

روان شناسی بالینی
علم، عمل و فرهنگ
ویراست پنجم
جلد دوم

تألیف

اندرو. ام پومرانتز

ترجمہ

سپیدہ گلزادہ

روانشناس بالینی

ویراستار

دکتر احمد علی پور

استاد گروہ روان شناسی دانشگاه پیام نور

 SAGE

(با مجوز رسمی ترجمہ)

 کتاب ارجمند

رضایت آگاهانه	۱۵۱	پیشگفتار.....	۹
مرزها و روابط چندگانه.....	۱۵۳	مقدمه.....	۲۱
صلاحیت	۱۵۷	درباره نویسنده.....	۲۳
اخلاق در سنجش‌های بالینی.....	۱۶۱		
اخلاق در پژوهش‌های بالینی.....	۱۶۲		
مسائل اخلاقی معاصر.....	۱۶۳		
فصل ۶: اجرای پژوهش در روان‌شناسی بالینی ۱۷۰		بخش اول: معرفی روان‌شناسی بالینی ۲۵	
چرا روان‌شناسان بالینی تحقیق انجام می‌دهند؟.....	۱۷۱	فصل ۱: روان‌شناسی بالینی.....	۲۷
روان‌شناسان بالینی چگونه تحقیق انجام می‌دهند؟.....	۱۸۳	روان‌شناسی بالینی چیست؟.....	۲۸
مسائل اخلاقی تحقیقات در روان‌شناسی بالینی.....	۱۹۴	آموزش و پرورش در روان‌شناسی بالینی.....	۲۹
		چهارچوب‌های فعالیت‌های حرفه‌ای و استخدامی.....	۴۴
		تفاوت‌های روان‌شناسان بالینی با.....	۴۶
		فصل ۲: تکامل روان‌شناسی بالینی.....	۵۴
		ریشه‌های این رشته.....	۵۴
		پیش‌گامان اولیه.....	۵۵
		لایتنر ویتمر و پیدایش روان‌شناسی بالینی.....	۵۷
		ارزیابی.....	۵۹
		روان‌درمانی.....	۶۶
		گسترش این حرفه.....	۶۹
بخش دوم: ارزیابی.....	۱۹۹	فصل ۳: مناقشات کنونی در روان‌شناسی بالینی ۷۵	
فصل ۷: اجرای پژوهش در روان‌شناسی بالینی		امتیاز تجویز دارو.....	۷۶
DSM-5 و غیره.....	۲۰۱	درمان مبتنی بر شواهد / درمان دارای راهنما.....	۸۱
تعریف بهنجاری و نابهنجاری.....	۲۰۱	گسترش بیش‌ازحد اختلال‌های روانی.....	۹۰
تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی: تاریخچه‌ای مختصر.....	۲۰۸	روش‌های پرداخت: پرداخت شخص ثالث در برابر پرداخت	
جهت‌های جایگزین در تشخیص و طبقه‌بندی.....	۲۳۱	خویش‌فرما.....	۹۵
		تأثیر فناوری: درمان اینترنتی و بیشتر.....	۹۸
فصل ۸: مصاحبه بالینی.....	۲۳۷	فصل ۴: مباحث فرهنگی و گوناگونی فرهنگی در	
مصاحبه‌کننده.....	۲۳۹	روان‌شناسی بالینی.....	۱۰۷
مؤلفه‌های مصاحبه.....	۲۴۴	ظهور چندفرهنگی در روان‌شناسی بالینی.....	۱۰۸
عملگرایی مصاحبه.....	۲۵۳	صلاحیت فرهنگی.....	۱۱۴
انواع مصاحبه.....	۲۵۷	آیا ما همه همانند هستیم؟ یا همه با هم متفاوت هستیم؟.....	۱۲۶
مؤلفه‌های فرهنگی.....	۲۶۴	آموزش روان‌شناسان در مسائل مربوط به تنوع و فرهنگ.....	۱۳۱
فصل ۹: ارزیابی‌های هوش و عصب - روان‌شناختی ۲۷۰		مثالی از تأثیر‌گذاری فرهنگ بر مسائل بالینی: رابطه والد -	
آزمون هوش.....	۲۷۱	فرزند.....	۱۳۴
آزمون‌های پیشرفت.....	۲۸۴	فصل ۵: مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در روان‌شناسی	
آزمون‌های روان‌شناختی.....	۲۸۶	بالینی.....	۱۳۹
فصل ۱۰: ارزیابی شخصیت و ارزیابی رفتاری.. ۲۹۵		نظام‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا.....	۱۴۰
ارزیابی چندمحوری.....	۲۹۶	رازداری.....	۱۴۴
ارزیابی مبتنی بر شواهد.....	۲۹۶		
ارزیابی صلاحیت فرهنگی.....	۲۹۸		
آزمون‌های عینی شخصیت.....	۳۰۱		
آزمون‌های فرافکن شخصیت.....	۳۱۴		
ارزیابی رفتاری.....	۳۲۲		
نمایه.....	۳۲۹		

