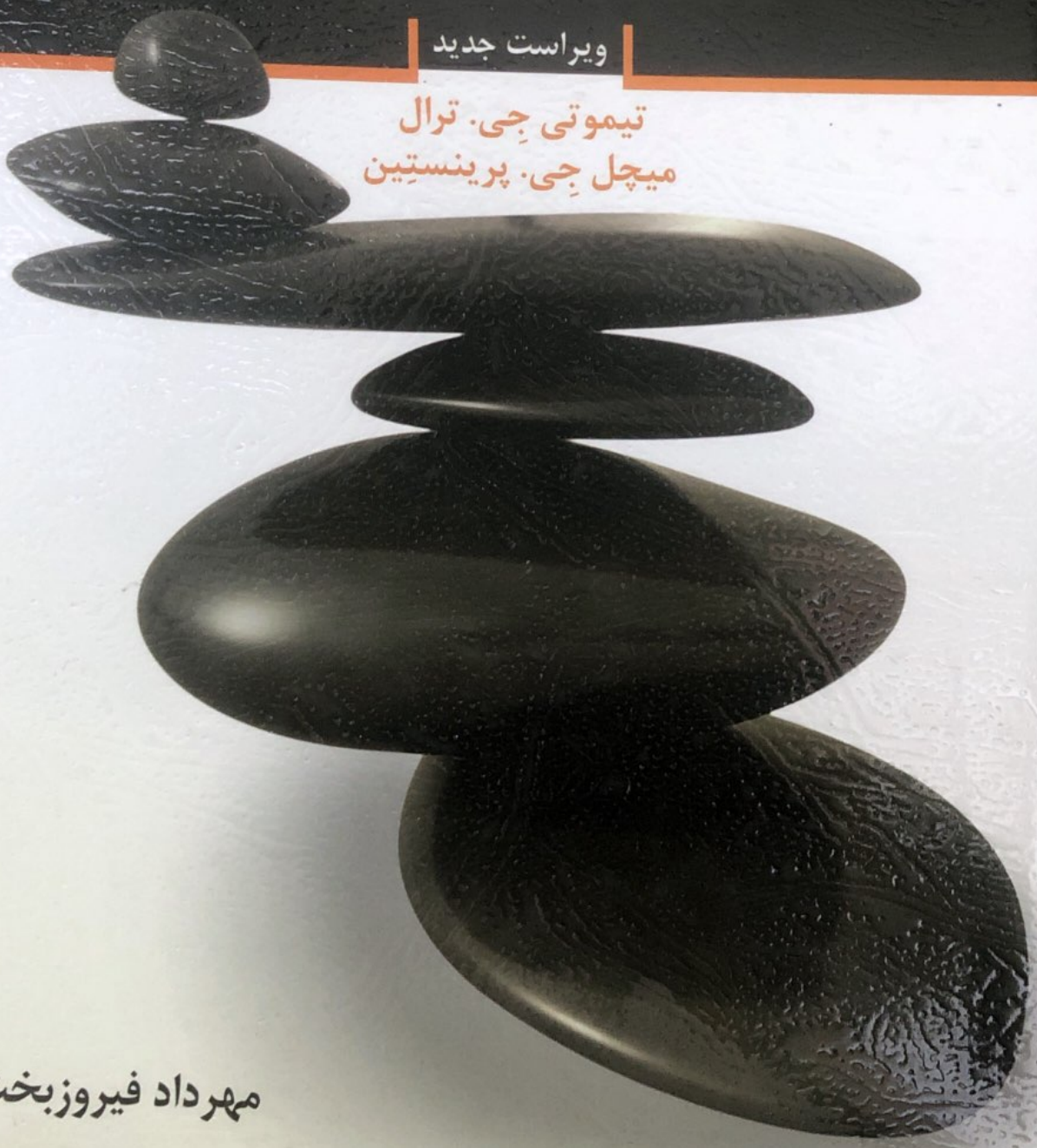
روان‌شناسی بالینی فیرس

ویراست جدید

تیموتی جِی. ترال
میچل جِی. پرینستِین



مهرداد فیروزبخت

به نام آرامبخش دل‌ها

سخنی با شما مدرس محترم و دانشجوی عزیز

چندی است که شاهد کاهش شمارگان کتاب، به‌ویژه کتاب‌های دانشگاهی، هستیم. تکثیر و کپی‌ها و پی‌دی‌اف‌های غیرمجاز از کتاب‌ها در محیط دانشگاه به این معضل دامن می‌زند.

شما مدرس محترم ممکن است صرفاً به خاطر کمک به دانشجویان و صرفه‌جویی در هزینهٔ تهیهٔ کتاب، به آنها توصیه کنید که به جای خرید کتاب، از کپی بخش‌هایی از آن استفاده کنند. شما دانشجوی عزیز ممکن است بیندیشید که با کپی از روی کتاب، هزینه‌ای کمتر برای تهیهٔ آن پرداخت کرده‌اید (هرچند که غالباً چنین نیست). اما حاصل این اعمال خلاف قانون چیزی جز بی‌رغبتی به تلاش فرهنگی و ارائهٔ دستاوردهای جدید در عرصهٔ علم نیست.

با ترویج استفاده از کپی‌ها و پی‌دی‌اف‌های غیرمجاز که بدون رضایت نویسنده و مترجم و ناشر تهیه می‌شود:

- موجب ترک فعالیت‌های علمی و فرهنگی، بی‌انگیزگی در این امور خطیر و بروز مشکلات و خسارت‌های جبران‌ناپذیر به قشر فرهنگی جامعه نشویم.
- باعث ورشکستگی صنعت نشر و به دنبال آن بیکاری قشر عظیمی از کارکنان این عرصه از ناشر گرفته تا حروفچین و طراح و صحاف نشویم.
- افرادی غالباً ناآگاه و به ندرت سودجو را به اعمال نامشروع و خلاف قانون تشویق نکنیم و خود آنها و خانواده‌هایشان را دچار عواقب کسب درآمد و ارتزاق از راه حرام و تعدی به حقوق دیگران نسازیم.

بیایید به آیندهٔ میهنمان و فرزندانمان بیندیشیم. بیایید به آیندهٔ علم و دانش در کشور عزیزمان که زمانی مهد علم و ادب بود بیشتر بها دهیم.

ترال، تیموتی ج (Trull, Timothy)
روانشناسی بالینی فیرس، مفاهیم، روش‌ها، حرفه / تیموتی جی. ترال، میچل جی. پرینستین؛ ترجمه مهرداد فیروزبخت.
مشخصات نشر: تهران رشد، ۱۴۰۱ **مشخصات ظاهری:** ۷۳۲ ص. مصور، جدول، نمودار.
شابک: ۵-۰۱۳-۳۵۱-۶۰۰-۹۷۸ **وضعیت فهرست‌نویسی:** فیپا
یادداشت: اولین ویراست کتاب حاضر جری فیرس سرشناسه شده است و از ویراست ششم تیموتی ترال.
یادداشت: عنوان اصلی: Clinical psychology **یادداشت:** کتابنامه. **یادداشت:** نمایه
موضوع: روان‌شناسی بالینی. **موضوع:** روان‌درمانی. **شناسه افزوده:** پرینستاین، میچل ج. ۱۹۷۰ - م.
شناسه افزوده: Prinstein, Mitchell J **شناسه افزوده:** فیروزبخت، مهرداد، ۱۳۴۷ - ، مترجم
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۹ ر ۹ ف / RC ۴۶۷ **رده‌بندی دیویی:** ۶۱۶/۸۹ **شماره کتابشناسی ملی:** ۳۶۵۶۰۳۶

حق چاپ محفوظ است

روان‌شناسی بالینی فیرس

(ویراست جدید)

نویسندگان
تیموتی جِی. ترال
میچل جِی. پرینسِتین

مترجم
مهرداد فیروزبخت

تهران ـ ۱۴۰۱

روان‌شناسی بالینی فیرس

نویسندگان

تیموتی جِی. ترال ـ میچل جِی. پرینسِتین

مترجم: مهرداد فیروزبخت

چاپ چهاردهم: تابستان ۱۴۰۱ ـ شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

چاپ سیزدهم: اسفند ۱۴۰۰ ـ چاپ دوازدهم: پاییز ۱۴۰۰ ـ چاپ یازدهم: بهار ۱۴۰۰

چاپ دهم: اسفند ۱۳۹۸ـ چاپ نهم: پاییز ۱۳۹۸ ـ چاپ هشتم: تابستان ۱۳۹۸

چاپ هفتم: زمستان ۱۳۹۷ ـ چاپ ششم: بهار ۱۳۹۷

چاپ پنجم: بهار ۱۳۹۶ ـ چاپ چهارم: زمستان ۱۳۹۵

چاپ و صحافی: آرمانسا

© کلیهٔ حقوق چاپ و نشر این اثر برای انتشارات رشد محفوظ است.

هرگونه استفادهٔ تجاری و تکثیر و انتشار و بازنویسی این اثر یا قسمتی از آن به هر شیوه‌ای از جمله زیراکس، فتوکپی، کتاب الکترونیکی و پی‌دی‌اف، کتاب صوتی، انتشار در سایت‌ها و فضای مجازی، و ضبط و ذخیره در سیستم‌های بازیابی و پخش آن بدون دریافت مجوز قبلی و کتبی از ناشر ممنوع و قابل پیگرد قانونی است.

اشاره به مطالب کتاب یا نقل بخش‌هایی از آن برای نقد و بررسی در رسانه‌های چاپی و الکترونیکی و رادیو و تلویزیون با ذکر منبع، بلامانع است.

مرکز نشر و پخش کتاب‌های روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه، خیابان شهدای ژاندارمری، شماره ۴۱، **تلفن:** ۶۶۴۰۴۴۰۶

فروشگاه: تهران، میدان انقلاب، روبروی سینما بهمن، خیابان شهید منیری جاوید، شماره ۷۲،

تلفن: ۶۶۴۱۰۲۶۲ ، ۶۶۴۹۸۳۸۶ ، ۶۶۴۹۷۱۸۱

تهران - ۱۴۰۱

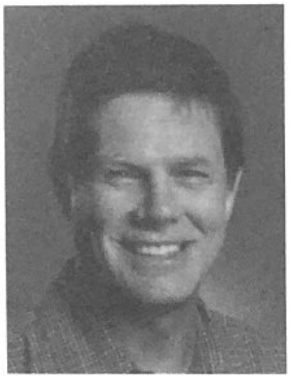
یادداشت مترجم

ای. جِری فیرس (E.Jerry Phares)، پایه‌گذار و نویسندهٔ اصلی کتاب *روان‌شناسی بالینی*، پس از مدتی دست و پنجه نرم‌کردن با سرطان ریه، در ۲۶ اکتبر ۲۰۰۷ درگذشت. او از سال ۱۹۵۵ تا سال ۱۹۹۱ عضو هیئت علمی دانشگاه کانزاس و از سال ۱۹۶۷ تا سال ۱۹۸۹ رییس گروه روان‌شناسی بالینی آن دانشگاه بود. جری فیرس دانشجوی جولین راتر بود و بخشی از شهرتش به تحقیقات او در زمینهٔ محل کنترل درونی و بیرونی بر می‌گشت. در ضمن نویسندهٔ چند کتاب درسی موفق هم بود. جِری فریمن، رییس فعلی دپارتمان روان‌شناسی بالینی دانشگاه کانزاس، زمانی دربارهٔ فیرس گفته بود «جری پر از خردمندی و سرشار از شوخ‌طبعی است». جری فیرس ۵۲ سال با همسرش بِتی زندگی کرد و یک دختر و دو نوه داشت.

تیموتی ترال پس از مرگ دکتر فیرس، انتشار این کتاب را ادامه داد تا این ویراست، که دکتر میچل پرینستین را به عنوان همکار برگزید. به پاس زحمات بی‌شائبهٔ دکتر فیرس در خلق این اثر ارزشمند لازم دانستم که نام آن را *روان‌شناسی بالینی فیرس* بگذارم.

درباره نویسندگان

دکتر تیموتی ترال، استاد علوم روان‌شناختی و استاد برجستهٔ دانشگاه میسوری ـ کلمبیاست. دروس مختلفی را در زمینهٔ روان‌شناسی بالینی تدریس می‌کند، و همچنین بر کارهای تحقیقاتی، سنجشی و بالینی دانشجویان دورهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی نظارت دارد. تیموتی مدرک کارشناسی ارشد و دکترای روان‌شناسی بالینی خود را از دانشگاه کنتاکی گرفت. او جزء مؤلفان



مصاحبهٔ‌ساختاردار مدل پنج عامل شخصیت (SIFFM) است که ویژگی‌های شخصیتی انطباقی و غیرانطباقی را می‌سنجد. تیموتی تحقیقاتش را در مجلاتی مثل *Journal of Abnormal Psychology*، *Psychological Assessment*، *Journal of Personality Disorders* منتشر می‌کند. طرح‌های تحقیقاتی دکتر ترال که حمایت مالی موسسهٔ ملی سلامت، موسسهٔ ملی سوءمصرف الکل و اعتیاد به الکل و بنیاد پژوهش در باب اختلال شخصیت مرزی را پشت سر دارند شامل موارد زیر می‌شود: ارزیابی مدل‌های سبب‌شناختی اختلال شخصیت مرزی، کندوکاو رابطهٔ اختلالات شخصیت و اختلالات مصرف مواد، سنجش سرپایی در روان‌شناس بالینی، و سنجش تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی در شخصیت و آسیب‌شناسی روانی. علاوه بر کار در دانشگاه، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات اعتیاد به الکل میدوست و روان‌شناسی بالینیِ مشغول درمانگری هم هست. جوایز دانشگاهی زیادی هم برده است که در میان آن‌ها می‌توان به جایزهٔ دانش‌اندوختهٔ برجستهٔ دانشگاه کنتاکی و استاد سال جامعهٔ PsiChi اشاره کرد. دکتر ترال عضو انجمن روان‌شناسی امریکا و انجمن علم روانشناختی است.

دکتر میچل جِی. پرینستین استاد و مدیر روان‌شناسی بالینی در دانشگاه کارولینای شمالی است. دکترای روان‌شناسی بالینی خود را از دانشگاه میامی گرفت و دورهٔ انترنی و فوق دکترای خود را در کنسرسیوم آموزش روان‌شناسی بالینی دانشگاه براون گذراند. از جمله تحقیقات برجستهٔ میچل می‌توان از این زمینهٔ مهم نام برد: مدل‌های میان‌فردی درونی‌سازی نشانه‌هاورفتارهای خطرناک نوجوانان با تمرکز خاص بر نقش بی‌همتای رابطه با همسالان در آسیب‌شناسی روانی رشدنگرافسردگی و جرحِ خود. او محقق مؤسسهٔ ملی سلامت روان، موسسهٔ ملی رشد کودک و انسان و چند بنیاد خصوصی است. دبیر *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* و عضو تحریریهٔ چندمجله در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی رشدنگر است. چند جایزهٔ ملی و دانشگاهی هم دریافت کرده است که در میان آن‌ها می‌توان به جایزهٔ تاترِ چپل هیل به‌پاس تدریس در مقطع کارشناسی و جایزهٔ استاد سال جامعهٔ PsiChi اشاره کرد.





فهرست مطالب

مقدمه ۲۱
روان‌شناسی بالینی: تعریفِ رشته ۲۱
مبانی علمی روان‌شناسی بالینی ۲۲
سنجش بالینی ۲۲
مداخلات ۲۲
رویکردِ عمری ۲۲
تخصص‌ها در روان‌شناسی بالینی ۲۲
دستورالعمل‌های اخلاقی ۲۲
ویژگی‌های جدید ۲۲
روان‌شناسی بالینی و دیدگاه‌های دانشجوی
تحصیلات تکمیلی ۲۳
روان‌شناسان بالینی ۲۳
دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی ۲۳
برای موفقیت دانشجویان ۲۴
آیندهٔ روان‌شناسی بالینی ۲۴
تشکر و قدردانی ۲۴

بخش اول: مبانی روان‌شناسی بالینی ۲۵
فصل اول: روان‌شناسی بالینی ۲۷
مقدمه ۲۷
روان‌شناسی بالینی چیست؟ ۲۸
حرفه‌های نزدیک به روان‌شناسی بالینی در حوزهٔ
سلامت روان ۲۹
روان‌پزشکان ۲۹
کادر ۱ ـ ۱ : مسائل حرفه‌ای: آیا اعطای حق تجویز دارو
به روان‌شناسان بالینی درست است؟ ۳۰
روان‌شناسان مشاور ۳۱
دیگر متخصصان سلامت روان ۳۲
حرفه‌ها و عناوینی که دولت تنظیم و تصویب نمی‌کند ۳۵
روان‌شناس بالینی ۳۶
فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی ۳۶
مراکز استخدامی ۴۰
یک هفته از زندگی دکتر کارن سی ۴۲

دوشنبه، چهارشنبه، جمعه ۴۲
سه‌شنبه، پنج‌شنبه ۴۲
شنبه ۴۳
پاره‌ای نکات جمعیت‌شناختی ۴۴
سنت تحقیقاتی و علمی ۴۵
آموزش: به سوی هویت بالینی ۴۵
مرور ۴۵
برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی ۴۶
حرفه‌ای در حال تحرک ۴۹
زنان در روان‌شناسی بالینی ۴۹
مدل‌های آموزشی ۴۹
کادر ۲ ـ ۱ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
جولیا مارتینز ۵۰
عملکرد بالینی ۵۱
تحمل ابهام و عطش برای دانش جدید ۵۲
خلاصهٔ فصل ۵۲
اصطلاحات کلیدی ۵۳
وب‌سایت‌های جالب ۵۴

فصل دوم: مرور تاریخی روان‌شناسی بالینی ۵۵
ریشه‌های تاریخی ۵۶
تشخیص و سنجش ۵۷
مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰) ۵۷
ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰) ۵۸
بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰) ۵۸
جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰) ۵۹
مداخله ۶۳
مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰) ۶۳
ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰) ۶۳
بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰) ۶۴
جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰) ۶۵
تحقیق ۶۹
مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰) ۶۹
ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰) ۶۹
بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰) ۶۹
جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰) ۶۹
حرفه ۷۲
مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰) ۷۲
کادر ۱ ـ ۲ : تمرکز بر کارهای حرفه‌ای لایتنر ویتمر :
بنیان‌گذار روان‌شناسی بالینی ۷۳
ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰) ۷۳
بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰) ۷۴
جنگ جهانی دوم و پس از آن (۱۹۶۹ ـ ۱۹۴۰) ۷۴
توسعهٔ یک حرفه (حال حاضر ـ ۱۹۷۰) ۷۶
تفرقهٔ ۱۹۸۸ ..... ۷۶
خلاصهٔ فصل ۷۸
اصطلاحات کلیدی ۷۸
وب‌سایت‌های جالب ۸۰

فصل سوم: مسائل جاری روان‌شناسی بالینی ۸۱
مدل‌های آموزشی در روان‌شناسی بالینی ۸۲
مدل دانشمند ـ درمانگر ۸۲
بحث ادامه دارد . در سالت لیک‌سیتی ایالت یوتا
مجموعه ۸۳
مدرک دکترای روان‌شناسی ۸۳
دانشکده‌های حرفه‌ای ۸۴
مدل دانشمند بالینی ۸۵
کادر ۱ ـ ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر ریچارد
مکفال ۸۶
برنامه‌های آموزش حرفه‌ای ـ علمی مرکب ۸۸
برنامه‌های تحصیلات تکمیلی: گذشته و آینده ۸۸
مقررات حرفه‌ای ۸۹
کادر ۲ ـ ۳ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
کریستین مالدونادو ۹۰
کار خصوصی ۹۳
چیزهایی را باید بدانند ۹۴

هزینه‌های مراقبت بهداشتی ۹۴
امتیاز تجویز دارو ۹۸
کادر ۳ـ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر پاتریک اچ. دلیان ۹۹
کادر ۴ـ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر الن ام. هایبی ۱۰۱
پیشرفت‌های فن‌آوری ۱۰۳
سلامت از راه دور ۱۰۳
سنجش سرپایی ۱۰۳
درمان رایانه‌یار ۱۰۵
خدمات سلامت روانِ حساس به فرهنگ ۱۰۶
معیارهای اخلاقی ۱۰۸
صلاحیت ۱۰۸
کادر ۵ـ۳ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : درمانگرهای شرکت‌کننده در برنامه‌های تلفنی رادیو، گفت‌وگوهای تلویزیونی یا گروه‌های اینترنتی: آیا رفتارشان اخلاقی است؟ ۱۰۹
حریم و رازداری ۱۱۰
روابط انسانی ۱۱۱
خلاصهٔ فصل ۱۱۱
اصطلاحات کلیدی ۱۱۲
وب‌سایت‌های جالب ۱۱۳

فصل چهارم: روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی ۱۱۵
مقدمه‌ای بر تحقیق ۱۱۶
روش‌ها ۱۱۷
مشاهده ۱۱۷
کادر ۱ـ۴ : کاربردهای بالینی : موردپژوهی‌ها دربارهٔ هراس‌ها و ضربه‌های اولیه به ما چه می‌توانند بگویند؟ ۱۲۰
روش‌های همه‌گیری‌شناسی ۱۲۰
کادر ۲ـ۴ : کاربردهای بالینی : تولید فرضیه بر اساس درمان ۱۲۱
روش‌های همبستگی ۱۲۳
رویکرد مقطعی در مقابل رویکرد طولی ۱۲۷
روش آزمایشی ۱۲۸
کادر ۳ـ۴ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر اسکات. اُ. لیلینفلد ۱۲۹
طرح‌های تک‌موردی ۱۳۴
طرح ABAB . طرح ABAB با مشاهدهٔ منظم تغییر رفتار ۱۳۵
کادر ۴ـ۴ : کاربردهای بالینی : درمان اضطراب و افسردگی مرکب ۱۳۷
طرح‌های مرکب ۱۳۸
قوت و ضعف‌های روش‌های تحقیق ۱۳۹
معناداری آماری در مقابل معناداری عملی ۱۳۹
تحقیق و اخلاق ۱۳۹
کادر ۵ـ۴ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : الیزابت اِی. مارتین ۱۴۰
کادر ۶ـ۴ : چه کسی را باید مطالعه کنیم؟ ۱۴۱
کادر ۷ـ۴ : نمونه‌ای از یک رضایت‌نامه ۱۴۳
خلاصهٔ فصل ۱۴۴
اصطلاحات کلیدی ۱۴۴
وب‌سایت‌های جالب ۱۴۶

فصل پنجم: تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی ۱۴۷
رفتار نابهنجار چیست؟ ۱۴۹
قِلّت آماری یا نقض هنجارهای اجتماعی ۱۴۹
مورد دیمیتری اِی. ۱۴۹
مورد خوانیتا اِل. ۱۵۰
کادر ۱ـ۵ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر کِنِت جی. شِر ۱۵۱
ناراحتی ذهنی ۱۵۳
مورد سینتیا اس. ۱۵۳
مورد کوامی جی. ۱۵۴
کادر ۲ـ۵ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: فرهنگ و تشخیص ۱۵۴

ناتوانی، ناکارایی یا اختلال ۱۵۶
مورد ریچارد زد ۱۵۶
مورد فیلیس اچ ۱۵۶
ما را کجا رها می‌کند؟ ۱۵۷
بیماری روانی ۱۵۷
کادر ۳ـ۵: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر ایلین واکر ۱۵۸
اهمیت تشخیص ۱۵۹
نظام‌های طبقه‌بندی اولیه ۱۶۱
تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR ۱۶۲
مورد میشل ام ۱۶۴
معضلات عمومی طبقه‌بندی ۱۶۵
آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) برای پرخوری عصبی ۱۶۸
علل رفتار نابهنجار و بیماری روانی ۱۷۲
مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی ۱۷۲
مدل بیماری‌پذیری ـ استرس ۱۷۲
ارزش طبقه‌بندی ۱۷۴
خلاصهٔ فصل ۱۷۴
اصطلاحات کلیدی ۱۷۵
وب‌سایت‌های جالب ۱۷۶

بخش دوم: سنجش بالینی ۱۷۷
فصل ششم: مصاحبهٔ سنجشی ۱۷۹
سنجش در روان‌شناسی بالینی ۱۸۰
تعریف و هدف ۱۸۰
مورد بیلی جی ۱۸۱
ارجاع ۱۸۱
چه عواملی بر نحوهٔ پاسخگویی روان‌شناس بالینی به ارجاع تاثیر می‌گذارد؟ ۱۸۲
پرسش ۱۸۲
مصاحبه ۱۸۲
ویژگی‌های عمومی مصاحبه‌ها ۱۸۳
کادر ۱ـ۶: مصاحبهٔ رایانه‌ای: آیا روان‌شناسان بالینی لازم هستند؟ ۱۸۴
مبانی و فنون مصاحبه ۱۸۴
تفاهم ۱۸۶
ارتباط ۱۸۷
چهارچوب مرجع بیمار ۱۹۰
چهارچوب مرجع روان‌شناس بالینی ۱۹۱
انواع مصاحبه ۱۹۱
مصاحبهٔ پذیرش ۱۹۲
مصاحبهٔ شرح حال ۱۹۲
کادر ۲ـ۶: نمونه‌ای از گزارش مصاحبهٔ پذیرش ۱۹۳
مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی ۱۹۴
مصاحبهٔ بحران ۱۹۵
مصاحبهٔ تشخیصی ۱۹۶
کادر ۳ـ۶: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر توماس ای. ویدیگر ۱۹۷
پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها ۱۹۹
پایایی ۲۰۳
اعتبار ۲۰۵
توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار ۲۰۶
هنر و علم مصاحبه ۲۰۶
خلاصهٔ فصل ۲۰۷
اصطلاحات کلیدی ۲۰۷

فصل هفتم: هوش سنجی ۲۰۹
هوش‌آزمایی: دیروز و امروز ۲۱۰
کادر ۱ـ۷: منحنی زنگوله‌ای ۲۱۲
مفهوم هوش ۲۱۲
مرور کوتاه پایایی و اعتبار ۲۱۳
تعاریف هوش ۲۱۴
نظریه‌های هوش ۲۱۵
هوشبهر: معنا و همبسته‌هایش ۲۱۷
هوشبهر (IQ) ۲۱۷

همبسته‌های هوشبهر ۲۱۸
وراثت و ثبات نمرات هوشبهر ۲۱۹
کادر ۲ـ۷ : وراثت رفتاری ۲۲۰
کادر ۳ـ۷ : مفهوم وراثتی بودن ۲۲۲
هوش‌سنجی بالینی ۲۲۴
مقیاس‌های استنفورد ـ بینه ۲۲۴
مقیاس‌های وکسلر ۲۲۵
ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر ۲۲۵
ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر ۲۲۹
شرح کوتاه یک مورد : ارزیابی عقلی ۲۳۰
ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و ۲۳۱
دبستانی وکسلر ۲۳۱
مصرف بالینی آزمون‌های هوش ۲۳۱
مورد هارولد ۲۳۲
مشاهده‌ها و نتیجه‌گیری‌های نهایی ۲۳۳
خلاصهٔ فصل ۲۳۳
اصطلاحات کلیدی ۲۳۴
وب‌سایت‌های جالب ۲۳۶

فصل هشتم: شخصیت سنجی ۲۳۷
آزمون‌های عینی ۲۳۹
قوت‌ها ۲۳۹
ضعف‌ها ۲۴۰
روش‌های ساخت آزمون‌های عینی ۲۴۰
کادر ۱ـ۸ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر یوسف
بن ـ پورات ۲۴۷
ارزیابی مختصر ویراست اول و دوم ۲۴۹
شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا ۲۴۹
نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامهٔ شخصیتی NEO . ۲۵۲
نمایش مورد بر اساس نسخه تجدیدنظرشده
پرسشنامهٔ شخصیتی NEO ۲۵۵
آزمون‌های فرافکن ۲۵۶
ماهیت آزمون‌های فرافکن ۲۵۶
اندازه‌گیری و هنجاریابی ۲۵۷
رورشاخ ۲۵۸
نمایش مورد یک رورشاخ ۲۶۰
نمایش مورد دو رورشاخ ۲۶۰
آزمون اندریافت موضوع ۲۶۳
نمایش مورد آزمون اندریافت موضوع ۲۶۵
فنون تکمیل جمله ۲۶۵
آزمون تکمیل جمله ۲۶۶
همبستگی فریبنده ۲۶۶
اعتبار و سودمندی فزاینده ۲۶۷
استفاده و سوءاستفاده از آزمون‌گیری ۲۶۸
کادر ۲ـ۸ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
دانیل ال. بورچه ۲۷۰
خلاصهٔ فصل ۲۷۲
اصطلاحات کلیدی ۲۷۳
وب‌سایت‌های جالب ۲۷۴

فصل نهم: سنجش رفتاری ۲۷۵
سنت رفتاری ۲۷۶
نمونه در مقابل علامت ۲۷۶
تحلیل کارکردی ۲۷۶
سنجش رفتاری به مثابه فرایندی مستمر ۲۷۷
مصاحبه‌های رفتاری ۲۷۹
کادر ۱ـ۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر استفن ان
هینز ۲۸۰
روش‌های مشاهده ۲۸۲
مشاهدهٔ طبیعی ۲۸۲
نمونه‌های مشاهدهٔ طبیعی ۲۸۳
مشاهدهٔ کنترل‌شده ۲۸۵
زیر نظر گرفتن خود ۲۸۷
متغیرهای موثر بر پایایی مشاهدات ۲۸۸
متغیرهای موثر بر اعتبار مشاهدات ۲۸۹
توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار مشاهدات ... ۲۹۲

روندهای فعلی کسب داده‌ها ۲۹۲
روش‌های نقش بازی کردن ۲۹۴
پرسشنامه‌ها و فهرست‌ها ۲۹۴
سنجش شناختی ـ رفتاری ۲۹۵
قوت و ضعف‌های سنجش رفتاری ۲۹۶
کادر ۲ ـ ۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر کارن دی ردولف ۲۹۸
خلاصهٔ فصل ۲۹۹
اصطلاحات کلیدی ۳۰۰
وب‌سایت‌های جالب ۳۰۲

فصل دهم: قضاوت بالینی ۳۰۳
تفسیر ۳۰۴
نظریه و تفسیر ۳۰۴
رویکرد کمّی در برابر رویکرد کیفی ۳۰۵
ادله‌ای برای رویکرد آماری ۳۰۶
کارد ۱ ـ ۱۰: تمرکز بر کاربردهای بالینی ۳۰۸
نمونه‌ای از «اثر بارنوم»: خصوصیات مورد ادعا برای فرزندان بزرگسال الکلی‌ها ۳۰۸
ادله‌ای برای رویکرد بالینی ۳۰۹
مقایسهٔ رویکرد بالینی و رویکرد آماری ۳۱۰
کادر ۲ ـ ۱۰ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر هاوارد ان. گارب ۳۱۵
نتیجه‌گیری‌ها ۳۱۶
کادر ۳ ـ ۱۰ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : روان‌پزشکان چطور تصمیمات بالینی می‌گیرند؟ ۳۱۷
بهبود قضاوت و تفسیر ۳۱۸
پردازش اطلاعات ۳۱۸
سندرم معنی کردن ۳۱۸
اعتبار و آسناد ۳۱۸
گزارش‌ها، مفاهیم و ملاک‌های مبهم ۳۱۸
اثرهای پیش‌بینی ۳۱۹
پیش‌بینی وضعیت‌های ناشناخته ۳۱۹
اصول پیش‌بینی غلط ۳۱۹
تاثیر باورهای قالبی ۳۲۰
«چرا در کنفرانس‌های موردی شرکت نمی‌کنم» ۳۲۰
ارتباط : گزارش بالینی ۳۲۱
منبع ارجاع ۳۲۱
کمکی‌های ارتباط ۳۲۳
یک گزارش بالینی نمونه ۳۲۴
خلاصهٔ فصل ۳۲۷
اصطلاحات کلیدی ۳۲۷

بخش سوم: مداخلات بالینی ۳۲۹
فصل یازدهم: مداخلات روان‌شناختی ۳۳۱
تعریف مداخله ۳۳۲
آیا روان‌درمانگری کمکی هم می‌کند؟ ۳۳۳
کادر ۱ ـ ۱۱ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر مارتین ایی. پی. سلیگمن ۳۳۴
درمان شواهدبنیاد و درمانگری شواهدبنیاد ۳۳۵
ویژگی‌های مشترک درمان‌ها ۳۳۷
کادر ۲ ـ ۱۱ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر دایان ال. چمبلس ۳۳۹
طبیعت متغیرهای درمانیِ اختصاصی ۳۴۱
بیمار یا مراجع ۳۴۱
کادر ۳ ـ ۱۱ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : قابلیت فرهنگی ۳۴۴
درمانگر ۳۴۵
سیر مداخلهٔ بالینی ۳۴۹
تماس آغازین ۳۴۹
سنجش ۳۴۹
اهداف درمان ۳۴۹
اجرای درمان ۳۵۰
اتمام، ارزیابی و پیگیری ۳۵۰
کادر ۴ ـ ۱۱ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : اطلاعاتی که بیماران حق دارند بدانند ۳۵۱

مراحل تغییر ۳۵۲
روان‌درمانگری پژوهی ۳۵۳
کادر ۵ـ۱۱ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : خبر
تکان‌دهندهٔ آیزنک ۳۵۳
معضلات روان‌درمانگری پژوهی ۳۵۴
مطالعات تطبیقی ۳۵۵
فرایندپژوهی ۳۵۶
روندهای اخیر ۳۵۷
برخی نتیجه‌گیری‌های کلی ۳۵۹
خلاصهٔ فصل ۳۶۰
اصطلاحات کلیدی ۳۶۰
وب‌سایت‌های جالب ۳۶۲

فصل دوازدهم: روان‌درمانگری: دیدگاه روانپویشی ۳۶۳
کادر ۱ـ۱۲ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای :
زندگینامهٔ کوتاه زیگموند فروید ۳۶۴
روانکاوی : مبادی ۳۶۵
آناأ ۳۶۵
نگاه فرویدی : مروری کوتاه ۳۶۶
از نظریه تا عمل ۳۶۸
نقش بینش ۳۶۹
فنون روان‌درمانگری‌روانپویشی ۳۶۹
تداعی آزاد ۳۷۰
تحلیل رؤیاها ۳۷۰
کادر ۲ـ۱۲ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : خودتحلیلگری
فروید ۳۷۱
آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره ۳۷۱
مقاومت ۳۷۲
نمونه‌ای از مقاومت ۳۷۳
انتقال ۳۷۳
تفسیر ۳۷۳
نمونه‌ای تفسیر ۳۷۴
بدیل‌های روانکاوی ۳۷۵
تحلیل ایگو ۳۷۵
تحولات دیگر ۳۷۶
روان‌درمانگری روانپویشی معاصر ۳۷۶
روان‌درمانگری میان‌فردی : درمان دارای پشتوانهٔ
تجربی ۳۷۶
کادر ۳ـ۱۲ : تمرکز بر کارهای بالینی : ویژگی‌های
روان‌درمانگری میان‌فردی ۳۷۷
ارزیابی مختصر روان‌درمانگری روانپویشی ۳۷۷
آیا روان‌درمانگری روانپویشی موثر است؟ ۳۷۸
کادر ۴ـ۱۲ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر کنت ان.
لوی ۳۷۹
تفسیر و بینش ۳۸۱
عوامل علاج ۳۸۲
عدم تاکید بر رفتار ۳۸۲
کادر ۵ـ۱۲ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر علی
خدیوی ۳۸۳
اقتصاد روان‌درمانگری ۳۸۴
کادر ۶ـ۱۲ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
جوزف ایی. بینی ۳۸۵
خلاصهٔ فصل ۳۸۶
اصطلاحات کلیدی ۳۸۶
وب‌سایت‌های جالب ۳۸۸

فصل سیزدهم: روان‌درمانگری: دیدگاه پدیدارشناختی و دیدگاه انسانگرا ـ وجودی ۳۸۹
درمان مراجع‌محور ۳۹۰
خاستگاه‌ها ۳۹۰
دنیای پدیدارشناختی ۳۹۰
کادر ۱ـ۱۳ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : زندگینامهٔ
کوتاه کارل راجرز ۳۹۱
گزاره‌های نظری ۳۹۲
ویژگی‌های اصلی ۳۹۳
فرایند درمان‌بخش ۳۹۴

تشخیص ۳۹۵
نمونه‌ای از درمان مراجع‌محور ۳۹۶
کاربردهای دیگر ۳۹۷
برخی اظهارنظرهای پایانی ۳۹۷
جنبش انسانگرا ـ وجودی ۴۰۰
انسانگرایی ۴۰۰
درمان وجودی ۴۰۰
کادر ۲ ـ ۱۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر لسلی اس. گرینبرگ ۴۰۱
معنادرمانی ۴۰۳
گشتالت‌درمانی ۴۰۳
درمان متمرکز بر هیجان ۴۰۷
ارزیابی مختصر درمان پدیدارشناختی و درمان ۴۰۷
انسانگرا ـ وجودی ۴۰۷
کادر ۳ ـ ۱۳ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : ویژگی‌های درمان متمرکز بر هیجانی ۴۰۸
موارد قوت ۴۰۸
محدودیت‌ها ۴۰۹
کادر ۴ ـ ۱۳ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : کاتالینا وُلدارسکی منزیس ۴۱۱
خلاصهٔ فصل ۴۱۳
اصطلاحات کلیدی ۴۱۳
وب‌سایت‌های جالب ۴۱۴

فصل چهاردهم: روان‌درمانگری: دیدگاه رفتاری و دیدگاه شناختی ـ رفتاری ۴۱۵
خاستگاه رویکرد رفتاری ۴۱۶
تعریف ۴۱۶
تاریخ کوتاه ۴۱۷
فنون سنتی رفتاردرمانی ۴۱۸
رابطه ۴۱۸
طیف گستردهٔ درمان ۴۱۸
حساسیت‌زدایی منظم ۴۱۹
کادر ۱ ـ ۱۴ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر جودیت اس. بک ۴۲۰
مواجهه‌درمانی ۴۲۳
کادر ۲ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : توضیح منطق مواجهه‌درمانی برای مراجعانی که اختلال وحشت‌زدگی دارند ۴۲۴
کادر ۳ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : رفتاردرمانی اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی. مواجهه به‌علاوه پیشگیری از پاسخ ۴۲۵
تمرین رفتاری ۴۲۶
مدیریت وابستگی ۴۲۷
بیزاری‌درمانی ۴۲۸
درمان شناختی ـ رفتاری ۴۳۰
پیشینه ۴۳۰
الگوبرداری ۴۳۱
کادر ۴ ـ ۱۴ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : جان گوئری ۴۳۲
بازسازی عقلانی ۴۳۴
آموزش مایه‌کوبی علیه استرس ۴۳۵
کادر ۵ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : باورهای «نامعقول» رایج ۴۳۵
شناخت‌درمانی بک ۴۳۶
کادر ۶ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : ویژگی‌های شناخت‌درمانی افسردگی ۴۳۷
رفتاردرمانی دیالکتیک ۴۳۷
ارزیابی رفتاردرمانی ۴۳۸
موارد قوت ۴۳۸
کادر ۷ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی: گزیده‌هایی از جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک ۴۴۰
کادر ۸ ـ ۱۴ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر راندا آسوالت رایتس ۴۴۲
محدودیت‌ها ۴۴۳
آینده ۴۴۴

خلاصهٔ فصل ۴۴۵
اصطلاحات کلیدی ۴۴۵
وب‌سایت‌های جالب ۴۴۷

فصل پانزدهم: گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی .. ۴۴۹
گروه‌درمانی ۴۵۰
دیدگاه تاریخی ۴۵۰
رویکردهای گروه‌درمانی ۴۵۱
نمونه‌ای از گروه‌درمانی روانکاوانه ۴۵۲
ترتیبات ۴۵۵
کادر ۱ـ۱۵: تمرکز بر کاربردهای بالینی :
روان‌درمانگری گروهیِ مقرون به‌صرفهٔ زمانی برای
بیماران دچار اختلالات شخصیت ۴۵۶
عوامل علاج‌بخش ۴۵۷
آیا گروه‌درمانی کار می‌کند؟ ۴۵۷
آیندهٔ گروه‌درمانی ۴۵۷
خانواده‌درمانی ۴۵۸
تحول خانواده‌درمانی ۴۵۸
مفهوم ارتباط ۴۵۹
شکل‌ها و روش‌ها ۴۵۹
کادر ۲ـ۱۵ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر گرتا
فرانسیس دارای گواهینامهٔ هیئت روان‌شناسی
حرفه‌ای امریکا (ABPP) ۴۶۰
خانواده‌درمانی مشترک ۴۶۳
نمونه‌ای از خانواده‌درمانی مشترک ۴۶۳
دیگر شکل‌های خانواده‌درمانی ۴۶۴
چه موقع خانواده‌درمانی کنیم؟ ۴۶۵
کادر ۳ـ۱۵ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
دیوید واگنر ۴۶۶
زوج‌درمانی ۴۶۸
کادر ۴ـ۱۵ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : نُه گام
زوج‌درمانی هیجانی ۴۶۹
آیا خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی موثر است؟ ۴۷۰

خلاصهٔ فصل ۴۷۲
اصطلاحات کلیدی ۴۷۲
وب‌سایت‌های جالب ۴۷۴

بخش چهارم: تخصص‌های روان‌شناسی بالینی ۴۷۵
فصل شانزدهم: روان‌شناسی اجتماع نگر ۴۷۷
دیدگاه‌ها و تاریخ ۴۷۸
دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر ۴۷۹
گاه‌شماری و رویدادهای شتاب‌دهنده ۴۷۹
مفاهیم کلیدی ۴۸۲
سطوح بوم‌شناختی تحلیل ۴۸۲
مفهوم سلامت روان اجتماع‌نگر ۴۸۳
مفهوم پیشگیری ۴۸۴
پیشگیری اولیه ۴۸۴
پیشگیری ثانویه ۴۸۵
پیشگیری ثالث ۴۸۵
مدل‌های بدیل پیشگیری ۴۸۵
پیشگیری‌پژوهی ۴۸۶
کادر ۱ـ۱۶ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر
کریستین هولی ۴۸۶
کادر ۲ـ۱۶ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : برنامهٔ
پیش‌دبستانی های/اسکوپ پری ۴۸۸
کادر ۳ـ۱۶ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : برنامهٔ جابز
(JOBS) ۴۸۹
کادر ۴ـ۱۶ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : برنامه‌های
پیشگیری اولیهٔ سلامت روان برای کودکان و
نوجوانان ۴۸۹
مقتدرسازی ۴۹۱
تنوع ۴۹۱
کادر ۵ـ۱۶ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی :
شان سی. تی. جونز ۴۹۲
مفاهیم مداخلهٔ اجتماعی ۴۹۳
سرزنش قربانی ۴۹۳

تمرکز بر راهبردهای مداخلاتی ۴۹۴
مشورت گرفتن ۴۹۴
بدیل‌های اجتماع‌نگر بستری کردن ۴۹۵
مداخله در اوایل کودکی ۴۹۶
خودیاری ۴۹۷
پیراحرفه‌ای‌ها ۴۹۷
اظهارات پایانی ۴۹۸
سوالاتی درباب تاثیرگذاری ۴۹۸
ارزش‌ها، قدرت و حقوق مدنی ۴۹۹
آموزش روان‌شناسان اجتماع‌نگر ۴۹۹
آیندهٔ پیشگیری ۵۰۰
خلاصهٔ فصل ۵۰۰
اصطلاحات کلیدی ۵۰۱
وب‌سایت‌های جالب ۵۰۲

فصل هفدهم: روان‌شناسی سلامتی و طب رفتاری ۵۰۳
دیدگاه‌ها و تاریخ ۵۰۴
تعاریف ۵۰۴
تاریخ ۵۰۵
رابطهٔ استرس، سبک زندگی و رفتار، شخصیت، حمایت ۵۰۷
اجتماعی و سلامتی ۵۰۷
دامنهٔ کاربردها ۵۱۲
روش‌های مداخله ۵۱۳
روش‌های پاسخگر ۵۱۳
روش‌های کنشگر ۵۱۴
روش‌های شناختی ـ رفتاری ۵۱۵
بازخورد زیستی ۵۱۷
پیشگیری از مشکلات سلامتی ۵۱۷
سیگار کشیدن ۵۱۷
کادر ۳ـ۱۷ : تمرکز روی مسائل حرفه‌ای : قومیت و نتایج سرطان ۵۱۸
سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل ۵۱۹
چاقی ۵۲۰
دیگر کاربردها ۵۲۱
کنار آمدن با اقدامات پزشکی ۵۲۱
رعایت رژیم‌ها ۵۲۲
مسیرهای آینده ۵۲۴
روندهای مراقبت بهداشتی ۵۲۴
مسائل آموزشی ۵۲۵
دیگر چالش‌ها ۵۲۶
کادر ۴ـ۱۷ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر بث ایی. مایروویتس ۵۲۷
خلاصهٔ فصل ۵۲۸
اصطلاحات کلیدی ۵۲۹
وب‌سایت‌های جالب ۵۳۰

فصل هجدهم: روان‌شناسی عصب‌نگر ۵۳۳
دیدگاه‌ها و تاریخ ۵۳۴
تعاریف ۵۳۴
نقش روان‌شناسان عصب‌نگر ۵۳۴
تاریخ روان‌شناسی عصب‌نگر ۵۳۵
کادر ۱ـ۱۸ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر بریک جانستون ۵۳۶
ساختار و کارکرد ۵۳۸
پیشایندها یا علل صدمهٔ مغزی ۵۳۹
پیامدها و نشانه‌های صدمهٔ عصب‌شناختی ۵۴۰
روابط مغز و رفتار ۵۴۱
کادر ۲ـ۱۸ : تمرکز بر کاربردهای بالینی ۵۴۲
تغییرات شخصیتی پس از مصدومیت مغزی : یک مورد نمونه ۵۴۲
روش‌های سنجش روانی عصبی ۵۴۳
رویکردهای اصلی ۵۴۳
تفسیر نتایج آزمون روانی عصبی ۵۴۳

روش‌های تشخیص عصبی ۵۴۴
حوزه‌های آزمون‌گیری از کارکرد شناختی ۵۴۴
مجموعه آزمون‌ها ۵۴۷
کادر ۳ـ۱۸ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : گزارش روانی‌عصبی کوتاه بر مبنای هالستید ـ ریتان و اطلاعات دیگر ۵۴۸
متغیرهای موثر بر عملکرد در آزمون‌های روانی‌عصبی ۵۴۹
مداخله و توانبخشی ۵۴۹
کادر ۴ـ۱۸ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : اندرو وگرزین ۵۵۰
کادر ۵ـ۱۸ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : روان‌شناسی عصب‌نگر میان‌فرهنگی ۵۵۲
اظهارات پایانی ۵۵۲
آموزش ۵۵۲
آینده ۵۵۳
کادر ۶ـ۱۸ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر پائولا زوفانتی ۵۵۴
خلاصهٔ فصل ۵۵۵
اصطلاحات کلیدی ۵۵۶
وب‌سایت‌های جالب ۵۵۷

فصل نوزدهم: روان‌شناسی قانونی ۵۵۹
دیدگاه‌ها و تاریخ ۵۶۰
تعاریف ۵۶۰
تاریخ ۵۶۰
کادر ۱ـ۱۹ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : مانستربرگ در دادگاه ۵۶۱
مسائل حرفه‌ای ۵۶۲
فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان قانونی ۵۶۳
شاهد متخصص ۵۶۳
پرونده‌های کیفری ۵۶۵
کادر ۲ـ۱۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر دیوید دیماتئو ۵۶۶
پرونده‌های مدنی ۵۶۸
حقوق بیماران ۵۷۰
کادر ۳ـ۱۹ : تمرکز بر کاربردهای بالینی، مباحثات قضایی : دارودرمانی اجباری ۵۷۱
پیش‌بینی خطرناک بودن ۵۷۱
درمان روان‌شناختی ۵۷۲
مشورت ۵۷۳
کادر ۴ـ۱۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر مارینا طلوع ـ شمس ۵۷۵
تحقیق و روان‌شناسی قانونی ۵۷۷
کادر ۵ـ۱۹ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : لیزی فاستر ۵۷۸
خلاصهٔ فصل ۵۸۰
اصطلاحات کلیدی ۵۸۰
وب‌سایت ۵۸۱

ضمیمه: راهنمای جامع ثبت نام در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی ۵۸۳
روان‌شناسی بالینی ۵۸۳
واقعاً می‌خواهید روان‌شناس بالینی شوید؟ ۵۸۴
مشاغل بالقوه و مدارک تکمیلی ۵۸۴
۱. مددکاری اجتماعی ۵۸۵
مددکاران اجتماعی چه کار می‌کنند؟ ۵۸۵
آموزش آنان چطور بود؟ ۵۸۵
۲. روان‌شناسی مدرسه ۵۸۵
روان‌شناسان مدرسه چه کار می‌کنند؟ ۵۸۵
آموزش آنان چطور است؟ ۵۸۶
۳. مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی ۵۸۶
مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی چیست؟ ۵۸۶

۴. روان‌شناسی مشاوره ۵۸۶
روان‌شناسی مشاوره چیست؟ ۵۸۶
آموزش‌های آن چیست؟ ۵۸۷
۵. روان‌پزشکی ۵۸۷
۶. روان‌شناسی بالینی ۵۸۸
مدرک .PH.D ۵۸۸
گزینهٔ «علم بالینی» در روان‌شناسی بالینی ۵۸۹
تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بالینی ۵۸۹
.Ph.D در برابر .Psy.D ۵۹۲
کجا و چه موقع ثبت‌نام کنیم ۵۹۳
فاصله گرفتن از دانشکده : نقاط قوت ۵۹۳
فاصله گرفتن از دانشکده : نقاط ضعف ۵۹۴
پیش از ثبت‌نام : ارتقای درخواست ۵۹۴
ثبت نام در برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی .. ۵۹۶
انتخاب دانشکده‌ها و اساتید ۵۹۶
امتحان تحصیلات تکمیلی عمومی ۵۹۸
امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی ۵۹۹
تماس با اساتید بالقوه ۵۹۹
توصیه‌نامه‌ها ۵۹۹
اظهاریهٔ شخصی ۶۰۰
بعد از پذیرش : فرایند پذیرش چگونه است ۶۰۲
پیشینهٔ تحصیلی ۶۰۲
جوربودن کلی با ارزش‌ها و تجارب آموزشی برنامهٔ مورد نظر ۶۰۳
جور بودن جزیی با استاد و برنامهٔ تحقیقاتی ۶۰۴
مصاحبه ۶۰۴
زمان‌بندی مصاحبه‌ها ۶۰۴
در این مصاحبه‌های چه اتفاقی می‌افتد؟ ۶۰۵
سوالاتی که از اساتید راهنمای بالقوهٔ خود می‌توانید بپرسید: ۶۰۶
سوالاتی که از دیگر دانشجویان می‌توانید بپرسید: ۶۰۶
حرف زدن دربارهٔ پژوهش ۶۰۷
دیگر مصاحبه‌ها ۶۰۹
عوامل دیگر ۶۰۹
پرسش‌ها و پاسخ‌های چهارگزینه‌ای ۶۱۳
نامنامه ۶۶۳
نمایه موضوعی ۶۷۵
منابع ۶۹۱



مقدمه

به‌هشتمین ویراست کتاب *روان‌شناسی بالینی* خوش آمدید! این کتاب تلاش دارد با نگاهی عمیق به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی را مستند سازد و بر روندهایی در این رشته تاکید کند که احتمالاً در سال‌های آینده آن را شکل خواهند داد. کتاب روان‌شناسی بالینی علاوه بر بررسی تاثیر فرهنگ، جنسیت و تنوع در رویکردهای درمانی و سنجشی، بر رویکردهای درمانی و سنجشی شواهد بنیاد تاکید می‌کند. نخستین تغییر بزرگی که در این کتاب مشاهده خواهید کرد، پیوستن دکتر میچ پرینستین[1] به مولف است. میچ تخصص و دیدگاه‌های مهمی را به این کتاب می‌افزاید. میچ علاوه بر آنکه متخصص آسیب‌شناسی کودک و نوجوان است، به‌سبب دستاوردهایش در روان‌شناسی بالینی، مشورت دادن به دانشجویان دارای مدرک کارشناسی برای پیدا کردن کار در رشته روان‌شناسی و آموزش دادن نسل بعدی روان‌شناسان بالینی معروف است. «تاثیرات» میچ را در سراسر این ویراستِ کتاب خواهید دید.

این ویراست کتاب روان‌شناسی بالینی همچون ویراست‌های قبلی آن به‌روز شده است تا تغییرات رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و شواهد تجربی جدید را در زمینهٔ ارزیابی رویکردهای اصلی پیشگیری، سنجش و درمان منعکس کند. در اینجا برخی از تغییرات عمدهٔ این کتاب را توضیح خواهیم داد.

روان‌شناسی بالینی: تعریفِ رشته

ویژگی‌های تعریف‌کنندهٔ روان‌شناسی بالینی چیست و کدام جنبه‌هایش، آن را یک تخصص بی‌همتا می‌کند؟ فصول یکم تا سوم، روان‌شناسی بالینی و ریشه‌های تاریخی آن را تعریف می‌کند و روان‌شناسی بالینی را با رشته‌های مربوط مقایسه می‌کند و به روندها و مشکلات آن (مثل مراقبت مدیریت‌شده، حق تجویز دارو، نوآوری‌های فن‌آوری) می‌پردازد که این رشته را تحت تاثیر قرار می‌دهند. همچنین، برای آنکه خوانندگان درک بهتری از تنوع آموزش‌ها در این رشته پیدا کنند، در خصوص انواع مدل‌های آموزشی برای روان‌شناسان بالینی اطلاعاتی داده خواهد شد. وانگهی در فصل سوم (و در سراسر کتاب) مشکلات مهم مربوط به چندفرهنگی‌گرایی و تنوع، بیان خواهد

1. Mitch Prinstein

شد. در مجموع در این کتاب به‌ویژه در فصل‌های سوم، یازدهم و شانزدهم توضیح خواهیم داد که روان‌شناس بالینی چه خدماتی در زمینهٔ سلامت روان ارائه می‌دهد که به فرهنگ حساس است.

مبانی علمی روان‌شناسی بالینی

مبنای علمی روان‌شناسی بالینی چیست و در این رشته از کدام روش‌های علمی استفاده می‌شود؟ روان‌شناسی بالینی بر هرچه علمی‌تر شدن سنجش و درمان و علمی‌بودن آنها تاکید می‌کند. در فصل چهارم، روش‌شناسی تحقیقات اصلی و اولیه در روان‌شناسی بالینی را توضیح می‌دهیم و در بقیهٔ فصول، برای رویکردهای سنجشی و مداخله‌ای، شواهد تجربی (و در برخی موارد، شواهد مخالف این رویکردها) را ذکر می‌کنیم. در همین فصل، ***دستورالعمل‌های اخلاقی*** سال ۲۰۰۲ انجمن روان‌شناسی امریکا (APA) را توضیح خواهیم داد که دربارهٔ تحقیق است. همان‌طور که پیشتر گفتیم، هر فصل به ارائه و تفسیر شواهد تجربی موجود درباره موضوع مورد بحث می‌پردازد، حال می‌خواهد سودمندی یک آزمون روانی باشد یا حمایت‌های موجود برای یک رویکرد درمانی و یا درستی کفایت یک نظریه.

سنجش بالینی

در این رشته از کدام روش‌ها برای سنجش بالینی استفاده می‌شود و کدامیک از این روش‌ها، پایه و اساس محکم‌تری دارند؟ فصول پنجم تا دهم، نگاه عمیقی به رویکردها و روش‌های اصلی سنجشیِ روان‌شناسان بالینی می‌اندازد؛ از جمله سنجش تشخیصی، مصاحبه، هوش‌آزمایی، شخصیت‌سنجی، سنجش رفتاری و قضاوت بالینی. در این ویراست به رویکردهای سنجشی جدید (مثل ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر یا همان WAIS-IV)، آخرین پیشرفت فن‌آوری (سنجش‌های اینترنت بنیاد) و همچنین مسئلهٔ اعتبار افزایشی آزمون‌ها و روش‌های روانی اشاره می‌شود.

مداخلات

مهم‌ترین درمان‌های شواهد بنیاد مورد استفادهٔ روان‌شناسان بالینی چیست؟ فصول یازدهم تا پانزدهم، الگوها و فنون مداخلاتی اصلی را توضیح می‌دهند. این فصول، به قضیهٔ اثربخشی و سودمندی این رویکردها نگاه دقیق و منتقدانه می‌کنند. در فصول شانزدهم تا نوزدهم نیز (که درباره تخصص‌ها در روان‌شناسی بالینی هستند)، در خصوص این مسائل بیشتر بحث می‌شود.

رویکردِ عمری

ویراست هشتم کتاب ***روان‌شناسی بالینی*** طوری بازنگری شده تا رویکردی عمری به این رشته داشته باشد. این ویراست، بر جوانان (در قالب روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان) و بزرگسالان (روان‌شناسی بالینی بزرگسالان) که موضوع تحقیقات، سنجش‌ها و درمان‌های این رشته‌اند، تمرکز گسترده‌ای می‌کند. تمام فصل‌های کتاب طوری بازنگری شده است که این دیدگاه در آنها لحاظ شده باشد.

تخصص‌ها در روان‌شناسی بالینی

در این ویراست، همچون ویراست‌های قبلی، چند مورد از تخصص‌های موجود در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی توضیح داده می‌شود از جمله: روان‌شناسی اجتماع‌نگر، روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری، روان‌شناسی عصب‌نگر و روان‌شناسی قانونی. به این دلیل روی این تخصص‌ها تمرکز می‌کنیم که ظرفیت رشد و توسعه دارند و برای دانشجویان و روان‌شناسان بالینیِ تحتِ آموزش جالب هستند.

دستورالعمل‌های اخلاقی

انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۲۰۰۲، نسخهٔ جدید ***دستورالعمل‌های اخلاقی*** را منتشر کرد. درباره این دستورالعمل‌ها در سراسر کتاب به‌ویژه در فصول سوم و چهارم بحث می‌کنیم. همچنین در فصل هشتم، مسئلهٔ روان‌آزمایی و قانون ناتوانایی‌ها در امریکا را توضیح خواهیم داد.

ویژگی‌های جدید

این ویراست کتاب روان‌شناسی بالینی ویژگی‌هایی دارد که باعث می‌شوند بر برخی از موضوعات و مسائل مهم بیشتر تمرکز کنید. اگر بخواهیم دقیق حرف بزنیم باید بگوییم کادرهایی با

عناوین (۱) تمرکز بر مسائل حرفه‌ای، (۲) تمرکز بر کاربردهای حرفه‌ای، (۳) دیدگاه روان‌شناسی بالینی و (۴) دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی داریم. در دو کادر اول به ترتیب، بر مسائل مربوط به حرفهٔ روان‌شناسی بالینی (در گذشته و حال) و کاربرد روان‌شناسی بالینی (مثل آزمون‌گیری، درمان و از این قبیل) تاکید می‌کنیم. در دو کادر بعدی نیز به ترتیب، دیدگاه‌های شخصی روان‌شناسان بالینی دربارهٔ مسائل عمومی رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و تخصص‌های آن و همچنین دیدگاه‌های شخصی در خصوص دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی و دانشجوی تکمیلی روان‌شناسی بالینی بودن را توضیح می‌دهیم.

یکی دیگر از ویژگی‌های جدید این ویراست، ضمیمه‌ای با عنوان مقدماتی دربارهٔ کاربرد برنامه‌های تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی بالینی است. امیدواریم این ضمیمه با مشخص کردن تفاوت‌های متخصصان سلامت روان، مدارک موجود در روان‌شناسی بالینی، تفاوت‌های برنامه‌های آموزشی مقاطع تکمیلی و روان‌شناسی بالینی و فرازونشیب کاربردها، به کسانی کمک کند که دنبال کار در رشته روان‌شناسی بالینی هستند.

روان‌شناسی بالینی و دیدگاه‌های دانشجوی تحصیلات تکمیلی

همان‌طور که کمی قبل گفتیم، یکی از ویژگی‌های جدید این ویراست کتاب ***روان‌شناسی بالینی***، طرح نظرات و دیدگاه‌های برخی از روان‌شناسان بالینی و دانشجویان تحصیلات تکمیلی این رشته است. علاوه بر روان‌شناسان بالینی، نظرات برخی از دانشجویان مقاطع تکمیلی را هم جویا شده‌ایم. به نظر ما توصیه‌ها و تجربه‌های کسانی که اخیراً این دوره‌ها را گذرانده‌اند و طعم سختی‌ها و پاداش‌های حضور در دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را چشیده‌اند، برای دانشجویان آتی روان‌شناسی بالینی مفید خواهد بود.

در مجموع در ویراست هشتم کتاب ***روان‌شناسی بالینی***، ۳۶ دیدگاه طرح شده که یازده دیدگاه آن به دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی مربوط است. در قسمت زیر اسامی این افراد را می‌خوانید.

روان‌شناسان بالینی

- جودیت بِک، *موسسهٔ شناخت درمانی و تحقیقات بک*
- یوسف بن ـ پوراث، *دانشگاه ایالتی کِنت*
- دایان چمبلس، *دانشگاه پنسیلوانیا*
- پاتریک دلیان، *ستادِ سِنای ایالات متحده*
- دیوید دیماتئو، *دانشگاه درکِسل*
- گرتا فرانسیس، *دانشگاه براون*
- هاوارد گارب، *مرکز پزشکی ویلفورد هال*
- لِسلی گرینبرگ، *دانشگاه یورک*
- کریستین هولی، *دانشگاه میزوری*
- استفن هِینز، *دانشگاه هاوایی*
- اِلین هایبی، *دانشگاه هاوایی*
- بریک جانستون، *دانشگاه میزوری*
- علی خدیوی، *مرکز پزشکی برانکس ـ لبنان*
- کِنِت لِوی، *ایالت پِن*
- اسکات لیلینفلد، *دانشگاه اِموری*
- ریچارد مکفال، *دانشگاه ایندیانا*
- بِث مایروویتز، *دانشگاه کالیفرنیای جنوبی*
- راندا رایتز، *گروه سلامت روان میزوری*
- کارن رودولف، *دانشگاه ایلینوی*
- مارتین سلیگمن، *دانشگاه پنسیلوانیا*
- کِنِت شِر، *دانشگاه میزوری*
- مارینا طلوع ـ شمس، *دانشگاه براون*
- الین واکر، *دانشگاه اِموری*
- توماس ویدیگر، *دانشگاه کنتاکی*
- پاولا تسوفانته، *خدمات روان‌شناسی عصب‌نگر کودکان، آلبانی نیویورک*

دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی

- جوزف بینی، *ایالت پن*
- دانیله بروشه، *ایالت کِنت*
- لیزی فاستر، *دانشگاه درکسل*
- جان گوئری، *دانشگاه کارولینای شمالی، چپل هیل*
- شان جونز، *دانشگاه کارولینای شمالی، چپل هیل*
- کریستین مالدونادو، *دانشگاه میزوری*

- الیزابت مارتین، *دانشگاه میزوری*
- جولیا مارتینز، *دانشگاه میزوری*
- دیوید واگنر، *دانشگاه میزوری*
- اندرو وگرزین، *دانشگاه میزوری*
- کاتالینا ولدارسکی مِننزز، *دانشگاه یورک*

برای موفقیت دانشجویان

درسنامه باید گیرا، روان و منظم باشد تا دانشجویان آن را به راحتی بفهمند و اطلاعاتش را به‌یاد بسپرند. به همین دلیل، چند ویژگی و مجموعه‌ای از امکانات اضافی در این ویراست لحاظ شده است. هر فصل با چند پرسش و رئوس مطالب فصل شروع می‌شود و با خلاصه، تعریف اصطلاحات کلیدی و وب‌سایت‌های جالب پایان می‌یابد.

این ویراست، ***راهنمای اساتید و آزمون‌نامه*** هم دارد. در راهنمای اساتید، خلاصهٔ موضوعات و پیشنهادهایی وجود دارد که برای بهبود نحوه ارائه مطالب در کلاس مفید هستند. همچنین این راهنما، فهرستی از امکانات ویدیویی و فیلم‌های موجود و تمرین‌ها و فعالیت‌های دانشجویی مرتبط با وب‌سایت‌های مورد نظر این کتاب را در خود جای داده است.

آیندهٔ روان‌شناسی بالینی

ما برای روان‌شناسی بالینی، آیندهٔ روشنی متصوریم که در آن، روان‌شناسان بالینی به آموزش دیدن دقیق در زمینهٔ روش‌های تحقیق و رویکردهای سنجشی و درمانی شواهدبنیاد ادامه می‌دهند. در ضمن باید روندهای بازار را نیز پیش‌بینی کنیم. یکی از روندهای مهم این است که روان‌شناسان بالینیِ دارای مدرک دکترا برای ارائه خدمات مستقیم (مثل روان‌درمانگری) کمتر فراخوانده می‌شوند. مراقبت مدیریت‌شده (و کاهش بازپرداخت‌های مربوط به درمانگران دارای مدرک دکترا) باعث شده ارائه خدمات مستقیم، جذابیت خود را برای روان‌شناسان بالینی از دست بدهد. همچنین، حوزهٔ سلامت روان را خدمات رشته‌های دیگر اشباع کرده است. در اکثر موارد هم حرفه‌های دیگر سلامت روان، هزینهٔ کمتری بابت خدمات خود می‌گیرند. اما آموزش دقیق تحقیق و آموزش سنجش و درمان شواهدبنیاد که معرف روان‌شناسی بالینی است، در چنین سناریویی مزیت محسوب می‌شود. روان‌شناسان بالینی به تدریج به سوی نظارت بر آموزش کسانی پیش می‌روند که خدمات مستقیم می‌دهند و اثربخشی مداخلات آنها را ارزیابی خواهند کرد.

تشکر و قدردانی

شکرگزارم که همسری حمایتگر و مهربان به نام مِگ و دو دختر فوق‌العاده به نام‌های مولی و جینی دارم. از حمایت و دوستی همکارانم که روان‌شناس بالینی هستند، به‌ویژه کِنی شِر و تام ویدیگر هم شاکرم. بالاخره به رِین رونسی می‌رسیم که منبع دوستی و الهام‌بخش بزرگی بوده است. رِی از تو متشکر!

همیشه مرهون و ممنون همسر و دختربچهٔ بامزه‌ام هستم که الهام‌بخش و مهربان بوده‌اند. همچنین به اساتیدم، دکتر آنت لاگرکا و تونی اسپیریتو، مدیونم چون به این رشته بسیار متعهد بوده‌اند و درس‌هایی به من داده‌اند که هم‌اکنون به روان‌شناسی بالینی «پس می‌دهم».

در ضمن بسیار خوش‌شانس هستیم که کارمندان انتشارات Cengage Learning را داریم. به‌ویژه از جسیکا آلدرمن و جیمی پرکینز به سبب تلاش‌ها و راهنمایی‌هایشان در تدوین این ویراست کتاب تشکر می‌کنیم.

همچنین از کسانی تشکر می‌کنیم که قبول کردند «نیمرخ زندگی» آنها را در این کتاب بیان کنیم. اظهارنظرهای آنها واقعاً به «نشاط» روان‌شناسی بالینی کمک می‌کند.

بازخوردها و اظهارنظرهای مرورکنندگان فصول این کتاب هم بسیار مفید هستند، از جمله بازخوردها و اظهارنظرهای لئوناردو برنز از ***دانشگاه واشینگتن***؛ گلن کالاگان از ***دانشگاه ایالتی سن خوزه***؛ کریس کوریا از ***دانشگاه ابورن***؛ جنی ام. کاندیف از ***دانشگاه یوتا***؛ ریگن گورنگ از ***دانشگاه ویسکانسین در گرین بِی***؛ بارب جی ـ هاینه از ***دانشگاه کالیفرنیا در اروایـن***؛ جین هیل از ***دانشگاه هایلندز نیومکزیکو***؛ سیندی لوماتی از ***دانشگاه اوهایو ـ در چیلیکوتی***؛ جنیفر مولنکمپ از ***دانشگاه ویسکانسین در اوکلیر***؛ کِیت رنشاو از ***دانشگاه یوتا***؛ دنیس اسلون از ***دانشگاه بوستون***؛ جاسپر اسمیتس از ***دانشگاه سادرن متودیست***؛ مری اسپیرز از ***دانشگاه درکسل***؛ دیوید تاپر از ***دانشگاه کلیولند***؛ داستین وایگنت از ***دانشگاه کتاکی شرقی***؛ اریک یانگستروم از ***دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل***.

بخش اول



مبانی روان‌شناسی بالینی

۱ روان‌شناسی بالینی: مقدمه

۲ مرور تاریخی روان‌شناسی بالینی

۳ مسائل جاری روان‌شناسی بالینی

۴ روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی

۵ تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی

۱



روان‌شناسی بالینی

مقدمه

سوالات مهم

۱. روان‌شناسی بالینی چه فرقی با دیگر حرفه‌های سلامت روان دارد؟

۲. روان‌شناسی بالینی چطور تحقیق و عمل (کارِ بالینی) را در هم ادغام می‌کند؟

۳. کدام روندهای فعلی بر نقش‌های آینده روان‌شناسی بالینی تاثیر می‌گذارند؟

۴. مولفه‌های اصلی برای برنامهٔ دکترای روان‌شناسی بالینی چیست؟

۵. صلاحیت‌های عمومی لازم برای تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی چیست؟

رئوس مطالب فصل

روان‌شناسی بالینی چیست؟

حرفه‌های نزدیک به روان‌شناسی بالینی در حوزهٔ سلامت روان

روان‌پزشکان

کادر ۱ـ۱: مسائل حرفه‌ای: آیا اعطای حق تجویز دارو به روان‌شناسان بالینی درست است؟

روان‌شناسان مشاور

دیگر متخصصان سلامت روان

حرفه‌ها و عناوینی که دولت تنظیم و تصویب نمی‌کند

روان‌شناس بالینی

فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی

مراکز استخدامی

یک هفته از زندگی دکتر کارن سی

پاره‌ای نکات جمعیت‌شناختی

تحقیق و سنت علمی

آموزش: به سوی هویت بالینی

مرور

برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی

کادر ۲ـ۱: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جولیا مارتینز

حرفه‌ای در حال تحرک

زنان در روان‌شناسی بالینی

الگوهای آموزشی

عمل بالینی

تحمل ابهام و عطش برای دانش جدید
خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

روان‌شناسی بالینی چیست؟

روان‌شناس بالینی کیست؟ اگرچه به نظر می‌رسد رسانه‌ها سیلی از تصاویر واقعی و خیالی از روان‌شناسان بالینی را بر سر ما سرازیر کرده‌اند اما مردم هنوز دربارهٔ کار روان‌شناسان و پیشینه تربیتی آنها نسبتاً سردرگم‌اند. شاید این سردرگمی خیلی هم تعجب‌آور نباشد؛ چون روان‌شناسان بالینی از نظر سن، جنسیت، گرایش نظری و نقش‌هایشان، گروه ناهمگنی هستند (نورکراس، کارپیاک و سانتورو[1]، ۲۰۰۵). تعدد عناوین متولیان روان‌درمانگری (مثل عنوان روان‌درمانگر یا روانکاو) یا محققان روان‌شناسی (مثل پروفسور یا دانشمند بالینی) نیز مردم را همین‌قدر گیج می‌کند. اما همهٔ این عناوین نشان نمی‌دهند که یک نفر، روان‌شناس بالینی است. در واقع انجمن روان‌شناسی بالینی امریکا و هیئت‌های صادرکنندهٔ گواهینامهٔ ایالتی و استانی امریکای شمالی، عنوان «روان‌شناسی بالینی» را دربارهٔ گروه بسیار خاصی از متخصصان به کار می‌برند که آموزش‌های خاصی دیده‌اند و صلاحیت‌های ویژه‌ای دارند (مواردی که در زیر، آنها را بیشتر توضیح می‌دهیم).

روان‌شناسی بالینی، رشتهٔ گیج‌کننده‌ای است و اغلب درباره آن سوءتفاهم پیش می‌آید. مردم باگذشت این همه سال، هنوز روان‌شناس بالینی را با اشخاص دارای دکترای پزشکی/روان‌پزشکی اشتباه می‌گیرند. عده‌ای هم هنوز روان‌شناسی بالینی را همان روانکاوی می‌دانند. برخی هم روان‌شناسان بالینی را دکترهای افسونگری و عده‌ای آنها را عجیب و غریب می‌دانند. خوشبختانه عده زیادی هم هستند که روان‌شناسان بالینی را محقق، عضو انجمن‌های حرفه‌ای معتبر و ارائه‌دهندهٔ خدمات مهم انسانی می‌دانند.

جی. اچ. رسنیک[2] (۱۹۹۱) در تعریف و توصیف روان‌شناسی بالینی این‌گونه می‌گوید:

> رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، به تحقیقات، تعلیمات و خدمات مرتبط با کاربرد اصول، روش‌ها و رویه‌هایی می‌پردازد که فهم، پیش‌بینی و کاهش ناسازگاری، ناتوانی و ناراحتی‌های عقلانی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری مراجعان مختلف را ممکن می‌کنند. (ص ۷)

طبق تعریف رسنیک، مهارت‌های اصلی مورد نیاز در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی عبارتند از: سنجش و تشخیص، مداخله و درمان، مشورت دادن، تحقیق و کاربرد اصول اخلاقی و حرفه‌ای. وجه ممیزهٔ روان‌شناسان بالینی، تخصص آنها در حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی، شخصیت و ادغام علم، نظریه و عمل است.

تعریف جدیدتر روان‌شناسی بالینی را در صفحهٔ وب شعبه ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا (یا همان جامعهٔ روان‌شناسی بالینی)[3] می‌خوانیم:

> رشتهٔ روان‌شناسی بالینی برای مفهوم‌پذیر و پیش‌بینی‌پذیر شدن و کاهش ناسازگاری، ناتوانی و ناراحتی، و همچنین ارتقای انطباق‌پذیری، سازگاری و رشد شخصیتی [انسان‌ها]، علم و نظریه و عمل را ادغام می‌کند. روان‌شناسی بالینی بر جنبه‌های عقلانی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاریِ کارکرد انسان در طول عمرش در فرهنگ‌های مختلف و تمامی سطوح اجتماعی اقتصادی تمرکز می‌کند.

روان‌شناسان بالینی با افراد مختلفی، از نوزاد تا سالمند، کار می‌کنند. آنها می‌توانند روی خود افراد، خانوادهٔ آنها و کارکنان مدارس، متولیان مراقبت‌های بهداشتی و هر گروه و اجتماع دیگری کار کنند. روان‌شناسان بالینی اغلب در محیط‌ها و مراکز بزرگی همچون دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، دفاتر و مراکز درمانی خصوصی یا در مراکز پزشکیِ گروهی کار می‌کنند. دارندگان مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی در میان دارندگان مدارک دیگر حوزهٔ سلامت روان و رشته‌های مرتبط، توانایی‌های

---

1. Norcross, Karpiak and Santoro
2. J.H. Resnick
3. www.div12.org/about-clinical-psychology به نشانی

بیشتری دارند؛ چون این مدارک باعث می‌شوند فرصت‌های شغلی بیشتری در اختیار آنها قرار گیرد.

هرچند این تعاریف، وظایف و مهارت‌های روان‌شناسان بالینی را نشان می‌دهد، باید نظر دیگران درباره این حرفه را نیز بدانیم و هرگونه تصور غلط دربارهٔ آن را تصحیح کنیم. هدف اصلی فصل اول، روشن کردن ماهیت روان‌شناسی بالینی از طریق توصیف کارهای روان‌شناسان و محل انجام این کارها، نحوهٔ روان‌شناس بالینی شدن آنها و فرق آنها با دیگر متخصصانی است که با سلامت روان مردم سر و کار دارند. در این میان باید درک بهتری از رشتهٔ روان‌شناسی بالینی پیدا کنیم.

حرفه‌های نزدیک به روان‌شناسی بالینی در حوزهٔ سلامت روان

پیش از بررسی ماهیت روان‌شناسی بالینی، اجازه دهید برخی از حرفه‌های اصلی موجود در حوزهٔ سلامت روان را به‌اختصار توضیح دهیم. از آنجا که بیشتر سردرگمی‌ها درباره مقایسهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی و روان‌شناسی مشاوره است، بحث خود را بیشتر بر این حرفه‌ها متمرکز می‌کنیم. از این طریق، خصوصیات ممتاز و متمایزکنندهٔ روان‌شناسی بالینی بهتر توضیح داده خواهد شد.

روان‌پزشکان

روان‌پزشک، در واقع پزشک است. ریشهٔ روان‌پزشکی، به سنت پزشکی برمی‌گردد و در چهارچوب طب سازمان‌یافته و تشکیلاتی قرار می‌گیرد. بنابراین روان‌پزشکان معمولاً در راستای قدرت و جایگاه حرفهٔ پزشکی عمل می‌کنند، هرچند میراث عقلانی آنها به مساعدت‌های غیرپزشکی فروید، یونگ، آدلر و دیگران برمی‌گردد. اگرچه آنها پزشک بودند ولی از قلمروی سنت پزشکی بیرون رفتند و نظام تفکر روانکاوانه را پایه‌ریزی کردند که ربط چندانی به پزشکی ندارد. حرفهٔ روان‌پزشکی با بی‌پروایی و تاثیرگذاری خود، جایگاه برتر را در سلسله‌مراتب حرفه‌های سلامت روان اشغال کرده و بخش زیادی از بحث‌ها و استدلال‌های آن، بر پایهٔ پیشینهٔ پزشکی این حرفه است. روان‌پزشکی همسو با ریشه‌های پزشکی‌اش، آسیب‌شناسی روانی را «بیماری» روانی و دارای علل (عمدتاً زیست‌شناختی) می‌داند که بهترین راه درمان آن، مصرف داروهای روان‌گردان است.

روان‌پزشکان مثل دیگر پزشکان، ابتدا دورهٔ پزشکی عمومی را می‌گذرانند. آنها به دلیل گذراندن آموزش پزشکی، مهارت یک پزشک را دارند. روان‌پزشکان می‌توانند دارو تجویز کنند، ناخوشی‌های بدنی را درمان کنند و معاینات بدنی انجام دهند. آنها علاوه بر آموزش دیدن در زمینهٔ روان‌درمانگری و تشخیص روان‌پزشکی، برای درمان مشکلات بیماران، در سطح وسیعی داروهای مختلف تجویز می‌کنند. وانگهی، آموزش‌هایی که در زمینهٔ پزشکی دیده‌اند به آنها کمک می‌کند مشکلات پزشکی دخیل در ناراحتی‌های روانی بیماران را بهتر تشخیص دهند. اما همان‌طور که در کادر ۱ ـ ۱ می‌خوانید، این مرزهای سنتی بین روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در آینده بیشتر رنگ خواهد باخت.

کسی که قرار است روان‌پزشک شود پس از اخذ مدرک پزشکی و گذراندن دورهٔ انترنی پزشکی که برای تمام پزشکان ضروری است، در یک دورهٔ رزیدنتی چهارساله، آموزش روان‌پزشکی می‌بیند. این دورهٔ کارآموزی، شامل کارِ تحت نظارت با بیماران در مراکز سرپایی یا بیمارستانی، همراه با سمینار، مطالعه، بحث و فعالیت‌های مرتبط است. مقدار کارِ درسی روان‌پزشکی متغیر است ولی تجربهٔ آموزشی اصلی، درمان بیماران، زیر نظر یک روان‌پزشک باتجربه‌تر است.

توصیف زیر درباره یک روان‌پزشک در صفحهٔ وب HealthyMinds.org[1] آمده است که مربوط به انجمن پزشکی امریکا است:

> **روان‌پزشک، پزشکی است که در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌های روانی، از قبیل اختلالات مصرف مواد تخصص دارد. روان‌پزشکان صلاحیت سنجش جنبه‌های ذهنی و بدنی اختلالات روانی را دارند. روان‌پزشک، دانشکدهٔ پزشکی را پشت سر گذاشته است (یعنی مدرک M.D. یا D.O. دارد) و**

---

۱. به‌نشانی:
www.healthyminds.org / Main-Topic/What-is-a-Psychiatrist.aspx

چهار سال هم آموزش رزیدنتی روان‌پزشکی دیده است... روان‌پزشکان از آنجا که پزشک هستند، در کنار مصاحبه/بحث با بیماران می‌توانند دستور اجرای انواع آزمایش‌های پزشکی و آزمون‌های روانی را بدهند و این آزمایش‌ها و آزمون‌ها را اجرا کنند تا تصویری از وضعیت و حالت بدنی و ذهنی بیمار ترسیم شود. آنها به سبب تحصیلات، آموزش‌ها و تجارب بالینی خود، رابطهٔ پیچیده بیماری‌های هیجانی و بیماری‌های طبی را می‌فهمند، داده‌های پزشکی و روان‌شناختی را ارزیابی می‌کنند، تشخیص می‌دهند و با همکاری بیمار، برنامه‌ای درمانی طراحی می‌کنند.

روان‌شناسان بالینی برخلاف روان‌پزشکان، آموزش پزشکی چندانی نمی‌بینند؛ اما در زمینهٔ اصول روان‌شناختیِ رفتار انسان، سنجش رسمی کارکرد روانی و روش‌های علمی تحقیق، آموزش زیادی می‌بینند. روان‌شناسان بالینی همچنین در زمینهٔ روان‌درمانگری (یعنی «صحبت»درمانی در مقابل دارودرمانی) آموزش فراگیری می‌بینند و بیشتر احتمال دارد آسیب‌شناسی روانی را پیامد تعامل پیش‌زمینه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و تجارب محیطی افراد بدانند.

کادر ۱ـ۱: مسائل حرفه‌ای: آیا اعطای حق تجویز دارو به روان‌شناسان بالینی درست است؟

چند دهه بود که برخی روان‌شناسان بالینی امیدوار بودند سرانجام حق نسخه‌نویسی و تجویز دارو که روان‌پزشکان سال‌های طولانی است از آن برخوردارند، به آنها هم اعطا شود (مک‌گراث[1]، ۲۰۰۹). آنها به‌ویژه می‌خواهند داروهای روان‌گردانی تجویز کنند که بر فعالیت‌های ذهنی، خلق یا رفتار تاثیر می‌گذارند. اما برخی دیگر توصیه می‌کنند باید محتاط بود. آنها می‌گویند دلیل شکوفایی روان‌شناسی بالینی، تفاوت آن با روان‌پزشکی است. روان‌شناسان بالینی، مهارت‌های بی‌نظیری در روان‌سنجی دارند. آنها حرفه‌ای ساخته‌اند که مبنای علمی محکمی دارد. بنابراین تقلید از روان‌پزشکی از طریق تلاش نابخردانه برای تجویز دارو احتمالاً منحصربه‌فرد بودن روان‌شناسی بالینی را نابود می‌کند.

روان‌شناسان بالینی معمولاً به مراجعان مشکل‌دار خود می‌گویند باید خودمختار شوند و در مقام مراجعه‌کننده، برای تغییر، با درمانگر همکاری کنند. این در حالی است که روان‌پزشکان از سنت اقتدارگرایانه‌تری پیروی می‌کنند. پزشک، متخصصی است که به بیماران می‌گوید چه مشکلی دارند و سپس برای کم کردن رنج آنها و ساختن زندگی بهتر، دارو تجویز می‌کند. روان‌شناسان بالینی به‌طور سنتی دنبال درمان‌های روان‌شناختی بوده‌اند نه درمان‌های زیست‌شناختی. مرام‌نامهٔ روان‌شناسان بالینی در خصوص مشکلات روانی، «زندگی بهتر از طریق تغییر شیمی» نیست. اگرچه عدهٔ کمی از روان‌شناسان بالینی معتقدند در نهایت، بیشتر بیماران باید یاد بگیرند مشکلات هیجانی و رفتاری خود را با روش‌های روان‌شناختی برطرف کنند. حرف آخر این است که گویا این رشته هم‌اکنون دربارهٔ ارزشمندی حق تجویز دارو، با اختلاف‌نظرهایی مواجه است.

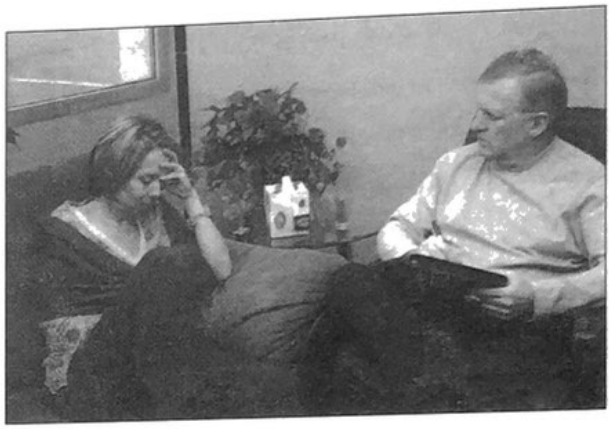
البته با وجود این دوگانگی، انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۹۵۵ رسماً از این حق دفاع کرد (مارتین[2]، ۱۹۹۵). این تحول، تبعات تلویحی مهمی برای تحقیق، آموزش و عمل داشت. به‌عنوان مثال، برای آماده‌سازی روان‌شناسان بالینی به‌منظور اجرای این نقش جدید باید تغییرات عمده‌ای در آموزش‌های مقطع تحصیلات تکمیلی صورت گیرد.

بدیهی است که آموزش‌ها دست‌کم باید یک سال طولانی‌تر شوند تا در این حیطهٔ جدید به دانشجویان آموزش‌های مقدماتی داده شود. در برخی موارد نیز برنامه‌های آموزشی باید از اساس تغییر کنند. در حال حاضر به نظر می‌رسد تخصص لازم برای حق تجویز دارو در سطح فوق دکترا (یعنی بعد از اخذ مدرک PH.D یا Psy.D) کسب خواهد شد. بیشتر روان‌شناسان بالینی قبول دارند که تصمیم انجمن روان‌شناسی امریکا برای تعقیب حق تجویز دارو، تاثیر ماندگاری بر این رشته خواهد گذاشت. اینکه تاثیر مورد نظر مثبت خواهد بود یا منفی، هنوز معلوم نیست. در فصل سوم، در این باره بیشتر صحبت خواهیم کرد.

روان‌پزشکی دیگر اعتبار و شهرت سابق را ندارد. از سال ۱۹۷۰ به بعد، درصد فارغ‌التحصیلان پزشکی، که دوره‌های رزیدنتی روان‌پزشکی را انتخاب می‌کنند کم شده ولی در پنج سال اخیر، بین ۴/۱ تا ۴/۶ درصد باقی مانده است (مورَن[3]، ۲۰۱۱). در سال ۲۰۱۱، ۶۴۰ نفر از فارغ‌التحصیلان دانشکدهٔ

1. McGrath 2. Martin 3. Moran

پزشکی در برنامهٔ رزیدنتی روان‌پزشکی شرکت کرده بودند. تخصص‌های دیگر پزشکی، مثل طب خانواده، طب اطفال و طب داخلی، برخلاف روان‌پزشکی، رشد زیاد و معناداری داشته‌اند (مورَن، ۲۰۱۱). همچنین، درصد بالایی از کسانی که وارد برنامه‌های رزیدنتی ایالات متحده می‌شوند، یعنی تقریباً ۴۰ درصد آنها در پنج سال گذشته از دانشجویان دانشکده‌های پزشکی کشورهای دیگر بوده‌اند (مورَن، ۲۰۰۱، ۲۰۰۷).



روان‌پزشکان، پزشک متخصص سلامت روان هستند.

دلایل این کاهش علاقه‌مندی به روان‌پزشکی، به‌ویژه در میان دانشجویان پزشکی ایالات متحدهٔ امریکا، تاکید روزافزون روان‌پزشکی بر رویکردهای زیست‌شناختی (که نتیجه‌اش شبیه‌تر شدن این رشته به تخصص‌های دیگر پزشکی بوده)، تاثیر اقتصادی مدیریت مراقبت‌شده بر روان‌پزشکی‌گری و افزایش رقابت‌جویی تخصص‌های دیگر حوزهٔ سلامت روان، از جمله روان‌شناسی بالینی، بوده است. در نتیجه، بسیاری از روان‌پزشکان، بیماران خود را تحت درمان فراگیر قرار نمی‌دهند و با بیماران، قرارهای «مدیریت مصرف دارو» می‌گذارند که جلسات کوتاه‌مدت (یک‌ربعی) است (برای مثال مراجعه کنید به هریس[1]، ۲۰۰۱). در روان‌پزشکی بیش از روان‌شناسی بالینی، مجال برای کار عمیق روی کسانی که نشانه‌های روان‌شناختی دارند، و فرصت برای تعلیم مهارت‌های رفتاری کاهندهٔ نشانه‌ها و پیشگیری‌کننده از نشانه‌ها، کم شده است.

همان‌طور که در کادر ۱ ـ ۱ گفتیم، نبرد اصلی حرفهٔ روان‌پزشکی این است که حق تجویز دارو به متخصصان غیرپزشک از جمله به روان‌شناسان بالینی اعطا نشود (کاچنیگ[2]، ۲۰۱۰؛ رابینوویتز[3]، ۲۰۰۸). برخی هم اعطای حق تجویز دارو به روان‌شناسان در چند ایالت (مثل ایالت نیومکزیکو و لوئیزیانا) و این را که بسیاری از پزشکان در زمینهٔ تجویز داروهای روان‌پزشکی، دیگر به روان‌پزشکان اتکا نمی‌کنند، علامت «سقوط روان‌پزشکی» به‌مثابه یکی از تخصص‌های پزشکی می‌دانند (کوچر[4]، ۲۰۰۷). البته سقوط کردن یا نکردن روان‌پزشکی هنوز معلوم نیست. اما شکی نیست که رشتهٔ روان‌پزشکی هم‌اکنون بحران هویت دارد (کاچنیگ، ۲۰۱۰؛ تسر[5]، ۲۰۰۸).

روان‌شناسان مشاور

فعالیت‌های *روان‌شناسان مشاور* نیز با فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی همپوشانی دارد. روان‌شناسان مشاور به‌طور سنتی با افرادی کار می‌کنند که بهنجارند یا ناسازگاری خفیف دارند. کار آنها می‌تواند به صورت مشاورهٔ گروهی یا انفرادی باشد. روش اصلی آنها در سنجش معمولاً مصاحبه است، ولی روان‌شناسان مشاور، آزمون‌گیری هم می‌کنند (برای مثال، توانایی‌سنجی، شخصیت‌سنجی، علاقه‌سنجی و استعدادسنجی شغلی می‌کنند). روان‌شناسان مشاور از نظر تاریخی بر مشاورهٔ تحصیلی و شغلی، آن هم عمدتاً با گرایش شخص‌محوری و انسان‌گرایی متمرکز شده‌اند. ولی در حال حاضر، روان‌شناسان مشاور، گرایش‌های نظری متنوع‌تری (مثل گرایش شناختی ـ رفتاری یا روان‌پویشی) پیدا کرده‌اند و مراجعان را در تمام مقاطع سنی درمان می‌کنند.

روان‌شناسان مشاور به‌طور سنتی معمولاً در مراکز آموزشی، به‌ویژه در کالج‌ها و دانشگاه‌ها، کار می‌کنند. اما روان‌شناسان مشاور (همچون روان‌شناسان بالینی) در بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی، درمانگاه‌های سلامت روان و صنایع هم کار می‌کنند. مقاله‌ای با عنوان «مرکز مشاوره پاسخگوی نیازهای دانشجویان متأهل است» که در یکی از روزنامه‌های دانشگاهی چند سال

---

1. Harris
2. Katschnig
3. Rabinowitz
4. Koocher
5. Tasar

قبل چاپ شد، نمونه‌ای از کارهای مفیدی است که روان‌شناسان مشاور در مراکز آموزشی انجام می‌دهند. در این مقاله جلسات مشاورهٔ گروهی برای دانشجویان متأهل دارای بچه شرح داده شده که قرار است به مشکلات ناشی از بچه داشتن و تأهل بر سر راه تحصیل‌شان رسیدگی کند.

روان‌شناسان مشاور در مجموع این خدمات را ارائه می‌کنند: (الف) درمان پیشگیرانه، (ب) مشورت دادن، (ج) تهیهٔ برنامه‌های امدادی، (د) مشاورهٔ شغلی، (ه) مشاوره/درمان کوتاه‌مدت از یک تا پانزده جلسه. اما مشاوران این روزها هرچه بیشتر درگیر فعالیت‌هایی مثل روان‌درمانگری انفرادی و حتی روان‌آزمایی می‌شوند که به‌طور سنتی جزء کارهای روان‌شناسان بالینی است. امروزه علاقهٔ روان‌شناسان مشاور به مشاورهٔ شغلی و حرفه‌ای کم شده و روان‌شناسان مشاور بیشتر به مشاوره‌های خصوصی علاقه نشان می‌دهند.

هرچند بین روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مشاوره شباهت‌هایی است، اما این دو تفاوت‌هایی هم دارند (نورکراس، سِیت و مِین [1]، ۲۰۰۸). رشتهٔ روان‌شناسی بالینی از لحاظ داشتن متخصصان دارای درجهٔ دکترا و برنامه‌های آموزشی معتبر مقطع دکترا بسیار جلوتر است. تعداد برنامه‌های معتبر دورهٔ دکترای آن تقریباً سه برابر و تعداد فارغ‌التحصیلان آن چهار برابر رشتهٔ روان‌شناسی مشاوره است. برنامه‌های آموزشی مشاوره، برخلاف بیشتر برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی، کمتر در گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها گنجانده می‌شود. در عوض، برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی مشاوره عمدتاً در گروه یا دانشکدهٔ تعلیم و تربیت اجرا می‌شود. سرانجام، همان‌طور که در قسمت بالا گفته شد، روان‌شناسان مشاور، بیشتر به مراجعانی خدمات می‌دهند که اختلال یا ناسازگاری خفیف دارند و تخصص اصلی آنها عمدتاً در زمینهٔ سنجش شغلی یا حرفه‌ای است. نورکراس، سِیت، مِین، کارگ و تورکسون [2] (۱۹۹۸) برخی تفاوت‌های دیگر برنامه‌های دورهٔ دکترای روان‌شناسی بالینی و مشاوره را هم برمی‌شمرند از جمله:

- با وجود مشابه بودن میزان پذیرش، تعداد متقاضیان برنامه‌های بالینی تقریباً دو برابر است.
- میانگین نمرات امتحان تحصیلی تکمیلی دانشجویان پذیرفته‌شدهٔ برنامه‌های بالینی قدری از میانگین نمرات پذیرفته‌شدگان برنامه‌های مشاوره بیشتر است.
- برنامه‌های دورهٔ دکترای مشاوره، درصد بیشتری دانشجوی اقلیت قومی و دانشجوی دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌گیرد.
- تحقیقات اعضای هیئت علمی در برنامه‌های دکترای مشاوره عمدتاً در زمینهٔ مسائل اقلیت‌ها مسائل میان‌فرهنگی و آزمون‌های شغلی است.
- تحقیقات اعضای هیئت علمی در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی عمدتاً در مورد اختلالات روانی، روان‌شناسی بالینی سلامتی و روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان است.

انجمن روان‌شناسی امریکا حدود ۷۰ برنامهٔ آموزشی دورهٔ دکترای روان‌شناسی مشاوره را تایید کرده و در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ حدود ۳۶۰ مدرک دکترای روان‌شناسی مشاوره صادر شده است (کوهات و ویچرسکی [3]، ۲۰۱۰).

دیگر متخصصان سلامت روان

مددکاران اجتماعی بالینی . فعالیت‌های حرفه‌ای *مددکاران اجتماعی* که آموزش بالینی دیده‌اند، شبیه فعالیت‌های حرفه‌ای روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی است. بسیاری از مددکاران اجتماعی، روان‌درمانگری انفرادی و گروهی می‌کنند و در فرایند تشخیص‌گذاری موثرند. جالب اینجا است که تعداد مددکاران اجتماعی بالینی از مجموع تعداد روان‌پزشکان، روان‌شناسان و روان‌پرستاران بیشتر است! وب‌سایت انجمن ملی مددکاران اجتماعی [4] حرفهٔ مددکاری اجتماعی را این‌گونه تعریف می‌کند:

> **مددکاران اجتماعی حرفه‌ای، به افراد، گروه‌ها یا جمعیت‌ها کمک می‌کنند ظرفیت کارکرد اجتماعی خود را بازیابند یا ارتقا دهند. همزمان وضعیت اجتماعی**

1. Norcross, Sayette and Mayne
2. Karg and Turkson
3. Kohut and Wicherski

۴. به‌نشانی زیر مراجعه کنید:

www.naswdc.org/pressroom/features/general/profession.asp

مناسبی برای تحقق این هدف‌ها فراهم می‌کنند. مددکاری اجتماعی در گرو دانش داشتن در خصوص رشد و رفتار انسان، موسسات [یا نهادهای] اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و تعامل این عوامل با هم است.

مددکاران اجتماعی در سال‌های گذشته به نیروهای اجتماعی و عوامل بیرونی دخیل در مشکلات بیماران رسیدگی می‌کردند. آنها شرح حال می‌گرفتند، با کارفرماها و بستگان آنها مصاحبه می‌کردند، شرایط لازم برای پیداکردن جایگاه شغلی را فراهم می‌آوردند؛ روان‌پزشکان هم بیماران را تحت روان‌درمانی قرار می‌دادند و روان‌شناسان بالینی از بیماران آزمون می‌گرفتند. ولی در سال‌های اخیر، مرز میان نقش‌های حرفه‌ای پیش گفته کم‌رنگ شده است.



مددکاران اجتماعی معمولاً بر تعیین‌کننده‌های خانوادگی و اجتماعی مشکلات روانی تمرکز می‌کنند.

شاید پیوند نزدیک مددکاران اجتماعی بالینی با روان‌پزشکان و روان‌شناسان بود که باعث شد بسیاری از مددکاران اجتماعی از تمرکز بر عوامل اجتماعی و محیطی بکاهند و بیشتر به عوامل روان‌شناختی دخیل در مشکلات فرد و خانواده علاقه‌مند شوند. صرف‌نظر از این قضیه، مددکاران اجتماعی که آموزش بالینی دیده‌اند معمولاً مثل همکاران روان‌شناس و روان‌پزشک خود، بسیاری از فعالیت‌های روان‌درمانگرانهٔ آنها را انجام می‌دهند. اما با این حال مددکاران اجتماعی هنوز بیشتر بر تعیین‌کننده‌های خانوادگی و اجتماعی آسیب‌شناسی روانی متمرکزند.

حرفهٔ مددکاری اجتماعی، پیشگام استفاده از کارِ میدانی تحت نظارت، به منزلهٔ ابزار آموزشی دانشجویان بوده است. کار میدانی بخشی از برنامهٔ آموزشی مقطع کارشناسی ارشد است (که معمولاً مدرک نهایی مددکاران اجتماعی محسوب می‌شود) و در حالت معمول، دو سال طول می‌کشد. آموزش مددکاری اجتماعی در مقایسه با آموزش روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان نسبتاً کوتاه است. در نتیجه، مسئولیت‌های مددکاران اجتماعی در مجموع به اندازهٔ مسئولیت‌های روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی، بزرگ نیست. ویژگی اصلی مددکاران اجتماعی، درگیری شدید آنها با زندگی و استرس‌های روزمره بیماران است. آنها بیشتر به خانه‌ها سرکشی می‌کنند و به محل کار یا به خیابان‌ها و اماکنی می‌روند که بیماران بخش اعظم زندگی خود را در آنجا می‌گذرانند. مددکاران اجتماعی، بیشتر نقشی عملی دارند و به تعمیم‌های انتزاعی و نظری حاصل از موردها کمتر می‌پردازند تا به مسائل عملی زندگی آنها.

بسیاری از مددکاران اجتماعی بالینی در موسسات دولتی مشغول به کار می‌شوند. برخی هم به درمانگری خصوصی رومی‌آورند و خانواده‌درمانی و درمان انفرادی می‌کنند که در این کار فرق چندانی بین آنها و روان‌پزشکان یا روان‌شناسان بالینی نیست. گروهی دیگر از مددکاران اجتماعی بالینی هم عضو تیم سلامت (شامل روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی) در بیمارستان‌ها، موسسات خدمات اجتماعی و درمانگاه‌های سلامت روان می‌شوند.

رشتهٔ مددکاری اجتماعی ظاهراً به شدت در حال رشد و توسعه است. تخمین زده می‌شود مددکاران اجتماعی بیش از نیمی از خدمات سلامت روان را به مردم ارائه می‌دهند و در آینده جایگاهی مستحکم‌تر از این در بازار سلامت روان پیدا خواهند کرد؛ چون هزینهٔ خدمات آنها در مقایسه با هزینهٔ خدمات روان‌پزشکان و روان‌شناسان کمتر است. ثبت نام در برنامه‌های مددکاری اجتماعی همچنان در حال افزایش است و تعداد مددکاران اجتماعی بالینی از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ شاید تا ۳۰ درصد افزایش یابد (ادارهٔ آمار نیروی کار به نشانی www.bls.org).

روان‌شناسان مدرسه . *روان‌شناسان مدرسه* با دانش‌آموزان، معلمان و مربیان، والدین و اولیای مدرسه کار می‌کنند تا رشد عقلی، اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانان را بالا ببرند. روان‌شناسان مدرسه برای رسیدن به این هدف، سنجش‌های روانی و تحصیلی انجام می‌دهند، برنامه‌های یادگیری تدوین و اثربخشی این برنامه‌ها را ارزیابی می‌کنند و به معلمان، والدین و اولیای مدارس مشاوره می‌دهند. برای مثال، روان‌شناس مدرسه ممکن است برنامه‌ای برای کمک به رشد کودکانی طراحی کند که نیازهای عقلی، هیجانی و اجتماعی خاص دارند. او در شروع طراحی این برنامه، کودکان مورد نظر را ارزیابی می‌کند و در صورت لزوم، درباره برنامه‌های ویژه، درمان و تعیین سطح آنها توصیه‌هایی می‌کند. علاوه بر این، روان‌شناس مدرسه ممکن است در خصوص اجرای برنامه‌ها و مسائل و معضلات خط‌مشی مدرسه یا ادارهٔ کلاس‌ها، به معلمان و اولیای مدرسه مشورت بدهد.

روان‌شناسان مدرسه بسیار مورد نیازند، به همین دلیل، قوانین ایالات متحدهٔ امریکا کودکان محتاج امکانات تحصیلی ویژه را ملزم می‌کند تحت سنجش تحصیلی قرار گیرند. بیشتر این سنجش‌ها را روان‌شناسان مدرسه انجام می‌دهند. بنابراین، نیاز زیادی به روان‌شناسان مدرسه حس می‌شود تا توان عقلی و پیشرفت تحصیلی کودکان و نوجوانانی را ارزیابی کنند چون در غیر این صورت، بسیاری از آنها ماه‌ها یا سال‌ها در فهرست انتظار ارزیابی خواهند ماند. اکثر روان‌شناسان مدرسه در مدارس کار می‌کنند ولی برخی از آنها نیز در صنایع، مهدکودک‌ها، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و حتی موسسات و نهادهای جزایی مشغول به کار می‌شوند. عدهٔ کمی از آنها هم مشغول کار خصوصی می‌شوند. حدود ۶۰ برنامهٔ مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا در زمینهٔ روان‌شناسی مدرسه وجود دارد و بین سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۹ تقریباً ۲۰۰ مدرک دکترای روان‌شناسی مدرسه اعطاء شده است (کوهات و ویچرسکی، ۲۰۱۰).

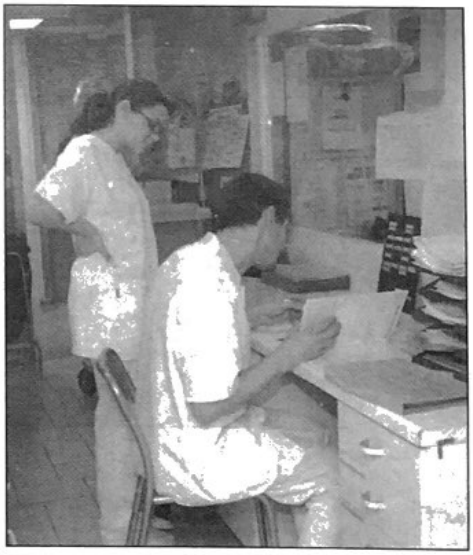
روان‌شناسان سلامت و توانبخشی . اگرچه بسیاری از روان‌شناسان سلامت و توانبخشی، مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی دارند اما داشتن چنین مدرکی شرط لازم نیست. در حقیقت، برای مثال، روان‌شناسان مشاور، روان‌شناسان اجتماعی و روان‌شناسان آزمایشی می‌توانند در روان‌شناسی سلامت و توانبخشی تخصص بگیرند. این تخصص معمولاً در سطح تحصیلات تکمیلی و فوق دکترا حاصل می‌شود. چون در فصل هفدهم، روان‌شناسی سلامت و توانبخشی را توضیح می‌دهیم، در اینجا آنها را به‌طور مختصر و مقدماتی شرح خواهیم داد.

رشتهٔ روان‌شناسی سلامت در چند دههٔ اخیر شکل گرفته و به سرعت در حال رشد است. *روان‌شناسی سلامت* از طریق تحقیقات و درمانگری، به ارتقا و حفظ سلامتی مردم کمک می‌کند. روان‌شناسان سلامت درگیر پیشگیری و درمان بیماری هم می‌شوند. همچنین برنامه‌هایی را طراحی، اجرا و مطالعه می‌کنند که در ترک سیگار، مدیریت اضطراب، کم کردن وزن یا تناسب اندام به مردم کمک می‌کنند. چون رشتهٔ روان‌شناسی سلامت و توانبخشی در حال شکل‌گیری و توسعه است، روان‌شناسان سلامت و توانبخشی، پیشینه‌های مختلفی دارند از روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی مشاوره و روان‌شناسی اجتماعی گرفته تا رشته‌های دیگر. بسیاری از روان‌شناسان سلامت در مراکز پزشکی مشغول به کار می‌شوند ولی روز به روز بر تعداد روان‌شناسان سلامت که در رابطه با امور تجاری و به صنایع مشورت می‌دهند، افزوده می‌شود. آنها در سازمان‌هایی کار می‌کنند که سالم نگه داشتن و سلامت کارکنان و اعضا را مهم می‌دانند. همانطور که در فصل سوم خواهیم گفت، این تخصص احتمالاً بیش از هر تخصص دیگری از تغییرات فراگیر مراقبت‌های بهداشتی منتفع خواهد شد.

تمرکز *روان‌شناسان توانبخشی* در تحقیق و عمل، روی کسانی است که ناتوانایی بدنی یا شناختی دارند. ناتوانایی می‌تواند مادرزادی یا بر اثر بیماری یا مصدومیت‌های بعدی به وجود آید. **روان‌شناسان توانبخشی به اشخاص کمک می‌کنند با ناتوانایی‌های‌شان و موانع فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی ملازم این ناتوانایی‌ها سازگار شوند. بنابراین، روان‌شناسان توانبخشی دنبال بهبود وضعیت زندگی اشخاص دچار ناتوانی و**

همچنین قانون‌گذاری و ارتقای قوانین موجود در این خصوص هستند (مثل قانون امریکایی‌های ناتوان). روان‌شناسان توانبخشی معمولاً در مراکز مراقبت‌های بحرانی، مراکز پزشکی، موسسات و بیمارستان‌های توانبخشی، موسسات و مراکز اجتماعی، بیمارستان‌های مربوط به کهنه‌سربازان و دانشگاه‌ها کار می‌کنند. روان‌شناسان توانبخشی علاوه بر مراقبت‌های بهداشتی، درباره پرونده‌های بیمه‌ای شهادت‌های تخصصی می‌دهند، آزمون‌گیری می‌کنند و در تیم‌های چندتخصصی حضور می‌یابند.

روان‌پرستاران . سال‌ها است با روان‌پرستاران آشنایی داریم. از آنجا که روان‌پرستاران زمان زیادی را با بیماران می‌گذرانند، نه‌تنها می‌توانند دربارهٔ سازگاری بیماران با بیمارستان، اطلاعات بدهند، بلکه می‌توانند در حاکم کردن فضای درمانی مناسب، تاثیر زیادی داشته باشند. آنها که همکاری نزدیکی با روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارند (به همراه اشخاص تحت نظرشان مانند کارمندان، بیماران، داوطلبان و از این قبیل)، توصیه‌ها و دستورهای درمانی این دو را اجرا می‌کنند. در برخی ایالت‌های امریکا نیز روان‌پرستاران ظاهراً هرچه بیشتر در خط مقدم خدمات سلامت روان قرار خواهند گرفت.



روان‌پرستاران معمولاً عضو تیم ارائه‌دهندهٔ خدمات سلامت روان هستند.

دیگران . بیشتر بیمارستان‌های مجهز، کارکنان دیگری همچون کاردرمانگر، تفریح‌درمانگر، هنردرمانگر و غیره هم دارند. این گروه به دلیل آموزش‌هایی که دیده‌اند و تجربهٔ خود، در ارتقای سازگاری بیماران تاثیر زیادی دارند. آنها می‌توانند مهارت‌هایی را به بیماران یاد دهند که در محیط‌های غیربیمارستانی به آنها کمک خواهد کرد. روان‌پرستاران می‌توانند بستری شدن را برای بیماران تحمل‌پذیر کنند و مفرّی فراهم آورند تا ارزش درمانیِ موسسات بیشتر شود. سهم و نقش این گروه از کارکنان بیمارستان مهم است، حال می‌خواهد نقش‌شان کمک به بیماران برای ارتباط برقرار کردن با احساس‌شان از طریق هنر، موسیقی، باغبانی یا رقص باشد یا ارتقای مهارت‌های شخصی و اجتماعی آنها.

به کسانی که آموزش می‌بینند تا به دست‌اندرکاران حرفه‌ای سلامت روان یاری رسانند، ***پیراحرفه‌ای*** می‌گویند که نقش‌شان در سال‌های اخیر بسیار اهمیت یافته است. این داوطلبان معمولاً آموزش‌های کوتاه‌مدت می‌بینند و سپس در مراکز بحران (مثل مراکز بدون قرار قبلی و تلفنی) به عنوان مشهودترین کارکنان مشغول به کار می‌شوند. امروزه برخی از فعالیت‌های پیراحرفه‌ای‌ها پذیرفته‌شده است. تحقیقات مؤکداً نشان می‌دهد که تلاش‌ها و اقدامات پیراحرفه‌ای‌ها، کارهای متخصصان را به شکل موثرتری تکمیل می‌کند (برای مثال مراجعه کنید به کریستنسن و جیکوبسن[1]، ۱۹۹۴). در فصل شانزدهم در این مورد به تفصیل سخن خواهیم گفت.

حرفه‌ها و عناوینی که دولت تنظیم و تصویب نمی‌کند

بیشتر حرفه‌ای‌ها و پیراحرفه‌ای‌هایی که به آنها اشاره کردیم، شروط آموزشی مورد نظر دولت‌های ایالتی و استانی، و گواهینامهٔ مورد نظر آنها را دریافت کرده‌اند. به عبارت دیگر، این متخصصان و دست‌اندرکاران سلامت روان باید: (۱) ثابت کنند آموزش حرفه‌ای مناسب دیده‌اند؛ (۲) امتحان اخذ گواهینامه را بگذرانند که نشان می‌دهد با ضوابط فعلی کار، قواعد و اصول اخلاقی و قوانین ایالتی آشنایی دارند؛ (۳) و از طریق رعایت شروط تحصیلی جاری (یعنی آموزش ضمن خدمت) دانش خود در زمینهٔ رشته مورد نظر را حفظ کنند. اما برخی از عناوین

1. Christensen and Jacobson

را دولت تنظیم و تصویب نمی‌کند (مثل عنوان «درمانگر» یا «روان‌درمانگر») و تقریباً هر کسی می‌تواند با این عنوان، خدمات بدهد. متاسفانه، گروهی از مردم متوجه این نکته نیستند و خدمات یک حرفه‌ای را با دیگر خدمات تصویب‌نشده اشتباه می‌گیرند.

حال که برخی از دیگر حرفه‌های یاری‌رسان را توضیح دادیم، اجازه می‌خواهیم کار روان‌شناس بالینی را شرح دهیم.

روان‌شناس بالینی

ارائه فهرست جامعی از مسائل و نشانه‌های رشتهٔ روان‌شناسی بالینی بسیار مشکل است. تعداد و تنوع مسائل مرتبط با این رشته به قدری است که در ذهن نمی‌گنجد: افسردگی، اضطراب، روانپریشی، اختلالات شخصیت، عقب‌ماندگی ذهنی، اعتیاد، ناتوانایی‌های یادگیری، اختلال سلوک، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اختلالات رشدی نافذ، خودکشی، مشکلات شغلی و مشکلات جنسی فقط برخی از آنها هستند. در ضمن، این فهرست شامل کسانی نمی‌شود که نه به دلیل نشانه‌های ناکارایی، بلکه برای فهم بهتر خودشان به روان‌درمانی رومی‌آورند.

ما به‌جای تعریف روان‌شناسی بالینی بر مبنای مسائل یا مشکلاتی که مردم برای رفع آنها به روان‌شناسان بالینی مراجعه می‌کنند، با مرور فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی، تصویری از این رشته ترسیم می‌کنیم.

فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی

بخش زیادی از اطلاعات ما راجع به فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی از مطالعات انجام‌شده بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۲۰۰۳ گرفته شده است. هر مطالعه روی یک نمونهٔ تصادفی از اعضای شعبهٔ ۱۲ (یعنی شعبهٔ روان‌شناسی بالینی) انجمن روان‌شناسی امریکا صورت گرفته است. گارفیلد و کورتز[1] (۱۹۷۶) بیش از ۸۰۰ پرسشنامهٔ جمع‌آوری‌شده در سال ۱۹۷۳ را بررسی کردند؛ نورکراس و پروچاسکا[2] (۱۹۸۲) نیز تقریباً ۵۰۰ نظرسنجی به‌عمل‌آمده در سال ۱۹۸۱ را تحلیل کردند؛ نورکراس، پروچاسکا و گالاگر (۱۹۸۹b) نیز ۵۷۹ پرسشنامه را در سال ۱۹۸۶ تحلیل کردند؛ نورکراس، کارگ و پروچاسکا (۱۹۹۷a، ۱۹۹۷b) بین سال‌های ۵-۱۹۹۴ از ۵۴۶ روان‌شناس بالینی نظرسنجی کردند؛ و بالاخره، نورکراس و دیگران (۲۰۰۵) در سال ۲۰۰۳، نظر ۶۹۴ روان‌شناس بالینی را جویا شدند. نتایج این پنج نظرسنجی را در جداول ۱-۱ و ۲-۱ می‌خوانید.

جدول ۱-۱ فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی

	درصد کسانی که به آن مشغول‌اند		*میانگین درصد زمانی که صرف شده است*			
فعالیت	۲۰۰۳	۱۹۹۵	۲۰۰۳	۱۹۹۵	۱۹۸۶	۱۹۸۱	۱۹۷۳
روان‌درمانگری	۸۰	۸۴	۳۴	۳۷	۳۵	۳۵	۳۱
تشخیص/سنجش	۶۴	۷۴	۱۵	۱۵	۱۶	۱۳	۱۰
تدریس	۴۹	۵۰	۱۰	۹	۱۴	۱۲	۱۴
نظارت بالینی	۵۰	۶۲	۶	۷	۱۱	۸	۸
تحقیق/نگارش	۵۱	۴۷	۱۴	۱۰	۱۵	۸	۷
مشورت دادن	۴۷	۵۴	۷	۷	۱۱	۷	الف۵
امور اجرایی	۵۳	۵۲	۱۳	۱۱	۱۶	۱۳	۱۳

الف. در نظرسنجی گارفیلد و کورتز این عدد مربوط به «مشورت اجتماع‌نگر» است.

منبع: به نقل از جی. سی. نورکراس، سی. پی. کارپیاک و اس. اُ. سنتوُرو (۲۰۰۵). روان‌شناسان بالینی در طول سال‌ها: شعبهٔ روان‌شناسی بالینی از ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۳. Journal of Clinical Psychology، شماره ۶۱، ۱۴۸۳-۱۴۶۷.

1. Garfield and Kurtz
2. Norcross and Prochaska

از جدول ۱ ـ ۱ چنین برمی‌آید که روان‌درمانی از هر نوع، رایج‌ترین فعالیت روان‌شناسان بالینی است و بیشتر وقت آنها را به خود اختصاص می‌دهد؛ چون در تمام نظرسنجی‌های صورت‌گرفته بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۲۰۰۳ همین‌طور بوده است. تشخیص و سنجش هم یکی دیگر از فعالیت‌های اصلی آنها است. تحقیق نیز در این سال‌ها بیشتر شده است (در سال ۲۰۰۳، ۱۴ درصد وقت پاسخ‌دهندگان را به خود اختصاص می‌داد) که با توجه به اشتغال تمام‌وقت ۳۹ درصد از پاسخ‌دهندگان به کار خصوصی، کمی تعجب‌آور است. اما نکته جالب این است که برخی از روان‌شناسان بالینی هرگز مقالهٔ تحقیقاتی منتشر نکرده‌اند و ۴۰ تا ۴۵ درصد کل مقالات انتشاریافته توسط روان‌شناسان بالینی، فقط کار ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها بوده است. متاسفانه روان‌شناسان بالینی هنوز وقت زیادی را به امور اجرایی اختصاص می‌دهند که شاید معرف دیوان‌سالاری حاکم بر جامعهٔ مدرن امروز باشد. بیایید به شش فعالیت موجود در جدول ۱ ـ ۱ نگاه دقیق‌تری بیندازیم.

درمان / مداخله. جدول ۱ ـ ۱ به وضوح نشان می‌دهد درمانگری، فعالیت اصلی روان‌شناسان بالینی است و بیشتر وقت آنها را می‌گیرد. تصور بسیاری از مردم راجع به درمانگری این است که مراجع روی کاناپه‌ای شبیه تخت دراز می‌کشد و یک درمانگر ریشوی اسرارآمیز با یک دفترچه یادداشت و پیشانی درهم‌کشیده، پشت سرش می‌نشیند. اما درمان عملاً در اندازه‌ها و شکل‌های مختلفی رخ می‌دهد. عدهٔ کمی (واقعاً کمی!) از درمانگران هنوز از کاناپه شبیه تخت استفاده می‌کنند و بیشتر آنها روبه‌روی مراجع می‌نشینند. درمان در بیشتر مواقع، در قالب رابطه‌ای دونفره اجرا می‌شود ولی امروزه زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی، آموزش والدین و گروه‌درمانی هم رایج است. برای مثال، گروهی مرکب از شش یا هشت مراجع که همگی مشکل مصرف الکل دارند، با درمانگر دیدار و روی مشکل‌شان کار می‌کنند. یا روان‌شناس به والدین یاد می‌دهد چطور با تقویت رفتار فرزندشان در خانه می‌توانند رفتار مُخلِ فرزندشان را کم کنند. بالاخره، نسبت بالایی از درمانگران زن هستند. ناهمگونی جنسیتی میان درمانگران احتمالاً برای مدتی ادامه خواهد یافت چون بیش از ۷۰ درصد فارغ‌التحصیلان روان‌شناسی بالینی در هر سال، زن هستند.



روان‌درمانگری هنوز یکی از فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان بالینی است.

از نظر تاریخی، درمانگری عمدتاً تلاش برای بینش‌یابی دربارهٔ ریشهٔ مشکلات یا اهدافی بوده که به رفتار ناخوشایند فرد منجر می‌شوند. در دیگر موارد هم، درمان با هدف برقراری رابطه بین مراجع و درمانگر برای حاکم کردن اعتماد صورت می‌گرفته که به حل و فصل دفاع‌های توانفرسای مراجع کمک می‌کرده است. اگرچه امروزه هم درمان می‌تواند قدری «بینش‌گرا» باشد، اما تحقیقات نشان می‌دهند درمان‌ها دنبال تعلیم مهارت‌های اختصاصی هستند که برای کاهش مشکلات مراجعان مفیدند. برای مثال، درمان شناختی ـ رفتاری، قالب ساختارمندی دارد و به بیماران کمک می‌کند شیوه‌های جدید و رضایت‌بخش‌تر تفکر و رفتار را بیاموزند. درمان گاهی اوقات اهداف فراگیری دارد و دنبال ایجاد تغییرات بزرگ در رفتار است. گاهی اوقات هم بیماران فقط دنبال برطرف کردن یک نشانه رفتاری در خود (مثل رفع ترس‌شان) هستند که نمی‌گذارد به هدف مورد نظرشان برسند. پس، درمان ممکن است از جهات متفاوتی تغییر کند.

تشخیص / سنجش. تمام روان‌شناسان بالینی شاغل، به هر حال نوعی سنجش انجام می‌دهند. برای نمونه، موارد زیر را در نظر بگیرید:

- **از کودکی که در کلاس چهارم رد شده آزمون هوش و آزمون پیشرفت گرفته می‌شود. آیا این کودک ناتوانی یادگیری دارد؟**

- از مراجعی که افسرده است و میل به زندگی را از دست داده، آزمون‌های شخصیت گرفته می‌شود. آیا نتایج این آزمون‌ها مشخص خواهد کرد که کدام عوامل شخصیتی در افسردگی او موثرند؟
- نوجوانی خیلی حرف می‌زند، خیلی سریع حرکت می‌کند، از این فکر به آن فکر فرو می‌رود و رفتارهای خطرناک انجام می‌دهد. برای آنکه معلوم شود اختلال دوقطبی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه یا اختلال روانی دیگری دارد، سنجش تشخیصی روی او انجام می‌شود.
- پدری به بدرفتاری باکودک متهم شده است. با او مصاحبه می‌کنند و از او آزمون می‌گیرند تا معلوم شود آیا قوهٔ قضاوت و توان کنترل تکانه‌اش، تحت تاثیر اختلال روانی است؟

نقطهٔ مشترک تمام این مثال‌ها، تلاش برای درک بهتر فرد مورد نظر است تا تصمیم آگاهانه‌تری دربارهٔ او گرفته و درباره او بهترین اقدام اجرا شود. سنجش چه در قالب مشاهده باشد، چه در قالب آزمون‌گیری و مصاحبه، روشی برای جمع‌آوری اطلاعات است تا به سوال مهمی پاسخ داده شود یا مسئله‌ای حل شود. همان‌طور که مثال‌های قبل نشان می‌دهد، سوالات و مسائل تقریباً بی‌انتها هستند. سنجش از قدیم‌الایام از ابزارهای بسیار مهم روان‌شناس بالینی بوده است. در حقیقت سنجش، به‌ویژه آزمون‌گیری، سال‌ها است که عنصر اصلی هویت حرفه‌ای روان‌شناس بالینی محسوب می‌شود.



برخی از روان‌شناسان بالینی، متخصص روان‌آزمایی و روان‌سنجی هستند.

تدریس . روان‌شناسان بالینی که مناصب تمام‌وقت و نیمه‌وقت دانشگاهی دارند، مقدار زیادی از وقت‌شان را صرف تدریس می‌کنند. گروهی از آنها که مسئولیت اصلی‌شان در زمینهٔ تحصیلات تکمیلی است، آسیب‌شناسی روانی پیشرفته و روان‌آزمایی، مصاحبه، مداخله، نظریهٔ شخصیت، آسیب‌شناسی روانی رشدنگر و دروسی از این قبیل تدریس می‌کنند. برخی نیز تدریس دروس دوره‌های کارشناسی، همچون روان‌شناسی مقدماتی، شخصیت، روان‌شناسی نابهنجاری، مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی، روان‌آزمایی و از این قبیل را برعهده دارند. با این حال، برخی از روان‌شناسان بالینی که مناصب اصلی آنها در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها است یا مشغول درمانگری خصوصی هستند نیز گاهی اوقات شب‌ها در کالج‌ها یا دانشگاه‌های نزدیک، تدریس می‌کنند یا حتی مناصب پاره‌وقتی در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی دارند و بر کار دانشجویان مقطع دکترا نظارت می‌کنند یا به آنها آموزش می‌دهند.

بخش عمده‌ای از تدریس آنها، تدریس کلاسی است. اما مقدار زیادی از آن هم صرف تدریس یک به یک، یا تدریس در قالب نظارت می‌شود. روان‌شناسان بالینی شاغل در مراکز و محیط‌های بالینی هم گاهی اوقات کلاس‌های غیررسمی برگزار می‌کنند یا به دیگر دست‌اندرکاران سلامت روان، مثل پرستاران، بیماران، مددکاران اجتماعی، کاردرمانگرها و غیره، کار توام باگرایش [نظری] یاد می‌دهند. در پاره‌ای موارد هم وارد عرصهٔ اجتماعی می‌شوند و برای افسران پلیس، داوطلبان، روحانیان، افسران زندان و سایر اقشار، دربارهٔ موضوعات مختلف کارگاه برگزار می‌کنند.

نظارت بالینی . نظارت بالینی در واقع شکل دیگری از تدریس است اما معمولاً به صورت تدریس نفر به نفر، تدریس گروهی کوچک و دیگر شکل‌های تدریس کمتر رسمی و غیرکلاسی برگزار می‌شود. روان‌شناسان بالینی در دانشگاه یا در دورهٔ انترنی یا در مراکز بالینی عمومی معمولاً مقدار زیادی از وقت خود را صرف نظارت بر دانشجویان، انترن‌ها و این قبیل افراد می‌کنند. ماهر شدن در ظرایف و جزییات فنون درمان و

سنجش، چیزی بیش از خواندن کتاب‌های درسی را می‌طلبد. برای کسب چنین مهارتی باید مراجع دید و سپس درباره مراجعان با ناظران باتجربه، بحث و تبادل نظر کرد. خلاصه اینکه یادگیری عملی در وضعیت کنترل‌شده و امن رابطهٔ کارآموز ـ ناظر اتفاق می‌افتد. این نوع تدریس و نظارت «عملی» ممکن است در چهارچوب دانشگاه و دورهٔ انترنی یا در قالب برنامه‌های فوق دکترا رخ دهد.

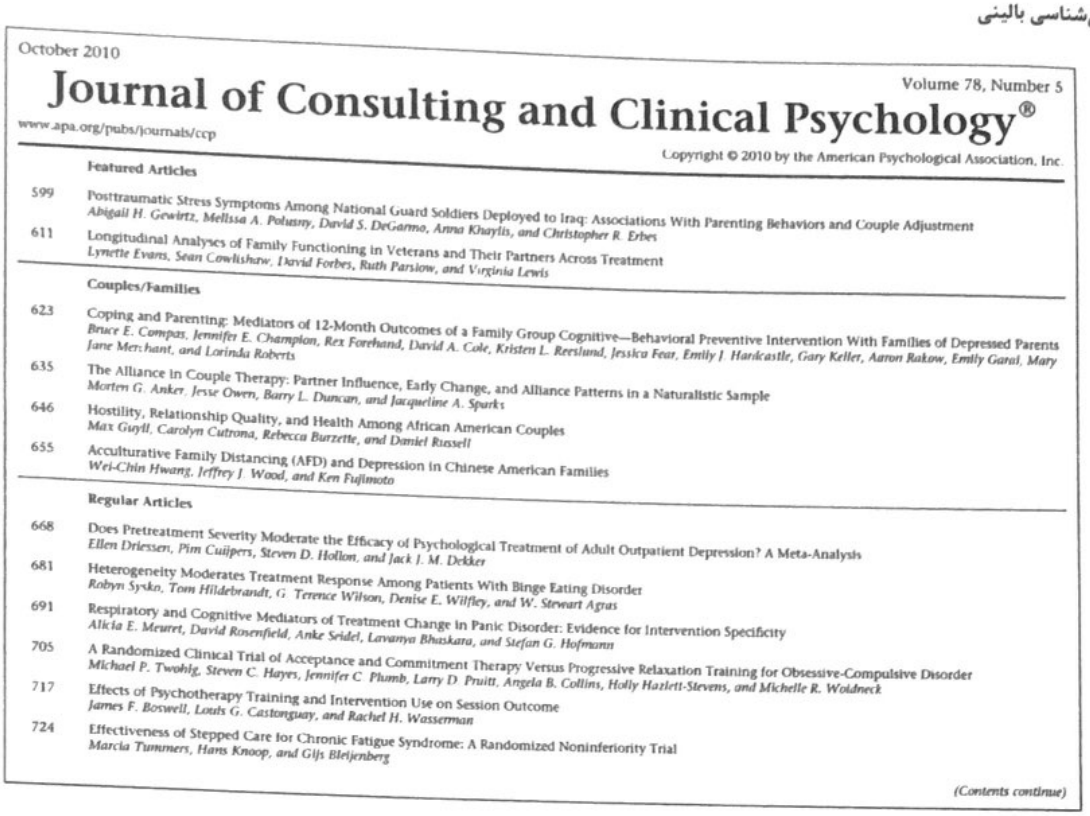
تحقیق . روان‌شناسی بالینی برگرفته از سنت تحقیقاتی دانشگاهی است. در نتیجه وقتی در جنگ جهانی دوم، نخستین برنامه‌های آموزشی بالینی راه‌اندازی شد، مدل دانشمند ـ درمانگر را دنبال کرد. هدف این مدل آن است که روان‌شناسان بالینی برخلاف دیگر دست‌اندرکاران سلامت روان، از جمله روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی، به عنوان دانشمند و درمانگر آموزش ببینند. هدف از طرح این مدل آن نبود که تمام روان‌شناسان بالینی به یک اندازه و به‌طور برابر مشغول کار بالینی و تحقیق شوند، بلکه هدف آن بود که نشان داده شود روان‌شناس بالینی موثر، این تخصص را دارد که «همچون یک دانشمند بیندیشد». مدل دانشمند ـ درمانگر می‌گوید آگاهی داشتن از روش‌های علمی باعث می‌شود کار بالینی ارتقا یابد و ارتقای کار بالینی باعث می‌شود تحقیقات بهبود یابد. اگرچه امروزه مانند گذشته بر اهمیت تحقیق در برخی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدل دانشمند ـ درمانگر تاکید نمی‌شود، این حقیقت همچنان پابرجا است که روان‌شناسان بالینی از این نظر که تحقیقات دیگران را ارزیابی می‌کنند و خودشان هم تحقیق می‌کنند، جایگاه بی‌همتایی دارند. روان‌شناسان بالینی به‌دلیل آموزش دیدن در زمینهٔ تحقیق، تجربهٔ فراگیر در مورد انسان‌های ناراحت و دانش در زمینهٔ درمان و سنجش، می‌توانند مصرف‌کننده و تولیدکنندهٔ دانش باشند.

دامنهٔ تحقیقات روان‌شناسان بالینی بسیار گسترده است. مطالعات آنها شامل مواردی همچون جست‌وجوی علل اختلالات روانی، تهیه و اعتباریابی ابزارهای سنجش، ارزیابی فنون درمان و بسیاری موارد دیگر است. برای آنکه باگوشه‌هایی از تحقیقات آنها آشنا شوید، نمودار ۱ ـ ۱ را ببینید که محتوای یکی از شماره‌های اخیر Journal of Consulting and Clinical Psychology را نشان می‌دهد که یکی از نشریات مهم تحقیقاتی روان‌شناسان بالینی است.

مشورت دادن . هدفِ مشورت دادن و تدریس، افزایش اثربخشی دیگران از طریق بالا بردن تخصص آنها است. مشورت به صورت‌های مختلف و در مکان‌ها و محیط‌های مختلف رخ می‌دهد. برای نمونه، روان‌شناس بالینی به همکارش در خصوص درمان یک مورد دشوار مشورت می‌دهد. چنین مشورتی می‌تواند یک معاشرت کوتاه با شخصی باشد که فقط در این یک مورد خاص به کمک نیاز دارد. اما در برخی مواقع، روان‌شناس بالینی ممکن است برای مدتی به کارکنان یک موسسه مشورت بدهد. برای مثال، روان‌شناس بالینی مشورت‌دهنده ممکن است در زمینهٔ مشکلات معتادان تخصص داشته باشد. روان‌شناس بالینی مشورت‌دهنده از طریق مشورت دادن به کارکنان موسسه می‌تواند اثربخشی موسسه را بالا ببرد. مشورت می‌تواند به شکل توصیهٔ مورد به مورد باشد یا از مشورت‌دهنده خواسته شود دربارهٔ مشکلات عمومی اعتیاد اظهار نظر کند. روان‌شناسان بالینی همچنین می‌توانند به موسسات تبلیغاتی یا شرکت‌های علاقه‌مند به کالاهایی مشورت دهند که سلامت روانی مشتریان‌شان را بهبود می‌بخشند. روان‌شناسان بالینی در دستگاه قضایی هم خدمات مشورتی ارائه می‌دهند؛ آنها در انتخاب هیئت منصفه به وکلا یا درباره طرز مذاکره باگروگان‌گیرها به نیروهای پلیس مشورت می‌دهند. بالاخره اینکه تعداد روان‌شناسان بالینیِ طرف مشورت پزشکان مراقبت‌های اولیه هم در حال افزایش است.

مشورت می‌تواند طیف گسترده‌ای از مشورت دادن به موردهای بالینی تا مشورت دادن درباره امور تجاری، کارکنان و سود [و بهره‌وری] باشد. همچنین می‌تواند به افراد یا کل سازمان‌ها باشد.

امور اجرایی . عبارت طنزآلودی در روان‌شناسی بالینی وجود دارد مبنی بر این که فقط مازوخیست‌ها یا کسانی که شخصیت وسواسی ـ اجباری دارند از کار اجرایی لذت می‌برند. با این حال،



October 2010

Volume 78, Number 5

Journal of Consulting and Clinical Psychology®

www.apa.org/pubs/journals/ccp

Copyright © 2010 by the American Psychological Association, Inc.

Featured Articles

599 Posttraumatic Stress Symptoms Among National Guard Soldiers Deployed to Iraq: Associations With Parenting Behaviors and Couple Adjustment
Abigail H. Gewirtz, Melissa A. Polusny, David S. DeGarmo, Anna Khaylis, and Christopher R. Erbes

611 Longitudinal Analyses of Family Functioning in Veterans and Their Partners Across Treatment
Lynette Evans, Sean Cowlishaw, David Forbes, Ruth Parslow, and Virginia Lewis

Couples/Families

623 Coping and Parenting: Mediators of 12-Month Outcomes of a Family Group Cognitive—Behavioral Preventive Intervention With Families of Depressed Parents
Bruce E. Compas, Jennifer E. Champion, Rex Forehand, David A. Cole, Kristen L. Reeslund, Jessica Fear, Emily J. Hardcastle, Gary Keller, Aaron Rakow, Emily Garai, Mary Jane Merchant, and Lorinda Roberts

635 The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample
Morten G. Anker, Jesse Owen, Barry L. Duncan, and Jacqueline A. Sparks

646 Hostility, Relationship Quality, and Health Among African American Couples
Max Guyll, Carolyn Cutrona, Rebecca Burzette, and Daniel Russell

655 Acculturative Family Distancing (AFD) and Depression in Chinese American Families
Wei-Chin Hwang, Jeffrey J. Wood, and Ken Fujimoto

Regular Articles

668 Does Pretreatment Severity Moderate the Efficacy of Psychological Treatment of Adult Outpatient Depression? A Meta-Analysis
Ellen Driessen, Pim Cuijpers, Steven D. Hollon, and Jack J. M. Dekker

681 Heterogeneity Moderates Treatment Response Among Patients With Binge Eating Disorder
Robyn Sysko, Tom Hildebrandt, G. Terence Wilson, Denise E. Wilfley, and W. Stewart Agras

691 Respiratory and Cognitive Mediators of Treatment Change in Panic Disorder: Evidence for Intervention Specificity
Alicia E. Meuret, David Rosenfield, Anke Seidel, Lavanya Bhaskara, and Stefan G. Hofmann

705 A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Versus Progressive Relaxation Training for Obsessive-Compulsive Disorder
Michael P. Twohig, Steven C. Hayes, Jennifer C. Plumb, Larry D. Pruitt, Angela B. Collins, Holly Hazlett-Stevens, and Michelle R. Woidneck

717 Effects of Psychotherapy Training and Intervention Use on Session Outcome
James F. Boswell, Louis G. Castonguay, and Rachel H. Wasserman

724 Effectiveness of Stepped Care for Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized Noninferiority Trial
Marcia Timmers, Hans Knoop, and Gijs Bleijenberg

(Contents continue)

نمودار ۱ـ۱: گزیده‌ای از محتویات *Journal of Consulting and Clinincal Psychology*
منبع: انجمن روان‌شناسی امریکا (۲۰۱۰).

تقریباً تمام روان‌شناسان بالینی، بخشی از وقت خود را صرف امور اجرایی می‌کنند. برای نمونه، باید اسناد و مدارک مربوط به مراجع را نگه دارند، هر ماه برگهٔ کوفتی گزارش‌ها را پر کنند و طرح‌های تحقیقاتی را بر اساس ملاک‌های کمیته‌های مربوط به رعایت حقوق آزمودنی‌های انسانی بررسی کنند. آن دسته از روان‌شناسان بالینی که کار کردن برای موسسات و نهادها را انتخاب می‌کنند، برای کمیته‌هایی مثل کمیتهٔ نیروی انسانی، تحقیق، حقوق بیماران یا حتی کمیتهٔ انتخاب فیلم برای فیلم‌های جمعه شب بیماران کار می‌کنند.

عده‌ای هم که واقعاً روحیهٔ قوی و محکمی دارند، تمام‌وقت کار اجرایی می‌کنند. این گروه به دلایل متفاوتی به کار اجرایی تمام‌وقت مشغول می‌شوند. گاهی اوقات به این دلیل که در روابط انسانی مهارت دارند، از طرف همکاران‌شان برای این کار به خدمت گرفته می‌شوند. گروهی هم کمی از درمانگری یا سنجش خسته شده‌اند و دنبال تنوع و تغییر هستند. عده‌ای هم در این خیال به‌سر می‌برند که امور اجرایی، راهی برای رسیدن به قدرت و ثروت است. به هر حال، مجریان خوب، سازمان زیردست خود را خوب و موثر اداره می‌کنند. از ویژگی‌های مفید آنها می‌توان به حساس بودن به نیازها و مشکلات کارکنان سازمان زیردست‌شان و صبر و گاهی اوقات سکوت اشاره کرد. توان برقراری ارتباط خوب با زیردستان و افراد تحت نظارت هم مهم است چون باعث می‌شود برای هر شغل، فرد مناسبی انتخاب کنیم.

نام بردن تمام مناصب اجرایی روان‌شناسان بالینی سخت است. اما در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌کنیم: ریاست گروه روان‌شناسی دانشگاه، مدیریت درمانگاه کهنه‌سربازان، معاونت شرکت مشاوره‌ای، مدیر برنامهٔ آموزش بالینی، مدیر درمانگاه روان‌شناسی در گروه روان‌شناسی دانشگاه، روان‌شناس ارشد بیمارستان ایالتی و مدیر مرکز بحران ناحیه.

مراکز استخدامی

روان‌شناسان بالینی در کدام مراکز استخدام می‌شوند؟ داده‌های نظرسنجی‌های قبلی به این پرسش هم پاسخ می‌دهد. جدول ۲ـ۱، نتایج مربوط به مراکزی را نشان می‌دهد که روان‌شناسان

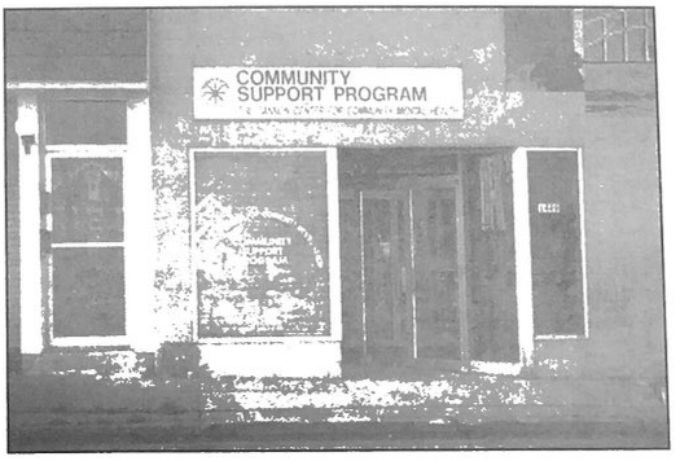
بالینی در آنها کار می‌کنند. از این داده‌ها مشهود است که درمانگری و کار خصوصی در این سال‌ها به تدریج افزایش یافته و مراکز خصوصی، مهم‌ترین محل اشتغال روان‌شناسان بالینی است. مراکز دانشگاهی در رتبهٔ دوم و دانشکده‌های پزشکی با فاصله زیادی در رتبهٔ سوم قرار دارد. اگرچه داده‌های حاصل از نظرسنجی نورکراس و دیگران (۱۹۹۷b) در جدول ۲ـ۱ نشان داده نشده ولی این داده‌ها نشان می‌دهد در میان آن دسته از روان‌شناسان بالینی که شغل اصلی آنها استادی تمام‌وقت دانشگاه است، ۵۹ درصد نوعی کار خصوصی یا نظارت پاره‌وقت هم می‌کنند. همان‌طور که جداول ۱ـ۱ و ۲ـ۱ نشان می‌دهند، تنوع فعالیت‌ها و محل کار روان‌شناسان بالینی بسیار مشهود است. افزایش ارقام مربوط به گزینهٔ سایر موارد در این سال‌ها در جدول ۲ـ۱ هم مؤید این نکته است. این تنوع را در سابقه و فعالیت‌های روان‌شناس بالینی فرضی عنوان بعدی می‌بینید.

جدول ۲ـ۱ مراکز استخدامی روان‌شناسان بالینی

مراکز استخدامی	۲۰۰۳	۱۹۹۵	۱۹۸۶	۱۹۸۱	۱۹۷۳
	٪	٪	٪	٪	٪
بیمارستان روان‌پزشکی	۴	۵	۹	۸	۸
بیمارستان عمومی	۳	۴	۵	۸	۶
درمانگاه سرپایی	۴	۴	۴	۵	۵
مرکز سلامت روان اجتماع	۲	۴	۵	۶	۸
دانشکدهٔ پزشکی	۸	۹	۷	۷	۸
مراکز خصوصی	۳۹	۴۰	۳۵	۳۱	۲۳
گروه روان‌شناسی دانشگاه	۱۸	۱۵	۱۷	۱۷	۲۲
سایر مراکز دانشگاهی	۴	۴	۴	۵	۷
مرکز پزشکی کهنه‌سربازان	۳	۳	—	—	—
هیچ‌کدام	۰	۱	۴	۱	۱
سایر موارد *	۱۵	۱۱	۱۰	۱۲	۱

* این طبقه شامل دانشکده‌های حرفه‌ای، مراکز اصلاحی، سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده، آسایشگاه‌ها، مراکز خدمات کودک و خانواده، مراکز توانبخشی، مدارس، موسسات روانکاوی، سازمان‌های حفظ سلامتی و غیره می‌شود.

منبع: جی. سی. نورکراس، سی. پی. کارپیاک و اس. اُ. سنتورو (۲۰۰۵). ***روان‌شناسان بالینی در این سال‌ها***: شعبهٔ روان‌شناسی بالینی از ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۳. *Journal of Clinical Psychology*، شمارهٔ ۶۱، صفحات ۱۴۸۳ـ۱۴۶۷.



برخی از روان‌شناسان بالینی در مراکز سلامت روان اجتماع کار می‌کنند.

یک هفته از زندگی دکتر کارن سی

کارن سی[1] در رشتهٔ روزنامه‌نگاری مشغول تحصیل شد. اما پس از گذراندن درس روان‌شناسی عمومی تصمیم گرفت تغییر رشته دهد و روان‌شناسی بخواند. پس از برآورده کردن شروط رشتهٔ روان‌شناسی (مثل گذراندن دروس زیست‌شناسی روان‌شناسی‌نگر، آمار، روان‌شناسی شناختی، تاریخ و نظام‌های روان‌شناسی، شخصیت، روان‌شناسی اجتماعی و غیره) فرم درخواست ۱۱ دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی را پر کرد. کارن که معدل بالایی داشت و نمراتش در امتحان تحصیلات تکمیلی بالا بود، در ۱۴ دانشکده پذیرفته شد. او دانشگاهی ایالتی در غرب میانه را انتخاب کرد و بعداً دورهٔ انترنی را در یک بیمارستان ایالتی محلی پشت سر گذاشت.

دکتر کارن سی، پنج سال بعد از ثبت نام در دانشکدهٔ یادشده، مدرک دکترا گرفت و روان‌شناس یک درمانگاه سرپایی سه‌استانی شد. در اینجا به یک هفته از زندگی دکتر کارن سی در چهار سال بعد نگاهی می‌اندازیم.

دوشنبه، چهارشنبه، جمعه

۹-۸ صبح: نشست کارکنان: این نشست دربارهٔ فعالیت‌های مختلف از جمله بحث دربارهٔ موردها، خط‌مشی موسسه و مشکلات، مسائل بیمه‌ای و امور اجرایی دیگر خواهد بود.

۱۰-۹ صبح: روان‌درمانی: مورد فعلی، زن ۴۸ ساله‌ای است که تا حدودی افسردگی دارد و اخیراً طلاق گرفته است. خانم جی به تدریج در حال بهبود است و به نظر می‌رسد نیازی ندارد بستری شود. دکتر سی در حال حاضر به روان‌درمانگری التقاطی با حال و هوای شناختی-رفتاری متوسل شده است.

۱۰:۳۰-۱۰: روان‌درمانی: نام بیمار سم اِف است و ۱۹ سال دارد. سم چند بار به جرم دزدی از مغازه‌ها و مسمومیت [دارویی یا مست کردن] در ملاء عام دستگیر شده است. توانایی عقلی محدودی دارد و به‌دلیل مشکلاتی که در مدرسه داشته، در ۱۶ سالگی از مدرسه اخراج می‌شود. دکتر سی هم‌اکنون مشغول رفتار درمانی سم است، با این هدف که بر مهارت‌های اجتماعی او بیفزاید و رفتارهای ناسازگارانه‌اش را کم کند.

ظهر ۱۲-۱۰:۳۰ صبح: این ساعات مخصوص روان‌آزمایی بیماران دکتر سی و بیماران درمانگران دیگر است. دکتر سی معمولاً هوش‌آزمایی انجام می‌دهد. گاهی اوقات هم بیماران را سنجش عصبی‌روانی می‌کند.

۲-۱ بعدازظهر: نظارت بالینی: دانشگاه محلی چند انترن را به موسسهٔ دکتر سی فرستاده است. دکتر سی در این ساعات بر شیوهٔ درمانگری این انترن‌ها و تشخیص‌گذاری‌های آنان نظارت می‌کند. نظارت بر دو روان‌شناس دارای مدرک کارشناسی ارشد هم بر عهدهٔ او است که در موسسهٔ دکتر سی مشغول کار شده‌اند.

۳-۲ بعدازظهر: روان‌درمانگری. باب اس دانشجو است. مشکل اصلی باب، افسردگی خفیف و احساس بیگانگی است. دکتر سی فنون مختلف را روی باب اجرا کرده است که ظاهراً بی‌تاثیر بوده‌اند. اگرچه باب همچنان کلاس‌هایش را ادامه می‌دهد، ولی احتمال بستری شدن او روز به روز بیشتر می‌شود.

۴:۳۰-۳ بعدازظهر: روان‌درمانگری گروهی. این ساعات، ویژهٔ درمان گروهی شش مرد با سوابق مختلف است که همگی با مشکل وابستگی به الکل دست و پنجه نرم می‌کنند. رویکرد درمانی دکتر سی تا حد زیادی حمایتی است. دکتر سی ترک الکل را تشویق و تقویت می‌کند.

۵-۴:۳۰ بعدازظهر: دکتر سی معمولاً این ساعات را صرف نوشتن، امور اجرایی و پاسخ دادن به نامه‌های الکترونیکی می‌کند.

سه‌شنبه، پنج‌شنبه

۱۰-۸ صبح: دکتر سی طرح تحقیقاتی خود را با این موضوع پیگیری می‌کند که آیا برخی پاسخ‌ها به یک آزمون

---

1. Karen C.

روانی خاص (برای مثال ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا) ممکن است برخی شکل‌های درمان را تعیین کند یا نه. دکتر سی در این خصوص از موردهای موسسهٔ خودش و موردهای درمانگاه‌ها و موسسات دیگر کمک می‌گیرد.

ظهر ۱۲ـ ۱۰ صبح: روان‌آزمایی.

۳ـ۱ *بعدازظهر*: دکتر سی طرف مشورت مدارس محلی قرار می‌گیرد. او به چهار مدرسهٔ محلی خدمات می‌دهد و با معلمان این مدارس درباره طرز رسیدگی به کودکان دارای مشکلات خاص صحبت می‌کند. دکتر سی به روان‌شناس مدرسه هم مشورت می‌دهد.

۵ـ۳ *بعدازظهر*: دکتر سی درباره نحوهٔ اجرای اقتصاد ژتونی به یکی از مراکز محلی نگهداری از بیماران دچار عقب‌ماندگی ذهنی مشورت می‌دهد. هدف آن است که عادت مراقبت از خود در گروهی از نوجوانان و جوانان حاضر در این مرکز افزایش یابد. امید است که این طرح، الگوی اولیه‌ای برای اجرای آن در کل موسسه شود.

۸:۳۰ـ۷ *بعدازظهر*: دکتر سی هفته‌ای دو شب در دانشگاه محلی، روان‌شناسی نابهنجاری تدریس می‌کند. این یک کلاس کاملاً تاییدشده است که دانشجویان تمام‌وقت و پاره‌وقت کارشناسی در آن شرکت می‌کنند.

شنبه

۱ *بعدازظهر*ـ۹ صبح: دکتر سی چند بیمار را در دفتر خصوصی خود ملاقات می‌کند. این بیماران، مشکلات و نگرانی‌های مختلفی (مثل افسردگی و اضطراب) دارند. آنها را معمولاً پزشکان محلی و متخصصان دیگری ارجاع می‌دهند که از تبحر و شهرت دکتر سی مطلع هستند. دکتر سی همچنین در این ساعات، از بیماران ارجاع‌شده، آزمون شخصیت می‌گیرد.

روان‌شناس بالینی که در دانشگاهی مهم تدریس می‌کند، در مقایسه با دکتر سی، برنامهٔ کاملاً متفاوتی دارد. جدول ۳ـ۱، یک روز کاری استادیار تازه‌کاری را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول می‌بینید، وقت این روان‌شناس بالینی معمولاً صرف تدریس، آموزش و تحقیق می‌شود.

جدول ۳ـ۱ چهارشنبه در دانشگاه با پروفسور ال

۹ـ۸:۳۰ صبح	غلط‌گیری و نمونه‌خوانی آزمون برای درس روان‌شناسی بالینی
۱۰ـ۹ صبح	نشست تحقیقاتی با دو دانشجوی تحصیلات تکمیلی
۱۱ـ۱۰:۳۰ صبح	آزمون‌گیری: نظارت بر واحد عملی بالینی
۱۲ بعدازظهر ـ ۱۱:۳۰ صبح	تند راه رفتن و به دنبال آن، خوردن ناهار داخل کیف قهوه‌ای در دفتر (و خواندن چند مقاله)
۱ـ۱۲:۳۰ بعدازظهر	شرکت در نشست کمیتهٔ پایان‌نامه‌ها برای ارزیابی کار یک دانشجوی دورهٔ دکترا
۲ـ۱ بعدازظهر	حضور در دفتر و رسیدگی به مسائل دانشجویان مقطع کارشناسی؛ نوشتن توصیه‌نامه برای دانشجویان در اوقات بیکاری
۲:۳۰ـ۲ بعدازظهر	تحلیل داده‌ها برای اعطای آن به یک کنفرانس حرفه‌ای
۴ـ۲:۳۰ بعدازظهر	حضور در نشست دانشگاه در زمینهٔ استفاده از کامپیوتر
۵ـ۴ بعدازظهر	بازنگری در دست‌نویسی که قبلاً به یک مجله ارسال شده است
۹ـ۷ بعدازظهر	تدریس: سمینار درباره درمان‌های روان‌شناختی دارای حمایت تجربی

پاره‌ای نکات جمعیت‌شناختی

جا دارد به چند نکتهٔ جمعیت‌شناختی درباره روان‌شناسان بالینی اشاره کنیم (نورکراس و دیگران، ۲۰۰۵). نخست اینکه در این نظرسنجی که از ۶۹۴ روان‌شناس بالینی شعبهٔ ۱۲ (شعبهٔ روان‌شناسی بالینی) انجمن روان‌شناسی امریکا به‌طور تصادفی به عمل آمد، فقط ۳۴ درصد زن و ۷ درصد از اقلیت‌های نژادی بودند. اما این درصدها با استقرار دکترهای جدید احتمالاً افزایش خواهد یافت. برای مثال، در سال ۲۰۰۶، ۷۶ درصد دریافت‌کنندگان دکترای روان‌شناسی بالینی، زن و ۳۳ درصد، اقلیت قومی و نژادی بودند (هِفر[1] و دیگران، ۲۰۰۷).

همچنین در خصوص *گرایش نظری* اصلی، ۲۹ درصد نمونهٔ نورکراس و دیگران (۲۰۰۵)، گرایش نظری خود را التقاطی/ادغامی، ۲۸ درصد شناختی، ۱۵ درصد روان‌پویشی و ۱۰ درصد رفتاری معرفی کرده بودند. جدول ۴ ـ ۱، گرایش نظری روان‌شناسان بالینی شرکت‌کننده در نظرسنجی نورکراس و دیگران (۲۰۰۵)، و چهار نظرسنجی دیگر را نشان می‌دهد که سابقهٔ آنها تا سال ۱۹۶۰ به عقب برمی‌گردد. همان‌طور که می‌بینید، درصد روان‌شناسان بالینی دارای گرایش روان‌پویشی در این سال‌ها کم شده است، در حالی که درصد کسانی که گرایش شناختی دارند به شدت افزایش یافته است. پیروان رویکرد التقاطی هم در این مدت زیاد بوده‌اند ولی اوج آن به نظرسنجی سال ۱۹۸۳ برمی‌گردد.

جدول ۴ ـ ۱ گرایش نظری روان‌شناسان بالینی

گرایش	۲۰۰۳	۱۹۹۵	۱۹۸۶	۱۹۸۱	۱۹۷۳	۱۹۶۰
	٪	٪	٪	٪	٪	٪
رفتاری	۱۰	۱۳	۱۶	۱۴	۱۰	۸
شناختی	۲۸	۲۴	۱۳	۶	۲	—
التقاطی / ادغامی	۲۹	۲۷	۲۹	۳۱	۵۵	۳۶
انسانگرا[الف]	۱	۳	۶	۴	۶	۲
میان‌فردی	۴	۴	—	—	—	—
روان‌پویشی[ب]	۱۵	۱۸	۲۱	۳۰	۱۶	۳۵
راجرزی	۱	۱	۶	۳	۱	۴
سالیوانی	۰	۱	۲	۲	۳	۱۰
نظام‌ها	۳	۴	۴	۴	—	—
سایر رویکردها	۷	۵	۳	۶	۷	۴

الف انسانگرا شامل وجودی و گشتالتی.

ب روان‌پویشی شامل روانکاوی و روانپویشی. ارقام متناظر در نظرسنجی‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۳ شامل روانکاوی و نوفرویدی می‌شوند.

منبع: جی. سی. نورکراس، سی. پی. کارپیاک و اس. اُستورو (۲۰۰۵). روان‌شناسان بالینی در این سال‌ها: شعبهٔ روان‌شناسی بالینی از ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۳. *Journal of Clinical Psychology*، شماره ۶۱، صفحات ۱۴۸۳ـ۱۴۶۷.

سرانجام اینکه آنچه می‌خواهیم بگوییم اگرچه به سختی ویژگی‌ای جمعیت‌شناختی محسوب می‌شود، ولی باید خاطرنشان کنیم که در میان تمام روان‌شناسان بالینی که تصادفی در نمونه قرار گرفته بودند، فقط ۱۲ درصد از انتخاب شغل روان‌شناسی بالینی ناراضی بودند (نورکراس و دیگران، ۲۰۰۵). این نظرسنجی جدید درباره رضایت شغلی، در مقایسه با نظرسنجی صورت گرفته در پنجاه سال قبل (کلی و گولدبرگ[2]، ۱۹۵۹) که گزارش کرده بود ۴۰ درصد روان‌شناسان بالینی در صورت امکان دوست دارند دنبال شغل دیگری بروند، نشان

1. Heffer
2. Kelly and Goldberg

می‌دهد اوضاع کاملاً عوض شده است. خوشبختانه عدهٔ کمی از روان‌شناسان بالینی معاصر هنوز چنین نظری دارند! به‌رغم اوضاع سخت دانشگاهی، طولانی بودن مدت تحصیل و ساعات زیادی که صرف تحصیل می‌شود، بیشتر روان‌شناسان بالینی از شغل‌شان بسیار راضی هستند.

سنت تحقیقاتی و علمی

اگرچه روان‌شناسی بالینی خود را وقف ارتقای رفاه انسان کرده است ولی این رشته برگرفته از سنت تحقیقاتی است که بر دانش‌پژوهی تاکید دارند. این سنت تحقیقاتی نمی‌گوید که روان‌شناسی بالینی فقط باید دنبال تحقیق یا مشغله‌های تحقیقاتی باشد، بلکه می‌گوید آموزش در روان‌شناسی بالینی باید شامل گذراندن واحدهای درسی و کسب تجربه در زمینهٔ تحقیق و روش‌های آماری هم باشد؛ چون روان‌شناسان بالینی را صاحب مهارت‌هایی می‌کند که هویت حرفه‌ای آنها را محرز می‌گرداند. این نوع آموزش روش‌شناختی اجازه می‌دهد روان‌شناسان بالینی [انسان‌ها را] ارزیابی کنند و احتیاط و نوعی شک‌گرایی در پیش گیرند که همچون تحقیق، آنها را در تشخیص و درمان، دقیق‌تر و زیرک‌تر می‌کند.

آموزش: به سوی هویت بالینی

در صفحات قبل، خلاصه‌ای از فعالیت‌ها، نحوهٔ عضویت و گرایش‌های روان‌شناسان بالینی و پیوند آنها با سنت علمی را توضیح دادیم. حال اجازه دهید پیشینهٔ بی‌همتا و مهارت‌هایی را بررسی کنیم که روان‌شناسان بالینی را از دیگر متخصصان سلامت روان جدا می‌کنند. البته هیچ‌کدام از این موارد قطعی و تغییرناپذیر نیست. این رشته در حال تغییر است و مثل همیشه، در خصوص نحوهٔ آموزش دانشجویان و مسیر آن، بین روان‌شناسان بالینی اختلاف نظر وجود دارد. اما خوب است به یاد بسپاریم که روان‌شناسی بالینی، کاربرد تخصصی جان‌مایه‌ای به نام روان‌شناسی است.

مرور

روان‌شناس بالینی معمولی، مدرک کارشناسی خود را می‌گیرد و دورهٔ پنج‌سالهٔ تحصیلات تکمیلی را شروع می‌کند. دورهٔ تحصیلات تکمیلی معمولا شامل آموزش سنجش، تحقیق، تشخیص و مهارت‌های درمانی، به علاوهٔ دورهٔ انترنی است. این دوره در بیشتر موارد به اخذ مدرک Ph.D. (یا دکترای فلسفه) از گروه روان‌شناسی دانشگاه ختم می‌شود. در پاره‌ای موارد هم مدرک اعطاشده، Psy.D. (یا دکترای روان‌شناسی) است که گروه روان‌شناسی دانشگاه یا موسسه‌ای آموزشی آن را اعطا می‌کند که پیوندی با دانشگاه ندارد. همچنین یک برنامهٔ دوساله اعطای مدرک *کارشناسی ارشد* هم وجود دارد. چون قوانین فعلی صدور گواهینامه تعیین می‌کند که چه کسانی به عنوان روان‌شناس حق دارند کار مستقل انجام دهند، به ندرت پیش می‌آید که صاحبان مدرک کارشناسی ارشد بتوانند کار بالینی حرفه‌ای مستقل انجام دهند. بسیاری از آنها امیدوارند بعداً مدرک Ph.D. یا Psy.D. بگیرند و برخی هم موفق می‌شوند.

شواهد نشان می‌دهد میزان تقاضا برای روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد از میزان تقاضا برای روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا کمتر است، دستمزد کمتری به آنها داده می‌شود و تصور می‌شود قابلیت کمتری دارند. اما معدودی از ایالت‌ها به روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد، گواهینامهٔ کار مستقل در حوزهٔ روان‌شناسی می‌دهند. مورد استثنا، رشتهٔ روان‌شناسی مدرسه است که دارندگان مدرک کارشناسی ارشد آن می‌توانند کار خصوصی محدود انجام دهند. اما تعداد برنامه‌های کارشناسی ارشد و تعداد مدارک کارشناسی ارشد اعطاشده در حال افزایش است. در حال حاضر تعداد مدارک کارشناسی ارشد روان‌شناسی اعطاشده سه برابر تعداد مدارک دکترای اعطا شده است [مرکز تحلیل نیروی کار و تحقیق دربارهٔ نیروی کار انجمن روان‌شناسی امریکا، به نشانی اینترنتی http://research.apa.org].

آموزش کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی همواره محل اختلاف بوده است. روان‌شناسان دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌گویند شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد به اندازهٔ روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا موثر هستند. اما انجمن روان‌شناسی امریکا، کلید کار به عنوان متخصص مستقل را *مدرک دکترا* می‌داند. وانگهی این انجمن تا امروز همچنان معتقد است

پیش‌شرط استفاده از عنوان «روان‌شناس»، داشتن مدرک دکترا است و برای آنکه یک نفر بخواهد کار مستقل در زمینهٔ روان‌شناسی انجام دهد باید مدرک دکترا داشته باشد. با این حال، روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد همچنان در مراکز مختلف خدمات‌رسانی مشغول کار هستند. افزایش نفوذ مراقبت مدیریت‌شده در بازار مراقبت‌های سلامت روان، به احیای شهرت برنامه‌های کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی منجر می‌شود. در مجموع درمانگران دارای مدرک کارشناسی ارشد، پول کمتری می‌گیرند و همین آنها را رقیب جذاب درمانگران دارای مدرک دکترا می‌کند (البته از چشم بیمه‌گذاران پیرو نظام مراقبت مدیریت‌شده). جالب است اگر بدانید این مجادلات و اختلاف‌نظرها چطور به لابی‌گری برای بالا بردن جایگاه روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد تا حد استفاده از عنوان «روان‌شناس» و ایجاد فشارهای اقتصادی منجر شده است.

پس از این توضیحات کلی درباره اوضاع آموزش‌های مقدماتی در روان‌شناسی بالینی، محتوای آموزش‌های دورهٔ دکترا را با دقت بیشتری بررسی خواهیم کرد.

برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی

فلسفهٔ آموزشی غالب در روان‌شناسی بالینی امروز هنوز *مدل دانشمند ـ درمانگر* (ریمی[1]، ۱۹۵۰) است. در فصل بعد راجع به این مدل، مفصل حرف خواهیم زد و در فصل سوم، مدل‌های آموزشی رقیب آن را توضیح خواهیم داد. اما فعلاً جا دارد مدل آموزشی دانشمند ـ درمانگر را به‌طور کوتاه توضیح دهیم.

مبنای برنامه‌های آموزشی طراحی‌شده پس از جنگ جهانی دوم، این اصل بود که دو نقش دانشمند و درمانگر با هم تلفیق و جمع شوند. هدف هم ایجاد حرفه‌ای بی‌همتا بود. فرق روان‌شناسان بالینی با دیگر متخصصان سلامت روان نیز در همین است.

یک برنامهٔ نمونه . این مدل چگونه به برنامهٔ آموزشی روان‌شناسان بالینی تبدیل می‌شود؟ جدول ۵ ـ ۱، یک برنامهٔ آموزشی معمولی را نشان می‌دهد.

درباره برنامهٔ مندرج در جدول ۱ ـ ۵ باید به چند نکته اشاره کنیم. نخست اینکه برنامهٔ مورد نظر فقط یک مثال است. در برخی برنامه‌ها بر تحقیق تاکید کمتر و بر فنون بالینی تاکید بیشتری می‌شود. ساختار برخی از برنامه‌ها هم طوری است که فرد می‌تواند دوره را در مدت چهار سال تمام کند، به‌ویژه اگر تابستان هم واحد بگیرد. دورهٔ انترنی در برخی برنامه‌ها در سال چهارم و معمولاً پیش از ارائه رساله اجرا می‌شود. در پاره‌ای دانشکده‌ها هم هنوز تسلط بر یک زبان خارجی الزامی است، هرچند در بسیاری از دانشکده‌ها دانشجویان می‌توانند دروس جایگزین آمار یا فن‌آوری رایانه‌ای را بگذرانند. در ضمن، هر دانشکده‌ای «شخصیت» خود را دارد. برخی از برنامه‌ها، گرایش شناختی ـ رفتاری دارند و بر فنونی همچون شناخت‌درمانی افسردگی تاکید می‌کنند. برخی دیگر از برنامه‌ها، حال و هوای روانپویشی دارند و بر فرافکنی‌آزمایی تاکید می‌کنند. علایق هیئت علمی در برخی برنامه‌های آموزشی بر کودکان است و علاقهٔ برخی دیگر، بر بزرگسالان. اگرچه برنامه‌های بالینی متنوع است، وجه اشتراک‌های زیادی نیز دارند. دانشجویی که فرم درخواست تحصیلات تکمیلی را پر می‌کند باید درباره این نوع تاکیدهای برنامه‌ای تحقیق کند تا انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشد.

کارِ درسی . دانشجویان روان‌شناسی بالینی در حالت معقول باید چند واحد درسی پایه، مثل آمار و طرح تحقیق، مبانی زیست‌شناختی رفتار، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد و روان‌شناسی شناختی انتخاب کنند. تعداد دقیق و محتوای این واحدهای درسی از برنامه‌ای به برنامهٔ دیگر تغییر می‌کند. هدف این است که دانشجو، مبانی رفتار انسان را بفهمد یا دربارهٔ آن تحقیق کند. این دروس مبنای علمی محکمی برای آموزش بالینی دانشجو فراهم می‌آورد و به مدل دانشمند ـ درمانگر در روان‌شناسی بالینی جان می‌بخشد. دانشجویان به فراخور علایق خود، معمولاً چند واحد درسی انتخابی پیشرفته و سمینارهایی مربوط به آنها هم انتخاب می‌کنند.

---

1. Raimy

جدول ۵ـ۱ نمونه‌ای از برنامه‌های درسی دورهٔ دکترا

سال اول	**پاییز**	**سال سوم**	**پاییز**
	آمار (تحلیل واریانس)		واحد درسی اصلی گروه: شناختی
	نظام‌های روان‌درمانی		انتخابی: آسیب‌شناسی روانی آزمایشی
	واحد درسی اصلی گروه: روان‌شناسی اجتماعی		رسالهٔ تحقیقاتی
	مقدمه‌ای بر تحلیل داده‌ها		واحد بالینی عملی
	پایان‌نامهٔ تحقیقاتی کارشناسی ارشد	**سال سوم**	**زمستان**
سال اول	**زمستان**		آمار (متغیرهای نهفته و مدل‌سازی معادلهٔ ساختاری)
	آمار (رگرسیون)		واحد درسی اصلی گروه: رشدی
	روان‌سنجی (آزمون‌سازی)		رسالهٔ تحقیقاتی
	سنجش (بزرگسال‌سنجی یا کودک‌سنجی)		واحد بالینی عملی
	مقدمه‌ای بر تحلیل داده‌ها	**سال چهارم**	**پاییز**
	پایان‌نامهٔ تحقیقاتی کارشناسی ارشد		واحد درسی خارجی: مردم‌شناسی روان‌شناختی
	واحد بالینی عملی		رسالهٔ تحقیقاتی
سال دوم	**پاییز**		تاریخ و نظام‌های روان‌شناسی
	مسائل اخلاقی و حرفه‌ای	**سال چهارم**	**زمستان**
	آسیب‌شناسی روانی		واحد درسی خارجی: خشونت در خانواده
	پایان‌نامهٔ تحقیقاتی کارشناسی ارشد		رسالهٔ تحقیقاتی
سال دوم	**زمستان**	**سال پنجم**	**پاییز و زمستان**
	واحد درسی اصلی گروه: علوم عصب‌نگر کارکردی		انترنی بالینی
	انتخابی: فرایندهای خانواده و گروه		
	پایان‌نامهٔ تحقیقاتی کارشناسی ارشد		
	واحد بالینی عملی		

توجه : دانشجویان در سال سوم (معمولاً در ترم زمستانی) باید امتحان صلاحیت بدهند.

دانشجویان بالینی همچنین واحدهای درسی خاصی انتخاب می‌کنند که مبانی درمانگری بالینی یا رسیدگی به موضوعات پیشرفتهٔ بالینی را به آنها یاد می‌دهند. برای مثال، آنها دروس آسیب‌شناسی روانی، نظریه و پژوهش در درمان، یا اصول مداخلات شناختی ـ رفتاری را انتخاب می‌کنند. سمینارهایی هم دربارهٔ موضوعاتی از قبیل اسکیزوفرنی، روش‌های خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی، روان‌شناسی اجتماع‌نگر یا سنجش عصبی‌روانی ارائه می‌کنند.

کار عملی. آموزش از طریق کتاب و کار عملی، هر دو خوب است ولی در نهایت یادگیری از طریق عمل رخ خواهد داد. در نتیجه، تمام برنامه‌ها باید دانشجویان را در معرض ***واحد بالینی عملی*** قرار دهند. در فرهنگ لغت، واحد عملی عبارت است از «کاری که یک دانشجوی پیشرفته انجام می‌دهد و شامل کاربرد نظریه‌ای است که پیشتر آن را آموخته است». واحد عملی در بسیاری از موارد، تلفیقی از دروس دانشگاهی و تجربهٔ عملی است. واحدهای عملی یا کارهای درمانگاهی معمولاً به سنجش (شامل هوش‌سنجی، روان‌شناسی عصب‌نگر، شخصیت‌سنجی و غیره)، درمان (مداخلات شناختی ـ رفتاری، خانواده‌درمانی)، مصاحبه و حتی روش‌های مشورت دادن به مقامات رسمی، موسسات اجتماعی و صنایع مربوط هستند. واحد عملی با هر صورت و محتوایی، یکی از ابزارهای مهم فراگیری مهارت‌های بالینی اختصاصی است. بیشتر گروه‌های روان‌شناسیِ دارای برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی، ***درمانگاه روان‌شناسی*** هم دارند. این درمانگاه معمولاً برای دانشجویان دانشگاه، کارکنان و اعضای هیئت علمی دانشگاه و همچنین خانوادهٔ کارکنان دانشگاه و مردم منطقه، سنجش و درمان و مشاوره انجام می‌دهد. موردها نیز بر مبنای ارزش آموزشی آنها برگزیده می‌شوند. این نوع درمانگاه‌ها ممکن است منشی تمام‌وقت،

هیئت علمی بالینی و حتی روان‌شناس بالینی محلی داشته باشند.

تحقیق . تحقق مدل دانشمند ـ درمانگر در گرو بالا رفتن قابلیت تحقیقاتی دانشجویان است. این قابلیت بالا هم از طریق گذراندن واحدهای درسی در زمینهٔ آمار، نرم‌افزار و فن‌آوری رایانه‌ای و روش تحقیق و شرکت فعال در طرح‌های تحقیقاتی حاصل می‌شود. میزان تعهد دانشکده‌ها به رویکرد دانشمند ـ درمانگر در آموزش‌هایشان متفاوت است. به همین شیوه، میزان تاکید گروه‌ها بر آموزش تحقیق و پاداش‌هایی که بابت تحقیق به دانشجویان می‌دهند هم متفاوت است. اما بیشتر گروه‌های دانشگاهی، ارائهٔ پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد (معمولاً در پایان سال دوم) را ضروری می‌دانند. رساله هم که گزارش طرح تحقیق اصلی (در پایان سال، چهارم یا پنجم، به فراخور نوع برنامه) است، الزامی می‌باشد. اما رساله از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، فراگیرتر و هدف آن، افزودن اطلاعات جدید به این رشته است. بیشتر برنامه‌های آموزشی همچنان بر تحقیقات آزمایشی یا همبستگی سنتی در رساله‌ها تاکید می‌کنند.

برنامه‌هایی که بر تحقیق تاکید می‌کنند معمولاً تجربهٔ تحقیقاتی را به ارائهٔ پایان‌نامه و رساله محدود نمی‌کنند. برای مثال، در برخی گروه‌های روان‌شناسی بالینی، هر دانشجو باید عضو «تیم» تحقیقاتی یکی از اعضای هیئت علمی شود. این تیم از چهار تا هشت دانشجوی تحصیلات تکمیلی تشکیل می‌شود که در سطوح تحصیلی مختلف به‌سر می‌برند. تیم تحقیقاتی هفته‌ای دو سه ساعت با هم ملاقات می‌کنند. در این ملاقات‌ها راجع به موضوع تحقیق، بحث کرده و طرح‌های تحقیقاتی را تدوین می‌کنند. آنها درباره طرح‌های پیشنهادی برای پایان‌نامه‌ها و رساله‌ها بحث کرده و از آنها دفاع می‌کنند. دانشجویان سال بالایی هم بقیه را راهنمایی و برای سال پایینی‌ها نقش الگو را بازی می‌کنند. این نوع دادوستدها در نشست‌ها باعث می‌شود دانشجویان، تعهد تحقیقاتی پیدا کنند.

امتحان صلاحیت . دانشجویان در بیشتر برنامه‌های بالینی باید امتحان صلاحیت بدهند که گاهی اوقات به آن امتحان مقدماتی یا امتحان جامع هم می‌گویند. این امتحان با هر عنوانی از نظر برخی دانشجویان، اضطراب‌آورترین تجربهٔ آموزشی است. امتحان صلاحیت، امتحانی کتبی است که در هر دانشگاه به یک شکل برگزار می‌شود. در برخی دانشگاه‌ها، در مدت یک هفته، سه امتحان کتبی چهارساعتی برگزار می‌شود. برخی دانشکده‌ها، یک امتحان شفاهی هم برگزار می‌کنند. در برخی برنامه‌ها، آزمون‌ها تمام حوزه‌های روان‌شناسی را دربرمی‌گیرند، در حالی که در برخی دیگر، به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی محدود می‌شوند. این امتحانات معمولاً در سال سوم برگزار می‌شود. امتحان صلاحیت در برخی برنامه‌ها مستلزم این است که دانشجویان یک مرور ادبیاتی کامل و عمیق یا یک درخواست کم‌هزینهٔ تحقیقاتی بنویسند.

انترنی . *انترنی* جزء بسیار مهم هر برنامهٔ آموزشی است. انترنی، نقطهٔ نهایی تجربیات قبلی دانشجو در دروس بالینی و واحدهای عملی و شروع استحکام نقش دانشمند ـ درمانگر است.

تمام برنامه‌های بالینی تاییدشده انجمن روان‌شناسی امریکا، نوعی دورهٔ انترنی دارند. در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم، دورهٔ انترنی معمولاً در سال سوم برگزار می‌شد. اما حالا که بسیاری از برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی اصولاً پنج‌ساله شده‌اند، دورهٔ انترنی عمدتاً در پایان دورهٔ آموزشی برگزار می‌شود. در معدود مواردی هم دانشجویان، دوره‌های انترنی نیمه‌وقت را پشت سر می‌گذارند که دو سال طول می‌کشد. انترن معمولاً در یک مرکز مستقل بیرون از دانشگاه مشغول کار می‌شود. برخی از انترن‌ها هم در مراکز دانشگاهی، مثل مرکز مشاوره یا دانشکده‌های پزشکی مشغول کار می‌شوند. انجمن روان‌شناسی امریکا، بیش از ۴۵۰ مرکز انترنی پیش از دکترا را تایید کرده است؛ نام این برنامه‌های انترنی «تاییدشده»، هر سال در شمارهٔ ماه دسامبر مجله *American Psychologist* چاپ می‌شود.

آموزش انترنی، فواید زیادی دارد. برای مثال، دانشجو می‌تواند تمام‌وقت در یک مرکز حرفه‌ای کار کند. مهارت‌های جدیدی به‌دست آورد و مهارت‌های قبلی خود را تقویت کند. دانشجو با تجربه‌اندوزی در محیطی حرفه‌ای، طعم فشارها و توقعات زندگی حرفه‌ای را می‌چشد. همچنین با آن دسته از

روان‌شناسان بالینی آشنا می‌شود که عقاید و گرایش‌های آنها با عقاید و گرایش‌های اعضای هیئت علمی دانشگاه او فرق می‌کند. بنابراین، تجربهٔ انترنی، تنگ‌نظری و تعصب القاشده در آموزش‌های دانشگاهی آنها را از بین می‌برد. مشاهدهٔ مراجعان مختلف هم قابلیت دانشجویان را ارتقا می‌دهد. دانشجویان با نکته‌های بالینی که قبلاً خوانده‌اند، روبه‌رو می‌شوند و این کمک می‌کند افکار تحقیقاتی پیدا کنند. دورهٔ انترنی در حالت آرمانی، فرصتی برای گسترش افق‌های حرفه‌ای و ادغام آموخته‌های دانشگاهی با الزامات دنیای حرفه‌ای فراهم می‌آورد. دورهٔ انترنی، آخرین بُعد در دنیای سه‌بُعدی تحصیل، تحقیق و تجربه است.

برای آنکه درک بهتری از تحصیلات تکمیلی در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی پیدا کنید، در کادر ۲ـ۱ با نظرات شخصی دانشجویی آشنا می‌شوید که در مقاطع بالای تحصیلات تکمیلی تحصیل می‌کند. در ضمیمهٔ الف هم با الفبای عملی درخواست شرکت در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی آشنا خواهید شد.

حرفه‌ای در حال تحرک

روان‌شناسی بالینی، حرفه‌ای در حال تغییر و تلاطم است. اگرچه روان‌شناسی بالینی هنوز رسالت اصلی خود، یعنی کاربرد اصول روان‌شناسی در حل مشکلات افراد را حفظ کرده است ولی روش‌ها و چهارچوب حرفه‌ای آن برای رسیدن به این هدف در حال تغییر است. معلوم نیست این تغییر خوب است یا نشانهٔ بحران هویت این رشته. اما یک چیز قطعی است: روان‌شناس بالینی بودن و مشارکت در شکل‌گیری یک حرفه، مهیج است.

خلاصه اینکه شما را با چند روند اصلی این رشته آشنا می‌کنیم تا با برخی از مسائل و معضلات روان‌شناسی بالینی امروزی آشنا شوید. این مسائل و معضلات را در فصل سوم بیشتر توضیح خواهیم داد.

زنان در روان‌شناسی بالینی

روند جمعیت‌شناختی مهمی وجود دارد که باید به آن اشاره کنیم. پیشتر در همین فصل گفتیم که تقریباً یک‌چهارم یا یک‌سوم اعضای شعبهٔ ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا (یعنی جامعهٔ روان‌شناسی بالینی) زن هستند. همان‌طور که پیشتر گفتیم، با توجه به روندهای اخیر، این نسبت، احتمالاً در آینده بیشتر هم خواهد شد. هم‌اکنون زن‌ها بیش از مردها دکترای روان‌شناسی می‌گیرند، به‌ویژه دکترای روان‌شناسی بالینی که نسبت زن‌ها به مردها در آن ۳ به ۱ است (هفر و دیگران، ۲۰۰۷). در گزارش انجمن روان‌شناسی امریکا (APA، ۲۰۰۶) برای افزایش زیاد تعداد زنانی که دکترای روان‌شناسی، به‌ویژه روان‌شناسی بالینی می‌گیرند، چند دلیل برشمرده می‌شود. در چند دههٔ گذشته، تقاضا برای مهارت‌های روان‌شناسان و دسترسی زنان به تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی افزایش یافته و فشارهای اجتماعی و اقتصادی باعث شده تعداد مردانی که در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی ثبت نام می‌کنند، کم شود. برای مثال، در رشته‌های دیگری مثل رشته‌های پزشکی و در علوم و مشاغل دیگر، مشوق‌های اقتصادی بیشتری در انتظار مردان است.

اما تاثیر این تغییر و تحول بر رشتهٔ روان‌شناسی بالینی معلوم نیست. البته این را می‌دانیم که افزایش حضور زنان در روان‌شناسی بالینی، به پیشرفت هرچه بیشتر این رشته کمک خواهد کرد؛ چون دامنه و گسترهٔ مسائل در کار بالینی و تحقیقات بالینی گسترش خواهد یافت.

مدل‌های آموزشی

به رغم غالب بودن مدل آموزشی دانشمند ـ درمانگر، این مدل مورد نقد و فشار قرار می‌گیرد. امروزه، مدلهای آموزشی جدیدی طرح شده است. دانشکده‌های حرفه‌ای که هیچ نوع پیوندی با دانشگاه ندارند، زیاد شده‌اند. وانگهی در دانشگاه‌ها، مدارک جدیدی اعطا می‌شود. برای مثال، مدرک ***دکترای روان‌شناسی*** (Psy.D.) یکی از رقبای مدرک Ph.D. شده که مدرکی تحقیقات‌گرا است. برنامه‌های روان‌شناسی بالینی مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا هر سال بیش از ۱۳۰۰ مدرک Psy.D. اعطا می‌کنند. بیش از ۶۰ برنامهٔ مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا وجود دارد که مدرک ***دکترای روان‌شناسی*** یا همان Psy.D. اعطا می‌کنند.

کادر ۲ـ۱: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جولیا مارتینز

جولیا مارتینز[1] دانشجوی سال پنجم مقطع تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی است. او در خصوص تجاربش در زمینهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی چنین نظر می‌دهد.

چه چیز تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را دوست داشتی؟

من اولین نفر در خانواده‌ام بودم که به کالج می‌رفت، بنابراین همیشه تحصیلات تکمیلی را یک چالش و فرصت می‌دانستم. در مجموع، حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از نظر من حضور در مکانی بود که محدودیتی برای یادگیری یا تفکر در آن وجود نداشت. در آنجا، وظیفهٔ شما تفکر انتقادی دربارهٔ هر چیزی و تدوین تحقیقات و طرح نظراتی است که به پیشرفت همهٔ ما کمک می‌کند. فکر می‌کنم در امریکا همهٔ این چیزها ممکن است و افتخار می‌کنم که جزیی از آن هستم. من روان‌شناسی بالینی را رشته‌ای نسبتاً جدید می‌دانم که کارهای زیادی در آن می‌توان کرد. این حقیقت، الهام‌بخش من (وگاهی دلهره‌آور) بوده است. بالاخره اینکه هرگز انکار نمی‌کنم که تحصیلات تکمیلی بسیار مشکل است. شما در این مقطع، روی کار و پیشرفت شخصی خودتان سرمایه‌گذاری هیجانی بسیاری می‌کنید. ناکامی‌ها و موفقیت‌ها، جزیی از زندگی روزمره‌اند. تعادل، سرسختی و شاید شوخ‌طبعی در این راه مهم است.

حداقل انتظارات تو از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چیست؟

جواب دادن به این سوال برای من سخت است. قبل از آنکه وارد دانشکده شوم، خیلی به انتظاراتم فکر می‌کردم. عملاً انتظار وقوع اتفاقات بد زیادی را داشتم که پیش نیامدند، شاید چون آمادگی آن را داشتم. برای مثال، می‌دانستم که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی باید خیلی کار کنم اما در عمل تمام شبگردی‌های دوره کالج را تعطیل کردم و این وحشتناک بود. به این فکر می‌کردم که چطور می‌توانم شیوه کاری خودم را بهبود بخشم، بنابراین شب‌ها کم می‌خوابیدم. همچنین شخص فرزانه‌ای به نام دکتر کارن گیلوک به من گفت دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی پر از فرصت‌های حیرت‌آور است اما اگر خوب اولویت‌بندی نکنی، خیلی تحت فشار قرار خواهی گرفت و در نتیجه کار چندانی نمی‌توانی بکنی (کارهای واقعاً مهمی، مثل ارائه پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد). این توصیهٔ دکتر گیلوک کاملاً درست و بجا بود و از همان اول به من کمک کرد. فکر می‌کنم بزرگ‌ترین انتظارم این بود که انتظار نداشتم تمام چیزها را یاد بگیرم. در واقع نمی‌دانستم دقیقاً چه چیزی یاد خواهم گرفت. از آمار می‌ترسیدم ولی یاد گرفتم عاشق آن باشم. انتظار نداشتم خیلی پیشرفت و تغییر کنم.

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، تو را عوض کرد؟ اگر عوض کرد، چطور؟

بی‌شک عوض شدم. قبلاً واقعاً به شنیدن اینکه روان‌شناسی، علمی «کاذب» یا «علمی نرم» است، حساسیت داشتم ولی آن‌قدر دانش نداشتم که این حرف‌ها را زیر سوال ببرم. اما به مرور فهمیدم تحقیقات خوب در روان‌شناسی می‌توانند تاثیر خوبی بر نظر مردم که واقعاً مهم است، بگذارند. خودم هم تغییر کردم. دوست داشتم تحصیلات تکمیلی، تجربه‌ای خوب و تحقیقاتی باشد. اگرچه بخش زیادی از وقتم را صرف آزمایشگاه می‌کردم، راه‌های دیگری هم برای گسترش افق دیدم پیدا کردم. داستان‌های بلند بسیاری خواندم، به کلاس شمشیربازی رفتم، با دوستانم زبان خارجی تمرین کردم، به اسپانیا سفر کردم، موسیقی ساخت خودم را ضبط کردم، نواختن ساز بانجو[2] را یاد گرفتم و رقص جیگ ایرلندی و فلامینکو را آموختم.

آیا علایق حرفه‌ای یا تحقیقات فعلی تو، مثل علایق حرفه‌ای یا تحقیقاتی تو در زمان شروع تحصیلات تکمیلی است یا فرق کرده است؟

در روان‌شناسی بالینی می‌توانی انتخاب کنی که بیشتر درمانگر باشی یا محقق. من جذب تحقیق شدم و برنامه‌ای انتخاب کردم که بر تحقیق تمرکز می‌کرد. برنامهٔ انتخابی من تاثیر مهمی در تقویت و حمایت از کارهای تحقیقاتی من دارد، بنابراین علایق من تغییری نکرده‌اند.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت‌ها یا تجربه‌های تحصیلات تکمیلی برای تو از همه مهم‌تر بودند؟

باید بگویم پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد تا اینجا از همه مهم‌تر بوده است. موقع ارائه آن به مهارت‌هایم در این زمینه شک داشتم و مطمئن نبودم بتوانم تمام قسمت‌های آن را اجرا کنم. اما تجربهٔ ارزشمندی بود.

برای کسانی که قصد دارند تحصیلات تکمیلی را دنبال کنند، توصیه‌ای داری؟

۱. ***بدانید می‌خواهید وارد چه عرصه‌ای شوید.*** به بیان دقیق‌تر، عده‌ای به راهنمایی‌های یک مشاور راهنما نیاز دارند؛ برخی هم دوست دارند تا وقتی نیازی به مشاور پیدا نکرده‌اند، خودشان این مسیر را به تنهایی طی کنند. برخی از مشاوران، زیر نظر گرفتن دقیق دانشجویان را ترجیح می‌دهند و برخی ترجیح می‌دهند دانشجویان مستقل‌تر عمل کنند. به این ترتیب، در وقت و انرژی لازم برای تشخیص این

1. Julia Martinez 2. banjo

موضوعات صرفه‌جویی می‌شود که چه نوع یادگیرنده‌ای هستید، چه نوع مشاور راهنمایی برای شما مناسب است و چطور می‌خواهید تحصیلات تکمیلی را طی کنید.

۲. ***به تفاوت‌های فرهنگی خودتان دقت (سازنده‌ای) کنید.*** گاهی اوقات تفاوت فرهنگی داریم که البته چیز خوبی است. فهمیدن و حساسیت نشان دادن به تفاوت‌های فرهنگی در روان‌شناسی بسیار مهم است. اما گاهی اوقات در خصوص خط فکری، عاداتِ کاری و مبادلات میان‌فردی کژفهمی‌هایی رخ می‌دهد یا به آنها نگاهی منفی می‌شود و گاهی هم مصداق تفاوت‌های فرهنگی قلمداد نمی‌شوند. اگر با این احساس آشنا هستید، از در میان گذاشتن مدبرانه و سازندهٔ افکارتان درباره تفاوت‌های فرهنگی با دیگران هرگز نترسید. این امر بر آگاهی همگان می‌افزاید و کمک می‌کند روان‌شناس بهتری شوید.

۳. ***مراقب سندرم «ستارهٔ درخشان» باشید.*** عدهٔ زیادی از دانشجویانی که وارد مقطع تحصیلات تکمیلی می‌شوند، در دبیرستان و کالج، ستارهٔ درخشان بوده‌اند. اما تحصیلات تکمیلی گاهی اوقات برای آنها هولناک می‌شود چون همه باهوش و ممتازند. برخی بر اثر این موضوع، افسرده می‌شوند و فکر می‌کنند «آدم باهوشی» نیستند؛ اما این‌طور نیست. ما بر اساس توانایی‌های یکدیگر ساخته می‌شویم. مقطع تحصیلات تکمیلی، وقت درس گرفتن از مهارت‌های فردی دیگران و وقت این است که چطور با هم، دنیای بهتری بسازیم. لطفاً با در نظر داشتن این نکته، به توصیهٔ بعدی من توجه کنید.

۴. ***شما شیاد نیستید.*** گاهی اوقات واقعاً می‌ترسیدم و فکر می‌کردم همکلاسی‌هایم بهتر می‌دانند چه کار کنند و زندگی در مقطع تکمیلی را چطور پیش ببرند. اما حقیقت این است که هر کس چیزهای زیادی یاد گرفته است. هرگز از توضیح دادن چیزهایی که آنها را نمی‌فهمید، نترسید. تا وقتی تردیدهایتان را بیش از حد مهم جلوه ندهید، یاد خواهید گرفت و رشد خواهید کرد.



عده‌ای نیز خواهان ارائه مدل آموزشی جدیدی در ***دانشکده‌های حرفه‌ای*** انتفاعی هستند. دانشکده‌های حرفه‌ای هم‌اکنون ۶۰ درصد تمام مدارک دکترای روان‌شناسی بالینی امریکا را صادر می‌کنند (کوهات و ویچرسکی، ۲۰۱۰). مدل آموزشی دیگری که در چند دههٔ اخیر طرح شده، برنامه آموزشی ترکیبی است. برنامه‌های ترکیبی با این فرض طراحی شده‌اند که رشته‌های کاربردی روان‌شناسی (یعنی، روان‌شناسی بالینی، مشاوره و روان‌شناسی مدرسه) تلفیقی از دانش و مهارت‌اند و از این دانش و مهارت می‌توانیم در محیط‌های کاری مختلف استفاده کنیم (بویتلر، گیونر، مودر، فیشر و ریو[1]، ۲۰۰۴). در حال حاضر، هشت برنامهٔ آموزشی ترکیبی تاییدشده در روان‌شناسی حرفه‌ای وجود دارد. هر برنامه، دو یا چند مورد از تخصص‌های روان‌شناسی بالینی، مشاوره یا مدرسه را آموزش می‌دهد.

مدل آموزشی که در دههٔ گذشته آوازه‌ای دست و پا کرده است، ***مدل علم بالینی*** (بیکر، مکفال و شوهام[2]، ۲۰۰۹) است. این مدل محصول نگرانی‌هایی بود مبنی بر اینکه روان‌شناسی بالینی به شکلی که هم‌اکنون اجرا می‌شود، زمینهٔ علمی کافی ندارد. برنامه‌های آموزشی پیرو این مدل بر آموزش‌های رویکردهای شواهدبنیاد در زمینهٔ سنجش، پیشگیری و مداخلهٔ بالینی متمرکزند. بیش از ۵۰ برنامهٔ آموزش بالینی، خود را برنامهٔ آموزشی مبتنی بر مدل علم بالینی می‌دانند. در فصل سوم دربارهٔ این مدل آموزشی و مدل‌های آموزشی دیگر به‌تفصیل صحبت خواهیم کرد.

عملکرد بالینی

با وجود تاثیر مالی مراقبت مدیریت‌شده، بیشتر روان‌شناسان بالینی تازه‌کار، همچنان دنبال کار خصوصی هستند. تعداد روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی امریکا در پنجاه سال اخیر چهاربرابر شده، هرچند تجویز دارو برای درمان مشکلات روانی

1. Beutler, Givner, Mowder, Fisher and Reeve
2. Baker, McFall and Shoham

به شدت افزایش یافته و دستمزد روان‌شناسان بالینی بابت خدمات‌شان پایین‌تر است (گودهارت[1]، ۲۰۱۰). این عوامل باعث شده‌اند دسترسی بسیاری به روان‌شناسی بالینی کم شود، ولی روان‌شناسان بالینی بیش از پیش دنبال اخذ گواهینامه و جواز کار، مشارکت در برنامه‌های دولتی بهداشتی و رفع دیگر دغدغه‌های صنفی می‌روند. میزان استخدام پیراحرفه‌ای‌ها و متخصصان سلامت روان که مدرک کارشناسی ارشد دارند، در مراکز مختلف سلامت روان که روان‌شناسان بالینی در آنها کار می‌کنند، بیشتر شده است. این افراد کارهای معمولی همچون آزمون‌گیری، دستیاری گروه‌درمانی، کارهای اجرایی مراکز و کارهایی از این قبیل را انجام می‌دهند. این حقیقت که روان‌شناسان بالینی جدید وقت خود را هرچه کمتر صرف آزمون تشخیصی می‌کنند، روند مورد نظر را تشدید کرده است.

عده‌ای تمام این موارد را نشانهٔ افول روان‌شناسی بالینی می‌دانند؛ برخی هم این تعارضات و اختلاف‌نظرها را مهیج می‌دانند. اما وضعیت فعلی برای دانشجوی آینده روان‌شناسی بالینی، فرصتی بی‌نظیر برای شرکت در شکل‌دهی آیندهٔ یک حرفه است.

تحمل ابهام و عطش برای دانش جدید

درست آن است که این فصل را با تعریف نهایی و کوتاه روان‌شناسی بالینی تمام کنیم؛ تعریفی که بحث قبل را جمع‌بندی و خلاصه می‌کند و راحت به یاد می‌ماند. اما چنین تعریفی نه ممکن است نه مفید. مشکل، وسعت دامنه و تنوع و وضعیت علایق و فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی است. تعریف مورد نظر برای پوشش این همه‌گستردگی و تنوع، بسیار طولانی و کلی خواهد شد که این خودش آن را بی‌معنی می‌کند. برای مثال، برخی معتقدند تعریف رسنیک (۱۹۹۱) و شعبهٔ دوازده انجمن روان‌شناسی امریکا در شروع این فصل، بسیار کلی است و ویژه روان‌شناسی بالینی نیست. شفر و لازاروس[2] (۱۹۵۲) بیش از پنجاه سال قبل در کتاب درسی روان‌شناسی بالینی گفته بودند «درباره نقش روان‌شناسی بالینی واقعاً اتفاق نظری وجود ندارد» (ص ۲۵). در این مدت اتفاق خاصی نیفتاده که متقاعد شویم ارزیابی آنها غلط بوده است. بنابراین به یک ویژگی مهم روان‌شناس بالینی می‌رسیم که ظرفیت تحمل ابهام است.

عده‌ای او را شیاد می‌دانند و عده‌ای او را در حد یک فرزانه می‌پرستند. گاهی اوقات به‌سبب نداشتن دانش برای تحلیل رفتار انسان افسرده می‌شود، گاهی هم به‌دلیل پیشرفت بیمارانش مشعوف می‌شود، در معرض بمباران اطلاعاتی قرار می‌گیرد، دانشگاهیان از او انتقاد می‌کنند که رشته‌اش بسیار کاربردی است و همکارانش در حوزهٔ سلامت روان ایرادمی‌گیرند که رشته‌اش بسیار انتزاعی و اختصاصی است. پس آیا تعجب‌آور است که بگوییم روان‌شناسان بالینی باید بتوانند ابهام را تحمل کنند؟ روان‌شناسی بالینی برای دانشجویانی که می‌خواهند تمام پاسخ‌ها درباره رفتار انسان را بدانند، بسیار ناامیدکننده و رنج‌آور است. اما برای کسانی که می‌خواهند در پیدا کردن راه‌های موثر بهبود وضعیت رفتاری انسان سهمی داشته باشند، خوشایند است.

خلاصهٔ فصل

ارائهٔ تعریف دقیقی از روان‌شناسی بالینی به مثابه یک رشته، سخت است. فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی بسیار زیاد و متنوع است و با فعالیت دیگر متخصصان سلامت روان، همپوشانی دارد. در این فصل، اطلاعات موجود درباره ویژگی‌ها و فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی را از نظر تاریخی ارائه کردیم. روان‌شناس بالینی عصر جدید معمولاً بخش زیادی از هفتهٔ کاری خود را صرف ارائه مستقیم خدمت، تشخیص/سنجش، امور اجرایی و تحقیق/نگارش می‌کند. تدریس، نظارت و مشورت دادن هم از دیگر وظایف مهم او می‌باشند. روان‌شناسان بالینی در مراکز و مکان‌های مختلفی مشغول به کار می‌شوند، به‌ویژه در دفترهای خصوصی، دانشگاه‌ها و مراکز پزشکی. طبق نظرسنجی‌ها، بیشتر روان‌شناسان بالینی مرد هستند، بیشتر دانشجویان مقطع تکمیلی، زن هستند و بیشتر روان‌شناسان بالینی، گرایش نظری التقاطی/ادغامی، شناختی و روانپویشی دارند. از همه مهم‌تر اینکه رشتهٔ روان‌شناسی بالینی به

1. Goodheart 2. Shaffer and Lazarus

رویکردهای سنجشی، پیشگیرانه و مداخلاتی شواهدبنیاد تعهد زیادی دارد. فصل را دست آخر با مرور آموزش در روان‌شناسی بالینی تمام کردیم.

اصطلاحات کلیدی

اعتبارنامه **accreditation**

اعتباری که انجمن روان‌شناسی امریکا برای آن دسته از برنامه‌های آموزش روان‌شناسی قائل است که واجد معیارهای قابل قبول هستند.

واحد عملی بالینی **clinical practicum**

تجربه‌ای آموزشی که مهارت‌های بالینی اختصاصی (در سنجش، روان‌درمانی و غیره) را می‌سازد. واحد عملی شامل محتوای درسی یا نظری و تجربهٔ عملی است.

روان‌شناس بالینی **clinical psychologist**

متخصص درک و درمان کسانی که مشکلات هیجانی، رفتاری و شناختی دارند. روان‌شناس بالینی، فعالیت‌های مختلفی از قبیل روان‌درمانگری، سنجش و تشخیص، تدریس، نظارت، تحقیق، مشورت دادن و امور اجرایی انجام می‌دهد.

مدل علم بالینی **clinical science model**

مدلی آموزشی در روان‌شناسی بالینی که بر رویکردهای دارای حمایت تجربی در سنجش، پیشگیری و مداخلهٔ بالینی تاکید می‌کند. این مدل حاصل نگرانی از محکم نبودن پایه‌های روان‌شناسی بالینی است.

مددکار اجتماعی بالینی **clinical social worker**

گروهی از متخصصان سلامت روان که در زمینهٔ تشخیص روان‌پزشکی و روان‌درمانگری انفرادی و گروهی آموزش دیده‌اند. مددکاران اجتماعی بالینی در مقایسه با روان‌شناسان و روان‌پزشکان، آموزش نسبتاً کوتاه‌تری می‌بینند که به دوره دوسالهٔ کارشناسی ارشد محدود می‌شود.

روان‌شناسان مشاور **counseling psychologists**

روان‌شناسانی که بین علایق و فعالیت‌های آنها و علایق و فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی همپوشانی زیادی وجود دارد. روان‌شناسان مشاور، طبق سنت، به روان‌درمانی انفرادی و گروهی کسانی مبادرت می‌ورزند که ناسازگاری خفیف دارند و به مردم مشاورهٔ تحصیلی و شغلی می‌دهند.

مدرک دکترا **doctoral degree**

مدرکی بالاتر از مدرک کارشناسی ارشد. مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی معمولاً پس از چهار سال آموزش، سنجش، تشخیص، روان‌درمانگری و تحقیق، همراه با یک سال دورهٔ انترنی، اعطا می‌شود.

امتحان تحصیلات تکمیلی **Graduate Record Examination**

آزمون داوطلبان برنامه‌های تحصیلات تکمیلی. این امتحان، توانایی‌های کمّی و کلامی و تحلیلی داوطلبان را می‌سنجد. برای چند رشته شامل روان‌شناسی هم آزمون‌های موضوعی دارد.

روان‌شناسان سلامت **health psychologists**

روان‌شناسانی که کارهای تحقیقاتی یا عملی آنها بر پیشگیری از بیماری، ارتقا و حفظ سلامتی و درمان افرادی متمرکز است که بیماری پزشکی دارند.

دورهٔ انترنی **internship**

دورهٔ فشردهٔ بالینی که همهٔ دانشجویان روان‌شناسی بالینی باید آن را بگذرانند و معمولاً در پایان آموزش تحصیلات تکمیلی شروع می‌شود. دورهٔ انترنی در حالت عادی، یک سال طول می‌کشد و دانشجو طی آن باید در مرکزی مستقل به‌صورت تمام‌وقت کار کند.

مدرک کارشناسی ارشد **master's degree**

مدرکی پیشرفته که معمولاً با دو سال تحصیلات تکمیلی به‌دست می‌آید. صاحبان مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌توانند در انواع مراکز خدمات‌رسانی کار کنند ولی کمتر از افراد صاحب مدرک دکترا احتمال دارد به‌طور مستقل کار کنند.

پیراحرفه‌ای‌ها **paraprofessionals**

افرادی (مثل شاغلان خطوط تلفنی بحران) که آموزش دیده‌اند به دست‌اندرکاران سلامت روان کمک کنند.

دانشکده‌های حرفه‌ای **professional schools**

دانشکده‌هایی که آموزش پیشرفتهٔ روان‌شناسی می‌دهند و به کسب قابلیت در سنجش و تحقیق بیش از کسب قابلیت در تحقیق بها می‌دهند. بسیاری از دانشکده‌های حرفه‌ای با دانشگاه پیوندی ندارند و بیشتر آنها مدرک Psy.D. می‌دهند.

مدرک دکترای روان‌شناسی **Psy.D.**

مدرکی عالی در روان‌شناسی که ظاهراً رقیب و جایگزین مدرک سنتی پژوهش‌گرای Ph.D. شده است.

روان‌پزشک **psychiatrist**

پزشکی که آموزش فشردهٔ تشخیص و درمان اختلالات روانی دیده است. روان‌پزشکان به‌دلیل پیشینهٔ پزشکی خود برای کاهش رفتار مشکل‌آفرین یا تسکین ناراحتی روانی، دارو تجویز می‌کنند.

درمانگاه روان‌شناسی **psychological clinic**

درمانگاهی که بر مبنای برنامهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی کار می‌کند و کارمندانش را دانشجویان رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، اعضای هیئت علمی

این رشته و اشخاصی از این دست تشکیل می‌دهند. این درمانگاه محیطی ایجاد می‌کند تا دانشجویان با اجرای سنجش، درمان و مشورت دادن به مردم، تجربهٔ عملی کسب کنند.

امتحان صلاحیت **qualifying examination**

امتحانی که از تمام دانشجویان روان‌شناسی بالینی معمولاً در سال سوم تحصیل گرفته می‌شود. هدف این امتحان، اطمینان از قابلیت دانشجو است.

روان‌شناسان توانبخشی **rehabilitation psychologists**

روان‌شناسانی که با افراد دارای ناتوانی جسمی و شناختی کار می‌کنند. روان‌شناسان توانبخشی معمولاً در بیمارستان‌های عمومی یا توانبخشی کار می‌کنند و به بیماران کمک می‌کنند با عواقب روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی ناتوانی خود کنار بیایند.

روان‌شناسان مدرسه **school psychologists**

روان‌شناسانی که با معلمان و مربیان کار می‌کنند تا رشد عقلی، اجتماعی و هیجانی بچه‌مدرسه‌ای‌ها را ارتقا دهند. فعالیت‌های آنها عبارت است از: ارزیابی کودکانی که نیازهای ویژه دارند، تهیهٔ مداخلات یا برنامه‌های لازم برای رسیدگی به نیازهای آنان و مشورت دادن به معلمان و مجریان مدارس دربارهٔ مشکلات و معضلات خطی‌مشی مدرسه.

مدل آموزشی دانشمند-درمانگر **scientist-practitioner model of training**

فلسفهٔ آموزشی غالب در روان‌شناسی امروز. مبنای این مدل آن است که روان‌شناسان بالینی باید دو نقش دانشمند و درمانگر را در هم ادغام کنند.

گرایش نظری **theoretical orientation**

چهارچوب نظری که روان‌شناس در مفهوم‌بندی مشکلات مراجع و درمان آنها به آن تکیه می‌کند. برخی از گرایش‌های نظری عبارتند از: روانپویشی، شناختی، رفتاری، میان‌فردی، نظام‌ها و التقاطی/ادغامی.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

1-1 Accredited internship programs
http://www.apa.org/ed/accreditation/programs/internships-state.aspx

1-2 Accredited doctoral training programs in clinical psychology
http://www.apa.org/ed/accreditation/programs/clinical.aspx

1-3 Example of a clinical psychology program's Web page (University of Missouri)
http://psychology.missouri.edu/clinical

1-4 *U.S. News* rankings of clinical psychology programs
http://grad-schools.usnews.rankingsandreviews.com/best-graduate-schools/top-health-schools/clinical-psychology-rankings

1-5 Society of Clinical Psychology (Division 12 of the American Psychological Association)
http://www.div12.org/

1-6 American Psychiatric Association-Healthy Minds
http://www.healthyminds.org/

1-7 National Association of Social Workers
http://www.socialworkers.org/

۲



مرور تاریخی روان‌شناسی بالینی

سوالات مهم

۱. کدام نظریه‌ها بیشترین تاثیر را بر روان‌شناسی بالینی گذاشته‌اند؟

۲. چرا شخصیت‌سنجی و تشخیص بار دیگر به عرصهٔ روان‌شناسی بازگشتند؟

۳. روان‌شناسان بالینی چطور این‌قدر درگیر درمان مشکلات هیجانی بزرگسالان شدند؟

۴. تحقیقات بالینی چگونه آگاهی در درمانگری بالینی و سنجش بالینی را بالا می‌برد؟

۵. چه عواملی باعث «دودستگی» در میان اعضای انجمن روان‌شناسی امریکا شد؟

رئوس مطالب فصل

ریشه‌های تاریخی

تشخیص و سنجش

مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰)

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰)

بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰)

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

مداخلات

مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰)

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰)

بین دو جنگ (۱۹۲۹ ـ ۱۹۲۰)

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

تحقیق

مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰)

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰)

بین دو جنگ (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰)

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

حرفه

مبادی (۱۸۹۹ ـ ۱۸۵۰)

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ ـ ۱۹۰۰)

کادر ۱ـ۲: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: لایتنر و تیمر: بنیانگذار روان‌شناسی بالینی

بین دو جنگ: (۱۹۳۹ ـ ۱۹۲۰)
جنگ جهانی دوم و پس از آن (۱۹۶۹ ـ ۱۹۴۰)
توسعهٔ یک حرفه (حال حاضر ـ ۱۹۷۰)
تفرقهٔ ۱۹۸۰

خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

تأمل دربارهٔ ریشه‌های روان‌شناسی بالینی، درک ما از این رشته را بهتر می‌کند. این فصل مروری بر گسترهٔ تاریخی روان‌شناسی بالینی و برخی مشکلات فعلی این رشته است.

ریشه‌های تاریخی

اگر نگوییم تعیین برهه یا شخصی به عنوان مبدأ یا شروع‌کنندهٔ روان‌شناسی بالینی گمراه کننده است، لااقل دلبخواهی است. ما می‌توانیم به فلاسفهٔ یونان مانند تالس، بقراط یا ارسطو برگردیم که درباره انسان و طبیعت فکر و احساس و آسیب‌شناسی حدس‌هایی زده‌اند (شفر و لازاروس، ۱۹۵۲). اما چون این فلاسفه، متقدمان تقریباً تمام رشته‌ها، جنبش‌ها یا مکتب‌های فکری در جامعهٔ غرب هستند، بیان نظرشان لطف چندانی ندارد، جز آنکه مبادی افتخارآمیز روان‌شناسی بالینی را نشان دهد.

تا پیش از سال ۱۸۹۰، تاریخ روان‌شناسی بالینی، با تاریخ روان‌شناسی نابهنجاری یا به قول زیلبورگ و هنری[1] (۱۹۴۱) با تاریخ «روان‌شناسی طبی» فرق چندانی نداشت. رایسمن[2] (۱۹۷۶) معتقد است ریشه‌های روان‌شناسی بالینی نوین به جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم برمی‌گردد که در نهایت موجب شدند مراقبت از بیماران روانی بهبود یابد. این جنبش‌ها و ارزش‌های انسان‌گرایانهٔ سردمداران آنها، سرآغازهای حرفه‌های امروزی سلامت روان بود (هوترسال[3]، ۱۹۸۴). یکی از شخصیت‌های مهم این جنبش، فیلیپ پینل[4]، پزشکی فرانسوی بود. پینل که به ظلم و اجحاف حاکم بر «بیمارستان‌های روانی» قرن نوزدهم معترض بود، به ریاست تیمارستان بیسِتر و بعداً، سالپتریئر رسید. او به سبب مهربانی و انسانیت خویش، در این رشتهٔ دشوار، پیشرفت بسیاری کرد. معلوم نیست که دستاوردهای پینل را باید شخصی یا تحولی منطقی برگرفته از فلسفهٔ روسو و آرمانگرایی انقلاب فرانسه بدانیم. به هر حال، کار پینل، نقطه عطفی در تحول و توسعهٔ روان‌پزشکی، رویکرد سلامت روان و در نهایت، روان‌شناسی بالینی بود.

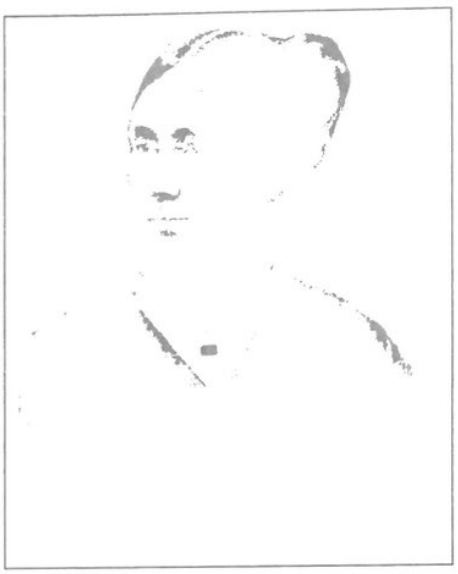
حدوداً در همان دوران، ویلیام تیوک[5] انگلیسی، خود را وقف احداث چیزی کرد که می‌توانیم آن را بیمارستان نمونه برای درمان انسانی بیماران و افراد مشکل‌دار بدانیم. در امریکا هم مدت‌ها بود الی تاد[6] تلاش می‌کرد آسایشگاهی در هارتفورد برای بیماران روانی تاسیس کند. تاد همچون همتایان اروپایی خود، بر مراقبت متمدنانه، احترام و رعایت اخلاق تاکید می‌کرد. با تلاش‌های تاد، این باور از بین رفت که بیماران روانی درمان‌ناپذیرند و به تدریج، جست‌وجو برای یافتن پیشایندهای بیماری روانی و تاکید بر درمان آن، جای حضانت خشن را گرفت.

امریکایی دیگری که تاثیر عمیقی بر جنبش سلامت روان گذاشت، دوروتی دیکس[7] (نمودار ۱ ـ ۲) بود. دیکس مبارزه‌ای تبلیغاتی به نفع ایجاد تسهیلات بهتر برای بیماران روانی را شروع کرد. دیکس با عزم جزم و ثبات قدم، مقامات دولتی را به پاسخگویی وادار و ترغیب کرد. او با نیروی منطق، بیان حقایق، توسل به احساسات عمومی و رایزنی‌های خوب خود، خواسته‌هایش را پیش برد. تا اینکه سرانجام در سال ۱۸۴۸، بر اثر تلاش‌های دیکس ایالت نیوجرسی بیمارستانی برای «دیوانگان» ساخت که نخستین بیمارستان از نوع خود در میان ۳۰ ایالت بعدی بود.

به دنبال تلاش‌های اشخاص یادشده، زمینه برای ظهور رشتهٔ روان‌شناسی بالینی مهیا شد. اما اشتباه است اگر این تلاش‌ها و مساعدت‌ها را از نیروهای اجتماعی و عقاید رایج آن زمان جدا کنیم. فلاسفه و نویسندگان در قرن نوزدهم دنبال شأن و برابری همگان بودند. دولت‌ها هم پاسخگویی را شروع

1. Zilboorg and Henry
2. Reisman
3. Hothersall
4. Philippe Pinel
5. Tuke
6. Eli Todd
7. Dorothea Dix

کرده بودند. حتی علم هم که پیشتر وارد صحنه شده بود، در این جنبش سهم داشت.



نمودار ۱ـ۲: دوروتی دیکس ۴۰ سال از این ایالت به آن ایالت رفت و به نفع درمان انسانی و تاسیس مراکز بهتر برای دیوانگان و عقب‌ماندگان ذهنی تبلیغ کرد. دیکس در جریان جنگ داخلی امریکا، سرپرستار بیمارستان نیروهای متحد بود.

روحیهٔ «دانش از طریق آزمایشگری» بر جامعه حاکم شده بود. طرز فکر قدیمی جای خود را به این احساس داده بود که افراد می‌توانند حالات انسان را پیش‌بینی کنند، بفهمند و حتی کنترل کنند. این غلیان علمی، ادبی، سیاسی، حکومتی و اصلاحی همزمان، نخستین علائم واضح و اشتباه‌ناپذیر ظهور حرفه‌های جدیدی را رقم زد که بعداً حرفه‌های «سلامت روان» نام گرفتند.

این توضیحات کوتاه، برخی از ریشه‌های روان‌شناسی بالینی را نشان می‌دهد. در صفحات بعد، سیر تحولات حوزه‌های تشخیص و سنجش، مداخله، تحقیق و مسائل حرفه‌ای این رشته را پیگیری خواهیم کرد.

تشخیص و سنجش

مبادی (۱۸۹۹ـ۱۸۵۰)

از نظر بسیاری، جوهر روان‌شناسی بالینی همواره تاکید بر سنجش تفاوت‌های مردم بوده است نه تاکید بر سنجش مشترکات آنها. بخش زیادی از این تاکید هم به فرانسیس گالتون[1] انگلیسی برمی‌گردد. گالتون خیلی تلاش کرد تا برای فهم تفاوت‌های مردم از روش‌های کمّی استفاده کند. او که به تیزی حس، مهارت‌های حرکتی و زمان واکنش علاقه داشت، در سال ۱۸۸۲، آزمایشگاه انسان‌شناسی بدنی را تاسیس کرد.

این سنت بعداً در کارهای جیمز مک‌کین کتل[2] و لایتنر ویتمر پیگیری شد که هر دو امریکایی بودند. کتل به‌رغم مخالفت استادش، ویلهلم وُنت[3]، بر تفاوت افراد در زمان واکنش متمرکز شد و ویتمر به تنوع مهارت‌های روان‌شناختی کودکان پرداخت.

کتل همچون گالتون معتقد بود بررسی تفاوت آدم‌ها در زمان واکنش، یکی از راه‌های بررسی هوش است. در حقیقت کتل بود که در توصیف اندازه‌گیری‌ها از اصطلاح *آزمون‌های روانی* استفاده کرد (ثورندایک[4]، ۱۹۹۷). کتل از طریق طراحی مجموعه‌ای ۱۰ آزمونی امیدوار بود بتواند ثبات فرایندهای روانی را پیدا کند و حتی پیش‌بینی کرد از این آزمون‌ها در گزینش و آموزش افراد و کشف بیماری‌ها استفاده شود. در این کارهای اولیه می‌توانیم نخستین گام‌های جنبش آزمون‌گیری را ببینیم.

ویتمر با گشودن نخستین درمانگاه روان‌شناسی در سال ۱۸۹۶ و انتشار نخستین مجلهٔ روان‌شناسی با عنوان *Psychological Clinic*، الگوی فعلی درمان در روان‌شناسی بالینی را شروع کرد. رشتهٔ روان‌شناسی بالینی بر اثر نوآوری ویتمر در شناسایی و درمان کودکانی که مشکلات تحصیلی (نشئت گرفته از نقایص شناختی یا نشانه‌های روان‌شناختی) داشتند، رشته‌ای حرفه‌ای شد. این رشته دنبال بررسی و درمان کسانی بود که قادر نبودند با جامعه منطبق شوند. جالب اینجا است که تاکید اولیهٔ اصلی در سنجش و درمان بالینی بر کودکان بود. این تاکید تا جنگ جهانی دوم ادامه یافت.

روندی مرتبط با همین دوره، کارهای تشخیصی امیل کرپلین[5] در سال ۱۹۱۳ بود. در آن زمان معدود روان‌پزشکانی

---

1. Francis Galton
2. James McKeen Cattell
3. Wilhelm Wundt
4. Thorndike
5. Emil Kraepelin

هم‌سطح کرپلین بودند. وقتی کرپلین بیماری روانی را به دو گروه برون‌زاد (درمان‌پذیر) و درون‌زاد (درمان‌ناپذیر) تقسیم کرد، ماجرای طبقه‌بندی‌ای شروع شد که امروز هم ادامه دارد. توصیفات و طبقه‌بندی‌های کرپلین از بیماران، اکتشافی بودند و بحث بسیاری دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی به راه انداختند.

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ـ۱۹۰۰)

یکی از تحولات اصلی عصر جدید، بحث اندازه‌گیری روانی یا روان‌آزمایی تشخیصی بود. شروع این جریان به گالتون یا کتل برمی‌گردد ولی نیروی اصلی و قطعی آن از کارهای آلفرد بینه[1] گرفته شد.

بینه معتقد بود کلید مطالعهٔ تفاوت‌های فردی، دو مفهوم هنجار و انحراف از هنجار است. پس از ارائه طرح بینه به وزیر تعلیم و تربیت فرانسه در پاریس در سال ۱۹۰۴، کمیسیونی، بینه و همکارش تئودور سیمون[2] را مامور کرد راهی مطمئن برای تربیت و آموزش کودکان دارای محدودیت‌های شناختی پیدا کنند (ثورندایک، ۱۹۹۷). آنها هم برای جداسازی محدودیت‌ها به‌طور عینی و محسوس، در سال ۱۹۰۸، مقیاس بینه ـ سیمون را طراحی کردند. برآورد تأثیر عمیق این مقیاس بر *اندازه‌گیری هوش* مشکل است. هنری گودارد[3] بعداً آزمون‌های بینه را به امریکا برد و لوئیس ترمن[4]، در سال ۱۹۱۶، نسخهٔ امریکایی آن را تهیه کرد.

در حوزهٔ *شخصیت‌آزمایی* نیز پیشرفت‌هایی رخ داد. کارل یونگ[5] حدود سال ۱۹۰۵، از روش تداعی کلمه برای رو کردن مواد ناهشیار درون ذهن بیماران استفاده کرد. در سال ۱۹۱۰ هم آزمون تداعی آزاد کنت ـ رُزانف[6] منتشر شد. اگرچه گالتون در سال ۱۸۷۹ با این فنون آزمایشگری کرده بود، آزمون‌های تداعی آزاد، پیشرفت مهمی در آزمون تشخیصی محسوب می‌شد.

چارلز اسپیرمن[7] در سال ۱۹۰۴، مفهوم هوش عمومی یا همان اصطلاح g را ابداع کرد. ادوارد ثورندایک هم مفهومی را مطرح کرد که بر اهمیت توانایی‌های مجزا تاکید داشت. به هر حال، بحث و اختلاف نظر عمیقی درباره ماهیت هوش درگرفت که هنوز هم ادامه دارد.

وقتی ایالات متحدهٔ امریکا در سال ۱۹۱۷ وارد جنگ جهانی اول شد، نیاز مبرمی به غربال و طبقه‌بندی نیروهای نظامی آمادهٔ خدمت حس می‌شد. کاربرد نظریه‌های روان‌شناسی در ارتش امریکا، سرآغاز تاکید تدریجی بر این موضوع شد که روان‌شناسی بالینی موقتاً از بررسی کودکان فاصله بگیرد و به مسائل بزرگسالان بپردازد. پس از جنگ جهانی اول، کمیته‌ای متشکل از پنج عضو انجمن روان‌شناسی امریکا در گروه پزشکی ارتش مشغول کار شدند. رییس این گروه هم رابرت یرکز[8] بود. وظیفهٔ این کمیته، فراهم آوردن نظام طبقه‌بندی مردان بر اساس سطح توانایی آنها بود. حاصل آن هم انتشار آزمون آلفای ارتش در سال ۱۹۱۷ بود. اندکی پس از انتشار این مقیاس کلامی، نسخهٔ غیرکلامی آن با عنوان آزمون بتای ارتش منتشر شد. در همان مسیر، رابرت وودورث در سال ۱۹۱۷، پرسشنامهٔ روان‌رنجوری را منتشر کرد که شاید بتوان آن را نخستین پرسشنامهٔ سنجش رفتار نابهنجار دانست. با معرفی ابزارهای دقیق غربالگری، همچون برگهٔ اطلاعات شخصی وودورث و آزمون آلفا و بتای ارتش، راه جنبش آزمون‌گیری گروهی هموار شد.

بین دو جنگ (۱۹۳۹ـ۱۹۲۰)

بین دو جنگ، پیشرفت فراوانی در روان‌آزمایی تشخیصی حاصل شد. پینتنر و پترسون[9]، مقیاس هوش غیرکلامی خود را معرفی کردند. در سال ۱۹۳۰ نیز مقیاس امتیازی آرتور ارائه گردید و در سال ۱۹۳۴، آزمون کورنل ـ کاکس منتشر شد. در سال ۱۹۲۶ هم فن یک آدم بکش گودیناف برای اندازه‌گیری هوش منتشر شده بود. حالا روان‌شناس علاوه بر آزمون‌های کلامی و غیرکلامی، آزمون‌های انفرادی و گروهی داشت و روان‌شناسان بالینی از اصطلاح «هوشبهر» استفاده می‌کردند.

مظهر استعدادآزمایی هم آزمون‌های توانایی موسیقایی سیشور بود که هنوز هم از آن استفاده می‌شود. در این زمان

---

1. Alfred Binet
2. Theodore Simon
3. Henry Goddard
4. Lewis Terman
5. Carl Jung
6. Kent-Rosanoff
7. Charles Spearman
8. Robert Yerkes
9. Pintner and Paterson

آزمون‌های علایق هم منتشر شد. در سال ۱۹۲۷، فرم رغبت شغلی استرانگ و پس از آن، رجحان‌سنج کودر منتشر گردید.

تحلیل عاملی لوئیس ترستون [1] در سال ۱۹۲۷، بر بحث‌ها و اختلاف‌نظرهای جاری در خصوص مشکلات نظری مربوط به هوش افزود. اسپیرمن، ثورندایک و ترستون حالا همگی وارد عرصهٔ هوش شده بودند و هر یک سهم مهمی در این عرصه داشتند. گِزِل [2] در سال ۱۹۲۸، مقیاس‌های رشدی خود را منتشر کرد و در سال ۱۹۳۶، مقیاس پختگی اجتماعی واین‌لندِ دال معرفی شد. مقیاس دال برخورد دقیقاً هوشی با رفتار نداشت ولی اصطلاح پختگی یا قابلیت اجتماعی را پیش کشید.

تحول عمده در جنبش هوش‌آزمایی در سال ۱۹۳۹ رخ داد که دیویدوکسلر [3]، آزمون وکسلر ـ بلویو را منتشر کرد. تا آن زمان، ابزار اندازه‌گیری انفرادی رضایت‌بخشی درباره هوش بزرگسالان وجود نداشت. نسخه‌های بعدی آزمون وکسلر ـ بلویو هم آزمون‌های انفرادی مهمی در زمینهٔ هوش بزرگسالان بودند. آزمون‌های هوش، علایق و توانایی‌ها، تنها تحولات آزمونی آن سال‌ها نبودند. در شخصیت‌آزمایی هم گام‌های مهمی برداشته شد. پس از برگهٔ اطلاعات شخصی وودورث، در سال ۱۹۲۱ آزمون ضربدر و دایرهٔ پرسی برای هیجانات و نیز آزمون اراده ـ خُلق و خوی داونی در سال ۱۹۲۳ منتشر شد. در سال ۱۹۳۱ هم بررسی ارزش‌های آلپورت ـ ورنون چاپ شد.

اما خبر بزرگ، فرافکنی‌آزمایی بود. اگرچه قبلاً بر اثر تحقیقات گالتون، یونگ و کِنت و رُزانُف، پیشرفت در این زمینه شروع شده بود، اما رویداد بزرگ در حوزهٔ فرافکنی‌آزمایی در سال ۱۹۲۱ رخ داد که هرمن رورشاخ، روان‌پزشک سوئیسی، کتاب ***تشخیص روانی*** را منتشر کرد. رورشاخ در این کتاب، طرز استفاده از لکه‌های جوهر برای تشخیص اختلالات بیماران روان‌پزشکی را توضیح داد. کار رورشاخ بر این مبنا بود که پاسخ افراد به محرک مبهم، معرف پاسخ آنها به تجربه‌های زندگی واقعی است.

روش رورشاخ زمانی جدی گرفته شد که اس. جی. بک و برونو کلاپفر هر کدام راهنمای آزمون رورشاخ و طرز نمره‌گذاری آن را منتشر کردند. سپس، ال. کی. فرانک در سال ۱۹۳۹، اصطلاح ***فنون فرافکن*** را ابداع کرد. از آن پس، سیلی از تحقیقات، کتاب‌ها، دروس و فنون فرافکن به راه افتاد.

یکی دیگر از جنبه‌های جنبش فرافکن، انتشار آزمون اندریافت موضوع (TAT) کریستین مورگان و هنری موری در سال ۱۹۳۵ بود. شخص در این آزمون باید به عکس‌های مبهم نگاه کند و سپس داستانی بسازد و در آن، فعالیت‌ها و افکار و احساسات و آدم‌های درون آن عکس‌ها را توصیف کند. سپس در سال ۱۹۳۸، لارتا بندر [4]، آزمونِ گشتالتِ بندر را منتشر کرد که هنوز هم جزء ابزارهای اندازه‌گیری فرافکن شخصیت است.

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

موفقیت روان‌شناسی بالینی در زمینهٔ آزمون‌های هوش، جنبش بعدی در حوزهٔ شخصیت‌سنجی را در پی داشت. همین‌طور که روان‌شناسان بالینی از مدارس و موسسات دولتی مربوط به افراد دارای محدودیت‌های شناختی، وارد نهادها و موسسات کیفری، بیمارستان‌های روانی و درمانگاه‌ها می‌شدند، پزشکان و روان‌پزشکان بیش از پیش از آنها سوالات پیچیده می‌کردند. سوالاتی مانند «سطح توانایی این بیمار چقدر است؟» به تدریج به سوالات پیچیده‌تری در مورد تشخیص افتراقی تبدیل شد. برای نمونه از آنها می‌پرسیدند «آیا سطح کارکرد این بیمار به محدودیت‌های عقلانی سرشتی او برمی‌گردد یا فرایند بیماری، مثل فرایند اسکیزوفرنی، باعث شده عملکرد عقلانی او کاهش یابد؟» چون جواب دادن به این پرسش‌ها، چیزی بیش از تشخیص میزان هوشبهر را می‌طلبید، روش‌های جدید بررسی عملکرد بیماران در آزمون‌های هوش ابداع شد. روان‌شناس در بسیاری از موارد به جای نمرهٔ کل، الگوی عملکرد را در نظر می‌گرفت.

در سال ۱۹۳۴، شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) منتشر شد (هَثوی [5]، ۱۹۴۳). شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا یک آزمون خودگزارشی عینی بود که کار اصلی آن در آغاز، زدن برچسب روان‌پزشکی به بیماران بود. اگرچه از آزمون‌های دیگری مثل آزمون رورشاخ نیز چنین استفاده‌ای می‌شد، اما شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا از این

1. Louis Thurstone
2. Gesell
3. David Wechsler
4. Lauretta Bender
5. Hathaway

لحاظ بی‌نظیر بود که لزومی به تفسیر نظری نمره‌ها یا پاسخ‌ها نداشت.

دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ شاهد پیچیده‌تر شدن فن‌آوری آزمون‌گیری بود. بحث و اختلاف نظر دربارهٔ بیشتر بودن اثربخشی پیش‌بینی بالینی یا پیش‌بینی آماری، با انتشار شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بالاگرفت (میهل [1]، ۱۹۵۴؛ ساربین [2]، ۱۹۴۳). کدام برتر است؟ تصورهای ذهنی روان‌شناس بالینی یا رویکردهای سختِ عینی که بر اطلاعات خشکی مثل نمرات آزمون‌ها مبتنی است. همچنین بحث پیچیده‌ای درباره شیوه اعتباریابی آزمون‌ها و نگرش‌های گمراه‌کنندهٔ پاسخ‌دهندگان درباره آزمون‌گیری درگرفت (کرونباخ [3]، ۱۹۴۶؛ کرونباخ و میهل، ۱۹۵۵). سنجش، پس از عصر ابزارهای خام ساخته‌شده در جنگ جهانی اول، راهی طولانی طی کرد. در این دوره، دانشِ آزمون‌سازی به جایی رسید که انجمن روان‌شناسی امریکا، معیارهای آزمون‌سازی صحیح را منتشر کرد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۵۴).

پس از جنگ جهانی دوم، هوش‌آزمایی ادامه یافت. وکسلر در سال ۱۹۴۹، آزمون انفرادی دیگری منتشر کرد. این آزمون که مقیاس هوش کودکان وکسلر نام داشت، رقیب جدی آزمون استنفورد ـ بینه شد. مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر هم (که نسخه‌ای از مقیاس وکسلر ـ بلویو بود) بعداً در سال ۱۹۵۵ منتشر شد. این آزمون‌ها سرآغاز مجموعه بازنگری‌های بعدی فرم‌های کودکان و بزرگسالان مقیاس‌های وکسلر شد. در فصل هفتم، نظریه‌های فعلی هوش و آزمون‌های مشهور هوش را توضیح خواهیم داد.

در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ آزمون‌های شخصیت، به‌ویژه آزمون‌های فرافکن، افزایش انفجارآمیز داشتند. آزمون رورشاخ و اندریافت موضوع (TAT)، همچنان جایگاه برتر را داشتند. روان‌شناسان بالینی، متخصص ***تشخیص روانی***، یعنی متخصص استفاده و تفسیر نمرات آزمون‌های روانی، به عنوان مبنای تشخیص‌گذاری و برنامه‌ریزی درمانی در نظر گرفته می‌شدند. اما اختلاف‌نظر درباره اینکه آیا سنجش عینی برای توصیف شخصیت و آسیب‌شناسی روانی مهم است یا سنجش فرافکن، در این حرفه رو به افزایش بود. مبنای ابزارهای ***اندازه‌گیری عینی***، مانند شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و و نسخهٔ دیگر آن، یعنی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) (باچر، دالستروم، گراهام، تلگن و کامر [4]، ۱۹۸۹)، رویکردی قانون‌نگر بود که در آن نمره‌های آزمون بر اساس قواعد تجربی‌بنیادِ مقایسهٔ نمرهٔ به‌دست آمده و نمرهٔ میانگین نمونهٔ بزرگ معرف، تفسیر می‌شد. اما مبنای تفسیر پاسخ‌های حاصل از ابزارهای اندازه‌گیری فرافکن معمولاً رویکرد فردنگر است. این نوع اندازه‌گیری‌ها معمولاً بر فرد تمرکز می‌کنند و مبنای تفسیرها، همان‌قدر که قواعد دارای حمایت تجربی است، نظریهٔ روان‌پویشی هم هست. این اختلاف نظر بین طرفداران فنون عینی و فنون فرافکن تا امروز ادامه دارد؛ موضوعی که در فصل هشتم به آن می‌پردازیم.

اما جالب این که مخالف اصلی شخصیت‌آزمایی، خارج از این دو گروه بود. جنبش ***رفتارگرایی افراطی*** که سرآغاز آن به دههٔ ۱۹۵۰ برمی‌گشت، مدعی بود فقط رفتار آشکار را می‌توان اندازه‌گیری کرد و استنباط کردن میزان یا وجود صفات شخصیتی از نتایج آزمون‌های روانی، بی‌فایده و نامطلوب است؛ بر اساس رفتارگرایی افراطی، صفات شخصیتی قابل اندازه‌گیری مستقیم نیست. در نتیجه، شخصیت‌سنجی به باد حمله گرفته شد و برنامه‌های روان‌شناسی بالینی دههٔ ۱۹۶۰، رنگ و لعاب رفتاری پیدا کرد. در سال ۱۹۶۸، والتر میشل [5] قاطعانه اظهار داشت صفات شخصیتی عمدتاً در ذهن مشاهده‌گرها وجود دارند تا در رفتار مشاهده‌شده. این وضعیت‌ها، و نه مجموعه صفات ابهام‌آلود، هستند که رفتار را تعیین می‌کنند. به همین دلیل هم بود که در دههٔ ۱۹۷۰ ***سنجش رفتاری*** ظهور کرد. در این نوع سنجش، رفتارها در بافتِ محرک‌ها یا وضعیت‌های قبل یا پس از آنها بررسی می‌شدند. فصل نهم کتاب، این رویکرد متنفذ سنجشی را بررسی می‌کند.

اما آیا تمرکز بر رفتار و تعیین‌کننده‌های وضعیتی آن، میخی بر تابوت شخصیت‌سنجی بود؟ البته که نبود. اهمیت پیدا کردن

---

1. Meehl 2. Sarbin 3. Cronbach
4. Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen and Kaemmer
5. Walter Mischel

و پوشش داده شدن *اختلالات شخصیت* در نظام شخصیتی اختلالات روانی امریکا، موجب شد علاقه‌مندی به شخصیت‌سنجی در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ دوباره افزایش یابد. در این میان، انتشار پرسشنامه‌های شخصیتی جدیدتر با مبنای روان‌سنجی قوی‌تر (مثل پرسشنامهٔ بالینی چندمحوری میلون و پرسشنامهٔ شخصیتی NEO) و چند آزمایش تجربی دیگر هم بی‌تاثیر نبود که نشان می‌دادند صفات شخصیتی در طول زمان و در وضعیت‌های مختلف نسبتاً ثبات دارند (برای مثال، کاستا و مکری[1]، ۱۹۸۸؛ اپستاین و اُبراین[2]، ۱۹۸۵).

همان‌طور که گفتیم، نظام طبقه‌بندی تشخیصی امریکا بر حوزهٔ سنجش بالینی تاثیر گذاشت. نخستین ویراست *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (DSM-I) در سال ۱۹۵۲ منتشر شد. با توجه به اینکه نیازهای مبرم پس از جنگ، تامین‌کنندهٔ هزینه‌های تهیهٔ نخستین ویراست نظام تشخیصی مورد نظر بود، این نظام طبقه‌بندی، همچنان بر آسیب‌شناسی روانی بزرگسالان، شامل نشانه‌های پس از جنگ (که سال‌ها بعد به آن اختلال استرس پس از ضربه گفته شد) و روانپریشی حاد، متمرکز بود. گهگاه در این راهنما بازنگری‌هایی شد که جدیدترین آن در سال ۲۰۰۰ منتشر شد (یعنی متن بازنگری‌شدهٔ ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا DSM-IV-TR). ویراست پنجم آن (یعنی DSM-V) هم در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. در کنار تاثیر این نظام تشخیصی بر محتوای پرسشنامه‌های خودگزارشی (یعنی انتشار پرسشنامه‌هایی که برای اندازه‌گیری اختلالات روانیِ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا همان DSM طراحی شده است)، ابزارهای سنجشی دیگری یعنی ***مصاحبه‌های تشخیصی ساختارمند*** نیز تهیه شد. این مصاحبه‌ها مجموعه پرسش‌های استانداردی هستند که ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) برای اختلالات مختلف را در خود جا داده‌اند. روان‌شناسان بالینی (یا محققانی) که بر مبنای این راهنما دنبال تشخیص‌گذاری روی یک بیمار (یا شرکت‌کننده در تحقیق) هستند می‌توانند از این مصاحبه‌ها استفاده کنند؛ در نتیجه نیازی به اجرای آزمون روانی و تعیین تشخیص‌گذاری بر مبنای نمرات بیماران در آزمون نیست.

علاقه به ***سنجش عصبی روانی*** هم زیاد شده است. سنجش عصبی‌روانی، موارد قوت و ضعف نسبی بیماران بر مبنای روابط مغز و رفتار (یا همان پاسخ‌های آزمون) را ارزیابی می‌کند که پشتوانهٔ تجربی دارند. در خصوص تشخیص اختلال در کارکرد عصبی‌روانی، چند آزمون و ابزار اندازه‌گیری تهیه شده است. هالستید[3] در سال ۱۹۴۷، مجموعه آزمونی ابداع کرد که مشکلات عصبی‌روانی را تشخیص می‌داد. سنجش عصبی‌روانی معاصر معمولاً پیرو یکی از این دو رویکرد است. برخی از یک گروه یا مجموعه آزمونی یکدست درباره تمام بیماران استفاده می‌کنند. برخی هم در آغاز از زیرمجموعهٔ کوچکی از آزمون‌ها استفاده می‌کنند و سپس بر اساس نتایج آزمون‌های مقدماتی، برای جواب دادن به سوالات ارجاع‌شده، آزمون‌های دیگری اجرا می‌کنند. برخی از مجموعه آزمون‌های عصبی‌روانی معروف‌تر عبارتند از: هالستید ـ ریتان (ریتان[4]، ۱۹۶۹) و مجموعه آزمون عصبی‌روانی لوریا ـ نبراسکا (گولدن، پوریسک و هامکه[5]، ۱۹۸۵). رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر همچنان در حال پیچیده‌تر شدن است. هم‌اکنون بسیاری از آزمون‌های عصبی‌روانی رایانه‌ای اجرا می‌شود و به شناسایی همبسته‌های عصبی‌روانی اختلال روانی توجه بیشتری می‌شود. همچنین روان‌شناسان عصب‌نگر امروزی برای اعتباریابی و تکمیل اطلاعات جمع‌آوری‌شدهٔ خود از آزمون‌های عصبی‌روانی، به امکانات تصویرسازی مغزی متوسل می‌شوند و نتایج آزمون‌های آنها، مولفه‌های جدایی‌ناپذیر برنامه‌ریزی‌های توانبخشی محسوب می‌شود.

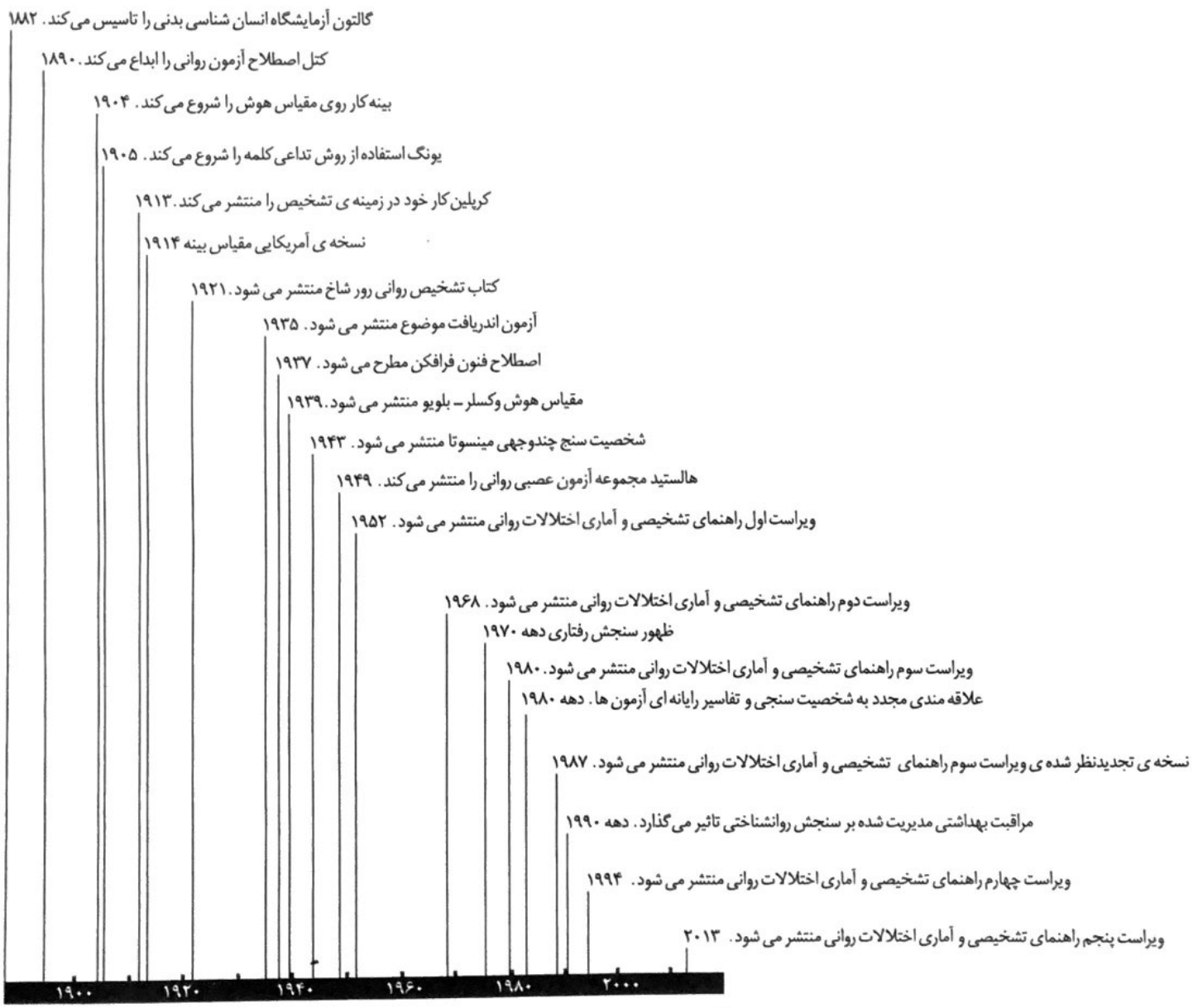
بالاخره اینکه ظهور و شهرت مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده در دههٔ ۱۹۹۰ بر سنجش روانی تاثیر گذاشت. اگرچه در فصل سوم راجع به این روند، بیشتر توضیح خواهیم داد، اما جا دارد آن را همین جا اندکی شرح دهیم. مراقبت

---

1. Costa and McCrae
2. Epstein and O'Brien
3. Halstead
4. Reitan
5. Golden, Purisch and Hammeke

بهداشتی مدیریت‌شده (که شامل بهداشت روانی و رفتاری هم می‌شود) در پاسخ به افزایش سریع هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی پدید آمد. بیمه‌گذاران شخص ثالث (برای مثال شرکت‌های بزرگ) به مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده متوسل شدند چون هزینه‌ها را پاسخگوتر و کاراتر می‌کند. در نتیجه، روان‌شناسان بالینی که تحت پوشش برنامه‌های مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده قرار گرفتند، روز به روز به آن دسته از ابزارهای اندازه‌گیری یا آزمون‌های روانی پایا و معتبر علاقهٔ بیشتری نشان دادند که (الف) با شناسایی و نشانه‌سنجی دقیق، به برنامه‌ریزی درمانی کمک می‌کردند، (ب) به هرگونه تغییر یا بهبودی در کارکرد بیمار در نتیجهٔ درمان حساس بودند و ج) نسبتاً کوتاه بودند.

در گاه‌شماری رویدادهای مهم سنجش، به برخی از نکات مهم سنجش اشاره کرده‌ایم.



گاه‌شمار: رویدادهای مهم سنجش

مداخله

مبادی (۱۸۹۹ـ۱۸۵۰)

امیل کرپلین بر طبقه‌بندی روانپریشی‌ها تمرکز کرده بود، اما عده‌ای در حال تحقیق راجع به درمان‌های جدید بیماران «روان‌رنجور» از جمله فن تلقین و هیپنوتیزم بودند. به‌طور مشخص، ژان شارکو[1] در نتیجهٔ تحقیقاتش روی بیماران هیستریایی ـ یعنی بیمارانی با «نشانه‌های بدنی» (مثل نابینایی یا فلج) که ظاهراً علت بدنی مشخص و تشخیص‌پذیر نداشتند (نمودار ۲ـ۲) ـ شهرت زیادی کسب کرده بود. شارکو استاد برگزاری نمایش‌های بالینی هیجان‌آور با بیماران



نمودار ۲ـ۲ ژان شارکو در حال نمایش هیپنوتیزم با بیماری به نام «ویت». شارکو عصب‌شناس بود، ولی در تبیین هیستری، رویکردی روانی‌اجتماعی داشت.

هیپنوتیزم‌شده بود. در حقیقت شارکو معتقد بود فقط بیماران هیستریایی را می‌توان هیپنوتیزم کرد؛ غافل از اینکه احتمالاً هیپنوتیزم را بررسی می‌کرد نه هیستری را. دیگرانی همچون هیپولیت برنهایم و پیر ژانه[2] هم از منتقدان شارکو بودند. برنهایم احساس می‌کرد نشانه‌های هیستری چیزی جز تلقین‌پذیری را نشان نمی‌دهد؛ از طرف دیگر، ژانه هیستری را نشان‌دهنده «تقسیم شخصیت» می‌دانست و آن را نوعی تباهی ارثی در نظر می‌گرفت. تقریباً در همان دوران، همکاری بسیار مهم جوزف بروئر و زیگموند فروید[3] شروع شد. بروئر در اوایل ۱۸۸۰، مشغول درمان بیماری به نام «آنا اُ» بود که درباره او تشخیص هیستری داده بودند. درمان آنا اُ با مشکلات و چالش‌های فراوانی روبه‌رو شد ولی پیشرفت‌های نظری مهمی در پی داشت که روان‌درمانگری را تا سال‌ها تحت تاثیر قرار داد. بروئر درباره آنا به تفصیل با فروید تبادل نظر کرد، طوری که فروید به موضوع علاقه‌مند شد و به پاریس رفت تا از شارکو درباره هیستری چیز یاد بگیرد. خلاصه، فروید و بروئر در سال ۱۸۹۵ کتابی با عنوان ***مطالعاتی در باب هیستری*** منتشر کردند. البته رابطهٔ آنها به دلایلی خراب شد، اما همکاری این دو، زمینه‌ساز ***روانکاوی*** شد که متنفذترین تحول نظری و درمانی تاریخ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی است.

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ـ۱۹۰۰)

اصلاح‌طلبانی همچون کلیفورد بی‌یرز[4] در تاریخ روان‌شناسی بالینی، تاثیر مهمی داشته‌اند. بی‌یرز چند بار براثر افسردگی شدید در بیمارستان بستری می‌شود. هنگام بستری بودن، وارد مرحلهٔ شیدایی [یا mania] می‌شود و تجاربش در بیمارستان را می‌نویسد. وقتی ترخیص می‌شود که نشانه‌های شیدایی ـ افسردگی او برطرف شده بودند. اما این ترخیص باعث نشد خللی در عزم او برای نوشتن کتابی دربارهٔ سوءرفتارهایی که در بیمارستان با بیماران روانی می‌شود، وارد آید. بی‌یرز خیلی دوست داشت جنبشی عمومی برای رفع آن سوءرفتارها به راه اندازد. او در سال ۱۹۰۸، **کتاب *ذهنی که خود را باز یافت* را نوشت و جنبش بهداشت روانی در امریکا را راه‌اندازی کرد (نمودار ۳ـ۲).**

1. Jean Charcot 2. Hippolyte Bernheim and Pierre Janet
3. Joseph Breuer and Sigmund Freud 4. Clifford Beers



نمودار ۳ـ۲: کلیفورد بی‌یرز، کتاب ***ذهنی که خود را باز یافت*** را نوشت و تجاربش به عنوان بیمار روانی بستری را منتشر کرد. تلاش‌های بی‌یرز، تاثیر مهمی در راه‌اندازی جنبش بهداشت روانی داشت.

در سال ۱۹۰۰، کمی پیش از ورود بی‌یرز به بیمارستان، فروید کتاب ***تفسیر رؤیاها*** را منتشر کرده بود. با انتشار این کتاب، جنبش روانکاوی کامل می‌شود. مفاهیمی مانند ناهشیاری، عقدهٔ ادیپ و ایگو جزیی از زبان روان‌شناسی می‌شوند و میل جنسی، کانون روان‌شناسی می‌شود. نظریات فروید به هیچ وجه یک‌شبه موفقیت کسب نکرد. آنها به کندی و به مرور به رسمیت شناخته شدند ولی نوگروندگان به او هجوم آوردند. آلفرد آدلر، کارل یونگ و دیگران به کارهایش توجه کردند. فروید کتاب‌های دیگری منتشر کرد و افراد جدیدی مانند اِی. اِی. بریل، پاول فدرن، اُتورنک، ارنست جونز، ویلهلم اشتکل، ساندور فرنتسی و دیگران به او گرویدند.

پیشتر در همین فصل به تاسیس نخستین درمانگاه روان‌شناسی توسط لاینتر ویتمر اشاره کردیم. تاسیس درمانگاه راهنمایی کودک توسط ویلیام هیلی [1] هم مهم بود. این درمانگاه رویکردی گروهی داشت و در آن روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان همکاری می‌کردند. تلاش‌های آنها به چیزی معطوف بود که امروزه به آن خلافکاران نوجوان می‌گوییم، نه مشکلات کودکان که قبلاً مورد توجه ویتمر قرار گرفته بود. رویکرد هیلی به شدت تحت تاثیر مفاهیم و روش‌های فروید بود. چنین رویکردی در نهایت باعث شد کار روان‌شناسی بالینی باکودکان، خط سیر پویشی فروید را طی کند تا خط سیر تعلیم و تربیتی.

جوزف پرَت [2]، پزشک داخلی و الوود ووستر [3]، روان‌شناس، در سال ۱۹۰۵، استفاده از روش بحث حمایتی در میان بیماران بستری در بیمارستان روانی را شروع کردند. این روش، سرآغاز روش‌های گروه‌درمانی بود که در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ شهرت پیدا کردند.

بین دو جنگ (۱۹۳۹ـ۱۹۲۰)

روانکاوی اوایل قرن بیستم عمدتاً وقف درمان بزرگسالان بود و تقریباً فقط تحلیلگرانی آن را اجرا می‌کردند که پزشکی خوانده بودند. اما فروید معتقد بود لزومی ندارد روانکاوان حتماً پزشکی خوانده باشند. با وجود مخالفت‌های فروید (فروید، ۱۹۲۶/۱۹۵۹)، حرفهٔ پزشکی خود را مالک بلامنازع درمان روانکاوانه می‌دانست و ورود روان‌شناسان به این نوع درمان را بسیار سخت کرده بود.

ورود نهایی روان‌شناسان در امور درمانی، نتیجهٔ طبیعی کارهای اولیهٔ آنها باکودکان در ***درمانگاه‌های راهنمایی*** بود. در آغاز، کار روان‌شناسان تا حد زیادی به توانایی‌های عقلانی کودکان محدود می‌شد و این کار البته شامل مشورت دادن به والدین و معلمان بود. اما جدا کردن کارکرد عقلانی و موفقیت تحصیلی از جنبه‌های روان‌شناختی کلی‌تر رفتار، دشوار است. در نتیجه، طبیعی بود که روان‌شناسان دربارهٔ طرز اداره کردن رفتار کودکان، به پدر و مادرها و معلمان توصیه‌هایی کنند و آنها را در این زمینه راهنمایی کنند.

همان‌طور که روان‌شناسان دنبال یافتن اصولی برای تلاش‌های خود بودند، به کارهای فروید و آدلر توجه شد. صاحب‌نظران به‌ویژه تحت تاثیر کارهای آلفرد آدلر قرار گرفتند که بیش از کارهای فروید با عقل عام و فهم عمومی همخوانی داشت. وانگهی فروید ظاهراً بیشتر بر بزرگسالان و پیشایندهای

1. William Healy 2. Joseph Pratt 3. Elwood Worcester

جنسی مشکلات آنها تاکید می‌کرد، در حالی که آدلر بر میل جنسی تاکید نمی‌کرد و تاکیدش بر ساختار روابط خانوادگی بود که بیشتر به دل متخصصان سلامت روان امریکا می‌نشست. دیدگاه‌های آدلر در اوایل ۱۹۳۰ در درمانگاه‌های امریکایی ویژهٔ مشکلات کودکان جا خوش کرد.

دومین روندی که بر کارهای مقدماتی صورت گرفته روی کودکان یعنی ***بازی‌درمانی*** تاثیر گذاشت، بیشتر وامدار اصول فرویدی بود. بازی‌درمانی اصولاً فنی متکی بر قدرت شفابخش آزادسازی اضطراب یا نفرت از طریق بازی بیانی است. آنا فروید، دختر سرشناس زیگموند فروید، در سال ۱۹۲۸، روش بازی‌درمانیِ برگرفته از اصول روانکاوی را توضیح داد.

به گروه‌درمانی نیز به تدریج توجه شد. در اوایل دههٔ ۱۹۳۰، کارهای جی. ال. مورنو و اس. آر. اسلاوسون [1] تاثیرگذار شدند. پیش‌درآمد دیگر، فن «درمان منفعلانهٔ» فردریک آلن [2] (۱۹۳۴) بود. در این رویکرد، نخستین علائم درمان مراجع‌محور را می‌بینیم. اما علائم و نشانه‌های دیگری هم بود. جان واتسون [3] در سال ۱۹۲۰، مورد مشهور آلبرت و موش سفید را مطرح کرد که در آن، پسربچه‌ای شرطی شد تا از اشیای پشمی سفیدرنگ، ترس روان‌رنجورانه پیدا کند (واتسون و رینر [4]، ۱۹۲۰). چند سال بعد هم مری کاور جونز [5] (۱۹۲۴) نشان داد چطور می‌توانیم چنین ترسی را از طریق شرطی‌سازی از بین ببریم. اما بعداً جی لوی [6] (۱۹۳۸) «درمان رابطه‌ای» را توضیح داد. این سه رویداد بعداً سرآغازهای ***رفتاردرمانی*** شدند که امروزه جزء روش‌های بسیار مشهور و متنفذ درمانی است.

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

جنگ جهانی دوم نه‌تنها جان انسان‌های زیادی را گرفت»، بلکه مشکلات هیجانی زیادی در انسان‌ها ایجاد کرد. تعداد پزشکان و روان‌پزشکان ارتش هم کمتر از آن بود که به این همه مشکل رسیدگی کنند. در نتیجه، روان‌شناسان این شکاف را پر کردند. روان‌شناسان ابتدا نقش نیروی کمکی را بازی می‌کردند و عمدتاً روان‌درمانی گروهی انجام می‌دادند. اما به تدریج درگیر روان‌درمانگری انفرادی شدند و هدف کوتاه‌مدت برگرداندن سربازان به میدان نبرد و هدف بلندمدت توانبخشی را برآورده کردند. اجرای موفقیت‌آمیز این فعالیت‌ها توسط روان‌شناسان و مهارت‌های تحقیقاتی و آزمونی آنها که پیشتر اثبات شده بود، مقبولیت روان‌شناسان به عنوان متخصصان سلامت روان را به تدریج بیشتر کرد.

تجارب دوران جنگ، اشتهای روان‌شناسان را تحریک کرد تا در حوزهٔ سلامت روان، مسئولیت بیشتری برعهده گیرند. البته معلوم نیست که این افزایش تمرکز آنها بر روان‌درمانگری، معلول تمایل آنها به مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای بیشتر بود یا معلول وقوف آنها بر اینکه مهارت‌های لازم برای انجام کارهای مربوط به سلامت را دارند و یا معلول سرخوردگی اولیهٔ آنها از سودمندی نهایی کار تشخیصی یا معلول هر سه عامل. به هر حال، صحنه مهیا بود.

عامل دیگری که در وقوع این رویدادها تاثیر داشت، آشوب حاکم بر اروپای دههٔ ۱۹۳۰ بود. فشارها و ظلم و ستم نازی‌ها، بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان اروپایی را وادار به جلای وطن کرد و بسیاری در ایالات متحدهٔ امریکا اسکان گزیدند. آنها با نشست‌های حرفه‌ای، سخنرانی‌ها و برگزاری اجتماعات و طرح نظریه‌های جنبش فرویدی، شور و حالی راه انداختند و اعتبار بیشتری در روان‌شناسی کسب کردند. روان‌شناسان بالینی تا حدودی در نتیجهٔ همین افزایش اعتبار، موقتاً از تاکید بر هوش‌سنجی، توانایی‌آزمایی و اندازه‌گیری ناکارایی شناختی کم کردند و به رشد و تحول شخصیت و توصیف آن علاقه‌مند شدند.

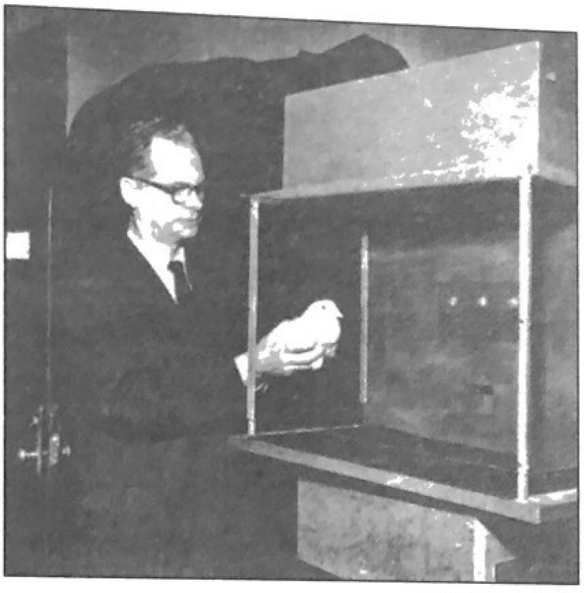
با کاهش اهمیت هوش‌سنجی، روان‌درمانگری و نظریهٔ شخصیت وارد عرصه شدند. بخش زیادی از فعالیت‌های روان‌شناسان در این حوزه، ماهیت روانکاوانه داشت. آلکساندر و فرنچ [7] در سال ۱۹۴۶، کتاب پرنفوذی درباره مداخلات روانکاوانهٔ کوتاه‌تر منتشر کردند. اما جان دالرد و نیل میلر [8] در سال ۱۹۵۰، کتاب ***شخصیت و روان‌درمانگری*** را منتشر کردند که

1. J.L. Moreno and S.R. Slavson
2. Fredrick Allen
3. John Watson
4. Rayner
5. Mary Cover Jones
6. J. Levy
7. Alexander and French
8. John Dollard and Neal Miller

تلاشی دوران‌ساز برای ترجمهٔ روانکاوی فروید به زبان نظریهٔ یادگیری بود. در حقیقت، روانکاوی نیروی مسلط آن زمان بود و زمانی که کارل راجرز [1] در سال ۱۹۵۱، کتاب *درمان مراجع‌محور* را منتشر کرد، به رقیب جدی روانکاوی تبدیل شد. کتاب راجرز چنان تحولی بود که عواقب گسترده‌ای برای دنیای روان‌درمانگری و تحقیق در پی داشت. شکل‌های جدیدتر درمان هم به تدریج سربر آوردند. برای مثال، پرلز [2] گشتالت‌درمانی را طرح کرد (پرلز، هفرلین و گوودمن [3]، ۱۹۵۱) و فرانکل [4] (۱۹۵۳) بحث معنادرمانی و رابطهٔ آن با درمان وجودی را پیش کشید. در سال ۱۹۵۸، آکرمن [5] خانواده‌درمانی را طرح کرد و الیس [6] در سال ۱۹۶۲، درمان عقلانی ـ هیجانی را پیش کشید که طلایه‌دار مهم درمان شناختی ـ رفتاری بود. حدوداً در همان زمان، تحلیل تبادلی [یا رفتار متقابل] اریک برن [7] (۱۹۶۱) معرفی شد. در این دوران، درمان بی‌شک به صنعت تبدیل شده بود. انتقاد آیزنک [8] (۱۹۵۲) از درمان، بیش از هر رویداد دیگری توانست نشان بدهد که روان‌درمانگری چقدر در زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی موثر است. گزارش تند آیزنک دربارهٔ ناموثر بودن روان‌درمانگری برای بسیاری هشدار بود و عده‌ای را بر آن داشت طی تحقیقاتی، نادرست بودن انتقاد او را نشان دهند.

اما روان‌درمانگری کل قصه نبود. رفتارگراها هم درمانی را شروع کرده بودند که از نظر آنها «واقع‌بینانه‌تر» بود. سالتر [9] (۱۹۴۹) کتاب *درمان از طریق بازتاب شرطی‌شده* را نوشت که اثری پیشگام در حوزه‌ای بود که بعداً «روش‌های حساسیت‌زدایی» نامیده شد. بی. اف. اسکینر [10] نیز در سال ۱۹۵۳، رفتاردرمانی را جلو برد و کاربرد اصول کنشگر در مداخلات درمانی و اجتماعی را پیش کشید. سپس جوزف ولپ [11] در سال ۱۹۵۸، فن حساسیت‌زدایی منظم را ابداع کرد که از اصول شرطی‌سازی گرفته شده بود؛ در این دوران، جنبش رفتاردرمانی از هر زمان دیگر مستحکم‌تر شده بود.

اما بسیاری می‌گفتند درمان بر رفتار متمرکز شده و شناخت‌ها و شیوه‌های تفکر بیماران درباره خودشان و دنیای اطرافشان حذف شده است. در همان برهه بود که آلبرت الیس، درمان عقلانی ـ هیجانی و آرون بک، درمانی را پی‌ریزی کردند که در نهایت به آن شناخت‌درمانی گفته شد؛ درمانی که در نهایت، از درمان‌های روان‌شناختی تاثیرگذار برای مشکلات روانی شد. بک در سال ۱۹۶۷ رویکردش را در کتاب *افسردگی: علل و درمان* شرح داد. اگرچه تمرکز اولیهٔ شناخت‌درمانی بر افسردگی بود، اما هم‌اکنون درمان موثری برای انواع اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات شخصیت در بزرگسالان و کودکان و نوجوانان است.



بی. اف. اسکینر، اصول شرطی‌سازی کنشگر را در درمان رفتاری و مداخلهٔ محیطی به‌کار برد.

اگرچه روانکاوی و روان‌درمانگری روانپویشی قبلاً نیروهای غالب بودند، اما اکنون، رفتاردرمانی در بین روان‌شناسان بالینی شهرت پیدا کرده بود. جذابیت آن هم به تمرکزش بر رفتار مشاهده شدنی (و قابل اندازه‌گیری)، کوتاه بودن زمان درمان و تاکید بر ارزیابی تجربی نتیجهٔ درمان برمی‌گشت. رفتاردرمانی زمینه‌ساز روان‌درمانگری پژوهی شد. قبل از آن معدودی از

1. Carl Rogers
2. Perls
3. Hefferline and Goodman
4. Frankl
5. Ackerman
6. Ellis
7. Berne
8. Eysenck
9. Andrew Salter
10. B.F. Skinner
11. Joseph Wolpe

دانشگاهیان دربارهٔ اثربخشی درمان تحقیق کرده بودند ولی حالا محققان و درمانگران بسیاری را می‌بینیم که برای تحقیق دربارهٔ موثر بودن فنون درمان از روش‌های تجربی استفاده می‌کنند.

روندهای مداخلاتی دیگری هم هستند که جا دارد به آنها اشاره کنیم. نخست اینکه تعداد درمان‌های مورد استفادهٔ روان‌شناسان بالینی در این سال‌ها بسیار زیاد شده است؛ از رویکردهای شناختی رفتاری که پشتوانهٔ تجربی دارند تا رویکردهای «مُد روزتر» مثل «درمان کودک درون» که پشتوانهٔ تجربی ندارند. برخی تخمین می‌زنند امروزه بیش از ۴۰۰ درمان وجود دارد. متاسفانه، بسیاری از آنها «درمان‌های ماه» محسوب می‌شوند و معدودی پشتوانهٔ تجربی دارند. شاید به‌دلیل همین فراوانی گرایش‌ها و گزینه‌های درمانی، است که بسیاری از روان‌شناسان بالینی، خود را التقاطی می‌نامند. این روان‌شناسان بالینی فنون چندگرایش نظری را به کار می‌گیرند و مبنای انتخاب فن را مشکلات مراجع و بیمار قرار می‌دهند. همزمان بسیاری از روان‌شناسان بالینی به یکپارچه کردن و ادغام رویکردهای مختلف در یک درمان و شناسایی عوامل مشترک رویکردهای مختلف درمانی علاقه نشان می‌دهند (جی. دی. فرانک[1]، ۱۹۷۱).

روند دوم، ***درمان کوتاه‌مدت*** یا ***صرفه‌جویی‌شده در زمان*** (بودمن و گورمن[2]، ۱۹۸۸) است که به چند دلیل در حال مبدل شدن به مداخلهٔ روان درمان‌بخش مرجح است. بسیاری از مراجعان، استطاعت مالی چند سال روان‌درمانی را ندارند. این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد صورت‌های کوتاه‌مدت‌تر درمان نیز اگر نگوییم بیشتر، حداقل به اندازهٔ روان‌درمانگری سنتی، موثرند. وانگهی، شرکت‌های متولی مراقبت مدیریت‌شده که بازپرداخت هزینهٔ درمان مربوط به سلامت روان را زیر نظر دارند، معمولاً دوست ندارند بابت تعداد زیادی جلسهٔ درمان به روان‌شناسان بالینی دستمزد بدهند. همزمان با صورت‌های کوتاه‌مدت درمان، ***صورت‌های «راهنمادار» درمان*** هم وارد عرصهٔ کار بالینی شد (برای مثال، بک، راش، شاو و امری[3]، ۱۹۷۹؛ استروپ و بیندر[4]، ۱۹۸۴). این راهنماها برای روان‌شناسان بالینی مفید هستند. چون اهداف درمان و فنون مورد استفاده در هر جلسه را مشخص می‌کنند و «بستهٔ» درمانی معمولاً در مدت ۱۰ جلسه یا کمتر اجرا و کامل می‌شود. وانگهی این راهنماها به تحقیقاتی که هدف‌شان تعیین اثربخشی و تاثیرگذاری مداخلات روان‌درمانی است، هم کمک می‌کند. در حال حاضر برای انواع مشکلات روانی شامل افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت، راهنمای درمان وجود دارد. در این کتاب، بسیاری از این درمان‌ها را توضیح داده‌ایم. راهنماها روشی برای معرفی مجموعه‌فنون استانداردشده‌ای هستند که در تحقیقات به دقت کنترل‌شده، نشانه‌ها را کم کرده‌اند. تاکید بر استفادهٔ انعطاف‌پذیر از فنون طرح شده در این راهنماها به مرور بیشتر شده و بسیاری از موردها پیچیده‌تر از موردهایی هستند که در تحقیقات به آنها اشاره شده است.

سومین روند که از دههٔ ۱۹۵۰ شروع شد این است که برخی از روان‌شناسان بالینی از آن دسته از روش‌های درمانی سرخورده شده بودند که هر بار به یک بیمار رسیدگی می‌کردند (یا مثل گروه‌درمانی، هر بار به ۱۰ بیمار رسیدگی می‌کردند). در نتیجه، دنبال رویکردی «پیشگیرانه‌تر» رفتند. تلاش این گروه به ظهور ***روان‌شناسی اجتماع‌نگر*** در دههٔ ۱۹۶۰ و ***روان‌شناسی سلامت*** در دههٔ ۱۹۸۰ منتهی شد. روز به روز بر تعداد روان‌شناسان بالینی افزوده می‌شود که خدمات مرتبط با پیشگیری از مشکلات بهداشتی، مشکلات سلامت روان و مصدومیت ارائه می‌کنند. حوزهٔ پیشگیری معمولاً با روان‌شناسی سلامت مرتبط است و در سال‌های اخیر باعث شده روان‌شناسی مورد استقبال پزشکان مراقبت‌های اولیه و شرکت‌های مدیریت مراقبت‌شده قرار گیرند.

روند آخر هم که در سال ۱۹۹۵ شروع شد، انتشار فهرست «درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی» بزرگسالان و کودکان در میان روان‌شناسان بالینی است (گروه ضربت ارتقا و انتشار روش‌های روان‌شناختی، ۱۹۹۵). فهرست اولیه و فهرست‌های

---

1. J.D. Frank
2. Budman and Gurman
3. Beck, Rush, Shaw and Emery
4. Strupp and Binder

بازنگری‌شدهٔ بعدی، آن دسته از مداخلات مورد نظر برای مشکلات رایج بالینی را مشخص کرده‌اند که در نتیجه‌پژوهی‌های متعدد، پشتوانهٔ تجربی داشته‌اند. در فصل‌های بعدی، بسیاری از این مداخلات را توضیح خواهیم داد.

اخیراً برخی از روان‌شناسان به قانون‌گذاران ایالتی فشار آورده‌اند تا روان‌شناسان پس از گذراندن آموزش‌های تخصصی بتوانند داروهای روانگردان تجویز کنند. ابتدا انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۹۹۵ رسماً از حق تجویز داروی روان‌شناسان حمایت کرد. سپس در سال ۲۰۰۲، نیومکزیکو نخستین ایالتی شد که قانون حق تجویز داروهای روان‌گردان برای بیماران یا مراجعان توسط روان‌شناسانی را تصویب کرد که آموزش‌های لازم و مناسب را دیده‌اند. در سال ۲۰۰۴ هم ایالت لوئیزیانا همین قانون را تصویب کرد و اگرچه قانون‌گذار اورگون هم در سال ۲۰۱۰، قانون مشابهی تصویب کرد، اما فرماندار آن ایالت قانون مورد نظر را وِتو کرد. معلوم نیست این جنبش چگونه ادامه یابد و حق تجویز داروی روان‌شناسان، این رشته را چطور تغییر دهد.

خلاصهٔ رویدادهای مهم تاریخی درباره مداخله، در گاه‌شمار رویدادهای مهم مداخله آمده است.



گاه‌شمار: رویدادهای مهم مداخله

تحقیق

مبادی (۱۸۹۹ـ۱۸۵۰)

سنت تحقیق دانشگاهی در روان‌شناسی، به دو نفر خیلی مدیون است. ویلهلم وُنت[1] آلمانی که در سال ۱۸۷۹، نخستین آزمایشگاه رسمی روان‌شناسی را تاسیس کرد. ویلیام جیمز[2] امریکایی هم در همان دهه، آزمایشگاهی تاسیس کرد و در سال ۱۸۹۰، کتاب کلاسیک *اصول روان‌شناسی* را چاپ کرد. کارهای این دو نفر، نمونهٔ سنت تحقیقاتی هستند. نفوذ آنها را نیز در مدل دانشمند درمانگر می‌بینیم که سال‌هاست بر رشتهٔ روان‌شناسی بالینی حاکم است.

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ـ۱۹۰۰)

ایوان پاولف[3] در این دوران راجع به بازتاب شرطی‌شده سخنرانی کرد. کارش درباره شرطی‌سازی، میراث مهمی برای روان‌شناسی بالینی به‌جا گذاشت. مفهوم شرطی‌سازی کلاسیک، در حالی بخش مهمی از نظریه و تحقیق شده که تاثیر مهمی در روش‌های مختلف درمانی دارد. تحول مهم دیگر، تحقیق دربارهٔ هوش‌آزمایی بود. بینه و سیمون در سال ۱۹۰۵، شواهدی دربارهٔ اعتبار آزمون جدید خود ارائه دادند و تحقیق ترمن در سال ۱۹۱۶ راجع به آزمون بینه ـ سیمون منتشر شد. این دوران همچنین عصر ساخت آزمون‌های آلفا و بتای ارتش بود که قبلاً دربارهٔ آن حرف زدیم.

بین دو جنگ (۱۹۳۹ـ۱۹۲۰)

تحقیقات بالینی در این برهه هنوز دوران طفولیت را می‌گذراند. بخش زیادی از کارها در عصر آزمون‌سازی صورت گرفت؛ برای مثال انتشار آزمون وکسلر ـ بلویو در سال ۱۹۳۹ و همهٔ شخصیت‌آزمایی‌های دههٔ ۱۹۳۰. در تحقیقات دانشگاهی، رفتارگرایی و روان‌شناسی گشتالت غالب بودند. رفتارگرایی به روان‌شناسان بالینی یاد داد شرطی‌سازی چه قدرتی در شکل‌گیری و درمان اختلالات رفتاری دارد.

روان‌شناسی گشتالت بر اهمیت فهم این مطالب تاکید می‌کرد که ادراکات بیمار، مشکلات او را ایجاد کرده است.

جنگ جهانی دوم و پس از آن (حال حاضر ـ ۱۹۴۰)

در اواسط دههٔ ۱۹۶۰، تشخیص و سنجش برای بسیاری از روان‌شناسان بالینی اهمیت‌اش را از دست داده بود. اما در دههٔ ۱۹۵۰ این امر به سختی قابل پیش‌بینی بود. مجلات پر از پژوهش درباره هوش‌آزمایی و شخصیت‌آزمایی بودند. مطالعات مختلفی دربارهٔ جنبه‌های متفاوت مقیاس‌های استنفورد ـ بینه و وکسلر به‌تدریج چاپ می‌شد. تحقیقات دربارهٔ اعتبار و پایایی و کاربرد آنها در رابطه با گروه‌های مختلف تشخیصی، فرم‌های کوتاه و تلویحات شخصیتی این مقیاس‌ها چاپ می‌شد. ماجرای این دو مقیاس، شبیه ماجرای آزمون‌های فرافکن بود. به معنای دقیق کلمه، صدها تحقیق روی رورشاخ و آزمون اندریافت موضوع چاپ شد. بسیاری از این تحقیقات نیز بر مشکلات پایایی و اعتبار متمرکز بودند. برخی از مشاهده‌گران، بخشی از افول فرافکنی‌آزمایی را به مطالعات اعتباری منفی آن دوران نسبت می‌دادند.

تحول تحقیقاتی مهم دیگر این دوران، ظهور مطالعاتی دربارهٔ فرایند و اثربخشی روان‌درمانگری بود. همان‌طور که گفتیم، انتقاد آیزنک، روان‌شناسان بالینی را بر آن داشت با ارائه شواهد تحقیقاتی مهم، آبروی روان‌درمانگری را بخرند. یکی از پیشگامان درمان‌پژوهی، کارل راجرز (۱۹۵۱) بود. استفادهٔ راجرز از ضبط صوت در مطالعهٔ فرایند درمان، پرده از رمز و راز این پدیدهٔ اسرارآمیز برداشت. راجرز و دایموند[4] (۱۹۵۴) یافته‌های تحقیقاتی کنترل‌شده‌ای در خصوص فرایند مشاوره ارائه کردند.

نقطه‌عطف تحقیقاتی دیگر این عصر، انتشار کتاب ***یادگیری اجتماعی و روان‌شناسی بالینی*** در سال ۱۹۵۴ بود. این کتاب نه‌تنها نظریهٔ یادگیری اجتماعی را معرفی می‌کرد، بلکه چندین مطالعه کنترل‌شده را پیش می‌کشید که مبنای تجربهٔ این نظریه محسوب می‌شدند. تحقیق دربارهٔ تلویحات این نظریه برای سنجش و درمان هم جزء این مطالعات بود. این کتاب، مبنای محکمی برای نظریه‌پردازان بعدی یادگیری اجتماعی شد.

---

1. Wilhelm Wundt
2. William James
3. Ivan Pavlov
4. Rogers and Dymond



آلبرت بندورا یکی از شخصیت‌های اصلی نظریهٔ یادگیری اجتماعی.

در دههٔ ۱۹۵۰ صورت‌های رفتاری‌تر مداخله هم شروع شد. بی. اف. اسکینر، اُگدن لیندسلی و هری سولومون [1] در سال ۱۹۵۳، طرحی تحقیقاتی مرتبط با رفتاردرمانی را توضیح دادند. تحقیق جوزف ولپ در افریقای جنوبی درباره یادگیری حیوان و انسان هم او را متقاعد کرد کارش به مشکلات هیجانی انسان ربط دارد و موجب ابداع روش **حساسیت‌زدایی منظم** شد (ولپ، ۱۹۵۸). روش رفتاری نه بر بینشی تکیه می‌کند که از نظر روانکاوان ضروری است و نه بر توان رشد که از نظر پیروان مکتب درمان مراجع‌محور ضروری است. آرنولد لازاروس و استنلی راچمن [2] هم در تسهیل این جنبش تاثیر داشتند. شخصیت متنفذ دیگر در جنبش تحقیق رفتاری، هانس آیزنک بود که با کتاب مهم خود در همین زمینه در سال ۱۹۶۰، رفتاردرمانی را به بسیاری از روان‌شناسان بالینی معرفی کرد.

همان‌طور که گفتیم، اثربخشی روان‌درمانی از دههٔ ۱۹۵۰ به بعد زیر سوال رفت. اما مری اسمیت و جین گلاس [3] در سال ۱۹۷۷ یک نظرسنجی منتشر کردند که اثربخشی درمان را تایید می‌کرد. این نظرسنجی، مبنای مطالعاتی شد که کمک می‌کرد طرز تاثیرگذاری روش‌های درمانی بر بیماران را بهتر بفهمیم. همان‌طور که قبلاً گفتیم، حوزهٔ **روان‌درمانگری پژوهی** تا امروز در حال همچنان گسترش است.

حوزه‌های پژوهشی دیگری که همچون حوزهٔ روان‌آزمایی و اندازه‌گیری روانی به شدت رشد کردند، حوزه‌های تشخیص و طبقه‌بندی بودند. انتشار ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۸۰) زمینه‌ساز شکل‌گیری تحقیقات بسیاری درباره ارزیابی پایایی، اعتبار و سودمندی ملاک‌های اختلالات روانی در این راهنما شد. مجلات روان‌شناسی و روان‌پزشکی، مطالعات زیادی دربارهٔ ملاک‌های ویراست سوم این راهنما برای سندرم‌هایی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی ماژور و اختلال شخصیت ضداجتماعی چاپ کردند. علاوه بر این، روان‌شناسان بالینی بیشتری تحقیق دربارهٔ عوامل **سبب‌شناختی** (علّی) دخیل در شکل‌گیری اختلالات روانی را شروع کردند (عواملی که آنها بررسی می‌کردند، زمینه‌های ژنتیکی تا رویدادهای دردناک دوران کودکی از قبیل سوءاستفاده‌های جسمی یا جنسی را دربرمی‌گرفت.)

پژوهش‌های منتشر شده دربارهٔ مداخلات روان‌شناختی، مصاحبه‌ها و مقیاس‌های درجه‌بندی هم افزایش یافت. با زیاد شدن ابزارهای روان‌شناختی محققان و روان‌شناسان بالینی، پایایی و اعتبار این ابزارها از نظر تجربی باید بررسی می‌شد. نشانهٔ رشد و توسعهٔ این حیطهٔ تحقیقاتی هم «دو قسمت شدن» مجلهٔ اصلی روان‌شناسی بالینی، یعنی *Journal of Consulting and Clinical Psychology* بود. حالا علاوه بر این مجله، مجله‌ای به نام *Psychological Assessment* هم داریم که مجلهٔ اصلی پژوهش در زمینهٔ آزمون‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری روانی توسط روان‌شناسان است. اما جا دارد اضافه کنیم که پژوهش‌های روان‌شناسان بالینی، جز این دو مجله، در مجلات بسیار باکیفیت دیگری هم چاپ می‌شود. فهرست زیر، نام برخی از مجلاتی است که پژوهش‌های این رشته را منتشر می‌کنند.

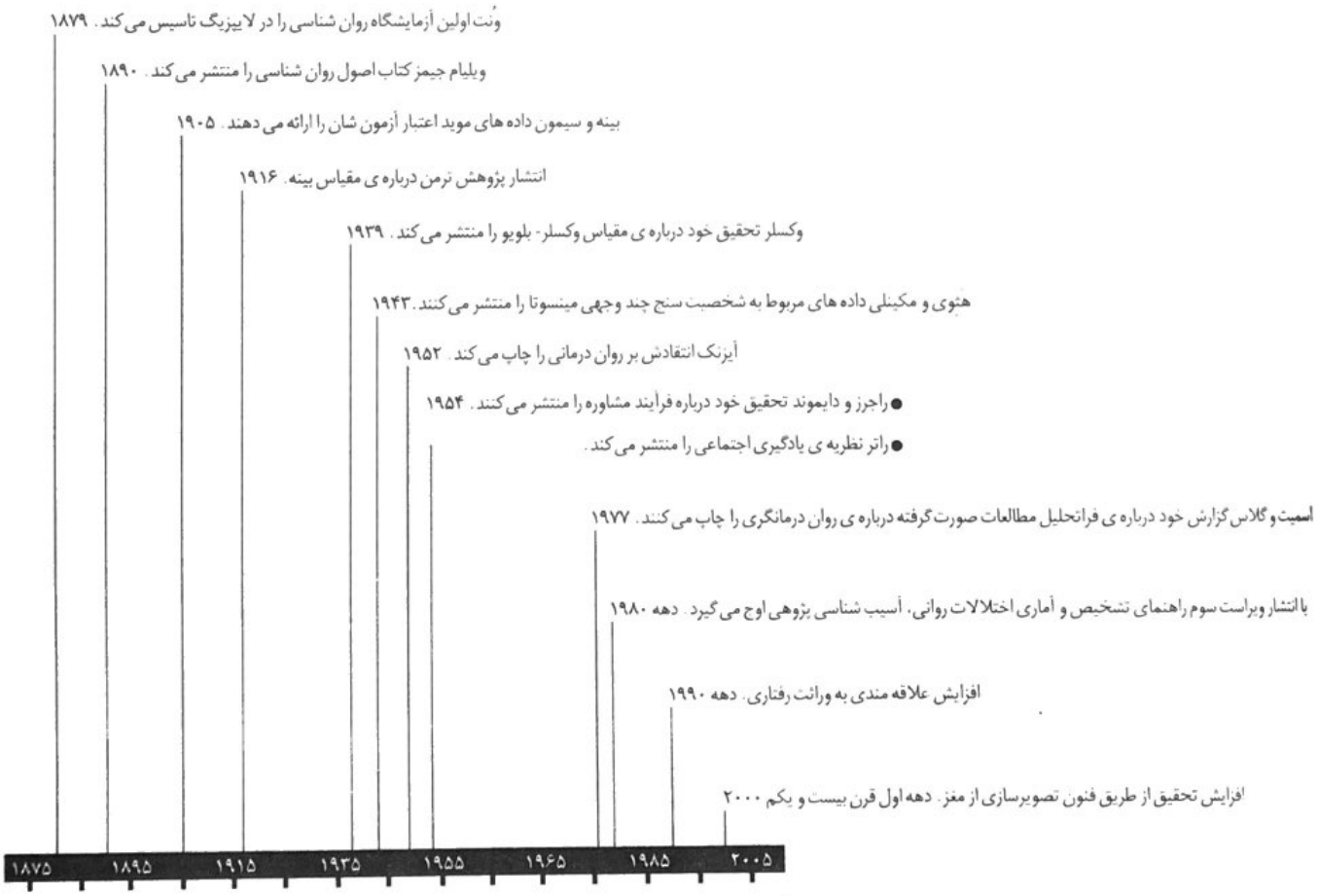
Journal of Consulting and Clinical Psychology
Development and Psychopathology
Psychological Assessment
Clinical Psychology: Science and Practice
Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology

1. B.F. Skinner, Ogden Lindsley and Harry Solomon
2. Arnold Lazarus and Stanley Rachman
3. Mary Smith and Gene Glass

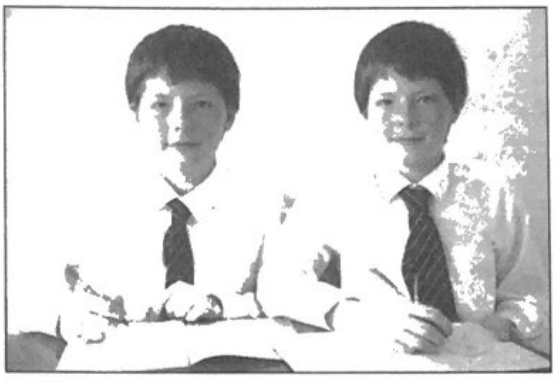
Journal of Abnormal Psychology
Journal of Abnormal Child Psychology
Psychological Bulletin
Behavior Therapy
Psychological Science
American Journal of Psychiatry
Archives of General Psychiatry
Professional Psychology: Research and Practice
Clinical Psychology Review

بالاخره این که در چند دههٔ اخیر علاقه‌مندی روزافزون روان‌شناسان بالینی به رشتهٔ وراثت رفتاری و تصویرسازی از مغز را شاهد بوده‌ایم. وراثت رفتاری، حوزه‌ای تحقیقاتی است که در آن، وراثت و عوامل محیطی دخیل در رشد بررسی می‌شوند. متخصصان وراثت رفتاری سهم این عوامل در حوزه‌های مختلف رفتار و تفاوت‌های فردی، مثل هوش و شخصیت و آسیب‌شناسی روانی را بررسی می‌کنند. تصویرسازی از مغز هم اجازه می‌دهد محققان، ساختار و کارکرد مغز را زیر نظر بگیرند که یکی از مولفه‌های مهم تحقیقات آسیب‌شناسی روانی است. یافته‌های این حوزهٔ تحقیقاتی نسبتاً جدید به احتمال زیاد بر نظریه‌ها و درمان اختلالات روانی تاثیر خواهد گذاشت.

چون تحقیق جزء مهمی از روان‌شناسی بالینی است، در سراسر کتاب به روش‌های تحقیق، تحقیق در زمینهٔ موضوعات خاص و بافت تاریخی تحقیق دربارهٔ این موضوعات خواهیم پرداخت. در گاه‌شمار رویدادهای مهم تحقیق، به بسیاری از این رویدادهای پژوهشی اشاره کرده‌ایم.



گاه‌شمار: رویدادهای مهم تحقیق



دوقلوپژوهی کمک کرد اطلاعات ما راجع به تاثیر وراثت بر هیجانات، رفتار و شخصیت بیشتر شود.

حرفه

مبادی (۱۸۹۹ـ۱۸۵۰)

دو رویداد بسیار مهم در تحول روان‌شناسی بالینی به عنوان یک حرفه سرنوشت‌ساز بودند که در قرن نوزدهم اتفاق افتادند. رویداد نخست، تاسیس انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۸۹۲ با ریاست جی. استنلی هال[1] به عنوان نخستین رییس آن بود. اگرچه تعداد اعضای این انجمن در اواخر قرن نوزدهم هنوز از صد نفر کمتر بود، اما حرفهٔ روان‌شناسی بالینی در حقیقت شروع شده بود.

از تولد روان‌شناسی بالینی هم خیلی دور نبود. لایتنر ویتمر در سال ۱۸۹۶، نخستین درمانگاه روان‌شناسی پنسیلوانیا را دایر کرد. بسیاری، زمان واقعی آغاز رشتهٔ روان‌شناسی بالینی را همین زمان می‌دانند (مکرینولدز[2]، ۱۹۹۶) (نمودار ۴ـ۲).

درمانگاه ویتمر مختص درمان کودکانی بود که مشکلات یادگیری داشتند یا مخل کلاس درس بودند. ویتمر در سال ۱۹۰۷، در نخستین شمارهٔ مجلهٔ *Psychological Clinic* می‌نویسد:

> **بچه‌های مدارس دولتی فیلادلفیا و شهرهای اطراف را پدر و مادرها و معلمان به آزمایشگاه می‌آوردند؛ به این بچه‌ها به‌دلیل آن که به سرعت دیگران در تحصیل پیشرفت نمی‌کردند یا به‌دلیل کاستی‌های اخلاقی که تربیت‌شان را سخت می‌کرد، رسیدگی می‌کردیم.**
>
> این بچه‌ها پس از ارجاع به درمانگاه روان‌شناسی، معاینهٔ بدنی و روانی می‌شوند؛ اگر نتیجهٔ معاینه اقتضا کند، بچه‌ها را به متخصص چشم، گوش، حلق و بینی یا در صورت لزوم، به متخصص اعصاب ارجاع می‌دهیم. نتیجهٔ این معاینهٔ پزشکی و روانی مشترک هم، تشخیص اختلال روانی و بدنی کودک و صدور توصیه‌های پزشکی و تربیتی مناسب است. (ویتمر، ۱۹۰۷، ص ۱)



نمودار ۴ـ۲: تاسیس نخستین درمانگاه روان‌شناسی توسط لایتنر ویتمر با ارجاع کودکی شروع شد که در زمینهٔ تلفظ کلمات مشکلی عجیب و غریب داشت. تعطیلی این درمانگاه هم با استقرار حرفه‌ای مقارن بود که با دو رشتهٔ تعلیم و تربیت و پزشکی فرق داشت.

تاثیر ویتمر بر روان‌شناسی بالینی عمدتاً تاثیر تاریخی بود تا تاثیر ماهیتی. یعنی ویتمر این رشته را وارد مسیرش کرد نه اینکه نظریه یا روش جدیدی بر آن افزود. ویتمر بود که نام این رشته را «روان‌شناسی بالینی» گذاشت و نخستین کسی بود که درسی اختصاصی به نام روان‌شناسی بالینی را تدریس کرد. همچنین ویتمر بود که در سال ۱۹۰۷ نخستین مجلهٔ روان‌شناسی بالینی، یعنی مجلهٔ *The Psychological Clinic* را منتشر کرد؛ مجله‌ای که آن را ویراستاری می‌کرد و برای آن مقاله می‌نوشت تا اینکه انتشار آن در سال ۱۹۳۵ متوقف شد. اگرچه طرز کار روان‌شناسان بالینی امروزی چندان تحت تاثیر ویتمر نیست، اما در حقیقت مدیون تلاش‌ها و آینده‌نگری او هستند (مکرینولندز، ۱۹۸۷، ۱۹۹۶). کادر ۱ـ۲ خلاصه‌ای از کارهای دوران‌ساز ویتمر را ارائه می‌کند.

---

1. G. Stanley Hall
2. McReynolds

کادر ۱ـ۲: تمرکز بر کارهای حرفه‌ای لایتنر ویتمر: بنیان‌گذار روان‌شناسی بالینی

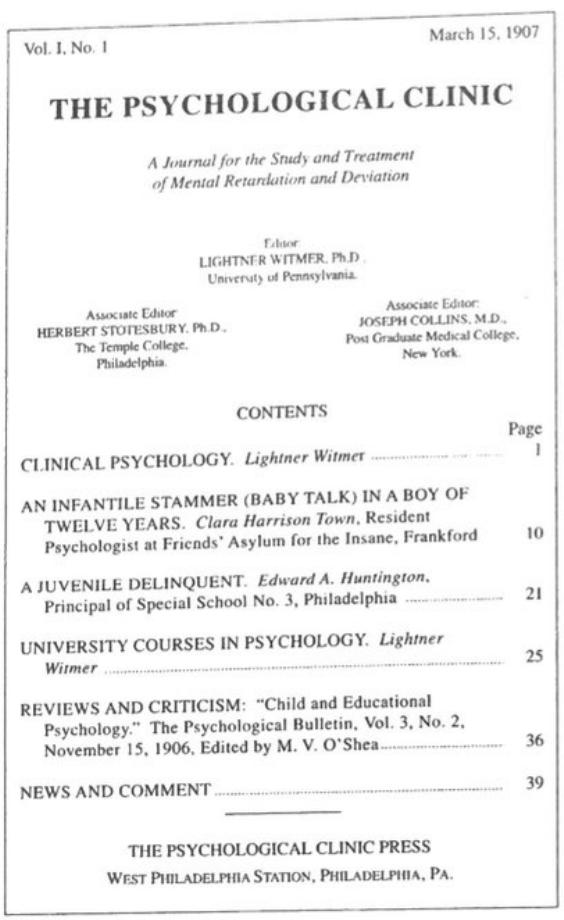
لایتنر ویتمر (۱۹۵۸ـ۱۸۶۷) را بنیان‌گذار رشتهٔ روان‌شناسی بالینی می‌دانند. خدمات او به شرح زیر است:

- در سال ۱۸۹۵، نخستین درمانگاه «روان‌شناسی» را تاسیس کرد.
- در سال ۱۹۰۷، حرفهٔ جدید روان‌شناسی بالینی را معرفی کرد.
- بنیان‌گذار و ویراستار نخستین مجلهٔ روان‌شناسی بالینی به‌نام *The Psychological Clinic* بود.
- نخستین برنامهٔ آموزشی روان‌شناسی بالینی را طراحی کرد (مکرینولدز، ۱۹۹۶).
- کارهای ویتمر بر تحولات آینده روان‌شناسی بالینی تاثیر گذاشت و این تحولات را پیش‌بینی کرد؛ از جمله تاکید ویتمر بر مشکلات تحصیلی کودکان، استفاده از مداخلات فعال بالینی برای بهبود زندگی شخص و همکاری با متخصصان دیگر (از قبیل پزشکان) در فرایند درمان (روت[1]، ۱۹۹۶).

ظهور عصر جدید (۱۹۱۹ـ۱۹۰۰)

در نخستین دههٔ قرن بیستم، فقط عده کمی از روان‌شناسان توانسته بودند بیرون از دانشگاه مشغول کار شوند. مورتون پرینس[2] در سال ۱۹۰۶، مجلهٔ *Journal of Abnormal Psychology* را منتشر کرد. ویتمر هم مجلهٔ *The Psychological Clinic* را چاپ کرد (به نمودار ۵ـ۲ مراجعه کنید). روان‌شناسان کاربردی با این دو مجله می‌توانستند هویتی مستقل داشته باشند. این هویت وقتی تقویت شد که هیلی در سال ۱۹۰۹، موسسهٔ کودکان ضداجتماعی شیکاگو را تاسیس کرد. در سال ۱۹۰۸ هم درمانگاه روان‌شناسی آیوا دایر شد؛ همان سالی که گودارد[3] در دانشکدهٔ آموزشی وایتلند در نیوجرسی، دوره‌های انترنی روان‌شناسی را برگزار کرد. حرفهٔ روان‌شناسی بالینی با مجلات، دوره‌های انترنی و درمانگاه‌های خود در حال شکل‌گیری بود.

در سال ۱۹۱۰، تعداد اعضای انجمن روان‌شناسی، ۲۲۲ نفر و حق عضویت سالانه، یک دلار بود. (در سال ۲۰۰۸، حق عضویت ۲۷۹ دلار بود، البته جدای از ۱۳۳ دلار اضافی دیگر که حق سنجش تخصصی برای روان‌شناسان گواهینامه‌دار حوزهٔ مراقبت‌های بهداشتی است!) اما تمرکز انجمن روان‌شناسی امریکا بر روان‌شناسی به عنوان یک علم بود نه یک حرفه. همزمان، دانشکده‌های دولتی آن زمان برای خدمات آزمون‌گیری هیاهو راه انداختند و دانشگاه‌ها واحدهای درسی آزمون‌گیری و مطالعه درباره کسانی را برگزار کردند که محدودیت‌های شناختی داشتند.



Vol. I, No. 1 — March 15, 1907

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC

A Journal for the Study and Treatment of Mental Retardation and Deviation

Editor
LIGHTNER WITMER, Ph.D.
University of Pennsylvania.

Associate Editor
HERBERT STOTESBURY, Ph.D.,
The Temple College,
Philadelphia.

Associate Editor:
JOSEPH COLLINS, M.D.,
Post Graduate Medical College,
New York.

CONTENTS

	Page
CLINICAL PSYCHOLOGY. *Lightner Witmer*	1
AN INFANTILE STAMMER (BABY TALK) IN A BOY OF TWELVE YEARS. *Clara Harrison Town*, Resident Psychologist at Friends' Asylum for the Insane, Frankford	10
A JUVENILE DELINQUENT. *Edward A. Huntington*, Principal of Special School No. 3, Philadelphia	21
UNIVERSITY COURSES IN PSYCHOLOGY. *Lightner Witmer*	25
REVIEWS AND CRITICISM: "Child and Educational Psychology." The Psychological Bulletin, Vol. 3, No. 2, November 15, 1906. Edited by M. V. O'Shea	36
NEWS AND COMMENT	39

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC PRESS
WEST PHILADELPHIA STATION, PHILADELPHIA, PA.

نمودار ۵ـ۲: روی جلد نخستین شمارهٔ مجلهٔ *The Psychological Clinic.*

1. Routh 2. Morton Prince 3. Goddard

سرانجام در سال ۱۹۱۹، نخستین بخش روان‌شناسی بالینی در انجمن روان‌شناسی امریکا دایر شد. در این بحبوحه، تعداد درمانگاه‌های روان‌شناسی در حال افزایش بود (مانند سازمان هیلی در سال ۱۹۱۷ با نام بنیاد قاضی بیکر در بوستون). اما جنگ جهانی اول و پاگرفتن جنبش آزمون‌گیری گروهی هم به همین اندازه در توسعهٔ این رشته جدید موثر بود.

بین دو جنگ (۱۹۳۹ـ۱۹۲۰)

انجمن روان‌شناسی امریکا مدت‌ها پیش اعلام کرده بود رسالتش، پیشبرد روان‌شناسی به مثابه یک علم است. اما در انتهای دههٔ ۱۹۲۰، بسیاری از روان‌شناسان دارای گرایش بالینی ضمن ابراز نارضایتی از این وضع تقاضا کردند نقش‌ها و علایق مستقلی از نقش‌ها و علایق مورد نظر انجمن روان‌شناسی امریکا داشته باشند. به همین دلیل، بخش بالینی انجمن روان‌شناسی امریکا، کمیته معیارهای آموزشی را منصوب کرد و کمیتهٔ معیارهای آموزشی این انجمن در سال ۱۹۳۵، روان‌شناسی بالینی را «هنر و فنی تعریف کرد که به مشکلات سازگاری انسان‌ها می‌پردازد» (رایسمن[1]، ص ۲۵۰). حتی امروزه هم شک داریم که خیلی از روان‌شناسان بالینی، این تعریف را رد کنند.

لوتیت[2] در سال ۱۹۳۶، نخستین کتاب درسی روان‌شناسی بالینی را منتشر کرد و در سال ۱۹۳۷، مجلهٔ *Journal of Consulting Psychology* منتشر شد. این مجله که هنوز با عنوان *Journal of Consulting and Clinical Psychology* چاپ می‌شود، یکی از مجلات مهم تحقیقاتی برای روان‌شناسان بالینی است. این نوع رویدادها حاکی از شکل‌گیری و توسعهٔ روان‌شناسی بالینی به عنوان یک حرفه بودند. روند دیگر موثر بر توسعهٔ روان‌شناسی بالینی، منبع تامین مالی بودن آزمون‌های روانی بود. جیمز مک‌کین کتل[3] در سال ۱۹۲۱، شرکت روان‌شناسی را تاسیس کرد تا آزمون روانی بسازد و برای آزمون‌های روانی بازاریابی کند (به‌ویژه برای آن دسته از آزمون‌هایی که مورد علاقهٔ صنعت بودند). این گونه اقدامات به پژوهش‌های روان‌شناختی دامن زد. در نتیجه، پول به برج عاج سرازیر شد. برای مثال، جایزه‌ای ۷۵۰۰۰ دلاری، مورتون پرینس را قادر کرد در سال ۱۹۲۷، درمانگاه روان‌شناسی هاروارد را تاسیس کند. با این حال، فعالیت‌ها و آموزش‌های روان‌شناسان بالینی آن روز، با فعالیت‌ها و آموزش‌های روان‌شناسان بالینی امروز فرق می‌کرد.

جنگ جهانی دوم و پس از آن (۱۹۶۹ـ۱۹۴۰)

اجذب تعداد زیادی سرباز به ارتش امریکا در سال ۱۹۴۰، نیازهای زیادی را به وجود آورد. یکی از این نیازها، ضرورت برنامهٔ غربالگری در مقیاس بزرگ بود تا معلوم شود چه کسانی برای خدمت نظام مناسب نیستند. روان‌شناسان قبلاً مقدمات فن‌آوری آزمون‌گیری را تدارک دیده و همچنین در روش‌های تحقیق، صاحب تخصص شده بودند. این مهارت‌ها، آنها را از همکاران روان‌پزشک‌شان متمایز می‌کرد. این فن‌آوری و پژوهش‌گرایی روان‌شناسان به آنها کمک کرد هویت حرفه‌ای پیدا کنند. در جنگ جهانی دوم، بیش از ۱۷۰۰ روان‌شناس خدمت کردند و در حالی به زندگی مدنی و صلح برگشتند که درباره توانایی‌هایشان اعتمادبه‌نفس بالایی پیدا و عزم خود را جزم کرده بودند تا یک حرفه بسازند.

تمام این اتفاقات موجب شد دولت مرکزی به مشکلات روانی مردم ایالات متحدهٔ امریکا پس از جنگ جهانی دوم واکنش نشان دهد. ادارهٔ امور کهنه‌سربازان هم متولی وظیفهٔ سنگین مراقبت و توانبخشی هزاران مرد و زنی شد که ضربات هیجانی نشئت گرفته از جنگ و خدمت وظیفه را متحمل شده بودند. اما ادارهٔ امور کهنه‌سربازان، بدون بالا بردن تعداد متخصصان سلامت روانی نمی‌توانست از عهدهٔ رسالتش برآید و پاسخگوی موجی از بیماران هجوم‌آورده به درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها باشد. راه‌حل ادارهٔ امور کهنه‌سربازان، افزایش دسترسی به متخصصان سلامت روان از طریق تامین مالی آموزش‌های آنان بود.

ادارهٔ کهنه‌سربازان برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی در برنامه‌های دکترای دانشگاهی تاییدشده، در خصوص

---

1. Reissman 2. Louttit
3. James McKeen Cattell

روان‌شناسی بالینی دوره‌های انترنی دارای مزایایی مالی گذاشت. بسیاری از این دانشجویان پس از گذراندن دوره‌های آموزشی، همچنان تحت پوشش این اداره ماندند، هرچند این جزء شروط ضروری و واجب نبود. ادارهٔ کهنه‌سربازان از طریق برنامه‌هایش تاثیر مهمی در ارتقا و ساختن حرفهٔ روان‌شناسی بالینی داشت. تمایل این اداره به استخدام روان‌شناسان بالینی، با حقوقی بالاتر از جاهای دیگر، سطح کلی دستمزد در این حرفه را بالا برد. لزوم پرداختن به مشکلات روان‌شناختی بزرگسالان هم باعث تغییر جهت عمدهٔ خدمات روان‌شناسان بالینی از کودکان به بزرگسالان شد. همزمان، ادارهٔ امور کهنه‌سربازان از روان‌شناسان بالینی انتظار داشت در کنار فعالیت‌های معمول‌شان در زمینهٔ تشخیص روانی، روان‌درمانگری انفرادی و گروهی هم انجام دهند. همچنین خدمات سابق خود به عنوان متخصص تحقیق در تیم‌های سلامت روان را نیز فراموش نکردند. وقتی ادارهٔ امور کهنه‌سربازان در سال ۱۹۴۶ برنامهٔ آموزش روان‌شناسان بالینی را شروع کرد، آموزش بالینی، پشتوانهٔ مالی محکمی پیدا کرد. در سال ۱۹۴۹، ۴۲ دانشکده مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی اعطا می‌کردند و شمار زیادی دانشجوی نخبه متقاضی این رشته بودند. به این ترتیب ظاهراً این رشته رویت عام پیدا کرده بود.

ادارهٔ امور کهنه‌سربازان دیگر موسسه‌ای دولتی برای ارتقای روان‌شناسی بالینی نبود. فضای پس از جنگ و افزایش کلی فعالیت دولت باعث شد بهبود و رفع مشکلات روانی کل ملت مدنظر قرار گیرد. خدمات بهداشت عمومی امریکا و موسسهٔ ملی سلامت روان از دانشجویان دوره‌های تکمیلی روان‌شناسی بالینی برای اخذ مدرک دکترا حمایت کردند و برنامه‌های تحقیقاتی و آموزشی برای پاسخگویی به مشکلات روانی ملت را به اجرا گذاشتند.

دلیل بعدی توسعهٔ این رشته، انتشار نخستین شمارهٔ مجلهٔ *American Psychologist* در سال ۱۹۴۶ بود. در سال ۱۹۴۵ هم کنتیکت، نخستین ایالتی بود که قانون صدور گواهینامه برای روان‌شناسان را تصویب کرد. سال بعد، هیئت ممتحنان روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا (ABEPP) دایر شد که هدفش اعطای گواهینامه قابلیت حرفه‌ای به روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا بود. در سال ۱۹۴۹ هم خدمات آزمون‌گیری تربیتی راه‌اندازی شد. حالا انجمن روان‌شناسی امریکا مدعی بود روان‌درمانگری، آن هم به‌رغم مخالفت حرفهٔ روان‌پزشکی، یکی از کارهای اصلی روان‌شناسان بالینی است. انجمن روان‌شناسی امریکا هم فعال‌تر شده بود. این سرآغاز توصیه دادن انجمن در خصوص نحوهٔ آموزش روان‌شناسان بالینی و گواهینامه دادن به برنامه‌های آموزش بالینی بود. در سال ۱۹۵۳ هم *معیارهای اخلاقی* را منتشر کرد که دستاوردی بزرگ در آیین‌نامه‌ای کردن رفتار اخلاقی برای روان‌شناسان و گامی بلند به‌منظور صیانت از حقوق مردم بود. انجمن روان‌شناسی امریکا در آغاز دههٔ ۱۹۵۰ می‌توانست ادعا کند در شعبهٔ بالینی خود بیش از ۱۰۰۰ عضو دارد. این حرفه تنها چند سال پس از جنگ جهانی دوم، جهش‌های بزرگی کرده بود.

در سال ۱۹۴۹، در بولدر کلورادو، کنفرانسی درباره [فلسفهٔ] تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی بالینی برگزار شد. کنفرانس بولدر رویداد واقعاً مهمی در روان‌شناسی بالینی بود چون *مدل دانشمند ـ درمانگر* در آموزش روان‌شناسان بالینی را توضیح می‌داد که راهنمای اصولی آموزش تا آن زمان بود. اصول این مدل به‌طور خلاصه این است که: (الف) روان‌شناسان بالینی در گروه‌های تخصصی دانشگاهی، آموزش می‌بینند؛ (ب) ابتدا به عنوان روان‌شناس و سپس به عنوان روان‌شناس بالینی آموزش می‌بینند؛ (ج) باید دورهٔ انترنی بالینی را طی کنند؛ (د) در زمینهٔ تشخیص، روان‌درمانگری و تحقیق قابلیت دارند؛ و (ه) اوج آموزش‌های آنها اخذ مدرک دکترا خواهد بود که مستلزم اجرای یک تحقیق اساسی در این رشته است. این مدل هنوز کمابیش مدل آموزشی اصلی است، هرچند منتقدانی هم دارد.

در دههٔ ۱۹۵۰، حرفهٔ روان‌شناسی رشد زیادی کرد. تعداد اعضای انجمن روان‌شناسی امریکا از ۲۷۵۰ نفر در سال ۱۹۵۰ به ۱۶۶۴۴ نفر در سال ۱۹۵۹ رسید. تقریباً در همان دوره نیز کمک‌های مالی و قراردادهای دولت فدرال برای تحقیقات روان‌شناختی هم از ۱۱ میلیون دلار به بیش از ۳۱ میلیون دلار رسید. کمک‌های دولت مرکزی برای پژوهش‌های روان‌شناختی هم از ۱ میلیون دلار به بیش از ۳۱ میلیون دلار رسید.

توسعهٔ یک حرفه (حال حاضر ـ ۱۹۷۰)

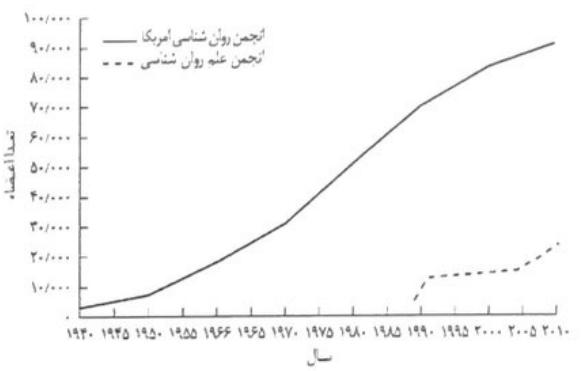
روان‌شناسی بالینی در حوزه‌های سنجش، مداخله و تحقیق از اواسط دههٔ ۱۹۶۰ به بعد، بیش از پیش رفتاری شد. کانون این رشته هم از جست‌وجوی صفات یا عوامل درونی که موجب آسیب روانی می‌شدند، به تحلیل عوامل وضعیتی کشیده شد که رفتار را کنترل می‌کردند. در اواخر دههٔ ۱۹۶۰، مسیر تغییر دادن رفتار ناخوشایند، از روان‌درمانگری (و رسیدن به بینش که هدف روان‌درمانگری بود) به شرطی‌سازی و وابستگی‌های تقویتی تغییر یافت. مجلات تحقیقاتی پر از مقالاتی بودند که روش‌های عینیِ جدیدِ سنجش رفتار و رویکردهای رفتاری جدید به همه چیز، از اعتیاد به الکل، ناکارایی‌های جنسی و عدم ابراز وجود تا چاقی، سیگار کشیدن و احساس تنهایی را توضیح می‌دادند. در این مقالات، رمز هر چیزی در رفتار بیمار بود نه در افکار او.

البته عده‌ای به این نتیجه رسیدند که تمام اینها واکنشی افراطی است. آنها می‌پرسیدند مگر صفات واقعاً افسانه بودند که حالا از سودمند نبودن آنها دم می‌زنید؟ آیا تحلیل‌ها و روش‌های رفتاری، همه چیز را توضیح می‌دهند و علاج می‌کنند؟ بسیاری می‌گفتند نه و در اواسط دههٔ ۱۹۷۰، شناخت وارد صحنه شد. مردم حالا از «روش‌های شناختی ـ رفتاری» سخن می‌گفتند (گولدفرید و دیویسون[1]، ۱۹۷۶). هم‌اکنون جهت‌گیری شناختی ـ رفتاری در درمان، رایج‌ترین جهت‌گیری است.

همزمان، رشتهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر هم که در اواسط دههٔ ۱۹۶۰، انقلابی در روان‌شناسی بالینی به پا کرد، در حال افول بود. از نظر بسیاری، این رشته آیندهٔ امیدوارکننده‌ای نداشت. سپس در دههٔ ۱۹۸۰، با ظهور رشتهٔ روان‌شناسی سلامت بحث پیشگیری دوباره به صحنه وارد شد. مباحث اصلی این کتاب، همین مفاهیم و روش‌ها و روندهای ۴۰ سال گذشته‌اند و در فصل‌های بعد آنها را به‌طور مشروح توضیح خواهیم داد.

در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ این حرفه خیلی توسعه یافت. در سال ۱۹۷۰، ۸۱ برنامهٔ آموزش تحصیلات تکمیلی کاملاً تاییدشده در روان‌شناسی بالینی وجود داشت و تعداد روان‌شناسان بالینی، بیش از ۱۲۰۰۰ نفر بود. این در حالی است که خود انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۸۹۲ فقط ۴۲ نفر عضو داشت. اما در سال ۱۹۸۷، تقریباً ۶۷۰۰۰ عضو و در سال ۱۹۹۷، تقریباً ۸۰۰۰۰ عضو داشت. در نمودار ۶ـ۲، این رشد چشمگیر را می‌بینید.

انجمن روان‌شناسی امریکا هم‌اکنون بیش از ۱۵۰۰۰۰ عضو دارد (البته با احتساب وابستگان دانشجو) و بودجهٔ آن ۱۰۰ میلیون دلار است. شعبهٔ روان‌شناسی بالینی (یعنی شعبهٔ ۱۲ که هم‌اکنون به آن جامعهٔ روان‌شناسی بالینی می‌گویند) هم بزرگ‌ترین واحد مستقل این انجمن است. تمام پنجاه ایالت امریکا، منطقهٔ کلمبیا، پورتوریکو و چند استان کانادایی هم روان‌شناسان دارای گواهینامه یا جواز دارند. هم‌اکنون بسیاری از روان‌شناسان بالینی حق تجویز بستری کردن دارند و طرف قرارداد شرکت‌های بیمه و مراقبت مدیریت‌شده‌اند. تعداد برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی هم افزایش یافته است. امروزه بیش از ۲۰۰ برنامهٔ آموزشی دکترای روان‌شناسی بالینی وجود دارد که مورد تایید کامل انجمن روان‌شناسی امریکا هستند.



نمودار ۶ـ۲: تعداد اعضای انجمن روان‌شناسی امریکا (APA) و انجمن علم روان‌شناسی در حال افزایش است.

تفرقهٔ ۱۹۸۸

در انجمن روان‌شناسی امریکا همیشه بین روان‌شناسان بالینی و همتایان علم‌گرای آنها اختلاف‌نظر بوده و این اختلاف نظر

1. Goldfried and Davison

گاهی شدید شده است. معمولاً هم پای مدل دانشمند ـ درمانگر در میان بوده است. اما در سال ۱۹۸۸، جناح دانشگاهی ـ علمی انجمن روان‌شناسی امریکا نتیجه گرفت این انجمن به تسخیر درمانگران درآمده و آنها از قدرت‌شان استفاده می‌کنند تا علایق شخصی خود را پیش ببرند. به نظر جناح دانشگاهی ـ علمی، درمانگران، اهداف صنفی را جایگزین علایق علمی کرده بودند. از نظر جناح دانشگاهی ـ علمی، انجمن روان‌شناسی امریکا به مسائل حرفه‌ای از قبیل نسخه‌نویسی، کسب حق بستری کردن، مسائل مربوط به بازپرداخت‌ها، صدور گواهینامه، اقدامات قانونی علیه روان‌پزشکی و مواردی از این قبیل مشغول شده بود. خلاصه بسیاری احساس می‌کردند انجمن روان‌شناسی امریکا دیگر به نیازهای دانشگاهی ـ علمی اعضایش توجه نمی‌کند. ژانت اسپنس[1]، رییس سابق انجمن روان‌شناسی امریکا می‌گفت ۹۰ درصد نشست‌های انجمن درباره علایق حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی مشغول درمانگری است.

اختلافات ظاهراً وقتی بالا گرفت که در سال ۱۹۸۸، رأی دو به یک اعضا، طرحی را تصویب نکرد که قرار بود تفرقهٔ در حال تشدید جناح بالینی و جناح دانشگاهی ـ علمی را رفع کند. واکنش گروهی که از انجمن روان‌شناسی امریکا سرخورده شده بودند، تشکیل سازمانی جدید و مجزا بود. **جامعهٔ روان‌شناسی امریکا** (APS) در سال ۱۹۸۸ تاسیس شد و ۲۲ نفر از رؤسای سابق انجمن روان‌شناسی امریکا، اعضای مؤسس آن شدند. شورای مشورتی اولیهٔ جامعهٔ روان‌شناسی امریکا، مثل کتاب‌کی کیهٔ علمی بود. نخستین کنگرهٔ این جامعه در ژوئن سال ۱۹۸۸ برگزار شد و بیشتر گزارش‌ها از موفقیت آن خبر می‌داد. این سازمان حالا خبرنامه‌ای به نام *The Observer* دارد که یک بولتن استخدامی ماهیانه است و نیز چهار مجلهٔ علمی منتشر می‌کند به نام‌های:

Psychological Science, Psychological Science in the Public Interest, Current Directions in Psychological Science, and perspectives on Psychological Science.

در حال حاضر، تعداد اعضای جامعهٔ روان‌شناسی امریکا بیش از ۲۰۰۰۰ نفر است. رشتهٔ اصلی تقریباً ۲۰ درصد آنها هم روان‌شناسی بالینی است. اهداف بیان‌شدهٔ جامعهٔ روان‌شناسی امریکا که اکنون به آن *انجمن علم روان‌شناسی* (از سال ۲۰۰۶ به بعد) می‌گویند، به شرح زیر است:

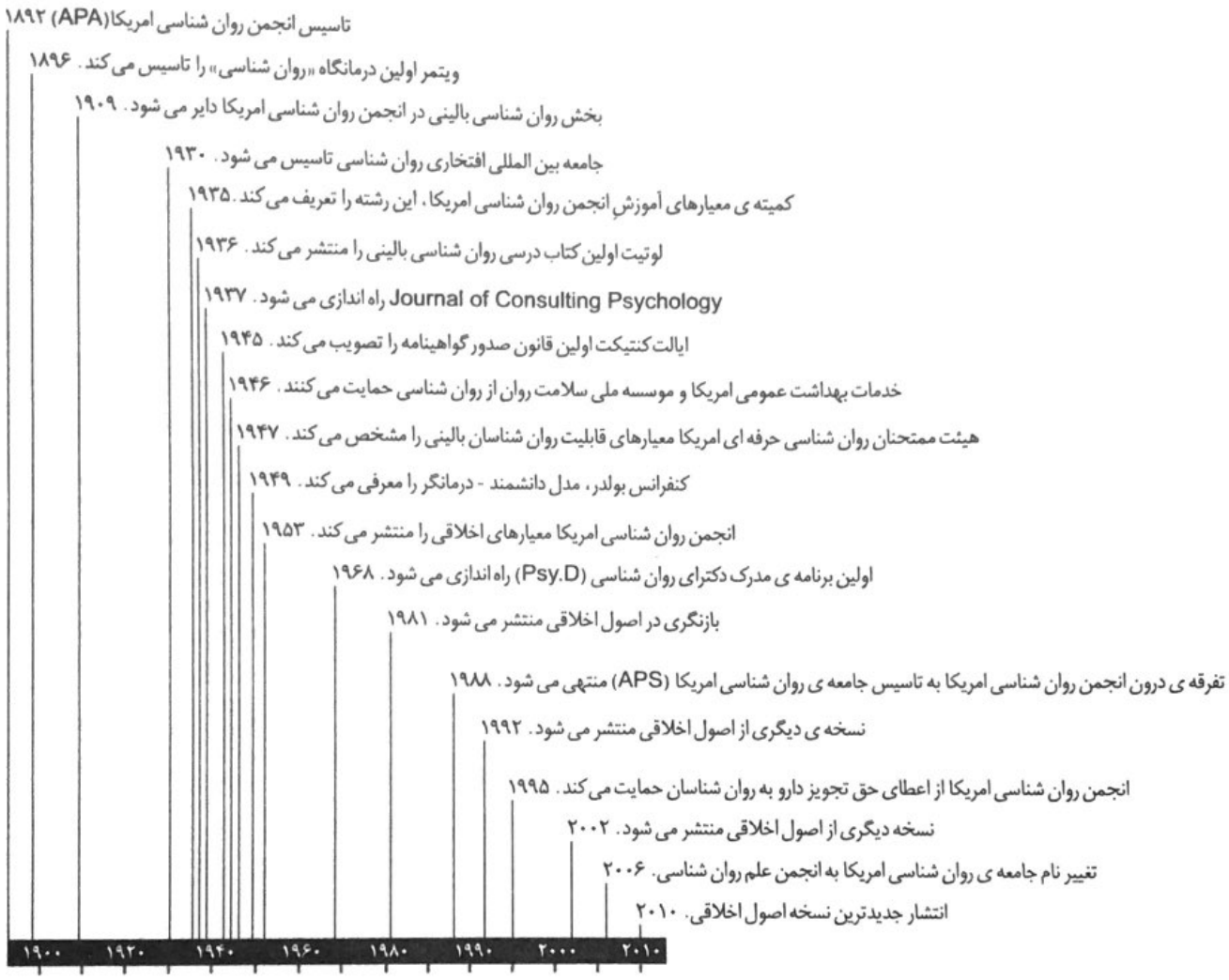
- پیشبرد رشتهٔ روان‌شناسی،
- حفظ مبانی علمی روان‌شناسی،
- بالا بردن فهم مردم از علم روان‌شناسی و کاربردهای آن،
- ارتقای کیفیت تحصیلات و «جای دادن» روان‌شناسی در توجه و علایق عمومی.

عدهٔ زیادی از طرفین تجزیهٔ انجمن روان‌شناسی امریکا معتقدند این تجزیه حادثه‌ای دردناک بود. به نظر آنها این حادثه برای هر دو طرف، تاسف‌بار بوده است؛ چراکه این حوزه به ادغام و یکپارچگی علم روان‌شناسی و اجرا و کاربرد آن نیاز دارد. متاسفانه، این تجزیه حتی می‌تواند یکپارچگی فعلی را هم کم کند. بسیاری معتقدند این اتفاق فقط تبدیل انجمن روان‌شناسی امریکا به یک سازمان صنفی را تسریع می‌کند. البته بسیاری از اعضای گروه دانشگاهی ـ علمی و بسیاری از طرفداران مدل سنتی دانشمند ـ درمانگر در هر دو انجمن یعنی در انجمن روان‌شناسی امریکا (APA) و انجمن علم روان‌شناسی (APS) عضو هستند. بسیاری از روان‌شناسان علم‌گرا از گسترش و رشد سریع انجمن علم روان‌شناسی به وجد آمده‌اند. به هر حال امیدواریم هر دو انجمن، وظایف مهم‌تری را که در قبال خیر و صلاح مردم دارند، فراموش نکنند.

برخی از نکات مهم در تحولات حرفه‌ای رشته‌ای روان‌شناسی بالینی را در گاه‌شمار رویدادهای مهم حرفهٔ روان‌شناسی بالینی می‌خوانید.

امروزه رشتهٔ روان‌شناسی بالینی با مسائل حرفه‌ای بسیاری روبه‌رو است. در فصل سوم چند مورد از این مسائل را توضیح خواهیم داد. اما این مسائل به اختصار عبارتند از: مسئلهٔ مدل آموزشی بهینه برای روان‌شناسی بالینی معاصر (بیکر، مکفال و شوهام[2]، ۲۰۰۹)، تاثیر انقلاب مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت مدیریت‌شده بر روان‌شناسان بالینی (گودهارت[3]، ۲۰۱۰)، فشار

1. Janet Spence
2. Baker, McFall and Shoham
3. Goodheart



گاه‌شمار: رویدادهای مهم حرفهٔ روان‌شناسی بالینی

برای اخذ حق تجویز دارو برای روان‌شناسی بالینی (مک‌گراث[1]، ۲۰۱۰) و مشکلات مربوط به اخلاقیات و تنوع. طرز رسیدگی به این مسائل و نحوهٔ حل‌وفصل آنها در سال‌های آینده، تاثیر شگرفی بر رشتهٔ روان‌شناسی بالینی خواهد گذاشت.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسی بالینی تغییر کرده است و بی‌شک تغییر هم خواهد کرد. ویتمر به زحمت می‌توانست چنین تغییراتی را تصور کند. اگر جی. استنلی هال، نخستین رییس انجمن روان‌شناسی امریکا، زنده بود از ماجراهای انجمن روان‌شناسی امریکا (APA) و انجمن علم روان‌شناسی (APS) حیرت می‌کرد. اما به‌رغم اینکه آموزش و درمانگری در حال نوسان و سیلان است، برخی ارکان آنها ثابت می‌ماند. روان‌شناسان بالینی هنوز درگیر سنجش و درمان هستند. آنها هنوز کارهای تحقیقاتی می‌کنند و دل‌مشغول توسعه و تحول حرفه‌ای خود هستند. اما هدفی که روان‌شناسان بالینی را به هم پیوند می‌زند، همچنان یکی است: کاربرد دانش و مهارت در رفع نیازهای سلامت روان مردم.

اصطلاحات کلیدی

انجمن علم روان‌شناسی Association for Psychological Science (APS)

سازمانی حرفه‌ای در رشتهٔ روان‌شناسی که در سال ۱۹۸۸ پس از جدایی جناح دانشگاهی-علمی از انجمن روان‌شناسی امریکا شکل گرفت. اهداف انجمن علم روان‌شناسی عبارتند از: پیشبرد رشتهٔ روان‌شناسی، حفظ مبنای علمی آن و بالا بردن درک مردم از این رشته و کاربردهای آن.

1. McGrath

رفتاردرمانی **behavior therapy**

چهارچوبی معروف برای درمان اختلالات که مبنای آن، اصول شرطی‌سازی است. رفتاردرمانی معمولاً بر رفتار مشاهده‌شدنی متمرکز است و مدت زمان نسبتاً کوتاهی دارد.

سنجش رفتاری **behavioral assessment**

رویکردی به فهم و تغییر رفتار از طریق شناسایی بافتِ وقوع رفتار (یعنی وضعیت‌ها یا محرک‌های پیش و پس از رفتار).

درمان کوتاه‌مدت (مقرون‌به‌صرفهٔ زمانی) **brief (time-effective) therapy**

درمانی که ۱۵ جلسه یا کمتر طول می‌کشد. درمان کوتاه‌مدت در نتیجه محدودیت‌های مالی اِعمال‌شده توسط مدیریت مراقبت‌شده و مطالعاتی شهرت یافته است که نشان می‌دهند اثربخشی آن هم‌اندازهٔ روان‌درمانگری سنتی است.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر **community psychology**

تخصصی در روان‌شناسی که بر پیشگیری و درمان مشکلات روانی، به‌ویژه مشکلات روانی اقشار محروم، متمرکز است.

التقاطی‌ها **eclectics**

گروهی از روان‌شناسان بالینی که از فنون چند گرایش نظری مختلف استفاده می‌کنند. ماهیت مشکل تعیین می‌کند که آنها به کدام گرایش نظری متوسل شوند.

سبب‌شناختی **etiological**

علّی؛ برای مثال، عامل سبب‌شناختی در افسردگی موجب شروع آن می‌شود.

عامل جی **g**

اصطلاح چارلز اسپیرمن برای مفهوم عامل عمومی هوش.

درمانگاه‌های راهنمایی **guidance clinics**

درمانگاه‌های ارزیابی و درمان مشکلات عقلی و رفتاری کودکان.

روان‌شناسی سلامت **health psychology**

تخصصی در روان‌شناسی که بر پیشگیری از بیماری، ارتقا و حفظ سلامتی و درمان روان‌شناختی مبتلایان به بیماری‌های پزشکی متمرکز است.

درمان راهنمادار **manualized treatment**

درمانی که در چهارچوب راهنما و به شکل یک راهنما اجرا می‌شود (یعنی منطق، اهداف و فنون آن برای هر مرحلهٔ درمان مشخص است).

اندازه‌گیری هوش **measurement of intelligence**

استفاده از آزمون‌ها برای اندازه‌گیری انواع ظرفیت‌های ذهنی (مثل سرعت پردازش ذهنی یا توانایی یادگیری در کوشش‌های متعدد).

آزمون‌های روانی **mental tests**

اصطلاح جیمز مک‌کین کتل برای ابزارهای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در زمان واکنش. به نظر کتل، عملکرد شخص در این آزمون‌ها با هوش رابطه دارد.

سنجش روان‌شناختی **neuropsychological assessment**

رویکردی سنجشی ـ مبتنی بر روابط محرزشدهٔ تجربی مغز و رفتار ـ که موارد قوت و ضعف نسبی شخصی در حوزه‌های مختلف (مثل حافظه، سرعت پردازش و دست‌ورزی) را ارزیابی می‌کند.

ابزارهای اندازه‌گیری عینی **objective measures**

آزمون‌های روانی که بر اساس پاسخ اشخاص به محرک‌های مشخص و غیرمبهم، مثل مقیاس‌های درجه‌بندی یا ماده‌های پرسشنامه‌ها، دربارهٔ حالات یا صفات آنان نتیجه‌گیری‌هایی می‌کنند. مبنای تفسیر پاسخ‌ها در اندازه‌گیری‌های عینی هم رویکرد قانون‌نگر است.

اختلالات شخصیت **personality disorders**

تجارب و رفتارهای ماندگار و غیرانطباقی که در دوران نوجوانی یا جوانی آشکار می‌شوند و در دوران بزرگسالی تداوم می‌یابند. نمونه‌های آن، اختلال شخصیت پارانوئید، ضداجتماعی و وابسته است.

شخصیت‌آزمایی **personality testing**

استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری یا پاره‌ای فنون برای کسب بینش دربارهٔ ویژگی‌ها یا صفات شخصیتی ماندگار.

بازی‌درمانی **play therapy**

فنی برگرفته از اصول فرویدی سنتی که با بازیِ بیانی، اضطراب و نفرت را آزاد می‌کند. طرفداران این فن معتقدند چنین فنی، درمانی است.

فنون فرافکن **projective techniques**

فنونی در روان‌آزمایی از قبیل فن رورشاخ یا آزمون اندریافت موضوع که از پاسخ‌های افراد به محرک‌های مبهم آزمون برای قضاوت دربارهٔ صفات شخصیتی یا حالت روانی آنها استفاده می‌کند.

روانکاوی **psychoanalysis**

چهارچوبی برای فهم و درمان بیماری روانی که مبنای آن همکاری فروید و بروئر در اواخر قرن نوزدهم بود.

تشخیص روانی **psychodiagnosis**

استفاده از نمرات آزمون‌های روانشناختی و تفسیر این نمرات به قصد تشخیص‌گذاری و برنامه‌ریزی برای درمان.

روان‌درمانگری پژوهی **psychotherapy research**

پژوهش دربارهٔ اثربخشی درمان یا برخی مولفه‌های آن. روان‌درمانگری‌پژوهی برای تعیین مداخلهٔ موثرتر برای هر نوع اختلال یا حیاتی بودن فلان مولفهٔ درمان در ایجاد تغییر مشاهده‌شده اجرا می‌شود.

رفتارگرایی افراطی **radical behaviorism**

جنبشی در روان‌شناسی که اواخر دهۀ ۱۹۵۰ شروع شد و تا دهۀ ۱۹۶۰ ادامه یافت. طرفداران این جنبش معتقد بودند فقط باید رفتار آشکار اندازه‌گیری شود و وجود صفات شخصیتی را زیر سوال می‌بردند.

مدل دانشمند ـ درمانگر **scientist-practitioner model**

مدل آموزشی اصلی روان‌شناسی بالینی در پنجاه سال گذشته (که به آن مدل بولدر هم می‌گویند). این مدل دنبال پرورش متخصصانی است که دو نقش دانشمند و درمانگر را به خوبی بازی کنند.

مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار **structured diagnostic interviews**

گروهی از ابزارهای سنجش که سوالاتش بر ملاک‌های تشخیصی مبتنی است. اصطلاح **ساختاردار** به این معنا است که مصاحبه‌گرها از تمام مصاحبه‌شوندگان، سوالات یکسانی با ترتیب واحدی می‌پرسند و جواب‌ها را با روش استانداردی نمره‌گذاری می‌کنند.

حساسیت‌زدایی منظم **systematic desensitization**

فنی رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی که در آن، بیماران هنگام تجسم وضعیت‌های اضطراب‌زایی که شدت اضطراب‌زایی آنها به تدریج افزایش می‌یابد، در خود آرمیدگی ایجاد می‌کنند.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the Web sites listed, go to www.wadsworth.com and click Links.

2-1 American Psychological Association
http://www.apa.org/

2-2 Association for Psychological Science
http://www.psychologicalscience.org/

2-3 Society for a Science of Clinical Psychology
http://sites.google.com/site/sscpwebsite/

2-4 Classics in the History of Psychology
http://psychclassics.yorku.ca/

2-5 Daily Calendar of Events in the History of Psychology
http://www.cwu.edu/~warren/today.html

2-6 Society of Clinical Psychology (Division 12 of the APA)
http://www.div12.org/

2-7 Web sites dedicated to specific individuals important in the history of psychology
http://academic.udayton.edu/GregElvers/hop/welcome.asp

2-8 Women in Psychology
http://www.psych.yorku.ca/femhop/

2-9 Ethical principles of psychologists and code of conduct: 2010 Amendments
http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

۳



مسائل جاری روان‌شناسی بالینی

سوالات مهم

۱. قوت و ضعف مدل‌های آموزشی روان‌شناسان بالینی چیست؟ چرا استحکام علم روان‌شناسی برای روان‌شناسان بالینی آینده مهم است؟

۳. موانع موجود سر راه روان‌شناسان بالینی متخصص درمانگری خصوصی چیست؟

۳. مراقبت مدیریت‌شده چه تاثیری بر حرفهٔ روان‌شناسی بالینی خواهد گذاشت؟ مراقبت مدیریت‌شده چه فوایدی برای روان‌شناسان بالینی دارد؟

۴. قوت و ضعف دریافت حق تجویز دارو چیست؟ این قضیه چه تاثیری بر آموزش‌های مقاطع تکمیلی می‌گذارد؟

۵. کدام پیشرفت‌های فن‌آوری بر روان‌شناسی بالینی تاثیر خواهد گذاشت؟

۶. کدام مسائل مبحث تنوع و امور اخلاقی، بر اجرای روان‌شناسی بالینی تاثیر خواهد گذاشت؟

رئوس مطالب فصل

مدل‌های آموزشی در روان‌شناسی بالینی

مدل دانشمند ـ درمانگر

مدرک دکترای روان‌شناسی

دانشکده‌های حرفه‌ای

مدل دانشمند بالینی

کادر ۱ـ۳: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر ریچارد ام. مکفال

برنامه‌های آموزش حرفه‌ای ـ علمی مرکب

برنامه‌های تحصیلات تکمیلی: گذشته و آینده

مقررات حرفه‌ای

کادر ۲ـ۳: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: کریستین مالدونادو

کار خصوصی

هزینه‌های مراقبت بهداشتی

امتیاز تجویز دارو

کادر ۳ـ۳: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر پاتریک اچ. دلیان

کادر ۴ـ۳: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر الن هایبی

پیشرفت‌های فن‌آوری

سلامت از راه دور

سنجش سرپایی
درمان رایانه‌یار

خدمات سلامت روانِ حساس به فرهنگ
معیارهای اخلاقی
صلاحیت
حریم و رازداری
کادر ۵ـ۳: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: درمانگرهای شرکت‌کننده در برنامه‌های تلفنی رادیو، گفت‌وگوهای تلویزیونی یا گروه‌های اینترنتی: آیا رفتارشان اخلاقی است؟
روابط انسانی

خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

در فصل دوم، تاریخ و سیر تحول رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، از جمله وقایع مهم حوزه‌های تشخیص و سنجش، مداخله و روان‌درمانگری، تحقیق و حرفه را بررسی کردیم. این بررسی کمک کرد علاوه بر آنکه فعالیت‌های کنونی را در بافت تاریخی آنها ببینیم، با ریشه‌های روان‌شناسی بالینی آشنا شویم.

در این فصل، مسائل جاری روان‌شناسی بالینی را توضیح می‌دهیم؛ مسائلی همچون اینکه: بهترین مدل‌های آموزشی برای روان‌شناسان بالینی، کدام است؟ بهترین راه برای اطمینان یافتن از صلاحیت حرفه‌ای آنان چیست؟ روان‌شناسان بالینی در زمینهٔ کار و درمانگری خصوصی با چه مسائلی روبه‌رو هستند؟ افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی چه تاثیری بر اجرای روان‌شناسی بالینی خواهد گذاشت؟ پیشرفت‌های فن‌آوری چه تاثیری بر سنجش و مداخلهٔ بالینی می‌گذارد؟ روان‌شناسی بالینی باید به افزایش تنوع جمعیت مخاطب خود چگونه پاسخ دهد؟ فواید و نگرانی‌ها در اعطای حق تجویز دارو به روان‌شناسان بالینی چیست؟ معیارهای اخلاقی جاری برای روان‌شناسان بالینی، کدام معیارها هستند؟ این فصل را از یک مسئلهٔ بسیار جنجالی شروع می‌کنیم: مدل آموزشی مناسب برای روان‌شناسان بالینی آینده.

مدل‌های آموزشی در روان‌شناسی بالینی

مدل دانشمند ـ درمانگر

مدل آموزشی . در فصل دوم به اختصار به کنفرانس دوران‌ساز برگزارشده دربارهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی بولدرِ کلورادو در سال ۱۹۴۹ اشاره کردیم. حاصل این کنفرانس، مدل آموزشی بولدر یا *مدل دانشمند ـ درمانگر* بود. این مدل در واقع معرف «پیوند» علم و درمان بالینی است و حتی امروزه هم مشهورترین مدل آموزشی روان‌شناسان بالینی محسوب می‌شود.

جا دارد خاطرنشان کنیم که روان‌شناسی بالینی در دانشگاه، شاخه‌ای از روان‌شناسی علمی محسوب می‌شد. این رشته در ساختار کالج‌های هنر و علوم شکل گرفت که تدریس، تحقیق و تلاش‌های دیگر دانشگاهی و تحقیقاتی در آنها بارز بودند. در این برهه، آموزش در زمینهٔ اجرای روان‌شناسی بالینی در اولویت نبود. اساتید روان‌شناسی بالینی، تحقیق می‌کردند و تحقیقاتشان را چاپ می‌کردند. اما منتقدان آنها (که معمولاً دانشجویان و درمانگران این رشته بودند) شکایت می‌کردند که بخش زیادی از این تحقیقات، جزیی و بی‌مایه است. بدتر اینکه به نظر برخی از اساتید، تحقیقات آنها خیلی به آموزش مهارت‌های بالینی به دانشجویان رشتهٔ روان‌شناسی بالینی ربط نداشت. برخی دانشجویان هم معترض بودند که بیش از حد دربارهٔ آمار، نظریه‌های شرطی‌سازی یا اصول روان‌شناسی فیزیولوژیک آموزش می‌بینند و خبر چندانی از روان‌درمانگری و آزمون‌گیری شخصی نیست.

این رویدادها و وضعیت‌ها، در نهایت به‌شکل‌گیری فشارها و خواست برای تغییر منتهی شد. (*مدل بولدر* که به آن مدل دانشمند ـ درمانگر نیز می‌گویند، حرفه‌ای متشکل از درمانگران ماهر را می‌دید که علاوه بر تحقیق کردن می‌توانستند از تحقیقات دیگران استفاده کنند.) هدف این مدل، تدوین حرفه‌ای متفاوت بود. روان‌شناس بالینی مورد نظر این مدل، در کنار استفاده از مهارت و حساسیت خود در زمینهٔ درمانگری می‌تواند با تبدیل تجربه‌اش به فرضیه‌های آزمون‌پذیر و آزمودن فرضیه‌هایش، در تولید دانش بالینی سهیم شود. نگاه مدل

بولدر، پیوند منظم مهارت بالینی و تجربی‌گرایی منطقی علم بود. جدا کردن درمانگر از منبع دانش علمی، انسانی تولید می‌کرد که مصرف‌کنندهٔ منفعل اطلاعات بود، یا فنونی را می‌پذیرفت و استفاده می‌کرد که پشتوانهٔ چندانی نداشت.

