

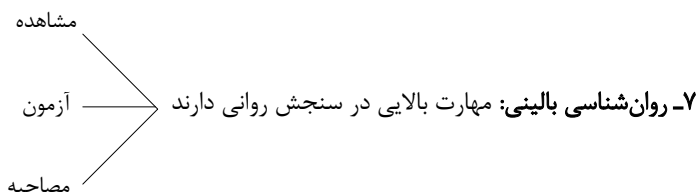
## جمع‌بندی روان‌شناسی بالینی

پدر روان‌شناسی بالینی: لایتنر ویتمر

پارادایم: چهار چوب‌های نظری که در روان‌شناسی به کار می‌رود

حرفه‌های سلامت روان:

- ۱- روان‌پزشکی: پزشک هستند، رویکرد زیستی دارند، درمان‌های طبی دارند مثل دارو و ECT، برعکس روان‌شناس بالینی در مورد بخش بهنجار روان اطلاعات کمی دارند - روان‌پزشک همان متخصص اعصاب و روان است.
- ۲- مددکاران اجتماعی: درگیر مسائل عینی و کار میدانی (محیطی) هستند نه مسائل تئوری - با مسائل و مشکلات واقعی بیمار و آنچه به صورت روزمره درگیر است سروکار دارند. مددکار اجتماعی را با روان‌شناس اجتماع‌نگر که تأکید روی پیشگیری داشته و به نیازهای اجتماع و خطرات اجتماعی توجه می‌کنند و نه افراد، اشتباه نگیریم.
- ۳- مشاوره: با افراد بهنجار سرو کار دارند که ناسازگاری خفیف و کمی دارند، معمولاً مدت مشاوره کوتاه است و روش اصلی آن مصاحبه می‌باشد - کاربرد بسیاری در محیط‌های آموزشی دارد - درمان پیشگیرانه.
- ۴- روان‌شناسی توان‌بخشی: با معلولین سروکار دارد و هدف آن ارتقاء توانمندی آن‌هاست.
- ۵- روان‌شناسی سلامت یا تندرستی: ارتقاء سطح سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌ها و اختلالات - از طریق اصلاح الگوهای زندگی و ورزش.
- ۵-۱- طب رفتاری: یعنی با مشکلات فیزیولوژیکی و بدنی سر و کار داریم (مثل اختلالات روان‌تنی) ولی از روش‌های رفتاری درمانی استفاده می‌کنیم مثل: Biofeedback - پس از نظر رفتاری شرطی و تقویت می‌شویم و کنترل اختلال خود (مثل تپش قلب) را یاد می‌گیریم - در این طب از هر دو نوع شرطی‌سازی استفاده می‌شود - یکی از شاخه‌های بیوفیدبک، نوروفیدبک است که با امواج مغزی سرو کار دارد.
- ۶- روان‌شناسی قانونی: محل فعالیت‌ها آن‌ها زندان و دادگاه می‌باشد - با افراد مجرم و صلاحیت عقلی آن‌ها سرکار دارند - از آزمون‌های نیمه ساختار (مثل ALI) استفاده می‌شود.



ارزیابی ← سنجش (تشخیص) ← درمان

درمان یعنی شناخت موجودیت فرد، جهت ارتقاء سطح سلامت یا کاهش رنج، روان‌شناسان بالینی بر تفاوت‌های فردی تأکید می‌کنند زیرا با مشکلات افراد سرو کار دارند - وجه ممیز روان‌شناسان بالینی با حوزه‌های سلامت روان در تخصص در زمینه شخصیت و آسیب‌شناسی روانی و قابلیت آن‌ها در ادغام علم، نظریه و کار بالینی می‌باشد.

**نکته:**

- ۱- رویکردهایی که بر تفاوت‌های فردی تأکید می‌کشد رویکرد فردنگر هستند.
- ۲- رویکردهایی بر تفاوت‌های گروهی و اصول کلی رفتار تکیه می‌کنند رویکرد قانون‌گرا یا تجربی‌گرا هستند.

## تاریخچه روان‌شناسی بالینی

- ۱- فیلیپ پینل: پزشک فرانسوی - در اواخر قرن 18 با نگرش انسان‌گرایانه، محیط‌های انسانی در بیمارستان‌های روانی را برقرار کرد کارهای او نقطه عطف و تحول در روان‌شناسی شد.
- ۲- کلیفورد بی‌پرس: یک بیمار اسکیزونی بود که کتاب «ذهنی که خود را بازیافت» را پس از بهبود خود نوشت و از طریق بیان مشکلات آن دوره سبب تغییر و تحول در محیط‌های درمانی شد.
- ۳- امیل کراپلین: پدر روان‌پزشکی - پدر طبقه‌بندی اختلالات روانی - که بیماری‌های روانی را از نظر ظاهر به دو دسته‌ی درون‌زا و برون‌زا تقسیم کرد.
- ۴- فروید: بنیانگذار روان‌درمانی (روان‌کاوی) و نویسنده کتاب تفسیر رویاها می‌باشد.
- ۵- فرانسیس گالتون: اولین بار از اصطلاح آزمون‌های روانی استفاده کرد - رواج آزمون‌های حسی - حرکتی را سبب شد پدر آزمون‌های پروژکتیو.
- ۶- لایتنر ویتمر: پدر روان‌شناسی بالینی می‌باشد.

## روش‌های پژوهش

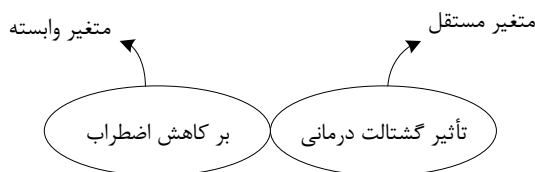
- ۱- مشاهده: نقطه شروع یک پژوهش، مشاهده (یعنی مشاهده یک مشکل یا نیاز به بررسی یک مسئله است) می‌باشد. مشاهده منبع تولید فرضیات و بنیادی‌ترین و متداول‌ترین روش پژوهش است. (در کتاب شاملو از مشاهده با نام سوسیومتری نام برده شده است).
- بر ۲ گونه می‌باشد:
  - ۱- مشاهده طبیعی: بدون دخالت ما انجام می‌پذیرد مثل کارهای گزل
  - ۲- مشاهده کنترل شده: اگر در محیط مشاهده دخالت کنیم مثل کارهای پیازه
- ۲- روش مورد پژوهی: نوعی مشاهده کنترل شده است که بر روی یک فرد صورت می‌پذیرد - مثل کارهای فروید.
  - اشکال: تعمیم‌پذیری نتایج در این روش باید با احتیاط صورت گیرد و نمی‌توان نتایج علی و معلولی از آن گرفت.
  - + محاسن: از این طریق می‌توان اطلاعاتی که دارای مقبولیت همگانی هستند را رد کرد.
- شیوع: کل موارد موجود را گویند.
- ۳- همه‌گیر شناسی: برای بررسی یک موضوع در کل جامعه
  - بروز: موارد جدید را اطلاق می‌کنند.

## مثال:

در 4 ماه آخر سال 91، 4000 نفر به اسکیزوفرنی مبتلا شده‌اند: بروز  
در حال حاضر 2 میلیون نفر به ایذر مبتلا هستند: شیوع

**نکته:** روش همه‌گیر شناسی در شناسایی گروه‌های در معرض خطر بسیار مهم است.

- ۴- روش همبستگی: صرفاً کشف رابطه‌ی بین متغیرهاست (غیر آزمایشی و توصیفی است) - رابطه‌ی آن‌ها علی و معلولی نیست مثلاً بین سیگار کشیدن و سرطان همبستگی وجود دارد - محاسن: می‌تواند بی‌اعتباری نتایج علی و معلولی را نشان دهد وقتی مشکل اخلاقی داریم از این روش استفاده می‌کنیم اگر بیش از 2 متغیر داشته باشیم از روش تحلیلی عاملی (پدر این روش اسپیرمن است) استفاده می‌کنیم.
- ۵- روش آزمایشی: از طریق آن به نتایج علی و معلولی می‌رسیم - دارای واژه‌های مهم زیر است:



۵-۱- متغیر مستقل: دستکاری می‌کنیم و می‌توان میزان آن را تغییر داد.

۵-۲- متغیر وابسته: قابل دستکاری نیست و هدف ما می‌باشد.

۵-۳- گروه آزمایشی: متغیر مستقل بر آن اعمال می‌شود.

۵-۴- گروه کنترل (شاهد، گواه): متغیر مستقل بر آن اعمال نمی‌شود.

۵-۵- گروه پلاسیبو: درمان نمی‌کنیم و فقط اثر دارونما و تلقین را از این طریق می‌سنجیم.

\* رمز موفقیت در روش آزمایشی کنترل است.

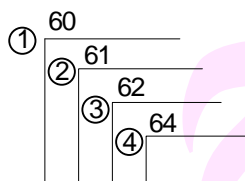
۶- روش طولی - مقطعی: می‌تواند در تمامی روش‌های قبلی کاربرد داشته باشد.

۶-۱- روش طولی: آزمودنی‌های واحد به مدت طولانی بررسی می‌شوند - اعتبار بالا - زمان و هزینه بالا دارد.

۶-۲- روش مقطعی: در مقطع زمانی خاص از گروه‌های سنی مختلف استفاده می‌کنیم - سرعت بالاتر - زمان و هزینه کمتر است.

**نکته ۱** اثر هم دوره: یعنی در دوره‌ی خاص (به طور مثال بچه‌های دهه‌ی ۶۰) خواص و محیطی مشترک وجود داشته پس تعمیم آن به دهه ۷۰ و ۸۰ سخت می‌باشد. از طریق روش مقطعی اثر هم دوره یا کاهش می‌دهیم.

**نکته ۲** برای کاهش نقاط ضعف روش طولی و مقطعی از روش طولی و زنجیری استفاده می‌کنیم.



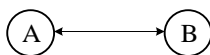
۷- فرا تحلیل: پژوهش دیگران را مورد تحقیق قرار می‌دهیم.

۸- طرح‌های میان گروهی و درون گروهی: خود این‌ها درون روش آزمایشی هستند.

۸-۱- درون گروهی: مثلاً بررسی قبل و پس از درمان در یک گروه (تفاوت‌های موجود در درون گروه B در درمان)

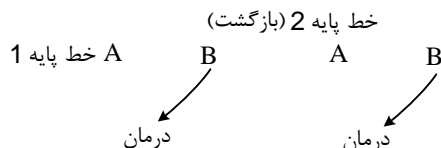


۸-۲- بین گروهی: بررسی بین ۲ یا چند گروه.



**نکته:** تعداد آزمودنی در روش درون گروهی کمتر از بین گروهی است.

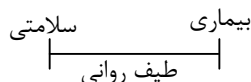
۹- مطالعات تک موردی: برای بررسی کارایی به روش‌های درمانی استفاده می‌شود. (با روش مورد پژوهشی متفاوت است): بیش‌تر در حوزه‌های رفتاری استفاده می‌شود - مثل سیگار کشیدن و ... می‌توان نتایج علی و معولی از آن گرفت و دارای طرح‌های اجرایی می‌باشد:



**نکته ۱** به خط پایه 2، بازگشت نیز اطلاق می‌شود.

**نکته ۲** در طرح چند خط پایه‌ای، دوره بازگشت نداریم - در طرح‌های مرکب به درمان مناسب برای هر گروه می‌رسیم (ترکیبی از روش همبستگی و آزمایشی).

معیارهای نابهنجاری: هرگز فراموش نکنید از سلامتی تا بیماری یک طیف وجود دارد.



۱- معیار هم‌رنگی با هنجارها: منظور هنجارهای اجتماعی و فرهنگی می‌باشد.

۱-۱- تفاوت فرهنگ‌ها در هنجارها خود مشکلی است (مسئله نسبیت فرهنگی)

۱-۲- در طول زمان فرهنگ‌ها تغییر می‌کند.

۱-۳- تعداد انحراف‌های فرهنگی مهم است.

۲- معیار آماری: یعنی اکثریت بهنجار هستند، پس اگر همه‌ی افراد یک جامعه بیمار هستند یعنی سالم‌ها نابهنجار می‌باشند.

شکل: این معیار با ارزش‌ها سروکار ندارد.

۳- ناراحتی ذهنی: از نظر آماری مهم‌ترین ملاک می‌باشد - مشکل: بعضی از بیماران ابراز ناراحتی از اختلال خود ندارند مثل: افراد مانیک - شخصیت ضد اجتماعی

**نکته:** رفتار نابهنجار لزوماً ملاک و نشانه بیماری روانی نیست، بلکه گروهی از نشانه‌ها باید حضور داشته باشند.

۴- ملاک بدکاری (ناتوانی و بهزیستی): اگر فرد کار نمی‌کند، درس نمی‌خواند، هیچ دوستی ندارد، دارای بدکاری شغلی و اجتماعی است.

ایراد: این ملاک نیز تا حدودی نسبی و ارزشی است.

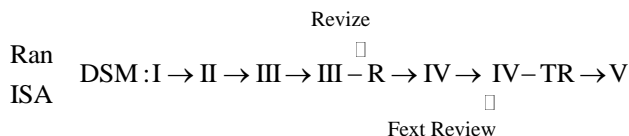
نقطه قوت: به استنباط کمی نیاز دارد.

طبقه‌بندی در روان‌شناسی: مهم‌ترین فایده تشخیص، همواره کردن را برای ارتباط است.

هدف: ایجاد زبان مشترک - ایجاد زمینه برای تحقیق - کمک به سبب‌شناسی - حداقل به طوری نظری می‌دانیم کدام درمان مؤثر است.

**نکته:** ملاک امروزی برای طبقه‌بندی نشانه‌هاست، سبب‌شناسی بیماری‌ها نیست! این ضعف IV - DSM است!

## \* ۲ نوع طبقه‌بندی مهم در روان‌شناسی



ICD: WHO برای سازمان بهداشت جهانی  
 طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها

## طبقه‌بندی براساس محورهای DSM

- I. (این بخش مهم است) (اختلال خواب - سوگ - سایر شرایط بالینی) تمامی اختلالات بالینی به جزء محور ۲ II
- II. شخصیت و عقب‌ماندگی و مکانیزم دفاعی
- III. پزشکی و جسمی
- IV. استروس‌های روانی و اجتماعی
- V.GAF 100 تا 0 ارزیابی سطح کلی عملکرد (0 یعنی فقدان اطلاعات)
- لـ (شغلی، روانی، اجتماعی)

## سه نکته مهم

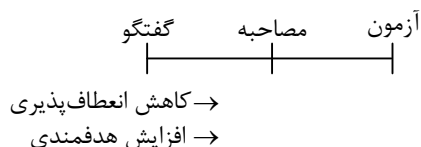
تشخیص: فرآیند شناسایی یک اختلال یا بازشناسی یک سندرم را گویند.  
 تشخیص افتراقی: متمایز کردن یک اختلال از دیگر اختلال‌ها را گویند (یعنی رد کردن اختلال‌های مشابه برای رسیدن به اختلال اصلی)  
 توصیف بالینی: توصیف یا ذکر از بیماری به جزء نشانه‌های اصلی آن - مثل نشانه‌های ثانویه افسردگی: عدم تماس چشمی - بی‌حالی و ...