هدف درمان شناختی.....	۴۶۱	بخش سوم: روان‌درمانی.....	۳۲۹
دو رویکرد به درمان شناختی.....	۴۶۶	فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی.....	۳۳۱
باورها به‌عنوان فرضیه‌ها.....	۴۷۴	آیا روان‌درمانی مؤثر است؟.....	۳۳۲
مضامین معاصر درمان شناختی.....	۴۷۵	کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی.....	۳۳۵
تا چه میزان مؤثر است؟.....	۴۸۶	چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟.....	۳۴۲
فصل ۱۶: گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی.....	۴۹۲	روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام می‌دهند؟.....	۳۵۲
گروه‌درمانی.....	۴۹۳	دنيس: یک مراجع خیالی که از منظرهای... ..	۳۶۰
خانواده‌درمانی.....	۵۰۴	فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۵
خانواده‌درمانی: مفاهیم اساسی.....	۵۱۳	مفهوم روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۶
		اهداف روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۷
بخش چهارم: موارد خاص.....	۵۲۷	مراحل روانی جنسی: مضامین بالینی.....	۳۸۲
فصل ۱۷: روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان.....	۵۲۹	الگوهای معاصرتر روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۸۵
مشکلات روانی در دوران کودکی.....	۵۳۰	تا چه میزان مؤثر است؟.....	۳۸۹
ارزیابی کودکان و نوجوانان.....	۵۳۴	فصل ۱۳: روان‌شناسی انسان‌گرا.....	۳۹۸
روان‌درمانی کودکان و نوجوانان.....	۵۴۸	مفاهیم انسان‌گرایی: مضامین بالینی.....	۳۹۹
فصل ۱۸: روان‌شناسی سلامت.....	۵۶۵	هدف روان‌درمانی انسان‌گرا.....	۴۰۰
تعاریف: روانشناسی سلامت در مقابل طب رفتاری.....	۵۶۶	مؤلفه‌های روان‌درمانی انسان‌گرا.....	۴۰۳
استرس.....	۵۶۷	انعکاس: پاسخ مهم درمانگر.....	۴۰۹
استرس و بیماری جسمانی.....	۵۶۸	جایگزین‌هایی برای انسان‌گرایی.....	۴۱۲
استرس و مقابله.....	۵۶۹	مداخله‌های مثبت و مشاوره بر مبنای قدرت.....	۴۱۵
حمایت اجتماعی.....	۵۷۳	تا چه میزان مؤثر است؟.....	۴۱۹
مضامین بالینی.....	۵۷۵	فصل ۱۴: رفتاردرمانی.....	۴۲۶
پیروی از برنامه‌های پزشکی.....	۵۸۵	بنیان‌های رفتاردرمانی.....	۴۲۷
روندی در روان‌شناسی سلامت.....	۵۸۸	هدف رفتاردرمانی.....	۴۲۹
عوامل فرهنگی در روان‌شناسی سلامت.....	۵۸۹	دو نوع شرطی‌سازی.....	۴۳۳
فصل ۱۹: روان‌شناسی قانونی.....	۵۹۵	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک.....	۴۳۵
تعریف و تاریخچه.....	۵۹۵	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل.....	۴۴۱
فعالیت‌های قانونی روان‌شناسان بالینی.....	۵۹۸	جایگزین‌های رفتاردرمانی.....	۴۵۰
واژه‌نامه.....	۶۲۶	تا چه اندازه مؤثر است؟.....	۴۵۵
منابع.....	۶۵۷	فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی	
نمایه.....	۶۵۸	بر ذهن‌آگاهی.....	۴۵۹