مدل دانشمند ـ درمانگر کمتر از آنچه به نظر می‌رسد تقسیم‌بندی کمّی را دنبال می‌کرد. هدف این نبود که روان‌شناسان بالینی، دقیقاً ۵۰ درصد از وقت‌شان را به کار بالینی اختصاص دهند و ۵۰ درصد را به تحقیق. برخی در نهایت عمدتاً محقق می‌شوند و برخی عمدتاً درمانگر. البته هدف این بود که با طرح کردن مدل دانشمند ـ درمانگر، دانشجویان روان‌شناسی بالینی در کارهای خود همچون دانشمند فکر کنند. قرار بود آنها به عنوان روان‌شناس بالینی، پیشرفت مراجعان را به صورت علمی ارزیابی کنند و درمان‌ها را بر اساس شواهد تجربی انتخاب کنند. درست است که روان‌شناسان بالینیِ مشغول درمانگری، کار چندانی با تحقیق ندارند، ولی دلیلش می‌تواند این باشد که محیط کار به آنها اجازه نمی‌دهد تحقیق کنند نه اینکه آنها چنین چیزی نمی‌خواهند.

مدل دانشمند ـ درمانگر همان‌طور که برای درمانگران کاربرد دارد، برای محققان روان‌شناسی بالینی هم کاربرد دارد. محققان به شرطی می‌توانند تحقیقات دقیق و مهمی انجام دهند که حساسیت و مهارت‌های بالینی خود را با ادامه دادن دیدار با بیماران حفظ کنند. همان‌طور که درمانگران نباید از آموزش‌ها و علایق تحقیقاتی خود غافل شوند، محققان هم نباید مبانی بالینی خود را فراموش کنند.

بحث ادامه دارد . در سالت لیک‌سیتی ایالت یوتا مجموعه کنفرانس‌های آموزشی برگزار شد که بیشتر آنها مربوط به سال ۱۹۸۷ بود و هرگونه تفسیر جزمی از مدل دانشمند ـ درمانگر را زیر سوال برد. این کنفرانس‌ها، راه‌های دیگر رسیدن به قابلیت حرفه‌ای را نشان می‌دادند. به خصوص رویکردهایی را پذیرفتند که بیشتر بر آموزش مستقیم و فراگیر مهارت‌های بالینی تاکید می‌کردند تا بر تجربهٔ تحقیقاتی.

مدل بولدر همچنان باقی مانده ولی بحث همچنان ادامه دارد. حال و هوای حرفه‌ای‌گرایی ظاهراً هر سال جدی‌تر می‌شود. روان‌شناسان بالینی هم هرچه بیشتر در یکی از این دو گروه قرار می‌گیرند: علاقه‌مندان به کارِ بالینی و علاقه‌مندان به تحقیق. اگرچه بسیاری معتقدند مدل دانشمند ـ درمانگر به ما خدمت کرده و موفق بوده اما عده‌ای نتیجه می‌گیرند که مدل آموزشی ضعیفی است و مستحق خشم و غضب منتقدانش. اما بسیاری نگران‌اند که این مدل کاملاً کنار گذاشته شود. همان‌طور که ملتزوف[1] (۱۹۸۴) سال‌ها قبل گفته است:

> آموزش نسل جدیدی از روان‌شناسان صرفاً کاربردی که بدون داشتن توان ارزیابی و پیشبرد میراثی که به آنها رسیده، فقط به آن ایمان دارند، بی‌شک تنزل محسوب می‌شود. آموزش [روش] تحقیق، در واقع آموزش یک طرز فکر است. این آموزش، کنجکاوی و شک کردن را یاد می‌دهد. همچنین منطقی فکر کردن، فرضیه‌سازی و فرضیه‌آزمایی، جمع‌آوری اطلاعات به‌جای نظرسنجی، تحلیل اطلاعات و استنباط آنها و شیوهٔ ارائه متوازن یافته‌ها را یاد می‌دهد. این‌ها مهارت‌هایی هستند که به روان‌شناسان حرفه‌ای کمک می‌کنند ارتقای فنی یابند. (ص ۲۰۹)

مدرک دکترای روان‌شناسی

بحث‌های یاد شده باعث شد مدرک ***دکترای روان‌شناسی*** شکل گیرد. ویژگی‌های اصلی این مدرک عبارت است از تاکید بر مهارت‌های بالینی و عدم تاکید نسبی بر صلاحیت و قابلیت تحقیقاتی. برای اخذ این مدرک، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد لازم نیست و رسالهٔ دکترا هم معمولاً گزارشی درباره موضوعی حرفه‌ای یا تحقیقی اصیل است.

نخستین برنامه‌های این مدرک، در دانشگاه ایلینوی در سال ۱۹۶۸ (دی. آر. پترسون[2]، ۱۹۷۱) برگزار شد، هرچند بعداً این برنامه‌ها را کنار گذاشت. پس از آن برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های راتجرز، بیلور و دانشگاه‌های دیگر برگزار شد. همان‌طور که پترسون (۱۹۶۸) پیش‌بینی می‌کرد، برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی در دو سال اول آموزش، فرق چندانی با برنامه‌های اعطای دکترای فلسفه ندارند. تفاوت اصلی

1. Meltzoff 2. D.R. Peterson

در سال سوم شروع می‌شود. در سال سوم، تجربه‌اندوزی در زمینهٔ درمان و سنجش، اهمیت پیدا می‌کند. در سال چهارم هم بابرگزاری دوره‌ها و تکالیف انترنی، تاکید بالینی همچنان ادامه می‌یابد. برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی اخیراً به سوی ارائهٔ فشرده دروس در سال اول و افزایش تجربهٔ بالینی از طریق پنج سال کار عملی پیش رفته است. پترسون (۲۰۰۳، ۱۹۹۷) توصیف و تاریخچهٔ خوبی از برنامه‌های دکترای روان‌شناسی ارائه داده است. در حال حاضر بیش از ۶۰ برنامهٔ مورد تایید دکترای روان‌شناسی بالینی وجود دارد که مدرک دکترای روان‌شناسی می‌دهند و روز به روز بر درصد مدارک دکترای روان‌شناسی اعطاشده در رشته روان‌شناسی بالینی افزوده می‌شود. در حقیقت، تعداد مدارک دکترای روان‌شناسی که هر سال در روان‌شناسی بالینی اعطا می‌شود (بیش از ۱۳۰۰ مدرک در سال)، از تعداد مدرک‌های دکترای فلسفه بیشتر است. بدیهی است که جاپای برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی محکم‌تر شده باشد.

ابتدا این نگرانی وجود داشت که فارغ‌التحصیلان دارای مدرک دکترای روان‌شناسی در مقایسه با فارغ‌التحصیلان دارای دکترای فلسفه در کار حرفه‌ای صلاحیت کمتری داشته باشند و در استخدام مشکل پیدا کنند؛ اما این‌طور نشد (نورکراس، کسل، سیت و مِین، ۲۰۰۴). نورکراس و دیگران (۲۰۰۴) تلاش کردند تفاوت‌های دو برنامهٔ دکترای روان‌شناسی و دکترای فلسفه را هرچه بیشتر کشف کنند. به این منظور یک نظرسنجی انجام دادند. برخی از تفاوت‌ها از این قرار بود: پذیرش بیشتر متقاضیان برنامه‌های دکترای روان‌شناسی (۴۱ درصد در برابر کمتر از ۱۵ درصد)، کمتر بودن درصد اعضای هیئت علمی دارای مدرک دکترای روان‌شناسی که گرایش نظری شناختی-رفتاری دارند، پایین‌تر بودن درصد دانشجویان برنامه‌های دکترای روان‌شناسی که کمک مالی دریافت می‌کنند (۲۰ درصد)، کمتر بودن درصد دانشجویان برنامه‌های دکترای روان‌شناسی که دورهٔ انترنی نمی‌گذرانند و کوتاه‌تر بودن میانگین زمان اخذ مدرک دکترای روان‌شناسی (میانگین = ۵/۱ سال).

اطلاعات جدید درباره تفاوت برنامه‌های دکترای روان‌شناسی با برنامه‌های دکترای فلسفه از لحاظ میزان پذیرش، ثبت نام و مدرک اعطاشده در حد فاصل سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۰ (کوهات و ویچرسکی، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد تفاوت‌های یادشده همچنان پابرجا است. اگرچه میانگین درخواست هر دو نوع برنامه یکسان است، اما برنامه‌های دکترای روان‌شناسی در هر سال، متقاضی بیشتری می‌پذیرد (Mdn = ۴۷ در برابر ۸). تعداد ثبت‌نام‌های سالانهٔ دانشجو در این برنامه‌ها هم بیشتر است (Mdn = ۲۸ در برابر ۶) و همین‌طور تعداد دانشجویان حاضر در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی (Mdn = ۱۳۰ در برابر ۳۹) و تعداد مدارک دکترای روان‌شناسی صادره در هر سال (۱۳۵۰ در برابر ۱۲۲۲) نیز بیشتر است.

دانشکده‌های حرفه‌ای

اگرچه دکترای روان‌شناسی یک سنت‌شکنی آشکار است، ولی نوآوری پرسر و صداتر، ***دانشکده‌های حرفه‌ای*** است. بسیاری از این دانشکده‌ها با دانشگاه‌ها ارتباطی ندارند، خودمختارند و چهارچوب مالی و سازمانی خود را دارند. این دانشکده‌ها که معمولاً به آنها دانشکده‌های «مستقل» یا «غیرانتفاعی» می‌گویند، مدرک دکترای روان‌شناسی اعطا می‌کنند. بیشتر دانشکده‌های حرفه‌ای برکارکردهای بالینی تاکید می‌کنند و به آموزش [روش] تحقیق در معنای سنتی آن کار چندانی ندارند. اعضای هیئت علمی آنها عمدتاً جهت‌گیری بالینی دارند. نخستین دانشکدهٔ حرفه‌ای مستقل، دانشکدهٔ روان‌شناسی حرفه‌ای کالیفرنیا بود (دورکن[1]، ۱۹۷۷) که انجمن روان‌شناسی کالیفرنیا آن را تاسیس کرد. این دانشکده که امروزه به آن دانشگاه بین‌المللی اِلانیت می‌گویند، نُه شعبه دارد (که سه شعبهٔ آن بین‌المللی است) و چند مدرک در زمینهٔ سلامت روان اعطا می‌کند.

در سال ۱۹۸۷، تعداد دانشکده‌های حرفه‌ای فعال، ۴۵ دانشکده بود که چندصد مورد از سه هزار مدرک دکترای

1. Dorken

روان‌شناسی بالینی را اعطا می‌کردند (استریکلند[1]، ۱۹۸۸). اما امروزه تعداد دانشکده‌های حرفه‌ای دو برابر شده است و هر سال ۶۰ درصد از مدرک‌های دکترای روان‌شناسی بالینی را همین دانشکده‌های حرفه‌ای اعطا می‌کنند (۱۵۷۴ در برابر ۹۱۹؛ کوهات و ویچرسکی، ۲۰۱۰)! تعداد دکتراهای روان‌شناسی بالینی اعطایی توسط دانشکده‌های حرفه‌ای به شدت افزایش یافته است. این برنامه‌ها بیش از برنامه‌های مبتنی بر مدل دانشمند ـ درمانگر که دانشگاه‌بنیاد هستند، دانشجو می‌پذیرند. (گاهی اوقات بیش از صد دانشجو!)

اما هنوز معلوم نیست چه تعداد از این دانشکده‌های حرفه‌ای باقی خواهند ماند. یکی از بزرگ‌ترین مشکلات آنها، تامین بودجه است. بسیاری از این موسسات به شهریه‌های دریافتی به عنوان منبع اصلی تامین مالی خود وابسته‌اند که ممکن است امنیت مالی کافی را برای آنها تامین نکند. در مقابل، بیشتر برنامه‌های دکترای فلسفهٔ دانشگاه‌بنیاد از گرفتن شهریه از دانشجویان مقاطع تکمیلی چشم‌پوشی می‌کنند. دانشگاه‌های حرفه‌ای همچنین به اعضای هیئت علمی پاره‌وقت خود وابستگی عمیقی دارند که در اصل، جای دیگری استخدام هستند. این مسئله موجب می‌شود ساختار دانشگاهی آن لرزان و متزلزل باشد. در نتیجه، گاهی اوقات تماس مکرر و دائم دانشجویان با اساتید که تاثیر زیادی بر تحصیل رضایت‌بخش آنها دارد، دشوار می‌شود.

اگرچه انجمن روان‌شناسی امریکا برخی از دانشکده‌های حرفه‌ای را کاملاً تایید می‌کند، استثنا هم وجود دارد. این نقصی بزرگ است که این دانشکده‌ها اگر می‌خواهند فارغ‌التحصیلان آنها همه جا مقبولیت حرفه‌ای داشته باشند باید بر آن غلبه کنند. به‌رغم این نگرانی‌ها، کنفرانس‌های اخیر درباره آموزش مدعی است برنامه‌های دکترای فلسفه و برنامه‌های دکترای روان‌شناسی ظاهراً امنیت و استحکام لازم را دارند و باقی خواهند ماند.

مدل دانشمند بالینی

در چند دههٔ گذشته، روان‌شناسان بالینی دارای گرایش تجربی به شدت نگران بوده‌اند که روان‌شناسی بالینی به شکل فعلی آن، پایهٔ علمی خوبی نداشته باشد (بیکر، مکفال و شوهام[1]، ۲۰۰۹؛ مکفال، ۲۰۰۶). طبق این نگاه، اثربخشی بسیاری از روش‌هایی که درمانگران در درمانگری به‌کار می‌برند، در مطالعات بالینی کنترل‌شده اثبات نشده است. مطالعات تجربی صورت‌گرفته در خصوص این فنون، گاهی به اتمام نرسیده و کامل نبوده است؛ گاهی نیز تحقیقات صورت‌گرفته روی آنها از ادامهٔ استفاده از این فنون حمایت نکرده‌اند. به همین شکل، استفاده از فنون سنجش فاقد پایایی و اعتبار که معلوم نیست نتیجهٔ درمانی مثبتی داشته باشند هم زیر سوال رفته است. این نگرانی‌ها موجب شد مدل آموزشی جدیدی برای روان‌شناسان بالینی طرح شود که *مدل دانشمند بالینی* نام دارد. «فراخوان اقدام» دانشمندان بالینی در سال ۱۹۹۱ به صورت «بیانیهٔ علم روان‌شناسی بالینی» (مکفال، ۱۹۹۱) منتشر شد. مکفال در این سند می‌گوید:

۱. «روان‌شناسی بالینی علمی تنها صورت مشروع و مقبول روان‌شناسی بالینی است» (ص ۷۶).
۲. «خدمات روان‌شناختی نباید به مردم ارائه شود «مگر تحت کنترل دقیق آزمایشی» تا ملاک‌های حداقلی زیر برآورده شود:
   الف. اهمیت خدمات باید دقیقاً مشخص شود.
   ب. فواید خدمات مورد نظر باید به صراحت بیان شود.
   ج. اعتبار علمی این فواید باید ثابت شده باشد.
   د. اثرات جانبی منفی احتمالی که ممکن است از فواید آن بیشتر باشد، باید به‌طور تجربی رد شده باشد» (ص ۸۰).
۳. «هدف اولیه و درجه اول برنامه‌های آموزشی دکترای روان‌شناسی بالینی باید تربیت تواناترین دانشمندان بالینی باشد» (ص ۸۴).

به این ترتیب، روان‌شناسان بالینی ترغیب می‌شوند با ادغام اصول علمی و کار بالینی، تمایزگذاری بین فنون دارای اعتبار تجربی و فنونی که از لحاظ علمی کاذب هستند و متمرکز کردن آموزش‌های تکمیلی بر روش‌هایی که دانشمند بالینی تربیت

1. Strickland
1. Baker, McFall and Shoham

می‌کنند ـ یعنی افرادی که «در همهٔ زمینه‌ها مانند دانشمند و در زندگی حرفه‌ای خود مانند دانشمندان فکر و کار می‌کنند» (مکفال، ۱۹۹۱، ص ۸۵) ـ علم روان‌شناسی بالینی را بسازند.

این سند بسیار بحث‌برانگیز شد. از نتایج معرفی شدن چنین مدلی در آموزش، ***آکادمی علم روان‌شناسی بالینی*** بود که در سال ۱۹۹۵ تاسیس شد. این آکادمی شامل آن دسته از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی و دوره‌های انترنی است که به روش‌های تحقیق تجارب و ادغام این نوع آموزش با آموزش بالینی می‌پردازند (بیکر، مکفال و شوهام، ۲۰۰۹). این آکادمی به انجمن علم روان‌شناسی (APS) منسوب است و بیش از ۶۰ برنامه آن (از جمله برنامه‌های دکترا و انترنی) را پوشش می‌دهد. اهداف اولیهٔ آکادمی عبارت است از:

۱. ***آموزش*** : آموزش دادن دانشجویانی برای تحقیقات علم بالینی که مهارت زیادی در تولید دانش علمی و استفاده از چنین دانشی دارند.
۲. ***تحقیق و نظریه*** : پیشبرد تحقیقات و نظریهٔ علم بالینی و ادغام آنها در علوم مرتبط دیگر.
۳. ***امکانات و فرصت‌ها*** : ایجاد تحول و دسترسی به امکانات و فرصت‌های آموزشی، تحقیقاتی، مالی و شغلی در علم بالینی.
۴. ***کاربرد*** : گسترش کاربرد علم بالینی درباره مشکلات انسان به شیوه‌های مسئولانه و مبتکرانه.
۵. ***اشاعه و ترویج*** : اشاعهٔ به‌موقع علم بالینی بین گروه‌های سیاست‌ساز، روان‌شناسان و دانشمندان، درمانگران و مصرف‌کنندگان

(http://acadpsychclinicalscience.org/index.php?page=mission)

کادر ۱ـ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر ریچارد مکفال

دکتر مکفال، استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و علوم مغزی دانشگاه ایندیانا است. او متخصص حوزهٔ قابلیت میان‌فردی است و مجلات و کتاب‌هایی که روان‌شناسان بالینی نوشته‌اند، بارها به تحقیقاتش استناد کرده‌اند. دکتر مکفال علاوه بر مشغله‌های تحقیقاتی، در جایگاه عضو هیئت علمی و مدیر برنامهٔ آموزشی، به روان‌شناسان بالینی زیادی آموزش داده است. سرانجام اینکه مکفال در مطرح شدن مدل آموزشی علم روان‌شناسی، تاثیر زیادی داشته است. دکتر مکفال بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷، رییس آکادمی علم روان‌شناسی بالینی بود. مکفال هم‌اکنون مدیر اجرایی نظام جدید تایید و اعتباریابی برنامه‌های علم بالینی است.

دکتر مکفال با ما صحبت کرد و به پرسش‌های ما پاسخ داد:

چگونه به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

تا سال سوم، دانشجوی کارشناسی رشته هنر دانشگاه دپو (De Pauw) بودم تا اینکه از استادم پرسیدم با مدرک هنرم چه کار می‌توانم بکنم. استادم در میان پیشنهادهایش گفت می‌توانی مدیر اجرایی تبلیغات شوی. او پیشنهاد کرد برای آنکه یاد بگیرم چطور می‌توانم به مردم انگیزهٔ خرید بدهم، کلاس روان‌شناسی را بگذرانم. در نتیجه به گروه روان‌شناسی رفتم. البته پیش از آن باید پیش‌نیازهایی را می‌گذراندم (از جمله روان‌شناسی مقدماتی، آمار، روان‌شناسی آزمایشی و از این قبیل). تا به خود آمدم، رشتهٔ اصلی من، روان‌شناسی شده بود. در شروع سال آخر تحصیلم، هنوز می‌خواستم وارد حوزهٔ تبلیغات شوم ولی واحد درسی روان‌شناسی بالینی، با تدریس جان اکسنر (متخصص مشهور آزمون رورشاخ) را انتخاب کردم که عمدتاً درباره آزمون‌های فرافکن بود. اکسنر تشویقم کرد تحصیلات تکمیلی را در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی ادامه دهم و فهرستی از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی در اختیارم گذاشت که همگی گرایش روان‌پویشی داشتند. وقتی پر کردن تقاضانامه‌ها را شروع کردم، پدر هم‌اتاقی من که برحسب اتفاق، روان‌شناس بود از شعبهٔ دانشگاه ما دیدن کرد. به من پیشنهاد کرد در دانشگاه ایالتی اوهایو (که مدرکش را از آنجا گرفته بود) ثبت‌نام کنم. من هم به امید برخورداری از «حمایت‌های» او، این کار را کردم. دانشگاه ایالتی اوهایو مرا پذیرفت و حق دستیاری سخاوتمندانه‌ای به من داد؛ سخاوتمندانه‌تر از هر برنامهٔ دیگری. من هم به دلیل مقروض بودن و برای استقلال مالی، این پیشنهاد را پذیرفتم. برنامهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی دانشگاه ایالتی اوهایو، یکی از برنامه‌های آموزشی برتر آن زمان بود. این برنامه تاکید علمی زیادی داشت. به سرعت یاد گرفتم که دلایل موهومی برای حضور در تحصیلات تکمیلی داشتم؛ اما جهت‌گیری تحقیقاتی برنامهٔ دانشگاه اوهایو، قانع‌کننده بود و خیلی زود به روان‌شناسی بالینی به عنوان یک علم علاقه‌مند شدم.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه کارهایی انجام می‌دهید؟

قبل از همه و مهم‌تر از همه، در این حرفه معلم بوده‌ام. من در بخش عمده‌ای از دوران اشتغالم، به دانشجویان ترم‌های بالای کارشناسی،

مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی و به دانشجویان سال اولی تحصیلات تکمیلی، روان‌شناسی بالینی درس داده‌ام. هدفم در هر دو کلاس هم آموزش تفکر منتقدانه و شکاکانه درباره مسائل جاری روان‌شناسی بالینی بوده است. همچنین با دانشجویان رده بالای دورهٔ دکترا نیز واحد عملی بالینی گذرانده‌ام که در آن شواهد تحقیقات تجربی درباره اثربخشی روش‌های درمانی موجود برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجبار عملی را مرور می‌کردیم. همچنین بهترین روش‌های موجود را برای مراجعان مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجبار عملی در درمانگاه‌مان به‌کار برده و نتایج مداخلات‌مان را ارزیابی کرده‌ام.

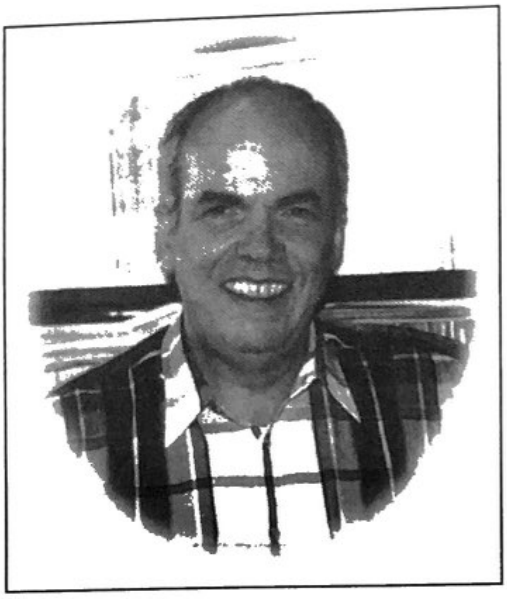
محقق فعالی هم بوده‌ام. مضمون مشترک تحقیقاتم، قابلیت میان‌فردی است؛ یعنی تعریف و اندازه‌گیری آن، نحوهٔ پیش‌بینی و بهبود آن و عوامل دخیل در بی‌قابلیتی. قابلیت و آسیب‌شناسی روانی می‌توانند دو روی یک سکه باشند. آسیب روانی در واقع بی‌قابلیتی در یک یا چند کارکرد است. پس روان‌شناسان بالینی برای درک سبب‌شناسی آسیب‌های روانی ممکن است بخواهند ماهیت و ریشه‌های قابلیت را بررسی کنند. تحقیقات من به شدت بر دانش و روش‌های کل روان‌شناسی، به‌ویژه علمِ شناختی و علمِ عصب‌نگر مبتنی هستند. معنایش این است که من دانشجوی فعالی در این حوزه هستم. یکی دیگر از جنبه‌های زندگی حرفه‌ای من، داشتن جایگاه اجرایی و خدماتی است. من مدیر برنامهٔ آموزش بالینی دانشگاه ایندیانا هستم. همچنین عضو هیئت مدیرهٔ مرکز سلامت روان اجتماع‌نگرِ محلی و عضو هیئت تحریریهٔ چند مجله بوده‌ام. در سطح ملی نیز در چند سازمان حرفه‌ای فعالیت کرده‌ام. تقریباً تمام تلاش‌های حرفه‌ای من به جدا کردن علم از دروغ در روان‌شناسی بالینی و پیشبرد روان‌شناسی به عنوان یک علم معطوف بوده است.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما کدام حوزه‌ها هستند؟

قبلاً گفتم که محور اصلی تحقیقاتم، قابلیت میان‌فردی است. من در این حوزه، مسائل و جمعیت‌های بالینی بسیاری را بررسی کرده‌ام؛ از جمله دانشجویان دختر و پسر کمروی کالج‌ها؛ افراد ترسو؛ مبتلایان به اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلال وسواس فکری-اجبار عملی، اختلالات خوردن و معتادان به تنباکو؛ پسران و دختران نوجوانِ بزهکار و مردانی که در حق زنان، خشونت جنسی روا می‌دارند. تحقیقات من در این حوزه‌ها بر مسائل مفهومی و اندازه‌گیری تاکید داشته است. در کار اخیرم به‌ویژه، مفاهیم و روش‌های علمِ شناختی و علم عصب‌نگر را بررسی کرده‌ام. هدفم هم طراحی الگوهای نظری و کمّی پدیده‌های بالینی بوده است.

به نظر شما روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی چه هستند؟

برنامه‌های آموزش بالینی که تمرکز اصلی‌شان بر «درمانگری» است (اعم از برنامه‌هایی که مدرک دکترای فلسفه یا مدرک دکترای روان‌شناسی اعطا می‌کنند) همچنان از تغییرات چشمگیر حوزهٔ سلامت روان (که امروزه بیشتر به آن حوزهٔ سلامت رفتاری می‌گویند) غافل خواهند ماند. همین‌طور که مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحدهٔ امریکا از الگوی سنتی پول در ازای خدمت، به سوی مراقبت مدیریت‌شده حرکت می‌کند، روان‌شناسان بالینی نیز به تدریج نقش تامین‌کنندگان مراقبت‌های اولیه را از دست خواهد داد. این هم دو دلیل آشکار دارد. با هزینه‌هایی که برای یک روان‌شناس بالینی می‌شود می‌توانیم دو تا سه مددکار اجتماعی استخدام کنیم. اگر شواهد تحقیقاتی نشان دهد بین درمان‌های روان‌شناسان بالینی دارای دکترا و مددکاران اجتماعی دارای مدرک کارشناسی ارشد فرقی نیست، آنگاه نظام‌های مراقبت مدیریت‌شدهٔ دنبال صرفه‌جویی، خدمات سلامت روان را عمدتاً به مددکاران اجتماعی محول خواهند کرد تا به روان‌شناسان بالینی. اما روان‌شناسان بالینی دارای دکترا فرقی اساسی با دیگر متخصصان سلامت روان دارند و آن فرق، آموزش تحقیقاتی یا آمادگی این افراد برای دانشمندِ محقق بودن است. فقط آن گروه از برنامه‌های آموزش بالینی که تمرکز سنتی برنامه‌های دکترای فلسفه بر آموزش تحقیقات علمی را حفظ و تقویت کنند می‌توانند دانشجویانی پرورش دهند که آمادگی لازم برای تغییرات آینده در حوزهٔ مراقبت از سلامت روان را داشته باشند.



ریچارد ام. مکفال

در اصل، شبکه‌ای از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی و دوره‌های انترنی پی‌ریزی شد که از الگوی علم بالینی پیروی می‌کنند. این برنامه‌ها طرزفکرها، امکانات و نوآوری‌های آموزشی مشترکی دارند. در ضمن با یکدیگر همکاری می‌کنند تا طرح‌هایی به اجرا گذاشته شود که هدفشان دریافت و افزایش بورسیه‌های موسسات دولتی، رسیدگی به ضوابط و شروط ایالتی صدور گواهینامهٔ اجرای روان‌شناسی و افزایش و مسلط کردن برنامه‌های علم روان‌شناسی در مقطع کارشناسی است. این سازمان اخیراً رهبری تاسیس و راه‌اندازی یک نظام تایید و اعتباریابی جدید را برعهده گرفته است[1]. این نظام، برنامه‌هایی را تایید می‌کند که از اهداف علم روان‌شناسی بالینی پیروی می‌کنند و نتایجی سازوار با این اهداف را رقم می‌زنند و به این ترتیب، آموزش علم بالینی را «سر زبان‌ها می‌اندازد» (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹).

همان‌طور که افزایش اعضای این آکادمی در دو دههٔ اخیر نشان می‌دهد، روز به روز برنامه‌های بیشتری این مدل آموزشی روان‌شناسان بالینی را می‌پذیرند. در ضمن، افزودن دوره‌های انترنی به آکادمی، فرصتی فراهم کرده تا آموزش علم بالینی در انواع محیط‌ها و موقعیت‌ها اجرا شود (از جمله در کلاس درس، آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و موقعیت‌ها و محیط‌های بالینی).

برنامه‌های آموزش حرفه‌ای ـ علمی مرکب

آخرین مدل آموزشی که توضیح می‌دهیم، در واقع یک مدل تخصصی، مرکب از روان‌شناسی مشاوره، بالینی و مدرسه است. فرض این مدل آموزشی آن است که (الف) این سه تخصص در چندین دانش اشتراک دارند و (ب) روان‌شناسان فارغ‌التحصیل این سه تخصص، در واقع مجموعه کارهای مشترکی انجام می‌دهند (یویتلر و فیشر، ۱۹۹۴؛ بویتلر، گیونر، ماودر، فیشر و ریو[2]، ۲۰۰۴). برنامهٔ آموزشی در این برنامه‌های مرکب، بر نکات اصلی و هسته‌ای روان‌شناسی متمرکز است و دانشجویان را در معرض سه تخصص فرعی روان‌شناسی مشاوره، بالینی و مدرسه قرار می‌دهد.

مدل آموزشی مرکب، بر پهنهٔ دانش روان‌شناسی تاکید می‌کند نه بر عمق آن. اما همین ویژگی می‌تواند ضعف چنین مدلی هم باشد. فارغ‌التحصیلان این نوع برنامه‌های آموزشی در پایان دورهٔ دکترا ممکن است در هیچ یک از این سه حوزه، تخصص کافی کسب نکنند (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴). وانگهی این الگوی آموزشی ظاهراً برای درمانگران آینده مناسب است تا برای دانشگاهیان یا دانشمندان بالینی آینده (بویتلر و فیشر، ۱۹۹۴). در حال حاضر هشت برنامهٔ روان‌شناسی حرفه‌ای ـ علمی مرکبِ مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا وجود دارد که سه مورد آنها مدرک دکترای فلسفه (یا همان .Ph.D) اعطا می‌کنند[3].

برنامه‌های تحصیلات تکمیلی: گذشته و آینده

تغییرات ۶۰ سال گذشتهٔ تحصیلات تکمیلی از بسیاری جهات، روان‌شناسی بالینی را بازتاب داده است. از اواسط دههٔ ۱۹۶۰، مشاغل دانشگاهی به تدریج جای خود را به مشاغل خصوصی دادند. در نتیجه عجیب نبود که از محدودیت‌های مدل آموزشی دانشمند ـ درمانگر، شکایت‌هایی شود. شکایت‌ها هم عمدتاً بر مناسب نبودن مدل آموزشی بولدر برای درمانگران آینده متمرکز بود. به نظر منتقدان، این مدل در زمینهٔ آموزش مهارت‌های بالینی ضعف داشت و اعضای هیئت علمی، به نیازهای آموزشی درمانگران آینده بی‌توجه بودند.

به همین دلیل در سال ۱۹۷۳، کنفرانس آموزشی وِل برگزار شد که آشکار از دیگر مدل‌های آموزشی برای تامین نیازهای درمانگران آینده حمایت می‌کرد. پیشینهٔ مدرک دکترای روان‌شناسی و مدل آموزشی دانشکده‌های حرفه‌ای هم به کسانی برمی‌گردد که در همین کنفرانس شرکت کرده بودند. بدیهی است که این برنامه‌های آموزشی رقیب، متنفذ شوند. وگواه آن هم تعداد کسانی است که در این برنامه‌ها دکترا گرفتند. در ضمن، برخی تا آنجا پیش رفتند که گفتند فقط روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترای روان‌شناسی می‌توانند کار بالینی انجام دهند (ای. ایی. شاپیرو و ویگینز[4]، ۱۹۹۴).

---

1. (PCSAS, http://www.pcsas.org/)
2. Beutler, Givener, Mowder, Fisher and Reeve
3. (httpL / / www.apa.org / ed / accreditation / progrms / accred-prof-scientific.aspx).
4. A.E. Shapiro and Wiggins

اما چند روند ممکن است بر موفقیت و موجودیت الگوهای آموزشی مورد بحث تاثیر بگذارد. نخست اینکه عدهٔ زیادی تا مدت‌ها معتقد بودند تعداد روان‌شناسان عمل‌گرا و درمان‌گرا بیش از تقاضای بازار است (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ مکفال، ۲۰۰۶؛ روبینر[1]، ۲۰۰۶). اگر ادعای آنها درست می‌بود، این روند در نهایت بر تعداد دانشجویان ورودی و خروجی برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی تاثیر می‌گذاشت. این در حالی است که در سال‌های اخیر، تعداد متقاضیان دوره‌های انترنی از تعداد فرصت‌های موجود انترنی پیشی گرفته است. نتیجهٔ آن هم نگرانی برخی از دانشجویان تحصیلات تکمیلی در خصوص پیدا کردن موقعیتی برای گذراندن دورهٔ انترنی بوده است (عدهٔ آنها اخیراً به ۲۵ درصد رسیده است). چند سالی است که دانشجویان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانگری‌مدار دورهٔ دکترا بیش از دانشجویان برنامه‌های آموزشی دانشمند ـ درمانگر و دانشمند بالینی، در گذراندن یک دورهٔ انترنی بی‌دردسر، با مشکل روبه‌رو بوده‌اند (نیمایر، رایس و کیلین[2]، ۲۰۰۷). با فشرده شدن بازار دورهٔ انترنی و مشاغل درمانگری‌گرا، برنامه‌هایی هم که عمدتاً درمانگر پرورش می‌دهند (مثل دانشکده‌های حرفه‌ای و دانشکده‌هایی که مدرک دکترای روان‌شناسی اعطامی‌کنند) تاثیر این روند را حس خواهند کرد. این نکته به‌ویژه دربارهٔ دانشکده‌های حرفه‌ای مصداق دارد که حیات اقتصادی آنها به شدت در گرو شهریه و بالا بودن تعداد دانشجویان است.

روند دوم این است که انقلابِ مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده در امریکا احتمالاً بر تقاضا برای روان‌شناسان بالینی در آینده و مفاد برنامه‌های آموزشی تاثیر خواهد گذاشت (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ مکفال، ۲۰۰۶). در آینده بیشتر بر آن دسته از کارهای درسی تاکید خواهد شد که مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت دارای پشتوانهٔ تجارب و سنجش متمرکز را پوشش دهند. برنامه‌های آموزشی که از هیئت علمی متخصص در این حوزه‌ها استفاده نمی‌کنند احتمالاً فارغ‌التحصیلانی فاقد مهارت‌های مورد نیاز بازار کار تولید خواهند کرد.

روند آخر هم این است که شاید شمار روان‌شناسان بالینی دانشگاهی و تحقیق‌گرا کاهش یابد. در این صورت، برنامه‌های دانشمند ـ درمانگر و دانشمند بالینی این کمبود را رفع خواهند کرد. روان‌شناسان بالینی تحقیق‌گرا بهتر از دیگر همتایان خود می‌توانند برای مشکلات روانی، درمان‌های موثر طراحی کنند و این نوع درمان را بهتر ارزیابی می‌کنند. همچنین بهتر از دیگر همتایان خود می‌توانند برنامه‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی را ارزیابی کنند و بر تحقیق دربارهٔ درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی و اجرای آنها نظارت کنند. همان‌طور که بعداً در همین فصل خواهیم گفت، تمام این نقش‌ها در بازار فعلی مراقبت‌های بهداشتی که بر اثربخشی، پاسخگویی و مقرون‌به‌صرفه بودن تاکید دارد، بسیار ارزشمند هستند (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹).

مقررات حرفه‌ای

با توسعهٔ روان‌شناسی بالینی و چندبرابر شدن تعداد درمانگران در آن، مسائل مرتبط با صلاحیت حرفه‌ای هم آشکارتر شد. مردم چطور بفهمند یک نفر خوب آموزش دیده و یک نفر خوب آموزش ندیده است؟ بسیاری از مردم نه وقت آن را دارند که بفهمند چه کسی به خوبی آموزش حرفه‌ای دیده و چه کسی شیاد است، و نه تمایل و هوش و درایت لازم برای این کار را دارند. در نتیجه مقرراتی حرفه‌ای تدوین شده تا معیارهای صلاحیت را برای روان‌شناسان حرفه‌ای وضع و از این طریق از مردم حفاظت کند. اما در این مقررات حرفه‌ای، معیار ملی وجود ندارد؛ شروط لازم برای دریافت گواهینامه و جواز کار از ایالتی به ایالت دیگر فرق می‌کند.

گواهینامه . ***گواهینامه*** در بیشتر مواقع، صورتی نسبتاً ضعیف از مقررات حرفه‌ای است. بحث صدور گواهینامه اصولاً توسط انجمن‌های روان‌شناسی ایالتی مطرح شد. گواهینامه تضمین می‌کند که فقط شخصی می‌تواند خود را «روان‌شناس» بنامد و در ازای ارائه خدمت، پول بگیرد که هیئت ممتحنان ایالتی به او گواهینامه داده باشد. دریافت این گواهینامه معمولاً مستلزم گذراندن یک امتحان است ولی گاهی اوقات به مرور آموزش‌ها و تجربهٔ حرفه‌ای متقاضی اکتفا می‌شود. گواهینامه با محدود کردن استفاده از عنوان «روان‌شناس»، از مردم حفاظت می‌کند. موضوع این نوع مقررات آن است که تا وقتی اشخاص فاقد گواهینامه،

1. Robiner 2. Neimeyer, Rice and Keilin

کادر ۲ ـ ۳ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : کریستین مالدونادو

کریستین مالدونادو[1] اخیراً دورهٔ انترنی روان‌شناسی بالینی را پشت سر گذاشته و مدرک دکترای فلسفه گرفته است. او درباره تجاربش در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی این بینش‌ها را با ما در میان گذاشت.

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی برای تو چطور بود؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، حکم ماراتونی دانشگاهی را داشت. این دوره شما را تا نهایت موفقیت تحصیلی و نیز تجربه‌ای هیجانی پیش می‌برد که فکر نمی‌کردی داشته باشی. این تجربه‌ای پاداش‌بخش، طاقت‌فرسا، پراضطراب و در عین حال، وجدآور است. اما یاد گرفتم وقتی فکر می‌کنی بیش از این طاقت نداری، به یک نقطه عطف می‌رسی (برای مثال، سال اول را تمام می‌کنی، مدرک کارشناسی ارشد می‌گیری یا امتحان جامع را می‌دهی). حداقل من با طی کردن این نقاط عطف به خودم می‌بالیدم، احساس موفقیت و اعتمادبه‌نفس می‌کردم و برای ادامهٔ کار، تجدید قوا می‌کردم. دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از برخی جهات شبیه حضور در سپاه صلح است که کاری دوست‌داشتنی اما به غایت سخت است!

حداقل انتظارات تو از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

موفقیت در تحصیلات تکمیلی، آن‌قدر هم که با پشتکار داشتن، وقف تحقیقات و درس‌خوان شدن و نظم داشتن مرتبط است با «هوشمندی» رابطه ندارد. ممکن است بسیاری از همکلاسی‌های بسیار باهوش شما ترک تحصیل کنند چون نمی‌توانسته‌اند «فقط هدف را ببینند» و به سرمایه‌گذاری بلندمدت صورت گرفته فکر کنند نه اینکه توان درس خواندن و تحصیل را نداشته باشند. هرچند تحصیلات تکمیلی در بیشتر مواقع، تجربهٔ بسیار خوشایندی نیست، در بلندمدت جواب می‌دهد و ارزشمند است. نکتهٔ مهم این است که یادتان بماند اصلاً چرا اینجا آمده‌اید، چه می‌خواهید و دلایلتان را بالای میز تحریرتان نصب کنید تا ساعت ۳ صبح که هنوز مشغول تجزیه و تحلیل و آمادهٔ تسلیم شدن هستید، آنها را ببینید.

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی تغییری در تو ایجاد کرد؟ اگر ایجاد کرد، چه تغییری؟

بله بی‌شک. شاید تناقض‌آمیز به نظر رسد اما دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از طرفی تحقیرتان می‌کند و در عین حال اعتمادبه‌نفس زیادی به شما می‌دهد. وقتی به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی وارد شدم فکر می‌کردم «خیلی حالیم است». از برخی جهات فکر می‌کنم بسیاری از دانشجویان ورودی این مقطع چنین طرز فکری دارند. تعجبی هم ندارد چون اگر جزء بهترین‌های مقطع کارشناسی نبودند که در برنامهٔ تکمیلی روان‌شناسی بالینی قبول نمی‌شدند. اما به محض ورود به این مقطع می‌فهمند وارد محیطی شده‌اند که تمام همکلاسی‌های آنها بهترین هستند و چیز زیادی نمی‌دانند. به هر حال با ادامهٔ تحصیل، رشتهٔ روان‌شناسی را از منظر دیگری خواهید دید و می‌فهمید تحقیق چقدر مهم است و مسیر تحقیقاتی خود را در پیش می‌گیرید. در همین زمان است که درباره دانش‌تان در این رشته، اعتمادبه‌نفس بیشتری پیدا می‌کنید؛ زیرا دیگر حافظ طوطی‌وار حقایق و خرده‌اطلاعات برگرفته از نظرسنجی خود دربارهٔ روان‌شناسی نابهنجاری نیستید و این خرده‌اطلاعات و حقایق را در گسترهٔ تحقیقاتی وسیع‌تری می‌بینید. همچنین به محدودیت‌های آن پی می‌برید و بیشتر مطالعه می‌کنید تا آن را برطرف کنید. به گمان من همین کار است که در مقام یک محقق، دانشگاهی و عضو جامعهٔ روان‌شناسی، اعتماد به‌نفس شما را می‌سازد.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت یا تجربه‌های دوران تحصیلات تکمیلی برای تو از همه مهم‌تر بود؟

خُب مطمئن نیستم بخواهم داوطلبانه و یک بار دیگر، امتحان جامع کتبی بدهم ولی امتحان جامع، مهم‌ترین تجربه برای من به عنوان دانشمند بالینی بود. من با چند ماه درس خواندن و آشنایی با جنبه‌های مختلف این رشته (از فنون آماری تا درمان‌های دارای اعتبار تجربی و سنجش اختلالات و تفاوت‌های جنسی در تشخیص) فهمیدم نمی‌توانیم جنبه‌ای از روان‌شناسی را به‌طور مجزا و انفرادی مطالعه کنیم و این رشته و مسائل آن، به هم گره خورده و با هم مرتبط‌اند. اگر فکر می‌کنید می‌توانید کلاس روان‌سنجی نگیرید چون در آن قوی نیستید، در تصمیم‌تان تجدیدنظر کنید! همه چیز در روان‌شناسی جایگاه و ارزش خود را دارد. هرچه به مبانی این رشته بیشتر فکر کنید، توانایی شما در طرح سوالات تحقیقاتی مهم و بامعنا بیشتر می‌شود، در طراحی مطالعات ابتکاری (چون بر شکاف‌ها و خلاءهای ادبیاتی واقف هستید) قدرت بیشتری پیدا می‌کنید و حوزهٔ تحقیقاتی مورد علاقهٔ خود را پیش خواهید برد.

1. Christine Maldonado

برای کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را دنبال کنند چه حرفی دارید؟

ببینید انگیزه‌تان برای ادامه این رشته چیست و آن را دنبال کنید. روزهایی پیش می‌آید که می‌خواهید ترک تحصیل کنید. آمادهٔ این روزها باشید. من از دوران دبیرستان در آرزوی گرفتن مدرک دکترا بودم. این را گفتم تا بگویم پشت در اتاقم کاغذی چسبانده‌ام با این مضمون: «دکتر کریستین مالدونادو». هر بار که برای درس خواندن می‌خواهم وارد اتاقم شوم، این عنوان را می‌بینم و یادم می‌آید این تکه کاغذ تا چند سال دیگر جای خود را به تابلویی واقعی می‌دهد. در ضمن توصیه می‌کنم کاری پیدا کنید که به روان‌شناسی هیچ ربطی نداشته باشد و گهگاه خودتان را با آن مشغول کنید. سال چهارم تصمیم گرفتم خودم را برای دو ماراتون آماده کنم. در حین تمرین به هیچ چیز فکر نمی‌کردم، ایده‌های تحقیقاتی خودم را زیر و رو می‌کردم و در فکرهایم غرق می‌شدم. کنار گذاشتن وقتی برای خودتان در ایام تحصیلات تکمیلی، به ادامه دادن این راه کمک می‌کند. باید برای خودتان مفرّی پیدا کنید، نه‌تنها برای آنکه در تحصیل موفق شوید، بلکه برای حفظ سلامت جسم و روانتان.



کریستین مالدونادو

هنگام ارائه خدمات از عنوان «روان‌شناس» استفاده نکرده‌اند یا برای توصیف خدمات خود، کلمهٔ ***روان‌شناختی*** را به‌کار نبرده‌اند نمی‌توان جلوی کسی (از افرادی که به‌خوبی آموزش ندیده‌اند تا شیادان واقعی) را گرفت و نگذاشت خدمات روان‌شناختی ارائه دهند.

قوانین گواهینامه نتیجهٔ رایزنی‌های موثر روان‌پزشکان با قانون‌گذاران ایالتی بود. از آنجا که بسیاری از روان‌پزشکان می‌خواستند روان‌درمانگری در قلمروی پزشکی باقی بماند، در برابر هر قانونی مقاومت می‌کردند که حق غیرپزشکان برای روان‌درمانگری را به رسمیت می‌شناخت. در نتیجه، قوانین گواهینامه، بهترین مقرراتی بود که روان‌شناسان می‌توانستند تصویب کنند.

جواز . *جواز* صورت قوی‌تری از مقررات است.) جواز نه‌تنها ماهیت و مختصات عنوان «روان‌شناس» را مشخص می‌کند و می‌گوید چه نوع آموزشی برای اخذ جواز لازم است، بلکه می‌گوید روان‌شناس در ازای کدام فعالیت‌ها می‌تواند از مردم پول بگیرد. برای مثال، اشخاص دارای «جواز» می‌توانند خود را «درمانگر» معرفی کنند و بدون هیچ ترسی به مردم خدمات «روان‌درمانی» بدهند. در بسیاری از ایالت‌ها، قوانین جواز با تعریف روان‌درمانگری و محدود کردن آن به روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی و دیگر حرفه‌های مرتبط، راه فرار را می‌بندد. اما بستن راه شیادان مصممی که در پنهان کردن ماهیت فعالیت‌های خود تبحر زیادی دارند سخت است.

انجمن روان‌شناسی امریکا برای تحکیم این نظام نظارتی و حفاظت از مصرف‌کننده، قانونی برای روان‌شناسان دارای جواز تصویب کرد (برای مثال، انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۸۷b). انجمن هیئت‌های روان‌شناسی ایالتی و استانی[1] در سال ۲۰۰۱ و انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۲۰۱۰ (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۱۱) نیز بازنگری جدید آن را تصویب کردند. ایالت‌ها و استان‌ها از دستورالعمل‌های این قانون برای تنظیم ضوابط و شروط اعطای جواز کار در دادرسی‌ها و قضاوت‌های خود استفاده کردند (برای مثال مراجعه کنید به دیلیلو، دی‌گیو، کوهن و مورگان[2]، ۲۰۰۶). اگرچه قوانین جواز ایالت‌ها (و استان‌ها) با هم فرق دارند ولی شروط و الزامات مشترکی هم دارند. خلاصهٔ این شروط در جدول ۱ـ۳ آمده است.

1. ASPPB, http://www.asppb.org/
2. DiLillo, DeGue, Cohen and Morgan

در بیشتر ایالت‌ها و استان‌ها، متقاضیان اخذ جواز باید امتحان بدهند (امتحانی که گاهی اوقات کتبی و شفاهی است). در ضمن، هیئت صدور جواز معمولاً پیشینهٔ تحصیلی متقاضی را بررسی می‌کند و گاهی اوقات به‌جز دورهٔ دکترا، متقاضی را مجبور می‌کند چند سال زیر نظر متخصصان، تجربه کسب کند. در بسیاری از ایالت‌ها، شرط آموزش ضمن خدمت هم وجود دارد که شامل شرکت در کارگاه‌ها یا سخنرانی‌های علمی است. به نظر می‌رسد هیئت‌های صدور جواز روز به روز سختگیرتر می‌شوند. گاهی اوقات گذراندن واحدهای درسی اختصاصی را طلب می‌کنند، اشخاص دارای مدرک کارشناسی ارشد را مستثنا می‌کنند و مدارک گرفته‌شده از برنامه‌های مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا را می‌پذیرند. گاهی اوقات هم به فعالیت‌های روان‌شناسان دانشگاهی و اهل تحقیق ورود می‌کنند. برای مثال، در فلان ایالت ممکن است از هر روان‌شناسی که روی بیماران افسرده تحقیق می‌کند، جواز بخواهند، صرف‌نظر از اینکه آنها را درمان می‌کند یا نه.

جدول ۱ـ۳ خلاصهٔ شروط معمول صدور جواز

تحصیلات

دارا بودن مدرک دکترا و اخذ آن از یک برنامهٔ آموزشی مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا در حوزهٔ روان‌شناسی حرفه‌ای (مثل روان‌شناسی بالینی).

تجربه

یک تا دو سال تجربهٔ بالینی نظارت‌شده پس از دورهٔ دکترا.

امتحانات

داوطلب اخذ جواز باید امتحان عملکرد حرفه‌ای در روان‌شناسی (یعنی اخذ نمره در حد نمرهٔ آستانه یا نمرهٔ بالاتر از آن) را بگذراند. علاوه بر این، در برخی ایالت‌ها و استان‌ها، امتحان شفاهی یا تشریحی هم برگزار می‌شود.

شروط اجرایی

شروط دیگر عبارت است از: شهروندی یا سکونت، سن، اشتهار به حسن اخلاق و مواردی از این قبیل.

نکات اختصاصی

جواز اجرایی روان‌شناسی، جوازی عمومی است، اما روان‌شناسان باید در چهارچوب تحصیلات و آموزش‌هایشان کار کنند.

جواز و گواهینامه دو موضوع حرفه‌ای بحث‌برانگیز باقی خواهند ماند. برخی اصرار می‌کنند که معیارهای اعطای جواز نباید لازم‌الاجرا باشد تا اینکه تحقیقات، سودمندی آنها را ثابت کنند و ثابت شود داشتن جواز نشان‌دهندهٔ صلاحیت شخص دارای جواز است. برخی دیگر هم می‌گویند گواهینامه و جواز به هیچ‌وجه شاخص معتبری برای احراز صلاحیت حرفه‌ای نیستند. گروهی هم می‌گویند جواز باید طوری طراحی شود که نشان دهد آسیبی به مردم نخواهد رسید، نه اینکه هدفش تعیین میزان صلاحیت باشد.

در حال حاضر، امتحانات اخذ جواز، بهترین محافظ در برابر درمانگری ضعیف است. سرانجام اینکه برخی روان‌شناسان بالینی دانشگاهی نگران هستند که شروط صدور جواز، آزادی دانشگاهی را نقض کند چون این شروط، دروس برنامه‌های روان‌شناسی بالینی را الزامی می‌دانند و تحمیل می‌کنند. آنها می‌گویند اعضای هیئت علمی که درگیر برنامهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی هستند بهتر از هر کسی می‌دانند که برای تربیت روان‌شناس بالینی خوب آموزش‌دیده، کدام کارها و واحدهای درسی ضروری‌اند. وانگهی، شروط صدور جواز، دستیابی روان‌شناسان بالینی دانشگاهی‌مآب به جواز را دشوار می‌کند (دیلیلو و دیگران، ۲۰۰۶).

با وجود این سوالات و مشکلات، مقررات کار حرفه‌ای ظاهراً پابرجا می‌ماند. تا امروز برای محافظت از مردم در برابر روان‌شناسان بالینی خوب آموزش‌ندیده، این تنها روشی است که در اختیار داریم، هرچند روش ناقص و ایراددار است. چالش‌های فعلی بر سر راه مقررات جواز عبارت است از: استقرار معیاری ملی برای صدور جواز (که امکان جابجایی آسان‌تر بین ایالت‌ها و استان‌ها را می‌دهد)، تصمیم‌گیری دربارهٔ ضروری بودن یا نبودن افزودن امتحان شفاهی به امتحان کتبی و رسیدگی به مسائل صدور جواز در خصوص سلامتی از راه دور و درمانگری اینترنتی (رِم و دیمرس[1]، ۲۰۰۶).

هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا (ABPP) . چون ایالت‌ها نتوانستند مسئولیت وضع مقررات حرفه‌ای را برعهده گیرند، در سال ۱۹۴۷، هیئت ممتحنان روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا

1. Rehm and DeMers

تـاسیس شـد. در سـال ۱۹۶۸ هـم نـام آن کـوتاه و بـه هـیئت *روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا* تـغییر یـافت. هـیئت روان‌شـناسی حـرفه‌ای امـریکا در رشـته‌های روان‌شـناسی بـالینی کـودک و نوجوان، روان‌شناسی بـالینی، روان‌شـناسی بـالینیِ سـلامتی، روان‌شـناسی عـصب‌نگر، روان‌شـناسی شـناختی و رفـتاری، روان‌شـناسی مشـاوره، روان‌شـناسی زوج‌هـا و خـانواده، روان‌شناسی قانونی، روان‌شناسی گروه، روان‌شناسی سازمانی و کسب و کارِ مشورتی، روان‌شناسی پلیس و امـنیت عـمومی و روانکـاوی در روان‌شـناسی، روان‌شـناسی تـوانـبخشی و روان‌شناسی مدرسه جواز می‌دهد.

برای نشان دادن شروط، ضوابط و فرایند اعطای جواز توسط انجمن روان‌شناسی حرفه‌ای، تخصص روان‌شـناسی بـالینی را مثال می‌زنیم. داوطلبان علاوه بر صلاحیت‌های [عمومی] لازم در روان‌شناسی بالینی (مثل داشتن مدرک دکـترا و گـذرانـدن دورهٔ انترنی بالینی در موسسات تاییدشده و داشتن گواهینامهٔ ایالتی) باید چند نـمونه درمـانگری (فـیلمبرداری‌شـده) ارائـه کنند، مطالبی در خصوص تخصص حرفه‌ای خود ورسیدگی به موردهای بالینی بنویسند و در امتحان شفاهیِ سه مـتخصص این رشته قبول شوند. همین‌طور که می‌بینید، شرایط مورد نظر از شرایط طرح‌شده در اعطای گواهینامه یا جواز ایالتی سخت‌تر است. اصولاً مردم می‌توانند مطمئن باشند که این روان‌شناس بالینی توسط گروهی از همکارانش به دقت بررسی شده است. فواید اخذ [این مدرک] برای روان‌شناس بالینی هم آن است که بی‌ثباتی بیمه‌ای او کم می‌شود، پایگاه‌اش به عنوان روان‌شناس بالینی یا شاهد متخصص ارتـقا مـی‌یابد و جـابجایی ایـالتی او آسان‌تر می‌شود (فینچ، سیمون و نزو[1]، ۲۰۰۶).

دفتر ثبت ملی. شرکت‌های بیمه در سال‌های اخیر، پوشش خود را گسترش داده‌اند و خدمات سلامت روان را نیز دربر گرفته‌اند. در عـین حـال، روان‌شـناسان بـالینی بـه عـنوان یکـی از تامین‌کنندگان صاحب صلاحیت خدمات پیشگیری، سنجش و درمان شناخته شده‌اند. *دفتر ثبت ملی تـامین‌کنندگان خـدمات سلامت روان‌شناسی* در سال ۱۹۷۵ تاسیس شد. *دفتر ثبت ملی*[2] نوعی اعلان شخصی جـواز داشـتن است. ایـن دفـتر فـهرست درمانگرانی است که گواهینامه یا جواز ایالتی دارند و نام خود را برای جاگرفتن در این فهرست اعلان کرده‌اند و بابت ثـبت‌نام، پول می‌دهند. با افزایش تعداد روان‌شناسان بالینی مشغول کار خصوصی و به رسمیت شناخته شدن آنها تـوسط شـرکت‌های بیمه و شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده به‌منزله‌تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، این دفتر بیش از پیش معرف حرفه‌ای شدن روزافزون روان‌شناسی بالینی شده است.

کار خصوصی

قبلاً دیدیم که شمار زیادی از روان‌شناسان بالینی در مراکز و محیط‌های خصوصی کار می‌کنند. این روند برای مدتی بسیار طولانی در حـال صـعود بـود و آرزوی بسـیاری از دانشـجویان روان‌شناسی بالینی شده بود. هدف برخی از دانشجویان مقاطع تکمیلی روان‌شناسی بالینی این است که دفـتر خـصوصی بـاز کرده و سردر آن تابلو نصب کنند. این نشان می‌دهد هنوز آرزوی این گروه از روان‌شناسان بالینی، پزشک شدن است؛ آرزویی که بی‌شک خطراتی دارد.

برای نمونه، در این اواخر به حرفهٔ پزشکی بسیار انتقاد شده و این حرفه تصویر نیکوکارانه‌اش را از دست داده است چون بیش از آنکه دنبال آسایش و رفاه بیماران باشد، دنبال اخذ امتیازات مـالی است. پـزشکان در کـنگره، بـا قـانون‌گذاران ایـالتی، رایزنی‌هایی [یا لابی‌هایی] جدی می‌کنند. آنها قوانـینی را بـه تـصویب رسـانده‌انـد کـه نـه‌تنها ورود دیگـران را بـه عـرصهٔ حرفه‌ای‌شان ممنوع و محدود می‌کند بلکه با این قوانین از منافع خود صیانت می‌کنند. انجمن پزشکی امریکا را هم معمولاً حافظ حقوق و منافع پزشکان می‌دانند نه نگهبان و حافظ مردم.

نکتهٔ هشداردهنده برای بسیاری از روان‌شناسان این است که روان‌شناسی بالینی هم ظاهراً راه پزشکی را در پیش گرفته است. تاکید بر قوانین محدودکننده، گواهینامه‌ها و فعالیت‌های سـیاسی و کـاهش تـاکـید بـر تـحقیق، از نـظر بسـیاری از صاحب‌نظران، نوعی بیراهه رفتن است (مکـفال، ۲۰۰۲). ایـن

1. Finch, Simon and Nezu
2. http://www.nationalregister.org/ به‌نشانی

افراد می‌ترسند این تلاش صادقانه و متعهدانه برای بهبود اوضاع آموزش، تداوم پیشرفت حرفه‌ای، حفاظت از مردم و بهبود مصالح عمومی، به نوعی منفعت‌طلبی خودخواهانه ختم شود. بدیهی است چنین روندهایی فقط در حوزهٔ کار خصوصی پیش نمی‌آیند ولی این خطر وجود دارد که در این حوزه ظاهر شوند. یک سوال اجتماعی کلی‌تر آن است که آیا آموزش کار خصوصی به روان‌شناسان بالینی، پاسخی اقتصادی و کارآمد به نیازهای سلامت روان مردم است. به هر روی، کار خصوصی ـ با تمام نگرانی‌هایش در زمینهٔ پوشش بیمه، رقابت حرفه‌ای با روان‌پزشکی و مقررات جزایی ـ ظاهراً باقی خواهد ماند.

روش سنتی پول در ازای خدمات در کار خصوصی به گذشته تعلق دارد (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ مکفال، ۲۰۰۶، ۲۰۰۲)؛ مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده هم‌اکنون صحنه را در دست گرفته است. روان‌شناسانِ مشغول کار خصوصی هم این تغییر را حس کرده‌اند. اما برنامه‌های آموزشی باید به روان‌شناسان بالینی آتی اطمینان دهد که بدون برخورداری از مهارت و دانش مورد نظر نظام مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده، راهی دنیای واقعی نخواهند شد. جدول ۲ ـ ۳، خلاصه‌ای از توصیه‌ها در خصوص نیازهای آموزشی روان‌شناسانی است که در آینده مشغول کار خصوصی خواهند شد (برای مثال بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ ابی، چین، رولاک، شوارتز و وُرل[1]، ۲۰۰۱؛ مکفال، ۲۰۰۴).

این فشار اقتصادی وارد شده بر درمانگران خصوصی، نگرانی‌های زیادی را دامن زده است (کوماس ـ دیاز[2]، ۲۰۰۶). برای مثال این نگرانی را دامن زده است که تغییر پوشش مراقبت‌های بهداشتی چه تاثیری بر ارائه خدمات روان‌شناختی خواهد گذاشت؟ اگر شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده، مبنای مداخلهٔ روان‌شناختی را در درمان‌های دارای پشتوانه تجربی بدانند، این قضیه چه تاثیری بر کار خصوصی می‌گذارد؟ برخی با کاهش درآمدها در چند دههٔ گذشته پیش‌بینی می‌کنند که درمانگران خصوصی مجبور خواهند شد برای مثال در نقش‌های دیگری همچون طب جایگزین، سلامت از راه دور، داروخانهٔ داروهای روانگردان و مربی‌گری زندگی هم وارد شوند (کوماس ـ دیاز، ۲۰۰۶).

جدول ۲ ـ ۳: روان‌شناسان بالینی آیندهٔ اهل درمانگری، چه چیزهایی را باید بدانند

در اینجا چند حیطهٔ مهم دانش را که ظاهراً به روان‌شناسان بالینی آینده که اهل درمانگری هستند ربط تجربی پیدا می‌کند، فهرست‌وار توضیح داده‌ایم:

۱. دانش در خصوص نظام‌های جدید و در حال تحول ارائه مراقبت‌های بهداشتی، مثل سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده (MCO_s).
۲. حساسیت درباره مسائل اخلاقی مرتبط با محیط‌های مراقبت مدیریت‌شده، شامل رازداری و رضایت آگاهانه.
۳. تجربه‌اندوزی در محیط‌های چندرشته‌ای، مثل محیط‌های پزشکی.
۴. مهارت‌های بالینی مرتبط با مراقبت مدیریت‌شده، شامل مداخلات کوتاه‌مدت، رویکرد تیمی در سنجش و سنجش فشرده و متمرکز.
۵. تخصص در تحقیقات «کاربردی»، مثل ارزیابی برنامه، مقرون‌به‌صرفه بودن و متوازن‌سازی هزینه‌های پزشکی.
۶. مهارت‌های مدیریتی و کسب‌وکار؛ برای مثال، عقد قرارداد، بازنگری سودمندی و بازاریابی.
۷. فن‌آوری، مثل رایانه و پایگاه‌های اطلاعاتی و طبابت از راه دور.
۸. اقدامات دارای پشتوانهٔ تجربی و شواهدبنیاد در سنجش و مداخلهٔ بالینی.
۹. آموزش در قالب نظارت؛ این احتمال هست که در آینده عدهٔ کمی از روان‌شناسان بالینی به‌طور مستقیم خدمات بدهند.
۱۰. حساسیت به تفاوت‌های فرهنگی و داشتن دانش در خصوص یافته‌های تجربی مرتبط با اقدامات شواهد بنیاد مناسب برای خرده‌گروه‌های فرهنگی.

حتی ممکن است روان‌شناسان بالینی امروزی که مدرک دکترای فلسفه دارند، جای خود را به متخصصان سلامت روان با مدرک کارشناسی ارشد بدهند (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ ابی و دیگران، ۲۰۱۱؛ مکفال، ۲۰۰۶، ۲۰۰۴)! البته درباره تاثیر مراقبت مدیریت‌شده بر اجرای روان‌شناسی بالینی نکات زیادی داریم که بعداً به آنها اشاره می‌کنیم.

هزینه‌های مراقبت بهداشتی

هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی همچنان سیر صعودی دارند.

1. Eby, Chin, Rollock, Schwartz and Worrell
2. Comas-Diaz

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی[1]، ایالات متحده امریکا، برمبنای درصد تولید ناخالص ملی (GDP) و برمبنای سرانه، بیش از کشورهای دیگر برای مراقبت بهداشتی پول خرج می‌کند. طبق تخمین‌ها، ایالات متحده در سال ۲۰۰۹، ۲/۵ تریلیون دلار صرف مراقبت‌های بهداشتی کرده که معادل تقریباً ۸۰۸۶ دلار برای هر نفر می‌شود[2]. این رقم معادل تقریبی ۱۷/۶ درصد تولید ناخالص ملی سال ۲۰۰۹ است. اما پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ این رقم به ۱۹/۶ درصد تولید ناخالص ملی برسد.

اما این تخمین‌ها بر خدمات سلامت روان چه تاثیری می‌گذارند؟ اقدام برای رسیدگی به هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی به‌طور کلی و مراقبت‌های مربوط به سلامت روان به‌ویژه، ***مراقبت مدیریت‌شده*** بود. نظام‌های قدیمی، سنتی و نظام پول در ازای خدمات در حوزهٔ مراقبت‌های مربوط به سلامت روان، «مدیریت‌شده نبودند»؛ یعنی کنترل کمی بر این موضوعات بود که از کدام درمانگران دارای دکترا می‌توان بهره برد، در ازای خدمات، چقدر پول دریافت می‌شود و کیفیت خدمات و بهره‌وری دفعات خدمات چگونه است. همین‌طور که شبکه‌های تامین‌کنندهٔ مراقبت‌های بهداشتی «مدیریت‌شده‌تر» می‌شدند و بهره‌وری خدمات بر مبنای مناسب بودن و اثربخشی ارزیابی می‌شد و سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده دنبال برنامه‌های بهبود کیفیت می‌رفتند، برنامه‌های بیمه هم بیشتر «مدیریت می‌شد» (بابیت[3] و دیگران، ۱۹۹۸).

بنابراین رویکرد مراقبت مدیریت‌شده، کنترل اقتصادی را از چنگ درمانگران خارج کرد و آن را به کسانی داد که در نهایت، صورت‌حساب‌ها را می‌پردازند (برای مثال کارفرماها). محور این تحول هم محدود کردن هزینه‌ها از طریق شرکت‌هایی بود که نوعی مجتمع پزشکی ـ صنعتی محسوب می‌شدند و بر ذهنیت بازار تاکید می‌کردند (کیسلر و مورتون[4]، ۱۹۸۸). این نوع ویژگی‌ها و ویژگی‌های دیگر مراقبت مدیریت‌شدهٔ سلامت رفتاری را به‌طور خلاصه در جدول ۳ ـ ۳ می‌خوانید.

چند مدل در مراقبت مدیریت‌شده وجود دارد که همگی تلاش می‌کنند هزینه‌ها را کنترل و همزمان با تضمین کیفیت، استفاده از خدمات را کم کنند. ما سه نوع اصلی این نظام‌های مراقبت مدیریت‌شده را به اختصار توضیح می‌دهیم: ***سازمان حفظ سلامتی*** (HMO)، ***سازمان تامین‌کنندهٔ مرجع*** (PPO) و ***محل خدمت*** (POS). ***سازمان حفظ سلامتی*** برای خدمت‌رسانی به کسانی که در طرح ثبت نام کرده‌اند از تعداد محدودی تامین‌کنندهٔ خدمات استفاده می‌کند. ***سازمان تامین‌کنندهٔ مرجع*** هم با تامین‌کنندگان بیرونی (با یک نرخ تخفیفی) قرارداد می‌بندد تا نیازهای اعضا را برآورده کند؛ تامین‌کنندگان هم در ازای این تخفیف، ارجاع‌شدگان بیشتری خواهند داشت. طرح ***محل خدمت*** نیز ترکیبی از ویژگی‌های سازمان حفظ سلامتی و سازمان تامین‌کنندهٔ مرجع است و اعضای آن حق انتخاب بیشتری در خصوص «مدیریت» مراقبت بهداشتی از خود دارند ولی در ازای این ویژگی‌های مدیریت‌نشده، پول بیشتری می‌دهند. برای مثال، اعضا در طرح محل خدمت اگر سراغ آن دسته از تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی بروند که خارج از شبکه/فهرست هستند، باید پول بیشتری بپردازند.

جدول ۳ ـ ۳: ویژگی‌های مشترک سازمان مراقبت مدیریت‌شدهٔ مرتبط با سلامت رفتاری

- ماهیت کسب و کاری یا ساختار شرکتی
- ارائه (یا ترتیب دادن) تمامی خدمات بالینی
- شبکهٔ تامین‌کنندهٔ صاحب صلاحیت یا نظام خدمات‌رسانی صاحب صلاحیت
- بهره‌برداری و مدیریت مراقبت
- نظام‌های اطلاعات مدیریت (عضویت هم‌سطح، شایستگی و داده‌های جمعیتی کلی)
- مدیریت کیفیت منظم و سازوکارهای بهبود کیفیت
- توان مخاطرهٔ مالی، شامل پرداخت مطالبات بیمه‌ای

منبع: مراقبت مدیریت‌شدهٔ سلامت رفتاری: وضعیت فعلی، روندهای اخیر و نقش روان‌شناسی به قلم بی. ال. رابیت، سی. سی. مارکوس و دی. ا ل. تروت (۱۹۸۸) در *Clinical Psychology: Science and Practice*.

1. http: // www.who.int /whosis/database/core/core-select-process.cfm?countries=all&indicators=nha
2. http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthEcpendData/
3. Bobbitt
4. Kiesler and Morton

شمار زیادی از شرکت‌ها و موسسات در واکنش به تقاضاها و فشار مصرف‌کنندگان برای آزادی بیشتر در انتخاب تامین‌کنندگان، طرح‌های مشمول معافیت‌های مالیاتی بالا ارائه کرده‌اند که امکان انتخاب بیشتر را می‌دهند ولی بخش اعظم هزینه‌ها را به دوش مصرف‌کنندگان می‌اندازند (بابیت، ۲۰۰۶). این نوع برنامه‌های بهداشتی تحت هدایت مصرف‌کننده، راهی برای کاهش هزینه‌های کلی موسسات است؛ درست به همان دلیلی که سازمان‌های حفظ سلامتی از ابتدا به‌منظور آن شکل گرفتند. اما برخی معتقدند این تکرار مراقبت مدیریت‌شده، به‌ویژه وقتی دربارهٔ سلامت روان - یا همان مراقبت‌های سلامت رفتاری - به کار می‌رود شکست خورده است (کامینگز [1]، ۲۰۰۶). همان‌طور که کامینگز اشاره می‌کند که هزینه‌ها همچنان افزایش یافته‌اند و روان‌شناسان بالینی همچنان پول کمتری بابت خدماتشان دریافت می‌کنند و وقت بیشتری صرف کارهای اداری و دریافت بازپرداخت بیمه می‌کنند.

اما مرحلهٔ بعدی برای مراقبت از سلامت رفتاری چه خواهد بود؟ کامینگز (۲۰۰۶) احتمال اجرای دو مدل را پیش‌بینی می‌کند: ***برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی مصرف‌کننده‌فرمان*** و ***مدل‌های مدیریتِ بیماریِ پول در ازای عملکرد***. همان‌طور که گفتیم، برنامه‌های مراقبت بهداشتی مصرف‌کننده فرمان، هزینه‌ها و مسئولیت خدمات مراقبت‌های سلامت رفتاری را بر دوش مصرف‌کننده می‌گذارند. در این طرح‌ها، افراد پول بیشتری از جیب خود می‌پردازند (حتی اگر در نهایت هزینه‌ها را از حساب‌های پس‌انداز بهداشتی معاف از مالیات خود بپردازند) و دنبال خدماتی با بالاترین کیفیت و بهترین قیمت می‌گردند. مدل دوم یا مدل مدیریت بیماری هم با مشوق‌های پول در ازای عملکرد، روان‌شناسان بالینی را وامی‌دارد خدماتی با کیفیت بالا و موثر ارائه کنند، به این ترتیب اگر بتوانند با درمان کمتری (برای مثال با تعداد جلسات کمتری) همان نتیجه را بگیرند، می‌توانند در حساب‌های پس‌انداز مراقبت‌های بهداشتی شریک شوند.

این تغییر و تحولات در حوزهٔ مدیریت مراقبت‌های سلامت رفتاری، چه معنایی برای روان‌شناسان بالینی دارد؟ همچون یک دههٔ گذشته، با مراجعان برای تعداد جلسهٔ کمتری ملاقات می‌شود و درمان‌های روان‌شناختی موجود در فهرست درمان‌های شواهدبنیاد به اجرا گذاشته خواهد شد. البته درمان‌های شواهدبنیاد (کزدین [2]، ۲۰۰۸) را در فصل یازدهم بیشتر توضیح خواهیم داد.

دوم اینکه عده‌ای احتمال استفادهٔ بیشتر از روش‌های مراقبت از خود یا خودیاری را پیش‌بینی می‌کنند (کلارک، لینچ، اسپافورد و دیبار [3]، ۲۰۰۶). برای نمونه، روان‌شناسان بالینی ممکن است به کتاب، جزوه و دستبرگ (یعنی کتاب‌درمانی)، به عنوان خط مقدم درمان روبیاورند یا از آنها به عنوان مکمل جلسات رو در روی سنتی استفاده کنند. در ضمن همان‌طور که در زیر خواهیم گفت، در آینده از درمان یارانه‌یار یا اینترنت‌یار بیشتر استفاده خواهد شد. دلیل احتمالی هم آن است که درمان‌های موثر برای مشکلات روانی، عمدتاً ساختاردار و راهنمادار هستند (مثل شناخت‌درمانی افسردگی). روش‌های خودیاری هم به عنوان خط مقدم درمان، جذابیت دارند؛ چون هزینهٔ چندانی ندارند، در دسترس‌اند و در محیط‌های مختلف قابل اجرا هستند (از جمله در مطب پزشکان مراقبت‌های اولیه).

پیش‌بینی سوم در همین رابطه، این است که خدمات سلامت روان هرچه بیشتر در محیط‌های مراقبت اولیه و محیط‌های کمتر سنتی، مثل مدارس و محل کار، ارائه خواهد شد (کلارک و دیگران، ۲۰۰۶). این تغییر و تحول در محیط ارائه خدمات، به چند عامل برمی‌گردد از جمله به در دسترس بودن شیوه‌های خودیاری، افزایش مصرف دارو برای مدیریت مشکلات روانی و ننگ‌آور بودن حضور در مطب روان‌شناس یا روان‌پزشک.

این روندهای مراقبت مدیریت‌شده و ارائه خدمات سلامت رفتاری، بر چشم‌انداز استخدامی روان‌شناسان بالینی با مدرک دکترا تاثیر می‌گذارد که می‌خواهند برای کار بالینی خود برنامه‌ریزی کنند. درمانگران سطح کارشناسی ارشد و پیراحرفه‌ای‌ها همان خدمات را خیلی «ارزان‌تر» ارائه می‌دهند و بنابراین برای شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده، جذابیت

---

1. Cummings
2. Kazdin
3. Clark, Lynch, Spofford and DeBar

اقتصادی بیشتری دارند (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ مکفال، ۲۰۰۶، ۲۰۰۲).

اما آموزش دادن دانشمند ـ درمانگر یا دانشمند بالینی در چنین محیطی، فرصت‌هایی را می‌گشاید (بیکر و دیگران، ۲۰۰۹؛ بارلو[1]، ۲۰۰۴b، ۲۰۰۴a؛ مکفال، ۲۰۰۶). برای نمونه، روان‌شناسان بالینی، تامین‌کنندگان اولیه و اصلی درمان روان‌شناختی مبتنی بر علم روان‌شناسی هستند. روان‌شناسان بالینی که برنامه‌های علم بالینی یا دانشمند ـ درمانگر را پشت سر گذاشته‌اند، بر اثر آموزش‌های دقیقی که در حوزهٔ ارزیابی و اجرای درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی دیده‌اند می‌توانند در محیطی مشورت دهند و ناظر بر اجرای آن دسته از درمان‌های روان‌شناختی باشند که بر کیفیت و مقرون‌به‌صرفه بودن تاکید دارند. همان‌طور که در زیر خواهیم گفت، جالب اینجا است که تعقیب حق تجویز دارو می‌تواند روان‌شناسان بالینی را ناخواسته از جایگاه بی‌همتایشان در بین متخصصان سلامت روان دور کند. این جایگاه هم چیزی نیست جز «بستهٔ کاملی» که در آن، روان‌شناس بالینی می‌تواند در کنار اجرا و نشر درمان‌های موثر روان‌شناختی، سنجش و درمان‌پژوهی نیز انجام دهد. افزایش تمرکز بر پاسخگو بودن و نتایج حاصل برای بیماران، درهایی را بر آن دسته از روان‌شناسان بالینی خواهد گشود که متخصص پژوهش‌های بالینی و روان‌سنجی هستند. از این افراد دعوت خواهد شد مطالعات مربوط به نتایج حاصل برای بیماران را طراحی و ارزیابی کنند و رضایت مطالعات مرتبط با نتایج حاصل برای بیماران، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی و رضایت بیماران را طراحی و ارزیابی کنند.

این مشاهده‌ها [و پیش‌بینی‌ها] در خصوص مراقبت از سلامت رفتاری، برای آموزش روان‌شناسان و آیندهٔ شغلی آنها تلویحاتی دارد (به جدول ۴ـ۳ مراجعه کنید). برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی باید بر مداخلات روان‌شناختی مقرون‌به‌صرفه، آموزش بالینی در فضای مراقبت مدیریت‌شده و جاگرفتن آموزش قیاسیِ تحقیقات کاربردی خدمات سلامتی در مفاد درسی، بیشتر تاکید کنند. در حالت آرمانی باید به این پیشنهادها توجه کرد تا روان‌شناسان بالینی آینده، برای حضور در محیط مراقبت مدیریت‌شده آموزش لازم را ببینند.

جدول ۴ـ۳: تحولات اخیر در مراقبت از سلامت رفتاری

۱. **هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی همچنان بالا خواهد رفت.** طبق تخمین‌ها در سال ۲۰۰۷، ایالات متحدهٔ امریکا ۲/۲۶ تریلیون دلار صرف مراقبت‌های بهداشتی کرده است که معادل ۷۰۰۰ دلار برای هر شهروند است. این رقم معادل ۱۶ درصد تولید ناخالص ملی امریکا است. انتظار می‌رود هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی تا سال ۲۰۱۷ به ۱۹/۵ درصد تولید ناخالص ملی افزایش یابد. بدیهی است اندوخته‌های بیشتر امریکایی‌ها از نظام پول در ازای خدمات به سوی برنامه‌های مراقبت مدیریت‌شده سرازیر شده است. افزایش هزینه‌ها در آینده عمدتاً به فن‌آوری‌های پزشکی، خدمات پزشکی و داروهای تجویزی پیوند خواهد خورد.

۲. **روان‌درمانگرها رویکرد جدیدی در قبال مدیریت مراقبت‌شده اتخاذ خواهند کرد و نقش‌های خود را گسترش خواهند داد.** برخی از روان‌درمانگرها برای حفظ استقلال و خودمختاری خویش، خواهان این هستند که هزینه‌های خویش را خود خواسته مرور کنند. متخصصان سلامت روان با «دیده‌بانی» خود و مدیریت هزینه‌ها می‌توانند جلوی از دست رفتن کنترل‌شان بر خدمات‌رسانی به مدیران خارج از چهارچوبِ سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده را بگیرند. برای مثال، درمانگر با مرور انتقادی تعداد جلسات درمانی تخصیص‌یافته به هر بیمار و ارزیابی داخلی کیفیت خدمات می‌تواند نقش «دروازه‌بان» را بازی کند. همچنین این احتمال وجود دارد که روان‌شناسان بالینی مشغول کار خصوصی در طب جایگزین، سلامت از راه دور، داروشناسی روانی و مربی‌گری زندگی، تخصصی پیدا کنند تا درآمد خود را ثابت نگه دارند؛ چون بازپرداخت‌های مراقبت مدیریت‌شده ثابت خواهد ماند یا کاهش خواهد یافت.

۳. **طرح‌های سلامتی تحت هدایت مصرف‌کنندگان، احتمالاً مشهورتر خواهد شد.** این طرح‌ها، هزینه و مسئولیت سلامت رفتاری را بر دوش مصرف‌کننده می‌گذارند. با بالا رفتن هزینه‌ها در آینده، کارفرماها و شرکت‌های بیمه کمتر احتمال دارد در فشارها سهیم شوند و بر عهدهٔ هر فرد است که بابت مراقبت‌های بهداشتی دریافتی، پول پس‌انداز نماید و آن را مدیریت کند. به این ترتیب، مصرف‌کننده می‌تواند با پول، درمان با بالاترین کیفیت را «بخرد». هزینهٔ خدمات هم از حساب پس‌انداز سلامتی افرادی پرداخت می‌شود که از مالیات دادن معاف‌اند.

1. Barlow

امتیاز تجویز دارو

در دو دههٔ گذشته بحث داغی دربارهٔ پیگیری *امتیاز تجویز دارو* (یا به قول برخی، «حق تجویز») برای روان‌شناسان بالینی درگرفته است (مک‌گراث[1]، ۲۰۱۰). اگرچه انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۹۹۵ حمایت خود از این موضوع را اعلان کرد، اما بسیاری یا موضعی خنثی دارند یا به شدت با آن مخالف هستند. اخذ این امتیاز برای روان‌شناسان بالینی و جایگاه‌شان، آموزش‌هایی که خواهند دید و نحوهٔ درمانگری آنها تلویحات دامنه‌داری خواهد داشت.

سابقه . روان‌شناسان بالینی، دامنهٔ علایق خود را از سلامت روان به مسائل سلامتی، در معنای عمومی آن، گسترش داده‌اند. این بازتعریف روان‌شناسی بالینی به عنوان رشته‌ای که با سلامت عمومی (از جمله سلامت روان) سر و کار دارد، در خصوص بهترین شیوهٔ مستقل و خودمختار کار کردن روان‌شناسان بالینی و تحت انقیاد و مقرراتِ حرفه‌های پزشکی یا دیگر حرفه‌ها درنیامدن، مسائل جالبی را پیش آورده است. عده‌ای از طرفداران امتیاز تجویز دارو گفته‌اند این امتیاز، خودمختاری روان‌شناسان بالینی به عنوان تامین‌کنندگان خدمات بهداشتی و سلامتی را تضمین می‌کند و به مراقبت‌های آنها انسجام می‌بخشد؛ چون از این پس، روان‌پزشکان دارو تجویز نخواهند کرد و روان‌شناسان نیز همان بیمار را روان‌درمانی نخواهند کرد (مک‌گراث، ۲۰۱۰). وانگهی، دلیان (۱۹۸۸) و نورفلیت[2] (۲۰۰۲) گفته‌اند وظیفهٔ حرفه‌ای و اخلاقی ما حکم می‌کند خدمات‌مان به جامعه را بهبود بخشیم و توسعه دهیم. روان‌شناسان بالینی با کسب امتیاز تجویز دارو می‌توانند نیازهای اقشار محروم (مثل حومه‌نشینان و بیماران سالخورده) را برآورده کنند.

اما عده‌ای دنبال کردن چنین امتیازی را از نظر فلسفی زیر سوال برده‌اند (مک‌گراث، ۲۰۱۰). برای مثال، عده‌ای گفته‌اند حفظ مرز بین روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی ایجاب می‌کند مداخلات پزشکی (دارودرمانی) را در درمان‌های خود وارد نکنیم. وانگهی اظهار می‌کنند که جهت‌گیری غیرپزشکی روان‌شناسی بالینی، از آن حرفهٔ بهداشتیِ بی‌همتایی ساخته است و جذابیت این رشته در همین است. در قسمت زیر، ادله‌ای را توضیح می‌دهیم که در تایید یا رد امتیاز تجویز دارو آورده‌اند.

در باب تایید . دلایلی در تایید لزوم پیگیری امتیاز تجویز دارو ذکر شده که خلاصه‌ای از معروف‌ترین آنها را در ادامه بیان می‌کنیم. این دلایل در فرایند مصاحبه با مدیر اجرایی بخش مدیریت اجرایی انجمن روان‌شناسی امریکا مطرح شده‌اند (نیکلسون[3]، ۱۹۹۵) و دیگر طرفداران کسب این امتیاز به آنها استناد کرده‌اند (برای مثال، دلیان و ویگینز، ۱۹۹۶؛ مک‌گراث، ۲۰۱۰؛ نورفلیت، ۲۰۰۲).

نخست اینکه امتیاز تجویز دارو، روان‌شناسان را قادر می‌کند درمان‌های مختلفی ارائه کنند و مراجعان یا بیماران مختلفی را تحت پوشش درمانی خود قرار دهند. دارودرمانی هم‌اکنون نوعی درمان است و کسب حق تجویز دارو باعث می‌شود درگیری روان‌شناسان بالینی با اختلالاتی که مداخلهٔ اصلی در خصوص آنها، دارودرمانی است (مثل اسکیزوفرنی) بیشتر شود.

دومین فایدهٔ امتیاز تجویز دارو، افزایش بالقوهٔ کارایی و مقرون‌به‌صرفه بودن مراقبت‌های به عمل آمده از بیمارانی است که همزمان به درمان روان‌شناختی و دارو نیاز دارند. این بیماران معمولاً به بیش از یک متخصص سلامت روان نیاز دارند (مثل روان‌پزشک برای تجویز دارو و روان‌شناس بالینی برای اجرای درمان شناختی-رفتاری). حالا متخصصی که بتواند هر دو درمان را انجام دهد از لحاظ عملی و اقتصادی مطلوب‌تر است.

عده‌ای نیز معتقدند امتیاز تجویز دارو به روان‌شناسان بالینی امکان می‌دهد در بازار مراقبت‌های بهداشتی با دیگران رقابت کنند. حیطهٔ مراقبت‌های بهداشتی روز به روز رقابتی‌تر می‌شود و امتیاز تجویز دارو، روان‌شناسان بالینی را از دیگر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی (برای مثال، از مددکاران اجتماعی) پیش می‌اندازد. سرانجام، برخی امتیاز تجویز دارو را گامی می‌دانند که روان‌شناسی بالینی را به حرفه‌ای «تمام‌عیار» در حوزهٔ مراقبت‌های بهداشتی تبدیل می‌کند نه صرفاً حرفه‌ای در حوزهٔ مراقبت از سلامت روان.

---

1. McGrath 2. Norfleet 3. Nickelson

کادر ۳ ـ ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر پاتریک اچ. دلیان

دکتر دلیان[1] روان‌شناس بالینی سرشناسی است که رییس دفتر سناتور دانیل کی. اینوی[2] است. دکتر دلیان در انجمن روان‌شناسی امریکا نیز بسیار فعال است. او در این سال‌ها رییس انجمن روان‌شناسی امریکا، دبیر کل انجمن روان‌شناسی امریکا، عضو هیئت مدیرهٔ انجمن روان‌شناسی امریکا، رییس هیئت امور حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی امریکا و رییس شعبات روان‌شناسی بالینی (شعبه ۱۲)، روان‌درمانگری (شعبه ۲۹) و روان‌شناسی و قانون (شعبه ۴۱) انجمن روان‌شناسی امریکا بوده است. دکتر دلیان صریح‌ترین طرفدار دریافت حق تجویز دارو برای روان‌شناسان است. از دکتر دلیان دربارهٔ سوابق و فعالیت‌هایش سوالاتی پرسیدیم.

ممکن است قدری درباره سوابق و علایق‌تان بگویید؟

در خانواده‌ای بسیار سیاسی بزرگ شدم. پدر و مادرم هر دو وکیل بودند. مادرم یکی از اولین وکلای زن کنتیکت و نخستین زنی بود که عضو ارشد شورای شهر شد. همیشه می‌دانستم سرانجام وکیل خواهم شد. اگر هم اول به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی نمی‌رفتم، بی‌شک جزء مقامات منتخب مردم بودم. ظاهراً کار در کپیتال هیل، «ذاتی» من بود. به‌ویژه آنکه روزی کار برای سناتور اینوی را شروع کردم که دفاعیات واترگیت شروع شد؛ یعنی حدوداً سه دهه قبل. در آن زمان در دانشکدهٔ بهداشت عمومی دانشگاه ایالتی هاوایی ثبت نام کردم و برای شعبهٔ سلامت روان ایالت هاوایی کار می‌کردم. دانشگاه دورهٔ انترنی اجباری داشت. بنابراین تابستان مرخصی گرفتم و مدت کوتاهی برای حضور در مبارزات انتخاباتی به پایتخت آمدم و تاکنون اینجا مانده‌ام. من در این سال‌ها فهمیدم بسیاری از کارکنان ارشد کنگره در خانواده‌های سیاسی بزرگ شده‌اند. کسی که در چنین خانواده‌هایی بزرگ می‌شود از همان اوان کودکی به خدمات عمومی بها می‌دهد. برای چنین آدمی، سیاست و سیاست‌های عمومی، امری «طبیعی» است؛ منظورم این است که برای شخص او مهم و اصولاً جزیی شیوهٔ زندگی او می‌شود.

قبل از کار برای سناتور اینوی، روان‌شناس بالینی شعبهٔ سلامت روان ایالت هاوایی بودم. ابتدا در بخش بیماران بستری بیمارستان ایالتی کار می‌کردم؛ سپس به دلیل جنبش مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر مسئولیت‌های، بخش بیماران بستری و سرپایی ادغام شد. من قائم‌مقام مرکز خودمان بودم و در زمینهٔ بیماران «خطرناک» و «مزمن» تخصص بالینی داشتم. پیش از آن هم با همسرم در سپاه صلح، افسر سنجش میدانی و جزء کارمندان پروژهٔ فیجی و فیلیپین بودم. تجربهٔ جالبی بود، به‌ویژه وقتی در کشورهای میزبان بودیم.

بزرگ‌ترین چالش امروز روان‌شناسی چیست؟

به نظر می‌رسد بزرگ‌ترین چالش امروز رشتهٔ روان‌شناسی، درونی است. همه می‌دانیم که جزء «حرفه‌های علمی» هستیم و بنابراین وظیفهٔ اجتماعی ما حکم می‌کند مراقبت‌های موثر و داده‌بنیاد و رهبری جامعه‌پسند ارائه کنیم. بسیاری از ما نمی‌دانیم که واقعاً عضو یک خانواده هستیم. برای مثال، فلان روان‌شناس در یک مقام اجرایی برتر مشغول کار می‌شود و طوری رفتار می‌کند که گویی دیگر روان‌شناس نیست. برخلاف طب سازمان‌یافته که همیشه به آیندهٔ حرفه پزشکی نظر دارد، معدودی از ما روان‌شناسان به فکر «پیشرفت» نسل‌های آیندهٔ این رشته هستیم. به نظر من، همین موضوع باعث می‌شود تاسیس کمیتهٔ دانش‌آموختگان روان‌شناسی در انجمن روان‌شناسی امریکا این‌قدر اهمیت پیدا کند. این کمیته در حال حاضر ۵۵۰۰۰ عضو دارد و آیندهٔ حرفهٔ ما را نمایندگی می‌کند. باید به‌ویژه در سطح ایالتی با آنها ارتباط برقرار کرده و از لحاظ سازمانی و نهادی «ذهنیت» کاملاً متفاوتی را حاکم کنیم. اگر این کار را انجام دهیم، اطمینان دارم توان تخصصی و خلاقیت لازم برای رونق بخشیدن حرفهٔ خود به‌رغم بحران‌های روزمره‌ای مثل مراقبت مدیریت‌شده، فشارهای بودجه‌ای و مواردی از این قبیل را خواهیم داشت. قرن بیست و یکم، قرن مصرف‌کنندگان تحصیل‌کرده‌ای است که خواهان دسترسی به‌موقع به مراقبت‌های استاندارد هستند. پیشرفت‌های حیرت‌آور حوزه‌های رایانه و ارتباطات، پارادایم درمانی کاملاً جدیدی به وجود خواهد آورد. ما با هم فوق‌العاده خواهیم بود ولی اگر انفرادی عمل کنیم، پیش‌بینی آینده سخت خواهد بود.

به نظر شما چرا روان‌شناسان بالینی باید به دنبال حق تجویز دارو باشند؟

گزیده‌ای از پاسخ دلیان و ویگینز (۱۹۹۶):

- **تمام شواهد عینی موجود در خصوص کیفیت خدماتی که درمانگران غیرپزشک (از جمله پرستاران، پزشکیاران، داروشناسان بالینی یا بینایی‌سنج‌ها) ارائه می‌کنند از سطح بالا و مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات‌شان خبر می‌دهد.**
- **شواهد نشان می‌دهد که می‌توانیم تجویز دارو را به غیرپزشک‌ها یاد بدهیم.**
- **روان‌شناسان دوست دارند صلاحیت‌های لازم برای آموزش‌های داروشناسی روانی و تجارب بالینی لازم برای تجویز داروهای روانگردان راکسب کنند.**

1. Patrick H. DeLeon
2. Daniel K. Inouye

■ روان‌شناسان با کسب امتیاز تجویز دارو، اقتدار حقوقی لازم برای تشخیص مناسب بودن یا نبودن داروها را خواهند داشت (و در صورت لزوم، دارو تجویز نخواهند کرد).

به نظر من روان‌شناسان کمتر از پزشکان به دارو اتکاء خواهند کرد (البته این موضوع هنوز در مرحلهٔ آزمایشی است) و باید به افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی منتهی شود. سرانجام اینکه در تعریف مراقبت با کیفیت نزد جامعه باید جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را در نظر گرفت. خداحافظ.



پاتریک اچ. دلیان

در نهایت هم بسیاری می‌گویند روان‌شناسان به‌دلیل آموزش‌های بی‌همتای خود، مستحق هستند که در کنار درمان روان‌شناختی، درمان با داروشناسی روانی را هم در گزینه‌های‌شان داشته باشند. روان‌شناسان برخلاف روان‌پزشکان، جلسات طولانی‌تری با مراجعان برگزار می‌کنند (جلسات ۵۰ دقیقه‌ای در برابر جلسات ۱۵ دقیقه‌ای)، در نتیجه درک دقیق‌تر و کامل‌تری از نشانه‌های روانی مراجعان پیدا می‌کنند. همچنین بیش از روان‌پزشکان برای زیر نظر گرفتن نشانه‌های مراجعان، به رویکرد تجربی رو می‌آورند؛ آنها برای ردگیری نشانه‌ها در درمان‌های مختلف یا تغییر مقدار دارو، سنجش‌های شواهدبنیاد مکرری انجام می‌دهند. روان‌شناسانی که حق تجویز دارو دارند، در عین حال بیش از دیگران احتمال دارد درمان «مرکب» انجام دهند (یعنی درمان روان‌شناختی به‌علاوهٔ دارودرمانی روانی)؛ چون در هر دو حیطه، آموزش کامل و دقیق دیده‌اند. تحقیقات مؤکداً نشان داده‌اند که برای اختلالات دوران بزرگسالی و نوجوانی، درمان مرکب از درمان روان‌شناختی یا دارودرمانی صرف موثرتر است.

در باب رد. دیگر روان‌شناسان از امتیاز تجویز دارو نگران هستند (آلبی[1]، ۲۰۰۲؛ هِیز و هایبی[2]، ۱۹۹۶؛ هایبی، ۲۰۰۲). این منتقدان می‌گویند امتیاز تجویز دارو به عدم تاکید بر درمان‌های «روان‌شناختی» منتهی خواهد شد؛ چون داروها معمولاً سریع‌تر عمل می‌کنند و بالقوه مفیدتر از روان‌درمانی هستند. بسیاری می‌ترسند نوعی جابجایی مفهومی رخ دهد و تبیین‌های زیست‌شناختی برای اختلالات هیجانی، جای تبیین‌های روان‌شناختی را بگیرند.



کسب امتیاز تجویز دارو یکی از بحث‌برانگیزترین مسائل در بین روان‌شناسان بالینی است.

پیگیری حق تجویز دارو همچنین به رابطهٔ روان‌شناسی بالینی با روان‌پزشکی و پزشکی عمومی آسیب می‌رساند. چنین اختلافی به طرح دعاوی حقوقی پرهزینه و گران منتهی خواهد شد. این فشار مالی و هزینه‌ها و دستمزدهای حقوقی لازم برای اصلاح قوانین فعلی صدور گواهینامه، به برنامه‌های جاری آسیب می‌رساند. همچنین، دریافت چنین امتیازی باعث می‌شود هزینه‌های سوء درمان افزایش یابد و خلاصه اینکه ارزش چندانی ندارد.

سرانجام اینکه بسیاری می‌ترسند کسب امتیاز تجویز دارو توسط روان‌شناسان، در نهایت به تحقیقات بیشتری منتهی

1. Albee 2. Hayes and Heiby

شود که شرکت‌های داروسازی حامی آنها هستند؛ اگرچه بسیاری از شرکت‌های دارویی دربارهٔ رعایت اخلاق و اصول علمی در تحقیقات مقررات سختی دارند، اما بسیاری می‌ترسند ورود این نوع تحقیقات که سرمایه‌گذار حامی دارند، فرایندهای علمی روان‌شناسی را آلوده کند.

تلویحات آموزشی . همین‌طور که روان‌شناسان بالینی بیشتری حق تجویز دارو را کسب می‌کنند، این تحول بر آموزش روان‌شناسان بالینی تاثیر خواهد گذاشت. در سال ۱۹۹۳، گروه ضربت تخصصی داروشناسی روانیِ انجمن روان‌شناسی امریکا، توصیه‌های خود در خصوص ملاک‌های آموزش روان‌شناسان برای ارائه خدمات به کسانی را منتشر کرد که داروهای روانگردان مصرف می‌کنند (اسمایر[1] و دیگران، ۱۹۹۳). این گروه ضربت برای داروشناسی روانی، سه سطح از قابلیت و آموزش قائل شد. توجه کنید که طبق توصیه‌های این گروه ضربت، فقط کسانی می‌توانند دارو تجویز کنند که به سطح سوم آموزش برسند و این سطح را پشت سر گذراند.

سطح اول : آموزش داروشناسی مقدماتی. قابلیت در این سطح شامل کسب دانش در خصوص مبانی زیست‌شناختی داروشناسی روانی‌عصبی و گذراندن کلاس‌های تجویز دارو به‌منظور درمان و همچنین کسب دانش دربارهٔ موادی است که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند (مثل الکل یا کوکایین). برای رسیدن به این سطح باید یک ترم داروشناسی روانی خواند.

سطح دوم : درمانگری توام با همکاری. شخصی که به این سطح از قابلیت می‌رسد، می‌تواند طرف مشورت در زمینهٔ داروشناسی روانی قرار گیرد و دانش عمیقی دربارهٔ روان‌شناسی روانی و داروهایی دارد که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند. همچنین چنین شخصی در سنجش تشخیصی، سنجش بدنی، تعاملات دارویی و تاثیرات جانبی داروها و آموزش عملی داروشناسی روانی، قابلیت کسب کرده است. کمیتهٔ یادشده توصیه می‌کند دانشجو در حوزه‌های یادشده آموزش ببیند و تجربهٔ نظارت‌شده عملی کسب کند.

سطح سوم : امتیاز تجویز دارو. شخص داوطلب باید آن‌قدر توانایی کسب کند که بتواند به عنوان روان‌شناسی که دارو تجویز می‌کند، مستقل عمل کند. این کمیته، داشتن پیشینهٔ قوی علوم زیست‌شناختی در دورهٔ کارشناسی (مثل گذراندن چند واحد در زمینهٔ زیست‌شناسی، شیمی، ریاضی، و داروشناسی)، دو سال آموزش مقطع تکمیلی در حوزهٔ داروشناسی روانی (۲۶ ساعت درسی) و گذراندن دورهٔ رزیدنتی فوق دکترا را پیشنهاد می‌کند.

پیشنهادهای سال ۱۹۹۳ در مورد سطح دوم و سوم بعداً اصلاح و به‌روز شد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۰۹). خلاصه‌ای از یک برنامهٔ درسی نمونه برای سطح سوم و دستورالعمل‌هایی برای دخالت روان‌شناسان در «مسائل و امور دارویی» را در نوشته‌های مک‌گراث (۲۰۱۰) می‌خوانید.

کادر ۴ ـ ۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر الن ام. هایبی

دکتر هایبی[2] استاد روان‌شناسی دانشگاه هاوایی است. علایق تحقیقاتی هایبی عبارت است از: نظریه‌های خودگردانی، اختلالات هیجانی و رعایت رفتارهای سالم. دکتر هایبی مقالات زیادی در این زمینه‌ها منتشر کرده است. او از رهبران مخالفان کسب امتیاز تجویز دارو به‌شمار می‌آید. فرصت پیدا کردیم با دکتر هایبی درباره پیشینه و نظراتش دربارهٔ امتیاز تجویز دارو گفت‌وگو کنیم.

به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی چطور علاقه‌مند شدید؟

وقتی در سال ۱۹۷۴ وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شدم، قصد داشتم در برنامهٔ روان‌شناسی رفتاری تحصیل کنم. دوران مهیجی برای روان‌شناسی رفتاری بود؛ چون کارهای دانشمندانی مثل ولپ، استاتس و اسکینر نشان می‌داد می‌توانیم اصول بنیادی آزمایشگاهی را در فهم رفتار پیچیدهٔ انسان و کاهش درد و رنج انسان به‌کار بریم. من فهمیدم می‌خواهم در تدوین و ساخت اصول رفتاری و روان‌شناسی کاربردی سهمی داشته باشم. همچنین فهمیدم روان‌شناسی بالینی، حرفه‌ای در حال گسترش است که دستورالعمل‌های علمی ناچیزی دربارهٔ انتخاب پیشگیری‌های موثر و برنامه‌ریزی درمانی دارد. در نتیجه تصمیم گرفتم در دو حوزهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی رفتاری تحصیل کنم؛ چون می‌دانستم برای آنکه بتوانم کارم را بر ادغام

1. Smyer 2. Elain M. Heiby

و یکپارچگی علم و عمل در روان‌شناسی متمرکز کنم باید آموزش بالینی ببینم.

به عنوان روان‌شناس بالینی چه فعالیت‌هایی می‌کنید؟

من استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه هاوایی در مانوآ هستم و گواهینامه دارم. در مقطع تکمیلی، دو کلاس سنجش روانی و در مقطع کارشناسی، کلاس روان‌شناسی نابهنجاری دارم. بر تحقیقات بالینی در مقاطع تکمیلی و کارشناسی نظارت می‌کنم، چند برنامهٔ تحقیقاتی شخصی دارم، عضو هیئت روان‌شناسی ایالت هاوایی و عضو هیئت مشاوران روان‌شناسان مخالف کسب امتیاز تجویز دارو[1] هستم. حدود ده سال هم روان‌درمانگر پاره‌وقت بوده‌ام. در حال حاضر، کارهای کاربردی من به مشورت دادن و حضور در دادگاه در جایگاه شاهد متخصص محدود می‌شود. مشورت‌هایی که می‌دهم در زمینهٔ طراحی و تدوین پروتکل‌های سنجش و درمان برای تامین‌کنندگان سلامت رفتاری، اجرای ارزیابی نتیجهٔ درمان در محیط‌های سلامت روان و سنجش روان‌شناختی برای خانواده‌ها و محاکم قضایی است.

تخصص‌ها و علایق شما چه هستند؟

علایق من عبارت است از: (الف) پرورش و تدوین نظریه‌هایی یکپارچه دربارهٔ خودگردانی، اختلالات هیجانی (افسردگی، اضطراب، عصبانیت و شیدایی) و رفتارهای سالم داشتن؛ (ب) ساخت ابزارهای سنجش که علاوه بر رفتارهای مشکل‌دار، آسیب‌پذیری و انعطاف‌پذیری را نیز اندازه می‌گیرند و می‌توانند درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی را هدایت کنند و (ج) کاربرد نظریهٔ آشوب برای فهمیدن حالات هیجانی نامنظم و گذرا.

روندهای آینده در روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

به نظر من برای علم بالینی و دانشمند ـ درمانگران زمان خوبی است. وضعیت حاکم بر مراقبت‌های بهداشتی می‌طلبد که روان‌شناسی بالینی شواهدی درباره مقرون‌به‌صرفه بودن خدماتش ارائه کند. این نوع تقاضاهای حاکم بر بازار با مفروضات بنیادی علم که همانا ایجاز و پشتوانهٔ تجربی است، سازواری دارد. مدیریت مراقبت‌شده می‌تواند برای دانشمند ـ درمانگری خوشایند باشد که رویکردش بها دادن به خدمات علمی است. در این فضا، به روان‌شناسان کاربردی نیاز داریم تا موثرترین روش‌ها را به درمانگران آموزش دهند، برنامه‌های پیشگیری را هدایت و نتایج درمان را ارزیابی کنند و به تامین‌کنندگان خدمات پزشکی، موسسات دولتی، صاحبان مشاغل و سازمان‌های دیگر مشورت بدهند. دانشمندان بالینی به‌دلیل تحقیق دربارهٔ سنجش و درمان‌های مقرون‌به‌صرفه، کمک‌های مالی بیشتری دریافت خواهند کرد. بنابراین فکر می‌کنم روان‌شناسان بالینی که آموزش علمی دیده‌اند، در آینده، بیشتر فرصت‌های شغلی را کسب کنند و از کارشان بیشترین رضایت را داشته باشند.

شما منتقد صریح جنبش کسب امتیاز تجویز دارو توسط روان‌شناسان بالینی هستید. چرا؟

به نظر من پیمانهٔ روان‌شناسی پر است. نیاز اجتماعی برآورده نشدهٔ زیادی برای خدمات روان‌شناختی موثر وجود دارد. روان‌شناسان تنها تامین‌کنندگان خدمات سلامت روان هستند که در زمینهٔ علم رفتار انسان آموزش دیده‌اند و می‌توانند آگاهانه‌ترین تصمیمات بالینی را بگیرند. محققان تا به حال صرفاً بر پیکر فهم سازگاری و رنج روان‌شناختی خراش‌هایی انداخته‌اند. برای آنکه روان‌شناسی وظیفهٔ آموزش‌های پزشکی و درمان‌های پزشکی را برعهده گیرد باید مسیر دیگری بپیماید. رشتهٔ روان‌شناسی در مقطع کارشناسی باید دروس پیش‌پزشکی‌ای ارائه دهد که احتمالاً مورد علاقهٔ بسیاری از دانشجویان این رشته نیست. در تحصیلات تکمیلی هم باید کاملاً تجدیدنظر شود. افزودن چند سال آموزش پزشکی، به کاهش آموزش روان‌شناسی منجر خواهد شد. به این ترتیب، تخصص روان‌شناسان کاربردی در علم رفتار کم می‌شود و تعداد آن دسته از اعضای هیئت علمی کاهش می‌یابد که تحقیقات بنیادی و کاربردی انجام می‌دهند.

با این حال معتقدم پیشنهاد امتیاز تجویز دارو، تاثیرات مثبت هم داشته است. روان‌شناسان کاربردی تشویق خواهند شد در توصیه به پزشکان و ارزیابی اثربخشی درمان‌های پزشکی، توانایی بیشتری کسب کنند. محققان هم تشویق می‌شوند روان‌شناسی بالینی و علم عصب‌نگرِ رفتاری را در هم تلفیق و ادغام کنند. همکاری بیشتر و پژوهش یکپارچه، بی‌شک به ارائه خدمات جامع و پیشبرد علم روان‌شناسی منتهی خواهد شد. این تحولات در بلندمدت به شکل‌گیری یک رشته و حرفهٔ دورگه ختم می‌شود که حیطه‌های فعلی علوم روان‌شناختی و پزشکی را دارد. اما در حال حاضر، به نظر من تلاش برای تبدیل روان‌شناسی به یکی از تخصص‌های پزشکی، تلاش ناپخته‌ای است. روان‌شناسانی که خواهان اخذ امتیاز تجویز دارو هستند می‌توانند بدون دور شدن از روان‌شناسی، مثل رشتهٔ پرستاری، آموزش‌های موجود را ببینند.



الن ام. هایبی

1. www.poppp.org

این توصیه‌های آموزشی، در صورت اجرایی شدن، تاثیرات مختلفی بر آموزش روان‌شناسی بالینی در مقطع تحصیلات تکمیلی خواهند گذاشت. نخست اینکه در نتیجهٔ افزوده شدن چند درس اجباری (در سطوح دوم و سوم)، مدت تحصیلات تکمیلی طولانی‌تر خواهد شد. در بسیاری موارد باید اعضای جدیدی برای هیئت‌های علمی استخدام شود تا دروس جدید را تعلیم دهند؛ بیشتر این دروس، هم‌اکنون در تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی وجود ندارند. به همین دلیل، بیشتر آموزش‌ها برای دریافت امتیاز تجویز دارو در سطح فوق دکترا ارائه خواهد شد. سرانجام اینکه یک دانشجوی عادی تحصیلات تکمیلی کمتر از رزیدنت‌های روان‌پزشکی، در حوزهٔ علوم بدنی (مثل آناتومی اعصاب، بیوشیمی، زیست‌شناسی یا داروشناسی) درس خواهد خواند (روبینز و دیگران، ۲۰۰۳). بنابراین، برنامه‌هایی که می‌خواهند روان‌شناسان را در آخرین مرحلهٔ شغلی خود، قادر به تجویز دارو کنند، برای پر کردن این شکاف ممکن است مجبور شوند داوطلبانی را کنار بگذارند که در دورهٔ کارشناسی، به اندازهٔ کافی دروس مربوط به علوم بدنی را نگذرانده‌اند.

سطوح آموزشی پیشنهادی گروه ضربت، معقول به نظر می‌رسند و در صورت طی شدن تا حدودی کنترل کیفیت را تضمین خواهند کرد. وانگهی تا امروز، برخی از روان‌شناسانی که آموزش‌های لازم برای دریافت امتیاز تجویز دارو را در ایالت خود پشت سر گذاشته‌اند، آموزش جامع و دقیقی دیده‌اند (برای مثال، لِوین[1]، ۲۰۰۷). اما بسیاری نگران «آبکی شدن» تدریجی برخی از الزامات و بایدهای پیشنهادی و تاییدشدهٔ اولیه، و ارائه اینترنتی دروس یا ارائه دروس در ایام تعطیل آخر هفته هستند. شاید نگرانی اصلی دربارهٔ این تحولات آن باشد که آیا ابتکار مورد نظر، طرز اجرای روان‌شناسی بالینی به روش فعلی را تغییر خواهد داد یا نه. همان‌طور که کامینگز (۲۰۰۶) گفته است: «باید صبر کرد و دید آیا روان‌شناسان تجویزکنندهٔ دارو، تخصص خود در زمینهٔ روان‌درمانگری را حفظ خواهند کرد یا آن را به نفع تجویز دارو و پول حاضر و آماده به‌جای پول درآوردن از طریق روان‌درمانگری که دشوارتر است، کنار خواهند گذاشت» (ص ۶۰۰).

پیشرفت‌های فن‌آوری

فن‌آوری بر خیلی از رشته‌ها تاثیر گذاشته است. روان‌شناسی بالینی هم از این قاعده مستثنا نیست. در این قسمت، چند مورد از پیشرفت‌های فن‌آوری را مثال می‌زنیم که احتمالاً تاثیر ماندگاری بر روان‌شناسی بالینی خواهند داشت.

سلامت از راه دور

سلامت از راه دور به ارائه خدمات بهداشتی و سلامتی و نظارت بر این خدمات به کمک فن‌آوری‌های ارتباط از راه دور گفته می‌شود. برای مثال امروزه برای سنجش، ارزیابی و درمان مشکلات روان‌شناختی و رفتاری، از وب‌سایت‌ها، پست الکترونیکی، تلفن، ویدیوکنفرانس اینترنتی و ارسال تصاویر پزشکی استفاده می‌شود. سلامت از راه دور فواید زیادی دارد که برخی از آنها عبارت است از: افزایش دسترسی به خدمات، افزایش کارایی خدمت‌رسانی، کاهش ننگ حضور در درمانگاه‌های سنتی و امکان مشورت تخصصیِ فوری با متخصصان. امروزه بیشتر مصرف‌کنندگان خدمات سلامت از راه دور، روستاییانی هستند که براثر دوری مسافت و کمبود تامین‌کنندگان محلی خدمات بهداشتی، یا به دلیل اینکه جمعیت محبوسی هستند (همچون زندانیان)، نمی‌توانند به خدماتی دسترسی یابند که بیرون از محیط زندگی آنها ارائه می‌شود.

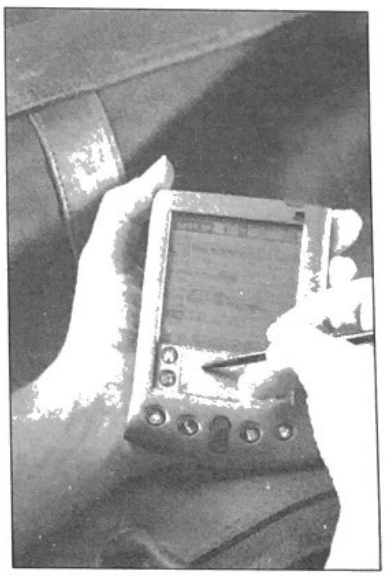
در این قسمت، دو نوع خدمات سلامت از راه دور را توضیح خواهیم داد که به علم و اجرای روان‌شناسی بالینی ربط پیدا می‌کند. ابتدا حوزهٔ در حال پیشرفتی به نام سنجش سرپایی را توضیح می‌دهیم. سپس درمان‌های رایانه‌یار اختلالات روانی را شرح خواهیم داد.

سنجش سرپایی

همان‌طور که از نام *سنجش سرپایی* برمی‌آید، این سنجش شامل بررسی و سنجش هیجانات، رفتارها و شناخت‌های افراد در جریان تعاملات واقعی با محیط است (ترال و ابنر ـ پریمر[2]،

1. Levine
2. Trull and Ebner-Primer

۲۰۰۹). انگیزهٔ اصلی سنجش سرپایی هم پیدا کردن کسانی است که خاطرات و گزارش‌های‌شان دربارهٔ تجربیات‌شان از جمله خاطرات و گزارش‌های آنها در خصوص خلقیات، اتفاقات و رفتارها، نقص و ایراد دارد (فارنبرگ، میرتک، پاولیک و پرز[1]، ۲۰۰۷؛ سولهان، ترال، یانگ و وود[2]، ۲۰۰۹). روان‌شناسان بالینی به‌رغم این نقایص و محدودیت‌ها معمولاً بر سوالات و مصاحبه‌هایی تکیه می‌کنند که مستلزم سنجش توام با گذشته‌نگری نشانه‌ها و اختلالات بالینی است. بنابراین، یکی از فواید سنجش سرپایی این است که نیاز چندانی به گذشته‌نگری مراجع ندارد. برای مثال، برای ردگیری حالات خلقی مراجع از دفترچه خاطرات الکترونیک یا تلفن هوشمند استفاده می‌شود تا مراجع در طول شبانه‌روز وادار شود درجه‌بندی‌های خُلقی انجام دهد. این اطلاعات، خلق مراجع را همان‌طور منعکس می‌کند که در لحظهٔ تعامل با محیط طبیعی بر او حاکم است.



از دفترچه خاطرات الکترونیک برای سنجش مراجعان در زندگی روزمره استفاده می‌شود.

این موضوع در حقیقت از دومین فایدهٔ سنجش سرپایی پرده برمی‌دارد که همانا اعتبار بوم‌شناختی بالاتر آن است. به عبارت دیگر، درجه‌بندی‌ها و سنجش‌ها زمانی صورت می‌گیرند که مراجع مشغول تجربه کردن در محیط طبیعی زندگی است. بنابراین، سنجش‌های مورد نظر بیش از سنجش‌های گذشته‌نگر در مطب روان‌شناس بالینی، به تجربیات معمول مراجعان تعمیم داده می‌شوند. سومین فایدهٔ سنجش سرپایی این است که می‌توانیم به‌طور همزمان چند سنجش انجام دهیم و روان‌شناس بالینی برای مثال می‌تواند تغییرپذیری حالات خلقی مراجع را کشف و بررسی کند. تغییرپذیری از چند سازهٔ مهم روان‌شناختی، مثل تغییرپذیری حالات خلقی، سطح اشتیاق و افکار نفوذی و مزاحم تشکیل می‌شود. سنجش ایستا و یک نوبتی نمی‌تواند تغییرپذیری ذاتی نشانه‌ها را پوشش دهد.

چهارمین فایدهٔ سنجش سرپایی، امکان اجرای آن به صورت‌های مختلف است که بر پاسخ‌های متعددی متمرکز است و می‌توان آن را روی یک مراجع اجرا کرد. برای مثال، مراجعی که اختلال اضطرابی دارد در سه حیطه تحت سنجش سرپایی قرار می‌گیرد: روان‌شناختی (برای نمونه، درجه‌بندی حالات خلقی در یک دورهٔ هفت روزه، چند نوبت در روز)؛ روانی‌فیزیولوژیایی (نصب حس‌گرهای زیستی که پاسخ گالوانیکی پوست [تعریق] و ضربان قلب را اندازه می‌گیرند)؛ و رفتاری (فعالیت‌سنجی از طریق ساعت مچی کنش‌سنج که به‌جای زمان، فعالیت را اندازه می‌گیرند).

آخرین فایدهٔ سنجش سرپایی هم این است که می‌توانیم آن را به راحتی با درمان یا حتی درمان رایانه‌یار عجین و تلفیق کنیم (کلاف و کیسی[3]، ۲۰۱۱). سنجش سرپایی را به چند شکل می‌توانیم با درمان تلفیق کنیم. شاید بدیهی‌ترین شیوهٔ استفاده از سنجش سرپایی در درمان، مشخص کردن خط پایهٔ کارکرد (پیش از درمان) و زیر نظر گرفتن سیر پیشرفت درمان باشد. برای مثال، مراجع دچار اختلال وحشت‌زدگی را می‌توانیم قبل از درمان برای مشخص کردن فراوانی، شدت و محل وقوع حملات، تحت سنجش سرپایی قرار دهیم. از سنجش سرپایی می‌توانیم پس از شروع درمان استفاده کنیم و ببینیم آیا فراوانی و شدت حملات وحشت‌زدگی کاهش یافته و آیا پرهیز مراجع از برخی وضعیت‌ها کمتر شده است یا نه. کاربرد دیگر سنجش سرپایی در درمان این است که دفترچه خاطرات الکترونیک یا

1. Fahrenberg, Myrtek, Pawlik and Perrez
2. Solhan, Trull, Jahng and Wood
3. Clough and Casey

تلفن هوشمند می‌تواند برای درمانگر یا همکارش پیام «هشدار» بفرستد تا برای مراجع، مربیگری یا آموزش‌های لازم را اجرا کند. برای مثال، [مراجع] تماسی دریافت می‌کند تا میزان اشتیاقش به الکل در آن لحظه را اندازه بگیرد. اگر میزان اشتیاق مراجع به مصرف الکل در آن لحظه بالا بود، درمانگر به‌طور خودکار پیامی نوشتاری حاوی دستورالعمل‌های کنار آمدن با این موضوع برای او ارسال می‌کند. همان‌طور که می‌بینید، این نوع کاربردهای فن‌آوری، مرزهای سنجش سرپایی و درمان را کم‌رنگ می‌کنند. در نهایت شاید درمان هم سرانجام در محیط طبیعی زندگی بیمار اجرا شود. جا دارد به خودمان گوشزد کنیم که موفقیت نهایی درمان این است که مراجعان باید در زندگی روزمره با هیجانات خود کنار بیایند و رفتارهای سازگارانه و انطباقی داشته باشند!

درمان رایانه‌یار

همان‌طور که در بحث سلامت از راه دور گفتیم، درمان رایانه‌یار می‌تواند ننگ تحت درمان بودن را کاهش دهد، آن را کارآمدتر، دسترسی به درمان را بیشتر و درمان را برای مراجعان راحت‌تر کند. مراجعان خجول و کمرو از طریق درمان با ویدیوکنفرانس، پست الکترونیک، پیام متنی یا «ابزارهای» جدید درمانی، دیگر مجبور نیستند با متخصص سلامت روان، رو در رو دیدار کنند و به همین دلیل بیشتر احتمال دارد برای درمان پیشقدم شوند. این ویژگی درمان رایانه‌یار بسیار مهم است؛ چون بسیاری به‌دلیل شرم‌آور بودن روان‌درمانی، به متخصص سلامت روان مراجعه نمی‌کنند.

دلایل دیگری که دربارهٔ تمایل نداشتن به درمان بیان می‌شود، در دسترس نبودن درمان و پردردسر بودن روان‌درمانی است. دسترسی مراجعان خدمات سلامت روان از طریق تلفن یا اینترنت می‌تواند این بهانه را برطرف کند. در ضمن، با درمان رایانه‌یار، «ساعات کار» بیشتر می‌شود، به‌ویژه وقتی پاسخ‌دهی فوری درمانگر مورد نیاز است. سرانجام اینکه درمان رایانه‌یار، مزیت‌های زیادی دارد. برای مثال، تمام تعاملات مراجع و درمانگر الکترونیکی ضبط و ثبت می‌شود، زمان رؤیت صفحات وب و تکمیل تکلیف‌ها مشخص است و تعاملات راحت‌تر در پرونده‌های الکترونیکی سلامت قرار می‌گیرند. جورج بوش در سال ۲۰۰۴ از صنعت مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده خواست حوزهٔ پرونده‌های الکترونیکی سلامت را گسترش داده و آن را تا سال ۲۰۱۴ در دسترس همگان قرار دهد.

هم‌اکنون بیش از صد مطالعه درباره تاثیر درمان رایانه‌یار مشکلات روانی، از اختلالات خُلق تا اختلالات خوردن، اضطراب و مصرف مواد، صورت گرفته است (مارکز، کوانا و گگا[1]، ۲۰۰۷). ذکر دو مورد از جدیدترین مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ مقایسهٔ درمان یارانه‌یار و استاندارد می‌تواند آموزنده باشد.

یکی از موثرترین درمان‌های افسردگی، شناخت‌درمانی است. رایت[2] و دیگران (۲۰۰۵) فرم رایانه‌یار شناخت‌درمانی را تهیه کردند و توانایی آن در کاهش نشانه‌های افسردگی را با شکل استاندارد این درمان مقایسه کردند که شناخت‌درمانی توسط یک درمانگر بود. نتایج نشان داد شناخت‌درمانی رایانه‌یار و شناخت‌درمانی سنتی هر دو باعث می‌شدند نشانه‌های افسردگی در طول هشت هفته درمان، کاهش معناداری یابد و هر دو درمان، تاثیرات تقریباً برابری داشتند که در سه سنجش به‌عمل‌آمده در سه و شش ماه پس از درمان همچنان باقی بودند. این نتایج از آیندهٔ امیدوارکنندهٔ شناخت‌درمانی رایانه‌یار افسردگی خبر می‌دهد، به‌ویژه آنکه مراجعان از دسترسی‌پذیری، ارزیابی مثبتی داشتند، میزان خروج از درمان یا رها کردن درمان کم بود و از نظر زمان و پول، مقرون‌به‌صرفه به نظر می‌رسید.

بیکل، مارش، بوخالتر و بَجر[3] (۲۰۰۸) اثربخشی رفتاردرمانی رایانه‌یارِ تعاملی بیماران سرپایی دارای وابستگی افیونی را بررسی کردند. تاثیرات نسخهٔ رایانه‌ای رویکرد تقویت اجتماع‌نگر با رویکرد تقویت توسط درمانگر مقایسه شد. درمان شامل آموزش انواع مهارت‌های زندگی (مثل مهارت مدیریت خود، امتناع دارویی، مدیریت زمان، پیشگیری از پاسخ و غیره) با مدیریت وابستگی ژتونی بود. در مورد اخیر، مراجعان

1. Marks, Cavanagh and Gega
2. Wright
3. Bickel, Marsch, Buchhalter and Badger

می‌توانستند ژتون‌هایی دریافت کنند که در پایان درمان با پول معاوضه می‌شد؛ هرچه بیشتر پاک می‌ماندند، ژتون بیشتری دریافت می‌کردند و بازگشت باعث می‌شد ژتون‌ها را از دست بدهند. در پایان درمان، میانگین هفته‌های پاک ماندن و حفظ تاثیرات در بین گروه‌های مختلفِ تحت درمان، یکسان بود. درمان رایانه‌یار که هزینهٔ کمتری داشت و میزان تماس با درمانگر در آن یک ششم [حالت معمول] بود، از لحاظ مدت ترک و پاک ماندن، [با شیوهٔ سنتی درمان] برابری می‌کرد!

خدمات سلامت روانِ حساس به فرهنگ

ادارهٔ سرشماری ایالات متحدهٔ امریکا پیش‌بینی کرده رشد جمعیت سفیدپوستان غیراسپانیایی‌تبار، بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۵۰ (که معادل ۷/۴ درصد خواهد بود) کمترین رشد در میان گروه‌های قومی/ نژادی اصلی ایالات متحدهٔ امریکا باشد. در مقابل، تخمین می‌زند جمعیت سیاهپوست در همین فاصلهٔ زمانی ۶۹/۵ درصد، جمعیت بومی امریکایی ۸۳ درصد و جمعیت اسپانیایی‌تبار و آسیایی‌تبار به ترتیب ۲۵۸/۳ و ۲۶۹/۱ درصد رشد کند.

اطلاعات سال ۲۰۱۰ این اداره نیز چشم‌انداز پیش‌گفته را در خصوص تغییرات قومی تایید و تقویت می‌کند. در سال ۲۰۱۰، ۱۶ درصد جمعیت امریکا، خود را اسپانیایی یا لاتین‌تبار، ۱۳ درصد خود را سیاهپوست یا افریقایی‌تبار، ۵ درصد خود را آسیایی‌تبار، ۱ درصد خود را سرخپوست یا بومی امریکا، ۲ درصد خود را دو یا چندنژادی، ۰/۲ درصد خود را بومی هاوایی و اهل جزایر اقیانوس آرام و ۷۲ درصد خود را سفیدپوست معرفی کرده‌اند. جالب‌تر اینکه بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، درصد آن دسته از ساکنان امریکا که خود را اسپانیایی یا لاتین‌تبار، امریکایی افریقایی‌تبار یا سیاهپوست، امریکایی آسیایی‌تبار، سرخپوست امریکایی یا امریکایی بومی، دو یا چندنژادی و بومی هاوایی جزایر اقیانوس آرام می‌دانستند، به ترتیب ۴۳ درصد، ۱۲ درصد، ۴۳ درصد، ۱۸ درصد، ۳۲ درصد و ۳۵ درصد افزایش یافته بود (در حالی که این افزایش برای سفیدپوستان ۵ درصد بود).

در جامعهٔ در حال تکثری مثل ایالات متحدهٔ امریکا، بسیار مهم است که خدمات سلامت روان به شکل موثری نیازهای اقلیت‌های فرهنگی، قومی و نژادی را برطرف کند (ناگایاما هال[1]، ۲۰۰۶؛ ویلی و دیویس[2]، ۲۰۰۷). این نکته تقریباً در هر سطحی از جمله در سطح اخلاقی، اقتصادی و غیره اهمیت دارد ولی برنامه‌ها، باید آموزش خاصی را طراحی کنند تا درمانگرانش یاد بگیرند در کار بالینی با مراجعانِ فرهنگ‌های دیگر عوامل فرهنگی را هم لحاظ کنند (میراندا[3] و دیگران، ۲۰۰۵). برای مثال باید راه‌هایی پیدا کنند تا درمان‌های خوب و مناسب، هرچه بیشتر در اختیار اسپانیایی‌تباران قرار گیرد؛ یعنی درمان‌هایی که ویژگی‌های فرهنگ اسپانیایی را رعایت کنند. همین نکته در خصوص امریکایی‌های بومی، افریقایی‌تبار و آسیایی‌تبار نیز صادق است.



روان‌شناسان بالینی در زمینه‌ی سنجش و درمان اقشار مختلف جمعیت و اقشار محروم آموزش میبینند.

انجمن روان‌شناسی امریکا (۲۰۰۳) دربارهٔ تعلیم و تربیت، آموزش، تحقیق، درمان و تغییر سازمانیِ چندفرهنگی، دستورالعمل‌هایی برای روان‌شناسان چاپ کرده است. هدف این دستورالعمل‌ها بیان منطق و ضرورت توجه به چندفرهنگ‌گرایی در روان‌شناسی و معرفی راه‌هایی است که روان‌شناسان از آن طریق می‌توانند در مقام مربی و معلم، محقق

1. Nagayama Hall
2. Whaley and Davis
3. Myranda

و روان‌شناس بالینی، آگاهی فرهنگی خود را بالا ببرند. این دستورالعمل‌ها به‌طور خلاصه، روان‌شناسان را ترغیب می‌کنند:

- به آگاهی فرهنگی و کسب دانش درباره خود و دیگران به عنوان موجودات اجتماعی ملزم باشند؛
- به اهمیت حساسیت فرهنگی پی ببرند؛
- در تحصیلات و آموزش‌ها جایی هم برای چندفرهنگی‌گرایی لحاظ کنند؛ و
- متوجه جایگاه مهم فرهنگ در تحقیقات روان‌شناختی و کار بالینی باشند.

طراحان، این دستورالعمل‌ها را طوری طراحی کرده‌اند تا روان‌شناسان برای خدمت‌رسانی (آموزشی، بالینی و غیره) به جامعهٔ در حال تنوع، چهارچوبی داشته باشند.

اِس. سو[1] (۱۹۹۸) در همین باره اظهار داشته است روان‌شناسان بالینی و دیگر متخصصان سلامت روان باید ***قابلیت فرهنگی*** داشته باشند؛ یعنی گروه‌های دیگر فرهنگی را بشناسند و آنها را درک کنند و مهارت‌های لازم برای درمان موثر اعضای این گروه‌ها را داشته باشند. سو (۱۹۹۸) برای قابلیت فرهنگی، سه ویژگی مهم می‌شمرد:

- **ذهنیت علمی**. روان‌شناسان بالینی باید دربارهٔ اوضاع مراجعان فرهنگ‌های دیگر، فرضیه‌سازی و فرضیه‌آزمایی کنند؛ آنها نباید به «افسانهٔ مثل هم بودن» بچسبند.
- **سبک و سنگین کردن**. روان‌شناسان بالینی باید آن‌قدر مهارت داشته باشند که بدانند چه موقع چه چیز را «تعمیم دهند و بقیه را مشمول آن کنند و چه موقع آن را فردی کنند و دیگران را از شمول آن خارج کنند» (ص ۴۴۶). این امر به آنها اجازه می‌دهد از افکار و تصورات کلیشه‌ای پرهیز کنند ولی همچنان متوجه تاثیر مهم فرهنگ مورد نظر باشند.
- **تخصص فرهنگی**. روان‌شناسان بالینی باید فرهنگ و دیدگاه‌های خود را بشناسند، بدانند با چه نوع گروه‌های فرهنگی کار می‌کنند و در صورت امکان از مداخلات فرهنگی [ویژه] استفاده کنند.

به نظر سو (۱۹۹۸)، این ویژگی‌ها در روان‌شناسان بالینی متغیر است. روان‌شناسان بالینی باید با کسب این مهارت‌ها، به قابلیت فرهنگی لازم برای کار با مراجعان و بیماران مختلف دست یابند.

مسائل جنسیتی نیز در سال‌های اخیر به همین شکل مهم شده‌اند. برای مثال، هنگام خدمات دادن به دختران و زنان باید به نکاتی خاص و مهم توجه کرد. نخست اینکه شواهدی مبنی بر این وجود دارد که از برخی ملاک‌های تشخیصی به فراخور جنسیت مراجع، جانبدارانه استفاده می‌شود. برای مثال، روی زنی با رفتار بسیار تکانشی به احتمال زیاد تشخیص اختلال شخصیت مرزی یا نمایشی گذاشته می‌شود ولی روی مردی که همان نشانه‌ها را دارد، تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی. این احتمالاً معرف سوگیری‌ها و انتظارات جنسیتی روان‌شناسان بالینی است. زن‌ها و دخترها در سراسر دنیا بیشتر احتمال دارد در معرض اتفاقات و ضربه‌های دردناک (مثل سوءرفتار جنسی یا سوءرفتار همسر) و ظلم قرار گیرند. همچنین در برابر بیماری‌های مقاربتی آسیب‌پذیرترند و بیش از مردها احتمال دارد قربانی خشونت شوند (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۰۷). این عوامل و عوامل دیگر زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی، لزوم حساسیت دربارهٔ دنیای دختران و زنان هنگام ارائه خدمات روان‌شناختی را پیش می‌کشند.

انجمن روان‌شناسی امریکا (۲۰۰۷) برای یکپارچه کردن و ادغام این‌گونه مداخلات و کاربردی کردن آنها در خصوص اجرای روان‌شناسی بالینی، پیشنهادهایی به شرح زیر می‌دهد:

- درباره زنان و دختران از مداخلاتی استفاده کنید که موثر بودن آنها محرز شده است.
- هنگام درمانگری، اقتدار و تعدد گزینه‌ها را رواج دهید.
- هنگام سنجش و تشخیص، مراقب سوگیری جنسی باشید.
- هنگام درمان با امکانات اجتماع برای دختران و زنان آشنایی داشته باشید و از این امکانات استفاده کنید.

این‌گونه دستورالعمل‌ها به ما هشدار می‌دهند که باید مراقب تجارب شخصی تک‌تک مراجعان باشیم و فکر نکنیم یک درمان

---

1. S. Sue

برای همه مناسب است. در آینده باید همچنان روان‌شناسان بالینی را طوری آموزش دهیم که تفاوت‌های جنسیتی و تنوع فرهنگی را تشخیص دهند و به رابطهٔ آنها با ارائه خدمات سلامت روان پی ببرند. وب‌سایت‌های ۸ـ۳ و ۹ـ۳ در پایان این فصل، شما را به لینک‌های انجمن روان‌شناسی امریکا برای تامین‌کنندگان خدمات روان‌شناختی جمعیت‌های مختلف و دستورالعمل‌های انجمن روان‌شناسی امریکا در خصوص درمان دختران و زنان وصل می‌کنند.

معیارهای اخلاقی

یکی از ملاک‌های پختگی یک حرفه، تعهد به اصول اخلاقی و رعایت این اصول است. روان‌شناسی در میان دیگر رشته‌های سلامت روان، پیشگام تدوین آیین‌نامهٔ اخلاقی بوده است. انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۹۵۱، آیین‌نامهٔ آزمایشی خود را منتشر کرد؛ در سال ۱۹۵۳ هم ***معیارهای اخلاقی روان‌شناسان*** را به‌طور رسمی چاپ کرد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۵۳). در سال‌های ۱۹۶۳، ۱۹۶۸، ۱۹۷۷، ۱۹۷۹، ۱۹۸۱، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲ و از همه جدیدتر در سال ۲۰۰۲، در معیارهای آیین‌نامهٔ اخلاقی بازنگری کرد. نسخهٔ سال ۲۰۰۲ ***اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامهٔ رفتاری***، پنج اصل و مجموعه‌ای از معیارهای اخلاقی در خصوص فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی اعم از سنجش، مداخله، درمان، تحقیق، فعالیت‌های قانونی و از این قبیل دارد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۰۲). وب‌سایت ۷ـ۳، لینک لازم برای دستیابی به سند کامل و اصلاحات سال ۲۰۱۰ این آیین‌نامه را ارائه می‌کند.

- ***نیکوکاری و بدسرشت نبودن.*** روان‌شناسان دنبال کمک کردن و سود رساندن به مراجعان هستند و به آنها آسیب نمی‌زنند.
- ***وفاداری و مسئولیت‌پذیری.*** روان‌شناسان در قبال جامعه، مسئولیت حرفه‌ای و علمی دارند و روابطی همراه با اعتماد برقرار می‌کنند.
- ***صداقت.*** روان‌شناسان در تمام فعالیت‌های خود، دقیق و صادق و حقیقت‌جو هستند.
- ***عدالت.*** همهٔ انسان‌ها حق دارند و مستحق هستند که به حرفهٔ روان‌شناسی دسترسی داشته باشند و از آن بهره ببرند؛ روان‌شناسان باید متوجه سوگیری‌های خود باشند و حد و مرز قابلیت‌شان را بشناسند.
- ***احترام گذاشتن به حقوق و شأن مردم.*** روان‌شناسان حقوق و شأن دیگران را رعایت و از حقوق دیگران دفاع می‌کنند.

این اصول کلی از لحاظ فنی قواعد اجرایی مشخص و محکمی ندارند ولی تلاش می‌کنند اعمال و رفتار روان‌شناسان را هدایت کنند. اما معیارهای اخلاقی اختصاصی برای رفتار و سلوک روان‌شناسان، لازم‌الاجرا است. برای عضویت در انجمن روان‌شناسی امریکا باید این معیارها را رعایت کنیم؛ معیارهایی که چند مورد از آنها را توضیح خواهیم داد. البته کار بالینی واقعی و الزامات روزمرهٔ آن می‌تواند روان‌شناس بالینی را در معرض تصمیم‌گیری‌ها و دوراهی‌های اخلاقی خاصی قرار دهد که عاقلانه‌ترین قضاوت‌ها و تصمیمات را می‌طلبد. همچنین تغییرات تدریجی فرهنگ می‌تواند قوهٔ قضاوت روان‌شناسان بالینی را با چالش‌های جدیدی مواجه کند. برای مثال، کادر ۵ـ۳ را بخوانید.

صلاحیت

بحث **صلاحیت**، جنبه‌های مختلفی دارد. نخست اینکه روان‌شناسان بالینی، سطح و میزان آموزش خود را همیشه مشخص می‌کنند. برای مثال، کسی که مدرک کارشناسی ارشد دارد نباید طوری رفتاری کند که خود را دارای مدرک دکترا جلوه دهد. نادیده گرفتن عنوان «دکتر» از سوی دیگران هم پذیرفتنی نیست. اگر درمانگر، مدرک روان‌شناسی مشاوره دارد باید خود را روان‌شناس مشاور معرفی کند نه روان‌شناس بالینی. روان‌شناسان بالینی باید آموزش‌ها و صلاحیت‌های دیگر خود را «همواره» دقیق و صحیح توضیح دهند. این نکته همچنین به این معنا است که روان‌شناسان بالینی نباید درمان‌ها و سنجش‌هایی انجام دهند که دربارهٔ آن آموزش ندیده‌اند یا تجربهٔ نظارت‌شدهٔ لازم برای آن را ندارند. وقتی روان‌شناسی بالینی، شک و تردیدی درباره صلاحیت‌ها و قابلیت‌هایش دارد باید زیر نظر یک روان‌شناس بالینی مجرب، تجربه کسب کند.

کادر ۵ ـ ۳ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : درمانگرهای شرکت‌کننده در برنامه‌های تلفنی رادیو، گفت‌وگوهای تلویزیونی یا گروه‌های اینترنتی: آیا رفتارشان اخلاقی است؟

در کتاب ***معیارهای اخلاقی روان‌شناسان*** چاپ سال ۱۹۵۳ (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۵۳) گفته شده است:

> **اصل ۱ـ۲/۶۴ . ارائه خدمات روان‌شناختی از طریق سخنرانی و نمایش‌های عمومی، روزنامه، مقالات مجله، برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی یا رسانه‌های دیگر با هدف تشخیص‌گذاری، درمان یا توصیهٔ مستقیم و غیرمستقیم، غیراخلاقی است.**

این مطلب در سال ۱۹۵۳ کاملاً روشن بود و معقول به نظر می‌رسید. توصیهٔ حرفه‌ای، امری فردی است. توصیه باید با وضعیت فرد مورد نظر تناسب داشته باشد و روان‌شناس نمی‌تواند با گفت‌وگویی سه دقیقه‌ای با شخص تماس‌گیرنده، روی او تشخیص بگذارد. اما در سال ۱۹۵۳ تعداد گفت‌وگوهای رادیویی (یا برنامه‌های تلویزیونی!) با حضور روان‌شناسان خیلی کم بود. اما حالا تعداد این برنامه‌ها بسیار زیاد شده است. مثل همهٔ رشته‌ها، برخی از روان‌شناسان دعوت شده به این نوع برنامه‌ها، ساده‌لوح، شوخ‌طبع و در مجموع کم‌سوادند. البته برخی از آنها هم بسیار ماهر، دلسوز و دارای خلوص نیت هستند و به شخصی که تلفن زده توصیه می‌کنند نزد متخصص برود. جدای از ارزیابی‌های رسانه‌ای، دلایل دیگری هم برای افزایش گفت‌وگوهای تلفنی رسانه‌ای وجود دارد. این برنامه‌ها برای بسیاری از افراد تحت فشار یا محروم، تنها راه برای کمک گرفتن یا حمایت شدن هستند. این نوع برنامه‌های رادیو ـ تلویزیونی یا رسانه‌ای می‌توانند حساسیت و اطلاعات شنوندگان دیگر را بالا ببرند و مانع بروز مشکل برای آنان یا وخیم‌تر شدن مشکل آنها شوند. این برنامه‌ها به عده‌ای دیگر هم جرئت و اطلاعات لازم برای دریافت خدمات حرفه‌ای می‌دهند.

نسخهٔ سال ۲۰۰۲ ***معیارهای اخلاقی*** انجمن روان‌شناسی امریکا، اجازهٔ «توصیه یا پیشنهاد دادن» و نه «درمان» را در برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی یا اینترنتی می‌دهد، به شرط آنکه این نکات احتیاطی در آن رعایت شده باشد: (الف) اظهارنظرها بر مبنای ادبیات روان‌شناسی و درمان‌های مناسب باشد، (ب) اظهارنظرها با آیین‌نامهٔ اخلاقی همسو باشد و (ج) اظهارنظرها این ذهنیت را در مخاطبان ایجاد نکنند که با آنها رابطه‌ای حرفه‌ای (یعنی رابطهٔ درمانگر ـ مراجع) برقرار شده است.

اگرچه این دستورالعمل‌ها صریح و روشن به نظر می‌رسد اما ابهاماتی نیز دارند، به‌ویژه وقتی درباره گروه‌های اینترنتی سلامت روان بحث می‌شود. برای مثال، وقتی روان‌شناسان در گروه‌های اینترنتی شرکت می‌کنند، از جمله در گروه‌های اینترنتی تخصصی (مثل رهبری گروه «از متخصص بپرسید») یا گروه‌های اینترنتی متشکل از همکاران (یعنی گروه‌هایی که کسی در آن به عنوان روان‌شناس پاسخگو نیست) باید نقش‌های متعددی بازی کنند (هامفریز، وینزلبرگ و کلاو[1]، ۲۰۰۰). هر یک از این نقش‌ها در خصوص اصل‌های حریم، رازداری و روابط شخصی در آیین‌نامهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا، تلویحات متفاوتی دارند (هامفریز و دیگران، ۲۰۰۰). برای مثال، روان‌شناسان نباید هر نوع نامهٔ الکترونیکی را به افراد یا کل گروه ارسال کنند. نامهٔ الکترونیکی، متن ماندگاری است که می‌تواند برای عدهٔ زیادی از جمله برای افراد غریبه ارسال شود. در ضمن گاهی اوقات وسوسه می‌شویم به‌دلیل وجود پاره‌ای سوالات فردی اعضای گروه، وارد یک رابطهٔ درمانی «الکترونیکی» شویم. اما تن دادن به این وسوسه درست نیست؛ چون روان‌شناسان نمی‌توانند آن‌قدر روی وضعیت کنترل داشته باشند که پاسخگوی مسئولیت‌های اخلاقی خود باشند (هامفریز و دیگران، ۲۰۰۰). برای مثال، اگر یک نفر فاش کند که درگیر سوءرفتار با یک بچه است، مقررات اجرایی با محدودیت‌های شدیدی روبه‌رو می‌شود.

همین‌طور، روان‌شناسان بالینی باید مراقب آن دسته از مسائل جنسیتی، قومی یا نژادی، سنی، مسائل مربوط به گرایش جنسی، دینی، معلولیتی یا اقتصادی‌اجتماعی هم باشند که درمان و سنجش را تحت تاثیر قرار می‌دهند. سرانجام اینکه اگر روان‌شناس بالینی، مشکلات شخصی یا ضعف‌هایی در شخصیت خود دارد که بر عملکردش تاثیر می‌گذارد باید مراقب تاثیرات مضر و سوء این مشکلات بر بیماران باشد.

اخیراً برای سنجش صلاحیت و قابلیت در اجرای روان‌شناسی بالینی، «جعبه‌ابزارهایی» طراحی شده است (کاسلو، گروس، کمپبل، فواد، هچر و رودولفا[2]، ۲۰۰۹). این ابزارها عبارت است از: مرور عملکرد، مرور معرفی موردها، داده‌های نتیجه‌ای مرتبط با مراجعان، نظرسنجی از

1. Humphreys, Winzelberg and Klaw
2. Kasslow, Grus, Campbell, Fouad, Hatcher and Rodolfa

مصرف‌کنندگان، خودسنجی و امتحانات شفاهی و کتبی. این جعبه‌ابزارها با سنجش صلاحیت و قابلیت شخص در اجرای روان‌شناسی بالینی در حیطه‌های تخصصی و در رابطه با جمعیت‌های خاص، به روان‌شناسان بالینی کمک می‌کند از تخصص خود مطمئن شوند.

حریم و رازداری

روان‌شناسان بالینی از لحاظ اخلاقی موظف‌اند اطلاعات مراجعان را محفوظ نگه دارند و اصل *رازداری* را رعایت کنند. رازداری محور اصلی رابطهٔ مراجع ـ روان‌شناس است. اگر روان‌شناس بدون رضایت مراجع، اطلاعاتش را فاش کند، اعتماد از رابطهٔ او با مراجع رخت برمی‌بندد.

روان‌شناسان بالینی باید درباره رازداری و شرایط نقض آن، شفاف و باز عمل کنند. در دنیای امروز، هر اطلاعاتی «محرمانه» محسوب نمی‌شود. برای نمونه، اشخاص ثالث (مثل، شرکت‌های بیمه) هزینه‌های درمان مراجع را می‌پردازند. به همین دلیل گهگاه خواهان دسترسی به مدارک او به‌منظور بررسی جزییات هستند. در شرایط خاصی (مثل داشتن حکم دادگاه)، افراد و نهادهای خارج از دانشکده یا مدرسه خواهان دسترسی به سوابق تحصیلی شخص از جمله دسترسی به سنجش‌های به‌عمل‌آمده دربارهٔ او می‌شوند. بنابراین روان‌شناسان کمتر از قبل می‌توانند مخفی ماندن اطلاعات مراجعان را تضمین کنند.

سوال دیگر آن است که آیا **باید** تمام اطلاعات را محرمانه نگه داریم. برای مثال، پروندهٔ معروف ***تاراسوف*** در سال ۱۹۷۶ را در نظر بگیرید. ماجرا وقتی شروع می‌شود که مراجع در مرکز مشاورهٔ دانشگاه به درمانگرش می‌گوید می‌خواهد دوست دخترش را بکشد. درمانگر، پلیس دانشگاه را از قصد مراجع آگاه می‌کند. پلیس هم بلافاصله مراجع را بازداشت می‌کند ولی چون دوست دختر او در تعطیلات بود، تصمیم می‌گیرند مراجع را آزاد کنند. در نتیجه، مراجع، دوست دخترش را می‌کشد. بعداً پدر و مادر دختر از درمانگر، پلیس و دانشگاه شکایت می‌کنند که چرا آنها را مطلع نکرده‌اند. دادگاه عالی کالیفرنیا سرانجام به نفع پدر و مادر دختر رأی می‌دهد و درمانگر را محکوم می‌کند که از لحاظ قانونی در مطلع کردن طرف‌ها اهمال کرده است و اگر اهمال نمی‌کرد، جلوی این جنایت گرفته می‌شد. این تصمیم بی‌شک مسائلی را حول و حوش قوهٔ قضاوت هر درمانگری پیش می‌کشد.

آنچه قضیه را ابهام‌برانگیزتر می‌کند این است که رویه‌های قضایی ایالت‌ها با هم فرق دارند. روان‌شناسان بالینی نه‌تنها باید درباره این تصمیم بگیرند که چه موقع، به چه کسانی و تحت چه شرایطی خبر دهند، بلکه باید ببینند آیا رأی صادره درباره پروندهٔ ***تاراسوف*** در ایالت آنها کاربرد دارد یا خیر. در ***معیارهای اخلاقی*** به وضوح ذکر شده که روان‌شناسان باید برای حفظ امنیت و جان مراجع / بیمار، خودشان و دیگران، اطلاعات لازم را فاش کنند ولی مادهٔ «به شرط الزام یا اجازهٔ قانون» هم وجود دارد که آنها را گیج می‌کند. بدیهی است که در چنین وضعیتی، روان‌شناسان باید دائم در جریان قوانین باشند.

رازداری، پیچیدگی‌های دیگری هم دارد. برای مثال در مورد کار با کودکان چطور؟ هنگام درمان بیماران مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی، معلولان یا سالمندان نیز مشکلاتی پیش می‌آید. ظاهراً مردم به اصل و اهمیت رازداری اعتقاد دارند. اما این را هم می‌دانند که در مواردی مثل سوءرفتار با کودک، خطر خودکشی یا قتل و موارد خطرناک و تهدیدآمیز دیگر، احتمال نقض اصل رازداری وجود دارد. بیشتر روان‌شناسان با این موارد موافق‌اند. اما روان‌شناسان بالینی فقط وقتی اسرار مراجعان را فاش می‌کنند که احساس کنند باید با همکارشان مشورت کنند یا مراجع خطرناک است.

سرانجام جا دارد اضافه کنیم که دیوان عالی در سال ۱۹۹۶ در خصوص پروندهٔ ***جافی علیه ریموند*** حکم داد اطلاعات رد و بدل شده بین متخصصان گواهینامه‌دار سلامت روان و بیماران بزرگسال در فرایند روان‌درمانگری باید محفوظ بماند. بنابراین دست‌کم از نظر دادگاه‌های دولت مرکزی، قبل از افشای مدارک روان‌درمانی، گفت‌وگوها و اطلاعات رد و بدل‌شده و همچنین اسناد و مدارک، باید رضایت بیمار جلب شود. تصمیم دیوان عالی کشور اصولاً این نگاه را تقویت می‌کند که رعایت حریم خصوصی در روان‌درمانگری مهم است. اما چون این حکم لزوماً

قوانین ایالتی یا احکام دادگاه‌های ایالتی را لغو نمی‌کند، روان‌شناسان بالینی باید قوانین ایالت خود دربارهٔ رازداری و رعایت حریم خصوصی در روان‌درمانی را خوب بشناسند.

روابط انسانی

روابط متقابل دونفره گاهی اوقات سوالات اخلاقی زیادی را درباره *رفاه مراجع* پیش می‌کشد. ارتباط جنسی با مراجع، کار کشیدن از او، فروش کالا به مراجع یا حتی دوست شدن با مراجع پس از اتمام درمان، همگی رفتارهایی هستند که می‌توانند مصداق بهره‌کشی و آسیب رساندن باشند. این‌گونه رفتارها رایج نیست ولی برای حرفهٔ روان‌شناسی بالینی مشکل‌ساز است. رابطهٔ جنسی در جریان نظارت هم می‌تواند مخرب باشد.

بدترین نوع رابطهٔ دونفره، آزار و اذیت جنسی و صمیمیت و نزدیکی جنسی روان‌شناس با مراجع فعلی است. اصول اخلاقی، این‌نوع رفتارها را قاطعانه محکوم می‌کند. نکتهٔ هشدارآمیز در اینجا، افزایش آشکار تعداد شکایت‌ها علیه روان‌شناسان در رابطه با رفتارهای جنسی ناپسند است. وانگهی، اطلاعات موجود دربارهٔ تماس‌های جنسی درمانگران ـ مراجعان نشان می‌دهد درصد کمی از مراجعان گفته‌اند این نوع تماس‌ها تاثیر مثبتی داشته است (پوپ[1]، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از جنبه‌های رفاه مراجع این است که وقتی درمان دیگر به مراجع کمک نمی‌کند، درمانگر باید آن را قطع کند. برای نمونه در یکی از پرونده‌هایی که به کمیتهٔ اخلاقی ارجاع شده بود، روان‌شناس بالینی، بچه‌ای را به‌طور مستمر بیش از دو سال تحت درمان قرار داده بود و به والدین او گفته بود دو سال دیگر هم باید تحت درمان باشد. کمیتهٔ مرور و بررسی نتیجه گرفت که درمان با تشخیص مورد نظر سازگار نیست و شواهدی دال بر پیشرفت کودک وجود ندارد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۸۱).

روان‌شناسان بالینی معمولاً بر سر چه نوع دوراهی‌های اخلاقی قرار می‌گیرند. پوپ و وِتر[2] (۱۹۹۲) با مطالعه‌ای درصدد پاسخ‌دهی به این سوال برآمدند. محققان برای پیدا کردن رایج‌ترین «دردسرهای اخلاقی»، نظر نمونه‌ای تصادفی از اعضای انجمن روان‌شناسی امریکا را جویا شدند. تقریباً ۸۰ درصد پاسخ‌دهندگان گفتند در یکی دو سال اخیر دست‌کم یک نمونه از این نوع دردسرها داشته‌اند. رایج‌ترین دوراهی اخلاقی هم دوراهی در خصوص رازداری بود (یعنی فاش کردن یا نکردن اطلاعات محرمانهٔ مراجع به دلیل خطرات بالفعل یا بالقوهٔ مرتبط با اشخاص ثالث، بدرفتاری با کودک یا دلایلی از این قبیل). دردسرهای اخلاقی مربوط به روابط مبهم، دونفره یا پر از اختلاف هم در ردیف دوم قرار داشت (حفظ نکردن حد و مرزهای درمانی با مراجع، برقرار کردن روابط شخصی و نه حرفه‌ای با مراجع). سومین دردسر اخلاقی رایج، در خصوص منابع مالی، برنامه‌ها، موقعیت‌ها و روش‌ها بود (برای مثال، پوشش ناکافی بیمه برای مراجعانی که نیازهای فوری و اضطراری دارند). دردسرهای اخلاقی دیگر هم، دوراهی‌های آموزشی و تدریسی، روان‌شناسی قانونی، تحقیق، آداب و رفتار همکاران، مسائل جنسی، سنجش، مداخلات مشکوک یا مضر و مسئلهٔ صلاحیت و قابلیت بود.

روان‌شناسان اعم از محققان آزمایشگاه یا روان‌شناسان مشغول کار و درمانگری، از لحاظ ارتکاب تخلفات اخلاقی هرچه بیشتر زیر ذره‌بین قرار می‌گیرند. مسائل اخلاقی در حوزهٔ تحقیق یا درمانگری همیشه به آسانی حل نمی‌شود و زیر نظر گرفتن تخلفات هم آسان نیست. اما حرفهٔ روان‌شناسی بالینی باید راهی پیدا کند تا بهترین معیارهای [اخلاقی] در آن رعایت شود.

خلاصهٔ فصل

رشتهٔ روان‌شناسی بالینی با مسائل زیادی دست به گریبان است. نخست اینکه مدل‌های آموزشی موجود، تاکیدات و نتایج خاص خود را دارند. مدل دانشمند ـ درمانگر مدل معروفی است ولی برخی از آن سرخورده‌اند؛ چون امکان ادغام علم و عمل و یکپارچه کردن آنها را زیر سوال برده است. در سال‌های اخیر مدل‌های آموزشی دیگری طراحی شده‌اند که بر اجرای روان‌شناسی بالینی [و جنبه‌های عملی آن] تاکید می‌کنند

1. Pope 2. Vetter

(مثل مدرک دکترای روان‌شناسی یا .Psy.D و دانشکده‌های حرفه‌ای). سرانجام اینکه مدل آموزشی دانشمند بالینی را داریم که بر تحقیق و رویکردهای دارای پشتوانهٔ تجربی در سنجش و مداخله تاکید می‌کند.

مقررات حرفه‌ای برای روان‌شناسان بالینی، روش‌هایی است برای حفاظت از منافع مردم و تضمین صلاحیت و قابلیت روان‌شناسان بالینی. گواهینامه و جواز در سطوح ایالتی صادر می‌شود و به مردم نشان می‌دهد کسانی که به آنها مراجعه کرده‌اند، روان‌شناسان بالینی آموزش‌دیده و صاحب صلاحیت هستند. هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا و عضویت در **دفتر ثبت ملی**، دو شکل پیشرفته‌تر جواز هستند.

اگرچه درصد بالایی از روان‌شناسان بالینی در محیط‌های خصوصی کار می‌کنند، تغییر و تحولات در حوزهٔ مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد کار خصوصی یک‌شکل نیست. به بیان دقیق‌تر، بیشتر امریکایی‌ها تحت پوشش برنامه‌های مراقبت مدیریت شده‌اند که در مجموع برای تعداد جلسات درمان، میزان بازپرداخت‌ها و درمان‌های تحت پوشش (بازپرداخت)، محدودیت‌هایی می‌گذارد. این «انقلاب» بر وظایف و فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی تاثیر خواهد گذاشت. سلامت از راه دور هم بر فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی اثر می‌گذارد. سنجش سرپایی، همچون سنجش و درمان رایانه‌یار، رایج‌تر خواهد شد. موضوع جنجالی دیگری که بر آیندهٔ روان‌شناسی بالینی تاثیر خواهد گذاشت، پیگیری حق تجویز دارو است. تحقق این هدف باعث تغییر تعریف رشتهٔ روان‌شناسی بالینی خواهد شد و مفاد درسی و آموزشی دورهٔ دکترا را به شدت تغییر خواهد داد.

در این فصل همچنین دو موضوع قابلیت فرهنگی و حساسیت فرهنگی و جنسیتی را شرح دادیم. روان‌شناسان بالینی در جامعهٔ به شدت متکثر [آمریکا] باید خدماتی در حوزهٔ سلامت روان ارائه کنند که برای گروه‌های فرهنگی مختلف، مناسب و موثر باشد. سرانجام اینکه در فصل سوم، معیارهای اخلاقی لازم‌الاجرا برای روان‌شناسان بالینی، شامل صلاحیت، رازداری و روابط انسانی را توضیح دادیم.

اصطلاحات کلیدی

Academy of Psychological Clinical Science *آکادمی علم روان‌شناسی بالینی*

سازمانی شامل آن دسته از برنامه‌های روان‌شناسی بالینی و مراکز انترنی که از مدل آموزشی دانشمند بالینی پیروی می‌کنند. این آکادمی به انجمن علم روان‌شناسی (APS) مربوط است.

ambulatory assessment *سنجش سرپایی*

سنجش هیجانات، شناخت‌ها و رفتارهای فرد در محیط و وضعیت واقعی زندگی.

American Board of Professional Psychology (ABPP) *هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا*

سازمانی که برای بسیاری از تخصص‌های روان‌شناسی، جواز صلاحیت حرفه‌ای اعطا می‌کند. برای اخذ جواز هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا باید به مدت پنج سال فوق دکترا خواند و امتحان شفاهی داد. همچنین نحوهٔ رسیدگی متقاضی به یک مورد و پرونده‌ها و سوابق رسیدگی او به موردهای قبلی بررسی می‌شود.

certification *گواهینامه*

مقرراتی حرفه‌ای که نمی‌گذارد هر کسی خود را روان‌شناس بنامد و در ازای خدمات، پول دریافت کند مگر آنکه گواهینامهٔ هیئت ممتحنان را داشته باشد.

client welfare *رفاه مراجع*

اصلی اخلاقی که روان‌شناسان را ملزم می‌کند به شرافت مراجعان احترام بگذارند و از آنها سوءاستفاده و بهره‌کشی نکنند. این اصل شامل رعایت پاره‌ای معیارهای اخلاقی می‌شود مثل برقرار نکردن رابطهٔ شخصی با مراجع و قطع درمان در صورتی که دیگر برای مراجع سودمند نباشد.

clinical scientist model *مدل دانشمند بالینی*

مدلی آموزشی که از آموزش دقیق روش‌های تحقیق تجربی و ادغام اصول علمی با عملکرد بالینی طرفداری می‌کند.

combined Professional-scientifi rraining program *برنامهٔ آموزش حرفه‌ای-علمی مرکب*

مدلی آموزشی و ترکیبی تخصصی از روان‌شناسی بالینی، مشاوره و مدرسه است.

competence *صلاحیت*

اصلی اخلاقی که از روان‌شناسان می‌خواهد حد و مرز تخصص حرفه‌ای خود را رعایت کرده و اطلاعات‌شان را به‌روز کنند.

confidentiality *رازداری*

اصلی اخلاقی که از روان‌شناسان می‌خواهد به اطلاعات مراجعان احترام بگذارند و آنها را محفوظ نگه دارند و این اطلاعات را فقط وقتی فاش کنند که رضایت مراجع را جلب کرده باشند (جز در موارد استثنایی که فاش

نکردن اطلاعات می‌تواند مراجع یا دیگران را در معرض آسیب و خطر قرار دهد).

قابلیت فرهنگی **cultural competence**

شناخت و درک دیگر گروه‌های فرهنگی و داشتن مهارت‌های لازم برای درمان موثر اعضای این گروه‌ها.

مدرک دکترای روان‌شناسی **Doctor of Psychology degree**

مدرکی عالی در روان‌شناسی که تاکید نسبی آن بر مهارت‌های بالینی و سنجشی است و تاکید چندانی بر قابلیت‌های تحقیقاتی ندارد.

معیارهای اخلاقی **ethical standards**

قوانین لازم‌الاجرای انجمن روان‌شناسی امریکا درباره رفتار حرفه‌ای روان‌شناسان.

سازمان حفظ سلامتی **health maintenance organization (HMO)**

نظام مراقبت مدیریت‌شده که خدمات‌رسانان به افراد تحت پوشش را محدود می‌کند. در چنین سازمانی، هزینه‌های تمام خدمات، ثابت است.

جواز **licensing**

مقرراتی حرفه‌ای که از گواهینامه جدی‌تر است. جواز نه‌تنها عنوان و شرایط آموزشی مورد نظر در گواهینامه را دربرمی‌گیرد، بلکه مشخص می‌کند شخص در ازای کدام فعالیت می‌تواند پول بگیرد.

مراقبت مدیریت‌شده **managed care**

رویکردی شرکتی و منفعت‌محور به حوزهٔ مراقبت‌های بهداشتی (و مراقبت‌های مرتبط با سلامت روان) که با کنترل زمان خدمات و دفعات آن، محدودکردن نوع خدمات و مطالبهٔ اسناد و مدارک در صورت لزوم و اثربخشی درمان، دنبال کاهش هزینه‌ها است.

سازمان تامین‌کنندهٔ مرجح **Preferred Provider Organization (PPO)**

یک نوع نظام مراقبت مدیریت‌شده که با تامین‌کنندگان خارج از خود، دربارهٔ خدمات‌رسانی به اعضا، قرارداد می‌بندد. این تامین‌کنندگان خارجی بابت خدمات‌شان تخفیف می‌دهند و سازمان یادشده هزینهٔ خدمات آنها را می‌پردازد. بابت تخفیف داده‌شده هم افراد بیشتری به آنها ارجاع داده می‌شود.

امتیاز تجویز دارو **prescription priviledges**

امکان قانونی تجویز دارو. در حال حاضر بین روان‌شناسان بالینی درباره درست بودن یا نبودن کسب این امتیاز بحث‌های داغی جریان دارد.

دانشکده‌های حرفه‌ای **professional schools**

دانشکده‌هایی که آموزش پیشرفتهٔ روان‌شناسی می‌دهند ولی آموزش‌هایشان با آموزش‌های برنامه‌های سنتی دکترا فرق دارد. دانشکده‌های حرفه‌ای در مجموع در زمینهٔ تحقیق، آموزش اندکی می‌دهند و بیشتر بر آموزش سنجش و روان‌درمانگری اصرار می‌دارند.

مدل دانشمند-درمانگر **scientist-practitioner model**

مدل آموزشی غالبِ روان‌شناسان بالینی (که به آن مدل بولدر هم می‌گویند). هدف این مدل، پرورش متخصصانی است که نقش دانشمند و درمانگر را با هم بازی می‌کنند (یعنی هم روان‌درمانگری را ماهرانه و با حساسیت انجام می‌دهند، هم دربارهٔ فرضیه‌های برگرفته از مشاهدات بالینی، تحقیق می‌کنند).

پروندهٔ تاراسوف **Tarasoff Case**

پرونده‌ای دوران‌ساز در سال ۱۹۷۶ که در آن دیوان عالی کالیفرنیا حکم داد درمانگر به‌دلیل اطلاع ندادن قصد مراجع به پدر و مادر مقتول از لحاظ حقوقی قصور کرده است. این پرونده در نهایت به تصویب قانونی منتهی شد مبنی بر اینکه درمانگر «موظف به حفاظت از دیگران» است.

سلامت از راه دور **Telehealth**

خدمات دادن و نظارت بر خدمات از طریق فن‌آوری‌های ارتباط از راه دور (مثل وب‌سایت‌ها، پست الکترونیکی، تلفن، ویدیو کنفرانس اینترنتی و انتقال و ارسال تصاویر با هدف تشخیص). از این فن‌آوری‌ها معمولاً برای سنجش، ارزیابی و درمان مشکلات روان‌شناختی و رفتاری استفاده می‌شود.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

3-1 American Board of Professional Psychology
http://www.abpp.org/

3-2 Association of State and Provincial Psychology Boards
http://www.asppb.org/

3-3 National Council of Schools and Programs of Professional Psychology
http://www.ncspp.info

3-4 Academy of Psychological Clinical Science
http://acadpsychclinicalscience.org

3-5 National Register of Health Service Providers in Psychology
http://www.nationalregister.org/

3-6 Example of Licensure Requirements: Missouri
http://www.sos.mo.gov/adrules/csr/current/20csr/20c2235-2.pdf

۴



روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی

سوالات مهم

۱. قوت‌ها و محدودیت‌های روش موردپژوهی چیست؟
۲. قوت‌ها و محدودیت‌های روش همبستگی چیست؟
۳. قوت‌ها و محدودیت‌های مطالعات طولی چیست؟
۴. مولفه‌های اصلی روش آزمایشی چیست؟
۵. مشکلات اخلاقی اصلی در اجرای تحقیقات بالینی چیست؟

رئوس مطالب فصل

مقدمه‌ای بر تحقیق

روش‌ها

مشاهده

کادر ۱ـ۴: کاربردهای بالینی: موردپژوهی‌ها دربارهٔ هراس‌ها و ضربه‌های اولیه، به ما چه می‌توانند بگویند؟

کادر ۲ـ۴: کاربردهای بالینی: تولید فرضیه بر اساس درمان

روش‌های همه‌گیری‌شناسی

روش‌های همبستگی

رویکرد مقطعی در مقابل رویکرد طولی

روش آزمایشی

کادر ۳ـ۴: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر اسکات اُ. لیلینفلد

طرح‌های تک‌موردی

کادر ۴ـ۴: کاربردهای بالینی: درمان اضطراب و افسردگی مرکب

طرح‌های مرکب

قوت و ضعف‌های روش‌های تحقیق

معناداری آماری در مقابل معناداری عملی

کادر ۵ـ۴: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: الیزابت اِی. مارتین

تحقیق و اخلاق

کادر ۶ـ۴: دربارهٔ چه‌کسی باید مطالعه کنیم؟

کادر ۷ـ۴: نمونه‌ای از یک رضایت‌نامه

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

وقتی تصویر روان‌شناسان بالینی در تلویزیون به نمایش درمی‌آید، به نظر می‌رسد که روان‌شناسی بالینی عمدتاً بر پایهٔ قوهٔ شهود است و فرایند درمان، مثل گفت‌وگویی هیجانی با یک دوست نزدیک می‌باشد. گاهی اوقات هم رویکردهای قدیمی، مثل تفسیر رؤیا و هیپنوتیزم و فرافکنی‌آزمایی در تلویزیون نشان داده می‌شوند. برخی از این رویکردها هنوز کاربرد دارند ولی روان‌شناسی بالینی معاصر، به وضوح، یک علم است. برداشت ما راجع به اینکه چرا افراد دچار نشانه‌هایی می‌شوند، نشانه‌ها چطور تشدید می‌شوند و تخفیف می‌یابند و همچنین برداشت ما راجع به اقدامات درمانی برای رفع نشانه‌های روان‌شناختی، اساس علمی دقیقی دارند و حاصل انباشت چند دهه‌ای یافته‌های تجربی هستند. به همین دلیل هم دو مدل دانشمند ـ درمانگر و علم بالینی هنوز مدل‌های اصلی آموزش روان‌شناسان بالینی هستند. بیشتر صاحب‌نظران معتقدند برای آنکه روان‌شناس بالینی موفقی شویم باید در زمینهٔ روش‌های تحقیق و مهارت‌های بالینی شواهد بنیاد، متبحر شویم. در حقیقت هر یک از این دو تبحر، یکدیگر را تقویت می‌کنند. حتی آن دسته از روان‌شناسان بالینی که تمام وقت خود را صرف دیدن مراجعان و درمانگری خصوصی می‌کنند هم باید روش‌های تحقیق را بشناسند و بر آنها مسلط باشند. این مهارت‌ها کمک خواهند کرد رویکردهای سنجشی و مداخلاتی را به دقت ارزیابی کنند و در نهایت، رویکردهایی را برگزینند که از همه مفیدتر و موثرترند.

در این فصل، مرور کوتاهی خواهیم کرد بر روش‌ها، مسائل و راهبردهای اصلی در تحقیقات بالینی. سپس در قسمت‌های مناسب همین کتاب، به مسائل تحقیقاتی اختصاصی (مثل تحقیق دربارهٔ نتیجهٔ درمان) خواهیم پرداخت. اما برای بحث‌های جامع‌تر و فنی‌تر در خصوص روش‌های تحقیق می‌توانید به کتاب‌های دیگر مراجعه کنید (برای مثال مراجعه کنید به کزدین[1]، ۲۰۰۳).

مقدمه‌ای بر تحقیق

زمانی یک نفر گفته بود بخش اعظم آموزش روان‌شناسی بالینی صرف پاک کردن تصورات غلط دانشجویان درباره دلایل رفتار مردم می‌شود. برای مثال، آیا جملات زیر درست هستند؟

۱. اگر بیماران دربارهٔ خودکشی حرف بزنند، معنایش این است که خودکشی نخواهند کرد.
۲. راندن نشانه‌های بیمار بدون بینش دادن به او، یعنی بازگشت نشانه‌ها به شکل دیگری.
۳. آزمون‌های فرافکنی نمی‌گذارند بیماران، تصورات خود را با موفقیت انتقال دهند.
۴. درمانگر خوب کسی است که اهل دلسوزی و همدلی باشد.

این باورها زمانی در بین مردم، روان‌شناسان بالینی و خلاصه عوام رایج بودند و هنوز بین برخی از آنها رایج است. اما آیا درست هستند؟ احتمالاً نه. تحقیقاتی که از روش‌های مورد نظر این فصل استفاده می‌کنند، درستی و نادرستی این جملات و بسیاری از جملات شبیه آنها را روشن خواهند کرد. رفتار انسان بسیار پیچیده است، آن‌قدر پیچیده که نظریه‌های زیادی برای تبیین آن طرح شده است. چون عواملی که بر یک رفتار خاص، در زمان و مکانی خاص تاثیر می‌گذارند بسیار زیادند، باید به تبیین‌هایی شک کرد که ساده یا اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسند. در حقیقت، تشکیک سالم، نیروی هدایتگر دانشمند، برای کسب دانش و نیروی هدایتگر روان‌شناس بالینی برای پیدا کردن شیوه‌های موثر خدمات‌رسانی به مراجعان است.

از آنجا که تبیین‌های آسان، ساده یا سنتی، معمولاً تبیین‌های نادرست و ناقصی هستند، برای تبیین رضایت‌بخش رفتار انسان روش‌های هرچه پیچیده‌تری ابداع می‌شود. هم‌اکنون روش‌های بهتری برای مشاهدهٔ منظم رفتار داریم که اثبات‌پذیرند. این روش‌ها طی سال‌ها تغییر کرده‌اند و تغییر خواهند کرد اما روش علمی کامل و بی‌عیب نداریم. به هر حال، تمام نظرها و فرضیه‌ها و حتی حدسیات بالینی باید به روشنی و با دقت بیان شوند تا دیگر مشاهده‌گرها بتوانند آنها را بیازمایند. نظرها و عقایدی رضایت‌بخش و مناسب‌اند که امکان ابطال یا اثبات آنها باشد.

تحقیق چند هدف دارد. نخست اینکه اجازه می‌دهد از محدودهٔ حدسیات صرف و توسل به سخنان مظاهر اقتدار خارج

1. Kazdin

شویم. برای نمونه، بحث ما این نیست که آیا درمان شناختی-رفتاری کار می‌کند یا خیر، بلکه تحقیقی انجام می‌دهیم که موثر بودن یا نبودن آن را نشان می‌دهد. پرسش‌ها طوری صورت‌بندی می‌شوند که اثبات‌پذیر باشند و بتوانیم آنها را به‌صورت عینی مشاهده کنیم. این نوع روش‌ها در بلندمدت، بهتر از استدلال می‌توانند مشکلات را حل‌وفصل کنند.

(۲) روش‌های تحقیق به ما کمک می‌کنند حقایق را روی هم انباشته کنیم، رابطه‌ها را مشخص و علت‌ها و معلول‌ها را شناسایی کنیم و اصول مستتر در این حقایق و رابطه‌ها را بیابیم.

(۳) تحقیق همچنین نظریه‌ها را گسترش می‌دهد و آنها را اصلاح می‌کند و ایجاز و سودمندی نظریه‌ها را افزایش می‌دهد. تحقیق و نظریه، رابطهٔ تنگاتنگی دارند. نظریه موجب راه افتادن و هدایت تحقیق می‌شود ولی خودش بر اثر نتایج تحقیق، جرح و تعدیل و اصلاح می‌شود. برای مثال، آرون بک[1] از پیشگامان بررسی افسردگی، سال‌ها قبل دریافت بیماران افسرده دو ویژگی دارند: اجتماع‌گرایی (وابستگی اجتماعی مفرط) و خودمختاری (پیشرفت‌گرایی مفرط). بک ابتدا می‌گفت اجتماع‌گرایی مفرط یا خودمختاری مفرط، صفاتی هستند که زمینه‌ساز افسردگی می‌شوند. اما تحقیقات بعدی این گزاره را رد کردند. محققان دریافتند کسانی با اجتماع‌گرایی یا خودمختاری مفرط وجود دارند که افسردگی ندارند.

این نتایج، نظریهٔ مقدماتی بک را به چالش کشید و او را واداشت درباره رابطهٔ شخصیت و افسردگی تجدیدنظر کند. نظریهٔ تجدیدنظرشده که به آن فرضیهٔ همخوانی می‌گفتند، بر این اساس بود که سبک شخصیت (اجتماع‌گرایی یا خودمختاری) و تجربه کردن رویدادهایی در زندگی با مضمون منفی در حال تعامل هستند (بک، ۱۹۸۳) این نظریه به‌طور اختصاصی پیش‌بینی می‌کند که شخص بسیار اجتماع‌گرایی که در روابطش شکست خورده است (یعنی رویدادهایی منفی که برای مردی بسیار وابسته، بارز و پراهمیت‌اند)، افسرده خواهد شد، در حالی که این نکته الزاماً درباره فرد بسیار خودمختار صادق نیست (چرا که این رویدادهای منفی ربط و اهمیت کمتری به او و برای او دارند). به عبارت دیگر، رویدادهای منفی زندگی باید با سبک شخصیت فرد ***همخوانی*** داشته باشند تا دچار افسردگی شود. نتایج تحقیقات در مجموع از نظریهٔ تجدیدنظرشدهٔ بک حمایت کردند (برای مثال، بارتلستون و ترال[2]، ۱۹۹۵؛ هاسکی، مازور، ماسیفسکی و سوندسون[3]، ۲۰۰۷؛ سی. جی. رابینز[4]، ۱۹۹۰).

این مثال نشان می‌دهد که تحقیق چطور می‌تواند درباره نظریه‌ها نظام حلقوی بازخوردی ایجاد کند. البته، هدف نهایی تحقیق، ارتقای توان پیش‌بینی و فهم رفتار، احساسات و افکار کسانی است که روان‌شناسان بالینی به آنها خدمات می‌دهند. در تحلیل نهایی باید بگوییم فقط تحلیلی بهتر است که امکان مداخلهٔ عاقلانه و موثر را فراهم می‌کند.

روش‌ها

همان‌طور که پیشتر گفتیم، روش‌های تحقیق زیادی وجود دارد که هر یک فواید و قوت‌های خود را دارند. بنابراین، هیچ روشی به تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی تمام سوالات باشد. با این حال، روش‌های تحقیق در کنار هم می‌توانند قوهٔ فهم و پیش‌بینی ما را بیشتر کنند. بحث‌مان را با مرور صورت‌های مختلف مشاهده توسط دانشمندان بالینی شروع می‌کنیم. سپس رویکردهای همه‌گیری‌شناسی و همبستگی، رویکردهای طولی و مقطعی، روش کلاسیک آزمایشی، طرح‌های تک‌موردی و سرانجام، طرح‌های مرکب را توضیح خواهیم داد.

مشاهده

بنیادی‌ترین و نافذترین روش تحقیق، مشاهده است. رویکردهای آزمایشی، موردپژوهی و رویکردهای طبیعی، همگی از مشاهده استفاده می‌کنند.

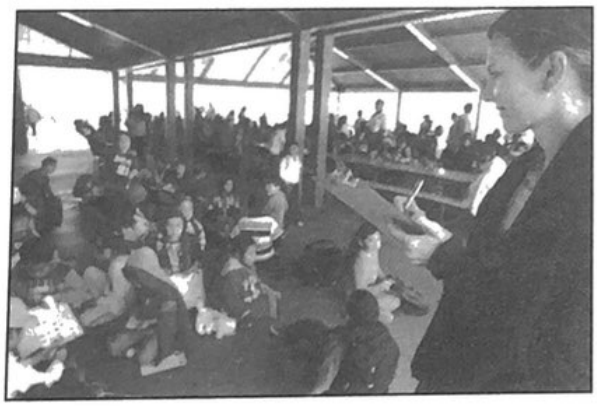
مشاهدهٔ نامنظم. مشاهدهٔ اتفاقی به‌ندرت می‌تواند مبنای دانش قرار گیرد. مشاهدهٔ نامنظم در حقیقت می‌تواند انسان را به نتایج غلط رهنمون کند. اما با همین مشاهدهٔ نامنظم، فرضیه‌هایی می‌سازیم که در نهایت به شکل منظم‌تری آزموده می‌شوند.

1. Aeron Beck
2. Bartelstone and Trull
3. Husky, Mazure, Maciejewski and Swendsen
4. C. J. Robins

برای نمونه، یک روان‌شناس بالینی را در نظر بگیرید که چند بار اتفاقی مشاهده می‌کند که وقتی بیمار در یک مادهٔ آزمونِ پیشرفت تقلا می‌کند یا با مشکل مواجه می‌شود، این حالت به مادهٔ بعدی هم انتقال می‌یابد و تاثیر سویی بر عملکردش می‌گذارد. این مشاهده، او را به سوی این فرضیه هدایت می‌کند که وقتی بیمار مطمئن شود بعد از هر مادهٔ سخت و دشوار یا بعد از ماده‌ای که در آن شکست خورده است، مادهٔ آسانی می‌آید، عملکردش بهبود خواهد یافت. این امر موجب ارتقای اعتمادبه‌نفس او و بهبود عملکردش می‌شود. روان‌شناس بالینی برای آزمودن پیش‌بینی خود می‌تواند نسخه‌ای آزمایشی از آزمون پیشرفت تهیه کند که در آن بعد از ماده‌های سخت، ماده‌های آسان می‌آیند. آنگاه مطالعهٔ این فرضیه روی یک نمونهٔ تصادفی از مراجعان آسان خواهد شد.

مشاهدهٔ طبیعی. اگرچه *مشاهدهٔ طبیعی* در محیط‌های واقعی رخ می‌دهد، اما منظم‌تر و دقیق‌تر از مشاهدهٔ نامنظم است. مشاهدهٔ طبیعی، بی‌نظم و آزاد نیست بلکه از قبل با دقت برنامه‌ریزی شده است. البته، مشاهده‌گر در این نوع مشاهده واقعاً کنترل خاصی ندارد و به همین دلیل، اتفاقات سیر و روال طبیعی خود را طی می‌کنند. مشاهدات طبیعی معمولاً روی عده‌ای خاص یا در وضعیت‌هایی خاص اجرا می‌شود. بنابراین نمی‌توانیم آنها را به‌طور قطعی به دیگران یا وضعیت‌های دیگر تعمیم دهیم. همچنین این احتمال وجود دارد که مشاهده‌گر در بحبوحهٔ مشاهده یا ثبت پاسخ‌ها، ناخواسته مداخله‌ای کند یا بر رویدادهای تحت بررسی تاثیر گذارد.

تحقیق درباره رفتار کودکان در محوطهٔ بازی برای فهم رابطهٔ پرخاشگری و دوستی، نمونه‌ای است که در آن مشاهدهٔ طبیعی صورت می‌گیرد. مشاهده‌گران آموزش‌دیده بدون آنکه مزاحمتی برای بچه‌ها ایجاد کنند، در محوطهٔ بازی می‌ایستند و بچه‌هایی را مشاهده می‌کنند که پدر و مادرشان اجازه داده‌اند در تحقیق شرکت کنند. مشاهده‌گر در فواصل زمانی منظم، یک کودک خاص را در نظر می‌گیرد و نوع بازی او، تعداد بچه‌های در حال تعامل با او و اینکه آیا کودک مورد نظر پرخاشگر است یا خیر را ثبت می‌کند. سپس داده‌های حاصل از چند بار مشاهده، شاید هفته‌ای یک‌بار در مدت یک سال تحصیلی، جمع‌آوری می‌شود تا بفهمیم آیا تعاملات بچه‌هایی که با همسالان‌شان پرخاشگری می‌کرده‌اند به مرور کم شده است یا خیر. این مطالعهٔ مشاهده‌ای می‌تواند اطلاعات جالبی دربارهٔ رابطهٔ پرخاشگری و دوستی فراهم کند. اما آیا مشاهدهٔ چند کودک در یک محوطهٔ بازی می‌تواند دستمایهٔ تعمیم‌های گسترده قرار گیرد؟ آیا رفتارهای این کودکان شبیه رفتارهای کودکانی است که در اجتماعات یا مدارسی با جوّ بسیار متفاوت به‌سر می‌برند؟ یا اینکه آیا بچه‌ها از حضور مشاهده‌گر مطلع بوده‌اند و ممکن است برای «تحت تاثیر قرار دادن» مشاهده‌گر، رفتارشان را تغییر داده باشند.



مشاهده، بنیادی‌ترین روش تحقیق است.

محققانی که طرفدار روش‌های آزمایشی دقیق‌ترند گاهی اوقات از مشاهدهٔ طبیعی ایراد می‌گیرند که زیادی کنترل نشده است. اما این انتقاد، افراطی و سختگیرانه است. این روش همچون مشاهدهٔ نامنظم می‌تواند سرمنشأ فرضیه‌هایی شود که بعداً می‌توان آنها را دقیق‌تر بررسی کرد. مشاهدهٔ طبیعی، محققان را به پدیده‌های واقعی مورد علاقه‌شان نزدیک‌تر می‌کند. این مشاهدات به اندازهٔ بسیاری از محیط‌های آزمایشی، تصنعی و ساختگی نیستند. برای مثال از احساس روان‌شناسان درباره نظریهٔ روان‌پویشی که بگذریم، بیشتر صاحب‌نظران تصدیق می‌کنند که فروید مهارت خارق‌العاده‌ای در مشاهدهٔ بالینی داشته است. فروید به کمک قدرتش در مشاهده، یکی از نظریه‌های متنفذ و فراگیر تاریخ روان‌شناسی بالینی را ساخت. باید یادمان باشد که فروید هیچ‌گونه آزمون عینی در اختیار

نداشت و در زمان او خبری از نسخهٔ رایانه‌ای نبود و روش‌های آزمایشی پیچیده وجود نداشت. فروید فقط از توان مشاهده، تفسیر و تعمیم خود استفاده حیرت‌انگیزی کرد.

مشاهدهٔ کنترل‌شده . برخی از روان‌شناسان بالینی برای رفع انتقادهای پیش‌گفته درباره مشاهدهٔ نامنظم و طبیعی از ***مشاهدهٔ کنترل‌شده*** استفاده می‌کنند. اگرچه در این روش، تحقیق در میدان یا محیط‌های نسبتاً طبیعی اجرا می‌شود، اما محقق تاحدودی بر رویدادها کنترل دارد. مشاهدهٔ کنترل‌شده، تاریخی طولانی در روان‌شناسی بالینی دارد. برای مثال، اینکه بیماران دربارهٔ ترس خود یا جواب ندادن به ماده‌های پرسشنامه‌ها با روان‌شناس بالینی حرف بزنند یک چیز است و مشاهده کردن بیمار دچار پروازهراسی که در شرایط کنترل‌شده به تدریج به هواپیما و زمان پرواز نزدیک می‌شود و در نهایت سوار هواپیما می‌شود و پرواز می‌کند، چیز دیگری؛ چون سنجش دقیق‌تر و کامل‌تری از ترس او به عمل می‌آید. این نوع مشاهدهٔ کنترل‌شده، درباره ماهیت هیجانات و رفتار مراجع، به روان‌شناس بالینی، بینش واقعی می‌دهد.



برای سنجش رفتار در موقعیت‌های کمیاب می‌توانیم از مشاهدهٔ کنترل‌شده استفاده کنیم.

مشاهدهٔ کنترل‌شده برای سنجش الگوهای ارتباطی زوج‌ها یا زن و شوهرها هم کاربرد دارد. در این حالت، محققان به‌جای اتکا بر گزارش زوج‌های مشکل‌دار در خصوص مشکلات ارتباطی‌شان، سبک ارتباط آنها در موقعیت کنترل‌شده را مشاهده می‌کنند. آنها از زن و شوهرها می‌خواهند دربارهٔ یکی از مشکلات ارتباط خود حرف بزنند و درصدد حل آن برآیند (برای مثال، درباره ولخرجی و خرید چیزهای غیرضروری). سپس تعامل زن و شوهر را از پشت آینهٔ یک‌طرفه یا از طریق فیلم مشاهده می‌کنند. اگرچه مشاهدهٔ طبیعی نمی‌تواند جای مشاهدهٔ حل اختلاف یا حل مسئله در خانه را بگیرد، اما این شیوهٔ مشاهدهٔ کنترل‌شده از نظر محققان، برای سنجش الگوهای تعاملی زوج‌ها مفید و مقرون‌به‌صرفه است.

موردپژوهی‌ها . ***روش موردپژوهی***، بررسی فشرده و دقیق کودک یا بیمارِ تحتِ درمان است. ذیل عنوان موردپژوهی، مواردی مثل مصاحبه، پاسخ آزمون‌ها و نتایج درمان هم ذکر می‌شود. این موارد همچنین داده‌های زندگینامه‌ای و زندگینامهٔ خودنگاشت، نامه‌ها، خاطرات، اطلاعات زندگی، سوابق پزشکی و غیره را هم شامل می‌شود. پس موردپژوهی، بررسی فشرده و دقیق و توصیف یک نفر است. موردپژوهی مدت‌ها بر حوزهٔ بررسی مشکلات و مسائل روان‌شناختی و توصیف روش‌های درمانی مسلط بوده است. ارزش اصلی موردپژوهی در این است که منبع سرشاری از درک و فهم و نیز فرضیه‌ساز است (به کادر ۱ـ۴ مراجعه کنید).

درگذشته، موردپژوهی‌های زیادی صورت گرفته که برخی از آنها تاثیر بسیاری بر شناخت و فهم پدیده‌های بالینی داشته‌اند. موارد زیر برخی از موردپژوهی‌های کلاسیک هستند:

مورد *«دورا»* (فروید، ۱۹۰۵/۱۹۵۳a) که مفهوم مقاومت در درمان را نشان می‌دهد.

مورد *«هانس کوچولو»* (فروید، ۱۹۰۹/۱۹۵۵) که فهم ما از هراس را بیشتر کرد.

سه چهرهٔ ایو (تیگپن و کلکلی[1]، ۱۹۵۷) که اساس تعدد شخصیت را بیان می‌کرد.

نقاب سلامت عقل (کلکلی، ۱۹۶۴) که توضیحات مبسوطی درباره زندگی شخصیت‌های ضداجتماعی می‌داد.

موردهای *«اصلاح رفتار»* (اولمن و کراسنر[2]، ۱۹۶۵) که اثربخشی درمان‌های رفتاری در موارد انفرادی را نشان می‌داد.

---

1. Thigpen and Cleckley
2. Ulman and Krasner

کادر ۱ـ۴: کاربردهای بالینی: موردپژوهی‌ها دربارهٔ هراس‌ها و ضربه‌های اولیه به ما چه می‌توانند بگویند؟

۱.هراس‌های خاص، ترس‌های بی‌دلیلی هستند که با خطر واقعی مورد نظر، تناسبی ندارند. بسیاری از نظریه‌پردازان یادگیری اعتقاد دارند هراس‌های خاص از طریق شرطی‌سازی کلاسیک ایجاد می‌شوند. این نظریه‌پردازان، مطالعهٔ کلاسیک واتسون و رینر[1] (۱۹۲۰) روی آلبرت کوچولو را نمونهٔ مثالی آن می‌دانند. واتسون و رینر، آلبرت کوچولو را شرطی کردند تا از موش‌های سفید بترسد. برای ایجاد این ترس هم کاری کردند تا هر بار آلبرت کوچولو با یک موش سفید بازی می‌کرد، صدای بلند و گوشخراشی پخش شود. آلبرت کوچولو پس از چند کوشش سرانجام به‌طور کامل از موش‌های سفید و هر شیء پشمالوی سفیدی مثل آن ترسید.

اما دیویسون، نیل و کرینگ[2] (۲۰۰۴) متوجه شده‌اند به‌رغم آنچه نظریهٔ یادگیری به ما یاد می‌دهد، ظاهراً گزارش‌ها و سوابق بالینی از الگوی آلبرت کوچولو حمایت نمی‌کنند. اگرچه برخی از هراس‌های خاص را می‌توانیم این‌گونه ایجاد کنیم، اما هراس‌ها معمولاً بدون وجود تجربه‌های ترسناک قبلی شکل می‌گیرند. کسانی که از آسانسور، مار یا مکان‌های بلند و مرتفع هراس دارند به ندرت از داشتن تجربه‌ای بد در خصوص این نوع چیزها یا مکان‌ها گزارش می‌دهند. معلوم نیست تحقیقات آزمایشگاهی درباره هراس‌های خاص چقدر به واقعیت نزدیک باشد.

۲.همه «می‌دانند» که ضربه‌های وارده به شخص در دوران کودکی احتمالاً زمینه را برای غمگینی و شکست او فراهم می‌کند. مثال زیر را در نظر بگیرید:

دختری معمولی و مؤدب است؛ مادرش دو برادر کوچک‌ترش را ترجیح می‌دهد؛ مادر به دخترش نق می‌زند و یکسره در او احساس شرمندگی و بیگانگی ایجاد می‌کند؛ پدرش وقتی این دختر خردسال بود، خانه را ترک می‌کند و برنمی‌گردد؛ مادرش وقتی دخترش ۹ سال بیشتر ندارد، می‌میرد؛ مادربزرگش او را از بچه‌های دیگر دور می‌کند و در بیشتر دوران کودکی‌اش محروم نگه می‌دارد؛ این دختر به قدری تنها بود که یگانه دلخوشی او، کتاب خواندن و خیالبافی و راه رفتن بود.

چنین دختری باید آمادهٔ شکست، مشکلات هیجانی و حتی مشکلات اجتماعی باشد (وایت، ۱۹۷۶). اما وایت و ریلی می‌پرسند، آیا می‌دانید دختر یادشده کیست؟ نام آن دختر، النور روزولت است که به قول وایت (۱۹۷۶) «قهرمان فقرا و محرومان» است؛ دختری که در نهایت، رییس کمیتهٔ بیانیهٔ حقوق بشر ایالات متحده می‌شود.

احتمالاً هیچ روشی نمی‌تواند مانند موردپژوهی به روان‌شناس بالینی بفهماند بیماری که مقابل او نشسته، چگونه آدمی است. همان‌طور که آلپورت[3] (۱۹۶۱) به شکل قانع‌کننده‌ای گفته است، اشخاص را باید انفرادی بررسی کرد. موردپژوهی‌ها به‌ویژه در این زمینه‌ها مفید بوده‌اند: (الف) توصیف پدیده‌های کمیاب یا غیرمعمول و ممکن ساختن روش‌های جدید و متمایز مصاحبه، سنجش و درمان بیماران؛ (ب) رد اطلاعاتی که مقبولیت «جهانی» دارند یا جهانی انگاشته می‌شوند؛ و (ج) تولید فرضیه‌های ابطال‌پذیر (کزدین، ۲۰۰۳) (به کادر ۲ـ۴ مراجعه کنید).

البته استفاده از روش‌های موردپژوهی، سیر نزولی داشته است. برای نمونه، استفاده از موردپژوهی برای فهمیدن و یافتن قوانین جهانی یا اصول رفتاری همگانی، سخت است. به همین ترتیب، موردپژوهی نمی‌تواند به نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی منتهی شود؛ چون روان‌شناسان بالینی در مورد پژوهی نمی‌توانند تمام متغیرها را کنترل کنند. برای مثال، بیمار ممکن است بر اثر ویژگی‌های شخصیتی‌اش از فلان درمان روان‌پویشی فایده ببرد نه لزوماً به‌دلیل خود آن روشِ درمانی. در نتیجه، فقط با تحقیقات کنترل‌شدهٔ بعدی می‌توان به علل تغییر یا عوامل مسبب تغییر پی برد.

روش‌های همه‌گیری‌شناسی

همه‌گیری‌شناسی، بررسی بروز، شیوع و انتشار بیماری یا مرض در یک جمعیت است. در همه‌گیری‌شناسی معمولاً از چند اصطلاح استفاده می‌شود. بروز به معنای تعداد موردهای جدید بیماری در یک فاصلهٔ زمانی است، در حالی که شیوع به تعداد کل موارد (جدید یا قبلی) در یک فاصلهٔ زمانی گفته می‌شود. بروز به ما می‌فهماند که آیا تعداد موردهای جدید بیماری یا

1. Watson and Rayner
2. Davison, Neale and Kring
3. Allport

کادر ۲ ـ ۴: کاربردهای بالینی: تولید فرضیه بر اساس درمان

کارل سرباز از جنگ برگشتهٔ مجردی بود که به درمانگاه سرپایی کهنه‌سربازان ارجاع شده بود. خیلی طول نکشید که درمانگر متوجه شد مشکلات کارل، عادی نیست. کارل کمی مضطرب و گاهی اوقات افسرده بود ولی مشکل اصلی او ظاهراً نداشتن مهارت‌های میان‌فردی و اجتماعی بود. بیکار بود و با مستمری دولت و کمک‌های مادرش زندگی می‌کرد. غیر از مادرش که با او زندگی می‌کرد، جز برای خرید سیگار یا پول خرد گرفتن از رانندهٔ بی‌میل اتوبوس، با هیچ‌کس ارتباط و تعامل نداشت.

بنابراین درمان کارل، درمانی بینش‌گرا نبود که دنبال پرده‌برداری و افشای چیزی باشد، بلکه درمانی تعلیمی بود. اهداف درمان عبارت بود از تعلیم کار پیدا کردن، شرکت کردن کارل در مدرسه‌ای شبانه با هدف آموختن داد و ستد و معامله و فراگیری دست‌کم چند مهارت اجتماعی اصلی. تمرکز درمان هم بر راه و رسم کاریابی، ادامه دادن کار، گفت‌وگو با دیگران و جلب توجه و تمایل آنها بود. در جریان درمان، ساعت‌ها روی این قضیه کار شد.

اما سرعت پیشرفت کارل کم بود. نه اینکه کارل نفهم بود یا علاقه‌ای به پیشرفت و کسب مهارت‌های مورد نظر و استفاده از آنها نداشت. مشکل این بود که حتی وقتی رفتاری را انجام می‌داد و موفق می‌شد، این موفقیت، تاثیر چندانی بر رفتار بعدی او نمی‌گذاشت. این چیز عجیبی بود. روان‌شناسان از همان ابتدا به سرعت یاد می‌گیرند که تقویت موجب بالا رفتن احتمال تکرار رفتار تقویت‌شده در وضعیت مشابه می‌شود. اما ظاهراً در مورد کارل این‌طور نبود. گویا تقویت باعث افزایش این انتظار در او نمی‌شد که آن رفتار در صورت تکرار، موفقیت‌آمیز خواهد بود. کارل ظاهراً استثنایی برای یکی از قوانین اصلی نظریهٔ یادگیری بود؛ یعنی این قانون که تقویت باعث نیرومندی عادت می‌شود!

درمانگر و مشاوران او چند ماه متحیر بودند. برای مثال، اعتمادبه‌نفس کارل پس از پر کردن فرم تقاضای کار و سپس به‌دست آوردن کار افزایش نیافت. در عوض، او موفقیت خود را معلول شانس دانست نه تلاش خودش. بعداً چند مورد مشابه دیگر هم اتفاق افتاد. کارل پس از اصرار درمانگر، با همکار مؤنثِ درمانگر، قرار گذاشت.

سرانجام درمانگر نتیجه گرفت شاید کارل، وقوع تقویت را خارج از حیطهٔ کنترل خویش می‌داند. اگر نتیجه‌گیری درمانگر درست بود، آن وقت معلوم می‌شد که چرا موفقیت‌های کارل باعث افزایش اعتمادبه‌نفس او نمی‌شود. به این ترتیب، کارل موردی استثنایی برای نظریهٔ یادگیری، محسوب نمی‌شد، بلکه مفهوم‌بندی درمانگر ناقص بود. تقویت بر رفتار «تاثیر می‌گذارد» به شرط آنکه بین رفتار و تقویت بعدی، رابطهٔ علّی برقرار شود. کارل به جای مهارت میان‌فردی، شانس را دخیل و مهم می‌دانست و وقتی شانس تعیین‌کننده باشد، تقویت نقشی در آینده نداشت. بنابراین ظاهراً معمای رفتار کارل حل شده بود یا دست‌کم، فرضیهٔ مهمی تدوین شده بود. در حقیقت، تحقیقات تجربی زیادی در انتظار این فرضیه بود. فقط چند سال تحقیق تجربی می‌توانست سودمند بودن یا نبودن فرضیهٔ شانس در برابر مهارت را اثبات کند. این حیطهٔ تحقیقاتی بعداً حیطهٔ ***کنترل درونی ـ بیرونی*** (راتر[1]، ۱۹۶۶) یا ***محل کنترل*** نام گرفت.

اختلال، در حال افزایش است (برای مثال، آیا تعداد موارد جدید مبتلایان به ایدز، امسال نسبت به پارسال زیاد شده است؟) اما **شیوع**، تخمین درصدی از جمعیت است که بیماری یا اختلال مورد نظر را دارد. برای مثال، شیوع عمومی اسکیزوفرنی یک درصد است که نشان می‌دهد هر عضو جمعیت، یک درصد احتمال دارد در زندگی دچار اسکیزوفرنی شود.

همه‌گیری‌شناسی از لحاظ تاریخی نقش بسیار مهمی در تحقیقات پزشکی داشته است تا بیماری‌های همه‌گیرشدهٔ اصلی، مثل وبا یا تب زرد، را بفهمیم و کنترل کنیم. اساس این روش تحقیق، شمردن موردها است. انتظار هم این است که با شمردن موردها بتوانیم توزیع و انتشار موردها در اجتماع یا منطقه را تحلیل کنیم. پرده‌برداری از ویژگی‌های ممتاز افراد و گروه‌های بیمار هم ما را به سوی علل بیماری مورد نظر و روش‌های انتشار یا تکثیر آن هدایت می‌کند. روش‌های همه‌گیری‌شناسی همچنین در شناسایی گروه‌های در معرض خطر، بسیار مهم هستند.

یک نمونهٔ معروف تحقیقات همه‌گیری‌شناسی، بررسی ***سیگار کشیدن و سلامتی*** است (بهداری ارتش، ۱۹۶۴). این بررسی با روش‌های سادهٔ شمارش و همبستگی، سیگار کشیدن را به سرطان ریه ربط داد. اگرچه بحث داغی درگرفت که آیا سیگار کشیدن واقعاً علت سرطان ریه است یا نه، اما بین سیگار کشیدن و سرطان ریه، رابطه و پیوند محسوسی وجود داشت (حدود ۹۰ درصد سرطان ریهٔ مردها با سیگار کشیدن رابطه داشت و مقدار و مدت سیگار کشیدن، با احتمال ابتلا به سرطان، رابطهٔ مثبتی

1. Rotter

داشت). این حقیقت دارد که تحقیقات همه‌گیری‌شناسی معمولاً امکان چندعلتی بودن را نشان می‌دهند (یعنی قبل از وقوع بیماری، باید چند عامل وجود داشته باشد یا هرچه تعداد عوامل مربوط بیشتر باشد، خطر ابتلا به بیماری بیشتر خواهد بود). اما این هم حقیقت دارد که همبستگی‌ها، علل را **پیشنهاد می‌کنند** نه اینکه علیت را ثابت کنند. اما پیش از هرگونه اقدام پیشگیرانه باید کل داستان علیت را شناخت. برای مثال ممکن نیست یقین حاصل کنیم که سیگار کشیدن، علت سرطان ریه است یا امکان دارد بگوییم تعامل آمادگی وراثتی و سیگار کشیدن است که باعث سرطان ریه می‌شود. با این حال می‌دانیم خطر ابتلا به سرطانِ مردانی کم می‌شود که سیگار کشیدن را ترک می‌کنند.

مثال دیگر در حوزهٔ سلامت روان، مطالعاتی است که رابطهٔ اسکیزوفرنی و طبقهٔ اجتماعی اقتصادی یا عوامل درهم‌ریختگی اجتماعی را نشان داده‌اند (فاریس و دانهام[1]، ۱۹۳۹؛ هالینگشید و ردلیچ[2]، ۱۹۵۸). دوباره می‌بینیم که اگرچه این نوع مطالعات، ماهیت اسکیزوفرنی را روشن نمی‌کنند، اما عوامل جمعیت‌شناختی اصلی دخیل در شیوع آن را نشان می‌دهند. روان‌شناسان بالینی مجهز به این نوع اطلاعات می‌توانند کسانی را شناسایی کنند که آسیب‌پذیری بالقوهٔ آنها در برابر اسکیزوفرنی بالا است. سپس می‌توانند برنامه‌هایی طراحی کنند که امکان تشخیص زودهنگام شروع این بیماری در مردم را می‌دهند یا برای کسانی که در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنی هستند، برنامه‌های درمانی خاصی تدارک ببینند.

بخش زیادی از تحقیقات همه‌گیری‌شناسی، برگرفته از نظرسنجی‌ها یا مصاحبه‌ها است. اما اطلاعات حاصل از نظرسنجی یا مصاحبه، معضلات و مشکلات بالقوه‌ای دارد. برای مثال، مشکل روانی را چطور تعریف می‌کنیم و وقتی آن را تعریف کردیم، موردها را کجا می‌شمریم؟ سرکشی صرف به درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها، به معنای نادیده گرفتن اما کن دیگر است. مشکلات این روش وقتی بیشتر می‌شود که بخواهیم صورت‌های خفیف‌تر ناکارآمدی را بررسی کنیم. در این حالت، اصولاً به روش‌های عینی و دقیق برای تعریف و اندازه‌گیری مسئله نیاز داریم. همچنین به آن دسته از روش‌های نظرسنجی احتیاج داریم که اجازه می‌دهند بروز و شیوع حقیقی مشکل را تخمین بزنیم و صرفاً سراغ موردهای تحت درمان یا موردهایی نرویم که تقاضای درمان کرده‌اند. باید از ساکنان و شهروندان (خانه به خانه یا منطقه به منطقه) نمونه‌گیری کنیم نه صرفاً از درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و موسسات. اشکال بالقوهٔ دیگر اطلاعات حاصل از نظرسنجی این است که پاسخ‌دهندگان ممکن است احساس کنند حتماً باید «پاسخ درست» بدهند. در این حالت فقط دنبال گزارش چیزهایی هستند که از لحاظ اجتماعی خوشایندند و تجربه‌های دیگری را که کمتر از نظر دیگران خوشایندند، منکر می‌شوند. برای مثال، پاسخ‌دهندگان به‌دلیل شرم‌آور بودن نشانه‌های آسیب روانی (مثل داشتن توهمات شنیداری) اقرار نکنند که چنین نشانه‌هایی داشته‌اند.

همچنین، برخی از پاسخ‌دهندگان مجبور می‌شوند چیزهایی را به یاد آورند که به سال‌ها قبل مربوط می‌شود. این نوع اطلاعات حاصل از بازنگری می‌تواند تحریف‌آلود و پر از حذفیات و حشویات باشد. برای مثال، در مطالعه‌ای (هنری، مافیت، کاسپی، لانگلی و سیلوا[3]، ۱۹۹۴) معلوم شد ۱۸ ساله‌هایی که از زمان تولد تا ۱۸ سالگی به دقت و منظم تحت سنجش قرار گرفته بودند، دربارهٔ تجارب دوران کودکی خود (مثل اختلافات خانوادگی، نشانه‌های افسردگی یا اضطراب و یا میزان بیش‌فعالی خود) گزارش‌های دقیقی نمی‌دادند. این یافته‌ها از آن نظر مهم است که روان‌شناسان بالینی معمولاً این نوع بازنگری‌ها را از مراجعان یا شرکت‌کنندگان در تحقیق می‌خواهند. نکته این است که باید مراجعان یاشرکت‌کنندگان تحقیق را **در همان زمان مورد نظر** بسنجیم نه اینکه مبنای سنجش را صرفاً گزارش‌های واپس‌نگر آنها قرار دهیم.

اخیراً چند مطالعهٔ بزرگ و فراگیر با روش همه‌گیری‌شناسی درباره اختلال روانی صورت گرفته است (برای مثال، مطالعهٔ ملی تقارن بیماری‌ها، کسلر[4]، ۲۰۰۵b، ۲۰۰۵a؛ مطالعهٔ کودکان

1. Faris and Dunham
2. Hollingshead and Redlich
3. Henry, Moffitt, Caspi, Langley and Silva
4. Kessler

منطقهٔ کوه‌های دودی بزرگ، کاستلو[1] و دیگران، ۱۹۹۶). همچنین کسلر و دیگران (۲۰۰۵a، ۲۰۰۵a) مصاحبهٔ تشخیصی ساختارداری روی یک نمونهٔ ملی در ایالات متحدهٔ امریکا انجام دادند تا شیوع ۱۲ ماهه و عوارض انواع اختلالات روانی را تخمین بزنند. اطلاعاتی به‌دست آمد تا سن شروع هر اختلال مشخص شود. برخی از نتایج این تحقیق، در جدول ۱ ـ ۴ آمده است. نکتهٔ بسیار جالب، تفاوت در سن شروع اختلالات است. به‌ویژه، میانهٔ سن شروع دو اختلال کنترل تکانه و اختلالات اضطرابی پایین‌تر بود (تقریباً ۱۱ سالگی)، در حالی که میانهٔ سن شروع برای اختلالات مصرف مواد و اختلالات خلقی، اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بود (یعنی به ترتیب، ۲۰ سالگی و ۳۰ سالگی). این نکته در جدول ۱ ـ ۴ نیامده است ولی کسلر و دیگران (۲۰۰۵a، ۲۰۰۵b) گزارش دادند زن‌ها بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی بودند و مردها بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات کنترل تکانه و مصرف مواد. بنابراین، مرد بودن برای اختلال کنترل تکانه و اختلال مصرف مواد، عامل خطر است. البته عوامل خطر به جنسیت محدود نمی‌شود و می‌تواند ویژگی‌های دیگر اجتماعی جمعیت‌شناختی باشد (مثل پایگاه اجتماعی اقتصادی، سن، شهری یا روستایی بودن و غیره).

روش‌های همبستگی

دیدیم که همه‌گیری‌شناسی معمولاً به روش‌های همبستگی متکی است؛ یعنی همبستگی (عوامل خطر) بیماری یا اختلال را می‌سنجد. حال با دقت بیشتری بر ***روش‌های همبستگی*** تمرکز می‌کنیم. این روش‌ها ما را قادر می‌کنند بفهمیم آیا متغیر الف با متغیر ب رابطه دارد. برای مثال آیا فلان الگوی نمرات در آزمون هوش با این یا آن طبقهٔ تشخیصی روان‌پزشکی مرتبط است؟ آیا فلان ویژگی‌های بیمار با نتایج درمان مرتبط است؟ آیا افسردگی و جنسیت رابطه دارند.

فن همبستگی . برای تعیین همبستگی دو متغیر، ابتدا باید دو مجموعه مشاهده داشته باشیم. برای مثال فرض کنید دو آزمون را روی ۱۰ آزمودنی اجرا می‌کنیم. یکی از آزمون‌ها، اضطراب و دیگری، اعتقاد به کنترل بیرونی (در مقابل کنترل درونی) را اندازه می‌گیرد. اطلاعات این تحقیق فرضی، در جدول ۲ ـ ۴ درج شده است. اگر این داده‌ها همبستگی داشته باشند، ضریب همبستگی به دست می‌آید که در تحقیق فرضی ما، ۰/۷۶ + است و از یک رابطهٔ مثبت قوی خبر می‌دهد. با افزایش نمرات اضطراب، نمرات اعتقاد به کنترل بیرونی هم افزایش می‌یابد که معنایش آن است که رابطهٔ اضطراب و احساس عدم کنترل مثبت است.

ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون معمولاً شاخصی است که برای تعیین میزان رابطهٔ دو متغیر از آن استفاده می‌شود. علامت این ضریب هم حرف r است که بین ۱ ـ تا ۱ + تغییر می‌کند. وقتی r مساوی ۱ + باشد، معنایش این است که دو متغیر، رابطهٔ مثبت کامل دارند. اما اگر r مساوی ۱ ـ باشد، دو متغیر رابطهٔ منفی کامل دارند. r مساوی ۰/۷۶ + در جدول ۲ ـ ۴ هم از رابطهٔ مثبت بالا ولی غیرکامل خبر می‌دهد.

نمودار پراکندگی نقطه‌ای دو متغیر جدول ۲ ـ ۴ را در نمودار ۱ ـ ۴ می‌بینید. هر یک از این نقاط در تناظر با نمرات آزمودنی در دو آزمون اضطراب و کنترل بیرونی است. برای مثال، نقطه‌ای که در منتهاالیه پایین سمت چپ نمودار قرار دارد، نمرهٔ ۴ را الف در آزمون اضطراب و نمرهٔ ۱۲ او در آزمون کنترل بیرونی را نشان می‌دهد. نمودار ۲ ـ ۴، پراکندگی‌های چند همبستگی را نشان می‌دهد.

هرچه رابطه به کامل بودن، نزدیک‌تر باشد، نقطه‌ها بیشتر به شکل خط درمی‌آیند. وقتی هم r معادل صفر باشد (یعنی رابطه‌ای وجود نداشته باشد) نقطه‌ها تقریباً به‌طور تصادفی روی نمودار پراکندگی پخش می‌شوند.

مسئلهٔ علیت . همان‌طور که درباره تحقیقات همه‌گیری‌شناسی گفتیم، روش‌های همبستگی نمی‌توانند به مسئله علت و معلول جواب دهند. ما بر اساس همبستگی صرف نمی‌توانیم ادعا کنیم یک متغیر، علت متغیر دیگر بوده است، حال، همبستگی هرچقدر هم می‌خواهد منطقی به نظر برسد. برای مثال، فرض کنید محققی بین اسکیزوفرنی و بالا بودن میزان انتقال‌دهندهٔ عصبی دوپامین در دستگاه عصبی مرکزی همبستگی پیدا می‌کند. آیا

1. Costello

جدول ۱ـ۴: شیوع دوازده‌ماهه و عمری اختلالات روانی مندرج در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) و میانهٔ سنی شروع

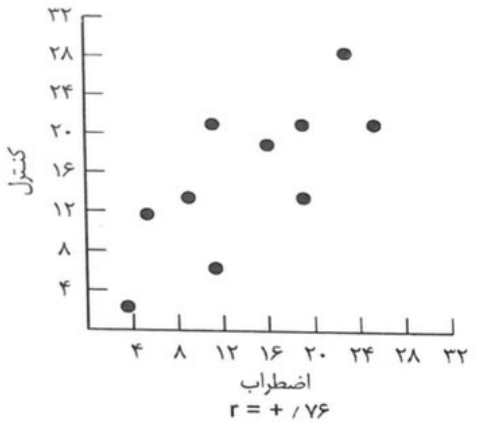
	عمری	دوازده‌ماهه	سن شروع
اختلالات اضطرابی			
اختلال وحشت‌زدگی	۴/۷	۲/۷	۲۴
هراس از مکان‌های باز بدون وحشت‌زدگی	۱/۴	۰/۸	۲۰
هراس خاص	۱۲/۵	۸/۷	۷
هراس اجتماعی	۱۲/۱	۶/۸	۱۲
اختلال اضطراب تعمیم‌یافته	۵/۷	۳/۱	۳۱
اختلال اضطراب پس از ضربه	۶/۸	۳/۵	۲۳
اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی	۱/۶	۱	۱۹
اختلال اضطراب جدایی	۵/۲	۰/۹	۷
هرگونه اختلال اضطرابی	**۲۸/۸**	**۱۸/۱**	**۱۱**
اختلال خُلقی			
اختلال افسردگی ماژور	۱۶/۶	۶/۷	۳۲
افسرده‌خویی (یا همان دیس‌تایمی)	۲/۵	۱/۵	۳۱
اختلالات دوقطبی نوع یک و دو	۳/۹	۲/۶	۲۵
هرگونه اختلال خلقی	**۲۰/۸**	**۹/۵**	**۳۰**
اختلالات کنترل تکانه			
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۸/۵	۱	۱۳
اختلال سلوک	۹/۵	۱	۱۳
اختلال کمبودتوجه / بیش‌فعالی	۸/۱	۴/۱	۷
اختلال انفجاری متناوب	۵/۲	۲/۶	۱۵
هرگونه اختلال کنترل تکانه	**۲۴/۸**	**۸/۹**	**۱۱**
اختلالات مصرف مواد			
سوءمصرف الکل	۱۳/۲	۳/۱	۲۱
وابستگی به الکل	۵/۴	۱/۳	۲۳
سوءمصرف دارو	۷/۹	۱/۴	۱۹
وابستگی دارویی	۳	۰/۴	۲۱
هرگونه اختلال مصرف مواد	**۱۴/۶**	**۳/۸**	**۲۰**
هرگونه اختلال راهنمای تشخیصی و آماری	**۴۶/۴**	**۲۶/۲**	**۱۴**

منبع: نرخ عمری و دوازده‌ماههٔ نسبت امریکایی‌های دارای اختلال روانی. اقتباس از کسلر، برگلاند و دیگران (۲۰۰۵)؛ کسلر، چیو و دیگران، (۲۰۰۵).

معنایش این است که اسکیزوفرنی معلول بالا رفتن بیش از حد دوپامین است یا اینکه دورهٔ اسکیزوفرنی باعث می‌شود میزان دوپامین تغییر کند؟ شاید هم متغیر سومی در بین است. برای مثال، بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، سابقهٔ طولانی مصرف داروهای روانگردان (مثل آمفتامین‌ها) را دارند؛ این مصرف طولانی داروها می‌تواند بر سطح انتقال‌دهنده‌های عصبی تاثیر بگذارد. بنابراین محققان نباید فرض را بر این بگذارند که یک متغیر، علت متغیر دیگر است؛ زیرا همیشه امکان وجود متغیر سومی (که اندازه‌گیری نشده) مطرح است.

جدول ۲ ـ ۴: داده‌های فرضی درباره همبستگی اضطراب و کنترل

آزمودنی	نمرهٔ اضطراب	نمرهٔ کنترل
آن	۲۶	۲۲
جین	۲۴	۲۸
تام	۲۰	۲۲
خوان	۲۰	۱۴
استر	۱۶	۱۸
ایندریا	۱۲	۲۲
روبرتو	۱۲	۶
کوین	۱۰	۱۴
یاسمین	۶	۱۲
رالف	۴	۲



نمودار ۱ ـ ۴: نمودار پراکندگی داده‌های جدول ۲ ـ ۴

نمونهٔ کلاسیک **مسئلهٔ متغیر سوم**، همبستگی معنادار تعداد جرائم با تعداد کلیساها و کنیسه‌های موجود است. آیا معنایش این است که این **علت** جرم و بزهکاری است؟ نه. متغیر سومی که در این مشاهده لحاظ نشده و مورد غفلت واقع شده، جمعیت است. میزان جرم و تعداد کلیساها و کنیسه‌ها، همبستگی مثبتی با جمعیت دارند. دلیل همبستگی داشتن جرم و کلیسا هم این است که افزایش جمعیت موجب افزایش هر دو می‌شود.

روش‌های همبستگی می‌توانند نشان دهند که فرضیهٔ علت و معلول، بی‌اعتبار است. اگر انتظار داریم متغیر الف، علت متغیر ب باشد، کمترین کاری که می‌کنیم این است که باید نشان دهیم آنها همبستگی دارند. پیدا نکردن رابطه‌ای معنادار بین متغیر الف و ب، به احتمال زیاد معرف ابطال فرضیه است. در عین حال اگرچه از ضرایب همبستگی نمی‌توان استنباطات علّی کرد، اما به آن معنا هم نیست که اصلاً رابطهٔ علت و معلولی وجود ندارد.

اما روابط علت و معلولی از طریق روش‌های آزمایشی (که بعداً توضیح خواهیم داد) اثبات می‌شود. روش‌های تحقیقی وجود دارد که می‌تواند مسئلهٔ علیت را حل کند؛ مثل همتاسازی شرکت‌کنندگان در دیگر متغیرهایی که در رابطهٔ حاصل نقش دارند یا روش طولی که متغیرها را پیش از شکل‌گیری اختلالات بررسی می‌کند. اما روش‌های مورد نظر معمولاً پیچیده و هزینه‌بر هستند و به همین دلیل، کمتر استفاده می‌شوند.

گاهی اوقات مجبور می‌شویم از روش‌های همبستگی استفاده کنیم؛ چون به لحاظ اخلاقی یا عملی نمی‌توانیم متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت زناشویی یا ترتیب تولد را دستکاری کنیم. برای مثال نمی‌توانیم یک نفر را آموزش دهیم باکودکی بدرفتاری کند تا تاثیرات بدرفتاری بر اختلال اضطراب پس از ضربه را مطالعه کنیم. برخی چیزها را فقط با مشاهدهٔ وقوع آنها می‌توانیم مشاهده کنیم و ایجاد آنها پذیرفتنی نیست.

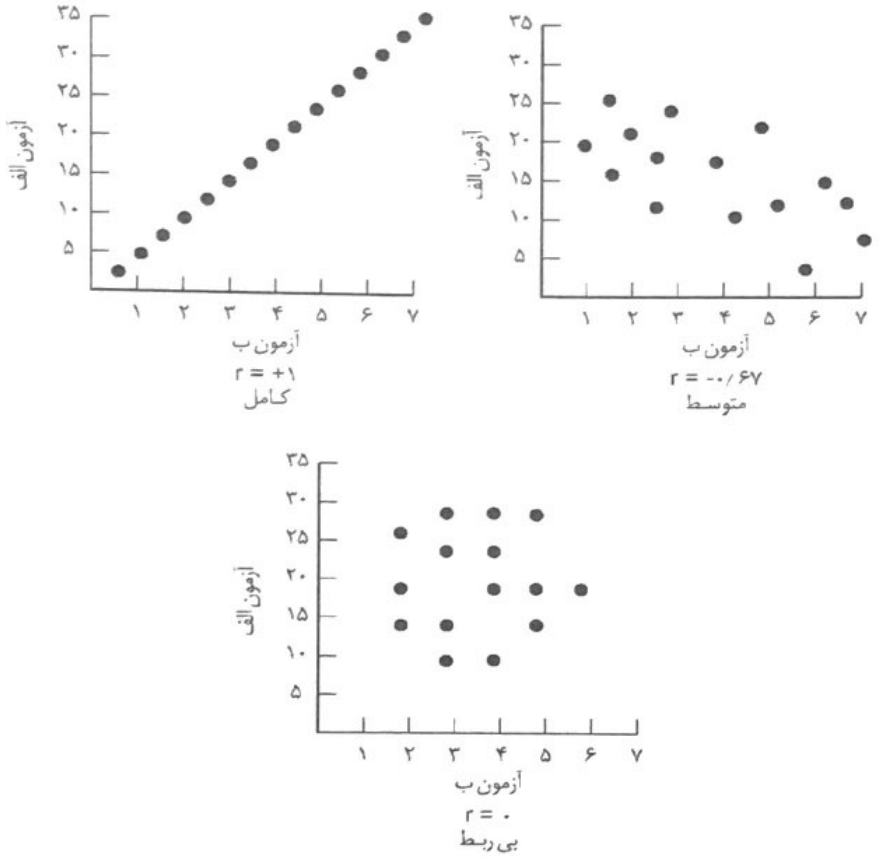
تحلیل عاملی. ***تحلیل عاملی*** که حاصل راهبرد همبستگی است، روشی برای بررسی روابط همزمان چند متغیر است. در این روش برای تعیین اینکه کدام متغیرها تغییر محسوسی می‌کنند و بنابراین با یکدیگر رابطهٔ کارکردی دارند، همبستگی‌های مجزایی برقرار می‌شود. اعتقاد هم بر این است که وقتی چند متغیر با هم تغییر می‌کنند، باید عنصر مشترکی داشته باشند.

مثال‌های زیر را در نظر بگیرید. فرض کنید می‌خواهیم عناصر اصلی و سازندهٔ «مهارت بالینی» را شناسایی کنیم. ابتدا از چند قضاوتگر می‌خواهیم ۱۰۰ روان‌شناس بالینی را برگزینند که سوابق درخشانی در زمینهٔ ارائه خدمات ماهرانه [بالینی] دارند. سپس روی آنها تعداد زیادی آزمون مهارت‌ها و دستاوردهای بالینی اجرا می‌کنیم. فرض کنیم هفت آزمون زیر را اجرا کرده‌ایم:

الف = آزمون هوشبهر

ب = آزمون پیشرفت ریاضی

ج = آزمون استدلال فضایی



نمودار ۲ـ۴: چند نمودار پراکندگی که مقادیر متفاوت رابطه را نشان می‌دهند.

د = آزمون استدلال تحلیلی

ه = اندازهٔ همدلی

و = اندازهٔ سازگاری شخصی

ز = اندازهٔ نوع‌دوستی

سپس همبستگی هر آزمون را با آزمون‌های دیگر محاسبه می‌کنیم. به این ترتیب، به یک ماتریس همبستگی می‌رسیم که در آن، همبستگی‌های موجود میان هر دو آزمون جداگانه نشان داده می‌شود. این ماتریس و همبستگی‌های فرضی آن را در جدول ۳ـ۴ می‌بینید.

وقتی به این ماتریس همبستگی نگاه می‌کنیم، الگوی جالبی به چشم می‌خورد. اندازه‌های الف، ب، ج و د، همگی رابطهٔ مثبتِ قوی دارند (همبستگی در آنها بین ۰/۷ تا ۰/۸ است). در عین حال، اندازه‌های ه، و و ز نیز با یکدیگر همبستگی بالایی دارند (همبستگی در آنها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ است). اما بین گروه ه، و، ز و الف، ب، ج، د تقریباً هیچ رابطه‌ای وجود ندارد (برای مثال، رابطهٔ الف و ه، ۰/۱۵، رابطهٔ ب و و، ۰/۱ و رابطهٔ د و ز، ۰/۱۲ است). این الگوها نشان می‌دهد الف، ب، ج و د ظاهراً یک بُعد یا ***عامل*** اساسی را اندازه می‌گیرند. همچنین ه، و و ز هم با یکدیگر رابطه دارند و بُعد زیربنایی دومی را نشان می‌دهند. البته، تحلیل عاملی، با ماتریس‌های همبستگی بزرگ‌تر از ماتریس همبستگی این هفت اندازه صورت می‌گیرد. اگر ۲۰۰ اندازه داشته باشیم، با یک حدس و توضیح ساده نمی‌توانیم این کار را انجام دهیم.

جدول ۳ ـ ۴: ماتریس فرضی همبستگی هفت آزمون

آزمون الف	ب	ج	د	هـ	و	ز
الف	۰/۷	۰/۸	۰/۷۵	۰/۱۵	۰/۲	۰/۱
ب		۰/۷۵	۰/۷۰	۰/۱۲	۰/۱	۰/۱
ج			۰/۷	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۱۱
د				۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۱۲
هـ					۰/۸	۰/۸۵
و						۰/۷۵

منبع: ویراست سوم ***مقدمه‌ای بر شخصیت*** نوشتهٔ ایی. جری. فیرس (۱۹۹۱)

مثال قبل نشان می‌دهد در مهارت بالینی، دو عامل یا بُعد دخالت دارد. اجازه دهید آنها را عامل ۱ (که حاصل همبستگی‌های الف، ب، ج و د است) و عامل ۲ (که حاصل هـ، و و ز است) در نظر بگیریم. این دو عامل در کنار یکدیگر، روابط مهم درون این ماتریس را نشان می‌دهند. معمولاً این عوامل بعداً نام‌گذاری می‌شوند. نام‌گذاری، مرحله‌ای بسیار استنباطی است که گاهی اوقات مشکلات ارتباطی [و سوءتفاهم] ایجاد می‌کند. نام‌ها گاهی اوقات اطلاعاتی را منتقل می‌کنند که منظور محققان نبوده است. اما در مثال مورد نظر می‌توانیم برای عامل ۱ که الف، ب، ج و د را شامل می‌شود، نام توانایی عقلی را انتخاب کنیم. اما نام‌گذاری عامل ۲ سخت‌تر است؛ چون همدلی، سازگاری و نوع‌دوستی را شامل می‌شود.

تحلیل عاملی، روش خوبی برای سازماندهی روابط آرایه‌های بزرگ داده‌ها است. تحلیل عاملی که روشی برای شناسایی عناصر اصلی مهارت بالینی (در مثال ما) یا عناصر اصلی شخصیتی است، جواب نهایی محسوب نمی‌شود. وانگهی آنچه از تحلیل عاملی به‌دست می‌آید، به ماهیت اندازه‌های اولیه بستگی دارد. آنچه وقتی در مجموعه آزمون‌های نمونهٔ مورد استفاده برای مطالعهٔ مهارت بالینی، فلان چیز لحاظ نشده باشد، آن چیز به سختی می‌تواند در پایان به یک عامل مبدل شود!

رویکرد مقطعی در مقابل رویکرد طولی

یکی دیگر از طبقه‌بندی‌های تحقیقاتی، طبقه‌بندی تحقیقات در قالب تحقیقات مقطعی یا طولی است. در *طرح مقطعی*، افرادی که ممکن است سنین متفاوتی داشته باشند، در یک مقطع زمانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و با هم مقایسه می‌شوند. در *طرح طولی*، آزمودنی‌ها در طی زمان پیگیری می‌شوند. در نمودار ۳ ـ ۴، صورت اصلی این دو رویکرد را می‌بینید. در نمودار مورد نظر، *ردیف الف*، طرح طولی را نشان می‌دهد و *ستون ب*، طرح مقطعی را.

تاریخ تولد	سن					
		ب				
۱۸۹۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	
۱۸۹۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	
۱۹۰۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	
۱۹۰۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	
۱۹۱۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	الف
۱۹۱۵	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	
۱۹۲۰	۳۵	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	
۱۹۲۵	۳۰	۳۵	۴۰	۴۵	۵۰	
زمان اندازه‌گیری	۱۹۵۵	۱۹۶۰	۱۹۶۵	۱۹۷۰	۱۹۷۵	

نمودار ۳ ـ ۴: طرح‌های مقطعی و طولی

منبع: وودروف ـ پک، روان‌شناسی و پیر شدن (ص ۳۲) (۱۹۸۸)

رویکردهای مقطعی از دستهٔ رویکردهای همبستگی هستند؛ چون محقق نمی‌تواند سن شرکت‌کنندگان در تحقیق را تغییر دهد یا آنان را در گروه‌های سنی دیگری جا دهد. از آنجاکه در هر گروه سنی، شرکت‌کنندگان متفاوتی قرار دارند، محقق نمی‌تواند فرض کند نتیجهٔ تحقیق، منعکس‌کنندهٔ تغییرات سنی است، بلکه تفاوت‌های گروه‌های سنی تحت بررسی را منعکس می‌کند. این تفاوت‌ها می‌توانند معلول دوران یا زمانه‌ای باشند که شرکت‌کنندگان در آن بزرگ شده‌اند نه معلول سن آنها. برای نمونه ممکن است ۶۵ ساله‌ها از ۳۵ ساله‌ها مقتصدتر و صرفه‌جوتر باشند. آیا معنایش این است که افزایش سن باعث مقتصد شدن آدم‌ها می‌شود؟ شاید. اما این امکان هم وجود دارد که ۶۵ ساله‌ها در زمانه‌ای زندگی کرده‌اند که پول در آوردن خیلی سخت بوده است.

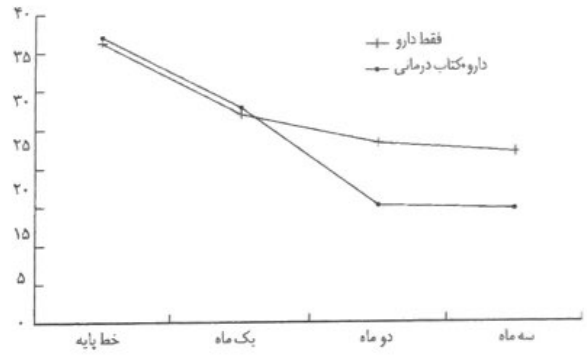
اما در مطالعات طولی، داده‌های مربوط به یک عده آدم خاص را طی یک برهه جمع‌آوری می‌کنیم. با طرح‌های طولی می‌توانیم سیر تغییر رفتار یا فرایندهای ذهنی را با گذشت عمر

بفهمیم. مطالعات طولی از لحاظ تفسیری، محققان را قادر می‌کند دربارهٔ روابط عامل‌هایی که با هم تغییر می‌کنند، حدس‌های بهتری بزنند. این مطالعات همچنین کمک می‌کند مشکل متغیر سوم را کم کنیم که در بیشتر مطالعات همبستگی پیش می‌آید. برای نمونه، فرض کنید می‌دانیم که در طول عمر انسان حالت افسردگی پیش می‌آید و از بین می‌رود. اگر افسردگی دلیل همبستگی کاهش وزن معنادار و کاهش اعتمادبه‌نفس باشد، آنگاه هر دو مورد باید با تغییر افسردگی تغییر کنند.

البته طرح‌های مقطعی و طولی انواع زیادی دارند. اما مشکل اصلی درباره طرح‌های طولی، مشکلات عملی این طرح‌هاست. اجرای چنین طرح‌هایی هزینه‌بر است و صبر و دقت نظر زیادی می‌خواهد. حتی گاهی اوقات محققان باید وجود اشتباه در طرح را چند سال تحمل کنند یا با روش‌های تحقیق و سنجشی کنار بیایند که از دور خارج شده‌اند. سرانجام اینکه گاهی اوقات شرکت‌کنندگان در مطالعات طولی از طرح خارج می‌شوند و باید نشان داد شرکت‌کنندگان باقیمانده هنوز معرف کل گروه هستند.

روش آزمایشی

برای تعیین رابطهٔ علت و معلولی رویدادها باید روش‌های آزمایشی را اجرا کنیم. مطالعهٔ فرضی زیر را در نظر بگیرید که از مطالعه آزمایشی نِیلر[1] و دیگران (۲۰۰۷) ملهم است؛ مطالعه‌ای که می‌خواست مشخص کند آیا افزودن کتاب‌درمانی، یعنی خواندن کتاب‌های آموزشی دربارهٔ مسائل و مشکلات روان‌شناختی، نتیجهٔ دارودرمانی بیماران افسرده را بهبود می‌بخشد یا نه. این طرح تحقیق، ویژگی‌های مهم *روش آزمایشی* را نشان می‌دهد. مطالعهٔ مورد نظر در درمانگاه مراقبت‌های اولیه اجرا شد و شرکت‌کنندگان آن ۲۱ تا ۵۰ ساله بودند. *گروه آزمایشی* ۵۰ شرکت‌کننده داشت که ظرف یک ماه گذشته، مصرف داروی ضدافسردگی را شروع کرده بودند. از گروه آزمایشی خواسته شد در کنار مصرف داروی ضدافسردگی، کتاب خودیاری مشهوری در زمینهٔ افسردگی، به نام *احساس خوب* (برنز[2]، ۱۹۹۹) را بخوانند. برای اطمینان یافتن از اینکه کتاب یادشده را می‌خوانند قرار شد هفته‌ای یک‌بار به آنها تلفن زده شود تا علاوه بر اینکه معلوم شود آیا داروهای خود را درست مصرف می‌کنند یا نه، بگویند در هفته قبل کدام فصل‌های کتاب را تمام کرده‌اند. *گروه گواه* هم ۵۰ شرکت‌کننده داشت که مثل گروه آزمایشی، ظرف یک ماه گذشته، مصرف داروی ضدافسردگی را شروع کرده بودند. اما برخلاف آنها، قرار نبود کتاب بخوانند و فقط هفته‌ای یک‌بار به آنها تلفن می‌زدند تا بفهمند آیا داروها را درست مصرف می‌کنند یا نه.



نمودار ۴ـ۴: نمرات پایهٔ افسردگی پس از شروع دارودرمانی (یک ماه بعد)، پس از مداخله (دو ماه بعد) و در پیگیری (سه ماه بعد).

هر دو گروه در آغاز در خصوص متغیرهایی مثل میزان افسردگی قبل از مصرف دارو، جنسیت، سن، سطح اجتماعی‌اقتصادی و میزان کلی ناراحتی هیجانی و بدنی همتا شدند. اما گمارش آنها در دو گروه کتاب‌درمانی یا گروه مصرف داروی صرف، به‌صورت تصادفی انجام شد. اندازهٔ اصلی مورد علاقه، سطح میزان افسردگی پایه، پس از یک ماه مصرف دارو، پس از دو ماه مصرف دارو (و برای گروه آزمایشی، پس از کتاب‌درمانی) و سه ماه بعد بود. نمودار ۴ـ۴ یافته‌های حاصل از خودگزارشی‌های دو گروه دربارهٔ افسردگی‌شان را نشان می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، نمرات افسردگی برای گروه افسردگی پس از مداخلهٔ کتاب‌درمانی و در مقطع پیگیری، در حد

1. Naylor 2. Burns

محسوسی کمتر شده است. این نتایج حاکی از این است که کتاب‌درمانی می‌تواند جدای از تاثیرات دارودرمانی، افسردگی را کم کند.

این مطالعه، چندویژگی یک مطالعهٔ آزمایشی عادی را نشان می‌دهد. ***فرضیهٔ آزمایشی*** مبنی بر اینکه کتاب‌درمانی می‌تواند در کنار دارودرمانی در مراکز مراقبت اولیه موثر واقع شود، محصول مشاهدهٔ جمعیت‌های مشابه و تحقیقات انتشار یافته بود. فرض بر این است که ***متغیر مستقل*** که تحت کنترل محقق است، بر رفتار شرکت‌کننده که به آن ***متغیر وابسته*** می‌گویند، تاثیر علّی دارد. در این مطالعه، کتاب‌درمانی، متغیر مستقل بود و محققان آن را دستکاری می‌کردند. به عبارت دیگر، گروهی کتاب‌درمانی می‌شدند، گروه دیگر نمی‌شدند. متغیر وابسته، سطح افسردگی گزارش‌شده توسط شرکت‌کننده در تحقیق بود. در روش آزمایشی خوب، آزمودنی‌ها در خصوص متغیرهای مهمی ***همتا می‌شوند*** که می‌توانند بر نتیجهٔ تحقیق تاثیر بگذارند (برای مثال، در خصوص جنسیت، سن، سطح قبلی افسردگی). در ضمن، شرکت‌کنندگان تحقیق را باید به‌طور ***تصادفی*** در دو گروه آزمایشی و گواه قرار دهیم. مبنای این کار هم آن است که تنها تفاوت مهم دو گروه، باید قرار گرفتن در معرض کتاب‌درمانی باشد. به این ترتیب، کاهش نمرات افسردگی در گروه آزمایشی را می‌توانیم افزوده شدن کتاب‌درمانی به روند درمان فرض کنیم.

کادر ۳ ـ ۴ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر اسکات اُ. لیلینفلد

اسکات اُ. لیلینفلد [1] استاد روان‌شناسی دانشگاه اِموری آتلانتا است و از سال ۱۹۹۴ به بعد، عضو هیئت علمی این دانشگاه بوده است. دکتر لیلینفلد مدرک کارشناسی روان‌شناسی خود را در سال ۱۹۸۲ در دانشگاه کورنل و دکترای روان‌شناسی (بالینی) خود را در سال ۱۹۹۰ از دانشگاه مینسوتا گرفت. او همکار سردبیر Journal of Abnormal Psdychology، رییس اسبق جامعهٔ علم روان‌شناسی بالینی و رییس انتخابی جامعهٔ مطالعهٔ علمی ضداجتماعی بودن است. حوزه‌های مطالعاتی اصلی او عبارت است از: شخصیت ضداجتماعی، طبقه‌بندی و تشخیص روان‌پزشکی، درمان بالینی شواهدبنیاد و فرق علم و علم کاذب در روان‌شناسی. کارهای دکتر لیلینفلد در زمینهٔ علم و علم کاذب، در مجلاتی مثل نیویورک تایمز، لوس‌آنجلس تایمز، والستریت ژورنال، نیوزویک، تایم، بوستون گلاب، واشینگتن پُست، یو اس اِی تودی، نیویورکر، یو اس نیوز، ورلد ریپورت و ساینتیفیک آمریکن چاپ شده است. در ضمن در برنامه‌های تلویزیونی ABC،s20/20 سی ان ان، اخبار شامگاهی سی بی اس و در برنامهٔ رادیویی National Public Radio شرکت کرده است. دکتر لیلینفلد در سال ۱۹۹۸ جایزهٔ دیوید شِیکو را برای مشارکت زودهنگام شغلی در روان‌شناسی بالینی از شعبهٔ دوازده انجمن روان‌شناسی امریکا دریافت کرد. در سال ۲۰۰۷ هم به عنوان عضو انجمن علم روان‌شناسی برگزیده شد. دکتر لیلینفلد در عین حال، عضو کمیتهٔ تفحص شکاکانه و موسسهٔ علم در پزشکی و (به همراه دکتر هال آرکوویتز)، ستون‌نویس ثابت مجلهٔ ***ساینتیفیک آمریکن*** است.

از دکتر لیلینفلد درباره سوابقش در زمینه‌هایی که در آنها تخصص دارد و ارزیابی او در خصوص رشتهٔ روان‌شناسی بالینی پرسیدیم.

چطور شد به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

در سال سوم دبیرستان کتابی خواندم که عنوان سادهٔ **ذهن** را داشت. این کتاب را خواندم و فوراً گیر افتادم؛ پس از خواندن آن تصمیم گرفتم تا می‌توانم دربارهٔ روان‌شناسی یاد بگیرم. مجذوب رازهای حل‌نشدهٔ روان‌شناسی شدم: چرا خواب می‌بینیم؟ چرا عاشق می‌شویم؟ چرا خیلی چیزها را خوب به یاد نمی‌آوریم ولی برخی چیزهای دیگر را خوب به یاد می‌آوریم؟ چرا بعضی آدم‌ها دچار اسکیزوفرنی می‌شوند؟ اما تا سال سوم دورهٔ کالج در دانشگاه کورنل طول کشید تا تصمیم بگیرم وارد رشتهٔ روان‌شناسی بالینی شوم. پیش از آن، مطالعه دربارهٔ بیماری روانی برای من جالب بود، ولی فرض من این بود که بیشتر مباحث این حوزه، «ابکی» و غیرعلمی هستند. اما پس از آنکه واحد درسی پیشرفتهٔ آسیب‌شناسی روانی آزمایشی را گذراندم که باب دورکین آن را تدریس می‌کرد، فهمیدم سخت در اشتباه بوده‌ام. درس دورکین (که وقتی به گذشته برمی‌گردم می‌گویم ای کاش آن را بیشتر می‌فهمیدم) به من یاد داد ما می‌توانیم آسیب‌شناسی روانی را آن‌قدر روش‌مند و دقیق بررسی کنیم که بتوانیم به سوالات مهمی دربارهٔ علل اختلالات روانی پاسخ دهیم. از آن به بعد بود که فهمیدم رشتهٔ روان‌شناسی بالینی بسیار تفکربرانگیز است؛ در نتیجه، کار بالینی به عنوان دانشجوی ترم بالایی کارشناسی را شروع کردم و به عنوان

1. Scott O. Lilienfeld

دانشجوی تحصیلات تکمیلی فهمیدم این رشته از لحاظ هیجانی مرا خیلی ارضا می‌کند.

در مقام روان‌شناس بالینی چه کارهایی انجام می‌دهید؟

مشغول تحقیق هستم آن‌هم با تمرکز بر سنجش شخصیت ضداجتماعی (ضداجتماعی بودن) و علل آن و اختلالات شخصیت مرتبط با آن. همچنین برای مجلات تجربی مقاله می‌نویسم. دربارهٔ موضوعاتی مثل اختلالات شخصیت، طبقه‌بندی و تشخیص روان‌پزشکی، درمانگری شواهدبنیاد در روان‌شناسی بالینی و فرق علم و علم کاذب در روان‌شناسی بالینی هم مقالات مفهومی/نظری می‌نویسم. همچنین مطالب زیادی برای مردم می‌نویسم؛ به‌ویژه دربارهٔ اصلاح افسانه‌ها و تصورات غلط رایج دربارهٔ روان‌شناسی. یکی از علایق مهم دیگر من، تدریس است؛ من در مقطع کارشناسی، روان‌شناسی مقدماتی و در مقطع تحصیلات تکمیلی، شخصیت‌سنجی و مصاحبهٔ روان‌پزشکی تدریس می‌کنم. گهگاه نیز برای مقطع کارشناسی، سمینار علم و علم کاذب در روان‌شناسی برگزار می‌کنم که خیلی بامزه است. گاهی اوقات هم با بیماران روان‌پزشکی، مصاحبه‌های تشخیصی انجام می‌دهم؛ چراکه کمک کردن به بیماران بسیار ارزشمند است و معتقدم روان‌شناسان بالینی نباید ارتباط با موضوع اصلی رشتهٔ خود را قطع کنند.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما کدام حوزه‌ها هستند؟

من عاشق روان‌شناسی بالینی هستم، بنابراین انتخاب یک یا دو حوزه به عنوان حوزهٔ تخصصی سخت است. اما چون شبانه‌روز فقط ۲۴ ساعت است، می‌دانم کار تخصصی لازم است. محور اصلی تحقیقات من، شخصیت ضداجتماعی (ضداجتماعی بودن) است؛ در سال‌های اخیر هم به این نکتهٔ جنجالی و بحث‌برانگیز علاقه‌مند شده‌ام که ضداجتماعی بودن می‌تواند در برخی حوزه‌های میان‌فردی، مثل حوزهٔ رهبری یا قهرمانی، منشأ موفقیت و تطابق باشد. چند حوزهٔ مورد علاقه ثانوی هم دارم از جمله گسست و اختلالات گسستی، طبقه‌بندی روان‌پزشکی و مفهوم اختلال روانی و اقدامات شواهدبنیاد در روان‌درمانگری و سنجش بالینی. در سال‌های اخیر هم به تعلیم و تربیت روان‌شناسی علاقه‌مند شده‌ام، به‌ویژه اینکه بهترین شیوهٔ آموزش تفکر به غیر دانشمندان چیست؟

آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

به نظر من رشتهٔ روان‌شناسی بالینی به سوی یکپارچه شدن سطوح تحلیل عمودی و اتصال ابعاد مولکولی، فیزیولوژیایی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی پیش می‌رود. این از نظر من تحولی مثبت است؛ چون منشأ فهم بیشتر علل بسیاری از اختلالات روانی و حتی درمان بسیاری از آنها می‌شود. معنای این روند آن است که محققان و درمانگران بالینی باید در خصوص دیگر سطوح تحلیل به‌جز سطح روان‌شناختی، ماهر و زبده شوند یا دست‌کم با این سطوح بیشتر آشنا شوند. نگرانی من در این باره آن است که رشتهٔ روان‌شناسی بالینی این اواخر در مسیر تاکید افراطی بر سطوح «پایین‌تر» تحلیل (یعنی سطوح زیست‌شناختی‌تر) در سلسله‌مراتب تبیین گام برداشته است. متاسفانه امروزه در برخی حوزه‌های تحقیقاتی به سختی می‌توان بدون لحاظ کردن مولفهٔ تصویرسازی مغزی، کمک‌هزینهٔ تحقیقاتی گرفت و بسیاری از دانشکده‌های مهم روان‌شناسی اصرار دارند اعضای جدید هیئت علمی حتماً با تصویرسازی مغزی (Brain Imaging) آشنا باشند. من برای سطح زیست‌شناختی تحلیل، ارزش زیادی قائل هستم و تصویرسازی مغزی را ابزار بسیار مهمی می‌دانم ولی نباید در دام «عصب‌گرایی»، یعنی در نظر گرفتن مغز به عنوان مهم‌ترین یا تنها سطح مهم تبیین رفتار انسان بیفتیم. سطوح دیگر هم مهم هستند و باید مراقب باشیم در این گیرودار از روان‌شناسی غافل نشویم.

همچنین تاکید افراطی بر درمان‌های شواهدبنیاد در روان‌شناسی بالینی و رشته‌های مرتبط با آن را می‌بینیم. برخی رهبران رشتهٔ ما از جنبش درمان شواهدبنیاد انتقاد کرده‌اند و پرسش‌هایی جدی در برابر آن نهاده‌اند. اگرچه برخی نگرانی‌ها در پیدا کردن راه‌های بهتر برای عملیاتی کردن درمان شواهدبنیاد، سازنده بوده ولی عده‌ای ترجیح می‌دهند درمان را بر اساس قوهٔ شهود و تجربهٔ بالینی خود برگزینند نه بر اساس شواهد علمی. اما تاریخ پزشکی و روان‌شناسی به ما یاد می‌دهد اگرچه شهود و تجربهٔ بالینی، تاثیر بسیاری در پیدایش نظرات جدید در حوزهٔ درمان داشته‌اند ولی در ارزیابی اثربخشی این درمان‌ها با ایراداتی روبرو بوده‌ایم. رشتهٔ روان‌شناسی بالینی در بلندمدت بهتر است دریابد شواهد علمی که با دقت جمع‌آوری شده‌اند، بهترین دوست و یاور ما در برابر خطای انسانی و در نهایت امید آخر ما برای تسکین آلام انسان هستند.

برای دانشجویانی که می‌خواهند وارد رشتهٔ روان‌شناسی بالینی شوند چه توصیه‌ای دارید؟

قبل از آنکه تصمیم بگیرید تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنید، دو سوال از خودتان بپرسید: (۱) آیا کار کردن با مردم را دوست دارید؟ (۲) آیا از یادگرفتن دربارهٔ علم لذت می‌برید؟ اگر جواب شما به هر دو سوال «بله» است، احتمالاً برای این رشته ساخته شده‌اید.

اما اگر جواب‌تان به هر دو سوال «خیر» است، احتمالاً برای این رشته ساخته نشده‌اید. دانشجوی موفق روان‌شناسی بالینی و نیز روان‌شناس بالینی موفق (۱) اهل همدلی، مهربان و مردم‌دار است و (ب) متفکر علمی خوبی است که درباره هر کاری که می‌کند، مهارت‌های ظریف تفکر انتقادی را به‌کار می‌برد، حال می‌خواهد تحقیق، کار بالینی، تدریس یا مشورت باشد یا کار دیگری. روان‌شناسی بالینی، آمیزهٔ ممتازی از مهارت‌ها و علایق است که عدهٔ کمی از دانشجویان مقطع کارشناسی آن را دارند. اما این رشته برای دانشجویانی که این آمیزه را دارند، بسیار خوشایند و ارضاکننده خواهد بود؛ به‌ویژه اگر برای تحصیلات تکمیلی خود، برنامه‌ای پیدا کنند که در راستای شور و حال آنها باشد و تفکرشان را شکل دهد.

طرح‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی. مطالعه‌ای که دربارهٔ درمان افسردگی مثال زدیم، در عین حال، نمونه‌ای از طرح بین‌گروهی است. در *طرح بین‌گروهی*، دو دسته‌شرکت‌کننده داریم که هر یک تحت درمان یا مداخلهٔ متفاوتی قرار می‌گیرند. برای مثال، یک مطالعهٔ سنتی اثربخشی درمان را در نظر بگیرید. سوال این است که آیا فلان شکل درمان از عدم درمان موثرتر است. در این مطالعه که ساده‌ترین صورت چنین مطالعاتی است، گروه آزمایشی (یعنی گروهی که تحت آن نوع درمان قرار می‌گیرد) با گروه‌گواه (که تحت هیچ درمانی قرار نمی‌گیرد) همتا می‌شود. در حالت آرمانی، بیماران به‌طور تصادفی در گروه‌ها قرار می‌گیرند. قبل از درمان (و عدم درمان) روی بیماران هر دو گروه، اندازه‌گیری‌هایی اجرا می‌شود (مثل اندازه‌گیری سطح اضطراب، مصاحبه دربارهٔ برداشت‌ها یا آزمون داده‌ها). این اندازه‌گیری‌ها پس از درمان و برای مثال در پیگیری شش‌ماهه یا یک‌ساله هم تکرار می‌شوند. هرگونه تفاوتی میان دو گروه در انتخاب درمان یا در پیگیری، تابع درمانی خواهد بود که گروه آزمایشی دریافت کرده است.

در *طرح درون‌گروهی*، یک بیمار در مقاطع مختلف زمانی، مقایسه می‌شود. فرض کنید می‌خواهیم تاثیر حضور در فهرست انتظار را بررسی کنیم (تاثیری مثل میزان ناراحتی). هر بیمار را در فهرست انتظار شش‌هفته‌ای قرار می‌دهیم ولی قبل از آن، بیماران را می‌سنجیم (نقطهٔ الف). شش هفته بعد، بیماران را



اسکات اُ. لیلینفلد

درست پیش از شروع درمان دوباره می‌سنجیم (نقطهٔ ب). در پایان درمان (نقطهٔ ج) هم بیماران را برای بار سوم می‌سنجیم. گاهی اوقات هم آنها را بعداً پیگیری می‌کنیم (نقطهٔ د). هرگونه تغییر در حد فاصل نقطهٔ الف و ب (یعنی در زمانی که بیماران در فهرست انتظار بوده‌اند) با تغییراتی مقایسه‌شدنی خواهد بود که بین نقطهٔ ج یا د رخ داده است. هرچه تحلیل تغییرها پیچیده‌تر باشد، درک بهتری از اثربخشی درمان در مقایسه با حضور در فهرست انتظار پیدا خواهیم کرد.

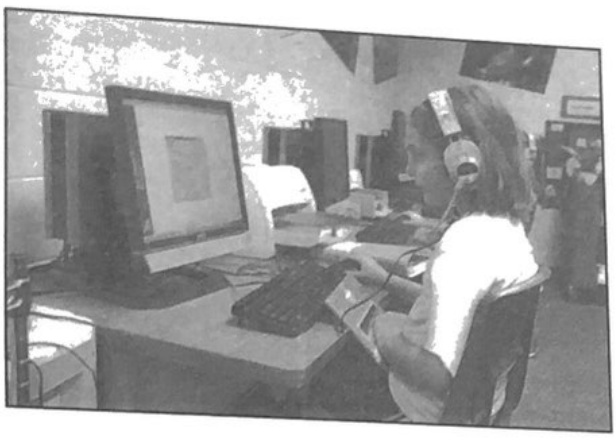
طرح درون‌گروهی، صورت‌های مختلفی دارد. اما مزیت اصلی تمام صورت‌هایش آن است که به‌شرکت‌کنندگان کمتری نیاز دارد. در حقیقت، همان‌طور که در طرح‌های تک‌موردی خواهیم دید، با مشاهدهٔ یک‌شرکت‌کننده هم می‌توانیم تعیین کنیم آیا فلان مداخله تاثیر دارد یا نه.

اعتبار درونی. آزمایش گاهی اوقات *اعتبار درونی* ندارد؛ یعنی مطمئن نیستیم نتیجهٔ حاصل واقعاً معلول دستکاری متغیر مستقل است. در برخی مطالعات، حتی گروه گواهی وجود ندارد که بتوانیم آن را با گروه آزمایشی مقایسه کنیم. در این مورد، تغییرات مشاهده‌شده می‌توانند نتیجهٔ متغیر دیگری باشند. برای مثال فرض کنید در مطالعهٔ تاثیرات کتاب‌درمانی بر افسردگی در کنار مصرف داروهای ضدافسردگی، گروه گواه نداشتیم. آنگاه هرچند گروه آزمایشی دچار کاهش افسردگی می‌شد، می‌توانستیم فرض کنیم کاهش افسردگی آنها معلول

کتاب‌درمانی نیست. شاید معلول مصرف طولانی‌تر داروی ضدافسردگی بود. شاید هم معلول حرف زدن (کوتاه) با یک نفر از طریق تلفن بود. بنابراین بدون وجود گروه گواهی که چنین رویدادهای متفاوتی را گذرانده باشد، هرگز نمی‌توانیم مطمئن باشیم که کاهش افسردگی گروه آزمایشی، معلول اضافه شدن کتاب‌درمانی به داروهای ضدافسردگی بوده است. خلاصه اینکه وقتی متغیرهای اضافی و نامربوط، کنترل نشوند یا نتوانیم نشان دهیم در دو گروه آزمایشی و گواه به یک اندازه وجود دارند، آنگاه این متغیرها در نتایج *اخلال* می‌کنند.

بعداً خواهیم دید که گاهی اوقات در مطالعات مربوط به اثربخشی درمان، گروهی از بیماران، صورت جدیدی از درمان را دریافت می‌کنند. گروه دوم هم با گروه درمان همتا می‌شوند (یا بیماران به‌طور تصادفی در هر دو گروه قرار می‌گیرند) و سپس در گروه فهرست انتظار جا می‌گیرند. فرض هم این است که تنها تفاوت آزمودنی‌های فهرست انتظار و آزمودنی‌های درمان‌شده این است که دستهٔ اخیر، تحت درمان قرار گرفته‌اند و گروه اول نه. بنابراین چنین مطالعه‌ای اعتبار درونی دارد. اما آیا واقعاً همین‌طور است؟ تجربه نشان داده آزمودنی‌هایی که وارد فهرست انتظار می‌شوند، همیشه هم بی‌کمک نمی‌مانند. آنها معمولاً در این مدت از یک پزشک، روحانی، دوستی عاقل یا هر کس دیگری کمک می‌گیرند. بنابراین، کمک گرفتن غیررسمی و خارج از درمان آزمودنی‌های فهرست انتظار می‌تواند بهبود گروه درمان‌شده را مخدوش کند. بنابراین اگر گروه درمان بیش از گروه فهرست انتظار بهبود نیافت، الزاماً به این معنی نیست که مداخلهٔ درمانی ناموثر بوده بلکه معنایش می‌تواند این باشد که نوعی مداخله در خصوص هر دو گروه صورت گرفته است.

انتظارات عامل دیگری است که اعتبار درونی را کم می‌کند. وقتی محقق یا شرکت‌کننده در تحقیق، نتیجهٔ خاصی را انتظار داشته باشد، آن نتیجه به‌دست می‌آید. به عبارت دیگر، فقط مداخلهٔ آزمایشی نیست که موجب اخذ آن نتیجه می‌شود، بلکه انتظارات هم در ایجاد آن موثر است. برای مثال، وقتی آدم‌ها اعتقاد دارند وضعیت مورد نظر می‌طلبد که مستانه رفتار کنند، مستانه رفتار خواهند کرد، حتی اگر مشروب نخورده باشند یا فقط تصور کنند مشروب خورده‌اند. برخی بیماران گزارش می‌دهند درمان، حال آنها را بهتر کرده است، در حالی که به نظر نمی‌رسد بهتر شده باشند. در واقع به این دلیل احساس بهبود می‌کنند که درمانگر وقت زیادی صرف آنها کرده است!



آزمایش‌های آزمایشگاهی معمولاً اعتبار درونی بالایی دارند.

در موارد دیگر هم آزمایشگران ناخواسته پاسخ‌های مورد انتظار خود را ایجاد می‌کنند. آنها گاهی اوقات با ظرافتی خاص، بیماران را تشویق می‌کنند به نحو «مناسبی» رفتار کنند. این به خصوص وقتی رخ می‌دهد که آزمایشگر می‌داند چه کسانی آزمودنی‌های گروه آزمایشی و آزمودنی‌های گروه گواه هستند. روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات «ناهشیارانه» به یک بیمار، وقت بیشتری در یک مادهٔ آزمون می‌دهند، تنها به این دلیل که انتظار دارند خوب عمل کند.

برای جلوگیری از تاثیر انتظارات آزمایشگر یا شرکت‌کننده از *روش دوسرکور* استفاده می‌شود. در این روش، شرکت‌کننده و آزمایشگر نمی‌دانند از چه روش یا درمانی استفاده شده است. برای مثال، اگر محقق دنبال بررسی تاثیرات دو دارو است، کسی که داروها را می‌دهد نمی‌داند کدام دارو را به چه کسی می‌دهد. شرکت‌کننده هم نمی‌داند کدام قرص را مصرف می‌کند چون اندازه، شکل، رنگ، وزن، جنس، طعم و مشخصات دیگر قرص‌ها مثل هم هستند.

همتاسازی، گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایشی و گواه، استفاده از گروه‌های گواه و روش دوسرکور تضمین می‌کنند که تحقیق، اعتبار درونی دارد.

اعتبار بیرونی وقتی نتوانیم نتایج یک آزمایش را به شرایط دیگری به‌جز همان شرایط آزمایش تعمیم دهیم، تحقیق مورد نظر، *اعتبار بیرونی* ندارد. اگر نتایج مطالعهٔ صورت‌گرفته دربارهٔ افسردگی فقط به درمانگاه مراقبت‌های اولیه محدود شود، مشکلی در بین است. در حقیقت بیشتر تحقیقات آزمایشی به این امید انجام می‌شود که نتایج از محدودهٔ محیط و شرایط بلافصل آزمایش فراتر رود. تعیین اعتبار بیرونی یک مطالعه در عمل بسیار سخت است. نتایج حاصل در آزمایشگاه عمدتاً در محیط واقعی تکرار نمی‌شود. بدترین اشتباه آن است که فرض کنیم چون در وضعیت الف، فلان نتایج به‌دست آمده، پس آن نتایج در وضعیت ب هم خود به خود تکرار می‌شود. اگرچه آزمایش آزمایشگاهی معمولاً بیشترین کنترل متغیرها را دارد، اما «تصنعی» بودن آن جلوی تعمیم نتایج را می‌گیرد.

تحقیق قیاسی . مسئلهٔ تعمیم نتایج به‌ویژه دربارهٔ *مطالعات قیاسی* پیش می‌آید؛ مطالعاتی که در آزمایشگاه اجرا می‌شود ولی شرایط آن «قابل قیاس با» وضعیت زندگی واقعی است. این مطالعات عمدتاً برای روشن کردن ماهیت آسیب‌شناسی روانی یا درمان اجرا می‌شوند. برای مثال، وقتی واتسون و رینر (۱۹۲۰) تلاش کردند نشان دهند آلبرت کوچولو چطور هراس از موش‌های سفید را یاد می‌گیرد، شرایطی قیاس‌پذیر را با طرز ایجاد هراس‌ها در زندگی واقعی ایجاد کردند (به کادر ۱ـ۴ مراجعه کنید). مثال دیگر این است که برخی محققان با القای خلق افسرده درشرکت‌کنندگان غیرافسرده از طریق فنون سنتی القای خلق (مثل خواندن متنی که ملال را افزایش می‌دهد) یا تماشای اسلایدها یا شنیدن موسیقی‌هایی که فلان حالت خلقی را ایجاد می‌کنند، همبسته‌ها و تاثیرات افسردگی را بررسی می‌کنند. فرض هم بر این است که فنون مورد نظر، افسردگی قیاس‌پذیر باافسردگی بالینی ایجاد می‌کنند.

تمام مطالعات آزمایشی، به تعبیری، مطالعات قیاسی هستند. اما وقتی با تنگناها و الزامات عملی و اخلاقی شدیدی مواجه هستیم که نمی‌گذارند وضعیتی دقیقاً مشابه وضعیت زندگی واقعی ایجاد کنیم، چاره‌ای جز ایجاد وضعیت‌های قیاس‌پذیر نداریم. فایدهٔ مطالعات قیاسی این است که چون در آزمایشگاه کنترل بیشتری داریم، اعتبار درونی تحقیق بیشتر می‌شود. چشم اسفندیار [یا همان ضعف] این تحقیق هم میزان شباهت قیاس و واقعیت است. برای مثال، فرض کنید می‌خواهیم تاثیر شکست در افسرده شدن نوجوانان را بررسی کنیم. به چند دلیل نمی‌خواهیم نوجوانان دچارافسردگی واقعی را بررسی کنیم. نخست اینکه پیداکردن نمونه‌ای کافی که سوابق و پیشینهٔ مشابهی داشته و به یک اندازه افسرده باشند، سخت است. دوم اینکه آیا واقعاً اخلاقی است شکست جدی و مهمی در نوجوانان ایجاد کنیم و آنها را به خطر اندازیم؟ این سوال ما را در تحقیق قیاسی، بر سر یک دوراهی واقعی قرار می‌دهد. اگر بخواهیم دستکاری‌های آزمایشی واقعاً موثر باشند، آنگاه ممکن است زیان‌آور (و در نتیجه، غیراخلاقی) شوند. اگر هم جزیی و خفیف باشند، تحقیق کم‌اهمیت و کم‌ارزش می‌شود و اعتبار بیرونی آن کاهش می‌یابد. با توجه به تنگناهای اخلاقی پیش‌گفته و این حقیقت که شرایط قیاس‌شدنی اجازه می‌دهد شدت و نوع شکست، ماهیت شرکت‌کنندگان و مواردی از این قبیل راکنترل کنیم، مطالعات قیاسی، گزینهٔ جذابی خواهند بود.

اما روش قیاسی، هزینه‌هایی نیز دارد. برای مثال، در آزمایش فرضی قبلی چطور می‌توانیم مطمئن شویم شرکت‌کنندگان در تحقیق دقیقاً مثل کسانی هستند که از نظر متخصصان، افسرده‌اند؟ شاید نوجوانان شرکت‌کننده در تحقیق را از میان نوجوانان مدرسه‌ای محلی انتخاب کرده‌اند که تنها دلیل افسرده بودن آنها، بالاتر بودن نمرهٔ افسردگی آنان از نمرهٔ برش پرسشنامه‌ای بوده که برای تشخیص افسردگی استفاده شده است. بنابراین نمی‌توانیم آنها را موارد افسردگی *بالینی* فرض کنیم. همچنین مطمئن نیستیم که تجربه کردن یک شکست آزمایشگاهی لزوماً همان تجربهٔ شکست در زندگی «واقعی» اشخاص افسرده است.

عده‌ای هم پیشنهاد می‌کنند در تحقیقات از حیوانات استفاده کنیم؛ چون مشکلات روش‌شناختی تحقیقات انسانی

را ندارند. به نظر آنها روی حیوانات، کنترل کامل داریم. ما می‌توانیم رژیم غذایی حیوانات، اوضاع زندگی و حتی پیشینهٔ ژنتیکی آنها را کاملاً کنترل کنیم. بنابراین قدرت مداخلهٔ ما راجع به زندگی حیوانات خیلی بیشتر است. با توجه به اینکه طول عمر حیوانات در مجموع کوتاه‌تر است، پدیده‌هایی که بررسی آنها در انسان‌ها چند سال طول می‌کشد، برای مثال در موش‌ها، چند ماه طول می‌کشد. وانگهی پاره‌ای اختلالات رفتاری «طبیعی» (مثل پرخاشگری، اختلالات خلقی، بیش‌فعالی، اختلالات خوردن) در میان حیوانات دیده می‌شود که ظاهراً به رشتهٔ آسیب‌شناسی روانی ربط دارند (آلدلدا و جوئل[1]، ۲۰۱۱). حتی عده‌ای از امکان ارتباط پژوهش‌های جانوری با صفات شخصیتی حرف می‌زنند (برای مثال کانلی[2]، ۲۰۰۶؛ پاولک، هو و شوارتینگ[3]، ۲۰۰۸). اما دوباره این سوال پیش می‌آید که رفتار حیوانات چقدر به رفتار انسان شباهت دارد؟ شباهت این دو شاید در برخی موارد، کافی باشد ولی در برخی موارد، اصلاً شباهت ندارند.

در تحلیل نهایی باید گفت تحقیق قیاسی اهمیت دارد و می‌تواند بسیار روشنگر باشد. اما در تحقیق قیاسی هرگز نمی‌توانیم شک خود را کنار بگذاریم.

نکتهٔ پایانی . در پایان مبحث روش‌های آزمایشی باید یادآور شویم که همه مفتون این رویکردهای سنتی نیستند. برای مثال کتل (۱۹۶۵) سال‌ها قبل، از راهبرد تحقیقاتی به اصطلاح دومتغیری انتقاد کرد. سابقهٔ این روش توخالی به پاولف و بک برمی‌گردد که همزمان فقط دو متغیر را بررسی می‌کردند. محقق، متغیر مستقل را دستکاری می‌کند و تاثیر این دستکاری بر متغیر وابسته را مشاهده می‌کند. برای مثال، آزمایشگر این باور را به شرکت‌کنندگان تحقیق القا می‌کند که روی شروع شوک برقی (متغیر مستقل) کنترل ندارند. سوال هم این است که برای سطح اضطراب شخص که شاخص آن پاسخ گالوانیکی پوست (متغیر وابسته) است، چه اتفاقی می‌افتد؟ اگر بر اضطراب متمرکز هستیم، باید هزاران نوع از این مطالعات دومتغیری انجام دهیم تا بفهمیم چرا انسان‌ها مضطرب می‌شوند. آزمایشگرها باید اندازهٔ اضطراب، ماهیت محرک و صفات شخصیتی از پیش موجودی را تغییر دهند که ممکن است بر پاسخ‌شرکت‌کنندگان تاثیر گذارند. اگر آزمایشگرها در هر مطالعه یک متغیر را تغییر دهند، درک ناقصی از انسان پیدا می‌کنند. کنار هم چیدن این مطالعات دومتغیری هم مضحک‌تر از اتل‌متل توتوله است و چون در این مطالعه، اضطراب جدای از متغیرهای دیگری مثل قابلیت و سازگاری بررسی می‌شود، از نتایج حاصل نمی‌توان فهمید این متغیرها چطور بر اضطراب تاثیر می‌گذارند.

در نتیجه عده‌ای طرفدار راهبرد تحقیقاتی چندمتغیری هستند. آزمایشگر در این راهبرد، اندازه‌گیری‌های مختلفی روی فرد اجرا می‌کند ولی کنترل زیادی بر او اعمال نمی‌کند. این رویکرد در مطالعهٔ آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان رواج دارد. محققان پیرو این رویکرد از اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها، اسناد و مدارک زندگی، مشاهده و از این قبیل استفاده می‌کنند. سپس همبستگی این داده‌ها را محاسبه و همبستگی‌های حاصل را تحلیل عاملی می‌کنند. عده‌ای این راهبرد را راهبرد برتر می‌دانند؛ چون این روش می‌تواند به‌طور طبیعی بر پدیده‌های در حال وقوع تمرکز کند و همزمان، شمار زیادی از متغیرها را در بر گیرد. اما این روش هم مثل رویکردهای همبستگی دیگر، محدودیت‌هایی دارد (مثل هزینهٔ بالا، زمان‌بر بودن و مشکلِ دسترسی به‌شرکت‌کنندگان).

طرح‌های تک‌موردی

طرح‌های تک‌موردی محصول رویکردهای رفتاری و کنشگر هستند. این طرح‌ها با روش آزمایشی و موردپژوهی شباهت‌هایی دارند. برای مثال آزمایشگر، رفتار آزمودنی را تحت شرایط مختلف اندازه گرفته و از این لحاظ، روشی شبیه فنون آزمایشی را به‌کار می‌گیرد. اما تمرکز آن فقط بر پاسخ‌های یک‌شرکت‌کننده است. تحقیق تک‌موردی معمولاً با تعیین خط پایه شروع می‌شود. خط پایه، رفتار شرکت‌کننده قبل از هرگونه مداخله است؛ برای مثال، تعداد حملات وحشت‌زدگی او در هر

1. Aldelda and Joel
2. Canli
3. Pawlak, Ho and Schwarting

هفته. بعد از تعیین خط پایهٔ پایا، مداخله صورت می‌گیرد. با مقایسهٔ رفتار در خط پایه و رفتار پس از مداخله، تاثیرات مداخله مشخص می‌شود. طرح‌های تک‌موردی معمولاً برای بررسی اثربخشی یک روش درمانی اجرا می‌شوند.

مطالعات تک‌موردی به آزمایشگر امکان می‌دهد روابط علت و معلولی برقرار کند. همچنین در این طرح‌ها می‌توانیم بی‌آنکه درمان را به گمارش شرکت‌کنندگان در گروه‌های گواه یا فهرست انتظار منوط کنیم، رفتار بالینی (به‌ویژه روش‌های درمان) را مطالعه کنیم. عده‌ای هم می‌گویند محروم کردن برخی از مراجعان از درمان به بهانهٔ رعایت نکات علمی، اگرچه از لحاظ علمی خوب است، اما قدری غیراخلاقی است؛ چون آنان را از تسکین و درمان ناامید می‌کند. اگرچه درمان مورد استفاده ممکن است ثابت نشده باشد و اگرچه عده‌ای می‌گویند باید عده‌ای اندک از بهبودی محروم شوند تا عدهٔ بیشتری در نهایت منتفع شوند، همچنان سایهٔ اخلاق در پس‌زمینه دیده می‌شود. اما طرح‌های تک‌موردی برای همه، دوره‌های درمان دارند.

یکی دیگر از دلایل عملی استفاده از طرح‌های تک‌موردی این است که پیداکردن تعداد کافی شرکت‌کنندگان همتا یا تعداد کافی شرکت‌کنندگانی که بتوان آنها را تصادفی در گروه‌های گواه جا داد، سخت است. اما در مطالعات تک‌موردی، تعداد شرکت‌کنندگان کاهش می‌یابد. همچنین عده‌ای گفته‌اند در بیشتر تحقیقات، مبنای تعمیم یافته‌ها، میانگین نمرات است. در نتیجه، نتایج ممکن است واقعاً درباره تک‌تک افراد کاربرد نداشته باشد یا به تک‌تک افراد تعمیم نیابد. این در حالی است که طرح‌های تک‌موردی، مشمول چنین مشکلاتی نمی‌شود.

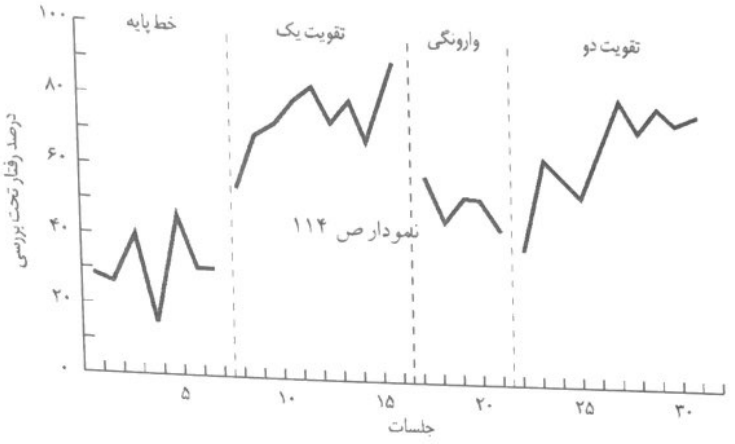
طرح ABAB . *طرح* ABAB با مشاهدهٔ منظم تغییر رفتار شرکت‌کننده در دو حالت درمان و عدم درمان، اجازه می‌دهد اثربخشی درمان را اندازه بگیریم. به این دلیل نام آن را ABAB گذاشته‌اند که پس از خط پایهٔ مقدماتی (A)، دورهٔ درمان (B) شروع می‌شود. سپس به خط پایه (A) برمی‌گردد و برای بار دوم، دورهٔ درمان (B) شروع می‌شود.

یک نمونهٔ خوب رویکرد تک‌موردی ABAB ، بررسی توماس، پسربچهٔ چهارساله‌ای است که دربارهٔ او تشخیص اختلال طیف اُتیسم داده بودند (کروزیر و تینکانی[1]، ۲۰۰۷). هدف این بررسی، سنجش این نکته بود که آیا مداخلهٔ خاصی به نام داستان‌های اجتماعی می‌تواند به توماس کمک کند صبح‌ها روی صندلی بنشیند، به معلم توجه کند و در آوازخوانی‌ها و قصه‌خوانی‌های صبحگاهی مدرسهٔ پیش‌دبستانی شرکت کند. توماس عادت داشت در کلاس پرسه بزند و صبح‌ها زیاد روی صندلی بند نمی‌شود. روش داستان اجتماعی از این قرار بود که محقق در حالی که صندلی‌ها خالی بود و هنوز کسی روی آنها ننشسته بود، داستانی متناسب با شرایط توماس می‌خواند. داستان از این قرار بود که توماس سر صندلی خود می‌نشست، به معلم توجه می‌کرد و در آوازخوانی و قصه‌خوانی شرکت می‌کرد. رفتار هدف هم که رفتارکدگذاری شده بود، درست نشستن روی صندلی و انجام ندادن رفتارهایی بود که نباید موقع نشستن روی صندلی انجام می‌داد.

در نمودار ۵ـ۴، درصد زمانی را می‌بینید که توماس در هر جلسهٔ مشاهده، رفتارِ هدفِ مطلوب را نشان می‌داد. همان‌طور که در خط پایهٔ اول پیش از مداخله می‌بینید، توماس به‌طور متوسط فقط در ۱۶ درصد از وقت نشستن، رفتار مناسب داشت. توجه کنید که وقت نشستن برای جلسهٔ ششم بسیار زیاد است (۷۰ درصد)؛ توماس در آن روز داروی آسم مصرف کرده بود که آرامبخش بود. احتمالاً به همین دلیل هم رفتارش این‌قدر تغییر کرده بود. در دور نخست درمان (داستان اجتماعی) می‌بینیم مدت نشستن توماس تا حد زیادی بیشتر می‌شود. در دورهٔ وارونگی (خط پایهٔ دوم)، درصد زمان نشستن او تا حد زیادی کم می‌شود. اما وقتی بار دیگر درمان (داستان اجتماعی) تکرار می‌شود، رفتار توماس دوباره بهبود می‌یابد. دورهٔ وارونگی حد فاصل دو دورهٔ درمان، به محققان اجازه می‌دهد بین مداخله و رفتار توماس، ارتباط علّی برقرار کنند.

اما یکی از مشکلات روش ABAB این است که قطع درمان می‌تواند ایراد اخلاقی داشته باشد. البته جدی بودن این ایراد به رفتار هدف مورد نظر بستگی دارد. برای مثال، اگر قطع درمان باعث افزایش آسیب‌رسانی کودک به خودش شود، آنگاه غیراخلاقی و غیرضروری خواهد بود.

1. Crozier and Tincani



نمودار ۵-۴ توماس: اجرای مداخلهٔ داستان اجتماعی برای بهبود رفتار پشت میز نشستن.
منبع: اس. کروزیر و ام. تینکانی، «تاثیر داستان‌های اجتماعی بر رفتار اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی دچار اختلالات طیف اُتیسم در *Journal of Autism and Developmental Disorders*، شمارهٔ ۲۷، (نمودار ۱، صفحهٔ ۱۸۰۹).

طرح‌های چندخط پایه‌ای . در پاره‌ای موارد، امکان اجرای دورهٔ وارونگی وجود ندارد. همان طور که گفتیم، گاهی اوقات پاره‌ای از تنگناها و محدودیت‌های اخلاقی وجود دارد. همچنین گاهی اوقات درمانگران در تحقیقات بالینی نمی‌خواهند مراجعان دوباره در وضعیت‌هایی قرار گیرند و مرتکب رفتارهایی شوند که قصد از بین بردن آنها را دارند. در این موارد، محقق به **طرح چندخط پایه‌ای** رو می‌آورد. در این طرح، دو یا چند رفتار برای تحلیل انتخاب می‌شود. فرض کنید بیماری که بستری شده در زمینهٔ رفتار مسئولانه، مشکلات جدی دارد. به اتاقش رسیدگی نمی‌کند، نظافت و بهداشت شخصی خودش را رعایت نمی‌کند و برای وظایفش وقت نمی‌گذارد. اطلاعات پایه در خصوص رفتار شخصی و رفتارش در محیط کار جمع‌آوری می‌شود. سپس هر وقت در امور شخصی خودش مسئولانه رفتار کرد ولی در امور کاری خودش مسئولانه رفتار نکرد، پاداش فوری می‌گیرد. سرانجام، پس از گذشت مدت زمان معینی، هر دو رفتار او دوباره اندازه‌گیری می‌شود.

مرحلهٔ آخر هم پاداش دادن به هر دو رفتار است. اگر رفتار مسئولانهٔ او در امور شخصی که پاداش دریافت می‌کردند، بیشتر شود ولی رفتار مسئولانه او در امور شغلی که پاداش دریافت نمی‌کردند، بیشتر نشود، آنگاه احتمالاً عامل ناشناخته و کنترل‌نشده‌ای جز پاداش در بین است. اما اگر پاداش باعث افزایش رفتار مسئولانه در امور کاری هم شده باشد، احتمال اینکه عوامل دیگری غیر از پاداش وجود داشته باشد، بسیار کم است. استفاده از خط پایهٔ دوگانه، اعتماد محقق به دستکاری‌هایش را بالا می‌برد.

مطالعهٔ موراس، تلفر و بارلو[1] (۱۹۹۳) نمونه‌ای از طرح‌های چندخط پایه‌ای است. مطالعهٔ آنها به چند دلیل ارزشمند است. نخست اینکه روش‌شناسی تک‌موردی را در درمانی به‌کار بردند که اصولاً رفتاری نبود (که این برخلاف کاربرد رایج روش‌شناسی تک‌موردی است). دوم اینکه اختلال بالینی خاصی را هدف گرفتند که اگرچه رایج است - یعنی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی ماژور و همزمان - در عین حال بر اثر تعدد نشانه‌ها، پیچیده است. سرانجام اینکه توانستند این فرضیه را بیازمایند که هر صورتی از درمان که به شکل مرکب باشد (درمان کنترل اضطراب و روان‌درمانی میان‌فردی افسردگی) به‌ویژه بر نشانه‌هایی تاثیر می‌گذارد که درمان اصولاً برای آن ابداع شده است.

در کادر ۴-۴، توصیف موراس و دیگران (۱۹۹۳) از مورد شمارهٔ ۲ را می‌خوانید که مردی ۳۰ ساله است و همزمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی ماژور دارد. همچنین نمرات هفتگی خودگزارشی‌های او در طول درمان، راجع به اضطراب و افسردگی‌اش را می‌خوانید. همان‌طور که می‌بینید، سطح اضطراب (نمرات پرسشنامهٔ اضطراب بک) و افسردگی (نمرات پرسشنامهٔ افسردگی بک) مورد شمارهٔ ۳ قبل از درمان بالا و از لحاظ بالینی معنادار است (منظور ما خط پایهٔ هفته اول و

1. Moras, Telfer and Barlow

دوم است). درمان کنترل اضطراب ابتدا شش جلسه اجرا و پس از آن مصاحبهٔ سنجشی انجام شد. سپس شش جلسه روان‌درمانی میان‌فردی افسردگی اجرا شد و پس از آن، یک مصاحبهٔ سنجشی دیگر.

مورد شمارهٔ ۲، چندویژگی شایان توجه دارد. نخست اینکه نمرات اضطرابش در مدت درمان کنترل اضطراب، به طرز معناداری کم شد. اما نمرات افسردگی او نیز کم شد. در ضمن در فرایند روان‌درمانی میان‌فردی هم نمرات افسردگی و اضطراب ظاهراً کم شده بود (هرچند نه به اندازهٔ زیاد). موراس و دیگران نتیجه گرفتند این صورت مرکب درمان (یعنی درمان کنترل اضطراب و روان‌درمانی میان‌فردی) بالقوه برای بیماران دچار اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی ماژور موثر است. اما برخلاف فرضیهٔ اولیهٔ آنها شواهدی وجود نداشت که تاثیر افتراقی و اختصاصی درمان کنترل اضطراب بر نشانه‌های اضطراب و روان‌درمانی میان‌فردی بر نشانه‌های افسردگی را نشان دهد.

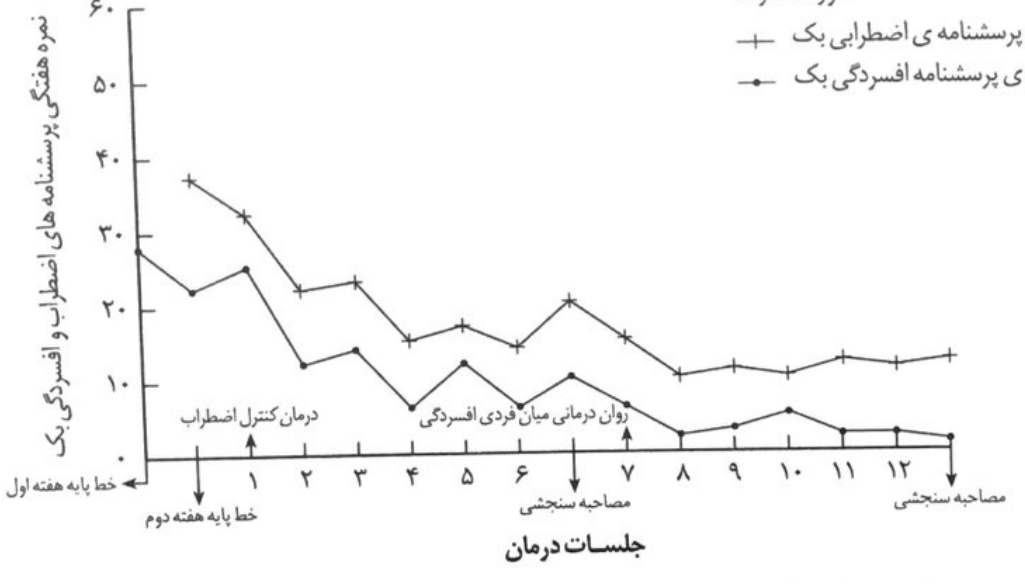
کادر ۴ـ۴: کاربردهای بالینی: درمان اضطراب و افسردگی مرکب

موراس، تلفر و بارلو (۱۹۹۳، ص ۴۱۴) مورد شمارهٔ ۲ را این‌گونه توصیف کردند:

بیمار مرد سی و چندساله‌ای بود که سه فرزند (۴ تا ۱۲ ساله) داشت. او کارمند نیمه‌ماهری بود که کار تمام‌وقت داشت. شکایت‌هایش عبارت بودند از اینکه «راحت به هم می‌ریزد و زیر گریه می‌زند»، «بی‌خیال است»، عصبی می‌شود و احساس می‌کند از زیر کار در می‌رود. دربارهٔ روابطش هم گفت «گویا من و زنم دو راه متفاوت را در پیش گرفته‌ایم». اما به سرعت نظرش را رد کرد و گفت به نظر نمی‌رسد از هم جدا شویم، بلکه با هم صمیمی‌تر و از هم مستقل می‌شویم.

تشخیص در دو مصاحبهٔ تشخیصی ساخت‌دار مستقل، همزمانی دورهٔ افسردگی ماژور (تکرارشونده، متوسط) با نمره ۵ و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته با نمرهٔ ۵ بود.

موارد زیر، نمرات هفتگی مورد شمارهٔ ۲ در پرسشنامهٔ اضطراب بک و پرسشنامهٔ افسردگی بک هستند.



تغییرات هفتگی نمرهٔ پرسشنامهٔ اضطراب بک (بک، اپستاین، و براون، ۱۹۸۸) و پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸) برای مورد شمارهٔ ۲.

منبع: کی. موراس، ال. ای. تلفر و دی. اچ. بارلو (۱۹۹۳). ***داده‌های مربوط به اثربخشی و تاثیرات اختصاصی درمان‌های جدید: موردپژوهی اضطراب با افسردگی مرکب*** در شمارهٔ ۶۱ *Journal of Corsulting and Clinical Psychology*، صفحات ۴۲۰ـ۴۱۲.

این مثال به خوبی نشان می‌دهد که چطور می‌توانیم برای مستند ساختن اثربخشی درمان (منفرد یا مرکب) یک اختلال بالینی رایج از طرح تک‌موردی استفاده کنیم. موراس و دیگران با استفاده از طرح چندخط پایه‌ای توانستند فرضیه‌ای را در خصوص اختصاصی بودن تاثیرات درمان بیازمایند.

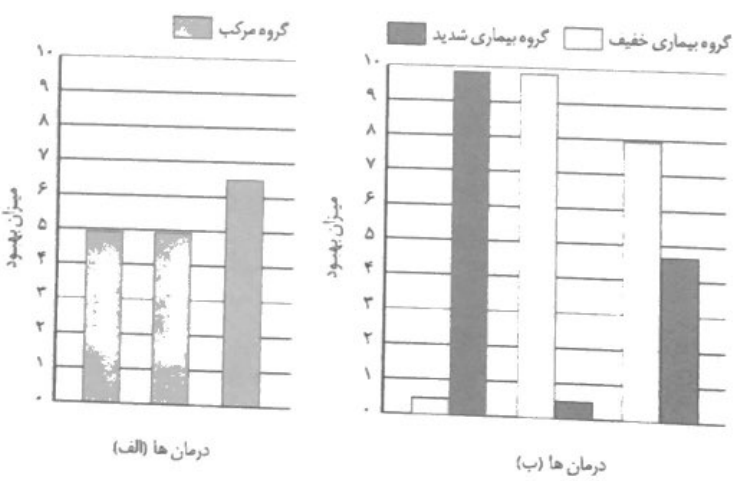
البته تمام طرح‌های تک‌آزمودنی، طبق تعریف، روی یک نفر اجرا می‌شوند. اما آیا می‌توانیم یافته‌های مربوط به یک نفر را به کل جمعیت تعمیم دهیم؟ همچون روش‌های موردپژوهی، اعتبار بیرونی نتایج این طرح‌ها یا تعمیم دادن نتایج آنها، مشکلاتی در پی دارد. اما تا وقتی به یک شخص خاص علاقه‌مندیم یا دنبال شواهدمی‌گردیم تا ما را تشویق کنند بعداً یک مطالعهٔ آزمایشی سنتی تمام و کمال اجرا کنیم، این طرح‌ها بسیار مفید خواهند بود.

طرح‌های مرکب

فنون آزمایشی و همبستگی گاهی اوقات به *طرح مرکب* مبدل می‌شوند. در این طرح،شرکت‌کنندگانی را که می‌توانیم به جمعیت‌های خاص تقسیم کنیم (مثل شرکت‌کنندگان مبتلا به اسکیزوفرنی در مقابل شرکت‌کنندگان بهنجار)، به گروه‌هایی تقسیم می‌کنیم که در معرض شرایط آزمایشگاهی قرار می‌گیرند. به این ترتیب محقق، متغیرهایی مثل روانپریشی یا بهنجاری را دستکاری یا القا نمی‌کند. در عوض، همبستگی این متغیرها را با شرایط آزمایشی محاسبه می‌کند.

دیویسون[1] و دیگران (۲۰۰۴) مثال فرضی جالبی درباره طرح‌های مرکب می‌زنند. فرض کنیم قرار است اثربخشی سه نوع درمان را بررسی کنیم (دستکاری آزمایشی). برای این کار ابتدا آن دسته از بیماران روان‌پزشکی را شناسایی می‌کنیم که بر اساس شدت بیماری (متغیر دسته‌بندی) می‌توانیم آنها را به دو گروه تقسیم کنیم. آیا تاثیرگذاری درمان، با شدت بیماری تغییر می‌کند؟ در نمودار ۶ـ۴، نتایج این تحقیق فرضی را می‌بینید. نمودار ۶ـ۴ (ب) داده‌های تقسیم بیماران به دو گروه بر اساس شدت بیماری را نشان می‌دهد. نمودار ۶ـ۴ (الف) هم نشان می‌دهد اگر بیماران را به دو گروه تقسیم نمی‌کردیم، مرتکب چه اشتباهی می‌شدیم. وقتی بیماران همگی یک جا باشند، درمان شمارهٔ ۳ بیشترین بهبود را ایجاد خواهد کرد و به اشتباه متقاعد می‌شویم که این درمان، بهترین درمان است. اما وقتی داده‌ها را بر اساس شدت بیماری تحلیل می‌کنیم، آن وقت درمان شمارهٔ ۳ برای هر دو گروه بیماران مناسب نخواهد بود. در عوض، همان‌طور که نمودار ۶ـ۴ (ب) نشان می‌دهد، برای کسانی که بیماری آنها شدت کمتری دارد، درمان شمارهٔ ۱ مطلوب است و برای بیمارانی که مشکلات‌شان شدیدتر است، درمان شمارهٔ ۲.

بعداً در همین کتاب خواهید دید که درمانی وجود ندارد که برای تمام مشکلات، «بهترین» درمان باشد، بلکه درمان‌هایی



نمودار ۶ـ۴: تاثیر سه درمان بر بیمارانی که شدت مشکلات‌شان فرق دارد.
منبع: ویراست هفتم کتاب روان‌شناسی نابهنجاری نوشتهٔ جی. سی. دیویسون و جی. ام. نیل، ص ۱۱۷.

داریم که اثربخشی آنها برای مشکلات مختلف روان‌شناختی و افراد مختلف، متفاوت است. طرح‌های مرکب کمک می‌کنند

1. Davison

بفهمیم چه چیزی برای چه کسی مناسب است. البته نباید فراموش کنیم که در طرح‌های مرکب، هیچ یک از عوامل (برای مثال، عامل شدت بیماری) دستکاری نمی‌شود و همین قضیه، مشکلات مورد بحث در ارتباط با روش‌های همبستگی را پیش می‌آورد (دیویسون و دیگران، ۲۰۰۴).

قوت و ضعف‌های روش‌های تحقیق

در بررسی روش‌های تحقیق مورد استفادهٔ روان‌شناسان بالینی، قوت و ضعف‌های این روش‌ها را نیز برشمردیم. جدول ۴ـ۴ خلاصه‌ای از ویژگی‌های اصلی هر روش است و بر این موضوعات تمرکز می‌کند: آیا آن روش می‌تواند دربارهٔ هر مورد، اطلاعات مشروحی بدهد، عوامل بیرونی دخیل در تاثیر مورد نظر را کنترل کند (اعتبار درونی)، به دیگران یا وضعیت‌های دیگر تعمیم یابد و زمینه برای استنباط‌های علّی را فراهم آورد. برای مثال روش آزمایشی، طرح تک‌موردی و طرح مرکب، اعتبار درونی بالایی دارند. اما فقط روش آزمایشی و طرح تک‌موردی است که به محقق، امکان استنباط علّی می‌دهد.

جدول ۴ـ۴: فواید و محدودیت‌های روش‌های تحقیق اصلی روان‌شناسان بالینی

	روش‌های موردپژوهی	روش‌های همه‌گیری‌شناسی/ همبستگی	روش‌های آزمایشی	طرح‌های تک‌موردی	طرح‌های مرکب
اطلاعات مشروح	+				
اعتبار درونی نتایج			+	+	+
اعتبار بیرونی نتایج		+			+
تعیین علیت			+	+	

معناداری آماری در مقابل معناداری عملی

پس از آنکه آماره‌ای (مثل ضریب همبستگی) محاسبه می‌شود، می‌توانیم تعیین کنیم آیا عدد حاصل، معنادار است یا نه. به‌طور سنتی اگر معلوم شود ارزش [یا عدد] حاصل (یا یک ارزش جدی‌تر) به‌طور تصادفی در کمتر از ۵ درصد موارد هم رخ می‌دهد (یعنی احتمال خیلی کم)، آنگاه معنای آماری دارد. در نتیجه، این ارزش [یا عدد] حاصل، در سطح ۰/۰۵ معنادار است و معمولاً به صورت $\rho < ۰/۰۵$ نوشته می‌شود. هرچه همبستگی بزرگ‌تر باشد، احتمال معناداری آن بیشتر خواهد بود. اما وقتی شمار زیادی ازشرکت‌کنندگان مطرح باشد، حتی همبستگی‌های کوچک هم معنادار خواهد بود. همبستگی ۰/۱۹ برای ۱۸۰ شرکت‌کننده، معنادار خواهد بود؛ اما وقتی فقط ۳۰ شرکت‌کننده داشته باشیم، همبستگی ۰/۳ هم معنادار نخواهد بود.

بنابراین هنگام تفسیر نتایج آماری باید ***معناداری آماری و معناداری عملی*** را از هم جدا کنیم. شاید همبستگی ۰/۱۹ معنادار باشد ولی مقدار رابطه هنوز پایین است. برای نمونه، شاید حقیقت داشته باشد که همبستگی بین نمرات امتحان تحصیلات تکمیلی و درجه‌بندی اعضای هیئت علمی در مطالعه‌ای با شرکت ۵۰۰۰ دانشجوی سال دومی تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی، ۰/۱۵ باشد. این رابطه تصادفی نیست ولی اهمیت عملی آن کم است. بخش اعظم تفاوت درجه‌بندی‌های اعضای هیئت علمی، به عواملی غیر از نمره امتحان تحصیلات تکمیلی برمی‌گردد. در پاره‌ای موارد نیز همبستگی ۰/۱۵ می‌تواند مهم تلقی شود ولی در بسیاری از موارد، این‌طور نیست. در عین حال نباید فراموش کنیم که قبول سطح ۰/۰۵ به عنوان تصادفی نبودن در واقع سنتی علمی است و گاهی اوقات برای مثال، سطح ۰/۰۷ یا ۰/۰۹ هم جدی گرفته می‌شود.

تحقیق و اخلاق

در فصل سوم به برخی از معضلات اخلاقی روان‌شناسی بالینی اشاره کردیم. تحقیق نیز با ملاحظات اخلاقی مهمی روبه‌رو است.شرکت‌کنندگان در تحقیق نیز مثل بیماران، حقوقی

کادر ۵ـ۴ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : الیزابت اِی. مارتین

الیزابت اِی مارتین[1] دانشجوی سال پنجم دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه میسوری است. الیزابت مدرک کارشناسی خود را از کالج نیوجرسی و مدرک کارشناسی ارشدش را از دانشگاه پنسیلوانیا و دانشگاه میسوری گرفت. لیز در زمینهٔ پردازش هیجانی و شناختی در اختلالات طیف اسکیزوفرنی تحقیق کرده است و هم‌اکنون بورسیه‌ای دارد که هزینهٔ تحقیق در مورد پردازش عاطفی مهارشدهٔ مبتلایان به این اختلالات را تامین می‌کند. او امیدوار است پس از فارغ‌التحصیل شدن، مقام ثابتی در یک موسسهٔ تحقیقاتی دانشگاهی به‌دست آورد.

لیز دربارهٔ تحصیلات تکمیلی چنین گفت.

تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی برای تو چطور بود؟

تا وقتی تحصیلات تکمیلی را شروع نکردم، تصور می‌کردم نمی‌توانم سریع‌تر از دورهٔ کارشناسی پیشرفت کنم. هر روز چیزهای زیادی را تجربه می‌کنم ـ برای مثال، تحقیق، کلاس، کار بالینی، تدریس ـ و وقت ندارم تا حوصله‌ام سر برود!

انتظارات تو دربارهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

انتظار نداشتم اساتیدی که سرشان خیلی شلوغ است و مشهور و مورد احترام هستند، این‌قدر برای پرورش قابلیت‌های تحقیقاتی من وقت بگذارند. من از حمایت گروهی از مشاوران برخوردارم که در همه چیز به من کمک می‌کنند؛ از پرورش ایده‌های مطالعاتی و اداره کردن شرکت‌کنندگان در تحقیق تا تحلیل داده‌ها و نوشتن دست‌نویس‌ها. از همهٔ آنها ممنونم!

آیا تحصیلات تکمیلی، تو را عوض کرد؟ اگر عوض کرد، از چه لحاظ؟

تحصیلات تکمیلی واقعاً از من متفکری انتقادی ساخت. حالا دیگر فریب ظاهر چیزها را نمی‌خورم. تجارب بالینی من هم باعث شد بر مشکلات مردم واقف شوم و با گرفتارهای آنها بیشتر همدلی کنم.

آیا علایق حرفه‌ای و تحقیقاتی جاری تو با علایق حرفه‌ای و تحقیقاتی تو قبل از شروع تحصیلات تکمیلی فرق کرده یا همان است؟

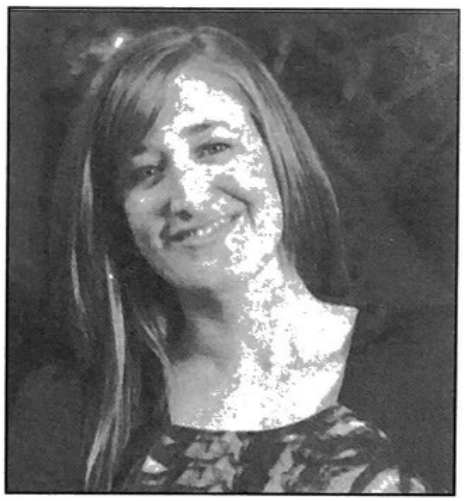
اگرچه جمعیت مورد نظر و موضوع مورد علاقه‌ام همان است، اما تحصیلات تکمیلی باعث شد علایق تحقیقاتی من دقیق‌تر و پخته‌تر شوند. من به‌دلیل مطالعهٔ فراگیر ادبیات موضوع مورد نظرم و اجرای مطالعات تحقیقاتی خاص خودم، برنامه‌ای تحقیقاتی دارم که هدفش فهمیدن چیزهایی است که در شروع تحصیلات تکمیلی نمی‌دانستم.

وقتی به گذشته نگاه می‌کنی، کدام فعالیت‌ها یا تجربه‌های تو در دوران تحصیلات تکمیلی از همه مهم‌تر بودند؟

از لحاظ درسی، دروس و واحدهای آمار، تاثیر بسیار مهمی داشتند. تحصیلات تکمیلی در این رشته، بدون داشتن مهارت‌های لازم برای تعمیم، تحلیل و تفسیر داده‌ها، سخت‌تر می‌شد. از لحاظ شخصی، تجربه‌های اجتماعی مشترک با دانشجویان دیگر هم کمک کرد دوره‌های پراضطراب تحصیلات تکمیلی را پشت سر بگذارم.

به کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را بگذرانند، چه توصیه‌ای داری؟

به نظر من دانشجوی موفق تحصیلات تکمیلی کسی است که از همان روز اول دنبال اهداف حرفه‌ای خود باشد. اگر دانشجویی است که از اهداف حرفه‌ای خود اطمینان ندارد، پیشنهاد می‌کنم اهدافش را مشخص و روشن کند. اینکه صبر کند تا اتفاقات، هدفش را رقم بزنند یا دیگران برای او هدف‌گزینی کنند، راهبرد موفقی نیست و مایهٔ خوشحالی هیچ‌کس از جمله خودش نخواهد شد.



الیزابت مارتین

داشته و محققان نیز در قبال آنها مسئولیت‌هایی دارند. انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۲۰۰۲، نسخهٔ گسترش‌یافته و به‌روزشدهٔ معیارهای تحقیق روی‌شرکت‌کنندگان انسانی را منتشر کرد (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۰۲؛ و نسخهٔ اصلاح‌شدهٔ آن در سال ۲۰۱۰). در اینجا معیارهای آن را به اختصار توضیح می‌دهیم. بر اساس معیارهای اخلاقی تحقیق، محققان باید:

1. Elizabeth A. Martin

۱. تحقیق را بر مبنای معیارهای به‌رسمیت شناخته‌شدهٔ صلاحیت علمی و اصول اخلاقی، برنامه‌ریزی و اجرا کنند. روان‌شناسان در صورتی که موسسات و نهادهایی آن را ضروری می‌دانند، باید قبل از اجرای تحقیق، تاییدیه بگیرند.

۲. از شرکت‌کنندگان در تحقیق، رضایت‌نامه بگیرند. شرکت‌کنندگان را از روش‌ها، حق کناره‌گیری، خطرات یا ناراحتی‌های بالقوه، مشوق‌های شرکت در تحقیق و اینکه با چه کسانی تماس گرفته می‌شود و همچنین از حقوق‌شان آگاه کنند.

۳. فقط وقتی به فریب متوسل شوند که راه دیگری ندارند.

۴. ماهیت اجرت شرکت در تحقیق (مثل خدمات حرفه‌ای) و مشوق‌های مالی دیگر و غیره را طوری مشخص و تنظیم کنند که مشارکت اجباری نشود.

۵. از جعل اطلاعات پرهیز کنند و مساعدت‌های دیگران را به نحو مقتضی یادآور شوند. وضعیت مولفان تحقیق هنگام انتشار را مشخص کنند و مبنای آن را میزان سهم هر کس در تحقیق قرار دهند.

۶. به‌شرکت‌کنندگان در تحقیق اطلاع دهند که احتمال دارد از داده‌های‌شان استفاده شود، آنها را با محققان دیگر در میان گذارند یا استفاده‌های دیگری از اطلاعات‌شان کنند.

۷. در پایان تحقیق، سوءتفاهم‌های شرکت‌کنندگان را برطرف کنند.

۸. با آزمودنی‌های حیوانی برخوردی انسانی داشته باشند و با آنها طبق قوانین دولت مرکزی، ایالتی و محلی و همچنین طبق معیارهای حرفه‌ای رفتار کنند.

جا دارد برخی از موارد یادشده را توضیح دهیم.

رضایت‌نامه. اخلاق درمانگری و الزامات حقوقی ایجاب می‌کند شرکت‌کنندگان در تحقیق قبل از شرکت، رضایت‌نامه پر کنند (رضایت‌نامه‌ای که معمولاً مکتوب است). محققان، شرکت‌کنندگان در تحقیق را از هرگونه خطر، ناراحتی یا محدودیت‌های احتمالی در خصوص رازداری مطلع می‌کنند. همچنین اگر قرار است پاداش یا اجرتی در قبال مشارکت پرداخت شود، این را هم به‌شرکت‌کنندگان در تحقیق می‌گویند. محققان در این رضایت‌نامه، رعایت حریم خصوصی، امنیت و حق کناره‌گیری برای شرکت‌کنندگان را تضمین می‌کنند. تا شرکت‌کنندگان از هدف کلی تحقیق و روش‌های مورد استفاده مطلع نباشند، نمی‌توانند حقوق خود را به‌طور کامل بگیرند. کادر ۷ـ۴ یک رضایت‌نامهٔ نمونه را در خود جای داده که یکی از دو مولف این کتاب، در یکی از تحقیقاتش از طریق آن، امضای شرکت‌کنندگان را گرفته است. دیگر محققان به فراخور وضعیت تحقیق‌شان در رضایت‌نامه‌ها از زبان دیگری استفاده می‌کنند و بر نکات دیگری تاکید می‌ورزند. اما این رضایت‌نامه حاوی نکات و ویژگی‌های اصلی اکثر رضایت‌نامه‌ها است.

کادر ۶ـ۴: چه کسی را باید مطالعه کنیم؟

تا مدت‌ها از روان‌شناسان بالینی محقق انتقاد می‌شد که برای تحقیقات خود از نمونه‌های ساده و در دسترس استفاده می‌کنند. انتقادات نیز حول این محور می‌چرخید که در تحقیقات قیاسی، به دانشجویان مقطع کارشناسی کالج‌ها متوسل می‌شوند. اما در چند دههٔ اخیر، محور اصلی نگرانی‌ها این بوده که در تحقیقات از زنان، جوانان و اقلیت‌های قومی خیلی کم استفاده می‌شود. به‌ویژه اشاره می‌کردند که شرکت‌کنندگان در تحقیقات، عمدتاً مردان سفیدپوست هستند. به همین دلیل، برخی احساس می‌کردند نتیجه‌گیری‌هایی که دربارهٔ مشکلات روانی و درمان آنها می‌شود، در خصوص زنان، جوانان یا رنگین‌پوستان مصداق ندارند.

نه‌تنها این نوع انتقادها و نگرانی‌ها، دانشمندان بالینی را متوجه چنین ایراداتی کرد، بلکه بودجه‌های تحقیقات دولت امریکا هم فشار می‌آورد که باید در تحقیقات به این نکات توجه شود. در حال حاضر، موسسات ملی سلامتی (NIH) سیاستِ لحاظ کردن زنان، جوانان و اقلیت‌ها در مطالعات انسانی را در پیش گرفته است.

در مطالعات مورد حمایت موسسات ملی سلامتی، این گروه‌ها باید جزء شرکت‌کنندگان تحقیق باشند مگر آنکه دلایل روشن و قانع‌کننده‌ای بیان شود که شرکت آنان در تحقیق، مخل سلامتی یا هدف تحقیق است. به این ترتیب، تحقیقات عمده باید نشان دهند علاوه بر شرکت‌کنندگان مردِ بزرگسال سفیدپوست، زنان و جوانان و اقلیت‌ها را نیز در خود جا داده‌اند.

رازداری . اطلاعات و پاسخ‌های فردی‌شرکت‌کنندگان در تحقیق نباید فاش شود و در دسترس عموم قرار گیرد. برای برملا نشدن نام آنها باید به‌جای استفاده از نام‌شان، هویت‌شان کدگذاری شود. اگرچه نتایج تحقیق معمولاً برای مردم فاش می‌شود، اما نتایج طوری عرضه می‌شود که کسی به اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان پی نبرد. سرانجام اینکه روان‌شناسان بالینی باید قبل از هر گونه افشای اطلاعات محرمانه یا شخصی شرکت‌کنندگان در نوشته‌ها، نامه‌ها یا سخنرانی‌های عمومی خود (برای مثال در مصاحبه‌های تلویزیونی) رضایت آنان را جلب کنند.

فریب . گاهی اوقات نباید هدف تحقیق یا معنای پاسخ‌های شرکت‌کنندگان را بیان کنیم. چنین فریبی فقط وقتی اجرا می‌شود که تحقیق مورد نظر مهم باشد و چاره‌ای جز فریب نیست (یعنی وقتی برملا شدن زودهنگام اطلاعات، بر داده‌های ارائه‌شده توسط شرکت‌کنندگان تاثیر سوء می‌گذارد). فریب را نباید ساده گرفت. در فریب دادن شرکت‌کنندگان در تحقیق باید به شدت مراقب بود که مبادا احساس کنند از آنها سوءاستفاده شده است یا موجب دلسردی آنها شویم. ضروری است پس از اجرای تحقیق، طی گزارشی دقیق، برای شرکت‌کنندگان توضیح دهیم که چرا مجبور بودیم آنها را فریب دهیم. فریب نباید اعتماد میان‌فردی شرکت‌کنندگان را کاهش دهد [و آنها را به دیگران بی‌اعتماد کند]. بدیهی است طرز عقد رضایت‌نامه در مواردی بسیار اهمیت دارد که بحث فریب در میان است.

نمونهٔ فریب را در آزمایشی می‌بینیم که می‌خواست نشان دهد تماشای مجلات اسلحه (یا هر چیز مرتبط با خشونت) با اخذ نمرات بالا در پرسشنامهٔ تنفر رابطه دارد. به تمام شرکت‌کنندگان گفته شد آزمایش درباره حافظهٔ کوتاه‌مدت است و باید در دو نوبت مجزا، تکلیفی را در زمینهٔ حافظه انجام دهند. در فاصلهٔ پانزده دقیقه‌ای بین دو تکلیف هم می‌توانند مجله بخوانند. ابتدا روی تمام‌شرکت‌کنندگان، اندازه‌گیری‌های پایه (شامل پرسشنامهٔ تنفر) اجرا شد. سپس همگی، تکلیف حافظه‌ایِ رایانه‌ای خاصی را انجام دادند. در حد فاصل دو تکلیف هم گروه آزمایشی، گزیده‌هایی از یک مجلهٔ اسلحهٔ موجود در آزمایشگاه را خواندند؛ گروه گواه هم مجله‌ای مربوط به طبیعت را خواند (که تصاویر خشن نداشت). سپس تمام شرکت‌کنندگان بار دیگر تکلیف حافظه‌ایِ رایانه‌ای را اجرا کردند. سرانجام، همه دوباره ابزارهای خودگزارشی را پر کردند.

اگر در این تحقیق به فریب متوسل نشویم، آزمودن فرضیهٔ آن، چندان عملی و امکان‌پذیر نمی‌شود. همان‌طور که می‌بینید، اگرشرکت‌کنندگان از هدف تحقیق مطلع می‌شدند، پاسخ‌های‌شان در پرسشنامه‌ها (به‌ویژه پرسشنامه‌های مربوط به تنفر) تحت تاثیر قرار می‌گرفت. بنابراین محقق باید وانمود می‌کرد آزمایش دربارهٔ حافظهٔ کوتاه‌مدت است.

گزارش . چون‌شرکت‌کنندگان در تحقیق حق دارند بدانند چرا محققان، رفتارشان را بررسی می‌کنند، باید در پایان تحقیق، این موضوع را گزارش کنند و به اطلاع‌شرکت‌کنندگان برسانند. آنها باید برای‌شرکت‌کنندگان توضیح دهند که اصولاً چرا چنین تحقیقی حاصل شده است و این تحقیق چه اهمیتی دارد و چه نتایجی داشته است. گاهی اوقات هم نمی‌توانیم نتایج را فاش کنیم؛ چون تحقیق هنوز در حال اجرا است. اما می‌توانیم برای آزمودنی‌ها شرح دهیم که چه نوع نتایجی را انتظار داریم و بگوییم بعداً توضیحات خود را در مرحلهٔ گزارش، تکمیل خواهیم کرد.

داده‌های جعلی . ضرورتی ندارد متذکر شویم که محققان باید در گزارش داده‌های خود، نهایت صداقت را به خرج دهند. آنها به‌هیچ‌وجه حق ندارند داده‌ها را تغییر دهند. در غیر این صورت، به محقق اتهام کلاه‌برداری وارد می‌شود و برای او عواقب حقوقی، حرفه‌ای و اخلاقی دارد. هرچند موارد این نوع کلاه‌برداری‌ها در روان‌شناسی بسیار کم بوده است، اما باید مراقب باشیم. هیچ رفتاری به سرعت کلاه‌برداری نمی‌تواند اعتماد عمومی را سلب کند.

در وب‌سایت ۱ـ۴ در پایان این فصل می‌توانید متن کامل اصول اخلاقی و آیین‌نامهٔ رفتاری انجمن روان‌شناسی امریکا (۲۰۰۲) را بخوانید.

کادر ۷ ـ ۴ : نمونه‌ای از یک رضایت‌نامه

رضایت‌نامهٔ تحول ویژگی‌های شخصیتی

کد _____

رضایت برای حضور در تحقیق به عنوان شرکت‌کننده

به این وسیله رضایتم را از حضور در مطالعهٔ «تحول ویژگی‌های شخصیتی» اعلام می‌کنم که حامی آن، گروه روان‌شناسی دانشگاه میسوری است و زیر نظر دکتر تیموتی جی ترال اجرا می‌شود. این طرح تحقیقاتی، دنبال سنجش سیر تحول ویژگی‌های شخصیتی جوانان است.

من می‌دانم که در تحقیق پیش‌گفته از این روش‌ها استفاده می‌شود:

(۱) در مقطع زمانی ۱ (شروع تحقیق) دربارهٔ مسائل شخصی حساس و ناخوشایند (مثل افسردگی، احساس خودکشی، سوءرفتارهای دوران کودکی) من و پدر و مادرم سوال می‌شود. در ضمن قرار است در مصاحبه‌ای رایانه‌ای شرکت کنم و دو پرسشنامه در قالب مصاحبه روی من اجرا شود تا محقق به نیمرخ روانی من برسد. همچنین می‌دانم که صدای مصاحبه‌ها ضبط خواهد شد. فقط دست‌اندرکاران این طرح تحقیقاتی به صداهای ضبط‌شده دسترسی خواهند داشت و در پایان تحقیق، پاک می‌شوند. برای مشارکت در مقطع زمانی ۱ که حدود ۴ ساعت طول خواهد کشید، ۳۵ دلار می‌گیرم.

(۲) در مقطع زمانی ۲ (چندسال بعد) هم درباره مسائل شخصی حساس و ناخوشایند من و پدر و مادرم سوالاتی خواهد شد. من می‌دانم که قرار است در مصاحبه‌ای رایانه‌ای هم شرکت کنم و دو پرسشنامه در قالب مصاحبه روی من اجرا شود تا محقق به نیمرخ روانی من برسد. برای شرکت در مقطع زمانی ۲ هم که ۴ ساعت طول خواهد کشید، ۳۵ دلار می‌گیرم. بنابراین اگر در تمام مراحل این تحقیق یعنی (مقطع ۱ و ۲) شرکت کنم، در کل ۷۰ دلار خواهم گرفت. همچنین می‌دانم که ممکن است بعداً با من تماس گرفته شود و از من اطلاعاتی بخواهند. می‌دانم که در آن زمان مجبور نیستم همکاری کنم و هر وقت بخواهم می‌توانم انصراف دهم و بگویم قصد ادامهٔ همکاری ندارم.

می‌دانم در تمام مراحل، حریم خصوصی من حفظ می‌شود. می‌دانم در شروع این طرح، نتایج تحقیق طوری کدگذاری می‌شود که اطلاعات داده‌شده از طریق من، هویتم را فاش نکند. هویت و کد مشارکت من در پوشهٔ محرمانه‌ای نگهداری می‌شود که فقط دست‌اندرکاران تحقیق به آن دسترسی دارند. در پایان تحقیق هم نابود خواهند شد. اگرچه محققان در این مقطع دقیقاً نمی‌دانند در کدام مقطع، سوالاتِ پیگیری مطرح خواهد شد، ولی این یک طرح ۱۵ ساله است. همچنین می‌دانم هویت من در طول اجرای طرح فاش نخواهد شد مگر آنکه خودم چیز دیگری بخواهم. هر وقت بخواهم می‌توانم با مدیر طرح (دکتر ترال) ارتباط برقرار کنم و بخواهم اطلاعات هویتی من را پاک کند.

می‌دانم که هدف این طرح، بررسی رابطهٔ برخی متغیرها در جمعی از افراد است و قرار نیست شخص خاصی ارزیابی شود. همچنین می‌دانم حساس بودن سوالاتی که دربارهٔ مشکلات، احساسات و رفتارهای خودم و پدر و مادرم پرسیده می‌شود ممکن است من را ناراحت کند.

می‌دانم که اگر به فرض قرار باشد خودکشی کنم یا به شخص دیگری آسیب برسانم، با مقامات ذی‌صلاح تماس گرفته خواهد شد. همچنین اگر اطلاعاتی بدهم دال بر آگاهی من از یک نوع سوءرفتار در حال وقوع با یک کودک یا سوءرفتار احتمالی از یک کودک، مقامات و افراد ذی‌صلاح مطلع خواهند شد. می‌دانم که اگرچه بعید است، اما حتی در آیندهٔ دور نیز این اطلاعات می‌توانند دستمایهٔ یک احضاریه شوند.

می‌دانم شرکت در این تحقیق، عملی داوطلبانه است و انصراف یا امتناع از شرکت در آن، مجازاتی ندارد. همچنین حق دارم بدون آنکه مجازات شوم، به هر سوالی که مایل نیستم، پاسخ ندهم. اگر تشخیص دهم می‌خواهم مشارکتم در تحقیق را قطع کنم، بابت شرکت در تحقیق، پولی دریافت نخواهم کرد و تمام اطلاعات مربوط به من در این تحقیق از بین برده می‌شود. نام من هم به هر صورتی از اسناد و مدارک حذف خواهد شد.

برای پیداکردن پاسخ سوالاتم دربارهٔ این طرح تحقیقاتی باید با مدیر طرح، دکتر تیموتی جی ترال به شمارهٔ ۱۲۳ ـ ۴۵۶ ـ ۷۸۹۰ تماس بگیرم. برای اخذ اطلاعات بیشتر دربارهٔ شرکت آزمودنی‌های انسانی در تحقیقات هم باید با دفتر مورد نظر در دانشگاه به شمارهٔ ۹۸ ـ ۷۶۵۴ (۱۲۳) تماس بگیرم.

نام _____

امضاء _____

شمارهٔ دانشجویی _____

تاریخ _____

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسان بالینی برای آزمودن گزاره‌های نظری خود دربارهٔ رفتار انسان، از انواع روش‌های تحقیق استفاده می‌کنند. تحقیق همچنین با ایجاد یک نظام حلقوی بازخورد، نظریه‌ها را اصلاح می‌کند. روش‌های مشاهده شامل مشاهدهٔ نامنظم و طبیعی می‌شود که در آنها دانشمند، بر وضعیت کنترل چندانی ندارد و نیز مشاهدات کنترل‌شده را داریم که در آنها دانشمند تا حدودی بر وضعیت کنترل دارد.

روش موردپژوهی، شکلی از مشاهدهٔ کنترل‌شده است که مطالعه و توصیف دقیق و فشردهٔ شخصِ تحت درمان [یا بررسی]، در دستور کارش قرار دارد. موردپژوهی‌ها، اوضاع یا رویدادهای کمیاب و نامعقول را مستند می‌کنند و آن گروه از نظریه‌ها یا تبیین‌هایی را که مدعی هستند درباره همه کاربرد دارند ابطال کرده و فرضیه‌سازی را تسهیل می‌کنند. اما روش‌های موردپژوهی معمولاً به قوانین یا اصول همگانی و نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی منتهی نمی‌شود.

روش‌های همه‌گیری‌شناسی برای تخمین شیوع و بروز یک اختلال یا بیماری در جمعیت استفاده می‌شوند. این روش‌ها در عین حال کمک می‌کنند عوامل خطر را شناسایی کنیم.

روش‌های همبستگی، رابطهٔ متغیرها را می‌سنجد و به کمیت تبدیل می‌کند؛ این روش‌ها می‌توانند به طرح نظرات و نظریه‌هایی در خصوص روابط علّی متغیرها منتهی شوند. اما همبستگی، شاخص لازم علیت است نه شاخص کافی آن، [اثبات] و علیت فقط از طریق روش‌های آزمایشی امکان‌پذیر است.

طرح‌های مقطعی،شرکت‌کنندگان در تحقیق را در مقطع زمانی واحدی بررسی می‌کند، در حالی که طرح‌های طولی، شرکت‌کنندگان را در یک فاصلهٔ زمانی بررسی می‌کند. دانشمندان به کمک مطالعات طولی، روابط عوامل را برمبنای ترتیب زمانی ارزیابی می‌کنند؛ روابطی که با هم تغییر می‌کنند و روابط مشاهده‌شده را بر مبنای متغیر سوم تبیین می‌کنند. متاسفانه مطالعات طولی، زمان‌بر و هزینه‌بر هستند و کمتر از مطالعات مقطعی اجرا می‌شوند.

روش آزمایشی، روش نیرومندی است؛ چون دانشمندان می‌توانند سوالات علت و معلولی را ارزیابی کنند و بر عوامل مهمی کنترل داشته باشند که بر رفتار مورد نظر تاثیر می‌گذارند. اعتبار درونی طرح آزمایشی، میزان اعتمادی است که در خصوص تحت تاثیر قرار گرفتن متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل داریم. اعتبار بیرونی هم میزان تعمیم‌پذیری نتایج آزمایش به دیگران و ترجیحاً «دنیای واقعی» است. در پاره‌ای موارد، به دلایل عملی و اخلاقی، امکان آزمایش مشکلات واقعی وجود ندارد. در این موارد، مطالعات قیاسی انجام می‌شود.

طرح تک‌موردی، صورت مهم دیگری از دو روش آزمایشی و موردپژوهی است (برای مثال طرح ABAB ، طرح چند خط پایه‌ای). طرح مرکب، ویژگی‌های روش‌های همبستگی و آزمایشی را با هم دارد و اجازه می‌دهد بفهمیم کدام مداخلات برای چه کسانی بهتر است. سرانجام اینکه در تحقیق، ملاحظاتی اخلاقی هم مطرح است از جمله رضایت‌نامه گرفتن، رازداری، استفادهٔ بجا از فریب، گزارش دادن و جعل نکردن داده‌ها.

اصطلاحات کلیدی

طرح‌های ABAB **ABAB designs**

طرح‌هایی تک‌موردی که تغییرات منظم رفتار شرکت‌کننده در تحقیق را در دو حالت درمان و عدم درمان به‌طور متناوب مشاهده می‌کند. پس از خط پایهٔ مقدماتی، دورهٔ درمان شروع می‌شود، سپس دورهٔ عدم درمان و دوباره دورهٔ درمان.

مطالعهٔ قیاسی **analog study**

مطالعه‌ای که در شرایط آزمایشگاهیِ شبیه زندگی واقعی اجرا می‌شود.

طرح‌های بین‌گروهی **between-group designs**

طرح‌هایی که در آن دو یا چند گروه از شرکت‌کنندگان، تحت درمان متفاوتی قرار می‌گیرند.

روش موردپژوهی **case study method**

روشی که در آن توصیف دقیق و فشرده‌ای از یک نفر به عمل می‌آید و آن شخص به دقت بررسی می‌شود (شخص معمولاً مراجع یا بیمار است).

رازداری **confidentiality**

در مبحث تحقیق دربارهٔ انسان، به لزوم قرار نگرفتن داده‌ها و اطلاعات شرکت‌کنندگان در اختیار عموم اطلاق می‌شود.

اخلال **confound**

وضعیتی که در آن متغیرهای مخل در دو گروه آزمایشی و گواه مهار نشوند یا به وجودشان پی نبریم. در حالت اخلال نمی‌توانیم تغییرات

ایجادشده در متغیر وابسته را دقیقاً معلول دستکاری متغیر مستقل بدانیم.

گروه گواه **control gorup**

گروه گواه در طرح آزمایشی، گروهی است که تحت درمان [یا مداخلهٔ] مورد نظر قرار نمی‌گیرد. در طرح آزمایشی کامل، گروه‌های آزمایشی و گواه در همهٔ متغیرها جز در متغیر درمان [یا مداخله] شبیه هم هستند.

مشاهدهٔ کنترل‌شده **controlled observation**

روش تحقیقی شبیه مشاهدهٔ طبیعی که در آن، مشاهداتی کاملاً برنامه‌ریزی‌شده در محیط‌های طبیعی انجام می‌شود، با این تفاوت که مشاهده‌گر قدری بر اتفاقات کنترل دارد.

ضریب همبستگی **correlation coefficient**

آماره‌ای که معمولاً با حرف **r** نشان داده می‌شود و رابطهٔ دو متغیر را با اعداد ۱- تا ۱+ نشان می‌دهد؛ علامت مثبت یا منفی، جهت رابطه را نشان می‌دهد و رقم بعد از آن، شدت رابطه را.

ماتریس همبستگی **correlation matrix**

آرایه‌ای که رابطهٔ بین جفت متغیرهای ممکن را نشان می‌دهد.

روش‌های همبستگی **correlation methods**

روش‌هایی آماری که اجازه می‌دهد رابطه داشتن یا نداشتن دو متغیر را مشخص کنیم. روش‌های همبستگی در مجموع نمی‌توانند در مورد علت و معلول، استنباط علّی کنند.

طرح مقطعی **cross-sectional design**

طرح تحقیقی که در آن گروه‌های مختلف افراد در مقطع زمانی واحدی با هم مقایسه می‌شوند.

گزارش **debriefing**

شرطی حقوقی در تحقیقات انسانی که بر اساس آن، محققان موظف‌اند پس از شرکت افراد در تحقیق، هدف و اهمیت و نتایج تحقیق را برای آنها توضیح دهند.

فریب **deception**

گاهی اوقات در تحقیق مجبوریم شرکت‌کنندگان را فریب دهیم تا به هدف حقیقی تحقیق پی نبرند؛ چون آگاهی از هدف تحقیق، پاسخ آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و داده‌های نادرست عاید محقق خواهد کرد.

متغیر وابسته **dependent variable**

در طرح آزمایشی به متغیری اطلاق می‌شود که محقق آن را اندازه می‌گیرد.

روش دوسرکور **double-blind procedure**

روشی برای دور زدن تاثیر انتظارات آزمایشگر یا شرکت‌کننده. در مطالعات دوسرکور، آزمایشگر و شرکت‌کننده تا پایان تحقیق نمی‌دانند از کدام درمان [یا مداخله] استفاده شده است.

همه‌گیری‌شناسی **epidemiology**

بررسی میزان بروز، شیوع و توزیع بیماری یا مریضی در یک جمعیت.

انتظارات **expectations**

پیش‌بینی محقق یا شرکت‌کنندگان از نتیجهٔ آزمایش.

گروه آزمایشی **experimental group**

در طرح آزمایشی به گروهی گفته می‌شود که تحت درمان [یا مداخلهٔ] مورد نظر قرار می‌گیرد.

فرضیهٔ آزمایشی **experimental hypothesis**

نظریه یا طرحی که مطالعهٔ آزمایشی روی آن اجرا می‌شود. این فرضیه معمولاً تاثیرات درمان [یا مداخلهٔ] مورد نظر را پیش‌بینی می‌کند.

روش آزمایشی **experimental method**

راهبردی تحقیقاتی که به محقق اجازه می‌دهد رابطهٔ علت و معلولی متغیرها یا رویدادها را مشخص کند.

اعتبار بیرونی **external validity**

میزان تعمیم‌پذیری نتایج آزمایش به موقعیت‌های دیگر.

عامل **factor**

بُعدی فرضی که زیربنای چند متغیر به هم مرتبط است.

تحلیل عاملی **factor analysis**

روشی آماری برای بررسی روابط متقابل چند متغیر در یک مقطع زمانی. در این روش برای تعیین اینکه کدام متغیرها همزمان تغییر می‌کنند و در یک عامل زیربنایی اشتراک دارند، چند همبستگی محاسبه می‌شود.

داده‌های جعلی **fraudulent data**

داده‌های ساختگی که آزمایشگر درصدد کنار گذاشتن یا ابطال آنها است.

بروز **incidence**

میزان موارد جدید یک مریضی یا اختلال در یک دورهٔ معین. رقم بروز اجازه می‌دهد بفهمیم آیا تعداد موارد جدید ثابت مانده یا تغییر کرده است.

متغیر مستقل **independent variable**

در طرح آزمایشی به متغیری اطلاق می‌شود که محقق آن را دستکاری می‌کند.

رضایت‌نامه **informed consent**

شرطی حقوقی در تحقیقات انسانی که طبق آن، محقق باید شرکت‌کنندگان را از هدف کلی تحقیق، روش‌های به کار رفته، خطرات و ناراحتی‌های احتمالی، موارد نقض رازداری، پرداخت دستمزد بابت شرکت در تحقیق و حق انصراف در هر مقطع از تحقیق، مطلع کند.

دارای اعتبار درونی **internally valid**

آزمایشی اعتبار درونی دارد که تغییر متغیر وابسته در آن را بتوانیم به دستکاری متغیر مستقل نسبت دهیم. [هرچه این میزان بیشتر باشد، اعتبار درونی آزمایش، بیشتر خواهد بود.]

طرح طولی **longitudinal design**

طرحی تحقیقاتی که در آن گروهی از آدم‌ها در دو یا چند مقطع زمانی بررسی می‌شوند.

همتاسازی **matching**

«همتاسازی» یا مشابه‌سازی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهایی (مثل سن یا جنس) که بر نتیجهٔ تحقیق تاثیر می‌گذارند.

طرح‌های مرکب **mixed designs**

طرح‌های تحقیقاتی که ترکیبی از روش‌های آزمایشی و همبستگی هستند. در طرح مرکب، شرکت‌کنندگان از گروه‌های موجود (مثل گروه مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی یا گروه مبتلایان به هراس اجتماعی) تحت هر یک از درمان‌های [یا مداخلات] آزمایشی قرار می‌گیرند. این قضیه به آزمایشگر امکان می‌دهد بفهمد اینکه اشخاص در کدام گروه جا گرفته‌اند آیا بر اثربخشی درمان [یا مداخله] تاثیر می‌گذارد یا نه.

طرح‌های چند خط پایه‌ای **multiple baseline designs**

طرحی که بر اثر مشکلات و موانع اجرایی یا اخلاقی استفاده از دورهٔ وارونگی [یا عدم] درمان اجرا می‌شود. در این طرح، برای دو (یا چند) رفتار، خط تعیین می‌شود و یک رفتار تحت درمان قرار می‌گیرد. سپس درمان رفتار دوم شروع می‌شود. با مشاهدهٔ تغییرات هر رفتار در هر نوبت، دربارهٔ موثر بودن درمان‌ها نتیجه‌گیری می‌شود.

مشاهدهٔ طبیعی **naturalistic observation**

روش تحقیقی که در آن مشاهدات کاملاً برنامه‌ریزی‌شده‌ای در محیط‌های واقعی صورت می‌گیرد.

اثر دارونما **placebo effect**

نتیجهٔ حاصل از انتظارات مربوط به دستکاری آزمایشی نه خود دستکاری آزمایشی.

شیوع **prevalence**

میزان کلی موردها (اعم از جدید و قدیمی) در یک دورهٔ معین. رقم شیوع نشان می‌دهد چند درصد جمعیت هدف، تحت تاثیر بیماری یا اختلال مورد نظر قرار گرفته است.

داده‌های واپس‌نگر **retrospective data**

داده‌های حاصل از گزارش افراد دربارهٔ تجربیات و رویدادهای گذشته.

عامل خطر **risk factor**

متغیری (مثل متغیرهای جمعیت‌نگاری یا محیطی) که احتمال یا خطر یک مریضی یا اختلال خاص در مدت عمر یک فرد را بالا می‌برد.

نمودار پراکندگی **scatterplot**

نمایش تصویری رابطهٔ دو متغیر. نمودار پراکندگی از دو محور **x** (که یکی از دو متغیر را نشان می‌دهد) و محور **y** (که متغیر دیگر را نشان می‌دهد) تشکیل شده است. در این نمودار، نمرات شخص در هر دو متغیر با نقطه نشان داده می‌شود.

طرح‌های تک‌موردی **single-case designs**

طرح‌هایی که بر پاسخ‌های یک شرکت‌کننده متمرکز می‌شوند. در این طرح‌ها معمولاً خط پایهٔ ثابت، مشخص می‌گردد و سپس مداخله اجرا می‌شود. آنگاه با مقایسهٔ خط پایه و سطح رفتار پس از مداخله، تاثیرات مداخله مشخص می‌گردد.

معناداری آماری **statistical significance**

ارزش‌های آماری که انتظار نمی‌رود تصادفی بوده باشند. طبق قرارداد، از لحاظ آماری ارزشی معنادار است که کمتر از ۵ درصد موارد، تصادفی رخ دهد.

مسئلهٔ متغیر سوم **third-variable problem**

این امکان که شاید همبستگی متغیرهای الف و ب، معلول متغیر ناشناختهٔ سومی باشد نه ارتباط علّی آنها.

طرح‌های درون‌گروهی **within-group designs**

طرح‌هایی که در آنها یک گروه از شرکت‌کنندگان در مقاطع مختلف زمانی با هم مقایسه می‌شوند (برای مثال، قبل و پس از اجرای درمان [یا مداخله]).

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

4-1 APA Ethical Principles and Code of Conduct (with 2010 amendments)
http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

4-2 Research with Non-human Animals in Psychology
http://www.apa.org/science/leadership/care/index.aspx

4-3 Guidelines for Ethical Conduct in the Care and Use of Animals
http://www.apa.org/science/leadership/care/guidelines.aspx

4-4 Human Research Protections
http://www.apa.org/research/responsible/human/index.aspx

4-5 Lab Animal Welfare
http://www.apa.org/research/responsible/animal/index.aspx

4-6 Research Methods Tutorials
http://www.socialresearchmethods.net/tutorial/tutorial.htm

۵



تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی

سوالات مهم

۱. قوت و ضعف‌های سه تعریف اصلی رفتار نابهنجار را توضیح دهید؟
۲. بیماری روانی و اختلال روانی چیست؟ چرا تشخیص اختلال روانی مهم است؟
۳. ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چگونه تهیه شد؟ پنج محور تشخیصی مورد استفاده برای تشخیص‌گذاری بر اساس ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) را توضیح دهید.
۴. نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی چگونه ارزیابی می‌شوند؟
۵. مدل بیماری‌پذیری ـ استرس در آسیب‌شناسی روانی را توضیح دهید.

رئوس مطالب فصل

رفتار نابهنجار چیست؟

قِلّت آماری یا نقض هنجارهای اجتماعی

مورد دیمیتری اِی.

کادر ۱ـ۵: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر کنت جی. شِر

مورد خوانیتا ال.

ناراحتی ذهنی

کادر ۲ـ۵: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: فرهنگ و تشخیص

مورد سینتیا اس.

مورد کومی جی.

ناتوانی، ناکارایی یا اختلال

مورد ریچارد زِد.

مورد فیلیس اچ.

ما را کجا رها می‌کند؟

بیماری روانی

اهمیت تشخیص

کادر ۳ـ۵: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر ایلین واکر

نظام‌های طبقه‌بندی اولیه

تجدید نظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ***DSM-IV-TR***

مورد میشل ام.

معضلات عمومی طبقه‌بندی

طبقات در برابر ابعاد

وب سایت های جالب

علل رفتار نابهنجار و بیماری روانی
مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی
مدل بیماری‌پذیری ـ استرس

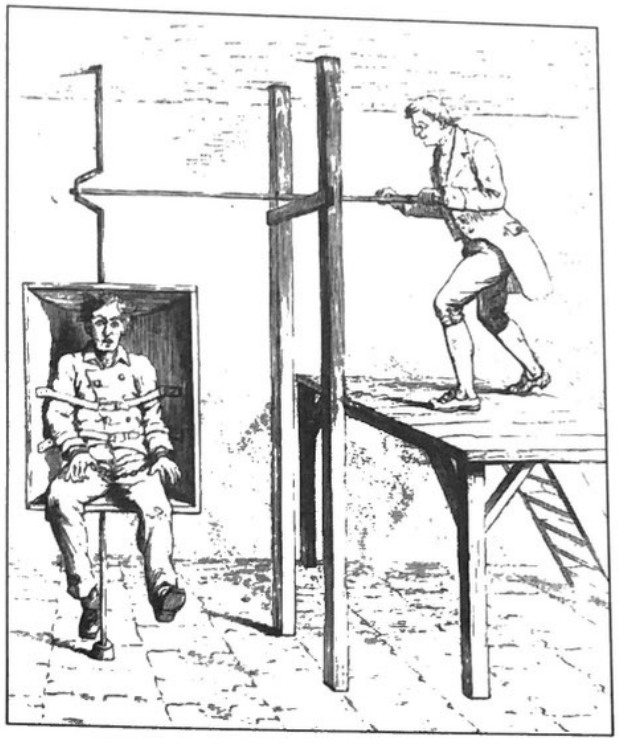
ارزش طبقه‌بندی
خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

روان‌شناسی بالینی را معمولاً یک علم کاربردی می‌دانند. روان‌شناسان بالینی، اصول روان‌شناختی دارای پشتوانهٔ تجربی را در رابطه با سازگاری و رفتار نابهنجار به کار می‌برند. آنها دنبال یافتن روش‌های موفقی هستند تا رفتار، افکار و احساسات مراجعان را تغییر دهند. به این ترتیب ناسازگاری یا ناکارایی مراجعان را کم می‌کنند و میزان سازگاری آنها را افزایش می‌دهند.

اما روان‌شناسان بالینی پیش از آنکه مداخلات را تدوین و اجرا کنند، باید نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و سطوح ناکارایی یا اختلال را بسنجند. جالب اینجا است که تعریف دقیق این نشانه‌ها و اصطلاحات مرتبط با این مقولات، دست‌نیافتنی است. وانگهی شیوهٔ کاربرد این اصطلاحات در مورد مراجعان، گاهی اوقات هیچ نظم و نسقی ندارد.

روان‌شناسی بالینی از این دیدگاه‌های بدوی گذشته است که بیماری روانی را تسخیر شدن توسط شیاطین و ارواح می‌دانستند. این علم ناسازگاری را هم معلول گناه نمی‌داند. قرون هجدهم و نوزدهم، سرآغاز طرح این مفهوم بود که «دیوانگان» مریض‌اند و به درمان و مراقبت انسانی نیاز دارند. اما حتی در آن دوران هم اقدامات عجیب و غریبی در ارتباط با سلامت روان صورت می‌گرفت (به نمودار ۱ ـ ۵ نگاه کنید). بدیهی است دیدگاه‌های فعلی روان‌شناسان بالینی از دیدگاه‌های اسلاف‌شان بسیار پیچیده‌تر است. اما هنوز هم عدهٔ زیادی به درمان‌هایی مثل تشنج برقی (ECT) یا تحریک مغزی مغناطیسی میان‌جمجمه‌ای (TMS)، قدری شک دارند و دربارهٔ آنها نگران هستند. عده‌ای دیگر هم نظر مساعدی دربارهٔ داروهای روانگردان (مثل داروهای ضدروانپریشی، ضدافسردگی، ضدشیدایی یا ضداضطراب) ندارند. سرانجام اینکه بسیاری از «درمان‌های روان‌شناختی» هم در بهترین حالت، زیر سوال هستند (درمان‌هایی مثل درمان از طریق جیغ آغازین، درمان از طریق واپسروی سنی). تمام این رویکردها و دیدگاه‌های درمانی به تصمیم روان‌شناسان بالینی در مورد این که چه کسانی به سنجش، درمان و مداخله‌نیاز دارند و به منطق آنان در این خصوص بستگی دارد. قضاوت آنها نیز به برچسب‌ها یا تشخیص‌هایی بستگی دارد که به کار می‌برند. در این فصل، با نگاهی انتقادی، برخی از تعاریف و برچسب‌های مورد استفادهٔ روان‌شناسی بالینی را بررسی می‌کنیم. به این ترتیب شاید بتوانیم برخی ایرادات و اشکالات آنها را روشن کنیم.