## \* مدل‌های سبب‌شناسی

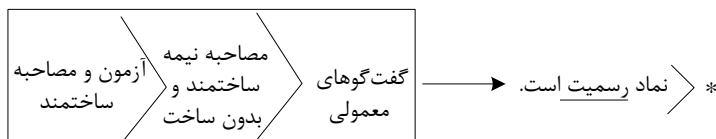
- ۱- استرس - دیاتز (محیط - زمینه): این مدل وابسته به نظریه خاصی نیست و جامع‌ترین مدل سبب‌شناسی است یعنی فرد برای ابتلا آمادگی ارثی را داشته و یک عامل محیطی آن را شروع می‌کند. آمادگی ارثی شرط لازم است نه کافی! فشارهای محیطی شرط کافی هستند.
- ۲- زیست شناختی: علت فیزیولوژیک دارد - عمدتاً CNS و سیستم هورمونی (مثل اسکیزوفرنی و دوپامین)
- ۳- مدل روان‌کاوی: تعارضات ناهشیار و درون رمانی روانی
- ۴- رفتاری: رفتار نابهنجار نیز مانند رفتار بهنجار آموخته می‌شود (مثل فوبی)
- ۵- شناختی: به تحریف‌های شناختی - برداشت‌ها و شیوه تفکر و انتظارات غلط بر می‌گردد. (مثل افسردگی)
- ۶- پدیدار شناختی و انسان‌گرایانه: فاصله زیاد بین من واقعی و من ایده‌آل - زندگی بر مبنای دیدگاه دیگران (مثل اختلال اضطراب فراگیر)

## مصاحبه

مهم‌ترین روش سنجش در روان‌شناسی بالینی مصاحبه است.



- \* فرق مصاحبه با آزمون چیست؟ مصاحبه انعطاف‌پذیر است و فرصت بیش‌تری جهت اخذ داده‌ها از یک بیمار داریم!
- \* فرق مصاحبه با گفتگوی معمولی در چیست؟ مصاحبه دارای هدف است.



## ۱- مصاحبه از نظر ساختمان

- ۱- ساختمان: سؤال‌ها مشخص است - اعتبار و پایایی آن بالاست - انعطاف‌ناپذیر است (مثل بازجویی می‌ماند - سالیوان از این نوع مصاحبه استفاده کرد).
  - ۲- نیمه ساختمان: مثل آزمون ALI برای مجرمین
  - ۳- غیر ساختمان: بیمار آن را هدایت می‌کند - هدف دارد - سؤال مشخص ندارد - رایج‌ترین نوع مصاحبه در روان‌شناسی بالینی است - بیش‌ترین میزان اشباه و سوگیری را دارد.
- سؤال:** در چه شرایطی از مصاحبه ساختمان استفاده می‌کنیم؟ اگر شخص را یک جلسه ببینیم - در شرایط توهم و خودکشی بیمار.

**نکته:** اساسی‌ترین و متداول‌ترین فن روان‌شناسی بالینی ← مصاحبه سنجش است!

## ۲- مصاحبه از نظر هدف

- ۱- مصاحبه پذیرش (مقدمانی): ۱- آیا درست آمده است؟ ۲- آیا ما می‌توانیم او را کمک کنیم؟ ۳- اطلاعات اولیه فرد را می‌گیریم.
  - ۲- مصاحبه تاریخچه‌ای (شرح حال): پیشینه شخصی اجتماعی فرد از قبل از تولد تا حال:
    - تاریخچه رشدی - تاریخچه تحصیلی - نظام وظیفه‌ای - تاریخچه خانوادگی - جنسی و زناشویی
    - از افراد نزدیک فرد هم مثل خانواده و دوستان سؤال می‌کنیم.
- در این نوع مصاحبه اطلاعات و نحوه‌ی بیان اطلاعات اهمیت دارند (مثل زبان بدن فرد و مقاومت‌های او در بیان اطلاعات)

**نکته مهم:** در تاریخچه‌ی فردی دو نوع دیدگاه وجود دارد:

- ۱- دیدگاه روان‌زاد: یعنی ریشه مشکلات فرد روانی است مثل رابطه با پدر
- ۲- دیدگاه بدن‌زاد: یعنی ریشه مشکلات فرد جسمانی است مثل تیروئید و عصبانیت

## ۳- مصاحبه وضعیت روانی (Mental Status Examination) ← پایای پایین است چون ساختمان نیست.

ابزار فرد در این مصاحبه گفتگو است - هدف پیدا کردن نشانه‌ها، جهت تشخیص اختلال و مشکل می‌باشد.

### Itemهای مصاحبه MSE عبارتند از:

- ۱- توصیف وضع ظاهری (General Appearance): یعنی آنچه از بدو ورود فرد می‌بینیم که به صورت داستان وار یادداشت می‌کنیم.

**هئال:** چهره - قد - هیکل - لباس - حرکات فرد

- ۲- رفتار روانی و حرکتی: جنبه‌های کمی و کیفی رفتار مثل: بی‌قراری حرکتی - عرق کردن - تکان خوردن تا نخوردن - نحوه صحبت کردن - میزان تماس چشمی - ناخن جویدن - کاتاتونی - اطوار غریب قالبی - خموشی
- ۳- نگرش مراجع به مصاحبه:

+ مثبت: در مصاحبه همکاری می‌کند.

- منفی: در مصاحبه همکاری نمی‌کند.

خلق هماهنگ با عاطفه: می‌گوید خوبم و می‌خندد.

۴- خلق: یعنی هیجانات درونی نسبتاً پایدار فرد: یعنی ما از آن‌ها آگاه نیستیم.

خلق ناهماهنگ با عاطفه: می‌گوید خوبم و گریه می‌کند.

متناسب: داستان تلخ و گریه کردن

۵- عاطفه: تظاهرات بیرونی هیجانات است - از صورت فرد و رفتار او می‌توان آن‌ها را دید

نامتناسب: داستان تلخ و خندیدن

۶- تکلم: مثلاً لکنت زبان دارد - کند است - بی‌ربط‌گویی می‌کند - چند حرف را تکرار می‌کند.

۷- توجه و تمرکز: معمولاً از تکنیک Minus 7 استفاده می‌کنیم از فرد می‌خواهیم که از عدد 100، 7 تا 7 کم کند.

۸- ادراک: دارای 2 نشانه مرضی توهم و خطای ادراکی است.

۹- تفکر: مهم‌ترین نشانه مرضی آن هذیان است.

۱۰- قضاوت: توانایی تصمیم‌گیری در موقعیت‌های خاص - از فرد سؤال می‌پرسیم ← اگر یک پاکت‌نامه پیدا کنی چه کار می‌کنی؟

۱۱- جهت‌یابی: زمان ← مکان ← شخص

۱۲- بینش: آیا فرد نسبت به مشکل خود اطمینان دارد؟ چی شد آمدی پیش من؟

\* MSE یا معاینه وضعیت روانی دارای ۳ بخش کلی است:

۱- رفتارهای کلامی ۲- رفتارهای غیرکلامی ۳- تجارب ذهنی

کم: افسرده

زیاد: مانیک

بررسی کننده: پارانوئید

مهم: مهم‌ترین بخش را رفتارهای غیرکلامی فرد تشکیل می‌دهد ← مثل حالت چهره، پوشش، تماس چشمی

#### ۴- مصاحبه بحران

معمولاً به صورت تلفنی است و هدف آن: ۱- آرام کردن فرد ۲- دعوت مصاحبه‌ی حضوری می‌باشد.

هال: تماس تلفنی قبل از خودکشی یا آزاد رساندن به دیگران

#### ۵- مصاحبه تشخیصی

این نوع مصاحبه‌ها ساختمانده هستند و نهایتاً به یک اختلال ختم می‌شوند (مصاحبه تشخیصی ساختار نیز گوییم) براساس نشانه و بر مبنای DSM سؤالات تنظیم شده‌اند و به سیستم علامت‌گرا می‌گوییم. به علت ساختار بودن اعتبار و پایایی آن‌ها بالاست و واریانس اطلاعات آن‌ها پایین است. واریانس ملاک - اطلاعات ↓ کم است.

#### ۶- مصاحبه کامپیوتری

انعطاف‌ناپذیرترین شیوه مصاحبه است - جواب‌های آن به صورت بلی یا خیر می‌باشد - حسن: پایایی بالایی دارد / با کامپیوتر درمان نمی‌کنیم !! این فقط یک مصاحبه است.

#### ۷- مصاحبه اکتشافی

هدف این نوع مصاحبه کشف علت اختلال یا بیماری است، در این نوع مصاحبه سؤال به صورت چرا پرسیده نمی‌شود.

## ۸- مصاحبه پیش آزمون

هدف آن افزایش آمادگی آزمودنی و ارتقاء کیفیت آزمون است.

## ۹- مصاحبه پس آزمون

برای بررسی و تأیید یا رد نتایج آزمون استفاده می‌شود.

## ۱۰- مصاحبه سنجشی

همان سنجش بالینی است که با یک پرسش ارجاعی شروع می‌شود ← چرا اومدی پیش من؟ چه کی تو را فرستاده است؟  
هدف: ارزیابی نقاط قوت و ضعف مراجع - برای درک بهتر از مراجع یا بیمار

**نکته:** روش انعطاف‌پذیری است که مورد به مورد فرق می‌کند - رویکرد درمانگر در شیوه مصاحبه او تأثیر می‌گذارد.

\* مبانی مصاحبه بالینی: یعنی ابتدایی‌ترین مباحثات مصاحبه بالینی که عبارتند از:

- ۱- داشتن حریم خصوصی ۲- محیط فیزیکی ساده ۳- یادداشت برداری فقط از نکات مهم (در مورد بیماران پارانوئید یادداشت‌برداری نمی‌کنیم).
- ۴- داشتن یک رابطه حرفه‌ای بین درمان‌گر و درمانجو که براساس تفاهم، پذیرش، درک و احترام.
- شکل‌گیری می‌گیرد و به آن راپورت Raport می‌گویم - برای هر نوع درمان راپورت شرط لازم است.
- ۵- یکی از مهارت‌های مهم مصاحبه‌گر در مصاحبه، گوش دادن فعال است که این مسئله منجر به گفتارهای ارتجاعی مراجع می‌شود.

\* Active listening → spontaneous talking

**نکته:** در مصاحبه‌های بالینی در نظر روش شناسی ۲ شیوه داریم:

- ۱- روش بالینی: سؤال‌ها از پیش تعیین نشده و گفتگوها آزاد و عمقی می‌باشد - مبتکر آن پیاز است: ۱- دانستن روش مشاهده ۲- در جستجوی چیز دقیقی بودن
- ۲- روش بی‌رهنمود (مراجع محور) یا القایی: که مبتکر آن راجرز (انسان‌گرا) می‌باشد: ۱- احترام مطلق به مراجع ۲- اداره جلسه توسط مراجع ۳- در این روش مراجع مسئولیت اعمال و گفتار خود را به عهده می‌گیرد.

## نکاتی در مورد مصاحبه

- ۱- اول مصاحبه با گفتگوی معمولی شروع می‌شود.
- ۲- بعد از گفتگوی معمولی پرسش ارجاعی را می‌پرسیم.
- ۳- نصیحت کردن مجاز نیست.
- ۴- اعلام پایان وقت 10 دقیقه قبل از پایان وقت می‌گیرد که سبب صحبت‌های ارتجاعی و مهم مراجع می‌گردد.
- ۵- اگر بیمار هذیان دارد ← نه تعریف و نه تکذیب درباره آن می‌کنیم.
- ۶- سکوت: سکوت می‌تواند ناشی از مقاومت بیمار باشد - بهترین راه شکستن سکوت بیمار تداعی کردن آخرین جملات بیمار قبل از سکوت است، اگر فایده نکرد ما هم سکوت می‌کنیم و به سکوت بیمار احترام می‌گذاریم.
- ۷- درمانگر باید رازدار و امین باشد مگر به جزء موارد قانونی.
- ۸- خود افشاء‌گری: در شیوه سنتی مجاز نمی‌باشد (فرویدی و روان‌کاوی) به شرطی که به بیمار کمک کند مجاز است.



## \* انواع پرسش

- ۱- باز پاسخ: یک سؤال کلی می باشد
  - ۲- تسهیلی: یعنی سؤالی است که مسیر را هموار می کند
  - ۳- تصریحی: برای روشن کردن موضوع استفاده می شود
  - ۴- مواجهه‌ای: برای مواجهه کردن فرد با تناقض استفاده می شود
  - ۵- نوع مستقیم: سؤال رابه صورت مستقیم و مشخص می پرسیم
- ولی قبلاً گفتی که ... ؟
- پس از برقراری راپورت
- مخصوص پی بردن به تو هم یا خود کشی ...
- چه حسی داشتی؟

## انواع روش‌های سؤال کردن

- ۱- محدود کردن: از کل به جزء رسیدن
- ۲- پیشروی: از مسائل عمومی به خصوص رسیدن
- ۳- لفافه‌ای: پرسیدن چندین سؤال که فقط یکی از آن‌ها برای ما مهم است. (اهمیت سؤال‌ها برای فرد یکسان ولی برای ما خیر)
- ۴- روش هدایت کننده: فرد را در مسیر سؤال قرار می دهیم چه ماده‌ی مخدری می کشی؟ آخرین بار کی دیدیش؟
- ۵- سؤالات به تاخیر افتاده: به ذهن درمانگری آید، یادداشت می کنیم و بعداً می پرسیم.
- ۶- سؤالات برون فکنانه: مامانت چه جور آور می بود؟ → وقتی فرد در مورد دیگران صحبت می کند در واقع از نگرش‌های خود می گوید!

