
مشاوره و درمان مشکلات شایع دانشجویی

(راهنمای گام به گام)

مولفین:

کامیل هلکووسکی، کریس ای استوت، آرتور ای جانگسما جی آر

مترجم:

سید احمد جلالی

ویراستاران:

حسن حمیدپور، حمید یعقوبی



واحد تولید پستی

سرشناسه	: هلكووسكى، كاميل و ديگران
عنوان و نام پديدآور	: مشاوره و درمان مشكلات شايع دانشجویي: راهنمای گام به گام = The College Student Counseling Treatment Planner
مشخصات نشر	: تهران: جهاد دانشگاهی، واحد شهید بهشتی، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۲۳۰ ص.: جدول، نمودار
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۴۷۹-۰۵۱-۵
وضعیت فهرست نویسی	: فیلپای مختصر
یادداشت	: این مدرک در آدرس http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است.
یادداشت	: The College Student Counseling: Treatment Planner
شناسه افزوده	: جلالي، سيداحمد، ۱۳۱۶ -
شناسه افزوده	: حميدپور، حسن،
شناسه افزوده	: يعقوبی، حميد،
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۷۶۲۸۹۱



مشاوره و درمان مشكلات شايع دانشجویي (راهنمای گام به گام)

مولفین: کامیل هلكووسكى، کریس ای استوت، در ای جانگسما جی آر

مترجم: سید احمد جلالي

ویراستاران: حسن حمیدپور، حمید یعقوبی

ناشر: مرکز انتشارات جهاد دانشگاهی، واحد دانشگاه شهید بهشتی

نوبت چاپ: اول - ۹۳

صفحه‌آرایی: اکرم هاشمی

قطع و تعداد صفحات: وزیری - ۲۳۰

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

بها: ۲۰۰ ریال



شابک: 978-964-479-051-5

مرکز پخش: دانشگاه شهید بهشتی، روبه روی دانشکده حقوق، فروشگاه و نمایشگاه دائمی کتاب جهاد دانشگاهی

فهرست مطالب

۷	پیشگفتا
۱۱	مقدمه
۲۴	نمونه برنامه‌ی درمان‌گر کی
۲۸	سردرگمی در انتخاب رشته تحصیلی
۳۳	افت تحصیلی
۴۲	رفتارهای ضداجتماعی
۵۱	سردرگمی در انتخاب شغل
۵۷	وابستگی دارویی و سوء مصرف مواد
۶۷	کودک‌آزاری
۷۷	افسردگی
۸۵	اختلال خوردن
۹۵	تعارضات در روابط خانوادگی
۱۰۳	استرس‌های مالی
۱۱۰	اضطراب فارغ‌التحصیلی
۱۱۷	سوگ/فقدان
۱۲۵	مشکلات غم غربت و ترس از آزادی
۱۳۳	ناتوانی‌های یادگیری/جسمانی

تنهایی.....	۱۴۲
حمله‌ی سایکوتیک.....	۱۴۹
تعارض با هم‌اتاقی‌ها.....	۱۵۸
نقص در عزت‌نفس.....	۱۶۶
جرح خویشتن و شخصیت مرزی.....	۱۷۴
افکار خودکشی.....	۱۸۳
مدیریت زه‌ن.....	۱۹۳
پیوست ۱.....	۱۹۹
پیوست ۲.....	۲۱۱
پیوست ۳.....	۲۱۷
پیوست ۴.....	۲۲۵

پیشگفتار

یکی از عمده‌ترین فعالیت‌های مراکز مشاوره دانشجویی که در گزارش‌های سالانه آنان نیز به خوبی مشهود است، ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی به دانشجویان است. این خدمات معمولاً در دو قالب فردی و گروهی و البته عمدتاً فردی به دانشجویانی ارائه می‌شود که معمولاً با شکایت از اختلالات اضطرابی، افسردگی، مسایل ارتباطی، خراب‌دگی، افکار و رفتار خودکشی، سوء مصرف مواد و مشکلاتی همچون مسایل ارتباطی، خانوادگی، تحصیلی، ناشویی و بین فردی مراجعه می‌کنند. البته تعدادی از این دانشجویان قبل از ورود به دانشگاه تنها دچار اختلالات یا مشکلاتی بوده‌اند که همه ساله از طریق طرح پایش سلامت روانی دانشجویان ورودی جدید مورد غربالگری و پیگیری درمانی قرار می‌گیرند. نگاهی به آخرین گزارش‌های دریافتی از مراکز مشاوره دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی در این زمینه حاکی از آن است که در سال ۱۳۹۲ تعداد ۷۴۶۰۸ دانشجویان جهت دریافت خدمات روانشناختی به مراکز مشاوره دانشجویی مراجعه کرده‌اند. تعداد کل جلسات درمانی برگزار شده، ای این دسته از دانشجویان (اعم از مشاوره، روان‌درمانی، دارو درمانی، مددکاری، روانسنجی و...) ۱۶۰۱۷۱ جلسه بوده است؛ یعنی به ازای هر دانشجویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره ۲/۲۴ جلسه برگزار شده است. این نسبت در مقایسه با استانداردهای رویکردهای درمانی مختلف از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری پایین است. قطعاً این مساله دلایل متفاوتی دارد که بخشی از آن به ویژگی‌های فردی دانشجویان، نوع مشکل مطرح شده، ویژگی‌های فردی و تعاملی مشاوران و درمانگران، مشکلات ساختاری مراکز ارائه دهنده خدمات به ویژه مساله عدم پیگیری یا پیگیری ضعیف دانشجویانی که بدون تجویز درمانگران جلسات مشاوره‌ای را ترک می‌کنند و دهها دلیل دیگر است که از حوصله این مقال خارج است؛ اگرچه باید و لازم است در فرصت مناسبی به آن پرداخته شود. اما شاید یکی از چالش‌های اساسی در این بخش عدم کاربرد بجا و درست تکنیک‌ها و مداخلات درمانی خاص از سوی مشاوران و روان‌درمانگران باشد. این کتاب برای پر کردن همین خلا نوشته شده است.