برای آنکه با فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی متخصص رفتار نابهنجار یا آسیب‌شناسی روانی بیشتر آشنا شوید، مواردی را در کادر ۱ ـ ۵ مثال زده‌ایم. این کادر، نیمرخی از کارهای یک *آسیب‌شناس روانی* ارائه می‌کند که دانشمند علل اختلالات و عوامل موثر در سیر تحول اختلالات روانی است.



نمودار ۱ ـ ۵: در قرن نوزدهم، افسردگی را با چرخاندن شخص درمان می‌کردند.

رفتار نابهنجار چیست؟

اگر از ده نفر بپرسید رفتار نابهنجار چیست احتمالاً ده پاسخ متفاوت خواهید شنید. برخی از دشواری‌های تعریف رفتار نابهنجار عبارت است از (الف) صورت‌های رفتار نابهنجار، ویژگی واحدی ندارند و هیچ ملاکی به تنهایی نمی‌تواند «نابهنجاری» را تعریف کند و (ب) هیچ مرز مشخص و محسوسی بین رفتار بهنجار و نابهنجار وجود ندارد. حتی در این عصر روشنگری هم شاهد ظهور و بروز افسانه‌های زیادی دربارهٔ رفتار نابهنجار هستیم. برای نمونه، بسیاری هنوز رفتار نابهنجار را معادل (الف) رفتار عجیب و غریب، (ب) رفتار خطرناک یا (ج) رفتار شرم‌آور می‌دانند.

در این قسمت می‌خواهیم سه تعریف [اصلی] رفتار نابهنجار را توضیح دهیم. این سه تعریف عبارت است از: (الف) قِلّت آماری یا نقض هنجارهای اجتماعی، (ب) ناراحتی ذهنی و (ج) ناتوانی، ناکارایی یا اختلال؛ سپس قوت و ضعف‌های هر یک از این تعاریف را توضیح می‌دهیم. اگرچه هر یک از این تعاریف بر نکتهٔ مهمی از فهم رفتار نابهنجار انگشت می‌گذارند، هر یک از این تعاریف فی‌نفسه ناقص‌اند.

قِلّت آماری یا نقض هنجارهای اجتماعی

وقتی رفتار شخص با هنجارهای اجتماعی رایج همسو است یا وقتی بیشتر مردم رفتار مورد نظر را انجام می‌دهند، فردی که آن رفتار را انجام می‌دهد، احتمالاً توجه متخصصان سلامت روان را جلب نخواهد کرد. اما وقتی رفتار شخص تا حدودی انحراف‌آمیز، شرم‌آور یا به نحوی ناهمرنگ با رفتار دیگران می‌شود، او را «نابهنجار» فرض می‌کنند. اجازه دهید چند مثال بزنیم.

هر دو مورد، کسانی هستند که معمولاً برای ارزیابی یا درمان نزد روان‌شناسان می‌آیند. ویژگی خاصی که در هر دو نفر فوراً به چشم می‌آید، نقض هنجارها توسط دیمیتری و خوانیتا است. دیمیتری نابهنجار است؛ چون هوشبهر و عملکرد تحصیلی او فاصلهٔ زیادی با میانگین دارد. در رابطه با دیمیتری، این جنبهٔ انحراف از هنجار بسیار مشهود است؛ چون آمار و ارقام آن را نشان می‌دهد. وقتی این طبقه‌بندی رقمی صورت گرفت، جا گرفتن دیمیتری در طبقهٔ انحرافی حتمی شد. خوانیتا نیز مورد توجه دیگران قرار گرفته بود، چون با آنها *تفاوت* داشت. لباس‌ها، ظاهر و علایق خوانیتا با هنجارهای معمول در میان دختران و زنان هم‌فرهنگ‌اش همرنگ نبود.

قوت‌های این تعریف. تعریف نابهنجاری بر مبنای قِلّت آماری یا نقض هنجارهای اجتماعی، دست‌کم به دو دلیل جذاب است:

۱. *نقاط برش*: جذابیت رویکرد قِلّت آماری، در *نقاط برش* کمّی است. اگر نقطهٔ برش فلان مقیاس ۸۰ باشد و یک نفر نمرهٔ ۷۵ بگیرد، نابهنجار خواندن رفتارش تقریباً درست است؛ در تفسیر نمرات آزمون‌های روان‌شناختی، اصل انحراف آماری رایج است. مولفان آزمون‌های روانی، در راهنمای آزمون‌ها، نقطهٔ برشی تعیین می‌کنند که مبنای آن انحراف آماری از نمرهٔ میانگین نمونهٔ «بهنجار» آزمون‌دهندگان است. سپس نمراتی که با نمرهٔ برش فاصله دارند، «از لحاظ بالینی معنادار» (یعنی نابهنجار یا انحرافی) فرض می‌شوند.

مورد دیمیتری اِی.

دیمیتری کلاس دوم است. قد و وزن متوسطی دارد و مشکل بدنی خاصی ندارد. قدری پرخاشگر است و برای بچه‌های کوچک‌تر از خودش قلدری می‌کند. تولد او طبیعی و بی‌نقص بود، هرچند در یادگیری راه رفتن و حرف زدن کمی کُند بود. البته در این زمینه، نقص مشهودی نداشت. کلاس اول برای دیمیتری سخت و پیشرفت‌اش کُند بود. در پایان سال اول از بقیهٔ کلاس خیلی عقب بود. اما اولیای مدرسه می‌خواستند هرطور شده پیشرفت کند. استدلال‌شان هم این بود که فقط کمی کُندی رسش دارد و دیری نمی‌گذرد که «عادی خواهد شد». اولیای مدرسه به عنوان عوامل دخیل در عملکرد درسی و تحصیلی ضعیف دیمیتری، متوجه تک‌فرزند بودن او، پدر و مادر مهربان و فداکارش، فراخنای کوتاه توجه و پرخاشگری دیمیتری شده بودند.

دیمیتری در آغاز سال دوم تحصیلی، آزمون پیشرفت داد و عملکردش بسیار ضعیف بود. طبق سیاست مدرسه، او را به روان‌شناس مدرسه ارجاع دادند تا از او آزمون‌های انفرادی بگیرد و او را ارزیابی کند. روان‌شناس بر اساس نتایج آزمون هوش، آزمون کارکرد انطباقی، مرور پرونده‌های تحصیلی و سابقهٔ اجتماعی اخذ شده از والدین دیمیتری نتیجه گرفت دیمیتری عقب‌ماندگی ذهنی دارد. هوشبهر دیمیتری در یکی از آزمون‌های استاندارد هوش، ۶۴ بود. وانگهی شاخص رسش و پختگی اجتماعی دیمیتری که بر اساس گزارش‌های پدر و مادرش از رفتار اجتماعی او تهیه شده بود، کاملاً پایین بود.

۲. ***جاذبهٔ شهودی***: بدیهی به نظر می‌رسد که رفتارهایی که از نظر ما نابهنجارند از نظر دیگران هم نابهنجار به نظر رسند. ما گاهی اوقات زحمت نمی‌کشیم تا تعریف دقیقی از رفتار نابهنجار بدهیم؛ چون همان‌طور که زمانی دیوان عالی امریکا دربارهٔ پورنوگرافی گفته بود، خود ما می‌دانیم چه موقع رفتاری نابهنجار است.

اشکالات این تعریف. ملاک همرنگی، تاثیر ظریف اما مهمی در قضاوت ما راجع به دیگران دارد. اگرچه باید به‌طور منظم در پی یافتن تعیین‌کننده‌های ناهمرنگی یا انحراف فرد باشیم، اما نباید رفتار ناهمرنگ یا انحرافی هر کسی را مشکل روانی فرض کنیم. ملاک قرار دادن همرنگی، مشکلاتی به دنبال دارد.

۱. ***انتخاب نقاط برش***: تعاریف همرنگی‌گرا، با معضل توافق بر سر نقطهٔ برش روبه‌رو است. همان‌طور که گفتیم، استفاده از نقطهٔ برش پس از تعیین آن، بسیار آسان است. اما راهنماهای اندکی برای تعیین نقطهٔ برش وجود دارد. برای مثال، درباره دیمیتری، آیا هوشبهر ۶۴، هوشبهری سحرآمیز است؟ در حالت سنتی، نقطهٔ برش ۷۰ است و اگر هوشبهر زیر ۷۰ باشد، شخص، عقب‌ماندهٔ ذهنی محسوب می‌شود. اما آیا نمرهٔ ۶۹ با نمرهٔ ۷۲ خیلی فرق دارد؟ توجیه عقلی این نوع نقاط برش انتخابی، سخت است. این مسئله درباره خوانیتا نیز همین‌قدر ملموس است. آیا کوبیدن پنج تصویر مسیح مصلوب بسیار زیاد است؟ آیا روزی سه بار حضور در سه کلیسای مختلف، پذیرفتنی است؟

۲. ***تعداد انحراف‌ها*** : مشکل دیگر معیار عدم همرنگی، تعداد رفتارهایی است که باید داشته باشیم تا برچسب «انحراف» بخوریم. در خصوص خوانیتا، آیا تعداد تصاویر مسیح مصلوب روی دیوار معیار بود یا کل رفتار خوانیتا؛ یعنی شمائل‌ها و تصاویر، لباس‌ها، آرایش نکردن و نداشتن جواهرآلات، گوشه‌گیری، روزه‌گرفتن و مواردی از این قبیل؟ آیا اگر خوانیتا سه مورد از این رفتارهای نامعمول را داشت هم رفتارش انحرافی محسوب می‌شد؟

۳. ***نسبیت فرهنگی و رشدی***: مورد خوانیتا به‌طور اخص، نکته‌ای سنتی را نشان می‌دهد. رفتار خوانیتا از یک نظر اصلاً انحرافی نیست. اگر او عضو یک خانوادهٔ بسیار مذهبی بود که باورها و رفتارهای مذهبی سختگیرانه‌ای داشتند، هرگز ناسازگار قلمداد نمی‌شد. خلاصه اینکه آنچه از نظر یک گروه، انحرافی محسوب می‌شود از نظر گروهی دیگر، انحرافی محسوب نمی‌شود. بنابراین ***نسبیت فرهنگی*** مفهوم مهمی است. به همین شکل، به فراخور اینکه آیا خانواده، اولیای مدرسه یا همسالان قضاوت کنند، قضاوت‌ها متفاوت خواهد بود. این تغییرپذیری قضاوت‌ها، تاثیر مهمی در ناپایایی تشخیصی دارد؛ چون حتی قضاوت روان‌شناسان بالینی هم به این بستگی دارد که به کدام گروه یا گروه‌ها تعلق دارند. در ضمن، برخی رفتارهایی که در یک مرحلهٔ رشدی، مناسب به نظر می‌رسند، در مرحلهٔ دیگر نامناسب می‌شوند. در آسیب‌شناسی روانی کودک باید ببینیم آیا رفتار کودک در مقایسه با همسالانش نامناسب است یا در مقایسه با همهٔ کودکان.

مورد خوانیتا اِل.

خوانیتا دوران کودکی ظاهراً بهنجاری داشت. پیشرفت درسی‌اش رضایت‌بخش بود و مشکل چندانی برای معلمان و پدر و مادرش ایجاد نمی‌کرد. اگرچه هیچ وقت به راحتی دوست نمی‌شد، اما گوشه‌گیر هم نبود. در سوابق پزشکی خوانیتا هیچ علامتی دال بر وجود مشکل بدنی وجود نداشت تا اینکه وارد دبیرستان می‌شود. موهایش را خیلی سفت شانه می‌کرد و آن را صاف و ساده نگه می‌داشت. لباس‌های نامتناسبی می‌پوشید که گاهی مربوط به ۵۰ سال قبل بودند. هرگز آرایش نمی‌کرد و از جواهرآلات استفاده نمی‌کرد. اگرچه اوایل با دیگر دخترهای کلاس فرق زیادی نداشت، حالا انگشت‌نما بود.

عملکرد درسی خوانیتا هم به تدریج اُفت می‌کرد. بیشتر ساعات روزش را در تنهایی، صرف انجیل‌خوانی می‌کرد. همچنین برای دخترهایی که دست پسرها را می‌گرفتند، می‌خندیدند، می‌رقصیدند و از این قبیل کارها می‌کردند، یواشکی یادداشت می‌گذاشت. یکسره در مراسم و خدمات مذهبی شرکت می‌کرد و گاهی یکشنبه‌ها به پنج شش کلیسا می‌رفت. خیلی روزه می‌گرفت و دیوارهای اتاقش را پر از عکس‌ها و شمائل مسیح، سخنان مذهبی و مسیح مصلوب کرده بود.

وقتی سرانجام به پدر و مادرش گفت می‌خواهد عضو یک فرقهٔ مذهبی گمنام شود و (در کمال فقر) کشور را بگردد و پیام مسیح را به مردم برساند، پدر و مادرش نگران شدند و او را نزد روان‌پزشک بردند. اندکی بعد خوانیتا بستری شد. تشخیص‌های متفاوتی روی خوانیتا گذاشته شد که عبارت بودند از: اسکیزوفرنی نوع پارانویید؛ شخصیت اسکیزویید و اسکیزوفرنی نوع نامتمایز.

کادر ۱ـ۵: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر کِنِت جی. شِر

آسیب‌شناس روانی، دانشمندی است که طرز شکل‌گیری اختلالات روانی و علل (یا همان سبب‌شناسی) این اختلالات را بررسی می‌کند. عدهٔ نسبتاً کم ولی بسیار مولدی از روان‌شناسان بالینی هستند که محقق‌اند و خود را آسیب‌شناس روانی می‌نامند. کنت جی شِر یک آسیب‌شناس روانی صاحب‌نام است که بر سبب‌شناسی و نحوهٔ شکل‌گیری اختلالات مصرف الکل تمرکز کرده است.

دکتر شِر استادِ سرپرستِ علوم روان‌شناختی دانشگاه میسوری کلمبیا است. شِر بیش از ۲۰۰ نوشته دربارهٔ اختلالات مصرف الکل، روش‌شناسی در تحقیقات آسیب‌شناسی روانی و رابطهٔ شخصیت ـ آسیب‌شناسی روانی دارد. دکتر شِر چند بار از دولت مرکزی برای تحقیقاتش کمک مالی دریافت کرده و جایزه‌هایی گرفته است که مؤید مساعدت علمی او هستند.

کارهای تجربی دکتر شِر، ارزیابی بسیاری از نظریه‌های مصرف الکل (مثل نظریهٔ کاهش تنش، خودآگاهی) و عوامل دخیل در شکل‌گیری اختلالات مصرف الکل در آزمودنی‌هایی بوده است که «به شدت در معرض خطرند» (یعنی پدرشان به الکل معتاد بوده است). دکتر شِر هم‌اکنون روی دو طرح تحقیقاتی آینده‌نگر مهم کار می‌کند. در یکی از این طرح‌ها، آزمودنی‌هایی که «به شدت در معرض خطرند» در فاصله‌های منظم در برههٔ دانشگاه و بزرگسالی سنجیده می‌شوند. برای مثال، در یکی از مطالعات این طرح بزرگ معلوم شد کودکان والدین الکلی، مشکلات بیشتری درباره الکل و دارو داشتند و بیشتر انتظار می‌رفت الکل مصرف کنند، بیشتر کنترل رفتاری می‌شدند و پیشرفت تحصیلی کمتری داشتند تا آزمودنی‌های گواه که پیشینهٔ خانوادگی اعتیاد به الکل نداشتند (شِر، والیتزر، وود و برنت[1]، ۱۹۹۱). داده‌های حاصل از مرحلهٔ آینده‌نگر مطالعهٔ دکتر شِر در ارزیابی الگوهای نظری مربوط به نحوهٔ شکل‌گیری مشکلات مربوط به الکل و دیگر آسیب‌های روانی در فرزندان پدر و مادرهای الکلی استفاده شده است (برای مثال جکسون[2] و شِر، ۲۰۰۲). این مطالعه همچنین اطلاعات ارزشمندی در تخمین میزان رابطهٔ مشروب خوردن در دوران تحصیل دانشگاهی و دوران بزرگسالی ارائه کرده است (بارتولو[3]، شِر و کرول[4]، ۲۰۰۳). تحقیق آینده‌نگر جدیدتری، تعامل متغیرهای مربوط به تفاوت‌های فردی و عوامل محیطی در تعیین سیر مشروب خوردن در دوران دانشگاه را بررسی کرده است. در ضمن، این تحقیق، تاثیر شخصیت بر نوع محیط‌هایی را کشف می‌کند که افراد وارد آنها می‌شوند و همچنین تاثیر این محیط‌ها بر مشروب خوردن افراد در آینده را بررسی می‌کند.

دکتر شِر به سوالات ما راجع به سوابق و علایقش و همچنین پیش‌بینی‌هایش دربارهٔ روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و تحقیقات آسیب‌شناسی روانی پاسخ داد.

چطور شد به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

واقعاً نمی‌دانم. روان‌شناسی بالینی چهارمین و آخرین محور مطالعاتی و درسی من در دورهٔ کارشناسی بود. من به قصد تحصیل در رشتهٔ زیست‌شناسی دریایی وارد دانشگاه شدم. اگر دانشگاهی که در آن قبول شدم واحد درسی خاصی در این زمینه داشت (آن دانشگاه وسط اوهایو بود) احتمالاً امروز زیست‌شناس دریایی بودم. پس از آنکه مدتی ازخودگذشتگی کردم و رشتهٔ ارتباطات (با محوریت رسانه‌های رادیو و تلویزیونی) را دنبال کردم، سرانجام رشتهٔ روان‌شناسی را برگزیدم. ابتدا می‌خواستم روان‌شناس شناختی شوم؛ چون به نظرم سوالی از این بنیادی‌تر نبود که «فکر چیست؟» و «ما چطور فکر می‌کنیم؟» اما متوجه شدم روان‌شناسی شناختی آن زمان (یعنی اوایل دههٔ ۱۹۷۰) بسیار رفتاری و فلسفی است (وضعی که با علم شناختی امروز بسیار فرق می‌کند).

وقتی به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم که دستیار تحقیق ماردی هورووِیتز[5] بودم که در سانفرانسیسکو، روان‌پزشک دانشگاهی بود. همان زمان بود که متقاعد شدم از برنامه‌های تحقیقاتی یکپارچه‌ای که مطالعات بالینی (توصیف پدیده‌ها)، تحقیقات همه‌گیری‌شناسی (تعیین میزان و سیر پدیده‌ها در جمعیت) و تحقیقات آزمایشگاهی (آزمودن فرضیه‌های اختصاصی دربارهٔ سازوکارهای بنیادی) را شامل می‌شود، نکات زیادی دربارهٔ طبیعت انسان یاد خواهم گرفت. هورووِیتز به من گفت اگر روان‌شناسی بالینی بخوانی «بزرگ‌ترین اشتباه زندگی‌ات را مرتکب شده‌ای»؛ او معتقد بود باید به دانشکده پزشکی بروم. البته مادرم هم موافق بود. اما هرگز از انتخابم پشیمان نشدم. هرچند داشتن آزمایشگاه تحقیقات دریایی را هم ترجیح می‌دادم.

در مقام روان‌شناس بالینی و در حوزه‌های تخصصی خودتان، چه‌کارهایی می‌کنید؟

من عمدتاً محقق هستم. دربارهٔ نقش قضاوت‌های فردی در تاثیرات الکل، تحقیقات آزمایشگاهی انجام می‌دهم و نیز دربارهٔ شکل‌گیری اختلالات مصرف الکل در جوانان، مطالعات میدانی می‌کنم. به‌ویژه

1. Sher, Walitzer, Wood and Brent
2. Jackson
3. Bartholow
4. Krull
5. Mardi Horowitz

تاثیرات متقابل شخص و محیط را بررسی می‌کنم و اینکه پیامدهای «بد» چطور بر انسان تاثیر می‌گذارند و چطور می‌توانیم جلوی آنها را بگیریم. بخش زیادی از وقتم را صرف نظارت بر تحقیقات دانشجویان مقاطع تکمیلی، تحلیل داده‌ها و نوشتن و مرور کارهای همکارانم می‌کنم (اعم از مقام تحقیقاتی آنها و مرور کمک‌های مالی). تخصص اصلی من در زمینهٔ روش‌های تحقیق بالینی، اعتیاد به الکل، اضطراب و تحقیق دربارهٔ همزمانی اختلالات است. همچنین چند کار اجرایی هم در گروه روان‌شناسی در سطح محلی و ملی دارم. در انجمن‌های حرفه‌ای مانند انجمن روان‌شناسی امریکا نیز فعالیت می‌کنم. در این انجمن عضو هیئت مدیره (یا هیئت نمایندگان) و هیئت اعتبارات (کمیتهٔ صدور اعتبارنامه‌ها) هستم. همچنین در انجمن علم روان‌شناختی عضو هستم. در این انجمن، ریاست کمیته‌ای را برعهده دارم که نشست‌های علمی سالانه ترتیب می‌دهد. در عین حال عضو انجمن‌های تخصصی، مانند جامعهٔ تحقیق دربارهٔ اعتیاد به‌الکل نیز هستم. این فعالیت‌های بیرونی من، مکمل مسئولیت‌های دانشگاهی‌ام هستند.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چگونه می‌بینید؟

حدس زدن آینده همیشه خطرناک است ولی بدیهی است که افزایش روزافزون روان‌شناسان، رقابت با دیگر متخصصان سلامت روان و موضوع مراقبت مدیریت‌شده باعث می‌شود روان‌شناس بالینی، دیگر یک متخصص مستقل مراقبت‌های بهداشتی نباشد. اما چالش‌ها، فرصت‌هایی نیز به همراه می‌آورد و تغییر صحنهٔ سلامت روان می‌تواند روان‌شناسان بالینی را وادارد تاثیر مهمی در تدوین پروتکل‌های جدید درمانی، نظارت بر درمانگران و طراحی سیاست‌های سلامت رفتار داشته باشند. روان‌شناسان بالینی در عرصهٔ تحقیق هم می‌توانند پل ارتباطی رشته‌های مختلف باشند و در تحقیقات بنیادی در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی و سلامتی و همچنین در ارزیابی نتایج درمان، نقش رهبر یا همکار مهم و اصلی را بازی کنند.

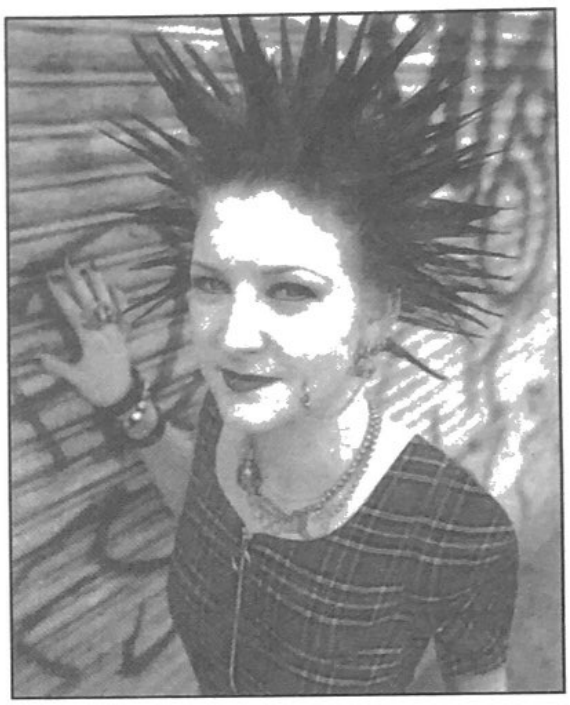
نویدبخش‌ترین حوزه‌های تحقیقاتی آسیب‌شناسی روانی چه هستند؟

در آسیب‌شناسی روانی براثر پیشرفت‌های بنیادی در رشته‌های مربوط، چند کشف جدیدِ مهم رخ داده است. برای نمونه، پیشرفت‌های جدید در تصویرسازی عصبی (مثل PET و fMRI) امکانی فراهم آورده که سازوکارهای مغزی زیرین برخی فکرها و رفتارهای نابهنجار را بهتر بشناسیم. انقلاب ژنتیک مولکولی هم اجازه داده بفهمیم کدام ژن‌ها در اختلالات رفتاری موثرند و چطور در چهارچوب محیط عمل می‌کنند. به این ترتیب، علاوه بر فرایندهای محیطی اصلی، زیست‌شناسی مولکولیِ زیربنای اختلالات رفتاری را هم می‌شناسیم. در حال حاضر بسیاری از روان‌شناسان در برابر تحقیقات ژنتیکی موضع تدافعی دارند. آنها از این می‌ترسند که تحقیقات بنیادی دربارهٔ رفتار، بی‌مقدار یا به حاشیه رانده شود. اما نظر من چیز دیگری است. پیشرفت‌های علم وراثت اجازه می‌دهد تصورمان درباره تاثیر عوامل غیرژنتیکی بر رفتار و رابطهٔ متقابل ژن‌ها و محیط را اصلاح کنیم. در ضمن، پیشرفت‌های روش‌شناسی آماری و افزایش استفاده از داده‌های آینده‌نگر (که از افراد در مشاهدات طولانی جمع‌آوری شده) اجازه می‌دهد آسیب‌شناسی روانی را در بافت‌های محیطی و رشدی و تحولی‌اش بهتر بشناسیم.



کنت جِی. شِر

دو نکتهٔ دیگر هم درباره نسبیت فرهنگی و رشدی حائز اهمیت است. نخست اینکه اگر درباره نسبیت فرهنگی افراط کنیم، تقریباً هیچ گروه مرجعی سرزنش‌شدنی نخواهد بود. فرهنگ‌ها را می‌توانیم به فرهنگ‌های فرعی و فرهنگ‌های فرعی را به خرده‌فرهنگ‌ها تقسیم کنیم. اگر مراقب نباشیم، این «تقلیل‌گرایی» می‌تواند به سالم انگاشتن تقریباً هر رفتاری منتهی شود. دوم اینکه اغراق در همرنگی هم خطرناک است. غیرهمرنگ‌ها گاهی اوقات مساعدت‌های اجتماعی سودمندی می‌کنند. همچنین اغراق در این ملاک باعث می‌شود کسانی بسیار راحت حذف شوند که متفاوت‌اند یا رفتار نامعمولی دارند و جامعه آن را برنمی‌تابد. سال‌ها قبل در روسیه، ناراضیان سیاسی را راهی بیمارستان روانی می‌کردند. در امریکا هم خانوادهٔ عمو آرتور هفتادساله موفق می‌شوند او را راهی بیمارستان کنند تا حضانت وی را برعهده گیرند. [جرم یا] انحراف عمو آرتور نیز این بوده که در هفتادسالگی خیلی ولخرجی می‌کرده و نمی‌گذاشته وراث، ثروتش را بالا بکشند. سرانجام اگر همهٔ این نکات کافی نیستند باید بگوییم اصرار **افراطی بر همرنگی گاهی اوقات ملاک نابهنجاری محسوب می‌شود!**



ظاهر یا لباس می‌تواند ناقض هنجارهای اجتماعی باشد ولی لزوماً از نابهنجاری یا آسیب روانی خبر نمی‌دهد.

ناراحتی ذهنی

حال ادراکات مشاهده‌گر را کنار می‌گذاریم و سراغ ادراکات شخص می‌رویم. در این حالت، داده‌های بنیادی، انحرافات قابل مشاهدهٔ رفتاری نیستند، بلکه احساسات ذهنی و احساس آسایش و آرامش مشخص هستند؛ شاد است یا غمگین، آرامش دارد یا مشکل، احساس کامیابی می‌کند یا احساس بی‌حاصل بودن. اگر اضطراب داشته باشد، صرف‌نظر از اینکه اضطرابش باعث بروز رفتار انحرافی می‌شود یا نه، ناسازگار است. سینتیا و کوامی[1] دو شخص بسیار متفاوت‌اند. رفتار سینتیا به تعبیری کاملاً همرنگ است. بسیاری از اطرافیانش او را به‌دلیل توان کنار آمدن با مسائل، تحسین می‌کنند. اما همچنان غمگین و پر از تعارض است و اضطراب زیادی تحمل می‌کند. اگر فردی مثل سینتیا به اتاق مشاوره بیاید، روان‌شناس بالینی تعجب نخواهد کرد. اما دوستانش تعجب خواهند کرد که از روان‌شناس کمک گرفته است.

اما بسیاری از دوستان، اطرافیان و اعضای خانوادهٔ کوامی خوشحال خواهند شد اگر کوامی از روان‌شناس کمک بگیرد چون از نظر بیشتر آنها مریض است. اما کوامی ایرادی در خودش نمی‌بیند. کوامی خودش را مشکل‌دار نمی‌بیند و احتمالاً به هرگونه پیشنهادی برای درمان، واکنش منفی نشان می‌دهد. وانگهی این بی‌انگیزگی برای درمان، درمان شدن او را هم بی‌فایده می‌کند.

مورد سینتیا اس.

۲۳ سال از ازدواج سینتیا می‌گذرد. شوهرش مهندس موفق عمران است. دو فرزند دارند؛ یکی دبیرستانی و دیگری دانشجو. هیچ چیزی در سوابق سینتیا دیده نمی‌شود که از مشکل روانی او خبر بدهد. هوش سینتیا بالای متوسط است و قبل از ازدواج، دو سال کالج رفته است. دوستانش همگی اذعان می‌کنند که سینتیا وقف خانواده است. بارزترین ویژگی‌های سینتیا، حس قوی و مسئولیت‌پذیری و ظرفیت و توان بالای انجام کارها است. او همیشه آدم «باعرضه‌ای» بوده است. سینتیا به‌رغم اضطراب شدیدش می‌تواند به خوبی کار کند. آدم گرمی است ولی احساساتش را بروز نمی‌دهد.

اخیراً در کلاس شبانهٔ یک کالج محلی ثبت نام کرده بود. از دانشجویان کلاس خواسته بودند از درونی‌ترین مسائل‌شان، توصیفی «وجودگرایانه» بنویسند. روان‌شناس کلاس در کمال تعجب، متوجه این توضیحات سینتیا شد:

«صبح‌ها به نظر می‌رسد نمی‌توانم روز را تمام کنم. خیلی سردرد دارم و احساس می‌کنم مریض هستم. از آشنایی با آدم‌های جدید و از مهمانداری می‌ترسم. گاهی اوقات به شدت غمگین می‌شوم؛ شاید چون هویت شخصی ندارم؛ نمی‌دانم».

نکتهٔ تعجب‌برانگیز برای مدرس این بود که هیچ یک از احساسات سینتیا در رفتارهای آشکار او دیده نمی‌شد. سینتیا با اعتماد به‌نفس، جسور، توانا، با روحیه و خونگرم به نظر می‌رسید.

1. Cynthia and Kwame

مورد کوامی جی.

تحلیلگر نیروی انسانی در جریان تهیهٔ گزارش غربالگری، با کوامی مصاحبه می‌کرد. او به‌یک موسسهٔ حسابداری خدمات می‌داد. از چند نفر از همکاران کوامی هم سوالاتی کرد. چند نکته در مصاحبه روشن شد.

کوامی اعتمادبه‌نفس زیادی داشت. دربارهٔ اهدافش و اینکه باید چطور به آنها برسد، بسیار مطمئن به نظر می‌رسید. اگرچه آدم بی‌خیالی به نظر نمی‌رسید، اما از پیشرفتش راضی بود. هرگز اضطرابی بروز نمی‌داد و برخلاف بسیاری از همکارانش مردّد و بلاتصمیم نبود. موردی نبود که از ناراحتی درونی کوامی خبر دهد. حتی دشمنان کوامی هم می‌گفتند «آدم واقعاً محکمی است».

دشمنی‌ها وقتی مشهودتر می‌شد که غربالگری پیش می‌رفت. معدود کسانی در موسسه، کوامی را دوست داشتند. کوامی از دیگران استفاده می‌کرد و برای پیشبرد کارش، از روی آنها می‌گذشت. کوامی معمولاً بی‌ملاحظه بود و اغلب به زیردستانش ظلم می‌کرد. او نسبت به زیردستانش حساسیت نشان نمی‌داد. عاشق شوخی‌های قومی بود و درباره اقلیت‌های قومی و ورود زنان به «دنیای مردها» پیشداوری‌هایی داشت. حتی در خانه هم زن و پسرش می‌گفتند یکسره آشوب به پا می‌کند چون با بی‌ملاحظگی توقع توجه و خدمت دارد.

کادر ۲ ـ ۵: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: فرهنگ و تشخیص

فرهنگ تاثیر زیادی بر افکار و نگاه ما به خودمان و دنیای اطراف‌مان می‌گذارد. تجربه‌های ما و هیجانات و رفتارمان نیز از این تاثیر بی‌نصیب نمی‌مانند. بنابراین هنگام ارزیابی مشکلات روانی شخص باید مقولهٔ فرهنگ را نیز در نظر بگیریم و متخصصان سلامت روان باید هنگام ارزیابی مردمان فرهنگ‌های دیگر، مراقب مبانی فرهنگی خود باشند. گاهی اوقات رفتاری که در یک فرهنگ، نامعمول و انحرافی محسوب می‌شود، در فرهنگی دیگر نامعمول و انحرافی نیست.

مورد گاستی اِی، مرد ۳۴ سالهٔ اندونزیایی را در نظر بگیرید:

گاستی دانشجویی معمولاً مریض بود و به معنای زندگی فکر می‌کرد؛ اینکه چرا انسان مریض می‌شود و می‌میرد. او سخت در فکر معنای زندگی و مرگ بود. بخش زیادی از وقت خود را تنها در اتاقش می‌گذراند و دنبال جواب این مسائل بود. سپس متوجه می‌شود نمی‌تواند بخوابد و حالش بدتر می‌شود تا جایی که دیگر نمی‌تواند سر کلاس حاضر شود یا درس بخواند و حتی به سختی می‌توانست از خودش مراقبت کند. دوستانش نگران حالش می‌شوند و فکر می‌کنند دیوانه شده است. یکی از دوستان گاستی او را دیده بود که با خودش حرف می‌زند و فکر می‌کند دیوانه شده است. دوستش او را به خانه می‌برد چون می‌ترسید اگر تنها بماند برایش اتفاقی بیفتد. حالات گاستی شش ماه ادامه می‌یابد تا اینکه سرانجام واقعاً احساس دیوانگی می‌کند. سپس تجربه‌های عجیب او شروع می‌شود. یک روز مشغول قدم زدن با دوستش بود که دوستش غش می‌کند. گاستی که از صمیم دل می‌خواست به دوستش کمک کند، دستش را دراز می‌کند و آن را روی سر دوستش می‌گذارد و تلاش می‌کند به او انرژی بدهد. سپس از دوستش می‌خواهد برخیزد و او نیز برمی‌خیزد. اگرچه گاستی مطمئن نبود که دوستش واقعاً بخاطر اقدام او بهبود یافته است، قوای شفادهی خود را روی دیگران امتحان می‌کند. گاستی پیش‌آگاهی‌هایی هم داشت که درست از آب درمی‌آمدند؛ مثل دیدن صحنهٔ تصادفی در جلوی دانشگاه که بعداً اتفاق می‌افتد و نگرانی درباره مادربزرگش که کمی بعد معلوم شد بیماری مهلکی دارد. سرانجام گاستی بر اثر چند مورد از این نوع تجربه‌ها متقاعد می‌شود صاحب قدرت خاصی است؛ تا اینکه می‌فهمد پدربزرگ، پدر و پسرعمویش نیز چنین توانایی‌هایی دارند. گاستی مطالعه دربارهٔ شفای روحی را شروع می‌کند و از آن پس قدرتش را در راه شفا دادن مردم به‌کار می‌گیرد. (استفن و سوریانی[1]، ۲۰۰۰، ص ۱۹)

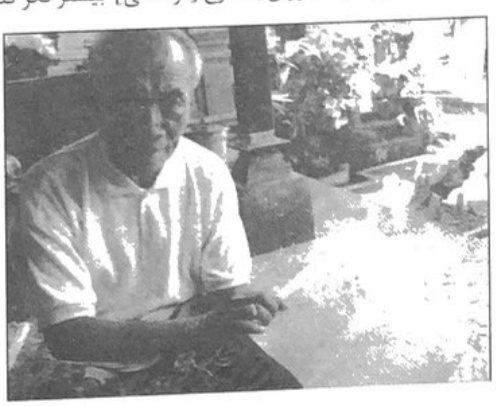
باورها و رفتارهای گاستی اِی برای مردمان و فرهنگ‌های دیگر ممکن است کاملاً عجیب و حتی شاهدی بر یک اختلال روانی جدی مثل اسکیزوفرنی باشد. اما اشخاصی مثل گاستی اِی در فرهنگ بالی (یا the balian) اندونزی، شفادهنده سنتی محسوب می‌شوند. بسیاری از انسان‌شناسان و روان‌پزشکان و روان‌شناسان میان‌فرهنگی، حالات هشیاری، باورها و رفتارهای این شفادهندگان سنتی را چیزی غیر از بیماری‌های روانی، برای مثال اسکیزوفرنی یا اختلال گسستی، می‌دانند. استفن و سوریانی (۲۰۰۰) می‌گویند تشخیص‌گذارانی که

1. Stephen and Suryani

اطلاعات فرهنگی کافی ندارند ممکن است گاستی را دچار بیماری روانی بدانند. اما گاستی ای، تحصیلات دانشگاهی‌اش را با موفقیت پشت سر گذاشت، وقتی فهمید توان خاصی برای شفا دادن دیگران دارد ناراحتی‌اش قطع شد و شهروندی مفید و محترم گردید. استفن و سوریانی (۲۰۰۰) می‌گویند شفادهنده شدن مثل تغییر کیش است نه علامت روانپریشی یا گسست شدیدِ مورد نظر در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV).

اما آیا در تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به موضوع فرهنگ و تشخیص بیماری روانی پرداخته شده است؟ بیشتر صاحب‌نظران می‌گویند آخرین ویراست راهنمای تشخیصی بیش از ویراست‌های دیگر آن به مسائل فرهنگی پرداخته، ولی کلاینمن [1] (۱۹۹۶) معتقد است این راهنمای تشخیصی، خیلی محدودیت دارد و برای راهنماهای تشخیصی آینده، پیشنهادهایی دارد از جمله:

- آموزش در زمینهٔ مصاحبه تشخیصی حساس به فرهنگ و ترجمهٔ دارای اعتبار و کاربرد درست آزمون‌های تشخیصی و دستورالعمل‌های تحقیقاتیِ مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM).
- قرار دادن یک محور فرهنگی در این راهنما که هویت فرهنگی شخص و میزان فرهنگ‌پذیری او و موانع فرهنگی احتمالی بر روی آن می‌آید.
- اطلاع‌رسانی بیشتر دربارهٔ تاثیر مسائل فرهنگی در تشخیص، مثل ویژگی‌های فرهنگی و تاثیر فرهنگ بر عوامل خطر، نشانه‌ها و سیر اختلال.
- سرانجام، لحاظ کردن اصطلاحات فرهنگی مربوط به ناراحتی و سندرم‌های فرهنگی در متن اصلی راهنمای تشخیصی (نه ضمیمهٔ آن) تا متخصصان سلامت روان به تنوع [فرهنگی] بیشتر فکر کنند.



قوت‌های این تعریف . تعریف رفتار نابهنجار بر مبنای ناراحتی ذهنی، جالب است. معقول و موجه به نظر می‌رسد که انتظار داشته باشیم بزرگسالان و برخی بچه‌ها بتوانند بسنجند که آیا مشکل هیجانی یا رفتاری دارند و آن را با دیگران در میان گذارند. در حقیقت مبنای بسیاری از روش‌های سنجش بالینی (مثل پرسشنامه‌های خوداظهاری یا مصاحبه‌های بالینی) این است که پاسخ‌دهنده از حالت درونی خویش آگاه است و به پرسش‌های مربوط به ناراحتی خود، صادقانه جواب می‌دهد. این فرض باعث می‌شود فشار وارد بر روان‌شناس بالینی که میزان ناسازگاری پاسخ‌دهنده را صرفاً بر مبنای قضاوت‌های شخصی خودش مشخص می‌کند، کاهش یابد. البته استناد به این شاخص ناسازگاری در کودکان خردسال، محل تردید است؛ چون آنها معمولاً نمی‌توانند به ناراحتی‌های ذهنی خود فکر کنند و آنها را گزارش دهند.

اشکالات این تعریف . سوال این است که آیا سینتیا ناسازگار است یا کوامی و یا هر دو. قضاوت در این خصوص به ملاک‌ها یا ارزش‌های ما بستگی دارد. از نظر گزارش ذهنی، سینتیا واجد ملاک‌های ناسازگاری است ولی کوامی نیست. این مثال نشان می‌دهد ناسازگار انگاشتن یک نفر، خیلی معنا ندارد مگر آنکه قضاوت ما مبنایی داشته باشد و تظاهرات رفتاری آن را ببینیم.

هر کس که «دچار اختلال» تشخیص داده می‌شود لزوماً ناراحتی ذهنی ندارد. برای مثال، روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات با اشخاصی طرف هستند که تماس زیادی با واقعیت ندارند ولی از آرامش درونی خود خبر می‌دهند. با این حال، چنین افرادی بستری می‌شوند. این موارد خاطرنشان می‌کند که گاهی اوقات باید ملاک‌های دیگری جز گزارش ذهنی را مبنا قرار دهیم. مسئلهٔ دیگر این است که چقدر ناراحتی ذهنی، نابهنجار است. همه گاهگاه متوجه اضطراب‌های خود می‌شویم و می‌فهمیم دچار اضطراب هستیم، پس اصلاً اضطراب نداشتن نمی‌تواند تنها ملاک سازگاری باشد. چقدر اضطراب، طبیعی و پذیرفتنی است و چه مدت؟ بسیاری معتقدند صرف زنده بودن

1. Kleinman

و زیستن در محیطی که هیچ وقت ما را کاملاً راضی نمی‌کند، اضطراب‌آور است. بنابراین مثل ملاک‌های دیگر، گزارش‌های پدیدارشناختی هم محدودیت‌هایی دارد. اینکه از خود شخص بپرسیم آیا سازگاری دارد یا نه، جالب است ولی این ملاک هم ایرادات خود را دارد.

ناتوانی، ناکارایی یا اختلال

در سومین تعریف رفتار نابهنجار از مفاهیم *ناتوانی*، *ناکارایی* یا *اختلال* استفاده می‌شود. در این تعریف، رفتاری نابهنجار است که برای فرد، قدری مشکل اجتماعی (میان‌فردی) یا شغلی (و تحصیلی) ایجاد کند. ناکارایی در این دو حیطه معمولاً برای فرد و روان‌شناس بالینی کاملاً آشکار است. برای نمونه، نداشتن دوست یا روابط به‌دلیل نداشتن ارتباط میان‌فردی با دیگران از شاخص‌های ناکارایی اجتماعی است، در حالی که بیکار شدن یا مردودی بر اثر مشکلات هیجانی (از جمله افسردگی) از ناکارایی شغلی خبر می‌دهد.

بر اساس تعریف ناتوانی/ناکارایی/اختلال، هر دو مورد از رفتار نابهنجار خبر می‌دهند. ریچارد[1] کاملاً به زنش وابسته است (ناکارایی اجتماعی) و همزمان چند شکایت بدنی دارد و نمی‌تواند با اضطراب کنار بیاید، به همین دلیل بیکار شده است (ناکارایی شغلی).

عادات دارویی فیلیس[2] هم مزاحم عملکرد شغلی (در این مورد، عملکرد تحصیلی) او می‌شد.

مورد ریچارد زد.

همسر ریچارد او را قانع کرده بود نزد روان‌شناس بالینی برود. تماس‌های قبلی ریچارد با روان‌پزشک در یک نوبت به تشخیص «روان‌رنجوری خودبیمارانگاری» و بار دیگر، به تشخیص «شخصیت منفعل پرخاشگر» منتهی شده بود. ریچارد چند سال بیکار بود، هرچند مدرک کارشناسی کتابداری داشت. خودش مدعی بود به‌دلیل اوضاع سلامتی‌اش نمی‌تواند کار پیدا کند. او انواع مشکلات بدنی، از جمله سرگیجه، تنگی نفس، ضعف و احساسات «بامزه و عجیبی» در ناحیهٔ شکم داشت. او که به پزشکان متعددی مراجعه کرده بود یک عالمه قرص می‌خورد. اما هیچ یک از پزشکان نتوانسته بودند مشکل پزشکی خاصی را در او تشخیص دهند.

ریچارد در کودکی نورچشمی مادرش بود. مادرش شیفتهٔ ریچارد بود، دائم پسرش را تشویق می‌کرد و در مجموع، این تصور را در او تقویت کرده بود که آدمی استثنایی و خاص است. پدر ریچارد ۱۸ ماه پس از تولد فرزندش ناپدید می‌شود. مادرش هم ۶ سال قبل می‌میرد و ریچارد کمی بعد ازدواج می‌کند. از آن به بعد زنش از او حمایت می‌کرد و در تمام کردن دورهٔ کالج به او یاری می‌رساند. اما این اواخر بود که زن ریچارد این حقیقت را پذیرفت که گویا شوهرش مشکل دارد.

مورد فیلیس اچ.

فیلیس دانشجوی کالج است. شش سال از شروع دورهٔ کارشناسی او می‌گذرد ولی هنوز مدرک نگرفته است. دست‌کم چهار بار تغییر رشته داده و چهار بار دانشکده را رها کرده است.

رها کردن دانشکده توسط فیلیس با عادات دارویی او رابطه داشت. خانوادهٔ فیلیس دو بار او را در بیمارستان روانی بستری کرده‌اند. دو بار دیگر هم به جرم جنس بلند کردن از مغازه، به زندان افتاده است. فیلیس برای تامین مخارج مصرف داروی خود، روسپی‌گری می‌کند. او معمولاً با قوهٔ خارق‌العادهٔ اقناع‌گری خود می‌تواند از پدر و مادرش پول بگیرد. دربارهٔ فیلیس، تشخیص «اختلال شخصیت ضداجتماعی» و «وابستگی دارویی» (کوکائین) داده بودند.

قوت‌های این تعریف . شاید مهم‌ترین قوت این تعریف رفتار نابهنجار، نقش نسبتاً کمرنگ به استنباط باشد. مشکلات حیطه‌های شغلی و اجتماعی معمولاً شخص را به سوی درمان سوق می‌دهد. افراد معمولاً وقتی به شدت و میزان مشکلات هیجانی خود پی می‌برند که خانواده یا روابط اجتماعی یا عملکرد شغلی و تحصیلی آنها تحت تاثیر قرار گیرد.

اشکالات این تعریف . چه کسی معیارهای ناکارایی اجتماعی یا شغلی را تعیین می‌کند؟ بیمار، درمانگر، والدین، معلمان یا کارفرما؟ گاهی اوقات قضاوت‌ها دربارهٔ کارایی اجتماعی و شغلی، قضاوت‌های نسبی هستند و نه مطلق و بار ارزشی دارند. اگرچه

1. Richard 2. Phyllis

بیشتر ما موافق هستیم که داشتن روابط و سهیم شدن در جامعه به عنوان کارمند یا دانشجو، ارزشمند است، ولی توافق بر سر مولفه‌ها و مشخصه‌های کارایی در این زمینه‌ها سخت است. خلاصه اینکه رسیدن به اتفاق نظر پایا و موثق دربارهٔ ماهیت روابط و مساعدت‌های اجتماعی فرد به عنوان کارمند یا دانشجو سخت است. آسیب‌شناسان روانی که به این مشکل پی برده‌اند برای سنجش منظم و پایای کارایی اجتماعی و شغلی، پرسشنامه‌های خوداظهاری و مصاحبه‌های خاصی طراحی کرده‌اند.

خلاصه اینکه برای تعیین رفتار نابهنجار از چند ملاک استفاده می‌شود. هر یک از این ملاک‌ها، نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارند و هیچ یک از آنها ملاک نهایی نیست. در کاربرد این ملاک‌ها، ذهنیت هم تا حدی دخالت دارد.

ما را کجا رها می‌کند؟

همان‌طور که گفتیم، تمام تعاریف ارائه‌شده از رفتار نابهنجار، قوت و ضعف‌هایی دارد. این تعاریف می‌توانند برخی از مصادیق رفتار نابهنجار را پوشش دهند ولی استثناهایی هم دارند. برای مثال، اگر ملاک ناراحتی ذهنی را در نظر بگیریم، آن وقت «رفتار نابهنجاری» مثل ریخت‌وپاش‌ها در شیدایی، دیگر نابهنجار محسوب نمی‌شود و اگر ملاک نقض هنجارها را در نظر بگیریم، تبحر ورزشی ستارگان لیگ ملی فوتبال، به *اشتباه* نابهنجار فرض خواهد شد.

در ضمن باید متذکر شویم که *رفتار نابهنجار لزوماً نشان‌دهنده بیماری روانی نیست*، بلکه اصطلاح بیماری روانی به دستهٔ بزرگی از سندرم‌های رایج قابل مشاهده اطلاق می‌شود که برخی رفتارها یا ویژگی‌های نابهنجار را دربرمی‌گیرد. این رفتارها/ویژگی‌های نابهنجار همپای یکدیگر تغییر می‌کنند و اتفاق می‌افتند و معمولاً همزمان در یک نفر دیده می‌شوند. برای نمونه، افسردگی ماژور [یا اساسی] عمدتاً یک بیماری روانی است که ویژگی‌هایش (از قبیل خلق افسرده، اختلال خواب، اختلال اشتها و فکر کردن به خودکشی) همزمان در یک نفر دیده می‌شود. اما کسی که فقط یک یا دو ویژگی افسردگی ماژور را دارد، تشخیص افسردگی ماژور نمی‌گیرد و بیمار روانی فرض نمی‌شود. شخص ممکن است (طبق تعاریف)، انواع رفتارهای نابهنجار را بروز دهد ولی دچار اختلال روانی تشخیص داده نشود.

بیماری روانی

تعریف اصطلاح *بیماری روانی* یا *اختلال روانی* مثل تعریف رفتار نابهنجار، سخت است. هر تعریفی، استثناهایی نیز دارد. با این حال تعریف بیماری روانی عملاً مهم است و نمی‌توانیم فرض را بر این بگذاریم که همه تلویحاً می‌دانند بیماری روانی چیست.

تجدیدنظر متن ویراست چهارم *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) یا همان DSM-IV-TR ، نظام تشخیصی رسمی ایالات متحدهٔ امریکا محسوب می‌شود. در این راهنما، اختلال روانی عبارت است از:

> سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی دارای اهمیت بالینی که در یک نفر دیده می‌شود و توام با ناراحتی (مثل وجود نشانه‌ای دردناک) یا ناتوانی (یعنی اختلال در یک یا چند کارکرد مهم) یا افزایش معنادار خطر رنج، مرگ، درد، ناتوانی یا از دست دادن آزادی است. در ضمن، این سندرم یا الگو نباید کاملاً قابل انتظار و یا پاسخی باشد که از لحاظ فرهنگی در برابر یک اتفاق یا رویداد خاص (مثل مرگ عزیزان) موجه و پذیرفتنی است. این الگو یا سندرم، هر علتی داشته باشد در آن لحظه، تظاهر یک ناکارایی رفتاری، روانی یا زیست‌شناختی در فرد می‌باشد. رفتار انحرافی (مثل انحرافات دینی، سیاسی یا جنسی) یا اختلافات بین فرد و جامعه لزوماً اختلال روانی محسوب نمی‌شود، مگر آنکه **انحراف یا تعارض مورد نظر، نشانهٔ ناکارایی اشاره‌شده در فرد باشد (ص ۳۱).**

این تعریف، چند نکتهٔ مهم دارد: (الف) سندرم (یا خوشهٔ رفتارهای نابهنجار) باید با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر پاره‌ای مشکلات همراه باشد؛ (ب) اختلال روانی معرف نوعی ناکارایی درون‌فردی است و (ج) تمام انحرافات یا اختلافات با جامعه، علامت اختلال روانی نیست.

خوانندهٔ زیرک احتمالاً متوجه می‌شود که تعریف اختلال روانی در تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و

آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) حاوی سه تعریف پیش‌گفته دربارهٔ رفتار نابهنجار است. این تعریف از طرفی از هر یک از تعاریف گفته‌شده در این فصل راجع به رفتار نابهنجار جامع‌تر و از طرف دیگر، محدودتر است؛ چون بر سندرم‌ها یا خوشه‌های رفتار نابهنجار تمرکز می‌کند که با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر مشکلات همراه باشند.

کادر ۳ ـ ۵ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر ایلین واکر

ایلین واکر[1] استاد روان‌شناسی و علم عصب‌نگر گروه روان‌شناسی دانشگاه اِموری است. واکر رهبری آزمایشگاهی تحقیقاتی را برعهده دارد که موسسات ملی سلامت روان برای بررسی عوامل خطر در بیماری روانی اساسی تاسیس کرده‌اند. تحقیقات واکر بر رشد کودک و نوجوان و تغییرات مغز در نوجوانی متمرکز است. واکر بیش از ۲۰۰ مقالهٔ علمی و شش کتاب در زمینهٔ سلامت روان و علم عصب‌نگر منتشر کرده است. دکتر واکر همچنین در دانشگاه اِموری دروسی را در مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی تدریس می‌کند.

دکتر واکر از دانشگاه واشینگتن در سنت‌لوئیز مدرک کارشناسی ارشد و در سال ۱۹۷۹ از دانشگاه میسوری مدرک دکترا گرفت و عضو هیئت علمی دانشگاه کورنل شد. واکر در این دانشگاه ابتدا استادیار و سپس استادتمام شد. دکتر واکر در سال ۱۹۸۵ منصب هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اِموری را پذیرفت. دکتر واکر به‌دلیل تحقیقاتش، جوایز مختلفی دریافت کرده است از جمله: جایزهٔ محقق/عضو هیئت علمی دبلیو.تی.، دو جایزهٔ پیشرفت شغلی از موسسات ملی سلامت روان، جایزهٔ یادبود زوبین از موسسهٔ روان‌پزشکی نیویورک، جایزهٔ گرالنیک از جامعهٔ روان‌شناسی امریکا، جایزهٔ بنیادکتل، جایزهٔ جوزف زوبین برای یک عمر دستاورد تحقیقاتی و جایزهٔ محقق ـ معلم دانشگاه اِموری.

از دکتر واکر سوالاتی دربارهٔ پیشینه و علایقش و پیش‌بینی‌هایش دربارهٔ روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و تحقیقات آسیب‌شناسی روانی پرسیدیم.

چطور شد به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

وقتی دانشجوی کارشناسی بودم به‌طور پاره‌وقت در بیمارستان روان‌پزشکی کار می‌کردم. تجربه‌هایم با بیماران باعث شد به بیماری روانی، به‌ویژه به روانپریشی‌ها، علاقه‌مند شوم. پیشتر مجذوب علم و رفتار انسان شده بودم و ترکیب این دو بود که آیندهٔ شغلی من را رقم زد. در پایان سال اول رشتهٔ روان‌شناسی را به عنوان رشتهٔ اصلی خودم برگزیدم و در سال دوم تصمیم گرفتم حرفهٔ روان‌شناسی بالینی را دنبال کنم.

در مقام روان‌شناس بالینی، چه‌کارهایی می‌کنید؟

من عضو تمام‌وقت هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اِموری و برنامه‌های تحصیلات تکمیلی و کارشناسی علم عصب‌نگر این دانشگاه هستم. فعالیت‌های اصلی من عبارت است از: تدریس، تحقیق و خدمات میدانی. محور اصلی تحقیقات من هم عوامل خطر دوران کودکی و نوجوانی برای بیماری روانی جدی است. من به کمک دانشجویان مقاطع تکمیلی و کارشناسی و همچنین همکارانم در مقطع فوق دکترا و محققان دانشگاه‌های دیگر، تحقیقاتی انجام می‌دهم، مقاله منتشر می‌کنم و در نشست‌های علمی شرکت می‌کنم.

چون تحقیقات من درباره جمعیت‌های بالینی است، مقدار زیادی از وقتم را صرف ارزیابی تشخیصی بیماران و نظارت بر سنجش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی می‌کنم. معمولاً از من تقاضا می‌شود ارزیابی‌های تشخیصی انجام دهم و بسنجم که آیا نیازی به مداخله هست یا نه. سوالی که معمولاً می‌شود این است که آیا شخص علائم خطر روانپریشی دارد یا نه.

تدریس من در مقاطع تکمیلی و کارشناسی هم عمدتاً آسیب‌شناسی روانی است. در مقطع کارشناسی، روان‌شناسی نابهنجاری و سمینارهای پیشرفته در زمینهٔ روانپریشی درس می‌دهم. در سطح تحصیلات تکمیلی هم آسیب‌شناسی روانی پیشرفته تدریس می‌کنم و بر پایان‌نامه‌های مقاطع کارشناسی و رساله‌های دکترا نظارت دارم. کار با دانشجویان در مراحل مختلف تحصیلی، تجربهٔ بسیار خوشایندی است.

من مثل بیشتر اعضای هیئت‌های تحقیقاتی، عضو هیئت سردبیری چند مجله و ویراستار مجله‌ای به نام *Psychological Science in the Public Interest* نیز هستم. در نتیجه بخشی از وقتم را صرف مرور مقالات محققان دیگر می‌کنم. به این ترتیب مجال پیدا می‌کنم تا با این رشته آشنا شوم.

در این سال‌ها مقام‌های اجرایی هم داشته‌ام از جمله مدیر برنامهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی و رییس گروه روان‌شناسی.

بی‌شک این تنوع فعالیت‌های حرفه‌ای ـ شامل تدریس، تحقیق، کار بالینی و امور اجرایی ـ زندگی حرفه‌ای من را بسیار جالب و خوشایند کرده است. این یکی از فواید رشتهٔ روان‌شناسی بالینی است؛ روان‌شناسی بالینی ما را درگیر انواع فعالیت‌ها می‌کند. به سختی می‌توانم شغلی ارضاکننده‌تر از آن را تجسم کنم.

1. Ealine Walker

تخصص‌ها و علایق اختصاصی شما چه هستند؟

ما تظاهرات خطر اختلالات روانپریشی در حیطه‌های کارکرد حرکتی و شناختی و نیز شاخص‌های زیست‌شناختی آنها را بررسی می‌کنیم. بیماری‌های روانپریشی به‌ویژه اسکیزوفرنی، گاهی اوقات شدید و توانکاه می‌شوند. این اختلالات معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل کودکی شروع می‌شود و جلوی استقلال فرد را می‌گیرند. در حقیقت، اینکه اختلالات روانپریشی در یک مرحلهٔ رشدی خاص شروع می‌شود گویای نقش رسش مغز در تکوین این اختلالات است. اهداف تحقیقاتی اصلی ما، پیش‌بینی هرچه بهتر خطر روانپریشی در دوران کودکی و نوجوانی و روشن کردن سازوکارهای عصبی دخیل در بروز روانپریشی‌ها است. ما به‌ویژه دوست داریم بفهمیم تغییرات بهنجار مغزی نوجوانی چطور ممکن است از مسیر خارج شود و جوان را در معرض خطر روانپریشی قرار دهد. ما دنبال اثبات این فرضیه هستیم که هورمون‌ها به‌ویژه هورمون‌های اضطراب، نقش مهمی در فرایند روانپریشی دارند.

در سال‌های اخیر، تحقیقات خود را به سمت پاسخ زیست‌شناختی به اضطراب کشانده‌ایم و تلاش کرده‌ایم نقش دستگاه‌های زیست‌شناختی پاسخ به اضطراب، به‌ویژه محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق‌کلیوی را روشن کنیم. این دستگاه‌ها در رهاسازی هورمون‌های اضطراب، شامل کورتیزول، نقش دارند و تاثیرات نافذی بر کارکرد مغز می‌گذارند. به نظر می‌رسد دورهٔ نوجوانی/اوایل بزرگسالی، مرحلهٔ مهمی در تحول محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق‌کلیوی است و این محور در چکاندن ماشهٔ آسیب‌پذیری در برابر روانپریشی در این برهه موثر است.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی چه هستند؟

از دههٔ ۱۹۷۰ که وارد روان‌شناسی شدم، این رشته در مجموع بر تعاملات پیچیدهٔ عوامل رفتاری و زیست‌شناختی متمرکز شده است. بر روان‌شناسی بالینی نیز همین روند حاکم است. با روی هم انباشته شدن یافته‌های تحقیقاتی روان‌شناسی و علم عصب‌نگر هرچه بیشتر معلوم می‌شود که نمی‌توانیم زیست‌شناسی و روان‌شناسی را از هم جدا کنیم. این مفهوم که عوامل زیست‌شناختی (مثل ژنتیک، هورمون‌ها و مواردی از این قبیل) بر کارکرد روان‌شناختی انسان تاثیر می‌گذارد از سوی مردم و دانشمندان رفتار پذیرفته شده است. اما فقط چند دهه است که دانشمندان به نقش نافذ و فراگیر عوامل روان‌شناختی بر فرایندهای زیست‌شناختی، به‌ویژه کارکرد مغز، اذعان کرده‌اند. مطالعات حیوانی و انسانی فراوانی نشان می‌دهند که عوامل روانی اجتماعی، فرایندهای مغزی را تغییر می‌دهد و گاهی اوقات ماشهٔ تغییرات ماندگار را می‌چکاند. به این ترتیب نگاه ما راجع به تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی در تعیین سیر رشد و تحول انسان، دقیق‌تر و پیچیده‌تر شده است. برای مثال، آموزش فعلی روان‌شناسی بالینی در دانشگاه، بر ارتباط متقابل علم رفتاری، علم عصب‌نگر و علم ژنتیک تاکید بیشتری می‌کند. دانش حاصل در این سه رشته برای پیشرفت تحقیقاتی در رشتهٔ سلامت روان مهم است.

با افزایش توان سنجش عوامل عصبی رشدی، رشتهٔ روان‌شناسی بالینی چگونه خواهد شد؟

فهم علمی ما از تحول و رشد بهنجار مغز در حال افزایش است، بنابراین فرصت ما برای شناخت فرایندهای عصبی رشدی دخیل در اختلالات روانی بیشتر می‌شود. انتظار من این است که آموزش‌ها در روان‌شناسی بالینی، با پیشرفت این رشته پیش برود و نسل‌های بعدی محققان روان‌شناسی بالینی، سهم زیادی در تحقیقات مربوط به علل و درمان اختلالات روانی و حتی پیشگیری از آن داشته باشند.



ایلین واکر

اهمیت تشخیص

پیش از آنکه این تعریف را بپذیریم یا سودمندی تشخیص و طبقه‌بندی افراد را مسلم فرض کنیم، باید به این پرسش بنیادی جواب دهیم که اصلاً چرا باید از تشخیص روانی استفاده کنیم؟ تشخیص، نوعی طبقه‌بندی تخصصی است. حیات ما در گرو طبقه‌بندی است، چون اجازه می‌دهد تمایزات مهمی بگذاریم (مثل سرماخوردگی خفیف در مقابل ذات‌الریه یا تومور بدخیم در برابر تومور خوش‌خیم). تشخیص اختلالات روانی هم یک طبقه‌بندی تخصصی است که متخصصان سلامت روان انجام می‌دهند و به ما اجازه می‌دهد

تمایزات مهمی بگذاریم (مثل تمایز گذاری بین اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی با ویژگی‌های روانپریشانه).

تشخیص دست‌کم چهار فایدهٔ اصلی دارد. نخستین و شاید مهم‌ترین کارکرد تشخیص، فراهم آوردن امکان ارتباط است. برای مثال، همکار یکی از دو مولف کتاب در شهر نیویورک، فردی را با تشخیص اسکیزوفرنی پارانویید به او ارجاع داد. در نتیجه بدون آنکه مولف این کتاب، شناختی از آن فرد داشته باشد، این نشانه‌ها را در او تصور کرد: هذیان، توهم شنیداری، ناکارایی اجتماعی/ شغلی شدید و تداوم علائم دست‌کم برای شش ماه. تشخیص می‌تواند «یک اختصار کلامی» باشد برای معرفی ویژگی‌های یک اختلال روانی خاص. ملاک‌های تشخیصی استاندارد (مثل ملاک‌های تشخیصی در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) تا حدودی تضمین می‌کند که تشخیص‌های گذاشته‌شده روی بیماران در کالیفرنیا، میسوری، کارولینای شمالی، تگزاس، نیویورک، منهتن و کانزاس تقریباً بر مبنای ملاک‌های مشابهی بوده است.

نظام‌های تشخیصی اختلالات روانی، به‌ویژه از این نظر امکان ارتباط را فراهم می‌آورند که خیلی توصیفی هستند. به عبارت دیگر، رفتارها و نشانه‌هایی که مشخصهٔ اختلالات هستند بدون رجوع به نظریه‌های سبب‌شناسی بیان می‌شوند. در نتیجه، تشخیص‌گذار تقریباً با هر نوع گرایش نظری می‌تواند از این نظام طبقه‌بندی استفاده کند. اگر قرار بود هر روان‌شناسی از یک نوع نظام طبقه‌بندی استفاده کند، آن وقت، مشکلات زیادی در ارتباطات آنها ایجاد می‌شد.

دومین کارکرد تشخیص این است که اجازه می‌دهد دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی، تحقیقات تجربی انجام دهیم. روان‌شناسان بالینی، گروه‌های آزمایشی را بر مبنای ویژگی‌های تشخیص فردی تعریف می‌کنند و به این ترتیب، امکان مقایسهٔ ویژگی‌های شخصیتی، عملکرد در آزمون‌های روانی یا عملکرد در تکلیف آزمایشی بین گروه‌ها فراهم می‌آید. شیوهٔ تعریف و توصیف سازه‌های تشخیصی هم بر تحقیقات مربوط به ملاک‌های فردی اختلال، مجموعه ملاک‌های دیگر و همزمانی (یا همایندی) اختلالات تاثیر می‌گذارد.

کارکرد سوم و مرتبط به کارکرد دوم این است که بدون یک نظام تشخیصی استاندارد شده نمی‌توانیم دربارهٔ سبب‌شناسی یا علل رفتار نابهنجار تحقیق کنیم. برای تحقیق دربارهٔ اهمیت بالقوهٔ *عوامل سبب‌شناختی* در یک سندرم روانی خاص، ابتدا باید آزمودنی‌ها را در گروه‌هایی قرار دهیم که ویژگی‌های مشترک تشخیصی دارند. برای مثال، چند سال قبل تصور می‌شد کسانی که در کودکی از آنها سوءاستفادهٔ جنسی شده مستعد ابتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند. نخستین اقدام تجربی برای بررسی درستی و نادرستی این فرضیه، سنجش شیوع سوءاستفادهٔ جنسی دوران کودکی در آزمودنی‌هایی بود که دقیقاً اختلال شخصیت مرزی داشتند و گروه‌های گواه روان‌پزشکی غیرمرزی. این مطالعات مقدماتی نشان داد سوءاستفادهٔ جنسی دوران کودکی در میان افراد دچار اختلال شخصیت مرزی شایع است و میزان آن به‌طرز معناداری در بین این افراد از کسانی بیشتر است که اختلالات روانی دیگری دارند. بنابراین ارزش آن را داشت که ببینیم سوءاستفاده جنسی دوران کودکی در اختلال شخصیت مرزی، نقش یک عامل سبب‌شناختی مهم را بازی می‌کند یا خیر. اما قبل از هرگونه نتیجه‌گیری ابتدا به روشی پایا و منظم برای گماردن آزمودنی‌ها در گروه اختلال شخصیت مرزی نیاز داریم.

سرانجام اینکه تشخیص در سطح نظری می‌تواند شیوه‌ای از درمان را پیش بکشد که به احتمال زیاد موثر است. در حقیقت این یکی از هدف‌های کلی نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی است (بلاشفیلد و دراگونز[1]، ۱۹۷۶). طبق نظر بلاشفیلد و دراگونز (۱۹۷۶) «تصمیم‌گیری نهایی درباره ارزشمندی طبقه‌بندی روان‌پزشکی از لحاظ پیش‌بینی‌گری، به ارزش تجربی آن از نظر سودمندی برای تصمیمات درمانی بستگی دارد» (ص ۱۴۸). برای مثال، تشخیص اسکیزوفرنی به ما می‌فهماند که مصرف داروی ضدروانپریشی، بیش از روان‌درمانی روانکاوانه، موثر خواهد بود. اما باید نکته‌ای را خاطرنشان کنیم. اگرچه از لحاظ نظری، رابطهٔ بین تشخیص و درمان هنگام سنجش تشخیصی، موجه به نظر می‌رسد ولی معمولاً برای یک اختلال، چند درمان موثر وجود دارد.

1. Blashfield and Draguns

خلاصه اینکه تشخیص و طبقه‌بندی در آسیب‌شناسی روانی چندکارکرد مفید دارد. روان‌شناسان بالینی معاصر، صرف نظر از اینکه محقق‌اند یا درمانگر، در کارهای خود از یک نوع نظام تشخیصی استفاده می‌کنند. حال نظام‌های تشخیصی مورد استفاده برای تشخیص اختلالات روانی را به‌طور کوتاه شرح می‌دهیم و سپس تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) را شرح می‌دهیم که پرمصرف‌ترین نظام طبقه‌بندی تشخیصی ایالات متحده امریکا است.

نظام‌های طبقه‌بندی اولیه

نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی سابقه‌ای بس طولانی دارد. برای مثال، قدیمی‌ترین اشاره به سندرم افسردگی، به ۲۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد (منینگر[1]، ۱۹۶۳). از آن به بعد تعداد و گسترهٔ نظام‌های طبقه‌بندی بیشتر شد. کنگرهٔ علم ذهن در پاریس برای خروج از این آشفتگی، در سال ۱۸۸۹ یک نظام طبقه‌بندی واحد را برگزید. تلاش‌های جدیدتر به سازمان بهداشت جهانی و انتشار ***طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها، مصدومیت‌ها و علل مرگ*** در سال ۱۹۴۸ برمی‌گردد که طبقه‌بندی رفتار نابهنجار را هم پوشش می‌داد.

اما انجمن روان‌پزشکی امریکا در سال ۱۹۵۲، نظام طبقه‌بندی خودش با عنوان ***راهنمای تشخیصی و آماری*** (DSM) را منتشر کرد. این راهنما حاوی توصیف هر یک از طبقات تشخیصی آن زمان بود. ویراست اول این راهنما با عنوان DSM-I در سال‌های ۱۹۶۸ (DSM-II)، ۱۹۸۰ (DSM-III)، ۱۹۸۷ (DSM-III-R) و ۱۹۹۴ (DSM-IV) مورد بازنگری قرار گرفت. در حال حاضر، پرمصرف‌ترین و مشهورترین نظام طبقه‌بندی، تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) است (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) که در سال ۲۰۰۰ منتشر شد. قرار است نسخهٔ جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) در سال ۲۰۱۳ منتشر شود. درباره طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی کودکان خردسال صفر تا سه ساله هم راهنمای مشابهی تهیه شده است (یعنی ***نظام طبقه‌بندی تشخیصی ۳ـ۰*** که در سال ۱۹۹۴ منتشر شد و خلاصهٔ آن ۳ـ۰ DC است). این نظام طبقه‌بندی تشخیصی در سال ۲۰۰۵ با عنوان DC ۰ـ۳ R مورد تجدیدنظر قرار گرفت. تمام این راهنماها صورت‌بندی تلاش‌های امیل کرپلین در قرن نوزدهم هستند (به نمودار ۲ـ۵ مراجعه کنید). برای آنکه ببینید در ۵۰ سال گذشته چه تحولاتی رخ داده، نظام انگلیسی مورد استفاده در اواخر دههٔ ۱۹۴۰ (جدول ۱ـ۵) را با تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) مقایسه کنید.



نمودار ۲ـ۵: امیل کرپلین را پدر نظام‌های نوین تشخیص و طبقه‌بندی روان‌پزشکی می‌دانند.

بین دهه‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰، شور و شوق برای تشخیص روان‌پزشکی افت کرد (ال. ان. رابینز و هلزر[1]، ۱۹۸۶). در آن زمان می‌گفتند تشخیص در واقع انسانیت‌زدایی و نادیده‌گرفتن تفاوت‌های فردی است. اما تشخیص در روان‌پزشکی و روان‌شناسی به صحنه بازگشت. انقلابی‌ترین تحولات در نظام تشخیصی را در ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) می‌بینیم که در سال ۱۹۸۰ انتشار یافت. این تحولات عبارت بود از استفاده از ملاک‌های تشخیصی

1. Menninger

1. L. N. Robins and Helzer

جدول ۱ـ۵: طبقه‌بندی اختلالات روانی در انجمن سلطنتی پزشکی ـ روان‌شناسی در اواخر دهۀ ۱۹۴۰

بخش اول

الف. عقب‌ماندگی ذهنی

۱. کانایی
۲. کالیوی
۳. کودنی (moron)
۴. نقص اخلاقی

ب. نوروزها و روان‌رنجوری‌ها

۱. حالات فرسودگی (شامل خستگی عصبی)
۲. حالات اضطرابی
۳. اجبارهای عملی، وسواس‌های فکری و هراس‌ها
۴. هیستری
۵. صورت‌های مرکب و دیگر صورت‌ها

ج. روانپریشی‌های اسکیزوفرنیایی

۱. دمانس زودهنگام
۱-۱ ساده
۱-۲ هبفرنیک
۱-۳ کاتاتونیک
۱-۴ پارانویید
۲. اسکیزوفرنی پیری
۳. سایر صورت‌ها

د. سرشت جامعه‌ستیز (شامل پارانویا)

هـ. روانپریشی‌های عاطفی:

۱. روانپریشی شیدایی ـ افسردگی (نوسان خلق)
۱-۱ سرخوشی
۱-۲ افسردگی
۱-۳ بهت
۲. ملانکولی [یا مالیخولیای] پسرفتی

و. حالات سردرگمی

ز. روانپریشی‌های صرعی

ح. فلج عمومی

ط. روانپریشی‌های دیگر مرتبط با بیماری مغزی عضوی

ی. دمانس [یا زوال عقل]

ص. انواع نامعین

منبع: هندرسن و گیلسپی (۱۹۵۰، صص ۲۱ـ۲۰)

آشکار برای اختلالات روانی، استفاده از نظام چندمحوری، رویکرد توصیفی در خصوص تشخیص که تلاش می‌کرد درباره نظریه‌های سبب‌شناسی، موضعی خنثی داشته باشد و همچنین تاکید بیشتر بر سودمندی بالینی نظام تشخیصی. از آنجا که این نوآوری‌ها در ویراست‌های بعدی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی حفظ شد (یعنی در DSM-III-R، DSM-IV و DSM-IV-TR) این نوآوری‌ها را در قسمت زیر توضیح خواهیم داد.

تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR

تجدیدنظر متن ویراست چهارم *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (DSM-IV-TR) در سال ۲۰۰۰ منتشر شد. بازنگری در راهنمای تشخیصی قبلی (DSM-III-R) طی یک بررسی تجربی سه‌مرحله‌ای صورت گرفت. ابتدا ۱۵۰ مرور جامع ادبیاتِ معضلات مهم تشخیصی صورت گرفت. این مرورهای ادبیاتی، منظم و دقیق بودند. نتایج این مرورها به طرح پیشنهادهایی در خصوص اعمال پاره‌ای بازنگری‌ها منتهی شد و به حمایت منطقی و تجربی از تغییرات به عمل آمده در ویراست چهارم این راهنما منجر شد. در مرحلۀ دوم، ۴۰ تحلیل مهم در خصوص مجموعه داده‌های موجود در رابطه با مواردی صورت گرفت که مرورهای ادبیاتی نمی‌توانستند معضل تشخیصی مورد نظر را حل و فصل کنند. در مرحلۀ سوم، روی ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) دوازده کارآزمایی میدانی صورت گرفت تا سودمندی بالینی و قدرت پیش‌بینی آن برای مجموعه‌ملاک‌های اختلالات برگزیده (مثل اختلال شخصیت ضداجتماعی) بررسی و محاسبه شود. خلاصه اینکه مبنای تحولات ویراست چهارم این راهنما (یعنی DSM-IV و تجدیدنظر متن آن یعنی DSM-IV-TR) بیش از ویراست‌های قبلی، داده‌های تجربی بود. نسخۀ فشردۀ تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را در جدول ۲ـ۵ می‌بینید.

ارزیابی تشخیصی در تجدیدنظر متن ویراست چهارم (DSM-IV-TR) نوعی ***سنجش چندمحوری*** است. در ویراست جدید طبقه‌بندی تشخیصی ۳ـ۰ (یا همان DC ۰ـ۳R) هم از همین سنجش چندمحوری استفاده شده است. مراجعان یا

جدول ۲ ـ ۵: خلاصهٔ تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

محور یک: اختلالات بالینی یا دیگر اختلالاتی که از لحاظ بالینی مهم‌اند

- اختلالاتی که نخستین بار در طفولیت، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند (مثل اختلالات رشدی نافذ)
- دلیریوم، دمانس و اختلالات یادزدودگی و دیگر اختلالات شناختی
- اختلالات روانی معلول بیماری پزشکی عمومی
- اختلالات مربوط به مواد (مثل سوءمصرف الکل؛ وابستگی به کوکایین)
- اسکیزوفرنی و اختلالات دیگر روانپریشی
- اختلالات خلقی (مثل افسردگی ماژور، اختلال دوقطبی)
- اختلالات اضطرابی (مثل هراس از مکان‌های باز یا اختلال اضطراب پس از ضربه)
- اختلالات جسمانی‌شکل (مثل خودبیمارانگاری)
- اختلالات ساختگی
- اختلالات گسستی (مثل اختلال هویت گسستی)
- اختلال هویت جنسی و جنسیتی
- اختلالات خوردن (مثل کم‌خوری عصبی)
- اختلالات خواب (مثل حملهٔ خواب)
- اختلالات کنترل تکانه (مثل جنون دزدی)
- اختلالات سازگاری
- اختلالات دیگری که از لحاظ بالینی مهم‌اند (مثل داغدیدگی)

محور دو : اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی

- اختلالات شخصیت
- عقب‌ماندگی ذهنی

محور سه: بیمارهای عمومی پزشکی که تاثیر بالقوه‌ای در فهم یا مدیریت اختلال روانی فرد دارند

محور چهار: مشکلات روانی اجتماعی و محیطی

- مشکل با گروه حمایت اولیه
- مشکلات مربوط به محیط اجتماعی
- مشکلات تحصیلی
- مشکلات شغلی
- مشکلات مربوط به مسکن
- مشکلات اقتصادی
- مشکل دسترسی به خدمات بهداشتی
- مشکل مربوط به تعامل با دستگاه قضایی/جرم
- دیگر مشکلات روانی اجتماعی و محیطی

محور پنج: مقیاس سنجشی کلی کارکرد [الف]

کد	توصیف
۱۰۰ تا ۹۱	کارکرد عالی در انواع فعالیت‌ها.
۹۰ تا ۸۱	نبود نشانه یا وجود نشانه‌های ناچیز (مثل اضطراب خفیف پیش از امتحان)، کارکرد خوب در تمام حوزه‌ها، علاقه‌مندی و مشارکت در انواع فعالیت‌ها، اثربخشی اجتماعی، رضایت کلی از زندگی، داشتن مشکل در حد مشکلات و دغدغه‌های روزمره (برای مثال بگومگوهای گهگاه).

۸۰ تا ۷۱ اگر هم نشانه‌هایی وجود دارد، موقت و گذرا است و واکنش قابل انتظاری به فشارهای روانی و اجتماعی محسوب می‌شود.
۷۰ تا ۶۱ وجود پاره‌ای نشانه‌های خفیف.
۶۰ تا ۵۱ نشانه‌های متوسط.
۵۰ تا ۴۱ نشانه‌های جدی (برای مثال فکر خودکشی، مناسک شدید وسواسی، جنس بلند کردن مکرر از مغازه‌ها) یا هرگونه اختلال جدی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی (مثل نداشتن دوست یا حفظ نکردن شغل خود).
۴۰ تا ۳۱ وجود قدری اختلال در توان واقعیت‌آزمایی یا برقراری ارتباط.
۳۰ تا ۲۱ نفوذ زیاد هذیان‌ها یا توهمات در رفتار.
۲۰ تا ۱۱ خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران (خشونت مکرر)
۱۰ تا ۱ خطر دائم آسیب رساندن شدید به خود یا دیگران (برای مثال، خطر خشونت مکرر) یا درماندن از رعایت بهداشت شخصی و یا اقدام جدی برای خودکشی با هدف مرگ.
۰ اطلاعات ناکافی.

الف در اینجا فقط کدهای ۹۱-۹۰، ۴۱-۵۰ و ۱-۱۰ توضیح کامل داده شده‌اند.

بیماران بر پنج محور یا حیطهٔ اطلاعاتی ارزیابی می‌شوند. هر یک از این محورها یا حیطه‌های اطلاعاتی به برنامه‌ریزی درمانی و پیش‌بینی نتیجه کمک خواهد کرد. **محور یک** برای نشان دادن هرگونه اختلال بالینی یا اختلالات مربوط دیگر، جز اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی، است. اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی در **محور دو** بررسی می‌شود. **محور سه** هم برای نشان دادن هرگونه بیماری پزشکی فعلی است که به مفهوم‌بندی یا درمان اختلال بالینی محورهای یک و دو ربط دارد.

مشکلات روان‌شناختی و محیطی مرتبط با تشخیص، درمان و پیش‌آگهی را روی **محور چهار** نشان می‌دهند. سرانجام تخمین کمّی (۱ تا ۱۰۰) کارکرد کلی فرد را نیز روی **محور پنج** نشان می‌دهند. هر یک از این پنج محور، اطلاعات مهمی دربارهٔ بیمار می‌دهند و با یکدیگر توصیفی جامع از مشکلات اصلی، عوامل مولد اضطراب و سطح کارکرد بیمار در اختیار ما می‌گذارند.

مورد میشل ام.

میشل ام. زن ۳۲ ساله‌ای بود که بخاطر ششمین اقدام به خودکشی خود در دو سال گذشته، در بیمارستان بستری شده بود. او به نامزد سابقش (که یک هفته قبل با او قطع رابطه کرده بود) خبر می‌دهد یک شیشه قرص آسپرین خورده است. نامزدش هم فوراً او را به مرکز فوریت‌های پزشکی می‌رساند. میشل سابقهٔ پنج‌ساله نشانه‌های افسردگی داشت و نشانه‌هایش هرگز کم نشده بود؛ اما شدت نشانه‌هایش آن‌قدر نبود که بستری شود یا تحت درمان قرار گیرد. نشانه‌های میشل عبارت بود از: خلق ملول، بی‌اشتهایی، عزت نفس پایین، افت تمرکز حواس و احساس ناامیدی.

میشل از نوجوانی چند مشکل نسبتاً شدید هم داشت. نخست اینکه در کنترل هیجاناتش مشکل داشت. میشل تقریباً در یک لحظه به شدت ملول، تحریک‌پذیر یا مضطرب می‌شد. حالات عاطفی منفی شدید میشل تقریباً پیش‌بینی‌ناپذیر بود و اگرچه به دفعات تکرار می‌شد، به ندرت ۴ یا ۵ ساعت طول می‌کشید. میشل سابقهٔ طولانی رفتارهای تکانشی از جمله سوءمصرف چند ماده، روابط جنسی متعدد (به‌طور متوسط رابطهٔ جنسی با ۳۰ آدم متفاوت) و پرخوری هم داشت. عصبانیت میشل هم پیش‌بینی‌ناپذیر و کاملاً شدید بود. برای مثال، یکبار وقتی در امتحان نمرهٔ بدی می‌گیرد با یک چکش، دیوار را خراب می‌کند.

روابط میشل با دوستانش، نامزدهایش و پدر و مادرش هم طوفانی و بی‌ثبات بود. اطرافیان میشل یکسره از عصبانیت میشل شکایت می‌کردند و می‌گفتند آنها را بی‌دلیل تحقیر می‌کند. همچنین میشل یکسره می‌گفت می‌ترسد که دیگران (از جمله پدر و مادرش) او را رها کنند. برای مثال، یک دفعه به پای نامزدش می‌چسبد بلکه شام با او بماند و نامزدش او را تا دم در خودرو می‌کشد. در ضمن، چهار بار خانه را ترک کرده و به کالج‌های شهرهای مجاور رفته بود.

هر بار هم چند هفته بعد برمی‌گردد. قبل از آنکه در بیمارستان بستری شود، در تلفن به نامزد سابقش گفته بود «می‌خواهم تمامش کنم. هیچ‌کس دوستم ندارد».

در جدول ۳ ـ ۵، ارزیابی تشخیصی میشل ام، بر مبنای تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) را می‌بینید. این ارزیابی تشخیصی، چند نکتهٔ مهم دارد. نخست اینکه میشل در محور اول، چند تشخیص دریافت کرده است. در نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) چنین چیزی مجاز است و حتی توصیه می‌شود؛ چون قرار است مشکلات مراجع را تا حد امکان به‌طور جامع توصیف کنیم. نکتهٔ دوم این است که تشخیص اختلال شخصیت مرزی (BDP) روی محور دو، ***تشخیص اصلی*** محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، اختلال شخصیت مرزی باعث شده در بیمارستان پذیرش شود و تحت درمان قرار گیرد. سرانجام اینکه نمرهٔ ***سنجش کارکرد کلی*** (GAF) روی محور پنج، نشان‌دهندهٔ اختلال جدی ـ در مورد میشل، خطر آسیب‌رساندن به خود ـ است.

جدول ۳ ـ ۵: ارزیابی تشخیصی: میشل ام.

محور یک:	۳۰۰/۴	اختلال دیستایمی با شروع زودهنگام
	۳۰۵/۰۰	سوءمصرف الکل
	۳۰۵/۲۰	سوءمصرف حشیش
	۳۰۵/۶۰	سوءمصرف کوکایین
	۳۰۵/۳۰	سوءمصرف مواد توهم‌زا
محور دو:	۳۰۱/۸۳	اختلال شخصیت مرزی (تشخیص اصلی)
محور سه:		هیچ مورد
محور چهار:		مشکل با گروه حمایت اولیه مشکلات تحصیلی
محور پنج:		سنجش کارکرد کلی = (در حال حاضر) ۲۰

معضلات عمومی طبقه‌بندی

تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) را به‌اختصار توضیح دادیم تا درکی کلی از طبقه‌بندی روان‌پزشکی پیدا کنید. اما جا دارد برخی معضلات کلی طبقه‌بندی به‌طور اعم و تجدیدنظر ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به‌طور اخص را بررسی کنیم. جدول ۴ ـ ۵، خلاصهٔ هشت معضل اصلی است که در زیر توضیح خواهیم داد.

جدول ۴ ـ ۵: معضلات عمومی طبقه‌بندی

طبقات در برابر ابعاد
آیا مدل طبقه‌بندی به‌کاررفته در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) (به معنای بود یا نبود اختلال) واقعاً مدل مناسبی است؟ آیا مدل ابعادی بهتر نیست؟

مبانی طبقه‌بندی
آیا برای قضاوت تشخیصی باید چند راه باشد؟ آیا ناهمگونی بیش از حدی در طبقهٔ تشخیصی ایجاد نمی‌کند؟

جنبه‌های عملی طبقه‌بندی
نحوهٔ تصمیم‌گیری دربارهٔ جا گرفتن یا نگرفتن یک اختلال در این راهنمای تشخیصی چگونه است؟

توصیف
آیا ویژگی‌های طبقات تشخیصی کاملاً توصیف می‌شود؟ آیا ملاک‌های تشخیصی، اختصاصی و عینی هستند؟

پایایی
آیا قضاوت‌های تشخیصی، پایایی دارند؟ آیا تشخیص‌گذاران مختلف بر سر طبقه‌بندی یک نفر به توافق می‌رسند؟

اعتبار
آیا بر مبنای دانش حاصل از تشخیص‌گذاری دربارهٔ یک نفر می‌توانیم پیش‌بینی‌های مهم و بامعنایی درباره او کنیم؟

سوگیری
آیا ویژگی‌های اختلالات در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، سوگیری‌های جنسیتی، قومی یا اجتماعی اقتصادی دارند؟ آیا تشخیص‌گذاران در تفسیرشان از کاربرد ملاک‌های تشخیصی، دچار سوگیری می‌شوند؟

پوشش
آیا تشخیص‌های مندرج در این راهنما (DSM-IV) برای کسانی کاربرد دارد که جهت درمان روان‌شناختی یا روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند؟ آیا دامنهٔ پوشش ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) بیش از حد محدود یا بیش از حد وسیع است؟

طبقات در برابر ابعاد. طبقه در بحث اختلالات روانی اصولاً نوعی تیپ‌شناسی است. بیمار بر اساس وجود چند نشانه یا سابقهٔ داشتن چند نشانه، در یک ***طبقه*** قرار می‌گیرد. این رویکرد چند محدودیت و ضعف بالقوه دارد. نخست اینکه بسیار پیش می‌آید که طبقه‌بندی، با تبیین اشتباه گرفته می‌شود. اگر مراقب نباشیم تصور خواهیم کرد که «بیمار بر اثر اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی دچار وسواس‌های فکری است» یا «چون اسکیزوفرنی دارد، روانپریشانه عمل می‌کند». در این طرز فکر، توصیف دَوَرانی، جای تبیین را می‌گیرد.

همان‌طور که قبلاً گفتیم، رفتار نابهنجار با به اصطلاح رفتار بهنجار، تفاوت کیفی ندارد. این دو، حد نهایی یک بُعدِ پیوسته‌اند. برای نمونه، فرق به اصطلاح رفتار بهنجار و رفتار روانپریشانه، در مقدار و شدت است نه در نوع (چپمن و چپمن [1]، ۱۹۸۵). اما تشخیص‌هایی که بر مبنای طبقات در حوزهٔ اختلالات روانی گذاشته می‌شود، تلویحاً به این معنا است که شخص، اختلال مورد نظر را دارد یا ندارد. این طرز فکر همه یا هیچی، با توزیع نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در جمعیت، همخوانی ندارد. برای مثال، الگوی طبقه‌ای اختلال شخصیت مرزی، آن‌گونه که در تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) آمده است (یعنی داشتن یا نداشتن اختلال) می‌تواند غلط باشد چون آدم‌ها فقط از لحاظ میزان نشان دادن نشانه‌های این اختلال با هم فرق دارند (یعنی تفاوتی کمّی دارند). به عبارت دیگر، الگوی طبقه‌ای می‌تواند ما را در خصوص ماهیت و طبیعت سازهٔ مرزی گمراه کند (ترال، ویدیگر و گاتری [2]، ۱۹۹۰). در حقیقت، تعداد اندکی از سازه‌های تشخیصی، واقعاً طبقه‌ای هستند (ویدیگر و ترال، ۲۰۰۷).

برای مشخص شدن منظور ما، نمودار ۳ـ۵ را بخوانید و ابعاد نگرانی، اضطراب و ترس را در نظر بگیرید که در حالت شدید خود، مشخصهٔ اختلال اضطرابی هستند. مثال ما راجع به شخصی است که پیش‌بینی می‌کند مصاحبهٔ شغلی در پیش دارد و قرار است مصاحبهٔ شغلی کند. ابعاد اختلالات روانی را باید بر اساس فکرها، هیجان و رفتارها بررسی کنیم. فکرهای مربوط به پیش‌بینی مصاحبه، افکار مربوط به میزان اعتمادبه‌نفس تا فکرهایی را که بیش از دیگر فکرها مشخصهٔ ترس و بیم است، دربرمی‌گیرد. تجربهٔ هیجانی نیز از برانگیختگی بدنی مفید تا برانگیختگی ناسازگارانه و مُخل گستردگی دارد. همان‌طور که در نمودار ۳ـ۵ می‌بینید، فقط وقتی الگوهای تفکر، هیجانات و رفتارها باعث ناراحتی زیاد یا بروز مشکلات می‌شود، بحث تشخیص اختلال پیش می‌آید. بنابراین دیدگاه ابعادی تاکید می‌کند که بحث میزان توانایی واکنش انطباقی در بین است.

	افکار	هیجان	رفتارها
بهنجار	«امروز دارم می‌روم مصاحبه. امیدوارم از من خوش‌شان بیاید. می‌خواهم به آنها نشان بدهم که چه توانایی‌هایی دارم!»	برانگیختگی اندک بدنی ولی با هوشیاری کافی.	رفتن به مصاحبه و خوب عمل کردن.
خفیف	«امروز دارم می‌روم مصاحبه. می‌ترسم از من بدشان بیاید. امیدوارم صدایم نلرزد.»	برانگیختگی خفیف بدنی، شاید کمی هم احساس گزگز ولی با هوشیاری کافی.	رفتن به مصاحبه ولی با کمی بی‌قراری.
متوسط	«وای، بابت مصاحبهٔ امروز خیلی نگرانم. شرط می‌بندم قبول نمی‌شوم. چطور است بی‌خیال شوم؟»	برانگیختگی بدنی متوسط، شامل لرزیدن و رعشه و تمرکز حواس نداشتن بیشتر.	نوشتن پیش‌نویس دو نامهٔ الکترونیکی برای لغو مصاحبه و ارسال نکردن آنها. با حالت عصبی به مصاحبه رفتن.
شدید	«خدای من، امروز مصاحبه دارم. حالم بد است. فکر نمی‌کنم بتوانم بروم. آنها فکر می‌کنند خنگم!»	برانگیختگی شدید بدنی شامل لرزیدن، سرگیجه و بی‌قراری همراه با تمرکز حواس اندک.	دو بار به تعویق انداختن مصاحبه، قبل از آنکه سرانجام در مصاحبه شرکت کند. ظاهر کاملاً برانگیخته در حین مصاحبه و نگاه نکردن به مصاحبه‌گر.
اختلال اضطرابی	«اصلاً نمی‌توانم مصاحبه بدهم. نمی‌توانم این کار را بگیرم. چرا خودم را الکی عذاب بدهم؟ نمی‌خواهم احمق به نظر برسم.»	**برانگیختگی شدید بدنی همراه با سرگیجه، تپش قلب، لرزیدن، عرق کردن و عدم تمرکز حواس.**	**لغو مصاحبه و ماندن در خانه در طول روز.**

نمودار ۳ـ۵: پیوستار نگرانی، اضطراب یا ترس از مصاحبهٔ شغلی

منبع: کیرنی، سی و ترال، تی (۲۰۱۲)

1. Chapman and Chapman
2. Trull, Widiger and Guthrie

مبانی طبقه‌بندی . در طبقه‌بندی بیماران، روان‌پزشکان باید روش‌ها و اصول متنوعی را به کار گیرند. بیماران در برخی موارد تقریباً فقط بر اساس رفتار فعلی یا نشانه‌های گفته‌شده طبقه‌بندی می‌شوند. گاهی اوقات هم مبنای قضاوت [و طبقه‌بندی]، تقریباً فقط پیشینهٔ فرد است. برای مثال، مبنای تشخیص افسردگی ماژور، برای یک نفر، مصاحبهٔ بالینی است و برای روان‌شناس بالینی دیگر، نتیجهٔ مثبت آزمایش فرونشانی دگزامتازون. این در حالی است که یک روان‌شناس بالینی دیگر ممکن است نمرات شخص در یک آزمون خوداظهاری را مبنای تشخیص افسردگی ماژور قرار دهد. گاهی اوقات برخی اختلالات شناختی (مثل دمانس عروقی) را بر مبنای نتایج آزمایشات تشخیص می‌دهند و برخی دیگر (مثل دلیریوم) را صرفاً بر مبنای مشاهدات رفتاری. بنابراین روان‌شناس بالینی برای تشخیص‌گذاری باید دانش و انواع فنون تشخیصی لازم را در اختیار داشته باشد. در نتیجه طبقه تشخیصی به دلیل تعدد مبانی تشخیص، همگونی ندارد.

جنبه‌های عملی طبقه‌بندی . طبقه‌بندی در روان‌پزشکی همیشه تا حدودی از پزشکی ملهم بوده است. در عین حال، جنبهٔ دموکراتیکی هم دارد که گیج‌کننده است. برای مثال، روان‌پزشکی تا همین اواخر، همجنس‌گرایی را بیماری می‌دانست و معتقد بود باید با مداخلهٔ روان‌پزشکی معالجه شود. اما با تغییر نگرش جامعه، و بیان چند دلیل روان‌شناختی معتبر، همجنس‌گرایی از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) حذف شد و اکنون نوعی شیوهٔ زندگی محسوب می‌شود (مراجعه کنید به اسپیتزر[1]، ۱۹۸۱). در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) همجنس‌گرایی فقط وقتی بیماری محسوب می‌شود که شخص از گرایش جنسی خود ناراحت باشد یا قصد داشته باشد گرایش جنسی خود را تغییر دهد (آن هم تحت عنوان «اختلال جنسی که جای دیگری مشخص نشده است»). بحث ما درست یا غلط بودن این تصمیم نیست، بلکه نحوهٔ حذف همجنس‌گرایی از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است: این حذف از طریق رأی‌گیری اعضای انجمن روان‌پزشکی امریکا صورت گرفت[2].

این نشان می‌دهد که نظام‌های طبقه‌بندی از قبیل راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) را کمیته‌ها تهیه می‌کنند. اعضای این کمیته‌ها گرایش‌های علمی، نظری، حرفه‌ای و حتی اقتصادی متفاوتی را نمایندگی می‌کنند. بنابراین، طبقه‌بندی نهایی می‌تواند حکم سندی سیاسی را داشته باشد که متخصصان ناهمگون این حوزه درباره آن به توافق رسیده‌اند.

توصیف . بی‌شک تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، توصیف تمام و کمالی از طبقات تشخیصی می‌دهد. در محور یک و دو، توصیف مشروحی از نشانه‌های هر طبقهٔ تشخیصی ارائه می‌شود. برای مثال، در جدول ۵ـ۵، ملاک‌های تشخیصی این راهنما برای پرخوری عصبی را می‌خوانید که نوعی اختلال خوردن است. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، اطلاعات دیگری هم درباره هر تشخیص می‌دهد، از جمله دربارهٔ زمان شروع، سیر، شیوع، عوارض، الگوهای خانوادگی، ملاحظات فرهنگی و یافته‌های آزمایشگاهی مربوط. تمام این جزییات توصیفی باید پایایی و اعتبار این نظام تشخیصی را بالا ببرد.

پایایی . نظام طبقه‌بندی فاقد پایایی، ایراداتی جدی دارد. در این باره، **پایایی** عبارت است از سازواری قضاوت‌های تشخیصی ارزیابی‌کنندگان [یا تشخیص‌گذاران]. یکی از تحولات اصلی ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۱۹۸۰)، که گنجاندن ملاک‌های اختصاصی و عینی برای هر اختلال بود، بازتاب تلاش برای افزایش پایایی این نظام تشخیصی محسوب می‌شد. اگر دو روان‌شناس الف و ب هر دو یک بیمار را مشاهده کنند و نتوانند بر سر تشخیص به توافق برسند، هر دو تشخیص بی‌فایده خواهد بود چون نمی‌دانیم کدام را بپذیریم. نظام‌های تشخیصی امریکا سال‌ها است از این معضل رنج می‌برند. برای مثال، یکی از مطالعات قدیمی درباره ناپایا بودن نظام‌های تشخیصی قبلی را

---

1. Spitzer

۲. البته این دیدگاه مبتنی بر ارزش‌های فرهنگی دنیای غرب است و با اصول و ارزش‌های فرهنگی جامعه اسلامی ایرانی همخوانی ندارد. ناشر

جدول ۵ـ۵: ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی *(DSM-IV-TR)* برای پرخوری عصبی

الف. دوره‌های مکرر لُف‌لُف خوردن. دورهٔ لُف‌لُف خوردن هر دو ویژگی زیر را دارد:
(۱) خوردن مقدار غذایی که آشکارا بیش از مقدار غذایی است که افراد در همان محدودهٔ زمانی خاص و در همان شرایط می‌خورند.
(۲) احساس کنترل نداشتن روی خوردن خود در این دوره (مثل این احساس که نمی‌توانم جلوی خوردنم یا مقدار خوردنم را بگیرم).

ب. رفتار جبرانی نامتناسب مکرر، با هدف جلوگیری از اضافه‌وزن، مثل ایجاد حالت تهوع و استفراغ در خود؛ استفادهٔ نابجا از مسهل‌ها، مُدِرها، تنقیه یا دیگر داروهای از این دست؛ روزه گرفتن یا افراط در ورزش.

ج. لُف‌لُف خوردن و رفتارهای جبرانی نامناسب که به‌طور متوسط دست‌کم دو بار در هفته و به مدت سه ماه رخ می‌دهد.

د. ارزیابی شدید خود بر اساس شکل بدن و وزن آن.

هـ. این اختلال فقط در دوره‌های کم‌خوری عصبی رخ نمی‌دهد.

نوع خاص

نوع تخلیه‌ای : شخص در دورهٔ پرخوری عصبی یکسره در خودش حالت تهوع و استفراغ ایجاد می‌کند یا از مُسهل‌ها، مِدّرها یا تنقیه استفادهٔ نابجا می‌کند.

نوع غیرتخلیه‌ای : شخص در دورهٔ پرخوری عصبی به دیگر رفتارهای جبرانی نامناسب، مثل روزه گرفتن یا افراط در ورزش، رو می‌آورد اما به ایجاد حالت تهوع و استفراغ یا مصرف نابجای مُسهل‌ها، مُدّرها یا تنقیه متوسل نمی‌شود.

بک، وارد، مندلسون، ماک و ارباو[1] (۱۹۶۲) انجام دادند. دو روان‌پزشک هر یک با ۱۵۳ بیمار روان‌پزشکی مصاحبه کردند که به تازگی پذیرفته شده بودند. اتفاق نظر کلی بین این دو روان‌پزشک فقط ۵۴ درصد بود. ظاهراً برخی از اختلاف‌نظرهای تشخیصی آنها از ناسازواری اطلاعاتی نشئت می‌گرفت که بیماران به دو روان‌پزشک داده بودند. برای مثال، بیمار الف با روان‌پزشک ج نسبتاً راحت بود ولی با روان‌پزشک د تا آن حد راحت نبود. اما بخش زیادی از مسئله پایایی نداشتن، به تشخیص‌گذاران یا خود نظام تشخیصی برمی‌گشت.

برخی عوامل عملی هم می‌توانند پایایی تشخیص‌گذاران را کم کنند. گاهی اوقات موسسه یا بیمارستانی، بیمارانی با فلان تشخیص را نمی‌پذیرد. اما متخصص سلامت روان ممکن است به شدت احساس کند پذیرش آن بیمار به نفع بیمار است (یا شاید بیمار جای دیگری ندارد که برود). چه کار باید کرد؟ گزینهٔ «انسانی» آن است که تشخیص را عوض یا دست‌کم آن را کمی «سرهم‌بندی» کنیم. به این ترتیب، درباره بیماری که به الکل وابستگی دارد ناگهان تشخیص دیگری داده می‌شود. همچنین گاهی اوقات شرکت‌های بیمه، برخی از تشخیص‌ها را تحت پوشش قرار نمی‌دهند یا برای فلان تشخیص، اجازهٔ شش جلسه درمان می‌دهند و برای تشخیصی دیگر، پانزده جلسه درمان. بنابراین گاهی اوقات تشخیص، تعمدی یا غیرتعمدی دستکاری می‌شود.

این نمونه‌ها ما را متقاعد می‌کند که ناپایایی تشخیصی ظاهراً یک قاعده است و نه یک استثنا. اما برای مثال میهل[2] (۱۹۷۷) احساس می‌کند تشخیص روان‌پزشکی این‌قدر هم ناپایا نیست. میهل دقیقاً می‌گوید اگر خود را به طبقات تشخیصی اصلی محدود کنیم، و مواجههٔ بالینی کافی با بیمار، و روان‌شناسان بالینی به خوبی آموزش‌دیده داشته باشیم که تشخیص را جدی می‌گیرند، آنگاه اتفاق‌نظر بین تشخیص‌گذاران به سطحی پذیرفتنی می‌رسد.

در حوزهٔ آسیب‌شناسی روانی برای رسیدگی به این نوع نگرانی‌ها دربارهٔ پایایی، ***مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار*** تهیه شده که اصولاً تشخیص‌گذاران را «مجبور می‌کند» طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص‌گذاری کنند. برای مثال هم‌اکنون چند مصاحبهٔ ساختاردار برای سنجش ویژگی‌های اختلالات محور یک وجود دارد و چند مصاحبهٔ ساختاردار برای اختلالات محور دو. جالب این است که میزان کلی پایایی تشخیصی گزارش‌شده در مطالعات تجربی، پس از تهیهٔ این مصاحبه‌های ساختاردار، تا حد زیادی افزایش یافته است. بدیهی است رعایت ساختار و شکل و قالب این مصاحبه‌ها، پایایی تشخیصی را تا حد معناداری افزایش داده است. جدول ۶ـ۵، خلاصهٔ قسمتی از یک مصاحبهٔ ساختاردار را نشان می‌دهد. در فصل ششم راجع به مصاحبه‌های ساختاردار توضیحات بیشتری می‌دهیم.

اما حتی به شرط استفاده از مصاحبه‌های ساختاردار هم پایایی در تمام طبقات تشخیصی به یک اندازه خوب نیست.

1. Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh
2. Meehl

جدول ۶ ـ ۵: سوالات مصاحبهٔ ساختاردار برای اختلالات شخصیتِ ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویژهٔ سنجش اختلال شخصیت وابسته

ملاک ۱ وابستگی: آیا بدون کمک و توصیهٔ زیاد دیگران یا بدون قوت قلب گرفتن از آنان نمی‌تواند تصمیمات روزمره بگیرد.

سوالاتی که باید بپرسیم

بعضی آدم‌ها دوست دارند خودشان تصمیم‌گیری کنند و بعضی ترجیح می‌دهند فردی معتمد این کار را برای آنها انجام دهد. تو کدام را ترجیح می‌دهی؟ آیا معمولاً در تصمیمات روزمره‌ای مثل اینکه ناهار چی بخوری یا چه لباسی بخری از دیگران نظر می‌خواهی؟

نمره گذاری

نه = ۰

نه زیاد = ۱

بله = ۲

خیلی = ۳

به نقل از مصاحبهٔ ساختاردار برای اختلالات شخصیت در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) ***(پفول، بلوم و زیمرمن[1]، ۱۹۹۴).***

قضاوت راجع به بود و نبود برخی اختلالات (مثل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته) آسان نیست. وانگهی اینکه روان‌شناسان بالینی پرمشغله، وقت و نیروی کافی برای ارزیابی منظم ملاک‌های تشخیصی می‌گذارند یا نه، هم جای تردید دارد. ضرایب پایایی در جریان کار منظم و روزانه هرگز به ضرایب پایایی در تحقیقات ساختاردار نمی‌رسد.

اعتبار . پایایی بر اعتبار نظام تشخیصی تاثیر مستقیم دارد. تا وقتی تشخیص‌گذاران درباره طبقه‌بندی درست بیماران به توافق نرسند نمی‌توانیم نشان دهیم آن نظام طبقه‌بندی، همبسته‌های بامعنا و مهمی دارد؛ یعنی دارای *اعتبار* است. این همبسته‌ها عبارت است از: پیش‌آگهی، نتیجهٔ درمان، مدیریت بخش، سبب‌شناسی و مواردی از این قبیل. طبقه‌بندی بدون اعتبار پیش‌بین، به عمل عقلانی بی‌فایده‌ای تبدیل می‌شود. اما اگر بتوانیم نشان دهیم طبقه‌بندی، سبب‌شناسی و سیر بیماری یا درمان‌های مرجح را به دقت نشان می‌دهد آنگاه اساس معتبری برای استفاده از آن فراهم کرده‌ایم.

روش اصلی تعیین یک سازهٔ تشخیصی در مقالهٔ کلاسیک ال. ان. رابینز و گوزی[2] (۱۹۷۰) آمده است. آنها در این مقاله گفته‌اند تعیین اعتبار تشخیصی یک سندرم، پنج مرحله دارد: (الف) ***توصیف بالینی***، شامل توصیف ویژگی‌های شاخصی که از نشانه‌های اختلال فراتر می‌رود (مثل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی)؛ (ب) ***مطالعات آزمایشگاهی*** (شامل آزمون‌های روان‌شناختی) برای شناسایی همبسته‌های بامعنا و مهم آن تشخیص؛ (ج) ***تعیین حد و مرز آن اختلال با اختلالات دیگر*** برای ایجاد همگونی بین موارد تشخیصی؛ (د) ***مطالعات خانوادگی*** برای نشان دادن اینکه اختلال مورد نظر، زمینه‌های خانوادگی و مولفهٔ وراثتی دارد. این روش پنج‌مرحله‌ای تعیین اعتبار تشخیصی، حتی امروز هم معتبر است. در واقع بیشتر تحقیقات معاصر آسیب‌شناسی روانی از یک یا چند مرحله از مراحل اعتباریابی رابینز و گوزی تبعیت می‌کنند.

سوگیری . نظام طبقه‌بندی در حالت آرمانی نباید درباره کسانی که زمینه‌ها و پیشینه‌های متفاوتی دارند (مثل کسانی که جنسیت، نژاد یا پایگاه اجتماعی‌اقتصادی دیگری دارند) سوگیری داشته باشد. اگر مجموعه‌ای از رفتارها برای فردی به یک تشخیص منتهی شود و برای فرد دیگری به آن تشخیص منتهی نشود، اعتبار و سودمندی نظام تشخیصی زیر سوال می‌رود. دو نوع سوگیری که بیشترین توجه را به خود جلب کرده، سوگیری جنسیتی و نژادی است.

برخی از منتقدان به نظام راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) انتقاد کرده‌اند که مردگرا است و دربارهٔ وجود آسیب در زنان اغراق می‌کند (ام. کاپلان[3]، ۱۹۸۳)؛ برخی دیگر هم منکر این سوگیری هستند (کاس[4]، اسپیتزر و ویلیامز، ۱۹۸۳). ویدیگر و اسپیتزر (۱۹۹۱) تحلیل مفهومی مفیدی درباره ***سوگیری جنسی*** در نظام تشخیصی داده‌اند. آنها می‌گویند **تلاش‌های قبلی در خصوص اثبات سوگیری جنسیِ تشخیصی، ایراد مفهومی و روش‌شناختی داشته است؛ وانگهی مطالعات قبلی (مثل باورمن، باورمن، کلارکسون، روزنکرانتز و وُگِل[5]،**

1. Pfohl, Blum and Zimmerman
2. L.N. Robins and Guze
3. M. Kaplan
4. Kass
5. Boverman, Boverman, Clarkson, Rosenkrantz and Vogel

۱۹۷۰) هم درست تفسیر یا درک نشده‌اند (برای آشنایی با ضعف‌ها و ایرادات مطالعهٔ باورمن و دیگران مراجعه کنید به ویدیگر و ستل[1]، ۱۹۸۷).

ویدیگر و اسپیتزر می‌گویند شیوع جنسی متفاوت یک اختلال، فی‌نفسه نشان‌دهندهٔ سوگیری جنسیِ تشخیصی نیست؛ چون برای مثال، عوامل زیست‌شناختی یا فرهنگی می‌تواند احتمال نمایش ملاک‌های آن اختلال در مردان (یا زنان) را بیشتر کند. برای نمونه، اختلال شخصیت ضداجتماعی بیشتر در مردان تشخیص داده می‌شود و اختلال سلوک بیشتر در پسران اما این می‌تواند نتیجهٔ تفاوت‌های زیست‌شناختی (برای مثال تستوسترون) یا عوامل دیگری باشد که تاثیر متفاوتی بر این دو جنس می‌گذارند (مثل انتظارات اجتماعی درباره پرخاشگری مردان). اما ویدیگر و اسپیتزر شواهدی ارائه می‌کنند که روان‌شناسان بالینی ممکن است در کاربرد **تشخیص‌ها** درباره مردان بیش از زنان دچار سوگیری شوند، حتی وقتی نشانه‌ها در دو طرف دقیقاً مثل هم هستند! اگرچه این نشان می‌دهد روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات در تفسیر ملاک‌های تشخیصی دچار سوگیری می‌شوند (یعنی جانبداری جنسی می‌کنند)، این نشان‌دهنده سوگیری جنسی خود ملاک‌های تشخیصی نیست. این نتایج نشان می‌دهد به‌جای زیر و رو کردن ملاک‌های تشخیصی بهتر است آموزش تشخیص‌گذاران را بهبود بخشیم.

درباره سوگیری نژادی یا قومی باید بدانیم که فرهنگ شخصی، بر بسیاری از عوامل مرتبط با تشخیص و درمان بیماری روانی تاثیر می‌گذارد (آلارکون[2]، ۲۰۰۹). نخست اینکه فرهنگ بر باورهای شخصی تاثیر می‌گذارد و باورها می‌تواند به اضطراب و نشانه‌های اختلالات روانی منتهی شود. در تجدیدنظر ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به نمونه‌هایی از «سندرم‌های فرهنگ‌بسته» و سندرم‌هایی همچون کورو، وسواسِ منی [یا dhat در فرهنگ هندی]، سرماخوردگی‌هراسی و مرگ وودویی اشاره شده است. فرهنگ بر طرز کنار آمدن افراد با اضطراب هم تاثیر می‌گذارد و می‌تواند به رفتار غیرانطباقی منتهی شود.

محتوا یا ویژگی‌های نشانه‌های اختلال روانی نیز به فراخور فرهنگ تغییر می‌کند. سرانجام، فرهنگ بر تمایل اشخاص به درمان شدن و دسترسی به خدمات درمانی هم تاثیر می‌گذارد.

بنابراین روان‌شناسان بالینی باید موقع تشخیص‌گذاری و درمان بیماری روانی، مراقب عوامل فرهنگی باشند. به همین دلیل تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) به طرز صورت‌بندی فرهنگی مشکلات افراد اشاره کرده است از جمله به لحاظ کردن اطلاعات مربوط به هویت فرهنگی فرد، تبیین فرهنگی مشکلات، عوامل فرهنگی مربوط به محیط روانی اجتماعی، عوامل فرهنگی موثر بر رابطهٔ فرد و متخصصان سلامت روان و سنجش فرهنگی کلی تشخیص و درمان فرد (به جدول ۷ـ۵ مراجعه کنید).

جدول ۷ـ۵: صورت‌بندی فرهنگی تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی *(DSM-IV-TR)*

تجدیدنظر ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) می‌گوید متخصص سلامت روان باید در کنار صورت‌بندی‌های تشخیصی سنتی این راهنما، نشانه‌های مراجعانی را صورت‌بندی فرهنگی کند که از فرهنگ دیگری می‌آیند. او باید در این زمینه‌ها اطلاعات بگیرد:

- ***هویت فرهنگی مراجع*** : توجه به گروه مرجع قومی یا فرهنگی مراجع و توانایی‌های زبانی و سلایق و ترجیحات او.
- ***تبیین‌های فرهنگی موجود درباره مشکلات مراجع*** : گروه فرهنگی مراجع چطور نشانه‌هایش را توضیح می‌دهد و مقایسه این نشانه‌ها با همین نشانه‌ها در میان اعضای گروه فرهنگی مراجع او.
- ***عوامل فرهنگی مرتبط با محیط روانی اجتماعی*** : گروه فرهنگی مرجع، اضطراب‌های اجتماعی را چطور تفسیر می‌کند و اوضاع دسترسی مراجع به حمایت‌های اجتماعی و منابع دیگری که به درمان کمک می‌کنند.
- ***عوامل فرهنگی موثر بر رابطهٔ مراجع و متخصص سلامت روان*** : **تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی مراجع و متخصص سلامت روان که ممکن است بر تشخیص و درمان تاثیر گذارد.**
- ***سنجش فرهنگی‌کلی در خصوص تشخیص و مراقبت*** : **تاثیر عوامل و ملاحظات فرهنگی بر سنجش و درمان مراجع.**

1. Veydyer and Settle
2. Alarcón

پوشش . تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) با حدود ۴۰۰ تشخیص نمی‌تواند در پوشش دادن اختلالات تشخیص دادنیِ ممکن، بسیار ضعیف باشد. این نظام تشخیصی، بیشتر اختلالات کسانی را پوشش می‌دهد که به‌منظور درمان روان‌پزشکی یا روان‌شناختی مراجعه می‌کنند. اما عده‌ای احساس می‌کنند تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) از آن طرف افتاده ـ یعنی بیش از حد وسیع شده ـ است. برای مثال، شمار زیادی از اختلالات رشدی دوران کودکی، اختلال روانی معرفی شده‌اند. در این راهنمای تشخیصی، به کودکی که خوانش‌پریشی دارد، مشکلات گفتاری از قبیل لکنت زبان دارد یا مشکلات جدی ریاضی دارد، یک طبقهٔ تشخیصی اختصاص می‌یابد. اما سوالات زیادی دربارهٔ درست یا مفید بودن اختلال روانی پنداشتن این حالات وجود دارد.

مصداق دیگر شمول بیش از حد در تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، گنجاندن تشخیصی با عنوان «اختلال ملال دائمی» به عنوان طبقهٔ تشخیصی پیشنهادی است. این تشخیص و ملاک‌های آن برای مطالعهٔ بیشتر در ضمیمهٔ این راهنما آمده است. بسیاری از زن‌ها با این تشخیص قاطعانه مخالفت کردند؛ زیرا در بسیاری از حوزه‌ها، مستمسکی خواهد شد تا علیه زن‌ها تبعیض روا دارند (برای مثال در حوزهٔ استخدام). تشخیص‌های بحث‌برانگیزی مثل این تشخیص می‌تواند این سوال را به ذهن متبادر کند که طراحان راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) افراط نکرده‌اند؟

دیگر نگرانی‌ها . اگرچه اشکالات قبلی صحت دارند و نسبتاً بدیهی هستند، پذیرش و استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی، مشکلات غیرمستقیم یا ظریفی هم دارد. برای مثال، طبقه‌بندی، این ذهنیت و تصور را القا می‌کند که اختلالات روانی فی‌نفسه و واقعاً وجود دارند. اصطلاحاتی مثل *اختلال*، *نشانه*، *بیماری* و *رنج بردن* در واقع می‌خواهند بگویند که بیمار، قربانی یک بیماری شده است. زبان این نظام طبقه‌بندی در نهایت حتی مشاهده‌کنندگان زیرک را به این سمت سوق می‌دهد که واکنش‌های آموخته‌شده یا رویارویی‌های شخص و محیط را مریضی و بیماری فرض کند.

در ضمن اگر مراقب نباشیم، از طبقه‌بندی آدم‌ها بیش از رفع و تسکین مشکلات آنها لذت خواهیم برد. همان‌طور که بعداً خواهیم گفت درمان، فرایندی غیرقطعی و زمان‌بر است که در بسیاری از موارد به شکست می‌انجامد ولی دسته‌بندی می‌تواند ارضاکننده و شیرین باشد. دسته‌بندی باعث می‌شود شخص طبقه‌بندی‌کننده، احساس کفایت کند. به این ترتیب، طبقه‌بندی مثل حل کردن جدول کلمات متقاطع می‌تواند تنش‌کاه باشد، بی‌آنکه اهمیت اجتماعی مثبت و بلندمدتی داشته باشد.

نظام تشخیصی مورد نظر [یا همان DSM] این میل آدم‌ها را ارضا می‌کند که مشکلات زندگی را همچون مشکلات پزشکی تصور کنند که با یک قرص، تزریق یا چاقوی جراحی می‌توان آنها را به آسانی و راحتی رفع کرد. اما متاسفانه آموختن راه و رسم حل مشکلات روانی، سخت است. رویکرد آسان‌تر آن است که موضعی انفعالی و توام با وابستگی در پیش گیریم که در آن پزشکی که علامهٔ دهر است، درد و رنج بیمار را درمان می‌کند. اگرچه این دیدگاه درباره مشکلات پزشکی محض صادق است (هرچند بد نیست اِنگِل[1]، ۱۹۷۷، را هم ببینید) ولی حتی در بهترین حالت نیز درباره مشکلات روانی اجتماعی زندگی این‌طور نیست.

آخرین مشکل غیرمستقیم این است که تشخیص می‌تواند به زیان شخص برچسب‌خورده تمام شود و او را بدنام کند. تشخیص در جامعهٔ ما می‌تواند به‌جای گشودن درها به روی بیماران و بیماران سابق، درها را ببندد. یکی از دلایل اصلی مردم برای آنکه دنبال درمان ناراحتی‌های روانی خود نمی‌روند همین بدنامی است (کاریگن[2]، ۲۰۰۴). **تشخیص در اغلب موارد به مذاق شخص خوش نمی‌آید؛ مشاهده‌کنندگان هم برچسب‌ها را می‌بینند نه آدم‌های پشت برچسب‌ها را. بنابراین برچسب‌ها می‌توانند رابطه‌ها را خراب کنند، جلوی استخدام یا ترفیع**

1. Engel 2. Corrigan

آدم‌ها را بگیرند و نگذارند سراغ درمان بروند و در موارد افراطی، از حقوق مدنی خود محروم شوند. برچسب‌ها حتی عده‌ای را تسلیم کرده و کاری می‌کنند تا در نقش آدم «مریض» فرو روند.

علل رفتار نابهنجار و بیماری روانی

تا اینجا مشکلات توصیف و تعریف رفتار نابهنجار و تلویحات تشخیص و طبقه‌بندی را توضیح دادیم. اما حرف چندانی دربارهٔ علل رفتار نابهنجار و بیماری روانی نزدیم. اگرچه در فصل‌های مربوط به مداخله، ***مدل‌های سبب‌شناسی آسیب‌شناسی روانی*** را توضیح خواهیم داد، جا دارد برای آشنایی شما با دیدگاه‌های غالب این حوزه، مدل‌های مورد نظر را به‌طور مختصر شرح دهیم.

مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی

جدول ۸ـ۵ مرور کوتاهی بر مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی و تبیین رفتار نابهنجار در هر مدل است. همان‌طور که می‌بینید، برخی از این مدل‌ها دیدگاه کاملاً متفاوتی راجع به رفتار نابهنجار دارند. این مدل‌ها را بعداً در همین کتاب، در چهارچوب مبحث مداخلات بالینی (فصل‌های ۱۵ـ۱۱) و تخصص‌ها در روان‌شناسی بالینی (فصل‌های ۱۹ـ۱۶) توضیح خواهیم داد. بعداً خواهید دید که تفاوت‌های این مدل‌ها بر سنجش و درمانی تاثیر می‌گذارد که روان‌شناسان بالینی پیرو آنها ارائه می‌کنند. برای مثال، روان‌شناس بالینی پیرو نظریهٔ شناختی در باب افسردگی احتمالاً برای شناسایی شناخت‌های غیرانطباقی و درمان افسردگی، به ابزارهای سنجشِ شناختی و مداخلات شناختی ـ رفتاری رو می‌آورد (به فصل چهاردهم مراجعه کنید).

مدل بیماری‌پذیری ـ استرس

مدل عمومی‌تر در زمینهٔ سبب‌شناسی که قابلیت تطابق با انواع دیدگاه‌های نظری (از جمله دیدگاه‌های نظری جدول ۸ـ۵) را دارد، بیماری‌پذیری ـ استرس در آسیب‌شناسی روانی است. این مدل به یک مکتب فکری محدود نمی‌شود و می‌تواند عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی را در بر گیرد.

منظور از ***بیماری‌پذیری***، آسیب‌پذیری یا آمادگی برای ابتلا به اختلال مورد نظر است. بیماری‌پذیری می‌تواند زیست‌شناختی (برای مثال، آمادگی ژنتیکی یا کمبود یا ازدیاد کارکرد یک انتقال‌دهندهٔ عصبی) یا روان‌شناختی (برای مثال،

جدول ۸ـ۵: توصیف مختصر چند مدل آسیب‌شناسی روانی

مدل	تبیین	نمونهٔ رفتار نابهنجار
زیست‌شناختی	فرایندها در دستگاه عصبی مرکزی به هم ریخته‌اند.	اسکیزوفرنی معلول افزایش فعالیت دوپامینرژیک است.
آسیب‌شناسی رشدی	ناسازگاری، معلول تحریف و بروز اشکال در مسیر یا خط سیرِ انطباق سالم است؛ ناسازگاری معلول تعامل فرد و محیط است.	افسردگی معلول عوامل فشارزای میان‌فردی است که آموختن مهارت‌های کنار آمدن مناسب را سخت می‌کنند و افسردگی به شکل دَوَرانی بعداً به عوامل فشارزای روانی بیشتر منتهی می‌شود.
روانپویشی	تعارض درون‌روانی	هراس خاص، معلول جابجایی یک تعارض درون‌روانی و شیء بیرونی اجتناب‌پذیر است.
یادگیری	رفتار نابهنجار را درست مثل رفتار بهنجار یاد می‌گیریم.	هراس خاص از طریق شرطی‌سازی کلاسیک یاد گرفته می‌شود. افسردگی نشئت گرفته از دیدگاه منفی دربارهٔ خود، دنیا و آینده است.
شناختی	شناخت‌های غیرانطباقی	افسردگی نتیجهٔ نگاه منفی به خود، دنیا و آینده است
انسانگرا	غافل شدن از دیدگاه خود و اتکای بیش از حد بر ارزیابی‌های دیگران در مواقعی که این دو همخوانی ندارند.	اختلال اضطراب تعمیم‌یافته معرف این اتکای افراطی و ناهمخوانی است.

داشتن یک طرحوارهٔ شناختی غیرانطباقی یا سبک شخصیتی غیرانطباقی) باشد. بیماری‌پذیری شرط لازم ایجاد اختلال روانی است ولی شرط کافی آن نیست. آمادگی زیست‌شناختی یا روان‌شناختی لزوماً ضامن ابتلا به اختلالات روان‌شناختی، مثل اختلال اضطرابی یا افسردگی نیست. بر اساس مدل بیماری‌پذیری ـ استرس، *ترکیب* آمادگی و استرس (یا عوامل مولد استرس) است که می‌تواند مشکلات روانی ایجاد کند.

یک نگاه به آمادگی یا بیماری‌پذیری، نگاهِ آسیب‌پذیری است. شما می‌توانید در برابر یک اختلال یا بیماری آسیب‌پذیر باشید ولی این تضمین نمی‌کند که حتماً دچار آن اختلال یا بیماری شوید. علاوه بر بیماری‌پذیری، *استرس* کافی هم لازم است. تاثیر متقابل بیماری‌پذیری و استرس است که ابتلا یا عدم ابتلا به اختلال را تعیین می‌کند. استرس می‌تواند محیطی (برای مثال، تجاوز)، زیست‌شناختی (برای مثال، سوءتغذیه و فقر غذایی)، میان‌فردی (یک ازدواج تلخ) یا حتی روان‌شناختی (محیط خانوادگی مسموم) باشد.

جا دارد به دو ویژگی مهم دیگر این مدل هم توجه کنید. نخست اینکه بیماری‌پذیری یا آمادگی زیست‌شناختی و روان‌شناختی می‌تواند بر ***ادراک استرس تاثیر گذارد***. به هر حال، استرس امری ذهنی است. یک نفر که میزان بیماری‌پذیری یا آسیب‌پذیری او فرق دارد، ممکن است یک رویداد را کمتر از دیگری پراسترس بداند.

نکتهٔ دوم این است که آمادگی احتمالاً بر ***سیر زندگی شخص و انتخاب تجربه‌ها تاثیر می‌گذارد***. به عبارت دیگر، بیماری‌پذیری دست‌کم تا حدودی تجربه‌ها و سلایق فرد را تعیین می‌کند. اگر خوب فکر کنیم می‌بینیم این حرف درست است. تعداد سلایق و تصمیماتی که می‌گیریم بر تجربه‌های ما تاثیر می‌گذارد. دوستان یا طرف‌های عشقی که انتخاب می‌کنیم، تجربه‌هایی که دنبال می‌کنیم، شغل ما و محل زندگی ما، همگی تحت تاثیر بیماری‌پذیری قرار می‌گیرند. این انتخاب‌ها و تجربه‌ها متقابلاً بر آدم‌ها، اماکن و رویدادهای زندگی ما تاثیر می‌گذارند. بنابراین، بیماری‌پذیری دست‌کم تا حدودی دامنه و تنوع رویدادهای زندگی ما را تعیین می‌کند که ممکن است پراسترس تلقی شوند.

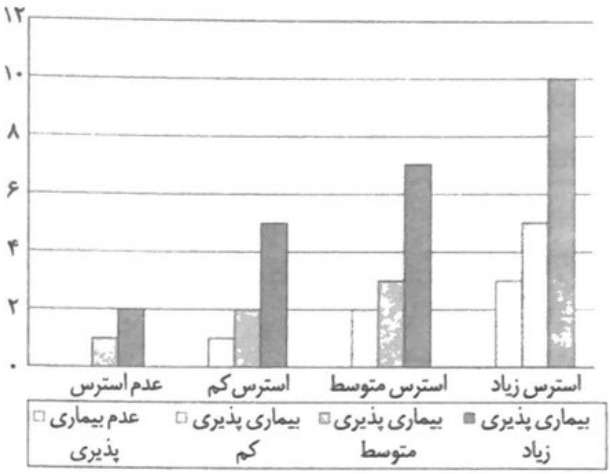
بیماری‌پذیری و استرس هر دو برای ایجاد اختلال لازم هستند. بیماری‌پذیری باعث می‌شود احتمال ابتلا به اختلال بالا رود ولی لزوماً به بروز اختلال منتهی نمی‌شود. وانگهی ماهیت دقیق بیماری‌پذیری و استرس لازم برای شکل‌گیری اختلالی خاص به نوع آن اختلال بستگی دارد. سرانجام اینکه تعامل بیماری‌پذیری و استرس هم مختص به اختلال است (برای مثال مراجعه کنید به مونرو و سیمونز[1]، ۱۹۹۱).

اما بر اساس مدل بیماری‌پذیری ـ استرس، این دو چطور در تعامل با یکدیگر باعث می‌شوند اختلال روانی بروز کند؟ آیا آمادگی، آسیب‌پذیری از نوع همه یا هیچ است؟ استرس چطور؟ همان‌طور که می‌بینید، دیدگاه ابعادی در خصوص بیماری‌پذیری و استرس، بیشترین سازواری را با تحقیقات و نظریهٔ فعلی دارد. این ادعا، تلویحات مهمی دارد. در بیشتر ما، قدری بیماری‌پذیری یا آمادگی وجود دارد از آسیب‌پذیری اندک تا آسیب‌پذیری زیاد. نمودار ۴ ـ ۵، نمونه‌ای از نحوهٔ تعامل بیماری‌پذیری (آسیب‌پذیری) با سطوح مختلف استرس و تولید نشانه‌های روان‌شناختی (محور y؛ بر مبنای صفر تا ده) را نشان می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، وقتی بیماری‌پذیری وجود ندارد یا بسیار کم است، حتی استرس‌های متوسط هم به بروز ویژگی‌های اختلال روانی منتهی نمی‌شود (درجهٔ پنج). اما با افزایش میزان آسیب‌پذیری (برای مثال، بیماری‌پذیری بالا)، استرس‌های متوسط و بالا هم می‌توانند ویژگی‌های مهم اختلال روانی را ایجاد کنند.

با این مدل می‌توانیم بفهمیم چرا برای دو نفر که در معرض وضعیت ناگوار و استرس یکسانی قرار گرفته‌اند، نتایج متفاوتی رقم می‌خورد. برای مثال، چرا یک سرباز پس از خدمت در جنگ خلیج فارس، نشانه‌های شدید اختلال استرس پس از ضربه را بروز می‌دهد و سرباز دیگری که همدوش او جنگیده است، این نشانه‌ها را بروز نمی‌دهد؟ جواب این سوال به زبان خیلی ساده این است: **میزان آسیب‌پذیری این دو سرباز در برابر اختلال استرس پس از ضربه متفاوت است.**

---

1. Monroe and Simons



نمودار ۴ـ۵: پیوستار آسیب‌پذیری (بیماری‌پذیری) و استرس

ارزش طبقه‌بندی

ما به نظام‌های طبقه‌بندی نیاز داریم در غیر این صورت، نوعی به‌هم‌ریختگی در ذهن و تجربه ما ایجاد می‌شود. با مشخص کردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها می‌توانیم رویدادها را طبقه‌بندی کنیم و بر اساس این طبقه‌بندی، راه تعمیم و پیش‌بینی را در پیش گیریم.

روان‌شناسی بالینی درگیری زیادی با تشخیص، طبقه‌بندی و درمان بیماری‌های روانی دارد. اگرچه تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، نظام طبقه‌بندی کامل و بی‌عیبی نیست، اما روان‌شناسان بالینی کماکان در تحقیقات، مشورت‌ها و درمان‌ها از آن استفاده خواهند کرد. همهٔ ما انتقادات و ایراداتی بر این راهنما و دیگر نظام‌های تشخیصی داریم. نظام‌های تشخیصی، قوت و ضعف‌های خود را دارند و ملاک‌های آنها درباره اختلالات روانی بی‌ایراد نیست (ویدیگر و ترال، ۱۹۹۱). از تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) هم مثل اسلاف آن انتقاد شده که بیشتر برای تحقیقات بالینی مناسب است تا درمانگری و کار بالینی. احتمالاً به همین دلیل هم هست که روان‌شناسان بالینی معمولاً از این راهنمای تشخیصی استفاده نمی‌کنند. اما امیدواریم شما را متقاعد کرده باشیم که فرمول‌بندی‌های تشخیصی مهم هستند؛ چون به کمک آن می‌توانیم با هم ارتباط برقرار کنیم. در ضمن تلویحات بالقوهٔ درمانی دارند و تحقیقات در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی را تسهیل می‌کنند.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسان بالینی، مشکلات روانی را تشخیص می‌دهند و طبقه‌بندی می‌کنند. به زحمت می‌توان تعریفی از «نابهنجاری» ارائه داد که جامع باشد و تمام ارکان آن را پوشش دهد. در این فصل، قوت و ضعف‌های سه ملاک معروف رفتار نابهنجار را مرور کردیم. این سه ملاک عبارت بود از: همرنگی با هنجارها، ناراحتی ذهنی و ناتوانی یا ناکارایی.

بیماری روانی به گروه بزرگی از سندرم‌های رایج گفته می‌شود که از چند رفتار نابهنجار همزمان تشکیل می‌شود. تشخیص مشکلات روانی یا بیماری روانی، زمینه‌ساز برقراری ارتباط [بین روان‌شناسان بالینی]، ترویج تحقیق و ایجاد گزینه‌های درمانی می‌شود. بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، نظامی تشخیصی است که در ایالات متحدهٔ امریکا (و کشورهای دیگر) از آن استفاده می‌شود.

نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی باید عملی، توصیفی، پایا، معتبر و بدون‌سوگیری باشد و مشکلات بالینی را به شکلی جامع پوشش دهد. چنین نظام‌هایی با دامن زدن به تحقیقات دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی موجب پیشبرد رشتهٔ روان‌شناسی بالینی خواهند شد و امکان تحقیق دربارهٔ علل و درمان مشکلات روانی را فراهم می‌آورند.

ویژگی‌های اختلالات روانی، پیوستاری هستند و از لحاظ شدت، متغیرند. مدل بیماری‌پذیری ـ استرس در آسیب‌شناسی روانی می‌تواند مدل‌های نظری اصلی درباره نحوهٔ شکل‌گیری اختلالات روانی را پوشش دهد. این مدل جامع بر این تاکید می‌کند که آسیب‌پذیری در برابر اختلال (بیماری‌پذیری) و استرس، پیوستار دارند. با این مدل می‌توانیم

بهتر توضیح بدهیم که چرا بعضی افراد که در معرض همان استرس قرار می‌گیرند، مشکل پیدا می‌کنند و برخی مشکل پیدا نمی‌کنند.

اصطلاحات کلیدی

Axis I

محور یک

محوری تشخیصی در بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) که همهٔ اختلالات بالینی به‌جز اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی روی آن می‌آیند.

Axis II

محور دو

محوری تشخیصی در بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) که اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی روی آن می‌آیند.

Axis III

محور سه

محوری تشخیصی در بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) که آن دسته از بیماری‌های پزشکی در آن طرح می‌شوند که به نوعی با مفهوم‌بندی یا درمان اختلالات محورهای یک و دو رابطه دارند.

Axis IV

محور چهار

محوری تشخیصی در بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) که مشکلات روانی اجتماعی یا محیطی مرتبط با تشخیص، درمان و پیش‌آگهی را نشان می‌دهد.

Axis V

محور پنج

محوری تشخیصی در بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) که میزان سطح کلی کارکرد را نشان می‌دهد.

categories

طبقات

طبقه‌بندی‌های متمایز و مجزا. در نظام تشخیص فعلی، بسیاری از اختلالات روانی به صورت طبقه‌ای طرح می‌شود؛ به این معنا که آیا شخص، آن اختلال را دارد یا ندارد.

conformity to norms

همرنگی با هنجارها

یکی از سه تعریف اصلی رفتار نابهنجار که بر اساس آن، رفتاری نابهنجار تلقی می‌شود که ناقض هنجارهای فرهنگی باشد.

cultural relativity

نسبیت فرهنگی

بحثی که در بافت تعریف همرنگی‌مدار در باب رفتار نابهنجار طرح می‌شود و می‌گوید قضاوت دربارهٔ نابهنجاری یک رفتار از فرهنگی به فرهنگ دیگر و از خرده‌فرهنگی به خرده‌فرهنگ دیگر فرق می‌کند.

cutoff points

نقاط برش

در بافت تعریف‌های همرنگی‌مدار در باب رفتار نابهنجار، مجموعه‌ای از ارزش‌های عددی در آزمون‌ها یا پرسشنامه‌ها که عملکرد بهنجار را از عملکرد نابهنجار جدا می‌کنند.

DC 0-3

طبقه‌بندی تشخیصی ۳-۰

نوعی طبقه‌بندی تشخیصی که ناسازگاری و نشانه‌های کودکان صفر تا سه ساله را توصیف می‌کند.

DC 0-3 R

تجدیدنظر طبقه‌بندی تشخیصی ۳-۰

نسخهٔ فعلی طبقه‌بندی تشخیصی ۳-۰.

diathesis

بیماری‌پذیری

در مدل بیماری‌پذیری-استرس در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی به این نکته اشاره می‌شود که یک آسیب‌پذیری (مثل آسیب‌پذیری ژنتیکی یا روان‌شناختی) چطور به یک اختلال تبدیل می‌شود.

dimensions

ابعاد

پیوستار. در نظام طبقه‌بندی ابعادی، افراد روی پیوستاری قرار می‌گیرند که یک سر آن، نبود اختلال است و سر دیگرش، اختلال شدید.

disability or dysfunction

ناتوانی یا ناکارایی

یکی از سه تعریف اصلی رفتار نابهنجار که در آن رفتاری نابهنجار تلقی می‌شود که برای شخص، مشکلات اجتماعی یا شغلی ایجاد کند.

DSM-III ***ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی***

ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. این راهنما، تغییری انقلابی در زمینهٔ نظام تشخیصی بود، از جمله اینکه حاوی ملاک‌های تشخیصی صریحی بود که کاری به سبب‌شناسی نداشتند و نظام چندمحوری تشخیص داشت.

بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی **DSM-IV-TR**

ویراست فعلی *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* که در سال ۲۰۰۰ چاپ شد.

environmental stress

استرس محیطی

در مدل بیماری‌پذیری-استرس در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی، به عامل مولد استرس (مثل عامل مولدِ استرس زیست‌شناختی یا روان‌شناختی) اطلاق می‌شود که به همراه بیماری‌پذیری، اختلال روانی ایجاد می‌کند.

etiological factors

عوامل سبب‌شناختی

عوامل علّی.

etiological models of psychopathology

مدل‌های سبب‌شناختی آسیب‌شناسی روانی

مدل‌های علّی درباره رفتار نابهنجار و بیماری روانی که برای سنجش و درمان، تلویحاتی دارد. مدل‌های سبب‌شناختی اصلی آسیب‌شناسی روانی عبارت است از: مدل‌های زیست‌شناختی، روان‌پویشی، یادگیری و شناختی.

global assessment of functioning

سنجش کلی کارکرد

نمره‌ای روی محور پنج که شاخص کارکرد کلی شخص است.

اختلال روانی **mental disorder**

سندرم (یا خوشه‌ای از رفتارهای نابهنجار) در یک فرد که با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر مشکلات همراه است.

بیماری روانی **mental illness**

گروه بزرگی از سندرم‌های رایج که از برخی رفتارها یا ویژگی‌های نابهنجار تشکیل شده‌اند.

سنجش چندمحوری **multiaxial assessment**

ارزیابی بیماران در چند حیطهٔ اطلاعاتی. تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، در پنج محور مجزا تشخیص‌گذاری می‌کند که هر یک به برنامه‌ریزی و پیش‌بینی نتیجه کمک می‌کند.

تشخیص اصلی **principal diagnosis**

تشخیص اصلی که آن را مسئول ناراحتی یا ناتوانی شخص می‌دانند و در کانون درمان قرار می‌گیرد.

آسیب‌شناس روانی **psychopathologist**

دانشمندی که علل اختلالات روانی و عوامل موثر در شکل‌گیری اختلالات روانی را بررسی می‌کند.

پایایی **reliability**

در بافت طبقه‌بندی تشخیصی، به سازواری قضاوت‌های تشخیصی ارزیاب‌ها اطلاق می‌شود.

سوگیری جنسی **sex bias**

در بافت طبقه‌بندی تشخیصی به این پدیده اطلاق می‌شود که مجموعه‌ای از رفتارها در یک جنس به تشخیص منتهی شود و همان رفتارها در جنس دیگر به تشخیص منتهی نشود. اگرچه ملاک‌های تشخیصی فعلی فی‌نفسه سوگیری ندارند، ولی روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات در به‌کار بردن این ملاک‌ها درباره زنان و مردان دچار سوگیری جنسی می‌شوند.

مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار

structured diagnostic interveiews

مصاحبه‌هایی که مبنای آنها ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است.

ناراحتی ذهنی **subjective distress**

یکی از سه تعریف رفتار نابهنجار که شخص نابهنجار را کسی می‌داند که احساس خوشی نمی‌کند و بسیار ناراحت است.

سندرم **syndrome**

گروهی از نشانه‌ها که با هم ظاهر شده باشند.

اعتبار **validity**

در بافت طبقه‌بندی تشخیصی، به میزان همبستگی تشخیص‌ها با متغیرهای مهم و بامعنایی مثل سبب‌شناسی، پیش‌آگهی و نتیجهٔ درمان اطلاق می‌شود.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

5-1 Mental Health America
http://www.mentalhealthamerica.net/

5-2 National Alliance on Mental Illness
http://www.nami.org/

5-3 Mental Health Advocacy Coalition
http://www.mentalhealthadvocacy.org/

5-4 Health Minds
http://www.mentalhealthadvocacy.org/

5-5 Active Minds (Mental Health on College Campuses)
http://www.activeminds.org/

5-6 DSM-V Project Site
http://www.dsm5.org

بخش دوم



سنجش بالینی

۶ مصاحبهٔ سنجشی
۷ هوش سنجی
۸ شخصیت سنجی
۹ سنجش رفتاری
۱۰ قضاوت بالینی

۶



مصاحبهٔ سنجشی

سوالات مهم

۱. در مصاحبهٔ سنجشی به کدام نکات باید توجه کرد؟
۲. رایج‌ترین انواع مصاحبه‌های سنجشی چه هستند؟ هر یک را به‌طور کوتاه شرح دهید.
۳. مصاحبهٔ ساختاردار و بی‌ساختار چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارند؟
۴. ارزیابی مصاحبهٔ ساختاردار بر اساس چه نوع پایایی و اعتباری صورت می‌گیرد؟
۵. چرا سنجش اعتبار مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار مشکل است؟

رئوس مطالب فصل

سنجش در روان‌شناسی بالینی

تعریف و هدف
ارجاع
مورد بیلی جی.
چه عواملی بر نحوهٔ پاسخگویی روان‌شناس بالینی به پرسش ارجاعی تاثیر می‌گذارد؟

مصاحبه

ویژگی‌های عمومی مصاحبه‌ها
کادر ۱ـ۶: مصاحبهٔ رایانه‌ای: آیا روان‌شناسان بالینی لازم هستند؟
مبانی و فنون مصاحبه
تفاهم
ارتباط
چهارچوب مرجع بیمار
چهارچوب مرجع روان‌شناسی بالینی

انواع مصاحبه

مصاحبهٔ پذیرش
مصاحبهٔ معاینهٔ وضعیت روانی
کادر ۲ـ۶: نمونه‌ای از گزارش مصاحبهٔ پذیرش
مصاحبهٔ شرح حال
مصاحبهٔ معاینهٔ وضعیت روانی
مصاحبهٔ بحران

کادر ۳ـ۶: دیدگاه روان‌شناسی بالینی: دکتر توماس ای. ویدیگر
مصاحبهٔ تشخیصی

پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها
پایایی
اعتبار
توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار

هنر و علم مصاحبه

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

سنجش از مدت‌ها قبل جزء فعالیت‌های مهم روان‌شناسان بالینی بوده است. در فصل قبل و در بحث تشخیص اختلالات روانی، به سنجش اشاره کردیم. در این فصل بر مصاحبه تمرکز خواهیم کرد. در فصل‌های بعد نیز هوش‌سنجی، شخصیت‌سنجی و سنجش آسیب روانی و رفتارسنجی و قضاوت بالینی را توضیح خواهیم داد. اما قبل از پرداختن به مختصات مصاحبه، اجازه دهید توضیحاتی دربارهٔ سنجش بدهیم.

سنجش در روان‌شناسی بالینی

همان‌طور که در فصل دوم گفتیم، سنجش روانی فراز و فرودهایی داشته است. در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ ظاهراً از میزان علاقه‌مندی به سنجش روانی کم می‌شود (ایبلز[1]، ۱۹۹۰). در این دو دهه، درمان جذابیت بیشتری پیدا می‌کند و سنجش مراجعان، تا حدودی امر «غیرمنصفانه‌ای» می‌شود. در این دو دهه به نظر می‌رسید که تعهد تاریخی روان‌شناسی بالینی به سنجش در حال افول است. نگرش غالب درباره سنجش هم این بود که «آن را به تکنسین‌ها واگذار کنید!» اما در دههٔ ۱۹۸۰، روند دیگری شروع شد. دانشجویان به تخصص‌گرایی علاقه‌مند شدند. آنها روان‌شناسی قانونی (یعنی کاربرد روان‌شناسی در امور قضایی) را کشف کردند و روان‌شناسی طب اطفال، پزشکی سالخوردگان و حتی روان‌شناسی عصب‌نگر، نظرشان را جلب کرد.

این تجدید علاقه به سنجش روانی تا امروز ادامه داشته است. روان‌شناسان بالینی در حال حاضر بیش از هر زمان دیگری، سنجش بالینی را بر مبنای رویکرد شواهدبنیاد انجام می‌دهند. سنجشِ شواهدبنیاد (هانسلی و ماش[2]، ۲۰۰۷)، به کمک نظریه و دانش مشکلات روانی، روش‌های سنجش و اندازه‌گیری‌ها را انتخاب و فرایند سنجش را هدایت می‌کند. این رویکرد بر خیلی از ضعف‌های سنجش‌های قبلی فائق آمده از جمله بر نگاهِ «یک آزمونِ مناسب، برای همه». همچنین جلوی استفاده از اندازه‌گیری‌های کم‌اعتبار، تفسیرهای ناپایا و استفاده از آزمون‌هایی را گرفته است که شواهد کمی درباره سودمندی درمانی آنها وجود دارد (هانسلی و ماش، ۲۰۰۷).

به عبارت دیگر، روان‌شناسان بالینی باید طوری آموزش ببینند که خود فرایند سنجش را بشناسند، شرایط ارزیابی را بدانند و با ویژگی‌های روان‌سنجی روش‌های سنجش و اندازه‌گیری‌ها آشنا باشند.

تعریف و هدف

قبل از ادامه بحث، باید سنجش روانی را تعریف و اهداف و ویژگی‌های آن را مشخص کنیم. از سنجش روانی تعاریف مختلفی می‌توانیم ارائه کنیم. سنجش بالینی شامل ارزیابی قوت و ضعف‌های فرد یا خانواده، مفهوم‌بندی مشکل مورد نظر (و عوامل روانی محتمل) و برخی تجویزها برای کاهش مشکل است که همگی درک و فهم ما از مراجع را بیشتر می‌کنند. سنجش، عملی نیست که یک بار انجام شود و تمام شود. سنجش در بسیاری موارد، عملی مستمر و حتی در روان‌درمانگری، روزانه است. روان‌شناس بالینی برای تصمیم‌سازی یا حل مسائل به سنجش روانی نیاز دارد.

ما به‌طور شهودی می‌دانیم که هدف تشخیص و سنجش چیست. پزشکان قبل از تجویز درمان، ابتدا باید به ماهیت بیماری پی ببرند. لوله‌کش‌ها قبل از تعمیر لوله‌ها، ابتدا باید ماهیت و محل مشکل را مشخص کنند. روان‌شناسی بالینی هم مثل پزشکی و لوله‌کشی است. جدای از موارد کاملاً اتفاقی،

1. Abeles 2. Hunsley and Mash

مهارت روان‌شناسان بالینی در حل مشکلات، با مهارت آنها در تعریف مشکلات، رابطهٔ مستقیمی دارد. بیشتر ما این حرف پدر و مادرمان را به یاد می‌آوریم که می‌گفتند «قبل از آنکه کاری انجام دهی، اول فکر کن!» ذات و جوهر سنجش و تشخیص نیز همین است. برای پی بردن به درستی حرف ما، مثال زیر را بخوانید.

مورد بیلی جی.

بیلی کلاس سوم بود و مشکل داشت. معلم بیلی دائم از مشکلات رفتاری بیلی در کلاس خبر می‌داد. بیلی بلند حرف می‌زد، زیاد حرف می‌زد و حواسش به راحتی پرت می‌شد. پرخاشگر بود و گاهی اوقات بچه‌های دیگر را می‌زد. رفتارش تکانشی، پریشان و بی‌نظم و علناً بیش‌فعال بود. خلاصه اینکه مُخلِ کلاس بود.

والدین بیلی بعد از برگزاری چند جلسه با معلمان بیلی، سرانجام متقاعد شدند که مشکل فقط به مدرسه برنمی‌گردد. در حقیقت، بخش زیادی از رفتار بیلی در خانه هم تکرار می‌شد و کنترل بیلی در خانه هم سخت بود. نمرات بیلی در ماه‌های اخیر اُفت کرده بود ولی پدر و مادرش قبول نداشتند که مشکل عقلی دارد. بنابراین نظرشان آن بود که مشکل بدنی یا هیجانی دارد.

ابتدا تصمیم گرفتند بیلی را نزد پزشک خانواده ببرند. پزشک خانوادگی آنها ایرادی در بیلی پیدا نکرد و توصیه کرد بیلی را نزد عصب‌شناس ببرند. عصب‌شناس هم پس از یک معاینهٔ کامل عصب‌شناسی، شامل الکتروانسفالوگرام و بررسی کامل و دقیق پیشینهٔ پزشکی و رفتاری بیلی، به تشخیص خاصی نرسید.

سابقهٔ ضربه تولد، مصدومیت سر، التهاب مغزی یا هرگونه عامل خطری برای یک بیماری عصبی هم وجود نداشت. اما سوابق رفتاری بیلی که حاصل گزارش‌های معلمان، مشاهدات پدر و مادر و مشاهدات عصب‌شناس بود همگی از وجود یک نوع مشکل خبر می‌دادند.

عصب‌شناس به تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (یا ADHD) گرایش داشت ولی چون به روان‌شناسی متمایل بود، متوجه رابطهٔ متشنج و تاحدودی خصمانهٔ پدر و مادر بیلی شد. موقع گفت‌وگو با پدر و مادر بیلی متوجه شد پدر بیلی به ندرت در خانه است و ظاهراً در جاه‌طلبی‌های شغلی‌اش غرق است. مادر بیلی هم با اشتغال افراطی در امور اجتماعی و خدمات‌رسانی به مردم، غفلت‌های خود را می‌پوشاند. وقتی بیلی از مدرسه برمی‌گشت، مادرش سرگرم بازی بریج، اعانه جمع کردن یا خرید بود. بی‌شک پدر و مادر بیلی برای فرزندشان زیاد وقت نمی‌گذاشتند. در حقیقت گویا از وقتی مشکلات بیلی در مدرسه شدید شده بود، پدر و مادرش به حضور او پی برده بودند.

بنابراین، عصب‌شناس بر سر دوراهی قرار گرفت. از یک طرف می‌توانست داروی محرکی (مثل ریتالین) تجویز کند که موثر بود. از طرف دیگر، آثار و شواهدی از طرد شدن بیلی از طرف پدر و مادرش دیده می‌شد که در او نفرت ایجاد کرده بود. بنابراین می‌توانست «بیش‌فعالی» بیلی را تلاش برای جلب توجه پدر و مادر و جانشینان آنها (یعنی معلمان) بداند. اگر این صورت‌بندی را قبول می‌کرد، آنگاه روان‌درمانی پدر و مادر بیلی و بیلی، چاره بود.

عصب‌شناس می‌ترسید که تشخیص غلط بدهد. دارو آثار جانبی داشت و می‌توانست مشکل بیلی را تشدید کند. وانگهی اگر بیلی اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی نداشت، هدر دادن وقت می‌توانست باعث شود واکنش‌های رفتاری او هرچه بیشتر تثبیت شود و روان‌درمانگری بیلی را سخت‌تر کند. در ضمن تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی باعث می‌شد پدر و مادر بیلی، نقش خود در مشکلات رفتاری بیلی را کمتر بپذیرند. از طرف دیگر، فرض کنید این خانواده تحت روان‌درمانی قرار گیرند و بعد معلوم شود مشکل بیلی با دارو، درمان‌شدنی بود. آن وقت زمان طلایی از دست می‌رود و این امکان وجود دارد که بیلی آسیب بدنی ببیند.

بنابراین سوال سنجش، انتخاب تبیین رفتاری یا زیست‌شناختی است که هر یک، تلویحات درمانی خاص خود را دارند. عصب‌شناس که با چنین تردیدی مواجه بود، تصمیم گرفت بیلی را به روان‌شناس بالینی کودک ارجاع دهد تا آزمون‌های شخصیت و هوش روی او اجرا کند، مصاحبهٔ دقیق‌تری با پدر و مادرش انجام دهد و رفتار بیلی را در موقعیت‌های مختلف مشاهده کند. عصب‌شناس امیدوار بود گزارش روان‌شناسی همراه با یافته‌های عصب‌شناختی خودش اجازه دهد به تشخیص و درمان آگاهانه‌تری برسد.

ارجاع

سنجش با ارجاع شروع می‌شود. یک نفر ـ برای مثال پدر یا مادر، معلم، روان‌پزشک، قاضی یا شاید یک روان‌شناس ـ سوالی درباره بیمار می‌پرسد. برای مثال می‌پرسد **«آیا خوان نافرمان است؟»، «چرا آلیشیا نمی‌تواند مثل بچه‌های دیگر، روخوانی یاد بگیرد؟»، «آیا خزانهٔ ضعیف رفتاری بیمار، به کمبود فرصت‌های**

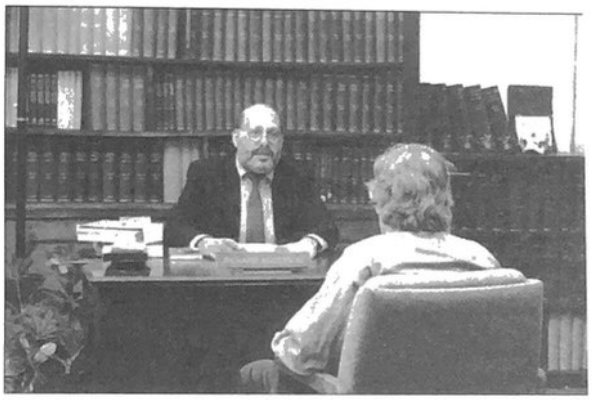
یادگیری برمی‌گردد، یا می‌خواهد از برقراری رابطهٔ نزدیک با کسانی پرهیز کند که برای او تهدید هستند؟»

بنابراین، روان‌شناسان بالینی از ***سوال ارجاعی*** شروع می‌کنند. آنها باید سوال را دقیقاً بفهمند و بدانند چه کسی دنبال جواب آن سوال است. گاهی جواب دادن به سوال ناممکن است؛ گاهی هم روان‌شناس بالینی ممکن است به این نتیجه برسد که درست نیست به آن سوال جواب مستقیم دهد، یا آن سوال باید با الفاظ دیگری بیان شود. برای مثال ممکن است به این نتیجه برسد که سوال «آیا این بیمار می‌تواند مرتکب قتل شود؟» پاسخ‌دادنی نیست مگر آنکه اطلاعات بیشتری دربارهٔ وضعیت او به‌دست آید. در نتیجه، سوال را با الفاظ و به صورت دیگری بیان می‌کند تا احتمالات دیگر را نیز شامل شود. اگر پدر و مادری به‌دلیل اغراض خودشیفته‌وارشان از روان‌شناس بالینی بخواهند هوشبهر فرزندشان را اندازه بگیرد، روان‌شناس بالینی ممکن است در نهایت نتیجه بگیرد که این عمل به ضرر کودک تمام خواهد شد. بیشتر پدر و مادرها اطلاعات روان‌سنجی کافی ندارند تا بفهمند هوشبهر چه معنایی دارد و آن را درست تفسیر نمی‌کنند. بنابراین، روان‌شناس بالینی قبل از پذیرش چنین ارجاعی باید درباره حواشی این کار با پدر و مادر حرف بزند.

چه عواملی بر نحوهٔ پاسخگویی روان‌شناس بالینی به پرسش ارجاعی تاثیر می‌گذارد؟

تعهدات نظری روان‌شناس بالینی بر نوع اطلاعاتی که جست‌وجو می‌کند تاثیر زیادی می‌گذارد. برای نمونه، روان‌شناس بالینی دارای گرایش روان‌پویایی، بیش از روان‌شناس بالینی رفتارگرا، درباره دوران کودکی بیمار سوال می‌کند. گاهی اوقات هم از اطلاعات مشابه، استنباط‌های متفاوتی می‌شود. برای مثال، روان‌شناس بالینی دارای گرایش روان‌پویایی، سردردهای مکرر را نشانگر نفرت زیربنایی می‌داند ولی برای روان‌شناس رفتارگرا، صرفاً نشانگر اضطراب شغلی است. برخی از روان‌شناسان بالینی به اطلاعات شرح حال بسیار اهمیت می‌دهند چون در تهیهٔ سلسله‌مراتب اضطراب به آنها کمک می‌کند؛ اما این اطلاعات برای برخی دیگر از روان‌شناسان بالینی، حربه‌ای برای تایید فرضیه‌های‌شان درباره نیازها و انتظارات مراجع است.

پس سنجش، مجموعهٔ کاملاً استانداردی از روش‌ها نیست. به همهٔ مراجعان، آزمون‌های یکسانی داده نمی‌شود یا از همهٔ آنها سوالات مشابهی پرسیده نمی‌شود. هدف سنجش، کشف «ماهیت و جوهر روانی حقیقی» مراجع نیست، بلکه در سنجش می‌خواهیم مراجع را طوری توصیف کنیم که برای ارجاع‌دهنده مفید باشد؛ یعنی به حل مسئله و مشکل منتهی شود. البته منظور ما این نیست که توصیفات به یک اندازه خوب‌اند.



روان‌شناسان بالینی برای سنجش مراجعان یا بیماران معمولاً آنها مصاحبه می‌کنند.

مصاحبه

تقریباً در تمام حرفه‌ها، مصاحبه یکی از اصلی‌ترین فنون جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌سازی است. مصاحبه برای سیاستمداران، مصرف‌کنندگان، روان‌پزشکان، کارفرماها و در مجموع مردم، ابزار اصلی بوده است. مردم مثل هر فعالیت دیگری که آن را زیاد انجام داده‌اند، گاهی اوقات مصاحبه را بدیهی و مسلم می‌پندارند و تصور می‌کنند نیازی به داشتن مهارت ویژه‌ای برای آن نیست؛ آنها خیلی راحت درباره میزان درک و فهم‌شان از فرایند مصاحبه مبالغه می‌کنند. بسیاری از آنها مبهوت رمز و راز آزمون‌های فرافکن می‌شوند و تحت تاثیر ظرافت‌های روان‌سنجی آزمون‌های عینی قرار می‌گیرند، ولی مصاحبه را آسان می‌پندارند و خود را به طرز فریبنده‌ای با آن آشنا می‌دانند.

مصاحبهٔ سنجشی، بنیادی‌ترین و پرمصرف‌ترین فنی است که روان‌شناسان بالینی از آن استفاده می‌کنند. کاربردهای وسیع و انعطاف‌پذیری این نوع مصاحبه باعث می‌شود روان‌شناس بالینی ماهر، آن را برای تصمیم‌گیری، فهم و پیش‌بینی بالینی، ابزار اصلی خود بداند. با این حال نباید فراموش کنیم که سودمندی بالینی مصاحبه از سودمندی بالینی مهارت و حساسیت روان شناس بالینی، خیلی بیشتر نیست. در این قسمت، برخی از ویژگی‌های مصاحبهٔ بالینی و مهارت‌ها و فنون لازم برای مصاحبه را توضیح می‌دهیم.

ویژگی‌های عمومی مصاحبه‌ها

تعامل . مصاحبه، تعاملی، دست‌کم بین دو نفر است. هر یک از طرفین یاشرکت‌کنندگان مصاحبه، سهم خود را دارند و بر پاسخ‌های یکدیگر تاثیر می‌گذارند. اما با این توصیف نمی‌توانیم فرایند مصاحبه را تعریف کنیم. گفت‌وگوهای عادی هم تعامل هستند ولی بی‌شک، مصاحبه فراتر از یک گفت‌وگوی عادی است. مصاحبه هم مثل گفت‌وگوهای عادی مستلزم رویارویی یا مبادلهٔ کلامی چهره به چهره است. اما مصاحبهٔ بالینی با یک یا چند هدف شروع می‌شود. مصاحبه‌گر این تعامل را هدفمندانه شروع می‌کند و موظف است آن را در مسیر درست در جهت تحقق هدف نگه‌دارد. بنابراین در چنین مصاحبه‌ای، غیررسمی بودن گفت‌وگوهای عادی، چندان دیده نمی‌شود. مصاحبهٔ خوب، مصاحبه‌ای است که به دقت برنامه‌ریزی شده باشد، حساب‌شده و ماهرانه اجرا شود و هدفمند باشد.

مصاحبه صورت‌های مختلفی دارد؛ از مصاحبه برای حقیقت‌یابی تا رهایی هیجانی و بازجویی. اما تمام مصاحبه‌های حرفه‌ای از یک ویژگی گفت‌وگوهای معمولی عاری هستند؛ آن ویژگی هم این است که مصاحبه‌گرها دنبال ارضای شخصی یا بالا بردن شأن و مقام خود نیستند. آنها می‌خواهند به ماهرانه‌ترین شکل ممکن، داده‌ها و اطلاعات و باورها و نگرش‌های مورد نظرشان راکسب کنند.

مصاحبه‌ها در مقابل آزمون‌ها . مصاحبه‌ها به تعبیری حدفاصل گفت‌وگوهای عادی و آزمون‌ها هستند. مصاحبه‌ها از گفت‌وگوهای عادی، سازمان‌یافته‌تر و هدفمندترند ولی گاهی اوقات به اندازهٔ آزمون‌های روانی، رسمی و استانداردشده نیستند. البته مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار که در همین فصل به آنها خواهیم پرداخت از این قاعده مستثنا هستند؛ چرا که از برخی جهات، شبیه آزمون‌های روانی استانداردشده‌اند.

ویژگی اصلی روان‌آزمایی، جمع‌آوری داده‌ها در اوضاع استانداردشده از طریق روش‌های ویژه و مشخص است. اما بیشتر مصاحبه‌ها قدری انعطاف‌پذیرند. برای مثال، ویژگی بی‌همتای روش مصاحبه این است که برای رویکردی فردی مناسب‌تر است که هدف آن اخذ داده‌های مربوط به یک شخص یا یک بیمار است. این انعطاف‌پذیری، قوت و در عین حال ضعف بسیاری از فنون مصاحبه است. اگرچه می‌توانیم درباره بیمار الف به روشی اطلاعات جمع کنیم که مناسب‌ترین روش درباره او باشد، اما این روش می‌تواند ناپایا و آمیخته با اشتباه باشد. بعداً در همین فصل راجع به پایایی و اعتبار داده‌های حاصل از مصاحبه، توضیحات بیشتری خواهیم داد.

هنر مصاحبه . مصاحبه را معمولاً یک هنر می‌دانند. جز در مصاحبه‌هایی که بیشترین ساختار و رسمیت را دارند، مصاحبه‌گر در اِعمال مهارت و توانایی‌اش قدری آزادی عمل دارد که در دیگر شیوه‌های سنجش این آزادی وجود ندارد. تصمیماتی مثل اینکه چه موقع بررسی و تفحص را شروع کنیم، چه موقع سکوت کنیم یا چه موقع غیرمستقیم یا ظریف عمل کنیم، محکی برای مصاحبه‌گر است. مصاحبه‌گر به تجربه درمی‌یابد که به نشانه‌های مصاحبه‌شونده چطور پاسخ دهد تا در نهایت، اهداف مصاحبه برآورده شود. اما باید یادمان باشد که تحقیقات زیادی دربارهٔ مصاحبه شده است. معنای این قضیه هم در عمل آن است که لزومی ندارد مبتدی‌ها برای بالا بردن مهارت‌شان در مصاحبه صرفاً منتظر بمانند تا تجربه آنها به آرامی و گاهی اوقات با رنج و مصیبت فراوان بالا رود. آنها می‌توانند با مطالعهٔ تحقیقات انجام شده دربارهٔ مصاحبه، برای هنر خود، مبنایی علمی فراهم آورند (گارب[1]، ۱۹۹۸).

1. Garb

کادر ۱ـ۶: مصاحبهٔ رایانه‌ای: آیا روان‌شناسان بالینی لازم هستند؟

در سال‌های اخیر ***مصاحبهٔ رایانه‌ای*** باب شده است. از رایانه‌ها برای گرفتن شرح حال روان‌پزشکی، سنجش مشکلات خاص، سنجش رفتاری و تشخیص اختلالات روانی استفاده می‌شود (فرست[1]، ۱۹۹۴؛ گرایست، ۱۹۹۸؛ کوباک، گرایست، جفرسون و کاتزلنیک[2]، ۱۹۹۶). استفاده از رایانه چند دلیل دارد (اردمن، کلاین و گرایست[3]، ۱۹۸۵؛ فرست، ۱۹۹۴؛ گرایست، ۱۹۹۸). برای مثال، رایانه همیشه همان سوالاتی را می‌پرسد که به او داده‌اند، پایایی ۱۰۰ درصدی دارد و دست‌کم برای برخی از بیماران، ارتباط داشتن با یک شیء از ارتباط داشتن با یک روان‌شناس بالینی زنده، کمتر ناراحت‌کننده است و آنها را کمتر دستپاچه می‌کند. در عین حال، رایانه‌ها غیرشخصی هستند و حتی عده‌ای می‌گویند نوعی انسانیت‌زدایی در آنها رخ می‌دهد. رایانه‌ها فقط می‌توانند مصاحبه‌های ساختاردار انجام دهند و مصاحبه‌گر رایانه‌ای، هیچ انعطافی ندارد (فرست، ۱۹۹۴). برای مثال، رایانه نمی‌تواند برای روشن‌تر شدن پاسخ مصاحبه‌شونده، سوالات اضافی بپرسد. در ضمن، کلمه‌بندی و نظم سوالات هم نمی‌تواند با نیازهای خاص هر بیمار تطابق یابد. اما شواهد نشان می‌دهد مصاحبه‌های رایانه‌ای در مشخص کردن و شناسایی نشانه‌های هدف در مراجعان مفید بوده‌اند (فارل، کامپلیر و مکالخ[4]، ۱۹۸۷).

مصاحبه‌های تشخیصی رایانه‌ای هم وجود دارد. برای مثال، با رایانهٔ شخصی می‌توانیم نسخهٔ بازنگری‌شده مصاحبه تشخیصی رایانه‌ای (بلوین[5]، ۱۹۹۱) را اجرا کنیم. این مصاحبهٔ تشخیصی رایانه‌ای، وجود و شدت نشانه‌های بیش از ۳۰ اختلال روانی را تعیین می‌کند که در محور یک تشخیص داده می‌شوند (مثل افسردگی ماژور، وابستگی به الکل، اختلال وحشت‌زدگی). در مطالعات مقایسه‌ای انجام‌شده درباره نسخه‌های رایانه‌ای و نسخه‌هایی که مصاحبه‌گر آنها را اجرا می‌کند، نسخهٔ رایانه‌ای تاییدشده است (بلوین، پرز و بلوین، ۱۹۸۸؛ گرایست و دیگران، ۱۹۸۷).

سرانجام اینکه باید یادآور شویم استفاده از مصاحبه‌های رایانه‌ای یک گام جلوتر رفته است. بائر[6] و دیگران (۱۹۹۵) اخیراً داده‌هایی مقدماتی ارائه کرده‌اند که به کمک یک دستگاه غربالگری تلفنی کاملاً خودکار به‌دست آمده‌اند. این دستگاه از ضبط صوت دیجیتالی رایانه‌ای و پاسخ‌های لامسه‌ای ـ تُنی (touch-tone) برای سنجش نشانه‌های افسردگی شهروندان استفاده می‌کرد. در این مطالعه، شهروندان مورد نظر در معرض آزمون غربالگری قرار گرفتند. وقتی آنها با یک شماره تلفن مجانی تماس می‌گرفتند، از شخصی که شماره گرفته بود چند سوال درباره نشانه‌های افسردگی پرسیده می‌شد. تلفن‌کنندگان هم با فشردن شمارهٔ مورد نظر بر روی شماره‌گیر تلفن، به سوالات پاسخ می‌دادند. امکان تکرار سوال هم وجود داشت. متن سوالات را یک بازیگر مرد و یک بازیگر زن حرفه‌ای می‌خواندند. به هر تلفن‌کننده هم فوراً درباره سطح افسردگی او بازخورد داده می‌شد (سطوح افسردگی هم عبارت بود از عدم افسردگی، افسردگی ناچیز یا خفیف، افسردگی شدید و افسردگی خیلی شدید). به تمام تلفن‌کنندگانی که افسردگی ناچیز یا بیشتر داشتند، تلفن رایگان متخصصان برگزیدهٔ مراقبت‌های بهداشتی داده می‌شد. آیا این کاربردهای جدید رایانه باعث می‌شود روان‌شناسان بالینی کاملاً حذف شوند؟ برای نمونه، فرست (۱۹۹۴) چنین نظری ندارد و می‌گوید خیر. اگرچه فرست، مزیت‌های سنجش مصاحبه‌ای رایانه‌ای را تایید می‌کند، اما دلایلی می‌آورد که چرا رایانه هم‌اکنون نمی‌تواند جای روان‌شناس بالینی را بگیرد. دلایل فرست به شرح زیر است:

- در سنجش رایانه‌بنیاد، هنوز نمی‌توانیم بسیاری از نشانه‌های غیرکلامی (مثل حالت چهره و نوسانات صوتی) را بررسی کنیم.
- در حال حاضر فن‌آوری رایانه‌ای خاصی نداریم که بتواند زبان نامحدود را پردازش کند (یعنی پاسخ‌های آزاد بیمار را پردازش کند که تایپ می‌شود یا در پاسخ به پرسش‌های رایانه ثبت می‌شود).
- فقط روان‌شناسان بالینی می‌توانند اطلاعات مربوط به سیر اختلال روانی یا توالی زمانی نشانه‌ها را رمزگذاری و پردازش کنند.
- «قضاوت بالینی» ـ یعنی آستانهٔ ضمنی اهمیت بالینی ـ فقط نزد روان‌شناسان بالینی است.

اما باید خاطرنشان کنیم که ممکن است فن‌آوری سرانجام روزی به برخی از نکات مورد نظر فرست پاسخ دهد. در ضمن همان‌طور که در فصل دهم خواهیم گفت، قضاوت بالینی هم محدودیت‌هایی دارد.

مبانی و فنون مصاحبه

عوامل زیادی در مولد بودن و سودمندی اطلاعات برگرفته از مصاحبه نقش دارند. یکی از این عوامل، محیط و موقعیت فیزیکی است. برخی از این عوامل هم به ذات و طبیعت بیمار برمی‌گردد. یک بیمار ساکت یا بیماری که اهل ارتباط نیست، **صرف‌نظر از اینکه مصاحبه‌گر چقدر ماهر است، همکاری نخواهد کرد. معدود مصاحبه‌گرانی پیدا می‌شوند که دربارهٔ تمام بیماران،**

1. First
2. Kobak, Greist, Jefferson and Katzelnik
3. Erdman, Klein and Greist
4. Farrell, Complair and McCullough
5. Blouin
6. Baer

موفق عمل کنند و موثر باشند. اما پاره‌ای عوامل و مهارت‌ها هستند که احتمال مفید و مولد بودن مصاحبه را بالا می‌برند. آموزش و کسب تجربه زیر نظر افراد مجرب، نقش بسیار مهمی در مصاحبه دارد. فنونی که برای یک مصاحبه‌گر جواب می‌دهد ممکن است برای مصاحبه‌گر دیگر جواب ندهد؛ بنابراین تعامل بسیار مهمی بین فن و مصاحبه‌گر وجود دارد. به همین دلیل، تجربه‌اندوزی زیر نظر صاحبان فن، خیلی اهمیت دارد؛ تجربه‌اندوزی به مصاحبه‌گر کمک می‌کند درباره ماهیت این تعامل قدری آگاهی پیدا کند.

پس آموزش فقط حفظ قواعد نیست، بلکه بالا بردن دانش درباره روابط حاکم بین قواعد، موقعیت و وضعیت عینی مقابل مصاحبه‌گر و تاثیر خودمان بر وضعیت مصاحبه است.

تمهیدات و ترتیبات فیزیکی . مصاحبه در هر جایی رخ می‌دهد که دو نفر یکدیگر را می‌بینند و می‌توانند با هم تعامل داشته باشند. مصاحبه گاهی اوقات اتفاقی رخ می‌دهد. برای مثال، بیمار را در خیابان می‌بینید. معمولاً روان‌شناس بالینی موقعیت و محل مصاحبه را تعیین نمی‌کند. اما نیازهای بیمار، میزان اضطرار و حتی یک همزمانی صرف هم می‌تواند باعث شود نوعی مصاحبه صورت گیرد.

بدیهی است برخی تمهیدات و ترتیبات فیزیکی برای مصاحبه لازم است. دو مورد بسیار مهم آن، وجود حریم خصوصی و عاری از مزاحمت است. هیچ چیز به اندازهٔ زنگ مکرر تلفن یا مراجعات مکرر منشی، یا به صدا درآمدن در اتاق، نمی‌تواند به تداوم و روند مصاحبه آسیب برساند. این نوع مزاحمت‌ها، بسیار مخل هستند. از آن مهم‌تر، پیام ظریف و ضمنی این مزاحمت‌ها این است که بیمار و مشکلاتش در درجهٔ دوم اهمیت قرار دارد. اما اگر شما از منشی بخواهید، دیگر در نخواهد زد و تلفن‌ها را به بعد موکول خواهد کرد.

چون نبود حریم خصوصی می‌تواند عواقب زیانبار زیادی داشته باشد، استفاده از عایق‌های صوتی نیز مهم است. اگر سر و صدای راهرو یا اتاق‌های مجاور به گوش برسد، بیماران فرض را بر این می‌گذارند که صدای‌شان در بیرون شنیده می‌شود. در این حالت، معدود بیمارانی پیدا می‌شوند که راحت حرف‌شان را بزنند و پاسخگو باشند.

دفتر یا مبلمان آن هم می‌تواند به اندازهٔ سرو صدا و هیاهوی بیرون، حواس بیماران را پرت کند. در این زمینه، قواعد چندانی وجود ندارد و این موضوع تا حد زیادی به ذائقه و سلیقهٔ فرد بستگی دارد. اما بسیاری از روان‌شناسان بالینی ترجیح می‌دهند دفتری نسبتاً خنثی ولی دلنشین داشته باشند. خلاصه دفتری با مبلمانی که خیلی جلب توجه می‌کند یا بیمار را مجبور به اظهارنظر می‌کند، دفتر مناسبی نیست. لزومی ندارد درمانگری که گلف‌باز است، دفترش را پر از مدال‌ها و مدارک مربوط به گلف کند؛ یا درمانگری که علاقهٔ زیادی به خودروهای عتیقه و قدیمی دارد نباید میز خود را پر از مدل‌های کوچک ماشین‌های فورد ۱۹۲۸ کند. دفتر او باید حد وسط باشد؛ یعنی نه بیش از حد خنثی [و بی‌روح] باشد، نه پر از چیزهای اضافی مزاحم.

یادداشت‌برداری و ضبط کردن . در نهایت، تمام صحبت‌های درمانگر و مراجع باید مستند شود. اما درباره اینکه آیا در مدت مصاحبه باید یادداشت‌برداری کنیم یا پس از آن، اختلاف‌نظر وجود دارد. در این مورد حکم مطلق چندانی نمی‌توان داد ولی به نظر می‌رسد بد نیست گهگاه در حین مصاحبه هم یادداشت‌برداری کنیم.

ثبت نکات کلیدی می‌تواند به حافظهٔ روان‌شناس بالینی کمک کند. بیشتر روان‌شناسان بالینی به خوبی واقف‌اند که کدام مطالب در مصاحبه نیازی به یادداشت ندارد؛ بله، مطالبی که به راحتی به یاد می‌آیند. اما پس از دیدن چند بیمار دیگر، روان‌شناس بالینی به تدریج مطالب مصاحبهٔ قبلی را به یاد نمی‌آورد. بنابراین لازم است قدری یادداشت‌برداری کند. بیشتر بیماران مشکلی با یادداشت‌برداری روان‌شناس بالینی ندارند ولی در صورت لزوم می‌توانیم در این باره با بیمار حرف بزنیم. گاهی اوقات بیمار به‌خودش می‌گوید حتماً آنچه گفته شده مهم بوده که آن را یادداشت کرده‌اید. گاهی اوقات هم از روان‌شناس بالینی می‌خواهد موقع طرح فلان موضوع، یادداشت برندارد.

بیشتر بیماران انتظار دارند قدری یادداشت‌برداری شود. اما نباید سخنان بیمار را مو به مو یادداشت کنیم (مگر هنگام

مصاحبهٔ ساختاردار که بعداً آن را توضیح خواهیم داد). یکی از خطرات یادداشت‌برداری مو به مو این است که نمی‌گذارد روان‌شناس بالینی دقیقاً بفهمد بیمار چه گفته است. میل اجبارگون به یادداشت کردن تمام و کمال ممکن است جلوی فهم دقیق و حقیقی ظرافت‌ها و نکات مهم سخنان بیمار را بگیرد. در ضمن، افراط در یادداشت‌برداری باعث می‌شود روان‌شناس بالینی از مشاهدهٔ بیمار غافل شود و نتواند به تغییرات ظریف بیانات یا حالت‌های بدن مراجع توجه کند. وانگهی اگر تمام نکات و سخنان مطرح‌شده در مصاحبه را بنویسیم بعداً باید تمام آن را بخوانیم. آنگاه روان‌شناس باید از میان پنجاه دقیقه یادداشت، ده دقیقه را بیرون بکشد که جان مطلب را ادا می‌کند.

ضبط صوتی یا تصویری مصاحبه، با توجه به پیشرفت فن‌آوری، کار آسانی است. این عمل تحت هیچ شرایطی نباید بدون جلب رضایت کامل بیمار صورت گیرد. در بیشتر موارد، توضیح دادن چنددقیقه‌ای دلیل ضبط کردن جلسه و اطمینان خاطر دادن به بیمار که نوار ضبط‌شده محفوظ خواهد ماند (یا فقط با کسب اجازه از او در اختیار دیگران گذاشته خواهد شد)، به همکاری کامل بیمار منتهی می‌شود. از آنجاکه ضبط صوتی و تصویری سراسر دنیای امروز راگرفته است، بیشتر بیماران با این پیشنهاد مخالفت نمی‌کنند. بیماران در مجموع حتی با رؤیت آشکار میکروفون یا دستگاه ضبط تصاویر هم مشکل ندارند. گاهی اوقات ممکن است حواس آنها برای لحظاتی به این جلب شود که حرف‌ها و رفتارشان در حال ضبط شدن است ولی این قضیه خیلی زود عادی می‌شود. در حقیقت گاهی اوقات روان‌شناس بالینی بیش از بیمار از ضبط شدن جلسه می‌ترسد، به‌ویژه اگر قرار باشد سرپرستان یا مشاوران او، مصاحبه‌اش را بررسی کنند.

گاهی اوقات لازم است از برخی مصاحبه‌ها فیلم‌برداری شود. فیلم‌برداری در موارد تحقیقاتی، آموزش مصاحبه‌گران یا درمانگران یا بازخورد دادن به بیماران، بسیار ارزشمند است. فیلم‌برداری هم مثل صدابرداری باید آزادانه، بدون مزاحمت و با رضایت آگاهانهٔ بیمار صورت گیرد.

تفاهم

شاید اصلی‌ترین مولفهٔ یک مصاحبهٔ خوب، رابطهٔ روان‌شناس بالینی و بیمار باشد. البته کیفیت و ماهیت رابطه متغیر است و به هدف مصاحبه گره می‌خورد. این نوع تفاوت‌ها بی‌شک بر رابطه‌ای که شکل می‌گیرد، تاثیر می‌گذارد.

تعریف و کارکردها. *تفاهم* برای توصیف رابطهٔ بیمار و روان‌شناس بالینی به کار می‌رود. تفاهم مستلزم حاکم شدن فضایی راحت و آرامش‌بخش بر رابطه و درک متقابل طرفین از هدف مصاحبه است. تفاهم خوب و کافی می‌تواند ابزار اصلی روان‌شناس بالینی برای تحقق اهداف مصاحبه باشد. یک رابطهٔ سرد، نفرت‌آلود و آمیخته با عداوت، رابطهٔ سازنده‌ای نخواهد بود. اگرچه جو و فضای مثبت، تنها لازمهٔ یک مصاحبه مولد نیست (یک مصاحبه گرگرم ولی ناآماده نمی‌تواند بهترین مصاحبه‌ها را انجام دهد)، اما معمولاً یکی از ملزومات اصلی آن است. مصاحبه‌گر هر مهارتی هم داشته باشد به اندازهٔ مصاحبه‌گری که می‌تواند رابطهٔ مثبتی برقرار کند، موثر نخواهد بود. بیماران در بیشتر مصاحبه‌ها قدری اضطراب دارند. به این دلیل اضطراب دارند که می‌ترسند مبادا معلوم شود «دیوانه‌اند» یا آنچه در مصاحبه می‌گویند به گوش کارفرمای آنها برسد. به هر حال این نوع نگرانی‌ها، تاثیرگذاری بالقوهٔ مصاحبه‌گر را کم می‌کند.

خصوصیات. تفاهم خوب با روش‌های زیاد تحقق می‌یابد؛ شاید به تعداد روان‌شناسان بالینی. اما نمی‌توان بسته‌ای از «کلک‌ها و فوت‌های کوزه‌گری» را جایگزین روحیهٔ پذیرش، درک و احترام به شرافت و تمامیت بیمار کرد. چنین روحیه‌ای به معنای آن نیست که روان‌شناس بالینی باید هر بیماری را دوست داشته باشد. معنایش این نیست که روان‌شناس بالینی باید با هر بیماری دوست باشد. همچنین به این معنا نیست که روان‌شناس باید بر مجموعه‌ای از رفتارهای مورد توافق مسلط باشد که تضمین‌کنندهٔ تفاهمی فوری است بلکه به این معنا است که بیماران بر اساس مشکلاتی که خواهان رفع آنها هستند، قضاوت نشوند. روحیهٔ درک و فهم، خلوص، پذیرش و همدلی، فن نیستند و اگر به آنها چنین نگاهی داشته باشید از معنای

حقیقی آنها غافل می‌مانید. تلاش برای آموختن راه و رسم خلوص، پذیرش و همدلی، در واقع اعتراف به نداشتن این ویژگی‌ها و قابلیت‌ها است.

وقتی بیماران می‌فهمند روان‌شناس بالینی دنبال فهم مشکلات آنها است تا به آنها کمک کند، مصاحبه‌گر می‌تواند کارهای مختلفی انجام دهد. تفحص، رویارویی و ابراز وجود مصاحبه‌گر وقتی پذیرفتنی می‌شود که تفاهم برقرار شده باشد. اگر بیمار بپذیرد که روان‌شناس بالینی در نهایت قصد کمک دارد، دیگر لزومی ندارد علاقه و دوست داشتن متقابل ایجاد شود. بیمار می‌فهمد که روان‌شناس بالینی در مصاحبه دنبال ارضای حوائج شخصی خود نیست.

تفاهم برخلاف تصور اغلب دانشجویان مبتدی، حالتی نیست که در آن روان‌شناس بالینی همواره آدم‌بزرگ و محبوبی باشد، بلکه رابطه‌ای مبتنی بر احترام، اطمینان متقابل، اعتماد و قدری سهل‌گیری است. تفاهم نه جایزه‌ای است که یک مراجع مرعوب و متحیر آن را به روان‌شناس بالینی می‌دهد و نه مسابقهٔ شهرت است که برندهٔ آن روان‌شناس بالینی باشد.

تجربیات قبلی برخی از بیماران اجازه نمی‌دهد حتی خلوص نیت برای برقراری رابطه‌ای حرفه‌ای را بپذیرند. اما در بیشتر موارد، اگر روان‌شناس بالینی استقامت به خرج دهد و روحیهٔ احترام گذاشتن به مراجع را حفظ کند، رابطه شکل خواهد گرفت. یکی از اشتباهات رایج مصاحبه‌گرهای مبتدی در نخستین مصاحبه‌ها گفتن چنین جملاتی است: «نگران نباش. احساست را درک می‌کنم». این اظهارنظرها، مراجعان را متقاعد می‌کند که مصاحبه‌گر واقعاً نمی‌داند او چه احساسی دارد. وانگهی این غریبه چطور می‌تواند بفهمد چه احساسی دارم؟ تفاهم برقرار می‌شود ولی باگذر از احترام، پذیرش و قابلیت، نه با گذر از اقدامات عجولانه.

ملاحظات خاص . تفاهم در مواردی به سختی حاصل می‌شود که بیش از یک نفر یا یک منبع ارجاع‌دهندهٔ خاص در بین باشد. برای مثال، در خانواده‌درمانی یا زوج‌درمانی باید همزمان با چند نفر رابطه برقرار کنیم که هر یک دیدگاه متفاوتی دارند و از لحاظ شور و شوق برای شرکت در جلسه با هم فرق می‌کنند. مصاحبه با کودکان و نوجوانان هم روان‌شناس را مجبور می‌کند با پدر و مادر که در اغلب موارد شروع‌کنندهٔ ارتباط با او بوده‌اند، تفاهم برقرار کند. در این حالت، کودک و نوجوان هم احساس می‌کند مورد سرزنش پدر و مادر است و پدر و مادرش به او برچسب زده‌اند. تفاهم در مواقعی دشوار می‌شود که مراجع می‌داند از اطلاعات به‌دست آمده در مدت مصاحبه برای کلاس‌بندی، رعایت ملاک‌های کارفرما یا تنظیم دادخواستی درباره حق حضانت فرزند، تحریم‌های حقوقی یا اتهامات مربوط به سوءرفتار استفاده می‌شود. در هر یک از این موارد، لازم است متوجه موانع موجود بر سر راه ایجاد تفاهم سریع و آسان باشیم و ببینیم این موانع چه تاثیری بر اعتبار داده‌های جمع‌آوری‌شده می‌گذارد.

ارتباط

در بسیاری از مصاحبه‌ها باید ارتباط برقرار شود. صرف‌نظر از اینکه می‌خواهیم به فردی ناراحت و دردمند کمک کنیم یا به بیماران بفهمانیم چه ظرفیت‌هایی دارند، باید ارتباط برقرار کنیم. مسئلهٔ اصلی این است که با کدام مهارت‌ها یا فنون می‌توانیم بیشترین ارتباط را برقرار کنیم.

شروع جلسه . معمولاً جا دارد جلسهٔ سنجش را باگفت‌وگویی اتفاقی شروع کنیم. اظهارنظری کوتاه یا طرح سوالی دربارهٔ پیدا کردن جای پارک، یا حتی اظهارنظری عادی درباره آب و هوا باعث می‌شود روان‌شناس بالینی فردی عادی به نظر رسد و ترس‌های بیمار بریزد و باور کند با «دکتر دیوانه‌ها» هم می‌تواند ارتباط برقرار کند. این اظهارنظر کوتاه، با هر محتوایی، می‌تواند قبل از آنکه بیمار دلایلش برای آمدن را بیان کند، قدری او را آرام کند و به این ترتیب روند مصاحبه تسهیل شود.

زبان . استفاده از زبانی که برای بیمار فهمیدنی باشد، بسیار مهم است. مصاحبه‌گر باید همان ابتدا، پیشینه و سطح سواد و خلاصه میزان فرهیختگی بیمار را تخمین بزند. **سپس باید بر اساس همین قضاوت [و تخمین] از زبان مناسب استفاده کند. اگر با زن ۴۰ ساله‌ای که مدرک کارشناسی ارشد تاریخ دارد مثل زنی حرف بزنیم که مدرک کلاس هشتم دارد، در واقع به او توهین کرده‌ایم. نباید کسانی را که از ما کمک می‌خواهند، بچه فرض**

کنیم؛ کمک خواستن به این معنا نیست که طرف مقابل، ظرفیت درک و فهم پایینی دارد.

در عین حال نباید برای برخی از بیماران از کلمات و زبان تخصصی روان‌شناسی استفاده کرد. اصولاً اگر نتوانیم بدون استفاده از کلمات چهارهجایی [منظور، قلنبه‌گویی است] ارتباط برقرار کنیم باید به عمق درک و فهم‌مان شک کنیم. اگر برای جلب تحسین بیماران ناخواسته و ناآگاهانه به زبان و کلمات خودبزرگ‌بینانه پناه ببریم، پس در واقع ایرادی داریم. به همین ترتیب، روان‌شناسانی که هنگام مصاحبه با یک مراجع پانزده ساله «از زبان و کلمات نوجوانان» استفاده می‌کنند هم نه‌تنها ممکن است باعث شوند مراجع از آنها دور شود، بلکه در او احساس حماقت ایجاد خواهند کرد. خلاصه اینکه اگر واقعاً برای مراجع احترام قائل باشید، به فنون سطحی رونمی‌آورید.

به همین منظور باید از کلماتی استفاده کنید که قصد واقعی شما را می‌رسانند و بیمار همان تفسیری را از آن کلمات می‌کند که شما در نظر دارید. برای مثال، در اغلب موارد وقتی از مادری درباره رفتار پسرش می‌پرسید، فوراً خواهد گفت «اوه، پسر خوبی است، همهٔ حرف‌هایم را گوش می‌کند». روان‌شناسان گاهی اوقات به‌قدری بر مفاهیمی مثل رفتار متمرکز می‌شوند که فراموش می‌کنند این مفاهیم در ذهن مردم معانی دیگری دارد.

همچنین وقتی به تفسیر مراجع شک می‌کنیم یا مطمئن نیستیم مراجع نیز همان تفسیر ما را دارد باید منظورمان از فلان کلمه یا اصطلاح را توضیح دهیم. برای مثال، روان‌شناس بالینی نباید فرض را بر این بگذارد که دقیقاً می‌داند منظور مراجع از جملهٔ «او سوءاستفاده‌گر است» چیست. شاید منظورش این باشد که با دیگران خوب رفتار نمی‌کند یا با دیگران بدرفتاری فیزیکی می‌کند که در این صورت به مداخلهٔ فوری نیاز است.

استفاده از سوالات . مالونی و وارد[1] (۱۹۷۶) نتیجه گرفتند با ادامه یافتن مصاحبه، سوالات روان‌شناسان بالینی هم به تدریج ساختار بیشتری پیدا می‌کند. آنها چند نوع سوال را مشخص کردند که عبارت بود از: بازپاسخ، تسهیل‌گر، روشنگر، روبه‌روکننده و سوالات مستقیم. در هر یک از این سوالات به نحوی باعث می‌شوند ارتباط برقرار شود و هر یک برای رسیدن به هدف خاصی یا برای بیمار خاصی مناسب هستند. جدول ۱ ـ ۶، این نوع سوالات را نشان می‌دهد.

جدول ۱ ـ ۶: پنج نوع سوال در مصاحبه

نوع	اهمیت	مثال
بازپاسخ	مسئولیت دادن به بیمار و متمایل کردن او به پاسخگویی	«ممکن است دربارهٔ تجربه‌هایت در ارتش حرف بزنی؟»
تسهیل‌گر	تشویق بیمار به ادامه دادن گفت‌وگو	«ممکن است کمی بیشتر در این باره حرف بزنی؟»
روشنگر	روشن کردن یا گسترش دادن	«فکر می‌کنم منظورت این است که احساس می‌کنی ...؟»
روبه‌روکننده	درافتادن با ناهمخوانی‌ها و تناقضات	«قبلاً گفتی ...؟»
مستقیم	مسئولیت‌پذیری بیمار پس از برقراری تفاهم	«وقتی پدرت از انتخاب تو انتقاد کرد، به او چه گفتی؟»

منبع: ماهونی و وارد (۱۹۷۶)

سکوت. شاید هیچ چیز به اندازهٔ شروع کردن مصاحبه با سکوت، آزاردهنده نباشد. اما سکوت‌ها معانی مختلفی دارند. مهم آن است که ببینیم معنا و کارکرد سکوت در بافت مصاحبهٔ مورد نظر چیست. پاسخ روان‌شناس بالینی به سکوت باید مستدل و عاقلانه و دربارهٔ اهداف مصاحبه باشد نه پاسخی برگرفته از نیازهای شخصی یا ناامنی‌های او. شاید مراجع مشغول سازماندهی فکری است یا در حال تصمیم‌گیری است که کدام موضوع را بعداً بیان کند. شاید هم سکوتش نشانهٔ مقاومت است. اما عجله کردن و پر کردن هر سکوت گذرایی با حرف زدن، بدون در نظر گرفتن مدت سکوت، اشتباه است. روان‌شناس بالینی بخواهد یک سکوت طولانی را با اظهارنظر دربارهٔ معنای سکوت یا طرح یک مسیر پرس‌وجوی جدید بشکند، پاسخش باید

1. Maloney and Ward

ارتباط و تفاهم را تسهیل کند و راه حلی ناامیدکننده برای یک لحظهٔ سخت و ناراحت‌کننده نباشد.

گوش دادن . اگر قرار است در نقش روان‌شناس بالینی، ارتباط اثربخشی برقرار کنیم، ارتباط ما باید بازتاب‌دهندهٔ فهم و پذیرش باشد. اگر گوش شنوا نداشته باشیم نمی‌توانیم چنین آرزویی را در سر بپرورانیم؛ با گوش دادن است که می‌توانیم اطلاعات و هیجانات بیمار را درک کنیم. اگر دائم دغدغهٔ تاثیرگذاری بر مراجع را داشته باشیم، اگر در نقش خود احساس ناامنی کنیم، اگر انگیزه‌ای غیر از فهمیدن مراجع و پذیرش او داشته باشیم، شنوندهٔ موثری نخواهیم بود.

برای مثال، بسیاری از آدم‌ها دو دقیقه بعد از آشنایی با یک نفر، اسم او را فراموش می‌کنند. شایع‌ترین دلیل این نوع فراموشی‌ها، گوش ندادن است. آنها به دلیل پرت بودن حواس، مشغلهٔ ذهنی یا شاید نگرانی دربارهٔ سر و وضع‌شان نتوانسته‌اند نام شخص را به یاد بسپرند. درمانگرها هم گاهی اوقات گوش نمی‌دهند و از برداشت خود راجع به مراجع به‌قدری یقین پیدا می‌کنند که دیگر به حرف‌هایش گوش نمی‌دهند و از دریافت اطلاعات جدید مهم غافل می‌شوند. روان‌شناس بالینی ماهر کسی است که می‌داند چه موقع شنوندهٔ فعالی باشد.

ارضای خود. مصاحبهٔ بالینی فرصت و مجالی برای حل‌وفصل مشکلات روان‌شناس بالینی نیست. روان‌شناس بالینی گاهی اوقات از لحاظ حرفه‌ای احساس ناامنی و بی‌تجربگی می‌کند. گاهی اوقات هم مشکلات، تجربه‌ها و سخنان بیمار، او را به یاد مشکلاتش می‌اندازد یا ارزش‌ها، نگرش‌ها یا سازگاری روان‌شناس بالینی را تهدید می‌کند. به هر حال، روان‌شناس بالینی باید هرطور شده در برابر این وسوسه که خود را محور و کانون مصاحبه کند، مقاومت به خرج دهد و همچنان بیمار را محور قرار دهد. بدیهی است در اینجا با مسئلهٔ مقدار و میزان طرف هستیم. هیچ یک از ما آن‌قدر بر خودمان مسلط نیستیم که هرگز غرق افکارمان نشویم یا تمرکز خود را از دست ندهیم. اما نقش روان‌شناس بالینی و بیمار، دو نقش مشخص است و نباید با هم اشتباه گرفته شود.

گاهی اوقات بیمار از روان‌شناس بالینی، سوالات شخصی می‌پرسد. در مجموع، روان‌شناسان بالینی باید از بحث و گفت‌وگو دربارهٔ زندگی شخصی و انتخاب‌های خود اجتناب ورزند. اما این امر به دلایل طرح سوال از سوی بیمار بستگی دارد. برای مثال این سوال بازپاسخ شاد و شنگول بیمار که «نظرت راجع به بازی بسکتبال دیشب چیه؟» معنا و اهمیت این سوال را ندارد که «آیا نظر فروید درباره اهمیت غبطهٔ قضیب در زنان درست است؟» وقتی سوال درباره مشکلات بیماری است، باید آن را به خود بیمار برگردانیم یا آن را طوری تغییر دهیم که در مسیر فرضیهٔ بالینی شما قرار گیرد. اما اگر سوال بیمار، سوالی بی‌اهمیت، خام و اصولاً بی‌فایده است، جواب ندادن مستقیم به آن، در واقع نوعی طفره رفتن و گریز بسیار بد و ناشیانه خواهد بود.

تاثیر روان‌شناس بالینی . دو درمانگر را تصور کنید که در یک درمانگاه کار می‌کنند. یکی روان‌پزشک پنجاه و چند سالهٔ گیس‌سفیدی است و دیگری یک روان‌شناس بالینی مذکر که ظاهر بسیار جوانی دارد، لاغر است، با دقت لباس می‌پوشد و زیاد از خودش مطمئن نیست. بی‌شک بیماران ادراک متفاوتی از این دو درمانگر خواهند داشت. هر یک از ما ویژگی‌هایی داریم که می‌تواند از لحاظ اجتماعی و حرفه‌ای بر دیگران تاثیر بگذارد. در نتیجه، یک رفتار از طرف دو روان‌شناس بالینی ممکن است پاسخ متفاوتی را در بیماران فرا بخواند. یک درمانگر بلندقامت، عضلانی و ورزشکار ممکن است برخی از بیماران را بترساند. یک مصاحبه‌گر مونث با رفتاری بسیار زنانه هم پاسخ متفاوتی را در مراجع فرامی‌خواند تا یک مصاحبه‌گر مذکر. بنابراین همهٔ روان‌شناسان بالینی باید قدری دربارهٔ خودشان بینش داشته باشند یا دست‌کم قبل از معنا کردن رفتار بیماران، تاثیرات اجتماعی خود بر بیماران را در نظر بگیرند.

ارزش‌ها و پیشینهٔ روان‌شناس بالینی . تقریباً همهٔ آدم‌ها قبول دارند که ارزش‌ها، پیشینه و سوگیری‌های انسان، بر ادراکات او تاثیر می‌گذارد. متاسفانه ما معمولاً این نکته را در دیگران بهتر درک می‌کنیم تا در خودمان. بنابراین، روان‌شناسان بالینی پیش از قضاوت بالینی دیگران باید تجارب خود را بررسی کنند و ببینند چه مفروضاتی دارند. آنچه از نظر روان‌شناس بالینی، آسیب شدید محسوب می‌شود، می‌تواند عملاً بازتاب فرهنگ بیمار باشد. مثال زیر را در نظر بگیرید:

زن چینی‌تبار ۴۸ ساله‌ای بابت افسردگی روانپریشانه، داروی ضدروانپریشی و ضدافسردگی مصرف می‌کرد. او بر اثر مصرف این داروها، وزن و امیدواریش کمتر شده بود و کمتر از قبل تحرک داشت. دلیل اصلی تشخیص روانپریشی، اعتقاد این زن به این بود که مرحوم مادرش که او را در خواب دیده بود از محل مردگان آمده تا مرگ زن را به او القا کند و او را با خودش به آن دنیا ببرد. این نشانه نه باوری هذیانی، بلکه باوری سازوار با فرهنگ زن افسرده‌ای تفسیر شد که این اواخر، مادرش را در خواب‌هایش می‌دید (خوابی که طلایه‌دار مرگ در رؤیاهای آسیایی‌تباران است). حال بیمار پس از قطع داروی ضدروانپریشی، کم کردن مصرف داروی ضدافسردگی و شروع روان‌درمانی هفتگی، خیلی بهتر شد (وسترمایر [1]، ۱۹۸۷، صص ۴۷۲-۴۷۱).

این مورد نشان می‌دهد وقتی با بیماری از فرهنگی دیگر سر و کار داریم، چطور ممکن است تمام نشانه‌های رفتاری مورد اتکای روان‌شناسان بالینی، معنای خود را از دست بدهد. به این ترتیب می‌بینیم که توان روان‌شناس بالینی برای پی بردن به معنای سخنان بیمار، چقدر به اشتراک پیشینه و زمینه‌های آنها بستگی دارد.

برای مثال، برخی از روان‌شناسان بالینی اهل غربِ میانه وقتی به سخنان بیماران امریکایی آسیایی‌تبار گوش می‌دهند احساس می‌کنند گویی قوهٔ داوری خود را از دست داده‌اند. اما چه تعداد از همین روان‌شناسان بالینی وقتی با بیماران اهل غرب میانه سر و کار دارند، به اشتباه احساس می‌کنند قوهٔ داوری خود را از دست داده‌اند؟ گاهی اوقات تفاوت‌های جنسیتی نیز تقریباً همین نوع تاثیر را به‌جا می‌گذارد. عوامل جنسیتی ممکن است با ارزش‌ها و پیشینهٔ روان‌شناس بالینی وارد تعامل شود. سپس از ناآگاهی صرف تا تصورات جنسیتی قالبی ممکن است اعتبار مصاحبهٔ سنجشی را مخدوش کند. راه‌حل هم این است که «آگاهی جنسیتی» سنجشگران را بالا ببریم (ال. اس. براون [2]، ۱۹۹۰؛ گود، گیلبرت و شِر [3]، ۱۹۹۰). اما آگاهی جنسیتی یک نفر چطور بیشتر می‌شود؟ یکی از متخصصان مسائل جنسیتی، این توصیه‌ها را بیان کرده است:

روان‌شناسان بالینیِ خواهان بالا بردن آگاهی جنسیتی می‌توانند بر این سه حوزه تمرکز کنند: دانش، نگرش‌ها و رفتارهای خود. برای بالا بردن دانش می‌توانند مطالعهٔ خود را بیشتر کنند (برای مثال، مقالات تحقیقاتی و مفهومی و کتاب‌های بیشتری بخوانند) یا در کلاس‌ها و سمینارهای مربوط به جنسیت شرکت کنند. معاشرت با مردمانی که تصورات جنسیتی دیگری دارند (مثل معاشرت با مردم فرهنگ‌های دیگر، پیروان ادیان دیگر و کسانی که گرایش‌های جنسی دیگری دارند) هم می‌تواند مایهٔ ارتقا و تغییر نگرش‌های روان‌شناس بالینی شود. تمرین و بازخورد گرفتن هم می‌تواند موجب اصلاح و بهبود رفتار شود (برای مثال از طریق بازخورد گرفتن از سرپرستی که متخصص مسائل جنسیتی است). (ارتباط شخصی با جی. گوود)

چهارچوب مرجع بیمار

اگر قرار است روان‌شناس بالینی در تحقق اهداف مصاحبه، عملکرد موثری داشته باشد باید بداند بیمار چه نظری دربارهٔ نخستین ملاقات دارد. فقط با چنین آگاهی و درایتی است که می‌تواند تصور درستی از حرف‌ها و رفتارهای بیمار داشته باشد. اگر روان‌شناس بالینی به ادراکات و انتظارات اولیهٔ بیمار حساس نباشد، برقراری تفاهم دشوار می‌شود. در این حالت، بیمار ممکن است تصور کاملاً تحریف‌آلودی از درمانگاه پیدا کند و حتی از کمک گرفتن شرمنده شود. گاهی اوقات بیماران بر اثر فشار دیگران دنبال کمک می‌روند. برای مثال همسرش به او می‌گوید «یا کمک می‌گیری یا جدا می‌شویم!» یا باشگاه زنان دانشگاه به بیمار گفته یا «تحت درمان قرار می‌گیری یا اخراج می‌شوی». برخی از بیماران هم به‌منظور راضی کردن کارفرمای خود به درمانگاه می‌آیند. به هر حال، بیمار به هر دلیلی مراجعه کرده باشد، بر ماهیت مصاحبه تاثیر می‌گذارد.

برای بسیاری از اشخاص، ملاقات با روان‌شناس بالینی باعث می‌شود احساس بی‌عرضگی کنند. عده‌ای در واکنش به

1. Westermeyer 2. L.S. Brown
3. Good, Gilbert and Scher

این احساس، «سکوت می‌کنند». برخی هم دنبال عرض اندام می‌روند و می‌گویند «ببین، من اصلاً هم ضعیف نیستم!» برخی دیگر هم رقابت‌جو می‌شوند و تلویحاً ادعا می‌کنند روان‌شناسی آن‌طور هم که می‌گویند نیست یا روان‌شناس بالینی حرفی برای گفتن ندارد. در مقابل، بیمارانی هستند که مصاحبه را با این نگاه شروع می‌کنند که روان‌شناس بالینی یک منجی است. اینکه دیگران ما را متخصصی حیرت‌آور یا شفادهندهٔ بزرگی بدانند بسیار خوشایند است، ولی فراموش نکنیم که بیمار احتمالاً تجدیدنظر خواهد کرد. برای مثال، جوانی که با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بستری شده بود، به کل بیماران بخش گفته بود یکی از مولفان این کتاب، بهترین درمانگر بیمارستان و شاید بهترین درمانگر در روان‌شناسی بالینی است. حال رنجش چهار روز بعد مولف را در نظر بگیرید، وقتی همان بیمار اعلان کرد مولف این کتاب بدترین درمانگر و مایهٔ شرمندگی حرفه‌اش است.

چهارچوب مرجع روان‌شناس بالینی

ضرب‌المثل «آماده باش» در اینجا هم صادق است. منظور ما این است که روان‌شناس بالینی باید با دقت هرچه تمام، اسناد و مدارک مربوط به بیمار، اطلاعات داده‌شده توسط کسی که ترتیب ملاقات او با بیمار را داده است و مواردی از این قبیل را بررسی کند. به این ترتیب در آن مقطع زمانی، تا حد امکان درباره بیمار شناخت دارد. این آمادگی همچنین باعث می‌شود در مصاحبه وقت کمتری، صرف مرور مطالبی شود که بیمار قبلاً آنها را با دیگر کارکنان و درمانگران در میان گذاشته است.

همچنین، روان‌شناس بالینی باید از هدف مصاحبه دقیقاً مطلع باشد. آیا قرار است بیمار را از لحاظ لزوم بستری شدن یا نشدن، ارزیابی کند؟ آیا بیمار دنبال اطلاعات گرفتن است؟ اگر مصاحبه به‌دلیل ارجاع داده نشدن بیمار صورت می‌گیرد، روان‌شناس بالینی باید مطمئن شود دقیقاً می‌داند ارجاع‌دهنده دنبال چه اطلاعاتی است. برای شما به عنوان روان‌شناس بالینی، صورت خوشی ندارد که بفهمید اصلاً مصاحبه برای چیز دیگری برگزار شده است.

در هر صورت، روان‌شناس بالینی باید تمرکزش را حفظ کند. اما عینی‌نگری [و دقت]، به معنای سرد بودن یا بی‌تفاوتی نیست، بلکه معنایش این است که امنیت خاطر روان‌شناس بالینی باید آن‌قدر باشد که آرامش و تسلط خود را حفظ کند و اهداف مصاحبه را از یاد نبرد. برای مثال، اگر مراجع خیلی عصبانی شد و توانایی، سواد یا حتی قصد و نیت روان‌شناس بالینی را به باد حمله گرفت، روان‌شناس بالینی نباید فراموش کند هدف اولش، فهمیدن است. او باید آن‌قدر امنیت خاطر داشته باشد که فرق واقعیت و نیروهای حاکم بر بیمار را بفهمد.

روان‌شناس بالینی به فراخور هدف مصاحبه باید آماده باشد در پایان مصاحبه، بحث را برای مراجع جمع کند؛ یعنی همین‌طور که مصاحبه پیش می‌رود، روان‌شناس بالینی باید فرضیه‌هایی تدوین و توصیه‌هایی کند. لبخندی از سر اعتمادبه‌نفس ولی اسرارآمیز در پایان مصاحبه، و گفتن جملهٔ «همدیگر را خواهیم دید»، کافی نیست. روان‌شناس بالینی باید آمادگی داشته باشد مراجع را ارجاع دهد، قرار دیگری بگذارد و به او بازخورد دهد.

انواع مصاحبه

تا اینجا برخی مبانی و فنون مصاحبه را صرف‌نظر از نوع آن بررسی کردیم. در این قسمت می‌خواهیم چند نوع از رایج‌ترین مصاحبه‌های روان‌شناسان بالینی را توضیح دهیم. اما جا دارد یادآوری کنیم که گاهی اوقات با مراجع یا بیمار، چند نوع مصاحبه می‌شود. برای نمونه، هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان، با او مصاحبهٔ کامل پذیرش می‌شود. در واحد [اعصاب و روان] بیمارستان هم مصاحبهٔ شرح حال و ***مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی*** صورت می‌گیرد. روان‌شناس بالینی درمانگر او نیز بعداً با وی ***مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار*** می‌کند. حال با در نظر گرفتن این نکات، سراغ بررسی برخی مصاحبه‌های رایج‌تر می‌رویم.

بسیاری از مصاحبه‌ها، دو ویژگی ممتاز اولیه دارند. نخست آنکه هدف مصاحبه‌ها متفاوت است. برای نمونه، هدف یک مصاحبه می‌تواند ارزیابی مراجعی باشد که برای نخستین بار به یک درمانگاه سرپایی مراجعه کرده است (***مصاحبهٔ پذیرش***) و هدف مصاحبهٔ دیگر، رسیدن به فرمول‌بندی تشخیصی بر

مبنای بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (**مصاحبهٔ تشخیصی**).

ویژگی ممتاز دوم مصاحبه‌ها، ساختار داشتن یا بی‌ساختاری مصاحبه است (که معمولاً به آن «مصاحبهٔ بالینی» می‌گویند). روان‌شناسان بالینی در **مصاحبه‌های بی‌ساختار** می‌توانند سوالات را با همان ترتیبی بپرسند که به فکرشان خطور می‌کنند. اما در مصاحبهٔ ساختاردار باید مجموعه‌ای از سوالات استانداردشده را مو به مو و با ترتیبی خاص بپرسند. بعداً در همین فصل راجع به مصاحبه‌های ساختاردار و بی‌ساختار توضیحات بیشتری می‌دهیم.

صرف‌نظر از هدف یا نوع مصاحبه، مهارت‌های مورد نیاز، یکی است. تفاهم، مهارت‌های لازم برای ارتباط خوب، سوالات مناسب در پیگیری و مهارت‌های مورد نیاز برای مشاهدهٔ خوب، همگی لازم هستند، حتی در مصاحبهٔ ساختاردار. در ضمن باید به یاد داشته باشید که هر نوع مصاحبه‌ای، اشارات قوی درمان‌بخشی هم دارد. وانگهی ادراکات بیمار درباره درمانگاه، انگیزش بیمار و انتظاراتش از کمک گرفتن نیز تا حد زیادی از تجاربش در مدت مصاحبهٔ پذیرش یا جلسات غربال تشخیصی تاثیر می‌پذیرد.

این قسمت را بر اساس هدف مصاحبه سازماندهی کرده‌ایم. اما باید به یاد داشته باشید که تمام این مصاحبه‌ها، نسخه‌های ساختاردار و بی‌ساختار دارند.

مصاحبهٔ پذیرش

مصاحبهٔ پذیرش در مجموع دو هدف دارد: (الف) مشخص کردن دلیل مراجعهٔ بیمار به درمانگاه یا بیمارستان و (ب) قضاوت درباره اینکه آیا تسهیلات، سیاست‌ها و خط‌مشی‌های درمانگاه یا بیمارستان، نیازها و انتظارات بیمار را برآورده می‌کند یا خیر. در بسیاری از موارد، این مصاحبه‌ها را مددکار اجتماعیِ روان‌پزشکی انجام می‌دهد. گفت‌وگوها در اغلب موارد به صورت رو در رو صورت می‌گیرد، هرچند این روزها شاهد افزایش تماس‌های تلفنی قبل از مصاحبهٔ آغازین هستیم.

یک مصاحبه‌گر تلفنی ماهر و حساس می‌تواند بخش زیادی از اطلاعاتی را کسب کند که به‌طور سنتی در درمانگاه به دست می‌آید. در برخی وضعیت‌ها یا در برخی درمانگاه‌های خاص، مصاحبهٔ پذیرش را همان شخصی انجام می‌دهد که بعداً مصاحبهٔ تشخیصی یا آزمون‌گیری را انجام می‌دهد. فایدهٔ این روش آن است که بیماران بستری‌شده، برای هر یک از مصاحبه‌ها، مثل توپ دست به دست نخواهند شد.

کارکرد دیگر مصاحبهٔ آغازین آن است که بیمار را از مسائلی همچون کارهای درمانگاه، هزینه‌ها، سیاست‌ها، روش‌ها و کارکنان درمانگاه مطلع می‌کند. بیماران در واقع جزء مصرف‌کنندگان هستند و حق دارند از خدمات و هزینهٔ خدمات مطلع شوند. این جزییات عینی بی‌شک می‌تواند انگیزهٔ بیمار برای درمان شدن را تحت تاثیر قرار دهد و افسانه‌های آنان را از بین ببرد و انتظار آنها برای دریافت کمک را تقلیل دهد. در کادر ۲ـ۶ یک نمونه از گزارش مصاحبهٔ پذیرش را بر اساس مصاحبه با مراجعی در یک درمانگاه سرپایی اجتماع‌بنیاد می‌خوانید.

مصاحبهٔ شرح حال

در **مصاحبهٔ شرح حال**، اطلاعات کاملی در مورد پیشینهٔ شخصی و اجتماعی بیمار دریافت می‌شود. روان‌شناس بالینی در مصاحبهٔ شرح حال به حقایق عینی، تاریخ‌ها، اتفاقات و احساس بیمار دربارهٔ آنها علاقه‌مند است. باید یادمان باشد که جست‌وجوی بی‌وقفهٔ تاریخ‌ها و نام‌ها گاهی اوقات داده‌های مهم را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و بیمار را وامی‌دارد پاسخ‌های محسوس و عینی بدهد. فن‌آوری تشخیصی و درمان هنوز آن‌قدر پیشرفت نکرده که بتوانیم رفتارها، مشکلات یا افکار همه را به یک شکل بفهمیم. بنابراین لازم است مشکلات بیمار را در چهارچوب و بافت تاریخی ـ رشدی خودش قرار دهیم تا اهمیت و معنای تشخیصی و تلویحات درمانی آنها را به شکل پایاتری تعیین کنیم.

مطالب زیادی تحت پوشش شرح‌حال‌های شخصی ـ اجتماعی درمی‌آید. این شرح حال شامل دوران کودکی و بزرگسالی و اطلاعات تحصیلی، جنسی، پزشکی، اطلاعات مرتبط با پدر و مادر، محیط، دین و آسیب‌شناسی روانی می‌شود. همان‌طور که پیشتر گفتیم، اگرچه بخش زیادی

کادر ۲ ـ ۶: نمونه‌ای از گزارش مصاحبهٔ پذیرش

نام : چارلز مورتون (این نام جعلی است)

سن : ۲۲ سال

جنس : مرد

شغل : دانشجو

تاریخ مصاحبه : یکم ژوئن ۱۹۹۸

درمانگر : دکتر لوک بالدری (این نام جعلی است)

اطلاعات هویتی : مراجع مرد سفیدپوست ۲۲ ساله‌ای است که هم‌اکنون دانشجوی تمام‌وقت یکی از دانشگاه‌های بزرگ غرب میانه است. او در آپارتمان خود تنها زندگی می‌کند و در یک خواربارفروشی نیز کار پاره‌وقتی دارد.

شکایت اصلی : مراجع می‌گوید در یک سال گذشته «به‌طور متناوب» نشانه‌های افسردگی داشته است. نشانه‌های او از این قرار بوده‌اند: (الف) خلق افسرده («غمگین»)؛ (ب) اختلال در اشتها بدون کاهش وزن زیاد؛ (ج) اختلال خواب (صبح زود بیدار شدن)؛ (د) خستگی؛ (هـ) احساس بی‌ارزش بودن و (و) مشکل تمرکز حواس. او در دو هفتهٔ گذشته تقریباً تمام این نشانه‌ها را داشته است.

مراجع گزارش می‌کند که حدود یک سال قبل، رابطهٔ عاشقانهٔ ۴ ساله‌ای را از دست داده است. به دنبال این جدایی هم به تدریج گوشه‌گیر شده و علاوه بر نشانه‌های پیش‌گفته، گهگاه هم زیر گریه می‌زده است.

اگرچه به تدریج با این اتفاق سازگار شده است، اما بنا به گزارش خودش، این جدایی، اعتمادبه‌نفس او را «به هم ریخته» و فعالیت‌های اجتماعی او را کم کرده است. وانگهی گزارش می‌کند از آن به بعد با هیچ کس رابطه برقرار نکرده است. ترم گذشته، از کالجی در منطقهٔ دیگری در غرب میانه به این دانشگاه منتقل شده است. خودش می‌گوید این نقل و انتقال از لحاظ هیجانی و تحصیلی برای او سخت بوده است. به عبارت بهتر، دوری از شهر پدری، خانواده و دوستان باعث احساس انزوا و ملول شدن چارلز شده است. در ترم گذشته، نمراتش افت کرده است. چارلز می‌گوید نمراتش در دانشکدهٔ قبلی در حد نمرهٔ A بود ولی حالا در این دانشگاه تا حدود C تنزل کرده است. همین‌طور که به پایان ترم گذشته نزدیک می‌شود (یعنی به مقطعی که نمراتش مشخص می‌شود)، نشانه‌های افسردگی چارلز هم بیشتر می‌شود.

پیشینهٔ درمانی : مراجع قبلاً تحت درمان‌های روان‌شناختی یا روان‌پزشکی قرار نگرفته است.

پیشینهٔ پزشکی : نکتهٔ مهمی در سوابق پزشکی او دیده نمی‌شود.

مصرف / سوءمصرف مواد : مراجع انکار می‌کند که نشانه‌هایی دال بر سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد دارد. قبلاً سه بار «ماری‌جوانا» کشیده است ولی می‌گوید در حال حاضر ماری‌جوانا نمی‌کشد. در هفته نیز بنا به گزارش خودش به‌طور متوسط سه تا چهار قوطی آبجو می‌خورد.

مصرف دارو : به گفتهٔ مراجع، در حال حاضر هیچ دارویی مصرف نمی‌کند.

پیشینهٔ خانوادگی : پدر و مادر مراجع زنده‌اند و یک برادر ۲۰ ساله و یک خواهر ۲۶ ساله دارد. مادرش هم افسردگی دارد و چند بار تحت درمان سرپایی قرار گرفته است. در ضمن، درباره پدربزرگ مادری او نیز تشخیص افسردگی داده‌اند. اعضای خانوادهٔ او مادهٔ خاصی مصرف نمی‌کنند.

فکر کردن به خودکشی / قتل : مراجع انکار می‌کند که هم‌اکنون یا قبلاً به خودکشی یا قتل فکر کرده باشد، یا قصد چنین کاری را داشته است.

وضعیت روانی : سر و وضع مراجع مرتب بود، همکاری می‌کرد و لباس‌هایش مناسب به نظر می‌رسید. از همه جهت هم هوشیار بود و جهت‌یابی مناسبی داشت. خلق و عاطفه‌اش ملول به نظر می‌رسید. واضح، منسجم و هدفمند حرف می‌زد. در توجه و تمرکز، قدری مشکل داشت. مختصر اختلالی هم در حافظهٔ فوری او به چشم می‌خورد. شواهدی دال بر اختلال تفکر، هذیان، توهم یا فکر کردن به خودکشی یا قتل وجود نداشت. بینش و قوهٔ قضاوتش هم طبیعی به نظر می‌رسید.

برداشت تشخیصی

محور یک: ۲۹۶.۲۲، اختلال افسردگی ماژور، تک‌دوره‌ای

محور دو: V۷۱.۰۹، بدون تشخیص

محور سه: هیچ‌گونه تشخیص

محور چهار: مشکلات مربوط به محیط اجتماعی؛ مشکلات تحصیلی

محور پنج: سنجش کارکرد کلی = (فعلاً) ۵۵

توصیه‌ها : روان‌درمانی انفرادی. درمان شناختی ـ رفتاری افسردگی.

دکتر لوک بالدری

روان‌شناس بالینی گواهینامه‌دار

از این اطلاعات واقعیت بنیان هستند ولی نباید فراموش کنیم که بیماران این اطلاعات را چطور ارائه می‌دهند ـ یعنی دربارهٔ آنها چطور حرف می‌زنند، واکنش هیجانی آنها چطور است، آیا طفره می‌روند یا روراست هستند و غیره.

اگرچه بیشتر بیماران، به‌ویژه بزرگسالان توانا و صاحب صلاحیت، این اطلاعات شخصی ـ اجتماعی را ارائه می‌کنند، این اطلاعات از بزرگسالان آگاه دیگر هم قابل دریافت است. پدر و مادر، همسر، کارفرما، معلم یا دوست می‌توانند اطلاعات زیادی بدهند. این «مطلعان خارجی»، به فراخور سن یا توانایی شناختی مراجع، گاهی اوقات تنها منبع معتبر اطلاعات ارزشمند هستند. در ضمن، بحث رازداری و اعتماد هم در بین است. حتی وقتی بیمار رضایت می‌دهد و افراد مطلع را مشخص می‌کند، بسیاری از روان‌شناسان بالینی از این می‌ترسند که این افراد جلوی برقراری رابطهٔ درمان‌بخش را بگیرند [یا در روند آن اخلال کنند]. اما منابع خارجی می‌توانند از بیمار تصویری ارائه کنند که به هیچ روش دیگری دریافت نمی‌شود. جدول ۲ ـ ۶، رئوس یک نمونه از مصاحبه‌های شرح حال را توضیح داده است.

مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی

معاینهٔ وضعیت روانی معمولاً برای سنجش مشکلات شناختی، هیجانی یا رفتاری انجام می‌شود. زمینه‌های کلی این مصاحبه و گزیده‌هایی از یک گزارش نمونه در جدول ۳ ـ ۶ آمده است.

پایا نبودن یکی از محدودیت‌های اصلی مصاحبهٔ وضعیت روانی است؛ چون اجرای آن، ساختار چندانی ندارد. به همین دلیل هم، مصاحبه‌های وضعیت روانیِ ساختاردار ابداع شد. در این نوع مصاحبه‌های وضعیت روانی، برای سنجش رفتار در حوزه‌های مختلف، سوالات خاصی می‌شود. آشنایی با معاینهٔ وضعیت روانی برای روان‌شناسان بالینی یک ضرورت است؛ چون این مصاحبه‌ها یکی از شکل‌های اصلی سنجش بالینی برای متخصصان سلامت روان (ازجمله روان‌پزشکان) است.

جدول ۲ ـ ۶: رئوس مصاحبهٔ شرح حال

۱. اطلاعات و داده‌های هویتی مثل نام، جنس، تحصیلات، نشانی، شغل، تاریخ و محل تولد و دین.
۲. دلیل مراجعه به موسسه یا درمانگاه و انتظارات شخص از خدماتی که قرار است دریافت کند.
۳. وضعیت فعلی شامل توصیف رفتار روزمره و هرگونه تغییر و تحول جدید یا در شرف وقوع.
۴. وضعیت خانواده (اوضاع خانواده) شامل توصیفات مرتبط با پدر، مادر و دیگر اعضای خانواده و نقش شخص پاسخ‌دهنده در خانواده‌ای که در آن بزرگ شده است.
۵. خاطرات اولیه و قدیمی، توصیف قدیمی‌ترین اتفاقات و حال و هوای آنها.
۶. اوضاع تولد و رشد، شامل سن راه رفتن و حرف زدن، مشکلات شخص با بچه‌های دیگر و نگاه شخص درباره تجربه‌های قدیمی و اولیه‌اش.
۷. سلامتی شامل بیماری‌ها و مصدومیت‌های دوران کودکی و پس از آن، مشکلات شخص در ارتباط با داروها و الکل و مقایسهٔ بدنش با بدن دیگران.
۸. تحصیلات و آموزش‌ها شامل موضوعات مورد علاقه و پیشرفت‌های تحصیلی و آموزشی.
۹. سوابق کاری از جمله دلایل تغییر کار و نگرش‌های شخص درباره کار.
۱۰. سرگرمی‌ها، تفریحات و علایق، شامل کار داوطلبانه، کتابخوانی و گزارش درباره توان ابراز خود و لذت بردن.
۱۱. رشد و تحول جنسی شامل نخستین آگاهی‌های جنسی، نوع فعالیت‌ها و اعمال جنسی و نظر شخص درباره کفایت جنسی خود.
۱۲. داده‌های خانوادگی و زناشویی، شامل اتفاقات اصلی و آنچه به این ازدواج و تشکیل خانواده منتهی شده است و مقایسهٔ خانواده پدری با خانوادهٔ خود.
۱۳. توصیف خود، شامل بیان قوت‌ها، ضعف‌ها و آرمان‌ها.
۱۴. انتخاب‌ها و نقاط عطف زندگی، مرور مهم‌ترین تصمیمات و تحولات زندگی شخص پاسخ‌دهنده از جمله توصیف مهم‌ترین اتفاق زندگی‌اش.
۱۵. نظر شخص درباره آینده، شامل توضیح دادن اینکه فکر می‌کند سال بعد، یا پنج یا ده سال بعد چه اتفاقی خواهد افتاد و آنچه برای وقوع این اتفاق لازم است.
۱۶. هرگونه مطلبی که پاسخ‌دهنده فکر می‌کند از قلم افتاده است.

منبع: نورمن دی. ساندبرگ، سنجش اشخاص (۱۹۷۷) صص ۹۸ـ۹۷

جدول ۳ ـ ۶: مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی با مرد ۲۴ ساله‌ای که درباره او تشخیص اسکیزوفرنی داده‌اند

رئوس کلی معاینهٔ وضعیت روانی

یک: معرفی کلی: ظاهر، رفتار، نگرش
دو: سطح هشیاری: هوشیار، خیلی هوشیار، بی‌حال
سه: توجه و تمرکز
چهار: گفتار: واضح، باهدف، نقایص و اشکالات زبانی
پنج: جهت‌یابی: درباره اشخاص، مکان، زمان
شش: خُلق و عاطفه
هفت: فرم فکر؛ اختلال فرم تفکر
هشت: محتوای فکر: اشتغالات ذهنی، وسواس‌های فکری، هذیان‌ها
نـه: توان تفکر انتزاعی
ده: ادراک‌ها: توهمات
یازده: حافظه: فوری، اخیر، دور
دوازده: کارکرد عقلانی
سیزده: بینش و قضاوت

* * * * * * * * * * * * * * *

بیمار ژولیده به نظر می‌رسید و در سراسر مصاحبه، رفتار «عجیب و غریبی» داشت. هوشیار به‌نظر می‌رسید، ولی توجه و تمرکزش گاهی اوقات دچار اختلال می‌شد. بیمار به‌ویژه در تکرار ارقام و انجام محاسبات ساده بدون قلم و کاغذ مشکل داشت. اشکال زبانی خاصی در او دیده نمی‌شد ولی فهم گفتارش گهگاه سخت می‌شد و گفتارش هدفمند به نظر نمی‌رسید (به سوال طرح‌شده جواب نمی‌داد). می‌دانست کیست و کجا است ولی خیلی بر زمان واقف نبود. به خصوص درباره ماه و روز مردد بود. خودش می‌گفت خُلق «خوبی» دارد؛ دچار کندی عاطفی هم بود. برخی از علائم اختلال فرم تفکر را داشت؛ حاشیه‌روی و شلی تداعی‌ها نیز در او مشهود بود. انکار می‌کرد که به خودکشی فکر می‌کند ولی اعتقاد داشت برای جرمی که مرتکب نشده «تحت پیگرد اف بی آی» است. وقتی شنید در بیمارستان روان‌پزشکی است نه در زندان، گفت همهٔ اینها بخشی از «عملیات» اف بی آی است تا او را «دیوانه» جلوه دهند. انکار می‌کرد که توهم دارد ولی رفتارش نشان می‌داد گاهی اوقات توهمات شنیداری دارد. برای مثال، چند بار به فضا خیره شد و زیر لب، وردها و نجواهایی را بیان کرد. به نظر می‌رسید توان تفکر انتزاعی او آسیب دیده است. برای نمونه، وقتی از او سوال شد بیسبال و پرتقال چه شباهتی دارند، جواب داد «هر دو زنده‌اند». حافظهٔ فوری و اخیر بیمار هم تا حدودی مختل بود، هرچند حافظهٔ دور او سالم به نظر می‌رسید. تخمین زده می‌شد که هوش متوسطی دارد. بینش و قوهٔ قضاوتش هم ضعیف به نظر می‌رسید.

مصاحبهٔ بحران

روان‌شناسان بالینی به تدریج در محیط‌ها و مراکز جدیدی مثل درمانگاه‌ها یا خطوط تلفن اضطراری مشغول به کار شده‌اند که کارشان پاسخگویی به معتادان، پدر و مادرهایی که می‌ترسند با فرزندشان بدرفتاری کنند یا آدم‌های تنها است. در این محیط‌ها و مراکز، بسیاری از «قواعد» معمول مصاحبه یا دسته‌بندی‌های رایج در مصاحبه‌ها رنگ می‌بازد. اما اصول کلی همان است.

مادری را در نظر بگیرید که می‌ترسید در غیاب شوهرش با پسرش بدرفتاری کند. گفت‌وگوی تلفنی زیر بین مصاحبه‌گر داوطلب و این مادر در گرفت:

مادر : خدای من، کمکم کنید. آیا آنجا ... که ... منظورم این است که به یک نفر نیاز دارم. به من بگویید.

داوطلب : **بله، همین جاست. چه اتفاقی افتاده؟ حرف بزنید.**

مادر : **خیلی عصبی هستم. احساس می‌کنم درب و داغون هستم. دنی داره گریه می‌کنه و شوهرم نیست. باید صدایش را بیندازم. تحملش را ندارم.**

داوطلب : **بسیار خُب. فکر می‌کنم فهمیدم. تنها هستی؟**

مادر : **آره اما نمی‌توانم اوضاع را سروسامان بدهم.**

داوطلب : **می‌دانم. خیلی ناراحت هستی. اما می‌توانیم درباره‌اش حرف بزنیم. کجا هستی؟ نشانی‌ات چیست؟**

مادر : **من در 308 Park Place زندگی می‌کنم. ای کاش جان خانه بود. وقتی خانه است حالم بهتر است. نمی‌توانم اوضاع را سروسامان بدهم. هیچ کس فکر نمی‌کرد من ازدواج کنم.**

داوطلب : به نظرت مشکل چیه؟ می‌ترسی به دنی آسیب برسانی؟

مادر : یک‌بند گریه می‌کند. دائم گریه می‌کند. جان نمی‌داد دنی چه مرگشه. به نظرم، من را مقصر می‌داند، مادرم هم من را مقصر می‌داند (می‌زند زیر گریه).

داوطلب : ببین، همه چیز درست می‌شود. آرام باش. جان کجا است؟

مادر : جان رانندهٔ کامیون است. تا پنج‌شنبه برنمی‌گردد.

داوطلب : می‌فهمم ... می‌دانم سخت است. تا حالا دربارهٔ این احساست با کسی حرف زده‌ای؟

مادر : نه. البته با مارج، همسایهٔ بغلی، کمی حرف زده‌ام. مارج هم گفت چند بار از این احساس‌ها داشته است. ولی... نمی‌دانم.

داوطلب در این موقعیت یکسره این تصور را تقویت می‌کرد که حال مادر را درک می‌کند. لحن آرام ولی توام با اعتمادبه‌نفس او، به آن مادر قوت قلب می‌داد و مادر قبول کرد بعدازظهر همراه با پسرش، به درمانگاه بیاید.

بدیهی است هدف *مصاحبهٔ بحران*، رفع مشکلات و رسیدگی فوری به آنها است. هدف این مصاحبه هم جلوگیری از یک فاجعه و تشویق تلفن‌کنندگان به ارتباط برقرار کردن با درمانگاه یا ارجاع آنها است تا راه‌حلی بلندمدت پیدا شود. اجرای این نوع مصاحبه، به آموزش، حساسیت و قوهٔ قضاوت [بالا] نیاز دارد. طرح یک پرسش نابجا و غلط در مصاحبهٔ شرح‌حال می‌تواند به دریافت اطلاعات غلط منتهی شود ولی همین عمل دربارهٔ تلفن‌کننده می‌تواند باعث شود خود را حلق‌آویز کند. با فراتر رفتن خدمات بالینی از حد و مرز درمانگاه‌های متعارف، این خدمات در موقعیت‌ها و وضعیت‌هایی ارائه خواهد شد که کنترل ما بر آنها کم است. اما مداخله در بحران‌های واقعی، با بالاگرفتن مشکلات توام خواهد بود.

مصاحبهٔ تشخیصی

همان‌طور که در فصل پنجم گفتیم، روان‌شناسان بالینی بیماران را برمبنای ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) ارزیابی می‌کنند. شرکت‌های بیمه، پروتکل‌های تحقیقاتی و حتی دعواهای حقوقی گاهی اوقات به ارزیابی تشخیصی نیاز پیدا می‌کنند. اما طرز اجرای این نوع ارزیابی تا حد زیادی به روان‌شناس بالینی بستگی دارد. روان‌شناسان بالینی به لحاظ تاریخی، مصاحبهٔ بالینی انجام داده‌اند ـ که شکل آزادی از *مصاحبهٔ بی‌ساختار* است و هر روان‌شناسی آن را به سبک و سیاق خود اجرا می‌کند. در نتیجه، این روش مصاحبه معمولاً به درجه‌بندی‌ها و ارزیابی‌های ناپایا منتهی می‌شود؛ چون ممکن است دو روان‌شناس بالینی با ارزیابی یک بیمار، به دو صورت‌بندی تشخیصی متفاوت برسند. تحقیقات انجام‌شده دربارهٔ پایایی تشخیص‌های حاصل از مصاحبه‌های بالینی بی‌ساختار از این رویکرد حمایت نکرده‌اند (ماتاراتزو[1]، ۱۹۸۳؛ وارد، بک، مندلسون، ماک و ارباخ[2]، ۱۹۶۲).

خوشبختانه اوضاع عوض شده است. محققان، *مصاحبه‌های تشخیصی ساختارداری* تهیه کرده‌اند که روان‌شناسان بالینی می‌توانند در تحقیقات یا کار بالینی از آن استفاده کنند. مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار از مجموعهٔ استانداردی از سوالات و پیگیری‌ها تشکیل شده که توالی مشخصی دارند. مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار تضمین می‌کنند که همهٔ بیماران یا آزمودنی‌ها به سوالات مشابهی جواب خواهند داد. به این ترتیب، احتمال اینکه دو روان‌شناس بالینی که یک بیمار را ارزیابی می‌کنند، به تشخیص مشابهی برسند، بیشتر می‌شود (یعنی پایایی میان ارزیاب‌ها بالاتر می‌رود). چند مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار وجود دارد که روان‌شناسان بالینی به کمک آنها می‌توانند بزرگسالان و کودکان را ارزیابی کنند. نمودار ۱ ـ ۶، بخشی از مصاحبهٔ بالینی ساختاردار برای اختلالات محور یک ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) را نشان می‌دهد (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز[3]، ۱۹۹۵). این قسمت از مصاحبهٔ بالینی یادشده، وجود

1. Matarazzo
2. Ward, Beck, Mendelson, Mock and Erbauch
3. First, Spitzer, Gibbon and Williams

کادر ۳ ـ ۶: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر توماس اِی. ویدیگر

دکتر توماس ویدیگر، استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه کنتاکی، شاید بیش از هر چیز به دلیل کارهایش در زمینهٔ طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روانی مشهور است. دکتر ویدیگر نزدیک به ۲۰۰ مقاله، کتاب یا فصل نوشته است. ویدیگر یکی از چند روان‌شناسی است که در تهیهٔ آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نقش مهمی داشته و همچنین هماهنگ‌کنندهٔ تحقیقاتی این راهنما (DSM-IV) بوده است. ویدیگر مولف دو مصاحبهٔ نیمه‌ساختاردار، ویراست چهارم مصاحبهٔ اختلال شخصیت یا PDI-IV (ویدیگر، منگین، کوربیت، الیس و توماس[1]، ۱۹۹۵) و مصاحبهٔ ساختاردار برای الگوی پنج‌عاملی شخصیت (ویدیگر و ترال، ۱۹۹۷) بوده است. فرصت یافتیم چند سوال درباره پیشینه، و نظرش درباره رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و افکارش دربارهٔ مصاحبه‌های ساختاردار را با او در میان بگذاریم.

چطور به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

فکر می‌کنم به‌دلیل زمینه‌های ارثی و تاثیرات پدر و مادرم، به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم. اما تا آنجاکه حافظه‌ام یاری می‌کند دوست داشتم بدانم چرا این‌طوری هستم. رشتهٔ اصلی بیشتر دوستانم در کالج، هنر بود، هرچند رشتهٔ یکی از آنها ماقبل پزشکی و رشتهٔ دیگری ماقبل دندانپزشکی بود (ولی رشتهٔ اصلی هیچ‌کدام روان‌شناسی نبود). برخی از دوستانم هم که به کالج نیامده بودند، در رشته‌های اتومکانیک و تعمیر بزرگراه مشغول کار بودند. رشتهٔ اصلی من در دو سال اول کالج، نگارش خلاق بود و می‌خواستم داستان‌نویس شوم.

اما دیدم داشتن یک زندگی معقول و موجه از طریق شاعری و داستان‌نویسی زیاد امکان‌پذیر نیست. در ترم دوم سال دوم دانشجویی، درس روان‌شناسی نابهنجاری را گرفتم. این درس خیلی جالب بود و با واحد درسی ادبیات انگلیسی رقابت می‌کرد که یک هیپی موبلند آن را تدریس می‌کرد و با دانشجویان در راه خانه‌اش دربارهٔ وُنگات، هِلِر و کاستاندا حرف می‌زد (یادش بخیر). روان‌شناسی بالینی رشته‌ای بود که با مهم‌ترین مسئله زندگی یک آدم (یا موضوعی که باید مهم‌ترین مسئلهٔ زندگی یک آدم باشد) سر و کار داشت؛ یعنی چرا این‌طور هستید و درباره آن چه کار می‌توانید بکنید. شاید این علاقه‌مندی من برای دانشجویی در کالج که دوران عادی آشفتگی هویت را پشت سر می‌گذاشت، طبیعی بود، یا شاید این علاقه‌مندی بازتاب تعارضات و کشمکش‌های شخصی من بود.

آخر همان ترم از استادم خواستم کتاب‌های دیگری در این زمینه به من معرفی کند. در کالج کوچکی تحصیل می‌کردم و این تنها واحد درسی پیشرفتهٔ روان‌شناسی آن کالج بود. استادم هم سه کتاب به من پیشنهاد کرد: ***تفسیر رؤیاهای فروید***، ***خویشتن دونیم‌شده*** آر. دی. لِینگ و ***سکس در روانکاوی*** ساندور فرنتزی. نمی‌دانم چرا کتاب فرنتزی را در کنار کتاب فروید و لِینگ قرار داد. فقط می‌توانم در این باره حدس بزنم. به هر حال مجذوب کتاب‌های فروید و لِینگ شدم. آنها را مشتاقانه خواندم و کتاب‌های دیگر فروید، لِینگ و دیگران را خریدم. آن وقت تصمیم گرفتم رشته روان‌شناسی بالینی را به عنوان رشته اصلی دنبال کنم.

در مقام روان‌شناس بالینی چه‌کارهایی انجام می‌دهید؟

کار اصلی من در روان‌شناسی بالینی، اجرای تحقیق و نظارت بر آن است. خوشبختانه تعداد زیادی دانشجوی باهوش، باانگیزه و بااستعداد در تحصیلات تکمیلی به من کمک می‌کنند. بیشتر مطالعاتم را با همکاری آنها انجام می‌دهم. ما دائم با هم نشست و ملاقات داریم و ایده‌های جدید تحقیقاتی طرح می‌کنیم. همچنین نکات اصلی طرح‌های تحقیقاتی در حال اجرای خود را بررسی می‌کنیم. به نظر من با تحقیقات تجربی بیشتر (اگر نگوییم تمام) گفت‌وگوها و مباحثات روان‌شناسی بالینی تا حد زیادی روشن خواهند شد، اگر نگوییم حل‌وفصل خواهند شد. من طراحی و اجرای طرح‌های تحقیقاتی آگاهی‌بخش را دوست دارم.

در مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی هم واحدهای درسی روان‌شناسی نابهنجاری، آسیب‌شناسی روانی، تاریخ روان‌شناسی بالینی، مسائل اخلاقی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت تدریس می‌کنم. برخی از مطالعات موفقم را تا حدودی مرهون بحث‌های کلاسی هستم.

همچنین مامور بررسی هیئت روان‌شناسی ایالت کنتاکی هستم. روان‌شناسان بالینی ایالت کنتاکی از طریق همین هیئت ایالتی، گواهینامه می‌گیرند و این هیئت، شکایت‌های مربوط به کلاه‌برداری و اقدامات غیراخلاقی را دریافت می‌کند. من در هر مقطع، معمولاً کارهای دو یا سه روان‌شناس را بررسی می‌کنم. کار سخت، زمان‌بر (و اگر نگوییم دلسردکننده) ناخوشایندی است چون برنده ندارد.

کار خصوصی هم می‌کنم که به یک یا دو نفر، آن هم معمولاً دانشجویان مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی محدود می‌شود که عضو گروه‌های درسی دیگر دانشگاه هستند. در مرکز خدمات

1. Widiger, Mangain, Corbitt, Ellis and Thomas

روان‌شناسی هم که در درمانگاه کوچکی زیر نظر گروه روان‌شناسی دانشگاه کنتاکی است، بر روان‌درمانگری‌های دو یا سه دانشجوی تحصیلات تکمیلی نظارت می‌کنم. رویکرد اصلی من در روان‌درمانگری، رویکرد التقاطی است، هرچند تاکید خاصی بر دیدگاه شناختی - رفتاری و روان‌پویشی (روابط مَحمِلی) دارم.

جدای از این کارها، باغبانی و قمار و انتظار کشیدن برای شروع فصل جدید بسکتبال کالج هم از دیگر کارهای من است.

تخصص‌ها یا علایق اصلی شما چه هستند؟

حوزه‌های اصلی مورد علاقهٔ من، تشخیص و سنجش و طبقه‌بندی هستند. به‌ویژه الگوهای ابعادی و طبقه‌ای در طبقه‌بندی، تفاوت و سوگیری‌های جنسیتی و اختلالات شخصیت. هرچند سبب‌شناسی‌ها و آسیب‌شناسی‌های اختصاصی هم وجود دارد، به نظر من، بیشتر اختلالات روانی، نتیجهٔ تعامل پیچیدهٔ زمینه‌های زیستی‌ژنتیکی و تجربه‌های محیطی است. اگرچه مرزبندی کارکرد بهنجار و نابهنجار، عمل مهم و بامعنایی است، اما از بسیاری جهات، یک مرزبندی دلبخواهی است. به نظر من کسانی که اختلال روانی دارند با ما فرق کیفی ندارند («من خوبم و تو بدی» در اینجا مصداق ندارد). تا حالا کسی را ندیده‌ام که بیماری روانی نداشته باشد. شاید این حرف من جنجالی باشد، شاید هم نباشد. ما منعی نداریم که اقرار کنیم اختلالات بدنی زیادی داریم. شاید هم الان به یکی از آنها مبتلا باشیم. اما به‌دلیل شرم‌آور بودن اختلال روانی (چرا که می‌ترسیم «سلطان قلمروی خود نباشیم»)، معتقدیم هرگز اختلال روانی نداشته‌ایم و نخواهیم داشت («من خوبم و تو خوبی»). زندگی ممکن است بسیار سخت و دشوار باشد و زمینه‌های ژنتیکی و تجربه‌های خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی می‌توانند در ما کاستی، تعارض، درهم‌ریختگی و بی‌نظمی، بی‌عقلی و محدودیت‌هایی به جا گذارند و اجازه ندهند حیات و زندگی کاملاً رضایت‌بخش، بامعنا و لذتبخشی داشته باشیم. شاید هیچ یک از ما سلامت روان کامل نداشته باشیم («من خوب نیستم، بقیه هم خوب نیستند»).

آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

آیندهٔ روان‌شناسی بالینی، سوال خوبی است. به‌نظر می‌رسد در یکی از دوره‌های مهم این حرفه به‌سر می‌بریم. پنجاه سال بعد ممکن است خیلی تغییر کند، همان‌طور که نسبت به پنجاه سال قبل خیلی تغییر کرده است. همکاران جوان‌تر من گاهی اوقات می‌گویند حرفهٔ روان‌شناسی بالینی چنان تثبیت شده که در برابر فشارهای اقتصادی به‌خوبی مقاومت می‌کند. این در حالی است که رشتهٔ جوانی است که تا حد زیادی در پاسخ به فشارهای اقتصادی پدید آمده است.

مصاحبه‌های ساختاردار چه قوت‌هایی دارند و این حوزهٔ سنجش آبستن چه تحولاتی است؟

انتقاد شاید خون حیات‌بخش پیشرفت علمی باشد. مستندسازی علمی اثربخشی روان‌درمانگری، تا حد زیادی در واکنش به این اتهام صورت گرفت که روان‌درمانگری، فایدهٔ واقعی یا بامعنا و مهمی ندارد. هم‌اکنون روند قابل قیاسی در خصوص سنجش بالینی، شامل مصاحبه‌های بالینی بی‌ساختار، دیده می‌شود. روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند از اعتبار و پذیرفتنی بودن تشخیص‌ها و سنجش‌هایشان در برابر وکلا، هیئت‌های مرور و بررسی، شرکت‌های بیمه و غیره دفاع کنند. البته برخی از این حملات و انتقادها با انگیزه‌های شخصی (و شاید غیراخلاقی) صورت می‌گیرد ولی به آنها نیز باید جواب داد.

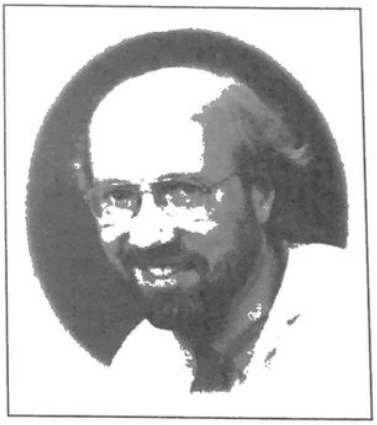
یکی از نوآوری‌های مهم در ویراست سوم *ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (DSM-III) انجمن روان‌پزشکی امریکا، در نظر گرفتن مجموعه ملاک‌های اختصاصی و روشن بود که رسیدن به تشخیص‌های بالینی پایا را امکان‌پذیر می‌کرد. تا قبل از انتشار این ویراست، تشخیص‌های بالینی چنان ناپایا بودند که کسی در بی‌اعتباری آنها شکی نداشت. وقتی دو روان‌شناس بالینی درباره یک نفر به دو تشخیص متفاوت می‌رسیدند، احتمال اینکه هر دو درست بگویند، ناچیز بود. اما تهیهٔ مجموعه ملاک‌های اختصاصی و روشن در ویراست سوم این راهنما، راه را برای رسیدن به تشخیص‌های پایا در تحقیق هموار کرد که خود این اتفاق به تحقیقات آگاهی‌بخش (و تکرارپذیر) درباره سبب‌شناسی، آسیب‌شناسی و درمان منتهی شد.

اما تحقیقات نشان داده‌اند تشخیص‌های ناپایا همچنان در محیط‌های بالینی کاربردی رخ خواهد داد؛ چون امکان اجرای سنجش منظم و جامع ملاک‌های تشخیصی وجود ندارد. مواردی هم وجود دارد که در مورد آنها دلیلی وجود ندارد به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) توسل جوییم، ولی حتی این موارد هم دست‌کم باید تصدیق و مستند شوند. به نظر می‌رسد سنجش‌های بالینی بی‌ساختار در درمان‌ها و اقدامات بالینی رایج، همچنان به صورت بی‌نظم، شخصی، فردی و ناپایا ادامه یابند. در نتیجه، این تشخیص‌ها با اعتباردهندگان بیرونی (یعنی شاخص‌های اعتباری سبب‌شناسی، آسیب‌شناسی و درمان) همبستگی معناداری نخواهند داشت؛ آنها معمولاً با شاخص‌های جنسیتی، قومیتی و دیگر انتظارات یا فرض‌های سوگیرانه همبستگی خواهند داشت؛ و وقتی مرور بیرونی شوند، معمولاً اعتبار نخواهند داشت.

مصاحبه‌های بالینی نیمه‌ساختاردار، قوت و فواید زیادی دارند. آنها تضمین می‌کنند که مصاحبه دارای نظم، جامعیت و تکرارپذیر

است. سوگیری‌ها و فرضیات شخصی را هم به حداقل می‌رسانند. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار، سوالات و سرنخ‌هایی به ما می‌دهد که تحقیقات تجربی، مفید بودن آنها را تایید می‌کند. در کار بالینی وقتی به تشخیص‌های پایا و معتبر می‌رسیم که مصاحبه‌ای منظم، جامع و عینی صورت گیرد. در سنجش‌های حقوقی و قانونی، در سنجش ناتوانایی و سنجش‌های رسمی دیگر باید از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار استفاده شود و این مصاحبه‌ها باید جزیی از سنجش‌های پذیرش مقدماتی شوند (البته همراه با پرسشنامه‌های غربالگری خوداظهار). البته منظور من این نیست که مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار، محدودیت و ضعف ندارند.

آنها در خصوص ایجاد تفاهم، مشکل دارند و گاهی محدودیت‌های سطحی و نامناسبی به دنبال دارند. اما مصاحبهٔ نیمه‌ساختاردار می‌تواند برای کار بالینی مناسب باشد چون هزینه زیادی ندارد. بیشتر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی، یک سال آموزشی را به سنجش اختصاص می‌دهند. در سال‌های نخست، زمانی برای مصاحبهٔ بالینی عینی، منظم و جامع اختصاص نمی‌یافت. اما اوضاع ظاهراً در حال تغییر است. امیدوارم در آموزش سنجش به دانشجویان تحصیلات تکمیلی، توجه بیشتری به نقش ارزشمند و فنون مصاحبه‌های بالینی نیمه‌ساختاردار شود.



توماس اِی. ویدیگر

ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) برای هراس خاص را می‌سنجد. سوالات مصاحبه‌گر در ستون سمت راست است و ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) در ستون سمت چپ.

به‌رغم تعدد مصاحبه‌های ساختاردار موجود به‌منظور تشخیص‌گذاری، به نظر می‌رسد عدهٔ کمی از روان‌شناسان بالینی در کارهای روزمرهٔ خود از این مصاحبه‌ها استفاده کنند. برای مثال، در مطالعهٔ جدیدی معلوم شد روان‌شناسان بالینی فقط روی ۱۵ درصد بیماران، مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار اجرا می‌کنند (براخمولر، مارگاف، سوپیگر و اشنایدر[1]، ۲۰۱۱). جالب این بود که روان‌شناسان بالینی در این مطالعه، پذیرش مصاحبه‌های ساختاردار از سوی بیماران را خیلی دست‌کم می‌گرفتند و ظاهراً تا حدودی به همین دلیل در کارهای روزمرهٔ خود از این مصاحبه‌ها استفاده نمی‌کردند. مطالعهٔ قبلی روی بیمارانی که با آنها مصاحبهٔ ساختاردار انجام شده بود، نشان می‌داد بیماران به‌طور متوسط از این نوع مصاحبه رضایت داشتند و تقریباً تمام بیماران، از رابطهٔ خود با مصاحبه‌گر ارزیابی مثبتی داشتند و عدهٔ قلیلی پس از مصاحبه احساس می‌کردند «سوال‌پیچ» شده‌اند (سوپیگر، این-آلبون، هندریکسن، هرمن، ماگراف و اشنایدر، ۲۰۰۹). بنابراین مطالعات یادشده نشان می‌دهد ما روان‌شناسان بالینی نباید فرض را بر این بگذاریم که مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار به صلاح بیماران و مراجعان نیست و به آنها کمک نمی‌کند. بلکه اگر این مصاحبه‌ها را مرتب اجرا کنیم، به تشخیص‌های پایا و معتبری می‌رسیم که خود این تشخیص‌ها موجب [ارتقای کیفیت] درمان و مداخله می‌شوند.

پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها

ارزیابی پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها، مثل هر سنجش روان‌شناختی دیگری حائز اهمیت است. مبنای پایایی یک مصاحبه معمولاً میزان توافق حداقل دو ارزیاب است که یک بیمار یا مراجع واحد را ارزیابی می‌کنند. منظور از توافق هم اتفاق نظر درباره تشخیص‌ها، درجات صفات شخصیتی یا هر نوع اطلاعات دریافتی از مصاحبه است. به این نوع پایایی معمولاً ***پایایی ارزیاب‌ها*** می‌گویند. این نوع پایایی، به شیوه‌های مختلفی

1. Bruchmüler, Margaf, Suppiger and Schneider

هراس خاص

اگر به سوال #۷ غربالگر پاسخ «خیر» داده شود، سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی* بروید.

اگر پاسخ سوال #۷ غربالگر «بله» بود: شما گفته‌اید که چیزهای دیگری مثل پرندگان، رؤیت خون، آمپول، ارتفاع، مکان‌های بسته یا برخی حیوانات و حشرات ...

در صورت عدم استفاده از این سوال غربالگر:

آیا چیز دیگری مثل پرندگان، رؤیت خون، آمپول، ارتفاع، مکان‌های بسته یا حیوانات یا حشرات وجود دارد که ترس خاصی از آنها داشته‌اید؟
راجع به آن بگو.
وقتی با (محرک ترسناک خاصی روبه‌رو می‌شوی) می‌ترسی چه اتفاقی بیفتد؟

آیا همیشه وقتی (با محرک ترسناک خاصی روبه‌رو می‌شدی) می‌ترسیدی؟

فکر می‌کردی ترس‌ات از (محرک ترسناک) بیش از حد (یا نامعقول) بوده است؟

آیا برای آنکه با (محرک ترسناک) روبه‌رو نشوی، مسیرت را عوض کردی؟
(آیا به‌دلیل ترس‌ات، کارهایی را که دوست داشته‌ای انجام بدهی، انجام نداده‌ای؟)
اگر پاسخ خیر است: (مواجه شدن با محرک ترسناک) چقدر برای تو سخت است/بود؟

ملاک‌های هراس خاص

الف. ترس آشکار و مداومی که افراطی یا نامعقول باشد و نشانهٔ آن وجود یا پیش‌بینی شیء یا وضعیتی خاص (مثل پرندگان، ارتفاع، تزریق آمپول، رؤیت خون) است.

ب. مواجهه با محرک ترسناک تقریباً همیشه فوراً پاسخ اضطراب در پی دارد که گاهی شکل وضعیتی به خود می‌گیرد و گاهی شکل حملهٔ وحشت‌زدگی وضعیتی.
توجه: اضطراب در کودکان می‌تواند به شکل گریه، قشقرق، سرد شدن بدن و بی‌حرکت ماندن یا چسبیدن به یک نفر دیگر نمایان شود.

ج. شخص می‌داند که ترس‌اش افراطی و نامعقول است.
توجه: این ویژگی در کودکان دیده نمی‌شود.

د. از وضعیت (وضعیت‌های) ترسناک پرهیز می‌شود یا در صورت تحمل، شخص به شدت مضطرب و ناراحت می‌شود.

سوال # ۷ غربالگر

بله | خیر

اگر پاسخ خیر بود: سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی* بروید.

F67 ? ۱ ۲ ۳ — بروید سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی*

F68 ? ۱ ۲ ۳ — بروید سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی*

F69 ? ۱ ۲ ۳ — بروید سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی*

F70 ? ۱ ۲ ۳ — بروید سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی*

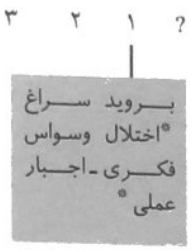
آستانه یا درست = ۳ زیرآستانه = ۲ نبود یا غلط = ۱ اطلاعات ناکافی = ؟

نمودار ۱ ـ ۶: بخش هراس خاص. مصاحبهٔ بالینی ساختاردار برای اختلالات محور یک ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)

منبع: مصاحبهٔ ساختاردار برای اختلالات محور یک ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) نوشتهٔ ام. بی. فرست، آر. ال. اسپیتزر، ام. گیبسون و جی. بی. دبلیو. ویلیامز، صفحهٔ F16-F19.

ادامه صفحهٔ بعد

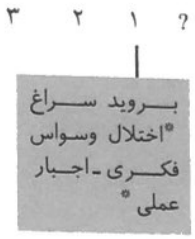
F71



اگر معلوم نیست ترس شخص، اهمیت و معنای بالینی داشته است یا نه: (ترس‌ات) چقدر در زندگی تو اخلال می‌کرد؟
(آیا چیزی هست که به دلیل ترس از محرک ترسناک از آن اجتناب کرده باشی؟)
اگر خللی به زندگی‌ات وارد نمی‌کند: چقدر حقیقت دارد که می‌ترسیدی (محرک ترسناک) مایهٔ آزارت شود؟

هـ. اجتناب، پیش‌بینی اضطرابی یا ناراحتی حاصل از حضور در وضعیت ترسناک، خلل معناداری در روال عادی زندگی شخص، عملکرد شغلی (تحصیلی) او یا فعالیت‌های اجتماعی و روابطش با دیگران ایجاد می‌کند یا شخص از هراسناک بودن خود بسیار ناراحت است.

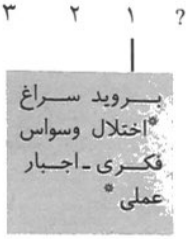
F72



در صورتی که سن مراجع از ۱۸ سال کمتر است: چند وقت است این ترس‌ها را داری؟

و. درباره افراد زیر ۱۸ سال، مدت حداقل ۶ ماه است.

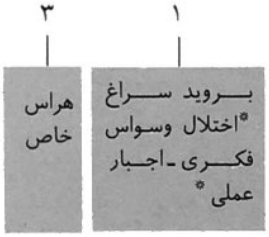
F73



اگر هنوز مشخص نیست: پس از تکمیل بخش مربوط به اختلال اضطراب پس از ضربه و اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی، به این ماده برگردید.

ز. اختلال روانی دیگری مثل اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی (برای مثال، ترس از آلودگی)، اختلال اضطراب پس از ضربه (برای مثال، اجتناب از محرک‌های متداعی با عامل فشار روانی شدید)، اختلال اضطراب جدایی (برای مثال، اجتناب از مدرسه)، هراس اجتماعی (برای مثال، اجتناب از وضعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از دستپاچگی و خجالت کشیدن)، اختلال وحشت‌زدگی با هراس از مکان‌های باز یا هراس از مکان‌های باز بدون سابقهٔ اختلال وحشت‌زدگی نمی‌تواند اضطراب، حملات وحشت‌زدگی یا اجتناب هراسناک مرتبط با شیء یا وضعیت خاص را توجیه کند.

F74



ملاک‌های الف، ب، ج، د، هـ، و و ز با عدد «۳» کدگذاری می‌شود.

آستانه یا درست = ۳ زیرآستانه = ۲ نبود یا غلط = ۱ اطلاعات ناکافی = ؟

ادامهٔ نمودار ۱ـ۶

ادامه صفحهٔ بعد

نوع: (همهٔ موارد را بررسی کنید)

F75
F76 ـ نوع حیوانی (شامل حشرات)
ـ نوع محیط طبیعی (شامل طوفان، بلندی، آب)
F77 ـ نوع خون/ تزریق/ مصدومیت (شامل رؤیت خون یا مصدومیت یا آمپول و روش‌های تهاجمی دیگر)
F78 ـ نوع وضعیتی (شامل حمل و نقل عمومی، تونل، پل، آسانسور، پرواز، رانندگی یا مکان‌ها و فضاهای بسته)
F79 ـ سایر انواع (برای مثال، ترس از وضعیت‌هایی که به خفگی، استفراغ یا ابتلا به بیماری ختم می‌شود)

مشخصات :

F80 ۳ ۱ ?

*** گاه‌شماری هراس خاص ***

در صورت مشخص کردن: آیا ظرف یک ماه گذشته دچار (هراس خاص) شده‌ای؟

در یک ماه گذشته، ملاک‌های هراس خاص را داشته است.

F81

شدت فعلی :

۱. خفیف: معدودی از نشانه‌های لازم برای تشخیص وجود دارد و نشانه‌ها حداکثر، اختلال خفیفی در کارکرد شغلی یا اجتماعی ایجاد می‌کند.
۲. متوسط: نشانه‌ها یا اختلال کارکرد، بین «خفیف» تا «شدید» است.
۳. شدید: نشانه‌ها بیش از نشانه‌های لازم برای تشخیص‌گذاری است یا برخی از نشانه‌ها خیلی شدید است یا نشانه‌ها به اختلال جدی در کارکرد اجتماعی یا شغلی منتهی می‌شود.

ادامه دهید تا به *سن شروع* برسید.

F82 ***اگر ملاک‌های فعلی کافی نیست (یا اصلاً ملاکی وجود ندارد):***

۴. بهبود نسبی: قبلاً کل ملاک‌های اختلال وجود داشته است ولی در حال حاضر فقط برخی از نشانه‌ها یا علائم اختلال مانده است.
F83 ۵. بهبود کامل: دیگر نشانه یا علامت اختلال وجود ندارد ولی هنوز اشاره به اختلال، اهمیت بالینی دارد. برای مثال، کسی که قبلاً دوره‌های هراس خاص داشته است ولی در سه سال گذشته به‌دلیل مصرف یک داروی ضداضطراب، دیگر نشانه ندارد.
۶. سابقهٔ قبلی: سابقهٔ ملاک‌های اختلال را داشته، ولی الان خوب شده است.

آخرین بار چه موقع (هراس خاص) داشته‌ای؟

تعداد ماه‌هایی که آخرین بار نشانه‌های هراس خاص را داشته است

***سن شروع ***

اگر معلوم نیست: اولین بار که نشانه‌های (هراس خاص) در تو ظاهر شد، چند ساله بودی؟

F84 — —

سن شروع هراس خاص (در صورت نامعلوم بودن، کد ۹۹ گذاشته شود)

برو به سراغ *اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی*

آستانه یا درست = ۳ زیرآستانه = ۲ نبود یا غلط = ۱ اطلاعات ناکافی = ؟

ادامهٔ نمودار ۱ـ۶

از جمله با ضریب *کاپا* (کوهن[1]، ۱۹۶۰) یا ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای (شروت و فلیس[2]، ۱۹۷۹) کمّی می‌شود.

اعتبار مصاحبه به این بستگی دارد که مصاحبه‌گر چیزی را که قرار است اندازه بگیرد، چطور اندازه می‌گیرد. برای مثال، نشان دادن اینکه نمرات حاصل از مصاحبهٔ افسردگی، همبستگی بالایی با نمرات حاصل از یک ابزار معروف خوداظهاری افسردگی دارد، از اعتبار نسبی نمرات این مصاحبه برای افسردگی‌سنجی خبر می‌دهد. *اعتبار پیش‌بین* یک مصاحبه هم وقتی ثابت می‌شود که بین نمرات حاصل از مصاحبه و رویدادهای آینده مرتبط با سازهٔ مورد نظر، همبستگی معناداری وجود داشته باشد (و بنابراین، آن مصاحبه، رویدادهای مورد نظر را «پیش‌بینی کند»). برای مثال، اگر نمرات حاصل از مصاحبهٔ افسردگی، با ضعف عملکرد تحصیلی ظرف دو ماه آینده، همبستگی بالایی داشته باشد آنگاه می‌توانیم ادعا کنیم مصاحبهٔ مورد نظر، اعتبار پیش‌بین دارد.

به این ترتیب، پایایی و اعتبار یک روش اندازه‌گیری همچون مصاحبه، مقولاتی کمّی و نسبی هستند. نمرات حاصل از مصاحبه‌ها نیز مثل نمرات حاصل از آزمون‌های روان‌شناختی، پایایی یا اعتبار کاملی ندارد. اما هرچه پایایی و اعتبار بیشتر باشد، اعتماد ما به محاسبات بیشتر می‌شود. حال به مشکلات مصاحبه‌ها درباره پایایی و اعتبار نگاه دقیق‌تری بیندازیم.

پایایی

پایایی مصاحبه‌های استاندارد شده (ساختاردار) که در خصوص نمره‌گذاری دستورالعمل‌های شفاهی دارد از مصاحبه‌های بی‌ساختار بیشتر است. دلیلش هم این است که مصاحبه‌های ساختاردار، واریانس اطلاعات و واریانس ملاک را کم می‌کند. منظور از واریانس اطلاعات، تنوع سوالاتی که روان‌شناس بالینی می‌پرسد، مشاهداتی که در مصاحبه صورت می‌گیرد و روش ادغام و یکپارچه‌سازی اطلاعات حاصل است (راجرز[3]، ۱۹۹۵). واریانس ملاک هم بر تنوع آستانه‌های نمره‌گذاری روان‌شناسان بالینی دلالت می‌کند (راجرز، ۱۹۹۵). راهنماهای نمره‌گذاری روشن و قطعی، این احتمال را بالا می‌برد که دو روان‌شناس بالینی، پاسخ یک مصاحبه‌شونده را مثل هم نمره‌گذاری کنند.

از آنجا که بیشتر تحقیقات انجام‌شده دربارهٔ ویژگی‌های روان‌سنجی مصاحبه‌ها، درباره مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار بوده است، این مصاحبه‌ها را بیشتر توضیح می‌دهیم. تا سال‌ها، مصاحبه‌های تشخیصی را مصاحبه‌های ناپایایی می‌دانستند (ماتاراتزو، ۱۹۸۳؛ وارد و دیگران، ۱۹۶۲). اما در این سال‌ها، چند تحول مهم رخ داده است. نخست، انتشار ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۱۹۸۰) که در آن برای بیشتر تشخیص‌ها، ملاک‌های عملیاتی وجود داشت. در نتیجه اینکه کدام‌ویژگی‌ها را در قبول یا رد یک تشخیص، مد نظر قرار دهیم، بسیار آسان‌تر شد. تحول دوم و شاید مهم‌ترین تحول آن بود که گروه‌هایی از محققان برای سنجش منظم ملاک‌های اختلالات روانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، مصاحبه‌های ساختاردار ابداع کردند. بدیهی است پایایی اطلاعات تشخیصی حاصل از مصاحبه‌های ساختاردار از پایایی اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های بی‌ساختار بیشتر است (راجرز، ۱۹۹۵).

همان‌طور که پیشتر گفتیم، پایایی میان ارزیاب‌ها، رایج‌ترین نوع پایایی است که در مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار اندازه‌گیری و طرح می‌شود. یکی دیگر از انواع پایایی که در مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار و دیگر مصاحبه‌ها طرح می‌شود، ***پایایی بازآزمایی*** است؛ یعنی سازواری نمرات یا تشخیص‌ها در طی زمان. در مجموع انتظار می‌رود در تکرار مصاحبه، نمرات یا تشخیص‌ها یکسان و مشابه باشد. برای مثال، انتظار می‌رود وقتی در مصاحبهٔ ساختاردار، تشخیص اختلال افسردگی ماژور گذاشته می‌شود، در تکرار مصاحبه (یعنی در تکرار همان مصاحبهٔ تشخیصی با همان بیمار) دوباره به تشخیص اختلال افسردگی ماژور برسیم. همچنین انتظار می‌رود وقتی بین آزمون‌گیری [یا مصاحبهٔ اولیه] و آزمون‌گیری مجدد [یا تکرار مصاحبه] فاصلهٔ کوتاهی (چند ساعت یا چند روز) می‌افتد، پایایی بازآزمون مصاحبه بالا باشد. اما وقتی این

1. Cohen
2. Shrout and Fleiss
3. Rogers

فاصلهٔ زمانی، طولانی می‌شود (برای مثال، چند ماه یا چند سال) پایایی بازآزمون اُفت می‌کند. یک دلیل آن ـ به‌ویژه وقتی مشغول تشخیص اختلال روانی «فعلی» هستیم ـ این است که وضعیت روانی بیمار تغییر کرده است. برای نمونه، اینکه بیمار در آزمون‌گیری [یا مصاحبهٔ] مجدد در شش ماه بعد، دوباره تشخیص اختلال افسردگی ماژور نمی‌گیرد، لزوماً نشانهٔ ضعف مصاحبهٔ ساختاردار نیست. از آنجاکه دوره‌های افسردگی ماژور ممکن است کوتاه باشد، تشخیص عدم اختلال در مرحلهٔ بازآزمایی [یا تکرار مصاحبه] می‌تواند کاملاً درست باشد.

مسئله این است که پایایی بازآزمایی به دست آمده را باید در بافت و در چهارچوب ماهیت متغیر (کوتاه یا گذرا بودن سندرم در برابر صفت شخصیتی بودن و بلندمدتی آن) و فاصلهٔ زمانی میان مصاحبه و مصاحبهٔ مجدد تفسیر کرد. پایین بودن پایایی بازآزمایی ممکن است معلول عوامل زیادی باشد از جمله معلول گرایش آزمودنی‌ها به گزارش نشانه‌های کمتری در بازآزمایی، بی‌حوصلگی یا خستگی آزمودنی‌ها در بازآزمایی یا تاثیر تغییر خلق بر گزارش نشانه‌ها (شر و ترال، ۱۹۹۶). در جدول ۴ـ۶، شاخص‌های پایایی مصاحبه‌های ساختاردار را می‌خوانید.

جدول ۴ ـ ۶: پایایی‌های رایج در ارزیابی مصاحبه‌ها

نوع پایایی	تعریف	شاخص آماری
پایایی ارزیاب‌ها یا قضاوت‌کنندگان	شاخص میزان توافق دو یا چند قضاوت‌کننده دربارهٔ یک صفت یا بودن/نبودن یک ویژگی یا یک تشخیص	ضریب همبستگی پیرسون کاپای همبستگی درون‌طبقه‌ای
پایایی بازآزمون	شاخص سازواری نمرات مصاحبه در طی زمان	ضریب همبستگی پیرسون همبستگی درون‌طبقه‌ای

در جدول ۵ـ۶، داده‌های فرضی حاصل از سنجش پایایی تشخیص‌های اعتیاد به الکل در یک مصاحبهٔ ساختاردار را می‌بینید. این مثال، پایایی ارزیاب‌ها (یعنی میزان توافق دو ارزیاب) را می‌سنجد ولی اگر می‌خواستیم پایایی بازآزمایی را بسنجیم نیز همین محاسبات صورت می‌گرفت. در این مورد، داده‌های آزمون ۲ (بازآزمایی)، جایگزین داده‌های مربوط به ارزیاب ۲ می‌شود. همان‌طور که می‌بینید، این دو ارزیاب، ۱۰۰ بیمار را از لحاظ بودن/ نبودن تشخیص اعتیاد به الکل از طریق مصاحبه‌ای ساختاردار ارزیابی کرده‌اند. دو ارزیاب در ۹۰ درصد موارد $\left[\frac{(۶۰+۳۰)}{۱۰۰}\right]$ با هم توافق نظر داشته‌اند. منظور از توافق در این مثال، رسیدن به نتیجه‌ای واحد است؛ یعنی نه‌تنها توافق بر سر اینکه تشخیص [یا اختلال] وجود دارد، بلکه توافق بر سر وجود نداشتن آن. جدول ۵ـ۶ همچنین محاسبهٔ کاپا را نشان می‌دهد که شاخص اصلاح تصادفی بودن توافق است که معمولاً از توافق کلی کمتر می‌شود. دلیل کمتر بودنش هم آن است که ارزیاب‌ها فقط در وضعیت‌هایی به توافق تصادفی می‌رسند که میزان شیوع تشخیص [یا اختلال] نسبتاً بالا یا پایین باشد. در مثال جدول ۵ـ۶، تشخیص اعتیاد به الکل نسبتاً شایع نیست.

بنابراین در بسیاری از موارد، ارزیابی که همیشه بر نبود اختلال حکم داده، صحیح گفته است (و احتمال دارد با ارزیاب دیگر اتفاق نظر داشته باشد). ضریب کاپا این‌گونه

جدول ۵ ـ ۶: توافق تشخیصی بین دو ارزیاب

ارزیاب ۱ \ ارزیاب ۲	بود	نبود
بود	a: ۳۰	b: ۵
نبود	c: ۵	d: ۶۰

$$\text{توافق کلی} = a + \frac{d}{N} = ۰/۹$$

$$\text{Kappa} = \frac{(a + \frac{d}{N}) - (a+b)(a+c) + \frac{(c+d)(b+d)}{N^۲}}{۱ - ((a+b)(a+c) + \frac{(c+d)(b+d)}{N^۲}} = \frac{ad-bc}{ad-bc + \frac{N(b+c)}{۲}} = \frac{۱۷۷۵}{۲۲۷۵} = ۰/۷۸$$

توافق‌های کاملاً تصادفی را توضیح و پوشش می‌دهد و شاخص توافق (را به شکل نزولی) بر همین اساس سازگار و متعادل می‌کند. کاپای ۰/۷۵ تا ۱، در مجموع نشانگر توافق غیر تصادفی بسیار خوب بین ارزیاب‌ها است (سیچتی[1]، ۱۹۹۴).

اعتبار

اندازه‌گیری‌های روان‌شناختی، اعتبارهای مختلفی دارند. *اعتبار محتوا* بر جامعیت اندازه‌گیری، در سنجش متغیر مورد نظر، دلالت می‌کند. به عبارت دیگر، آیا آن اندازه‌گیری تمام جنبه‌های مهم سازهٔ مورد نظر را اندازه می‌گیرد؟ برای مثال، اگر مصاحبه برای اندازه‌گیری افسردگی طراحی شده است، آنگاه انتظار می‌رود حاوی سوالات متعددی باشد که جنبه‌های هیجانی، شناختی و فیزیولوژیایی افسردگی را می‌سنجد.

اعتبار ملاکی هم نشان می‌دهد اندازه‌گیری مورد نظر، نمرات در دیگر اندازه‌گیری‌های مرتبط با خود را پیش‌بینی می‌کند (و با این نمرات همبستگی دارد). این اندازه‌گیری‌ها همزمان با مصاحبه انجام می‌شود (*اعتبار همزمان*) یا در مقطعی از آینده (*اعتبار پیش‌بین*). برای نمونه، مصاحبه‌ای که اختلال سلوک دوران کودکی را می‌سنجد، به اندازه‌ای که نمراتش با اندازه‌گیری‌های مربوط به طرد شدن از سوی همسالان و رفتار پرخاشگرانه همبستگی داشته باشد، اعتبار ملاکی خواهد داشت.

اعتبار افتراقی به توان مصاحبه برای همبستگی نداشتن با اندازه‌هایی اطلاق می‌شود که به سازهٔ اندازه‌گیری‌شده ربط نظری ندارند. برای مثال، دلیل نظری خاصی وجود ندارد که هراس خاص (برای مثال، بلندی‌هراسی) با میزان هوش همبستگی داشته باشد. بنابراین، نشان دادن اینکه دو اندازه، همبستگی معناداری با هم ندارند، از اعتبار افتراقی مصاحبهٔ هراس خاص خبر می‌دهد.

سرانجام، *اعتبارِ سازه* به تمامی جنبه‌های اعتبار اطلاق می‌شود. به همین دلیل، بسیاری از محققان، فرایند تهیه و اعتباریابی یک اندازه‌گیری را فرایند اعتباریابی سازه‌ای می‌دانند. جدول ۶ـ۶ این شاخص‌های اعتبار را توضیح می‌دهد.

جدول ۶ـ۶: اعتبارهای رایج در ارزیابی مصاحبه‌ها

نوع اعتبار	تعریف
اعتبار محتوا	میزان اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف متغیر یا سازه در مصاحبه
اعتبار پیش‌بین	میزان پیش‌بینی رفتار یا نمرات آزمون در آینده توسط مصاحبه (یا میزان همبستگی مصاحبه با رفتار یا نمرات آزمون)
اعتبار همزمان	میزان همبستگی نمرات مصاحبه با مجموعه‌نمرات یا رفتارهای شخص در آزمون یا مصاحبه‌ای دیگر ولی مرتبط با مصاحبهٔ مورد نظر
اعتبار سازه	میزان همبستگی نمرات حاصل از مصاحبه با دیگر اندازه‌گیری‌ها یا رفتارهایی که با مصاحبهٔ مورد نظر، سازواری منطقی و نظری دارند. این اعتبار شامل همگرایی و افتراق می‌شود.

توجه: اعتبار پیش‌بین و اعتبار همزمان، صورت‌های فرعی اعتبار ملاکی هستند.

اعتبار محتوا در مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار معمولاً بالا فرض می‌شود؛ چون این مصاحبه‌ها برای اندازه‌گیری ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری در خصوص اختلالات روانی طراحی می‌شود. به همین دلیل سعی می‌شود اعتبار ملاکی، افتراقی و سازهٔ این مصاحبه‌ها اثبات شود.

به‌رغم مطالعات صورت‌گرفته در زمینهٔ اعتباریابی، مطالعات بیشتری در این زمینه باید صورت گیرد. اجازه دهید مصاحبهٔ بالینی ساختاردار برای اختلالات روانی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را مثال بزنیم. همان‌طور که راجرز (۱۹۹۵) گفته است، مطالعات کمی برای اثبات اعتبار ملاکی یا افتراقی این مصاحبه صورت گرفته است. به بیان دقیق‌تر، مطالعات چندانی درباره مقایسهٔ تشخیص‌ها و نمرات مصاحبهٔ بالینی ساختاردار برای اختلالات روانی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تشخیص‌ها و نمرات حاصل از دیگر مصاحبه‌های تشخیصی و تشخیص‌های بالینی یا

1. Cicchetti

نمرات حاصل از پرسشنامه‌های خوداظهاری صورت نگرفته است.

اما چرا؟ ال. اِن. رابینز (۱۹۸۵) به پاره‌ای از مشکلات اعتباریابی مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار اشاره می‌کند. آزمون‌های آزمایشگاهی برای اعتباریابی تشخیص‌های مرتبط با اختلالات روانی وجود ندارد. بنابراین برای مقایسه، «معیار طلایی» نداریم. وانگهی، مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار لااقل تا حدی به این دلیل طراحی شدند که از پرسشنامه‌های خوداظهاری، نارضایتی وجود داشت. بنابراین درست نیست که پرسشنامهٔ خوداظهاری را معیار طلایی بدانیم. هرگونه اختلافی بین مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار و پرسشنامهٔ خوداظهاری، علیه اعتبار پرسشنامهٔ خوداظهاری فرض می‌شود تا علیه اعتبار مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار. طرح «برداشت بالینی» (حاصل از مصاحبهٔ بالینی بی‌ساختار) به عنوان معیار مقایسه نیز مشمول همین انتقاد می‌شود. برخی از محققان برای رفع معضل اعتبار، به طرح آزمون-بازآزمون رو آورده‌اند؛ اما این طرح بیشتر، ثبات یا پایایی نمرات مصاحبه را نشان می‌دهد تا اعتبار آن را. البته از یک اندازه‌گیری معتبر انتظار می‌رود پایا هم باشد. اما طرح آزمون-بازآزمون مستقیماً به مسئلهٔ اعتبار نمی‌پردازد.

این نکات، مهم‌اند ولی باید بدانیم که ملاک بی‌ایرادی برای مقایسه نداریم. در این موارد، مطالعات اعتباری متعدد با انواع اندازه‌های ملاک انجام می‌دهیم. اعتماد ما به اعتبار مصاحبهٔ ساختاردار، تابع چند چیز است؛ از همبستگی بالای نمرات مصاحبه با نمرات حاصل از دیگر روش‌های اندازه‌گیری همان سازه تا معنادار نبودن همبستگی نمرات مصاحبه با نمرات حاصل از روش‌های اندازه‌گیری سازه‌هایی که با تشخیص مورد نظر رابطهٔ نظری ندارند.

توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار

توصیه‌های زیر، خلاصهٔ بحث قبل است؛ این توصیه‌ها به بهبود پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها کمک می‌کند.

۱. در صورت امکان، مصاحبهٔ ساختاردار انجام دهید. برای پذیرش، شرح‌حال‌گیری، معاینهٔ وضعیت روانی، بحران و تشخیص، مصاحبه‌های ساختاردار وجود دارد.

۲. اگر مصاحبهٔ ساختاردار برای هدف مورد نظرتان وجود ندارد، مصاحبه‌ای ساختاردار تهیه کنید. مجموعهٔ استانداردی از سوالات پیدا کنید، برای نمره‌گذاری پاسخ‌های افراد، دستورالعمل‌هایی تهیه کنید. مصاحبه را روی نمونه‌ای معرف از آزمودنی‌ها اجرا کنید و از بازخوردهای آزمودنی‌ها و مصاحبه‌کنندگان برای اصلاح مصاحبه استفاده کنید. این کار حداقل فایده‌ای که دارد آن است که از آنچه می‌خواهید آن را بسنجید، درک بهتری پیدا خواهید کرد و مصاحبه‌گر بهتری می‌شوید.

۳. صرف‌نظر از اینکه مصاحبهٔ ساختاردار انجام می‌دهید یا نه، به پاره‌ای مهارت‌های مصاحبه نیاز دارید. این مهارت‌ها عبارت است از: تفاهم، فعال بودن در ارتباط، خوب گوش دادن، وقت‌شناسی و دانستن نحوهٔ طرح پرسش‌های اضافی و خوب مشاهده کردن رفتار غیرکلامی.

۴. مراقب انگیزه‌ها و انتظارات بیمار دربارهٔ مصاحبه باشید. برای مثال، چقدر به تایید و مقبولیت اجتماعی نیاز دارد.

۵. مراقب انتظارات، سوگیری‌ها و ارزش‌های فرهنگی خودتان باشید. گهگاه از یک نفر دیگر بخواهید پایایی مصاحبه‌هایی که انجام می‌دهید و نمره‌گذاری‌های‌تان را بسنجد.

هنر و علم مصاحبه

مصاحبه‌گر ماهر شدن مستلزم تمرین است. با اطلاع صرف از تحقیقات علمی انجام‌شده دربارهٔ مصاحبه نمی‌توانیم خیلی ماهر شویم مگر آنکه مصاحبهٔ واقعی انجام دهیم، اشتباه کنیم و دربارهٔ فنون و راهبردهای مصاحبه، با مصاحبه‌کنندگان باتجربه بحث و گفت‌وگو کنیم. اما کارکرد تحقیقات انجام‌شده دربارهٔ مصاحبه چیست؟ یکی از کارکردهای اصلی آنها این است که روان‌شناسان بالینی را وامی‌دارد درباره اهمیت «مهارت‌های شهودی» خود کمتر اغراق کنند. برای مثال، تحقیقات نشان می‌دهد انتظارات قبلی می‌تواند بر مشاهدات مصاحبه‌گر تاثیر بگذارد یا نظریه‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی ضمنیِ مصاحبه‌گر می‌تواند کانون مصاحبه را تحت‌الشعاع قرار دهد. همچنین جور بودن یا جور نبودن نژاد، سن و جنسیت

مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده، بر سیر و نتیجهٔ مصاحبه تاثیر می‌گذارد. به این ترتیب تحقیقات علمی، شماری از عوامل تاثیرگذار بر فرایند مصاحبه را مشخص کرده‌اند.

وانگهی اگر فرضیه‌های خود را هرگز نیازماییم و اعتبار تشخیص‌ها را هرگز نسنجیم، اگر پایایی خود را با پایایی دیگری مقایسه نکنیم یا اثربخشی یک فن مصاحبه‌ای خاص را هرگز اندازه نگیریم، اعتمادبه‌نفس کاذبی پیدا خواهیم کرد که در نهایت به بیماران آسیب می‌رساند. شاید این نظر بدبین‌ها درست باشد که حتی اگر ده مطالعه نشان دهد «اوهوم گفتن» بیش از تکان دادن سر معرف علاقه‌مندی مصاحبه‌گر نیست، این ده مطالعه نشان نمی‌دهد که این دو رفتار، در فلان تعامل بالینی خاص یا منحصربه‌فرد، همین تفاوت را دارد. اما این نوع مطالعات و مطالعات شبیه آنها بی‌شک ما را به تأمل وامی‌دارد و تشویق می‌کند مفروضاتِ خود را به چالش کشیم.

اگرچه هیچ مطالعه‌ای دربارهٔ مصاحبه نمی‌تواند به‌تنهایی راه‌حل روشنی برای یک مسئله مصاحبه‌ای پیدا کند، مطالعات در این زمینه، تاثیر انباشتی دارند [و در کنار هم می‌توانند چنین راه‌حلی را پیدا کنند]. تحقیقات می‌تواند راه‌هایی برای بهبود اعتبار مشاهدات و فنون توصیه کند، برخی خطاهای ذهنی قدیمی را برطرف کند و پاره‌ای کلیشه‌های ذهنی را از بین ببرد. تحقیقات با رویکرد علمی کنترل‌شده می‌تواند حساسیت و اثربخشی مصاحبه‌گران را بیشتر کند. روان‌شناس بالینی مسلط بر هنر و علم مصاحبه از روان‌شناسی که فقط از جنبه‌های متقابل مصاحبه آگاه است، موثرتر عمل می‌کند (هرچند نه لزوماً راحت‌تر).

خلاصهٔ فصل

سنجش بالینی عبارت است از ارزیابی قوت‌ها و ضعف‌های فرد، مفهوم‌بندی مشکل بیان شده و تجویز برای کاهش و تسکین مشکل. مصاحبه، بنیادی‌ترین و مفیدترین سنجش روان‌شناسان بالینی است. دو عامل مشخص اصلی بر مصاحبه تاثیر می‌گذارد. نخست اینکه مصاحبه‌ها از لحاظ هدف با یکدیگر فرق دارند. در این فصل، مصاحبهٔ پذیرش، مصاحبهٔ شرح حال، مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی، مصاحبهٔ بحران و مصاحبهٔ تشخیصی را توضیح دادیم. عامل مشخص دوم، ساختار داشتن یا بی‌ساختاری مصاحبه است (معمولاً به مصاحبهٔ بی‌ساختار، مصاحبهٔ بالینی می‌گویند). در مصاحبهٔ ساختاردار برخلاف مصاحبهٔ بی‌ساختار، روان‌شناس بالینی باید چند سوال استاندارد را به ترتیبی خاص و معین بپرسد.

صرف‌نظر از نوع یا هدف مصاحبه، مصاحبه به برخی مهارت‌ها مثل تفاهم، مهارت‌های ارتباط خوب، طرح پرسش‌های پیگیری مناسب و مهارت‌های مشاهدهٔ خوب نیاز دارد. مثل هر نوع سنجش روان‌شناختی دیگری، باید پایایی و اعتبار نمرات مصاحبه را ارزیابی کنیم. سرانجام اینکه در این فصل، توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار نمرات مصاحبه کردیم.

اصطلاحات کلیدی

مصاحبهٔ سنجشی **assessment interview**

یکی از اساسی‌ترین فنون روان‌شناسان بالینی برای جواب دادن به سوال ارجاع‌شده. اگر مصاحبهٔ سنجشی، ماهرانه اجرا شود، می‌تواند ما را به کسب بینش دربارهٔ مشکل و تصمیم‌گیری بالینی آگاهانه رهنمون کند.

مصاحبهٔ شرح حال **case-history interview**

مصاحبه‌ای که هدفش فهم دقیق پیشینه و بافت تاریخی رشدی مشکل بیمار است.

سنجش بالینی **clinical assessment**

رویکردی به سنجش که مستلزم ارزیابی قوت‌ها و ضعف‌های فرد، مفهوم‌بندی مشکل بیان‌شده و طرح توصیه‌هایی برای تسکین مشکل است.

مصاحبهٔ رایانه‌ای **computer interviewing**

استفاده از رایانه‌ها در اجرای مصاحبهٔ بالینی.

اعتبار همزمان **concurrent validity**

نوعی اعتبار ملاکی. میزان همبستگی نمرات مصاحبهٔ فرد با نمرات دیگر اندازه‌گیری‌های به عمل آمدهٔ همزمان روی او که با مصاحبه ربط دارند.

اعتبار سازه **construct validity**

میزان همبستگی نمرات مصاحبه با دیگر اندازه‌ها یا رفتارهایی که بین آنها و مصاحبه، نوعی سازواری منطقی و نظری وجود دارد. اعتبار سازه در گرو این است که مصاحبه، همهٔ انواع اعتبار را داشته باشد.

اعتبار محتوا **content validity**

میزان اندازه‌گیری مناسب جنبه‌های مختلف یک سازه توسط مصاحبه.

مصاحبهٔ بحران **crisis interview**

مصاحبه‌ای که هدف آن (الف) خنثی کردن یا حل‌وفصل بحران فعلی و (ب) تشویق شخص به برقراری رابطهٔ درمانی در موسسه یا جایی دیگر است تا برای مشکل او راه‌حل بلندمدتی پیدا شود.

اعتبار ملاکی **criterion-related validity**

میزان پیش‌بینی نمرات اندازه‌گیری‌های دیگر توسط نمرات مصاحبه (و میزان همبستگی این دو).

مصاحبهٔ تشخیصی **diagnostic interview**

مصاحبه‌ای که هدف آن رسیدن به صورت‌بندی تشخیصی مبتنی بر ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است.

اعتبار افتراقی **discriminant validity**

میزان همبستگی نداشتن نمرات مصاحبه با اندازه‌گیری‌هایی که به سازهٔ تحت اندازه‌گیری ربط نظری ندارند.

مصاحبهٔ پذیرش **intake-admission interview**

مصاحبه‌ای که هدف آن عبارت است از (الف) مشخص کردن دلیل مراجعهٔ بیمار به موسسه (درمانگاه یا بیمارستان)، (ب) تعیین اینکه آیا موسسه می‌تواند نیازها یا انتظارات بیمار را برآورده کند و (ج) مطلع کردن بیمار از سیاست‌ها و روش‌های موسسه.

پایایی ارزیاب‌ها **interrater reliability**

میزان توافق دو ارزیابی که بیمار را به‌طور مستقل ارزیابی کرده‌اند. توافق می‌تواند بر سر نشانه‌ها، تشخیص‌ها و مواردی از این قبیل باشد.

ضریب کاپا **Kappa coefficient**

شاخص آماری پایایی ارزیاب‌ها که نشان می‌دهد قضاوت ارزیاب‌ها درباره بود و نبود یک ویژگی یا تشخیص، چقدر پایایی دارد.

مصاحبهٔ معاینهٔ وضعیت روانی

mental status examination interview

مصاحبه‌ای که هدفش ارزیابی وجود مشکلات شناختی، هیجانی یا رفتاری در بیماران است. روان‌شناس بالینی در مصاحبهٔ معاینه وضعیت روانی، بیمار را در زمینه‌هایی مثل نحوه معرفی خودش و سر و وضع او، کیفیت گفتار، محتوای فکر، حافظه و قضاوت می‌سنجد (البته اینها تمام موارد نیستند).

اعتبار پیش‌بین **predictive validity**

نوعی از اعتبار ملاکی. میزان همبستگی نمرات مصاحبه با نمرات حاصل از دیگر اندازه‌گیری‌های مربوط که در آینده اجرا می‌شود.

تفاهم **rapport**

کلمه‌ای که رابطهٔ بیمار و روان‌شناس بالینی را وصف می‌کند. مفاهمهٔ خوب در چهارچوب مصاحبهٔ بالینی عبارت است از حاکم کردن جوی راحت و آرام بر مصاحبه و پیدا کردن درکی متقابل از هدف مصاحبه.

سوال ارجاعی **referral question**

سوالی که ارجاع‌دهنده دربارهٔ بیمار طرح کرده است. (برای مثال، چرا نمرات این کودک پایین است؟)

مصاحبهٔ تشخیصی ساختاردار **structured interviewdiagnostic**

مصاحبه‌ای تشخیصی که مجموعه استانداردی از سوالات است و سوالات آن با ترتیب خاصی بیان می‌شود.

پایایی بازآزمون **test-retest reliability**

سازواری نمرات مصاحبه در طی زمان. در مجموع، در صورت کوتاه بودن فاصلهٔ زمانی میان دو اجرای یک مصاحبه، انتظار می‌رود افراد در هر دو مصاحبه، تشخیص واحدی دریافت کنند.

مصاحبهٔ بی‌ساختار **unstructured interview**

مصاحبه‌ای که در آن روان‌شناس بالینی سوالاتی را می‌پرسد که به ذهن‌اش خطور می‌کند.

۷



هوش سنجی

سوالات مهم

۱. هوش چیست و اندازه‌گیری سازهٔ هوش چه مشکلاتی دارد؟
۲. رابطهٔ هوش و موفقیت تحصیلی و رابطهٔ هوش و موقعیت و موفقیت شغلی چیست؟
۳. مطالعات درباره تاثیر وراثت و محیط بر هوش چه‌می‌گویند؟
۴. ویراست پنجم استنفورد ـ بینه (SB-5) و مقیاس‌های وکسلر (WAIS-IV, WISC-IV) چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارند؟
۵. در موقعیت‌های بالینی از آزمون‌های هوش چطور استفاده می‌شود؟ محدودیت‌های آنها در موقعیت‌های بالینی چیست؟

رئوس مطالب فصل

هوش‌آزمایی: دیروز و امروز

مفهوم هوش

کادر ۱ـ۷: منحنی زنگوله‌ای

مرور کوتاه پایایی و اعتبار

تعاریف هوش

نظریه‌های هوش

هوشبهر: معنا و همبسته‌هایش

هوشبهر (IQ)

همبسته‌های هوشبهر

وراثت و ثبات نمرات هوشبهر

کادر ۲ـ۷ : وراثت رفتاری

کادر ۳ـ۷ : مفهوم وراثتی بودن

هوش‌سنجی بالینی

مقیاس‌های استنفورد ـ بینه

مقیاس‌های وکسلر

ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر

ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر

شرح کوتاه یک مورد : ارزیابی عقلی

ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر

مصرف بالینی آزمون‌های هوش

مورد هارولد

مشاهده‌ها و نتیجه‌گیری‌های نهایی

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های مورد علاقه

تاریخ روان‌شناسی بالینی، به هوش‌سنجی گره خورده است. اگر موفقیت در زمینهٔ هوش‌سنجی و مباحث مربوط به آن نبود، احتمالاً رشته‌ای به نام روان‌شناسی شکل نمی‌گرفت. اما روان‌شناسان بالینی به مرور به دیگر جنبه‌های این حرفه، مانند درمانگری علاقه‌مند شدند. سنجش برای مدتی کنار نشسته بود و تکنسین‌ها مثل پیش از جنگ جهانی دوم، سنجش را شروع کردند. اما همان‌طور که در فصل‌های قبل نشان دادیم، سنجش نوعی رنسانس را پشت سر گذاشت. آزمون‌های هوش به‌طور اخص، جزء سلاح‌های سنجشی روان‌شناس بالینی باقی ماند (کامارا، ناتان و پوئنته[1]، ۲۰۰۰).

در این فصل، پیشینه‌ای از اختلاف‌نظرها دربارهٔ سنجش عقلی و تعاریف و نظریه‌های اصلی هوش را ارائه می‌کنیم و سرانجام دربارهٔ تفسیر درست نمرات آزمون‌های هوش بحث خواهیم کرد.

هوش‌آزمایی: دیروز و امروز

پاره‌ای از تحولات تاریخی در نیمهٔ دوم قرن نوزدهم بر تولید نهایی ابزارهای اندازه‌گیری هوش تاثیر به‌سزایی گذاشتند (هانت[2]، ۲۰۱۱؛ ثورندایک[3]، ۱۹۹۷؛ واسرمن و تولسکی[4]، ۲۰۰۵؛ وایت[5]، ۲۰۰۶). نخست اینکه آموزش و پرورش اجباری در ایالات متحده امریکا و کشورهای دیگر باعث شد جمعیت دانش‌آموزان بسیار متنوع شود. خانوادهٔ بسیاری از دانش‌آموزان، «بی‌سواد» بودند یا انگلیسی حرف نمی‌زدند. در نتیجه، میزان مردودی‌ها در مدارس بسیار زیاد بود. به همین دلیل و به دلیل صرفه‌جویی در منابع، فشاری وجود داشت برای آنکه دانش‌آموزانی شناسایی شوند که احتمال موفقیت درسی آنها از بقیه بیشتر بود. دوم اینکه دانشمندان روان‌شناس معتقد بودند و در نهایت نشان دادند که توانایی‌های ذهنی، اندازه‌گیری‌شدنی هستند. اگرچه تلاش مقدماتی عمدتاً متوجه اندازه‌گیری تیزحسی و زمان واکنش بود (برای مثال فرانسیس گالتون، جیمز مککین کتل)، این تلاش‌ها زمینه‌ساز کارهای بعدی شد.

آلفرد بینه و همکارش تئودور سیمون[6] با ابداع آزمون بینه ـ سیمون که هدف آن شناسایی تفاوت‌های فردی در کارکرد ذهنی بود (به فصل دوم مراجعه کنید)، رهبران جنبش هوش‌آزمایی شدند. هدف اولیهٔ بینه، ابداع روشی عینی برای شناسایی کسانی بود که واقعاً توانایی تحصیلی نداشتند (نه کسانی که مشکلات رفتاری داشتند). بینه و سیمون، هوش را «قوه‌ای» ارثی می‌دانستند، هرچند آموزش و فرصت‌ها را نیز بر آن تاثیرگذار فرض می‌کردند. با این علاقه‌مندی به کمّی‌سازی عملکرد عقلی و تداوم آموزش و پرورش اجباری در اروپا و امریکای شمالی، هوش‌آزمایی تقویت و تحکیم شد (هانت، ۲۰۱۱؛ ثورندایک، ۱۹۹۷؛ واسرمن و تولسکی، ۲۰۰۵).



نمودار ۱ـ۷: آلفرد بینه. نخستین آزمون مقبول هوش را تهیه کرد. این آزمون که در نهایت، آزمون استنفورد ـ بینه نامیده شد، بعداً بارها تجدیدنظر شد.

موسساتی همچون دانشکده‌ها و صنایع، نیروهای نظامی و دولت‌ها، به تفاوت‌های فردی (برای مثال در سطح هوش) علاقه‌مند شدند که می‌توانست بر عملکرد انسان‌ها تاثیر بگذارد؛ بنابراین، هوش‌آزمایی رونق گرفت. اهمیت و لزوم آزمون‌های

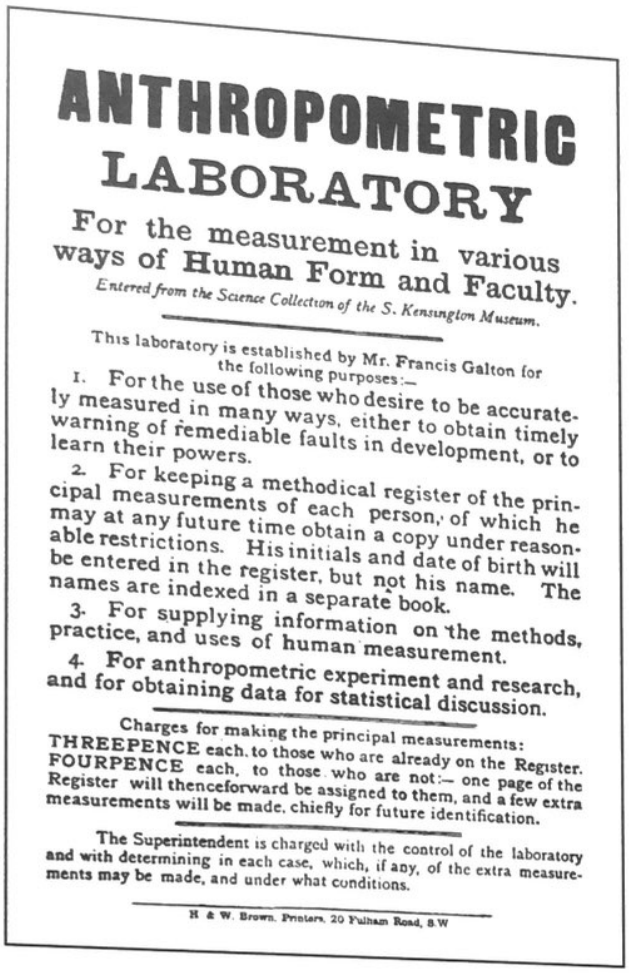
1. Camara, Nathan and Puente
2. Hunt
3. Thorndike
4. Wasserman and Tulsky
5. White
6. Alfred Binet and Theodore Simon

هوش و مصرف گستردهٔ این آزمون‌ها تا سال‌ها مخالفی نداشت. اما در اواخر دههٔ ۱۹۶۰ همگان، از روان‌شناسان تا حامیان مصرف‌کنندگان ظاهراً از اعتبار نداشتن این آزمون‌ها انتقاد کردند. جان‌مایهٔ استدلالشان هم این بود که این آزمون‌ها با داشتن پاره‌ای ماده‌های غیرمنصفانه، در واقع منشأ تبعیض هستند.

به دنبال دعوی حقوقی طولانی حقوق مدنی *(لری پی. علیه ویلسون رایلز)* که در سال ۱۹۷۱ طرح شد، هیئت آموزش و پرورش ایالت کالیفرنیا در سال ۱۹۷۵ به تعلیق استفاده از آزمون‌های هوش برای سنجش ناتوانایی‌های امریکاییان افریقایی‌تبار رأی داد. دادگاه مدعی شد هوشبهرآزمایی در واقع تبعیض علیه کودکان امریکایی افریقایی‌تبار است و بدون توجیهی واقعی، آنان را در ذیل آن دسته از برنامه‌های آموزشی ننگ‌آور قرار می‌دهد که مخصوص افراد دچار نقص شناختی هستند. البته عده‌ای این رأی دادگاه را قبول نداشتند. برخی امریکاییان افریقایی‌تبار هم با این رأی دادگاه مخالف بودند و می‌گفتند فرضِ این رأی آن است که امریکاییان افریقایی‌تبار در این آزمون‌ها عملکرد ضعیفی دارند. عده‌ای هم می‌گفتند هوشبهرآزمایی یک امر پلید اجتماعی نیست، بلکه ابزاری است که به‌کمک آن می‌توانیم بفهمیم محیط فاجعه‌بار و مخرب ما چه ظلمی در حق اقلیت‌ها روا داشته است.

کتاب مشهور ***اندازه‌گیری انسان*** نوشتهٔ استفن گولد[1] (۱۹۸۱) یکی از تندترین انتقادها از جنبش هوش‌آزمایی و «عینی‌انگاری» مفهوم هوش بود. اساس بحث گولد این بود که نظریه‌پردازی همچون اسپیرمن[2] (به بحث زیر مراجعه کنید) اشتباه می‌کرد که می‌گفت هوش عمومی یا g ، ماهیتی حقیقی است؛ زیرا درک او از فنون تحلیل عاملی غلط بود. وانگهی گولد در این کتاب می‌گفت، در برخی موارد، ارثی دانستن هوش یک برداشت غلط و در برخی موارد، کلاه‌برداری است. کتاب گولد آن‌قدر موفق بود که انتقادات به هوش‌آزمایی را تشدید کرد.

این اختلاف‌نظر جنجالی، در دههٔ ۱۹۹۰ با انتشار کتاب ***منحنی زنگوله‌ای*** (هرنستاین و موری[3]، ۱۹۹۴) دوباره اوج گرفت. هرنستاین و موری در این کتاب، مفهوم هوش را بار دیگر مرور کردند، تاریخ هوش‌آزمایی را بازگو کردند و به بسیاری از



ANTHROPOMETRIC LABORATORY

For the measurement in various ways of Human Form and Faculty.

Entered from the Science Collection of the S. Kensington Museum.

This laboratory is established by Mr. Francis Galton for the following purposes:—

1. For the use of those who desire to be accurately measured in many ways, either to obtain timely warning of remediable faults in development, or to learn their powers.
2. For keeping a methodical register of the principal measurements of each person, of which he may at any future time obtain a copy under reasonable restrictions. His initials and date of birth will be entered in the register, but not his name. The names are indexed in a separate book.
3. For supplying information on the methods, practice, and uses of human measurement.
4. For anthropometric experiment and research, and for obtaining data for statistical discussion.

Charges for making the principal measurements:
THREEPENCE each, to those who are already on the Register.
FOURPENCE each, to those who are not:— one page of the Register will thenceforward be assigned to them, and a few extra measurements will be made, chiefly for future identification.

The Superintendent is charged with the control of the laboratory and with determining in each case, which, if any, of the extra measurements may be made, and under what conditions.

H. & W. Brown, Printers, 20 Fulham Road, S.W.

اعلامیهٔ آزمایشگاه انسان‌سنجی جسمی گالتون

انتقادهای گولد (۱۹۸۱) پاسخ گفتند. همچنین پاره‌ای معضلات سیاست عمومی مانند فقر، بزهکاری، رفاه و تبعیض مثبت را کاویدند. حتی امروز هم درباره نکات کتاب هرنستاین و موری اختلاف نظر هست (آلدرفر[4]، ۲۰۰۳؛ نیسبت[5]، ۲۰۰۹؛ استرنبرگ، گریگورنکو و کید[6]، ۲۰۰۵). در کادر ۱ ـ ۷، برخی از جنبه‌های جنجالی‌تر این کتاب را می‌خوانید. این مباحثات و اختلاف‌نظرها، هر نتیجه‌ای داشته باشد، نشان می‌دهد سنجش عقلی، فعالیت غامض و گنگ دانشگاهی نیست، بلکه درست در میانهٔ معضلات اجتماعی و سیاست عمومی فعلی قرار می‌گیرد.

1. Stephen Gould
2. Spearman
3. Hernstein and Murray
4. Alderfer
5. Nisbett
6. Sternberg.Grigorenko and Kidd

کادر ۱ـ۷: منحنی زنگوله‌ای

شاید هیچ کتابی در زمینهٔ روان‌شناسی، در سال‌های اخیر به اندازهٔ کتاب ***منحنی زنگوله‌ای*** هرنستاین و موری (۱۹۹۴) جنجال به پا نکرده باشد. هرنستاین و موری می‌گویند از دههٔ ۱۹۶۰ به بعد، ایالات متحدهٔ امریکا روز به روز بیشتر بر اساس توانایی شناختی یا عقلی شهروندانش تقسیم شده است. حاصل این اتفاق هم شکل‌گیری طبقه‌ای به نام «نخبگان شناختی» بوده که گروه کوچکی از مشاغل را عهده‌دار هستند (مشاغلی مثل پزشکی، وکالت یا استادی دانشگاه). مبنای این مشاغل هم داشتن هوشبهر بالا است. هوش، محصول عوامل ژنتیکی و محیطی است ولی تلاش جامعهٔ امریکا برای «برابرسازی» محیط برای همگان (یا برابر کردن فرصت موفقیت برای همه) عملاً وضعیتی به وجود آورده که در آن ژن‌ها منبع اصلی تفاوت‌های فردی هستند. به عبارت دیگر، هرنستاین و موری می‌خواهند بگویند این اتفاق، فقط شکاف دارا و ندار در نسل‌های آینده را بزرگ‌تر می‌کند و بس. مولفان این کتاب همچنین شواهدی ارائه می‌کنند که از این ادعا حمایت می‌کند که توانایی شناختی/ هوش، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کنندهٔ پیامدهایی همچون ثبات مالی، موفقیت تحصیلی، رفاه یا داشتن فرزند «نامشروع» و رفتار بزهکارانه است. هرنستاین و موری همچنین اطلاعات موجود در خصوص تفاوت‌های قومی/ نژادی در هوشبهر را بررسی می‌کنند و می‌گویند تلاش‌های صورت‌گرفته برای بالا بردن نمره هوشبهر از طریق اجرای برنامه‌های تربیتی یا برنامه‌هایی همچون برنامهٔ سرآغاز، تاثیرات مثبت بلندمدتی به جا نگذاشته است. سرانجام اینکه آنها تجویزهایی درباره رفع شکاف و اختلاف موجود ارائه می‌کنند، از جمله بازنگری در سیاست‌های تبعیض مثبت در تعلیم و تربیت و محیط کار و اعطای قدرت تصمیم‌گیری به دولت‌های محلی.

بخش اعظم واکنش‌های منفی به این کتاب، به مخالفت منتقدان با تجویزهای مولفان در زمینهٔ سیاست اجتماعی برمی‌گردد که گاهی صورت شخصی به خود می‌گیرد. در ضمن، برخی از منتقدان روی ایرادات روش‌شناسی، شیوهٔ تحلیل و تفسیر برخی مطالعات تجربی در این کتاب انگشت می‌گذارند. از سوی دیگر، گروهی از متخصصان هوش، مقالهٔ کوتاهی در والستریت ژورنال (آروی[1] و دیگران، ۱۹۹۴) چاپ کرده‌اند که «اهم» نتیجه‌گیری‌های محققان دربارهٔ هوش را بیان می‌کند. بسیاری از نکات بیان‌شده در کتاب ***منحنی زنگوله‌ای***، با این نتیجه‌گیری‌ها سازواری دارد. اما این متخصصان مخالف تجویز سیاست اجتماعی بر اساس این نتیجه‌گیری‌ها هستند.

آلدرفر (۲۰۰۳) می‌گوید روان‌شناسان آن‌قدر هم درباره روشن کردن حد و مرزهای تحلیل تجربی بیان شده در کتاب ***منحنی زنگوله‌ای*** پیش نرفته‌اند. «دلایل علمی» مولفان این کتاب، از جمله دلایلی که برای ارثی بودن هوش و رابطهٔ هوشبهر و مشکلات اجتماعی (مثل فقر، بیکاری، عدم رفاه و زندانی شدن) می‌آورند، او را متقاعد نمی‌کند. به نظر آلدرفر، پایگاه اجتماعی‌اقتصادی، شاید عامل اصلی دخیل در تفاوت‌های نژادی موجود در هوشبهر و متغیر سومی باشد که مسبب ارتباط هوشبهر و مشکلات اجتماعی است. بنابراین، روان‌شناسان را ترغیب می‌کند بر رفع بی‌عدالتی‌ها، از جمله نژادپرستی، تمرکز کنند که به پیشرفت فقرا کمک خواهد کرد.

سرانجام اینکه استرنبرگ و دیگران (۲۰۰۵) چند استدلال متقاعدکننده بیان می‌کنند که بر عدم توافق فعلی دربارهٔ تعریف و نحوهٔ اندازه‌گیری هوش دلالت می‌کند و بر این حقیقت تاکید می‌کنند که «نژاد» عملاً سازه‌ای اجتماعی است که مبنای زیست‌شناختی یا ژنتیکی ندارد. وانگهی هوشبهرها و تخمین‌های ارثی بودن هوش در گروه‌های نژادی، بسیار متغیر هستند. بنابراین، ممکن نبودن ارائه تعریفی دقیق از هوش و متغیر بودن شدید تخمین‌های درون‌گروهی، هرگونه نتیجه‌گیری دربارهٔ رابطهٔ هوشبهر و نژاد و ژنتیک را محدود می‌کند.

در اینکه گاهی اوقات از آزمون‌های هوشی به ضرر اقشار و گروه‌های محروم استفاده شده، تردید چندانی وجود ندارد. همچنین تردید چندانی وجود ندارد که برخی آزمون‌ها ماده‌هایی دارند که تاثیر سویی بر عملکرد برخی اقلیت‌ها می‌گذارند. بنابراین باید تمام تلاش خود را به خرج دهیم تا آزمون‌های بهتری بسازیم، آزمون‌ها را بهتر اجرا و آنها را دقیق‌تر تفسیر کنیم. اما تحریم آزمون‌ها، عمل درستی به نظر نمی‌رسد؛ چون در نهایت می‌تواند به ضرر بسیاری از افراد نیازمند کمک تمام شود.

مفهوم هوش

روان‌شناسان از همان آغاز با دو مشکل مواجه بودند که هنوز آنها را رفع نکرده‌اند (استرنبرگ و دیگران، ۲۰۰۵؛ واسرمن و تولسکی، ۲۰۰۵؛ وایت، ۲۰۰۰). نخست این که معنای دقیق ***هوش*** چیست؟ دوم این که چطور برای اندازه‌گیری آن ابزاری معتبر تهیه کنیم؟ در این قسمت به هر دو پرسش می‌پردازیم. اما ابتدا باید دو مفهوم روان‌سنجیِ پایایی و اعتبار را مرور کنیم.

1. Arvey

مرور کوتاه پایایی و اعتبار

همان‌طور که در فصل قبل گفتیم، همهٔ آزمون‌ها و مصاحبه‌ها وقتی مفیدند که پایایی و اعتبار داشته باشند. در جدول‌های ۱ـ۷ و ۲ـ۷، تعریف کوتاه رایج‌ترین پایایی‌ها و اعتبارهای آزمون‌های روانی را می‌خوانید.

جدول ۱ـ۷: پایایی‌های رایج در ارزیابی آزمون‌های روانی

نوع پایایی	تعریف	شاخص آماری
پایایی بازآزمون	شاخص سازواری نمرات آزمون در یک دورهٔ زمانی	همبستگی درون‌طبقه‌ای پیرسون
پایایی فرم‌های هم‌ارز	شاخص سازواری نمرات آزمون طی زمان؛ تحت تاثیر «اثر تمرین» (یعنی تکرار همان آزمون) قرار نمی‌گیرد.	ضریب همبستگی پیرسون
پایایی دو نیمه	شاخص سازواری درونی آزمون (آیا ماده‌های آزمون، یک متغیر یا سازه را اندازه می‌گیرند؟)	ضریب همبستگی پیرسون
پایایی سازواری درونی	شاخص مرجح درباره سازواری درونی که در آن، میانگین تمام همبستگی‌های دونیمه‌ای محاسبه می‌شود.	آلفای کرونباخ کودر ـ ریچاردسون ـ ۲۰
پایایی ارزیاب‌ها یا قضاوت‌کننده‌ها	شاخص میزان توافق بین دو یا چند ارزیاب یا قضاوت‌کننده درباره میزان وجود صفت یا بودن/نبودن ویژگی یا تشخیص مورد نظر	

جدول ۲ـ۷: اعتبارهای رایج در ارزیابی آزمون‌های روانی

نوع اعتبار	تعریف
اعتبار محتوا	میزان اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف متغیر یا سازه توسط ماده‌های آزمون
اعتبار پیش‌بین	میزان پیش‌بینی رفتار توسط نمرات آزمون (یا میزان همبستگی نمرات آزمون با رفتار).
اعتبار همزمان	میزان همبستگی نمرات آزمون با مجموعه‌نمرات یا رفتارهایی که به نمرات آزمون مرتبط ولی از آن مستقل است.
اعتبار سازه	میزان همبستگی نمرات آزمون با اندازه‌گیری‌ها یا رفتارهایی که با آزمون مورد نظر، سازواری منطقی و نظری دارد.

توجه: اعتبار پیش‌بین و همزمان، زیرمجموعهٔ اعتبار ملاکی هستند.

پایایی . پایایی آزمون‌های روانی نشان‌دهنده سازواری پاسخ افراد به محرک‌های آزمون است. پایایی یک آزمون را به چند روش ارزیابی می‌کنند. نخستین روش، ***پایایی بازآزمایی*** است؛ یعنی میزان یکسان بودن پاسخ‌های فرد به محرک‌های مندرج در آزمون در دفعات مکرر اجرای آزمون روی او. اگر هر بار که آزمون را روی فرد اجرا می‌کنیم پاسخ‌های متفاوتی بدهد، داده‌های آزمون چندان مفید نخواهد بود. مراجعان در برخی موارد هم در نوبت دوم اجرای آزمون، پاسخ‌های خود در نوبت اول اجرای آزمون را به یاد می‌آورند. یا اینکه در نوبت اول اجرای آزمون به «درایتِ آزمونی» می‌رسند که بر نمرات‌شان در دومین نوبت اجرای آزمون تاثیر می‌گذارد. سرانجام اینکه گاهی اوقات مراجعان، بین دو نوبت آزمون، پاسخ‌ها را مرور ذهنی می‌کنند یا تاثیرات تمرین را نشان می‌دهند. به همین دلایل، یکی دیگر از روش‌های اندازه‌گیری پایایی، ***پایایی فرم‌های هم‌ارز*** است. در این نوع اندازه‌گیری پایایی، با تهیهٔ فرم‌های هم‌ارز یا موازی از مشکلات پیش‌گفته جلوگیری می‌شود.

گاهی اوقات هم تهیهٔ فرم هم‌ارز (از لحاظ زمانی یا مالی) بسیار هزینه‌بر است یا تهیهٔ فرم‌های واقعاً هم‌ارز، دشوار یا ناممکن است. در این مواقع یا وقتی امکان عملی بازآزمایی وجود ندارد، ***پایایی دو نیمه*** محاسبه می‌شود؛ به این معنا که آزمون به دو نیم تقسیم می‌شود (معمولاً بر مبنای ماده‌های زوج و فرد) و نمرات آزمون‌دهندگان در دو نیمهٔ آزمون مقایسه

می‌شود. پایایی دو نیمه در عین حال می‌تواند شاخص ***پایایی سازواری درونی*** آزمون هم باشد. آیا ماده‌های آزمون، یک چیز را اندازه‌می‌گیرند؟ یعنی، آیا ماده‌های آزمون، همبستگی بالایی با هم دارند؟ روش مرجح در سنجش پایایی سازواری درونی، محاسبهٔ میانگین تمام همبستگی‌های دونیمه‌ای ممکن برای یک آزمون (یا همان ***آلفای*** کرونباخ) است.

یکی دیگر از جنبه‌های پایایی یا همان ***پایایی ارزیاب‌ها*** یا ***قضاوت‌کنندگان*** را در فصل قبل و در قالب سنجش مصاحبه‌ای توضیح دادیم. هدف این نوع پایایی آن است که نشان دهد مشاهده‌گران مستقل می‌توانند در درجه‌بندی‌ها یا قضاوت‌هایشان راجع به یک جنبهٔ خاص رفتار شخص، توافق داشته باشند.

صرف‌نظر از نوع پایایی، هدف ما نشان دادن سازواری داده‌ها است. آزمون باید شواهدی ارائه کند که نمراتش باگذشت زمان و به‌رغم تفاوت آزمون‌گیرندگان، همچنان سازوار می‌ماند و به عبارت دیگر، پایایی دارد (مثل پایایی دو نیمه یا پایایی فرم‌های هم‌ارز). یک آزمون، بدون پایایی و سازواری و ثبات اندازه‌گیری‌ها نمی‌تواند اعتبار داشته باشد. اما حتی اگر پایایی داشته باشد، معنایش این نیست که خود به خود اعتبار دارد. برای مثال نمرات آزمون افتراق رنگ‌ها می‌تواند طی زمان بسیار پایا باشد ولی لزوماً ابزار معتبری برای اندازه‌گیری هوش نباشد.

اعتبار . در مجموع ***اعتبار*** نشان می‌دهد فلان فن سنجش چقدر چیزی را اندازه می‌گیرد که قرار است اندازه بگیرد. اعتبار هم همچون پایایی، انواع مختلفی دارد. ***اعتبار محتوا*** نشان می‌دهد ماده‌های آزمون چقدر جنبه‌های مختلف متغیر تحت بررسی را اندازه می‌گیرد. برای مثال، آزمونی که هدفش اندازه‌گیری سازگاری کلی است ولی فقط ماده‌هایی دارد که به سازگاری در محیط کار می‌پردازد، اعتبار محتوا ندارد؛ چون ماده‌هایی ندارد که به سازگاری در خانه، با دوستان و در بافت‌های دیگر بپردازد. ***اعتبار پیش‌بین*** وقتی محرز می‌شود که نمرات آزمون، فلان رفتار یا رویداد را به دقت پیش‌بینی کند. آزمونی که برای پیش‌بینی موفقیت تحصیلی طراحی‌شده، وقتی اعتبار دارد که نمرات امروز آن بتواند پیشرفت تحصیلی بچه‌ها را در دو سال بعد پیش‌بینی کند. ***اعتبار همزمان*** عبارت است از میزان ارتباط نمرات امروز آزمون با یک ملاک همزمان (مثل قضاوت‌های معلم درباره موفقیت تحصیلی). سرانجام ***اعتبار سازه*** وقتی مسجل می‌شود که نمرات آزمون با دیگر اندازه‌گیری‌ها یا رفتارهایی رابطه داشته باشد که با آزمون، سازواری منطقی و نظری دارند. برای مثال، فرض کنید آزمونی درباره احساس بیگانگی داریم. با توجه به ماهیت احساس بیگانگی، آزمون وقتی اعتبار دارد که با از دست دادن شور و حال و حتی افسردگی همبستگی داشته باشد. اگر چنین باشد، اعتماد ما به اعتبار سازهٔ آن بیشتر می‌شود.

تعاریف هوش

اما آزمون‌های هوش باید چه چیزی را اندازه بگیرند؟ آزمون‌های هوش به یک معنا آزمون‌های پیشرفت هستند چون یادگیری‌ها را اندازه می‌گیرند (استرنبرگ و دیگران، ۲۰۰۵). تعریفی از هوش وجود ندارد که مقبولیت جهانی و همگانی داشته باشد (واسرمن و تولسکی، ۲۰۰۵). اما بیشتر تعاریف هوش در یکی از این سه دسته جامی‌گیرد:

۱. تعاریفی که بر سازگاری و انطباق با محیط تاکید می‌کند؛ انطباق با وضعیت‌های جدید و ظرفیت کنار آمدن با انواع وضعیت‌ها.
۲. تعاریفی که بر توانایی یادگیری متمرکز است؛ یعنی تربیت‌پذیری به معنای عام آن.
۳. تعاریفی که بر تفکر انتزاعی متمرکز است؛ توانایی استفاده از نمادها و مفاهیم و توانایی استفاده از نمادهای کلامی و رقمی.

برای آشنایی با تنوع دیرینهٔ تعاریف هوش، مثال‌های زیر را بخوانید:

■ [هوش]، ظرفیت کلی یا یک‌جای فرد برای هدفمند عمل کردن، عاقلانه فکر کردن و ارتباط موثر با محیط است. (وکسلر[1]، ۱۹۳۹، ص ۳)

1. Wechsler

- هوش به مثابه یک مفهوم به کلیهٔ رفتارهای شناختی اطلاق می‌شود که معرف ظرفیت فرد برای حل بینشی مسائل، انطباق با وضعیت‌های جدید، تفکر انتزاعی و درس گرفتن از تجربه است. (رابینسون و رابینسون، ۱۹۶۵، ص ۱۵)
- هوش یک توانایی ذهنی بسیار عمومی است که علاوه بر چیزهای دیگر، شامل توان استدلال، برنامه‌ریزی، حل مسئله، تفکر انتزاعی، درک عقاید و نظرات پیچیده، یادگیری سریع و درس گرفتن از تجربه است. هوش صرفاً کتابخوانی، مهارت‌های محدود تحصیلی یا هوشمندی در آزمون دادن نیست، بلکه توان وسیع‌تر و عمیق‌تر درک محیط اطراف، یعنی «فهمیدن»، درک «معانی» چیزها یا پیدا کردن راه‌ها و راه‌حل‌ها است. (ایوری[1] و دیگران، ۱۹۹۴).
- هوش عبارت است از توانایی موفقیت در زندگی بر مبنای معیارهای شخصی خود در بافت اجتماعی ـ فرهنگی. (استرنبرگ، ۲۰۰۳، ص ۱۴۱)

مجموعه تعریف‌های پیش‌گفته و تعاریف اختصاصی بیان‌شده، مانعةالجمع نیست. وانگهی، تعدادی از این تعریف‌ها به ارزش‌های اجتماعی و عناصر انگیزشی اشارات مشخصی می‌کند. اما جدای از این نکات، بسیاری از تعریف‌های هوش آن‌قدر وسیع و کلی است که تقریباً بی‌فایده است. در بسیاری از موارد، آزمون‌های هوش آن‌قدر شبیه یکدیگرند که بر تعاریف متفاوت و متنوع خود خط بطلان می‌کشد. در نتیجه انسان نمی‌تواند بفهمد آیا این تعاریف واقعاً خیلی با هم فرق می‌کنند یا اینکه ساختن آزمون‌های هوشبهر صرفاً مقوله‌ای علمی و غیرنظری است که در آن یک مشت مادهٔ آزمون را جمع می‌کنیم به امید آنکه با یک ملاک بیرونی (مثل نمرات درسی) همبستگی داشته باشد.

نظریه‌های هوش

رویکردهای نظری زیادی درباره هوش وجود دارد که عبارتند از: نظریه‌های روان‌سنجی، نظریه‌های رشدی، نظریه‌های عصبی‌روان‌شناختی و نظریه‌های پردازش اطلاعات (دیری، پنکی و جانسون[2]، ۲۰۱۰؛ فلاناگان و هریسون[3]، ۲۰۰۵؛ هانت[4]، ۲۰۱۱؛ کامفاس[5]، ۱۹۹۳؛ نیسر[6] و دیگران، ۱۹۹۶؛ استرنبرگ و دیگران، ۲۰۰۵). ارائه نظریه و اختلاف‌نظرها در این سال‌ها همچنان ادامه داشته است. در اینجا بر چند نظریهٔ اصلی در این زمینه مرور کوتاهی خواهیم کرد.

رویکردهای تحلیل عاملی . اسپیرمن (۱۹۷۲)، پدر تحلیل عاملی، به وجود عامل g (هوش عمومی) و عوامل s (هوش اختصاصی) اعتقاد داشت. عامل g معرف مشترکات آزمون‌های هوش و عوامل s معرف عناصر ویژهٔ هر آزمون است. پیام اسپیرمن اصولاً این بود که هوش، ماهیتی وسیع و تعمیم‌یافته است و پشتوانهٔ پیام او نیز شواهد حاصل از تحلیل عاملی بود. اما عده‌ای با نظر اسپیرمن مخالف بودند از جمله ایی. ال. ثورندایک و ال. ال. ترستون. برای مثال، ترستون (۱۹۳۸) (بر اساس تحلیل عاملی بیش از ۵۰۰ آزمون مجزایی که روی ۲۴۰ شرکت‌کننده اجرا شده بود) شواهدی ارائه کرد که وجود مجموعه‌ای از عوامل «گروهی» را تایید می‌کرد نه یک عامل g قَدَرقدرت. سرانجام اینکه ترستون هفت عامل گروهی با عناوین تسهیل رقمی، سلاست کلمه، درک کلامی، سرعت ادراکی، تجسم فضایی، استدلال و حافظهٔ تداعی را توضیح داد (که به آنها ***توانایی‌های ذهنی اولیهٔ*** ترستون می‌گویند). متاسفانه، اسپیرمن و ترستون از روش‌های متفاوت استخراج عاملی (مولفه‌های اصلی در مقابل عوامل اصلی) و چرخشی استفاده می‌کردند که حتی وقتی روی مجموعه‌ای از داده‌های مشابه اجرا می‌شد، در اغلب موارد به راه‌حل‌های متفاوتی ختم می‌شد (گولد، ۱۹۸۱). همچنین امکان دارد تفاوت نتیجه‌ها معلول این باشد که اسپیرمن، داده‌های حاصل از طیف وسیع‌تری از سطوح توانایی شناختی (یعنی بچه‌مدرسه‌ای‌ها) را تحلیل می‌کرد، در حالی که ترستون بیشتر بر داده‌هایی متمرکز بود که از دانش‌آموزان دارای توانایی شناختی بالا (یعنی از موسسات تحصیلی برگزیده) به دست آمده بود (هانت، ۲۰۱۱). وانگهی هر دو ظاهراً عامل (یا عوامل) «کشف‌شده» توسط تحلیل‌های خود را واقعی

1. Avery
2. Deary, Penke and Johnson
3. Flanagan and Harrison
4. Hunt
5. Kamphous
6. Neisser

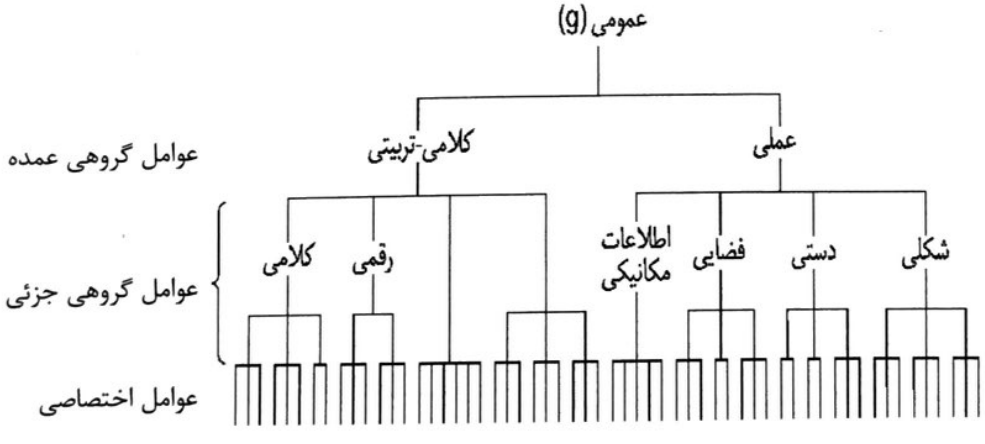
می‌پنداشتند. نتیجهٔ نهایی هم گاهی اوقات بحث‌های تند و تیز اسپیرمن و ترستون و پیروان آنها بود.

نظریهٔ کتل . کارهای ریموند بی. کتل (۱۹۸۷) بر محوریت داشتن عامل gاستوار بود. در عین حال کتل، فهرستی آزمایشی از ۱۷ توانایی اولیه ارائه کرد. کتل دو عامل مهم ردیف دوم را توضیح داد که به نظر می‌رسید معرف دسته‌بندی عامل g اسپیرمن به دو مولفه است. این دو عامل مهم عبارت بود از: ***توانایی سیال*** (ظرفیت عقلانیِ ژنتیکی فرد) و ***توانایی متبلور*** (ظرفیت‌هایی که آزمون هوش استانداردشدهٔ معمولی آن را نشان می‌دهد و می‌توانیم آن را به یادگیری فرهنگی نسبت دهیم). اصولاً می‌توانیم رویکرد کتل را مدل سلسله‌مراتبی هوش بدانیم. در نمودار ۲ ـ ۷، نمونه‌ای از این مدل را می‌بینید.

طبقه‌بندی گیلفورد . نظرهای گیلفورد (۱۹۶۷) با نظرهای کتل، اسپیرمن، ترستون و بیشتر متخصصان روان‌سنجی فرق می‌کرد. گیلفورد ***مدل ساختار عقل*** را طرح کرد و سپس با انواع فنون آماری و تحلیل عاملی، به آزمودن این مدل پرداخت. در حالی که رویکردهای دیگر روان‌سنجی در مجموع دنبال بیرون کشیدن مدلی از درون داده‌ها بودند، گیلفورد می‌خواست به کمک این مدل، داده تولید کند.

استدلال گیلفورد این بود که مولفه‌های هوش را می‌توانیم در سه بُعد عملیات، محتواها و محصولات جا دهیم. عملیات شامل شناخت، حافظه، تولید واگرا (ساختن گزینه‌ها و شقوق منطقی)، تولید همگرا (ساختن دلایل منطق بسته) و ارزیابی است. محتواها هم آن دسته از حوزه‌های اطلاعاتی است که عملیات در آنها اجرا می‌شود و عبارت است از: شکلی، نمادین، معنایی و رفتاری. سرانجام وقتی یک عملیات ذهنی در یکی از محتواها به کار می‌رود، شش محصول امکان‌پذیر می‌شود که عبارت است از: واحدها، طبقات، نظام‌ها، روابط، تبدیل‌ها و تلویحات. اگر تمام ترکیبات ممکن را در نظر بگیریم، ۱۲۰ توانایی عقلی مجزا خواهیم داشت. شاید بهترین اظهارنظر دربارهٔ رویکرد گیلفورد این باشد که رویکرد گیلفورد بیشتر نوعی رده‌بندی یا طبقه‌بندی است تا یک نظریه.

تحولات جدیدتر . آزمون‌های هوش، به‌طور سنتی برای سنجش آن چیزی ساخته شده‌اند که می‌دانیم یا می‌توانیم انجام دهیم. اما رویکردهای جدید، نگاهی به شدت شناختی یا پردازش اطلاعاتی دارند. برای مثال، برخی از محققان تلاش می‌کنند لحظه‌لحظهٔ حل مسئله را ـ از لحظهٔ ثبت محرک تا پاسخ کلامی و حرکتی شخص ـ توصیف کنند. این نگاه در مقایسه با نظریه‌های قدیمی‌تر که دنبال مولفه‌های ذهنی [هوش] بودند، نگاه پویشی‌تری به هوش است. برخی از محققان بر سرعت پردازش اطلاعات تمرکز کرده‌اند و برخی دیگر بر راهبردهای پردازش. در این میان، سطوح پردازش، شامل سرعت پردازش، سرعت



نمودار ۲ ـ ۷: محل سازمان سلسله‌مراتبی توانایی‌ها.
منبع: ساختار توانایی‌های انسان، ویراست تجدیدنظرشده، نوشتهٔ پی. ایی. ورنون، ص ۲۲.

انتخاب پاسخ به محرک و سرعت استخراج جنبه‌های مختلف زبانی از حافظهٔ بلندمدت بررسی شده است. اما هنوز مسائل و سوالات زیادی باقی مانده است. آیا سازوکاری برای پردازش اطلاعات مرکزی وجود دارد؟ با رشد و تحول شخص، پردازش اطلاعات چگونه تغییر می‌کند؟ آیا با مجموعه‌ای از مهارت‌های عمومی حل مسئله روبه‌رو هستیم یا با مهارت‌های مختص یک توانایی؟ شاید گذشت زمان پاسخ ما را بدهد.

گاردنر[1] (۱۹۹۹، ۱۹۸۳) نظریه‌ای درباره هوش‌های متعدد بیان کرده است. قابلیت عقلی انسان از مجموعه‌ای از مهارت‌های حل مسئله تشکیل می‌شود که شخص با این مهارت‌ها می‌تواند مسائل یا مشکلات را حل کند. این مهارت‌ها گاهی اوقات به ظرفیت کسب اطلاعات جدید منتهی می‌شود. گاردنر تا امروز به هشت نوع هوش اشاره کرده که عبارت است از: زبانی، موسیقایی، منطقی-ریاضی، فضایی، بدنی-جنبشی، طبیعی، میان‌فردی و درون‌فردی (چن[2] و گاردنر، ۲۰۰۵). برای مثال، منظور از هوش میان‌فردی، توانایی توجه کردن، درک کردن و تمایز گذاشتن میان دیگران بر اساس احساس، باورها و مقاصد است. یکی از انتقادهای مهم وارد بر نظریهٔ گاردنر این است که برخی از «هوش‌های» مورد نظر او، در واقع بیشتر قریحه‌اند تا هوش (نیسر و دیگران، ۱۹۹۶). با وجود این، روان‌شناسان و متولیان تعلیم و تربیت به نظریه‌های گاردنر توجه بسیار کرده‌اند و این نظریه‌ها بر ظرفیت‌ها و توانایی‌هایی تاکید می‌کند که آزمون‌های روانی سنتی بر آنها تاکید نکرده‌اند.

استرنبرگ (۲۰۰۵، ۱۹۹۱، ۱۹۸۵) در نظریه‌ای دیگر بر مبنای تعدد هوش‌ها، **نظریهٔ سه‌جنبه‌ای هوش** را بیان می‌کند. استرنبرگ می‌گوید افراد برمبنای سه جنبهٔ هوش عمل می‌کنند. این سه جنبه عبارت است از: مولفه‌ای، تجربه‌ای و ساختاری. این رویکرد تاکید چندانی بر سرعت و دقت عملکرد نمی‌کند. در عوض بیشتر بر برنامه‌ریزی پاسخ‌ها و زیر نظر گرفتن آنها تاکید می‌کند. جنبهٔ مولفه‌ای به تفکر تحلیلی اشاره می‌کند؛ نمرات بالا در این جنبه، شخصی را ترسیم می‌کند که آزمون‌دهندهٔ خوبی است. جنبهٔ تجربه‌ای به تفکر خلاق اشاره و شخصی را ترسیم می‌کند که می‌تواند عناصر تجربه را بگیرد و آنها را با بینش‌وری درهم آمیزد. سرانجام به جنبهٔ ساختاری می‌رسیم که شخصی «زبل» را ترسیم می‌کند؛ یعنی یک آدم عملگرا که می‌داند چطور بازی کند و می‌تواند به شکل موفقیت‌آمیزی محیط را دستکاری کند. به نظر استرنبرگ، این سه جنبهٔ هوش بر عملکرد شخص حاکم است. اما اینکه نظریهٔ استرنبرگ می‌تواند تمام تفاوت‌های فردی را توضیح دهد یا صرفاً نظریه‌ای درباره شناخت است، محل اختلاف نظر است.

اگرچه اسپیرمن، ترستون و دیگران ظاهراً راه را برای کتل، گیلفورد، گاردنر و استرنبرگ هموار کرده‌اند، اما مصرف روزانهٔ آزمون‌ها توسط روان‌شناسان نشان می‌دهد آنها واقعاً از حد عامل g اسپیرمن یا عوامل گروهی ترستون فراتر نرفته‌اند. کل مفهوم هوشبهر واحد به عنوان معرف هوش فرد مؤکداً نشان می‌دهد که می‌خواهیم بفهمیم شخص چقدر عامل عمومی [یا g] دارد. اما در عین حال، بیشتر آزمون‌های فعلی هوش از مجموعه‌ای از آزمون‌های فرعی تشکیل شده است طوری که هوشبهر کل، معرف میانگین یا ترکیب نمرات آزمون‌های فرعی است. این تلویحاً به معنای آن است که دست‌کم تا حدودی عوامل گروهی ترستون را قبول داریم. ما ظاهراً می‌خواهیم بدانیم و به صورت کمّی مشخص کنیم که شخص چقدر هوش دارد ولی نمی‌توانیم از این باور فرار کنیم که هوش به نحوی منقوش است؛ یعنی دو نفر ممکن است هوشبهر برابری داشته باشند ولی همچنان توانایی‌های اختصاصی متفاوتی داشته باشند. بنابراین به نظر می‌رسد روان‌شناسان بالینی اهل درمانگری، بیشتر با اسپیرمن و ترستون همسو هستند و کمتر از دیدگاه‌های جدید پردازش اطلاعات و تعدد هوش‌ها تاثیر پذیرفته‌اند.