## \* نکاتی دیگر در مورد مصاحبه

- ۱- زمانی بیمار در جلسه مصاحبه احساس راحتی بیش‌تری می کند که او را بدون قید و شرط بپذیریم.
- ۲- تکنیک‌های روشننگری شامل موارد زیر است: Clarification
- ۱- مشخص نمودن
- ۲- نقل قول کردن
- ۳- تعمیم دادن
- ۳- نتایج درمان به متغیرهای مربوط به مراجع و درمانگر بر می گردد مثل: خصوصیات مراجع و درمانگر - مشکلات مراجع - روش‌های درمانی.
- ۴- هوش، سن، جنس، نژاد، قومیت، طبقه‌ی اجتماعی و انگیزه از مؤثرترین متغیرهای مربوط با نتیجه‌ی درمان هستند.
- ۵- براساس نظر ویرجینا اکسلاین مناسب‌ترین روش دادن در روان‌درمانی کودک عبارت است از ایجاد فضایی امن و دور از تهدید تا کودک بتواند بر اضطراب‌های خود چیره شود، بهتر است در ابتدا والدین حضور داشته باشند تا کودک از درمانگر ترس نداشته باشد.

## روان‌درمانی

- براساس نظر لوئیس ولبرگ روان‌درمانی نوعی درمان است که برای مواردی که ماهیت هیجانی دارند با استفاده از روش‌های روان شناختی توسط فردی آموزش دیده انجام می پذیرد با هدف:
- ۱- حذف
  - ۲- کاهش
  - ۳- متوقف کردن علائم
  - ۴- رشد و تغییر شخصیت
  - ۵- مداخله در الگوهای ناپه‌نچار رفتار
- مشترکات تمام روش‌های روان‌درمانی عبارتند از:
- ۱- انتظارات مثبت
  - ۲- رابطه درمانی (راپورت)
  - ۳- اثر هاتورن (بالارفتن روحیه در اثر مورد توجه قرار گرفتن)
  - ۴- کاتارسیس (تخلیه هیجانی)
  - ۵- کاهش اضطراب: یعنی تمام درمان‌ها سبب کاهش اضطراب می شوند.
- طبقه‌بندی درمان‌ها براساس زمان‌بندی:

۱- بلندمدت: روان درمانی تحلیلی

۲- کوتاه مدت: درمان‌های زیر 25 جلسه / بقیه روان‌درمانی‌ها

### - طبقه‌بندی براساس هدف درمان:

۱- درمان اختصاصی ← یک موضوع مورد هدف است و به بنیاد شخصیت کاری نداریم. مثلاً فقط روی افسردگی بیمار تمرکز می‌کنیم، دیگه با بقیه جنبه‌های شخصیت کاری نداریم.

۲- کلی (بینش) ← ساختارهای شخصیت را مورد هدف قرار می‌دهیم.

### - طبقه‌بندی براساس سطوح درمانی:

۱- مشاوره: مناسب افراد سالم با مشکلات سطحی است، کوتاه و ساده، 7 الی 8 جلسه درمانی / کوتاه‌ترین و ساده‌ترین نوع درمان.

۲- حمایتی: تقویت نکات مثبت شخصیتی و کمک برای غلبه بر ضعف‌ها و تسکین ناراحتی - وارد بخش‌های عمیق شخصیت نمی‌شویم - وارد ناخودآگاه نمی‌شویم - مکانیزم‌های دفاعی فرد را تقویت می‌کنیم - افراد با انگیزه پایین، هوش پایین، وقت کم و بیماران سایکوتیک مناسب این درمان هر مشکل اصلی این درمان وابسته شدن بیمار به درمانگر می‌باشد / مهم‌ترین مساله درمان حمایتی آن است که بیمار خود تصمیم بگیرد.

۳- بازآموزی: هدف سازگاری بهتر با شرایط، تغییر هدف‌های فردی و مناسب‌تر - و قابل دسترس کردن هدف‌ها - استفاده از مهارت‌ها و استعدادهاست ولی لزوماً وارد ناخودآگاه نمی‌شویم.

**هتال:** رفتار درمانی - مراجع محوری - واقعیت درمانی - بودائیسیم!

۴- بازسازی: هدف آن ایجاد تغییرات عمیق و پایدار در شخصیت فرد باشد - مناسب افراد روش حمایتی نیست (مهم) - مناسب سالمندان و کودکان نیست - مناسب افراد 40 سال به بالا نیست - همان درمان کلی!

**هتال:** انواع روان‌کاوی - درمان‌های تعاملی - بازی درمانی - هنر و موسیقی درمانی

### روان تحلیلی و روان‌کاوی

هدف روان‌کاوی ← رفع مشکلات روان رنجورانه ← بینش

مرگ: پرخاشگری

زندگی: جنسی

\* از نظر فروید انسان موجودی غریزی است که بر پایه دو سائق مرگ و زندگی فعالیت می‌کند.

\* انسان از نظر اخلاقی خنثی است، نه خوب است و نه بد.

\* اصل علیت فروید: هر چیزی علتی دارد که از طریق آن فروید نهایتاً مفهوم جبر روانی را استخراج کرد.

\* رفتار عمدتاً از ناهشیار می‌باشد.

\* روان‌شناسی بن یا id psychology مکتب فروید می‌باشد.

- شخصیت از نظر فروید: دارای 3 بخش می‌باشد / اساس شخصیت در 6 سال اول زندگی شکل می‌گیرد.

(۱) بن / نهاد id: شامل سابق‌ها، غرایض - پیرو اصل لذت - تابع فرآیند اولیه و نخستین فکر است: یعنی ارضاء نیازها به صورت واقعی و با واقعیت ارتباط ندارد - پایه و شخصیت از id شکل می‌گیرد.

(۲) من / خود Ego: مدیر اجرایی شخصیت است - تماس با واقعیت دارد - دستگاه کنترل شخصیت است - پیرو تفکر ثانویه است - در هر سه بخش ذهن (هشیار، نیمه هشیار، ناهشیار) وجود دارد - قضاوت و اندیشیدن برای این بخش است. بین id , super Ego مطالعه ایجاد می‌کند.

خودآرمانی : براساس تشویق شکل می گیرد.

وجدان: برای براساس تنبیه شکل می گیرد.

(۳) فرامن Super Ego: پیرو اصل اخلاقی، کمالی و ارزش هاست

id Super Ego

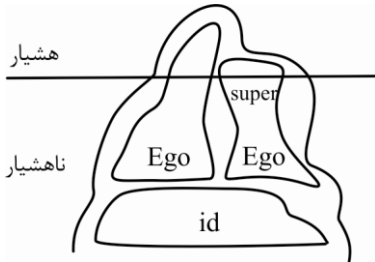
یکی از وظایف فرامن، منع تکانه های نهاد است.

مهم: super Ego از طریق همانندسازی با والد هم جنس در 3 تا 5 سالگی شکل می گیرد - باعث حل عقده ادیپ می شود.

- ذهن از نظر فروید:

- فروید ذهن انسان را به یک کوه یخ تشبیه کرد.

یعنی بیش تر ذهن در ناهشیار است مثل یک کوه یخ ⇐



\* نیمه هشیار، خاطراتی هستند که در حال خاطر در ذهن نیستند ولی به سرعت نه ذهن می آیند، مثل اسم معلم کلاس اول دبستان.

\* ناهشیار: خاطرات، آرزوها و امیال سرکوب شده در ناهشیار می باشد که شامل هر سه مولفه شخصیت می شود.

- رشد روانی و جنسی از نظر فروید:

لیبیدو یا انرژی حیات و زندگی سبب آن می شود. Libido

در هر سنی لیبیدو در منطقه ای از بدن متمرکز می شود که به آن مناطق شهوت ز می گویند.

تعارض اصلی از شیر گرفتن کودک است.	مراحل پیش تناسلی	0-1	Oral	دهانی
تعارض اصلی آموزش آداب دستشویی رفتن است.		1-3	Anal	متعدی
تعارض اصلی عقده ادیپ والکتر است.		3-5	Phallic	آلتی
لیبیدو در مکان مشخصی نیست (مرحله غیر جنسی)		5-12	Latency	نهفتگی
فرصتی برای مهارت های زندگی و یادگیری توجه معطوف به افراد خارج خانواده می شود - عشق واقعی و کارکردن هدف است از نظر فروید انسان کامل، نسان تناسلی است.		12	Genital	تناسلی

## - کارل آبراهام وریز کردن نظریه فروید:

دوره جذب دهانی: دوره مکیدن - 0 تا 6 ماهگی - وابستگی لمسی  
 دوره سادسیم دهانی: دوره گاز گرفتن - 6 تا 12 ماهگی - وابستگی بعدی

➤ Oral

دوره تخریبی و دفعی: کودک کثیف می‌کند و لذت می‌برد.  
 دوره سلطه‌یابی: کودک با کنترل کردن مدفوع خود لذت می‌برد.

➤ Anal

- تثبیت و یا Fixation در مراحل پیش تناسلی رخ می‌دهد زیرا شخصیت در این مراحل شکل می‌گیرد.  
 یعنی: ماندگار شدن انرژی حیات یا لیبیدو در یک مرحله و عدم انتقال کامل آن به مراحل بعدی.  
 علت آن عبارت است از: ارضای افراطی یا عدم ارضای کافی در آن مرحله.

## ← آسیب‌های هر مرحله عبارتند از:

۱- مرحله دهانی: خوش‌بینی و بدبینی - ساده لوحی و بدگمانی - وابستگی و اعتماد - شخصیت گیرنده و یا دهنده  
 لذت‌های دهانی: حرف زدن - شیکار کشیدن - شصت خوردن

مکانیزم دفاعی غالب: فرافکنی

۲- مرحله متعددی: خصاست و دست و دل بازی - وسواس - نظم و شلختگی

مکانیزم دفاعی غالب: واکنش واونه - سرکوبی - ابطال

۳- مرحله آلتی: خودشیفتگی یا بیزاری از خود - خجالتی یا معاشرتی بودن - سادگی در برابر شیک بودن رفتارهای آلتی و جنسی  
 داشتن (شخصیت آلتی)

مکانیزم دفاعی غالب: همانندسازی

۴- مکانیزم‌های غالب نهفتگی: تصعید و درون‌فکنی

۵- مکانیزم‌های غالب تناسلی: خیال‌پردازی و فراکنی

## - دیدگاه فروید در مورد نورو و سایکوز:

\* سایکوز (روان‌پریشی): تعارض Ego با محیط / من ضعیف + بن قوی

\* نورو: اضطراب هشداری است برای Ego و نشانه تعارض می‌باشد و بر ۳ گونه است:

(۱) اضطراب واقعی: ترس ناشی از یک محرک بیرونی

(۲) اضطراب نوروتیک: روان‌نزدانه یا روان‌رنجورانه - تعارض بین id و Ego را گویم - تکانه‌های id ترس را ایجاد می‌کند - مبهم است.

اختلالاتی چون: اضطراب فراگیر - فوبی - وحشتزدگی

ریشه این اضطراب در کودکی ← تعارض بین ارضای غرایز و واقعیت

(۳) اضطراب اخلاقی: تخلف از وجدان (اصول اخلاقی) - تعارض بین id و super Ego که خود را به صورت احساس گناه و شرم‌ساری نشان می‌دهد. \* کاهش اضطراب به وسیله مکانیزم دفاعی است. \*

## - شیوه‌های و مفاهیم مهم در دوران کاوی:

۱- اتحاد درمانی که همان راپورت است ← رابطه‌ی مثبت حرفه‌ای بین درمانگر و درمانجو

۲- انتقال: انتقال احساسات بیمار در مورد افراد مهم زندگی به درمانگر، که می‌تواند مثبت باشد یا منفی.

انتقال + تعریف کردن از درمانگر ویژگی‌های او

انتقال - ایراد گرفتن از درمانگر و ویژگی‌های وی

۳- انتقال متقابل: همان انتقال است ولی از سمت درمانگر به بیمار نقش منفی در همان دارد.

۴- مقاومت: عدم تمایل به کنار گذاشتن شیوه رفتار نوروپیک که می‌تواند گوناگون باشد مثل: دیر کردن یا نیامدن به کلینیک - عوض کردن موضوع - سکوت کردن - جسمانی کردن (مثل دل درد گرفتن) شوخی کردن.

### \* مقاومت‌های به طور کلی بر 2 نوع است:

مقاومت‌ها  $\left\{ \begin{array}{l} \text{مأنوس به خود} \leftarrow \text{Ego-syntonic} \text{ دلایل مقاومت‌ها را منطقی می‌داند} \\ \text{نامأنوس به خود} \leftarrow \text{Ego-dystonic} \text{ خود فرد هم نمی‌داند چرا مقاومت دارد و با مقاومت خود بیگانه است.} \end{array} \right.$

**نکته:** \* مقاومت نامأنوس به خود آسان‌تر شکسته می‌شود.  
- یک از هدف‌های درمان  $\leftarrow$  شکستن مقاومت بیمار است.

### \* شیوه‌های مورد استفاده در روانکاوی

- ۱- تخلیه هیجانی: همان کاتارسیس یا پلایش است، باعث تسکین بیمار می‌شود.
- ۲- تداعی آزاد: روش اصلی درمان فروید است، هر چیزی به ذهن می‌رسد بیان کنیم و فرد لایه لایه به ناخودآگاه خود و تعارضات ناخودآگاه نزدیک‌تر می‌شود.
- ۳- تحلیل رویاها: شاهراهی است به سمت ناخودآگاه - زبان رویا، رمزی و سمبلیک است. رویا: دارای 2 محتوای می‌باشد. محتوای آشکار: آنچه که در خواب دیده می‌شود. محتوای پنهان: معنای آنچه که در خواب دیده می‌شود. مکانیزم کار رویا یا Dream work، محتوای پنهان را به محتوای آشکار تبدیل می‌کند (یکی از کارکردهای Ego است). هدف‌نهایی درمان درمان‌کاوی: رسیدن درمان‌جو به بینش است - فهم دلایل رفتارها و احساس‌ها بینش در بیمار از طریق مداقه (تکرار) حاصل می‌شود. مداقه: بررسی دقیق و مداوم نحوه عملکرد تعارضات و دفاع‌های بیمار در حیطه‌های زندگی

\* مکانیزم‌های دفاعی: دارای 2 جنبه می‌باشد  $\left\{ \begin{array}{l} \text{مثبت} + (\text{کاهش اضطراب}) \\ \text{منفی} - (\text{تحریف واقعیت}) \end{array} \right.$

مکانیزم‌ها  $\left\{ \begin{array}{l} \text{مقابله‌ای (تا حدی آگاه)} \\ \text{دفاعی (ناآگاه)} \end{array} \right.$

### repression

- ۱- **سرکوبی**: واپس‌رانی - واپس‌زنی - سرکوب‌گری اصلی‌ترین، همگانی‌ترین مکانیزم دفاعی است. یعنی تعارضات به ناخودآگاه رانده می‌شود - از نظر فروید این مکانیزم منشأ تولید علائم روانی است.  $\hookrightarrow$  عملی که سرکوبی در سطح خودآگاه انجام می‌دهد.