در این کتاب خواننده با شایعترین مشکلات حوزه دانشجویی مواجه می شود. لازم به یادآوری است که تعداد مشکلاتی که در متن انگلیسی کتاب هست ۲۸ مشکل است اما از آنجا که تعدادی از این مشکلات با فرهنگ دانشجویان ایران همخوانی نداشتند، از بین آنان تعداد ۲۱ مشکل انتخاب شد. مولفان برای هر یک از مشکلات مطرح شده ابتدا به سراغ تعریف رفتاری و عملیاتی آن رفته و سپس بر آن اساس چند هدف بلندمدت یا کلی و چندین هدف کوتاه مدت یا رفتاری و اختصاصی تدوین کرده اند. در مرحله پایانی نویسندگان برای هر هدف تعیین شده، یک یا چند تکنیک یا مداخله معرفی کرده اند که با اعداد داخل پرانتز در پایان هر هدف مشخص گردیده اند.

انجام درمان های مبتنی بر دستورالعمل یا طرح درمان پیش نیازهایی لازم دارد. این پیش نیازها عبارتند از:

- ۱- تسلط بر مباحث اساسی روانی (در سطح نشانه شناسی)
- ۲- داشتن ذهنیت مسئله محور
- ۳- ساختارمندی جلسات
- ۴- نظارت بر جلسات درمان
- ۵- تسلط بر تکنیک های درمان
- ۶- ایجاد و حفظ رابطه درمانی اثربخش

ظاهراً افرادی که این پیش نیازها را دارا هستند بهتر می توانند از این کتاب استفاده کنند. در این کتاب به تکنیک هایی اشاره شده است که به عنوان درماندیشی و گره گشایی از مشکلات مؤثرند. نویسندگان با این پیش فرض، کتاب حاضر را به رشته تخصصی روانداند که مشاوران و روان درمانگران مجری این تکنیک ها بلند و می توانند این تکنیک ها را به خوبی در بسته درمان پیاده کنند.

این تکنیک ها عبارتند از:

- ۱- تکنیک های کنترل خشم
- ۲- تکنیک های حل مسئله
- ۳- تکنیک های کنترل استرس
- ۴- تکنیک های کنترل اضطراب
- ۵- تکنیک های هدفمندی رفتار
- ۶- تکنیک های آرام سازی (Relaxation)
- ۷- تکنیک های کاهش اضطراب از طریق خودگویی مقابله ای (Coping self-talk)
- ۸- تکنیک های بازخورددهی (Feedback)
- ۹- تکنیک های بازسازی شناختی (در سطح انتظارات غیرمنطقی)

- ۱۰- تکنیک‌های صندلی خالی
 - ۱۱- تکنیک‌های رویاروسازی (Confront)
 - ۱۲- تکنیک‌های محدودیت‌گزینی (Limit setting)
 - ۱۳- تکنیک‌های مذاکره
 - ۱۴- تکنیک‌های نوشتار درمانی
 - ۱۵- تکنیک‌های رشدنگری
 - ۱۶- تکنیک‌های مرزبندی
 - ۱۷- تکنیک‌های آگوسازی در جلسات
 - ۱۸- تکنیک‌های ابزاری نقش در جلسات
 - ۱۹- تکنیک‌های اعتبار بخشی با تأییدگزاری (Validation)
 - ۲۰- تکنیک‌های عادی سازی (Normalization)
 - ۲۱- تکنیک‌های گذار از مراجع سرگ
 - ۲۲- تکنیک‌های کنترل حالت‌های تنگی نفس
 - ۲۳- تکنیک‌های ربط‌دهی مشکلات زمان حال به مشکلات گذشته (ترسیم شجره‌نامه، باورها و قوانین ضمنی)
- کتاب‌ها یا راهنماهای گام به گام طراحی درمان (Treatment Planne) در دو سه دهه اخیر در دنیای روانشناسی بسیار مورد استقبال قرار گرفته است. شاید یکی از مهمترین دلایل آن درخواست‌های شرکت‌ها و موسسات بیمه گذار در کشورهایی است که خدمات روان درمانی و مشاوره در آنجا بیمه هستند. این رویکرد باعث می شود تا هم درمانگر، هم مراجعه کننده و هم شرکت‌های بیمه گذار بدانند که دقیقاً در جلسات روان‌درمانی چه گذشته است و درمانگر برای رسیدن به کدام هدف از کدام تکنیک استفاده کرده است و این فرایند در چه بازه زمانی به طول انجامیده است. لذا به بیمه‌ای که کل فرایند روان‌درمانی که شاید سالها و دهه‌ها در قالب‌های رمزآلود و پشت درهای بسته اتفاق افتاده و در خوش بینانه ترین حالت با موافقت درمانگر و مراجعه کننده برگزار می شد، رمزگشایی شده و کاملاً عینی و ملموس گردیده است (اگرچه این رویکرد منتقدانی نیز دارد). علاوه براین، این شیوه باعث می شود تا بقیه درمانگران به ویژه مشاوران و روان‌درمانگران تازه کار هم بتوانند در موارد مشابه همین فرایند شفاف، ساختارمند، هدفمند و زمانمند را دنبال کرده و پیامد درمانی کار خود را ارتقا ببخشند. لذا به نظر می رسد اگر مشاوران و درمانگران شاغل در مراکز مشاوره دانشجویی نیز بتوانند بر تکنیکها و مداخلات اشاره شده در این کتاب مسلط گردند بهتر می توانند به دانشجویان نیازمند به خدمات کمک رسانی کنند.
- دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان در نظر دارد با محوریت دبیرخانه‌های هشتگانه

مراکز مشاوره دانشجویی و با برگزاری کارگاهها و دوره‌های آموزشی، نسبت به آموزش کلیه مشاوران و روانشناسانی که در این مراکز در حال فعالیت هستند و نیز کلیه درمانگرانی که بخواهند از این پس وارد مراکز مشاوره دانشجویی شوند، اقدام کند. امید است این تلاش‌ها بتواند مسیر خدمت رسانی تخصصی به دانشجویان را هرچه بیشتر ارتقا ببخشد.

