

جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات روان درمانی روانشناسان و روانپزشکان: مرور سیستماتیک شواهد پژوهشی سه دهه اخیر

بهاره رمضانپور

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، آمل، ایران. * نویسنده مسئول

دکتر مهدی اکبری آملی

دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

Hidden Specific Theoretical Orientation in Psychotherapy Preferences of Psychologists and Psychiatrists: A Systematic Review of Research Evidence from the Last Three Decades

Ramezanpour Bahareh

Master's degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran.

Mahdi Akbari Amoli

PhD in Educational Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran.

Abstract

Qualitative researches are part of the efforts that have increased the depth of psychotherapy. The present research was conducted with the aim of identifying the hidden preferences and specific orientation of psychologists and psychiatrists in choosing a specific treatment approach in 1403.

Method: Qualitative content analysis method was used, descriptive phenomenological type, the population of participants were psychotherapists of Mazandaran province and they participated in this research using non-voluntary and purposeful sampling method. Considering that in the qualitative research method, the number of people is not known and the researcher is required to conduct interviews until the information saturation stage, the researcher reached information saturation by interviewing 16 psychologists and 4 psychiatrists, and to collect information from the semi-structured interview protocol 9 research findings have been used, which the researcher has adjusted based on the study of research backgrounds, and the open, selective and core coding method has been used to analyze the data.

Findings and conclusions: The findings of this research formulated the preferences, interest and mastery of therapists based on the views and experiences of therapists. The preferences of the therapists are humanistic approaches first, followed by cognitive behavioral and psychoanalytical approaches. Aman plays a more fundamental role in the effectiveness of the treatment process than other components.

Key Words: *Hidden preferences, psychologist, psychiatrist, psychotherapy, special orientation*

چکیده

پژوهش های کیفی بخشی از تلاش هایی است که بر عمق روان درمانی افزوده است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی ترجیحات پنهان و جهت گیری خاص روان شناسان و روان پزشکان در انتخاب یک رویکرد درمانی خاص در سال ۱۴۰۳ انجام شد. روش: روش تحلیل محتوای کیفی به کار گرفته شد از نوع پدیدارشناسی توصیفی که جمعیت مشارکت کنندگان روان درمانگران استان مازندران بودند و با استفاده از روش نمونه گیری غیر داوطلبانه و هدفمند در این پژوهش شرکت داشتند، داده ها با تحلیل محتوای موضوعی با رویکرد تفسیری تحلیل شدند. با توجه به اینکه در روش پژوهش کیفی تعداد افراد مشخص نیست و پژوهشگر تا مرحله اشباع اطلاعاتی، ملزم به انجام مصاحبه بوده است، پژوهشگر با مصاحبه ۱۶ روان شناس و ۴ روان پزشک به اشباع اطلاعاتی رسید و برای گرد آوری اطلاعات از پروتکل مصاحبه ی نیمه ساختار یافته ی ۹ محوری محقق ساخته استفاده شده است که پژوهشگر آن را براساس مطالعه پیشینه های پژوهشی تنظیم کرده است و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش کدگذاری باز، گزینشی و محوری استفاده شده است.

یافته ها و نتیجه گیری: یافته های این پژوهش ترجیحات و علاقه و تسلط درمانگران را بر پایه دیدگاه و تجارب درمانگران صورت بندی کرد. ترجیحات درمانگران در جایگاه اول رویکردهای انسان گرایانه و بعد رویکرد های شناختی رفتاری و روانکاوی بوده که شرایط مراجع در درجه اول و بعد آموزش و همخوانی با ویژگی شخصیتی درمانگر نقش اساسی را در انتخاب رویکرد دارند و طبق تجربه درمانی درمانگران ارتباط و همدلی و ایجاد فضای امن نسبت به سایر مؤلفه ها نقش اساسی تری در اثربخشی فرایند درمان دارند.

واژگان کلیدی: ترجیحات پنهان، روان شناس، روان پزشک، روان درمانی، جهت گیری خاص

مقدمه

هیچ تعریف واحدی تاکنون از روان درمانی مورد پذیرش عموم متخصصان قرار نگرفته است. روان درمانی را بر حسب جهت گیری نظری فرد می توان تلاشی برای قانع سازی بین فردی، مراقبت درمانی، آموزش روانی و اجتماعی، تغییر در خویشتن به کمک متخصص، فناوری رفتاری، نوعی از توانبخشی، دوستیابی و مانند آن تعریف کرد. شاید کاربردی ترین روان درمانی آسان تر از تبیین یا تعریف آن باشد (لندن ۳۳، ۱۹۸۶)، به نقل از پروچسکا و نورکراس ۳۴، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). میتوان روان درمانی را اینطور هم تعریف کرد روان درمانی کاربرد آگاهانه و هدفمند روش های بالینی و نگرش های میان فردی به دست آمده از اصول روانشناختی ریشه دار با هدف کمک به افراد برای تغییر دادن رفتارها، شناخت ها، هیجان ها یا سایر ویژگی های شخصی خودشان در مسیرهایی است که شرکت کنندگان در درمان آنها را مطلوب می دانند (نورکراس، ۱۹۹۰، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱).

نظریه روان درمانی پدیده های بالینی را توصیف، اندازه اطلاعات مناسب را تعیین، اطلاعات را سازماندهی و آنها را در مجموعه ای منسجم از دانش موجود به شکلی ترکیب می کند که مفهوم پردازی ما را اولویت بندی و درمان را هدایت می کند. روان درمانی نظام دار با روانکاوی فروید آغاز شد. پس از او افرادی همچون آلفورد آدلر و کارل یونگ آن را گسترش دادند. در نهایت انحصار گرای، جزم اندیشی، مقرون به صرفه نبودن، و اثربخشی محدود روانکاوی سنتی، روان شناسی علمی را بر آن داشت تا در جهت ایجاد و توسعه روشهای کارآمدتر تجربه ای و شناختی - رفتاری حرکت کند (قربانی و ربیعی، ۱۳۹۷). از آن زمان توجه به یافته های مطالعات مختلف در زمینه علوم اعصاب، دلبستگی، مطالعات رشدی هم خود روانکاوی دستخوش تغییرات گسترده ای شد و هم رویکردهای دیگر از جمله درمان شناختی رفتاری، رویکردهای روان پویشی کوتاه مدت، طرحواره درمانی و درمان های نسل های سوم پا به عرصه وجود نهاده اند (لوزینگر-بولبر و کاجل ۲۰۱۵، کامپن، بیسلینگ، شالکنز، جانسن، ون در لی و اسپکنز ۳۶، ۲۰۱۷ به نقل از رضاعی و همکاران، ۱۴۰۰). گسترش درمان ها با انبوهی از ادعاهای مختلف بر علیه یکدیگر همراه بوده است: تنوع مناسب به آشفتگی غیر طبیعی تبدیل شده است. اما نظریه های روان درمانی که بیش از ۱۵۰۰ روانشناس، روانپزشک، مشاور و مددکار اجتماعی در چند بررسی آنها را شخصاً تایید کردند، عبارت از روان درمانی آدلری، رفتاری، شناختی، ساخت گرا، التقاطی / یکپارچه نگر، وجودی / انسان گرا، گشتالت، میان فردی، روانکاوی، روان پویشی، راجری / متمرکز بر شخص و سیستم ها می باشد در اغلب موارد، هنگام مقایسه نظام ها برای نشان دادن شباهت ها و تفاوت های آنها از مدل یکپارچه نگر استفاده می کنند. انتخاب مدل یکپارچه نگر تا حدودی به دلیل ماهیت تلفیق گرایانه و آشتی جویانه آن است که به جای پرداختن به جنبه های انتقادی در هر نظام روان درمانی، در جستجوی موارد مفید و ارزشمند هر کدام از آنهاست. همچنین یکپارچه نگر نمایانگر روند کلی در روان درمانی معاصر است: پژوهش همواره نشان می دهد که یکپارچه نگر / التقاط

33 London

34 Prochaska & Norcross

35 Losinger-Bulber & Kachel

36 Kampen, Bissling, Schalkens, Jansen, van der Lee & Speckens

که قبلاً تجربه کرده اند ترجیح می دهند (ون شایک ۳۹ و همکاران، ۲۰۰۴). اکثر درمانگرانی که خودشان تحت درمان روان درمانی بودند، درمانگرانی را با جهت گیری نظری دیگری غیر از خودشان انتخاب کردند (نورکراس و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲).

درمانگرانی که اولویت های خاصی دارند ممکن است رویکرد خود را با نیازهای بیماران خود منطبق نکنند، بلکه بیشتر با ترجیحات خود رفتار کنند. این حداقل به دو دلیل می تواند مشکل ساز باشد. اول، همخوانی در رتبه بندی های اتحاد (لاوس ۴۰ و همکاران، ۲۰۱۷؛ زیلچا-مانو ۴۱ و همکاران، ۲۰۱۷)، علاوه بر این، اخیراً مطالعه نشان داد که توافق بین بیماران و درمانگران آنها در مورد جنبه های مفید روان درمانی با کاهش علائم و مشکلات بین فردی همراه بود (جویی ۴۲ و همکاران، ۲۰۲۰، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می رسد اجماع و توافق تأثیر مفیدی بر درمان دارند. دوم، چندین متاآنالیز تأکید کردند که تطبیق ترجیحی، یعنی اینکه آیا بیماران روان درمانی ترجیحی خود را دریافت کرده اند یا خیر، با پیامدهای درمانی مثبت تر، ترک درمان کمتر و همچنین رضایت بیشتر از درمان مرتبط است (لیوهم ۴۳، ۲۰۱۸). بنابراین، اندازه گیری ترجیحات درمانگر و مقایسه آنها با بیماران (بالقوه) آنها ضروری است. (ویندل ۴۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

بیمارانی که ترجیحات روان درمانی خود را دریافت می کردند تقریباً نیمی از احتمال ترک درمان را زودتر از موعد داشتند بنابراین بر روان درمانگران است که از ترجیحات درمانی بیماران خود آگاه باشند. علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (آرتور ۴۵، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلیامز، ویکفیلد، و انتوئیستل ۴۶، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد ۴۷، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی و دماریا ۴۸، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز ۴۹، ۲۰۰۰؛ کوپر ۵۰ و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه ترجیحات فعالیت متخصصان سلامت

گرایی رایج ترین جهت گیری در بین متخصصان بهداشت روانی است (پروچاسکا و نورکراس ۲۰۰۵، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱). در برخی از نظام های روان درمانی از ساز و کار تغییر فعال به عنوان نوعی روش درمان یاد می شود. در نظام های دیگر، روان درمانی بر چهار عامل رابطه ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم بخشی رفتار استوار است. چهار عامل فوق فرایند مشترک و نظام داری است که ویژه ی رویکرد خاصی نیست. جدا کردن چهار وجه رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم بخشی رفتار (هیجان، تفکر و عملکرد) به معنای مجزا دیدن و اعتقاد به وجود مستقل هر یک از آنها یا ذهن مستقل از مغز نیست. این چهار وجه موضوعاتی مرکب هستند که باید در فرایند روان درمانی برای آنها برنامه ریزی کنیم. و رابطه درمانی یکی از قوی ترین این عوامل ها است. چرا که روان درمانی در اصل نوعی رابطه میان فردی است و در واقع این رابطه است که درمان میکند. این مهم ترین عامل مشترک همواره به عنوان یکی از تعیین کننده های اصلی موفقیت روان درمانی مطرح بوده است (وزیری و کاشانی، ۱۳۹۴).

روان درمانی به هر نوع فرآیند بازآموزی اطلاق می شود که هدفش کمک به فرد رنجور با استفاده از روش های درمانی روانی است. موضوع روان درمانی تلاش های اشخاصی است که می خواهند با استعانت از شیوه های روانشناسی آلام روانی سایرین را تسکین دهند؛ همان طور که عباسی، اصلانیا و بیگلر (۱۳۶۳) نیز ریشه اکثر بیماری های جسمی را در مشکلات روحی و روانی افراد می دانند. روان درمانی بر آن است تا با بهبود روابط اجتماعی بیمار، از شدت ناراحتی و پریشانی او بکاهد. روان درمانی در عین حال به بیمار کمک می کند تا ناراحتی ها و رنج ها را پذیرفته و در صورت امکان از آن برای رشد شخصی استفاده کند. هدف از انواع روش های روان درمانی کمک به بیمار و قرار دادن او در موقعیتی است که با اصلاح طرز تلقی ها، عواطف و رفتارهای ناهنجار به نیازهای برحق خود برای برخورداری بودن از محبت، شناخت، موفقیت و نظایر آن دست یابد. (حمیدی پور، عطاپور، زرداری، ۱۳۹۹)

مطالعات نشان داد حمایت، تفسیر، بینش، تغییر رفتار، رابطه درمانی خوب و ویژگی های خاص درمانگر از وجوه مشترک روان درمانی های موفقیت آمیز است (واتسون، ۱۹۴۰، به نقل از پروچاسکا و نورکراس، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). و مطالعه دیگر نشان داد که ترجیحات فعالیت بیماران در طول درمان روان درمانی تغییر می کند، یعنی ترجیحات برای تأیید، مشاوره، مخاطبان و رابطه بسته به مرحله درمان متفاوت است (تریسی و داندون ۳۷، ۱۹۸۸، به نقل از هیز و همکاران ۳۸، ۲۰۲۲) علاوه بر این، ترجیحات با تجربیات گذشته مطابقت دارد، به طوری که مردم درمان ها یا درمانگرانی را

37 Tracy & Dundon

38 Hayes & et al

روان به طور مستقیم مورد مطالعه قرارنگرفته است، تحقیقات زیادی در مورد ترجیحات درمانی آنها وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که روان درمانگرها تمایل دارند که برای درمان خود، درمان های روان پویشی یا روانکاوی را انتخاب کنند. در سراسر مطالعات و کشورها، ۴۰٪ تا ۶۰٪ از رفتار شخصی به طور تاریخی در آن سنت بوده است درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند (نورکراس، ۲۰۱۵). تحقیقات ترجیحی در سطح درمان محدود است. روان درمانگران ممکن است فقط در طیف کوچکی از مدل های درمانی ماهر باشند، به گونه ای که تطبیق ترجیحات بیماران در روش های درمانی متعدد ممکن نیست. وضعیت در مورد ترجیحات درمانگر نیز مشابه است، جایی که توانایی روان درمانگران برای اصلاح شخصیت یا ویژگی های جمعیت شناختی خود بسیار محدود است. با این حال، انطباق با اولویت های فعالیت بیماران آسان تر است زیرا روان درمانگرها می توانند با هر بیمار جداگانه سازگاری داشته باشند: برای مثال، یک موضع دستوری بیشتر یا کمتر دستورالعمل. این ممکن است به ویژه برای روان درمانگران یکپارچه، التقاطی و کثرت گرا که بخش بزرگی از نیروی کار سلامت روان را تشکیل می دهند صادق باشد (نورکراس، گولدفیرد، ۲۰۱۹، به نقل از کوپر و همکاران، ۲۰۱۹).

روانپزشکان در صورت درخواست، ترجیحات درمانی متفاوتی را نشان دادند آیا قرار است درمان برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) باشد یا برای روانپزشکان مبتلا به GAD در مقایسه با توصیه ها برای بیماران عمومی، روانپزشکان اغلب روان درمانی را توصیه می کنند و کمتر درمان روان دارویی را برای خود توصیه می کنند (لاتاس ۵۲ و همکاران، ۲۰۱۸، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی، متخصصان سلامت روان رویکردی را ترجیح می دهند که شبیه درمان روان پویشی باشد، یعنی راهنمایی مراجع و شدت عاطفی. در مقایسه، افراد غیرمتخصص رویکردی را ترجیح می دهند که بیشتر شبیه CBT باشد، زیرا به طور قابل توجهی هدایت درمانگر و شدت هیجانی کمتری را نسبت به متخصصان سلامت روان ترجیح می دهند. (کوپر و همکاران، ۲۰۲۲).