### Denial

- ۲- **انکار**: افکار واقعیت آسیب‌زای بیرونی است - ساده‌ترین مکانیزم دفاعی است. افرادی که بیماری خود را نمی‌پذیرند - فردی که اعتیاد خود را نمی‌پذیرد - عدم توجه به احساسات منفی مورد توجه به ما از بیرون.

### Reaction formation

- ۳- **واکنش وارونه**: واکنش‌سازی - عکس‌العمل‌سازی - انجام رفتاری کاملاً برخلاف میل درونی (تکانه اول) مثل فامانیک در افسردگی - محبت افراطی به کسی از او بدمن می‌آید.

فرافکنی انکار: واعظان کین جلوه در محراب و منبر می‌کنند چون به خلوت می‌روند آن کار دیگر می‌کنند.

فرافکنی همگون‌سازی: همه آدم‌ها تقلب می‌کنند.

## projection

۴- **فرافکنی:** احساسات و افکار خود را به دیگران نسبت می‌دهد

## Regression

۵- **بازگشت:** واپس‌روی - فرد در مواجهه با ناکامی، رفتارهای دوره قبل زندگی‌اش را نشان می‌دهد. بچه 6 ساله شروع می‌کند به چهار دست و پا راه رفتن / رفتن به خونه مادر پس از قهر کردن

## Identification

۶- **هماندسازی:** درونی کردن ویژگی‌های و ارزش‌های دیگران - مکانیزم اصلی مرحله ادیپال فروید - کاملاً بلعکس فرافکنی است.

## Sublimation

۷- **والایش:** تصعید - طبیعی‌ترین نحوه سازگاری است - مکانیزم دفاعی پخته - میل به پرخاشگری تبدیل می‌شود به جراح شدن - امیال ناپسند به شکل جامعه پسند بروز می‌کنند - انرژی نهاد را به شکل قبول بروز می‌دهد.

## Undoing

۸- **ابطال:** باطل کردن - باطل‌سازی - خنثی کردن - عمل‌زدایی - مکانیزم اصلی در وسواس است. دزدی که بیمارستان می‌سازد! یعنی برای پوشاندن رفتارهای منفی دست به رفتار جبرانی می‌سازد.

## Displacement

۹- **جابجایی:** میل در یک موقعیت ارضا نمی‌شود در یک موقعیت مناسب‌تر ارضا می‌شود. از دست صاحبکار عصبانی است ولی با زنش دعوا می‌کند - مکانیزم اصلی فوبی است.

## Rationalization

۱۰- **دلیل تراشی (توجیه):** برای جلوگیری از احساس ناتوانی دلیل می‌آورد که هدف آن حفظ عزت نفس است. گربه دستش به گوشت نمی‌رسد می‌گوید که بو می‌ده

## Recover

۱۱- **جبران:** سرپوش گذاشتن بر نقاط ضعف از طریق پرداختن به نقاط قوت. فردی که درس را نمی‌فهمد به همین دلیل به سمت ورزش سوق پیدا می‌کند و در آن موفق می‌شود.

## Dissociation

۱۲- **تجزیه:** شخص با تعارض هیجانی یا عوامل استرس‌زای بیرونی از طریق گستگی هشیاری کنار می‌آید. مثل فرار تجزیه یا شخصیت چندگانه

## Intellectualization

۱۳- **عقلانی سازی:** توجیه عقلی - یعنی شخص با تعارض هیجانی و استرس بیرونی، توسط تفکر عقلانی انتزاعی یا تعمیم موارد مشابه کنار می‌آید.

یعنی چون ماشین مرا دزدیدند من هم ماشین فرد دیگر را می‌دزدم!  
مرگ حق است! همه می‌میرند!

۱۴- **آرامانی سازی:** شخص با تعارضات هیجانی خود توسط انتخاب صفات مثبت اغراق‌آمیز به دیگران کنار می‌آید. فلانی خیلی آدم باسوادیه! (طرف کلاه‌برداری حالا!)

۱۵- **کنش‌نمایی:** شخص تعارضات هیجانی را تبدیل به رفتار بیرونی می‌کند. مثلاً مشت زدن به در و دیوار / گریه کردن

۱۶- نوع دوستی: شخص با وقف کردن خود برای نیازهای دیگران با تعارضات خود مقابله می‌کند.

۱۷- بازداري: وقفه - فرونشانی خودداري آگاهانه از ابزار هیجانات و انگیزه‌های نامقبول → مکانیزم مقابله‌ای coping strategy

### Omnipotency

۱۸- همکار توانی: شخص با تعارضات درونی و هیجانات بیرونی با احساس و عمل به گونه‌ای که دارای قدرت و توانایی خاص است و برتر از دیگران است مدارا می‌کند.

بقیه معتاد می‌شوند! من نمی‌شم.

حادثه مال دیگران است.

۱۹- شوخی: با تعارضات درونی و بیرونی با تأکید بر جنبه‌های طنزآمیز تعارض مقابله می‌کند.  
- آنا فروید مکانیزم‌های دفاعی را گسترش داد. (در کتاب من و مکانیزم‌های دفاعی)

### \* مکانیزم‌های دفاعی بر سه دسته هستند:

۱- دسته اول: مکانیزم‌های دفاعی روان رنجور یا نوروتیک:

واکش وارونه - ابطال - آرمانی‌سازی

۲- دسته دوم: مکانیزم‌های دفاعی ناپخته:

فرافکنی - جداسازی - انکار - جابجایی

۳- دسته سوم: مکانیزم‌های دفاعی پخته:

والایش - وقفه - نودوستی (ایثار) - شوخی

### ادامه روان‌کاوی

کارن هورنای: روان‌شناسی زنانه و فمینیستی - روان‌شناس کل‌نگر Whole psychologist - کسی بود که رشک رحم در مردان را در پاسخ به رشک آلت فروید مطرح کرد.

← اضطراب اساسی: ترس از تنها ماندن

← اعتماد اساسی: به واسطه رابطه با مادر سبب ایجاد امنیت می‌شود.

### \* در برخورد با تعارض‌ها، سه تیپ نوروتیک و روان رنجور را مطرح کرد

۱- مهرطلب - حرکت به سوی مردم ← شخصیت مطیع

۲- انزواطلب - حرکت به دور از مردم ← شخصیت منزوی

۳- برتری طلب - حرکت به علیه مردم ← شخصیت پرخاشگر

### \* معتقد به سه نوع خود است

۱- خود فعلی: خود که نشان می‌دهیم

۲- خود حقیقی: خودی که واقعاً هستیم

۳- خود آرمانی: آن خودی که می‌خواهیم باشیم.

## کارل گوستاو یونگ: روان‌شناسی تحلیلی Analytical Psychology

ار تاریخ، اسطوره‌شناسی، نمادشناسی، انسان‌شناسی، مذهب، استفاده کرد.

کتاب معروف او: انسان و سمبل‌هایش

\* تغییرات مهم در انسان در میان سالی رخ می‌دهند - از نظر یونگ میان‌سال بسیار مهم بود.

\* ناهشیار جمعی (مهم‌ترین مفهوم یونگ): تجارب اجداد به ما رسیده و ما همه در آن مشترک هستیم - عمیق‌ترین سطح روان است.

\* گهن الگو (آرکی تایپ): عناصر ناهشیار جمعی رشد یافته می‌باشد.

\* پرسونا (ماسک): آنچه از خود به بیرون نشان می‌دهیم.

\* آنیما: جنبه‌های زنانه یک مرد  
\* آنیموس: جنبه‌های مردانه یک زن  
ریشه بیولوژی هم دارد ← هورمون‌های جنسی

\* سایه: جنبه‌های ناخوشایند شخصیت، شامل غرایض - معادل id فروید است.

### من

\* Ego: مرکز هوشیاری است.

### خود

\* self: مرکز شخصیت است - گرایش به کمال سبب می‌شود که self رشد کند و مرکز شخصیت شود - کهن الگوی، کهن الگوهاست.

\* نگرش‌های ذهنی از نظر یونگ  
نیمه اول زندگی ← درون‌گرا  
نیمه دوم زندگی ← برون‌گرا  
از مجموع کارکردهای روان‌شناختی و نگرش‌های ذهنی

\* کارکردهای روان‌شناختی شامل: حسی، عاطفی، تفکر، شهودی  
( 8 تیپ شخصیت معرفی کرد.)

\* از نظر یونگ بین مؤلفه‌های صفحه قبل باید تعادل وجود داشته باشد وگرنه سبب عقده می‌شود.

### Complex

- عقده: مجموعه هیجانات، امیال، خاطرات که حول وحوش یک موضوع جمع شده‌اند.

### مثال:

Mithra complex

همه باید مثل مامان من باشند!! →

### - روش‌های ارزیابی یونگ:

۱- تداعی کلمه: که در آن هم نوع پاسخ و هم زمان واکنش مهم بود.

۲- تحلیل رویا: رویا فقط ناشی از گذشته نیست، بلکه پیام‌های برای فرد است.

هدف نهایی درمان یونگ: تفرد است یعنی self، مرکز شخصیت شود.

### \* سایر مکاتب تحلیلی

۱- الکساندر: رابطه درمانی - تجربه هیجانی اصلاحی ← یعنی تجربیاتی که هیجانات قبلی ما را اصلاح می‌کنند.

۲- ملانی کلاین: شهرت در کار با کودکان - مادر روابط شیء - مطالب روان‌شناسی رشد درباره او مطالعه شود.

۳- مایر: مفهوم شیء انتقالی - روان‌پزشکی عقل سلیم

۴- هنری موری: عقده پیش آبراه بین مرحله 2 و 3 فروید - مفهوم شخصیت‌شناسی، مفهوم نیازها (درونی) و فشارها (بیرونی)



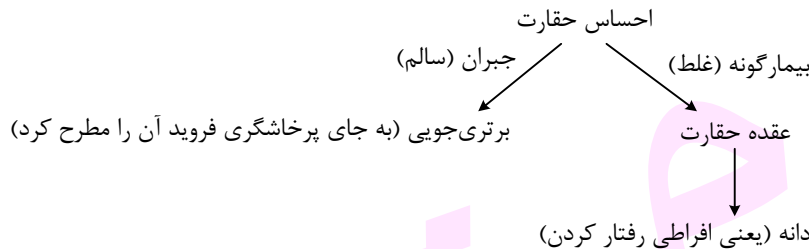
۵- **اتورنک:** ضربه تولد - اراده درمانی - اضطراب نخستین

۶- **کوهات:** روان‌شناسی خود (self psychology) - تأکید بر روابط میان فردی و بر پرورش درک خود از خویشتن است - Ego کارکردها و انرژی مستقلی از id دارد.

### آدلر: روان‌شناسی فردی individual Psychology

- به جای غرایز -> به علاقه اجتماعی تأکید دارد.

- زندگی با احساس حقارت متولد می‌شود -> یعنی احساس ناتوانی یا بی‌کمالی



\* علاقه اجتماعی: جبران صحیح همه ضعف‌ها از راه علاقه اجتماعی ممکن است - انسان طبیعتاً موجودی اجتماعی است

other side <--> تلاش برای قدرت شخصی

\* تفسیرهای آدلر شامل تفسیر شیوه زندگی فردی بود و مهم‌ترین عامل در زندگی فرد آن را می‌دانست - تمام رفتارهای فرد، تحت تأثیر شیوه زندگی فرد است.

۱- مفهوم خود: من که هستم؟

۲- مفهوم خودآرمانی: من که باید باشم؟

\* من خلاق: بخشی از شخصیت است که به تجارب فرد معنی می‌بخشد - باعث وحدت و ثبات می‌شود -> جبر فرویدی را نقص می‌کند.

\* نگاه آدلر به انسان: نگاه غایت‌گرایانه - غایت‌شناسی -> یعنی اهداف انسان مسیر انسان را مشخص می‌کند، انتظار از آینده راه فرد را مشخص می‌کند.

### - ترتیب تولد Birthorder در نظر آدلر:

**بچه اول:** تمام توجهات را دارد - پادشاه است - نیازی به تلاش برای توجه ندارد - سقوط را با تولد فرزند بعدی تجربه می‌کند.

**بچه دوم:** تلاش برای جلب توجه - پرحرف‌تر - موزی‌تر

### - تحلیل رویای آدلری:

آدلر رویا را فعالیتی در جهت حل مسائل آینده می‌داند و با شیوه زندگی فرد و اهداف او ارتباط دارد.

### - تکنیک‌های آدلری:

هدف نهایی درمان او تغییر نگرش فرد است به جای تغییر رفتار او

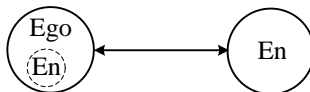
۱- **ارزیابی خاطرات اولیه:** قدیمی‌ترین خاطره‌ای که فرد به یاد دارد -> نشان‌دهنده نگرش فرد - انتظارات - نحوه عمل - شیوه زندگی (در واقع نوعی تکنیک فراقکن است)

۲- **تهیج بیمار:** چون آدلر معتقد بود که بیماری در اثر یأس و ناامیدی ایجاد می‌شود با تشویق و تهیج بیمار و ایجاد اعتماد به نفس در فرد گام به درمان می‌گذاشت.

۳- **تکنیک ایفای نقش:** یعنی بروز الگوهای درست، برای این که مراجع از آن‌ها تقلید کند.

۴- **تعیین تکلیف:** یعنی کاری که مراجع از انجام آن ترس دارد را انجام دهد.

- ۵- دکمه فشار: برای جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار منفی از آن استفاده می‌کرد.
- ۶- گفتگو و مشاوره با اطرافیان مراجع: آدلر اولین کسی بود که اطرافیان را وارد درمان کرد. از نظر آدلر سایکوز ← کوششی است برای فرار کردن فرد و جداسدن از تمام محدودیت‌های محیط.

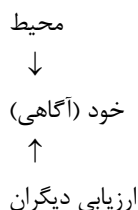


### دیدگاه پدیدار شناختی و انسان‌نگر

- در این دیدگاه بر بیماری تأکید نمی‌شود بلکه بر رشد، کمال، آزادی و خودشکوفایی تأکید می‌گردد - به طبقه‌بندی روان پزشکی اعتمادی نیست.
- رویکرد رفتاری را جزءنگر می‌داند.
- مهم‌ترین مکتب درمانی در این زیر گروه ← درمان مراجع محور (شخص محور) راجرز است.
- مهم‌ترین وظیفه ← درمانگر باید آینه‌ای باشد برای مراجع → یعنی احساسات او را روشن کند.
- **مراجع محوری راجرز**
- میدان پدیداری: چیزی است که هر فرد در هر لحظه تجربه می‌کند.