هوشبهر: معنا و همبسته‌هایش

هوشبهر (IQ)

هوشبهر نسبتی. بینه **سن عقلی** (MA) را شاخص عملکرد ذهنی می‌دانست. عبور موفقیت‌آمیز از هر مادهٔ آزمون بینه دال بر تعدادی ماده بود. در پایان آزمون، ماده‌هایی راکه آزمودنی از

1. Gardner 2. Chen

عهدهٔ آنها برآمده بود جمع می‌کردند و سن عقلی مشخص می‌شد. بنابراین، سن عقلی چیز سحرآمیزی نبود؛ بلکه در کل نشان می‌داد آزمودنی، فلان تعداد ماده را با موفقیت پشت سر گذاشته است. بعداً، استرن[1] (۱۹۳۸) مفهوم **هوشبهر** (IQ) را طرح کرد تا مشکلاتی را رفع کند که هنگام استفاده از اختلاف ***سن تقویمی*** و سن عقلی برای بیان انحراف پیش می‌آید. در نگاه نخست، کودکی که سن عقلی او ۴ سال و سن تقویمی او ۵ سال است و کودکی که سن عقلی او ۱۴ سال و سن تقویمی او ۱۵ سال است، ظاهراً به یک اندازه نقص و کمبود دارند. اما این‌طور نیست؛ چون رشد عقلی در دوران کودکی بسیار سریع‌تر است. بنابراین، اگرچه اختلاف سن عقلی و سن تقویمی هر دو کودک فقط ۱ سال است، اما کودک کوچک‌تر عملاً نقص و کمبود عقلی بیشتری از کودک بزرگ‌تر دارد. با مفهوم هوشبهر می‌توانیم محاسبهٔ زیر را انجام دهیم:

$$\text{هوشبهر} = \frac{\text{سن عقلی}}{\text{سن تقویمی}} \times ۱۰۰$$

به این ترتیب، هوشبهر کودک ۱۵ ساله ۹۳ می‌شود و هوشبهر کودک ۵ ساله، ۸۰. این اختلاف نمرات، سریع‌تر بودن رشد عقلی در دوران کودکی را بهتر نشان می‌دهد.

شایان ذکر است که در اندازه‌گیری هوش نمی‌توانیم مطمئن باشیم که یک اندازه‌گیری فاصله‌ای ثابت انجام می‌دهیم. ما نمی‌توانیم مطمئن باشیم که هوشبهر ۱۰۰ واقعاً دو برابر هوشبهر ۵۰ است یا مقیاس ما صفر مطلق دارد. ما نمی‌توانیم هوشبهرها را با هم جمع و تفریق کنیم، بلکه فقط می‌توانیم بگوییم شخصی که هوشبهرش ۱۰۰ است از شخصی که هوشبهرش ۵۰ است، باهوش‌تر است. تمام این نکات به ما یادآوری می‌کند که هوشبهرها و سن‌های عقلی فقط نمره‌اند و بس.

هوشبهر انحرافی . هوشبهر نسبتی در نگاه اول جالب به نظر می‌رسد ولی کاربردش در گروه‌های سنی بالاتر تا حد زیادی محدود است. دلیلش هم این است که نمرهٔ سن عقلی سازوار (حتی اگر خیلی بالا باشد) توام با افزایش نمرهٔ سن تقویمی، به هوشبهر پایین‌تر منتهی می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد اگر توانایی عقلی فرد ثابت بماند، هوشبهر او با افزایش سن کاهش می‌یابد.

وکسلر برای رفع این مشکل، مفهوم هوشبهر انحرافی را طرح کرد. در این هوشبهر، فرض بر این است که توزیع هوش در جمعیت، بهنجار است. پس، ***هوشبهر انحرافی*** در واقع مقایسهٔ عملکرد فرد در یک آزمون هوش با عملکرد همسن‌های او است. به این ترتیب، حتی اگر سن دو نفر فرق زیادی داشته باشد (برای مثال، یکی ۲۲ ساله و دیگری ۸۰ ساله باشد)، نمرهٔ هوشبهر برابر آنها، معنای یکسانی دارد. در هر دو مورد، هوشبهر ۱۰۰، میانگین توانایی عقلی هر یک از این دو گروه سنی را نشان می‌دهد.

همبسته‌های هوشبهر

اعتبار آزمون‌های هوش به نحوهٔ تعریف هوش بستگی دارد. اگر دنبال ماهیتی کلی باشیم که فراتر از موفقیت تحصیلی و پیشرفت‌های مرتبط با آن است، احتمالاً اعتبار ندارد. اما اگر هوش را عمدتاً پیش‌بینی‌کنندهٔ موفقیت تحصیلی بدانیم، آن گاه آزمون‌های هوش اعتبار دارند.

صرف‌نظر از اینکه هوش را بر اساس عامل عمومی (g) تعریف می‌کنیم یا توانایی‌های مجزا یا روابط سلسله‌مراتبی عوامل، در نهایت این جامعه است که تصمیم می‌گیرد کدام توانایی‌ها را ارزشمند بداند و به آنها پاداش و آنها را پرورش دهد. شاید به همین دلیل است که آزمون‌های هوش این‌قدر به یکدیگر شباهت دارند. این آزمون‌ها برای این طراحی شده است که آنچه را جامعه به آن بها می‌دهد، پیش‌بینی کند. جامعهٔ امریکا به توانایی کلامی، استدلال، روخوانی، فراگیری اطلاعات، توانایی تحلیل و مواردی از این قبیل پاداش می‌دهد.

موفقیت تحصیلی . در مجموع هوشبهرها رابطهٔ زیادی با موفقیت تحصیلی و آزمون‌های پیشرفتی داشته‌اند که یادگیری‌های شخص را اندازه می‌گیرد (دیری و دیگران، ۲۰۱۰؛ هانت، ۲۰۱۱؛ کامفاس، ۱۹۹۳؛ وانز، ویسو سواران و دیلچرت[2]، ۲۰۰۵). رابطهٔ بین نمرات هوشبهر و پایه‌های تحصیلی تقریباً ۰/۵ است (نیسر و دیگران، ۱۹۹۶). آشکار است که موفقیت تحصیلی با ده‌ها متغیر رابطه دارد؛ از جمله با انگیزش، انتظارات معلم، زمینهٔ فرهنگی، نگرش‌های والدین و بسیاری متغیرهای

1. Stern
2. Ones, Viswesvaran and Dilchert

دیگر. در عین حال با تکلیف بالینی بسیار دشوار دسته‌بندی این متغیرها نیز روبه‌رو هستیم. موفقیت یا شکست تحصیلی آیا به دلیل هوش است یا به دلیل انگیزش، زمینهٔ فرهنگی یا چیزی دیگر؟ رفتار را علاوه بر هوش، متغیرهای دیگری هم تعیین می‌کند.

پایگاه شغلی و موفقیت . از آنجاکه در مجموع میزان تحصیلات یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی نوع شغل افراد است، تعجبی ندارد که بفهمیم هوشبهر و پایگاه شغلی با هم ربط دارند. این رابطه صرف‌نظر از اینکه پایگاه شغلی را بر اساس درآمد یا شأن و مقام مالیاتی و اجتماعی تعریف کنیم و صرف‌نظر از جنسیت و قومیت، وجود دارد (واتز و دیگران، ۲۰۰۵). اما جالب این است که نمرات هوش، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های خوب عملکرد شغلی است (هانت، ۲۰۰۱؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶؛ وانز و دیگران، ۲۰۰۵)؛ هوشبهرها بهتر از پیش‌بینی‌کننده‌هایی مثل داده‌های زندگینامه‌ای، معرفی‌نامه‌ها، تحصیلات و نمرات کالج عمل می‌کنند. اما وقتی شخص وارد شغلی می‌شود، آن وقت میزان هوش نمی‌تواند اشخاص بلندمقام‌تر را از اشخاص دارای مقامات پایین‌تر جدا کند. بدیهی است برای ورود به یک شغل، به حداقلی از توانایی یا حداقل عملکرد نیاز داریم (هرچند این ادعا جای بحث دارد). اما وقتی شخصی وارد شغلی می‌شود، میزان موفقیت او در مراحل بعدی، بیشتر تابع عوامل غیرعقلی خواهد بود.

تفاوت‌های گروهی جمعیت‌شناختی . بیشتر مطالعات نشان می‌دهد در نمرات هوشبهر کلی زنان و مردان، تفاوت چندانی وجود ندارد ولی زنان و مردان در برخی توانایی‌ها، تفاوت‌های معناداری دارند (هانت، ۲۰۱۱؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶). مردها در اندازه‌گیری‌های مربوط به توانایی فضایی، به‌طور معناداری نمرات بالاتری دارند و پس از بلوغ، در توانایی کمّی. زن‌ها هم در اندازه‌گیری‌های مربوط به توانایی کلامی نمرات بالاتری می‌آورند (نیسر و دیگران، ۱۹۹۶). امریکایی‌های اسپانیایی‌تبار و امریکایی‌های افریقایی‌تبار امریکای شمالی هم به‌طور معناداری نمرات هوشبهر پایین‌تری از نمرات هوشبهر امریکایی‌های اروپایی‌تبار امریکای شمالی دارند (هانت، ۲۰۱۱؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶؛ وانز و دیگران، ۲۰۰۵). این یافته‌ها به‌رغم سازوار بودن، محل اختلاف‌نظر زیادی بوده است. نیسر و دیگران (۱۹۹۶) می‌گویند نمی‌دانیم علت این تفاوت‌های قومی/نژادی چیست ولی اندازهٔ تفاوت‌ها به قدری است که عوامل محیطی آنها را توضیح دهد؛ عواملی مثل فرصت‌ها و منابع متفاوتی که اقوام مختلف امریکای شمالی در اختیار دارند. البته برای فهم هرچه بهتر ماهیت این تفاوت‌های قومی/نژادی، به تحقیقات بیشتری نیاز است. با این حال، به‌رغم تفاوت نمرات هوشبهر، این نمرات، پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای پیشرفت تحصیلی، دانشگاهی و شغلی امریکایی‌های اسپانیایی‌تبار و افریقایی‌تبار هستند (وانز و دیگران، ۲۰۰۵).

وراثت و ثبات نمرات هوشبهر

وراثتی بودن هوشبهر . برخلاف اوضاع نیم قرن قبل، تقریباً تمام روان‌شناسان تصدیق می‌کنند که عوامل ژنتیکی حداقل تا حدودی بر هوش تاثیر می‌گذارند (دیری و دیگران، ۲۰۱۰؛ هانت، ۲۰۱۱؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶؛ پتریل[1]، ۲۰۰۵). دلیل این تغییر نظر هم به حجم شواهد تجربی حاصل از مطالعات مربوط به *وراثت رفتاری* در چند دههٔ گذشته برمی‌گردد (مک‌گو، بوچارد، یاکونو، لایکن[2]، ۱۹۹۳؛ پلومین، دیفرایز، مکلرن و مکگافین[3]، ۲۰۰۸). کادر ۲ـ۷ مرور کوتاهی بر روش‌های [علم] وراثت رفتاری دارد.

1. Petrill
2. McGue, Bouchard, Iacono and Lykken
3. Plomin, DeFries, McClearn and McGuffin

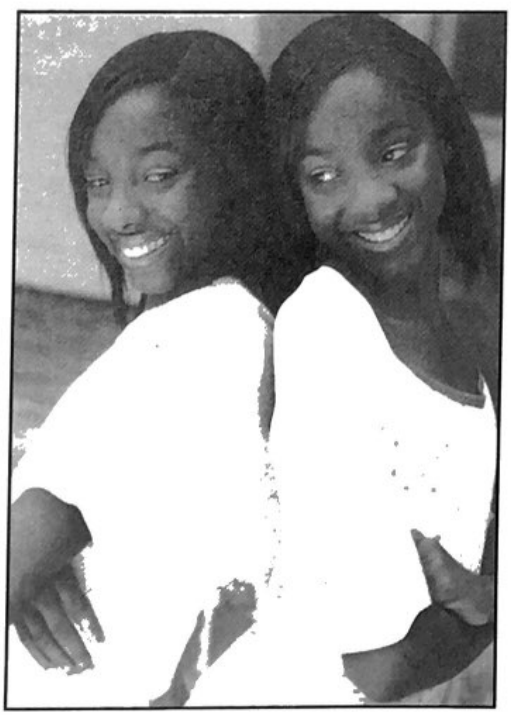
کادر ۲ـ۷ : وراثت رفتاری

وراثت رفتاری یک حوزهٔ تحقیقاتی تخصصی است که در آن تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی بر سیر تحول رفتار بررسی و ارزیابی می‌شود. کدهای ژنتیکی، پروتئین‌ها را تولید و تنظیم می‌کند و پروتئین‌ها در تعامل با میانجی‌های فیزیولوژیایی (مثل هورمون‌ها، انتقال‌دهنده‌های عصبی، ویژگی‌های ساختاری دستگاه عصبی) رفتار را ایجاد می‌کند (پلومین، دیفرایز و مکلرن، ۲۰۰۸). ترکیب ژنتیکی فرد که به آن ***ژنوتایپ*** می‌گویند در هنگام تولد تعیین می‌شود و ثابت است. ژنوتایپ از والدین به فرد منتقل می‌شود. اختلالات روانی، خصوصیاتی فنوتایپی است که طی زمان تغییر می‌کند. فنوتایپ محصول ژنوتایپ و محیط است.

یکی از قوی‌ترین طرح‌های تحقیقاتی استفاده شده در وراثت رفتاری (از لحاظ تبیین) طرح بررسی دوقلوها است. در این طرح، دوقلوهای ***یک‌تخمکی*** که از لحاظ ژنتیکی مثل یکدیگرند، با دوقلوهای ***دوتخمکی*** که فقط در ۵۰ درصد مواد ژنتیکی مثل یکدیگرند، از لحاظ رفتار و خصوصیت مورد نظر مقایسه می‌شوند. شباهت دوقلوها معمولاً در قالب ***میزان همگامی*** یا ***شاخص شباهت*** بیان می‌شود. میزان همگامی در تعریفی بسیار ساده عبارت است از درصد مواردی از دوقلوها که رفتار یا خصوصیت مشابهی دارند. میزان همگامی یا شاخص شباهت برای نمونهٔ دوقلوهای یک‌تخمکی به طرز معناداری از میزان همگامی یا شاخص شباهت برای نمونهٔ دوقلوهای دوتخمکی بالاتر است که نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی تاثیر مهمی در سیر تحول پاره‌ای رفتارها و ویژگی‌ها دارند.

چون دوقلوهای یک‌تخمکی، مثل هم هستند، اگر با هم بزرگ شوند ممکن است با آنها بیش از دوقلوهای یک‌تخکمی یک‌جور رفتار شود. به این ترتیب ممکن است میزان همگامی بالاتر آنها همان‌قدر که به عوامل ژنتیکی برمی‌گردد، به عوامل محیطی هم برگردد. طرح تحقیقاتی آگاهی‌بخش‌تری که در مطالعات وراثت رفتاری از آن استفاده می‌شود، نمونه‌گیری از دوقلوهای یک‌تخمکی با هم بزرگ‌شده، دوقلوهای یک‌تخمکی جدا از هم بزرگ‌شده، دوقلوهای دوتخمکی با هم بزرگ‌شده و دوقلوهای دوتخمکی جدا از هم بزرگ‌شده است. به این ترتیب، جداسازی تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی از هم آسان‌تر می‌شود. برای مثال، یافته‌های زیر به تاثیر عوامل ژنتیکی در تظاهر رفتارها یا ویژگی‌های تحت بررسی اشاره می‌کند: (الف) میزان همگامی برای دوقلوهای یک‌تخمکی با هم بزرگ‌شده و جدا از هم بزرگ‌شده، به طرز معناداری از میزان همگامی برای دوقلوهای دوتخمکی با هم بزرگ‌شده و دوقلوهای دوتخمکی جدا از هم بزرگ‌شده بیشتر است؛ (ب) میزان همگامی دوقلوهای یک‌تخمکی جدا از هم بزرگ‌شده به میزان دوقلوهای یک‌تخمکی با هم بزرگ‌شده نزدیک است؛ و (ج) میزان همگامی دوقلوهای دوتخمکی جدا از هم بزرگ‌شده به میزان همگامی دوقلوهای دوتخمکی با هم بزرگ‌شده نزدیک است. این یافته‌ها نشان می‌دهند وراثت تاثیر بسیاری دارد؛ چون شباهت/همگامی تابع میزان اشتراک در مواد ژنتیکی است و بزرگ شدن در محیط‌های متفاوت، تاثیر زیادی بر شباهت ندارد.

در اینجا مرور کوتاه و ساده‌ای بر وراثت رفتاری کردیم. علاقه‌مندی به این رشته در سال‌های گذشته، فراز و نشیب‌هایی داشته و گاهی اوقات گروه‌های مختلف به این رشته حمله کرده‌اند (پلومین و دیگران، ۲۰۰۸). اما باید چند نکته را به ذهن بسپاریم. نخست اینکه میزان همگامی یا شاخص شباهت کمتر از ۱۰۰ درصد (یا ۱/۰۰) ***الزاماً*** به معنای دخالت عوامل محیطی است. بنابراین، روش‌های وراثت رفتاری، ابزارهایی برای شناسایی و کمّی‌سازی تاثیر عوامل محیطی و ژنتیکی در رفتار است. دوم اینکه پی بردن به این که عوامل ژنتیکی در فلان رفتار یا خصوصیتَ تاثیر دارند، به این معنا نیست که آن رفتار، تغییرناپذیر یا ثابت است. وراثت و محیط در تعاملی پیچیده با هم، رفتار را تولید می‌کند.



در طرح مطالعهٔ دوقلوها، شباهت خصوصیات یا ویژگی‌های دوقلوهای یک‌تخمکی و دوتخمکی مقایسه می‌شود.

مرور مشهور بوچارد و مکگو (۱۹۸۱) بسیاری از مطالعات وراثت رفتاری دربارهٔ هوش را خلاصه کرده است. در جدول ۳ـ۷، برخی از داده‌های این مرور را می‌خوانید. همان‌طور که در این جدول نیز می‌بینید، شباهت هوش ظاهراً تابع میزان اشتراک در مواد ژنتیکی است (یعنی هوش دوقلوهای یک‌تخمکی از هوش دوقلوهای دوتخمکی یا خواهر و برادرهای معمولی بیشتر به یکدیگر شباهت دارد). جالب این است که این وضعیت درباره کسانی نیز صادق است که نسبت زیست‌شناختی با هم دارند و جدا از هم بزرگ شده‌اند. مکگو و دیگران (۱۹۹۳) نتیجه می‌گیرند که:

> مطالعات انجام‌شده روی دوقلوها، خانواده‌ها و فرزندخوانده‌ها، روی هم رفته به اندازهٔ علوم رفتاری که از روش‌های غیرآزمایشی استفاده می‌کنند، نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی در هوشبهر نقش دارند. بدون استناد به عوامل ژنتیکی، توضیح دادن اینکه چرا شباهت هوشبهر دوقلوهای یک‌تخمکی همواره از شباهت هوشبهر دوقلوهای دوتخمکی بیشتر است، چرا حتی وقتی کسانی که با هم نسبت زیست‌شناختی دارند جدا از هم بزرگ می‌شوند، هوشبهرشان همبستگی معناداری دارد و چرا بین میزان همبستگی هوشبهر خانوادگی و میزان پیوند ژنتیکی رابطه هست، دشوار می‌شود. (ص ۶۰)

تخمین‌های مربوط به درصد ارتباط واریانس هوشبهر با عوامل ژنتیکی، در مجموع بین ۳۰ تا ۸۰ درصد در نوسان است (دیری و دیگران، ۲۰۱۰). در کل به نظر می‌رسد تخمین ارثی بودن هوشبهر تابع سن نمونه است؛ تخمین‌ها در گروه‌های سنی بالاتر به حداکثر خود می‌رسد (دیری و دیگران، ۲۰۱۰؛ هانت، ۲۰۱۱؛ مکگو و دیگران، ۱۹۹۳).

با توجه به شواهد حاکی از تاثیر عوامل ژنتیکی در نمرات هوش، آیا هوش امری ثابت و انعطاف‌ناپذیر است؟ نه. البته در این مورد اختلاف‌نظر و آشفتگی زیادی هست. فراموش نکنید که تخمین‌های مربوط به‌ارثی بودن، ۱۰۰ درصد نیست. این

جدول ۳ـ۷: میانگین همبستگی‌های وزنی هوشبهر خانوادگی

رابطه	میانگین همبستگی وزنی	تعداد جفت‌ها
	کسانی که نسبت زیست‌شناختی دارند و با هم بزرگ شده‌اند	
دوقلوی یک‌تخمکی	۰/۸۶	۴۶۷۲
دوقلوی دوتخمکی	۰/۶۰	۵۵۴۶
خواهر و برادرهای معمولی	۰/۴۷	۲۶۴۷۳
والد/فرزند	۰/۴۲	۸۴۳۳
خواهر و برادرهای ناتنی	۰/۳۱	۲۰۰
پسرعموها و دخترعموها	۰/۱۵	۱۱۷۶
	کسانی که نسبت زیست‌شناختی دارند و جدا از هم بزرگ شده‌اند	
دوقلوی یک‌تخمکی	۰/۷۲	۶۵
خواهر و برادرهای معمولی	۰/۲۴	۲۰۳
والد/فرزند	۰/۲۲	۸۱۴
	کسانی که نسبت زیست‌شناختی ندارند و با هم بزرگ شده‌اند	
خواهر و برادرهای معمولی	۰/۳۲	۷۱۴
والد/فرزند ناتنی	۰/۱۹	۱۳۹۷

توجه: میانگین همبستگی وزنی با استفاده از میانگین وزنی اندازهٔ نمونه تبدیل‌های Z محاسبه شده است.

منبع: مطالعات خانوادگی در زمینهٔ هوش: مرور، نوشتهٔ تی. جی. بوچارد پسر و ام. مکگو، ۱۹۸۱، جلد ۲۱۲ ساینس، ص ۱۰۵۶

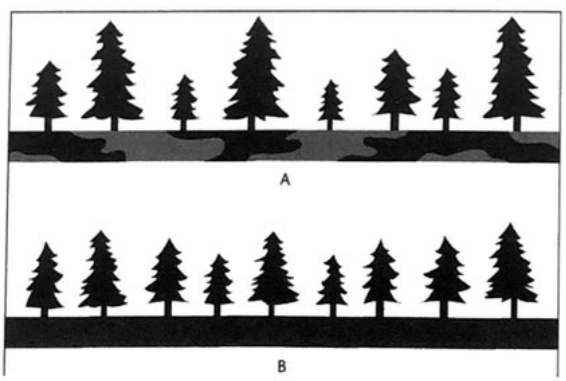
نشان می‌دهد محیط هم در شکل‌گیری هوش دخالت دارد. همان‌طور که مکگو و دیگران (۱۹۹۳) می‌گویند، مطالعات وراثت رفتاری در زمینهٔ هوش مؤکداً از دخالت عوامل محیطی خبر می‌دهد: «همبستگی میان دوقلوهای یک‌تخمکی با هم بزرگ‌شده کمتر از یک است؛ کسانی هم که نسبت زیست‌شناختی دارند و با هم بزرگ شده‌اند، بیش از کسانی که نسبت زیست‌شناختی دارند و جدا از هم بزرگ شده‌اند، به یکدیگر شبیه‌اند؛ بین هوشبهرهای کسانی که نسبت زیست‌شناختی ندارند ولی با هم بزرگ شده‌اند نیز همبستگی معناداری وجود دارد» (صص ۶۱ـ ۶۰).

حتی اگر تخمین‌های ارثی بودن ۱۰۰ درصد بود نیز این امکان رد نمی‌شد که هوشبهر می‌تواند تغییر کند. وضعیت محیطی می‌تواند برخی «صفات ژنتیکی» مثل قد را تحت تاثیر قرار دهد و با مداخلهٔ محیطی می‌توان اختلالات ژنتیکی را مهار و حتی معالجه کرد. در حقیقت، ارثی بودن هوش در مدت عمر ثابت نیست؛ ارثی بودن هوش در دوران طفولیت ۲ درصد است، در جوانی ۶۰ درصد و در سالمندی ۸۰ درصد (دیری و دیگران، ۲۰۱۰؛ پتریل[1]، ۲۰۰۵).

این نشان می‌دهد محیط بر هوش کودکان تاثیر بیشتری می‌گذارد تا بر هوش بزرگسالان و این امکان را پیش می‌کشد که مداخله در سنین پایین‌تر می‌تواند نمرات هوشبهر را بالا ببرد. تحقیقات انجام‌شده در زمینهٔ اثربخشی مداخلات روان‌شناختی برای بهبود نمرات هوشبهر، پاره‌ای فواید یا تغییرات کوتاه‌مدت را تایید کرده ولی نتایج این تحقیقات در مجموع متفاوت بوده است (کمفاس، ۱۹۹۳؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶). به‌رغم نتایجی که گاهی اوقات مأیوس‌کننده بوده‌اند، نظر کلی این است که باید محیط مطلوبی فراهم آوریم تا افراد بفهمند تحقق ظرفیت فطری‌شان، هدف معقول و ارزشمندی است (به کادر ۳ـ ۷ مراجعه کنید).

کادر ۳ـ ۷ : مفهوم وراثتی بودن

ارتفاع درختان همیشه سبز در تصویر الف متفاوت و متغیر است. به میزان تفاوت ارتفاع آنها، واریانس می‌گویند. اما علت این واریانس چیست؟ بخشی از آن معلول وراثت است. اما برای آنکه بفهمیم چقدر از آن معلول وراثت است، وضعیت محیطی مانند خاک و آب و نور خورشید را (که با سایه‌روشن‌های زمین نشان داده شده‌اند) یکسان می‌کنیم. سپس نمونه‌ای تصادفی از دانه‌های درختان تصویر الف را انتخاب می‌کنیم و آنها را در محیط ب، با عوامل محیطی یکسان، می‌کاریم. سپس صبر می‌کنیم تا درخت‌ها بزرگ شوند. سرانجام متوجه می‌شویم که میزان تغییر و تنوع در تصویر ب کمتر از تصویر الف است. این تغییر و تنوع کمتر نشان می‌دهد منابع محیطی واریانس، حذف شده است؛ زیرا وضعیت محیطی در تصویر ب برابر و یکسان شده است. بقیهٔ واریانس تصویر ب کاملاً معلول عوامل ژنتیکی است. بنابراین ارثی بودن ارتفاع در تصویر الف برابر است با واریانس ب (یعنی میزان تنوع و تغییر استنادشدنی به عوامل ژنتیکی) تقسیم بر واریانس الف (یعنی کل تنوع جمعیت).

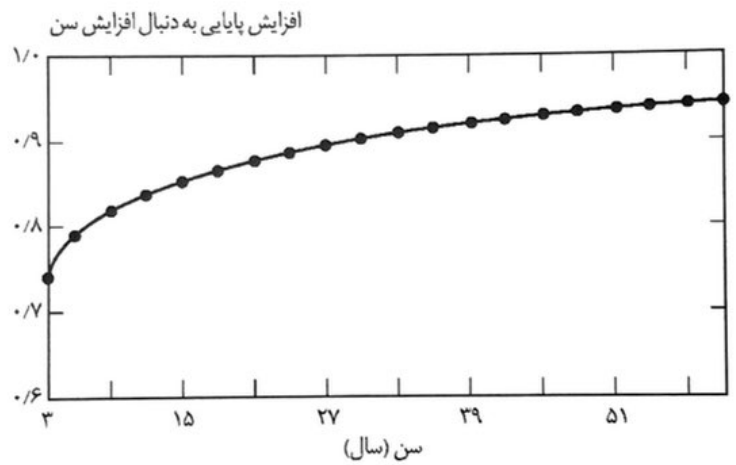


منبع: کتاب روان‌شناسی نوشتهٔ هنری گلایتمن

1. Petrill

خلاصه اینکه بحث تاثیرات ژنتیکی و تاثیرات محیطی، بحث یا این/یا آن نیست. بدیهی است هر دو در شکل‌گیری و بروز هوش موثر است. متخصصان وراثت رفتاری ادعا نمی‌کنند که محیط در هوشبهر نقش ندارد؛ بلکه داده‌های آنها به وضوح از دخالت عوامل محیطی خبر می‌دهد و می‌گویند باید دربارهٔ ماهیت عوامل محیطی و تاثیر آنها بر شکل‌گیری هوش، تحقیقات بیشتری صورت گیرد (دیری و دیگران، ۲۰۱۰؛ پتریل، ۲۰۰۵).

ثبات نمرات هوش و اثر «فلین». همان‌طور که قبلاً گفتیم، یکی از روش‌های سنجش پایایی یک ابزار اندازه‌گیری، محاسبهٔ همبستگی آزمون ـ بازآزمون است. به این ترتیب می‌فهمیم نمرات این ابزار اندازه‌گیری طی زمان چقدر ثبات دارد. همان‌طور که شوئرگر و ویت[1] (۱۹۸۹) گفته‌اند، نمرات هوشبهر کودکان در مقایسه با نمرات هوشبهر بزرگسالان، ثبات کمتری دارد. این یافته با این ادعا همخوانی دارد که نمرات هوشبهر کودکان، بیش از نمرات هوشبهر بزرگسالان تحت تاثیر محیط قرار می‌گیرد. دیگر اینکه فاصلهٔ طولانی‌تر بین آزمون ـ بازآزمون (برای مثال فاصلهٔ ۱۰ ساله در مقابل فاصلهٔ ۱ ساله) به تخمین‌هایی منتهی می‌شود که پایایی/ثبات کمتری دارد که این هم خیلی تعجب‌آور نیست. نمودار ۳ـ۷ نشان می‌دهد که ثبات نمرات هوشبهر تابع سن است.



نمودار ۳ـ۷: نمودار رابطهٔ سن و ثبات.

منبع: شوئرگر و ویت؛ «ثبات زمانی و هوش انفرادی آزموده‌شده»، جلد ۵۴، ص ۳۰۰، ***Journal of Clinical Psychology***

این یافته‌ها تلویحات آشکاری دارد. روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند فرض کنند که یک نمرهٔ هوشبهر واحد می‌تواند میزان هوش فرد در مدت عمرش را دقیقاً مشخص کند. نمرات هوشبهر تغییر می‌کند، به‌ویژه نمرات هوشبهر کودکان. به همین دلیل، روان‌شناسان بالینی معمولاً در گزارش‌های خود، «سطح فعلی کارکرد عقلانی» شخص را مشخص می‌کنند. نمرهٔ فرد از عوامل مختلفی (مثل بیماری یا تغییرات انگیزشی و هیجانی) تاثیر می‌پذیرد.

در نهایت بد نیست به ***اثر فلین*** نیز اشارهٔ کوتاهی کنیم (فلین، ۱۹۸۴؛ فلین و وایس[2]، ۲۰۰۷). منظور از اثر فلین، این یافتهٔ تجربی است که از سال ۱۹۷۲ به بعد، نمرات هوشبهر امریکایی‌ها به‌طور متوسط هر دهه سه نمره افزایش یافته است. برای این افزایش دلایل مختلفی می‌توان ذکر کرد؛ از باهوش‌تر شدن مردم تا این دلیل که انسان معاصر بیشتر در معرض آزمون‌های هوش قرار می‌گیرد یا شباهت داشتن تکالیف شناختی [آزمون‌های هوش] با تکالیف زندگی روزمره (هانت، ۲۰۱۰). صرف‌نظر از اینکه اثر فلین معلول تعلیم و تربیت است یا

1. Schuerger and Witt
2. Flynn and Weiss

معلول چیز دیگری، روان‌شناسان بالینی باید از جدیدترین اطلاعات هنجاری استفاده کنند تا از مقایسهٔ درست اشخاص با همسالان و هم‌دوره‌ای‌هایشان مطمئن شوند.

هوش‌سنجی بالینی

در این قسمت، برخی از پرمصرف‌ترین آزمون‌های هوش کودکان و بزرگسالان را به اختصار توضیح می‌دهیم.

مقیاس‌های استنفورد ـ بینه

تا سال‌ها مقیاس بینه، مقیاس مرجع بود. این مقیاس پس از نخستین انتشار آن در سال ۱۹۰۵، بارها تجدیدنظر شد. پس از بازنگری ترمن در سال ۱۹۱۶، نسخهٔ بازنگری‌شده این آزمون در سال ۱۹۳۷ با عنوان مقیاس استنفورد ـ بینه منتشر شد (ترمن و مریل[1]، ۱۹۳۷). نسخهٔ سال ۱۹۶۰ مقیاس استنفورد ـ بینه (ترمن و مریل، ۱۹۶۰) هم راه را برای بیرون آمدن جعبهٔ این آزمون در سال ۱۹۷۲ که هنجارهای آن بازنگری شده بود، هموار کرد. پس از آن هم ویراست چهارم این مقیاس در سال ۱۹۸۶ منتشر شد (ثورندایک، هیگن و ستلر[2]، ۱۹۸۶). جدیدترین نسخهٔ این مقیاس هم *ویراست پنجم استنفورد ـ بینه* (SB-5) است (روید[3]، ۲۰۰۳).

توصیف. ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه همچون نسخهٔ سال ۱۹۸۶ آن بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی هوش منتشر شده است. ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه به‌ویژه، پنج عامل شناختی عمومی را می‌سنجد و برای هر عامل، مجموعه‌ای از فعالیت‌های کلامی و غیرکلامی فرعی دارد (روید و پامپلون[4]، ۲۰۰۵). [این پنج عامل شناختی عمومی عبارت است از:]

۱. *استدلال روان*، شامل توانایی حل مسائل جدید که از طریق زیرآزمون‌های مربوطه اندازه‌گیری می‌شود؛
۲. *استدلال کمّی*، شامل توانایی حل مسائل رقمی و کلامی و فهم مفاهیم عددی بنیادی؛
۳. *پردازش دیداری*، شامل توانایی دیدن رابطهٔ بین اشیا، تشخیص جهت فضایی و تحلیل الگو؛
۴. *حافظهٔ کاری*، شامل توانایی پردازش و نگهداری اطلاعات کلامی و غیرکلامی و تفسیر آنها؛
۵. *دانش*، شامل توانایی جذب اطلاعات عمومی انباشته‌شده طی زمان از طریق تجربه در خانه، مدرسه، کار یا در مجموع، محیط.

هر زیرآزمون، چند ماده دارد که سطح دشواری آنها را از ۲ سالگی تا بزرگسالی تعیین می‌کند. این نسخهٔ مقیاس استنفورد ـ بینه از یک روش آزمون‌گیری انطباقی به نام آزمون‌گیری چندمرحله‌ای استفاده می‌کند. آزمون‌گیرنده ابتدا دو «زیرآزمون تعیین»، با عنوان ماتریس‌های رشته‌ها ـ شیء و زیرآزمون خزانهٔ لغات را می‌دهد. دلیل آنکه نام این دو را زیرآزمون‌های تعیین گذاشته‌اند این است که عملکرد آزمون‌دهنده در دو زیرآزمون غیرکلامی و کلامی، به ترتیب کمک می‌کند نقطهٔ ورود (یعنی اینکه از کدام ماده شروع کنیم) تعیین شود. این تخمین توانایی مقدماتی کمک می‌کند نقطهٔ شروع یا مدخل زیرآزمون‌های بعدی را بهتر تعیین کنیم و احتمالاً به آزمون‌گیری موثرتری منتهی می‌شود تا اتکای صرف به سن تقویمی به عنوان معیار شروع. بنابراین به تمام آزمودنی‌های هم‌سن، ماده‌های مشابهی داده نمی‌شود. دیگر ویژگی‌های منحصربه‌فرد ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه، نداشتن محدودیت زمانی در اغلب ماده‌ها است. همچنین بابت وقت اضافی امتیاز داده نمی‌شود و تعلیم ماده‌ها (ماده‌های تمرینی) به عنوان تکالیف جدید اجرا می‌شود (روید و پومپلون، ۲۰۰۵).

هنجاریابی. هنجاریابی نهایی ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه، ۴۸۰۰ شرکت‌کننده از سنین ۲ تا ۹۶ ساله داشت. شرکت‌کنندگان به کمک آمار و ارقام سال ۲۰۰۱ ادارهٔ سرشماری امریکا بر مبنای ناحیهٔ جغرافیایی، اندازهٔ جامعه، گروه قومی، گروه سنی و جنسیت نمونه‌گیری شدند. پایگاه اجتماعی اقتصادی آنها نیز در نظر گرفته شد. در ضمن، ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه روی تقریباً ۱۴۰۰ نفر از

1. Terman and Merrill
2. Thorndike, Hagen and Sattler
3. Roid
4. Pomplun

جمعیت‌های خاص (مثل افراد دچار عقب‌ماندگی ذهنی، ناتوانایی‌های یادگیری، اختلال کمبود توجه یا اختلالات گفتاری/شنوایی) هم اجرا شد تا از سودمندی بالینی نمرات، اطمینان حاصل شود.

پایایی و اعتبار . تحلیل‌های روان‌سنجی، از پایایی و اعتبار نمرات ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه حمایت می‌کند (روید و پومپلون، ۲۰۰۵). پایایی‌های سازواری درونی برای نمرات هوشبهر از ۰/۹۵ تا ۰/۹۸ و برای نمرات شاخص پنج عامل از ۰/۹۰ تا ۰/۹۲ است. پایایی‌های بازآزمون برای تمام گروه‌های سنی هم در مجموع بالا بوده است؛ برای نمرات عامل ۰/۸ به بالا و برای نمرات هوشبهر، ۰/۹ به بالا.

درباره نمرات ترکیبی ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه هم شواهد زیادی به دست آمده است (روید و پومپلون، ۲۰۰۵). برای مثال، همبستگی نمرات هوشبهر حاصل از ویراست پنجم این مقیاس، و نمرات ویراست چهارم آن در سال ۱۹۸۶، ۰/۹ بود. همبستگی ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه و چند مقیاس وکسلر (که بعداً آنها را توضیح می‌دهیم) هم برای کودکان، ۰/۸۴ و برای بزرگسالان، ۰/۸۲ بوده است. همبستگی نمرات حاصل از ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه و آزمون‌های پیشرفت هم جالب است. بنابراین، ملاکِ رابطه با دیگر آزمون‌های مقبول هوش و پیشرفت، از اعتبار ویراست جدید استنفورد ـ بینه خبر می‌دهد. سرانجام اینکه شرکت‌کنندگان دچار ناتوانایی‌های یادگیری، عقب‌ماندگی ذهنی یا اختلال کمبود توجه را هم بر مبنای نمراتشان در ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه می‌توان به شکلی پایا طبقه‌بندی و از همسالانشان تشخیص داد.

مقیاس‌های وکسلر

دیوید وکسلر در سال ۱۹۳۹ به دلیل ضعف نسخه‌های قدیمی مقیاس استنفورد ـ بینه بر آن شد مقیاس هوش وکسلر ـ بلویو را تهیه کند. این مقیاس برای بزرگسالان تهیه شد؛ محتوای ماده‌های مقیاس هوش وکسلر ـ بلویو بیش از محتوای ماده‌های مقیاس بینه که مدرسه‌ای بود، برای بزرگسالان مناسب بود و در آنها انگیزهٔ بیشتری ایجاد می‌کرد. مقیاس هوش وکسلر ـ بلویو برخلاف مقیاس استنفورد ـ بینه که ماده‌هایش برای مبنای سطح سنی تنظیم شده بود، ماده‌هایش در قالب زیرآزمون‌ها گروه‌بندی می‌شد. برای مثال، تمام ماده‌های حساب را در یک زیرآزمون قرار داده بود و دشواری ماده‌ها به تدریج بیشتر می‌شد. در ضمن، یک مقیاس عملکرد و یک مقیاس کلامی هم داشت (که هر یک به ترتیب، پنج و شش زیرآزمون داشتند). در کنار هوشبهر کل مقیاس، برای هر مقیاس فرعی هم یک هوشبهر محاسبه می‌شد. شمول منظم ماده‌های عملکردی، تاکید افراطی بر آن دسته از ماده‌های کلامی را تعدیل کرده بود که سودمندی نسخه‌های قدیمی مقیاس استنفورد ـ بینه برای جمعیت‌های خاص را کم می‌کرد.

وکسلر بحث هوشبهر انحرافی را هم پیش کشید. در این رویکرد که قبلاً به آن اشاره کردیم، فرض بر توزیع بهنجار هوش و مقایسهٔ افراد با همسالانشان است. در واقع، عملکرد شخص ۱۵ ساله با عملکرد ۱۵ ساله‌ها مقایسه می‌شود. در این روش، هوشبهر ۱۰۰، از لحاظ آماری برای تمام اشخاص، صرف‌نظر از سن آنها، میانگین محسوب می‌شود.

ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر

توصیف . نسخهٔ جدید مقیاس وکسلر ـ بلویو با عنوان مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS)، نخستین بار در سال ۱۹۵۵ منتشر شد. ویراست تجدیدنظرشدهٔ آن هم با عنوان WAIS-R در سال ۱۹۸۱ منتشر شد. ***ویراست سوم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر*** (WAIS-III) نیز در سال ۱۹۹۷ وارد بازار شد و جدیدترین نسخهٔ آن به نام ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS-IV) در سال ۲۰۰۸ (لیختنبرگر و کافمن[1]، ۲۰۰۹؛ وکسلر، ۲۰۰۸).

تحول مهمی که ابتدا در ویراست سوم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر رخ داد و بعداً در ویراست چهارم این مقیاس تداوم یافت، گنجاندن ***ماده‌های معکوس*** در چند زیرآزمون بود. تمام آزمون‌دهندگان در این زیرآزمون‌ها با دو مادهٔ پایهٔ مشابه

1. Lichtenberger and Kaufman



نمودار ۴ـ۷: دیوید وکسلر در سال ۱۹۳۹، مقیاس هوش وکسلر-بلویو را منتشر کرد. نسخه‌های بعدی این آزمون یکی از پرمصرف‌ترین فنونِ سنجشِ کارکرد عقلانی شد.

شروع می‌کنند. ماده‌های بعدی به فراخور سطح عملکرد آزمون‌دهنده در ماده‌های پایه، به شکل معکوس اجرا می‌شود تا آنکه برای دو مادهٔ متوالی، نمرهٔ کامل گرفته شود. هدف این تحول هم تعیین سطح توانایی آزمون‌دهنده به شکل هرچه موثرتر بود، بدون اجرای ماده‌هایی که تا حد زیادی زیر سطح توانایی شخص است. نوآوری دیگر، توان ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر برای تولید *نمرات شاخص*، علاوه بر نمرهٔ هوشبهر کل مقیاس است. با اجرای ۱۵ زیرآزمون (شامل زیرآزمون‌های جدید جورچین‌های دیداری، وزنه‌های شکلی و حذف کردن؛ قسمت زیر را بخوانید)، چهار نمرهٔ شاخص محاسبه می‌شود که عبارت است از: درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش. این نمرات شاخص، عوامل توانشی اصلی را منعکس می‌کند که زیر نمرات زیرآزمون‌های فرعی ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر قرار دارد. به این ترتیب، نمرات شاخص، ارزیابی مشروح‌تری از قوت‌ها و ضعف‌های آزمون‌دهنده در تکالیف ارائه می‌دهد.

در قسمت زیر، ۱۵ زیرآزمون مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر و مقیاس شاخص متناظر با هر زیرآزمون را می‌خوانید که در پرانتز نوشته شده است.

۱. ***خزانهٔ لغات (درک کلامی)***. در اینجا آزمون‌دهنده باید کلماتی را تعریف کند که به تدریج سخت‌تر می‌شود. این زیرآزمون همبستگی بالایی با هوشبهر کل آزمون دارد و عده‌ای احساس می‌کنند تا حد زیادی همان عامل عمومی (g) را اندازه می‌گیرد.

۲. ***شباهت‌ها (درک کلامی)***. این زیرآزمون از چند ماده تشکیل شده است و آزمون‌دهنده برای هر ماده باید توضیح دهد که دو شیء چه شباهتی با هم دارند. این زیرآزمون مستلزم توانایی بنیادی انتزاع و ایجاد مفاهیم است.

۳. ***حساب (حافظهٔ کاری)***. ماده‌های این زیرآزمون، شبیه مسئله‌های بیشتر کتاب‌های ریاضی است. ماده‌های آن شفاهی اجرا می‌شود و آزمون‌دهنده حق ندارد از کاغذ و قلم استفاده کند.

۴. ***فراخنای رقم (حافظهٔ کاری)***. این زیرآزمون، حافظهٔ کوتاه‌مدت و توجه را اندازه می‌گیرد. آزمون‌گیرنده سه رشته رقم را با صدای بلند می‌خواند. در فهرست اول، آزمون‌دهنده باید ارقام را به همان ترتیبی تکرار کند که آزمون‌گیرنده خوانده است. در فهرست دوم باید رقم‌ها را معکوس تکرار کند. در فهرست سوم نیز باید رقم‌ها را رو به بالا برای آزمون‌گیرنده تکرار کند.

۵. ***اطلاعات (درک کلامی)***. در این زیرآزمون، با چند سوال کوتاه، دانش شخص بررسی می‌شود که حاصل زندگی روزمره و تعاملات فرهنگی است.

۶. ***درک مطلب (درک کلامی، زیرآزمون تکمیلی)***. آزمون‌دهنده در ماده‌های این زیرآزمون توضیح می‌دهد که چرا فلان روش‌ها را دنبال می‌کند، ضرب‌المثل‌ها را تفسیر می‌کند و می‌گوید که در فلان وضعیت باید چه کار کرد. ماده‌های این زیرآزمون، عقل عام و قوهٔ قضاوت عملی فرد در حل یک مسئله را اندازه می‌گیرد. این یک زیرآزمون تکمیلی برای نمرات هوشبهر محسوب می‌شود.

۷. ***توالی حرف ـ عدد (حافظهٔ کاری، زیرآزمون تکمیلی)***. این زیرآزمون از ماده‌هایی تشکیل شده است که حافظهٔ کاری و توجه را می‌سنجد. ترکیبی از اعداد و حروف خوانده می‌شود

و آزمون‌دهنده باید ابتدا اعداد را رو به بالا به یاد آورد، سپس حروف را به ترتیب الفبا. هر ماده از سه ترکیب عددی و حروفی متفاوت تشکیل شده است. این هم زیرآزمون تکمیلی برای نمرات هوشبهر است.

۸. ***تکمیل تصویر*** *(استدلال ادراکی، زیرآزمون تکمیلی)*. این زیرآزمون فرعی از کارت‌های رنگی تشکیل شده که هر یک حاوی تصویری ناقص است. آزمون‌دهنده باید نقص آن را تشخیص دهد. این عمل مستلزم تمرکز و توجه به جزییات و ناهمخوانی‌ها است. این یک زیرآزمون تکمیلی برای نمرات هوشبهر است.

۹. ***رمزبندی*** *(سرعت پردازش)*. در این تکلیف جانشین‌سازی رمز، آزمون‌دهنده به کمک یک کلید، رمز مناسب را در جاهای خالی زیرمجموعه‌ای طولانی از اعداد می‌گذارد. این زیرآزمون مستلزم آن است که آزمون‌دهنده به شیوهٔ مستقیم و یک‌بُعدی عمل کند.

۱۰. ***طراحی با مکعب‌ها*** *(استدلال ادراکی)*. آزمون‌دهنده باید نُه مکعب را مشابه تصویر مکعب‌ها در کارت بچیند. این تکلیف، به هماهنگی دیداری ـ حرکتی و توان ترکیب تحلیل نیاز دارد.

۱۱. ***استدلال ماتریسی*** *(استدلال ادراکی)*. این زیرآزمون از چند ماده تشکیل شده است که پردازش اطلاعات دیداری و مهارت‌های لازم برای استدلال انتزاعی را اندازه می‌گیرد.

۱۲. ***نمادیابی*** *(سرعت پردازش)*. این زیرآزمون حاوی ماده‌هایی است که از پاسخ‌دهنده می‌خواهد نشان دهد آیا نمادِ محرک در میان نمادهای ارائه‌شده هست یا نه.

۱۳. ***جورچین‌های دیداری*** *(استدلال ادراکی)*. این زیرآزمون جدید، از آزمون‌دهنده می‌خواهد با کنار هم چیدن قطعات یک جورچین، تصویری را بازسازی کند که به او نشان داده می‌شود.

۱۴. ***وزنه‌های شکلی*** *(استدلال ادراکی، زیرآزمون تکمیلی)*. در این زیرآزمون جدید، از آزمون‌دهنده می‌خواهند به تصویر دوبُعدی ترازویی نگاه کند که برخی وزنه‌های آن نیست و با انتخاب وزنه‌های لازم، ترازو را در حالت تعادل نگه دارد. این هم یک زیرآزمون تکمیلی برای نمرات هوشبهر است.

۱۵. ***حذف کردن*** *(سرعت پردازش، زیرآزمون تکمیلی)*. در این زیرآزمون جدید، آزمون‌دهنده باید چند شکل رنگی را ببیند و شکل‌های هدف را علامت بزند. این یک آزمون تکمیلی برای نمرات هوشبهر است.

به دست آوردن هوشبهر کلی مقیاس و نمرات شاخص. نمرات خام هر یک از زیرآزمون‌ها بعداً به نمرات مقیاس‌بندی‌شده تبدیل می‌شود؛ یعنی نمرات استانداردشده برای هر گروه سنی. با افزودن نمرات مقیاس‌بندی‌شدهٔ زیرآزمون‌ها به یکدیگر و تبدیل حاصل‌جمع آنها به هم‌ارزهای هوشبهری نیز هوشبهر کلی مقیاس و نمرات شاخص محاسبه می‌شود. نمرات زیرآزمون‌های تکمیلی فقط وقتی در محاسبات استفاده می‌شود که جایگزین یک یا چند مورد از زیرآزمون‌های اصلی شده باشد. جدول ۴ـ۷ فهرستی از زیرآزمون‌های ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر است که برای محاسبهٔ هوشبهر کلی مقیاس و هر یک از نمرات شاخص استفاده می‌شود؛ نمرات شاخصی که عبارت است از: درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش.

هنجاریابی. ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر روی یک نمونهٔ ۲۲۰۰ نفری از بزرگسالان اجرا شد که تعداد مردان و زنان آن در هر ۱۳ گروه سنی ۱۶ تا ۹۰ ساله، برابر بود. نمونه بر مبنای سن، جنس، نژاد/قومیت، میزان تحصیلات و ناحیهٔ جغرافیایی لایه‌بندی شده بود و مبنایش، اطلاعات اداره سرشماری امریکا در سال ۲۰۰۵ بود.



نمودار ۵ـ۷: ماده‌ای شبیه ماده‌های زیرآزمون فرعی تکمیل تصویرِ ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر

منبع: این ماده شبیه ماده‌های ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر ***(WAIS-IV)*** است که سال ۲۰۰۸ منتشر شد.

پایایی و اعتبار . میانگین ضریب پایایی نیمه‌ای هوشبهر کلی مقیاس در گروه‌های سنی، ۰/۹۸ و میانگین ضریب پایایی نیمه‌ای در گروه‌های سنی برای شاخص‌های درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ است. پایایی‌های بازآزمونی با میانگین سه هفته هم ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ برای گروه‌های سنی در زیرآزمون‌های مختلف است.

داده‌ها از اعتبار نمرات ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر حمایت می‌کند (وکسلر، ۲۰۰۸). نمرات زیرآزمون‌های دیگرِ آزمون‌های توانایی شناختی (مثل ویراست سوم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر و ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر) نیز با نمرات زیرمقیاسی هدف در ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر همبستگی بالایی دارد. برای مثال، شاخص حافظهٔ کاری در ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر با دیگر مقیاس‌های اندازه‌گیری‌های توجه و تمرکز، همبستگی بالایی دارد. شاخص درک کلامی ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، با نمرات ابزارهای اندازه‌گیری بیرونی روانی زبان و درک زبانی همبستگی معناداری دارد. سرانجام، حمایت دیگر از اعتبار عاملی ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، مجموعه‌ای از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تاییدی است که در مجموع از چهار عامل پیش‌بینی‌شدهٔ ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (یعنی درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش) و ارتباطات پیش‌بینی‌شدهٔ زیرآزمون‌های این مقیاس و این عوامل حمایت می‌کند.

این مثال نشان می‌دهد اتکای افراطی بر نمرات هوشبهر کلی (هوشبهر کلی مقیاس) می‌تواند گمراه کننده باشد. اگرچه نمرات کلی آقای رایان در حد متوسط بود، اما بررسی عمیق‌تر نمرات زیرآزمون‌ها و نمرات شاخص او نشان می‌داد چند

جدول ۴ـ۷: زیرآزمون‌های ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر و هوشبهر یا نمرات شاخص هر یک از آنها

	نمرهٔ هوشبهر یا نمرهٔ شاخص				
	هوشبهر کلی مقیاس	درک کلامی	استدلال ادراکی	حافظهٔ کاری	سرعت پردازش
زیرآزمون					
خزانهٔ لغات	✓	✓			
رمزبندی	✓				
شباهت‌ها	✓	✓			✓
طراحی با مکعب‌ها	✓		✓		
حساب	✓			✓	
استدلال ماتریسی	✓		✓		
فراخنای رقم	✓			✓	
اطلاعات		✓			
تکمیل تصویر			○		
درک مطلب		○			
وزنه‌های شکلی			○		✓
نمادیابی	✓				
جورچین دیداری	✓		✓		
توالی حرف ـ عدد				○	
حذف کردن					○

توجه: علامت ✓ نشان می‌دهد درباره زیرآزمون‌هایی که برای محاسبهٔ هوشبهر یا نمرهٔ شاخص استفاده می‌شود، نمرات مقیاس‌بندی‌شده وجود دارد. علامت ○ هم نشانگر نمرات مقیاس‌بندی‌شده‌ای است که اگر زیرآزمون‌های شاخص ویژه اجرا نشود، می‌توانیم به جای زیرآزمون‌های شاخص ویژه از آنها استفاده کنیم.

محدودیت و ضعف شناختی دارد. به همین دلیل باید اختلافات نمرات زیرآزمون‌ها، نمرهٔ هوشبهر کلی مقیاس و نمرات شاخص، محاسبه و تفسیر شود تا تصویر بالینی دقیقی از توانایی‌های شناختی آزمون‌دهنده ترسیم شود.

ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر

مقیاس هوش کودکان وکسلر (WISC) نخستین بار در سال ۱۹۴۹ منتشر شد و در سال‌های ۱۹۷۴ و ۱۹۹۱ (وکسلر، ۱۹۹۱) دو بار تجدیدنظر شد. آخرین نسخهٔ آن هم با عنوان *ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر* (WISC-IV) در سال ۲۰۰۳ منتشر شد (وکسلر، ۲۰۰۳). ویراست چهارم هوش کودکان وکسلر که برای کودکان ۶ تا ۱۶ ساله تهیه شده، حاوی ده زیرآزمون اصلی و پنج زیرآزمون تکمیلی است. ویراست چهارم هوش کودکان وکسلر همچون نسخه‌های قبلی آن از بسیاری جهات، بسط نزولی مقیاس‌های هوش بزرگسالان وکسلر محسوب می‌شود (ژو و وایس[1]، ۲۰۰۵).

توصیف . ویراست چهارم هوش کودکان وکسلر، ساختاری سلسله‌مراتبی دارد و در آن هر زیرآزمون، چهار شاخص اصلی را تعریف می‌کند که هوشبهر کلی مقیاس را تشکیل می‌دهد. این الگو را در نمودار ۶-۷ می‌بینید.

۱. ***شاخص درک کلامی*** (VCI)، شامل زیرآزمون‌های شباهت، خزانهٔ لغات و درک مطلب است؛ اطلاعات و استدلال کلامی هم زیرآزمون‌های شاخص درک کلامی تکمیلی هستند. شاخص درک کلامی، شاخص استدلال کلامی و درک مطلب است.

۲. ***شاخص استدلال ادراکی*** (PRI)، شامل زیرآزمون‌های طراحی با مکعب‌ها، مفاهیم تصویری و استدلال ماتریسی است، در حالی که زیرآزمون تکمیل تصویر در حال حاضر، زیرآزمون تکمیلیِ شاخص استدلال ادراکی است. شاخص استدلال ادراکی، شبیه شاخص هوشبهر عملکردی در آزمون‌های قبلی وکسلر است با این تفاوت که تاکید بسیار کمتری بر عملکرد سریع و مهارت حرکتی دارد.

۳. ***شاخص حافظهٔ کاری*** (WMI)، از زیرآزمون‌های فراخنای رقم و توالی حرف-عدد تشکیل می‌شود و زیرآزمون حساب، هم‌اکنون زیرآزمون تکمیلی شاخص حافظهٔ کاری محسوب می‌شود. شاخص حافظهٔ کاری، شبیه شاخص عدم حواس‌پرتی در ویراست سوم مقیاس هوش کودکان وکسلر (وکسلر، ۱۹۹۱) است. شاخص حافظهٔ کاری، توانایی کودک در نگه‌داشتن اطلاعات در هشیاری، اجرای عملیات و تولید نتیجه (برای مثال، تکرار وارونهٔ ارقامی که آزمون‌گیرنده می‌خواند) را اندازه می‌گیرد.

۴. ***شاخص سرعت پردازش*** (PSI)، از دو زیرآزمون رمزبندی و نمادیابی و زیرآزمون جدید حذف کردن، به عنوان زیرآزمون تکمیلی تشکیل می‌شود. شاخص سرعت پردازش کم در ویراست سوم مقیاس هوش کودکان وکسلر هم وجود داشت که سرعت پردازش اطلاعات را می‌سنجد و مستلزم تکالیف زمان‌بندی‌شده است.

هنجاریابی . داده‌های هنجاری ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر از نمونهٔ هنجاریابی متشکل از ۲۲۰۰ مورد گرفته شد که معرف جمعیت کودکان امریکا بود. موردها بر اساس اطلاعات اداره سرشماری امریکا در سال ۲۰۰۰ انتخاب شدند تا معرف جمعیت کودکان امریکا باشند. در این نمونه، نسبت نژادی/قومی، ناحیهٔ جغرافیایی و تحصیلات والدین رعایت شده بود. نمونه از ۱۱ گروه سنی (۶ تا ۱۶ ساله) تشکیل شده بود و در هر گروه سنی ۲۰۰ کودک (۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) وجود داشت.

پایایی و اعتبار . وکسلر (۲۰۰۳) گزارش داد میانگین پایایی‌های دونیمه (در میان گروه‌های سنی) برای شاخص درک کلامی، شاخص استدلال ادراکی، شاخص حافظهٔ کاری، شاخص سرعت پردازش و کل مقیاس در ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر، به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۸۸، و ۰/۹۷ است. میانگین پایایی‌های دونیمه برای زیرآزمون‌ها هم ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ بود. پایایی‌های بازآزمون (با میانگین فاصلهٔ زمانی ۳۲ روز برای آزمون‌گیری) در گروه‌های سنی مختلف هم نسبتاً بالا بود. همچنین درباره اعتبار، نمرات ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان، با نمرات دیگر ابزارهای اندازه‌گیری هوش، همبستگی

1. Zhu and Weiss

شرح کوتاه یک مورد : ارزیابی عقلی

شرح حال کوتاه زیر، برگرفته از گزارش یک روان‌شناس بالینی به پزشک مراقبت‌های اولیه است که شخص مورد نظر را به او ارجاع داده بود. پزشک از روان‌شناس خواسته بود شخص را از نظر محدودیت‌های شناختی، به‌ویژه در زمینهٔ حافظهٔ کوتاه‌مدت و توجه، ارزیابی کند. گزارش کرده بودند که بیمار در شغل جدیدش، رانندگی لیفت‌تراک در انبار، مشکل دارد. به‌ویژه اینکه به اندازهٔ سهم‌اش کار نمی‌کند و برخی کارهای محوله را «فراموش» می‌کند. در اینجا فقط نتایج آزمون ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان و تفسیر آنها را نوشته‌ایم.

بیمار: آدام رایان (که یک اسم ساختگی است)
سن : ۲۸ سال؛ تحصیلات: دیپلم دبیرستان
وضعیت تأهل: مجرد

رفتار هنگام اجرای آزمون : آقای رایان در تمامی جنبه‌های آزمون‌گیری همکاری کرد و تکالیف را با جدیت و پشتکار انجام داد. او به‌طور خودجوش گفت در نتیجهٔ فراموش‌کاری، «مشکلات زیادی» پیدا کرده است. در ضمن آقای رایان در برخی زیرآزمون‌ها که مستلزم نگهداری اطلاعات جدید و تکرار آنها (فراخنای رقم) یا عملیات انجام دادن روی اطلاعات (حساب) بود، ناراحت به نظر می‌رسید.

کارکرد عقلی : طبق نمرات حاصل از اجرای ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر روی آقای رایان، هوش او در حد متوسط و هوشبهر کلی مقیاس او ۱۰۰ است. اما بررسی نمرات زیرآزمون‌ها و نمرات شاخص از تغییرپذیری زیاد خبر می‌داد. فهرست کامل نمرات آقای رایان را در قسمت زیر می‌خوانید:

زیرآزمون‌های درک کلامی

خزانهٔ لغات	۱۲
شباهت‌ها	۱۳
اطلاعات	۱۱
(درک مطلب)	(۱۲)

زیرآزمون‌های حافظهٔ کاری

حساب	۷
فراخنای رقم	۶
(توالی حرف ـ عدد)	(۵)

زیرآزمون‌های استدلال ادراکی

طراحی با مکعب‌ها	۱۰
استدلال ماتریسی	۱۰
جورچین‌های دیداری	۱۰
(تکمیل تصویر)	(۱۲)
(وزنه‌های شکلی)	(۱۰)

زیرآزمون‌های سرعت پردازش

نمادیابی	۹
رمزبندی	۹
(حذف کردن)	(۱۰)

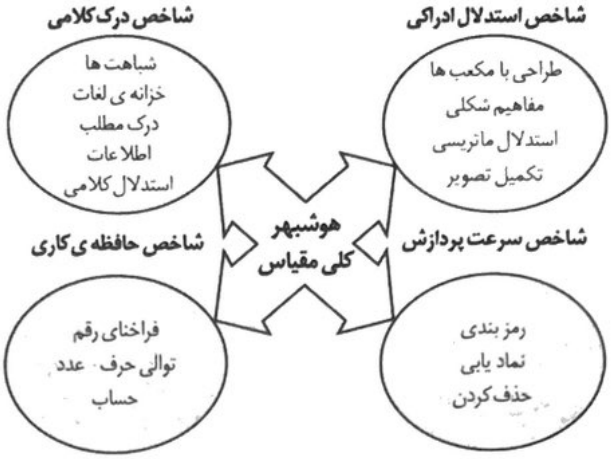
نمرات ترکیبی

هوشبهر کلی مقیاس	۱۰۰
شاخص درک کلامی	۱۱۰
شاخص سازمان ادراکی	۱۰۳
شاخص حافظهٔ کاری	۷۵
شاخص سرعت پردازش	۹۳

نمرات آقای برایان در درک کلامی، استدلال ادراکی و سرعت پردازش در حد متوسط بود ولی نمراتش در حافظهٔ کاری، مرزی بود. او در زیرآزمون‌هایی ضعیف بود که به توجه، حافظهٔ کوتاه‌مدت و پردازش اطلاعات جدید نیاز داشتند.

بالایی دارد (برای مثال با ویراست سوم مقیاس هوش کودکان وکسلر). وانگهی، نتایج مجموعه‌ای از مطالعات که در آنها ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر روی گروه‌های خاصی از کودکان اجرا شده بود (مثل کودکان بااستعداد، کودکان دچار ناتوانایی‌های یادگیری، کودکان دچار اختلال حرکتی) در مجموع با انتظارات، با تحقیقات قبلی انجام‌شده روی این جمعیت‌ها و با محتوای زیرآزمون‌ها و شاخص‌های ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر سازواری داشت (وکسلر، ۲۰۰۳).

سرانجام اینکه تحلیل‌های عاملی نشان می‌دهد رابطهٔ میان ۱۵ نمرهٔ زیرآزمون‌ها را با چهار عامل می‌توان توضیح داد (عواملی که با شاخص درک کلامی، شاخص استدلال ادراکی، شاخص حافظهٔ کاری و شاخص سرعت پردازش تناظر دارد). بنابراین، تحلیل‌های مورد نظر از الگوی نظری و سازمان ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان حمایت می‌کند (وکسلر، ۲۰۰۳).



نمودار ۶ـ۷: سازمان ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر

توجه: زیرآزمون‌های تکمیلی به شکل ایرانیک نشان داده شده‌اند.

منبع: کتابچهٔ سازمان ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر (۲۰۰۳).

ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر

مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر در سال ۱۹۶۷ تهیه شد و پس از آن ویراست دوم این مقیاس در سال ۱۹۸۹ و ویراست سوم آن در سال ۲۰۰۲ چاپ شد. این مقیاس کاملاً شبیه ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر است ولی به‌طور اختصاصی برای سنجش توانایی عقلی کودکان خردسال طراحی شده است. این مقیاس از دو مجموعه زیرمقیاس تشکیل شده است. یک مجموعه، مختص کودکان ۲ سال و ۶ ماهه تا ۳ سال و ۱۱ ماهه و مجموعهٔ دوم، مختص کودکان ۴ ساله تا ۷ سال و ۳ ماهه است.

ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر در حال حاضر فقط سه شاخص هوشبهر کلی مقیاس، هوشبهر کلامی و هوشبهر عملکردی می‌دهد. این مقیاس برای کودکان چهارساله و بزرگ‌تر، شاخص سرعت پردازش هم می‌دهد. در مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر، نسخه‌هایی از زیرمقیاس‌های مورد استفاده در مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر و مقیاس هوش کودکان وکسلر نیز به کار رفته است (مانند اطلاعات، طراحی با مکعب، الحاق قطعات، رمزبندی، استدلال ماتریسی و غیره). ویراست سوم مقیاس پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر چند زیرمقیاس هم دارد که مخصوص کودکان خردسال‌تر است (مانند خزانهٔ لغات دریافتی، استدلال کلامی، مفاهیم تصویری).

هنجاریابی، پایایی و اعتبار . اطلاعات مربوط به هنجاریابی ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر از ۱۷۰۰ کودک ۲ سال و ۶ ماهه تا ۷ سال و ۳ ماهه گرفته شده بود. پایایی‌های نمرات ترکیبی بالغ بر ۰/۸۹ بود. مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی، همزمان به عنوان ابزار معروف اندازه‌گیری پیشرفت نیز هنجاریابی شد (با عنوان ویراست سوم آزمون پیشرفت انفرادی وکسلر) که امکان مقایسهٔ نزدیک توانایی عقلی و پیشرفت را فراهم آورد و حمایت اعتباری زیادی کسب کرد.

مصرف بالینی آزمون‌های هوش

در قسمت‌های قبل، چند آزمون هوش رایج‌تر را توضیح دادیم. حال وقت آن است که نگاهی به چگونگی استفاده از این آزمون‌ها در محیط‌های بالینی بیندازیم.

تخمین سطح عمومی تعقل . بدیهی‌ترین مصرف آزمون هوش، تخمین سطح عمومی تعقل بیمار است. شایع‌ترین هدف نیز این است که بفهمیم شخص، چقدر هوش عمومی (g) دارد. این سوال معمولاً کمی متفاوت بیان می‌شود. برای مثال پرسیده می‌شود که توان عقلی بیمار چقدر است؟ طرح سوال به این شکل نشان می‌دهد شاید شخص به آن اندازه که توان او نشان می‌دهد، خوب کار نمی‌کند. این توان می‌تواند مبنای اندازه‌گیری پیشرفت‌های فعلی باشد. بنابراین اطلاعاتی دربارهٔ سطح کارکرد فعلی بیمار می‌دهد. همچنین برای تعیین این نکته مفید است که آیا مشکلات تحصیلی کودک، معلول مشکلات شناختی یا سلامت روان او است یا نه، یا اینکه پیشرفت تحصیلی کودک از توانایی شناختی او خیلی کمتر است یا نه (به این مورد در حالت شدید، ناتوانایی یادگیری می‌گویند). از نتایج آزمون توانایی عقلی همچنین می‌توانیم برای تعیین این موضوع بهره بگیریم که فرد پس از وارد آمدن ضربه به سرش، بیمار شدن یا جراحی خاصی که به عملکرد عقلی او آسیب رسانده، چقدر می‌تواند توانایی‌های شناختی‌اش را بازیابد.

اما برای رسیدن به این هدف‌ها، با مشکلات و مغالطاتی روبه‌رو می‌شویم. مورد زیر یک نمونهٔ آن است.

اگرچه این یک مثال است، اما حکم نوک کوه یخ را دارد. این مثال نشان می‌دهد رسیدن به هوشبهر، پایان کار روان‌شناس بالینی نیست، بلکه شروع آن است. نمرهٔ هوشبهر باید تفسیر شود. تفسیر درست و ارزیابی مناسب نمرهٔ هوشبهر، منوط به آگاهی از پیشینهٔ یادگیری بیمار و مشاهدهٔ رفتارش در فرایند آزمون‌گیری است.

پیش‌بینی موفقیت تحصیلی . همان‌طور که گفتیم، اطلاعاتی وجود دارد که از ارتباط نمرات آزمون هوش و موفقیت تحصیلی خبر می‌دهد (هانت، ۲۰۱۱؛ نیسر و دیگران، ۱۹۹۶؛ وانز و دیگران، ۲۰۰۵). تا حدی که هوش از نظر منطقی باید ظرفیت عملکرد تحصیلی خوب را منعکس کند، انتظار موجهی خواهد بود که آزمون‌های هوش، موفقیت تحصیلی را پیش‌بینی کنند. همه هوش را معادل استعداد تحصیلی نمی‌دانند ولی این حقیقت نیز همچنان پابرجا است که کارکرد اصلی آزمون‌های هوش، پیش‌بینی عملکرد تحصیلی است. همچنین باید یادمان باشد که هوش و موفقیت تحصیلی از نظر مفهومی یکی نیستند.

ارزیابی سبک . همان‌طور که گفتیم، علاوه بر موفق شدن یا موفق نشدن مراجع در پاسخ دادن به ماده‌های آزمون، طرز موفق شدن یا نشدن او نیز مهم است. یکی از ارزش‌های مهم آزمون‌های انفرادی هوش، امکان مشاهدهٔ مراجع یا بیمار موقع آزمون دادن است. این نوع مشاهده‌ها در تفسیر هوشبهر بسیار مفید خواهند بود. برای مثال، این پرسش پیش می‌آید که آیا کودک مورد نظر تا حد امکان خوب عمل کرد؟ آیا از شکست و موفق نشدن پرهیز می‌کرد؟ آیا با بیشتر ماده‌های آزمون کشمکش داشت یا آنها را با موفقیت پشت سر می‌گذاشت؟ آیا بی‌انگیزه بود و این بی‌انگیزگی می‌تواند عملکرد او را کاهش داده باشد؟ این نوع پرسش‌ها و تفسیرهای مرتبط با آنها، به نمرهٔ بی‌جان هوشبهر جان می‌بخشد.

پرسش‌های شبیه‌سازی‌شدهٔ زیر که از ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر گرفته شده و پاسخ‌های یک بیمار فرضی به آنها، نمونه‌ای از داده‌هایی است که جدای از درست بودن یا درست نبودن پاسخ‌ها می‌توان به دست آورد.

پرسش: نویسندهٔ **بهشت گم‌شده** کیست؟ (زیرآزمون اطلاعات)
پاسخ: احتمالاً یک مسیحی کاتولیک. اما چون پاپ اوضاع را تغییر داد، نام او را عوض کردند.
پرسش: نگه‌داشتن پول در بانک چه فایده‌ای دارد؟ (زیرآزمون درک مطلب)
پاسخ: فایده‌ای ندارد. دزدهای لعنتی خیلی زیادند. اما یک روز به پول خود می‌رسند.
پرسش: شیر و ببر چه شباهتی دارند؟ (زیرآزمون شباهت‌ها)
پاسخ: خُب، قصه‌اش طولانی است. آنها شباهت دارند؟ می‌دانید، نمی‌توانند با هم جفت شوند*.

مورد هارولد

هارولد قبل از آنکه به کلاس ویژهٔ سال سومی‌های پیشرفتهٔ دبیرستان منتقل شود، مرتب تحت ارزیابی بود. جالب اینجا است که هوشبهر کلی او در ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر، ۱۰۷ بود. این نمره در محدودهٔ متوسط بود ولی زیر نقطهٔ برش برای شرکت در چنین کلاسی محسوب می‌شد. همچنین از تخمین معلمانش بر اساس عملکرد او در کلاس بسیار کمتر بود. بررسی دقیق‌تر نمرات زیرآزمون‌های هارولد نشان داد عملکردش در زیرآزمون طراحی با مکعب‌ها و رمزبندی، به‌طور معناداری از نمرات او در زیرآزمون‌های دیگر کمتر بود. اما مصاحبهٔ پیگیری با هارولد، خیلی چیزها را مشخص کرد. هارولد از دوران کودکی به بعد دچار ضعف عضلانی دست‌ها و ساعد بود. به همین دلیل نمی‌توانست پاسخ‌های حرکتی ظریف و سریع بدهد. اما ضعف خود را با روش‌های زیرکانه‌ای جبران می‌کرد تا دیگران به آن پی نبرند. برای مثال، پاسخ‌های او هنگام طراحی با مکعب‌ها اصولاً کُند، با تأمل و آشفته نبود. هارولد در واقع تظاهر به آشفتگی و گیجی می‌کرد تا مشکلاتش دربارهٔ انجام اعمال حرکتی ظریف را بپوشاند. بدیهی است که در این حالت، نمرهٔ هوشبهر هارولد از ضعف حرکتی او تاثیر بپذیرد که ربطی به عملکرد عقلی او نداشت.

*. این ماده‌های شبیه‌سازی‌شده را شرکت روان‌شناختی (Psychological Corporation) اهدا کرده است. پاسخ‌ها نیز از پاسخ‌های واقعی گرفته شده‌اند.

برخی از روان‌شناسان بالینی جرئت کرده و پا را از محدودهٔ پاره‌ای استنباط‌های محدود شخصیتی فراتر نهاده‌اند. آنها برای هوشبهرها معانی دیگری هم قائل شده‌اند و از طریق مقیاس‌های استنفورد ـ بینه و وکسلر، اختلالات روانی را تشخیص می‌دهند. آنها معتقدند با بررسی الگوی نمرات (یا همان پراکندگی بهر) می‌توانیم به بیماران، برچسب‌های تشخیصی (مثل برچسب اسکیزوفرنی یاافسردگی) بزنیم. اما در این مدت، مطالعاتی که اعتبار این نوع تفسیرها را از پراکندگی بهر را نشان دهند، به ندرت تکرار شده است. بنابراین نمی‌توانیم تشخیص‌های پایایی بر مبنای عملکرد شخص در آزمون بدهیم (کامفاس، وینزور، رو و کیم[1]، ۲۰۰۵).

مشاهده‌ها و نتیجه‌گیری‌های نهایی

در صفحات پیشین، تعاریف و نظریه‌های هوش، آزمون‌های هوش و مصارف آزمون‌های هوش را توضیح دادیم. حال می‌خواهیم نتیجه‌گیری کلی کنیم.

هوشبهر یک انتزاع است. چون هوشبهر نشان نمی‌دهد که شخص در تمام وضعیت‌ها عملکرد ثابتی دارد، به جای توان فطری و ذاتی از «کارکرد فعلی» سخن می‌گوییم. بسیاری از صاحب‌نظران می‌گویند هوش هم مانند نگرش، چیزی واحد نیست بلکه یک انتزاع است که روان‌شناسان بالینی را قادر می‌کند برخی رفتارها را به دقت پیش‌بینی کنند. روان‌شناس بالینی که می‌بیند مولی (Molly) در کلاس نمرهٔ الف می‌گیرد، معلمانش برای او احترام زیادی قائل‌اند و مسئله‌ها را سریع‌تر از همکلاسی‌هایش حل می‌کند، نتیجه می‌گیرد مولی احتمالاً باهوش است. او با انتزاع عنصری مشترک در رفتار مولی در چند وضعیت، به این نتیجه می‌رسد. اما بیشتر مردم به‌رغم آن‌که هوش یک انتزاع است نه چیزی در یک جای مغز و به‌رغم آن‌که جداکردن آنچه آدم‌ها نمی‌توانند انجام دهند از آنچه نمی‌خواهند انجام دهند دشوار است، هوشبهر را امری «حقیقی» می‌پندارند و تصور می‌کنند بهترین راه برای سنجش هوش، استفاده از آزمون‌های هوش است. اما بهتر است به آنان یادآوری کنیم که «... حتی به «متر» هوش هم نزدیک نشده‌ایم» (استرنبرگ، ۲۰۰۵، ص ۴۷).

کلی بودن اندازه‌گیری در برابر اختصاصی بودن اندازه‌گیری. با توجه به اخطارها، شروط و تکذیب‌های طرح شده، شاید خوانندگان تعجب کنند که اصلاً چرا روان‌شناسان بالینی از آزمون‌های عمومی هوش استفاده می‌کنند. این سوال را به دلایل مختلف می‌توانیم به قضیهٔ هزینه ـ فایده تقلیل دهیم. اگر محدودیت زمانی داریم یا اگر مسائل تشخیصی، حول محور مسائل عقلی نمی‌چرخد، بهتر است از این‌گونه آزمون‌های عمومی صرف‌نظر کنیم یا از صورت‌های کوتاه آنها استفاده کنیم.

اما باید بدانیم آزمون‌های عمومی کارکرد عقلانی، مثل مقیاس استنفورد ـ بینه یا وکسلر دقیقاً چه کار می‌کنند. این آزمون‌ها می‌توانند شاخص عمومی و کلی درباره کارکرد عقلانی شخص در وضعیت‌های مختلف باشند. چون هوشبهر کلی مقیاس، یک شاخص عمومی است می‌تواند بسیاری از وضعیت‌ها را تا حدودی پیش‌بینی کند که وابستگی معناداری با مهارت‌های عقلی دارند، اما نمی‌تواند یک وضعیت خاص را دقیقاً پیش‌بینی کند. بنابراین اگر هدف صرفاً پیش‌بینی موفقیت تحصیلی در وضعیت الف است، بهتر است از ابزار اندازه‌گیری اختصاصی‌تری استفاده کنیم یا دست‌کم از آن نوع آزمون وکسلر استفاده کنیم که زیرآزمون‌هایش ماده‌هایی شبیه عملکرد مورد نظر دارند. اما روان‌شناس بالینی غالباً مبنایی برای انتخاب گزینه‌های درمانی یا بالینی می‌خواهد. روان‌شناس بالینی با روش‌های هنجاریابی‌شده می‌تواند بیمار را با اشخاص شبیه او در همان وضعیت مقایسه کند.

خلاصهٔ فصل

هوش‌سنجی در روان‌شناسی بالینی سابقه‌ای بس طولانی دارد. اجباری شدن تحصیل و توان روان‌شناسان برای اندازه‌گیری توانایی‌های ذهنی، اهمیت به‌سزایی در تحول و موفقیت رشتهٔ هوش‌آزمایی داشت. اما در اواخر دههٔ ۱۹۶۰، اعتبار این آزمون‌ها زیر سوال رفت. تا همین امروز، بحث‌ها و اختلاف‌نظرهای زیادی درباره تعریف و نحوهٔ اندازه‌گیری هوش وجود دارد. روان‌شناسان بالینی معاصر هم به عامل هوش

1. Kamphaus, Winsor, Rowe and Kim

عمومی یا عامل g اعتقاد دارند، هم به توانایی‌های اختصاصی که زیربنای عامل هوش عمومی را می‌سازند. بین نمرات هوش و موفقیت تحصیلی، پایگاه شغلی و عملکرد شغلی همبستگی هست. در ضمن، نمرات هوش مردان و زنان و گروه‌های قومی/ نژادی تفاوت‌هایی دارد. عوامل ژنتیکی بر نمرات حاصل از آزمون‌های هوش تاثیر می‌گذارد، ولی محیط هم در شکل‌گیری و تحول هوش موثر است. ثبات نمرات هوشبهر بزرگسالان از ثبات نمرات هوشبهر کودکان بیشتر است.

چهار آزمون اصلی هوش را توضیح دادیم که امروزه از آنها استفاده می‌شود. ویراست پنجم مقیاس استنفورد ـ بینه، کودکان و نوجوانان و بزرگسالان را می‌سنجد؛ ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر نیز نوجوانان و بزرگسالان را می‌سنجد؛ ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر، کودکان را می‌سنجد؛ و ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر که کودکان پیش‌دبستانی را می‌سنجد. از نتایج آزمون هوش برای کمّی کردن سطوح کلی هوش عمومی و توانایی‌های شناختی اختصاصی استفاده می‌شود. این چندمنظوره بودن نتایج آزمون هوش به روان‌شناسان بالینی اجازه می‌دهد از نمرات آزمون هوش برای پیش‌بینی انواع چیزها (مثل پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی) استفاده کنند.

اصطلاحات کلیدی

وراثت رفتاری **behaviroal genetics**

تحقیقاتی تخصصی که تاثیر عوامل ژنتیکی و محیطی بر شکل‌گیری و تحول رفتار را بررسی می‌کند.

سن تقویمی **chronological age**

همان چیزی که به آن سن می‌گوییم؛ یعنی تعداد سال‌هایی که از عمر فرد گذشته است.

میزان همگامی (یا شاخص شباهت) **concordance rate (or similarity index)**

شاخص شباهت دو نفر. ساده‌ترین شکل میزان همگامی، درصد مواردی است که دو نفر، رفتارها یا خصوصیات مشابهی دارند.

اعتبار همزمان **concurrent validity**

میزان همبستگی نمرات آزمون با نمرات همزمان حاصل از دیگر ابزارهای اندازه‌گیری مربوطه.

اعتبار سازه **construct validity**

میزان همبستگی نمرات آزمون با دیگر اندازه‌گیری‌ها یا رفتارهایی که با آن آزمون، سازواری منطقی و نظری دارند. اعتبار سازه، تمام اعتبارهای دیگر را دربرمی‌گیرد.

اعتبار محتوا **content validity**

میزان اندازه‌گیری تمام جنبه‌های سازه مورد نظر توسط ماده‌های آزمون.

توانایی متبلور **crystalized ability**

یکی از دو عامل رده بالای هوش از نظر کتل. توانایی متبلور به ظرفیت‌های عقلی برگرفته از یادگیری فرهنگ‌بنیاد اطلاق می‌شود.

هوشبهر انحرافی **deviation IQ**

مفهوم پیشنهادی وکسلر برای رفع مشکلات موجود هنگام استفاده از هوشبهر درباره سالمندان. در این مفهوم، عملکرد فرد در آزمون هوشبهر با عملکرد همسن‌های او مقایسه می‌شود.

دوقلوهای دوتخمکی **dizygotic (DZ) twins**

دوقلوهای ناهمسان یا دوقلوهایی که در ۵۰ درصد مواد ژنتیکی، مشترک هستند.

پایایی فرم‌های هم‌ارز **equivalent-forms reliability**

میزان نزدیکی نمرات فرد در فرم‌های هم‌ارز یا مشابه یک آزمون.

توانایی سیال **fluid ability**

یکی از دو عامل رده بالای هوش از نظر کتل. توانایی سیال، به ظرفیت عقلانی ژنتیک‌بنیاد شخص اطلاق می‌شود.

اثر فلین **Flynn effect**

یافته‌ای تجربی بر این مبنا که نمرات هوشبهر امریکایی‌ها از سال ۱۹۷۲ به بعد به‌طور متوسط هر دهه ۳ نمره بالا رفته است.

ژنوتایپ **genotype**

ترکیب ژنتیکی فرد.

نمرات شاخص **Index scores**

نمراتی که با توانایی‌های اصلی سازندهٔ زیرآزمون‌های ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان (یعنی درک کلامی، سازمان ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش) وکسلر تناظر دارد.

هوش **intelligence**

تعریفی درباره هوش که همگان بر آن اتفاق‌نظر داشته باشند وجود ندارد، ولی بسیاری از تعریف‌های هوش بر توانایی تفکر انتزاعی، توانایی یادگیری و توانایی انطباق با محیط تاکید می‌کنند.

هوشبهر **intelligence quotient**

اصطلاح استرن که در سال ۱۹۳۸ آن را باب کرد و هدفش بازنمایی انحراف از طریق اختلاف سن تقویمی و سن عقلی بود.

پایایی همسانی درونی **internal consistency reliability**

میزان «سازگار بودن» ماده‌های یک آزمون (که معمولاً از طریق آلفای کرونباخ محاسبه می‌شود).

پایایی ارزیاب‌ها (قضاوت‌کنندگان) **interrater (or interjudge) reliability**

میزان توافق دو یا چند ارزیاب که یک نفر را مستقل ارزیابی کرده‌اند. منظور از این توافق، میزان هم‌نظری آنها دربارهٔ رفتارها، خصایص و مواردی از این قبیل است.

سن عقلی **mental age**

اصطلاح بینه که شاخص عملکرد ذهنی است. مبنای طرح این اصطلاح آن بود که افراد هم‌سن باید توانایی‌های معینی داشته باشند.

دوقلوهای یک‌تخمکی **monozygotic (MZ) twins**

دوقلوهای همسان یا دوقلوهایی که در ۱۰۰ درصد مواد ژنتیکی، مشترک‌اند.

فنوتایپ **phenotype**

خصوصیات دیدنی یک فرد. فنوتایپ، محصول ژنوتایپ و محیط است.

اعتبار پیش‌بین **predicitive validity**

میزان همبستگی نمرات آزمون با نمرات حاصل از دیگر ابزارهای اندازه‌گیری مربوطه که در آینده اجرا می‌شود.

توانایی‌های ذهنی اولیه **primary mental abilities**

هفت عامل هوش که ترستون بر اساس تحلیل عاملی به دست آورد. این هفت توانایی اولیه عبارت است از: عددی، روانی کلام، معنای کلامی، سرعت ادراکی، فضا، استدلال و حافظه.

ماده‌های معکوس **reversal items**

در برخی زیرآزمون‌های ویراست سوم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، آزمون گیرنده بدون آنکه مجبور شود ماده‌هایی را اجرا کند که به وضوح زیرسطح توانایی آزمون‌دهنده‌اند، می‌تواند توانایی آزمون‌دهنده را تعیین کند.

پایایی دونیمه **split-half reliability**

میزان شباهت نمرات فرد در یک نیمهٔ آزمون (برای مثال در ماده‌های فرد) با نمرات او در نیمهٔ دیگر آزمون (ماده‌های زوج).

ثبات نمرات هوشبهر **stability of IQ scores**

شباهت نمرات هوشبهر در مقاطع مختلف زمانی. بر اساس همبستگی‌های آزمون-بازآزمون. ثبات نمرات هوشبهر کودکان از ثبات نمرات هوشبهر بزرگسالان کمتر است.

ویراست پنجم استنفورد-بینه **Stanford-Binet Fifth Edition (SB-5)**

آزمون هوشی که مبنای آن الگوی سلسله‌مراتبی هوش است. ویراست پنجم استنفورد-بینه، پنج عامل شناختی عمومی (یعنی استدلال روان، استدلال کمّی، پردازش دیداری-فضایی، حافظهٔ کاری و دانش) را اندازه می‌گیرد که هر کدام چند فعالیت کلامی و غیرکلامی را در برمی‌گیرد.

الگوی ساختار عقل **structure of the intellect model**

الگوی گیلفورد که مدعی است مولفه‌های هوش را می‌توانیم در سه بُعد جا دهیم: عملیات (مثل، حافظه)، محتوا (مثل نمادها) و محصولات (مثل روابط). در الگوی گیلفورد، عملیات ذهنی خاصی درباره نوع خاصی از محتوا به‌کار می‌رود و به محصول خاصی منجر می‌شود.

پایایی بازآزمون **test-retest reliability**

میزان شباهت پاسخ‌های فرد به ماده‌های آزمون در دفعات مختلف اجرای همان آزمون روی او.

نظریهٔ تعدد هوش **theory of multiple intelligences**

نظریهٔ گاردنر که به وجود شش هوش اعتقاد دارد: زبانی، موسیقایی، منطقی-ریاضی، فضایی، بدنی-جنبشی و شخصی.

نظریهٔ هوش سه‌جزیی **triarchic theory of intelligence**

نظریهٔ استرنبرگ که می‌گوید آدم‌ها بر مبنای سه جنبهٔ هوش عمل می‌کنند: مولفه‌ای (تفکر تحلیلی)، تجربه‌ای (تفکر خلاق) و بافتاری («زبل بودن» یا توفیق در دستکاری محیط).

دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند **twins reared apart**

دوقلوهای یک‌تخمکی یا دوتخمکی که اندکی پس از تولد از هم جدا شده‌اند؛ این دوقلوها مادهٔ ژنتیکی مشترک دارند ولی عوامل محیطی تاثیرگذار بر آنها مشترک نیست.

دوقلوهایی که با هم بزرگ شده‌اند **twins reared together**

دوقلوهای یک‌تخمکی یا دوتخمکی که در محیط خانوادگی مشابهی بزرگ شده‌اند؛ این دوقلوها، مادهٔ ژنتیکی و محیط مشترکی دارند. با مقایسهٔ میزان همگامی دوقلوهایی که با هم و جدا از هم بزرگ شده‌اند، می‌توانیم سهم عوامل ژنتیکی و محیطی در رفتار یا خصوصیتی خاص را مشخص کنیم.

اعتبار **validity**

میزانی که فن سنجشی، چیزی را اندازه می‌گیرد که قرار است اندازه بگیرد.

ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر **Wechsler Adult Intelligence Scale Fourth Edition (WAIS-IV)**

آزمون هوش بزرگسالان که زیرآزمون‌هایش، چهار کارکرد شناختی را می‌سنجد. این چهار کارکرد شناختی عبارت است از: درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظهٔ کاری و سرعت پردازش. ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر علاوه بر نمرات شاخص برای این چهار حوزه، هوشبهر کلی مقیاس هم می‌دهد.

Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition (WISC-IV)

ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر

آزمون هوش برای کودکان ۶ تا ۱۶ ساله. ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر شامل شاخص درک کلامی، شاخص استدلال ادراکی، شاخص حافظهٔ کاری و شاخص سرعت پردازش و هوشبهر کلی مقیاس است.

Wechsler Preschool and Primary Scale for Intelligence Thrid Edition (WPPSI-III)

ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر

آزمون هوش برای کودکان ۲ سال و ۶ ماهه تا ۷ سال و ۳ ماهه. ویراست سوم مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر شامل هوشبهر کلامی، هوشبهر عملکردی، سرعت پردازش و هوشبهر کلی مقیاس است.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

7-1 APA's Intelligence Topics Web Page
http://www.apa.org/topics/intelligence/index.aspx

7-2 Sir Francis Galton
http://www.galton.org

7-3 Human intelligence: Historical influences and current controversies
http://www.indiana.edu/~intell/

۸



شخصیت سنجی

سوالات مهم

۱. قوت‌ها و ضعف‌های آزمون‌های عینی چیست؟
۲. راهبردهای اصلی آزمون‌سازی چیست؟ هر یک را به‌اختصار شرح دهید.
۳. اندازه‌گیری‌های عینی و فرافکن چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارد؟
۴. چرا سنجش پایایی و اعتبار اندازه‌گیری‌های فرافکن بسیار سخت است؟
۵. چه شواهدی برای تایید یا ردسوگیری آزمون می‌توان آورد؟

رئوس مطالب فصل

آزمون‌های عینی

قوت‌ها

ضعف‌ها

روش‌های ساخت آزمون‌های عینی

شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا

کادر ۱ـ۸ : دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر یوسف اس. بن‌ـپورات

ارزیابی مختصر ویراست اول و دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا

نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO

نمایش مورد بر اساس نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامه شخصیتی NEO

آزمون‌های فرافکن

ماهیت آزمون‌های فرافکن

اندازه‌گیری و هنجاریابی

رورشاخ

نمایش مورد یک رورشاخ

نمایش مورد دو رورشاخ

آزمون اندریافت موضوع

نمایش مورد آزمون اندریافت موضوع

فنون تکمیل جمله

همبستگی فریبنده

اعتبار و سودمندی فزاینده

استفاده و سوءاستفاده از آزمون‌گیری

کادر ۲ـ۸: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی دانیل ال. بورچه

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

سال‌ها عادت کرده بودیم به حال روان‌آزمایی تاسف بخوریم. فرض هم این بود که «هیچ کس» از این آزمون‌ها استفاده نمی‌کند. بسیاری از دانشگاهیان می‌گویند آزمون‌گیری به‌طور عام ـ و آزمون‌گیری فرافکن به‌طور اخص ـ اعتبار ندارد. آنها می‌گویند شاید جز ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، آزمون‌های عینی نیز از دور خارج شده‌اند. عده‌ای هم پیشنهاد می‌کنند کتاب‌های درسی، مثل همین کتاب، باید پوشش شخصیت‌سنجی را کم کنند. اما ادعاها و توصیه‌های پیش‌گفته ایراد دارد: این توصیه‌ها و ادعاها، دنیای واقعی کار بالینی را منعکس نمی‌کنند. در حقیقت، روان‌سنجی همچنان یکی از فعالیت‌های پر سر و صدای روان‌شناسان بالینی و محققان بالینی است (بوچر[1]، ۲۰۱۰). نتایج نظرسنجی‌های به‌عمل‌آمده از روان‌شناسان بالینی این نتیجه‌گیری را تقویت می‌کند که آزمون‌های فرافکن، مقیاس‌های وکسلر و ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا همچنان پرآوازه‌اند و بسیاری از روان‌شناسان بالینی به آزمون‌های روانی متکی هستند (کامارا، ناتان و پوئنته[2]، ۲۰۰۰؛ واتکینز، کمپبل، نیبردینگ و هالمارک[3]، ۱۹۹۵). همان‌طور که بعداً در همین کتاب خواهیم گفت، آزمون‌گیری در رشته‌های تخصصی، مانند روان‌شناسی قانونی، سنجش روانی‌عصبی و روان‌شناسی سلامت، عملاً در حال افزایش است. حتی روند استفاده از آزمون‌گیری فرافکن (که «سپر بلای» بسیاری از مدعیان رو به مرگ بودن آزمون‌گیری است) نسبتاً محکم و استوار است.

بنابراین شاید گزارش‌های موجود درباره مرگ شخصیت‌سنجی کمی، اغراق‌آمیز باشد (اکسنر[4]، ۱۹۹۵). جدول ۱ـ۸ شما را با آزمون‌هایی که امروزه مورد مصرف دارند و میزان مصرف آنها آشنا می‌کند. این جدول حاوی ۲۰ مورد از روش‌های سنجش است که نمونهٔ تصادفی روان‌شناسان بالینی در نظرسنجی سال ۱۹۹۵ (واتکینز و دیگران، ۱۹۹۵) و در نظرسنجی سال ۲۰۰۰ (کامارا، ناتان و پوئنته، ۲۰۰) از آنها استفاده می‌کردند. هر دو نظرسنجی نشان می‌دهد، در کنار آزمون‌های هوش و ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2)، چند آزمون فرافکن هم پرمصرف هستند.

اما جدای از میزان مصرف، دو نکتهٔ مهم دیگر را هم باید در نظر بگیریم. ابزارهای شخصیت‌سنجی به شرطی برای روان‌شناسان بالینی مفید خواهد بود که پایایی و اعتبار بالایی داشته باشند. وانگهی، آزمون‌ها علاوه بر لزوم برخورداری از ویژگی‌های روان‌سنجی خوب باید بر پایهٔ یافته‌های تحقیقاتی و نظریه‌های پذیرفتنی درباره مشکلات روانی و سودمندی بالینی و سهیم شدن با منابع اطلاعاتی دیگر در تولید نتایج خوب استوار باشند (هانسلی و ماش[5]، ۲۰۰۷). تاریخ طولانی مصرف نسبتاً عاری از انتقاد برخی ابزارهای اندازه‌گیری شخصیت، استفاده از آنها در حال حاضر را توجیه نمی‌کند. بنابراین در فصل حاضر، نه‌تنها برخی از اندازه‌گیری‌های عینی و فرافکن معروف شخصیت را توضیح خواهیم داد، بلکه ویژگی‌های روان‌سنجی و سودمندی بالینی آنها را هم بیان خواهیم کرد. مسئلهٔ دیگر، پاسخگویی است (وود، گارب، لیلینفلد و نزورسکی[6]، ۲۰۰۲). در عصر مراقبت مدیریت‌شده و افزایش دقت نظر عمومی درباره رشته روان‌شناسی بالینی، سنجش‌ها باید سودمندی بالینی، مقرون‌به‌صرفه بودن، علمی بودن و منصفانه و سوگیری نداشتن خود را ثابت کنند (ویپل و لمبرت[7]، ۲۰۱۱).

---

1. Butcher
2. Camara, Nathan and Puente
3. Watkins, Campbell, Nieberding and Halmark
4. Exner
5. Hunsley and Mash
6. Wood. Garb, Lilienfeld and Nezworski
7. Whipple and Lambert

آزمون‌های عینی

بحث شخصیت‌سنجی را با آزمون‌های عینی شروع می‌کنیم. *اندازه‌گیری‌های عینی شخصیت* شامل اجرای مجموعهٔ استانداردی از سوالات یا اظهارات هستند که در آنها، آزمون‌دهنده باید برمبنای گزینه‌های موجود به آنها پاسخ دهد. در بسیاری از آزمون‌های عینی از پاسخ‌های درست/غلط یا بله/خیر استفاده می‌شود؛ برخی دیگر از این آزمون‌ها نیز از مقیاس ابعادی استفاده می‌کنند (مثل، بسیار = ۰؛ نظری ندارم = ۱؛ موافقم = ۳؛ بسیار موافقم = ۴). آزمون‌های عینی، قوت و ضعف‌هایی دارد.

قوت‌ها

آزمون‌های عینی شخصیت یا پرسشنامه‌های خوداظهاری، سهم مهمی در تحول و پیشرفت روان‌شناسی بالینی داشته است (بوچر، ۲۰۱۰). تاثیر تاریخی پرسشنامه‌ها و اهمیت فعلی آنها تا حد زیادی به قوت‌های آشکارشان برمی‌گردد. پیش از هر چیز، این پرسشنامه‌ها مقرون‌به‌صرفه‌اند. به دنبال مجموعه‌ای از توضیحات و خواندن دستورالعمل‌های کوتاه می‌توانیم همزمان از عدهٔ زیادی آزمون بگیریم یا خود بیمار به تنهایی پرسشنامه را پر کند. حتی می‌توانیم این آزمون‌ها را نمره‌گذاری

جدول ۱ـ۸: بیست روش سنجش روان‌شناسان بالینی

آزمون یا روش	درصد روان‌شناسان بالینی (۱۹۹۵)[الف]	رتبه (۲۰۰۰)[ب]
مصاحبهٔ بالینی	۹۵	$\frac{n}{r}$
مقیاس تجدیدنظرشدهٔ هوش بزرگسالان وکسلر	۹۳	۱
ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا	۸۵	۲
روش‌های تکمیل جمله	۸۴	۱۵
آزمون اندریافت موضوع	۸۲	۶
رورشاخ	۸۲	۴
آزمون گشتالت بندر	۸۰	۵
ترسیم‌های فرافکن	۸۰	۸
پرسشنامهٔ افسردگی بک	۷۱	۱۰
ویراست سوم مقیاس هوش کودکان وکسلر	۶۹	۳
تجدیدنظر آزمون پیشرفت گسترده	۶۸	۷
تجدیدنظر مقیاس حافظهٔ وکسلر	۶۵	۹
تجدیدنظر آزمون واژه تصویر پی‌بادی	۵۰	۲۰
ویراست دوم پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون	۴۹	۱۰
تجدیدنظر مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر	۴۴	$\frac{n}{r}$
آزمون اندریافت کودکان	۴۲	۱۶
مقیاس پختگی اجتماعی واینلند	۴۲	۱۸
پرسشنامه شخصیت نوجوانی میلون	۴۰	۱۶
علاقه‌سنج استرانگ	۳۹	$\frac{n}{r}$
مقیاس هوش استنفورد ـ بینه	۳۸	$\frac{n}{r}$

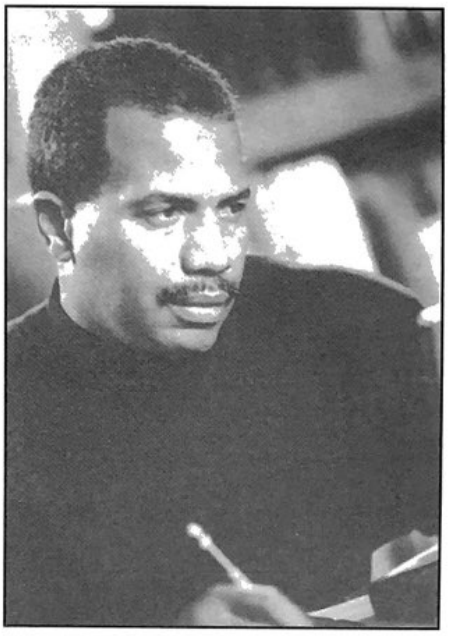
الف درصد روان‌شناسان بالینی که اظهار کرده‌اند حداقل «گاهی اوقات» از این آزمون یا روش استفاده می‌کنند.

ب ترتیب فراوانی درصد روان‌شناسان بالینی که اظهار کردند از آزمون مورد نظر استفاده کرده‌اند.

منبع: واتکینز و دیگران (۱۹۹۵)، جدول ۴، ص ۵۷؛ کامارا و دیگران (۲۰۰۰)، جدول ۵، ص ۱۴۸

و تفسیر رایانه‌ای کنیم. دوم اینکه نمره‌گذاری و اجرای این پرسشنامه‌ها آسان و عینی است. این قضیه به نوبه خود، تفسیر را آسان‌تر می‌کند و از ضرورت مهارت روان‌شناس بالینی در زمینهٔ تفسیر کم می‌کند. معمولاً برای هر بُعد (مثل بُعد کارایی ـ ناکارایی) یا هر صفت (مثل صفت افسرده یا ضداجتماعی) یک نمره به دست می‌آید. این سادگی آشکار، بسیاری از روان‌شناسان بالینی را جذب می‌کند. اما همان‌طور که خواهیم دید، چنین تفسیر ساده‌ای به ندرت اعتبار مورد ادعا را به همراه می‌آورد. در حقیقت، این سادگی در اغلب موارد می‌تواند به سوءاستفاده و استفادهٔ نابه‌جای آزمون‌گیرندگان ناوارد از این آزمون منتهی شود. آخرین جاذبهٔ پرسشنامه‌های خوداظهاری، به‌ویژه برای آن دسته از روان‌شناسان بالینی که از مشکلات آزمون‌های فرافکن دلسرد شده‌اند، عینیت آشکار و پایایی این آزمون‌ها است.

البته مانند بیشتر موارد، روان‌شناسی بالینی در ازای رسیدن به قوت‌های پیش‌گفته و مقرون‌به‌صرفه بودن آزمون‌های عینی، چندین مشکل را به جان خریده است. ارزش‌ها و گرایش نظری روان‌شناس بالینی است که در نهایت تعیین می‌کند این معامله ارزش آن را دارد یا نه.



آزمون‌های کاغذ و قلمی، مقرون‌به‌صرفه‌اند و اجرا و نمره‌گذاری آنها آسان است.

ضعف‌ها

ماده‌های بسیاری از پرسشنامه‌ها معمولاً رفتاری هستند. به عبارت دیگر، سوالات یا جملات این پرسشنامه‌ها دربارهٔ رفتارهایی است که ممکن است وصف حال پاسخ‌دهنده باشد (یا نباشد). اما علاقه‌مندان به شناسایی انگیزه‌ها یا شخصیت، چیز زیادی از این ماده‌ها عایدشان نمی‌شود. برای مثال، دو نفر ممکن است یک مادهٔ رفتاری واحد را تایید کنند (برای مثال بگویند «من مشکل خواب دارم») ولی دلایل متفاوتی برای مشکل خواب خود داشته باشند.

برخی از پرسشنامه‌ها حاوی ترکیبی از ماده‌ها است که به شناخت‌ها (یعنی فکرها و باورها)، رفتارها و هیجانات (یعنی احساس‌ها) می‌پردازد. اما پرسشنامه‌ها معمولاً یک نمرهٔ کلی واحد می‌دهند که ترکیبات مختلف این رفتارها، شناخت‌ها و هیجانات را منعکس می‌کند. بنابراین دو نفر که یک نمرهٔ واحد گرفته‌اند ممکن است کاملاً متفاوت باشند، حتی از نظر صفت یا سازهٔ شخصیتی مورد نظر. بنابراین یک نمره در ابزار اندازه‌گیری می‌تواند معانی و تفاسیر متعددی داشته باشد.

مشکلات دیگر درباره معنای دقیق و شفاف برخی سوالات پرسشنامه است که می‌تواند علناً باعث شود برخی بیماران در پاسخ دادن تقلب کنند یا پاسخ‌ها را سرهم‌بندی کنند. برخی آزمون‌ها خیلی به دانش بیمار درباره خودش متکی هستند. در ضمن، انتخاب اجباری یک گزینه اجازه نمی‌دهد فرد، پاسخ باکیفیت یا مشروحی بدهد؛ در نتیجه مقداری از اطلاعات حذف یا تحریف می‌شود. در برخی موارد هم فهم محدود یا حتی توان محدود روخوانی اشخاص باعث می‌شود سوالات سوءتفسیر شود (که قابل استناد به تعیین‌کننده‌های شخصیتی نیست) یا پاسخ‌دهنده را وامی‌دارد تصادفی به سوالات جواب دهد.

روش‌های ساخت آزمون‌های عینی

حال که برخی از قوت‌ها و ضعف‌های آزمون‌های عینی را برشمردیم، جا دارد برخی روش‌های ساخت این آزمون‌ها را نیز شرح دهیم. برای ساخت پرسشنامه‌های خوداظهاری راهبردهای مختلفی ابداع شده است (برای مثال مراجعه کنید به بوچر، ۲۰۱۰).

اعتباریابی محتوایی. ساده‌ترین رویکرد در اندازه‌گیری این است که روان‌شناسان بالینی مشخص کنند می‌خواهند چه چیزی را بسنجند و سپس اطلاعات مورد نظر را از بیماران جویا شوند. برای مثال، برگهٔ داده‌های شخصی وودورث که در جنگ جهانی اول از آن استفاده می‌شد، نوعی مصاحبه روان‌پزشکی هنجاریابی‌شده بود. محتوای آن از ادبیات روان‌پزشکی گرفته شده بود که تظاهرات اصلی «روان‌رنجوری‌ها» و «روانپریشی‌ها» را مشخص می‌کرد. سپس ماده‌هایی ساخته شد که این تظاهرات را معلوم می‌کرد. در نتیجه، اگر از حیطهٔ روان‌رنجوری یا روانپریشی (آن‌گونه که در ادبیات روان‌پزشکی تعریف شده بود) به نحو رضایت‌بخشی نمونه‌گیری می‌شد، این آزمون، معتبر تلقی می‌شد. ماده‌هایی مانند «آیا شب‌ها خوب می‌خوابی؟»، «آیا به راحتی عصبانی می‌شوی؟» و «آیا به راحتی می‌رنجی؟» ماده‌های خوبی بودند به شرط آنکه به تلقی رایج در روان‌پزشکی از ناسازگاری ربط پیدا می‌کردند.

اما اطمینان یافتن از اعتبار محتوایی به چیزی بیش از مشخص کردن آنچه می‌خواهیم بسنجیم و تهیهٔ ماده‌هایی نیاز دارد که ظاهراً از عهده این کار برمی‌آید. *اعتباریابی محتوایی*، روشی پیچیده‌تر از این حرف‌ها است که مستلزم این موارد است: (الف) تعریف دقیق تمامی جنبه‌های متغیری که قصد اندازه‌گیری آن را دارید؛ (ب) مشورت با متخصصان قبل از جمع‌آوری ماده‌ها؛ (ج) استفاده از قضاوت‌کنندگان برای سنجش هر ماده‌ای که می‌تواند به متغیر مورد نظر ربط داشته باشد؛ و (د) استفاده از تحلیل‌های روان‌سنجی برای ارزیابی هر ماده قبل از آنکه مادهٔ مورد نظر را در ابزار اندازه‌گیری جا دهید (هینز، ریچارد و کوبانی[1]، ۱۹۹۵؛ نانلی و برنستاین[2]، ۱۹۹۴).

اما همان‌طور که ویگینز[3] (۱۹۷۳) مشاهده کرده است، رویکرد اعتباریابی محتوایی به آزمون‌سازی، چند مشکل ذاتی دارد. نخست اینکه آیا روان‌شناسان بالینی می‌توانند فرض کنند تمام بیماران از یک مادهٔ آزمون، تفسیر واحدی خواهند کرد؟ دوم اینکه آیا بیماران رفتار یا هیجانات‌شان را به دقت گزارش می‌کنند؟ سومین مشکل این است که آیا بیماران صادق خواهند بود یا اینکه تلاش می‌کنند تصویر خوبی (یا حتی بدی) از خود ارائه دهند؟ مشکل چهارم این است که آیا روان‌شناسان بالینی برای تعریف ماهیتِ مفهومی که قصد اندازه‌گیری آن را دارند می‌توانند به «متخصصان» تکیه کنند؟ این موارد ظاهراً مشکل بیشتر پرسشنامه‌ها است، صرف‌نظر از اینکه در اعتباریابی به نمونه‌گیری محتوایی متوسل شویم یا خیر.

کلیدسازی تجربی. برای رفع مشکلات پیش‌گفته، رویکرد *کلیدسازی تجربی* ابداع شد. معروف‌ترین نمونه این روش، نسخهٔ نخست شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) بود. در این رویکرد، در این‌باره که آیا بیمار حقیقت را می‌گوید یا خیر یا اینکه پاسخ او واقعاً با رفتار و احساسات تناظر دارد یا خیر، هیچ فرضی نداریم. مهم آن است که برخی بیماران، خود را طور خاصی توصیف می‌کنند. همان‌طور که میهل[4] (۱۹۴۵) می‌گوید «برای مثال اگر یک خودبیمارانگار بگوید خیلی سردرد دارم، حقیقت همان چیزی است که او می‌گوید» (ص ۹).

فرض ذاتی مهم این رویکرد آن است که اعضای یک گروه تشخیصی خاص، مثل هم پاسخ خواهند داد. در نتیجه لزومی ندارد ماده‌ها را به شیوه‌ای عقلایی و نظری انتخاب کنیم. فقط کافی است بر یک مبنا و اساس تجربی نشان دهیم اعضای یک گروه تشخیصی خاص، به ماده‌ای خاص، مثل هم پاسخ می‌دهند. برای مثال، اگر بیشتر کسانی که درباره آنها تشخیص ضداجتماعی بودن داده شده، با این ماده موافق باشند که «من در خانه‌ای بزرگ شدم که ایوان جلویی آن سه تا پله داشت» و این موافقت آنها، خلاف نظر پاسخ‌دهندگان غیربالینی باشد، این ماده خوب خواهد بود؛ چون اعضای گروه ضداجتماعی آن را تصدیق کرده‌اند. بنابراین، صرف‌نظر از محتوای ظاهری ماده، پاسخ آزمون، «علامت» وضعیت تشخیصی شخص می‌شود. به این ترتیب، میزانی که آن ماده، گروه‌ها را از هم جدا می‌کند، مبنای سودمندی آن خواهد بود. پاسخ آزمون الزاماً *نمونه‌ای* از رفتار نخواهد بود؛ چون گاهی اوقات محتوای ماده به نشانه‌های معرف گروه تشخیصی مورد نظر ربط مستقیمی ندارد.

---

1. Haynes, Richard and Kubany
2. Nunnally and Bernstein
3. Wiggins
4. Meehl

البته روش کلیدسازی تجربی هم مشکلات خود را دارد. مهم‌ترین آنها، دشوار بودن تفسیر معنای یک نمره است. برای مثال، فرض کنید برخی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در حال پاسخ دادن به ماده‌هایی هستند که قرار است جایگاه آنها را در بُعد سازگار ـ ناسازگار مشخص کند. همچنین فرض کنید بیشتر این بیماران برحسب اتفاق نسبت به اعضای گروه مقایسه، از خانواده‌های نه‌چندان تحصیل‌کرده‌اند. وقتی این بیماران، مادهٔ «تقریباً هرگز کتاب نمی‌خوانم» را تایید می‌کنند، این تایید بیش از آنکه آسیب روانی آنها را نشان دهد، فقر تحصیلی آنها را نشان می‌دهد. اثبات تمایزگذاری آزمون بین گروه‌های مختلف بیماران، یکی از جنبه‌های اعتباریابی آزمون است ولی استفاده صرف از روش کلیدسازی تجربی برای انتخاب ماده‌های آزمون توصیه نمی‌شود (اشتراس و اسمیت[1]، ۲۰۰۹).

تحلیل عاملی. این روزها بیشتر آزمون‌سازان برای آزمون‌سازی، به رویکرد تحلیل عاملی (یا سازواری درونی) رو آورده‌اند (کلارک و واتسون[2]، ۱۹۹۵؛ فلوید و ویدمن[3]، ۱۹۹۵؛ رایس، والر و کومری[4]، ۲۰۰۰). پرسشنامه‌های گیلفورد (گیلفورد، ۱۹۵۹) نمونه‌های تاریخی عالی رویکرد تحلیل عاملی بودند. در این رویکرد، روابط متقابل تک‌تک ماده‌های پرسشنامه‌های شخصیتی موجود بررسی می‌شود. نتیجهٔ تحلیل عاملی موفق، «رسیدن» به مقیاس‌هایی است که ابعاد بنیادی شخصیت را منعکس می‌کند. رویکرد تحلیل عاملی ***اکتشافی***، رویکردی غیرنظری است. این رویکرد از یک عالمه ماده شروع می‌شود و سپس این ماده‌ها آن‌قدر کم می‌شود تا به عناصر اصلی می‌رسیم ـ عناصری مانند شخصیت، سازگاری، پیوند تشخصیی و مواردی از این قبیل ـ با این هدف که به صفات و ابعاد اصلی شخصیت برسیم. اما رویکردهای تحلیل عاملی ***تاییدی***، رویکردهای نظری‌تری هستند و دنبال تایید ساختار عاملی ماده‌های آزمون (برمبنای پیش‌بینی‌های نظری) می‌باشند (فلوید و ویدامن، ۱۹۹۵؛ رایس و دیگران، ۲۰۰۰). اگرچه توضیح دادن روش‌های تحلیل عاملی تاییدی در این کتاب نمی‌گنجد، باید اشاره کنیم که روز به روز تعداد روان‌شناسان بالینی که در تهیه و ارزیابی ابزارهای اندازه‌گیری عینی، به تحلیل عاملی تاییدی متوسل می‌شوند، افزایش می‌یابد.

قوت رویکرد تحلیل عاملی در آزمون‌سازی این است که به صورت تجربی نشان می‌دهد ماده‌های استفاده شده برای اندازه‌گیری یک متغیر یا بُعد شخصیت، بسیار به هم مرتبط است. اما محدودیت این رویکرد آن است که ماده‌ها عملاً متغیر مورد علاقهٔ ما را اندازه می‌گیرند؛ فقط می‌دانیم ماده‌ها یک «چیز» را اندازه می‌گیرند.

رویکرد اعتباریابی سازه. این رویکرد در واقع ترکیب جنبه‌های سه رویکرد اعتبار محتوایی، کلیدسازی تجربی و تحلیل عاملی است (کلارک و واتسون، ۱۹۹۵؛ اشتراس و اسمیت، ۲۰۰۹). در این رویکرد، مقیاس‌هایی تهیه می‌شود که مفاهیم اختصاصی یک نظریه را اندازه می‌گیرند. در شخصیت‌سنجی، هدف این است که اندازه‌گیری‌های مبتنی بر یک نظریهٔ شخصیتی [خاص] تهیه شود. اعتبار اندازه‌گیری‌ها نیز وقتی اثبات می‌شود که مقیاس مورد نظر، سازهٔ نظری مورد نظر را اندازه بگیرد. انتخاب ماده‌ها بر این مبنا صورت می‌گیرد که ماده‌ها چقدر سازهٔ نظری مورد بررسی را اندازه می‌گیرند. تحلیل ماده‌ها، تحلیل عاملی و روش‌های دیگر با این هدف ابداع شده است که مطمئن شویم مقیاسِ همگنی ساخته خواهد شد. پس، اعتباریابی سازه‌ای مقیاس از طریق مجموعه‌ای از مطالعات نظریه‌بنیاد صورت می‌گیرد. این مطالعات نشان می‌دهد با نمرات خاصی که اشخاص در آن مقیاس می‌گیرند می‌توانیم رفتار آنها در وضعیت‌های غیر از وضعیت آزمون‌گیری را پیش‌بینی کنیم. ***رویکرد اعتباریابی سازه‌ای*** به دلیل جامعیتش، مطلوب‌ترین و پرزحمت‌ترین رویکرد آزمون‌سازی است. در حقیقت، اعتباریابی سازه‌ای هرگز پایان نمی‌پذیرد؛ چون همواره از بازخورد تجربی حاصل برای پالایش و اصلاح نظریه شخصیتی و ابزار اندازه‌گیری شخصیتی مورد نظر استفاده خواهد شد (جی. تی. اسمیت و مککارتی، ۱۹۹۵؛ اشتراس و اسمیت، ۲۰۰۹).

جدول ۲ـ۸، رئوس مطالب اعتباریابی یک ماده را که در اندازه‌گیری افسردگی از آن استفاده می‌شود، بر اساس چهار

1. Strauss and Smith
2. Clark and Watson
3. Floyd and Widaman
4. Reise, Waller and Comrey

رویکرد پیش‌گفتهٔ آزمون‌سازی توضیح می‌دهد. حال نوبت به بحث درباره چند ابزار مهم عینی اندازه‌گیری شخصیت می‌رسد که روان‌شناسان بالینی در اختیار دارند.

شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا. شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بهترین نمونهٔ قدیمی رویکرد کلیدسازی تجربی در آزمون‌سازی است. این آزمون‌ها هفتاد سال پس از ساخته شدن توسط هتاوِی و مکینلی[1] در سال ۱۹۳۴، همچنان یک پرسشنامهٔ خوداظهاری مهم محسوب می‌شوند (بوچر، ۲۰۱۰). شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا تقریباً برای هر نوع پیش‌بینی که تصور کنید، استفاده شده است؛ از پیش‌بینی دوره‌های روانپریشی تا مناسب بودن افراد برای ازدواج با یکدیگر. تعجب‌آورتر آن است که گراهام (۲۰۰۶) تخمین می‌زند بیش از ۱۰۰۰۰ تحقیق و مطالعه دربارهٔ شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) منتشر شده است. با وجود این موفقیت‌ها، شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا باید به‌روز و دوباره هنجاریابی می‌شد. نتیجهٔ این به‌روز شدن و هنجاریابی مجدد، ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) بود (بوچر، دالستروم، گراهام، تلگن و کامر[2]، ۱۹۸۹).

جدول ۲ـ۸: راهبردهای اعتباریابی مادهٔ «ای کاهش خوشحال‌تر بودم»

راهبرد	ماده به شرطی معتبر است که
اعتباریابی محتوایی	«صاحب‌نظران» بگویند معرف سندرم افسردگی است.
کلیدسازی تجربی	افسرده‌ها و غیرافسرده‌ها را از هم جدا کند.
تحلیل عاملی	تحلیل عاملی نشان دهد رابطهٔ معناداری با خوشهٔ همگن و مستقل ماده‌هایی دارد که افسردگی را اندازه می‌گیرند.
اعتباریابی سازه‌ای	سازهٔ افسردگی را آن‌گونه که به‌طور نظری تعریف شده است، اندازه بگیرد (افسردگی عبارت است از نگاه منفی به خود ـ در این مورد، غمگین دیدن خود).

توصیف : شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا . هدف اصلی هتاوِی و مکینلی از تهیهٔ شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، تشخیص‌های روان‌پزشکی بود. آنها ماده‌های این شخصیت‌سنج را از آزمون‌های شخصیتی قبلی جمع‌آوری کردند؛ از شرح‌حال‌ها گرفته تا تجارب بالینی خودشان و دیگران. سپس ماده‌های جمع‌آوری‌شده را روی عده‌ای که مشکلات بالینی نداشتند (بیش از ۷۰۰ بازدیدکنندهٔ بیمارستان‌های دانشگاه مینسوتا) و همچنین روی بیش از ۸۰۰۰ بیمار روان‌پزشکی اجرا کردند. از طبقات روان‌پزشکی زیر استفاده شد: خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف اجتماعی (Pd)، پارانویا (Pa)، خستگی روانی (Pt)، اسکیزوفرنی (Sc) و هیپومانی (Ma). بعداً دو مقیاس مردانگی ـ زنانگی (Mf) و درون‌گرایی اجتماعی (Si) هم به آن اضافه شد. باید متوجه باشید که این نام‌ها منعکس‌کنندهٔ نظام تشخیصی دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ است که در حال حاضر منسوخ شده است. در جدول ۳ـ۸، این اسامی به اصطلاحات بامعناتری تبدیل شده است.

شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتای اولیه، ۵۵۰ ماده داشت که بیماران باید به آنها پاسخ «درست»، «غلط» یا «نمی‌توانم بگویم» می‌دادند. در این شخصیت‌سنج، فقط ماده‌هایی وجود داشت که می‌توانست گروه بالینی را از گروه غیربالینی جدا کند. برای مثال، ماده‌هایی حفظ می‌شدند که می‌توانست افراد دچار افسردگی را از افراد غیرافسرده یا افراد دچار اسکیزوفرنی را از افرادی که دچار اسکیزوفرنی نیستند، یا افراد دارای ویژگی‌های ضداجتماعی را از افراد عادی جدا کند. تلاشی صورت نگرفته بود تا یک طبقهٔ تشخیصی از طبقه‌ای دیگر جدا شود. در نتیجه، برخی ماده‌ها همبستگی بالایی با هم داشتند و یک ماده، گاهی اوقات در چند مقیاس متفاوت دیده می‌شد.

1. Hathaway and Mckinley
2. Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegan and Kaemmer

جدول ۳ ـ ۸: ماده‌های شبیه ماده‌های شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا

مقیاس‌های بالینی	ماده‌های شبیه‌سازی‌شده (با پاسخ «درست»)
خودبیمارانگاری *(Hs)*	«گاهی اوقات روده‌هایم به شدت می‌گیرد».
(نگرانی بیش از حد درباره کارکردهای بدن)	
افسردگی *(D)*	«معمولاً سر کار تنش دارم و عصبی هستم».
(بدبینی، ناامیدی، کندی عمل و فکر)	
هیستری *(Hy)*	«گاهی اوقات توی کله‌ام، احساس فشار می‌کنم».
(استفادهٔ ناهشیارانه از مشکلات بدنی و ذهنی برای پرهیز از تعارضات یا مسئولیت‌ها)	
انحراف ضداجتماعی *(Pd)*	«ای کاش می‌توانستم بعضی از کارهایی را تکرار
(نادیده گرفتن و بی‌اعتنایی به رسوم اجتماعی، هیجانات سطحی و درس نگرفتن از تجارب)	کنم که انجام داده‌ام».
مردانگی ـ زنانگی *(Mf)*	«قبلاً در کلاس ورزش، می‌رقصیدم».
(ماده‌هایی که نقش‌های جنسی سنتی را مشخص می‌کنند)	
پارانویا *(Pa)*	«نظرات غلط مردم راجع به من، اذیتم می‌کند».
(سوءظن نابهنجار، هذیان گزند و آسیب)	
خستگی روانی *(Pt)*	«گاهی اوقات فکرهای وحشتناکی به مغزم خطور
(وسواس‌های ذهنی، اجبارهای عملی، ترس‌ها، احساس گناه، بلاتصمیمی)	می‌کند».
اسکیزوفرنی *(Sc)*	«عده‌ای می‌خواهند مرا بگیرند».
(افکار یا رفتارهای عجیب و نامعمول، گوشه گیری، توهم، هذیان)	
هیپومانی *(Ma)*	«گاهی اوقات سرعت افکارم به قدری زیاد می‌شود
(تهییج هیجانی، پرش افکار، فعالیت بیش از حد)	که نمی‌توانم به آنها برسم».
درون‌گرایی اجتماعی *(Si)*	«موقع بحث با دیگران، خیلی زود تسلیم می‌شوم».
(کمرویی، بی‌علاقگی به دیگران، احساس ناامنی)	

منبع : شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) ، ۱۹۴۲، ۱۹۴۳ (بازنگری‌شده در سال ۱۹۷۰) توسط دانشگاه مینسوتا.

یک فرم انفرادی از این آزمون هم وجود داشت که در آن، ماده‌ها روی کارت‌هایی درج شده بود؛ فرد کارت‌ها را بر اساس «بله، خیر، نمی‌توانم بگویم» جدا می‌کرد. یک فرم گروهی هم وجود داشت که ماده‌های آن در دفترچهٔ آزمون درج شده بود؛ جواب‌های این فرم گروهی روی پاسخ‌نامه مشخص می‌شد. آزمون در آغاز برای افراد۱۶ ساله به بالا طراحی شده بود ولی از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا درباره افراد کم‌سن‌تر هم استفاده می‌شد. نمره‌گذاری شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، ماشینی و دستی انجام می‌شد. در حقیقت، این امکان وجود داشت که اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا رایانه‌ای انجام شود.

توصیف : ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا . از نمونهٔ هنجاریابی شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتای اولیه انتقاد شده بود که معرف جمعیت ایالات متحدهٔ امریکا نیست. شرکت‌کنندگان نمونهٔ هنجاریابی عمدتاً از اهالی مینیاپولیس بودند. همگی آنها سفیدپوست با ۸ سال میانگین تحصیلات بودند؛ این افراد عمدتاً ۳۵ ساله، متأهل و اهل شهرهای کوچک بودند. زبان بسیاری از ماده‌های آزمون، زبان منسوخی بود و در

زبان برخی از ماده‌ها، تبعیض جنسی وجود داشت. پاره‌ای از ماده‌ها هم استنادات نابجایی به باورهای مسیحی داشت و گاهی اوقات بیش از حد بر مسائل جنسی، مدفوع و ادرار تاکید می‌کرد. حتی دستورزبان و نقطه‌گذاری برخی از ماده‌ها نادرست بود. سرانجام اینکه بسیاری از مردم احساس می‌کردند ماده‌های مندرج در شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا به قدر کافی به رفتارهایی مثل خودکشی یا مصرف دارو نمی‌پردازد. خلاصه اینکه وقت بازنگری در شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا رسیده بود (گراهام، ۲۰۰۶).

در هنجاریابی مجدد، تمام ۵۵۰ مادهٔ قبلی حفظ، ولی ۸۲ ماده بازنویسی شد (هرچند تغییرات عمدتاً جزیی بودند). معنا و منظور اولیهٔ ماده‌ها حفظ، ولی زبان ماده‌ها به‌روز شد. علاوه بر این، ۱۵۴ مادهٔ جدید هم به ماده‌های قبلی اضافه شد و جمع ماده‌ها به ۷۰۴ ماده رسید. پس از جرح و تعدیل‌های به‌عمل‌آمده، نسخهٔ نهایی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) دارای ۵۶۷ ماده از ۷۰۴ ماده شد. اما وقتی فقط اعتباریابی سنتی و مقیاس‌های بالینی مورد نظر است، ۳۷۰ ماده کتابچهٔ آزمون اجرا می‌شود. شرکت‌کنندگان در نمونهٔ هنجاریابی مجدد، اهل مینسوتا، اهایو، کارولینای شمالی، واشینگتن، پنسیلوانیا، ویرجینیا و کالیفرنیا بودند. نمونه هم برگرفته از داده‌های سال ۱۹۸۰ اداره سرشماری ایالات متحدهٔ امریکا بود. نمونه نهایی از ۱۱۳۸ مرد و ۱۴۶۲ زن تشکیل شده بود. ترکیب نژادی نمونه هم به این شرح بود: ۸۱ درصد سفیدپوست؛ ۱۲ درصد امریکایی افریقایی‌تبار؛ ۳ درصد اسپانیایی‌تبار؛ ۳ درصد امریکایی بومی و ۱ درصد امریکایی آسیایی‌تبار. شرکت‌کنندگان در نمونهٔ هنجاریابی، ۱۸ تا ۸۵ ساله بودند و ۳ تا ۲۰ سال یا بیشتر تحصیلات داشتند. حدود ۳ درصد مردان و ۶ درصد زنان گزارش کردند هنگام آزمون‌گیری، تحت درمان مشکلات روانی بودند.

مولفان ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) می‌گویند این آزمون را می‌توان روی افراد ۱۳ سال به بالا یا افراد کلاس هشتمی به بالا اجرا کرد. این آزمون به‌صورت انفرادی یا گروهی اجرا می‌شود. ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا برخلاف ویراست اول آن فقط یک فرم کتابچه‌ای دارد. نمره‌گذاری آن به‌صورت رایانه‌ای اجرا می‌شود و نسخه‌های غیرانگلیسی هم دارد. سرانجام اینکه نسخه‌ای از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا هم برای نوجوانان تهیه شده است. (MMPI-A؛ بوچر و دیگران، ۱۹۹۲). بوچر (۲۰۱۰) تخمین می‌زند که بیش از ۱۹۰۰۰ مقاله و کتاب دربارهٔ ویراست اول و دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و نسخهٔ ویژهٔ نوجوانان آن منتشر شده باشد.

مقیاس‌های اعتباریابی . مشکل بالقوهٔ پرسشنامه‌های خوداظهاری، از جمله ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، آسیب‌پذیری در برابر تحریف‌های نشئت‌گرفته از نگرش‌های آزمون‌گیرنده یا آمایه‌های پاسخ است. برای نمونه، برخی از پاسخ‌دهندگان دوست دارند چهره خوبی از خود نشان دهند؛ عده‌ای دیگر هم برای افزودن احتمال دریافت کمک، جلب همدلی یا فرار از خدمت سربازی، «خود را بد جلوه می‌دهند»؛ اما عده‌ای تقریباً با هر ماده‌ای، صرف‌نظر از محتوای آن، موافقت می‌کنند. بدیهی است که اگر روان‌شناس بالینی از شیوه پاسخ‌دهی بیماران مطلع نباشد، در تفسیر آزمون دچار اشتباه‌های بزرگی می‌شود.

ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا برای کشف تمارض (بد جلوه دادن خود) و دیگر آمایه‌های پاسخ یا سوءتفاهم‌ها، همچنان چهار ***مقیاس اعتباریابی*** ویراست اول این شخصیت‌سنج را دارد که عبارت است از:

۱. ***مقیاس؟ (نمی‌توانم بگویم)***. این مقیاس مربوط به تعداد ماده‌هایی است که به آنها پاسخ داده نشده است.
۲. ***مقیاس F (ندرت)***. ۶۰ ماده‌ای که نمونهٔ هنجاریابی به ندرت به آن پاسخ داده بودند. نمرهٔ ***F*** بالا می‌تواند نشان‌دهنده آمایه‌های پاسخ انحرافی، رفتار گمراه‌کننده یا فرضیه‌هایی دیگر درباره خصوصیات اضافی آزمون یا رفتارهای اضافی در آزمون باشد.
۳. ***مقیاس L (دروغ)***. این مقیاس شامل ۱۵ ماده‌ای است که نشان می‌دهند پاسخ‌دهنده می‌خواهد تصویری خیلی

خوب از خودش نشان دهد. اما در واقع بله گفتن به این ماده‌ها در عمل ناممکن است؛ برای مثال مادهٔ «من همه را دوست دارم».

۴. ***مقیاس K (تدافع)***. ۳۰ مادهٔ این مقیاس نشان‌دهندهٔ تدافعی بودن است. این ماده‌ها در واقع خوبی جعلی را کشف می‌کنند ولی از ماده‌های دو مقیاس L یا F ظریف‌ترند؛ برای مثال «من هرگز از انتقاد دیگران ناراحت نمی‌شوم».

علاوه بر این چهار مقیاس اعتباریابی، در ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، سه مقیاس اعتباریابی «جدید» هم وجود دارد.

۵. ***مقیاس Fb (پشت صفحه)***. این چهل ماده که تقریباً در اواخر شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا قرار دارند، به ندرت تایید می‌شود.

۶. ***مقیاس VRIN (ناسازواری متغیر پاسخ)***. این مقیاس از ۶۷ ماده تشکیل شده که محتوای شبیه هم یا متضاد دارند. بالا بودن نمرات در مقیاس VRIN نشان‌دهنده پاسخ‌دهی تصادفی به ماده‌های شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا است.

۷. ***مقیاس TRIN (ناسازواری پاسخ درست)***. این مقیاس ۲۳ ماده دارد که محتوای متضادی دارد. نمرات TRIN نشان می‌دهد شخص به کل ماده‌ها، پاسخ «درست» می‌دهد؛ نمرات کم در مقیاس TRIN هم نشان می‌دهد پاسخ‌دهنده به کل ماده‌ها پاسخ «غلط» می‌دهد.

این هفت مقیاس اعتباریابی، راهی برای فهمیدن انگیزه‌های پاسخ‌دهنده و نگرش‌های او درباره آزمون‌گیری فراهم می‌آورد. برای مثال، تلاش برای مطلوب جلوه دادن خود را با مقیاس‌های L (دروغ) یا K (تدافع) می‌توانیم کشف کنیم (بائر و میلر[1]، ۲۰۰۲؛ وتر و بری[2]، ۱۹۹۲). در حالی که اغراق درباره مشکلات یا نشانه‌ها معمولاً به بالا رفتن نمره مقیاس‌های F (ندرت) و Fb (ندرت پشت صفحه) منتهی می‌شود (بری، بائر و هریس، ۱۹۹۱؛ راجرز، بگبی و چاکرابورتی[3]، ۱۹۹۳؛ وتر، بائر، بری، رابیسون و سامپتر[4]، ۱۹۹۳؛ وتر، بائر، بری، اسمیت و لارسن، ۱۹۹۲). سرانجام اینکه مقیاس‌های VRIN و TRIN، شاخص‌های مفیدی برای پاسخ‌دهی تصادفی یا درست و غلط دانستن تصادفی ماده‌ها هستند (بری و دیگران، ۱۹۹۲؛ تلگن و بن‌پورات[5]، ۱۹۹۲).

فرم‌های کوتاه. در سال‌های گذشته، فرم‌های مختلفی از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا منتشر شده است. این فرم‌ها معمولاً بسیار کوتاه‌تر از فرم ۵۵۰ ماده‌ای سنتی شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا هستند. استفاده از این فرم‌های کوتاه در غربالگری یا طبقه‌بندی سریع، مقرون‌به‌صرفه است ولی از طرفی قدری از قدرت تفسیرگری خود را در استفاده از آنها از دست می‌دهیم. مثل ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، خیلی‌ها استفاده از این فرم‌های کوتاه را نیز زیر سوال می‌برند (برای مثال، بوچر، ۲۰۱۰؛ بوچر، گراهام و بن ـ پورات، ۱۹۹۵). در کل منظور آنها این است که نباید برای هیچ آزمونی فرم کوتاه ساخت و اگر هم ساخته می‌شود باید معیارهای دقیق پایایی و اعتبار در آنها اِعمال شود (جی. تی. اسمیت، مکارتی و اندرسون[6]، ۲۰۰۰).

تفسیر الگویی: تحلیل نیمرخ. چون مقیاس‌های اولیهٔ شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا برای پیش‌بینی طبقه‌بندی روان‌پزشکی تهیه شده، مصرف اولیه این آزمون بر تفسیرهای ساده نمرات مقیاس‌ها مبتنی بود؛ یعنی اگر نمره مقیاس Sc به طرز معناداری بالا بود، آنگاه تشخیص اسکیزوفرنی گذاشته می‌شد. اما تجربهٔ بالینی، روان‌شناسان بالینی را به سرعت متوجه این نکته کرد که این نوع تفسیرهای دسته‌بندی‌شده، در واقع ساده‌نگری افراطی است. برخی از پاسخ‌دهندگان غیربالینی هم نمرهٔ Sc بالا می‌آورند و همین‌طور برخی گروه‌های تشخیصی دیگر.

---

1. Miller 2. Berry
3. Rogers, Bagby and Chakraborty
4. Robison and Sumpter
5. Tellegen and Ben-Porath
6. G.T. Smith, McCarthy and Anderson

کادر ۱ـ۸ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر یوسف بن ـ پورات

دکتر یوسف بن ـ پورات، استاد روان‌شناسی دانشگاه ایالتی کنت است. او متخصص سنجش روان‌شناختی، به‌ویژه اجرای ابزارهایی مثل شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) و ویراست دوم آن (MMPI-2) و نسخهٔ نوجوانان آن (MMPI-A) و نسخه جدیدتر به نام فرم دوباره ساختاریافتهٔ آن (با عنوان MMPI-2-RF) در موقعیت‌های قانونی و بالینی است. علاوه بر این، دکتر بن ـ پورات استفاده از رایانه در سنجش روان‌شناختی و شیوهٔ کنار آمدن اشخاص با اضطراب‌ها را بررسی می‌کند. دکتر بن ـ پورات مقالات و کتاب‌های زیادی درباره سنجش روان‌شناختی نوشته است. او معمولاً درباره کاربردهای بالینی شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا کارگاه برگزار می‌کند. بن ـ پورات همکار تدوین نسخهٔ جدید ۳۳۸ ماده‌ای شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بوده است. سرانجام اینکه او هم‌اکنون ویراستار مجله ***Psychological Assessment*** است. فرصت یافتیم از دکتر بن ـ پورات در مورد سابقه، فعالیت‌ها و پیش‌بینی‌هایش دربارهٔ آینده سوالاتی کنیم.

چطور شد به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

وقتی دانشجوی مقطع کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه هَیفا در اسراییل بودم، به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم. درس روان‌شناسی نابهنجاری و شخصیت، نظرم را جلب کرد و فرصت‌های پیش‌آمده برای تحقیق در این حوزه باعث شد تصمیم بگیرم تحصیلات تکمیلی خودم را در روان‌شناسی بالینی بگذرانم. دکتر موشه آلماگور، یکی از اساتید دورهٔ کارشناسی‌ام، تازه از دانشگاه مینسوتا مدرک دکترا گرفته بود و مشغول تحقیق در زمینهٔ شخصیت‌سنجی بالینی بود. تحقیقات او برای من جالب بود چون کاربردی بود و تلویحاتی برای کار بالینی داشت. تا این که بالاخره تحصیلات تکمیلی در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی را در دانشگاه مینسوتا شروع کردم.

به عنوان روان‌شناس بالینی چه فعالیت‌هایی انجام می‌دهید؟

فعالیت‌های اصلی من اجرای وظایفم در حوزه روان‌شناسی بالینی و به عنوان عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه ایالتی کنت است. در این دانشگاه، در کلاس‌های مختلف مقطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی تدریس می‌کنم، بر فعالیت‌های تحقیقاتی داوطلبانهٔ دانشجویان مقاطع کارشناسی و دانشجویان مقاطع تکمیلی که روی رسالهٔ دکترای خود کار می‌کنند، نظارت می‌کنم و تحقیقات شخصی خودم را انجام می‌دهم. همچنین در سمینارهای آموزش ضمن خدمت روان‌شناسان بالینی، دستیار مدیر هستم و آنها را با آخرین تحولات شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا آشنا می‌کنم. علاوه بر کارهای دانشگاهی، کار پاره‌وقتی نیز در حوزهٔ روان‌شناسی قانونی دارم. فعالیت‌های بالینی من در این حیطه عبارت است از اجرای ارزیابی‌های درخواست شده توسط دادگاه‌ها، شامل بررسی صلاحیت متهم برای حضور در دادگاه و تقاضای بی‌گناهی به‌دلیل جنون و ارزیابی تعهد. همچنین به موسسات دولتی و حقوقی درباره طرز استفاده از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در غربال داوطلبان مسندهای دولتی مشاوره می‌دهم.

حوزه‌های تخصصی و ویژهٔ مورد علاقهٔ شما چیست؟

علاقهٔ اصلی من، سنجش بالینی است. تخصص من هم استفاده از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در سنجش روان‌شناختی است. تحقیقاتم با هدف فراهم آوردن داده‌های تجربی برای راهنمایی روان‌شناسانی صورت می‌گیرد که از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در محیط‌های مختلف استفاده می‌کنند. این اواخر، طرح بزرگی را اجرا کردم که حاصل آن، معرفی نسخه جدیدی از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا با عنوان MMPI-2-RF بود. من و همکارم اُک تلگن، چند سال وقت صرف کردیم تا به کمک فنون نوین روان‌سنجی و به‌منظور تدوین مقیاس‌های جدید برای این آزمون، شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا را نونوار کنیم.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

مهم‌ترین روند روان‌شناسی بالینی از نظر من، دور شدن از ارائه مستقیم خدمات بالینی است. فشارهای مدیریت مراقبت‌شده در خصوص صرفه‌جویی، همراه با نبود شواهد تجربی واضح و روشن مبنی بر اینکه روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا از خدمات‌دهندگان کم‌هزینه‌تری مثل مشاوران و مددکاران اجتماعی دارای مدرک کارشناسی ارشد موثرترند، باعث خواهد شد روان‌شناسان بالینی کمتری به عنوان درمانگران تمام‌وقت در موسسات عمومی و مراکز خصوصی کار کنند. در عوض، روان‌شناسان بالینی بیشتر در آموزش و تخصص تحقیقاتی‌شان به کار گرفته می‌شوند تا به برنامه‌سازی و ارزیابی برنامه‌ها کمک کنند. به زبان خاص‌تر، روان‌شناسان بالینی روش‌هایی ابداع خواهند کرد که نیازهای درمانی را شناسایی و پیشرفت و نتیجهٔ درمان‌های ارائه‌شده در موسسات یا سازمان‌ها را ارزیابی کند. در ضمن، روان‌شناسان بالینی هرچه بیشتر درگیر امور و رویه‌های قانونی‌ای خواهند شد که به بالاترین سطح تخصص و آموزش نیاز دارند.

چه روندهایی را در تحقیقات مربوط به شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا می‌بینید؟

مهیج‌ترین روندی که در تحقیقات مربوط به شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و کاربردهای آن می‌بینم، دخالت هرچه بیشتر فن‌آوری

رایانه‌ای در اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر این آزمون است. در حال حاضر برای هر سه زمینه، نرم‌افزار وجود دارد. اما هنوز بیشتر اجراهای شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا به صورت کاغذ و قلمی انجام می‌شود و تفسیرها را عمدتاً روان‌شناسان بالینی به عمل می‌آورند. وقتی در اجرای این آزمون از رایانه استفاده شود، رایانه نقش نماینده و وکیل کتابچهٔ متعارف آزمون را بازی خواهد کرد. شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در آینده طوری اجرا خواهد شد که فقط تعداد ماده‌های لازم برای پاسخ دادن به سوالات روان‌شناس ارائه شود. استفاده از رایانه در تفسیر نمرات هم ضروری خواهد شد؛ چون در تفسیر تجربی‌بنیاد این آزمون باید حجم روزافزونی از داده‌ها را در نظر بگیریم.



یوسف بن ـ پورات

تفسیر این آزمون در حال حاضر متوجه الگوها یا «نیمرخ‌های» نمرات است. برای مثال، کسانی که در سه مقیاس بالینی اول، نمرات بالایی می‌آورند (یعنی در مقیاس‌های Hy، D و Hs) معمولاً شکایت‌های بدنی و نشانه‌های افسردگی دارند و اغلب تشخیص اختلال جسمانی‌شکل، اضطرابی و افسردگی می‌گیرند. بالا بودن نمرهٔ مقیاس ۶ (Pa) و مقیاس ۸ (Sc) هم سوءظن شدید و فرایندهای فکری بالقوه روانپریشانه را نشان می‌دهد؛ این خصوصیات در کسانی دیده می‌شود که تشخیص اسکیزوفرنی پارانویید می‌گیرند.

تفسیر محتوایی. مبادا فرض کنید به صرف تحلیل نیمرخ می‌توانیم تشخیص‌گذاری کنیم. گزیدهٔ زیر را بخوانید که از جلسهٔ آماده‌سازی پیش از درمان بر اساس نیمرخ ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در نمودار ۱ ـ ۸ (بوچر، ۱۹۹۰) است:

> اِد برخورد صریح و راحتی با آزمون‌گیری داشت و نیمرخ معتبری از شخصیت‌سنجی او به دست آمد ... اِد برخی از مشکلاتش در زمینهٔ سازگاری روان‌شناختی را بیان کرد و ظاهراً دوست داشت برای رفع مشکلاتش کمک بگیرد. نیمرخ بالینی حاصل از ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، مشکلات و نشانه‌هایی را نشان داد که اِد در نخستین جلسهٔ درمان داشت. او گزارش کرده بود که احساس افسردگی و اضطراب می‌کند. همچنین اظهار کرد دچار تنش، احساس تنهایی و ناامنی است. اِد ظاهراً به‌طور جدی مشکل تمرکز حواس داشت و بلاتصمیم بود. میلی برای زندگی نداشت و با نرسیدن به اهدافش مشغلهٔ ذهنی داشت. نمرهٔ نسبتاً بالای اِد در مقیاس انحراف ضداجتماعی (Pd) از عصیان‌گری او و تعارض خانوادگی خبر می‌داد (در مقیاس مشکلات خانوادگی هریس ـ لینگوز، Pd1، T=۶۹ بود). اِد جوان نسبتاً منفعلی به نظر می‌رسید که طبق گزارش‌های خودش، کمرو و منزوی بود. (ص ۱۲)

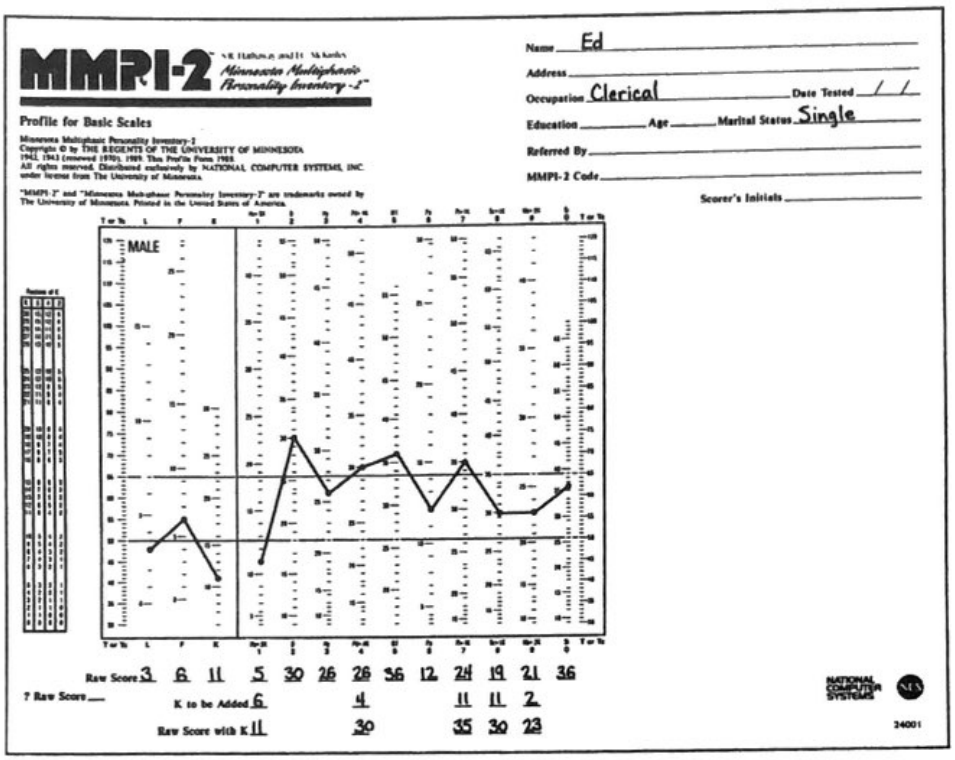
بنابراین تغییر و پیشرفت اصلی در استفادهٔ بالینی از ویراست اول و دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، عبور از تشخیص روان‌پزشکی افتراقی بر اساس ارزیابی صرفاً یک نمره، به تحلیلِ نیمرخ پیچیده‌تر نمرات مقیاس‌ها به عنوان اندازهٔ صفات شخصیتی بود.

برای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، مقیاس‌های محتوایی نیز تهیه شده است (بوچر، گراهام، ویلیامز و بن ـ پورات، ۱۹۹۰). برای مثال، برخی ماده‌ها می‌تواند به شناسایی ترس‌ها، نگرانی‌های سالم، بدبینی، شخصیت نوع A و مواردی از این قبیل کمک کند. این مقیاس‌ها، روان‌شناس بالینی را قادر می‌کند از برچسب‌های تشخیصی ساده فراتر رود و تفسیرهای پویاتری انجام دهد. مثال زیر از گراهام (۲۰۰۶) را در نظر بگیرید:

***مشکلات خانوادگی* (FAM)**

نمرات بالا در مقیاس FAM نشانگر اشخاصی است که:

۱. در خانوادهٔ فعلی یا خانوادهٔ پدری خود اختلاف زیادی دارند؛
۲. عشق و محبت و فهم و حمایت چندانی در خانواده‌ها وجود ندارد؛
۳. از توقعات و توصیه‌های خانوادهٔ خود بیزارند؛
۴. روابط زناشویی را غم‌انگیز و عاری از عاطفه می‌دانند. (ص ۱۴۹)



نمودار ۱ـ۸: مورد اِد : نیمرخ بالینی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا قبل از درمان

غربالگری است. این آزمون وقتی آزمون ارزشمندی است که راجع به شدت مشکلات بیمار اطلاعات بخواهیم یا روان‌شناس بالینی باید دربارهٔ وضعیت تشخیصی بیمار، فرضیه‌سازی کند. بنابراین با ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا می‌توانیم به غربالگری در زمینهٔ تشخیص اختلالات روانی بپردازیم یا از آن به عنوان ابزاری برای فرضیه‌سازی استفاده کنیم. اما این آزمون بسیار طولانی است. در بسیاری از مواردکه قصد غربالگری داریم، استفاده از یک پرسشنامهٔ خوداظهاری زمان‌بر، ضرورتی ندارد. برای مثال، اگر روان‌شناس بالینی بخواهد فقط مراجعان جدید را از نظر افسردگی غربال کند، بهتر است از پرسشنامه‌ای کوتاه‌تر از ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا استفاده کند. ماده‌های این آزمون، طیف گسترده‌ای از نشانه‌ها را اندازه می‌گیرد که تعداد قلیلی از آنها به افسردگی ربط دارد. بنابراین، جامع بودن ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، هم قوت است هم ضعف.

مقیاس‌های تکمیلی . ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، علاوه بر مقیاس‌های اعتباریابی استاندارد، مقیاس‌های بالینی و مقیاس‌های محتوایی، مقیاس‌های دیگری هم دارد. دالستروم، ولش و دالستروم[1] (۱۹۷۵، ۱۹۷۲) سال‌ها قبل، به مقیاس‌های تکمیلی ۴۵۰ ماده‌ای شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا اشاره کردند که از سلطه‌گری و سوءظن تا موفقیت در بسکتبال را پوشش می‌داد! تاکنون ۲۰ مقیاس تکمیلی برای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا تهیه شده است که برخی از آنها عبارت است از مقیاس تکمیلی اضطراب، واپس‌رانی، نیرومندی ایگو، سلطه‌گری و مسئولیت اجتماعی.

مسئلهٔ صفات شخصیتی . ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، ***غیرنظری*** است (بوچر، ۱۹۹۵c؛ هلمز و ردون[2]، ۱۹۹۳). این آزمون برای آن دسته از روان‌شناسان بالینی مناسب نیست که گرایش روان‌پویایی دارند یا می‌خواهند بیماران را بر مبنای تاثیرات متقابل ظریف خصوصیات

ارزیابی مختصر ویراست اول و دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا

غربالگری . دلیل جذب شدن بسیاری از روان‌شناسان بالینی به ویراست دوم شخصیت‌سنج مینسوتا، ظرفیت‌هایش در زمینهٔ

1. Dahlstrom, Welsh and Dahlstrom
2. Helmes and Reddon

شخصیتی و تعیین‌کننده‌های وضعیتی درک کنند. ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا عمدتاً ابزار اندازه‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی است. ویژگی‌هایی که ماده‌های ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا روی آنها انگشت می‌گذارد، معرف برخی صفات یا سبک‌های شخصیتی هستند ولی این آزمون اصولاً برای بررسی و اندازه‌گیری سازه‌های شخصیتی طراحی نشده است. آیا این به توصیف شخصیت، برنامه‌ریزی روان‌درمانی یا پیش‌بینی‌های زیاد دیگری کمک می‌کند که روان‌شناس بالینی در تعاملات روزمرهٔ خود با دیگران باید انجام دهد؟ بسیاری از صاحب‌نظران شک دارند که ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، پس از تشخیص‌گذاری اولیه، بتواند در تصمیم‌گیری‌های جاری بالینی، سهمی داشته باشد. اما بوچر (۲۰۱۰، ۱۹۹۵c، ۱۹۹۰) می‌گوید ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا ابزار ارزشمندی برای برنامه‌ریزی و ارزیابی تاثیرات درمان است.

پایایی و اعتبار . همان‌طور که قبلاً گفتیم، بیش از ۱۹۰۰۰ تحقیق و کتاب دربارهٔ صورت‌های مختلف شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا منتشر شده است. بسیاری از این مقالات و کتاب‌ها درباره پایایی و اعتبار نمرات ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا است. جدای از اظهارات پیش‌گفته، جرئت خلاصه‌بندی «بیشتر» این حجم از تحقیقات را نداریم. با این حال می‌خواهیم نکاتی را درباره پایایی و اعتبار نمرات این ابزار اندازه‌گیری بیان کنیم.

نمرات مقیاس بالینی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در زمینهٔ پایایی، از لحاظ سازواری درونی و پایایی بازآزمون، بررسی شده است. شاید تعجبی نداشته باشد که (با توجه به طرز ساخته شدن این ابزار در همان ابتدا) بسیاری از مقیاس‌های بالینی آن، سازواری درونی خوبی نداشته باشد. فقط سه مقیاس بالینی از ده مقیاس بالینی این آزمون (یعنی مقیاس‌های ۰ و ۸ و ۷) در مردان و زنان، سازواری درونی خوبی دارد (یعنی آلفای ۰/۸ یا بالاتر دارند) (بوچر و دیگران، ۲۰۰۱). یادتان باشد ماده‌های این مقیاس‌ها عمدتاً برای این انتخاب شده بود که گروه‌ها را از هم جدا کنند نه اینکه یک بُعد یا سازهٔ خاص را اندازه بگیرند. نمرات مقیاس بالینی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا برخلاف همسانی درونی، از نظر پایایی بازآزمون در طی زمان (در این مورد، در مدت فاصله‌ای یک هفته‌ای) وضع خوبی دارد (بوچر و دیگران، ۲۰۰۱).

اما ارزیابی اعتبار ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا قدری پیچیده‌تر است. مانند ابزارهای دیگر اندازه‌گیری باید اعتبار نمرات را در چند پیش‌بینی معین ارزیابی کنیم. پس، پرسش نهایی این نیست که ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا اعتبار دارد یا نه، بلکه این است که نمرات این آزمون، برای چه هدف‌هایی اعتبار دارد؟ نمرات حاصل از ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا با همبسته‌های بیرونی مربوطه، مثل حالات هیجانی، رفتارهای ضداجتماعی، واکنش به استرس، نگرانی، پارانویا و درون‌گرایی، برای مثال در پاره‌ای جمعیت‌ها و محیط‌ها، رابطهٔ معناداری دارد (گراهام، ۲۰۰۶). وانگهی، نیمرخ‌های حاصل از این آزمون (الگوهای افزایش نمرات) نیز ظاهراً در شناسایی خلقیات، شناخت‌ها و رفتارهای بیمارانی اعتبار دارد که «تیپ‌های کددار» [مربوطه] را تولید می‌کند (گراهام، ۲۰۰۶).

دو موضوع مهم دیگر هم درباره اعتبار نمرات ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا وجود دارد. بوچر و دیگران (۱۹۹۵) می‌گفتند باید در کنار اعتبار نمرات برش (آستانه‌ها)، اعتبار افزایشی هم محرز شود، هرچند این موضوع در بافت مقیاس‌های تکمیلی برای ویراست دوم این آزمون بیان شده بود. *اعتبار افزایشی* وقتی تایید می‌شود که نمرات مقیاس، اطلاعاتی دربارهٔ رفتار شخص، ویژگی‌های شخصیتی یا آن دسته از ویژگی‌های آسیب‌شناسی فراهم آورد که ابزارهای دیگر اندازه‌گیری فراهم نمی‌آورد. آیا نمرات حاصل از ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا اطلاعاتی دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی یا شخصیت می‌دهد که ابزارهای دیگر اندازه‌گیری نمی‌دهد؟ گویا قضیهٔ اعتبار افزایشی درباره تمام آزمون‌های روانی، از جمله ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، به فراموشی سپرده شده است (هانسلی و ماش، ۲۰۰۷).

مثل قضیهٔ *اعتبار نمرات برش* باید یادمان باشد که نمرهٔ برش بهینه (از لحاظ به حداکثر رسیدن تصمیمات درست درباره اینکه با توجه به نمرات، کدام بیماران اختلال یا صفت مورد نظر را دارند) به فراخور جمعیتی تغییر می‌کند که بیماران از آن نمونه‌گیری شده‌اند. نمرات برش مندرج در راهنماهای آزمون، مربوط به یک جمعیت خاص و معین است که ممکن است به جمعیت بیمارانی شباهت داشته باشد یا شباهت نداشته باشد که روان‌شناس بالینی با آنها سر و کار دارد. نمرات برش ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (نمرهٔ تی ۶۵ یا بیشتر) بر مبنای توزیع نمرات نمونهٔ هنجار به دست آمده است. بنابراین، چنین نمرات برشی می‌تواند در یک بافت بالینی خاص، نمرات مناسبی باشد یا نباشد.

گزینش کارکنان و سوگیری. تحولات اخیر جامعهٔ امریکا نیز برای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا مشکلاتی به بار آورده است. بی‌اعتمادی به موسسات اجتماعی و نگرانی‌های اقلیت‌ها در انتقادهای وارد بر این آزمون انعکاس یافته است. برای مثال از رویکرد کلیدسازی تجربی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا تجلیل شده است که برای افرادی خوب کار می‌کند که آن را می‌فهمند. اما کسانی که درباره کلیدسازی یا روان‌سنجی چیزی نمی‌دانند ولی می‌خواهند برای فلان شرکت کار کنند، چطور؟ فرض کنید پس از اجرای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا روی آنها، فلان شغل را به آنها نمی‌دهند. وقتی می‌پرسند برای مثال «من سابقاً خاطراتم را می‌نوشتم» یا «زندگی جنسی من رضایت‌بخش است» چه ربطی به استخدام من دارد، باید به آنها چه پاسخی بدهیم؟ آزمونی مثل ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا برای فردی پذیرفتنی است که دنبال درمان باشد ولی برای کسی که دنبال کار می‌گردد، تجاوز به حریم خصوصی او محسوب می‌شود (بوچر، ۱۹۷۱).

در واقع با توجه به احکام حقوقی صادره و شرط و شروط قانون امریکایی‌های دچار ناتوانی، توصیه نمی‌شود در غربالگری‌های استخدامی از آزمون‌هایی مثل ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا استفاده شود که در رابطه با شخصیت/آسیب‌شناسی روانی هستند (کامارا و مرندا[1]، ۲۰۰۰). آزمون‌هایی که در آنها به باورهای دینی، گرایش‌های سیاسی یا جنسی پرداخته می‌شود، ناقض حریم خصوصی افرادند و دادگاه‌ها تصویب کرده‌اند که متقاضیان مشاغل فقط در صورتی باید از نظر ناتوانی ذهنی غربال شوند که مراحل مقدماتی را طی کرده باشند (کامارا و مرندا، ۲۰۰۰). در چنین وضعیتی، آزمون‌های روانی در واقع حکم یک نوع «معاینهٔ پزشکی» را پیدا می‌کنند و اگر ناتوانی ذهنی دیده شود، کارفرما باید توضیح دهد که آن ناتوانی چطور به‌طور مستقیم و زیانباری بر عملکرد شغلی مورد نظر تاثیر می‌گذارد.

با توجه به نمونهٔ اولیه‌ای که اعتباریابی شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا روی آن انجام شده است، سوالاتی هم درباره جانبداری‌های قومی و نژادی این آزمون پیش آمده است. این نوع مجادلات و اختلاف‌نظرها سال‌ها است وجود دارد (برای مثال گینتر، ۱۹۷۲؛ گینتر و گرین[2]، ۱۹۸۰؛ پریچارد و روزنبلت[3]، ۱۹۸۰). در برخی مطالعات، تفاوت‌های معناداری بین نمرات برخی گروه‌های نژادی دیده شده و در برخی مطالعات این تفاوت‌ها دیده نشده است. اما یادتان باشد تفاوت بین میانگین نمرات افراد، به‌خودی خود نشان‌دهندهٔ سوگیری آزمون *نیست*. بلکه منظور از *سوگیری آزمون* این است که درباره دو گروهی که نمرهٔ واحدی کسب کرده‌اند، تصمیمات یا پیش‌بینی‌های متفاوتی صورت گیرد (آناستازی[4]، ۱۹۸۸). بعداً در همین فصل به بحث سوگیری آزمون برمی‌گردیم. تا آنجا که ما می‌دانیم، تعداد نسبتاً کمی مطالعهٔ انتشاریافته درباره امکان سوگیرانه بودن ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا وجود دارد. نکتهٔ دلگرم‌کننده هم این است که همین چند مطالعه نیز نشان نمی‌دهد این آزمون درباره برخی گروه‌های نژادی یا قومی سوگیری دارد (برای مثال آربیسی، بن - پورات و مکنولتی[5]، ۲۰۰۲؛ تیمبروک و گراهام[6]، ۱۹۹۳؛ وود[7] و دیگران، ۲۰۰۲).

---

1. Camara and Merenda
2. Gynther and Greene
3. Pritchard and Rosenblatt
4. Anastasi
5. Arbisi, Ben-Porath and McNulty
6. Timbrook and Graham
7. Wood

نگرانی‌ها درباره ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا. برای بازنگری در شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا دلایل بسیار مقبولی وجود داشت. البته برخی از روان‌شناسان بالینی درباره ویراست دوم این آزمون هم نگرانی‌هایی داشتند. برخی از این نگرانی‌ها با آشناتر شدن روان‌شناسان بالینی با ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا فروکش کرد. با این حال در قسمت زیر، برخی از شکایت‌ها و دغدغه‌های مرتبط با ویراست دوم این آزمون را توضیح داده‌ایم.

۱. نمونهٔ هنجاری در مقایسه با داده‌های اداره سرشماری ایالات متحدهٔ امریکا، بیش از حد تحصیل کرده هستند. فقط ۵ درصد از پاسخ‌دهندگان در نمونهٔ هنجاری ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، تحصیلاتی کمتر از کالج داشتند و تحصیلات ۴۵ درصد آنها در حد کالج بود! تحصیلات، بخش زیادی از واریانس نمرات بیماران روان‌پزشکی را توضیح می‌دهد.
۲. آیا تمام تحقیقات مربوط به ویراست اول شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا درباره ویراست دوم آن کاربرد دارد؟
۳. آیا «بازنگری‌ها» بی‌دلیل بوده است؟
۴. درباره ملاک‌های شمول پاسخ‌دهندگان «بهنجار»، ابهاماتی وجود دارد.
۵. برخی از پاسخ‌دهندگان که دو نسخهٔ آزمون روی آنها اجرا می‌شود، در یک نسخه مشکلات روانی دارند و در دیگری ندارند.
۶. نمرات ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در مجموع از نمرات ویراست اول آن کمتر است.
۷. اعتبار مقیاس‌های محتوایی جدید مبهم است.
۸. معلوم نیست نمرات ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در دوره‌های زمانی طولانی‌تر، چقدر پایایی دارد.
۹. سازواری درونی برخی از مقیاس‌های ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بسیار کم است.
۱۰. همپوشانی ماده‌ها در بین مقیاس‌ها بسیار زیاد است که این، تفسیر نتایج مطالعات را سخت می‌کند.

با وجود این نگرانی‌ها و محدودیت‌ها، شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و ویراست دوم آن، همچنان «سنگ محک‌های» پرسشنامه‌های خوداظهاری مرتبط با آسیب‌شناسی روانی یا شخصیت است. اما روان‌شناسان بالینی همچون هر ابزار دیگری باید در کنار قوت‌های این ابزار اندازه‌گیری مشهور، محدودیت‌های بالقوهٔ آن را هم بشناسند.

نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامهٔ شخصیتی NEO

توصیف. نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ ***پرسشنامهٔ شخصیتی NEO*** (NEO-PI-R) (کاستا و مکرِی[1]، ۱۹۹۲) یک ابزار اندازه‌گیری خوداظهاریِ شخصیت است که از مدل شخصیتی متنفذی به نام ***مدل پنج عاملی*** (FFM) گرفته شده است (گولدبرگ[2]، ۱۹۹۳). مدل پنج عاملی در مدت چهار دهه شکل گرفت (دیگمن[3]، ۱۹۹۰) و در سنت واژگانی (تحلیل صفات موجود در زبان انگلیسی و زبان‌های دیگر) و سنت تحلیل عاملی در شخصیت‌پژوهی ریشه دارد. این پنج عامل یا پنج حیطه، آن طور که در نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامهٔ شخصیتی NEO عملیاتی شده، روان‌رنجوری‌خویی، برون‌گرایی، استقبال از تجربه، موافقت و وظیفه‌شناسی است. در جدول ۴-۸، جنبه‌های مختلف این پنج حیطه نوشته شده است.

این پرسشنامه، ۲۴۰ ماده دارد (برای هر یکی از ۳۰ جنبه، ۸ ماده یا ۴۸ ماده برای هر یک از پنج حیطه). پاسخ‌دهندگان، هر یک از ۲۴۰ جمله را بر مبنای یک مقیاس ۵ گزینه‌ای، درجه‌بندی می‌کنند (که به شدت مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و به شدت موافقم است). تحقیقاتی که به تهیهٔ نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO منتهی شد در دههٔ ۱۹۷۰ آغاز شد. در آن زمان، اتفاق نظر آشکاری در این مورد وجود نداشت که کدام نظام یا مدل شخصیتی، مفیدترین و جامع‌ترین توصیف را از ویژگی‌های شخصیتی ارائه می‌کند. کاستا و مکرِی متقاعد شدند که مدل‌های شخصیتی رقیب آن زمان، درباره ابعاد عالی‌تر (مثل روان‌رنجوری‌خویی یا

1. Costa and McCrae
2. Goldberg
3. Digman

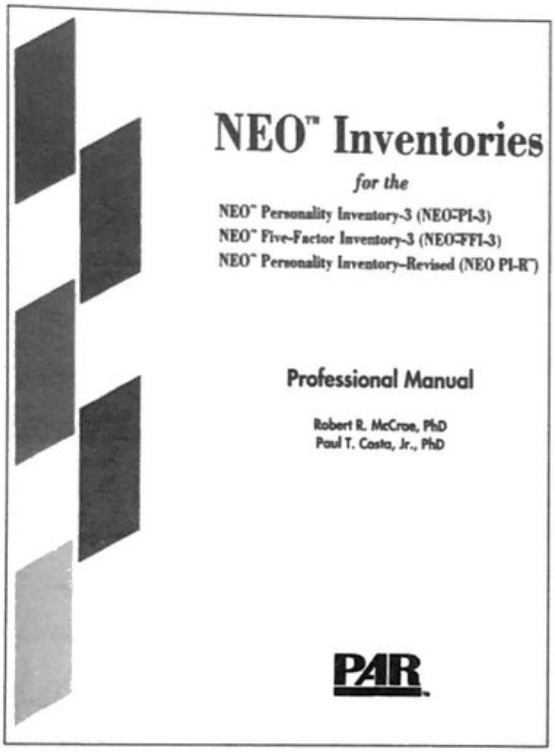
جدول ۴ ـ ۸: حیطه‌ها و جنبه‌های شخصیتی که نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامهٔ شخصیتی *NEO* را اندازه می‌گیرد.

حیطه	جنبه
روان‌رنجوری‌خویی	اضطراب، تنفر، افسردگی، کمرویی، تکانش‌گری، آسیب‌پذیری
برون‌گرایی	گرم بودن، معاشرتی بودن، جسارت، فعالیت، هیجان‌خواهی، هیجانات مثبت
استقبال از تجربه	تخیل، زیبایی‌شناسی، احساسات، کنش‌ها، نظرها، ارزش‌ها
موافقت	اعتماد، صراحت، نوع‌دوستی، پیروی، فروتنی، ذهن‌گرایی
وظیفه‌شناسی	رقابت، نظم، وجدان کاری، پیشرفت‌گرایی، انطباق، تعمق

برون‌گرایی) توافق نظری بیشتری داشتند تا درباره صفات رده‌پایین‌تری که آن ابعاد را تشکیل می‌دهد (یا به عبارت دیگر، جنبه‌های آن ابعاد). به همین دلیل کاستا و مکرِی، پرسشنامهٔ خود را بر مبنای رویکرد «نزولی» ساختند. آنها کارشان را با انتخاب آن دسته از عوامل یا ابعاد رده بالاتر شخصیت شروع کردند که معتقد بودند مهم‌ترین و سودمندترین است (این کار را هم بر مبنای مرور ادبیات و تحقیقات تجربی خود انجام دادند). سپس صفات یا جنبه‌هایی را شناسایی کردند که هر یک از ابعاد اصلی را می‌ساخت. نسخه اولیه پرسشنامهٔ آنها فقط سه عامل را می‌سنجید (یعنی روان‌رنجوری‌خویی، برون‌گرایی و استقبال از تجربه)؛ اما نسخهٔ تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO هر پنج حیطهٔ مدل پنج‌عاملی را می‌سنجد و برای هر حیطه، مقیاس جنبه‌ای دارد.

نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO بر مبنای راهبرد عقلانی ـ تجربی در آزمون‌سازی ساخته شد که بر اعتبار سازه تاکید دارد. هر صفت شخصیتی که در پرسشنامه جا می‌گرفت، شناسایی و تعریف و تحلیل می‌شد تا ماده‌هایی به دست آید که جنبه‌های مختلف آن صفت را اندازه بگیرد. ماده‌گزینی نهایی هم بر مبنای عملکرد تجربی صورت گرفت؛ یعنی پایاترین و معتبرترین ماده‌ها حفظ شد. در ضمن، برای اطمینان از اینکه ماده‌ها بر عوامل مربوطهٔ خودشان بار شده‌اند، تحلیل‌های عاملی هم انجام شد.

تقریباً نیمی از ماده‌های نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO، وارونه نمره‌گذاری شدند؛ یعنی نمرات پایین‌تر، بیشتر معرف صفت مورد نظر بود. این عمل به دلیل آن انجام شد که سوگیری تسلیم بودن (یاسوگیری نه‌گفتن) برطرف



نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی ***NEO***، یکی از ابزارهای اندازه‌گیری معروف شخصیت و آسیب‌شناسی شخصیت است.

شود که برای پرسشنامه مشکلاتی ایجاد می‌کند. در این سوگیری، شخص به همه یا بیشتر ماده‌ها، یک شکل پاسخ می‌دهد. در این نوع پرسشنامه‌ها، نمره بالا می‌تواند معلول تسلیم بودن یا سطح واقعی صفت مورد نظر باشد؛ به طوری که تفسیر نمره بالا مشکل‌ساز شود. یکی از جنبه‌های جنجالی‌تر نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO ، نداشتن یک (یا چند) مقیاس اعتباریابی برای ارزیابی رویکرد آزمون‌دهی پاسخ‌دهندگان است. این پرسشنامه در عوض سه مادهٔ منفرد دارد که اعتبار پاسخ‌ها را می‌سنجد. در یکی از این

ماده‌ها از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود نشان دهند آیا به ماده‌ها صادقانه و دقیق پاسخ داده‌اند. ماده دیگر می‌پرسد که آیا به همهٔ ماده‌ها جواب داده‌اند و سرانجام ماده سوم این را می‌سنجد که آیا پاسخ‌ها در جای صحیح قرار گرفته است.

هنجارها . مبنای هنجارهای بزرگسالان، ۵۰۰ مرد و ۵۰۰ زن بوده که در چند نمونه از ساکنان کشور گرفته شده است. نمونه هنجاری هم تقریباً از تخمین‌های سال ۱۹۹۵ اداره سرشماری ایالات متحده امریکا درباره توزیع گروه‌های سنی و نژادی گرفته شده است. راهنمای نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO حاوی داده‌های هنجاری برای دانشجویان کالج نیز هست.

پایایی و ثبات . نمرات نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO، پایایی سازواری درونی و بازآزمایی بسیار خوبی دارد. ضرایب سازواری درونیِ مقیاس‌های حیطه‌ای، ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ و ضرایب سازواری درونیِ مقیاس‌های جنبه‌ای، ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ است. مطالعه بیماران سرپایی هم از ضرایب پایایی بازآزمایی ۶ ماههٔ ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ برای نمرات حیطه‌ای خبر می‌دهد (ترال، اوزدا[1]، کاستا و مکرِی، ۱۹۹۵). پایایی بازآزمایی در دوره‌های ۶ ساله هم بسیار بالا بوده است.

ساختار عاملی . تحلیل‌های عاملی در مجموع از ساختار پنج‌عاملی نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO حمایت کرده است. این صرف‌نظر از آن است که آیا نمرات ماده‌ای منفرد در تحلیل‌ها به‌کار رفته یا نمرات جنبه‌ای (کاستا و مکرِی، ۱۹۹۲).

اعتباریابی . در راهنمای نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO (کاستا و مکرِی، ۱۹۹۲) شواهد مختلفی درباره اعتبار نمرات این ابزار اندازه‌گیری وجود دارد. شواهد نشان می‌دهد بین نمرات حیطه‌ای و جنبه‌ای این پرسشنامه و نمرات صفات شخصیتی دیگر ابزارهای اندازه‌گیری شخصیت، گزارش‌های همکاران و فهرست‌های صفتی، رابطهٔ پیش‌بینی‌کنندگی وجود دارد.

کاربردهای بالینی . نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO از الگوی شخصیت «بهنجار» گرفته شده است، ولی محققان بررسی سودمندی این ابزار در نمونه‌های بالینی را شروع کرده‌اند. چون طبق تعریف، اختلالات شخصیت محور دو، شامل صفات شخصیتی غیرانطباقی است (یعنی شامل صورت‌های افراطی صفات شخصیتی افراد عادی). این اختلالات معرف کاربرد آشکار ابزارهای اندازه‌گیری مبتنی بر مدل پنج‌عاملی از جمله نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO است. پاره‌ای مطالعات از سودمندی این پرسشنامه در توصیف و دسته‌بندی اختلالات شخصیت حمایت کرده‌اند (برای مثال ساموئل و ویدیگر[2]، ۲۰۰۸؛ ویدیگر و ترال، ۲۰۰۷). وانگهی محققان، ارزیابی سودمندی ابزارهای مبتنی بر مدل پنج‌عاملی از جمله نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO در سنجش خصوصیات شخصیتی افراد دارای اختلالات خلقی، اضطرابی و سوءمصرف مواد در محور یک را نیز شروع کرده‌اند (برای مثال ترال و شر، ۱۹۹۴). این مطالعات در مجموع نشان می‌دهد نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO و ابزارهای مربوط به آن، آینده خوبی در حوزه سنجش بالینی دارند.

فرم‌های دیگر . وقتی می‌خواهیم پنج بُعد شخصیتی اصلی را به‌طور کوتاه اندازه بگیریم، یک فرم ۶۰ ماده‌ای نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO با عنوان پرسشنامه پنج‌عاملی NEO (NEO-FFI) وجود دارد؛ پرسشنامه پنج‌عاملی NEO، حاوی مقیاس‌های جنبه‌ای نیست. صورت دیگر نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO که به آن فرم R می‌گویند، برای درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر استفاده می‌شود. این پرسشنامه حاوی ۲۴۰ ماده به صورت خوداظهاری است و کلمات آن طوری بازآرایی شده که جنسیت شخص درجه‌بندی‌شده را منعکس کند. از نمرات فرم R برای اعتباریابی یا مکمل نمرات خوداظهاری استفاده می‌شود (کاستا و مکرِی، ۱۹۹۲).

1. Useda
2. Samuel and Widiger

محدودیت‌های نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی *NEO* . عده‌ای از مولفان به محدودیت‌های نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO در سنجش بالینی اشاره کرده‌اند (بن ـ پورات و والر، ۱۹۹۲؛ بلاک[1]، ۱۹۹۵؛ تلگن، ۱۹۹۳). نخست اینکه از این پرسشنامه به دلیل نداشتن نسبی ماده‌های اعتباریابی ایراد گرفته‌اند. نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO برخلاف ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و دیگر ابزارهای خودگزارشی، تعدادی از ماده‌هایش را به سنجش شیوه پاسخ‌دهی که بر تفسیر نمرات تاثیر می‌گذارد، اختصاص نداده است. دوم اینکه هنوز مفید بودن استفاده از این پرسشنامه در تشخیص بالینی ثابت نشده است. اگرچه مطالعات مقدماتی که رابطهٔ نمرات حاصل از نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO و اختلالات روانی را نشان داده، دلگرم‌کننده بوده است اما این پرسشنامه در مجموع برای تشخیص‌گذاری بالینی مناسب نیست؛ چون مبنای آن، مدل شخصیت «بهنجار» بوده است. محدودیت سوم این است که در استفاده از نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO در برنامه‌ریزی درمانی، تحقیقات کمی صورت گرفته است؛ بنابراین در حال حاضر تضمینی برای مفید بودن استفاده از این آزمون در محیط‌های بالینی نیست. آخر اینکه از این پرسشنامه چند ایراد روان‌سنجی گرفته شده است؛ از جمله از همبستگی برخی نمرات حیطه‌ای آن با یکدیگر و قرار گرفتن برخی جنبه‌ها در حیطه‌های خاص (مثل قرار گرفتن تکانش‌گری و تنفر در حیطهٔ روان‌رنجوری‌خویی). خلاصه اینکه این پرسشنامه، آیندهٔ امیدوارکننده‌ای دارد ولی باید نشان داده شود که در سنجش بالینی روزمره، سودمند خواهد بود.

نمایش مورد بر اساس نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO

برول[2] (۱۹۹۴) مرد سفیدپوست ۴۵ ساله‌ای را معرفی می‌کند که زنش را طلاق داده بود و در محور یک، تشخیص اختلال افسردگی ماژور و در محور دو، تشخیص اختلال شخصیت مرزی گرفته بود. «بتی» زن این مرد، به دلیل نگرانی درباره شیوه پدر و مادری کردن آنها برای دخترشان، برای درمان مراجعه کرده بود که اخیراً به دلیل حمل دارو [و مواد مخدر] بازداشت و از مدرسه اخراج شده بود. از بتی در کودکی سوءاستفادهٔ جنسی شده بود، روابط خوبی با اعضای خانواده و همسالانش نداشت، در بزرگسالی هم با او بدرفتاری فیزیکی شده و هیجاناتش شدید و بی‌ثبات بود. در جدول ۵ـ۸، نتایج اجرای نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO روی او را می‌خوانید.

همان‌طور که می‌بینید، نمرات بتی در تمام جنبه‌های روان‌رنجوری‌خویی بالا بود، در برخی جنبه‌های برون‌گرایی و موافقت، نمراتی پایین گرفت و در برخی جنبه‌های استقبال از تجربه، نمره بالایی گرفت. تفسیرها نشان می‌دهد این نمرات می‌تواند در فهمیدن مراجع و برنامه‌ریزی درمان مفید باشد.

... بالا بودن روان‌رنجوری‌خویی بتی و پایین بودن موافقت او، با ملاک‌های تجدیدنظر ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III-R) برای اختلال شخصیت مرزی سازواری داشت.

... نقطه قوت رابطهٔ روان‌درمانی، پیشرفت کُند آن بود؛ چون میزان گرم بودن و اعتماد بتی کم بود ...

... در اعتماد کم و تنفر زیاد بتی، نکات انتقالی دیده می‌شد. همان‌طور که از صراحت بتی انتظار می‌رفت، عصبانیت و بی‌اعتمادی‌اش را منفعلانه بروز می‌داد ...

... پایین بودن میزان پیروی بتی هم نشان می‌داد در درمان باید مراقب مسئله کنترل کردن باشیم. بتی چند بار تکالیفِ درمانیِ «منزل» خود را انجام نداده بود...

... پایین بودن میزان پیروی او ظاهراً به همراه کم بودن اعتماد و بالا بودن تنفرش باعث بروز پاره‌ای مشکلات میان‌فردی در درمان بتی شده بود. مشکلات او در روابطش با دوستان، اعضای خانواده و شوهرش نیز به همین موارد برمی‌گشت.

... اطلاعات دریافتی از نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO همچنین نشان می‌دهد کدام نقطه قوت بتی باعث شد درمانش پیشرفت کند. استقبال بالای بتی از نظرها را تا حدودی در جنبه‌های آسیب‌شناختی او می‌بینیم ولی این مسئله در انعطاف‌پذیری شناختی او نیز منعکس بود ... بتی می‌توانست مسائل را به شکل‌های مختلفی ببیند و راه‌های دیگری برای فهمیدن این مسائل و رسیدگی به آنها بیابد. (برول، ۱۹۹۴، صص ۱۹۶ـ۱۹۵)

1. Block 2. Bruehl

جدول ۵ـ۸: نیمرخ «بتی» در نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی *NEO*

مقیاس	دامنه	تلویحات بالینی
روان‌رنجوری‌خویی	خیلی بالا	
اضطراب	بالا	عصبی/نشخوارکنندهٔ فکر
تنفر توام با عصبانیت	خیلی بالا	خشمگین/تلخ‌زبان
افسردگی	خیلی بالا	غمگین/نومید
کمرویی	بالا	ناایمن/شرمنده
تکانش‌گری	بالا	خودانگیخته/پیش‌بینی‌ناپذیر
آسیب‌پذیری	بالا	درماندگی/بی‌دفاعی
برون‌گرایی	پایین	
گرم بودن	پایین	سرد
معاشرتی بودن	پایین	کمرو/گوشه‌گیر
جسارت	متوسط	
فعالیت	متوسط	
هیجان‌خواهی	بالا	ماجراجو
هیجانات مثبت	پایین	خونسرد/بی‌تفاوت
استقبال از تجربه	بالا	
تخیل	خیلی بالا	خیال‌پرداز/هپروتی
زیبایی‌شناسی	متوسط	
احساسات	متوسط	
کنش‌ها	متوسط	
نظرها	بالا	دارای انعطاف شناختی
ارزش‌ها	بالا	غیرمتعصب
موافقت	پایین	
اعتماد	پایین	بدبین/ظنین
صراحت	پایین	فریبکار/دغل
نوع‌دوستی	متوسط	
پیروی	پایین	پرخاشگر/مخالف
فروتنی	متوسط	
ذهن‌گرایی	متوسط	
وظیفه‌شناسی	متوسط	
رقابت	بالا	کمال‌گرا
نظم	متوسط	
وجدانِ کاری	پایین	غیرقابل اعتماد/بی‌مسئولیت
پیشرفت‌گرایی	بالا	پرشور
انضباط	متوسط	
تعمق	پایین	عجول

منبع: برول، ۱۹۹۴

آزمون‌های فرافکن

سابقهٔ تاریخی *فنون فرافکن*، بس قدیمی و پربار است. ویلیام شکسپیر دربارهٔ ویژگی‌های فرافکنانهٔ ابرها نوشته است و ویلیام استرن پیش از رورشاخ و لکه‌های جوهرش از ابرها به عنوان محرک آزمون استفاده کرده بود. سِر فرانسیس گالتون[1] (۱۸۷۹) هم روش‌های تداعی کلمه را پیشنهاد و کرپلین از این روش‌ها استفاده کرد. بینه و هنری[2] (۱۸۹۶) تصاویر را به عنوان ابزارهای فرافکن آزمودند. آلفرد آدلر هم از بیمارانش می‌خواست نخستین خاطره خود را به یاد آورند که در واقع رویکردی فرافکن بود.

اما نیروی واقعی فنون فرافکن، به تک‌نگاری کلاسیک هرمن رورشاخ[3] در سال ۱۹۲۱ برمی‌گردد که طرز استفاده از لکه‌های جوهر در تشخیص افتراقی آسیب‌شناسی روانی را در آن شرح داد. دیوید لوی[4] بعداً در دههٔ ۱۹۲۰، آزمون لکهٔ جوهر را به امریکا آورد و طولی نکشید که بک، کلاپفر و هرتز[5] همگی دوره‌های آموزشی رورشاخ برگزار کردند. مورگان و موری هم در سال ۱۹۳۵، آزمون اندریافت موضوع را معرفی کردند و موری در سال ۱۹۳۸، فرایند فرافکنی را به دقت شرح داد. اصطلاح *فرافکن* هم پس از آن مشهور شد که ال. کی. فرانک در سال ۱۹۳۹، مقالهٔ مهم خود درباره روش‌های فرافکن را منتشر کرد.

ماهیت آزمون‌های فرافکن

از نظر برخی، تعریف آزمون فرافکن در مفاهیم فرویدی سازوکارهای دفاعی ایگو و فرایندهای ناهشیار ریشه دارد. اما اینها ظاهراً خصوصیات ذاتی و اصلی نیستند. در این سال‌ها، تعاریف زیادی از آزمون فرافکن داده شده است (اندرسون و اندرسون[6]، ۱۹۵۱؛ لیندزی[7]، ۱۹۶۱؛ مرستین[8]، ۱۹۶۳؛ سمنوف[9]، ۱۹۷۶؛ ویگینز[10]، ۱۹۷۳؛ زوبین، ارون و شومر[11]،

1. Sir Francis Galton
2. Henri
3. Herman Rorschach
4. David Levy
5. Beck, Klopfer and Hertz
6. Anderson and Anderson
7. Lindzey
8. Murstein
9. Semenoff
10. Wiggins
11. Zubin, Eron and Schomer

۱۹۶۵). شاید راحت‌ترین راه‌حل، رجوع به فرهنگ روان‌شناسی انگلیش و انگلیش (۱۹۵۸) باشد که فن فرافکن را این‌گونه تعریف می‌کند: «روشی برای کشف خصوصیات رفتار فرد از طریق مشاهدهٔ رفتارش در پاسخ به وضعیتی که پاسخ خاص و معینی را فرا نمی‌خواند یا برنمی‌انگیزد».

فنون فرافکن در کل این خصوصیات را دارند (راتر[1]، ۱۹۵۴):

۱. آزمون‌دهندگان در پاسخ به یک محرک بی‌ساختار یا مبهم، ***مجبور می‌شوند به آن محرک، ساختار مورد نظر خود را بدهند*** و با این کار، چیزی (مثل نیازها، آرزوها یا تعارضات) را فاش کنند.

۲. مواد سازندهٔ محرک، **بی‌ساختار** است. این ملاکی سست است، هرچند آن را عمدتاً ذات و جوهر فنون فرافکن می‌دانند. برای مثال، اگر ۷۰ درصد آزمون‌دهندگان، کارت شماره پنج رورشاخ را خفاش بدانند، آن وقت به سختی می‌توانیم بگوییم این کارت، محرکِ بی‌ساختاری است. بنابراین فرافکن بودن یا نبودن یک آزمون، به نوع پاسخ‌هایی که فرد تشویق می‌شود بدهد و همچنین به نحوهٔ استفاده از این پاسخ‌ها بستگی دارد. دستورالعمل‌ها هم عنصر مهمی هستند. اگر از بیمار بخواهیم آدم‌های درون کارت‌های آزمون اندریافت موضوع را از نظر مرد یا زن بودن دسته‌بندی کند، آنگاه ساختار زیادی به آزمون داده‌ایم و این آزمون، دیگر فرافکن محسوب نمی‌شود. اما اگر از بیمار بخواهیم بگوید آدم‌های درون این کارت‌ها چه‌می‌گویند، آنگاه آزمون ناگهان به معنای واقعی کلمه، مبهم می‌شود.

۳. این روش، **غیرمستقیم** است. آزمون‌دهندگان تا حدودی از اهداف آزمون بی‌خبرند یا دست‌کم اهداف آزمون از آنها پنهان نگه داشته می‌شود. بیماران می‌دانند که آزمون به نوعی باسازگاری ـ ناسازگاری ربط دارد، ولی معمولاً متوجه اهمیت پاسخ‌هایشان و جزییات آنها نیستند. در این فنون، از بیماران راجع به نیازها یا مشکلات‌شان مستقیم سوال نمی‌شود؛ مسیر آزمون، غیرمستقیم است و امید این است که این غیرمستقیم بودن، سانسور داده‌ها را برای بیماران دشوارتر کند.

۴. ***آزادی پاسخ‌دهی*** وجود دارد. در آزمون‌های فرافکن، برخلاف پرسشنامه‌ها که شخص گاهی اوقات فقط باید «بله» یا «خیر» بگوید، تقریباً می‌تواند بی‌نهایت پاسخ بدهد.

۵. در تفسیر پاسخ، ***متغیرهای بیشتری*** مد نظر قرار می‌گیرد. چون دامنهٔ پاسخ‌های ممکن بسیار گسترده است، روان‌شناس بالینی می‌تواند در چند بُعد (مثل بُعد نیازها، سازگاری، طبقهٔ تشخیصی، دفاع‌های ایگویی و از این قبیل) به تفسیر بپردازد. در مقابل، بسیاری از آزمون‌های عینی، یک نمرهٔ واحد می‌دهد (مثل نمره میزان ناراحتی روانی) یا در چند بُعد یا مقیاس معین، چند نمره می‌دهد.

اندازه‌گیری و هنجاریابی

تضادهای آزمون‌های عینی و آزمون‌های فرافکن چشمگیر است. ماهیت آزمون‌های عینی اقتضا می‌کند رویکرد تفسیری آماری داشته باشیم. هنجارها، پایایی و حتی اعتبار آنها کنترل‌پذیرتر به نظر می‌رسد. اما ماهیت آزمون‌های فرافکن اقتضا می‌کند در برابر ارزیابی روان‌سنجی، مقاوم باشند. در حقیقت، برخی از روان‌شناسان بالینی حتی از این پرهیز نمی‌کنند که بگویند آزمونی مثل آزمون رورشاخ نباید در معرض بی‌احترامی‌های روان‌سنجی قرار گیرد؛ آنها روان‌سنجی را توهینی به هنر شهودی خود می‌دانند. در این قسمت، پاره‌ای نکات کلی درباره مشکلات ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون‌های فرافکن را بیان می‌کنیم.

هنجاریابی . آیا فنون فرافکن را باید هنجاریابی کنیم؟ بی‌شک دلایل زیادی برای این کار وجود دارد. هنجاریابی چنین آزمون‌هایی، ارتباط را تسهیل می‌کند و جلوی سوگیری‌ها و تعصبات تفسیری برخی روان‌شناسان بالینی را می‌گیرد. وانگهی، طرفداران پرشور آزمون‌های فرافکن معمولاً طوری رفتار می‌کنند که گویی هنجارهایی دارند (هرچند به‌طور ضمنی)؛ طوری که دیگر دلیلی وجود ندارد تا دنبال هنجاریابی این هنجارها بروند. البته مشکلات تحقیق دربارهٔ آزمون‌های فرافکن، بسیار زیاد است.

---

1. Rotter

اما مخالفان می‌گویند تفسیر آزمون‌های فرافکن را نمی‌توان هنجاریابی کرد. آنها می‌گویند هر انسانی بی‌همتا و تفسیرهای هنجاری به ناچار گمراه‌کننده‌اند. متغیرهای متعامل زیادی وجود دارد که باعث می‌شود رویکردهای تفسیری هنجاریابی‌شده، به کلیت آزمون فرافکن لطمه بزند. وانگهی از نظر آنها، تفسیر یک هنر است.

پایایی . حتی تعیین پایایی آزمون‌های فرافکن هم آسان نیست. برای مثال، بی‌شک انتظار گزافی است که یک نفر در دو نوبت اجرای آزمون اندریافت موضوع، دقیقاً یک داستان را کلمه به کلمه تکرار کند. اما چقدر تفاوت بین دو داستان، مجاز و پذیرفتنی است؟ البته می‌توانیم مقولهٔ پاسخ به آزمون را کلاً کنار بگذاریم و به پایایی تفسیرهای شخصیتی روان‌شناسی بالینی بپردازیم. اما با این کار، پایایی آزمون و پایایی قضاوتگر درهم می‌آمیزد. تغییرات روان‌شناختی فرد، به‌ویژه وقتی با جمعیت‌های بیمار سر و کار داریم، نیز بر پایایی بازآزمایی تاثیر می‌گذارد. درست است که روان‌شناسان بالینی می‌توانند با فرم‌های متفاوت، پایایی آزمون را اندازه بگیرند ولی چطور می‌توانند نتیجه بگیرند فرم‌های مختلف آزمون اندریافت موضوع یا لکه‌های جوهر رورشاخ، با یکدیگر هم‌ارز هستند؟ حتی تعیین پایایی دو نیمهٔ آزمون هم دشوار است؛ چون اثبات هم‌ارزی دو نیمهٔ آزمون سخت است.

اعتباریابی . از آنجاکه آزمون‌های فرافکنی برای اهداف متفاوتی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، طرح سوالاتی کلی مثل این سوالات، محلی از اعراب ندارد که آیا آزمون اندریافت موضوع اعتبار دارد؟ آیا آزمون رورشاخ، یک آزمون شخصیتی خوب است؟ آیا فلان نمره در رورشاخ با قضاوت‌های بالینی مرتبط با اضطراب، همبستگی دارد؟

با در نظر گرفتن این نکات، برخی از معروف‌ترین آزمون‌های فرافکن را بررسی می‌کنیم.

رورشاخ

رورشاخ اولیه در اروپا تهیه شد، ولی پیشرفت‌ها و شرح و تفصیل‌های بعدی آن در ایالات متحدهٔ امریکا صورت گرفت (بوچر، ۲۰۱۰؛ اکسنر، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد سرخوردگی از پرسشنامه‌های عینی هم این روند را تسهیل کرده باشد (اشنایدمن[1]، ۱۹۹۵). اما اوج گرفتن کلی جنبش روان‌پویشی و روانکاوی و مهاجرت بسیاری از طرفداران اروپایی آن به ایالات متحدهٔ امریکا در دههٔ ۱۹۳۰ هم مهم بوده است.

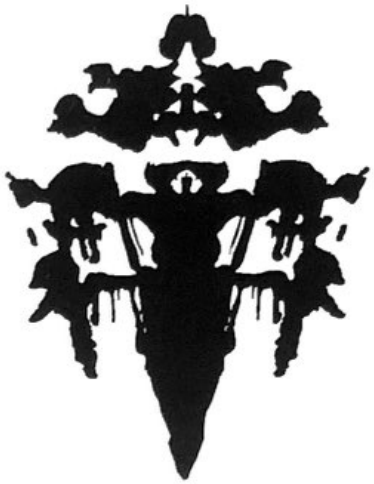
آنچه بسیاری را گیج کرده و شاید بر آن داشته تا پایایی و اعتبار این آزمون را ثابت کنند، این حقیقت است که چند رویکرد رورشاخی وجود دارد. برای مثال، در گذشته، کلاپفر و بک، هرتز، پیتروسکی و راپاپورت، هر یک، نظام‌های رورشاخی خود را داشتند (اکسنر، ۱۹۹۳). این نظام‌ها از نظر شیوه اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر نتایج آزمون و دستورالعمل‌هایی که به آزمون‌دهندگان می‌دهند، متفاوت‌اند. همین امر هم مشکلات زیادی در تفسیر نتایج مطالعات تحقیقاتی و تعمیم نتایج مطالعات پدید آورده است. در ضمن، اکسنر و اکسنر (۱۹۷۲) کشف کرده‌اند که ۲۲ درصد روان‌شناسان بالینی در نظرسنجی آنها، اصلاً رورشاخ را نمره‌گذاری رسمی نمی‌کردند و ۷۵ درصد گزارش می‌کردند که به شکلی بسیار شخصی از نظام نمره‌گذاری استفاده می‌کردند. اما امروزه تقریباً از الزامات تحقیقات منتشره این است که پروتکل‌های رورشاخ به شکل نظام‌مندی نمره‌گذاری شود و توافق کافی بین نمره‌گذاران وجود داشته باشد (وینر[2]، ۱۹۹۱). ما حداقل انتظار داریم ارزیاب‌های مستقل، پاسخ‌های داده‌شده به رورشاخ را به یک شکل نمره‌گذاری کنند.

توصیف . آزمون رورشاخ از ده کارت تشکیل شده که روی هر یک، لکه جوهری ریخته شده است که تقارن راست به چپ دارد. پنج کارت آن، سیاه و سفید (با سایه‌های خاکستری) و پنج کارت دیگر، رنگی است. در نمودار ۲ـ۸، یک کارت شبیه‌سازی‌شدهٔ رورشاخ را می‌بینید.

اجرا . برای اجرای آزمون رورشاخ فنون مختلفی وجود دارد. اما بسیاری از متخصصان بالینی، رورشاخ را تقریباً به این شکل اجرا می‌کنند که کارت اول را به مراجع نشان می‌دهند و می‌گویند

1. Shneidman 2. Weiner

«چه می‌بینی؟ به نظر تو شکل چیست؟ بحث جواب درست و غلط نیست. فقط بگو به نظر تو شبیه چیست؟». سپس کارت‌های بعدی را به نوبت اجرا می‌کنند. روان‌شناس بالینی، گفته‌های مراجع را کلمه به کلمه یادداشت می‌کند. برخی از روان‌شناسان بالینی، مدت زمانی هم که طول می‌کشد بیمار،



نمودار ۲ـ۸: لکهٔ جوهری، شبیه لکه‌های جوهر رورشاخ.

اولین پاسخ را به هر کارت بدهد و کل زمان صرف‌شده برای هر کارت را ثبت می‌کنند. برخی از بیماران به هر کارت، پاسخ‌های زیادی می‌دهند و برخی، پاسخ‌های کمی. روان‌شناس بالینی همچنین یادداشت می‌کند که پاسخ داده‌شده کدام قسمت کارت را در نظر گرفته است (برای مثال، بالا سمت راست یا سر و ته و یا طرفین). او تمام اظهارنظرهای خودانگیخته یا اظهار تعجب‌های بیمار را نیز ثبت می‌کند.

روان‌شناس بالینی پس از این مرحله، سراغ پرس‌وجو می‌رود. در این مرحله، پاسخ‌های قبلی بیمار را یکی‌یکی یادآور می‌شود و از بیمار می‌خواهد بگوید چه چیزی باعث شد آن پاسخ را بدهد. همچنین از بیمار می‌خواهد نشان دهد دقیقاً کدام قسمت هر کارت باعث شد چنین پاسخی بدهد. بیمار نیز پاسخ‌هایش را شرح می‌دهد و روشن می‌کند.

نمره‌گذاری . فنون نمره‌گذاری رورشاخ متغیر است، ولی در بیشتر آنها از سه تعیین‌کنندهٔ اصلی استفاده می‌شود. جا که نشان می‌دهد بیمار بر اساس کجای لکه، آن پاسخ را داده است (برای مثال کل لکه، یک جزء بزرگ، یک جزء کوچک، فضای سفید و مواردی از این قبیل). ***محتوا*** که به ماهیت شیء رؤیت‌شده اشاره می‌کند (حیوان، آدم، صخره، مِه، لباس و از این قبیل). ***تعیین‌کننده‌ها*** هم به آن جنبه‌های کارت اشاره می‌کند که موجب شده است بیمار چنین پاسخی بدهد (مثل شکل لکه، رنگ، بافت، حرکت ظاهری، سایه‌های شکل و غیره). برخی نظام‌ها نیز به پاسخ‌های معروف و پاسخ‌های بدیع و بکر نمره می‌دهند (که مبنای آنها فراوانی نسبی پاره‌ای پاسخ‌ها در جمعیت است). در حال حاضر، نظام جامع نمره‌گذاری اکسنر، پرمصرف‌ترین نظام نمره‌گذاری رورشاخ است (اکسنر، ۱۹۹۳، ۱۹۷۴). توضیح دادن مختصات این نظام نمره‌گذاری از حوصلهٔ این فصل خارج است (چون در خلاصهٔ ساختاری اکسنر، ۵۴ شاخص محاسبه می‌شود)، ولی کتاب‌هایی وجود دارد که این نظام جامع را مفصل شرح داده‌اند (از جمله اکسنر، ۱۹۹۳، ۱۹۹۱).

نمره‌گذاری عملی اکسنر مستلزم کارهایی از قبیل تدوین و جمع‌آوری تعیین‌کننده‌ها، محاسبهٔ درصد آنها بر مبنای تعداد کل پاسخ‌ها و محاسبهٔ نسبت یک مجموعه از پاسخ‌ها به مجموعه‌ای دیگر است (برای مثال، تعداد کل پاسخ‌های حرکتی، تقسیم بر تعداد کل پاسخ‌های رنگی). در حقیقت، شخص غیرمتخصص معمولاً تعجب می‌کند که در نظام نمره‌گذاری سنتی، تعیین‌کننده‌های شکلی از محتوای پاسخ‌ها بسیار مهم‌تر است. اما بسیاری از روان‌شناسان بالینی معاصر اصلاً زحمت نمره‌گذاری سنتی را به خود نمی‌دهند و ترجیح می‌دهند بر یادداشت غیرشکلی تعیین‌کننده‌ها تکیه کنند. وانگهی این روان‌شناسان بالینی تمایل دارند در تفسیرهای خود از محتوا استفادهٔ زیادی کنند. نمایش مورد یک و دو شما را با آنچه در اجرا و نمره‌گذاری رورشاخ صورت می‌گیرد، بیشتر آشنا می‌کند.

همان‌طور که پیشتر گفتیم، تفسیر رورشاخ می‌تواند فرایند پیچیده‌ای باشد. برای مثال، استفاده افراطی بیمار از شکل می‌تواند معرف همرنگی باشد. شکل ضعیف همراه با پاسخ‌های نامعمول هم می‌تواند معرف روانپریشی باشد. گفته می‌شود که

نمایش مورد یک رورشاخ

آزمون‌دهنده یک دانشجوی مذکر «بهنجار» کالج است که ۱۸ سال سن دارد

	پاسخ	پرس و جو	نمره گذاری
کارت یک	شبیه یک خرچنگ یا یک نوع حیوان دریایی است.	پنجه‌هایش آن را شبیه خرچنگ کرده است.	DF + A (جزء بزرگ، شکل خوب، شیء حیوانی)
کارت سه	شبیه یک نوع گُل است. احتمالاً زنبق.	گلبرگ‌هایش این شکل را دارند و فکر می‌کنم رنگ‌هایش.	WFCPI (کل کارت، تفوق شکل بر رنگ، گیاه)

نمایش مورد دو رورشاخ

مجموعه پاسخ‌های نمره‌گذاری‌نشدهٔ زیر متعلق به زن ۴۲ ساله‌ای است که به دنبال یک سانحه تلخ و تکان‌دهنده در خانه، تشخیص روان‌پزشکی «واکنش اضطرابیِ مزمنِ شدید» درباره او داده شده است. شایان توجه است که این تشخیص، پس از بررسی داده‌های موجود مطرح شده است، نه بر اساس آزمون رورشاخ صرف.

کارت یک خفاش. (چیز دیگری می‌بینی؟) روی یک تار.
کارت دو یک جفت خرس.
کارت سه نمی‌دانم. (هیچی نمی‌بینی؟) یک جفت پرندهٔ کوچک.
کار چهار مثل یک نوع پوست خرس است که کشیده شده باشد.
کارت پنج پروانه.
کارت شش وسطش شبیه یک لامپ ایستاده یا یک لولهٔ ایستاده است.
کارت هفت شبیه یک جزیره است. (چیز دیگری نمی‌بینی؟) یک کشتی در بندر. یک نوع قایق.
کارت هشت یک جفت خرس که از درخت بالا می‌روند. (چیز دیگری نمی‌بینی؟) نه.
کارت نُه نمی‌دانم شبیه چیست.
کارت ده مثل چیزی است که در ته اقیانوس دیده‌ام. خرچنگ آب شیرین.

در این قسمت، گزیده‌ای از گزارش روان‌شناس بالینی را می‌خوانید: «عملکرد بیمار در آزمون رورشاخ، عملکردی محدود و توام با همرنگی بود. پاسخ‌هایش ظاهراً تحت تاثیر عوامل اضطرابی بود. گرایش زیادی به اجتناب از جنبه‌های تهدیدآمیز آزمون (بی‌ساختاری) داشت. این کار را نیز از طریق دادن پاسخ‌های محدود و تبدیل آنها به پاسخ‌های مشهور یا توام با همرنگی انجام می‌داد. گرایش شخص بیمار به دیدن حیوانات یا اشیای بی‌جان هم نشان‌دهنده نوعی اختلال در روابط اجتماعی او، یا یک نوع ظرفیت برای گوشه‌گیری است.

رنگ با هیجانی بودن رابطه دارد و اگر با شکل خوب همراه نشود، غالباً معرف تکانش‌گری است. استفادهٔ گسترده از فضاهای سفید هم شاخص خصوصیات تقابلی یا حتی ضداجتماعی است. استفاده از کل لکه، گرایش به یکپارچگی و سازمان‌یافتگی را نشان می‌دهد. استفادهٔ گسترده از جزییات هم با تکانش‌گری یا گرایش‌های وسواسی همبستگی دارد. اما محتوا نیز مهم است. دیدن حیوانات کوچک می‌تواند به معنای انفعال باشد. دیدن خون، چنگال، دندان یا تصاویری از این قبیل هم می‌تواند معرف تنفر و پرخاشگری باشد. حتی پشت و رو کردن کارت می‌تواند معرف سوءظن باشد. اما این مهم است که خواننده، موارد بیان‌شده را صرفاً چند نمونه از تفسیرها یا فرضیه‌های ممکن فرض کند، نه یک رشته حقایق اعتباریابی‌شده!

بحث رورشاخ را با چند ارزیابی کلی به پایان می‌رسانیم. همان‌طور که گفتیم، جامع‌ترین رویکرد نمره‌گذاری رورشاخ را اکسنر (۱۹۹۳، ۱۹۷۴) تهیه کرد. نظام اکسنر حاوی عناصر نظام‌های نمره‌گذاری روان‌شناسان بالینی دیگر نیز هست.

اکسنر و همکارانش حجم زیادی از داده‌های روان‌سنجی، شواهدی درباره پایایی بازآزمایی و مجموعه‌ای از مطالعات اعتباریابی ارائه کرده‌اند. رویکرد اکسنر، یک رویکرد امیدبخش پژوهش‌بنیاد است که ایجاب می‌کند روان‌شناسان بالینی طرفدار رورشاخ به آن توجه کنند. اما این هم شایان ذکر است که مطالعات پایایی و اعتباریابی مورد نظر اکسنر، منتقدانی دارد (وود، نزورسکی، لیلینفلد و گارب[1]، ۲۰۰۳؛ وود، نزورسکی و استیسکال[2]، ۱۹۹۶). در قسمت بعد، دیدگاه‌های فعلی درباره پایایی و اعتبار نمرات رورشاخ را توضیح می‌دهیم.

پایایی و اعتبار. روان‌شناسان بالینی پژوهش‌مدار، سال‌ها است پایایی نمرات رورشاخ را زیر سوال برده‌اند (وود و دیگران، ۲۰۰۳). همان‌طور که گفتیم، در نگاهی بنیادی باید اطمینان پیدا کرد که نمره‌گذاری پاسخ‌های حاصل از رورشاخ توسط ارزیاب‌های مختلف، پایایی دارد. اگر ارزیاب‌های مختلف بر اساس یک نظام نمره‌گذاری واحد نتوانند پاسخ‌های داده‌شده به رورشاخ را یکسان نمره‌گذاری کنند، آنگاه به سختی می‌توانیم بگوییم این ابزار، از نظر پیش‌بینی بالینی سودمندی زیادی دارد. متاسفانه، میزان مطابقت نظام‌های نمره‌گذاری رورشاخ با این شکل بنیادی و صریح پایایی هنوز محل بحث و اختلاف نظر است. برای مثال، مایر[3] (۱۹۹۷b، ۱۹۹۷a) درگفت‌وگویی نسبتاً داغ، شواهدی ذکر می‌کند که نشان می‌دهد نظام نمره‌گذاری اکسنر پایایی ارزیاب‌های «بسیار خوبی» دارد ولی وود، نزورسکی و استیسکال (۱۹۹۷) از این تحلیل‌ها و نتایج جدید مایر درباره پایایی رورشاخ قانع نمی‌شوند.

پایایی نمره‌گذاران مهم است، ولی سازواری نمرات در طی زمان، یا در وضعیت‌های مختلف آزمون‌گری و همچنین پایایی تفسیر نمرات هم مهم است. وینر (۱۹۹۵) می‌گوید چون «ساختار بنیادی و تمرکز مضمونی داده‌های رورشاخ یکسان باقی می‌مانند»، امکان آزمون‌گیری مکرر (حتی به‌طور روزانه) وجود دارد (ص ۳۳۵). اما مطالعات تجربی زیادی وجود ندارد که از ثبات نمراتِ خلاصهٔ رورشاخ حمایت کند. شواهد محدود موجود هم از ثبات نمراتِ خلاصه در طی زمان حمایت نمی‌کند که منعکس‌کنندهٔ ابعاد صفتی هستند (مایر، ۱۹۹۷a؛ وینر و اسپیلبرگر و ایبلز، ۲۰۰۱)، ولی برای پاسخگویی به این سوال شواهد بیشتری مورد نیاز است.

موضوعی که اهمیت بسیار زیادی دارد، پایایی تفسیرهای روان‌شناسان بالینی است. این نوع پایایی مهم ولی نسبتاً فراموش‌شده، برای ابزارهای اندازه‌گیری همچون آزمون رورشاخ بسیار مهم است. این کاملاً احتمال دارد که دو روان‌شناس بالینی که سال‌ها است با هم آموزش دیده‌اند، در تفسیرهایشان پایایی داشته باشند. اما آن دسته از روان‌شناسان بالینی که آموزش مشترک ندیده‌اند چطور؟ از دیاد نظام‌های رسمی نمره‌گذاری، همراه با گرایش بسیاری از روان‌شناسان بالینی به استفاده از رویکردهای تفسیری بی‌حساب و کتاب، محاسبهٔ این نوع پایایی را دشوار می‌کند.

درباره اعتبار نمرات رورشاخ هم در این سال‌ها، شهادت‌های زیادی داده شده است. وقتی روان‌شناسان بالینی ماهر و باتجربه درباره یک ابزار اندازه‌گیری خیلی سخن می‌گویند، دیگر متخصصان آن رشته به سخن آنها گوش می‌کنند، اما سرانجام یک جا باید برای این شهادت‌ها، شواهد قاطع و محکم بیاوریم. ادبیات وسیع موجود دربارهٔ رورشاخ نشان می‌دهد این آزمون برای تمام هدف‌ها به یک اندازه اعتبار ندارد. در نگاهی بسیار واقع‌بینانه، مسئله اصلی، تعیین اعتبار داشتن یا نداشتن رورشاخ نیست، بلکه جدا کردن وضعیت‌هایی که استفاده کردن از رورشاخ در آنها مفید است از وضعیت‌هایی است که استفاده کردن از رورشاخ در آنها مفید نیست. سال‌ها برای سنجش اعتبار رورشاخ، تفسیر این آزمون ملاک قرار می‌گرفت، تقریباً بدون آنکه اطلاعات دیگری درباره بیمار جمع‌آوری شود. حتی وقتی پروتکل‌های پاسخ رورشاخ به این روش، جایگزین تحلیل می‌شود، شناسایی نشانه‌ها هم غالباً رخ می‌دهد. برای مثال، در یک مطالعه پروتکل‌های رورشاخ ۱۰ ساله‌ها با پروتکل‌های ۶۰ ساله‌ها تلفیق و ترکیب می‌شود. گاهی اوقات پروتکل‌ها برای معلمان سابق یا دوستان آنها فرستاده می‌شود؛ به‌طوری که توافقی بیش از سطوح معمول حاصل شود. صرف دانستن اینکه

1. Wood, Nezworski, Lilienfeld and Garb
2. Stejskal
3. Meyer

پروتکل‌ها از فلان بیمارستان آمده، نشانه‌های مهمی دربارهٔ ماهیت بیماران خواهد داد.

در برخی مطالعات هم برای اعتباریابی تفسیرهای رورشاخ از فن همتاسازی استفاده شده است؛ به‌ویژه همتاسازی پروتکل‌های رورشاخ با شرح حال‌ها. اما این مطالعات، مشکلاتی هم داشته‌اند. همتاسازی صحیح ممکن است تابع یک یا دو متغیر به شدت انحرافی باشد. در نتیجه این سوال پیش می‌آید که واقعاً چه چیزی معتبر بوده است؟ حتی مواردی وجود داشته که در آنها بعداً از مجری رورشاخ خواسته‌اند آن را با شرح حال‌های صحیح همتا کند. بنابراین، همتاسازی صحیح گاهی اوقات از طریق به‌یادآوری خصوصیات بیمار در فرایند آزمون‌گیری صورت گرفته است.

با وجود سوالات موجود دربارهٔ اعتبار رورشاخ، این آزمون در چند مرور وجهه خوبی داشته است. برای مثال، پارکر و دیگران (۱۹۸۸) در مرور گستردهٔ مطالعات صورت‌گرفته درباره رورشاخ نتیجه گرفتند میانگین ضریب اعتبار انواع مقیاس‌های رورشاخ، ۰/۴۱ است. پایایی ارزیاب‌ها و پایایی بازآزمایی نیز وسط ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ بود. اما بسیاری از صاحب‌نظران هنوز منتقد کیفیت مطالعاتی هستند که از اعتبار نمرات رورشاخ حمایت می‌کنند (برای مثال وود و دیگران، ۱۹۹۶؛ وود و دیگران، ۲۰۰۳؛ وود، لیلینفلد، نزورسکی، گارب، آلن و ویلدرموت، ۲۰۱۰). شاید مهم‌ترین تحقیق درباره رورشاخ، مطالعه‌ای باشد که مطالعات مورد نظر پارکر و دیگران (۱۹۸۸) را دوباره تحلیل کرده و در فراتحلیل خود، نتیجه متفاوتی گرفته است. گارب و دیگران (۱۹۹۸) با استفاده از اطلاعات همان مطالعاتی که پارکر و دیگران مرور کرده‌اند، به تخمین‌های اعتباری دیگری درباره رورشاخ رسیده‌اند که به‌طور معناداری از تخمین‌های پارکر کمتر است (ضریب اعتبار ۰/۲۹ در مقابل ضریب ۰/۴۱ در فراتحلیل پارکر). وانگهی، تخمین بازنگری و تصحیح‌شدهٔ اعتبار رورشاخ به‌طور معناداری از تخمین اعتبار شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا کمتر بود. این یافته‌ها علاوه بر یافته‌هایی که از اعتبار افزایشی نمرات رورشاخ حمایت نمی‌کنند (آرچر و کریشنامورتی[1]، ۱۹۹۷؛ گارب، ۱۹۸۸، ۱۹۸۴)، این مولفان را بر آن داشت «توصیه کنند که در آموزش‌ها بر استفاده از رورشاخ، تاکید کمتری شود» (ص ۴۰۴). در حقیقت، برنامه‌های سال‌های اخیر آموزش روان‌شناسی بالینی هرچه بیشتر از تعلیم فنون فرافکن کاسته‌اند.

اختلاف نظر درباره استفاده از آزمون رورشاخ در سنجش بالینی ادامه دارد (مایر، ۲۰۰۱، ۱۹۹۹؛ وود و دیگران، ۲۰۰۳). طرفداران این آزمون (ویگلیون و هیلسنروث[2]، ۲۰۰۱؛ وینر و دیگران، ۲۰۰۲) می‌گویند رورشاخ وقتی مفید است که تمرکز ما بر کارکرد ناهشیاری و سبک‌های حل مسئله فرد باشد. اما منتقدان همچنان به سودمندی بالینی نمرات رورشاخ (هانسلی و بیلی، ۲۰۰۱؛ هانسلی و ماش، ۲۰۰۷) یا اعتبار افزایشی این نمرات (دیوز، ۱۹۹۹؛ گارب، ۲۰۰۳) بدبین هستند.

«روش» لکه جوهر رورشاخ . وینر (۱۹۹۴) گفته بهتر است رورشاخ را *روش* جمع‌آوری داده بدانیم نه یک آزمون.

> رورشاخ یک آزمون نیست چون چیزی را نمی‌آزماید. آزمون دنبال اندازه‌گیری این است که آیا فلان چیز وجود دارد یا ندارد و اگر وجود دارد، چقدر ... اما رورشاخ که به‌طور سنتی آن را یک آزمون شخصیت دانسته‌اند، این را اندازه نمی‌گیرد که آیا مردم شخصیت دارند یا ندارند یا چقدر شخصیت دارند. (ص ۴۹۹)

این ادعا چند نکتهٔ تلویحی دارد. نخست آنکه وینر می‌گوید داده‌های حاصل از روش رورشاخ را می‌توانیم از دیدگاه‌های نظری مختلف تفسیر کنیم. این اطلاعات نشان می‌دهد پاسخ‌دهنده مسئله‌ها را معمولاً چطور حل می‌کند و چطور تصمیم می‌گیرد (فرایندهای ساختاربخشی شناختی) و برای این ادراکات چه معنایی قائل می‌شود (فرایندهای تداعی). وینر این نگاه را «یکپارچه‌گرایی» می‌نامد؛ چون این روش، داده‌هایی درباره ساختار و پویایی‌های شخصیت فراهم می‌آورد. طبق نظر وینر، نکته تلویحی دوم که نکته‌ای عملی نیز است، در نظر گرفتن رورشاخ به عنوان روشی است که اجازه می‌دهد از تمام

1. Krishnamurthy 2. Viglione and Hilsenorth

جنبه‌های داده‌های جمع‌آوری‌شده استفاده کاملی شود و به ارزیابی شخصیتی دقیق‌تری منتهی شود.

البته تاثیر و سودمندی این مفهوم‌بندی مجدد رورشاخ هنوز معلوم نیست. به هر حال، پیش از استفاده مرتب و دائم از رورشاخ در محیط‌های بالینی باید درباره اعتبار افزایشی داده‌های حاصل از «روش» رورشاخ، اطلاعاتی تجربی داشته باشیم.

آزمون اندریافت موضوع

مورگان و موری در سال ۱۹۳۵، *آزمون اندریافت موضوع* (TAT) را معرفی کردند. هدف این آزمون، پی بردن به خصوصیات شخصیتی بنیادی بیمار از طریق تفسیر تولیدات تصوری او درباره چند کارت است. این آزمون برای آشکار کردن تعارض‌ها، نگرش‌ها، اهداف و مواد پس‌رانی‌شده اصلی طراحی‌شده است، ولی عملاً نتایجی تولید می‌کند که تکه‌کاری تصویری [یا کُلاژ] این موارد، به علاوهٔ تاثیرات وضعیتی، تصورات فرهنگی قالبی، مسائل جزیی و مواردی از این قبیل را در بر می‌گیرد. وظیفه روان‌شناس بالینی هم جدا کردن سَرِه از ناسَرِه است.

بیشتر روان‌شناسان بالینی آزمون اندریافت موضوع را روشی برای استنباط نیازهای روانی (نیازهایی مثل نیاز به پیشرفت، پیوند، وابستگی، قدرت، رابطه جنسی و غیره) می‌دانند و برای افشای طرز تعامل بیمار با محیط از آن استفاده می‌کنند. از آزمون اندریافت موضوع برخلاف رورشاخ برای استنباط محتوای شخصیت و شیوه تعاملات اجتماعی استفاده می‌شود. روان‌شناس بالینی به کمک آزمون اندریافت موضوع، از این قبیل قضاوت‌ها می‌کند که «این بیمار از مظاهر قدرت تنفر دارد ولی با این حال، دنبال جلب محبت و تایید آنها است». از آزمون اندریافت موضوع، بیشتر برای پی بردن به محل مشکلات، ماهیت نیازها یا کیفیت روابط میان‌فردی استفاده می‌شود تا سنجش ناسازگاری.

توصیف. آزمون اندریافت موضوع از ۳۱ کارت تشکیل شده است (که یکی از آنها سفید است)؛ بیشتر این کارت‌ها، آدم‌ها را در وضعیت‌های مختلف نشان می‌دهد ولی چند کارت، حاوی تصویر اشیاء است. برخی از این کارت‌ها برای پسرها و مردها مفید است و برخی برای دخترها و زن‌ها و برخی هم برای هر دو جنس. موری می‌گفت ۲۰ کارت از ۳۱ کارت روی یک آزمون‌دهنده اجرا می‌شود. آزمون اندریافت موضوع به اندازه رورشاخ، مبهم و بی‌ساختار نیست. اما با وجود آنکه شخصیت‌های داخل تصاویر به وضوح انسان هستند، ولی جنسیت آنها همیشه واضح نیست و همیشه معلوم نیست دقیقاً کی هستند، چه کار می‌کنند و به چه چیزی فکر می‌کنند.

بر اساس آزمون اندریافت موضوع، چند ابزار دیگر هم ساخته شده که روی نوجوانان اجرا می‌شود. آزمون اندریافت رابرتز حاوی کارت‌هایی با ترسیمات کارتونی از بزرگسالان و کودکان است. این کارت‌ها معمولاً جنسیت را به شیوه‌ای مبهم به تصویر نمی‌کشد و ترسیمات داخل آنها، به وضوح فعالیت خاصی (مثل یک اختلاف) را نشان می‌دهد. آزمون اندریافت کودکان هم کاملاً شبیه آزمون اندریافت رابرتز است ولی در تمام کارت‌های آن، حیوانات درگیر فعالیت‌های انسانی هستند. از آنجاکه بچه‌ها معمولاً داستان‌گویی را دوست دارند و اغلب از آنها خواسته می‌شود برای تصاویر موجود در تکالیف درسی خود داستان بسازند، این نوع آزمون‌ها را دوست دارند. اما بسیاری از روان‌شناسان بالینی از این آزمون‌ها برای تفاهم با کودکان و گاهی اوقات فرضیه‌سازی مقدماتی درباره فرایندهای فکری آنها استفاده می‌کنند. آزمون اندریافت رابرتز یا آزمون اندریافت کودکان به ندرت نمره‌گذاری رسمی می‌شود.

اجرا. روان‌شناسان بالینی در عمل معمولاً ۶ تا ۱۲ کارت آزمون اندریافت موضوع را روی بیماران اجرا می‌کنند. هر روان‌شناسی دستورالعمل اجرایی خاص خود را دارد، ولی معمولاً این‌طور عمل می‌کند: «حالا دوست دارم برای هر یک از این تصویرها داستان بسازی. بگو آنها کی هستند، چه می‌کنند، چه فکر و احساسی دارند، چه چیزی به آن صحنه منتهی شده و چه خواهد شد. باشه؟» روان‌شناس بالینی، داستان‌های بیماران را کلمه به کلمه می‌نویسد (یا ضبط می‌کند). در برخی موارد هم از بیماران می‌خواهد داستان‌هایشان را البته به شکل کوتاه بنویسند.

نمره‌گذاری. در این سال‌ها فنون نمره‌گذاری مختلفی ابداع شده است (اکسنر، ۱۹۸۳؛ لیلینفلد، وود و گارب، ۲۰۰۰؛ اشنایدمن،

۱۹۶۵). به نظر می‌رسد بیشتر روان‌شناسان بالینی این قضاوت را پذیرفته‌اند که نظام‌های نمره‌گذاری کمّی، شواهد بالینی مفید را تحریف و حذف می‌کنند و از نظام‌های نمره‌گذاری فقط در تحقیقات استفاده می‌شود. جالب اینجا است که از آزمون اندریافت موضوع هرگز مثل رورشاخ انتقاد نشده است. این قضیه تا حدی معلول این حقیقت است که هرگز به اندازه رورشاخ بر نمره‌گذاری آزمون اندریافت موضوع تاکید نشده و به آن علاقه نشان داده نشده است؛ انجام دادن مطالعاتی تجربی که از سودمندی کم نظام‌های نمره‌گذاری حمایت نکند، سخت است.

مثال‌های زیر، چند مورد از مضامین آزمون‌های اندریافت موضوع و تفسیرها و تحلیل‌های این مضامین را نشان می‌دهد. این مثال‌ها، عین پاسخ‌های زن ۴۲ ساله‌ای است که در نمایش مورد دو بخش رورشاخ به او اشاره کردیم.

لیندزی، بردفورد و دیویدز[1] (۱۹۵۹) فرهنگی از تعمیم‌های تفسیری تهیه کردند، حاصل داستان‌های مندرج در تقریباً ۲۰۰ متن منتشره بر مبنای کارت‌های آزمون اندریافت موضوع بود. حجم تفسیرهای ممکن بر اساس کارت‌های آزمون اندریافت موضوع بسیار زیاد است. به همین دلیل، سنجش اعتبار آزمون اندریافت موضوع دشوار است؛ چون این سوال پیش می‌آید که اعتبار در چه موردی؟ در قسمت زیر، گزیده‌ای از تعمیم‌های تفسیری مورد نظر لیندزی و دیگران (۱۹۵۹) را می‌خوانید:

> عبارات قالبی در سراسر متن نشان‌دهندهٔ نشانه‌شناسی پارانویید است. (راپاپورت، ۱۹۴۶، ص ۴۴۹)
>
> داستان‌هایی که بر سوانح فیزیکی و ضربه‌های هیجانی ناگهانی، مثل از دست دادن همسر، مادر، عزیزان، کار، سوختن خانه یا سقوط سهام تاکید می‌کند، نشان‌دهنده اضطراب هستند. (راتر، ۱۹۴۶، ص ۸۸)
>
> سه بار یا بیشتر رجوع به یک یا چند عضو خانواده نشان‌دهنده وابستگی نوجوانان است (سایموندز[2]، ۱۹۴۹، ص ۸۷).
>
> اجتناب از تصویر روی دیوار در کارت #۴ یا بحث نکردن دربارهٔ زن برهنهٔ کارت #۱۳، نشان‌دهنده مشکلات جنسی بیمار است. (استاین[3]، ۱۹۴۸، ص ۴۲)

متاسفانه، توجه تحقیقاتی چندانی به این گزاره‌ها نشده است. وانگهی هیچ تحقیقی را نمی‌شناسیم که نشان بدهد اطلاعات حاصل از آزمون اندریافت موضوع رابطه معناداری با نتیجه درمان دارد. این موضوع با توجه به اینکه ادعا می‌شود آزمون اندریافت موضوع سبک‌های موثر بر انتخاب درمان توسط درمانگر را تحت تاثیر قرار دهد، تعجب‌آور به نظر می‌رسد.

پایایی و اعتبار . مانند بحث آزمون رورشاخ، اجازه دهید این بحث را هم با ارزیابی کردن فشردهٔ آزمون اندریافت موضوع تمام کنیم. ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون اندریافت موضوع به شکل رسمی بسیار سخت است (لیلینفلد و دیگران، ۲۰۰۰). دستورالعمل‌ها، شیوه‌های اجرا، تعداد کارت‌های مورد استفاده و نوع نظام‌های نمره‌گذاری به قدری متنوع است که نتیجه‌گیری‌های قطعی را (اگر نگوییم ناممکن) تقریباً ناممکن می‌کند. درباره پایایی نیز همین مشکلات روش‌شناختی پیش می‌آید. برای مثال، تغییرات شخصیتی می‌تواند مانع هرگونه نتیجه‌گیری درباره پایایی آزمون شود یا موقع سنجش پایایی فرم‌های دیگر، درباره هم‌ارز بودن فرم‌ها نوعی شک و تردید پدید می‌آورد. بررسی پایایی مضمونی امکان‌پذیر است ولی چون نمی‌توانیم انتظار شباهت کلمه به کلمهٔ اجراها را داشته باشیم، معمولاً پایایی تفسیرهای قضاوت‌کنندگان بررسی می‌شود. وقتی مجموعه‌ای ضمنی و نظری از دستورالعمل‌های نمره‌گذاری وجود دارد (برای مثال بی. جی. فیتز جرالد، ۱۹۵۸)، توافق قضاوت‌کنندگان می‌تواند به سطوح مقبولی برسد. پایایی قضاوت‌کنندگان همچنین وقتی حاصل می‌شود که درجه‌بندی‌های کمّی اهمیت داشته باشد (هریسون، ۱۹۶۵)، ولی تفسیرهای وسیع و کلی می‌تواند مشکلاتی به بار آورد.

برای تایید پایایی آزمون اندریافت موضوع هم تلاش‌هایی شده است. روش‌های مورد استفاده عبارت است از (الف) مقایسه تفسیرهای آزمون اندریافت موضوع با داده‌های موردی یا ارزیابی‌های درمانگر از بیمار؛ (ب) فنون همتاسازی و تحلیل

---

1. Lindzey, Bardford and Davids
2. Symonds
3. Stein

نمایش مورد آزمون اندریافت موضوع

کارت *۳۸M* مثل پسربچه‌ای است که برای کسی که نمی‌تواند او را داشته باشد، گریه می‌کند. (چرا گریه می‌کند؟) احتمالاً چون نمی‌تواند جایی برود. (چه خواهد کرد؟) احتمالاً می‌نشیند و هق‌هق گریه می‌کند تا خوابش ببرد.

کارت *۳GF* مثل اینکه دوست پسرش به او پشت کرده است. احساساتش جریحه‌دار شده است. دوست پسرش، در را روی او بسته است (دوست پسرش چی گفت؟) نمی‌دانم.

کارت *۹GF* این دختر شبیه کسی است که یک نفر از دستش فرار کرده و او را رها کرده باشد. آمادهٔ رقص است. خدمتکار مشغول نگاه کردن او است تا ببیند کجا می‌رود. (چرا فرار کرده است؟) احتمالاً چون به موقع حاضر نشده است.

کارت ۱۰ مثل اینکه غمگین است. سوگوار چه چیزی است. (چی؟) گویا یکی از بچه‌هایش را از دست داده است.

کارت *۱۳MF* به‌نظر می‌رسد زنش را از دست داده است و احساس می‌کند کاری از دستش برنمی‌آید.

کارت ۲۰ مثل مردی است که می‌خواهد چیزی را بدزدد. در حال پنهان کردن چیزی پشت یک حصار بلند است. توی دست داخل جیب‌اش یک اسلحه دارد و آماده است که اگر کسی بیرون آمد، شلیک کند.

در اینجا گزیده‌ای از گزارش درمانگر را می‌خوانید که حاوی تحلیل او است. «آزمون اندریافت موضوع به پاسخ‌هایی منتهی شد که همگی نشان‌دهنده ناخوشحالی، احساس تهدید، بدبیاری یا کنترل نداشتن بر نیروهای محیطی بود. هیچ یک از پاسخ‌های آزمون، نشان‌دهنده رضایت، پایان‌های شاد و از این قبیل نبود. در آزمون اندریافت موضوع این بیمار نیز همچون پاسخ‌های او به رورشاخ، شاهد پاسخ‌های محدودی بودیم که احتمالاً از اضطراب و افسردگی او خبر می‌دهد... . خلاصه اینکه نتایج آزمون اندریافت موضوع از فردی مضطرب و نیز، افسرده خبر می‌دهد. احساس ناامنی، بی‌عرضگی و کنترل نداشتن بر نیروهای محیطی، آشکار است، همان‌طور که ناخوشحالی و بیمناکی در این بیمار آشکار است. این عوامل به محدود شدن عملکردی منتهی می‌شود که بیمار را تا حد زیادی به اجتناب از تهدید سوق می‌دهد و نمی‌گذارد انرژی کافی را در خود برای عملکرد بهینه بسیج کند.

پروتکل‌ها بدون داشتن دانش و اطلاعات اضافی درباره بیمار؛ (ج) مقایسهٔ تشخیص‌های بالینی حاصل از آزمون اندریافت موضوع و قضاوت روان‌پزشکان؛ و (د) اثبات اعتبار برخی از اصولی کلی تفسیر (مثل گرایش به همانندسازی با قهرمانان داستان یا احتمال معنادارتر بودن مضمون‌های نامعمول از مضمون‌های معمول).

لیلینفلد و دیگران (۲۰۰۰) درباره شواهد تحقیقاتی حامی آزمون اندریافت موضوع نتیجه گرفتند حمایت متوسطِ مقدماتی در این مورد وجود دارد که نمرات آزمون اندریافت موضوع می‌تواند نیاز به پیشرفت و روابط مَحمِلی را بسنجد ولی این نشان نمی‌دهد که باید در سنجش‌های روزانه هم از آزمون اندریافت موضوع استفاده کنیم. هنجارهای کافی برای نمرات آزمون اندریافت موضوع وجود ندارد و از آن مهم‌تر اینکه روان‌شناسان بالینی معمولاً نمره‌ای محاسبه نمی‌کنند بلکه روی برداشت‌های کیفی خود از داستان‌های پاسخ‌دهندگان تمرکز می‌کنند (هانسلی و ماش، ۲۰۰۷).

بنابراین، استفاده بالینی معمولی از آزمون اندریافت موضوع نشان می‌دهد این آزمون همچنان ابزاری ذهنی باقی خواهد ماند. این امکان وجود دارد که اصول کلی تفسیر را شناسایی کنیم، ولی این اصول صرفاً نقش راهنما را بازی خواهد کرد، نه دستورالعملی دقیق برای تفسیر. تفسیر مناسب به آگاهی داشتن از پیشینه بیمار بستگی دارد. همین‌طور که روان‌شناس بالینی پروتکل آزمون را بررسی می‌کند، باید به دفعات تکرار مضامین، نامعمول بودن داستان‌ها، شیوه طراحی داستان‌ها، شناخت‌های غلط و مواردی از این قبیل توجه کند. روان‌شناس بالینی می‌خواهد به ماهیت قهرمانان آزمون اندریافت موضوع و نیازها و هدف‌هایشان نگاه دقیقی بیندازد. وضعیت‌هایی که پاسخ‌دهندگان شرح داده‌اند نیز مهم است، همان‌طور که حال و هوای هیجانی مضمون‌ها مهم است.

فنون تکمیل جمله

یک فن بسیار ماندگار و مفید، و در عین حال ساده، تکمیل جمله است. پرمصرف‌ترین و معروف‌ترین نوع آن هم فرم جملات ناقص راتر است (راتر، ۱۹۵۴؛ راتر و رافرتی[1]، ۱۹۵۰). فرم

1. Rotter and Rafferty

آزمون تکمیل جمله

دستورالعمل‌ها : جملات زیر را هرطور که دوست دارید، کامل کنید.

۱. در خفا دوست دارم .....
۲. نگرانی من این است که .....
۳. در خفا نیاز دارم .....
۴. در این سَرِ شب .....
۵. مادرم .....
۶. دلم می‌خواهد .....
۷. کلاس‌های من .....
۸. می‌ترسم .....
۹. وقتی ..... ، عصبانی می‌شوم.
۱۰. مردها .....
۱۱. بهترین دوستم .....
۱۲. اعصابم .....
۱۳. فردا .....
۱۴. خیالاتی دربارهٔ ..... دارم.
۱۵. برای اطمینان .....
۱۶. تحصیلات عالی .....
۱۷. ازدواج .....
۱۸. فقط اگر می‌توانستم .....
۱۹. پدرم .....
۲۰. مردم .....
۲۱. در نهایت دوست دارم .....
۲۲. پدرم فکر می‌کند مادرم .....
۲۳. ای کاش می‌توانستم فراموش کنم که .....
۲۴. خیلی از دوستانم .....
۲۵. بزرگ‌ترین آرزویم .....
۲۶. بهترین دوستم نمی‌داند .....

جملات ناقص از ۴۰ ساقهٔ جمله تشکیل شده است؛ مثل «دوست دارم...»، «آنچه اذیتم می‌کند...»، «ای کاش...»، «بیشتر دخترها...». به هر جمله‌ای که کامل شود، نمره‌ای تا هفت داده می‌شود که شاخص عمومی سازگاری ـ ناسازگاری را مشخص می‌کند (برای مثال جِسِر، لیورانت و اُپُچینسکی[1]، ۱۹۶۳). فرم جملات ناقص، فرمی چندمنظوره است و برای انواع متغیرها، فنون نمره‌گذاری دارد (برای مثال فیتزجرالد، ۱۹۵۸). برای نوجوانان و کودکان هم نسخه‌های مشابهی از فنون تکمیل جمله تهیه شده است.

فرم جملات ناقص، چند قوت دارد. نمره‌گذاری عینی و پایایی دارد که تا حدودی به‌دلیل مفصل بودن نمونه نمره‌گذاری‌ها در راهنمای آن است. استفاده از آن آسان و مقرون‌به‌صرفه است و به نظر می‌رسد ابزار خوبی برای غربالگری باشد. در عین حال که به‌طور عینی نمره‌گذاری می‌شود، آزادی پاسخ‌دهی زیادی دارد. بنابراین، فرم جملات ناقص در حد فاصل دو بُعد عینی ـ فرافکن قرار می‌گیرد. فرم جملات ناقص معرف رویکردی نسبتاً مستقیم به اندازه‌گیری است که به آن حد از آموزش لازم برای نمره‌گذاری رورشاخ نیاز ندارد. البته برخی از روان‌شناسان بالینی از این گله‌مندند که فرم جملات ناقص به اندازهٔ کافی پنهان‌کاری ندارد. شاید به همین دلیل است که فرم جملات ناقص نمی‌تواند اطلاعاتی بدهد که مصاحبهٔ نسبتاً فراگیر می‌دهد. فرم جملات ناقص از بسیاری جهات، تصویری شناختی و رفتاری از بیمار ترسیم می‌کند تا یک تصویر «عمیقِ روانپویشی».

همبستگی فریبنده

تفسیر پاسخ‌های آزمون فرافکن تا حد زیادی به تجربهٔ تشخیص‌گذار روانی بستگی دارد. مشاهدات شخص تشخیص‌گذار درباره رابطه داشتن برخی پاسخ‌ها با برخی خصوصیات شخصیتی به تدریج روی هم جمع می‌شود. در نتیجه، روان‌شناس بالینی «یادمی‌گیرد» این پاسخ‌ها را به برخی خصوصیات شخصیتی ربط دهد. سپس این پاسخ‌ها «علامت» این خصوصیات شخصیتی زیربنایی می‌شود. اما شواهد تحقیقات زیادی وجود دارد که از بامعنا بودن این علائم تشخیصی حمایت نمی‌کند. برای مثال لیتل و اشنایدمن (۱۹۵۹) دریافتند روان‌شناسان بالینی سرشناس در اظهارنظر معتبر درباره بیمار بر اساس پاسخ‌های وی در آزمون، فقط اندکی بالاتر از محدوده شانس عمل می‌کردند. چپمن و چپمن (۱۹۶۹) یکی از دلایل این عملکرد ضعیف را تکیه بر

1. Jessor, Liverant and Opochinsky

همبستگی‌های فریبندهٔ بین پاسخ‌های آزمون و خصوصیات شخصیتی می‌دانند. چپمن و چپمن درباره آزمون رورشاخ دریافتند روان‌شناسان بالینی بر پاسخ‌هایی تمرکز می‌کنند که خیلی همجنس‌خواهی مردانه را تداعی کنند. برای مثال، وقتی از مردها پاسخ‌هایی مثل این پاسخ دریافت می‌کنند که «مثل مردی است که خم شده باشد» یا «مثل سوراخ کون است»، به سرعت ولی به اشتباه، فرض را بر وجود گرایش‌های همجنس‌خواهانه می‌گذارند. در عین حال، علائم معتبری را که قدرت تداعی‌گری کمی دارند، مثل حیوانات خطرناک یا انسان‌نگاری حیوانات (برای مثال، هیولای بی‌سر یا زنی با بال‌های پروانه)، نادیده می‌گیرند. «تشخیص» همجنس‌خواهی در روان‌شناسی بالینی معاصر جایی ندارد؛ چون اختلال روانی در نظر گرفته نمی‌شود (در حالی که در ویراست دوم راهنمای تشخیصی و آماری روانی (DSM-II) در سال ۱۹۶۸، جزء اختلالات بود)، ولی نکتهٔ مهم این است که همبستگی فریبنده که مبنایش قدرت تداعی‌گری است می‌تواند منبع خطای مهمی باشد.

اعتبار و سودمندی فزاینده

همان‌طور که در بحث ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا گفتیم، ***اعتبار فزاینده*** به این معنا است که یک روش چقدر می‌تواند پیش‌بینی را از آنچه روش‌های دیگر انجام می‌دهد، بالاتر ببرد (هانسلی و ماش، ۲۰۰۷؛ میهل و روزن، ۱۹۵۵؛ سچرست[1]، ۱۹۶۳).

برای آنکه روش سنجش، ارزش واقعی داشته باشد، باید چیز مهمی به روان‌شناسان بالینی بگوید که نتوانند از ***میزان‌های پایه*** (یا همان میزان شیوع) در جمعیت مورد نظر بفهمند. اگر روان‌شناس بالینی در مرکز عقب‌ماندگی ذهنی کار کند و بر اساس ویراست چهارم مقیاس هوش کودکان وکسلر نتیجه بگیرد فلان بیمار دچار عقب‌ماندگی ذهنی است، تشخیص چندان مهمی نداده است چون از قبل می‌دانسته‌ایم که تقریباً تمام جمعیت بستری در این مرکز، عقب‌ماندگی ذهنی داشته‌اند. اما اگر این آزمون بتواند چیزی دربارهٔ الگوبندی توانایی‌های بیمار بگوید که به روان‌شناس بالینی در برنامه‌ریزی آموزش شغلی کمک کند، آنگاه می‌توانیم آن را تا حدودی دارای اعتبار فزاینده بدانیم. بر اساس رورشاخ تشخیص این نکته که یک بیوه‌زن ۷۰ ساله «ظاهراً احساس تنهایی شدید می‌کند» به ندرت می‌تواند اعتبار فزاینده محسوب شود حتی اگر این تشخیص کاملاً درست باشد. این ادعا که مضامین آزمون اندریافت موضوع یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی از مشکلات سازگاری او خبر می‌دهد یا پاسخ‌های رورشاخ بیماری که می‌دانیم افسرده است از ملول و غمگین بودن او، چیز زیادی به دانش قبلی ما اضافه نمی‌کند، حتی اگر صحیح و عمیق باشد.

مرور جدید مطالعاتی که اعتبار فزایندهٔ ابزارهای اندازه‌گیری مشهور روان‌شناسی را بررسی کرده‌اند (گارب، ۲۰۰۳) این موارد را نشان داده است:

۱. چند مطالعه از اعتبار فزایندهٔ مقیاس‌های ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در پیش‌بینی اختلال شخصیت و پرخاشگری و افتراق گذاشتن بین بیماران افسرده و بیماران دچار سوءمصرف مواد خبر می‌دهد.
۲. نمرات نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO، در سنجش اختلال شخصیت، پاسخ‌دهی مادرانه به نوزاد و خشونت، توان پیش‌بینی‌کنندگی فزاینده دارد.
۳. مطالعات از اعتبار فزاینده رورشاخ در خصوص اختلال تفکر که از ویژگی‌های روانپریشی است خبر می‌دهد در حالی که از اعتبار فزاینده رورشاخ در زمینه‌های دیگر چندان حمایت نمی‌کند.
۴. اعتبار فزاینده آزمون اندریافت موضوع یا ترسیمات فرافکن به‌قدر کافی بررسی نشده است.
۵. از اعتبار فزایندهٔ آزمون تکمیل جمله تا حدودی حمایت شده است.

سرانجام اینکه وقتی استفاده از یک ابزار سنجش توجیه دارد (یتز و تاوب[2]، ۲۰۰۳) که در مقایسه با ابزارهای اندازه‌گیری مقرون‌به‌صرفه‌تر دیگر (مثل پرسشنامه‌های کوتاه)، اعتبار فزاینده داشته باشد. در غیر این صورت، تلاش اضافی

1. Sechrest 2. Yates and Taub

برای رسیدن به همان اطلاعات، در واقع برای روان‌شناس بالینی و بیمار اتلاف وقت است.

استفاده و سوءاستفاده از آزمون‌گیری

جامعهٔ ما از خیلی قبل، آزمون‌گرا بوده است. مردم این کشور صرف‌نظر از اینکه سوالشان در خصوص گزینش کارکنان باشد یا در رابطه با سنجش عقلی و اندازه‌گیری «من واقعی»، سراغ آزمون‌ها می‌روند. برخی سراغ آزمون‌های اینترنتی می‌روند و برخی سراغ روان‌شناسان بالینی ماهر. ولی کنجکاوی همیشگی و انتظارات سطح بالای آنها از آزمون سر جایش باقی است و معمولاً داشتن این‌گونه انتظارات سطح بالا به سوءاستفاده منتهی می‌شود.

آزمون‌گیری، کسب و کار بزرگی شده است. شرکت‌های روان‌شناسی، تربیتی و شرکت‌های پرسنلی، همه ساله هزاران آزمون می‌فروشند. روش‌های سنجش چنان بر زندگی ما تاثیر گذاشته است که به آنها خوکرده‌ایم و کمتر به آنها توجه می‌کنیم. قبولی در کالج، استخدام شدن، معافی از خدمت وظیفه، زندانی شدن، فرزندخواندگی، برنامه‌ریزی درمانی، قرارگذاری رایانه‌ای و طبقهٔ اجتماعی، همگی به عملکرد اشخاص در آزمون‌ها گره خورده‌اند. بنابراین درباره کسب و کاری که چنین وسعتی دارد و بر خیل عظیمی از مردمان تاثیر می‌گذارد، باید نهایت دقت را به خرج دهیم.

حفاظت‌ها . معیارهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا ۲۰۰۲، روان‌شناسان را ملزم می‌کند فقط از فنون و روش‌هایی استفاده کنند که صلاحیت استفاده از آنها را دارند. این معیارهای اخلاقی، ازدیاد هیئت‌های ایالتی صدور جواز و گواهینامه و اعطای جواز صلاحیت حرفه‌ای از سوی هیئت روان‌شناسی امریکا، همگی این هدف را دنبال می‌کنند که از منافع مردم هرچه بیشتر حفاظت شود.

فروش آزمون‌ها از سوی ناشران هم به افراد یا موسساتی محدود می‌شود که بتوانند صلاحیت‌شان را در اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر آزمون‌ها ثابت کنند. بنابراین آزمون‌فروشی آزاد نیست و به صلاحیت مصرف‌کننده بستگی دارد. اما دستورالعمل‌های حرفه‌ای و محدودیت‌های ناشران نمی‌تواند به‌طور کامل جلوی سوءاستفاده از آزمون‌ها را بگیرد. هنوز هم گاهی اوقات آزمون‌ها به دست افراد بی‌وجدان و بی‌صلاحیت می‌افتد. معیارهای اخلاقی همیشه کافی نیست. بازاریاب‌های آزمون‌ها نیز در این زمینه مسئول‌اند. در راهنمای هر آزمون باید اطلاعات هنجاری و دستورالعمل‌های اجرا و نمره‌گذاری درج شده باشد. در مجموع، اطلاعات باید آن‌قدر کافی باشد که مصرف‌کننده بتواند پایایی و اعتبار آزمون را ارزیابی کند.

مسئلهٔ حریم خصوصی . بیشتر مردم فرض می‌کنند این حق آنها است که نگرش‌ها، احساسات، ترس‌ها و آرزوهای خود را هرقدر که می‌خواهند فاش کنند. البته آزمون‌دهنده به‌دلیل روش‌های ظریف و غیرمستقیم سنجش همیشه نمی‌تواند با اطمینان و یقین قضاوت کند که پاسخش مطلوب بوده یا نه. اما شخص آزمون‌دهنده حق دارد از اهداف آزمون کاملاً مطلع شود و بداند از نتایج آزمون چه استفاده‌ای خواهد شد؛ حال، ماهیت آزمون هرچه می‌خواهد باشد.

روی آزمون‌دهنده فقط باید آزمون‌هایی در زمینهٔ اهداف ارزیابی اجرا شود. اگر ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در مجموعه‌ای از آزمون‌های انتخاب نیروی انسانی جای داده شده، وظیفهٔ روان‌شناس است که ربط این آزمون را توضیح دهد و برای آن اسناد و مدارک بیاورد (کامارا و مرندا، ۲۰۰۰). رضایت آزمون‌دهنده درباره کل فرایند سنجش هم باید جلب شود و اشخاص باید از حق انتخاب‌های‌شان کاملاً آگاه باشند. این موضوع درباره کسانی هم صادق است که شروع‌کنندهٔ تماس بوده‌اند (و داوطلبانه خواهان دریافت خدمات بالینی بوده‌اند).

مسئلهٔ رازداری . دو مسئله رازداری و اعتماد، در جامعه مایهٔ نگرانی شده است. گسترش تسهیلات پردازش رایانه‌ای و بانک‌های عظیم داده‌های الکترونیک، امکان دسترسی دولت به اسناد و مدارک شخصی افراد در نهادها و دیگر موسسات یا شرکت‌ها را افزایش داده است. موسسات صادرکنندهٔ کارت‌های اعتباری، اِف بی آی، سی آی اِی، آی آر اس و دیگر سازمان‌ها

جوی پدید آورده‌اند که گویا گذشته و اسناد و مدارک هیچ کس، شخصی و مصون از تعرض نیست. اطلاعاتی که به روان‌پزشکان و روان‌شناسان منتقل می‌شود، معمولاً حق انحصاری آنان می‌باشد ولی همچنان گهگاه این حق نقض می‌شود و آنها مجبور می‌شوند اطلاعات را فاش کنند. برای مثال، حُکم *تاراسوف* صادره از دیوان عالی کالیفرنیا به وضوح اعلام می‌کند که اگر اطلاعاتی که بیمار در زمان درمان می‌دهد نشان‌دهنده خطرناک بودن او باشد، روان‌شناس بالینی حق ندارد این اطلاعات را در انحصار خود نگه دارد. اگر «حرمت» اتاق درمان خدشه‌پذیر شود، اسناد و مدارک شخصی، تحصیلی و دیگر اطلاعات حاصل از آزمون‌ها در دسترس دیگران قرار خواهد گرفت. روان‌شناسان بالینی شاغل در مراکز صنعتی نیز می‌توانند به‌طور مطلق از محرمانه ماندن نتایج آزمون‌ها اطمینان حاصل کنند. روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات در کشمکش اتحادیه و مدیریت بر سر نارضایی‌ها گیر می‌افتند. علاوه بر این، وقتی مردم تحت پوشش شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های پزشکیِ کمکی درمان می‌شوند، تشخیص‌ها گاهی اوقات به صورت اسناد و مدارک رایانه‌ای درمی‌آید و بسیاری از شرکت‌ها به آنها دسترسی پیدا می‌کنند.

وقتی از شخصی آزمون گرفته می‌شود، باید برای توضیح اهداف آزمون‌گیری، طرز استفاده از نتایج آزمون و افراد و موسساتی که به نتایج آزمون دسترسی خواهند داشت، هر اقدامی صورت گیرد. اگر شخص رضایت‌نامه بدهد، آزمون‌گیری می‌تواند ادامه یابد. اما اگر قرار باشد نتایج آزمون‌گیری بعداً در اختیار شخص دیگری گذاشته شود، باید از آزمون‌دهنده رضایت‌نامه گرفته شود. بدیهی است که همهٔ مراجعان دوست ندارند اسناد و سوابق سلامت روان‌شان افشا شود و گاهی اوقات رضایت‌نامه‌ها را از روی ترس از محروم شدن از خدمات یا صرفاً به دلیل اطاعت از فرمان درمانگر امضا می‌کنند.

مسئلهٔ تبعیض . بیشتر مردم به‌دلیل جنبش حقوق مدنی، هرچه بیشتر از شیوه‌های عمدی و غیرعمدی تبعیض علیه اقلیت‌ها در جامعه آگاه می‌شوند. لبهٔ حملات در روان‌شناسی متوجه اِعمال تبعیض علیه اقلیت‌ها توسط آزمون‌ها بوده است. برای مثال، در هنجاریابی اولیهٔ آزمون استنفورد ـ بینه، نمونه‌های امریکایی افریقایی‌تبار وجود نداشت. از آن پس، آزمون‌های زیادی منتشر شد که نمونه‌های عاری از سوگیری نژادی داشتند. اتهامی که معمولاً وارد می‌شود این است که بیشتر آزمون‌های روانی در واقع برای طبقه متوسط سفیدپوست طراحی شده و دیگر گروه‌ها تحت آزمون‌هایی قرار می‌گیرند که برای آنها مناسب نیست.

گاهی اوقات هم مشکل اصلی این است که اقلیت‌ها اصلاً تجربه‌ای در زمینهٔ آزمون‌گیری و موقعیت‌های آزمون‌گیری ندارند. این بی‌تجربگی، انگیزهٔ ناکافی و ناراحت بودن از حضور آزمون‌گیرنده‌ای که هم‌نژاد آنها نیست، همگی بر عملکرد آنان هنگام آزمون دادن تاثیر می‌گذارد. در اغلب موارد هم محتویات آزمون، در بافت و چهارچوبی بیان می‌شود که از نظر نژادی ناعادلانه است. برای مثال، در کارت‌های آزمون اندریافت موضوع، شخصیت‌های سفیدپوست به تصویر کشیده می‌شوند یا ماده‌های آزمون هوش برای کودکان امریکایی افریقایی‌تبار مناسب نیست. در اینجا، ماده‌های آزمون و طرز ارائه آنها و شرایط آزمون است که موجب محرومیت اقلیت‌ها می‌شود.

سوگیری آزمون . باید یادمان باشد تفاوت میانگین نمرات گروه‌های مختلف در یک آزمون، به خودی خود نشان‌دهندهٔ سوگیری آزمون یا تبعیض‌آمیز بودن آزمون نیست؛ بلکه سوگیری یا تبعیض‌آمیز بودن آزمون، موضوعی اعتباری است؛ یعنی اگر بتوان نشان داد اعتبار آزمون (برای مثال در پیش‌بینی خصوصیات ملاکی یا عملکرد) دربارهٔ گروه‌های مختلف، به طرز معناداری متغیر است، آنگاه می‌توان ادعا کرد آزمون در مورد آن هدف، «سوگیری» دارد. به عبارت دیگر، سوگیری آزمون در حدی است که می‌تواند آن هدف را در یک گروه، دقیق‌تر از گروه دیگر پیش‌بینی کند.

با یک مثال می‌توانیم این نکته را روشن کنیم. فرض کنید مولفان این کتاب، پرسشنامه‌ای شخصیتی طراحی کرده‌اند که صفت «تنفر» را اندازه می‌گیرد. آنها در فرایند هنجاریابی این آزمون متوجه شده‌اند نمرهٔ مردان در این آزمون به‌طور معناداری از نمرهٔ زنان بیشتر است. آیا این نشانهٔ سوگیری آزمون

کادر ۲ـ۸ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : دانیل ال. بورچه

دانیل ال. بورچه دانشجوی سال ششم دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه ایالتی کنت است و دورهٔ انترنی ماقبل دکتری را در بیمارستان ایالتی پَتن می‌گذراند. دانیل مدرک کارشناسی خود را از دانشگاه پلی‌تکنیک ایالتی کالیفرنیا ـ سنت لوئیس اُبیسپو و مدرک کارشناسی ارشد خود را از دانشگاه ایالتی کنت گرفت. او در حال مطالعهٔ کم گزارش دادن و زیاد گزارش دادن نشانه‌های روان‌شناختی در ابزارهای شخصیت‌سنجی، به‌ویژه در ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و فرم بازنگری‌شدهٔ آن است. دانیل امیدوار است پس از فارغ‌التحصیل شدن، روان‌شناس قانونی شود تا در مورد صلاحیت حضور در دادگاه و سلامت عقل هنگام طرح دفاعیات، سنجش‌های قانونی [و حقوقی] انجام دهد. دانیل درباره تجربیات تحصیلی خودش در مقطع تکمیلی، چنین گفت.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدی؟

تمام عمر عاشق فیلم‌ها و داستان‌های روان‌شناسی بودم ولی نمی‌دانستم روان‌شناسی چیست تا اینکه در کالج، واحد درسی روان‌شناسی مقدماتی را گرفتم. به کمک یک استاد صاحب‌نام، عاشق این رشته شدم. سپس نتیجه گرفتم که می‌توانم این رشته را بخوانم و می‌توانم با جمعیت‌های بزرگ (که غالباً تصویر دقیقی هم از آنها نداریم) کار کنم. از آن پس نمی‌توانستم باور کنم که مردم جز رشته‌ای که من انتخاب کرده‌ام می‌توانند رشته‌ای انتخاب کنند.

در کارشناسی چطور خودت را آماده کردی تا در مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی قبول شوی؟

چون می‌دانستم رقابت بسیار شدید است، تا می‌توانستم تجربهٔ بالینی، تحقیقاتی و تدریس خودم را بالا بردم. برای بالا بردن تجربهٔ بالینی خودم، مشاور همکلاسی‌هایم شدم، کمی تحقیقات انجام دادم و در یک کنفرانس کوچک، مقاله‌ای ارائه کردم و به عنوان دستیار معلم و معلم خصوصی کار کردم.

روند پر کردن فرم درخواست چطور بود؟

بسیار سخت بود! مثل کار پاره‌وقت بود، با این تفاوت که به جای آنکه پول بگیری باید پول می‌دادی. امتحانات تحصیلات تکمیلی گریه‌ام را درآورد، چون خیلی سخت بود. نزدیک بود قبل از دیدن نمراتم، انصراف دهم. اما خوشبختانه بهتر از آنچه فکر می‌کردم، عمل کرده بودم و مجبور نبودم برای بار دوم امتحان بدهم.

مصاحبه چطور بود؟

مصاحبه‌ها برای من خوب بود. استادها مهربان و دلسوز بودند. اما قصهٔ مصاحبه‌های تلفنی فرق داشت. یکی از استادها به من زنگ زد و انتظار داشت همان موقع مصاحبه کند. لازم نیست بگویم که آمادگی نداشتم و گند زدم.

وقتی به گذشته برمی‌گردی، به نظرت کدام فعالیت‌ها و تجربه‌ها در آماده کردن تو برای تحصیلات تکمیلی از همه مهم‌تر بودند؟

دنبال راهی بودم که بی‌نظیر به نظر برسم. برای مثال، تصمیم گرفتم کمی آمار یاد بگیرم چون عدهٔ کمی از متقاضیان، آمار بلد بودند. آمار کمک کرد تجربهٔ تحقیقاتی، تدریس و تجربه بالینی خودم را کمی بالا ببرم. از آن به بعد بود که مطمئن شدم منصب دانشگاهی برای من از منصب کاربردی بهتر است.

حرف دیگری درباره تقاضای تحصیل در مقاطع تکمیلی روان‌شناسی بالینی داری؟

دربارهٔ شخصیت خودتان از اساتید اطلاعات بگیرید. برای من خیلی خجالت‌آور و دستپاچه‌کننده بود که در این مورد درخواست کتبی بنویسم. اما پس از آنکه درخواستم را نوشتم، فهمیدم همین درخواست عیب و ایراددار و خیلی شخصی من، تاثیر تعیین‌کننده‌ای بر درخواست تحصیلات تکمیلی من داشت. سرانجام اینکه امیدوارم متوجه رقابتی بودن این روند باشید. اگر در دانشکدهٔ مورد نظرتان (یا اصولاً در هیچ دانشکده‌ای) قبول نشدید، مثبت بمانید! من فهمیده‌ام با وجود برنامه‌ریزی‌هایم هنوز کارهای دیگری هست که می‌توانم برای بهبود اوضاع انجام دهم. دانشکده‌ای که در آن قبول شده‌ام برای من بهتر از دانشکده‌هایی است که فکر می‌کردم خیلی بهتر بودند ولی در آنها قبول نشدم.

و سرانجام دربارهٔ کارهایت در زمینه شخصیت‌سنجی هنگام تحصیلات تکمیلی بگو.

تحقیقات من در تحصیلات تکمیلی، بر گزارش غیردقیق نشانه‌ها در ابزارهای خوداظهاری شخصیت‌سنجی متمرکز بوده است. مردم گاهی اوقات نشانه‌ها را پنهان می‌کنند و گاهی دربارهٔ نشانه‌ها مبالغه یا حتی نشانه‌سازی می‌کنند. تحقیقات من در این مورد است که مقیاس‌های موجود چقدر در کشف این پاسخ‌های غیردقیق موفق هستند.



دانیل ال. بروچه

است؟ نه لزوماً. مولفان در چند مطالعهٔ اعتباری دریافته‌اند رابطهٔ (همبستگی) نمرات پرسشنامهٔ تنفر و تعداد مشاجرات کلامی زنان و مردان در دو ماه متوالی، خیلی به هم نزدیک است. به عبارت دیگر، ضرایب اعتبار پیش‌بین دو گروه، مشابهت دارد؛ یا نمرات تنفر شبیه یکدیگر برای مردان و زنان «هم‌معنی» است (یعنی تعداد مشاجرات کلامی مشابهی را پیش‌بینی می‌کردند). به عبارت دیگر، کاملاً امکان‌پذیر است که قدرت همبستگی نمرات تنفر و دعواهای فیزیکی در مدت دو ماه آینده، به طرز معناداری در مردان بیش از قدرت همبستگی نمرات تنفر و دعواهای فیزیکی در مدت دو ماه آینده برای زنان باشد. در این مورد، استفاده از آزمون برای پیش‌بینی پرخاشگری فیزیکی در زنان سوگیرانه خواهد بود، به شرط آنکه پیش‌بینی‌ها بر رابطهٔ نمرات تنفر و دعواهای فیزیکی مردان مبتنی باشد.

در اینجا باید چند نکته را روشن کنیم. نخست اینکه تفاوت میانگین نمرات الزاماً نشان‌دهنده سوگیری آزمون نیست. در مثال قبل، دلایل خوبی وجود دارد که چرا میانگین نمره مردان در آزمون تنفر از میانگین نمرهٔ زنان بالاتر است (برای مثال، تفاوت‌های هورمونی یا سایر عوامل زیست‌شناختی، باعث بیشتر بودن تنفر در مردان می‌شوند). در حقیقت، اگر تفاوتی در میانگین نمرات مردان و زنان در این مورد دیده نشود، اعتبار آزمون زیر سوال می‌رود. دوم اینکه در رشته روان‌شناسی بالینی زیاد گفته می‌شود که فلان آزمون «معتبر» است ولی این گفته درست نیست. آزمون‌ها برای برخی هدف‌ها معتبر (و بدون سوگیری) هستند و برای برخی هدف‌ها، نامعتبر و (سوگیرانه). سرانجام اینکه با استفاده از معادلات پیش‌بینی متفاوت (و مناسب‌تر) برای گروه‌های مختلف می‌توانیم بر سوگیری آزمون «غلبه کنیم». به عبارت دیگر، بحث سوگیری وقتی پیش می‌آید که روان‌شناس بالینی بر اساس روابط تجربی که مشخصهٔ گروهی دیگر (برای مثال مردان) است نه گروه مورد نظر (برای مثال، زنان)، پیش‌بینی‌هایی کند. هدف، بررسی امکان اعتبار افتراقی است و در صورت وجود چنین اعتباری، استفاده از معادلهٔ پیش‌بینی مناسب برای گروه مورد نظر.

سنجش رایانه‌ای . سال‌ها است از رایانه برای نمره‌گذاری آزمون‌ها و تهیهٔ نیمرخ‌های روانی استفاده می‌شود. در حال حاضر از رایانه برای اجرا و تفسیر پاسخ‌های مراجعان در آزمون‌های فرافکن هم استفاده می‌شود. دلایلی که برای ضرورت استفاده از رایانه‌ها می‌آورند عبارت است از: کاهش هزینه، بالا بردن توجه و انگیزش مراجعان و استانداردسازی روش‌های روان‌شناسان بالینی. اما باید یادمان باشد کسانی که آموزش کافی ندیده‌اند یا کسانی که با فراست خود از کیفیت و سودمندی اطلاعات درون آن رایانه‌ها فراتر می‌روند، می‌توانند به راحتی از رایانه‌ها سوءاستفاده کنند.

افزایش استفاده از سنجش روان‌شناختی اینترنتی هم مشکلاتی به بار آورده است (بوچنن[1]، ۲۰۰۲؛ ناگلیری[2] و دیگران، ۲۰۰۴). نخست اینکه مطالعات نسبتاً کمی نشان داده‌اند که آزمون‌های روانی اینترنتی، همان ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون‌های روانی سنتی را دارند. برای مثال، آزمون‌های اینترنتی در مقایسه با آزمون‌های سنتی همتای خود، در برخی پیش‌بینی‌ها، پایایی و اعتبار کمتری دارد. دوم اینکه سنجش اینترنتی نیز می‌تواند تحت تاثیر عوامل گیج‌کننده‌ای مانند کنترل نداشتن بر وضعیت آزمون‌گیری، حواسپرتی یا مشکلات فنی قرار گیرد. سرانجام اینکه نگرانی‌های دیگری مثل امنیت آزمون و تبعات تلویحی آن برای کسانی که از نظر فرهنگی و زبان‌شناختی متفاوت هستند، مسئولیت‌های اخلاقی روان‌شناسان بالینی در اجرا و تفسیر نمرات آزمون‌های اینترنتی را دوچندان می‌کند. در پایان باید بگوییم که به جای آنکه اعتبار و پایایی نسخهٔ اینترنتی آزمون‌های سنتی را مسلم فرض کنیم، باید اعتبار و پایایی آن را ثابت کنیم (بوچن، ۲۰۰۲).

استفاده از ***تفسیرهای رایانه‌ای آزمون*** نیز مقوله‌ای بحث‌برانگیز است (برای مثال اسنایدر، ۲۰۰۰). تفسیرهای رایانه‌ای آزمون به این صورت است که نمرات پاسخ‌دهنده وارد یک نرم‌افزار می‌شود. فایدهٔ این تفسیرها آن است که سریع صورت می‌گیرد، ذهنیت‌پردازی در تفسیر نمرات را به حداقل می‌رساند و امکان دسترسی به پایگاه‌های داده‌ای بزرگ و پردازش الگوهای نسبتاً پیچیدهٔ نمرات را فراهم می‌آورد، ولی

1. Buchanan 2. Naglieri

محدودیت‌هایی هم دارد (اسنایدر، ۲۰۰۰). نخست اینکه در تفسیرهای رایانه‌ای آزمون به اندازهٔ کافی بررسی و دقت نظر علمی خرج داده نشده است و بنابراین امکان تفسیر غیردقیق هم وجود دارد. دوم اینکه این تصور که تفسیرهای مورد نظر، دقت علمی دارند، روان‌شناسان بالینی را بر آن می‌دارد از تفسیرها استفاده کنند حتی وقتی نامربوط و نامتناسب هستند. بنابراین تفسیرهای رایانه‌ای آزمون، مثل دیگر شکل‌های سنجش، باید پایایی (یعنی مشابهت تفسیرها برای نمرات مشابه)، اعتبار (دقت تفسیرها) و سودمندی بالینی (یعنی کمک به ارتقای فهم بالینی و برنامه‌ریزی درمانی برای پاسخ‌دهنده) داشته باشد.

درباره نحوهٔ ارزیابی پایایی و اعتبار تفسیرهای رایانه‌ای آزمون (اسنایدر، ویدیگر و هوور[1]، ۱۹۹۰) و طرز استفاده از این تفسیرها در کار بالینی (بوچر، ۱۹۹۵b) دستورالعمل‌ها و راهنماهایی تهیه شده است. برای مثال بوچر (۱۹۹۵b، ۱۹۹۰) برای بازخورددهی درباره ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا به مراجعان، هفت مرحله را برشمرده است.

۱. ارائه اطلاعات نظری درباره ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا.
۲. توصیف کوتاه طرز تهیهٔ مقیاس‌های ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و ادبیات تجربی موجود در ویراست اول و دوم آن.
۳. توصیف کوتاه مقیاس‌های اعتباریابی آن و اینکه چه چیزی را درباره رویکرد مراجع به آزمون‌گیری نشان می‌دهد.
۴. توصیف فرضیه‌های بالینی تدوین‌شده بر اساس نیمرخ ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، رابطهٔ این قضیه با طرز معرفی مراجع توسط خودش و نگاه او به مشکلات در آن برهه.
۵. بحث درباره هرگونه پیشرفت در زمینهٔ مقیاس‌های محتوایی؛ چون آنچه ماده‌های این مقیاس‌ها اندازه می‌گیرند از نظر شهودی آشکار است.
۶. درخواست از مراجع برای سوال کردن در خصوص نمراتش و روشن کردن مسائل مبهم.
۷. بحث درباره اینکه به نظر مراجع آیا نتایج آزمون با تجربه‌اش تناسب دارد یا ندارد (به نقل از بوچر، ۱۹۹۵b، ص ۸۲).

جالب اینجا است که چند مطالعه نشان می‌دهد بازخورد دادن درباره ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا عملاً نقش نوعی مداخلهٔ بالینی را بازی می‌کند (بوچر، ۲۰۱۰). در مطالعهٔ فین و تونساگر[2] (۱۹۹۲) گروهی از مراجعان که دانشجو بودند و به مرکز مشاورهٔ دانشگاه مراجعه کرده بودند، درباره ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بازخورد گرفتند؛ این امر در حالی بود که آنها در فهرست انتظار درمانگاه قرار داشتند. روی گروه دوم هم ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا اجرا نشد. گروه نخست از نظر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و عزت‌نفس، بهبود نشان می‌داد، در حالی که گروه گواه، چنین بهبودی نشان نمی‌داد. هرچند این امکان وجود دارد که «اثر درمان‌بخش» مشاهده‌شده صرفاً معلول اجرای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بوده باشد (نه لزوماً بازخورد دادن درباره آن)، به نظر می‌رسد باید در این زمینه تحقیقات بیشتری شود. این مطالعه از این نظر در خور تحسین است که سودمندی بالینی ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا را نشان می‌دهد.

در نهایت، موفقیت هرگونه ابزار سنجش بالینی به این بستگی دارد که اطلاعات حاصل از آن، به برنامه‌ریزی و اجرا و ارزیابی درمان کمک کند.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسان بالینی معمولاً شخصیت‌سنجی انجام می‌دهند. اما سودمندی حتی مشهورترین ابزارهای اندازه‌گیری شخصیت هم جای سوال دارد. مراقبت مدیریت‌شده نیز فشار بر طرفداران شخصیت‌آزمایی را دوچندان کرده تا استفاده از این ابزارهای مشهور اندازه‌گیری شخصیت را توجیه کنند.

در این فصل چند مورد از راهبردهای آزمون‌سازی را توضیح دادیم و نتیجه گرفتیم در تهیهٔ ابزار اندازه‌گیری باید رویکرد اعتبارِ سازه را دنبال کنیم. همچنین چند مورد از فنون عینی و

1. Hoover
2. Finn and Tonsager

فرافکن شخصیت‌سنجی را مرور کردیم. ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، یکی از آزمون‌های عینی مهم شخصیت است که اطلاعات بسیاری در حمایت از کاربرد آن در سنجش بالینی وجود دارد. درباره این جدیدترین نسخهٔ شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا نگرانی‌هایی ابراز شده است، ولی در مجموع مقبولیت دارد و شاید مهم‌ترین ابزار اندازه‌گیری این حیطه محسوب می‌شود. در بحث فنون فرافکن، عمدهٔ بحث خود را روی رورشاخ متمرکز کردیم. وفاداری روان‌شناسان بالینی به این آزمون از بسیاری جهات باعث شده رشتهٔ روان‌شناسی بالینی به دو گروه معتقدان به آزمون رورشاخ و بی‌اعتقادان به آن تقسیم شود. روان‌شناسان بالینی دانشگاهی جزء منتقدان اصلی رورشاخ هستند و بحث‌های تند و تیزی علیه مشروعیت و مزیت‌های آن بیان می‌کنند.

این فصل را با بحث استفاده و سوءاستفاده از آزمون‌گیری تمام کردیم. انجمن روان‌شناسان امریکا ***معیارهای روان‌آزمایی و تعلیم و تربیت‌آزمایی*** را منتشر می‌کند (برای کسب آخرین اطلاعات راجع به جدیدترین نسخهٔ این معیارها، به وب‌سایت ۴ ـ ۸ در انتهای همین فصل مراجعه کنید). روان‌شناسان بالینی که درگیر تهیه و استفاده از آزمون‌های شخصیت هستند باید به مسائلی مثل حفاظت از آزمون‌دهندگان، حریم خصوصی، رازداری، تبعیض و سوگیری آزمون توجه کنند. سرانجام اینکه روند فعلی آزمون‌گیری و تفسیر رایانه‌ای را توضیح دادیم. این احتمال وجود دارد که پیشرفت‌های فن‌آوری همچنان بر طرز تهیه، اجرا و تفسیر آزمون‌های روانی تاثیر بگذارد.

اصطلاحات کلیدی

میزان‌های پایه **base rate**

میزان‌های شیوع.

سنجش رایانه‌ای **computer-based assessment**

استفاده از رایانه‌ها برای اجرا (و احتمالاً تفسیر) پاسخ‌های آزمون‌دهندگان در مصاحبه‌ها، آزمون‌های هوشبهر، پرسشنامه‌های خودگزارشی و مواردی از این قبیل.

تفسیرهای رایانه‌ای آزمون **Computer-Based Test Interpretations (CBTIs)**

نیمرخ‌های تفسیری برنامه‌های نمره‌گذاری رایانه‌ای برای آزمون‌های روانی مختلف. درباره استفاده کردن یا نکردن از این نیمرخ‌ها، اختلاف‌نظرها و بحث‌های شدیدی وجود دارد.

رویکرد اعتباریابی سازه‌ای **construct validity approach**

رویکردی به آزمون‌سازی که در آن، مقیاس‌ها بر مبنای نظریه‌ای خاص تهیه می‌شود، با تحلیل عاملی و روش‌های دیگر پالایش می‌شود و با نشان دادن این نکته اعتباریابی می‌شود که نمرات خاص می‌تواند رفتار افراد را پیش‌بینی کند.

اعتباریابی محتوایی **cortent validation**

فرایندی که با آن مطمئن می‌شویم آزمون همهٔ جنبه‌های سازهٔ مورد نظر را به نحو مناسب و کافی اندازه می‌گیرد. روش‌های اعتباریابی محتوایی عبارت است از: تعریف دقیق تمام جنبه‌های سازه، مشورت با متخصصان، سنجش مربوط بودن هر یک از ماده‌های بالقوه توسط قضاوت‌کنندگان و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی هر یک از ماده‌های بالقوه.

کلیدسازی تجربی **empirical criterion keying**

رویکردی در آزمون‌سازی که بر انتخاب ماده‌هایی تاکید می‌کند که اشخاص بهنجار را از اشخاص در دیگر گروه‌های تشخیصی جدا می‌کند، صرف‌نظر از اینکه ماده‌ها از لحاظ نظری به تشخیص مورد نظر ربط دارند یا ندارند.

رویکرد تحلیل عاملی **factor analytic approach**

روشی آماری در آزمون‌سازی که تعیین می‌کند آیا ماده‌های بالقوهٔ آزمون، به یکدیگر ربط دارد یا ندارد.

مدل پنج‌عاملی **Five-Factor Model (FFM)**

مدل شخصیتی جامعی که ابعاد روان‌رنجوری‌خویی، برون‌گرایی، استقبال از تجربه، موافقت و وظیفه‌شناسی را در خود جای داده است. این مدل شش جنبه دارد که به این ابعاد تعلق دارند.

همبستگی فریبنده **illusory correlation**

در بافت مبحث فرافکنی‌آزمایی، پدیده‌ای است که در آن برخی پاسخ‌های اشخاص در آزمون، به برخی ویژگی‌های شخصیتی ربط داده می‌شود. این پاسخ‌ها، علامت صفت مورد نظر تصور شده و موقع تفسیر، بیش از حد ارزشمند فرض می‌شود.

فرم جملات ناقص **Incomplete Sentences Blank (ISB)**

معروف‌ترین و پرمصرف‌ترین فن تکمیل جمله که از ۴۰ ساقهٔ جمله تشکیل شده است.

اعتبار فزاینده **incremental validity**

اینکه نمرهٔ مقیاس چقدر دربارهٔ رفتار، ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی افراد اطلاعاتی می‌دهد که دیگر ابزارهای اندازه‌گیری نمی‌دهد.

ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا **MMPI-2**

ابزاری برای اندازه‌گیری آسیب‌شناسی روانی که بر مبنای رویکرد

کلیدسازی تجربی ساخته شد. ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، ۵۶۷ مادهٔ درست ـ غلط دارد و در ده مقیاس بالینی، نمره می‌دهد. هفت مقیاس اعتباریابی و چند مقیاس محتوایی و تکمیلی هم دارد. تفسیر ویراست دوم این آزمون معمولاً بر اساس تحلیل نیمرخ کامل صورت می‌گیرد نه نمرات برگزیده. ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا مثل ویراست اول آن برای اهداف مختلفی و در وضعیت‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته و هنوز یکی از پرسشنامه‌های خوداظهاری اصلیِ شخصیت و آسیب‌شناسی روانی است.

اندازه‌گیری‌های عینی شخصیت **objective personality measures**

ابزارهای شخصیت‌سنجی که در آنها آزمون‌دهنده بر مبنای تعدادی گزینه معین (مثل گزینهٔ درست یا غلط یا درجه‌بندی‌های ابعادی) به مجموعه‌ای از سوالات یا جملات استاندارد پاسخ می‌دهد.

فنون فرافکن **projective techniques**

فنونی در روان‌آزمایی که برای قضاوت درباره سازگاری ـ ناسازگاری مردم از پاسخ‌های آنها به محرک‌های مبهم استفاده می‌کنند. طرفداران این فنون معتقدند آزمون‌دهندگان در واقع خودشان را به این محرک‌ها «فرافکنی» می‌کنند و با این کار، جنبه‌های ناهشیارشان را فاش می‌کنند.

Revised NEO-Personality Inventory (NEO-PI-R)

نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامهٔ شخصیتی NEO

ابزاری خوداظهاری برای اندازه‌گیری الگوی پنج‌عاملی که از ۲۴۰ جمله تشکیل شده است و هر جمله بر مبنای مقیاسی ۵ امتیازی، نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون برای پنج بُعد الگوی پنج‌عاملی (یعنی روان‌رنجوری‌خویی، برون‌گرایی، استقبال از تجربه، موافقت و وظیفه‌شناسی) و شش جنبهٔ متناظر با هر بُعد نمره می‌دهد.

رورشاخ **Rorschach**

فنی فرافکن که پاسخ اشخاص به چند لکهٔ جوهر را تفسیر می‌کند.

روش تکمیل جمله **sentence completion method**

یک فن فرافکن ساده که در آن از اشخاص می‌خواهند چند ساقهٔ جمله (مثل «من معمولاً معتقدم ...») را کامل کنند.

سوگیری آزمون **test bias**

تصمیم‌گیری‌ها و پیش‌بینی‌های متفاوت درباره اعضای گروه، حتی وقتی نمره مشابهی در ابزار اندازه‌گیری می‌گیرند.

آزمون اندریافت موضوع **Thematic Apperecption Test**

یکی از فنون فرافکن که هدفش آشکار کردن خصوصیات شخصیتی بیماران از طریق تفسیر داستان‌هایی است که برای مجموعه‌ای از تصاویر می‌سازند.

اعتبار نمرات برش (آستانه‌ها) **validity of cut off scores (threshlds)**

میزان دقت یک نمرهٔ برش در طبقه‌بندی مردم از نظر داشتن یا نداشتن اختلال یا صفت مورد نظر.

مقیاس‌های اعتباریابی **validity scales**

مقیاس‌هایی در یک آزمون که نگرش‌ها و انگیزه‌های پاسخ‌دهنده به آزمون را روشن می‌کنند (برای مثال روشن می‌کنند که می‌خواهد تصویر خوبی از خود نشان دهد، دربارهٔ مشکلات یا نشانه‌هایش اغراق می‌کند و یا تصادفی پاسخ می‌دهد).

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

8-1 Frequently Asked Questions (FAQs) on Psychological Tests
http://www.apa.org/science/programs/testing/find-tests.aspx

8-2 APA Statement on the Use of Secure Psychological Tests in the Education of Graduate and Undergraduate Psychology Students
http://www.apa.org/science/leadership/tests/test-security.aspx

8-3 Psychological Testing and Assessment
http://www.apa.org/science/programs/testing/index.aspx

8-4 Update on APA's revised Standards for Educational and Psychological Testing
http://www.apa.org/science/about/psa/2011/01/testing.aspx

8-5 Society for Personality Assessment
http://www.personality.org/index.php

۹



سنجش رفتاری

سوالات مهم

۱. چرا سنجش رفتاری به‌طور مستمر صورت می‌گیرد؟
۲. سنجش رفتاری و سنجش سنتی چه فرق‌هایی دارند؟
۳. چه عواملی بر پایایی و اعتبار مشاهدات تاثیر می‌گذارد؟
۴. الگوی SORC چیست و درباره مشکلات بالینی چطور به کار می‌رود؟
۵. متغیرهای شناختی چه اهمیتی در سنجش رفتاری دارند؟

رئوس مطالب فصل

سنت رفتاری
نمونه در مقابل علامت
تحلیل کارکردی
سنجش رفتاری به‌مثابه فرایندی مستمر
مصاحبه‌های رفتاری
کادر ۱ـ۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر استفن ان. هینز
روش‌های مشاهده
مشاهدهٔ طبیعی
نمونه‌های مشاهدهٔ طبیعی
مشاهدهٔ کنترل‌شده
فنون عملکرد کنترل‌شده
زیر نظر گرفتن خود
متغیرهای موثر بر پایایی مشاهدات
متغیرهای موثر بر اعتبار مشاهدات
توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار مشاهدات
روندهای فعلی کسب داده‌ها
روش‌های نقش بازی کردن
پرسشنامه‌ها و فهرست‌ها
سنجش شناختی ـ رفتاری
کادر ۲ـ۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر کارن دی. ردولف
قوت‌ها و ضعف‌های سنجش رفتاری
خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

در نگاهی سنتی، شخصیت، نظامی از سازه‌ها است که تاثیر زیادی بر رفتار می‌گذارد. این نگاه صرف‌نظر از آنکه سازهٔ مورد نظر، روان‌رنجوری‌خویی باشد یا درون‌گرایی، پارانویا و یا انعطاف‌پذیری، با خصوصیات نسبتاً باثبات شخصیتی دخیل در رفتار سر و کار دارد. بنابراین نگاه سنتی معتقد است برای فهمیدن یا پیش‌بینی رفتار باید متغیرهای زیربنایی را بسنجیم. البته این یک ساده‌سازی افراطی است که درباره آن اختلاف‌نظر زیادی وجود دارد؛ چون سازه‌های زیربنایی که برای روان‌شناس بالینی روانکاو اهمیت دارد، با سازه‌های زیربنایی مورد نظر نظریه‌پرداز شناختی ـ رفتاری بسیار فرق دارند.

اما سنجش‌گران و درمانگران رفتارگرا، این نگاه سنتی را به شخصیت ندارند. آنها شخصیت را عمدتاً از نظر گرایش‌های رفتاری در وضعیت‌های خاص می‌نگرند (یومن[1]، ۲۰۰۸). این تغییر موضع از جست‌وجوی خصوصیات شخصیتی زیربنایی به بررسی تعامل رفتارها و وضعیت‌ها، تفاوت اصلی این دو نگاه است. این نوع مفهوم‌بندی، عده‌ای را بر آن می‌دارد شخصیت را مجموعه‌ای از توانایی‌ها ببینند (والاس[2]، ۱۹۶۶). از نظر این عده، شخصیت، مجموعه‌ای از توانایی‌ها یا مهارت‌ها است تا منظومه‌ای از پیش‌زمینه‌ها (مثل نیازها یا صفت‌ها) که جوهر و اصل شخص را نشان می‌دهند. پرخاشگری و وابستگی دو مهارت هستند، درست مثل دوچرخه‌سواری. در نتیجه، تمرکز به ویژگی‌های صفتی معطوف می‌شود تا اسامی. برای مثال، رفتاردرمانگر به رفتار پرخاشگرانه علاقه‌مند است نه به پرخاشگری.

سنجش رفتاری اصولاً درباره کودکان و نوجوانان کاربرد بیشتری پیدا می‌کند. بیشتر نظریه‌پردازان شخصیت معتقدند کودکان و نوجوانان هنوز واجد مجموعه‌ای از صفات شخصیتی باثبات نشده‌اند. اما منظومه‌های مهمی از رفتارهای مشاهده‌شدنی را به نمایش می‌گذارند که اندازه‌گیری آنها هنگام تشخیص و درمان نشانه‌های روانی، مهم است. بنابراین درباره کودکان و نوجوانان عمدتاً سنجش رفتاری صورت می‌گیرد تا شخصیت‌سنجی.

سنت رفتاری

اجازه دهید پیش از بررسی روش‌های *سنجش رفتاری*، سه تفاوت اصلی این سنجش با سنجش سنتی را توضیح دهیم.

نمونه در مقابل علامت

در سنجش سنتی، توصیف وضعیت بسیار کم‌اهمیت‌تر از شناسایی خصوصیات شخصیتی پایدارتر است. مسئله بسیار مهم در سنجش رفتاری این است که ابزار سنجش تا چه حد از رفتارها و وضعیت‌های مورد نظر روان‌شناس بالینی، نمونه‌گیری می‌کند. اینکه آزمون چقدر پنهان‌کاری دارد و ناشناخته می‌ماند یا تا چه حد به عمق شخصیت پی می‌برد، نکتهٔ بی‌اهمیتی است. گولدفرید[3] (۱۹۷۶) سال‌ها قبل به فرق نگاه ***علامتی*** و ***نمونه‌ای*** در آزمون‌گیری اشاره می‌کند و می‌گوید:

> وقتی پاسخ‌های داده شده در آزمون را نمونه در نظر می‌گیریم، فرض بر این است که شخص در وضعیتی غیر از وضعیت آزمون هم چنین پاسخی خواهد داد. برای مثال، اگر موقع آزمون، پرخاشگرانه پاسخ دهد، فرض بر این است که در وضعیت دیگر هم پرخاشگری خواهد کرد. اما وقتی پاسخ‌های داده‌شده در آزمون را علامت در نظر می‌گیریم، استنباط ما این خواهد بود که عملکرد شخص در آزمون، تظاهر غیرمستقیم یا نمادین خصوصیت دیگری است. مصداق آن هم تسلط پاسخ‌های دورنمایی یا Vista در آزمون رورشاخ است که شخص در آنها، دریافت‌های ادراکی خود را از دور می‌بیند. در تفسیر چنین پاسخی معمولاً نتیجه نمی‌گیرند که باید تحت مراقبت‌های بینایی‌سنجی قرار گیرد، بلکه آن را نشان‌دهنده توان او برای ارزیابی خویش و بینش می‌دانند. سنجش سنتی عمدتاً در تفسیر آزمون‌ها، رویکردی علامتی داشته است نه نمونه‌ای. اما در سنجش رفتاری، فقط رویکرد نمونه‌ای معنا و مفهوم دارد. (صص ۲۸۴-۲۸۳)

تحلیل کارکردی

ویژگی محوری دیگر سنجش رفتاری، به مفهوم ***تحلیل کارکردی*** بی. اف. اسکینر (۱۹۵۳) برمی‌گردد که عبارت است از تحلیل

---

1. Yoman 2. Wallace 3. Goldfried

دقیق محرک‌های مُتقدم بر رفتار و پیامدهای متأخر آن. با سنجش رابطهٔ تغییر شرایط محرک و پیامدها با تغییر رفتاری می‌توانیم علل رفتار را دقیق‌تر درک کنیم (یومن، ۲۰۰۸). فرض اصلی این است که رفتارها به دلیل پیامدهای پس از خود، آموخته می‌شوند و تداوم می‌یابند. بنابراین، روان‌شناس بالینی برای تغییر رفتار نامطلوب باید (الف) شرایط محرک تسریع‌کنندهٔ رفتار را شناسایی و (ب) تقویت‌های پس از آن را تعیین کند. پس از سنجش این دو عامل، روان‌شناس بالینی در موقعیتی قرار می‌گیرد که می‌تواند با دستکاری محرک‌ها و تقویت‌ها، رفتار را اصلاح کند.

نکتهٔ بسیار مهم در تحلیل کارکردی، توصیف دقیق و مو به مو است. رفتار مورد نظر باید با اصطلاحات و تعابیر مشاهده و اندازه‌گیری شدنی توصیف شود تا بتوانیم میزان وقوع آن را به طرز پایایی ثبت کنیم. شرایطی که رفتار مورد نظر را کنترل می‌کند هم باید با همان دقت مشخص شود. بنابراین ***شرایط پیشایند*** و ***رویدادهای پیایند*** با دقت مشخص می‌شود. رویدادهایی همچون زمان، محل و افراد موجود هنگام وقوع رفتار و پیامدهای خاص متعاقب آن رفتار ثبت می‌شوند.

برای مثال فرض کنید کودکی در کلاس درس اخلال می‌کند. سنجش روان‌پویشی به تحلیل نیازهایی می‌پردازد که این کودک دنبال ارضای آنها است. امید هم این است که با شناسایی نیازهای اول، رفتار نامطلوب او اصلاح و حذف شود. اما سنجش رفتاری به این نوع تعیین‌کننده‌های درونی فرضی، از قبیل «نیازها»، کاری ندارد و در عوض بر هدف، یعنی رفتار پرخاشگرانه تمرکز می‌کند. ممکن است معلوم شود که وقتی معلم در کلاس به بچه‌های دیگر توجه می‌کند، کودک مورد نظر، وسایل (برای مثال خودکار) بچه‌ای دیگر را می‌گیرد (یعنی پرخاشگرانه رفتار می‌کند). وقتی پرخاشگری می‌کند، معلم تقریباً همیشه به این کودک مُخِل توجه می‌کند. سپس تحلیل کارکردی روشن می‌کند که پس از بی‌توجهی (**محرک**)، گرفتن خودکار بچه‌ای دیگر (رفتار) و به دنبال آن، توجه (**پیامد**) رخ می‌دهد. وقتی این الگو محرز شد، گام‌هایی برای تغییر این الگو و به تبع آن، اصلاح رفتار نامطلوب برداشته می‌شود. برای مثال، کودک مورد نظر به دنبال رفتار مُخل، در اتاقی تنها گذاشته می‌شود. انتظار می‌رود این عمل، رفتار این کودک را تغییر دهد؛ چون پس از آن، پیامدهای تقویت‌کننده نمی‌آید. شاید این اتفاق با آنچه پدر و مادرها به‌طور شهودی انجام می‌دهند، خیلی فرق نکند. اما از لحاظ دقت نظر دربارهٔ رابطه‌ها و مشخص کردن دقیق رفتار هدف فرق می‌کند. جدول ۱ـ۹ خلاصه‌ای از تفاوت‌های دو رویکرد روان‌پویشی و رفتاری در سنجش را نشان می‌دهد.

بیشتر درمانگران رفتارگرا، روش تحلیل کارکردی را گسترش داده‌اند تا متغیرهای ارگانیسمی را نیز دربرگیرد. ***متغیرهای ارگانیسمی***، شامل خصوصیات بدنی، فیزیولوژیایی یا شناختی فرد است که تاثیر مهمی در مفهوم‌بندی مشکل مراجع و اجرای درمان نهایی دارد. برای مثال، سنجش نگرش‌ها و باورهایی مهم است که شخص را مستعد دوره‌های افسردگی می‌کند، چون با افسردگی رابطه دارد و هدف‌های مداخلاتی مناسبی است. ***مدل SORC*** (کانفر و فیلیپس[1]، ۱۹۷۰)، مدل مفیدی برای مفهوم‌بندی رفتاری مشکلات بالینی است. [در این مدل]:

S معرف محرک یا شرایط پیشایندِ رفتار مشکل‌ساز

O معرف متغیرهای ارگانیسمی مرتبط با رفتار مشکل‌ساز

R معرف پاسخ یا رفتار مشکل‌ساز

و C معرف پیامدهای رفتار مشکل‌ساز است.

روان‌شناسان بالینی رفتارگرا از این مدل برای کسب اطلاعات لازم برای توصیف کامل مشکل و در نهایت، مداخله استفاده می‌کنند.

سنجش رفتاری به مثابه فرایندی مستمر

همان‌طور که پترسون و سوبل[2] (۱۹۹۴) و دیگران (برای مثال، یومن، ۲۰۰۸) گفته‌اند، سنجش بالینی در چهارچوبی بالینی (مثل اکثر سنجش‌های خوب)، یک ارزیابی یک‌نوبتی پیش از درمان نیست، بلکه فرایند مستمری است که قبل از درمان و در

1. Kanfer and Phillips
2. Peterson and Sobell

زمان درمان و پس از آن هم صورت می‌گیرد. سنجش رفتاری از این نظر مهم است که زمینه‌ساز گزینش مقدماتی راهبردهای درمانی می‌شود و درباره اثربخشی راهبردهای درمانی به کار رفته در درمان بازخورد می‌دهد، اجازه می‌دهد تاثیرگذاری کلی درمان را پس از اجرای کامل ارزیابی کنیم و عوامل وضعیتی را روشن می‌کند که در تکرار رفتار (یا رفتارهای) مشکل‌ساز تاثیر دارند.

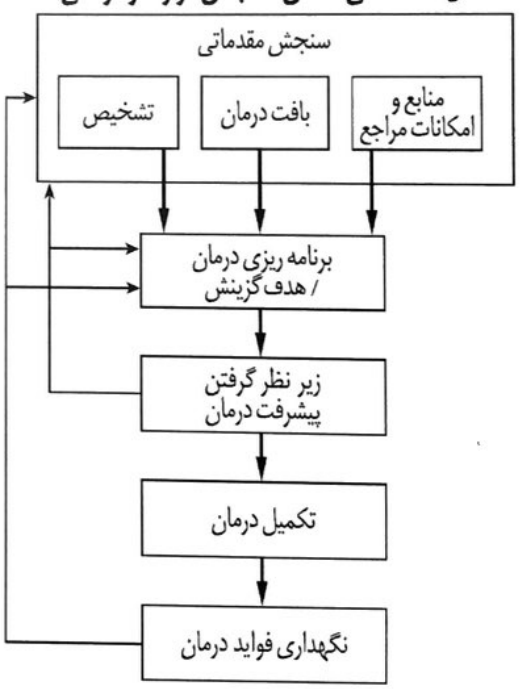
جدول ۱ـ۹: تفاوت‌های رویکرد رفتاری و سنتی در سنجش

	رفتاری	روان‌پویشی
الف. مفروضات		
۱. مفهوم شخصیت	برای خلاصه‌بندی الگوهای رفتاری خاص، عمدتاً از سازه‌های شخصیتی استفاده می‌شود.	شخصیت، بازتاب حالات یا صفات زیربنایی پایدار است.
۲. علل رفتار	شرایط محیطی نگهدارنده.	درون‌روانی (درون‌فردی).
ب. تلویحات		
۱. نقش رفتار	نمونه‌ای از خزانهٔ رفتاری شخص در وضعیت خاص.	رفتار تا وقتی اهمیت دارد که شاخص علل زیربنایی باشد.
۲. نقش تاریخ	نسبتاً بی‌اهمیت است مگر برای مثال در تهیهٔ خط پایه اولیه.	بسیار مهم است چون وضعیت فعلی، محصول گذشته است.
۳. سازواری رفتار	رفتار، مختصِ وضعیت است.	رفتار در طی زمان و مکان، سازواری دارد.
ج. استفاده از داده‌ها		
	برای توصیف رفتارهای هدف و شرایط نگهدارنده	برای توصیف کارکرد شخصیت و سبب‌شناسی
	برای انتخاب درمان مناسب	برای تشخیص یا طبقه‌بندی
	برای ارزیابی درمان و بازنگری در آن.	برای تعیین پیش‌آگهی؛ برای پیش‌بینی.
د. خصوصیات دیگر		
۱. سطح استنباط	پایین.	متوسط تا بالا.
۲. مقایسه‌ها	تاکید عمده بر نکات فردی و فردنگری.	تاکید عمده بر نکات بین‌فردی و قانون نگری.
۳. روش‌های سنجش	تاکید بر روش‌های مستقیم (مثل مشاهدهٔ رفتار در محیط طبیعی).	تاکید بر روش‌های غیرمستقیم (مثل مصاحبه و خوداظهاری).
۴. زمان‌بندی سنجش	سنجش قبل از درمان و در زمان آن و پس از درمان ادامه می‌یابد.	قبل از درمان و شاید پس از درمان صرفاً برای تشخیص‌گذاری.
۵. میدان سنجش	اندازه‌گیری‌های اختصاصی و اندازه‌گیری‌های متغیرهای بیشتر (مثل رفتارهای هدف در وضعیت‌های مختلف، اثرات جانبی بافت، قوت‌ها و کاستی‌ها).	اندازه‌گیری‌های کلی‌تر (مثل اندازه‌گیری معالجه یا بهبودی) ولی فقط انفرادی.

منبع: به نقل از «روابط میان سنجش رفتاری و سنجش سنتی» نوشتهٔ دی. پی. هارتمن، ب. ال. روپر و دی. سی. بردفورد، ***Journal of Behavioral Assessment***، ۱۹۷۹، دوره اول، مجلد چهارم.

نمودار ۱ـ۹، سنجش رفتاری در مراحل مختلف درمان را نشان می‌دهد (پترسون و سوبل، ۱۹۹۴). نخست، فرمول‌بندی‌های تشخیصی، رفتارهای غیرانطباقی یا هدف‌های بالقوهٔ مداخله را توصیف می‌کند. سپس، بافت یا محیط بیمار (نظام حمایت اجتماعی، محیط فیزیکی) او را می‌سنجد؛ چون به برنامه‌ریزی درمان و تعیین اهداف درمانی واقع‌بینانه ربط پیدا می‌کند. ارزیابی امکانات و منابع مراجع، مثل مهارت‌ها، سطح انگیزش، باورها و انتظارات او نیز مهم است. همان‌طور که پترسون و سوبل (۱۹۹۴) گفته‌اند، سنجش‌های تشخیصی اولیه/ سنجش‌های اولیهٔ رفتارهای غیرانطباقی، بافتِ درمان و منابع و امکانات مراجع، در نهایت به برنامه‌ریزی درمانی مقدماتیِ داده‌بنیاد ختم می‌شود. این برنامه علاوه بر توافق متقابل بر سر ملاک‌های بهبود، هدف‌گزینی توام

مدل اختصاصی: نقش سنجش در رفتار درمانی



نمودار ۱ـ۹: مدل تاثیر سنجش رفتاری در رفتاردرمانی

منبع: ال. پترسون و ال. سی. سوبل (۱۹۹۴). مقدمه‌ای بر جدیدترین مرورها: مساعدت‌های تحقیقاتی به سنجش بالینی در مجلهٔ Behavior Therapy، دورهٔ پنجم، صص ۵۳۱ـ۵۲۳.

با همکاری بیمار و درمانگر را نیز دربرمی‌گیرد. سنجش رسمی پیشرفت درمان، هم بازخورددهی مستمر است، هم راهی برای ساختن قوهٔ خودتاثیرگذاری بیمار در فرایند پیشرفت درمان. سنجشی که پس از اتمام درمان صورت می‌گیرد، درباره کارکرد نهایی بیمار داده‌هایی می‌دهد که بعداً می‌توان آنها را با داده‌های سنجشِ پیش از درمان مقایسه کرد. سرانجام، اجرای دقیق سنجش در تمام این مراحل، درباره احتمال تکرار نشانه‌ها، از جمله شناسایی محیط‌های پرخطری اطلاعات خواهد داد که می‌تواند موجب بازگشت [یا عود] شود.

پترسون و سوبل (۱۹۹۴) می‌گویند این مدل سنجش رفتاری، توان بالقوهٔ زیادی دارد تا بین تحقیقات رفتاری و درمانگری بالینی رابطه برقرار کند. همان‌طور که در فصل چهاردهم خواهیم گفت، رفتاردرمانی از نظر تاکید بر تصمیم‌سازی داده‌بنیاد در مراحل مختلف درمان، بی‌نظیر است. بنابراین سنجش رفتاری، اقدامی تجملاتی نیست، بلکه اقدامی ضروری است.

با در نظر گرفتن این نکات، اکنون روش‌های رایج‌تر سنجش رفتاری را بررسی می‌کنیم.

مصاحبه‌های رفتاری

بدیهی است پیش از آنکه حداقل درکی کلی از ماهیت مشکل پیدا نکرده باشیم این امکان وجود ندارد که تحلیل کارکردی را شروع کنیم یا درمان رفتاری را برنامه‌ریزی کنیم. بودمن (۲۰۰۸) می‌گوید نخستین گام مهم در تحلیل کارکردی، تعریف «پیامدهای نهایی» تغییر رفتار مطلوب است. به عبارت دیگر، رفتاردرمانگر از مراجع می‌پرسد امیدوار است به چه نتایجی برسد و دربارهٔ هر پاسخ متوالی، نتیجهٔ مورد نظر از آن تغییر را جویا می‌شود. این مصاحبه به زنجیره‌ای از تغییرات رفتاری و نتایج و پیامدهایی منتهی خواهد شد که می‌تواند درمانگر را از طرز پیوند زدن پیامدهای کوتاه‌مدت تغییر رفتار به پیامدهای بلندمدت یا همان «پیامدهای نهایی» مطلع کند. نتایج نهایی معمولاً شامل پیامدهایی مثل خوشحالی، رضایت از زندگی یا تبدیل دنیا به جایی بهتر می‌شود (یومن، ۲۰۰۸). با چنین

کادر ۱ـ۹: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر استفن ان هینز

دکتر استفن ان هینز[1]، استاد و رییس و مدیر سابق گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه هاوایی در مانوآ است. دکتر هینز، متخصص بین‌المللی سرشناس سنجش رفتاری، صورت‌بندی بالینی موارد، تهیه و ارزیابی آزمون‌های روانی و آسیب‌شناسی روانی است. دکتر هینز علاوه بر انتشار بیش از ۱۵۰ مقاله و فصل کتاب، چند کتاب هم در این زمینه‌ها نوشته است. هینز ویراستار مجلهٔ ***Psychological Assessment*** هم بوده است و عضو هیئت تحریریه مجلات مهم دیگر روان‌شناسی بالینی نیز می‌باشد.

دکتر هینز به سوالات ما راجع به سابقه، علایق و نظراتش، چنین پاسخ داد.

چطور به رشته روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

علاقه‌مندی من به حرفه روان‌شناسی در کالامازوی میشیگان، در یک روز بهاری خنک اتفاق افتاد. آن زمان، دانش‌آموز سال دوم دبیرستان بودم. در دبیرستان همیشه دربارهٔ محیطم سوالاتی داشتم. به جریان هوا در اطراف برگ‌های در حال سقوط فکر می‌کردم، چرا آب موقع تخلیه دایره‌ای می‌شود و چرا دخترها این‌طور رفتار می‌کنند. در ترم بهارهٔ همان سال، با خانم مونتوجُوی، معلم جدیدی آشنا شدم که یک ترم روان‌شناسی به ما درس داد. بحث‌های مهیج و بامزه‌ای دربارهٔ رابطه جنسی، یادگیری و به یاد آوردن و طرز شکل‌گیری نگرش‌ها و دلیل گریه کردن داشتیم. با طرح سوالاتی که عمدتاً تهمایهٔ جنسی داشتند، تقریباً هر روز خانم مونتوجُوی را از شرم سرخ می‌کردیم. روان‌شناسی، علم کاربردی جالبی بود و واحد درسی روان‌شناسی در دبیرستان، مهیج‌ترین و بامزه‌ترین واحد درسی آن دوران بود. صبح سه‌شنبه‌ای از ماه آوریل سال دوم دبیرستان بود که بعد از تعاملی پرشور با خانم مونتوجُوی نتیجه گرفتم که می‌خواهم روان‌شناس بالینی شوم.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کاری می‌کنید؟

فعالیت‌های تحقیقات فعلی من عمدتاً در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی و سنجش بالینی است. من درباره علل اختلالات خواب در کسانی تحقیق می‌کنم که ضربه‌ای (مثل تجاوز جنسی یا ضربهٔ جنگ) خورده‌اند. همچنین دربارهٔ تاثیرات درد مزمن بر خواب، خُلق و تعاملات اجتماعی و همبسته‌های روانی‌اجتماعی اختلالات قلبی‌عروقی، علل و همبسته‌های خشونت خانگی و خشونت بیماران روان‌پزشکی بستری‌شده تحقیق می‌کنم.

سنجش‌پژوهی من شامل تهیهٔ ابزارهای سنجشی برای اندازه‌گیری مشکلات شخصی و اجتماعی مهم است. پیش‌شرط تحقیق خوب درباره این مشکلات و درمان خوب آنها، داشتن ابزارهای اندازه‌گیری معتبر است؛ برای آنکه بدانید یک درمان چقدر خوب عمل می‌کند یا علت یک مشکل رفتاری را بفهمید، به ابزارهای اندازه‌گیری خوب نیاز دارید.

جالب‌ترین جنبه تحقیقاتم، همکاری با همکارانی توانا و دوست‌داشتنی و دانشجویان مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی است. بسیاری از طرح‌های تحقیقاتی را دانشجویان مقاطع تکمیلی اداره می‌کنند و این طرح‌ها در بیشتر موارد، حکم پایان‌نامه و رساله را دارد. معمولاً هر دانشجوی تحصیلات تکمیلی، محقق اصلی است و گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی، زیردست او کار می‌کنند.

به دانشجویان مقاطع تکمیلی، سنجش رفتاری و آسیب‌شناسی روانی بزرگسالان هم یاد می‌دهم. اصول روان‌سنجی، مصاحبهٔ رفتاری، مشاهده و زیر نظر گرفتن خود و تحقیق دربارهٔ علل اختلالات رفتاری را هم یاد می‌دهم. در این واحدهای درسی، اصول علمی سنجش روانی و کاربرد این اصول در ارزیابی خانواده‌هایی را مطالعه می‌کنیم که با بچه‌هایشان مشکلات جدی دارند. هدف این سنجش هم مشخص کردن مشکلات و قوت‌های خانواده و از همه مهم‌تر، شناسایی علل مشکلات است تا بتوانیم آنها را درمان کنیم.

ویراستاری و نوشتن را هم دوست دارم. به عنوان ویراستار مجلهٔ *Psychological Assessment*، هزاران دست‌نویس پیش از چاپ را مرور کردم و هر سال، این نوع دست‌نویس‌ها را مرور می‌کنم. این تجربه‌ای تربیتی و متواضعانه است؛ در این تجربه یکسره به کاستی‌ها و ضعف‌های دانش خودم و تخصص حیرت‌آور بسیاری از محققان و مرورکنندگان پی می‌برم. با ویلیام اُبراین (۲۰۰۰) و الن هایبی (۲۰۰۴) هم چند کتاب در زمینهٔ سنجش رفتاری منتشر کرده‌ام.

درمانگری خصوصی انجام نمی‌دهم ولی جلسات مشورت دادن، سمینارها و کارگاه‌های زیادی دارم. همچنین به عنوان داوطلب، به دادگاه‌های خانواده در خصوص کودکانی که از آنها سوءاستفاده شده یا مورد غفلت واقع شده‌اند و در یک موسسهٔ روان‌پزشکی ایالتی درباره صورت‌بندی موردها و به کلینیک‌ها درباره مشکلات رفتاری کودکان و بزرگسالان، مشورت می‌دهم. هم‌اکنون که این متن را می‌نویسم در اسپانیا زندگی می‌کنم و در آنجا در زمینهٔ سنجش و صورت‌بندی بالینی موردها، سخنرانی و کارگاه برگزار می‌کنم و مشغول نوشتن کتاب‌های دیگری درباره صورت‌بندی موردها و علل آسیب‌شناسی روانی هستم.

1. Stphen N. Haynes

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

همان‌طور که گفتم، حوزه‌هایی که فکر می‌کنم در آنها قابلیت ویژه‌ای دارم، روز به روز در حال کم شدن هستند؛ چون محققان دیگر، تخصص فراوانی پیدا کرده‌اند و پیچیدگی رشتهٔ روان‌شناسی بالینی در حال افزایش است. مایلم بگویم تا حدودی با روش‌های تهیه و ارزیابی ابزارهای سنجش، اصول قضاوت بالینی حاصل از اطلاعات سنجشی (مثل تحلیل کارکردی)، اصول اندازه‌گیری و طرح‌های تحقیقاتی (مثل طرح‌های رشته‌های زمانیِ تک‌آزمودنی) آشنایی دارم. حوزه‌هایی که بیشترین آشنایی را با آنها دارم عبارت است از: روان‌شناسی سلامت (اختلالات خواب، اختلالات قلبی‌عروقی، درد مزمن)، آسیب‌شناسی روانی آزمایشی و ناراحتی‌های زناشویی. من سعی می‌کنم اطلاعاتم دربارهٔ حسابان و فیزیک را بالا ببرم؛ چون بین بسیاری از اصول آنها و فهم مشکلات رفتاری رابطه وجود دارد.

روندهای آینده روان‌شناسی بالینی را چگونه می‌بینید؟

روندهای خوب زیادی در روان‌شناسی بالینی وجود دارد که بیشتر آنها بر پیشرفت جنبه‌های علمی روان‌شناسی بالینی استوار است. پیشرفت این رشته، به تداوم تحقیقات و اتخاذ رویکرد تحقیقاتی به روان‌شناسی بالینی، به‌ویژه سنجش بالینی و همچنین تحولات در افزایش روش‌های خدمات‌رسانی گره خواهد خورد که نتیجهٔ پژوهش‌ها آن را رقم خواهد زد. این روندها عبارت است از:

۱. افزایش تاکید بر درمان‌های دارای اعتبار تجربی و استفاده هرچه بیشتر از ابزارهای سنجشی دارای اعتبار تجربی.
۲. افزایش تاکید بر صورت‌بندی بالینی موردها در انتخاب بهترین درمان‌ها چون درمان‌های دارای حمایت تجربی در حال افزایش هستند و ما با تفاوت‌های فردی مراجعانی آشنا می‌شویم که مشکلات رفتاری دارند.
۳. تاکید بر ارزیابی مستمر فرایند و نتیجهٔ درمان (اندازه‌گیری‌های رشته‌های زمانی) و استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری معتبر طوری که تغییرات برنامه‌ها به سرعت اجرایی شود.
۴. در سنجش، استفاده هرچه بیشتر از راهبردهای سنجشی متفاوت، مثل استفاده از رایانه‌های دستی، مصاحبه‌های رایانه‌ای، مشاهدات بالینی قیاسی، ابزارهای غربالگری کوتاه و پرسشنامه‌های فشرده.
۵. مفاهیم و روش‌های روان‌شناسی که آمیزه‌ای از اطلاعات مربوط به فیزیولوژی، تفکر، هیجانات و کنش‌ها است.

کانون این رشته نیز تغییر خواهد کرد:

۱. تاکید بر این موضوع که صاحبان مدرک Ph.D در روان‌شناسی بالینی بهتر است ناظر و مسئول اجرایی باشند.
۲. کاهش تعداد برنامه‌های گران‌قیمت اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی به دلیل کاهش پرداخت حق‌الزحمه به دارندگان این مدرک در درمانگری خصوصی.
۳. افزایش تمرکز بر علم روان‌شناسی بالینی.
۴. افزایش تمرکز بر ارزیابی برنامه‌ها توسط دارندگان مدرک .Ph.D (یعنی ارزیابی اینکه برنامه‌های درمانی در موسسات مختلف، چقدر خوب کار می‌کنند).

روندهای آینده سنجش رفتاری را چطور می‌بینید؟

۱. تداوم یکپارچگی با فرایند غالب روان‌شناسی. توجه کنید که امروزه بیشتر مقالات در ***Journal of Constulting and Clinical Psychology*** از نوعی سنجش رفتاری استفاده می‌کنند؛ در حالی‌که این وضع در دههٔ ۱۹۶۰، صفر درصد بود.
۲. افزایش استفاده از فن‌آوری رایانه‌ای؛ برای مثال زیر نظر گرفتن سرپایی، استفاده از رایانه‌های دستی برای زیر نظر گرفتن خود، دستگاه‌های کنترل در زمینه‌های دیگر (مثل زیر نظر گرفتن مصرف دارو یا ورزش).
۳. افزایش استفاده از سنجش بالینی قیاسی؛ مشاهدهٔ تعاملات والد ـ کودک، تعاملات زناشویی، مهارت‌های اجتماعی همسران بدرفتار در محیط‌های بالینی.
۴. سنجش مقرون‌به‌صرفه‌تر: استفاده از روش‌های پیش‌گفته در زمان کوتاه‌تر.
۵. افزایش فهم منابع خطا در اندازه‌گیری و راه‌های کنترل خطاهای اندازه‌گیری؛ تداوم تاکید بر رویکرد تحقیقاتیِ تجربی به سنجش روانی.
۶. پیچیده‌تر شدن تحلیل کارکردی مراجعان (صورت‌بندی بالینی مورد) و جور کردن درمان‌ها با تحلیل کارکردی.



استفن ان. هینز

تمرینی، اولویت‌های رفتاردرمانی روشن‌تر می‌شود و درمانگر می‌تواند بفهمد آیا مهارت‌ها و تخصص او مفید است و همچنین می‌تواند موانع کوتاه‌مدت موجود بر سر راه رسیدن به این هدف‌ها را مشخص کند.

روان‌شناس بالینی رفتارگرا برای انجام تحلیل کارکردی رسمی احتمالاً به بهترین و ماندگارترین دوست خود که همانا مصاحبه است، رو خواهد آورد. او در *مصاحبه‌های* رفتاری تلاش خواهد کرد تصوری کلی از مشکل فعلی مراجع پیدا کند و بفهمد کدام متغیرها احتمالاً در حفظ و نگهداری رفتار مشکل‌ساز دخالت می‌کند (گولدفرید و دیویدسون، ۱۹۹۴. دیگر اطلاعاتی که جست‌وجو خواهد کرد، داده‌های تاریخی مربوطه و سنجش قوت‌های بیمار و بررسی تلاش‌های قبلی او برای کنار آمدن با مشکل خواهد بود. همچنین، انتظارات بیمار از درمان را بررسی خواهد کرد. سرانجام اینکه در صورت امکان، جا دارد روان‌شناس بالینی، برخی از هدف‌های درمان را مشخص و ابلاغ کند. اما هدف اصلی مصاحبه، شناسایی برخی رفتارهای خاص، عوامل وضعیتی که رفتار مشکل‌دار را حفظ می‌کند و نگه می‌دارد و پیامدهای آن رفتار مشکل‌دار است. همچنین باید یادآور شویم که روان‌شناسان بالینی رفتارگرا که نشانه‌های اختلالات روانی را رفتارهای مشکل‌داری می‌دانند که هدفِ مداخلات محسوب می‌شوند، روز به روز به مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار (به فصل ششم مراجعه کنید) بیشتر رو می‌آورند.

روش‌های مشاهده

مشاهدهٔ طبیعی

برای سنجش رفتار و فهمیدن آن ابتدا باید بدانیم با چه چیزی سر و کار داریم. بنابراین تعجبی ندارد که سنجش رفتاری از **مشاهده** به عنوان فن اولیه استفاده کند (یومن، ۲۰۰۸). روان‌شناس بالینی می‌خواهد رفتار شخصی که بلندی‌هراسی دارد، دانشجویی که از ارزیابی شدن اجتناب می‌ورزد یا گرایش یک نفر به پرخوری را بفهمد. او می‌تواند این افراد را با پرسشنامه‌های خوداظهاری، تحت مصاحبه یا سنجش قرار دهد. اما بسیاری از روان‌شناسان بالینی می‌گویند تا این افراد در محیط‌های طبیعی، تحت مشاهده قرار نگیرند، نمی‌توانیم آنها را حقیقتاً بفهمیم. روان‌شناسان بالینی رفتارگرا برای تعیین فراوانی، قوت و نفوذ رفتار مشکل‌دار یا عواملی که آن را حفظ می‌کنند، مشاهدهٔ مستقیم انجام می‌دهند.

البته این چیزها به حرف راحت است. پیدا کردن مشاهده‌گران آموزش‌دیده، و در دسترس نگه داشتن آنها، دشوار و پرهزینه است. این نکته به‌ویژه در خصوص بزرگسالانی مصداق دارد که تحت درمان سرپایی قرار می‌گیرند. این کار درباره کودکان یا کسانی که مشکلات و محدودیت‌های شناختی دارند، نسبتاً آسان‌تر است. به همین سیاق، مشاهده در سرپناه‌ها و موسسات، آسان‌تر است. در برخی موارد می‌توانیم از مشاهده‌گرانی استفاده کنیم که جزیی از محیط هستند (مثل همسر مراجع، پدر یا مادر، معلم، دوست یا پرستار). همان‌طور که خواهیم دید، در برخی موارد هم حتی می‌توانیم از خود مراجع بخواهیم خودش را تحت مشاهده قرار دهد. البته، در این مورد همواره سوالات اخلاقی پیش می‌آید. روان‌شناسان بالینی باید این زحمت را به جان بخرند که مطمئن شوند اشخاص نمی‌دانند تحت نظر و مشاهده‌اند یا دوستان و بستگان مراجع طوری وارد مشاهده نمی‌شوند که شأن و حریم خصوصی مراجع نقض شود.

به این دلایل، در کار بالینی زیاد از مشاهدهٔ طبیعی استفاده نمی‌شود. در حقیقت، هنوز از مشاهدهٔ بالینی بیشتر در تحقیقات استفاده می‌شود تا کار بالینی. اما حتماً نباید طرفدار پروپاقرص رویکرد رفتاری بود تا به اهمیت داده‌های مشاهداتی پی ببریم. احتمال زیادی دارد که روان‌شناسان بالینی، با گرایش‌ها و طرز فکرهایِ متفاوت، تصور ناقصی از مراجعان خود پیدا کنند. وانگهی گاهی اوقات مراجعان خود را در جلسات درمانی پنجاه‌دقیقه‌ای یا از میان منشور آزمون‌های عینی و فرافکن می‌بینند. اما بیشتر روان‌شناسان بالینی، به سبب دست‌وپاگیر بودن روش‌های مشاهداتی، روش‌های ساده‌تر و به ظاهر موثرتر سنجش سنتی را برگزیده‌اند.

مشاهدهٔ طبیعی، ایدهٔ جدیدی نیست. مکرینولدز[1] (۱۹۷۵) ریشهٔ مشاهدهٔ طبیعی را به تمدن یونان و چین باستان

1. McReynolds

برمی‌گرداند. بارکر و رایت (۱۹۵۱) بیش از شصت سال قبل، ثبت منظم و مشروح رفتار یک کودک هفت‌ساله را در یک روز (که حجم آن معادل یک کتاب شد) شرح دادند. جدای از این موارد، همه می‌دانیم سنجش‌های غیررسمی ما از دوستان و بستگان‌مان به شدت تحت تاثیر مشاهدهٔ رفتار آنها در موقعیت‌های طبیعی است. اما مشاهده مثل آزمون‌گیری فقط وقتی مفید خواهد بود که پایایی و اعتبار آن ثابت شود. در زمان توضیح و تعقیب این نکات، خواننده ممکن است متوجه شود اصولاً همان عواملی بر پایایی و اعتبار مشاهده تاثیر می‌گذارد که بر پایایی و اعتبار مصاحبه نیز تاثیر می‌گذارد (به فصل ششم مراجعه کنید).

نمونه‌های مشاهدهٔ طبیعی

در این سال‌ها، صورت‌های مختلفی از مشاهدهٔ طبیعی برای موقعیت‌های خاص ابداع شده است. این موقعیت‌ها عبارت است از: کلاس درس، محوطه بازی، بیمارستان عمومی و روان‌پزشکی، خانه، موسسات نگهداری عقب‌ماندگان ذهنی و جلسات درمان در مراکز سرپایی. دوباره گوشزد می‌کنیم که بسیاری از نظام‌های مشاهدهٔ طبیعی در این موقعیت‌ها عمدتاً برای اهداف تحقیقاتی ابداع شده‌اند.

مشاهده در خانه . از آنجا که تجربیات افراد در خانواده یا خانه، تاثیر نافذ و فراگیری بر سازگاری آنها دارد، تعجبی ندارد که در خصوص رفتارهایی که در این محیط‌ها رخ می‌دهد، روش‌های سنجش متعددی ابداع شده باشد. یکی از نظام‌های معتبر ***مشاهده در خانه، نظام کدگذاری تعامل خانواده هنگام صرف غذا*** (یا MICS ؛ دیکستاین، هیدن، شیلر، سیفر و سن آنتونیو [1]، ۱۹۹۴) است که مبنای آن، الگوی کارکرد خانوادهٔ مکمستر است (اپستاین، بیشاپ و لوین [2]، ۱۹۹۴). این نظام مشاهداتی، شامل استفاده از ضبط ویدیویی تعامل کل خانواده هنگام صرف غذا، بدون حضور روان‌شناس بالینی یا محقق است. کدگذاران آموزش‌دیده، فیلم ویدیویی را تماشا کرده و خانواده را در ابعاد زیر درجه‌بندی می‌کنند:

انجام تکلیف (تامین نیازهای اعضای خانواده هنگام صرف غذا و توازن نیازها)

مدیریت عاطفه (ابراز احساسات و مدیریت احساسات ابرازشدهٔ اعضای خانواده)

درگیری میان‌فردی (میزان دل‌نگرانی اعضای خانواده درباره نیازهای یکدیگر)

کنترل رفتار (نظم و سازواری)

ارتباط (مناسب بودن و مستقیم بودن ارتباط کلامی و غیرکلامی)

نقش‌ها (تقسیم تکالیف و مسئولیت‌ها توسط اعضای خانواده) (هیدن و دیگران، ۱۹۹۸).

موئنس، برات و سوتنس [3] (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای، اطلاعات مشاهداتی مربوط به تعاملات ۲۸ خانواده را که کودکی با وزن عادی داشتند و ۲۸ خانواده را که کودکی با اضافه‌وزن داشتند (همهٔ کودکان، ۷ تا ۱۳ ساله بودند) جمع کردند. موئنس و همکارانش (۲۰۰۷) از پدر و مادرها خواستند میزان حمایت و کنترل خود بر بچه‌ها را گزارش کنند. با استفاده از نظام‌کدگذاری تعامل خانواده هنگام صرف غذا (یا MICS) نیز اطلاعات مشاهداتی درباره همین ابعاد را جمع‌آوری کردند. نتایج این مطالعه نشان داد پدر و مادرهایی که بچه‌های دارای اضافه‌وزن داشتند، به یک اندازه از بچه‌هایشان حمایت می‌کردند، اما داده‌های مشاهداتی نشان می‌داد در مقایسه با پدر و مادرهایی که بچه‌هایی با وزن عادی داشتند، به طرز معناداری حمایت کمتری از بچه‌ها به عمل می‌آوردند. وانگهی، داده‌های مشاهداتی نشان می‌داد والدین بچه‌هایی که اضافه‌وزن داشتند، به طرز معناداری کنترل غیرانطباقی بیشتری اِعمال می‌کردند. برای مثال، در کل برخوردی بدبینانه داشتند. بنابراین در این مطالعه معلوم شد مشاهدهٔ طبیعی (در مقایسه با درجه‌بندی‌های سنتی که والدین انجام می‌دهند) ارزش پیش‌بینی‌کنندگی دارد.

مشاهده در مدرسه . روان‌شناسان بالینی در اغلب موارد، با مشکلات رفتاری خاصی سر و کار دارند که در محیط مدرسه رخ

1. Dickstein, Hayden, Schiller, Seifer and San Antonio
2. Epstein, Bishop and Levin
3. Moens, Brate and Soetens

می‌دهد؛ برخی کودکان در کلاس اخلال می‌کنند، در محوطهٔ بازی پرخاشگرند، ترسو هستند، به معلم خود می‌چسبند، تمرکز حواس ندارند و مواردی از این قبیل. گزارش‌های کلامی والدین و معلمان درباره این کودکان مفید است، ولی مستقیم‌ترین روشِ سنجش، مشاهده رفتار مشکل‌دار و محیط طبیعی آن است. برای *مشاهده در مدرسه*، چند نظام کدگذاری تهیه شده است.

نسخهٔ بازنگری‌شده *فرم مشاهده مستقیم* آخنباخ (یا DOF ؛ مکانگی و آخنباخ[1]، ۲۰۰۹) فهرست رفتار کودک، یک نمونه از نظام‌های مشاهدهٔ رفتاری در محیط مدرسه است. فرم مشاهده مستقیم برای سنجش رفتارهای مشکل‌داری به کار می‌رود که در کلاس‌های درس یا دیگر محیط‌ها رخ می‌دهد (مکانگی و آخنباخ، ۲۰۰۹). این فرم از ۸۸ مشکل و یک مشکل بازپاسخ تشکیل شده که به سنجشگر اجازه می‌دهد به مشکلاتی اشاره کند که در فرم نیامده است. سنجشگرها یادمی‌گیرند هر ماده [یا مشکل] را در مدت ده دقیقه مشاهده، از نظر فراوانی، مدت و شدت، درجه‌بندی کنند. توصیه می‌شود سه تا شش مشاهدهٔ ده‌دقیقه‌ای حداقل در دو روز، ترجیحاً صبح‌ها و شب‌ها، صورت گیرد. به این ترتیب، تخمین پایاتر و باثبات‌تری از سطح مشکلات رفتاری کودک در کلاس درس به دست می‌آید. جدول ۲ـ۹، برخی از ماده‌های فرم مشاهدهٔ مستقیم را در خود جای داده است (مکانگی و آخنباخ، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده‌اند که مشاهدات مستقیم، تاثیر بسیار مفیدی در صورت‌بندی تشخیصی دارد. مکانگی و همکاران (۲۰۱۰) با مشاهدهٔ یک نمونه ۳۱۰ نفره از کودکان ۶ تا ۱۲ ساله نشان دادند فرم مشاهدهٔ مستقیم می‌تواند کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را شناسایی کند؛ حتی به اندازهٔ پیش‌بینی‌کنندگی درجه‌بندی‌هایی که والدین درباره بی‌توجهی و بیش‌فعالی انجام می‌دهند.

مشاهده در بیمارستان . استفاده از فنون مشاهده در محیط‌هایی مثل بیمارستان‌های روان‌پزشکی و موسسات عقب‌ماندگان ذهنی، سابقه‌ای طولانی دارد. سرپناه بودن این محیط‌ها باعث شده در مقایسه با محیط‌های باز و کنترل‌نشده، مشاهده دقیق رفتار در آنها آسان‌تر شود.

جدول ۲ـ۹: نمونه‌ای از ماده‌های فرم مشاهدهٔ مستقیمِ فهرست رفتار کودک

۱. بگومگو
۲. نافرمانی یا حاضرجوابی در برابر کارکنان
۳. زورگویی، قلدری یا بدرفتاری با دیگران
۴. ایجاد مزاحمت برای دیگران
۵. حملهٔ فیزیکی به دیگران
۶. خراب کردن فعالیت‌های گروهی
۷. عصبی بودن، هیجانی بودن یا ناراحت بودن
۸. بی‌تفاوتی، بی‌انگیزگی یا تلاش نکردن
۹. کمرویی یا ترسو بودن
۱۰. بی‌تفاوت نگاه کردن
۱۱. ناشادی، غم یا افسردگی
۱۲. گوشه‌گیری، درگیر نبودن با دیگران

توجه: تمام ماده‌ها در دورهٔ مشاهده، عددی بین صفر تا سه می‌گیرند. در این نمره‌گذاری، عدم وقوع = ۰؛ خیلی کم یا مبهم = ۱؛ وقوع قطعی با شدت/فراوانی خفیف تا متوسط و مدت کمتر از سه دقیقه = ۲؛ وقوع قطعی با شدت، فراوانی یا بیشتر از سه دقیقه = ۳.

منبع: تی. ام. آخنباخ؛ مرکز کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها (۱۹۸۶)؛ دانشگاه ورمونت، 1 South Prospect Street, Burlington, VT05401

فهرست رفتار نمونه زمان (TSBC) گوردون پاول و همکارانش (ماریوتو و پاول، ۱۹۷۴) نمونه‌ای از ابزارهای **مشاهده در بیمارستان** است. این ابزار، نوعی فهرست رفتاری نمونه‌ای ـ زمانی است که می‌توان آن را روی بیماران بستری دارای بیماری‌های روان‌پزشکی مزمن اجرا کرد. منظور از نمونه ـ زمان این است که مشاهدات روی یک بیمار خاص در فواصل زمانی منظم اجرا می‌شود. مشاهده‌گران می‌توانند در هر ساعت از بیداری بیمار، یک مشاهده دوثانیه‌ای درباره او انجام دهند. به این ترتیب می‌توانیم برای هر بیمار یک نیمرخ رفتاری روزانه تهیه کنیم. پایایی مشاهده‌گران این فهرست معمولاً بسیار بالا است. مقیاس‌هایی چون فهرست رفتار نمونه زمان می‌تواند تصویر رفتاری جامعی از بیمار بدهد. برای مثال، مندیتو[2] و دیگران (۱۹۹۶) با استفاده از این فهرست نشان دادند چطور ترکیب داروی ضدروانپریشی نسبتاً جدیدی به نام

1. McConaughy and Achenbach
2. Mendito

کلوزاپین و برنامهٔ یادگیری اجتماعی ساختاردار (پاول و لنتز[1]، ۱۹۷۷)، فراوانی رفتارهای نامناسب و اعمال پرخاشگرانهٔ یک گروه نمونه از بیماران بستری‌شدهٔ دارای بیماری روانی مزمن را در یک دوره شش‌ماهه کم کرد. سالیناس، پاول و اسپرینگر (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای جدیدتر از فهرست رفتارِ نمونه زمان برای شاخص‌بندی سطح کارکرد ۴۰۰ بیمار بستری‌شده استفاده کردند و فهمیدند نمرات حاصل از فهرست رفتارِ نمونه زمان رابطه‌ای قوی و معنادار با تصمیمات کارکنان بیمارستان درباره آمادگی این بیماران برای ترخیص شدن داشتند؛ مبنای مقایسه هم درجه‌بندی‌های به عمل آمده از سوءظن [یا پارانویا] و ستیزه‌جویی بیماران در بیمارستان بود.

مشاهدهٔ کنترل‌شده

مشاهدهٔ طبیعی، جاذبهٔ شهودی زیادی دارد. این نوع مشاهده، تصویری از رفتار واقعی افراد ترسیم می‌کند بی‌آنکه از فیلتر خوداظهاری‌ها، استنباط‌ها و دیگر متغیرهای مزاحم گذشته باشد. اما این کار در حرف آسان است. بنابراین برای آنکه رفتار مورد نظر رخ دهد باید وقت و منابع زیادی صرف شود. برای مثال، گاهی اوقات برای مشاهدهٔ رفتار مسئولیت‌پذیری مجبوریم روزهای زیادی را صرف مشاهده کنیم که بسیار هزینه‌بر است. سپس درست وقتی روان‌شناس بالینی می‌خواهد رفتار شخص را ثبت کند، یک نفر «دیگر» وارد محیط می‌شود و با تغییر دادن ظریف کل ماجرا، همه چیز را خراب می‌کند. وانگهی در وضعیت‌های خودانگیخته و شناور، مراجعان هنگام حرف زدن حرکت می‌کنند؛ طوری که حرف‌های آنها گاهی اوقات شنیدنی نیست یا کل صحنه چنان به سرعت جابه‌جا می‌شود که نمی‌توان آن را پیگیری کرد. خلاصه اینکه موقعیت‌های طبیعی معمولاً روان‌شناسان بالینی را در معرض اتفاقاتی قرار می‌دهد که سنجش دقیقِ عینی آنها بسیار دشوار می‌شود.

گاهی اوقات به مشاهدهٔ کنترل‌شده، ***مشاهدهٔ رفتاری قیاسی*** می‌گویند (هینز، ۲۰۰۱). چنین مشاهده‌ای گاه در درمانگاه صورت می‌گیرد و گاه در محیط طبیعی. ویژگی مهم مشاهدهٔ کنترل‌شده این است که محیط به‌نحوی «طراحی» می‌شود که سنجشگر بتواند رفتار یا تعاملات هدف را مشاهده کند. برای مثال، از زوج‌ها می‌خواهد در آزمایشگاه راجع به مشکلات‌شان بحث کنند تا نحوهٔ تعامل آنها را مشاهده کند (هایمن[2]، ۲۰۰۱).

سال‌ها است محققان از فنون مختلفی برای گرفتن نمونه‌های کنترل‌شده از رفتار استفاده کرده‌اند. این فنون در واقع ***آزمون‌هایی وضعیتی*** هستند که اشخاص را در وضعیت‌هایی کمابیش شبیه وضعیت‌های زندگی واقعی قرار می‌دهند. سپس واکنش آنها تحت مشاهدهٔ مستقیم قرار می‌گیرد. در اصل، این رویکردِ نمونهٔ کار است که در آن، آزمون رفتاری و رفتار ملاک که قرار است آن را پیش‌بینی کنیم، خیلی شبیه یکدیگر است. به این ترتیب، برای مثال در مقایسه با آزمون‌های روانی که با وضعیت‌های پیش‌بینی فاصله زیادی دارد، خطاهای پیش‌بینی کم می‌شود.

اختلاف والد ـ نوجوان. پرینز و کنت[3] (۱۹۷۸) برای سنجش دقیق‌تر ماهیت و شدت اختلاف والد ـ نوجوان، نظام ***کدگذاری رفتار تعامل*** (IBC) را ابداع کردند. چند درجه‌بندی‌کننده، با استفاده از نظام کدگذاری رفتار تعامل، بحث‌های خانواده‌ها را هنگام حل مشکلات که با ضبط‌صوت ضبط شده است، مرور و درجه‌بندی می‌کنند. سپس ماده‌ها بر اساس بود یا نبود رفتار مورد نظر هنگام بحث (یا در خصوص برخی ماده‌ها، بر اساس میزان وجود آن ماده [یا رفتار])، مجزا درجه‌بندی می‌شود. در مرحلهٔ بعد، نمرات خلاصه محاسبه می‌شود که در واقع میانگین نمرات (درجه‌بندی‌کنندگان) برای رفتارهای منفی و مثبت است. اخیراً گروهی از محققان به کاهش اختلاف خانوادگی خانواده‌هایی علاقه‌مند شده بودند که فرزند دیابتی داشتند (ویسوتسکی[4] و دیگران، ۱۹۹۹). محققان روی ۱۱۹ خانواده، درمان نظام‌های خانوادهٔ رفتاری را اجرا کردند و برای اندازه‌گیری اختلاف، پیش و پس از درمان از نظام کدگذاری رفتار تعامل استفاده کردند. نتایج از تاثیرات امیدوارکننده برای این نوع درمان در کم‌کردن اختلاف خانوادگی خبر می‌داد و نظام کدگذاری رفتار تعامل، در مقایسه با گزارش‌های کودک یا والد در خصوص اختلاف، اندازه‌گیری خاصی از نتیجه ارائه می‌کرد که

1. Lentz
2. Heyman
3. Prinz and Kent
4. Wysocki

سوگیری کمتری داشت (ویسوتسکی و دیگران، ۱۹۹۹). جدول ۳ـ۹ یک نمونه از کدها و تعریف‌های نظام‌کدگذاری رفتار تعامل را نشان می‌دهد.

جدول ۳ـ۹: کدها و تعاریف نظام‌کدگذاری رفتار تعامل

رفتار منفی

۱. ***دادکشیدن*** ـ بالا بردن صدا به حالت عصبانیت.
۲. ***فحاشی*** ـ فحش دادن و ناسزاگویی به دیگری در قالب اسم.
۳. ***ذهن‌خوانی*** ـ بیان باورها و عقاید دیگری یا نسبت دادن پاره‌ای باورها و عقاید به دیگران.

رفتار مثبت

۱. ***پیشنهاد کردن*** ـ راه‌حل دادن و طرح نظرهای ممکن (بدون اجبار) درباره کارهایی که می‌توان بعداً طوری دیگری انجام داد.
۲. ***جویا شدن آنچه طرف مقابل به آن علاقه دارد*** ـ تلاش برای پی بردن به خواسته‌ها، انتظارات یا سلایق دیگران.
۳. ***مصالحه*** ـ اصلاح مقاصد اصلی یا سلایق اولیه و تمایل به انجام چنین کاری.

توجه: هر کد بر اساس اینکه در چهارچوب زمانی مورد نظر اتفاق می‌افتد یا نه، درجه‌بندی می‌شود.
منبع: دکتر رونالد پرینز

فنون عملکرد کنترل‌شده

وضعیت‌های ساختگی اجازه می‌دهد رفتار را در وضعیتی مشاهده کنیم که امکان کنترل و هنجاریابی آن وجود دارد. شاید مثال کم‌نظیر آن، موردی باشد که آرنولد لازاروس (۱۹۶۱) در آن، بیمار را در اتاقی بسته قرار داد که با صحنهٔ متحرک، به تدریج بسته‌تر می‌شد و به این ترتیب، بسته‌هراسی او را سنجید. بندورا (۱۹۶۹) نیز به کمک فیلم، مردم را در معرض مجموعه‌ای از محرک‌ها قرار می‌داد که به تدریج اضطراب‌زاتر می‌شدند.