روان‌درمانی

فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی

فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی

فصل ۱۳: روان‌شناسی انسان‌گرا

فصل ۱۴: رفتاردرمانی

فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی

فصل ۱۶: گروه درمانی و خانواده‌درمانی

مسائل عمومی در روان‌درمانی

آیا روان‌درمانی مؤثر است؟

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

کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی

نتایج مطالعات کارآمدی

اتصال شکاف میان پژوهش و عمل

نتایج مطالعات اثربخشی

راه‌های جایگزین برای اندازه‌گیری نتایج روان‌درمانی

چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟

«رأی پرنده دودو» و عوامل مشترک

رابطه روان‌درمانی/اتحاد درمانی

دیگر عوامل رایج

تجدیدنظر رأی پرنده دودو: درمان‌های خاص برای اختلالات

خاص

روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام می

دهند؟

گذشته و حال و آینده

رویکردهای التقاطی و یکپارچه

دنیس: یک مراجع خیالی که از منظرهای متعدد باید

در نظر گرفت.

اهداف یادگیری

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

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

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

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

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

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

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

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

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

آیا روان‌درمانی مؤثر است؟

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

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

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

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

نشان دهند (هولمکوئیست، ۲۰۱۶). حال محققان نظر چه افرادی را باید جویا شوند؟ هانس استروپ، محقق افسانه‌ای و پیشگام در روان‌درمانی، سه دسته را شناسایی کرد که در نحوه عملکرد درمانی نقش دارند و ممکن است نظرات متفاوتی در مورد اینکه چه چیزی یک نتیجه درمانی موفق را تشکیل می‌دهد، داشته باشند. او و همکارانش نظریه خود را تحت عنوان الگوی سه‌جانبه (سه‌جانبه به لحاظ ادبی به معنای «سه گروه» است؛ استریکر، ۲۰۱۲؛ استروپ، ۱۹۹۶؛ استروپ و هادلی، ۱۹۹۷؛ استروپ، هادلی و اشوارتز گومز، ۱۹۹۷) نام‌گذاری کردند. یک دسته، مسلماً مراجعین هستند. به‌رحال مراجعین افرادی هستند که زندگی‌شان تحت تأثیر روان‌درمانی قرار دارد و بهبود زندگی در مسیرهای معنادار برای این افراد، تمرکز هدف روان‌درمانی است. نظر مراجعان درباره روان‌درمانی بسیار ارزشمند است اما این نظریات همچنین می‌توانند بسیار سوگیرانه هم باشند. برخی مراجعان می‌توانند از مشاهده نتایج، بسیار تحت تأثیر قرار گرفته باشند، علی‌الخصوص پس از هزینه کردن مقادیر بالای مالی و زمانی، بنابراین، در نتایج روان‌درمانی اغراق خواهند کرد. نظر مراجعان دیگر درباره روان‌درمانی می‌تواند تحت تأثیر منفی عوامل بسیاری قرار گرفته باشد که همین عوامل در مرحله آغازین، این مراجعان را به سمت روان‌درمانی آورده است - برای مثال، مراجعی افسرده که تمایل دارد وقایع را به‌صورت غیرواقع‌بینانه و منفی تفسیر کند، می‌تواند تفکری تحریف‌شده به درمان خود داشته باشد؛ بنابراین، یک محقق برای بازخورد احتمالاً انتخاب می‌کند تا به‌عنوان گروه دوم به سمت درمانگر برود. یک درمانگر، نوعاً نسبت به مراجع تجربه بیشتری در مشکلات سلامت روان دارد و به این دلیل انتظاراتش واقع‌بینانه‌تر خواهد بود. اگرچه دیدگاه درمانگران هم می‌تواند سوگیرانه باشند. درمانگران فقط شاهد بخشی از زندگی مراجع هستند و انعکاس این ارزش‌گذاری منفی را کمتر در مهارت‌های روان‌درمانی خود برآورد می‌کنند. گروه سوم از نظر استروپ و همکارانش، جامعه است و می‌تواند هر فردی خارج از روند درمان که نظری درباره چگونگی روند درمان دارد را شامل شود. جامعه می‌تواند عموم افراد، سیستم قانونی، خانواده و دوستان مراجع، کارمندان مراجع و مخصوصاً در روزگار امروز، شرکت‌های بیمه یا مدیریت خدمات که هزینه درمان مراجعین را می‌پردازند را شامل شود. این دسته سوم، به دیدگاهی تمایل دارند که بر توانایی مراجع در عملکرد مورد انتظار و انجام وظایف خود به‌صورت پایدار، قابل پیش‌بینی و غیرمشکل‌ساز تأکید دارد. مسلماً این پرسش که از چه کسی باید سؤال شود، در روند سنجش نتیجه روان‌درمانی بسیار مشکل است. خوشبختانه محققان نیاز ندارند تا یک گروه خاص را انتخاب کنند؛ آنها می‌توانند نظریات چند گروه را جویا شوند.