حمید یعقوبی، حسن حمیدپور

بیست هشتم بهمن ماه یک هزار و سیصد و نود و سه

www.ketab.ir

مقدمه

از اوایل دهه ۱۹۶۰ برنامه‌ریزی درمان‌های نظام‌یافته، به تدریج به صورت بخش ضروری سیستم مراقبت‌های بهداشتی در زمینه درمان سلامت جسمی، روانی، رفاه کودکان و نیز سوء مصرف مواد درآمد. آنچه در بخش پزشکی دهه ۱۹۶۰ اتفاق افتاد، در دهه‌ی ۱۹۷۰ به صورت ایجاد کلینیک، بیمارستان‌های روانی و مراکز تخصصی ربخش بهداشت روانی گسترش یافت و برای کسب صلاحیت لازم به منظور جبران خسارت شخص ثالث، رصاحت یافت تأییدیه (اعتبارنامه) از نهادهایی مانند کمیته مشترک اعتباری سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی (JCAHC)، درآمد.

با پدیدآیی مراقبت‌های مدیریت شده در دهه ۱۹۸۰، برنامه‌ریزی برای درمان، اهمیت بیشتری پیدا کرد. سیستم مراقبت‌های مدیریت شده بر این باور است که روان‌شناسان بالینی باید به سرعت از سنجش مشکلات به تنظیم و کاربست برنامه‌های درمانی روی آورند. اغلب شرکت‌های مراقبت‌های مدیریت شده این است که با تشویق مراجعان و درمانگران بر تمرکز بر تشخیص و اصلاح هرچه سریع‌تر مشکلات رفتاری، فرایند درمان را تسهیل کنند. برنامه‌های درمانی باید مشخصات، نشانه‌های رفتاری، هدف‌های درمان و تدابیر درمانی را به روشنی تعریف کنند. این برنامه‌ها به صورت انفرادی پاسخگوی نیازها و هدف‌های دانشجویان است و هدف‌های مشاهده‌پذیر نیز معیاری جهت تنظیم نمودار پیشرفت مراجعین به شمار می‌روند. فشار افرادی که هزینه‌های درمانی را می‌پردازند، نمایندگی‌های معتبر و سایر گروه‌های بیرونی، نیاز به روان‌شناسان بالینی برای تدوین برنامه‌های درمانی مؤثر کوتاه مدت با کیفیت بالا را افزایش داده است. با این همه کماکان بسیاری از دست‌اندرکاران بهداشت روانی در تدوین برنامه‌های درمانی، تجربه اندکی دارند. هدف از نوشتن این کتاب، روشن کردن، ساده نمودن و سرعت بخشیدن به فرایند برنامه‌ریزی برای درمان است.

اهداف برنامه

برنامه درمان مشاوره‌ای دانشجویان دانشگاه، برای مشاوران، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان

و سایر متخصصان بهداشت روانی طراحی شده است که به راهنمایی، مشاوره و حمایت‌های درمانی دانشجویان می‌پردازند. در این برنامه به مشکلاتی اشاره شده است از قبیل مشکلات مربوط به چالش‌های عاطفی، رفتاری، تحصیلی و میان فردی که دانشجویان در طول دوره دانشجویی خود با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

جمعیت دانشجویان دانشگاه را جوانان ۱۸ تا ۳۰ سالی تشکیل می‌دهند که شرایط زندگی متفاوتی دارند. جوانانی که مشکلات آنان مختلف و آمیزه‌ای از نگرانی‌های رشدی، تحولی و سلامت روانی است. با در نظر گرفتن این عوامل است که تدابیر درمانی برای ارائه‌ی راهکارهای سودمند و گوناگون و به‌منظور به‌سان کیفیت تجارب آموزشی، اجتماعی و عاطفی طراحی شده است. هدف این تدابیر درمانی، افزایش سلامت روانی دانشجویان در محیط دانشگاه، محیط‌های اجتماعی و جامعه است. این تدابیر مبتنی بر واقعیت و به‌طور عمده از هدف‌های زیر طراحی شده‌اند:

افزایش توانایی‌ها، دانشجو در پرورش توانمندی‌های ذهنی، جسمی و شخصی، کنترل مؤثر هیجان‌های مثبت و منفی، ترک پذیرش استقلال عاطفی، توانایی جدایی و پیوند با دیگران، هماهنگی با مجموعه خصایص (جسمی، جنسی، خودپنداره در بافتار اجتماعی و فرهنگی) پایا و سازگار و کسب یک حس هدفمند و یک زندگی‌ای که ناشی از باورهای دانشجو درباره‌ی خود و جهان باشد. (چیکرینگ و ریسر ۱۹۹۳).