به طور کلی، این نشان می دهد که بیماران غیرعادی، اشکال فعال تر و ساختارمندتر روان درمانی را به روش های مبتنی بر بینش ترجیح می دهند. به عنوان مثال، (کینگ ۵۳ و همکاران ۲۰۰۰)، دریافتند که تقریباً ۶۰٪ از بیمارانی که می خواستند درمان خود را انتخاب کنند، ترجیح CBT، در حالی که ۴۰٪ مشاوره غیر مستقیم را انتخاب کردند. در مطالعه دیگری (براژجو، کلینتون و ساندل، ۲۰۰۴)، از یک نمونه تصادفی از ۵۰۰ فرد سوئدی پرسیده شد

که در صورت نیاز به کمک روانشناختی، کدام یک از سه روش درمانی CBT، درمان شناختی و روان درمانی (پویشی) را انتخاب می کنند. باز هم، CBT محبوب ترین بود، با حدود ۳۵٪ این درمان، ۲۷٪ برای روان درمانی شناختی، و ۱۶٪ برای درمان روان پویا. در مقابل، (کول ۵۵ و همکارانش ۲۰۱۸) در نمونه ای از ۳۱۵ مرد آمریکایی ترجیح بیشتری برای درمان روان دینامیکی نسبت به CBT یافتند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه این ترجیحات توسط جمعیت شناختی و عوامل شخصیتی است. (براژجو و همکاران ۲۰۰۴) دریافتند که افراد با درمان قبلی برای پریشانی روانشناختی ترجیح بیشتری برای درمان روان پویشی نشان دادند - یافته ای که در مطالعه بعدی تکرار شد (فروونهولت ۵۶، ۲۰۰۷)، اما در مطالعه دیگری نه (پترونزی و ماشیاله ۵۷، ۲۰۱۹). لی (۲۰۰۹) تفاوت های قابل توجهی در اولویت درمانی بین مردان و زنان پیدا کردند، به طوری که ۷۴٪ از مردان ترجیح می دهند CBT، اما ۶۴٪ از زنان ترجیح می دهند برای مشاوره غیر دستوری. پترونزی و ماشیاله (۲۰۱۵) دریافتند که افزایش ترجیحات برای درمان روان پویشی با سطوح بالاتر باز بودن و دلبستگی ایمن مرتبط است، در حالی که کاهش ترجیحات برای CBT با سطوح بالاتر دلبستگی ترسناک مرتبط است. تحقیقات نشان می دهد که در صورت رعایت اولویت های مراجعان، احتمال کمتری دارد که درمان را ترک کنند و نتایج بهتری را نشان دهند (سوئیفت ۵۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

بنابراین با توجه به مبانی بحث شده در مورد ترجیحات روان درمانی روانشناسان و روانپزشکان که تعامل با ترجیحات مراجع به عنوان یک «ضرورت اخلاقی» توصیف شده است (نورکراس و کوپر، ۲۰۲۱) و طبق مطالعات مقدماتی، مشخص شد که هیچ پژوهش علمی معتبری در مورد جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات روان درمانگران ایرانی انجام نشده است. لذا با در نظر گرفتن چنین کمبود و علاقه مندی به کشف ترجیحات خاص پنهان، انجام این مطالعه شروع شده است تا هرچند نقشی کوچک در رشد و توسعه نظری این حوزه مطالعاتی داشته باشد و هم بتواند پاسخی برای ترجیحات درمانگران برای تعامل با مراجعانشان باشد. برای همین منظور این مطالعه در صدد است به بررسی جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات درمانگران از دیدگاه روانپزشکان و روانشناسان از دیدگاه پدیدارشناسی تفسیری پرداخته و مولفه های پنهان را شناسایی کند. مسئله اصلی این پژوهش این بود که چه مؤلفه هایی مهمی موثری برای جهت گیری نظری خاص پنهان در ترجیحات درمانگران از دیدگاه روانپزشکان و روانشناسان وجود دارد؟

- 55 Cole
56 Freunholt
57 Petronzi & Mashiyaleh
58 swift

- 51 Goldfaird
52 Latas
53 King
54 Brazhu, Clinton & sandal

بخش دوم) چارچوب نظری

-تعریف روان درمانی

روان درمانی (Psychotherapy) نوعی درمان برای مشکلات هیجانی است که در آن شخصی آموزش دیده، با بیمار آگاهانه رابطه ای حرفه ای برقرار میکند تا نشانه های موجود در بیمار و الگوهای رفتاری مخرب او برطرف شوند یا کاهش یابند و زمینه رشد و کمال شخصیتی وی فراهم آید (ولبرگ، ۱۹۶۷، ص ۳).

روان درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روشهای بالینی و مواضع میان فردی به دست آمده از اصول روان شناختی تثبیت شده است که هدف آن این است که به افراد کمک شود تا رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و یا ویژگی های شخصی دیگر خود را در مسیری که شرکت کنندگان در درمان آن را مطلوب می دانند تغییر دهند (نورکراس، ۱۹۹۰، ص ۲۱۸).

روان درمانی یک درمان غیر دارویی است که رویکردهای متفاوتی دارد و بخش قابل توجهی از این رویکردها مبتنی بر شواهد هستند و مطالعات مؤثر بودن آنها را نشان داده اند. روان درمانی توسط یک روان درمانگر آموزش دیده انجام میگردد و بسته به نوع رویکرد مورد استفاده بر افزایش درک مراجعه کنندگان خود، آموزش شیوه های انطباق جدید، اصلاح روابط کارآمد و یا حل و فصل تعارضهای درونی تأکید دارد. این درمان به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی برای طیف گستردهای از مشکلات مورد استفاده قرار میگیرد (انجمن روانپزشکان آمریکا) روان درمانی موجب افزایش احساس ارزش نسبت به خود، کاهش رفتارهای ناکارآمد و بهبود کیفیت زندگی میشود (لوزینگر-بولبر و کاپل، ۲۰۱۵).

روان درمانی، معرفی علمی است که به دنبال یافتن راهی برای تغییر رفتارها، شناخت ها، هیجان ها و سایر ویژگی های شخصی افراد در جهت مطلوب است. خودروان درمانی، چنانکه از تعریف آن بر می آید کاربرد آگاهانه و عمدی روش های بالینی و مواضع میان فردی است که از اصول روان شناختی رایج بدست آمده (پروچاسکا و دیگران، ۱۳۸۳).

روان درمانی فعالیتی برنامه ریزی شده از سوی یک روان شناس است که هدفش ایجاد تغییراتی در فرد میباشد تا زندگی اش را شادتر و سازنده تر نماید یا هردو (راتر، ۱۹۷۱، ص ۷۹).

عناصرهای تشکیل دهنده و عوامل مشترک روان درمانی فرض ما این است که عوامل حمایتی (مثلا رابطه مثبت، اعتماد) زمینه ساز بروز تغییر در عقاید و نگرشهای مراجعان (عوامل یادگیری مثلا، یادگیری شناختی، بینش) و در نتیجه تغییر رفتار (عوامل کنشی - مثلا مهارت پیدا کردن یا خطر کردن) میشوند. برخی از آنها را به طور خلاصه تشریح می کنیم.

رابطه درمانگرانه: اگرچه تمام درمانگرها برقراری رابطه را مهمترین عامل درمان نمی دانند، اما تقریباً همه آنها به این مساله اهمیت میدهند برای عده ای از صاحب نظران ماهیت رابطه بیمار و

درمانگر یا یکی از مهمترین عوامل موفقیت روان درمانی است برای بیمار هیچ جایی مناسبتر از اتاق درمانی نیست که در آنجا به دور از انتقاد و قضاوت در مورد محرمانه ترین اسرار خود صحبت می کند. آیا یک شوهر میتواند با همسر خود در مورد اضطراب وابستگی خود بحث کند، بدون آنکه به تصور زنش در مورد نقش او لطمه ای وارد آید؟ ولی این صحبت به راحتی در محیط درمانی اتفاق می افتد. همدلی صمیمیت، و صداقت شخصی درمانگر رابطه درمانی را تسهیل می کند و احتمال نتیجه مثبت را افزایش میدهد منظور از همدلی توانایی درمانگر در فهمیدن دقیق و ظریف تجربیات و احساسهای مراجع و معنی آنها برای او در مدت رویارویی لحظه به لحظه روان درمانی است (راجرز و تراکس، به نقل از روزنهان و سلیگمن ۱۳۸۰، ص ۴۹۸)

منظور از صداقت درمانگر دقیقاً این است که درمانگر از ارتباط ساختگی، حرفه ای یا دفاعی اجتناب کند. قطعاً اگر درمانگر صادق نباشد نه میتواند همدل باشد و نه صمیمی.

تخلیه هیجانی / کاتارسیس: عده ای میگویند روان درمانی بدون عصبانیت، اضطراب یا گریه اصلاً روان درمانی نیست. آنها معتقدند روان درمانی یک تجربه هیجانی است. تخلیه هیجانات یا کاتارسیس بخش مهمی از روان درمانی هاست اما عمق و شدت آن بستگی به ماهیت و شدت مشکل و مراحل درمان دارد روان درمانگر باید آماده برخورد با ابراز هیجان باشد و از آن برای تغییر مراجع سود جوید (فیرس و ترال، ۱۳۸۱).

کاهش اضطراب: شروط اصلی روان درمانی که عبارتند از برقراری رابطه با صلاحیت بودن درمانگر عدم برخورد انتقادی و قضاوتی، رازداری و ایجاد حریمی خصوصی در بیمار آرامش خاطر ایجاد می کنند. این آرامش خاطر نیز از اضطراب بیماران کاسته و فرصتی فراهم می آورد تا بیماران بتوانند تجاربی را به طور منظم پشت سر گذارند (پورشرفی، ۱۳۹۰، ص ۲۱۶).

ایجاد قابلیت / مهارت یابی: به تعبیری هدف اکثر درمانها ایجاد قابلیت و کارایی بیشتر انسان ها است. ویژگی های قبلی اشاره شده در مورد روان درمانی راه را برای کارایی و رضایت بیشتر، هموار می سازند. اما در کنار رابطه درمانی و کاهش اضطراب برخی از درمانها ویژگیهای دیگری دارند که در این جا قابل طرح هستند. برای مثال درمان موقعیتی فراهم می آورد تا بیمار چیزهای جدیدی یاد بگیرد و شیوه های فکری غلط خودش را اصلاح کند گاهی بعضی از درمانها درون مایه های صریحاً آموزشی دارند. یعنی به مراجع روشهای مؤثرتر کارایی را آموزش میدهند یا برای رفع مشکلات جنسی وی و سازگاری جنسی مراجع در آینده به او اطلاعات جنسی میدهند. پس درمان چیزی بیش از گرفتن جن های کهنه روان شناختی است و می تواند به معنای واقعی کلمه یک تجربه آموزشی باشد. بندورا (۱۹۸۹) بر اهمیت احساس خود بسندگی در ارتقای عملکرد افراد تأکید کرده است. خلاصه این که

دوم، چندین متاآنالیز تاکید کردند که تطبیق ترجیحی، یعنی اینکه آیا بیماران روان درمانی ترجیحی خود را دریافت کرده اند یا خیر، با پیامدهای درمانی مثبت تر، ترک درمان کمتر و همچنین رضایت بیشتر از درمان مرتبط است (لیویم ۲۰۱۸، ۶۲). بنابراین، اندازه گیری ترجیحات درمانگر و مقایسه آنها با بیماران (بالقوه) آنها ضروری است (ویندل ۶۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

بیمارانی که ترجیحات روان درمانی خود را دریافت می کردند تقریباً نیمی از احتمال ترک درمان را زودتر از موعد داشتند بنابراین بر روان درمانگران است که از ترجیحات درمانی بیماران خود آگاه باشند. علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (آرتور ۶۴، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلیامز، ویکفیلد، و انتویستل ۶۵، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد ۶۶، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی، و دماریا ۶۷، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز ۶۸، ۲۰۰۰؛ کوپر و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه ترجیحات فعالیت متخصصان سلامت روان به طور مستقیم مورد مطالعه قرار نگرفته است، تحقیقات زیادی در مورد ترجیحات درمانی آنها وجود دارد. تحقیقات نشان می دهد که روان درمانگرها تمایل دارند که برای درمان خود، درمان های روان پویشی یا روانکاوی را انتخاب کنند. در سراسر مطالعات و کشورها، ۴۰٪ تا ۶۰٪ از رفتار شخصی به طور تاریخی در آن سنت بوده است همچنین درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند (نورکراس ۲۰۰۵).

پیشینه پژوهش

ستکوفسکی، پالانتزا، ون بالگووژن و همکاران (۲۰۲۳) ۶۹ در مطالعه ای با عنوان کدام روان درمانی در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (فرع) بالینی مؤثرتر و قابل قبول تر است؟ دریافتند که طیف گسترده ای از روان درمانی ها در درمان اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد و ارزیابی شده اند، اما این سوال که کدام نوع روان درمانی خاص مؤثرتر است، بی پاسخ باقی مانده است. در این مطالعه، دو متاآنالیز شبکه (NMAs) برای بررسی اثربخشی نسبی روان درمانی ها بر (۱) شدت BPD و (۲) رفتار

وقتی احساس مهارت داشتن میکنیم - یعنی اعتماد به نفس داریم، توقع داریم عملکرد خوبی داشته باشیم و به طور کلی در مورد خودمان احساس خوبی داریم - بیشتر احتمال دارد عملکرد مؤثری داشته باشیم (فیرس، ترال، ۲۰۰۲، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۹۱، ص ۴۲۳).

ترجیحات روان درمانی

ترجیحات درمانگر به خواسته های بیماران اشاره دارد که روان درمانگر دارای ویژگی های شخصی خاص مانند جنسیت، قومیت یا مذهب باشد. ترجیحات درمانی به تمایلات برای نوع خاصی از روش درمانی، مانند درمان شناختی-رفتاری یا رویکرد شخص محور اشاره دارد. در نهایت، ترجیحات فعالیت به رفتارها، روش ها و سبک های مداخله خاص در کار درمانی، مانند درمان گروهی در مقابل فردی یا استفاده از تکالیف اشاره دارد (کوپر و مک لئود، ۲۰۱۱؛ واتسفورد و ریکوود، ۲۰۱۴).

علاوه بر این، برای روان درمانگران مهم است که ترجیحات خود را درک کنند، زیرا همانطور که تحقیق نشان می دهد، متخصصان سلامت روان روان درمانی را عمدتاً بر اساس ترجیحات شخصی، جهت گیری های نظری، تجربیات بالینی و درمان شخصی خود انجام می دهند (به عنوان مثال، آرتور، ۲۰۰۱؛ بیوتلر، ویلیامز، ویکفیلد، و انتویستل، ۱۹۹۵؛ نورکراس و پروچاسکا، ۱۹۸۳؛ اورلینسکی و رونسداد، ۲۰۰۵؛ سافران، آبرو، اوگیلوی، و دماریا، ۲۰۱۱؛ استوارت و چامبلز، ۲۰۰۰) از این رو، روان درمانگران ممکن است ناخواسته ترجیحات روان درمانی خود را به مراجعان «طرح» کرده و درمان را بر اساس آن انجام دهند.

لی (۲۰۰۹) تفاوت های قابل توجهی در اولویت درمانی بین مردان و زنان پیدا کرد، به طوری که ۷۴٪ از مردان ترجیح می دهند CBT، اما ۶۴٪ از زنان ترجیح می دهند برای مشاوره غیر دستوری. پترونزی و ماشیاله (۲۰۱۵) دریافتند که افزایش ترجیحات برای درمان روان پویشی با سطوح بالاتر باز بودن و دلبستگی ایمن مرتبط است، در حالی که کاهش ترجیحات برای CBT با سطوح بالاتر دلبستگی ترسناک مرتبط است.

درمانگرانی که اولویت های خاصی دارند ممکن است رویکرد خود را با نیازهای بیماران خود منطبق نکنند، بلکه بیشتر با ترجیحات خود رفتار کنند. این حداقل به دو دلیل می تواند مشکل ساز باشد. اول، همخوانی در رتبه بندی های اتحاد (لاوس ۵۹ و همکاران، ۲۰۱۷؛ زیلچا-مانو ۶۰ و همکاران، ۲۰۱۷)، علاوه بر این، اخیراً مطالعه نشان داد که توافق بین بیماران و درمانگران آنها در مورد جنبه های مفید روان درمانی با کاهش علائم و مشکلات بین فردی همراه بود (جویی ۶۱ و همکاران، ۲۰۲۰، به نقل از هیز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، به نظر می رسد اجماع و توافق تأثیر مفیدی بر درمان دارند.