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

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

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

کادر ۱-۱۱

ملاحظات فرهنگی

انتظارات مختص به فرهنگ درباره‌ی روان‌درمانی

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

آن گونه که در آمریکای شمالی و جهان غرب به صورت سنتی انجام می‌شود، روان‌درمانی شامل گفت‌وگویی کلامی درباره‌ی مشکل یک فرد با تمرکز بر همین فرد و به دست آوردن فهم بهتری از او یا کنترل او خواهد بود. این رویه‌های اساسی در برخورد با ارزش‌های فرهنگی معمول در برخی فرهنگ‌های غیرغربی که اعضای آنها معمولاً «مخفی کردن» را بر «افشا کردن» ترجیح می‌دهند، متفاوت خواهد بود (فونتنس، ۲۰۰۸؛ تاکمانیان و براورز، ۱۹۹۸). افراد از فرهنگ‌های

شرقی، معمولاً پرهیز از تفکرات منفی را به مواجهه ترجیح می‌دهند؛ بنابراین، روش برقراری ارتباط مراجعین با روان‌درمانگران، به بیان ساده‌تر، میزان راحتی آنها در خودافشایی رفتارهای مشکل‌دار، افکار و احساساتشان، به‌طور مشخص به ارزش‌های فرهنگی آنان بستگی دارد.



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

شکل ۱-۱۱

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

خانواده‌اش هم انعکاس پیدا می‌کند (سو و سو ۲۰۰۸، تاکمانیان و براورز، ۱۹۹۸).

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

کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی

مطالعات تجربی درباره نتیجهٔ روان‌درمانی، عموماً در دو طبقه جای می‌گیرند: گستره‌ای که روان‌درمانی در یک مطالعهٔ کنترل‌شده - یعنی «در آزمایشگاه» - کارکرد داشته است مربوط به کارآمدی خواهد بود. تازه‌ترین مطالعات در نتیجهٔ روان‌درمانی مطالعات کارآمدی هستند. این مطالعات بیشترین اعتبار درونی یعنی، توانایی استنتاج رابطهٔ علی- معلولی بین درمان و نتیجه را تحت حداکثر کنترل خواهند داشت. مطالعات درباره بازده، نوعاً شامل گروه‌های کاملاً شناسایی شده از بیمارانی هستند که معمولاً دارای