پیشینه‌ی تاریخی

نظرسنجی انجمن بین‌المللی خدمات مشاوره‌ای در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ حاکی از این است که نود درصد از ۲۷۴ مرکز دانشگاهی شرکت‌کننده در این پژوهش، حداقل یک دانشجو را به دلیل مشکلات روانی بستری کرده و در سی درصد از دانشکده‌ها نیز حداقل یک دانشجو اقدام به خودکشی کرده است. گروه پژوهش مؤسسه تکنولوژی ماساچوست (MIT) در سال ۲۰۰۱ به این نتیجه رسید که ۷۴٪ از دانشجویان با مشکلات عاطفی تداخل‌کننده در زندگی روزمره دست‌به‌گریبان بودند. این یافته با این‌که اهمیت کمتری نسبت به بستری شدن یا اقدام به خودکشی دارد ولی نشان‌دهنده شدت تقاضا برای انجام خدمات مشاوره‌ای گسترده است. واضح است که دانشجویان، خانواده‌های آنان و کل جامعه دانشگاهی از متخصصان می‌خواهند تا با مهارت و سرعت به رفع موانع سلامت روان دانشجویان بپردازند.

متخصصان بهداشت روانی که با دانشجویان سروکار دارند با موارد غم‌انگیزی که خاص دانشجویان است، مواجه می‌شوند. بزرگ‌ترین تکلیف رشدی یک جوان، تمرکز بر هویت است و در واقع پاسخ به پرسش "من کیستم" چالشی اساسی است که جوانان همواره در طول دوران جوانی با آن مواجه‌اند. زندگی در محیط‌های دانشگاهی فرصت‌های بسیاری برای آزمون فراز و نشیب‌های هویت پدید می‌آورد. پیشینه موضوع نشانگر این است که نوجوانی را باید مرحله‌ی منحصربه‌فردی از بالندگی به‌حساب آورد که

با تکالیف رشدی ویژه‌ای همراه است (پارکرز ۲۰۰۰). بیشتر دانشجویان در این دسته قرار دارند و این وضع اقتضا می‌کند تا کارشناسانی که در چنین قلمرو ابهام‌آمیزی از آزمون و تجربه فعالیت دارند از مهارت و اعتماد به نفس لازم برخوردار باشند. مرحله‌ای که در آن چالش‌های رشدی به نگرانی درباره‌ی سلامت روان مبدل می‌شود همیشه به روشنی مشخص نیست و تصمیم در این باره باید با عنایت به پیشینه مراجع و فرهنگ محیط دانشگاهی اتخاذ شود. با در نظر داشتن عوامل رشدی، پیشینه شخصی، آداب و رسوم و سنت‌های دانشگاهی، رفتار مراجع رنگ دیگری به خود می‌گیرد و متخصصان بالینی را در شناسایی آسیب‌هایی که شاید وجود هم نداشته باشند، با مشکل مواجه می‌کند.

برزخ زندگی دانش‌آه‌ی با تکالیف رشدی نوجوانی همراه است. برخی از تحولات مهم در زمان بسیار کوتاهی صورت می‌گیرد. غلب سریع‌تر از پیش‌بینی‌های دانشجوی جوانی که می‌خواهد آنها را بفهمد و با آن زندگی کند، روی می‌دهند. بیشتر دانشجویانی که با دانشگاه آشنا می‌شوند، به کودکانی می‌مانند که در محیط خانواده زندگی می‌کنند. و ظرف چند روز نوعی استقلال عمل را که تنها دانشجویان از آن لذت می‌برند، تجربه می‌کنند. از دیدن هم‌پول یک دانشجو عبارت است از: برخورداری از میزان زیاد فرصت‌های بدون برنامه؛ فقدان نظارت یا نظارت اندک بر خواب و خوراک، روابط اجتماعی یا عادات مطالعه؛ دستیابی به کارت اعتباری بانکی برای اولین بار در حالی که تمام یا بخشی از تعهدات مالی را دیگران به عهده دارند.

در آغاز محدودیت‌های رفتاری و حتی معیارهای سبک‌کننده پیشرفت‌های رشدی برای دانشجویان در حد بسیار پایینی است. نمرات در پایان ترم بی‌آنکه بازخوردهای کافی و مناسبی در طول ترم ارائه گردد، اعلام می‌شوند و ممکن است گاه به‌گاه تذکراتی انضباطی یا گروه آموزشی دانشکده و یا مسائلی از سوی یک هم‌اتاقی یا هم‌کلاسی نگران مطرح شود که گاهی و نه همیشه، می‌تواند حالت هشدار داشته باشد. اگر چه دانشجویان جدیدالورود خود را با این آزادی تطبیق می‌دهند، اما پیچیدگی‌های را هم از دست می‌دهند. ممکن است دل‌شان برای دوستان و خانواده‌شان تنگ شود. ساختار -مادری زندگی آنان به یک‌باره از دست می‌رود و آنچه که در دانشگاه می‌خواهند بسازند نیز هنوز سازمان نیافته است. با در نظر داشتن اهمیت این مرحله‌ی انتقالی، جای شگفتی است که بیشتر دانشجویان به‌خوبی آن را پشت سر می‌گذارند.

با این‌که اولین مراحل تحولی زندگی برای دانشجو مشخص است، اما در ادامه مسائل چنین روشن نیست و فارغ از اینکه دانشجو در چه سنی باشد، چالش‌هایی همچون انتخاب رشته تحصیلی و شغل اغلب استرس‌زا و مشکل است. دانشجویان با انتخاب‌های دشواری درباره‌ی ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک، گرایش‌های جنسی، استفاده از الکل و سایر مواد و مدیریت مؤثر هیجان‌ها و انبوهی از سایر مشکلات روبرو هستند. آنها با این‌که پیشاپیش تصمیم خود را گرفته‌اند ولی به هنگام اتخاذ تصمیم

تنها نبوده‌اند و افراد دیگری هم در مسئولیت این انتخاب‌ها شریک بوده‌اند، درحالی‌که آنها در دانشگاه به‌خاطر پیامدهای کوتاه و بلندمدت ناشی از انتخاب خود، کاملاً مسئول زندگی خود هستند. در اینجا نیز دوباره مراحل گذار با تکالیف رشدی درهم می‌آمیزد.