- 62 Livy
- 63 Windle
- 64 Arthur
- 65 Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle
- 66
- 67
- 68
- 69 Setkowski, Palantza, van Ballegooijen & et al

- 59 Laos
- 60 Zilcha-Manu
- 61 Choi

خودکشی (میزان ترکیبی) انجام شد. ترک تحصیل به عنوان یک پیامد ثانویه در نظر گرفته شد. شش پایگاه داده تا ۲۱ ژانویه ۲۰۲۲ جستجو شد، از جمله RCT ها در مورد اثربخشی هر روان درمانی در بزرگسالان (≤ 18 سال) با تشخیص BPD زیربالینی. داده ها با استفاده از فرمت جدول از پیش تعریف شده استخراج شد. در مجموع ۴۳ مطالعه ($N = 3273$) وارد شد. این مطالعه تفاوت های قابل توجهی بین چندین مقایسه فعال در درمان BPD زیر بالینی پیدا کرد، با این حال، این یافته ها بر اساس کارآزمایی های بسیار کمی بودند و بنابراین باید با احتیاط تفسیر شوند. برخی از درمان ها در مقایسه با GT یا TAU موثرتر بودند. علاوه بر این، برخی درمان ها خطر اقدام به خودکشی و خودکشی را بیش از نصف کاهش دادند (میزان ترکیبی)، RRs را حدود ۰٫۵ یا کمتر گزارش کردند، با این حال، این RRs از نظر آماری در مقایسه با سایر درمان ها یا TAU بهتر نبودند. انصراف از مطالعه بین برخی از درمان ها تفاوت معنی داری داشت. در نتیجه، به نظر می رسد هیچ درمانی واحد در مقایسه با سایر درمان ها بهترین انتخاب برای درمان افراد مبتلا به BPD نباشد. با این وجود، روان درمانی های BPD به عنوان درمان های خط اول تلقی می شوند، و بنابراین باید در مورد اثربخشی طولانی مدت آن ها، ترجیحاً در کارآزمایی های سر به سر، بیشتر بررسی شوند. DBT بهترین درمان مرتبط بود که شواهد محکمی از اثربخشی آن ارائه می کرد.

– هاینز، وک، هان و کوهن ۷۰ (۲۰۲۲) در مطالعه ای با عنوان تفاوت در ترجیحات روان درمانی بین کارآموزان روان درمانی و افراد عادی دریافتند که علیرغم افزایش تحقیقات در مورد ترجیحات روان درمانی، ترجیحات کارآموزان روان درمانی تا حد زیادی ناشناخته است. علاوه بر این، تفاوت در ترجیحات بین کارآموزان و بیماران آنها می تواند (الف) مانع بهبود علائم و موفقیت درمان برای بیماران شود و (ب) موانع مهمی را در زندگی اولیه و توسعه درمانگران آینده نشان دهد. این مطالعه ترجیحات ۴۶۶ نفر از کارآموزان روان درمانی را با ۹۶۹ نفر غیرمتخصص با استفاده از فهرست اولویت های کوپر-نورکراس مقایسه کرد. علاوه بر این، این مطالعه ترجیحات بین کارآموزان در درمان شناختی-رفتاری (CBT) و کارآموزان روان پویشی را مقایسه کرد. این مطالعه بین هر دو نمونه در ۱۳ مورد از ۱۸ مورد و سه مورد از چهار خرده مقیاس تفاوت معنی داری یافت. کارآموزان روان درمانی، راهنمایی کمتر درمانگر، شدت عاطفی بیشتر و همچنین چالش متمرکزتر را نسبت به افراد عادی ترجیح می دهند. کارآموزان CBT راهنمایی بیشتر درمانگر، شدت عاطفی کمتر، جهت گیری بیشتر و چالش متمرکزتر را نسبت به کارآموزان در درمان روان پویا/روان تحلیلی ترجیح می دهند. به طور کلی، نتایج بر اهمیت اجرای ارزیابی اولویت و بحث در طول آموزش روان درمانی تأکید می کند. علاوه بر این، به نظر می رسد درمانگران با

گرایش های مختلف، طیف وسیعی از اولویت ها را برای بیماران پوشش می دهند تا تناسب مناسب را انتخاب کنند.

– کوپر، ون راین، کریسافیدو و استایلز ۷۱ (۲۰۲۱) مطالعه ای با عنوان اولویت های فعالیت در روان درمانی: بیماران چه می خواهند و چه ارتباطی با نتایج و اتحاد دارد؟ انجام دادند که این مطالعه با هدف بررسی سه سوال زیر بوده است (الف) ترجیحات فعالیت های روان درمانی مراجعان چیست؛ (ب) تطابق بین ترجیحات و رویکرد روان درمانی نتایج و اتحاد را پیش بینی می کند؟ (ج) آیا امتیازات در ابعاد ترجیحی، فی نفسه، نتایج و اتحاد را پیش بینی می کنند؟ شرکت کنندگان ۴۷۰ مراجع بودند که در یکی از پنج رویکرد با کارآموزان روان درمانگر شرکت داشتند. این مطالعه از فهرست اولویت های کوپر-نورکراس برای شناسایی اولویت های فعالیت روان درمانی مراجعان استفاده کرد. و مدل سازی چند سطحی برای بررسی رابطه بین این ترجیحات – و مطابقت با این ترجیحات – با نتایج و اتحاد. مراجعان ترجیح کلی برای هدایت درمانگر و شدت عاطفی داشتند. این مطالعه هیچ مدرکی دال بر اثر تطبیق اولویت پیدا نکرد. مراجعانی که تمایل خود را برای چالش متمرکز بر حمایت گرم ابراز کردند، پیشرفت بیشتری نشان دادند. ترجیحات مراجع برای چالش متمرکز ممکن است نشان دهنده آمادگی آنها برای تغییر باشد و نشان دهنده یک پیش آگهی مثبت باشد. تحقیقات بیشتر باید به طور مستقیم شیوه های درمانی را مشاهده کرده و طیف وسیعی از متغیرهای مراجع را ارزیابی کند.

– آنستیس، رودریگز، پرستون، هاروپ ۷۲ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای با عنوان ارزیابی شخصیت و ترجیحات روان درمانی: تطابق بین شخصیت مراجع و ترجیحات شخصیت درمانگر دریافتند که در نظر گرفتن ترجیحات مراجع برای نتایج درمانی، مانند درگیری و حفظ درمان، مورد تأکید قرار گرفته است. اگرچه مطالعات چندین ویژگی مراجع و درمانگر مرتبط با ترجیحات مراجع را بررسی کرده اند، تعداد کمی از افراد در مورد شخصیت یک درمانگر بالقوه ترجیحاتی دارند یا خیر. مطالعه حاضر با بررسی تأثیر پنج ویژگی شخصیتی بزرگ شرکت کنندگان بر ترجیحات ویژگی های شخصیت درمانگر با استفاده از تجزیه و تحلیل نمایه پنهان، تحقیقات قبلی را در مورد ترجیحات مراجع گسترش داد. این مطالعه انتظار داشت بین ویژگی های شخصیتی مراجع و ویژگی های شخصیتی روان درمانگر ترجیح داده شود. هم در نمونه های مقطع کارشناسی و هم در جامعه، نتایج نشان داد که شرکت کنندگان عموماً روان درمانگری را با ویژگی های شخصیتی مشابه خودشان ترجیح می دهند. یافته های این مطالعه وجود ترجیحات را بر اساس عوامل شخصیتی نشان می دهد و پیامدهایی برای جهت گیری های تحقیقاتی آینده و نقش ارزیابی شخصیت در عملکرد بالینی معمول دارد.

71 Cooper, van Rijn, Chrysafidou & Stiles

72 Anestis, Rodriguez, Preston, Harrop

70 Heinze, Weck, Hahn & Kühne

- کوپر، نورکراس، ریموند-بارکر و هوگان (۲۰۱۹) ۷۳ در مطالعه ای که با عنوان ترجیحات روان درمانی افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان: درمان برای چه کسی است؟ انجام دادند بیان کردند که، بیماران در روان درمانی خود چه چیزی را ترجیح می دهند؟ آیا افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان (به عنوان بیمار) چیزهای مشابه یا متفاوتی می خواهند؟ نویسندگان به طور سیستماتیک ترجیحات روان درمانی بیماران را بررسی کردند و دو نمونه از افراد غیرعادی ($N=228$) را با یک نمونه از متخصصان سلامت روان ($N=615$) در چهار بعد فهرست اولویت های کوپر نورکراس هدایت درمانگر مقایسه کردند. هدایت مراجع، شدت عاطفی در مقابل ذخیره عاطفی، جهت گیری گذشته در مقابل جهت گیری حال، و حمایت گرم در مقابل چالش متمرکز. به طور متوسط، افراد غیرمتخصص خواهان هدایت درمانگر و شدت عاطفی بودند. تفاوت های قوی بین ترجیحات افراد غیرمتخصص و متخصصان در این دو بعد یافت شد: متخصصان سلامت روان نسبت به افراد غیر متخصص راهنمایی درمانگر کمتری می خواستند ($gs=0.49, 1.33$) و شدت عاطفی بیشتری ($gs=0.92, 1.43$) زنان همچنین خواهان حمایت گرم بیشتری نسبت به مردان بودند ($gs=0.40, 0.57$). این یافته ها نشان می دهد که روان درمانگران باید به ترجیحات درمانی خود توجه داشته باشند و اطمینان حاصل کنند که این موارد به طور نامناسب به بیماران تعمیم داده نمی شود.

- رین، هوفت، لی ۷۴ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای با عنوان ترجیح روان درمانی حضوری در مقابل گزینه های روان درمانی دیجیتال برای افسردگی: نظرسنجی از بزرگسالان در ایالات متحده دریافتند که موانع متعددی دسترسی به روان درمانی برای افسردگی را پیچیده می کند، از جمله تعهد زمانی، محل ارائه خدمات و انگ. درمان دیجیتال پتانسیل رفع این موانع را دارد، اما استفاده طولانی مدت از روان درمانی دیجیتال ضعیف است. این مقاله داده هایی را از یک نظرسنجی آنلاین با روش های مختلط ارائه می کند تا نگرانی های بیماران مبتلا به افسردگی را در صورت انتخاب روان درمانی حضوری و روان درمانی دیجیتال مستند کند. شرکت کنندگان ۱۶۴ بزرگسال ساکن ایالات متحده بودند که قبلاً از روان درمانی برای افسردگی استفاده کرده بودند یا در نظر گرفته بودند. پاسخ دهندگان روستایی و اقلیت های نژادی/قومی (بومیان آمریکایی، آفریقایی آمریکایی، و اسپانیایی زبان) به طور هدفمند نمونه گیری شدند. از شرکت کنندگان ترجیحات و نظرات آنها در مورد چهار روش درمانی پرسیده شد: دیجیتالی خود هدایت شونده، دیجیتالی با پشتیبانی همتایان، دیجیتال هدایت شده توسط متخصص، یا روان درمانی حضوری. کمتر از نیمی ($0/44, 5$) از شرکت کنندگان روان درمانی حضوری، $0/25, 6$ درمان دیجیتالی خود هدایت شونده، $19, 7$ درمان دیجیتال با هدایت متخصص و

$0/8, 5$ درمان دیجیتال با پشتیبانی همتا را ترجیح دادند. مضامین اصلی استخراج شده از تجزیه و تحلیل کیفی بر اثربخشی درمان دیجیتال، دسترسی به درمان دیجیتال، نگرانی در مورد مراقبت از طرف همتایان، نگرانی های مربوط به رازداری و حفظ حریم خصوصی، اولویت برای درمان حضوری، شک و تردید در مورد درمان خودراهبری، و تأثیر اجتماعی اضطراب در استفاده از مراقبت مبتنی بر چت ویدیویی توسعه آینده روان درمانی دیجیتال باید به نگرانی های مربوط به اثربخشی، حریم خصوصی، امنیت داده ها و روش هایی برای افزایش انگیزه برای استفاده از این درمان ها رسیدگی کند.

- کول، پترونزی، سینگلی و باگلیری ۷۵ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان پیش بینی کننده های ترجیحات روان درمانی مردان انجام دادند که مطالعه حاضر ادراکات و ترجیحات مردان را برای چهار نوع روان درمانی بررسی کرد. 315 مرد توسط پانل های Qualtrics برای تکمیل یک نظرسنجی که شامل عکس هایی بود که جهت گیری های درمانی را توصیف می کرد، استخدام شدند. تحلیل های رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اجتماعی سازی نقش جنسیتی، خودنگاری و نگرش ها در مورد کمک روان شناختی حرفه ای، تمایل به مشارکت در درمان مردانگی مثبت روان پویشی، فرد محور، شناختی رفتاری و روان شناسی مثبت را به طور منفی پیش بینی می کنند. علاوه بر این، مردان در مطالعه، درمان مردانگی مثبت روان شناسی مثبت را به درمان شناختی رفتاری ترجیح دادند. با توجه به نقش اجتماعی شدن نقش جنسیتی، خودنگاری و ترس از زنانگی در ایجاد موانع برای کمک جویی مردان، مطالعه حاضر از جهت گیری های درمانی «مرد پسند» مانند مدل مردانگی مثبت روان شناسی مثبت حمایت می کند. مفاهیم برای عمل بالینی و جهت گیری های آینده برای تحقیق مورد بحث قرار می گیرد.

- دورو، لوبنر و پابست ۷۶ و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه ای با عنوان ترجیحات برای درمان افسردگی شامل مداخلات مبتنی بر اینترنت: نتایج حاصل از نمونه بزرگی از بیماران مراقبت های اولیه انجام دادند. مطالعه با هدف (۱) بررسی ترجیحات درمانی برای افسردگی از جمله مداخلات مبتنی بر اینترنت و (۲) بررسی تفاوت های زیر گروهی در مورد سن، جنسیت و شدت افسردگی و همچنین عوامل مرتبط با بیمار مرتبط با ترجیحات درمانی است. داده ها از ارزیابی پایه به دست آمد. ترجیحات درمان افسردگی از 641 نفر بیمار مراقبت های اولیه با افسردگی خفیف تا متوسط با توجه به درمان های زیر ارزیابی شد: دارو، روان درمانی، درمان ترکیبی، درمان جایگزین، صحبت با دوستان و خانواده، ورزش، ادبیات خودیاری، و مداخلات مبتنی بر اینترنت. شدت افسردگی بر اساس معیارهای ICD-10 توسط پزشکان عمومی مشخص شد. مدل های رگرسیون لجستیک معمولی برای شناسایی عوامل مرتبط با اولویت های درمان

75 Cole, Petronzi, Singley & Baglieri
76 Dorow, Löbner, Pabst

73 Cooper, Norcross, Raymond-Barker & Hogan
74 Renn, Hoefft, Lee

دریافتند که مشاوره برای بیماران مبتلا به شرایط مزمن بهداشت روانی به ترتیب به عنوان جلسات متخصصان در نظر گرفته می شود: پزشکی و تجربی. تصمیمات درمانی، در این اصطلاحات، به جای اینکه کاتدرای قبلی داده شود، به یک مسئولیت مشترک تبدیل می شود. یکی از منابع برای تشکیل تصمیم ها به عنوان «مشترک»، توصیه درمانی است - اختیار تصمیم گیری را می توان از طریق طراحی آن استناد کرد. این نگرانی وجود دارد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به ندرت در تصمیم گیری های درمانی شرکت می کنند. با این حال، روش هایی که روانپزشکان واقعا به کار می گیرند، هنوز تعریف نشده اند. این مقاله درک ما از عملکرد روانپزشکی را با ترسیم روش های جایگزین مورد استفاده توسط روانپزشکان برای توصیه درمان در مشاوره های سرپایی در محل ارتقا می دهد. ابتدا، انواع درمان هایی را که روانپزشکان توصیه می کنند، باز می کنیم. سپس، می پرسیم که روانپزشکان چگونه درمان را توصیه می کنند؟ با استفاده از یک طبقه بندی کدگذاری جدید، با اطلاع از اصل تحلیلی مکالمه که توصیه ها اقدامات اجتماعی مختلف را نشان می دهند، توزیع فرمول بندی های جایگزین برای توصیه های روانپزشکان (اظهارات، پیشنهادها، پیشنهادها و پیشنهادات) را شناسایی می کند. این مطالعه همچنین یک بعد زبانی، ضمائر شخصی را پیشنهاد می کند که اعمال توصیه کننده اغلب به آن ها بستگی دارد، که برای اینکه چه کسی به عنوان «مسئول» تصمیم پیش بینی می شود، دلالت دارد. در نهایت، این مطالعه رابطه بین نوع عمل و جذب بیمار را بررسی می کند: آیا نوع خاصی از توصیه ها احتمال بیشتری برای جلب پذیرش/مقاومت از سوی بیماران دارد؟ و این چه ارتباطی با مسئولیت پذیری تصمیم گیری دارد؟

- پلنت و هالند ۷۹ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان رفتار درمانی خانواده برای مشکلات الکل و مواد مخدر در زندگی بعدی دریافتند که مشکلات مصرف الکل و مواد مخدر در میان افراد مسن یک نگرانی رو به رشد سلامت عمومی است. با این حال، با وجود مجموعه ای از ادبیات در حال ظهور که نشان می دهد مصرف کنندگان مسن تر مواد احتمالا از مداخلات متناسب با نیازهای خاص خود بهره مند می شوند، درمان های کمی برای این جمعیت ایجاد شده است. به ویژه، افراد مسن تر با سابقه سوء مصرف مواد ترجیح داده اند برای درمان هایی که بر مشکلات مالی، سلامت جسمانی و مسائل حرکتی تمرکز دارند، و تلاش می کنند تا به طور تجویزی دیگران را در درمان مشارکت دهند. برای رفع این نیازها، نسخه اصلاح شده ای از رفتار درمانی خانواده (FBT) را برای افراد مسن با مشکلات مصرف مواد ایجاد کردند که شامل مشارکت افراد مهم و پوشش مهارت هایی است که به مشتریان مسن تر مربوط می شود. این شکل اصلاح شده FBT از طریق مورد جک مردی ۵۵ ساله با اعتیاد طولانی مدت به مت آمفتامین نشان داده شده است. پس از اتمام ۱۶ جلسه، مصرف الکل و مواد مخدر جک به میزان 79 Plant & Holland

انجام شد. میانگین سنی بیماران ۴۳٫۹ سال (انحراف معیار = ۱۳٫۸) و بیش از دو سوم (۶۸٫۶٪) زن بودند. حدود ۴۳ درصد از بیماران افسردگی خفیف داشتند و ۵۷ درصد مبتلا به افسردگی متوسط بودند. اکثر بیماران ترجیحات شدیدی برای روان درمانی، صحبت با دوستان و خانواده و ورزش داشتند. از هر پنج بیمار، یک نفر به احتمال زیاد مداخلات مبتنی بر اینترنت را در صورت افسردگی در نظر می گیرد. بیماران جوان تر ترجیحات درمانی قوی تری را برای روان درمانی و مداخلات مبتنی بر اینترنت نسبت به بیماران مسن نشان دادند. بارزترین عوامل مرتبط با ترجیحات درمانی، تحصیلات و خودکارآمدی درک شده بیماران بود. بیماران مبتلا به افسردگی ترجیحات درمانی متفاوتی را گزارش می کنند. نتایج این مطالعه بر اهمیت تصمیم گیری مشترک در مراقبت های اولیه تاکید می کند. مطالعات آینده باید ترجیحات درمانی را برای انواع مختلف مداخلات مبتنی بر اینترنت بررسی کنند.