- خود پدیداری: بخشی از میدان پدیداری است که شخص آن را به صورت من فاعلی تجربه می‌کند.
- یک درمانگر مراجع محور علت رفتار را از خود فرد می‌پرسد چون معتقد است که خود فرد آگاه است و بهترین منبع اطلاعات در مورد خودش است.
- مفهوم خود: وقوف بر وجود و کارهایمان (یعنی همان آگاهی) - خود برآینده تعامل فرد با محیط و ارزیابی دیگران است.



- تعریف روان درمانی راجرزی: آزادسازی ظرفیت‌های بالقوه

### - ویژگی‌های مهم درمان مراجع محور:

- ۱- همدلانه (همدردی نکنیم!)
  - ۲- توجه مثبت + نامشروط
  - ۳- خلوص (درمانگر خودش باشد)
- درباره فرد قضاوت نکنیم - هر فردی را بپذیریم

## نکات

- (۱) درمانگر راجرزی توصیه نمی‌کند به همین دلیل بی‌رهنمود است.
- (۲) روشن کردن احساسات بیمار مهم‌ترین کار درمانگر است.
- (۳) درمانجو مسئول پیشرفت و درمان خودش است - درمانگر مراجع را باور دارد.
- (۴) جلسات معمولاً هفتگی است.
- (۵) اعتقادی به تشخیص و سنجش ندارد، چون قضاوت و مارک زدن است.
- (۶) گروه درمانی‌هایی که براساس نظریه راجرز شکل گرفتند: ۱- گروه رویارویی ۲- گروه رشد و کمال (مخصوص افراد بهنجار)

### \* درمان‌های وجودی (هستی‌درمانی)

تأکید روی معنای زندگی و مسئولیت - علت اصلی اضطراب را ترس از مرگ می‌دانند.  
**گناه وجودی:** احساس این که فرد توانایی‌های خود را باور نکرده و خود را باور ندارد.  
 باید اضطراب آینده را پذیرفت و دانست که هر انتخابی اضطرابی به همراه دارد که باید آن را پذیرفت.  
**\* هدف نهایی درمان:** رساندن فرد به آگاهی و تصمیم‌گیری مسئولانه که از این طریق می‌تواند به عشق، صمیمیت، رفتار اجتماعی سازنده دست پیدا کند.

### \* افراد برجسته این دیدگاه: رولومی و اروین یالوم

- معنای درمانی Logo therapy - ویکتور فرانکل (معروف‌ترین درمان وجودی)  
 - نویسنده کتاب انسان در جستجوی معنا - مفهومی که برای آن ارزش قائل است مفهوم تحقیق خود است.  
 درمان مناسب برای وقتی که مشکل اصلی فرد پوچی و بی‌معنایی زندگی است.

قصد تناقضی: هدف اضطراب قرار می‌گیرد و یک خواست متناقض جایگزین خواست اصلی می‌شود.  
 2- تاتکنیک دارد  
 تمرکززدایی: درمانگر به مراجع یاد می‌دهد رفتارها یا نشانه‌های مشکل‌زا را نادیده بگیرد و توجه خود را به افکار و فعالیت‌های سازنده‌تر معطوف کند.

### \* گشتالت درمانی (پرلز): نام دیگر آن تمرکز درمانی است.

جزو رویکرد پدیدارشناسی است - به روان‌شناسی گشتالت در مورد ادراک هیچ ربطی ندارد.  
 انسان یک کل سازمان یافته است و نه مجموعه اجزاء - تأکید روی Here and now اینجا و اکنون دارد.  
 می‌گوید آنچه در زمان حال اتفاق می‌افتد واقعیت است و به آگاهی لحظه‌ای معتقد است.  
 بعضی‌ها آن را ترکیبی از وجودگرایی و روان‌کاوی می‌دانند.  
 در گشتالت درمانی به جای توجه به علت رفتار به احساسات فرد در لحظه حال توجه می‌شود.  
 • اصلاً پرلز اجازه نمی‌داد افراد درباره گذشته صحبت کنند ← حالا ← تجربه ← آگاهی ← واقعیت

### مفاهیم مهم گشتالت درمانی

- ۱- تو سری زن معادل Super Ego
  - ۲- تو سری خور معادل id
- جنبه‌های متضاد شخصیت هستند که از فرد می‌خواهد این جنبه‌ها با هم گفتگو کنند تا این که جنبه‌های متضاد با هم به ادغام برسند و گشتالت شوند.  
 در این روش درمان ممکن است پر تنش باشد - هم‌چنین مراجع باید رویای خود را باز می‌کند و به گشتالت برساند.

## - بازی‌های گشتالتی:

- ۱- **صندلی خالی:** برای تمام کردن، گشتالت‌های ناتمام است، باید هر دو نقش را بازی کند.
  - ۲- **صندلی داغ:** در گروه درمانی استفاده می‌شود و خود افشاگری می‌کند و به سؤالات دیگران باید جواب دهد.
  - ۳- **من مسئولیت آن را می‌پذیرم:** مثلاً بلند می‌گویند من خسته‌ام و مسئولیت آن را می‌پذیرم.
- واقعیت درمانی (گلاسرو):** جزو دیدگاه‌های پدیدارشناسی است.
- روی واقعیت - مسئولیت - امور درست و نادرست بر زندگی تأکید دارد.
- نظریه انتخاب: مسئولیت انتخاب‌های خود را بپذیرید.
- هویت: جزء لازم و ضروری تمام انسان‌هاست - از لحظه تولد تا مرگ تصویری که فرد از خود دارد یا چیزی که ما را از دیگران متمایز می‌کند.

موفق ← قدرتمند بودن - لذت تصمیم‌گیری برای ارضای نیازهایمان حاصل می‌شود.

\* هویت

ناموفق ← والدین به کودک محبت کافی نمی‌کنند - فقدان احساس ارزش (سبب عدم مسئولیت‌پذیری - عدم مواجهه صادقانه با واقعیت)

آدم‌های با هویت مشابه یکدیگر را جذب و آدم‌های با هویت نامشابه همدیگر را دفع می‌کنند.

## ۴ نیاز مهم گلاسرو:

قدرت - تعلق - لذت و آزادی - نیاز به بقاء → ارضاء این نیازها حس کنترل به زندگی می‌دهد.

## \* هوش

هوش دارای سه تعریف اصلی است:

- ۱- **سازگاری:** انطباق با محیط - تطبیق با موقعیت‌های جدید و ظرفیت تحمل و کنار آمدن با موقعیت‌ها
- ۲- **توانایی یادگیری:** میزان آموزش‌پذیری فرد به معنای عام آن
- ۳- **تفکر انتزاعی:** توانایی استفاده از نمادها و مفاهیم و استفاده از نمادهای کلامی و عددی

## (مهم) تعرف وکسلر از هوش

ظرفیت کلی برای رفتار هدفمند، تفکر عاقلانه، سازگاری با محیط

مفهوم هوشبهر انحرافی توسط وکسلر مطرح شد: یک نمره معیار در آزمون توانایی که می‌توان آن را با عملکرد دیگران در یک گروه سنی مقایسه کرد.

## \* نظریه‌های هوش

عناصر مشترک آزمون

- ۱- اسپیرمن: نظریه 2 عاملی هوش است - تأکید بر هوش عمومی (g) و هوش اختصاصی (s)

عناصر ویژه یک آزمون معین

\* تفاوت‌های هوشی میان افراد را براساس عامل g نمی‌توان تشریح کرد، به علت وجود عامل (S)!

- ۲- ترستون: توانایی‌های نخستین هوش (عامل s) - 7 عامل نخستین هوش: اعداد - سیالی کلامی - معنای کلامی - سرعت ادراک - تجسم فضایی - استدلال - حافظه

- ۳- کتل: برمحوری بودن عامل g تأکید کرد، بر 2 هوش سیال و هوش متبلور تأکید دارد.

توانایی‌های ارثی و ژنتیکی      توانایی‌های در اثر تجربه کسب شود

مدل سلسله مراتبی هوش برای کتل است.

۴- گلیفورد: 120 عامل هوش - هوش حاوی سه مؤلفه است: عملیات، محتواها، محصولات که از ترکیب آن‌ها 120 توانایی ذهنی به دست می‌آید - مدل ساختار عقلی و مدل مبنای تولید داده برای گلیفورد است.

چهار وجه مهم خلاقیت:

نوآوری، انعطاف‌پذیری، بسط و سیالی

تفکر همگرا ← روزنامه برای روزنامه خواند است.

محتوا

تفکر واگرا ← با روزنامه مجسمه درست می‌کنم. → خلاقیت جزو تفکر واگرا است.

۵- استرنبرگ: نظریه 3 جزئی (قوسی) هوش - جنبه مؤلفه‌ای (اجزائی) - تجربه‌ای - بافتاری (محیطی)

□ □ □

(تفکر تحلیلی) (تفکر خلاق) (آگاهی از قواعد محیطی)

\* این نظریه تأکیدی بر سرعت و دقت عملکرد ندارد در عوض بر پاسخ‌ها و بازبینی آن‌ها تأکید دارد.

۶- گاردنر: هوش چندگانه - هوش یعنی توانایی حل مسئله

زبانی - موسیقایی - منطق و ریاضی - فضایی - بدنی و جنبشی - شخصی (یعنی آگاهی شخص نسبت به هیجانات خود)

\* انتقادی که بر هوش گاردنر است این است که هوش مدنظر گاردنر بیش‌تر شبیه قریحه هستند تا هوش!!

### \* آزمون‌های هوش:

۱- گزل: اولین آزمون هوشی اطفال (زیر 2 سال) - موارد حیط حسی و حرکتی را می‌سنجد - آزمون‌های تعادل، توجه به اشیاء، ساختن اشکال ساده با مکعب، مهارت‌های ساده دستی.

\* تست‌های اطفال: گزل - کتل - بهلر

۲- آلفرد بینه - تئودر سیون: اولین آزمون هوش به سبک امروزی ← آمریکا ← ترمن ← استنفورد بینه  
\* برای سنجش و جداسازی عقب مانده‌هایی که از بدو تولد عقب مانده بودند.

$$IQ = \frac{MA}{CA} \times 100$$

بهره هوشی ← ترمن ← بینه

MA سن عقلی  
CA سن تقویمی

\* آزمون بینه برای هر پایه سنی 6 سؤال دارد که هر سؤال دارد که معادل 2 ماه سن عقلی است.

\* آزمون استنفورد بینه برای 2 تا 16 سال کاربرد دارد.

\* انتقاد به این آزمون این است که وابسته به زبان است و جنبه‌های حسی و حرکتی را کم‌تر شامل می‌شود.

\* سن پایه: کم‌ترین سنی که آزمودنی به همه سؤال‌های آن درست پاسخ دهد و تا جایی که هیچ کدام از سؤال‌ها پاسخ ندهد.

۳- وکسلر: مفهوم بهره هوشی انحرافی را مطرح کرد \* آزمونی برای عقب مانده‌هایی که سالم بودند و ضایعه مغزی باعث عقب‌ماندگی در آن‌ها شده بود، طراحی کرد.

4-6/5	پیش دبستان	WPPSI	وکسلر
6-16	کودکان	WISC	
16 سال به بالا	بزرگسال	WAIS	

هر تست سه بهره هوشی می‌دهد:

Verbal - کلامی: اطلاعات، درک مطلب، ریاضیات، شباهت‌ها، فراخوانی ارقام (حافظه عددی)، خزانه لغات ← پایاترین خرده آزمون کلامی

Performance - عمومی: تکمیل تصویر - تنظیم تصویر، طراحی معکب‌ها، الحاق قطعات، رمزگردانی

- کل: کلامی + عمومی

**نکته:** به طور کلی در آزمون وکسلر  $V > P$  است، در صورتی که  $P > V$  و اختلاف نمره آن بیش از 15 باشد احتمال آسیب روانی داریم.

**نکته:** با آزمون وکسلر می‌توان علاوه بر هوش، بعضی جنبه‌های شخصیت را سنجید.

**نکته:** مقیاس کل بیش‌ترین پایایی و مقیاس عمومی کم‌ترین پایایی را دارد.

### چند نکته:

۱) **نقص آزمون بینه:** فقط یک ضریب هوشی از استعداد کلی شخص به دست می‌دهد و استعدادهای دیگر را نشان نمی‌دهد. این نقص در آزمون وکسلر از بین رفته، زیرا آزمون وکسلر هم بهره هوشی و هم استعدادهای مختلف را نیز اندازه می‌گیرد.

۲) **آزمون‌های گروهی غیرکلامی:** شیکاگو پینتر، کشیدن تصویر گودیناف

بزرگسالان ← گروهی } آرمی آلفا  
آرمی بتا

۳) **محدودیت‌های آزمون‌های هوشی:** در پیش‌بینی موفقیت شغلی و مهارت‌های غیرتحصیلی مانند خلاقیت، موفقیت در برخورد با مردم محدودیت دارند.

۴) **در آزمون هوشی وکسلر طراحی معکب‌ها + محاسبه + رمزگردانی (نماد ارقام):** به مثلث اضطراب معروف‌اند ← در برابر اضطراب آسیب‌پذیراند.

**نکته مهم:** ۵) بهترین فرم کوتاه از آزمون وکسلر ← گنجینه لغات + طراحی با معکب‌ها

### آزمون‌های شخصیت

اولین پرسشنامه شخصیت، پرسشنامه رفتار نابهنجار وودورث است.

### انواع آزمون:

۱- **عینی و مواد کاغذی:** پاسخ‌ها کوتاه، بسته و چند گزینه‌ای است، آزمودنی امکان تشریح پاسخ‌های خود را ندارد - حُسن: مقرون به صرفه‌ای است امکان اجرای گروهی، نمره گذاری و تفسیر رایانه‌ای را دارد.

### • روش ساخت آزمون‌ای عینی:

۱- **اعتبار محتوا:** مواد آزمون چیزی را بسنجد که برای آن ساخته شده‌اند.

۲- **ملاک تجربی:** در اینجا انتخاب عبارات منطقی و نظری مهم نیست و مهم توصیف بیمار است - یعنی به مرور زمان و تجربه می‌فهمیم (مثل MMPI)

۳- **تحلیل عاملی (نوعی روش همبستگی):** مثلاً از 10 تا سؤال با تحلیل عامل‌ها به سؤالات کامل می‌رسیم.