با دریافت دانشنامه، تمام‌وقت بودن دانشجو جای خود را به استخدام تمام‌وقت می‌دهد و در چنین شرایطی دیگر یک محیط آماده و در دسترس که شغل و پیشرفت افراد و استقلال مالی را تضمین کنند، وجود ندارد. با این‌که به برخی از دانشجویان گفته شده است که کارایی در عالم واقع ساده است، اما تعداد اندکی از آنان کاملاً برای چنین گذاری از دانشجویی به بازار کار در خود احساس آمادگی می‌کنند. دانشجویان برای فائق آمدن بر سرعت مراحل انتقالی و تغییرات رشدی، علاوه بر حمایت، نیازمند دسترسی به اطلاعات سودمند نیز هستند.

این کتاب در حد است تا در قالب جملات و عباراتی، مشکلات دانشجو را تعریف کند، هدف‌های درمانی را مشخص نماید و اهداف رفتاری‌ای که دانشجو باید بدان دست یابد را تعیین و به‌طور خلاصه به توضیح تدابیر درمانی، برآورد که مشاوران می‌توانند از آنها برای کمک به دانشجویان در مسیر رسیدن به هدف استفاده کنند. در طول متن کتاب تکنیک‌های درمانی (مداخله‌ها) به‌عنوان روشی که نشان می‌دهد کدام نوع مداخله ممکن است برای یک مشکل خاص مناسب‌ترین باشد بعد از هر هدف، در پرانتز مشخص شده است). سرانجام این‌که را سمای تشخیصی DSM-IV-TR مرتبط با مشکل ارائه شده در آن فصل در پایان آمده است و روان‌سازان بالینی لازم است هرچه سریع‌تر به مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، اعتیاد و سایر مشکلات روانی پاسخ دهند. گاهی اوقات ورود به دانشگاه، فرصتی برای بروز مشکلات روان‌شناختی درمان نشده‌ای است که از قبل با دانشجو همراه بوده است. این موضوع اغلب در مورد دانشجویانی صدق می‌کند که پیشین‌های روان‌پزشکی داشته‌اند.

برنامه‌ی درمان کمی

با افزایش انتظار از عملکرد بالینی، صرف‌نظر از موقعیت و یا جهت‌گیری‌های درمانی، بر جنبه‌های رفتاری مشاهده‌پذیر و کمی برنامه‌های درمانی تأکید بسیار می‌شود. مشاوران ممکن است فرصت را برای استفاده حرفه‌ای از جنبه‌های قابل اندازه‌گیری و کمی رفتارهای مراجعین در طرح‌های درمانی خود غنیمت شمارند. این کار را می‌توان با استفاده از قابلیت اندازه‌گیری نشانه‌ها (برای مثال تعاریف رفتاری) و یا در سطح پیامد درمان (برای مثال هدف‌های کوتاه‌مدت) به اجرا درآورد. اصطلاحات تعاریف رفتاری مانند مکرر، فراوان، تمایل، الگو، هماهنگ، شدید، سطح بالا، پایدار، نمایش، عود کنند، و مانند آن و حتی کلماتی مانند بیان می‌کند، نمایش می‌دهد، نشان می‌دهد، امتناع می‌ورزد، نمی‌تواند، اجتناب می‌کند، جویا می‌شود، مشکل دارد، روبه افزایش است، یا در حال کاهش است، همه می‌توانند با بسامدها یا شرایط خود بر کمی شدن موضوع بیفزایند. برای مثال، عبارت فکر خودکشی را به زبان

می‌آورد را می‌توان به صورت در دو هفته‌ی گذشته یک یا دو بار در روز فکر خودکشی را به زبان آورده است، کمی‌تر کرد.

مشاوران می‌توانند با افزودن درجاتی از شدت بر تعریف تشانه، قابلیت اندازه‌گیری آن را افزایش دهند. برای مثال می‌گویند در دو هفته گذشته ۴ تا ۵ بار افکار غم‌انگیزی داشته که با استفاده از مقیاسی از ۱ تا ۱۰ (۱۰ بدترین) می‌توان آن را ۸ یا بالاتر ارزشیابی کرد یا روانشناسان بالینی می‌توانند از داده‌های روان‌سنجی کمی، مانند نمرات حاصل از ابزارهای غربالگری از قبیل فرم کوتاه درجه‌بندی روان‌پریشی (BPRS) پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه افسردگی هامیلتون (Ham-D) و شاخص ارزیابی سریع از علائم (BES)، فهرست بازنگری شده و ۹۰ سوالی علائم (SCL-۹۰-R)، ارزیابی کلی عملکرد (GAF)، به عنوان مابین سنجش استفاده کنند. این کار موجب کاهش ذهنیت‌گرایی نیز می‌شود.

اصطلاح هدف‌های کوتاه مدت این کتاب را هم می‌توان به منظور کمی‌تر کردن این رویکرد تعدیل کرد. برای مثال: "به فعالیت‌های جسمانی و تفریحی‌ای بپردازد که انرژی و علاقه‌ی زیادی به آنها نشان می‌دهد" را می‌توان به صورت "حداقل ۵ بار در هفته (تا تاریخ ۱۳۹۳/۸/۲۱) به فعالیت‌های جسمانی و تفریحی‌ای بپردازد که انرژی و علاقه‌ی زیادی به آنها نشان می‌دهد" تغییر داد. همچنین "درک خود را از وجود رابطه بین خلق افسرده و خشم سهاها به گونه‌ی کند" را می‌توان به صورت "درک خود از وجود رابطه بین خلق افسرده و خشم را تا ۱۳۹۳/۹/۱۲ بیان بخواهد کرد" را آورد.