- لاتاس، تراjković و بونوسکی ۷۷ و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه ای با عنوان ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند که هدف از این مطالعه تعیین ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر GAD و مقایسه آنها با ترجیحات درمانی روانپزشکان در سناریوی فرضی است که درمان باید برای خود آنها به عنوان بیمار انجام شود. پرسشنامه ای توسط ۲۲۱ روانپزشک از ۳ کشور بالکان تکمیل شد. از آنها خواسته شد که ترجیحات درمانی خود را برای بیماران مبتلا به GAD و برای خود های انتخابی بازجذب سروتونین/ مهارکننده های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین را به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای بیماران GAD انتخاب کردند. روانپزشکان کمتری بنزودیازپین ها و پره گابالین را انتخاب کردند و حدود یک سوم روان درمانی را انتخاب کردند. اکثر روانپزشکان درمان های مشابهی را برای بیماران خود و برای خود انتخاب کردند، با تفاوت های اصلی در مورد دارو درمانی (به ویژه بنزودیازپین ها) که کمتر توصیه می شود و روان درمانی بیشتر به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای روانپزشکان به عنوان بیماران توصیه می شود. ترجیحات درمانی برای GAD توسط روانپزشکان در ۳ کشور بالکان غربی عمدتا مطابق با دستورالعمل های درمانی و ترجیحات درمانی برای بیماران و برای روانپزشکان بود زیرا بیماران عمدتا مطابقت داشتند. با این حال، برخی از روانپزشکان بیشتر احتمال داشت که دارو درمانی را برای بیماران و روان درمانی را برای خود به عنوان بیمار انتخاب کنند. این یافته ها پیامدهایی برای آموزش روانپزشکان و تلاش ها برای بهبود دستورالعمل های درمانی و خدمات سلامت روان دارند. - تامپسون و مک کاب ۷۸ (۲۰۱۸) در مطالعه ای با عنوان چگونه روانپزشکان درمان را توصیه می کنند و ارتباط آن با جذب بیمار

77 Latas, Trajković, Bonevski
78 Thompson & McCabe

نظر می رسد. سوگیری های بالقوه ای که باید در تحقیقات آینده اجتناب شود مورد بحث قرار می گیرد.

– آنجل ، بی بولدن ۸۱ (۲۰۱۵) در مطالعه ای با عنوان ترجیح تصمیمات دارویی در مراقبت از سلامت روان: گزارش روانپزشکان برای توصیه های درمانی دریافتند که پزشکان روانپزشکی در حال حاضر تشویق می شوند تا یک رویکرد بیمار محور را اتخاذ کنند که بر اشتراک تصمیمات با مراجعانشان تأکید دارد، اما تحقیقات اخیر نشان می دهد که تصمیم گیری کاملاً مشارکتی به ندرت در عمل تحقق می یابد. این مقاله از روش تحلیل مکالمه برای بررسی اینکه چگونه روانپزشکان توصیه های درمانی روانپزشکی خود را به مراجعان توجیه می کنند، استفاده می کند. این تجزیه و تحلیل بر اساس ضبط های صوتی تعاملات بین مراجعین مبتلا به بیماری های روانی شدید (مانند اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی و غیره) در یک برنامه درمان اجتماعی فشرده طولانی مدت و سرپایی و روانپزشک آنها است. تمرکز ما بر این است که چگونه پزشکان حساب ها (یا دلایل منطقی) خود را برای توصیه موافق یا مخالف تغییرات در نوع و دوز دارو و استقرار تعاملی این حساب ها طراحی می کنند. این مطالعه متوجه شد که روانپزشکان از دو نوع حساب مختلف استفاده می کنند: آنها توصیه های خود را با توجه به نگرانی ها و نیازهای مراجعان تنظیم می کنند (حساب های توجه به مشتری) و توصیه های خود را بر اساس تخصص حرفه ای خود (حساب های مبتنی بر مرجع) استوار می کنند. حتی اگر روانپزشکان وظیفه سازمانی تجویز داروها را دارند، این مطالعه نشان می دهد که چگونه استفاده از حساب ها جهت گیری روانپزشکان را برای ایجاد اجماع با مراجعان در دستیابی به تصمیمات پزشکی با ایجاد تعادل بین اختیارات پزشکی و حساسیت به رابطه درمان نشان می دهد.

– سویت، کالاهان، ایوانوویچ و کمونیاک ۸۲ (۲۰۱۳) در مطالعه ای که با موضوع بررسی بیشتر اثر ترجیح روان درمانی: تحلیل متا رگرسیون انجام دادند، دریافتند که ترجیحات مراجع هم بر ترک درمان و هم بر نتایج درمان تأثیر می گذارد. با این حال، اطلاعات کمی در مورد اینکه آیا انطباق ترجیحات برای انواع خاصی از مراجعان مهمتر است یا در شرایط خاص درمان، شناخته شده است. یک متا رگرسیون با داده های ۳۳ مطالعه و ۶۰۵۸ مراجع با آزمایش ۶ مراجع و متغیرهای درمان به عنوان پیش بینی کننده اثرات ترجیح انجام شد. در مطالعات وارد شده، مراجعینی که ترجیحات آنها مطابقت داشت، نتایج بهتری نشان دادند و بدون در نظر گرفتن سن، جنسیت، قومیت، سطح تحصیلات یا وضعیت تاهل، کمتر احتمال داشت درمان را پیش از موعد ترک کنند. علاوه بر این، مراجعان غیرهمسان حتی بیشتر احتمال دارد که درمان های کوتاه تر را به طور زود هنگام خاتمه دهند، که تقریباً ۵۰ درصد از واریانس تفاوت های نرخ ترک تحصیل را بین مراجعان مشابه ترجیحی و

قابل توجهی کاهش یافت و او اعتماد قوی به توانایی خود برای مقاومت در برابر مصرف مواد در آینده گزارش کرد. با وجود این اولین مورد امیدوارکننده، کار بیشتری برای بررسی کامل اثربخشی این نسخه اصلاح شده FBT برای افراد مسن تر با مشکلات مصرف مواد مورد نیاز است.

– مارکوویتز ، میهان و پتکووا ۸۰ (۲۰۱۶) در مطالعه ای که با موضوع ترجیحات درمانی بیماران روان درمانی مبتلا به PTSD مزمن انجام دادند بیان کردند که ترجیح درمان بیمار ممکن است اثر درمانی را در مطالعات اختلال افسردگی اساسی (MDD) تعدیل کند. تحقیقات کمی به اولویت در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پرداخته است. تقریباً هیچ کدام ترجیحات روان درمانی PTSD واقعی بیماران را ارزیابی نکرده اند. از یک کارآزمایی ۱۴ هفته ای PTSD مزمن که قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، درمان آرام سازی و روان درمانی بین فردی را مقایسه می کند، ترجیحات درمانی ۱۱۰ بیمار تصادفی سازی شده را گزارش می کند، همبستگی های ترجیحی را بررسی می کند و اثرات آن را بر نتیجه درمان ارزیابی می کند. بیمارانی که بین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳ مبتلا به PTSD مزمن DSM-iv (نمره مقیاس PTSD ادراک شده توسط پزشک ≤ 50) استخدام شدند، توصیف های روان درمانی متعادل و متن شده را پیش تصادفی دریافت کردند و ترجیحات خود را نشان دادند. روابط نگرش های درمانی را با عوامل جمعیت شناختی و بالینی ارزیابی می کند. این مطالعه فرض کرد که بیماران تصادفی سازی شده به درمان های ترجیحی، نتایج بهتری خواهند داشت و برای درمان ناخواسته، نتایج بدتری خواهند داشت. هشتاد و هفت بیمار (۰/۷۹) ترجیحات درمانی یا عدم تمایل خود را بیان کردند: ۲۹ نفر (۰/۲۶) قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، ۲۹ نفر (۰/۲۶) درمان آرام سازی را ترجیح دادند و ۵۶ نفر (۰/۵۰) روان درمانی بین فردی را ترجیح دادند (کوکران $Q = 18.46, P < .001$) در حالی که ۲۹ نفر (۰/۲۶) به قرار گرفتن در معرض طولانی مدت، ۱۸ نفر (۰/۱۶) به آرامش درمانی، و ۳ نفر (۰/۳) به روان درمانی بین فردی تمایل نداشتند (کوکران $Q = 22.71, P < .001$) چندین متغیر بالینی پایه با ترجیحات درمانی همبستگی دارند. به طور کلی، ترجیح/بی تمایلی به درمان، تغییر در امتیاز CAPS، پاسخ درمانی یا ترک تحصیل را پیش بینی نکرد. بیماران افسرده همبود که درمان ناخواسته دریافت می کردند، نمرات CAPS نهایی بدتری داشتند. این یافته های اکتشافی اولین ارتباط ترجیحات روان درمانی PTSD بیماران با پیامد است. علیرغم توضیحاتی که بر حمایت تجربی بیشتر از مواجهه طولانی مدت تأکید دارد، بیماران به طور قابل توجهی روان درمانی بین فردی را ترجیح می دهند. اولویت به طور ماهرانه بر نتیجه روان درمانی تأثیر می گذارد. افسردگی یک تعدیل کننده مهم تأثیر درمان ناخواسته بر نتیجه به

81 Angell & Bolden

82 Swift, Callahan, Ivanovic, & Kominiak

80

Markowitz, Meehan & Petkova

نظری بر نگرش درمانگران به خودافشایی درمانگر تأثیر می گذارد؟ بیان کردند که این مطالعه به بررسی نگرش درمانگران نسبت به خودافشایی درمانگر در جهت گیری های نظری مختلف و تعیین چگونگی تأثیر پیش زمینه نظری و آموزش کلاسیک بر عملکرد آگاهانه پرداخت. پیشینه نظری کلاسیک برای اشاره به درک روان پویایی سنتی در نظر گرفته شده بود. شرکت کنندگان درمانگران با تجربه بودند که از چهار گروه با سنجش غربالگری استخدامی انتخاب شدند. سه گروه از گروه دانشجویان در یک برنامه کارشناسی ارشد دانشگاه در درمان های روانشناختی بودند. شرکت کنندگان از جهت گیری های CBT، سیستمی و روان پویایی تمرین می کردند. گروه دیگری از درمانگر/مربیان شخص محور در کالج آموزش تکمیلی انتخاب شد. داده ها با استفاده از گروه های کانونی جمع آوری و با استفاده از تحلیل موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سه موضوع اصلی و یک موضوع کمتر پدیدار شد. اینها نشان داد که طیفی از تمایل به افشا در همه گروه ها وجود دارد، آموزش کلاسیک بر همه شرکت کنندگان تأثیر گذاشته است. محدودیت کلی TSD غیر عملی بود و نگرش ها تحت تأثیر نگرانی ها برای رابطه درمانی قرار گرفتند. پیامدها برای تمرین: TSD باید در آموزش و نظارت درمانی به طور کامل کاوش شود. یک چارچوب ساختاریافته می تواند به اطلاع رسانی تمرین کمک کند. این مطالعه از این ایده حمایت می کند که آموزش کلاسیک بر TSD تأثیر می گذارد.

لوی، برگ، سندال و کلینتون (۲۰۰۸) مطالعه ای با عنوان رابطه ترجیحات و تجربیات درمانی با پیامد در اختلال اضطراب فراگیر GAD انجام دادند. رابطه ترجیحات درمانی و تجربیات با نتیجه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر GAD مورد بررسی قرار گرفت. بیماران به طور تصادفی به روان درمانی بدن متمرکز بر عاطفه (ABP) (N = ۲۶) یا درمان استاندارد روانپزشکی سرپایی (N=۱۷) اختصاص داده شدند. ترجیحات اولیه و تجارب بعدی مداخلات درمانی با استفاده از پرسشنامه ای با تمرکز بر حمایت، بازتاب درونی، حل مسئله عینی و دستوری و بیان عاطفی اندازه گیری شد. نتیجه پس از ۱ و ۲ سال در رابطه با تغییر علائم ارزیابی شد. بیماران ABP گزارش کردند که از مداخلات درمانی حمایتی و بازتابی به میزان بیشتری نسبت به گروه کنترل کمک می کنند. بیماران ABP همچنین تجربیات مثبت بیشتری از مداخلات حمایتی و ابراز احساسات نسبت به آنچه در ارزیابی اولیه انتظار داشتند داشتند. هنگامی که بیماران بر اساس الگوهای ترجیحات و تجربیات با استفاده از تجزیه و تحلیل خوشه ای به دو گروه تقسیم شدند، مشخص شد که تفاوت در نتیجه برای خوشه ها به طور قابل توجهی بیشتر از گروه های درمانی است. نتیجه گیری می شود که ترجیحات درمانی ممکن است پتانسیل بین فردی قابل توجهی در

مراجعات غیرهمسان تشکیل می دهد. نتایج حاصل از مطالعات وارد شده نشان می دهد که اگرچه تطبیق ترجیحات ممکن است به ویژه در مداخلات کوتاه تر مهم باشد، اما هیچ مدرکی مبنی بر اینکه تأثیر انطباق با ترجیحات مراجع بسته به جمعیت شناسی مراجع متفاوت است وجود ندارد.

سوئیفت، کالاهان و وولمر (۲۰۱۱) در مطالعه ای با عنوان اولویت ها دریافتند که ترجیحات مراجع به عنوان یک جزء کلیدی در عملکرد مبتنی بر شواهد شناخته می شود. با این حال، تحقیقات هنوز تأثیر واقعی ترجیحات بر نتیجه درمان را تأیید نکرده است. در این متاآنالیز، این مطالعه نتایج حاصل از ۳۵ مطالعه را خلاصه می کند که تأثیر ترجیح را با مراجعات بزرگسال بررسی کرده اند. به طور کلی، مراجعاتی که با شرایط درمانی ترجیحی خود مطابقت داشتند، احتمال کمتری داشت که درمان را زودتر از موعد ترک کنند ($p < .001$, $OR = .59$) و بهبود بیشتری در نتایج درمان نشان دادند ($d = .31$, $p < .001$) نوع اولویت (نقش، درمانگر یا نوع درمان) اثر ترجیح را تعدیل نمی کند، اما مشخص شد که طرح مطالعه تعدیل کننده قابل توجهی است، با کارآزمایی های تصادفی سازی شده کنترل شده که بیشترین تفاوت ها را بین مراجعات همسان با اولویت و مراجعات غیرهمسان نشان می دهد. این نتایج بر مرکزیت ترکیب ترجیحات بیمار در هنگام تصمیم گیری درمانی تأکید می کند. نمونه های بالینی و شیوه های درمانی ارائه شده است.