۴- اعتبار سازه: ترکیبی از روش‌های بالاست.

### \* پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینوستا MMPI

براساس ملاک تجربی ساخته شده، سازنده‌گان هته‌وی و مک‌کینلی هستند.

- پرکاربردترین آزمون روانی است - هدف اجرای این آزمون: تشخیص اختلال روان پزشکی و تمیز هنجار و نابهنجار می‌باشد.  
2 گروه مقیاس دارد:

#### ۱- مقیاس‌های اعتباری

MMPI II			مقیاس اصلاح (حساس)	ندرت فراوانی		
FRIN	VRIN	Fb	K	F	L	?
ناهمسانی پاسخ درست	ناهمسانی پاسخ متغیر	ندرت فراوانی صفحه آخر	مقاومت به پاسخ	آشفته‌گی و انحراف عدم فهم سؤال	دروغ‌سنج	پاسخ نداده

#### نکات:

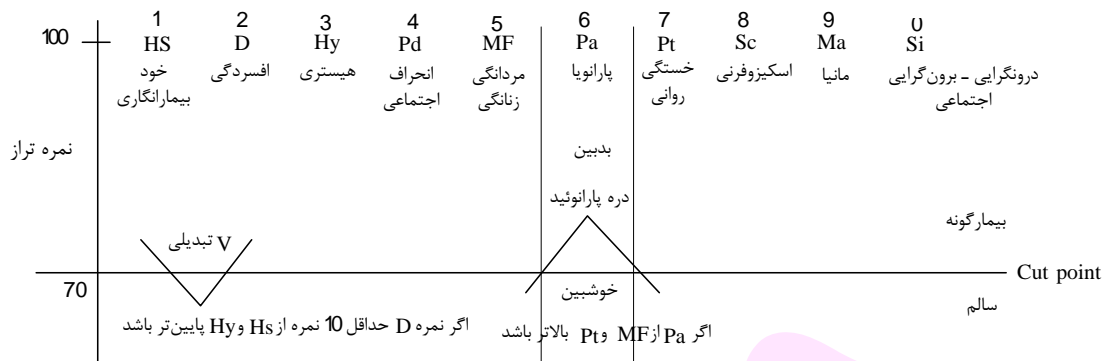
اگر مقیاس F از K و L بالاتر باشد یعنی بیمار خواسته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد.



اگر مقیاس F از K و L پایین‌تر باشد یعنی بیمار خواسته خود را بهتر از آنچه هست نشان دهد.



## ۲- مقیاس بالینی: به شکل مقیاس بالینی نیم‌رخ روانی نیز گویند.



## الگوهای اصلی نیم‌رخ

## (مرضی)

اگر مقیاس‌های اول بالا باشند ← الگوی اختلالات نوروتیک - پروفایل نزولی  
 اگر مقیاس‌های آخر بالا باشند ← الگوی اختلالات سایکوتیک ← پروفایل صعودی  
 اگر مقیاس‌های نیم‌رخ زیگ‌زاگی باشند ← الگوی اختلالات شخصیت ← پروفایل زیگ‌زاگی (نمره Pd بالا دارند)  
 تشخیص‌گذاری معمولاً براساس کدهای 2 و 3 نقطه‌ای می‌باشد:

کد 2 نقطه‌ای 8-6 اسکیزوفرنی پارانوئید

کد 2 نقطه‌ای 9-2 افسردگی 2 قطبی

در آزمون MMPI محدودیت زمانی نداریم ولی متوسط آزمون 1 ساعت است و مدت کوتاه‌ترین یا طولانی‌تر تفسیر بالینی دارد.

**نکته:** MMPI-II تحت تجدیدنظر قرار گرفته و تعداد سؤالات آن 567 سؤال است، البته وقتی فقط اعتبار سنتی و مقیاس بالینی مورد نظرند، فقط 370 ماده از آن اجرا می‌شود - این آزمون برای افراد 13 سال به بالا کاربرد دارد (MMPI برای 16 سال به بالا بود) (سؤال دارد MMPI = 550)

**نکته:** فرم ایرانی MMPI را دکتر براهنی و اخوت طراحی کردند، 71 سؤال دارد - مقیاس MF Si را به علت وابسته به فرهنگ بودن حذف کردند.

**نکته:** راجرز MMPI را کابوس روان‌سنجی نامید.

## سایر آزمون‌های عینی:

۱- آزمون شخصیت میلون MCMI: برای سنجش اختلالات محور II، DSM است.

۲- آزمون SCL-90: آزمون غربالگری اختلالات روانی - محور I را می‌سنجد - شبیه MMPI

۳- آزمون 16 عاملی کتل: برای سنجش شخصیت بهنجار - شامل 16 صفت اصلی

۴- آزمون (OCEAN) NEO: آزمون شخصیت برای افراد بهنجار - براساس تئوری 5 عامل بزرگ شخصیت (روان‌آزاده‌خودیی N، برون‌گرایی E، پذیرا بودن O، سازگاری A، مسئولیت‌پذیری C) - 30 ویژگی شخصیت را می‌سنجد - هر ویژگی 8 سؤال دارد پس 240 سؤال است.

۵- آزمون شخصیت آیزنگ (آیسنک) NEP: شامل سه بعد است - (۱) درون‌گرایی و برون‌گرایی (هم بهنجار و هم نابهنجار)

(۲) ثبات هیجانی - بی‌ثباتی هیجانی



(۳) روان پریش خویی - کنترل تکانه

۶- **آزمون شخصیت C.P.I.**: برای افراد بهنجار - توسط هرسیون گاف - برای افراد 12 سال به بالا - آزمون MMPI شخص عاقل است. بیش از  $\frac{1}{3}$  سوالات MMPI در آن وجود دارد و مثل MMPI خود اجرا است، تحلیل براساس تمرات T انجام می شود.

۷- **آزمون B.D.I.**: صرفاً برای سنجش افسردگی - توسط پک - 21 گروه جمله دارد که از 0 تا 3 نمره گذاری می شود - حداکثر نمره 63 است - cut point آن 15 است - اگر نمره زیر 5 شود حتماً افکار افسردگی است (عدم همکاری) فرم کوتاه B.D.I 13 ماده دارد.

۸- **هامیلتون**: جهت سنجش افسردگی - توسط آزمون گر نمره گذاری می شود یعنی آزمون خودسنجی نیست.

۲- **آزمون های فرافکن**: این اصطلاح را فرانک بیان کرده یعنی:

۱- محرک فاقد ساختار و مبهم است.

۲- آزمودنی به محرک مبهم ساخت می دهد.

۳- روش سنجش غیرمستقیم است - آزمودنی خودش معنی پاسخش را نمی داند.

۴- آزمودنی در پاسخدهی آزادی عمل دارد.

۱- **آزمون فرافکن هرمن رورشاخ**: آزمون لکه های جوهر رورشاخ مهم ترین آزمون فرافکن است.

هدف: تست تشخیص است - شامل 10 کارت 5 تا سیاه و سفید / 3 تا کاملاً رنگی / 2 تا لکه های قرمز شیوه اجرا آزمون:

2 مرحله ← ۱- ارائه کارت: هر 10 تا کارت به ترتیب ارائه می شوند و می گوئیم چه می بینی؟

← ۲- وارسی پاسخ: این چیزی که دیدی رو کجا دیدی؟ چی شد که دیدی؟

← ۳- حال وارد نمره گذاری می شویم:

کل لکه	بخش متداول	بخش نامتداول	سفید	۱- محل ادراک: محل دیدن
W	D	Dd	S	
حرکت حیوان	شکل	حرکت انسان	رنگ	۲- تعیین کننده ها: چی شد دیدی
m	F	M	C	t
انسان	حیوان	زمین	لباس	۳- محتوا: چی دیدی
H	An	Ge	Clth	
ابتکاری		عمومی		۴- عمومی یا ابتکاری بودن پاسخها:
O		P		
ل. مثل کارت 3 ←	خفاش یا پروانه			

لکه: رنگ مقدم بر شکل → CF

شکل مقدم بر رنگ → FC

### نکات مهم

۱- استفاده از F به صورت زیاد نشانه همرنگی است، استفاده کم از F همراه با پاسخهای زیاد O نشانه روان روان پریشی است، استفاده از C به صورت زیاد نشانه هیجانی و تکانشی بودن است.

۲- استفاده زیاد از S: نافرمانی و خصایص شخصیت ضداجتماعی

۳- استفاده زیاد از W: سازمان یافتگی و یک پارچگی

۴- پاسخهای زیاد Dd: وسواس

۵- پاسخهای خون، چنگال، چاقو، دندان ← نشانه خصومت و پرخاشگری است.

- ۶- بررسی پشت کارت: پارتنویا و سؤظن
- ۷- تعداد پاسخ‌های نرمال بین 17 تا 33 پاسخ است، برای مجموع 10 کارت، تعداد کم پاسخ‌ها نشانه مقاومت، افسردگی، عدم همکاری و تمارض
- ۸- تعداد زیاد پاسخ‌ها ← درون‌گرایی، هوش بالا، خلاقیت - تحمل فشار است.
- ۹- حداقل پاسخ در بچه‌ها 15 پاسخ و در بزرگسال 17 پاسخ است.
- ۱۰- تعداد زیاد پاسخ H: دامنه گسترده علایق به مردم
- ۱۱- تعداد کم پاسخ H: سطح پایین همدلی و کناره‌گیری از روابط اجتماعی

## ۲- T.A.T (موری و مورگان) آزمون اندریافت موضوع

برای بررسی ویژگی‌های افراد و نیازهای روانی - نگرش‌ها - هیجان‌ها - احساسات - برخلاف رورشاخ هدفش تشخیص بالینی نیست - بلکه بیش‌تر توصیف شخصیت است - 31 کارت دارد و یک کارت آن کاملاً سفید است و بقیه تصاویر عمدتاً انسانی و سیاه و سفید هستند - حداکثر 20 کارت آن قابل اجرا است - آن کارت‌هایی که پشت آن شماره است برای همه قابل اجراست - کارت‌های عمومی اختصاصی 10 ناست معمولاً در 2 جلسه اجرا می‌شود.

دستور اجرا:

برای هر کارت داستانی بسازید که شامل گذشته، حال و آینده و افکار احساسات قهرمان داستان باشد، تفسیر TAT کیفی است برخلاف نمره‌گذاری رورشاخ - در TAT نمره‌گذاری تأکید نمی‌شود - در تفسیر ابتدا قهرمان داستان مشخص می‌شود (معمولاً خود فرد است)

در تفسیر TAT هم نیازها و فشارهای قهرمان داستان بررسی می‌شود - در موقعیت‌های بالینی بین 8 تا 12 کارت اجرا می‌شود.

\* این آزمون برای انگیزه پیشرفت استفاده می‌شود.

اولیه: احشایی  
موری نیازها را به دو دسته تقسیم می‌کند  
ثانویه: روان‌زاد

$\alpha$ : جنبه‌های عینی و واقعی  
موری فشارها را به دو دسته تقسیم کرد  
 $\beta$ : ادراک‌ها و تفسیرهای فرد از جنبه‌های خاص محیط

**نکته:** آزمون C.A.T: اندریافت موضوع کودکان - 10 کارت است - شامل تصاویر حیوانی و سیاه و سفید است.

## ۳- نقاش‌های فرافکن

- ۱- DAP: یک آدم‌بکش - در DAP محل و چگونگی تصاویر - ویژگی‌های عاطفی و روانی کودک را مشخص می‌کند (زیر 12 سال قبل از نوجوانی)
- ۲- ترسیم خانواده: بیش‌تر روابط داخل خانواده و احساسات و هیجانات کودک بررسی می‌شود.
- ۳- درخت، آدم، خانه: نگرش کودک به محیط اطراف
- ۴- جملات ناتمام راتر: عبارت‌های ناتمامی که آزمودنی باید آن‌ها را تکمیل کند.
- \* تکنیک‌های ساخت آزمونی فرافکن

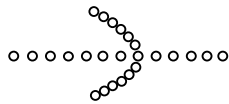
(۱) تکنیک‌های ساختی (مثل TAT)

(۲) تکنیک‌های تداعی (رورشاخ)

(۳) تکمیلی (جملات ناتمام)

(۳) **آزمون بندرگشتالت:** این آزمون هم در آزمون‌های فرافکن و هم عصبی‌روانی کاربرد دارد.

معروف‌ترین آزمون عصبی است - 9 تا کارت دارد - بررسی ادراکی و بصری است.



\* در چند سالگی بدون خطا می‌توان آن‌ها را کشید؟ از 12 سالگی به بعد - تا 3 سالگی کودک نمی‌تواند آن‌ها را بکشد.

## سنجش رفتاری

### سه تفاوت عمده سنجش رفتاری با سنجش سنتی

۱- **نمونه در برابر علامت:** سنجش سنتی عمدتاً پیرو رویکرد علامتی است و سنجش رفتاری فقط تابع رویکرد نمونه‌ای است در سنجش سنتی شناسایی خصوصیات پایدار شخصیتی از توصیف وضعیت مهم‌تر است ولی در سنجش رفتاری، مهم‌ترین نکته آن است که ابزار سنجش ما چقدر از رفتارها و وضعیت‌های مورد نظر متخصص بالینی به خوبی نمونه می‌گیرد.

نمونه‌ای ← نمونه‌ای وضعیت      علامتی ← زیر ساخت شخصیت

۲- **تحلیل کارکردی:** یعنی تحلیل دقیق محرک‌هایی که پیش از رفتار وجود داشته‌اند و پیامدهای پس از آن. (براساس مدل اسکینر)

S = محرک یا پیشامد

O = ارگانیسم (کامل کننده و جدید)

R = پاسخ یا رفتار شکل‌ساز

C = پیامد رفتار

۳- **سنجش رفتاری:** یک فرآیند پیوسته و مستمر است که قبل و در حین درمان کماکان صورت می‌پذیرد.

## روش‌های سنجش رفتاری

۱- **مصاحبه:** مثل مصاحبه‌های تشخیص ساختار - برای بررسی عوامل و پیامدهای مشکلات

۲- **مشاهده:** فن اصلی سنجش رفتاری است - برای بررسی از مشاهده مستقیم استفاده می‌کنند.  
مشکلات مشاهده:

۱- نیاز به آموزش متخصص

۲- رعایت حریم مشاهده و اخلاقیات

۳- دخالت نزدیکان

۴- دشوار و پرهزینه بودن کار

\* از مشاهده معمولاً در تحقیق استفاده می‌شود تا کار بالینی.