در پایان این مقدمه، برای نشان دادن نحوه تغییر زبانی برنامه به زبانی کمی‌تر، دو نمونه برنامه درمانی ارائه می‌شود. در اولین برنامه از زبان استاندارد استفاده می‌شود و در برنامه دوم این زبان به اصطلاحاتی خاص‌تر، مشاهده‌پذیرتر و کمی‌تر تبدیل شده است. این نمونه می‌تواند برای درمانگری که خواهان برنامه‌های درمانی کارآمدتر است، استفاده شود.

در پیوست اول پایان کتاب، تمامی یک فصل تجدیدنظر شده را به زبانی خاص‌تر، قابل اندازه‌گیری‌تر و کمی‌تر قرار داده‌ایم. فصل افت تحصیلی در پیوست اول، به بیان تعاریف رفتاری و هدف‌های کوتاه مدت، قابلیت اندازه‌گیری بیشتری می‌دهد. این فصل برای کسانی که می‌خواهند زبان بکار ببرند، در فصل‌های دیگر را اصلاح کنند، راهنمای مناسبی است.

تدوین یک برنامه‌ی درمانی

فرایند تدوین یک برنامه درمانی مستلزم پیمودن گام‌های منطقی است، درست مانند ساختن یک خانه. زیربنای هر برنامه‌ی درمانی مفید را داده‌های گردآوری شده از طریق سنجش‌های زیستی، اجتماعی و روانی دقیق تشکیل می‌دهد. از زمانی که مراجع برای درمان مراجعه می‌کند درمانگر باید با حساسیت گوش فرا دهد و بفهمد مراجع با چه فشارزاهای فعلی، وضعیت هیجانی، شبکه اجتماعی، سلامت جسمی، مهارت‌های مقابله‌ای، تعارض‌های میان فردی، عزت نفس و با چه مشکلاتی دست‌به‌گریبان

است. داده‌های سنجش باید از پیشینه اجتماعی، آزمایش‌های جسمانی، مصاحبه‌های بالینی، آزمون‌های روان‌شناختی، یا تماس با افراد مهم زندگی مراجع گردآوری شود. برای شناخت مراجع و برای آگاهی از مبانی درگیری‌های مراجع جمع‌بندی داده‌ها توسط درمانگر یا اعضاء گروه درمانی متشکل از رویکردهای مختلف حیاتی است. ما بر اساس داده‌های سنجش، شش گام ویژه را برای تدوین یک برنامه درمانی مفید و مؤثر شناسایی کرده‌ایم.

گام نخست: انتخاب مشکل

گرچه ممکن است مراجع در اثنای ارزشیابی، از موضوعات مختلفی صحبت به میان آورد، درمانگر باید مهم‌ترین مشکل را برای درمان در نظر بگیرد. گرچه مشکلات ثانویه نیز ممکن است آشکار باشد، ولی معمولاً یک مشکل اولیه خود را نشان می‌دهد. سایر مشکلات به سبب اینکه نیازی به فوریت ندارند ممکن است در این زمان کنار گذاشته شوند. یک برنامه درمانی مؤثر تنها می‌تواند به چند مشکل منتخب بپردازد؛ در غیر این صورت تلاش خود را از دست خواهد داد. این کتاب ۲۸ مشکل را معرفی می‌کند و درمانگر باید مشکلی را به دقت به ذهن وجه، مشکل فعلی مراجع را نشان می‌دهد، انتخاب کند.

همین‌که مشکلات منتخب برای درمانگر و یا گروه درمان مشخص شد، نظر مراجع نیز درباره اولویت مشکلاتی که برای حل آن‌ها در برنامه کمک نموده باید در نظر گرفته شود. انگیزه مراجع برای شرکت در فرآیند درمان و همکاری با آن تا حد زیادی این موضوع بستگی دارد که درمان به عمده‌ترین نیاز مراجع پاسخ بدهد.

گام دوم: تعریف مشکل

هر مراجعی با تفاوتی خاص و جزئی، به طرح چگونگی پیدایی یک مشکل در زندگی خود می‌پردازد. بنابراین هر مشکلی که برای درمان انتخاب می‌شود به تعریف خاصی درباره نحوه بروز آن در مراجع خاص نیاز دارد. الگوی علایم باید با کدها و معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) منطبق باشد. این کتاب با متابعت از الگوی DSM-IV-TR، تعریف رفتاری خاصی را برای انتخاب یا الگو قرار دادن گزاره‌های شخصی شما پیشنهاد می‌کند. شما چندین نشانه رفتاری یا نشانگان را خواهید یافت که ممکن است مشخص‌کننده یکی از ۲۸ مشکل ارائه شده در این کتاب باشد.

گام سوم: تدوین هدف‌ها

گام بعد در تدوین برنامه درمان، تعیین هدف‌های کلی برای حل مشکل موردنظر (آماج) است. این گزاره‌ها لازم نیست به‌صورت قابل اندازه‌گیری مطرح شوند چون می‌توانند هدف‌های کلی و درازمدتی باشند که پیامد مثبت و مطلوب راهکارها را تعیین می‌کنند. این کتاب چندین گزاره هدفی احتمالی برای هر مشکل را پیشنهاد می‌کند، ولی تنها یک گزاره، همه آن چیزی است که برای یک برنامه درمانی لازم است.

گام چهارم: ساختار عینی

برخلاف هدف‌های درازمدت، هدف‌های کوتاه‌مدت باید به زبان رفتاری قابل اندازه‌گیری بیان شوند. باید زمانی که مراجع به هدف‌های مقرر دست می‌یابد، معلوم باشد. بنابراین هدف‌های ذهنی و مبهم، قابل قبول نیستند. سازمان‌ها ناظر مانند JCAHO، HMO و سازمان‌های مراقبتی بر قابل اندازه‌گیری بودن پیامدهای درمان‌های روان‌شناختی تأکید دارند. اهداف کوتاه مدت ارائه شده در این کتاب در راستای اجابت همین تقاضا است. جایگزین‌های بی‌شماری برای تدوین انواع برنامه‌های درمانی برای یک مشکل وجود دارد. روان‌شناس بالینی باید از قضاوت حرفه‌ای خود برای تشخیص مناسب‌ترین هدف برای یک مراجع خاص استفاده کند.