کوان، دیمیجیان و ریزوی (۲۰۱۰) در مطالعه ای که با عنوان اولویت درمانی، مشارکت و بهبود بالینی در دارودرمانی در مقابل روان درمانی افسردگی انجام دادند دریافتند که دارودرمانی و روان درمانی عموماً درمان های مؤثری برای اختلال افسردگی اساسی MDD هستند. با این حال، تحقیقات نشان می دهد که ترجیحات بیمار ممکن است بر نتایج تأثیر بگذارد. این مطالعه اثرات ترجیح درمانی را بر فرسایش، اتحاد درمانی و تغییر در شدت افسردگی در یک کارآزمایی بالینی تصادفی طولی بررسی کرد که به مقایسه دارودرمانی و روان درمانی پرداخت. قبل از تصادفی سازی، ۱۰۶ فرد مبتلا به MDD گزارش دادند که آیا روان درمانی، داروهای ضد افسردگی را ترجیح می دهند یا هیچ ترجیحی ندارند. عدم تطابق بین درمان ترجیحی و واقعی با احتمال بیشتر ساییدگی، بازدیدهای مورد انتظار کمتر، و اتحاد کاری کمتر مثبت در جلسه ۲ همراه بود. تأثیر غیرمستقیم تطابق ترجیحی بر پیامدهای افسردگی، عمدتاً از طریق تأثیرات حضور، وجود داشت. این یافته ها اهمیت پرداختن به ترجیحات بیمار، به ویژه در رابطه با مشارکت بیمار، در درمان MDD را برجسته می کند.

لیندا کارو (۲۰۰۹) در یک مطالعه کیفی با عنوان آیا پیشینه

83 Swift, Callahan & Vollmer

84 Kwan, Dimidjian & Rizvi

85 Carew

86 Levy Berg, Sandahl & Clinton

درمان داشته باشند. نحوه استفاده درمانگران از این پتانسیل ممکن است برای بهبود نتیجه مهم باشد.

- تیزدیل و هیل (۲۰۰۶) در مطالعه ای با عنوان ترجیحات درمانگران در حال آموزش برای ویژگی های مراجع دریافتند که ترجیحات ۱۳۲ درمانگر در حال آموزش برای ۱۶ ویژگی مراجع با استفاده از روش مقایسه زوجی مورد بررسی قرار گرفت. درمانگران بیشتر ترجیح می دهند با مراجعانی کار کنند که ذهنیت روان شناختی داشتند، نگرش ها و ارزش های مشابهی داشتند و مشکلات شخصی آزاردهنده ای متفاوت داشتند. آنها حداقل ترجیح می دادند با مشتریانی کار کنند که ذهنیت روانی نداشتند، نگرش ها و ارزش های متفاوتی داشتند و مسن تر بودند. ترتیب ترجیحات تحت تأثیر جنسیت، نژاد، تجربه بالینی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، گرایش جنسی، یا جهت گیری نظری درمانگر قرار نگرفت. محدودیت های این مطالعه و همچنین مفاهیم برای تحقیقات و آموزش بیشتر مورد بحث قرار می گیرد.

بخش سوم) روش اجرای پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. مطالعه پدیدارشناسی، مطالعه فلسفی ساختارهای تشکیلهنده تجربه و آگاهی پیرامون پدیده مورد مطالعه از دیدگاه افراد صاحب نظر و دست اول است. این روش با مطالعات ادموند هسرل ۸۸ در حوزه فلسفه معرفی شد و به عنوان یک روش پژوهش کیفی شاخص نیز استفاده می شود. هدف پژوهش پدیدارشناسی، توضیح صریح و شناسایی پدیده ها است آنگونه که در موقعیتی خاص توسط افراد ادراک می شوند (وینگاتو، ایمن، پاتسیس و کانلی ۸۹، ۲۰۲۱). براساس دسته بندی پارادایم های بوریل ۹۰ و مورگان پدیدارشناسی در دسته پارادایم های تفسیری قرار می گیرد و روش علمی است که با رویکردی ذهنی به جمع بندی مباحث اجتماعی می پردازد (کیپرس ۹۱، ۲۰۱۸). کاربرد روش پدیده شناسی به پژوهشگران کمک می کند تا فارغ از محاسبات آماری به مطالعه عمیق پدیده ها بپردازند. روش های آماری گاهی نه تنها کمک کننده حل مسائل حرفه ای نمی باشند، بلکه ممکن است مشکل ساز هم باشند. با استفاده از روش پدیدارشناسی پژوهشگر قادر است یک سیستم تفسیری و تبیینی ایجاد کند که به کمک آن ارتباط و تبادل و تعامل درونی خود با دیگران را برقرار کند. بر این اساس، روابط با هر پدیده دیگری که در محدوده تجارب زندگی است، با استفاده از شیوه هایی مثل توصیف، تصور و تفکر، قابل درک است. با این روش می توان تجربه زنده (زیسته) را مطالعه و پدیده ها را همانطور که در آگاهی وجود دارد، تبیین نمود. همچنین جوهر یا معنی پدیده ها را کشف و به توصیف معانی تجربی زندگی به همان گونه که با آنها زندگی می کنیم دست یافت. در نهایت این روش، پژوهشگر را قادر می سازد با درک کلی از پدیده های تحت مطالعه به ارائه نظریه مرتبط با زندگی فردی یا تجربه طولانی مدت یک پدیده یا رفتارهای انسانی بپردازد. در این مطالعه از پدیدارشناسی تفسیری استفاده خواهد شد. ز نظر اسمیت و همکارانش، مراحل انجام تحلیل پدیدارشناسی تفسیری به صورت گام به گام به شرح زیر است:

گام اول: خواندن و دوباره خواندن؛

گام دوم: یادداشت برداری اولیه (کدگذاری باز)؛

گام سوم: توسعه مضامین نمایان شده (کدگذاری محوری)؛

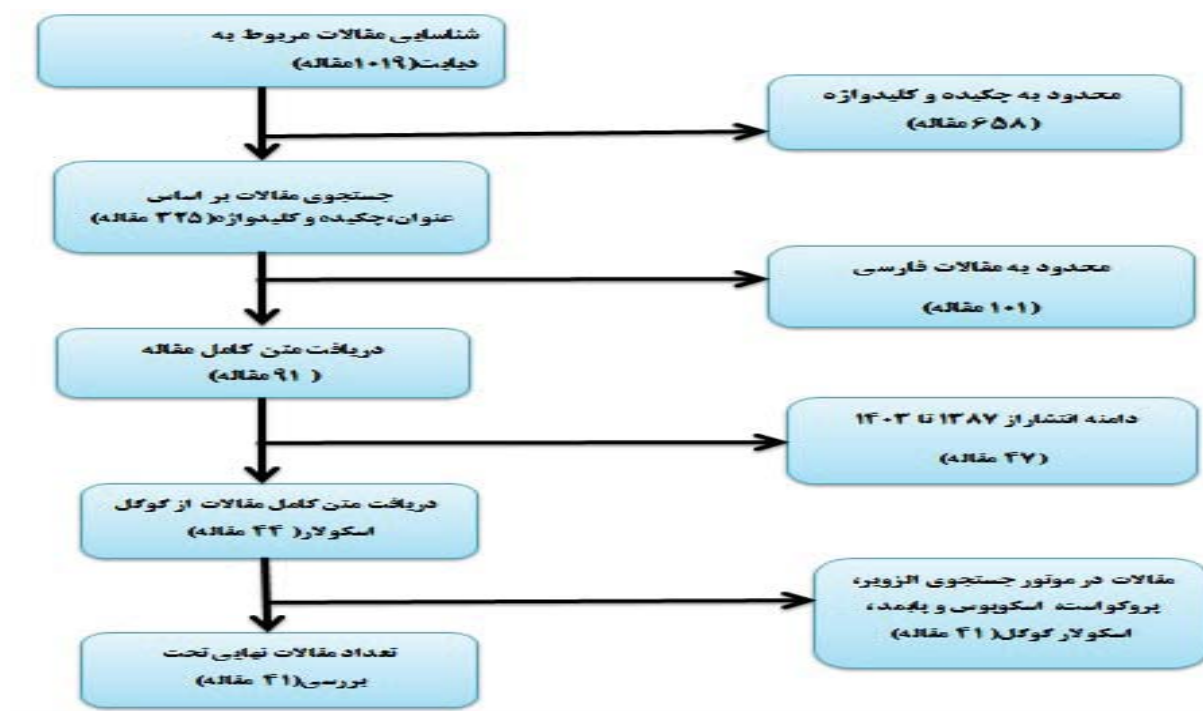
گام چهارم: بررسی روابط میان مضامین (کدگذاری گزینشی نامگذاری)؛

گام پنجم: تحلیل موارد و یا مشارکت کننده بعدی؛

گام ششم: جست و جوی الگو و طرح در میان نتایج تحلیل نمونه ها (کدگذاری گزینشی در قالب الگوی تصویری)؛

از این رو در این مطالعه در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی به دنبال استفاده از روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری بوده است.

- 87 Teasdale and Hill
- 88 . Edmund Husserl
- 89 . Vignato, Inman, Patsais & Conley
- 90 . Boril
- 91 . Cypress



نمودار ۱ نقشه مرور سیستماتیک را براساس متغیرهای پژوهشی

بخش چهارم) یافته ها

جدول ۱ خلاصه پیشینه پژوهشی

عنوان پژوهش	فرضیه یا سوال یا هدف پژوهش	جامعه	نتایج
کدام روان درمانی در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثرتر و قابل قبول تر است؟	کدام نوع روان درمانی خاص برای درمان اختلال شخصیت مرزی موثرتر است؟	بزرگسالان بالای ۱۸ سال با تشخیص اختلال شخصیت مرزی	هیچ درمان واحدی درمقایسه با سایر درمان ها بهترین انتخاب برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمی باشد.
تفاوت در ترجیحات روان درمانی بین کارآموزان روان درمانی و افراد غیر متخصص	آیا ترجیحات درمانی بین کارآموزان و افراد غیر متخصص تفاوت دارد؟	۴۶۶ نفر از کارآموزان روان درمانی و ۹۶۹ نفر از افراد غیر متخصص	نتیجه بر اهمیت اجرای ارزیابی اولویت و بحث در طول آموزش روان درمانی تاکید میکند و بنظر میرسد درمانگران با گرایش های مختلف، طیف وسیعی از اولویت ها را برای بیماران پوشش می دهند تا تناسب مناسب را پیدا کنند.

اولویت های فعالیت در روان درمانی: بیماران چه می خواهند و چه ارتباطی با نتایج و اتحاد دارد؟	(الف) ترجیحات فعالیت های روان درمانی مراجعان چیست؟ (ب) تطابق بین ترجیحات و رویکرد روان درمانی نتایج و اتحاد را پیش بینی می کند؟ (ج) آیا امتیازات در ابعاد ترجیحی، فی نفسه، نتایج و اتحاد را پیش بینی می کنند؟	۴۷۰ مراجع	مراجعاتی که تمایل خود را برای چالش متمرکز بر حمایت گرم ابراز کردند، پیشرفت بیشتری نشان دادند. ترجیحات مراجع برای چالش متمرکز ممکن است نشان دهنده آمادگی آنها برای تغییر باشد و نشان دهنده یک پیش آگهی مثبت باشد.
عنوان ارزیابی شخصیت و ترجیحات روان درمانی: تطابق بین شخصیت مراجع و ترجیحات شخصیت درمانگر	آیا مراجع شخصیت درمانگر را منطبق با شخصیت خودش ترجیح می دهد؟	۵ ویژگی شخصیتی بزرگ مراجع و درمانگران	هم در نمونه های مقطع کارشناسی و هم در جامعه، نتایج نشان داد که شرکت کنندگان عموماً روان درمانگری را با ویژگی های شخصیتی مشابه خودشان ترجیح می دهند. یافته های این مطالعه وجود ترجیحات را بر اساس عوامل شخصیتی نشان می دهد و پیامدهایی برای جهت گیری های تحقیقاتی آینده و نقش ارزیابی شخصیت در عملکرد بالینی معمول دارد.
ترجیحات روان درمانی افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان: درمان برای چه کسی است؟	بیماران در روان درمانی خود چه چیزی را ترجیح می دهند؟ آیا افراد غیرمتخصص و متخصصان سلامت روان (به عنوان بیمار) چیزهای مشابه یا متفاوتی می خواهند؟	متخصصان سلامت روان بیماران	تفاوت های قوی بین ترجیحات افراد غیرمتخصص و متخصصان در این دو بعد یافت شد: متخصصان سلامت روان نسبت به افراد غیرمتخصص راهنمایی درمانگر کمتری می خواستند ($gs=0.92, 1.43$) و شدت عاطفی بیشتری ($gs=0.49, 1.33$). زنان همچنین خواهان حمایت گرم بیشتری نسبت به مردان بودند ($gs=0.40, 0.57$). این یافته ها نشان می دهد که روان درمانگران باید به ترجیحات درمانی خود توجه داشته باشند و اطمینان حاصل کنند که این موارد به طور نامناسب به بیماران تعمیم داده نمی شود.
ترجیح روان درمانی حضوری در مقابل گزینه های روان درمانی دیجیتال برای افسردگی: نظرسنجی از بزرگسالان در ایالات متحده	آیا افراد روان درمانی حضوری را ترجیح می دهند یا دیجیتال برای درمان افسردگی؟	۱۶۴ بزرگسال ساکن آمریکا که قبلاً روان درمانی برای افسردگی را تجربه کردند.	کمتر از نیمی ($0/44, 5$) از شرکت کنندگان روان درمانی حضوری، $0/25, 6$ درمان دیجیتال خود هدایت شونده، $0/19, 7$ درمان دیجیتال با هدایت متخصص و $0/8, 5$ درمان دیجیتال با پشتیبانی همتا را ترجیح دادند.

پیش بینی کننده های ترجیحات روان درمانی مردان	مردان چه جهت گیری درمانی را ترجیح می دهند؟	۳۱۵ مرد	تحلیل های رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اجتماعی سازی نقش جنسیتی، خودانگاری و نگرش ها در مورد کمک روان شناختی حرفه ای، تمایل به مشارکت در درمان مردانگی مثبت روان پویشی، فرد محور، شناختی رفتاری و روان شناسی مثبت را به طور منفی پیش بینی می کنند. علاوه بر این، مردان در مطالعه، درمان مردانگی مثبت روان شناسی مثبت را به درمان شناختی رفتاری ترجیح دادند.
ترجیحات برای درمان افسردگی شامل مداخلات مبتنی بر اینترنت: نتایج حاصل از نمونه بزرگی از بیماران مراقبت های اولیه	مطالعه با هدف (۱) بررسی ترجیحات درمانی برای افسردگی از جمله مداخلات مبتنی بر اینترنت و (۲) بررسی تفاوت های زیر گروهی در مورد سن، جنسیت و شدت افسردگی و همچنین عوامل مرتبط با بیمار مرتبط با ترجیحات درمانی است.	۶۴۱ بیمار مراقبت های اولیه با افسردگی خفیف تا متوسط	بیماران جوان تر ترجیحات درمانی قوی تری را برای روان درمانی و مداخلات مبتنی بر اینترنت نسبت به بیماران مسن نشان دادند. بارزترین عوامل مرتبط با ترجیحات درمانی، تحصیلات و خودکارآمدی درک شده بیماران بود. بیماران مبتلا به افسردگی ترجیحات درمانی متفاوتی را گزارش می کنند. نتایج این مطالعه بر اهمیت تصمیم گیری مشترک در مراقبت های اولیه تاکید می کند.
ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر	هدف از این مطالعه تعیین ترجیحات درمانی روانپزشکان برای اختلال اضطراب فراگیر GAD و مقایسه آنها با ترجیحات درمانی روانپزشکان در سناریوی فرضی است که درمان باید برای خود آنها به عنوان بیمار انجام شود.	۲۲۱ روانپزشک از ۳ کشور بالکان	اکثریت زیادی از روانپزشکان مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین/ مهارکننده های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین را به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای بیماران GAD انتخاب کردند. روانپزشکان کمتری بنزودیازپین ها و پره گابالین را انتخاب کردند و حدود یک سوم روان درمانی را انتخاب کردند. اکثر روانپزشکان درمان های مشابهی را برای بیماران خود و برای خود انتخاب کردند، با تفاوت های اصلی در مورد دارو درمانی (به ویژه بنزودیازپین ها) که کمتر توصیه می شود و روان درمانی بیشتر به عنوان گزینه درمانی ترجیحی برای روانپزشکان به عنوان بیماران توصیه می شود. ترجیحات درمانی برای GAD توسط روانپزشکان در ۳ کشور بالکان غربی عمدتاً مطابق با دستورالعمل های درمانی و ترجیحات درمانی برای بیماران و برای روانپزشکان بود زیرا بیماران عمدتاً مطابقت داشتند.