روش‌های سنجش با عنوان ***فنون عملکرد کنترل‌شده*** برای مطالعهٔ مارهراسی مزمن، معرف رویکردهای این نوع اندازه‌گیری است (بندورا، آدامز و بیر[1]، ۱۹۷۷):

> **اجتناب رفتاری** . آزمون رفتار اجتناب، از ۲۹ تکلیف عملکردی تشکیل می‌شود که در آن شخص باید تعاملات ترسناک‌تری با یک مار بوآی پیچندهٔ دم‌قرمز داشته باشد. آزمودنی‌ها باید به قفس شیشه‌ای مار نزدیک شوند، به داخل آن نگاه کنند، مار داخل قفس را با دستکش لمس کنند و بگیرند و سپس، این کارها را بدون دستکش انجام دهند، آن را داخل اتاق رها کنند و سپس به قفس برگردانند، آن را در ۱۲ سانتی‌متری صورت خود نگه دارند و در آخر، خزیدن آن را روی دامن خود تحمل کنند در حالی که دست‌های خود را کنار کشیده‌اند ... کسانی که نمی‌توانستند وارد اتاق حاوی مار شوند، نمره صفر می‌گرفتند؛ آزمودنی‌هایی که وارد اتاق می‌شدند باید تکلیف‌های مختلف را همان‌طور انجام می‌دادند که درجه‌بندی شده بود. برای کنترل هرگونه تاثیر احتمالی نشانه‌های بیانی آزمون‌گیرنده، وی پشت آزمودنی می‌ایستاد و تکلیف‌ها را با صدای بلند می‌خواند ... نمره اجتناب هم تعداد تکلیف‌های تعامل با مار بود که آزمودنی با موفقیت انجام می‌داد.
>
> **ترس توام با پاسخ‌های نزدیک شدن.** علاوه بر اندازه‌گیری ظرفیت‌های عملکردی، میزان ترس در هر نوبت نزدیک شدن به مار هم اندازه‌گیری می‌شد. در این آزمون رفتاری، آزمودنی‌ها بر مبنای مقیاس فاصله‌ای هوشبهر، شدت ترس‌شان را هنگام خواندن هر تکلیف و هنگام انجام رفتار مورد نظر آزمون، با صدای بلند بیان می‌کردند. (صص ۱۲۸ـ۱۲۷)



روان‌شناسان بالینی برای مشاهده و درجه‌بندی اختلاف والدین و نوجوانان از ابزارهای سنجشی مختلفی استفاده می‌کنند.

1. Bandura, Adams and Beyer

آرمسترانگ، ساراوگی و اولاتونجی[1] (۲۰۱۱) در تحقیقی جدیدتر از عملکرد کنترل‌شده‌ای به نام تکلیف اجتناب رفتاری استفاده کردند تا سطح اجتناب رفتاری و ناراحتی افرادی را بسنجند که ترس از آلودگی و بیمار شدن داشتند که نشانهٔ بارز اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی است. به بیان دقیق‌تر، محققان، شرکت‌کنندگان را وارد توالت عمومی می‌کردند و این تکلیف‌ها را به ترتیب اجرا می‌کردند: (۱) لمس کردن داخل سینک توالت؛ (۲) لمس کردن داخل سطل آشغال توالت؛ (۳) لمس کردن سنگ توالت؛ (۴) لمس کردن حاشیهٔ زیری سنگ توالت؛ و سرانجام (۵) لمس کردن درون سنگ توالت. آزمودنی‌ها پس از طی هر مرحله (یک تا پنج)، سطح ناراحتی خود را درجه‌بندی می‌کردند و اگر از انجام مرحله‌ای امتناع می‌کردند، میزان ناراحتی خود را هنگام تجسم آن مرحله اندازه می‌گرفتند. به این ترتیب، محققان می‌توانستند رفتار اجتناب (یعنی تعداد گام‌های برداشته‌شده) و ناراحتی (ناراحتی کلی) را کمّی کنند. بنابراین محققان بالینی در این وضعیت کنترل‌شده توانستند برداشت واقع‌بینانه‌تری از شدت رفتار اجتناب و ناراحتی هر نفر داشته باشند چون هر یک از آنها عملاً با وضعیت‌هایی روبه‌رو می‌شدند که ترس از آلودگی ایجاد می‌کرد.

با وجود جذابیت این وضعیت‌های کنترل‌شده، خصوصیات الزامی این وضعیت‌های کنترل‌شده را باید به دقت بررسی کنیم. رفتار بیمار در این وضعیت‌های پراسترس الزاماً همیشه معرف رفتار او در زندگی واقعی نیست. برای مثال، برخی از بیماران تحت تاثیر حضور روان‌شناس بالینی یا محقق قرار می‌گیرند و اطمینان پیدا می‌کنند که روان‌شناس بالینی یا محقق، به آنها آسیب نخواهند رساند. بنابراین برای مثال، بیشتر خطر می‌کنند و ناراحتی کمتری گزارش می‌کنند تا وقتی چنین شخصی همراه آنها نیست.

گاهی اوقات هم برای رسیدن به اهداف بالینی و تحقیقاتی، از روش‌های سنجش روانی فیزیولوژیک استفاده می‌شود. از ***اندازه‌گیری‌های روانی‌فیزیولوژیک*** برای سنجش بدون مزاحمت دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه عصبی خودمختار یا فعالیت اسکلتی حرکتی استفاده می‌شود (کاچیوپو، تاسینری و برنستون[2]، ۲۰۰۷). از این اندازه‌گیری‌ها در سنجش انواع اختلالات و بیماری‌های بالینی از جمله اضطراب و اسکیزوفرنی استفاده شده است. روان‌شناسان بالینی معمولاً از اندازه‌گیری‌های روانی‌فیزیولوژیک برای تکمیل سنجش‌های سنتی‌تر استفاده می‌کنند. فایدهٔ اندازه‌گیری‌های روانی‌فیزیولوژیک، سنجش فرایندهایی (مثل پاسخ‌دهی هیجانی) است که در اندازه‌گیری‌های خوداظهاری یا رفتاری، مستقیماً تحت سنجش قرار نمی‌گیرد و در مقایسه با اندازه‌گیری‌های دیگر، این نوع فرایندها را دقیق‌تر اندازه می‌گیرد. برخی از اندازه‌گیری‌های روانی‌فیزیولوژیک عبارت است از: ظرفیت‌های رویدادی، فعالیت الکترومیوگرافی، فعالیت الکترواسفالوگرافی و فعالیت الکترودرمال. این اندازه‌گیری‌ها برای روان‌شناس بالینی، مزیت‌هایی دارد، ولی مانند دیگر فنون سنجش بالینی سنتی‌تر، ملاحظات روان‌سنجی، مثل پایایی و اعتبار درباره آنها هم طرح می‌شود (استروب و نیومن[3]، ۲۰۰۷).

زیر نظر گرفتن خود

در مبحث مشاهدهٔ طبیعی، روش‌های مشاهداتی را کارکنان آموزش‌دیده طراحی می‌کردند؛ یعنی روان‌شناسان بالینی، دستیاران تحقیق، معلمان، پرستاران، اعضای بخش و افرادی از این قبیل. اما این روش‌ها در اغلب موارد، زمان‌بر و گران هستند. وانگهی در بیشتر موارد مجبور هستیم بر نمونه‌گیری زمانی تکیه کنیم یا میزان مشاهده را محدود کنیم. در مواجهه با مراجعان منفرد هم این کار در اغلب موارد، غیرممکن یا بسیار گران است که آنها را تحت مشاهده قرار دهیم؛ چون در فعالیت‌های روزمره خود، آزادی عمل دارند. به همین دلیل، امروزه روان‌شناسان بالینی هر چه بیشتر به ***زیر نظر گرفتن خود*** رومی‌آورند که در آن اشخاص، رفتارها، افکار و هیجانات خود را ثبت می‌کنند.

در اصل از مراجعان خواسته می‌شود برای مدتی که از قبل تعیین شده، دفتر ثبت یا خاطرات رفتاری خود را همراه خود

1. Armstrong, Sarawgi and Olatunji
2. Caccioppo, Tassinary and Bernston
3. Strube and Newman

داشته باشند. در این دفتر، فراوانی و شدت و مدت برخی رفتارها و شرایط محرک همراه آنها و پیامدهایشان ثبت می‌شود. این داده‌ها از این نظر بسیار مفید است که به روان‌شناس بالینی و مراجع می‌گوید رفتار مورد نظر چند بار اتفاق افتاده است. علاوه بر این ممکن است نقش شاخص تغییرات نشئت گرفته از درمان را بازی کند (برای مثال از طریق مقایسهٔ فراوانی پایه با فراوانی بعد از ۶ هفته درمان). همچنین می‌تواند توجه روان‌شناس بالینی را بر رفتار نامطلوب متمرکز کند و به این ترتیب، آن رفتار را کم کند. سرانجام اینکه مراجعان می‌توانند رابطهٔ محرک‌های محیطی، پیامدهای رفتارشان و خود رفتار را بفهمند.

البته زیر نظر گرفتن خود، مشکلات بالقوه‌ای هم دارد. برخی از مراجعان دقت کافی ندارند یا به دلایلی، عمداً مشاهدات یا ثبت‌ها را تحریف می‌کنند. برخی هم در برابر کل ماجرا مقاومت می‌کنند. زیر نظر گرفتن خود، با وجود این مشکلات آشکار، فن مفید و موثری است. این فن با هزینه‌ای بسیار کم، اطلاعات زیادی فراهم می‌آورد. اما زیر نظر گرفتن خود معمولاً وقتی موثر است که در کنار یک برنامهٔ بزرگ‌تر مداخلاتی استفاده شود.

برای زیر نظر گرفتن خود هم ابزارهای کمکی مختلفی ابداع شده است. به برخی از مراجعان، شمارشگرهای کوچک یا زمان‌سنج‌های توقف‌شدنی داده می‌شود. کارت‌های کوچک یا کیفی هم تهیه شده است تا مراجعان بتوانند به سرعت و بدون دردسر، داده‌ها را روی آنها ثبت کنند. برخی از مراجعان هم به‌طور غیررسمی‌تر تشویق می‌شوند برای خود، دفتر خاطرات تهیه کنند. این روزها برای زیر نظر گرفتن خود از دفتر خاطرات الکترونیکی هم استفاده می‌شود. دفترهای خاطرات الکترونیکی می‌تواند به شکل دستیاران دیجیتالی شخصی، رایانه‌های جیبی یا حتی گوشی‌های همراه باشد. دفترهای خاطرات الکترونیکی در مقایسه با دفترهای خاطرات کاغذ و قلمی، داده‌های باکیفیت‌تری ارائه می‌کند؛ چون زمان‌ها دقیقاً نشان می‌دهد اتفاق مورد نظر چه موقع ثبت شده است و می‌توان از این گذر، توالی خُلق‌ها، رفتارها و شناخت‌ها را طی زمان به تصویر کشید (پیاسکی، هافورد، سولهن و ترال[1]، ۲۰۰۷).

دفترهای زیر نظر گرفتن خود به‌ویژه در رابطه با سنجش و درمان مشکلاتی مثل تنظیم نبودن خُلق، چاقی، مشکلات مصرف مواد، اضطراب و حتی تجربه‌های روان‌پریشانه مفید است (ترال و ابنر - پریمر[2]، ۲۰۰۹). این ابزارهای کمکی می‌تواند این مفهوم را تقویت کند که مشکلات را می‌توانیم به رفتارهای خاص تقلیل دهیم. بنابراین مراجعی که با شکایت‌های کلی زودگذر شروع می‌کند، می‌فهمد «احساس خوبی راجع به خودم ندارم»، در واقع یعنی نمی‌تواند در برخی موقعیت‌ها حقش را بگیرد یا بدون فکر کردن حرف می‌زند و مواردی از این قبیل.

در نمودار ۲-۹، یک نمونه از برگهٔ زیر نظر گرفتن خود را می‌بینید که مربوط به ثبت فکر ناکارا است.

برگهٔ ***ثبت فکر ناکارا*** را مراجع پر می‌کند. مراجع در این برگه، افکار خودکارش را ثبت می‌کند که به ملالت یا افسردگی او ربط دارد (جودیت اس. بک، ۱۹۹۵). برگهٔ ***ثبت فکر ناکارا*** به درمانگر و مراجع کمک خواهد کرد در درمان شناختی - رفتاری افسردگی، برخی فکرها و رفتارها را هدف بگیرند و در صدد تغییر آنها برآیند. مراجع یاد می‌گیرد وقتی به تغییری در خُلق خود پی می‌برد، این برگه را پر کند. در این برگه، وضعیت و افکار خودکار و هیجانات مربوطه ثبت می‌شود. دو ستون پایانی برگهٔ ثبت فکر ناکارا، در جلسهٔ درمان پر می‌شود و نقش مداخلهٔ درمانی را بازی خواهد کرد. به این ترتیب، مراجعان یاد می‌گیرند این افکار ناکارای خودکار را بازشناسی، ارزیابی و اصلاح کنند.

متغیرهای موثر بر پایایی مشاهدات

روان‌شناسان بالینی صرف‌نظر از آنکه داده‌های خود را از مصاحبه، آزمون‌گیری یا مشاهده دریافت کنند، باید مطمئن شوند که داده‌ها پایا هستند. آنها در مشاهده باید اطمینان حاصل کنند که مشاهده‌گران مختلف اصولاً درجه‌بندی‌ها و نمرات یکسانی ارائه می‌دهند. برای مثال، وقتی مشاهده‌گر تعاملات خانه با این درجه‌بندی برمی‌گردد که «رفتار همدلی زنِ خانه کم است»، چه تضمینی وجود دارد که روان‌شناس بالینی مطمئن شود یک نفر دیگر که همان رفتار را در همان اوضاع درجه‌بندی می‌کند، همین گزارش را بدهد؟ عوامل زیادی

1. Piasecki, Hufford, Solhan and Trull 2. Ebner-Priemer

می‌تواند بر پایایی مشاهدات تاثیر بگذارد. در زیر با برخی از این عوامل آشنا می‌شوید.

پیچیدگی رفتار هدف . بدیهی است که هرچه رفتار مورد مشاهده پیچیده‌تر باشد، احتمال ناپایایی افزایش می‌یابد. سنجش رفتاری معمولاً بر رفتارهای کمتر پیچیده و سطح پایین‌تر متمرکز می‌شود (هیتز، ۱۹۹۸). مشاهدات دربارهٔ آنچه شخص برای صبحانه می‌خورد (رفتار سطح پایین) احتمالاً پایایی بیشتری دارد تا مشاهدات دربارهٔ رفتار میان‌فردی او (رفتار پیچیده‌تر و سطح بالاتر). این نکته دربارهٔ زیر نظر گرفتن خود هم مصداق دارد. تا وقتی مشاهده‌گر درباره مشاهدهٔ برخی رفتارهای خاص به توافق نرسیده باشد، با دامنهٔ وسیعی از رفتارها مواجه خواهد بود که تمرکزپذیر است. بنابراین یک مشاهده‌گر ممکن است طعنه را مصداق پرخاشگری میان‌فردی بداند و دیگری به آن توجه نکند و اعمال فیزیکی آشکار را مصداق پرخاشگری میان‌فردی بداند.

آموزش مشاهده‌گران . جایگزینی برای آموزش دقیق و منظم مشاهده‌گران وجود ندارد. برای مثال، مشاهده‌گرانی که برای مطالعه رفتارهای بیماران و اجرای درجه‌بندی‌های تشخیصی به بیمارستان‌های روان‌پزشکی فرستاده می‌شوند باید از قبل آموزش ببینند. برای مثال باید برای آنها توضیح داده شود که برای مثال، افسردگی دقیقاً چیست، چه رفتارهایی معرف افسردگی است و مواردی از این قبیل. هدف هم نباید «جلب رضایت» سرپرست از طریق ارائه (هشیارانه یا ناهشیارانهٔ) اطلاعاتی باشد که به طرح «کمک می‌کند». با صحبت کردن دربارهٔ درجه‌بندی‌ها و «توافق بر سر توافق» هم نباید از یکدیگر مراقبت کنیم.

گاهی اوقات هم بحث **همسویی مشاهده‌گر** پیش می‌آید که در آن درجه‌بندی‌های مشاهده‌گرانی که خیلی نزدیک هم کار می‌کنند، بی‌آنکه خود بدانند، از درجه‌بندی‌های مشاهده‌گران دیگر دور می‌شود. به این ترتیب، پایایی مشاهده‌گران همسو پذیرفتنی خواهد بود، به این دلیل که مشاهده‌گران مورد نظر، به تدریج تعریف خود از رفتارهای هدف را تغییر داده‌اند. گاهی اوقات هم مشاهده‌گران وقتی احساس می‌کنند همه کاره‌اند، به اندازهٔ وقتی احساس می‌کنند زیر نظرند، دقت به خرج نمی‌دهند. برای مقابله با پدیدهٔ همسویی مشاهده‌گر باید وارسی‌های منظم پایایی صورت گیرد (آن هم توسط یک ارزیاب مستقل) و به ارزیاب‌ها بازخورد داده شود.

متغیرهای موثر بر اعتبار مشاهدات

در اینجا به نظر نمی‌رسد لازم باشد بر ضرورت و اهمیت اعتبار، تاکید مجدد کنیم. پیشتر در مباحث مصاحبه و آزمون‌گیری، درباره این مفهوم صحبت کردیم؛ بحث اعتبار در خصوص مشاهده، کمتر محلی از اعراب دارد. اما مسائل مرتبط با اعتبار هم می‌تواند فریبنده باشد. به نظر می‌رسد آنچه بیماران در مصاحبه به مصاحبه‌گر می‌گویند گاهی با رفتارشان در بیرون از مصاحبه تناظر ندارد. وقتی بچه‌ای برای همسالانش بی‌رحمانه قلدری می‌کند و گزارش معلمان هم این مشاهدات را تایید می‌کند، تردید اندکی دربارهٔ اعتبار داده‌های مشاهده‌گر باقی می‌ماند. پرخاشگری، پرخاشگری است! اما همان‌طور که در بحث زیر خواهید خواند، اوضاع همیشه به این سادگی نیست.

اعتبار محتوا . مشاهدهٔ رفتاری باید شامل رفتارهایی شود که برای اهداف تحقیقاتی یا بالینی مورد نظر مهم است. معمولاً محقق یا روان‌شناس بالینی است که تعیین می‌کند آیا نظام مشاهداتی مورد نظر، اعتبار محتوا دارد یا نه. اما این تقریباً دوری باطل می‌شود؛ چون نظامی معتبر خواهد بود که روان‌شناس بالینی آن را معتبر بداند. جونز و دیگران (۱۹۷۵) در تهیهٔ *نظام کدگذاری رفتاری* (BCS) با تدوین چند مقوله از رفتارهای نامطبوع در کودکان و سپس درجه‌بندی آنها، این مشکل را دور می‌زنند. آنها به کمک درجه‌بندی‌های مادران توانستند قضاوت بالینی قبلی خود را در این خصوص که آیا فلان رفتارهای انحرافی در واقع مطبوع بوده یا نامطبوع، تایید کنند.

اعتبار همزمان . یکی دیگر از راه‌های پرداختن به اعتبار مشاهدات این است که ببینیم آیا درجه‌بندی‌های مشاهداتی با آنچه دیگران (برای مثال معلمان یا همسر و یا دوستان) در همان محدودهٔ زمانی مشاهده کرده‌اند، تناظر دارد؟ برای مثال،

دستورالعمل‌ها : وقتی متوجه می‌شوید خُلقتان تنگ شده است، از خودتان بپرسید «الان در ذهنم چه می‌گذرد»، سپس آن فکر یا تصویر ذهنی را هرچه سریع‌تر در ستون فکر خودکار بنویسید.

تاریخ / زمان	وضعیت	فکر خودکار	هیجان	پاسخ انطباقی	نتیجه
	۱. عملاً چه رویداد یا اتفاق فکری یا کدام رؤیاها و خاطرات به این هیجان ناخوشایند منتهی شد؟ ۲. چه احساسات بدنی ناراحت‌کننده‌ای داشتید (البته اگر داشتید؟)	۱. چه فکرها یا تصوراتی از ذهنتان گذشت؟ ۲. در آن زمان، به هر کدام چقدر باور داشتید؟	۱. در آن زمان چه هیجانی داشتید؟ (غم، عصبانیت، اضطراب و از این قبیل) ۲. شدت آن هیجان چقدر بود (۰ تا ۱۰۰ درصد)؟	۱. (اختیاری) مرتکب کدام تحریف شناختی شدید؟ ۲. برای پاسخ دادن به فکر خودکار از سوالات انتهای برگه استفاده کنید. ۳. به هر پاسخ چقدر اعتقاد دارید؟	۱. به هر فکر خودکار چقدر باور دارید؟ ۲. اکنون چه هیجانی دارید؟ چقدر شدید است (صفر تا ۱۰۰ درصد)؟ ۳. چه کار خواهید کرد (یا چه کار کردید)؟
۱۰صبح یکشنبه پنجم شهریور	صحبت تلفنی با دُنا درس خواندن برای امتحان فکر کردن به کلاس اقتصاد فردا توجه کردن به تند شدن ضربان قلبم و انقباض عضلاتم.	اصلاً دوستم ندارد. ۹۰٪ این درس را هیچ وقت یاد نمی‌گیرم. ۱۰۰٪ ممکن است به من زنگ بزنند و خوب جواب ندهم. ۸۰٪ چم شده؟	غم ۸۰٪ غم ۹۵٪ اضطراب ۸۰٪ اضطراب ۸۰٪		

سوالاتی که کمک می‌کنند پاسخ دیگری بدهم: (۱) طبق کدام شواهد، این فکر خودکار درست است؟ یا درست نیست؟ (۲) آیا توضیح دیگری وجود دارد؟ (۳) بدترین اتفاق ممکن چیست؟ آیا می‌توانم با آن زندگی کنم؟ بهترین اتفاق ممکن چیست؟ واقع‌بینانه‌ترین نتیجه چیست؟ (۴) باورمندی من به این فکر خودکار چه تاثیری دارد؟ تغییر فکر من چه تاثیری دارد؟ دربارهٔ آن باید چه کار کنم؟ (۶) اگر ــــــــــ (نام یکی از دوستان) در این وضعیت قرار گرفته بود و چنین فکری داشت، به او چه می‌گفتم؟

نمودار ۲ ـ ۹: نمونه‌ای از ثبت فکر ناکارا.

منبع: شناخت‌درمانی: مبانی و فراسو، نوشته‌ی جودیت اس. بک.

آیا درجه‌بندی‌های مشاهداتی مشاهده‌گران آموزش‌دیده از پرخاشگری کودکان در محوطهٔ بازی، با درجه‌بندی‌های همسالان آنها، همخوانی دارد؟ خلاصه اینکه آیا نگاه کودکان به پرخاشگری، مانند نگاه مشاهده‌گران است؟

اعتبارِ سازه . نظام‌های مشاهداتی معمولاً از دل یک چهارچوب نظری ضمنی یا علنی بیرون می‌آید. برای مثال، نظام‌کدگذاری رفتاری جونز و دیگران (۱۹۷۵) از دل نظریهٔ یادگیری اجتماعی بیرون آمد که پرخاشگری را نتیجهٔ یاد گرفتن آن در خانواده می‌داند. وقتی پرخاشگری با پاداش‌های زیاد توام شود، رخ خواهد داد. اما وقتی به چنین پاداش‌هایی پیوند نخورد، رنگ خواهد باخت و فروکش خواهد کرد. بنابراین، اگر نشان دهیم رفتار پرخاشگرانهٔ کودکان پس از درمان بالینی از حد خط پایه پایین‌تر می‌آید، آنگاه اعتبار سازهٔ نظام‌کدگذاری رفتاری را ثابت کرده‌ایم؛ درمان بالینی هم عبارت از این است که وابستگی‌های اجتماعی خانواده را طوری بازآرایی کنیم که بروز پرخاشگری مشاهده‌شده کم شود.

فوت و فن‌های درجه‌بندی . مشخص بودن ***واحد تحلیل***، مهم است (تراین[1]، ۱۹۹۸). واحد تحلیل نیز طی مشاهدات، با نوع و تعداد پاسخ‌هایی همراه است که می‌خواهیم زیر نظر بگیریم.

1. Tryon

برای مثال ممکن است تصمیم بگیریم هر چهار دقیقه یک بار، به مدت یک دقیقه، هر حرکت یا ژست فیزیکی را ثبت کنیم. کل زمان مشاهده می‌تواند از یک دورهٔ ۲۰ دقیقه‌ای تنفس برای بچه‌های کودکستانی تشکیل شود. معنایش هم این است که کودک هر چهار دقیقه یک بار، یک دقیقه تحت مشاهده قرار می‌گیرد و تمام حرکات فیزیکی او ثبت می‌شود. سپس این حرکات‌کدگذاری و از نظر متغیر تحت بررسی (مثل پرخاشگری، حل مسئله یا وابستگی) مطالعه می‌شود.

علاوه بر واحدهای تحلیل باید شکل درجه‌بندی‌ها نیز مشخص شود. گاهی اوقات تصمیم بر این می‌شود که رفتارها از لحاظ *بُعدِ شدت* ثبت شود: رفتار پرخاشگرانه چقدر شدید بوده است؟ گاهی اوقات هم *مدت* رفتار ثبت می‌شود: آن رفتار چقدر طول کشید؟ یا *فراوانی* آن ثبت می‌شود: رفتار تحت بررسی در مدت مورد نظر، چند بار تکرار شد؟

جدای از این، روش نمره‌گذاری هم مشخص می‌شود. روشی از علامت‌گذاری، روی برگهٔ نصب‌شده بر تخته، با استفاده از شمارشگر، زمان‌سنج، زمان‌نگه‌دار و حتی رایانه‌های لپ‌تاپ. البته همهٔ درجه‌بندی‌کنندگان از یک روش استفاده می‌کنند.

خطای مشاهده‌گر. هیچ کس کامل و بی‌عیب نیست. مشاهده‌گران باید از لحاظ دقت گزارش‌ها گهگاه زیر نظر گرفته شوند. گاهی برخی چیزها را به راحتی از قلم می‌اندازند یا می‌پندارند چیزهایی را مشاهده کرده‌اند که واقعاً اتفاق نیفتاده است. فریاد و جیغ کودک می‌تواند به بچهٔ دیگری نسبت داده شود یا به عنوان پرخاشگری کدگذاری شود، در حالی که نشانهٔ دوستی و رفاقت بوده است. در پاره‌ای موارد هم بیش از آنکه خطا باشد، سوگیری است. یک مشاهده‌گر ممکن است فلان فرد خانواده را که تحت مشاهده است، دوست نداشته باشد. سپس هر وقت فرصت کند در درجه‌بندی قصور می‌کند. گاهی هم شخص تحت مشاهده در اوایل مشاهده رفتاری انجام می‌دهد ـ مانند حل سریع مسئله یا بیان یک جمله و اظهارنظر عاقلانه ـ که مشاهده‌گر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نتیجه هم اثر هاله‌ای خواهد بود که باعث می‌شود مشاهده‌گر بعداً درجه‌بندی‌های مطلوبی از او به عمل آورد. به هر حال، ماهیت خطا یا سوگیری هرچه باشد، باید مشاهده‌گران را از قبل به دقت آموزش داد، گهگاه جلسات مرور برگزار کرد و این مشکلات احتمالی را زیر نظر گرفت.

واکنشگری. عامل دیگری که بر اعتبار مشاهده تاثیر می‌گذارد، *واکنشگری* است. بیماران یاشرکت‌کنندگان در مطالعه گاهی اوقات با تغییر رفتار، به این موضوع که تحت مشاهده‌اند، واکنش نشان می‌دهند. شخص پرحرف، ناگهان کم‌حرف می‌شود. همسر غرغرو و شاکی گاهی اوقات یک دفعه مظهر فداکاری می‌شود. گاهی اوقات هم شخص مجبور می‌شود به جای سگ خود عذرخواهی کند و برای مثال بگوید «وقتی با ما است این کار را نمی‌کند». به هر حال، واکنشگری می‌تواند ضربه شدیدی به اعتبار مشاهدات بزند؛ چون رفتار مشاهده‌شده، دیگر معرف رفتار معمول فرد نخواهد بود. خطر واقعی واکنشگری این است که مشاهده‌گر گاهی اوقات به آن پی نمی‌برد. اگر رفتار مشاهده‌شده، نمونه‌ای حقیقی نباشد، میزان تعمیم‌پذیری آن رفتار تحت تاثیر قرار می‌گیرد. مشاهده‌گران نیز ممکن است ناخواسته بر رفتاری که قرار است مشاهده کنند، تاثیر بگذارند یا برای آن مزاحمت ایجاد کنند. برای مثال، کونته (۱۹۸۶) دربارهٔ ناکارایی جنسی گفته است، درجه‌بندی‌های رفتاری به قدری مزاحمت ایجاد می‌کند که روان‌شناسان بالینی به روش‌های خوداظهاری اکتفا می‌کنند. اما حتی زیر نظر گرفتن خود هم می‌تواند مشمول واکنشگری شود (کوروتیتچ و نلسون ـ گری[1]، ۱۹۹۹).

اعتبار بوم‌شناختی. یکی از مشکلات بزرگ روان‌شناسی (که هرگز به‌طور کامل رفع نشده است) همان چیزی است که برانسویک[2] (۱۹۴۷) سال‌ها قبل، نام آن را *اعتبار بوم‌شناختی* گذاشته است. سوال اصلی این است که آیا روان‌شناسان بالینی واقعاً نمونه‌هایی از رفتارها می‌گیرند که معرف آن رفتارها هستند؟ آیا رفتار امروز مراجع، رفتارِ نوعی او است یا محصول محرکی نامشخص؟ این سوال، بحث را از محدودهٔ واکنشگری فراتر می‌برد. بحث این است که آیا مشاهده‌گران، نمونهٔ بزرگ

1. Korotitsch and Nelson-Gray
2. Brunswik

کافی دارند تا مطمئن شوند مشاهدات‌شان واقعاً معرف است. جای تردید است که بخشی از رفتار مراجع، معرف کل رفتار او باشد. همچنین این سوال پیش می‌آید که ۴ یا ۱۰ نمونه کافی است یا ۲۰ نمونه؟ این مشکل گریبان تمام حوزه‌های روان‌شناسی را گرفته است. آیا یک آزمایش درباره نوع‌دوستی، برای تمام وضعیت‌ها، نمونه‌ای کافی است تا درباره آن تعمیم دهیم؟ آیا مشاهدات مربوط به بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی قرار گیرند کافی است تا بگوییم این بیماران به دیگر وضعیت‌های پراضطراب واکنش نشان خواهند داد؟

توصیه‌هایی برای بهبود پایایی و اعتبار مشاهدات

توصیه‌های زیر می‌تواند پایایی و اعتبار روش‌های مشاهده را بهبود بخشد. این توصیه‌ها مثل توصیه‌های مربوط به مصاحبه‌ها (به فصل ششم مراجعه کنید) در وضعیت‌های بالینی به‌طور کامل اجرایی نیست. با این وصف، آگاهی از آنها به روان‌شناس بالینی کمک خواهد کرد بر مسیرهایی تمرکز کند که اعتبار مشاهدات را بالا می‌برد.

۱. رفتارهای مرتبط و جامع را برگزینید. رفتارهایی مستقیم و مشاهده‌شدنی را مشخص کنید که قابلیت تعریف عینی دارند.
۲. در مشخص کردن این رفتارها تا می‌توانید در یک چهارچوب نظری روشن حرکت کنید که رفتارهای مورد نظر شما را تعریف می‌کند.
۳. مشاهده‌گران آموزش‌دیده‌ای را به کار گیرید که پایایی مشاهداتشان محرز شده باشد و با قالب مشاهداتی عینی و استانداردشده آشنا باشند.
۴. مطمئن شوید قالب مشاهداتی، از جمله واحدهای تحلیل، فرم ثبت درجه‌بندی‌ها، روش مشاهده، نظام نمره‌گذاری و روش مشاهده، دقیقاً مشخص شده باشد.
۵. مراقب منابع خطای بالقوه در مشاهدات، مثل سوگیری و نوسانات تمرکز باشید.
۶. امکان واکنشگری افراد تحت مشاهده و تاثیر کلی آگاهی آنها از تحت مشاهده بودن را در نظر بگیرید.
۷. این نکته را در نظر بگیرید که مشاهدات دقیقاً چقدر قابلیت معرف بودن دارند و چقدر می‌توان آنها را به موقعیت‌های دیگر تعمیم داد.

روندهای فعلی کسب داده‌ها

پیشرفت‌های فن‌آوری به انحای مختلف بر روش‌های سنجش رفتاری، از جمله مشاهده، تاثیر گذاشته است. نخست اینکه در دسترس قرار گرفتن لپ‌تاپ و رایانه‌های قابل حمل و تبلت‌ها (tablets) و گوشی‌های هوشمند، کدگذاری داده‌های مشاهداتی توسط سنجشگران را آسان کرده است. دوم اینکه رایانه‌های قابل حمل و غیره را می‌توان به مراجعان سپرد تا همان زمان و در لحظه، داده‌های زیر نظر گرفتن خود را ثبت کنند. یکی از فایده‌های استفاده از رایانه‌های قابل حمل این است که می‌توان آنها را طوری برنامه‌ریزی کرد که مراجعان در زمان مقرر یا در مقطع خاصی از شب، به سوالات جواب دهند. سوم اینکه داده‌های رایانه‌ای قابل حمل را می‌توان به رایانه‌های دیگری منتقل کرد که ظرفیت پردازش و حافظهٔ بیشتری دارند تا مشاهدات قابل جمع زدن، نمره‌گذاری و تحلیل شوند. سرانجام اینکه فن‌آوری‌های دیگری وجود دارد که به کمک آنها می‌توانیم در حالی که مراجعان در محیط طبیعی خود هستند، درباره آنها داده جمع‌آوری کنیم؛ فن‌آوری‌هایی مثل حس‌گرهای زیستی (هینز و یوشیوکا[1]، ۲۰۰۷)، ضبط‌صوت‌ها (مِهل، پنبیکر، کراو، دابس و پرایس[2]، ۲۰۰۱) و ابزارهای جی‌پی‌اس و زیر نظر گیرنده‌های فعالیت (اینتیل[3]، ۲۰۰۷). بدیهی است که سنجشگران رفتاری هرچه بیشتر روی پیشرفت‌های آینده فن‌آوری سرمایه‌گذاری خواهند کرد.

به استفاده از این ابزارها برای جمع‌آوری داده‌ها در محیط طبیعی فرد، ***سنجش لحظه‌ایِ بوم‌شناختی*** می‌گویند (استون و شیفمن، ۱۹۹۴؛ شیفمن، استون و هافرد[4]، ۲۰۰۸). این ابزارهای تحقیقاتی جدید مهم، بیش از ده سال است که وارد این عرصه شده‌اند. برای مثال، در برخی از تحقیقاتی که در آنها از

1. Yoshioka
2. Mehl, Pennebaker, Crow, Dabbs and Price
3. Intille
4. Shiffman, Stone and hufford



از رایانه‌های قابل حمل می‌توانیم برای زیر نظر گرفتن و ثبت افکار، هیجانات و رفتارها در زمان وقوع استفاده کنیم.

سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی استفاده می‌شود، آزمودنی‌ها در مدت روز و در محیط طبیعی زندگی، یک ***دفتر خاطرات الکترونیکی*** با خود حمل می‌کنند که پیش‌تر آن را به اختصار توضیح دادیم. دفترهای خاطرات الکترونیکی طوری برنامه‌ریزی می‌شود که به‌طور تصادفی یا نیمه‌تصادفی در مدت روز «صدای بیب» می‌دهد. شرکت‌کنندگان با شنیدن این صدا، مجموعه خودسنجی‌های تعبیه‌شده در دفترچه را انجام می‌دهند. ماده‌های سنجش معمولاً در خصوص حالات و رفتارهای لحظه‌ای و آنی شخص است (برای مثال می‌پرسند «الان خُلقت چطور است؟»). بنابراین، دفترچه یادداشت‌های الکترونیکی حکم ابزارهای نمونه‌گیری را پیدا می‌کند. سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی، در مواقعی که محققان می‌خواهند فرایندهای روان‌شناختی پویشی و دارای اهمیت بالینی را توصیف کنند، بر طرح‌های تحقیقاتی سنتی، مزیت‌های مفهومی زیادی دارد. سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی، در مقایسه با تحقیقات آزمایشگاهی، مزیت **بوم‌شناختی** بودن نیز دارد؛ فرایندهایی مثل خُلق را می‌توانیم در «محل سکونت طبیعی» آزمودنی‌ها مطالعه کنیم که عوامل محیطی و میان‌فردی زیادی بر آن تاثیر می‌گذارد؛ عواملی که روال عادی زندگی آنها را نشان می‌دهد، ولی در آزمایشگاه بازتولید نمی‌شود. البته تحقیقات مبتنی بر سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی نه‌تنها می‌تواند از فرایند مورد نظر (مثل خُلق) نمونه‌برداری کند، بلکه خصوصیات محیط (مثل محل، زمان، وجود اختلاف میان‌فردی) را هم نمونه‌گیری می‌کند که در طی زمان تغییر می‌کند و در تبیین تنوع فرایند مورد نظر، اهمیت دارد. بنابراین، مطالعات مبتنی بر سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی می‌تواند داده‌های توصیفی بسیار زیادی را تامین کند.

رایانه‌ای شدن، یکی دیگر از مزیت‌های پروتکل‌های سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی نسبت به فنون میدانی سنتی را هم فاش می‌کند. محققان در اغلب موارد، داده‌ها را با استفاده از دفترهای خاطرات کاغذی و درخواست تکمیل یک یا چند مدخل آن در روزهای حد فاصل مراجعه به مرکز مطالعاتی، جمع‌آوری کرده‌اند. محدودیت اصلی این رویکرد آن است که محققان نمی‌توانند مطمئن باشند درجه‌بندی‌ها در زمان‌های مورد نظر صورت گرفته است. آزمودنی‌ها گاهی اوقات درجه‌بندی را فراموش می‌کنند و سپس برای لو نرفتن مسامحهٔ خود در انجام درجه‌بندی‌های برنامه‌ریزی‌شده، پیش از گزارش به مرکز مطالعاتی، به دفتر خاطرات خود «برمی‌گردند» و آن را پر می‌کنند. این نوع برگشت‌ها، تهدیدی جدی برای اعتبار تحقیق به شمار می‌آید. در بهترین حالت، این برگشت باعث می‌شود گزارش‌های گذشته‌نگر، جای گزارش‌های لحظه‌ای را بگیرد و تحت تاثیر سوگیری‌های گذشته‌نگری قرار گیرد (مثل فراموشی یا سوگیری ارائه خود). متاسفانه چون عمل برگشت ذاتاً فریبکارانه است، محقق نمی‌تواند بفهمد این نوع خطاها چقدر در داده‌ها وجود دارد یا از یک آزمودنی به آزمودنی دیگر چه وضعی پیدا می‌کند. از آنجا که سنجش‌های لحظه‌ای بوم‌شناختی به شکل رایانه‌ای انجام می‌شود، مشکل برگشت در آنها پیش نمی‌آید. آزمودنی‌ها در پاسخ به یادآوری‌های دستگاه، درجه‌بندی‌ها را انجام می‌دهند و رایانه بر مدخل‌ها مُهر زمان می‌زند. اگر هم نافرمانی رخ دهد، عدم تکمیل سنجش در زمان مقرر، آن را نشان خواهد داد. اگر آزمودنی بخواهد برگردد و برخی مدخل‌ها را پر کند، زمان آن ثبت خواهد شد و شناسایی داده‌های مسئله‌دار آسان می‌شود.

مطالعهٔ درد روزانه (استون، شیفمن، شوارتز، برودریک و هافرد، ۲۰۰۲)، شواهد فراوانی در تایید مزیت سنجش‌های رایانه‌ای بر دفترچه خاطرات کاغذی سنتی می‌آورد. محققان با گذاشتن یک سلول نوری در جلد دفترچهٔ خاطرات کاغذی که با هر بار باز شدن دفترچه به کار می‌افتاد، ثبت زمان‌دار ولی منفعلانه داده‌ها در دفترچه یادداشت کاغذی را امکان‌پذیر کردند. نتایج نشان داد فقط ۱۱ درصد ثبت‌های برنامه‌ریزی‌شدهٔ دفترچه کاغذی در زمان مقرر انجام شده بود. اما *آزمودنی‌ها* گزارش می‌کردند که در ۹۵ درصد موارد، داده‌ها را در زمان مقرر ثبت کرده‌اند (یعنی سنجش‌ها را «جمع می‌کردند» و بعداً برای آنها تاریخ می‌گذاشتند تا برداشت حرف‌شنوی و اطاعت ایجاد کنند). در مقابل، گروهی ازشرکت‌کنندگان که از دفترچهٔ خاطرات الکترونیکیِ یک رایانه جیبی استفاده کرده بودند، در ۹۴ درصد موارد، سنجش‌ها را در زمان مقرر انجام داده بودند. بنابراین، زیر نظر گرفتن رایانه‌ای زمان واقعی [ثبت داده‌ها] بسیار مفید است.

روش‌های نقش بازی کردن

نقش بازی کردن یکی دیگر از فنون سنجش رفتاری است. از نقش بازی کردن یا ***تمرین رفتاری*** (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴) می‌توانیم برای آموزش پاسخ‌های جدید استفاده کنیم. نقش بازی کردن، یک فن بالینی قدیمی است، ولی سنجشگران رفتاری، مطالعات منظم اندکی دربارهٔ مشکلات روش‌شناختی این فن به منزلهٔ روشی برای سنجش انجام داده‌اند؛ از جمله مطالعه دربارهٔ الزامات آن، هنجاریابی روش‌ها، اثرات هاله‌ای درجه‌بندی‌کننده و مشکلات نمونه‌گیری در انتخاب نقش‌ها.

نقش بازی کردن، در سنجش مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود هم استفادهٔ فراوانی داشته است. برای مثال، تونتی‌من و مکفال [1] (۱۹۷۵) در مطالعهٔ مهارت‌های اجتماعی مردان کمرو، شش وضعیت را برای رفتار اجتماعی طراحی کردند که فرد در آن باید نقش بازی می‌کرد. آنها ازشرکت‌کنندگان می‌خواستند اگر در وضعیتی قرار گرفته‌اند که برای آنها توصیف می‌شد، با صدای بلند پاسخ دهند. برای مثال:

> در محل کار هستی و وقت استراحت است. در غذاخوری، دختری همسن و سال خودت را می‌بینی. این دختر در یکی دیگر از بخش‌های فروشگاه کار می‌کند و او را زیاد نمی‌شناسی. دوست داری با او حرف بزنی. به او چه می‌گویی؟ (ص ۳۸۶)

وقتی فرد شروع به حرف زدن می‌کرد، زن آموزش‌دیده‌ای به او جواب می‌داد. گفت‌وگو آن‌قدر ادامه پیدا می‌کرد تا شرکت‌کننده، آن را تمام می‌کرد یا ۳ دقیقه ادامه می‌یافت.

مکفال و لیلسند (۱۹۷۱) نیز در ابراز وجودسنجی، از نقش بازی کردن استفاده کردند. آنها ازشرکت‌کنندگان خواستند به ۹ محرک ضبط‌شده پاسخ دهند. برای مثال:

> **راوی:** یک نفر که او را خوب نمی‌شناسید، آخر هفته می‌خواهد به خانه‌اش برود. از کتابخانه کتاب‌هایی به امانت گرفته و از شما می‌خواهد اگر امکان دارد، کتاب‌هایش را به کتابخانه پس دهید تا مشمول دیرکرد نشود. از خانهٔ شما تا کتابخانه، پیاده بیست دقیقه راه است، کتاب‌ها سنگین است و آخر هفته برنامه‌ای ندارید که نزدیک آن کتابخانه باشد. چه می‌گویید؟ (آزمودنی با صدای بلند پاسخ می‌دهد.) (ص ۳۱۵)

بدیهی است که فنون نقش بازی کردن، فنون جدیدی نیست. سال‌ها است از آنها به عنوان ابزار درمان استفاده می‌شود (برای مثال، کلی [2]، ۱۹۵۵؛ مورنو [3]، ۱۹۴۶؛ راتر و ویچنز [4]، ۱۹۴۸). روان‌شناس بالینی رفتارگرا به این دلیل به فنون نقش بازی کردن علاقه‌مند است که ابزار ساده و موثری برای نمونه‌گیری از مهارت‌ها و کاستی‌های رفتاری مراجعان به‌شمار می‌رود. اما نمی‌توانیم فرض را بر این بگذاریم که مهارت‌های رفتاری پرورش‌یافته در اتاق درمان الزاماً در دنیای واقعی هم به اجرا گذاشته می‌شود.

پرسشنامه‌ها و فهرست‌ها

روان‌شناسان بالینی رفتارگرا برای شناسایی رفتارها، پاسخ‌های هیجانی و ادراکات شخص از محیط، انواع فنون خوداظهاری را

1. Twentyman and McFall
2. Kelly
3. Moreno
4. Rotter and Wichens

ابداع کرده‌اند. برای مثال، برنامهٔ نظرسنجی ترس (گیر، ۱۹۶۵؛ لانگ و لازوویک، ۱۹۶۳) و پرسشنامهٔ ترس (مارکز و متیوز[1]، ۱۹۷۹) عمدتاً برای سنجش رفتارهای متداعی با اختلالات اضطرابی استفاده شده است. برنامهٔ نظرسنجی ترس از ۵۱ وضعیت بالقوه ترسناک تشکیل شده و بیمار در آن باید میزان ترسی را درجه‌بندی کند که هر وضعیت ایجاد می‌کند. پرسشنامهٔ ترس هم ۱۵ماده دارد که حاوی وضعیت‌هایی است که به سبب ترس، از آنها اجتناب می‌کنیم. پرسشنامه‌های رفتاری هم وجود دارد که انواع رفتارها را می‌سنجد از جمله فعالیت بدنی (مقیاس فعالیت بدنی سالمندان؛ واشبورن، اسمیت، جِتی و جِنی[2]، ۱۹۹۳)، هلف‌هلف خوردن (مقیاس لُف‌لُف خوردن؛ گورمالی، بلک، داتسون و رردین[3]، ۱۹۸۲) و مصرف الکل (پرسشنامهٔ اختلالات مصرف الکل؛ سازمان جهانی بهداشت). پرسشنامه‌های خوداظهاری دیگر که در سنجش رفتاری مصرف زیادی دارند، عبارت است از: برنامهٔ ابراز وجود راتوس (راتوس[4]، ۱۹۷۳)، ویراست دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک، استیر و براون[5]، ۱۹۹۶)، خوداظهاری کودکان (آخنباخ، ۱۹۹۱) و فرم اختلال زناشویی (وایس و مارگولین[6]، ۱۹۹۷).

غایب مهم این فهرست کوتاه و ناقص پرسشنامه‌ها، ابزارهایی است که گرایش تشخیص روان‌پزشکی دارند. سنجشگران رفتاری از لحاظ تاریخی این حذف را هشیارانه انجام داده‌اند؛ چرا که در مجموع، مزیت چندانی برای طبقه‌بندی روان‌پزشکی قائل نیستند (برای مثال مراجعه کنید به فالت[7] و هینز، ۱۹۹۲). آزمون‌های مورد استفادهٔ رفتاردرمانگرها، بیشتر به‌منظور سنجش کاستی‌های رفتاری خاص، نامناسب بودن رفتاری و موهبت‌های رفتاری بوده‌اند (ساندبرگ، ۱۹۷۷). کانون پرسشنامه‌های رفتاری به‌طور خلاصه، رفتار است. دربارهٔ کنش‌ها، احساسات یا افکار از خود مراجعان می‌پرسند تا مجبور نشوند درباره معنای واقعی رفتار آنها به استنباط رو آورند.

سنجش شناختی ـ رفتاری

همان‌طور که در فصل‌های بعد خواهیم دید، رویکردهای رفتاری هرچه بیشتر شناختی می‌شوند (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴؛ مایکنبام[8]، ۱۹۷۷). شناخت‌ها همراه با رفتارها، به‌شدت بررسی شده‌اند؛ چون با شکل‌گیری آسیب‌ها و تداوم آسیب‌ها و تغییر آنها رابطه دارد. محور این نوع **سنجش شناختی ـ رفتاری** هم این مفهوم است که شناخت‌ها و فکرها (از خودانگاره‌ها تا نجواهای شخصی) تاثیر مهمی بر رفتار دارد (بروین[9]، ۱۹۸۸). در حقیقت، مایکنبام (۱۹۷۷) طرفدار رویکرد شناختی ـ کارکردی است؛ به این معنا که برای برنامه‌ریزی راهبرد مداخلاتی فرایندهای فکری مراجع، تحلیل باید کارکردی شود. باید پرسشنامه‌ای دقیق از راهبردهای شناختی [مراجع] پر شود تا معلوم شود کدام شناخت‌ها (یا فقدان کدام شناخت‌ها) به عملکرد رضایت‌بخش کمک کرده یا در آن اخلال می‌کند و تحت چه شرایطی.

همان‌طور که پارکز و هولون[10] (۱۹۸۸) می‌گویند، برای سنجش کارکرد شناختی، روش‌ها و رویه‌هایی وجود دارد. برای مثال، به مراجعان یاد می‌دهند «با صدای بلند فکر کنند» یا افکار فوری و بعدی خود را بر زبان آورند. همچنین مراجعان می‌توانند افکار و احساسات خود را در واکنش به انواع گفت‌وگوهای ضبط‌شده (برای مثال، گفت‌وگوهای مربوط به ارزیابی‌های اجتماعی پراسترس) گزارش کنند. آنها می‌توانند مقیاس‌های درجه‌بندی خاصی را پر کنند که ماده‌های‌شان، شناخت‌های انطباقی و غیرانطباقی گذشته را هدف می‌گیرد یا افکاری را فهرست کنند که در واکنش به برخی محرک‌های خاص (مثل پاره‌ای موضوعات یا مشکلات) در ذهن آنها شکل می‌گیرد.

نمونهٔ خوب آن، مطالعه‌ای است که در آن، رفتار ابراز وجود [و جسورانه]، تحلیل تکلیف می‌شد (شوارتز و گاتمن[11]، ۱۹۷۶). در این مطالعه از طریق آزمون نجواهای شخصی جسارت، رابطهٔ نجواهای شخصیِ شناختی و وضعیت‌های جسارت و ابراز وجود،

---

1. Marks and Mathews
2. Washoburn, Smith, Jette and Janney
3. Gormally, Black, Datson and Rardin
4. Rathus
5. Beck, Steer and Brown
6. Weiss and Margolin
7. Follette
8. Meichenbaum
9. Brewin
10. Parks and Hollon
11. Schwartz and Gottman

تحت سنجش قرار می‌گرفت. آزمون نجواهای شخصی، پرسشنامه‌ای ۳۴ ماده‌ای است که ۱۷ نجوای شخصی مثبت دارد که رد کردن درخواست را آسان‌تر می‌کند و ۱۷ نجوای شخصی منفی که رد کردن درخواست را سخت‌تر. برای مثال:

مثبت: داشتم فکر می‌کردم که کاملاً آزادم نه بگویم؛ داشتم فکر می‌کردم این درخواست، نامعقول است.

منفی: نگران بودم که اگر درخواستش را رد کنم، در مورد من چه فکری خواهد کرد؛ داشتم به این فکر می‌کردم که اگر درخواستش را رد کنم، برنجد یا احساسش جریحه‌دار شود. (شوارتز و گاتمن، ۱۹۷۶، ص ۹۱۳)

چنین سنجشی دقیقاً روشن می‌کند که نجواهای شخصی چه تاثیری در حفظ و نگهداری مشکلاتی همچون ابراز وجود نکردن دارد.

همین روش‌ها را در مشکلاتی مثل پرخوری، افسردگی و کمرویی می‌توان اجرا کرد. برای مثال، چمبلس و کاپوتو، برایت و گلَگِر (۱۹۸۴) مقیاسی ساختند که که حاوی فکرهای شخص دربارهٔ پیامدهای منفی در هنگام اضطراب بود. نمونهٔ دیگر سنجش شناختی، کار سلیگمن و دیگران (۱۹۸۸) است. آنها به کمک ***پرسشنامهٔ سبک اسنادی*** فهمیدند بیماران افسرده پس از شناخت‌درمانی، تبیین‌های سالم‌تری از رویدادها می‌کردند.

ترنر، بِیدِل، هایزر، جانسون و لیدیارد[1] (۲۰۰۳) در تلاشی جدیدتر، برای سنجش شناخت‌های مرتبط با هراس اجتماعی، یک ابزار اندازه‌گیری خوداظهاری با عنوان ***مقیاس باورها و افکار اجتماعی*** ساختند. هراس اجتماعی هر سال تقریباً ۸ درصد امریکایی‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در کل جمعیت، نسبتاً شایع است (کسلر و دیگران، ۱۹۹۴). این مقیاس، ماده‌هایی دارد که فکرهای مشخصهٔ افراد دچار هراس اجتماعی را در پاسخ‌دهندگان می‌سنجد؛ از جمله شناخت‌های مرتبط با مقایسه‌های اجتماعی (مثل این باور که دیگران، از نظر اجتماعی، قابلیت و ظرفیت بیشتری دارند) و شناخت‌های مرتبط باناشی‌گری اجتماعی (مثل این باور که در وضعیت‌های اجتماعی، دست‌وپاچلفتی هستم و از نظر دیگران، اضطراب دارم). نمرات مقیاس باورها و افکار اجتماعی، بیماران دچار هراس اجتماعی را از بیماران دچار اختلالات اضطرابی دیگر جدا می‌کند (ترنر و دیگران، ۲۰۰۳).

در عین حال، روش‌هایی نیز برای سنجش سازه‌های شناختی وجود دارد (لینسکات و دیگیوزیپی[2]، ۱۹۹۸). برای مثال، دیویدسون و رابینز و جانسون (۱۹۸۳) از روشی استفاده کرده‌اند که در آن شرکت‌کنندگان به نواری گوش می‌دهند که در آن چند مشکل بیان می‌شود. ضبط شدن نوار هر ۱۰ یا ۱۵ ثانیه متوقف می‌شود و شرکت‌کنندگان آنچه را در آن لحظه از ذهنشان می‌گذشته، گزارش می‌کنند. نتایج شمار زیادی از مطالعات نشان می‌دهد این روش از طرز فکر آدم‌ها دربارهٔ وضعیت‌های دشوار و غیردشوار پرده برمی‌دارد (دیویسون و نیل، ۱۹۹۸) و شناخت‌های مرتبط با اختلالات مختلفی همچون افسردگی و اضطراب یا اختلاف خانوادگی و پرخاشگری را رو می‌کند (لینسکات و دیگیوزیپی، ۱۹۹۸).

قوت و ضعف‌های سنجش رفتاری

استفاده از روش‌های منظم‌تر و دقیق‌ترِ ارزیابی، در خور تحسین است. سنجشگران رفتاری با مشخص کردن رفتارهایی که هدفِ مداخله‌اند، مشکل بالینی را عملیاتی می‌کنند. در ضمن قبل، در جریان و پس از اجرای درمان، این رفتارها را چند بار می‌سنجند. سرانجام اینکه از نتایج سنجش برای دقیق‌تر کردن یا اصلاح درمان استفاده می‌کنند. این نقطهٔ مقابل سنجش «سنتی» است که در آن معمولاً یک‌بار سنجش صورت می‌گیرد و آن هم قبل یا در شروع درمان. همچنین معلوم نیست که نتایج چنین سنجشی چطور بر درمان تاثیر می‌گذارد.

اما دقت و جامعیت روش‌های سنجش رفتاری، از طرفی قوت و از طرف دیگر، ضعف است. شواهد نشان می‌دهد بسیاری از فنون سنجش رفتاری، در محیط‌های بالینی قابل اجرا نیست. برخی از روش‌های مشاهدهٔ طبیعی و روش‌های روانی فیزیولوژیک سنجش، زمان‌بر و گران است. به همین دلیل،

1. Turner, Beidel, Heiser, Johnson and Lydiard
2. Linscott and DiGiuseppe

روان‌شناسان بالینی رفتارگرا دنبال روش‌ها و اندازه‌گیری‌های کوتاه‌تر رفته‌اند. برای نمونه، امروزه کاملاً عادی است که در مجموعه سنجش‌های رفتاری، نوعی پرسشنامه خوداظهاری هم اجرا شود. این پرسشنامه‌ها در مقایسه با پرسشنامه‌های خودگزارشی سنتی، ماده‌هایی با سمت و سوی شناختی‌تر و رفتاری‌تر دارند. اما در تمام این اندازه‌گیری‌ها فرض بر این است که خوداظهاری بیمار، بازنمایی دقیقی از فرایندهای رفتاری و شناختی او به دست می‌دهد. البته رفتارگراهای قدیمی به این نوع پرسشنامه‌های خوداظهاری، اعتقاد چندانی نداشتند.

تحول جالب دیگر این حوزه، پذیرش ظاهری نظام طبقه‌بندی تشخیصیِ *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی* (DSM) است. در حال حاضر، سنجشگران رفتاری در مجموع تصدیق می‌کنند که این صورت‌بندی تشخیصی، به عنوان یکی از مولفه‌های سنجش، مفید است. تشخیص‌ها باید با اطلاعات روش‌های رفتاریِ سنتی‌تر تکمیل شوند. اما همین اواخر بود که روان‌شناسان بالینی رفتارگرا نه‌تنها اطلاعات مربوط به تشخیص اختلالات روانی را نادیده‌می‌گرفتند، بلکه به سودمندی و حقانیت این اطلاعات حمله می‌کردند. البته هنوز رفتارگرایان افراطی چندی هستند که این دیدگاه نسبتاً قدیمی دربارهٔ تشخیص‌های اختلالات روانی را قبول دارند.

اما چرا بیشتر رفتارگراها چنین تغییر موضعی داده‌اند؟ دلایل زیادی برای این تغییر موضع می‌توان بیان کرد؛ ولی چند دلیل از همه محتمل‌تر است. نخست، عینی‌تر شدن و رفتاری‌تر شدن ملاک‌های اختلالات روانی است. دوم اینکه روان‌شناسان بالینی رفتارگرا به سودمندی نسبی برچسب‌های تشخیصی پی برده‌اند. برچسب‌های تشخیصی، منظومه‌ای از رفتارهای غیرانطباقی را توصیف می‌کنند که می‌توانیم دربارهٔ آنها مداخله کنیم و به روان‌شناس بالینی کمک خواهند کرد پیش‌بینی کند در نتیجهٔ درمان، کدام نشانه‌های دیگر (نشانه‌هایی از رفتارهای هدف) احتمالاً تغییر خواهد کرد. مبنای این پیش‌بینی‌ها نیز تغییرات همگام نشانه‌های اختلالات است. برای مثال، افزایش تعامل اجتماعی بیمار افسرده می‌تواند به کم شدن گزارش خُلق افسرده منتهی شود. اگرچه باید دربارهٔ تغییر همگام رفتارهای مشکل‌دار، تحقیقات بیشتری انجام شود (کزدین، ۱۹۸۵)، مجموعه ملاک‌ها (یا همان فهرست نشانه‌ها) ی اختلالات روانی، حداقل فرضیه‌هایی مقدماتی در این درباره این به ما می‌دهد که چه رفتارهایی در نتیجهٔ درمان تغییر می‌کنند یا نمی‌کنند.

سرانجام اینکه جا دارد خاطرنشان کنیم پدیده‌ها و فرایندهای شناختی، در حال حاضر بیش از پیش مستحق سنجش رفتاری و مداخلهٔ رفتاری شناخته می‌شود. در سنجش رفتاری، نه‌تنها رفتارها، پیشایندها/محرک‌ها و پیامدها، بلکه متغیرهای «ارگانیسمی» نمونه‌گیری می‌شود (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴). این متغیرهای ارگانیسمی می‌توانند انواع عوامل روان‌شناختی را دربرگیرد ولی بسیاری از متغیرهای شناختی را نیز دربرمی‌گیرد. در این میان، انتظارات مراجعان، اهمیت ویژه‌ای دارد. انتظارات مراجعان دربارهٔ طبیعت و معنای مشکل موجود، معیارهای حداقلی موفقیت برای مراجعان و انتظارات آنان از رفتاردرمانی، تنها برخی از متغیرهایی است که در سنجش رفتاری معاصر بیان می‌شود. به نظر می‌رسد رفتاردرمانگرها دریافته‌اند التزام جزمی به مدل‌های یادگیری که در آنها از متغیرهای ارگانیسمی خبر چندانی نیست، آنان را بسیار محدود می‌کند.

البته راه را برای هر نوع اندازه‌گیری فیزیولوژیک و شناختی باز نمی‌گذارد، بلکه این اندازگیری‌ها و روش‌ها باید طبق همان معیارهای سفت و سختِ روش‌های رفتاری سنتی‌تر باشد. اعتبار هم باید ثابت شود نه اینکه فرض شود. برای مثال، اندازه‌گیری شناختی مرتبط با اختلال وحشت‌زدگی (برای نمونه، باور به «کنترل‌ناپذیر بودن») باید با دیگر اندازه‌های رفتاری نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی همبستگی داشته باشد و تغییر این باورها به بهبود نسبی دیگر نشانه‌ها و نتیجهٔ بهتر در آینده منجر خواهد شد. سودمندی درمان و اعتبار همزمان و پیش‌بین از طریق همین روش‌ها احراز و اثبات می‌شود (هیز، نلسون و جَرت[1]، ۱۹۸۷؛ کزدین، ۱۹۸۵).

---

1. Jarrett

کادر ۲ ـ ۹ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر کارن دی ردولف

کارن دی. ردولف[1] استاد دانشگاه ایلینوی در اُربان ـ شامپان است. او مدرک دکترای (Ph.D) روان‌شناسی بالینی خود را از دانشگاه کالیفرنیا در لس‌آنجلس گرفت. دورهٔ انترنی خود را هم در موسسهٔ عصبی‌روان‌پزشکی گذراند و آن را از بیمارستان UCLA دریافت کرد. دکتر ردولف جایزهٔ محققان هیئت علمی بنیاد ویلیام تی. گرنت و جایزهٔ فرصت مطالعاتی جیمز مکین‌کتل و دو بار هم جایزهٔ آرنولد اُ. بکمن دانشگاه ایلینوی را دریافت کرده است. دکتر ردولف در چند طرح مطالعاتی طولیِ بزرگ موسسات ملی سلامت (NIH) محقق داخلی بوده است. او دستیار سردبیر ***Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*** و عضو هیئت تحریریهٔ ***Journal of Abnormal Child Psychology*** است. در حال حاضر هم یکی از ویراستاران ویراست سوم کتاب ***دستنامهٔ آسیب‌شناسی روانی رشدی*** است که آن را با دکتر مایکل لویس ویراستاری می‌کند. تحقیقات دکتر ردولف بر آن دسته از تعاملات شخص و محیط متمرکزند که ظهور و تداوم اختلالات افسردگی در کودکان را پیش‌بینی می‌کند، با تمرکز بر دوره‌های گذار رشدی (مثل دوره بلوغ یا مدرسه) که بافتِ خطر برای شروع یا تشدید آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود.

دکتر ردولف نظرهایش درباره رشته روان‌شناسی بالینی و آسیب‌شناسی رشدی را با ما در میان گذاشت.

چطور شد به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

من به طور نسبتاً سنتی به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم. در بچگی همیشه دوست داشتم بدانم چرا مردم این‌طور رفتار می‌کنند، چرا خواهر و برادرها علایق و خصوصیات متفاوتی دارند، چرا همسالان یا از هم حمایت یا به هم ظلم می‌کنند و چراکشمکش بعضی از بچه‌ها در فرایند رشد از بچه‌های دیگر بیشتر است. دکتر هنری گلایتمن، نخستین واحد درسی من در دورهٔ کارشناسی دانشگاه پنسیلوانیا، که واحد درسی روان‌شناسی مقدماتی بود (واحدی از نظر عقلی تحریک‌کننده و در عین حال، سرگرم‌کننده) را تدریس می‌کرد و علاقه‌مندی من به روان‌شناسی را تقویت کرد. واحد درسی ***آسیب‌شناسی روانی رشدی*** را هم دکتر رنا رِپتی تدریس می‌کرد که سرآغاز علاقه‌مندی من به تاثیر فرایندهای رشدی بر مسیرهای سلامت اجتماعی و روانی کودکان شد. ناظر یک دوره انترنی و یک طرح مطالعاتی مستقل من در زمینهٔ نظریهٔ ذهن در کودکان مبتلا به اُتیسم هم دکتر لیلاگلایتمن بود که به این علاقه‌مندی، **صورت‌های** مختلفی بخشید. تحصیلات تکمیلی من در دانشگاه یو سی ال اِی با دکترها کنستانس هرمن، جان وایز و استفن هینشاو، نظرم دربارهٔ ارتباط متقابل آسیب‌پذیری‌های شخصیتی (ازکنار آمدن تا قابلیت میان‌فردی و پردازش شناختی) با خطرات بافتی (از خانواده تا گروه همسالان و عوامل فشار روانی در زندگی) در ظهور آسیب‌شناسی در طول رشد را دقیق‌تر کرد. در نهایت، فکر می‌کنم تصمیم گرفتن کمک کرد دنبال حوزه آسیب‌شناسی روانی رشدی بروم تا اینکه یک تخصص خاص را انتخاب کنم. به این ترتیب بود که توانستم علایق مختلف خودم به کارکرد انسان را در ظرف [روان‌شناسی] رشد بریزم.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کارهایی می‌کنید؟

فعالیت‌های اصلی من، تحقیق و تدریس در حوزهٔ آسیب‌شناسی روانی رشدی و خدمت‌رسانی در دو سطح محلی و ملی است. در تحقیقاتم، رویکردهای روش‌شناختی را در هم ادغام می‌کنم؛ از جمله نظرسنجی‌هایی در مقیاس بزرگ در مدارس، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار عمیق، مشاهدهٔ آزمایشگاهی و طبیعی رفتار، سنجش زیست‌شناختی واکنش اضطراب و سنجش‌های عملکرد بنیادِ ساختاردار (مثل تکالیف عصبی‌روانی و تکالیف شناختی). برای دانشجویان مقاطع کارشناسی و تکمیلی هم تدریس و سمینار برگزار می‌کنم و بر تحقیقات دستیاران پژوهشی مقطع کارشناسی و دکترا نظارت دارم. به عنوان عضو هیئت علمی، در کمیته‌های اجرایی مختلف گروه و دانشگاه، کار می‌کنم و با کمیته‌های کارشناسی ارشد و رساله‌های دانشجویان مقاطع تکمیلی همکاری دارم. همچنین درگیر چند فعالیت بزرگ‌تر در این حوزه هم هستم، مثل: (الف) مرور دست‌نویس‌های چند مجله در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی رشد و روان‌پزشکی کودک و دستیاری سردبیر ***Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology***؛ (ب) مرور کمک‌های مالی نهادها و موسسات دولتی و بنیادهای خصوصی؛ و (ج) مرور خلاصهٔ کنفرانس‌ها و کمک به سازماندهی کنفرانس‌های حرفه‌ای. من در تحقیقاتم و خدمات‌رسانی به اجتماع، برای مدارس و خانواده‌ها درباره موضوعات مختلف مورد علاقه‌ام کارگاه برگزار می‌کنم. برای اطلاع‌رسانی به مدارس و خانواده‌ها درباره یافته‌های تحقیقاتی‌ام خبرنامه تهیه می‌کنم و در خصوص تحقیقاتم و موضوعات مرتبط با آنها با رسانه‌ها مصاحبه می‌کنم.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

محور اصلی تحقیقات و تدریس من، آسیب‌شناسی روانی رشدی است. آنچه به‌طور ویژه به کارهای من خط می‌دهد، چهارچوب

1. Karen D. Rudolph

شخص ـ محیط است که نشان می‌دهد خصایص کودک (برای مثال جنس، خلق و خو، فرایندهای اجتماعی ـ شناختی و پاسخ‌های زیست‌شناختی و رفتاری به استرس) و محیط (برای مثال خانواده، گروه همسالان، بافت مدرسه) چطور در سلامت یا بیماری در فرایند رشد سهم دارد. کار من از لحاظ نظری، دو مضمون دارد. نخست اینکه تحقیقاتم بر دیدگاه رشدی به آسیب‌شناسی روانی تاکید دارند. این دیدگاه هم با تمرکز بر این موارد مشخص می‌شود: (الف) آسیب‌پذیری‌های مرتبط با رشد؛ (ب) فرایندهای تبادلی ـ یعنی تاثیرات متقابل کودک و محیط بر یکدیگر؛ (ج) نقش گذارهای رشدی و (د) خاستگاه‌های اولیهٔ آسیب‌پذیری. دوم اینکه تحقیقاتم بر اتخاذ دیدگاه میان‌فردی به آسیب‌شناسی روانی تاکید دارند. به خصوص اینکه روابط را بافت اصلی رشد می‌دانم. به نظر من، آسیب روانی از اخلال در فرایندهای میان‌فردی بارز رشدی نشئت می‌گیرد که مزاحم نیاز اصلی کودکان به ارتباط با دیگران می‌شوند، و در این اخلال سهم دارند. تمرکز اصلی من هم بر تحقیق راجع به ظهور مسیرهای جنسیتی آسیب‌شناسی روانی در فرایند رشد است.

روندهای آینده روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

یکپارچگی، یکپارچگی و یکپارچگی. یکی از بارزترین روندهای رشته روان‌شناسی بالینی، کم‌رنگ شدن مرزهای رشته‌ها است. البته یکی از حوزه‌هایی که از این نظر در حال رشد است، ارتباط متقابل علم عصب‌نگر و علم بالینی، به‌ویژه استفاده از فن‌آوری پیشتاز رشته‌های ژنتیک مولکولی و تصویرسازی مغزی برای شناسایی و روشن کردن فرایندهای زیست‌شناختی دخیل در آسیب‌شناسی روانی است. به عنوان یک رشته، تبدیل این یافته‌ها به مجموعه‌ای از نکات کاربردی از طریق لحاظ کردن آنها در نسل جدید روش‌های تشخیصی، پیشگیری و مداخلاتی تا به تلاش‌ها برای کاهش شکل‌گیری و تشدید نشانه‌ها خط دهند، بسیار مهم خواهد بود. موفقیت در این اقدام در گرو ملاحظهٔ این نکته است که دستگاه‌های در حال شکل‌گیری زیست‌شناختی، از فرایندهای روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی که زیربنای آسیب‌شناسی روانی هستند، تاثیر می‌پذیرد و بر آنها تاثیر می‌گذارد.

با تحول روش‌های سنجش رفتار (و آسیب‌شناسی روانی و نشانگرهای زیستی)، رشتهٔ روان‌شناسی بالینی چطور تغییر خواهد کرد؟

هرچه رشتهٔ روان‌شناسی بالینی دارای روش‌های پیچیده‌تر و دقیق‌تر سنجش نشانگرهای ژنتیکی، شناختی، عاطفی، زیست‌شناختی و رفتاری آسیب‌شناسی روانی شود، بر نظام سنتی طبقه‌بندی تشخیصی، از قبیل آنچه در ***راهنمای تشخیصی و آماری*** (DSM) می‌بینیم، کمتر تاکید خواهد شد و به سوی نظامی حرکت خواهیم کرد که بر فرایندهای خاص دخیل در ظهور نشانه‌ها تاکید دارد. این حرکت را در طرح ملاک‌های حیطه تحقیق موسسات ملی سلامت روان می‌بینیم که سعی می‌کند سازه‌های مهم مورد علاقه در چند سطح تحلیل را شناسایی کند که می‌تواند پُل میان اختلالات تعریف‌شده به صورت سنتی باشد. در ضمن، این رشته هرچه بیشتر با ضرورت تصدیق در نظر گرفتن تفاوت‌های کمّی در بروز آسیب روانی، در کنار مرزهای کیفی اختلالات و حتی شاید در نهایت بجای آنها، روبه‌رو خواهد شد.



کارن دی. ردولف

خلاصهٔ فصل

سنجش رفتاری از چند جهت بنیادی با سنجش سنتی فرق دارد. سنجش رفتاری بر سنجش‌های مستقیم (مثل مشاهدهٔ طبیعی) رفتار مشکل‌دار، شرایط پیشایند (وضعیتی) و پیامدها (تقویت) تاکید می‌کند. روان‌شناسان بالینی با تحلیل کارکردی می‌توانند به فهم دقیق‌تری از بافت و علل رفتار برسند. همچنین باید خاطرنشان کنیم که سنجش رفتاری استمرار دارد و در تمام مقاطع درمان رخ می‌دهد.

در این فصل، برخی از روش‌های رایج‌تر سنجش رفتاری را مرور کردیم. برای ترسیم تابلوی عمومی مشکل موجود و متغیرهای نگه‌دارندهٔ آن، مصاحبه‌های رفتاری صورت می‌گیرد. روش‌های مشاهده هم (برخلاف روش‌های خوداظهاری)، نمونه‌ای عملی از رفتار مشکل‌دار در اختیار روان‌شناس بالینی می‌گذارد. مشاهدات را می‌توانیم در اوضاع طبیعی انجام دهیم (یعنی همان‌طور که رفتار در حالت طبیعی و به صورت

خودانگیخته رخ می‌دهد) یا در شرایط کنترل‌شده‌تر (یعنی در وضعیت‌ها یا شرایط شبیه‌سازی‌شده یا ساختگی). سنجشگران رفتاری، همچنین مراجعان را وامی‌دارند رفتارها، فکرها و هیجانات خود را زیر نظر بگیرند («مشاهدهٔ خود»). عوامل مختلفی می‌تواند بر پایایی و اعتبار مشاهدات تاثیر بگذارد، از جمله پیچیدگی رفتار تحت مشاهده، طرز آموزش مشاهده‌گران و نحوهٔ زیر نظر گرفتن آنان، واحدِ تحلیل انتخاب‌شده، نظام کدگذاری مورد استفاده، واکنش اشخاص به مشاهده شدن و معرف بودن مشاهدات.

سرانجام اینکه بحث نقش بازی کردن یا تمرین رفتاری، پرسشنامه‌ها و فهرست‌های رفتاربنیاد و مزایای استفاده از پیشرفت‌های فن‌آوری (مثل روش‌های رایانه‌ای کسب داده‌ها) را پیش کشیدیم تا سنجش رفتاری دقیق‌تر، معتبرتر و موثرتری صورت گیرد.

اصطلاحات کلیدی

شرایط پیشایند **antecedent conditions**

محرک‌ها یا شرایطی که به رفتار مورد نظر منتهی می‌شوند.

سنجش رفتاری **behvaioral assessment**

رویکردی در سنجش که بر تعامل وضعیت‌ها و رفتارها تمرکز می‌کند تا تغییر رفتاری موثری ایجاد شود.

مصاحبه‌های رفتاری **behavioral interviews**

مصاحبه‌هایی که هدف آنها شناسایی رفتار مشکل‌دار، عوامل وضعیتی نگه‌دارندهٔ آن رفتار و پیامدهای آن رفتار است.

تمرین رفتاری **behavioral rehearsal**

نقش بازی کردن. اصطلاح ***تمرین رفتاری*** معمولاً وقتی به کار می‌رود که بیمار در حال آموختن الگوی پاسخ‌دهی جدیدی باشد.

سنجش شناختی-رفتاری **cognitive-behavioral assessment**

رویکردی در سنجش که می‌گوید افکار یا شناخت‌ها تاثیر مهمی بر رفتار دارد.

رویکرد شناختی‌کارکردی **cognitive-functional approach**

رویکردی در سنجش که دنبال تحلیل کارکردی فرایندهای فکری مراجعان است. روان‌شناس بالینی در این رویکرد، تحلیل دقیقی از شناخت‌های شخص، کمک یا مزاحمت آنها در عملکرد او و شرایط وقوع این شناخت‌ها به عمل می‌آورد.

رویدادهای پیایند **consequent event**

نتایج رفتار مورد نظر یا رویدادهای پس از آن.

مشاهدهٔ کنترل‌شده **controlled observation**

روشی مشاهداتی که در آن روان‌شناس بالینی، مقدار معینی کنترل هدفمند بر رویدادهای تحت مشاهده اِعمال می‌کند؛ به آن، ***مشاهدهٔ رفتاری قیاسی*** هم می‌گویند. مشاهدهٔ قیاسی در وضعیت‌هایی مرجح است که در آنها، رفتار خیلی خود به خود رخ نمی‌دهد یا رویدادهای عادی باعث می‌شود بیمار از محدودهٔ [عمل] مشاهده‌گر خارج شود.

فن عملکرد کنترل‌شده **controlled performance technique**

روشی در سنجش که طی آن روان‌شناس بالینی، افراد را در وضعیتی به دقت کنترل‌شده قرار می‌دهد تا عملکرد مورد نظر را انجام دهند. سپس داده‌هایی دربارهٔ عملکرد/ رفتارها، واکنش‌های هیجانی (که به‌طور ذهنی درجه‌بندی می‌شود) و شاخص‌های روانی فیزیولوژیایی جمع‌آوری می‌کند.

ثبت فکر ناکارا **dysfunctional thought record**

برگهٔ ثبت فکر ناکارا که مراجع پر می‌کند، حاوی افکار خودکار او در خصوص سرخوشی یا افسردگی است.

سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی **ecological momentary assessment**

روش جدیدی در سنجش رفتاری که در آن، شرکت‌کنندگان سنجش، افکار و احساسات و رفتارهای خود را در همان لحظه ثبت می‌کنند که در محیط طبیعی رخ می‌دهد. این عمل معمولاً از طریق دفترچه‌های خاطرات الکترونیکی صورت می‌گیرد.

اعتبار بوم‌شناختی **ecological validity**

بافت سنجش رفتاری نشان می‌دهد که رفتار تحلیل شده یا مشاهده‌شده چقدر معرف رفتار معمول شخص است.

دفترچه‌های خاطرات الکترونیکی **electronic diaries**

فنی در سنجش رفتاری که در آن، رایانه‌های قابل حمل طوری برنامه‌ریزی می‌شوند که افراد در زمان مقرر، آن هم در محیط طبیعی زندگی وادار شوند، انجام دهند.

تحلیل کارکردی **functional analysis**

ویژگی اصلی سنجش رفتاری. در سنجش کارکردی، از محرک‌های پیشایند رفتار و از پیایندهای پس از آن، تحلیل‌های دقیقی به عمل می‌آید تا درک دقیقی از علل رفتار پیدا کنیم.

مشاهده در خانه **home observation**

مشاهده‌ای که مشاهده‌گران آموزش‌دیده، با استفاده از نظام درجه‌بندی مشاهداتی مناسب، در خانهٔ بیمار انجام می‌دهند.

مشاهده در بیمارستان **hospital observation**

مشاهده در بیمارستان روان‌پزشکی یا موسسات با استفاده از ابزار مشاهداتی مناسب این هدف.

مشاهده **observation**

فن اولیهٔ سنجش رفتاری. مشاهده غالباً برای فهم بهتر فراوانی،

نیرومندی و نافذ بودن رفتار مشکل‌دار و عوامل نگه دارندهٔ آن اجرا می‌شود.

همسویی مشاهده‌گر **observer drift**

پدیده‌ای که در آن، مشاهده‌گرانی که از نزدیک با یکدیگر همکاری دارند، بی‌آنکه خود بدانند، در درجه‌بندی‌های‌شان از دیگر مشاهده‌گران فاصله می‌گیرند.

متغیرهای ارگانیسمی **organismic variables**

ویژگی‌های بدنی، فیزیولوژیک یا شناختی مراجعان که در مفهوم‌بندی مشکل مراجع و صورت‌بندی درمان‌های موثر، مهم است.

اندازه‌گیری‌های روانی فیزیولوژیک **psychophysiological measures**

این اندازه‌گیری‌ها در سنجش دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه عصبی خودکار یا فعالیت اسکلتی‌حرکتی اجرا می‌شوند. فایدهٔ اندازه‌گیری‌های روانی فیزیولوژیک این است که گاهی اوقات فرایندهایی (مثل پاسخ‌دهی هیجانی) را می‌سنجد که اندازه‌گیری‌های خوداظهاری یا رفتاری آنها را به‌طور مستقیم نمی‌سنجد. این اندازه‌گیری‌ها بهتر از اندازه‌گیری‌های دیگر، چنین فرایندهایی را می‌سنجد. نمونه‌های این نوع اندازه‌گیری‌ها عبارت است از: ظرفیت‌های رویدادی، فعالیت الکترومیوگرافی، فعالیت الکتروانسفالوگرافی و فعالیت الکتریکی پوست.

واکنشگری **reactivity**

پدیده‌ای در مبحث مشاهده که افراد در آن با تغییر دادن رفتارشان، در برابر تحت مشاهده بودن، پاسخ می‌دهند.

نقش بازی‌کردن **role playing**

فنی که در آن بیماران هدایت می‌شوند تا نشان دهند وقتی در فلان وضعیت قرار می‌گیرند معمولاً چطور پاسخ می‌دهند. وضعیت برای آنها توصیف می‌شود یا دستیار درمانگر عملاً نقش طرف مقابل شخص بیمار را بازی می‌کند.

نمونه **sample**

سنجش رفتاری، در خصوص آزمون‌گیری، موضع «نمونه‌ای» دارد ـ یعنی هدفش جمع‌آوری نمونه‌هایی است که معرف وضعیت‌ها و رفتارهای مورد نظر است.

مشاهده در مدرسه **school observation**

مشاهدهٔ رفتاری در محیط مدرسه. مشاهده‌گران آموزش‌دیده، مثل مشاهده در خانه، به کمک یک نظام مشاهداتی مناسب، بیمار را درجه‌بندی می‌کنند.

زیر نظر گرفتن خود **self-monitoring**

فنی مشاهداتی که در آن، افراد به مشاهدهٔ رفتارها، افکار و هیجانات خود می‌پردازند (از جمله زمان‌بندی، فراوانی، شدت و مدت را زیر نظر می‌گیرند).

علامت **sign**

سنجش سنتی، رویکردی «علامتی» به آزمون‌گیری دارد؛ یعنی هدفش، شناسایی نشانه‌های خصوصیات زیربنایی است.

آزمون وضعیتی **situational test**

فنی در مشاهدهٔ کنترل‌شده که طی آن روان‌شناسی بالینی، افراد را در وضعیت‌هایی شبیه وضعیت‌های زندگی واقعی قرار می‌دهد و سپس، واکنش آنها را به‌طور مستقیم مشاهده می‌کند.

مدل SORC **SORC model**

مدل مفهوم‌بندی مشکلات بالینی از دیدگاه رفتاری. در این مدل، حرف **S** معرف محرک یا شرایط پیشایند رفتار مشکل‌دار، حرف **O** معرف متغیرهای ارگانیسمی مربوط به رفتار، حرف **R** معرف پاسخ یا خود رفتار و حرف **C** معرف پیامد رفتار است.

واحد تحلیل **unit of analysis**

در بافت مشاهده، به مدت مشاهدات و نوع و تعداد پاسخ‌هایی اطلاق می‌شود که درجه‌بندی خواهد شد.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

9-1 Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)
http://www.abct.org/Home/

9-2 Association for Behavior Analysis International (ABAI)
http://www.abainternational.org

9-3 Division of the Behavior Analysis (Division 25 of the APA)
http://www.auburn.edu/~newlamc/apa_div25/

9-4 Society for the Experimental Analysis of Behavior
http://seab.envmed.rochester.edu/society/

9-5 Behavior analysis resources
http://www.coedu.usf.edu/behavior/bares.htm

۱۰



قضاوت بالینی

سوالات مهم

۱. قوت و ضعف‌های رویکرد بالینی به پیش‌بینی چیست؟
۲. قوت و ضعف‌های رویکرد آماری به پیش‌بینی چیست؟
۳. قضاوت بالینی را چطور می‌توان بهبود بخشید؟
۴. موانع اصلی اجرای روش‌های پیش‌بینی آماری چیست؟
۵. ملاحظات اصلی هنگام تهیهٔ گزارش روانی چیست؟

رئوس مطالب فصل

تفسیر

فرایند و دقت

نظریه و تفسیر

رویکرد کمّی در برابر رویکرد کیفی

ادله‌ای برای رویکرد آماری

کادر ۱ـ۱۰: تمرکز بر کاربردهای بالینی؛ یک نمونه برای اثر «بارنوم»: خصوصیات مورد ادعا برای فرزندان بزرگسال الکلی‌ها

ادله‌ای برای رویکرد بالینی

مقایسهٔ رویکرد بالینی و رویکرد آماری

کادر ۲ـ۱۰: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر هاوارد ان. گارب

نتیجه‌گیری‌ها

کادر ۳ـ۱۰: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: روان‌پزشکان چطور تصمیمات بالینی می‌گیرند؟

بهبود قضاوت و تفسیر

پردازش اطلاعات

سندرم معنی کردن

اعتبار و اَسناد

گزارش‌ها، مفاهیم و ملاک‌های مبهم

اثرهای پیش‌بینی

پیش‌بینی وضعیت‌های ناشناخته

اصول پیش‌بینی غلط

تاثیر باورهای قالبی

«چرا در کنفرانس‌های موردی شرکت نمی‌کنم»

ارتباط: گزارش بالینی

منبع ارجاع

کمکی‌های ارتباط

یک گزارش بالینی نمونه

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

برای روان‌شناسی بالینی، هرقدر هم علمی و عینی، هنوز تقریباً ناممکن است فنون تشخیصی و سنجشیِ جدا از روان‌شناس بالینی داشته باشد. عنوان این فصل، یعنی «قضاوت بالینی» کافی است تا نشان دهیم روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات به فرایندهای استنباطی بسیار غیرعینی رومی‌آورند. فرایند، دقت و ارتباط در قضاوت بالینی هنوز هم در اغلب موارد، بسیار شخصی است.

در این فصل، برخی از شیوه‌های جمع‌بندی داده‌های سنجش توسط روان‌شناسان بالینی و رسیدن به نتایج خاص را بررسی می‌کنیم. همچنین، راجع به دقت قضاوت‌ها و برداشت‌های بالینی بحث خواهیم کرد. سرانجام نیز بحث کوتاهی راجع به روش انتقال نتایج سنجش یا همان گزارش بالینی خواهیم داشت.

فرایند و دقت

بحث خود راجع به قضاوت بالینی را با عنصر بنیادی آن ـ یعنی تفسیر ـ شروع می‌کنیم.

تفسیر

تفسیر، فرایندی استنباطی است که با اتمام سنجش آغاز می‌شود؛ یعنی زمانی که مصاحبه‌ها صورت گرفته و آزمون‌های روانی اجرا شده است، حال این سوال پیش می‌آید که همهٔ اینها چه معنایی دارد و چه تصمیماتی باید گرفت؟

تفسیر بالینی یا قضاوت بالینی، فرایند پیچیده‌ای است. تفسیر بالینی به یک محرک نیاز دارد؛ مثل نیمرخ ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، یک هوشبهر، یک ژست یا یک صدا. همچنین به پاسخ روان‌شناس بالینی نیاز دارد. «آیا این بیمار، روانپریش است؟» «آیا رفتار این بیمار، بیانگر انتظار کم‌موفقیت است؟» یا حتی «این بیمار شبیه چیست؟» همچنین مستلزم وجود خصوصیاتی در روان‌شناس بالینی، همچون ساختار شناختی یا گرایش نظری اوست. سرانجام، متغیرهای وضعیتی وارد این فرایند می‌شود. این متغیرهای وضعیتی، هر چیزی می‌تواند باشد، از نوع و دامنهٔ بیماران تا مقتضیات محل تصمیم‌گیری. برای مثال، روان‌شناس بالینی شاغل در مرکز سلامت روان دانشگاه می‌تواند انواع پیشنهادها را بدهد ـ از بستری شدن تا روان‌درمانی شدن یا محرومیت موقت از تحصیل ـ در حالی که روان‌شناس بالینی زندان، گزینه‌های کمتری دارد.

چهارچوب نظری . همان‌طور که در این کتاب گفتیم، روان‌شناسان بالینی، دنبال سبب‌شناسی یا خاستگاه‌های مشکلات روانی و فهمیدن بیماران هستند؛ طوری که بتوانند به آنها کمک کنند. مشکلات روانی را به شیوه‌های مختلفی می‌توان مفهوم‌بندی کرد (برای مثال، به شیوهٔ رفتاری، شناختی یا روانپویشی). نوع تفسیرهای روان‌شناس بالینی فرویدگرا با نوع تفسیرهای روان‌شناس بالینی رفتارگرا فرق زیادی دارد. دو روان‌شناس بالینی هر یک ممکن است شاهد اصرار یک کودک برای خوابیدن در تختخواب مادر باشند. از نظر روان‌شناس بالینی فرویدگرا، این رفتار، علامت عقدهٔ ادیپ حل‌وفصل‌نشده است. اما تفسیر روان‌شناس بالینی رفتارگرا، تقویتی خواهد بود. در حقیقت، یکی از راه‌های ارزیابی تفسیرهای روان‌شناسان بالینی، بررسی سازواری تفسیرهای‌شان با نظریه‌ای است که تفسیر را از آن گرفته‌اند. تعداد تفسیرهایی که از مجموعه‌ای از مشاهدات، پاسخ‌های مصاحبه‌ای یا داده‌های آزمون‌ها می‌توان کرد، حیرت‌آور و گیج‌کننده است. روان‌شناسان بالینی با اتخاذ یک دیدگاه نظری خاص می‌توانند تفسیرها و استنباط‌ها را از لحاظ سازوار نظری ارزیابی و در عین حال، فرضیه‌های دیگری تولید کنند.

نظریه و تفسیر

روان‌شناسان بالینی را در حال حاضر می‌توانیم در سه طبقهٔ تفسیری کلی جا دهیم. همان‌طور که گفتیم، رفتارگرایی افراطی از استنباط حالات زیربنایی اجتناب می‌کند و به جای آن بر رفتار بیمار متمرکز می‌شود. نخستین طبقه، روان‌شناسان بالینی رفتارگرا هستند. روان‌شناس بالینی رفتارگرا معمولاً بر اساس مشاهداتش یا گزارش‌های دریافتی مستقیم از بیمار یا دیگر مشاهده‌گران اطلاعاتی درباره بیماران جمع می‌کند. این اطلاعات را نیز نمونه فرض می‌کند.

دومین طبقه، آن دسته از روان‌شناسان بالینی هستند که به تجربی و عینی‌گرایی خود می‌بالند. این دسته از روان‌شناسان

بالینی برای پیش‌بینی ملاک‌های نسبتاً اختصاصی از آزمون‌های عینی استفاده می‌کنند. برای مثال آیا نمرات حاصل از آزمون‌های الف و ب و ج، موفقیت در کالج و نتیجهٔ درمان یا انفجارهای پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کنند؟ همان‌طور که کمی بعد خواهیم گفت، این رویکرد ***روان‌سنجی*** به تفسیر، بیش از هر زمان، وقتی مفید است که ملاک‌ها مشخص و به‌خوبی و به دقت بیان شده باشد. این رویکرد در مجموع از داده به عنوان همبسته‌های چیز دیگری استفاده می‌کند. برای مثال، نمره‌ای که در صدک نود و پنجم آزمون الف قرار دارد می‌تواند با اعتیاد زندانیان به ارتکاب جرم رابطه داشته باشد. روان‌شناس بالینی روان‌سنجی‌گرا بیشترین دغدغه را با آزمون‌های هنجاریابی‌شده و هنجارهای این آزمون‌ها، معادله‌های رگرسیون و جداول آماری دارد.

سومین طبقهٔ روان‌شناسان بالینی هم با ***رویکرد روانپویشی*** راحت‌ترند. این رویکرد، زمانی در روان‌شناسی بالینی، مشهور بود. رویکرد روان‌پویشی حالات و تعیین‌کننده‌های درونی را شناسایی می‌کند. در این رویکرد، داده‌های آزمون‌های فرافکن، مصاحبه‌های بالینی بی‌ساختار و دیگر منابع و امکانات، علائم حالات زیربنایی فرض می‌شوند. در مجموع در این رویکرد، تصویری به شدت برداشت‌گرایانه از بیمار ترسیم می‌شود، هرچند در بسیاری موارد، اظهارات هنجاری ظریف هم مطرح می‌شود.



روان‌شناسان بالینی باید داده‌ها را از منابع مختلف جمع‌آوری، یکپارچه و تفسیر کنند.

رویکرد کمّی در برابر رویکرد کیفی

حاصل جمع بحث قبل، دو رویکرد متفاوت دربارهٔ قضاوت و تفسیر بالینی است. رویکرد نخست، ***رویکرد کمّی یا آماری*** است که بر عینیت تاکید می‌کند و به تفکر نادقیق و ابهام‌آلود کاری ندارد. رویکرد دوم هم ***رویکرد ذهنی یا بالینی*** است که طرفدارانش ادعا می‌کنند تنها روش برای ارائه تفسیرها و پیش‌بینی‌های واقعاً مفید است.

رویکرد کمّی ـ آماری . روان‌شناس تجربی‌بنیاد، برای قضاوت بالینی، به داده‌ها اتکا می‌کند. داده‌ها از ادبیات علمی روان‌شناسی بالینی یا مشاهدات وی و جمع‌آوری اطلاعات توسط بیمار می‌آید. برای مثال، اگر روان‌شناس بالینی معتقد باشد که رفتار نافرمانی کودک، معلول تمایل کودک به جلب توجه والد گوشه‌گیر و «سردش» است، می‌تواند این را از ادبیات علمی روان‌شناسی بالینی یاد بگیرد که وجود نشانه‌های افسردگی در والدین در درازمدت می‌تواند افزایش رفتار نافرمانی فرزندان را پیش‌بینی کند. وانگهی، روان‌شناس بالینی می‌تواند با استفاده از یک فهرست هنجاریابی‌شده دربارهٔ میزان نشانه‌های افسردگی بیماران و نیز با استفاده از مشاهده، فهرست یا مصاحبهٔ ساختاردار درباره میزان رفتار نافرمانی کودک، اطلاعات جمع کند. به‌کمک یک رویکرد آماری ساده هم می‌توانیم فرضیهٔ روان‌شناس بالینی را بسنجیم و نتایج را در اختیار والدین بگذاریم و به آنها توضیح دهیم که این یکی از عوامل دخیل در تشدید رفتار نافرمانی فرزندشان است.

اما باید مراقب باشیم که هرچند آمار و یافته‌های علمی در مجموع به فهم رابطهٔ متغیرها کمک می‌کند ولی جوابی نمی‌دهد که درباره تمام وضعیت‌ها یا افراد به یک اندازه کاربرد داشته باشد. برای مثال، اگرچه ادبیات تحقیق می‌گوید میزان اشتهار والدین در دوران کودکی آنها در بین همسالان‌شان در مجموع، با میزان اشتهار فرزندشان در میان همسالانش رابطه دارد ولی معنایش این نیست که تمام بچه‌ها شبیه پدر و مادرشان هستند. به عبارت دیگر، رویکرد تجربی، اطلاعاتی می‌دهد که ***احتمال*** یک تفسیر یا نتیجه را **بالا می‌برد** ولی درستی این تفسیر را تضمین نمی‌کند. خیلی مهم است که روان‌شناسان بالینی

تجربی بنیاد برای اخذ تصمیمات آگاهانه و اطمینان از اینکه دانش اثبات‌شده‌ای دربارهٔ موردها دارند از داده‌ها و شواهد علمی استفاده کنند. اما همیشه باید احتمال یافته‌های داده‌بنیاد را به فردی خاص محدود کرد. ما راجع به همهٔ جوامع و اجتماعات، همهٔ تشخیص‌ها یا تمام عوامل فرهنگی که می‌تواند بر تفسیرهای بالینی تاثیر بگذارد، اطلاعات نداریم.

رویکرد ذهنی، بالینی. رویکرد بالینی، بسیار ذهنی و تجربه‌ای و شهودی است. این رویکرد، خیلی ذهنی، تجربه‌ای و شهودی است. این رویکرد بر کاربرد قضاوت درباره یک مورد خاص تاکید می‌کند. تصور کلاسیک هم این است که «شهود بالینی» را نمی‌توان به این راحتی تحلیل و کمّی کرد. شهود بالینی، فرایندی شخصی در روان‌شناسان بالینی است که گاهی اوقات حتی خودشان هم نمی‌توانند بگویند از کدام نشانه‌ها در پاسخ بیمار در آزمون یا از کدام حرف او توانسته‌اند فلان نتیجه را بگیرند یا فلان قضاوت را کنند.

برای نمونه، زمانی یکی از بیماران، هنگام اجرای آزمون رورشاخ می‌گوید «این شبیه درخت کریسمس است». معنای چنین پاسخی چیست؟ شاید هیچی. شاید هم معرف شغل جنگل‌بانی باشد. یا شاید هم از غم و افسردگی زیربنایی شخصی خبر می‌داد که دوستان اندکی داشت یا با خانواده‌اش در انتظار فرا رسیدن ایام تعطیل بود. در این مورد، بحث و گفت‌وگو با بیمار درباره پیشینهٔ خانوادگی‌اش نشان داد تفسیر آخر درست است. دانشجوی روان‌شناسی بالینی که هنگام آموزش رورشاخ، این تفسیر را کرده بود، دلایلش را چنین توضیح داد: «تقریباً نزدیک فصل کریسمس بود؛ در آزمون اندریافت موضوع هم چند بار به اعضای دور خانواده اشاره شده بود؛ یادم می‌آید خودم نیز همیشه در ایام کریسمس غمگین می‌شدم؛ یک دفعه این تفسیر به مغزم خطور کرد و یقین پیدا کردم که این تفسیر درست است ـ فقط احساس کردم درست است!»

این مثال، چند نکته را درباره تفسیر بالینی روشن می‌کند. نخست اینکه چنین تفسیری نشان‌دهندهٔ ظرفیت این دانشجو برای ادغام مطالب و اطلاعات است. روان‌شناس بالینی زیرک به رویدادهای مختلفی توجه می‌کند که توصیف‌کنندهٔ رفتار، تاریخ، پاسخ‌های فرد در دیگر آزمون‌ها و غیره است. روان‌شناس بالینی باید شبیه کارآگاهی عمل کند که همه چیز را در صحنهٔ وقوع جرم در نظر می‌گیرد و سپس با مجموعه‌ای از تعمیم‌های استقرایی و قیاسی، مشاهداتش را به هم ربط می‌دهد. علاوه بر این، روان‌شناس بالینی غالباً دوست دارد کمی، خودش را در بیمار ببیند؛ شباهتی فرضی که او را قادر می‌کند از تجربه‌اش برای تفسیر رفتار و احساسات دیگری استفاده کند.

متاسفانه، این مثال قدری یک‌طرفه بود. درباره آن دانشجوی بالینی که درخت کریسمس را به علاقه‌مندی به جنگل [و جنگل‌بانی] ربط داده بود، چیز زیادی نگفتیم. بنابراین، دو مورد دیگر را هم باید در نظر بگیریم. نخست اینکه افراد از نظر حساسیت بالینی با هم فرق دارند. دوم اینکه در ازای هر مورد استنباط بالینی عالی و دقیق، احتمالاً زوایای فراموش‌شده‌ای در حافظه وجود دارد که به همان اندازه، غلط بوده است.

بنابراین، تفسیر بالینی عبارت است از ادغام ظریف و حساس داده‌های گوناگون، در قالب تابلویی منسجم از بیمار. تفسیر بالینی به فرضیه‌سازی هم کمک می‌کند که بهترین هادی آن، نظریه‌های خوب شخصیت است. اما روان‌شناسان بالینی موظف‌اند هرگونه تلاشی به خرج دهند تا نشانه‌های مورد اتکای خود در قضاوت‌ها را توضیح داده و نیز شرح دهند که چطور از نشانه‌ها به نتیجه‌گیری‌ها رسیده‌اند. این کافی نیست که روان‌شناس بالینی خوبی باشیم، بلکه باید مهارت‌های خود را به دیگران انتقال دهیم.

ادله‌ای برای رویکرد آماری

رویکرد کمّی ـ آماری به قضاوت بالینی، وقتی بسیار موثر است که نتیجه یا رویدادی را که می‌خواهیم پیش‌بینی کنیم، بشناسیم و مشخص باشد. در حقیقت در چنین مواردی، داده‌های بالینی اضافی که ماهیتی برداشت‌گون دارند، معمولاً کمک چندانی نمی‌کند. این ادعا به‌ویژه وقتی درست است که با عدهٔ نسبتاً زیادی سر و کار داریم و درصد پیش‌بینی‌های درست مهم‌تر از درصد پیش‌بینی درست عملکرد هر فرد است. وقتی

روان‌شناس بالینی قرار است نمرات دانشجویان تازه‌وارد را پیش‌بینی کند، به او توصیه می‌شود از اطلاعات موجود دربارهٔ نمرات دوران دبیرستان آنها و نمرات آزمون توانایی این افراد استفاده کند. بنابراین از آنجا که توانایی و استفادهٔ موثر از آن در گذشته می‌تواند خوب بودن نمرات در کالج را پیش‌بینی کند، عوامل شخصیتی کلی‌تر و ظریف‌تر به این پیش‌بینی کمک زیادی نخواهد کرد.

بسیاری از ایرادات رویکردهای کاملاً ذهنیِ بالینی، از گرایش به ملاک‌های مبهم نشئت می‌گیرد. روان‌شناس بالینی در اغلب موارد چنین قضاوتی می‌کند: بر اساس نمرات بیمار در مقیاس ۷ ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، به نفع او است که تحت روان‌درمانی قرار گیرد. این اظهارنظر کلی و مبهم، منبع و مأخذ مشخصی ندارد. منظور از نفع چیست؟ آیا مبنای اینکه بیمار از درمان نفع برده است یا نه، اظهارات خود اوست یا به قضاوتِ درمانگر بستگی دارد؟ مفهوم‌بندی شُل و وِل این پیش‌بینی، جلوی آزمودن تجربی آن را می‌گیرد. اما فرض کنید روان‌شناس بالینی نتیجه را برای مثال، ۱۲ ماه ادامه دادن درمان عقلانی ـ هیجانی، و معیار موفقیت درمان را اعطای عدد ۷ به بالا (در یک مقیاس ۱۰ نمره‌ای) توسط مشاهده‌گر بیرونی تعریف کرده است. آن وقت می‌توانیم بر اساس مصاحبهٔ عینی یا ملاک‌های آزمون، فرمولی تهیه کنیم که به درمانگران امکان پیش‌بینی دهد.

در اغلب موارد از اصطلاحات بالینی استفاده دقیقی نمی‌شود که معنای روشنی داشته باشد. رویکرد عینی ـ آماری بر مشخص کردن هرچه بیشتر معنی اصرار می‌کند تا بلکه سرانجام به پیش‌بینی‌های اختصاصی‌تری برسیم که بتوان آنها را به صورت فرمول درآورد. این عمل باعث کاهش ناپایایی قضاوت‌هایی می‌شود که در رویکردهای شهودی‌تر می‌کنیم.

یکی دیگر از دلایل اتخاذ رویکرد آماری این است که ظاهراً می‌توانیم از هر کس توصیفات بالینی زیادی ارائه دهیم. همان‌طور که در فصل قبل گفتیم، توصیفات شخصیتی باید سودمندی فزاینده داشته باشد؛ آنها باید چیزی را فاش کنند که پیش از سنجش نمی‌دانسته‌ایم. به بیان دقیق‌تر، روان‌شناسان بالینی باید از بیماران خود توصیفات بامعنایی کنند که به پیش‌بینی‌های آشکار و علنی منتهی می‌شود. اما روان‌شناسان بالینی در اغلب موارد، تفسیرهایی می‌کنند که ظاهراً معتبرند ولی در عمل، شامل همه می‌شوند. به این پدیده، *اثر بارنوم* می‌گویند که سابقهٔ آن به گزارش دی. جی. پترسون برمی‌گردد که بعداً میهل (۱۹۶۵) آن را نقل کرد. اظهارات بارنومی ظاهراً خودتوصیف‌گر است ولی در واقع، همه را توصیف می‌کند و بین آدم‌ها فرق چندانی قائل نمی‌شود. برای مثال آیا کسی هست که بگوید جملات زیر درباره او صدق نمی‌کند؟

> گاهی اوقات به پختگی جنسی خودم شک می‌کنم.
> همیشه هم آن‌قدر که دیگران فکر می‌کنند، اعتمادبه‌نفس ندارم.
> احساسات واقعی خودم را معمولاً نگه می‌دارم، مگر آنکه اطرافیانم را آن‌قدر دوست داشته باشم که احساسم را با آنها در میان بگذارم.

در کادر ۱ ـ ۱۰، راجع به اثر بارنوم بیشتر توضیح داده‌ایم.

رویکرد آماری با حرکت به سوی کمّی‌سازی توانست مقدار زیادی از ناپایایی قضاوت‌های بالینی را کم کند. فرمول‌های عینی، هنجارهای آشکار، پیش‌بینی‌کننده‌های وزنی و معادله‌های رگرسیون و توصیفات و پیش‌بینی‌هایی که با دقت بیان شده‌اند با یکدیگر، روش استانداردی را که خطاها را به حداقل می‌رسانید، جایگزین خطاپذیری‌های قضاوت بالینی کرد.

پس چرا روان‌شناسان بالینی از رویکرد آماری پیروی نمی‌کنند؟ دلایل زیادی وجود دارد که چرا برخی از روان‌شناسان بالینی، رویکرد آماری را نمی‌پسندند. دوز[1] (۱۹۷۹) سه دلیل را برمی‌شمرد.

وضعیتی را در نظر بگیرید که دانشجویی بر اثر پیش‌بینی‌کننده‌های تجربی، از قبیل نمرات کلاسی و نمرات امتحانات تحصیلات تکمیلی، نمی‌تواند به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی وارد شود. دوز می‌گوید نخست، عده‌ای بحث‌های فنی درباره پیش‌بینی‌کننده‌ها را پیش می‌کشند. آنها ادعا می‌کنند که شاخص‌ها کوتاه‌مدت و نسبتاً غیرعمیق است. این ادعا که «اگر

1. Dawes

کارد ۱ـ۱۰: تمرکز بر کاربردهای بالینی

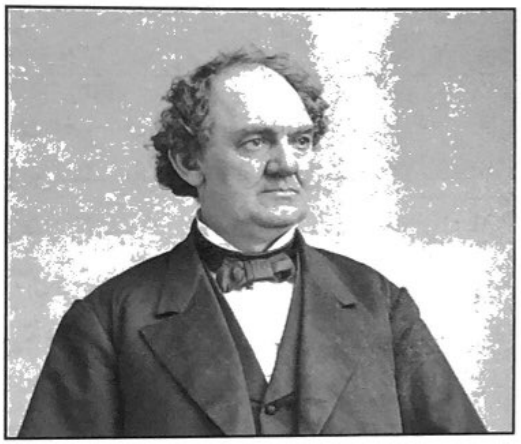
نمونه‌ای از «اثر بارنوم»: خصوصیات مورد ادعا برای فرزندان بزرگسال الکلی‌ها

لوگ، شر و فرنسک [1] (۱۹۹۲) این موضوع را بررسی کردند که آیا مقبولیت گستردهٔ توصیفاتی که از فرزندان بزرگسال الکلی‌ها شده، دست‌کم تا حدودی معلول اثر بارنوم نیست (منظورشان این حکم بارنوم است که: «یک سیرک باید برای هر کس چیزی داشته باشد»). اظهارنظرهای بارنومی تقریباً دربارهٔ همه مصداق دارد و بنابراین خودتوصیف‌کننده به نظر می‌رسد. به عبارت دیگر، وصف همهٔ آدم‌ها است، تمیزدهنده نیست و سودمندی بالینی ندارد.

مولفان چند کتاب معروف دربارهٔ فرزندان بزرگسال الکلی‌ها گفته‌اند اعتیاد والدین به الکل، تاثیری منفی بر خانواده می‌گذارد و مشکلات زیادی در فرزندان چنین والدینی در بزرگسالی به وجود می‌آورد. این مشکلات عبارت است از: احساس گناه، شرم، احساس ناامنی، عزت‌نفسِ کم و عجز و مشکلاتی در خصوص کنار آمدن با هیجانات و روابط صمیمی. لوگ و دیگران فرض را بر این گذاشتند که این توصیفات مشهور شده است؛ چون نه‌تنها فرزندان بزرگسال الکلی‌ها را توصیف می‌کند، بلکه وصف حال کل مردم است.

آنها از دو گروه از دانشجویان مقطع کارشناسی (فرزندان بزرگسال الکلی‌ها و فرزندان بزرگسال غیرالکلی‌ها) خواستند پاره‌ای نیمرخ‌های شخصیتی را از این لحاظ که چقدر وصف حالشان است، درجه‌بندی کنند. این نیمرخ‌ها حاوی شش جملهٔ شخصیتی بود (مثلاً «هنگام بحران، به مراقبت و توجه دیگران نیاز دارید»). دو نوع نیمرخ شخصیتی وجود داشت: (الف) نیمرخ شخصیتی فرزندان بزرگسال الکلی‌ها و (ب) نیمرخ شخصیتی بارنومی که شامل اظهارات شخصیتی برگرفته از چند پرسشنامهٔ شخصیتی معروف بود و در تحقیقات بارنومی قبلی از آنها استفاده شده بود. این نیمرخ‌ها از نظر سطح کلی مطلوبیت، همتا شدند (ملاک سنجش نظر فرزندان بزرگسال الکلی‌ها و فرزندان بزرگسال غیرالکلی‌ها بیش از حد وصف حال آنها محسوب شده بود. مولفان نتیجه گرفتند این توصیف‌کننده‌های شخصیتی معروف، ظاهراً کیفیت بارنومی دارد و بنابراین نمی‌تواند به‌طور اختصاصی، فرزندان بزرگسال الکلی‌ها را وصف کند.

اما تلویحات بالینی این یافته‌ها و یافته‌های مربوط به آنها چیست؟ روان‌شناسان بالینی (و مصرف‌کنندگان) باید مراقب باشند که تفسیرهای آزمون و تفسیرهای بالینی آن‌قدر کلی نباشند که دربارهٔ همه صدق کنند. اگر یک تفسیر (مثل این تفسیر که «اگر تحت اضطراب کافی قرار بگیری، تهییج می‌شوی») در مورد بسیاری از آدم‌ها صدق کند، آنگاه احتمالاً نمی‌تواند برای توصیف تک‌تک مراجعان مفید واقع شود. وانگهی احتمالاً برای انتخاب آگاهانهٔ درمان یا پیش‌بینی پاسخ به درمان هم مفید نخواهد بود.



پی. تی. بارنوم

یک فرصت دیگر به من بدهند، حتماً موفق می‌شوم» بیش از آنکه اقامهٔ دلیل باشد، ابراز امیدواری است. در بحث ضدآماری غالباً گفته می‌شود که «در بیرون» قضاوت‌کنندگان متخصصی وجود دارند که به اندازهٔ فرمول‌ها یا حتی بهتر از فرمول‌ها می‌توانند پیش‌بینی کنند. اما ما که هرگز این متخصصان را ندیده‌ایم!

دوم اینکه عده‌ای این رویکرد را به دلایل روان‌شناختی رد می‌کنند. بسیاری از آنها مواردی را به یاد می‌آورند که شهود درست گفته است و از اشتباهات قوهٔ شهود خیلی راحت درمی‌گذرند. در مثالی دیگر، روان‌شناس بالینی گاهی اوقات با مراجعی که روان‌شناس پیش‌بینی کرده درمانش موفقیت‌آمیز خواهد بود، ناهشیارانه بیشتر کار می‌کند. سپس نتیجهٔ مثبت درمان را گواه این می‌گیرد که حدس بالینی او درست بوده است!

سوم اینکه پاره‌ای مقاومت‌های اخلاقی در برابر رویکرد آماری وجود دارد. برخی می‌گویند تقلیل داوطلبان به یک مشت عدد و رقم و نمره، بی‌انصافی و غیرانسانی است. دوز (۱۹۷۹) در این مورد می‌گوید:

> صرف‌نظر از اینکه نتایج این رویکرد از نظر روان‌شناختی چقدر قانع‌کننده و گیرا نیست و «تقلیل

1. Logue, Sher and Frensch

آدم‌ها به‌ارقام صرف»، از نظر اخلاقی چقدر ناپسند است، حقیقت این است که با فردی سروکار داریم که لایق بهترین رفتار و درمان است. اگر این رفتار و درمان مستلزم آن است که گزینش، تشخیص و پیش‌آگهی را بر مشتی عدد و رقم مبتنی کنیم که معرف ارزش‌ها و خصایص مهم است ـ که ظاهراً مستلزم آن هست ـ چرا نکنیم. در غیر این صورت، مردم را فریب داده‌ایم. (ص ۵۸۱)

ادله‌ای برای رویکرد بالینی

مشکل رویکرد آماری که بر الگوهای پیش‌بینی یا معادلات رگرسیون متکی است، این است که روان‌شناس بالینی برای آنکه بتواند در مقام درمانگر عمل کند، به شمار کثیری از آنها نیاز دارد. اما رشتهٔ روان‌شناسی بالینی در حال حاضر فاقد فرمول‌های اثبات شده و اعتباریابی‌شده کافی است که نتایج درمان را پیش‌بینی کند و در جلسه درمان، تفسیرهایی ارائه کند یا به جای بستری کردن، کلاس ویژه‌ای پیشنهاد کند. آیا درمانگر باید کتاب‌درمانی را پیشنهاد کند یا سرگرمی یا مشاورهٔ ازدواج یا متارکهٔ آزمایشی یا چیز دیگری؟ روان‌شناس بالینی اذیت‌شده و پرمشغله، حتی برای تصمیم‌گیری‌های مهم هم معادلهٔ رگرسیون ندارد، چه رسد به قضاوت‌های معمولی و پیش‌پاافتاده. فقط میهل (۱۹۵۷) بود که سال‌ها قبل گفت: «عمدتاً به این دلیل از کله‌های‌مان استفاده می‌کنیم که فرمول نداریم» (ص ۲۷۳). متاسفانه از آن زمان تا به حال، اوضاع خیلی فرق نکرده است.

البته وقتی قرار است نتایج خاصی پیش‌بینی شود و روان‌شناس بالینی هم وقت کافی دارد تا فرمول‌های خوبی ابداع کند، این فرمول‌ها عملکرد روان‌شناس بالینی را بهبود می‌بخشد. این شواهد را کمی بعد مرور خواهیم کرد. اما حتی در این حالت هم قضاوت روان‌شناس بالینی در برخی موارد می‌تواند چیزی اضافه کند، به‌ویژه وقتی نمونه نسبتاً همگن است. برای مثال، فرض کنید فرمول گزینش دانشجوی تحصیلات تکمیلی صرفاً بر نمرات آزمون تحصیلات تکمیلی و نمرات مقطع کارشناسی مبتنی است. این فرمول احتمالاً در گزینش نمونهٔ مقدماتی و ناهمگن داوطلبان، خوب عمل خواهد کرد. اما از این به بعد، قضاوت‌های بالینی دربارهٔ انگیزش یا ویژگی‌های شخصیتی است که می‌تواند در جداسازی برگزیدگان، مفید باشد. یعنی، نمونهٔ نهایی چنان گزینش‌شده خواهد بود که نمرات قبلی و نمرات آزمون هم ممکن است نتواند تمیزدهنده باشد. استنباط‌های بالینی پس از غربالگری آغازین می‌تواند مفید باشد؛ چون داده‌های دیگری در خصوص موفقیت در آموزش فراهم می‌آورد. برتری انسان‌ها در مقادیر زیاد داده‌های موجود در کلهٔ آنها و یکپارچه کردن این داده‌ها نیست (دوز، ۱۹۷۹). روان‌شناسان بالینی باید از رایانه‌ها و فرمول‌ها استفاده کنند و قوای ذهنی خود را برای کاری نگه دارند که در آن برتری دارند ـ تعیین اینکه چه چیزی را نگاه کنند و با نتایج چه کار کنند.

نقش مهم دیگر روان‌شناس بالینی، عمل به عنوان داده‌جمع‌کن است. برای مثال، گاهی اوقات برای پیش‌بینی مهم است چیزهایی دربارهٔ برخی خصوصیات بیماران بدانیم. اما تنها راه رسیدن به این خصوصیات، مصاحبهٔ فراگیر یا تفسیر عمیق بر اساس نتایج آزمون است. به‌عنوان مثالی دیگر، برخی از جنبه‌های داده‌های مربوط به تاریخچهٔ زندگی بیمار می‌تواند روان‌شناس بالینی حساس را متوجه این موضوع کند که بیمار آمادهٔ حملات جنسی خشن به زنان است. روان‌شناسی بالینی، فاقد معادلهٔ رگرسیون پایا برای پیش‌بینی چنین احتمالی است ولی در اینجا داده‌های دریافتی روان‌شناس بالینی زیرک می‌تواند اهمیت خاصی پیدا کند. بنابراین، هم‌اکنون برخی از داده‌ها را فقط می‌توانیم از طریق تحقیق بالینی فراگیر کشف کنیم. فرمول‌های پیش‌بینی‌کننده وقتی بهترین کارایی را دارد که داده‌های آزمونی داشته باشیم. اما گاهی اوقات آزمونی نداریم که مسائل را درست دسته‌بندی کند. وقتی با رویدادهای کمیابی (مثل خودکشی) سر و کار داریم، فراوانی وقوع، چنان کم است که روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند معادله‌های رضایت‌بخشی برای آنها بسازند. اما این رویدادها، رایج یا کمیاب، مهم است و باید با قضاوت بالینی به آنها رسیدگی کنیم.

سرانجام اینکه بسیاری ممکن است بگویند، پیش‌بینی نتایج خاص، تنها هدف علم نیست، بلکه فهمیدن و توصیف

پدیده‌ها نیز مهم است. اگرچه این ادعا تا حدی معتبر است، همان‌طور که قبلاً هم گفتیم، اما گاهی اوقات توجیهی برای استفاده از اصطلاحات مبهم و اِعمال ملاک‌های مبهم می‌شود. عده‌ای در مقابل می‌گویند وقتی توصیف و فهم بر مبنای اصطلاحات روشن و با ارجاعات و ملاک‌های مشخص و دقیق صورت گیرد، پیش‌بینی، نتیجهٔ طبیعی آن خواهد بود.

مقایسهٔ رویکرد بالینی و رویکرد آماری

در سال‌های گذشته دقت روش‌های بالینی و آماری در مطالعات زیادی مقایسه شده است (گارب، ۲۰۰۵؛ گرو، زالد، لبو، اسنیتز و نلسون[1]، ۲۰۰۰). اجازه دهید برخی از این مطالعات را مرور کنیم.

مطالعات مقایسه‌ای . ساربین[2] (۱۹۴۳) پیش‌بینی موفقیت تحصیلی دانشجویان تازه‌وارد کالج از طریق معادلهٔ رگرسیون استخدام کارمند و پیش‌بینی‌های چند مشاور را با هم مقایسه کرد. پیش‌بینی‌کننده‌های معادلهٔ رگرسیون، نمرات آزمون استعداد و رتبه دبیرستان بود. مشاوران هم دو منبع اطلاعاتی قبلی داشتند (اما بدون اوزان ریاضی آنها). ضمن اینکه نمرات علاقهٔ شغلی، داده‌های مصاحبه و داده‌های زندگینامه‌ای را نیز داشتند. ساربین (۱۹۴۳) دریافت مشاوران در پیش‌بینی‌ها از معادلهٔ رگرسیون بهتر نبودند، هرچند اطلاعات بیشتری در اختیار داشتند.

میهل (۱۹۵۴) مطالعات صورت‌گرفته درباره پیش‌بینی بالینی در مقابل پیش‌بینی آماری را بررسی کرد و نتیجه گرفت «در همهٔ آنها به جز یکی... پیش‌بینی‌های آماری تقریباً معادل یا بهتر از پیش‌بینی‌های روان‌شناسان بالینی بود» (ص ۱۱۹). میهل (۱۸۶۵) بعداً در مرور تحقیقات دیگری، نتیجه‌گیری‌های قبلی خود را دوباره تایید کرد. اما میهل (۱۹۵۴) همچنین مشاهده کرد که پیش‌بینی‌های آماری در چند مطالعه، بر مبنای همان داده‌هایی صورت گرفته بود که معادله‌های رگرسیون را بر اساس آنها ساخته بودند. خلاصه اینکه، فرمول‌ها اعتباریابی نشده بودند. همان‌طور که گفتیم، در اغلب موارد وقتی این فرمول‌ها را در نمونه‌هایی به کار می‌بریم که با نمونه‌هایی که بر اساس آنها ساخته شده‌اند، فرق دارند، افت کارایی پیدا می‌کنند.

سویر[3] (۱۹۶۶) داده‌های حاصل از مصاحبه یا مشاهده را داده‌های بالینی در نظر گرفت. او داده‌های پرسشنامه‌ای، زندگینامه‌ای و داده‌های دریافتی کارمندان را هم داده‌های آماری یا مکانیکی در نظر گرفت. سویر با وجود مشکلات روش‌شناختی و نتایج دوپهلوی مطالعات تحت بررسی خود نتیجه گرفت، روش مکانیکی در ترکیب کردن داده‌ها از روش بالینی برتر است. اما همچنین نتیجه گرفت روش بالینی هم در جمع‌آوری داده‌ها مفید است. روش بالینی می‌تواند خصوصیاتی را بسنجد که در حالت عادی، با فنون مکانیکی‌تر جمع‌آوری داده‌ها، سنجیدنی نیست. اما وقتی داده‌ها (از هر منبعی) جمع‌آوری می‌شود، می‌توانیم آنها را با رویکردهای آماری بهتر ترکیب کنیم.

بیان یک نمونه از مطالعاتی که پیش‌بینی آماری را با پیش‌بینی بالینی مقایسه کرده است، ماهیت این بحث را روشن‌تر می‌کند. یکی از مطالعات معروف در زمینهٔ مقایسه پیش‌بینی بالینی و آماری راگولدبرگ (۱۹۶۵) گزارش کرده است. در این مطالعه، سیزده نفر دارندهٔ مدرک دکترا و شانزده کارآموز پیش از دکترا، بر اساس نمرات بیش از ۸۰۰ نفر بیمار در شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، قضاوت‌هایی درباره وضعیت تشخیصی آنها کردند. این قضاوت‌ها بدون هیچ‌گونه تماس با بیماران یا بدون هرگونه اطلاعات دیگر دربارهٔ آنها انجام می‌شد. هر قضاوت‌کننده صرفاً نیمرخ (نمرات) بیماران در شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا را بررسی و سپس پیش‌بینی می‌کرد که آیا بیمار، «روان‌پریش» است یا «روان‌رنجور». این قضاوت‌ها، پیش‌بینی بالینی محسوب می‌شد؛ چون برعهدهٔ شخص قضاوت‌کننده بود که چطور بر مبنای اطلاعات حاصل از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا به تشخیص برسد.

اما در پیش‌بینی‌های آماری، از انواع الگوریتم‌ها استفاده می‌شد که نمرات مقیاسی شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا را (با جمع و تفریق) به نوعی ترکیب می‌کرد و از نمرات برش

---

1. Grove, Zald, Lebow, Snitz and Nelson
2. Sarbin
3. Sawyer

اثبات‌شدهٔ روانپریشی و روان‌رنجوری بهره می‌برد. همچنین در برخی از پیش‌بینی‌های آماری از قواعد تصمیمی اختصاصی استفاده می‌شد که مبنای آنها، کدهای امتیاز بالای شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا یا دیگر علائم روان‌سنجی بود. در کل از ۶۵ قاعده استفاده شد که تفاوت کمّی داشتند.

مقایسهٔ دقت پیش‌بینی آماری و پیش‌بینی بالینی بر چه مبنایی صورت گرفت؟ در این مطالعه، تشخیصِ ملاک در خصوص روان‌رنجور یا روانپریش بودن هر بیمار، تشخیصی بود که در بیمارستان یا درمانگاه روی او گذاشته شده بود. بنابراین، دقت پیش‌بینی‌های روان‌شناسان بالینی و الگوریتم‌های آماری را میزان موافقت و همخوانی پیش‌بینی‌ها و تشخیصِ ملاک تعیین می‌کرد.

جدول ۱ ـ ۱۰، برخی از نتایج این مطالعه را نشان می‌دهد. در این جدول، همهٔ شاخص‌های آماری مورد استفاده وجود ندارد، اما درباره نتایج، تصویری کلی به خواننده می‌دهد. نخست اینکه قضاوت‌کنندگان (پیش‌بینی بالینی) به‌طور متوسط در ۶۲ درصد موارد، درست قضاوت کرده بودند. جالب است که میزان دقت کارآموزان، با میزان دقت روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا برابری می‌کرد که چند سال تجربهٔ بالینی بیشتر داشتند. دوم اینکه ۱۴ شاخص آماری (پیش‌بینی آماری) از نظر دقت کلی پیش‌بینی، قضاوت‌کنندگان برابری می‌کرد یا از دقت پیش‌بینی‌های آنها بهتر بود. چند قاعدهٔ تصمیم تشخیصی مبتنی بر ترکیبات خطی سادهٔ نمرات مقیاس شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (مثل خستگی روانی ـ اسکیزوفرنی) هم از روان‌شناسان بالینی، بهتر عمل کرد.

دیگر مرورهای جدید دیگر در زمینهٔ مطالعاتی که پیش‌بینی بالینی و پیش‌بینی آماری را مقایسه کرده‌اند، برتری روش‌های آماری را نشان می‌دهند (مثل، اگسیدوتیر[1] و دیگران، ۲۰۰۶؛ دو، ۱۹۹۴، ۱۹۷۹؛ فاست و میهل، ۱۹۸۹؛ گارب، ۱۹۹۸؛ گولدبرگ، ۱۹۹۱؛ گرو و دیگران، ۲۰۰۰؛ کلاینمانتز، ۱۹۹۰؛ میهل، ۱۹۸۶؛ ویگینز، ۱۹۷). برای مثال، گرو و دیگران (۲۰۰۰) در مرور جامع مطالعاتی که قضاوت بالینی را با قضاوت آماری مقایسه کرده‌اند، یک بار دیگر گزارش کردند که پیش‌بینی آماری تقریباً در ۵۰ درصد مطالعات، برتری داشته است، در حالی که پیش‌بینی بالینی فقط در تعداد کمی از مطالعات (تقریباً در ۶ درصد مطالعات) برتر بوده است. این روند به موضوع قضاوت (برای مثال، پیش‌بینی نتیجهٔ روان‌درمانی)، نوع قضاوت‌کنندگان (پزشک یا روان‌شناس)، میزان تجربهٔ قضاوت‌کننده یا نوع داده‌های ترکیب‌شده ربطی ندارد. بنابراین چون هزینه‌های پیش‌بینی آماری از هزینه‌های پیش‌بینی بالینی کمتر است (آن هم عمدتاً به دلیل دستمزد عوامل انسانی)، پیش‌بینی آماری ارجح است. همان‌طور که میهل (۱۹۸۶) گفته است:

> در علوم اجتماعی هیچ بحثی را نمی‌بینیم که حجم عظیمی از انواع مطالعات کیفی به‌طور یکدست از آن حمایت کند. وقتی ۹۰ تحقیق دارید [البته این عدد از سال ۲۰۰۵ به بعد بیشتر هم شده است] که هر چیزی را از نتیجهٔ بازی فوتبال گرفته تا تشخیص بیماری کبد، پیش‌بینی می‌کند و وقتی به زور می‌توانید نیم‌دوجین مطالعه پیدا کنید که حتی برتری ضعیف روان‌شناسان بالینی [بر پیش‌بینی آماری] را نشان دهد، وقت آن است که یک نتیجه‌گیری عملی کنید. (صص ۳۷۴ـ۳۷۳)

گارب (۲۰۰۵) در تحقیقی جدیدتر، یافته‌های موجود دربارهٔ دقت قضاوت‌های بالینی را در پنج حوزه مقایسه کرد. این پنج حوزه عبارت بود از: (الف) توصیف شخصیت و آسیب‌شناسی روانی؛ (ب) تشخیص؛ (ج) صورت‌بندی مورد؛ (د) پیش‌بینی رفتاری؛ (هـ) تصمیم‌سازی. روان‌شناسان بالینی ظاهراً از توصیف نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در راهنمای تشخیصی رسمی آگاه‌اند و به نظر می‌رسد می‌توانند بر اساس آن از بیماران توصیف پایایی بدهند (به‌ویژه اگر از ابزارهای تشخیصی ساختاردار استفاده کنند)، ولی گویا در توصیف پایایی ویژگی‌های شخصیتی بیماران، خیلی بد عمل می‌کنند. این محدودیت می‌تواند ناشی از فقدان نسبی ابزارهای ساختاردار برای شخصیت در کار بالینی یا صرفاً ناشی از این باشد که روان‌شناسان بالینی گرایش دارند چنین قضاوت‌هایی

1. Ægisdóttir

جدول ۱ـ۱۰: دقت پیش‌بینی آماری در مقابل دقت پیش‌بینی بالینی در مطالعهٔ گولدبرگ (۱۹۶۵)

منبع پیش‌بین	متوسط درصد دقت (n = ۸۶۱)
روان‌شناسان بالینی	
۱۳ دارندهٔ مدرک دکترا	۶۲ (دامنه = ۵۹ تا ۶۵)
۱۶ کارآموز	۶۱ (دامنه = ۵۵ تا ۶۷)
۲۹ در جمع قضاوت‌کننده	۶۲ (دامنه = ۵۵ تا ۶۷)
شاخص‌های آماری	
(L + Pa + Sc) _ (Hy + Pt)	۷۰
قاعده‌های کد دوامتیازی	۶۷
Sc _(Hs + D + Hy)	۶۷
(Pt _ Sc)	۶۵
قاعده‌های کد امتیاز بالا	۶۶
(Hy _ Pa)	۶۱
Pa _ (Hs + D + Hy)	۶۲
(Hs _ Sc)	۶۱
(Pd + Pa) _ (Hs + Hy)	۶۳

توجه : برگرفته از گولدبرگ (۱۹۶۵).

را بـر مـبنای نـظریه‌های ضـمنی درونـی ولی بـه خـوبی سازمان‌نیافتهٔ خود دربارهٔ شخصیت انجام دهند که مبنای آن، تجارب روزمره است نه یافته‌های علمی.



نمودار ۱ـ۱۰: پـاول مـیهل بـه‌عنوان طـرفدار اصـلی رویکـرد آمـاری بـه پیش‌بینی شناخته می‌شود.

صورت‌بندی‌های موردی بالینی در مجموع، بسیار ذهنی و ناپایا به نظر می‌رسد؛ داده‌ها بـرای صـورت‌بندی‌های مـوردی غالباً به‌طور نامنظم از بیماران و افراد مطلع اخذ می‌شود. اما این گزارش‌ها در معرض سوگیری حاصل از اکتشافات حافظه‌ای و سوگیری متأثر از زمان‌بندی رویـدادهـا و بـرای مـثال، عـاطفهٔ متداعی با رویدادها، است.

روان‌شناسان بالینی با مسئله پیش‌بینی رفتار آینده، زیاد مواجه می‌شوند (برای مثال، چقدر احتمال دارد ایـن مـراجـع، عمل خشنی انجام دهد؟) ولی به نظر می‌رسد عملکرد خوبی در آن ندارند. مطالعات نشان می‌دهد در اغلب موارد در پیش‌بینی کردن خشونت در یک جنس (مردان) و در بـرخـی گـروه‌های نژادی (امریکایی‌های افریقایی‌تبار) افراط می‌شود.

هـم‌اکـنون در تـصمیمات درمـانی، تـمرکز زیـادی بـر سنجش‌های شواهدبنیاد شده است کـه اعـتبارشان در اتـخاذ تصمیمات درمانی آگاهانه ثابت شده است (برای مثال مراجعه کنید به هانسلی و ماش، ۲۰۰۸). در این میان، تاکید خاصی بر سودمندی بالینی این سنجش‌ها می‌شود؛ یعنی بر این تاکید می‌شود که داده‌هـای حـاصل از ایـن انـدازه‌گـیری‌ها، کـیفیت تصمیمات روان‌شناسان بالینی و نتایجی را کـه عـاید بـیماران مـی‌شود، بـهبود مـی‌بخشند. بـنابرایـن، روان‌شـناسان بـالینی تشویق می‌شوند از سنجش‌های شواهدبنیادی استفاده کنند که سودمندی آنها محرز است تا برخلاف قضاوت‌های بـالینی کـه فقط به عوامل ذهنی مرتبطند (عوامـلی مـثل شـهود بـالینی، حدسیات و غیره)، قضاوت‌های آگاهانه‌ای انجام دهند.

انتقادات وارد بر این یافته‌ها . دوز (۱۹۹۴) انتقادات اصلی وارد بر زیاد بودن شواهدی که از پیش‌بینی آماری حمایت می‌کند و نیز پاسخ هر انتقاد را برمی‌شمرد. نخست اینکه منتقدان می‌گویند برخی از مطالعات مرورشده، ایرادات طرح تحقیق دارند و این ایرادات می‌تواند بر یافته‌ها تاثیر گذاشته باشد. دوز (۱۹۹۴) این انتقاد را «بحث در خلاء» می‌نامد؛ چون هرچند این احتمال وجود دارد ولی شواهد تجربی وجود ندارد که از این احتمال حمایت کند. اگرچه هر مطالعه‌ای، محدودیت‌های خود را دارد، اما تصور نتیجهٔ مخالف (یعنی برتری پیش‌بینی بالینی) دشوار است، آن هم وقتی همهٔ مطالعات عملاً از پیش‌بینی بالینی حمایت می‌کند.

انتقاد دوم درباره تخصص قضاوت‌کنندگان/ روان‌شناسان بالینی در این مطالعات است. شاید آنها متخصص «حقیقی» نبوده‌اند و اگر در مطالعه‌ای از روان‌شناسان بالینی متخصص استفاده شود، برتری قضاوت بالینی ثابت می‌شود. در این مطالعات از انواع قضاوت‌کنندگان/ روان‌شناسان بالینی استفاده شده است، ولی در برخی از آنها، «متخصصان» سرشناس هم وجود داشتند؛ متخصصانی که در پیش‌بینی موضوع مورد نظر، سال‌ها تجربه داشته‌اند. البته در موارد معدودی، عملکرد یک روان‌شناس بالینی خاص، با فرمول آماری برابری می‌کرده، ولی این حالت بیشتر استثنا بود تا قاعده. بنابراین شواهد تجربی قانع‌کننده‌ای وجود ندارد که نشان دهد روان‌شناسان بالینی متخصص، برتری دارند. البته بعداً دوباره به این بحث می‌پردازیم که آیا تجربهٔ بالینی باعث می‌شود دقت قضاوت بهبود یابد یا نه.

سومین انتقاد این است که موضوع پیش‌بینی‌ها از آن نوع موضوعاتی نبوده که روان‌شناسان بالینی با آنها روبه‌رو می‌شوند (یعنی اعتبار بوم‌شناختی نداشته است). برای مثال، مبنای تشخیص روان‌شناس بالینی، فقط ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا نیست بلکه مصاحبه با بیمار هم ملاک است. اما دوز (۱۹۹۴) می‌گوید موضوعات بالینی، مولفه‌های آن چیزی است که در کار بالینی وجود دارد؛ روان‌شناسان بالینی از قرار معلوم از اطلاعات حاصل از ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا در پیش‌بینی‌ها استفاده می‌کنند. وانگهی، چند مطالعه نشان می‌دهد که دریافت اطلاعات اضافی (مثل اطلاعات مصاحبه) و استفادهٔ قضاوت‌کننده از این اطلاعات در پیش‌بینی بالینی عملاً به پیش‌بینی‌هایی منجر می‌شود که دقت کمتری دارد تا وقتی روان‌شناس بالینی صرفاً به فرمول آماری موجود «می‌چسبد».

دوز (۱۹۹۴) در ادامه توصیه می‌کند بخش زیادی از واکنش منفی به یافته‌ها، تابع نیاز انسان به این باور است که دنیا خیلی پیش‌بینی‌پذیر است. این ظاهراً نیازی شناختی و هیجانی است. مردم به‌طور فطری گرایش دارند در دنیا دنبال نظم بگردند و در دنیا نظم ببینند و پیش‌بینی‌ناپذیر بودن دنیا احتمالاً در آنها ناراحتی و فشار هیجانی ایجاد خواهد کرد.

سوگیری در قضاوت بالینی . قضاوت بالینی از هر نوع سوگیری خاصی لطمه می‌بیند که وارد فرایند تصمیم‌سازی شود. سوگیری وقتی وجود دارد که قضاوت یا پیش‌بینی بالینی، بر اساس تابع یک خصوصیت در مراجع یا بیمار، تغییر کند نه بر اساس خصوصیات مراجعان (گارب، ۱۹۹۸، ۱۹۹۷). برای مثال، این یافته که درصد بیشتری از زنان در مقایسه با مردان افسردگی ماژور دارند، لزوماً از سوگیری علیه زنان حکایت ندارد. اما این یافته که درباره درصد بالاتری از زنان در مقایسه با مردان تشخیص افسردگی ماژور داده می‌شود، آن هم وقتی نشانه‌های مشابهی طرح می‌شود، بحث سوگیری را مطرح می‌کند.

گارب (۱۹۹۷) شواهد تجربی سوگیری نژادی، طبقهٔ اجتماعی و جنسیتی در قضاوت بالینی را مرور کرد. جالب اینجا است که فهمید بسیاری از باورهای متعارف در این نوع سوگیری‌ها پشتوانه ندارد. برای مثال، این باورها پشتوانهٔ اندکی دارند که (الف) بیماران طبقات اجتماعی ـ اقتصادی پایین‌تر را بیش از بیماران طبقات اجتماعی ـ اقتصادی بالاتر، دچار اختلالات جدی می‌دانند یا (ب) بیماران زن را بیش از بیماران مرد دچار اختلال یا ناکارایی می‌دانند. اما شواهد محکمی، وجود چند سوگیری دیگر را تاکید می‌کرد: (الف) در مورد بیماران سیاهپوست یا اسپانیایی‌تباری که اختلالات خلقی روانپریشانه داشتند، بیش از بیماران سفیدپوست، تشخیص اسکیزوفرنی

داده می‌شد. (ب) حتی وقتی نشانه‌ها مشابه بود، در مورد مردها بیشتر تشخیص ضداجتماعی داده می‌شد و در مورد زن‌ها، تشخیص نمایشی. (ج) بیماران طبقهٔ متوسط را بیش از بیماران طبقات پایین برای روان‌درمانی ارجاع می‌دادند. (د) برای بیماران سیاهپوست، بیش از بیماران گروه‌های نژادی دیگر، داروی ضدروانپریشی تجویز می‌شد، حتی وقتی بیماران سیاهپوست، روانپریش‌تر نبودند.

گارب (۱۹۹۷) برای آنکه روان‌شناسان بالینی بر این سوگیری‌ها و سوگیری‌های دیگر غلبه کنند، پیشنهادهای زیر را می‌دهد: (الف) از سوگیری‌های مندرج در ادبیات تحقیق مطلع و نسبت به آنها حساس باشید. (ب) به ملاک‌های تشخیصی در راهنماهای تشخیصی توجه کنید. (ج) در صورت امکان به جای قضاوت یا پیش‌بینی بالینی، به قواعد پیش‌بینی آماری تکیه کنید.

تجربه و آموزش. فاست (۱۹۸۶) گفته است:

> مطالعات در خصوص عملکرد قضاوتی پایین، درباره چه کسانی کاربرد دارد؟ پاسخ این نیست که این مطالعات فقط درباره قلم به‌مزدها تا مبتدی‌ها کاربرد دارد. شواهد محدودی ـ و در حقیقت، تقریباً هیچ شواهدی وجود ندارد ـ که متخصصان یا اشخاص بسیار باتجربه از «افراد عادی» یا «نسبتاً مبتدی» بهتر عمل می‌کنند. (ص ۴۲۰)

تا امروز تقریباً هیچ یک از مطالعات مربوط به این موضوع از این موضوع حمایت نمی‌کند که افزایش تجربهٔ بالینی به افزایش دقت پیش‌بینی منجر می‌شود (دوز، ۱۹۹۴؛ گارب، ۱۹۹۸، ۱۹۸۹؛ گرو و دیگران، ۲۰۰۰). این نتیجه‌گیری، نقطهٔ مقابل برداشت متعارف به نظر می‌رسد. چرا در خصوص تاثیر و اهمیت تجربهٔ بالینی در روان‌شناسی بالینی و رشته‌های دیگر سلامت روان، شواهدی نمی‌بینیم؟ این سوال، چند پاسخ احتمالی دارد (دوز، ۱۹۹۴). نخست اینکه دقت پیش‌بینی، به ابزارهای اندازه‌گیری موجود و روش‌های کمکی در فرایند پیش‌بینی محدود است. برای مثال، اگر نمرات آزمون‌های روانی با ملاک مورد نظر، همبستگی قوی نداشته باشد (یعنی خیلی معتبر نباشد)، احتمال اینکه تاثیر تجربهٔ بالینی را مشاهده کنیم از بین می‌رود. دقت پیش‌بینی‌ها در بهترین حالت، در حد متوسط باقی خواهد ماند و به این بستگی پیدا نمی‌کند که روان‌شناس بالینی چقدر «تجربهٔ بالینی» دارد. دوم اینکه غالباً نمی‌توانیم آنچه می‌خواهیم (برای مثال «شخصیت سوءاستفاده‌گر») را به دقت پیش‌بینی کنیم و معیاری طلایی وجود ندارد که ما را قادر کند دقت پیش‌بینی‌های خود را به صورت عینی بسنجیم. در نتیجه، بازخورد حقیقی ناممکن است و تشخیص‌گذار نمی‌تواند از تجربهٔ خود بهره ببرد. سوم اینکه گرایش داریم پیش‌بینی‌های دقیق خود را به یاد آوریم و پیش‌بینی‌های غیردقیق‌مان را فراموش کنیم. بنابراین، بیشتر بودن تجربه در پیش‌بینی لزوماً به افزایش دقت منتهی نمی‌شود؛ چون بازخوردِ دریافتی، ناقص است.

اما یک فراتحلیل بزرگِ جدید در خصوص مطالعات مربوط به قضاوت بالینی نشان داده است که تجربهٔ بالینی می‌تواند قضاوت بالینی را قدری بهبود بخشد. اسپنگلر[1] و دیگران (۲۰۰۹) نتایج ۷۵ مطالعهٔ منتشرشده بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۶ درباره قضاوت بالینی را تحلیل کردند؛ از جمله تمامی مطالعات متمرکز بر قضاوت بالینی، سوگیری قضاوت بالینی یا قضاوت بالینی در مقابل قضاوت آماری. همچنین مطالعاتی که بر مشکلات سلامت روان متمرکز بود و قضاوت‌کنندگان، جزء کارآموزان تحصیلات تکمیلی یا متخصصان سلامت روان بودند. تجربهٔ بالینی در این مطالعات، بر اساس انواع متغیرها تعریف شده بود؛ مثل تعداد مراجعان دیده‌شده، مدت درمان، تعداد آزمون‌های روانی اجراشده، تعداد واحدهای درسی گذرانده‌شده، سال‌هایی که صرف آموزش دیدن شده بود، سطح آموزش و مقدار نظارت بالینی دریافتی. مبنای ماهیت قضاوت بالینی در این مطالعات هم مشکلات مراجعان، نشانه‌های آنان یا تشخیص بود. دیگر مبانی قضاوت بالینی هم شدت مشکل، درمان مورد نیاز یا پیش‌آگهی بود.

در این مطالعات، ارتباط کم ولی معناداری بین سطح تجربه و دقت قضاوت بالینی دیده شد (میانگین وزنی اندازه تاثیر = ۰/۱۲). معنای این تاثیر کوچک آن است که تجربهٔ بالینی یا

1. Spengler

کادر ۲ ـ ۱۰: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر هاوارد ان. گارب

دکتر هاوارد ان. گارب، رییس خدمات روان‌شناختی پایگاه هوایی لکلند در سَن آنتونیوی تکزاس است. او اخیراً بابت کارهایش در زمینهٔ غربالگری سلامت روان در ارتش، مدال خدمت شایستهٔ مدنی گرفت. دکتر گارب دستیار سردبیر مجلهٔ *Military psychology* است.

از دکتر گارب درباره سوابق و دیدگاهش راجع به روان‌شناسی بالینی، سوالاتی کردیم.

چطور شد به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

وقتی ۱۶ ساله بودم تصمیم گرفتم روان‌شناس بالینی شوم. بسیاری از اعضای خانواده مادری من، متخصص سلامت روان بودند. در حقیقت، من یک متخصص سلامت روانِ نسل سومی هستم. اما عموی من در جوانی در بیمارستان روانی جان سپرد. او به دلیل استفاده نادرست از شوک‌درمانی درگذشت؛ اتفاقی که علت آن در دهه ۱۹۴۰ ناشناخته بود. تصمیم گرفتم روان‌شناس بالینی شوم. از خواندن روان‌شناسی و فکر کردن به آن خوشم می‌آمد و به نظرم هیچ کاری از آن جالب‌تر نبود.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کارهایی می‌کنید؟

از سال ۱۹۸۴ تا ۲۰۰۳ در نظام مراقبت‌های بهداشتی کهنه‌سربازان پیتسبورگ کار کردم. مراجعان را برای مصاحبه، روان‌آزمایی و درمان گروهی و انفرادی می‌دیدم. در این دوره، دو کتاب هم چاپ کردم: ***مطالعهٔ روان‌شناس بالینی: قضاوت‌پژوهی و سنجش روان‌شناختی*** و کتاب ***رورشاخ چه ایرادی دارد؟ علم در مقابل آزمون بحث‌برانگیز لکهٔ جوهر قرار می‌گیرد*** (که آن را با جیم وود، ترزا نزورسکی و اسکات لیلنفد نوشتم). در حال حاضر هم مسئول غربال سلامت روان خدمهٔ نیروی هوایی امریکا هستم که آموزش‌ها و تعلیمات اولیه را تازه شروع کرده‌اند (و تعداد آنها در سال به بیش از ۳۵۰۰۰ نفر می‌رسد) و انواع طرح‌های تحقیقاتی را اجرا می‌کنم.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

حوزهٔ تخصصی کلی من، سنجش روان‌شناختی است. من علاقه خاصی به اعتبار آزمون‌های روانی، اعتبار قضاوت‌های متخصصان سلامت روان، فرایندهای شناختی روان‌شناسان بالینی و استفاده از رایانه‌ها در قضاوت و تصمیم‌سازی دارم. برای مثال، وقتی روان‌شناس بالینی به مراجع چیزی می‌گوید، آیا حرفش درست است یا غلط؟

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

تاثیر رایانه‌ها در سنجش روان‌شناختی درست مثل تاثیر آنها در جامعه، روز به روز بیشتر می‌شود. سرانجام روزی از رایانه‌ها برای توصیف صفات شخصیتی، تشخیص‌گذاری، پیش‌بینی رفتارها و تصمیم‌سازیِ درمانی استفاده خواهد شد. اما پیش از آنکه رایانه‌ها باعث شوند تحولی در حوزهٔ سنجش روان‌شناختی ایجاد شود، باید بفهمیم روان‌شناسان بالینی چطور قضاوت می‌کنند و قضاوت‌ها را چقدر خوب انجام می‌دهند.

روان‌شناسان بالینی باید چه درس‌های مهمی از مطالعات مربوط به قضاوت بالینی بگیرند؟

آنها می‌توانند درس‌های زیادی از مطالعات مربوط به قضاوت بالینی بگیرند. روان‌شناسان بالینی باید به تحقیقات تجربی توجه کنند، مراقب سوگیری‌های فرهنگی باشند و بر آنها غلبه کنند و مراقب برخی از تکالیف قضاوتی هم باشند؛ چون گاهی اوقات بسیار سخت است (قضاوت‌هایی مثل توصیف سازوکارهای دفاعی یا قضاوت‌های علّی). مصاحبه‌های منظم و جامع انجام دهند، موقع تشخیص‌گذاری، به ملاک‌های تشخیصی توجه کنند، از آزمون‌های روانی و سنجش‌های رفتاری استفاده کنند، هنگام قضاوت، فرضیه‌های دیگر را هم در نظر بگیرند، اتکا بر حافظه را کم کنند و اصول قانونی و اخلاقی را رعایت کنند.

نتایج حاصل درباره قضاوت بالینی، نه همگی مثبت است و نه منفی. روان‌شناسان بالینی ممکن است از منفی بودن نتایج یک مطالعه غمگین شوند. اما فقط با بررسی خودمان می‌توانیم پیشرفت کنیم.



هاوارد اِن. گارب

آموزش دیدن بیشتر، عملاً دقت قضاوت را تا ۱۳ درصد افزایش می‌دهد که نشان‌دهندهٔ بهبود نسبتاً اندک در دقت است. همچنین نکتهٔ جالب این است که پاره‌ای عوامل، در اینکه آیا تجربهٔ بالینی باعث می‌شود دقت، بهبود معناداری یابد یا نه، موثر است.

- متخصصان باتجربه‌تر سلامت روان در تشخیص‌گذاری و تدوین و صورت‌بندی پیشنهادهای درمانی سازوار با دستورالعمل‌های تجربی، دقیق‌تر عمل می‌کردند.
- در آن دسته از مطالعات مربوط به نتایج قضاوت که اعتبار، کمتر بود، اندازه‌های تاثیر، بیشتر بود. در مقابل، مطالعاتی که

شامل آن دسته از ملاک‌های قضاوت با بیشترین میانگین اعتبار بود، بین تجربهٔ بالینی و دقت قضاوت ارتباطی نشان نمی‌داد!

- در نهایت اینکه مطالعات منتشر شده در مجلات بسیار باکیفیت، از رابطهٔ بیشتر تجربه و قضاوت خبر می‌داد.

پس با این یافته‌ها چه کار می‌توانیم بکنیم؟ همان‌طور که اسپنگلر و دیگران (۲۰۰۹) گفته‌اند، تاثیر معنادار کلی یافت شده است، ولی «آموزش و تجربه، اوضاع را برای متخصصان فقط تا حدودی بهبود بخشید» (ص ۳۸۳). همان‌طور که پیشتر گفتیم، طبق هر معیاری، اندازهٔ تاثیر کم بود (برای مثال، اندازهٔ تاثیر ۰/۳۰ ـ ۰/۲۰، اندازهٔ تاثیر «کوچک» می‌باشد). بنابراین در کل، این نتایج برای کسانی ناخوشایند است که ارزش زیادی برای سهم تجربهٔ بالینی در قضاوت قائل‌اند. دوم اینکه این یافته‌ها در مطالعاتی هم پراکنده است که دربارهٔ قضاوت از ابزارهای اندازه‌گیری ملاکی کمتر معتبر استفاده کرده و از اندازه‌های تاثیر بزرگ‌تر خبر می‌دهد. آیا این اندازهٔ کلی تاثیر، معلول کیفیت پایین مطالعات یادشده است؟ در آخر اینکه باید یادآوری کنیم این مطالعات، پیش‌بینی بالینی و پیش‌بینی آماری را مقایسه نمی‌کرد، بلکه می‌گفت آیا تجربهٔ بالینی باعث می‌شود پیش‌بینی بالینی بهبود یابد یا نه. نتیجه‌گیری کلی این است که پیش‌بینی آماری همچنان بر پیش‌بینی بالینی برتری دارد.

همچون مزیت دریافت انواع آموزش‌های حرفه‌ای، شواهد زیادی وجود ندارد که نشان دهد یک حرفه در قضاوت‌های تشخیصی دقیق، بر حرفه‌ای دیگر برتری دارد. برای مثال، حتی در افتراق نشانه‌های روان‌شناختی که اختلالات پزشکی را در اختلالاتی که بنیان پزشکی ندارند می‌پوشانند، بین پزشکان و غیرپزشکان از نظر دقت افتراق‌گذاری، فرق دیده نمی‌شد (گارب، ۲۰۰۰؛ سانچز و کان، ۱۹۹۱).

همهٔ این تحقیقات تا حدودی برای رشتهٔ روان‌شناسی بالینی تأمل‌برانگیز است. اما مسئولیت حرفه‌ای ما ایجاب می‌کند از محدودیت سودمندی خود در پیش‌بینی آگاه باشیم و به «افسانهٔ تجربه» دامن نزنیم. یک چیز حتمی است. روان‌شناسان بالینی به تصمیم‌سازی ادامه خواهند داد چون راه دیگری ندارند. مهم آن است که مطمئن شویم روان‌شناسان بالینی تا حد امکان آمادگی دارند و طوری آموزش می‌بینند که از بهترین اندازه‌گیری‌ها و فنون برای یک پیش‌بینی خاص استفاده کنند.

نتیجه‌گیری‌ها

با توجه به اوضاع موجود، درباره قوت‌های نسبی روش‌های بالینی و آماری می‌توانیم نتیجه‌گیری‌های زیر را داشته باشیم. رویکرد بالینی وقتی ارزشمند است که:

۱. ***دربارهٔ حوزه‌ها یا رویدادهایی اطلاعات بخواهیم که برای آنها، آزمون‌های کافی و مناسب وجود ندارد.*** در این خصوص، تحقیقات هیچ شواهدی نمی‌دهد که ماشین می‌تواند جای جمع‌آوری داده توسط روان‌شناس بالینی را بگیرد.

۲. ***قرار است درباره رویدادهای کمیاب و غیرمعمولی قضاوت کنیم که ماهیتی بسیار فردی دارند.*** معادله‌های رگرسیون و فرمول‌های دیگری در مورد این نوع رویدادها نداریم و قضاوت بالینی تنها منبع ماست.

۳. ***قضاوت‌های بالینی در رابطه با مواردی است که برای آنها معادله‌های آماری وجود ندارد.*** اصولاً بیشتر موارد جزء همین دسته است (گارب، ۲۰۰۰). تصمیمات روزمرهٔ روان‌شناس بالینی چنان است که دسترسی به معادله‌ای مفید، کار سخت و نامعمولی است.

۴. ***شرایط لحاظ‌شده بتواند اثربخشی فرمول را از بین ببرد.*** برای مثال، فلان فرمول ممکن است به راحتی از روان‌شناس بالینی در پیش‌بینی مناسب بودن ترخیص از بیمارستان بهتر عمل کند. اما روان‌شناس بالینی در نقش جمع‌آوری‌کنندهٔ داده‌ها ممکن است داده‌های مهمی درباره بیمار روکند که پیش‌بینی آماری کاملاً منطقی را نقض کند.

رویکرد آماری وقتی ارزشمند است که:

۱. ***نتیجه‌ای که می‌خواهیم آن را پیش‌بینی کنیم، ذهنی و اختصاصی باشد.*** برای مثال، رویکرد آماری در پیش‌بینی

نمرات، ترخیص موفقیت‌آمیز، موفقیت شغلی و نتایج عینی مشابه، بسیار موفق است.

۲. ***نتایج در رابطه با نمونه‌های بزرگ ناهمگن است و علاقه به موارد انفرادی در حداقل است.*** داشتن فرمول آماری برای پیش‌بینی اینکه آیا ۵۰۰۰۰ سرباز با نشان افتخار از ارتش ترخیص خواهند شد یا نه، برای ارتش بسیار ارزشمند است، اما برای روان‌شناس بالینی که سرگرم درمان گروهبان اسمیت است، فایدهٔ چندانی ندارد.

۳. ***دلیلی وجود داشته باشد که نگران خطا یا سوگیری قضاوت انسانی باشیم.*** خستگی، کِسل‌بودن، سوگیری و چند ایراد انسانی دیگر می‌تواند خطای انسانی را باعث شود. این‌گونه عوامل معمولاً تصادفی و پیش‌بینی‌ناپذیر است. فرمول‌ها، معادله‌ها و رایانه‌ها هرگز خسته و دچار کسالت و سوگیری نمی‌شوند.

بحث‌های داغی درباره روش بالینی در مقابل روش آماری در گرفته است. طرفداران هر روش، طرفداران روش دیگر را مسخره کرده‌اند. اگر فرمولی بهتر از شهود به نظر رسد، روان‌شناسان بالینی احساس تهدید می‌کنند و واکنش تدافعی نشان می‌دهند. به همین صورت، برخی از محققان، روان‌شناسان بالینی را چیزی نمی‌دانند جز ماشین‌های جمع و تفریق رده دوم. این واکنش‌ها کمک چندانی به حل مسئله نمی‌کند، بلکه هر دو گروه را بر موانع خود مُصرتر می‌کند که باعث می‌شود قوت‌های روش دیگر را نبینند.

مفیدترین موضع آن است که دو روش را با هم تلفیق و ادغام کنیم. روان‌شناس بالینی عاقل، از معادلهٔ رگرسیون، نمرهٔ آزمون عینی یا روش آماری استفاده می‌کند که برای انجام تکلیفی مناسب هستند. او کاملاً می‌فهمد که فرمول هرگز نمی‌تواند جای

کادر ۳ـ۱۰: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: روان‌پزشکان چطور تصمیمات بالینی می‌گیرند؟

روان‌پزشکان، مثل روان‌شناسان بالینی، تصمیم‌گیری بالینی می‌کنند. وانگهی، مبنای تصمیمات آنها، غالباً اطلاعات جمع‌آوری‌شده از خوداظهاری‌های ذهنی بیماران است. در مطالعهٔ جدیدی (بوگرا، ایستر، مالاریس و گاپتا[1]، ۲۰۰۱) با اجرای مصاحبه‌ای عمیق با ۳۱ روان‌پزشک دربارهٔ شیوه آنها برای جمع‌آوری، مدیریت و یکپارچه‌سازی داده‌ها و رسیدن به تصمیم بالینی، فرایند تصمیم‌سازی آنها بررسی شد. محققان در این مطالعه، یافته‌های خود درباره فرایند تصمیم‌سازی این روان‌پزشکان در رابطه با چند مضمون و مرحله را دسته‌بندی کردند.

جمع‌آوری اطلاعات: روان‌پزشکان برای جمع‌آوری داده‌ها تا حد زیادی به مصاحبه‌های روان‌پزشکی بی‌ساختار متکی هستند و معمولاً از آزمون‌های روانی یا پزشکی استفاده نمی‌کنند.

شهود و تجربهٔ بالینی: روان‌پزشکانِ طرفِ مصاحبه، بر اهمیت استفاده از شهود و حدسیات بالینی در ارزیابی نشانه‌ها و تشخیص تاکید می‌کردند ولی موقع تصمیم‌گیری درباره داروها و درمان، به دستورالعمل‌های شواهدبنیاد استناد می‌کردند. جالب است که روان‌پزشکان تازه‌کار بیشتر احتمال داشت بر دستورالعمل‌های شواهدبنیاد تکیه کنند تا روان‌پزشکان باتجربه که بیش از آنها از شهود بالینی خود استفاده می‌کردند.

عوامل کنترل‌ناپذیر: روان‌پزشکان به تاثیر شمار زیادی از عوامل «کنترل‌ناپذیر» بر تصمیمات‌شان اشاره می‌کردند، مثل محدود بودن گزینه‌های درمانی در مرکز یا محل درمان، دسترسی به داروها و هزینهٔ داروها، حرف‌شنوی بیمار و زمان موجود برای تصمیم‌گیری.

تیم‌های چندرشته‌ای: روان‌پزشکان نشان دادند که تصمیم بالینی نهایی آنها، به خصوص در موارد نامعین یا پرخطر، در قالب گروهی چندرشته‌ای (متشکل از پرستاران، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی) گرفته می‌شود.

محققان نتیجه گرفتند این نتایج با نظریهٔ دو فرایندی تصمیم‌گیری، سازواری زیادی دارد که دو رویکرد [موجود] در تصمیم‌گیری بالینی، به آشنا بودن وضعیت بستگی دارد. وقتی روان‌پزشکان با وضعیت بالینی آشنا بودند، بیشتر بر شهود بالینی خود تکیه می‌کردند. در مقابل، وقتی وضعیت بالینی برای آنها ناآشنا یا غیرقطعی بود، در تصمیم‌گیری به رویکرد تحلیلی رو می‌آوردند که شامل ارزیابی شواهد موجود برای آن تصمیم و جمع‌آوری درون‌دادهای اضافی بود.

1. Bhugra, Easter, Mallaris and Gupta

جمع‌آوری داده‌های بالینی، فرضیه‌سازی و حتی شهود را بگیرد. همچنین این حقیقت را می‌داند که حتی معادله‌های رگرسیون هم از جایی گرفته شده‌اند. درست همان‌طور که یک نفر باید به رایانه، برنامه دهد، یک نفر هم باید تصمیم بگیرد چه نوع داده‌هایی باید کمّی شود و در معرض تحلیل آماری قرار گیرد. یک نفر ابتدا باید آزمون‌ها و ماده‌های آزمون را انتخاب کند. فرمول‌ها را می‌توانیم مکانیکی به کار بندیم، ولی شکل‌گیری آنها در دست روان‌شناس بالینی است.

بهبود قضاوت و تفسیر

در این فصل و فصل‌های قبل راجع به مصاحبه و سنجش، عواملی که می‌تواند اثربخشی و اعتبار پیش‌بینی‌ها و تفسیر بالینی را کم کنند، توضیح دادیم. ما نمی‌توانیم با مجموعه‌ای از تجویزها، عملکرد کامل را تضمین کنیم. اما اجازه دهید به عواملی توجه کنیم که هنگام حرکت از داده‌ها به سمت تفسیر و سپس پیش‌بینی، مهم است. اگرچه عملکرد روان‌شناسان بالینی، خوب نبوده ولی راه‌هایی برای بهبود این عملکرد وجود دارد (فاست، ۱۹۸۶؛ گارب، ۱۹۹۸).

پردازش اطلاعات

روان‌شناسان بالینی هنگام پردازش اطلاعات حاصل از سنجش، با مقدار زیادی داده مواجه می‌شوند. در بسیاری از موارد، یکپارچه کردن اطلاعات، سخت است؛ چون حجم و پیچیدگی آنها زیاد است. روان‌شناسان بالینی باید مراقب ساده‌انگاری افراطی باشند. آنها به راحتی در این دام می‌افتند که «چشمشان برخی اطلاعات را می‌گیرد» و اطلاعات دیگری را نادیده می‌گیرند که با تصویری که قصد دارند ترسیم کنند، جور درنمی‌آید. هر گاه روان‌شناسان بالینی تحت فشارِ ازدیاد اطلاعات یا ضرورت سازواری استنباط‌های‌شان دربارهٔ بیماران قرار می‌گیرند، باید ابهام و پیچیدگی بیمارانِ ذاتاً پیچیده را تحمل کنند.

سندرم معنی کردن

در فصل قبل گفتیم که روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات به افراط در تفسیر گرایش دارند. آنها به اظهارنظرها و اعمالی که معنای چندانی ندارد، معانی عمیقی می‌دهند. چون روان‌شناسان بالینی مهیای این نوع مشاهدات هستند، نشانه‌های جزیی و حداقلی را به راحتی گواهی بر وجود آسیب روانی می‌گیرند. حیرت‌آور این است که دنیا را پر از آدم‌های «مریض» می‌بینند. تاکید بر جنبه‌های منفی به جای جنبه‌های مثبت، آن‌قدر آسان است که روان‌شناسان بالینی می‌توانند خیلی راحت پیش‌بینی‌ها یا تفسیرهایی کنند که مزیت‌ها و استعدادهای شخص را نادیده می‌گیرد. گارب (۱۹۹۸) اشاره می‌کند روان‌شناسان بالینی که علاوه بر آسیب‌ها و ناکارایی‌ها، قوت‌ها و مزیت‌های مراجعان را هم در نظر می‌گیرند کمتر احتمال دارد مراجعان را ناسازگار یا دچار اختلال معرفی کنند.

اعتبار و اَسناد

خیلی پیش می‌آید که روان‌شناسان بالینی، تفسیرها یا پیش‌بینی‌های خود را پیگیری نکنند. اگر روان‌شناسان بالینی، تفسیرها و پیش‌بینی‌های خود را ثبت نکنند، فقط تفسیرها و پیش‌بینی‌های درست خود را به یاد می‌آورند. به جان خریدن زحمت مقایسهٔ نگاه خود با نگاه همکاران و بستگان و آشنایان بیماران، مهارت‌های تفسیری روان‌شناس بالینی را بهبود می‌بخشد.

گزارش‌ها، مفاهیم و ملاک‌های مبهم

یکی از موانع مهم در راه قضاوت بالینی معتبر، گرایش به استفاده از مفاهیم مبهم و ملاک‌هایی است که به خوبی تعریف نشده‌اند. البته این قضیه در گزارش‌های روان‌شناختی نمود می‌یابد که به همان اندازه مبهم است. در چنین وضعیتی، تعیین اینکه آیا پیش‌بینی‌ها و قضاوت‌های روان‌شناسان بالینی درست است یا غلط، خیلی سخت می‌شود (شاید هم به این دلیل است که برخی از آنها از اصطلاحات مبهم استفاده می‌کنند!) گارب (۱۹۹۸) توصیه می‌کند روان‌شناسان بالینی برای رفع مشکل، از مصاحبه‌های ساختاردار، مقیاس‌های درجه‌بندی ساختاردار، آزمون‌های شخصیتی عینی و روش‌های سنجش رفتاری استفاده کنند تا قضاوت و پیش‌بینی‌های بالینی آگاهانه‌ای کنند.

اثرهای پیش‌بینی

پیش‌بینی‌ها گاهی اوقات به این دلیل که بر مبنای استنباط‌های غلط صورت گرفته‌اند، غلط از آب درنمی‌آیند، بلکه غلط از آب درمی‌آیند چون بر وضعیت رفتاری تاثیر می‌گذارند. برای مثال، این پیش‌بینی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در سازگاری با [جوّ] خانه مشکل پیدا خواهد کرد، درست بوده است، ولی بستگان او، این پیش‌بینی را چالش در نظر گرفته‌اند و محیطی فراهم آورده‌اند تا سازگاری او بیشتر شود. در حالی که اگر این پیش‌بینی را نمی‌شنیدند شاید چنین محیطی فراهم نمی‌آوردند. بنابراین، خودِ عملِ قضاوت می‌تواند رفتار شخص روان‌شناس بالینی یا رفتار دیگران را تغییر دهد.

پیش‌بینی وضعیت‌های ناشناخته

اگر وضعیت‌هایی که روان‌شناسان بالینی قرار است پیش‌بینی کنند برای آنها روشن نباشد، استنباط‌ها و پیش‌بینی‌های بالینی آنها احتمالاً دچار خطا خواهد شد. استنباط پرخاشگری بر اساس آزمون اندریافت موضوع، یک چیز است و ربط دادن آن به وضعیت‌های خاص، چیزی دیگر. وانگهی صرف‌نظر از اینکه روان‌شناسان بالینی چقدر دقت می‌کنند و درست می‌گویند، یک رویداد خارجیِ بی‌ربط می‌تواند یک پیش‌بینی کلاً معتبر را نفی کند. مثال زیر را از برنامهٔ سنجش ادارهٔ خدمات راهبردی (که سَلَف ادارهٔ اطلاعات مرکزی است) در نظر بگیرید:

> یکی از ماموران رده بالای اداره اطلاعات مرکزی در خارج، نامه‌ای از دوستش در امریکا دریافت کرد که خبر می‌داد زنش با یک تعمیرکار محلی فرار کرده و نشانی یا پیام خاصی هم نگذاشته است. روحیهٔ آن مامور با شنیدن این خبر، افت می‌کند. دست‌اندرکاران سنجش می‌توانستند پیش‌بینی کنند که درصد کمی از مردها باید با چنین رویداد غم‌انگیز یا دلهره‌آوری کنار بیایند، ولی امکان نداشت حدس بزنند که کدام سنجش‌ها از این ماجرا تاثیر خواهد پذیرفت. (کارمندان سنجشِ ادارهٔ اطلاعات مرکزی، ۱۹۴۸، ص ۴۵۴)

عقل عام حکم می‌کند که روان‌شناس بالینی برای پیش‌بینی دقیق رفتار شخص باید محیطی را در نظر بگیرد که رفتار در آن واقع می‌شود. این یکی از اصول سنجش رفتاری نیز هست. اما از روان‌شناسان بالینی غالباً خواسته می‌شود بر اساس اطلاعات غیردقیق و مبهم درباره وضع زندگی یا کار مراجع، پیش‌بینی کنند.

روان‌شناس بالینی در محیط بیمارستان باید دربارهٔ بیمار روان‌پزشکی، تشخیص مقدماتی بدهد، اما اطلاعات موجود، فقط پیشینهٔ کلی بیمار را دربرمی‌گیرد که با چند توصیف تکمیلی، تفاوت‌های فردی را نشان می‌دهد. محققان اتفاق‌نظر دارند که این نوع داده‌ها در معرض اثر سقفی قرار می‌گیرد که باعث می‌شود همبستگی داده‌ها و رفتار متعاقب از ۰/۳ تا ۰/۴ بیشتر نشود (برای مثال، میشل، ۱۹۶۸). حداقل چیزی که دربارهٔ این مقدار همبستگی می‌توانیم بگوییم آن است که با همبستگی مطلوب، فاصلهٔ زیادی دارد. بنابراین برای بسیاری از پیش‌بینی‌ها، داده‌های شخصیتی صرف کافی نیست.

اصول پیش‌بینی غلط

پیش‌بینی‌های شهودی در برخی موارد می‌تواند روان‌شناسان بالینی را در مسیر غلط بیندازد؛ چون منطق پیش‌بینی آماری را نادیده می‌گیرد. پیش‌بینی‌های شهودی یا معمولاً اندازه‌های پایه را نادیده می‌گیرد و یا اثرهای رگرسیون را در نظر نمی‌گیرد و فرض را بر این می‌گذارد که پیش‌بینی‌کننده‌هایی که همبستگی بالایی دارد به اعتبار بالاتر منتهی می‌شود (گارب، ۱۹۹۸؛ کانمن و تورسکی[1]، ۱۹۷۳). برای مثال، فرض کنید روان‌شناس بالینی با جمع‌آوری نمونه رفتارها در وضعیت‌های مختلف، مشغول سنجش بیمار است. حتی اگر مشاهدات او از یک فرد بسیار پرخاشگر خبر بدهد، نباید از اینکه بیمار در نهایت غیرپرخاشگرانه رفتار کند، متعجب شود. مفاهیم رگرسیون باید این انتظار را در او ایجاد کند که پدر و مادرهای بسیار بلندقامت هم می‌توانند فرزند کوتاه‌تر از خود داشته باشند یا دانشجویان بسیار باهوش گاهی اوقات ضعیف عمل می‌کنند و مواردی از این قبیل.

علاوه بر این، اعتمادبه‌نفس روان‌شناس بالینی هم گاهی اوقات می‌تواند گمراه‌کننده باشد. برای مثال، کانمن و تورسکی (۱۹۷۳) نشان دادند اعتمادبه‌نفس افرادی که بر اساس آزمون‌های همبستگی به پیش‌بینی مبادرت می‌ورزند، بالاتر

1. Kahneman and Tversky

است. به بیان دقیق‌تر، روان‌شناسان بالینی وقتی استنباط‌های خود را از ترکیبی از رورشاخ، آزمون اندریافت موضوع و شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا می‌گیرند تا از یک آزمون واحد، اعتماد بیشتری به آنها دارند. ولی گولدینگ (۱۹۶۴) شواهدی برای حمایت از این اعتماد پیدا نمی‌کند. پایایی و اعتبار تفسیرها با افزایش داده‌های آزمونی، افزایش نمی‌یابد. انسان همیشه باید دنبال تایید استنباط‌هایش باشد، ولی این باور اشتباه است که بگوییم اعتبار استنباط‌ها، با تعداد آزمون‌ها همبستگی قطعی دارد.

تاثیر باورهای قالبی

گاهی اوقات به نظر می‌رسد روان‌شناسان بالینی، داده‌ها را بر مبنای ***باورهای قالبی***، تفسیر می‌کنند (چپمن و چپمن، ۱۹۶۷). برای مثال، گولدینگ و رورر [1] (۱۹۷۲) دریافتند برخی از روان‌شناسان بالینی معتقدند پاسخ‌های مقعدی در آزمون رورشاخ، از همجنس‌خواهی خبر می‌دهد و بر مواضع خود سخت پافشاری می‌کردند، حتی وقتی آموزش فشرده‌ای می‌دیدند که مغایر مواضع آنها بود. این تحقیق درباره آن است که روان‌شناسان بالینی باید همواره مراقب پاگرفتن این باور در خودشان باشند که علائم تشخیصی ضرورتاً نشان‌دهنده‌های معتبر برخی خصوصیات است.

نمونهٔ دیگر، نظرسنجی تاثیرات پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی مراجعان بر قضاوت‌های روان‌شناسان بالینی است (ساتون و کسلر [2]، ۱۹۸۶). نمونهٔ ۲۴۲ نفری از پاسخ‌دهندگان، شرح موردهایی را می‌خواندند که از هر جهت مثل هم بودند، جز اینکه طبقهٔ اجتماعی ـ اقتصادی مراجعان فرق می‌کرد. وقتی گفته می‌شد مراجع بیکار است، کمک‌های مردمی دریافت می‌کند و هفت کلاس بیشتر سواد ندارد، آنگاه روان‌شناسان بالینی پیش‌آگهی ضعیف‌تری را پیش‌بینی می‌کردند و کمتر احتمال داشت درمانِ بینشی را توصیه کنند.

«چرا در کنفرانس‌های موردی شرکت نمی‌کنم»

میهل (۱۹۷۷) در مقاله‌ای جالب، دلایلش برای شرکت نکردن در کنفرانس‌های موردی را برمی‌شمرد. او فهرستی از مغالطاتی تهیه کرده بود که در چنین ملاقات‌هایی رخ می‌دهد. اغلب این مغالطات هم در مجموع به فرایند تفسیر ربط پیدا می‌کند. چکیدهٔ نکاتی که میهل در این مقاله به آنها اشاره می‌کند، خالی از لطف نیست.

- ***مغلطهٔ مریض ـ مریض*** : گرایش به خیلی متفاوت دانستن مردم با خودمان و مریض انگاشتن آنها. گرایش به متفاوت تفسیر کردن رفتار مردم از رفتار خودمان و ناسازگارانه دانستن رفتار آنها، و راحت بودن دیدن آسیب در مراجعان.
- ***مغلطهٔ من هم*** : انکار اهمیت تشخیصی رویدادی در زندگی بیمار، به دلیل آنکه در زندگی ما نیز اتفاق افتاده است. برخی از ما چنان خودشیفته و تدافعی هستیم که خود را تجسم سلامت روان می‌دانیم. بنابراین، هرچه بیماران شباهت بیشتری به ما داشته باشند، احتمال جست‌وجوی مشکل در آنها توسط ما کمتر می‌شود.
- ***مغلطهٔ پنکیک‌های عمو جورج*** : «هیچ مشکلی ندارد؛ عمو جورج من هم ته‌ماندهٔ پنکیک خود را دور نمی‌ریخت». این مغلطه شاید ادامهٔ مغلطه قبلی باشد. کارهای ما (و به تبع آن، کارهای نزدیکان ما) ناسازگارانه نیست؛ بنابراین نزدیکان ما نمی‌توانند ناسازگار باشند.
- ***مغلطهٔ چند ناپلئون*** : به‌رغم آنکه یک بیمار روانپریش موکداً احساس می‌کند او نیز ناپلئون است، فقط یک ناپلئون وجود دارد. انتقاد وارد بر این طرز فکر که باور چنین بیماری را نوعی آسیب بدانیم، این اظهارنظر است که «خُب شاید برای ما واقعی نباشد ولی برای او که واقعی است!» وانگهی «هر چیزی برای شخصی که در حال ادراک آن است، واقعی به نظر می‌رسد. در حقیقت، واقعیت ما، همان ادراک‌های ما است». اگر این استدلال را بپذیریم، آن وقت هیچ چیز آسیب محسوب نخواهد شد. حتی بیمار دچار اسکیزوفرنی پارانویید که اعتقاد دارد دشمنان در بینی او زندگی می‌کنند هم بهنجار خواهد بود؛ چون به هر حال این موضوع برای او واقعیت است.
- ***مغلطهٔ فهمیدنش، آن را بهنجار می‌کند*** : این طرز فکر که فهمیدن باورها یا رفتارهای بیمار، آنها را از اهمیت خالی

1. Golding and Rorer
2. Sutton and Kessler

می‌کند. روان‌شناسان بالینی به راحتی در این دام می‌افتند. حتی انحرافی‌ترین و عجیب‌ترین رفتارها هم وقتی خودمان را متقاعد کنیم دلیل‌شان را می‌دانیم، پذیرفتنی به نظر خواهد رسید. این استدلال بی‌شباهت به استدلال کسانی نیست که می‌گویند رفتار مجرم موجه است؛ چون می‌دانند که انگیزه‌های درونی و تجربه‌های آنان در دوران کودکی نابسامان او در ارتکاب جُرمش دخیل بوده است.

ارتباط: گزارش بالینی

تا اینجا، فرایند قضاوت بالینی در سنجش را توضیح دادیم. روان‌شناس بالینی، مصاحبه را انجام داده، آزمون‌ها را گرفته و شرح حال را خوانده است. آزمون‌ها را نمره‌گذاری کرده و فرضیه‌ها و دریافت‌ها را تدوین کرده است. حال نوبتِ نوشتن گزارش است. این مرحله، مرحلهٔ ارتباطی سنجش است.

اِپلبام[1] (۱۹۷۹) سال‌ها قبل، سنجشگر را جامعه‌شناس، سیاستمدار، دیپلمات، متخصص پویایی گروه، فروشنده، هنرمند و حتی، روان‌شناس دانسته است. سنجشگر در مقام جامعه‌شناس، باید آداب و رسوم محلی را در نظر بگیرد تا مقبولیت گزارش را بالا ببرد و گزارش را طوری تهیه کند که بیشترین احتمال اجرا را داشته باشد. این نکته در برخی موارد می‌تواند به معنای تعامل مستقیم باکارکنان بیمارستان باشد تا اعتبار گزارش را بپذیرند و به آن عمل کنند. تعاملات می‌تواند با ماموران و مسئولان بخش، پرستاران، روان‌پزشکان و دیگران باشد. این نوع قانع کردن‌ها گاهی اوقات شبیه اقناع‌گری‌های سیاستمداران و دیپلمات‌ها است.

روان‌شناس بالینی نباید در نقش آگهی‌نویس بالینی فرو رود. اما گاهی اوقات گزارش‌ها باید طوری تهیه شود که امتناع‌کنندگان را نیز متقاعد کند. البته همه، روان‌شناسان بالینی را تامین‌کنندهٔ خِرَد و تحقیق محض نمی‌دانند. البته در حالت آرمانی، شواهدی برای نتیجه‌گیری‌های روان‌شناس بالینی و محکم بودن دلایل، می‌تواند برای مقبولیت توصیف‌ها و توصیه‌های آنها کافی باشد.

«شکل واحدی» برای گزارش وجود ندارد. ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش‌های سنجش و گرایش نظری روان‌شناس بالینی، صرفاً برخی از ملاحظاتی است که بر گزارش بالینی تاثیر می‌گذارد. زبانی که در گزارش بالینی روان‌پزشک به کار می‌رود با زبانی که در گزارش‌های مقامات و اولیای مدرسه به کار می‌رود، فرق می‌کند. بازخوردی که به پدر و مادر کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی داده می‌شود با بازخوردی که به یک همکار متخصص داده می‌شود، فرق می‌کند. در جدول ۲ـ۱۰، رئوس یک گزارش روان‌شناختی نمونه را می‌خوانید (بویتلر، ۱۹۹۵).

منبع ارجاع

وظیفهٔ اصلی گزارش، پاسخ دادن و رسیدگی به ***سوال ارجاع‌شده*** است. گزارش آزمون باید به سوالاتی که در آغاز موجب شروع سنجش‌شده است، با دقت و وضوح پاسخ دهد. اگر سوالات ارجاع‌شده قابل پاسخگویی نیست یا به نحوی نامناسب است، در گزارش باید به آن اشاره و دلایل چنین قضاوتی بیان شود. در برخی (و شاید در بیشتر) موارد، داده‌های سنجش، تناقض‌آمیز به نظر می‌رسد. روان‌شناس بالینی باید تمام تلاش خود را به خرج دهد تا این تناقضات را رفع و تصویر یکپارچه‌ای از بیمار ارائه کند، ولی در پاره‌ای موارد نمی‌توانیم چین تناقضاتی را برطرف کنیم. در این موارد باید تناقضات را توصیف کنیم. راه چاره این نیست که برای سازوار کردن متن گزارش، به تحریف رو بیاوریم.

گزارش‌های بالینی معمولاً خوانندهٔ دومی هم دارد. برای مثال، گزارش اولیه ممکن است برای ارجاع‌دهنده (یعنی روان‌پزشک، مدرسه، یک روان‌شناس بالینی دیگر یا یک موسسه) فرستاده شود، ولی خوانندهٔ دوم می‌تواند مدیر اجرایی موسسه، ارزیابی‌کنندهٔ برنامه یا یک روان‌شناس محقق باشد. در وضعیت خاص، گاهی اوقات لازم یا حتی مطلوب است برای این افراد هم گزارش اختصاصی تهیه کنیم. به هر حال، گزارش بالینی همیشه کاملاً بالینی نیست و نقش کمک‌رسان ندارد. گاهی اوقات به موسسات کمک می‌کند تاثیر برنامه‌های‌شان را ارزیابی کنند. همچنین گاهی اوقات به تحقیقات روان‌شناختی کمک می‌کند. اطلاعات مندرج در گزارش‌های بالینی در اغلب

1. Appelbaum

جدول ۲ ـ ۱۰: رئوس نمونهٔ گزارش روان‌شناختی

۱. اطلاعات هویتی
الف. نام بیمار
ب. جنس
ج. سن
د. قومیت
هـ. تاریخ ارزیابی
و. روان‌شناس بالینی ارجاع‌دهنده

۲. سوال ارجاع‌شده

۳. روش‌های سنجش

۴. پیشینه
الف. اطلاعات مربوطی که سوال ارجاع‌شده را روشن می‌کند
ب. اظهارنظر دربارهٔ پایایی/اعتبار احتمالی نتیجه‌گیری‌ها

۵. خلاصهٔ برداشت‌ها و یافته‌ها
الف. سطح شناختی
- کارکرد عقلی و شناختی فعلی (برای مثال عقاید، هوش، حافظه، ادراک)
- میزان (مقدار اختلال در مقایسه با سطح پیش از بیماری)
- علت احتمالی اختلال

(در پایان این قسمت، ارجاع‌دهنده باید بداند که آیا بیمار اختلال تفکر، عقب‌ماندگی ذهنی یا مشکل عضوی دارد یا نه).

ب. سطوح عاطفی و خُلقی
- خلق، عاطفهٔ فعلی ـ در مقایسه با سطح آن پیش از بیماری
- میزان ناراحتی (خفیف، متوسط، شدید)
- مزمن یا حاد بودن ناراحتی
- نااستواری ـ شخص بیمار عاطفه‌اش را با توجه به منابع و امکانات شناختی‌اش، چقدر خوب تنظیم و کنترل می‌کند؟

(در انتهای این قسمت، ارجاع‌دهنده باید بداند آیا بیمار ناراحتی خُلقی دارد یا ندارد، عواطف او چیست و هیجاناتش را چقدر کنترل می‌کند).

ج. سطح میان‌فردی ـ درون‌فردی
- اختلافات میان‌فردی و تعارضات درون‌فردی اولیه و اهمیت آنها
- راهبردهای کنار آمدن میان‌فردی و درون‌فردی (شامل دفاع‌های اصلی)
- فرمول‌بندی شخصیت

۶. یافته‌های تشخیصی
الف. مجموعه یافته‌ها دربارهٔ کارکرد شناختی و عاطفی یا
ب. محتمل‌ترین تشخیص‌ها

۷. توصیه‌ها
الف. خطرسنجی، لزوم بستری شدن، لزوم مصرف دارو
ب. مدت، نوع و دفعات درمان

منبع: بویتلر، ال. ایی.، «یکپارچه‌کردن و انتقال یافته‌ها» در کتاب **سنجش یکپارچه شخصیت بزرگسالان** به ویراستاری ال. ایی. بویتلر و ام. آر. برن (صص ۶۴ـ۲۵).

موارد به اعتباریابی آزمون‌ها یا تفسیرها و پیش‌بینی‌های صورت‌گرفته بر اساس این آزمون‌ها کمک می‌کند. چنین داده‌هایی گاهی اوقات خط پایه‌ای می‌شود برای مقایسهٔ تغییرات متعاقب مداخلات در بیماران.

کمکی‌های ارتباط

کارکرد گزارش، برقراری ارتباط است. در زیر، توصیه‌هایی برای ارتقای این کارکرد ارائه شده است.

زبان . در تهیهٔ گزارش نباید به اصطلاحات مبهم یا شرح خسته‌کننده و مو به موی پاسخ بیمار در هر آزمون رو آورد. بار دیگر باید منبع ارجاع‌دهنده را به یاد آوریم. در مجموع بهتر است گزارش را به شیوه و زبانی بنویسیم که برای یک فرد عادی باهوش هم مفهوم باشد. البته گنگ بودن یا بسیار فنی بودن گزارش تا حدی به نظر خواننده بستگی دارد. همکاری که گزارش را برایش می‌فرستیم تا حدی می‌تواند زبان فنی گزارش ما را تحمل کند. از طرف دیگر، وقتی قرار است به والدین گزارش بدهیم، لزومی به استفاده از زبان فنی نیست. استفاده از اصطلاحاتی مثل پراکندگیِ بهر [یا interest scatter] یا تعادلِ تجربه [یا Erlebnistypus] (یکی از شاخص‌های نسبتاً ناشناختهٔ رورشاخ) ممکن است برای یک روان‌شناس بالینی عادی باشد ولی در گزارشی که برای مشاور یک دبیرستان ارسال می‌شود، ضرورتی ندارد.

گزارش‌های فردی . در این فصل، اهمیت پرهیز از اثر بارنوم را توضیح دادیم ولی جا دارد دوباره به آن اشاره کنیم. جزیی بودن (یعنی معطوف بودن گزارش به خصوصیات فعلی، روند رشد و تحول و پیشینهٔ یادگیری) به کلی بودن، ارجحیت دارد. اینکه بگوییم «جک احساس ناامنی می‌کند» به ندرت او را از ۹۰ درصد بیماران دیگری جدا می‌کند که تحت روان‌درمانی هستند. اما اینکه بگوییم احساس ناامنی جک از زندگی با چند نفر از بستگانش در دوران کودکی نشئت می‌گیرد، حرف بامعناتری زده‌ایم، به‌ویژه اگر قرار است تصمیمی بگیرد که او را از همسر و خانه‌اش (حتی موقت) دور می‌کند. در این مورد، یک خصوصیت کلی را با شرایط پیشایند و پیایند آن، مشخص‌تر کرده‌ایم.

سطح جزییات . معمولاً این پرسش پیش می‌آید که در گزارش چقدر باید به جزییات بپردازیم. پاسخ این سوال مجدداً تا حد زیادی به مخاطب گزارش بستگی دارد. اما در مجموع به نظر می‌رسد گزارش باید شامل مجموعه‌ای از کلیات انتزاعی، چند نمونهٔ رفتاری مشخص و مقداری جزییات آزمون‌گیری باشد. برای مثال، در گزارش دادن گرایش‌های افسرده باید چند نمونه از پاسخ‌های آزمون را شرح داد. اشاره به چند مشاهدهٔ رفتاری در آزمون‌گیری هم مفید خواهد بود. اشاره به مقدار معینی از جزییات، در خوانندگان گزارش، این احساس را ایجاد خواهد کرد که می‌توانند نتیجه‌گیری‌ها و تفاسیر روان‌شناس بالینی را ارزیابی کنند. اما بیان صرف کلیات انتزاعی، خواننده را در چنگال استنباط‌های روان‌شناس بالینی اسیر می‌کند.

چند اظهارنظر دربارهٔ گزارش مربوط به آنتونیو رامیرز . کارکرد اصلی گزارش، برقراری ارتباط است. قرار نیست گزارش، مسافرت شخصی نویسنده باشد. گزارش مربوط به آنتونیو رامیرز را در مجموع، فردی معمولی هم می‌تواند بخواند و بفهمد؛ این گزارش، ماهیت فنی زیادی ندارد. اما برخی از کلمات استفاده شده در آن را فقط متخصصان سلامت روان می‌فهمند (مثل «تجربه‌های درونی شدید» یا «واقعیت‌آزمایی»).

ویژگی مثبت دیگر این گزارش، سطح جزییات است. گزارش با بیان پیشینه شروع می‌شود و گهگاه به توضیحات بیمار درباره رفتار و احساساتش رجوع می‌شود. همچنین برخی مشاهدات رفتاری روان‌شناس بالینی را هم در خود دارد. سپس سراغ پاسخ‌های رامیرز در آزمون می‌رود و به استنباط‌های روان‌شناس بالینی درباره آن می‌پردازد. به دنبال این توضیحات و استنباط‌ها، چند جمع‌بندی صورت می‌گیرد.

در عین حال، این گزارش چند اظهارنظر بارنومی هم دارد. برای مثال «احتمال دارد توان واقعیت‌آزمایی او در شرایطی که فشار روانی زیادی دارد، مختل شود». پیش‌بینی‌ها یا اظهارنظرهای مبهم نیز در آن وجود دارد. برای مثال، این پیش‌بینی چقدر معتبر است که «اگر تحت درمان مناسب قرار گیرد، احتمال دارد به سطح کارکردش پیش از بروز مشکلات برگردد»؟ در بسیاری از موارد معلوم نیست که برای تایید یا رد

تفسیرها یا پیش‌بینی‌های طرح‌شده در این گزارش، از کدام داده‌های آزمونی استفاده شده است. آیا مبنای این پیش‌بینی‌ها، ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا بوده یا بازنگری‌شدهٔ مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر یا نتایج آزمون رورشاخ؟ کدام نمره‌های آزمون‌های یادشده، مبنای این اظهارنظرها بوده است؟

با وجود این انتقادات می‌خواهیم تاکید کنیم که قوت‌های این گزارش از ضعف‌های آن بسیار بیشتر است. ساختار، سبک و زبان گزارش‌ها متفاوت است. اما آنچه از هر چیزی مهم‌تر است، نقشی است که گزارش آزمون در بالا بردن فهم ما از بیمار بازی می‌کند تا اقدامات یا درمان‌های مناسبی اجرا شود. وانگهی، این هدف اصلی سنجش روانی است.

یک گزارش بالینی نمونه

برای نشان دادن برخی از نکات گفته‌شده در این فصل راجع به قضاوت بالینی و برقراری ارتباط، اجازه می‌خواهیم یک گزارش بالینی مشخص را بررسی کنیم (کوربیشلی و یوست[1]، ۱۹۹۵، صص ۲۴۰-۳۲۲).

اطلاعات هویتی

نام : آنتونیو رامیرز

تاریخ تولد: ۱۹۶۲/۷/۴

جنس : مذکر

تاریخ‌های معاینه : ۱۹۹۴/۸/۲۲، ۱۹۹۴/۸/۲۳

سوال ارجاع‌شده

آنتونیو رامیرز، مرد ۳۲ سالهٔ لاتین‌تبار، گروهبان پلیس دیترویتِ میشیگان و در حال حاضر، افسر مواد مخدر است. در چند هفتهٔ گذشته، علائم استرس داشته ولی از گرفتن مرخصی استعلاجی خودداری کرده و مدعی است مشکلی ندارد. افسر مافوق رامیرز، او را برای سنجش روانی ارجاع داده تا بفهمد اتفاقات اخیر در زندگی آقای رامیرز چقدر بر توان او برای اجرای وظایفش تاثیر گذاشته است.

روش‌های سنجش

پروندهٔ کارمندی و گزارش پزشک ارجاع‌دهندهٔ او ملاحظه شد. آقای رامیرز با اکراه پذیرفت با دانا، همسرش نیز مصاحبه شود. با خانم رامیرز، همسر آقای رامیرز در مورخهٔ ۲۲ آگوست ۱۹۹۴ به مدت یک ساعت مصاحبه شد. مصاحبه در حالی صورت گرفت که شوهرش مشغول اجرای ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) بود. رامیرز از سردرد و تار شدن بینایی خود شکایت می‌کرد و مدعی بود نمی‌گذارد در آن روز بتواند تحت سنجش بیشتر قرار گیرد. فردای آن روز، برای یک مصاحبهٔ یک ساعتی برگشت و پس از مصاحبه، آزمون رورشاخ و بازنگری‌شدهٔ مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، روی رامیرز اجرا شد.

پیشینه

آقای رامیرز ۸ سال است با زنش زندگی می‌کند و یک دختر ۶ ساله و یک پسر ۴ ساله دارد. از سال ۱۹۸۴، به استخدام پلیس دیترویت درآمده است و سابقهٔ خوبی دارد. اوضاع سلامتی او در مجموع خوب است و از کار و زندگی زناشویی خود رضایت دارد. زندگی اجتماعی محدودی دارد که خودش آن را تا حدی نشئت‌گرفته از پلیس بودنش می‌داند؛ چون نمی‌تواند با هر کسی دوست شود و همچنین آن را ناشی از پیش‌بینی‌ناپذیر بودن ساعات کارش می‌داند.

با خواهر و برادرهایش رابطهٔ خوبی دارد، هرچند آنها را به ندرت می‌بیند؛ چون دور از هم زندگی می‌کنند. سرگرمی خاصی ندارد و اوقات فراغت کم خود را در خانه می‌گذراند و گهگاه با بچه‌ها بازی می‌کند ولی اوقات فراغتش را عمدتاً صرف رسیدگی به خانه و حیاط آن می‌کند. طبق گزارش خود رامیرز، رابطهٔ نزدیکی با زنش دارد ولی به‌ندرت درباره احساس‌شان با هم حرف می‌زنند و تلاش می‌کند زنش را از نگرانی‌هایش آگاه نکند. رامیرز از نظر زنش، شوهری خوب، وفادار، خونسرد و پدری مهربان است ولی زندگی را بیش از حد جدی می‌گیرد و او دوست دارد شوهرش راحت‌تر باشد.

مادرش آنتونیو را در فقر بزرگ می‌کند. وقتی ۸ ساله بود، پدرش بر اثر یک سانحهٔ صنعتی جان خود را از دست می‌دهد. یادش می‌آید که پدرش آدم «سختگیر و خشکی» بود ولی اطمینان داشت که عاشق او بوده است. آقای رامیرز درباره مادرش می‌گوید «همیشه خسته، همیشه غمگین» بود. هنگام مرگ پدرش، سه بچهٔ کوچک‌تر از او که ۵ ساله، ۳ ساله و ۶ ماهه بودند، روی دست مادرش می‌ماند. آقای رامیرز اوایل نقش حامی خانواده را بازی می‌کرد و بعد از مدرسه و آخر هفته‌ها سر کار می‌رفت تا درآمد خانواده را بیشتر کند. همچنین به تربیت خواهر و برادرهایش کمک می‌کرد. دوران رشدش را دورانی می‌داند که «خیلی به او خوش نمی‌گذشت و برای زنده ماندن می‌جنگیدند».

1. Corbishley and Yost

رامیرز به دلیل اشتغال، و همچنین به دلیل تصمیم خود برای ادامه تحصیل، بچه‌ای منزوی بود و به همین دلیل، «برای سر به سر گذاشتن با بچه‌ها» وقت نداشت. او یاد گرفته بود از خودش دفاع کند، درس‌هایش را دنبال کند و سخت‌کوش و سمج باشد. رشد جنسی چندانی نداشت، از آنجا که مادرش زیر فشار بود و خودش، دوستان صمیمی و نزدیک نداشت، یاد گرفته بود مشکلات و احساساتش را برای خودش نگه دارد. پس از دو سال تحصیل در کالج، وارد دانشکدهٔ پلیس شد و مجذوب نظم و ساختار این دانشکده و فرصت به‌وجودآمده برای دفاع از مردم شد. در نیروی پلیس، به منصف بودن، خونسردی، جدی بودن و اتکاپذیر بودن مشهور شد ولی نزدیک شدن به او سخت بود؛ درحقیقت تقریباً خودکفا بود.

در سه ماه اخیر برای او چند اتفاق ناخوشایند افتاده بود. همکارش در یک سرقت، مجروح می‌شود؛ رامیرز هم تیر می‌خورد ولی مصدوم نمی‌شود. این اتفاق در حالی می‌افتد که طبق روال، مشغول رسیدگی به ترافیک بودند. به زنش موقع برگشتن از محل کار، حمله می‌شود ولی به او تجاوز نمی‌شود و آسیب بدنی نمی‌بینند. همچنین نخستین کسی بود که بر سر صحنه‌ای حاضر می‌شود که در آن دو بچهٔ زیر ۵ سال در خانه‌ای که «کَرَک» در آن تهیه می‌شد، مرده بودند.

این خشونت‌ها ظاهراً تاثیراتی بر آقای رامیرز گذاشته بود. چند بار بر اثر مسائل جزیی از کوره در می‌رود؛ یک بار به خاطر رنجشی جزیی از همکار زیردستش، با اسلحه‌اش شلیک می‌کند. نشانه‌های بدنی او عبارت بود از تقریباً ۷/۵ کیلوگرم کاهش وزن، ظرف دو ماه و (طبق گزارش همسرش)، بی‌قراری در خواب و چند بار کابوس دیدن در هفته. علاوه بر این، به شکل نامعقولی از خانواده‌اش بیش از حد مراقبت می‌کرد، نمی‌گذاشت بچه‌ها به خانهٔ دوستانشان بروند و با عصبانیت از زنش می‌خواست دیگر کار نکند. در محل کارش هم عصبی و حواس‌پرت به نظر می‌رسید تا حدی که همکارانش را نگران کرده بود. چند بار در کارهایی که نیاز به توجه دقیق داشت، دچار سردرد می‌شود. برخی از گزارش‌های مکتوب او که معمولاً با دقت و وسواس نوشته می‌شد، خطاها و جاافتادگی‌هایی داشت. رامیرز از صحبت کردن راجع به این موارد یا تاثیر آنها با همکارش، افسر مافوقش یا پزشک پلیس، امتناع کرده بود.

وقتی دربارهٔ این رفتارهای نامعمول از او سوال شد، منکر تغییراتش شد و ادعا کرد دیگران درباره آنها اغراق می‌کنند. او در جست‌وجوی بیشتر، اعتراف کرد که گاهی اوقات وقتی مشغول فعالیت‌های مرتبط روزمره است، دچار تجدید خاطره [یا flashback] می‌شود (به‌ویژه اجساد آن دو کودک را به یاد می‌آورد)، ولی این تجدید خاطره‌ها، ناراحتش نمی‌کند و باعث نمی‌شود تمرکزش را از دست بدهد. کاهش وزن و بی‌قراری خودش در خواب را نیز به هوای داغ تابستان ربط می‌داد و در مدت سنجش، اصرار می‌کرد که حالش «خوب» است و اتفاقات چند ماه اخیر، جزیی از کار و زندگی او است و می‌تواند مثل سابق به کارش ادامه دهد.

پایایی و اعتبار نتیجه‌گیری‌ها

آقای رامیرز در چند جای ارزیابی، هیجان‌زده و ظاهراً عصبانی شد؛ معاینه‌کننده را به شوخی متهم کرد که از او انتظار دارد «چیزهایی را به یاد آورد که فراموش کرده است». رامیرز در وضعیت‌های بی‌ساختار (یعنی در آزمون رورشاخ)، با ادامه یافتن آزمون، پاسخ‌های کمتری می‌داد. احتمال دارد برانگیختگی بالای او بر اعتبار پاسخ‌هایش به آزمون‌های بی‌ساختار تاثیر گذاشته باشد. در آزمون‌های ساختاردار (مثل ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا) شکایت‌های کمتری می‌کرد ولی شاخص‌های اعتبار نشان می‌داد تلاش می‌کند تصویر خوبی از خودش ارائه دهد و وجود هرگونه آسیب در خود را انکار کند. رامیرز در تکالیف چالش‌انگیز عقلی (مثل تجدیدنظرشدهٔ آزمون هوش بزرگسالان وکسلر)، سخت‌کوش به نظر می‌رسید و حداقلِ حواس‌پرتی را داشت.

همهٔ شواهد خارجی نشان می‌داد رفتار آقای رامیرز در چند هفتهٔ گذشته به‌رغم انکارهایش از سطح پیش از اختلال فاصله گرفته است. بنابراین، نتایج روش‌های به‌کاررفته را باید در سایهٔ اطلاعات دریافتی از منابع بیرونی تفسیر کرد.

خلاصهٔ برداشت‌ها و یافته‌ها

آقای رامیرز در هر دو روز سنجش، سر وقت و در لباس نظامی کامل و مرتب رسید. در حالت نشسته یا ایستاده، شق و رق بود و زیاد حرکت نمی‌کرد، گویی توجه می‌کرد. رامیرز معاینه‌کننده را به ندرت نگاه می‌کرد و طول نگاه‌هایش کم بود. واضح، با صدای بلند و یکنواخت حرف می‌زد. در اغلب موارد، قبل از حرف زدن، مکث می‌کرد و به ندرت بدون درخواست، جوابش را باز می‌کرد. حتی وقتی دربارهٔ تجربه‌های درونی‌اش حرف می‌زد، گویی در حال گزارش دادن به مامور مافوقش بود. فقط موقع جواب دادن به آزمون‌های بی‌ساختار بود که پاسخ‌هایش خودانگیخته به نظر می‌رسید.

کارکرد عقلی این مرد در محدودهٔ «بهنجار عالی» هوش است اما نسبت به سنجش قبلی، کمتر بود. او در وضعیت عادی، با دقت و منطقی فکر می‌کند (هرچند تفکرش خیلی تخیلی یا تجسمی نیست) و می‌تواند تلاش عقلانی مستمر انجام دهد. تجربه‌های درونی شدید، به راحتی حواسش را پرت می‌کند. به نظر می‌رسد عاطفهٔ شدید و تصاویر ذهنی اتفاقات ناگوار اخیر در قوهٔ حل مسئله رامیرز اخلال می‌کند و کارایی شناختی او را تقلیل می‌دهد. بنابراین، تمرکز و حافظهٔ او تا حدی دچار اخلال است؛ با این حال، رامیرز تلاش‌های متناوب و ناموثری برای غلبه بر این مشکل و جبران آن می‌کند. این تلاش‌های رامیرز، بر تنش بدنی او افزوده است که می‌تواند علت نشانه‌های

بدنی‌اش باشد. احتمال دارد در استرس شدید، واقعیت‌آزمایی او نیز تا حدی مختل شود، به‌ویژه وقتی قابلیت خود یا رفاه دیگران را در تهدید می‌بیند؛ در چنین وضعیتی ممکن است کنترل‌های شناختی او کافی نباشد تا نگذارد محرک‌های درونی یا بیرونی، او را غرق کند. شواهدی برای اختلال تفکر وجود ندارد و احتمال دارد در صورت دریافت درمان مناسب، بار دیگر به سطح پیش از اختلال برگردد.

آقای رامیرز از لحاظ خُلقی، آرام به نظر می‌رسد، تقریباً خویشتن‌دار است و هیجاناتش را زیاد بروز نمی‌دهد. او عصبانیت خود را به ندرت بروز می‌دهد و در حقیقت، تجربه‌های عاطفی خود را طوری مدیریت می‌کند که احساسات شدیدی در او پدید نیاید. اما می‌تواند به شدت هیجانی شود، هرچند آن را در خودش و دیگران، نشانهٔ ضعف می‌داند. بزرگ‌ترین ترس رامیرز این است که مبادا کنترلش را از دست بدهد؛ چون به نظر او، کنترل کردن خود، راه اصلی رضایت از زندگی است. رامیرز معمولاً با اجتناب، گوشه‌گیری و انکار، کنترل خود را حفظ می‌کند، حتی در خانه که نیاز کمتری به خودداری دارد. رامیرز تلاش می‌کند جلوی ابراز عواطف شدید و طولانی مثبت یا منفی در زن و بچه‌اش را بگیرد. رامیرز از نظر دیگران به لحاظ هیجانی، توهین‌آمیز رفتار می‌کند ولی از نظر آنها، خونسرد یا تهدیدآمیز نیست.

در حال حاضر به محرک‌های خفیف، واکنش شدیدی نشان می‌دهد و شواهدی وجود دارد که دچار ملال و همچنین خشم و احساس ناکامی سرکوب شده است. به نظر می‌رسد کنترل‌های معمول او بر عاطفه‌اش، به اندازهٔ سابق موثر نیست، هرچند وجود هیجان شدید در خودش یا درماندگی او از مهار آن را، انکار می‌کند. چون به عنوان پلیس هر روز در وضعیت‌هایی قرار می‌گیرد که هیجانات ناگوار در او زنده می‌شود و چون هرگز نمی‌تواند خانواده‌اش را به‌طور کامل از خطر و ضرر دور نگه دارد، احتمال دارد هیجاناتش شدید و کنترل او بر خودش کم شود. از دست دادن و فروپاشی کنترل می‌تواند خود را در قالب شکایت‌های بدنی شدید یا در قالب اعمال خصمانه و پرخاشگرانه و یا هر دو نشان دهد. روشن است که روش فعلی آقای رامیرز برای کنار آمدن با استرس‌های فعلی، به تدریج ناکارآمدتر می‌شود.

آقای رامیرز در مجموع اهل همرنگی و رعایت عرف است و نیاز به ساختار دارد و در برابر دیگران بسیار اخلاقی، وفادار و مسئولیت‌پذیر است. او در وضعیت‌هایی بهترین عملکرد و بیشترین احساس قابلیت و اعتمادبه‌نفس را نشان می‌دهد که نقش و تکلیف او در آنها روشن باشد؛ آقای رامیرز نیاز دارد قوی، موثر و مسلط باشد و این‌طور دیده شود. تا اینجا آدمی با طرح و برنامه، گوش‌به‌زنگ، سخت‌کوش، مصمم، باهدف و منظم به نظر می‌رسد. مشکلات را به سرعت، مستقیم و فعالانه رفع می‌کند و تحمل راه‌حل‌های مبهم را ندارد. از طرف دیگر، در او آثار انعطاف‌پذیری و گرایش به جزمی بودن و استیلا دیده می‌شود، به‌ویژه وقتی با کسانی سر و کار دارد که آنها را پایین‌تر از خود می‌داند یا باید از آنها مراقبت کند. دیگران به‌دلیل اعتماد به‌نفس و قابلیت رامیرز تمایل دارند به او اعتماد و اتکا کنند و احترام بگذارند ولی او را از نظر هیجانی دوری‌گزین می‌دانند و احساس می‌کنند نمی‌توانند او را بشناسند.

رامیرز در زندگی شخصی خود، هدف‌هایش را مصممانه دنبال کرده و از ایجاد عواطف شدید در خودش امتناع می‌کند که همین از او فردی نسبتاً خشک و سرسخت می‌سازد. نیاز رامیرز به اینکه مبادا آسیب‌پذیر به نظر رسد و گرایش او به تعقیب کارهای انفرادی، نمی‌گذارد زندگی اجتماعی فعالی داشته باشد و از معاشرت‌هایی که از نظر او بی‌هدف‌اند، بسیار بیزار است. رامیرز فقط در صمیمانه‌ترین رابطه‌هایش می‌تواند قدری آرامش داشته باشد؛ برای مثال، وقتی با بچه‌هایش بازی می‌کند. اهمیت زیادی برای خانواده قائل است و در مجموع نگاهی سنتی به نقش مرد دارد که مرد در آن تامین‌کننده و حفاظت‌کننده است. بنابراین، حملهٔ اخیر به زنش، برای او تهدیدی شدید و چندبُعدی به شمار می‌آمد که باید درباره آن اقدامی فوری می‌کرد. چون وضعیت تحت کنترل رامیرز نبود و در آینده هم راهی برای کنترل وضعیت‌های مشابه نداشت، تا حدی که برایش بسیار گران تمام شده بود، احساس درماندگی و آسیب‌پذیری می‌کرد.

برداشت‌های تشخیصی

این مرد پیش از مشکل پیداکردن احتمالاً یک هراس اجتماعی خفیف، گرایش به تجربه‌های محدود عاطفی و ابراز محدود عواطف و یک ساختار شخصیتی نسبتاً جزمی داشته است. اما احتمالاً در زندگی روزمره، در مجموع، موثر بوده و روابط شغلی و شخصی باثباتی داشته است. تغییرات اخیر در کارکرد عاطفی، رفتاری و شناختی او ظاهراً به چند عامل اخیری ربط دارد که فشار روانی زیادی برای او ایجاد کرده بودند. این رویدادها، مکرر برای او اتفاق می‌افتد؛ از محرک‌های مرتبط با این رویدادها اجتناب می‌کند؛ و دچار بی‌علاقگی به فعالیت‌های مهم، ضعف تمرکز حواس، از جا پریدن شدید و تحریک‌پذیری شدید می‌شود. این نشانه‌ها دست‌کم یک ماه ادامه داشته است. تشخیص اختلال استرس پس از ضربه صحیح به نظر می‌رسد.

محور یک ۳۰۹/۸۹، اختلال اضطراب پس از ضربه (PTSD)

محور دو بی‌تشخیص

محور سه بی‌تشخیص

محور چهار فشارهای روانی اجتماعی؛ مصدومیت همکار؛ مورد حمله واقع شدن همسر؛ کشف جسد دو کودک در خانه‌ای که محل تهیهٔ «کرک» بوده است.
شدت: ۵-۴ (رویدادهای حاد)

محور پنج سنجش کلی کارکرد (GAF) : فعلی، ۵۳؛ بالاترین در یک سال گذشته، ۷۵

توصیه‌ها

پاسخ‌های آقای رامیرز به محیط اطرافش، به تدریج غیرعادی‌تر و بنابراین غیرمنتظره می‌شود. کار فعلی او به خویشتنداری و خونسردی در قضاوت نیاز دارد که در این وضعیت، آقای رامیرز ممکن است نتواند آن را مثل سابق انجام دهد. وانگهی ظاهراً در مورد وضعیتش بینش ندارد، عصبانی است و ممکن است پرخاشگرانه عمل کند. بنابراین توصیه می‌شود از وظایفی معاف شود که مستلزم خشونت است یا باعث می‌شود او یا دیگران عصبانی شوند و نیز وظایفی به او محول شود که در او تغییر روان‌شناختی ایجاد می‌کند.

همچنین توصیه می‌شود تحت روان‌درمانی ـ ترجیحاً گروهی ـ قرار گیرد، آن هم با رویکرد مدیریتِ خود. تدافعی بودن، خودبسندگی، فرو رفتن در نقش مردانهٔ متعارف و مقاومت در برابر امور روان‌شناختی نشان می‌دهد برای روان‌درمانی بینشی مناسب نیست؛ چراکه آن را شاهدی بر مشکل شخصیتی خود می‌پندارد. اما باید یاد بگیرد نیازش به کنترل کردن تمام جنبه‌های زندگی را تعدیل کند، به‌ویژه اگر می‌خواهد مسیر شغلی فعلی خود را ادامه دهد. ظاهراً رویکرد مدیریت رفتاری/ مدیریت خود ظاهراً بیش از هر رویکردی احتمال دارد آقای رامیرز را وادارد خودش را معاینه کند و در مسیری مقبول تغییر دهد.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسان بالینی، رکن جدایی‌ناپذیر تشخیص و سنجش هستند. آنها در این مورد که چه داده‌هایی جمع‌آوری و چطور جمع‌آوری و تفسیر شود، تصمیمات مهمی می‌گیرند. داده‌ها می‌تواند نمونهٔ رفتار، علامت یک بیماری زیربنایی یا همبستهٔ دیگر سازه‌های رفتاری یا هیجانی فرض شود. تفسیرها هم می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود بگیرد از تفسیرهای صریح و نه‌چندان استنباطی تا تفسیرهای پیچیده و به شدت استنباطی.

بحث درباره مزیت‌های پیش‌بینی بالینی (ذهنی) و پیش‌بینی آماری (عینی ـ کمّی) مدتی است در روان‌شناسی بالینی وجود دارد. تحقیقات آشکارا از رویکرد آماری در پیش‌بینی بالینی حمایت می‌کند. پیش‌بینی بالینی با وجود جاذبهٔ شهودی آن، دچار انواع سوگیری‌ها (مثل سوگیری نژادی، طبقه اجتماعی و جنسیتی) می‌شود، به اعتمادبه‌نفس افراطی نابجا منتهی می‌شود و مشکل ناپایایی و بی‌اعتباری دارد. اما برای بیشتر پیش‌بینی‌هایی که روان‌شناسان بالینی انجام می‌دهند، قواعد تصمیم‌گیری عینی و الگوریتم‌های آماری وجود ندارد. بنابراین، قضاوت بالینی و پیش‌بینی بالینی غالباً لازم است.

برای بهبود پایایی و اعتبار قضاوت‌های بالینی چند پیشنهاد داشتیم که به شرح زیر بودند: (الف) همهٔ اطلاعات موجود را در نظر بگیرید و داده‌های ناهمساز را فراموش نکنید؛ (ب) قوت‌ها و مزیت‌های مراجع یا بیمار را در کنار آسیب‌ها و ناکارایی‌های او در نظر بگیرید؛ (ج) تمام پیش‌بینی‌ها را مستند، و دقت آنها را ارزیابی و از اطلاعات حاصل به عنوان بازخورد استفاده کنید؛ (د) برای جمع‌آوری داده‌ها فقط از مصاحبه‌های ساختاردار، مقیاس‌های درجه‌بندی ساختاردار و روش‌های سنجش رفتاری استفاده کنید؛ (ه) پیش از پیش‌بینی، وضعیت و محیط مراجع را بسنجید؛ (و) میزان‌ها یا اندازه‌های پایه و اثرهای رگرسیون را در نظر بگیرید؛ (ز) اجازه ندهید سطح اطمینان بر پیش‌بینی تاثیر بگذارد؛ (ح) مراقب باورهای قالبی و همبستگی‌های فریبنده باشید و با آنها مقابله کنید.

گزارش بالینی، شکل اصلی برقراری ارتباط و انتقال یافته‌های سنجش و ارزیابی است. این گزارش باید به سوالات ارجاع‌شده پاسخ بدهد و زبان آن، مناسب وضعیت خواننده یا خوانندگان آن باشد. سرانجام اینکه گزارش بالینی باید حاوی اطلاعات مشروح و مختص مراجع باشد و تا حد امکان، اظهارات مبهم و بارنومی نداشته باشد.

اصطلاحات کلیدی

اثر بارنوم **Barnum effect**

این اصطلاح درباره اظهارنظرهایی به کار می‌رود که ظاهراً خود شخص را توصیف می‌کنند ولی عملاً درباره همه صادق هستند.

تفسیر بالینی **clinical interpretation**

فرایندی پیچیده و استنباطی که در آن، روان‌شناس بالینی با توجه به اطلاعات موجود (که حاصل مصاحبه یا نتایج آزمون است)، مشکل را مفهوم‌بندی و سیر اقدامات را مشخص می‌کند.

همبسته‌ها **correlates**

متغیرهای مرتبط. روان‌شناسان بالینی که به داده‌های مربوط به بیمار،

نگاه همبستگی دارند، روی همبسته‌های رفتاری، نگرشی یا هیجانی فرضیِ نتایجِ خاص تمرکز می‌کنند.

رویکردکمّی یا آماری **quantitative or statistical approach**

رویکردی به قضاوت بالینی و تفسیر که در آن برای پیش‌بینی نتایج بالینی از فرمول‌ها و الگوهای آماری استفاده می‌شود. در این رویکرد، وقتی فرمول‌ها اثبات شده باشد، تصمیم‌سازی بالینی جایی ندارد.

سوال ارجاع‌شده **refferral question**

سوالی دربارهٔ بیمار که موجب سنجش شده است.

نمونه‌ها **samples**

نمونه‌های رفتار. در یکی از نگاه‌ها به داده‌های بیمار، داده‌ها در واقع نمونه‌هایی از حوض بزرگ‌تر اطلاعات مربوط به بیمار هستند.

علائم **signs**

نشان‌دهنده‌های خصوصیات زیربنایی. در یکی از نگاه‌ها به داده‌های بیمار، داده‌ها علائم یک حالت یا صفت زیربنایی است.

باورهای قالبی **stereotyped beliefs**

باورهای ثابت (برای مثال، باور ثابت دربارهٔ برخی علائم تشخیصی یا برخی گروه‌های جمعیت‌شناختی) که می‌تواند بر قضاوت بالینی تاثیر بگذارد.

رویکرد ذهنی یا بالینی **subjective or clinical approach**

رویکردی در قضاوت بالینی و تفسیر که تا حد زیادی شهودی و تجربه‌ای است. تفسیر ذهنی یا بالینی، مستلزم حساسیت روان‌شناس بالینی به اطلاعاتی است که از منابع مختلف می‌گیرد و انجام دادن مجموعه‌ای از تعمیم‌های استقرایی یا قیاسی برای ربط دادن مشاهدات به یکدیگر و پیش‌بینی نتیجه.

بخش سوم



مداخلات بالینی

۱۱ مداخلات روان‌شناختی

۱۲ روان‌درمانگری : دیدگاه روانپویشی

۱۳ روان‌درمانگری : دیدگاه پدیدارشناختی و دیدگاه انسانگرا ـ وجودی

۱۴ روان‌درمانگری : دیدگاه رفتاری و دیدگاه شناختی ـ رفتاری

۱۵ گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی

۱۱



مداخلات روان‌شناختی

سوالات مهم

۱. درمان یا مداخلهٔ روان‌شناختی چیست؟ آیا روان‌درمانگری موثر است؟
۲. درمان شواهدبنیاد با درمانگری شواهدبنیاد چه فرقی دارد؟
۳. کدام متغیرهای مرتبط با بیمار یا درمانگر، با نتیجهٔ روان‌درمانگری رابطه دارد؟
۴. دوره‌ها یا گام‌های مداخلهٔ بالینی چیست؟ هر یک را توضیح دهید.
۵. موقع طراحی مطالعه‌ای پژوهشی در خصوص روان‌درمانگری، باید چه نکات مهمی را مد نظر قرار داد؟
۶. نتیجه‌گیری‌های مطالعات تطبیقی اصلی درباره شکل‌های مختلف روان‌درمانگری چیست؟

رئوس مطالب فصل

تعریف مداخله

آیا روان‌درمانگری کمکی هم می‌کند؟

کادر ۱ـ۱۱ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر مارتین ایی. پی. سلیگمن

درمان شواهدبنیاد و درمانگری شواهدبنیاد

ویژگی‌های مشترک درمان‌ها

کادر ۲ـ۱۱ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر دایان ال. چمبلس

طبیعت متغیرهای درمانیِ اختصاصی

بیمار یا مراجع

کادر ۳ـ۱۱ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: قابلیت فرهنگی

درمانگر

سیر مداخلهٔ بالینی

تماس آغازین

سنجش

اهداف درمان

اجرای درمان

اتمام، ارزیابی و پیگیری

کادر ۴ـ۱۱: تمرکز بر کاربردهای بالینی : اطلاعاتی که بیماران حق دارند بدانند

مراحل تغییر

روان‌درمانگری پژوهی

کادر ۵ـ۱۱ : تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: خبر تکان‌دهندهٔ آیزنک

معضلات روان‌درمانگری‌پژوهی
مطالعات تطبیقی
فرایندپژوهی
روندهای اخیر
برخی نتیجه‌گیری‌های کلی

خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

در این فصل، دربارهٔ روان‌درمانگری، ویژگی‌های اصلی آن، اثربخشی و موثر بودن آن، و روان‌درمانگری‌پژوهی، توضیحی کلی خواهیم داد. تمرکز این فصل، مرور کلی برخی از ویژگی‌های مشترک اصلی روش‌های مختلف مداخلهٔ بالینی است. این مداخلات، نام‌های مختلفی دارد: درمان روان‌پویشی، شناخت‌درمانی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، رفتاردرمانی، درمان وجودی و مواردی از این قبیل. هر مداخله به تعبیری، پاره‌ای خصوصیات تعریفی ویژه دارد و به انواع خاصی از مشکلات می‌پردازد. در فصل‌های بعد، بر این خصوصیات تعریفی تمرکز خواهیم کرد. اما در این فصل به مشترکات می‌پردازیم تا متفرقات.

تعریف مداخله

مداخلهٔ روان‌شناختی در برداشتی بسیار کلی، روشی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص است. اگرچه این برداشت را از آگهی‌های تبلیغاتی تلویزیون یا کارهای معلمان و رفتارهای دوستان نزدیک هم می‌توان داشت، مداخله در روان‌درمانگری در بافتِ رابطه‌ای حرفه‌ای صورت می‌گیرد؛ رابطه‌ای که مراجع یا اولیای مراجع دنبال آن هستند. در برخی موارد هم درمان برای حل کردن مسئله‌ای خاص یا بهبود دادن ظرفیت فرد برای رسیدگی به رفتارها، احساسات یا افکاری اجرا می‌شود که در کار، تحصیل یا روابط شخص اخلال می‌کند. در پاره‌ای موارد نیز درصدد پیشگیری از مشکلات است تا بهبود وضع موجود. اما درمان در برخی موارد دیگر، بیش از هر چیز بر افزایش توان شخص برای لذت بردن از زندگی یا بالفعل کردن ظرفیتی بالقوه در خودش متمرکز است تا [برای مثال] بر حل مسائل یا پیشگیری از آنها.

در سال‌های گذشته، تعاریف زیادی از فرایند مداخله ارائه شده است. بسیاری از اوقات، دو اصطلاح ***مداخله*** و ***روان‌درمانگری*** به جای هم به کار می‌رود. ولبرگ[1] (۱۹۶۷) سال‌ها قبل تعریفی نسبتاً عمومی از روان‌درمانگری داده است که می‌گوید:

> روان‌درمانگری شکلی از درمان مشکلات هیجانی است که در آن شخص آموزش‌دیده‌ای عمداً رابطه‌ای حرفه‌ای با بیمار برقرار می‌کند تا نشانه‌های او را بردارد، جرح و تعدیل کند یا به تعویق اندازد، در الگوهای ناراحت‌کنندهٔ رفتاری او میانجی‌گری کند و مایهٔ رشد و تحول مثبتِ شخصیت وی شود. (ص ۳)

در تعریف ولبرگ، کلماتی مانند ***نشانه‌ها*** و ***درمان*** به کار رفته است و ادامهٔ تعریف او علناً به روان‌درمانگری حال و هوایی پزشکی می‌دهد. اما این تعریف در مجموع با تعریف روان‌شناس بالینی که گرایش روان‌شناختی‌تری دارد، فرق زیادی نمی‌کند (راتر، ۱۹۷۱a، ص ۷۹): «روان‌درمانگری ... فعالیت برنامه‌ریزی‌شدهٔ روان‌شناس است و هدفش ایجاد تغییر در فردی است که زندگی او را شادمانه‌تر یا سازنده‌تر می‌کند یا هر دو». جی. دی. فرانک (۱۹۸۲) این مضامین کلی را چنین بیان می‌کند:

> روان‌درمانگری تعاملی برنامه‌ریزی‌شده، دارای بار هیجانی و محدود، بین یک شفادهندهٔ آموزش‌دیده و دارای تایید اجتماعی، و شخصی رنجور است. شفادهنده در این تعامل، دنبال این است که ناراحتی و ناتوانی شخص رنجور را از طریق ارتباطات نمادین، آن هم عمدتاً با کلمات و گاهی اوقات با فعالیت‌های بدنی، تسکین دهد. شفادهنده ممکن است در مناسک شفادهی، بستگان و اطرافیان بیمار را هم درگیر کند. در ضمن، روان‌درمانگری غالباً شامل کمک به بیمار است برای پذیرش رنج و تحمل آن به مثابه جنبه‌ای اجتناب‌ناپذیر از زندگی که می‌توان آن را به فرصتی برای رشد و تحول شخصیتی تبدیل کرد. (ص ۱۰)

1. Wolberg

بنابراین، تعریف‌های فوق، نسبتاً کلی است. متخصصان روانپویشی، درمان عقلانی ـ هیجانی، مشاورهٔ مراجع‌محور، شناخت‌درمانی، گشتالت‌درمانی و دیگر درمان‌های روان‌شناختی درست می‌گویند که این نوع تعریف‌ها [به دلیل کلی بودن] به ندرت جوهر و ذات درمان «ویژهٔ» مورد نظر آنها را منتقل می‌کند.

آیا روان‌درمانگری کمکی هم می‌کند؟

پیش از آنکه اهداف و ویژگی‌های روان‌درمانگری را بیشتر توضیح دهیم، باید به یک سوال کلی پاسخ دهیم. آیا روان‌درمانگری موثر است؟ در پاسخ به این سوال باید دو مسئله را در نظر بگیریم که عبارت است از ***اثربخشی*** درمان و ***تاثیرگذاری*** درمان. درمان تا آنجا اثربخش است که وقتی فردی معمولی در کارآزمایی‌های بالینی درمان می‌شود، در مقایسه با فردی که درمان نمی‌شود (برای مثال، در مقایسه با فردی که در فهرست انتظار مانده است)، در حد معناداری از ناکارایی‌اش کاسته شود. ***اثربخشی‌پژوهی‌ها*** با کنترل نوع مراجعان شرکت‌کننده در مطالعه، استاندارد کردن درمان‌ها و گمارش تصادفی بیماران در دو گروه درمان و عدم درمان، اولویت را به اعتبار درونی می‌دهد. اثربخشی‌پژوهی‌ها معمولاً در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی یا درمانگاه‌های دانشگاهی رخ می‌دهد که این فرصت را فراهم می‌آورند تا گروهی از مراجعانِ پیشاپیش غربال‌شده، در تحقیق شرکت کنند. مراجعان این تحقیقات غالباً همگن هستند و گاهی اوقات بابت شرکت در تحقیق پول می‌گیرند. درمانگرها در اثربخشی‌پژوهی‌ها، غالباً دانشجویان آموزش‌دیدهٔ مقاطع تکمیلی یا متخصصان سلامت روان هستند که کارشان به دقت زیر نظر گرفته می‌شود. در مقابل، ***تاثیرگذاری‌پژوهی‌ها*** بر اعتبار بیرونی و معرف بودن درمان اجراشده تاکید می‌کنند. این پژوهش‌ها به درمانی که در «دنیای واقعی» صورت می‌گیرد، شباهت بیشتری دارد. در آنها نیز از انواع مراجعان و درمانگرها استفاده می‌شود (که گاهی آموزش‌های متفاوتی دیده‌اند و نظارت‌ها در آنها متنوع است). درمانی تاثیرگذار محسوب می‌شود که مراجعان گزارش کنند از لحاظ بالینی، نفع معناداری از آن درمان برده‌اند. تاثیرگذاری پژوهی‌ها گاهی گروه‌های گواه یا گمارش تصادفی دارند و گاهی ندارند. تمرکز آنها نیز بر این است که آیا یک مراجع معمولی که تحت درمان قرار می‌گیرد، آن‌طور که در حالت معمول اجرا می‌شود، از لحاظ بالینی گزارش تسکین یا نفع بردن از درمان می‌دهد یا نه.

طرفداران (برای مثال، لمبرت و برگین [1]، ۱۹۹۴؛ لمبرت و اوگلز [2]، ۲۰۰۴) و منتقدان (برای مثال، دوز، ۱۹۹۴) هر دو قبول دارند که شواهد تجربی از اثربخشی روان‌درمانگری حمایت می‌کند. البته معنایش این نیست که روان‌درمانگری به هر کسی کمک خواهد کرد، بلکه معنایش این است که در حد میانگین، کسانی که دنبال روان‌درمانی شدن می‌روند و روان‌درمانی می‌شوند، قدری تسکین می‌یابند. برای مثال، فراتحلیلی که خیلی به آن استناد و روی بیش از ۴۷۵ نتیجه‌پژوهی روان‌درمانی اجرا شده است، گزارش می‌کند کارکرد فردی ***معمولی*** که تحت درمان روان‌شناختی قرار می‌گیرد از کارکرد ۸۰ درصد کسانی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهتر است (اسمیت، گلس و میلر [3]، ۱۹۸۰). در قسمت بعدی همین فصل که به روش‌های روان‌درمانگری‌پژوهی می‌پردازد، دربارهٔ این فراتحلیل و دیگر فراتحلیل‌ها بیشتر سخن خواهیم گفت.

اما مطالعات کمتری دربارهٔ تاثیرگذاری شده است. جا دارد به یک نظرسنجی بزرگ درباره فواید روان‌درمانگری اشاره کنیم. نسخهٔ ماه نوامبر سال ۱۹۹۵ مجلهٔ ***Consumer Reports*** (با عنوان «سلامت روان» ۱۹۹۵)، نتایج نظرسنجی از ۴۰۰۰ خوانندهٔ مجله را منتشر کرد که به دلیل مشکلی روان‌شناختی توسط متخصص سلامت روان، پزشک خانواده یا با شرکت در گروه خودیاری در حد فاصل سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۴ تحت درمان قرار گرفته بودند. بیشتر پاسخ‌دهندگان، تحصیلکرده بودند و میانگین سنی ۴۶ سال داشتند و حدود نیمی از آنها زن بودند. ۴۳ درصد این نمونه، حال و روز هیجانی خود را در زمانی که دنبال درمان رفته بودند، «خیلی بد» («من به زحمت می‌توانستم به اموراتم رسیدگی کنم») یا «نسبتاً بد» («زندگی خیلی سخت

1. Bergin
2. Lambert and Ogles
3. Smith, Glass and Miller

بود») می‌دانستند. این ۴۰۰۰ پاسخ‌دهنده، به دلیل مشکلات مختلفی تحت درمان قرار گرفته بودند، از جمله: افسردگی، اضطراب، وحشت‌زدگی، هراس، مشکلات زناشویی یا جنسی، مشکلات مرتبط با الکل یا داروها و مشکلات مرتبط باکودکان. یافته‌های اصلی نظرسنجی به شرح زیر بود:

- روان‌درمانگری در بیشتر پاسخ‌دهندگان، قدری بهبودی ایجاد کرده بود. کسانی که پیش از درمان، بدترین حال را داشتند، بیشترین بهبود راگزارش می‌دادند.
- اظهارنظرهای مثبت دربارهٔ مفیدترین متخصص‌های سلامت روان عمدتاً به روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی اختصاص داشت. ظاهراً آنها همگی به یک اندازه موثر بودند، حتی وقتی شدت و نوع مشکل روان‌شناختی کنترل شد.
- پاسخ‌دهندگانی که فقط روان‌درمانی شده بودند، به اندازهٔ کسانی که روان‌درمانی و دارودرمانی شده بودند، بهبود نشان می‌دادند.
- در این نظرسنجی، درمان طولانی‌تر (یعنی درمانی که جلسات بیشتری داشت) با بهبود بیشتر رابطه داشت.

این یافته‌ها، جالب و مهیج است. اما این نظرسنجی از جهاتی محدودیت دارد و باید در تعمیم‌های‌مان، جانب احتیاط را رعایت کنیم. برای مثال، عده کمی از پاسخ‌دهندگان، آسیب‌های شدید روانی (مثل اسکیزوفرنی) راگزارش کرده بودند و گزارش‌ها همگی گذشته‌نگر و صرفاً برخوداظهاری‌های مراجعان مبتنی بود. در ضمن، درصد پاسخ‌دهندگان بالقوه‌ای که در نظرسنجی شرکت کرده بودند نسبتاً پایین بود که می‌تواند از غیرمعرف بودن نمونه خبر دهد. وانگهی، خوانندگان این مجله

کادر ۱ ـ ۱۱ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر مارتین ایی. پی. سلیگمن

مارتین ایی. پی. سلیگمن، استاد روان‌شناسی خانوادهٔ زِلر باخ در دانشگاه پنسیلوانیا است. او پیشگام تالیف در زمینهٔ درماندگی آموخته‌شده، سبک اِسنادی و خوشبینی و بدبینی است. سلیگمن ۲۵ کتاب و بیش از ۲۵۰ مقالهٔ تحقیقاتی درباره انگیزش و شخصیت نوشته است. او در مدت ۳۰ سال تحقیق، تحت حمایت موسسهٔ ملی سلامت روان، موسسهٔ ملی سالمندی، بنیاد ملی علم، بنیاد گوگنهایم و بنیاد مک‌آرتور قرار گرفته است؛ در سال ۱۹۹۱ هم جایزهٔ لیاقت موسسهٔ ملی سلامت روان را گرفت. همکارانش هم با اعطای جایزهٔ زوبین جامعهٔ تحقیق در آسیب‌شناسی روانی، جایزهٔ عضویت ویلیام جیمز جامعهٔ روان‌شناسی امریکا و دو جایزهٔ مهم علمی برجسته از سوی انجمن روان‌شناسی امریکا، از دستاوردهایش قدردانی کرده‌اند. اخیراً هم رییس انجمن روان‌شناسی امریکا بود.

مضمون اصلی کارهای دکتر سلیگمن، سبک اِسنادی ـ یعنی آنچه هنگام مشکل به خودمان می‌گوییم ـ و تاثیر آن بر زندگی ما بوده است. سلیگمن فنونی برای تبدیل فکرهای منفی و آموختگی‌زدایی از درماندگی و غلبه بر بدبینیِ همراه این فکرهای منفی ابداع کرده است. او با سال‌ها تحقیق نشان داده که چطور می‌توانیم با فکرهای سالم، خُلق و دستگاه ایمنی را تقویت کنیم. او در کتاب ***آنچه می‌توانید تغییر دهید و آنچه نمی‌توانید*** (سلیگمن، ۱۹۹۴) به فنون و درمان‌هایی اشاره می‌کند که بهترین فنون و درمان‌ها برای تفسیر است و نشان می‌دهد در چه وضعیتی باید از تلاش برای ایجاد تغییر دست بکشیم. دکتر سلیگمن در کتاب ***کودک خوشبین***[1] (سلیگمن، رِیویچ، جِی‌کاکس و گیلهم[2]، ۱۹۹۵) به تحقیقی اشاره می‌کند که او و همکارانش انجام داده‌اند و طرز پیشگیری از افسردگی در کودکان را نشان می‌دهد. آنها برنامه‌ای ارائه می‌کنند که والدین و معلمان و مربیان به کمک آن می‌توانند علائم خطر بدبینی در کودکان را شناسایی کنند و مهارت‌های خوشبینانه فکر کردن را به کودکان می‌آموزد. جدیدترین کتاب دکتر سلیگمن به نام ***شکوفایی*** (۲۰۱۱) هم جزییات جنبش روان‌شناسی مثبت‌گرا را توضیح می‌دهد که خود او بنیان‌گذارش است.



مارتین ایی. پی. سلیگمن

۱. ترجمه این کتاب توسط انتشارات رشد به چاپ رسیده است.

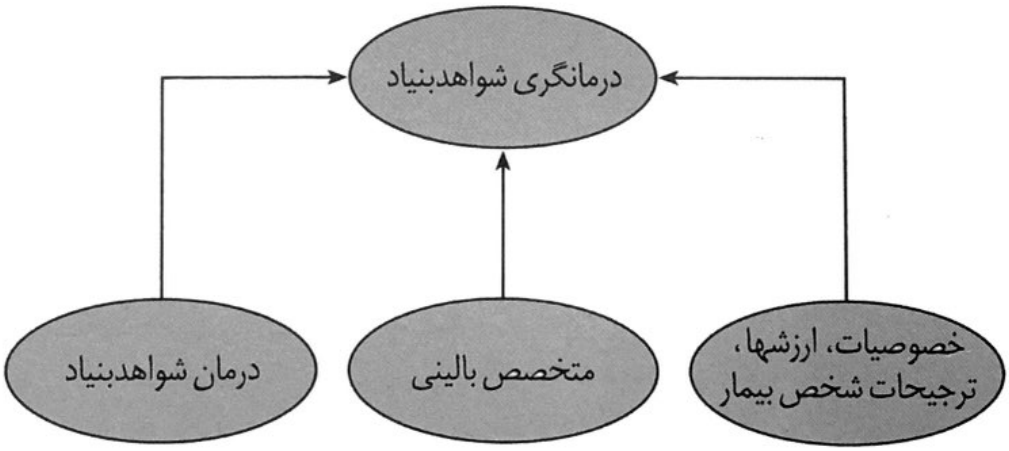
2. Seligman, Reivich, Jaycox and Gillham

نمی‌توانستند معرف کل جمعیت امریکا باشند. به‌رغم این محدودیت‌ها، نظرسنجی مجلهٔ *Consumer Reports* تا حدودی از این نظر حمایت می‌کند که روان‌درمانگری موثر است. این نظرسنجی، بزرگ‌ترین مطالعه‌ای است که تا به حال درباره «تاثیرگذاری روان‌درمانگری صورت گرفته است؛ چون در حوزه‌ها و با جمعیتی صورت گرفته که عملاً جویای آن بوده‌اند و گسترده‌ترین و دقیق‌ترین مطالعه در نوع خودش است» (سلیگمن، ۱۹۹۵، ص ۹۷۱).

درمان شواهدبنیاد و درمانگری شواهدبنیاد

مطالعات زیاد دیگری هم برای تعیین موثر بودن یا نبودن روان‌درمانگری و اینکه آیا برخی از رویکردهای روان‌درمانگری از برخی دیگر مفیدترند، انجام شده است. شاید بزرگ‌ترین علاقه‌مندی در روان‌شناسی بالینی امروز، یافتن پاسخ این پرسش که آیا درمان‌های شواهدبنیاد (یعنی روان‌درمانی‌هایی که از درمان‌نشدن بهتر هستند) اثربخش‌تر و تاثیرگذارتر از درمان‌های دیگر است (کزدین، ۲۰۰۸).

اما تمایز گذاشتن بین درمان شواهدبنیاد و درمانگری شواهدبنیاد مهم است (کزدین، ۲۰۰۸). درمان شواهدبنیاد (که در آغاز به آن درمان دارای پشتوانهٔ تجربی یا درمان دارای اعتبار تجربی می‌گفتند) به مداخلات و فنونی اطلاق می‌شود که در کارآزمایی‌های کنترل‌شده، تغییر مهم و معناداری در مراجعان و بیماران ایجاد می‌کنند. به عبارت دیگر، مقایسهٔ کسانی که تحت این درمان‌ها قرار گرفته‌اند با گروه گواه، اثربخشی این مداخلات را نشان می‌دهد. درمانی شواهدبنیاد است که اثربخشی‌پژوهی‌ها از اثرات مثبت آن بر بیماران خبر داده باشد. اما درمانگری شواهدبنیاد، مقوله‌ای کلی‌تر است، شامل تمامی درمان‌هایی که منابع مختلف از آنها حمایت می‌کنند؛ از جمله شواهد علمی موجود دربارهٔ آن مداخله، متخصص بالینی و نیاز بیماران و ترجیح آنها توسط بیماران (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۲۰۰۶؛ کزدین، ۲۰۰۸). بنابراین، درمانگری شواهدبنیاد با درمان شواهدبنیاد فرق می‌کند؛ درمانگری شواهدبنیاد صرفاً از نتایج کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده گرفته می‌شود (به نمودار ۱ ـ ۱۱ مراجعه کنید).



نمودار ۱ـ۱۱: درمانگری شواهدبنیاد بر اطلاعات موجود درباره درمان‌های شواهدبنیاد، تخصص شخص روان‌شناس بالینی و خصوصیات، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار استوار است.

درمانگری شواهدبنیاد همواره مورد علاقهٔ تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی بوده است از جمله، پزشکان و اعضای بسیاری از رشته‌های مربوطه که علاقه‌مند بوده‌اند بفهمد آیا درمان‌هایی که ارائه می‌کنند، اثرهای اثبات‌شده هم دارد یا نه.

اما روان‌شناسان بالینی در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به این موضوع علاقه‌مند شدند که اصلاحات به عمل آمده در حوزهٔ مراقبت بهداشتی، فشار مضاعفی بر آنان وارد آورده تا ثابت کنند خدماتشان «موثر است». آنچه برای روان‌شناسان خیلی اهمیت

داشت این بود که بفهمند آیا درمان‌هایی که روان‌شناسان بالینی ارائه می‌کنند از درمان‌های رشته‌های روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی یا دیگر رشته‌های سلامت روان (مثل رشتهٔ مشاوره، زناشویی‌درمانی و خانواده‌درمانی و غیره) بهتر است یا بدتر.

اما برخی از روان‌شناسان بالینی در برابر ایدهٔ درمانگری شواهدبنیاد مقاومت می‌کردند و می‌گفتند درمان یک «هنر» است و تعریف و اندازه‌گیری علمی عواملی که بر اثر درمان تغییر می‌کند، بس دشوار است. بسیاری از صاحب‌نظران فکر می‌کردند مقایسهٔ رویکردهای درمانی با یکدیگر غیرممکن است.

اما در سال ۱۹۹۵، جامعهٔ روان‌شناسی بالینی که یکی از شعبه‌های انجمن روان‌شناسی امریکا است، ملاک‌هایی را منتشر کرد تا بر آن اساس بتوانیم ارزیابی کنیم کدام رویکردهای درمانی پشتوانهٔ علمی لازم را دارد که بتوانیم مدعی شویم قادرند نشانه‌های روان‌شناختی را کم کنند (به جدول ۱ ـ ۱۱ مراجعه کنید). در آغاز، نام این رویکردها را «درمان‌های دارای اعتبار تجربی» گذاشتند و بعد نام آنها را به «درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی» تغییر دادند. حالا هم نام کلی‌تر «درمان‌های شواهدبنیاد» را بر آنها گذاشته‌اند. این ملاک‌ها در بسیاری از پژوهش‌ها به کار رفته است تا معلوم شود آیا برخی رویکردهای درمانی در کاهش نشانه‌های روانی از برخی دیگر مفیدتر است. این ملاک‌ها در سال‌های گذشته دائماً اصلاح شده‌اند، ولی چهارچوب اصلی آنها دست نخورده است. رویکردهای درمانی در این طبقات دسته‌بندی می‌شود: «ثابت‌شده»؛ «احتمالاً اثربخش» و «آزمایشی» یا «امکان دارد اثربخش باشد». به مرور از تاکید بر استفاده از راهنماهای درمان کم شده ولی ضرورت اعتبار درونی و سازواری اجرای درمان‌ها همچنان باقی است.

فراتحلیلی جدید (یعنی بررسی آماری چند مطالعه با هم که در قسمت زیر آن را توضیح می‌دهیم)، نمونهٔ خوبی برای کارهایی است که در زمینهٔ مقایسه درمان‌های شواهدبنیاد با درمان‌های دیگر شده است. جان وایز، آماندا ینسن ـ داس و کریستین هاولی[1] در سال ۲۰۰۶، نتایج ۳۲ کارآزمایی بالینی را با هم تلفیق کردند که می‌خواست اثرات روان‌درمانگری را بر

جدول ۱ ـ ۱۱: ملاک‌های درمان‌های دارای اعتبار تجربی

درمان‌های ثابت‌شده

۱.دست‌کم دو مطالعه با طرح گروهی خوب که محققان متفاوتی آنها را اجرا کرده باشند و ***اثربخشی آنها به یک شیوه از شیوه‌های زیر یا بیشتر، ثابت شده باشد:***

الف. برتری نسبت به قرص یا درمان نمای روان‌شناختی یا درمانی دیگر.

ب . برابری با درمانی ثابت‌شده در مطالعاتی که قدرت آماری رضایت‌بخشی دارند (حدوداً ۳۰ نفر در هر گروه؛ مقایسه کنید با کزدین و باس، ۱۹۸۹)

یا

۲.مجموعهٔ بزرگی از مطالعات با طرح تک‌موردی که نشان‌دهنده اثربخشی باشد. این مطالعات باید:

الف. طرح‌های آزمایشی خوبی داشته باشد و

ب. مداخله را با درمان دیگری مقایسه کرده باشد.

ملاک‌های بیشتر برای ۱ و ۲

۳.مطالعات باید بر اساس راهنماهای درمان انجام شده باشد.

۴.خصوصیات نمونه‌های مراجعان باید روشن باشد.

درمان‌های احتمالاً اثربخش

۱.دو مطالعه که نشان دهد درمان، از ماندن در فهرست انتشار، موثرتر است.

یا

۲.دو مطالعه که به نوعی ملاک‌های ۱، ۳ و ۴ درمان ثابت‌شده را داشته، ولی هر دو را یک محقق انجام داده باشد. یا یک مطالعهٔ خوب که با همین ملاک‌ها، نشان‌دهندهٔ تاثیرگذاری باشد.

یا

۳.دست‌کم دو مطالعهٔ خوب که نشان‌دهنده تاثیرگذاری باشد، ولی نمونه‌های مراجعان، ناهمگن باشد.

یا

۴. مجموعهٔ کوچکی از مطالعات با طرح‌های تک‌موردی که به شکلی واجد ملاک‌های ۱، ۳ و ۴ درمان ثابت شده باشد.

درمان‌های آزمایشی

درمانی که هنوز با ملاک‌های گروه ضربتِ روش‌شناسی، آزمایش نشده باشد.

منبع: دی. ال. چمبلس، ام. بیکر، دی. اچ. باکام، ال. ایی. بویتلر، کی. اس. کالهون و دیگران (۱۹۹۸). ویراست دوم درمان‌های دارای اعتبار تجربی، به‌روزشده در مجلهٔ *American Psychologist*، ۱۶ـ۳ و (۱) ۵۱.

1. John Weisz, Amanda Jensen-Doss and kristin Hawley

کودکان بفهمد. در هر یک از این کارآزمایی‌های بالینی، یک رویکرد درمانی شواهدبنیاد، با رویکردی دیگر (یعنی «مراقبت معمولی») مقایسه شده بود. مطالعهٔ آنها، اثربخشی و تاثیرگذاری درمان را بررسی می‌کرد؛ چون برخی از این کارآزمایی‌ها، مراقبت عادی در محیطی معمولی را بررسی کردند و برخی دیگر در آزمایشگاه تحقیقاتی. این مطالعات همچنین کودکانی را شامل شده بود که نشانه‌های روان‌شناختی مختلفی با شدت‌های متفاوت داشتند و از اقوام مختلف بودند. بنابراین با این فراتحلیل می‌توانستیم بفهمیم آیا درمانگری شواهدبنیاد بر دیگر رویکردهای درمانی مزیت دارد و آیا مزیت‌های رویکردهای شواهدبنیاد حتی در میان کودکانی پابرجا می‌ماند که آسیب‌های روانی شدید دیده بودند و جزء اقلیت‌های قومی مختلف بوده و در محیط‌های متفاوتی درمان شده بودند. یافته‌های اصلی این فراتحلیل، به شرح زیر بود:

- کودکانی که تحت درمان شواهدبنیاد قرار گرفته بودند نتایجی بهتر از ۶۲ درصد کودکانی گرفتند که تحت مراقبت معمولی قرار گرفته بودند.
- در پیگیری طولانی (تا ۲ سال بعد)، نتایج بهتر برای کودکانی ادامه یافته بود که در معرض درمانگری شواهدبنیاد قرار گرفته بودند.
- تفاوت تاثیر درمان‌های شواهدبنیاد و تاثیر رویکردهای دیگر، معلول این موارد در مطالعات شواهدبنیاد نبود (۱) فعالانه‌تر بودن تکالیف منزل؛ (۲) درمانگرانِ تحقیق؛ (۳) وجود نمونه‌های دارای اختلال همزمانِ کمتر؛ (۴) محیط‌های دانشگاهی؛ (۵) نمونه‌هایی که شدت آسیب روانی آنها کمتر بوده است؛ یا (۶) کمتر بودن کودکان از اقلیت‌های قومی.

این‌گونه یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد چند درمان روان‌شناختی وجود دارد که گویی «موثر هستند». وانگهی دلیل خوبی وجود دارد که بگوییم برخی رویکردهای درمانی از برخی دیگر، اثربخش‌تر است. اما هنوز کار زیادی داریم تا تعیین کنیم کدام درمان‌ها برای کدام افراد، تشخیص‌ها و بافت‌ها خیلی موثرند (کزدین، ۲۰۰۸).

ویژگی‌های مشترک درمان‌ها

تنوع روان‌درمانگری‌ها گاهی اوقات باعث می‌شود از شباهت‌های آشکار آنها بگذریم. یکی از دلایلش این است که عرضه‌کنندهٔ یک روان‌درمانگری جدید باید برویژگی‌های خاص محصول جدیدش تاکید ورزد. اگر روان‌درمانگری جدید او با روان‌درمانگری‌های دیگر خیلی فرق نداشته باشد، توجه چندانی به آن نخواهد شد. اما روان‌درمانگری‌ها، مشترکات زیادی دارند.

صدها «نوع» روان‌درمانگری شناسایی شده است. برخی از آنها موثرند و برخی احتمالاً موثر نیستند. با این حال، بیشتر آنها در مجموعه‌ای از ***عوامل مشترک است*** که از حد و مرزهای نظری و درمانی فراتر می‌روند. شاید محققان درباره اینکه عوامل مشترک متنفذ چطور در بیماران تغییر ایجاد می‌کند، اختلاف‌نظر داشته باشند (بیورنسون[1]، ۲۰۱۱؛ دیوید و مونتگمری[2]، ۲۰۱۱؛ ومپولد[3]، ۲۰۰۱). برای مثال، ومپولد (۲۰۰۱) می‌گوید بیشتر تاثیراتی که به روان‌درمانگری نسبت می‌دهند، به عوامل مشترک برمی‌گردد. در عین حال برخی دیگر تصدیق می‌کنند که عوامل مشترک، تاثیر مهمی در تغییر درمان‌بخش دارد ولی عوامل اختصاصی مداخلات (مثل، تغییر شناخت‌ها و فکرها در درمان‌شناختی ـ رفتاری افسردگی) هم سهم مهمی در ایجاد تغییر درمان‌بخش دارد و سهم آنها را نمی‌توان با عوامل مشترک توجیه کرد. همان‌طور که قبلاً گفتیم، تمرکز ما در این فصل بر عوامل مشترک خواهد بود و عوامل مختص هر درمان را در فصل مربوط به آن توضیح خواهیم داد.

لمبرت و اوگلز (۲۰۰۴) طبق فرایندی متوالی که از نظر آنها با نتیجهٔ مثبت [درمان] رابطه دارد، عوامل مشترک را فهرست‌بندی کرده‌اند. به‌طور کوتاه، ***عوامل حمایتی*** (مثل رابطهٔ مثبت یا اعتماد)، زمینه را برای بروز تغییر در باورها و نگرش‌های مراجعان (***عوامل یادگیری***؛ مثل یادگیری شناختی و بینش) مهیا می‌کند که خودش به تغییر رفتار منتهی می‌شود (***عوامل کنشی***؛ مثل تسلط و خطر کردن). بحث مفصل دربارهٔ هر

1. Bjornsson
2. David and Montgomery
3. Wampold

یک از عوامل مشترک جدول ۲ ـ ۱۱، از حوصلهٔ این کتاب خارج است، ولی بد نیست برخی از آنها را به‌اختصار توضیح دهیم.

رابطه / اتحادِ درمانی . تحقیقات از این حکایت دارد که طبیعت رابطه یا *اتحادِ درمانیِ* بیمار و درمانگر، عنصر مهمی است که سهم زیادی در توفیق روان‌درمانگری دارد (نورکراس و ومپولد، ۲۰۱۱). همهٔ درمانگرها رابطه را در حد عامل «شفابخش» اصلی بالا نمی‌برند ولی تقریباً همهٔ آنها به اهمیت بی‌همتای رابطه اذعان می‌کنند. بیمار کجا می‌تواند محیطی پذیرا و عاری از قضاوت پیدا کند تا در آن راجع به درونی‌ترین امیال، رازها و سرخوردگی‌هایش سخن بگوید؟ گفت‌وگو درباره چنین چیزهایی با بستگان و دوستان همواره متاثر از احساس ارزیابی شدن خواهد بود و به دردسرهای پیش‌بینی‌نشده می‌انجامد؛ چون طرف مقابل هم به نوعی با مسائل مورد گفت‌وگو، درگیر و در آنها سهیم است. این نوع گفت‌وگوها می‌تواند دوستان را به راحتی تهدید کند؛ چون محتوای آن، می‌تواند رابطهٔ آنها را خراب کند. آیا شوهر می‌تواند درباره ترس‌اش از رها شدن با زنش حرف بزند و این اعتراف، به ادراک زن از نقش او در ارتباطش با شوهرش لطمه نزند؟ آیا پسر می‌تواند ترس‌اش از مردودی را با پدری در میان گذارد که همواره به پیشرفت پسرش می‌بالد؟ آیا دختر می‌تواند بدون زیر سوال بردن ارزش‌های مادر خانه‌دارش به او بگوید به جای خانه‌داری قصد دارد دنبال اشتغال برود؟

تمام این کارها را در روان‌درمانگری می‌توان انجام داد. درمانگر موثر کسی است که می‌تواند به‌طور همزمان، پذیرا، بی‌قضاوت، عینی‌گرا، بینش‌مند و حرفه‌ای باشد. به ندرت پیش می‌آید که همهٔ درمانگرها همیشه این صفات بی‌مضایقه را داشته باشند. با این حال، احتمالاً توان کلی درمانگر برای گذشتن از نیازهای شخصی‌اش و پاسخ‌دهی حرفه‌ای در محیطی عاری از قضاوت و توام با رازداری، درک و گرمی، دلیل اصلی موفقیت و ماندگاری روان‌درمانگری در جامعه است.

جدول ۲ ـ ۱۱: عوامل مشترک روان‌درمانگری‌ها که با نتیجهٔ مثبت رابطه دارد

عوامل حمایتی	عوامل یادگیری	عوامل کنشی
تخلیهٔ هیجانی	توصیه	تنظیم رفتاری
همانندسازی با درمانگر	تجربه‌کردن عاطفی	تسلط شناختی
کاهش انزوا	جذب تجربه‌های مشکل	تشویق برای روبه‌رو شدن با ترس‌ها
رابطهٔ مثبت	تغییر انتظار درباره تاثیرگذاری	خطر کردن
اطمینان خاطر مجدد	یادگیری شناختی	تلاش‌های تسلط‌آور
رهایی از تنش	تجربهٔ هیجانی اصلاحی	الگوبرداری
ساختار	کندوکاو چهارچوب مرجع درونی	تمرین
اتحادِ درمانی	بازخورد	واقعیت‌آزمایی
مشارکت فعال درمانگر/مراجع	بینش	تجربهٔ موفق
تخصصِ درمانگر	منطق	تدقیق
گرم بودن، احترام گذاشتن، همدلی، پذیرا بودن و خلوصِ درمانگر اعتماد		

منبع: لمبرت و اوگلز (۲۰۰۴)

نقش متخصص . فرض بر این است که درمانگر چیزی بیش از پذیرش، گرمی، احترام و علاقه را به درمان می‌آورد. این کیفیات شخصیتی، برای روان‌شناس بالینی شدن کافی نیست. عقل عرفی می‌گوید آنچه برای روان‌درمانگری لازم است صرفاً علاقه‌مندی تزلزل‌ناپذیر به دیگران است در حالی که این کافی نیست.

بیماران در تمام روان‌درمانگری‌ها حق دارند علاوه بر فردی خونگرم، با فردی توانا ملاقات کنند. توانایی هم در گرو گذراندن آموزش‌های طولانی و سخت است. شاید عده‌ای به سرعت پاسخ دهند که مفروضه‌ای به نام ***نقش متخصص***، اقتدارگرایی و استبداد را وارد رابطه می‌کند که معنای تلویحی آن، نابرابری بیمار و درمانگر و از بین رفتن احترام متقابلی است که باید بین آن دو باشد. اما ظاهراً درک و پذیرش متقابلِ دو نقش متفاوت کافی است تا تداوم احترام متقابل تضمین شود. البته درمانگرها از بیماران بهتر و برتر نیستند و نمی‌توانند ادعای برتری در کل زندگی داشته باشند. اما برابری یادشده به معنای انکار اهمیت آموزش، دانش و تجربهٔ درمانگرها نیست که آنان را در تلاش‌هایشان برای حل مسائل بیماران یاری می‌دهد.

کادر ۲ـ۱۱: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر دایان ال. چمبلس

دایان چمبلس استاد تمام روان‌شناسی و مدیر آموزش بالینی دانشگاه پنسیلوانیا است. دایان چمبلس قبل از آمدن به دانشگاه پنسیلوانیا، عضو هیئت علمی دانشگاه جورجیا، دانشگاه امریکایی و دانشگاه کارولینای شرقی در چپل‌هیل بوده است. کارهای تحقیقاتی و حرفه‌ای پروفسور چمبلس بر آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات اضطرابی و شناسایی روان‌درمانگری‌های دارای پشتوانهٔ تجربی و انتشار فهرست آنها متمرکز بوده است. او ریاست گروه ضربت اولیهٔ درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی در شعبه ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا را برعهده داشت. چمبلس به‌دلیل کارهایش درباره درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی، جوایز متعددی گرفت، از جمله جایزهٔ فلورنس هالپرن به دلیل مساعدت‌های حرفه‌ای به‌روان‌شناس بالینی از شعبهٔ ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۲۰۰۰ و جایزهٔ کلاوس ـ گراوه به دلیل پیشبرد پژوهش ابتکاری در روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانگری در سال ۲۰۱۱. پروفسور چمبلس در هیئت تحریریه‌های چند مجله هم عضو است و کمک‌ویراستار ***Journal of Consulting and Clinical Psychology*** بوده است. موسسهٔ ملی سلامت روان هم از تحقیقات او حمایت مالی کرده. او جوایزی هم گرفته است، از جمله جایزهٔ محقق جدید در سال ۱۹۷۸ از انجمن پیشبرد رفتاردرمانی و جایزهٔ مساعدت‌های مهم و ماندگار به شناخت‌درمانیِ آرون تی. بک از آکادمی شناخت‌درمانی در سال ۲۰۱۰.

دکتر چمبلس، پیشینه و علایق و تخصص خود در روان‌شناسی بالینی را توضیح می‌دهد.

چطور به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

در کالج به چند رشته فکر می‌کردم (در حقیقت، رشتهٔ اصلی من در کالج، علوم سیاسی بود) ولی در پایان تحصیلم در کارشناسی متوجه شدم به روان‌شناسی علاقه‌مند هستم؛ چون فهمیدم روان‌شناسی فقط دربارهٔ موش‌ها نیست. مردد بودم که روان‌شناسی بالینی را دنبال کنم یا روان‌شناسی اجتماعی را تا اینکه روان‌شناسی بالینی را انتخاب کردم چون می‌خواستم کاری کنم که به سود جامعه تمام شود. دههٔ ۱۹۶۰ بود و من در عصر فعالیت اجتماعی بودم. فکر می‌کنم انتخاب خوبی کردم. هنوز هم به روان‌شناسی اجتماعی علاقه دارم ولی فکر می‌کنم خوب شد که محقق بالینی شدم نه محقق آزمایشگاهی روان‌شناسی اجتماعی.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کارهایی می‌کنید؟

یکی از ویژگی‌های روان‌شناسی بالینی که عاشق آن هستم، تنوع فعالیت‌هایم است. در این رشته به ندرت کسل می‌شوم و همیشه چیزی برای یادگرفتن هست. من مدیر برنامهٔ روان‌شناسی بالینی گروه هستم، دربارهٔ اختلالات اضطرابی تحقیق می‌کنم و در چهارچوب ابداع مداخلات جدید هم قدری کار بالینی انجام می‌دهم. همچنین در کارآزمایی‌های درمانی خودم، بر عملکرد دانشجویان تحصیلات تکمیلی و درمانگرها نظارت دارم و به دانشجویان مقاطع کارشناسی و دکترا تدریس می‌کنم. همهٔ این کارها را انجام می‌دهم! اما بیش از همه عاشق زیر نظر گرفتن کارهای دانشجویان مقاطع تکمیلی هستم.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

علاقه خاصی به روان‌درمانگری‌پژوهیِ اختلالات اضطرابی دارم. از آن بیشتر مجذوب روابط خانوادگی کسانی هستم که اختلالات اضطرابی دارند و اینکه روابط خانوادگی چطور می‌تواند به پیشرفت درمان مراجعان کمک یا آن را متوقف کند. یکی از طرح‌های تحقیقاتی فعلی من، زوج‌درمانی/خانواده‌درمانی جنبی کسانی است که اختلالات اضطرابی دارند و تحت درمان شناختی ـ رفتاری هستند. مبنای تحقیقاتم نیز عوامل خانوادگی موثر بر نتیجهٔ درمان است. من و دانشجویانم همچنین دربارهٔ عواملی تحقیق می‌کنیم که بر ارادهٔ درمانگران برای آموزش دیدن در زمینهٔ درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی و اجرای این درمان‌ها تاثیر می‌گذارد.

روندهای آینده روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

رشتهٔ ما چند مسیر مهم را طی می‌کند. در اینجا بر یکی از آنها تمرکز می‌کنم. چند دهه بود که روان‌شناسان بالینی می‌توانستند هر طور که می‌خواهند درمانگری کنند، بی‌آنکه به پرداخت‌کنندگان ثالث پاسخگو

باشند. اما آن دوران در حال به‌سر آمدن است. نظام مراقبت بهداشتی نمی‌تواند بابت درمان‌های ناموثر یا درمان‌هایی پول بپردازد که اثربخشی آنها معلوم نیست. به همین دلیل، نیروهایی در کار است تا روان‌شناسان وادار شوند درمان‌های دارای محدودیت زمانی را یاد بگیرند و اجرا کنند که تاثیرگذاری‌شان ثابت شده است. حتی این هم برای برآورده کردن نیازهای سلامت روان جمعیت کافی نیست و راه‌های موثر دیگری جز روان‌درمانگری رودررو، در حال شکل‌گیری و تحت بررسی است؛ مثل درمان رایانه‌ای و کتاب‌درمانی. برای بسیاری از مراجعان، چنین مداخلاتی، موثر و کافی است. باید کسانی را که از این رویکردها سود می‌برند و به درمان‌هایی با درمانگر منفرد نیاز دارند، شناسایی کنیم و برنامه‌های مراقبت گام به گام را طراحی کنیم. آموزش در روان‌شناسی بالینی، طولانی و پرهزینه است؛ آن‌قدر طولانی و پرهزینه که نمی‌ارزد روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا، در خط مقدم مراقبت‌ها قرار گیرند. فکر می‌کنم در آینده، روان‌شناسان بالینی کمتر از قبل مراقبت‌ها را مستقیم ارائه کنند و بیشتر مشغول طراحی مداخلات جدید و آزمودن آنها و آموزش درمانگران مقاطع کارشناسی ارشد و نظارت بر آنها شوند. این رویکرد جدید، نگاه متفاوتی به آموزش دورهٔ دکترا را می‌طلبد. به همین دلیل هم من و دیگر روان‌شناسان بالینی مشغول طراحی نظام اعتبارنامه‌ای جدید برای برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی هستیم، با عنوان نظام اعتبارنامه‌ای علم بالینی روان‌شناختی.

مهم‌ترین گام‌های بعدی درمانگری شواهدبنیاد چیست؟

تحقیقات ما نشان می‌دهد روان‌شناسان اگر مجبور نباشند، وقت و پول خود را صرف درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی نخواهند کرد. آموزش درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی باید جزء دروس تحصیلات تکمیلی قرار گیرد و موسسات، بیمارستان‌ها و دیگر مراکز استخدامی روان‌شناسان با صرف وقت برای آموزش مقدماتی آنها و پیگیری آموزش‌هایشان، از این درمان‌ها حمایت کنند. تحقیقاتی در راه است که معلوم می‌کند چطور می‌توانیم روان‌شناسان را به شکل موثری آموزش دهیم تا در اجرای درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی، قابلیت پیدا کنند. بدیهی است که رویکردهای فعلی در زمینه آموزش ضمن خدمت (برای مثال، شرکت در یک کارگاه سه‌ساعته یا یک‌روزه در یک کنفرانس) به هیچ‌وجه کافی نیست. بخشی از آموزش‌های تحصیلات تکمیلی نه‌تنها باید صرف درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی فعلی شود، بلکه باید صرف جست‌وجوی ادبیات تحقیقاتی برای هدایت درمان و سنجش مستمر نتایج حاصل برای مراجعان شود. بازخورد درباره موفقیت‌ها و شکست‌ها در اجرای درمان‌ها باید روان‌شناسان را برانگیزد یادگیری مادام‌العمر درمانگری اخلاقی را سرلوحهٔ کار خود قرار دهند.



دایان ال. چمبلس

قابلیت‌سازی / تسلط . هدف بیشتر درمان‌ها به تعبیری، قابل‌تر و موثرتر کردن مراجع به عنوان یک انسان است. تمام‌ویژگی‌های پیش‌گفتهٔ روان‌درمانگری، راه تاثیرگذاری و رضایت بیشتر را هموار می‌کند. اما بعضی از درمان‌ها جدای از مواردی مثل رابطهٔ درمان‌بخش و اضطراب‌کاهی، ویژگی‌های دیگری هم دارند. برای مثال، درمان می‌تواند وضعیتی فراهم آورد تا مراجع چیزهای جدیدی یاد بگیرد و طرز فکر غلطش را اصلاح کند. گاهی اوقات هم بار تعلیمی چشمگیری به خود می‌گیرد. مراجع ممکن است روش‌های موثرتر کاریابی را «یاد بگیرد» یا اطلاعات جنسی [خاصی] دریافت کند که کمک می‌کند مشکلات جنسی‌اش کم شود و سازگاری جنسی خود را بالا ببرد. بنابراین درمان می‌تواند چیزی فراتر از گرفتن جن‌های روانی قدیمی شخص، و به معنای دقیق کلمه، نوعی یادگیری باشد. بندورا (۱۹۸۹) بر اهمیت احساس خودتاثیرگذاری در ارتقای عملکرد فرد تاکید می‌کند. خلاصهٔ حرف بندورا این است که اشخاص بااحساس ***تسلط*** ـ یعنی با داشتن اعتمادبه‌نفس، داشتن انتظار عملکرد خوب از خود یا داشتن احساس خوب راجع به خود ـ بیشتر احتمال دارد عملکرد موثری داشته باشند.

عوامل غیراختصاصی . درمان موفق، با عوامل ***غیراختصاصی*** رابطه دارد ـ صرف‌نظر از اینکه به افزایش قابلیت، اعتماد و امید

داشته باشیم یا انتظار افزایش قابلیت داشته باشیم (کزدین، ۱۹۷۹)، عوامل زیادی می‌تواند انتظار ما را برآورده کند ـ حداقل از نظر عموم مردم. بیمارانی که برای درمان شدن مراجعه می‌کنند، انتظار دارند درمان، سلامت روان آنها را تضمین کند. درمانگرها غالباً چنین باوری را در مراجع تشویق می‌کنند، چرا که خوب می‌دانند مراجع باورمند و باانگیزه، بیشتر از مراجع بدبین و نافرمان، احتمال پیشرفت دارد. وانگهی تقریباً هر درمانگری به یک نوع نظریه در زمینهٔ تغییر درمان‌بخش التزام دارد. صرف‌نظر از اینکه آن نظریه، نظریهٔ کنشگر، نظریهٔ ناهشیاری یا اعتقاد به توان بالقوهٔ رشد و کمال باشد، حضور فراگیر آن در تبیین‌های درمانگر راجع به طرز کار درمان، می‌تواند اطمینان خاطری فراهم آورد که احساس یأس مراجع را کم می‌کند. درمان موفق همواره با روشن کردن مجدد شعله‌های امید، ایمان و روحیه در بیمار توام است (فرانک، ۱۹۷۳)، ولی به نظر می‌رسد نمی‌توانیم روان‌درمانی را به قول برخی، صرفاً درمان‌نما بدانیم. انتظارات مراجع می‌تواند فنون اختصاصی به‌کاررفته در درمان را موثرتر کند. سپس، موفقیت فنون به‌کاررفته در درمان موجب بالاگرفتن انتظارات مراجع خواهد شد.

فرانک (۱۹۸۲) در تعریف روان‌درمانگری اشاره می‌کند که روان‌درمانگری مستلزم طرحی منطقی و مفهومی، یا یک افسانه، است که تبیین موجهی برای مشکلات بیمار تدارک می‌بیند و مناسکی را برای بازگرداندن تعادل تجویز می‌کند. همان‌طور که فرانک می‌گوید، این تبیین یا مناسک، دلیل موجهی به بیمار می‌دهد تا وقتی آمادگی لازم را پیدا کرد، نشانه را رها کند. قطع شکایت یا دست کشیدن از نشانهٔ دوست‌داشتنی و عزیز، بدون داشتن دلیلی خوب، تلویحاً به معنای بی‌اهمیت بودن آن است. بنابراین برای آن، هر نامی که برگزینیم ـ عامل غیراختصاصی یا درمان‌نما یا ایمان ـ عنصر مهمی در درمان محسوب می‌شود.

طبیعت متغیرهای درمانیِ اختصاصی

اگر روان‌درمانگری، روال ساده‌ای بود که در آن درمانگر تشخیص می‌داد، تشخیص‌اش را به اطلاع بیمار می‌رساند، یکی دو سخنرانی می‌کرد یا آجی مجی لاتَرَجی می‌خواند و بیمار معالجه می‌شد که خیلی خوب بود. اما روان‌درمانگری به زمان زیادی برای تصحیح انتظار بیمار در مورد یک تجویز سادهٔ روان‌شناختی نیاز دارد. از آنجا که روان‌درمانگری، فرایندی فعال و پویا است، انفعال و بی‌انگیزگی، مانع آن محسوب می‌شود. پاره‌ای عوامل مرتبط با بیمار، درمانگر و تعامل بیمار ـ درمانگر، بر فرایند درمان تاثیر می‌گذارد. تاثیر این عوامل هم ورای نوع درمان به‌کاررفته است.

بیمار یا مراجع

آیا نتایج درمان به پاره‌ای خصوصیات اختصاصی بیمار ربط دارد یا به خصوصیات کلی او؟ این سوال به ظاهر ساده، واقعاً پاسخی ندارد جز این که بگوییم «بستگی دارد». دلیلش هم این است که نتایج درمان، رویدادهای بسیار پیچیده‌ای هستند که صرفاً خصوصیات بیمار آنها را شکل نمی‌دهد. خصوصیات و مهارت‌های درمانگر، نوع روش‌های درمانی، شرایط و محیط بیمار و مواردی دیگر هم در شکل‌گیری آنها موثر است. سرانجام آنکه رشته روان‌شناسی بالینی باید مشخص کند که کدام نوع بیماران از کدام روش‌ها، تحت چه شرایطی و توسط کدام درمانگران، بهرهٔ [بیشتری] خواهد برد (کیسلر[1]، ۱۹۹۶؛ پاول[2]، ۱۹۶۷).

با در نظر گرفتن نکتهٔ پیش‌گفته می‌توانیم برخی از متغیرهای مهم‌تر مرتبط با بیمار را توضیح دهیم که با نتایج درمان‌های سنتی رابطه دارد.

میزان ناراحتی بیمار . یکی از نتیجه‌گیری‌های کلی که روان‌شناسان بالینی ارائه می‌کنند این است که درمان، بیش از هر کس به کسی کمک می‌کند که کمترین نیاز را به آن دارد. برداشت پیچیده‌تر از رابطهٔ این دو را در تمایزی می‌بینیم که تراکس و کرکهوف[3] (۱۹۶۷) بین احساس ناراحتی بیمار و ناراحتی و رفتار آشکار او می‌گذارند. این تمایز به بسیاری از روان‌شناسان بالینی می‌فهماند که پیش‌آگهی‌های بیماری خوب است که به‌رغم ناراحتی و اضطراب، کارکرد رفتاری خوبی دارد.

---

1. Kiesler 2. Paul
3. Truax and Carkhuff

داده‌های تحقیقاتی اولیه در این زمینه، متناقض و ناهمساز است (که دوباره غیرممکن بودن رسیدن به یک نتیجهٔ ساده، بدون در نظر گرفتن بسیاری عوامل دیگر را نشان می‌دهد). برای مثال، گروهی از مطالعات نشان می‌دهد فشار روانی آغازین، با بهبودِ بیشتر رابطه دارد (برای نمونه استون، فرانک، نش و ایمبر[1]، ۱۹۶۱). گروه دیگری از مطالعات (برای مثال، بارون، ۱۹۵۳) نیز عکس این موضوع را نشان می‌دهد. قضیه وقتی پیچیده‌تر می‌شود که میلر و گراس[2] (۱۹۷۳) می‌گویند رابطهٔ بهبود و ناراحتی آغازین، رابطه‌ای منحنی‌شکل است؛ یعنی بیمارانی که ناراحتی اندک یا ناراحتی شدیدی دارند از بیمارانی که ناراحتی متوسطی دارند، از درمان نتیجهٔ ضعیف‌تری می‌گیرند. حتی امروز هم پاسخ دادن به این سوال، اهمیت خاصی دارد.

هوش . بعضی از رویکردهای درمانی به‌گفت‌وگوی زیاد، بیان تجربه‌های قبلی و بینش و درون‌نگری زیاد نیاز دارد. این رویکردهای درمانی ممکن است بر استعاره‌ها و تداعی‌های پیچیدهٔ مضمونی بین تجربه‌های فرد متکی باشد. در نتیجه، این درمان‌ها به سطوح بالای هوش نیاز دارد (گارفیلد[3]، ۱۹۹۴).

اما صورت‌های رفتاری درمان غالباً روی افرادی که توانایی عقلی زیادی داشته‌اند، اجرا شده‌اند و موقعیت قابل توجهی داشته‌اند. رویکردهای اصلاح رفتار روی انواع آدم‌ها قابل اجرا است، به‌خصوص وقتی هدف ما ایجاد تغییرات رفتاری خاص باشد نه بینش. شاید هم به این دلیل است که درباره کودکان و نوجوانان یا در مواردی که شخص خواهان تغییر رفتاری است، از رویکردهای رفتاری استفاده می‌شود.

سن . اگر همه چیز برابر باشد، جوانان گزینه مناسب‌تری برای درمان هستند تا سالمندان. در مقابل، به نظر نمی‌رسد بین سن و موفقیتِ درمان در بین جوانان رابطه باشد. جوانان در مقایسه با سالمندان، انعطاف‌پذیرترند و کمتر «روی حرف‌شان اصرار می‌ورزند». شاید بیماران جوان، به این دلیل ارتباط بهتری برقرار می‌کنند که به دوران کودکی نزدیک‌ترند. شاید هم چون رفتار منفی آنان کمتر از رفتار منفی سالمندان تقویت شده است. به هر حال این باور که جوان‌ترها بهتر از سالمندان به درمان جواب می‌دهند، بین روان‌شناسان بالینی رایج است. البته اگرچه شواهد تحقیقاتی نیز از پیش‌آگهی ضعیف‌تر سالمندان خبر می‌دهد، این یافته حتی در بهترین حالتش هم ضعیف است (کلارکین و لوی[4]، ۲۰۰۴؛ گارفیلد، ۱۹۹۴؛ ام. ال. اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰).

بهتر است سن را به تنهایی در نظر نگیریم و خصوصیات اختصاصی مورد نظر را ملاک قرار دهیم. خیلی پیش می‌آید که بیمار ۵۵ ساله، انسانی فعال و راحت و درون‌نگر باشد که واقعاً از درمان نتیجه می‌گیرد. خلاصه اینکه محروم کردن یک سالمند از درمان، در برخی موارد می‌تواند مصداق تبعیض سنی باشد! خوشبختانه، تحقیقات از اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاری و روانپویشی کوتاه‌مدت سالمندانی خبر می‌دهد که اختلالات اضطرابی و افسردگی دارند که دو مشکل روان‌شناختی شایع در این ردهٔ سنی است (آیرس، سورل، تورپ و وترل[5]، ۲۰۰۷؛ فیسک، وترل و گاتز، ۲۰۰۹).

انگیزش . روان‌درمانگری گاهی اوقات طولانی و سخت می‌شود و چیزهای زیادی از مراجع طلب می‌کند. روان‌درمانگری می‌تواند پر از اضطراب، موانع و دوره‌های پیشرفت نکردن باشد. بخش اعظم کارها در بیرون از اتاق درمان و از طریق تکالیف منزل و تمرین‌های چالش‌برانگیزی صورت می‌گیرد که بین جلسات درمان اجرا می‌شوند. این تمرین‌ها گاهی اوقات از بیمار می‌خواهد رفتارهای جدیدی انجام دهد که اضطراب‌آورند. به همین دلایل و به دلایلی دیگر، روان‌درمانگری موفق، به انگیزش نیاز دارد.

بیمار باید تا حدی خواهان روان‌درمانی باشد (هرچند گاهی اوقات حتی بیماران بسیار باانگیزه هم می‌خواهند درمان را رها کنند). بنابراین، روان‌درمانی‌شدن عملی داوطلبانه و اختیاری است و کسی را نمی‌توان مجبور کرد تحت روان‌درمانی قرار گیرد. اگر آدم‌ها را آشکارا یا با ظرافت مجبور کنیم نقش بیمار را بازی

---

1. Stone, Frank. Nash and Imber
2. Miller and Gross
3. Garfield
4. Clarkin and Levy
5. Ayers, Sorrell, Thorp and Wetherell

کنند، روان‌درمانی به ندرت به آنها کمک خواهد کرد. درمان به یک زندانی که می‌خواهد روی نظر هیئت حُسن سلوک تاثیر گذارد، کمک زیادی نخواهد کرد؛ همچنین به دانشجویی که به اتهام مصرف ماریجوانا یا باید به مرکز مشاوره برود یا به زندان؛ همچنین به شخصی که تحت درمان قرار گرفته تا از ادعای شرکت بیمه مصون بماند.

هرچند عقل عرفی می‌گوید انگیزش مراجع، شرط لازم برای تغییر مثبت است، نتایج تحقیقات در این زمینه متفاوت بوده است (گارفیلد، ۱۹۹۴). یک مشکل روش‌شناختی این است که انگیزش مراجع را چطور بسنجیم. مطالعات از این لحاظ با هم فرق دارند. یوکن و برمن [1] (۱۹۸۷) مبالغ پرداختی مراجعان در ازای خدمات روان‌درمانی را شاخص انگیزش مراجعان در نظر گرفتند. اما بین نتیجهٔ روان‌درمانی مراجعانی که مبالغ متعارف و استاندارد را در ازای روان‌درمانی‌شدن می‌پرداختند و نتیجهٔ روان‌درمانی مراجعانی که پول زیادی بابت آن می‌پرداختند، تفاوت نسبتاً کمی دیده شد. به همین دلیل یوکن و برمن (۱۹۸۷) نتیجه گرفتند به نظر می‌رسد بین انگیزش و نتیجهٔ درمان رابطه‌ای وجود ندارد. اما نبود یافته‌های قطعی صرفاً می‌تواند نشان‌دهندهٔ دشوار بودن تعریف و اندازه‌گیری انگیزش مراجعان باشد.

باز و راحت بودن . بیشتر درمانگرها بهترین پیش‌آگهی را به‌طور شهودی متعلق به بیمارانی می‌دانند که به سودمندی روان‌درمانگری باور دارند و نسبت به آن خوشبین هستند. روان‌درمانگرها وقتی بیماران می‌خواهند مشکلاتشان را از نظر روان‌شناختی بررسی کنند نه از نظر پزشکی، آسوده‌خاطر می‌شوند. به این اشخاص راحت‌تر می‌توان «یاد داد که بیماران خوبی برای روان‌درمانگری باشند» تا به بیمارانی که مشکل‌شان را نشانه‌ای می‌دانند که باید توسط یک درمانگر علامهٔ دهر و مقتدر درمان شود و منتظر نتیجه می‌مانند. بنابراین، «باز و راحت بودن» در برابر درمان، بیمار را برای درمان شدن مناسب‌تر می‌کند (زینبرگ، یولیازک و آدلر [2]، ۲۰۰۹).

جنسیت . رابطهٔ نتیجهٔ درمان و جنسیت بیمار چیست؟ بسیاری معتقدند زن‌ها در درمان، بهتر از مردها عمل می‌کنند. اما تحقیقات از این دیدگاه حمایت نمی‌کند که جنسیت زیست‌شناختی مراجع با نتیجهٔ روان‌درمانگری رابطهٔ معناداری دارد (کلارکین و لوی، ۲۰۰۴؛ گارفیلد، ۱۹۹۴). اگرچه جنسیت مراجع، رابطهٔ پایایی با نتیجه درمان ندارد، احتمالاً این امر حقیقت دارد که جنسیت درمانگر، در برخی موارد، مهم است. برای مثال، زنانی که قربانی تجاوز بوده‌اند راحت‌ترند که با روان‌درمانگری مؤنث حرف بزنند تا روان‌درمانگر مذکر.

نژاد، قومیت و طبقهٔ اجتماعی . تا سال‌ها بحث داغی بر سر تاثیرگذاری درمان بر اقلیت‌های قومی وجود داشت؛ به‌ویژه وقتی درمانگر سفیدپوست است. به نظر می‌رسد بسیاری از فنونِ درمانی برای بیماران سفیدپوست طبقهٔ متوسط به بالا طراحی شده است. اندک روش‌هایی را می‌توان یافت که پیشینهٔ فرهنگی و انتظارات بیماران را در نظر بگیرد. بنکس [3] (۱۹۷۲) می‌گوید وقتی درمانگر و بیمار هم‌نژاد باشند، تفاهم و خودکاوی بیشتری صورت خواهد گرفت. برخی دیگر هم دربارهٔ طبقه اجتماعی، پیشینه، ارزش‌ها و تجربه، چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند و پیشنهاد می‌کنند درمان‌های متعارف را به نفع فنونی حمایتی‌تر کنار بگذاریم. اما دو دهه تحقیق ظاهراً نتوانسته به‌طور قطعی نشان دهد اقلیت‌های قومی، به نتایج درمانی متفاوتی دست می‌یابند (سو، ۱۹۸۸؛ سو، زِین و یانگ، ۱۹۹۴؛ زین، هال، سو، یانگ و نونز [4]، ۲۰۰۴).

اسکوفیلد [5] (۱۹۶۴) باورمندی روان‌درمانگر به بیمار آرمانی را سندرم YAVIS می‌نامد (که از سرواژه‌های کلمات جوان، جذاب، خوش سر و زبان، باهوش و موفق [6] گرفته شده است). اما مرورهای فراوان به عمل آمده بر تحقیقات نتیجه گرفته‌اند که گویا رابطه‌ای بین طبقهٔ اجتماعی و نتیجهٔ درمان نیست (گارفیلد، ۱۹۹۴). موضوعی که خیلی با دقت بررسی نشده این است که آیا بیماران و درمانگرها را باید بر اساس طبقهٔ اجتماعی همتا کرد یا نه، و آیا برخی شکل‌های روان‌درمانگری برای

1. Yoken and Berman
2. Zinbarg, Uliaszek and Adler
3. Banks
4. Zane, Hall, Sue, Young and Nunez
5. Schofield
6. Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Successful

بیماران طبقات پایین‌تر اجتماعی‌اقتصادی از برخی شکل‌های دیگر روان‌درمانگری موثرتر است.

برخی محققان دریافته‌اند وقتی بین طبقهٔ اجتماعی یا ارزش‌های بیمار و درمانگر تفاوت معناداری وجود دارد، تمایل بیمار به ماندن در درمان کم می‌شود (زِین و دیگران، ۲۰۰۴). معدود کسانی پیدا می‌شوند که اهمیت **حساسیت فرهنگی** درمانگر را دست‌کم بگیرند. رشتهٔ روان‌شناسی بالینی باید خدماتی ارائه کند که حساسیت فرهنگی داشته باشد (سو و دیگران، ۱۹۹۴؛ زِین و دیگران، ۲۰۰۴). روان‌شناسان بالینی همچنین باید هنگام کار با اقلیت‌های قومی به نوعی همدلیِ شناختی، یا به قول اسکات و بورودوسکی [1] (۱۹۹۰)، نقش‌گیری فرهنگی برسند. در تحلیل نهایی، روان‌شناسی بالینی باید درمانگرانی دارای حساسیت فرهنگی پرورش دهد که بتوانند روی جمعیت‌های مختلف فرهنگی، کار موثری انجام دهند (پانیاگوا [2]، ۱۹۹۸).

واکنش‌های درمانگران به بیماران . در حالت آرمانی، فرقی نمی‌کند که بیمار آدم درگیری باشد که پاسخ‌های مثبتی در دیگران پدید می‌آورد یا نه. درمانگر صرف‌نظر از واکنش‌های مثبت و منفی خودش به بیمار، باید تاثیرگذار باشد. اما همان‌طور که دیدیم، درمانگرها موجودات کامل و بی‌عیبی نیستند؛ خصوصیات شخصیتی دیگران بر آنها تاثیر می‌گذارد. اما خوشبختانه فهم و خویشتن‌داری درمانگران در روابط حرفه‌ای آنها با بیماران از فهم و خویشتن‌داری بسیاری از افراد عادی در روابط اجتماعی و میان‌فردی‌شان بیشتر است. با این حال، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران جذاب‌تر (برای مثال نش و دیگران، ۱۹۶۵) یا بیمارانی که درمانگر با آنها بهتر رابطه برقرار می‌کند (برای مثال آیساکس و هاگارد [3]، ۱۹۶۶)، نتیجهٔ بهتری از درمان می‌گیرند (گارفیلد، ۱۹۹۴). همچنین دست‌کم در یک مطالعه، درمانگرها کمتر دوست داشتند بیماری را درمان کنند که او را دوست نداشتند (لمن و سالووی [4]، ۱۹۹۰).

کادر ۳ ـ ۱۱: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : قابلیت فرهنگی

روان‌شناسان بالینی بیش از پیش به گروه‌های چندفرهنگی غیرسفیدپوست خدمات می‌دهند. بنابراین، روان‌شناس هنگام سنجش مراجعان از اقوام و گروه‌های اجتماعی ـ اقتصادی دیگر، باید پاره‌ای عوامل را در نظر داشته باشد. پانیاگوا (۱۹۹۸) در این زمینه، دستورالعمل‌ها و ملاحظاتی دارد که به شرح زیر است:

۱. **فرهنگ‌پذیری** . منظور از فرهنگ‌پذیری، «میزان ادغام الگوهای فرهنگی جدید در الگوهای فرهنگی اصلی است» (پانیاگوا، ۱۹۹۸، ص ۸). فرهنگ‌پذیری می‌تواند درونی باشد (برای مثال نقل مکان از یک ناحیه در ایالت متحده امریکا به ناحیه‌ای دیگر) یا بیرونی (نقل مکان به کشوری جدید). روان‌شناسان بالینی با اجرای مقیاس‌های کوتاهی که متغیرهایی مثل سلیقهٔ زبانی، گروه نژادی مرجعی که مراجع اجتماع‌پذیری را با آن طی کرده است و نسل را می‌سنجد، می‌توانند میزان فرهنگ‌پذیری مراجع را تخمین بزنند.

۲. **موانع زبانی** . تا حد امکان بهتر است از مترجم استفاده نکنیم، ولی گاهی اوقات مترجم لازم است. پانیاگوا (۱۹۹۸) توصیه می‌کند از مترجمی استفاده کنیم که پیشینهٔ فرهنگی او با پیشینهٔ فرهنگی مراجع مطابقت دارد. مترجم باید در زمینهٔ سلامت روان، سابقه داشته و با مراجع به تفاهم رسیده باشد. (به جای ترجمهٔ همزمان) باید از ترجمهٔ نوبتی استفاده شود و نباید از دوستان، بستگان و خواهر و برادرهای دوزبانهٔ شخص به عنوان مترجم استفاده کرد. سطح فرهنگ‌پذیری مترجم نیز باید خوب باشد.

۳. **تشخیص افراطی** . روان‌شناسان بالینی باید مراقب باشند رفتار گروه‌های فرهنگی دیگر را بی‌جهت و به صرف ناآشنا بودن، آسیب تلقی نکنند.

۴. **خانوادهٔ گسترده** . روان‌شناسان بالینی باید قبل از آنکه دیگران را برای کمک به درمان مراجع فرا بخوانند، تعریف خانوادهٔ گسترده را در نظر بگیرند (که می‌تواند بستگان غیرتنی را هم در برگیرد).

۵. **نوع نظریه** . امریکایی‌های افریقایی‌تبار، بومیان امریکا، اسپانیایی‌تبارها و آسیایی‌تبارها در مجموع درمان‌های فعال،

1. Scott and Borodovsky
2. Paniagua
3. Isaacs and Haggard
4. Lehman and Salovey

مستقیم و ساختاردار را ترجیح می‌دهند. در مواردی که فرهنگ‌پذیری، سهم اصلی را در مشکلات بیان‌شده دارد، درمان انفرادی بر خانواده‌درمانی و زناشویی‌درمانی تقدم دارد.

۶. **مقدار اطلاعات جمع‌آوری‌شده** . روان‌شناسان بالینی باید از جمع‌آوری حجم انبوهی از اطلاعات در همان آغاز سنجش و درمان اجتناب کنند. در غیر این صورت، اعضای گروه‌های چندفرهنگی این را عدم قابلیت و ناآشنا بودن روان‌شناسان بالینی با فرهنگ آنها در نظر می‌گیرند. اطلاعات باید به تدریج و طی چند جلسه جمع‌آوری شود.

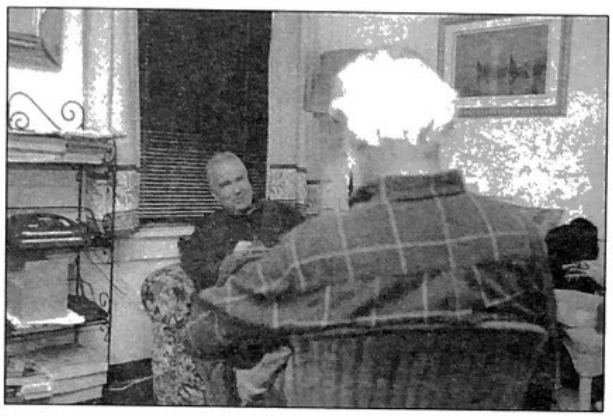
۷. **تعریفِ «درمانگر»** . باید تعریف مراجع از کلمهٔ «درمانگر» را بدانیم. این کلمه می‌تواند در ذهن مراجع، معادل «پزشک»، «متخصص پزشکی» یا «شفادهنده» باشد. بنابراین باید انتظارات نابجا را برطرف کنیم.



روان‌شناس بالینی باید آمادهٔ سنجش و درمان کسانی باشد که پیشینهٔ فرهنگی متفاوتی دارند.

درمانگر

چیز عجیبی نخواهد بود اگر بفهمیم برخی خصوصیات درمانگر بر فرایند درمان تاثیر می‌گذارد. داشتن یک جهت‌گیری نظری یا درمانی خاص، نقش شخصیت و گرمی و حساسیت درمانگر را کم‌رنگ می‌کند. حتی فروید هم تاثیر بالقوهٔ شخصیت روانکاو بر فرایند روانکاوی را تشخیص داده بود. او برای آن که «جلوی» تاثیرگذاری این عوامل شخصیتی بر فرایند روانکاوی را بگیرد پیشنهاد کرد تحلیلگران گهگاه تحلیل شوند تا بتوانند این عوامل را بشناسند و مهار کنند. راجرز هم به تعبیری، روی دیگر همین سکه را دید و خصوصیاتی مثل پذیرش و گرم بودن را شالودهٔ درمان دانست. اگرچه فروید بر جنبهٔ منفی و راجرز بر جنبهٔ مثبت تاکید کردند، اما هر دو زمینه‌ساز بررسی تاثیر متغیرهای مربوط به درمانگر در فرایند درمان شدند. متاسفانه تقریباً همه اتفاق‌نظر دارند که متغیرهای مربوط به درمانگر مهم است، ولی درباره جزییات این موضوع، اتفاق‌نظر زیادی وجود ندارد. تاثیر خصوصیات درمانگر بر نتیجهٔ درمان، حوزهٔ تحقیقاتی مهمی شده است (بویتلر، ماچادو و نویفلت[1]، ۱۹۹۴؛ بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴).



نتیجهٔ روان‌درمانگری، به متغیرهایی همچون خصوصیات مراجع، کیفیات و مهارت‌های درمانگر، نوع مشکلات و روش‌های درمانی بستگی دارد.

سن، جنس و قومیت . بویتلر و دیگران (۲۰۰۴، ۱۹۹۴) بر مبنای مرورهای جامع صورت گرفته در مورد ویژگی‌های موثر درمانگران بر نتیجهٔ درمانگری، به شواهدی استناد می‌کنند که نشان می‌دهند سن درمانگر ربطی به نتیجهٔ درمان ندارد. همچنین مرد یا زن بودن درمانگر نیز ظاهراً تاثیرات درمان را به شکل معناداری بهبود نمی‌بخشد و هم‌قوم بودن بیمار و درمانگر الزاماً به نتایج بهتر منجر نمی‌شود. بویتلر و همکاران (۲۰۰۴، ۱۹۹۴) تصدیق می‌کنند که این نتایج مغایر عقاید اجتماعی-سیاسی جاری و غالب است. در عین حال ادعا می‌کنند که تحقیقات موجود در این زمینه، مشکلات

1. Beutler, Machado and Neufeldt

روش‌شناختی داشته است. متغیرهای مرتبط با درمانگر ممکن است با خصوصیات مراجع، محیط درمان و شکل درمان تعامل داشته باشد. بار دیگر، راه‌حل ظاهراً این است که درمانگران به سن، جنسیت و مسائل نژادی خودشان و بیمار، حساسیت بیشتری نشان دهند.

شخصیت . اشتروپ و برگین[1] (۱۹۶۹) در مبحث متغیرهای مرتبط با درمانگر، دو نکتهٔ ارزشمند را روشن کرده‌اند. نخست اینکه شواهد نشان می‌دهد شخصیت درمانگر، نیروی بالقوه مهمی است، ولی نتیجهٔ درمان را ترکیبی از عوامل تعیین می‌کند. دوم اینکه با شهرت پیدا کردن درمان‌های رفتاری، تحقیق در این حوزه کم شد. اما با افزایش توجه رفتاردرمانگرها به عواملی غیر از فنون و سازوکارهای مکانیکی، این احتمال وجود دارد که مبحث خصوصیات درمانگر «دوباره کشف» و در تحقیقات و درمان لحاظ شود.

آیا یک درمانگر «آرمانی» باید واجد مجموعه‌ای از صفات شخصیتی خاص باشد؟ کراسنر (۱۹۶۳) با تمسخر پیشنهاد می‌کند درمانگر آرمانی در ادبیات تحقیق، چنین توضیح داده شود:

> پخته، سازگار، اهل همدلی، با تحمل، صبور، مهربان، زیرک، غیرقضاوتگر، پذیرا، سهل‌گیر، غیرانتقادگر، گرم، دوست‌داشتنی، علاقه‌مند به بشریت، محترم، عزیز، طرفدار رابطهٔ میان‌فردی دموکراتیک با مردم، عاری از تعصبات نژادی و دینی، دارای اهداف ارزشمند در زندگی، مهربان، مشوق، خوشبین، قوی، باهوش، عاقل، کنجکاو، خلاق، هنرمند، علمی، قابل اعتماد، الگو برای بیمار، توانمند، ظریف و حساس، خودآگاه، بصیر نسبت به مشکلات خود، خودانگیخته، شوخ‌طبع، دارای احساس امنیت، از لحاظ جنسی پخته، باتجربه و بالنده، دارای تحمل بالای ناکامی، بااعتمادبه‌نفس، آرام، عینی‌نگر، خودتحلیلگر، آگاه بر پیشداوری‌های خود، غیرمتملق، فروتن، شکاک ولی غیربدبین و غیرخودنکوهش‌گر ... قابل اتکا، بی‌تناقض، باز و دارای سعهٔ صدر، صادق، رُک، فنی، حرفه‌ای و جذاب. (صص ۱۷-۱۶)

بی‌شک هیچ انسانی، چه رسد به درمانگر، نمی‌تواند همهٔ این صفات را داشته باشد (حتی اگر این صفات، همپوشانی داشته باشند). بنابراین، همان‌طور که گولدستاین، هلر و سچرست[2] (۱۹۶۶) می‌گویند، جای شک و تردید است که اصولاً مفهوم «درمانگر آرمانی»، مفهوم مفیدی باشد. هر مطالعه‌ای که روی یک صفت خاص یا گروه کوچکی از صفات صورت گیرد، معنای بیشتری دارد تا مطالعه‌ای که بخواهد همهٔ صفات [یک درمانگر آرمانی] را بررسی کند.

بویتلر و دیگران (۲۰۰۴، ۱۹۹۴) می‌گویند تاثیر صفات شخصیتی درمانگر بر نتیجهٔ درمان، به‌قدر کافی مورد توجه تحقیقاتی قرار نگرفته است. اما در میان صفاتی که راجع به آنها تحقیق شده است، سلطه‌گری/جزم‌اندیشی، محل کنترل و سبک پردازش شناختی از همه بیشتر بررسی شده است. اما نتیجه‌گیری کلی از این تحقیقات دشوار است چون گویا تاثیرگذاری هر یک از این صفت‌ها بر نتیجهٔ درمان، به صفات مراجع و نوع درمان بستگی دارد (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴). برای نمونه، هال و مالونی[3] (۱۹۸۳) گزارش داده‌اند که بالا بودن سطح سلطه‌گری درمانگر در مواردی به نتیجهٔ بهتر منتهی می‌شود که درمانگر و مراجع شباهت فرهنگی دارند ولی درمانگرانی که سلطه‌گری آنها کم است، بر مراجعانی تاثیر بیشتری می‌گذارند که با او هم‌فرهنگ نباشند.

همدلی، گرمی و خلوص . سونسون[4] (۱۹۷۱) گفته است عامل اصلی که درمانگران موفق و ناموفق را از هم جدا می‌کند، علاقه‌مندی آنها به مردم و تعهدشان به بیمار است. همچنین برانینک و شرودر[5] (۱۹۷۹) متوجه شدند درمانگران متخصصی که مسلک‌های نظری متفاوتی داشتند، در همدلی شبیه هم بودند.

توجه به همدلی و دو مفهوم مرتبط با آن، یعنی گرم بودن و خلوص، حاصل نظامِ درمان مراجع‌محور کارل راجرز (۱۹۵۱) است. این متغیرها از نظر راجرز، شروط لازم و کافی تغییر درمان‌بخش بود (راجرز، ۱۹۵۷). برخی شواهد تحقیقاتی هم به ارتباط این کیفیات و نتایج موفقیت‌آمیز درمان اشاره کرده‌اند (تراکس وکرکهوف، ۱۹۶۷؛ تراکس و میچل، ۱۹۷۱). اما لمبرت،

---

1. Strupp and Bergin
2. Goldstein, Heller and Schrest
3. Hall and Malony
4. Swenson
5. Brunink and Schroeder

دی خولیو و استاین[1] (۱۹۷۸) در مرور دقیق تحقیقات صورت‌گرفته دربارهٔ رابطهٔ نتایج درمان با همدلی، توجه و خلوص نتیجه می‌گیرند که فرضیهٔ راجرز پشتوانهٔ متوسطی دارد. اشتروپ و برگین (۱۹۶۹) ظاهراً همدلی، گرمی و خلوص را از جمله شروط لازم و نه کافی نتیجه‌گیری خوب از درمان می‌دانند. در سال‌های اخیر، این سه کیفیت، هرچه بیشتر سه مهارت آموزش‌پذیر و آموختنی قلمداد شده است. به نظر برگین و سوین[2] (۱۹۷۵) «اکنون برای ما روشن‌تر شده که این متغیرها آن‌قدر هم که می‌پنداشتیم، بالقوه نیست بلکه حضور و تاثیرشان فراگیر است و حتی در رفتاردرمانی‌ها هم به شدت دیده می‌شود» (ص ۵۲). اما در خصوص همدلی، عده‌ای دریافته‌اند نمرهٔ همدلی درمانگرهایی که تاثیرگذاری کمتری دارند از نمرهٔ همدلی همتاهای تاثیرگذارترشان، کمتر است (لافرتی، بویتلر و کراگو[3]، ۱۹۸۹).

همچنین گفته شده (بویتلر و دیگران، ۱۹۹۴) این سه ویژگی نه‌تنها کیفیات درمانگر است بلکه کیفیات رابطهٔ درمانی هم می‌باشد. با این نگاه، کیفیات یادشده را می‌توانیم شاخص کیفیت اتحادِ درمانی در نظر بگیریم. مطالعات پیوسته نشان داده‌اند طبیعت و قدرت رابطهٔ کاری درمانگر و بیمار، سهم معنادار ولی متوسطی در نتیجهٔ مثبت [درمان] دارد (بویتلر و دیگران، ۱۹۹۴).

بهزیستی هیجانی . لزومی ندارد درمانگرها مظهر سازگاری باشند، ولی احتمال ندارد درمانگری که خودش مشکل هیجانی دارد، آن‌قدر که مایل است، تاثیرگذار باشد. خوب است درمانگرها، حیطه‌های آسیب‌پذیر زندگی خود را بشناسند. عصبانی و مضطرب شدن هنگام مطرح شدن برخی مسائل، یا جواب دادن به سوالات مراجع توام با تدافعی شدن، علامت این است که یک جای کار ایراد دارد. خلاصه اینکه خودآگاهی، یکی از ویژگی‌های مهم درمانگران است (واینر[4]، ۱۹۷۵). درمانگرها باید بتوانند عینی و دقیق به بیماران بنگرند و غرق پویایی‌های شخصیتی خود نباشند. اتاق درمان، جای ارضای نیازهای هیجانی خود نیست (بوگنتال[5]، ۱۹۶۴؛ سینگر[6]، ۱۹۶۵).

گاهی اوقات درمانگر باید برای حل‌وفصل مشکلات هیجانی‌اش، درمان شود. اما درباره اینکه آیا درمان شدن درمانگر لزوماً باعث خواهد شد موثرتر عمل کند، اختلاف‌نظرهای کهنه‌ای وجود دارد. متاسفانه، شواهد تحقیقاتی (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴) چندان قطعی نیست. البته با توجه به پیچیدگی فرایند درمان، این قضیه خیلی هم تعجب‌آور نیست. با این حال به نظر نمی‌رسد لازم باشد تمام درمانگرها تحت درمان قرار گیرند تا واجد شرایط و صلاحیت درمانگری شوند.

تجربه و هویت حرفه‌ای . عقل عرفی می‌گوید، هرچه روان‌درمانگر باتجربه‌تر باشد، در خصوص بیماران موثرتر عمل خواهد کرد. این نگاه از لحاظ شهودی جذاب است ولی شواهد از آن حمایت نمی‌کند (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰). نه‌تنها به نظر نمی‌رسد بین تجربهٔ درمانگر و نتیجهٔ مثبت درمان، سازواری باشد، بلکه چند مطالعه نشان می‌دهد *پیراحرفه‌ای‌هایی* که آموزشِ روان‌درمانگری دیده‌اند، به نتایجی می‌رسند که به خوبی نتایج روان‌درمانگرهای آموزش‌دیده و حتی بهتر از نتایج آنها است (برمن و نورتون[7]، ۱۹۸۵؛ دارلک[8]، ۱۹۸۱؛ هتی، شارپلی و راجرز[9]، ۱۹۸۴؛ وایز، وایس، آلیک و کلوتز[10]، ۱۹۸۷). لمبرت و اوگلز (۲۰۰۴) می‌گویند هنوز قضاوت در این مورد زود است چون بسیاری از تحقیقات انجام‌شده در این زمینه، اشکال‌ها و ضعف‌های جدی دارند. اما خود لمبرت اخیراً رابطه نداشتن سطح آموزش و نتیجه‌ای که مراجع از درمان می‌گیرد را در نمونه‌ای شامل بیش از ۵۰۰۰ مراجع تایید کرده است (اوکیشی، لمبرت و اِگِت، نیلسن، دیتون و ورمیرسک[11]، ۲۰۰۶). لمبرت و اوگلز (۲۰۰۴) همچنین از این تعجب کردند که چرا مطالعات بیشتری در حمایت از برتری تجربه و آموزش حرفه‌ای منتشر نشده است.

آیا یک حرفه، درمانگرهایی می‌سازد که از درمانگرهای حرفه‌های دیگر بهترند؟ در سال‌های گذشته، مجادلات زیادی

---

1. Lambert, DeJulio and Stein
2. Bergin and Suinn
3. Lafferty, Beutler and Crago
4. Weiner
5. Bugental
6. Singer
7. Berman and Norton
8. Durlak
9. Hattie, Sharpley and Rogers
10. Weisz, Weiss, Alike and Klotz
11. OKiishi, Lambert, Egget, Nielsen, Dayton and Vermeersch

در این مورد درگرفته است که کدام حرفه برای درمان مناسب، بهتر است. روان‌پزشکان تا مدت‌ها تلاش می‌کردند اجازه ندهند روان‌شناسان بالینی بدون نظارت روان‌پزشکی، درمانگری کنند. دلیل آنها نیز چیزی نبود جز این که پزشک را علامهٔ دهر می‌دانستند هر چند که برای ادعای خود، تحقیقات محکمی نداشتند. اما روان‌شناسان بالینی خود را به تدریج از زیر سلطهٔ روان‌پزشکی بیرون آوردند. عداوت‌ها و جنگ‌های قدیمی بر سر قلمروها نیز به آرامی رنگ باختند. اما با توجه به بودجه‌های دولتی برای هزینه‌های سلامتی و گسترش پوشش بیمه و دربر گرفتن روان‌درمانگری، رقابت اقتصادی، دوباره شعلهٔ جنگ بین روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی را بالا برد.

شواهدی واقعی وجود ندارد که نشان دهد یک حرفه، درمانگران بهتری دارد (حال می‌خواهد روان‌شناس بالینی باشد یا مددکار اجتماعی روان‌پزشکی یا روان‌پزشک و یا روانکاو). در مطالعهٔ *Consumer Report* («سلامت روان»، ۱۹۹۵)، کسانی که بابت مشکلات روانی خود به متخصص سلامت روان مراجعه کرده بودند نه به پزشک خانواده، پیشرفت بیشتری گزارش می‌کردند و از درمان، رضایت بیشتری داشتند. اما روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی روان‌پزشکی، همگی از نظر رضایت مصرف‌کنندگان، در یک سطح بودند. بنابراین، داده‌ها در حال حاضر از تاثیرگذاری و رضایت بیشتر مراجعان از یکی از حرفه‌های سلامت روان در مقایسه با حرفه‌های دیگر حمایت نمی‌کند.

تا اینجا، متغیرهای مرتبط با بیمار و درمانگر را بررسی کردیم که عموماً با نتیجهٔ روان‌درمانگری مرتبط فرض می‌شوند. همان‌طور که در این بحث گفتیم، یافته‌های روان‌درمانگری پژوهی از بسیاری از مفروضات حمایت نمی‌کند. در جدول ۳ـ۱۱، فهرستی از برخی مفروضه‌های مربوط به نتیجهٔ روان‌درمانگری را می‌خوانید که در حال حاضر پشتوانهٔ تجربی چندانی ندارند یا اصلاً پشتوانهٔ تجربی ندارند.

جدول ۳ـ۱۱: مفروضات رایج ولی بی‌اساس دربارهٔ ارتباط متغیرهای مربوط به مراجع / بیمار و درمانگر، با نتیجهٔ روان‌درمانگری

مفروضه	شواهد
۱. بیماران پیرتر، نتایج ضعیف‌تری می‌گیرند.	هیچ‌گونه شواهد محکمی در تایید این مفروضه وجود ندارد (کلارکین و لوی، ۲۰۰۴؛ گارفیلد، ۱۹۹۴؛ ام. ال. اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰).
۲. فقط بیماران بسیار باانگیزه، نتیجهٔ خوب می‌گیرند.	حمایت‌ها ضد و نقیض است (گارفیلد، ۱۹۹۴)
۳. بیماران مونث، نتایج بهتری می‌گیرند.	جنسیت زیست‌شناختی، در مجموع، ربطی به نتیجهٔ روان‌درمانگری ندارد (سو و دیگران، ۱۹۹۴؛ زِین و دیگران، ۲۰۰۴).
۴. اقلیت‌های قومی همیشه نتیجهٔ بدتری می‌گیرند.	این مفروضه، پشتوانه‌ای ندارد (سو و دیگران، ۱۹۹۴؛ زِین و دیگران، ۲۰۰۴).
۵. بیمارانی که پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی بالاتری دارند، نتیجهٔ بهتری می‌گیرند.	بین طبقهٔ اجتماعی و نتیجهٔ روان‌درمانگری، رابطه‌ای وجود ندارد (گارفیلد، ۱۹۹۴).
۶. درمانگرهای پیرتر، نتایج بهتری می‌گیرند.	بین سن درمانگر و نتیجهٔ درمان، رابطه‌ای وجود ندارد (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴).
۷. درمانگران مونث، نتایج بهتری می‌گیرند.	شواهد، ضد و نقیض است (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴).
۸. هم‌قوم بودن درمانگران و بیماران، به نتایج بهتری ختم می‌شود.	این رابطه، دوپهلو است (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴).
۹. درمانگرانی که خودشان درمان شده‌اند، نتایج بهتری می‌گیرند.	نتایج، ضد و نقیض است (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴).
۱۰. درمانگران باتجربه‌تر، نتایج بهتری می‌گیرند.	نتایج، ضد و نقیض است (بویتلر و دیگران، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ لمبرت و اوگلز، ۲۰۰۴؛ ام. ال. اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰).

سیر مداخلهٔ بالینی

مداخله انواع مختلفی دارد و به مشکلات زیادی می‌پردازد که معنایش ناممکن بودن توصیف دقیق توالی روش‌هایی است که در هر مورد به کار می‌رود. اما می‌توانیم از توالی بیشتر درمان‌های روان‌شناختی، توصیفی کلی ارائه دهیم.

تماس آغازین

وقتی مراجعان برای بار نخست به درمانگاه مراجعه می‌کنند یا وارد مطب روان‌شناس بالینی می‌شوند غالباً نمی‌دانند چه می‌خواهند. برخی مضطرب‌اند و برخی، ظنین. برخی هم فرق درمان پزشکی و روان‌درمانگری را نمی‌دانند. عده‌ای هم از اینکه کمک می‌خواهند، احساس دستپاچگی و بی‌عرضگی می‌کنند. پدر و مادرهایی که برای فرزندشان کمک می‌خواهند معمولاً نمی‌دانند که آیا درمانگر با فرزندشان منظم ملاقات خواهد کرد یا با آنها هم ملاقات خواهد کرد یا با هر دو. بنابراین، پیش از هر اقدامی باید برای شخص توضیح داد که درمانگاه در مجموع چه کار می‌کند و چه نوع کمکی می‌تواند ارائه کند. این مرحلهٔ مهم می‌تواند موجب تغییر نگرش بیمار و جلب همکاری او شود. صرف‌نظر از اینکه تماس آغازین با درمانگر، مددکار اجتماعی، تکنسین روان‌شناسی یا شخص دیگری صورت گیرد، این تماس باید با مهارت و حساسیت خاصی برقرار شود.

پس از بحث دربارهٔ دلایل رجوع مراجع، می‌توان مرحلهٔ بعدی این توالی را توضیح داد. در این مرحله جا دارد راجع به چند موضوع خاص صحبت شود. متخصصان چه کسانی هستند و چه صلاحیت‌هایی دارند؟ هزینه‌ها چطور؟ آیا تماس با کسی در میان گذاشته می‌شود و اگر می‌شود، دقیقاً چه کسانی به اطلاعات دسترسی خواهند داشت؟ در صورت وجود مشکلات پزشکی، در تماس‌های درمانی، این مشکلات چگونه حل خواهد شد؟ آیا باید درمان این مراجع را شروع کرد یا او را به موسسه یا متخصص بهتری ارجاع داد؟ باید به این سوالات و سوالاتی از این قبیل رسیدگی شود.

سنجش

در صورت توافق طرفین بر سر اینکه ادامهٔ تماس مراجع با درمانگاه برای او مفید خواهد بود، یک یا چند جلسه به سنجش مشکلات او اختصاص می‌یابد. همان‌طور که در فصل‌های قبل دیدیم، روش سنجش، به طبیعت مشکل مراجع، گرایش متخصصان و دست‌اندرکاران درمانگاه و عوامل دیگر بستگی دارد. غالباً یک مصاحبهٔ پذیرش انجام می‌شود که تا حد زیادی به‌شرح‌حال‌گیری شباهت دارد. اطلاعات دیگر احتمالاً با اجرای آزمون‌های روانی اجرا می‌شود. گاهی اوقات هم وضعیتی فراهم می‌شود که با همسر شخص، معلم، اعضای خانواده یا دوستان او مصاحبه شود. گاهی هم لازم می‌شود مراجع، رفتار، افکار و احساساتش در سختی‌ها را به‌طور منظم ثبت کند.

برای برخی مراجعان هم خوب است با متخصص دیگری دیدار کند. گاهی اوقات نیز به معاینهٔ عصب‌شناختی یا معاینهٔ پزشکی نیاز است تا احتمال دخالت عوامل غیرروان‌شناختی رد شود. درباره مراجعانی هم که مشکلاتشان به امور اقتصادی و بیکاری ربط دارد، باید با مددکار اجتماعی یا مشاور شغلی مشورت شود.

پس از جمع‌آوری و تحلیل تمامی اطلاعات، اطلاعات دریافتی به‌طور مقدماتی ادغام و یکپارچه می‌شود. در این مرحله صرفاً دنبال یک برچسب تشخیصی ساده نیستیم بلکه دنبال ساخت جامع مشکلات مراجع در سایهٔ داده‌های روان‌شناختی، محیطی و پزشکی هستیم. این مفهوم‌بندی آغازین درباره مراجع، دستورالعمل‌های مداخلات درمانی اختصاصی را رقم خواهد زد. با پیشرفت درمان، در مفهوم‌بندی مراجع هم تغییراتی رخ می‌دهد و هدف ما و فنون درمان‌بخش احتمالاً تغییر خواهد کرد. سنجش، فرایند مستمری است که با مصاحبهٔ دوم یا سوم تمام نمی‌شود. بسیاری از صاحب‌نظران، امروزه طرفدار سنجش هفتگی بیمار در فرایند درمان هستند تا درمانگران متوجه عدم پیشرفت یا حتی سیر نزولی کارکرد [مراجع] شوند (برای مثال، لمبرت، ۲۰۰۷).

اهداف درمان

درمانگر و مراجع به محض یکپارچه شدن داده‌های سنجش می‌توانند بحث منظم‌تری را دربارهٔ طبیعت مشکلات و اقدامات ممکن شروع کنند. برخی از درمانگرها این مرحله را دورهٔ مذاکره

درباره اهداف می‌دانند. عده‌ای هم می‌گویند مراجع و درمانگر «قراردادی» می‌بندند که در آن، درمانگر می‌پذیرد مشکلات مراجع را کم کند و این کار را به موثرترین شکل ممکن انجام دهد. در حالت عادی، هیچ کس نمی‌تواند قول دهد معالجه یا راه‌حلی بی‌عیب و نقص ارائه خواهد کرد. مراجعان هم متقابلاً تمایلات و مقاصد خود را بیان خواهند کرد. این قرارداد در واقع معمولاً مسائلی همچون اهداف درمان، طول درمان، تعداد ملاقات‌ها، هزینه‌ها، شکل کلی درمان و مسئولیت‌های مراجع را شامل می‌شود.

وقتی کانونِ درمان، رفتار یک کودک است، کودک هم به انحای مختلف در بحث‌ها وارد می‌شود. نکتهٔ مهم این است که بسیاری از بچه‌ها نمی‌فهمند درمان چیست، چرا به آنها توجه شده و اصولاً قبول ندارند که رفتارشان باید درمان شود. بسیاری از کودکان به دلیل تمایل پدر و مادرشان در درمان شرکت می‌کنند، نه به‌دلیل میل خودشان. آنچه پیچیدگی را بیشتر می‌کند این است که پدر و مادر از نظر قانونی حق دارند از هرچه بین درمانگر و کودک می‌گذرد مطلع شوند، هرچند بیشتر درمانگرها، پدر و مادر را تشویق می‌کنند در کار آنها با کودک دخالت نکنند. به همین دلیل، هدف‌گزینی و تعیین سیر درمان کودکان به چند جلسه بحث وگفت‌وگو نیاز دارد تا کودک درگیر درمان شود، اعتماد او که به زور والدین در درمان شرکت کرده، جلب شود و پدر و مادر با انتظاراتشان آشنا شوند و به اهمیت خنثی ماندن درمانگر در قبال والدین و کودک پی ببرند.

جا دارد تکرار کنیم که ویژگی‌های این قرارداد می‌تواند به مرور تغییر کند. باید ببینیم مراجعان، حاضر به پذیرش چه چیزهایی هستند. یک مراجع بسیار مضطرب یا تدافعی ممکن است فقط به مجموعه‌ای از هدف‌ها و روش‌های محدود تن بدهد. اما با ادامهٔ درمان ممکن است راحت‌تر شود و به اهداف بیشتری تن بدهد. همچنین گاهی اوقات در مدت درمان، اطلاعات بیشتری دربارهٔ مراجع کسب خواهیم کرد و اجرای پاره‌ای اصلاحات، ضروری می‌شود. برخی مراجعان هم با افزایش اعتمادبه‌نفس و اعتمادشان به درمانگر، خواهان گسترش اهداف درمان می‌شوند. بحث هدف‌ها و روش‌ها باید با احتیاط، حساسیت و مهارت دنبال شود.

درمانگرها باید مراجعان را تا جایی پیش ببرند که آمادگی روانی آن را دارند. عجله یا تعقیب هدف‌های درمانی بلندپروازانه ممکن است مراجعان را بترساند یا آنها را از درمانگر دور کند. در حالت معمول بهتر است این کار با دقت و مهارت صورت گیرد تا مراجعان احساس کنند در حال تثبیت یا اصلاح هدف‌ها هستند.

اجرای درمان

درمانگر پس از تعیین اهداف آغازین، دربارهٔ شکل درمان تصمیم خواهد گرفت. درمان برای مثال می‌تواند مراجع‌محور، مبتنی بر نظام‌های خانواده، شناختی، رفتاری یا روانپویشی باشد. درمان می‌تواند بسیار محدود باشد و برای مثال، فقط به یک هراس خاص بپردازد یا رویکردی کلی‌تر داشته باشد و به سبک شخصیتی مراجع معطوف شود. ربط همهٔ این موارد به مشکلات مراجع، زمان مورد نیاز و حتی مشکلات و سختی‌های پیش روی درمان باید به دقت برای مراجع توضیح داده شود. همچنین باید توضیح دهیم که از مراجع چه انتظاری داریم؛ برای مثال آیا قرار است تداعی آزاد انجام دهد یا به او «تکلیف منزل» بدهیم یا باید خودش را زیر نظر بگیرد. در تمام این موارد باید رضایت مراجع جلب شود. همان‌طور که شرکت‌کنندگان تحقیق حق دارند بدانند قرار است چه اتفاقی بیفتد، بیماران هم حق دارند بدانند در فرایند درمان، چه اتفاقی خواهد افتاد. کودکان نیز حق دارند دربارهٔ درمان و اینکه چه کار می‌کند بدانند، هرچند ظرفیت‌شان برای فهم موافقتِ درمانی، به سن آنها بستگی دارد. در کادر ۴ـ۱۱، رئوس اطلاعاتی نوشته شده است که بیماران سرپایی حق دارند از آن مطلع شوند.

اتمام، ارزیابی و پیگیری

امید می‌رود که مراجع تمام عمرش را صرف روان‌درمانی شدن نکند. وقتی درمانگر به تدریج متقاعد می‌شود که مراجع می‌تواند مشکلات را به‌تنهایی رفع کند، بحث اتمام درمان را پیش می‌کشد. اتمام درمان گاهی اوقات به تدریج صورت می‌گیرد و طی آن، ملاقات‌ها برای مثال از هفته‌ای یک بار، به ماهی یک بار تقلیل می‌یابد. با نزدیک شدن زمان اتمام درمان،

جا دارد راجع به آن به‌طور مشروح بحث شود و احساس‌ها و نگرش‌های مراجع، بیان و رسیدگی شود. مراجعان گاهی اوقات درمان را یک دفعه تمام می‌کنند، حتی پیش از آنکه درمانگر صلاح بداند. اما هر گاه امکان داشت باید وقتی هرچند کوتاه را به بحث راجع به احساس مراجع دربارهٔ از دست دادن حمایت حاصل از درمان و امکان برگزاری جلسات بعدی در صورت نیاز اختصاص دهیم. در پاره‌ای موارد هم اتمام درمان به زور صورت می‌گیرد؛ چون درمانگر باید از درمانگاه برود و مراجع را به درمانگر جدیدی ارجاع دهد. بسیاری از درمانگرها لازم می‌بینند ماه‌ها پس از اتمام درمان ـ شاید ۶ ماه یا یک سال بعد ـ «جلسات تقویتی» بگذارند. در این جلسات تقویتی، پیشرفت مراجع مرور می‌شود، به مشکلات و معضلات جدیدی که در این فاصله به وجود آمده رسیدگی و فواید درمان، تحکیم می‌شود.

پیشرفت مراجعان باید ارزیابی شود (لمبرت، ۲۰۰۷). درمانگران همچنین باید داده‌ها را تنظیم و تدوین کنند و از پیشرفت مراجع یادداشت بردارند تا کیفیت تلاش‌های مراجع یا خدمات موسسه را ارزیابی کنند و خدماتی را بهبود بخشند که به مراجعان داده می‌شود. البته پایاترین داده‌ها از طرح‌های تحقیقاتی رسمی گرفته می‌شود (که آنها را در قسمت بعد توضیح می‌دهیم). اما روان‌شناسان بالینی و موسسات باید به کمک مراجعان، موفقیت تلاش‌هایشان را ارزیابی کنند.

کادر ۴ـ۱۱: تمرکز بر کاربردهای بالینی: اطلاعاتی که بیماران حق دارند بدانند

هندلزمن و گالوین[1] (۱۹۸۸) رضایت‌نامه‌ای برای بیماران تهیه کرده‌اند که حاوی سوالاتی است که معمولاً از درمانگرها پرسیده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند چنین رضایت‌نامه‌هایی می‌تواند نخستین تصورات بیماران درباره درمانگرها را ارتقا دهد (هندلزمن، ۱۹۹۰).

شما در واقع خدمات روان‌درمانگری را می‌خرید. بنابراین باید برای تصمیم‌گیری خوب، اطلاعات داشته باشید. در قسمت زیر، سوالاتی را می‌خوانید که ممکن است بپرسید. ما راجع به برخی از این سوالات، صحبت کرده‌ایم. شما حق دارید در صورت تمایل، این سوالات را بپرسید. اگر جواب‌هایم را نفهمیدید، دوباره سوال کنید.

۱. درمان
الف. چه نوع درمانی انجام می‌دهید؟
ب. خطرات احتمالی آن چیست؟ (خطراتی مثل طلاق یا افسردگی)
ج. چند درصد از مراجعان بهبود می‌یابند؟ چطور؟
د. حال چند درصد از مراجعان بدتر می‌شود؟
هـ. حال چند درصد از مراجعان بدون این درمان، بهتر یا بدتر می‌شود؟
و. تقریباً چقدر طول می‌کشد؟
ز. اگر احساس کردم درمان بی‌فایده است، باید چه کار کنم؟
ح. آیا باید آزمون بدهم؟ چه نوع آزمونی؟

۲. گزینه‌های دیگر
الف. چه نوع درمان‌ها یا کمک‌های دیگری وجود دارد؟ (مثل گروه‌های حمایتی)
ب. آنها چقدر موثرند؟
ج. خطر رویکردهای دیگر چیست؟

۳. قرار ملاقات‌ها
الف. چند بار یکدیگر را خواهیم دید؟
ب. هر جلسه چقدر طول خواهد کشید؟ برای جلسات طولانی‌تر باید پول بیشتری بدهم؟
ج. در مواقع اضطراری چطور می‌توانم به شما دسترسی داشته باشم؟
د. اگر به شما دسترسی نداشتم، با چه کسی می‌توانم حرف بزنم؟
هـ. اگر هوا بد بود یا مریض شدم چطور؟

۴. رازداری
الف. چه چیزهایی را ثبت و یادداشت خواهید کرد؟ چه کسانی به آنها دسترسی خواهند داشت؟ (برای مثال، شرکت‌های بیمه یا ناظران)
ب. تحت چه شرایطی حق دارید حرف‌های‌مان را با دیگران درمیان بگذارید؟ (برای مثال، در صورت محتمل بودن خودکشی یا قتل، سوءرفتار با کودک، حکم دادگاه، درخواست شرکت‌های بیمه یا مشورت با ناظران)
ج. آیا اطلاعات مربوط به من در اختیار خانواده‌ام یا اعضای گروه قرار می‌گیرد؟

۵. پول
الف. دستمزد شما چقدر است؟
ب. دستمزدتان را چطور باید بپردازم؟ جلسه‌ای، ماهیانه یا غیره؟

1. Handelsman and Galvin

ج. آیا بابت جلساتی که غیبت می‌کنم هم باید پول بدهم؟
د. آیا برای تماس‌های تلفنی یا نامه‌ها هم باید پول بدهم؟
ه. سیاست‌های شما در زمینهٔ بالا بردن هزینه‌ها چیست؟ (برای مثال، در دو سال گذشته، چند بار هزینه‌ها را بالا برده‌اید؟)
و. اگر بی‌پول شوم، دستمزدتان را کم می‌کنید؟
ز. اگر پول ندهم، از من شکایت خواهید کرد؟ آیا وکیل خواهید گرفت یا به موسسات خیریه رجوع خواهید کرد؟ تحت چه شرایطی؟

۶. عمومی
الف. چه آموزش‌هایی دیده‌اید و چه تجربه‌هایی دارید؟ گواهینامهٔ کار دارید؟ آموزشتان تحت نظر بوده است؟ جواز هیئت روان‌شناسان دارید؟
ب. اگر از درمان راضی نبودم باید با چه کسی حرف بزنم؟ (برای مثال، با سرپرست، هیئت ایالتی متخصصان روان‌شناسان یا کمیتهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا)

قرارداد [یا راهنما یا گفت‌وگوی ما] به بیشتر سوالات یادشده جواب می‌دهد. خوشحال خواهم شد آنها را توضیح و به سوالات دیگرتان جواب دهم. به این ترتیب می‌توانید به‌خوبی تصمیم‌گیری کنید. این اطلاعات را می‌توانید نگه دارید. لطفاً در خانه آنها را با دقت بخوانید. گهگاه نیز آن را مرور خواهیم کرد. (ص ۲۲۵)



منبع: «آماده‌سازی رضایت‌نامه برای روان‌درمانگری سرپایی: یک نسخهٔ پیشنهادی، نوشتهٔ ام.ام. هندلزمن و ام. دی. گالوین، منتشره در مجلهٔ ***Professional Psychology, Research and Practice***، ۱۹۸۸، شمارهٔ ۱۹، صص ۲۲۵ـ۲۲۳، با اجازهٔ انجمن روان‌شناسی امریکا چاپ شده است.

مراحل تغییر

پروچاسکا و همکاران (برای مثال، پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۲) گفته‌اند صرف‌نظر از درمانی که اجرا می‌شود باید ***مراحل تغییر بیمار*** را بدانیم. در این دیدگاه، تغییر رفتار مراجع، فرایند رو به پیشرفتی است که شامل مراحل زیر می‌شود:

قبل از تفکر : مراجع در این مرحله، هیچ قصدی برای تغییر رفتار خود در آینده‌ای نزدیک ندارد. مراجعان در این مرحلهٔ تغییر معمولاً بخاطر فشارهای بیرونی، برای درمان مراجعه می‌کنند (فشارهایی مثل حکم دادگاه یا اصرار خانواده و مواردی از این قبیل). پروچاسکا و نورکراس تخمین می‌زنند ۵۰ تا ۶۰ درصد مراجعان یا خانواده‌ها در این مرحله‌اند.

تفکر : مراجع در این مرحله می‌داند مشکل دارد ولی هنوز تلاشی برای تغییر نکرده است. ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان هم در این مرحله به سر می‌برند.

آمادگی : مراجع در این مرحله می‌خواهد در آیندهٔ نزدیک تغییر کند.

اقدام : مراجعان در این مرحله، رفتارهای غیرانطباقی یا هیجانات و محیط خود را تغییر می‌دهند. طبق تخمین، ۱۰ تا ۲۰ درصد مراجعان هم در این مرحله هستند.

تداوم : مراجع در این مرحله سعی می‌کند جلوی برگشت [یا عود] را بگیرد و منافع حاصل از مرحلهٔ اقدام را بیشتر کند.

اتمام : مراجع تغییرات لازم را ایجاد کرده است و خطر برگشت [یا عود] دیگر او را تهدید نمی‌کند.

این مفهوم‌بندی فرایند تغییر، دو فایده دارد. نخست اینکه به روان‌شناسان بالینی تاکید می‌کند که همهٔ مراجعان در مقامی قرار ندارند که آمادهٔ تغییر در زندگی خود باشند. در چنین مواردی، اهداف درمان عبارت خواهد بود از «هدایت» مراجعان از مراحل قبل از تفکر، تفکر و آمادگی به مرحلهٔ اقدام. در مرحلهٔ اقدام، «ارکان فعالِ» درمان، اجرایی و تاثیرگذار می‌شود. بنابراین، سنجش هر مرحله از تغییر مراجع، مهم است. دوم اینکه پروچاسکا و نورکراس (۲۰۰۲) می‌گویند چون هر مرحله «فرایندهای» معینی

دارد، روان‌شناسان بالینی باید فقط از مداخلاتی استفاده کنند که با فرایندهای آن مرحله هماهنگ است یا آنها را تکمیل می‌کند. برای مثال، وقتی مراجع در مرحلهٔ قبل از تفکر به سر می‌برد، روان‌شناس بالینی باید آگاهی مراجع از رفتارش و مشکلات نشئت گرفته از آن را بالا ببرد و در کنار فواید بالقوهٔ روان‌درمانگری، فواید تغییر را برای او روشن کند. در صورت موفقیت در این کار، مراجع از مرحلهٔ قبل از تفکر، به مرحلهٔ تفکر می‌رود.

روان‌درمانگری پژوهی

در قسمت آخر، مرور کوتاهی بر روش‌های روان‌درمانگری پژوهی، نتایج چند نتیجه‌پژوهی مهم و روندهای اخیر روان‌درمانگری پژوهی خواهیم کرد. خوانندگان علاقه‌مند به این مبحث می‌توانند به مرورهای گسترده‌تر و کتاب‌های جامع‌تر در زمینهٔ روش‌های روان‌درمانگری پژوهی مراجعه کنند (برای مثال، لمبرت و اوگلز، ۲۰۰۴).

آیزنک در سال ۱۹۵۲ در گزارشی اعلام کرد روان‌درمانی «روان‌رنجورها» از درمان نشدن آنها موثرتر نیست (به کادر ۵ـ۱۱ مراجعه کنید). محققان، این گزارش آیزنک و کار مرتبط با آن (آیزنک، ۱۹۶۶، ۱۹۶۵) را یک چالش و نبرد فرض کردند. بنابراین، اهمیت گزارش آیزنک در اعتبار نتیجه‌گیری‌هایش نبود (که از نظر بسیاری، ضعف‌ها و اشکالاتی داشت)، بلکه در حملهٔ او به آرامش حاکم بر رشتهٔ روان‌درمانگری بود.

همان‌طور که پیشتر در همین فصل گفتیم، هم‌اکنون شواهد فراوانی وجود دارد که اثربخشی روان‌درمانگری را تایید می‌کند. اما هنوز هم شک و تردید پنهانی در این خصوص وجود دارد (دوز، ۱۹۹۴). برای آنکه از ماهیت تغییرِ درمان‌بخش درک بهتری پیدا کنیم، مشکلات طرح و روش تحقیق، نتایج نتیجه پژوهی‌ها و خودِ فرایند تغییر را بررسی خواهیم کرد.

کادر ۵ـ۱۱: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: خبر تکان‌دهندهٔ آیزنک

آیزنک با بررسی نتایج آماری دریافتی از بیش از ۷۰۰۰ بیمار، دربارهٔ اثربخشی روان‌درمانگری به این نتایج رسید. این بیماران متشکل از پنج گروه روانکاوی و چهارده گروهی بودند که تحت درمان «التقاطی» قرار گرفته بودند. آیزنک به عنوان داده‌های گواه، میزان ترخیص بیماران بستری در بیمارستان‌های ایالتی نیویورک و میزان بهبود افرادی را ملاک قرار داد که دنبال واریزهای بیمه و دریافت درمان پزشکی از پزشکان عمومی بودند.

آیزنک مدعی بود ۷۲ درصد بیمارانی که صرفاً تحت نظارت یا مراقبت پزشکی قرار گرفته بودند، بهبود یافته بودند؛ در حالی که این رقم برای کسانی که درمان روانکاوانه شده بودند، ۴۴ درصد و برای بیمارانی که درمان التقاطی شده بودند، ۶۶ درصد بود. بدیهی است که بیماران روان‌درمانگری‌شده کمتر در مقایسه با بیماران گروه‌های گواه، کمتر بهبود یافته بودند.

در حالی که برخی، اعتبار نتیجه‌گیری‌های آیزنک را زیر سوال بردند (برای مثال، رچمن، ۱۹۷۳؛ تراکس و کرکهوف، ۱۹۶۷)، عده‌ای دیگر با آنها قویاً مخالف بودند (برای مثال برگین، ۱۹۷۱؛ دِشارمز، لوی و ورتهایمر[1]، ۱۹۵۴). انتقادها درباره این موضوع بود که آیزنک نتوانسته شرکت‌کنندگان گروه گواه و درمان را همتا کند. در حقیقت، تحقیق آیزنک به معنای کلاسیک، گروه گواه نداشت و بی‌شک تحصیلات، طبقهٔ اجتماعی، ساختار شخصیت، انتظارات از درمان و مواردی از این قبیل اصلاً همتا نشده بودند. همچنین شواهد کمی وجود داشت که معیارهای بهبود پزشکان و روان‌پزشکان یکی بوده باشد. سرانجام، سوالاتی در این باره وجود داشت که آیزنک میزان‌های بهبود را چطور حساب کرده است. برای مثال، برگین (۱۹۷۱) می‌گفت میزان بهبود افرادی که صرفاً تحت نظارت یا مراقبت پزشکی قرار گرفته بودند واقعاً ۳۰ درصد بود نه ۷۲ درصد آیزنک.



هانس آیزنک

1. deCharms, Levy and Wertheimer

معضلات روان‌درمانگری پژوهی

کافی نیست که ۲۵ بیمار را تحت درمان روانکاوانه قرار دهیم و پیش از درمان و پس از درمان مجموعه‌ای از اندازه‌گیری‌های سازگاری را انجام دهیم و آنگاه پس از شش ماه بگوییم تغییرات مثبتی اتفاق افتاده و نتیجه بگیریم درمان روانکاوانه موثر است. آیا گروه قابل‌مقایسه‌ای از بیماران که درمان نشده‌اند هم بهبود یافته‌اند؟ آیا اگر همین گروه ۲۵ نفری، تحت حساسیت‌زدایی منظم قرار می‌گرفتند نیز همین‌قدر بهبود می‌یافتند؟ آیا بهبود معلول روش‌های روانکاوانه بوده است یا عامل بسیار مهم، حضور صرف شخص گرم و باعلاقه‌ای که به حرف‌های آنان گوش می‌داده است؟ طرح تحقیقاتی سادهٔ این مثال نمی‌تواند به بسیاری از این سوالات مهم پاسخ دهد.

معمولاً در مطالعاتی که دنبال بررسی اثربخشی روان‌درمانگری است، مانند بسیاری از آزمایش‌های روان‌شناختی (به فصل چهارم مراجعه کنید) از یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه استفاده می‌شود. گروه آزمایشی یا گروهِ ***درمان***، تحت درمان مورد نظر قرار می‌گیرد و ***گروه گواه*** تحت درمان قرار نمی‌گیرد. گروه گواه، شکل‌های مختلفی دارد. در ***گروه گواهِ فهرست انتظار***، درمان بیماران به پس از اتمام مطالعه موکول می‌شود؛ در ***گروه گواهِ صرفاً تحت توجه***، بیماران با روان‌شناس بالینی ملاقات‌های منظم دارند ولی درمان فعال [و مشخصی] روی آنها اجرا نمی‌شود. بیماران حاضر در گروه‌های درمان‌گواه، تا حد امکان در خصوص متغیرهای مرتبط با نتیجهٔ درمان، مانند جنس و سن، وضعیت تشخیصی و شدت نشانه‌ها پیش از شروع مطالعه و پیش از گمارش تصادفی آنها در گروه‌ها، همتا می‌شوند. سنجش ***کارکرد بیمار*** (نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی) به موازات، روی دو گروه درمان و گواه انجام می‌شود. سنجش‌ها دست‌کم در شروع مطالعه، هنگام اتمام درمان و در صورت امکان، مدتی پس از اتمام درمان (پیگیری) اجرا می‌شود. با این طرح تحقیقاتی می‌توانیم دو گروه را هنگام اتمام درمان و پس از درمان، همزمان با مقایسهٔ تغییر هر گروه (در صورت امکان)، مقایسه کنیم.

در قسمت زیر، پاره‌ای ملاحظات تحقیقاتی را توضیح می‌دهیم که معنا و عمومیت یافته‌های تحقیقاتی دربارهٔ نتایج درمان را می‌سازند.

۱. نمونه چیست؟ بیماران، داوطلب هستند یا با ظرافت یا علنی مجبور به درمان شده‌اند (برای مثال، توسط زندانبان‌ها یا پزشکان خصوصی). درمانگرها باتجربه بوده‌اند یا تازه‌کار؟ روانکاو بوده‌اند یا رفتاردرمانگر؟ بیماران، «واقعی» یا برای مثال بیمارانی بوده‌اند که با آگهی روزنامه‌ها و در ازای دریافت مبلغی داوطلب شده‌اند در مطالعه‌ای قیاسی در زمینهٔ «درمان مارهراسی» شرکت کنند؟ بی‌شک پاسخ هر یک از این سوالات (و سوالات دیگر) بر نحوهٔ تفسیر نتایج توسط محققان تاثیر خواهد گذاشت. یافتهٔ مطلق نداریم، بلکه یافته‌هایی نسبت به نمونه و شرایط مطالعهٔ مورد نظر داریم.

۲. کدام متغیرهای مربوط به بیمار، کنترل شده است؟ متاسفانه نمی‌توانیم امیدوار باشیم که گروه گواه دقیقاً مانند گروه درمان باشد. سوالی که قرابت زیادی به این سوال دارد این است که مطالعهٔ مورد نظر، چقدر عوامل مربوطه را کنترل کرده است؟ اگر گروه گواه فهرست انتظار یا گروه گواه صرفاً تحت توجه، مثل گروه بیماران نیست، چه فرقی دارند؟ آیا شکایت بیماران حاضر در گروه بیماران، مثل هم است یا فرق می‌کند؟ آیا گروه گواه و گروه درمان از نظر عوامل جمعیت‌شناختی، شخصیت، دانش راجع به درمان و انتظارات در خصوص کمک، شبیه یکدیگرند؟

۳. ***ابزارهای اندازه‌گیری نتیجه***، چه بوده است؟ آیا برای تک‌تک بیماران و گروه گواه یکی بوده یا به «فراخور» وضعیت هر بیمار (اهداف، امیدها و انتظارات)، انتخاب و اجرا شده است؟ آیا از یک ابزار نتیجه‌سنج واحد استفاده شده یا چند ابزار به کار رفته است؟ آیا ابزارهای اندازه‌گیری، غیرواکنش‌زا و غیرمزاحم بوده است، یا چیزهایی به جز آنچه می‌پنداشته‌ایم اندازه می‌گیرند را منعکس می‌کرده‌اند؟ متاسفانه در حال حاضر درباره اینکه در روان‌درمانگری پژوهی‌ها از کدام ابزارهای اندازه‌گیری نتیجه باید استفاده کرد، توافق نظر وجود ندارد. به همین دلیل، مقایسهٔ مطالعات، دشوارتر هم می‌شود.