هر هدف باید به عنوان یک گام در راستای دستیابی به هدف کلی درمان تدوین شود. به عبارت دیگر می‌توان هدف‌های کوتاه مدت را مجموعه گام‌هایی فرض کرد که در پایان آن، هدف بلندمدت تحقق می‌یابد. باید برای هر مشکل حداقل به دو هدف کوتاه‌مدت اشاره شود. ولی درمانگر می‌تواند برای رسیدن به هدف، تعدادی از هدف‌های کوتاه مدت که می‌خواهد تدوین کند، می‌تواند برای دستیابی به هر هدفی، تاریخی تعیین کرد. همزمان با پی‌بردن درمان فرد، هدف‌های جدیدی باید به برنامه اضافه شود. وقتی همه هدف‌های کوتاه مدت ضروری تحقق یافت، مراجع باید مشکل اصلی را با موفقیت حل کرده باشد.

گام پنجم: تدابیر درمانی

تدابیر درمانی همان فعالیت‌هایی است که از سوی درمانگر به منظور کمک به مراجع برای دستیابی به هدف طراحی شده است. برای هر هدف، حداقل یک تدبیر درمانی باید به نظر شود. چنانچه مراجع پس از مداخله اولیه به هدف نرسید، تدابیر درمانی جدیدی باید به برنامه افزوده شود.

تدابیر درمانی باید بر مبنای نیازهای مراجع و دانش و تجربه‌ی درمانگر انتخاب شود. در این کتاب، تدابیر درمانی حاوی طیف وسیعی از رویکردهای درمانی، نظیر رویکردهای شناختی-پویایی، رفتاری، دارودرمانی، خانواده‌درمانی و درمان‌های متمرکز بر راه حل است. تدابیر درمانی دیگر، که نشانگر آموزش و تجربه‌ی خود درمانگر است نیز می‌تواند بکار رود. لذا از افزودن مشکلات جدید، تعاریف، هدف‌های کلی و کوتاه مدت و تدابیر درمانی به آنچه که در این کتاب گردآمده استقبال می‌شود، زیرا این کار به داده‌های پایه برای منابع بعدی و کاربردهای آینده می‌افزاید.

برخی از تدابیر درمانی پیشنهاد شده در این کتاب به کتاب‌های خاصی اشاره دارد که می‌توان آنها را به مراجعان پیشنهاد کرد. پیوست "ج" مشتمل بر فهرست کامل الفبایی این مطالب است. کتاب‌ها با توجه به مناسبت‌شان با هر مشکل زیر همان مشکل فهرست شده‌اند تا برای مطالعه به مراجعان توصیه شوند. وقتی کتابی به عنوان بخشی از برنامه‌ی تدابیر درمانی استفاده می‌شود، باید پس از مطالعه مراجع

با او مرور شود تا پیوند آن با وضعیت خاص مراجع تقویت شود. متخصصان بهداشت روانی برای اطلاع بیشتر درباره‌ی کتاب‌های خودآموز می‌توانند به "راهنمای مرجع برای معرفی کتاب‌های خودیاری" تألیف سانتراک مینت و کمپیل (۲۰۰۳) مراجعه کنند.

واگذاری مداخله به یک کارورز خاص در صورتی که مراجع توسط یک گروه در یک بیمارستان، یک مرکز شبانه‌روزی یا یک مرکز مراقبت‌های ویژه بیماران سرپایی مورد درمان قرار دارد، بسیار رایج است. در چنین محیط‌هایی غیر از متخصص بالینی اصلی، سایر کارکنان هم می‌توانند مسئولیت اجرای مداخله‌های خاصی را به عهده بگیرند. اما سازمان نظارتی تأکید می‌کند که نام ارائه دهنده مسئول هر مداخله دره‌ای ذکر گردد.

گام ششم: تشخیص

تشخیص‌گذاری مناسب، بر ارزشیابی تابلوی بالینی کامل مراجع مبتنی است. متخصصان بالینی باید نشانه‌های رفتاری، شناختی، عاطفی و میان‌فردی مراجع را با ملاک‌های تشخیصی مندرج در DSM-IV-TR مقایسه کنند. تشخیص افتراقی بی‌تردید مشکلی است که بنا به پژوهش‌ها، توافق نظر ارزشیاب‌ها در مورد آن نسبتاً پایدار تر می‌شود. بسیاری از متخصصان سلامت روان نیز آموخته‌اند بیشتر به رفتارهای ناسازگارانه توجه کنند، به سبب‌های بیماری. به‌رغم این عوامل، تشخیص در محیط مراقبت‌های روانی وجود دارد و برای جبران هزینه نام بیمه ضروری است. (بالین وجود اخیراً سازمان‌های ناظر بر مراقبت‌ها، به نشانه‌های رفتاری مراجعان بیشتر از تشخیص‌های واقعی رغبت نشان می‌دهند). اطلاع کامل متخصص بالینی از ملاک‌های DSM-IV-TR کمک کامل داده‌های ارزشیابی از مراجع مبنایی برای پایاترین و رواترین تشخیص‌هاست. تشخیص دقیق‌تر سایر گام‌های رفتاری به برنامه‌ریزی برای درمان مؤثرتر نیز کمک می‌کند.