ترجیحات درمانی بیماران روان درمانی مبتلا به PTSD مزمن	این مطالعه فرض کرد که بیماران تصادفی سازی شده به درمان های ترجیحی، نتایج بهتری خواهند داشت و برای درمان ناخواسته، نتایج بدتری خواهند داشت.	۱۱۰ بیمار تصادفی سازی شده	بیماران به طور قابل توجهی روان درمانی بین فردی را ترجیح می دهند. اولویت به طور ماهرانه بر نتیجه روان درمانی تأثیر می گذارد. افسردگی یک تعدیل کننده مهم تأثیر درمان ناخواسته بر نتیجه به نظر می رسد. سوگیری های بالقوه ای که باید در تحقیقات آینده اجتناب شود مورد بحث قرار می گیرد.
عنوان ترجیح تصمیمات دارویی در مراقبت از سلامت روان: گزارش روانپزشکان برای توصیه های درمانی	چگونه روانپزشکان توصیه های درمانی روانپزشکی خود را به مراجعان توجیه می کنند؟	مراجعین مبتلا به بیماری های روانی شدید (مانند اسکیز و فرنی ، اختلالات دوقطبی و غیره) در یک برنامه درمان اجتماعی فشرده طولانی مدت و سرپایی	این مطالعه نشان می دهد که چگونه استفاده از حساب ها جهت گیری روانپزشکان را برای ایجاد اجماع با مراجعان در دستیابی به تصمیمات پزشکی با ایجاد تعادل بین اختیارات پزشکی و حساسیت به رابطه درمان نشان می دهد.
بررسی بیشتر اثر ترجیح روان درمانی: تحلیل متا رگرسیون	با این فرضیه که ترجیحات مراجع هم بر ترک درمان و هم بر نتایج درمان تأثیر می گذارد.	۶۰۵۸ مراجع با آزمایش ۶ مراجع	نتایج حاصل از مطالعات وارد شده نشان می دهد که اگرچه تطبیق ترجیحات ممکن است به ویژه در مداخلات کوتاه تر مهم باشد، اما هیچ مدرکی مبنی بر اینکه تأثیر انطباق با ترجیحات مراجع بسته به جمعیت شناسی مراجع متفاوت است وجود ندارد.
اولویت درمانی، مشارکت و بهبود بالینی در دارودرمانی در مقابل روان درمانی افسردگی	آیا افراد مبتلا به MDD روان درمانی، داروهای ضد افسردگی را ترجیح می دهند یا هیچ ترجیحی ندارند؟	۱۰۶ فرد مبتلا به MDD) افسردگی (اساسی	عدم تطابق بین درمان ترجیحی و واقعی با احتمال بیشتر ساییدگی، بازدهی های مورد انتظار کمتر، و اتحاد کاری کمتر مثبت در جلسه ۲ همراه بود. تأثیر غیرمستقیم تطابق ترجیحی بر پیامدهای افسردگی، عمدتاً از طریق تأثیرات حضور، وجود داشت. این یافته ها اهمیت پرداختن به ترجیحات بیمار، به ویژه در رابطه با مشارکت بیمار، در درمان MDD را برجسته می کند.

عنوان آیا پیشینه نظری بر نگرش درمانگران به خودافشایی درمانگر تأثیر می گذارد؟	این مطالعه با هدف بررسی نگرش درمانگران نسبت به خودافشایی درمانگر در جهت گیری های نظری مختلف و تعیین چگونگی تأثیر پیش زمینه نظری و آموزش کلاسیک بر عملکرد آگاهانه است.	سه گروه از گروه دانشجویان در یک برنامه کارشناسی ارشد دانشگاه در درمان های روانشناختی گروه دیگری از درمانگر/مربیان شخص محور در کالج آموزش تکمیلی	اینها نشان داد که طیفی از تمایل به افشا در همه گروه ها وجود دارد، آموزش کلاسیک بر همه شرکت کنندگان تأثیر گذاشته است. محدودیت کلی TSD غیر عملی بود و نگرش ها تحت تأثیر نگرانی ها برای رابطه درمانی قرار گرفتند. پیامدها برای تمرین: TSD باید در آموزش و نظارت درمانی به طور کامل کاوش شود. یک چارچوب ساختاریافته می تواند به اطلاع رسانی تمرین کمک کند. این مطالعه از این ایده حمایت می کند که آموزش کلاسیک بر TSD تأثیر می گذارد.
رابطه ترجیحات و تجربیات درمانی با پیامد در اختلال اضطراب فراگیر GAD	رابطه ترجیحات درمانی و تجربیات با نتیجه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر GAD مورد بررسی قرار گرفت.	بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	نتیجه گیری می شود که ترجیحات درمانی ممکن است پتانسیل بین فردی قابل توجهی در درمان داشته باشند. نحوه استفاده درمانگران از این پتانسیل ممکن است برای بهبود نتیجه مهم باشد.

بخش پنجم) بحث و نتیجه گیری

خلاصه ای از پژوهش و هدف پژوهش :

اشکال گوناگون روان درمانی براساس تجربه شکل گرفته است یعنی تجربه های قبلی در مورد اینکه چه چیزی موثر بوده و چه چیزی نبوده و بنظر می رسد بسیاری از آنها به اعتقاد خود درمانگر وابسته است. روان درمانی این فرصت را به درمانجو می دهد تا هیجانات، رفتارها و اعتقادات ناسازگارانه اش را واقعیت آزمایی کند. در رویکردهای درمانی هشیار کردن ناهشیار هدف اصلی فروید بود، اصلاح سوگیری ها در پردازش اطلاعات ضمنی هدف اصلی درمان شناختی رفتاری است و پذیرش، برقراری پیوند امن و قابل اعتماد از اهداف رویکرد راجرز است. و موفقیت در درمان به توانایی برقراری ارتباط، هم آهنگی و همدلی با دیگران وابسته است (کازولینو، ۲۰۱۶، ص ۱۹۲)

رابرت برتون به اپود (صرفاً قرائت بدون فهمیدن) اعتقاد دارد فقط form (ادا در آوردن) موجب بهبودی میشود، به محض اینکه مراجع متوجه میشود درمانگر خیرش را میخواهد، با او صحبت میکند، به او ایمان می آورد و همین ارتباط یک به یک موجب بهبودی میشود. روان درمانی یک پدیده غیر خطی است، یعنی رویکرد و نظریه ای در روان درمانی رد نمیشود، یعنی ابطال پذیری وجود ندارد، فقط از رونق می افتد و علم و نظریه ای دیگر پیدا میشود. (مانند مُد) یعنی رویکرد و نظریه نادرست نیست. یک تحول ذهنی است، یک عده هجوم می آورند اثربخشی شکل می گیرد بعد از رونق می افتد. (رابرت ساپولسکی ۲۰۲۳، به نقل از مکری، ۱۴۰۲).

اگر درمانگران بیشتر با ترجیحات خودشان رفتار کنند و به نیازهای مراجعان توجه نکنند میتوانند مشکل ساز باشد چرا که مطالعات نشان داده (لیویم، ۲۰۱۸؛ ویندل و همکاران، ۲۰۱۸). توجه به نیاز مراجع و اجماع و توافق مراجع و درمانگر در کاهش علائم، پیامدهای درمانی مثبتتر و ترک درمان کمتر و رضایت بیشتر از درمان بستگی دارد. علاوه بر این مهم است که روان درمانگران از ترجیحات روان درمانی خود آگاه باشند و ترجیحات خود را درک کنند، چرا که روان درمانی خودشان را عمدتاً براساس تجربیات بالینی، جهت گیری نظری و شخصی و درمان شخصی خود انجام می دهند.

در اکثر مطالعات و پژوهش ها افراد متخصص در مقایسه با افراد غیرمتخصص که CBT را ترجیح میدهند، بیشتر رویکردی را ترجیح میدهند که شبیه درمان روان پویشی باشد و درمان های یکپارچه و انسان گرایانه نیز محبوبیت خود را نشان داده اند. (نورکراس، ۲۰۱۵). البته شواهدی هم مبنی بر محبوبیت بیشتر CBT در بین درمانگران در برخی از مطالعات وجود دارد (مانند: پژوهش براژجو، کلیتون، ساندل، ۲۰۰۴) و روان پزشکان باتوجه به نوع بیماری و اختلال ترجیحات درمانی متفاوتی را نشان میدهند و برای بیماران عمومی، روان دارویی را کمتر برای خود توصیه میکنند. با همه این اوصاف ترجیحات روان درمانی به عواملی مانند: جمعیت شناختی، جنس

مراجع (زن، مرد)، تجربه درمان قبلی، اولویت های درمانی، عوامل شخصیتی و حتی سطوح دلبستگی و مرتبط است. بررسی ها نشان داد که در انتخاب نوع درمان عوامل مختلفی نقش دارند نقش درمانگر، شخصیت مراجع، نوع مشکل تناسب بین نوع مشکل و نوع مداخله تأثیر گذاری بالاتری داشتند به عنوان مثال: رویکرد درمانی انتخاب شده باید با شخصیت مراجع همراه باشد؛ و با مشورت و نظر مراجع انتخاب میکنیم که از کجا و کدام مشکل شروع کنیم همچنین اگر به شکایتی که مراجع دارد توجه نشود موفقیتی نیست. نوع مشکل در انتخاب رویکرد درمانی مؤثر است» تعبیرهای متداول تناسب درمان با تفاوت های فردی و تناسب مشکل و نظریه درمانی در تجارب حرفه ای درمانگران مشهود بود به عنوان نمونه گفته شد تفاوت های فردی در درمان مؤثر است برای یک اختلال واحد فقط یک شیوه درمانی واحد نداریم «روان درمانگر دیگری معتقد بود درمانگر باید بتواند در فعالیتش تغییراتی بدهد به طوری که مطابق با حیطه عاطفی و فکر مراجع و مشکلی که به مرکز آورده، و تکنیک مناسب درمان را انجام دهد. در مجموع یافته های تکرار شونده، مشخص کرد که با در نظر گرفتن مجموعه عوامل درمانگر میتواند هر نوع از روش های درمانی را با انعطاف برنامه ریزی کند.

نتایج همسویی، خلاصه نتایج مطالعات و تبیین نظری

نتایج محور اول (آیا روان درمانی اثربخش است یا مشکلات به صورت طبیعی وقتی برون ریزی شود حل میشوند؟) نشان داد که ۳۷ مفاهیم (۲۶ مفهوم از روان شناسان و ۱۱ مفهوم از روان پزشکان) از کد گذاری باز محور اول استخراج شده است. مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (مفاهیم کلی، کنش درمانگر، اثر گذاری روان درمانی، اثر گذاری برون ریزی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب چهار مفهوم بدست آمده است که می توان مفاهیم کلی نامگذاری نمود. در این مقوله مفاهیم کلی در مورد لزوم وابستگی روان درمانی و برون ریزی، همبستگی بین برون ریزی و روان درمانی، ارتباط متقابل بین دارو درمانی و روان درمانی صحبت شد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه (جعفری و جوهری ۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. جعفری و جوهری (۲۰۲۳) هم دریافتند که در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون ریزی می شود بطور چشم گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می یابد. همچنین دریافتند که روان درمانی بر بهبود علایم روان شناختی مورد بررسی در گروه آزمایش که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر است، تأثیر دارد. مقوله دوم اظهارات روان شناسان

و روان پزشکان در مورد کنش و رفتار های درمانگران است که بر اساس تشابه شامل مواردی از قبیل ارتباط، فیدبک، دانش، صداقت و ... می شود که کنش درمانگر نام میگردد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه ایمان زاده، علیوندی، هاشمی و آزموده (۱۴۰۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. ایمان زاده و همکاران (۱۴۰۲) هم دریافتند که همراهی مراجع یک متغیر میانجی در تبیین پیامد درمان است و باید درمانگران علاوه بر انتخاب رویکردهای درمانی مناسب، به نقش همراهی مراجع در اثربخشی درمان توجه ویژه ای داشته باشند. مقوله سوم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از هفت مفهوم مشابه است که اثر گذاری روان درمانی نام گرفت و شامل اثر زیستی روان درمانی، اهمیت تکنیک ها و فنون روان درمانی، نقش تست ها و آزمون ها در روند درمانی است. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه امینی، طهماسیان و بخشی پور (۲۰۱۷) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. امینی و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیزی به عنوان یک رفتار دلبستگی در بیماران با سبک دلمشغول مؤثر است و به کار گیری درمان های روان شناختی در کنار دارو درمانی در درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی مؤثر است. مقوله چهارم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه به دست آمده که اثر گذاری برون ریزی نام گذاری شد. این مقوله شامل تخلیه هیجانی هنگام برون ریزی، گفتگوی مراجع با خود هنگام برون ریزی، شناسایی مشکل مراجع هنگام افشاکگری و بازنگری مراجع در درون و ذات خودش هنگام برون ریزی میباشد. این مقوله شامل مفاهیم کلی است که روان شناسان و روان پزشکان در مورد اثربخشی روند درمان و حل مشکلات بیمار اشاره کردند. نتایج مطالعه مرادبند و خانبانی (۲۰۱۶) با بخشی از نتایج این مطالعه همسو می باشد. مرادبند و خانبانی (۲۰۱۶) دریافت که با توجه به نتایج پژوهش می توان روش درمانی برون ریزی هیجان ها را به عنوان شیوه ای آسان، کم هزینه مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در کاهش علایم اضطراب، بهبود خودکارآمدی و کنترل عواطف به کار برد. برای تبیین نظری نتایج این بخش باید گفت که حرفه روان درمانی نیاز به فهم بسیاری از بدیهیات و مفروضات اساسی دارد که معرفت شناسی روان درمانی را تشکیل می دهد که هر روان درمانگری باید در دوره های تحصیلی در قالب تجربه، مطالعات شخصی و آموزش دریافت کند روان درمانی را اثربخش سازد، برون ریزی هم خود پروسه ای از تکنیک های روان درمانی محسوب می شود و در این مطالعه تأثیر گذاری متقابل روان درمانی و برون ریزی در حل مشکلات مراجع نتیجه گیری شد.

نتایج محور سوم (آیا تا به حال شده در فرایند روان درمانی احساس کنید به یک نظریه بیش از حد پای بند هستید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (درمان تلفیقی، درمان شناختی رفتاری، عوامل موثر در پابندی، درمان پذیرش و تعهد) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب هفت مفهوم بدست آمده است که می توان درمان تلفیقی نامگذاری نمود، این مقوله شامل آگاه بودن درمانگران از اکثر نظریات روان درمانی، عدم مقاومت درمانگران بر روی یک نظریه، مشخص شدن پابندی با توجه به مراجع و مشکل مراجع می باشد. نتایج مطالعه خیاطیان، آقایی، عابدی (۲۰۲۱) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. خیاطیان و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که درمان تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری افسردگی را در افراد مبتلا به دیابت کاهش داد. بنابراین، بکارگیری از این روش برای کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت پیشنهاد می شود. نتایج مطالعه پورسید و مرادی (۲۰۲۴) با بخش از مطالعه حاضر همسو می باشد. پورسیدی و مرادی (۲۰۲۴) دریافتند که درمان تلفیقی اکت و مثبت نگر بر تبعیت از درمان و امید به زندگی زنان مبتلا تاثیر گذار می باشد. بنابراین پیشنهاد می شود از این درمان جهت افزایش تبعیت از درمان و امید به زندگی در این بیماران استفاده گردد.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که درمان شناختی رفتاری نام گذاری شده است و شامل مواردی است که علت پابندی درمانگران به درمان شناختی رفتاری را عنوان میکند که از جمله: تداوم تغییرات و رویکرد موفقی در زمینه درمان اختلال وسواس، اضطراب، افسردگی است. نتایج مطالعه امیری و شاهمرادی (۲۰۱۵) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. امیری و شاهمرادی (۲۰۱۵) دریافتند که ۲۴ درصد از دانشجویان اضطراب امتحان داشتند و میانگین اضطراب امتحان در دختران بیشتر از پسران بود. مداخله شناختی رفتاری در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان موثر بوده است.

مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است که عوامل موثر در پابندی نام گذاری شده است و از جمله این موارد: تجربه های کاری موفق درمانگران، مطالعات و پژوهش هایی که خود درمانگران انجام می دهند، تجربه دوران تحصیل درمانگران و علاقه درمانگران از جمله این عوامل تاثیر گذار است. نتایج مطالعه دلاور، نامدارپور و تبریزی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. دلاور و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که فرسودگی شغلی، روابط خانوادگی و اجتماعی، متاثر شدن زندگی شخصی، احساسات

نتایج محور دوم (به نظرتان هدف از کار روان درمانی چیست؟) نشان داد که ۴۷ مفاهیم (۳۴ مفهوم از روان شناسان و ۱۳ مفهوم از روان پزشکان) از کدگذاری باز محور اول استخراج شده است. مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (تغییر عملکرد، کیفیت بخشی زندگی، تغییر شناخت، قوانین کلی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم بدست آمده است که می توان تغییر رفتار نامگذاری نمود، که بیان می کند هدف از روان درمانی تغییر رفتار بسمت رفتار مثبت و پهنجار، اصلاح رفتار مراجع و کمک به مراجع برای حل مسایل و مشکلات خودش است. نتایج مطالعه خدایاری فر و آسایش (۱۴۰۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. خدایاری فر و آسایش (۱۴۰۰) دریافتند که روان درمانگران می توانند با استفاده از تکنیک هادر مشاوره و روان درمانی فردی یا خانواده درمانی با هدف تغییر رفتارهای ناکارآمد مراجعان به رفتارهای کارآمد و سازگارانه بکار گیرند. مقوله دوم شامل اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که کیفیت بخشی زندگی نام گذاری شده است که مشخص میکند هدف از روان درمانی زندگی بهتر و راحتتر داشتن مراجع، ارزش دادن مراجع به اهداف زندگی خودش و قدم برداشتن در نقشه و مسیر زندگی خودش و تعامل بهتر با خانواده و اطرافیان در زندگی میشود. نتایج مطالعه اکبری نژاد، اعتمادی، نصیرنژاد (۲۰۱۴) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد اکبری نژاد و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که بین گروه آزمایش و کنترل بعد از اعمال متغیر مستقل از نظر بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که روان درمانی عقلانی، عاطفی؛ رفتاری به شیوه گروهی در بهبود بهزیستی روان شناختی افراد موثر است. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان که از ترکیب ده مفهوم مشابه استخراج شده است که تغییر شناخت نام گذاری شده است و در این مقوله بیان می کند که هدف از روان درمانی، هشیاری ناخودآگاه، بهبود عملکرد در سطح شناختی، داشتن افکار مناسب و پذیرش خود و دنیای درون مراجع است. نتایج مطالعه منیرپور، عطاری و ضرغام (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. منیرپور و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که با آگاه کردن سالمندان از توانایی هایش و حس قدردانی، شادکامی و پذیرش خود او، می توان نگرش مثبت سالمندان به خود و جهان اطراف، میزان بخشش سلامت روان آنها را افزایش داد. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان که از ترکیب چهار مفهوم مشابه استخراج شده است و قوانین کلی روان درمانی نام گذاری شده است که شامل هدف مراجع محور است، مشخص شدن هدف درمان در فرایند روان درمانی با مراجع و مشخص شدن هدف روان درمانی با نوع مشکل می باشد.

ماندگار از جلسه و تغییرات و اثرات بلند مدت شغلی بود. نوع ارتباط با مراجعان در اتاق درمان نیز شامل موفقیت طی درمان، صادق بودن با مراجع، بهبود ارتباط مراجع جز عوامل تاثیر گذار در پابندی به یک رویکرد است. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه ترکیب می شود که درمان پذیرش و تعهد نام گذاری شده است که از عوامل پابندی به درمان پذیرش و تعهد میتوان همراهی بهتر مراجع، درک بیشتر مراجع، تداوم تغییرات بیشتر در درمان پذیرش و تعهد نام برد. نتایج مطالعه اسماعیلی و گل پرور (۲۰۲۴) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. اسماعیلی و گل پرور (۲۰۲۴) دریافتند که زنانی که تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند فاجعه پنداری و ادراک طرد شدگی کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند و این رویکرد در زنان آسیب دیده پیمان شکنی از همسرانشان دیدند اثربخشی خوبی دارند. براساس یافته ها، درمان پذیرش و تعهد و وجود نگر و درمان شفقت محور گزینه های مناسبی برای زنانی هستند که پیمان شکنی همسرشان را تجربه کردند.

نتایج محور چهارم (آیا تاکنون احساس کردید در کارتان جهت گیری خاصی به یک نظریه روان درمانی (ترجیحات) دارید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به پنج مقوله (درمان شناختی رفتاری، مراجع محوری، درمان تلفیقی، درمان های موج سوم، روانکاوی) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان درمان شناختی رفتاری نام گذاری کرد. در این مقوله عوامل ترجیح درمان شناختی رفتاری بیان میشود که میتوان به عواملی مانند: اجماع همگانی درمانگران بر روی این رویکرد، انطباق بیشتر این رویکرد درمانی با فرهنگ ایرانی، استفاده از این رویکرد درمانی برای کودکان. نوجوانان نام برد. نتایج مطالعه سیدنور و همایی (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. سیدنور و همایی (۲۰۱۹) دریافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود رفتارهای خود مراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر بود. پس درمانگران و روان شناسان می توانند از روش درمانی شناختی رفتاری گروهی برای افزایش رفتارهای خود مراقبتی، بهزیستی ذهنی و امیدواری آنان استفاده کنند. مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان مراجع محور نام گذاری کرد. در این مقوله عواملی که در ارتباط با مراجع است بیان می شود این عوامل نظیر: تفاوت های فردی مراجع، فرهنگ مراجع، تاریخچه زندگی شخصی مراجع، مذهب و محیط مراجع نام برد. نتایج مطالعه هاشمی پورو بحرینیان (۲۰۱۹) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. هاشمی پور و بحرینیان (۲۰۱۹) دریافتند که تحلیل کوواریانس چند متغری در درمان مراجع محور باعث بهبود فشار روانی شرکت کنندگان در کلیه خرده مقیاس های اختلال پس از

سانحه و افسردگی شده است. بطور کلی نتایج این پژوهش نشان داد اثربخش درمان مراجع محور بر اختلال فشار روانی پس از سانحه و افسردگی تایید می گردد. همچنین پیشنهاد می شود در برنامه ریزیهای بهداشتی کشور برنامه های لازم در جهت حمایت این افراد و آگاه نمودن مردم به عمل آید. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که میتوان درمان های تلفیقی نام گذاری کرد. در این مقوله از علل ترجیح درمان های تلفیقی نام برد که این عوامل نظیر: انعطاف پذیری بیشتر درمان های تلفیقی، کاربرد اکثر نظریات، عدم تعصب داشتن و مقاومت بر روی یک رویکرد خاص نام برد. نتایج مطالعه بردی خوجه، جهانگیری و مفاخری (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. بردی خوجه و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که درمان تلفیقی بر افزایش رضایت زناشویی زوجین متعارض و ناهمساز موثر بوده است و از آن می توان در مراکز درمانی جهت ارتقای کارکرد خانوادگی و زناشویی استفاده کرد. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان درمان های موج سوم نام گذاری کرد. این مقوله شامل: رویکردهای وجودی، ترجیح رویکرد پذیرش و تعهد، ترجیح طرحواره درمانی نام برد. نتایج مطالعه اکبری و حسینی (۲۰۲۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. اکبری و حسینی (۲۰۲۰) دریافتند که درمان های موج سوم رفتاری، به خصوص درمان های فراشناخت درمانی بر کاهش نشانه های افسردگی موثر هستند، همچنین پیشنهاد می گردد تا در پژوهش های آینده درمان های موج سوم با دیگر درمانهای دارای حمایت تجربی نیز مورد مقایسه قرار گیرند.

مقوله پنجم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که روانکاوی نام گذاری شده است. در این مقوله از علل ترجیح رویکرد روانکاوی صحبت شده است که نظیر: ترجیح تحلیل، موثر بودن رویکرد روانکاوی در درمان اختلالات شخصیت، نتیجه گیری مطلوب از این رویکرد و برقراری ارتباط بهتر می باشد. نتایج مطالعه رهنمایی و اسدی (۲۰۲۲) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. رهنمایی و اسدی (۲۰۲۲) دریافتند که درمان روانکاوی سستی در مقایسه با طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر درمان اختلال شخصیت خودشیفته دارد.

نتایج محور پنجم (آیا به یک رویکرد درمانی خاصی دلبستگی یا علاقه خاصی دارید؟) مفاهیم براساس تشابه به سه مقوله (روانکاوی، عوامل موثر در علاقه مندی، علاقه به دیگر نظریات) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان علاقه به رویکرد روانکاوی نام گذاری کرد در این مقوله از عوامل علاقه مندی به رویکرد روانکاوی صحبت می شود این عوامل شامل:

دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است. که تسلط بر درمان های تلفیقی نام گذاری شده است. در این مقوله از علل تسلط بر درمان های تلفیقی صحبت شده است که نظیر: تسلط بر اکثر رویکردها، آگاهی از نکات کلیدی همه رویکردها نام برد. نتایج مطالعه دهنوی، صادقی و سپهوندی (۲۰۲۰) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. دهنوی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی هیجان مدار در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید می تواند باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود کیفیت خواب آنها شود. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می شود. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است. که تسلط بر درمانهای موج سوم نام گذاری شده است. از علل تسلط بر درمانهای موج سوم میتوان رویکردهای انسان گرایانه، رویکردهای وجودی و راجرزی، رویکردهای ذهن آگاهی، طرحواره درمانی نام برد. نتایج مطالعه نعمت زاده (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. نعمت زاده (۲۰۲۳) دریافت که اندازه اثر مداخلات موج سوم بر کاهش اختلالات رفتاری در مدل ثابت و تصادفی معنادار است و میزان اندازه اثر به دست آمده براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، در هر دو مدل ثابت و تصادفی زیاد است. مقایسه درمان ها حاکی از آن است که به ترتیب درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی دیالکتیکی بیشترین تاثیر را در کاهش اختلالات خلقی دارند و فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اولویت های بعدی قرار دارند. مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است و می توان عوامل موثر در تسلط نام گذاری کرد از جمله این عوامل می توان به همسو بودن علاقه و تسلط درمانگران، همسویی آموزش و تسلط، نقش جذابیت یک رویکرد در تسلط و مهارت درمانگر نام برد. نتایج مطالعه گودرزی، معاریان، اصغرنژاد و قهاری (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. گودرزی و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که باتوجه به شناسایی موانع فردی و بنیادی و تبدیل نگرش های اخلاقی به عمل اخلاقی که رهیافت پژوهش حاضر است. امید آن می رود که با رفع موانع رشد اخلاق در سطح فردی و سازمانی ارتقا یابد. نتایج محور هفتم (طبق چه پیش زمینه ای رویکرد درمانی خودتان را انتخاب کردید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به سه مقوله (تجربیات علمی درمانگر، مراجع محور، تجربیات شخصی درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان تجربیات علمی درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله درمورد دوران تحصیل درمانگر، کارورزی و کارگاه ها، تجربه کاری درمانگر و آموزش و یادگیری صحبت می شود. نتایج

علاقه درمانگران به ریشه یابی، شکافتن، علاقه به منطق و اصول روانکاوی، جذابیت و لذتبخش بودن روانکاوی می باشد. نتایج مطالعه فدایی (۲۰۰۶) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. فدایی (۲۰۰۶) دریافت که روانکاوی فرایندی کند و تدریجی است و هرچه غیر از این وضعیت در مراجع بوجود بیاید می تواند به مقاومت او تعبیر گردد.

مقوله دوم اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هشت مفهوم مشابه استخراج شده است که درمورد عوامل موثر در علاقه مندی صحبت می شود این عوامل نظیر: شخصیت خود درمانگر، کارها و پژوهش های علمی درمانگر، اساتید و دوره ها و کارگاه هایی که درمانگر گذرانده و دوران تحصیل درمانگر می باشد. نتایج مطالعه ذبیح زاده و رضایی (۲۰۲۲) با بخشی از مطالعه حاضر همسو می باشد. ذبیح زاده و رضایی (۲۰۲۲) دریافتند که ترکیب جنسیتی ناهمگن درمانگران - بیمار مرد و بالعکس، در قیاس با سایر ترکیب ها قویا سبک انتقال را در روند روان درمانی فرا می خواند. انتقال عصبانی/حق به جانب در خلال روان درمانی پویایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خوسه ب برجسته بود و سبک های انتقالی دیگر کمتر رخ دادند. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است. که علاقه به دیگر نظریات نام گذاری شده است. که شامل: علاقه به درمان پذیرش و تعهد، علاقه به طرحواره درمانی، علاقه به بحث مقاومت در روان پویایی می باشد. نتایج مطالعه محمدی، میرزایی، سلطانی و فدایی (۲۰۲۰) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. محمدی و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که طرحواره درمانی بر کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران و سواس تاثیر مثبت و معنی دارد.

نتایج محور ششم (به نظر تان به دانش و مهارت های کدام رویکرد درمانی مسلط هستید و ان را خوب اجرا میکنید؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (درمان شناختی رفتاری، درمان تلفیقی، درمان های موج سوم، عوامل موثر در تسلط) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان تسلط بر درمان شناختی رفتاری نام گذاری کرد در این مقوله از علت تسلط بر این رویکرد هم صحبت میشود که عواملی مانند نتیجه دهی مطلوب، و مشاهده تغییرات توسط خود مراجع نام برد. نتایج مطالعه شهبازی (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. شهبازی (۲۰۱۸) دریافت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان شناختی نوجوانان در زمینه های پذیرش خود، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می شود. همچنین مقایسه ی نتایج پس آزمون گرون آزمایش و گواه نشان داد که استفاده از درمان شناختی رفتاری سبب کاهش تحریفات روان شناختی نوجوانان شهر اهواز گردید. مقوله

مطالعه عباس آبادی، فروشانی و میلی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. عباس آبادی و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که چارچوبی از نحوه روابط مولفه های روان درمانی را بر پایه دیدگاه و تجارب درمانگران صورت بندی کرد. مولفه ها با توجه به تاثیر گذاریشان در فرایند روان درمانی، توسط درمانگران اولویت بندی و بکار می روند. همه مولفه ها در انتخاب نوع درمان نقش دارند، اما مولفه درمانگر در شکلهی ارتباط با درمانجو، سازماندهی نظریه، حل مشکلات و موثرسازی روان درمانی نسبت به سایر مولفه ها نقش اساسی تری دارد. مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است. که می توان مراجع محوری نام گذاری کرد، در واقع پیش زمینه انتخاب رویکرد درمانی با توجه به شرایط مراجع، قابل فهم بودن برای مراجع، نوع اختلالات مراجع، توجه به فرهنگ و جامعه مراجع می باشد. نتایج مطالعه بدرافشان (۲۰۱۷) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. بدرافشان (۲۰۱۷) دریافت که طیف گسترده ای از اختلالات روانی و شخصیتی که نیازمند توجه از سوی گروه درمان و تمام کسانی که با این بیماران سروکار دارند را می توان مشاهده کرد. باورهای فرهنگی و قومیتی نیز نقش مهمی در سازگاری با بیماری و پذیرش درمان دارد. که با آگاهی از آنها تبعیت از دستورات درمانی و به دنبال آن کیفیت زندگی بیماران بهبود قابل توجهی پیدا خواهد کرد. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج می شود که می توان تجربیات شخصی درمانگر نام گذاری کرد، در این مقوله در مورد تجربه شخصی درمانگر، الگوی انتخابی درمانگر و عقل و درایت خود درمانگر و ویژگی های شخصیتی درمانگر نام برد. نتایج مطالعه مال میر و خان احمدی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۳) دریافتند که دانش و تجربه و مهارت حرفه ای درمانگر باید فقط درمان هایی را اراده کند که در رابطه با تخصص و تجربه او باشد. او باید محدودیت های خود را درک کند و در صورت نیاز مراجعان را به متخصصان ارجع دهد.