۴. طبیعت کلی مطالعه چه بوده است؟ تاثیرات درمان را به شیوه‌های مختلفی می‌توان ارزیابی کرد. تا اینجا بر مطالعات آزمایشی تمرکز کردیم. روش‌های دیگر تحقیق عبارت است از: موردپژوهی، نظرسنجی بالینی، مطالعات همبستگی و مطالعات قیاسی. هر یک از این روش‌های تحقیق، قوت و ضعف‌های خود را دارد. برای مثال، موردپژوهی می‌تواند جزییات زیادی در اختیار ما گذارد و منشأ فرضیه‌هایی شود که بسیار ارزشمندتر از مطالعهٔ آزمایشی یا مطالعهٔ قیاسی است. اما در موردپژوهی، N (یعنی اندازهٔ نمونه) ۱ است و این سوال پیش می‌آید که یافته‌های آن را چقدر می‌توانیم به بیماری دیگر تعمیم دهیم؟ مطالعات قیاسی فرصت خوبی فراهم می‌آورد تا متغیرهای مربوطه را کنترل کنیم، با گروه‌های عدم درمان، مشکل اخلاقی پیدا نکنیم و تعداد زیادی شرکت‌کننده جمع کنیم. اما مطالعهٔ قیاسی چقدر به واقعیت نزدیک است؟ همان‌طور که قبلاً گفتیم، هر یک از این روش‌ها، قوت و ضعف‌های خود را دارند. اینکه محققان چه روشی را برگزینند به این بستگی دارد که می‌خواهند چه چیزی را بفهمند و چه محدودیت‌ها و ضعف‌هایی را تحمل می‌کنند. شاید بهتر باشد که شمار زیادی محقق، تصمیم بگیرند مسیرهای تحقیقاتی مختلفی را در پیش بگیرند.

مطالعات تطبیقی

از انتقاد آیزنک به بعد، درمان‌پژوهی پیچیده‌تر شد. نه‌تنها مطالعات بیشتری درباره سنجش نتایج، بلکه در زمینهٔ مقایسه اثربخشی دو یا چند فن صورت گرفته است. اما چند منتقد هم در این زمینه پرسیده‌اند که آیا برخی طرح‌های تحقیقاتی به اندازهٔ کافی قدرت دارند (یاشرکت‌کنندگان آنها به قدر کافی هستند) که تفاوت درمان‌های مختلف را مشخص کنند (کزدین و باس، ۱۹۸۹).

مطالعهٔ دانشگاه تمپل. اسلون، استیپلز، کریستول، یورکستون و ویپل [1] (۱۹۷۵b، ۱۹۷۵a)، مطالعهٔ تطبیقی مهمی انجام دادند. در این مطالعهٔ تطبیقی، بیش از ۹۰ نفر روان‌رنجور سرپایی، در گروه‌های (الف) رفتاردرمانی، (ب) درمان روانپویشی کوتاه‌مدت و (ج) فهرست انتظار درمان حداقلی قرار گرفتند. گروه‌ها از نظر جنسیت و شدت نشانه‌ها همتا شدند؛ در موارد دیگر، گمارش در حالات متفاوت درمانی، به‌طور تصادفی صورت گرفت. درمان را سه رفتاردرمانگر و سه تحلیلگر انجام دادند که همگی آموزش‌دیده و باتجربه بودند. اندازه‌گیری‌های قبل و بعد عبارت بود از اجرای آزمون‌های روانی، فن نشانه‌های هدف (که یک ابزار اندازه‌گیری، باگرایش به ملاک‌های فردی درمان بود)، مصاحبهٔ استاندارد، گزارش افراد مطلع (افرادی که به‌طور متوسط ۱۲ سال، بیماران را می‌شناختند) و درجه‌بندی‌های صورت‌گرفته توسط درمانگر، بیمار و یک درجه‌بندی‌کنندهٔ مستقل. دقت کنید که این روش‌ها، تناظر زیادی با ملاحظاتی دارد که پیشتر در قسمت روان‌شناسی همین فصل به آنها اشاره کردیم.

هر سه گروه، در پسا‌آزمون‌گیری چهار ماه بعد، بهبود یافته بودند. اما بهبود گروه‌های درمان روانکاوانه و رفتاردرمانی از بهبود گروه فهرست انتظار بیشتر بود. درجه‌بندی‌کنندهٔ مستقل هم در میزان بهبود نشانه‌های هدف گروه درمان روانکاوانه و گروه رفتاردرمانی، فرقی پیدا نکرد. نتیجه‌سنجی کلی این ارزیاب نشان داد ۸۰ درصد اعضای هر دو گروه بهبود یافته بودند ولی این رقم درباره اعضای گروه فهرست انتظار فقط ۴۸ درصد بود. در خصوص سازگاری کلی، ۹۳ درصد گروه رفتاردرمانی و ۷۷ درصد دو گروه درمان روانکاوانه و گروه فهرست انتظار، بهبود نشان می‌داد. تغییر تطبیقی بین گروه رفتاردرمانی و گروه درمان روانکاوانه، به فراخور ملاک خاص، متفاوت بود ولی در مجموع، روند یک کم به نفع رفتاردرمانی بود. شواهدی دال بر تاثیرات رو به تباهی دیده نمی‌شد و بهبود هر سه گروه تا یک سال بعد ادامه یافته بود. اما باید متذکر شویم که روندی برای تداوم بهبود و روندی هم برای پیشرفت بیماران در گروه فهرست انتظار یا بیماران در گروه رفتاردرمانی و درمان روانکاوانه وجود داشت. این نشان می‌دهد که درمان در مقایسه با عدم درمان می‌تواند تغییر را شتاب بخشد نه اینکه تغییر را بیشتر کند. روانکاوان با بیمارانی که شدت ناراحتی‌شان کمتر بود بهتر نتیجه می‌گرفتند، در حالی که میزان ناراحتی بیماران برای

1. Sloane, Staples, Cristol, Yorkston and Whipple

رفتار درمانگرها فرقی نمی‌کرد. این نشان می‌دهد رفتار درمانی، چندمنظوره‌تر است؛ شاید چون منعطف‌تر است و رفتار درمانگرها در انتخاب فنون، التقاطی عمل می‌کنند.

فراتحلیل‌ها . اسمیت و گلاس در سال ۱۹۷۷، تقریباً ۴۰۰ نتیجه‌پژوهی در زمینهٔ روان‌درمانگری را مرور کردند. نظرشان این بود که شواهد از تاثیرگذاری روان‌درمانگری خبر می‌داد. نکتهٔ بی‌همتا در این مرور، استفاده از روشی به نام ***فراتحلیل*** بود. اسمیت و گلاس با این روش، تمام مطالعاتی که در آنها دست‌کم یک گروه درمان و یک گروه گواه یا دو گروه درمان وجود داشت، و میانگین تاثیرات درمان در تمام این پژوهش‌ها را تحلیل کردند. آنها در تحلیل‌شان، ***اندازهٔ تاثیر*** را میانگین اختلاف نمرات شرکت‌کنندگان درمان‌شده و گواه در اندازه‌های نتیجه‌ای مربوطه، تقسیم بر انحراف معیار گروه گواه در نظر گرفتند.

پیشتر به فراتحلیل اسمیت و دیگران (۱۹۸۰) اشاره کردیم. فراتحلیل آنها شامل ۴۷۵ مطالعه می‌شد که ۲۵۰۰۰ بیمار آنها، تقریباً با ۷۸ درمان به‌طور متوسط ۱۶ جلسه‌ای، درمان شده بودند. مقایسه‌های نتیجه‌ای نشان می‌داد اندازه‌های تاثیر به‌طور متوسط ۰/۸۵ انحراف معیار بود. همان‌طور که گفتیم معنای این رقم آن است که «حال یک آدم معمولی که تحت درمان قرار می‌گیرد، در پایان درمان از حال ۸۰ درصد کسانی که درمان نشده‌اند، بهتر می‌شود» (اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰، ص ۸۷). میانگین اندازهٔ تاثیر، با تعریف دقیق‌تر و محدودتر درمان و حذف «درمان‌نُما» و «مشاورهٔ نامتمایز» از داده‌ها، از ۰/۸۵ به ۰/۹۳ واحد انحراف معیار افزایش می‌یافت. این رقم شبیه کاهش میزان بیماری یا مرگ و میر از ۶۶ درصد به ۳۴ درصد است! جدول ۴ ـ ۱۱، خلاصهٔ یافته‌های اسمیت و دیگران درباره چند نوع روان‌درمانگری را نشان می‌دهد.

فرایندپژوهی

تا اینجا بر نتایج مداخلهٔ درمان‌بخش و آن دسته از متغیرهای مربوط به بیمار و درمانگر تمرکز کردیم که بر این نتایج تاثیر می‌گذارند. اما دیگر محققان به رویدادهای خاصی که در ***فرایند*** درمان رخ می‌دهد، یعنی در سیر تعامل درمانگر و بیمار، پرداخته‌اند. به این نوع تحقیق، ***فرایندپژوهی*** می‌گویند. پیروان راجرز، پیشگام این نوع پژوهش بودند و معمولاً مطالعاتی در زمینه مثلاً مقدار خودانگیختگی حرف‌های درمانگر با مراجع طی یک جلسه، یا تاثیر روشن‌سازی‌ها یا بازگویی‌های درمانگر بر مسئولیت‌پذیری مراجع برای پیشرفت در هر جلسه انجام می‌دادند.

جدول ۴ ـ ۱۱: میانگین اندازهٔ تاثیر *(ES)* و هم‌ارز صدکی برخی از صورت‌های مداخلهٔ روان‌شناختی

نوع درمان	اندازهٔ تاثیر	هم‌ارز صدکی
روان‌پویشی	۰/۶۹	٪۷۵
مراجع‌محور	۰/۶۲	٪۷۳
گشتالت	۰/۶۴	٪۷۴
درمان عقلانی ـ هیجانی (RET)	۰/۶۸	٪۷۵
شناخت‌درمانی‌های غیر RET	۲/۳۸	٪۹۹
حساسیت‌زدایی منظم	۱/۰۵	٪۸۵
اصلاح رفتار	۰/۷۳	٪۷۷
درمان شناختی ـ رفتاری	۱/۱۳	٪۸۷
مشاورهٔ نامتمایز	۰/۲۸	٪۶۱
تمام شکل‌های مداخلهٔ روان‌شناختی	۰/۸۵	٪۸۰

توجه: هم‌ارز صدکی نشانگر درصد کسانی است که درمان نشده‌اند و نتیجهٔ آنها بر اشخاصی که درمان شده‌اند، تفوق دارد.

منبع: فواید روان‌درمانگری نوشتهٔ ام. ال. اسمیت، جی. و.ی. گلاس و تی. آی. میلز، ۱۹۸۰.

درمان‌پژوهان برای مدتی طولانی به دو گروه تقسیم شده بودند (بویتلر، ۱۹۹۰): فرایندپژوهان و نتیجه‌پژوهان. نتیجه‌پژوهان به فرایندپژوهی ایراد می‌گرفتند که نشان نمی‌دهد فرایندهای درونی درمان، با نتیجهٔ درمان همبستگی دارد، بنابراین ارزش توجه جدی ندارد. در حقیقت، گاهی به نظر می‌رسد گویی فرایند باعث می‌شود در پیش‌بینی نتایج گمراه شویم.

اما فرایندپژوهان احساس می‌کردند بین نتیجه و فرایند درمان رابطه‌ای هست (اشتروپ، ۱۹۷۱). یکی از راه‌های انجام چنین تحقیقی، فیلم‌برداری یا ضبطِ صوتی جلسات درمان است (هیل و لمبرت، ۲۰۰۴). این نوع تحقیق نشان داده است که بین آنچه در مدت درمان اتفاق می‌افتد و نتیجهٔ نهایی آن رابطه‌ای اساسی وجود دارد (اورلینسکی، رونستاد وویلوتزکی[1]، ۲۰۰۴). برای مثال در این مطالعات، قوی‌ترین رابطه بین پیوند درمان‌بخش (میزان سرمایه‌گذاری مراجع و درمانگر بر یکدیگر، میزان ارتباط آنها با هم و میزان تایید یکدیگر) و نتیجهٔ درمان پیدا شد (اورلینسکی و دیگران، ۲۰۰۴). این یافته، بر اهمیت برقراری یک رابطهٔ کاری قوی و مثبت در روان‌درمانگری تاکید می‌کند.

دیگر یافته‌های تکرارشونده درباره ارتباط اندازه‌گیری‌های فرایند درمان و نتیجهٔ درمان عبارت است از (اورلینسکی و دیگران، ۲۰۰۴):

- قابلیت درمانگر و رعایت پروتکل درمان توسط او، با نتیجهٔ مثبت [روان‌درمانگری] رابطه دارد؛
- میزان تامل و تفکر مراجعان و فرایند هیجانی جلسات، با نتیجهٔ درمان رابطه مثبتی دارد؛
- راهنمایی و توصیه درمانگرها در مجموع به نتیجهٔ درمان ربطی ندارد و حمایت و تشویق مراجع توسط درمانگر، با نتیجهٔ درمان، رابطهٔ سازواری ندارد؛
- همان‌طور که انتظار هم می‌رود، میزان همکاری مراجع (در برابر میزان مقاومت او) با نتیجهٔ درمان، رابطهٔ مثبتی دارد، همان‌طور که میزان ابراز عاطفهٔ مثبت مراجعان در یک جلسه، چنین رابطه‌ای دارد.

این یافته‌ها، سرنخ‌های بیشتری درباره ارکان درمان‌بخشی ارائه می‌کند که با نتیجهٔ مثبت درمان رابطه دارد. نکتهٔ بسیار جالب این یافته‌ها صرف‌نظر از «نوع» درمان، تکرار می‌شود.

روندهای اخیر

کانون روان‌درمانگری‌پژوهی . همان‌طور که گفتیم، دربارهٔ اثربخشی و تاثیرگذاری رویکردهای درمانی بر تشخیص‌های منفرد تحقیقات زیادی شده است. علاوه بر این، تحقیقات اخیر با طرح این موضوع که آیا عوامل خاصی (مثل انگیزش مراجع، پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی و غیره) با اثربخشی و تاثیرگذاری بالاتر رابطه دارد، مسئله مورد نظر را اصلاح کرده‌اند. همچنین این تحقیقات، رویکردهای درمان‌بخش را بر آن داشته است تا مشخص کنند آیا برای مثال، مولفه‌های اختصاصی درمان شناختی ـ رفتاری، مهم‌ترین ارکان نتیجهٔ درمان است. سرانجام اینکه تحقیقات، به شکل اختصاصی‌تری بر این موضوع متمرکز شده‌اند که چه درمانی برای چه نوع تشخیصی مناسب‌تر است. به عبارت دیگر، محققان معاصر، دیگر به این سوال علاقه‌ای ندارند که «آیا روان‌درمانگری موثر است؟»، بلکه سوال مورد علاقهٔ آنها این است که «کدام روان‌درمانگری برای کدام تشخیص مناسب است»؟ بخشی از این مسیر تحقیقاتی، پیدا کردن پاسخ این سوال است که آیا روان‌درمانگری، نتیجهٔ بهتری برای مراجع رقم خواهد زد یا دارودرمانی یا ترکیب هر دو.

برای مثال، چورپیتا[2] و همکاران (۲۰۱۱) تحلیلی از چند نوع رویکرد درمانی برای چند نوع اختلال کودکان ارائه کرده‌اند. نتایج آنها مجموعه‌ای از رشته شواهد مستند درباره چند رویکرد درمانی را نشان داد. برای مثال، نتایج تحلیل آنها نشان داد درمان شناختی ـ رفتاری، به‌ویژه وقتی «مواجهه» یکی از فنون آن باشد، بهترین گواه برای درمان اختلالات اضطرابی خواهد بود؛ بیشتر مطالعات هم نشان می‌دهد این رویکرد از عدم درمان بهتر است. در مقابل، شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد درمان روانپویشی یا بازی‌درمانی بهتر از عدم درمان باعث می‌شود نشانه‌های اختلال اضطرابی کاهش یابد (چورپیتا و دیگران، ۲۰۱۱).

1. Orlinski, Ronnestad and Willutzki 2. Chorpita

دیگر مطالعات اخیر، تاثیرات روان‌درمانگری و دارودرمانگری یا ترکیب این دو را مقایسه کرده‌اند. در بسیاری از این مطالعات از کارآزمایی‌های بالینی ملی چندپایگاهی بزرگ استفاده شده که روی صدها مراجع در چند ناحیهٔ جغرافیایی ایالت متحده اجرا شده‌اند. برای مثال، یکی از همین کارآزمایی‌ها دربارهٔ درمان اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی کودکان بوده است (مطالعهٔ درمانی چنددرمانی و چندپایگاهی، با همکاری موسسهٔ ملی سلامت روان درباره کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی؛ MTA، ۱۹۹۹). درمان‌ها عبارت بود از: رفتاردرمانی، دارودرمانی، درمان مرکب و گواه‌های مراقبت اجتماعی. نتایج در پایان درمان نشان داد کودکانی که تحت درمان مرکب و دارودرمانی قرار گرفته بودند از نظر نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بهبود بیشتری نشان می‌دادند تاکودکانی که فقط رفتاردرمانی شده یا در گروه‌های گواه مراقبت اجتماعی قرار گرفته بودند (MTA، ۱۹۹۹).

دستورالعمل درمان. روان‌شناسان بالینی روز به روز بیشتر تحت فشار قرار می‌گیرند تا پاسخگوی خدماتشان باشند. شرکت‌های بیمه و شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده درباره نوع مداخلات و سرعت اجرای آنها دیگر آزادی عمل سابق را به روان‌شناسان بالینی نمی‌دهند. چند سازمان حرفه‌ای برای اِعمال کنترل بر بخش روان‌درمانگری بر آن شده‌اند ***دستورالعمل درمان*** تهیه کنند (ناتان[1]، ۱۹۹۸). در دستورالعمل درمان، برای هر مشکل یا اختلال روان‌شناختی، مداخلهٔ خاصی توصیه می‌شود. هدف مشترک آنها هم «مشخص شدن دقیق روش‌ها و رویه‌ها برای اطمینان از درمان موثر هر اختلال است» (ناتان و گورمن، ۱۹۹۸، ص ۱۲). انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۲۰۱۱، کار روی دستورالعمل درمان را شروع کرد.

درمان راهنمادار. موضوع مرتبط و بسیار جنجالی این است که آیا باید در کار بالینی از درمان‌های راهنمادار استفاده کرد یا خیر. راهنماهای درمان را نخستین بار روان‌درمانگری‌پژوهان تهیه کردند تا مطمئن شوند پروتکل‌های درمان واحدی روی بیماران اجرا شده است. اما بعداً در کار بالینی و در خارج از بافت پژوهش هم از ***درمان‌های راهنمادار*** استفاده شد. عده‌ای از درمان راهنمادار انتقاد می‌کنند که قضاوت بالینی روان‌شناسان بالینی را متزلزل می‌کند، یا برای بیمارانی که چند مشکل (یعنی اختلالات همزمان) دارند مناسب نیست و تاثیرات درمانگر بر نتیجهٔ درمان را نادیده می‌گیرند (دیویسون و لازاروس، ۱۹۹۵؛ گارفیلد[2]، ۱۹۹۶؛ ویلسون[3]، ۱۹۹۸).

ویلسون (۱۹۹۸) در پاسخ به این انتقادها و انتقادهای دیگر، می‌گوید سودمندی بالینی درمان راهنمادار بیش از آن است که تصور می‌کنیم. یافته‌های روان‌آزمایی و قضاوت بالینی نشان می‌دهد قضاوت بالینی و پیش‌بینی بالینی، محدودیت‌هایی دارند و درمان راهنمادار دارای پشتوانهٔ تجربی که به درمانگر می‌گوید برای هر مشکل از کدام مداخله استفاده کند، عملکرد آنها را بهبود می‌بخشد. دوم اینکه داده‌هایی وجود ندارد که نشان دهد درمان‌های راهنمادار در خصوص مشکلات روانیِ همزمان از درمان‌های معمول ضعیف‌تر عمل می‌کند (ویلسون، ۱۹۹۸). در حقیقت، درمان‌های راهنمادار را می‌توانیم به ترتیب یا همزمان روی مشکلاتِ همزمان اجرا کنیم. سوم اینکه ویلسون (۱۹۹۸) می‌گوید درمان‌های راهنمادار عملاً موجب نوآوری بالینی می‌شود؛ چون به شناسایی بیمارانی کمک می‌کند که ظاهراً به درمان‌های «ردیف اول» جواب نمی‌دهند. در این موارد می‌توانیم و باید پروتکل‌ها را اصلاح کنیم تا این افراد با موفقیت درمان شوند. سرانجام اینکه ویلسون (۱۹۸۸) می‌گوید درمان‌های راهنمادار مانند درمان‌های دیگر، به مهارت بالینی و اتحادِ درمانیِ مثبت نیاز دارند. او تصدیق می‌کند که راهنماهای درمانی باید هرچه بیشتر «دوستِ درمانگر» شوند و پیشنهاد می‌کند دستورالعمل‌های بیشتر و بحث‌های بیشتری درباره مشکلات رایج هنگام اجرای چنین درمان‌هایی تدارک دیده شود.

مایل هستیم برخی موارد قوت دیگر درمان راهنمادار را هم توضیح دهیم. این نوع درمان، متمرکزتر است، از نظر بیمار، درگیری بیشتری ایجاد می‌کند و تعلیم آن، نظارت بر آن و زیر نظر گرفتن آن هم آسان‌تر است (ویلسون، ۱۹۸۸). سرانجام، روان‌شناسان بالینی که استاد درمان‌های راهنمادار هستند به

1. Nathan 2. Garfield 3. Wilson

شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده، توجه بیشتری می‌کنند؛ چون این درمان‌ها را اثربخش و تاثیرگذار می‌دانند (مارکس[1]، ۱۹۹۸؛ استروسل[2]، ۱۹۹۸). مارکس (۱۹۹۸) پیش‌بینی می‌کند که روان‌شناسان بالینی مجبور خواهند شد برای حفظ جایگاه خود به عنوان تامین‌کننده نزد سازمان‌های مدیریت مراقبت‌شده، از پروتکل‌های درمان راهنمادار استفاده کنند. به همهٔ این دلایل، کارآموزان روان‌شناسی بالینی باید آموزش دقیقی در خصوص درمان‌های راهنمادار دارای پشتوانهٔ تجربی ببینند (کلهون، موراس، پیلکونیس و رم[3]، ۱۹۹۸). جدول ۵ـ۱۱، دستورالعمل‌های مقدماتی برای آموزش درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی را در خود جا داده است.

برخی نتیجه‌گیری‌های کلی

بیشتر صاحب‌نظران تصدیق می‌کنند که اثربخشی روان‌درمانگری ثابت شده است ولی شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد یک شکل روان‌درمانگری، برای تمام مشکلات، موثر است. نتیجه‌گیری‌های جی. دی. فرانک (۱۹۷۹) دربارهٔ روان‌درمانگری در چند دهه قبل ظاهراً هنوز وصف حال تفکر کنونی حاکم بر این حوزه است:

۱. برخی شکل‌های روان‌درمانگری از کمک بی‌برنامه یا کمک غیررسمی اثربخش‌تر است.
۲. یک شکل روان‌درمانگری معمولاً در تمام اختلالات، از شکل‌های دیگر آن اثربخش‌تر نیست.
۳. مراجعانی که بهبود آغازین نشان می‌دهند، این بهبود را ادامه خواهند داد.

برای پیش‌بینی اینکه کدام درمان برای فلان مشکل، بهترین درمان است، به تحقیقات دقیق نیاز داریم. فهرست درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی باید همچنان به روز شود و گسترش یابد. در عین حال باید درباره عوامل مشترک درمان‌ها و شیوهٔ عمل درمان‌ها نیز تحقیق کنیم. تحقیقاتی نیز درباره تاثیرات همتاسازی بیماران و درمانگران در خصوص ویژگی‌های مربوطه باید صورت گیرد. اما در تحلیل نهایی جا دارد بگوییم، قابلیت درمانگر می‌تواند از همتاسازی سادهٔ نژادی، طبقاتی و جنسیتی بیماران و درمانگران مهم‌تر باشد.

جدول ۵ـ۱۱: دستورالعمل‌های آموزش درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی

- فیلم‌های ویدیویی را لحاظ کنید که نشان می‌دهد در برنامهٔ آموزشی، مولفه‌های اصلی درمان دارای پشتوانهٔ تجربی اِعمال شده است.
- عمدتاً به‌منظور نظارت بر نوارهای صوتی و تصویری جلسات اتکا کنید نه بر خوداظهاری‌های کارآموزان.
- برای ارزیابی منظم و مکرر پیشرفت هر کارآموز از ابزارهای اندازه‌گیری تهیه‌شده برای درمان دارای پشتوانهٔ تجربی استفاده کنید.
- آموزش خطاهای رایج در اجرای مولفه‌های اصلی درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی، روش آموزشی موثری خواهد بود.
- نظارت گروهی با استفاده از فیلم جلسات، از نظارت انفرادی بر مبنای میزان یادگیری، موثرتر است.
- نظارت بر حداقل سه تا چهار مورد نمونهٔ درمان دارای پشتوانهٔ تجربی و حداقل چهار مورد غیرنمونه لازم است تا شخص، حداقل مهارت لازم برای اجرای چنین درمانی را به‌دست آورد.
- ارزیابی مستمر پاسخ مراجع به درمان دارای پشتوانهٔ تجربی را در دستور کار قرار دهید.

منبع: درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی؛ تلویحات آموزشی، نوشتهٔ کی. اس. کلهون، پی. ای. پیلکونیس و ال. پی. رِم (۱۹۹۸) در صفحات ۱۶۲ـ۱۵۱ دورهٔ ۶۶ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

درمان، فرایندی ناپیاپی است که برای مثال هفته‌ای یک جلسه رخ می‌دهد. بنابراین، بخش کوچکی از زندگی بیمار را اشغال می‌کند. سایر تجربه‌های همزمان بیمار می‌تواند نقش مهم یا حتی مهم‌تری در تعیین وقوع یا عدم وقوع بهبود داشته باشد. در ضمن، وقایع درمان می‌تواند تعامل پیچیده‌ای با سایر تجربه‌ها داشته باشد. دیگران ممکن است به تدریج واکنش متفاوتی به مراجع نشان دهند و این تغییر واکنش‌ها می‌تواند تغییرات ناشی از درمان را تقویت یا خنثی کند. تغییرات مراجع ممکن است اعضای خانواده را تهدید کند و به دنبال این تهدید، در صدد خراب کردن یا لوث کردن درمان برآیند. کل فرایند

1. Marques 2. Strosahl
3. Calhoun, Moras, Pilkonis and Rehm

درمان به قدری پیچیده و تعاملی است که تحقیق برای نشان دادن عوامل مرتبط با تغییر یا عدم تغییر مراجع را دشوار می‌کند (فرانک، ۱۹۸۲).

شاید بزرگ‌ترین محدودیت همهٔ درمان‌ها در این اتهام بارلو (۱۹۸۱) جمع شده باشد که بسیاری از روان‌شناسان بالینی به نتیجه‌پژوهی توجه نمی‌کنند. آنها همچنان به کارهای سابق خود مشغول‌اند. بی‌آنکه اشکالات و محدودیت‌های استنباط معتبر بر مبنای تجربه‌هایشان در یک مورد را در نظر بگیرند (کزدین، ۱۹۸۱). پرسونز (۱۹۹۵) نقایص آموزش و دسترسی‌ناپذیری منابع را توضیح می‌دهد که روان‌شناسان را وامی‌دارد از فنون درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی استفاده نکنند. اما چمبلس و دیگران (۱۹۹۶) این موضوع را به بهترین شکل ممکن توضیح داده‌اند:

> روان‌شناسی، علم است. قوت و ویژگی بی‌همتای روان‌شناسی بالینی که قصد کمک به نیازمندان را دارد این است که از اخلاق به سوی اعتبار علمی رفته است. روان‌شناسان بالینی به این مسئله اهمیت می‌دهند که مداخله موثر است یا نه، صرف‌نظر از اینکه عرفان باشد یا اقتدار یا تبلیغ، سیاست، رسم، راحتی یا بی‌مبالاتی. روان‌شناسان بالینی، مسئولیت‌پذیری اخلاقی بنیادی را در استفاده از مداخلاتِ ممکنِ موثر و بررسی دقیق علمی آنها می‌دانند. (ص ۱۰)

روان‌شناسان بالینی باید دربارهٔ مختصات اثربخشی و تاثیرگذاری انواع درمان‌ها و اجرای طبق روال این درمان‌ها، اطلاعات بیشتری کسب کنند. آنها از لحاظ اخلاقی و علمی ملزم به این کار هستند.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسان بالینی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص، به مداخلات روان‌شناختی متوسل می‌شوند. روان‌درمانگری، شکلی از مداخله است که در یک بافت حرفه‌ای و با هدف حل مشکلات روانی، بهبود قابلیت فرد برای کنار آمدن و بهبود کارکرد او، پیشگیری از بروز مشکلات در آینده یا افزایش رضایت شخص از زندگی صورت می‌گیرد. شواهد از اثربخشی روان‌درمانگری خبر می‌دهد؛ به‌ویژه در ارتباط با برخی از مشکلات روانی خاص. اما هیچ شکلی از روان‌درمانگری یا مداخله در خصوص تمام مشکلات از شکل‌های دیگر آن برتر نیست.

برخی ویژگی‌ها یا خصوصیات در همهٔ درمان‌ها مشترک‌اند، از جمله نقش تخصصی درمانگر، رابطه یا اتحادِ درمانی، قابلیت‌سازی، تخلیهٔ اضطراب یا تنش و انتظار تغییر. اگرچه خصوصیات بیمار و درمانگر می‌تواند بر نتیجه تاثیر گذارد، رابطهٔ درمانگر و مراجع، چندبُعدی و پیچیده است. تحقیقات هرچه بیشتر نشان می‌دهد که بسیاری از باورهای رایج درباره رابطهٔ عوامل مرتبط با بیمار و درمانگر و نتیجهٔ روان‌درمانگری، درست نیست.

هدفِ روان‌درمانگری‌پژوهی، سنجش این است که آیا فلان مداخله در خصوص این یا آن جمعیت مراجعان موثر است، چه عواملی با تغییر رابطه دارد و چقدر تغییر می‌توان ایجاد کرد. مطالعات جدید این را بررسی می‌کنند که آیا فلان درمان برای بیمارانی با فلان مشکل روانی، مفید است (برای مثال، آیا بر فلان تشخیص‌ها در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تاثیر می‌گذارد). در ضمن، روان‌شناسان بالینی، بررسی دقیق‌تر فواید نسبی روان‌درمانگری و دارودرمانی برخی اختلالات و ترکیب روان‌درمانگری و دارودرمانی آنها را شروع کرده‌اند. سرانجام اینکه تحقیقات به شکل‌گیری دستورالعمل‌های درمانی کمک کرده‌اند که درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی در آنها لحاظ شده است. روان‌شناسان بالینی در آینده احتمالاً از درمان‌های راهنمادار، بیشتر استفاده خواهند کرد.

اصطلاحات کلیدی

گروه گواهِ صرفاً توجه **attention only control group**

گروه گواهی که اعضایش به‌طور منظم با روان‌شناس بالینی دیدار می‌کنند ولی درمان «فعالی» روی آنها اجرا نمی‌شود.

تخلیهٔ هیجانی **catharsis**

رهاسازی هیجانات.

عوامل مشترک **common factors**

ویژگی‌هایی که وصف حال بسیاری از گرایش‌های درمانی، و منشأ تغییرات مثبتی است که درمان روان‌شناختی ایجاد می‌کند.

گروه گواه **control group**

در روان‌درمانگری‌پژوهی به گروهی اطلاق می‌شود که درمان تحت بررسی روی آن اجرا نمی‌شود.

عمق مشکل **depth of problem**

میزان تغییرپذیری یک اختلال یا رفتار. («هرچه اختلال عمیق‌تر باشد، تغییرپذیری آن خواهد بود.»)

اندازهٔ تاثیر **effect size**

اندازهٔ تاثیر درمان (که به‌طور آماری تعیین می‌شود).

تاثیرگذاری پژوهی‌ها **effectiveness studies**

مطالعاتی که بر اعتبار بیرونی و معرف بودن درمان اجراشده تاکید می‌کند. درمان به اندازه‌ای تاثیرگذار است که مراجعان گزارش دهند از آن نفع معناداری برده‌اند.

اثربخشی پژوهی‌ها **efficacy studies**

مطالعاتی که با کنترل نوع مراجعان، استانداردسازی درمان‌ها و گمارش تصادفی بیماران در دو گروه درمان و عدم درمان، اولویت را به اعتبار درونی می‌دهد. درمان تاجایی اثربخش است که ناکارایی شخص عادی دریافت‌کنندهٔ درمانِ کارآزمایی‌های بالینی، به‌طور معناداری از ناکارایی شخصی که تحت آن درمان قرار نگرفته است (برای مثال، شخصی که در فهرست انتظار قرار دارد) کمتر شود.

درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی **empirically supported treatments**

درمان‌های تدارک‌دیده‌شده برای انواع اختلالات روانی که مطالعهٔ تجربی دقیق نشان داده است درمانی «ثابت شده» یا «احتمالاً اثربخش» هستند. شعبهٔ روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی امریکا فهرست درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی را به صورت دوره‌ای به‌روز و منتشر می‌کند.

درمان‌های شواهدبنیاد **evidence-based treatments**

مداخلات یا فنونی که در کارآزمایی‌های بالینی، تغییر معناداری در مراجعان و بیماران ایجاد کرده‌اند.

درمانگری شواهدبنیاد **evidence-based practice**

درمان‌های مورد تایید چند منبع که در خصوص مداخله، تخصص بالینی و نیازها و ترجیحات بیماران، شواهد علمی دارند.

نقش متخصص **expert role**

اثبات قابلیت (یعنی دانش و تجربهٔ) درمانگر.

بینش **insight**

در روان‌درمانگری به فهمیدن ماهیت و خاستگاه مشکلات اطلاق می‌شود.

تفسیر **interpretation**

در روان‌درمانگری به مفهوم‌بندی درمانگر از معنای تجربه‌ها یا رفتار بیمار اطلاق می‌شود.

درمان راهنمادار **manualized treatment**

نوعی روان‌درمانگری که استاندارد شده است و راهنما دارد (یعنی منطق‌ها، اهداف و فنون هر مرحلهٔ درمان مشخص است).

تسلط **mastery**

فراگیری سطح بالایی از دانش یا مهارت. یکی از اهداف روان‌درمانگری می‌تواند ایجاد قابلیت یا تسلط در یک زمینه در بیمار باشد.

فراتحلیل **meta-analysis**

روش تحقیقی که در آن تمام مطالعات انجام‌شده دربارهٔ یک موضوع یا سوال جمع‌آوری می‌شود و نتایج آنها به‌طور آماری ترکیب می‌گردد.

عوامل غیراختصاصی **nonspecific factors**

عواملی که خاص یک گرایش درمانی نیست ولی در نتیجهٔ مثبت درمان (مثل انتظار بهبود یافتن) سهم دارد.

اندازه‌های نتیجه **outcome measures**

در روان‌درمانگری‌پژوهی به شاخص‌های کارکرد بیمار، پس از درمان اطلاق می‌شود که تاثیرگذاری درمان را اندازه می‌گیرند.

پیراحرفه‌ای‌ها **paraprofessionals**

کسانی که تحصیلات عالی روان‌شناسی ندارند ولی آموزش دیده‌اند تا به متخصصان سلامت روان کمک کنند.

کارکرد بیمار **patient functioning**

میزان خوب بودن عملکرد بیمار در چند حیطه (مثل حیطهٔ روان‌شناختی، اجتماعی/میان‌فردی، شغلی).

فرایندپژوهی **process research**

پژوهش دربارهٔ رویدادهایی که در تعامل درمانگر و بیمار رخ می‌دهد. برخی از فرایندهای درمان با نتیجهٔ درمان رابطه دارد.

مداخلهٔ روان‌شناختی **psychological intervention**

روش ایجاد تغییر در رفتار، افکار و احساسات شخص.

مراحل تغییر **stages of change**

مراحلی که معرف آمادگی بیمار برای تغییر حاصل از روان‌درمانگری است. این مراحل عبارت است از: قبل از تفکر، آمادگی، اقدام، تداوم و اتمام.

اتحادِ درمانی **therapeutic alliance**

رابطهٔ درمانگر و بیمار. نظر بر این است که اتحادِ درمانی قوی، تاثیر مهمی در تغییر درمان‌بخش دارد.

گروهِ درمان **treatment group**

در روان‌درمانگری‌پژوهی به گروهی گفته می‌شود که تحت درمان، بررسی می‌شود.

گروه گواهِ فهرستِ انتظار **waiting list control group**

گروه گواهی که اعضایش فقط پس از اتمام تحقیق، تحت درمان قرار می‌گیرند.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

11-1 Division 12 (Clinical Psychology) Web site on Research-Supported Treatments
http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/index.html

11-2 Original Division 12 Web site on Empirically Supported Treatments
http://www.apa.org/divisions/div12/cppi.html

11-3 Division 29 (Psychotherapy) Web site
http://www.divisionofpsychotherapy.org/

11-4 Evidence-Based Psychology Practice (EBPP) updates
http://www.divisionofpsychotherapy.org/category/ebpp-treatment-updates/

11-5 SAMHSA's registry of evidence-based programs and practices
http://www.nrepp.samhsa.gov/

11-6 Evidence Based Behavioral Practice (EBBP)
http://www.ebbp.org

11-7 Evidence based mental health treatment for children and adolescents
http://www.effectivechildtherapy.com

۱۲



روان‌درمانگری: دیدگاه روانپویشی

سوالات مهم

۱. مفروضات اصلی نظریهٔ فروید چیست؟
۲. در درمان روانکاوانه از چه فنونی استفاده می‌شود و چرا؟
۳. دیگر صورت‌های اصلی درمان روانکاوانه چیست؟
۴. چه شواهدی وجود دارد که نشان دهد درمان روانپویشی موثر است؟
۵. قوت و ضعف‌های درمان‌های روانپویشی چیست؟

رئوس مطالب فصل

روانکاوی: مبادی

آنا اُ.

کادر ۱ـ۱۲: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: زندگینامهٔ کوتاه زیگموند فروید

نگاه فرویدی: مروری کوتاه

از نظریه تا عمل

نقش بینش

فنون روان‌درمانگری روانپویشی

تداعی آزاد

تحلیل رؤیاها

آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره

کادر ۲ـ۱۲: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: خودتحلیلگری فروید

مقاومت

نمونه‌ای از مقاومت

انتقال

تفسیر

نمونه‌ای از تفسیر

بدیل‌های روانکاوی

تحلیل ایگو

تحولات دیگر

روان‌درمانگری روانپویشی معاصر

روان‌درمانگری میان‌فردی: درمان دارای پشتوانهٔ تجربی

کادر ۳ـ۱۲: تمرکز بر کاربردهای بالینی: ویژگی‌های روان‌درمانگری میان‌فردی

ارزیابی مختصر روان‌درمانگری روانپویشی

آیا روان‌درمانگری روانپویشی موثر است؟

کادر ۴ـ۱۲: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر کنت ال. لوی

تفسیر و بینش

عوامل علاج

عدم تاکید بر رفتار

کادر ۵ـ۱۲ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر علی خدیوی

اقتصادِ روان‌درمانگری

کادر ۶ـ۱۲: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جوزف ایی. بینی

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب سایت‌های جالب

رویکـرد روانـپویشی در درمـان، بـر انگـیزه‌ها و تـعارضات ناهشیارانه‌ای تمرکز می‌کند که ریشهٔ رفـتار هسـتند (شـدلر[1]، ۲۰۱۰). این رویکرد، اتکای زیادی به تـحلیل تـجارب گـذشته دارد. ریشه‌های این رویکـرد نـیز بـه نـظریهٔ اولیـه روانکـاوی و درمانگری زیگموند فروید برمی‌گردد (به کادر ۱ـ۱۲ مـراجـعه کنید).

کادر ۱ـ۱۲: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای : زندگینامهٔ کوتاه زیگموند فروید

زیگموند فروید در ششم مِی ۱۸۵۶ در اتریش (در منطقه‌ای که بعداً جزء چکسلواکی شد) متولد شد. فروید بخش اعظم دوران کودکی خود را در وین گذراند. زیگموند کوچک‌ترین فرزند، در مـیان هـفت فـرزند خانواده بود. پس از تحصیلات متداول، مطالعات پزشکی را در دانشگاه وین شروع کرد و در سال ۱۸۸۱، مدرک پزشکی گرفت. پس از یک دورهٔ کوتاه تحقیقاتی، طبابت خصوصی را شروع کرد، هرچند علاقهٔ زیادی به آن نداشت. دست‌کم سه چیز به زیگموند فروید کمک کرد به طـبابت خصوصی روآورد. نخست اینکه به عنوان یک یهودی، احـتمال کـمی وجود داشت تا در محیط دانشگاهی و تحقیقاتی مملو از احسـاسات ضدیهودی پیشرفت کند. دوم اینکه کارهای تحقیقاتی، درآمد چندانی نداشت. سوم اینکه عاشق مارتا برنایس[2] بود. ازدواج در آن زمان، مثل این زمان، پول زیادی می‌خواست و فروید هم پول چندانی نداشت. در نتیجه تصمیم گرفت به عنوان عصب‌شناس، مطب خصوصی باز کـند. حاصل ازدواج فروید با مارتا، شش فرزند بود و دخـترش آنـا، روانکـاو مشهوری شد.

در همین زمان بود که فروید همکاری کوتاه ولی بسیار مولد خود با جوزف بروئر[3]، پزشک مشهور وینی را شروع کرد. آنـها قـصد داشـتند کشف بروئر به نام ***معالجه از طریق گفتگو*** را تبیین کنند؛ چرا که حرف زدن درباره مشکلات روان‌رنجورانه موجب تسکین این مشکـلات در بیماران می‌شد. بروئر و فروید در سال ۱۸۹۵، کتاب ***مطالعاتی در باب هیستری*** را منتشر کردند که یک رسالهٔ تـاریخ‌ساز روان‌پـزشکی بـود. کمی بعد، به دلایلی که زوایای آن کاملاً روشن نیست از هم جدا شدند. عده‌ای می‌گویند بر سر پول اختلاف نظر داشتند و برخی می‌گویند بر سر هشدار بروئر به فروید دربارهٔ افراط او در تاکید بر دخالت عوامـل جنسی به عنوان علت هیستری.

پرآوازه‌ترین اثر زیگموند فـروید، یـعنی ***تـفسیر رؤیـاها*** در سـال ۱۹۰۰ منتشر شد که حاصل یک دهه کار مـولد بـود. در طـلوع قـرن بیستم، مقام حرفه‌ای فروید در حال ارتقا بود و پیروان راسخ زیادی را جلب کرده بود. برخی از این پیروان بعداً از او روی برگرداندند، از حلقهٔ فرویدی‌های افراطی خارج شدند و نظریه‌های روانکاوانهٔ خود را بیان کردند. مشهورترین آنها، آلفرد آدلر، کارل یونگ و اتو رنک بودند. در سال ۱۹۰۹ که برای سخنرانی به دانشگاه کلارک ایالت متحده امریکا دعوت شد، شخصیتی بین‌المللی شده بود.

پس از آن، کتاب و مقالات زیادی نوشت. اما در دههٔ ۱۹۳۰ مورد آزار و اذیت نازی‌ها قرار گرفت. نازی‌ها کتاب‌های فروید را سوزاندند و او را مـورد آزار و اذیت ضـدیهودی خـود قـرار دادنـد. سـرانـجام، اجـازهٔ مهاجرت به انگلستان را گرفت. فروید در سال‌های پایانی عمرش دچار سرطان فک شد، درد و رنج زیادی تحمل کرد و ۳۲ بار تـحت عـمل جراحی قرار گرفت. او که یک سیگاری قهار بود، چند بار سیگار را ترک کرد ولی هرگز نتوانست آن را کنار بگذارد. فروید در سپتامبر ۱۹۳۹ در انگلستان درگذشت.

1. Shedler
2. Martha Bernays
3. Joseph Breuer

بی‌شک نظریهٔ روانکاوی، یکی از فراگیرترین مساعدت‌ها را به رشتهٔ شخصیت کرد. آنچه به عنوان عقایدی جنجالی دربارهٔ یک مشت بیمار روان‌رنجور وینی شروع شده بود، به سیلابی تبدیل شد که چهرهٔ نظریهٔ شخصیت و درمانگری بالینی را تغییر داد. به ندرت می‌توان حوزه‌ای از زندگی را یافت که از تفکر فروید تاثیر نپذیرفته باشد. تفکر فروید بر هنر، ادبیات و فرهنگ هم تاثیر گذاشت (لابورسکی و بَرِت[1]، ۲۰۰۶). کلمات و عباراتی مثل ***ایگو***، ***ناهشیار***، ***آرزوی مرگ***، ***ادیپال*** و ***لغزش فرویدی***، بخشی از گفتار روزمرهٔ ما شده است.

آنچه در مورد فرهنگ صادق است، در مورد مداخلاتِ درمانی هم صادق است. اگرچه درمان روانکاوانه را گاهی اوقات منسوخ می‌دانند ولی هنوز برخی از روان‌شناسان بالینی آن را اجرا می‌کنند (نورکراس، کارپیاک و سانتورو، ۲۰۰۵). در واقع هر شکلی از درمان را که به تبادلات کلامی درمانگر و بیمار متکی است، به نظریه و درمان روانکاوانه مدیون هستیم. تاثیرات روانکاوی بر درمان وجودی، شناختی ـ رفتاری و خانواده‌درمانی مشهود است، هرچند همیشه این تاثیرات به‌طور رسمی تصدیق نمی‌شود.

روانکاوی: مبادی

در سال ۱۸۸۵ بورسیه‌ای به فروید دادند تا زیر نظر ژان شارکو در پاریس آموزش ببیند. شارکو به سبب کارهایش با هیستریایی‌ها مشهور بود. در آن زمان، هیستری اختلال «زنانه‌ای» بود که نشانهٔ اصلی آن فلج، نابینایی و ناشنوایی بود. این نشانه‌ها قاعدتاً باید مبنای عصب‌شناختی می‌داشتند ولی برای آنها، علت عضوی پیدا نمی‌شد. شارکو فهمیده بود که نشانه‌های برخی از بیماران هیستریایی هنگام هیپنوتیزم از بین می‌رود و آنها هنگام هیپنوتیزم، تجارب دردناک مسبب این نشانه‌ها را به یاد می‌آورند. شاید این نوع به یاد آوردن‌ها هنگام هیپنوتیزم، جرقهٔ مفهوم ناهشیاری را در ذهن فروید زد. به هر حال فروید به شدت تحت تاثیر کار شارکو قرار گرفت و پس از بازگشت به وین، موضوع را با دوستان پزشک خود در میان گذاشت. بسیاری از آنها دربارهٔ سودمندی هیپنوتیزم بدبین بودند ولی فروید استفاده از هیپنوتیزم در عصب‌شناسی را شروع کرد.

آنا اُ

فروید چند سال بعد مجذوب کار جوزف بروئر با بیمار جوانی به نام آنا اُ شد که دچار «هیستری» بود. آنا اُ بسیاری از نشانه‌های کلاسیک هیستری را داشت که به نظر می‌رسید با مرگ پدرش تسریع شده‌اند. بروئر او را با هیپنوتیزم درمان کرده بود و در فرایند خلسه، دربارهٔ اولین باری که یکی از نشانه‌هایش ظاهر شده بود، حرف زده بود. اما عجیب این که وقتی از خلسه خارج می‌شد، نشانه هم از بین می‌رفت! بروئر به سرعت فهمید به نکتهٔ بسیار مهمی پی برده است و مدتی این روش را تکرار کرد. او موفق شده بود ولی مشکلی پیش آمد. آنا به بروئر دلبستگی هیجانی پیدا کرده بود. شدت این دلبستگی و جلسهٔ جالبی که در آن آنا شروع کرد به نشان دادن درد هیستریایی زایمان، بروئر را متقاعد کرد باید او را رها کند. حسادت زن بروئر هم در تصمیم وی بی‌تاثیر نبود.

بی‌شک این رویدادها که فروید هم از آنها مطلع بود، به شکل‌گیری نظریه‌های مقدماتی او دربارهٔ ناهشیاری، «معالجه از طریق صحبت»، تخلیهٔ هیجانی، انتقال و اضطراب اخلاقی کمک کرد. فروید بسیاری از بیماران مبتلا به هیستری را درمان کرد اما همهٔ بیماران او، گزینه مناسبی برای هیپنوتیزم نبودند. عده‌ای هم به آسانی هیپنوتیزم می‌شدند ولی مطالب فاش‌شده در خلسه را به یاد نمی‌آوردند و همین امر، فواید هیپنوتیزم را از بین می‌برد. یک نمونهٔ آن الیزابت، بیمار فروید در سال ۱۸۹۲ بود. فروید در حالی که الیزابت کاملاً هوشیار بود از او خواست بر ناخوشی‌اش تمرکز کند و به یاد آورد که چه موقع شروع شد. فروید از الیزابت خواست در حالی که دست خود را روی پیشانی او می‌گذارد، روی کاناپه دراز بکشد. بعداً فروید نتیجه گرفت که گذاشتن دست روی پیشانی بیماران و درخواست به یاد آوردن رویدادهای مرتبط با خاستگاه نشانه‌ها، به اندازهٔ هیپنوتیزم موثر است. اما دیری نگذشت که دیگر دستش را روی پیشانی بیماران نگذاشت و از آنها خواست دربارهٔ هرچه به ذهنشان خطور می‌کند، حرف بزنند. این سرآغاز روشی بود که بعداً نام تداعی آزاد را به خود گرفت.

---

1. Luborsky and Barrett

نگاه فرویدی: مروری کوتاه

فرض اصلی نظریهٔ فروید، یا همان *جبرگرایی روانی*، این است که هر کاری می‌کنیم، معنا و هدفی دارد و هدفمند است. روانکاو با این دیدگاه می‌تواند از حجم زیادی از داده‌ها، برای جست‌وجوی ریشه‌های رفتار و مشکلات بیمار استفاده کند. رفتار معمولی، رفتار عجیب، رؤیا و لغزش کلامی می‌تواند مهم و معنادار باشد.

فروید برای توضیح بسیاری از جنبه‌های رفتار انسان، به وجود *انگیزش ناهشیارانه* قائل شد. استفادهٔ او از این فرض، بسیار فراتر از استفادهٔ دیگر نظریه‌پردازان بود و توانست بخش زیادی از آن چیزهایی را که قبلاً توضیح‌ندادنی به نظر می‌رسید، توضیح دهد. تحلیلگر ابتدا فرض می‌کند رفتار سالم، رفتاری است که شخص انگیزهٔ آن را بداند. علل رفتار ناراحت‌کننده هم ناهشیارانه است. در نتیجه، هدفِ درمان، هشیارانه کردن ناهشیاری است.

غرایز . نیروی ماشینِ انسان را دو گروه از غرایز تامین می‌کند: *غرایز زندگی* (*اروس*) و *غرایز مرگ* (*تاناتوس*). غرایز زندگی، مبنای همهٔ جنبه‌های مثبت و سازندهٔ زندگی است؛ این غرایز شامل امیال بدنی، مانند میل جنسی، گرسنگی و تشنگی و مولفه‌های خلاقانهٔ فرهنگ مانند هنر، موسیقی و ادبیات است. اما تمام این فعالیت‌ها، یک سَرِ مخرب هم دارد. مسئولیت سر مخرب این فعالیت‌ها، بر عهدهٔ غرایز مرگ است. تحلیلگران جدید عملاً خیلی کم به غرایز مرگ می‌کنند. اما فروید معتقد بود این غرایز برای توضیح روی تاریک رفتار انسان (مثل رفتار خودمخربِ اجبارگونِ یک روان‌رنجور، درماندن انسان از جنگ نکردن و مواردی از این قبیل) لازم است. به هر حال، تبیین نهایی فروید از رفتار، تبیینی غریزی بود، هرچند غرایزی که مدعی آنها بود، مشاهده و اندازه‌گیری‌شدنی نبود و در اغلب موارد، رویدادها را پس از وقوع بهتر توضیح می‌داد تا قبل از وقوع.

ساختارهای شخصیت . در روانکاوی، شخصیت از سه ساختار بنیادی تشکیل می‌شود: اید، ایگو و سوپرایگو. *اید* معرف بخش عمیق و دست‌نیافتنی شخصیت است. ما از طریق تحلیل رؤیاها و صورت‌های مختلف روان‌رنجورانه، دربارهٔ اید اطلاعات می‌گیریم. اید تبادل [مستقیمی] با دنیای بیرون ندارد. اید، واقعیت روانی حقیقی است. درون اید، تمایلات غریزی قرار دارد که دنبال ارضای فوری است. اید از ارزش‌ها، اخلاقیات یا منطق عاری است. هدف اصلی آن هم ارضای بی‌قید و شرط تمایلاتش است که خاستگاه آنها فرایندهای تَنی است. پس هدف اید، رهایی از تنش یا در صورت غیرممکن بودن آن، پایین نگه داشتن تنش تا حد امکان است.

اید پیرو *اصل لذت* است که همانا تخلیهٔ هرچه سریع‌تر تنش است. اید برای این کار از *فرایند اولیهٔ* فکری و مصرف فوری انرژی در فعالیت حرکتی استفاده می‌کند (مثل باد کردن مثانه که به ادرار فوری منتهی می‌شود). بعداً صورت دیگری، جایگزین این جنبهٔ فرایند اولیه می‌شود؛ یعنی از هر چیزی که تنش‌کاه است، تصویری ذهنی ساخته می‌شود (برای مثال، گرسنگی به بازنمایی ذهنی غذا منتهی می‌شود). رؤیا دیدن [در خواب]، نمونهٔ عالی این صورت از فرایند اولیه است. البته این فرایند اولیه نمی‌تواند ارضاهای واقعی مثل غذا [خوردن] را تامین کند. به همین دلیل، فرایند ثانویه شکل می‌گیرد و دومین مولفهٔ شخصیت یعنی ایگو، وارد صحنه می‌شود.

ایگو مجری شخصیت است. ایگو یک نظام سازمان‌یافتهٔ عقلانی است که از ادراک، یادگیری، حافظه و غیره برای ارضای نیاز استفاده می‌کند. ایگو حاصل نابسندگی‌های اید در خدمت کردن و حفظ ارگانیسم است. ایگو بر مبنای *اصل واقعیت* عمل می‌کند که ارضای تمایلات غریزی را به یافتن مَحْمِل و شیوهٔ مناسب موکول می‌کند. این کار از طریق *فرایند ثانویه* صورت می‌گیرد؛ فرایندی که یادگیری، حافظه، برنامه‌ریزی، قضاوت و غیره را دربر می‌گیرد. نقش ایگو اصولاً وساطت بین تقاضاها و توقعات اید، سوپرایگو و دنیای واقعی است، طوری که همزمان با ارضای ارگانیسم، جلوی تخریب آن توسط دنیای واقعی گرفته شود.

سومین ساختار شخصیت، *سوپرایگو* است. سوپرایگو در دوران کودکی از ایگو ساخته می‌شود و به‌طور مشخص، محصول حل‌وفصل *عقدهٔ ادیپ* است (یعنی کشش جنسی کودک به والد

ناهمجنس). سوپرایگو معرف آرمان‌ها و ارزش‌های جامعه است که از طریق کلمات و رفتارهای والدین به‌کودک انتقال می‌یابد. این آرمان‌ها و ارزش‌ها در عین حال با تشویق‌ها و تنبیه‌ها انتقال می‌یابد. رفتار تنبیه‌شده معمولاً در *وجدان* فرد جا می‌گیرد و رفتار پاداش‌دیده به‌طور کلی در *ایگوی آرمانی*. بنابراین در سوپرایگو، وجدان در نهایت، هدفِ تنبیه کردن فرد از طریق ایجاد احساس گناه یا بی‌ارزش بودن را دنبال می‌کند و تشویق‌های ایگوی آرمانی هم به صورت غرور و احساس ارزشمندی درمی‌آید. در مجموع، نقش سوپرایگو، ممانعت از تکانه‌های نامقبول اید، فشار به ایگو برای تحقق اهداف اخلاقی به جای مصلحت‌اندیشی، و تلاش برای کمال و تمامیت است.



نمودار ۱ـ۱۲: ساختار ذهن از نظر فروید

منبع : روان‌شناسی : مفاهیم و ارتباطات، نوشتهٔ راتوس، ویراست نهم، نمودار ۱ـ۱۱، ص ۴۰۲.

مراحل روانی‌جنسی. فروید مثل بسیاری از دیگر نظریه‌پردازان، برای نقش کودکی در شکل‌گیری منش و شخصیت فرد اهمیت فوق‌العاده‌ای قائل بود. فروید اعتقاد داشت هر کس چندین مرحله رشدی را پشت سر می‌گذارد. او نام این مراحل را ***مراحل روانی‌جنسی*** گذاشت؛ چون در هر مرحله، (به‌ویژه در پنج سال اول) یکی از نواحی شهوتزای بدن درگیر می‌شود. ***مرحلهٔ دهانی*** که حدوداً یک سال طول می‌کشد، دوره‌ای است که دهان، راه اصلی ارضا شدن است. به دنبال آن، کودک وارد ***مرحلهٔ مقعدی*** می‌شود که حول محور دفع و ادرار می‌چرخد؛ این مرحله بین ۶ ماهگی تا ۳ سالگی است. مرحلهٔ بعدی، ***مرحلهٔ آلتی*** (یعنی ۳ تا ۷ سالگی) است که در آن اندام‌های جنسی، منبع اصلی ارضا می‌شوند. کودک پس از این مراحل به اصطلاح پیش‌تناسلی، وارد ***مرحلهٔ نهفتگی*** می‌شود که مشخصهٔ آن، فقدان فعالیت جنسی آشکار و در حقیقت، جهت‌گیری تقریباً منفی در برابر هر چیز جنسی است. این مرحله از ۵ سالگی تا ۱۲ سالگی یا بیشتر طول می‌کشد. با شروع نوجوانی، ***مرحلهٔ تناسلی*** آغاز می‌شود. این مرحله در حالت آرمانی به ابراز پختهٔ میل جنسی منتهی می‌شود که همانا رسیدگی موفق ایگو به تکانه‌های جنسی است.

وقتی کودک در هر مرحله با مشکلاتی روبه‌رو شود، این مشکلات به صورت نشانه‌های ناسازگاری بروز می‌یابد، به خصوص اگر مشکلات، شدید باشد. ناکامی یا کامیابی مفرط در هر مرحلهٔ روانی جنسی، به بروز مشکلات می‌انجامد. ماهیت نشانه‌ها به مرحله‌ای بستگی دارد که ارضا یا ناکامی در آن رخ داده است. برای مثال، نشانه‌های وسواس فکری ـ اجبار عملی علامت آن است که فرد نتوانسته مرحلهٔ مقعدی را با موفقیت پشت سر بگذارد، در حالی که وابستگی افراطی یک فرد بزرگسال، از نفوذ مرحلهٔ دهانی خبر می‌دهد. فروید معتقد بود هر کسی شکل‌گیری منشِ خاصِ خود را دارد که الزاماً همیشه خیلی روان‌رنجورانه نخواهد بود ولی معرف همیشگی شدن تکانه‌های کودکانهٔ اولیه یا به شکل والایش یا به شکل واکنش وارونه این تکانه‌ها است. نمونه‌های آن هم عبارت است از: هوس‌های غذایی منش دهانی یا ادا و اطوارهای گفتاری او، خشکه‌مقدسی منش مقعدی یا بیزاری او از آلودگی و فروتنی افراطی منشِ آلتی.

اضطراب. وضعیتی که به شکل‌گیری ایگو و سپس، سوپرایگو منتهی می‌شود، تجربهٔ عاطفی دردناک ***اضطراب*** را ایجاد می‌کند. پاسخ‌های افراطی قلب، ریه و دیگر اندام‌های داخلی، در قالب اضطراب، ادراک و تجربه می‌شود. نخست، ***اضطراب واقعیت*** است که مبنای آن، خطری واقعی از سوی دنیای بیرون است. ***اضطراب روان‌رنجورانه*** از این ترس نشئت می‌گیرد که تکانه‌های اید بی‌مهابا و حساب‌نشده ابراز شود و مشکلی از طرف

محیط ایجاد کند. «اضطراب اخلاقی» از این ترس نشئت می‌گیرد که معیارهای وجدان رعایت نشود. آنچه این اضطراب‌ها را می‌سازد و تعریف می‌کند، منبع اضطراب است نه کیفیت اضطراب. کارکرد اصلی اضطراب، هشدار دادن به ایگو برای برطرف کردن خطر و حفاظت از ارگانیسم است.

دفاع‌های ایگو . گفتیم که ایگو برای حل مسائل و جلوگیری از تهدیدهای محیطی، از فرایند ثانویهٔ حافظه، قضاوت و یادگیری استفاده می‌کند. اما وقتی تهدیدها از درون شخص می‌آید، فرایند ثانویه، کارایی چندانی نخواهد داشت. وقتی شخص از غضب سوپرایگو یا از شهوات لگام‌گسیختهٔ اید می‌ترسد، باید به چه چیزی پناه ببرد؟ پاسخ، ***دفاع‌های ایگو*** یا همان چیزی است که گاهی اوقات به آن ***سازوکارهای دفاعی*** می‌گویند. بینش فروید هیچ جا به اندازهٔ توانایی او در انتزاع سازوکارهای دفاعی از یک مشت حرف‌های نامرتبط و غیرمنطقی بیماران، مشهود نیست. این سازوکارها به‌طور کلی آسیب‌شناختی محسوب می‌شود؛ چون انرژی روانی را از فعالیت‌های سازنده‌تر دور و در عین حال، واقعیت را تحریف می‌کند. سازوکارهای دفاعی، فعالانه و غیرارادی و خارج از آگاهی شخص عمل می‌کند.



نمودار ۲ـ۱۲: اتاق مشورت دادن فروید

دفاع بنیادی ایگو، ***واپس‌رانی*** است که بیرون راندن مواد جنسی یا پرخاشگرانهٔ بسیار تهدیدآمیز از هشیاری می‌باشد. این فرایند در پاره‌ای موارد نمی‌گذارد تکانهٔ مزاحم از همان ابتدا وارد هشیاری شود. ***تثبیت*** وقتی رخ می‌دهد که ناکامی و اضطراب مرحلهٔ روانی‌جنسی بعدی چنان شدید باشد که شخص در مرحلهٔ فعلی رشد روانی‌جنسی بماند. ***واپس‌روی*** هم بازگشت به مرحلهٔ قبلی است که بیشترین ارضا را داشته است؛ واپس‌روی گاهی اوقات به دنبال یک ناکامی شدید پیش می‌آید. ***واکنش‌سازی*** وقتی رخ می‌دهد که تکانهٔ ناهشیار، با رفتار متضادش، هشیارانه ابراز شود. برای مثال، «از تو متنفرم» در قالب «عاشقت هستم» بیان می‌شود. «فرافکنی» وقتی رخ می‌دهد که احساسات ناهشیارانهٔ خود را به دیگران نسبت می‌دهیم. برای مثال، «از تو متنفرم» به «از من متنفری» تبدیل می‌شود.

از نظریه تا عمل

همان‌طور که گفتیم، تجربه‌های بروئر با آنا اُ، به کشف «معالجه از طریق صحبت» منتهی شد. این کشف نیز راه را برای تداعی آزاد در کارهای فروید روی الیزابت هموار کرد. ***تداعی آزاد*** یعنی اینکه بیمار، هر چیزی را که به ذهن‌اش خطور می‌کند بگوید، صرف‌نظر از اینکه چقدر نامربوط، مسخره، احمقانه یا نفرت‌آور است. فروید همچنین فهمید آنا بسیاری از احساسات خود به مردهای مهم زندگی‌اش را به بروئر انتقال داده است. مفهوم ***انتقال*** سرانجام به ابزار تشخیصی ارزشمندی در درمان تبدیل می‌شود تا ماهیت مشکلات بیمار، به‌ویژه مشکلات ناهشیارانه‌اش، روشن شود.

فروید از طریق هیپنوتیزم فهمید بیماران می‌توانند رویدادهای دردناک و تلخِ متداعی با شروع نشانهٔ هیستریایی را احیا کنند. این احیا در برخی موارد به رها شدن انرژی محبوس آنها منجر می‌شود. به این پدیده، ***تخلیهٔ هیجانی*** می‌گویند که رهایی انرژی است و فواید درمان‌بخش مهمی دارد. فروید در مدت کار با الیزابت همچنین شاهد ***مقاومت*** بود؛ یعنی امتناع از بحث و گفت‌وگو، به یاد آوردن یا فکر کردن به رویدادهای دردسرساز و تهدیدآمیز. فروید این را نوعی دفاع می‌دانست ولی

بعداً آن را واپس‌رانی در نظر گرفت که همانا راندن غیرارادی فکر یا تکانه، به ناهشیاری است. البته ناهشیاری، ناحیه‌ای از ذهن است که تفکر هشیارانه به آن دسترسی ندارد.

نقش بینش

هدف نهایی مداخلهٔ روانکاوانه، حذف مشکلات روان‌رنجورانهٔ توانکاه است. اما مرام روانکاو سنتی این است که در نهایت، راه نهایی و موثر این کار را به **بینش** رساندن بیمار می‌داند. اما بینش چیست؟ بینش یعنی فهم کلی تعیین‌کننده‌های ناهشیارانهٔ احساسات، افکار و رفتارهای نامعقولی که شخص را ناراحت و آزرده می‌کند. وقتی شخص با این دلایل ناهشیارانه، مواجههٔ کامل و از آنها درک کاملی پیدا می‌کند، نیاز به دفاع‌ها و نشانه‌های روان‌رنجورانه رفع می‌شود. همهٔ فنونی که در این فصل توضیح خواهیم داد، با هدف نهایی تسهیل بینش اجرا می‌شود.

تحلیلی که به بینش منتهی شود، تحلیلی کُند، خسته‌کننده و بسیار طولانی خواهد بود. تحلیل ارتدوکس ظرف چند هفته یا چند ماه تمام نمی‌شود، بلکه چند سال طول می‌کشد. دلیلش هم این است که برای مثال، به بیمار اطلاع داده نمی‌شود که احساس خصومت و رقابت‌جویی ناهشیارانهٔ او درباره پدری که سال‌ها قبل از او جدا شده، علت خشم وی از دوستان، رییس یا همکارانش است. بیمار از لحاظ عقلی ممکن است این تفسیر را تایید کند ولی یک‌چنین اطلاعات سترونی بر ناهشیاری تاثیر نخواهد گذاشت. بیمار باید خصومت ناهشیارانه را در عمل تجربه کند. این هم از طریق فرایند انتقال رخ می‌دهد؛ یعنی با شروع رقابت با درمانگر، تجربه‌های اولیهٔ بیمار با پدرش احیا می‌شود. تحلیلگر سعی می‌کند شبیه پدری باشد که سال‌ها قبل رفته است تا همهٔ واکنش‌های قدیمی بیمار بازگردد. همین‌طور که درمانگر، نماد شخصی دیگر (پدر) می‌شود، بیمار هیجانات قدیمی‌اش را دوباره تجربه و ارزیابی می‌کند. به این ترتیب، به بینش عمیق‌تری می‌رسد.

معنای حقیقی این بینش، با ***فرایند مداقه*** وارد هشیاری بیمار می‌شود. منظور از مداقه، بررسی دقیق و مکرر طرز کار تعارضات و دفاع‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی است. با این تفسیر ساده که انفعال و درماندگی شخص، در واقع صورت ناهشیارانهٔ پرخاشگری است، چیز زیادی عاید بیمار نمی‌شود. پس از تحکیم مبنای تفسیر، باید بارها تکرار شود. بیمار باید طوری با بینش مواجه شود که در خصوص روابطش با همسر، دوست یا سرپرستش کاربرد داشته باشد و حتی بر واکنش‌هایش به درمانگر تاثیر گذارد. به بیماران باید کمک کرد با این بینش، دربارهٔ تمام جنبه‌های زندگی خود مداقه کنند. این شبیه یادگیری یک اصل در کلاس فیزیک است. آن اصل فیزیک، وقتی جنبهٔ واقعی و اهمیت پیدا می‌کند که شخص، آن را علاوه بر آزمایشگاه، در همه جا به کار بندد؛ در موتور خودرو، در خانه‌سازی، در بیس‌بال و غیره. درباره بینش هم همین‌طور است. بینش وقتی واقعیت و جان می‌گیرد که مصادیق تاثیرگذاری آن بر زندگی و روابط فرد، به طرز دردناکی یکی پس از دیگری روشن شود. طولانی شدن روانکاوی سنتی هم تا حدی به همین دورهٔ طولانی مداقه برمی‌گردد؛ یعنی سه تا پنج جلسه در هفته به مدت سه تا پنج سال و گاهی بیشتر.

فنون روان‌درمانگری روانپویشی

نشانه‌های روان‌رنجوری از نظر تحلیلگر، علامت تعارض اید، ایگو و سوپرایگو و الزامات و توقعات واقعیت است. یک هراس، یک صفت شخصیتی و اتکای افراطی بر سازوکارهای دفاعی، همگی علائم یک مشکل عمیق‌ترند. بنابراین، نشانه از وجود مشکل ناهشیارانه‌ای خبر می‌دهد که باید حل‌وفصل شود. بدیهی است که اگر بیماران می‌توانستند مشکلاتشان را به تنهایی حل کنند، دیگر به درمان نیاز نداشتند. اما ماهیت مشکلات و دفاع‌های ناهشیارانه طوری است که خودشفاگری بسیار دشوار می‌شود. حل‌وفصل دفاع‌ها و روبه‌رو شدن با ناهشیاری در رابطهٔ درمان‌بخش، دو هدف روانکاوی است. در سال‌های سپری‌شده، فنون مختلفی ابداع شده است. اما تقریباً تمام این فنون، بر حل‌وفصل واپس‌رانی از طریق تحلیل مجدد تجربهٔ قبلی تاکید می‌کند. هدف نهایی هم رهایی از ظلم و ستم ناهشیاری به کمک بینش است. شدلر (۲۰۱۰)، هفت ویژگی

درمان روانپویشی را برمی‌شمرد که جان‌مایهٔ این رویکرد است (به جدول ۱ـ۱۲ مراجعه کنید)، هرچند بسیاری از این‌ویژگی‌ها را در درمان‌های دیگر هم می‌بینیم. در قسمت زیر، برخی از فنون اختصاصی روان‌درمانگری روانپویشی را توضیح می‌دهیم.

تداعی آزاد

قاعدهٔ بسیار مهم در روانکاوی این است که بیمار باید هر چیزی راکه به ذهنش خطور می‌کند، بگوید. این کار بر خلاف ظاهرش، خیلی هم آسان نیست. بیمار برای انجام چنین عملی باید سانسور و غربال فکرهای به‌ظاهر احمقانه، پرخاشگرانه، شرم‌آور یا جنسی را متوقف کند. انسان‌ها در زندگی یاد می‌گیرند برای حفظ و حراست خودشان و دیگران، این فکرها را هشیارانه مهار کنند. اما به نظر فروید، اگر قرار است درمانگر، بیمار رااز سیطرهٔ ناهشیاری رها کند و با این عمل، او را از نشانه‌ها و رفتار نامطلوبش برهاند، به این زنجیرهٔ سانسورنشدهٔ تداعی آزاد نیاز دارد. بیمار و درمانگر با این تداعی آزاد می‌توانند مبانی قدیمی و پنهان مشکلات راکشف کنند.

جدول ۱ـ۱۲: هفت ویژگی کلیدی روان‌درمانگری روانپویشی (شدلر، ۲۰۱۰)

- بیماران را تشویق کنید بر عاطفه و ابراز هیجان تمرکز کنند.
- به بیماران کمک کنید ببینند از افکار و احساسات ناراحت‌کننده چطور اجتناب می‌ورزند.
- افکار، احساسات و رفتارهای تکرارشوندهٔ بیماران را شناسایی و بر آنها تمرکز کنید.
- به بیماران کمک کنید بحث کنند که تجربه‌های گذشته چطور بر روابط، احساسات و رفتار فعلی آنها تاثیر می‌گذارد.
- بر روابط میان‌فردی و تجربهٔ میان‌فردی تمرکز کنید.
- بر رابطهٔ درمانی فعلی تمرکز کنید.
- بیماران را تشویق کنید زندگی تخیلی خود (مثل افکار سانسورنشده، احساسات و رؤیاها) راکشف کنند.

منبع: «اثربخشی روان‌درمانگری روانپویشی»، مجلهٔ *American Psychologist*، دورهٔ ۶۵، صص ۱۰۹ـ۹۸.

روانکاو در حالت سنتی پشت سر بیماری می‌نشیند که روی کاناپه دراز کشیده است. به این ترتیب از دید بیمار خارج است و احتمال آنکه جلوی تداعی را بگیرد، از بین می‌رود. دلیل دیگری که پشت مراجع می‌نشیند این است که در روز شش ساعت یا بیشتر نگاه کردن بیمار به او، خسته‌کننده می‌شود. دلیل استفاده از کاناپه هم، راحت بودن بیمار و آسان‌تر شدن تداعی آزاد است.

فرض روانکاو این است که یک تداعی، به تداعی دیگر منتهی می‌شود. با ادامه یافتن تداعی‌ها، بیمار به تدریج به افکار و امیال ناهشیارانه نزدیک‌تر می‌شود. یک رشتهٔ خاص از تداعی‌ها ممکن است خیلی روشن نباشد ولی چند جلسه تداعی باعث می‌شود الگوی تداعی‌ها به‌تدریج روشود و تحلیلگر از طریق مضمون‌های تکراری بتواند تداعی‌ها را معنی کند. تداعی آزاد به تعبیری واقعاً «آزاد» نیست، بلکه برآمد نیروهای ناهشیاری است که مسیر تداعی‌ها را رقم می‌زنند. تداعی‌ها غالباً ولی نه همیشه به خاطرات و مشکلات قدیمی دوران کودکی منتهی می‌شود. خاطرهٔ تجربه‌های قدیمیِ فراموش‌شده، سرنخ‌هایی درباره ساختار شخصیت و تحول آن به تحلیلگر می‌دهد.

تحلیل رؤیاها

فن مرتبط دیگر، ***تحلیل رؤیاها*** است. رؤیاها، ماهیت ناهشیاری را برملا می‌کنند؛ چون مملو از آرزوهای ناهشیارانه است، البته به صورت نمادین. رؤیاها مجالی برای برآورده شدن نمادین آرزوها هستند و همچون فن تداعی آزاد، سرنخ‌هایی درباره آرزوها و احساسات دوران کودکی می‌دهند. در خواب، دفاع‌های معمول شخص شل می‌شود و مواد نمادین رو می‌آید. البته سانسورگری ایگو در خواب به‌طور کامل از بین نمی‌رود و اگر کامل از بین برود، مواد اید به قدری تهدیدآمیز می‌شود که شخص به سرعت از خواب می‌پرد. رؤیاها به تعبیری راهی است تا آدم‌ها هم خدا را داشته باشند هم خرما را. مواد رؤیا آن‌قدر مهم است که اید را تاحدی ارضا کند ولی آن‌قدر تهدیدآمیز نیست که مایهٔ وحشت ایگو شود. اما داستان در برخی موارد چنین نیست و رؤیاهای ترسناک رخ می‌دهد.

محتوای آشکار رؤیا همان چیزی است که عملاً در رؤیا رخ می‌دهد. برای مثال، محتوای آشکار رؤیا می‌تواند دیدن دو بستنی قیفی بزرگ و خوشمزه باشد. ***محتوای نهفته*** رؤیا هم معنای نمادین

آن است. در مثال قبلی، شاید پیام آن دو بستنی قیفی، نیاز به ارضای دهانی یا اشتیاقِ رجعت به دو پستان مادر باشد.

تحلیلگر برای رسیدن به محتوای نهفتهٔ رؤیا معمولاً از بیمار می‌خواهد درباره رؤیا تداعی آزاد کند تا بلکه درباره معنای آن رویا به بینش برسد. در حالت عادی، محتوای آشکار رؤیا، مخلوطی از جابه‌جایی، ادغام، جایگزینی، نمادسازی و بی‌منطقی است. عبور از تمام اینها و پی بردن به معنای نهفتهٔ رؤیا کار آسانی نیست. تداعی آزاد به جست‌وجوی معنای نهفته کمک می‌کند ولی معنای یک رؤیا به تنهایی روشن نمی‌شود. معنای واقعی رؤیا در زندگی فرد وقتی روشن می‌شود که رشته‌ای از رؤیاهای شخص تحلیل شود. مشکل دیگر این است که بیماران در مدت بازگو کردن رؤیای خود در جلسه درمان، معمولاً محتوای آشکار آن را تحریف می‌کنند. بنابراین، درمانگر نه‌تنها باید برای یافتن معنای نمادین رؤیا غور کند، بلکه با فشار مضاعف دفاع‌های بیمار در بیداری هم روبه‌رو است که نمی‌گذارد بیمار به هدف تحلیل برسد که فهمیدن است. برای بسیاری از تحلیلگرها، رؤیاها نه تنها سرنخ‌های نهایی و قطعی درباره پویایی‌های بیمار فراهم می‌آورد، بلکه سرنخ‌هایی در اختیارشان می‌گذارد تا فرضیه‌هایی بسازند که اطلاعات بعدی، اعتبارشان را تایید یا رد خواهد کرد. یک نمونهٔ ارتباط تنگاتنگ رؤیاها و تداعی‌های آزاد، توصیف مختصری است که از خودتحلیلگری فروید داده‌ایم (کادر ۲ـ۱۲).

کادر ۲ـ۱۲: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: خودتحلیلگری فروید

فروید در حمایت از این یافتهٔ خود که آرزوهای جنسی که سابقهٔ آنها به دوران کودکی برمی‌گردد به انسان‌ها انگیزه می‌دهد، به نتایج خودتحلیلگری‌اش استناد می‌کند.

پدر فروید در سال ۱۸۹۶ مرد. مرگ او، فروید را بسیار ناراحت می‌کند، هرچند پدرش پیر و بیمار بود. فروید به شدت مضطرب و افسرده می‌شود تا حدی که جلوی کارکردن او گرفته می‌شود. واکنش فروید به‌قدری ناراحت‌کننده بود که تصمیم می‌گیرد خود را با دقت تحلیل و رؤیاها، تداعی‌ها و رفتارش را به‌دقت بررسی کند.

گویا یکی از رؤیاهای دوران کودکی او بسیار مهم بود. فروید این رؤیا را در هفت یا هشت سالگی دیده بود و سی سال بعد، آن را تفسیر می‌کند. او خواب دیده بود «مادر محبوبش با یک قیافهٔ آرام و خواب‌آلود وارد اتاق می‌شود و روی تختخواب، کنار دو (یا سه) آدم که منقار پرنده داشتند، می‌خوابد» (فروید، ۱۹۳۸، ص ۵۲۲). تداعی‌های آزاد فروید، او را به سمت ایدهٔ مرگ و چهرهٔ پدربزرگش اندکی پیش از مرگش می‌کشاند. این یک رؤیای مرکب بود و عناصری از مادر و پدربزرگ در آن دیده می‌شد. سپس تداعی‌هایش، او را به سوی پدر در حال مرگ می‌برد. آنگاه به وحشت ناهشیارانه‌اش پی می‌برد که به سبب آرزوهای خصمانه در مورد پدرش در کودکی، بر او مستولی بوده است. تداعی‌های دیگر (مثل کلمه عامیانهٔ آلمانی برای مقاربت جنسی که از کلمه‌ای آلمانی برای پرنده گرفته شده بود)، فروید را به این نتیجه می‌رساند که امیال جنسی دوران کودکی او به مادرش معطوف بوده‌اند. بنابراین، تلاش‌های ادیپی ناهشیارانه‌ای که در بیمارانش می‌دید، درباره خودش هم صادق بود.

آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره

روش مهم دیگرِ دسترسی به ناهشیاری را در تحلیل دقیق و حساس فروید (۱۹۰۱/۱۹۶۰) درباره آسیب‌شناسی روانی می‌بینیم. در نگاه فروید، همه چیز تعیین شده است و علت دارد؛ تصادف و اتفاق در کار نیست. لغزش کلامی و قرار فراموش‌شده صرفاً یک اشتباه نیست بلکه ابراز هشیارانهٔ یک آرزوی ناهشیارانه است. این اشتباهات کوچک در زندگی روزمره از این لحاظ مثل رؤیا هستند که امیال جنسی یا پرخاشگرانه، حتی با ایجاد اخلال جزیی در زندگی روزمره هم می‌توانند تا حدودی ارضا شوند. وقتی بیماران در درمان چنین اشتباهاتی می‌کنند یا در فرایند درمان، اشتباهات بیرون از درمان را تکرار می‌کنند، درمانگر اطلاعاتی اضافی دریافت می‌کند که از طریق آن می‌تواند مشکلات بیمار را بسنجد. معنای اشتباه در برخی موارد به راحتی مشهود نیست و بیمار باید درباره آن تداعی آزاد کند. این تداعی‌های آزاد و تفسیر درمانگر، بینش بیمار را بیشتر می‌کند.

مقاومت

بیمار در جریان روان‌درمانگری سعی می‌کند تلاش‌های به‌عمل‌آمده برای کنار گذاشتن شیوه‌های روان‌رنجورانهٔ حل مشکلات را خنثی کند. به این نوع دفاع که قبلاً به آن اشاره کردیم، مقاومت می‌گویند. بیماران معمولاً دوست ندارند از رفتارهایی که قبلاً فایده داشته‌اند دست بکشند، حتی اگر این رفتارها خیلی ناراحت‌کننده باشند؛ در حقیقت، همین ناراحتی است که بیماران را وامی‌دارد کمک بگیرند. همچنین، فکر کردن به موضوعات دردناک و بحث دربارهٔ آنها، برای بیماران سخت است. برای مثال، مردی که همیشه از پدرش می‌ترسیده یا احساس می‌کرده در حد و اندازه‌های معیارهای پدرش نیست، دوست ندارد دربارهٔ پدرش حرف بزند یا مسائل مربوط به او را به یاد آورد. طبیعی است که بیشتر بیماران قدری مقاومت به خرج دهند ولی وقتی این مقاومت در حدی است که جلوی پیشرفت درمان را می‌گیرد، درمانگر باید به آن توجه و آن را رفع کند.

همان‌طور که گفتیم، از اصطلاح ***مقاومت*** برای اشاره به هر نوع کنش یا رفتار مراجع استفاده می‌شود که جلوی بینش را می‌گیرد و نمی‌گذارد مواد ناهشیاری وارد هشیاری شود. مقاومت، صورت‌های مختلفی دارد. برخی بیماران به تدریج کم حرف می‌شوند، وقفه‌های طولانی‌تری ایجاد می‌کنند یا می‌گویند چیزی به فکرشان نمی‌رسد. سکوت‌های طولانی هم رایج است. گاهی اوقات هم بیمار، موضوعی را تکرار می‌کند یا حول و حوش یک موضوع حرف می‌زند. برای نمونه، درمان را عرصهٔ بحث راجع به مشکلاتی مثل بیکاری و مالیات می‌کند؛ مسائلی که مهم هستند ولی دلیل اصلی رجوع او برای درمان نیستند. برخی از مراجعان هم بحث عقلایی دربارهٔ مزیت‌های نسبی جیغ آغازین در برابر ماراتون‌های برهنه یا حتی تاثیر دوران پسری فروید بر سیر تحول روانکاوی را سر می‌دهند. وقتی بیمار می‌فهمد درمانگر، علاقهٔ وافری به رؤیاها دارد، او را غرق رؤیاهایش می‌کند. این عمل می‌تواند بسیار خوشایند و غلط‌انداز باشد تا اینکه درمانگر می‌فهمد علاقه‌مندی بیمار به بیان رؤیاهایش صرفاً راهی برای پرهیز از پرداختن به مشکلات واقعی است. شکل دیگر مقاومت، حذف یا سانسور برخی اطلاعات است.

وقتی بیمار مکرراً دیر می‌آید، قرارهایش را با دلایل موجهی لغو می‌کند یا قرارها را فراموش می‌کند و مواردی از این قبیل هم در حال مقاومت است. درمانگر ممکن است همچنین متوجه شود در زندگی بیمار اتفاقاتی «واقعی» در حال رخ دادن است تا جلسات برگزار نشود. برای مثال، بیمار به دلیل بیماری‌های پشت سر هم، یا تغییر مکرر وقت جلسات به سبب بحران‌های پشت سر هم در زندگی‌اش، جلسات را از دست می‌دهد.

تقریباً هر چیزی می‌تواند مقاومت باشد. گاهی اوقات در جریان رسیدگی به دفاع‌های بیمار، نشانه‌ها تشدید می‌شود. حالت عکس آن هم رخ می‌دهد، یعنی بیمار «ناگهان سالم می‌شود» و حالش خوب می‌شود. در حالت دوم، گویی بیمار می‌خواهد بگوید «من را با این چیزها روبه‌رو نکن. داره حالم بدتر می‌شه». در حالت دوم، گویی بیمار می‌گوید «ببین، لازم نیست به این مسائل رسیدگی کنم. دارم خوب می‌شوم». روش دیگر، «برون‌ریزی» [رفتاری] است. در این حالت، بیمار با انجام اعمال نامعقول یا انجام رفتارهای بالقوه خطرناک سعی می‌کند از اضطراب حاصل از درمان فرار کند. برای مثال، ناگهان کوهنوردی می‌کند یا به‌کوکایین یا هرویین رو می‌آورد. برخی از بیماران هم به «عقلانی‌سازی» پناه می‌برند. در عقلانی‌سازی، تجربه‌ها یا خاطرات از محتوای هیجانی خالی و آرام و عقلانی می‌شوند. همه چیز سرد و دل‌گسسته می‌شود. بیکار شدن، دستمایهٔ بحثی مفصل و عقلانی دربارهٔ وضعیت اقتصادی یا روآوردن به فن‌آوری سطح بالا می‌شود. احساسات نادیده‌گرفته می‌شود و تجربه، در قالب پناه بردن به عقلانیت، مورد رسیدگی قرار می‌گیرد.

به هر حال مقاومت در فرایند درمان ادامه می‌یابد. به تعبیری مقاومت، مانع حل‌وفصل سریع تعارضات روان‌رنجورانه می‌شود. به تعبیری هم تکلیف اصلی در درمان است. مقاومت موجود در درمان، احتمالاً بازتاب زندگی واقعی است. اگر مقاومت موجود در درمان را تحلیل کنیم و بیمار به‌کارکرد حقیقی آن پی ببرد، آنگاه دفاع‌ها احتمالاً در بیرون مطب درمانگر عمل نخواهند کرد. مورد زیر، نمونه‌ای از مواجهه درمانگر با مسئله مقاومت است.

نمونه‌ای از مقاومت

از درمان همسر یکی از وزرا چند ماه می‌گذشت. در جلسهٔ قبل، درباره این گرایش او که شوهرش را تنها مسئول روابط جنسی غیررضایت‌بخش‌شان می‌داند، تفسیرهایی صورت گرفت.

درمانگر: امروز زیاد رغبت نداری پاسخ بدهی.

بیمار: چیز زیادی به فکرم نمی‌رسد.

درمانگر: بی‌طاقت به نظر می‌رسی.

بیمار: داشتم فکر می‌کردم که چه مطب کوچک مسخره‌ای دارید. خیلی طاقت‌فرسا است.

درمانگر: عجیب است. تا حالا این را نگفته بودی.

بیمار: هیچ وقت به آن فکر نکرده بودم.

سکوتی طولانی برقرار می‌شود و بیمار، دو بار ساعتش را نگاه می‌کند. سرانجام درمانگر، سکوت را می‌شکند.

درمانگر: نمی‌دانم آیا این حرف‌ها ربطی به حرف‌های جلسه قبل دارد.

بیمار: می‌دانستم این را خواهید گفت. خُب، من این‌طور فکر نمی‌کنم چون یادم نمی‌آید جلسه قبل راجع به چی حرف زدیم.

درمانگر: راستی؟ (لبخند می‌زند)

بیمار: خُب ... در حقیقت ... خُب فکر می‌کنم تقصیر شوهرم است. خیلی پرخاشگر است. با بقیه، صبور و فهیم است ولی ...

جلسه ادامه می‌یابد و اکتشافات و کندوکاو بیشتری درباره نگرش‌های جنسی بیمار صورت می‌گیرد.

انتقال

همان‌طور که گفتیم، در درمان روانکاوانه پدیده‌ای کلیدی وجود دارد به نام انتقال. انتقال تا حدی جزء جدایی‌ناپذیر اکثر روان‌درمانگری‌های کلامی است. انتقال وقتی رخ می‌دهد که واکنش بیمار به درمانگر طوری باشد که گویی مظهر یکی از آدم‌های مهم دوران کودکی او است. انتقال درباره احساسات منفی و مثبت صورت می‌گیرد. به‌طور خلاصه، تعارضات و مشکلاتی که در دوران کودکی شخص ریشه دارند، در فرایند درمان زنده می‌شوند. این زنده شدن تعارضات و مشکلات دوران کودکی نه‌تنها سرنخ‌های مهمی دربارهٔ ماهیت مشکلات بیمار می‌دهد، بلکه فرصتی فراهم می‌آورد تا درمانگر، انتقال را فوری و زنده تفسیر کند. بسیاری از خصوصیات جلسهٔ روانکاوی ـ برای مثال، روی کاناپه نشستن بیمار در حالی که صورت تحلیلگر را نمی‌بیند، توصیه نکردن تحلیلگر یا افشای اطلاعات شخصی ـ راه را برای انتقال هموار می‌کند.

عامل بهبود سریع بیمار در مراحل اولیهٔ درمان، انتقال مثبت است. رابطه‌ای امن و آرامش‌بخش با شخصیتی مورد تایید می‌تواند بهبود سریع ولی سطحی در پی داشته باشد. این بهبود بعداً با به چالش کشیده شدن دفاع‌های بیمار، رنگ می‌بازد و انتقال منفی وارد صحنه می‌شود.

انتقال، شکل‌های مختلفی به خود می‌گیرد؛ گاهی اوقات در قالب اظهارنظر راجع به لباس یا مبلمان مطب درمانگر و گاهی اوقات در قالب تحسین، ابراز تنفر، عشق یا عصبانیت. گاهی اوقات هم به صورت حمله به اثربخشی روان‌درمانگری یا درماندگی و وابستگی. نکتهٔ مهم این است که این نوع واکنش‌ها، واقعیات جاری را منعکس نمی‌کند، بلکه در دوران کودکی شخص ریشه دارد. البته هر واکنش بیمار را به راحتی می‌توان انتقال فرض کرد. اما درمانگر واقعاً دقیق، واکنش‌های واقعی را از واکنش‌های روان‌رنجورانه تشخیص می‌دهد.

انتقال مثبت و منفی اصولاً صورت‌های مختلف مقاومت هستند. بیمار از طریق تفسیر می‌تواند به نامعقول بودن و خاستگاه احساسات انتقالی پی ببرد. بیمار با تفسیر و تحلیل مکرر می‌تواند این واکنش‌هایش در اتاقِ درمان را به تدریج مهار کند و قدرت مهار خود را به دنیای واقعی تعمیم دهد.

تفسیر

تفسیر، سنگ‌بنای تقریباً تمام صورت‌های درمان روانپویشی است. محتوای تفسیر به فراخور گرایش نظری درمانگر می‌تواند بسیار متفاوت باشد، ولی عمل تفسیر، رایج‌ترین فن روان‌درمانگری‌ها است. *تفسیر* از نظر روانکاو، روشی است که معنای ناهشیارانهٔ افکار و رفتار از آن طریق فاش می‌شود. اما در تعبیری وسیع‌تر، تفسیر، فرایندی است که از طریق آن می‌توانیم بیمار را وادار کنیم نگاه متفاوتی به افکار، رفتار، احساسات یا آرزوها پیدا کند. تفسیر، روش حساب‌شده‌ای برای

آزادکردن بیمار از غل و زنجیرهای نگرش‌های قدیمی و کهنه است که مشکلات فعلی را در زندگی او ایجاد کرده‌اند. تفسیر، مهم‌ترین روش برای ایجاد بینش است. البته بینش یا تغییر رفتاری مهم، به ندرت از یک مورد تفسیر حاصل می‌شود. تفسیر، فرایندی کُند و تکرارشونده است که در آن معنای اساسی برخی رفتارها، فکرها و احساسات خاص، یکی پس از دیگری به بیمار گفته می‌شود.

در موردپژوهی بعدی، با فرایند تفسیر آشنا می‌شوید. درمانگر در این موردپژوهی با اظهارنظرهای پایانی خود، بیمار را تشویق به فهمیدن می‌کند. درمانگر با متوجه کردن بیمار به اینکه رفتارش می‌تواند حربه‌ای برای آزردن شوهرش باشد، سعی می‌کند بیمار در نگاهش به خود و رابطه‌اش با شوهرش و انگیزه‌های خودش بازنگری کند. تفسیرِ درمانگر در ارتباط با بخش محوری مشکلات بیمار بود. باید تاکید کنیم که تفسیرها همچون خرده‌کاغذهای رنگی، پاشیده نمی‌شوند، بلکه به حیطه‌های مهم زندگی معطوف می‌شوند؛ حیطه‌هایی که به مشکلاتی که درمانگر دنبال حل‌وفصل آنها است، ربط مستقیم دارد.

بهتر است وقتی تفسیر کنیم که [موضوع] در آستانهٔ ورود به آگاهی بیمار است. در ضمن، تفسیر باید آن‌قدر اضطراب ایجاد کند تا بیمار به‌طور جدی به فکر فرو رود ولی اضطراب آن‌قدر نباشد که بیمار آن را رد کند. درمانگرها گاهی اوقات تفسیر را همچون تیری در تاریکی رها می‌کنند، ولی عقل حکم می‌کند قبل از شلیک، هدف‌گیری کنیم. اشتباه، عجله یا ارائه تفسیری فراتر از ظرفیت پذیرش بیمار احتمالاً زیانبخش خواهد بود. همان‌طور که کولبی (۱۹۵۱) می‌گوید «درست همان‌طور که تاب را باید تا بالاترین حد ممکن عقب بکشیم تا به نهایت شتابش برسد، بهترین زمان برای تفسیر هم وقتی است که بیمار به آن نزدیک شده است و فقط یک هُل می‌خواهد تا نادیده را ببیند». (ص ۹۱)

به عنوان قاعده‌ای کلی، تفسیر با مقدار کم، بهترین است. بنابراین به جای آنکه تفسیری بزرگ تدارک ببینید که جنبه‌های اصلی تعارضات بیمار را به‌طور کامل پوشش می‌دهد، آن جنبه‌ها را به مرور تفسیر کنید. شما می‌توانید به تدریج از سوال به سوی روشن‌سازی و از روشن‌سازی به سوی تفسیر حرکت کنید. به این ترتیب بیمار می‌تواند مراحل را در هم ادغام کند. تفسیر باید بر مبنای گفته‌های قبلی بیمار پی‌ریزی شود و در آن به اظهارنظرها و توصیفات بیمار استناد شود.

نمونه‌ای از تفسیر

گفت‌وگوی زیر مربوط به جلسهٔ پانزدهم روان‌درمانی زن ۲۷ سالهٔ یک استاد کالج است. زن در جلسات قبل راجع به رابطهٔ جنسی ناکافی و نامناسب‌شان گفته بود. در چند جلسهٔ اخیر هم توضیح داده بود که او و شوهرش چطور اعتقاد دارند که رابطهٔ آنها صریح، باز و متقابل است. مدتی قبل از این جلسه، بیمار برای حضور در یک گردهمایی، سفری دوروزه به شهر مجاور می‌کند. روز اول گردهمایی با مردی آشنا می‌شود و بلافاصله با او همبستر می‌شود. سپس عادت ماهیانه‌اش چند روز به تأخیر می‌افتد. متقاعد می‌شود که باردار شده است. درمانگر که حدس می‌زد شاید این تاخیر معلول عوامل هیجانی بوده است، پیشنهاد می‌کند تا مطمئن نشده، قضیه را با شوهرش در میان نگذارد. زن به این پیشنهاد توجه نمی‌کند و همه چیز را به شوهرش می‌گوید. روز بعد هم عادت ماهیانه‌اش شروع می‌شود.

بیمار: خُب همه چیز را به دیک گفتم. خدای من، خیلی ناراحت بودم.

درمانگر: بعد چه اتفاقی افتاد؟

بیمار: رفتارش از آنچه فکر می‌کردم، بهتر بود. واقعاً درکم می‌کرد. مرا نبخشید ولی آرامش خودش را حفظ کرد و من را درک کرد و حالا اصلاً باردار نیستم. باورت می‌شود؟ اما فکر می‌کنم این قضیه باعث تحکیم رابطهٔ ما شد و می‌توانیم پیش برویم.

درمانگر: انتظار داشتی این قدر فهمیده باشد؟

بیمار: مطمئن نبودم. فکر می‌کردم خیلی عصبانی شود ولی چه کار می‌توانستم بکنم؟ می‌دانم کارم در آن گردهمایی مسخره بود ولی باید می‌فهمیدم که آیا هنوز می‌توانم از رابطهٔ جنسی لذت ببرم یا نه.

درمانگر: بردی؟

بیمار: آره واقعاً بردم. حالا این را می‌دانم و احساس خوبی دارم.

درمانگر: و دیک هم آن را می‌داند و احساس خوبی ندارد. شاید به همین دلیل بود که می‌خواستی همه چیز را به دیک بگویی.

تعیین اینکه فلان تفسیر خاص، موثر بوده یا نه، سخت است. گاهی اوقات پاسخ‌های بیمار (برای مثال این پاسخ که با صدای بلند و صورتی سرخ فریاد می‌کشد و می‌گوید «خدای من تا حالا این‌طوری به آن فکر نکرده بودم!») نشان می‌دهد که به خال زده‌ایم. اما گاهی اوقات هم بیماران چند جلسه بعد می‌گویند نظر درمانگر درست بوده است. به هر حال، سیر جلسات، امتحان واقعی سودمندی تفسیر را تعیین خواهد کرد. حتی پذیرش علنی بیمار گاهی اوقات می‌تواند راهی برای منحرف کردن درمانگر یا عَلَم کردن یک دفاع باشد.

تفسیر روانکاوانهٔ کلاسیک با هدفِ گشودنِ نگرش‌های جدید و در نهایت، خنثی کردن تعارضات و دفاع‌های ناهشیارانه صورت می‌گیرد. درمانگر در چنین تفسیری از تداعی آزاد، رؤیاها و رفتارهای معرف مقاومت و انتقال و مواردی از این قبیل استفاده می‌کند. پیچیدگی و قاطعیت تفسیرها بسیار متغیر است. برخی از تفسیرها به قلب تعارضات ناهشیارانهٔ بیمار می‌زنند. برخی هم بیشتر اظهارنظرها و سوالاتی است که با هدف سوق دادن تدریجی بیمار به سوی بینش بیان می‌شود. شاید بهتر باشد آنها را نوعی مداخلهٔ کلامی در نظر بگیریم تا تفسیر، اما همگی می‌توانند موجب تغییر فکر یا احساس مراجع شوند. این مداخلات کلامی را می‌توانیم یک بُعد در نظر بگیریم که به‌طور مستقیم دنبال نونوار کردن نگرش بیمار است.

بدیل‌های روانکاوی

نوفرویدی‌هایی مثل آلفرد آدلر، کارل یونگ، اتو رنک، تحلیلگران ایگو و دیگران، اصلاحات فراوانی در نظریهٔ روانکاوی کردند. سهم دوران‌ساز فروید پابرجا ماند ولی تاکیدها تغییر کرد. یونگ بیشتر به رؤیاها و فرایندهای نمادین پرداخت. رنک هم بر ضربهٔ تولد تاکید کرد. آدلر و نوفرویدی‌ها به جای غرایز، بر اهمیت فرهنگ، یادگیری و روابط اجتماعی تاکید می‌کردند.

این تغییر و تحولات بر روش‌های درمان هم تاثیر گذاشت. اما تغییر چندانی در نقش حساس تداعی آزاد، تحلیل رؤیا، تفسیر، انتقال و مقاومت ایجاد نشد. نقش برتر و مهم بینش هم تقریباً دست‌نخورده باقی ماند. بینش با روش‌های روانکاوی سنتی ایجاد می‌شود ولی حالا بینش هورنایی، فرومی یا سالیوانی داریم. همچنین نشانهٔ روان‌رنجورانه نه‌تنها در امیال جنسی یا پرخاشگرانهٔ واپس‌رانی‌شده ریشه دارد، بلکه برآمده از ترس، تنهایی یا احساس ناامنی در نقش بزرگسالانه هم هست. تفسیر در بیشتر دیگر صورت‌های روانکاوی، همچنان رکن اصلی درمان است. فرق آنها عمدتاً در محتوای تفسیرهایشان بود؛ یعنی شیوهٔ تعبیر و تفسیر مواد ناهشیاری توسط درمانگر.

اتاق روانکاوی از سال‌ها قبل، مثل خلوتگاه درونی بود. درمانگر فقط با بیمار حرف می‌زد و نه کس دیگری. اما حالا با اعضای خانواده و همسر هم مشورت می‌کند و درمان گاهی اوقات روی واحد خانواده اجرا می‌شود. امروزه خیلی کمتر بر گذشته (دوران کودکی) تاکید می‌شود و رویارویی فعال‌تری با زمان می‌شود. حتی ماهیت و نوع مراجعان هم قدری عوض شده است. درمانگاه‌ها و موسسات هم‌اکنون به سالمندان، اقلیت‌ها و افرادی که به‌طور سنتی تحت درمان روانکاوانه قرار نمی‌گرفتند هم خدمات می‌دهند. آنها درهای درمان را به روی جمعیت‌های غیرسنتی گشوده‌اند. دوباره تکرار می‌کنیم که هیچ یک از این موارد به معنای انکار اصول فروید نیست، بلکه نشان می‌دهد از نظریهٔ روانکاوانهٔ فروید، فقط روش‌های درمانی فرویدی سنتی استنباط و خارج نمی‌شود.

تحلیل ایگو

جنبش ***تحلیل ایگو*** که از چهارچوب روانکاوی سنتی برآمد و انشعابی نبود، اعتقاد داشت روانکاوی کلاسیک بیش از حد بر تعیین‌کننده‌های ناهشیار و غریزی تاکید کرده و فرایندهای ایگویی را نادیده گرفته است. این گروه از نظریه‌پردازان، نقش ایگو در وساطت بین تعارض اید و دنیای واقعی را قبول داشتند ولی معتقد بودند ایگو کارکردهای مهم دیگری هم دارد. آنها بر کارکردهای انطباقی و «غیرتعارضی» ایگو، مثل حافظه، یادگیری و ادراک تاکید می‌کردند. این نظریه‌پردازان عبارت بودند از: هارتمن (۱۹۳۹)، آنا فروید (۱۹۶۴a)، کریس[1] (۱۹۵۰)، اریکسون (۱۹۵۶) و راپاپورت[2] (۱۹۵۳).

روان‌درمانگری تحلیلی ایگو فقط از لحاظ میزان با روش‌های درمانی معمول فرق دارد. تحلیلگران ایگو ظاهراً بیش

1. Kris 2. Rapaport

از آنکه دنبال بازسازی‌های روانکاوی ارتدوکس باشند، دنبال تربیت مجدد هستند. در تحلیل ایگو برکندوکاو و تجربهٔ دوران طفولیت و کودکی و ایجاد روان‌رنجوری انتقال، تاکید کمتری می‌شود تا در روانکاوی کلاسیک. درمان تحلیلی ایگو بیش از آنکه بر بررسی توده‌ای و احیای گذشته تمرکز کند بر مسائل فعلی زندگی تمرکز می‌کند. در ضمن، درمانگر نه‌تنها باید جنبه‌های روان‌رنجورانهٔ شخصیت بیمار را بفهمد بلکه باید قسمت‌های موثر شخصیت او تعامل آنها با روندهای روان‌رنجورانهٔ شخصیت بیمار را نیز بفهمد.

رویکرد تحلیل ایگو همچنین بر اهمیت اعتمادسازی در بیمار از طریق «پدر و مادری کردن مجدد» در جریان رابطهٔ درمانی تاکید می‌کند. این رویکرد حتی گاهی اوقات انتقال را مانعی بر سر راه درمان می‌داند و تلاش می‌کند دفاع‌های انطباقی را در بیمار بسازد (بلنک و بلنک[1]، ۱۹۷۴).

تحولات دیگر

کارهای هورنای، سالیوان و آدلر، اهمیت ویژه‌ای در چرخش روانکاوی داشت. روان‌شناسی ایگو و نظریه‌های روابط مَحمِلی هم بر این موضوع تاکید می‌کرد که طرز رابطه برقرار کردن بیمار با دیگران از تعارضات نیروهای غریزی مهم‌تر است. برای مثال، نظریه‌پردازان روابط مَحمِلی، نیاز رابطه برقرار کردن با دیگران را عامل موثر اصلی بر رفتار انسان می‌دانند. بنابراین، در شکل‌گیری و تحول خود، بیش از هر چیز بر عشق و نفرت و همچنین خودمختاری و وابستگی تاکید می‌کنند. در روان‌شناسی خود کوهات (۱۹۷۷) تکلیف اصلی در رسش و پختگی، تشکیل خودِ یکپارچه است نه عبور موفقیت‌آمیز از مراحل روانی جنسی.

تحولاتِ درمان‌های روانکاوانه عمدتاً تمرکز درمان‌بخش بر «اینجا و اکنون» و مبادلات میان‌فردی این‌مکانی و این‌زمانی بوده است (دبلیو. پی. هنری، اشتروپ، شاخت و گاستون[2]، ۱۹۹۴). اشتروپ و بیندر (۱۹۸۴) برخی از تحولات مهم‌تر روانکاوی را جمع‌بندی کرده‌اند. آنها می‌گویند حرکت از بازیابی خاطرات دوران کودکی و تحلیل آنها، به سمت تجربه‌های هیجانی اصلاحی بوده که از طریق رابطهٔ درمانی رخ می‌دهد. رابطهٔ انتقالی هم فرصتی برای تغییرات سازنده در روابط میان‌فردی خارج از اتاق درمان فراهم می‌کند.

روان‌درمانگری روانپویشی معاصر

تحولات این سال‌ها در روانکاوی کلاسیک آن‌قدر بوده است که دیگر لازم نباشد «روانکاوانه بودن» درمان یا *روان‌درمانگری روانپویشی* را معیار اجرای فنون فرویدی بدانیم (شدلر، ۲۰۱۰). جا دارد خاطرنشان کنیم که تنوع فنون درمان در این رویکرد، بسیار زیاد است (گیبونز[3] و دیگران، ۲۰۰۸). برای مثال، روان‌درمانگری روانپویشی معاصر به جای پنج جلسه در هفته، فقط یکی دو جلسه را توصیه می‌کند و کل فرایند درمان، کوتاه‌مدت یا بازپایان است (شدلر، ۲۰۱۰). درمانگر مجبور نیست پشت کاناپهٔ بیمار بنشیند، بلکه پشت میز می‌نشیند و بیمار هم روی صندلیِ روبه‌روی او قرار می‌گیرد. شاید آسان‌ترین راه برای بیان این تحولات آن باشد که بگوییم انعطاف بیشتری رخ داده است. هنوز بسیاری از اصول فرویدی سنتی پابرجا است، ولی بافت کلی مثل سابق، خشک و غیرمنعطف نیست. برای نمونه، درمانگران روانپویایی‌گرای امروزی مجبور نیستند حتماً تداعی آزاد انجام دهند. اهمیت رؤیا هم به اندازهٔ سابق نیست. گاهی اوقات از دارو و هیپنوتیزم هم استفاده می‌شود.

حال به یکی از صورت‌های خاص روان‌درمانگری روانپویشی می‌پردازیم که از بسیاری جهات مظهر فاصله گرفتن شدید از درمان روانکاوانهٔ سنتی و رو آوردن به درمانِ متمرکزِ دارای محدودهٔ زمانی است.

روان‌درمانگری میان‌فردی: درمان دارای پشتوانهٔ تجربی

روان‌درمانگری میان‌فردی (کلرمن، وایسمن، رانسویل و شورون[4]، ۱۹۸۴) رویکرد کوتاه‌مدت و بینش‌مداری است که عمدتاً در اختلالات افسردگی به کار رفته است، هرچند صورت اصلاح‌شدهٔ آن برای اختلالات دیگر هم تهیه شده است

1. Blanck and Blanck
2. W.P. Henry, Strupp, Schacht and Gaston
3. Gibbons
4. Klerman, Weissman, Rounsaville and Chevron

(اختلالاتی مثل وابستگی به مواد یا پرخوری عصبی). در روان‌درمانگری میان‌فردی افسردگی، سنجش دقیقی از نشانه‌های افسردگی صورت می‌گیرد، یکی از مشکلات اصلی (مثل سوگ تأخیری، انتقال نقش‌ها و مشاجره درباره نقش‌ها یا کاستی‌های میان‌فردی) هدف قرار می‌گیرد و با بهبود روابط شخص با دیگران (مثل بهبود مهارت‌های ارتباطی یا اجتماعی او)، نشانه‌های افسردگی تسکین می‌یابد. روان‌درمانگری میان‌فردی در درمان دوره‌های افسردگی حاد و پیشگیری یا به تأخیر انداختن تکرار دوره‌های افسردگی موثر است (وایسمن و مارکوویتز[1]، ۱۹۹۴). کادر ۳ـ۱۲، ویژگی‌ها و خصوصیات اصلی روان‌درمانگری میان‌فردی را توضیح می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، روان‌درمانگری میان‌فردی، در میان درمان‌های روانپویشی بیشترین پشتوانهٔ تجربی را دارد و ظاهراً یکی از صورت‌های ارزشمند درمان روان‌شناختی افسردگی ماژور است.

کادر ۳ـ۱۲: تمرکز بر کارهای بالینی: ویژگی‌های روان‌درمانگری میان‌فردی

روان‌درمانگری میان‌فردی، شکل کوتاه‌مدتی از روان‌درمانگری روانپویشی است که مطالعات تحقیقاتی زیادی روی آن اجرا شده است. گروه ضربت شعبهٔ ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا، آن را یکی از درمان‌های دارای پشتوانه/ اعتبار تجربی می‌داند.

وایسمن و مارکوویتز (۱۹۹۸)، ویژگی‌های اصلی روان‌درمانگری میان‌فردی را به شرح زیر می‌دانند:

تمرکز

روان‌درمانگری میان‌فردی بر ارتباط شروع مشکلات بالینی و مشکلات میان‌فردی فعلی (با دوستان، والدین، بستگان) تمرکز می‌کند. در این روان‌درمانگری، به مشکلات اجتماعی کنونی رسیدگی می‌شود نه به سبک‌های شخصیتی دیرپا.

مدت

معمولاً ۱۲ تا ۱۶ هفته.

نقش روان‌درمانگری میان‌فردی

روان‌درمانگران میان‌فردی، فعال و غیرخنثی و حمایتگرند. آنها در برابر نگاه منفی و بدبینانهٔ بیماران، واقع‌بینی و خوش‌بینی در پیش می‌گیرند. درمانگرها بر امکان‌پذیر بودن تغییر و گزینه‌های موجود برای تغییر مثبت تاکید می‌کنند.

مراحل درمان

۱. ***مرحله اول*** (تا جلسه سوم): در این مرحله، ارزیابی تشخیصی صورت می‌گیرد و تاریخچهٔ روان‌پزشکی گرفته می‌شود. همچنین سنجش کارکرد میان‌فردی و تعلیم ماهیت مشکل بالینی (برای مثال افسردگی) انجام می‌شود. درمانگر با ربط دادن نشانه‌ها به مشکلات میان‌فردی، معضلات و وضعیت‌های فعلی، صورت‌بندی بالینی انجام می‌دهد.

۲. ***مرحله دوم***: راهبردها و هدف‌های خاصی به فراخور مشکل میان‌فردی انتخاب‌شده (مثل مشاجره بر سر نقش‌ها، انتقال نقش، کاستی‌های میان‌فردی) دنبال می‌شود. برای نمونه، درمانی که متوجه مشاجره بر سر نقش‌ها است به بیمار کمک می‌کند روابط مشکل‌دار، ماهیت مشکلات و گزینه‌های موجود برای حل‌وفصل آنها را بکاود. اگر رابطه به بن‌بست رسیده، درمانگر به بیمار کمک می‌کند راهی برای دور زدن هر آنچه جلوی پیشرفت یا اتمام رابطه را می‌گیرد، پیدا کند.

۳. ***مرحله سوم*** (دو تا سه جلسه): پیشرفت و تسلط بیمار، تقویت و تحکیم می‌شود. روان‌درمانگر میان‌فردی، حس اعتمادبه‌نفس و خودمختاری را در بیمار تقویت می‌کند. درباره شیوه‌های کنار آمدن با تکرار مشکلات بالینی بحث می‌شود.

ارزیابی مختصر روان‌درمانگری روانپویشی

در این قسمت، ارزیابی‌های تجربی موجود را مرور می‌کنیم و نگاهی کلی بر آن نوع روان‌درمانگری‌هایی خواهیم انداخت که خاستگاهشان به روش روانکاوی برمی‌گردد. مبنای ارزیابی ما، وب‌سایت جامعهٔ روان‌شناسی بالینی (شعبهٔ ۱۲) انجمن روان‌شناسی امریکا درباره درمان‌های روان‌شناختی دارای پشتوانه تحقیقاتی[2] و چند مرور تحقیقاتی مهم اخیر (برای مثال کوئیجپرز و دیگران، ۲۰۱۱؛ گیبونز و دیگران، ۲۰۰۸؛ شدلر، ۲۰۱۰) است.

1. Markowitz
2. http://www.div12.org/Psychological Treatments/index.html

آیا روان‌درمانگری روانپویشی موثر است؟

چه شواهدی داریم که رویکرد روانپویشی، اثربخش یا تاثیرگذار است؟ پشتوانهٔ اثربخشی و تاثیرگذاری روان‌درمانگری روانپویشی کودکان و نوجوانان، امیدوارکننده نیست. چند مطالعهٔ منتشر شده نشان می‌دهد رویکردهای روانپویشی، در خصوص بیشتر تشخیص‌های مهم مربوط به کودکان تاثیرات معناداری ندارد (چورپیتا و دیگران، ۲۰۱۱).

اما درباره درمان بزرگسالان، تحقیقات بیشتری شده است. در فصل قبل گفتیم، در فراتحلیل معروف اسمیت، گلاس و میلر (۱۹۸۰)، تاثیرگذاری روان‌درمانگری بررسی شد. این مولفان، علاوه بر بررسی تاثیرات روان‌درمانگری به‌طور کلی، تاثیرات مجزای هر نوع مداخلهٔ روان‌شناختی را هم بررسی کردند. آنها فهمیدند کارکرد یک بیمار معمولی که تحت روان‌درمانگری روانپویشی قرار می‌گرفت، از کارکرد کسانی که تحت هیچ درمانی قرار نمی‌گرفتند، بهتر بود. دو فراتحلیل در زمینه تحقیقات صورت‌گرفته دربارهٔ تاثیرگذاری روان‌درمانگری روانپویشی کوتاه‌مدت هم نتایج ضد و نقیضی داشته است؛ یکی از اثربخشی درمان روانپویشی کوتاه‌مدت حمایت می‌کرد (کریتس ـ کریستوف[1]، ۱۹۹۲) و دیگری حمایت نمی‌کرد (اسوارتبرگ و استیلس[2]، ۱۹۹۱). سرانجام اینکه مک‌ویلیامز و واینبرگر (۲۰۰۳) در مرور گزینشی مطالعات مهم ۴۰ سال گذشته می‌گویند روان‌درمانگری روانکاوانه و روانپویشی بزرگسالان، اثربخش و تاثیرگذار است.

شدلر (۲۰۱۰) در جدیدترین خلاصهٔ مرورهای اصلی اثربخشی در درمان روانپویشی اختلالات روانی بزرگسالان، به چند مرور روان‌شناسی استناد می‌کند که اندازه‌های تاثیر در آنها متوسط تا زیاد بود و همگی از اثربخشی درمان روانپویشی حمایت می‌کردند. شدلر بیشتر تحت تاثیر اندازه‌های تاثیر بزرگ‌ترِ متداعی با پیگیری بلندمدت و دوره‌های طولانی‌تر درمان قرار گرفته بود. اما چند نفر هم از ارزیابی و نتیجه‌گیری شدلر انتقاد کرده‌اند (آنستیس، آنستیس و لیلینفلد[3]، ۲۰۱۱؛ مککی[4]، ۲۰۱۱؛ تامبس، جوئت و باسل[5]، ۲۰۱۱؛ ترایون و ترایون[6]، ۲۰۱۱). این مولفان به‌ویژه از کیفیت پایین بسیاری از مطالعات گنجانده‌شده در این مرورها و همچنین از روش‌های مشکل‌دار به‌کاررفته در فراتحلیل و تحلیل‌های مورد استفاده در برخی از مرورها و مشخص نبودن تاثیرات درمان روانپویشی برای برخی اختلالات انتقاد می‌کنند.

گیبونز و دیگران (۲۰۰۸) در خصوص مورد اخیر، شواهد موجود دربارهٔ اثربخشی درمان‌های روانپویشی اختلالات روانی بزرگسالان را منتشر کرد. گیبونز و دیگران بر اساس مرورشان که کارآزمایی‌های خوب طراحی‌شده و کنترل‌شدهٔ تصادفی در آن لحاظ شده بود، نتیجه گرفتند دست‌کم می‌توان از وجود پشتوانهٔ غیرقطعی اثربخشی درمان روانپویشی برای اختلال افسردگی ماژور، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف و وابستگی به مواد خبر داد.

در میان تمام شکل‌های درمانگری روانپویشی، روی روان‌درمانگری میان‌فردی تحقیقات بیشتری شده است. همچنین درباره کاربرد روان‌درمانگری میان‌فردی در درمان اختلال افسردگی ماژور هم تحقیقات زیادی شده است. کوئیپرز و دیگران (۲۰۱۱) اخیراً نتایج فراتحلیل بزرگی درباره کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ای را منتشر کرده‌اند که در زمینه روان‌درمانگری میان‌فردی افسردگی صورت گرفته است. آنها نتایج ۳۸ مطالعه را با بیش از ۴۰۰۰ بیمار بزرگسال و نوجوان ارزیابی کردند. در این مطالعات، روان‌درمانگری میان‌فردی با عدم درمان، روان‌درمانگری میان‌فردی با دیگر شکل‌های روان‌درمانگری و روان‌درمانگری میان‌فردی با دارودرمانی مقایسه می‌شد. مولفان بر اساس نتایج این مطالعات نتیجه گرفتند روان‌درمانگری میان‌فردی در مقایسه با عدم درمان افسردگی ماژور حاد، تاثیر متوسط تا بزرگی داشت و روان‌درمانگری میان‌فردی همراه با دارودرمانی، در مقایسه با دارودرمانی تنها، قدری برتری داشت. روان‌درمانگری میان‌فردی همواره بر دیگر درمان‌های روان‌شناختی (عمدتاً درمان شناختی ـ رفتاری) برتری نداشت و اثربخشی آن از دارودرمانی (یعنی بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین) صرف قدری کمتر بود.

---

1. Crits-Cristoph
2. Svartberg and Stiles
3. Anestis, Anestis and Lilienfeld
4. McKay
5. Tombos, Jewett and Bassel
6. Tryon and Tryon

کادر ۴ ـ ۱۲: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر کنت ان. لوی

دکتر کنت ان. لوی[1] استادیار روان‌شناسی دانشگاه ایالتی در پنسیلوانیا در یونیورسیتی پارک است. علایق تحقیقاتی اصلی او عبارتند از: نظریهٔ دلبستگی، اختلالات شخصیت و فرایند و نتیجهٔ روان‌درمانگری. دکتر لوی محقق و روان‌شناس بالینی سرشناس روان‌درمانگری متمرکز بر انتقال است. روان‌درمانگری متمرکز بر انتقال، درمان روانپویشی اصلاح‌شده‌ای است که به‌طور اختصاصی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی شدید، مانند اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته، طراحی شده است. این رویکرد درمانی بر کاهش آسیب روانی و رفتار خودمخرب از طریق یکپارچه کردن بازنمایی‌های ناهمخوان خود و دیگران متمرکز است. روان‌درمانگری متمرکز بر انتقال، فقط بر تجربه‌های اوان کودکی تمرکز نمی‌کند، بلکه درمانگر در جلسهٔ درمان، بر تجربهٔ عاطفی بیمار تمرکز می‌کند تا الگوهای رابطه‌ای غالب در بیمار را در رابطهٔ این‌مکانی و این‌زمانی او با درمانگر (که به آن رابطهٔ انتقالی می‌گویند) شناسایی و تشریح کند.

دکتر لوی بیش از ۹۰ فصل کتاب و مقاله نوشته و تحقیقاتش در ***نیوزویک*** و ***Scientific American*** چاپ شده است. کارهای دکتر لوی به دریافت تعداد زیادی لوح افتخار و جایزه منتهی شده است، از جمله برگزیده شدن به عنوان همکار زودهنگام و عضو افتخاری انجمن روانکاوی امریکا، دریافت جایزهٔ محقق جوان از سازمان ملی ائتلاف ملی تحقیق دربارهٔ اسکیزوفرنی و افسردگی، و جایزهٔ کار زودهنگام از جامعهٔ روان‌درمانگری‌پژوهشی و جایزهٔ شعبهٔ روان‌درمانگری انجمن روانکاوی امریکا. دکتر لوی جایزهٔ ریموند دی. فاولر انجمن روان‌شناسی امریکا را هم به دلیل سهم زیادش در تحول و رشد حرفه‌ای دانشجویان مقاطع تکمیلی روان‌شناسی دریافت کرده است. دکتر لوی به سوالات ما راجع به نظراتش در خصوص رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و پیش‌بینی‌هایش دربارهٔ آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانگری روانپویشی و تحقیق پاسخ داد.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

روان‌شناسی راهی برای فهمیدن خودم، دیگران و دنیای اجتماعی اطرافم بود. به همین دلیل نظرم را جلب کرد. روان‌شناسی بالینی به‌شکل مهیجی انسان را قادر می‌کند رنج خود را تسکین بخشد و رفتارهای غیرانطباقی و ناخواسته‌اش را تغییر دهد. من هم مثل بسیاری از کسانی که روان‌شناسی می‌خوانند، کنجکاو بودم تا ذهن، رفتارها و انگیزه‌های خودم و دیگران را بشناسم. من در خانواده‌ای با ذهنیت روان‌شناسی بزرگ شدم و از طریق فیلم، کتاب و بحث‌هایی که خانواده‌ام و دوستانشان می‌کردند، به روان‌شناسی علاقه‌مند شدم. کتاب **مردم عادی** جودیت گِست (۱۹۷۶) و **تفسیر رؤیاهای** فروید (۱۹۰۷) را خواندم. تحت تاثیر این موضوع قرار گرفتم که افکار و احساساتی که از حیطهٔ آگاهی خارج‌اند، چطور بر رفتار تاثیر می‌گذارند. همچنین مجذوب ایدهٔ فرایندهای دفاعی شدم. در دبیرستان، درس اختیاری مقدمه‌ای بر روان‌شناسی را برداشتم و تحت تاثیر زیرکانه بودن برخی از آزمایش‌های روان‌شناسی قرار گرفتم، مثل آزمایش نقشه‌های شناختی تولمن و مطالعات بندورا با خرس‌های پشمی و اینکه چنین آزمایش‌هایی چگونه به فهم فرایندهای ذهنی موثر در رفتار کمک می‌کند. در کالج هم چند واحد درسی و برخی استادها بر طرز فکرم تاثیر گذاشت. نمی‌دانستم چطور می‌توانم «روان‌شناس شوم». منظورم نحوهٔ ثبت‌نام و پر کردن درخواست‌ها نیست، بلکه هنوز گرایش نظری مشخصی نداشتم و نمی‌دانستم دقیقاً می‌خواهم چه رشته‌ای را بخوانم؛ چون اینها در انتخاب رشتهٔ تحصیلات تکمیلی اهمیت دارد. روان‌شناسی یکی از رشته‌های بسیار جالب بود ولی چون متخصص عمومی بودم، باید متخصص تخصصی هم می‌شدم. با نظرات نظریه‌پردازان متفاوتی آشنا بودم و به نظرات نظریه‌پردازان متفاوتی علاقه داشتم؛ نظریه‌پردازانی مثل جیمز، لوین، آلپورت، بندورا، میشل، تولمن، راجرز و فروید. از یکی از اساتیدم دربارهٔ طرز انتخاب رشته در تحصیلات تکمیلی سوال کردم و او پاسخ داد «ساده است ... رشته‌ای را می‌خوانی که استادت می‌خواند». اگرچه هدفش آرام کردن و دلداری دادن به من بود، اما اظهارنظرش، ناراحتی من دربارهٔ ثبت نام در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی را بیشتر کرد. موقع فارغ‌التحصیلی، تصمیم گرفتم گرایش نظری خودم را مشخص و دامنهٔ علایقم را محدود کنم. یک دوره مطالعات شخصی را شروع کردم و آثار خود روان‌شناسان بزرگ را خواندم. مطالعاتم را با خواندن کتاب ***روان‌درمانگری معاصر*** ریموند کورسینی تکمیل کردم و پس از چند ماه نتیجه گرفتم با نظریهٔ بالینی، همخوانی بیشتری دارم. همچنین شروع کردم به کار با بیماران بستری‌شده‌ای که اختلالات شدید داشتند؛ همانجا بود که با انواع مشکلات آشنا شدم، از ناامیدی تا اسکیزوفرنی مزمن. همین‌طور که از کار با بیماران لذت می‌بردم، فهمیدم به پیشایندهای رشد و نیروهای جاری که تاثیر مهمی در تحول، بروز و تداوم آسیب روانی دارد نیز علاقه‌مند هستم. به مرور فهمیدم که بیش از هر چیز به این علاقه دارم که آدم‌ها چطور درباره

1. Kenneth N. Levy

خودشان، دیگران و دنیا فکر می‌کنند و این قضیه چطور بر خودتنظیمی تاثیر می‌گذارد. در این دوران بود که به گرایش بالینی خودم پی بردم و تحقیق را راهی برای یافتن پاسخ سوالات حساس و تقویت نظریهٔ بالینی یافتم.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کار می‌کنید؟

یکی از جنبه‌های روان‌شناس بالینی بودن که همیشه از آن لذت می‌برم، گستره و عمق فعالیت‌هایی است که انجام می‌دهم. فعالیت‌های من در مجموع در دو حیطهٔ فعالیت‌های دانش‌بنیان و کاربرد دانش برای تسکین مشکلات بالینی است. فعالیت‌های دانش‌بنیان من در چند سطح است: در دانشجویان تحصیلات تکمیلی، سمینارهای روان‌درمانگری‌پژوهی، نظریهٔ شخصیت و سنجش روان‌شناختی برگزار، و بر عملکرد دانشجویان مقطع دکترا در واحد عملی بالینی نظارت می‌کنم که بر روان‌درمانگری معاصر اختلالات شخصیت تاکید دارد. در سطح کارشناسی هم نظریهٔ شخصیت، روان‌شناسی نابهنجاری، آسیب‌شناسی روانی رشدی و روان‌درمانگری‌پژوهی تدریس می‌کنم. سرپرست و استاد راهنمای تحقیقات و آموزش بالینی دانشجویان مقاطع تکمیلی نیز هستم و هدایت دانشجویان مقطع کارشناسی در سفرشان در حوزهٔ روان‌شناسی را برعهده دارم. علاوه بر سرپرستی و نظارت، درمانگری خصوصی پاره‌وقت هم روی کودکان و نوجوانان و بزرگسالانِ درگیر آسیب‌های روانی انجام می‌دهم ولی تمرکز اصلی من روی روان‌درمانگری روانپویشی انفرادی اختلالات شخصیت است. گهگاه نیز به همکارانم مشورت می‌دهم. اما بیشتر هفتاد ساعت کار هفتگی من صرف مفهوم‌بندی، اجرا و انتشار تحقیقاتم از طریق برگزاری کنفرانس، کارگاه، سمینارهای دانشگاهی، مسافرت‌های بزرگ، نوشتن مقاله برای مجلات و فصل کتاب و ویراستاری کتاب‌ها و درآوردن ویژه‌نامه‌های مجلات می‌شود. بخش کوچک‌تر اما مهمی از وقت خودم را هم صرف شرکت در کمیته‌های گروه‌های علمی دانشگاه و کار در هیئت‌های سردبیری و برگزاری میزگردهای مرور بورسیه‌های این رشته می‌کنم. همچنین در کمیته‌های مجامع حرفه‌ای شرکت می‌کنم. اخیراً هم به ریاست یک کنفرانس برگزیده شده‌ام.

حوزه‌های تخصصی و مورد علاقهٔ شما چیست؟

علایق تحقیقاتی اصلی من، نظریهٔ دلبستگی، اختلال شخصیت مرزی و فرایند و نتیجهٔ روان‌درمانگری است. تحقیقاتم نیز چهارچوب آسیب‌شناسی روانی روانکاوانه و رشدی دارد و روش‌های آسیب‌شناسی روانی آزمایشی و علم مداخله را به کار می‌برم. هدفم فهمیدن سازوکارهای شکل‌گیری و تداوم اختلال شخصیت مرزی و هدف نهایی من، مشخص کردن و مطالعهٔ تعیین‌کننده‌هایی است که این سازوکارها را به‌طور مستقیم هدف می‌گیرد.

روندهای آینده روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

مطمئن نیستم روان‌شناسی بالینی چطور خواهد شد چون روندهای رقیبی وجود دارد که باید ادغام شوند. آنچه دوست دارم رخ دهد، یکپارچگی شواهدبنیادِ حقیقیِ علم و عمل، و یکپارچگی شواهدبنیاد رویکردهای روان‌درمانگری است. آن زمان است که به جواب گوردون پاول به این سوال می‌رسیم که «چه درمانی، برای چه کسی و چه مشکلی، تحت چه شرایطی از همه موثرتر است؟» (پاول، ۱۹۶۷، ۱۱۱). به‌رغم افزایش تمایل برای انتشار درمان‌های به اصطلاح شواهدبنیاد و استفاده از اصول شواهدبنیاد، احساس می‌کنم هنوز با نگاه پاول، فاصله زیادی داریم. جالب اینجا است که تفسیر محدودی از جنبش شواهدبنیاد شده و تفسیرها «گزینشی» و منفعت‌طلبانه بوده است (به همین دلیل هم شواهدبنیادی منفعت‌طلبانه را از شواهد بنیادی حقیقی جدا می‌کنم). یکپارچگی علم و عمل همواره برای حرفهٔ ما مهم بوده است و شاید الان، مهم‌تر هم شده باشد. موسسات مالی در سراسر دنیا هرچه بیشتر به تبدیل علم به عمل و انتشار نظراتی که از لحاظ تجربی آزموده شده‌اند، علاقه نشان می‌دهند. سرانجام اینکه در رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، سوالاتی در خصوص نادیده گرفتن علم توسط درمانگران طرح شده است (به بیکر، مکفال و شوهام، ۲۰۰۹، مراجعه کنید)؛ مضمونی که رسانه‌های معروف بر آن انگشت گذاشته‌اند. آنچه وضع را پیچیده‌تر می‌کند این است که برخی از روان‌شناسان بالینی از محققان انتقاد کرده‌اند. آنها می‌گویند محققان تفسیرهایی از داده‌ها به عمل آورده‌اند که از نظر روان‌شناسان بالینی، زورگویانه است و با واقعیات بالینی کلیدی «نمی‌خوانند». روان‌شناسان بالینی هم ربط بالینی تحقیقات را به سوال کشیده‌اند. چیزی که من دوست دارم ببینم، افزایش یکپارچگی علم و عمل و همکاری خالصانه و پایدار این دو جناح است.

روندهای آینده روان‌درمانگری روانپویشی و تحقیق را چطور می‌بینید؟

روان‌درمانگری روانپویشی هرچه بیشتر شواهدبنیاد می‌شود. هنوز عدهٔ کم ولی مهمی از روانکاوان هستند که درک کاملی از ضرورت تحقیق ندارند، ولی نگرش بیشتر آنها به مرور در ۳۰ سال اخیر عوض شده است. موسسات روانکاوی نیز منابع و امکانات بیشتری را برای اشاعه تحقیق اختصاص می‌دهند. علاوه بر این، با محققان علوم پایه از قبیل دانشمندان عصب‌نگر و متخصصان ژنتیک جور شده‌ایم تا فرضیه‌های پویشی بنیادی و نتایج درمان را در محیط اف ام آر آی (fMRI) به بوتهٔ آزمایش گذاریم. خود دانشمندان عصب‌نگر هم

به‌طور مستقل به مفاهیم بنیادی روانکاوی علاقه‌مند شده و به شواهدی برخورده‌اند که از این مفاهیم حمایت می‌کند. در ضمن هم‌اکنون حجم زیادی از نتیجه‌پژوهی‌ها وجود دارد که نشان می‌دهد درمان‌های روانپویشی در درمان انواع اختلالات، از قبیل افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلاف زناشویی و اختلال شخصیت مرزی، اثربخش است. این پژوهش‌ها در کل مؤکداً نشان می‌دهد باید دربارهٔ روان‌درمانگری‌های روانپویشی تحقیقات بیشتری صورت گیرد. سرانجام اینکه امیدوارم نظرات مفید و آزمایش‌شده با فراغ خاطر پذیرفته شوند و در روان‌درمانگری‌های غیرروانکاوانه جا بگیرد.



کنت ان. لوی

ما بر اساس این نتایج و نتایج دیگر، موقتاً نتیجه می‌گیریم که تاثیرگذاری روان‌درمانگری میان‌فردی، به‌ویژه روان‌درمانگری میان‌فردی بزرگسالان، حداقل پشتوانهٔ متوسطی دارد. اما میزان اثربخشی آن به نوع اختلال بستگی دارد و چند معضل جدی بر سر راه تحقیق دربارهٔ درمان روانپویشی وجود دارد (مثل اندازه‌گیری‌های مناسب نتیجه و طول درمان). بدیهی است تحقیقات به خوبی طراحی‌شدهٔ دیگری مورد نیاز است.

تفسیر و بینش

طیف وسیعی از روان‌درمانگرهای کنونی به میزان بینش بیمار که تفسیرهای درمانگر حاصل می‌آید، بستگی دارد. به نظر می‌رسد روانکاوی همچنان به بینش رسیدن را شیوهٔ اصلی حل مسائل زندگی می‌داند. اگر بیمار به فهم کامل برسد، نشانه‌های او بهبود می‌یابد یا حتی به‌طور کامل از بین می‌رود.

این تاکید بر فهمیدن، برای بسیاری جذاب است. برای مثال، هرچند بسیاری از آدم‌های غمگین دنبال هدفی درمان‌بخش، به نام شادی می‌گردند، بیشتر آنها به شاد شدن رضایت نمی‌دهند و می‌خواهند بدانند چرا غمگین هستند. تعهد روانکاوی و وارثان آن به بینش و فهمیدن، بزرگ‌ترین مزیت آن است ولی بذر شکست هم می‌کارد. بازسازی شخصیت از طریق بینش و فهمیدن در روانکاوی می‌تواند راه را برای بررسی پایان‌ناپذیر و گاه فرساینده‌ٔ گذشته و تحلیل [طاقت‌فرسای] انگیزه‌ها هموار کند. اگرچه به سختی می‌توان از روانکاوی ایراد گرفت که چرا این‌قدر به تاثیر گذشته در «شکل‌گیری» حال اهمیت می‌دهد، اما این قضیه گاهی می‌تواند یک ایراد باشد. به نظر می‌رسد بیمار می‌تواند فهمیدن وکندوکاو گذشته را مستمسکی برای نپرداختن به مشکلات فعلی خود قرار دهد. تحلیل بی‌پایان تعارضات و انگیزه‌ها و خاستگاه‌های آنها در دوران کودکی می‌تواند به راحتی جای راه‌حل و بدیل‌های رفتاری برای مشکلات زندگی را بگیرد. پی بردن به دلیل مشکلات شاید مهم باشد (و در نهایت موثر، به شرط آنکه به راه‌حل‌هایی کلی و نه جزیی منتهی شود)، ولی نپرداختن به بدیل‌های رفتاری می‌تواند یکی از ضعف‌های مهم روانکاوی سنتی باشد.

به نظر می‌رسد روانکاوی غالباً این فرض ضمنی را دارد که وقتی شخص از طریق مداقه به بینش می‌رسد، خود به خود رفتار انطباقی‌تری در پیش خواهد گرفت؛ یعنی تغییر رفتار به ناچار در پی بینش خواهد آمد. اما شواهد ناچیزی در تایید این فرض وجود دارد. در حقیقت، مدتی است عکس چنین فرضی را می‌گویند؛ یعنی تغییر رفتار به بینش منتهی می‌شود (الکساندر و فرنچ، ۱۹۴۶).

یکی از شیوه‌های اصلی روان‌شناسان بالینی روانپویشی برای تسهیل بینش در بیمار، تفسیر انتقال است. مرور مطالعات درباره تفسیر انتقال در روان‌درمانگری روانپویشی (هنری[1] و دیگران، ۱۹۹۴)، نتیجه‌گیری‌های کلی زیر را به دنبال داشته است:

1. Henry

۱. تعداد تفسیرها به اخذ نتیجهٔ بهتر ربطی ندارد. در واقع برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بالاتر بودن تعداد تفسیر و اخذ نتیجهٔ ضعیف‌تر با هم رابطه دارند.
۲. تفسیر انتقال در مقایسه با تفسیرهای دیگر یا انواع دیگر مداخلات، تجربهٔ عاطفی بسیار بیشتری برای بیمار به ارمغان نمی‌آورد. اما اگر با پاسخ عاطفی توام شود ظاهراً به نتیجهٔ مثبت ربط پیدا می‌کند.
۳. تفسیری که درمانگر ارائه می‌دهد بیش از دیگر مداخلات احتمال دارد به پاسخ تداعی بیمار منتهی شود. تفسیر مکرر انتقال می‌تواند رابطهٔ درمانی را خراب کند.
۴. دقت تفسیرهای درمانگر از آنچه قبلاً تصور می‌کردیم، کمتر است.

مولفان نتیجه می‌گیرند: «یافته‌های موجود، برخی از باورهای قطعی قبلی را به چالش می‌کشد. خلاصه اینکه تفسیر انتقال ظاهراً تاثیر بی‌همتایی ندارد، ممکن است خطرات فرایندی بیشتری ایجاد کند و تحت وضعیت خاصی، ضد درمان باشد» (دبلیو. پی. هنری و دیگران، ۱۹۹۴، ص ۴۷۹).

البته منظور ما این نیست که تفسیر انتقال همیشه زیانبار است و نباید صورت گیرد، بلکه تحقیقات نشان می‌دهد تفسیر و نتیجه، رابطهٔ پیچیده‌ای دارد که به عواملی مانند خصوصیات بیمار، سبک میان‌فردی روان‌شناسی بالینی، زمان‌بندی تفسیرها و دقت تفسیرها بستگی دارد (دبلیو. پی. هنری و دیگران، ۱۹۹۴).

عوامل علاج

پس نتایج مثبتی که گاهی اوقات از روان‌درمانگری روانپویشی حاصل می‌شود، به چه دلیل است؟ شواهد تجربی به کیفیت و قدرت اتحادِ درمانی اشاره می‌کند (هنری و دیگران، ۱۹۹۴). کیفیت اتحادِ درمانی در شمار دیگری از درمان‌ها (مثل درمان مراجع‌محور یا درمان شناختی ـ رفتاری) هم به نتیجهٔ درمان ربط دارد، ولی جالب اینجا است که این فروید (۱۹۱۲/۱۹۶۶) بود که به اهمیت رابطهٔ درمانگر ـ بیمار پی برد. تعاریف مختلفی از اتحادِ درمانی ارائه شده است ولی این اصطلاح در کل، به پیوند عاطفی بیمار با درمانگر اشاره دارد. رابطهٔ مثبت یا پیوند محکم، روند بررسی خود توسط بیمار را تسهیل می‌کند و امکان تفسیر را فراهم می‌آورد. فرض بر این است که اتحادِ درمانی قوی، احتمال واکنش تدافعی بیمار به تفسیرهای درمانگر را کم می‌کند. شواهد تحقیقاتی از رابطهٔ مستقیم اتحادِ درمانی و نتیجه خبر می‌دهد، صرف‌نظر از اینکه درمان روانپویشی کوتاه‌مدت یا بلندمدت مد نظر باشد یا از ابزار خاصی برای اندازه‌گیری نتیجه استفاده شود (هنری و دیگران، ۱۹۹۴).

مطالعه‌ای از چند عامل موثر بر اتحادِ درمانی و نتیجه خبر داد. هیلیارد، هنری و اشتروپ (۲۰۰۰) با بررسی یک نمونهٔ ۵۰ نفری از بزرگسالان، این فرضیه را آزمودند که روابط اولیهٔ بیمار و درمانگر با والدینشان (یعنی شاخص‌های روابط مَحمِلی هر یک از شرکت‌کنندگان)، بر کیفیت اتحادِ درمانی (که متغیر فرایندِ درمان بود) و نتیجهٔ درمان تاثیر می‌گذارد. نتایج در مجموع از فرضیه‌های این محققان حمایت می‌کرد. گزارش‌های بیماران و درمانگران درباره روابطشان با پدر و مادرشان در دوران کودکی، با درجه‌بندی‌های آنها از اتحادِ درمانی رابطهٔ معناداری داشت. همچنین درجه‌بندی‌های بیماران از نتیجه نیز رابطهٔ معناداری با پیشینه آنان درباره پدر و مادرشان دارد و این رابطه حتی پس از کنترل درجه‌بندی‌های اتحادِ درمانی، برقرار بود. بنابراین، مطالعهٔ پیش‌گفته نشان‌دهنده اهمیت روابط دوران کودکی بیماران با والدینشان در فرایند و نتیجهٔ روان‌درمانگری روانپویشی است.

عدم تاکید بر رفتار

درمانگر معمولی پیرو روان‌درمانگری روانپویشی، نقش نسبتاً منفعلی بازی می‌کند، مگر در تفسیر. نپرداختن به رفتار، توصیه نکردن و پیشنهاد ندادن یا موضع فعال نداشتن ظاهراً روان‌درمانگری را بی‌دلیل طولانی می‌کند. برای مثال، شاید درست باشد که سازگاری دگرجنس‌خواهانهٔ غم‌انگیز بیمار مذکر یا فقدان مهارت او در رابطه با زن‌ها از تعمیم‌های ناهشیارانهٔ حاصل از مقایسه‌های قدیمی ناخوشایند او با برادر سلطه‌گرش نشئت می‌گیرد. اما بینش صرف درباره خاستگاه‌های مشکل در

کادر ۵ ـ ۱۲: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر علی خدیوی

دکتر علی خدیوی، روان‌شناس بالینی تمام‌وقت و درمانگری با گرایش روانپویشی است. خدیوی مدرک دکترای خود را در سال ۱۹۹۰ از دانشکدهٔ جدید تحقیقات اجتماعی نیویورک گرفت و پس از آن، دورهٔ انترنی بالینی خود را در مرکز پزشکی کورنلِ بیمارستان نیویورک در وایت‌پلینز گذارند. دکتر خدیوی مقالاتی در حوزهٔ سنجش روان‌شناختی منتشر کرده و در کلاس‌هاس شخصیت‌سنجی و مصاحبهٔ تشخیصی تدریس کرده است. همچنین کارگاه‌هایی دربارهٔ اختلال دوقطبی، سنجش خطر خودکشی، تشخیص افتراقی و درمان مراجعان بدقلق برگزار کرده است. دکتر خدیوی به سوالات ما راجع به پیشینه، علایق بالینی و درمانگری خود پاسخ داده است.

پیشینه و علایق بالینی خود را توضیح دهید.

در حال حاضر معاون مراقبت بالینی، ارزیابی و تحقیق و روان‌شناس ارشد مرکز بیمارستانی برانکس ـ لبنانِ گروه روان‌پزشکی هستم. این یک بیمارستان خصوصی در برانکس جنوبی نیویورک است. مناصبی هم به عنوان استادیار روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری کالج پزشکی آلبرت اینشتین دارم. همچنین استادیار روان‌شناسی دانشکده جدید تحقیقات اجتماعی و کالج جان جی تشکیلات کیفری هستم. من به گروه روان‌پزشکی، مشورت روان‌شناختی می‌دهم. همچنین تحقیقات بالینی می‌کنم و آنها را هماهنگ می‌کنم. به رزیدنت‌های روان‌پزشکی، ارزیابی روان‌پزشکی تدریس می‌کنم و در بیمارستان هم دوره‌های کارآموزی خارجی برگزار می‌کنم. در دانشگاه و دانشکده پزشکی هم به رزیدنت‌های روان‌پزشکی، دستیاران و دانشجویان روان‌شناسی بالینی، سنجش بالینی و قانون درس می‌دهم. حوزه‌های مورد علاقهٔ من، شخصیت‌سنجی، روان‌شناسی قانونی و آسیب‌شناسی روانی شدید و جدی است.

چه نوع خدماتی و به چه‌کسانی خدمات می‌دهید؟

من طرف مشورت خدمات روان‌پزشکی به بیماران بستری هستم و روان‌درمانگری و سنجش انجام می‌دهم. عمدتاً با اقشار محروم افریقایی‌تبار و لاتین‌تبار کار می‌کنم. بیشتر بیماران بیمارستان، همزمان چند اختلال دارند از جمله مصرف شدید و همزمان چند ماده. در نیویورک، درمانگری خصوصی هم می‌کنم که عمدتاً بیمارانی با سطح کارکرد بالا را می‌بینم. علاوه بر روان‌درمانگری، سنجش بالینی و قانونی هم انجام می‌دهم. در کارهای بالینی و قانونی خودم تحت تاثیر نظریهٔ روانپویشی هستم.

از چه چیزکار بالینی بیش از هر چیز لذت می‌برید؟

ارتباط خالصانه و همدلانه‌ای که در روان‌درمانگری با بیمار برقرار می‌کنیم از هر چیزی برای من ارضاکننده‌تر است. در سنجش بالینی هم فهم همدلانه‌ای که در استفاده از آزمون‌های روانی پیدا می‌شود، بیشترین لذت را به من می‌دهد.

بزرگ‌ترین چالش‌های شما در جایگاه درمانگر چیست؟

وقتی داخل شهر کار می‌کنید، بزرگ‌ترین چالش، پیچیدگی مشکلات بیماران است. بیماران چند تشخیص روان‌پزشکی می‌گیرند، سوءمصرف مواد و مشکلات پزشکی دارند و فشارهای روانی مهمی بر محیط زندگی آنها حاکم است. سنجش و روان‌درمانگری برای چنین جمعیتی دشوار است. در ضمن، یافته‌های تجربی روان‌شناسی بالینی درباره چنین جمعیتی به هدایت سنجش و درمان، محدود است.

آیا در کارهایتان از تحقیقات کمک می‌گیرید؟ اگر کمک می‌گیرید، درمانگری خود را چگونه تغییر داده‌اید تا موثرتر شود؟

تحقیق، سهم مهمی در کارهای بالینی و قانونی من دارد. گرایش من روانپویشی است، ولی در درمانگری‌ها و کارهایم در بیمارستان و مطب خصوصی خودم روز به روز از مداخلات شناختی و رفتاری دارای پشتوانه تجربی، کمک بیشتری می‌گیرم. سنجش‌پژوهی‌ها هم کارم را متحول کرده است. در سنجش‌های بالینی و قانونی از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاردار استفاده می‌کنم. من از استفاده از مجموعه آزمون‌های سنتی به سوی سنجش متمرکزتر حرکت کرده‌ام که در آن از خوداظهاری چندمقیاسی و اندازه‌گیری عملکرد بنیاد استفاده می‌شود. همچنین در بیشتر ارزیابی‌های روان‌شناختی از مداخلاتی استفاده می‌کنم که محصول بازخورد سنجش‌های درمانی به عمل آمده‌اند.



دکتر علی خدیوی

دوران کودکی، لزوماً مهارت‌های لازم را به او نمی‌دهد. انتظارات بیمار در خصوص موفقیت در برقراری رابطه با زن‌ها، در سطح پایین باقی می‌ماند و منبع اضطراب خواهد ماند مگر آنکه خزانه رفتار دگرجنس‌خواهانهٔ او تقویت و تحیکم شود. درمانگر فعال کسی است که نه‌تنها تفسیرهایی می‌کند که به بینش منتهی می‌شود، بلکه بیمار را به یادگیری‌های جدید سوق می‌دهد که بیشتر احتمال دارد به راه‌حل‌های طولانی و ماندگار منتهی شوند تا درمانگری که صرفاً بر بینش (یا بر رفتار) متکی است.

واضح است که دلیل اصلی رواج سریع درمان‌های رفتاری، درماندگی بسیاری از روانکاوان از رسیدگی مستقیم به مشکلات اختصاصی مراجعان بود. به نظر می‌رسید رویکرد روانکاوی لاجرم مشکل فعلی مراجع را «نشانهٔ چیزی عمیق‌تر» می‌داند و به این باور همیشگی چسبیده که وقتی مراجع آن چیز عمیق‌تر را بفهمد، آن نشانه یا نقص از بین می‌رود. اما متاسفانه همیشه این‌طور نبود. به هر حال، روز به روز بر تعداد درمانگرانی افزوده می‌شود که سعی می‌کنند در بیماران، بینش و بدیل‌های رفتار ایجاد کنند.

اقتصاد روان‌درمانگری

روانکاوی به دلیل ذات خود (یعنی بازسازی شخصیت)، طولانی و پرهزینه است. دورهٔ ۳ تا ۴ سالهٔ آن و طولانی شدن و پرهزینه بودن مدت تربیت روانکاوان باعث پرهزینه شدن روانکاوی می‌شود. حتی رویکردهای روانپویشی جدیدتر هم مستلزم برگزاری یک تا دو جلسه درمان در هفته، به مدت یک سال یا بیشتر است. در نتیجه، درمان ثروتمندان است؛ یعنی کسانی که پول و وقت کافی برای حل‌وفصل روان‌رنجوری‌ها دارند. همچنین روش‌های روانکاوانه طوری است که فقط افراد نسبتاً باهوش، با ذهنیت پیچیده و تحصیل‌کرده احتمال دارد الزامات درمان‌بخش آن را بپذیرند. به همین دلیل، عدهٔ کمی از افراد نیازمند روان‌درمانگری ممکن است تحت روانکاوی سنتی قرار گیرند. اشخاص فقیر، نه‌چندان تحصیل‌کرده و اقلیت‌ها، کسانی که ناراحتی‌های شدید دارند و کسانی که زیر فشار شدید زندگی هستند، احتمالاً بیمار روانکاوی نخواهند شد.

همین دلایل کافی است تا بسیاری، این را ضعف روانکاوی بدانند. ما نمی‌توانیم حتی خلل کوچکی در مشکلات سلامت روان این ملت ایجاد کنیم. اما برای کسانی که کیفیات شخصیتی و امکانات مالی لازم را دارند، روانکاوی مفید است، به‌ویژه برای آنان که بهترین راه رفع مشکلشان، فهمیدن است.

فنون روانکاوانه ظاهراً به بیماران زیادی کمک کرده است و روانکاوی به عنوان نظریه‌ای درمانی، زیربنای بسیاری از روان‌درمانگری‌ها است. اما بسیاری از روان‌شناسان بالینی بعد از این همه سال، هنوز واقعاً شک دارند که شواهد تحقیقات قاطعی درباره تاثیرگذاری آن وجود داشته باشد. ولپ (۱۹۸۱) هم این نظرها را بازگو می‌کند. ولپ سوگیرانه سخن می‌گوید، ولی بیش از هر چیز، منتقد طولانی بودن مدت درمان بیماران است بی‌آنکه شواهد چندانی درباره بهبود آنها وجود داشته باشد. او به مثال‌های اشمیدبرگ[1] (۱۹۷۰) استناد می‌کند. در یکی از موارد، مرد ۵۴ ساله‌ای، سی سال تحت روانکاوی قرار گرفته بود، بی‌آنکه بهبود چندانی در او دیده شود. زنی که روانکاوی را بدون هرگونه نشانه‌ای خاصی شروع کرده بود، بعداً دچار هراس از مکان‌های باز می‌شود و حالش پس از ۱۲ سال درمان بدتر هم می‌شود. باید اذعان کرد که تقریباً در هر یک از درمان‌ها، این‌گونه داستان‌های هولناک را می‌شنویم. اما طولانی بودن روانکاوی و بهبود اندک حاصل از آن، سوالاتی را پیش می‌آورد.

اما ابداع صورت‌های کوتاه‌مدت روان‌درمانگری روانپویشی، مایهٔ دلگرمی است. فراتحلیل‌های اخیر نشان می‌دهد آن دسته از درمان‌های روانپویشی کوتاه‌مدت که راهنما دارند، (در مقایسه با درمان‌های روانپویشی بدون راهنما) تاثیرات درمانی بیشتری به جا می‌گذارند و در برخی موارد، هم‌ارز دیگر درمان‌های روان‌شناختی کوتاه‌مدت هستند (کریتس ـ کریستوف، ۱۹۹۲). وانگهی همان‌طور که پیشتر گفتیم، مرورهای اخیر بر یافته‌های درمان، دست‌کم تا حدودی از اجرای درمان روانپویشی روی برخی جمعیت‌های بالینی حمایت می‌کند (کوئجپرز و دیگران، ۲۰۱۱؛ گیبونز و دیگران، ۲۰۰۸). این یافته، علاوه بر دلگرم کردن روان‌شناسان بالینی

1. Schmideberg

کادر ۶ـ۱۲: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جوزف ایی. بینی

جان ایی. بینی دانشجوی ترم‌های پایانی دکترای روان‌شناسی بالینیِ دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا است. او مدرک کارشناسی اول خود را از دانشگاه کالیفرنیا در سانتاکروز و مدرک کارشناسی دوم خود را از دانشگاه ایالتی هامبولت گرفت. بینی بر استفاده از روش‌های علم عصب‌نگر، عمدتاً fMRI ، برای فهم جنبه‌های مختلف اختلال شخصیت مرزی، شامل ناراحتی میان‌فردی و هویتی، شناخت اجتماعی و عصبانیت متمرکز است. بینی بخاطر رسالهٔ تحقیقاتی‌اش که در زمینه استفاده از الکتروانسفالوگراف برای بررسی جنبه‌های کارکرد میان‌فردی افراد دچار اختلال شخصیت مرزی بود، بورسیهٔ R36 موسسه ملی سلامت روان را گرفت.

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی چه تاثیری بر تو گذاشته است؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، متحولم کرد. از اینکه مشغول تحقیق، کار بالینی، پیشرفت حرفه‌ای و حتی تحول و پیشرفت شخصی هستم، هیجان‌زده‌ام. تحصیل در این مقطع، من را به جایی رساند که فکرش را هم نمی‌کردم.

حداقل انتظاراتت از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، من را وارد مسیرهای مهیجی کرده است، به‌ویژه در کار بالینی. تجربهٔ من در زمینه روان‌درمانگری روانپویشی در دورهٔ کارشناسی این بود که دیگران این رویکرد را معمولاً بد می‌دانند و می‌گویند رویکرد شیادانه‌ای است که شواهد تجربی از آن حمایت نمی‌کند. وقتی در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی با رویکرد روانپویشی بیشتر آشنا شدم، قدری متعجب شدم که این رویکرد چقدر با من همخوانی دارد. فهمیدن این رویکرد نه‌تنها شیادی نیست، بلکه بسیار غنی و پربار است؛ چون تاریخی کهن، پشتوانه‌ای علمی و چهارچوب تعریف‌شده و موثری برای کار با کسانی دارد که انواع اختلالات و سطوح کارکرد را دارند.

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی تو را تغییر داد؟ اگر داد، چطور؟

بی‌شک ظرفیت من برای رسیدگی همزمان به چند طرح و مسئولیت را به شدت بهبود بخشید. من در مقایسه با آن آدم قبلی که «درهم‌ریخته و بی‌نظم» بود، خیلی منظم شده‌ام. همچنین از آنجا که عاشق کارم هستم، خیلی وقت‌ها «بله» می‌گویم. همچنین یاد گرفته‌ام که گاهی «نه» بگویم تا آدم بی‌تفاوتی نشوم که از روی عادت حفظ موقعیت می‌کند.

آیا علایق حرفه‌ای یا تحقیقاتی‌ات در مقایسه با زمان شروع تحصیلات تکمیلی فرق کرده است؟

تحقیقات و علایق بالینی من قدری فرق کرده است. در دوره کارشناسی، تصور مبهمی از اختلال شخصیت مرزی داشتم. سپس تشخیص‌گذاری روی آدم‌ها را شروع کردم و دنبال فهم بهتر این اختلال و راه‌هایی رفتم تا به مراجعانم بیشتر کمک کنم و موثرتر باشم. همین قضیه من را به سمت تحقیق دربارهٔ فرایند روان‌درمانگری اختلال شخصیت مرزی کشاند و به‌دلیل علاقه‌مندیم به علم عصب‌نگر، تمایل پیدا کردم کارکرد مغزی را ملاک تغییر در روان‌درمانگری قرار دهم.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت‌ها و تجربه‌ها در تحصیلات تکمیلی از همه مهم‌تر بود؟

درخواست بورس تحصیلی برای من از همه مهم‌تر بود. از اینکه بورسیهٔ من تایید شد، هیجان‌زده شدم ولی برای نوشتن آن مجبور شدم نظرات تحقیقاتی خودم را خیلی روشن‌تر کنم. پس از نوشتن آن، اعتمادبه‌نفس پیدا کردم تا مطالعات دیگری را بررسی کنم. به تدریج برنامهٔ تحقیقاتی مستقل خودم را تجسم کردم. حالا محقق توانمندی هستم و هرچه بیشتر یاد می‌گیرم.

برای کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنند، حرف دیگری داری؟

از لحاظ بالینی فکر می‌کنم باید در مقابل نظریه‌های مهمی که در رشتهٔ ما طرح می‌شود، سعهٔ صدر داشته باشم و به آنها احترام بگذارم. از نظر من، هیچ یک از گرایش‌ها و جهت‌گیری‌ها غلط نیست و هیچ گرایشی به همهٔ مراجعان، کمک قطعی نمی‌کند. در ضمن، نویسندگان با گرایش‌های مختلف، غالباً دربارهٔ یک چیز ولی با اسامی متفاوت حرف می‌زنند. فکر می‌کنم پیشرفتم در مقام روان‌شناس بالینی را مرهون آموختن روان‌درمانگری از نگاه‌های مختلف بوده‌ام و فهمیده‌ام که یکپارچه کردن نگاه‌ها چطور می‌تواند تغییر مراجعان را تسهیل کند.

راز تحقیق هم این است که تا می‌توانیم تحقیق کنیم و گوش‌به‌زنگ باشیم تا از هر فرصتی برای پیشبرد فکر خود و آموختن شیوه‌های مفید و جدید درمانگری استفاده کنیم.



جوزف ایی. بینی

پیرو روان‌پویایی، باید آنها را مشتاق کند به درمان‌های روانپویشی کوتاه‌مدت راهنمادار و دارای پشتوانهٔ تجربی، مانند روان‌درمانگری میان‌فردی، رو آورند (مارکوویتز، ۱۹۹۸). آن وقت است که این رویکرد از نظر علمی پذیرفتنی می‌شود و شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده، به آن علاقه‌مند می‌شوند.

خلاصهٔ فصل

رویکرد روانپویشی، حاصل کارهای زیگموند فروید است. این رویکرد بر تحلیل تجربهٔ قبلی تمرکز می‌کند و ریشه‌های رفتار را در انگیزه‌ها و تعارضات ناهشیارانه جست‌وجو می‌کند. حتی امروز هم درصد زیادی از روان‌شناسان بالینی، گرایش روانپویشی دارند. طبق این دیدگاه، مشکلات روانی از تعارض توقعات اید، ایگو، سوپرایگو و واقعیت نشئت می‌گیرد. هدفِ فنونِ روان‌درمانگری روانپویشی، پرده‌برداری از تعارضات و انگیزش ناهشیارانه است. برای مثال در این رویکرد، رؤیاها تحلیل می‌شود، تداعی آزاد صورت می‌گیرد و ماهیت انتقال بررسی می‌شود.

نظریه و درمان روانکاوانه در سال‌های گذشته توسط نوفرویدی‌ها، تحلیلگران ایگو و دیگران، به شدت اصلاح شده است. یک تحول مهم دیگر در این رویکرد، روان‌درمانگری روانپویشی کوتاه‌مدت است. در این نوع روان‌درمانگری، طول درمان خیلی کوتاه‌تر و تمرکز آن بر اینجا و اکنون است. روان‌درمانگری میان‌فردی، شکلی از درمان روانپویشی کوتاه‌مدت است که پشتوانهٔ تجربی خوبی در درمان افسردگی و اختلالات دیگر دارد.

شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد صورت‌های سنتی روان‌درمانگری روانپویشی، تاثیر متوسطی بر بزرگسالان دارد و صورت‌های کوتاه‌مدت و راهنمادار آن، تاثیرگذارتر است. عامل علاج اصلی ظاهراً کیفیت و قوّت اتحادِ درمانی است. شواهد تحقیقاتی و محیط مدیریت مراقبت‌شده باید روان‌شناسان بالینی پیرو رویکرد روان‌پویشی را هرچه بیشتر ترغیب کند تا از روان‌درمانگری روانپویشی کوتاه‌مدتِ راهنمادار استفاده کنند.

اصطلاحات کلیدی

مرحلهٔ مقعدی **anal stage**

یکی از مراحل روانی جنسی که از حدود ۶ ماهگی تا ۳ سالگی طول می‌کشد و کودک در آن بر ادرار کردن و مدفوع کردن به عنوان راه ارضا شدن متمرکز می‌شود.

تحلیل رؤیاها **analysis of dreams**

فنی روانکاوانه که هدفش روشن کردن مواد ناهشیاری است. از آنجا که رؤیاها به شدت با آرزوهای ناهشیارانه به شکل نمادین عجین است، تحلیل رؤیاها می‌تواند سرنخ‌های مهمی درباره این آرزوها بدهد.

روان‌درمانگری کوتاه‌مدت **brief psychotherapy**

روان‌درمانگری نسبتاً کوتاه‌مدتی که شهرتش را تا حدی مرهون اصرار نظام مراقبت‌های بهداشتی بر اندازه‌گیری‌های مقرون‌به‌صرفه است. بسیاری از درمان‌های کوتاه‌مدت، هویت روانپویشی خود را حفظ کرده‌اند.

تخلیهٔ هیجانی **catharsis**

آزاد کردن انرژی روانی (از طریق احیای رویدادهای ناگوار) که از نظر روانکاوان، فوایدِ درمانی دارد.

غرایز مرگ (تاناتوس) **death instincts (Thanatos)**

سائق‌هایی فطری که مسئول جنبه‌های منفی یا مخرب رفتار است.

سازوکارهای دفاعی **defense mechanisms**

راهبردهای ایگو برای جلوگیری از تهدیدهایی که منشأ درونی دارد و از اید یا سوپرایگو سرچشمه می‌گیرد. (به آنها ***دفاع‌های ایگویی*** هم می‌گویند.)

ایگو **ego**

مولفهٔ سازمان‌یافته و عقلانی شخصیت. ایگو از ادراک، یادگیری، برنامه‌ریزی و مواردی از این قبیل استفاده می‌کند تا همزمان با حفظ جایگاهش در دنیا، نیازهای ارگانیسم را نیز ارضا کند.

تحلیل ایگو **ego analysis**

بدیلی برای روانکاوی سنتی که مشخصهٔ آن، عدم تاکید نسبی بر نقش ناهشیاری و کندوکاو تجربیات دوران کودکی، و تاکید نسبی بر کارکردهای انطباقی ایگو (مثل ادراک، یادگیری، حافظه) و کندوکاو مشکلات فعلی زندگی است.

تثبیت **fixation**

سازوکاری دفاعی که در آن شخص بر اثر ناکامی و اضطراب مرحلهٔ بعدی روانی‌جنسی، در مرحلهٔ فعلی رشدی روانی‌جنسی درجا می‌زند.

تداعی آزاد **free association**

قاعدهٔ اصلی در روانکاوی که در آن بیماران باید هر چیزی را که به ذهنشان خطور می‌کند، بر زبان آورند. اعتقاد بر این است که تداعی آزاد به مرور افکار و امیال ناهشیارانه را روشن می‌کند.

مرحلهٔ تناسلی **genital stage**

یکی از مراحل روانی‌جنسی که پس از دورهٔ نوجوانی آغاز می‌شود و در حالت آرمانی، به بروز پختهٔ میل جنسی منتهی می‌شود.

اید **id**

بخش عمیق و دسترسی‌ناپذیر شخصیت که حاوی امیال غریزی است. اید عاری از نظم، منطق و اخلاق و صرفاً دنبال ارضای غریزی است.

بینش **insight**

در روان‌درمانگری روانکاوانه به فهم کامل تعیین‌کننده‌های ناهشیارانهٔ افکار، احساسات و رفتارهای نامعقول و مشکل‌دار اطلاق می‌شود.

روان‌درمانگری میان‌فردی **interpersonal psychotherapy (IPT)**

درمان کوتاه‌مدت بینش‌گرایی که مایهٔ روانپویشی دارد. روان‌درمانگری میان‌فردی عمدتاً برای درمان افسردگی به کار می‌رود و برای این اختلال، جزء درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی «ثابت‌شده» است.

تفسیر **interpretation**

روشی که روانکاو با آن معانی ناهشیارانهٔ افکار و رفتار بیمار را فاش می‌کند و به بیمار کمک می‌کند به بینش برسد. تفسیر، سنگِ بنای تقریباً تمام روان‌درمانگری‌های پویشی است.

مرحلهٔ نهفتگی **latency stage**

یکی از مراحل روانی‌جنسی که از ۵ تا ۱۲ سالگی طول می‌کشد و در آن، کودک فاقد فعالیت جنسی آشکار (و حتی شاید جهت‌گیری منفی علیه هر چیز جنسی) است.

محتوای نهفته **latent content**

معنای نمادین رویدادها در رؤیاها.

غرایز زندگی (اِروس) **life instincts (Eros)**

سائق‌های فطری که مسئول همهٔ جنبه‌های مثبت یا سازندهٔ رفتار است.

محتوای آشکار **manifest content**

آنچه عملاً در رؤیا رخ می‌دهد.

اضطراب اخلاقی **moral anxiety**

اضطراب نشئت گرفته از این نگرانی که مبادا عمل شخص در تعارض با معیارهای وجدان باشد.

اضطراب روان‌رنجورانه **neurotic anxiety**

اضطراب نشئت گرفته از این ترس که تکانه‌های اید، بی‌مهابا ابراز و مشکل‌ساز شود.

عقدهٔ ادیپ **Oedipus complex**

مرحله‌ای که در آن کودک به والد ناهمجنس خود، کشش جنسی پیدا می‌کند و نسبت به والد همجنس خود احساس خصومت می‌کند. سوپرایگو محصول حل‌وفصل این عقده است.

مرحلهٔ دهانی **oral stage**

یکی از مراحل روانی‌جنسی که حدوداً سال اول زندگی را پوشش می‌دهد و منبع اصلی لذت و ارضا در آن، دهان است.

مرحلهٔ آلتی **phallic stage**

یکی از مراحل روانی‌جنسی که حدود ۳ تا ۷ سالگی را پوشش می‌دهد و در آن، اندام‌های جنسی، منبع اصلی کامیابی می‌شود.

اصل لذت **pleasure prinicple**

قاعده‌ای که طبق آن، انسان دنبال لذت و پرهیز از درد و رنج است.

فرایند اولیه **primary process**

تفکر نامعقول و تکانشی که مشخصهٔ اید است.

فرافکنی **projection**

سازوکاری دفاعی که شخص در آن، احساسات ناهشیارانه‌اش را به دیگری نسبت می‌دهد.

جبرگرایی روانی **psychic determinism**

فرض اصلی نظریهٔ فروید که می‌گوید هر رفتاری که انسان انجام می‌دهد، معنا و هدفی دارد.

مراحل روانی‌جنسی **psychosexual stages**

مجموعه‌ای از مراحل رشدی که فروید آنها را طرح کرد. هر مرحله با درگیری یک ناحیهٔ شهوتزای خاص مشخص می‌شود.

واکنش‌سازی **reaction formation**

سازوکاری دفاعی که در آن، تکانهٔ ناهشیاری ناهشیارانه ابراز می‌شود ولی در قالب رفتار متضاد آن تکانه.

اضطراب واقعیت **reality anxiety**

اضطراب نشئت گرفته از خطری واقعی در دنیای بیرون.

اصل واقعیت **reality principle**

قاعده‌ای که در آن، انسان کامیابی امیال غریزی را تا پیدا کردن مَحمِل مناسب و کشف شکل ارضا، به تعویق می‌اندازد. ایگو بر اساس اصل واقعیت عمل می‌کند.

واپس‌روی **regression**

سازوکاری دفاعی که در آن ناکامی شدید و فراگیر باعث می‌شود شخص به مرحله‌ای برگردد که در آن بسیار کامیاب بوده است.

واپس‌رانی **repression**

بنیادی‌ترین سازوکار دفاعی. واپس‌رانی، مواد جنسی یا پرخاشگرانهٔ بسیار تهدیدآمیز را غالباً ناخواسته از هشیاری بیرون نگه می‌دارد.

مقاومت **resistance**

هرگونه تلاش بیمار جهت خنثی کردن تلاش‌های درمانگر برای پس زدن روش‌های روان‌رنجورانهٔ او در حل مسائل. هرگونه عمل یا رفتار مراجع که جلوی بینش را بگیرد یا نگذارد مواد ناهشیاری وارد هشیاری شود.

فرایند ثانویه **secondary process**

تفکری عاقلانه و صیانت‌کننده از نفس که مشخصهٔ ایگو است.

سوپرایگو **superego**

مولفه‌ای در شخصیت که معرف آرمان‌ها و ارزش‌های جامعه است و از

طریق کلمات و سلوک والدین به کودک منتقل شده است. نقش سوپرایگو، سد کردن راه تکانه‌های نامقبول و فشار بر ایگو به‌منظور رعایت اخلاق به‌جای مصلحت‌اندیشی است.

معالجه از طریق صحبت **talking cure**

معالجه از طریق صحبت که بروئر آن را کشف کرد، استفاده از فنونی است که بیمار را تشویق می‌کند برای رسیدگی به نشانه‌های روان‌رنجورانه‌اش و کاهش آنها، حرف بزند.

اتحادِ درمان‌بخش **therapeutic alliance**

پیوندِ بین بیمار و درمانگر. اعتقاد بر این است که اتحادِ درمان‌بخش قوی، سهم معناداری در نتیجهٔ درمانی مثبت دارد.

انتقال **transference**

پدیده‌ای کلیدی در درمان روانکاوانه که در آن بیمار طوری به درمانگر واکنش نشان می‌دهد که گویی یکی از آدم‌های مهم گذشتهٔ او است.

ناهشیاری **unconscious**

قسمتی از ذهن که بر آن آگاه نیستیم.

انگیزش ناهشیارانه **unconscious motivation**

انگیزشی که خارج از دامنهٔ هشیاری است. فروید به انگیزش ناهشیارانه قائل و مدعی بود انگیزش ناهشیارانه تا حد زیادی مسئول رفتار ناراحت‌کننده است.

فرایند مداقه **working-through process**

بررسی دقیق و مکرر طرز کار تعارضات و دفاع‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی. بیمار از طریق همین مداقه است که به بینش حقیقی و کاملاً بامعنا می‌رسد.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

12-1 American Psychoanalytic Association
http://www.apsa.org/

12-2 Online overview of the exhibition "Sigmund Freud: Conflict and Culture"
http://www.loc.gov/exhibits/freud/

12-3 Sigmund Freud on the Internet
http://people.brandeis.edu/~teuber/freud_links.html

12-4 Burying Freud: Online debate between Freud critics and supporters
http://human-nature.com/freud/

12-5 APA Division of Psychoanalysis (Division 39)
http://www.apadivisions.org/division-39/

۱۳



روان‌درمانگری:

دیدگاه پدیدارشناختی و دیدگاه انسانگرا ـ وجودی

سوالات مهم

۱. ویژگی‌های اصلی درمانگران مراجع‌محور چیست؟
۲. درمانگران مراجع‌محور چه نگاهی به تشخیص و سنجش روان‌شناختی دارند؟
۳. قوت و ضعف‌های درمان مراجع‌محور چیست؟
۴. درمانگران وجودی از چه فنونی استفاده می‌کنند؟ گشتالت‌درمانگرها از چه فنونی استفاده می‌کنند؟ در درمان متمرکز بر هیجان از چه فنونی استفاده می‌شود؟
۵. بر اساس شواهد تحقیقاتی موجود، نظرتان درباره تاثیرگذاری درمان مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و درمان فرایندی ـ وجودی چیست؟

رئوس مطالب فصل

درمان مراجع‌محور

خاستگاه‌ها

دنیای پدیدارشناختی

کادر ۱ـ۱۳: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: زندگینامهٔ کوتاه کارل راجرز

گزاره‌های نظری

ویژگی‌های اصلی

فرایند درمان‌بخش

تشخیص

نمونه‌ای از درمان مراجع‌محور

کاربردهای دیگر

برخی اظهارنظرهای پایانی

جنبش انسانگرا ـ وجودی

انسانگرایی

کادر ۲ـ۱۳: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر لسلی اس. گرینبرگ

درمان وجودی

معنادرمانی

گشتالت‌درمانی

درمان متمرکز بر هیجان

کادر ۳-۱۳: تمرکز بر کاربردهای بالینی: ویژگی‌های درمان متمرکز بر هیجان

ارزیابی مختصر درمان پدیدارشناختی و درمان انسانگرا-وجودی

موارد قوت

محدودیت‌ها

کادر ۴-۱۳: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: کاتالینا وُلدارسکی منزیس

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

خاستگاه روان‌درمانگری سنتی به این دیدگاه روانکاوانه بر می‌گردد که آسیب‌شناسی و بالفعل نشدن ظرفیت‌های بالقوه ناشی از نفهمیدن گذشته است. این نفهمیدن گذشته هم در ناشناخته بودن نیروهای درونی یا تعارضات درون‌روان ریشه دارد. انسان از طریق درمان می‌تواند همهٔ اینها را بفهمد و با بینش پیدا کردن، از درد و رنج مشکلات، نشانه‌ها و نداشتن زندگی مولد و بامعنا خلاص شود.

این نگاه تا سال‌ها بر روان‌درمانگری حاکم بود. اما در دههٔ ۱۹۴۰، بدیلی جدی برای روان‌درمانگری روانکاوانه پدیدار شد. رویکردی با عنوان ***مشاورهٔ غیرراهنمودی*** که بعداً به آن ***درمان مراجع‌محور*** گفتند، با هدایت کارل راجرز شکل گرفت.

درمان مراجع‌محور

دیدگاه کارل راجرز تقریباً مقابل دیدگاه روانکاوی است؛ اما هر دو در چند ویژگی، اشتراک دارند. هر دو نظریه محصول رویارویی‌های درمانی با افراد مشکل‌دارند. در نتیجه، بدون در نظر گرفتن ارتباط هر یک از این دو دیدگاه با مقولهٔ درمان، نمی‌توانیم آنها را به‌طور کامل بفهمیم.

خاستگاه‌ها

سهم راجرز را وقتی می‌فهمیم که دنیای سلامت روان اواخر دههٔ ۱۹۳۰ را به یاد آوریم. به نظریه‌های روان‌شناسانی همچون گوردون آلپورت و کورت لوین تا حدی توجه می‌شد ولی هنوز تمرکز واقعی بر نظریه‌هایی بود که ارتباط نزدیکی با درمان داشتند؛ یعنی روانکاوی یا دست‌کم مشتقات آن. با گریختن بسیاری از روانکاوان صاحب‌نام از اروپا و اقامت آنها در امریکا، این تمرکز رو به افزایش هم بود.

کارل راجرز در این برهه، روان‌شناس بالینی گمنامی در روچستر نیویورک بود و با مشکلات بالینی کودکان دست و پنجه نرم می‌کرد. راجرز مثل بیشتر درمانگرهای آن روزگار، به شدت در معرض تفکر روانکاوانه بود. راجرز پس از گرفتن مدرک دکترا از دانشگاه کلمبیا، در درمانگاه راهنمایی و مشاورهٔ کودک روچستر مشغول کار شد. در آنجا با اراده‌درمانی اتو رنک و رابطه‌درمانی جسی تافت[1] آشنا شد. رنک اعتقاد داشت باید به بیماران فرصت داد ارادهٔ خود را اِعمال کنند و بر درمانگر سلطه برانند. تافت هم که مددکار اجتماعی بود، مفاهیم رنک را به امریکا آورد و بر رابطهٔ درمانگر و بیمار تاکید کرد. تافت رابطهٔ درمانگر و بیمار را مهم‌تر از تبیین‌های عقلی مشکلات بیماران می‌دانست. در نتیجه وضعیت درمان‌بخش، وضعیت بسیار سهل‌گیرانه‌ای بود.

این دیدگاه برای راجرز بسیار دلنشین بود. آنها با عقاید دینی راجرز و آرای دموکراتیک درباره ماهیت روابط انسانی در جامعه، همخوانی داشت. این اعتقاد که هیچ انسانی حق ندارد زندگی انسان دیگری را در دست گیرد، بعداً در مفاهیمِ درمانیِ راجرز، از قبیل سهل‌گیری، پذیرش و توصیه نکردن نمود یافت.

دنیای پدیدارشناختی

نظریهٔ شخصیتی راجرز عمدتاً حول رویارویی‌های درمانی او با بیماران و برخی عقاید فلسفی وی درباره طبیعت مردم است. وانگهی، درمان مراجع‌محور، به نظریهٔ پدیدارشناختی متکی است (گرینبرگ، الیوت و لیتائر[2]، ۲۰۰۳؛ راجرز، ۱۹۵۱).

پدیدارشناسی به ما می‌آموزد که میدان پدیداری شخص، رفتارش را تعیین می‌کند. میدان پدیداری نیز هر چیزی است که شخص در هر لحظه تجربه می‌کند. بنابراین برای فهمیدن

1. Jessie Taft
2. Greenberg, Elliott and Lietaer

رفتار شخص باید میدان پدیداری او را بشناسیم؛ یعنی دنیا برای او و نزد او چطور است. اما مشکل این است که این میدان را باید بر مبنای رفتار شخص استنباط کنیم. از این استنباط هم متقابلاً می‌توانیم برای پیش‌بینی یا فهم رفتار مورد نظر استفاده کنیم. اگر درمانگر مراقب نباشد می‌تواند در یک دور باطل بیفتد. برای مثال، درمانگر مشاهده می‌کند که نیکو (Nico) قبل از امتحان، رفتاری عصبی دارد و استنباط می‌کند که احتمالاً امتحان تهدیدش می‌کند. سپس عصبی بودن او را به این تهدید نسبت می‌دهد. این مشاهده هم مبنای استنباط است و از طرفی موضوع تبیین.

یک مفهوم بسیار مهم در نظریهٔ پدیدارشناختی، مفهوم ***خویشتن‌پدیداری*** است ـ یعنی بخشی از میدان پدیداری که شخص آن را در قالب «من» تجربه می‌کند. بدیهی است که این، تجربه‌ای عینی نیست. علاوه بر این، نظریهٔ پدیدارشناختی می‌گوید میل بنیادی انسان، صیانت از خویشتن پدیداری و ارتقای آن است. پس به تعبیری، عزت نفس، سرچشمهٔ رفتار است.

کادر ۱ ـ ۱۳: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: زندگینامهٔ کوتاه کارل راجرز

کارل راجرز در هشتم ژانویهٔ ۱۹۰۲ در آک پارک ایلینوی متولد شد. کارل چهارمین فرزند در میان شش فرزند خانواده بود و در خانواده‌ای با امنیت مالی بزرگ شد. وقتی دوازده ساله بود، پدرش که مهندس عمران و پیمانکار بود، خانواده را به مزرعه‌ای در خارج از شیکاگو منتقل کرد. پدر و مادرش مؤمن ماندند و عقاید دینی خشکی داشتند. خانواده برای آنها، یک واحد بسیار مهمی بود شاید چون چنین اعتقاداتی داشتند. راجرز دوستان کمی داشت و بیشتر وقتش را در تنهایی صرف مطالعه می‌کرد. راجرز در دبیرستان، دانش‌آموز درس‌خوانی بود ولی به معنای واقعی کلمه، اجتماعی نبود.

در سال ۱۹۱۹ وارد دانشگاه ویسکانسین شد و در رشتهٔ کشاورزی تحصیل کرد. در فعالیت‌های دینی دانشگاه فعال بود، به‌ویژه در دو سال اول تحصیلش، حتی در یک همایش دینی در پکن چین هم شرکت کرد. راجرز در این سفر تحت تاثیر تنوع فرهنگی و دینی قرار گرفت و نظرش در مورد خانوادهٔ سنت‌گرا و دین متزلزل شد. به همین دلیل، بنیادگرایی او دستخوش تغییر و تحولات فراوانی شد. راجرز در سال ۱۹۲۴ با مدرک تاریخ از دانشگاه فارغ‌التحصیل شد.

راجرز با الن الیوت ازدواج کرد و صاحب دو فرزند شد. به شهر نیویورک نقل مکان کرد و دو سال در حوزهٔ علمیه تحصیل کرد. اما افزایش بدبینی دینی راجرز، همراه با تمایلش به کمک کردن به دیگران، او را بر آن داشت وارد دانشگاه کلمبیا شود و رشتهٔ روان‌شناسی بالینی بخواند. راجرز در سال ۱۹۳۱، مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی گرفت. به روچستر نیویورک رفت و روان‌شناس درمانگاه راهنمایی کودک شد.

طلیعه‌های روش راجرز در کتابش با عنوان ***درمان بالینی کودک مشکل‌دار*** که در سال ۱۹۳۹ منتشر شد، مشهود بود. وقتی راجرز در سال ۱۹۴۰ به دانشگاه ایالتی اوهایو نقل مکان کرد، رویکردش به روان‌درمانگری شکل گرفت (راجرز، ۱۹۴۲). در سال ۱۹۴۵، به دانشگاه شیکاگو رفت و همین‌طور که ساختار نظری خود را پرورش می‌داد و درمانگری‌هایش را تحکیم می‌کرد، یک دوره تحقیقات فشرده انجام داد. در این دوران بود که اصطلاح «مراجع‌محور»، به تدریج جایگزین اصطلاح «بی‌رهنمود» شد (راجرز، ۱۹۵۱). سپس در سال ۱۹۵۷، مسندی را در دانشگاه ویسکانسین پذیرفت تا نظراتش را در خصوص اقشاری گسترش دهد که مشکلات جدی‌تری داشتند؛ مثل مبتلایان به اسکیزوفرنی که بستری شده‌اند (راجرز، گندلین، کیسلر و تراکس[1]، ۱۹۶۷). راجرز از ۱۹۶۸ تا زمان مرگش در سال ۱۹۸۷، عضو مرکز مطالعات شخص در لایولای کالیفرنیا بود.

راجرز کتاب‌های زیادی منتشر کرد (که چند عنوان آن در منابع انتهای همین کتاب آمده است). زندگینامهٔ خودنوشت او در سال ۱۹۶۷ در کتاب ***تاریخ روان‌شناسی در قالب زندگینامهٔ خودنوشت*** (جلد پنجم) آمده است. در سال ۱۹۷۴ هم مقاله‌ای با عنوان «نگاهی به چهل و شش سال گذشته» در مجلهٔ ***American Psychologist*** چاپ کرد که حکم زندگینامهٔ خودنوشت راجرز را داشت. کتاب ***شیوهٔ بودن*** که در سال ۱۹۸۰ چاپ شد، بینش‌هایی درباره تحولات فکری راجرز در این سال‌ها بود. ***گندلین*** (۱۹۸۸) هم توصیفی حساس و روشنگرانه از کارل راجرز ـ به عنوان روان‌شناس و یک شخص ـ ارائه کرد.



1. Rogers, Gendlin, Kiesler and Traux

مشکلات سازگاری وقتی پیش می‌آید که خویشتن پدیداری تهدید شود. اما آنچه برای یک نفر تهدید محسوب می‌شود، الزاماً برای دیگری تهدید نیست. در اصل، شخص وقتی احساس تهدید می‌کند که خویشتن پدیداری‌اش را در خطر ببیند. برای مثال ریکاردو، مردی که خودش را نزد زن‌ها، بسیار جذاب می‌داند بر اثر طرد شدن از طرف یک زن، مضطرب می‌شود چون تهدیدی برای خودپنداره‌اش است. ریکاردو که با چنین تهدیدی مواجه شده است، انواع مواضع دفاعی را برمی‌گزیند. برای مثال، شکست خود را توجیه می‌کند و برای آن دلیل می‌آورد یا میدان ادراکی خود را باریک می‌کند. اما شخصی که واقعاً سازگاری دارد می‌تواند همهٔ تجربه‌ها را در میدان پدیداری خود جا دهد نه صرفاً تجربه‌هایی را که بلافاصله با خودپنداره‌اش سازواری دارند. برای مثال، دانشجویی که سازگاری خوبی دارد، رد شدن در امتحان را به بی‌انصافی یا بیماری ربط نمی‌دهد (البته اگر ادعاهایش ناموجه باشد)، بلکه با تجدیدنظر در خودپنداره‌اش، این تجربه را در میدان پدیداری خود جا می‌دهد. برای نمونه ممکن است بگوید «شاید بیوشیمی من آن‌طور هم که فکر می‌کردم، خوب نیست. اما در زمینه‌های دیگر، خیلی خوبم و مهارت‌های اجتماعی خوبی دارم. بنابراین، رد شدن در این امتحان، چیزی از من کم نمی‌کند». یا ممکن است بگوید «من رد شدم ولی با قدری تلاش می‌توانم قبول شوم. اما اگر هم نشدم، چیزهای دیگری را امتحان می‌کنم که برای من احساس رضایت‌خاطر یا مشارکت می‌آورند».

گزاره‌های نظری

راجرز (۱۹۵۱) در همان آغاز، چند گزاره تدوین کرد که مقدمات نگاه مراجع‌محوری به شخصیت شد. راجرز می‌گفت افراد در دنیایی از تجربه زندگی می‌کنند که خودشان محور آن هستند. این تجربه را فقط از طریق شخص می‌توان شناخت. بنابراین، شخص بهترین منبع اطلاعات دربارهٔ خودش است. این نگاه‌ها، پیروان جنبش مراجع‌محوری را بر آن داشت به خوداظهاری‌های کلامی، بیش از استنباط‌های حاصل از آزمون‌ها یا مشاهدات مربوطه، به عنوان منبع اصلی اطلاعات تکیه کنند. از آنجا که انسان‌ها به میدان ادراکی، آن‌گونه که تجربه و ادراک شده واکنش نشان می‌دهند، میدان ادراکی آنها واقعیت است. بنابراین، دانش عینی دربارهٔ محرک‌ها برای پیش‌بینی رفتار کافی نیست. روان‌شناس بالینی باید دربارهٔ آگاهی شخص از محرک‌ها هم چیزی بداند. در واقع روان‌شناسی عینیت، به نفع دنیای درونی تجربه آن‌گونه که شخص گزارش می‌کند، کنار گذاشته می‌شود.

گرایش بنیادی انسان، حفظ و ارتقای تجربه‌کردن خویش یا **خودشکوفایی** است. این گرایش بنیادی است که زندگی را به پیش می‌برد؛ همان نیرویی که درمانگر در تماسِ درمانی با مراجع، بر آن تکیه می‌کند. اما این حرکت رو به جلو فقط وقتی رخ می‌دهد که گزینه‌های زندگی، به وضوح ادراک و به طرز رضایت‌بخشی نمادین شود.

رفتار اصولاً مجموعه‌ای از تلاش‌های هدفمند است که ارگانیسم برای ارضای نیازهای تجربه‌شده‌اش انجام می‌دهد. تمام این نیازها را می‌توان در نهایت ذیل میل ارتقای خویشتنِ پدیداری جمع کرد. تمام این حرف‌ها ظاهراً نوعی نظریهٔ یادگیری است ولی به سختی می‌توان در توضیحات نظری راجرز، مفاهیم یادگیری پیدا کرد.

یک مفهوم بسیار مهم، مفهوم **خویشتن** یا آگاهی از بودن و کار کردن خود است. ساختار خویشتن، در نتیجهٔ تعامل با محیط و به‌ویژه ارزیابی‌های دیگران از شخص، شکل می‌گیرد. خویشتن، الگوی سازمان‌یافتهٔ سیال و در عین حال سازواری از ادراک خصوصیات و روابط من‌فاعلی یا من‌مفعولی، همراه با ارزش‌های ملحق به آنها است. در زندگی فرد، تجربه‌های مختلفی پیش می‌آید. به دنبال هر تجربه، سه امکان پیش می‌آید: (الف) تجربه، رابطه‌ای نمادین یا سازمان‌یافته با خویشتن برقرار کند؛ (ب) تجربه نادیده گرفته شود چون ربط آن به خویشتن ادراک نشده است؛ یا (ج) تجربه به‌دلیل ناسازواری با ساختار خویشتن، انکار یا تحریف شود.

تجربه‌هایی که با خویشتن ناسازوارند، تحت شرایط معینی بررسی‌شدنی و ادراک‌پذیر هستند و ساختار خویشتن، مورد تجدیدنظر قرار می‌گیرد تا این تجربه‌ها درونی‌سازی شوند. شرط اصلی، ایجاد جوّی گرم، توام با پذیرش، سهل‌گیرانه و عاری

از قضاوت است که از شروط اعظم درمان مراجع‌محور محسوب می‌شود.

ویژگی‌های اصلی

همان‌طور که راجرز (۱۹۵۹) می‌گوید، روان‌درمانگری «آزادسازی ظرفیتِ فرد بالقوه قابل است نه دستکاری تخصصی شخصیتی کمابیش منفعل» (ص ۲۲۱). روان‌درمانگری مراجع‌محور، بر همین به اصطلاح ***توان رشد*** تمرکز می‌کند. همهٔ آدم‌ها چنین توانی دارند؛ مهم، آزادکردن آن است. به فرض آنکه در درمان مراجع‌محور، این آزادسازی اتفاق افتد، آنگاه گرایش‌های خودشکوفایی بر عوامل درونی‌شده‌ای برتری می‌یابد که پذیرش رشد شخص را محدود می‌کنند. سه خصوصیت درمانگر که این آزادسازی را تسریع می‌کند عبارت است از: (الف) فهم دقیق و همدلانه؛ (ب) توجه مثبت نامشروط و (ج) خلوص و همخوانی.

همدلی . ***همدلی*** از طریق انتقال حس تفاهم به مراجع منتقل می‌شود. درمانگر همدل، به نیازها و احساسات و وضعیت مراجع، حساسیت ویژه‌ای نشان می‌دهد. درمانگران بسیار همدل می‌توانند نگرش‌های مراجع را در نظر بگیرند و دنیا را از دریچهٔ چشم مراجعان ببینند و آن‌طور ببینند که مراجعان می‌بینند. مراجع باید این را بداند که درمانگر برای درک درست او هر کاری خواهد کرد. وقتی این را فهمید، بستر لازم برای برقراری رابطه‌ای درمان‌بخش فراهم می‌آید. البته همدلی هرگز کامل نخواهد بود که اتفاقاً چیز خوبی است. یک مقدار دل‌گسستگی عینی و آشکار، همواره باید حفظ شود؛ در غیر این صورت، درمانگر هم مشکلات مراجع را پیدا خواهد کرد. با این حال، درمانگر همدل می‌تواند این حس را به مراجعان بدهد که نیازها یا گرفتاری آنها را درک می‌کند. این نگرش می‌تواند قوت قلب زیادی به مراجع بدهد، خیلی بیش از هر کلمه یا هرگونه اظهار شگفتی. همدلی با کلمات منتقل نمی‌شود، بلکه با وجودش انتقال می‌یابد.

شاید کلمات خود راجرز (۱۹۴۶) بتواند این نوع فهم و همدلی را توضیح دهد:

> این را باید بفهمیم که اگر بتوانیم شیوهٔ فهم مراجع از خودش در هر لحظه را بفهمیم، او بقیهٔ راه را می‌رود. درمانگر باید مشغلهٔ ذهنی خودش با تشخیص و زیرکی تشخیصی را کنار بگذارد، گرایش‌اش به ارزیابی حرفه‌ای را رها کند، از تلاش برای صورت‌بندی یک پیش‌آگهی دقیق دست بکشد و فقط بر یک هدف تمرکز کند؛ آن هم فهم عمیق و پذیرش نگرش‌های هشیارانهٔ مراجع در این لحظه است، در حالی که مراجع گام به گام، حوزه‌های خطرناکی را کشف می‌کند که در هشیاری انکار شده‌اند.
>
> این نوع رابطه فقط وقتی برقرار می‌شود که مشاور به شکلی عمیق و خالصانه‌ای این نگرش‌ها را اتخاذ کند. اگر قرار است مشاورهٔ مراجع‌محور، موثر باشد، کلک یا ابزار در آن جایی ندارد. مشاورهٔ مراجع‌محور، هدایت ظریف مراجع و در عین حال وانمود کردن به اینکه عنان هدایت در دستان خودش است، نیست. رمز موثر بودن، خلوص است. (صص ۴۲۱-۴۲۰)

توجه مثبت نامشروط . مراجعان در روابطشان با پدر و مادر، دوستان، همسر و دیگران یادگرفته‌اند که تایید و پذیرش، در گرو رعایت مجموعه‌ای از شروط است. پدر و مادرها، بچه‌ای را می‌پذیرند که حرف‌شنو و فرمانبر باشد. کارفرماها، کارمندی را می‌پذیرند که زرنگ و کاری باشد. زن و شوهرها هم دوست دارند همسرشان به آنها علاقه‌مند و عاشق آنها باشد. اما در درمان نباید هیچ شرطی باشد. پذیرش بی هیچ قید و بند پنهان و ظریفی رخ می‌دهد. ***توجه مثبت نامشروط***، چیزی نیست مگر احترام‌گذاشتن به مراجع به عنوان یک انسان. درمانگر باید همهٔ تصورات قبلی خود را کنار بگذارد و برای مراجع دل بسوزاند، او را بپذیرد و از همه مهم‌تر، به مراجع بفهماند به توان و قدرت او برای رسیدن به ظرفیت‌های درونی‌اش ایمان و اعتماد دارد. این کیفیات، همراه با عدم ارزیابی و قضاوت مراجع توسط درمانگر، جوّی حاکم می‌کند تا مراجع از دفاع‌های توانکاه خود دست بکشد و در غیاب هرگونه تهدیدی بتواند در قالب یک شخص، بزرگ شود.

داشتن چنین خصوصیاتی در برابر مراجعی که از نظر درمانگر، دلنشین است و با پیشینه و ارزش‌های او همخوانی دارد، نسبتاً آسان است. امتحان حقیقی توجه مثبت نامشروط

زمانی است که رفتارها و نگرش‌های مراجع، باورهای درمانگر را واقعاً به چالش کشد. مراجع متعصب، بی‌انگیزه و تنبل یا مراجعی که ماجرای زنای خود با خواهرزاده‌اش را بیان می‌کند، در واقع تحمل و پذیرش درمانگر را امتحان می‌کند. اما به نظر راجرز، همان‌طور که هر شهروندی مستحق رأی دادن است، هر مراجعی هم مستحق توجه مثبت نامشروط است.

همخوانی . ***همخوانی*** - یا ***خلوص*** - در نگاه اول، آن‌گونه که گاهی بیان می‌شود، ناقض همدلی و توجه مثبت به نظر می‌رسد. درمانگران همخوان، رفتارها و احساسات و نگرش‌هایی را ابراز می‌کنند که مراجعان محرک آنها بوده‌اند. اگر یک نفر عصبانی باشد، طرف مقابلش نمی‌خندد. اگر اظهارات مراجع، ناراحت‌کننده باشد، درمانگر در پشت نقاب آرامش، پنهان نمی‌شود (راجرز، ۱۹۶۱). راجرز معتقد بود مراجعان در بلندمدت به این صداقت و همخوانی پاسخ مطلوبی خواهند داد و می‌فهمند با آدمی طرف هستند که خود را وقف رفاه آنها کرده است. این می‌تواند قوت قلب زیادی دهد و در مراجع احساس ارزشمندی ایجاد کند و او را بر آن دارد توان نهفته‌اش را بالفعل کند.

نگرش در مقابل فنون . هستهٔ اصلی درمان مراجع‌محور از بسیاری جهات، ارزش‌ها و نگرش‌ها درباره افراد است تا روش‌ها. درمان مراجع‌محور تا این حد، یک حال و موضع ذهنی است نه یک مشت فن. درمانگر مراجع‌محور با رها کردن هر روشی که او را متخصصی جلوه می‌دهد که بیماری‌های مراجع را تشخیص می‌دهد و توصیه‌هایی برای تسکین بیماری‌ها می‌کند، بی‌رهنمود عمل می‌کند.

درمانگران مراجع‌محور در حقیقت، این نوع «تجویزها» را غیرضروری می‌دانند؛ چون آزاد شدن منابع یا توان مراجعان، مشکلات را حل خواهد کرد. مراجعان با توجه به همخوانی، توجه مثبت نامشروط و فهم همدلانهٔ دقیق درمانگر، ظرفیت رشد و توان خودفرمانی خویش را کشف می‌کنند. راجرز برخلاف روانکاوان، آدم‌ها را مخرب نمی‌دید، بلکه آنها را دارای نیروی سازنده‌ای می‌دانست که در راستای سلامتی و تحقق خود عمل می‌کند. در ضمن، پیروان راجرز، گذشته را به نفع آگاهی از تجربهٔ فعلی رها می‌کنند. به جای تفسیرهای یک روانکاو فعال، با درمانگر ساکت و یک گوش شنوا روبه‌رو هستیم که با دلسوزی خود، روند اکتشاف قدرت درونی و تجربهٔ شخصی معتبر در مراجع را تسهیل می‌کند.

بین درمان مراجع‌محور و رویکردهای رفتاری (که در فصل بعد آنها را توضیح خواهیم داد) نیز تفاوت‌هایی هست. پیروان راجرز معتقدند تجربه‌های درونی، داده‌های بسیار ارزشمندی است و نادیده گرفتن آنها، نادیده گرفتن داده‌های بنیادی انسان است. درمانگر مراجع‌محور، برخلاف رویکردهای رفتاری که گاهی اوقات ظاهراً بر دستکاری و کنترل محیط با هدف ایجاد تغییر تمرکز می‌کند، بر تغییری تکیه می‌کند که از درون برمی‌خیزد؛ یعنی آزادشدن توان درونی.

فرایند درمان‌بخش

گویی آسان‌تر آن است که درمان مراجع‌محور را بر اساس آنچه در این درمان رخ نمی‌دهد، توضیح دهیم. درمان مراجع‌محور در واقع مجموعه‌ای از «نکردن‌ها» است از قبیل: اطلاعات یا توصیه نکردن، تفسیر نکردن و انتقاد نکردن. شاید فعالیت‌های عمدهٔ درمانگر مراجع‌محور، بازشناسی و روشن کردن احساسات متداعی با اظهارات مراجع باشد. گرینبرگ و دیگران (۱۹۹۴) گزارش می‌کنند که تقریباً ۷۵ درصد پاسخ‌های درمانگران مراجع‌محور، «انعکاس» گفته‌های مراجعان است. اظهارنظرها هم با هدف انتقال پذیرش کامل و نامشروط درمانگر صورت می‌گیرد. درمانگر گاهی اوقات لازم می‌بیند وظایف مراجع و درمانگر را توضیح دهد ولی همین ***ساختار دادن*** هم در قالب پذیرش صورت می‌گیرد.

در درمان مراجع‌محور معمولاً از قوت قلب دادن و تفسیر خبری نیست. فرض هم بر این است که بازشناسی احساس و پذیرش ضمیمهٔ آن، به بیمار قوت قلب می‌دهد. لحن صحبت، انتخاب کلمات، حالت چهره و رفتار کلی درمانگر هم قوت قلب است. به این دلیل از تفسیر کردن، توصیه دادن و اطلاعات دادن پرهیز می‌شود که نشان می‌دهند درمانگر، خیر و صلاح مراجع را می‌داند. اما در مجموع قرار است مسئولیت پیشرفت درمان بر

دوش مراجع باشد نه درمانگر. تفسیر نیز به مراجعان می‌گوید چرا این‌طور رفتار کرده‌اند. معنای تفسیر این است که درمانگر، مسئولیتِ پیشرفتِ درمان را برعهده گرفته است و منتظر نمی‌ماند تا مراجع به مرحلهٔ تبیین امور برسد.

پذیرش، بیشتر یک نگرش است تا یک فن. باورماندنی این است که مراجع بتواند راه‌حل رضایت‌بخشی برای مشکلات زندگی‌اش بیابد. پذیرش، محیطی ایجاد می‌کند که توان رشد مراجع و خودشکوفایی او را محقق می‌کند. درمانگر با پاسخ‌دهی به احساسات مراجع و سپس، پذیرش آنها، گرمایی ایجاد می‌کند که به احساس درک شدن منتهی می‌شود.

جلسات درمان مراجع‌محور معمولاً هفته‌ای یک بار برگزار می‌شود و از جلسات بیشتر، جلسات اضافی و تماس‌های تلفنی استقبال نمی‌شود؛ چون به وابستگی منتهی می‌شوند و وابستگی هم حس رشد و کمال را خفه می‌کند. راجرز توالی یا فرایند درمان را در قالب هفت مرحله توصیف کرده است (میدور و راجرز[1]، ۱۹۸۴). ما این مراحل را به صورت فشرده درآورده‌ایم.

مرحله اول : رغبت نداشتن به افشای خود؛ عدم بازشناسی احساسات خود؛ داشتن سازه‌های [ذهنی] جزمی؛ خطرناک پنداشتن روابط نزدیک.

مرحله دوم : توصیف گهگاه احساسات، در حالی که شخص هنوز از تجربهٔ شخصی، فاصله زیادی دارد؛ بیرونی‌سازی شدید و در عین حال، بازشناسی نسبی مشکلات و تعارضات.

مرحله سوم : توصیف احساسات گذشته به عنوان احساسات نامقبول؛ ابراز آزادانه‌تر خود؛ شروع به زیرسوال‌بردن اعتبار سازه‌های خود؛ بازشناسی مقدماتی این موضوع که مشکلات، درونی است یا بیرونی.

مرحله چهارم : توصیف آزادانه احساسات شخصی به عنوان احساسات خود؛ بازشناسی تیره و تار این موضوع که احساسات انکارشده ممکن است به زمان حال کشیده شود؛ شل شدن تدریجی سازه‌های شخصی؛ ابراز مقدماتی مسئولیت‌پذیری شخصی؛ شروع به جان خریدن خطر برقراری رابطهٔ احساسی با دیگران.

مرحله پنجم : ابراز آزادانه احساسات و پذیرش آنها؛ روشن شدن احساسات انکارشدهٔ ترسناک در آگاهی؛ بازشناسی تعارض عقل و هیجانات؛ مسئولیت‌پذیری در قبال مشکلات؛ تمایل به آنچه هستیم.

مرحله ششم : پذیرش احساسات بدون نیاز به انکار؛ حس کردن آزادانه و آشکار تجربه؛ گرایش برای به جان خریدن خطرِ خود بودن در روابط خود با دیگران؛ اعتماد به پذیرا بودن دیگران.

مرحله هفتم : فرد در این مرحله با تجربه کردن خویش راحت است؛ احساسات جدیدی را تجربه می‌کند؛ ناهمخوانی اندکی دارد؛ می‌تواند اعتبار تجربه‌اش را وارسی کند.

تشخیص

در مجموع در درمان مراجع‌محور، بر سنجش یا تشخیص تاکید نمی‌شود و تا حد امکان از آن پرهیز می‌شود. بیشتر پیروان راجرز معتقدند سنجش رسمی نه‌تنها ضرورتی ندارد، بلکه عملاً ضرر دارد. به نظر پیروان راجرز، سنجش باعث می‌شود روان‌شناس در جایگاه اقتدار و برتری قرار بگیرد که جلوی خودمختاری و خودشکوفایی مراجع را می‌گیرد. کنارگذاشتن سنجش ظاهراً به این معنا است که درمان مراجع‌محور، روش بسیار موثر و توانمندی است و صرف‌نظر از نوع مشکل یا وضعیت مراجعان، بر تمام مراجعان تاثیر می‌گذارد. نیازی نیست بگوییم سودمندی این فرض، به قدر کافی ثابت نشده است (گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۴).

آنچه در درمان مراجع‌محور اهمیت دارد، احساسات است، صرف‌نظر از درست یا غلط بودن آنها یا نشئت گرفتن یا نگرفتن آنها از زندگی خانوادگی ناسالم دوران کودکی. درمانگر احساسات را طوری می‌پذیرد که نه آنها را تایید کند و نه رد، فقط آنها را می‌فهمد. همین گهگاه فهمیدن و روشن‌سازی است که باعث می‌شود مراجع به درک دقیق خودش و هر کاری که برای تغییر اوضاع می‌تواند انجام دهد، نزدیک‌تر شود. این ظرفیت

1. Meador and Rogers

نمونه‌ای از درمان مراجع‌محور

مورد زیر، برخی از ویژگی‌های مشاوره مراجع‌محور را نشان می‌دهد. مراجع، دانشجوی ۲۰ سالهٔ سال دومی است که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده است. شکایت مقدماتی او، احساس بی‌ارزش بودن بود. با تداوم جلسات، این دانشجو بر احساس بی‌کفایتی عقلی متمرکز شد. معدل نمراتش در یک واحد درسیِ عملیِ سخت، ۳/۳ بود، ولی غرق در احساس حقارت بود. این دانشجو خودش را با برادر بزرگ‌ترش مقایسه می‌کرد که اخیراً مدرک پزشکی گرفته بود و مایهٔ غرور و مباهات پدر و مادرش بود. گفت‌وگوی زیر در جلسهٔ پانزدهم درگرفت.

مراجع: خُب، دیروز دوباره اتفاق افتاد. به امتحان ادبیات امریکا برگشتم.

درمانگر: می‌بینم.

مراجع: مثل قبل. من نمرهٔ «الف» گرفتم، من و هشت نفر دیگر. اما استاد در مقابل سوال سوم نوشته بود ای کاش روشن‌تر و مشروح‌تر نوشته بودی. همان ترکمون گذشته. نمرهٔ «الف» گرفتم ولی روشن بود که مثل ماشینی هستم که جواب صحیح می‌دهد بی‌آنکه فهمیده باشد. همین. جواب‌ها را به یاد می‌آورم ولی اثری از خلاقیت یا جرقه‌ای از خلاقیت نیست. پسر!

درمانگر: درباره این امتحان، حرف دیگری داری؟

مراجع: خُب، همان حرف‌های گذشته. درست عمل می‌کنم ولی احساس نمی‌کنم عملکرد مطلوب و شایسته‌ای داشته‌ام. یادم می‌آید برادرم مقالهٔ دوران دبیرستانش را به خانه آورد. نمره‌اش «ج» بود ولی معلمش گفته بود جان واقعاً ظرفیت خوبی دارد. فکر نمی‌کنم تا حالا دربارهٔ من چنین نظری داده باشند.

درمانگر: با اینکه نمرهٔ «الف» گرفته‌ای، راضی نیستی.

مراجع: درست است. هیچ وقت راضی نبوده‌ام. من می‌توانم ۴۲ تا نمرهٔ «الف+» بگیرم و خوشحال نشوم. از خودم متنفرم.

درمانگر: اوهوم.

مراجع: گاهی اوقات خیلی مسخره می‌شوم.

درمانگر: به‌خاطر نوع واکنشت احساس حماقت می‌کنی. درست است؟

مراجع: باید این احساس را کنار بگذارم و به چیزهای دیگری فکر کنم. اما کنار نمی‌گذارم و احساس حماقت می‌کنم.

درمانگر: احمقی چون احساس نارضایتی می‌کنی و احمقی چون آن را فراموش نمی‌کنی.

مراجع: می‌دانم باید از نمرهٔ «الف» راضی باشم. بچه‌های دیگر رضایت دارند. آنها خوشحال‌اند که نمرهٔ «الف» می‌گیرند.

درمانگر: اوهوم.

مراجع: اما نمی‌توانم. تعجبی ندارد که مردم به جان افتخار کنند. نمرات آبرومندانه‌ای می‌گیرد و راضی است ـ نه مثل من. تعجب می‌کنم که چرا مثل من غصه نمی‌خورند.

درمانگر: پس حتی با نمرات خوبت هم، غمگینی تو آن‌قدر هست تا مردم را از تو دور کند.

مراجع: دقیقاً. اما باید این نگرش شکست‌دهنده را یک طوری کنار بگذارم. باید در این مورد خوب فکر کنم.

درمانگر: اوهوم.

مراجع: خیلی سعی کرده‌ام ظرفیت و استعداد نداشتن خودم را فراموش کنم. خیلی سعی کرده‌ام جلوی آن را بگیرم.

درمانگر: آره حدس می‌زنم که واقعاً دیگران را دمغ می‌کنی چون ظرفیت و استعداد نداری؟

مراجع: پسر، دمغ می‌شوند! به‌خصوص رفقایم. تا حالا حرفی نزده‌اند ولی از رفتارشان می‌فهمم.

درمانگر: اوهوم.

مراجع: آنها می‌گویند جان واقعاً سرش به تنش می‌ارزد یا (مکث می‌کند) ... او می‌تواند هر مسئله‌ای را حل کند.

درمانگر: و این در تو احساس بی‌ارزش بودن ایجاد می‌کند چون دربارهٔ تو از این حرف‌ها نمی‌زنند.

مراجع: درست است.

درمانگر: اوهوم.

در این جلسه، احساسات تند و تیزی ابراز شد. مراجع در مقابل برادرش، احساس بی‌ارزش بودن و حقارت می‌کرد. با وجود سوابق تحصیلی خوبش، دنبال راهی می‌گشت تا ثابت کند از لحاظ عقلی، پذیرفتنی نیست. درمانگر سعی نکرد برعکس این را به او نشان دهد یا ثابت کند اشتباه می‌کند؛ قوت قلب هم نداد. در عوض، اظهارات مراجع و احساسات مستتر در آنها را پذیرفت.

رشد و کمال فقط در محیطی توام با پذیرش می‌تواند پرورش یابد و آزاد شود. نمونهٔ پیش‌گفته در عین حال، اظهارات همدلانه درمانگر را نشان می‌داد که غالباً با خلاصه‌سازی استنباطیِ احساسات مراجع توام بود. اما درمانگر کاری بیش از پذیرش صِرف انجام می‌دهد. او با عبارت‌بندی مجدد و استنباط کردن، به‌مراجع خاطر نشان می‌کند که باید چه احساسی داشته باشد.

درمان مراجع‌محور در سال‌های گذشته، مثل هر جنبش دیگری، متحول شده و تغییر کرده است. این جنبش هم از لحاظ نظریه، تغییر کرده و گسترش یافته است، هم از لحاظ روش. گرینبرگ و دیگران (۲۰۰۳)، این تغییر و تحولات را خلاصه کرده‌اند.

کاربردهای دیگر

درمان مراجع‌محور عمدتاً در بافتِ مشاوره شکل گرفت و مشاوره، همچنان کاربرد اصلی آن است. اما این جنبش، کاربردهای دیگری هم پیدا کرد. برای مثال، مراجع‌محوری در آموزش روابط انسانی هم کاربرد زیادی دارد. تاکید بر رابطه، پذیرش و گرم بودن غالباً جزء جدایی‌ناپذیر برنامهٔ آموزشی کسانی است که در مراکز بحران کار می‌کنند، یا پیراحرفه‌ای‌هایی که در زمینهٔ مشاوره خدمات می‌دهند یا داوطلبان شاغل در سازمان‌ها و موسسات خیریه. بنابراین، صرف‌نظر از اینکه با حرفه‌ای‌هایی مثل پزشکان یا پرستاران سر و کار داشته باشیم یا با تکنسین‌های روان‌شناسی و داوطلبان سپاه صلح، آموزش روابط انسانی تا حد زیادی حال و هوای مراجع‌محوری دارد. وقتی رویکرد مراجع‌محوری در مشکلات بیرون از اتاقِ درمان به کار می‌رود، به آن **رویکرد شخص‌محور** می‌گویند.

همان‌طور که در فصل پانزدهم خواهیم دید، گروه‌های کوچک، گروه‌های رویارویی و گروه‌های رشد و کمال شخصی از چهارچوب مراجع‌محوری استفاده می‌کنند. این گروه‌ها غالباً با هدف کاهش تنش بین جناح‌های دارای اختلاف، مثل گروه‌های نژادی، کارمندان و مدیریت یا دانشجویان و اعضای هیئت علمی تشکیل می‌شود. در پاره‌ای موارد هم، موسساتی مثل کلیساها، مراکز تجاری و دادوستد و مدارس و دانشگاه‌ها از رویکرد مراجع‌محوری برای بهبود روابط انسانی یا ایجاد تغییر در کارکرد و اهداف خود استفاده می‌کنند.

برخی اظهارنظرهای پایانی

مثبت . رویکرد مراجع‌محور، تاثیرات مفید زیادی دارد. این رویکرد، بدیل درمان‌هایی است که پیرو روانکاوی سنتی هستند. این رویکرد بر خلاف روانکاوی سنتی، بر خودمختاری و هدایت از درون تمرکز می‌کند تا امیال زیست‌شناختی و غرایز دیدگاه فرویدی. تبدیل شدن به شخصی که همواره در حال شدن و تحول است، جای قربانی تاریخچهٔ شخصی بودن را می‌گیرد. حق انتخاب هم جای تعیین مکانیکی رفتار را می‌گیرد.

راجرز نشان داد که لازم نیست در روان‌درمانگری، گذشته را بکاویم. تاکید او بر رابطهٔ مراجع و درمانگر بود و کاربرد «فنون»، در مقام دوم اولویت قرار داشت. حتی استفاده از کلمهٔ *مراجع* هم دلیل دارد. مراجعی که فعالانه دنبال حق تجربه، برابری و آزادی بود، جای بیمار منفعلِ خواهان اقتدار پزشک را گرفت.

موضع در کل غیرتاریخی پیروان راجرز هم به شکل‌گیری نوعی درمان منجر شد که از روانکاوی کوتاه‌تر بود. فاصله گرفتن از حل‌وفصل طولانی‌مدت روابط انتقالی، بازسازی مشروح گذشته و تجربه‌هایی که از جنس تخلیه هیجانی هستند، درمان را کوتاه می‌کرد. در ضمن، کمتر شدن فعالیت درمانگر باعث شد آموزش مورد نیاز هم کمتر شود. با توجه به نیازهای سلامت روان مردم، درمانی که بتواند نیروی انسانی سریع‌تری آموزش دهد و مقرون‌به‌صرفه‌تر باشد، جدی‌تر گرفته می‌شود. اما درمان مراجع‌محور، مثل یک شمشیر دولبه است. عده‌ای احساس می‌کنند مراجع‌محوری ـ انسانگرایی، نسلی از درمانگران را تربیت کرده که با شوق و «خلوص» نمی‌توانند آموزش ندیدن خود را جبران کنند.

سهم بسیار مهم راجرز، تاکید بر تحقیق بود. راجرز نخستین تلاش‌های هماهنگ را در تحقیق راجع به فرایند درمان انجام داد. راجرز بود که برای نخستین بار، جلسات درمان را ضبط کرد تا فرایند درمان و تاثیرگذاری آن را بررسی کند. استفاده از ضبط صوت هم‌اکنون یکی از ارکان آموزش و تحقیق است. تا قبل از راجرز، قداست اتاق درمان خدشه‌ناپذیر بود. راجرز درهای درمان را گشود و آن را موضوع مطالعه و بررسی کرد و از مرموز بودن درآورد. او جرئت این را داشت که نوارهای ضبط‌شده و متن جلسات درمانگری خود را در اختیار همگان قرار دهد؛ کاری که تا آن زمان معمول نبود (هرچند امروزه، عادی است).

علاوه بر تلاش‌های پیشگام راجرز و دیگران در ضبط و ثبت مکتوب مصاحبه‌ها، اقدامات مهمی هم به‌منظور تحقیق راجع به

نتیجهٔ درمان صورت گرفت. برای مثال، راجرز و همکارانش، بر اساس درجه‌بندی خودپندارهٔ فعلی و آرمانی توسط مراجعان، و انواع شاخص‌های پیشرفت در جلسات مشاوره، مانند نسبت حرف زدن مراجع به حرف زدن درمانگر و مسئولیت‌پذیری در قبال حرف‌ها، شاخص‌هایی برای نتیجهٔ درمان تهیه کردند (برای مثال کارترایت[1]، ۱۹۵۶؛ راجرز و دایموند[2]، ۱۹۵۴؛ راجرز، گندلین، کیسلر و تراکس، ۱۹۶۷؛ دبلیو. یو. اسنایدر[3]، ۱۹۶۱؛ تراکس و کرکهوف[4]، ۱۹۶۷؛ تراکس و میچل[5]، ۱۹۷۱).

همان‌طور که در فصل یازدهم گفتیم، فراتحلیل‌های انجام‌شده در خصوص مطالعات مربوط به درمان‌ها از جمله درمان مراجع‌محور، از اندازهٔ تاثیر ۰/۶۲ خبر می‌داد که نشان می‌دهد مراجع بزرگسالی که تحت این نوع درمان قرار می‌گیرد، کارکردش (به‌طور متوسط) از ۷۳ درصد کسانی که تحت این نوع درمان قرار نمی‌گیرند، بهتر خواهد بود. برای نشان دادن صحت و سقم این یافته دربارهٔ درمان مراجع‌محور، دو فراتحلیل دیگر هم انجام شد.

گرینبرگ و دیگران (۱۹۹۴) مطالعات منتشره بین سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۲ را فراتحلیل کردند. شایان ذکر است که مولفان، فقط هشت مطالعه پیدا کردند که اثربخشی درمان مراجع‌محور را بررسی کرده بود و گروه گواه داشت. میانگین اندازهٔ تاثیر در این مطالعات، ۰/۸۸ بود؛ یعنی کارکرد یک مراجع بزرگسال معمولی در این مطالعات از کارکرد ۸۱ درصد کسانی که تحت درمان مراجع‌محور قرار نگرفته بودند، بهتر بود. گرینبرگ و همکاران همچنین توانستند تاثیرگذاری درمان مراجع‌محور در مقایسه با درمان‌های روان‌شناختی دیگر را ارزیابی کنند. در هفت مقایسهٔ به عمل آمده، فقط در یک مورد، درمان مراجع‌محور بر درمان دیگر برتری داشت (که آن، درمان پویشی کوتاه‌مدت بود؛ مایر، ۱۹۸۱).

الیوت و همکاران (۲۰۰۴) هم نتایج فراتحلیل مطالعات منتشره از سال ۱۹۹۲ به بعد را ارائه کردند. آنها یازده مطالعه درباره اثربخشی درمان مراجع‌محور پیدا کردند (که در آنها گروه گواه هم ارزیابی شده بود) و میانگین اندازهٔ تاثیر ۷۸٪ را گزارش کردند. درمان مراجع‌محور در مقایسه با درمان‌های دیگر در ۲۸ مطالعه (به‌طور متوسط) تاثیرگذارتر از درمان‌های دیگر نبود.

این اواخر هم الیوت و فریر (۲۰۱۰) فراتحلیل تقریباً ۲۰۰ مطالعهٔ انجام‌شده درباره درمان‌های شخص‌محور/وجودی را گزارش کردند. آنها در این فراتحلیل متوجه شدند یک مراجع بزرگسال معمولی که این درمان را دریافت می‌کرد، از پیش‌درمان تا پس‌درمان، تغییر مثبت معناداری را گزارش می‌کرد و فوایدِ درمان به‌طور متوسط حداقل یک سال ادامه می‌یافت. مراجعانی که تحت درمان شخص‌محور/وجودی قرار گرفته بودند در مقایسه با مراجعانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته بودند، بهبود معناداری نشان می‌دادند (با میانگین اندازهٔ تاثیر ۰/۷۸). سرانجام اینکه مقایسهٔ درمان‌های شخص‌محور/وجودی با دیگر درمان‌های روان‌شناختی (مطالعه ۱۰۹ = n)، فرق معناداری در نتیجه نشان نمی‌داد که نشان‌دهندهٔ تاثیرات هم‌ارز بود.

اما کدام جنبه درمان‌های شخص‌محور/وجودی بیش از همه برای مراجعان مفید است؟ اخیراً چند فراتحلیل انجام شده که دنبال شناسایی جنبه‌هایی از این رویکرد است که رابطهٔ معناداری با نتیجهٔ درمان دارد. اما باید متذکر شویم که این فراتحلیل‌ها، انتخاب مطالعات را به مواردی که صرفاً روی درمان‌های شخص‌محور/وجودی صورت گرفته بود، محدود نکرد، بلکه مبنای انتخاب روان‌درمانگری پژوهی‌ها، اندازه‌گیری سازه‌های مورد نظر توسط آنها بود. همان‌طور که پیشتر گفتیم، اتحادِ کاری، یکی از همبسته‌های مهم نتیجهٔ درمان فرض شده است و غالباً عامل مشترکِ مسئول تاثیرات روان‌درمانگری در نظر گرفته می‌شود. هوروات، دِل رِ، فلاکیگر و سایموندز[6] (۲۰۱۱) داده‌های ۲۰۰ مطالعه را تحلیل و گزارش کردند و گزارش دادند کیفیت اتحادِ درمانی، با نتیجهٔ خوب، همبستگی معناداری دارد (r = ۰/۲۸). الیوت، بوهارت، واتسون وگرینبرگ (۲۰۱۱) هم گزارش کردند نمرات همدلی و نتیجهٔ درمان در ۵۹ مطالعه، همبستگی معناداری داشت (r = ۰/۳۱). فاربر و دولین[7] (۲۰۱۱) هم از همبستگی ۰/۲۷ بین توجه مثبت و

1. Cartwright
2. Dymond
3. W. U. Snyder
4. Carkhuff
5. Mitchell
6. Horvath, Del Re, Fluckiger and Symonds
7. Farber and Doolin

نتیجهٔ درمان در ۱۸ مطالعه خبر دادند. سرانجام اینکه کولدن، کلاین، ونگ و آستین [1] (۲۰۱۱) از همبستگی ۰/۲۴ بین همخوانی/خلوص نتیجهٔ درمان در ۱۶ مطالعه خبر دادند.

خلاصه اینکه شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد درمان مراجع‌محور، اثربخشی متوسطی دارد ولی از درمان‌های روان‌شناختی دیگر، موثرتر نیست. نورکراس و ومپولد (۲۰۱۱) در خصوص مهم‌ترین مولفه‌ها و ویژگی‌های درمان شخص‌محور/وجودی می‌گویند این فراتحلیل‌های جدید از تاثیر مثبتِ اتحادِ درمانیِ باکیفیت، همدلی ابرازشده و تجربه‌شده در رابطه، و ابراز توجه مثبت و تجربه کردن توجه مثبت خبر می‌دهد.

منفی . اما این سکه، روی دیگری هم دارد. درمانگرهای مراجع‌محور یکسره می‌گویند تلاش‌های آنها نیست که مراجعان را تغییر می‌دهد، بلکه توان درونی مراجعان برای رشد و کمال را آزاد می‌کند. صرف‌نظر از آنکه چنین حرفی را از روی اعتقاد راسخ به خودشان می‌زنند یا از روی تواضع، این ادعا ناقص به نظر می‌رسد. درمان، محرکی است که درمانگر در آن تاثیر خاصی دارد و واکنش‌های زیادی ایجاد می‌کند. این واکنش‌ها صرف‌نظر از مثبت، منفی یا خنثی بودن، تا حد زیادی به محرک‌ها و روش‌های درمانگر برمی‌گردد.

درمانگران مراجع‌محور مدعی هستند برای فهمیدن مراجعان باید دنیای پدیدارشناختی آنها را تجربه کرد. اما چطور؟ شهودی؟ چطور می‌توانیم از سوگیری ناشی از چهارچوب شخصی خلاص شویم؟ منتقدان می‌گویند اجتناب از سنجش و بی‌توجهی به گذشته، توان درمانگر برای فهمیدن چهارچوب ادراکی مراجع و ورود او به این چهارچوب راکم می‌کند.

درمان مراجع‌محور ظاهراً فقط مستلزم یک فن یا یک مجموعه نگرش است به‌نام همدلی، پذیرش و توجه مثبت نامشروط. بنابراین با همهٔ مراجعان دقیقاً یک‌جور رفتار می‌شود. درمانگر لازم نیست برای انتخاب موثرترین شکل درمان یا انتخاب فن خاصی که با خصوصیات مراجع هماهنگ باشد، او را بسنجد. بنابراین می‌توان مدعی شد درمان مراجع‌محور در واقع درمان فن‌محور است! اما این اواخر، با توجه به ایرادات رویکرد همگانی و مناسبِ همه، عده‌ای بر آن شده‌اند برای هر مشکل مراجع، فنون و روش‌های خاصی ابداع کنند (گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۳).

در عین حال، ایمان راسخی وجود دارد که مراجع بهتر از هر کس صلاح خود را می‌داند. تاکید جنبش مراجع‌محوری بر دموکراسی، حق انتخاب، و اولویت بی‌چون و چرای توان درونی مراجعان به تقبیح «مداخلهٔ» درمانگر از طریق تفسیر، توصیه یا ابراز ارزش‌ها منجر می‌شود. اما در برخی موارد، شدت مشکلات مراجع ایجاب می‌کند از روش‌های فعال‌تر و رهنمودی‌تر استفاده کنیم. برای مثال، در خردمندی و قابلیت‌های یک مراجع ضداجتماعی یا مبتلا به اسکیزوفرنی تردید هست، حتی اگر حقیقت داشته باشد که با صرف زمان نامحدود یا ایجاد شرایط بهینه می‌توان آنها را واداشت تصمیمات درست بگیرند یا نتیجه‌گیری مناسب کنند (هرچند این گزاره احتمالاً آزمون‌پذیر نیست) ولی چنین رفتاری، بسیار ناکارآمد به نظر می‌رسد. درمانگران مراجع‌محور گاهی اوقات بدون جمع‌آوری داده‌های تشخیصی یا تاریخچه‌ای کافی، دنبال تغییر مراجع می‌روند (البته خودشان چنین ادعایی نمی‌کنند). تاکید بر گزارش‌های کلامی مراجعان، آنان را در معرض اطلاعاتی قرار می‌دهد که غالباً تدافعی، تحریف‌آلود و ناقص است.

بخش زیادی از تحقیقات صورت‌گرفته دربارهٔ تاثیرگذاری درمان مراجع‌محور، بر ملاک‌های درونی مبتنی بوده است؛ یعنی به مراجعان می‌گویند وقتی بهبود می‌یابی که مسئولیت گفته‌هایت در جلسهٔ درمان را بپذیری یا بیش از درمانگر حرف بزنی. اما برخی دیگر می‌گویند ملاک‌های واقعی بهبود را باید در بیرون از اتاق درمان پیدا کرد (یعنی در مشاهده، گزارش دوستان و همسر و از این قبیل). بدون اعتباریابی از طریق منابع بیرونی، این امکان وجود دارد که تغییرات مشاهده‌شده در اتاق درمان، معرف سازگاری مراجع با الزامات وضعیت باشد نه تغییراتی که به فراسوی درمان تعمیم می‌یابد.

در بسیاری از موارد، توصیفاتی که از فلسفه‌ها و روش‌های درمانی مراجع‌محور ارائه می‌شود، توصیف‌های منحصربه‌فرد و

1. Kolden, Klein, Wang and Austin

پر از کلمات تعریف‌نشده است. کلماتی مثل ***بودن، شدن، شکوفایی*** و ***همخوانی***، تعریف دقیقی ندارند یا حاوی اضافات معنایی خاصی هستند که نمی‌توان آنها را به دیگران فهماند. گاهی اوقات هم از زبان خودبزرگ‌بینانه‌ای استفاده می‌شود که با تواضع این درمان در جاهای دیگر، همخوانی ندارد. برای مثال، راجرز (۱۹۵۱) می‌گوید «درمان، جوهر زندگی است» (ص ۵).

برخی این زبان را به راحتی می‌فهمند ولی پیروان راجرز گرایش دارند از زبانی استفاده کنند که ته‌مایهٔ هیجانی آن، بار تبلیغاتی دارد. کلماتی مثل ***بی‌رهنمود*** و ***مراجع‌محور*** نه‌تنها بار مثبت دارد، بلکه تلویحاً القا می‌کند که رویکردهای دیگر، بارهنمود و درمانگرمحور هستند. کلمات و اصطلاحاتی از قبیل ***آزادی، دموکراتیک، خلوص، گرمی*** و ***صداقت***، طرفداران رویکردهای دیگر را در مقابل این کلمات قرار می‌دهد. طرفداران رویکردهای دیگر، پیش از آنکه بخواهند واقعیت رویکردشان را توضیح دهند ابتدا باید به اتهام تلویحی اقتدارگرا بودن، فن‌محوری، کنترلگری و بی‌بهره بودن از ارزش‌های انسانی متعارف پاسخ دهند.

سرانجام اینکه رویکرد مراجع‌محور، برآمده از عصر محوطه‌های دانشگاهی و کالج‌ها است. مراجعان دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰، عمدتاً دانشجویان کالج بودند که به مراکز مشاورهٔ دانشگاه مراجعه می‌کردند. درمانگرانی که در سنت راجرزی مراکز مشاوره دانشگاهی آموزش دیده بودند، عضو مراکز مشاوره دانشگاه‌های دیگر می‌شدند. لزومی به یادآوری نمی‌بینیم که دانشجویان کالج‌ها در مقایسه با عموم مردم، باهوش‌تر و تحصیل‌کرده‌ترند و وقتی مشکل پیدا می‌کنند، کمتر ناسازگاری نشان می‌دهند. همچنین روش‌های بهتری برای کنار آمدن دارند. این روش‌های به اصطلاح بی‌رهنمودِ مراجع‌محوری، احتمالاً درباره این اقشار موثرتر است تا برای مثال درباره مبتلایان به روانپریشی که مهارت‌های کلامی ضعیفی دارند و تحصیلات‌شان محدودتر است.

جنبش انسانگرا ـ وجودی

پدیدارشناسی، انسانگرایی و وجودگرایی، در روان‌شناسی به شدت در هم تنیده است. در مبحث قبل دیدیم که راجرز برای تجربه فوری چه اهمیتی قائل است. این، پدیدارشناسی بنیادی است. در عین حال، رویکردهای مراجع‌محور بر ارزشمندی، بی‌همتا بودن و شأن مراجع تاکید می‌کند. این هم انسانگرایی بنیادی است. پیش از آنکه سراغ درمان‌های وجودی، معنادرمانی و گشتالت‌درمانی برویم، اجازه دهید پیشاپیش تصدیق کنیم که سنت انسانگرایی در این درمان‌ها موج می‌زند.

انسانگرایی

روان‌شناسی انسانگرا، تحول نسبتاً جدیدی است، ولی خاستگاهی بسیار قدیمی در فلسفه و تاریخ روان‌شناسی دارد. وقتی از ***انسانگرایی*** حرف می‌زنیم، به روان‌شناسانی همچون آلپورت، گولدستاین، جیمز، موری و راجرز فکر می‌کنیم. ارزش‌هایی که انسانگرایی وارد روان‌شناسی کرد، در جبرگرایی روانکاوی و رفتارگرایی ریشه ندارد. از دیدگاه انسانگرایی، افراد محصول گذشته، ناهشیاری یا محیط نیستند، بلکه توان انتخاب آزاد دارند و دنبال تحقق توان درونی و خودشکوفایی هستند. آنها وصله پینه‌ای از شناخت‌ها، احساسات و آرزوها نیستند، بلکه موجوداتی یکپارچه، و کلیتی بی‌همتا هستند. فهمیدن آنها هم در گرو درک این کیفیات است و چنین فهمی وقتی حاصل می‌شود که از تجربهٔ شخص آگاه شویم. سازه‌های به اصطلاح علمی مبتنی بر هنجارها، آزمایش‌ها یا داده‌ها باید به شهود و همدلی رهنمون شود. این دیدگاه بر مریضی، انحراف یا برچسب‌های تشخیصی تاکید نمی‌کند، بلکه بر تلاش و تقلای مثبت، خودشکوفایی و طبیعی بودن تاکید می‌کند. بوگنتال[1] (۱۹۶۵)، بوهلر (۱۹۷۱)، بوهلر و آلن[2] (۱۹۷۱)، جورارد[3] (۱۹۷۱) و مزلو[4] (۱۹۶۲) جنبه‌های مختلف این ارزش‌ها را بررسی کرده‌اند. انسانگرایی در هر شکل آن، مقاومتی در برابر جبرگرایی اثباتی علم و در آغوش کشیدن انسانیت جوهری و ذاتی مردم است.

درمان وجودی

روان‌شناسی وجودی، نگاه‌های مکانیکی پیروان فروید را رد می‌کند و در عوض، انسان‌ها را جست‌وجوگران معنا می‌بیند.

---

1. Bugental
2. Buhler and Allen
3. Jourard
4. Maslow

وجودگرایی در برهه‌ای شهرت یافت که بسیاری از مردم با مشکلات توده‌ای جامعهٔ فن‌آوری‌زده، دست به گریبان بودند و می‌خواستند شکل بیگانهٔ زندگی خود را ترمیم کنند. درمان وجودی ظاهراً بازگرداندن معنا به زندگی، بیداری معنوی و آن نوع رشد و کمال فردی را وعده می‌دهد که نویدبخش رهایی از غل و زنجیرهای جامعهٔ همرنگی‌گرا است (بوگنتال، ۱۹۷۸).

نگاه وجودی که به سختی می‌توان آن را جنبشی متحد با صدای واحد دانست، در عمل چند جنبه دارد که در فلسفه کرکگارد، هایدگر، تیلیچ، سارتر، یاسپرز و دیگران ریشه دارد. در بحثِ کاربردهای روان‌شناختی وجودگرایی، نام‌هایی مانند بینزوانگر، باس، گندلین، فرانکل، مِی و لنگ به ذهن خطور می‌کند. وجودگرایی از لحاظ فلسفی با پدیدارشناسی، هم‌ریشه و هم‌منشأ است (مکلود [1]، ۱۹۶۴؛ ون‌کام [2]، ۱۹۶۶).

وجودگراها اظهاراتی دربارهٔ طبیعت انسان دارند (کوباسا و مَدی [3]، ۱۹۷۷؛ مدی، ۱۹۸۹). مبنای همهٔ این اظهارنظرها، یک خصوصیت بنیادی انسان است که همانا معناجویی است (بینزوانگر [4]، ۱۹۶۳؛ باس [5]، ۱۹۶۳). معناجویی از طریق تجسم، نمادپردازی و قضاوت رخ می‌دهد. تمام این موارد هم در قالب مشارکت در جامعه اتفاق می‌افتد. از نظر محیط فیزیکی و محیط زیست‌شناختی، انسان‌ها در یک بافت اجتماعی عمل می‌کنند.

یک عامل بسیار مهم شخصیتی، تصمیم‌سازی است که دنیای حقایق و امکانات را دربرمی‌گیرد. بنابراین، شخصیت صرفاً بودنِ زیست‌شناختی، اجتماعی و روان‌شناختی نیست، بلکه آن چیزی نیز هست که ممکن است بشود. بسیاری از وجودگراها معتقدند تصمیم‌سازی مستلزم مجموعه‌ای از انتخاب‌های اجتناب‌ناپذیر است. شخص ممکن است زمان حال (وضع موجود) را انتخاب کند که معرف عدم تغییر و تعهد به گذشته است. این انتخاب به احساس گناه و ندامت دربارهٔ فرصت‌های ازدست‌رفته منتهی می‌شود. اما شخص همچنین می‌تواند به آینده بپیوندد. این انتخاب، او را به سوی آیندهٔ آمیخته با اضطراب سوق می‌دهد که از درماندن از پیش‌بینی و کنترل ناشناخته‌ها نشئت می‌گیرد. این نوع احساس گناه‌ها و اضطراب‌ها آموختنی نیست، بلکه جزیی از جوهر زندگی است. انتخاب آینده و به جان خریدن اضطراب‌های ذاتی این انتخاب، جرئت می‌خواهد. کسی چنین جرئتی دارد که به خودش ایمان دارد و می‌داند انتخاب گذشته به ناچار به احساس گناهی منتهی می‌شود که به مراتب ترسناک‌تر از اضطراب است.

اهداف درمان . هدف نهایی روان‌درمانگری وجودی، رسیدن شخص به نقطه‌ای است که آگاهی و تصمیم‌سازی او مسئولانه باشد. اِعمال توانایی‌های شناختی، امکان رسیدن به حالات عالی‌تر عشق، صمیمت و رفتار اجتماعی سازنده را فراهم می‌آورد. شخص از طریق درمان یاد می‌گیرد مسئولیت تصمیماتش را بپذیرد و انباشت اضطراب هنگام حرکت به سوی تغییر را تحمل کند. این امر مستلزم اعتماد کردن به خود و پذیرش چیزهایی در زندگی است که تغییرناپذیر یا اجتناب‌ناپذیرند.

کادر ۲ ـ ۱۳ : دیدگاه روان‌شناس بالینی : دکتر لسلی اس. گرینبرگ

دکتر لسلی اس. گرینبرگ، استاد صاحب‌نام تحقیقات روان‌شناسی دانشگاه یورک در تورنتو کانادا است. او متخصص روان‌درمانگری‌پژوهی و رهبر مفهوم‌بندی و مطالعه روان‌درمانگری مبتنی بر هیجان است. این رویکرد روان‌درمانگری که از سنت انسانگرا ـ وجودی می‌آید بر آگاهی و تبدیل تجربه هیجانی مراجع و ارزشمندی رابطهٔ درمانی تاکید می‌کند. در این رویکرد، بر حضور درمانگر و همدلی و پذیرش و اعتباریابی هیجانات مراجعان تاکید می‌شود. دکتر گرینبرگ مولف ۱۵ کتاب و بیش از ۲۰۰ فصلِ کتاب و مقاله است. او افتخارات و جوایز زیادی بابت کارهایش کسب کرده است از جمله جایزه یک عمر تحقیقات مهم جامعه بین‌المللی روان‌درمانگری‌پژوهی، جایزه حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی امریکا به دلیل مساعدت‌های فراوان به حرفهٔ روان‌شناسی و جایزه کارل راجرز جامعهٔ روان‌شناسیِ حرفه‌ای انجمن

1. MacLeod
2. Van Kaam
3. Kobasa and Maddi
4. Binswanger
5. Boss

روان‌شناسی امریکا. دکتر گرینبرگ به سوالات ما راجع به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و پیش‌بینی‌هایش درباره آیندهٔ این رشته و روان‌درمانگری تجربه‌ای پاسخ داد.

چطور به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

من در سال ۱۹۷۰ با داشتن مدرک کارشناسی ارشد مهندسی، وارد روان‌شناسی شدم. به دنبال رشته‌ای می‌گشتم که ربط اجتماعی و شخصیتی بیشتری به من داشته باشد. مدرک کارشناسی مهندسی را در افریقای جنوبی گرفتم. به جای فیزیک وارد رشتهٔ مهندسی شدم؛ چون دوست داشتم با مردم کار کنم و فکر می‌کردم مهندسی بیشتر از فیزیک با مدیریت مردم و کار با مردم سر و کار دارد. در افریقای جنوبی از دانشجویان مخالف تبعیض نژادی بودم و در دههٔ ۱۹۶۰ به کانادا مهاجرت کردم. از مهندسی راضی نبودم و دوست داشتم با مردم سر و کار داشته باشم. همچنین روان‌شناسی را رشته‌ای برای بیشتر درگیر شدن با معضلات آن عصر ـ یعنی رشد و کمال شخصیتی و تحول جامعه ـ یافتم.

در مقام روان‌شناس بالینی چه‌کارهایی می‌کنید؟

مشاوره و روان‌درمانگری درس می‌دهم و درباره فرایند تغییر و نقش هیجان در این فرایند تحقیق می‌کنم. نظارت بر عملکرد بالینی دانشجویان در تحقیقاتم نیز یکی دیگر از کارهای من است. درمانگری خصوصی انفرادی و زوجی هم انجام می‌دهم. نویسندگی هم می‌کنم.

تخصص‌ها و علایق شما چه هستند؟

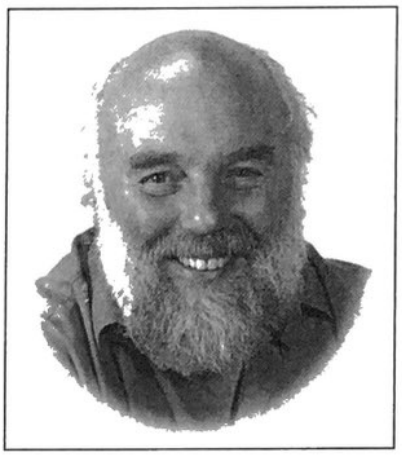
من متخصص روان‌درمانگری‌پژوهی هستم و تمرکز خاصی بر فرایند تغییر و روش‌های مداخلاتی متمرکز بر هیجان دارم. دل‌مشغولی خاصی با برگرداندن هیجان به روان‌درمانگری دارم؛ چون به نظر من، محور کارکرد و تغییر است و به همین دلیل، رویکرد متمرکز بر هیجان را در درمان افراد و زوج‌ها طراحی کرده‌ام و دربارهٔ این رویکرد می‌نویسم.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

به اعتقاد من یک حوزهٔ مطالعاتی، یعنی سلامت روان یا روان‌درمانگری، خواهیم داشت که نتیجه ادغام رشته‌های مختلف از جمله روان‌شناسی بالینی، مددکاری اجتماعی، (شاید) روان‌پزشکی و پرستاری خواهد بود و سطح متفاوت مداخله زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و از این قبیل و نیز تعدد مکاتب درمان و جنگ مکاتب خاتمه خواهد یافت.

روندهای آیندهٔ درمان تجربه‌ای/انسانگرا ـ وجودی را چطور می‌بینید؟

به‌نظر من درمان وجودی از میراث خود که گوش دادن «صرف»، در نظر گرفتن گرایش به شکوفایی انسان‌ها به عنوان راهنمای درونی آنها برای سلامتی، و در نظر گرفتن تماس با احساسات به عنوان راهی برای سلامتی است، عبور خواهد کرد. این نظرها تا حدودی درست است و حقیقت دارد ولی معتقدم با افزایش فهم ما از کارکرد، این نظرات، متمایزتر می‌شوند و بیشتر اصلاح خواهد شد. درمان تجربه‌ای از لحاظ نظری فراتر از این اظهارات مقدماتی خواهد رفت و نگاه پیچیده‌تری به انسان خواهد کرد که مبنای آن، هیجان و نظریه و تحقیقات سازه‌گرا است. درمان وجودی، نگاهی فرایندی به کارکرد و درمان ارائه خواهد کرد و توضیحات بیشتری درباره آن دسته از حالات پیش‌آمده در جلسات خواهد داد که درخور انواع مداخلات و تغییرات رخ‌داده در این حالات است. همچنین درمان وجودی، پژوهش‌بنیان‌تر می‌شود. در نهایت هم رویکردی به دور از مکتب بنیادی خواهد شد که فرایند درون جلسه را می‌فهماند.



لسلی اس. گرینبرگ

فنون . درمان وجودی بر فنون تاکید نمی‌کند. فنون در اغلب موارد می‌فهماند که مراجع شیئی‌ای است که فنون روی او اِعمال می‌شود. در عوض بر فهمیدن و تجربه کردن مراجع به عنوان یک جوهر بی‌همتا تاکید می‌کند. درمان، یک رویارویی است که مراجع را قادر می‌کند به تجربه نزدیک‌تر شود. مراجع با تجربه کردن خودش می‌تواند برای زندگی معنا و ارزش پیدا کند. درمانگر گاهی اوقات با سوالاتی رو در رو می‌شود که مراجع را وامی‌دارد دلایل درماندنش از معنایابی برای زندگی را بررسی

کند. برای مثال، مراجعی که به دفعات شکایت می‌کند که شغل ارضاکننده‌ای ندارد با این سوال مواجه می‌شود که چرا سراغ شغل دیگری نمی‌رود یا برای تحصیل بیشتر، به دانشکده برنمی‌گردد. این نوع سوالات، مراجع را وامی‌دارد گرایشش به گذشته را با دقت بیشتری بررسی کند و این بررسی دقیق‌تر، متقابلاً در او احساس گناه و احساس توخالی بودن ایجاد می‌کند. گندلین (۱۹۸۱، ۱۹۶۸) تمرکز کردن را یکی از راه‌های رسیدن به حس پیش‌مفهومی می‌داند. این حس پیش‌مفهومی از این طریق پدید می‌آید که مراجع به‌طور عینی بر حسِ بدنی خود هنگام مشکل و دشواری تمرکز کند. سکوت‌ها کمک می‌کند مراجع به این حس پیش‌مفهومی برسد. اما تحقیقات اندکی منتشر شده که تاثیرگذاری تمرکز بر درمان مراجعان را بررسی کرده باشد؛ بنابراین، تاثیرگذاری آن هنوز معلوم نیست (الیوت و دیگران، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۴).

معنادرمانی

یکی از درمان‌های وجودی مشهور، ***معنادرمانی*** است. در این فن مراجعان تشویق می‌شوند در دنیای بی‌رحم، نامهربان و بی‌معنا، معنایی پیدا کنند. این فن را ویکتور فرانکل[1] ابداع کرد. نظرهای اولیه فرانکل تحت تاثیر فروید بود. اما وقتی سعی کرد راهی برای کنار آمدن با تجربه‌هایش در اردوگاه‌های جمعی نازی‌ها پیدا کند، وارد چهارچوب وجودگرایی شد. فرانکل، مادر و پدر و برادر و همسرش را در هولوکاست نازی‌ها از دست داد و خودش تا آستانهٔ مرگ پیش رفت (فرانکل، ۱۹۶۳). به نظر فرانکل، کسانی در این اردوگاه‌ها از پا درمی‌آمدند که صرفاً به معانی متعارف زندگی قائل بودند. اما این معانی متعارف، پاسخگوی بی‌رحمی‌های نازی‌ها نبود. بنابراین باید برای وجود، معنایی شخصی پیدا می‌کردند. فرانکل بر اساس تجربیاتش در زمان جنگ و بینش‌های وجودی خودش که اجازه داده بود زنده بماند، معنادرمانی را ابداع کرد. او نظراتش را در چند کتاب بیان کرد (فرانکل، ۱۹۶۷، ۱۹۶۵، ۱۹۶۳). نظرات فرانکل دربارهٔ شخصیت و عقایدش درباره اهداف درمان، با بحث قبلی ما راجع به وجودگرایی همخوانی دارد. اما فنون معنادرمانی همیشه رابطهٔ نزدیک و منطقی با نظریه وجودگرایی ندارد.

معنادرمانی بیشتر مکمل روان‌درمانگری سنتی محسوب می‌شود تا جایگزین آن. اما به نظر فرانکل وقتی جوهر هیجانی مشکل، کشمکش بر سر معنای زندگی یا پوچی زندگی است، درمان مناسب، معنادرمانی خواهد بود. پس معنادرمانی در مراجع، احساس مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌مندی در قبال زندگی ایجاد می‌کند (به شرط آنکه معنای دوم از پرده بیرون افتاده باشد). فرانکل تاکید زیادی بر مسئولیت‌پذیری می‌کند و آن را از رویدادهای زندگی مراجع مهم‌تر می‌داند. آنچه خیلی مهم است، معنای فعلی و چشم‌انداز آینده است.

به دو فن ویکتور فرانکل (۱۹۶۰) توجه زیادی شده است. ***قصد تناقضی*** که فنی مشهور است و در آن از مراجع می‌خواهند هشیارانه رفتاری کند یا پاسخی دهد که مایهٔ اضطراب و نگرانی او می‌شود. به این ترتیب، آرزوی نقیض ترس، جایگزین ترس می‌شود. برای مثال فرض کنید مراجع از این می‌ترسد که هنگام سخنرانی برای جمع، سرخ شود. از او می‌خواهند در این مواقع، سرخ شود. به نظر فرانکل، حقیقت تناقض‌آمیز این است که وقتی سعی می‌کند همان کاری را کند که از آن می‌ترسد، نمی‌تواند آن کار را انجام دهد. درمانگر معمولاً سعی می‌کند این قضیه را در آرامش اداره کند. برای مثال، فرانکل (۱۹۶۵) در خصوص مراجعی که می‌ترسد در برابر استادش بلرزد از مراجع می‌خواهد به خودش بگوید: «اوه، استاد اینجا است! حالا به او نشان خواهم داد که چقدر خوب می‌لرزم ـ به او نشان خواهم داد که چقدر خوب می‌توانم بلرزم» (ص ۲۲۶). این روش، شبیه غرقه‌سازی تجسمی است که در فصل چهاردهم آن را توضیح می‌دهیم. دومین فن، ***تمرکز نکردن بر خود*** است که نادیده گرفتن رفتار یا نشانهٔ مشکل‌دار است. بسیاری از مراجعان به پاسخ‌ها و واکنش‌های بدنی خویش به زیبایی خو می‌گیرند. تمرکز نکردن بر خود، تلاشی برای منحرف کردن توجه مراجع به سوی فعالیت‌ها و تمرکزهای سالم‌تر است.

گشتالت‌درمانی

تاکید ***گشتالت‌درمانی*** بر تجربه کردن زمان حال و آگاهی بدون واسطه بر هیجان و کنش است. «در تماس بودن» با احساسات،

1. Viktor Frankl

جای جست‌وجوی خاستگاه‌های رفتار را می‌گیرد. مشکلات وجودی با درماندن از معنایابی در زندگی ابراز می‌شود که در جامعهٔ فن‌آوری‌زده رخ می‌دهد؛ یعنی جامعه‌ای که انسان‌ها را از خودشان جدا می‌کند. «واقعی نبودن» رایانه‌ها و کارت‌های اعتباری پلاستیکی، معنای حقیقی زندگی را می‌پوشاند؛ معنایی که فقط در تجربه کردن بدون واسطهٔ هیجانات یافت می‌شود. گشتالت‌درمانی، دنبال بازگرداندن تعادل مناسب است.

جنبش ناهمگنی. فردریک (فریتز) پرلز [1] نزدیک‌ترین شخصیت به‌شکل‌گیری و تحول جنبش گشتالت‌درمانی است. تحصیلات اصلی پرلز در زمینهٔ پزشکی و روانکاوی بود. پرلز پس از به قدرت رسیدن نازی‌ها، آلمان را در سال ۱۹۳۴ ترک کرد و در افریقای جنوبی ساکن شد و در آنجا موسسهٔ روانکاوی را دایر کرد. اما به مرور از اصول روانکاوی فاصله گرفت و به دیدگاهی نزدیک شد که بعداً نام گشتالت‌درمانی به خود گرفت. پرلز در سال ۱۹۴۶ به ایالات متحده امریکا مهاجرت کرد و در سال ۱۹۷۰ در امریکا درگذشت.

گشتالت‌درمانی در واقع ترکیب ناهمگنی از فنون و عقاید است. گشتالت‌درمانگرها با یکدیگر اتفاق نظر ندارند و از این اتفاق‌نظر نداشتن لذت می‌برند. گویا هدف‌شان تهیهٔ یک نظریهٔ درمانی یکپارچه نیست، بلکه می‌خواهند از طریق درمان، حس بی‌نظیر بودن خود و تفسیر خاص‌شان از زندگی را ابراز کنند. حتی در مساعدت خود پرلز هم به سختی می‌توان شاهد همگنی بود. برخی کارهای مهم او مثل *ایگو، گرسنگی و پرخاشگری* (پرلز، ۱۹۴۷)، *گشتالت‌درمانی* (پرلز، هفرلین و گوودمن [2]، ۱۹۵۱)، *گشتالت‌درمانی، کلمه به کلمه* (پرلز، ۱۹۶۹a) و *درون و بیرون سطل آشغال* (پرلز، ۱۹۶۹b)، مفاهیم و عقاید مختلفی را بیان می‌کند. کمپلر [3] (۱۹۷۳) همچون اسمیت (۱۹۷۶)، نظریهٔ گشتالت‌درمانی را شرح داده است. گشتالت‌درمانی علاوه بر این آشفتگی، واقعاً به اصول گشتالتی ورتهایمر، کافکا، کوهلر یا لوین ربط چندانی ندارد. ارتباط آنها بیش از آنکه جوهری باشد، سطحی است.

مفاهیم بنیادی . اصل و محور گشتالت‌درمانی، مفهوم‌بندی شخص به عنوان کلیت سازمان‌یافته است، نه مجموعهٔ غیرمنفصلی از هیجانات، شناخت‌ها و رفتارها. همچنین یکی از توضیحات گشتالت‌درمانی، این هشدار است که شخص نه‌تنها باید از خودش آگاهی پیدا کند، بلکه باید آگاه شود که چطور موجب شکست و ناکامی خود می‌شود. او از طریق ابراز احساس خود در *زمان حال* و ابراز لحظه به لحظهٔ احساساتش، به این آگاهی می‌رسد. هرچه مانع رسیدن به سطح بالاتر سازگاری می‌شود باید تجربه و بخشی از آگاهی شود. فرض بر این است که توان درونی شخص می‌تواند بر مشکلات او در زمینهٔ سازگاری غالب شود. اما ابتدا باید بر موانع موجود بر سر راه‌سازگاری بهتر و خودِ توان درونی آگاه شود.

درمانگر، عامل تسریع‌کننده‌ای است که آگاه شدن مراجع بر چگونگی ابراز نشدن توان درونی را تسهیل می‌کند. بنابراین، درمانگر دلایل استفادهٔ ناموثر مراجع از توان درونی‌اش را توضیح نمی‌دهد و به او نمی‌گوید این قضیه چطور شروع شده است. در عوض نشان می‌دهد مسئولیت مراجع در قبال تجربه‌های موثرتر درونش کجا است. تاکید گشتالت‌درمانی بر آگاهی لحظه‌ای است نه بر به یاد آوردن خاطرات و تکانه‌های واپس‌رانده‌شده. پرلز بسیاری از ویژگی‌های روانکاوی را رد می‌کند، ولی رویکردش واقعاً آمیزه‌ای از وجودگرایی و روانکاوی است. برای مثال، پرلز اهمیت بینش‌های روانکاوانهٔ سنتی درباره ماهیت انگیزش و دفاع را به راحتی می‌پذیرد.

حالا . از نظر پرلز، واقعیت، حالا است، رفتار حالا است و تجربه، حالا. جست‌وجوی جواب‌ها در گذشته، جست‌وجو در چیزی است که دیگر وجود ندارد. درمان، حالا است و باید به آگاهی مراجع بر حالا رسیدگی شود و این نوع آگاهی تشویق شود. ظرفیت رشد و کمال فقط از طریق حمله به هر آن چیزی حاصل می‌شود که ما را از آگاهی بر حالا دور می‌کند. همان‌طور که پرلز (۱۹۷۰) می‌گوید، «برای من چیزی جز حالا وجود ندارد. حالا = تجربه = آگاهی = واقعیت. گذشته دیگر نیست و آینده هم نیامده است. فقط حالا وجود دارد» (ص ۱۴).

از نظر گشتالت‌درمانگر، اضطراب، شکافِ بین حالا و بعد است (یعنی اشتغال ذهنی با آنچه آینده ممکن است بیاورد).

---

1. Fredrick (Fritz) Perls
2. Perls, Hefferline and Goodman
3. Kempler

اشتغال ذهنی با گذشته نیز هیجانات منفی زیادی در پی می‌آورد. تمرکز بر گذشته یا آینده، به رکود فرد در زمان حال منتهی می‌شود. بیمار در فرایند درمان باید تکرار کند که «حالا آگاهم که ...» یا درمانگر به دفعات از او بپرسد «اکنون به چه چیزی آگاهی داری؟» نقش درمانگر این است که توجه مراجع را یکسره به احساسات، افکار و تجربهٔ حال حاضرش جلب کند. اما درمانگر تفسیر نمی‌کند چون فرض بر این است که آگاهی از حالا، فی‌نفسه قدرت علاج دارد. این آگاهی، بیمار را قادر می‌کند جنبه‌های تکذیب‌شدهٔ شخصیت خود را در هم ادغام کند.

رفتار غیرکلامی . درمانگر برای ردگیری دفاع‌های بیمار و فاش کردن بازی‌های او غالباً به رفتار غیرکلامی بیمار توجه می‌کند. حرف بیمار ممکن است یک چیز باشد و نشانه‌های دیگر در رفتارش، خلاف آن. مثال زیر را در نظر بگیرید:

درمانگر: چه احساسی داری؟
بیمار: آرامم؛ احساس خوبی دارم.
درمانگر: واقعاً؟
بیمار: آره.
درمانگر: پس چرا مثل سُنبه، سیخ نشسته‌ای؟
بیمار: سیخ ننشسته‌ام.
درمانگر: خودت را ببین. پاهایت را ببین. احساس می‌کنی به صندلی تکیه داده‌ای؟
بیمار: منظورتان را می‌فهمم.
درمانگر: بیا راجع به سیخ نشستن حرف بزنیم. این سیخ نشستن، چه چیزی دربارهٔ تو می‌گوید؟
بیمار: از راحت بودن و بی‌خیالی می‌ترسم، احساس می‌کنم دارم خودم را کنترل می‌کنم.

درمانگر با توجه به نشانه‌های غیرکلامی، توانست به تجربه‌ای مهم بپردازد. سپس به کمک طرز نشستن بیمار توانست به احساس حال حاضر بیمار پی ببرد و به او کمک کند با آن احساس، ارتباط برقرار کند.

رؤیاها. روانکاو از بیمار می‌خواهد دربارهٔ عناصر مختلف رؤیا تداعی آزاد کند. اما گشتالت‌درمانگر از بیمار می‌خواهد رؤیا را همین حالا احیا کند، آن هم در اتاق درمان. حتی از او می‌خواهد آن را در عمل و با کنش خود نشان دهد. از نظر گشتالت‌درمانگر، تفسیر فقط به بینش عقلانی منتهی می‌شود. بیمار در گشتالت‌درمانی، با مواجههٔ مستقیم با تجربهٔ رؤیا، خویشتن درونی خود را کشف می‌کند. رؤیا پیام‌هایی منتقل می‌کند یا حتی جنبه‌های متعارض خویشتن را متجلی می‌کند. رؤیا نوعی انعکاس فشرده از وجود شخص و شیوه‌هایی است که برای روبه‌رو نشدن با خود از آن استفاده می‌کند. فرد با بازی کردن نقش اشخاص و اشیای مختلف موجود در رؤیا، یاد می‌گیرد بخش‌های غریبهٔ خویش را بازشناسی و شناسایی و آنها را در هم ادغام کند.

توسری‌زن ـ توسری خور . وقتی تعارضات به جنبه‌های متضاد شخصیت مربوط است، بیمار باید آنها را درگیر گفت‌وگو کند. این بخش‌های متضاد معمولاً شبیه سوپرایگو و اید در نظریهٔ فروید هستند. توسری‌زن، سوپرایگو است که حاوی «بایدهای» درون‌فکنی‌شدهٔ شخصیت است (مثل دستورها و دیکته‌های پدر و مادر و مواردی از این قبیل). توسری‌خور هم شبیه اید است. توسری‌خور، بدوی و طفره‌آمیز است و پیوسته در تلاش‌های توسری‌زن اخلال می‌کند. بیمار با بازی کردن نقش هر دو در فرایند گفت‌وگو، این دو جنبهٔ متعارض را یکپارچه می‌کند.

دفاع‌ها . هدف گشتالت‌درمانی، برملاکردن بازی‌های مراجعان و دفاع‌های مستتر در این بازی‌ها است. پرلز برای رفتار روان‌رنجورانه، چند لایه قائل است. در لایهٔ اول، مراجع بازی می‌کند و از روبه‌رو شدن با خودش اجتناب می‌ورزد و در مجموع صادق نیست. گشتالت‌درمانی، فرد را وا می‌دارد این ظاهرسازی‌ها را تجربه کند و از آنها آگاه شود. اما این آگاهی تهدیدآمیز است؛ چون به تجربه کردن تمام ترس‌هایی منتهی می‌شود که ظاهرسازی‌ها درصدد پنهان کردن آنها بوده‌اند. رفتار خالصانه هم تهدیدآمیز است؛ چون پیامدهای هولناکی دارد (یا دست‌کم مراجع چنین فرضی دارد). در حقیقت، مراجع با قرار گرفتن در معرض حمایت‌های محیطی وحشت می‌کند، چون احساس می‌کند توان درونی او برای رشد و کمال آن‌قدر

نیست که دفاع‌های روان‌رنجورانه را به نفع رفتار صادقانه و مستقل رها کند. اما مراجع سرانجام از توخالی بودن و پوچی حاصل از اضطراب‌ها، هراس‌ها و تردیدها آگاه می‌شود. این آگاهی، شخص را به تجربه کردن سرزندگی، کلیت و صداقت رهنمون می‌کند.

مسئولیت‌پذیری . آنچه در گشتالت‌درمانی، اهمیت بسیاری دارد، پذیرش مسئولیت کنش‌ها و احساسات توسط مراجع است. کنش‌ها و احساسات به مراجع تعلق دارد و مراجع نمی‌تواند آنها را انکار کند، از آنها بگریزد یا چیزی یا کسی را مسبب آنها بداند. اگر بخواهیم گشتالت‌درمانی را در چهار کلمه توصیف کنیم، آن چهار کلمه عبارت است از: ***آگاهی، تجربه، حالا*** و ***مسئولیت‌پذیری.***

قواعد . «قواعد» گشتالت‌درمانی (لویتسکی[1] و پرلز، ۱۹۷۰) به شرح زیر است:

۱. ارتباط، در زمان حال است (عدم رغبت به گذشته‌نگری یا آینده‌نگری).
۲. ارتباط بین دو فرد برابر است (طرفین با هم گفت و شنود می‌کنند و یکی خطاب به دیگری حرف نمی‌زند).
۳. در گفت‌وگو (برای تشویق شخص به مسئولیت‌پذیری) از ضمیر «من» استفاده می‌شود نه «آن».
۴. مراجع پیوسته بر تجربهٔ بلافصل متمرکز است (برای مثال، درمانگر می‌پرسد «توصیف کردن تنفر چه حسی دارد؟» «بگو الان چه احساسی داری؟»).
۵. از غیبت (حرف زدن دربارهٔ دیگران) خبری نیست.
۶. از سوال استقبال نمی‌شود (چون سوال روش خاموشی برای ابراز نظر است نه کسب اطلاعات).

بازی‌های گشتالتی . بازی‌های به اصطلاح گشتالتی بسیار مورد توجه قرار گرفته است (لویتسکی و پرلز، ۱۹۷۰). در این بازی‌ها برای مثال به مراجعان یاد می‌دهند هنگام توصیف خودشان، این عبارت را اضافه کنند که «و من مسئولیت آن را می‌پذیرم». برای مثال بگویند «آدم خیلی شادی نیستم ... و من مسئولیت آن را می‌پذیرم». بازی دیگر مستلزم آن است که مراجع، عبارت یا جمله‌ای را که درمانگر مهم تلقی می‌کند، چند بار تکرار کند (و هر بار با صدای بلندتر). طرفداران گشتالت‌درمانی از نقش بازی کردن هم استفاده می‌کنند. اما از لحاظ تجربی هنوز معلوم نیست تاثیرات مثبت این بازی‌ها چقدر به بیرون از اتاق درمان کشیده می‌شود.

موعظه‌های اخلاقی . «موعظه‌های اخلاقی» (یا قواعدزندگی برای بیماران) در گشتالت‌درمانی را نارانخو[2] (۱۹۷۰) این‌گونه توضیح می‌دهد:

۱. در زمان حال زندگی کن. (با گذشته و آینده مشغولیت نداشته باش و دم را غنیمت شمر.)
۲. در اینجا زندگی کن. (با آنچه حاضر است زندگی کن نه با آنچه غایب است.)
۳. تخیل را وِل کن. (فقط واقعی را تجربه کن.)
۴. تفکر غیرضروری را متوقف کن. (به شنیدن، دیدن، بوییدن، چشیدن و لمس کردن رو بیاور.)
۵. مستقیم بیان کن. (توضیح نده، قضاوت نکن و فریب نده.)
۶. از خوشایند و ناخوشایند آگاه باش.
۷. «بایدها» و «حتماًهایی» را که متعلق به تو نیستند، رها کن.
۸. مسئولیت کامل کنش‌ها، افکار و احساسات خود را بپذیر.
۹. تسلیم واقعیت خودت شو.

اظهارنظرهای پایانی . همان‌طور که در فصل یازدهم گفتیم، اسمیت و دیگران (۱۹۸۰)، بر اساس فراتحلیل مطالعات مربوطه، اندازه تاثیر ۰/۶۴ را برای گشتالت‌درمانی گزارش کردند. کارکرد مراجعی که در این مطالعات تحت گشتالت‌درمانی قرار گرفته بود از کارکرد ۷۴ درصد مراجعانی که تحت درمان قرار نگرفته بودند، بهتر بود. متاسفانه پس از این مرور، تحقیقات بسیار کمی دربارهٔ گشتالت‌درمانی منتشر شد. هیچ یک از مطالعاتی که اخیراً منتشر شده است، نشان نمی‌دهد که گشتالت‌درمانی از دیگر درمان‌ها موثرتر است (الیوت و دیگران،

1. Levitsky 2. Naranjo

۲۰۰۴؛گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۴) و حتی برخی نشان می‌دهد که شاید کم‌تاثیرتر باشد. یکی از دلایلی که باعث شده اطلاعات کمی دربارهٔ تاثیرگذاری گشتالت‌درمانی داشته باشیم این است که گشتالت‌درمانگرها به شدت با تحقیق مخالف‌اند. به دلایلی که همیشه هم روشن نیست، ارزیابی‌های تحقیقاتی تقریباً اقدامی ضدانسانگرا هستند.

گشتالت‌درمانی، در امریکای عصر آشفتگی اجتماعی و بیگانگی ریشه دارد. در نتیجه، مناسب‌ترین مراجعان برای گشتالت‌درمانی، جوانان تحصیل‌کرده‌ای هستند که مشکلاتشان درباره بیگانگی و غریبه شدن با خود است. گاهی اوقات به نظر می‌رسد درمانگرهایی که گرایش گشتالتی دارند بیشترین موفقیت را در درمان مردمان متفکر و تحصیل‌کرده‌ای دارند که ارتباط خود را با احساسات و تجربهٔ بلافصل از دست داده‌اند. بنابراین بی‌شک پادزهر مناسبی برای همهٔ بیماران نیست. اما این بحث همچنان باقی می‌ماند که آیا گشتالت‌درمانی از حد درمانی پرزرق و برق فراتر خواهد رفت و آیا می‌تواند با موفقیت به انواع مشکلاتی رسیدگی کند که بیماران با خود برای درمان شدن می‌آورند یا خیر. گشتالت‌درمانی با پرداخت صرف به زمان حال، این خطر را به جان می‌خرد که راه‌حلی کوتاه‌مدت شود و لذت‌گرایی را برای کسانی که جامعهٔ پرقدرتِ تکنوکرات از آنان موجوداتی خوددار و بیش از حد کنترل‌شده ساخته جایگزین معنایابی کند. در عین حال، سابقهٔ گشتالت‌درمانی نشان می‌دهد ماندگاری آن بیش از آن چیزی بوده که خیلی‌ها انتظار داشته‌اند.

درمان متمرکز بر هیجان

پیش از اتمام این فصل باید شکل معاصر درمان انسانگرا ـ وجودی را معرفی کنیم که ظاهراً در حوزهٔ درمانگری، بسیار نفوذ پیدا کرده است، یعنی **درمان متمرکز بر هیجان** (گرینبرگ، ۲۰۱۰؛گرینبرگ، الیوت و پوس[1]، ۲۰۰۷). درمان متمرکز بر هیجان که در آغاز به آن درمان فرایندی ـ وجودی می‌گفتند، ادغام دو سنت مراجع‌محوری و گشتالت‌درمانی است. قلب درمان متمرکز بر هیجان، این گزارهٔ نظری است که هیجانات اصولاً مایهٔ انطباق‌اند و به زندگی، ارزش و معنا و جهت می‌بخشند. چون هیجان کمک می‌کند تجربه‌های خود در زندگی را یکپارچه کنیم، رشد و کمال شخصی در گرو خودتنظیمی هیجانی خواهد بود. طبق این دیدگاه، ناکارایی، نتیجهٔ اخلال در توان یکپارچه کردن تجربه‌ها به صورت یک خویشتن منسجم و اخلال در توان تجربه کردن حالات هیجانی و شناسایی آنها و همچنین اخلال در تنظیم هیجانات است. این ناکارایی متقابلاً می‌تواند بر رضایت شخص از زندگی و کیفیت روابطش با دیگران تاثیر بگذارد.

درمانگر در درمان متمرکز بر هیجان، محیطی امن و سرشار از حمایتی فراهم می‌آورد که مراجع بتواند از جنبه‌های مختلف خودش آگاه شود، به حالات هیجانی خویش دسترسی پیدا کند و آنها را بکاود و تنظیم بهتر حالات هیجانی، و در نهایت، تبدیل آنها را یاد بگیرد (گرینبرگ، ۲۰۱۰). این هدف‌ها با شرکت در تکلیف‌های درمانی مختلف، مثل تمرکز کردن، گفت‌وگوهای دو صندلی و فنون صندلی خالی حاصل می‌شود (گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۳).

درمان متمرکز بر هیجان نسبتاً جدید است ولی تا حدودی پشتوانهٔ تجربی دارد. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد اثربخش و با درمان‌های دیگر مقایسه‌شدنی است (الیوت، گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۴). همچنین پشتوانهٔ تحقیقاتی متوسطی در ارتباط با درمان افسردگی دارد (برای مثال مراجعه کنید به الیسون، گرینبرگ، گولدمن و انگس[2]، ۲۰۰۹). بنابراین به نظر می‌رسد این نسخهٔ جدیدتر درمان انسانگرا ـ وجودی، تحول مهمی در این دیدگاه باشد. در کادر ۳ـ۱۳، برخی از ویژگی‌های مهم درمان متمرکز بر هیجان را می‌خوانید.

ارزیابی مختصر درمان پدیدارشناختی و درمان انسانگرا ـ وجودی

همان‌طور که در این فصل گفتیم، درباره ارزیابی اثربخشی و تاثیرگذاری درمان مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و درمان‌های انسانگرا ـ وجودی دیگر، مطالعات

1. Pos
2. Goldman and Angus

کادر ۳ ـ ۱۳: تمرکز بر کاربردهای بالینی: ویژگی‌های درمان متمرکز بر هیجانی

درمان متمرکز بر هیجان، یکی از درمان‌های روان‌شناختی است که بر کیفیات انطباقی و خودساماندهی نظام هیجانی افراد متمرکز است (گرینبرگ، ۲۰۱۰). درمانگران متمرکز بر هیجان، به مراجعان کمک می‌کنند در کنار مدیریت حالات هیجانی مشکل‌ساز، هیجانات را شناسایی و تجربه کنند و آنها را معنی و تبدیل کنند. فرض زیربنایی این رویکرد آن است که هیجانات به نیازهای بنیادی انسانی وصل است و راهی برای معنی کردن تجربه به‌شمار می‌رود. معنی کردن هیجانات از طریق آگاهی، ابراز، تنظیم، انعکاس و تبدیل، باعث تغییر هیجانی می‌شود. (گرینبرگ، ۲۰۱۰). در درمان متمرکز بر هیجان، بر تجربه و ابراز همدلی درمانگر، برقراری اتحاد خوب با مراجع و شکل‌گیری رابطه‌ای توام با همکاری تاکید می‌شود (گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۷). در درمان متمرکز بر هیجان، سه تکلیف داده می‌شود: (الف) پردازش تجربه؛ (ب) تمرکز بر پردازش هیجانات و تکمیل پردازش هیجانات؛ و (ج) رشد و کمال خویشتن، حس مسئولیت و احساس اقتدار (گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۷).

گفت‌وگوی زیر نشان می‌دهد درمانگر متمرکز بر هیجان چطور به‌مراجع افسرده کمک می‌کند درباره اتمام یک رابطهٔ عاشقانه کندوکاو کند:

مراجع: دائم به خود می‌گویم آیا زنگ خواهد زد؟

درمانگر: تصویری که به ذهنم خطور می‌کند این است که یک جا نشسته‌ای و منتظر زنگ تلفن هستی و اگرچه فقط سکوت و خالی بودن است، خیلی سخت است بلند شوی و قدم بزنی (همدلی برانگیزنده) ... یک‌جوری امیدواری او زنگ بزند. (کندوکاو)

مراجع: دائم امیدوارم برگردد. (آرام اشک می‌ریزد)

درمانگر: یک‌جوری امیدواری در باز شود؟ (کندوکاو)

مراجع: آره، حدس می‌زنم دوست نداشته‌ام نقل‌مکان کنم ... خیلی غمگینم می‌کند ولی دارم می‌فهمم آویزان بودن فایده‌ای ندارد (گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۷، ص ۲۸)

درمان متمرکز بر هیجان، برای زوج‌ها (جانسون، هانسلی، گرینبرگ و شیندلر[1]، ۱۹۹۹)، افسرده‌ها (گرینبرگ و واتسون[2]، ۲۰۰۶) و کسانی که ضربه هیجانی خورده‌اند (گولدمن، گرینبرگ و انگس، ۲۰۰۶)، موثر بوده است.

تجربی نسبتاً کمتری صورت گرفته است. این موضوع با توجه به پیشگام بودن کارل راجرز در روان‌درمانگری پژوهی، قدری عجیب است. برخی معتقدند اوضاع در حال تغییر است (الیوت، گرینبرگ و دیگران، ۲۰۰۴) ولی کم بودن تعداد نتیجه‌پژوهی‌های به خوبی کنترل‌شده، ارزیابی اثربخشی و تاثیرگذاری این درمان‌ها را دشوار می‌کند. بر اساس همین داده‌های محدود، به نظر می‌رسد این درمان‌ها اثربخشی متوسطی دارند ولی در کل، از دیگر درمان‌ها موثرتر نیست. آشکار است که به تحقیقات بیشتری نیاز داریم، به‌ویژه تحقیقاتی که وضعیت بالینی مناسب این رویکردها را بررسی می‌کند.

درمان‌های پدیدارشناختی و انسانگرا ـ وجودی مطرح در این فصل، مثل رویکردهای دیگر، مخلوطی از مساعدت‌ها و مشکلات است. خوانندگان احتمالاً متوجه خواهند شد که قبلاً به برخی از این نکات به‌ویژه دربارهٔ رویکردهای راجرزی اشاره کرده‌ایم.

موارد قوت

اجازه دهید بحث را با برشمردن برخی مساعدت‌های اصلی و مهم دیدگاه‌های پدیدارشناختی و انسانگرا ـ وجودی شروع کنیم.

تجربه . این درمان‌ها علاوه بر تاکید بر اهمیت تجربهٔ درونی و آگاهی، بار دیگر این نگاه را تایید می‌کنند که روان‌شناسان بالینی باید بر چیزی جز کمّی‌سازی صرف، یا برشمردن شرایط محرک/ محیط، تمرکز کنند. تجربه‌های انسان دامنهٔ وسیعی دارد که از دانستن شروع می‌شود و تا لذت و رنج و عذاب ادامه می‌یابد. روان‌شناسان بالینی ممکن است در نظریه‌ها یا درمان‌هایشان، این موارد را نادیده بگیرند. محور پدیدارشناختی ـ انسانگرا ـ وجودی، روان‌شناسان بالینی را با داده‌های جوهری دربارهٔ تجربه و آگاهی مرتبط می‌کند.

انتخاب‌ها . درمان‌های پدیدارشناختی و انسانگرا ـ وجودی این را نیز یادآوری می‌کند که انسان‌ها چیزی بیش از مجموعه‌ای از غرایز، امیال و عادات هستند. انسان‌ها انتخاب می‌کنند، تصمیم می‌گیرند، تغییر می‌دهند، خود را بررسی می‌کنند و بله، کلماتی مانند ***وجودی*** و ***انسانگرا*** اختراع می‌کنند. انسان‌ها صرفاً موضوع مطالعه نیستند، بلکه شروع‌کنندهٔ مطالعه هم هستند.

1. Johnson, Hunsley, Greenberg and Schindler
2. Watson

روان‌شناسی شاید برای سال‌ها تلاش کرده با پیروی افراطی از زیست‌شناسی و فیزیک، کیفیات جوهری انسان را انکار کند. بحث و اختلاف‌نظر دربارهٔ جبر و اختیار احتمالاً به این زودی حل نمی‌شود ولی گویا روز به روز بیشتر می‌فهمیم که نگاه صرفاً جبری درباره انسان می‌تواند نگاه عقیم و نامولدی باشد.

حال . پدیدارشناس‌ها با تاکید بر زمان حال، به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی کمک کردند این نگاه را کنار بگذارد که تغییر مثبت فقط از طریق بینش حاصل می‌شود. ما با انتخاب و مسئولیت‌پذیری می‌توانیم زمان حال را شکل بدهیم و از تنگناها و مضیقه‌های گذشته بگریزیم.

رابطه . بسیاری از درمان‌های طرح‌شده در این فصل، ارزش زیادی برای رابطهٔ درمانی قائل بودند. این درمان‌ها غالباً بر برتری رابطه بر فن تاکید می‌کردند. در درمان‌های متعارف، با درمانگران دل‌گسسته‌ای روبه‌رو بودیم که علاقه‌مند و ماهر به نظر می‌رسیدند، در حالی که در این درمان‌ها نقش جدید آنها توجه مثبت نامشروط، پذیرش و «رویارویی» با بیمار است که بی‌شک با نقش آنها در درمان‌های متعارف فرق می‌کند. ماهیت رابطهٔ درمانی در این نوع درمان‌ها بسیار مهم است و شاید جایگاه اصلی را در موفقیت یا شکست هر درمانی داشته باشد. با در نظر داشتن این موضوع، رابطهٔ درمانی، دیگر پس‌زمینه‌ای بی‌اهمیت نیست. رابطهٔ درمانی، رکن مهمی در پیش‌زمینه است و برای پدیدارشناسان و درمانگران انسانگرا ـ وجودی بسیار مهم است.

رشد و کمال . در درمان تا سال‌ها بر آسیب‌شناسی روانی، مریضی یا کاستی‌های رفتاری تاکید می‌شد. اما انسانگراها و وجودگراها بر رشد مثبت تاکید کردند. آنها بیش از آنکه درگیر مریضی باشند، دنبال گرایش خودشکوفایی یا توان رشد هستند. آنها دنبال آسیب‌شناسی نیستند، بلکه می‌خواهند احساس آگاهی، بودن، تجربه‌های اوج و آزادی را در انسان‌ها آزاد کنند. این زبان گیرا، گاهی اوقات تا حد آشفتگی پیش می‌رود. اما این تاکید ضروری به نظر می‌رسد که بر جنبه‌های مثبت هم تاکید شود و فقط بر جنبه‌های افسرده‌کننده و کسالت‌آور منفی تاکید نشود. بنابراین، هدف نه‌تنها شفای آسیب‌های روانی، بلکه رشد و کمال شخصیتی است. پس از این جنبش، موسسات، مراکز رشد و کمال، گروه‌های رویارویی و خلوتگاه‌های آخر هفتهٔ زیادی دایر شد تا به اشخاصی خدمات دهند که احساس می‌کنند به تجربه‌هایی نیاز دارند که دامنهٔ آگاهی آنها را گسترش می‌دهد و بر صداقت آنها به‌عنوان یک انسان می‌افزاید.

محدودیت‌ها

حال سراغ روی مشکل‌دار سکهٔ رویکردهای پدیدارشناختی و انسانگرا ـ وجودی می‌رویم.

زبان آمیخته با پیشداوری . جنبش انسانگرایی، مثل رویکرد مراجع‌محوری که صورت اختصاصی‌تر آن است، به استفاده از زبان آمیخته با پیشداوری متهم شده است. استفادهٔ مستمر از کلماتی مانند *انسانگرا*، *پذیرش*، *آزادی*، *تحقق خود*، *رشد* و *صداقت* تلویحاً به این معنا است که رویکردهای دیگر، مبلغ حیوان‌گرایی، طرد، اقتدار، پوچی و توخالی بودن و تقلب هستند. اما تقریباً تمام روانکاوان، روان‌پزشکان، رفتارگراها، شناخت‌درمانگرها و روان‌درمانگرهای التقاطی، اشخاص پذیرایی هستند که دلسوزی زیادی به خرج می‌دهند؛ آنها انسان‌های علاقه‌مند، درگیر و سهل‌گیری هستند و هر کاری که از دستشان برآید انجام می‌دهند تا بیمارانشان تجارب غنی‌تر و زندگی کامرواتری داشته باشند. خلاصه اینکه همهٔ خصوصیاتی که به جنبش انسانگرایی نسبت می‌دهند، خاص این جنبش نیست.

تاکید بر احساسات و هیجانات . اتکا بر تجربهٔ ذهنی و احساسات، منبعی از داده‌ها در اختیار روان‌شناس بالینی می‌گذارد که می‌تواند ناپایا، سوگیرانه، یا توام با خودخدمتی و عاری از یکی از انسانی‌ترین خصوصیات انسانی، یعنی عقل، باشد. مشکل واقعی این است که آیا احساسات یا آگاهی متعالی که تحت تاثیر تحلیل، دلیل و بینش قرار نگرفته، فرد را به سازگاری ماندگاری می‌رساند که رضایت‌های شخصی و مساعدت‌های اجتماعی او را افزایش دهد. حال واضح به نظر می‌رسد که بیشتر افراد نمی‌توانند صرفاً با تحلیل سرد و عقل، مشکلات و خطاهای شخصی و درونی خود را رفع کنند. شاید درسی که در اینجا می‌توان گرفت این باشد که هر روش یا مسیر منفردی، ناقص و بنابراین ناموفق خواهد بود. انسان‌ها فکر می‌کنند، عمل

می‌کنند، احساس می‌کنند، تجربه می‌کنند، برای پیدا کردن راه، به گذشته نگاه می‌کنند و تحت تاثیر آرزوها و اشتیاقاتشان، به آینده کشیده می‌شوند. هر رویکردی که صرفاً بر رفتار، تجربه یا بینش تمرکز کند، بخش مهمی از ماهیت انسان را نادیده می‌گیرد. دلیل کار کردن این رویکردهای منفرد (حداقل دلیل کارکردن موقت‌شان) نیز احتمالاً روبه‌روکردن افراد با جنبه‌ای از وجودشان است که آن را مدت مدیدی نادیده گرفته‌اند. برای مثال، یک بیمار خوددار، بیش از حد متفکر و اهل واپس‌رانی، وقتی با هدایت یک درمانگر حساس، در «حالای هیجانی»، روی خودش کار می‌کند، احتمالاً خیلی لذت خواهد برد و خوشحال خواهد شد. اما کنار گذاشتن عقل و دلیل در بلندمدت، مشکلات دیگری به بار خواهد آورد.

میدان پدیداری . مشکل دیگر این است که آیا انسان می‌تواند به‌طور کامل به ماهیت تجربهٔ ذهنی انسانی دیگر پی ببرد. پدیدارشناسی می‌گوید میدان پدیداری شخص در هر لحظه، رفتارش را تعیین می‌کند. به این ترتیب برای فهم یا پیش‌بینی باید دنیای تجارب درونی شخص را بدانیم. اما روان‌شناسان بالینی چطور می‌توانند وارد این دنیا شوند؟ چطور می‌توانند از تجربه‌های گذشتهٔ خود که ادراک آنان را شکل داده، بگریزند؟ روان‌شناسان بالینی چطور می‌توانند از آگاهی پدیداری بیمار درکی عاری از سوگیری داشته باشند؟ تقریباً به نظر می‌رسد که دیدگاه پدیدارشناختی از روان‌شناسان بالینی چیزی می‌خواهد که با توجه به ماهیت بسیار ناقص و سوگیرانهٔ انسان، رسیدن به آن ناممکن است.

مشکل، تلاش همدلانه برای نزدیک شدن به تجربهٔ بیمار یا «دیدن دنیا از دریچهٔ چشم بیماران» نیست. جست‌وجوی تجربهٔ خود برای برقراری رابطهٔ بهتر با احساسات و گرفتاری‌های بیماران (به‌رغم خطر همیشگی سوگیری) همواره مفید است. اما مشکل در اتکای صرف بر دانش و وقوف دقیق روان‌شناس بالینی بر تجربهٔ درونی بیمار به عنوان تنها راه برای روان‌شناس بالینی بودن است.

سنجش . بسیاری از رویکردهای انسانگرا ـ وجودی در مجموع، به سنجش و تشخیص بی‌توجه‌اند. تقویت‌کنندهٔ این بی‌توجهی هم این باور است که سنجش در رابطهٔ همدلانه اخلال، و آن را خراب می‌کند. سنجش تاثیر سویی بر آزادی و شأن فرد می‌گذارد. اعتقاد بر این است که مفهوم‌بندی‌های درمانگر، توان خودشکوفایی مراجع را به انحراف می‌کشد.

بسیاری اعتقاد دارند که لازم نیست تشخیص همیشه با تمام تظاهراتش صورت گیرد. در حقیقت، جنبش انسانگرا ـ وجودی با اشاره کردن به برخی افراط‌های تشخیص‌گذاری در روان‌شناسی بالینی و پیشنهاد کردن اینکه بیش از حد بر آسیب‌شناسی، تاکید تشخیصی شده و توان رشد یا نقاط قوت بیماران نادیده گرفته شده، به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی خدمتی واقعی کرد. این حقیقت دارد که تشخیص معمولاً جست‌وجوی ضعف است تا جست‌وجوی قوت و مزیت.

اما اگر قرار بود روان‌شناسان بالینی سنجش را به‌طور کامل کنار می‌گذاشتند، این کار را چطور باید انجام می‌دادند؟ شاید با گزارش کلامی بیماران که بالقوه در معرض تحریف و ناقص بودن است. اعتقاد به توانایی‌های بیماران برای حل مشکلاتشان از طریق تماس با احساساتشان ممکن است دربارهٔ جوانان باهوش، درون‌نگر و فرهیخته‌ای که خیلی ناراحت نیستند، جواب دهد اما درباره بیمار روانپریش یا بیماری که مشکلات روان‌تنی دارد چطور؟ درباره شخصی که خوب حرف نمی‌زند، تحصیلات ناچیزی دارد و درون‌نگری را یاد نگرفته است، چطور؟ آیا روان‌شناس بالینی در مورد شخصی که مشکلات سازگاری و عقب‌ماندگی ذهنی دارد هم از سنجش می‌گذرد؟ هیچ کس تشخیص‌هایی را که جز برچسب زدن بی‌هدف نیستند، تایید نمی‌کند. اما ممنوعیت کلی سنجش هم بی‌شک به معنای ناآگاه ماندن غیرضروری و بیش از حد درمانگران است.

فن محوری. شاید بسیاری از روان‌شناسان بالینی انسانگرا ـ وجودی به این دلیل سنجش را نادیده می‌گیرند که با همهٔ بیماران یک جور رفتار می‌کنند. بسیاری از این روان‌شناسان بالینی، ایمان راسخی دارند که با پذیرش، توجه مثبت و مسئولیت‌پذیری در قبال خود می‌توانیم هر روح آزرده و مشکل‌داری را نجات دهیم. اگر این‌طور باشد، آنگاه تشخیص، کاری اضافی و زائد می‌شود. اما اگر این‌طور باشد، آنگاه این اتهام بسیاری از وجودگرایان انسانگرا که روانکاوی و رفتاردرمانی را فن‌محور می‌دانند، به خودشان هم برمی‌گردد. وقتی هر کسی را

که وارد اتاق درمان می‌شود، دارای یک مشکل بنیادی واحد بدانیم، «علاج» نیز همیشه یکی خواهد بود؛ چنین رویکردی اصولاً خودش، فن‌محور است. اما به نظر می‌رسد روان‌شناسان بالینی هرچه بیشتر پی می‌برند که باید داده‌هایی تدارک ببینند که اجازه می‌دهد مناسب‌ترین درمان را در میان درمان‌های ممکن برگزینند.

کادر ۴ ـ ۱۳: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: کاتالینا وُلدارسکی منزیس

کاتالینا ولدارسکی منزیس[1] در حال گذراندن سال آخر دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه یورک در تورنتو کانادا است. کاتالینا یک دانشمند ـ درمانگر است که بیشتر وقتش را صرف تحقیقات بالینی دربارهٔ فرایند تغییر در روان‌درمانگری می‌کند. تمرکز اصلی تحقیقاتش هم کندوکاو فرایند بخشش در زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، و فهمیدن نقشِ انطباقیِ شرم در این چهارچوب است. کاتالینا همچنین مدرس گواهینامه‌دار یوگا است و امیدوار است سرانجام راهی برای یکپارچه کردن فلسفهٔ یوگا و روان‌درمانگری بیابد. کاتالینا بینش‌های خود دربارهٔ تحصیلات تکمیلی را به شرح زیر با ما در میان گذاشت.

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی تو چطور بود؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، تجربه‌ای بلندمدت و تحول‌ساز بود. ماهیتِ کاری که در جایگاه روان‌شناس بالینیِ تحت آموزش انجام می‌دهیم، دعوت به رشد و کمال شخصیتی است. این نوع آموزش، برخلاف آموزش در حرفه‌های دیگر، مستلزم آن است که دانشجوی روان‌شناسی بالینی با خیلی چیزها رو در رو شود؛ چون صرفاً بحث یاد گرفتن نظریه‌های شخصیت و زمان‌بندی کارکرد «نابهنجار» نیست، بلکه بحث یکپارچه کردن این دانش، با شناخت خودمان در رابطه با دیگران است. احساس خوشبختی می‌کنم که در محیطی آموزش دیده‌ام که سنت انسانگرا داشت و اعضای هیئت علمی آن تشویقم کردند درباره تجربه‌هایم به عنوان درمانگر تأمل کنم و در این مسیر، درباره رشد و کمال شخصی خودم تأمل کردم. همچنین در مدت تحصیل در گروه [روان‌شناسی بالینی دانشگاه] دوستی‌های عمیقی با آدم‌های عجیبی برقرار کردم، از جمله با ناظرم.

حداقل انتظارت از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

نمی‌دانستم این آموزش‌ها چنین تاثیر عمیقی بر خودِ من می‌گذارند. دیگر نمی‌توانم دنیا را از دریچهٔ چشم یک درمانگر یا روان‌درمانگرپژوه نبینم. برای مثال، احساس می‌کنم صاحب گوش شنوای دیگری برای فرایندهای هیجانی شده‌ام و دقتم درباره ژست‌ها و صداهای مردم بیشتر شده است.

آیا حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، تو را تغییر داده است؟ اگر داده، چطور؟

تغییری اساسی در اضطرابم راجع به دنیای واقعی دانشگاه رخ داد. یادم می‌آید وقتی تحصیلات تکمیلی را شروع کردم، به پیشرفتم و گسترش دانش و تجربه‌ام، افتخار می‌کردم. فکر می‌کنم احساسم در آن زمان این بود که بدترین جواب به یک سوال، «نمی‌دانم» است. در سال‌های نخست، احساس می‌کردم باید هرچه دستم می‌رسد بخوانم و در نهایت خواهم توانست دربارهٔ چیزی به پیچیدگی رفتار انسان، همه چیز بدانم. نیازی به بیان نیست که غرق اضطراب بودم و با احساس شیاد بودن خودم، دست و پنجه نرم می‌کردم (به‌ویژه به عنوان یک محقق). سپس اتفاق قشنگی افتاد، سال‌ها گذشت و درمان‌های زیادی انجام دادم ولی در نهایت فهمیدم هرگز نمی‌توانم همه چیز را دربارهٔ انسان بدانم و این طبیعی است! این تناقض‌آمیز به نظر می‌رسید که در دانشکده تحصیلات تکمیلی یاد بگیرم از تمامیت‌خواهی و کمال‌گرایی خودم دست بکشم و شیوهٔ خاص خودم به عنوان یک دانشجو را بپذیرم. حال خیلی افتخار می‌کنم که در جواب سوالی بگویم «نمی‌دانم».

آیا علایق حرفه‌ای یا تحقیقاتی کنونی تو، با علایق حرفه‌ای یا تحقیقاتی شروع تحصیلات تکمیلی‌ات فرق کرده یا همان است؟

با این سوال وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شدم که «تغییر در درمان چطور رخ می‌دهد؟» پس از چند سال کندوکاو دربارهٔ این سوال، هنوز جواب کاملی برای آن ندارم. در عوض، این سوال را به چند سوال دقیق‌تر خرد کردم تا بتوانم برخی فرضیه‌ها را بیازمایم. احساس می‌کنم در تشریح تعاملاتِ درمان‌بخش و بیان ظرافت‌های این فرایند، پیشرفت‌هایی داشته‌ام ولی قبول دارم که هرگز نمی‌توانم بفهمم شفا چطور رخ می‌دهد و چه چیزی باعث تغییر می‌شود. به این دلیل از روان‌درمانگری‌پژوهی لذت می‌برم که تحریکم می‌کند و در عین حال نشان می‌دهد چقدر حقیر هستم.

تجربهٔ دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی موجب شد علایق تحقیقاتی جدیدی در من شکل گیرد. زبان اول یکی از سرپرست‌های بالینی من، انگلیسی نبود و من هم چندزبانه بودم. ما راجع به تاثیر زبان بر روان‌درمانگری، خیلی حرف می‌زدیم. این حرف زدن‌ها به یک پژوهش میان‌فرهنگی منتهی شد که در آن با درمانگرهای چندزبانه راجع به تجربیاتشان مصاحبه کردم.

1. Catalina Woldarsky Meneses

وقتی به گذشته برمی‌گردی، مهم‌ترین فعالیت‌ها یا تجربه‌هایت در تحصیلات تکمیلی، کدام فعالیت‌ها و تجربه‌ها است؟

خیلی خوشحالم که فرصت پیدا کردم با لسلی گرینبرگ کار کنم که سرپرست تحقیقاتی و بالینی من بود. از کنجکاوی نبوغ‌آمیز او در رویکردش به دنیا تاثیر عمیقی پذیرفتم و اینکه چه شوری برای تحلیل علمی فرایند روان‌درمانگری و چه عزمی دارد برای آنکه جامعهٔ علمی را متوجه اهمیت کار روی هیجانات کند. در آزمایشگاهمان در طرح‌های تحقیقاتی متعددی درگیر بوده‌ام و با چشمان خود دیده‌ام که او حتی پیش از آنکه درگیر کار بالینی شود، ساعات بی‌شماری را صرف جلسات درمان کرده است. تحلیل‌های ریزی را یاد گرفتم که مستلزم اندازه‌گیری فرایندهای جالبی همچون ***تجربه کردن***، میزان برانگیختگی هیجانی، کیفیت صدا و تولید هیجانی بود. تحقیق در این حیطه، تاثیر زیادی بر مهارت‌های بالینی من گذاشت چون حساسیت من نسبت به‌چیزهایی را بالا برد که در غیر این صورت، به‌آنها توجه نمی‌کردم.

همچنین به عنوان دانشجوی واحد عملی و درمانگرِ طرح آزردگی هیجانی زوج‌ها، تحت نظارت بالینی فشردهٔ لسلی قرار گرفتم. نظارتی که لسلی گرینبرگ بر من اعمال کرد، تاثیر زیادی در پیشرفت من به عنوان روان‌شناس بالینی داشت.

همچنین تجربه‌ام به عنوان دانشجوی واحد عملی و تحلیلگر تحقیقاتی درمانگاه اختلال شخصیت مرزی، زیر نظر دکتر شِلی مکمین[1]، تاثیر مهمی در رشد و پیشرفت من داشت. کار کردن با مرزی‌ها بسیار چالش‌انگیز و در عین حال، بسیار لذتبخش است. تجربه‌هایم در درمانگاه اختلال شخصیت مرزی به من فهماند تنظیم هیجانی مرکزی چه تاثیری در کارکرد اشخاص دارد و افراد چطور تغییرات و رشد فراوان و ظریفی می‌کنند.

برای کسانی که قصد دارند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنند، توصیهٔ دیگری داری؟

۱. درنهایت، پایان هم دارد! تحصیلات تکمیلی مثل دو ماراتون است؛ شما نمی‌توانید خط پایان آن را ببینید و خیلی دور به نظر می‌رسد ولی مطمئن باشید که در نهایت تمام می‌شود و پیش از آنکه خودتان بفهمید، به آخر آن می‌رسید.

۲. یادگیری، مزیتی حقیقی است و تحصیلات تکمیلی اگرچه از بسیاری جهات، تجربهٔ پرباری است (چون لحظات خوب، بد و زشتی دارد؛ از جمله لحظات مربوط به واحد آمار)، امیدوارم تمام زندگی شما نشود. از برج عاج خود گهگاه بیایید، قدم بزنید و کارهای غیردانشگاهی انجام دهید تا تکانی بخورید و «واقع‌بینی» در پیش بگیرید.



کالینا وُالدارسکی منزیس

بی‌تحقیقی . همان‌طور که گفتیم، تحقیقات تجربی کمی در مقایسه با دیگر شیوه‌های مهم روان‌درمانگری دربارهٔ روان‌درمانگری پدیدارشناختی/وجودی یا مراجع‌محور شده است. این موضوع احتمالاً به چند دلیل، مشکل‌ساز می‌شود. نخست آنکه از درمان‌هایی که پشتوانه تجربی ندارد، در عصر مراقبت مدیریت‌شده، احتمالاً استقبال نمی‌شود یا این درمان‌ها نادیده گرفته می‌شود. برای مثال، سخت است فرض کنیم شرکت مراقبت رفتاری مدیریت‌شده بخواهد به تامین‌کننده‌ای هزینهٔ خدمات بپردازد که قادر نیست منطقی با پشتوانهٔ تجربی برای درمان مراجع‌محور بیاورد یا قائل به مشخص کردن هدف‌های عینی درمان نیست. دوم اینکه برنامه‌های آموزشی احتمالاً بر درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی تمرکز بیشتری خواهد کرد که در ادبیات تجربی، ارزیابی بیشتری دربارهٔ آنها صورت گرفته و مورد علاقهٔ سازمان‌های مراقبت مدیریت شده است. سرانجام اینکه کمبود نسبی تحقیق می‌تواند این تصور را ایجاد کند که این درمان‌ها عمدتاً از نظر تاریخی مهم هستند و به کارهای بالینی معاصر ربطی ندارند. همان‌طور که نورکراس، کارپیاک و سانتورو (۲۰۰۵) گفته‌اند، روان‌شناسان بالینی معاصر کمترین گرایش را به درمان انسانگرا، وجودی، گشتالتی و راجرزی دارند (در مجموع، کمتر از ۲ درصد کسانی که در نظرسنجی شرکت کرده بودند، چنین گرایشی داشتند). طرفداران این گرایش‌ها باید این روندها را جدی بگیرند و ببینند تاکید نکردن بر تحقیقات تجربی، چطور بر تصور حرفه‌ای و عمومی تاثیر می‌گذارد.

1. Shelley McMain

زبان گُنگ. آخرین مشکل کسانی که می‌خواهند بفهمند جنبش انسانگرا ـ وجودی چه می‌گوید، زبان این جنبش است. بخشی از این مشکل هم به بی‌انسجامی آن برمی‌گردد. در این جنبش به قدری تنوع مضمونی وجود دارد که زبان آن خیلی راحت مبهم و تعریف‌نشده می‌شود. اما جدای از این موضوع، نوشته‌های این جنبش، بی‌نظم و سردرگم است و به همین دلیل، [مفاهیم آن] معانی متفاوتی دارد. اصطلاحات این جنبش آن‌قدر مبهم است که تقریباً هیچ تفسیری از آن نمی‌توان کرد. گویی زبان خاص خود را دارند. در روان‌شناسی انسانگرا ـ وجودی می‌توانیم کلمات را طوری ردیف کنیم که گویی گفتمان عمیقی در جریان است و نویسنده هیچ ابهامی در مورد آنچه می‌نویسد ندارد. این ماجرا، شبیه ماجرای هنرپیشهٔ کمدی است که بدون به کار بردن کلمات یک زبان خارجی و فقط با برخی صداها و تکیه‌ها، ادای حرف زدن به آن زبان خارجی را درمی‌آورد.

از مزلو، پرلز، بوگنتال، باس، بینسوانگر، راجرز و دیگران، کلمات و عباراتی می‌شنویم مثل «سکوت درونی»، «تمرین‌های آگاهی موزون از اینجا تا آنجا»، «فرانیازها»، «تجارب اوج»، «دازاین»، «صداقت»، «من فرایند»، «بودن»، «رویارویی» و «نقطهٔ مریضی». به فرض آنکه هر نظریه‌ای، واژه‌ها و زبان خاص خود را دارد، اما ظاهراً جنبش انسانگرا ـ وجودگرا این کار را خیلی خوب انجام می‌دهد. این زبان باعث جدایی علنی جنبش انسانگرا ـ وجودگرا از علم می‌شود. اما این جنبش در «انسانی کردن» زبانش باعث ایجاد موانعی شده که نمی‌گذارد مساعدت‌های مهم آن بیش از پیش پذیرفته شود.

خلاصهٔ فصل

شاید بهترین نمونه برای رویکرد پدیدارشناختی و انسانگرا ـ وجودی در روان‌درمانگری، درمان مراجع‌محور کارل راجرز باشد. درمان مراجع‌محور در واقع واکنش راجرز به دیدگاه‌های روانکاوی سنتی دربارهٔ آسیب‌شناسی روانی و سلامت روان بود. نگاه راجرز به جای اتخاذ دیدگاه جبری و تا حدودی بدبینانه، بر دنیای پدیدارشناختی و تجربه مراجع و گرایش ذاتی او به خودشکوفایی تاکید می‌کرد. درمانگران مراجع‌محور با درک همدلانه، توجه مثبت نامشروط و خلوص، توان رشد مراجع را تسهیل می‌کنند. آنها در مجموع از تشخیص‌گذاری، سنجش رسمی و «فنونِ» درمانی اجتناب می‌ورزند. رویکردهای انسانگرا ـ وجودی از این نظر شبیه درمان مراجع‌محور است که بر ارادهٔ مراجع، توان درونی و توانایی برقراری ارتباط مراجع با هیجاناتش تاکید می‌کند. سرانجام اینکه ظهور درمان فرایندی ـ تجربه‌ای که ادغام مراجع‌محوری و گشتالت‌درمانی است، معرف تحولی جدید و مهم در این رویکرد است. درمان متمرکز بر هیجان، به‌طور اخص به عنوان درمانی شواهدبنیاد برای زوج‌ها و افسرده‌ها شکل گرفته است.

این نوع درمان‌ها مساعدت‌های مهمی به روان‌درمانگری کرده‌اند. آنها تجربهٔ درونی مراجعان، احساسات، اراده و توان رشد را مطرح کردند. مساعدت مهم دیگر آنها نیز نشان دادن اهمیت رابطهٔ درمانی و تفاهم است. اما این درمان‌ها، مشکلاتی هم دارد. زبان آنها که گهگاه با پیشداوری عجین است، تلویحاً می‌خواهد بگوید رویکردهای دیگر، عاری از حساسیت و مضر هستند. آنها ظاهراً بیش از حد بر احساسات تاکید می‌کنند و رفتار را کم‌اهمیت جلوه می‌دهند. این درمان‌ها غالباً زبان گنگ و ویژه و جبهه‌گیری خاصی علیه تحقیقات تجربی و سنجش رسمی دارد. هنوز معلوم نیست که آیا این درمان‌ها جرح و تعدیل خواهند شد یا به شکل فعلی خود باقی خواهند ماند. پاره‌ای روندها (مثل مراقبت رفتاری مدیریت‌شده)، شهرت و سودمندی این نوع روان‌درمانگری‌ها را تهدید می‌کند.

اصطلاحات کلیدی

درمان مراجع‌محور **client-centered therapy**

روان‌درمانگری ابداعی کارل راجرز که بر اهمیت ادراکات مراجع دربارهٔ تجربه‌اش تاکید می‌کند قائل و به وجود گرایشی ذاتی در انسان برای گسترش و پرورش ظرفیت‌هایش است. این نوع روان‌درمانگری، دنبال تسهیل توان رشد در مراجع است.

همخوانی **congruence**

یکی از سه ویژگی درمانگر که برای درمان مراجع‌محور ضروری است (به آن **خلوص** هم می‌گویند). همخوانی یعنی بیان صادقانهٔ این موضوع توسط درمانگر که مراجع، محرکِ رفتارها، احساسات و نگرش‌هایی در او بوده است.

تمرکز نکردن بر خود **de-reflection**

فن ویکتور فرانکل که در آن مراجع یاد می‌گیرد برای آنکه به افکار و فعالیت‌های سازنده‌تر توجه کند، رفتار یا نشانهٔ مشکل‌ساز را نادیده بگیرد.

درمان متمرکز بر هیجان **Emotion-Focused Therapy**

نوعی روان‌درمانگری که تلفیقی از سنت‌های روان‌درمانگری مراجع‌محور و روان‌درمانگری گشتالتی است. قلب درمان متمرکز بر هیجان، این گزارهٔ نظری است که هیجانات اصولاً انطباقی است که به تجربهٔ زندگی، ارزش و معنا و جهت می‌دهد.

همدلی **empathy**

یکی از سه ویژگی ضروری درمانگر از نظر درمان مراجع‌محور. همدلی به حساس بودن نسبت به نیازها، احساسات و شرایط مراجع اشاره دارد تا مراجع احساس کند درک شده است.

روان‌شناسی وجودی **existential psychology**

گرایشی در روان‌شناسی که انسان‌ها را در جست‌وجوی معنا می‌بیند.

بازی‌های گشتالتی **Gestalt games**

گشتالتی‌ها «بازی‌هایی» ابداع کردند تا بر «قواعد» گشتالت‌درمانی تاکید کنند. در این بازی‌ها گفتارهایی تجویز می‌شود یا از مراجع می‌خواهند نقش‌هایی را بازی کند.

انسانگرایی **humanism**

رویکردی در روان‌شناسی که فرد را موجودی متحد، کلی و بی‌همتا می‌داند که آزادانه انتخاب می‌کند و دنبال پرورش توان درونی خویش است.

معنادرمانی **logotherapy**

معنادرمانی (که واژهٔ تحت‌اللفظی آن به انگلیسی "therapy of meaning" است)، صورت مشهوری از درمان وجودی است که ویکتور فرانکل آن را ابداع کرد و مراجع را تشویق می‌کند (الف) در دنیای سنگدل، عجیب و بی‌معنا، معنایی پیدا کند و (ب) در قبال زندگی‌اش، مسئولیت‌پذیر شود.

موعظه‌های اخلاقی **moral precepts**

در گشتالت‌درمانی، قواعدی است که بیمار باید بر اساس آن زندگی کند (برای مثال در حالا زندگی کن، خودت را مستقیم ابراز کن، «بایدها» و «حتماًها»یی را که مال خودت نیستند کنار بگذار، مسئولیت اعمالت را بپذیر).

قصد تناقضی **paradoxical intention**

فن ویکتور فرانکل که در آن به مراجع می‌گویند هشیارانه، رفتار یا پاسخی را انجام دهد که مایهٔ اضطراب و نگرانی می‌شود. تناقض در این است که وقتی شخص می‌خواهد رفتاری را که از آن می‌ترسد انجام دهد، نمی‌تواند آن را انجام دهد.

رویکرد شخص‌محور **person-centered approach**

نام رویکرد مراجع‌محور، وقتی درباره مشکلات یا وضعیت‌های خارج از اتاق درمان به کار رود (مثل آموزش داوطلبان یا آموزش متخصصان پزشکی).

خویشتن‌پدیداری **phenomenal self**

بخشی از میدان پدیداری که شخص آن را به صورت «مرا» [یا me] تجربه می‌کند. طبق نظریهٔ پدیدارشناسی، انسان‌ها میل دارند خویشتن پدیداری را حفظ کنند و آن را ارتقا دهند.

پدیدارشناسی **phenomenology**

رویکردی فلسفی/ نظری که ادعا می‌کند رفتار فرد را میدان پدیداری او تعیین می‌کند که در واقع تجربه‌های او در هر لحظه می‌باشد.

درمان فرایندی-تجربه‌ای **process-experiential therapy**

رویکرد درمانی نسبتاً جدیدی که در واقع یکپارچه‌کنندهٔ دو سنت مراجع‌محوری و گشتالت‌درمانی است.

خویشتن **self**

آگاهی از بودنِ خویش و عملکرد و کارکرد به عنوان وجودی مجزا و متمایز از دیگران.

خودشکوفایی **self-actualization**

گرایش بنیادی انسان برای حفظ و ارتقای خویشتن خویش.

توجه مثبت نامشروط **unconditional positive regard**

یکی از سه ویژگی درمانگر که برای درمان مراجع‌محور ضروری است. توجه مثبت نامشروط، به پذیرش کامل مراجع به عنوان یک انسان و احترام گذاشتن به او به عنوان یک انسان اطلاق می‌شود، بی هیچ قید و شرطی.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

13-1 Center for the Studies of the Person
http://www.centerfortheperson.org/

13-2 Carl Rogers Biography
http://www.nrogers.com/carlrogersbio.html

13-3 Gestalt Therapy Page
http://www.gestalt.org/

13-4 Gestalt Organizations
http://www.sonoma.edu/users/d/daniels/gestaltorg.html

13-5 Experiential Psychotherapy Research
www.experiential-researchers.org

13-6 Emotion-Focused Therapy Web site
http://www.emotionfocusedtherapy.org/

۱۴



روان‌درمانگری:

دیدگاه رفتاری و دیدگاه شناختی ـ رفتاری

سوالات مهم

۱. ویژگی‌های اصلی رویکرد رفتاری به‌مشکلات بالینی چیست؟
۲. ویژگی‌های اصلی این رفتاردرمانی‌ها چیست: حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه‌درمانی، تمرین رفتاری، مدیریت وابستگی، بیزاری‌درمانی؟
۳. دیدگاه رفتاری و شناختی چطور به صورت دیدگاه شناختی ـ رفتاری درآمد؟
۴. ویژگی‌های اصلی این درمان‌های شناختی ـ رفتاری چیست: الگوبرداری، بازسازی عقلانی، شناخت‌درمانی؟
۵. قوت‌ها و محدودیت‌های رفتاردرمانی چیست؟

رئوس مطالب فصل

خاستگاه رویکرد رفتاری

تعریف

تاریخ کوتاه

فنون سنتی رفتاردرمانی

رابطه

طیف گستردهٔ درمان

حساسیت‌زدایی منظم

کادر ۱ـ۱۴: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر جودیت اس. بک

مواجهه‌درمانی

کادر ۲ـ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: توضیح منطق مواجهه‌درمانی برای مراجعانی‌که اختلال وحشت‌زدگی دارند

کادر ۳ـ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: رفتاردرمانی اختلال وسواس فکری ـ اجبارعملی: مواجهه به‌علاوهٔ پیشگیری از پاسخ

تمرین رفتاری

مدیریت وابستگی

بیزاری‌درمانی

درمان شناختی ـ رفتاری

پیشینه

کادر ۴-۱۴: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جان گوئری

الگوبرداری

بازسازی عقلانی

آموزش مایه‌کوبی علیه استرس

کادر ۵-۱۴: تمرکز برکاربردهای بالینی: باورهای «نامعقول» رایج

شناخت‌درمانی بک

کادر ۶-۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: ویژگی‌های شناخت‌درمانی افسردگی

رفتاردرمانی دیالکتیک

ارزیابی رفتاردرمانی

موارد قوت

کادر ۷-۱۴: تمرکز برکاربردهای بالینی: گزیده‌هایی از جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

کادر ۸-۱۴: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر راندا آسوالت رایتس

محدودیت‌ها

آینده

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری که معمولاً به آنها CBT می‌گویند، نیروی اصلی در روان‌شناسی بالینی شده است. کتاب‌ها مملو از بحث دربارهٔ نظریه، فن و کاربرد انواع گوناگون روش‌های رفتاری و شناختی-رفتاری هستند. در فهرست درمان‌های شواهدبنیاد (فصل یازدهم)، بسیاری از درمان‌های یادشده، ذیل عنوان کلی درمان‌های شناختی-رفتاری [یا CBT] قرارگرفته بود. درمان شناختی-رفتاری [یا CBT] حقیقتاً به سن قانونی رسیده‌اند و حالا نیرویی جدی محسوب می‌شوند.

خاستگاه رویکرد رفتاری

بحث روان‌درمانگری را با طرح تعاریف، و سپس توضیح مختصر ریشه‌های تاریخی این درمان شروع می‌کنیم. سپس توضیحات اختصاصی‌تری دربارهٔ درمان شناختی-رفتاری (CBT) خواهیم داد.

تعریف

تنوع رویکردهای رفتاری باعث می‌شود ارائه تعریفی رضایت‌بخش از آن تقریباً ناممکن شود. برخی از تعریف‌ها تا حد زیادی تحت تاثیر اصطلاحات شرطی‌سازی کنشگر است (اسکینر[1]، ۱۹۷۱). برخی تعاریف هم بر مفاهیم شرطی‌سازی کلاسیک مبتنی است (ولپ[2]، ۱۹۵۸). برخی دیگر از تعاریف هم بر اصول کلی یادگیری مبتنی هستند (اولمن و کراسنر[3]، ۱۹۶۹) یا حتی اشاره‌های به شدت شناختی دارند (مایکنبام[4]، ۱۹۷۷). با توجه به این تنوع، گولدفرید و دیویسون (۱۹۹۷) گفته‌اند:

> به نظر ما بهتر است رفتاردرمانی را جهت‌گیری کلی در کار بالینی بدانیم که از نظر فلسفی با رویکرد تجربی به مطالعهٔ رفتار انسان همسو است. فرض بنیادی این جهت‌گیری آن است که رفتارهای مشکل‌ساز طرح‌شده در محیط‌های بالینی، تابع اصول مشتق از آزمایشگرهای روانی است و این اصول، برای تغییر رفتار در محیط بالینی تلویحاتی ضمنی دارد. (صص ۴-۳)

رویکرد رفتاری خودش را به لحاظ سنتی ملزم به (الف) تاکید علمی و (ب) عدم تاکید بر نقش متغیرهای استنباط‌شده می‌داند. رفتارگراها خاستگاه خود را «علم» مورد نظر اسکینر یا پاولف می‌دانند نه «ذهن‌گرایی» فروید. در رفتاردرمانی تمرکز بر محرک‌ها و پاسخ‌ها است نه متغیرهایی که بنا به فرض، میانجی این دو است. درمان شناختی-رفتاری (CBT) در این سال‌ها دامنه‌اش راگسترش داده تا فنونی را در برگیرد که به فرایندهای شناختی و دیگر فرایندهای میانجی می‌پردازند (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴). با این حال، مرور ریشه‌های تاریخی رفتاردرمانی، آموزنده است.

---

1. Skinner
2. Wolpe
3. Ullman and Krasner
4. Meichenbaum

تاریخ کوتاه

بحث تاریخی خود را از ابتکار واتسون و رینر[1] (۱۹۲۰) شروع می‌کنیم که مطالعهٔ مشهور آلبرت و موش سفید را انجام دادند. این مطالعه در اصل نشان داد که «روان‌رنجوری» چطور در کودک شکل می‌گیرد. موشی در اختیار آلبرت گذاشتند تا آلبرت با آن بازی کند. هر بار که با موش مواجه می‌شد، همزمان صدای گوشخراش بلندی پخش می‌شد. پس از چند کارآزمایی، موش که (قبلاً محرکی خنثی بود) در آلبرت، پاسخ ترس ایجاد کرد و این ترس بعداً به تمام اشیای پشمی شبیه موش تعمیم یافت.

مری کاور جونز[2] (۱۹۲۴) بعداً نشان داد که چطور می‌توانیم چنین ترسی را از بین ببریم. پسر سه‌ساله‌ای به نام پیتر از خرگوش‌ها، موش‌ها و این جور چیزها می‌ترسید. جونز برای از بین بردن ترس پیتر، خرگوش داخل قفس را در حالی که پیتر مشغول غذا خوردن بود، به پیتر نزدیک می‌کرد. به این ترتیب، شیء ترسناک با غذا متداعی شد و پس از چند ماه ترس پیتر از خرگوش کاملاً محو شد. اما نباید این تذکر جونز را فراموش کنیم که ترس از خرگوش نباید آن‌قدر شدید باشد که کودک از غذا بیزار شود. شرطی‌سازی ترس‌ها توسط واتسون و «شرطی‌زدایی» ترس‌ها توسط جونز، پیشایندهای مستقیم بازداری متقابل ولپ (۱۹۵۸) بود که ۳۰ سال بعد وارد صحنه شد.

همان‌طور که تجربه‌های آلبرت و پیتر نشان می‌دهد، زیربندهای نظری اصلی جنبش رفتاردرمانی، شرطی‌سازی پاولفی و نظریهٔ یادگیری هال بود. جوزف ولپ و آرنولد لازاروس در دههٔ ۱۹۵۰ در افریقای جنوبی و هانس آیزنک در بیمارستان مودزلی لندن، کاربرد نتایج تحقیق روی حیوانات درباره فراگیری و رفع اضطراب را شروع کردند. ولپ آزمایش با بیمارانی را که در حالت آرمیدگی بالا بودند برای کاهش ترس‌شان شروع کرد. این کار را در حالی می‌کرد که بیماران باید وضعیت‌های ترسناک را تجسم می‌کردند. فن ***حساسیت‌زدایی ولپ***، مثل فن شرطی‌زدایی جونز، نمایش عملی این موضوع بود که چطور می‌توانیم از اصول یادگیری در محیط‌های بالینی استفاده کنیم. سالتر[3] (۱۹۴۹) در کارهایش در زمینهٔ درمان بازتاب شرطی از روش درمانی مشتق از سنت پاولفی استفاده کرد.

باید یادآوری کنیم که این محققان فنون جدیدی را معرفی نکردند. بلکه قاطعانه می‌گفتند این فنون را از چهارچوب علم آزمایشی نظام‌مند گرفته‌اند. علاوه بر این سعی کردند نشان دهند تلاششان برای بررسی خاستگاه و درمان ترس‌های روان‌رنجورانه ثابت می‌کند که نیازی به «جن‌شناسی ذهن‌گرایانه» فرویدی یا «طبقه‌بندی روان‌پزشکی» کرپلینی نیست.

سنت کنشگر هم تقریباً همزمان با تلاش ولپ، لازاروس و آیزنک برای ابداع روش‌های شرطی‌سازی، شروع به تاثیرگذاری کرد. اسکینر و همکارانش (لیندزلی و اسکینر، ۱۹۵۴؛ اسکینر، ۱۹۵۳) می‌خواستند نشان دهند که رفتار بیماران روانپریش بستری را با روش‌های کنشگر می‌توانیم اصلاح کنیم. آنها با ایجاد محیط کنترل‌شده‌ای که در آن برخی پاسخ‌های بیمار، پیامدهای خاصی داشت، تغییرات رفتاری معناداری ایجاد می‌کردند.

رفتاردرمانی در آغاز تندروی داشت. رفتاردرمانی، دنیای درونی بیمار را تا حد زیادی برای تمرکز بر رفتار کنار می‌گذاشت. رفتاردرمانگرهای اولیه صرف‌نظر از واکنش در برابر ذهن‌گرایی روانکاوانه یا نگاه کوته‌بینانه به موضوع علم، به‌طور جدی از هر امر شناختی، اجتناب می‌ورزیدند. اما جولین راتر در سال ۱۹۵۴، کتاب ***یادگیری اجتماعی و روان‌شناسی بالینی*** را منتشر کرد. راتر در این کتاب به نحو قانع‌کننده‌ای نشان داد که رویکرد انگیزش ـ تقویت به روان‌شناسی، می‌تواند با رویکرد شناختی ـ انتظار همراه شود. بنابراین، رفتار را، هم ارزش تقویت‌ها تعیین می‌کند، هم انتظار وقوع تقویت پس از انجام رفتار. مهم‌تر آنکه دیدگاه‌های جدید راتر با چند مطالعه آزمایشی، جای شکی باقی نگذاشت که با نظریهٔ یادگیری و نظریه شناختی، می‌توان برخورد بالینی و با همگی آنها، برخوردی علمی کرد. نکتهٔ مهم دیگر در این بافت، کاربرد یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۶۹) در اصلاح رفتار بود. نظریه‌پردازانی مثل راتر و بندورا بودند که راه را برای تاکید شناختی کنونی هموار کردند و درمان شناختی ـ رفتاری [یا

1. Watson and Rayner
2. Mary Cover Jones
3. Salter

CBT] را وسعت بخشیدند و آن را مفیدتر و قابل استفاده‌تر کردند (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴؛ مایکنبام، ۱۹۷۷؛ تورپ و اولسون[1]، ۱۹۹۷).



بی. اف. اسکینر، پیشگام شرطی‌سازی کنشگر

فنون سنتی رفتاردرمانی

پیش از بحث دربارهٔ فنون اختصاصی رفتاردرمانی، اجازه دهید اشاره‌ای داشته باشیم به رابطهٔ درمانی و گرایش روان‌درمانگرهای جدید به استفاده از چند فن روی یک بیمار.

رابطه

بسیاری از رفتاردرمانگرها ظاهراً در تبیین موفقیت روش‌های درمانی خود، رابطه به عنوان عامل مهم را نادیده می‌گیرند. اما در توضیحات ولپ (۱۹۵۸) درباره حساسیت‌زدایی منظم می‌بینیم که درمانگر تشویق می‌شود در مقابل بیماران، روحیهٔ پذیرش داشته باشد، مشکلات را برای آنها توضیح دهد و منطق رفتاردرمانی را برای آنها روشن کند. در حقیقت اطلاعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد از نظر مراجعان، متغیرهای رابطه‌ای، تاثیر مهمی در موفقیت رفتاردرمانی و درمان شناختی ـ رفتاری دارد؛ و این درست شبیه نظر مراجعان درباره روان‌درمانگری‌های دیگر است (اسلوان، استیپلز، کریستول، یورکستون و ویپل[2]، ۱۹۷۵a). مراجعان رفتاردرمانی به چند دلیل ممکن است رابطهٔ درمانی را مثبت در نظر بگیرند و آن را لااقل تا حدودی مسئول تغییرات بدانند. رفتاردرمانگرها احتمالاً (چون مشکلات را معرف فرایندهای ناهشیارانه نمی‌دانند) افراد بازتری فرض می‌شوند و روحیهٔ پذیرایی بیشتری در قبال مشکلات مراجعان دارند؛ درمان هم با همکاری توام است و مایهٔ «تربیتی» بیشتری دارد؛ مداخلات آن هم رابطهٔ روشنی با رفتارهای مشکل‌داری دارد که مراجع و درمانگر قصد تغییرشان را دارند (اسپیگلر و گورمونت[3]، ۲۰۱۰).

هیچ یک از این موارد به این معنا نیست که رفتاردرمانی را می‌توان به عوامل رابطه‌ای ظریف تقلیل داد. اما نشان می‌دهد که نمی‌توانیم جنبه‌های رابطه‌ای را در موفقیت مداخلهٔ درمانی نادیده بگیریم. وانگهی با رابطهٔ درمانی است که می‌توانیم انتظارات بیماران درباره کمک را پرورش دهیم تا رفتاردرمانی به عنوان یک بدیلِ ماندنی پذیرفته شود (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴؛ اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، اگر بیمار انتظار شکست داشته باشد یا مخالف رفتاردرمانی باشد، این درمان موفق نخواهد شد. گاهی اوقات گفته شده که رفتاردرمانگرها با بیماران، سرد و مکانیکی رفتار می‌کنند. این نظر احتمالاً یک افسانه یا باور قالبی است تا یک حقیقت. اسلوان و دیگران (۱۹۷۵a) فهمیده‌اند که رفتاردرمانگرها در مجموع از روان‌درمانگرهای دیگر، گرم‌تر و همدل‌ترند!

طیف گستردهٔ درمان

روان‌درمانگرها از فنون اختصاصی مختلفی استفاده می‌کنند؛ فنون اختصاصی، نه‌تنها برای انواع بیماران، بلکه برای یک بیمار در مقاطع مختلف درمان. لازاروس (۱۹۶۱a) از این موضوع با عنوان ***طیف گستردهٔ رفتاردرمانی*** یاد می‌کند. همین‌طور که در صفحات بعد فنون اختصاصی را توضیح می‌دهیم، خواننده باید بداند که اگرچه هر فن، هدف خاصی را برآورده می‌کند ولی این فنون در واقع مکمل یکدیگرند. برای مثال، زنی که نمی‌تواند با شوهر سلطه‌گرش کنار بیاید ممکن است با جرئت‌آموزی، رفتارهای خاصی را یاد بگیرد. اما وقتی از این رفتارها استفاده می‌کند، ترس‌های دیگری درباره رابطه‌اش، بر او مستولی می‌شود. در نتیجه به چند جلسه درمان نیاز خواهد داشت تا باورهای نامعقولش دربارهٔ ازدواج را بازسازی کند که سلطه‌پذیری او را تداوم می‌بخشند. همچنین ممکن است برای کنار آمدن با شوهرش، الگوبرداری و یادگیری مشاهده‌ای را بگذراند.

---

1. Thorpe and Olson
2. Sloane, Staples, Cristol, Yorkstone and Whipple
3. Spiegler and Guevremont

علاوه بر این، احتمالاً یادتان هست که در فصل نهم گفتیم قبل از درمان رفتاری یا اجرای فنون رفتاری، سنجش جامع رفتاری صورت می‌گیرد. برای نمونه با تحلیل کارکردی مشکل طرح‌شده می‌توانیم (الف) محرک یا شرایط پیشایندی را شناسایی کنیم که رفتار مشکل‌ساز را پدید می‌آورد؛ (ب) متغیرهای ارگانیسمی (مثل سوگیری‌های شناختی) مرتبط با رفتار مشکل‌ساز را بشناسیم؛ (ج) توصیف دقیقی از مشکل ارائه کنیم؛ (د) پیامدهای رفتار مشکل‌ساز را بفهمیم. رفتاردرمانگرها و درمانگرهای شناختی ـ رفتاری با این تحلیل‌های مشروح می‌توانند درمان‌های مناسب را تجویز کنند.

حساسیت‌زدایی منظم

این فن وقتی اجرا می‌شود که بیمار ظرفیت پاسخدهی مناسب به وضعیتی خاص (یاگروهی از وضعیت‌ها) را دارد ولی پاسخ او با اضطراب، ترس یا اجتناب توام است. حساسیت‌زدایی منظم اصولاً فنِ کاهش اضطراب است. مبنای این فن که سالتر (۱۹۴۹) و ولپ (۱۹۵۸) آن را ابداع کردند، *بازداری متقابل* است؛ اصلی بسیار ساده، مبنی بر اینکه شخص نمی‌تواند همزمان آرام و مضطرب باشد. ایده چنین است که آرمیدگی را به بیماران تعلیم می‌دهند و سپس در حالی که در آرمیدگی به سر می‌برند، به تدریج مجموعه‌ای از محرک‌ها ارائه می‌شود که اضطراب‌زایی آنها را افزایش می‌دهد. در نهایت بیمار به محرک‌های ترسناک دیگر حساسیت نشان نخواهد داد؛ چون آنها را در حالت آرمیدگی گذرانده است. حساسیت‌زدایی منظم در خصوص حیوان‌هراسی، اضطراب سخنرانی و اضطراب اجتماعی، اثربخشی دارد (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰).

فن و روش‌ها . حساسیت‌زدایی منظم با جمع‌آوری تاریخچهٔ مشکل شروع می‌شود. این تاریخچه شامل کسب اطلاعات دربارهٔ شرایط تسریع‌کننده و عوامل رشدی است. تاریخچه‌گیری گاهی اوقات مستلزم چند مصاحبه است و غالباً با اجرای پرسشنامه‌ها توام می‌شود. دلیل اصلی تمام این کارها هم مشخص کردن محل اضطراب بیمار است. در ضمن بخشی از سنجش هم تعیین این نکته است که آیا حساسیت‌زدایی منظم، درمان مناسبی هست یا نه. حساسیت‌زدایی غالباً برای بیمارانی مناسب است که توان کنار آمدن مناسبی دارند و در برابر برخی وضعیت‌ها، واکنشی شدید نشان نمی‌دهند. از طرف دیگر، اگر بیمار فاقد برخی مهارت‌های خاص باشد و سپس در وضعیت‌هایی که به آن مهارت‌ها نیاز دارد مضطرب شود، حساسیت‌زدایی مناسب نخواهد بود و حتی مضر می‌شود. برای نمونه، اگر مردی هنگام رقص به شدت مضطرب شود، به نظر می‌رسد بهتر است رقص یاد بگیرد نه اینکه به دلیل این نقص رفتاری، حساسیت‌زدایی شود.

سپس، مشکل را برای بیمار توضیح می‌دهند. این توضیح معمولاً مفصل است و پاره‌ای نمونه‌ها در زندگی بیمار و طرز فراگیری اضطراب‌ها و تداوم آنها توسط بیمار را دربرمی‌گیرد. آنگاه منطق حساسیت‌زدایی منظم را برای بیمار توضیح می‌دهند. این توضیحات و مثال‌ها باید به‌نحوی بیان شوند که برای بیمار فهمیدنی باشند؛ یعنی در آن از اصطلاحات و زبان علمی استفاده نشود. روان‌شناس بالینی به تعبیری از این مرحله استفاده می‌کند تا [به اصطلاح]، اثربخشی حساسیت‌زدایی منظم را به بیمار بفروشد. باید اضافه کنیم که کل فرایند مصاحبه، سنجش و توضیح، با لحنی گرم و توام با پذیرش و فهم اجرا می‌شود.

دو مرحلهٔ بعدی، آموزش *آرمیدگی* و تهیهٔ *سلسله‌مراتب اضطراب* است. همزمان با شروع کار روی سلسله‌مراتب اضطراب، آرمیدگی‌آموزی هم شروع می‌شود.

آرمیدگی . روان‌درمانگرها معمولاً از روش آرمیدگی پیشروندهٔ جیکوبسن[1] (۱۹۳۸) استفاده می‌کنند. بیمار ابتدا یاد می‌گیرد عضلاتش را فشرده و شُل کند و فرق دو احساس شُل کردن و فشردن را بفهمد. دستورالعمل‌های آرمیدگی را می‌توان ضبط کرد و آنها را در خانه شنید و تمرین کرد. در مجموع حدود شش جلسه صرف آرمیدگی‌آموزی می‌شود. گاهی اوقات نیز برای القای آرمیدگی از هیپنوتیزم استفاده می‌شود. معمولاً از بیمار می‌خواهند صحنه‌های آرامش‌بخش را تجسم کند یا با تمرین‌های تنفسی، آرمیدگی خود را افزایش دهد.

---

1. Jacobson

کادر ۱ـ۱۴: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر جودیت اس. بک

دکتر جودیت اس. بک، مدیر موسسهٔ شناخت‌درمانی و تحقیقاتی بک و استادیار بالینی دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا است. دکتر بک متخصص شناخت‌درمانی است. او به سراسر امریکا و دنیا سفر می‌کند و نظریه و اجرای شناخت‌درمانی مشکلات روانی را به درمانگران آموزش می‌دهد. دکتر بک علاوه بر مسئولیت‌های آموزشی و اجرایی، تحقیقاتی هم در زمینهٔ سنجش شناختی و درمانِ شناختی، اجرا و منتشر می‌کند. او مولف چند کتاب و همکار مولف چند کتاب عمومی درباره شناخت‌درمانی و افسردگی هم بوده است. دکتر بک اطلاعاتی دربارهٔ خودش و برداشت‌هایش دربارهٔ آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و شناخت‌درمانی ارائه کرد.

چطور به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

همیشه به کار باکودکان علاقه‌مند بودم و از همان اول می‌خواستم معلم شوم. در واقع، در زمینهٔ تعلیم و تربیت و روان‌شناسی تربیتی مدرک دارم. در ابتدا به دانش‌آموزان دچار ناتوانایی‌های یادگیری تدریس می‌کردم ولی بعد، نظارت بر کار معلمان تعلیم و تربیت استثنایی را شروع کردم. سپس به کارهای پدرم و «پدر» شناخت‌درمانی، یعنی آرون تی. بک علاقه‌مند شدم. در میانهٔ دریافت مدرک دکترا به این نتیجه رسیدم که دربارهٔ حوزهٔ تخصصی پدرم بیشتر یاد بگیرم. ابتدا شک داشتم که بتوانم روان‌شناس خوبی شوم؛ چون نمی‌دانستم مهارت‌های مشاوره، آموختنی است؛ نمی‌دانستم فطری و شهودی نیستند و مثل مهارت‌های تدریس هستند. واحدهای روان‌شناسی و واحدهای عملی آن به من نشان داد بسیاری از مهارت‌هایی که در مقام معلم (و بعداً در مقام ناظر) یاد گرفته و بعداً آنها را اصلاح کرده‌ام، به درد می‌خورند. در پایان باید بگویم یکی از فعالیت‌های حرفه‌ای مورد علاقهٔ من در حال حاضر، تدریس به دانشجویان و متخصصان سلامت روان و گاهی اوقات، تدریس به دانشجویان تعلیم و تربیت است.

در مقام روان‌شناس چه فعالیت‌هایی می‌کنید؟

مدیر یک مرکز روان‌درمانگری غیرانتفاعی هستم که وظیفه‌اش مراقبت بالینی، تعلیم و تربیت و تحقیق است و فعالیت‌های متنوعی دارم. مقدار زیادی از وقتم را صرف امور اجرایی می‌کنم. بر کارکنان بخش بالینی مرکز، روان‌شناسان و دیگر متخصصان پاره‌وقت سلامت روان و برنامه‌های آموزشی بازدیدکنندگان نظارت می‌کنم. در سطح ملی و بین‌المللی هم در قالب واحد درسی، کنفرانس و کارگاه، شناخت‌درمانی تدریس می‌کنم.

علاوه بر این، چند بیمار هم دارم که اختلالات روان‌پزشکی سرپایی دارند. مشاور و پژوهشگر ارشد چند طرح پژوهشی هم هستم. مقاله و کتاب می‌نویسم و هم‌اکنون روی کتاب دوم خودم کار می‌کنم که به روان‌شناسان بالینی، طرز مفهوم‌بندی، برنامه‌ریزی درمان و کار با بیمارانی را یاد می‌دهد که اختلالات چالش‌برانگیز دارند. عضو هیئت مدیرهٔ چند گروه و سازمان حرفه‌ای هم هستم. ریاست منتخب آکادمی شناخت‌درمانی را برعهده دارم که سازمانی غیرانتفاعی است و به متخصصان سلامت روان، گواهینامهٔ شناخت‌درمانی می‌دهد. استادیار روان‌شناسی بالینی در گروه روان‌پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا هستم و در آنجا، واحد درسی شناخت‌درمانی تدریس می‌کنم، بر رزیدنت‌های روان‌پزشکی سال سومی و سال چهارمی نظارت دارم و به دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی و روان‌پرستارها، تدریس می‌کنم.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

تخصص اصلی من شناخت‌درمانی است. حوزه‌ای که بر آن تمرکز دارم، مفهوم‌بندی شناختی بیماران است، به‌ویژه بیمارانی که اختلال شخصیت دارند. یک قالب ساختاردار تهیه کرده‌ام که به روان‌شناسان بالینی یاد می‌دهد فرضیه‌های داده‌بنیادی دربارهٔ بیماران تدوین کنند مبنی بر اینکه چطور در نتیجهٔ تجارب نامطلوب دوران کودکی (و آمادگی وراثتی)، دربارهٔ خودشان، دنیا و دیگران باورهای جزمی، کلی و منفی پیدا کرده‌اند و چطور این باورها بر پردازش اطلاعات، ادراکات، واکنش‌های هیجانی و رفتارشان در زندگی تاثیر می‌گذارد.

علاقهٔ دیگر من که در همین رابطه است، تدریس طرز استفاده از مفهوم‌بندی شناختی به عنوان راهنما برای شکل دادن به اتحادِ درمانی خوب و حفظ اتحادِ درمانی خوب، راهنما در طراحی برنامه‌های درمانی و همچنین راهنما در متنوع کردن ساختار، مداخلات و انتظارات از بیمارانی است که مشکلات و اختلالات پیچیده دارند و به شناخت‌درمانی استاندارد، پاسخ نمی‌دهند.

همچنین دنبال ابداع راهبردهای موثرتر تدریس به دانشجویان و متخصصان و راهبردهای موثرتر نظارت بر آنها هستم. برای مثال، جلسات تدریس و نظارت را همچون جلسات درمان دارای ساختار کرده‌ام. همچنین ابزارهایی برای بیماران تهیه کرده‌ام که درمانگران را ارزیابی کنند و ابزارهایی برای ناظران تهیه کرده‌ام تا درمانگران را ارزیابی کنند (و برعکس).

یکی از مولفان همکار مقیاسی هم هستم که باورهای مرتبط با شخصیت را اندازه می‌گیرد و در حال تهیهٔ مقیاس‌های خوداجرایی برای کودکان هستم که تا نشانه‌های افسردگی، اضطراب، عصبانیت، اختلال سلوک و عزت‌نفس کم خود را بسنجند.

روند آینده روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

یکی از روندها، ساخت و اصلاح ابزارهای تشخیصِ دقیق‌ترِ بیماران و نشانه‌های آنها است. در مقیاس‌های آینده، علاوه بر نشانه‌های هیجانی،

رفتاری و زیست‌شناختی سنتی، ماده‌های شناختی هم لحاظ خواهد شد. برای شناسایی باورهایی که زیر برخی مشکلات خاص و تشخیص‌ها قرار دارد، مقیاس‌های بیشتری تهیه خواهد شد.

به نظر من، روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد، مددکاران اجتماعی و پزشکان مراقبت‌های اولیه، موردهای آشکار افسردگی و اضطراب را درمان خواهند کرد. روان‌شناسان بالینی که آموزش زیادی دیده‌اند و تخصص دارند هم عمدتاً با بیمارانی سروکار پیدا خواهند کرد که مشکلات پیچیده‌تری دارند و به تدریج از درمان‌های تجربی‌بنیاد استفادهٔ بیشتری خواهند کرد. سازمان‌های سلامت رفتاری، در نهایت به روان‌شناسانی توجه خواهند کرد که نگاه عاقلانه‌تری به شدت و همزمانی تشخیص‌ها می‌کنند.

روندهای آینده شناخت‌درمانی را چطور می‌بینید؟

یکی از روندها، کاربرد شناخت‌درمانی در اختلالات روان‌پزشکی است. برای مثال، نتیجه‌پژوهی‌های جدید، اثربخشی شناخت‌درمانی را برای سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت و درمان جنبی اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی نشان داده است. همچنین شناخت‌درمانی اصلاح خواهد شد تا در درمان بیماری‌های پزشکی هم به‌کار رود، از جمله در درمان بیماران، پس از حملهٔ قلبی که افسرده شده‌اند، بیماران دیابتی که رژیم خود را رعایت نمی‌کنند و بیماران دچار اختلالات ناشی از استرس یا اختلالاتی که استرس آنها را تشدید می‌کند.