## ۱- مشاهده طبیعی

مشاهد در خانه: نظام کدگذاری پترسون و همکارانشان - مثال بررسی کودکان بزهکار

مشاهده در مدرسه: نظام کدگذاری آخنباخ - مشکلات رفتاری کودک در مدرسه

مشاهده در بیمارستان: نظام کدگذاری گوردن پاول و همکارانشان - بررسی رفتاری بیماران پر سابقه در بیمارستان

## ۲- مشاهده کنترل شده

هنگامی استفاده می‌شود که:

- رفتار به صورت طبیعی انجام نشود

- زمانی که دخالت دیگران مشاهده را مختل می‌کند.

- هنگامی که کنترل مراجع آسان نیست - مثل فرار مراجع در راهرو

### ۳- فنون عملکردی کنترل شده

مثل ← BioFeed back

EEB ← فعالیت الکتریکی مغز

EDA ← فعالیت الکتریکی پوست

ERPS ← پتانسیل وابسته به واقعه یا رویداد

### ۴- خود بازبینی

وقتی خود فرد به بررسی و مشاهده رفتار پردازد مثل درمان چاقی، اعتیاد، ترس و بزدلی (عدم اعتماد به نفس) ایراد: معمولاً مشاهدات فرد تعریف شده است.

#### \* انواع اعتبار مشاهدات

- ۱- اعتبار محتوا: یعنی رفتارهایی که باید مد نظر قرار گیرند که برای اهداف تحقیقاتی یا بالینی ما مهم‌ترند.
- ۲- اعتبار هم زمان: آیا درجه‌بندی مشاهدات با مشاهدات هم زمان دیگران تناظر دارد یا خیر؟
- ۳- اعتبار سازه: آیا چهارچوب نظری ضمنی و تلویحی دارای تائیدات تجربی هست یا خیر؟
- ۴- اعتبار بوم شناختی: نشان می‌دهد که رفتارهای تحلیل شده یا مشاهده شده چقدر معرف رفتار معمول شخص است.

#### متغیرهای مؤثر بر اعتبار مشاهدات

- ۱- خطای مشاهده کننده: یعنی سوگیری فرد - خطای هاله‌ای: طرح قالبی اولین مشاهده فرد
- ۲- واکنش نشان دادن: یعنی واکنش نشان دادن به این که در حال مشاهده شدن هستند و رفتار عادی و روزمره خود را تغییر می‌دهند.

### روش‌های دیگر کسب داده‌ها

- ۱- نقش بازی کردن یا تمرینات رفتاری: سنجش مهارت‌های اجتماعی و جرأت
  - ۲- پرسش‌نامه و فهرست‌ها: پرسش‌نامه‌های خودسنجی (مثل افسردگی بک، جوانان آخنباخ)
- \* سنجش رفتاری شناختی: می‌چنبام ← حامی رویکردهای کارکردی - شناختی

### ارزیابی و اظهار نظر

بسیاری از فنون سنجش رفتاری در موقعیت‌های بالینی غیرقابل اجرا هستند. مشاهده طبیعی و Biofeed back وقت زیادی می‌گیرند!

### قضایات بالینی

#### تفسیر

- \* تفسیر عنصری اساسی در قضاوت بالینی است
- \* تفسیر فرآیندی استنباطی است که در انتهای سنجش شروع می‌شود. خصوصیات متخصص بالینی (یعنی ساختارهای شناختی و گرایش‌های نظری وی) در تفسیر دخیلند.
- اطلاعات حاصل از بیماران را به صورت می‌توان در نظر گرفت:
- (۱) نمونه: (رفتاری) \* مشاهدات، نمرات آزمون‌ها، پاسخ‌های آزمون‌ها یا دیگر داده‌ها را نمونه‌ای از مجموعه گسترده‌ای از اطلاعات قابل استحصال در بیرون از اتاق، مشاوره در نظر بگیریم.
- (۲) علامت: (سنتی) \* اطلاعات را علامت یک حالت یا عامل و شرایط زیربنایی در نظر بگیریم.

۳) همبسته‌ها: داده‌های حاصل از بیمار با داده‌های رفتاری، نگرشی یا هیجانی دیگر، همبستگی دارند.

### سطوح تفسیر یا استنباط

#### سطح اول:

در این سطح، تفسیرها به طور کلی زیاد استنباطی نیستند و بی‌شک تابع رویکرد علامتی نمی‌باشند. در این تفسیرها، بین درون داد و بیرون داد، عملاً مراحل میانجی وجود ندارد. در این رویکرد، به متخصصان بالینی خارق‌العاده و رده بالا نیازی نیست، این کار را تکنیسین‌ها، رایانه‌ها و ماشین‌ها نیز می‌توانند انجام بدهند. غالباً، در مورد جمعیت‌های بزرگ زمانی که هدف اولیه غربال کردن باشد یا این که پیش‌بینی نتیجه برای شخص خاص در بین نباشد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### سطح دوم:

تفسیرهای سطح دوم شامل دو نوع استنباط می‌باشند:

۱) تعمیم توصیفی: در این نوع استنباط، متخصص بالینی بیمار را مشاهده می‌کند و نتیجه می‌گیرد رفتار مشاهده شده به طور کلی خصوصیت عمومی می‌باشد. در حقیقت متخصص بالینی براساس چند مورد رفتاری به تعمیم کلی مبادرت می‌ورزد البته در سطح توصیفی.

۲) سازه فرض: تأکید بر حالت درونی است و متخصص بالینی کمی فراتر از تعمیم‌های توصیفی می‌رود. وقتی متخصصان بالینی شروع به تعمیم دادن می‌کنند و برخی عوامل تعیین کننده درونی را به بیمار نسبت می‌دهند در واقع وارد تفسیر بالینی معمول خود می‌شوند.

#### سطح سوم:

تفسیرهای سطح سوم نسبت به تفسیرهای سطح دوم یکپارچه‌ترند و موارد بیش‌تری را شامل می‌شوند. تقسیم‌بندی متخصصان بالینی از لحاظ تفسیر:

رفتارگراها: داده‌ها = نمونه. تفسیرهای آن‌ها به طور کلی در سطح اول و دوم است.

رویکرد روان‌سنجی: تأکید بر تجربی بودن و عینی بودن + استفاده از آزمون‌های عینی هنجاریابی شده = تفسیرهای سطح اول و دوم

### \* دو رویکرد عمده به قضاوت بالینی و تفسیر

۱) رویکرد کمی یا آماری: به عینیت تأکید دارد و در آن اثر از تفکر غیر دقیق و مبهم دیده نمی‌شود.

۲) رویکرد ذهنی یا بالینی: ذهنی بوده و مبتنی بر تجربه و شهود است. به راحتی قابل تحلیل و کمی شدن نیست. این تفسیر نیازمند ظرفیت جمع‌بندی دقیق موضوعات و داده‌های بسیاری است.

**نکته ۱** تفسیر بالینی: ادغام ظریف و دقیق منابع اطلاعاتی برای ترسیم تصویری منسجم از بیمار. از این رو متخصص بالینی فرضیه‌سازی هم می‌کند.

**نکته ۲** بهترین راهنمای تفسیر بالینی تبعیت آن از یک نظریه شخصیتی دقیق است.

\* چه زمانی از رویکرد کمی در قضاوت بالینی استفاده کنیم؟

الف) نتیجه یا رویداد پیش‌بینی شده، شناخته شده و مشخص باشد. خصوصاً وقتی با تعداد زیادی انسان سر و کار داریم و درصد پیش‌بینی‌های صحیح مهم‌تر از پیش‌بینی صحیح عملکرد یک نفر است.

ب) دلیل دیگر استفاده از چنین رویکردی این است که ظاهراً بسیاری از توصیفات بالینی در مورد همه کاربرد دارند.

\* در تأیید رویکرد بالینی چه فرضیاتی وجود دارد؟

اشکال رویکرد آماری اتکای آن بر مدل‌های پیش‌بینی یا معادلات رگرسیون است. زیرا روان‌شناسان بالینی در هنگام کار بالینی به تعداد زیادی از آن‌ها احتیاج دارند. عملکرد متخصص بالینی به عنوان جمع‌کننده اطلاعات مهم بوده و می‌گویند پیش‌بینی نتایج، تنها هدف علم نیست بلکه درک و توصیف پدیده‌ها، از اهداف درجه اول علم است.

**نکته:** شواهد تجربی نشان نمی‌دهند افزایش تجربه بالینی باعث افزایش دقت پیش‌بینی می‌شود.

به طور کلی رویکرد بالینی وقتی سودمندتر است که:

(۱) اطلاعات مورد نیاز، در رابطه با حوزه‌ها یا وقایعی باشند که آزمون‌های مناسب و رضایت‌بخشی درباره آن‌ها نداریم.  
(۲) قرار باشد رویدادهای بسیار کمیاب و نامعمولی (Case Study) را که ماهیت فردی دارند پیش‌بینی می‌کنیم و مورد قضاوت قرار دهیم.

(۳) هیچ معادله آماری مشخصی برای مطرح شده وجود نداشته باشد.

اما رویکرد آماری وقتی سودمندتر است که:

(۱) نتیجه‌ای که قصد پیش‌بینی آن را داریم عینی و اختصاصی باشد.  
(۲) نتایج نمونه‌های بزرگ و ناهمگن مدنظر باشند و حداقل توجه و علاقه به موردهای فردی مطرح باشند.  
(۳) دلیلی برای خطا یا سوگیری قضاوت بالینی در دست باشد.  
پاسخ می‌هل به پرسش «چرا در جلسات موردی شرکت نمی‌کنیم؟»

(۱) سفسطه مریض - مریض: یعنی مریض در نظر گرفتن کسانی که شباهت کمی به ما دارند.

(۲) سفسطه من نیز: نادیده گرفتن اهمیت تشخیص یک واقعه در زندگی بیمار به دلایل آن که برای ما نیز اتفاق افتاده است.

(۳) سفسطه کیک عمو جورج: یعنی کارهایی که ما انجام می‌دهیم نمی‌توانند ناسازگارانه باشند، بنابراین کسانی که شبیه ما هستند نیز نمی‌توانند سازگار باشند.

(۴) سفسطه تعدد ناپلئون‌ها: اگر بپذیریم که هر چیزی برای هر کس که آن را ادراک می‌کند واقعیت دارد دیگر مفهوم ناپلئوژار بودن معنای خود را از دست می‌دهد.

(۵) سفسطه چیزی را که می‌دانیم بهنجار است: آیا دانستن و فهمیدن عقاید یا رفتارهای یک بیمار، آن‌ها را از درجه اهمیت ساقط می‌کند؟ وقتی خودمان را متقاعد می‌کنیم که دلایل وقوع انحرافی‌ترین و عجیب‌ترین رفتارها را می‌دانیم این رفتارها برای ما قابل قبول می‌شوند.

قدم آخر قضاوت بالینی ← گزارش روان‌شناختی ← پاسخ دادن به پرسش ارجاعی و برقراری ارتباط

نکته مهم در مورد گزارش ← مراقب اثر بارنوم باشیم!

عوامل مؤثر برگزارش بالینی ← ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش‌های سنجش و گرایش نظری متخصص بالینی

### \* رفتار درمانی (این اسم توسط اسکینر انتخاب شد)

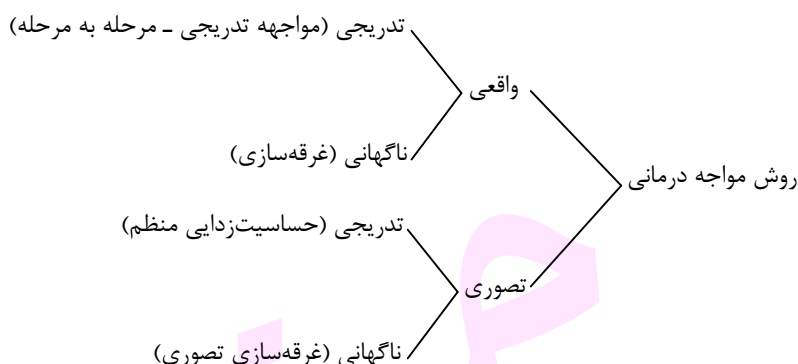
- بینان‌گذار: جان بی واستون

- رویکردش: جبرگرایی است مثل روان‌کاوی فروید (جبر محیطی را تأکید می‌کند)

- عملی‌ترین دیدگاه روان‌شناسی زیرا قابل اندازه‌گیری، مشاهده و تعریف می‌باشد - ریشه‌های فعالیت‌های علمی رفتارگرایی به پاولف و اسکینر بر می‌گردد - ریشه‌های آزمایش این رشته به آزمایش واتسون با آلبرت کوچولو (شرطی کردن) و مری کاورجونز (شرطی‌زدایی) با پیتر کوچولو بر می‌گردد.

- این رویکرد به علل ایجاد کننده مشکل کاری ندارد و فقط تأکید بر شیوه درمان است، به دنیای درونی بیمار (اصولی که روان‌کاوی بر آن تأکید دارد) اهمیتی نمی‌دهد. در این شیوه فعال‌ترین نوع درمانگر را داریم و نشانه بیماری خود اختلال قلمداد می‌شود.

تکنیک‌های رفتار درمانی:



\* حساسیت‌زدایی منظم ولپی: که به آن بازداری متقابل یا منع دوجانبه نیز می‌گویند.

پایه این روش: براساس شرطی‌سازی تعاملی ← یعنی یک احساس (مقوله شرطی‌شده) جانشین احساس دیگر می‌شود و بر این اساس است که اضطراب و آرامش را نمی‌توان به طور همزمان تجربه کرد ← درمان اختصاصی فوبی‌هاست.