چگونگی استفاده از این کتاب

تجربه به ما آموخته که فراگیری مهارت‌های نوشتن یک برنامه درمانی مؤثر برای بسیاری از متخصصان بالینی کاری دشوار و توان‌فرسا است. تلاش برای دستیابی به این‌گونه مهارت‌ها زیر فشار مراجعان زیاد و فرصت کمی که امروزه از سوی سیستم‌های مدیریت مراقبت‌ها بر متخصصان بالینی اعمال می‌شود با استرس بیشتری همراه است. مستند سازی شواهد و مدارک وقتی که باید به سرعت از سنجش به برنامه درمان و گزارش پیشرفت درمان پرداخته شود، طاقت‌فرسا است. در این مرحله، باید در مورد این که کی و چگونه می‌توان به هدف‌ها دست یافت و هر مراجع پیشرفت خود را چگونه نشان می‌دهد بسیار دقیق و صریح بود. کتاب حاضر به عنوان ابزاری تدوین شده است که بتواند متخصصان بالینی را در نوشتن برنامه‌های درمانی به روشی سریع، روشن، اختصاصی، بسیار انفرادی و مبتنی بر گام‌های زیر یاری دهد:

- ۱- یکی از مشکلاتی را که طی فرآیند ارزشیابی مشخص کرده‌اید انتخاب کنید (گام نخست). شماره صفحه‌ای را که با این مشکل مطابقت دارد از فهرست موضوعی این کتاب پیدا کنید.
 - ۲- دو یا سه تعریف رفتاری فهرست شده را انتخاب (گام دو) و در بخش مناسبی از فرم برنامه درمانی خود ثبت کنید. در صورتی که فکر می‌کنید نشانه‌های رفتاری مراجع شما در مشکل تعریف شده منظور نگردیده است، تعریف رفتاری موردنظر خود را نیز اضافه کنید. (توجه داشته باشید درحالی که طرح برنامه درمانی این کتاب عمودی است، در فرم افقی نیز به خوبی قابل استفاده است).
 - ۳- یک هدف بلندمدت (گام سوم) انتخاب کنید و از نو، گزینه خود را درست همان گونه که در این کتاب آمده یا در فرم تغییر یافته مناسبی، در محلی که با آن مطابقت دارد، بنویسید.
 - ۴- فهرست هدف‌های کوتاه مدت را مرور و هدفی را که باور دارید از لحاظ بالینی برای مراجع شما ضروری است انتخاب کنید (گام چهارم). یادتان باشد که حداقل باید دو هدف را برای هر مشکل انتخاب کنید. هیچ با تعداد جلساتی را که برای دستیابی به هر هدف اختصاص می‌دهید نیز اضافه کنید.
 - ۵- تدابیر درمانی مناسب را انتخاب کنید (گام پنجم). کتاب، تدابیر درمانی مرتبط با هر هدف را در آخر هریک از آنها در پرنتر ارائه کرده است ولی شما خود را به این تدابیر محدود نکنید. تمام گزینه‌ها اختیاری است و گزینه‌هایی را که مناسب می‌گردد ممکن است بیشتر با رویکرد نظری و یا روشی که برای کار با مراجع خود ترجیح می‌دهید مناسب باشد. همچنین مانند تعاریف، هدف‌های کوتاه و بلندمدت، مجالی برای اینکه تدابیر درمانی خود را وارد کنید نیز وجود دارد که این امکان را فراهم می‌کند تا در آینده، زمانی که به طراحی برنامه برای این مشکل می‌پردازید به آنها رجوع کنید. چنانچه درمان توسط گروهی با تخصص‌های متفاوت انجام می‌شود، مسئولیت اجرای هر مداخله را به شخص معینی واگذار کنید.
 - ۶- چندین تشخیص مبتنی بر DSM-IV-TR که معمولاً به مشکل مراجع مربوط است، در پایان هر فصل آمده است. این تشخیص‌ها پیشنهادهایی مبتنی بر ملاحظات بالینی است. شما می‌توانید تشخیص را از بین همین تشخیص‌های فهرست شده یا گزینه مناسب‌تری را از DSM-IV-TR انتخاب کنید (گام ششم).
- برای راحتی درمانگرانی که برنامه درمانی خود را بر مبنای برجسب‌های تشخیصی طراحی می‌کنند نه مشکلات موجود، تمامی تشخیص‌های DSM-IV-TR مطرح شده در فصل‌هایی که به طرح مشکلات مختلف می‌پردازد در پیوست "د" فهرست شده است. برای هر تشخیصی، مشکل اصلی مرتبط با آن مطرح شده است. درمانگر می‌تواند با مراجعه به مشکلات مرتبط با تشخیص موردنظر، تعاریف، هدف‌های کوتاه و بلندمدت و تدابیر درمانی مناسب حال مراجع خود را مورد مطالعه و بررسی قرار دهد.

تبریک! شما اکنون دارای برنامه درمانی انفرادی ویژه‌ای هستید که آماده اجرای فوری و ارائه به مراجع است. این برنامه باید شبیه نمونه برنامه درمان استاندارد ارائه شده در صفحه بعد باشد. دقیقاً همین برنامه درمانی برای این که اصطلاحات کمیت‌پذیری را در بر داشته باشد مورد تجدیدنظر قرار گرفته و در صفحات بعد از آن تحت عنوان «نمونه برنامه درمان کمی» ارائه شده است.

یادداشت پایانی

تمامی موضوعات مرتبط با سلامت روانی دانشجویان باید با توجه به پیشینه شخصی، فرهنگ محیط دانشگاه، تجرب دوران گذار و تکالیف تحولی مورد بررسی قرار گیرد. برجسب‌های تشخیصی ممکن است همیشه جدیدترین و یا مناسب‌ترین روش نباشد. تشخیص درست در بهترین حالت، کاری پرمخاطره و در بدترین حالت به ضرر مراجع است. احتمالاً بهتر است درحالی که به سرعت روی نشانه‌های آشکارتر، مداخله انجام می‌شود با احتیاط بسیار به امر تشخیص پرداخته شود. امید داریم که این کتاب شما را در اجرای تدابیر درمانی ضروری و کارآمد یاری دهد.