روان‌شناسان بالینی همچنین به شناخت‌درمانی بیماران (و خانواده‌های آنها) در محیط‌های مختلف ادامه خواهند داد، از جمله در برنامه‌های بیمارستانی بستری و پاره‌وقت، درمانگاه‌های سرپایی، دفاتر تامین‌کنندگان و متخصصان مراقبت‌های اولیه، مراکز توانبخشی، خانه‌های پرستاری و دانشکده‌ها. شناخت‌درمانگرهایی که روان‌شناس بالینی هستند به روان‌پزشکان، روان‌پرستارها، مددکاران اجتماعی، مشاوران، پزشکان مراقبت‌های اولیه و دیگر درمانگران جنبی که استفاده از فنون شناختی، اثربخشی خدماتشان را افزایش می‌دهد، بیشتر تدریس خواهند کرد.

سرانجام اینکه مدرسان و ناظران شناخت‌درمانی، روش‌های خود را اصلاح خواهند کرد و در برنامه‌های آموزشی از راه دور، اشاعهٔ اطلاعات، میزگردهای اینترنتی و برنامه‌های رایانه‌ای چندرسانه‌ای تعاملی از فن‌آوری استفاده خواهند کرد.



جودیت اس. بک

سلسله مراتب اضطراب. بیمار و درمانگر با یکدیگر و در مدت بحث راجع به مشکلات خاص، وضعیت‌هایی که این مشکلات در آنها واقع می‌شود و نحوهٔ شکل‌گیری آنها، یک سلسله‌مراتب می‌سازند. مضامین تکراری در مشکلات و اضطراب‌های بیمار جدا می‌شوند و به ترتیبِ قدرت القای اضطراب، مرتب می‌گردند (از وضعیت‌هایی که اضطراب خیلی کمی ایجاد می‌کنند تا وضعیت‌هایی که واکنش‌های اضطرابی شدیدی ایجاد می‌کنند). یک سلسله‌مراتب اضطراب معمولی، ۲۰ تا ۲۵ ماده دارد، با فواصل تقریباً برابر از خفیف تا متوسط و شدید. سلسله‌مراتب اضطراب زیر مربوط به یک دختر دانشجوی ۲۴ ساله است که اضطراب شدید امتحان دارد (ولپ، ۱۹۷۳):

۱. چهار روز قبل از امتحان
۲. سه روز قبل از امتحان
۳. دو روز قبل از امتحان
۴. یک روز قبل از امتحان
۵. شب قبل از امتحان
۶. رویت برگه‌های امتحانی
۷. انتظار برای توزیع برگه‌های امتحانی
۸. قبل از بسته شدن درهای سالن امتحان
۹. پاسخ دادن به برگه امتحان
۱۰. در راه دانشگاه در روز امتحان. (ص ۱۱۶)

این سلسله‌مراتب، دو نکته را نشان می‌دهد. نخست اینکه تا حد زیادی بر مبنای توالی زمان چیده شده است. دوم اینکه ماده‌های آن سازماندهی دقیقاً منطقی ندارد. می‌توانیم انتظار داشته باشیم که مادهٔ ۱۰ (که اضطراب‌زاترین ماده است) در



نمودار ۱ـ۱۴: جوزف ولپ را عمدتاً به دلیل طراحی حساسیت‌زدایی منظم به عنوان روشی برای کاهش اضطراب می‌شناسند.

میانهٔ سلسله‌مراتب قرار گیرد. این نشان می‌دهد سلسله‌مراتب‌ها بسیار شخصی است؛ وانگهی در اینجا با اضطراب بیمار روبه‌رو هستیم نه با اضطراب روان‌شناس بالینی!

در روش حساسیت‌زدایی، بیمار ابتدا در حالت آرمیدگی، ضعیف‌ترین مادهٔ سلسله‌مراتب (یعنی ماده‌ای که کمترین اضطراب را تولید می‌کند) تجسم می‌کند. درمانگر صحنه را توصیف می‌کند و بیمار (حدود ۱۰ ثانیه) خود را در آن صحنه تجسم می‌کند. درمانگر به تدریج بیمار را به تجسم مراتب بالاتر سلسله‌مراتب سوق می‌دهد (هر جلسه دو تا پنج ماده). اگر در هر مقطع، اضطراب بیمار افزایش یابد، باید علامت بدهد و درمانگر از بیمار خواهد خواست تجسم صحنه را متوقف کند. سپس به او کمک می‌کند یک بار دیگر در خودش آرمیدگی ایجاد کند. پس از چند دقیقه، روش از سر گرفته می‌شود. در حالت آرمانی، بیمار ظرف چند جلسه می‌تواند بالاترین مادهٔ سلسله‌مراتب را بدون ناراحتی تجسم کند. گولد فرید و دیویسون (۱۹۹۴) یک نمونه از دستورالعمل‌های اجرای این فن روی یک بیمار مذکر را نوشته‌اند:

(مراجع در حالی که روی یک صندلی با پشتی متحرک نشسته، در حالت آرمیدگی است)

بسیار خُب، حالا آرامشت را همین‌طور حفظ کن. خوب است. آرام و راحت باش. می‌توانی صحنه‌ای را تجسم کنی که برای تو آرام‌بخش است و در تو آرمیدگی ایجاد می‌کند. صحنه‌ای که به آن صحنهٔ خوشایند می‌گوییم ... خوبه. حالا آن مقیاس ۱۰۰ درجه‌ای تمرین آرمیدگی را به یاد آور که صفر در آن به معنای آرمیدگی کامل بود و ۱۰۰ به معنای بیشترین تنش. دقیقاً بگو کجای این مقیاس قرار داری ... ***(به درمانگر توصیه می‌کنیم آرامش و آرمیدگی قابل توجه را بین ۱۵ تا ۲۵ در نظر بگیرد)***

خوبه. به زودی از تو می‌خواهم صحنه‌ای را تجسم کنی. بعد از شنیدن توصیف آن صحنه، لطفاً آن را تا حد امکان، واضح تجسم کن، از طریق چشمهایت، گویی واقعاً آنجا هستی. همهٔ جزییات صحنه را تجسم کن. در حالی که مشغول تجسم هستی، آرمیدگی‌ات را مثل حالا حفظ کن. اگر حفظ کردی که چه خوب. بعد از ۵ تا ۱۵ ثانیه از تو خواهم خواست تجسم صحنه را متوقف کنی و به تصویر خوشایندت برگردی و آرمیدگی‌ات را حفظ کنی. اما اگر حتی یک کم افزایش اضطراب یا تنش را حس کردی، با بالا بردن انگشت اشاره‌ات به من علامت بده. وقتی این کار را کنی، وارد عمل می‌شوم و از تو می‌خواهم تجسم آن صحنه را متوقف کنی. سپس کمک می‌کنم دوباره در خودت آرمیدگی ایجاد کنی. اینکه تنشت را این‌طوری به من نشان دهی مهم است چون می‌خواهیم تا بیشترین حد ممکن در معرض وضعیت‌های ترسناک بمانی، بدون آنکه احساس اضطراب کنی. باشه؟ سوالی داری؟ ... خوبه، فرصت زیادی خواهیم داشت تا دربارهٔ همه چیز بحث کنیم. (صص ۱۲۵ـ۱۲۴)[1]

منطق . درباره دلایل موثر واقع شدن حساسیت‌زدایی منظم، تبیین‌های زیادی ارائه شده است (اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). خود ولپ، دلیل موفقیت حساسیت‌زدایی منظم را اصل ***شرطی‌سازی متقابل*** (یعنی جایگزینی آرمیدگی به جای اضطراب) می‌داند، ولی برخی دیگر مطمئن نیستند (دیویسون و ویلسون، ۱۹۷۳). عده‌ای گفته‌اند فرایند دخیل، ***خاموشی*** است؛ یعنی وقتی بیمار وضعیت اضطراب‌زا را به‌طور مکرر تجسم می‌کند بدون آنکه تجربه‌های بد به دنبالش بیاید، پاسخ اضطراب در نهایت خاموش می‌شود (ویلسون و دیویسون،

---

۱. به نقل از کتاب ***رفتاردرمانی بالینی*** (ویراست حجیم‌شده) نوشتهٔ ام. پی. گولدفرید و جی. سی. دیویسون (۱۹۹۴).

۱۹۷۱). از طرف دیگر، متیوز[1] (۱۹۷۱) طرفدار فرضیهٔ *خوگیری* است. سرانجام عده‌ای می‌گویند عوامل شناختی در سودمندی حساسیت‌زدایی منظم تاثیر دارند (ایجاد این انتظار در شخص که در وضعیت مورد نظر، اضطراب کمتری حس خواهد کرد).

روش استاندارد حساسیت‌زدایی، ارائه تدریجی صحنه‌ها است تا از ایجاد زودهنگام یا نابهنگام اضطراب که روال درمان را قطع می‌کند، کاسته شود. حساسیت‌زدایی منظم، چند مولفه دارد. دستورالعمل‌ها احتمال اخذ نتیجهٔ مثبت را نشان می‌دهد. در نتیجه، انتظارات بیمار درباره بهبود می‌تواند بر این فرایند تاثیر گذارد. مولفهٔ بسیار مهم دیگر، تقویت مثبت دریافتی از درمانگر، به دنبال گزارش کاهش اضطراب توسط بیمار، بهبودی در خارج از اتاق مشاوره و تکمیل موفقیت‌آمیز سلسله‌مراتب اضطراب است. برای مثال لایتنبرگ، آگراس، بارلو و اولیویا[2] (۱۹۶۹) مشاهده کردند که تاثیر حساسیت‌زدایی منظم مارهراسی وقتی به حداکثر می‌رسد که درمانگر از جملات و عبارات تقویت‌کننده‌ای مثل «خوبه»، «عالیه» و «داری کارت را خوب انجام می‌دهی» استفاده کند؛ البته وقتی اشخاص (الف) صحنه را بدون گزارش اضطراب تجسم می‌کنند، (ب) مادهٔ سلسله‌مراتب را کامل می‌کنند و (ج) در مدت تمرین گزارش می‌کنند که در نزدیک شدن به مار پیشرفت حاصل کرده‌اند. گولدفرید (۱۹۷۱) می‌گوید حساسیت‌زدایی منظم فرایند منفعلانه‌ای نیست که صرفاً برای کاهش ترس‌های بیماران به کار می‌رود، بلکه فراگیری مهارتی است که بیماران می‌توانند با آن، ترس‌شان را کم کنند. به این تعبیر، گولدفرید، حساسیت‌زدایی منظم را نوعی آموزش خودگردانی و خویشتنداری می‌داند.

همهٔ آنچه گفته شد نشان می‌دهد حساسیت‌زدایی منظم صرفاً فرایندی مکانیکی یا نوعی شرطی‌سازی صرف نیست. به نظر می‌رسد علاوه بر باورها و انتظارات بیماران، متغیرهای رابطه‌ای هم در آن موثر است. حساسیت‌زدایی منظم، در مجموع، نوعی مداخلهٔ روان‌شناختی با سودمندی متوسط برای انواع اختلالات و مشکلات بالینی است. همان‌طور که انتظار می‌رود، تحقیقات نیز نشان می‌دهد وقتی بیشترین فایده را دارد که در درمان اختلالات اضطرابی به کار رود، به‌ویژه در درمان هراس‌های خاص، اضطراب اجتماعی، اضطراب سخنرانی عمومی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ املکمپ[3]، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴).

مواجهه‌درمانی

مواجهه‌درمانی یکی از فنون رفتاردرمانی است که اصلاح‌شدهٔ مجموعه‌روش‌هایی است که در آغاز به آنها غرقه‌سازی یا غرقه‌سازی تجسمی می‌گفتند. ریشهٔ مواجهه‌درمانی به مسرمن[4] (۱۹۴۳) برمی‌گردد که واکنش‌های اضطرابی و رفتارهای اجتنابی گربه‌ها را بررسی می‌کرد. مسرمن با اجرای شوک تحت شرایط محیطی خاص، «رفتارهای روان‌رنجورانه» را به گربه‌ها القا می‌کرد. مسرمن بعداً کشف کرد که اگر گربه‌ها مجبور شوند در وضعیتی بمانند که به آنها شوک وارد می‌شود (یعنی راه گریز و فرار نداشته باشند)، رفتار اجتناب در آنها خاموش می‌شود. یافته‌های او مبنای درمان اضطراب انسان شد. درباره اثربخشی مواجهه‌درمانی‌ها برای هراس خاص، اختلال وحشت‌زدگی، هراس از مکان‌های باز، هراس اجتماعی، اختلال استرس پس از ضربه و اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی، پشتوانهٔ تجربی وجود دارد (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ املکمپ، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ پاورز، هالپرن، فرنزچاک، گیلیهان و فوآ، ۲۰۱۰؛ روسا ـ الکزار، سانچز ـ مکا، گومز ـ کونسا و مارتین ـ مارتینز، ۲۰۰۸؛ سانچز ـ مکا، روسا ـ آلکزار، مارتین ـ مارتینز و گومز ـ کونسا، ۲۰۱۰؛ ولیتزکی ـ تیلور، هورویتز، پاورز و تلج، ۲۰۰۸).

بیماران در مواجهه‌درمانی، با محرک‌ها و وضعیت‌هایی مواجهه می‌شوند که قبلاً از آنها می‌ترسیده یا از آنها اجتناب می‌کرده‌اند. مواجهه می‌تواند در زندگی (زنده) یا به صورت تخیلی (تجسمی) صورت گیرد. در حالت دوم از مراجع می‌خواهند خودش را در حضور محرک ترسناک (مثل عنکبوت) یا در وضعیت اضطراب‌آور (مثل سخنرانی برای جمع) فرض

1. Mathews
2. Leitenberg, Agras, Barlow and Oliveau
3. Emmelkamp
4. Messerman

کـنـد. چـنـد مـحقق مـی‌گویند در مـواجـهه‌درمانی بـاید چـند خصوصیت رعایت شود تا بیمار حداکثر بهره را بـبرد (بـارلو و کرنی[1]، ۱۹۸۸):

۱. مواجهه باید طولانی باشد نه کوتاه.
۲. مواجهه باید آن‌قدر تکرار شود تا ترس یا اضطراب از بین برود.
۳. مـواجـهه بـاید تـدریجی بـاشد، از وضـعیت‌ها/مـحرک‌های کم‌اضطراب شروع شود و به سمت وضعیت‌ها/محرک‌های پراضطراب برود.
۴. بیماران باید به‌محرک ترسناک توجه کرده و تا حد امکان با آن تعامل کنند.
۵. مواجهه باید اضطراب‌آور باشد.

مواجهه‌درمانی مـانند دیگـر رفـتاردرمانی‌های ایـن فـصل می‌تواند به تنهایی یک درمان باشد یا مولفه‌ای از مولفه‌های یک درمان چندمولفه‌ای. بارلو و کرنی (۱۹۸۸) درمان روان‌شناختی اختلال وحشت‌زدگی را شرح مـی‌دهند کـه شـامل آرمـیدگی، بازسازی‌شناختی و مولفه‌های مواجهه‌ای است. نکتهٔ ابـتکاری در نسخهٔ این دو محقق از مواجهه‌درمانی این است که بیماران، خود را با ***نشانه‌های احشایی*** مواجهه می‌کنند؛ یعنی محرک‌های فیزیولوژیایی درونی، مثل تند نفس کشیدن و سـرگیجه. ایـن اصلاح ضروری بود چون کسانی که دچار اختلال وحشت‌زدگی مـــی‌شوند گـزارش مـی‌دهند کـه حـملات وحشت‌زدگـی، پیش‌بینی‌ناپذیر است و «ناگهانی» رخ می‌دهد. در این مـوارد، هیچ محرک یا وضعیت اضطراب‌زای بیرونی در بین نیست. در مقابل، عده‌ای که با اختلالات اضطرابی غیروحشت‌زدگی دست و پنجه نرم می‌کنند، گزارش می‌دهند عمدتاً در مقابل بـرخـی محرک‌ها یا وضعیت‌های بیرونی دچار اضطراب حـاد و شـدید می‌شوند.

روان‌شناسان بالینی چطور بیماران را متقاعد می‌کنند انجام دادن تکالیفی که در نهایت میزان اضطراب را بالا می‌برند مفید خواهد بود؟ کادر ۲ـ۱۴ حاوی مـقدمه‌ای است کـه در درمـان روانشـناختی اخـتلال وحشت‌زدگـی بـارلو و کـرنی (۱۹۸۸) استفاده می‌شود.

کراسک، رو، لوین و نوریگا ـ دیمیتری[2] (۱۹۹۷) تاثیرگذاری دو نوع درمان اختلال وحشت‌زدگی با هراس از مکان‌های باز را مقایسه کردند؛ در یکی، از مواجههٔ احشایی استفاده شده بود و در دیگری، بازآموزی تنفسی به جای مواجههٔ احشایی. هـر دو درمان موثر بود ولی نـتایج نشـان داد بـیماران دچـار اخـتلال وحشت‌زدگی که تحت مولفهٔ مواجههٔ احشایی قرار گرفته بودند، پس از درمان و در پیگیری، اختلال کمتری راگزارش می‌دادند و حملات وحشت‌زدگی کمتری داشتند. بنابراین، افزودن مولفهٔ مواجههٔ احشایی، تاثیر مفیدی داشت.

کادر ۲ـ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: توضیح منطق مواجهه‌درمانی برای مراجعانی که اختلال وحشت‌زدگی دارند

روان‌شناس بالینی باید منطق بسیاری از فنون رفتاری را برای مراجع توضیح دهد. این مسئله به‌ویژه در درمان‌های مواجـهه‌بنیاد مـصداق دارد کـه در آنـها مـراجـعان بـاید رفتارهایی انجام دهند که در آغاز، میزان اضطراب یا ترس را بالا می‌برد. بارلو و کرنی (۱۹۸۸)، منطق مواجهه‌درمانی را این‌طور توضیح می‌دهند.

همان‌طور که از جلسات قبلی یادتان می‌آید، احساس مـی‌کنیم حملات وحشت‌زدگی اصولاً «هشدار غلط» بدن در پاسخ به نشانه یـا علامتی است که یاد گرفته‌اید آن را با خطر یا تهدید، متداعی کـنید. البته مشکل این است که این هشدارهای وحشت‌زدگی، در حـقیقت غلط است. با این حال، ترس تداعی‌شده با حملات وحشت‌زدگی کاملاً واقعی است. همان‌طور که هشدارهای غلط، پدیده‌های آموخته‌شده‌ای است، درمان آنها نیز بازآموزی برنامه‌ریزی‌شده است. ما برای توصیف ایـن یـادگیری‌های اصـلاحی از اصـطلاح ***مـواجـهه‌درمانی*** اسـتفاده می‌کنیم.

منطقِ بنیادی مواجهه‌درمانی، کاملاً ساده است. اگر خودتان را با وضـعیت‌ها یـا نشـانه‌هایی مـواجـه کـنید کـه بـا اضـطراب و حـملات وحشت‌زدگی تداعی شده‌اند، فرصت پیدا می‌کنید دست‌کم سه چیز را یاد بگیرید: (۱) اضطراب و نشانه‌های وحشت‌زدگـی را بـا آرمـیدگی و فنون کنار آمدن شناختی کنترل کنید. در حقیقت یـاد مـی‌گیرید کـه

1. Cerny
2. Craske, Rowe, Lewin and Noriega-Dimitri

نه‌تنها می‌توانید این نشانه‌های مشکل‌ساز را کم کنید، بلکه می‌توانید آنها را تحت امر خود دربیاورید. (۲) ترس تداعی‌شده با حملات وحشت‌زدگی شما، اساس و مبنایی ندارد. (۳) و سرانجام، تداعی بین نشانه‌های علامت‌دهنده ترس‌هایتان و حملات وحشت‌زدگی را قطع کنید و در فرایند مواجههٔ تدریجی با نشانه‌های تداعی‌شده با وحشت‌زدگی، راه‌های جدید پاسخ‌دهی را به خودتان تعلیم دهید.

در حال حاضر دقیقاً نمی‌دانیم این یادگیری جدید را با کدام سازوکارها می‌توانیم توضیح دهیم ولی می‌دانیم مواجهه‌درمانی، درمان بسیار موثری برای اختلالات اضطرابی است. اجازه دهید تاکید کنیم یادگیری جدیدی که در مواجهه‌ها رخ می‌دهد، عنصر مهمی در این درمان است. مواجهه با نشانه‌های متداعی‌شده با وحشت‌زدگی فرصتی فراهم می‌آورد تا این یادگیری رخ دهد. بنابراین، مواجههٔ منفعلانه با همان نشانه‌ها، یعنی مواجهه‌های بی‌برنامه‌ای که در آنها هیچ‌گونه یادگیری اصلاحی رخ نمی‌دهد، برای ایجاد تغییرات درمانی در رفتار کافی نیست. در مواجهه‌ها شما را تشویق می‌کنیم با اضطراب و ترستان به‌طور مستقیم مواجهه شوید و نقش فعالی در این یادگیری جدید بازی کنید.

چون خودتان را با این نشانه‌های اضطراب‌آور مواجه می‌کنید، باید انتظار داشته باشید که در آغاز مضطرب‌تر شوید و حتی متوجه افزایش حملات وحشت‌زدگی شوید. اما همان‌طور که خودتان می‌دانید، اضطراب و حملات وحشت‌زدگی در بیشتر موارد، به تدریج محدود می‌شود؛ یعنی اضطراب و نشانه‌های وحشت‌زدگی در بیشتر وضعیت‌ها کاهش می‌یابد. البته اضطراب و ترس به‌خودی‌خود هم ناخوشایندند.

برای به حداقل رساندن ناخوشایندی آنها، با هم سلسله‌مراتبی از نشانه‌های اضطراب‌زا تهیه می‌کنیم و این سلسله‌مراتب را از وضعیتی که کمترین اضطراب را تولید می‌کند تا وضعیتی که بیشترین اضطراب را تولید می‌کند، طی می‌کنیم. با این حال حداقل در ابتدای کار، باید قدری اضطراب را تحمل کنید. همین‌طور که یاد می‌گیرید با اضطراب و نشانه‌های وحشت‌زدگی برخورد موثرتری داشته باشید و «هشدارهای غلط» را از بین ببرید، باید به کاهش زیاد دفعات حملات وحشت‌زدگی و شاید کاهش شدت آنها هم توجه کنید.

به سه شکل می‌توانید با نشانه‌های مولد وحشت‌زدگی مواجه شوید. ابتدا می‌توانید خودتان را در وضعیتی تجسم کنید که در حال تجربه کردن وضعیت یا نشانه‌های وحشت‌آفرین هستید. مواجههٔ تجسمی نه‌تنها کنترل‌شده و کم‌هزینه است، بلکه اجازه می‌دهد مهارت‌های مدیریت وحشت‌زدگی را به صورت تجسمی به راحتی برنامه‌ریزی و تمرین کنید تا آمادهٔ مواجههٔ زنده شوید. دوم اینکه می‌توانید خودتان را در همین دفتر، با برخی نشانه‌های وحشت‌آفرین مواجه کنید. سپس راهی پیدا می‌کنیم تا حس‌های بدنی خاصی را القا کنیم که به هشدار غلط علامت می‌دهد. و سرانجام خودتان را با وضعیت‌های واقعی در زندگی روزمره مواجه کنید. کار امروزمان را با تجسم‌آموزی و تهیهٔ سلسله‌مراتب شروع می‌کنیم.

منبع: درمان روان‌شناختی وحشت‌زدگی (صص ۱۵۶ـ۱۵۵) نوشتهٔ دی. اچ. بارلو و جی. ای. کرنی.

یکی دیگر از مثال‌های درمان مواجهه‌بنیاد دارای پشتوانهٔ تجربی را در کادر ۳ـ۱۴، با عنوان ***مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ*** برای اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی مرور کرده‌ایم. مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ، موفق‌ترین درمان برای اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی است (املکمپ، ۲۰۰۴؛ روسا ـ الکزار و دیگران، ۲۰۰۸).

کادر ۳ ـ ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: رفتاردرمانی اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی. مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ

اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی (OCD) از اختلالات محور یک است و مشخصهٔ آن افکار، تکانه‌ها یا تصورات (وسواس‌های) مزاحم تکرارشونده‌ای است که اضطراب و ناراحتی زیادی ایجاد می‌کند. رفتار تکرارشونده یا اعمال ذهنی مناسک‌گون، با هدف خنثی کردن وسواس‌ها یا پیشگیری از اضطراب و یا کم کردن آن صورت می‌گیرد (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰). نتایج تحقیقات در چند دههٔ گذشته نشان می‌دهد شکل خاصی از رفتاردرمانی، به نام مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ، می‌تواند درمان موثری برای نشانه‌های اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی باشد (املکمپ، ۲۰۰۴).

همان‌طور که فوآ (۱۹۹۶) گفته است، مبنای این درمان آن است که وسواس‌های فکری، اضطراب و ناراحتی زیادی ایجاد و اجبارهای عملی، این اضطراب را کم می‌کند. همچنین، اجبارهای عملی، اضطراب را موقتاً کم می‌کند ولی اضطراب وسواسی ادامه می‌یابد چون خوگیری اتفاق نمی‌افتد. رفتار اجبارگون هم ادامه می‌یابد؛ چون کاهش اضطراب، آن را تقویت می‌کند. هدف مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ این است که این الگو با (الف) مواجههٔ بیمار با وضعیت‌هایی که به ناراحتی وسواسی منتهی می‌شود و (ب) پیشگیری از رو آوردن بیمار به رفتارهای اجبارگونی که هنگام ناراحتی انجام می‌دهد، قطع شود. به این ترتیب و در حالت آرمانی، (الف) خوگیری با افکار، تصورات یا تکانه‌های وسواسی رخ می‌دهد (و بنابراین، میزان اضطراب تولیدشده توسط آنها کم می‌شود) و (ب) رفتارهای اجبارگون دیگر تقویت نمی‌شود؛ چون از آنها پیشگیری می‌شود.

فوآ (۱۹۹۶) مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ اختلال وسواس فکری-اجبار عملی را چنین مرور می‌کند:

۱. در مدت سه هفته، پانزده جلسه مواجههٔ دوساعتی برگزار می‌شود.
۲. بیماران در این پانزده جلسه، با وضعیت‌ها یا اشیایی «مواجه» می‌شوند که ظاهراً ماشهٔ وسواس فکری را می‌چکاند. برای مثال، بیماری که وسواس میکروب و آلودگی دارد باید کاغذ روزنامه را به دست‌ها و صورتش بمالد.
۳. علاوه بر این، از بیماران می‌خواهند پیامدهای هولناک انجام ندادن رفتار اجبارگون را تجسم کند. به این ترتیب، بیماران می‌توانند بدون ترس زیاد، به این «فاجعه‌ها» فکر کنند.
۴. تکلیف منزل داده می‌شود و در این تکلیف‌ها، مواجهه‌ها تکرار می‌شود.
۵. همزمان با مواجهه، درمانگر اطمینان حاصل می‌کند که اجبارهای عملی مناسک‌گون که به دنبال ترس وسواسی پیش می‌آیند، دیگر تکرار نمی‌شود. برای مثال درمانگر به بیماری که وسواس میکروب و آلودگی دارد و یکسره دست‌هایش را می‌شوید و دوش می‌گیرد، اجازه نمی‌دهد این رفتارها را انجام دهد. بعداً شستن «عادی» دست‌ها و دوش گرفتن عادی را به او یاد می‌دهد.
۶. سرانجام اینکه مرحلهٔ نگهداری درمان رخ می‌دهد که عبارت است از حدوداً ده دیدار حضوری در دفتر یا تلفنی با هدف تشویق بیمار و تقویت فواید درمان.

تمرین رفتاری

فنون مختلفی ذیل این عنوان کلی قرار می‌گیرد که هدفشان گسترش خزانهٔ رفتاری بیمار در زمینهٔ کنار آمدن است. بی‌شک، ***تمرین رفتاری***، مفهوم جدیدی نیست؛ صورت‌های مختلف تمرین رفتاری از سال‌ها پیش اجرا می‌شده است. برای مثال، مورنو (۱۹۴۷) نمایشی روانی را ابداع کرد که نوعی نقش بازی کردن است و به بیماران در حل مشکلاتشان کمک می‌کند. کِلی (۱۹۵۵) هم درمان از طریق نقش ثابت را ابداع کرد. اما جا دارد خاطرنشان کنیم که هدف این نوع نقش بازی کردن‌ها یا تمرین‌های رفتاری، رفتاری نبوده است. هدف مورنو از نقش بازی کردن، تخلیهٔ درمان‌بخش هیجاناتی بود که علت مشکلات بیماران محسوب می‌شدند. نقش بازی کردن هم برای کلی روشی جهت تغییر دادن ساختار شناختی بیمار بود. دوباره گوشزد می‌کنیم که فنونِ درمانی، مِلْکِ طِلْقِ یک چهارچوب نظری خاص نیست. گاهی اوقات نظریه‌پردازان مختلف از یک فن برای دو هدف متفاوت استفاده می‌کنند.

فن . طبق نظر گولدفرید و دیویسون (۱۹۹۴) تمرین رفتاری چهار مرحله دارد. مرحلهٔ اول شامل آماده‌سازی بیمار از طریق توضیح دادن لزوم فراگیری رفتارهای جدید، قبولاندن تمرین رفتاری به بیمار، به عنوان روشی مفید و کاهش هرگونه اضطراب مقدماتی دربارهٔ نقش بازی کردن در آینده است. مرحلهٔ دوم، شامل انتخاب وضعیت‌های هدف است. در این مرحله، بسیاری از درمانگران، سلسله‌مراتب نقش بازی کردن یا وضعیت‌های تمرینی را تهیه می‌کنند. این سلسله‌مراتب باید با وضعیتی که بیمار در آن مشکل دارد، رابطهٔ مستقیم داشته باشد. سلسله‌مراتب سادهٔ وضعیت‌های هدف (که بر مبنای پیچیده‌تر شدن مهارت‌های رفتاری مورد نیاز تهیه می‌شود) به شرح زیر است:

۱. از مُنشی دربارهٔ کلاس، اطلاعات می‌خواهید.
۲. از یکی از دانشجویان حاضر در کلاس دربارهٔ تکلیف هفته قبل می‌پرسید.
۳. پس از کلاس، از سخنران دربارهٔ سخنرانی‌اش سوالی می‌پرسید.
۴. به دفتر سخنران می‌روید و دربارهٔ موضوع خاصی با او گفت‌وگو می‌کنید.
۵. با دانشجویی که می‌دانید با نظرتان مخالف است، بحث کوچکی راه می‌اندازید.

مرحلهٔ سوم، تمرین رفتاری عملی است. بیمار که در حال طی کردن مراحل سلسله‌مراتب است، نقش‌های مقتضی را بازی می‌کند و درمانگر دربارهٔ مناسب بودن عملکرد بیمار برای او مربیگری می‌کند و به او بازخورد می‌دهد. گاهی اوقات نیز به عنوان ابزار کمکی از دوربین فیلمبرداری استفاده می‌شود. در پاره‌ای موارد هم، درمانگر (یا دستیار درمانگر) نقش مقابل بیمار را بازی و تبادل نقش می‌کند تا الگوی مناسبی شود. وقتی بیماران در وضعیت هدف تبحر پیدا می‌کنند، مرحلهٔ بعدی سلسله‌مراتب را شروع می‌کنند.

مرحلهٔ نهایی، استفاده عملی بیمار از مهارت‌های جدیدش در زندگی واقعی است. پس از این نوع تجربه‌های زنده، بیمار و درمانگر دربارهٔ عملکرد و احساس بیمار راجع به تجاربش، بحث و تبادل نظر می‌کنند. از برخی بیماران می‌خواهند وضعیت‌هایی را که در آنها قرار دارند، و نیز رفتار خود و پیامدهای آن را بنویسند.

جرئت‌آموزی . یکی از کاربردهای تمرین رفتاری، ***جرئت‌آموزی*** است. ولپ پاسخ‌های جرئت‌مندانه را نمونه‌ای از طرز کار بازداری متقابل می‌دانست؛ یعنی نمی‌توان جرئت‌مندانه رفتار کرد و همزمان منفعل بود. وضعیت‌هایی که زمانی اضطراب‌آور بوده، دیگر اضطراب‌آور نخواهد بود؛ چون رفتار جرئت‌مندانه مانع اضطراب است.

جرئت‌آموزی در آغاز برای درمان کسانی طراحی شد که اضطرابشان از کنار آمدن توام با ترس، نشئت می‌گرفت (ولپ، ۱۹۵۸؛ ولپ و لازاروس، ۱۹۶۶). برای کسانی که می‌خواهند بر انفعال مخرب خود غلبه کنند هم برنامه‌های جرئت‌آموزی تهیه شده است. اما از جرئت‌آموزی در درمان مشکلات جنسی، افسردگی و اختلافات زناشویی استفاده شده است. شایان ذکر است که نجواهای درونی شناختی (مثل «داشتم فکر می‌کردم که کاملاً آزادم که نه بگویم») می‌تواند تاثیرات جرئت‌آموزی را افزایش دهد. در واقع روش‌های زیادی برای جرئت‌آموزی ابداع شده است که تمرین رفتاری شاید بارزترین آنها باشد.

جرئت نداشتن ممکن است منشأهای مختلفی داشته باشد. گاهی اوقات منشأ آن صرفاً بی‌اطلاعی است که در این صورت، درمان عمدتاً حول اطلاع‌رسانی می‌چرخد. در برخی موارد هم یک نوع اضطراب انتظار نمی‌گذارد شخص، جرئت‌مندانه رفتار کند. در این موارد، او با حساسیت‌زدایی درمان می‌شود. اما برخی افراد هم در مورد جرئت‌مند شدن، انتظارات غیرواقع‌بینانه (منفی) دارند. برخی از روان‌شناسان بالینی از طریق تفسیر یا فنون عقلانی ـ هیجانی به این‌گونه انتظارات رسیدگی می‌کنند. فنون مشابهی هم روی بیمارانی اجرا می‌شود که احساس می‌کنند جرئت به خرج دادن غلط است. سرانجام اینکه برخی بیماران بر اثر کمبودهای رفتاری، بی‌جرئت هستند، یعنی نمی‌دانند چطور جرئت‌مندانه رفتار کنند. روی این بیماران، تمرین رفتاری و الگوبرداری و روش‌های مربوطه اجرا می‌شود.

در جرئت‌آموزی به مردم یاد نمی‌دهیم پرخاشگر شوند، بلکه به آنها یاد می‌دهیم احساسشان را بیان کنند، بی‌آنکه حقوق دیگران را ضایع کنند (ولپ و لازاروس، ۱۹۶۶). تماشاچی بازی بسکتبال را در نظر بگیرید که بر اثر بالا و پایین پریدن نفر جلویی نمی‌تواند بازی را ببیند. اگر در واکنش به این رفتار بگوید «اگر یک جا ننشینی، می‌نشانمت» پرخاشگرانه رفتار کرده ولی اگر بگوید «ممکن است بنشینید؛ من هیچی نمی‌بینیم» آنگاه جرئت‌مندانه رفتار کرده است. در حقیقت، جرئت‌آموزی به اشخاص پرخاشگر یاد می‌دهد نیازهایشان را آرام‌تر و موثرتر برطرف کنند.

مدیریت وابستگی

به فنون اسکینری یا کنشگر، روش‌های ***مدیریت وابستگی*** می‌گویند. هدف مشترک این روش‌ها، کنترل رفتار از طریق دستکاری پیامدها است. از آنجا که بسیاری از پدر و مادرها، فرزندان خود را برای روان‌درمانگری می‌آورند، به‌ویژه به دلیل «کنش‌نمایی» یا «نافرمانی»، در خصوص کودکان و نوجوانان عمدتاً از فنون مدیریت وابستگی استفاده می‌شود.

فنون . مدیریت وابستگی به شکل‌های مختلفی اجرا می‌شود که موارد زیر، برخی از آنها است:

۱. ***شکل‌دهی*** : رفتار مطلوب از طریق پاداش دادن هر رفتاری که تقریباً به رفتار مطلوب نزدیک است، پرورش می‌یابد. این تقویت گزینشی رفتارهای نزدیک‌تر و نزدیک‌تر به رفتار مطلوب، آن‌قدر ادامه می‌یابد تا رفتار نهایی شکل گیرد. گاهی اوقات به این فن، ***تقریب متوالی*** می‌گویند.

۲. ***محروم کردن***: با خارج کردن موقتی شخص از وضعیتی که در آن، رفتار نامطلوب تقویت می‌شود، رفتار نامطلوب خاموش خواهد شد. کودکی که مُخل کلاس است از کلاس اخراج می‌شود تا توجه دیگران، اخلالگری او را تقویت نکند.

۳. ***قرارداد وابستگی*** : توافق یا قراردادی رسمی بین درمانگر و بیمار عقد می‌شود و در آن پیامدهای برخی رفتارهای خاص طرفین مشخص می‌شود.

۴. «*قاعدهٔ مامان بزرگ*»: ایدهٔ اصلی همان است که مادربزرگ‌ها می‌گویند: «اول کار، بعد بازی!». یعنی فعالیت مورد نظر از طریق امکان انجام رفتار جذاب‌تر، تقویت می‌شود. برای مثال، به‌کودک اجازه می‌دهند بعد از انجام تکالیفش، بازی کند. به این روش، *اصل پریماک* هم می‌گویند (پریماک[1]، ۱۹۵۹).

اقتصادهای ژتونی. از رویکرد کنشگر عمدتاً پدر و مادرهایی استفاده می‌کنند که می‌خواهند به فرزندشان رفتار مناسب را یاد دهند. اما این فنون روی بزرگسالان و جوانانی هم اجرا می‌شود که در مراکز مراقبت و نگهداری ساکن هستند (برای مثال روی عقب‌ماندگان ذهنی یا کسانی که بیماری روانی مزمن دارند) (کزدین، ۱۹۷۷؛ لیبرمن، ۱۹۷۲؛ اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). این‌گونه برنامه‌ها، موسسات مورد نظر را برای زندگی، مناسب‌تر می‌کنند و فواید درمانی آنها را افزایش می‌دهند.

در اقتصاد ژتونی، باید سه نکتهٔ مهم را رعایت کنیم (کراسنر، ۱۹۷۱). نخست، مشخص کردن دقیق رفتارهای مطلوبی که می‌خواهیم تقویت شوند. دوم، تعریف دقیق و روشن تقویت‌کننده‌ها (یا میانجی مبادله ـ مثل ژتون‌های رنگی، کارت یا سکه). سوم، مشخص کردن تقویت‌کننده‌های پشتیبان. تقویت‌کننده‌های پشتیبان می‌توانند پاره‌ای امتیازات یا چیزهایی باشد که بیمار آنها را دوست دارد. برای مثال، دو ژتون که هر یک ۱۰ امتیازی است را می‌توان با یک ساعت بیشتر تلویزیون دیدن معاوضه کرد یا یک ژتون ۵ امتیازی را با یک تکه شکلات عوض کرد. لازم نیست یادآوری کنیم که اقتصاد ژتونی به یک نظام دقیق ثبت و یک بزرگسال ناظر نیاز دارد که خیلی دقیق مشاهده کند و اهمیت برنامه را درک کند.

از اقتصادهای ژتونی برای ترویج رفتار مطلوب از طریق کنترل تقویت‌ها استفاده می‌شود. صرف‌نظر از آنکه رفتار مطلوب، نظم و انضباط بیشتر است یا مشارکت اجتماعیِ بیشتر یا بهبود عملکرد شغلی یا احتمال وقوع چیزی، این عمل از طریق اعطای ژتون‌هایی با ارزش‌های متفاوت، اجرایی است. اما اصولاً چرا از ژتون استفاده کنیم؟ چرا رفتار مرتب کردن رختخواب آدم‌ها را مستقیماً تقویت نکنیم؟ دلیلش این است که اگر تقویت بلافاصله پس از وقوع رفتار انجام گیرد، تاثیرش بیشتر می‌شود. اگر پاداش حضور در سینما ۱۰ ساعت بعد از آن داده شود که بیمار اتاقش را مرتب کرده است، احتمالاً به اندازهٔ دریافت فوری ژتون موثر نخواهد بود. ژتون، علامت پاداش است و اثربخشی پشتوانهٔ خود را با که با آن قابل معاوضه است، بالا می‌برد. البته پاداش‌ها باید از نظر رشدی برای کودکان بامعنا باشد و نباید آن‌قدر با فاصله داده شود که کودک به رابطهٔ رفتارش با آنچه به دست آورده است، پی نبرد.

بیزاری‌درمانی

یکی از بحث‌برانگیزترین درمان‌ها، بیزاری‌درمانی است. بیزاری‌درمانی عملاً درمان نیست، بلکه مجموعه‌ای از روش‌ها است که در مورد رفتارهای نامطلوب به کار می‌رود. مبنای این روش‌ها، اصل به‌ظاهر ساده‌ای است که می‌گوید وقتی پاسخ، پیامد ناخوشایندی (مثل تنبیه یا درد) داشته باشد، نیرومندی آن کم می‌شود. همان‌طور که ولپ (۱۹۷۳) می‌گوید، «بیزاری‌درمانی از نظر عملیاتی عبارت است از اجرای محرکی آزارنده برای بازداری یک پاسخ هیجانی ناخواسته و کاهش نیرومندی آن پاسخ از این طریق» (ص ۲۱۶). محرک ناخوشایند از نظر زمانی با رفتار نامطلوب، نزدیکی و مجاورت زمانی دارد. نظر بر این است که تداعی مداوم رفتار نامطلوب و محرک ناخوشایند آن‌قدر ادامه می‌یابد که شرطی‌سازی رخ می‌دهد.

ظاهر امر نشان می‌دهد که این فنون، تازه به خزانهٔ فنون علمی و بالینی افزوده شده است. اما با کمی تأمل می‌فهمیم که قرن‌ها است که اجرا شده‌اند؛ آن هم به صورت‌های غیرپیچیده‌ای مثل به پشت بچه زدن یا گفتن این جملات که «برو توی اتاقت» یا «امشب از تلویزیون خبری نیست». فنون جدید بیزاری‌درمانی، دست‌کم از دو نظر با این مثال‌ها فرق دارند. نخست آنکه عامل آزارنده به‌طور منظم [و حساب‌شده] ارائه می‌شود. مجاورت زمانی با دقت زیر نظر گرفته می‌شود. دوم اینکه تنبیه به‌طور مستمر به کار می‌رود. تنبیهات والدین معمولاً بسیار ناهماهنگ است. آنها گاهی اوقات رفتار نامطلوب

1. Premack

کودک را فوراً تنبیه می‌کنند ولی در بسیاری موارد، تنبیه کودک را فراموش می‌کنند یا حواسشان پرت می‌شود و یا خیلی خسته‌اند یا هر طور که دلشان بخواهد پاسخ می‌دهند. در نتیجه کودک یاد می‌گیرد که گاهی اوقات رفتارش را نادیده می‌گیرند و بنابراین، خاموشی رخ نمی‌دهد. این فنون به عنوان فنون بالینی رسمی، در بیشتر موارد به بیماران کمک کرده است بر قوهٔ خودگردانی و کنترل خود بیفزایند. بیماران با این فنون توانسته‌اند با مشکلاتی همچون چاقی، سیگار کشیدن، اعتیاد به الکل و انحرافات جنسی کنار بیایند.

عوامل آزارنده . تحریک الکتریکی و داروها، دو مورد از پرمصرف‌ترین عوامل آزارنده بوده است. برای مثال، تا سال‌ها از داروهای تهوع‌آور قوّی استفاده می‌شد (برای نمونه مراجعه کنید به وگتلین و لمر[1]، ۱۹۴۲)، به‌ویژه در درمان اعتیاد به الکل. به بیمار دارویی داده می‌شود که در او حالت تهوع یا استفراغ ایجاد می‌کند و سپس مشروب می‌خورد (یا دارو با مشروب ترکیب می‌شود). دیری نمی‌گذرد که حال بیمار بد می‌شود. ترکیب کردن الکل و مادهٔ تهوع‌آور بین یک هفته تا ده روز ادامه می‌یابد تا اینکه سرانجام بیمار حتی با دیدن مشروب هم دچار حالت تهوع و حالش بد می‌شود.

ولز (۱۹۷۳) به عوامل آزارندهٔ دیگری مثل حبس‌نَفَس، کشیدن سیگار کهنه، محلول‌های بدبوی آسافتیدا (asafetida)، نور شدید، صدای گوشخراش و شرم اشاره می‌کند. بدیهی است که به اندازهٔ قوهٔ تخیل درمانگران می‌توان عامل آزارنده پیدا کرد.

حساسیت‌زایی ناآشکار . کاتلا[2] (۱۹۶۷) روش‌هایی تحت عنوان ***حساسیت‌زایی ناآشکار*** ابداع کرد که عمدتاً بر تجسم استوار است تا استفادهٔ عملی از تنبیه، دارو یا تحریک. در حساسیت‌زایی ناآشکار از بیماران می‌خواهند خود را در حال انجام رفتاری تصور کنند که دوست دارند آن را انجام ندهند. وقتی رفتار نامطلوب را به خوبی تجسم کردند، باید چیزهای بسیار آزاردهنده‌ای را تجسم کنند. نیازی به نام بردن برخی از این چیزها نیست. شاید بیان یک نمونه از درمان پرخوری کافی باشد: «همین‌طور که چنگال را می‌گیری و غذا را با آن وارد دهانت می‌کنی، تکه‌های غذا را حس می‌کنی که از گلویت بالا می‌زنند. در آستانهٔ بالا آوردن هستی» (کاتلا، ۱۹۶۷، ص ۴۶۲). توصیفات دیگر، تصویری‌تر می‌شود.

فنون دیگر . دیگر فنون رفتاردرمانی، اگرچه از لحاظ فنی نوعی بیزاری‌درمانی یا تنبیه محسوب می‌شود، ولی به شدت این نوع عوامل آزارنده، یا حساسیت‌زایی ناآشکار نیست. برای مثال، **جریمه** یکی از این فنون است که طی آن، تقویت‌کننده‌های مثبت (مثل ژتون‌ها در اقتصاد ژتونی) پس از صدور پاسخ نامطلوب (مثل قشقرق راه انداختن) حذف می‌شود (اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). نمونهٔ دیگر، فن «***تصحیح مفرط***» است که در آن از بیمار یا مراجع می‌خواهند پیامدهای فلان عمل را تصحیح مفرط کند تا احتمال تکرار آن کم شود (اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). برای نمونه از نوجوانی که با ماژیک روی دیوار اتاق خواب می‌نویسد «بابا، گور بابات»، می‌خواهند همهٔ دیوارهای اتاق خواب را رنگ کند.

افکار دوم . رفتارگراهای صاحب‌نام (مثل اسکینر)، تاثیرگذاری تنبیه را از لحاظ نفوذ در رفتار و کنترل آن زیر سوال برده‌اند و بسیاری از روان‌شناسان بالینی بر استفاده از روش‌های ایجاد بیزاری در رفتاردرمانی تاکید نمی‌کنند. برای مثال، لازاروس (۱۹۷۱a) می‌گوید ساختن خزانهٔ پاسخ‌های بهتر و کاهش اضطراب، بهتر از فنون بیزاری است. موثرتر آن است که یادگارپرستی جنسی را از طریق کاهش ترس بیمار از پاسخ‌های دگرجنس‌خواهانه و آن هم از طریق تمرین رفتاری برطرف کنیم تا از طریق تنبیه کردن او هر بار که مثلاً کفش زنانه را تجسم می‌کند.

بسیاری از منتقدان درون و بیرون جنبشِ رفتاردرمانی، بیزاری‌درمانی را به شدت نقد کرده‌اند. تمرکز بر تنبیه و استفاده از چیزی که گاهی اوقات محرک هولناکی است، در مجموع، در شأن انسان نیست. صرف‌نظر از اینکه بیماران داوطلبانه خواهان درمان شده‌اند یا نه، مشمول این نکته‌اند. فنونی مثل ایجاد حالت تهوع، استفاده از داروهای شبیه کورار (Curare) که باعث

1. Voegtlin and Lemere
2. Cautela

می‌شوند بیمار احساس خفگی کند یا استنشاق دود سیگار کهنه از بینی، بیشتر شبیه شکنجه است تا درمان.

اما عده‌ای همچنان اعتقاد دارند اگر از بیزاری‌درمانی به دقت استفاده شود، مفید خواهد بود. فنون بیزاری‌درمانی وقتی اجرا می‌شوند که فنون دیگر جواب نداده‌اند. همچنین، بیماران را به زور و با داد و فریاد تحت این درمان قرار نمی‌دهند. روش‌های ایجاد بیزاری معمولاً روی کسانی اجرا می‌شود که مشکلات طاقت‌فرسا و توانکاهی دارند (مثل اعتیاد به الکل، افراط در مصرف سیگار یا انحرافات جنسی) و ناامیدند چون هیچ روش دیگری روی آنها جواب نداده است. اسپیگلر و گورمونت (۲۰۰۱) یادآوری می‌کنند که هنگام بررسی جنبه‌های اخلاقی بیزاری‌درمانی، چند نکتهٔ دیگر را هم در نظر داشته باشیم: مدت ارائه محرک آزارنده نسبتاً کم است و تاثیر بلندمدتی ندارد؛ و (ب) مراجعان مجبور نیستند به این درمان تن بدهند و حق انتخاب دارند. افراد به بیزاری‌درمانی‌هایی تن می‌دهند که کمتر از درمان‌های دیگر شیطانی است. برای نمونه، برخی آدم‌ها سالی یک بار توسط یک دندانپزشک دوست و مهربان، تحت «شکنجهٔ» هولناکی قرار می‌گیرند.

درمان شناختی ـ رفتاری

پیشینه

دیدگاه شناختی بر نقش تفکر در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات بالینی تاکید می‌ورزد. **شناخت‌درمانی** دنبال اصلاح یا تغییر آن دسته از الگوهای فکری است که در ایجاد مشکلات بیماران نقش دارد. فنون شناخت‌درمانی، پشتوانهٔ تجربی زیادی دارد (هولون و بک، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ اسمیت، گلاس و میلر، ۱۹۸۰؛ تولین[1]، ۲۰۱۰) و در ترکیب با رویکردهای رفتاری (یعنی درمان شناختی ـ رفتاری)، اثربخش‌ترین مداخلات روان‌شناختی هستند. برای مثال، درمان‌های شناختی ـ رفتاری بر جدیدترین فهرست درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی سایه افکنده‌اند (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ چورپیتا و دیگران، ۲۰۱۱) و شواهد نشان می‌دهد این درمان‌ها با دیگر درمان‌های روان‌شناختی یا روانی‌دارویی بزرگسالان (دی رابیس و کریتس ـ کریستوف، ۱۹۹۸؛ تولین، ۲۰۱۰) و کودکان و نوجوانان (چورپیتا و دیگران، ۲۰۱۱؛ کزدین و وایس، ۱۹۹۸) برابرند یا از آنها برترند. کارآزمایی‌های بالینی، در مقیاس بسیار بزرگ در زمینهٔ بررسی تاثیرات روان‌درمانگری یا دارودرمانگری هم نشان داده ترکیب این دو رویکرد، بیش از اجرای انفرادی هر یک از آنها، به کاهش معنادار نشانه منتهی می‌شود (برای مثال، رود و دیگران، ۲۰۰۸).

به‌سوی درمان شناختی ـ رفتاری. ماهونی (۱۹۷۷a) در تأمل در باب روندهای شناختی که تقریباً از چهار دهه قبل رو شده است؛ می‌گوید:

> به‌رغم تاریخ طولانیِ رقابتِ شدید روان‌شناسان شناختی و رفتارگراها، این دو ظاهراً به آرامی و محتاطانه در یک بستر نظری می‌خزند. البته لاس زدن تکان‌دهندهٔ این دو، بی‌مخالف هم نیست. عده‌ای از رفتارگراها، این هم‌بستری را ظاهراً معاشقهٔ نرم با ذهن‌گرایی می‌دانند و امیدوارند دورانش سپری شود. به همین سیاق، روان‌شناسان شناختی هم به دیدهٔ ظن و تردید به این ادغام نگاه می‌کنند.

هرچند قبل از دههٔ ۱۹۷۰، شماری از درمان‌های مؤثرِ مبتنی بر اصول یادگیری رفتاری سنتی ابداع شده بودند، ولی از اوایل دههٔ ۱۹۷۰ به بعد روشن شد که برخی از مشکلات بالینی رایج (مثل افسردگی) را نمی‌توانیم به راحتی با درمان‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک یا کنشگر برطرف کنیم. به تعبیری، تلفیق فعلی روش‌های رفتاری و شناختی ناشی از محدودیت‌های دو رویکرد روانپویشی و رفتارگرایی افراطی بود. این تلفیق همچنین بر اثر آن دسته از مدل‌های نظری تسهیل شد که متغیرهای شناختی را با سختگیری علمی و آزمایشی که مایهٔ مباهات رفتارگراها بود، تلفیق کردند.

نقش نظریهٔ یادگیری اجتماعی. نظریهٔ یادگیری اجتماعی راتر (راتر، ۱۹۵۴؛ راتر، چنس و فیرس، ۱۹۷۲) به‌طور اخص شکاف بین درمانگری بالینیِ روانپویشیِ سنتی و نظریهٔ یادگیری را پر کرد. نظریهٔ یادگیری اجتماعی، نظریه‌ای بود که رفتار را محصول

1. Tolin

مشترک تقویت و انتظارات می‌دانست. مردم به این دلیل فلان رفتار را انتخاب می‌کنند که انتظار دارند رفتار انتخاب‌شده به هدف یا نتیجهٔ ارزشمندی منتهی شود.

نظریهٔ یادگیری اجتماعی دست‌کم دو اثر بر سیر تحول رفتاردرمانی گذاشت. نخست اینکه روان‌شناسان بالینی [زیادی] (و همچنین افراد ذی‌نفوذ دیگری) را تربیت کرد که آماده بودند فنون رفتاری جدیدتری را بپذیرند و به دیدگاهی نظری مجهز بودند که شناختی‌تر شدن این فنون را تسهیل می‌کرد. دوم، نظریه‌ای که شناختی و انگیزشی باشد می‌توانست روش‌های درمانی روانپویشی قدیمی‌تر را با رویکردهای رفتاری و شناختی جدیدتر تلفیق کند. پس نظریهٔ یادگیری اجتماعی، به صرف حضورش، راه را برای هم‌جوشی رویکردهایی تسهیل کرد که هنوز هم در حال پیشرفت‌اند. ملاحظات زیر از راتر (۱۹۷۰) را برای ارزیابی اهمیت نظریهٔ یادگیری اجتماعی در اجرای روان‌درمانگری سنتی و رفتاردرمانگری در نظر بگیرید:

۱. روان‌درمانگری [در واقع] نوعی یادگیری است و نقشِ درمانگر، توانا کردن بیمار است تا به تغییرات برنامه‌ریزی‌شده در رفتار مشهود و تفکرش برسد.
۲. چهارچوب حل مسئله، شیوهٔ مفیدی برای نگریستن به مشکلات بیشتر بیماران است.
۳. نقش درمانگر در اغلب موارد، هدایت فرایند جفت و جور کردن است طوری که نه‌تنها رفتارها و نگرش‌های نامناسب تضعیف شود، بلکه رفتارهای رضایت‌بخش‌تر و سازنده‌تر آموخته شود.
۴. در اغلب موارد باید انتظارات غیرواقع‌بینانه را تغییر دهیم؛ برای این کار باید بدانیم فلان رفتارها و انتظارات چطور پدید آمده‌اند و بیماران چطور تجربهٔ قبلی خود را نادرست به‌کار برده و تعمیم افراطی داده‌اند.
۵. بیمار در درمان باید یاد بگیرد دل‌نگران احساسات، انتظارات، انگیزه‌ها و نیازهای دیگران باشد.
۶. انتظارات جدید یا متفاوت در زندگی واقعی می‌توانند از انتظارات جدید و متفاوتی که فقط در درمان شکل می‌گیرد، بسیار موثرتر باشد.
۷. درمان در مجموع نوعی تعامل اجتماعی است.

عامل مهم دیگری که شناختی شدن رفتاردرمانگری را تسهیل کرد، کارهای بندورا (۱۹۶۹) بود. بندورا اهمیت یادگیری نیابتی و نقش میانجی‌های شناختی در عاطفه و عملکرد را نشان داد. تاکید بندورا (۱۹۷۷a) بر شیوه‌های افزایش حس خودتاثیرگذاری بیمار توسط روش‌های مختلف درمانی، گام دیگری برای اتحاد دو حیطهٔ رفتاری و شناختی است. بندورا در الگوی پیشنهادیش می‌گوید انتظار خودتاثیرگذاری از دستاوردهای عملی بیمار، اقناع کلامی، تجربهٔ نیابتی و حالات فیزیولوژیایی نشئت می‌گیرد. صورت‌های مختلف درمان، بیماران را به‌ویژه به سوی افزایش باورمندی به خودتاثیرگذاری خویش سوق می‌دهد.

نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی از قبیل راتر، بندورا و دیگران، بر این نظر تاکید کردند که یادگیری، فرایندی فعالانه است نه منفعلانه؛ یعنی خصوصیات شخصیتی و فرایندهای شناختی زیادی بر رفتار تاثیر می‌گذارد که گاهی به محرک‌ها، وضعیت‌ها یا تقویت‌کننده‌ها وابسته است. بنابراین، تلاش‌هایی صورت گرفت تا تحقیقات بهتری دربارهٔ این عوامل موثر «جدید» بر رفتار انجام شود و درمان‌هایی ابداع شد که روی این عوامل میانجی، شناختی و شخصیتی متمرکز بودند. در این قسمت، شماری از رویکردهای درمانیِ شناختی ـ رفتاری را توضیح می‌دهیم.

الگوبرداری

بندورا (۱۹۷۱، ۱۹۶۹) حامی استفاده از *الگوبرداری* یا یادگیری مشاهده‌ای در تغییر الگوهای رفتاریِ خصوصاً کودکان بود. تقلید، الگوبرداری یا مشاهده، بیش از اتکای صرف بر تنبیه پاسخ‌های نادرست و پاداش دادن به پاسخ‌های درست، در یادگیری، اثربخش است. با مشاهدهٔ یک نفر دیگر بهتر می‌توانیم مهارت یا مجموعه‌ای از رفتارهای جدید را یاد بگیریم. اینکه ببینیم دیگران رفتاری را انجام می‌دهند همچنین می‌تواند به حذف ترس‌ها و اضطراب‌های متداعی با آن رفتار کمک کرده یا آنها را کم کند. سرانجام اینکه از طریق مشاهده می‌توانیم استفاده از رفتارهایی را یاد بگیریم که بخشی از خزانهٔ رفتاری ما هستند.

کادر ۴ ـ ۱۴: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: جان گوئری

جان دی. گوئری[1] در حال گذراندن دورهٔ انترنی فوق دکترای روان‌شناسی بالینی در مرکز پزشکی مانتفیور در برانکس نیویورک است. گوئری مدرک کارشناسی خود را از دانشگاه وسلین و مدرک کارشناسی ارشد خود را از دانشگاه کارولینای شمالی در چپل‌هیل گرفت و در حال حاضر دانشجوی دکترای دانشگاه کارولینای شمالی است. علایق تحقیقاتی او عبارت است از: خودکشی نوجوانان و جرح خودهای غیرنوجوانان، افسردگی و نقش‌های تبادلی شناخت‌ها و فیزیولوژی روانی در این مشکلات. جان امیدوار است پس از اخذ مدرکش، ترکیبی از تحقیق، کار بالینی و تدریس در مرکز پزشکی را ادامه دهد.

جان بینش‌های زیر را درباره تجربه‌اش در زمینهٔ تحصیلات تکمیلی با ما در میان گذاشت.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدی؟

در کل، همهٔ ما دانشجوی مادام‌العمر روان‌شناسی هستیم. با این تعبیر، سخت است که ریشه علاقه‌مندیم را به یک لحظه یا تجربه‌ای خاص نسبت دهم. من در دورهٔ رسمی تحصیلات کارشناسی، در تجربه‌های بالینی خودم با جمعیت‌های بالینی، در دوران دستیاری تحقیقم و در دورهٔ فوق‌دکترا و غیره، همیشه تحت تاثیر فرد و بافت اجتماعی او بودم. به اعتقاد من، چالش‌انگیزترین چیز برای علم روان‌شناسی، تسکین ناراحتی انسان و ناکارایی‌های او از طریق کار بالینی شواهد بنیاد یا تحقیقات بالینی است.

در جایگاه دانشجوی کارشناسی، خودت را چطور برای تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی آماده کردی؟

راحت بگویم که مهم‌ترین و خوشایندترین تجربهٔ دوران کارشناسی من، کار داوطلبانه در یک آزمایشگاه تحقیقاتی بود. کار در این آزمایشگاه تحقیقاتی، فرصتی فراهم آورد تا از نزدیک درگیر جنبه‌های مختلف تحقیقات روان‌شناسی شوم که مکمل ضروری یک «کلاس» فشردهٔ عملی به حساب می‌آمد. در سال آخر دورهٔ کارشناسی مشتاق بودم طرز عملیاتی کردن سوالات تجربی خودم را یاد بگیرم؛ به همین دلیل، زیر نظر استاد مشاور کارشناسی خودم یک رسالهٔ افتخاری ارائه کردم. در همین طرح تحقیقاتی بود که رضایت خیلی زیادی از اجرا «و مالکیت» یک تحقیق مهم و پرمعنا پیدا کردم. من به کمک یک استاد تراز اول ولی بدون دخالت او، تمام مراحل تحقیق را گذراندم از جمله [تدوین] طرح تحقیق، اجرا و جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آماری نتایج و تهیهٔ دست‌نویس آن. این کار از نظر پرورش مهارت‌های لازم برای اجرای تحقیق اصلی من و تصمیم‌گیری آگاهانه برای تحصیلات تکمیلی، بسیار ارزشمند بود.

فرایند ارائه درخواست چطور بود؟

در اغلب موارد، بسیار شاق و طاقت‌فرسا بود ولی هیجان‌انگیز هم بود. وقتی گذشته را مرور می‌کنم می‌بینم فرایند در ارائه خواست در واقع مناسک «غبارآلود» تمام‌عیاری پیش از ورود به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی بود. چه متقاضی باشید، چه دانشجوی تحصیلات تکمیلی، به تعداد زیادی از مهارت‌های موازی اهمیت زیادی داده می‌شود؛ مانند سازماندهی بسیار دقیق و موشکافانه، مدیریت زمان کوتاه‌مدت و بلندمدت دقیق، اولویت‌بندی دائم، انجام همزمان چند تکلیف و داشتن مهارت مردم‌آمیزی. اما برای من، مهم‌ترین قسمت این فرایند، قسمتی شخصی‌تر بود؛ برای متمرکز کردن علایق تحقیقاتی خودم و تصمیم‌گیری دربارهٔ اینکه کدام رشته را در تحصیلات تکمیلی دنبال کنم، با افراد زیادی مشورت کردم.

فرایند مصاحبه چطور بود؟

به نظر من مصاحبه بهترین بخش فرایند در ارائه خواست بود. بسیار ترسناک بود که تعدادی داوطلب بسیار آماده در هر اتاق با اعضای هیئت علمی در تراز جهانی مشغول مصاحبه بودند، ولی در عین حال آرامش‌بخش بود که تمام این مصاحبه، در نهایت به یکی از پرونده‌ها در میان چندصد پروندهٔ موجود ختم می‌شد. این هم انسانی بود که با اساتید آیندهٔ خود، تعامل شخصی و حرفه‌ای داشته باشیم هم بسیار آگاهی‌بخش.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت‌ها و تجربه‌ها بیش از همه برای حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی آماده‌ات کرد؟

در مجموع، ارزشمندترین تجربه‌های من در دورهٔ کارشناسی و سال‌های پس از آن در دورهٔ تحصیلات تکمیلی، تجربه‌هایی بود که پیشینهٔ تحقیقات بالینی محکمی برای من فراهم کردند. پس از کالج، به دلیل علایقم و اینکه موقعیت من انواع مسئولیت‌ها را به من محول می‌کرد (مانند وارد کردن و تحلیل داده‌ها، آماده‌سازی دست‌نویس تحقیق، مدیریت آزمایشگاه، مکاتبه با هیئت مرورکنندگان موسسه و مواردی از این قبیل)، دستیاری تحقیق را با دقت انتخاب می‌کردم. در ضمن، فرصت کار دائم با جمعیت‌های بالینی در بافت تحقیق و محیط‌های درمانی، از لحاظ شخصی برای من خوشایند و از لحاظ رشد حرفه‌ای لازم بود.

1. John D. Guerry

نظر دیگری درباره درخواست دادن به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی داری؟

روی کاغذ و حضوری، خودتان را خالصانه معرفی کنید. از آنجا که متقاضیان برمبنای جور بودن کلی (یعنی بر اساس نظر یک استاد تحقیق خاص، یک سال خاص و یک برنامهٔ خاص و از این قبیل) گزینش می‌شوند، نمی‌توانید خود را یک متقاضی آرمانی جلوه دهید تا مقبول همه واقع شوید.

موارد قوت رویکردِ درمانِ شناختی ـ رفتاری نوجوانان را چه می‌دانی؟

آموزش‌های دوران کارشناسی من بیش از هر جهت‌گیری دیگری، تحت تاثیر جهت‌گیری شناختی ـ رفتاری بود، ولی از این نعمت بهره‌مند بودم که در چهارچوب‌های مکمل آن هم کار کنم؛ مثل چهارچوب روان‌پویشی. به عنوان کسی که اعتقاد راسخی به «دیدن مراجع همان‌طور که هست» دارد، همواره سعی می‌کنم آموزشی وسیع و یکپارچه ببینم تا ترجیحات و انتظارات مراجعان را بهتر بفهمم.

منظورم این است که بهترین توانایی من آن است که نقطهٔ شروع درمان برای من، همسویی با شواهد موجود در خصوص مشکل مورد نظر است. شواهد موجود دربارهٔ مشکلات کودکان و نوجوانان، در اغلب موارد ما را به سوی درمان شناختی ـ رفتاری رهنمون می‌کند. باید اعتراف کنم که بی‌شک جانبداری دارم چون درمان شناختی ـ رفتاری را دوست دارم، به‌ویژه هنگام کار با نوجوانان. از آنجا که بسیاری از نوجوانان با وساطت کسی می‌آیند (برای مثال می‌گویند «پدر و مادرم مجبورم کردند بیایم!») و به فرایند درمان به شدت شک دارند و از آن مضطرب می‌شوند، رویکرد شناختی ـ رفتاری برای رسیدگی به نگرانی‌های آنها و تسکین نگرانی‌های‌شان بسیار مناسب است. برای مثال، با تربیت روانی زودهنگام و مقتدرانه نوجوانان دربارهٔ مشکل خاص آنان و احتمال شواهدبنیاد رفع آن مشکل از طریق درمان، این سوال اساسی که «می‌توانید به من کمک کنید؟»، پاسخ مثبت می‌گیرد. خیلی طول می‌کشد تا اضطراب نوجوان کم شود و اعتماد و اتحاد برقرار شود. در عین حال، تاکید درمان شناختی ـ رفتاری بر شفافیت فرایند (برای مثال، تاکید آن بر تعیین دستور کار، ارائهٔ منطق برای فنون مبتنی بر اصول و غیره)، نه‌تنها به درمانگر و نوجوان، نقشهٔ راه درمان می‌دهد، بلکه راه را برای همکاری مستمر و متقابل این دو هموار می‌کند. درمان شناختی ـ رفتاری اصولاً فرض را بر این می‌گذارد که درمانگر و مراجع هر دو متخصص هستند؛ درمانگر، در درمان متخصص است و مراجع نوجوان، در چالش‌های زندگی و قوت‌هایش. من نمی‌توانم رویکردی درباره مراجعان پیدا کنم که بیش از رویکرد شناختی ـ رفتاری، مراجع و درمانگر را برابر بداند.



جان گوئری

شاید رایج‌ترین مورد مصرف الگوبرداری، استفاده از آن برای رفع ترس‌های غیرواقع‌بینانه باشد (بندورا، آدامز و بیر[1]، ۱۹۷۷؛ بندورا، جفری و رایت[2]، ۱۹۷۴). هراس‌ها (به‌ویژه مارهراسی)، موضوع اصلی نمایش فنون الگوبرداری و تحقیق دربارهٔ آنها بوده است. برای مثال، بیمار در الگوبرداری مشارکتی، درمانگر یا شخص الگو را مشاهده می‌کند که به مار دست می‌زند و اجازه می‌دهد مار روی بدنش بخزد و از این قبیل چیزها. سپس، بیمار در جریان مشارکت هدایت‌شده باید مجموعه‌ای از اعمال مشابه را انجام دهد که به تدریج اضطراب‌آورتر می‌شوند. مظهر این رویکرد کلی هم مطالعهٔ زنانِ بی‌ارگاسمی است که در یک برنامهٔ ۶ هفته‌ای استشها، درمان می‌شوند. مکمولن و روزِن[3] (۱۹۷۹)، فنون مورد استفاده در دو وضعیت درمانی متفاوت را در ادامه توضیح می‌دهند:

> ***روش الگوبرداری ویدیویی :*** چند ویدیوی ۲۰ دقیقه‌ای ویژهٔ مطالعه مورد نظر پخش می‌شود. در این ویدیوها یک هنرپیشهٔ زن که نقش الگوی کنار آمدن را بازی می‌کند، در نقش زن بی‌ارگاسمی ظاهر می‌شود که ظرف شش جلسه یاد می‌گیرد با تحریک کردن خود به ارگاسم برسد، و سپس، این توانایی را به مقاربت با همسرش منتقل کند. محتوای فیلم‌ها عبارت است از: معاینهٔ بدن و ور رفتن با آن، خودتحریکی و در نهایت نمایش آشکار به ارگاسم رسیدن با همسر.

1. Bandura, Adams and Beyer
2. Jeffrey and Wright
3. McMullen and Rosen

دستورالعمل‌های کتبی . متن فیلم‌های ویدیویی به صورت کتابچه‌هایی در می‌آید که پیش‌آزمون‌ها نشان داده‌اند محتوای‌شان معادل فیلم‌های ویدیویی است. همان روش با آنها اجرا می‌شود و از آزمودنی‌ها می‌خواهند در قالب یک برنامهٔ شش هفته‌ای، هفته‌ای یک جلسه برای خواندن کتابچهٔ مربوطه بیایند. آنها کتابچه‌ها را به‌طور خصوصی هم می‌خوانند و تقریباً همان‌قدر روی آنها وقت می‌گذارند که در درمانگاه روی آنها وقت می‌گذارند. (ص ۹۱۴)

همان‌طور که تورپ و اولسن (۱۹۹۷) گفته‌اند، یادگیری مشاهده‌ای وقتی بهترین و موثرترین روش است که چهار شرط زیر در آن رعایت شده باشد:

۱. بیماران به الگو توجه کنند. برای جلب توجه آنها باید از مشوق استفاده شود.
۲. بیماران اطلاعات داده‌شده توسط الگو را نگه دارند. گاهی اوقات لازم است از فنون تجسمی یا راهبردهای کنار آمدن کلامی استفاده شود تا بیماران، اطلاعات داده‌شده را نگهداری و سازماندهی کنند.
۳. بیماران باید رفتار الگوبرداری‌شده را انجام دهند. این مهم است که بیمار، رفتار مورد نظر را تقلید و تمرین کند تا یادگیری و تغییر رفتار، تسهیل شود.
۴. سرانجام اینکه بیماران باید انگیزهٔ استفاده از رفتار الگوبرداری‌شده را داشته باشند. پیشنهاد می‌شود برای افزایش احتمال استفاده از آن، پیامدهایش تقویت شود.

بازسازی عقلانی

گولدفرید و دیویسون (۱۹۹۴) بر اساس کار آلبرت الیس[1] (۱۹۶۲) می‌پذیرند که بخش زیادی از رفتار غیرانطباقی افراد به تعبیر و تفسیرشان از دنیا و مفروضاتشان دربارهٔ دنیا بستگی دارد. اگر چنین چیزی حقیقت داشته باشد، نتیجه‌می‌گیریم که رفتاردرمانگر باید به بیماران یاد بدهد، برچسب‌های واقع‌بینانه‌تری به وضعیت‌ها بزنند تا در نهایت، رضایت بیشتری کسب کنند. درمانگر برای تسهیل این ***بازسازی عقلانی*** رویدادها، گاهی اوقات از ادله یا بحث استفاده می‌کند تا بیمار را وادارد به نامعقول بودن باورهایش پی ببرد. درمانگر علاوه بر تحلیل عقلانی مشکلات بیماران، به آنها یاد می‌دهد «جملات درونی خود را اصلاح کنند». یعنی به آنها یاد می‌دهد وقتی در وضعیت‌های واقعی ناراحت می‌شوند، مکث کنند و از خود بپرسند دربارهٔ آن وضعیت به خودشان چه گفته‌اند. در برخی موارد هم درمانگر در همان اتاق درمان از بیماران می‌خواهد برخی وضعیت‌های مشکل‌ساز را تجسم کنند. تمام این اقدامات می‌تواند با تمرین رفتاری، تکالیف زنده، الگوبرداری و غیره همراه شود. بنابراین، بازسازی عقلانی، یک روش خودکفا و نظری [واحد] نیست، بلکه مجموعه‌ای التقاطی از فنونی است که با وضعیت بیمار مورد نظر، همخوانی دارند.

نمونهٔ خوب بازسازی عقلانی، ***درمان عقلانی-هیجانی****** (RET) الیس (۱۹۶۲) است. الیس علناً پیشگام چیزی است که بعداً به آن درمان شناختی-رفتاری گفته شد. هدفِ درمان عقلانی-هیجانی، تغییر رفتار از طریق تغییر طرز فکر بیمار است. برداشت متعارف این است که رویدادها علت مشکلات هیجانی و رفتاری هستند (یا رویدادها است که به مشکلات هیجانی و رفتاری منجر می‌شوند). اما به نظر الیس، رفتارها صرف‌نظر از ناسازگارانه بودن یا نبودن، توسط تفسیر شخص از رویدادها تعیین می‌شوند نه خود رویدادها. الیس در ABC درمان عقلانی-هیجانی می‌گوید ***باورهای*** (B) ما راجع به رویدادها یا وضعیت‌های فعال‌ساز (A) است که پیامدهای هیجانی یا رفتاری (C) مشکل‌ساز را تعیین می‌کند. الیس که درمان روانکاوانه را بیش از حد بر بینش متکی می‌پنداشت، آن را کم‌بازده می‌دانست؛ به نظر الیس، خاستگاه نامعقول‌اندیشی آن‌قدر مهم نیست که پیام‌هایی که افراد به خودشان می‌دهند.

هدف اصلی درمان عقلانی-هیجانی به تعبیری، روبه‌رو کردن افراد با تفکر غیرمنطقی‌شان است. الیس سعی می‌کرد

---

1. Albert Ellis

* انتخاب همین عنوان برای رویکرد الیس نشان می‌دهد که مولفان کتاب احتمالاً مطالعات جدیدتری دربارهٔ رویکرد او نداشته‌اند؛ زیرا الیس در دههٔ ۱۹۹۰، نام رویکردش را به REBT یا رفتاردرمانی‌عقلانی‌هیجانی تغییر داد. جدیدترین منبعی هم که مولفان در فهرست منابع خود از آن استفاده کرده‌اند، مربوط به سال ۱۹۷۷ است. (مترجم)

مراجع را به عقل عام ارجاع دهد. درمانگر هم معلم فعال و رهنموددهنده می‌شود. در کادر ۵ـ۱۴، برخی از باورهای نامعقول رایج را می‌خوانید که به نظر الیس، بسیاری از آدم‌ها دارند. مرورهای صورت‌گرفته بر یافته‌های تجربی نشان می‌دهد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، مداخلهٔ روانی موثری است (اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰). اما باید دربارهٔ مولفه‌های درمان عقلانی ـ هیجانی که به تغییر بالینی منتهی می‌شود، تحقیقات مفصل‌تری صورت گیرد (هاگا[1] و دیویسون، ۱۹۹۳). همان‌طور که هولون و بک (۲۰۰۴) گفته‌اند، درمان عقلانی ـ هیجانی جزء آن دسته از درمان‌های شناختی ـ رفتاری است که در مقایسه با دیگر درمان‌ها کمتر به بوتهٔ آزمایش گذاشته شده است. برخی از اصول و راهبردهای درمان عقلانی ـ هیجانی در صورت‌های دیگر درمان شناختی ـ رفتاری هم استفاده شده‌اند، ولی درمان عقلانی ـ هیجانی «خالص» به اندازهٔ گذشته رواج ندارد.

آموزش مایه‌کوبی علیه استرس

مایکنبام[2] (۱۹۷۷) بر اساس تحقیقاتش که نشان می‌داد بیماران به کمک گفت‌وگو با خود و تعلیم خود می‌توانند رفتارشان را اصلاح کنند و درمانگرها می‌توانند در تغییر گفت‌وگوی آنان با خود موثر واقع شوند، ***آموزش مایه‌کوبی علیه استرس*** را ابداع کرد. هدف آموزش مایه‌کوبی استرس آن است که با «مایه‌کوبی» افراد علیه عوامل فعلی و آتی فشار روانی، از بروز مشکلات جلوگیری شود (مایکنبام، ۱۹۹۶). این آموزش برای آن طراحی شده تا مراجعان، صاحب مهارت‌های جدید کنار آمدن شوند و از راهبردهای قبلی خود در زمینهٔ کنار آمدن، استفادهٔ کامل کنند (مایکنبام، ۱۹۹۶). آموزش مایه‌کوبی علیه استرس برای کنار آمدن با عوامل مولد استرس در جدیدترین فهرست درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی آمده است (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱). این آموزش در سه مرحله دارای همپوشانی اجرا می‌شود (مایکنبام، ۱۹۹۶):

۱. ***مرحلهٔ مفهوم‌بندی***: ابتدا مراجع یاد می‌گیرد که چطور برخی افکار یا الگوهای ارزیابی، به فشار روانی، هیجانات منفی و رفتار ناکارا منتهی می‌شود. مراجع یاد می‌گیرد تهدیدهای بالقوه یا عوامل مولد استرس را شناسایی کند و با آنها کنار بیاید.

۲. ***مرحلهٔ فراگیری مهارت و تمرین مهارت***: مراجع در این مرحله، مهارت‌های کنار آمدن (از قبیل خودتنظیمی، بازسازی شناختی و استفاده از نظام‌های حمایتی) را در درمانگاه و سپس به تدریج در «دنیای واقعی» و در مواجهه با عوامل مولد استرس تمرین می‌کند.

۳. ***مرحلهٔ کاربرد***: فرصت‌های دیگری برای مراجع فراهم می‌آید تا مهارت‌های مختلف کنار آمدن را در انواع شرایط مولد استرس به کار برد. گاهی اوقات از مراجع می‌خواهند به کسانی کمک کند که مشکلی مشابه مشکل او دارند تا از این طریق مهارت‌هایش تحکیم شود. روش‌های دیگر «مایه‌کوبی»، مثل پیشگیری از پاسخ و جلسات تقویتی هم در دورهٔ پیگیری به کار گرفته می‌شود.

کادر ۵ـ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: باورهای «نامعقول» رایج

دوازده باور نامعقولی که الیس (۱۹۷۷) اعتقاد داشت بین بسیاری از آدم‌ها رواج دارد، به شرح زیر است. با توجه به اینکه بیشتر ما این نوع باورها را داریم، تکیهٔ بیش از حد بر این باورها، مشکل‌ساز خواهد شد.

۱. این باور که باید، بله، باید همیشه مورد محبت و عشق خالصانهٔ افراد مهم اطرافتان قرار گیرید.

۲. باید ثابت کنید که کامل، توانا، باکفایت و موفق هستید؛ یا اینکه باید دست‌کم در زمینهٔ مهمی، قابلیت یا استعداد واقعی داشته باشید.

۳. کسانی که به شما ضرر می‌رسانند یا با شما بدرفتاری می‌کنند، آدم‌های کاملاً بد، پست و شریری هستند و باید به دلیل گناهان و خطاهایشان، آنها را به شدت سرزنش، لعن و تنبیه کنید.

۴. وقتی اوضاع طبق میل شما پیش نمی‌رود زندگی افتضاح، هولناک، وحشتناک و فاجعه‌بار می‌شود.

۵. ناراحتی هیجانی از فشارهای بیرونی نشئت می‌گیرد و توان چندانی برای کنترل احساسات یا رهایی از افسردگی و خصومت ندارید.

1. Haaga 2. Meichenbaum

۶. اگر چیزی خطرناک یا ترسناک به نظر رسد، باید با آن به شدت اشتغال ذهنی پیدا کنید و بابت آن، ناراحت شوید.
۷. اجتناب از روبه‌رو شدن با بسیاری از مشکلات زندگی و مسئولیت‌های شخصی از پاداش گرفتن بابت انضباط فردی و خویشتنداری آسان‌تر است.
۸. گذشته برای همیشه باقی می‌ماند و اگر چیزی قبلاً زندگی شما را به شدت تحت تاثیر قرار داده است، احساسات و رفتار امروزتان را تعیین خواهد کرد.
۹. مردم و چیزها باید از آنچه هستند، بهتر باشند؛ و اگر برای گرفتاری‌های زندگی، راه‌حل سریعی پیدا نکنید، افتضاح و هولناک می‌شود.
۱۰. با رخوت، سستی، انفعال و «الکی خوش بودن» می‌توان شاد و خوشبخت بود.
۱۱. برای آنکه احساس راحتی کنید باید خیلی منظم باشید و به یقین برسید؛ در غیر این صورت باید به قدرتی فراطبیعی تکیه کنید.
۱۲. انسانیت و ارزشمندی کلی و خودپذیری شما به خوب بودن عملکردتان و میزان تاییدشدن‌تان از سوی مردم بستگی دارد*.

منبع: «نظریهٔ بالینی بنیادیِ درمان عقلانی ـ هیجانی» نوشتهٔ آلبرت الیس، ص ۱۰ در دستنامهٔ درمان عقلانی‌هیجانی به ویراستاری آلبرت الیس و آر. گریگر (۱۹۷۷).

از مایه کوبی علیه استرس در درمان پاره‌ای مشکلات بالینی، مثل تجاوز و ضربهٔ حمله و جرح، اختلال استرس پس از ضربه و عدم کنترل عصبانیت استفاده شده است. برای مثال، نوواکو[1] (۱۹۷۷) کاربرد روش‌های مایه‌کوبی علیه استرس برای رسیدگی به مشکل عصبانیت بیماران افسردهٔ حاضر در بخش‌های روان‌پزشکی حاد را توضیح می‌دهد. این روش‌ها اصولاً مستلزم آماده‌سازی شناختی این بیماران، فراگیری و تمرین مهارت‌های لازم و تمرین اجرای این مهارت‌ها است. در آماده‌سازی شناختی بیماران، راهنمایی‌هایی می‌شوند که ماهیت و کارکردهای اضطراب را توضیح می‌دهند از جمله وضعیت‌هایی را توضیح می‌دهند که عصبانیت در آنها مشکل‌ساز می‌شود و علل عصبانیت و طرز کنترل آن را برمی‌شمرند. مولفه‌های این آماده‌سازی شناختی عبارت است از: شناسایی اشخاص و وضعیت‌هایی که عصبانیت را تسریع می‌کند، فرق گذاشتن بین عصبانیت و پرخاشگری، تمایز گذاشتن بین عصبانیت موجه و عصبانیت ناموجه و بازشناسی علائم اولیهٔ تنش و برانگیختگی در توالی تحریک شدن.

شناخت‌درمانی بک

آرون بک را پیشگام درمان‌های شناختی ـ رفتاری نوینی می‌دانند که روی انواع مشکلات بالینی اجرا شده است (بک، ۱۹۹۱). در این الگوی مداخلاتی، الگوهای تفکر ناکارایی که مشخصهٔ مشکل یا اختلال مورد نظر است، با فنونِ شناختی و رفتاری اصلاح می‌شود (بک، ۱۹۹۳). برای مثال، افسرده‌ها، باورهای منفی/ بدبینانه‌ای دربارهٔ خودشان، دنیا و آینده دارند. برای نمونه، یک مرد ۵۴ سالهٔ افسرده ممکن است خودش را به شدت به باد انتقاد بگیرد (و اغلب احساس گناه کند، حتی وقتی احساس گناه ضرورتی ندارد)، دنیا را عاری از حمایت و عدالت بداند و امیدوار نباشد که اوضاع بهتر می‌شود. در درمان افسردگی این مرد احتمالاً از فنون ***شناخت‌درمانی*** زیر استفاده خواهد شد (بک، راش، شاو و اِمِری، ۱۹۷۹):

۱. برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که نافعالی نسبی و تمرکز او بر احساسات افسرده کننده‌اش را خنثی می‌کند.
۲. افزایش فعالیت‌های لذتبخش و فعالیت‌هایی که در آنها قدری تسلط دارد.
۳. تمرین شناختی: واداشتن بیمار به تجسم مراحل متوالی که به انجام دادن و تکمیل یک تکلیف مهم (مثل شرکت در یک کلاس ورزشی) منتهی می‌شود تا مشکلات بالقوه، قابل شناسایی قابل پیش‌بینی و قابل رسیدگی شوند.
۴. جرئت‌آموزی و نقش بازی کردن.
۵. شناسایی افکار خودکاری که پیش از دوره‌های ملال یا در مدت این دوره‌ها به فکر او خطور می‌کند (مثل این فکر که «نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم»).

*. همین کادر نشان می‌دهد که مولفان این کتاب، مطالعات به روزی دربارهٔ آلبرت الیس و رفتاردرمانی‌عقلانی‌هیجانی ندارند چون آلبرت الیس، این دوازده باور نامعقول را در نهایت به سه باور نامعقولِ «من باید ...»، «تو / او باید» و «زندگی / دنیا باید ...» خلاصه کرد. (مترجم)

1. Novaco

۶. بررسی واقعیت داشتن یا دقت این افکار از طریق به چالش کشیدن ظریف اعتبارشان («پس فکر نمی‌کنی بتوانی هیچ کاری را درست انجام بدهی؟).
۷. تعلیم اسناد «علت» پیامدهای منفی، به عامل مناسب و درست آن. افسرده‌ها گرایش دارند خود را علت پیامدهای منفی بدانند، حتی وقتی این‌طور نیست.
۸. کمک به بیمار برای یافتن راه‌حل‌های دیگر، به جای آنکه تسلیم لاینحل بودن مسائل شود.

این یک نمونهٔ کوتاهِ نمایشی از فنون مورد استفاده در شناخت‌درمانی افسردگی بک بود. در کادر ۶ـ۱۴، ویژگی‌های اصلی شناخت‌درمانی افسردگی را می‌خوانید. جا دارد تکرار کنیم که شناخت درمانی، یکی از فنونِ موثر درمان افسردگی است (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱؛ هولون و بک، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴). علاوه بر این، شناخت‌درمانی برای درمان بیماران دچار اختلالات اضطرابی (بک و امری، ۱۹۸۵)، اختلالات خوردن (فئربرن و دیگران، ۱۹۹۱) و اختلالات شخصیت (بک، فریمن و همکاران، ۱۹۹۰) هم به‌کار رفته است. مطالعات تجربی نشان می‌دهد شناخت‌درمانی، برای انواع مشکلات بالینی مداخلهٔ موثری است (هولون و بِک، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰).

کادر ۶ـ۱۴: تمرکز بر کاربردهای بالینی: ویژگی‌های شناخت‌درمانی افسردگی

شناخت‌درمانی افسردگی مورد نظر آرون بک، یکی از درمان‌های دارای پشتوانه تجربی است (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ چمبلس و اولندیک، ۲۰۰۱) که درمانی فعالانه، دارای ساختار و محدودیت زمانی است. ویژگی‌های شناخت‌درمانی به شرح زیر است (بویتلر و بک، ۱۹۹۶).

تمرکز

شناخت‌درمانی بر رابطهٔ الگوها/سبک‌های تفکر، هیجانات و رفتار متمرکز است.

مدت

معمولاً ۱۴ تا ۱۶ جلسه طول می‌کشد. بسیاری از بیماران در جلسات هشتم تا دوازدهم، بهبود نسبی نشانه‌ها را خواهند داشت.

نقش شناخت‌درمانگر

شناخت‌درمانگر، همکار فعال و حمایتگر بیمار است. بیماران از طریق تربیت روانی، اکتشاف هدایت‌شده، پرسش سقراطی، نقش بازی کردن و آزمایش رفتاری، به طرز فکرهای غیرانطباقی خود که به افسردگی و عواطف منفی دیگر منتهی می‌شوند و باعث می‌شوند افسردگی و عواطف منفی دیگر تداوم یابد، رسیدگی می‌کنند.

ساختار یک جلسهٔ معمولی

نشانه‌های خُلقی بررسی می‌شود، دستور کار جلسه تعیین می‌شود، جلسهٔ قبلی خلاصه‌بندی می‌شود، مشکلات دستور کار مورد بحث قرار می‌گیرد، تکلیف منزل جدید داده می‌شود و درمانگر و بیمار، جلسهٔ فعلی را خلاصه و ارزیابی می‌کنند.

مراحل درمان

مرحلهٔ اول (که تقریباً ۸ جلسه طول می‌کشد)، به معرفی الگوی شناختی، فراگیری مهارت‌ها و قدری تسلط بر این مهارت‌ها اختصاص می‌یابد. در این مرحله، کاهش نشانه‌های افسردگی رخ می‌دهد. در بقیهٔ جلسات، باورهای ناکارآمدی که به برگشت [نشانه] منتهی می‌شود (مثل این باور که «احساس خوب، طول نخواهد کشید») ارزیابی و اصلاح می‌شود، مهارت‌های پیشگیری از پاسخ تعلیم داده می‌شود و درباره اتمام درمان بحث می‌شود.

رفتاردرمانی دیالکتیک

رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT؛ لینهان[1]، ۱۹۹۳) یکی از درمان‌های شناختی ـ رفتاری نسبتاً جدید برای اختلال شخصیت مرزی و اختلالات مرتبط با آن است که در آن، به هم خوردن تنظیم هیجانی و تکانش‌گری دیده می‌شود. لینهان رفتاردرمانی دیالکتیک را بر اساس تجربیات بالینی‌اش با زنانی پروراند که دربارهٔ آنها تشخیص اختلال شخصیت مرزی داده شده بود و رفتار جرحِ خود انجام می‌دادند. نظریهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک از این قرار است که افراد با مزاجی به دنیا می‌آیند که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر است و مزاج‌شان در تعامل با محیط خانوادگی که آنان را «معتبر نمی‌شمرد»، درگیر بر هم خوردن

1. Linehan

تنظیم هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شوند. منظور، محیط‌هایی است که به خواسته‌ها و احساسات شخص توجه نمی‌کنند و احترام نمی‌گذارند و به تلاش شخص برای ارتباط برقرار کردن توجه نمی‌کند و آنها را تنبیه می‌کند.

رفتاردرمانی دیالکتیک، شامل مهارت‌آموزی در زمینهٔ فنون حل مسئله، تنظیم هیجانی و مهارت‌های میان‌فردی است. مهارت‌آموزی در محیطِ درمانیِ اعتباردهنده‌ای صورت می‌گیرد که در آن رفتاردرمانی دیالکتیک انفرادی و مهارت‌آموزی گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک انجام می‌شود. مراجعان در رفتاردرمانی دیالکتیک، چهار واحد مهارت‌آموزی را دو بار طی می‌کنند. این چهار واحد عبارت است از: (الف) ***وقوف*** (یا آگاهی لحظه‌ای، عدم حواسپرتی و عدم قضاوت)؛ (ب) ***تنظیم هیجانی*** (شناسایی هیجانات، فهمیدن تاثیر هیجانات بر خود و دیگران، آموختن روش خنثی کردن حالات هیجانی منفی و انجام رفتارهایی که هیجانات مثبت را افزایش می‌دهد)؛ (ج) ***تحمل ناراحتی*** (آموختن طرز کنار آمدن با وضعیت‌های پراسترس و آرام کردن خود) و (د) ***تاثیرگذاری میان‌فردی*** (آموختن طرز کنار آمدن موثر با اختلافات میان‌فردی، رفع مناسب و درست امیال و نیازها و نه گفتن مناسب به توقعات نامناسب و بیجای دیگران). از افراد می‌خواهند ۱۲ ماه تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گیرند. رفتاردرمانی دیالکتیک، در مقایسه با «روال معمول درمان»، در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان، کاهش روزهای بستری شدن و مصرف مواد، موثرتر است (کورنر [1] و لینهان، ۲۰۰۰). در کادر ۷ـ۱۴ گزیده‌ای از یک جلسهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک، و در کادر ۸ـ۱۴، مطالبی را درباره یکی از رفتاردرمانگرهای دیالکتیک به نام دکتر راندا آسوالت رایتس می‌خوانید.

ارزیابی رفتاردرمانی

طرفداران درمان شناختی ـ رفتاری، پیشرفت خود را گواه محسوسی می‌دانند بر دور انداخته شدن «پرت و پلاهای» ذهن‌گرایانه، ذهنی و غیرعلمی دو رویکرد روان‌پویایی و پدیدارشناسی. از سوی دیگر، منتقدان، درمان شناختی ـ رفتاری را رویکردی سطحی، علمیِ پرمدعا و حتی انسانیت‌زدا می‌دانند که می‌خواهد رفتار انسان را به‌طور مکانیکی تغییر دهد. در حقیقت، این نوع «انتقادها»، افسانه‌های موجود دربارهٔ درمان شناختی ـ رفتاری را منعکس می‌کند (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴۹). به هر حال، بیشتر روان‌شناسان بالینی، جهت‌گیری خود را شناختی یا رفتاری می‌دانند (نورکراس، کارپیاک، و سانتورو، ۲۰۰۵).

حال، برخی از قوت‌ها و محدودیت‌های رویکرد رفتاری و رویکرد شناختی ـ رفتاری را بررسی می‌کنیم و بحث‌مان را با خلاصه‌بندی برخی از چالش‌های این دو رویکرد تمام می‌کنیم.

موارد قوت

درمان شناختی ـ رفتاری، تغییرات زیادی در دو حیطهٔ رفتاردرمانی و روان‌شناسی بالینی ایجاد کرده است (ویلسون، ۱۹۹۷). در قسمت زیر، برخی تاثیرات مهم درمان شناختی ـ رفتاری را توضیح می‌دهیم.

اثربخشی ـ همان‌طور که در این فصل گفتیم، شواهد فراوانی وجود دارد که درمان‌های رفتاری و شناختی ـ رفتاری، اثربخش هستند (چمبلس و دیگران، ۱۹۹۸؛ دی رایس و کریتس ـ کریستوف، ۱۹۹۸؛ املکمپ، ۱۹۹۴؛ هولون و بک، ۲۰۰۴، ۱۹۹۴؛ کزدین و وایز، ۱۹۹۸؛ اسمیت و دیگران، ۱۹۸۰؛ تولین، ۲۰۱۰). در حقیقت، رفتاردرمانی و درمان شناختی ـ رفتاری، درمان انتخابی بسیاری از اختلالات است (تولین، ۲۰۱۰). احتمالاً نتایج فراتحلیل اسمیت و دیگران (۱۹۸۰) در فصل یازدهم را به یاد می‌آورید (به جدول ۴ ـ ۱۱ مراجعه کنید) که اندازه‌های تاثیر جداگانه برای درمان عقلانی ـ هیجانی، درمان‌های شناختیِ غیر از درمان عقلانی ـ هیجانی، حساسیت‌زدایی منظم، اصلاح رفتار و درمان شناختی ـ رفتاری را نشان می‌داد. کارکرد مراجعی که تحت هر یک از این رفتاردرمانگری‌ها قرار می‌گرفت، به‌طور متوسط حداقل از کارکرد ۷۵ درصد از کسانی که تحت هیچ درمانی قرار نمی‌گرفتند، بهتر می‌شد. فراتحلیل‌های اخیر درباره انواع

1. Koerner

اختلالات هم به نتایج مشابهی رسیده‌اند. همچنین بیشتر فراتحلیل‌هایی که تاثیرگذاری فنون رفتاری یا شناختی ـ رفتاری را با دیگر صورت‌های روان‌درمانگری (مثل روان‌پویشی یا مراجع‌محوری) مقایسه کرده‌اند، به برتری اندک ولی مستمر روش‌های رفتاری شناختی ـ رفتاری رسیده‌اند (هولون و بک، ۲۰۰۴؛ اسوارتبرگ و استایلز[1]، ۱۹۹۱؛ تولین، ۲۰۱۰). بدیهی است روان‌شناسان بالینی باید بر این فنون درمانی مهم مسلط شوند.

تاثیرگذاری . جنبش درمان شناختی ـ رفتاری با خود، مجموعه‌ای از فنون کوتاه و تاثیرگذارتر را آورد. روان‌درمانگری‌های ۵۰ دقیقه‌ای بی‌پایان، جای خود را به چند مشورت کوتاه‌مدت‌تر دادند که بر شکایت‌های اختصاصی مراجعان متمرکز می‌شدند. از روش‌هایی هم استفاده شد که به همان اندازه اختصاصی بودند و کل فرایند وقتی خاتمه می‌یافت که بیمار دیگر هیچ شکایتی نداشت. این جنبش، پایانی بود بر «ریشه‌یابی‌های» بی‌پایان روان‌شناسی ژرف‌نگر، تاریخچه‌گیری خسته‌کننده از بیمار و جست‌وجوی طولانی بینش. در این جنبش در عوض، بر زمان حال و عمل‌گرایی تاکید می‌شد که علامت آن، استفاده از فنون اختصاصی برای مشکلات اختصاصی بود. درمان شناختی ـ رفتاری به دلیل تاثیرگذار بودن، مناسبِ محیطِ مراقبت مدیریت‌شده است.

در واقع تکنسین‌هایی می‌توانند فنونِ درمان شناختی ـ رفتاری را اجرا کنند که زیر نظر روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا کار می‌کنند. بنابراین لازم نیست تمام مولفه‌های درمان شناختی ـ رفتاری را نیروی انسانی دارای مدرک دکترا اجرا کند. برنامه‌های رفتاردرمانی (مثل اقتصاد ژتونی) را باید متخصصان آموزش‌دیده طراحی کنند ولی اجرای روزانهٔ آنها را می‌توان به تکنسین‌ها، پیراحرفه‌ای‌ها، پرستاران و دیگران سپرد. به این ترتیب، در نیروی انسانی سلامت روان صرفه‌جویی زیادی می‌شود و بیش از روش‌های ژرف‌نگر نفر به نفرِ رویکرد روانپویشی، به بیماران رسیدگی می‌شود.

مجموعه‌ای از فنون شواهدبنیاد . رفتاردرمانی به جایی رسیده که مجموعه‌ای از فنون را در اختیار دارد؛ از حساسیت‌زدایی تا بازسازی شناختی (اسپیگلر و گورمونت، ۲۰۱۰). اگر درمانگر شناختی ـ رفتاری به مجموعه خاصی از فنون نچسبیده باشد در میان این فنون می‌تواند دست به انتخاب بزند. درمانگر برای آنکه با احتمال بیشتری، انتخاب درست انجام دهد، درباره اینکه کدام فن بیش از فن‌های دیگر با بیمار هماهنگ است، اطلاعات جمع می‌کند (پترسون و سوبل، ۱۹۹۴). اگر در نهایت، سنجش در میان فعالیت‌های روان‌شناسی بالینی، جایگاه برترش را دوباره پیدا کند معنایش این است که رفتاردرمانگری می‌خواهد اطلاعات را راهنمای تصمیم‌سازی خود کند.

درمان شناختی ـ رفتاری، مجموعهٔ فعالی از روش‌ها است. این درمان مستلزم سنجش، برنامه‌ریزی، تصمیم‌سازی و فنون است. درمان شناختی ـ رفتاری به تعبیری یک فن‌آوری پیچیده است. نمی‌توانیم اجازه دهیم که فن‌آوری به شکل منفعلانه برای بیمار اتفاق افتد. فن‌آوری باید با دقت و دوراندیشی و توجه زیاد به جزییات اجرا شود. درمانگر نمی‌تواند منتظر بماند تا بیمار خودش را در روز پنجشنبه نشان دهد بی‌آنکه به او فکر کرده باشد. درمانگر نمی‌تواند همهٔ کارها را باگوش خود انجام دهد. اگر از روش ایجاد بیزاری استفاده می‌کند باید رابطهٔ زمانی شروع محرک و شروع تنبیه را به دقت زیر نظر بگیرد. اقتصادهای ژتونی، رژیم‌های تصادفی نیستند که بتوان آنها را به تصمیم‌سازی خلاقانهٔ فوری سپرد. همه چیز در اقتصاد ژتونی باید از قبل برنامه‌ریزی شده باشد. باید نتیجه گرفت که بیمار دچار نقص رفتاری است نه یک مشکل اضطرابی «خالص»، چون تلویحاتِ درمانی این دو حالت، بسیار متفاوت است.

اما هیچ یک از این حرف‌ها تلویحاً به این معنا نیست که روان‌درمانگرهایی که گرایش روان‌پویشی دارند، بین جلسات به موردهای‌شان فکر نمی‌کنند یا همیشه به‌طور خودانگیخته راهبردسازی می‌کنند، بلکه منظور این است که طبیعت روان‌درمانگری سنتی، برای آن مشکلی همچون انفعال به ارمغان می‌آورد. حتی امکان دارد بخشی از بهبود بیماران، معلول فعالانه و قاطعانه بودن روش‌های شناختی ـ رفتاری و نگرش تشبیهی حاکم بر این روش‌ها باشد نه معلول خودِ روشِ به‌کار رفته. درمانگر فعال ممکن است به بیماران اطمینان خاطر بدهد، برای آنها مهیج باشد و آنها را تشویق کند (برخلاف

1. Svartberg and Stiles

روان‌درمانگر منفعل، فکور و غیرمتعهدی که زیاد حرف نمی‌زند و زیاد پیشنهاد نمی‌کند).

همچنین جا دارد تکرار کنیم که رفتاردرمانی بی‌شک رهبر «راهنماسازی» برای درمان‌ها است تا فنون دارای پشتوانهٔ تجربی، به شیوهٔ استاندارد اجرا شود. این عمل نه‌تنها موجب تسهیل تحقیقات و اجرای درمان تاثیرگذار می‌شود، بلکه تعلیم شیوهٔ اجرای این درمان‌های موثر به روان‌شناسان بالینی آینده را تسهیل می‌کند.

جایگزین‌سازی نشانه . درمان شناختی ـ رفتاری، جایگاه امن و ارزشمندی در روان‌شناسی دارد؛ چون بر کنار گذاشتن مفهوم مقدس ***جایگزین‌سازی نشانه*** خط بطلان کشید. نه‌تنها معلوم شد که نگاه روانپویشی به روان‌شناسی، بدیل‌هایی هم دارد، بلکه حملهٔ موثری هم به مدل پزشکی در آسیب‌شناسی و مفاهیم منتج از آن، یعنی بیمار و نشانه، شد. حال پس از سال‌ها تحقیق و تجربهٔ بالینی می‌دانیم که به تمام شکایت‌های بیماران نمی‌توانیم برچسب نشانهٔ بیماری روانی زیربنایی بزنیم ـ بیماری زیربنایی به این معنا است که اگر آن را پاک کنیم بی‌آنکه آسیب زیربنایی را در نظر بگیریم، به شکل دیگری برخواهد گشت. حملهٔ مستقیم به اضطراب‌های بیمار الزاماً باعث نمی‌شود اضطراب‌ها به شکل دیگری برگردند. این قضیه نه‌تنها به جنبش رفتاری اعتبار بخشید، بلکه اعتبار آن دسته از گرایش‌های روان‌پزشکی و روان‌پویشی طرفدار مفهوم جایگزی‌سازی نشانه را نیز مخدوش کرد. در نتیجه، راه برای ابداع فنون اختصاصی برای هر یک از شکایات بیماران باز شد. اما این را هم باید در نظر داشت که حملهٔ بی‌امان به مشکل بیمار، همیشه موثرترین شیوه نیست. همان‌طور که در این فصل گفتیم، گاهی اوقات با اضطراب خاصی سر و کار داریم که فوراً معلوم نمی‌شود (لازاروس، ۱۹۷۱a).

پیهنهٔ کاربرد . یکی از مساعدت‌های مهم [درمان شناختی ـ رفتاری]، گسترش کاربردهای درمان بوده است. روان‌درمانگری سنتی مختص طبقات متوسط و بالای جامعه که وقت و پول کافی برای رسیدگی به آلام روانی خود داشتند و نیز دانشجوی خوش‌بیان و متفکر کالج بود که خزانهٔ روش‌های کنار آمدن آنها غنی بود و در دانشگاه‌ها و کالج‌هایی تحصیل می‌کردند که خدمات مشاوره‌ای ارزان می‌دادند. اما رفتاردرمانی، همهٔ اینها را به چالش کشید.

امروزه حتی کسانی که در مضیقهٔ مالی هستند و عقب‌ماندگی ذهنی یا بیماری روانی مزمن دارند هم تحت درمان قرار می‌گیرند. این اشخاص در موقعیتی نیستند که بتوانند کارکرد مستقل داشته باشند ولی سازگاری آنها در بیمارستان یا مرکز نگهداری، به یاری روش‌های کنشگر و اقتصادهای ژتونی، به‌طور معناداری بهبود می‌یابد.

کادر ۷ ـ ۱۴ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : گزیده‌هایی از جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

مراجع زن ۳۰ ساله‌ای با اختلال شخصیت مرزی است که در دو سال گذشته دست‌کم ده بار به دلیل فکر کردن به خودکشی و چند رفتار خودآسیب‌رسان از جمله خوردن وایتکس، بریدن و سوزاندن بدن خود و یک مورد اقدام به خودکشی بستری شده بود (لینهان و کهرر [1]، ۱۹۹۳).

رفتاردرمانگر دیالکتیک در این قسمت (لینهان و کهرر، ۱۹۹۳، صص ۴۲۹ ـ ۴۲۸)، برنامهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و اهداف آن را برای مراجع توضیح می‌دهد:

درمانگر: مهم‌ترین چیزی که باید بدانی این است که برنامهٔ ما، برنامهٔ پیشگیری از خودکشی نیست و اصولاً کار ما این نیست. برنامهٔ ما، برنامهٔ زندگی‌افزایی است. نگاه ما این است که نکبت‌بار زندگی کردن، دستاوردی ندارد. اگر قرار باشد همکاری کنیم، کمک خواهم کرد زندگی‌ات را طوری بهبود ببخشی که دیگر نخواهی بمیری یا به خودت آسیب برسانی. در ضمن باید این را هم بدانی که رفتار خودکشی، از جمله وایتکس خوردن، به نظر من یک نوع حل مسئله است. اعتیاد به الکل هم همین‌طور. تنها فرقشان این است که بریدن و سوزاندن متاسفانه کار می‌کند. اگر کار نمی‌کرد که کسی آن را بیش از یک بار امتحان نمی‌کرد. اما در کوتاه‌مدت کار می‌کند نه در بلندمدت. پس ترک کردن بریدن بدن یا آسیب رساندن به خود، دقیقاً مثل ترک کردن الکل است. فکر می‌کنی سخت باشد؟

1. Kehrer

مراجع: مشروب نخوردن، به این اندازه سخت نیست.

درمانگر: خُب، تجربهٔ من نشان می‌دهد که کنار گذاشتن رفتار آسیب زدن به خود، بسیار سخت است. به کار و تلاش هر دو نفر ما نیاز دارد ولی باید سخت‌تر کار کنی و همان‌طور که در گفت‌وگوی کوتاه قبلی خودمان گفتم، اگر اراده کنی، یک سال طول می‌کشد. هفته‌ای یک جلسه با من، درمان انفرادی خواهی داشت و هفته‌ای یک جلسه، مهارت‌آموزی گروهی. سوال این است که آیا می‌خواهی یک سال تحت درمان باشی؟

مراجع: گفتم که مریض این کار هستم. به همین دلیل هم اینجا هستم.

درمانگر: پس موافق هستی که درمان را تا یک سال ادامه بدهی، موافقی؟

مراجع: بله موافقم.

درمانگر: و می‌دانی که اگر تا یک سال درمان را ادامه بدهی که در واقع می‌دهی، اگر فکرش را کنی، یک سال خودکشی نخواهی کرد.

مراجع: از لحاظ منطقی همین‌طور است.

درمانگر: پس باید صریح بگویم که اگر درمان را رها کنی، کار نخواهد کرد. اساسی‌ترین هدفِ خلقی که باید روی آن کار کنیم این است که هر خُلقی داشته باشی، خودت را نخواهی کشت یا سعی نخواهی کرد خودت را بکشی.

مراجع: بسیار خُب.

درمانگر: پس این را اولویت اول درمان در نظر می‌گیرم؛ نه‌تنها یگانه اولویتمان، بلکه اولویت اول‌مان. البته جلب توافق تو مهم است و عملاً در گرو آن است که زنده بمانی و صرف‌نظر از هر خُلقی که داری، به خودت آسیب نرسانی و خودکشی نکنی. حالا سوال این است که آیا موافقی.

مراجع: بله، موافقم.

درمانگر در این قسمت (لینهان و کهر، ۱۹۹۳، ص ۴۳۳)، مراجع را تشویق می‌کند وقتی پزشک به او داروی ضددرد نمی‌دهد از مهارت‌های تحمل ناراحتی استفاده کند.

درمانگر: فکر خوبیه. به‌ویژه وقتی به قوت و ضعف این کار فکر می‌کنی. باشه، پس تا اینجا، قوت‌های این کار، به ضعف‌هایش می‌چربد. پس در اینجا نبرد خوبی داری. چه کار دیگری کردی؟

مراجع: سعی کردم دربارهٔ آن با بیماران دیگر حرف بزنم.

درمانگر: و آنها چه گفتند؟

مراجع: آنها گفتند باید داروی ضددرد می‌گرفتم.

درمانگر: درسته. اما آیا گفتند اگر داروی ضددرد نگرفتی، باید بدنت را ببُری یا خودت را مصدوم کنی؟

مراجع: نه. و من سعی کردم با موسیقی و استفاده از [فن] وقوف، به آن فکر نکنم. سعی کردم کتاب بخوانم و جدول حل کنم.

درمانگر: اوهوم. آیا پذیرش تند و تیز را امتحان کردی؟

مراجع: این دیگه چیه؟

درمانگر: نوعی بی‌خیالی و پذیرش این حقیقت که قرار نیست داروی ضددرد بگیری. و از خیر آن بگذری. می‌پذیری که قرار نیست چنین اتفاقی بیفتد و باید به نوعی با آن کنار بیایی.

مراجع: که دیروز انجام دادم. به آپتیوای خفیف (لورازپام) نیاز داشتم ولی نگرفتم.

درمانگر: دیروز؟

مراجع: آره. یک چرت زدم. وقتی بیدار شدم، در اصل گفتم «هِی، آنها که تغییر نخواهند کرد، پس باید به بهترین نحو ممکن با قضیه کنار بیایی.»

درمانگر: آیا این پذیرش به تو کمک کرد؟

مراجع: هنوز از تبعیضی که در حق شخصیت‌های مرزی روا می‌دارند، عصبانی هستم. هنوز از این بابت خیلی عصبانی هستم.

درمانگر: بسیار خُب. خوبه. اما آیا کمکی به پذیرش کرد؟

مراجع: اوهوم.

درمانگر: خوبه. عالیه. مهارت بزرگیه، کار بزرگیه که باید آن را تمرین کنی. وقتی تو را هُل می‌دهند، وقتی برایت محدودیت می‌گذارند، وقتی این کار، بدترین کاری است که می‌توانی انجام دهی، باید مهارتِ پذیرشِ تند و تیز را تمرین کنی.

فنون رفتاری فقط به بیماران بستری یا در حال نگهداری کمک نمی‌کند، بلکه به بیمارانی نیز کمک می‌کند که در سطوح پایین‌تر اجتماعی ـ اقتصادی هستند و از لحاظ سطح فکر و مهارت‌های کلامی می‌توانند دچار اضطراب و هراس شوند و فاقد مهارت‌های لازم برای حل مسئله باشند. آنجا که روان‌درمانگری‌های کلامی طولانی و متکی بر بینش، نمادگرایی یا رهاسازی توان درونی، شکست می‌خورند، ظاهراً رفتار درمانی نویدبخش است.

مدل دانشمند ـ درمانگر و دانشمند بالینی . درمان شناختی ـ رفتاری برای حامیان مدل‌های دانشمند ـ درمانگر و دانشمند بالینی در روان‌شناسی بالینی، ظاهراً تلفیقی از این دو نقش است. سنتِ درمان شناختی ـ رفتاری، میراث آزمایشگری

و تحقیق را همراه دارد. بسیاری از فنون اختصاصی رفتاردرمانی، به‌طور مستقیم از آزمایشگاه آزمایشگری بیرون آمده است. حتی گاهی اوقات زبان آن هم زبان مجلات تحقیقات آزمایشی است. در رفتاردرمانی، بین محقق و روان‌شناس بالینی ارتباط راحتی برقرار می‌شود و در بسیاری از موارد، یک نفر همزمان هر دو نقش را بر عهده دارد. این تفاهم احتمال اینکه پیشرفت‌های حاصل در آزمایشگاه، خود را در قالب فنونِ درمانیِ جدید منعکس نمایند، افزایش می‌دهد و برعکس، تجربهٔ بالینی سهم بسیار مهمی در تعیین نوع تحقیق و ارزیابی دارد.

کادر ۸ ـ ۱۴: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر راندا آسوالت رایتس

دکتر رایتس[1]، درمانگر شناختی ـ رفتاری، با گرایش رفتاردرمانی دیالکتیک است. او روان‌شناس گروه سلامت روان میسوری است و سنجش، آموزش و مشورت دادن به مراکز سلامت روان در سطح اجتماع و بیمارستان‌های ایالتی را برعهده دارد. دکتر رایتس، مربی و مشورت‌دهندهٔ شرکت BTech است که به متخصصان سلامت روان ایالات متحده امریکا، در زمینهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک، آموزش و مشورت می‌دهد.

از دکتر رایتس دربارهٔ پیشینه، علایق و فعالیت‌هایش سوال کردیم.

پیشینه و علایق بالینی خود را توضیح دهید.

در ۱۲ سالگی به این فکر کردم که روان‌شناس شوم. دوستی داشتم که پدر روان‌پزشک او، دلسوز و محترم بود و من هم آرزو کردم مثل او شوم. بنابراین در فرایند و ساختار یادگیری‌هایم، همواره این آرمان با من بود که متخصص سلامت روان شوم. با آموزش دادن سگ‌ها در دبیرستان، روش‌های رفتاری را یاد گرفتم و در دورهٔ کارشناسی، هر واحدی را که به نظریهٔ یادگیری مربوط بود برداشتم. در دورهٔ انترنی در زمینهٔ نمونه‌برداری از مغز کار کردم و برای مراجعان مبتلا به اچ‌آی‌وی/ ایدز و مراجعان دچار مصدومیت مغزی و دیگر اختلالات، در مقام کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و یک انترن سنجش روانی‌عصبی انجام می‌دادم. در حالی که در دوران تحصیلات تکمیلی من، بر درمان شناختی ـ رفتاری تاکید می‌شد، بیشتر به شکل‌های خالصی از روان‌درمانگری علاقه‌مند بودم که در آنها با کودکان و نوجوانانی کار می‌کنند که نقص عضو دارند و کسانی که نگرانی درباره آنها زیاد بود. در سال‌های اخیر که پروتکل‌های دارای پشتوانهٔ تجربی بیشتر شده، این کار هم آسان‌تر شده است.

رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور طبیعی ترکیبی بود از علاقهٔ من به روش‌های رفتاری و درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی. به همین دلیل بعد از شرکت در یکی از کارگاه‌های مارشا لینهان و در ۱۵ سالی که عمدتاً با بیماران واجد ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی کار کرده‌ام، رفتاردرمانی دیالکتیک، شیوهٔ درمانی اصلی من بوده است.

چه خدماتی می‌دهید و به چه‌کسانی خدمات می‌دهید؟

من هماهنگ‌کنندهٔ برنامهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک برای ایالت میسوری هستم. در این جایگاه، رفتاردرمانی دیالکتیک را به تامین‌کنندگان سلامت روان یاد می‌دهم، تیم‌هایی از تامین‌کنندگان این درمان در جوامع مختلف درست می‌کنم و درباره موردهای دشوار مشورت و همچنین به مراجعان مراکز سلامت روان محلی خدمات می‌دهم. در ضمن، به تیم‌های تشکیل‌شدهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک ایالت میسوری، گواهینامه می‌دهم.

از کدام جنبه‌های کار بالینی خود بیشترین لذت را می‌برید؟

خوشایندترین بخش کارم این است که با مراجعانم آشنا می‌شوم. الگوی رفتاردرمانی دیالکتیک، یک رویکرد میان‌فردی «به شدت خالصانه» را در خصوص مراجعان، تجویز کرده و کارمندان را تشویق می‌کند فاصلهٔ حرفه‌ای با مراجعان را به حداقل برسانند. این درمان به سطح بالایی از توجه و انعطاف‌پذیری شناختی نیاز دارد ولی امکان رابطهٔ راحت‌تر و شخصی را هم فراهم می‌آورد که در آن، تاثیر مراجع بر درمانگر، مهم است. تعامل صادقانهٔ رفتاری با فردی دیگر و مشاهده تغییر الگوهای رفتاری مشکل‌ساز او، تجربهٔ ارضاکننده‌ای است.

بزرگ‌ترین چالش شما در مقام یک درمانگر چیست؟

ارائه درمان‌های باکیفیت با توجه به منابع مالی و انسانی محدود، در هر محیطی سخت است. اما سوگیری دیگری هم علیه تامین مالی درمان‌های بسیار جدید ویژهٔ کسانی وجود دارد که دارای بیماری روانی یا جزء جمعیت‌هایی هستند که [مشکلات] قانونی دارند یا «متخلف» محسوب می‌شوند. پشتوانهٔ تجربی درمان‌های مربوط به این اقشار محدود است؛ طوری که دفاع از اجرای این درمان‌ها در عصر قطع بودجه‌ها، دشوار است.

1. Rhonda Oswalt Reitz

نشان دادن فواید این درمان‌ها به اقشار یادشده و فهماندن آنها به قانون‌گذاران و افراد بانفوذ دیگر و اینکه چه ارزشی دارند و تامین مالی این درمان‌ها، امر خطیری است. متمرکز ماندن بر خدمات بالینی در مراکز سلامت روان دولتی، با توجه به حجم زیاد کارهای دفتری، نشست‌های گروهی، بحران‌های رفتاری و مسئولیت‌های اجرایی هم دشوار است.

آیا در کارهایتان به تحقیقات متوسل می‌شوید؟ اگر می‌شوید، درمانگری خود را چطور تغییر خواهید داد که برای مراجعانتان موثرتر باشید؟

من به شدت اعتقاد دارم روان‌شناسان (مانند دیگر تامین‌کنندگان خدمات یا کالا) باید برای مناسب بودن درمانی که ارائه می‌کنند دلیل بیاورند، برای مفید بودن خدماتشان برای مشکلات مشابه مستنداتی عینی داشته باشند و طبق پروتکل، خدمات بدهند. من با در نظر گرفتن این نکته، درصدد تربیت مسئولان اجرایی و کارکنان سازمان‌هایی که در آنها کار می‌کرده‌ام برآمده‌ام تا به اهمیت اجرایی **همهٔ** عناصر پروتکل پی ببرند و فقط به فکر قسمت‌های مقرون‌به‌صرفهٔ درمان نباشند. در برخی محیط‌ها، به دلیل مقاومت در برابر هزینهٔ اولیه، اجرای «پروتکل کامل» زمان می‌برد ولی به نفع بالینی آن می‌ارزد. علاوه بر این، در بسیاری از موارد برای تامین مالی درمان بیماران، باید به مجاری غیرمعمول متوسل شد. برای مثال، وقتی درباره مراجع، تشخیصی داده می‌شود که نیازمند درمان فشرده‌تر یا بلندمدت‌تر است (تشخیصی مثل هراس صعب‌العلاج از مکان‌های باز، اختلال شخصیت مرزی و مواردی از این قبیل)، باید از شرکت‌های بیمه درخواست جلسات بیشتر یا طولِ درمان کرد.



راندا آسوالت رایتس

محدودیت‌ها

ربط دادن عمل به علم . جنبشِ درمان شناختی ـ رفتاری برای مدتی در اوج حرمت علمی بود. بسیاری از رفتارگراها، به‌ویژه رفتارگراهای تندرو، با این ادعا که رفتاردرمانی بر اصول علمی ثابت‌شدهٔ محکم نظریهٔ یادگیری استوار است، جار و جنجال به‌راه انداخته بودند. این عده رویکردهای روان‌پویشی را تبیین‌های ناپخته‌ای می‌دانستند که مبنای آنها ذهن‌گرایی است و فرق چندانی با جادوگری ندارد. اما تحقیقات کمی برای «بازکردن» فنونِ درمان شناختی ـ رفتاری انجام شد تا موثرترین مولفه‌های این رویکرد را مشخص کند که بیشترین رابطه را با کاهش نشانه دارد. در نتیجه نمی‌توان این را رد کرد که جنبه‌های غیررفتاری درمان به اندازهٔ فنون مورد استفاده در درمان شناختی ـ رفتاری مسئول کاهش نشانه نیستند (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴). برای مثال، آیا فن حساسیت‌زدایی منظم، علت کاهش نشانه است یا اتحادِ درمانی درمانگر و بیمار که در فرایند حساسیت‌زدایی منظم رخ می‌دهد؟

انسانیت‌زدایی؟ توصیف قدیمی‌تری هم از جنبش رفتاری شده مبنی بر اینکه جنبش رفتاری «سترون»، «مکانیکی» و «انسانیت‌زدا» است. وولفولک، وولفولک و ویلسون[1] (۱۹۷۷) برای نشان دادن سوگیرانه بودن این برچسب‌ها از دو گروه از دانشجویان مقطع کارشناسی خواستند فیلم‌های ویدیویی مشابهی از یک معلم را ببینند که از روش‌های تقویت استفاده می‌کردند. به گروه اول گفتند که فیلم اصلاح رفتار است و به گروه دوم گفتند درباره تعلیم و تربیت انسانگرایانه است. پرسشنامه‌ای که بعداً پر شد نشان می‌داد وقتی برچسب انسانگرایانه به فیلم زده بودند، درجه‌بندی‌های بهتری از معلم به عمل می‌آمد و احتمال بیشتری داده می‌شد که آن روش تدریس به افزایش یادگیری و رشد و کمال هیجانی منتهی شود.

استفاده از اصطلاحاتی که مکانیکی بودن را القا می‌کند، مانند **پاسخ**، **محرک**، **تقویت** و کنشگر نباید این را القا کند که درمانگر یا روش، دل‌گسسته، سترون و انسانیت‌زدا است. استفادهٔ منظم از اصول یادگیری و بررسی قیاس‌های حیوانی برای ساده کردن ماهیت یادگیری انسان نباید به این استنباط ساده‌انگارانه منتهی شود که رفتاردرمانگرها، آدم‌واره‌هایی سرد

1. Woolfolk, Woolfolk and Wilson

و اهل کنترل کردن هستند که به اصول یادگیری، بیش از مراجعان، علاقه دارند. این تصورات غلط، با شناختی‌تر شدن رفتاردرمانی، برطرف خواهد شد.

چیزی در ذات رفتاردرمانی نیست که بتوانیم از آن نتیجه بگیریم لزوماً انسانیت‌زدا است، ولی در آغازِ رفتاردرمانی، ادعاهای تاسف‌آور و بی‌پروای شعارگونه زیاد دیده می‌شود. پیش‌تر در این مورد گفتیم که فنون [ایجاد] بیزاری از نظر بسیاری، بیشتر به سادیسم می‌ماند تا به درمان. در تحلیل نهایی باید بگوییم که قرار نیست فن‌آوری یا اصول، روان‌شناسان بالینی را از حساسیت بالینی مبرا کند.

رشد درونی . عده‌ای هم از درمان شناختی ـ رفتاری انتقاد کرده‌اند که اگرچه مایهٔ بهبود می‌شود ولی مایهٔ رشد درونی نمی‌شود. درمان شناختی ـ رفتاری، نشانه‌ها را تخفیف می‌دهد و مهارت‌هایی [در مراجعان] ایجاد می‌کند ولی تجربه‌های خلاقانه در پی ندارد. اگرچه می‌تواند رفتار را تغییر دهد ولی فهم را افزایش نمی‌دهد. درمان شناختی ـ رفتاری، به شخصیت درونی و ارزش‌ها، مسئولیت‌پذیری و انگیزه‌ها کاری ندارد. دوباره باید بگوییم که این انتقادها کاملاً هم بی‌ربط نیست، ولی درباره جنبه‌های شناختی آن کمتر مصداق دارد که به متغیرهای میانجی، همچون تجربه‌ها و خودپنداره‌ها می‌پردازد، البته تا وقتی که به‌طور عینی توصیف شوند و از محرک‌ها و پاسخ‌های خاصی استنباط گردند.

دستکاری و کنترل . یکی از ناپایدارترین و هیجانی‌ترین انتقادهای وارد آمده به درمان شناختی ـ رفتاری این است که گردِ دستکاری و کنترل می‌چرخد. دلیلش هم این است که درمان‌های شناختی ـ رفتاری، حملات موذیانه و غالباً مستقیمی به ظرفیت تصمیم‌سازی بیماران، مسئولیت‌پذیری و حفظ شأن و درستی آنها می‌کند. اما بیماران معمولاً به اختیار و میل خود از متخصص کمک می‌گیرند و به این ترتیب، تصدیق می‌کنند که برای تغییر دادن زندگی خود، به کمک و راهنمایی نیاز دارند. برای مثال، بیمار می‌تواند روش‌های پیشنهادی را قبول یا رد کند (هرچند این استدلال درباره بستری شدن کاربرد ندارد). همچنین، بسیاری از فنون شناختی ـ رفتاری، مهارت‌هایی را در بیماران پدید می‌آورد که به خودفرمانی و خودگردانی بیشتر منتهی می‌شود (گولدفرید و دیویسون، ۱۹۹۴).

تعمیم . یکی از انتقادهای بسیار مخرب از برخی درمان‌های شناختی ـ رفتاری، درباره اثربخشی آنها در محیط‌ها و موقعیت‌هایی جز محیط و موقعیتِ درمان است. به عبارت دیگر، آیا تاثیرات درمان شناختی ـ رفتاری در خارج از وضعیتِ درمان هم تداوم می‌یابد؟ اگر دوباره بخواهیم منصفانه قضاوت کنیم، باید بگوییم که این سوال درباره بیشتر روان‌درمانگری‌ها صادق است. برای مثال، برخی از بیماران در فرایند روان‌درمانگری، بهبود و سازگاری زیادی نشان می‌دهند ولی این سازگاری به‌بیرون از وضعیت روان‌درمانگری تعمیم نمی‌یابد.

فقدان نظریه‌ای واحد . آخرین مشکل رفتاردرمانی، آشفتگی نظری بالقوه در آن است. رفتاردرمانی در حال حاضر، ملغمه‌ای از فنون است؛ برخی از این فنون مربوط به سنت کنشگر است و برخی دیگر، مربوط به شرطی‌سازی کنشگر. برخی هم ماهیتی به شدت شناختی دارد. روان‌شناس بالینی، بدون داشتن یک چهارچوب نظری یکپارچه، در باتلاقی از فنونِ رقیب فرو می‌رود که هر یک ادعا دارند صورتی از درمان شناختی ـ رفتاری هستند. چیزی که رفتاردرمانی به آن نیاز دارد، یک موضع نظری منظم است که فنون را در خود جا دهد، آنها را طبقه‌بندی کند و به روان‌شناس بالینی بفهماند چه موقع و تحت چه شرایطی از یک فن استفاده کند. داشتن یک‌چنین چهارچوب نظری خاصی، بسیار کارآمدتر از چند قاعدهٔ سرانگشتی است.

آینده

ویلسون (۱۹۹۷) بیش از یک دهه قبل، به گذشتهٔ درمان شناختی ـ رفتاری فکر کرد و برخی از چالش‌های آینده آن را مشخص کرد. تأملات و دل‌مشغولی‌های او هنوز هم به شیوهٔ اجرای فعلی درمان شناختی ـ رفتاری ربط دارد. ویلسون به ضرورت اشاعهٔ هرچه بیشتر درمان شناختی ـ رفتاری و اتخاذ آن اشاره می‌کند؛ با توجه به پشتوانهٔ تجربی قوی این درمان،

قدری تعجب‌آور است که از فنون آن بیش از این استفاده نشده است. علاوه بر این، ویلسون (۱۹۷۷) دل‌مشغول این است که درمان شناختی ـ رفتاری باید ارتباط محکم خود با پیشرفت‌های علم روان‌شناسی را حفظ کند:

> برای آنکه رفتاردرمانی بر سر قول خود مبنی بر ربط دادن درمان بالینی به پیشرفت‌های حاصل از تحقیقات علمی، باقی بماند باید به تحولات و توسعهٔ روان‌شناسی آزمایشی و زیست‌شناسی، حساس و پاسخگو بماند. پیشرفت‌های چشمگیر در علم وراثت و علم عصب‌نگر، قبلاً انقلابی در علوم زیست‌شناختی برپا کرده است و فاش شدن رازهای مغز احتمالاً ادامه خواهد یافت. فهم هرچه بهتر نقش سازوکارهای مغزی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات بالینی و تاثیر آن در اصلاح این اختلالات از طریق روش‌های داروشناختی و رفتاری، بی‌شک نظریه‌هایمان دربارهٔ تغییر رفتار را بهبود خواهد بخشید. (ص ۴۵۴)

خلاصهٔ فصل

مبنای رفتاردرمانی این است که مشکلات بالینی باید با آن دسته از فنون سنجشی و درمان‌ها برطرف شود که پشتوانهٔ تجربی دارد و از اصول ثابت‌شدهٔ روان‌شناسی آزمایشی گرفته شده است. در آغاز، روش‌های مشتق از شرطی‌سازی کلاسیک و کنشگر، بر این رویکرد مسلط بود، ولی رفتاردرمانی آن‌قدر گسترش یافت که روش‌های حاصل از نظریه‌های یادگیریِ مبتنی بر یادگیری مشاهده‌ای و فرایندهای شناختی را هم پوشش داد.

درمان‌های رفتاریِ سنتی عبارت است از: حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه‌درمانی، تمرین رفتاری، مدیریت وابستگی و بیزاری‌درمانی. این درمان‌ها، اثربخشی مستندشده‌ای دارد و پاره‌ای از آنها، درمان انتخابی برخی از مشکلات بالینی است (مثل حساسیت‌زدایی منظم که درمان انتخابی هراس‌ها است یا مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ که درمان انتخابی اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی است). درمان‌های شناختی ـ رفتاری بر تاثیر تفکر، انتظارات و باورها در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات بالینی تاکید می‌کند. برخی از نمونه‌های فنون رفتاری ـ شناختی عبارت است از: الگوبرداری، بازسازی شناختی، آموزش مایه‌کوبی علیه استرس، شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک. درمان شناختی ـ رفتاری و فنونِ رفتاریِ سنتی، در جدیدترین فهرست درمان‌های شواهدبنیاد، حرف اول را می‌زند.

درمان شناختی ـ رفتاری، تاثیر مثبتی بر رشتهٔ روان‌شناسی بالینی داشته است؛ چون درمان‌های موثر و اثربخش زیادی در آن است. درمان شناختی ـ رفتاری، پیشگام راهنماسازی برای درمان‌ها و تسهیل پژوهش و آموزش درمانگری بوده است. این درمان از بسیاری جهات، گرایشِ درمانیِ آرمانیِ دانشمند ـ درمانگران و دانشمندان بالینی است. اما پاره‌ای محدودیت‌ها و چالش‌ها را نیز دارد. گاهی اوقات رابطهٔ فنون رفتاردرمانی و شواهدِ علمی و آزمایشی، آن‌قدر که ادعا می‌شود، محکم نیست. وانگهی هنوز افسانه‌های زیادی درباره درمان شناختی ـ رفتاری وجود دارد؛ مثل این افسانه که رفتاردرمانی، نوعی انسانیت‌زدایی است و دنبال کنترل کردن است. در آینده باید به لحاظ کردن پیشرفت‌های علم روان‌شناسی در درمان شناختی ـ رفتاری، بیشتر توجه شود.

اصطلاحات کلیدی

سلسله‌مراتب اضطراب **anxiety hierarchy**

در حساسیت‌زدایی منظم، وضعیت‌هایی که واکنش‌های اضطرابی را تسریع می‌کنند، فهرست‌وار بر مبنای کم‌شدت‌ترین تا شدیدترین، مرتب می‌شود. ماده‌های این فهرست غالباً بر مبنای فاصلهٔ زمانی یا فضایی از محرک ترسناک چیده می‌شود.

جرئت‌آموزی **assertiveness training**

استفاده از تمرین رفتاری و دیگر فنون برای آموزش شیوهٔ ابراز موثر نیازها بدون تضییع حقوق دیگران.

بیزاری‌درمانی **aversion therapy**

نوعی درمان بحث‌برانگیز که در آن، محرک ناخوشایند به‌طور مستمر به دنبال پیامدی ناخوشایند می‌آید و با این عمل، نیرومندی رفتار به مرور کم می‌شود.

تمرین رفتاری **behavioral rehearsal**

فنی کلی برای گسترش خزانهٔ رفتارهای بیمار در زمینهٔ کنار آمدن. تمرین رفتاری موفقیت‌آمیز، مستلزم توضیح ضرورت فراگیری رفتارهای جدید به بیمار، انتخاب وضعیت‌های هدف، انجام تمرین و بازخورد دادن و

ترغیب بیمار به کاربرد مهارت‌های کسب‌شده در وضعیت‌های واقعی زندگی است.

رفتاردرمانی **behavior therapy**

چهارچوبی برای درمان اختلالات که مبنای آن، اصول شرطی‌سازی یا یادگیری است. رویکرد رفتاری، ماهیتی علمی دارد و بر متغیرهای استنباطی (یعنی مشاهده‌نشدنی) بر رفتار تاکید نمی‌کند.

درمان شناختی-رفتاری **cognitive-behavioral therapy**

چهارچوبی درمانی که بر نقش تفکر در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات تاکید می‌کند. فنون شناختی-رفتاری، با هدف اصلاح آن دسته از الگوهای تفکر اجرا می‌شود که در مشکلات بیمار نقش دارند و همچنین از اصول شرطی‌سازی و یادگیری برای اصلاح رفتارهای مشکل‌ساز استفاده می‌کند.

شناخت‌درمانی **cognitive therapy**

شکلی از درمان با پیشگامی آرون تی. بک که بر رابطهٔ الگوهای تفکر، هیجانات و رفتار تمرکز می‌کند و برای اصلاح فکرهای ناکارایی که مشخصهٔ یک اختلال است از فنون شناختی و رفتاری استفاده می‌کند. شناخت‌درمانی، درمانی فعالانه، و دارای ساختار و محدودهٔ زمانی است و برای درمان چند اختلال، مناسب است.

قرارداد وابستگی **contingency contracting**

فن مدیریت وابستگی که در آن درمانگر و بیمار قراردادی می‌بندند که در آن رفتارهای مطلوب و نامطلوب مشخص شده و پیامد انجام دادن یا ندادن هر یک از این رفتارها تعیین می‌شود.

مدیریت وابستگی **contingency management**

آن دسته از فنون شرطی‌سازی کنشگر که سعی دارند با دستکاری پیامدهای رفتار، آن رفتار را کنترل کنند.

شرطی‌سازی متقابل **counterconditioning**

اصل جایگزین کردن آرمیدگی به جای پاسخ اضطراب.

حساسیت ناآشکار **covert sensitization**

شکلی از بیزاری‌درمانی که در آن از بیماران می‌خواهند خودشان را در حال انجام دادن رفتار ناخوشایند تجسم کنند. سپس وقتی رفتار ناخوشایند را به وضوح تجسم کردند، پیامدهای به شدت آزارنده‌ای را برای آن تجسم کنند.

رفتاردرمانی دیالکتیک **dialectical behavior therapy**

درمانی شناختی-رفتاری که مارشا لینهان آن را برای اختلال شخصیت مرزی و اختلالات مربوط به آن طراحی کرد مهارت‌هایی در زمینهٔ وقوف، تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی و تاثیرگذاری میان‌فردی را تعلیم می‌دهد.

مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخ **exposure plus response prevention**

فنی رفتاری که معمولاً برای درمان اختلال وسواس فکری-اجبار عملی استفاده می‌شود. در این فن بیمار با وضعیتی مواجه می‌شود که موجب بروز وسواس‌های فکری (برای مثال، لمس کردن دستگیرهٔ در) در او می‌شود ولی اجازه ندارد رفتار اجبارگونی را انجام دهد که آن وسواس فکری را تسکین می‌دهد (مثل شستن دست‌ها). بیمار در نهایت به وسواس فکری خو می‌گیرد و رفتار اجبارگون او خاموش می‌شود.

مواجهه‌درمانی **exposure therapy**

فنی رفتاری برای کاهش اضطراب که در آن بیماران (البته به‌طور واقعی یا خیالی) با محرک‌ها یا وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که از آن می‌ترسند یا از آن اجتناب می‌کنند. مواجهه وقتی موثر است که اضطراب‌آور باشد، مدتش کافی باشد و آن‌قدر تکرار شود که اضطراب را رفع کند.

خاموشی **extinction**

حذف پاسخ (برای مثال، رفتاری یا هیجانی) ناخوشایند.

خوگیری **habituation**

حذف پاسخ در نتیجهٔ ارائه مکرر و طولانی محرک تحریک‌کننده.

نشانه‌های احشایی **introceptive cues**

محرک‌های فیزیولوژیایی درونی (مثل سرگیجه یا حالت تهوع).

الگوبرداری **modeling**

یادگرفتن مهارتی جدید یا مجموعه‌ای از رفتارها از طریق مشاهدهٔ انجام آن مهارت یا رفتار توسط شخصی دیگر؛ به آن یادگیری مشاهده‌ای هم می‌گویند.

تصحیح مفرط **overcorrection**

شکلی از بیزاری‌درمانی که در آن مراجع باید پیامدهای رفتار ناخوشایندش را «به‌طور مفرط تصحیح کند».

اصل پریماک **Premack principle**

یکی از فنون مدیریت وابستگی که با اجازه دادن به فرد برای انجام فعالیتی جذاب‌تر، بعد از انجام کامل رفتار هدف، رفتار هدف تقویت می‌شود؛ به آن اصل «مادر بزرگ» هم می‌گویند.

درمان عقلانی-هیجانی **rational-emotive therapy (RET)**

درمانی که پیشگام آن آلبرت الیس است و بیمار را وامی‌دارد با تفکر غیرمنطقی خود روبه‌رو شود و آن را اصلاح کند. در نظام الیس، باورهای شخص دربارهٔ رویدادها و نه خود رویدادها است که پیامدهای هیجانی یا رفتاری مشکل‌ساز را تعیین می‌کند.

بازسازی شناختی **rational restructuring**

مجموعه‌ای التقاطی از فنون که به افراد یاد می‌دهد مفروضاتشان دربارهٔ وضعیت‌ها یا دنیا را بررسی و آنها را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر کنند.

آرمیدگی **relaxation**

حالتِ اضطراب، استرس و برانگیختگی فیزیولوژیایی کم. آرمیدگی از طریق سفت و شل کردن عضلات مختلف، تمرین‌های تنفسی، تمرین‌های تجسمی یا هیپنوتیزم ایجاد می‌شود.

جریمه **response cost**

شکلی از بیزاری‌درمانی که در آن تقویت‌کننده‌های مثبت پس از انجام رفتار ناخوشایند، حذف می‌شود.

شکل‌دهی **shaping**

یکی از فنون مدیریت وابستگی که در آن رفتار هدف، با پاداش گرفتن رفتاری که تقریباً شبیه آن است و تقویت انتخابی رفتارهایی که به تدریج شبیه به آن می‌شوند، شکل می‌گیرد.

مایه‌کوبی علیه استرس **stress-inoculation training (SIT)**

فن دونالد مایکنبام که سعی می‌کند با «مایه‌کوبی» بیماران علیه عوامل جاری و آینده مولد استرس، از مشکلات آن پیشگیری کند. آموزش مایه‌کوبی علیه استرس شامل این موارد است: تعلیم و تربیت بیماران در زمینهٔ اینکه چطور برخی از ارزیابی‌ها به استرس منتهی می‌شود، تعلیم شناسایی عوامل بالقوهٔ مولد استرس و طرز کنار آمدن با آنها، تمرین مهارت‌های کنار آمدن در محیطِ درمان و تحکیم این مهارت‌ها از طریق به کار بستن آنها در وضعیت‌های استرس‌آور زندگی واقعی.

تقریب متوالی **successive approximation**

اصطلاحی دیگر برای شکل‌دهی.

جایگزین‌سازی نشانه **symptom substitution**

این باور که اگر نشانه‌ای را بدون توجه به آسیب‌شناسی زیربنایی یک بیماری برداریم، نشانه‌ای دیگر جای آن را می‌گیرد.

حساسیت‌زدایی منظم **systematic desenitization**

یکی از فنون رفتاری کاهش اضطراب که در آن بیماران در حالی که وضعیت‌های اضطراب‌آوری را تجسم می‌کنند که شدت اضطراب‌آور بودن‌شان به تدریج افزایش می‌یابد، تمرین آرمیدگی هم می‌کنند. به این ترتیب، حساسیت بیمار به محرکِ ترسناک، «زدوده می‌شود».

محروم‌کردن **time-out**

یکی از فنون مدیریت وابستگی که در آن شخص، به‌طور موقت از وضعیتی محروم می‌شود که رفتار ناخوشایند را تقویت می‌کند.

اقتصاد ژتونی **token economy**

نظامی که در آن رفتارهای خوشایند از طریق کنترل دقیق تقویت‌ها ترویج می‌شود. ایجاد چنین نظامی در گرو مشخص کردن تقویت‌کننده‌های فوری هر رفتار و تقویت‌کننده‌های پشتوانه است که بیماران می‌توانند تقویت‌کننده‌های فوری را با آنها مبادله کنند.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

14-1 Link to research-supported psychological treatments
http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/index.html

14-2 Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)
http://www.abct.org/Home/

14-3 The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
http://www.beckinstitute.org/

14-4 International Association for Cognitive Psychotherapy
http://www.the-iacp.com/

14-5 Albert Ellis Institute
http://www.rebt.org/public/about-us.html

14-6 Dialectical Behavior Therapy information and training
http://behavioraltech.org/index.cfm

۱۵



گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی

سوالات مهم

۱. مفروضه‌های بنیادی، ترتیبات/ویژگی‌ها و عوامل علاج‌بخش در روان‌درمانگری گروهی چیست؟
۲. گروه‌درمانی با محدودیت زمانی را با دیگر گروه‌درمانی‌ها مقایسه کنید.
۳. اهداف و ویژگی‌های اصلی خانواده‌درمانی چیست؟
۴. ویژگی‌های اصلی زناشویی‌درمانی چیست؟
۵. خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی، در کل چقدر اثربخش هستند؟

رئوس مطالب فصل

گروه‌درمانی

دیدگاه تاریخی

رویکردهای گروه‌درمانی

نمونه‌ای از گروه‌درمانی روانکاوانه

ترتیبات

کادر ۱ـ۱۵: تمرکز بر کاربردهای بالینی: روان‌درمانگری گروهی مقرون‌به‌صرفهٔ زمانی برای بیماران دچار اختلالات شخصیت

عوامل علاج‌بخش

آیا گروه‌درمانی کار می‌کند؟

آیندهٔ گروه‌درمانی

خانواده‌درمانی

تحول خانواده‌درمانی

مفهوم ارتباط

شکل‌ها و روش‌ها

کادر ۲ـ۱۵: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر گرتا فرانسیس دارای گواهینامهٔ هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا (ABPP)

خانواده‌درمانی مشترک

نمونه‌ای از خانواده‌درمانی مشترک

دیگر شکل‌های خانواده‌درمانی

کادر ۳-۱۵: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: دیوید واگنر
چه موقع خانواده‌درمانگری کنیم؟
زوج‌درمانی
کادر ۴-۱۵: تمرکز بر کاربردهای بالینی: نُه گام زوج‌درمانی هیجانی
آیا خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی موثر است؟

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

می‌توان گفت بیشتر مشکلاتی که بیماران را به درمان می‌کشانند، در یک بافت اجتماعی فراگرفته می‌شوند و تداوم می‌یابند. احتمال زیادی دارد که ناکارایی میان‌فردی قبلی تا حدودی در مشکلات هیجانی و رفتاری فعلی شخص نقش داشته باشد. اختلاف زناشویی، بین دو نفر ایجاد می‌شود. فروشندهٔ ترسو هم مشکلش را در تعامل با مشتریان نشان می‌دهد. رفتار مخل کودکان غالباً در بافت روابط خانوادگی رخ می‌دهد. بنابراین، اکنون که رشته‌های ناراحتی و احساس بدبختی انسان این‌قدر پیوند تنگاتنگی با تار و پود روابط اجتماعی دارند، آیا نباید دنبال صورت‌هایی از درمان باشیم که در گروه یا در موقعیت دونفره اجرا می‌شود؟

علاوه بر این، طرفداران این درمان‌ها می‌گویند گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی، مقرون‌به‌صرفه‌تر است. آنها می‌گویند دیدن بیماران به صورت انفرادی، برخورد عاقلانه‌ای با نیازهای سلامت روان جامعه نیست (کزدین و بلیز[1]، ۲۰۱۱). جنبه‌های اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی، بسیاری از بیمه‌گران را بر آن داشته تا خواهان درمان‌های روانی موثرتر و کم‌هزینه‌تر شوند. به هر حال، روش‌های مختلف درمان همزمان چند بیمار، از قبیل گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی، روز به روز مشهورتر می‌شود. در این فصل، قدری مفصل‌تر به گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی می‌پردازیم.

گروه‌درمانی

دیدگاه تاریخی

گروه‌درمانی تا سال‌ها روش منتخب برخی از درمانگران بود. دیگران وقتی از این روش استفاده می‌کردند که تعداد موردها زیاد بود و گروه‌درمانی را صرفاً برای رفع اضافه‌کارشان اجرا می‌کردند. برخی نیز گروه‌درمانی را یک فن مکمل می‌دانستند و از آن استفاده می‌کردند. برای مثال ممکن بود درمانگر در درمان انفرادی بخواهد بیمار را به این بینش برساند که نیازی بیمارگون به تحقیر زنان دارد؛ در این حالت، و در جلسهٔ گروهی، دیگر اعضای گروه از طریق واکنش‌هایشان به بیمار، تفسیر درمانگر را تقویت می‌کردند. اما هم‌اکنون، روش‌های گروهی، گزینهٔ دوم یا مکمل درمان نیستند و بیشتر به چشم می‌آیند و احترام بیشتری پیدا کرده‌اند.

یکی از موارد قدیمی استفاده از روش‌های گروهی، کار جوزف اچ. پرَت[2] با بیماران مبتلا به سل در سال ۱۹۰۵ است. رویکرد پرَت، رویکردی الهام‌بخش بود که در آن از سخنرانی و بحث گروهی استفاده می‌شد تا روحیهٔ بیماران افسرده بالا رود و رژیم پزشکی خود را رعایت کنند. یکی از شخصیت‌های مهم در جنبش گروهی، جی. ال. مورنو بود که در اوایل قرن بیستم، استفاده از برخی روش‌های گروهی را در وین شروع کرد و در سال ۱۹۲۵، نمایش روانی را به ایالات متحده امریکا معرفی کرد. مورنو همچنین از اصطلاح ***گروه‌درمانی*** استفاده کرد. تریگنت بارو[3]، روانکاوی بود که برای توصیف روش‌هایش از اصطلاح ***تحلیل گروهی*** استفاده کرد (روزنبام[4]، ۱۹۶۵). اسلاوسون[5] در دههٔ ۱۹۳۰، بیماران نوجوان را تشویق می‌کرد از طریق بازی کنترل‌شده، دربارهٔ مشکلاتشان مداقه کنند. روش‌های اسلاوسون بر مفاهیم روانکاوانه مبتنی بود. این اشخاص و اشخاصی مثل آنها، پیشگامان جنبش گروهی بودند (انجمن روان‌درمانگری گروهی امریکا، ۱۹۷۱؛ لوبین[6]، ۱۹۷۶).

مثل کل روان‌شناسی بالینی، پس از جنگ جهانی دوم بود که روش‌های گروهی به معنای واقعی کلمه وارد صحنه شد. همان‌طور که گفتیم، شمار زیادی از مجروحان جنگی و بازماندگان جنگ، به مشاوره و درمان نیاز پیدا کردند. محدودیت‌های موسسات و بیمارستان‌های آن زمان، استفاده از

1. Kazdin and Blase
2. Joseph H. Pratt
3. Trigant Burrow
4. Rosenbaum
5. Slavson
6. Lubin

روش‌های گروهی برای کنار آمدن با الزامات فوری را ضروری کرده بود. وقتی این روش‌ها وارد قطار عمل‌گرایی شد، دیری نگذشت که از احترام [خاصی] برخوردار شد. در نتیجه، تقریباً هر مکتب یا رویکردی در روان‌درمانگری فردی، معادل گروهی هم پیدا کرد. امروزه گروه‌درمانی‌های مبتنی بر اصول روانکاوی، اصول گشتالت‌درمانی، اصول رفتاردرمانی و دیگر درمان‌ها را داریم.

رویکردهای گروه‌درمانی

رویکردهای مختلفی در گروه‌درمانی وجود دارد که ریشه‌های نظری متفاوتی دارند و گروه‌درمانی را به زبان‌های نظری متفاوتی توصیف می‌کنند. اما همچون روان‌درمانگری انفرادی، گروه‌درمانگرهای باتجربه‌ای که مرام نظری مشابه دارند، از روش‌های کاملاً متفاوتی استفاده می‌کنند. به دلیل این ناهمخوانی عملکرد روان‌درمانگرها و مرام نظری آنها، مقایسهٔ شباهت‌ها و تفاوت‌های رویکردها و توصیف منسجم روش‌های مورد استفاده در هر رویکرد خاص سخت است. با این حال، رویکردهای زیر در جنبش کلی گروه‌درمانی، نسبتاً شناخته‌شده و معمول است.

گروه‌درمانی روانکاوانه . همچون رویکردهای درمان انفرادی، بخش زیادی از کارهای انجام‌شده در گروه‌درمانی به سنت روانکاوی برمی‌گردد. بیشتر شکل‌های گروه‌درمانی روانکاوانه در اصل، درمان روانکاوانه‌ای هستند که در محیط گروهی انجام می‌شود. گروه‌درمانی روانکاوانه، تفاوت‌های آشکاری با روان‌درمانگری انفرادی دارد (برای مثال تعدد انتقال‌ها، انتقال تعدیل‌شدهٔ درمانگر ـ بیمار و تاثیر اعضای گروه بر یکدیگر)، ولی همچنان تمرکز بر پدیده‌هایی مثل تداعی آزاد، انتقال، تفسیر مقاومت و مداقه است. به سختی می‌توان گفت که در آن، فرایندهای گروهی وجود ندارد ولی فرایندهای گروهی در مقایسه با فرایندهای فردی، در رتبهٔ دوم اهمیت هستند. گروه وسیله‌ای می‌شود که فرد از طریق آن می‌تواند نیروهای ناهشیار و دفاع‌های خود را ابراز کند و در نهایت، به عملکردشان پی ببرد و از این طریق به سطح بالاتری از سازگاری برسد. در مجموع این رویکردِ گروه‌درمانی، «غیررهنمودی» است و فرایندهای گروهی با دروندادهای ظریف از طرف درمانگر برملا می‌شود. همان‌طور که در قسمت زیر می‌خوانید، این رویکرد با بیشتر راهبردهای فعلی گروه‌درمانی فرق می‌کند.

ولف (۱۹۷۵) تاکید می‌کرد که روانکاوی علاوه بر آنکه به شکل انفرادی قابل اجرا است، در گروه هم قابل اجرا است. ولف معتقد است پویایی‌های گروه در مقایسه با تحلیل انفرادی، در مقام دوم اولویت است و درمانگر، نقش کلیدی دارد. گروه‌درمانی برخلاف روان‌درمانگری انفرادی می‌تواند تجربهٔ تحلیلی عمیق‌تری ببار آورد؛ چون افراد به گروه «اتکا می‌کنند» و تحمل اضطراب خود را بالا می‌برند. در ضمن، اعضای گروه به یکدیگر، به درمانگر و به روابط اقتدار و صمیمیت واکنش نشان می‌دهند. شخص با مشاهدهٔ طرز ارتباط دیگران در گروه و مشارکت در وضعیتی که او تنها شیء مورد توجه درمانگر نیست و همچنین با کمک‌گرفتن از دیگران و کمک‌کردن به دیگران می‌تواند به تحلیلی برسد که از تحلیل حاصل در روانکاوی انفرادی، موثرتر است.

گروه‌های روانکاوانه معمولاً هشت تا ده عضو دارند (که نسبت زن و مرد در آنها برابر است) و سه بار در هفته و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه یکدیگر را می‌بینند. گروه گاهی اوقات یکی دو بار در هفته بدون حضور درمانگر تشکیل می‌شود تا مداقه در مورد روابط انتقالی تسهیل شود. بیماران درباره احساسشان راجع به دیگر اعضای گروه تداعی آزاد می‌کنند، رؤیاهای خود و نیز مقاومت و احساسات انتقالی خود دربارهٔ درمانگر و دیگر اعضای گروه را گزارش می‌کنند. گزیده‌های مندرج در کار بعدی، ***روان‌درمانگری گروهی روانکاوانه*** را نشان می‌دهد.

نمایش روانی . یکی دیگر از رویکردهای تاریخی گروه‌درمانی، «نمایش روانی» است. نمایش روانی در واقع شکلی از نقش بازی کردن است که مورنو (۱۹۵۹، ۱۹۴۹) آن را ابداع کرد. بیماران طوری نقش بازی می‌کنند که گویی در حال اجرای یک نمایش هستند. این بازیگری، مقداری تسکین هیجانی (تخلیه هیجانی) و خودانگیختگی به همراه می‌آورد که بینش و خودشناسی شخص را بالا می‌برد. ممکن است از بیمار بخواهند نقش خود یا نقش یک نفر دیگر را بازی کند. گاهی هم از اعضای گروه می‌خواهند در میانهٔ نمایش، نقش‌هایشان را عوض کنند. موضوع نمایش می‌تواند اتفاقی در گذشتهٔ بیمار باشد یا اتفاقی که قرار است بیفتد و او از آن نگران است.

نمونه‌ای از گروه‌درمانی روانکاوانه

این گروه از سه مرد (الف، ب، ج) و سه زن (ه، و، ز) و درمانگر تشکیل شده است. درمانگر، روان‌پزشکی با گرایش روانکاوی است. محل ملاقات هم مطب درمانگر است. درمانگر، صندلی‌ها را دایره‌ای چیده است و خودش پشت میزش می‌نشیند. او تک‌تک اعضا را می‌شناسد و هر یک را چند تا چندصد جلسه تحت درمان انفرادی قرار داده است. گروه هفته‌ای دو بار تشکیل می‌شود. هر جلسه، یک ساعت طول می‌کشد و گروه «بسته» است؛ یعنی عضو جدید نمی‌پذیرد. در اینجا گزیده‌هایی از جلسهٔ اول و دهم این گروه را می‌خوانید. اعضا در جلسهٔ اول، یکدیگر را نمی‌شناسند.

جلسهٔ اول

درمانگر : این اولین جلسه از تجربه‌ای است که امیدوارم به تک تک شما کمک کند. یکدیگر را نمی‌شناسید و مایلم شما را به هم معرفی کنم. سمت راست من آقای الف ...

حال که با هم آشنا شدید، می‌خواهم توضیح دهم که باید چطور عمل کنیم. همچنین می‌خواهم چند کلمه دربارهٔ این حرف بزنم که امیدوارم از روان‌درمانگری گروهی، بیشترین بهره را ببریم.

تک‌تک شما، درمان انفرادی را با من گذرانده‌اید. اما در اینجا کار جدیدی را شروع می‌کنیم. من در گروه، اطلاعاتی را که از شما به دست آورده‌ام، فاش نمی‌کنم. قواعد در کل همان قواعد درمان انفرادی است؛ یعنی دربارهٔ هر چیزی که به فکرتان خطور می‌کند حرف می‌زنید و من نظرم را دربارهٔ حرف‌هایتان خواهم گفت. اگر دوست داشتید می‌توانید یکدیگر را تحلیل کنید. انتظار دارم به تفاوت‌هایتان احترام بگذارید. نمی‌توانم درباره اعضای دیگر تضمینی بدهم، ولی تک‌تک شما را تا حدودی می‌شناسم و به صداقت‌تان اعتقاد دارم. در عین حال به حرف‌هایی که می‌زنید فکر کنید.

قصد ندارم در جلسات بعد به اندازهٔ جلسهٔ اول حرف بزنم ولی اجازه دهید اطلاعات بیشتری بدهم. نخست اینکه روان‌درمانگری ، صرف‌نظر از شکل آن، روان‌درمانگری است. روان‌درمانگری در اصل، فهمیدن خود و پی بردن به انگیزه‌های ناهشیارانهٔ رفتارمان است. می‌خواهیم به بینش برسیم تا بفهمیم در پشت رفتار و واکنش‌های ما چه چیزی نهفته است. هدف روان‌درمانگری، افزایش رضایت‌مندی از خودمان و بهبود هرچه بیشتر رفتار اجتماعی‌مان است. دوم اینکه احتمال دارد به این روش قدری ظنین باشید و فکر کنید چون تک‌تک شما را می‌شناسم، فاش کردن خودتان برای دیگران سخت است. فکر می‌کنم همهٔ شما این احساس را داشته باشید. اما اگر بتوانید قضاوت را به تأخیر اندازید و در بحث‌ها شرکت کنید، درخواهید یافت که روش گروهی، روش ارزشمندی است و از آنچه الان می‌پندارید، مفیدتر است. سوم اینکه صِرف حضور در گروه و تجربه کردن آن ارزش ندارد، مگر آنکه در گروه شرکت کنید. شاید این حرف من پیش‌پاافتاده به نظر رسد ولی از شرکت در گروه، بیشتر نفع خواهید برد تا از بیرون نشستن. سرانجام اینکه، نگرش‌های مثبت و منفی مختلفی دربارهٔ یکدیگر خواهیم داشت. این انتقال‌ها، جزء ضروری روان‌درمانگری هستند و نباید از آنها ناراحت شوید.

فکر می‌کنم به قدر کافی حرف زدم. اجازه دهید حرف‌هایم را این‌طور جمع‌بندی کنم که دربارهٔ ظرفیت‌ها و تاثیرات بالقوهٔ آنچه انجام می‌دهیم بسیار خوشبین هستم و امیدوارم همگی از این جلسات بهره ببریم. حالا بیایید شروع کنیم.

جلسهٔ دهم

درمانگر: خُب فکر می‌کنم همگی آمده‌اند و باید شروع کنیم. خانم ز این روزها چطور بود؟ گویا در جلسهٔ قبل، وسط مشکلات بودید.

آقای الف : من هم می‌خواهم بدانم چی شد. امیدوارم مسائل را حل کرده باشد.

خانم ز : خُب به حرف‌هایی که زدیم خیلی فکر کردم و خوشحالم که بگویم فکر می‌کنم پیشرفت کرده‌ام. فهمیدم که دلیل بگومگوها و دعواهایم با مادرم، نفرت از او است و آن‌قدر هم که فکر می‌کردم، دوستش ندارم. بعد فهمیدم به او وابسته‌ام و اگر بتوانم با او واقع‌بینانه‌تر رفتار کنم، سالم‌تر است. در ضمن، این طرز رفتار برای او هم خوب نیست.

خانم و : پس فکر می‌کنم واقعاً عاشق مادرت نیستی؟

خانم ز : من این را نگفتم. راستش را بخواهید فکر می‌کنم خیلی به او وابسته‌ام و نفرتم از او، در واقع نفرت از خودم است چون، چون ... هیچ‌کس واقعاً عاشق من نیست [شروع می‌کند به گریه].

خانم ه: احساس می‌کنم خانم ز اشتباه می‌کند. مردم می‌توانند عاشق او باشند، مثل هر کس دیگری، اما برای محبوب بودن باید بتواند عاشق دیگران باشد.

آقای الف : حتی در این گروه هم خانم ز نجوش به نظر می‌رسد و نمی‌گذارد دیگران به او نزدیک شوند.

خانم ز : گویی من و مادرم علیه کل دنیا ائتلاف کرده‌ایم. پدرم او را ترک کرد و مادرم خیلی به من وابسته شد. مادرم مرا از دنیا ترساند و بعد هردو نفرمان تنها شدیم. من رابطهٔ زیادی با بقیه نداشتم. اوضاع بدی است.

درمانگر : اجازه بده قضیه را بفهمیم. فکر می‌کنم چیز ارزشمندی را فهمیده‌ای. تو و مادرت، ائتلافی علیه دنیا تشکیل داده‌اید. فکر می‌کنم از وسواس ذهنی شدیدش با تو بیزاری. حالا فهمیده‌ای که قضیه فقط این نیست که عاشق مادرت هستی، بلکه از او نفرت هم داری. اما داری می‌فهمی که به مادرت وابسته‌ای و مادرت هم به تو وابسته است. و بالاخره فهمیدی که مادرت، تو را از نظر هیجانی اسیر خودش کرده است. اما داشتن چنین هیجاناتی باید سخت باشد و احساس تنهایی می‌کنی[1].

در ***نمایش روانی***، در کل، یک بیمار، صحنهٔ نمایش، کارگردان یا درمانگر، «ایگوهای کمکی» (دیگر بیماران، کمک‌درمانگرها و دیگران) و تماشاگران وجود دارند. کارگردان به بیمار نقش می‌دهد و دیگر بازیگران، نقش ایگوهای کمکی را بازی می‌کنند. تماشاگران می‌توانند تامین‌کنندهٔ پذیرش و فهم باشند و حتی همزمان در نمایش شرکت کنند.

مورنو می‌گفت اجرای یک وضعیت، گوش کردن به پاسخ‌های ایگوهای کمکی و حس کردن واکنش‌های تماشاگران، به نوع عمیق‌تر تخلیهٔ هیجانی و خودشناسی منتهی می‌شود. او معتقد بود این عمل بسیار موثرتر از «حرف زدن» صرف با درمانگر است. نمایش روانی به ویژه برای بیماران خوددار یا فاقد مهارت‌های اجتماعی می‌تواند توان شخص برای ابراز خودش را بهبود بخشد و مهارت‌های اجتماعی او را ارتقا دهد. فراتحلیل جدیدی نشان می‌دهد نمایش روانی، درمان اثربخشی است، هرچند در این فراتحلیل، تعداد مطالعات نسبتاً کم بود (کیپر و ریتچی[2]، ۲۰۰۳).

تحلیل تبادلی [یا تحلیل رفتار متقابل] . اریک برن[3] (۱۹۶۱) ابداع‌کننده و نیروی پویای پشت ***تحلیل تبادلی*** (TA) [یا تحلیل رفتار متقابل] بود. تحلیل تبادلی در اصل فرایندی است که در آن تعاملاتِ جنبه‌های مختلف اعضا گروه تحلیل می‌شود. تحلیل‌ها عمدتاً بر سه «حالت ایگویی» اصلی هر شخص متمرکز است؛ یعنی حالت ایگویی کودک، والد و بالغ. هر حالت ایگویی ویژگی‌هایی مثبت و منفی دارد. کودک مثبت، حالت ایگویی خودانگیخته، بی‌پروا و اخلاقی است. کودک منفی هم حالت ایگویی ترسو، هیجانی و پر از احساس گناه است. والد مثبت، حالت ایگویی حمایتگر، مهربان و فهیم است و والد منفی، تنبیه‌گر است و زود درصدد سرزنش برمی‌آید. حالتِ ایگویی بالغ، گرایش کمتری به احساسات و هیجانات دارد و بیشتر اهل منطق، برنامه‌ریزی و جمع‌آوری اطلاعات است. اما بالغ می‌تواند اهل عقل و استدلال (مثبت) یا غیرخودانگیخته (منفی) باشد.

شخص بسته به نحوهٔ بزرگ شدن او، جنبه‌های مختلفی از این خصوصیات مثبت یا منفی را نشان خواهد داد. کودکی که پدر و مادرش بیش از حد از او حمایت یا بیش از حد او را اداره کرده‌اند، ممکن است در حالت ایگویی خودداری یا پر بودن از احساس گناه فرو رود. در نتیجه، اگر کسی در تحلیل تبادلی گروهی به شکل متکبرانه و مقتدرانه‌ای از مسائل و رابطهٔ جنسی حرف بزند و از شخص خوددار خواسته شود پاسخش را بدهد، احتمالاً نمی‌تواند پاسخ او را بدهد یا با تنش زیاد پاسخ خواهد داد. درمانگر سپس اشاره می‌کند که هر یک از آنها چطور مشغول بازی کردن نقش‌های منفی (کودک، بالغ یا والد) هستند. شخص متکبر و مقتدر، مشغول اجرای نقش والد منفی است. شخص مقابل او که خوددار و پر از تنش است هم به رسم کودکِ منفی پاسخ می‌دهد. تحلیل مکرر تعاملات اعضای گروه، حالت ایگویی معمول هر عضو را مشخص خواهد کرد. این تحلیل‌ها، بیماران را به سوی شیوه‌های عاقلانه‌تر و مناسب‌تری هدایت می‌کنند که به حالت ایگویی بالغ (مثبت) نزدیک‌تر است.

واحد تحلیل، ***تبادلات*** نام دارد که همانا محرک‌ها و پاسخ‌هایی است که بین حالات ایگویی دو یا چند نفر در هر لحظه فعال هستند. تحلیل تبادلی مستلزم تعیین این است که در تبادل آدم‌ها، کدام حالت ایگویی فعال و در حال عمل است.

یکی دیگر از جنبه‌های تحلیل تبادلی، تاکید بر ***بازی‌ها*** است (برن، ۱۹۶۴). بازی، رفتارهایی است که آدم‌ها انجام می‌دهند تا از زیاد نزدیک شدن به دیگران اجتناب ورزند. بازی، تبادلات منظمی است که انگیزه‌های پنهان دارد. در گروه‌درمانی بر مبنای تحلیل تبادلی، سعی می‌شود طرز بازی کردن افراد با هم،

---

۱. به نقل از کتاب ***روش‌های گروه‌درمانی*** نوشتهٔ کورسینی، صص ۱۶۱-۱۶۰، ۱۶۴-۱۶۳.

2. Kipper and Ritchie

3. Erick Berne

تحلیل تبادلی، دنبال صمیمیت کاذب می‌گردد که نقطهٔ مقابل صمیمیت حقیقی است. او درمانگر را معلمی می‌داند که از طریق سوال، تفسیر و رویارویی، بیماران را به جایی می‌رساند که بتوانند بین بازی‌ها و رفتار رضایت‌بخش‌تر، یکی را انتخاب کنند.

تحلیل رفتار متقابل، رویکردی سریع و کنش‌گرا است. این رویکرد بر زمان حال و مشکلات فوری تاکید دارد و به همین دلیل برای بیماران و درمانگر جذاب است. تحلیل رفتار متقابل، حال و هوای مسئولیت‌پذیری و یادگرفتن طرز انتخاب گزینه‌ها را دارد و می‌تواند رقیبی برای گروه‌درمانی‌های سنتی‌تر باشد که کند به نظر می‌رسند. همچنین نوعی سادگی مفهومی دارد که آن را برای بیمار و متخصص، خوشایند و حتی پذیرفتنی می‌کند.

اما این سادگی و شوق و ماجراجویی برخی از متخصصان تحلیل تبادلی به شهرتی انجامیده است که می‌تواند خطرناک باشد. منتقدان تحلیل تبادلی می‌گویند مشکلات انسان، رویدادهای پیچیده‌ای هستند که نمی‌توانیم آنها را به راحتی، بازی تعبیر کنیم و فواید چنین روشی احتمالاً عمر کوتاهی خواهد داشت. بی‌شک، یافته‌های تحقیق نمی‌تواند این نوع ترس‌ها و نگرانی‌ها دربارهٔ تحلیل تبادلی را رفع کند؛ چون درمانگران پیرو این رویکرد، به ندرت تحقیق می‌کنند.

گروه‌های گشتالتی . دسته‌بندی *گروه‌درمانی گشتالتی*، سخت است. گروه‌درمانی گشتالتی، مثل گروه‌درمانی روانکاوانه، دنبال تجربیات فردی بیماران است. در عین حال تاکیدش بر سمینارهای رزیدنتی، خلوتگاه‌های آخر هفته، کارگاه‌های کوتاه و شهرت عمومی آن، حال و هوای جنبش رویارویی (برای مثال راجرز، ۱۹۷۹) را به آن می‌بخشد. این ویژگی‌ها تا حدودی به طبیعت محکم و گاهی اوقات توام با خودنمایی فردریک پرلز (رهبر جنبش گشتالتی) و شهرت زیاد موسسهٔ ایزالین در بیگ سورِ کالیفرنیا برمی‌گردد.

همان‌طور که در فصل سیزدهم گفتیم، گشتالت‌درمانی دنبال آن است که بیمار را بر «حالا» و درک کردن حضور در این دنیا رهنمون کند. این هدف در گروه‌درمانی از طریق تمرکز مقطعی بر هر عضو حاصل می‌شود. درمانگر در حالی بر یک بیمار تمرکز می‌کند که دیگر اعضای گروه نقش مشاهده‌گر را بازی می‌کنند. نام این عمل را رویکرد «صندلی داغ» گذاشته‌اند. درمانگر از بیماران می‌خواهد احساسات و رفتارشان را تجربه کنند. به عبارتی، فکرشان را رها کنند و حس‌شان را دریابند. اعضای دیگر گروه هم مشاهده‌گران صرفاً منفعلی نیستند؛ آنها باید نظرشان را درباره شخصی بگویند که روی صندلی داغ قرار دارد. گاهی اوقات هم کمی نقش بازی کردن، گزارش رؤیاها و گفت‌وگوی بیماران صورت می‌گیرد (پرلز، ۱۹۷۳). اما صرف‌نظر از آنکه عضو گروه، مشاهده‌گر است یا روی صندلی داغ نشسته، با رویه‌های جاری درگیری شدیدی پیدا می‌کند. شهرت زیاد روش‌های گشتالتی و کمبود تحقیق در زمینهٔ نتیجهٔ آن و هیجانی بودن این روش‌ها باعث شده همچون روش تحلیل تبادلی، تحقیقات کمی در مورد تاثیرگذاری آن صورت گیرد و نتوانیم ادعا کنیم که اثراتش از محدودهٔ یک وضعیت خاص یا جلسهٔ آخر هفته فراتر می‌رود یا نه.

گروه‌های رفتاردرمانی . *رفتاردرمانی گروهی* یکی از گروه‌درمانی‌های نسبتاً معروف روان‌شناسی بالینی معاصر است که ظاهراً از ملاحظات مرتبط با بازدهی برآمده است نه تمرکز صرف بر پویایی‌های تعاملات در گروه (لازاروس، ۱۹۷۵؛ رُز، ۱۹۹۱). اجرای جلسات حساسیت‌زدایی، الگوبرداری از مهارت‌های میان‌فردی یا مداخلاتِ بازسازی‌شناختی به صورت گروهی کاملاً ممکن به نظر می‌رسد (رُز، ۱۹۹۱). برای مثال می‌توانیم در گروه نحوهٔ ایجاد آرمیدگی در خود را به بیماران تعلیم دهیم و طرز تهیهٔ سلسله مراتب اضطراب را همزمان به چند بیمار یاد بدهیم. بنابراین، بازدهی [و مقرون‌به‌صرفه بودن] حکم می‌کند که این کار را انجام دهیم. رفتاردرمانگر گروهی برخلاف درمانگر در دیگر گروه‌درمانی‌ها، غالباً نقش فعالی بازی می‌کند، نقش آموزش‌دهنده را دارد، درس می‌دهد، مهارت‌آموزی می‌کند و تکلیف منزل می‌دهد.

گروه‌های رفتاری و رفتاری ـ شناختی معمولاً محدودیت زمانی دارند (برای مثال، ۱۲ جلسه‌ای هستند) و از بیمارانی تشکیل می‌شوند که مشکل مشابهی دارند. اعضای این گروه‌ها مانند رفتاردرمانی‌ها، قبل، در مدت درمان و پس از آن، چند بار تحت سنجش قرار می‌گیرند تا پیشرفتشان بررسی شود. رُز

(۱۹۹۱) چند نمونه از اجرای تقویت، الگوبرداری، حل مسئله و مداخلات شناختی در گروه‌های رفتاردرمانی را مثال زده است. تحقیقات هم از اثربخشی مداخلاتِ گروهیِ شناختی ـ رفتاری در درمان افسردگی، کمبود مهارت‌های اجتماعی، درد، هراس از مکان‌های باز و مشکلات دیگر خبر می‌دهد (رُز، ۱۹۹۱).

برای مثال، جرئت‌آموزی معمولاً به‌صورت گروهی اجرا می‌شود. گروه، محیط بسیار خوبی برای افراد ترسو است تا با مشکلاتشان روبه‌رو شوند، ترسشان از جرئت به خرج دادن بریزد و روش‌های مقبول ابراز خود را یاد بگیرند. در این گروه‌ها معمولاً از تعلیم مستقیم استفاده می‌شود و درمانگر، اهداف گروه و مشکلات ناشی از ترسو بودن را توضیح می‌دهد. حل مسئلهٔ توام با همکاری و صداقت و پذیرش یکدیگر، از ویژگی‌های معمول گروه‌های جرئت‌آموزی است. گروه به اعضا فرصت اظهارنظر و انتقاد از طرز معرفی یکدیگر را می‌دهد. اعضای گروه با مهارت‌های جدید در زمینهٔ جرئت به خرج دادن آشنا می‌شوند و این مهارت‌ها را تمرین می‌کنند. به آنها تکلیف منزل هم داده می‌شود و سپس دربارهٔ موفقیت اعضا در انجام تکالیف، بحث گروهی می‌شود.

نمونهٔ دیگر، گروه‌درمانی شناختی ـ رفتاری هراس اجتماعی است. هایمبرگ و بکر[1] (۲۰۰۲) این درمان را به‌طور مفصل توضیح داده‌اند. کوتاه سخن اینکه اعضای گروه ابتدا با مدل شناختی ـ رفتاری هراس اجتماعی که مولفه‌های شناختی ـ رفتاری و فیزیولوژیایی دارد، آشنا می‌شوند. جلسات گروه پس از آشنایی اعضا با مبانی درمان شناختی ـ رفتاری، بر تمرین مواجههٔ زنده یا شبیه‌سازی‌شده با وضعیت‌های ترسناک، بازسازی شناختی و پرورش مهارت‌هایی متمرکز می‌شود که مستلزم شناسایی و اصلاح سوگیری‌های شناختی در ایجاد و حفظ نشانه‌های هراس اجتماعی است. این رویکرد درمانی به هراس اجتماعی، اثربخش است (برلینگیم، مکنزی و استراوس، ۲۰۰۴) و به‌دلیل ماهیت هراس اجتماعی، احتمالاً درمان انتخابی آن است.

در کار باکودکان و نوجوانان هم خیلی از گروه‌درمانی استفاده می‌شود. از آنجاکه کودکان و نوجوانان، با محیط و شرایط کلاس درس راحت هستند، با رویکرد گروهی برای مثال می‌توانیم به کاهش رفتار پرخاشگرانه و اضطراب یا پرورش مهارت‌های اجتماعی آنان بپردازیم. شرایط گروهی در برخی موارد (مثل گروه کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رشدی نافذ، از جمله کودکان و نوجوانان مبتلا به اتیسمِ کارکرد بالا) امکان تمرین فوری مهارت‌هایی را می‌دهد که در غیر این صورت، به سختی کسب می‌شوند.

جلسات رفتاردرمانی گروهی، مانند جلسات رویکردهای دیگر، محدودیت زمانی دارد و معمولاً هفتگی و بر مبنای تعداد جلسات از پیش تعیین‌شده برگزار می‌شود (برای مثال، هشت جلسه برای گروهی که اعضایش در زندگی بحرانی داشته‌اند). رفتاردرمانی گروهی غالباً آماده‌سازی دقیق پیش از تشکیل گروه و غربالگری دارد تا اطمینان حاصل شود اعضای گروه، مشکلات مشابهی داشته‌اند و مهارت‌های لازم برای حضور در گروه را دارند.

کادر ۱ ـ ۱۵، کاربرد این رویکرد را در ارتباط با بیماران دچار اختلال شخصیت توضیح می‌دهد.

ترتیبات

تنوع رویکردهای گروهی مورد استفادهٔ روان‌شناسان بالینی، توصیف کلی ترتیبات گروه‌درمانی را قدری گمراه کننده می‌کند. اما با وجود تنوع فنون، این رویکردها شباهت‌هایی دارند. برای مثال، بیشتر گروه‌ها از پنج تا ده بیمار تشکیل می‌شود که دست‌کم هفته‌ای یک بار، آن هم به مدت ۹۰ دقیقه تا ۲ ساعت، با درمانگر دیدار می‌کنند. اعضای گروه معمولاً دور هم و دایره‌ای می‌نشینند تا یکدیگر را ببینند. گاهی هم دور یک میز می‌نشینند یا به شکل دیگری.

ترکیب گروه، به عقاید درمانگر و ملاحظات عملی بستگی دارد. برخی از درمانگران به شدت احساس می‌کنند که گروه ناهمگن، بهترین گروه است؛ یعنی گروهی متشکل از زنان و مردانی که مشکلات، پیشینه‌ها و شخصیت‌های متفاوت دارند. برخی هم گروه همگن را بهترین گروه می‌دانند؛ مثل گروهی متشکل از آدم‌های الکلی یا بیماران مبتلا به هراس. آنها معتقدند همگنی موجب افزایش بازدهی، فهم سریع‌تر و

1. Heimberg and Becker

پذیرش متقابل می‌شود (برای مثال، بادمن و گورمن[1]، ۱۹۸۸). در محیط‌های موسساتی و بیمارستانی که شمار زیادی بیمار در آنها وجود دارد، تشکیل گروه‌های همگن، آسان است. اما در درمانگری خصوصی، درمانگر چاره‌ای ندارد جز آنکه گروه ناهمگن تشکیل دهد. بیشتر درمانگرها قبول دارند که برخی از بیماران را باید کنار گذاشت؛ از جمله بیمارانی که محدودیت‌های شناختی شدید دارند، به شدت روانپریش هستند یا کسانی که در روند گروه اخلال می‌کنند (مثل کسانی که بحث گروه را قبضه یا عنادورزی می‌کنند).

درمانگر در پاره‌ای موارد، همهٔ اعضای گروه را به‌طور همزمان تک‌تک می‌بیند. در پاره‌ای موارد هم بیماران را فقط در قالب جلسات گروه می‌بیند. برخی درمانگران، دستیار دارند (غالباً درمانگری از جنس مخالف که به فرایندهایی مثل فرایند انتقال بُعد دیگری را می‌افزاید). برخی گروه‌ها گهگاه بدون حضور درمانگر، تشکیل جلسه می‌دهند. نقش رهبر گروه در هر قالبی از درمان، بسیار مهم است. در برخی گروه‌ها، دوستی خارج از جلسات ممنوع است؛ در برخی هم این نوع ممنوعیت‌ها از نظر درمانگر، غیرواقع‌بینانه است. گروه‌های باز هرگاه عضوی برود، عضو جدید می‌پذیرند؛ در حالی که گروه‌های بسته پس از شروع به کار، عضو جدید نمی‌پذیرند. در گروه‌درمانی هم مسائل مربوط به رازداری مهم است. درمانگر هنگام توضیح دادن ترتیبات و «قواعد» به اعضای گروه ممکن است لازم بداند بگوید که همهٔ اعضا باید رازدار باشند، ولی برای این رازداری تضمینی قطعی وجود ندارد (به مورد قبلی در همین فصل مراجعه کنید).

کادر ۱ـ۱۵: تمرکز بر کاربردهای بالینی: روان‌درمانگری گروهی مقرون به‌صرفهٔ زمانی برای بیماران دچار اختلالات شخصیت

بادمن و دیگران (۱۹۹۶) توضیح داده‌اند که روان‌درمانگری گروهی چطور می‌تواند برای گروهی از بیماران، بسیار موثر و مفید باشد که درمان‌شان بسیار سخت به نظر می‌رسد؛ یعنی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت که روی محور دو می‌آید. گروه‌درمانی برای این دسته از بیماران، مزایای زیر را دارد:

- رفتار اجتماعی/میان‌فردی بیمار مستقیماً مشاهده می‌شود (برای مثال، خصومت ورزیدن به دیگران یا انتقاد از آنها)؛
- می‌توانیم درباره جنبه‌های انطباقی و غیرانطباقی هر یک از افراد گروه به آنان بازخورد فوری بدهیم (مثل این بازخورد که «وقتی گفتی نمی‌دانی چه می‌گویی، از تو رنجیدم و عصبانی شدم»)؛
- بیماران در گروه فرصت پیدا می‌کنند رفتار میان‌فردی خود را اصلاح کنند؛
- فشار همتایان فرد در گروه، او را تشویق می‌کند رفتارهای مشکل‌دارش (مثل حملهٔ کلامی به دیگران) را کم کند و بر پاسخ‌های انطباقی‌تر خود (مثل بیان رنجش از فلان اظهارنظر یکی دیگر از اعضای گروه) بیفزاید؛ و
- گروه اصولاً نقش «نمونهٔ کوچک دنیای واقعی» را بازی می‌کند. (بادمن و دیگران، ۱۹۹۶، ص ۳۳۱)

جا دارد به برخی دیگر از ویژگی‌های روان‌درمانگری گروهی مقرون‌به‌صرفهٔ زمانی هم اشاره کنیم. روان‌درمانگری گروهی مقرون‌به‌صرفهٔ زمانی بادمن و دیگران (۱۹۹۶) (الف) تمرکز میان‌فردی دارد؛ (ب) درمانگر/رهبر گروه را ملزم می‌کند فرایند گروه را فعالانه تسهیل کند (برای مثال، گروه را به اصطلاح «هُل دهد» یا اعمال مخرب در گروه را محدود کند)؛ (ج) برای تشویق مراجعان به تغییر، محدودهٔ زمانی دارد؛ (د) مسئولیت‌پذیری، تعیین هدف و زیر نظر گرفتن روند پیشرفت به سوی هدف را تشویق می‌کند؛ (ه) برای تشویق بیماران به تغییر، تکلیف منزل می‌دهد؛ و (و) برای جمع‌بندی فرایند گروه، مضامین تکراری و پیشرفت‌های فردی، از خلاصهٔ جلسه استفاده می‌کند.

مناسب بودن اعضا برای گروه از طریق غربال گسترده (که جلسه‌ای انفرادی با رهبر گروه است) و معارفهٔ اعضا پیش از تشکیل گروه، اجرای تکالیف کوچک گروهی (مثل نقش بازی کردن درباره رفتارهای میان‌فردی مشکل‌دار و رفتارهای مقابل آنها) و اجرای تمرین گروهی (مثل برنامه‌ریزی برای یک مهمانی) ارزیابی می‌شود. به‌این ترتیب، رهبر گروه می‌تواند مناسب بودن هر یک از اعضا برای حضور در گروه را بسنجد و پاسخ این نوع سوالات را بیابد که آیا به‌خوبی به محدودیت‌گذاری پاسخ می‌دهد؟ آیا از بازخورد استفادهٔ مناسبی می‌کند؟ آیا می‌تواند با دیگر اعضای گروه درگیر شود و ارتباط برقرار کند؟

بادمن و دیگران (۱۹۹۶) گزارش می‌کنند که چنین درمانی احتمالاً به کنترل عاطفی بهتر، پرورش مهارت‌های بهتر کنار آمدن و بهبود رفتار میان‌فردی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت منتهی می‌شود.

1. Budman and Gurman

عوامل علاج‌بخش

تنوع رویکردهای گروهی، آشکار است. اما همهٔ این رویکردها، وجوه اشتراکی دارند که از سودمندی گروه‌درمانی خبر می‌دهد. یالوم[1] (۱۹۷۵) به مجموعه‌ای از ***عوامل شفابخش*** اشاره می‌کند که جوهر روش‌های گروهی است:

۱. ***انتقال اطلاعات***. اعضای گروه علاوه بر درمانگر، از دیگران هم توصیه و راهنمایی می‌گیرند.
۲. ***ایجاد امید***. مشاهدهٔ کسانی که مشکلاتشان را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند، ایجاد امید خواهد کرد؛ که برای هر گونه تجربهٔ درمانیِ موفق عنصری ضروری است.
۳. ***همگانی بودن***. شخص با گوش کردن به دیگران می‌فهمد دیگران هم مشکلات، ترس‌ها و نگرانی‌های او را دارند. اینکه می‌فهمد تنها نیست می‌تواند بسیار خوشایند باشد.
۴. ***نوع‌دوستی***. عضو گروه در شروع، غالباً احساس بی‌فایده بودن می‌کند و روحیه‌اش تضعیف می‌شود. اما با روشن شدن اینکه می‌تواند به دیگر اعضای گروه کمک کند، احساس ارزشمندی بیشتری می‌کند و قابلیت‌های او ظاهر می‌شود.
۵. ***یادگیری میان‌فردی***. تعامل با دیگر اعضای گروه به شخص، روابط میان‌فردی، مهارت‌های اجتماعی، حساسیت دربارهٔ دیگران، حل‌وفصل اختلاف و مواردی از این قبیل را یاد می‌دهد.
۶. ***تقلید***. تماشا کردن دیگران و گوش کردن به آنها می‌تواند به الگوبرداری از رفتارهای مفیدتر منتهی شود. اعضای گروه از یکدیگر یاد می‌گیرند.
۷. ***بازپیدایی اصلاحی خانوادهٔ اولیه***. بافت گروه می‌تواند مشکلات مرتبط با اعضای خانواده‌شان را به اعضای گروه بفهماند و به آنها کمک کند این مشکلات را حل‌وفصل کنند. تاثیر تجربیات خانوادگی قبلی، با آموختن این مسئله برطرف خواهد شد که روش‌های غیرانطباقی کنار آمدن، در گروه کار نمی‌کند.
۸. ***تخلیهٔ هیجانی***. اینکه یاد بگیریم احساسات خود دربارهٔ دیگر اعضای گروه را صادقانه ابراز کنیم، راه را برای اعتماد و فهم متقابل هموار خواهد کرد.
۹. ***انسجام گروه***. اعضای گروه چنان در قالب یک گروه کوچک به هم جوش می‌خورند که پذیرش در گروه، عزت‌نفسشان را زیاد می‌کند.

آیا گروه‌درمانی کار می‌کند؟

مرورهای صورت‌گرفته بر یافته‌های تحقیقاتی که اثربخشی روان‌درمانگری گروهی را می‌سنجد، پیوسته نشان داده‌اند که گروه‌درمانی از عدم درمان موثرتر است (برای مثال، برلینگیم و دیگران، ۲۰۰۴). این موضوع به‌ویژه در خصوص بزرگسالان و نوجوانانی صادق است که درباره آنها تشخیص اختلال وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی یا اختلالات خوردن داده شده‌اند و کسانی که تحت گروه‌درمانی شناختی-رفتاری قرار گرفته‌اند. اما به نظر نمی‌رسد گروه‌درمانی‌ها از دیگر روان‌درمانگری‌ها موثرتر باشد (برلینگیم و دیگران، ۲۰۰۴). مزیت اصلی گروه‌درمانی، کارایی بیشتر و مقرون‌به‌صرفه بودن است، به‌ویژه گروه‌درمانی‌هایی که محدودیت زمانی دارد.

تحقیق دربارهٔ گروه‌درمانی در مجموع از محدودهٔ جوابگویی به سوالات کلی درباره تاثیرگذاری کلی آن فراتر نرفته است (بدنار و کاول[2]، ۱۹۹۴؛ ریوا و اسمیت[3]، ۱۹۹۷). اما برخی معتقدند شواهد روزافزونی وجود دارد که از تاثیرگذاری متفاوت برخی الگوهای گروهی درمان در خصوص اختلالات روانی متفاوت خبر می‌دهد (برلینگیم و دیگران، ۲۰۰۴). نظریه‌پردازانی مثل یالوم به انواع «عوامل علاج‌بخش» یا متغیرهای دیگری اشاره کرده‌اند که بر نتیجهٔ گروه‌درمانی تاثیر می‌گذارد (مثل سبک رهبری گروه و لزوم آموزش، پیش از تشکیل گروه)، اما مطالعات نسبتاً کمی صورت گرفته که تاثیر این عوامل را به دقت بررسی کند. مطالعات انجام‌شده نیز مشکلات مفهومی و روش‌شناختی دارد. بدیهی است که به تحقیق بیشتری دربارهٔ فرایند روان‌درمانگری گروهی و عوامل علاج‌بخش نیاز داریم تا بهتر بفهمیم که گروه‌درمانی چرا و چطور کار می‌کند (بدنار و کاول، ۱۹۹۴؛ برلینگیم و دیگران، ۲۰۰۳؛ رُز، ۱۹۹۱).

آیندهٔ گروه‌درمانی

با وجود مقرون‌به‌صرفه بودن و کارایی درمان‌های گروهی، به نظر می‌رسد از این درمان‌ها به قدر کافی استفاده نمی‌شود. یکی از

1. Yalom
2. Bedna and Kaul
3. Riva and Smith

دلایلش آن است که مراجعان و درمانگران، گروه‌درمانی را گزینهٔ دوم می‌دانند. در مقایسه با درمان‌های دیگر، تعداد کمتری از مراجعان برای گروه‌درمانی ارجاع می‌شوند و حتی کسانی هم که ارجاع می‌شوند، دنبال گروه را نمی‌گیرند و به گروه ملحق نمی‌شوند. اما شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد الزام برای گروه‌درمانی در حال افزایش است (برلینگیم و دیگران، ۲۰۰۴).

نظام مراقبت بهداشتیِ مدیریت‌شدهٔ رفتاری، گروه‌درمانی را گزینهٔ اجرایی‌تری خواهد کرد (استینبرگر و بادمن[1]، ۱۹۹۶). گروه‌درمانی به یک دلیل برای درمانگران و سازمان‌های مراقبت مدیریت‌شده جذاب است که در وقت (و در نهایت، در پول) صرف‌شده برای بیمارانی صرفه‌جویی می‌کند که اختلالات نه‌چندان شدیدی دارند (مکینزی، ۱۹۹۴) و در برخی موارد هم رقیب بستری کردن بیماران است (استینبرگر و بادمن، ۱۹۹۶). اما گروه‌درمانگرها برای بهره‌برداری از این فرصت‌ها باید دربارهٔ این شکل درمان، به مردم و متخصصان سلامت آموزش بهتری بدهند و با دولتمردان و شرکت‌های سلامت رفتاری مدیریت‌شده برای حمایت مالی از گروه‌درمانی به عنوان نوعی خدمات، بیشتر لابی کنند، چک و چانه بزنند و اطلاعاتشان دربارهٔ مراقبت مدیریت‌شده و نیازهای بهداشتی رفع‌نشده را بالا ببرند (استینبرگر و بادمن، ۱۹۹۶).

خانواده‌درمانی

وقتی عضوی از خانواده دچار مشکل می‌شود، تمام اعضای خانواده تحت تاثیر قرار می‌گیرند. روز به روز بر شمار خانواده‌هایی افزوده می‌شود که به عنوان واحد خانواده، درصدد کشف مشکلاتشان و رسیدگی به آنها برمی‌آیند. همان‌طور که تعداد دستنامه‌ها و مرورهای انجام‌شده در حوزهٔ خانواده‌درمانی نشان می‌دهد، این حوزه در حال بالندگی است. شواهد بیشتر درباره این بالندگی، ظهور قسمت ویژهٔ خانواده‌درمانی در مجلات بالینی از قبیل ***Journal of Covnsulting and Clinical Psychology*** است. اما باید خاطرنشان کنیم که خانواده‌درمانی چیزی بیش از درگیر کردن اعضای خانواده با درمان است. خیلی پیش می‌آید که پدر و مادر در درمان کودک یا فرزند نوجوان خود درگیر شوند یا همسر، فرزندان یا دیگر حامیانِ شخص بیمار، گهگاه در درمان او درگیر شوند. در حقیقت، بیشتر رویکردهای درمانیِ مربوط به کودکان مستلزم تعامل خیلی زیاد با والدین است تا بافتی که کودک در آن رشد می‌کند، تغییر داده شود. حتی برخی از درمانگران ممکن است به این موارد، «جلسات خانواده‌درمانی» بگویند. اما «خانواده‌درمانی» حقیقی، رویکردِ درمانی ممتازی است که نشانه‌های روان‌شناختی را بر مبنای نظام خانواده مفهوم‌بندی می‌کند.

تحول خانواده‌درمانی

فروزتی و جیکوبسن[2] (۱۹۹۱) خاستگاه خانواده‌درمانی را به جنبش مددکاری اجتماعی قرن نوزدهم برمی‌گردانند. اما خانواده‌درمانی فوراً ممتاز و مسلط نشد و در اواسط قرن بیستم بود که مشهور شد. بخشی از این تأخیر به سلطهٔ طولانی روانکاوی برمی‌گردد. اما دیدگاه‌هایی مانند رفتارگرایی و انسانگرایی، راه را برای ظهور درمان دیگری مثل خانواده‌درمانی در میان روان‌شناسان بالینی هموار کرد. در خانواده‌درمانی، مشکل افراد در قالب کارایی خانوادگی مفهوم‌بندی شد. این دیدگاه جدید، در مفهوم‌بندی اختلالات شدیدی مثل اسکیزوفرنی مشهود بود.

گروه تحقیقاتی پالوآلتو (بیتسون، جکسون، هیلی، ساتیر و دیگران)، مشکل را از نظر ارتباطی نگریست. برای تاثیرگذاری بر یکی از اعضای خانواده باید به کل نظام خانواده پرداخت (جکسون و ویکلند[3]، ۱۹۶۱). مفهوم **بن‌بست** دوطرفه هم به مفهوم خانواده به عنوان یک واحد ربط داشت (بیتسون، جکسون، هیلی و ویکلند، ۱۹۵۶). برای مثال، پدر ممکن است به کودک بگوید «همیشه حقت را از دیگران بگیر!» اما بعداً به کودک می‌گوید «هیچ وقت از حرفم سرپیچی نکن. من پدرت هستم و حرف، حرفِ من است!» تناقضِ این دو پیام باعث می‌شود که کودک هر کاری کند، از نظر پدرش غلط باشد. طبق نظر گروه بیتسون، تناقض موجود و درماندن پدر از پی بردن به

1. Steenbarger and Budman
2. Fruzzetti and Jacobson
3. Jackson and Weakland

این تناقض و عدم حمایت کودک از سوی دیگر اعضای خانواده می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری اسکیزوفرنی در کودک شود. اما نظریهٔ بن‌بست دوسویه درباره اسکیزوفرنی، پشتوانهٔ تجربی چندانی ندارد. در حقیقت اصلاً شواهدی وجود ندارد که اصلاً چنین ارتباطاتی را می‌توان پدیده قابل اعتماد و اتکایی [که رخ می‌دهد] دانست. اما این فرضیه بسیار مفید بود؛ چون دستمایهٔ کارهای زیاد گروه پالتوآلتو در زمینهٔ خانواده‌درمانی شد. این قضیه نشان می‌دهد ارزش مفاهیم و تحقیقات صرفاً به درست بودن یا غلط بودن آنها نیست. ارزش اکتشافی آنها هم مهم است؛ یعنی چقدر به کارهای جدید، نظرات جدید یا روش‌های جدید منتهی می‌شود.

تئودور لیدز و تیم تحقیقاتی او نیز بر تاثیر خانواده در سبب‌شناسی اسکیزوفرنی تاکید می‌کردند (لیدز، کورنلیسون، فلک و تری[1]، ۱۹۵۷b، ۱۹۵۷a). وقتی زن و شوهر نمی‌توانند نیازهای روانی و هیجانی یکدیگر را ارضا کنند، یکی از آنها با کودک ائتلافی آسیب‌شناختی شکل می‌دهد و این ائتلاف در نهایت اسکیزوفرنی کودک را تسریع می‌کند. بوئن[2] (۱۹۶۰) با مشاهدهٔ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که برای دوره‌ای طولانی در بیمارستان بستری بودند، نتیجه گرفت کل واحد خانواده، آسیب‌زا بوده است نه صرفاً خود بیمار. آکرمن (۱۹۶۶، ۱۹۵۸) هم نتیجهٔ مشابهی می‌گیرد. کارهای آنها به دلیل آنکه سبب‌شناسی اسکیزوفرنی را توضیح می‌داد (که البته نمی‌داد) مهم نبود، بلکه به این دلیل مهم بود که ساتیر (۱۹۶۷a)، هیلی (۱۹۷۱)، جکسون (۱۹۵۷) و بِل (۱۹۶۱)، نطفهٔ جنبش خانواده‌درمانی را کاشتند و مسیر آن را تعیین کردند؛ جنبشی که فن، نظریه و تاریخ دارد.

مفهوم ارتباط

خانواده‌درمانی از ابتدای شکل‌گیری بر مبنای کارهایی که روی اسکیزوفرنی صورت گرفت، بر ***ارتباط*** تاکید کرده است. آسیب‌شناسی را هم معمولاً بی‌ارتباطی اعضای خانواده با یکدیگر تعریف کرده است. تمرکز بر ارتباط را می‌توان در آنچه بسیاری، مفهوم مرکزی خانواده‌درمانی می‌دانند ـ یعنی ***نظریهٔ نظام‌های کلی*** ـ مشاهده کرد. خانواده‌درمانی با رابطهٔ یک عضو خانواده با نظام خانواده سر و کار دارد. خانواده یک نظام است و خانواده‌درمانی دنبال آن است که تغییر مهمی در آن ایجاد کند. خانواده از نظر بسیاری، تلاش مستمر برای حفظ تعادل است. رفتارهای شخص (برای مثال، تأخیرهای رشدی کودک) می‌تواند توجه را از رابطهٔ زناشویی پراختلاف طرفین، به چیز دیگری معطوف کند. خانواده گاهی اوقات به نحو موفقیت‌آمیزی با الگوی تعاملی خاصی در این نظام منطبق می‌شود. اما با تغییر نظام [خانواده] (برای مثال با بزرگ‌تر شدن کودک و برطرف شدن تأخیرهای رشدی مهم)، نظام [خانواده] دیگر نمی‌تواند به تعادل جدیدی برسد. نظریهٔ نظام‌های کلی می‌گوید این «برهم خوردن تعادل»، کانون خانواده‌درمانی است. درمانگر به کمک بازخورد دادن که طرز کار نظام [خانواده] را تغییر می‌دهد و با ایجاد یک تعادل سالمِ جدید، تغییر مثبتی ایجاد می‌کند.

شکل‌ها و روش‌ها

تعریف روشن و مورد وثوقی درباره عناصر تشکیل‌دهندهٔ خانواده‌درمانی وجود ندارد. در حقیقت حتی بر سر این هم توافق نیست که چه کسی باید خانواده‌درمانی انجام دهد. روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و مشاوران و دیگر متخصصان به روش‌های عمومی خانواده‌درمانی متوسل می‌شوند. خانواده‌درمانگرها و مشاوران خانواده در رشته‌های مختلفی مثل روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی مشاوره، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، خانواده و رشدکودک و تعلیم و تربیت آموزش می‌بینند. البته اینها آشفتگی زیادی ایجاد می‌کند و بگومگوهایی را درباره اعتبارات حرفه‌ای برمی‌انگیزد. برخی از درمانگرها از خانواده‌درمانی به عنوان یک فن استفاده می‌کنند و برخی، صرفاً خانواده‌درمانگر هستند. با توجه به اینکه توافق اندکی درباره شخص صاحب صلاحیت برای اجرای خانواده‌درمانی وجود دارد، آیا تعجب‌آور است که روی چند فن خاص (که عملاً وجه اشتراک زیادی دارند) این همه نام متفاوت گذاشته شود؟ نام‌هایی مثل ***خانواده‌درمانی***، ***خانواده‌درمانی***

1. Lidz, Cornelison, Fleck and Terry 2. Bowen

رفتاری، خانواده‌درمانی مشترک، خانواده‌درمانی همزمان، خانواده‌درمانی توام با همکاری، خانواده‌درمانی شبکه‌ای، خانواده‌درمانی ساختاری، خانواده‌درمانی چندخانواده‌ای و غیره. رویکردهای نظری از رویکرد سیستمی هستند تا رویکرد روانپویشی، رفتاری و رویکردهایی که مدعی یکپارچگی شیوه‌های نظری مختلف می‌باشند.

اهداف. بیشتر خانواده‌درمانگرها در یک هدف، مشترک‌اند و آن، بهبود ارتباط درون خانواده و رفع تاکید بر مشکلات فردی به نفع درمان مشکلات کل خانواده است. اما وقتی از محدودهٔ این اظهارنظرهای کلی فراتر می‌رویم، نوعی درهم‌ریختگی مقاصد و اهداف دیده می‌شود. برای مثال، بسیاری از درمانگرانی که از نظام خانواده حرف می‌زنند، همچنان خانواده‌درمانی را بافتی می‌دانند که مشکل افراد در آن حل می‌شود. دیدن همزمان اعضای خانواده، یک فن (احتمالاً کارآمدتر) می‌شود برای القای تغییر در بیمار. خانواده‌درمانگرهای دیگر هم پیرو این فلسفه‌اند که واحد در نظر گرفتن خانواده و کار با خانواده به مثابه یک واحد، این واحد را ارتقا خواهد داد. این می‌تواند به نفع تک‌تک اعضای خانواده باشد، ولی تمرکز واقعی بر خانواده است. مثل اکثر درمان‌های دیگر، بیشتر خانواده‌درمانگرها بین این دو دیدگاه قرار می‌گیرند.

کادر ۲ـ۱۵: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر گرتا فرانسیس دارای گواهینامهٔ هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا (ABPP)

دکتر گرتا فرانسیس[1]، مدرک کارشناسی روان‌شناسی خود را در سال ۱۹۸۲ از دانشگاه پیتسبورگ و مدرک کارشناسی ارشد و دکترای روان‌شناسی بالینی‌اش را در سال ۱۹۸۷ از ویرجینیا تِک گرفت. او برای گذراندن دورهٔ پیش‌انترنی در موسسه و درمانگاه روان‌پزشکی وسترن، به دانشکدهٔ پزشکی پیتسبورگ برگشت و آنجا ماند تا بورسیهٔ فوق‌دکترای خود را با عنوان جایزهٔ خدمت تحقیقاتی ملی گرفت. دکتر گرتا پس از گذراندن دورهٔ دستیاری [یا همان فیلوشیپ] در سال ۱۹۸۸، به رُد آیلند نقل مکان کرد و عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی و رفتار انسان در براون شد و به عنوان روان‌شناس، در واحد بستری نوجوانان بیمارستان برَدلی مشغول کار شد. او کمی پس از حضور در براون، وظیفهٔ هماهنگ‌کنندهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی کودک در برنامهٔ انترنی را برعهده گرفت. دکتر براون در سال ۱۹۸۹ به معاونت خدمات واحد نوجوانان ارتقا یافت. او پس از چهار سال حضور در واحد نوجوانان، مسندی را در برنامهٔ درمان روزانه برَدلی پذیرفت که هزینهٔ آن را دانشکده تامین می‌کرد و مدیریت بالینی این برنامه را عهده‌دار شد. دکتر فرانسیس در سال ۱۹۹۷، استادیار و در سال ۲۰۰۳، معاون مدیریت کنسرسیوم آموزش روان‌شناسی بالینی شد. او در سال ۲۰۰۸، گواهینامهٔ هیئت را در زمینهٔ روان‌شناسی بالینی و نوجوانان دریافت کرد.

از دکتر فرانسیس دربارهٔ پیشینه، علایق و تخصص و پیش‌بینی‌هایش درباره آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و خانواده‌درمانی پرسیدیم.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

به عنوان دختر یک پرستار و یک روان‌پزشک از بچگی به حرفه‌های کمک‌رسان علاقه‌مند بودم. در دورهٔ کارشناسی در پیتسبورگ (مدتی) به روان‌شناسی زیست‌شناسی‌نگر علاقه‌مند شدم، دلیل آن هم گذراندن کلاس با یک استاد حیرت‌آور به نام دکتر فرانک کولاویتا[2] بود. او توانایی حیرت‌آوری در درگیر کردن دانشجویان با موضوع درس داشت ولی سرانجام فهمیدم به کار بالینی بیش از کار آزمایشگاهی علاقه‌مندم. فرصت پیدا کردم تا دستیار تحقیق در دو آزمایشگاه بالینی مختلف در پیتسبورگ شوم. یکی از آنها آزمایشگاه مهارت‌های اجتماعی در گروه روان‌شناسی بود و آزمایشگاه دیگر، آزمایشگاه آسیب‌شناسی روانی کودک در دانشکدهٔ پزشکی. در هر دو آزمایشگاه خیلی چیزها یاد گرفتم ولی بیش از پیش به کار با بچه‌ها علاقه‌مند شدم. وقتی به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی رفتم، بخت یارم بود و در آزمایشگاه، استادم دکتر توماس اولندیک[3] را دیدم. اولندیک روان‌شناس بالینی کودک است و همانجا بود که نخستین بار یاد گرفتم روان‌شناس بالینی کودک بودن، به چه معنا است. آموزش من شامل آسیب‌شناسی روانی رشدی، با چهارچوب شناختی ـ رفتاری بود. همان زمان بود که مطمئن شدم می‌خواهم به روان‌شناسی بالینی برگردم و پس از آموزش دیدن، در مقام روان‌شناس بالینی، مشغول کار شوم. بله اطمینان پیدا کردم تا آنکه برای گذراندن دورهٔ انترنی به دانشکدهٔ پزشکی رفتم. بعد کاملاً مطمئن شدم که می‌خواهم در دانشکدهٔ پزشکی کار کنم. آدم بوالهوسی به نظر می‌رسم، نه؟ برخی ممکن است

1. Greta Francis 2. Frank Colavita 3. Thomas Ollendick

بگویند بوالهوسی ولی برخی هم ممکن است بگویند سعی می‌کردم تجربه را سرلوحهٔ تصمیم‌گیری کنم.

در مقام روان‌شناس بالینی چه‌کار می‌کنید؟

وقتی دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی را ترک کردم، می‌دانستم که می‌خواهم «عضو هیئت علمی» بمانم ولی عضو هیئت علمی نشدم تا اینکه در دانشگاه براون عضو هیئت علمی و مسئول دانشکده‌ای شدم که دانشجویان را با اختلالات روان‌پزشکی و رشدی آشنا می‌کرد. هم‌اکنون چندوظیفه‌ای هستم و سرم همیشه شلوغ است. صادقانه بگویم که هیچ وقت از کار خسته نشده‌ام. عصبانی شده‌ام؟ بله. خوشحال شده‌ام؟ خیلی. از انعطاف دانشجویان در برابر ساختارها و حمایت‌ها حیرت کرده‌ام؟ همیشه.

معتقدم رمز رضایت از کار، ادامهٔ رشد و یادگیری است. کار امروز من از آموخته‌هایم متأثر است. برای مثال، همچنان به درمان شناختی-رفتاری به مثابه درمان شواهدبنیادِ بسیاری از اختلالات دوران کودکی متعهد هستم ولی شیوهٔ اجرای آن توسط من تغییر کرده است؛ چون در محیطی کار می‌کنم که دانشجویان برای مدتی طولانی در آن هستند و نشانه‌ها خیلی پیچیده‌اند. اکنون وقت بیشتری صرف می‌کنم تا تفاهم [rapport] و تعلیم و تربیت در زمینهٔ بیماری روانی کودک و طرز کار درمان شناختی-رفتاری را ایجاد کنم. من اهداف کوچک‌تری را تعیین می‌کنم که در اغلب موارد با کمی حمایت، اتکا به دیگر متخصصان در اجرای تکلیف‌های درمان، و لحاظ کردن جلسات تقویتی در صورت لزوم برای دسترسی مستمر به دانشجو، دست‌یافتنی خواهند بود.

یکی از کارهای لذتبخش مهم من، تدریس است. خوشبختانه این سعادت را دارم که به کارآموزان پیشرفتهٔ روان‌شناسی بالینی کودک و روان‌پزشکی کودک تدریس کنم. همچنین موظف هستم به گروه کوچکی از دبیرستانی‌های مدرسه‌ام، روان‌شناسی مقدماتی تدریس کنم. آنها دانش‌آموزانی هستند که مشتاق روان‌شناسی هستند. کار با آنها به من انگیزه می‌دهد تا درس را برای آنها جالب و شیرین کنم، همان‌طور که وقتی به روان‌شناسی علاقه‌مند شدم که برای من جالب و شیرین شد. من علاوه بر تدریس به دانشجویان و دانش‌آموزان، برای متخصصان تعلیم و تربیت و سلامت روان هم در سطح اجتماع، کارگاه‌های تعلیم و تربیت برگزار می‌کنم و برای کارمندان مدرسه‌ام، کارگاه‌های آموزشی دارم. تازگی هم به مجموعه کارگاه‌هایی پیوسته‌ام که درمان شناختی-رفتاری اختلالات اضطرابی را به متخصصان سلامت روان آموزش می‌دهند. موضوع اخیر آموزش‌های من برای کارمندان مدرسه‌ام، تاثیر ضربهٔ مزمن بر کارکرد هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان است.

علاوه بر خدمات بالینی به دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان در مدرسه‌ام، بر سنجش، درمان و مشورت‌هایی نظارت می‌کنم که رزیدنت‌ها و بورسیه‌های فوق‌دکترای روان‌شناسی بالینی ارائه می‌کنند. به رابطهٔ نظارت و سیر رشد و تحول کارآموزان و ناظران علاقهٔ زیادی دارم. من و یکی از همکارانم که روان‌پزشک کودک است، هر سال برای رزیدنت‌های روان‌شناسی، سمیناری درباره موضوع نظارت و رشد و تحول برگزار می‌کنیم. کار با کارآموزانی که هنوز نمی‌توانند مستقل کار کنند، بسیار خوشایند است. رزیدنت‌هایی که به براون می‌آیند، بسیار آموزش‌دیده هستند و این انگیزه بالایی در من ایجاد می‌کند که تمام تلاشم را به خرج دهم تا هرچه زودتر از آنها یک روان‌شناس بالینی مستقل بسازم.

دو مورد از نقش‌های من، هماهنگ‌کنندهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی کودک در برنامه‌های انترنی و نایب مدیر کنسرسیوم آموزش است. به عنوان هماهنگ‌کنندهٔ برنامه‌های انترنی، بر آموزش ۵ تا ۶ نفر از رزیدنت‌ها در زمینهٔ روان‌شناسی بالینی کودک و روان‌شناسی طب اطفال نظارت دارم که در دو بیمارستان برگزار می‌شود و دارای ۱۵ دورهٔ چرخشی بالینی و ۶ منصب تحقیقاتی است. من سعادت همکاری با آن دسته از اعضای هیئت علمی را دارم که متعهد آموزش‌اند و جزء مدرسان و ناظران صاحب‌نام کار بالینی و تحقیقاتی می‌باشند. نایب مدیر کنسرسیوم آموزش نیز هستم و همکاری نزدیکی با مدیر آموزش و سایر نُواب درباره مسائل مهمی دارم که بر برنامهٔ آموزشی ما تاثیر می‌گذارند (مثل آماده‌سازی دیدار از اماکن و تسهیل رشد و پیشرفت اعضای هیئت علمی).

سرانجام اینکه به شکل‌های مختلف، درگیر امور بالینی هستم. در مقام مدیر بالینی دانشکدهٔ بردلی، مسئول تمام جنبه‌های خدمات بالینی و تربیتی ارائه‌شده به دانشجویان هستم. خیلی خوشحالم که با افراد بسیار بااستعدادی کار می‌کنم که وظیفهٔ اداره کردن یک دانشکده را به کار روزانهٔ لذتبخشی تبدیل کرده‌اند. ما یکی از پنج منطقهٔ دانشکدهٔ برَدلی هستیم و با مدیران بالینی مناطق مجاور در زمینه‌های مختلف، مانند هماهنگی آموزش کارکنان، تسهیل پذیرش‌های دانشکده و برنامهٔ آموزش موسیقی به دانشجویان، همکاری نزدیکی داریم.

تخصص‌ها و علایق اصلی شما چیست؟

خودم را درمانگر شناختی-رفتاری و متخصص درمان دانشجویانی می‌دانم که اختلالات روان‌پزشکی دارند. بیش از هر چیز کار با کودکان و نوجوانانی را دوست دارم که اختلالات اضطرابی، خُلقی و روانپریشی دارند. بخاطر ماهیت ارجاعاتی که به مدرسهٔ من می‌شود، عادت کرده‌ام با نوجوانانی سر و کار داشته باشم که به تازگی دچار اختلالات

روانپریشی تشخیص‌داده شده‌اند. یافته‌های تجربی کمی درباره اختلالات روانپریشی در نوجوانان داریم، بنابراین از یافته‌های اختلالات روانپریشی بزرگسالان استفاده می‌کنم تا بفهمم چطور می‌توانم به این بچه‌ها و خانواده‌هایشان کمک کنم تا نشانه‌ای را بفهمند و آن را (با دارو و راهبردهای شناختی-رفتاری) مدیریت کنند تا در مدرسه و بیرون از آن، بیشترین کارایی را داشته باشند. تجربهٔ زیادی در زمینهٔ مدیریت رفتار در کلاس درس دارم. یاد گرفته‌ام که چطور نظام مدیریت رفتار در کلاس درسی را طراحی کنم که آن‌قدر ساختاردار، پیش‌بینی‌پذیر، تقویت‌کننده و منعطف باشد تا نیازهای دانش‌آموزان در تمامی رده‌های سنی و انواع اختلالات روان‌پزشکی را تامین کند. سرانجام اینکه متخصص مسائل و معضلات ادارهٔ مدرسه‌ای هستم که دانش‌آموزانش، اختلالات روان‌پزشکی دارند. می‌دانم با متخصصان رشته‌های دیگر چطور همکاری کنم تا بهترین بهره را از توانایی‌شان ببرند و به ما برای پیشرفت در اهداف مشترکمان کمک کنند.

روندهای آینده روان‌شناسی بالینی چیست؟

به نظر من انتشار درمان‌های شواهدبنیاد برای اختلالات دوران کودکی باید ادامه یابد تا کودکان و نوجوانان بیشتری به موثرترین درمان‌ها دست پیدا کنند. با توجه به کارهایم در برنامهٔ آموزش انترنی، لازم می‌دانم معضل هم‌اکنون مزمن، یعنی ناهمخوانی تعداد کم برنامه‌های انترنی و تعداد زیاد دانشجویان فارغ‌التحصیل، رفع شود.

چالش‌های اختصاصی کار با نوجوانان در بافتِ گروهی یا خانوادگی چیست؟

تفاوت‌های رشدی ۱۳ ساله‌ها و ۱۹ ساله‌ها آن‌قدر زیاد است که نوجوانان از دورهٔ راهنمایی تا دبیرستان و بعد از آن، دوره‌های انتقالی زیادی را می‌گذرانند. هنگام کار با نوجوانان باید متوجه اهمیت رو به تزاید روابط با همسالان و لزوم تسهیل روند استقلال و خودمختاری نوجوانان باشیم.

در بافتِ خانواده‌درمانی، مهارتی که آموختن آن برای نوجوانان و پدر و مادرها ضروری است، مهارت مذاکره و حل مسئله است. در این بین، حمایت از والدین اهمیت خاصی دارد؛ چون رابطهٔ آنها با نوجوانشان با رابطهٔ آنها با کودکشان فرق می‌کند. پدر و مادر باید با فرایند غالباً ترسناک اجازه دادن به نوجوانان برای آزمودن چیزهای جدید کنار بیایند، در حالی که می‌دانند فرزند نوجوانشان همیشه موفق نخواهد بود. خانواده‌درمانگر باید همواره نقش مربی را برای نوجوان و والدین بازی کند تا مهارت‌های حل موثر مسئله را از او الگوبرداری کنند.

در گروه‌درمانی هم، درمانگر هنگام تعیین اعضای گروه باید هوشیار و مراقب باشد. برای مثال، گروهی که فقط از نوجوانان دچار مشکلات سلوک تشکیل شده، با خطر رواج رفتارهای غیرانطباقی‌ترین اعضای خود مواجه است. گروه‌درمانگرها همچنین باید قوانین روشنی دربارهٔ رازداری اعضای گروه وضع کنند، آن هم در زمانه‌ای که دسترسی به رسانه‌های اجتماعی خیلی آسان است.



گرتا فرانسیس

برخی خصوصیات عمومی . خانواده‌درمانی با درمان انفرادی متداول، فرق‌هایی دارد. برای مثال، اعضا در خانواده‌درمانی، چهارچوب مرجع مشترک و تاریخچهٔ مشترکی دارند و گاهی زبان آنها معانی ضمنی خاصی دارد که درمانگر با آنها غریبه است. درمانگر باید با نقش‌ها در خانواده و خرده‌فرهنگ شخصی هر خانواده آشنا باشد. او از این اطلاعات برای ارتقای ارتباطش با اعضای خانواده و رویارویی با آنها استفاده خواهد کرد. درمانگر در عین حال باید دل‌گسستگی خود را حفظ کند و با یک جناح خانواده، بیش از حد همانندسازی نکند که به ضرر جناح دیگر تمام شود. این کاری دشوار و ظریف است؛ چون اعضای خانواده در جنگ قدرت خود یا در دفاع‌هایشان در برابر ارتباط راحت و آزاد معمولاً از درمانگر استفاده خواهند کرد.

تاریخچه‌گیری و سنجش، بخش معمول خانواده‌درمانی است. مشکل فعلی باید بیان و درک شود. این مشکل شاید بزهکاری پسر خانواده یا تعدد روابط جنسی دختر خانواده باشد. اینکه اعضای خانواده، از یک مشکل، تعبیر و تفسیر متفاوتی

داشته باشند، غالباً جالب است و اهمیت تشخیصی دارد. از خانواده معمولاً تاریخچه گرفته می‌شود. این عمل هم تبعاتی دارد. وقتی مشکل خانواده را در بافت کلی‌تر اطلاعات حاصل دربارهٔ اصل و نسب والدین و زندگی گذشتهٔ آنان و ازدواجشان بررسی می‌کنیم، آنگاه می‌توانیم با بچه‌ها ارتباط بهتری برقرار کرده و آنان را بهتر درک کنیم. داشتن تصویری جامع از تاریخچهٔ خانواده ـ یعنی داشتن تصویری از بستگان، اهداف، آرزوها، ترس‌ها و ضعف‌های آن ـ به فهم عمیق‌تر، همدلی و تحمل منتهی می‌شود. این بافت کلی‌تر می‌تواند چهارچوب مرجع مشترکی فراهم آورد که پیش از آن موجود نبوده است. کودک به تدریج می‌فهمد اینکه مادر به دلیل حفظ خانواده از آرزوهایش چشم‌پوشی کرده، برای او چه معنایی داشته است. یا اینکه پدربزرگش با پدرش بدرفتاری کرده، برای پدرش چه معنایی داشته است. پدر و مادر در محیط کنترل‌شدهٔ اتاقِ خانواده‌درمانی ممکن است (تحت تاثیر تجربیات فعلی بچه‌ها) فشار همسالان در دوران کودکی خودشان را به یاد آورند.

خانواده‌درمانی مشترک

در ***خانواده‌درمانی مشترک***، یک درمانگر همزمان با کل خانواده ملاقات می‌کند. در برخی صورت‌های این رویکرد، درمانگر در نقش نسبتاً منفعل و بی‌رهنمودی فرومی‌رود. در صورت‌های دیگر آن، درمانگر، نیروی فعالی است که گفت‌وگوها را هدایت می‌کند و به اعضای خانواده تکلیف می‌دهد یا دربارهٔ روابط انسانی دستورالعمل مستقیم می‌دهد و از این قبیل.

ساتیر (۱۹۶۷b، ۱۹۶۷a)، خانواده‌درمانگر را شخص مدبری می‌دانست که فرایند خانواده را در عمل مشاهده می‌کند و با ارتباطات روشن و صریح خود، برای خانواده الگوی ارتباط می‌شود. بنابراین، ساتیر درمانگر را معلم، آدمی مدبر و یک ارتباط‌گر می‌دانست. چنین درمانگری به اعضای خانواده نشان می‌دهد که چطور می‌توانند بهتر ارتباط برقرار کنند و به این ترتیب، روابط رضایت‌بخش‌تری داشته باشند. گزیده‌های زیر از ساتیر (۱۹۶۷a)، فرایند تعامل را برای یک خانواده روشن می‌کند.

نمونه‌ای از خانواده‌درمانی مشترک

درمانگر: (خطاب به شوهر) رالف می‌بینم ابروهایت را در هم کشیده‌ای. معنایش این است که عصبانی هستی؟

شوهر: نمی‌دانستم ابروهایم را در هم کشیده‌ام.

درمانگر: آدم‌ها گاهی اوقات خودشان نمی‌دانند چطور به نظر می‌رسند. می‌توانی بگویی به چه چیزی فکر می‌کردی و چه احساسی داری؟

شوهر: داشتم به حرف‌های زنم فکر می‌کردم.

درمانگر: به چه چیز حرف‌هایش فکر می‌کردی؟

شوهر: به اینکه گفت دوست داشت وقتی بلند حرف می‌زند، به او تذکر دهم.

درمانگر: آها، پس درهم کشیدن ابروهایت می‌تواند به معنای تعجب از این باشد که زنت امیدوار بوده کاری انجام بدهی و تو این را نمی‌دانستی؟ فکر می‌کنی درهم کشیدن ابروهایت نشانهٔ تعجب‌کردنت بود؟

شوهر: آره من هم همین‌طور فکر می‌کنم.

درمانگر: تا حالا در چنین وضعی قرار گرفته بودی؛ یعنی از حرف یا عمل آلیس تعجب کرده باشی؟

شوهر: آره، خیلی.

درمانگر: تا حالا به آلیس گفته بودی که تعجب کرده‌ای؟

زن: هیچ وقت حرفی نمی‌زند.

درمانگر: (به آلیس لبخند می‌زند) آلیس یک دقیقه اجازه بده نظر رالف را دربارهٔ رفتارش بشنوم. رالف نظرت درباره اینکه به آلیس بفهمانی تعجب کرده‌ای، چیه؟

شوهر: فکر می‌کنم خودش می‌فهمد.

درمانگر: خُب، اجازه بده ببینم. فرض کنیم از آلیس می‌پرسی آیا فهمیده است؟

شوهر: این مسخره است.

درمانگر: (لبخندزنان) شاید الان این‌طور به نظر رسد چون آلیس راست می‌گوید و سوالت را شنیده است و می‌داند سوالت چیست. شک دارم که تو و آلیس، انتظارات دیگران بفهمید و فکر نمی‌کنم راهی برای پی بردن به انتظارات دیگران داشته باشید. آلیس اجازه بده به درهم کشیدن ابروی رالف برگردیم. تو هم متوجه‌اش شده بودی؟

زن: (شکایت‌کنان) آره، همیشه این‌طوری به نظر می‌رسد.

درمانگر: از درهم کشیدن ابروی رالف چه پیامی گرفتی؟

زن: اینکه نمی‌خواهد اینجا باشد. اهمیت نمی‌دهد. اصلاً حرف نمی‌زند. یا تلویزیون می‌بیند یا خانه نیست.

درمانگر: کنجکاو شدم. منظورت این است که درهم کشیدن ابرو را نشانهٔ این می‌دانستی که رالف می‌گوید «آلیس دوستت ندارم، آلیس به تو اهمیت نمی‌دهم؟»

زن: (با عصبانیت و گریه) نمی‌دانم.

درمانگر: خُب شاید هنوز راه روشن و مشخصی برای ابراز محبت و علاقه به یکدیگر پیدا نکرده‌اید. همهٔ آدم‌ها نیاز دارند راه روشن و مشخص برای ابراز علاقه پیدا کنند. (خطاب به پسر) جیم چطور به پدر و مادرت ابراز علاقه می‌کنی؟

پسر: منظورتان را نمی‌فهمم.

درمانگر: برای مثال چطور به مادرت می‌فهمانی که دوستش داری. هر آدمی در هر برهه‌ای احساس خاصی دارد. وقتی از حضور مادرت خوشحال هستی، خوشحالی‌ات را چطور نشان می‌دهی؟

پسر: کاری را که می‌گوید انجام بده، انجام می‌دهم. کاری می‌کنم و از این حرف‌ها.

درمانگر: پس وقتی در خانه هستی و کار می‌کنی، می‌خواهی به مادرت بگویی از حضورش خوشحالی؟

پسر: نه دقیقاً.

درمانگر: پس پیام دیگری به او می‌دهی. خُب، آلیس آیا از جیم، پیام محبت و دوستی می‌گیری؟ (خطاب به جیم) به پدرت چطور ابراز علاقه می‌کنی؟

پسر: (بعد از یک سکوت) چیزی به فکرم نمی‌رسد.

درمانگر: بگذار منظورم را طور دیگری بگویم. چه کار می‌کنی که لبخند روی صورت پدرت بنشیند؟

پسر: نمرهٔ خوب می‌گیرم.

درمانگر: بیا ببینیم آنها هم این پیام را می‌گیرند. آلیس آیا وقتی جیم کارهای خانه را انجام می‌دهد، پیام مبحت و دوستی می‌گیری؟

زن: نه خیلی زیاد.

درمانگر: پس آلیس، پیام محبت و دوستی نمی‌گیری. آلیس بگو ببینم، جیم راه دیگری دارد تا خوشحالی‌اش از حضور تو را نشان دهد؟

زن: (با لحنی آرام) یک روز به من گفت ناز هستم.

درمانگر: رالف، تو چی. آیا جیم درست فکر می‌کند که اگر نمره خوبی بگیرد، لبخند خواهی زد؟

شوهر: فکر نمی‌کنم خیلی لبخند بزنم.

درمانگر: می‌شنوم که فکر نمی‌کنی نمره خوبی بگیرد، ولی اگر بگیرد، لبخند می‌زنی؟

شوهر: حتماً خوشحال می‌شوم.

درمانگر: فکر می‌کنی خوشحالی‌ات را چطور نشان بدهی؟

زن: آدم هیچ وقت نمی‌فهمد که خوشحالش کرده است.

درمانگر: ما فهمیدیم که تو و رالف، راه‌های روشن و صریحی برای نشان دادن احساسات ارزشی‌تان به یکدیگر ندارید. آلیس شاید اکنون این را بین جیم و رالف می‌بینی. رالف، تو چی فکر می‌کنی؟ آیا برای جیم سخت است که بفهمد خوشحالت کرده است؟*

*. به نقل از ویراست دوم کتاب ***خانواده‌درمانی مشترک***، صص ۱۰۰ ـ ۹۷، نوشتهٔ ویرجینیا ساتیر.

در خانواده‌درمانی مشترک و دیگر خانواده‌درمانی‌ها، پنج شکل بنیادی ارتباط وجود دارد (ساتیر، ۱۹۷۵): تسلی دادن (موافقت همیشگی)؛ سرزنش (انتقاد از یکدیگر و امر و نهی)؛ تعقل افراطی (ویژگی معلمان که «خیلی عاقلانه» حرف می‌زنند ولی حرف‌شان به احساسشان ربطی ندارد)؛ بی‌ربط گویی (نامربوط بودن کامل کلمات با آنچه در حال اتفاق افتادن است)؛ همخوانی (مرتبط بودن کلمات و واقعیت). این شکل‌های ارتباط در اصل، جوهر ارتباط و احساس است. آنها به معنای نفی شناخت‌ها نیستند، بلکه بر جایی تاکید می‌کنند که از نظر ساتیر به آن تعلق دارند.

دیگر شکل‌های خانواده‌درمانی

خانواده‌درمانی، شکل‌های دیگری هم دارد. موارد زیر، چند نمونه از خانواده‌درمانی‌های رایج است.

خانواده‌درمانی همزمان . در ***خانواده‌درمانی همزمان***، یک درمانگر همهٔ اعضای خانواده را می‌بیند، ولی در جلسات مجزا. اهداف کلی این نوع خانواده‌درمانی، همان اهداف کلی خانواده‌درمانی مشترک است. درمانگر در برخی موارد ممکن است بیمار اصلی را تحت روان‌درمانگری سنتی قرار دهد ولی گاهی اوقات هم با دیگر اعضای خانواده ملاقات کند. در حقیقت تاسف‌آور است که ملاقات با دیگر اعضای خانواده به ندرت جزیی از روان‌درمانگری سنتی می‌باشد. چون همکاری با اطرافیان بیمار می‌تواند زمینه

را برای فهم بهتر مشکلات بیمار و رسیدگی بهتر به او مهیا کند، این عمل، فرایند درمان را تسهیل خواهد کرد.

خانواده‌درمانی توام با همکاری . در ***خانواده‌درمانی توام با همکاری***، هر عضو خانواده را یک درمانگر می‌بینند. سپس دو درمانگر با هم دیدار و دربارهٔ بیماران و کل خانواده با هم بحث می‌کنند. همان‌طور که دیدیم، اجرای این رویکرد روی کودکان بیمار، یکی از عوامل رشد و توسعهٔ خانواده‌درمانی بود. در یکی از صورت‌های همین رویکرد خانواده‌درمانی، درمانگران همکار، دربارهٔ یک خانواده همکاری می‌کنند؛ یعنی دو یا چند درمانگر با یک خانواده دیدار می‌کنند.

رویکردهای رفتاری به خانواده‌درمانی . برخی از روان‌شناسان بالینی (مثل لیبرمن، ۱۹۷۹؛ پترسون، ۱۹۷۱)، روابط خانواده را بر مبنای وابستگی‌های تقویتی و مهارت‌آموزی بررسی می‌کنند. نقشِ درمانگر، تحلیل رفتاری مشکلات خانواده است. این تحلیل به شناسایی رفتارهایی کمک می‌کند که فراوانی آنها باید افزایش یا کاهش یابد و نیز به پاداش‌هایی کمک می‌کند که رفتارهای ناخوشایند را حفظ می‌کند یا رفتارهای خوشایند را ارتقا می‌دهد. ***خانواده‌درمانی رفتاری***، القای این موضوع به اعضای خانواده است که بابت رفتارهای خوشایند، یکدیگر را از نظر اجتماعی، تقویت مناسب کنند.

با توجه به تحولات اخیر در درمان شناختی ـ رفتاری، تعجبی ندارد که این رویکرد وارد عرصهٔ خانواده‌درمانی هم شده باشد. این نسخه از خانواده‌درمانی، مانند درمان شناختی ـ رفتاری انفرادی، شامل آموزش زیر نظر گرفتن رفتارها و افکار مشکل‌دار به اعضای خانواده، پرورش مهارت‌های جدید (مثل مهارت ارتباط، حل مسئله، مذاکره، مدیریت اختلاف) و به چالش کشیدن تفسیرهای به‌عمل‌آمده از رویدادهای خانواده و چهارچوب‌بندی مجدد این تفسیرها در صورت لزوم است (کارلسون، اسپری و لویس[1]، ۱۹۹۷؛ اِن. اپستاین، شلزینگر و درایدن[2]، ۱۹۸۸).

درمان چندنظامی . شکل جدیدتر خانواده‌درمانی با عنوان ***درمان چندنظامی*** (MST) (هنگلر، ۲۰۱۱؛ هنگلر و بوردوین، ۱۹۹۰؛ هنگلر، شوئنوالد، بوردوین، رولند و کانینگهام[3]، ۲۰۰۹) برای مداخله در [مشکلات] خلافکاران نوجوان و خانوادهٔ آنها ابداع شد. فرضِ الگوی درمان چندنظامی این است که مشکلات بالینی را چند عامل، از جمله فرد، خانواده، محیط مدرسه و محله، تعیین می‌کند. این عوامل در واقع «نظام‌های» تاثیرگذاری هستند که فرد در درون آنها عمل می‌کند. درمان چندنظامی، خانواده را مهم‌ترین رابط در تغییر رفتار مشکل‌ساز می‌داند. این رویکرد، چند مولفهٔ کلیدی دارد: (الف) درمان در خانه، مدرسه و دیگر اماکن اجتماعی مرتبط با شخص اجرا می‌شود؛ (ب) درمانگرهای چندنظامی به‌طور شبانه‌روزی و در هفت روز هفته در دسترس هستند؛ (ج) تعداد موردها عمداً پایین نگه داشته می‌شود (۴ تا ۶ خانواده) تا خدمات فشرده‌ای به هر خانواده داده شود؛ (د) درمانگران چندنظامی به صورت یک تیم، خدمات می‌دهند تا پیوستگی خدمات رعایت شود و در مواقع ضروری، به عنوان [نیروی] پشتیبان وارد عمل می‌شوند (هنگلر، ۲۰۱۱). درمان چندنظامی از چند فن شواهدبنیاد (مثل فنون شناختی ـ رفتاری) استفاده کرده و نتایج فردی و خانوادگی آن را پیگیری می‌کند. شواهد نشان می‌دهد درمان چندنظامی (در مقایسه با عدم درمان) اثربخش‌تر و همچنین تاثیرگذارتر است (هنگلر، ۲۰۱۱). سرانجام اینکه درمان چندنظامی، اصلاح شده است تا به مشکلات بالینی، از جمله ناراحتی هیجانی کودکان و نوجوانان، اختلال مصرف مواد نوجوانان، سوءرفتار و غفلت خانواده و مشکلات سلامتی کودک/ نوجوان هم رسیدگی کند (هنگلر، ۲۰۱۱).

چه موقع خانواده‌درمانی کنیم؟

زمان مناسب برای خانواده‌درمانی، قواعد مشخص و دقیقی ندارند. خانواده‌درمانی در اغلب موارد از نوجوانی شروع می‌شود که بیمار اصلی است. شاید مشکلات شخص بیمار، چنان به خانواده گره خورده است که خانواده‌درمانی واقعاً تنها گزینهٔ معقول باشد. شاید خانواده در برابر پیشرفتِ درمانیِ شخص در گذشته، مانع ایجاد کرده یا در برابر توصیه‌های درمانگر، مقاومت کرده است.

---

1. Carlson, Sperry and Lewis
2. N. Epstein, Schlesinger and Dryden
3. Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland and Cunningham

کادر ۳ ـ ۱۵ : دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی : دیوید واگنر

دیوید وی. واگنر دانشجوی سال ششم دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه میسوری است. مدرک کارشناسی روان‌شناسی کودک خود را از دانشگاه مینسوتا و مدرک کارشناسی ارشدش را از دانشگاه میسوری گرفته است. دیوید روی تاثیر درمان چندنظامی بر آن دسته از اعضای خانواده کار می‌کند که ارجاع نشده‌اند (برای مثال، خواهر و برادرها یا پدر و مادر). همچنین از درمان چندنظامی در خصوص نوجوانانی استفاده می‌کند که اختلال طیف اتیسم دارند و در حال حاضر مشغول اجرای یک کارآزمایی بالینی تصادفی برای سنجش اثربخشی این درمان است. دیوید امیدوار است پس از اتمام تحصیلاتش، عضو هیئت علمی دانشگاه شود تا بتواند این رویکرد درمانی جدید در خصوص اختلال طیف اتیسم را کماکان اصلاح و ارزیابی کند و به تحقیق دربارهٔ تاثیرات درمان بر اعضای مختلف خانواده ادامه دهد.

نظر دیوید را درباره دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی و علایق و تخصص او جویا شدیم.

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی برای تو چطور بود؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی برای من، تلفیقی آرمانی از تحقیق، تدریس و درمانگری بالینی بود. برنامهٔ تحصیلی من طوری بود که دانش روان‌شناسی من را تکمیل می‌کرد. همچنین آموزش‌ها و تجارب بالینی من را تکمیل می‌کرد که کمک کرده بود دربارهٔ موثر واقع شدن یا نشدن درمان و چگونگی موثر واقع شدن یا نشدن آن درک بهتری پیدا کنم. شاید از آن مهم‌تر این باشد که فهمیدم هنوز چه چیزهایی دربارهٔ نتایج و فرایند درمان نمی‌دانم. همچنین تجربه‌ای در زمینهٔ تدریس در مقطع کارشناسی داشتم؛ از تدریس برای ۳۰ دانشجوی سال سومی و سال آخری سطح بالا تا ۵۰۰ دانشجوی یک واحد مقدماتی. دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی فرصتی فراهم کرد تا با متخصصان رشته‌های دیگر و متخصصان در محیط‌های دیگر همکاری کنم و تحقیقات بنیادی و کاربردی خودم را پیش ببرم. دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی در کل، مبنای شغل من در این رشته را مشخص کرد، حال می‌خواهد تحقیق باشد یا نظارت، انتشار یا تدریس.

کمترین انتظار تو از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

اکثر چیزهایی که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی با آن روبه‌رو شدم، همان چیزهایی بود که با آنها اشتغال ذهنی داشتم. همان‌طور که فکر می‌کردم، دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، محیطی پر از افراد باهوش و کنجکاو بود که علایق مشترک زیادی داشتند. همچنین همان‌طور که انتظار داشتم، برنامهٔ آموزشی تحصیلات تکمیلی من، حدود توانایی‌هایم را آزمود و مرا واداشت کارآمدتر و سخت‌کوش‌تر شوم. با این حال از برخی خصوصیاتش تعجب کردم. انتظار نداشتم اعضای هیئت علمی، این‌قدر خونگرم و واقع‌بین باشند. همچنین انتظار نداشتم سطح تخصص تا این حد بالا باشد؛ یعنی همپوشانی حوزهٔ تحقیقاتی و تجربهٔ بالینی افرادی که مدرک مشابهی دارند، تا این حد ناچیز باشد. سرانجام اینکه اگرچه قبلاً فهمیده بودم که تاکید تحقیقاتی این برنامهٔ آموزشی چیست ولی هنوز تعجب می‌کردم که چقدر به داشتن مکتوبات دانشگاهی بیش از کارِ بالینی، اهمیت می‌دهند.

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، تو را تغییر داد؟ اگر داد، چطور؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از چند جهت تغییرم داد. برخی از این تغییرات، جزیی بود، مثل گسترش خزانهٔ لغاتم، و برخی وسیع، مثل پی بردن به اینکه رفتار دیگران را می‌توانیم چندجور تبیین کنیم. شاید بزرگ‌ترین تغییر من، افزایش تاکیدم بر نتایج تجربی باشد؛ نه‌تنها در فهم من از روان‌شناسی و مطالعاتم در این زمینه، بلکه وقتی مشغول تصمیم‌گیری برای زندگی هستم. برای مثال، حالا موقع انتخاب حرکات ورزشی روزانه، خرید خودروی دست دوم یا تماشای مسابقهٔ بیسبال، ادعاها را بیش از پیش به چالش می‌کشم، تبیین‌های دیگر را هم در نظر می‌گیرم و دنبال داده‌های تحقیقاتی می‌گردم تا اطلاعات عرضه‌شده را بهتر بفهمم. یعنی از خودم می‌پرسم برای این حرکات ورزشی کدام شواهد تجربی وجود دارد؟ آیا تحقیقاتی بدون سوگیری وجود دارد که نشان دهد این مدل خودرو تا ۵ سال دیگر باقی می‌ماند؟ بازی در خانه برای یک بازیکن چقدر مهم و بامعنا است؟ من خودم را متفکر انتقادی می‌دانستم، ولی حالا درس‌هایی را به کار می‌بندم که نه‌تنها در روان‌شناسی، بلکه در زندگی روزمره، گرفته‌ام.

آیا علایق تحقیقاتی و حرفه‌ای تو در مقایسه با شروع تحصیل در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی فرق کرده یا همان علایق است؟

علایق حرفه‌ای و تحقیقاتی امروزم به طرز حیرت‌آوری شبیه علایق قبلی من است. در دبیرستان، مسئول نگهداری از بچه‌ای مبتلا به اتیسم بودم و در دورهٔ کارشناسی در آزمایشگاهی کار کردم که روی اتیسم تحقیق می‌کرد. علاوه بر این، در دورهٔ کارشناسی و پس از آن، رهبر گروه و مدیرِ موردِ کودکانی بودم که اختلالات روانی داشتند و با خانواده‌های آنها کار کردم. به این شکل بود که وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شدم تا راهی پیدا کنم به این اقشار، بهتر کمک کنم. هم‌اکنون هم در حال تحقیق دربارهٔ این هستم که آیا درمان‌های خانواده‌بنیاد (مثل درمان چندنظامی)، تاثیر مثبتی بر اعضای ارجاع‌نشدهٔ خانواده دارند و مشغول تطبیق درمان چندنظامی با اختلالات طیف اتیسم و

ارزیابی درمان یادشده در خصوص این اختلالات هستم. خلاصه اینکه به مرور فهمیدم برنامهٔ درسی دانشکده تحصیلات تکمیلی اجازه داده است در همان زمینه‌هایی تحقیق کنم که در آغاز برای آنها وارد این مقطع تحصیلی شده بودم.

به ما بگو در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی با درمان چندنظامی چه کار کرده‌ای؟

در دورانی که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی بوده‌ام، تجربهٔ زیادی در زمینهٔ اجرای درمان چندنظامی، تطبیق آن و تحقیق دربارهٔ آن کسب کردم. دو سال با دفتر محلی نوجوانان به عنوان تامین‌کنندهٔ درمان چندنظامی برای بزهکاران نوجوان و خانواده‌های آنها کار کردم. در این باره تحقیق کردم که آیا درمان چندنظامی در مقایسه با خدمات معمول، به بهبود بلندمدت (برای مثال به کاهش بزهکاری‌های شدید) اعضای ارجاع‌نشده خانواده منتهی می‌شود یا نه. همچنین چهار سال زیر نظر یکی از بنیان‌گذاران درمان چندنظامی به نام دکتر چارلز بوردوین آموزش دیدم.

با توجه به تجربهٔ من در زمینهٔ درمان چندنظامی و همچنین با توجه به تجربه‌ام در زمینه اتیسم، آن‌قدر بخت با من یار بوده که فرصت همکاری با دکتر بوردوین و متخصصان اتیسم‌پژوهی و اتیسم‌سنجی و اتیسم‌درمانی را پیدا کنم و درمان چندنظامی را با اختلالات طیف اتیسم در میان کودکان و نوجوانان و مسائل خانواده‌هایشان تطبیق دهم. به عنوان بخشی از طرح تحقیقاتی‌ام، یک سال دیگر را هم صرف درمان چندنظامی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم کردم تا به تفاوت آنها و خانواده‌هایشان، با افراد و خانواده‌های عادی که تحت درمان چندنظامی قرار می‌گیرند، پی ببرم و ببینم که آیا می‌توانیم این مدلِ درمان را روی این افراد و خانواده‌های‌شان اجرا کنیم و آیا این مدل درمان برای آنها مفید خواهد بود یا نه. فرصت پیدا کردم با این گروه کار کنم تا بفهمم چه مطابقت‌هایی باید در این مدل صورت گیرد و برای مطالعات بعدی، کمک مالی بگیرم. سپس به آموزش و نظارت بر درمانگران چندنظامی مسئول این درمان جدید رو آوردم و جمع‌آوری اطلاعات نتیجه‌ای را زیر نظر گرفتم تا امکان اجرای درمان چندنظامی روی این جمعیت را بسنجم. این طرح در کل تجربه‌هایی در اختیارم گذاشت که امیدوارم ***پس از اتمام*** تحصیل به من کمک کند.

مهم‌ترین فعالیت‌ها یا تجربیات تو در دوران تحصیلات تکمیلی چه بود؟

شاید تجربیاتی مثل اجرای درمان چندنظامی یا تطبیق یک الگوی درمانی، جالب‌ترین و خوشایندترین آنها بود. اما وقتی گذشته را مرور می‌کنم، می‌بینم بسیاری از تجربه‌های مهم من در دورهٔ تحصیلات تکمیلی، پراسترس و همان تجربه‌هایی بودند که به احتمال زیاد می‌خواسته‌ام از آنها اجتناب ورزم. این تجربه‌ها عبارت بود از: دفاع از رساله، ارائه شفاهی تحقیق در برابر اعضای هیئت علمی و هم‌کلاسی‌ها و گذراندن امتحان جامع. من خیلی چیزها دربارهٔ اجرای تحقیق، انتشار نتایج تحقیق و مصرف و خلاصه‌بندی یافته‌های تحقیقات بالینی یاد گرفتم.

برای کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنند، توصیهٔ دیگری دارید؟

به نظر من واکنش افراد در برابر فشارهای روانی و فرصت‌هایی که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی پیش می‌آید، کمی با هم فرق می‌کند. بنابراین نمی‌توانم توصیهٔ جامعی کنم. اما به دانشجویانی که قصد دارند تحصیلات تکمیلی را شروع کنند، سه پیشنهاد دارم که برای من مفید بودند. نخست اینکه بسیار طبیعی است که احساس کنند قابلیت کافی ندارند یا جای آنها در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی نیست. بسیاری از ما گهگاه چنین احساسی پیدا می‌کنیم، به‌ویژه در سال اول، صرف‌نظر از اینکه چقدر توانایی داریم. دوم اینکه برای خودتان سرگرمی‌ها و معاشرت‌هایی در خارج از محیط تحصیل جور کنید. ما مقدار زیادی از وقتمان را در کلاس، آزمایشگاه و درمانگاه، با همکلاسی‌ها و همکاران‌مان می‌گذرانیم و احساس می‌کنم داشتن دست‌کم چند مفرّ «غیر روان‌شناسی» کمک می‌کند گاهی اوقات دربارهٔ کار حرف نزنیم و به کار فکر نکنیم. در نهایت اینکه وقتتان را بیش از حد صرف نگرانی بابت کارهایی که باید انجام دهید و برنامه‌ریزی برای آنها نکنید. فقط آنها را انجام دهید. وقتی گذشته را مرور می‌کنم می‌بینم سال‌های اول، ساعات زیادی را صرف فکر کردن به کارهایم و برنامه‌ریزی برای آنها می‌کردم و حالا می‌بینم چقدر خوب بود به جای این همه فکر و برنامه‌ریزی، می‌نشستم و کارم را انجام می‌دادم.



دیوید واگنر

از سوی دیگر برخی از درمانگران، نشانه‌های نوجوان را علامت وجود مشکل در جای دیگری از واحد خانواده می‌دانند (برای مثال، کنش‌نمایی نوجوان می‌تواند حربه‌ای برای مورد توجه قرار نگرفتن اختلافات زناشویی پدر و مادر باشد؛ بنابراین تا وقتی به رابطهٔ زناشویی پدر و مادر او رسیدگی نشود، کاستن رفتار مخرب نوجوان، سخت خواهد بود).

گاهی اوقات هم بحران‌های خانوادگی، مثل مرگ یکی از اعضای خانواده، به کل خانواده آسیب می‌زند. برخی خانواده‌ها، تعارضات و اختلافات ارزشی دارند. برای مثال، نوجوانی که شروع می‌کند به مصرف دارو یا به یک فرقه یا دین خاص جلب می‌شود، ممکن است با زیر سوال بردن ارزش‌های خانواده، کل خانواده را مختل کند. در این موارد، خانواده‌درمانی منطقی خواهد بود.

سرانجام اینکه برخی از مشکلات زناشویی یا جنسی مهم با شکلی از خانواده‌درمانی حل خواهد شد. البته تعیین اینکه برای رفع چنین مشکلاتی باید درمان انفرادی یا درمان خانوادگی و یا زوج‌درمانی انجام شود، سخت است. اما خانواده‌درمانی یا مشاوره دادن به زوج‌ها وقتی مناسب است که مشکلات از تعارضات هیجانی عمیق نشئت نمی‌گیرند، بلکه از مسائل تربیتی، شامل نگرش‌های غلط، دانش اندک دربارهٔ امور جنسی یا بی‌ارتباطی نشئت می‌گیرند.

اما خانواده‌درمانی، علاج همه چیز نیست و همیشه هم مناسب نیست. گاهی اوقات خانواده چنان مختل شده است که خانواده‌درمانی محکوم به شکست خواهد بود. همچنین احتمال دارد که یک یا چند عضو خانواده همکاری نکنند. در برخی حالات هم به سرعت معلوم می‌شود که فلان عضو خانواده به قدری مخل فرایند درمان است و همکاری نمی‌کند که با حضورش، فرایند خانواده‌درمانی را مسموم می‌کند.

از آنجا که خانواده‌درمانی شامل چند نفر می‌شود، گاهی اوقات باید موقع استفاده از آن، حساب سود و زیان را هم کرد. هرچند خانواده‌درمانی می‌تواند به نفع بیمار مشخص‌شدهٔ گروه باشد، اما همزمان می‌تواند به ضرر برخی دیگر از اعضای خانواده تمام شود. برخی از خانواده‌ها درست مثل بیماران، نیرو و امکانات روان‌شناختی کافی را ندارند که با مسائل تهدیدآمیزی کنار بیایند که در جلسات خانواده‌درمانی طرح می‌شود. تصمیم‌گیری درباره اینکه چه موقع خانواده‌درمانی انجام شود، به قدری سخت است که به سنجش دقیق و حساسیت بالینی زیاد نیاز دارد.

زوج‌درمانی

اگرچه از اصطلاح *زوج‌درمانی* استفاده می‌کنیم، اما منظور ما فقط زوج‌های متأهل نیست و زوج‌های غیرمتأهل و دیگر زوج‌ها را هم دربرمی‌گیرد. زوج‌ها بخاطر مسائل مختلفی برای مشورت، نزد روان‌شناسی بالینی می‌آیند. زوج‌درمانی به تعبیری، شکلی از خانواده‌درمانی است. برای مثال وقتی درمانگر، زن و شوهر را با هم می‌بیند و درمان بر رابطهٔ زناشویی متمرکز است نه بر مشکلات فردی آنها، در واقع در حال اجرای شکلی از خانواده‌درمانی است.

جنبش زوج‌درمانی، همچون جنبش خانواده‌درمانی، مدیون نظریه‌پردازان میان‌فردی، از قبیل سالیوان، هورنای و فروم است ولی شکل‌گیری و گسترش آن به مثابه یک رشته، به نگرانی‌ها و دغدغه‌های عمل‌گرایانه برمی‌گردد (فروزتی و جیکوبسن، ۱۹۹۱). اصولاً متخصصان مختلف (از جمله پزشکان و وکلا) در جریان اجرای وظایف حرفه‌ای خود، درگیر حل اختلافات زناشویی می‌شوند. فروزتی و جیکوبسن (۱۹۹۱) به رشد زیاد زوج‌درمانی پس از دههٔ ۱۹۶۰ اشاره می‌کنند. مشهورترین زوج‌درمانی‌ها عبارت است از: زناشویی‌درمانی رفتاری، زوج‌درمانی شناختی، زوج‌درمانی هیجانی، درمان مشکلات جنسی و زوج‌درمانی بینشی (یا روانپویشی). برای آنکه خوانندگان را با فنون مورد استفاده در زوج‌درمانی آشنا کنیم، توضیح کوتاهی دربارهٔ زناشویی‌درمانی رفتاری (جیکوبسن و مارگولین، ۱۹۷۹؛ استوارت، ۱۹۸۰؛ وایس، هوپز و پترسون، ۱۹۷۳) و زوج‌درمانی هیجانی (جانسون، هانسلی، گرینبرگ و شیندلر، ۱۹۹۹) خواهیم داد.

زناشویی‌درمانی رفتاری. مبادی *زناشویی‌درمانی رفتاری* غالباً به کارهای ریچارد استوارت[1] (۱۹۶۹) برمی‌گردد. (دوباره

1. Richard Stuart

می‌گوییم که به‌رغم استفاده از کلمهٔ ***زناشویی***، لزومی ندارد طرفین حتماً ازدواج کرده باشند.) استوارت در درمان کارایی زناشویی از اصول تقویت در تعاملات زوج‌ها استفاده می‌کرد. مولفهٔ اصلی درمان استوارت، فن ***قرارداد وابستگی*** بود؛ او زن و شوهرها را آموزش می‌داد برای ایجاد تغییر مطلوب در رفتار همسرشان، رفتار خود را اصلاح کنند.

زناشویی‌درمانی رفتاری به مرور گسترش یافت و فنون دیگری را هم در خود جا داد. هدفِ ***فنون حمایت ـ فهم***، افزایش رفتارهای مثبت طرفین، همکاری آنها و احساس مثبت در هر یک از آنها است. برای مثال، هر یک از طرفین، از رفتارهایی فهرست تهیه می‌کنند که اگر همسرشان انجام دهد خوشحال خواهند شد. سپس موافقت می‌کنند تا جلسهٔ بعدی، سه مورد از رفتارهای مندرج در فهرست طرف مقابل را انجام دهند.

فنون حل مسئله مهارت‌های ارتباطی مثبت را به زوج‌ها یاد می‌دهد تا تصمیم‌گیری موثر و مذاکره امکان‌پذیر شود. برای مثال، فهرستی از قواعد اصلی مهارت‌های ارتباطی مثبت به زوج‌ها داده می‌شود و سپس این مهارت‌ها را در جلسات، تمرین می‌کنند. روان‌شناس بالینی در مواقعی که مفید می‌داند، مداخله می‌کند (برای مثال، مهارت‌های ارتباطی مناسب را روشن می‌کند یا الگوی شیوه‌های ارتباطی دیگری می‌شود که مثبت‌تر است). این راهبردهای زناشویی‌درمانی رفتاری و دیگر راهبردهای آن، در پاره‌ای منابع به‌طور مفصل شرح داده شده است (برای مثال گاتمن، نوتاریوس، گانسو و مارکمن[1]، ۱۹۶۷؛ جیکوبسن و مارگولین، ۱۹۷۹؛ استوارت، ۱۹۸۰).

زوج‌درمانی هیجانی. ***زوج‌درمانی هیجانی***، درمان کوتاه‌مدتی است که قصد تغییر سبک تعاملی مشکل‌ساز و پاسخ‌های هیجانی بیمار را دارد تا پیوند قوی‌تر و امن‌تری برقرار کند (جانسون و دیگران، ۱۹۹۹). فرضِ این رویکرد آن است که عاطفهٔ منفی و سبک‌های تعاملی مخرب متداعی با آن، ناراحتی زناشویی ایجاد می‌کند. وانگهی، برای تثبیت یک رابطهٔ دونفره، به دلبستگی ایمن‌تر به طرف مقابل نیاز داریم.

جانسون و دیگران برای زوج‌درمانی هیجانی، نُه گام را برمی‌شمرند (به کادر ۴ـ۱۵ مراجعه کنید). چهار گام اول مستلزم سنجش زوج مورد نظر و اخلال در چرخهٔ تعاملات منفی است. سه گام بعدی هم مستلزم کمک به ایجاد سبک‌های تعاملی جدیدِ انطباقی‌تر است که نیازهای طرفین را تامین می‌کند. در دو گام آخر هم تغییرات حاصل، تحکیم می‌شود.

زوج‌ها از طریق این گام‌ها می‌توانند نیازهای هیجانی و پیوندجویانهٔ خود را بازشناسی و تعاملاتشان با یکدیگر را اصلاح کنند. به این ترتیب، احتمال ارضای این نیازهای آنان بیشتر می‌شود و الگوهای تعاملی مخرب آنها به حداقل می‌رسد.

کادر ۴ـ۱۵: تمرکز بر کاربردهای بالینی: نُه گام زوج‌درمانی هیجانی

تخفیف چرخه

مرحلهٔ ۱. سنجش ـ ایجاد ائتلاف و بیان روشن و صریح مشکلات اصلی در اختلاف طرفین از دیدگاه دلبستگی.

مرحلهٔ ۲. شناسایی چرخهٔ تعاملی مشکل‌سازی که موجب تداوم دلبستگی ناایمن و ناراحتی رابطه‌ای می‌شود.

مرحلهٔ ۳. سنجش هیجانات نادیده گرفته‌شده‌ای که زیر مواضعِ تعاملی قرار دارند.

مرحلهٔ ۴. چهارچوب‌بندی مجدد مشکل بر مبنای چرخه، هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی.

تغییر مواضع تعاملی

مرحلهٔ ۵. همانندسازی بیشتر با نیازها و جنبه‌های تکذیب‌شدهٔ خود و ادغام این جنبه‌ها در تعاملات خویش.

مرحلهٔ ۶. پذیرش هرچه بیشتر ساختِ تجربه‌ای جدید همسر در رابطه، و پاسخ‌های جدید او.

مرحلهٔ ۷. تسهیل ابراز برخی نیازها و خواسته‌های خاص و درگیر کردن هیجانی.

تحکیم / یکپارچگی

مرحلهٔ ۸. تسهیل ظهور راه‌حل‌های جدید برای مشکلات رابطه‌ای قدیمی.

مرحلهٔ ۹. تحکیم مواضع جدید و چرخه‌های جدید رفتار دلبستگی. (ص ۷)

به نقل از اس. ام. جانسون، جی. هاتسالی، ال. گرینبرگ و دی. شیندلر در مقالهٔ «زوج‌درمانی هیجانی: جایگاه و چالش‌ها» در مجلهٔ ***Clinical Psychology: Science and Practice***، دورهٔ ششم، صص ۷۹ـ۶۷.

1. Gottman, Notarius, Gonso and Markman

آیا خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی موثر است؟

مانند دیگر شکل‌های روان‌درمانگری باید شواهد تجربی موجود در خصوص اثربخشی شکل‌های مختلف خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی را ارزیابی کنیم. اما پیش از ارائه این اطلاعات جا دارد اشاره کنیم که اندازه‌گیری نتیجه در خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی کار پیچیده‌ای است؛ چون باید چند دیدگاه (یعنی دیدگاه اعضای خانواده و زن و شوهر) را در نظر بگیریم. مانند روان‌درمانگری‌پژوهی انفرادی، در خانواده‌درمانی یا زوج‌درمانی‌پژوهی هم از خوداظهاری، درجه‌بندی‌های دیگران (برای مثال از درجه‌بندی‌های درمانگر) و درجه‌بندی‌های مشاهداتی استفاده می‌شود.

خانواده‌درمانی . با وجود شهرت خانواده‌درمانی در کار بالینی، مطالعه تجربی به‌خوبی کنترل‌شده نسبتاً کمی درباره تاثیرگذاری آن صورت گرفته است. فراتحلیل به‌عمل‌آمده از یافته‌های خانواده‌درمانی (شدیش[1] و دیگران، ۱۹۹۳) پس از بررسی مقالات منتشرشده و رساله‌های منتشرنشدهٔ (در حد فاصل سال‌های ۱۹۶۳ تا ۱۹۸۳) که اثربخشی خانواده‌درمانی را بررسی کرده بود، به اندازهٔ تاثیر ۴۴ رسید. متوسط اندازهٔ تاثیر برای هر شکلی از خانواده‌درمانی هم ۰/۴۷ بود که نشان می‌دهد به‌طور متوسط کارکرد مراجعان درمان‌شده از کارکرد ۶۸ درصد کسانی بهتر بود که تحت درمان قرار نگرفته بودند. شدیش و همکاران برای هر نوع خانواده‌درمانی هم به‌طور مجزا، متوسط اندازه تاثیر را حساب کردند. درمان‌های التقاطی (یعنی درمان‌های مرکب از چند جهت‌گیری) و درمان‌های رفتاری/ روانی تربیتی، موثرترین درمان‌ها بودند و رویکردهای انسانگرا و سیستمی، کمترین تاثیرگذاری را داشتند. داده‌های شدیش و همکاران را در جدول ۱ ـ ۱۵ می‌خوانید.

جدول ۱ ـ ۱۵: متوسط اندازهٔ تاثیر *(ES)* و هم‌ارز صدکی آن برای برخی شکل‌های خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی

نوع درمان	میانگین اندازهٔ تاثیر (ES)	هم‌ارز صدکی
هر نوع خانواده‌درمانی	۰/۴۷	٪۶۸
رفتاری/ روانی تربیتی	۰/۴۴	٪۶۷
سیستمی	۰/۲۵	٪۶۰
انسانگرا	۰/۲۹	٪۶۱
التقاطی	۰/۵۵	٪۷۱
هر نوع زوج‌درمانی	۰/۶۰	٪۷۳
رفتاری/ روانی تربیتی	۰/۷۴	٪۷۷
سیستمی	۰/۶۲	٪۷۳
انسانگرا	۰/۱۲	٪۵۵
التقاطی	۰/۶۳	٪۷۴

توجه: هم‌ارز صدکی نشان می‌دهد که آن درصد از درمان‌شدگان، از کسانی که درمان نشده‌اند، نتیجهٔ بهتری می‌گیرند.

منبع: «تاثیرات خانواده‌درمانی و زناشویی‌درمانی: یک فراتحلیل» نوشتهٔ دبلیو. آر. شدیش؛ ال. ام. مونتگومری؛ پی. ویلسون؛ آی. برایت و تی. آکومابوآ در *Journal of Consulting and Clinical Psychology*، دورهٔ ۶۱، صص ۱۰۰۲ـ۹۹۲.

فراتحلیل شدیش و همکاران (۱۹۹۳) این حس کلی را می‌دهد که به‌طور کلی شکل‌های مختلف خانواده‌درمانی در جمعیت‌های مختلف اثربخش است، ولی فراتحلیل دیگری وجود دارد که اطلاعاتی درباره اثربخشی خانواده‌درمانی برای اختلالات خاص در یک عضو خانواده می‌دهد. باکُم، شوهام، موزر، دایوتو و استیکل (۱۹۹۸) گزارش می‌کنند که خانواده‌درمانی ظاهراً در درمان دو اختلال روانی خاص مفید است. مواجهه به علاوه پیشگیری از پاسخی که با یاری خانواده روی اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی انجام می‌شد (به فصل

1. Shadish

چهاردهم مراجعه کنید) از درمان سنتی این اختلال، بدون کمک اعضای خانواده، برتر بود (مِهتا[1]، ۱۹۹۰). خانواده‌درمانی همچنین برای اختلال روانی دیگری به نام اسکیزوفرنی هم اثربخش است. باکُم و دیگران (۱۹۸۸) گزارش می‌کنند که خانواده‌درمانی با گرایش رفتاری، حمایتی و نظام‌های خانواده که دست‌کم ۹ ماه روی خانواده‌هایی اجرا می‌شود که بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی دارند، ظاهراً در کاهش میزان عود این اختلال، اثربخش است. میزان عود برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی معمولاً چیزی بین ۵۰ تا ۷۵ درصد است، ولی میزان عود در میان کسانی که خانواده‌درمانی را تجربه کرده‌اند، معمولاً ۳۵ درصد یا کمتر است.

سرانجام اینکه شدیش و بالدوین (۲۰۰۳) بیست فراتحلیل قبلی را خلاصه کردند که اثربخشی انواع خانواده‌درمانی را ارزیابی کرده بودند. نتایج نشان می‌داد متوسط اندازهٔ تاثیر خانواده‌درمانی در این مطالعات، ۰/۵۸ بود که اندکی بیش از تخمین قبلی است (شدیش و دیگران، ۱۹۹۳). در ضمن، هیچ شکلی از خانواده‌درمانی همواره از شکل‌های دیگر بهتر نبود.

سکستون، آلکساندر و میز (۲۰۰۴) همچون بحث «اجزای» خانواده‌درمانی موفق، به شواهدی اشاره می‌کنند که بازتعریف مشکل به صورت «مشکل خانواده»، توانایی رفع بن‌بست‌ها، اتحادِ درمانی قوی، کاهش تعاملات منفی خانوادگی در جلسات و بهبود ارتباطات خانواده، با نتیجه مثبت از خانواده‌درمانی رابطه دارد.

زوج‌درمانی . جدول ۱ـ۱۵، علاوه بر اطلاعات مرتبط با خانواده‌درمانی، نتایج فراتحلیل شدیش و دیگران (۱۹۹۳) دربارهٔ زوج‌درمانی را هم ارائه می‌کند. نخست آنکه باید اشاره کنیم تعداد مطالعات و اندازه‌های تاثیر درباره زوج‌درمانی از خانواده‌درمانی هم کمتر است. همان‌طور که در جدول ۱ـ۱۵ می‌بینید، متوسط اندازهٔ تاثیر برای هر نوع زوج‌درمانی، ۰/۶۰ بود که قدری بیش از متوسط اندازه تاثیر برای هر نوع خانواده‌درمانی است. شدیش و دیگران تنوع بیشتری در اثربخشی دیگر شکل‌های زوج‌درمانی پیدا کردند؛ ظاهراً اثربخشی زوج‌درمانی انسانگرا از اثربخشی دیگر زوج‌درمانی‌ها کمتر است.

باکُم و دیگران (۱۹۹۸) اطلاعات دیگری دربارهٔ اثربخشی شکل‌های مختلف زوج‌درمانی می‌دهند. آنها اعتقاد دارند که زناشویی‌درمانی رفتاری، اثربخش است و اشاره می‌کنند که اطلاعات نشان می‌دهد که بین یک تا دوسوم زوج‌هایی که تحت این درمان قرار می‌گیرند (بر اساس نمراتشان در اندازه‌گیری نتیجه‌ای کارکرد رابطه)، شبیه زوج‌هایی می‌شوند که ناراحتی خاصی ندارند. باکُم و دیگران (۱۹۹۸) علاوه بر این گزارش می‌کنند که شواهد نشان می‌دهد زوج‌درمانی هیجانی، شکل موثری از درمان است، به‌ویژه برای زوج‌هایی که ناراحتی آنها خفیف تا متوسط است. دست‌کم در یک مطالعه هم از زناشویی‌درمانی رفتاری برتر بوده است (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵). سرانجام اینکه باکُم و دیگران اشاره می‌کنند که زوج‌درمانی‌های شناختی، شناختی ـ رفتاری و بینشی از نظر تاثیرگذاری، آیندهٔ امیدوارکننده‌ای دارند و باید دربارهٔ آنها تحقیق بیشتری صورت گیرد.

مطالعات جدیدتر، شواهد محکم‌تری درباره اثربخشی زوج‌درمانی می‌دهد. برای مثال، فراتحلیل پاورز، وِدِل و املکمپ (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که زوج‌درمانی رفتاری در مقایسه با درمان شناختی ـ رفتاری انفرادی، تاثیرات بلندمدت‌تری در درمان اختلالات مصرف مواد دارد. اسنایدر، کاستلانی و ویسمن (۲۰۰۶) هم چند نمونه می‌آورند که زوج‌درمانی، رویکرد اثربخشی برای درمان نشانه‌های افسردگی، اختلالات اضطرابی و کاهش برخی رفتارهای مرتبط با سلامتی (مثل سیگار کشیدن، پرخوری و از این قبیل) است. همان‌طور که اسنایدر و همکارانش گفته‌اند، زوج‌درمانی ظاهراً نه‌تنها در کاهش نشانه‌های روانی فرد اثربخش است، بلکه به رفع معضلات طرفین در رابطه با رضایت زناشویی (مثل پرخاشگری یکی از طرفین، ناکارایی‌های جنسی، روابط خارج از زناشویی) که با این نشانه‌ها همزمان شده‌اند نیز کمک می‌کند.

خلاصه اینکه مرورهای به عمل آمده بر یافته‌های تجربی نشان می‌دهد این درمان در مجموع در کاهش ناراحتی رابطه‌ای، اثربخش است. وانگهی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی،

1. Metha

هر دو، در درمان اختلالات روانی طرفین یا اعضای خانواده مفید هستند (باکُم و دیگران، ۱۹۹۸؛ کار، ۲۰۰۹b، ۲۰۰۹a؛ شدیش و بالدوین، ۲۰۰۳).

خلاصهٔ فصل

گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی در سال‌های گذشته، امکان‌پذیرتر شده است. گروه‌درمانی عمدتاً به دلیل ضروری شدن مدیریت تراکمِ موردها ابداع شد. اما به تدریج برخی از روان‌شناسان بالینی، آن را گزینه‌ای درمانی در نظر گرفتند. گروه‌درمانی معاصر برخلاف پیشینیان خود، معمولاً محدودیت زمانی دارد (یعنی تعداد جلسات از قبل مشخص می‌شود) و بر زمان حال تمرکز می‌کند. این نوع گروه‌ها، اثربخش هستند و برای روان‌شناسان بالینی، سازمان‌های حفظ سلامت رفتاری مدیریت‌شده و همچنین برای مراجعان، مقرون‌به‌صرفه‌اند. متاسفانه از نظر تحقیقاتی، اطلاعات نسبتاً کمی دربارهٔ گروه‌درمانی داریم جز اینکه می‌دانیم از عدم درمان، موثرتر است ولی از دیگر شکل‌های روان‌درمانگری، موثرتر نیست. بار دیگر تکرار می‌کنیم که مقرون‌به‌صرفگی و اثربخشی، دو جاذبهٔ اصلی آن است.

خاستگاه خانواده‌درمانی به جنبش مددکاری اجتماعی قرن بیستم برمی‌گردد. مشکلات افراد به صورت یک نظام، مفهوم‌بندی شد و آن را تظاهر ناکارایی در خانواده تلقی کردند. خانواده‌درمانی هم مثل گروه‌درمانی، شکل‌های مختلفی دارد. وجه تمایز آنها هم روش‌ها و فنون و همچنین گرایش نظری‌شان (مثل گرایش رفتاری) است. زناشویی‌درمانی که نام سنتی زوج‌درمانی می‌باشد، از جهتی بی مسما است. دو نوع از زوج‌درمانی که دربارهٔ آنها بیشترین مطالعه صورت گرفته، زناشویی‌درمانی رفتاری و زوج‌درمانی هیجانی است.

شواهد حاکی از این است که چند نوع از خانواده‌درمانی‌ها و زوج‌درمانی‌ها، اثربخش است. در میان خانواده‌درمانی‌ها، خانواده‌درمانی التقاطی و رفتاری/روانی تربیتی در درمان اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی و اسکیزوفرنی اعضای خانواده، مفید به نظر می‌رسد. در بین زوج‌درمانی‌ها نیز تحقیقات به شدت از زناشویی‌درمانی رفتاری و زوج‌درمانی هیجانی حمایت می‌کند.

اصطلاحات کلیدی

گروه‌های رفتاردرمانی **behavior therapy groups**

رویکردی که در آن بیمارانی که مشکلات مشابه دارند (برای مثال افسردگی، هراس از مکان‌های باز یا درد) در یک گروه دور هم جمع می‌شوند و با روش‌های رفتاری یا شناختی ـ رفتاری تحت درمان قرار می‌گیرند. در گروه‌های رفتاردرمانی، به پویایی‌های گروه، چندان توجه نمی‌شود.

خانواده‌درمانی رفتاری **behavioral family therpay**

رویکردی در خانواده‌درمانی که به روابط خانواده از منظر وابستگی‌های تقویتی نگاه می‌کند. در این رویکرد، نقشِ درمانگر عبارت است از تحلیل رفتاری مشکلات خانواده و واداشتن اعضای خانواده به تقویت یکدیگر برای افزایش فراوانی رفتارهای مطلوب. درمانگری که تمرکز شناختی بیشتری دارد ممکن است زیر نظر گرفتن رفتارهای مشکل‌ساز و الگوهای تفکر خود را به اعضای خانواده یاد بدهد و از آنها بخواهد تفسیرشان از رویدادها را به چالش کشند.

زناشویی‌درمانی رفتاری **behavioral marital therapy (BMT)**

شکلی از زوج‌درمانی که اصول تقویت را دربارهٔ تعاملات زوج‌ها به کار می‌برد. مولفه‌های اصلی زناشویی‌درمانی رفتاری عبارت است از قرارداد وابستگی، فنون حمایت ـ فهم و فنون حل مسئله.

خانواده‌درمانی توام با همکاری **collaborative family therapy**

شکلی از خانواده‌درمانی که در آن یک درمانگر متفاوت با هر عضو خانواده ملاقات می‌کند و درمانگران، به صورت دوره‌ای دربارهٔ بیمارانشان و کل خانواده با هم بحث می‌کنند.

ارتباط **communication**

مبادلهٔ کلامی یا غیرکلامی اطلاعات دربارهٔ حقایق، افکار و احساسات.

خانواده‌درمانی همزمان **concurrent family therapy**

شکلی از خانواده‌درمانی که در آن یک درمانگر با همهٔ اعضای خانواده در جلسات مجزا ملاقات می‌کند. درمانگر در برخی موارد، بیمار اصلی را تحت روان‌درمانگری سنتی قرار می‌دهد و همزمان، گهگاه نیز با دیگر اعضای خانواده ملاقات می‌کند.

خانواده‌درمانی مشترک **conjoint family therapy**

شکلی از خانواده‌درمانی که در آن یک درمانگر همزمان با کل خانواده دیدار می‌کند.

قرارداد وابستگی **contingency contracting**

فنی در زناشویی‌درمانی رفتاری که در آن زن و شوهر یاد می‌گیرند برای ایجاد تغییر مطلوب در رفتار همسرشان، رفتار خود را اصلاح کنند.

زوج‌درمانی **couples therapy**

شکلی از روان‌درمانگری که در آن زوجی (ازدواج‌کرده) با یک یا چند درمانگر ملاقات، و روی مشکلاتشان کار می‌کنند.

عوامل علاج‌بخش در گروه‌درمانی **curative factors in group therapy**

مشترکات رویکردهای مختلف گروه‌درمانی از نظر یالوم که منبع و منشأ تاثیرات مثبت درمانی است. این عوامل عبارت است از: انتقال اطلاعات، ایجاد امید، همگانی بودن، نوع‌دوستی، یادگیری میان‌فردی، تقلید، بازپیدایی اصلاحی خانوادهٔ اولیه، تخلیهٔ هیجانی و انسجام گروه.

بن‌بست دوطرفه **double-bind**

دریافت پیام‌های متناقض از شخصی مهم، طوری که مخاطب، هر پاسخی بدهد، از نظر آن شخص مهم، غلط باشد. اعتقاد بر این است که بن‌بست‌های دوطرفه در شکل‌گیری اسکیزوفرنی نقش دارند.

زوج‌درمانی هیجانی **emotionally focused couples (EFT) therapy**

شکلی از زوج‌درمانی که مبنایش این فرض است که ناراحتی زناشویی از عاطفهٔ منفی و سبک‌های تعاملی مخرب نشئت می‌گیرد. مداخلات زوج‌درمانی هیجانی با هدف تغییر دادن سبک‌های تعاملی مشکل‌ساز و پاسخ‌های هیجانی صورت می‌گیرد تا پیوند هیجانی محکم‌تر و امن‌تری شکل بگیرد.

خانواده‌درمانی **family therapy**

شکلی از روان‌درمانگری که در آن درمانگر، علاوه بر عضوی که به عنوان بیمار شناخته شده است، با چند عضو دیگر خانواده هم دیدار می‌کند. این شکل از درمان بر این فکر استوار است که وقتی یک عضو خانواده مشکل پیدا می‌کند، بقیهٔ اعضا هم تحت تاثیر قرار می‌گیرند و محیط خانه در شکل‌گیری مشکل او موثر بوده است. چند رویکرد نظری در خانواده‌درمانی وجود دارد، ولی هدف مشترک تمام آنها، بهبود ارتباطات جاری در خانواده است.

نظریهٔ نظام‌های کلی **general systems theory**

مفهوم مهمی در خانواده‌درمانی که می‌گوید خانواده، یک نظام است و «روان‌شناسی» باید دنبال تغییر طرز کار این نظام باشد.

گروه‌های گشتالتی **Gestalt groups**

رویکردی گروهی که در آن درمانگر هر لحظه بر یک بیمار تمرکز می‌کند و از او می‌خواهد احساسات و رفتارش را تجربه کند. این در حالی صورت می‌گیرد که دیگر اعضای گروه باید آن شخص را مشاهده کنند که روی «صندلی داغ» نشسته است و به او بازخورد دهند.

گروه‌درمانی **group therapy**

شکلی از روان‌درمانی که در آن یک یا چند درمانگر، چند بیمار را تحت درمان همزمان قرار می‌دهند. بیشتر گروه‌ها در مجموع از پنج تا ده بیمار تشکیل می‌شود که دست‌کم هفته‌ای یک جلسهٔ یک ساعت و نیمی تا دو ساعتی با هم دیدار می‌کنند، اما گرایش نظری و قواعد و ممانعت‌های اولیه یا مکمل بودن گروه‌ها خیلی متفاوت است.

درمان چندنظریه‌ای **multisystemic therapy**

شکلی از خانواده‌درمانی که در اصل برای درمان رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان ابداع شد. این درمان از آن نظر بی‌همتا است که در خانه، مدرسه یا محله اجرا می‌شود و بر نقش خانواده در مشکلات متمرکز می‌شود.

فنون حل مسئله **problem-solving techniques**

در زناشویی‌درمانی رفتاری، به آموزش مهارت‌های ارتباط مثبت برای افزایش تاثیرگذاری تصمیم‌گیری و مذاکره اطلاق می‌شود.

روان‌درمانگری گروهی روانکاوانه **psychoanalytic gorup psychotherapy**

درمان روانکاوانه‌ای که در محیط گروهی اجرا می‌شود. در این نوع روان‌درمانگری، پویایی گروه در مقایسه با فرایندهای فردی، در مقام دوم اولویت است و گروه، ابزاری است که فرد از آن طریق در مورد نیروها و دفاع‌های ناهشیارانهٔ خود بینش پیدا می‌کند.

نمایش روانی **psychodrama**

شکلی از نقش بازی کردن که مورنو آن را ابداع کرد و در آن، یک بیمار در گروه، نقشی را اجرا می‌کند که درمانگر به او محول کرده است. بیماران دیگر نیز نقش «ایگوی کمکی» و نقش تماشاگر را بازی می‌کنند. نظر هم این است که بیمار با گوش کردن به ایگوهای کمکی و واکنش‌های تماشاگران، به تخلیهٔ هیجانی و خودشناسی می‌رسند.

فنون حمایت-فهم **support-understanding techniques**

در زناشویی‌درمانی رفتاری به فنونی اطلاق می‌شود که هدفشان افزایش احساسات مثبت و رفتارهای مثبت در همسر و افزایش همکاری آنها است.

گروه‌درمانی با محدودیت زمانی **time-limited group therapy**

رویکرد گروهی در درمان کوتاه‌مدت که بادمن و گورمن آن را پیش کشیدند و در آن، بیماران برای یک تعداد جلسهٔ از پیش تعیین‌شده، یکدیگر را می‌بینند. چهار ویژگی اصلی آن عبارت است از: غربالگری و آماده‌سازی پیش از تشکیل گروه، ایجاد و حفظ تمرکزِ کاری، انسجام گروه و واکنش‌های اعضا به محدوده‌های زمانی گروه.

تحلیل تبادلی [یا تحلیل رفتار متقابل] **transactional analysis**

روشی گروهی که اریک برن آن را ابداع کرد و بر «حالات ایگویی» ـ کودک، والد و بالغ ـ که در تعاملات بیماران با دیگر اعضای گروه مشهود است و همچنین بر ظرفیت (مثبت و منفی) این حالات ایگویی متمرکز است. این روش به بیماران کمک می‌کند افکاری را در پیش گیرند که بیشتر مختص حالت ایگویی بالغ مثبت است. تاکید دیگر تحلیل تبادلی، شناسایی بازی‌هایی است که بیماران برای اجتناب از نزدیک شدن بیش از حد به

دیگران به کار می‌برند و نیز کمک به بیماران برای داشتن رفتارهای رضایت‌بخش‌تر.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

15-1 American Association for Marriage and Family Therapy
http://www.aamft.org/iMIS15/AAMFT/

15-2 Association for Specialists in Group Work
http://www.asgw.org/

15-3 International Association of Group Psychotherapy
http://www.iagp.com/

15-4 Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) Couples Special Interest Group
http://www.abctcouples.org/

15-5 Multisystemic Therapy
http://mstservices.com/

بخش چهارم



تخصص‌های روان‌شناسی بالینی

۱۶ روان‌شناسی اجتماع‌نگر

۱۷ روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری

۱۸ روان‌شناسی عصب‌نگر

۱۹ روان‌شناسی قانونی

۱۶



روان‌شناسی اجتماع نگر

سوالات مهم

۱. ویژگی بی‌همتای دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر چیست؟

۲. عوامل تاریخی دخیل در جنبش روان‌شناسی اجتماع‌نگر چه بود؟

۳. انواع پیشگیری را توضیح دهید. پیشگیری‌پژوهی چگونه انجام می‌شود؟

۴. مداخلات اصلی روان‌شناسان اجتماع‌نگر چیست؟

۵. رشتهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر با چه معضلاتی مواجه خواهد شد؟

رئوس مطالب فصل

دیدگاه‌ها و تاریخ

دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر

گاه‌شماری و رویدادهای شتاب‌دهنده

مفاهیم کلیدی

سطوح بوم‌شناختی تحلیل

مفهوم سلامت روان اجتماع‌نگر

مفهوم پیشگیری

کادر ۱ـ۱۶ : دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر کریستین هولی

کادر ۲ـ۱۶ : تمرکز بر کاربردهای بالینی: برنامهٔ پیش‌دبستانی‌های/ اسکوپ پِری

کادر ۳ـ۱۶ : تمرکز برکاربردهای بالینی: برنامهٔ جابز (JOBS)

کادر ۴ـ۱۶ : تمرکز برکاربردهای بالینی: برنامه‌های پیشگیری اولیهٔ سلامت روان برای کودکان و نوجوانان

مقتدرسازی

تنوع

کادر ۵ـ۱۶: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: شان سی. تی. جونز

مفاهیم مداخلهٔ اجتماعی

روش‌های مداخله و تغییر

مشورت گرفتن

بدیل‌های اجتماع‌نگر بستری کردن

خودیاری

مداخله در اوایل کودکی

پیراحرفه‌ای‌ها

اظهارات پایانی

سوالاتی در باب تاثیرگذاری

ارزش‌ها، قدرت و حقوق مدنی

آموزش روان‌شناسان اجتماع‌نگر

آیندهٔ پیشگیری

خلاصه فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

حرفه‌های یاری‌رسان، بیش از ۱۰۰ سال است که دنبال تسکین مشکلات روانی مردم از طریق انواع درمان‌ها بوده است. برخی از این درمان‌ها بر بینش تاکید کرده‌اند و برخی دنبال تغییر مستقیم‌تر رفتار بوده‌اند. این درمان‌ها به‌رغم تمام تفاوت‌هایشان، همگی بر فردی متمرکز بوده‌اند که مشکلات روانی پیدا کرده است. روان‌شناسی بالینی در مجموع، روان‌شناسیِ فرد است.

درمانگران در سطح نظری این را قبول دارند که رفتار (اعم از رفتار بیمارگون و غیربیمارگون) محصول مشترک عوامل وضعیتی و شخصی است. اما تاکید روان‌شناسان بالینی در تلاش‌ها و اقدامات درمانی روزمره، در مجموع، بر نوعی درمان نفر به نفر است. شخص مشکل‌دار از یک متخصص کمک می‌گیرد و در نقش بیمار فرو می‌رود. روان‌شناس بالینی، درمان می‌کند و بیمار پاسخ می‌دهد. اما مشکلات روانی دنیای امروز تا حدی معقول بودن این رویکرد را زیر سوال برده است. به همین دلیل، رویکرد جدیدتری به نام ***روان‌شناسی اجتماع‌نگر***، آیندهٔ امیدوارکننده‌تری در رفع مشکلات روانی دارد.

دیدگاه‌ها و تاریخ

اجازه دهید با این بحث شروع کنیم که روان‌شناسی اجتماع‌نگر دقیقاً چیست. سپس به رویدادهایی بپردازیم که راه را برای این جنبش هموار کرده‌اند. جدول ۱ ـ ۱۶، مجموعه اصولی را توضیح می‌دهد که خصوصیات روان‌شناسی اجتماع‌نگر است از جمله

جدول ۱ ـ ۱۶: اصول روان‌شناسی اجتماع‌نگر

«علت» مشکلات چیست؟

مشکلات معلول تعامل فرد، محیط اجتماعی و نظام‌ها (برای مثال، سازمان‌ها) در طی زمان هستند؛ این عوامل بر یکدیگر تاثیر متقابل می‌گذارند.

مشکلات چگونه تعریف می‌شود؟

مشکلات از بسیاری جهات تعریف‌شدنی هستند، ولی بر تحلیل در سطح سازمان و اجتماع و محله، بیشتر تاکید می‌شود.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر کجا اجرا می‌شود؟

روان‌شناسی اجتماع‌نگر معمولاً در درمانگاه‌ها اجرا نمی‌شود، بلکه در میدان یا در بافت اجتماعی مورد نظر اجرا می‌شود.

خدمات چگونه برنامه‌ریزی می‌شود؟

روان‌شناسان اجتماع‌نگر به جای آنکه فقط به افراد مددجو یاری رسانند، نیازها و خطرات در کل اجتماع را می‌سنجند.

تاکید مداخلات روان‌شناسی اجتماع‌نگر بر چیست؟

تاکید بر پیشگیری از مشکلات است نه بر درمان مشکلات موجود.

چه کسی صلاحیت مداخله دارد؟

روان‌شناسی از طریق مشورت با دیگران به اشتراک گذاشته می‌شود؛ مداخلات عملی هم از طریق برنامه‌های خودیاری یا آموزش غیرروان‌شناسان/غیرحرفه‌ای‌ها صورت می‌گیرد.

منبع: آکسفورد (۱۹۹۲)، ص ۴.

مفروضات مرتبط با علل مشکلات، سطوح تحلیل که در تعریف مشکل از آن استفاده می‌شود، نحوهٔ برنامه‌ریزی خدمات، تاکید بر پیشگیری و تمایل به «کنار گذاشتن روان‌شناسی» از طریق رو آوردن و مشورت با برنامه‌های خودیاری و غیرروان‌شناسان. در این فصل از کتاب، این اصول بنیادی را توضیح می‌دهیم.

دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر

روان‌شناسی اجتماع‌نگر، رویکردی به سلامت روان است که بر نقش نیروهای محیطی در ایجاد و تسکین مشکلات تاکید می‌کند (زاکس و اسپکتر[1]، ۱۹۷۴). راپاپورت[2] (۱۹۷۷) روان‌شناسی اجتماع‌نگر را یک دیدگاه می‌دانست و دنبال تعریف رسمی آن نرفت. جنبه‌های اصلی این دیدگاه عبارت بود از: نسبیت فرهنگی، تنوع و بوم‌شناسی (هماهنگی اشخاص و محیط) (ارفورد[3]، ۲۰۰۸؛ سیدمن[4]، ۲۰۱۱؛ تریکت[5]، ۲۰۰۹).

این دیدگاه، چند نکتهٔ تلویحی دارد. نخست آنکه روان‌شناسان اجتماع‌نگر صرفاً بر محیط‌های نامناسب یا اشخاص تمرکز نمی‌کنند، بلکه تناسب و هماهنگی محیط‌ها و اشخاص را مد نظر قرار می‌دهند؛ هماهنگی [خاصی] که می‌تواند موجب انطباق شود یا نشود. دوم اینکه روان‌شناسان اجتماع‌نگر بر تولید و خلق بدیل‌ها از طریق شناسایی و پرورش منابع و قوت‌های مردم و اجتماعات تاکید می‌کنند. بنابراین، تمرکز بر اقدام در زمینهٔ قابلیت‌های شخص و محیط است نه در زمینهٔ نقایص. سوم اینکه روان‌شناسان اجتماع‌نگر به مطلوب بودن تفاوت آدم‌ها و اجتماعات اعتقاد دارند. بنابراین، منابع و امکانات اجتماع را نباید به یک استاندارد قابلیت تخصیص داد. روان‌شناسان اجتماع‌نگر با یک هنجار یا ارزش واحد همانندسازی نمی‌کنند و دنبال رواج تنوع هستند.

از نظر راپاپورت (۱۹۷۷)، دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر با سه دسته دل‌مشغولی، تعریف می‌شود. این سه دل‌مشغولی عبارت است از: پرورش و توسعهٔ منابع انسانی، فعالیت سیاسی و علم. این سه دل‌مشغولی از بسیاری جهات با هم تضاد دارد. فعالان سیاسی معمولاً کم‌طاقت هستند و روان‌شناسان سنتی‌تر را به مسخره می‌گیرند که خیلی دیر به داد جامعه می‌رسند. روان‌شناسان بالینی هم فعالان سیاسی را به باد انتقاد می‌گیرند که غیرحرفه‌ای هستند و بیشتر با تصورها و تلقی‌های خودشان از دنیا درگیرند. هر دو گروه نیز دانشمندان را غریبه‌تر از آن می‌دانند که مسائل واقعی را بفهمند و بدانند در دنیا چه می‌گذرد (به نظر آنها، دانشمندان دچار سندرم «برج عاج‌نشینی» هستند). دانشمندان هم متقابلاً از فعالان سیاسی و روان‌شناسان بالینی ایراد می‌گیرند که مبنای کارشان، مشتی حدسیات بی‌اعتبار است و فاقد اطلاعات لازم و از همه مهم‌تر، فاقد نظریه‌ای هستند که آنان را راهنمایی کند. اما تغییرات اجتماعی حقیقی در زمینهٔ سلامت روان، به همکاری همهٔ این جناح‌ها بستگی دارد. برای مثال، دانشمندان باید داده‌هایی به منظور حمایت و هدایت تلاش‌های روان‌شناسان بالینی و فعالان سیاسی فراهم آورند و فعالان سیاسی هم باید برای دانشمندان، منابع مالی لازم را تامین کنند تا بتوانند تحقیقات لازم را انجام دهند. وانگهی، این جناح‌ها هدف مشترک افزایش بهزیستی و سلامت روان افراد، اجتماعات و جامعه را دنبال می‌کنند.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر هرچه باشد، رشته‌ای نیست که بر بیماری فردی و الگوی درمان فردی تاکید کند (ایسکو[6]، ۱۹۸۲؛ اُرفورد، ۲۰۰۸؛ سیدمن، ۲۰۱۱؛ تریکت، ۲۰۰۹). تمرکز روان‌شناسی اجتماع‌نگر بر پیشگیری است نه بر علاج. وانگهی افراد و سازمان‌های اجتماعی را تشویق می‌کند (از طریق محیط)، مشکلات خود را تحت کنترل درآورند و بر آنها مسلط شوند تا دیگر به مداخلهٔ حرفه‌ای نیاز نباشد (اُرفورد، ۱۹۹۲).

گاه‌شماری و رویدادهای شتاب‌دهنده

کنگره ایالات متحده امریکا در سال ۱۹۵۵، لایحهٔ تشکیل کمیسیون مشترک سلامت روان و بیماری روانی را تصویب کرد. این خبر، زمینه‌ساز شکل‌گیری مفهوم سلامت روان اجتماع‌نگر و کاهش جمعیت حاضر در بیمارستان‌های روانی شد. رییس جمهور کِنِدی بر این مبنا که ناراحتی روانی و اختلالات روانی بر

1. Zax and Specter
2. Rappaport
3. Orford
4. Seidman
5. Trickett
6. Isco

اثر اوضاع نامساعد محیطی شکل می‌گیرد، خواستار اتخاذ «رویکرد جدید جسورانه‌ای» در زمینهٔ **پیشگیری** از اختلال روانی شد. این به اصطلاح صورت‌حسابِ کندی، زمینهٔ مالی تاسیس مراکز سلامت روان در سال ۱۹۶۳ را مهیا کرد. هدف این مراکز، ترویج کشف زودهنگام مشکلات روانی، درمان اختلالات حاد و طراحی نظام‌های خدمات‌رسانی بود که از «انباشت» بیماران مزمن در بیمارستان‌های روانی پیشگیری می‌کرد (بلوم[1]، ۱۹۷۳). انجمن روان‌شناسی امریکا هم مطلوب بودن مشارکت آحاد اجتماع در این تصمیمات را تایید کرد (اسمیت و هابز، ۱۹۶۶) و توجهات را بر مفهوم رویکردهای اجتماع‌نگر و مشارکت اجتماعی متمرکز نمود.

کنفرانس سال ۱۹۶۵ از نظر بسیاری، تولد «رسمی» روان‌شناسی اجتماع‌نگر بود (زاکس و اسپکتر، ۱۹۷۴). گروهی از روان‌شناسان در سوامپسکات ماساچوست گرد هم جمع شدند تا وضعیت این رشته را مرور کنند و برای جایگاه روان‌شناسی در جنبش سلامت روان اجتماع، طرحی بریزند.

کمی پس از برگزاری این کنفرانس، شعبهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر (که به آن جامعهٔ اجتماع‌پژوهی و اقدام هم می‌گویند) در انجمن روان‌شناسی امریکا تاسیس شد. دیری نگذشت که ***The Community Mental Health Journal*** و ***American Journal of Community Psychology*** منتشر شد. در سال ۱۹۷۷، رییس جمهور جیمی کارتر، هیئتی را در مسائل سلامت روان با رهنمودهای خاص مامور کرد تا به ترویج مراکز سلامت روان اجتماع و تسهیلات آنها همت گمارند. انتشار درسنامه‌ها هم شروع شد از جمله زاکس و اسپکتر (۱۹۷۴)؛ هلر و موناهان (۱۹۷۷)؛ راپاپورت (۱۹۷۷)؛ هلر، پرایس، راینهارتز، ریگر و واندرسمن (۱۹۸۴)؛ اُرفورد (۱۹۹۲)؛ و درسنامهٔ جدیدتر دالتون، الیاس و واندرسمن (۲۰۰۱) و آکسفورد (۲۰۰۸). مرورهای منظم هم در ***The American Review of Psychology*** (برای مثال تریکت، ۲۰۰۹) و دستنامه‌ها منتشر شدند (برای مثال، راپاپورت و سیدمن، ۲۰۰۶).

از آن پس، اوضاع عوض شد. انتخاب رییس جمهور رونالد ریگان باعث شد تغییراتی در تامین مالی مراکز سلامت اجتماع ایجاد شود و خدمات سلامت روان این مراکز به تدریج از هم بپاشد و به تاکید بر مراکز سلامت روان متمرکز تقلیل یابد. بودجه‌ها از بین رفت و نظام سلامت روان، رو به فروپاشی گذاشت. چند ایالت به‌طور مجزا، برنامه‌هایی بر اساس الگوی مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر طراحی کردند؛ اما این رویکرد به خدمات سلامت روان هم رو به افول گذاشت. اخیراً اصلاح بهداشتی رییس جمهور اُباما، کورسوی امیدی برای احیای رویکرد اجتماع‌نگر با تاکید بر پیشگیری، رویکردهای شواهدبنیاد و ادغام نظام‌های ذی‌نفوذ (مثل مدرسه، خانه، دستگاه قضایی و نظام مراقبت بهداشتی) برای ترویج سلامت روان پدید آورده است. دهه‌های آینده، نقش بسیار مهمی در تعیین اهمیت رویکردهای اجتماع‌بنیاد در روان‌شناسی بالینی بازی خواهند کرد.

جا دارد برای شرح و بسط گاه‌شمار پیش‌گفته، به پاره‌ای معضلات و نگرانی‌هایی اشاره کنیم که ظهور روان‌شناسی اجتماع‌نگر را شتاب بخشید.

تسهیلات درمانی. اگرچه جمعیت حاضر در بیمارستان‌های روانی ایالات متحده امریکا در اواسط دههٔ ۱۹۵۰، حدود ۵۰۰ هزار نفر بود، ولی روان‌شناسان بالینی اجتماع‌گرا همچنان دنبال بدیل‌های پرهزینه، ناکارا و غالباً بستری کردن بیماران بودند. دو عامل به‌طور همزمان باعث شد جمعیت حاضر در بیمارستان‌های روانی در آن زمان خیلی کاهش یابد. این دو عامل عبارت بود از: ساخته شدن داروهای روانگردان و اشاعه فلسفه‌های سهل‌گیرانه‌تر در زمینهٔ ترخیص بیماران از بیمارستان‌های روانی. اما همین‌طور که بیماران بیشتری ترخیص می‌شدند، عمدتاً بر اثر مصرف زیاد دارو، و همین‌طور که بیماران سابق، دیگر بستری نمی‌شدند، ضرورت تدابیر اجتماعی بهتر و خدمات حمایتی بیشتر می‌شد. فلسفهٔ اجتماع‌نگری، گاه علت و گاه معلول این رویدادها به‌تدریج تثبیت شد.

مشکل بسیاری از بیمارستان‌های روان‌پزشکی، کمبود روان‌شناس آموزش‌دیده بود. دیدگاه بستری کردن که از نظر

1. Bloom





نمودار ۱ـ۱۶: رییس جمهور جان اف. کندی و رییس جمهور لیندن بی. جانسون، سهم زیادی در رهبری سیاسی جنبش روان‌شناسی اجتماع‌نگر داشتند.

عوام، روش واقع‌بینانهٔ حل مشکلات هیجانیِ بدقلق و سخت بود، تقریباً به همان اندازه که از مشکلات کم می‌کرد، مشکل ایجاد می‌کرد. بیمارستان‌های روانی (به‌ویژه بیمارستان‌های ایالتی) به مرور به انباری یا زندان تبدیل شده بود. مراقبت در اغلب این بیمارستان‌ها، امری حاشیه‌ای و گاهی اوقات بی‌رحمانه شده بود. تعداد کارکنان متخصص در این بیمارستان‌ها به شدت کم شده بود و کیفیت خدماتشان گاهی اوقات بسیار پایین بود. در حقیقت، هنوز بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند (و به صورت تجربی هم نشان داده‌اند) که بستری کردن، راهبرد درمانی موثری نیست.

کمبود نیروی انسانی . همین‌طور که تعداد روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان آموزش‌دیده بیشتر می‌شد، تقاضا برای خدمات آنها از تعدادشان پیشی می‌گرفت. بسیاری از تازه‌واردها به درمانگری خصوصی رو می‌آوردند و عدهٔ دیگری از آنها هم به تدریس و تحقیق می‌پرداختند. به هر حال، تامین متخصصان آموزش‌دیده برای ارائه خدمت در بیمارستان‌ها، همپای تقاضا پیش نمی‌رفت. پاره‌ای روندها (آلبی[1]، ۱۹۶۸، ۱۹۵۹؛ آرنهوف[2]، ۱۹۶۸) هم در کمبود شدید نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها موثر بود. برای رفع این کمبودها چاره‌ای نبود جز آنکه منابع جدیدی برای تامین نیروی انسانی پیدا شود، از وقت متخصصان بهتر استفاده شود و مدل‌های جدیدی برای کنار آمدن با مشکلات انسانی ارائه شود. آلبی (۱۹۶۸، ۱۹۵۹) پیش‌بینی کرده بود که آموزش متخصص سلامت روانِ کافی برای رفع نیازهای فعلی و آینده ناممکن است و راهبرد پیشگیری را پیشنهاد کرد.

سوالاتی دربارهٔ روان‌درمانگری . مردم در دههٔ ۱۹۵۰ نه‌تنها کارایی روان‌درمانگری، بلکه اثربخشی آن را زیر سوال بردند. عده‌ای می‌گفتند ریشهٔ مشکلات، عوامل درون‌روانی نیست، بلکه تعامل شخص و جامعه است. در عین حال، چون روان‌درمانگری گران بود و روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان بیشتری به درمانگری خصوصی رومی‌آوردند، عوامل اقتصادی، درمانگری را هرچه بیشتر از دسترس فقرا و محرومان دور می‌کرد. هالینگشید و ردلیچ[3] (۱۹۵۸)، رابطهٔ بیماری روانی و طبقهٔ اجتماعی را مستند کرده بودند. حالا به نظر می‌رسید بین طبقهٔ اجتماعی و دسترسی به روان‌درمانگری، رابطه‌ای هست.

الگوها و نقش‌های پزشکی . در این کتاب بارها دربارهٔ رواج نقش پزشکی و مدل بیماری و نارضایتی از این فرایند حرف زدیم. بر دههٔ ۱۹۶۰ فضایی حاکم بود که امتیازات موسسه‌ای و باورهای سنتی را به باد حمله می‌گرفت. این فضا، شنوندگانی تولید کرد که بیش از پیش پذیرای حملات وارده به برداشت‌های سنتی از بیماری روانی بود. همهٔ این موارد در افزایش گرایش به

1. Albee 2. Arnhoff
3. Hollingshead and Redlich

جست‌وجو و یافتن پیشایندهای اجتماعی مشکلات زندگی، به جای یافتن علل درونی زیست‌شناختی یا روان‌شناختی، موثر بود.

فعالیت‌های عمومی در دهۀ ۱۹۶۰، به نارضایتی قدیمی بسیاری از روان‌شناسان بالینی از نقش منفعلانه‌شان مبنی بر اینکه باید انتظار بکشند تاآزردگان اجتماع وارد مطبشان شوند، شتاب بخشید. آیا نقش فعالی که خدمات سلامت روان را به میان مردم می‌برد، با مدل اجتماع‌نگری همخوان‌تر نبود؟ اگر بود، این نقش باعث می‌شد روان‌شناسان بالینی تا حدی خودمختار شوند و از زیر سلطۀ پزشکی بیرون بیایند. البته درباره این تحولات نباید اغراق کنیم. وانگهی، یکی از روندهای مهم چند دهۀ اخیر روان‌شناسی بالینی، رو آوردن به درمانگری خصوصی بوده است. این رفتار را نمی‌توانیم نشانۀ کنار گذاشتن الگوی پزشکی یا پذیرش رویکرد اجتماع‌نگری بدانیم.

محیط. نیروی دیگری که به شکل‌گیری جنبش روان‌شناسی اجتماع‌نگر کمک کرد، افزایش آگاهی از اهمیت نیروهای اجتماعی و محیطی در رفتار و مشکلات مردم بود. فقر، تبعیض، آلودگی و ازدحام، عوامل بالقوه بودند. اعطای حق انتخاب به مردم و ارتقای بهزیستی آنان، مستلزم این بود که روان‌شناسان به این عوامل توجه کنند؛ عواملی که فراتر از بررسی انعکاسی تعیین‌کننده‌های اوایل دوران کودکی شخصیت انسان‌ها بود. فقر، بیکاری، تبعیض شغلی، نژادپرستی، کاهش فرصت‌های تحصیلی، تبعیض جنسی و دیگر عوامل اجتماعی می‌تواند بر مشکلات هیجانی جمع کثیری از افراد تاثیر بگذارد. نظریه‌های روانکاوی و نظریه‌های دیگر که جواب‌ها را در پویایی‌های درونی افراد جست‌وجو می‌کنند، به ندرت به این موارد می‌پردازند.

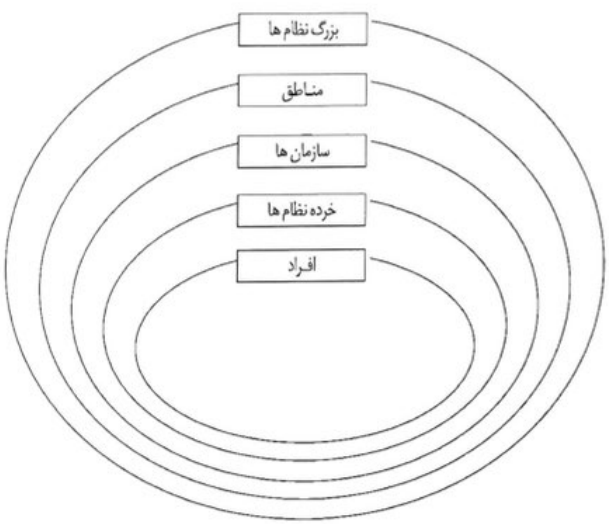
حال و هوای زمانه . شاید اتفاقات اجتماعی ـ سیاسی دهۀ ۱۹۶۰، به اندازۀ عوامل دیگر، در شکل‌گیری رویکرد اجتماع‌نگری تاثیر داشت. صدور فرمان لغو تبعیض نژادی در مدارس توسط دیوان عالی کشور در سال ۱۹۵۴ و بالا گرفتن جنبش حقوق مدنی، به خاتمۀ هر نوع تبعیض نژادی و بالا رفتن هشیاری کل کشور منتهی شد. برای نخستین بار بود که بسیاری از مردم می‌فهمیدند واپس‌رانی اجتماعی، چه بلایی بر سر ذهن و هیجانات قربانیان می‌آورد. در عین حال، فعالان حقوق مدنی ثابت کردند که تظاهرات، اجتماعات، فشار و حتی گاهی اوقات منطق می‌تواند موثر واقع شود. درس‌های این دوران، در طرفداری عده‌ای از رویکرد اجتماع‌نگری در سلامت روان بی‌تاثیر نبود.

مفاهیم کلیدی

تا اینجا سعی کردیم نمای کلی و گاه‌شمار روان‌شناسی اجتماع‌نگر را ارائه کنیم. در این بین به چند مفهوم مهم اشاره کردیم. حال به برخی از این مفاهیم که در قلب روان‌شناسی اجتماع‌نگر جا دارد، نگاه دقیق‌تری می‌اندازیم.

سطوح بوم‌شناختی تحلیل

یکی از اصول اساسی روان‌شناسی اجتماع‌نگر این است که افراد و جامعه به هم پیوسته‌اند. برای فهم زندگی دیگران و ارتقای آن باید تنوع نظام‌ها یا سطوح تحلیل را در نظر بگیریم (برونفنبرنر[1]، ۱۹۷۹؛ دالتون[2] و دیگران، ۲۰۰۱؛ تریکت، ۲۰۰۹). نمودار ۲ـ۱۶، این سطوح تحلیلی را نشان می‌دهد که موضوع تحقیق در روان‌شناسی اجتماع‌نگر است.



نمودار ۲ـ۱۶: سطوح تحلیل در روان‌شناسی اجتماع‌نگر

منبع: دالتون، الیاس و واندرسمن (۲۰۰۱)، ***روان‌شناسی اجتماع‌نگر.***

1. Bronfenbrenner
2. Dalton

روان‌شناسان اجتماع‌نگر در نخستین سطح، یعنی در سطح **فردی**، رابطهٔ افراد و محیط را بررسی می‌کنند. افراد از محیط خود تاثیر می‌پذیرند (برای مثال، بیکار می‌شوند) و بر محیط خود تاثیر می‌گذارند. سطح دوم تحلیل، بر رابطهٔ افراد و **خرده‌نظام‌ها** متمرکز است؛ یعنی محیط‌هایی که فرد در آنها مستقیماً با دیگران، شامل اعضای خانواده، بستگان، همکلاسی‌ها، دوستان و همکاران، درگیر است. **سازمان‌ها** مجموعه‌ای از خرده‌نظام‌های بزرگ‌تر (مثل مدارس یا سازمان‌های مذهبی) هستند. افراد ممکن است درگیر یک سازمان باشند ولی مشارکت‌شان معمولاً از طریق خرده‌نظامِ سازمان است. سطح چهارم یا سطح **مناطق** (که معمولاً مناطق جغرافیایی را دربرمی‌گیرد)، از مجموعه‌هایی از سازمان‌های خرده‌نظامی تشکیل می‌شود. برای مثال در اجتماع، ائتلاف‌هایی برای رسیدگی به مسائل مربوط به سوءمصرف دارو یا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی محلی شکل می‌گیرد. سرانجام نوبت به پنجمین سطح یا **بزرگ‌نظام‌ها** می‌رسد که شامل جوامع، فرهنگ‌ها، نهادها و موسسات دولتی یا اقتصادی می‌شود که فراتر از اجتماع محلی است.

کلی، تریکت و همکاران (برای مثال، تریکت، ۲۰۰۹؛ تریکت، کلی و تاد، ۱۹۷۲) علاوه بر این ویژگی‌های ساختاری بوم‌شناسی، بر چند اصل بوم‌شناختی هم تاکید می‌کنند که می‌تواند چهارچوب روان‌شناسی اجتماع‌نگر را بسازد. نخست اینکه هر اکوسیستمی، اعم از زیست‌شناختی یا روان‌شناختی، از **چند بخش به‌هم‌وابسته** تشکیل شده است. تغییر در یک بخشِ این نظام، بر بخش‌های دیگر آن تاثیر می‌گذارد. برای مثال، تغییر رهبری مدرسه، بر معلمان، دانش‌آموزان، والدین و اجتماع تاثیر می‌گذارد. دوم اینکه با بررسی **منابع** مصرفی و ضروری برای بهزیستی می‌توانیم اکوسیستم‌ها را بفهمیم. در بسیاری از موارد، فقط وقتی فشاری در بین است یا اکوسیستم مشکل دارد، معلوم می‌شود که چه منابعی مهم‌تر است. بنابراین، برخی منابع و امکانات را باید خلق، حفظ و تقویت کرد. سوم اینکه افراد (و دیگر سطوح یک اکوسیستم) از طریق کنار آمدن با محدودیت‌ها و الزامات و استفاده از منابع موجود، با محیط **منطبق می‌شوند**. اصل چهارم این است که اکوسیستم‌ها **پویا** هستند نه ایستا. برای نمونه، اکوسیستم‌ها بر اثر الگوهای به هم وابستگی، منابع موجود و تغییرات انطباقی، به مرور تغییر می‌کنند.

خلاصه اینکه به دلیل به هم وابستگی سطوح مختلف اکوسیستم، مشکلات فردی یا اجتماعی را می‌توانیم در چند سطح بررسی کنیم؛ محیط‌های اجتماعی، تغییر ایجاد می‌کنند و تغییر می‌پذیرند.

مفهوم سلامت روان اجتماع‌نگر

کمیسیون مشترک سلامت روان و بیماری روانی در سال ۱۹۵۵، توصیه‌هایی بنیادی کرد که دستمایهٔ تحول و توسعهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر شد. این توصیه‌ها عبارت بود از: (الف) تحقیق بیشتر و بهتر درباره پدیدهٔ سلامت روان؛ (ب) ارائه تعریفی گسترده از ارائه‌دهندهٔ خدمات سلامت روان؛ (ج) دسترسی اجتماع به خدمات سلامت روان و (د) پی بردن به اینکه بیماری روانی از عوامل اجتماعی (مثل طرد شدن و انزوا) هم نشئت می‌گیرد و (ه) دولت مرکزی باید از این توصیه‌ها حمایت مالی کند.

در سال ۱۹۶۳، بودجهٔ مرکزی برای تاسیس و تامین نیروی انسانی مراکز سلامت روان جامع در کل ایالات متحده امریکا تامین شد. ***مرکز سلامت روان اجتماع‌نگر*** به شرطی از این بودجه بهره‌مند می‌شد که این خدمات اساسی را ارائه بدهد: (الف) مراقبت از بیماران بستری؛ (ب) مراقبت سرپایی؛ (ج) بستری کردن پاره‌وقت (برای مثال، بیمار در طی روز کار کند و شب به بیمارستان برگردد)؛ (ه) خدمات‌رسانی شبانه‌روزی؛ و (ه) ارائه خدمات مشورتی به متخصصان، مربیان و خدمات‌دهندگان اجتماع. جدای از این خدمات اجباری، امید بر این بود که مراکز سلامت روان همچنین (الف) خدمات تشخیصی بدهند؛ (ب) خدمات توانبخشی بدهند؛ (ج) تحقیقات انجام دهند؛ (د) کارهای آموزشی کنند و (ه) ارزیابی کنند. اما به‌رغم تغییر «انقلاب سوم» در سلامت روان توسط هابز (۱۹۶۴)، مدل پزشکی همچنان غالب بود (شاید چون کماکان روان‌پزشکان در

رأس سلسله‌مراتب امور اجرایی بودند) و همچنان بیماران اقلیت، فقرا و حتی کودکان نادیده گرفته می‌شدند.

اسمیت و هابز (۱۹۶۶) در یک مقالهٔ بسیار نافذ اظهار کردند که کنترل اجتماعی مراقبت‌ها و خدمات سلامت روان، ضروری است. آنها اهمیت فراوانی برای پیشگیری قائل بودند که تلویحاً به معنای تشخیص زودهنگام، و کار با مدارس، ادارات پلیس، موسسات خدمات اجتماعی، کسب و کارها و دیگر سازمان‌ها بود. این دیدگاه که نظام اجتماعی نتوانسته محیط مناسبی فراهم آورد، جایگزین ایدهٔ نقص شخصیتی شد. پس مرکز سلامت روان اجتماع‌نگر نباید فقط نقایص فردی را برطرف می‌کرد، بلکه باید هر کاری از دستش برمی‌آمد می‌کرد تا نظام، بهتر کار کند. مشورت دادن، مهم‌ترین وظیفهٔ این مراکز بود و یکی از امکانات اجتماعی جدید به حساب می‌آمد. برخی حتی از توصیه‌های اسمیت و هابز فراتر می‌رفتند و می‌گفتند مرکز سلامت روان اجتماع‌نگر باید مرکز هماهنگ‌کنندهٔ تمام نظام‌های اجتماعی باشد. هدف نیز رسیدگی به کسانی بود که به خدمات نیاز داشتند؛ به‌ویژه اقشاری که از خدمات محروم شده بودند (مثل فقرا، تهیدستان و اقلیت‌ها). برای رفع نیازهای سلامت روان هم از روش‌های جدیدی استفاده می‌شد (روش‌هایی از قبیل مداخله در بحران و درمان گروهی). از برنامه‌های اجتماعی بهبود وضع مسکن، شغل و حق برخورداری از جلسهٔ درمان نفر به نفر هم حمایت می‌شد. عامل تغییر اجتماعی هم جایگزین نقش درمانگر شد.

بسیاری از آنچه گفته شد، آرمانگرایانه بود. با این حال، در دههٔ ۱۹۶۰، شمار زیادی از این مراکز اجتماع‌نگر دایر شدند. برخی از این مراکز به امیدهای اسمیت و هابز نزدیک شدند. برخی نیز به‌رغم استفاده از زبان اجتماع‌نگری، بیشتر در قالب رویکردهای بالینی قدیمی‌تر فرو رفتند. چرخ برخی از این مراکز، خوب می‌چرخید و برخی، تنش‌ها و جنجال‌هایی را در سطح اجتماع راه انداختند. هدف راه‌اندازی ۲۰۰۰ مرکز تا سال ۱۹۷۵، به دلایل زیادی (از جمله به‌دلیل کاهش بودجهٔ دولت مرکزی که از سال ۱۹۶۸ شروع شد) محقق نشد. در حقیقت، در سال ۱۹۷۴، فقط ۵۴۰ مرکز با بودجهٔ مصوبِ قانون مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر تاسیس شد. با وجود توصیه‌های کمیسیون سلامت روان رییس جمهور کارتر در سال ۱۹۷۷ که باید بر «خدمت‌رسانی به محرومان» (از جمله کودکان، سالمندان، اقلیت‌های قومی و روستاییان) تاکید بیشتری شود، در سال‌های بعد، از بودجه مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر، بیشتر کاسته شد. دولت‌های ایالتی و محلی هم نتوانستند این شکاف مالی را پر کنند. امروزه شاهد کاهش تعداد مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر هستیم و شواهدی حاکی از برگشت اوضاع هم وجود ندارد.

مفهوم پیشگیری

ایدهٔ **پیشگیری**، اصل اساسی و راهنمایی است که از مدت‌ها قبل در قلب برنامه‌های سلامت عمومی ایالات متحده امریکا جا گرفته است (بوگلن و هایندز[1]، ۲۰۰۹؛ موسسه پزشکی [IOM]، ۱۹۹۴؛ شورای تحقیق ملی و موسسه پزشکی [NRC-IOM]، ۲۰۰۹). این اصل در واقع می‌گوید پیشگیری، در بلندمدت، کاراتر و موثرتر از درمان پس از شروع بیماری یا مشکل است (فلنر، جیسون، موریتسوگو و فاربر[2]، ۱۹۸۳). رویکردهای موثر را پرایس، کاوئین، لوریون و راموس ـ مککی[3] (۱۹۸۸) به صورت نمودار نشان داده‌اند. آنها در کتاب کلاسیک خود با عنوان ***چهارده ذره پیشگیری***، ۱۴ برنامهٔ پیشگیری مربوط به کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را توضیح می‌دهند. کادر ۲ـ۱۶، یکی از این برنامه‌ها را مرور می‌کند که هدفش بچه‌های پیش‌دبستانی خانواده‌های کم‌درآمد است.

برنامه‌های پیشگیری برای بزرگسالان هم طراحی و اجرا شده است. کادر ۳ـ۱۶، مروری بر برنامهٔ جابز (JOBS) است که هدفش کمک به بزرگسالانی است که اخیراً بیکار شده‌اند.

پیشگیری اولیه. این نوع پیشگیری، تند و تیزترین فاصله‌گیری از روش‌های سنتی کنار آمدن با مشکلات روانی است. جوهر مفهوم ***پیشگیری اولیه*** را می‌توانیم در تاکید کاپلان (۱۹۶۴) بر

1. Boglan and Hinds
2. Felner, Jason, Moritsugu and Farber
3. Price, Cowen, Lorion and Ramos-McKay

«خنثی کردن شرایط زیانبار، پیش از آنکه فرصت ایجاد بیماری پیدا کنند» ببینیم (ص ۲۶). اما آلبی (۱۹۸۶) می‌گوید پیچیدگی مشکلات انسانی، راهبردهای پیشگیری خاصی را می‌طلبد که به تغییر اجتماعی و بازتوزیع قدرت وابسته‌اند. این چشم‌انداز برای بسیاری از آحاد جامعه، خوشایند نیست. برخی نمونه‌های پیشگیری اولیه عبارت است از: کاهش تبعیض شغلی، ارتقای برنامه‌های آموزشی مدارس، بهبود وضع مسکن، تعلیم مهارت‌های پدر و مادری کردن و کمک به بچه‌های تک‌والدی. مشاوره ژنتیک، برنامهٔ سرآغاز، مراقبت پیش از زایمان از زنان محروم، غذارسانی به خانه‌های سالمندان و بیماران و برنامه‌های ناهار مدارس هم جزء این نوع پیشگیری است. کادر ۴ـ۱۶، نتایج فراتحلیل جدیدی را نشان می‌دهد که اثربخشی برنامه‌های پیشگیری اولیه در حوزهٔ سلامت روان کودکان و نوجوانان را ارزیابی کرده است (دورلاک و ولس[1]، ۱۹۹۷).

پیشگیری ثانویه . پیشگیری ثانویه شامل برنامه‌هایی می‌شود که شناسایی زودهنگام مشکلات روانی و درمان آنها در مرحلهٔ آغازین را رواج می‌دهند تا به اختلال روانی تبدیل نشود. ایدهٔ اصلی در **پیشگیری ثانویه**، حمله به مشکلات است در زمانی که می‌توان آنها را اداره کرد و پیش از آنکه در برابر مداخله، مقاوم شوند (کاپلان، ۱۹۶۱؛ سنفورد[2]، ۱۹۶۵). این رویکرد غالباً غربال شمار زیادی از افراد را پیشنهاد می‌کند. این افراد دنبال کمک نیستند و حتی ممکن است ظاهراً در معرض خطر نباشند. این غربالگری را دست‌اندرکاران خدمات‌رسانی به اجتماع، از جمله پزشکان، معلمان، روحانیان، پلیس، مقامات دادگاه، مددکاران اجتماعی و دیگران صورت می‌دهند. البته به دنبال سنجش زودهنگام، ارجاعات مناسب صورت می‌گیرد.

یک نمونهٔ پیشگیری ثانویه، کشف و درمان زودهنگام کسانی است که مشکل مشروب خوردن آنها، بالقوه زیانبار است (آلدن[3]، ۱۹۸۸). نمونهٔ دیگر آن، طرح سلامت روان اولیه روچستر است که پیشگام آن اِموری کاوئین بود و در سال ۱۹۵۷ شروع شد. در این طرح، کودکان مقطع دبستان، به شکلی منظم از لحاظ خطر ناسازگاری تحصیلی غربال می‌شدند. کاوئین، هایتاور، جانسون، سارنو و وایسبرگ (۱۹۸۹) سیر توسعه و پرورش برنامه‌های کشف و پیگیری زودهنگام را توضیح داده‌اند.

پیشگیری ثالث . هدف **پیشگیری ثالث**، کاهش مدت و تاثیرات منفی اختلالات ذهنی پس از وقوع است. بنابراین، پیشگیری ثالث از این نظر با پیشگیری اولیه و ثانویه فرق دارد که هدفش کاهش تعداد موردهای جدید اختلال روانی نیست، بلکه هدفش کاهش تاثیرات اختلالات روانی، پس از تشخیص است.

تمرکز اصلی بسیاری از برنامه‌های ثالث، توانبخشی است. توانبخشی از افزایش قابلیت شغلی تا ارتقاء خودپنداره را دربرمی‌گیرد. روش‌های مورد استفاده نیز عبارت است از: مشاوره، کارآموزی و مواردی از این قبیل. صرف‌نظر از اینکه قصد برنامه، تعلیم مهارت‌های مستقل‌تر زندگی کردن، به عقب‌ماندگان ذهنی باشد یا برگرداندن مهارت اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که اخیراً ترخیص شده‌اند، قرار بر پیشگیری از بروز مشکلات بیشتر است. زبان برنامه‌های پیشگیری ثالث، کمی با هم فرق دارد، ولی با برنامه‌های شخص‌گرا که مبنای آنها فلسفهٔ نقص است، فرق چندانی ندارند. اما باید یادمان باشد که همهٔ شکل‌های پیشگیری، دنبال کاهش میزان اختلال روانی و مشکلات مرتبط با آنها در سطح اجتماع هستند.

مدل‌های بدیل پیشگیری . مدل سنتی پیشگیری اولیه ـ ثانویه ـ ثالث (کاپلان، ۱۹۶۴) رایج‌ترین مدل است، ولی طبقه‌بندی‌های بدیل هم دارد (اُرفورد، ۱۹۹۲). برای مثال، چهارچوب پیشگیری اختلال روانی را به‌طور کوتاه توضیح می‌دهیم که موسسهٔ پزشکی در سال ۱۹۹۴ ارائه کرده است با عنوان ***کاهش خطرات اختلالات روانی***. این مدل با استناد به اصطلاحات آر. گوردون (۱۹۸۷، ۱۹۸۳)، مداخلهٔ پیشگیرانه را به سه دسته تقسیم می‌کند: ***مداخلات پیشگیرانهٔ همگانی*** که هدف آن، کل جمعیت است؛ این مداخلات می‌توانند پرهزینه باشد؛ چون روی همه اجرا می‌شود. نوع دوم یا ***مداخلات پیشگیرانه گزینشی***، افراد یا زیرگروه‌هایی از جمعیت را هدف

1. Durlak and Wells
2. Sanford
3. Alden

می‌گیرد که احتمال ابتلای آنها به اختلال مورد نظر (در آیندهٔ دور یا نزدیک) بیش از حد متوسط است. افراد هدف در این نوع مداخلات پیشگیرانه، بر اساس آن دسته از عوامل خطر زیست‌شناختی، روان‌شناختی یا اجتماعی شناسایی می‌شوند که با سیر شکل‌گیری و تحول اختلال مورد نظر رابطه داشته‌اند. سرانجام به نوع سوم مداخلات پیشگیرانه می‌رسیم که ***مداخلات پیشگیرانهٔ نشان‌شده*** است که افراد «به شدت در معرض خطر» را هدف قرار می‌دهد؛ افرادی که نشانه‌های زیرآستانه‌ای اختلال یا نشانگرهای زیست‌شناختی حاکی از آمادگی برای ابتلا به اختلال را دارند.

ارزش این مدل در این است که پیشگیری، درمان و حفظ و نگهداری را روی پیوستاری قرار می‌دهد که معرف کل مداخلات موجود برای اختلالات روانی است. پیشگیری، پیش از شکل‌گیری اختلالات صورت می‌گیرد؛ درمان روی کسانی اجرا می‌شود که ملاک‌های تشخیصی اختلال را دارند (یا تقریباً دارند)؛ حفظ و نگهداری هم شامل آن دسته از مداخلاتی است که روی افراد دارای اختلال روانی اجرا می‌شود که بیماری آنها به توجه مستمر نیاز دارد (موسسهٔ پزشکی، ۱۹۹۴). نمودار ۳ـ۱۶، مفهوم‌بندی موسسهٔ پزشکی از طیف مداخلات ممکن برای اختلالات روانی را نشان می‌دهد.

پیشگیری‌پژوهی . برنامه‌ریزی، تهیه و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری، فرایندی چندمرحله‌ای است که سال‌ها وقت روان‌شناسان را می‌گیرد. موسسهٔ پزشکی (۱۹۹۴) برای هدایت پیشگیری‌پژوهان، مراحل مفهوم‌بندی و طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری‌پژوهی را پیشنهاد می‌کند. نمودار ۴ـ۱۶، این مراحل را نشان می‌دهد. نخست اینکه مشکل یا اختلالی که قرار است در برنامه به آن رسیدگی شود، باید به وضوح مشخص و شیوع، بروز و هزینه‌های برنامه برای جامعه روشن شود. سپس عوامل خطر و محافظ مشکل یا اختلال، شناسایی شود و تحقیقات موجود درباره پیشگیری یا درمان آن مرور گردد. سپس مطالعات مقدماتی در زمینهٔ ارزیابی اثربخشی مداخلهٔ برنامه‌ریزی‌شده، طراحی و اجرا شود. مرحلهٔ چهارم، برنامه‌ریزی و اجرای کارآزمایی‌های بزرگ درباره برنامهٔ پیشگیری است. سرانجام با این فرض که کارآزمایی‌ها نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است، برنامه در سطح اجتماع اجرا و تاثیرگذاری آن دوباره سنجیده می‌شود. همان‌طور که در نمودار ۴ـ۱۶ می‌بینید، این مرحله آخر، به معنای اتمام فرایند نیست، بلکه اطلاعات موجود دربارهٔ تاثیرگذاری مداخله بر اجتماع (یعنی اینکه آیا باعث شده بروز مشکل یا اختلال کم شود یا نه؟) به اصلاح مداخله منتهی و مراحل تکرار می‌شود. به این ترتیب، برنامه‌های پیشگیری، با هدف نهایی بهبود تاثیرگذاری، اصلاح می‌شود.

کادر ۱ـ۱۶: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر کریستین هولی[1]

دکتر هولی استادیار علوم روان‌شناختی دانشگاه میسوریِ کلمبیا است. دکتر هولی پیش از پیوستن به هیئت علمی دانشگاه میسوری، دکترای روان‌شناسی بالینی خود را از دانشگاه کالیفرنیا در لوس‌آنجلس گرفت، و در چند موسسهٔ سلامت روان اجتماع‌نگر، تعلیمات بالینی خود را کامل کرد. آموزش تحقیقاتی فوق دکترایش را در مرکز پژوهش خدمات سلامت روان کودک واقع در مرکز تحقیقات خدمات کودک و نوجوان سن‌دیگو گذراند. هولی علاوه بر عضویت در هیئت علمی دانشگاه میسوری، دستیار مدیر شبکهٔ درمانی میسوری است که شبکهٔ همکار تامین‌کنندگان سلامت روان اجتماع‌نگر و خدمات‌پژوهانی می‌باشد و دنبال تحقیق درمان‌بنیاد هستند. او همچنین همکار پژوهشگر مرکز پژوهش‌های خدمات سلامت روان در دانشگاه واشنگتن در سنت‌لوئیس است. علایق تحقیقاتی اصلی دکتر هولی عبارت است از: خدمات سلامت روان اجتماع‌بنیاد برای کودکان و خانواده‌ها، شامل وضع استفاده از خدمات، درگیر شدن با خدمات و نتایج خدمات و آموزش روان‌شناسان بالینی و اجرای درمان‌های دارای پشتوانهٔ تحقیقاتی. سازمان‌های غیرانتفاعی و دولتی، بودجهٔ تحقیقات دکتر هولی را تامین کرده‌اند و او جایگاه مهمی در انتشار اطلاعات مربوط به درمان‌های دارای پشتوانهٔ تحقیقاتی در میان اجتماعات مردمی و حرفه‌ای دارد.

1. Kristin Hawley

چطور شد که به ارائه خدمات سلامت روان اجتماع‌نگر به کودکان و نوجوانان علاقه‌مند شدید؟

از قدیم به رشد و آسیب‌شناسی روانی کودک علاقه‌مند بودم و به عنوان دانشجوی مقطع کارشناسی می‌دانستم که می‌خواهم در این زمینه مشغول کار شوم. اما نمی‌دانستم دقیقاً چه کار خواهم کرد. دوران کالج، فرصت خوبی برای فکر کردن در این زمینه بود. داوطلبِ کار در بیمارستان روانی شدم (و بعداً بابت کارم پول گرفتم). در بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان و بزرگسالان بستری، مشغول کار شدم. این تجربه، بر من و شغل آینده‌ام، بسیار تاثیر گذاشت. به چشم دیدم که عده‌ای یک عمر تحت درمان ناکافی بیماری روانی قرار می‌گرفتند و برخی هم بهبود نسبتاً چشمگیری پیدا می‌کردند. این تغییرات برای برخی از بچه‌های خردسال‌تر، در همان روزهای اول ورود به بیمارستان و قرار گرفتن تحت پوشش برنامهٔ درمانی رفتاری بخشِ بیماران بستری رخ می‌داد. من در حین کار متوجه شدم که بچه‌های ترخیص‌شده، چند هفته بعد یا چند ماه بعد برمی‌گشتند و تا برمی‌گشتند همه چیز شروع می‌شد و گاهی اوقات اوضاع بدتر می‌شد. همچنین متوجه شدم که درگیری والدین و خانواده با درمان بیمارستانی، بسیار کم بود. برخی از خانواده‌ها وضعیت طاقت‌فرسایی داشتند، عدهٔ کمی از آنها هم بی‌تفاوت بودند، وضعیت کاری و مالی بسیاری از آنها هم طوری بود که نمی‌گذاشت در مدتی که فرزندشان در بیمارستان است، سر قرارهای درمانی به موقع و مرتب حاضر شوند. بچه‌هایی که به سبب اصول یادگیری اجتماعی، چنین پیشرفت‌هایی می‌کردند، به دلیل تغییر نکردن رفتار پدر و مادر، به خانه‌هایی برمی‌گشتند که چیزی در آنها تغییر نکرده بود و از همان ابتدا در شکل‌گیری مشکلات بچه‌ها سهم داشتند.

دربارهٔ بیماران دیگر، به‌ویژه بیمارانی که مشکلات کهنه‌تری داشتند، درمان‌های سرپرستان بالینی من، خیلی مفید نبود. این گروه از بیماران، اقامت‌های طولانی و بهبودهای حداقلی داشتند. این تجربه، من را مطمئن کرد که شغلی می‌خواهم که بتوانم مفیدترین درمان‌ها را برای مشکلات هیجانی و رفتاری پیدا کنم و این درمان‌ها را در اختیار کودکان و خانواده‌های محتاج‌شان و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، قرار دهم. مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی باعث شد در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی کودک، مداخلات بالینی و روش‌های تحقیقی آموزش ببینم که در راستای همین شغل بود.

فعالیت‌هایتان در جایگاه روان‌شناس بالینی را توضیح دهید.

عضو هیئت علمی یک دانشگاه تحقیقاتی بزرگ هستم. این مقام اجازه می‌دهد در زمینهٔ خدمات اجتماع‌نگر سلامت روان فعال باشم، دروسی را در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی رشدی و مداخلات بالینی مربوط به کودکان و نوجوانان تدریس کنم، کارهای دانشجویان تحصیلات تکمیلی در خصوص درمان‌های دارای پشتوانهٔ تحقیقاتی را سرپرستی و نظارت کنم، با روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر در زمینهٔ اجرا و ارزیابی درمان‌های دارای پیشتوانهٔ تحقیقاتی کار کنم و دربارهٔ خط‌مشی سلامت روان، مشورت بدهم. من مثل روان‌شناسان دانشگاهی دیگر، بخش بزرگی از کارم را صرف انتشار یافته‌هایم از طریق مقاله‌نویسی و ارائه آنها در کنفرانس‌ها می‌کنم. اما چون تحقیقاتم بر کاربرد علم در مراکز درمانی متمرکز است، بخش زیادی از وقتم را صرف انتشار یافته‌های تحقیقاتی خودم و گروه تحقیقاتی بزرگ‌تری که در آن کار می‌کنم، برای مردم و متخصصان (برای مثال روان‌شناسان بالینی مشغول کار خصوصی، مشاوران مدارس، مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر و موسسات دولتی) می‌کنم.

تخصص‌ها و علایقتان چیست؟

در مجموع تحقیقات من در حیطهٔ علم تبدیلی است که هدفش تسریع تبدیل اکتشاف علمی به کاربرد گستردهٔ یافته‌های علمی در درمانگاه و اجتماع است. من در این حیطهٔ کلی، دو تخصص اصلی دارم. تخصص نخست من، خدمات سلامت روان کودک و مداخله‌پژوهی است؛ در این تخصص، فرایندها و نتایج درمانی را در چهارچوب محیط‌های ارائه خدمات سلامت روان اجتماع‌نگر مطالعه می‌کنم تا مولفه‌های کلیدی درمان اثربخش و تغییرات هیجانی، رفتاری و شناختی مهمی را شناسایی کنم که هنگام بهبودی در کودکان و خانواده رخ می‌دهد. دومین تخصص من، انتشار و اجرای درمان‌های دارای پشتوانهٔ تحقیقاتی است؛ در این تخصص هم راهبردهایی همچون آموزش روان‌شناسان بالینی و نظام‌های بازخورد را بررسی می‌کنم تا کاربرد اقدامات سنجشی و درمانی دارای پشتوانهٔ تجربی در چهارچوب خدمات سلامت روان اجتماع‌نگر را بهبود بخشم.

روندهای آیندهٔ خدمات اجتماع‌نگر سلامت روان به کودکان و نوجوانان را چطور می‌بینید؟

تمرکز صریح بر تقویت ارتباط علم و عمل در خدمات سلامت روان اجتماع‌نگر، روند پراهمیتی است. در حال مشاهدهٔ تغییرات مثبتی در طرز اجرای تحقیقات و طرز ارائه خدماتِ تامین‌کنندگان سلامت روان اجتماع به کودکان و خانواده‌ها هستیم. ابداع‌کنندگان درمان‌ها شروع کرده‌اند به درگیر کردن تامین‌کنندگان خدمات اجتماعی در فرایند تحقیق و طراحی مطالعات معروف‌تر برای آزمودن و انطباق درمان‌های جدید، با شرایطی که تقریباً به درمانگری و اقدامات اجتماع‌نگر نزدیک

است. همچنین شاهد تمرکز بیشتر تامین‌کنندگان خدمات اجتماع‌نگر سلامت روان بر تصمیم‌سازی داده‌بنیاد و اهمیت سنجش فرایندها و نتایج درمان‌ها برای اطمینان یافتن از کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده هستیم.

در نهایت اینکه دانشمندان و درمانگران، در حال رفع چالش‌های اجرایی هرگونه تلاش برای معرفی و پیگیری شیوه و روش‌های جدید در میان اجتماعات و محیط‌های خدماتی هستند. علمِ اجرا، یکی از حوزه‌های نسبتاً جدید تحقیقات چندرشته‌ای است که بر ابداع راهبردهایی متمرکز است که از اجرای درمان‌های دارای پشتوانهٔ تحقیقاتی در محیط‌های درمانی حمایت می‌کند. همین‌طور که روش‌های موثرتری برای حمایت از ارتباط نزدیک علم و عمل ابداع می‌کنیم و از این حمایت پشتیبانی می‌کنیم، دسترسی به درمان موثر هر کودک و خانواده نیازمندی را هم شروع خواهیم کرد.



کریستین هولی

کادر ۲ ـ ۱۶ : تمرکز بر کاربردهای بالینی : برنامهٔ پیش‌دبستانی های/ اسکوپ پِری

برنامهٔ پیش‌دبستانی های/اسکوپ پری (HSPPP)، در سال ۱۹۶۳ با هدف کمک به کودکانی شروع شد که در خطر ترک تحصیل و رد شدن بودند و از این برنامه هنوز هم هزاران مربی دوران خردسالی استفاده می‌کنند (اشوینهارت و وایکارت[1]، ۱۹۸۸). برنامهٔ پیش‌دبستانی های/ اسکوپ پِری با این منطق که فقر در دوران کودکی غالباً به رد شدن و ترک تحصیل منتهی، و ترک تحصیل، متقابلاً به فقر در بزرگسالی و مشکلات اجتماعی دیگر (مثل جرم و بزهکاری) منتج می‌شود، کودکان سه و چهار سالهٔ خانواده‌هایی را هدف خود قرار داد که پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی پایینی داشتند. مداخلات این برنامه عبارت است از:

۱.ارائه برنامهٔ درسی متناسبِ رشدی، بر مبنای دیدگاه‌های پیاژه برای کودکان به عنوان یادگیرندگان فعال و خودآغازگر.

۲.محدود کردن تعداد دانش‌آموزان هر کلاس و نظارت مناسب بزرگسالان (دست‌کم دو بزرگسال که در زمینهٔ رشد در اوایل دوران کودکی آموزش دیده باشند).

۳.تاکید بر دخالت پدر و مادر در تحصیل کودکان.

۴.نظارت حمایتی کارکنان و فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی فوری.

۵.حساسیت نسبت به نیازهای کودکان و خانوادهٔ آنها (اشوینهارت و وایکارت، ۱۹۸۸).

۵۸ کودک سه تا چهارساله، در گروه مداخلاتی مطالعهٔ پیش‌دبستانی پری، به مدت دو سال در این برنامه قرار گرفتند که شامل پنج صبح در هفته به مدت ۷ ماه در سال، آموزش کلاسی و دیدار یک روز در هفته معلم از خانه بود. داده‌های نتیجه‌ای هم از گروه گواهی متشکل از ۶۵ کودک گرفته شد که از لحاظ هوشبهر، جنس و پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی شبیه هم بودند. یافته‌های اصلی این مطالعه به شرح زیر بود (اشوینهارت و وایکارت، ۱۹۸۸):

۱.شرکت‌کنندگان در این برنامه، از نظر پیشرفت تحصیلی در دورهٔ دبستان و راهنمایی وضع بهتری داشتند، پختگی اجتماعی و هیجانی آنها از نظر معلمان بیشتر شده بود و نگرش بهتری درباره تحصیل در دبیرستان پیدا کرده بودند.

۲.گروه شرکت‌کنندگان در این برنامه در ۱۹ سالگی مشاغل بیشتر و بهتری به دست آورده بودند و دستمزدشان بالاتر بود. همچنین احتمال این که از خودشان حمایت‌کنند، بیشتر و احتمال ترک دبیرستان آنها کمتر بود. همچنین احتمال کمتری داشت دستگیر شوند و بیشتر احتمال داشت در کالج یا مدارس فنی و حرفه‌ای ثبت نام کنند.

۳.تحلیل سود و زیان برنامه نشان داد که این برنامه به نفع جامعه و مالیات‌پردازان بود. در ازای هر یک دلاری که ظرف ۲ سال صرف این برنامه شده بود، ۳ دلار از راه صرفه‌جویی برمی‌گشت. برای مثال، این برنامه به کاهش هزینه‌های کلاس‌های خاص، امور رفاهی و بزهکاری و جرم منتهی می‌شد.