مراحل آن:

- ۱) آموزش Relaxtion (نحوه آرامش) براساس روش جاکبسون، PMR و غیر
  - ۲) تهیه سلسله مراتب
  - ۳) ارائه ذهنی یا واقعی محرک‌های اضطراب‌آور به صورت تدریجی
- \* غرقه‌سازی: مواجهه بیمار با حداکثر محرک‌های اضطراب‌آور، معمولاً از غرقه‌سازی به عنوان درمان اول استفاده نمی‌شود - یا به صورت واقعی یا به صورت تصویری.
- \* مواجهه + بازداری از پاسخ: درمان انتخابی و سواس عملی است
- + الگوسازی مشارکتی: درمانگر همان کاری را انجام می‌دهد که از بیمار می‌خواهد ← تأثیر درمان را افزایش می‌دهد.
- \* روش انزجار درمانی یا بی‌زاری درمانی:
- وقتی پاسخ پیامد ناخوشایند داشته باشد کاهش پیدا می‌کند - برای حذف رفتارهای نامطلوب مثل سیگار کشیدن - اعتیاد - انحرافات جنسی و ...
- + انزجار درمان تصویری (حساسیت پنهان): درمان چاقی - همان فرآیند بالا را روی فرد به صورت ذهنی انجام می‌دهیم.
- \* اقتصاد ژنوتی (تپه‌ای):
- یک روش تقویت با واسطه که با اصول شرطی‌سازی عامل، رفتار مطلوب از طریق ژتون پاداش داده می‌شود.
- + مناسب: آسایشگاه‌های روانی - برای کودکان، کودکان عقب‌مانده، بیماران اسکیزوئید و کسانی که در محیط‌های کنترل شده هستند استفاده می‌شود.
- \* شکل‌دهی (روش تقریب متوالی):
- رفتارها به اجزاء ریزتر تقسیم می‌شوند و هر جزء پاداش دریافت می‌کند تا به رفتار اصلی برسیم - مثلاً در آموزش حیوانات استفاده می‌شود. یعنی در این روش رفتار به تدریج با تقویت اصلاح می‌شود تا نتیجه مطلوب اصلاح شود.
- \* تکنیک‌های کنترل وابستگی (اسکینری):
- کنترل رفتار از طریق دستکاری پیامد رفتار یا عمل انجام می‌شود.

+ اصل پریماک (قانون مادر بزرگ): اول درس بعدبازی - یعنی رفتارهای کم بصامد به واسطه رفتارهای پربصامد افزایش داده می‌شود.

+ روش بیوفیدیک (باز خورد زیستی - بازخورد زیستی): براساس شرطی‌سازی کلاسیک است - برای اختلال روان‌تنی یا روان فیزیولوژیک یا پاسخ اوتونومیک استفاده می‌شود (مثل ضربان قلب - فشار خون)

\* روش توقف فکر:

برای وسواس فکری استفاده می‌شود - ولپی آن را ابداع کرد.

+ روش: درمان جو چشمایش می‌بندد ← افکار را به ذهن می‌آورد ← درمانگر می‌گوید بس است.

\* دوشکجه زنگدار:

درمان مناسب برای درمان شب ادراری است.

\* تکنیک‌های بندورایی: پل ارتباطی بین رفتاری و شناختی

سرمشق‌دهی (الگوبرداری - الگوسازی)

Feed back

پس از گرفتن سرمشق ← فرد ایفای نقش می‌کند ← بازخورد می‌دهیم ← تقویت می‌کنیم.

+ درمان مناسب برای ترس‌هاست - الگو باید شبیه درمانجو باشد (مثلاً برای کودکان استفاده می‌کنیم)

**نکته:** حساسیت‌زدایی منظم با حرکت چشم (ابداع کننده شاپیرو) - برای درمان PTSD اختراع شده - حرکات چشم به چپ و راست و فراموشی مشکل.

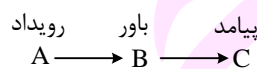
### \* درمان‌های شناختی

الیس بعداً رفتار را به رویکرد خود اضافه کرد و نام آن را REBT ← Rationul Emotive Behavior therapy نهاد.

- از نظر الیس انسان ذاتاً گرایش به رفتارهای غیرمنطقی دارد و در مورد تغییر رفتارهای خودش سهل‌انگار است (انسان در جهت تخریب نفس خودگام برمی‌دارد)

- این روش برای کسانی که قدرت شناختی کافی ندارد مناسب نیست: مثل سایکوز، عقب‌مانده، کودکان

- از فعال‌ترین و تهاجمی شیوه‌های درمان است.



درمان الیس تمرکز بر باور دارد.

- یعنی نحوه برداشت‌ها از رویدادها، نتیجه رویداد را برای ما به وجود می‌آورند نه خود واقعه.

روش‌های الیس:

۱- ساخت‌دهی عقلانی مجدد ← باید افکار فرد را دوباره مجدد بسازیم.

۲- روش هدایت سریع ← دارای جدول و پروتکل از پیش تنظیم شده است.

### ۲) بک: شناخت درمانی Cognitive theapy

- از طریق مطالعه بیماران افسرده به وجود آمد و درمان انتخابی برای بیماران افسرده است.

- تأکید بک روی افکار خود مخرب و تحریفات شناختی است - در واقع بک بر روی شیوه تفکر تأکید می‌کند نه باورهای خاص

(مانند الیس)



شیوه‌های تفکر مخرب:

۱- همه یا هیچ (باید انگاری)

۲- فاجعه‌آمیز

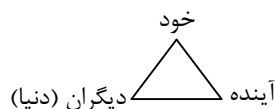
۳- ذهن خوانی

۴- فیلترذهنی

۵- بزرگ‌نمایی، کوچک‌نمایی

۶- شخصی سازی

از نظر آرون‌بک: شیوه‌های تفکر منفی، یا خطاهای شناختی، از همبسته‌های افسردگی است. مثلث بک:



\* در شناخت درمانی بک درمانگر خیلی معلم‌گونه عمل می‌کند و همه چیز را یاد می‌دهد.

\* تکنیک نام‌گذاری: یعنی برای همه چیز نام خاصی می‌گذاریم.

\* جلسات درمان بین 14 تا 16 جلسه است زیر Max 25 جلسه است.

\* بک، از پرسش‌های سقراطی استفاده می‌کند. مثال: از کجا می‌دونی؟ یعنی باورهای بدیهی افراد را زیر سؤال می‌برد.

### ۳) جرج کلی

۱) روش سازه‌های شخصی: یک عنصر شناختی است، تقریباً معادل طرحواره - یعنی تفسیر ما از خود، دنیا و آینده، که خود این تفسیر راه‌های پیدا کردن حل مسئله است.

۲) روش نقش ثابت: از مراجع می‌خواهد نقش‌های جدیدی را کشف و باز می‌کند، مثلاً 2 روز نسبت به زندگی خوشبین شود و نتایج آن را گزارش دهد.

### ۴) مایک‌بنام (مین‌چنبام)

۱) روش مصون سازی - ایمن سازی یا مایه‌کوبی در برابر استرس:

در این فن ماهیت استرس تعریف و بررسی می‌شود و عوامل به وجود آورنده آن‌ها شناخته می‌شود و دوباره چگونگی تنظیم برای جلوگیری از آن، آن‌ها گفتگو به عمل می‌آید.

۲) به خود دستور دادن - گفتگو با خود: یعنی فرد در آن می‌فهمد که اگر یکبار دیگر با چنین شرایطی روبرو می‌شود باید چه بکند.

مثلاً بیمار سایکوتیک

### ۵) راتر

جزو نظریه‌پردازی شناختی - رفتاری است مثل آلبرت بندورا.

درونی: درونی منفی ← من خنگ هستم.

اسناد

بازسازی فکر: یعنی تغییردادن سازمان فکری بیمار

بیرونی: بیرونی منفی ← امتحان سخت بود.

### \* درمان سیستمی

مینوچین، رویکرد سیستمی به خانواده درمانی رامطرح کرد که در آن تکامل و یکپارچگی نظام خانواده و روابط درون سیستم و به طور کلی همه چیز در اتاق درمان مهم است - این نوع درمان فعال و رهنمودی است و در آن فرد بیمار نیست بلکه روابط مبهم و غلط است.

- خانواده درمانی: آکرمن، بنیان‌گذار آن است - الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده، یعنی مشکل تک‌تک افراد را حل نمی‌کنند بلکه کل خانواده را درمان می‌کنند. کلاً خانواده درمانی براساس رویکرد سیستمی است.

- زوج درمانی: نوعی خانواده درمانی است - دو رویکرد مهم زوج درمانی عبارت‌اند از:

۱- رفتاری ۲- هیجانی

۱- رفتاری: اصول تقویت رفتاری در تعاملات زوجین به کار برده می‌شود.

۲- هیجانی: تعبیر سبک‌های تعاملی و پاسخ‌های هیجانی مشکل‌ساز است.

\* **روش التقاطی:** در درمان التقاطی آگاهی و خلاقیت مشاور مهم‌ترین عامل محسوب می‌شود و برترین انگیزه انسان تمایل به تعالی بخشیدن خود است - اضطراب ناشی از عدم ارتباط اجزای مختلف شخصیت با یکدیگر است - در روش التقاطی درمانگر با حالت روانی کنونی فرد سر و کار دارد و این نوع درمان به مشاوره نظام‌دار معروف است.

### \* گروه درمانی

بر پایه همه رویکردها می‌تواند باشد، ولی دو رویکرد عمدتاً گروه درمانی می‌کنند، تحلیل تبدیلی اریک برن TA و گشتالت درمانی.

\* تحلیل تبدیلی اریک برن:

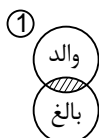
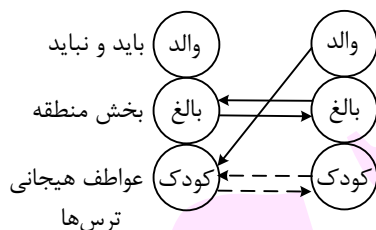
سه نوع ارتباط داریم: ۱- موازی ۲- متقاطع ۳- پنهان (بازی)

\* رابطه‌های موازی ادامه پیدا می‌کند و رابطه متقاطع به پایان می‌رسد (سبب

آلودگی و اضطراب)

\* بازی‌ها تبدیلات منطقی هستند که دو سطح دارند و دارای مقاصد پنهان

هستند.



\* آلودگی: (۱) یعنی رفتار فرد ظاهراً بالغانه، ولی به شدت تحت تأثیر والد می‌باشد.

(۲) یعنی رفتار فرد ظاهراً بالغانه، ولی به شدت تحت تأثیر کودک می‌باشد.

\* طرد: انکار یکی از حالت‌های من.

\* 4 نوع تصمیم انسان در زندگی:

۱. I am ok, You are ok (اختیار دست بالغ)

۲. I am ok, you are not ok.

۳. I am not ok, You are ok.

۴. I am not ok, You are not ok

\* انسان سالم انسانی است وضعیتی مشابه حالت 1 را دارد و هدف آخر درمان هم رساندن به تصمیم شماره (۱) است - یعنی بالغ باید اختیار را در دست داشته باشد.

\* مهم‌ترین نیازهای پرن: ۱- محرک ۲- شناخته شدن ۳- سازمان بخشی به زمان (ساخت دادن به زمان)

### \* حوزه‌های جدید فعالیت‌های بالینی

۱- روان‌شناسی سلامت: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان مشکلات بهداشتی و نظام مراقبت‌های بهداشتی را شامل می‌شود - آن‌ها پیرو مدل زیستی - روانی و اجتماعی هستند، اکثر مداخلات آن‌ها رفتاری و شناختی است.

۲- روان‌شناسی عصب‌نگر: در واقع روان‌شناسان عصب‌نگر رفتارهایی را مطالعه، سنجش و درمان می‌کنند که رابطه مستقیمی با کار مغز و رفتار دارد.

آن‌ها غالباً نقش هماهنگ‌کننده شناخت درمانی و رفتار درمانی بیماران دارای ضایعه مغزی را برعهده دارند - از آزمون‌های عصبی روانی مثل هالیستند - ریتان استفاده می‌کنند.

۳- روان‌شناسی قانونی: بر کاربرد مفاهیم و روش‌های روان‌شناختی برای رفع مشکلات دستگاه قضایی و پاسخ‌گویی به سؤالات آن تأکید دارد.

معیار ALI آزادترین معیار برای تعیین جنون متهم است، طبق این معیار اگر متهم به دلیل بیماری روانی (مثل شخصیت ضد اجتماعی) دچار عمل غیرقانونی شود عملش جرم محسوب می‌شود ولی در صورتی که دارای نقص شناختی و نقص اراده باشد مثل (دلیریوم یا دمانس) دیگر مسئول عملش نخواهد بود.

۴- روان‌شناسی طب اطفال (روان‌شناسی سلامت کودکان): این افراد قبل از ایجاد آسیب وارد عمل می‌شوند، در حالی که روان‌شناسان بالینی کودک روی کودک و نوجوانانی که نشانه‌های آسیب روانی دارند کار می‌کنند - روان‌شناسان طب اطفال جهت‌گیری رفتاری و در مداخلات کوتاه‌مدت و فوری را ترجیح می‌دهد.

۵- روان‌شناسی اجتماع‌نگر: در این رویکرد بر پیش‌گیری از مشکلات تأکید می‌شود و نه درمان مشکلات - فعالیت‌های میدانی و اجتماعی انجام می‌دهند هم‌چنین هماهنگی شخص و محیط را در نظر دارد (نه توجه به کاستی‌های هر یک) و دنبال شناسایی و پرورش نقاط قوت و امکانات مردم و اجتماعات هستند.

### \* پیشگیری:

۱- درجه اول یا اولیه: واکسناسیون، آزمایش پیش از ازدواج

۲- درجه دوم یا ثانویه: تشخیص به موقع یک اختلال در مراحل اولیه - مثل عکس‌برداری از مغز و آزمایش خون

۳- درجه سوم یا ثالث: کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات harm Reduction

فردمدار: توجه به توانایی‌های خود فرد است ← افزایش اعتماد به نفس

پیشگیری

موقعیت‌مدار: تأکید بر کاهش علل محیطی رفتار است ← آموزش خانواده و آموزش تربیت فرزند والدین

### \* استرس (فشار روانی):

سندرم کلی سازگاری یا نشانگان عمومی انطباق: یعنی الگوی واکنش موجود زنده به فشار روانی طولانی مدت  
مراحل: ۱- هشدار ۲- مقاومت ۳- فرسودگی

استرس چگونه سبب بیماری جسمی می‌شود؟ افزایش ترشح هرمون‌ها ← به هم خوردن توازن هورمونی ← ضعف سیستم ایمنی ← بیماری جسمی

هولمز و راهه پژوهشگران مقیاس استرس‌های زندگی هستند که آن‌ها را در 43 بند تنظیم کرده‌اند:

مرگ همسر نمره (100)

ازدواج (50)

### تیپ‌های مختلف اضطرابی

Type A: اهل رقابت - حساس به فوریت‌های زندگی - چند کار با هم انجام می‌دهند - احساس گناه از بیکاری ⇒ مستعد بیماری قلبی

Type B: افراد آرام - اهل رقابت نیستند - موفقیت خود را نشان نمی‌دهند - به فوریت‌های زمانی حساس نیستند.

Type C: افرادی که احساسات خود را بروز نمی‌دهند و در ابراز آن‌ها ناتوان هستند ⇒ مستعد سرطان