نتایج محور هشتم (به نظر تان یکی از تاثیر گذارترین کمک هایی که یک روانشناس یا روانپزشک میتواند به یک مراجع بکند چیست؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله (بینش، اخلاق حرفه ای، بعد روحی، نقش درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب سیزده مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان بینش نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد کمکی که یک درمانگر در زمینه بینش می تواند به مراجعش بکند صحبت می شود که از مهم ترین کمک ها در این زمینه می توان به رضایت و پذیرش خود، خود آگاهی، خود شکوفایی، شناخت توانایی و استعدادهایش و داشتن انتخاب

های آگاهانه نام برد. نتایج مطالعه غفوریان، صفایی و عباسی (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. غفوریان و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که تحقق رضایت آگاهانه مستلزم افشای اطلاعات از طرف پزشک. فهم آن از طرف بیمار است. در اینجا اصل اساسی همدلی پزشک با بیمار به معنای درک شرایط و دنیای ذهنی و روانی اوست تا بتواند براساس آن اطلاعات مناسب و کافی را به بیمار انتقال دهد و به او برای انتخاب آگاهانه و آزادانه کمک نماید.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب یازده مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان اخلاق حرفه ای نام گذاری کرد چرا که یکی از تاثیر گذارترین کمک ها ی درمانگران رعایت اخلاق حرفه ای است و در این مقوله می توان از عواملی مانند: قضاوت نکردن، مصاحبه اولیه، گوش دادن فعال، رازداری نام برد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. مال میر و خان احمدی (۲۰۲۲) دریافتند که توجه به استانداردهای خاص، توجه به منافع مراجع، حفظ محرمانگی و توجه به حریم خصوصی و قرار داشتن تحت نظارت بالینی مداوم و مسیولیت پذیری تاکید شده است. تخطی متخصصان از این استانداردهای اخلاقی می تواند به مراجع و همچنین بدنه ی اجتماعی حرفه، آسیب هایی جبران ناپذیر وارد کند از این رو در چنین مواردی درمانگر خاطی با تعلیق لغو مجوز و عواقب قانونی مواجه می شود. مقوله سوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان بعد روحی نام گذاری کرد که در این مقوله شامل کمک هایی که یک درمانگر به بعد روحی مراجع می کند می شود این عوامل مانند: بهبود دلبستگی ناامن، تاکید بر هیجانات و عواطف مراجع، رهایی از رنج ها و مشکلات روحی می باشد.

مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب هفت مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان نقش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله از تاثیر گذارترین کمک ها و نقش درمانگر در این کمک صحبت می شود. این عوامل: الگوی خوب بودن، تشخیص درست، درک عمیق مراجع نام برد. نتایج مطالعه رشتی و ساعد (۲۰۱۸) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. رشتی و ساعد (۲۰۱۸) دریافتند که تفاوت های فرهنگی در بین جوامع مختلف به حدی است که نادیده گرفتن آنها می تواند به افت عملکرد درمانی درمانگر و نتایج درمانی ضعیف منجر شود. همچنین بررسی متون نشان می دهد که کدهای اخلاقی روان شناسان را به داشتن دانش و آگاهی درمانگر و احترام متقابل به حقوق اساسی عزت و مقام همه انسان ها ملزم می داند.

نتایج محور نهم (به نظر تان مهم ترین عناصر روان درمانی اثربخش چیست؟) نشان داد مفاهیم براساس تشابه به چهار مقوله

درمانگر، علاقه به روان درمانی، به روز بودن درمانگر، خودسرانه نظریه ندادن صحبت کرد

جمع بندی

این مطالعه در صدد این بود که روان درمانی و روان درمانگران چگونه می توانند زمینه ساز تغییر و اثربخشی باشند و اصلا هدف از کار روان درمانی چیست و در پی این سوالات درمانگران ترجیح میدهند چه رویکرد درمانی را انتخاب کنند و دلیل انتخاب این رویکرد درمانی خاص از چه پیش زمینه ای نشأت گرفته است.

این مطالعه نشان داد که روان درمانی موثر است و اشکال مختلف روان درمانی و رویکردهایی که درمانگران بکار می برند بر اساس تجربه زندگی شخصی خودشان، علاقه ای که در طی آموزش و یادگیری کسب می کنند، همخوانی ویژگی شخصیتی خود درمانگر با آن رویکرد مورد نظر مشخص می شود. و همچنین این مطالعه نشان داد جهت گیری خاص درمانگر به شرایط مراجع، ویژگی های شخصیتی مراجع و نوع اختلال مراجع هم بستگی دارد و پاسخ این پرسش که چطور روان درمانی اثربخش میشود در سازوکارهای زیربنایی انطباق و تغییر در مغز، ذهن و در ارتباطات ما نهفته است.

در محور تاثیر گذارترین کمک درمانگران اصل اساسی در روند درمان بیان کردن بیان نشدنی ها، هشیار کرد ناعشیار و یکپارچه سازی افکار و احساسات است و در قدم های بعدی پذیرش مراجع، حل تعارض ها و کمک به مراجع و قدم برداشتن در مسیر و نقشه ای که زندگی برایش رقم زده است که بتواند راحت تر حل چالش و حل تعارض کند. در نتیجه روان درمانی به ما این فرصت را می دهد که ناهشیارمان را هشیار کنیم و فضایی فراهم می آورد تا افکار کاذب ناکارآمدمان را بکاویم. و همچنین یک روان درمانی خوب نیازمند آن است که درمانگران از حدود دانش خودشان آگاهی داشته باشند و در کار درمان از علم و آگاهی بالایی برخوردار باشند و از کمک هایی که می توانند به مراجعانشان بکنند این است که به درون خود پی ببرند و تحریف های ذهن و مغزشان که به طور طبیعی اتفاق می افتد را بشناسند و بر آنها غلبه کنند.

درمانگران در این مطالعه در جایگاه اول بیشتر رویکردهای انسانگرایانه (وجودی، پذیرش و تعهد و) را ترجیح می دادند که در کارشان استفاده کنند چرا که در درمان شخصی با موفقیت سپری شده و این موفقیت یعنی علایم روانی فرد کاهش یافته و تجاربش تغییر کرده است. در جایگاه بعدی درمان های شناختی رفتاری را درمانگران ترجیح دادند و بیشتر استفاده می کنند که علت آن انطباق با فرهنگ و چند بعدی بودن و همه جانبه بودن این رویکرد می باشد و در جایگاه سوم هم درمانگران رویکرد روانکاوی را ترجیح می دادند و به آن مسلط بودند چرا که روان درمانی را در جهت کشف تجارب کودکی می دادند تا به کمک

هوشدرمانگر، اصول و فنون روان درمانی، دانش درمانگر، شناخت درمانگر) تقسیم شده است. مقوله اول اظهارات روانشناسان و روانپزشکان از ترکیب پنج مفهوم مشابه بدست آمده است که می توان هوش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد مهم ترین عنصر روان درمانی اثربخش که به درمانگر مربوط میشود صحبت شده است که عواملی مانند: خلاقیت، ذکاوت، قدرت تفسیری درمانگر را نام برد. نتایج مطالعه برآبادی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج پژوهش حاضر همسو می باشد. برآبادی (۲۰۲۳) دریافت که یک درمانگر به مراجع کمک می کند تا با مشکلات خاص یا عمومی، مانند بیماری روانی یا منبع استرس زندگی مقابله کند. بسته به رویکردی که درمانگر استفاده می کند، میتوان از طیف وسیعی از تکنیک ها و استراتژیها استفاده کرد. تقریباً همه انواع روان درمانی شامل ایجاد یک رابطه درمانی، برقراری ارتباط و ایجاد گفتگو و تلاش برای غلبه بر افکار یا رفتارهای مشکل ساز است.

مقوله دوم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شانزده مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان اصول و فنون روان درمانی نام گذاری کرد. در این مقوله از عواملی مانند: اعتمادسازی، همدلی، شکستن مقاومت مراجع، قضاوت نکردن، فیدبک به موقع و مهم ترین عامل که ارتباط است صحبت می شود. نتایج مطالعه زمهریر، پورنقاش، تهرانی و قربانی (۲۰۲۳) با بخشی از نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. زمهریر و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که رابطه درمانی یکی از مهم ترین جنبه های روان درمانی است و تجربه درمان بخشی را می توان در بافت رابطه دویوه کنش گرانه درمان جو درمانگر توصیف کرد. کوشش های شخصی درمانجویان در کنار همکاری همدلی و نگاه خالی از قضاوت درمانگر که حایز ظرفیت های عاطفی و ارتباطی است معنا پیدا می کند. یافته های این پژوهش به عنوان راهنمای ناظران و کار آموزان بالینی در جهت توسعه کیفیت اتحاد و رابطه درمانی قابل استفاده خواهد بود. مقوله ی سوم از اظهارات روان شناسان و وان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان دانش درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله در مورد عوامل موثری که در ارتباط با درمانگر است مانند علم و دانش بالا درمانگر، ارزیابی صحیح، مهارت و تسلط بر تکنیک های انتخابی صحبت می شود. نتایج مطالعه عوض زاده و کرمی (۲۰۲۲) با بخشی از نتایج مطالع حاضر همسو می باشد. عوض زاده و کرمی (۲۰۲۲) دریافتند که درگیری شغلی بر افزایش خلاقیت منجر می شود و نتایج حاصل از آزمون فرضیات نشان داد مولفه های درگیری شغلی بر افزایش خلاقیت تاثیر معنی داری دارد.

مقوله چهارم از اظهارات روان شناسان و روان پزشکان از ترکیب شش مفهوم مشابه استخراج شده است که می توان شناخت درمانگر نام گذاری کرد. در این مقوله از عناصر مهم روان درمانی اثربخش که در رابطه با شناخت درمانگر مانند: تحت درمان بودن

آن ارتباط بین این تجارب کودکی و عللی که مغز و ذهنمان و زندگی کنونی مان را تحریف کرده پیدا کنیم. همچنین در این مطالعه به مهم ترین عناصر یک روان درمانی اثربخش هم پرداخته شده که درمانگران این پژوهش عنصر اصلی، اساسی را ارتباط دریافتند چرا که ارتباط هسته اصلی همه روابط پرورش دهنده، حمایت کننده و درمان کننده است و در جایگاه بعدی همدلی و ایجاد فضای امن است و روان درمانی موفق هیچگاه شامل: انتقاد، قضاوت، تعارض نمی شود. و به همین علت همدلی و مراقبت و حمایت که راجرز سنگ بنای آن را گذاشت حتی پس از پیدایش صدها فنون دیگر، همچنان در روتن درمانی نقش محوری دارد و احساس پذیرفته شدن از جانب دیگری مغز و ذهن را در حالتی قرار می دهد که موجب انعطاف بیشتر و تغییر مثبت می شود.

فهرست منابع

پروچسکا، جیمزا ونور کراس، جان سی. (۲۰۰۷). نظام های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، انتشارات روان. پروچسکا، جیمزا ونور کراس، جان سی. (۲۰۱۱). نظریه های روان درمانی (تحلیل فرانظری)، ترجمه هایاما مک اوادیس یانس، انتشارات رشد. حمدی پور، افشین. عطا پور، هاشم و زرداری، سولماز. (۱۳۹۹)، ۵۰ سال پژوهش در حوزه روان درمانی: یک بررسی علم سنجی، فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۵، (۵۹)، ۸۷-۸۸. رضایی، لیلیا. حیدری، شیما. رضایی، فرزین و خزایی، حبیب اله (۱۴۰۰). چالش ها و فرصت های پیش روی روان درمانی در ایران: یک مطالعه کیفی، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۸، (۲)، ۳. قربانی، نیما و ربیعی، فاطمه. (۱۳۹۷). روان درمانیدر ایران: موانع و افق ها، رویش روانشناسی، ۷، (۲۲)، ۴-۶. وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۴)، رویکرد چهاروجهی در روان درمانی، اندیشه و رفتار، ۹، (۳۵)، ۷۷-۷۸.

Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A. (۲۰۲۱).

Personality Assessment and Psychotherapy Preferences: Congruence between Client Personality and Therapist Personality Preferences. *Journal of personality assessment*, ۳(۱۰۳), ۴۲۶-۴۱۶.

Angell, B., & Bolden, G. B. (۲۰۱۵). Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. *Social science & medicine* (۱۹۸۲), ۱۳۸, ۵۶-۴۴.

Carew, Lynda. (۲۰۰۹). Does theoretical background influence therapists' attitudes to therapist self-disclosure? A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*. ۹. ۲۷۲-۲۶۶. ۱۴۷۳۳۱۴۰۹۰۲۹۷۸۷۲۴/۱۰, ۱۰۸۰.

Cole, Brian & Petronzi, Gregory & Singley, Daniel & Baglieri, Michael. (۲۰۱۸). Predictors of men's psychotherapy preferences. *Counselling and Psychotherapy Research*. ۱۹. ۱۰, ۱۰۰۲/capr. ۱۲۲۰۱.

Cooper M, Norcross JC, Raymond-Barker B, Hogan TP. Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy (Chic)*. ۲۰۱۹ Jun; ۲(۵۶): ۲۱۶-۲۰۵.

Cooper, M., Norcross, J. C., Raymond-Barker, B., & Hogan, T. P. (۲۰۱۹). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it?. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, ۲(۵۶), ۲۱۶-۲۰۵.

Cooper, Mick & van Rijn, Biljana & Chryssafidou, Evi & Stiles, William. (۲۰۲۱). Activity Preferences in Psychotherapy: What Do Patients Want and How Does This Relate to Outcomes and Alliance?. *Counselling Psychology Quarterly*. ۲۴-۱.

Dorow, M., Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (۲۰۱۸). Preferences for Depression Treatment Including Internet-Based Interventions: Results From a Large Sample of Primary Care Patients. *Frontiers in psychiatry*, ۹, ۱۸۱.

Heinze, P. E., Weck, F., Hahn, D., & Kühne, F. (۲۰۲۳). Differences in psychotherapy preferences between psychotherapy trainees and laypeople. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, ۳(۳۳), ۳۸۶-۳۷۴.

King, Michael & Sibbald, B & Ward, Elaine & Bower, Peter & Lloyd, M & Gabbay, Mark & Byford, Sarah. (۲۰۰۰). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health technology assessment (Winchester, England)*. ۴. ۸۳-۱..

- Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behav Res Ther.* ۲۰۱۰ Aug;۴۸):۸۰۴-۷۹۹.
- Latas, M., Trajković, G., Bonevski, D., Naumovska, A., Vučinić Latas, D., Bukumirić, Z., & Starčević, V. (۲۰۱۸). Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Human psychopharmacology*, ۱(۳۳), ۱۰,۱۰۰۲/hup.۲۶۴۳.
- Levy Berg, A., Sandahl, C., & Clinton, D. (۲۰۰۸). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and psychotherapy*, ۸۱(Pt ۳), ۲۵۹-۲۴۷.
- Markowitz, J. C., Meehan, K. B., Petkova, E., Zhao, Y., Van Meter, P. E., Neria, Y., Pessin, H., & Nazia, Y. (۲۰۱۶). Treatment preferences of psychotherapy patients with chronic PTSD. *The Journal of clinical psychiatry*, ۳(۷۷), ۳۷۰-۳۶۳.
- Mick Cooper, Biljana vanRijn, Evi Chryssafidou & William B. Stiles (۲۰۲۲) Activity preferences in psychotherapy: what do patients want and how does this relate to outcomes and alliance?, *Counselling Psychology Quarterly*, ۲۵:۳, ۵۲۶-۵۰۳,
- Peter Eric Heinze, Florian Weck, Daniela Hahn & Franziska Kühne (۲۰۲۳) Differences in psychotherapy preferences between psychotherapy trainees and laypeople, *Psychotherapy Research*, ۳۳:۳, ۳۸۶-۳۷۴
- Plant, C. P., & Holland, J. M. (۲۰۱۸). Family Behavior Therapy for Alcohol and Drug Problems in Later-Life. *Clinical gerontologist*, ۵(۴۱), ۵۱۵-۵۰۸.
- Renn, B. N., Hoeft, T. J., Lee, H. S., Bauer, A. M., & Areán, P. A. (۲۰۱۹). Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: survey of adults in the U.S. *NPJ digital medicine*, ۲, ۶.
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., van Balkom, A. J. L. M., & Cuijpers, P. (۲۰۲۳). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, ۵(۵۳), ۳۲۸۰-۳۲۶۱.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (۲۰۱۱). Preferences. *Journal of clinical psychology*, ۲(۶۷), ۱۶۵-۱۵۵.
- Swift, Joshua & Callahan, Jennifer & Ivanovic, Mariana & Kominiak, Nina. (۲۰۱۳). Further Examination of the Psychotherapy Preference Effect: A Meta-Regression Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*. ۲۳. ۱۰,۱۰۳۷/a.۰۰۳۱۴۲۳
- Swift, Joshua & Callahan, Jennifer & Ivanovic, Mariana & Kominiak, Nina. (۲۰۱۳). Further Examination of the Psychotherapy Preference Effect: A Meta-Regression Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*. ۲۳. ۱۰,۱۰۳۷
- Teasdale AC, Hill CE. Preferences of therapists-in-training for client characteristics. *Psychotherapy (Chic)*. ۲۰۰۶ Spring;۱(۴۳):۸-۱۱۱.
- Thompson, L., & McCabe, R. (۲۰۱۸). How Psychiatrists Recommend Treatment and Its Relationship with Patient Uptake. *Health communication*, ۱۱(۳۳), ۱۳۵۴-۱۳۴۵.
- van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, van Dyck R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. ۲۰۰۴ May-Jun;۳(۲۶):۹-۱۸۴.
- Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S, Carr C. Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. ۲۰۲۰ Mar ۳(۷۷):۳۰۲-۲۹۴.
- Zilcha-Mano, S. (۲۰۱۷). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, ۷۲(۴), ۳۲۵-۳۱۱