دار، افکار و احساساتشان، به‌طور مشخص به ارزش‌های فرهنگی آنان بستگی دارد.

تمایل مرجع به خودآشنایی در برابر روان‌درمانگر، همچنین بر طبیعت فردگرایی یا جمع‌گرایی فرهنگ مراجع نیز بستگی دارد. فرهنگ‌های غربی، به روش فردگرایی با تأکید بر خوداتکایی و خودگردانی در زندگی تمایل دارند. فرهنگ‌های شرقی در مقابل، تمایل دارند تا جمع‌گرایی را تقویت کنند، آن‌گونه که نیاز به خانواده/گروه و روابطی که خانواده/جمع را به یکدیگر متعهد می‌کند، بر اهداف فردی اولویت پیدا می‌کنند؛ بنابراین، به میزانی که یک فرد از نژاد اروپایی می‌تواند در گفت‌وگو از مشکلات شخصی یا کاستی‌ها، کمی احساس ناراحتی داشته باشد؛ یک مراجع از نژاد آسیایی احساس خجالت بیشتری درباره مشکل یا کاستی مشابه خواهد داشت، به دلیل اینکه ادراک وی از مشکل بر اعضای خانواده‌اش هم انعکاس پیدا می‌کند (سو و سو ۲۰۰۸، تاکمانیان و براورز، ۱۹۹۸).

تعلیم روان‌درمانگران با صلاحیت فرهنگی، اساسی است که می‌تواند به‌وسیله آن احترام به انتظارات مراجع از روان‌درمانی را مورد توجه قرار دهند. تاکمانیان و برائرز (۱۹۹۸) مانند بسیاری دیگر، پیشنهاد می‌کنند تا تعلیم روان‌درمانگری بیشتر بر رشد فردی روان‌درمانگر در جهت‌گیری او در برابر فرهنگ‌های مختلف تأکید داشته باشد. این آموزش باید شامل چهار مرحله باشد: خودآگاهی (ارزش‌های فرهنگی خود)، گوش دادن به ارزش‌های فرهنگی مراجع، پذیرش ارزش‌های فرهنگی مراجع و آگاهی از ارزش‌های فرهنگی مراجع. شما به‌عنوان یک مراجع تا چه اندازه برایتان اهمیت خواهد داشت تا درمانگر انتظارات شما از روان‌درمانی در رابطه با پیشینه فرهنگی شما را محترم بداند؟ مشخصاً، چه ارزش‌هایی بیشترین اهمیت را در این شناسایی خواهند داشت؟

کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی

مطالعات تجربی درباره نتیجه روان‌درمانی، عموماً در دو طبقه جای می‌گیرند: گستره‌ای که روان‌درمانی در یک مطالعه کنترل‌شده^۵ یعنی «در آزمایشگاه» کارکرد داشته است مربوط به کارآمدی خواهد بود. تازه‌ترین مطالعات در نتیجه روان‌درمانی مطالعات کارآمدی هستند. این مطالعات بیشترین اعتبار درونی یعنی، توانایی استنتاج رابطه علی- معلولی بین درمان و نتیجه را تحت حداکثر کنترل خواهند داشت. مطالعات درباره بازده، نوعاً شامل گروه‌های کاملاً شناسایی شده از بیمارانی هستند که معمولاً دارای معیارهای تشخیصی برای اختلال موردنظر (و نه هم‌زمانی دو اختلال)؛ چهارچوب‌های درمان دارای

راهنما میان درمانگران برای به حداقل رساندن تغییرپذیری؛ و ارزیابی تصادفی شرکت‌کنندگان برای گروه‌های کنترل و درمان هستند (جاب شیلدز، کاستلا، جکسون و هانسون، ۲۰۱۶؛ ناتان و گورمن، ۲۰۰۲؛ اسپوکاس، ۲۰۰۸؛ تراکس و توماس، ۲۰۰۳).

در مقابل، میزان کارکرد روان‌درمانی بر مراجعان واقعی که توسط درمانگران در کلینیک‌ها، جلسات خصوصی، بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره، یعنی «در دنیای واقعی» مورد درمان قرار گرفته‌اند، به اثربخشی اشاره دارند. مطالعات اثربخشی، تمایل دارند تا طیف گسترده‌تری از مراجعان، شامل افرادی که اختلالات پیچیده، اختلالات دارای همپوشانی یا مواردی که نشانگان برای هیچ اختلالی کفایت نمی‌کند را در مطالعات وارد کنند؛ فضا برای تغییرپذیری روش‌های درمانگران بیشتر از صرفاً یک راهنما است؛ و می‌تواند شامل گروه کنترل برای مقایسه با گروه درمان بوده و یا نباشد. مطالعات سودمندی، فاقد اعتبار درونی مطالعات درباره بازده هستند زیرا محققان تعداد کمتری از متغیرها را دست‌کاری و یا کنترل می‌کنند. اگرچه، مطالعات اثربخشی نوعاً اعتبار بیرونی بالاتری نسبت به مطالعات کارآمدی دارند به این دلیل که روش‌های مورداستفاده در این مطالعات بیشتر با نوع درمانی که عملاً در موقعیت کلینیک واقعی صورت می‌گیرد مطابقت خواهد داشت (جاب شیلدز، ۲۰۱۶؛ ناتان و گورمن، ۲۰۰۲؛ اسپوکاس، ۲۰۰۸؛ تراکس و توماس، ۲۰۰۳).

نتایج مطالعات کارآمدی

هزاران مطالعه کارآمدی از روان‌درمانی در دهه‌های اخیر فراهم شده‌اند. در واقع، مطالعات مروری و متاآنالیزهایی که به‌عنوان تلخیصی از مطالعات انفرادی به‌وجود آمده‌اند، اکنون تا صدها مورد هم‌افزایش داشته‌اند. تأکید می‌کنیم که این تلاش‌های تحقیقاتی به استنتاج‌های تصدیق‌کننده‌ای منتهی شده‌اند: روان‌درمانی کاربردی است (کمپبل، نورکراس، واسکویز و کاسلو، ۲۰۱۳؛ لامبرت، ۲۰۱۱؛ وامپلاد، ۲۰۱۰؛ واینر، ۲۰۱۶). به‌عنوان مثال، یک یافته اولیه از یک متاآنالیز برجسته از ۴۷۵ مطالعه کارآمدی در روان‌درمانی، نشان داده است که میانگین میزان تأثیر روان‌درمانی ۰.۸۵ بوده که نشان می‌دهد «یک فرد عادی که روان‌درمانی را دریافت کرده، در نهایت از ۸۰ درصد افرادی که این درمان را دریافت نکرده‌اند وضعیت بهتری داشته است» (اسمیث، ۱۹۸۰، ص. ۸۷). مطالعات مروری اخیر و متاآنالیزهای مطالعات بازده درمان (لامبرت و سیمون، ۲۰۰۸؛ شاپیرو و شاپیرو، ۱۹۸۲)، شامل مقیاس‌های بسیار بزرگی از بازبینی‌های میلیونی متاآنالیزها هستند (لیپسی و ویلسون، ۱۹۹۳؛ لاورسکیف، ۲۰۰۲) و این یافته‌ها را تأیید می‌کنند. در تلخیص بازبینی گسترده اخیر از داده‌های بازده روان‌درمانی، لامبرت و اوگی (۲۰۰۴) این‌گونه اشاره می‌کنند، «زمینه فراگیر این حجم زیاد از بدنه تحقیقات روان‌درمانی باید مشابه باقی بماند - روان‌درمانی مفید است. این یافته‌های همیشگی هزاران مطالعه و صدها متاآنالیز،