1. Schweinhart and Weikart

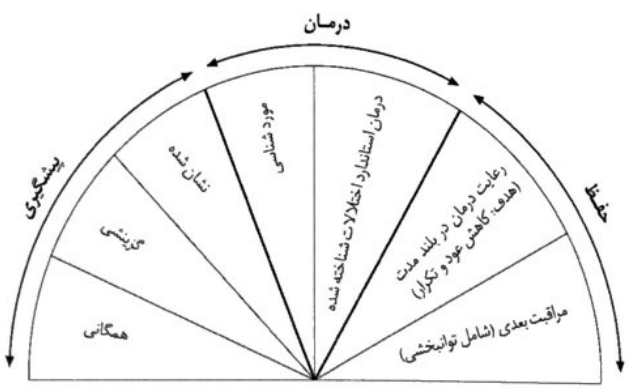
کادر ۳ ـ ۱۶: تمرکز بر کاربردهای بالینی: برنامهٔ جابز (JOBS)

بیکاری می‌تواند مشکلات مختلفی از جمله افسردگی، سوءمصرف مواد، مشکلات سلامتی، اختلافات خانوادگی، خودکشی و مضیقهٔ مالی را به بار آورد (کاپلان، وینوکور و پرایس[1]، ۱۹۹۷). برنامه‌هایی که کمک کند بیکاران، این دورهٔ گذار دشوار را مدیریت کنند و در پیدا کردن کاری جدید به آنها یاری رساند، برنامه‌های سودمندی خواهند بود. کاپلان و دیگران (۱۹۹۷) یکی از این برنامه‌ها، به نام برنامهٔ جابز، را مرور کرده‌اند.

برنامهٔ جابز در قالب گروهی اجرا می‌شود و جلسات آن، ۳/۵ ساعت در یک دورهٔ ۱ تا ۲ هفته‌ای است. این برنامه بر این موارد تمرکز می‌کند: (الف) آموزش استخدام مجدد موثر به شرکت‌کنندگان (مثل آموزش مهارت‌های رفتاری، از قبیل مهارت‌های لازم برای مصاحبهٔ موثر)؛ (ب) افزایش اعتمادبه‌نفس جویندگان کار؛ و (ج) آموزش مایه‌کوبی علیه استرس برای کنار آمدن با موانع کاریابی مجدد و معضلات. مطالعات نشان داده است شرکت‌کنندگان برنامهٔ جابز که در پیگیری‌ها هنوز بیکار بودند، (در مقایسه با کسانی که در برنامه شرکت نکرده و بیکار مانده بودند) اعتمادبه‌نفس بیشتری درباره توان کاریابی خود داشتند و احساس خودتاثیرگذاری آنان بالاتر بود. وانگهی شرکت‌کنندگان برنامهٔ جابز در میان کسانی که از نظر افسردگی در معرض خطر بیشتری بودند، در پیگیری‌ها، نشانه‌های افسردگی کمتری داشتند. نتایج دیگر هم مهم بود. شرکت‌کنندگان برنامهٔ جابز، زودتر کار پیدا می‌کردند و بیشتر احتمال داشت کار بهتر (یعنی کار مورد علاقه‌شان) و کار پایدارتری پیدا کنند. سرانجام اینکه برنامهٔ جابز، مقرون‌به‌صرفه بود. طرح‌های اقتصادی نشان می‌دهد حق و حساب‌هایی که شرکت‌کنندگان این برنامه در عمرشان (در قالب مالیات) به دولت مرکزی و دولت‌های ایالتی می‌پردازند، هزینه‌های برنامه را جبران می‌کند.

کادر ۴ ـ ۱۶: تمرکز بر کاربردهای بالینی: برنامه‌های پیشگیری اولیهٔ سلامت روان برای کودکان و نوجوانان

دورلاک و ولس (۱۹۹۷) مرور فراتحلیل بر ۱۷۷ برنامهٔ پیشگیری را منتشر کردند که برای پیشگیری از مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان طراحی شده بود. دورلاک و ولس فهمیدند این برنامه‌ها به‌طور متوسط، تاثیرات مثبت معناداری بجا می‌گذاشتند؛ برای مثال، یک شرکت‌کنندهٔ عادی که در برنامهٔ پیشگیری اولیه شرکت کرده بود از ۵۹ تا ۸۲ درصد کسانی که عضو گروه گواه بودند، نتیجهٔ بهتری (انطباقی‌تری) می‌گرفت. بیشتر برنامه‌های مداخلاتی نه‌تنها باعث می‌شد مشکلات کاهش یابد، بلکه قابلیت‌های افراد در حیطه‌های عاطفی/هیجانی، شناختی، تحصیلی و رفتاری را به طرز معناداری افزایش می‌داد. سرانجام اینکه دورلاک و ولس فهمیدند به‌طور متوسط در برنامه‌هایی که داده‌های پیگیری را جمع کرده بودند، این تاثیرات ماندگار بود. این مطالعه نشان می‌دهد برنامه‌های پیشگیری اولیه موثر است؛ یعنی، سلامت روان کودکان و نوجوانان در نتیجهٔ این برنامه‌ها به طرز معناداری بهبود می‌یابد.



نمودار ۳ـ۱۶: پیشگیری در پیوستار خدمات‌رسانی برای رفع نیازهای سلامت روان

منبع: موسسهٔ پزشکی (۱۹۹۴). خلاصه: کاهش خطر اختلالات روانی.

1. Caplan, Vinokur and Price



نمودار ۴ـ۱۶ مراحل پیشنهادی برای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری

منبع: موسسهٔ پزشکی (۱۹۹۴). خلاصه‌بندی: کاهش خطر اختلالات روانی.

مقتدرسازی

گورین و گورین[1] (۱۹۷۰) در بحث فقر، بر اهمیت انتظارِ کمِ رسیدن به اهداف ارزشمند و انتظار [بالای] عجز تاکید می‌کنند. این مفاهیم، با مفهوم محل کنترل در یادگیری اجتماعی، رابطهٔ نزدیکی دارد (فیرس[2]، ۱۹۷۶؛ راتر، ۱۹۹۶). همان‌طور که راپاپورت (۱۹۷۷) اشاره می‌کند:

> نکتهٔ مهم این متغیر برای روان‌شناسی اجتماع‌نگر، ربط داشتن آن به ایده‌های شناختی قدرت و وارونهٔ آن، یعنی بیگانگی است. محل کنترل، یکی از چند متغیر علوم اجتماعی است که تحقیق در سطوح مختلف را به‌طور سازواری به هم ربط و پیوند می‌دهد.

از نظر راپاپورت (۱۹۸۱)، هدف اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر، پیشگیری از احساس عجز است. رسیدن به هدفِ ***مقتدرسازی***، کار آسانی نیست و روان‌شناسان اجتماع‌نگر آشکارا در این زمینه آن‌طور که می‌خواسته‌اند، موفق نبوده‌اند (هلر[3]، ۱۹۹۰). گِستِن و جیسن[4] (۱۹۸۷) این سوال را پیش می‌کشند که آیا روش‌های مشخص و ویژه‌ای بر اساس مفهوم مستندسازی ابداع شده است یا نه. راپاپورت (۱۹۸۱) در آغاز می‌گفت، راهبردهایی که حس تسلط افراد بر سرنوشتشان را بالا می‌برند از رویکردهای پیشگیری یا درمان بهتر است. نمونه‌های بالا بردن این حس تسلط از سوءرفتار باکودک و همسر تا جلوگیری از بهره‌کشی از زنان، کارگران مهاجر و سالمندان یا کاهش سوگیری علیه معلولان و بیماران روانی را در برمی‌گیرد.

راپاپورت در آغاز، دو رویکرد مقتدرسازی و پیشگیری را رو در رو کرد، ولی بعداً (۱۹۸۷) موضع خود را تعدیل کرد. او اکنون می‌گوید امکان سازواری مداخلات پیشگیرانه با مقتدرسازی وجود دارد (و دیگر این دو را در تضاد با یکدیگر نمی‌بینند). اما سازواری این دو وقتی امکان‌پذیر است که با همکاری توام باشد و طوری اجرا شود که مثل تعاملات سنتی درمانگر ـ مراجع، پدرمآبانه نشود (فلنر و دیگران، ۱۹۸۳).

تنوع

مفهوم مهم دیگر در روان‌شناسی اجتماع‌نگر، و به‌طور کلی در روان‌شناسی بالینی، مفهوم تنوع است. روان‌شناسان اجتماع‌نگر حتماً باید متوجه تنوع انسان‌ها باشند و آن را بفهمند (تریکت، ۲۰۰۹، ۱۹۹۶). دالتون و دیگران (۲۰۰۱) می‌گویند باید نُه بُعد تنوع انسانی را در نظر گرفت. این نُه بُعد به شرح زیر است:

- ***فرهنگ*** : تعریف دقیق فرهنگ، سخت است ولی غالباً آن را هنجارها یا سنت‌هایی می‌دانند که جامعه یا گروه سعی می‌کند به نسل‌های بعد یا مهاجران منتقل کند.
- ***نژاد*** : در آغاز مفهوم نژاد را متغیری زیست‌شناختی در نظر می‌گرفتند ولی در حال حاضر، آن را متغیری روان‌شناختی یا اجتماعی می‌دانند که ملاک‌های بدنی دارد.
- ***قومیت*** : قومیت به هویتی اجتماعی برمی‌گردد که تحت تاثیر نیاکان، فرهنگ اولیه و فرهنگ فعلی شخص است.
- ***جنسیت*** : بهتر است جنس (که متغیری زیست‌شناختی است) و جنسیت را که مفروضاتی اجتماعی دربارهٔ رفتار، نگرش‌ها و نقش‌های زنان و مردان است، از هم جدا کنیم.
- ***گرایش جنسی*** : کشش جنسی یا عشقی به یک یا هر دو جنسیت.
- ***توانایی/ناتوانی*** : انسان‌ها از لحاظ میزان ابتلا به ناتوانایی‌های ذهنی و بدنی فرق می‌کنند.
- ***سن*** : در نظر گرفتن سن زیست‌شناختی هم ضروری است چون گروه‌های مختلف سنی، نگرانی‌ها و دغدغه‌های روان‌شناختی و بدنی متفاوتی دارند و بالا رفتن سن، بر رابطهٔ شخص با اعضای خانواده‌اش، اجتماعات و موسسات و نهادها تاثیر می‌گذارد.
- ***پایگاه اجتماعی‌اقتصادی/طبقهٔ اجتماعی*** : ملاحظات مربوط به طبقهٔ اجتماعی نیز مهم است؛ زیرا این بُعد تنوع، بر هویت، روابط، فرصت‌های تحصیلی و اقتصادی و دیگر متغیرهای روان‌شناختی تاثیر می‌گذارد.
- ***دین و معنویت*** : معناجویی شخص در زندگی، به فرهنگ و قومیت ربط دارد؛ فهمیدن فرهنگ، بدون فهمیدن دین و معنویت غالب، غیرممکن است.

---

1. Gurin and Gurin
2. Phares
3. Heller
4. Gestn and Jason

کادر ۵ـ۱۶: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: شان سی. تی. جونز

شان جونز، دانشجوی سال دوم دکترای روان‌شناسی بالینیِ دانشگاه کارولینای شمالی در چپل‌هیل است. شان مدرک کارشناسی علم خود را در روان‌شناسی در سال ۲۰۰۸ از دانشگاه دیوک گرفت. اخیراً هم مدرک کارشناسی ارشد علم سلامتی در حوزهٔ سلامت روان را از دانشکدهٔ سلامت عمومی بلومبرگِ دانشگاه جانز هاپکینز گرفت. علایق تحقیقاتی او در رابطه با رشد کودکان و نوجوانانِ اقلیت‌های قومی است، با تاکید بر عوامل خطر و محافظ در بافت‌های مختلف. تحقیق قبلی او در زمینهٔ هویت قومی و شیوه‌های پدر و مادری کردن در بافت بیرونی‌سازی رفتارها و مصرف مواد بوده است. شان علاقهٔ وافری به رفع تفاوت‌های نژادیِ سلامتی، به‌ویژه تفاوت در ارائه خدمات سلامت روان، دارد.

شان پذیرفت نظراتش دربارهٔ دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی و علایق تحقیقاتی خود را با ما در میان بگذارد.

چطور شد به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدی؟

من اهل آزمایش هستم. وقتی وارد کالج شدم، رشتهٔ روان‌شناسی را انتخاب کردم، چون فهمیدم می‌تواند بگوید که چرا مردم این‌طور فکر و عمل می‌کنند. با این حال چون آرزو داشتم «تغییر ایجاد کنم»، نتیجه گرفتم که آرزوهایم از طریق پزشکی (روان‌پزشکی) بهتر مُحقق می‌شود. خوشبختانه تجربه‌های پیشرفته‌ام در روان‌شناسی دورهٔ کارشناسی (و نمرات نه خیلی بالای من در علوم طبیعی) باعث شد دنبال مدرک دکترای بالینی بروم نه پزشکی.

در جایگاه دانشجوی کارشناسی، خودت را چطور برای حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی آماده کردی؟

مهم‌ترین کاری که کردم، کسب تجربهٔ تحقیقاتی (برای مثال، انجام تحقیق مستقل)، گذراندن دروس اجباری (و برخی دروس پیشرفته)، مطالعه برای امتحان تحصیلات تکمیلی، گذراندن این امتحان (پس از یک کلاس کوتاه آماده‌سازی) و «مصاحبه» با روان‌شناسان بالینی حاضر در دانشگاهمان بود. من روی این «مصاحبه‌ها» خیلی تاکید می‌کنم، چون در مورد جنبه‌های مختلف رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، بینش‌هایی به انسان می‌دهد که از راه دیگری به دست نمی‌آید.

ثبت نام چطور بود؟

سه بار درخواست تحصیل در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی کردم؛ بار اول، برای برنامه‌های کارشناسی ارشد روان‌شناسی (که تصمیم گرفتم به جای آن، دنبال تحقیق مستقل بروم)؛ بار دوم برای تحصیل در برنامه‌های سلامت عمومی (که به اخذ مدرک کارشناسی ارشد علم سلامت در حوزهٔ سلامت روان منتهی شد) و بار سوم برای برنامه‌های بالینی و بالینی ـ اجتماع‌نگر (که دقیقاً ده برنامه بود). در دورانی که این درخواست‌ها را کردم، متوجه این اشتراکات در روندهای جاری شدم: (الف) پردردسر بودن این روندها و (ب) گران بودن آنها (این دو دربارهٔ مصاحبه هم صادق است). بهترین راه، آمادگی پیشاپیش است. بسیاری از راهنماها برنامه دوساله‌ای را پیشنهاد می‌کنند که شامل پیدا کردن برنامه‌ها، گذراندن آزمون‌ها و گرفتن توصیه‌نامه‌ها است.

مصاحبه چطور بود؟

خوشبختانه بیشتر دانشکده‌هایی که درخواست تحصیل در آنها را پر کردم، من را برای مصاحبه دعوت کردند. مصاحبه سه شکل داشت ـ مصاحبهٔ تلفنی (۴ بار)، مصاحبهٔ شخصی (۳ بار) و یک مصاحبه هم پس از پذیرفته شدنم. تمام این مصاحبه‌ها، عناصر مشترکی داشت. از من سوال می‌شد که چرا آن برنامه را انتخاب کرده‌ام، چقدر با علایقم هماهنگ است و موارد قوت و ضعفم را چه می‌دانم. سخت‌ترین سوالاتی که از من شد به این شرح بود: «اگر منابع نامحدودی داشتی، چطور به سوالات/ علایق تحقیقاتی خودت رسیدگی می‌کردی؟» سرانجام (و موردی که در همین زمینه است) از من می‌پرسیدند از مصاحبه‌گرها چه سوالی دارم. این مهم است که سوالاتی درباره برنامه‌ای داشته باشید که قصد شرکت در آن را دارید؛ سوالاتی که روی وب‌سایت‌ها یا در راهنماها نیست.

کدام فعالیت‌ها و تجربه‌هایت، تاثیر مهمی در آماده کردن تو برای حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی داشت؟

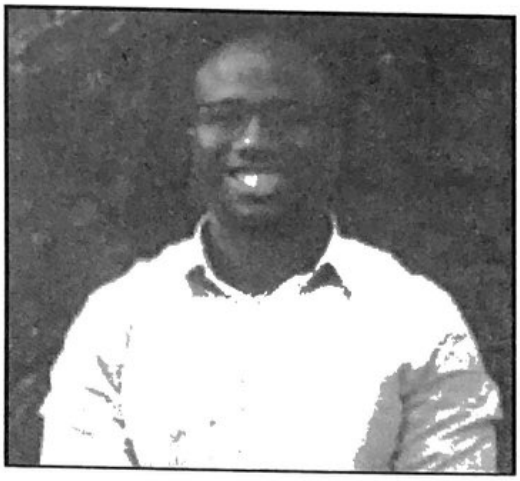
باید بگویم، تجربه‌های تحقیقاتی متنوع من (از جمله اجرای طرح تحقیقاتی مستقل و گذراندن دورهٔ انترنی تابستانی در موسسهٔ ملی سوءمصرف دارو (NIDA)) و گذراندن واحدهای پیشرفته به سبب مهارت‌هایی که در من ایجاد کرد، مهارت‌هایی بودند که کمک کردند دورهٔ کارشناسی ارشد و حالا دورهٔ دکترا را طی کنم.

حرف دیگری درباره درخواست تحصیل در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی داری؟

تحقیق کنید. فرایند درخواست تحصیل در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی را یک تجربهٔ تحقیقاتی در نظر بگیرید. وب‌سایت برنامه‌هایی را بخوانید که به آنها علاقه‌مند هستید. با کارهای اساتید احتمالی خود آشنا شوید. دربارهٔ تحقیقات دیگر اعضای هیئت علمی حاضر در آن برنامه، اطلاعات بگیرید. با دانشجویان فعلی دانشکده صحبت کنید. اگر جدیت به خرج دهید، درخواست تحصیلات تکمیلی، خیلی راحت‌تر پیش خواهد رفت.

ازکارهایی بگوکه تا حالا در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی انجام داده‌ای.

در حال حاضر روی پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشدم کار می‌کنم که آزمایشی درباره سنجش پاسخ‌های هیجانی دانشجویان کالج افریقایی‌تبار، به تبعیض و تاثیرات محافظ احتمالی هویت نژادی است. من شور و حال خاصی برای این کار دارم چون جزء نخستین کسانی هستم که می‌خواهد بفهمد مواجهه با یک رویداد نژادی خاص، چه تاثیری بر بهزیستی روانی امریکایی‌های افریقایی‌تبار در محیط آزمایشگاهی می‌گذارد. این تحقیق می‌تواند اهمیت مطالعهٔ تبعیض در بافت [زندگی] را نشان دهد.



شان جونز

روان‌شناسان اجتماع‌نگر باید قابلیت فرهنگی و دانش خود دربارهٔ تنوع فرهنگی را پرورش دهند تا بتوانند برای اجتماعات برنامه بریزند و اجرا کنند.

مفاهیم مداخلهٔ اجتماعی

راهبرد مداخلاتی متعارف، همواره تلویحاً این را القا کرده است که شخص صرفاً از طریق تلاش‌های خودش به سلامتی خوب و کافی می‌رسد و وقتی تلاش‌هایش شکست می‌خورد و بیمار می‌شود، باید سراغ یک مرکز سلامت روان جامع برود و کمک بگیرد. اما روان‌شناس اجتماع‌نگر دنبال بازآرایی نقش‌ها و سازمان‌های اجتماعی است. برای مثال، روان‌شناسان اجتماع‌نگر برای کاهش مشکلات ناشی از جرم و بزهکاری، درصدد تغییر موسسات و سازمان‌های اجتماعی برمی‌آیند تا از آنها بهره‌برداری کنند و منابع و امکانات [لازم] را در اختیار مجرمان و بزهکاران بگذارند.

نکتهٔ ذاتی این‌گونه راهبردهای مداخلهٔ اجتماعی این است که وقتی منابع و امکانات یا بدیل‌ها در اختیار افراد قرار می‌گیرد، باید خودشان مشکلات خود را حل کنند. همچنین باور بر این است که آدم‌ها، قابلیت‌ها و قوت‌هایی دارند. وقتی محیط تغییر می‌کند یا وقتی به آنها اجازه می‌دهند خودشان تصمیم بگیرند، این قوت‌ها و قابلیت‌ها معلوم و متبلور می‌شود. تاکید بر قابلیت‌ها به جای تاکید بر نقایص، به روان‌شناس اجتماع‌نگر اجازه می‌دهد به سوی تناسب شخص ـ محیط حرکت کند نه تغییر افراد متأثر تا خود را با محیطی هماهنگ کنند که ارزش‌های اکثریت آن محیط را تعیین می‌کند.

سرزنش قربانی . مفاهیم و باورهای مستتر در راهبرد مداخلهٔ اجتماعی وقتی آشکارتر می‌شود که سرزنش قربانی و سرزنش نظام را مقایسه کنیم. رایان [1] (۱۹۷۱) در کتابی نافذ گفته است جامعه، اشخاصی را که محرومیت اقتصادی کشیده‌اند و اخراج‌شدگان از مدارس، معتادان و بیکاران راشکست‌خوردگانی می‌بیند که شفای آنها در گرو تدوین و طراحی برنامه‌های سوادآموزی جبرانی، مشاورهٔ اعتیاد و از این قبیل است. به نظر رایان، جامعه از پیام واقعی که همانا محیط اجتماعی بد است، غافل می‌شود. مشکل این افراد، بالینی نیست بلکه مشکل اجتماع ـ جامعه است. چرا مسئولیت را این‌قدر بر دوش افراد محروم می‌اندازیم، نه بر دوش جامعه یا محیط؟ کاپلان و نلسون (۱۹۷۳) چند دلیل را برمی‌شمرند:

- این نوع تبیین‌ها، دولت و موسسات و نهادهای فرهنگی را از سرزنش، مصون می‌دارند.
- بنابراین، موسسات و نهادها، مسئولیت چندانی در قبال «حل» مشکل برعهده نمی‌گیرند.
- محول کردن مسئولیت به فرد، به تلاش برای مداخله در سطح شخصی (که در روان‌شناسی بالینی رایج است) مشروعیت می‌بخشد.

1. Ryan

کاپلان و نلسون (و دیگران) امیدوارند با تاکید بر این عوامل، بر طرز مفهوم‌بندی علت (یا علت‌های) مشکلات اجتماعی تاثیر گذارند. به این ترتیب می‌توانیم در برابر وسوسهٔ «سرزنش قربانی» که توجیهی ندارد، بیشتر مقاومت کنیم.

تمرکز بر راهبردهای مداخلاتی . یکی از راه‌های مقایسهٔ گرایش بالینی سنتی با گرایش اجتماع‌نگر، تمرکز بر راهبردهای مداخلاتی است. به نظر هلر و دیگران (۱۹۸۴)، این راهبردها دو بُعد دارد: نظری (نقص در مقابل قابلیت) و بوم‌شناختی (فرد، سازمان یا اجتماع). جدول ۲ ـ ۱۶، طرز کار این دو بُعد را خلاصه می‌کند.

جدول ۲ ـ ۱۶: راهبردهای تغییر بر مبنای گرایش نظری و سطح تحلیل

	سطح تحلیل		
گرایش نظری	**فردی**	**سازمانی**	**اجتماع‌نگر**
نقص	درمان‌های بدنی برای اصلاح بی‌تعادلی‌های زیستی‌شیمیایی یا فیزیولوژیایی	روان‌درمانگری گروهی یا آموزش حساسیت برای اصلاح مشکلات میان‌فردی	نهادسازی یا ایجاد تسهیلات خاص برای ناتوانان یا افراد دچار اختلال هیجانی
قابلیت	بیشتر شکل‌های رفتاردرمانی، به‌ویژه مهارت‌آموزی	آموزش و مشورت برای افزایش قابلیت‌های شغلی اعضای سازمان	ایجاد محیط‌های جدید و برنامه‌های جایگزین
	برنامه‌های پیشگیری برای کسانی که خیلی در معرض خطر هستند	برنامه‌های پیشگیری برای کاهش استرس سازمانی و افزایش کنارآمدن	پیشگیری در سطح اجتماع برای کاهش استرس محیطی و افزایش قابلیت‌های شهروندی

منبع: روان‌شناسی و تغییر اجتماع: چالش‌های آینده نوشتهٔ کی. هلر، آر. اچ. پرایس، اس. راینهارز، اس. ریگر و واندرسمن.

روش‌های مداخله و تغییر

حال به روش‌های مداخله می‌پردازیم. در این بحث، تمرکز ما بر الگوهای خدمات‌رسانی خواهد بود.

مشورت گرفتن

مشورت گرفتن چیست؟ اورفورد (۱۹۹۲) مشورت گرفتن را این‌گونه تعریف می‌کند:

> مشورت گرفتن، فرایندی است که از طریق آن یک نفر (مشورت‌جو) که مسئول خدمت‌رسانی به دیگران (مراجعان) است، با شخصی دیگری (مشورت‌دهنده) که صاحب نوعی تخصص است، داوطلبانه مشورت می‌کند و این مشورت، به او در بهبود خدماتی که به مراجعانش می‌دهد، یاری می‌رساند. (ص ۱۳۹)

در دنیایی که با کمبود کارکنان سلامت روان مواجه است، فایدهٔ اصلی مشورت گرفتن این است که مثل حلقه‌های حاصل از پرتاب یک تکه سنگ به درون آب دریاچه، تاثیرات چندبرابری ایجاد می‌کند. متخصص سلامت روان با استفاده از فنون مداخلهٔ فردی، فقط می‌تواند به چند مراجع معدود رسیدگی کند. اما با مشورت دادن به دیگر تامین‌کنندگان این نوع خدمات، برای مثال با مشورت دادن به معلمان یا پلیس و روحانیان، غیرمستقیم، به شمار زیادی از مراجعان رسیدگی می‌کند (اورفورد، ۱۹۹۲).

مشورت گرفتن را از چند جهت می‌توانیم بررسی کنیم که هر یک از دیدگاه تاریخی نسبتاً متفاوتی سرچشمه می‌گیرد (براون و شولته[1]، ۱۹۸۷؛ هلر و دیگران، ۱۹۸۴؛ نیتزل، وینت، مکدونالد و دیویدسون[2]، ۱۹۹۷؛ اورفورد، ۱۹۹۲). نخستین جهت، مشورت سلامت روان است. این نوع مشورت از سنت روانکاوی و روان‌پویایی می‌آید. این نوع مشورت دادن و

1. Brown and Schulte
2. Nietzel, Winett, McDonald and Davidson

مشورت‌گیری معمولاً در نواحی روستایی و محروم اجرا می‌شد که شمار دست‌اندرکاران سلامت روان کافی نیست. در این نوع مشورت، از اعضای اجتماع (مثل معلمان یا روحانیان) به عنوان دست‌اندرکار سلامت روان استفاده می‌شد تا مسائل سلامت روان ناحیهٔ خود را حل کنند. دومین جهت از سنت رفتاری می‌آمد. فن‌آوری اصلاح رفتار که در محیط‌های آزمایشگاهی خیلی موفق بود باید به سوی زندگی واقعی می‌رفت. به همین دلیل، اطرافیان شخص بیمار (از جمله اطرافیانش در خانه یا مدرسه) باید طرز تقویت کردن رفتار مطلوب را یاد می‌گرفتند. به این ترتیب، مشورت، راهی برای ارائه این آموزش بود. سومین جهت، بر مشورت دادن به بخش صنعت تاکید می‌کند. متخصصان در این نوع مشورت، از طریق مدیریت یا رهبران گروه‌های کاری، درصدد بهبود و اصلاح روحیات، رضایت شغلی و تولید و همچنین کاهش ناکارآمدی، غیبت کارکنان، اعتیاد به الکل و دیگر مشکلات برمی‌آیند.

انواع مشورت سلامت روان . رویکردهای مشورت سلامت روان را به شیوه‌های مختلفی می‌توانیم تقسیم‌بندی کنیم. شاید مقبول‌ترین طبقه‌بندی را کاپلان (۱۹۷۰) ارائه کرده باشد. در طبقه‌بندی کاپلان، این طبقات دیده می‌شود:

۱. ***مشورت موردی مراجع‌محور*** . کانون این نوع مشورت، کمک به یک مراجع یا بیمار خاص، جهت حل مشکل فعلی خودش است. برای مثال، یکی از همکاران روان‌شناس بالینی، درباره مشکل تشخیصی‌اش دربارهٔ یک بیمار خاص با آن روان‌شناس بالینی او مشورت می‌کند.

۲. ***مشورتِ موردی مشورت‌جومحور*** . در این نوع مشورت، به مشورت‌جو کمک می‌شود مهارتش برای رسیدگی به موردهای آینده را بالا ببرد. برای مثال، طرز تقویت گزینشی رفتار، برای کاهش اختلال‌های کلاسی، به معلم توصیه می‌شود.

۳. ***مشورت اجرایی برنامه‌محور*** . در این نوع مشورت، به اجرا یا مدیریت یک برنامهٔ خاص کمک می‌شود. برای مثال، مشورت‌دهنده‌ای استخدام می‌شود تا در مدارس، «نظام هشدار زودهنگام» برای کشف موردهای بالقوه طراحی شود.

۴. ***مشورت اجرایی مشورت‌جومحور*** . هدفِ این نوع مشورت، بهبود مهارت‌های یک مدیر اجرایی است به این امید که در آینده عملکرد بهتری داشته باشد. برای مثال، مشورت‌دهنده بر گروه حساسیت مشکل مسئولان اجرایی نظارت می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی آنان ارتقا یابد.

فنون و مراحل . با چند فن کلی می‌توان تاثیرگذاری فرایند مشورت را افزایش داد. فرایند مشورت در اغلب موارد، این مراحل را پشت سر می‌گذارد:

۱. ***مرحلهٔ ورود یا آمادگی*** . در این مرحلهٔ آغازین، ماهیت دقیق رابطه با مشورت‌دهنده و وظایف طرفین مشخص می‌شود.

۲. ***مرحلهٔ شروع یا گرم کردن*** . در این مرحله، رابطهٔ کاری برقرار می‌شود.

۳. ***مرحلهٔ کنشِ بدیل*** . این مرحله، شامل شکل‌گیری راه‌حل‌های بدیلِ مشخص و راهبردهای حل مسئله است.

۴. ***اتمام*** . پس از آنکه طرفین به توافق رسیدند که دیگر نیازی به مشورت بیشتر نیست، مرحلهٔ اتمام فرا می‌رسد.

متاسفانه، مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر در ارائه خدمات مشورتی، به‌ویژه به مدارس و موسسات سطح اجتماع، مشکل دارند؛ از این روند، حمایت بودجه‌ای نمی‌شود (ایسکو و هریس[1]، ۱۹۸۴). مشکل این نوع امور، پشتوانهٔ تجربیِ اثربخشی مشورت است (دافی و وُنگ[2]، ۱۹۹۶؛ مدوی و آپدایک[3]، ۱۹۸۵؛ اُرفورد، ۱۹۹۲).

بدیل‌های اجتماع‌نگر بستری کردن

همان‌طور که پیشتر در همین فصل گفتیم، از گذشته‌های دور به بیمارستان‌های روانی کشور انتقادات زیادی شده است. با وجود این حقیقت که «بیماران ترخیص‌ناپذیری» داریم، بدیل‌هایی برای نظام بیمارستانی فعلی هم وجود دارد؛ بدیل‌هایی که محیطی فراهم می‌آورند تا بیماران بتوانند جایگاه خود در جامعه را بازیابند.

---

1. Isco and Harris
2. Duffy and Wong
3. Medway and Updike

برخی از این بدیل‌ها شامل منزلگاه اجتماعی می‌شود (فئروِدِر، ساندرز، مینارد و کرسلر[1]، ۱۹۶۹). منزلگاه اجتماعی چیزی شبیه خانهٔ نیمه‌راه است که بیماران مزمنی که پیشتر بستری شده‌اند می‌توانند در آنجا، مهارت‌های زندگی مستقل را یاد بگیرند. برنامهٔ مِندوتا (مارکس، تست و استاین، ۱۹۷۳) از پیشگامان تلاش برای تعلیم کاریابی، آموزش مهارت‌های پخت و پز و خرید و از این قبیل، به بیماران پیشتر ترخیص‌ناپذیر بود. سرانجام اینکه شهرت بیمارستان‌های روزانه که از بستری کردن ۲۴ ساعتی سنتی، موثرتر و کم‌هزینه‌تر هستند، در حال افزایش است.

مداخله در اوایل کودکی

دست‌اندرکاران بهداشت عمومی و سلامت روان از مدت‌ها قبل به محرومیت‌های تحصیلی فقرا پی برده‌اند. آنها بیش از هر چیز از این می‌ترسند که محرومیت زودهنگام در دوره‌های حساس رشد، یک عمر بر کودک تاثیر گذارد. محیط‌های فقیر و فقر در دورهٔ پیش‌دبستانی تقریباً تضمین‌کنندهٔ عملکرد ضعیف کودک در مدرسه و آسیب‌پذیری او در برابر انواع معضلات روانی، حقوقی و اجتماعی است. اما با مداخلات موفقیت‌آمیز در دورهٔ پیش‌دبستانی می‌توانیم از وقوع برخی کنش‌ها [و رفتارها] پیشگیری کنیم.

برنامه‌های سرآغاز . پیشتر در کادر ۲ـ۱۶، برنامهٔ پیش‌دبستانی های/اسکوپ‌پری را توضیح دادیم. اما معروف‌ترین برنامهٔ اوایل دوران کودکی، برنامهٔ ***سرآغاز*** است. رییس جمهور جانسون در اواسط دههٔ ۱۹۶۰، ***دفتر فرصت اقتصادی*** را تاسیس کرد. برنامهٔ سرآغاز یکی از برنامه‌هایی بود که کودکان محروم را هدف گرفته بود. این برنامه طوری طراحی شده بود که کودکان پیش‌دبستانی اقشار محروم را آمادهٔ حضور در دبستان کند. برنامه‌های سرآغاز به‌طور محلی کنترل می‌شد، ولی طبق دستورالعمل‌های دولت مرکزی اجرا می‌شد. برنامه‌های محلی از لحاظ ساعات شرکت در برنامه، ماه‌های شرکت در برنامه (تابستان یا کل سال)، پیشینهٔ معلمان و از این قبیل، با هم فرق داشتند. فنون مورد استفادهٔ این برنامه‌ها هم متغیر بود ولی معمولاً بر مهارت‌های بنیادی یادگیری تاکید می‌شد. به نیازهای بدنی و پزشکی کودکان هم مثل آماده‌سازی آنها برای ورود به مدرسه و سازگاری با مدرسه، رسیدگی می‌شد.

ارزیابی . برنامه‌های مربوط به اوایل دوران کودکی چقدر موثر است؟ گامبی، لارنر، استونسون، لویت و برمن[2] (۱۹۹۵) معتقدند خوب است بین برنامه‌های متمرکز بر کودک و برنامه‌های متمرکز بر خانواده فرق بگذاریم. در حالت اول، مداخلات مستقیماً روی کودک اجرا می‌شود و در حالت دوم، اعضای خانواده (برای مثال، والدین) در معرض مداخله یا آموزش قرار می‌گیرند. در گزارش اخیر موسسهٔ پزشکی (NRC-IOM، ۲۰۰۹)، چند مثال از برنامه‌های پیشگیریِ موفق خانوادگی، مدرسه‌ای و اجتماعی ذکر شده است. در اینجا به چند مورد اشاره می‌کنیم.

پس از گذراندن برنامهٔ متمرکز بر خانواده، هوشبهر شخص به‌طور میانگین ۸ نمره افزایش می‌یابد (هرچند این افزایش نسبی نمرات به تدریج کم می‌شود). این قضیه باعث می‌شود احتمال آنکه کودک برای آموزش و پرورش استثنایی ارجاع شود یا در یک کلاس درجا بزند، کم شود. همچنین احتمال دیپلم گرفتن او بیشتر می‌شود (بارنت، ۱۹۹۵؛ گامبی و دیگران، ۱۹۹۵). شرکت در چنین برنامه‌ای، نتایج اجتماعی مثبتی هم دارد، مثل درگیری کمتر با نظام جزایی، کاهش احتمالِ داشتن بچهٔ نامشروع و بالاتر رفتن میانگین درآمد (گامبی و دیگران، ۱۹۹۵؛ یوشیکاوا[3]، ۱۹۹۵).

برنامه‌های متمرکز بر خانواده ظاهراً بیشتر بر رفتار والدین تاثیر می‌گذارد تا برنامه‌های متمرکز بر کودک، ولی میزان تاثیر مثبت آنها بر کودکان معلوم نیست (گامبی و دیگران، ۱۹۹۵؛ یوشیکاوا، ۱۹۹۵). این برنامه‌ها نه‌تنها از لحاظ کانون مداخله، با برنامه‌های متمرکز بر کودک فرق دارند، بلکه شدت و تعدادشان هم متفاوت است. مداخلات متمرکز بر خانواده، هفته‌ای یک بار اجرا می‌شوند.

---

1. Fairweather, Sanders, Maynard and Cressler
2. Gomby, Larner, Stevenson, Lewit and Behrman
3. Yoshikawa

خودیاری

تمام کمک‌ها را متخصصان و حرفه‌ای‌ها نمی‌کنند. گروه‌های غیررسمی‌یاری‌کنندگان نیز حمایت زیادی به عمل می‌آورند که گاهی لزوم مداخلهٔ حرفه‌ای را رفع می‌کند. وانگهی، متخصص ارجاع‌دهنده می‌تواند ***گروه‌های خودیاری*** غیرحرفه‌ای، مثل الکلی‌های گمنام، پدر و مادرهای بی‌همسر، اتحاد مادران شیرده، فرزندان بزرگسال الکلی‌ها، معتادان گمنام و بسیاری گروه‌های خودیاری دیگر را به‌عنوان بخشی از درمان لحاظ کند.

گروه‌های خودیاری باید چه نیازهایی را برآورده کنند؟ اُرفورد (۱۹۹۲) به هشت کارکرد گروه‌های خودیاری اشاره می‌کند: (الف) این گروه‌ها از اعضای خود حمایت هیجانی می‌کنند؛ (ب) برای اعضا، نقش الگو را بازی می‌کنند؛ یعنی اعضای گروه در معرض کسانی قرار می‌گیرند که همان مشکل اعضای گروه را داشته و توانسته‌اند بر مشکلشان فائق آیند؛ (ج) شیوه‌های فهمیدن مشکلات اعضای گروه را مشخص می‌کنند؛ (د) اطلاعات مهم و مرتبط می‌دهند؛ (ه) اعضا را با نظرات جدید دربارهٔ طرز کنار آمدن با مشکلات آشنا می‌کنند؛ (و) به اعضا فرصت می‌دهند به یکدیگر کمک کنند؛ (ز) فرصت معاشرت را به اعضا می‌دهند؛ و (ح) احساس تسلط و کنترل داشتن بر مشکلات را در اعضای گروه بالا می‌برند.

بدیهی است که گروه‌های خودیاری، کارهای مهمی برای اعضای گروه انجام می‌دهند. اما تحقیقات نشان می‌دهد اگر این گروه‌ها با متخصصان مشورت کنند، تاثیرگذاری آنها حداکثر می‌شود. متخصصان نباید گروه را کنترل کنند ولی اگر روان‌شناس اجتماع‌نگر اصلاً درگیر گروه نشوند هم مفید به نظر نخواهد رسید (اُرفورد، ۱۹۹۲). برخی ویژگی‌های سازمانی هم با ارزیابی موفقیت گروه همبستگی دارد، از جمله میزان حاکمیت نظم و قاعده بر گروه، و توان و دانش رهبران گروه (میتن، ۱۹۸۸). روان‌شناس اجتماع‌نگر می‌تواند نقش غیرمستقیم ارزشمندی در مقام مشورت‌دهندهٔ رهبر گروه بازی کند.

پیراحرفه‌ای‌ها

یکی از ویژگی‌های مشهود جنبش اجتماع‌نگری، استفاده از کسانی است که آموزش بالینی رسمی ندیده‌اند؛ یعنی ***پیراحرفه‌ای‌***هایی که نقش درمانگر را بازی می‌کنند. استفاده از پیراحرفه‌ای‌ها در حوزهٔ سلامت روان سیر صعودی داشته ولی این سیر صعودی، اختلاف‌نظرهایی هم ایجاد کرده است. دورلاک (۱۹۷۹) با مرور ۴۲ مطالعه نتیجه گرفت که تحصیلات و آموزش و تجربهٔ حرفه‌ای، پیش‌شرط این نیست که یک نفر بتواند یاری‌رسانِ موثری شود. اما نیتزل و فیشر (۱۹۸۱) بر این نتیجه‌گیری ایراد گرفته و توصیه کرده‌اند در تفسیر نتایج بسیاری از مطالعات مورد نظر دورلاک احتیاط کنیم. آنها گفته‌اند بسیاری از مطالعاتی که در مرور دورلاک گنجانده شده است، نقص روش‌شناسی دارد و از تعریف دورلاک از «حرفه‌ای» و «پیراحرفه‌ای» انتقاد کرده‌اند. هتی، شارپلی و راجرز[1] (۱۹۸۴) با در نظر گرفتن این انتقادها و انتقادهای دیگر، مطالعات مندرج در مرور دورلاک را دوباره تحلیل کردند. نتایج فراتحلیل آنها، با نتایج فراتحلیل دوراک، همخوانی داشت. نتایج در مجموع در راستای تایید پیراحرفه‌ای‌ها بود، به‌ویژه پیراحرفه‌ای‌های باتجربه و پیراحرفه‌ای‌هایی که آموزش بیشتری دیده بودند. خلاصه‌بندی‌های جدیدتر هم گفته‌اند شواهد موجود نشان می‌دهد پیراحرفه‌ای‌ها به اندازهٔ حرفه‌ای‌ها (و در برخی موارد، بیشتر از حرفه‌ای‌ها) موثرند (برای مثال، کریستنسن و جیکوبسن[2]، ۱۹۹۴).

با وجود موثر بودن حرفه‌ای‌ها، بحث دسترسی به آنان هم مطرح است. خواه ناخواه، بیشتر کسانی که به خدمات سلامت روانی نیاز دارند، دنبال متخصص سلامت روان نمی‌روند. به جای آن، در بسیاری از بافت‌ها [و موقعیت‌ها]، درمان «غیررسمی» صورت می‌گیرد و این درمان غیررسمی را آدم‌های مختلف اجرا می‌کنند. برای نمونه کاوئین (۱۹۸۲) در مجموعه مطالعاتی جالب و مهیج، «رفتار کمک‌رسانی» آرایشگران و اغذیه‌فروشان را بررسی کرد. نتایج نشان داد نسبت کوچک ولی معناداری از مشتریان آنها، مشکلات شخصی متوسط تا شدید داشتند و هر دو گروه، به انواع مداخلات متوسل می‌شدند (مداخلاتی همچون گوش کردن، حمایت و همدلی و بدیل‌های

1. Hattie, Sharpley and Rogers
2. Christensen and Joacobson

پدر و مادری کردن). این مطالعات و مطالعاتی از این قبیل، در نظر بسیاری از روان‌شناسان اجتماع‌نگر، گواهی بر این است که باید به کسانی مشورت داد که با افراد درگیر نیازهای سلامت روان در تماس هستند. نیازهای این افراد ممکن است هرگز برطرف نشود؛ چون افراد هدف، دنبال کمک گرفتن از متخصص سلامت روان نیستند.

زیاد عاقلانه به نظر نمی‌رسد که بگوییم نیازی به روان‌شناسان بالینی آموزش‌دیدهٔ حرفه‌ای نداریم ولی گویا پیراحرفه‌ای‌ها در حوزهٔ سلامت روان امروزی، نقش بسیار مهمی دارند. به روان‌شناسان بالینی، دست‌کم به عنوان طرف مشورت، نیاز داریم. وانگهی ممکن است تحقیقات در نهایت نشان دهد برخی از مشکلات سلامت روان، به خدماتی بهتر جواب می‌دهد که متخصص سلامت روان آن را ارائه می‌کند. اما تا امروز، سوالات تحقیقاتی بررسی‌شده، بسیار کلی بوده‌اند (مثل این سوال که آیا پیراحرفه‌ای‌ها در مجموع موثرند؟). با این وجود، حداقل یک فراتحلیل جدید که برافسردگی تمرکز داشته، نشان می‌دهدشرکت‌کنندگان در مداخلهٔ حمایت همتایان (معمولاً در قالب گروه حمایت همتایان) از افسرده‌هایی که تحت درمان، بدون حمایت همتایان، قرار می‌گرفتند، نتایج بهتری می‌گرفتند (پفایفر و دیگران، ۲۰۱۱).

اظهارات پایانی

تاکید بر اجتماع ظرف مدت نسبتاً کوتاهی به نیرویی تبدیل شد که روان‌شناسان بالینی را واداشت در بسیاری از مفروضات قبلی خود بازنگری کنند. اما در پایان مبحث این رشته، با سوالات مهم زیادی مواجه هستیم.

سوالاتی درباب تاثیرگذاری

کاوئین (۱۹۷۸، ۱۹۷۳، ۱۹۶۷) سال‌ها قبل، این سوال را پیش کشید که جنبش اجتماع‌نگری چه دستاوردی داشته که فراتر از دستاورد رویکردهای سنتی سلامت روان باشد؟ سوال این بود که آیا هیجان‌زدگی و لفاظی باعث نشده آنچه که واقعاً تغییر جوهری محسوب نمی‌شود، تغییر جوهری محسوب شود؟ برای مثال، کاوئین (۱۹۷۳) گزارش‌های تحقیقاتی نسبتاً کمی در *Community Mental Health Journal* پیدا کرد که داده‌های عینی دقیقی داده باشد. در ضمن، مقالات موجود به طرز چشمگیری به موضوعات و معضلات پیشگیری ـ که محور اصلی رویکرد اجتماع‌نگری است ـ نپرداخته بود. راپاپورت (۱۹۷۷) می‌گفت شواهدی وجود ندارد که نشان دهد وضع سلامت روان جوامع ایالات متحده امریکا واقعاً بهبود یافته است. حتی جلوتر می‌رود و می‌گوید بزرگ‌ترین دستاورد جنبش سلامت روان اجتماع‌نگر، کار فراهم کردن برای کسانی بود که قبلاً جزء این جنبش نبوده‌اند.

تا سال‌ها به جای اجرای برنامه‌های پیشگیری، حرف آن زده می‌شد (ایسکو و هریس، ۱۹۸۴) ولی پیشگیری یکی از سنگ‌بناهای جنبش اجتماع‌نگری است. به هر حال، این سوال باقی می‌ماند که آیا این رشته واقعاً به قدر کافی دربارهٔ علل مشکلات روانی می‌داند که برنامه‌های پیگیری موفقِ سریع را اجرا کند. خوشبختانه، گزارش‌های اخیری که تاثیر برنامه‌های پیشگیری را ارزیابی کرده‌اند، ما را بر آن می‌دارد که خوشبینی احتیاط‌آمیزی در پیش بگیریم (برای مثال، دورلاک و ولس، ۱۹۹۷؛ فلنر، دوبوئا و آدان[1]، ۱۹۹۱؛ موسسهٔ پزشکی، ۱۹۹۴). صرف‌نظر از اینکه بسیاری از گزارش‌های اولیه دربارهٔ اثربخشی برنامه‌های پیشگیری، ناامیدکننده بوده است، روان‌شناسان اجتماع‌نگر توانسته‌اند از شکست‌ها درس بگیرند و پاره‌ای تغییرات را وارد برنامه‌های جدید کنند (فلنر و دیگران، ۱۹۹۱). برای مثال، تمرکز بر اصلاح، فرایندهای روانیِ زیربنای انواع اختلالات روانی را افزایش داده و مداخلات فشرده‌تر و بلندمدت‌تری را طراحی کرده است. گزارش سال ۱۹۹۴ موسسه پزشکی دربارهٔ پیشگیری از بیماری روانی، ۳۹ برنامهٔ پیشگیری نمونه را (که تاثیر گذاری آنها ثابت شده) پیش می‌کشد که اطفال، پیش‌دبستانی‌ها، دبستانی‌ها، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان را هدف گرفته‌اند. به همین شکل، خلاصه‌بندی جدیدتری از پیشگیری‌ها (NRC-IOM، ۲۰۰۹) به چند مورد از پیشگیری‌های موثر اشاره می‌کند که هدف‌شان برای مثال، بدرفتاری دوران کودکی، مردودی، خشونت، اختلال سلوک،

1. Felner, DuBois and Adan

افسردگی، سوءمصرف مواد و اضطراب بود. سرانجام اینکه بیگلن و هایندز (۲۰۰۹)، شواهدی درباره برنامه‌های پیشگیری موفقیت‌آمیز در زمینهٔ کاهش مصرف مواد و رفتار ضداجتماعی ارائه و به آن دسته از برنامه‌های پیشگیری اشاره می‌کنند که با تمرکز بر عوامل اجتماعی میان‌بر (مثل رفتار اجتماع‌پسند)، همزمان به چند معضل دیگر هم می‌پردازند.

اما چند مسئله نامعلوم می‌ماند. برای مثال، این سوال باقی می‌ماند که برنامه‌های پیشگیری باید چطور ترویج شود و (از لحاظ تامین مالی) چه کسانی آن را ترویج کنند و چطور باید محققان بیشتری آموزش داده شود که شایستگی طراحی، اجرا و ارزیابی‌های پیشگیری را داشته باشند (موسسهٔ پزشکی، ۱۹۹۴؛ NRC-IOM، ۲۰۰۹؛ اُرفورد، ۲۰۰۸، ۱۹۹۸؛ تورنیکرافت[1] و دیگران، ۲۰۱۰). برای مثال، گزارش سال ۱۹۹۴ موسسهٔ پزشکی تخمین می‌زد در سال حدود ۱۰ متخصص پیشگیری تربیت می‌شود و برنامه‌های آموزشی و حمایت مالی لازم برای افزایش این رقم، بسیار کم است.

ارزش‌ها، قدرت و حقوق مدنی

بدیهی است که جنبش اجتماع‌نگری دنبال تغییر اجتماعی و سازماندهی مجدد موسسات اجتماعی است. هدف این نوع تغییرات هم بی‌شک درخور تحسین است؛ یعنی سلامت روانِ بهتر برای همه. اگر خواننده متوجه نباشد، جملهٔ آخر را شعار انتخاباتی کسی تصور خواهد کرد که نامزد احراز یک مقام دولتی است. در واقع برخی گفته‌اند اگر متخصصان اجتماع‌نگر می‌خواهند تغییر اجتماعی ایجاد کنند، باید فعالیت سیاسی کنند. طرفداران این طرز فکر می‌گویند تغییر اجتماعی (به‌ویژه وقتی از طریق کمک دولتی حاصل شود)، پدیده‌ای سیاسی است و در اختیار دولت است.

بدیهی است که هر دو طرف باید پاسخگوی خیلی چیزهای دیگر هم باشند. این خطر وجود دارد که طرفداری از نقش محدود بیمار، جای طرفداری از نقش وسیع‌تر اجتماع را بگیرد. در نتیجه، مبانی واقعی مشکلات بیماران نادیده گرفته شود. اما این خطر هم هست که [روان‌شناس اجتماع‌نگر] به مبلغ سیاسی تبدیل شود. در حالت آرمانی، درمانگر فردنگر و مبلغ اجتماع‌نگر، مزایا و معایب ذاتی مواضع یکدیگر را با دقت بررسی خواهند کرد.

آموزش روان‌شناسان اجتماع‌نگر

در حال حاضر هنوز خیلی‌ها نمی‌توانند دقیقاً بفهمند روان‌شناس اجتماع‌نگر کیست. شاید روان‌شناسی اجتماع‌نگر با گرایش چندرشته‌ای خود هنوز نتوانسته چهارچوب نظری رضایت‌بخش یا مشخصی، جدای از رشته‌ها و شاخه‌های دیگر، برای خود فراهم کند. به همین دلیل، گاهی اوقات آشفتگی نقش ایجاد می‌شود. روان‌شناس اجتماع‌نگر، تا حدودی جامعه‌شناس است و تا حدودی، عالِم سیاسی، روان‌درمانگر و مامور رسیدگی به شکایات سازمان‌های دولتی. بنابراین، فاقد هویتی مشخص است. این ابهام باعث می‌شود طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب، سخت شود.

اما خوشبختانه پاره‌ای دستورالعمل‌های آموزشی وجود دارد. گزارش پیش‌گفتهٔ موسسهٔ پزشکی (۱۹۹۴) به پیشگیری‌پژوهان آینده پیشنهاد می‌کند پیشینهٔ محکمی در یکی از رشته‌های مربوطه (مثل پرستاری، جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی، بهداشت عمومی، همه‌گیری‌شناسی، پزشکی یا روان‌شناسی بالینی/اجتماع‌نگر) داشته باشند. سپس در زمینهٔ طراحی مداخلات و ارزیابی تجربی مداخلات آموزش ببینند. در نهایت اینکه باید واحدهای عملی و آموزش انترنی در زمینهٔ پیشگیری هم بگذرانند. شروط تحصیلی برای تبدیل شدن به متخصص پیشگیری (به اندازهٔ شروط تحصیلی برای تبدیل شدن به متخصص مداخله)، سختگیرانه نیست. معمولاً داشتن مدرک کارشناسی (برای مثال، مدرک کارشناسی روان‌شناسی) کافی است. اما امروزه برای آموزش دیدن در زمینهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر، فرصت‌های تحصیلی دیگری هم وجود دارد. جامعهٔ اجتماع‌پژوهی و کنش اجتماعی (SCRA)، فهرست به‌روزشده‌ای از فرصت‌های آموزشی در مقطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی داده است (به

1. Thornicroft

وب‌سایت‌های شماره ۱ـ۱۶ و ۴ـ۱۶ در پایان این فصل مراجعه کنید).

با توجه به افزایش تنوع فرهنگی و قومی ایالات متحده امریکا، روان‌شناسان اجتماع‌نگر در عین حال باید درباره تاثیر این تنوع بر کارشان آموزش ببینند (تریکت، ۲۰۰۹). برای مثال، آگاهی از تفاوت‌های فرهنگی و قومی، و حساسیت در خصوص این تفاوت‌ها، به ایفای آگاهانه‌تر فعالیت‌ها و نقش‌های زیر توسط پیشگیری‌پژوهان کمک خواهد کرد (موسسهٔ پزشکی، ۱۹۹۴).

۱. رابطه برقرار کردن با رهبران اجتماعی و سازمان‌ها؛
۲. مفهوم‌بندی و شناسایی عوامل خطر بالقوه، سازوکارها و پیشایندهای مشکلات یا اختلالات؛
۳. تدارک مداخلاتی که تاثیر حداکثری دارند و تصمیم‌گیری دربارهٔ نحوهٔ انتشار و ارائه این مداخلات در میان جمعیت هدف؛
۴. تعیین محتوا، فرم و قالب ابزارهای ارزیابی.

آیندهٔ پیشگیری

با در نظر گرفتن منطقی بودن پیشگیری و شواهد اخیر درباره تاثیرگذاری اقدامات پیشگیرانه (۲۰۰۹ و NRC-IOM)، عجیب به نظر می‌رسد که منابع و امکانات بیشتری به این شکل‌های مداخله تخصیص نمی‌دهند. کاوئین (۱۹۸۳) در مقاله‌ای کلاسیک و در عین حال مرتبط، برخی از موانع و مقاومت‌ها بر سر راه جنبش پیشگیری را برمی‌شمرد. برای مثال می‌گوید کسانی که بیرون از این رشته بسر می‌برند، در این خصوص بدبین هستند چون (الف) از لحاظ فلسفی تمرکز محیطی و اجتماعی مداخلات پیشگیرانه با تمرکز سنتی بر فرد که مورد نظر بسیاری از روان‌شناسان بالینی است، فرق می‌کند؛ (ب) پیشگیری به تعبیری باید با مداخلاتی (مثل روان‌درمانگری نفر به نفر) رقابت کند که تثبیت‌شده‌تر است؛ (ج) برنامه‌های پیشگیری، غیرعملی و پرهزینه به نظر می‌رسد (کاوئین، ۱۹۸۳). علاوه بر این، حوزهٔ پیشگیری «از درون دشمن خود» شده است (کاوئین، ۱۹۸۳)، آن هم با اصطلاحات غیردقیق، کُند بودن در مستندسازی تاثیرگذاری مداخلات پیشگیرانه و اهمال در هماهنگ کردن برنامه‌ها (برای مثال، هاوکینز و کاتالانو[1]، ۱۹۹۲).

در حالت آرمانی می‌توانیم به این مشکلات به شکل رضایت‌بخشی رسیدگی کنیم، طوری که از مداخلات ویژهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر بیشتر استفاده شود. شاید در آینده مجبور شویم بر آرامش و سلامت روانی به اندازهٔ آسیب‌شناسی روانی و اختلالات روانی تمرکز کنیم (بیگلن و هایندز، ۲۰۰۹؛ کاوئین، ۱۹۹۱؛ ۲۰۰۹ و NRC-IOM). در این صورت به اهمیت مفاهیمی همچون قابلیت، انعطاف‌پذیری، پیشگیری، اصلاح نظام‌های اجتماعی و مقتدرسازی پی خواهیم برد.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسی اجتماع‌نگر، رویکردی در سلامت روان است که بر جایگاه نیروهای محیطی و اجتماعی در ایجاد و تسکین و کاهش مشکلات تاکید می‌کند. تمرکز این رویکرد بر پیشگیری از مشکلات است تا معالجهٔ آنها. این رویکرد، افراد و اجتماع را تشویق می‌کند مشکلات خود را کنترل کنند و بر آنها مسلط شوند تا نیازی به مداخلهٔ حرفه‌ای نباشد. برخی از عواملی که در شکل‌گیری رشتهٔ روان‌شناسی اجتماع‌نگر نقش داشته‌اند، عبارت است از: تاسیس کمیسیون مشترک سلامت روانی و بیماری روانی در سال ۱۹۵۵؛ لایحهٔ ۱۹۶۳ کِندی که هزینهٔ مالی تاسیس مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر را تصویب کرد؛ فرایند بستری نکردن و ترخیص؛ کمبود متخصصان سلامت روان؛ و وقایع سیاسی ـ اجتماعی دههٔ ۱۹۶۰.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر، چند مفهوم اصلی دارد. نظام‌های بوم‌شناختی را می‌توانیم در یک یا چند سطحِ به هم مرتبط، تحلیل کنیم که فرد تا نظام‌های بزرگ (برای مثال، جامعه و فرهنگ) را دربرمی‌گیرد. منظور از سلامت روان اجتماع‌نگر این است که اجتماعات مسئول اعضای خود هستند و سلامت روان اجتماع‌نگر باید خدماتی برای پیشگیری از مشکلات بدهد و به کارکرد بهتر اجتماع و نظام‌هایش کمک کند. روان‌شناسان

1. Hawkins and Catalano

اجتماع‌نگر بر پیشگیری تمرکز می‌کنند چون معتقدند، اقدامات پیشگیرانه در بلندمدت از درمان انفرادی که پس از شروع مشکل انجام می‌شود، مقرون‌به‌صرفه‌تر و موثرتر است. همچنین بر راهبردهایی تمرکز می‌کنند که هدف‌شان افزایش اقتدار است؛ یعنی افزایش احساس تسلط بر سرنوشت خود در افراد. آگاهی از ابعاد مختلف تنوع انسانی هم در فهم بهتر مشکلات و معضلات و اجرای موفق مداخلات، مهم است. سرانجام اینکه روان‌شناسان اجتماع‌نگر با بازسازی نقش‌ها و موسسات اجتماعی، دنبال ایجاد تغییرات مثبت هستند. افزایش بدیل‌ها و امکانات مثبت برای افراد، احتمال موفقیت آنها را بیشتر می‌کند و موجب تناسب شخص با محیط اطرافش می‌شود.

روان‌شناسان اجتماع‌نگر معمولاً با توصیه‌ها و تخصص خود، طرف مشورت متخصصان سلامت روان، معلمان، روحانیان و دیگر دست‌اندرکاران اجتماع قرار می‌گیرند. دیگر خدمات روان‌شناسان اجتماع‌نگر عبارت است از: مداخله در دوران کودکی و نوجوانی، گروه‌های خودیاری و به‌کارگیری پیراحرفه‌ای‌ها برای خدمات‌رسانی به آحاد اجتماع.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر، آیندهٔ نامعلومی دارد. شواهد از موثر بودن و مقرون‌به‌صرفه بودن بسیاری از برنامه‌های پیشگیری خبر می‌دهد. عده‌ای خواهان آموزش روان‌شناسان اجتماع‌نگر بیشتر و متخصصان حوزهٔ پیشگیری هستند. در نهایت اینکه احتمال دارد شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده، مداخلات و برنامه‌های طراحی‌شده و اجراشده توسط روان‌شناسان اجتماع‌نگر را بیشتر توصیه و از آنها حمایت مالی کنند. اما تامین مالی مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر تا حد زیادی کم شده و برنامه‌های کمی در مقطع دکترا برای آموزش اجتماع‌نگری باقی مانده است. قانون جدیدی که برای ارتقای رویکرد اجتماع‌نگر به مراقبت روانی تصویب شده، ممکن است آیندهٔ این رشتهٔ مهم را دگرگون سازد.

اصطلاحات کلیدی

مشورت موردی مراجع‌محور **client-centered case consultation**
نوعی مشورت سلامت روان که بر حل مشکل فعلی مراجعی خاص متمرکز است.

سلامت روان اجتماع‌نگر **community mental health**
جنبشی که در دههٔ ۱۹۵۰ شروع شد و مشکلات روانی را معلول ضعف‌های نظام اجتماعی می‌دانست. این جنبش خواهان کنترل اجتماعی خدمات سلامت روان و تمرکز شدید بر پیشگیری، کشف زودهنگام و خدمات‌رسانی به اقشاری بود که به‌طور سنتی از خدمات سلامت روان محروم بودند.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر **community psychology**
رویکردی روان‌شناختی که بر جایگاه نیروهای محیطی در ایجاد و تسکین مشکلات تاکید می‌کند. جهت‌گیری روان‌شناسی اجتماع‌نگر، پیشگیری است نه درمانگری. در ضمن به تناسب شخص و محیط توجه می‌کند (نه به کم و کاستی‌های این دو) و بر شناسایی و پرورش قوت‌ها یا امکانات مردم و اجتماعات متمرکز است.

مشورت **consultation**
کمک گرفتن کسی که به دیگران خدمات می‌دهد (یا ناظر بر خدمات‌رسانی به دیگران است) از یک متخصص، با هدف بهبود خدمات.

مشورت اجرایی مشورت‌جومحور **consultee-centered administrative consultation**
نوعی مشورت سلامت روان که مهارت‌های مسئول اجرایی را ارتقا می‌دهد تا کارکرد موثرتری داشته باشد.

مشورت موردی مشورت‌جومحور **consultee-centered case consultation**
نوعی مشورت سلامت روان که مهارت‌های مورد نیاز مشورت‌جو برای رسیدگی موثر به موارد آینده را ارتقا می‌دهد.

تنوع **diversity**
ابعادی که افراد در آن با یکدیگر فرق می‌کنند. آگاهی از این ابعاد متفاوت مهم است تا درک بهتری از افراد حاصل شود و خدمات‌رسانی بهتری به آنان صورت گیرد.

تحلیل بوم‌شناختی **ecological analysis**
بررسی معضلات و مشکلات در سطوح مختلف اکوسیستم انسانی، از سطح فردی تا سطح نظام‌های بزرگ (مثل فرهنگ و جامعه).

مقتدرسازی **empowerment**
ایجاد این احساس در افراد که بر سرنوشت‌شان کنترل دارند و ارتقای این حس در آنها.

برنامه‌های سرآغاز **head start programs**
برنامه‌های پیشگیری اولیه در اوایل کودکی که هدف آنها آماده‌سازی پیش‌دبستانی‌های محروم است تا بتوانند وارد دبستان شوند. این برنامه‌ها، برای مثال بر مهارت‌های بنیادی یادگیری تمرکز می‌کنند.

مداخلات پیشگیرانهٔ نشان‌شده **indicated preventive interventions**

مداخلات پیشگیرانه‌ای که هدف‌شان افرادی است که به شدت در معرض خطر ابتلا به اختلال هستند (ملاک هم وجود نشانه‌های زیرآستانه‌ای یا نشانگرهای زیست‌شناختی است که زمینه‌ساز شکل‌گیری اختلال می‌شوند).

پیراحرفه‌ای‌ها **paraprofessionals**

اشخاصی که آموزش بالینی رسمی ندیده‌اند ولی آموزش دیده‌اند که به مسئولان حرفه‌ای سلامت روان کمک کنند. به‌کارگیری پیراحرفه‌ای‌ها در روان‌شناسی اجتماع‌نگر و در مجموع، حوزهٔ سلامت روان، افزایش یافته است و نتایج فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد پیراحرفه‌ای‌ها می‌توانند به اندازهٔ حرفه‌ای‌ها (و در برخی موارد، بیشتر از حرفه‌ای‌ها) موثر باشند.

پیشگیری **prevention**

این اصل که فعالیت‌های پیشگیرانه در بلندمدت، بیش از درمان انفرادی، پس از شروع بیماری یا مشکلات، مقرون‌به‌صرفه و موثر است.

پیشگیری اولیه **primary prevention**

اصلاح وضعیت منفی، پیش از آنکه بر اثر اوضاع منفی، مشکلات مهمی پیش آید. تغییر اجتماعی غالباً در گرو پیشگیری اولیه است.

مشورت اجرایی برنامه‌محور **administrativeprogram-centered consultation**

نوعی مشورت سلامت روان که بر کمک به موسسات یا مدیریت یک برنامهٔ خاص تمرکز می‌کند.

پیشگیری ثانویه **secondary prevention**

جست‌وجو و رفع زودهنگام مشکلات در زمانی که هنوز به مداخله جواب می‌دهند. در این مدل پیشگیری، عدهٔ زیادی از آدم‌ها، شامل کسانی که دنبال کمک نمی‌روند و حتی ظاهراً خطری آنها را تهدید نمی‌کند، غربال می‌شوند.

مداخلات پیشگیرانهٔ گزینشی **selective interventions preventive**

مداخلات پیشگیرانه‌ای که هدف آنها افراد یا زیرگروه‌هایی از جمعیت است که احتمال ابتلای آنها به اختلال مورد نظر، بالای حد متوسط است (ملاک آن هم وجود برخی عوامل خطر زیست‌شناختی، روان‌شناختی یا اجتماعی است).

گروه‌های خودیاری **self-help groups**

گروه‌های غیررسمی که برای حمایت از افراد دارای مشکلات خاص تشکیل می‌شوند و گاهی لزوم مداخلهٔ حرفه‌ای را برطرف می‌کنند. کارکردهای گروه‌های خودیاری عبارت است از: ارائه اطلاعات مهم و مرتبط به اعضای گروه، الگوسازی برای اعضای گروه (یعنی قرار دادن اعضای گروه در معرض کسانی که مشکل آنها را داشته و آن مشکل را با موفقیت رفع کرده‌اند)؛ تامین حمایت هیجانی و پرورش ایده‌هایی در زمینهٔ کنار آمدن و افزایش حس تسلط و کنترل بر مشکلات در اعضا.

پیشگیری ثالث **tertiary prevention**

کاهش مدت و کاهش تاثیرات منفی مشکل پس از وقوع. این مدل پیشگیری غالباً توانبخشی را در دستور کار خود قرار می‌دهد.

مداخلات پیشگیرانهٔ همگانی **universal preventive interventions**

مداخلات پیشگیرانه‌ای که کل جمعیت را هدف می‌گیرد.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

16-1 Society for Community Research and Action (Division 27 of the American Psychological Association)
http://www.scra27.org/

16-2 Society for Prevention Research
http://www.preventionresearch.org/about.php

16-3 The Future of Children (links to prevention articles)
http://futureofchildren.org/

16-4 Community Psychology Graduate Programs
http://www.scra27.org/resources/educationc/academicpr

۱۷



روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری

سوالات مهم

۱. کدام رویدادهای تاریخی در تحول رشتهٔ روان‌شناسی سلامت موثر بوده است؟
۲. مداخلات اصلی روان‌شناسان سلامت چیست؟
۳. برای رسیدگی به مشکلات مرتبط با سیگار کشیدن، سوءمصرف الکل/وابستگی به الکل و چاقی از کدام فنون پیشگیری استفاده می‌شود؟
۴. برای کنار آمدن بیماران با اقدامات پراسترس پزشکی و جراحی از کدام فنون استفاده می‌شود؟
۵. مهم‌ترین عوامل موثر در آیندهٔ روان‌شناسی سلامت چیست؟

رئوس مطالب فصل

دیدگاه‌ها و تاریخ

تعاریف

تاریخ

رابطهٔ استرس، سبک زندگی و رفتار، شخصیت، حمایت اجتماعی و سلامتی

کادر ۱ـ۱۷: تمرکز بر کاربردهای بالینی استرس و زندگی روزمره: شایع‌ترین عوامل مولد استرس در میان دانشجویان

مقطع کارشناسی چیست؟

دامنهٔ کاربردها

روش‌های مداخله

روش‌های پاسخگر

کادر ۲ـ۱۷: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: نقش روان‌شناسی سلامت: اچ‌آی‌وی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)

روش‌های کنشگر

روش‌های شناختی ـ رفتاری

بازخوردِ زیستی

پیشگیری از مشکلات سلامتی

سیگار کشیدن

کادر ۳-۱۷: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: قومیت و نتایج سرطان

سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل

چاقی

دیگر کاربردها

کنار آمدن با اقدامات پزشکی

رعایت رژیم‌ها

مسیرهای آینده

روندهای مراقبت بهداشتی

مسائل آموزشی

دیگر چالش‌ها

کادر ۴-۱۷: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر بث ایی. مایروویتس

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

گویا امروزه همه می‌دانند که سبک زندگی بر سلامتی و احساس بهزیستی تاثیر می‌گذارد. بیشتر مشکلات سلامتی در ایالات متحده امریکا به بیماری‌های مزمن (مثل بیماری قلبی، سرطان و سکته مغزی) ربط دارد. این بیماری‌ها هم غالباً با رفتار یا انتخاب سبک زندگی (مثل انتخاب سیگار کشیدن یا پرخوری) مرتبط هستند (برنون و فیست[1]، ۲۰۱۰). در پنجاه سال گذشته، هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی به بیش از ۱۶ درصد تولید ناخالص داخلی ایالات متحده امریکا رسیده است (پلایس، وارد و لوکاس[2]، ۲۰۱۰). بار مالی بالقوهٔ این مراقبت‌ها، همراه با مشکلات بهداشتی، بسیاری را بر آن داشته در سبک زندگی و رفتار خود تجدیدنظر کنند. تغییراتی هم در ادراک مردم رخ داده است. سلامتی به جای نبود مریضی، احساس بهزیستی در نظر گرفته می‌شود (برانون و فیست، ۲۰۱۰). این روندها و روندهای دیگر، مردم امریکا را بر آن داشته به رفتارها و سبک‌های زندگی مروج سلامتی و پیشگیری از مریضی توجه بیشتری کنند.

روان‌شناسی به مثابه علم رفتار، سهم به‌سزایی در حوزهٔ سلامتی داشته و روان‌شناسی سلامت یکی از رشته‌های روان‌شناسی بالینی است که به سرعت در حال رشد است. بسیاری از برنامه‌های دورهٔ دکترا، «گرایش» روان‌شناسی بالینی سلامتی و روان‌شناسی طب اطفال (یا روان‌شناسی سلامت کودکان) دارند یا تاکیدی بر روان‌شناسی بالینی سلامتی و روان‌شناسی طب اطفال (یا روان‌شناسی سلامت کودک). هم‌اکنون کتاب‌های درسی عمومی زیادی دربارهٔ روان‌شناسی سلامت وجود دارد. همچنین کتاب‌های تخصصی زیادی دربارهٔ روان‌شناسی بالینی سلامتی، زنان و مردان، و روان‌شناسی سلامت اطفال نوشته شده است. در ضمن، چند مجلهٔ تخصصی (مثل مجلهٔ ***Health Psychology***، ***Journal of Behavioral Medicine*** و ***Journal of Pediatric Psychology***) وجود دارد که تحقیقات این رشته را گزارش می‌دهند. سرانجام اینکه برای انتشار و پیشبرد جایگاه و سهم روان‌شناسان سلامت بزرگسالان و کودکان، به ترتیب دو شعبهٔ مجزا در انجمن روان‌شناسی دایر شد (شعبهٔ ۲۸ یا شعبهٔ روان‌شناسی سلامت و شعبهٔ ۵۴ یا همان شعبهٔ روان‌شناسی طب اطفال).

دیدگاه‌ها و تاریخ

رشته‌های فرعی زیادی وجود دارد که در عین همپوشانی، بر مسائل مربوط به سلامتی متمرکز است، ولی عمدتاً بر این دو حوزهٔ روان‌شناسی تمرکز خواهیم کرد: طب رفتاری و روان‌شناسی سلامت. سابقهٔ پی‌بردن به رابطهٔ تنگاتنگ ذهن و بدن، دست‌کم به اوایل تمدن یونان برمی‌گردد. اما در اواخر دههٔ ۱۹۷۰ بود که تعاریف مشخصی از طب رفتاری و روان‌شناسی سلامت داده شد.

تعاریف

در این سال‌ها تعاریف مختلفی ارائه شده است (برای مثال، ۱۹۸۳؛ شوارتز و وایس[3]، ۱۹۷۷)، ولی *طب رفتاری* اصولاً به ادغام علوم رفتاری در طبابت و علم پزشکی اطلاق می‌شود. ماتاراتزو (۱۹۸۰) از اصطلاح طب رفتاری برای اشاره به یک حوزهٔ میان‌رشته‌ای متشکل از تحقیقات علمی، تعلیم و تربیت و

1. Brannon and Feist
2. Pleis, Ward and Lucas
3. Schwartz and Weiss

درمانگری و طبابت استفاده می‌کند که با سلامتی، بیماری و ناکارایی‌های فیزیولوژیایی مربوطه سر و کار دارد.

«***روان‌شناسی سلامت***» یکی از حیطه‌های تخصصی روان‌شناسی است. روان‌شناسی سلامت چیزی بیش از یک رشته است و به سهم اصلی روان‌شناسی به مثابه یک علم و حرفه در طب رفتاری اشاره می‌کند. روان‌شناسی سلامت، شامل اقدامات مرتبط با سلامتی، تحقیقات و تدریس انواع روان‌شناسان است؛ از جمله روان‌شناسان اجتماعی، صنعتی، فیزیولوژی و روان‌شناسان دیگر. تعریف تخصصی روان‌شناسی سلامت عبارت است از:

> مجموعهٔ مساعدت‌ها و سهم آموزشی، علمی و حرفه‌ای رشتهٔ روان‌شناسی در ارتقا و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری، و شناسایی همبسته‌های سبب‌شناختی و تشخیص سلامتی، بیماری و ناکارایی‌های مربوطه. (ماتاراتزو، ۱۹۸۰، ص ۸۱۵)

این تعریف بعداً طوری اصلاح شد که جایگاه روان‌شناسان به عنوان تدوین‌کنندگان خط‌مشی بهداشتی و سهم آنان در نظام بهداشتی را هم دربرگیرد (برای مثال مراجعه کنید به دلیان، فرانک و دینگ، ۱۹۹۵). برانون و فیست (۲۰۱۰) می‌گویند روان‌شناسی سلامت «شامل سهم روان‌شناسی در ارتقای سلامتی، پیشگیری و درمان مریضی، شناسایی عوامل خطر بهداشتی، بهبود نظام مراقبت‌های بهداشتی و شکل‌دهی افکار عمومی درباره مسئلهٔ سلامتی است» (ص ۱۳). آنها تعریف جدیدی از روان‌شناسی سلامت ارائه کردند که این نقش‌های جدید را هم پوشش می‌دهد.

تاریخ

نگاه ما به سلامتی و بیماری، تحت تاثیر دو دیدگاه اصلی بوده است (رایس[1]، ۱۹۹۸). نخست، **سنت زیستی‌پزشکی** که با دانش‌اندوزی مردم از طریق تجربه و مشاهده شکل گرفت. تلاش‌های اولیه در این زمینه نسبتاً خام بود (مثل کشف فواید طب سوزنی، یا نظریهٔ اخلاطی بقراط دربارهٔ مریضی و درمان)، اما بعداً دانشمندان زیستی‌پزشکی بر آناتومی، «نظریهٔ میکروبی» و در نهایت، وراثت و ژنتیک متمرکز شدند و سعی کردند از این طریق بیماری و مریضی را تعریف کنند و بفهمند. اما این گرایش غربی به تمرکز صرف بر عوامل زیست‌شناختی و اتخاذ رویکرد تقلیل‌گرا، ایراداتی هم دارد. برای مثال، منتقدان می‌گویند هنوز نمی‌دانیم علت مریضی چیست و صرفاً بدکاری دیگری را این بار در سطح تحلیلی ریزتر (برای مثال در سطح ژنتیک مولکولی) کشف کرده‌ایم. تحقیقات زیستی طبی چنان علاقه‌ای به همبسته‌های تنی (مثل نابهنجاری‌های بدنی و بی‌تعادلی‌های زیستی‌شیمیایی) دارند که غالباً متغیرهای روانی‌اجتماعی را نادیده می‌گیرند. سرانجام آنکه سنت زیستی‌پزشکی به نگاهِ دوگانگیِ ذهن ـ بدن دامن می‌زند که نگاه منسوخی است و نفع چندانی ندارد. البته منظور ما این نیست که سنت زیستی‌پزشکی بی‌اهمیت است و به پزشکی، علم و روان‌شناسی ربطی ندارد. اما دیدگاه زیستی‌پزشکی گاهی اوقات چنان محدود است که نمی‌تواند برخی شکل‌های بیماری و مریضی را توضیح دهد.

تاثیر مهم دیگر بر نگاه ما به سلامتی و بیماری را ***دیدگاه روانی‌اجتماعی*** گذاشته است (رایس، ۱۹۹۸). قرن‌ها ادبیات پزشکی نشان داده بود که فرایندهای روان‌شناختی و اجتماعی احتمالاً علت بیماری و مریضی است یا بر آن تاثیر می‌گذارد. در دههٔ ۱۹۴۰، این حکم و تعمیم کلی، به رشتهٔ ***طب روان‌تنی*** تبدیل شد. مبنای طب روان‌تنی این بود که برخی بیماری‌ها و امراض، معلول عوامل روان‌شناختی است. محققان (برای مثال، الکساندر، ۱۹۵۰) چند مریضی «روان‌تنی» را شناسایی کردند، مریضی‌هایی مثل زخم دستگاه گوارش، فشار خون اساسی و آسم نایژه‌ای. بیماری‌ها به دو دسته تقسیم می‌شد؛ بیماری‌های «عضوی» یا بیماری‌های معلول عوامل بدنی، و بیماری‌های معلول عوامل روان‌شناختی. برخی از پیروان این دیدگاه معتقد بودند هر بیماری روان‌تنی، یک تعارض زیربناییِ خاصِ ناهشیارانه دارد که شخص را مستعد می‌کند به آن مبتلا شود. برای مثال، نفرت و خصومت واپس‌رانی‌شده به آرتریت روماتوئید منجر می‌شود. این حرف‌ها (و در مجموع طب

1. Rice

روان‌تنی) در نگاه نخست، جالب به نظر می‌رسید، ولی با رو شدن این موضوع جذابیت خود را از دست داد که عوامل روانزاد آن‌قدر هم که تصور می‌شود پیش‌بینی‌کننده نیستند؛ بیشتر مطالعات تجربی هم از این نظریه‌ها حمایت نکرد. در حقیقت، عوامل روانی‌اجتماعی در تمام امراض تاثیر داشت ولی نه لزوماً در نقشِ علت اصلی.

طب روان‌تنی در مجموع حریم روان‌پزشکان و پزشکان بود. اما روان‌شناسان رفتارگرا دامنهٔ روش‌های درمانی خود را به حوزه‌ای گسترش دادند که به اصطلاح آن را اختلالات پزشکی می‌نامند. روان‌شناسان هم می‌توانند مشکلاتی مثل چاقی و سیگار کشیدن را بررسی کنند. سپس نوبت افزایش سریع استفاده از فن بازخورد زیستی رسید (که در همین فصل آن را توضیح می‌دهیم) و به بیماران کمک می‌کرد برخی پاسخ‌های فیزیولوژیایی خود را کنترل کنند یا زیر نظر بگیرند.

عوامل دیگر اگرچه رشدکُندی داشتند، اما تاثیرشان شدید بود. در دههٔ ۱۹۶۰ بر بسیاری از بیمارهای عفونی غلبه کرده بودیم. حرفه‌های یاری‌رسان به تدریج متوجه دو قاتل بزرگ انسان شدند: بیماری‌های قلبی‌عروقی و سرطان. رفتارهایی مثل پرخوری، سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی هرچه بیشتر با این بیماری‌ها همبستگی پیدا می‌کرد. به تدریج نه‌تنها فرایند بیماری، بلکه رفتارهای مرتبط با بیماری هم مد نظر قرار گرفت که کاهش یا حذف آنها باعث می‌شد آسیب‌پذیری شخص در برابر بیماری کاهش یابد.

در دههٔ ۱۹۶۰ بود که رویدادهای پراسترس زندگی به تدریج جزء عوامل خطر بیماری شناخته شد (برای مثال، هولمز و ریهی[1]، ۱۹۶۷). بررسی اینکه رویدادهای پراسترس اصلی زندگی چطور بر سلامتی تاثیر می‌گذارد به بررسی پیامدهای بهداشتی مشکلات روزمره منتهی شد که پراسترس نیز بود (برای مثال، لازاروس[2]، ۱۹۸۴). یک خط تحقیقاتی دیگر نشان می‌داد که شخصیت و سبک رفتاری چطور بر سلامتی تاثیر می‌گذارد. نیروی محرکه این تحقیقات هم دو متخصص قلب بودند که متوجه شدند بسیاری از کسانی که از بیماری قلبی‌عروقی رنج می‌برند، یک رشته صفات و رفتارهای مشترک دارند. مشخصهٔ شخصیت به اصطلاح تیپ A (فریدمن و روزنمن[3]، ۱۹۷۴)، تنفر، رقابت‌جویی و وقت‌جویی* است. تحقیقات بعدی نتوانست رابطهٔ مستقیم شخصیت تیپ A و بیماری قلبی را نشان دهد (برانون و فیست، ۲۰۱۰؛ سالس و بوندی[4]، ۲۰۰۵)، ولی این فرضیه سرآغاز مجموعه‌ای از تحقیقات در روان‌شناسی سلامتی شد و محققان را بر عوامل دیگر خطر رفتاری بیماری قلبی‌عروقی (مثل سیگار کشیدن و عدم تحرک) و همچنین اقدامات پیشگیرانه متمرکز کرد.

این طرز فکر که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی بر بیماری و سلامتی تاثیر می‌گذارد، مبنای دیدگاه نافذی به نام ***مدل زیستی‌روانی‌اجتماعی*** شد (انگل[5]، ۱۹۷۷). این مدل از بسیاری جهات، ادغام دیدگاه‌های زیستی‌پزشکی و روانی‌اجتماعی است. همان‌طور که نام این مدل نشان می‌دهد، بیماری و سلامتی تابع عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. عوامل زیست‌شناختی عبارت است از: زمینه‌های ژنتیکی، کمبودهای غذایی و بی‌تعادلی‌های زیستی‌شیمیایی. عوامل روان‌شناختی هم شامل رفتارها، هیجانات و شناخت‌های فرد است. و بالاخره، عوامل اجتماعی شامل دوستان، اعضای خانواده، محیطِ خانه و اتفاقات زندگی است. مدل زیستی‌روانی‌اجتماعی نشان می‌دهد که روان‌شناسان سلامتی، مشکلات را چگونه مفهوم‌بندی و مداخلات را چگونه برنامه‌ریزی می‌کنند.

عوامل مهم دیگری هم در شکل‌گیری و تحول رشتهٔ روان‌شناسی سلامتی تاثیرگذار بودند. پیش از این به هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت‌های بهداشتی اشاره کردیم و اینکه بیماری‌های عفونی، دیگر دغدغهٔ اصلی نبود. بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مستقیماً به رفتارها و سبک زندگی انسان برمی‌گردد که موجب مصدومیت، بروز سوانح، مسمومیت و خشونت می‌شود. انتخاب‌ها در سبک زندگی، مثل

---

1. Holmes and Rahe
2. Lazarus
3. Friedman and Rosenman

*. در مثنوی معنوی به معنای بیش از حد اهمیت دادن به وقت است (مترجم).

4. Suls and Bunde
5. Engel

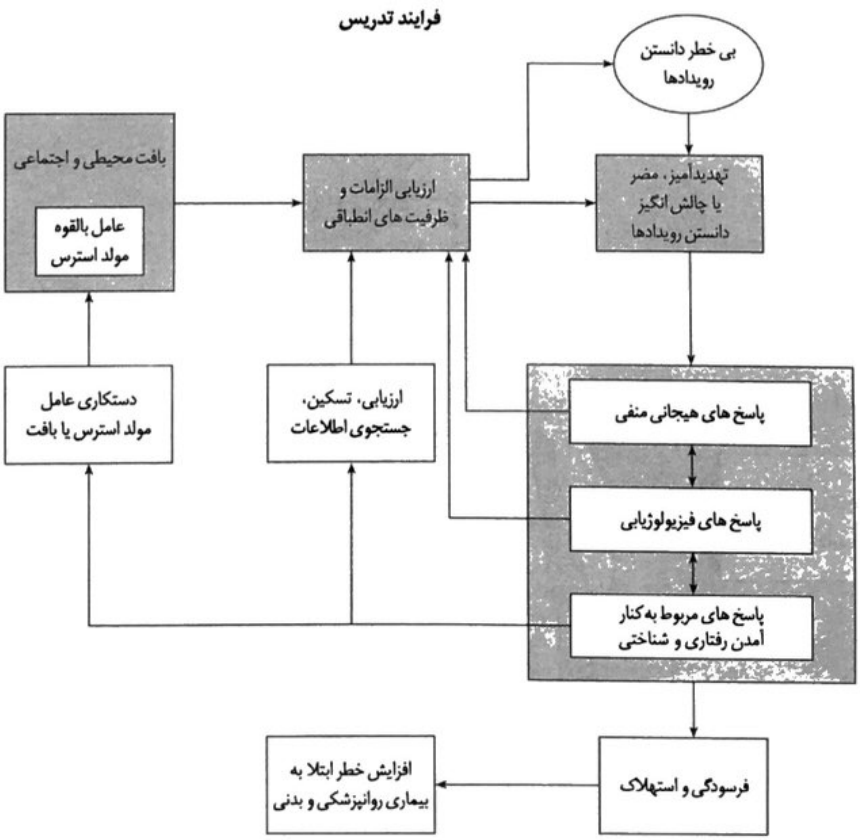
انتخاب مصرف الکل و سوءمصرف دارو، سیگار کشیدن و رژیم غذایی نیز در انواع بیماری‌ها و امراض موثر است.

موارد پیش‌گفته بخش کوچکی از عوامل مهم در شکل‌گیری رشتهٔ روان‌شناسی سلامت بود. حال نوبت بحث رابطهٔ استرس، سبک زندگی و رفتار، شخصیت، حمایت اجتماعی و سلامتی است. رابطهٔ این عوامل، مبنای رشتهٔ روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی طب اطفال است.

رابطهٔ استرس، سبک زندگی و رفتار، شخصیت، حمایت اجتماعی و سلامتی

عوامل روان‌شناختی و اجتماعی طی چه فرایندهایی بر سلامتی و بیماری تاثیر می‌گذارند؟

استرس و سلامتی . از اصطلاح *استرس* خیلی استفاده می‌کنیم ولی معمولاً تعریف دقیقی از آن ارائه نمی‌کنیم (برانون و فیست، ۲۰۱۰). برخی این اصطلاح را برای اشاره به کیفیت یک محرک بیرونی (برای مثال، مصاحبهٔ پراسترس) به کار می‌برند و برخی دیگر، استرس را نتیجهٔ تعامل محرک و پاسخ می‌دانند (استرس داشتم چون مصاحبه، سخت بود و من آمادگی نداشتم). اما بیشتر روان‌شناسان سلامت معاصر نگاه سوم، یعنی دیدگاه تعامل‌گرا، را قبول دارند که استرس را فرایندی می‌داند شامل رویداد محیطی (عامل مولد استرس)، ارزیابی فرد از آن (چالش‌انگیز یا تهدیدآمیز بودن)، پاسخ‌های ارگانیسم (فیزیولوژیایی، هیجانی، شناختی، رفتاری) و ارزیابی‌های مجددی که در نتیجهٔ این پاسخ‌ها و تغییرات در عامل مولد استرس صورت می‌گیرد (رایس، ۱۹۹۸). نمودار ۱ـ۱۷، مدل تعاملی استرس را نشان می‌دهد. این محرک‌ها و دیگر محرک‌های روانی‌اجتماعی می‌توانند در فرایند استرس موثر باشند که خود مستقیماً بر دستگاه هورمونی، دستگاه خودمختار و دستگاه ایمنی تاثیر می‌گذارد.

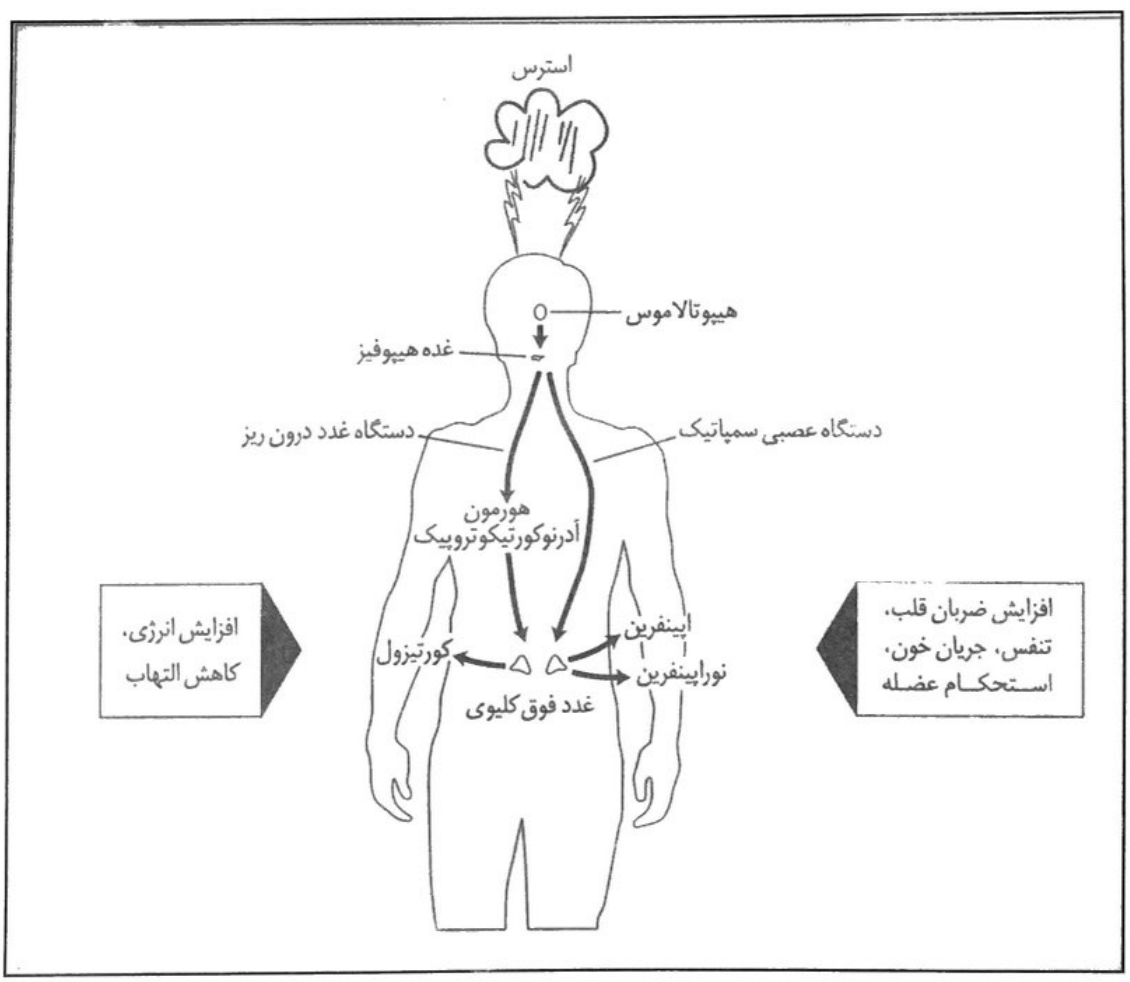


نمودار ۱ـ۱۷: فرایند استرس: نگاه تعامل‌گرا.

منبع: پی. ال. رایس (۱۹۹۸). روان‌شناسی سلامتی، ص ۱۷۷.

تاثیر فیزیولوژیایی استرس بر بدن شامل زنجیرهٔ پیچیده‌ای از رویدادها است (برانون و فیست، ۲۰۱۰) که آنها را در نمودار ۲-۱۷ می‌بینید. ادراک استرس می‌تواند باعث شود **دستگاه عصبی سمپاتیک** که مسئول بسیج امکانات بدن در وضعیت‌های فوری و اضطراری است، بخش درونی [یا مدولای] غدهٔ فوق‌کلیوی را تحریک کند. این تحریک موجب می‌شود کاتکولامین‌های اپینفرین (آدرنالین) و نوراپینفرین تولید شود که تاثیرشان بر بدن شامل افزایش ضربان قلب، تنفس، جریان خون و استحکام عضله است. استرس همچنین باعث می‌شود غدهٔ هیپوفیز (که ساختاری متصل به هیپوتالاموس در مغز پیشین است)، هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک (ACTH) ترشح کند که قشر کلیه‌سوی غدهٔ فوق‌کلیوی را وادار به ترشح گلوکوکورتیکوئیدها می‌کند. مهم‌ترین گلوکوکورتیکوئید مرتبط با استرس، کورتیزول است. کورتیزول هورمونی است که مثل اپینفرین و نوراپینفرین، امکانات و منابع بدن را بسیج می‌کند. کورتیزول عمدتاً باعث بالا رفتن سطح انرژی و کاهش التهاب می‌شود. کارکرد اخیر به‌ویژه هنگام بروز مصدومیت در وضعیت‌های اضطراری مفید است.

پاسخ‌های بدن به استرس می‌تواند مفید باشد، ولی اضطراب شدید و فعالیت طولانی دستگاه‌ها، تاثیر زیانباری بر اندام‌ها، کارکردهای ذهنی و دستگاه ایمنی می‌گذارد. برای مثال، استرس می‌تواند باعث شود دستگاه ایمنی نتواند ویروس‌ها، باکتری‌ها، تومورها و سلول‌های نابهنجار را نابود کند. آدر و کوهن (۱۹۷۵) بیش از دو دهه قبل، شواهدی ارائه کردند که دستگاه عصبی و دستگاه ایمنی تعامل دارند و به هم وابسته‌اند. آنها این موضوع را با شرطی‌سازی کلاسیک پاسخ



نمودار ۲-۱۷: تاثیرات فیزیولوژیایی استرس

منبع: ال. برانون و جی. فیست (۲۰۱۰). روان‌شناسی سلامت: مقدمه‌ای بر رفتار و سلامتی (ویراست هفتم)، ص ۱۰۰.

کادر ۱ـ۱۷ : تمرکز بر کاربردهای بالینی استرس و زندگی روزمره: شایع‌ترین عوامل مولد استرس در میان دانشجویان مقطع کارشناسی چیست؟

رویدادهای پراسترس زندگی بر مشکلات بدنی و روانی تاثیر می‌گذارد. اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) نظر هزاران دانشجوی کالج درباره رایج‌ترین رویدادهای پراسترس و ناخوشایند زندگی را جویا شدند. آنها متوجه شدند برای ۸۴/۵ درصد دانشجویان کالج در مقطعی از زندگی، اتفاق ناگواری افتاده بود. رویدادهای ناگوار زندگی آنها عمدتاً مرگ عزیزان (۶۲/۷ درصد)، مشکلات تحصیلی (۳۹/۶ درصد)، طلاق یا متارکهٔ پدر و مادر (۲۴/۴ درصد) و تجربهٔ جنسی دردناک (۱۸/۴ درصد) بود.

محققان دیگر هم گرفتاری‌های روزانهٔ دانشجویان کالج را بررسی کرده‌اند؛ گرفتاری‌هایی مثل ترافیک، نرسیدن به کلاس، فشار زمان یا اختلاف‌نظر با یک دوست. بروم[1] و همکاران (۲۰۰۹) فهمیدند گرفتاری‌های روزانه، بیش از مشکلات تحصیلی، خانوادگی و مالی برای دانشجویان کالج استرس دارد، به‌ویژه برای دانشجویان زن. راس و همکاران (۱۹۹۹) شیوع رویدادهای جدید پراسترس زندگی و گرفتاری‌ها در میان دانشجویان کالج را بررسی کردند و نتایج زیر را گرفتند. همان‌طور که می‌بینید، شایع‌ترین عوامل مولد استرس در میان دانشجویان کالج، مواردی مثل اختلاف میان‌فردی، مشکلات خواب، حرف زدن برای جمع، فشار زیادکار، نمرات و حتی جدا شدن از دانشکده بود.

درصد گزارش هر منبع استرس توسط دانشجویان کالج

مقوله	درصد
میان‌فردی	
تغییر فعالیت‌های اجتماعی	۷۱
اختلاف با هم‌اتاقی	۶۱
کار با غریبه‌ها	۵۷
دعوا با نامزد	۴۱
نامزد جدید	۳۶
مشکل داشتن با پدر و مادر	۲۱
درون‌فردی	
تغییر عادات خواب	۸۹
تغییر عادات غذا خوردن	۷۴
مسئولیت‌های جدید	۷۳
مشکلات مالی	۷۱
حفظ کار	۶۵
حرف زدن برای جمع	۶۰
تغییر در مصرف الکل یا داروها	۳۹
پیشرفت چشمگیر شخصی	۳۵
شروع کالج	۳۲
افت سلامتی	۲۶
تخلف قانونی جزیی	۱۴
تغییر باورهای دینی	۱۳
مرگ اعضای خانواده	۱۲
مرگ یک دوست	۶
مصدومیت شدید	۵
نامزدکردن/ازدواج	۲
تحصیلی	
افزایش کارهای کلاسی	۷۳
گرفتن نمرهٔ کمتر از انتظار	۶۸
تغییر رشته	۲۴
پیداکردن دانشکده‌ای برای تحصیلات تکمیلی/کاریابی	۲۱
از دست دادن کلاس‌های زیاد	۲۱
انتظار فارغ‌التحصیلی	۲۰
بگومگوی جدی با استاد	۱۱
انتقال به دانشکده‌ای دیگر	۳
محیطی	
تعطیلات/قطع تحصیل	۸۲
انتظار در یک صف طولانی	۶۹
مشکلات رایانه‌ای	۶۹
قرارگرفتن در وضعیت ناآشنا	۵۱
زندگی به‌هم‌ریخته	۵۰
معطل شدن طولانی پشت خط تلفن	۴۷
تغییر محیط زندگی	۴۶
خراب شدن خودرو	۴۲
استعفا	۸
طلاق والدین	۱

منبع: راس و دیگران (۱۹۹۹).

1. Brougham

دستگاه ایمنی موش‌ها نشان دادند. این گزارش مقدماتی، سرانجام زمینه‌ساز مطالعاتی دربارهٔ رابطهٔ عوامل فیزیولوژیایی (مثل واکنش‌های بدن به استرس) و پاسخ دستگاه ایمنی بدن شد (برانون و فیست، ۲۰۱۰). در حال حاضر معلوم نیست که آیا فرونشانی دستگاه ایمنی، تاثیر مستقیم استرس است یا صرفاً بخشی از پاسخ بدن به رویدادهای پراسترس (برانون و فیست، ۲۰۱۰). به هر حال، گویا استرس، تاثیر مهمی در سلامتی و بیماری دارد (هرچند تنها عامل نیست).

رفتار و سلامتی. رفتارها، عادات و سبک زندگی می‌توانند بر سلامتی و مریضی تاثیر گذارند. هر چیزی از سیگار کشیدن، افراط در مشروبخوری و رژیم غذایی نامناسب تا رعایت نکردن بهداشت ممکن است تاثیرگذار باشد. این رفتارها غالباً در ارزش‌های فرهنگی یا نیازهای شخصی و انتظارات ریشه دارد. اما این موارد به راحتی تغییر نمی‌کنند. در همین فصل، برخی عادات یا سبک‌های زندگی را بیشتر توضیح می‌دهیم که به سلامتی ربط دارد؛ عادات و سبک‌هایی مثل سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل، وابستگی به الکل و کنترل وزن.

متغیرهای شناختی هم می‌تواند بر تصمیمات ما راجع به انجام رفتارهای سالم یا ناسالم تاثیر بگذارد (بندورا، ۲۰۰۱). برای مثال، بسیاری از روان‌شناسان سلامت بر متغیر خودتاثیرگذاری تمرکز کرده‌اند. ***خودتاثیرگذاری*** که آن را در فصل‌های قبل توضیح دادیم، به این اشاره می‌کند که «آدم‌ها چقدر معتقدند بر رویدادهای موثر زندگی‌شان کنترل دارند» (بندورا، ۱۹۸۹، ص، ۱۱۷۵). خودتاثیرگذاری با پاره‌ای موضوعات مورد علاقهٔ روان‌شناسان سلامت رابطه دارد؛ از جمله با نظریه‌های اصلی تغییر رفتارهای مرتبط با سلامتی. این سازه، در بیشتر مدل‌های شناختی‌اجتماعیِ مهم در زمینه رفتار سلامتی از جمله مدل باور سلامت (روزنستاک، ۱۹۷۴؛ روزنستاک، استرچر و بکر[1]، ۱۹۸۸)، نظریهٔ انگیزش حفاظت (آر. دبلیو. راجرز[2]، ۱۹۷۵؛ استرجز[3] و راجرز، ۱۹۹۶) و نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده (اِیزن[4]، ۱۹۸۸، ۱۹۸۵)، تاثیر مهمی دارد.

برای مثال، ***نظریهٔ انگیزش حفاظت*** می‌گوید رفتار، تابع ***ارزیابی تهدید*** (یعنی ارزیابی عواملی که بر احتمال انجام رفتار تاثیر می‌گذارد، مثل ادراک آسیب‌پذیری و ادراک امکان آسیب) و ***ارزیابی کنار آمدن*** (ارزیابی توان اجتناب از پیامد منفی یا کنار آمدن با آن) است. خودتاثیرگذاری یا همان باورمندی به اجرای رفتار یا راهبرد مناسب کنار آمدن، بر ارزیابی کنار آمدن تاثیر می‌گذارد (مَدوکس[5] و دیگران، ۱۹۹۵).

شاید بیان نمونه‌ای از نقش ***نظریهٔ انگیزش حفاظت*** در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی زندگی واقعی آموزنده باشد. جِینی که دختر نوجوانی است و دوست دارد وزنش را کم کند، بر سر دوراهی مانده که سیگار کشیدن را شروع کند یا نکند. طبق نظریهٔ انگیزش حفاظت، جِینی درگیر ارزیابی تهدید و ارزیابی کنار آمدن می‌شود. ارزیابی تهدید، شامل ارزیابی خطرات سیگار کشیدن (برای مثال، خطر ابتلا به سرطان ریه) و احتمال آسیب دیدن او از این پیامد است. هرچقدر این خطر را شدید و فوری فرض نکند، احتمال سیگار کشیدن او افزایش خواهد یافت. ارزیابی کنار آمدن هم موثر است. منظور هم این است که ارزیابی جینی از اینکه چقدر احتمال می‌دهد می‌تواند سیگار نکشد (راهبرد پیشنهادی برای کنار آمدن) چه وضعی دارد. هرچقدر جینی بیشتر احتمال دهد که نمی‌تواند سیگار کشیدن را ترک کند (برای مثال، چون همهٔ دوستانش سیگار می‌کشند و او دوست دارد وزنش را کم کند)، احتمال اینکه مرتکب این رفتار شود، بیشتر می‌شود. بنابراین، متغیر شناختیِ خودتاثیرگذاری، تاثیر مهمی در رفتار و انتخاب سبک زندگی‌ای دارد که خودشان در سلامتی موثرند.

مشکلات می‌تواند به شیوهٔ پاسخ‌دهی آدم‌ها به بیماری برگردد. برخی نمی‌توانند یا نمی‌خواهند شدت بیماری را درک کنند و از دریافت کمک‌های پزشکی درمی‌مانند. وقتی هم به آنها توصیهٔ پزشکی می‌شود، آن را رعایت نمی‌کنند. دربارهٔ کودکان، تصمیم‌گیری‌ها پیچیده‌تر می‌شود؛ چون ادراکات کودکان و مراقبانشان بر تصمیم‌گیری‌های بهداشتی آنان تاثیر می‌گذارد. تمام این رفتارها می‌تواند غیرمستقیم در پیامدهای ناگوار تاثیر داشته باشد. بعداً در همین فصل راجع به رعایت درمان‌های پزشکی، توضیحات بیشتری خواهیم داد.

---

1. Rosenstock, Strecher and Becker
2. R. W. Rogers
3. Sturges
4. Ajzen
5. Maddux

عوامل شخصیتی . خصوصیات شخصیتی، مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی و بیماری تاثیر می‌گذارد (اسمیت و مکنزی[1]، ۲۰۰۶؛ سالس و بوندی، ۲۰۰۵). برای مثال (الف) ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند معلول فرایند مریضی باشد؛ (ب) ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند به رفتارهای ناسالم منتهی شود؛ (ج) شخصیت از طریق سازوکارهای فیزیولوژیایی می‌تواند به‌طور مستقیم بر مریضی تاثیر گذارد؛ (د) یک متغیر زیربنایی سوم می‌تواند با شخصیت و مریضی مرتبط باشد و (ه) چند علت و حلقهٔ بازخوردی می‌تواند بر رابطهٔ شخصیت و مریضی تاثیر گذارد.

شاید رابطهٔ رفتار نوع A و ***بیماری قلبی‌عروقی***، بیشتر از هر رابطهٔ دیگری در زمینهٔ رابطهٔ صفت شخصیتی/الگوی رفتار و بیماری بررسی شده باشد. همان‌طور که قبلاً گفتیم، دو متخصص قلب (فریدمن و روزنمن، ۱۹۷۴) بودند که بحث ارتباط احتمالی شخصیت یا سبک کنار آمدن، با پیامدهای بهداشتی ناگوار را بیان کردند. آنها مجموعه‌ای از خصوصیات شخصیتی و رفتارهای تمایزگذار را شناسایی کردند و مدعی شدند این خصوصیات و رفتارها ***الگوی رفتار نوع*** A را می‌سازد. گلاس (۱۹۷۷) افراد نوع A را کسانی معرفی می‌کند که

- معتقدند زمان خیلی زود می‌گذرد،
- در تکالیفی ضعیف عمل می‌کنند که مستلزم پاسخدهیِ با تأخیر است،
- حتی وقتی مهلتی در کار نیست هم با حداکثر قوا کار می‌کنند،
- زودتر از وقت مقرر سر قرار حاضر می‌شوند،
- در صورت ناکامی، پرخاشگر و متخاصم می‌شوند،
- کمتر از دیگران خستگی خود را اظهار می‌دارند و نشانه‌های بدنی کمتری را گزارش می‌کنند، و
- انگیزهٔ شدیدی دارند تا بر محیط فیزیکی و اجتماعی خود مسلط شوند و کنترل بر آن را حفظ کنند.

در جدول ۱ـ۱۷، برخی از سوالات مورد استفاده برای تشخیص افراد نوع A را می‌خوانید.

شماری از مطالعات قبلی نشان داده‌اند بین رفتار نوع A و بیماری قلبی‌عروقی رابطه هست. اما مطالعات جدیدتر نشان می‌دهد این رابطه آن‌قدر هم که تصور می‌شد، قوی نیست (اسمیت و روئیس[2]، ۲۰۰۲) و اکثر قریب‌به‌اتفاق افراد نوع A، بیماری قلبی‌عروقی ندارند. اما افراد نوع A نسبتاً بیش از دیگران در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی‌عروقی هستند. مطالعات جدیدتر نشان می‌دهد مولفهٔ عصبانیت ـ خصومت در الگوی رفتار نوع A بیش از سازهٔ کلی شخصیت نوع A می‌تواند بیماری قلبی‌عروقی را پیش‌بینی کند (اسمیت و مکنزی، ۲۰۰۶).

جدول ۱ـ۱۷: برخی از ماده‌های مصاحبهٔ الگوی رفتار

۴. کار پرمسئولیتی دارید؟
الف. آیا پیش می‌آید که احساس کنی دستپاچه شده‌ای و تحت فشار هستی؟
ب. از اینکه تحت فشار باشی، ناراحت می‌شوی؟
۶. آیا اطرافیانت می‌فهمند عصبانی یا ناراحت هستی؟ آن را چطور نشان می‌دهی؟
۱۲. وقتی سوار خودروی خودت هستی و خودروی جلوی تو خیلی کُند حرکت می‌کند، چه کار می‌کنی؟ آیا زیر لب غُر می‌زنی و شکایت می‌کنی؟ آیا همراهانت می‌فهمند ناراحت شده‌ای؟
۱۴. اگر با یک نفر ساعت دو بعدازظهر قرار داشته باشی، سر وقت حاضر می‌شوی؟
الف. از منتظر ماندن متنفر هستی؟
ب. درباره آن حرفی هم می‌زنی؟
۱۷. آیا سریع غذا می‌خوری؟ آیا سریع راه می‌روی؟ بعد از تمام کردن غذا، می‌نشینی و گپ می‌زنی یا سریع بلند می‌شوی و می‌روی؟
۱۹. درباره ایستادن در صف چه احساسی داری؛ برای مثال، صف بانک یا صف فروشگاه؟ صف ادارهٔ پست چطور؟

منبع: «روش‌های مصاحبه سنجش الگوی رفتار عروقی» نوشتهٔ آر. اچ. روزنهن، صص ۶۹ـ۶۸ درکتاب ***رفتار عروقی*** ویراستهٔ تی. ام. دِمبروسکی، اس. ام. وایس، جی. ال. شیلدز، اس. جی. هینس و ام. فاینلایب.

اسمیت (۱۹۹۲) در تحلیل روش‌شناختی و مفهومی مهمی در خصوص تحقیقات مرتبط با خصومت و سلامتی، چند الگوی نظری را معرفی می‌کند که می‌تواند رابطهٔ آنها را توضیح دهد.

1. Smith and MacKenzie
2. Ruiz

مدل واکنشگری روانی فیزیولوژیایی می‌گوید ضربان قلب، فشار خون و هورمون‌های مربوط به استرس در افراد متخاصم بسیار بیشتر است. طبق این مدل، افزایش واکنشگری روانی فیزیولوژیک باعث می‌شود بیماری قلبی‌عروقی و نشانه‌های بیماری قلبی‌عروقی شکل گیرد. *مدل آسیب‌پذیری روانی‌اجتماعی* هم می‌گوید احتمال اینکه افراد متخاصم، در محیط روانی‌اجتماعی پراسترس‌تری را تجربه کنند، بیشتر است چون میزان بی‌اعتمادی آنها بیشتر است و محیط خود را یکسره زیر نظر می‌گیرند تا مبادا در آینده سوءرفتاری رخ دهد. *مدل تبادلی استرس* هم ترکیب و ادغام دو مدل روانی فیزیولوژیایی و روانی‌اجتماعی است. این الگوی ادغامی می‌گوید اشخاص بسیار متخاصم با بی‌اعتمادی کلی و اعمال بعدی خود، وضعیت‌های بالقوه پراسترس خلق می‌کنند.

و سرانجام *مدل رفتار سالم* که برخلاف مدل‌های قبلی فرض را بر این نمی‌گذارد که جنبه‌های فیزیولوژیایی استرس، رابط اصلی خصومت و سلامت است، بلکه می‌گوید افراد متخاصم درگیر عادات بهداشتی نامناسب (مثل سیگار کشیدن، افراط در مصرف الکل و عدم تحرک بدنی) می‌شوند و به همین دلیل، در معرض ابتلا به بیماری قلبی‌عروق قرار می‌گیرند. البته این توضیح کوتاه درباره رابطهٔ خصومت و بیماری قلبی‌عروقی باید بیشتر باز شود.

حمایت اجتماعی و سلامتی . موضوعی که محققان به آن توجه کرده‌اند، حمایت اجتماعی و تاثیر آن بر سلامتی و بهزیستی است (میلر، چن و کول[1]، ۲۰۰۹؛ استانتون، رونسون و تنن[2]، ۲۰۰۷). منظور از *حمایت اجتماعی*، نه‌تنها تعداد روابط اجتماعی، بلکه کیفیت این روابط است (آیا می‌توانید برای دوستان، پدر، مادر یا اعضای خانواده خود درددل کنید؟). نظر بر این است که پیوندهای میان‌فردی عملاً می‌تواند سلامتی را ارتقا دهد. این پیوندها باعث می‌شود شخص در برابر استرس داشتن آسیب نبیند، آسیب‌پذیری کمتری در برابر بیماری پیدا کند و رژیم‌های درمانی خود را رعایت کند. حمایت اجتماعی از بسیاری جهات نوعی مساعدت در کنار آمدن است. شماری از مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی و پیامدهای بهداشتی‌تر، رابطه دارند (میلر، چن و کول، ۲۰۰۹؛ استانتون، رونسون و تنن، ۲۰۰۷). برای مثال، ویلیامز و دیگران (۱۹۹۲) به‌طور متوسط ۹ سال درباره تقریباً ۱۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری شریان‌های قلبی مطالعه کردند و فهمیدند بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند (برای مثال، ازدواج کرده بودند و می‌توانستند برای همسرشان درددل کنند) به‌طور معناداری مرگ و میر کمتری داشتند. این رابطه حتی پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی و عوامل خطر پزشکی، همچنان برقرار بود. این مطالعه و دیگر مطالعات نشان می‌دهد حمایت اجتماعی می‌تواند در برابر پیامدهای ناگوار بهداشتی، نقش «حائل» را بازی کند.

رابطهٔ حمایت اجتماعی، استرس و سلامتی به عواملی مثل نژاد، جنسیت و فرهنگ بستگی دارد. برای مثال، حمایت اجتماعی به زن‌ها (به‌طور متوسط) بیش از مردها کمک می‌کند شاید چون زن‌ها بیش از مردها به روابط صمیمانه گرایش دارند (برانون و فیست، ۲۰۱۰).

دامنهٔ کاربردها

توضیح تمام مسائلی که روان‌شناسی سلامت به آنها می‌پردازد از حوصلهٔ این فصل خارج است. فهرست ناقص این مسائل به شرح زیر است: سیگار کشیدن، سوءمصرف الکل، چاقی، شخصیت نوع A ، فشار خون بالا، آریتمی قلبی، بیماری رایناد، بیماری آلزایمر، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) ، سیستیک فیبروسیس، کم‌خوری عصبی، تهوع مزمن، بی‌اختیاری مدفوع، زخم گوارشی، سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر، کجی اسپاسم‌گون گردن، فلج مغزی، سوانح قلبی‌عروقی، صرع، آسم، نورودرماتیت، پسوریاسیس، درد مزمن، سردرد، مشکلات خواب، دیابت، قاعدگی دردناک، اختلالات دندانپزشکی، سرطان، مصدومیت‌های نخاعی و ناکارایی جنسی.

در صفحات بعد، برخی از این اختلالات را توضیح خواهیم داد، به‌ویژه اختلالاتی که می‌توانند شیوهٔ مداخله و پیشگیری را

1. Miller, Chen and Cole
2. Stanton, Revenson and Tennen

نمایش دهند. کادر ۲ـ۱۷ به برخی از مسائل و مشکلات حوزهٔ روان‌شناسی سلامتی و طب رفتاری می‌پردازد، به‌ویژه به مسئلهٔ عفونت ناشی از ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS).

روش‌های مداخله

روان‌شناسی سلامتی، طب رفتاری و روان‌شناسی طب اطفال اصولاً کاربرد روش‌های رفتاری و شناختی ـ رفتاری سنجش و درمان است. ما مرور کوتاهی بر مداخلات کلی (برای مثال، روش‌های پاسخگر یا روش‌های کنشگر، روش‌های شناختی ـ رفتاری و بازخورد زیستی) خواهیم کرد و مثال‌هایی دربارهٔ طرز اجرای این فنون توسط روان‌شناسان سلامتی می‌زنیم.

روش‌های پاسخگر

محرک خنثی (یا محرک شرطی) پس از جفت شدن مکرر با محرکی که به‌طور طبیعی [پاسخ مورد نظر را] فرا می‌خواند، به مرور این توان را کسب می‌کند که خودش آن پاسخ را فرا بخواند. به این فرایند، پارادایم پاولفی کلاسیک می‌گویند. برای مثال، واکنش‌های هیجانی، با محرک‌های بی‌اثر و خنثی متداعی می‌شود. این تداعی باعث می‌شود واکنش‌های هیجانی شرطی شکل بگیرد که در صورت مزمن شدن، تغییرات ماندگار بافتی، مثل زخم گوارشی، نورودرماتیت یا فشار خون اساسی ایجاد می‌کنند. روان‌شناسان سلامتی این نشانه‌ها را به روش‌های مختلفی درمان می‌کنند. درباره فنون پاسخگر، آنها به مداخلاتی مثل خاموشی یا حساسیت‌زدایی منظم متوسل می‌شوند.

کادر ۲ـ۱۷: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای نقش روان‌شناسی سلامتی: اچ‌آی‌وی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)

مراکز کنترل بیماری تخمین می‌زنند هر سال تقریباً ۵۰۰۰۰ نفر به شمار فراد آلوده به اچ‌آی‌وی در ایالات متحده امریکا افزوده می‌شود و تقریباً ۱/۲ میلیون نفر امریکایی ۱۳ ساله به بالا، **هم‌اکنون** به اچ‌آی‌وی آلوده‌اند. نوجوانی و جوانی دوره‌هایی است که آسیب‌پذیری در برابر اچ‌آی‌وی در آنها بالا است. وقتی مرحلهٔ ۳ آلودگی به اچ‌آی‌وی فرا می‌رسد، تشخیص سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) گذاشته می‌شود. از زمان شروع سندرم نقص ایمنی اکتسابی تا به حال، تقریباً ۶۰۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده امریکا بر اثر این سندرم مرده‌اند که معادل ۱۶۰۰۰ نفر در سال است. اگرچه رقم سالیانه در ۱۰ سال گذشته کم شده است، اما آلودگی به چ‌آی‌وی و ابتلا به سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، همچنان یکی از مشکلات بهداشتی اصلی است چون علاج مشخصی ندارد. در نتیجه پیشگیری از رفتارهای پرخطر (مثل ارتباط جنسی بدون کاندوم یا مصرف داروی تزریقی) بسیار مهم است.

درمان‌های ضدویروسی، پیشروی بالینی اچ‌آی‌وی و مرگ‌های مرتبط با سندرم نقص ایمنی اکتسابی را کُند می‌کند. اما برای آنکه درمان‌های ضدویروسی بیشترین کارایی را پیدا کنند، رعایت دقیق و اجرای کامل این درمان‌ها ضروری است (گونزالز، باریناس و اُکلیری[1]، ۲۰۱۱). متاسفانه مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد، در میان مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز زیاد است و مشکلات مصرف مواد با عدم رعایت دقیق درمان‌های ضدویروسی همراه است (سندلووسکی، وُیلس، چانگ و لی[2]، ۲۰۰۹). برای مثال، هندرشات[3] و دیگران (۲۰۰۹) فهمیدند در میان ۴۰ مطالعهٔ صورت‌گرفته روی مصرف‌کنندگان الکل که به اچ‌آی‌وی یا دچار سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) آلوده بودند، فقط نیمی از این افراد احتمال داشت درمان ضدویروسی را رعایت کنند. درباره مواد دیگری مثل هروئین، کوکائین، ماری‌جوانا و حتی تنباکو نیز چنین وضعی حاکم بود. بنابراین، روان‌شناسان سلامتی، پزشکان را تشویق می‌کنند مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز را از نظر مصرف و سوءمصرف مواد غربال کنند تا افسردگی و اضطراب زیربنایی آنها، با مداخلات شناختی ـ رفتاری درمان شود و درمان‌های ضدویروسی را با دقت رعایت کنند (گونزالز، باریناس و اُکلیری، ۲۰۱۱).

در **خاموشی**، جفت‌نشدن محرک‌های شرطی با محرک‌های محیطی مولد رفتار موجب می‌شود واکنش هیجانی شرطی حذف شود. از این رویکرد برای مثال در حذف ترس کودکان از دندانپزشک استفاده می‌کنند. کودک را به مطب دندانپزشک می‌آورند، او را با کارکنان مطب آشنا می‌کنند، بچه‌های دیگری را می‌بیند که وحشت‌شان از دندانپزشکی رفع شده است و غیره. خلاصه اینکه واکنش‌های هیجانی کودک خاموش می‌شود؛ چون به مرور در او اضطراب کمتری در مطب دندانپزشک ایجاد

1. Gonzalez, Barinas and O'Cleirigh
2. Sandelowski, Voils, Change and Lee
3. Hendershot

می‌شود. صورت دیگر این رویکرد، فنون مواجهه است که در فصل چهاردهم به آن اشاره کردیم. کودک به جای نزدیک شدن تدریجی که پیشتر به آن اشاره کردیم، زیر نظر متخصص، مجبور می‌شود در «وضعیت وحشت‌آفرین» بماند، اضطرابش به اوج برسد و سپس به سرعت کم شود. به این ترتیب، کودک یاد می‌گیرد که نیازی به اضطراب نیست. نتیجهٔ آن هم خاموشی پاسخ‌های اضطرابی است.

حساسیت‌زدایی منظم، نمونهٔ خوبی از شرطی‌سازی متقابل است (به فصل چهاردهم مراجعه کنید). اگر بیمار موقع روبه‌رو شدن با محرک‌های اضطراب‌آور، آرامش خود را حفظ کند، اضطراب او کاهش می‌یابد. برای آنکه شخص بتواند خودش برانگیختگی خود را پایین نگه‌دارد از فنون ***آرمیدگی*** استفاده می‌شود. به عنوان گام مقدماتی، اصول رفتاری بنیادی مرتبط با نشانه‌ها و رابطهٔ درمان با جریان این اصول را به بیماران یاد می‌دهند. برای نمونه، به بیماری که سبک زندگی پراسترس او به برخی مشکلات بدنی منتهی شده است، با توضیحات کلامی نسبتاً جامع (یا با کتابخوانی)، رابطهٔ سبک زندگی و بیماری آموزش داده می‌شود. سپس با استفاده از دستگاه ثبت، خودِدرجه‌بندی تنش و مشاهدات درمانگر، سنجش روانی‌فیزیولوژیایی کامل و دقیقی از او به عمل می‌آید.

آنگاه شیوهٔ زیر نظر گرفتن خود به بیماران آموزش داده می‌شود. برای مثال، بیماران طرز ثبت سردردها و زمان آن را یاد می‌گیرند. همچنین یاد می‌گیرند داده‌های مربوط به محرک‌های محیطی پیش از سردرد، پاسخشان به سردرد و پیامدهای نشانه‌ها را ثبت کنند.

سرانجام اینکه بیماران در زمینهٔ آرمیدگی، آموزش تخصصی می‌بینند. در فصل چهاردهم، اطلاعات مشروحی دربارهٔ آرمیدگی‌آموزی دادیم. انتظار مثبت در مورد اخذ نتیجهٔ خوب به بیماران القا می‌شود و محیط فیزیکی طوری چیده می‌شود که آرمیدگی به راحتی حاصل شود (از جمله راحت بودن مکان نشستن، شل کردن لباس‌ها، تنظیم نور). به دنبال تمرین‌های منظم در محلِ کارِ درمانگر، تمرین‌های منظم خانگی شروع می‌شود.

اما فنون آرمیدگی مورد استفادهٔ روان‌شناسان سلامت چقدر اثربخش است؟ به نظر می‌رسد آرمیدگی در درمان فشار خون بالا، سردردهای تنشی و اضطراب، اثربخش است (برانون و فیست، ۲۰۱۰). آرمیدگی در ترکیب با تجسم هدایت‌شده ـ که در آن بیماران، وضعیت‌های آرامش‌بخش و آرام را تجسم می‌کنند ـ در درمان دردِ سوختگی و حالت تهوع و اضطراب شیمی‌درمانی هم موثر بوده است (برانون و فیست، ۲۰۱۰).

روش‌های کنشگر

با پیامدهای پاسخ‌های آموخته‌شده می‌توانیم این پاسخ‌ها را حفظ یا حذف کنیم. همان‌طور که در فصل چهاردهم گفتیم، رفتارهای تقویت‌شده، تکرار می‌شوند و فراوانی رفتارهایی که تقویت نمی‌شوند یا تنبیه می‌شوند، کم می‌شود.

شرطی‌سازی کنشگر در روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری، برای افزایش رفتارهایی که به سلامتی منتهی می‌شوند یا برای کاهش مشکلات بهداشتی، استفاده می‌شود (برانون و فیست، ۲۰۱۰؛ رولوفس، بویسون، پیترز، دِیانگ، و ولاین[1]، ۲۰۰۲). از نظر کنشگری، بسیاری از رفتارهای بیماران مبتلا به درد (مثل رفتار شکایت کردن، ناله کردن و غیره) به دلیل تقویت مثبت شروع شده و تداوم یافته‌اند. اعضای خانواده و مسئولان پزشکی، پس از این رفتارها به بیمار بیشتر توجه می‌کنند. تقویت‌کننده‌های دیگر هم شامل همدردی، مرخصی یا کاهش انتظارات خانواده است. اعضای خانواده و مسئولان پزشکی برای تغییر این رفتارهای مرتبط با درد، رفتارهای انطباقی‌تر را تقویت می‌کنند (رفتارهایی مثل فعالیت بدنی بیشتر) و رفتارهای کمتر خوشایند (مثل شکایت دائمی) را نادیده می‌گیرند. تحقیقات نشان می‌دهد این رویکردها تا حدودی در خصوص رفتارهای مرتبط با درد موفق بوده‌اند. برای مثال موجب می‌شوند فعالیت بدنی افزایش و مصرف داروهای مرتبط با درد کاهش یابد (برانون و فیست، ۲۰۱۰).

سرانجام اینکه روان‌شناسان سلامت از قرارداد وابستگی استفاده می‌کنند. در این روش، درمانگر و بیمار بر سر رفتارهایی

1. Roelofs, Boissevain, Peters, de Jong and Vlaeyen

که انتظارشان می‌رود و پیامدهای برخی رفتارها، به توافقی رسمی می‌رسند یا قرارداد می‌بندند. برای مثال، بیماران بابت مشارکت بیشتر در درمان فیزیکی، مصرف دارو یا کاهش شکایت‌های بدنی، تقویت می‌شوند. تقویت می‌تواند به شکل مبادلهٔ ژتون با چیزی باشد که برای بیمار باارزش است.

روش‌های شناختی ـ رفتاری

روان‌شناسان سلامت از فنون شناختی ـ رفتاری نیز استفاده می‌کنند. آنها این فنون را به تنهایی یا در کنار راهبردهای دیگر، مثل آرمیدگی یا بازخورد زیستی، اجرا می‌کنند. برخی از این روش‌ها را در فصل چهاردهم توضیح دادیم. این فنون بر نقش تفکر در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات تاکید می‌کنند. مداخلات شناختی ـ رفتاری، دنبال تغییر یا اصلاح شناخت‌ها و ادراک‌هایی است که به مشکل بیمار ربط دارد.

در فهرست درمان‌های «اثبات‌شدهٔ» دارای پشتوانهٔ تجربی، برخی از درمان‌های شناختی ـ رفتاری استرس و دیگر مشکلات بهداشتی دیده می‌شود (به لینک مربوطه در انتهای این فصل مراجعه کنید). در فصل چهاردهم به آموزش مایه‌کوبی علیه استرس برای کنار آمدن با عوامل مولد استرس اشاره کردیم. روان‌شناسان سلامت از این رویکرد دربارهٔ انواع بیماران (برای مثال دربارهٔ بیماران دچار درد مزمن) استفاده می‌کنند. دیگر درمان‌های شناختی ـ رفتاری موثر، درمان‌های مربوط به سردرد، درد، ترک سیگار و پرخوری عصبی است.

درمان شناختی ـ رفتاری از مولفه‌های اصلی درمان دردهای مزمن است (بلانچارد و آندراسیک[1]، ۱۹۸۵؛ مارتین، فورسایت و ریس[2]، ۲۰۰۷؛ نش[3] و دیگران، ۲۰۰۴؛ تورن[4] و دیگران، ۲۰۰۷). برای مثال، درمان بلانچارد و آندراسیک با مولفه‌های روانی تربیتی شروع می‌شود که در آن نکات زیر به شخص مبتلا به سردرد گوشزد می‌شود: (۱) تنش، اضطراب و نگرانی می‌تواند موجب سردرد شود؛ (ب) سردرد علامتی از طرف بدن است که به شخص می‌گوید با استرس به شکل موثری کنار نیامده است؛ (ج) هر وضعیتی می‌تواند به استرس منتهی شود؛ تفسیرها و باورهای ما راجع به وضعیت است که باعث می‌شود استرس ایجاد شود یا نشود؛ و (د) برخی باورها و انتظارات به استرس و سردرد منتهی می‌شود. بیماران در این درمان یاد می‌گیرند فرایندهای فکری خود را از طریق **ثبتِ زیر نظر گرفتن خود** هنگام تنش، نگرانی یا اضطراب تحت نظر بگیرند. در نمودار ۳ ـ ۱۷، نمونه‌ای از ثبتِ زیر نظر گرفتن خود را در خصوص رویدادهای مرتبط با سردرد می‌خوانید. بیماران در هر وضعیت، نشانه‌هایی را که ماشهٔ تنش و اضطراب را می‌چکاند، احساسات بدنی، افکارشان پیش از شروع تنش، درجه‌بندی هیجاناتشان و پاسخ‌های رفتاری‌شان به دورهٔ سردرد (پاسخ‌هایی مثل گوشه‌گیری یا تهاجم) را فهرست‌وار ثبت می‌کنند.

درمانگران هم با این اطلاعات، مداخلات خاصی را طراحی می‌کنند. نخست، رابطهٔ وضعیت‌ها، افکار بیهوده و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری پیدا می‌شود. درمانگر تاکید می‌کند که افکار بیمار نقش مهمی در ایجاد سردرد دارد و باید اصلاح شود. افکار، انتظارات و باورهای «غیرانطباقی» بیمار (که با استرس و سردرد ارتباط دارد) با دقت بررسی و اعتبار و درستی آنها به چالش کشیده می‌شود. برای نمونه، یک استاد دانشگاه ممکن است فکرهایش دربارهٔ ضعیف بودنش (مثل این فکر که «هرگز نمی‌توانم این فصل را بنویسم») آن هم درست قبل از تنش و اضطراب را که به سردرد منتهی می‌شود، گزارش دهد. درمانگر این فکرها را به چالش می‌کشد («آیا واقعاً تا حالا هیچ مقاله یا فصلی ننوشته‌ای؟») و به آن استاد دانشگاه یاد می‌دهد به کمک فکری دیگر و راهبردهای کنار آمدن (زمزمه و تکرار فکرهای انطباقی‌تر مثل «کار دشواری است ولی آن را انجام خواهم داد، همان‌طور که قبلاً انجام داده‌ام»)، زنجیرهٔ وضعیت ← فکر ← سردرد تنشی را مختل کند. در نهایت، همین‌طور که بیمار، این فکرها و روش‌های دیگر کنار آمدن را در زندگی واقعی اجرا می‌کند، درمانگر هم با تشویق، پیشرفت او را تقویت می‌کند.

---

1. Blanchard and Andrasik
2. Martin, Forsyth and Reese
3. Nash
4. Thorn

زمان	وضعیت	حس‌های بدنی	افکار	احساس (۱۰۰ـ۰)	رفتار
۸ صبح	صبحانه، شوهر می‌گوید «پریشان» به نظر می‌رسم		نگرانی دربارهٔ سر وقت رسیدن (برای مثال، اگر دیر برسم، آقای ... می‌فهمد)	اضطراب (۲۵) ناراحتی (۲۰)	با عجله صبحانه خوردن، رها کردن ظرف‌ها در ظرفشویی
۱۰ صبح	تایپ کردن تعداد زیادی نامهٔ فنی	دل‌پیچه پس از نوشیدن قهوه، تنش عضلانی	همه فکر می‌کنند من ابرزن هستم. هیچ کس فکر نمی‌کند برای کارهای دیگر هم وقت می‌خواهم.	اضطراب (۳۰) رنجش (۲۰)	عجله در تایپ کردن، لحن تند در تلفن، استراحت طولانی برای آرام شدن
۱۲ ظهر	جری (همکار و سرپرست من) به ناهار دعوتم می‌کند. با لحن توام با پیشنهاد، دربارهٔ طلاق اخیرش حرف می‌زند.	منگی، سوزش و جزجز سر و صورت، حالت تهوع	جری خیال‌هایی دارد. دوست ندارم امیدوارش کنم، پس چرا اینجا هستم؟ اغواگری می‌کنم؟	اضطراب (۵۰) دستپاچگی (۴۰) آیا این یک احساس است؟	ابراز همدردی و همزمان، نفرت از انگیزهٔ پنهان او. برخورد تند
۲ بعدازظهر	اسپنسر گزارشی طولانی حاوی ۵ جدول به من می‌دهد و می‌خواهد آن را تا ساعت پنج بعدازظهر تایپ کنم.	سردرد ـ در پس سر	لعنتی حتی نپرسید کار دیگری دارم یا نه. تصور گیر کردن اسپنسر در آسانسور. وقتی برای آرامش و استراحت ندارم.	عصبانیت (۶۰) اضطراب (۶۰)	تایپ کردن گزارش، با حواس پرت
۴ بعدازظهر	تایپ کردن گزارش	تشدید سردرد، حالت تهوع	اگر می‌توانستم این‌قدر نشخوار ذهنی نکنم و حواسم را جمع کنم، بیشتر کار می‌کردم.	عصبانیت (۴۰) اضطراب (۵۰)	اصلاح گزارش، گله کردن نزد سوزان، تایپ کردن حروف

نمودار ۳ـ۱۷: نمونه‌ای از ثبتِ زیر نظر گرفتن خود در وضعیت‌های مربوط به سردرد تنشی برگرفته از «رویکرد شناختی ـ رفتاری به تنش تکرارشونده و سردرد میگرنی» نوشتهٔ کی. ال. هالروید و اف. آندراسیک در جلد اول کتاب ***پیشرفت‌ها در تحقیقات و درمان شناختی ـ رفتاری*** ویراستهٔ پی. ایی. کندل.

بازخورد زیستی

بازخورد زیستی، فن مشهوری است و برای عده‌ای، مترادفِ طب رفتاری است. بیماران تحت شرایط خاصی می‌توانند اصلاح فرایندهای فیزیولوژیایی، از قبیل ضربان قلب و فشار خون و امواج مغزی را یاد بگیرند و کنترل کنند.

در بازخورد زیستی از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. اما در مجموع، دستگاهی از طریق علائم شنیداری، لامسه‌ای یا دیداری به بیمار اطلاعاتی می‌دهد که با آن اطلاعات می‌تواند کارکرد فیزیولوژیایی خود (مثل ضربان قلب، فشار خون، درجه حرارت پوست) را زیر نظر بگیرد. نظر بر این است که بیمار با تغییر دادن کارکرد فیزیولوژیایی خود می‌تواند این علائم را اصلاح کند. برای مثال، الکترودهایی روی پیشانی بیماری نصب می‌کنند که سردردهای شدید دارد. الکترودها، انقباض‌های عضلانی ناحیهٔ سر را نشان می‌دهد که تقویت‌شده و به صدا تبدیل می‌شوند. بیمار موظف است این صدا را به‌طور ارادی کم یا حذف کند و به این ترتیب موجب کاهش سردرد خود گردد.

شواهد نشان می‌دهد بازخورد زیستی (در مقایسه با درمان‌نماها) اثربخشی بیشتری دارد (برانون و فیست، ۲۰۱۰). برای مثال در مطالعات بالینیِ کاهش میگرن و سردرد تنشی، درد، فشار خون بالا و کمردرد از بازخوردِ زیستی استفاده شده است. اما چند نکته را نیز باید متذکر شویم. نخست اینکه در برخی موارد، تاثیر بازخوردِ زیستی از تاثیر آرمیدگی بیشتر نیست. این نکته مهم است چون دستگاه بازخورد زیستی گران است و به‌کادر آموزش‌دیده نیاز دارد. بنابراین، هزینه این درمان از بدیل‌های آن، مثل آرمیدگی، بسیار بیشتر است. دوم اینکه چون بازخوردِ زیستی و آرمیدگی معمولاً در قالب یک بستهٔ درمانی واحد ارائه می‌شوند، گاهی اوقات جداکردن تاثیرات این دو فن از یکدیگر سخت است. اما در این زمینه مطالعاتی انجام و گزارش شده است که بازخوردِ زیستی، به‌ویژه برای کسانی که به فنون آرمیدگی جواب نمی‌دهند، تاثیرات مثبت مستقل دارد (لرر، کار، سارگوناراج و وولفولک[1]، ۱۹۹۴).

اما هنوز بسیاری از منتقدان در مورد موقعیت علمی بازخوردِ زیستی قانع نشده‌اند. عده‌ای به اظهارات فرقه‌ای، دمدمی و تبلیغی مجریان و طرفداران این فن، ظنین هستند. در برخی موارد هم بازخوردِ زیستی مثل دارونما عمل می‌کند. گاهی اوقات بازخوردِ زیستی به خودی خود فواید درمانی ندارد، بلکه موثر بودن آن به بسته‌ای برمی‌گردد که آرمیدگی و راهبردهای شناختی هم جزء آن است؛ و اگر از این بستهٔ درمانی جدا شود، تاثیرگذاری آن از بین می‌رود. اما می‌تواند به بیمار نشان دهد که خودتنظیم‌گری امکان‌پذیر است. البته این احتمال وجود دارد که بازخوردِ زیستی در درمانگاه از آزمایشگاه بهتر عمل کند چون در درمانگاه از دستگاه بازخوردِ زیستی در کنار رابطهٔ بالینی و فنونِ درمان‌بخش دیگر استفاده می‌شود. بازخورد زیستی در حداقل شکل خود، فن مفیدی است برای آنکه بیماران را بر علائم بدنی و معنای این علائم واقف می‌کند.

پیشگیری از مشکلات سلامتی

تقریباً همه قبول دارند که با تمرین زیاد چند رفتار ساده می‌توانیم تا حد زیادی از بدبختی انسان و پول عظیمی که صرف مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، کم کنیم. این چند رفتار ساده عبارت است از: کاهش مصرف نمک و غذاهای چرب، رانندگی درست و بستن کمربند ایمنی، ورزش منظم، سیگار نکشیدن و کاهش اضطراب. اما توصیه کجا و انجام دادن این چند رفتار توسط مردم کجا. به همین دلیل هم روان‌شناسان، دیگر متخصصان رفتاری و پزشکان این همه تحقیق انجام می‌دهند تا بفهمند چطور با رفتارهای بالقوه مضر انسان برخورد کرده و چطور از آنها پیشگیری کنند. در این قسمت، تلاش‌های پیشگیرانه به‌عمل‌آمده در برخی حوزه‌های مربوط به سلامتی، مثل سیگار کشیدن، سوءمصرف الکل و کنترل وزن را توضیح می‌دهیم.

سیگار کشیدن

افزایش آگاهی از خطرات سیگار کشیدن از اواسط دههٔ ۱۹۶۰، به کاهش درصد امریکایی‌هایی منتهی شده است که عادت دارند سیگار بکشند. اما میزان سیگار کشیدن به جنسیت، سطح

1. Lehrer, Carr, Sargunaraj and Woolfolk

تحصیلات و میزان درآمد بستگی دارد. طبق نظر مراکز کنترل بیماری، تخمین زده می‌شود که ۲۰ درصد نوجوانان دبیرستانی در یک دورهٔ ۳۰ روزه، دست‌کم یک نخ سیگار کشیده‌اند؛ اطلاعات دربارهٔ بزرگسالان هم از این حکایت دارد که ۲۳ درصد مردها و ۱۸ درصد زن‌های بالای ۱۸ سال سیگار می‌کشند (پلایس[1] و دیگران، ۲۰۱۰). تعداد سیگاری‌های بزرگسال در گروه‌هایی مثل بزرگسالان جوان‌تر (۴۴ تا ۱۸ ساله؛ ۲۳ درصد)، در کسانی که مدرک دیپلم به پایین داشتند (۲۹ درصد)، در کسانی که درآمد خانوادگی آنها ۳۵ هزار دلار یا کمتر است (۲۸ درصد) و در میان مردان سفیدپوست (۲۵ درصد) بیشتر بود.

بین سیگار کشیدن و خطر ابتلا به بیماری قلبی‌عروقی و سرطان که هر دو از دلایل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده امریکا است، رابطه هست. سیگار کشیدن، احتمال مرگ زودهنگام بر اثر بیماری‌هایی از قبیل بیماری قلبی‌عروقی، سرطان ریه، آمفیزم و برونشیت را بالا می‌برد، ولی مردم همچنان سیگار می‌کشند. چرا؟ دلایل احتمالی آن، کنترل تنش و فشار اجتماعی، کنترل وزن، سرکشی، اعتیادآور بودن نیکوتین و صفات شخصیتی ژنتیکی، مثل برون‌گرایی است (برانون و فیست، ۲۰۱۰). کنترل تنش، کنترل وزن، وراثت و فشار اجتماعی از جمله دلایل شروع سیگار کشیدن هستند و سرکشی، اعتیاد و شخصیت، جزء عوامل نگه دارنده و تداوم‌بخش آن.

برای واداشتن مردم به ترک سیگار از فنون مختلفی، مثل برنامه‌های تربیتی، بیزاری‌درمانی (برای مثال، سریع سیگار کشیدن)، قراردادهای رفتاری، طب سوزنی، مداخلات دارویی، شناخت‌درمانی و حمایت گروهی استفاده شده است (برانون و فیست، ۲۰۱۰). اما میزان بازگشت بالا است (۸۰ تا ۷۰ درصد) و یافته‌ها در خصوص رویکرد تربیتی، در بهترین حالت آن، متناقض است. بیشتر سیگاری‌ها به میل و ارادهٔ خود، سیگار را ترک می‌کنند.

کادر ۳ ـ ۱۷: تمرکز روی مسائل حرفه‌ای: قومیت و نتایج سرطان

بررسی شیوع و میزان مرگ و میر بر اثر سرطان‌های رایج در میان اقوام مختلف از برخی تفاوت‌های جالب خبر می‌دهد (مایروویتز، ریچاردسن، هادسن و لیدهم[2]، ۱۹۸۸).

در مجموع بالاترین میزان شیوع مرگ و میر در میان امریکایی‌های افریقایی‌تبار دیده می‌شود و کمترین میزان در میان لاتین‌تباران، چینی‌تباران و بومیان امریکا. اما میزان شیوع و مرگ و میر، به جنسیت و محل آناتومیک سرطان هم بستگی دارد. بنابراین، نتیجه گیری کلی بر اساس قومیت، سخت است.

اما سرطان پستان در میان زنان، تناقض جالبی را نشان می‌دهد. از یک طرف، شیوع سرطان پستان در میان زنان امریکایی افریقایی‌تبار از شیوع آن در زنان امریکایی سفیدپوست کمتر است. از طرفی، میزان مرگ و میر آنان بر اثر سرطان پستان از میزان مرگ و میر سفیدپوستان بیشتر است. برای این تناقض، دلایل مختلفی می‌توان آورد از جمله بالاتر بودن میزان مرگ و میر در زن‌های امریکایی افریقایی‌تبار، محرومیت اجتماعی و اقتصادی نسبی این زنان، مشکلات و موانع آنها برای درمان و آسیب‌پذیری زیست‌شناختی در برابر سرطان پستان در سنین پایین‌تر.

نیومن و دیگران (۲۰۰۶) برای بررسی اینکه آیا محرومیت اجتماعی ـ اقتصادی و دسترسی ناکافی به مراقبت‌های بهداشتی، این تفاوت در مرگ و میر زنان امریکایی افریقایی‌تبار بر اثر سرطان پستان را توضیح می‌دهد یا نه، مطالعاتی را فراتحلیل کردند که اطلاعاتی دربارهٔ مرگ و میر بر اثر سرطان پستان و عوامل اجتماعی ـ اقتصادی مربوط به ۱۴۰۰۰ زن امریکایی افریقایی‌تبار و ۷۶۰۰۰ زن امریکایی سفیدپوست می‌داد. به این ترتیب توانستند ضمن کنترل تفاوت‌های اجتماعی ـ اقتصادی این دو گروه، آنها را مقایسه کنند. فراتحلیل آنها چند یافتهٔ جالب داشت. نخست اینکه مثل محققان قبلی فهمیدند زنان امریکایی افریقایی‌تبار به طرز معناداری بیشتر از زنان امریکایی سفیدپوست احتمال دارد به سرطان مبتلا شوند. دوم اینکه تفاوت یادشده حتی پس از کنترل عوامل اجتماعی ـ اقتصادی، همچنان معنادار بود. این نتایج از آن جهت جالب بود که نشان می‌داد به صرف تفاوت‌های اجتماعی ـ اقتصادی نمی‌توانیم بالا بودن مرگ و میر زنان امریکایی افریقایی‌تبار بر اثر سرطان پستان را توضیح دهیم. درباره تاثیر عوامل محیطی و فرهنگی در میزان مرگ و میر باید تحقیقات بیشتری صورت گیرد، ولی این نتایج نشان می‌دهد که باید تحقیقات بیشتری دربارهٔ زیست‌شناسی تومور پستان به عنوان عامل خطر انجام شود.

1. Pleis
2. Meyerowitz, Richardson, Hudson and Leedham

به نظر می‌رسد بهترین رویکرد، پیشگیری در همان نقطهٔ شروع باشد. متاسفانه تربیت (برای مثال، پیام‌های هشداردهندهٔ درج شده روی پاکت سیگار) به تنهایی نمی‌تواند جوانان را از سیگار کشیدن بازدارد. موثرتر آن است که بر پیامدهای منفی فوری تمرکز کنیم نه بر پیامدهای منفی با تأخیر، دربارهٔ نفوذ اجتماعی/ همسالان اطلاعات بدهیم، امتناع‌آموزی کنیم و احساس خودتاثیرگذاری را بالا ببریم (لاتوره، کیارادیا و ریتچیاردی[1]، ۲۰۰۵).

یکی از اولین برنامه‌های پیشگیری دلگرم‌کنندهٔ چندمولفه‌ای، اصول یادگیری اجتماعی و الگوبرداری از همسالان را روی کودکان و نوجوانان اجرامی‌کرد (اوَنز[2]، ۱۹۷۶). فیلم‌های ویدیویی، الگوبرداری از همسالان، گروه‌های بحث، نقش بازی کردن، زیر نظر گرفتن سیگار کشیدن و وارسی مکرر نگرش‌ها و دانش دربارهٔ سیگار کشیدن، همگی در موردکودکان دبستانی به کار گرفته شد. گویا این رویکرد به رویکردی برتری داشت که نوجوانان را روی اثرات منفی بلندمدت سیگار کشیدن متمرکز می‌کرد. این رویکرد بر پیامدهای منفی فوری سیگار کشیدن (مثلاً برای همسالان) تمرکز می‌کرد تا پیامدهای با تأخیر (مثلاً آمفیزم). در برنامه‌های جدیدتر، این مولفه‌ها با بخش‌هایی همراه می‌شود که هدفشان تحلیل آن چیزی است که کودکان و نوجوانان را به شروع سیگار کشیدن وامی‌دارد و امتناع‌آموزی در خصوص فشار همسالان برای سیگار کشیدن (لاتوره و دیگران، ۲۰۰۵).

سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل

تخمین زده می‌شود که حدود ۷۴ تا ۷۰ درصد نوجوانان [امریکایی] قبل از دیپلم گرفتن، مصرف الکل را امتحان می‌کنند؛ بیش از ۴ درصد نوجوانان دبیرستانی هم ظرف یک ماه گذشته الکل مصرف کرده‌اند و ۶۱ درصد مردان بزرگسال و ۴۳ درصد زنان بزرگسال ایالت متحده امریکا مرتب مشروبات الکلی مصرف می‌کنند (پلایس و دیگران، ۲۰۱۰). بالاترین میزان مصرف منظم الکل در میان بزرگسالان، مربوط به افراد دارای مدرک کارشناسی به بالا (۶۴ درصد)، کسانی که درآمد خانوادگی ۱۰۰۰۰۰ دلار به بالا (۶۷ درصد) دارند و مردان سفیدپوست (۶۶ درصد) است. برخی مطالعات از فایدهٔ بهداشتی الکل برای کسانی خبر می‌دهد که آن را کم یا در حد متوسط مصرف می‌کنند، ولی مصرف الکل، پیامدهایی منفی هم دارد. مصرف شدید الکل، با افزایش خطر آسیب کبدی و عصبی، برخی شکل‌های سرطان، مشکلات قلبی‌عروقی، سندرم جنین الکلی، پرخاشگری فیزیکی، خودکشی، تصادف و خشونت همراه است (برانون و فیست، ۲۰۱۰). این فهرست بلندِ مشکلات مرتبط با مصرف الکل، درمان و پیشگیری از سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل (یا اعتیاد به الکل) را جزء اولویت‌ها قرار داده است.

در سال‌های گذشته، رویکردهای درمانی زیادی درباره مشروبخورهای مشکل‌دار به‌کار رفته است؛ بیشتر این رویکردها هم دنبال ترک کامل هستند. این رویکردها، درمان‌های پزشکی و داروهایی مثل دیسولفیرام (آنت اِبیوز) و نالتروکسن، تا روان‌درمانگری سنتی و راهبردهای حمایت گروهی، از قبیل شرکت در گروه الکلی‌های گمنام را شامل می‌شود. اما اعتیاد به الکل تقریباً در برابر تمام مداخلات، مقاوم است و میزان بازگشت آن بالا است.

رویکرد بحث‌برانگیزتر دربارهٔ درمان مشکلات مربوط به مصرف الکل، ***مشروبخوری کنترل‌شده*** است (سوبل و سوبل[3]، ۱۹۷۸). همان‌طور که نام این رویکرد نشان می‌دهد، هدفش مشروبخوری (کنترل‌شدهٔ) سبک تا متوسط است. پاسخ‌های دیگری را هم در زمینهٔ کنار آمدن به مراجعان یاد می‌دهد (پاسخی جز مشروب خوردن). در ضمن آنها باید مصرف مشروب خود را زیر نظر بگیرند. این حوزه به دلیل مزیت‌های این رویکرد، تقسیم شده است ولی تحقیقات نشان می‌دهد مشروبخوری کنترل‌شده را می‌توان روی *برخی* از الکلی‌ها اجرا کرد (وزارت بهداشت و خدمات انسانی امریکا، ۲۰۰۰). در بسیاری از برنامه‌های درمان مصرف الکل، آموزش ***پیشگیری از***

1. LaTorre, Chiaradia and Ricciardi
2. Evans
3. Sobell and Sobell

بازگشت هم وجود دارد (مارلات و گوردون[1]، ۱۹۸۵). بیشتر مراجعانی که به دلیل مشکلات مرتبط با الکل، تحت درمان قرار می‌گیرند کمی پس از درمان، یک دورهٔ بازگشت را می‌گذرانند. در این آموزش، به مراجعان یاد می‌دهند به جای آنکه بازگشت را شکست در نظر بگیرند (که علامت عنقریب بودن بازگشت کامل است)، به‌کمک برخی مهارت‌ها و کنار آمدن‌ها، احتمال بازگشت کامل در وضعیت‌های «پرخطر» را کم کنند.

سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل، دو مشکل پیچیده‌اند که راهبردهای درمانی چندبُعدی می‌خواهند. به دلیل مشکلات رویکردهای دوم و سوم به درمان یا پیشگیری، تعداد متخصصانی در حال افزایش است که به پیشگیری اولیه در خصوص مشروبخوری مشکل‌دار رومی‌آورند. برنامه‌های مربوط به مشروب و سوءمصرف دارو، شبیه برنامه‌های طراحی‌شده برای پیشگیری از سیگار کشیدن نوجوانان است. این برنامه‌ها غالباً به صورت دروس بهداشت در دبیرستان‌ها و تبلیغات رسانه‌ای اجرا می‌شود. برنامه‌های مدرسه‌ای معمولاً یک یا چند مورد از این مولفه‌ها را دارد: تربیت عاطفی (عزت‌نفس‌سازی، افزایش مهارت‌های تصمیم‌سازی)؛ مهارت‌های زندگی (مهارت‌های ارتباطی، جرئت‌آموزی، مقاومت‌آموزی)؛ و اصلاح ادراکات غلط درباره هنجارهای همسالان (فاکس‌کرافت و تسرتسوادز[2]، ۲۰۱۱). تاثیرگذاری این برنامه بسیار متفاوت است و حدود نیمی از مطالعات مهم و بزرگ‌صورت‌گرفته دربارهٔ این برنامه از تاثیرات معناداری خبر می‌دهد که از برنامه‌های درسی معمول مدارس دربارهٔ الکل و تاثیرات الکل فراتر است (فاکس‌کرافت و تسرتسوادز، ۲۰۱۱).

چاقی

درمان چاقی از درمان هر مشکل دیگری رایج‌تر است. یک دلیلش هم این است که چاقی با اختلالاتی همچون دیابت، فشار خون بالا، بیماری قلبی‌عروقی و برخی سرطان‌ها رابطه دارد (برانون و فیست، ۲۰۱۰). همچنین از لحاظ اجتماعی خجالت‌آور است و به خودپندارهٔ شخص آسیب می‌رساند و کارکرد او در بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کند.

تخمین زده می‌شود که بیش از ۶۲ درصد بزرگسالان ایالات متحده امریکا، اضافه‌وزن داشته باشند و ۲۷ درصد آنها واجد ملاک‌های چاقی باشند؛ یعنی شاخص تودهٔ بدن آنها ۳۰ به بالا است (پلایس و دیگران، ۲۰۱۰). مشکلات وزن معمولاً به کودکی برمی‌گردد: ۲۰ درصد همهٔ کودکان، چاق هستند (مرکز ملی آمار سلامتی، ۲۰۱۱) و ۸۰ درصد این کودکان، به بزرگسالان چاق تبدیل می‌شوند.

چاقی، مولفه ژنتیکی هم دارد (وادن، براونل و فاستر[3]، ۲۰۰۲)، ولی علل چاقی تردیدی به جا نمی‌گذارند که چاقی محصول تعاملات پیچیدهٔ عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و رفتاری است و مشخص کردن دقیق سازوکارهای آن سخت است. افزایش شیوع چاقی ظاهراً بیشتر تابع تغییر در عادات غذایی و سطح فعالیت است تا تابع حوضچهٔ ژنتیکی (وادن و دیگران، ۲۰۰۲). روش‌های پزشکی سنتی و رژیم‌های غذایی، خیلی موثر نبوده است؛ چاق‌ها با این روش‌ها وزن کم می‌کنند، ولی وزن ازدست‌رفته به سرعت برمی‌گردد؛ وانگهی میزان رها کردن برنامه‌های سنتی کنترل وزن، بالا است. در بیشتر برنامه‌های اصلاح رفتار، مولفه‌هایی وجود دارد که هدف‌شان محدود کردن مصرف برخی غذاها، آموزش زمان و شرایط غذا خوردن، ورزش منظم و ادامه دادن الگوهای غذایی اصلاح شده، پس از اتمام برنامه است. سرانجام اینکه درمان‌های دارویی و جراحی چاقی هم در حال افزایش است (وادن و دیگران، ۲۰۰۲).

اما باید دوباره متذکر شویم که پیشگیری اولیه، بهترین و امن‌ترین راه برای کنترل وزن است. نمونهٔ عالی و کلاسیک این رویکرد، طرح چاقی نوجوانان استنفورد است (کوتز و تورسن[4]، ۱۹۸۱). در این طرح، راهبردهای مختلفی روی نوجوانان اجرا شد به امید آنکه کنترل وزن در این سن به پیشگیری از چاقی در بزرگسالی منتهی شود. راهبردهای استفاده‌شده در این طرح، شامل مشاهدهٔ خود، حذف نشانه و حمایت اجتماعی و خانوادگی بود. وقتی پدر و مادرها هم دخالت می‌کردند،

1. Marlatt and Gordon
2. Foxcroft and Tsertsvadze
3. Wadden, Brownell and Foster
4. Coates and Thorsen

تاثیرگذاری مداخلات بیشتر می‌شد. بسیاری از محققان، امکان بحث گروهی همسالان را در نظر دارند. نتیجه‌پژوهی ده‌سالهٔ یک درمان رفتاری خانواده‌بنیاد دربارهٔ چاقی دوران کودکی نشان می‌دهد مداخلهٔ زودهنگام در کودکی می‌تواند تاثیر مهمی به جا گذارد و تغییرات وزنی ماندگاری در پی داشته باشد (اپستاین، والوسکی، وینگ و مکورلی[1]، ۱۹۹۴).

دو فراتحلیل جدید دربارهٔ برنامه‌های پیشگیری از چاقی مدرسه‌بنیاد هم نشان داده است مولفه‌های زیر بیشترین احتمال مفید بودن برای کودکان و نوجوانان را دارد: (الف) اصلاح محیط خانه از لحاظ دسترسی به غذا، افزایش دسترسی به فعالیت بدنی و ارائه الگوهای درست غذا خوردن؛ (ب) کم کردن میزان تماشای تلویزیون؛ (ج) اصلاح خط‌مشی‌های مدرسه و محیط فیزیکی مدرسه برای حمایت از رژیم‌های غذایی اصلاح‌شده (مثل ممنوع کردن مصرف نوشابه) و تشویق بچه‌ها به فعالیت بدنی؛ و (د) آموزش کلاسی رژیم غذایی خوب (کاتس، اُکانل، انجیکی، یه و ناواز[2]، ۲۰۰۸؛ کروپسکی، ککلی و ینسن[3]، ۲۰۰۸).

دیگر کاربردها

درمان و پیشگیری‌ها باید با فنونی تکمیل شود که مراجعان را تشویق می‌کنند با روش‌های پزشکی و توصیه‌های پزشکی کنار بیایند.

کنار آمدن با اقدامات پزشکی

در انتظار جراحی بودن، ملاقات با دندانپزشک و انواع معاینات پزشکی کافی است تا حتی قوی‌ترین افراد بترسند. بسیاری از بیماران در مقابل این اوضاع، ملاقات خود با پزشک را به تعویق می‌اندازند یا حتی از آن صرف‌نظر می‌کنند. روان‌شناسان سلامت و طب اطفال که متخصص طب رفتاری هستند، برای کنار آمدن بیماران با اقدامات پراسترس یادشده، مداخلاتی دارند.

معاینات و اقدامات پزشکی . برخی از مداخلات و معاینات پزشکی، خیلی استرس دارند. اما بیمار بدون این معاینات و مداخلات ممکن است از تشخیص صحیح یا حتی مداخلاتی محروم شود که سلامتی او را تامین می‌کنند. یک نمونهٔ این معاینات و اقدامات پراسترس، سیگموئیدبینی است که هدفش معاینه جدار مخاطی روده است تا احتمال رشد و نمود آسیب‌گون در ۲۵ سانتی‌مترِ آخر کولون بررسی شود. به این ترتیب می‌توانیم سرطان کولون را در همان شروع، کشف و از آن پیشگیری کنیم. اما این معاینه برای بسیاری از بیماران، پراسترس است. در این معاینه، یک اسکوپ وارد کولون می‌شود. این اقدام تا حدودی موجب کشیدگی رودهٔ بزرگ می‌شود. این روش خیلی دردناک یا خطرناک نیست، ولی خیلی از بیماران را عصبی و شرمگین می‌کند. مداخلاتی ابداع شده تا بیماران با استرس این اقدام و اقدامات مشابه کنار آیند. برای مثال، راهنمایی‌های کوتاهی صورت می‌گیرد تا بیمار بداند قرار است چه عملی صورت گیرد.

چه نوع اطلاعاتی بیشتر احتمال دارد در کنار آمدن با اقدامات پزشکی پراسترس به بیماران کمک کند؟ معمولاً *اطلاعات اقدامی* (توصیف آنچه قرار است صورت گیرد) و *اطلاعات حسی* (توصیف حس‌ها) را از هم جدا می‌کنند. مرور مطالعات مربوطه نشان می‌دهد آماده‌سازی اقدامی، در کاهش عاطفه، گزارش درد و دیگر ناراحتی‌ها از آماده‌سازی حسی مهم‌تر است، ولی اگر آماده‌سازی حسی چاشنی آن شود، موثرتر خواهد بود (برای مثال، یانیسته، هیز و فون بایر[4]، ۲۰۰۷؛ سالس و وان[5]، ۱۹۸۹).

علاوه بر مداخلات اطلاعاتی، شواهد از این حکایت دارند که مداخلات رفتاری هم در برخی وضعیت‌ها مفید است. برای مثال در درمان سرطان از سیاهرگ شکافی خیلی استفاده می‌شود و این روش برای کودکان مبتلا به سرطان، پدر و مادرها و پرستاران مجری این روش، عذاب‌آور است (مَن[6] و دیگران، ۱۹۹۰). مَن و همکارانش برای کاهش عذاب این روش،

1. Epstein, Valoski, Wing and McCurley
2. Katz, O'Connell, Njike, Yeh and Nawaz
3. Kropski, Keckley and Jenson
4. Jaaniste, Hayes and Von Baeyer
5. Suls and Wan
6. Manne

مداخله‌ای رفتاری ابداع کردند. مولفه‌های آن عبارت است از: پرت کردن توجه (به کمک سوت‌سوتک)، آرام نفس کشیدن، تقویت مثبت (برای مثال، برچسب گرفتن در صورت همکاری) و مربیگری والدین. محققان متوجه شدند این بستهٔ مداخلاتی تا حد زیادی از ناراحتی رفتاری کودکان، اضطراب والدین و درجه‌بندی والدین از درد فرزندشان کم می‌کرد. اما جالب این است که بستهٔ مداخلاتی یادشده از گزارش درد توسط کودکان به‌طور معناداری کم نمی‌کرد.

آمادگی برای جراحی . تحقیقات زیادی هم دربارهٔ روش‌های آماده‌سازی روانی برای عمل جراحی صورت گرفته است. مداخلات در این زمینه، مثل مداخلات مورد استفاده برای معاینات و اقدامات پزشکی، عبارت است از: (الف) راهبردهای آرمیدگی، (ب) ارائه اطلاعات بنیادی در زمینه اقدامات؛ (ج) ارائه اطلاعات دربارهٔ حس‌های بدنی هنگام اجرای اقدامات، و (د) مهارت‌های کنار آمدن شناختی (برانون و فیست، ۲۰۱۰). برای نمونه، ویلسون (۱۹۸۱) مطالعه‌ای به خوبی کنترل‌شده انجام داد که در آن آموزش فشردهٔ آرمیدگی اجرا می‌شد. این مداخلهٔ مبتنی بر آرمیدگی که روی نمونه‌ای متشکل از ۷۰۰ بیماری اجرا شد که تحت عمل جراحی برداشتن کیسهٔ صفرا یا برداشتن رحم از دیوارهٔ شکم قرار گرفته بودند، نه‌تنها از تعداد روزهای بستری این بیماران کم کرد، بلکه خودگزارشی‌ها و داده‌های فیزیولوژیایی آنها را بهبود بخشید.

از فن دیگری هم دربارهٔ کودکانی استفاده شد که قرار بود تحت عمل جراحی قرار گیرند. معلوم شده است که نمایش فیلمِ شخصی که ***الگوی کنار آمدن*** است، به‌طور معناداری از واکنش‌های هیجانی کودکان هنگام حضور در بیمارستان کم می‌کند (مِلامد و سیگل[1]، ۱۹۷۵). در این فیلم، الگو نشان می‌دهد که به نحو موفقیت‌آمیزی با اقدام پزشکی کنار می‌آید. کسانی که قبل از عمل جراحی فیلم را می‌دیدند، اضطراب کمتری داشتند و پس از آن هم مشکلات رفتاری کمتری پیدا می‌کردند. در مجموع، موثرترین مداخلات الگوبرداری، شامل الگوهایی می‌شود که (الف) تحت همان اقدامی قرار می‌گیرد که شخص هدف قرار است تحت آن قرار گیرد، (ب) در آغاز راجع به آن اقدام اضطراب دارد و (ج) به طرز موفقیت‌آمیزی با اضطراب و آن اقدام کنار می‌آید (برانون و فیست، ۲۰۱۰).

رعایت رژیم‌ها

با وجود در دسترس بودن راهبردهای مداخلاتی، همچنان این حقیقت باقی می‌ماند که بسیاری با مداخلات همکاری نمی‌کنند یا رفتار جدیدشان را برای مدت معناداری ادامه نمی‌دهند. تخمین زده می‌شود که ۵۰ درصد بیماران، توصیه‌های پزشکی و بهداشتی را رعایت می‌کنند (برانون و فیست، ۲۰۱۰)، هرچند نشانه‌هایی وجود دارد که میزان عدم رعایت کمتر شده است. در حقیقت، راهبردهای برنامه‌های موفق باید شرایطی فراهم آورد که بیماران، مداخلات را رعایت کنند و در بلندمدت ادامه دهند. آنها باید عوامل رفتاری و روانی‌اجتماعی را در نظر بگیرند.

پیش‌بینی‌کننده‌های همکاری و رعایت بیمار، به چهار گروه تقسیم می‌شود: خصوصیات بیماری، خصوصیات شخص بیمار، عوامل محیطی و تعامل درمانگر ـ بیمار (برانون و فیست، ۲۰۱۰). در جدول ۲ـ۱۷، خلاصه‌ای از یافته‌های مربوط به رابطهٔ این عوامل با همکاری و رعایت مداخلات توسط بیماران را می‌خوانید.

روش‌های تربیتی و آموزشی، توفیق خاصی در افزایش همکاری و رعایت مداخلات نداشته‌اند ولی مداخلات رفتاری، موفق‌تر بوده است (برانون و فیست، ۲۰۱۰). برای نمونه، دیماتئو و دی‌نیکولا[2] (۱۹۸۲) برای افزایش همکاری و رعایت مداخلات از سوی بیماران، چند راهبرد کلی پیشنهاد کرده‌اند:

۱. استفاده از مشوق به عنوان یادآور (برای مثال، مصرف دارو پیش از هر وعدهٔ غذایی، تلفن زدن اشخاص مسئول).
۲. هماهنگ کردن رژیمِ درمانی با برنامه و سبک زندگی بیمار.
۳. استفاده از قراردادهای کتبی که وعده می‌دهند در صورت رعایت دستورالعمل‌های درمانی، بیمار پاداش خواهد گرفت.

---

1. Melamed and Siegel
2. DiMatteo and DiNicola

جدول ۲ ـ ۱۷: خلاصهٔ یافته‌های مربوط به نقش خصوصیات بیماری، خصوصیات شخص بیمار، عوامل محیطی و تعامل درمانگر ـ بیمار در همکاری او و رعایت مداخلات

	یافته‌ها
۱. خصوصیات بیماری	
الف. شدت بیماری	
اختلال بیماری در ظاهر	افزایش همکاری و رعایت
مرور تعداد زیادی از اختلالات	عدم رابطه
ادراک بیمار از شدت	ارتباط شدید با همکاری و رعایت
درد بیماری	افزایش همکاری و رعایت
ب. تاثیرات جانبی دارو	
تاثیرات جانبی داروهای اچ‌آی‌وی	کاهش همکاری و رعایت
ج. اقدامات پیچیدهٔ درمانی	
بالا بردن دُزها	کاهش همکاری و رعایت
۲. عوامل شخصی	
الف. بالا رفتن سن	
بزرگسالان	
سالمند	رابطهٔ منحنی‌وار
کهنسال	کاهش همکاری و رعایت
نوجوانان	
جوانان	کاهش همکاری و رعایت
ب. جنسیت	
رعایت قراردادهای ملاقات پزشکی	برابری مردها و زن‌ها
مصرف دارو	برابری مردها و زن‌ها
رژیم غذایی سالم	همکاری و رعایت بیشتر زن‌ها
ج. الگوهای شخصیتی	
شخصیت نافرمان	وضعیت و نه شخصیت، بر همکاری و رعایت تاثیر می‌گذارد
د. عوامل هیجانی	
رویدادهای پراسترس زندگی	کاهش همکاری و رعایت
وظیفه‌شناسی	افزایش همکاری و رعایت
افسردگی	کاهش همکاری و رعایت
خوشبینی	افزایش همکاری و رعایت
هـ. باورهای شخصی	
خودتاثیرگذاری	افزایش همکاری و رعایت
باورمندی به موثر بودن درمان	افزایش همکاری و رعایت
اعتماد نداشتن به درمان	کاهش همکاری و رعایت
احساس کنترل	افزایش همکاری و رعایت

ادامه جدول در صفحه بعد

۳. عوامل محیطی	
الف. عوامل اقتصادی	
درآمد پایین	کاهش همکاری و رعایت
عدم پوشش تمام هزینه‌های دارویی توسط بیمه	کاهش تهیهٔ اقلام نسخه و تمدید آن
ب. حمایت اجتماعی	
حمایت اجتماعی کم در میان نوجوانان	کاهش همکاری و رعایت
تنها زندگی کردن	کاهش همکاری و رعایت
حمایت شدن بر اثر رفتارهای بهداشتی خاص	افزایش همکاری و رعایت
ج. هنجارهای اجتماعی	
باورمندی به شفادهندگان سنتی	کاهش همکاری و رعایت
پذیرش فرهنگ غربی	افزایش همکاری و رعایت
اعتماد فرهنگ به پزشکان	افزایش همکاری و رعایت
تصور قالبی امریکایی‌های افریقایی‌تبار و بیماران کم‌درآمد	کاهش همکاری و رعایت
	کاهش همکاری و رعایت
۴. تعامل درمانگر/ بیمار	
الف. ارتباط کلامی	
ارتباط کلامی ضعیف	کاهش همکاری و رعایت
قطع کردن حرف بیماران	کاهش همکاری و رعایت
توافق بر سر درمان	افزایش همکاری و رعایت
دریافت نکردن اطلاعات مورد نظر	کاهش همکاری و رعایت
مشکلات مربوط به زبان یا اصطلاحات	کاهش همکاری و رعایت
ب. خصوصیات شخصی درمانگر	
اعتماد بیمار به قابلیت پزشک	افزایش همکاری و رعایت
مهربانی	افزایش همکاری و رعایت
بی‌احترامی درمانگر	کاهش همکاری و رعایت
جنسیت	پزشکان زن اطلاعات بیشتری می‌دهند

منبع: ال. برانون و جی. فیست (۲۰۱۰). ***روان‌شناسی سلامت : مقدمه‌ای بر رفتار و سلامتی***. (ویراست هفتم)، صص ۸۶ـ۸۴.

مسیرهای آینده

روان‌شناسی سلامت، طب رفتاری و روان‌شناسی طب اطفال، رشته‌های در حال توسعه‌ای است که هر سال روان‌شناسان بیشتری وارد آنها می‌شود. در قسمت آخر این فصل، برخی از روندهای مراقبت‌های بهداشتی، مسائل آموزشی روان‌شناسان آینده و مسائل مهم آینده این رشته‌ها را توضیح خواهیم داد.

روندهای مراقبت بهداشتی

امروزه تقریباً ۹۰ درصد امریکایی‌ها به نوعی زیر نظر طرح مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده هستند. در نظام مراقبت مدیریت‌شده، مهار هزینه‌ها بسیار مهم است. در فصل‌های قبل، تاثیر زیاد مراقبت مدیریت‌شده و تاثیر آن بر روان‌شناسان بالینی را توضیح دادیم. البته تاثیر آن بر روان‌شناسی بالینی از این هم بیشتر می‌شود؛ چون روان‌شناسان بالینی عمدتاً در

مراکز پزشکی یا محیط‌های مراقبت اولیه کار می‌کنند. روان‌شناسان بالینی به دلیل آموزشی که دیده‌اند، می‌توانند مداخلاتی انجام دهند که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کم کند (برانون و فیست، ۲۰۱۰). همین‌طور که متولیان کسب و کار و صنعت می‌فهمند که نباید کارکنانی را استخدام کنند که عادات و سبک زندگی آنها سرمنشأ غیبت کردن، ناکارایی و نقل و انتقال آنان می‌شود، از مهارت‌های روان‌شناسان سلامت، بهرهٔ بیشتری خواهند گرفت.

یکی از راه‌های پی بردن به روندهای آیندهٔ بهداشتی، نظر انداختن به مجموعه اهداف و مقاصد دولت ایالت متحده امریکا برای بهبود اوضاع سلامتی در ۱۰ سال آینده است. جدیدترین نسخهٔ اولویت‌ها، با عنوان *مردم سالم ۲۰۲۰* (وزارت بهداشت امریکا، ۲۰۱۰)، چهار هدف فراگیر را برمی‌شمرد: (الف) بهبود وضعیت سلامتی؛ (ب) حذف اختلافات و نابرابری‌های بهداشتی؛ (ج) ایجاد محیط‌های فیزیکی و اجتماعی که سلامتی را ارتقا می‌دهد؛ و (د) ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی در تمام مراحل رشد انسان. در میان این چهار هدف فراگیر، اهداف (ب) و (ج)، جدیدتر هستند و نشان‌دهندهٔ افزایش تنوع در ایالات متحده امریکا و پی بردن هرچه بیشتر به این موضوع است که عوامل متعددی بر سلامتی تاثیر می‌گذارد (عواملی مثل زیست‌شناسی/ژنتیک، رفتار و انتخاب‌های فرد، هزینه‌های خدمات بهداشتی و در دسترس بودن این خدمات، عوامل اجتماعی و سیاست‌های بهداشتی).

اما این اولویت‌ها و روندهای بهداشتی چطور بر رشتهٔ روان‌شناسی سلامت تاثیر می‌گذارد؟ در اینجا به چند تاثیر احتمالی اشاره خواهیم کرد.

- امروز درصد بیشتری از امریکایی‌ها، ۶۵ ساله یا بزرگ‌تر هستند و امید به زندگی از هر زمان دیگری بالاتر است (> ۷۷ سال). این نشان می‌دهد که روان‌شناسان سلامت روز به روز در تحقیقات و خدمات مربوط به این جمعیت، بیشتر به خدمت گرفته می‌شوند.
- همان‌طور که بارها در این کتاب متذکر شدیم، هزینهٔ مراقبت‌های بهداشتی کماکان در حال افزایش است. شاید این مهم‌ترین دلیل اختلافات و نابرابری‌های موجود در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باشد. روان‌شناسان سلامت احتمالاً درگیر مسئلهٔ بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و ترویج و ارتقای مقرون‌به‌صرفهٔ رفتار سالم می‌شوند.
- با افزایش نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و الزامات آن، تاکید بر پیشگیری هم بیشتر خواهد شد (به فصل شانزدهم مراجعه کنید). روان‌شناسان طب اطفال و سلامتی باید به‌ویژه برای کل جمعیت (پیشگیری اولیه) و کسانی که در خطر مشکلات بهداشتی هستند (پیشگیری ثانویه)، پیشگیری‌های مورد نیاز را طراحی، اصلاح و اجرا کنند.
- سرانجام اینکه به نظر می‌رسد روان‌شناسان سلامت و طب اطفال با توجه به تجاربی که در زمینه عوامل موثر روان‌شناختی و رفتاری بر سلامتی و ارتقای عمومی سلامتی دارند، هرچه بیشتر در تیم‌های پزشکی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها جا خواهند گرفت.

مسائل آموزشی

همچنان یکی از منابع اصلی تربیت روان‌شناسان سلامت، برنامه‌های روان‌شناسی بالینی است (لارکین[1]، ۲۰۰۹). دو مدل دانشمند ـ درمانگر و دانشمند بالینی که سرلوحهٔ بیشتر برنامه‌های روان‌شناسی بالینی است، روان‌شناسان بالینی مناسبِ روان‌شناسی سلامت و طب اطفال تربیت می‌کند. تا این اواخر، هیچ تخصص دیگری در روان‌شناسی، چنین ترکیبی از تجربهٔ دانشگاهی، علمی، حرفه‌ای و بیمارستانی مورد نیاز برای کار در محیط‌های پزشکی ارائه نمی‌کرد. اما تخصص‌های دیگر روان‌شناسی هم به روان‌شناسی سلامت علاقه‌مند شده‌اند. بسیاری از کسانی که در این فصل از آنها نام برده شد، روان‌شناس اجتماعی، آزمایشی یا فیزیولوژیک هستند نه صرفاً روان‌شناس بالینی.

روان‌شناسی سلامت از بسیاری جهات هنوز یکی از ضمایم فرعی برنامه‌های دکترای روان‌شناسی است (لارکین، ۲۰۰۹).

1. Larkin

دانشجو وارد برنامهٔ روان‌شناسی بالینی، اجتماعی یا آزمایشی می‌شود و سپس در کنار تجربهٔ اصلی خود، تحقیقاتی تخصصی یا یکی دو واحد علمی در خصوص یک موضوع بهداشتی می‌گذراند. گاهی اوقات هم در یک مرکز بهداشتی، دورهٔ انترنی می‌گذراند. اما اصولاً تجربه‌های بهداشتی به برنامهٔ روان‌شناسی بالینی یا رشته‌ای دیگر افزوده می‌شود. اما تعداد برنامه‌های دکترای بالینی که گرایش روان‌شناسی بالینی سلامتی دارند، در حال افزایش است و تخمین جدیدی، تعدادشان را یک‌سوم برنامه‌های موجود می‌داند (لارکین، ۲۰۰۹). دست‌کم شش برنامه وجود دارد که به‌طور رسمی گرایش روان‌شناسی طب اطفال دارد. در ضمن، دست‌کم هفت برنامهٔ آموزش دکترا هم وجود دارد که مخصوص روان‌شناسی بالینی سلامتی است (لارکین، ۲۰۰۹).

دیگر چالش‌ها

هر رشتهٔ جدیدی در تعریف نقش اعضای خود، مشکلاتی دارد. روان‌شناسی سلامت و طب اطفال هم از این قاعده مستثنی نیست. تیلور (۱۹۸۴) سال‌ها قبل به چند مورد از این مشکلات اشاره کرده است. یکی از این مشکلات، ابهام در نقش است. هیچ کس نمی‌تواند دقیقاً بگوید روان‌شناس سلامتی و طب اطفال باید چه کار کند؛ به‌ویژه در محیط کار. روان‌شناس سلامتی و طب اطفال عملاً در محیط‌های بهداشتی، همکاران روان‌شناس یا الگوی نقش ندارند و همین قضیه بر آشفتگی آنها می‌افزاید. دوم، مشکلات جایگاهی است. در محیط‌های بهداشتی، پزشک در رأس قرار دارد. جایگاه روان‌شناس در مرکز پزشکی، گاهی اوقات از جایگاه او برای مثال در دانشگاه، خیلی پایین‌تر است. وانگهی، روان‌شناس و متخصص بهداشت روان گاهی اوقات رقیب یکدیگر می‌شوند. متخصص بهداشت روان صرفاً دنبال راه‌های فوری کمک به بیماران است. اما روان‌شناس محتاط‌تر و متفکرتر است و تحقیق، مدل‌های نظری و مداخلات را در نظر می‌گیرد.

روان‌شناسان سلامت برای تثبیت هویت و حضورشان در محیط‌های سنتی که تحت سیطرهٔ پزشکان است باید موثر بودن مداخلاتشان را مستند کنند (برانون و فیست، ۲۰۱۰). در عصر اصلاح مراقبت‌های بهداشتی، شرکت‌های بیمه و موسسات دولتی با دقت هرچه تمام راه‌های کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی را دنبال می‌کنند. فریدمن و دیگران (۱۹۹۵) با توجه به مداخلات موفق و مقرون‌به‌صرفهٔ روان‌شناسان سلامت می‌پرسند: چرا این مداخلات بیشتر از این در نظام مراقبت‌های بهداشتی به کار گرفته نشده است؟ سپس دلایل احتمالی زیر را برمی‌شمرند:

۱. پزشکان در جریان بسیاری از داده‌های حامی نقش روان‌شناسی سلامت نیستند.
۲. تاکید بر خاستگاه‌های زیست‌شناختی امراض و بیماری‌ها باعث شده بسیاری از متخصصان، فواید احتمالی تبیین‌های روانی‌اجتماعی و مداخلات رفتاری را نادیده بگیرند.
۳. بیماران در برابر مداخلات (و تبیین‌های) روان‌شناختی مقاومت می‌کنند.
۴. هنوز روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری با روان‌درمانگری سنتی بلندمدت اشتباه گرفته می‌شود.

بدیهی است پزشکان، شرکت‌های بیمه، دولت مرکزی و مردم باید در زمینهٔ تاثیر روان‌شناسان سلامت و فواید مالی و بالینی مداخلات آنها آموزش ببینند.

همان‌طور که قبلاً گفتیم، چالش دیگر این رشته، قومیت و سلامتی است. نیمرخ‌های سلامتی بسیاری از اقلیت‌های قومی ایالات متحده امریکا (مثل امید به زندگی و جایگاه سلامتی) بسیار متفاوت است و باید دربارهٔ رفتارهای مروج و مخرب سلامتی در این اقوام، تحقیقات بیشتری صورت گیرد. اما همان‌طور که برانون و فیست (۲۰۱۰) می‌گویند، در ایالات متحده امریکا نمی‌توانیم قومیت را جدای از عوامل اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی موثر بر سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی ببینیم. محرومیت اقتصادی و پایین بودن سطح تحصیلات، با سلامتی کمتر و دسترسی کمتر به مراقبت‌های بهداشتی مناسب رابطه دارد. بنابراین باید هنگام ارزیابی سلامتی و نیازهای بهداشتی، علاوه بر قومیت، عوامل دیگر را هم در نظر بگیریم.

این طبیعی است که از شکل‌گیری یک رشته مهیج جدید، هیجان‌زده شویم. این حالت تقریباً در همهٔ حوزه‌های روان‌شناسی بالینی پیش آمده است. اما بین وعده‌های یک رشته و دستاوردهایش فرق است. همان‌طور که هر روان‌شناس بالینی باتجربه‌ای خواهد گفت، تغییر رفتار انسان در بلندمدت، کار بسیار سختی است. با این حال، روان‌شناسی سلامت بی‌شک لایق شور و شوق و در عین حال احتیاط ما است (کیف، بافینگتون، استاتس و رامبل[1]، ۲۰۰۲). بسیاری از صاحب‌نظران با توجه به اصرارهای موجود بر اصلاح مراقبت‌های بهداشتی، به آیندهٔ روان‌شناسی سلامت خوشبین هستند.

کادر ۴ـ۱۷: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر بث ایی. مایروویتس

دکتر بث مایروویتس، استاد روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیای جنوبی و استاد طب پیشگیری دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه کالیفرنیای جنوبی است. همچنین نایب‌رییس توسعهٔ هیئت علمی و برنامه‌ریزی است. دکتر مایروویتس متخصص مسائل مربوط به کیفیت زندگی و کنار آمدن بیماران سرطانی و اعضای خانوادهٔ آنها است. همچنین عضو کمیتهٔ اجرایی شعبهٔ ۳۸ (یا شعبهٔ روان‌شناسی سلامت) انجمن روان‌شناسی امریکا بوده است. دکتر مایروویتس، منتقد شماری از مجلات مهم روان‌شناسی بالینی هم هست و به دلیل تدریس‌هایش در مقطع کارشناسی، چند جایزه گرفته است. او چند مقاله و چند فصل کتاب درباره رشته‌اش نوشته و برای تحقیقاتش، کمک‌های مالی دریافت کرده است.

دکتر مایروویتس به سوالات ما راجع به پیشینه و علایقش پاسخ داد و درباره آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت اظهارنظر کرد.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

وقتی خوب نگاه می‌کنم می‌بینم در چهارده سالگی بود که به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم. در تابستان آن سال، مشاور داوطلب اردوی روزانهٔ کودکان مبتلا به فلج مغزی شدم. از بازی با آنها و تدریس به آنها بسیار لذت بردم ولی بیش از هر چیز، مجذوب فهمیدن تجربه‌های این کودکان به شدت معلول و خانواده‌های‌شان شدم. به‌ویژه مجذوب این حقیقت شدم که برخی از خانواده‌ها به خوبی با این مشکل کنار می‌آیند و مشکلاتی را که به نظر من طاقت‌فرسا بود، به خوبی تحمل می‌کردند. اما چطور بود که بعضی از افراد وقتی با مشکلات مزمنی روبه‌رو می‌شوند که کنترل خاصی هم بر آنها ندارند، همچنان شاد به نظر می‌رسند و سازگار می‌مانند؟ در دبیرستان و کالج به عنوان داوطلب در محیط‌های بالینی مختلف کار کردم. در همهٔ این محیط‌ها از این تعجب می‌کردم که چطور برخی افراد خودشان را خوب مدیریت می‌کنند و زندگی برخی یکسره با ناراحتی‌های مختلف همراه است.

هنگام ثبت‌نام برای تحصیلات تکمیلی می‌دانستم می‌خواهم در این مورد تحقیق کنم که افرادی که از لحاظ روان‌شناختی «بهنجار» هستند چطور به وضعیت‌های اضطراب‌آور طولانی واکنش نشان می‌دهند و با این وضعیت‌ها چطور کنار می‌آیند.

کارهای خود در مقام روان‌شناس بالینی را توضیح دهید.

در مقام روان‌شناس بالینی در گروه روان‌شناسی دانشگاه، کارهای اصلی من، تدریس و تحقیق و امور اداری و اجرایی است. تدریس‌های کلاسی من شامل تدریس واحدهای درسی در زمینهٔ استرس دردناک در مقطع کارشناسی و سمینارهای مقطع تکمیلی در زمینهٔ مقدمه‌ای بر مصاحبهٔ بالینی، مداخلات روان‌شناختی و روان‌شناسی سلامت است. همچنین مقدار زیادی از وقتم را صرف نظارت بر طرح‌های تحقیقاتی دانشجویان مقاطع تکمیلی می‌کنم.

فعالیت‌های تحقیقاتی من عبارت است از برنامه‌ریزی و طراحی مطالعات، نحوهٔ همکاری با پزشکان و بیماران، نوشتن طرح‌هایی که بورسیه و کمک مالی می‌گیرند، نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل نتایج تحقیقات، سخنرانی و مقاله‌نویسی برای مجلات. در مقام نایب‌رییس هم در زمینه مسائل مختلف مربوط به اعضای هیئت علمی و برنامه‌ریزی برای آنان در کل دانشگاه، با آنها ارتباط تنگاتنگ دارم.

من علاوه بر امور اجرایی، تحقیق و تدریس، با چند سازمان و کمیتهٔ دانشگاهی و ملی ارتباط دارم. کمک‌های مالی را برای موسسهٔ ملی سلامتی و چند دولت خارجی و همچنین مقالات مجلات روان‌شناسی و پزشکی را نقد و بررسی می‌کنم. یکی از چیزهای روان‌شناسی بالینی دانشگاهی بودن که آن را خیلی دوست دارم، این است که می‌توانم انواع فعالیت‌های جالب را انجام دهم.

تخصص‌ها یا علایق تخصصی شما چیست؟

تحقیقات من عمدتاً بر کیفیت زندگی و شیوهٔ کنار آمدن بیماران و خانوادهٔ آنها پس از تشخیص یک بیماری مزمن، به‌ویژه سرطان، متمرکز است. دوست دارم واکنش‌های رایج به تشخیص و درمان را در

1. Keffe, Buffington, Studts and Rumble

حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بفهمم، از جمله تغییرات هیجانی، شناختی، اجتماعی، بدنی و کارکردی. بیماران، خانواده‌ها و مسئولان تامین مراقبت‌های بهداشتی در مراحل مختلف مریضی، چه انتظاراتی می‌توانند داشته باشند؟ کدام عوامل شخصیتی، اجتماعی، بافتاری یا پزشکی می‌تواند پیش‌بینی کند چه کسی به سرعت سازگار می‌شود و چه کسی مشکلاتش ادامه می‌یابد؟ این عوامل با چه سازوکارهای روانی در این سازگاری موثر است؟ من و بسیاری از همکارانم، مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدتی را طراحی کرده و آزموده‌ایم که هدفشان بهبود کیفیت زندگی و ارتقای مهارت بیماران و همسران آنها در زمینهٔ کنار آمدن با مرحلهٔ آغازین سرطان است. همچنین به مسائل فرهنگی و قومیتی جمعیت‌های مختلف ایالات متحده امریکا علاقه‌مند هستم و دربارهٔ آنها تحقیق کرده‌ام. در ضمن اخیراً تحقیق دربارهٔ بازماندگان نسل‌کُشی سال ۱۹۹۴ توتسی‌ها در رُواندا را شروع کرده‌ام.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

به نظر من مهیج‌ترین امکانات در آیندهٔ روان‌شناسی بالینی، در تخصص ما، یعنی محقق بالینی پیش می‌آید. روان‌شناسان بالینی در حال توسعهٔ مرزهای تحقیقاتی سنتی خود و گسترش روش‌شناسی‌ها هستند تا به انواع سوالات بالینی رسیدگی کنند. در آینده از ما می‌خواهند تحقیقاتمان علاوه بر آنکه مبنای نظری و روش‌شناسی محکمی دارد، جوابگوی نیازهای جامعه باشد. چون تحقیق، مهارتی انتقالی است، با ایجاد پیوندهای محلی و بین‌المللی بین دانشمند و اجتماع می‌توانیم فعالیت‌های تحقیقاتی را به محیط‌های اجتماعی بکشانیم. همچنین حدس من این است که روان‌شناسان بالینی، مجبور به دفاع از سهم خود به عنوان تامین‌کنندهٔ خدمات شوند، چون شاهد این هستیم که روز به روز فشار بیشتری وارد می‌شود تا برنامه‌های آموزش دکترا، ضروریات عملکرد بهینه را مستند کنند. احتمالاً از روان‌شناسان دارای مدرک دکترا خواهند خواست درمان‌های موثر و ابزارهای سنجشی را طراحی کنند که نشان می‌دهد کدام درمان برای کدام افراد مناسب است. در ضمن، در بسیاری از حیطه‌های بالینی، مقرون‌به‌صرفه بودن و موثر بودن باید ثابت شود.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی سلامت را چطور می‌بینید؟

روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری دو رشتهٔ جدیدِ به هم مرتبط هستند. در نتیجه، این رشته در جهات مهیج زیادی توسعه می‌یابد. برای مثال، روز به روز اطلاعات بیشتری دربارهٔ جایگاه عوامل روان‌شناختی از طریق تاثیر استرس و انزوا بر کارکرد دستگاه ایمنی و هورمون‌ها، در ایجاد بیماری کسب می‌کنیم. در ضمن، روان‌شناسان سلامت باید کماکان به نظریه‌پردازی و طراحی مداخلات برای ترویج رفتارهای سالم و کاهش رفتارهای خطرناک ادامه دهند. وانگهی بخش زیادی از مرگ‌های زودهنگام در کشورهای صنعتی، به عدم‌رعایت دستورالعمل‌های زندگی سالم برمی‌گردد. تحقیقات در هر دو حوزه باید اقشار محروم را هم دربرگیرد و بر جایگاه فرهنگ در سلامتی و کیفیت زندگی متمرکز شود.

تحقیقات دربارهٔ فرهنگ همچنین باید بررسی فرهنگِ نظام مراقبت‌های بهداشتی و راه‌های بیمارپسند و خانواده‌پسند کردن مراقبت‌ها را در بر گیرد. فهم جامع، مستلزم در نظر گرفتن رفتارهای مرتبط با سلامتی و کیفیت زندگی در بافت زندگی جاری فرد است تا حیطه‌های مجزا و منفرد. روان‌شناسان با این اطلاعات می‌توانند ابداع رویکردهای جدید دربارهٔ پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث را ادامه دهند. انتظار من این است که در مقام محقق، مداخلات رفتاری و روانی‌اجتماعی خاصی ابداع کنند که موثر باشد و به راحتی در مراقبت‌های بهداشتی جاری لحاظ شود و به تدریج جزء مولفه‌های مراقبت استاندارد گردد. هرچقدر روان‌شناسان بیشتر ثابت کنند روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری مقرون‌به‌صرفه است، بیشتر احتمال دارد خدماتشان زیر نظر شرکت‌های بیمه قرار گیرد.



بث ایی. مایروویتس

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسی سلامت و طب اطفال (که به آن روان‌شناسی سلامت کودک هم می‌گویند) دو تخصصی است که شهرت‌شان در حال افزایش است و سهم روان‌شناسی در ارتقای سلامتی، پیشگیری از مشکلات بهداشتی و درمان آنها و نظام مراقبت‌های بهداشتی را شامل می‌شود. بیشتر روان‌شناسان

سلامت پیرو مدل زیستی روانی اجتماعیِ سلامتی و بیماری هستند که ادغام مدل سنتی‌تر زیستی‌پزشکی و مدل روانی‌اجتماعی است. ارتباط میان استرس، سبک زندگی و رفتار، شخصیت، حمایت اجتماعی و سلامتی، مبنای رشتهٔ روان‌شناسی سلامت را می‌سازد. فرایند استرس، تاثیراتی فیزیولوژیایی، هیجانی، رفتاری و شناختی دارد که شخص را در برابر بیماری، آسیب‌پذیر می‌کند. رفتارها و انتخاب‌ها در سبک زندگی نیز، تاثیر مهمی بر سلامتی می‌گذارند. در ضمن، شخصیت و سبک کنار آمدن هم با بیماری رابطه دارد. در نهایت اینکه حمایت اجتماعی هم بر آسیب‌پذیری شخص در برابر مشکلات بهداشتی تاثیر دارد.

روان‌شناسان سلامت و طب اطفال، با سنجش، مداخله و پیشگیری، به مشکلات مختلف رسیدگی می‌کنند. بیشتر مداخلات آنها ماهیت رفتاری یا شناختی ـ رفتاری دارد و فنونی همچون حساسیت‌زدایی منظم، شرطی‌سازی کنشگر، آموزش مایه کوبی علیه استرس و بازخورد زیستی را دربرمی‌گیرد. در این فصل، مداخلات خاص برای سردرد مزمن، سیگار کشیدن، چاقی، کنار آمدن با اقدامات پزشکی و رعایت درمان را هم توضیح دادیم.

روان‌شناسی سلامت و طب اطفال، آیندهٔ روشنی دارند. نیاز به مداخلات بهتر و کارآمدتر برای کاهش هزینه‌های بهداشتی، در حال افزایش است. در ضمن، داده‌ها هم از تاثیر روان‌شناسان سلامت در مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کند.

اصطلاحات کلیدی

طب رفتاری **behavioral medicine**

حوزهٔ تحقیقاتی، آموزشی و درمانی وسیع و میان‌رشته‌ای که علوم رفتاری و پزشکی را ادغام می‌کند.

بازخوردِ زیستی **biofeedback**

مجموعهٔ وسیعی از روش‌ها که بیمار به کمک آنها یاد می‌گیرد برخی فرایندهای روان‌شناختی را اصلاح و کنترل کند. فرایند فیزیولوژیایی معمول، به کمک دستگاه، زیر نظر گرفته می‌شود و اطلاعات در قالب علائم شنیداری، لامسه‌ای یا دیداری به بیمار برگردانده می‌شود. سپس بیمار با فنون مختلف سعی می‌کند آن علامت را اصلاح کند (و پاسخ فیزیولوژیایی مورد نظر را تغییر دهد).

مدل زیستی‌روانی‌اجتماعی **biopsychosocial model**

مدلی نظری که می‌گوید سلامتی و بیماری تابع عوامل زیست‌شناختی (برای مثال، گرایش‌های ژنتیک، کمبودهای غذایی)، روان‌شناختی (برای مثال، شناخت‌ها و هیجانات) و اجتماعی (دوستان و خانواده و رویدادهای زندگی) است.

روش‌های شناختی ـ رفتاری **cognitive-behavioral methods**

فنونی که بر تاثیر تفکر در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات تاکید می‌کند و می‌خواهد الگوی فکری دخیل در مشکل بیمار را اصلاح کند. در حال حاضر برخی از درمان‌های شناختی ـ رفتاری استرس و دیگر مشکلات سلامتی، در فهرست درمان‌های شناختی دارای اعتبار تجربی قرار دارد.

مشروبخوری کنترل‌شده **controlled drinking**

رویکردی بحث‌برانگیز دربارهٔ درمان مشکلات مرتبط با مصرف الکل که هدفش کم کردن یا تعدیل مشروبخوری است. در این رویکرد، مراجع یاد می‌گیرد میزان مشروب مصرفی خود را به دقت زیر نظر بگیرد و پاسخ‌هایی از جنس کنار آمدن را در خود پرورش دهد تا درگیر مصرف مشروب نشود.

ارزیابی کنار آمدن **coping appraisal**

در نظریهٔ انگیزش حفاظت، ارزیابی فرد از توان خود برای اجتناب موفقیت‌آمیز یا کنار آمدن با نتایج منفی. اگر نتیجه بگیرد که نامحتمل است که به شکل موثری با مشکل مورد نظر کنار بیاید (یعنی نمی‌تواند رفتار نامطلوب را انجام ندهد)، احتمال آنکه رفتار مورد نظر را انجام دهد، بیشتر می‌شود.

مدل کنار آمدن **coping model**

کسی که با وضعیت پراسترس (برای مثال با فلان اقدام پزشکی یا عمل جراحی) به نحو موثری کنار می‌آید. مشاهده این الگو یا الگوبرداری از او می‌تواند به کسانی کمک کند که قرار است در همان وضعیت قرار گیرند.

بیماری قلبی‌عروقی **coronary heart disease**

بیماری که به عضلهٔ قلب آسیب می‌رساند و معلول نقص در تامین خون [برای قلب] است.

خاموشی **extinction**

حذف پاسخ شرطی نامطلوب از طریق ایجاد وضعیتی که در آن محرک شرطی دیگر با محرک محیطی تداعی نشود که در آغاز، آن پاسخ را تولید کرده است.

مدل رفتار سالم **health behavior model**

مدلی نظری که مدعی است میانجی تخاصم و سلامتی، رفتارهای سالم (یا نبود رفتارهای سالم) است نه جنبه‌های فیزیولوژیایی استرس.

روان‌شناسی سلامت **health psychology**

یکی از تخصص‌های روان‌شناسی که ابزارهای این رشته را در زمینهٔ پیشگیری از بیماری، ارتقا و حفظ سلامتی، شناسایی همبسته‌های

بیماری و سلامتی، درمان افراد در چهارچوب نظام مراقبت‌های بهداشتی و تنظیم و تدوین خطی‌مشی مراقبت‌های بهداشتی به کار می‌بندد.

شرطی‌سازی کنشگر **operant conditioning**

اصلی که طبق آن، رفتارهای تقویت‌شده، تکرار و رفتارهای تقویت‌نشده یا تنبیه‌شده، کم می‌شود.

پیشگیری **prevention**

در روان‌شناسی سلامت به این ایده اطلاق می‌شود که با چند رفتار ساده (مثل ورزش، سیگار نکشیدن یا بستن کمربند ایمنی) می‌توانیم مشکلات بهداشتی و هزینه‌های بهداشتی را تا حد زیادی کم کنیم.

اطلاعات اقدامی **procedural information**

توصیف اینکه در اقدامات پزشکی پراسترس، برای شخص چه اتفاقی می‌افتد.

نظریهٔ انگیزش حفاظت **protection motivation theory**

مدلی دربارهٔ رفتار سالم که رفتار را تابع ارزیابی تهدید و ارزیابی کنار آمدن می‌داند.

طب روان‌تنی **psychosomatic medicine**

رشته‌ای (محبوب در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ و هم‌اکنون بی‌طرفدار) با این فرض که برخی بیماری‌ها و امراض، معلول عوامل روان‌شناختی هستند. طرفداران این رشته می‌گویند هر بیماری «روان‌تنی» با تعارض ناهشیارانه‌ای مرتبط است که بیمار را مستعد آن کرده است.

پیشگیری از بازگشت **relapse prevention**

راهبردهای پیشگیری از بازگشت که معمولاً در درمان اعتیاد طرح می‌شود. بیماران باید وضعیت‌های مشکل‌ساز را پیش‌بینی کنند و بدون انجام رفتار نامطلوب، به کمک مهارت‌های کنار آمدن، راه خود را پیدا کنند. گاهی اوقات هم باید طرز پاسخ‌دهی برای پیشگیری از بازگشت کامل را یاد بگیرند.

آرمیدگی **relaxation**

حالت اضطراب، استرس و برانگیختگی فیزیولوژیایی پایین. آرمیدگی به صورت‌های مختلف ایجاد و در درمان شماری از مشکلات بهداشتی، موثر واقع می‌شود.

خودتاثیرگذاری **self-efficacy**

باور افراد به اینکه می‌توانند بر رویدادهایی مسلط شوند که بر آنها تاثیر می‌گذارد. این سازه در بیشتر مدل‌های اجتماعی ـ شناختی رفتار سالم، تاثیر مهمی دارد.

ثبت زیر نظر گرفتن خود **self-monitoring record**

ثبتی که معمولاً در درمان‌های شناختی ـ رفتاری از آن استفاده می‌شود و در آن، شخص باید وقوع پاسخ هیجانی خاصی را زیر نظر بگیرد؛ برای مثال باید ببینید کدام وضعیت ماشهٔ آن پاسخ را می‌چکاند، شدت هیجان چقدر است، واکنش‌های بدنی و رفتاری چیست و کدام فرایندهای فکری دخالت دارند. درمانگر با بررسی اطلاعات جمع‌آوری‌شده، برخی وضعیت‌ها را به افکار، هیجانات و رفتارهای بیمار ربط می‌دهد و مداخلات درمانی مناسبی طراحی می‌کند.

اطلاعات حسی **sensory information**

توصیف حس‌هایی که بر اثر اقدامات پزشکی پراسترس ایجاد می‌شود.

حمایت اجتماعی **social support**

کمیت و کیفیت روابط اجتماعی. برخی مطالعات نشان داده‌اند حمایت اجتماعی، رابطهٔ مثبتی با سلامتی بیشتر دارد.

دستگاه عصبی سمپاتیک **sympathetic nervous system**

بخشی از دستگاه عصبی که مسئول بسیج منابع و امکانات بدن در وضعیت‌های اضطراری است. فعالیت سمپاتیک طولانی، تاثیر سویی بر اندام‌های بدن، کارکردهای روانی و دستگاه ایمنی می‌گذارد.

حساسیت‌زدایی منظم **systematic desensitization**

روشی کنشگر برای کاهش اضطراب بیماران که در آن، بیماران همین‌طور که وضعیت‌های به تدریج اضطراب‌آورتر را تجسم می‌کنند، در خودشان آرمیدگی ایجاد می‌کنند. این فن بر مبنای اصلی بنیان گذاشته شده که می‌گوید انسان نمی‌تواند همزمان آرمیده و مضطرب باشد.

ارزیابی تهدید **threat appraisal**

در نظریهٔ انگیزش حفاظت، به ارزیابی عوامل منفی (مثل ظرفیت آسیب) گفته می‌شود که بر احتمال انجام رفتاری خاص تاثیر می‌گذارد. اگر شخص نتیجه بگیرد که آن رفتار، تهدید فوری کمی متوجه او می‌کند، بیشتر احتمال دارد آن را انجام دهد.

مدل تعاملی استرس **transactional model of stress**

مدلی که استرس را فرایندی شامل رویداد محیطی، ارزیابی آن رویداد توسط فرد (تهدیدآمیز یا بی‌خطر بودن)، پاسخ‌های فیزیولوژیایی، هیجانی، شناختی و رفتاری فرد به رویداد و ارزیابی رویدادِ ثانوی بر پاسخ‌های شخص و همچنین تغییرات عامل مولد استرس می‌داند.

الگوی رفتار نوع A **Type A behavior pattern**

الگویی شخصیتی که با خطر بالای ابتلا به بیماری قلبی‌عروقی رابطه دارد. افراد نوع A، خیلی عجول هستند، حتی وقتی مهلت در بین نیست با تمام قواکار می‌کنند، در صورت ناکامی پرخاشگر و متخاصم می‌شوند و می‌خواهند بر محیط اطراف خود مسلط شوند و کنترل خود را بر آن حفظ کنند.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

17-1 Division 38 of the American Psychological Association (Health Psychology)
http://www.health-psych.org/

17-2 Division 54 of the American Psychological Association (Pediatric Psychology)
www.societyofpediatricpsychology.org/

17-3 Guide to Becoming a Health Psychologist
http://www.health-psych.org/AboutHowto-Become.cfm

17-4 Centers for Disease Control and Prevention
http://www.cdc.gov/

17-5 Society of Behavioral Medicine
http://www.sbm.org/

17-6 Health Psychology and Rehabilitation
http://www.healthpsych.com/

17-7 National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
www.niaaa.nih.gov

17-8 American Obesity Association
www.obesity.org

17-9 National Cancer Institute
www.nci.nih.gov

۱۸



روان‌شناسی عصب‌نگر

سوالات مهم

۱. ویژگی‌های رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر و سنجش روانی‌عصبی چیست؟
۲. مدل‌های مکان‌یابی، هم‌توانی و کارکردی دربارهٔ کارکرد مغز را توضیح دهید و مقایسه کنید.
۳. ساختارهای اصلی مغز و کارکردهای هر ساختار چیست؟
۴. چه متغیرهایی بر عملکرد عصبی‌روانی تاثیر می‌گذارد؟ نتایج آزمون عصبی‌روانی چطور تلفیق می‌شود؟
۵. در آینده بر کدام سنجش‌های روانی‌عصبی تاکید خواهد شد؟ چرا؟

رئوس مطالب فصل

دیدگاه‌ها و تاریخ

تعاریف
نقش روان‌شناسان عصب‌نگر
تاریخ روان‌شناسی عصب‌نگر
کادر ۱ـ۱۸: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر بریک جانستون
مغز: ساختار، کارکرد و اختلال
ساختار و کارکرد
پیشایندها یا علل صدمه مغزی
پیامدها و نشانه‌های صدمهٔ عصب‌شناختی
روابط مغز و رفتار
کادر ۲ـ۱۸: تمرکز بر کاربردهای بالینی: تغییرات شخصیتی، بعد از مصدومیت مغزی: یک مورد نمونه
روش‌های سنجش روانی‌عصبی
رویکردهای اصلی
تفسیر نتایج آزمون روانی‌عصبی
روش‌های تشخیص عصبی

حوزه‌های آزمون‌گیری از کارکرد شناختی
مجموعه آزمون‌ها
کادر ۳ـ۱۸: تمرکز بر کاربردهای بالینی: گزارش روانی‌عصبی کوتاه بر مبنای هالستید ـ ریتان و اطلاعات دیگر
متغیرهای موثر بر عملکرد در آزمون‌های روانی‌عصبی
مداخله و توانبخشی
کادر ۴ـ۱۸: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: اندرو و گرزین
کادر ۵ـ۱۸: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: روان‌شناسی عصب‌نگر میان‌فرهنگی
اظهارات پایانی
آموزش
آینده
کادر ۶ـ۱۸: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر پائولا زوفانتی
خلاصهٔ فصل
اصطلاحات کلیدی
وب‌سایت‌های جالب

رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر، یکی از رشته‌های در حال رشد دهه‌های اخیر روان‌شناسی بالینی بوده است. این رشد را در (الف) افزایش اعضای انجمن‌های حرفه‌ای روان‌شناسی عصب‌نگر؛ (ب) تعداد برنامه‌های آموزشی که واحدهای درسی روان‌شناسی عصب‌نگر دارند؛ و (ج) تعداد مقالات، کتاب‌ها و مجلات مربوط به روان‌شناسی عصب‌نگر می‌بینیم. اجازه دهید بررسی این حوزه در حال رشد روان‌شناسی بالینی را با بررسی شکل‌گیری آن و نقش‌های روان‌شناسان عصب‌نگر شروع کنیم.

دیدگاه‌ها و تاریخ

همان‌طور که از اسم روان‌شناسی عصب‌نگر برمی‌آید، روان‌شناسان عصب‌نگر در دو حیطهٔ روان‌شناسی و عصب‌شناسی کار می‌کنند. برخی از آنها در آغاز، آموزش روان‌شناسی بالینی دیده‌اند و برخی دیگر به عنوان عصب‌شناس.

تعاریف

«*روان‌شناسی عصب‌نگر*» چیست؟ می‌توانیم آن را مطالعهٔ رابطهٔ کارکرد مغز و رفتار بدانیم یا به قول زیلمر، اسپیرس و کالبرستون[1] (۲۰۰۸) «مطالعهٔ اینکه خصوصیات پیچیدهٔ مغز، چطور امکان وقوع رفتار را فراهم می‌آورد» (ص ۴). روان‌شناسی عصب‌نگر با فهم، سنجش و درمان رفتارهایی سر و کار دارد که با کارکرد مغز، رابطهٔ مستقیم دارد (گولدن[2]، ۱۹۸۴). «*سنجش روانی‌عصبی*»، روشی غیرتهاجمی برای توصیف کارکرد مغز است که مبنای آن، عملکرد بیمار در آزمون‌های هنجاریابی‌شده است؛ آزمون‌هایی که شاخص دقیق و حساس رابطهٔ مغز ـ رفتار است (گولدن و دیگران، ۱۹۹۲). روان‌شناس عصب‌نگر

> به جانبی‌شدن‌های ضایعهٔ مغزی، مکان‌یابی ضایعهٔ مغزی و پیشرفت ضایعات مغزی می‌پردازد. ارزیابی‌های روانی‌عصبی همچنین اطلاعات مفیدی دربارهٔ تاثیر محدودیت‌های بیمار بر سازگاری تحصیلی، اجتماعی یا شغلی او فراهم می‌آورد. از آنجا که سرعت پیشرفت یا بهبود اختلالات عصبی بسیاری از بیماران، مثل سرعت بیماری‌های دژنراتیو، سانحهٔ قلبی‌عروقی یا مولتیپل اسکلروزیس متغیر است، بامعناترین راه سنجش شدت اختلال بیمار، سنجش عینی رفتار از طریق روش‌های سنجش روانی عصبی است. (گولدن و دیگران، ۱۹۹۲، ص ۱۹)

نقش روان‌شناسان عصب‌نگر

روان‌شناسان عصب‌نگر، نقش‌های مختلفی دارند (گولدن و دیگران، ۱۹۹۲؛ هویسون و لزاک[3]، ۲۰۱۰؛ زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸). نخست اینکه عصب‌شناسان و دیگر پزشکان معمولاً از روان‌شناسان عصب‌نگر در تشخیص و رد اختلالی خاص کمک می‌گیرند. برای مثال، بیمار ممکن است نشانه‌هایی داشته باشد که مبنای عصب‌شناختی یا هیجانی دارند. نتایج آزمون روانی‌عصبی می‌تواند به روشن شدن تشخیص کمک کند. دوم اینکه روان‌شناسان عصب‌نگر به دلیل تاکید بر نظام‌های

1. Zillmer, Spiers and Culberston
2. Golden
3. Howieson and Lezak

کارکردی مغز (به بخش زیر مراجعه کنید) می‌توانند پیش‌آگهی بهبود را پیش‌بینی کنند. سومین نقش مهم روان‌شناسان عصب‌نگر، مداخله و توانبخشی است. اطلاعاتی که روان‌شناسان عصب‌نگر می‌دهند معمولاً تلویحات مهمی برای درمان دارد؛ نتایج آزمون نشان می‌دهد که کدام کارکردها باید تحت اقدامات توانبخشی قرار گیرد. سرانجام اینکه گاهی اوقات از روان‌شناسان عصب‌نگر می‌خواهند بیماری را ارزیابی کند که اختلالات روانی دارد تا سیر بیماری او (برای مثال بر مبنای میزان اختلال شناختی فعلی او) مشخص شود و متناسب با قوت و ضعفش، راهبردهای درمانی مناسب تدارک دیده شود (هویسون و لزاک، ۲۰۱۰).

حال با در نظر داشتن این تعاریف و توضیحات دربارهٔ نقش روان‌شناسان عصب‌نگر، مرور کوتاهی بر تاریخ روان‌شناسی عصب‌نگر خواهیم کرد.

تاریخ روان‌شناسی عصب‌نگر

نظریه‌های کارکرد مغز : ریشه‌های تاریخی روان‌شناسی عصب‌نگر، مثل ریشه‌های تاریخی بیشتر حوزه‌های روان‌شناسی، به زمان‌های بسیار دور برمی‌گردد. برخی مولفان، سابقهٔ آن را به پاپیروس جراحی ادوین اسمیت نسبت می‌دهند که به ۳۰۰۰ تا ۱۷۰۰ سال پیش از میلاد برمی‌گردد و بحث مکان‌یابی کارکردی در مغز را پیش می‌کشد (والش و داربی[1]، ۱۹۹۹). برخی دیگر سابقهٔ آن را به زمانی برمی‌گردانند که فیثاغورث اظهار داشت استدلال در مغز صورت می‌گیرد. عده‌ای هم به قرن دوم پس از میلاد می‌روند که بقراط، پزشک اهل رم، گفت جای ذهن در مغز است نه آن‌طور که ارسطو می‌گوید در قلب.

اما تاریخ معاصر روان‌شناسی عصب‌نگر به قرن نوزدهم برمی‌گردد (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸). محققان به تدریج فهمیدند که صدمه دیدن نواحی خاص در قشر مخ، با اختلال در برخی رفتارهای انطباقی رابطه دارد. قدیمی‌ترین علائم چنین تصوری هم به فرانتز گال و جمجمه‌شناسی روانی برمی‌گردد. گال معتقد بود برخی تفاوت‌های فردی در هوش و شخصیت (مثل تفاوت در مهارت‌های روخوانی) را با برجستگی‌ها و تورفتگی‌های جمجمه می‌توان اندازه گرفت. برای مثال اندازهٔ یک ناحیهٔ مغز، ظرفیت فیزیولوژیایی متناظر آن را در شخص تعیین می‌کند. این نخستین بار بود که مفهوم ***مکان‌یابی کارکرد*** به‌طور رسمی بیان می‌شد. جراحی‌های پاول بروکا در ۱۸۶۱، اعتبار بیشتری برای مفهوم مکان‌یابی به ارمغان آورد. بروکا با مشاهدهٔ کالبدشکافی دو بیمار که توان تکلم بیانی خود را از دست داده بودند، متقاعد شد مکان تکلم حرکتی را پیدا کرده است. تا ۳۰ الی ۴۰ سال بعد، کتاب‌های زیادی درباره نقشهٔ مغز منتشر شد که محل کارکردهای اصلی مغز را مشخص می‌کرد (گولدن، ۱۹۸۴).

عده‌ای دیگر از قبیل پیر فلورنس[2] از طریق جراحی، برخی نواحی مغز حیوانات را تخریب و پیامدهای رفتاری آن را بررسی کردند. این اعمال، فلورنس و بعداً در اوایل قرن بیستم، کارل لشلی را بر آن داشت مفهوم ***هم‌توانی*** را مطرح کنند. به این معنا که بی‌شک بحث مکان‌یابی کارکرد مغز صحیح است، ولی قشر مخ، در واقع یک کُلیت است نه واحدهایی مجزا. به بیان دقیق‌تر، کارکردهای عقلانی عالی، با میانجی‌گری کل مغز رخ می‌دهد و هرگونه صدمه مغزی، در کارکردهای عالی اخلال می‌کند. اما یک ناحیه از مغز می‌تواند کار ناحیهٔ آسیب‌دیده را برعهده گیرد.

اما نظریه‌های مکان‌یابی و هم‌توانی، ایراداتی دارند. طرفداران مکان‌یابی نمی‌توانند توضیح دهند که چرا صدمات وارد به بخش‌های مختلف مغز، نقص یا اختلال مشابهی ایجاد می‌کند. طرفداران نظریهٔ هم‌توانی هم نمی‌توانند توضیح دهند که چرا برخی از بیمارانی که صدمات خیلی کوچکی دیده‌اند، نقایص رفتاری چشمگیری پیدا می‌کنند.

نظریهٔ دیگری که این دو دیدگاه را ادغام می‌کند، ***مدل کارکردی*** است. این مدل که ابتدا آن را جکسونِ عصب‌شناس مطرح کرد و بعداً روان‌شناس عصب‌نگر اهل شوروی سابق به نام لوریا آن را تکرار کرد، می‌گوید نواحی مغزی در تعامل با یکدیگر، رفتار را تولید می‌کنند. رفتار «نتیجهٔ چندکارکرد یا چند دستگاه و نظام مغزی است نه نتیجهٔ برخی نواحی مغزی خاص و مجزا» (گولدن و دیگران، ۱۹۹۲). اهمیت این صورت‌بندی در این است که بسیاری از یافته‌های بالینی ناسازوار با نظریه‌های قبلی را

1. Walsh and Darby
2. Pierre Flourens

توضیح می‌دهد. بر اساس مدل کارکردی، ماهیت نقص رفتاری به نظام کارکردی تاثیرپذیرفته (برای مثال برانگیختگی، ادراک یا رفتار برنامه‌ریزی) و مکان صدمه دیده در این نظام بستگی دارد. در نهایت اینکه گاهی اوقات صدمه مغزی از طریق سازماندهی مجدد، بهبود می‌یابد.

سنجش روانی‌عصبی. عصب‌شناسی برای مدتی طولانی مسحور مفاهیم کنش توده‌ای کارکرد مغز بود و از ابزارهای اختصاصیِ روان‌سنجی استفاده نمی‌کرد. در این مفاهیم، مکان‌یابی کارکرد، هدف ثانویهٔ تشخیص بود و صدمه مغزی، پدیده واحدی در نظر گرفته می‌شد. آزمون‌های روانی مورد استفاده (مثل آزمون یادداری دیداری بنتون و آزمون حافظهٔ طرح‌های گراهام ـ کندال) هم سنجش سادهٔ بود و نبود صدمهٔ مغزی را دنبال می‌کرد. این در حالی بود که راجع به همبسته‌های آزمونی اختصاصی ضایعه‌های خاص مغزی، اطلاعات چندانی جمع‌آوری نمی‌شد.

کادر ۱ـ۱۸: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر بریک جانستون

دکتر بریک جانستون، استاد گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه میسوری ـ کلمبیا است. او گواهینامهٔ هیئت روان‌شناسی عصب‌نگر بالینی امریکا را دارد و محقق فولبرایت سابق دانشگاه ملی ایرلند در گالوی و عضو آکادمی ملی روان‌شناسی عصب‌نگر و شعبهٔ روان‌شناسی توانبخشی انجمن روان‌شناسی امریکا است. تحقیقات دکتر جانستون بر توانبخشی شغلی معلولان، آموزش توانبخشی و روان‌شناسی عصب‌نگر، و روان‌شناسی عصب‌نگر تجربهٔ معنوی متمرکز است.

از دکتر جانستون دربارهٔ پیشینه و علایقش و همچنین نظرش راجع به آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی عصب‌نگر پرسیدیم.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

وقتی دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه دیوک بودم، به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدم، آن هم به دلیل واحدهای درسی و کار عملی بالینی. به دنبال گذراندن واحد درسی روان‌شناسی نابهنجاری و فعالیت‌های داوطلبانه در بیمارستان ایالتی باتنر، به آسیب‌شناسی روانی علاقه‌مند شدم. واحد درسی روان‌شناسی شناختی و ادراک هم مرا به کارکرد مغز و در نهایت، روان‌شناسی عصب‌نگر علاقه‌مند کرد. سرانجام اینکه در مقام دانشجوی کارشناسی توانستم دستیار تحقیق مطالعه‌ای شوم که همبسته‌های روان‌سنجی شهرت در کودکان را تعیین می‌کرد، و به این ترتیب به تحقیقات روان‌شناختی علاقه‌مند شدم.

در جایگاه روان‌شناس بالینی چه‌کار می‌کنید؟

در حال حاضر استاد گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه میسوری ـ کلمبیا هستم. وظایف فعلی من هم کار بالینی، فعالیت‌های تحقیقاتی و تدریس به دانشجویان و نظارت بر آنها است. من روان‌شناس عصب‌نگر گواهینامه‌دار هستم ولی خودم را روان‌شناسی بالینی می‌دانم که متخصص توانبخشی افرادی است که ناکارایی مغزی و ناتوانی جسمی دارند. با جمعیتی سر و کار دارم که نیازهایی ویژه دارند، ولی از مهارت‌هایی استفاده می‌کنم که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی آموخته‌ام. سنجش بیماران را عمدتاً بر مبنای مصاحبه بالینی مشروح و مشاهدات رفتاری و سپس بر مبنای داده‌های آزمون انجام می‌دهم. مبنای درمان بیماران مبتلا به ناکارایی مغزی هم روش‌های درمان رفتاری است که در تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی در دانشگاه جورجیا آموختم.

همچنین عضو ده‌سالهٔ کمیتهٔ روان‌شناسان ایالت میسوری هستم و وظیفهٔ تنظیم مقررات روان‌شناسی را بر عهده داشته‌ام. وظیفهٔ این کمیته آن است که فقط روان‌شناسان دارای قابلیت و صلاحیت بتوانند در این رشته خدمات‌رسانی کنند. تحقیقات اولیهٔ من در زمینهٔ بهبود موفقیت‌های شغلی معلولان بود و بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲ محقق اصلی یکی از ۱۷ مرکز نظام‌های مصدومیت مغزی بر اثر ضربه بوده‌ام. باید گوشزد کنم که ۱۲ نفر از محققان اصلی این مراکز، روان‌شناس بودند. تحقیقات من در حال حاضر بر روی رابطهٔ دین، معنویت و سلامتی و همچنین روان‌شناسی عصب‌نگرِ تجربهٔ معنوی متمرکز است. فرصت‌های پیش‌آمده برای روان‌شناسان بالینی در حوزه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی و خط‌مشی بهداشتی، حیرت‌آور است.

حوزه‌های تخصصی و مورد علاقهٔ شما چیست؟

حوزهٔ تخصصی بالینی من، روان‌شناسی توانبخشی است. در تحصیلات تکمیلی، یک دورهٔ کارآموزی خارجی تابستانی را در بیمارستان مصدومان جنگی شهر کانزاس گذراندم. قبل از آن، مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر را اجرا نکرده بودم. این تجربه باعث شد به کار با افراد دچار ناکارایی مغزی، بیشتر علاقه‌مند شوم. علایق تحقیقاتی فعلی من هم تاثیر فعالیت‌های دینی و باورهای معنوی بر سلامتی و فرایندهای اختصاصی روان‌شناسی عصب‌نگرِ مرتبط با صفات معنوی است. به بیان

دقیق‌تر، تحقیقات ما نشان داده است که ازخودگذشتگی بالا با کاهش کارکرد لوب آهیانه‌ای راست رابطه دارد، کما اینکه این مورد با تعالی معنوی بالا هم رابطه دارد.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

پیش‌بینی آیندهٔ روان‌شناسی، با توجه به ظرفیت رشد فرصت‌ها و استرس‌های مرتبط با نظام مراقبت مدیریت‌شده، همیشه و جالب است. در روی مثبت قضیه، روان‌شناسان بالینی همچنان تخصص خود در حوزه‌های غیرسنتی سلامت روان را گسترش خواهند داد. در حیطه و محیط فعلی من، روان‌شناسان بالینی، جزء محققان اصلی کمک‌های بنیاد رابرت وود جانسون در این زمینه‌ها بوده‌اند (۱) طراحی برنامه‌های مراقبت مدیریت‌شدهٔ پزشکی برای معلولان و (۲) تحقیق دربارهٔ تاثیر مراقبت مدیریت‌شده بر کودکان معلول مناطق روستایی. دیگر روان‌شناسان گروه ما هم محققان اصلی طرح‌هایی بوده‌اند که استفاده از پزشکی راه دور برای افراد دارای مصدومیت مغزی در مناطق روستایی را بررسی کرده‌اند. همچنین محقق اصلی یکی از ۱۷ نظام ملی مصدومیت نخاعی بوده‌اند. در ضمن، بسیاری از روان‌شناسان دانشکدهٔ پزشکی در حال شناسایی آن دسته از جمعیت‌های پزشکی هستند که خدمات روان‌شناختی به آنها کمک می‌کند (جمعیت‌هایی مثل بیمارانی که بیماری‌های سیستمی، امراض عفونی، درد مزمن و بیماری قلبی‌عروقی دارند).

روندهای مراقبت مدیریت‌شده و مشکلات اقتصادی فعلی، تاثیرات مثبتی داشته است، از این نظر که مسئولان مراقبت‌های بهداشتی را بر آن داشت موثر بودن خدماتشان را ثابت کنند. اما چون نشان نداده‌ایم که روان‌شناسان می‌توانند خدمات بهتر و ارزان‌تری در مقایسه با از خدمات مددکاران اجتماعی و مشاوران حرفه‌ای گواهینامه‌دار ارائه کنند، این احتمال وجود دارد که جایگاه بالینی روان‌شناسان تنزل یابد. من به عنوان رییس سابق انجمن روان‌شناسی میسوری یاد گرفته‌ام که آیندهٔ روان‌شناسی بالینی به این بستگی دارد که از حرفهٔ خود حمایت، و ارزشمندی خود را به دیگران ثابت کنیم. اگر خودمان این کار را نکنیم، کس دیگری این کار را نخواهد کرد.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر را چطور می‌بینید؟

به نظر من روان‌شناسی عصب نگر به دو مسیر می‌رود. مسیر اول، تمرکز آزمایشی دارد و تحقیقات بیشتر دربارهٔ روابط اختصاصی مغز - رفتار را در دستور کار دارد؛ مثل بررسی فرایندهای روان‌شناسی عصب‌نگری که با برخی تجربه‌های معنوی مرتبط است. فنون پیچیدهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر اجازه می‌دهد درک بهتری از طرز کار مغز پیدا کنیم. از طرف دیگر، نوعی روان‌شناسی عصب‌نگر بالینی می‌بینم که توسعهٔ سنجش و درمان توانبخشی بنیاد را دنبال می‌کند. در آینده، بیشتر کسانی که برای ارزیابی‌های روان‌شناسی عصب‌نگر ارجاع می‌شوند، از سبب‌شناسی مشکلاتشان اطلاع می‌یابند. بنابراین، روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر باید توصیه‌های درمانی خاصی به افراد کنند که به آنان در کارهای روزانه، کارهای خانه، کار و تحصیل کمک می‌کند.



بریک جانستون

روان‌شناسی عصب‌نگر به مثابه یک رشته، بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم رو به گسترش نهاد چون (الف) شمار مصدومیت‌های سر در زمان جنگ بالا رفته بود و (ب) خود رشتهٔ روان‌شناسی بالینی توسعه یافته بود (هارتلیج[1]، ۱۹۸۷). یکی از تحولات و پیشرفت‌های مهمِ پس از جنگ، کارهای وارد هالستید[2] بود. هالستید با مشاهدهٔ افرادی که صدمهٔ مغزی دیده بودند در محیط طبیعی زندگی‌شان، برخی خصوصیات اختصاصی رفتار را شناسایی کرد. سپس سعی کرد با اجرای آزمون‌های روانی روی این بیماران، این خصوصیات را بسنجد. او از طریق تحلیل عاملی، به ده اندازه‌گیری رسید که در نهایت، مجموعه آزمون هالستید را ساختند. بعداً رالف ریتان[3]، دانشجوی تحصیلات تکمیلی هالستید، با حذف دو آزمون و افزودن چند آزمون دیگر، مجموعه آزمون هالستید را اصلاح کرد. بعد از آن هم ریتان و همکارانش توانستند بین پاسخ‌های آزمون و جنبه‌های مجزای صدمات مغزی، در قالب نقایص حرکتی جانبی‌شده، رابطه برقرار کنند. این قضیه زمینه‌ساز

1. Hartlage
2. Ward Halstead
3. Ralph Reitan

مجموعه آزمون‌های روانی‌عصبی هالستید ـ ریتان شد. در سال ۱۹۸۰ نیز مجموعه آزمون‌های روانی‌عصبی لوریا ـ نبراسکا منتشر شد که در حال حاضر پرمصرف‌ترین رقیب مجموعه آزمون‌های هالستید ـ ریتان است. در قسمت بعد راجع به این آزمون‌ها و دیگر آزمون‌های روان‌شناسی عصب‌نگر توضیح خواهیم داد.

در اینجا لازم است به تحول تاریخی دیگری هم اشاره کنیم. روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر حال حاضر، به تدریج مجموعه آزمون‌های انعطاف‌پذیرتری را در سنجش به کار گرفته‌اند. این مجموعه آزمون‌های انعطاف‌پذیر بر مبنای نمای بالینی فرد و فرضیه‌های روان‌شناس عصب‌نگر انتخاب می‌شوند. مجموعه آزمون‌های استانداردی مثل هالستید ـ ریتان و لوریا ـ نبراسکا ممکن است خیلی زمان‌بر باشند و به آسانی با وضعیت‌های بالینی خاص انطباق نیابند. بعداً در همین فصل، مجموعه آزمون‌های استاندارد و انعطاف‌پذیر را مقایسه خواهیم کرد.

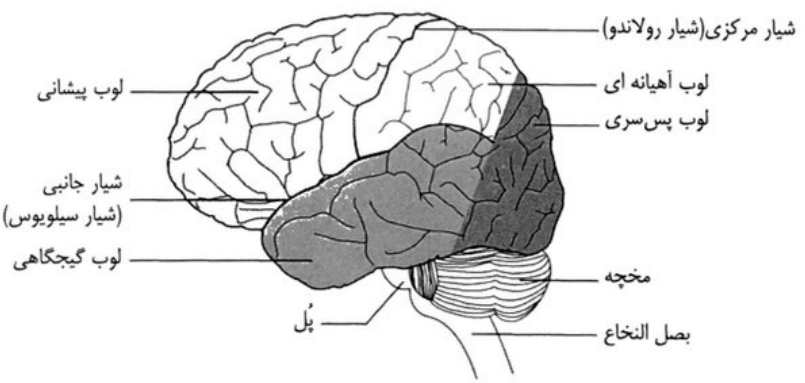
مغز: ساختار، کارکرد و اختلال

پیش از ادامه دادن بحث، جا دارد برخی جنبه‌های مهم مغز را به اختصار مرور کنیم. توضیحات مبسوط را می‌توانید در جای دیگری بخوانید (مثل یودوفسکی و هیلز[1]، ۲۰۱۰؛ زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸).

ساختار و کارکرد

مغز، دو نیمکره دارد. **نیمکرهٔ چپ**، مسئول کنترل سمت راست بدن است و بیشتر درگیر کارکرد زبانی، استنباط منطقی و تقریباً در تمام راست‌دست‌ها و بخش زیادی از چپ‌دست‌ها، مسئول تحلیل جزییات است. ***نیمکرهٔ راست*** هم سمت چپ بدن را کنترل می‌کند. این نیمکره بیشتر درگیر مهارت‌های دیداری ـ فضایی، خلاقیت، فعالیت‌های موسیقایی و ادراک جهت است. اما دوباره توجه کنید که برخی چپ‌دست‌ها ممکن است حالت معکوس این الگوی نیمکره‌ای را داشته باشند. این دو نیمکره از طریق جسم پینه‌ای با هم ارتباط برقرار می‌کنند که امکان هماهنگی و یکپارچگی رفتار پیچیده را فراهم می‌آورد.

هر نیمکرهٔ مغز، چهار لوب دارد: پیشانی، گیجگاهی، آهیانه‌ای و پس‌سری (به نمودار ۱ ـ ۸ مراجعه کنید). لوب‌های پیشانی از نظر تکاملی و رشدی، جدیدترین بخش‌های مغز است. این لوب‌ها ما را قادر می‌کنند رفتارمان و واکنش‌های دیگران به آن را مشاهده و مقایسه کنیم تا بازخورد لازم برای تغییر رفتارمان برای به اهداف باارزش را کسب کنیم. کارکردهای اجرایی هم برعهدهٔ لوب‌های پیشانی است؛ کارکردهایی مثل صورت‌بندی، برنامه‌ریزی و ابتکارات هدفمند. سرانجام اینکه تنظیم هیجان ـ یعنی زیر نظر گرفتن و کنترل حالت هیجانی ـ نیز برعهدهٔ لوب پیشانی است. بخش زیادی از رشد و تحول لوب پیشانی در دورهٔ نوجوانی رخ می‌دهد.



نمودار ۱ ـ ۱۸ قشر مخ.

1. Yodofsky and Hales

لوب‌های گیجگاهی میانجی بیان، دریافت و تحلیل زبانی هستند. همچنین درگیر پردازش شنیداری تُن‌ها، صداها، ریتم‌ها و معانی غیرزبانی می‌باشند. ***لوب‌های آهیانه‌ای*** با ادراک لامسه‌ای و جنبشی، فهمیدن، ادراک فضایی و تاحدودی، فهم و پردازش زبانی رابطه دارند. ***لوب‌های پس‌سری*** هم عمدتاً با پردازش دیداری و برخی جنبه‌های حافظهٔ دیداری رابطه دارند. **مخچه** هم با هماهنگی حرکتی و کنترل تعادل و قوام عضلانی سر و کار دارد.

پیشایندها یا علل صدمهٔ مغزی

علل صدمهٔ مغزی چیست؟ چند امکان وجود دارد.

ضربه . طبق تخمین‌ها، هر سال بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر امریکایی دچار مصدومیت مغزی می‌شوند (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸). این مصدومیت‌ها بر اثر سوانحی از تصادفات رانندگی تا مصدومیت‌های ورزشی و افتادن از نردبان رخ می‌دهد. نتایج مصدومیت‌های مغزی هم متنوع است. ماهیت مصدومیت سر هم بی‌تاثیر نیست (برای مثال بسته یا باز بودن مصدومیت یا ورود چیزی در سر). تقریباً بیشتر مصدومیت‌های سر، خفیف است اما درصد زیادی از آنها به بستری شدن نیاز دارد. وارد آمدن ضربه به سر، یکی از علل اصلی مرگ و معلولیت جوانان امریکایی است (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸).

تاثیرات اصلی ضربات وارد به سر را می‌توان ضربه، کوفتگی و پارگی دانست. **ضربه** (یا ضربه وارد آمدن به مغز) معمولاً موجب اخلال‌های گذرا در کارکرد مغز می‌شود و به ندرت صدمهٔ ماندگاری در پی دارد (مگر آنکه مثل فوتبال یا مشت‌زنی تکرار شود). **کوفتگی** به مواردی اطلاق می‌شود که در آن مغز از جایگاه عادی خود خارج می‌شود و جمجمه، فشرده می‌شود. به این ترتیب، بافت مغز کبود می‌شود. نتایج حاصل از کوفتگی معمولاً شدید است و شخص را به حالت اغما و دلیریوم می‌برد. **پارگی** هم شامل بریدگی و از بین رفتن بافت مغز است. پارگی می‌تواند بر اثر اصابت گلوله یا اشیای در حال پرواز ایجاد شود. البته این نوع پارگی‌ها، صدمات بسیار جدی به مغز وارد می‌کند.

سوانح مغزی‌عروقی . انسداد عروق مغزی، یا پارگی آنها، معمولاً «سکتهٔ مغزی» نامیده می‌شود. سکتهٔ مغزی از علل بسیار شایع مصدومیت مغزی بزرگسالان و یکی از علل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده امریکا (و دیگر کشورها) است. سکتهٔ مغزی عمدتاً در سنین بالا رخ می‌دهد، ولی یکی از علل شایع مرگ و میر در میانسالی نیز هست. در ***انسداد***، لختهٔ خون باعث می‌شود عروق ناحیه‌ای از مغز بگیرد. انسداد می‌تواند موجب **زبان‌پریشی** (اختلال زبان)، **حرکت‌پریشی** (یا عدم توانایی انجام برخی حرکات ارادی) یا **احساس‌پریشی** (اختلال در ادراک حسی) شود. در ***خونریزی مغزی***، عروق مغزی، پاره شده و خون وارد بافت مغزی می‌شود. سپس بافت مربوطه را تخریب یا نابود می‌کند. نشانه‌های خونریزی مغزی، به محل سانحه و شدت آن بستگی دارد. خونریزی مغزی شدید موجب مرگ می‌شود. بازماندگان معمولاً دچار فلج و مشکل تکلم، حافظه، قضاوت و مواردی از این قبیل می‌شوند.

بیمارانی که سکتهٔ مغزی کرده‌اند باید فوراً به بیمارستان منتقل شوند. داروهای رفع‌کنندهٔ انسداد (یا داروهای «ضدلخته») می‌تواند صدمهٔ ماندگارِ سکته مغزی انسدادی را کم کند. در ضمن، داروهای جدیدی در دست ساخت است که از آبشار واکنش‌های شیمیایی مسبب صدمات عصبی یا حتی مرگ، پیشگیری می‌کند (داروهایی مثل فعال‌کنندهٔ پلاسمینوژن بافت یا tPA). بنابراین در اغلب موارد، اقدام عاجل، بسیار سودمند است.

تومورها . ***تومور*** مغزی گاهی اوقات بیرون مغز رشد می‌کند و گاهی درون مغز و گاهی هم حاصل گسترش سلول‌های متاستازی است که مایعات بدن، آنها را از اندام‌های دیگری مثل ریه یا پستان، به مغز می‌برد. علائم اولیه تومورهای مغزی معمولاً ظریف است و می‌تواند سردرد، مشکلات بینایی، مشکلات تدریجی قضاوت و مواردی از این قبیل باشد. با رشد و گسترش تومور، نشانه‌های دیگری ظاهر می‌شود (مثل مشکل حافظه، مشکلات عاطفه یا ناهماهنگی حرکتی). تومورها با عمل جراحی برداشتنی هستند، ولی خود جراحی هم می‌تواند صدمهٔ مغزی ایجاد کند. برخی تومورها را نمی‌توان جراحی کرد، برخی هم در نواحی بسیار خطرناکی قرار دارند. در این موارد، پرتودرمانی صورت می‌گیرد.

بیماری تباه‌کننده [یا دژنراتیو]. مشخصهٔ این گروه از اختلالات، تباهی تدریجی سلول‌های دستگاه عصبی مرکزی است. ***بیماری‌های تباه‌کننده [یا دژنراتیو]*** رایج، داءالرقص هانتینگتون، بیماری پارکینسون و بیماری آلزایمر و دیگر دمانس‌ها هستند. بیماری آلزایمر، شایع‌ترین بیماری تباه‌کننده است (سن شروع آن هم معمولاً ۶۵ سالگی به بعد است). پس از آن، بیماری پارکینسون شایع است (که سن شروع آن ۵۰ تا ۶۰ سالگی است) و داءالرقص هانتینگتون (که سن شروع آن ۳۰ تا ۵۰ سالگی است). در هر سه بیماری، شاهد تباهی پیشروندهٔ مغزی و نشانه‌های دیگر حرکتی هستیم. بیماران مبتلا به این بیماری‌ها سرانجام در بسیاری از حوزه‌های رفتاری، مثل حرکت، تکلم، زبان، حافظه و قضاوت دچار مشکلات شدید می‌شوند. روان‌شناسان عصب‌نگر بیشتری دنبال این می‌روند که برای تاثیرگذاری حداکثری درمان بر کارکردهای بیمار، این بیماری‌ها، از جمله آلزایمر، را در همان مراحل اولیه شناسایی کنند و تشخیص دهند (بوندی، جک، دلانو-وود، جیکوبسن، دلیس و سالمون[1]، ۲۰۰۸).

کمبودهای غذایی. سوءتغذیه می‌تواند در نهایت، اختلالات عصب‌شناختی و روان‌شناختی ایجاد کند. سوءتغذیه معمولاً در روانپریشی کورساکف (که معلول مشکلات غذایی، بر اثر عادات غذایی نامناسب حاصل از مصرف بلندمدت الکل است)، پلاگرا (یا کمبود نیاسین/ویتامین B_3) و بریبری (کمبود تیامین/ویتامین B_1) دیده می‌شود.

اختلالات مسمومیتی. فلزات، سموم، گازها و حتی گیاهان می‌توانند از طریق پوست بر ما تاثیر بگذارند. نتیجهٔ این تاثیرگذاری، در برخی موارد، مسمومیتی است که صدمهٔ مغزی به بار می‌آورد. یکی از نشانه‌های رایج این اختلالات، **دلیریوم** (یا اخلال در هشیاری) است.

سوءمصرف مزمن الکل. قرارگرفتن طولانی در معرض الکل غالباً باعث تحمل و وابستگی می‌شود. تحمل و وابستگی، همبسته‌های عصب‌شناختی دارد، مثل تغییر در حساسیت انتقال‌دهنده‌های عصبی و کوچک شدن بافت مغز.

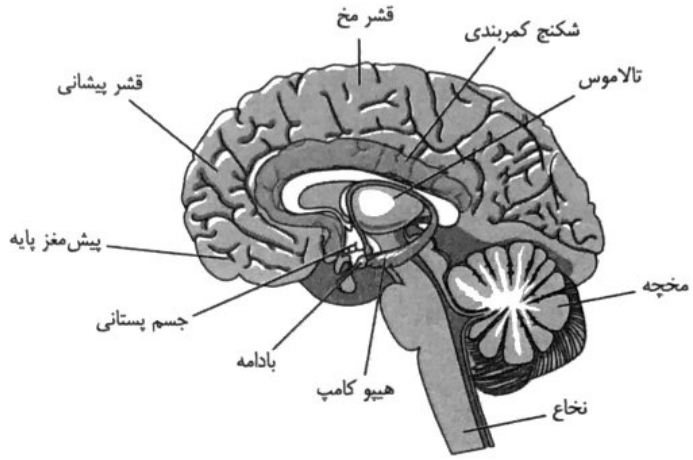
چند ناحیهٔ مغز در برابر مصرف طولانی الکل، بسیار آسیب‌پذیر است (اسکار-برمن و مارینکوویچ[2]، ۲۰۰۷، ۲۰۰۳؛ وزارت بهداشت و خدمات انسانی، ۲۰۰۰). در اینجا فقط چند مورد از یافته‌های تکرارشده را توضیح می‌دهیم. دستگاه لیمبیک، مجموعه‌ساختارهایی در مغز است که با شکل‌گیری حافظه، تنظیم هیجان و یکپارچگی حسی رابطه دارد. مطالعات به عمل آمده روی الکلی‌ها، وجود نقص در این نواحی را نشان داده است. دیانسفال، ناحیه‌ای نزدیک مرکز مغز است که اجسام پستانی هیپوتالاموس را دربرمی‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد مصرف طولانی الکل موجب کوچک شدن یا بروز ضایعات در این نواحی می‌شود. کاستی‌های حافظه‌ای الکلی‌ها با این یافته‌ها سازواری دارد. در چند مطالعه نیز گزارش شده است که الکلی‌ها دچار پلاسیدگی قشر مخ می‌شوند. سرانجام، مخچه که مسئول هماهنگی حرکتی است هم آسیب می‌بیند. صدمات عصب‌شناختی نشئت گرفته از سوءمصرف الکل/وابستگی به الکل، با سقوط‌های تصادفی و تصادفات رانندگی نیز رابطه دارد. نمودار ۲-۱۸، نواحی مغزی را نشان می‌دهد که مطالعات از آسیب دیدن آنها بر اثر اعتیاد به الکل خبر داده‌اند.

پیامدها و نشانه‌های صدمهٔ عصب‌شناختی

مصدومیت یا ضربهٔ مغزی، نشانه‌های شناختی و رفتاری مختلفی ایجاد می‌کند. متاسفانه بسیاری از این نشانه‌ها شبیه نشانه‌های اختلالات روانی سنتی است. وانگهی، پاسخ بیماران به اختلال عصب‌شناختی می‌تواند واکنش‌های روان‌شناختی و هیجانی در پی داشته باشد. برای مثال، شخصی که صدمه عصب‌شناختی دیده ممکن است از این مسئله افسرده شود که نمی‌تواند کارهای روزمرهٔ خود را انجام دهد. این افسردگی متقابلاً تشخیص افتراقی را سخت می‌کند. بدون در نظر گرفتن این مشکلات، در قسمت زیر، چند مورد از نشانه‌های رایج صدمهٔ عصب‌شناختی را فهرست‌وار آورده‌ایم. اما این نشانه‌ها ممکن است در هر اختلالی دیده شود و بین بیمارانی که اختلال واحدی دارند، تفاوت نشانه دیده می‌شود.

---

1. Bondi, Jak, Delano-Wood, Jacobson, Delis and Salmon
2. Oscar-Berman and Marinkovic



نمودار ۲ـ۱۸: ساختارهای مغز که سوءمصرف مزمن الکل بر آنها تاثیر می‌گذارد.
منبع: وزارت بهداشت و خدمات انسانی (۱۹۹۷). گزارش ویژهٔ نهم به کنگره ایالات متحده امریکا دربارهٔ الکل و سلامتی، ص ۱۵۰.

۱. ***جهت‌یابی مختل*** : تشخیص ندادن هویت خود، اینکه کدام روز هفته است یا نشناختن محیط اطراف.

۲. ***حافظهٔ مختل*** : فراموش کردن رویدادها، به‌ویژه رویدادهای اخیر، داستان‌بافی یا خاطره‌سازی، با هدف پوشاندن فراموشی‌ها و اشکال در یادگرفتن اطلاعات جدید و در یاد نگه داشتن اطلاعات جدید.

۳. ***کارکردهای عقلانی مختل*** : مشکل داشتن در درک مطلب، تولید کلام، محاسبه و دانش عمومی (برای مثال، شخص نمی‌تواند کلمات ساده را تعریف کند، بگوید رییس جمهور چه کسی است یا ارقام را جمع بزند).

۴. ***قضاوت مختل*** : مشکل داشتن در تصمیم‌گیری (برای مثال، شخص نمی‌تواند دربارهٔ ناهار، زمان خواب و موادی از این قبیل تصمیم بگیرد).

۵. ***عاطفهٔ سطحی و نااستوار*** : به راحتی و بیجا خندیدن و گریه کردن؛ به سرعت از شادی به گریه و از گریه به عصبانیت رسیدن.

۶. ***نداشتن انعطاف هیجانی و ذهنی*** : بیمار ممکن است در شرایط عادی، کارکرد معقولی داشته باشد ولی هنگام استرس (برای مثال هنگام خستگی، فشار ذهنی، ناراحتی هیجانی) قضاوت، واکنش‌های هیجانی یا مواردی از این قبیل در او مختل شود.

۷. ***سندرم لوب پیشانی*** : برخی از خصوصیات شخصیتی معمول وقتی بافت لوب پیشانی بر اثر جراحی، تومور یا مصدومیت تخریب می‌شود، در شخص ظاهر می‌شود. این خصوصیات معمولاً اخلال در کنترل تکانه، ضعف قضاوت اجتماعی و توان برنامه‌ریزی، نگران نبودن درباره پیامدهای اعمال خود، بی‌تفاوتی، سوءظن و قشقرق به راه انداختن است.

در کادر ۲ـ۱۸، تغییرات شخصیتی پس از این‌گونه مصدومیت‌ها را می‌خوانید.

روابط مغز و رفتار

پیش از توصیف فنون سنجش باید دست‌کم به اختصار هم که شده، نگاه‌های اصلی به رابطهٔ مغز و رفتار را توضیح دهیم.

قبلاً گفتیم که در نیمهٔ دوم قرن نوزدهم، دیدگاه مکان‌یابی شهرت پیدا کرد. این نگاه که برخی مناطق مغز، کنترل برخی رفتارها را در اختیار دارد، هنوز یکی از اصول مهم روان‌شناسان عصب‌نگر است. معنای این اصل آن است که در سنجش صدمهٔ مغزی باید ببینیم کدام مکان در مغز صدمه دیده است. مقدار صدمه هم از این نظر مهم است که هرچه صدمه وسیع‌تر باشد، نواحی مغزی بیشتر آسیب می‌بیند (گولدن، ۱۹۸۴). در حقیقت، برخی تومورها چنان فشاری در درون جمجمه ایجاد می‌کنند که نواحی دور از خود را هم مختل می‌کنند. اما نگاه اصلی این است که نواحی هم‌اندازه در مناطق مختلف مغز، نقایص رفتاری متفاوتی ایجاد می‌کند (کرچ[1]، ۱۹۶۲).

1. Krech

کادر ۲ـ۱۸: تمرکز بر کاربردهای بالینی

تغییرات شخصیتی پس از مصدومیت مغزی: یک مورد نمونه

یک جوان آسیب‌دیده در جنگ ویتنام بر اثر انفجار مین زمینی، کل لوب پیشانی راست خود را از دست داده بود. مادر و همسرش می‌گفتند قبل از ورود به ارتش، کارگر چوب‌بری دلنشین، وظیفه‌شناس و سختکوشی بود. وقتی از جنگ به خانه برمی‌گردد، تمام کارکردهای گفتاری و بیشتر توانایی‌های فکری او عادی و بی‌ایراد بود. اما اصلاً اضطراب نداشت و خیلی بی‌خیال شده بود. سهل‌گیر و لذت‌طلب شده بود و به دیگران خیلی اهمیت نمی‌داد. زنش نمی‌توانست به او بفهماند که بابت تب فرزندشان نگران است یا نگران اجاره‌خانه است. زنش نه‌تنها باید همهٔ نیازهای مالی را رفع می‌کرد، بلکه تمام وظایف و مسئولیت‌های خانه و خانواده هم به‌دوش او افتاده بود. همه چیز را او باید برنامه‌ریزی می‌کرد؛ حتی درباره اینکه مراقب باشد شوهرش به موقع سر کار برود و چک حقوقش را صرف مشروب خوردن نکند یا جمعه شب، قبل از آمدن به خانه، تمام پول‌ها را خرج نکند. تا اینکه زن بعد از چند سال دیگر نمی‌تواند بی‌خیالی شوهر را تحمل کند و سرانجام او را ترک می‌کند؛ چون شوهرش کار را رها کرده و مشروب‌خوری‌های افراطی ماهانه در پیش گرفته بود و روی دست زنش یک عالمه هزینه‌های پرداخت‌نشده گذاشته بود.

منبع: ویراست چهارم ***سنجش روانی‌عصبی*** نوشتهٔ ام. دی. لزاک، دی. هاویسون و دی. لورینگ، ص ۳۸.

اما طبق نظریهٔ هم‌توانی، همهٔ نواحی مغز به یک اندازه در کارکردهای عقلی سهم دارند (کرچ، ۱۹۶۲). محل مصدومیت در مقایسه با مقدار مصدومیت، در مقام دوم اهمیت قرار دارد. بنابراین مصدومیت‌ها فقط از لحاظ شدت با هم فرق می‌کنند. طرفداران نظریهٔ هم‌توانی، بر نقایص توانایی‌های انتزاعی و نمادین تاکید می‌کنند که در تمام شکل‌های مصدومیت مغزی دیده می‌شود و نگرش‌های جزمیِ عینی در قبال حل مسئله را در پی دارند (مراجعه کنید به کی. گولدستاین و شِرِر[1]، ۱۹۴۱). این نگاه‌ها به تهیهٔ آزمون‌هایی منتهی شد که درصدد شناسایی نقص پایه‌ای مشترک در تمام مصدومیت‌های مغزی بود. اما متاسفانه این آزمون‌ها در مصارف روزمرهٔ بالینی به خوبی کار نمی‌کرد (گولدن، ۱۹۸۱).

بسیاری از محققان نتوانستند نظریهٔ مکان‌یابی یا هم‌توانی را کاملاً بپذیرند. به همین دلیل نظریه‌های دیگری مثل نظریهٔ هالینگز جکسون (لوریا، ۱۹۷۳) طرح شد. طبق نظر جکسون، می‌توانیم مکان مهارت‌های بسیار پایه‌ای را مشخص کنیم، ولی رفتار مشاهده‌شدنی، تلفیق بسیار پیچیده‌ای از شمار زیادی مهارت پایه است. به همین دلیل، مغز را باید یک کلیت یکپارچهٔ درگیر بدانیم. این مدل کارکردی دربارهٔ مغز، نظریهٔ مکان‌یابی و هم‌توانی را در خود دارد. وانگهی طبق نظر لوریا (۱۹۷۳)، رفتارهای بسیار پیچیده، نظام‌های کارکردی پیچیده‌ای را در مغز شامل می‌شود که مکان‌های ساده را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برای مثال چون انتزاع، مهارت عقلانی پیچیده‌ای است، نظام‌های مغزی زیادی را درگیر می‌کند.

مصدومیت مغزی می‌تواند تاثیرات زیادی داشته باشد، از جمله می‌تواند بر ادراک دیداری، ادراک شنیداری، ادراک جنبشی، هماهنگی و کارکرد حرکتی ارادی، حافظه، زبان، رفتار مفهومی، توجه یا واکنش‌های هیجانی تاثیر بگذارد. روان‌شناسان بالینی را معمولاً فرا می‌خوانند تا بود و نبود تباهی عقلی را روشن کنند. این هم صرفاً با اندازه‌گیری کارکرد فعلی امکان‌پذیر نیست؛ چون به مقایسهٔ ضمنی یا آشکار کارکرد فعلی باکارکرد قبلی نیاز دارد. تباهی عقلی در مجموع یکی از این دو نوع کلی است: (الف) افت ناشی از عوامل روان‌شناختی (از قبیل روانپریشی، فقدان انگیزش، مشکلات هیجانی، کلاه گذاشتن سر شرکت بیمه و غیره) و (ب) افت ناشی از مصدومیت مغزی. البته اگر روان‌شناس بالینی به مجموعه آزمون‌هایی دسترسی داشته باشد که قبل از بیماری یا مصدومیت از بیمار گرفته شود، سنجش خیلی آسان‌تر می‌شود. این‌گونه داده‌های پیش از بیماری، حکم نوعی خط پایه را پیدا می‌کند که او می‌تواند عملکرد فعلی بیمار را با آن مقایسه کند. اما متاسفانه روان‌شناسان بالینی به ندرت چنین داده‌هایی دربارهٔ بیماران دارند. آنها باید کارکرد قبلی بیمار را بر اساس اطلاعات موجود دربارهٔ تحصیلات، اشتغال و متغیرهای دیگر استنباط کنند.

1. K. Goldstein and Scheerer

روان‌شناسان بالینی در طول سال‌ها از این‌گونه علائم مرتبط با کارکرد بیمار پیش از بیماری، به‌طور شهودی استفاده کرده‌اند، بی‌آنکه شواهد تجربی زیادی دربارهٔ اعتبار آنها داشته باشند. اما همهٔ این روش‌ها، جایزالخطا است.

روش‌های سنجش روانی‌عصبی

سنجش، عمل پیچیده‌ای است که علاوه بر نکات پیش‌گفته، نکات دیگری هم دارد. اجازه دهید به چند مورد اصلی آن اشاره کنیم (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸).

رویکردهای اصلی

آیا باید روی تمام کسانی که برای معاینهٔ روانی‌عصبی ارجاع داده می‌شوند، یک آزمون استاندارد یا مجموعه آزمونی استاندارد اجرا کرد یا مبنای انتخاب آزمون (یا آزمون‌ها) باید قضاوت بالینی، ماهیت ارجاع یا مهارت‌ها و تمایلات خاص روان‌شناس بالینی باشد؟ به رویکرد اول، ***رویکرد مجموعه آزمون استاندارد*** یا ***رویکرد مجموعه آزمون ثابت*** می‌گویند. مزیت این رویکرد، ارزیابی بیماران از لحاظ توانایی‌های عصبی‌روانی بنیادی، انباشت یک پایگاه داده‌های استاندارد برای تمام بیماران در طی زمان و مشخص شدن الگوهای مهم نمرات است. ایراد اصلی این رویکرد هم هزینه‌بر و زمان‌بر بودن، احتمال خسته شدن بیمار و منعطف نبودن آن است (چراکه سنجش‌ها برای تک‌تک بیماران تنظیم نشده است).

رویکرد دوم، ***رویکرد فرایندی/ منعطف*** یا ***رویکرد فرضیه ـ آزمون*** است. در این رویکرد، سنجش‌ها به فراخور حال بیمار تنظیم می‌شود و روان‌شناس عصب‌نگر، آزمون‌ها را بر مبنای فرضیه‌هایش انتخاب می‌کند. گاهی اوقات آزمون در جریان اجرا روی بیمار، تغییر داده می‌شود تا فرضیه‌های دیگر هم بررسی شود. عده‌ای می‌گویند رویکرد انفرادی، رویکرد حساسی است که بر تصورات روان‌شناس بالینی متمرکز است. برخی هم می‌گویند اگر روان‌شناس بالینی، آزمون (یا آزمون‌های) غلطی انتخاب کند، سنجش ضعیفی صورت می‌گیرد. در ضمن، رویکرد انفرادی مانع جمع‌آوری منظم اطلاعات حاصل از اجرای آزمون خاص روی بیماران خاص می‌شود. البته برخی از روان‌شناسان بالینی با یک یا چند ابزار غربالگری استاندارد و سپس رجوع به دیگر آزمون‌های خاص به فراخور نتیجهٔ غربال اولیه، این دو راهبرد را ترکیب می‌کنند.

تفسیر نتایج آزمون روانی‌عصبی

زیلمر و همکاران (۲۰۰۸) به شیوه‌های تفسیر داده‌های آزمون توسط روان‌شناس عصب‌نگر اشاره می‌کنند. شیوهٔ نخست، تفسیر سطح عملکرد بیمار در چهارچوب داده‌های هنجاری است. برای مثال، آیا نمرهٔ بیمار به شکل معناداری زیر میانگین گروه مرجع مقتضی و مناسب است و از وجود اختلال در آن حوزه خبر می‌دهد؟ شیوهٔ دوم، محاسبهٔ ***تفاوت نمرات*** در دو آزمون بیمار است؛ برخی سطوح تفاوت از وجود اختلال خبر می‌دهد. سومین روش، توجه به علائم ***بیماری‌زای*** صدمهٔ مغزی (مثل نکشیدن سمت چپ تصویر) و تفسیر این علائم است. چهارمین روش، ***تحلیل الگوی*** نمرات است؛ برخی الگوها در نمرات آزمون‌ها، رابطهٔ پایایی با برخی مصدومیت‌ها یا اختلالات خاص عصب‌شناختی دارد. سرانجام اینکه برخی تصمیم‌گیری‌های تشخیصی را می‌توانیم با فرمول‌های آماری موجود برای توزین افتراقی نمرات آزمون انجام دهیم.

آیونیک[1] و دیگران (۲۰۰۰) در آزمون اعتبار تشخیصی، چهار رویکرد مختلف به تفسیر داده‌های آزمون، یعنی رویکرد نمرهٔ مطلق/ علامت بیماری‌زا، نمرهٔ تفاوت و الگوی نمرات/ تغییرپذیری نیمرخ را مقایسه کردند. جالب اینجا است که محققان دریافتند رویکرد نمرهٔ مطلق، بیشترین دقت تشخیص (یعنی پیش‌بینی اختلال شناختی در بزرگسالان) را داشت. این نشان می‌دهد نمرات برش در اندازه‌گیری‌ها می‌تواند جایگزین شاخص‌های پیچیده‌تری مثل تفاوت نمرات یا الگوهای نمره‌ای شود.

نکتهٔ آخر دربارهٔ تفسیر، مطلوبیت ارزیابی‌های کیفی از پاسخ‌های بیماران است. آیا روان‌شناسان عصب‌نگر باید به آزمون‌های کیفی تکیه کنند یا به روش‌های کمّی که نتایج را به ارزش‌های رقمی تقلیل می‌دهد؟ دادهٔ مهم، شیوهٔ پاسخ‌دهی

1. Ivnik

مراجع است یا پاسخ‌های نمره‌گذاری‌شده؟ بسیاری از روان‌شناسان عصب‌نگر، این دو رویکرد را احتمالاً تلفیق می‌کنند چرا که مانعةالجمع نیستند. تشخیص نهایی به این بستگی دارد که آیا بیمار به دلیل عدم بازسازی درست طرح مکعب‌ها، نمرهٔ صفر می‌گیرد یا چون مکعب‌ها را با عصبانیت از روی میز آزمون‌گیر پرت می‌کند. ارزش نقطه‌ای در هر دو مورد، صفر است، ولی در نظر گرفتن کیفیت یا ماهیت پاسخ بیمار و تحلیل آن، در مفهوم‌بندی مورد به او کمک خواهد کرد.

روش‌های تشخیص عصبی

شاید خواننده بگوید رشتهٔ پزشکی، انواع *روش‌های تشخیص روانی* را داشته است. این روش‌ها شامل معاینات عصب‌شناختی سنتی عصب‌شناسان، کشیدن مایع نخاعی، اشعهٔ ایکس، الکتروانسفالوگرام‌ها (EEGs)، اسکن‌های توموگرافی محوری کامپیوتری (CAT)، اسکن‌های توموگرافی نشر پوزیترون (PET) و فن جدیدترِ تصویرسازی رزونانس مغناطیسی هسته‌ای (NMR) یا (MRI) است. در واقع این روش‌ها در شناسایی محل صدمه و بیماری، بسیار مفیدند. اما همهٔ این روش‌ها در تشخیص اختلال به یک اندازه خوب عمل نمی‌کنند. این فنون گاهی اوقات بدون آنکه صدمهٔ مغزی واقعی وجود داشته باشد، شواهدی دال بر وجود نابهنجاری می‌دهند. سرانجام اینکه برخی از این روش‌ها، خطراتی دارند. کشیدن مایع نخاعی می‌تواند دردناک و گاهی اوقات خطرناک باشد؛ در ضمن، همگی بر خطرات قرارگرفتن زیاد در معرض اشعهٔ ایکس واقف هستیم.

اما روش‌های تشخیصی عصب‌شناس، مستقیماً دنبال شواهد صدمهٔ مغزی هستند. جدای از این روش‌های استاندارد تشخیص عصبی، چند روش تصویرسازی دیگر هم وجود دارد که شناخت بهتری از «کار» مغز به ما می‌دهد (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸). تصویرسازی از طریق توموگرافی کامپیوتری نشر تک فوتون (SPECT)، روی جریان خون مغز صورت می‌گیرد و از طرز کار مغز «تصویر» می‌دهد. تصویرسازی رزونانس مغناطیسی کارکردی (fMRI) نیز تغییرات جریان خون مغز را می‌سنجد. این دو روش تشخیص عصبی که روش‌های جدیدتری هستند، امیدواری‌هایی در روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر پدید آورده است؛ چون ممکن است اطلاعات بیشتری دربارهٔ طرز کار نواحی مختلف مغز در اختیار ما بگذارد.

اما بسیاری از این روش‌های تشخیص عصبی، روش‌هایی گران و برخی از آنها تهاجمی هستند. بنابراین خوب است از آزمون‌های روانی‌عصبی به عنوان ابزار غربالگری استفاده کنیم که نتایجشان می‌تواند روشن کند که آیا به آزمون‌های گران‌تر تشخیص عصبی نیاز داریم یا نه. در قسمت بعد، برخی از ابزارهای سنجش روانی‌عصبی را توضیح می‌دهیم.

حوزه‌های آزمون‌گیری از کارکرد شناختی

برای سنجش کارکرد شناختی و رفتاری آزمون‌های زیادی وجود دارد. در این قسمت، فقط به کارکردهایی اشاره می‌کنیم که روان‌شناسان عصب‌نگر آنها را می‌سنجند. همچنین به سبب کمبود جا، فقط چند نمونه از آزمون‌ها را توضیح می‌دهیم (برای توضیح بیشتر به کتاب‌های مربوط به سنجش روانی‌عصبی مراجعه کنید).

کارکرد عقلانی . در سال‌های سپری‌شده، برای سنجش سطح کارکرد عقلانی، آزمون‌هایی ساخته شده است. بسیاری از روان‌شناسان عصب‌نگر برای تخمین سطح توان عقلانی از ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (به فصل هفتم مراجعه کنید) و زیرآزمون‌های اصلاح‌شدهٔ تجدید نظر مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر با عنوان WAIS-R-NI (کاپلان، فاین، موریس، و دلی، ۱۹۹۱) استفاده می‌کنند. برخی از اصلاحات به‌عمل‌آمده در این مقیاس عبارت است از: برخی تغییرات در نحوهٔ اجرا (برای مثال، امکان ادامهٔ زیرآزمون توسط بیمار به‌رغم چند پاسخ غلط پشت سر هم و اضافه شدن چند زیرآزمون). به دلیل این اصلاحات، اعتقاد بر این است که WAIS-R-NI ، اطلاعات بیشتری دربارهٔ راهبردهای شناختی بیمار می‌دهد (اندرسون[1]، ۱۹۹۴).

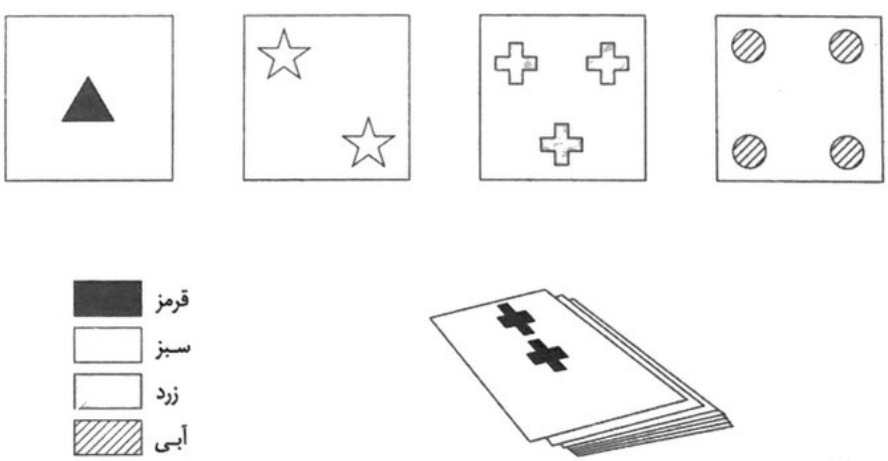
در مواقعی که امکان اجرای کامل ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS-IV) وجود دارد می‌توانیم

1. Anderson

برخی زیرآزمون‌های آن را اجرا کنیم؛ عمدتاً زیرآزمون اطلاعات، زیرآزمون درک مطلب و زیرآزمون خزانهٔ لغات. نظر بر این است که ضربات یا صدمات مغزی، کمترین تاثیر را بر این زیرآزمون‌ها می‌گذارد و بنابراین می‌تواند تخمینی از هوش شخص پیش از بیماری بدهد. این قضیه از آن نظر مهم است که داده‌های آزمونیِ قبل از صدمه نداریم که کارکرد فعلی شخص را با آن مقایسه کنیم.

استدلال انتزاعی . سال‌ها بود روان‌شناسان بالینی متوجه شده بودند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی یا بیمارانی که اختلال شناختی دارند قادر به تفکر انتزاعی یا مفهومی نیستند. این بیماران، تکالیف را به شکل بسیار عینی انجام می‌دادند. برخی از آزمون‌های پرمصرف‌تر از جمله زیرآزمون شباهت‌ها در ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (به فصل هفتم مراجعه کنید) و آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (یا WCST) (هیتن[1]، ۱۹۸۱) هم توانایی‌های استدلال انتزاعی را می‌سنجد. در زیرآزمون شباهت‌ها، بیمار باید شباهت را توضیح دهد. آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین هم چند دسته کارت دارد که از لحاظ شکلِ درج‌شده روی کارت، رنگ شکل‌ها و تعداد شکل‌های روی هر کارت، با هم فرق دارند (به نمودار ۳ـ۸ مراجعه کنید). از بیمار می‌خواهند برمبنای بازخوردی که از آزمون گیرنده دریافت می‌کند (بازخوردی مثل «همینه» یا «غلطه»)، کارت‌ها را برمبنای اصل مورد نظر (برای مثال، اصل هم‌رنگی، اصل هم‌شکلی یا اصل هم‌تعداد بودن) زیر محرک مناسب بچینند. آزمون‌گیرنده در مقاطع مختلف آزمون‌گیری، اصول را تغییر می‌دهد؛ تنها راه فهمیدن آن هم بازخوردی است که از او دربارهٔ درست بودن یا نبودن دسته‌بندی کارت بعدی دریافت می‌شود.

حافظه . مصدومیت مغزی غالباً با مشکل حافظه مشخص می‌شود. وکسلر (۱۹۴۵) برای آزمودن این مشکل، مقیاس حافظه وکسلر (یا WMS) را ساخت. ویراست سوم یا چهارم مقیاس حافظه وکسلر (وکسلر، ۲۰۰۹)، جدیدترین نسخهٔ این مقیاس است. ویراست چهارم مقیاس حافظه‌وکسلر، همزمان با ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر ساخته شد؛ چون روان‌شناسان بالینی غالباً توانایی عقلانی و حافظه را همزمان اندازه‌می‌گیرند. ویراست چهارم مقیاس حافظه‌وکسلر، چند زیرآزمون دارد و عملکرد شخص در آن، به صورت پنج نمرهٔ شاخص خلاصه می‌شود. این پنج نمرهٔ شاخص عبارت است از: حافظهٔ شنیداری، حافظهٔ دیداری، حافظهٔ کاری دیداری، حافظهٔ فوری و حافظهٔ تأخیری. علاوه بر تفسیرهای مبتنی بر یک زیرمقیاس و نمرات هر شاخص، الگوی تفاوت نمرات شاخص‌ها نیز اطلاعات [مهمی] می‌دهد. به این نمرات، نمرات مقایسه می‌گویند. برای مثال، نمرهٔ نسبتاً بالای شاخص حافظهٔ



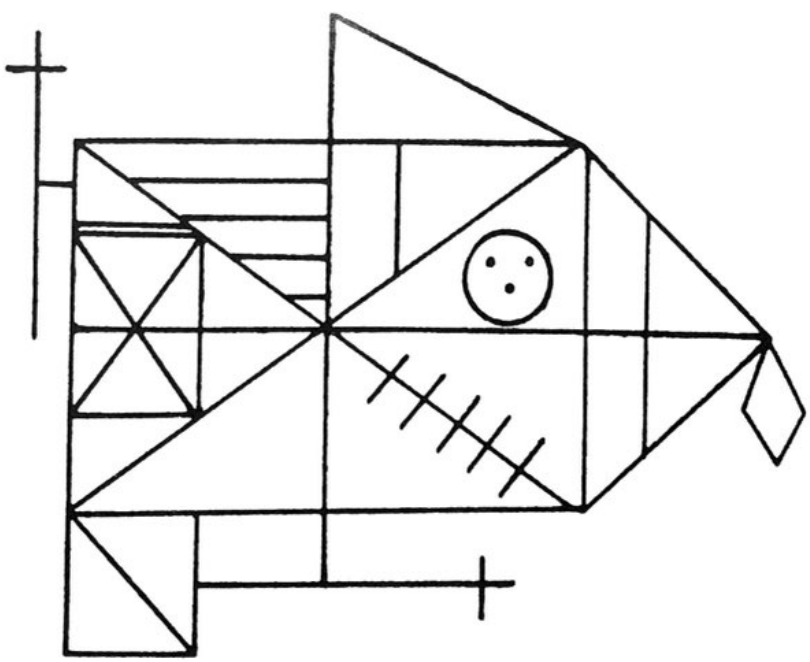
نمودار ۳ـ۱۸ : آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین
منبع: ویراست سوم ***سنجش روانی‌عصبی*** نوشتهٔ موریل دویچ لزاک، ص ۶۲۱.

1. Heaton

فوری در مقایسه با نمرهٔ شاخص حافظهٔ تأخیری می‌تواند وجود مشکل در یادداری آموخته‌های قبلی را نشان دهد. مثال دیگری که نمرات آزمون هوش را دربرمی‌گیرد، الگوی نمراتی است که در آن، نمرهٔ شاخص نسبتاً پایین حافظهٔ کاری دیداری و همچنین نمرهٔ شاخص نسبتاً پایین حافظهٔ فوری در چهارچوب نمرات هوش نسبتاً بالا به دست می‌آید. این الگو از وجود اختلال توجهی خبر می‌دهد که توان بیمار برای آغاز یادگیری مطالب را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

دو آزمون دیگر هم مشکل حافظه را می‌سنجد. بیمار در این دو آزمون باید در کنار به یاد آوردن، ادراک فضایی و هماهنگی ادراکی ـ حرکتی را نشان بدهد. آزمون یادداری دیداری بنتون (بنتون[1]، ۱۹۶۳) اصولاً حافظهٔ یادداری طرح‌ها است. ده کارت در فواصل ۱۰ ثانیه‌ای نشان داده می‌شود. بیمار پس از برداشته شدن هر کارت باید آن طرح را از روی حافظه‌اش ترسیم کند. این آزمون به چند روش اجرا می‌شود. دستورالعمل نمره‌گذاری و داده‌های هنجاری هم دارد (برای مثال، بنتون، ۱۹۷۴).

بسیاری از روان‌شناسان عصب‌نگر برای سنجش حافظهٔ دیداری ـ فضایی از آزمون شکل پیچیدهٔ رِی ـ آستریت استفاده می‌کنند (لزاک، هویسون و لورینگ، ۲۰۰۴). بیماران ابتدا شکل پیچیده‌ای را کپی می‌کنند و سپس آن را فوراً از روی حافظهٔ خود ترسیم می‌کنند. سپس آن را پس از گذشت زمان معینی، دوباره ترسیم می‌کنند. بنابراین، آزمون یادشده می‌تواند طرز پردازش اولیهٔ شکل (یعنی کپی کردن فوری) را بسنجد و کپی‌های بعدی را در شرایط مختلف به یاد آوردن، مقایسه کند (کرامر و دلیس، ۱۹۹۷). وانگهی از آنجا که این شکل، ویژگی‌های شکلی بزرگ (مثل سه گوش بزرگ) و جزییات درونی کوچک (مثل نقطه‌ها یا علائم جزیی کوچک) دارد، به کمک آن می‌توانیم صدمات نیمکرهٔ چپ را از صدمات نیمکرهٔ راست جدا کنیم (لزاک و دیگران، ۲۰۰۴). این آزمون برای سنین مختلف دارای نظام‌های نمره‌گذاری مختلف و داده‌های هنجاری است (کرامر و دلیس، ۱۹۹۷). نمودار ۴ـ۱۸، شکل پیچیدهٔ رِی ـ آستریت را نشان می‌دهد.

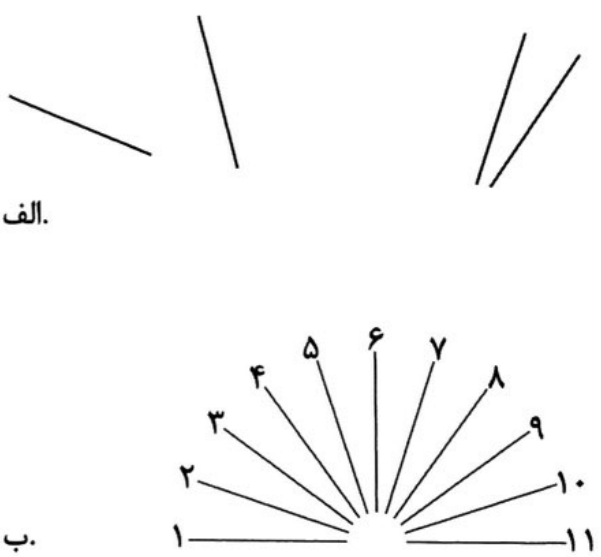


نمودار ۴ـ۱۸: شکل پیچیدهٔ رِی ـ آستریت

منبع: ویراست سوم سنجش روانی عصبی نوشتهٔ مویرل دویچ لزاک، ص ۵۷۰.

1. Benton

پردازش دیداری ـ ادراکی . مهارت‌های دیداری ـ ادراکی برای انواع فعالیت‌ها، ضرورت دارند از نقشه‌خوانی و پارک کردن دوبل خودرو تا پرتاب توپ بیسبال از محوطهٔ بیرونی به محل استقرار. بسیاری از روان‌شناسان عصب‌نگر، علاوه بر آزمون شکل پیچیدهٔ رِی ـ آستریت، دنبال سنجش مهارت‌های دیداری ـ فضایی خاصی هستند که عملکرد شخص در برخی زیرآزمون‌های ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، از قبیل زیرآزمون طرح مکعب، را می‌سنجد. چند آزمون اختصاصی برای این مهارت‌ها وجود دارد. برای مثال، آزمون قضاوتِ جهت خط (بنتون، همشر، وارنی و اسپرین [1]، ۱۹۸۳) از آزمون‌دهنده می‌خواهد نشان دهد کدام جفت خط در کارت پاسخ، با جفت خطِ کارتِ محرک «جور» (یعنی هم‌جهت) است. نمودار ۵ـ۱۸ چند نمونه از ماده‌های این آزمون را به تصویر می‌کشد.



نمودار ۵ـ۱۸: چند نمونه از ماده‌های آزمون قضاوت جهت خط
منبع: ویراست سوم ***سنجش روانی عصبی*** نوشتهٔ موریل دویچ لزاک، ص ۴۰۰.

کارکرد زبانی. صدمات یا ضربات مغزی می‌تواند بر تولید، فهم و درک زبان تاثیر گذارد. با آزمون‌هایی که بیماران را وا می‌دارد کلمات، عبارات و جملات را تکرار کنند، می‌توانیم مشکلات تولید گفتار و نابجاگویی (جابه‌جایی کلمات) را بسنجیم؛ با آزمون‌های نام بردن هم می‌توانیم نام‌پریشی (اختلال در نام بردن) را بسنجیم. با مقیاس گفتار دریافتی لوریا ـ نبراسکا (هم که آن را در بخش زیر توضیح می‌دهیم) می‌توانیم درک زبانی را بسنجیم. این آزمون فرعی از بیماران می‌خواهد به فرامین کلامی پاسخ دهند (برای مثال با نام بردن بخش‌های مختلف بدن یا اشیا یا با پاسخ دادن به فرامین ساده). آسیب‌شناسان زبان و گفتار، سنجش جامع کارکرد زبانی را به خوبی انجام می‌دهند و روان‌شناسان عصب‌نگر وقتی آزمون غربالگری نشان می‌دهد مشکلاتی در تولید یا فهم زبان وجود دارد، بیماران را به این گروه از متخصصان سلامتی ارجاع می‌دهند.

مجموعه آزمون‌ها

حال اجازه دهید دو مورد از پرمصرف‌ترین مجموعه آزمون‌های روانی‌عصبی را بررسی کنیم: هالستید ـ ریتان و لوریا ـ نبراسکا.

مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان . مجموعه آزمون روانی‌عصبی هالستید ـ ریتان در پاسخ به این انتقاد ساخته شد که آزمون‌های منفردِ ناکارایی مغزی، محدودتر از آن است که بتواند پاسخ‌های قطعی بدهد (هالستید، ۱۹۴۷؛ ریتان و دیویسون، ۱۹۷۴). این مجموعه آزمون، بی‌شک در حال حاضر، پرمصرف‌ترین مجموعه آزمون است. این مجموعه آزمون در مجموع هفت اندازه‌گیری انجام می‌دهد که عبارت است از: آزمون مقوله، آزمون ریتم سیشور، آزمون نوسان انگشتی، آزمون ادراک گفتار ـ اصوات، آزمون عملکرد لامسه‌ای، آزمون زنجیره‌سازی، آزمون قدرت مشت کردن، معاینهٔ حسی ـ ادراکی، آزمون مکان‌یابی انگشت، آزمون بازشناسی فرم لامسه‌ای و آزمون غربال زبان‌پریشی. این آزمون‌ها گاهی اوقات با ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا و ویراست چهارم مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر کامل می‌شود. این مقیاس روی ۱۵ ساله‌ها به بالا، اجرایی است؛ نسخه‌های دیگری هم برای ۵ تا ۱۴ ساله‌ها و ۵ تا ۸ ساله‌ها دارد.

1. Benton, Hamsher, Varney and Spreen

مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان دربارهٔ مکان احتمالی صدمات و این مسئله اطلاعات می‌دهد که آیا شروع تدریجی دارند یا ناگهانی. همچنین به نقایص روان‌شناختی اشاره می‌کند که درمانگر باید به آنها توجه کند. اجرای این مجموعه آزمون می‌تواند بیش از ۶ ساعت طول بکشد. بسیاری از درمانگاه‌ها، برای اجرای این مجموعه آزمون تکنسین‌هایی دارند تا روان‌شناسان بالینی مجبور نشوند این آزمون طولانی مدت را اجرا کنند و بتوانند بر نکات پیچیدهٔ تفسیر متمرکز شوند.

مطالعاتی که روی گروه‌های مختلف انجام شده از اعتبار و پایایی آزمون هالستید ـ ریتان حمایت کرده‌اند (برای مثال، گولدستاین، ۱۹۹۷). ضعف‌های اصلی این مجموعه آزمون، طولانی بودن اجرای آن، پیچیدگی و دست و پاگیر بودن آن و نادیده گرفتن نسبی برخی کارکردها، از قبیل حافظه، است (گولدستاین، ۱۹۹۷؛ لزاک و دیگران، ۲۰۰۴). در کادر ۳ ـ ۱۸، خلاصه‌ای از یک گزارش موردی بر اساس هالستید ـ ریتان و آزمون‌های دیگر را می‌خوانید.

کادر ۳ ـ ۱۸: تمرکز بر کاربردهای بالینی: گزارش روانی‌عصبی کوتاه بر مبنای هالستید ـ ریتان و اطلاعات دیگر

نام: آقای وای
تاریخ تولد: ۱۹۲۹/۸/۲۶
شغل: خلبان بازنشستهٔ نیروی هوایی
تحصیلات: ۱۸ سال (کارشناسی ارشد)

اطلاعات ارجاعی

آقای وای مرد سفیدپوست ۵۷ ساله‌ای است که بازنشستهٔ نیروی هوایی ایالات متحده امریکا است. در چند سال گذشته متوجه اُفت ادراکی و اُفت توانایی‌های مکانیکی، زمان واکنش، توانایی‌های رانندگی و توان خواندن و شکسته‌نویسی خود شده است. آقای وای می‌گوید در دو سه سال گذشته، نشانه‌ها بارزتر شده است. دکتر ـــــ درخواست ارزیابی روانی‌عصبی داد تا احتمال وجود اختلال عضوی و میزان آن بررسی شود.

خلاصه و توصیه‌ها

۱. سنجش روانی‌عصبی از وجود اختلال شدید در چند کارکرد از جمله اِشکال شدید در بازسازی و اِشکال در تکالیفی خبر می‌دهد که مستلزم توانایی‌های غیرکلامی و دیداری ـ فضایی است، از قبیل حافظهٔ اطلاعات دیداری. این نقایص به وجود فرایندی آسیب‌زا در ناحیهٔ آهیانه‌ای ـ پس‌سری راست مغز اشاره می‌کند. باید امکان مصدومیت ساختاری این ناحیه به دقت بررسی شود.
۲. توانایی‌های گفتاری و حافظهٔ کلامی آقای وای حفظ شده و در کل، بالاتر از حد متوسط است.
۳. شخصیت‌سنجی نشان می‌دهد آقای وای افسردگی متوسط، همراه با نگرانی و نشخوار ذهنی، دارد. این وضعیت او ظاهراً سابقه‌ای طولانی داشته است و یک واکنش هیجانی حاد نیست.
۴. نقایص روانی‌عصبی بیمار، به افسردگی او ربطی ندارد.
۵. طبق یافته‌های ما، بیمار و همسرش باید ظرفیت‌های او را در محل کار و خانه به دقت زیر نظر بگیرند.
۶. دقت نظر دربارهٔ این اطلاعات نشان می‌دهد روان‌درمانی حمایتی مناسب است.
۷. ارزیابی عصب‌شناختی مجدد توصیه می‌شود.

منبع: فصل «مرور مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان» نوشتهٔ اُ. اِی. پارسونز، صص ۱۸۰ ـ ۱۷۹ در کتاب ***کاربرد بالینی مجموعه آزمون‌های روانی‌عصبی*** با ویراستاری تی. اینکا گندی، جی، گولدستاین و جی. گولدن، ۱۹۸۶.

مجموعه آزمون لوریا ـ نبراسکا. گزینهٔ دیگر در برابر مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان، ***مجموعه آزمون لوریا ـ نبراسکا*** است با ۲۶۹ تکلیف مجزا در قالب ۱۱ زیرآزمون: کارکردهای حرکتی، کارکردهای ریتمی، کارکردهای لامسه‌ای، کارکردهای دیداری، گفتار دریافتی، گفتار بیانی، کارکردهای نوشتاری، مهارت‌های روخوانی، مهارت‌های حسابی، حافظه و فرایندهای عقلانی. مطالعات از پایایی و اعتبار تشخیصی مجموعه آزمون لوریا ـ نبراسکا حمایت کرده است (برای مثال گولدن، هامک و پوریش[1]، ۱۹۷۸؛ گولدن، پوریش و هامک، ۱۹۸۵). مجموعه آزمون لوریا ـ نبراسکا با نتایج حاصل از روش ریتان ـ هالستید، توافق زیادی دارد (گولدستاین و شلی، ۱۹۸۴؛ کِین[2]، پارسونز، گولدستاین و موزز، ۱۹۸۷؛ سیرز، هیرت و هالت[3]، ۱۹۸۴). نسخهٔ کودکان آن هم در کنار نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ مقیاس هوش کودکان وکسلر برای تمیز دادن موردهای روان‌پزشکی از موردهای عصب‌شناختی اجرا می‌شود (کار، سویت و روسینی[4]،

1. Golden, Hammeke and Purisch
2. Kane
3. Sears, Hirt and Hall
4. Carr, Swett and Rossini

۱۹۸۶) و می‌تواند به نحو پایایی، اختلالات کمبود توجه کودکان را تشخیص دهد (لیهی، هایند، استون، پیاچنتینی و فریک[1]، ۱۹۸۹).

مزیت اصلی لوریا ـ نبراسکا این است که اجرای کامل آن فقط دو ساعت و نیم طول می‌کشد، در حالی که اجرای کامل مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان گاهی شش ساعت زمان می‌برد. اما برخی از روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر معتقدند هنجاریابی و منطق لوریا ـ نبراسکا محدودیت‌هایی دارد (گولدستاین، ۱۹۹۷). به بیان دقیق‌تر، بسیاری از مطالعات انجام‌شده درباره پایایی و اعتبار آن، روی تعداد کمی از بیماران صورت گرفته و برخی از منتقدان می‌گویند این مجموعه آزمون نتوانسته نظریه‌ها و روش‌های لوریا را به خوبی به یک ابزار سنجش روانی‌عصبی تبدیل کند (لزاک و دیگران، ۲۰۰۴).

متغیرهای موثر بر عملکرد در آزمون‌های روانی‌عصبی

برخی از متغیرهای بیمار می‌تواند بر نمرات آزمون روانی‌عصبی تاثیر بگذارد (هویسون و لزاک، ۲۰۱۰). از آنجاکه نمرات آزمون به فراخور جنسیت زیست‌شناختی، سن و سطح تحصیلات بیمار متغیر است، در تفسیر باید هنجارهای مناسبی به کار گرفته شود. در ضمن، نمرات آزمون از راست‌دست یا چپ‌دست بودن، توانایی شخص قبل از بیماری (یعنی قبل از مصدومیت یا جراحت مغزی)، مزمن بودن اختلال عصبی و دیگر بیماری‌های جسمی (غیرعصبی) تاثیر می‌پذیرد (برای مثال، مصدومیت پیرامونی دست می‌تواند بر عملکرد شخص در آزمون قدرت مشت کردن در مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان تاثیر بگذارد). سرانجام اینکه متغیرهای انگیزشی (مثل برانگیختگی یا میزان همکاری) هم بر نمرات تاثیر می‌گذارد. برای مثال، بیماری که داروهای آرامبخش مصرف می‌کند احتمالاً نمی‌تواند عملکرد بهینه‌ای داشته باشد.

یکی از متغیرهای انگیزشی که شایستهٔ توضیح بیشتر است، ***تمارض*** است. پی بردن به تقلب یا تمارض در آزمون‌های روانی، کار سختی است حتی برای زیرک‌ترین روان‌شناسان بالینی. دربارهٔ اینکه در سنجش روانی‌عصبی چقدر تمارض رخ می‌دهد، اختلاف نظر وجود دارد. تشخیص تمارض و بالا بردن توان روان‌شناسان بالینی در تشخیص آن، بسیار مهم است؛ به‌ویژه آنکه این روزها هرچه بیشتر از آنها می‌خواهند که در محاکم قضایی، به عنوان شاهد، اظهارنظر تخصصی کنند (به فصل نوزدهم مراجعه کنید). برای رسیدگی به مسئلهٔ تمارض در آزمون‌های روانی‌عصبی، چند رویکرد هم پیشنهاد شده است؛ از تهیه و استفاده از شاخص عینی برای تمارض (ریتان و ولفسن[2]، ۱۹۹۶) تا استفاده از راهبردهایی برای ارزیابی نمرات آزمون (راجرز، هارل و لیف[3]، ۱۹۹۳). برای مثال، راجرز و دیگران (۱۹۹۳) می‌گویند انجام ندادن ماده‌های بسیار آسان، عملکرد متفاوت در ماده‌های دشوار در مقابل ماده‌های آسان، و عملکردی زیرحد تصادفی در ماده‌های چندگزینه‌ای همگی می‌تواند ما را به احتمال تمارض ظنین کند.

مداخله و توانبخشی

مسائل مرتبط با اختلال عصبی معمولاً درباره دو سوال مهم اصلی است. نخست اینکه ماهیت تباهی یا مصدومیت چیست؟ برای مثال، آیا مشکل ادراکی یا شناختی در بین است؟ دوم اینکه آیا رفتار بیمار معلول صدمهٔ مغزی واقعی است؟ به بیان دقیق‌تر، آیا صدمه همیشگی و ماندگار است یا می‌توان انتظار داشت پس از مرحلهٔ حاد، بهبود یابد؟ کانونی است یا منتشر؟ صدمهٔ کانونی در مجموع، تاثیرات خاص و محدودتری بر رفتار می‌گذارد، در حالی که صدمه منتشر می‌تواند تاثیرات وسیعی به جا گذارد. ارجاع‌دهندگان غالباً می‌خواهند بدانند صدمه، پیشرونده است (مثل درگیری مغزی منتشر یا صدمهٔ معلول بیماری) یا غیرپیشرونده (مثل سکته‌های مغزی یا ضربه خوردن سر). پاسخ روان‌شناس بالینی عصب‌نگر، بر نوع برنامهٔ توانبخشی بیماران سرپایی، بسیار تاثیر خواهد گذاشت.

توانبخشی، یکی از کارهای اصلی روان‌شناسان عصب‌نگر می‌شود (بوک[4]، ۲۰۰۸؛ زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸). روان‌شناس عصب‌نگر غالباً هماهنگ‌کننده درمان شناختی و رفتاری

1. Lahey, Hynd, Stone, Piacentini and Frick
2. Wolfson
3. Rogers, Harrell and Liff
4. Boake

کادر ۴ـ۱۸: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: اندرو وگرزین

اندرو وگرزین مدرک کارشناسی خود را از دانشگاه ایلینوی در چمپین-اوربانا در سال ۲۰۰۷ گرفت. همانجا بود که رسالهٔ افتخاری خود را با پروفسور اِد دینر دربارهٔ اُفت سودمندی حاشیه‌ای و ماهیت رضایت ارائه کرد. پس از آن اندرو هماهنگ‌کنندهٔ تحقیق در گروه عصب‌شناسی دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه واشینگتن شد. اندرو در پاییز سال ۲۰۱۰ به آزمایشگاه روان‌شناسی عصب‌نگر دانشگاه میزوری پیوست. تحقیقات تحصیلات تکمیلی او بر رشد عصبی و آناتومی عصبی در اختلالات طیف اُتیسم از طریق فنون رفتاری و تصویرسازی کارکردی و ساختاری متمرکز است.

اندرو نظراتش دربارهٔ تجربه و تحصیلات تکمیلی را با ما در میان گذاشت.

تحصیل در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی چطور بود؟

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی فرصت مغتنمی بود برای پالایش مهارت‌های تحقیقاتی خودم، سهیم شدن در این رشته و پی بردن به نقش آینده‌ام در جایگاه روان‌شناس. نکتهٔ اصلی دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی برای من، فرصت کشف این رشته و جایگاه نهایی من در آن بود.

حداقل انتظاراتت از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه بود؟

آمادگی نداشتم این قدر وقت برای موفقیت در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی صرف کنم و انتظارش را هم نداشتم. خیلی‌ها گفته بودند باید ۵۵ تا ۶۰ ساعت در هفته وقت بگذارم. اما در عمل هفته‌ای ۷۰ تا ۷۵ ساعت وقت گرفت. رایزن‌های مختلف، درباره ساعاتی که باید صرف کلاس و آزمایشگاه کنیم، خط‌مشی‌ها و راهبردهای متفاوتی دارند. اما برای موفقیت به‌ویژه در تحقیق، زمان زیادی لازم است.

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی تو را عوض کرد؟ اگر کرد، چطور؟

بله عوض کرد. نگاهم دربارهٔ آنچه از زندگی می‌خواهم روشن‌تر شد. در دورهٔ کارشناسی، زندگی به عنوان روان‌شناس بالینی را به صورت‌های مختلفی دیدم: انترنی‌ها، حرفه‌ای شدن، حرف زدن با استاد و غیره. اما چیزهایی هست که تا وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی نشوی، آن را نمی‌فهمی. دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی باعث شد از وقتم بهتر و حساب‌شده‌تر استفاده کنم و منظم‌تر شوم.

آیا علایق حرفه‌ای و تحقیقاتی فعلی تو با علایق حرفه‌ای و تحقیقاتی‌ات در شروع تحصیلات تکمیلی فرق کرده است؟

علایق تحقیقاتی من اصولاً همان است. اما کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی را شروع کنند و تازه وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شده‌اند باید علایق تحقیقاتی واقع‌بینانه‌ای داشته باشند. عوامل زیادی بر تحقیقات شما در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی و پس از آن تاثیر می‌گذارد: بودجه، علایق استاد مشاور، لزوم انتشار مقاله، وقت شما و حتی امکانات. من به تصویرسازی عصبی از مغز کسانی علاقه‌مند هستم که اختلالات طیف اُتیسم دارند. خوشبختانه تا اینجا توانسته‌ام در همین حوزه تحقیق کنم. در ضمن در خیلی از مواقع مجبور بوده‌ام خودم را با نیروهای اطرافم تطبیق دهم.

دربارهٔ کارهایی که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی در زمینهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر و علم عصب‌نگر کرده‌ای توضیح بده.

تا اینجا دربارهٔ طرح تصویرسازی از مصدومیت مغزی بر اثر ضربه و ام‌آرآی این گروه از بیماران کار کرده‌ایم تا بفهمیم کدام نواحی مغز، در معنویت و نوع‌دوستی موثر است. تحقیقات من دربارهٔ اختلالات طیف اُتیسم و نقایص حرکتی به‌ویژه نقایص یادگیری است. امیدواریم با جفت و جور کردن داده‌های حرکتی و diffusion tensor imaging، بفهمیم گذرگاه‌های حرکتی در مغز کدام است و اطلاعات بیشتری درباره تفاوت عصبی اشخاص دارای اختلالات طیف اُتیسم با اشخاص عادی کسب کنیم.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت‌ها و تجربه‌ها، تو را برای حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی آماده کردند؟

تجربهٔ تحقیقاتی بسیار مهم است. در دورهٔ کارشناسی برای سه استاد کار کردم؛ با یکی از آنها به نام اِد دینر سه سال و نیم کار کردم. پس از فارغ‌التحصیلی، یک سال دستیار تحقیق دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه واشینگتن در سنت‌لوئیس بودم که محل مهمی برای تحقیقات مهیج است. فرایند پر کردن تقاضانامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی هم روز به روز رقابتی‌تر می‌شود. اساتید مشاور و رایزنان دنبال متقاضیانی می‌گردند که در زمینهٔ تحقیق و انتشار تجارب عملی دارند. اما به نظر من، دیگر تجربه‌های غیردانشگاهی هم باارزش است. یک سال در کوهستان‌های آپالاچی به شراب‌سازی مشغول بودم. برخی از استادان مشاور به فعالیت‌های غیرتحقیقاتی اهمیت می‌دهند، ولی بهتر است یک‌بُعدی نباشیم.

برای کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنند، حرف دیگری داری؟

در مورد اهداف بلندمدت، تمرکز خود را روی این بگذارید که آموزش‌هایی که دیده‌اید چطور شما را برای شغل دلخواهتان آماده می‌کند. در خصوص اهداف کوتاه‌مدت، از وقتتان استفادهٔ بهینه کنید (برای مثال می‌توانید بی‌خیال عضویت در facebook شوید...). باید

دنبال آینده‌ای باشید که نظم نسبی دارد، ولی دربارهٔ روزها، بر زمان حال متمرکز بمانید. دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از بسیاری جهات شبیه ماراتون است. وقتی در خط شروع، به بیست و ششمین مایل فکر می‌کنید، خود را ناتوان فرض می‌کنید و می‌گویید تحصیلات تکمیلی، کار دشواری است و فقط نوابغ از پس آن برمی‌آیند. اما اگر تکالیف روزانهٔ خود را به بهترین نحو انجام دهید، به تدریج ماهر و بااعتمادبه‌نفس می‌شوید.



اندرو وگرزین

بیمارانی است که بر اثر ناکارایی یا مصدومیت مغزی، دچار اختلال شناختی و رفتاری شده‌اند. روان‌شناس عصب‌نگر ابتدا سنجش دقیقی از قوت‌ها و کاستی‌های بیماران به عمل می‌آورد؛ این سنجش نه‌تنها شامل بررسی نتایج آزمون‌های روانی‌عصبی است، بلکه مشاهدات کارکنان و متخصصان دیگر، مثل پرستاران، پزشکان و فیزیوتراپیست‌ها را هم دربرمی‌گیرد. سپس برنامه‌ای برای توانبخشی طراحی می‌شود که با توجه به کاستی‌های بیماران، بیشترین فایده را برای آنها داشته باشد، کمترین وقت را از کارکنان بگیرد و کمترین نظارت را بخواهد (زیلمر و دیگران، ۲۰۰۸).

همان‌طور که گولدن و دیگران (۱۹۹۲) گفته‌اند، توانبخشی از طریق بهبود خودبه‌خودی کارکرد رخ می‌دهد. اما روان‌شناس عصب‌نگر و گروه توانبخشی، زمانی تاثیر بیشتری خواهند داشت که توانبخشی از این طریق رخ دهد: بیمار مجبور شود از طریق نظام‌ها و دستگاه‌های قدیمی‌تر و سالم تحت «بازآموزی» قرار گیرد، نظام‌های کارکردی جدیدی در خودش ایجاد کند یا محیط را تغییر دهد تا بهترین کیفیت ممکن برای زندگی را رقم بزند. در مورد آخر، نظر بر این است که نمی‌توانیم نظام‌های کارکردی رقیب یا جدیدی تدارک ببینیم که میزان اختلال شناختی یا رفتاری را در حد معناداری کم می‌کند.

دربارهٔ پرورش نظام‌های کارکردی رقیب یا جدید، تکالیف توانبخشی با هدف «درمان» کاستی‌ها و نقایص بیمار ارائه می‌شود. گولد و دیگران (۱۹۹۲، صص ۲۱۵-۲۱۴) برای این نوع توانبخشی، دستورالعمل‌های زیر را می‌دهند:

۱. توانبخشی باید مهارت‌های مختلفی را دربرگیرد که می‌خواهیم آنها را دوباره صورت‌بندی کنیم. مهارت‌های لازم برای انجام تکالیف مورد نظر باید در حوزه‌هایی باشد که آزمودنی مشکل چندانی در آنها ندارد یا در آن هیچ مشکلی ندارد.
۲. درمانگر باید تکلیف را طوری طراحی کند که از سطح آسان شروع و به عملکرد عادی منتهی شود.
۳. تکلیف باید کمیت‌پذیر باشد، طوری که پیشرفت، به شکل عینی ثبت‌پذیر باشد.
۴. تکلیف باید طوری طراحی شود که به بیمار بازخورد فوری بدهد.
۵. تعداد خطاهای بیمار باید کنترل شود.

گولدن و همکاران (۱۹۹۲) مثال‌هایی از برنامه‌های توانبخشی مربوط به نقایص و کاستی‌های شناختی و رفتاری می‌زنند. برای مثال، اختلال حافظهٔ کلامی را باید با اجرای مسائل حافظه‌ای ساده (یعنی مسائلی که یک واحد اطلاعات را دربرمی‌گیرند) درمان کرد و سپس تکالیف پیچیده‌تری به بیمار داد (مثل مسائلی که بیمار در آنها باید شش یا هفت واحد اطلاعات را حفظ کند). پیچیدگی تکلیف هم می‌تواند متغیر باشد؛ برای مثال در آن از کلمات نامربوط استفاده شود یا مدت مواجهه با کلمات محرک کاهش یابد.

این اواخر ویلسون (۲۰۰۸) گفته است برای بالا بردن احتمال موفقیت برنامه‌های توانبخشی باید چند نکته را لحاظ کنیم. نخست همکاری با بیمار در زمینهٔ هدف‌گزینی در شروع برنامهٔ توانبخشی و ارزیابی دوره‌ای اهداف در مدت اجرای برنامهٔ توانبخشی. دوم، بررسی رابطهٔ کاستی‌های شناختی، هیجانی و بدنی نشئت‌گرفته از مصدومیت مغزی و جا دادن آن در نگاهی «کل‌نگر» به توانبخشی. در نهایت، استفادهٔ روان‌شناسان

توانبخشی از پیشرفت‌های فن‌آوری، شامل استفاده از دفتر یادداشت‌ها و هشداردهنده‌های الکتریکی که افراد را وادار می‌کند از مهارت‌های شناختی و واقعیت مجازی برای شبیه‌سازی تجربهٔ واقعی در سنجش و درمان استفاده کنند.

کادر ۵ـ۱۸: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: روان‌شناسی عصب‌نگر میان‌فرهنگی

روان‌شناسان عصب‌نگر روز به روز به این امکان حساس‌تر می‌شوند که داده‌های هنجاری آزمون‌های سنتی روانی‌عصبی برای دیگر اقوام و فرهنگ‌های کاربردی نباشد. رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر میان‌فرهنگی دنبال شناسایی آن دسته از تفاوت‌های روانی‌عصبی است که دست‌کم تا حدودی معلول تفاوت‌های قومی و فرهنگی است. آزمون‌های روانی‌عصبی گاهی اوقات تکالیف و ماده‌هایی دارد که دست‌کم تا حدودی تحت تاثیر توانایی‌های آموخته‌شدهٔ فرهنگی است و روی افرادی هنجاریابی شده است که برای مثال زبان مادری آنها انگلیسی است و قفقازی‌تبار بوده‌اند. با توجه به افزایش تنوع ایالات متحده امریکا و دیگر کشورها، رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر با این چالش روبه‌رو است که نشان دهد تفسیر نمرات آزمون‌های روانی‌عصبی دربارهٔ افرادی هم مصداق دارد که زبان و پیشینهٔ فرهنگی دیگری دارند.

اما چطور می‌توانیم بفهمیم که نتایج آزمون، درباره برخی گروه‌های فرهنگی، «سوگیری» دارد؟ پدراسا و مانگوس[1] (۲۰۰۸) گوشزد می‌کنند که نشان دادن میانگین تفاوت نمرات در آزمون، برای اثبات سوگیری کافی نیست، بلکه سوگیری وقتی ثابت می‌شود که نمرهٔ آزمون برای گروه‌های فرهنگی، معنای متفاوتی داشته باشد. این را هم با روش‌های متفاوتی می‌توانیم بسنجیم از جمله اینکه مطمئن شویم آزمون‌ها در تمام گروه‌های فرهنگی، توانایی‌های شناختی واحدی را می‌سنجد و نمرات آزمون، صرف‌نظر از زمینهٔ فرهنگی شخص، نتایج مربوطه (برای مثال، تشخیص محدودیت مغزی) را با قدرت یکسانی پیش‌بینی می‌کند. در غیاب این‌گونه شواهد باید آزمون‌ها را به فراخور تنوع فرهنگی و زبانی تطبیق داد و اصلاح کرد تا افراد با هر زمینه‌ای بتوانند از خدمات روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر بهره ببرند (بوک، ۲۰۰۸).

اظهارات پایانی

آموزش

بی‌شک روان‌شناسی عصب‌نگر یکی از تخصص‌های پویا و مهیج روان‌شناسی بالینی است. اما روش‌های این تخصص به مرور چنان پیچیده شده است که به آموزش تخصصی نیاز دارد (بوک، ۲۰۰۸).

برخی از روان‌شناسان بالینی با سنجش روانی‌عصبی راحت نیستند؛ چون خود را واجد صلاحیت انجام آن نمی‌دانند. آنها معمولاً برای انجام چنین سنجشی، آموزش کافی ندیده‌اند؛ چون دانششان راجع به روابط مغز و رفتار محدود است. همان‌طور که لزاک و همکاران (۲۰۰۴) می‌گویند، موفقیت هرگونه سنجش روانی‌عصبی علاوه بر فهم معاینه‌کنندگان از رابطهٔ مغز و رفتار، به تاثیرات روان‌شناختی ناکارایی مغز بستگی دارد. بنابراین به متخصص چنین سنجشی نیاز داریم. ریتان و دیویسون (۱۹۷۴) مدت‌ها قبل به لزوم رشتهٔ جدیدی با عنوان روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر اشاره کرده بودند. روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر در حال حاضر مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا و انجمن روان‌شناسی کانادا است (بوک، ۲۰۰۸).

رهبران و متولیان آموزش روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر آینده، در سال ۱۹۹۷ در *کنفرانس هوستون* گرد هم آمدند. در این کنفرانس، دستورالعمل‌های انترنی (دکترا) و فوق دکترای روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر آینده ارائه شد. خلاصهٔ این دستورالعمل‌ها این است که فارغ‌التحصیل دورهٔ دکترای این رشته، تخصص روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر خواهد گرفت. بر اساس مفاد کنفرانس هوستون، دانش پایهٔ لازم برای اخذ این تخصص عبارت بود از (الف) روان‌شناسی عمومی (شامل آمار، یادگیری، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی فیزیولوژیک، روان‌شناسی رشد، تاریخ)؛ (ب) روان‌شناسی بالینی عمومی (شامل آسیب‌شناسی روانی، روان‌سنجی، سنجش، مداخله، اخلاق)؛ (ج) علوم عصب‌نگر و روان‌شناسی عصب‌نگر انسانی و حیوانی پایه (شامل نوروآناتومی کارکردی، فنون تشخیص عصبی، نوروشیمی، روان‌شناسی عصب‌نگر رفتار)؛ و (د) آموزش روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر اختصاصی (شامل طرح تحقیق روان‌شناسی عصب‌نگر، فنون اختصاصی سنجش روانی‌عصبی،

1. Pedrazza and Mungus

فنون اختصاصی مداخلهٔ روانی‌عصبی). همچنین این کنفرانس توصیه می‌کرد اشخاص باید مهارت‌های لازم برای سنجش، درمان و مداخله، مشورت، تحقیق، تدریس و نظارت را هم کسب کنند. آنها باید با گذراندن واحدهای درسی مربوطه، تجربهٔ نظارت‌شده، تجربهٔ انترنی و آموزش رزیدنتی/ فوق دکترای اجباری دوساله، دانش و مهارت لازم در این حوزه‌ها را کسب کنند و بر آنها مسلط شوند. فارغ‌التحصیلان این دورهٔ آموزشی سخت در حوزهٔ روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر، در انتها باید مهارت‌های پیشرفته‌ای در زمینهٔ سنجش، درمان و مشورت روانی‌عصبی کسب کرده باشند و شایستگی دریافت گواهینامهٔ روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر از هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا را داشته باشند.

آینده

امید بر این است که در روان‌شناسی عصب‌نگر آینده، آزمون‌های منفرد و مجموعه آزمون‌های پیچیده‌تری ساخته شود. مجموعه سنجش‌ها و روش‌ها شامل تدارکات پیشرفته برای برنامه‌ریزی، درمان و توانبخشی بیماران دچار ناکارایی مغزی، بسیار مطلوب است. بدیهی است که سنجش، چیزی بیش از برچسب زدن است؛ معنای سنجش این است که روان‌شناسان بالینی می‌توانند بیماران را با آینده سازگار کنند. پس در معنای اخص کلمه، این رشته باید بیش از پیش خود را با پیش‌بینی بهبود مصدومیت مغزی و تسهیل بهبودی درگیر کند. خوشبختانه این دقیقاً همان چیزی است که شروع شده است. روش‌های آموزشی که توانبخشی را امکان‌پذیر می‌کند، آزمون‌هایی که مقدار و سرعت بهبود را پیش‌بینی می‌کند و اطلاعات عمومی دربارهٔ سیر مصدومیت‌های توانکاه می‌تواند روزنهٔ امیدی برای بیماران و خانوادهٔ آنها، و سامان دادن به‌زندگی آنها باز کند. حتی خبرهای بد هم اگر با حساسیت و سازنده داده شود می‌تواند سازگاری را تسهیل کند.

جانستون و فرانک (۱۹۹۵) تقریباً دو دهه قبل، روان‌شناسان عصب‌نگر را ترغیب می‌کردند بیشتر بر توانبخشی تمرکز کنند. نیاز به خدمات توانبخشی در این سال‌ها افزایش یافته است، ولی عدهٔ نسبتاً کمی از روان‌شناسان عصب‌نگر، آموزش تخصصی توانبخشی دیده‌اند. همچنین، در مجموع، از آزمون‌های سنتی روانی‌عصبی برای فراهم آوردن اطلاعاتی استفاده نشده که برای متخصصان توانبخشی ارزش بالینی دارند (و این آزمون‌ها با چنین هدفی منطبق نشده است). برای مثال، جانستون و فرانک می‌گویند بسیاری از توانایی‌های شناختی مهم (مثل توجه، کارکردهای اجرایی و حافظه) را به خوبی نشناخته و اندازه نگرفته‌ایم. از نظر آنها، نتایج آزمون روانی‌عصبی باید به وضوح (و از طریق تحقیق تجربی) به کارکردهای دنیای واقعی پیوند بخورد، طوری که توانبخشی بتواند به نقایص و اختلالاتی رسیدگی کند که به نتایج مثبت منتهی می‌شوند. اگر به این پیشنهادها توجه شود، احتمالاً بر تحقیقات، آموزش‌ها و کاربردهای بالینی در رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر تاثیر خواهند گذاشت.

تغییرات در شیوهٔ ارائه و بازپرداخت بیمه‌ای مراقبت‌های بهداشتی هم تاثیر زیادی بر رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر خواهد گذاشت. وقتی مشکلات مغز و رفتار افزایش یابد، دیگر سنجش روانی‌عصبی به شکل گذشته انجام نخواهد شد و هزینهٔ آن از طریق بیمه پرداخت نخواهد شد. در عوض، شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده احتمالاً سنجش روانی‌عصبی را سنجشی تجملاتی خواهند دانست که فقط در صورت لزوم باید اجرا شود. به همین دلیل نیز روز به روز از تعداد روان‌شناسان عصب‌نگری کم می‌شود که از اجرای مجموعه آزمون‌ها خبر می‌دهند (مجموعه آزمون‌هایی مثل مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان). آنها در عوض به رویکردهای مقرون‌به‌صرفه‌تر و انعطاف‌پذیرتر آزمون‌گیری رو می‌آورند (بوک، ۲۰۰۸). سرانجام اینکه روان‌شناسان عصب‌نگر در حال حاضر بیشتر دنبال تخصص در رشته‌های روان‌شناسی عصب‌نگر قانونی (برای مثال، سنجش مصدومیت مغزی در پرونده‌های مدنی و جنایی)، روان‌شناسی عصب‌نگر ورزشی (برای مثال، ارزیابی تاثیر ضربه‌های ورزشی وارد بر مغز) و روان‌شناسی عصب‌نگر نظامی (برای مثال، سنجش مصدومیت مغزی نشئت‌گرفته از ضربه) هستند (زیلمر و دیگران، ۲۰۱۰). این روندها نشان می‌دهد تقاضا برای خدمات روان‌شناسان عصب‌نگر در آینده ادامه خواهد یافت.

کادر ۶ـ۱۸: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر پائولا زوفانتی

دکتر پائولا زوفانتی، روان‌شناس عصب‌نگر کودک است. او تحصیلات روان‌شناسی بالینی خود را با گذراندن تخصص روان‌شناسی عصب‌نگر در دانشگاه فلوریدا در گینزویل تمام کرد. دورهٔ یک سالهٔ انترنی بالینی روان‌شناسی عصب‌نگر را در دانشگاه براون گذراند و دورهٔ دوسالهٔ فوق‌دکترا در زمینهٔ تصویرسازی عصبی و علم عصب‌نگر را در مرکز پزشکی یهودی لانگ آیلند. تحقیقات دورهٔ دکترای او درباره تصویرسازی رزونانس مغناطیسی ساختاری و کارکرد شناختی در اسکیزوفرنی و تصویرسازی رزونانس مغناطیسی کارکردی پردازش شنیداری و حافظهٔ کاری بود. نخستین مسند دکتر زوفانتی پس از اتمام تحصیلات تکمیلی، کار در بیمارستان کودکان اشنایدر در مرکز پزشکی یهودی لانگ‌آیلند بود که در آنجا برنامهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر کودک را دایر کرد. او کارش در مقام محقق، روان‌شناس بالینی و مربی و مدرس را در آنجا ادامه داد تا آنکه در سال ۲۰۰۲ به آلبانی نیویورک نقل‌مکان کرد و در آنجا کار خصوصی خدمات روان‌شناسی عصب‌نگر به کودکان را شروع کرد.

از دکتر زوفانتی دربارهٔ سابقه و علایقش و نظرش دربارهٔ آیندهٔ روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی عصب‌نگر پرسیدیم.

چطور شد به رشتهٔ روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

در کالج و سر کلاس‌های روان‌شناسی فیزیولوژیک و احساس و ادراک، به روان‌شناسی علاقه‌مند شدم. مجذوب مبحث خطاهای چشمی، رشد و تحول مغز و شناخت شدم. تصمیم گرفتم رشتهٔ روان‌شناسی فیزیولوژیک را تمام کنم. بخت با من یار بود که توانستم دستیار تحقیق دکتر نومن، روان‌شناس فیزیولوژیک، شوم که مشغول مطالعهٔ سازوکارهای عصبی رفتار مادرانه در موش‌ها بود. جراحی استروتاکتیک [یا جراحی بر اساس نقشهٔ مغزی] و نوروآناتومی کارکردی را یاد گرفتم. دستیار تحقیق روان‌شناس دیگری به نام دکتر راندولف ایستن هم شدم که مشغول مطالعهٔ تسهیل عملکرد ورزشی از طریق عمل ذهنی بود. این تجربیات تشویقم کرد دنبال مطالعهٔ مغز بروم و پس از اتمام دورهٔ کالج، در مرکز تحقیقاتی اختلالات حافظه در مرکز پزشکی کهنه‌سربازان بوستون مشغول کار شدم. در آنجا دو سال دستیار تحقیق دکترها لِرد سِرمک و میک ورفالی بودم که اختلالات حافظه در بیماری‌هایی مثل سندرم الکلی کورساکف و انسفالیت را بررسی می‌کردند. در این مرکز توانستم به شکل دست اول ببینم این بیماران چطور در حالی که توجه/ حافظهٔ کاری و توانایی‌های عقلی سالم و دست‌نخورده‌ای دارند، تجربه‌ها را به‌طور لحظه‌ای فراموش می‌کنند. همچنین با احساس‌پریشی آشنا شدم، آن هم در جریان کار با مردی که می‌توانست تصویر یک شیء را کپی کند ولی با اینکه توانایی‌های عقلی دست‌نخورده و سالم داشت، نمی‌توانست دربارهٔ آنچه ترسیم کرده است، چیزی بگوید؛ او نمی‌توانست آن شیء را نام ببرد و دربارهٔ آن، دانش معنایی نداشت. من در حیرت بودم که مغز چطور کار می‌کند و این محققان با ظرافت نشان می‌دادند که در مغز بیماران چه می‌گذرد. همین تجربیات بود که مرا به سوی دکترای روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر سوق داد.

توضیح دهید در مقام روان‌شناس بالینی چه‌کار می‌کنید.

در حال حاضر به همراه شوهرم دکتر اندرو لابارگ که او نیز روان‌شناس عصب‌نگر است، مشغول ارائه خدمات خصوصی روان‌شناسی عصب‌نگر به کودکان هستیم. روی کودکانی که مشکوک به مصدومیت مغزی هستند یا مصدومیت مغزی، ناتوانایی‌های یادگیری، اختلالات رشدی و روان‌پزشکی دارند، ارزیابی‌های روانی‌عصبی انجام می‌دهیم. همچنین ارزیابی‌هایی در زمینه تشخیص اختلالات طیف اُتیسم انجام می‌دهیم. بیشتر کودکانی که آنها را ارزیابی می‌کنم بر اثر اختلالشان، مشکل یادگیری و تنظیم رفتار دارند. ارزیابی‌های روانی عصبی من غالباً به کلاس درس کشیده می‌شود و در کلاس درس، رابطهٔ یافته‌هایم با زندگی واقعی کودک را بررسی می‌کنم. در برنامه‌ریزی درمان به پزشکان مشورت می‌دهم و در برنامه‌ریزی تحصیلی به معلمان. همچنین درباره نحوهٔ اصلاح ناکارایی اجرایی در کلاس درس هم به مدارس مشورت می‌دهم.

تخصص و علایق شما چیست؟

علاقهٔ وافر و تجربهٔ زیادی در زمینهٔ کار با مبتلایان به اختلالات طیف اُتیسم و اختلالاتی دارم که مدارهای پیشانی ـ مخطط را ردگیری می‌کنند، مثل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، سندرم توره و اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی. من همیشه به کارکردهایی اجرایی علاقه‌مند بوده‌ام که در اختلالات یادشده، مشکل پیدا می‌کنند. همچنین دوست دارم در اجرای مداخلات موثر برای اصلاح نقایص اجرایی، به خانواده‌ها و مدارس کمک کنم.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

هنوز فهم چندانی از مغز نداریم ولی درک و فهم ما از آن به سرعت رو به گسترش است. روان‌شناسی عصب‌نگر، همپای ساخته شدن ابزارهای دقیق‌تر بررسی رابطهٔ مغز و رفتار و درمان‌های جدید، تاثیر بیشتری در تشخیص و درمان اختلالات عصب‌شناختی، رشدی و روان‌پزشکی خواهد گذاشت.

ابزارهای ما برای مطالعهٔ نوروآناتومی کارکردی و اختلالات مغزی، پیچیده‌تر می‌شود. روان‌شناسان عصب‌نگر در همکاری نزدیک با دانشمندان علوم عصبی در حال تهیهٔ آزمون‌های شناختی ـ رفتاری و فنون تصویرسازی عصبی ساختاری و کارکردی هستند که مهارت‌های شناختی و رفتارهای خاصی را هدف می‌گیرند. مصرف این روش‌ها در تشخیص اختلالات مغزی و سنجش پاسخ بیماران به درمان، در حال افزایش است. حدس می‌زنم این روش‌ها در آینده‌ای نزدیک حتی از این هم بیشتر در تشخیص و درمان اختلالات عصب‌شناختی، رشدی و روان‌پزشکی موثر واقع شوند.

روان‌شناسان عصب‌نگر بیش از پیش به درمان مستقیم ناکارایی شناختی روخواهند آورد و درمان‌های خود را به کلاس‌های درس و خانه‌ها خواهند برد. متاسفانه مطالعات به خوبی کنترل‌شدهٔ کمی درباره اثربخشی درمان‌های موجود در اختیار داریم. رشتهٔ ما باید بر این مطالعات بیفزاید تا درمان‌های تحقیق‌بنیاد موثر بیشتری در اختیار داشته باشیم. پیش‌بینی من این است که محققان و مربیان بالینی، برای نقایص شناختی و به‌ویژه ناکارایی‌های اجرایی، مداخلات رفتاری موثرتری ابداع خواهند کرد.

از چه چیز روان‌شناسی عصب‌نگر بیشتر لذت می‌برید؟

از رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر لذت می‌برم چون به سرعت در حال تحول و تکامل است. تحصیلات تکمیلی را در شروع دههٔ مغز در سال ۱۹۹۰ آغاز کردم و از این همه جهش علمی رشته‌ام، در حیرت هستم. از این لذت می‌برم که رشتهٔ ما چطور از رشته‌ای که اختلالات عصب‌شناختی یا به اصطلاح عضوی را از اختلالات «روان‌شناختی» جدا می‌کرد، به رشته‌ای تبدیل شده که سازوکارهای عصب‌شناختی زیرین اختلالات مختلف، و اکتسابی یا رشدی بودن آنها را مشخص می‌کند. اما هنوز خیلی چیزها دربارهٔ مغز وجود دارد که باید یاد بگیریم و من دوست دارم عضوی از نسلی باشم که بسیاری از رازهای مغز را برملا می‌کند.

دلیل دیگری که از روان‌شناسی عصب‌نگر لذت می‌برم این است که کار با کودکان را بسیار دوست دارم، نه فقط چون بامزه‌اند، بلکه به دلیل مهارت‌ها، رفتارها و شخصیت کودکانی که هر روز می‌بینم. من در تعامل با کودکان و مشاهدهٔ تعامل آنها با دنیا و مفاد آزمون‌ها، چیزهای جدید یاد می‌گیرم. دائم خودم را محقق بیمارستان کهنه‌سربازان بوستون می‌بینم که مشغول تجزیه و تحلیل کارکردها و نقایص شناختی است و می‌خواهد نسبت آنها با نوروآناتومی کارکردی و رشد و تحول مغز را بفهمد. این واقعاً هرگز برای من کهنه نخواهد شد و هنوز متحیرم می‌کند.



پائولا زوفانتی

خلاصهٔ فصل

رشتهٔ روان‌شناسی عصب‌نگر در چند دههٔ گذشته رشد حیرت‌آوری داشته است. روان‌شناسی عصب‌نگر، مطالعهٔ رابطهٔ کارکرد مغز و رفتار است. عصب‌شناسان و دیگر پزشکان، درباره کارکردسنجی، پیش‌بینی پیش‌آگهی و سیر اختلال و برنامه‌ریزی برای مداخله و توانبخشی، با روان‌شناسان عصب‌نگر مشورت می‌کنند. مدل‌های کارکرد مغز از مدل مکان‌یابی کارکرد شروع شد و به مدل هم‌توانی و سرانجام، مدل کارکردی ختم شد. بر اساس مدل کارکردی، نواحی مختلف مغز در تعامل با یکدیگر، رفتار را تولید می‌کنند و رفتار، نتیجهٔ چند نظام و دستگاه کارکردی مغز است.

در این فصل، ساختارهای اصلی مغز، پیشایندها و علل مصدومیت مغزی و پیامدهای مصدومیت عصب‌شناختی را مرور کردیم. در سنجش روانی‌عصبی از روش‌های هنجاریابی‌شدهٔ غیرتهاجمیِ حساسِ به کارکردهای مغز استفاده می‌شود. یکی از تمایزات مهم، رویکرد مجموعه آزمون استاندارد (یا ثابت) است که در آن مجموعه‌ای استاندارد از آزمون‌ها، صرف‌نظر از تابلوی بالینی، روی بیمار او اجرا می‌شود. این رویکرد در مقابل رویکرد انعطاف‌پذیر (یا فرضیه‌آزمایی) قرار دارد که در آن آزمون‌های برگزیده اجرا می‌شود. روان‌شناسان عصب‌نگر عمدتاً این کارکردها را مد نظر قرار می‌دهند: کارکرد عقلانی، استدلال انتزاعی، حافظه، پردازش دیداری ـ ادراکی و کارکرد زبانی. در تشخیص مشکلات از آزمون‌های تشخیص عصبی هم استفاده می‌شود. سپس از ارزیابی روان‌شناس بالینی عصب‌نگر برای صورت‌بندی و اجرای

برنامهٔ مداخلاتی و توانبخشیِ مناسب برای بیمار استفاده می‌شود. برنامهٔ توانبخشی باید بیشترین سودمندی را برای بیمار داشته باشد و از لحاظ زمان‌بری و میزان نظارت لازم، مقرون‌به‌صرفه باشد.

به دلیل پیچیدگی و ظرافت‌های روش‌های مورد استفاده در روان‌شناسی عصب‌نگر، افراد باید آموزش تخصصی ببینند. بیشتر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی، وقت کافی، تدریس کافی و واحد عملی لازم برای روابط مغز و رفتار را ندارند. بنابراین، مدل آموزشی یکپارچه‌ای برای روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر تهیه شده است، شامل دورهٔ پیش از دکترا، انترنی و فوق دکترا. چالش‌های زیادی در برابر این رشته وجود دارد از جمله لزوم ابداع فنونِ سنجشی و توانبخشی پیچیده‌تر و مقرون‌به‌صرفه‌تر و رقابتی شدن بازار کار به دلیل مراقبت مدیریت‌شده.

اصطلاحات کلیدی

احساس‌پریشی **agnosia**

اختلال در ادراک حسی.

زبان‌پریشی **aphasia**

اختلال در توانایی زبانی.

حرکت‌پریشی **apraxia**

اختلال در توان انجام برخی حرکات ارادی.

مخچه **cerebellum**

ساختار تحت قشری مرتبط با هماهنگی حرکتی و کنترل کشیدگی عضلانی، وضعیت بدن و تعادل.

خونریزی مغزی **cerebral hemorrhage**

پارگی عروق خونی و ورود خون به بافت مغزی که موجب تخریب یا نابودی آن می‌شود. نشانه‌های خونریزی مغزی، به محل خونریزی و شدت آن بستگی دارد.

ضربه **concussion**

ضربه خوردن سر، طوری که کارکرد مغز موقتاً مختل شود. معمولاً یک بار ضربه خوردن سر صدمهٔ دائمی ایجاد نمی‌کند، ولی تکرار آن موجب صدمهٔ دائمی می‌شود.

کوفتگی **contusion**

کبودی. کوفتگی مغزی وقتی ایجاد می‌شود که مغز از جای طبیعی خود تکان بخورد و به جمجمه فشرده شود. کوفتگی مغزی می‌تواند شدید باشد و دلیریوم و اغما ایجاد کند.

بیماری دژنراتیو [تباه‌کننده] **degenerative disease**

گروهی از اختلالات ـ مثل بیماری آلزایمر، بیماری پارکینسون و داءالرقص هانتینگتون ـ که از تباهی سلول‌های عصبی دستگاه عصبی نشئت می‌گیرد. مشخصهٔ این اختلالات، تباهی تدریجی مغز و اخلال در رفتارها و کارکردها است.

دلیریوم **delirium**

اختلال در هشیاری که معمولاً بر اثر قرار گرفتن در معرض سموم ایجاد می‌شود.

نمرات تفاوت **difference scores**

روشی برای تفسیر داده‌های آزمون روانی‌عصبی که بر تفاوت نمرات بیمار در دو آزمون مجزا تمرکز می‌کند. بالا بودن نمرات تفاوت خبر از اختلال می‌دهد.

هم‌توانی **equipotentiality**

این تلقی که کارکردهای مخ را یک کلیت بدانیم و اعتقاد داشته باشیم که همهٔ نواحی مغزی، سهم برابری در کارکرد عقلانی کلی دارند. طبق این دیدگاه، وقتی یک ناحیهٔ قشر مخ آسیب می‌بیند، ناحیه‌ای دیگر در قشر مخ، کارهای ناحیهٔ آسیب‌دیده را برعهده می‌گیرد.

لوب‌های پیشانی **frontal lobes**

جدیدترین بخش مغز انسان. لوب‌های پیشانی با کارکردهای اجرایی، از قبیل صورت‌بندی، برنامه‌ریزی و اجرای رفتار هدفمند، زیر نظر گرفتن و کنترل رفتار و تعدیل هیجانات مرتبط است.

مدل کارکردی **functional model**

نظریه‌ای که ادغام دو دیدگاه مکان‌یابی کارکرد و هم‌توانی است. طبق این مدل، رفتار معلول تعامل چند نظام مغزی است و ماهیت کاستی یا نقص رفتاری به این بستگی دارد که کدام نظام کارکردی تحت تاثیر قرار گرفته و کجا صدمه دیده است.

مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان **Halstead-Reitan battery**

پرمصرف‌ترین آزمون روانی‌عصبی. مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان از چند اندازه‌گیری تشکیل شده است و دربارهٔ برخی نقایص، محل احتمالی ضایعات و تدریجی یا ناگهانی بودن ضایعه اطلاعات می‌دهد. این آزمون، پایایی و اعتبار دارد ولی ضعف مهم آن، وقت‌گیر بودن اجرای آن است.

کنفرانس هوستون **Houston Conference**

کنفرانسی در زمینهٔ آموزش روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر که در سپتامبر ۱۹۹۷ برگزار شد. در این کنفرانس، دستورالعمل‌هایی دربارهٔ آموزش تحصیلات تکمیلی، انترنی پیش از دکترا و آموزش فوق دکترای روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر ارائه شد.

پارگی **laceration**

بریدگی، جراحت یا پارگی. بافت مغزی وقتی دچار پارگی می‌شود که گلوله یا شیء دیگری، جمجمه را بشکافد.

left hemisphere **نیمکرهٔ چپ**

نیمکره‌ای در مغز که سمت راست بدن را کنترل می‌کند و در بیشتر افراد، در کارکردهای زبانی، استنباط منطقی و تحلیل جزییات، جایگاه مهم‌تری دارد.

localization of function **مکان‌یابی کارکرد**

این تلقی که برخی قسمت‌های مغز، مسئول برخی کارکردها یا رفتارهای خاص است.

Luria-Nebraska battery **مجموعه آزمون لوریا ـ نبراسکا**

مجموعه آزمونی روانی‌عصبی که توانایی‌ها را در ۱۱ زیرآزمون می‌سنجد. مطالعات از پایایی و اعتبار تشخیصی این مجموعه آزمون حمایت کرده است که اجرای آن در مقایسه با مجموعه آزمون هالستید ـ ریتان وقت کمتری می‌گیرد.

neurodiagnostic procedures **روش‌های تشخیص عصبی**

روش‌هایی (مثل کشیدن مایع نخاعی، **CAT** اسکن‌ها و **MRI**های کارکردی) که هدف‌شان بررسی وجود مصدومیت مغزی و تعیین محل مصدومیت است. این روش‌ها از لحاظ هزینه، حساسیت، تهاجمی بودن و خطرناک بودن برای بیمار، با هم فرق دارند.

neuropsychological assessment **سنجش روانی‌عصبی**

سنجش کارکرد مغزی بر مبنای عملکرد شخص در آزمون‌های غیرتهاجمی هنجاریابی‌شده‌ای که شاخص دقیق و حساس رابطهٔ مغز و رفتار محسوب می‌شود.

neuropsychology **روان‌شناسی عصب‌نگر**

مطالعهٔ رابطهٔ کارکرد مغز و رفتار. روان‌شناسان عصب‌نگر، رفتارهایی را مطالعه می‌کنند، می‌سنجند و تحت درمان قرار می‌دهند که رابطهٔ مستقیمی با کارکرد مغز دارد.

occipital lobes **لوب‌های پس‌سری**

قسمت‌هایی از قشر مخ که با پردازش دیداری و برخی جنبه‌های حافظهٔ دیداری سر و کار دارد.

occlusion **انسداد**

گرفتگی عروق خونی بر اثر لخته شدن خون. انسداد عروق مغزی می‌تواند موجب «سکتهٔ مغزی» شود.

parietal lobes **لوب‌های آهیانه‌ای**

قسمتی از قشر مخ که با ادراک و فهم لامسه‌ای و حرکتی، ادراک فضایی و تاحدودی درک و پردازش زبانی سر و کار دارد.

pathognomonic **بیماری‌شناختی**

معرف مریضی یا بیماری خاصی. یکی از روش‌های تفسیر داده‌های آزمون‌های روانی‌عصبی، توجه به علائم بیماری‌شناختی و استنباط این علائم است.

pattern analysis **تحلیل الگو**

روشی در تفسیر آزمون روانی‌عصبی که در آن الگوی پایهٔ نمرات آزمون بررسی می‌شود تا معلوم شود آیا رابطهٔ پایایی با فلان مصدومیت یا اختلال عصب‌شناختی دارد یا نه.

Process/flexible approach or hypothesis-testing approach **رویکرد فرایندی/ انعطاف‌پذیر یا رویکرد فرضیه ـ آزمون**

در این رویکرد، روان‌شناس عصب‌نگر بر اساس فرضیه‌هایش دربارهٔ هر بیمار، آزمون مناسب را روی او اجرا می‌کند و گاهی روی بیمار، یک یا چند آزمون اجرا می‌کند.

rehabilitation **توانبخشی**

در روان‌شناسی عصب‌نگر به درمان اختلال شناختی یا رفتاری بیماران اطلاق می‌شود که معلول ناکارایی یا مصدومیت مغزی است. توانبخشی، امکان «دوباره‌آموزی» مهارت‌ها و تغییر محیط بیمار با هدف جبران اختلال را فراهم می‌آورد. برنامه‌ریزی/هماهنگی توانبخشی تا حد زیادی به روان‌شناس عصب‌نگر بستگی دارد.

right hemisphere **نیمکرهٔ راست**

نیمکره‌ای در مغز که کنترل سمت چپ بدن را در اختیار دارد و در بیشتر افراد، جایگاه اصلی را در مهارت‌های دیداری ـ فضایی، ادراک جهت، خلاقیت و فعالیت‌های موسیقایی دارد.

standard battery or fixed battery approach **رویکرد مجموعه آزمون استاندارد یا مجموعه آزمون ثابت**

در این رویکرد، مجموعهٔ مشابهی از آزمون‌ها روی تمام بیماران ارجاع‌شده اجرا می‌شود.

temporal lobes **لوب‌های گیجگاهی**

قسمتی از قشر مخ که واسطهٔ ابزار زبانی، دریافت زبانی و تحلیل زبانی است و در پردازش طنین، اصوات، ریتم‌ها و معانی غیرزبانی دخالت دارد.

tumors **تومورها**

رشد نابهنجار بافت درون یا بیرون مغز، یا تسری چنین بافت نابهنجاری از دیگر نواحی بدن به مغز. نشانه‌های تومورها در آغاز معمولاً ظریف هستند ولی با رشد تدریجی تومور و فشار آوردن تومور به نواحی پیرامون مغز، آشکارتر می‌شوند.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

18-1 Division 40 of APA—Clinical Neuropsychology
http://www.div40.org/

18-2 Training Programs in Clinical Neuropsychology (doctoral, internship, postdoctoral)
http://www.div40.org/training/index.html

18-3 Neuropsychology Central
http://www.neuropsychologycentral.com/

18-4 The Whole Brain Atlas
http://www.med.harvard.edu/aanlib/home.html

۱۹



روان‌شناسی قانونی

سوالات مهم

۱. کدام رویدادهای تاریخی در شکل‌گیری و توسعهٔ روان‌شناسی قانونی موثر است؟
۲. نقش‌های اصلی روان‌شناسان قانونی چیست؟
۳. شباهت‌ها و تفاوت‌های معیارهای قانونی اصلی جنون چیست؟
۴. روان‌شناس بالینی چه نقشی در حکم حضانت فرزند می‌تواند بازی کند؟
۵. روان‌شناس بالینی چطور می‌تواند در این موارد سهیم شود: انتخاب هیئت منصفه، آماده‌سازی شاهدان و کمک به وکیل در استنطاق شاهد؟

رئوس مطالب فصل

دیدگاه‌ها و تاریخ

تعاریف

تاریخ

کادر ۱ـ۱۹: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: مانستربرگ در دادگاه

مسائل حرفه‌ای

فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان قانونی

شاهد متخصص

پرونده‌های کیفری

کادر ۲ـ۱۹: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر دیوید دیماتئو

پرونده‌های مدنی

حقوق بیماران

پیش‌بینی خطرناک بودن

کادر ۳ـ۱۹: تمرکز بر کاربردهای بالینی: مباحثات قضایی: دارودرمانی اجباری

درمان روان‌شناختی

مشورت

کادر ۴-۱۹: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر مارینا طلوع-شمس

تحقیق و روان‌شناسی قانونی

کادر ۵-۱۹: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: لیزی فوستر

خلاصهٔ فصل

اصطلاحات کلیدی

وب‌سایت‌های جالب

از آنجا که روان‌شناسان بالینی را «متخصص» رفتار انسان می‌دانند، تعجبی ندارد که برخی از آنها متخصص کاربرد روان‌شناسی در مسائلی شوند که قضات، وکلا، ماموران نیروی انتظامی و خلاصه هر کسی که با مسائل قضای مدنی، کیفری یا اجرایی سروکار دارد -اعم از قربانی و متخلف- درگیر آنها می‌شوند. این حیطهٔ روان‌شناسی بالینی که امروزه به آن ***روان‌شناسی قانونی*** می‌گویند، در دههٔ ۱۹۷۰ خیلی رشد کرد و رشد آن هنوز ادامه دارد (دیماتئو، مارتسیک، کراوس و بورل[1]، ۲۰۰۹). این حیطه، تمامی نشانه‌های یک تخصص را دارد: برنامه‌های آموزشی تحصیلات تکمیلی، سازمان‌ها و هیئت‌های حرفه‌ای، شعبه‌ای در انجمن روان‌شناسی امریکا (شعبهٔ ۴۱ -با عنوان جامعهٔ روان‌شناسی -قانون امریکا) و مجلات و درسنامه‌های لازم. بسیاری از این موجودیت‌ها، میان‌رشته‌ای هستند و حوزه‌های حقوق و روان‌شناسی را گسترش می‌دهند.

دیدگاه‌ها و تاریخ

اجازه دهید بحث دربارهٔ این رشته را با تعریف، بررسی کوتاه تاریخ و بررسی مسائل حرفه‌ای آن شروع کنیم.

تعاریف

روان‌شناسی قانونی، کاربرد علم و حرفهٔ روان‌شناسی در مسائل قانونی و حرفهٔ حقوق است (هیئت روان‌شناسی قانونی امریکا، ۲۰۰۶). در جدول ۱-۱۹، گسترهٔ این کاربردها و نمونه‌های آن را می‌خوانید. محیط‌ها و مراجعان مختلفی در این حوزه طرح می‌شوند، از جمله کودکان و نوجوانان و بزرگسالان. همهٔ نهادها و موسسات از جمله شرکت‌ها، موسسات دولتی، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و مراکز اصلاح و تربیت می‌توانند مراجع یا هدفِ شهادت باشند.

جدول ۱-۱۹: حوزه‌های شهادت و حوزه‌های تخصصی روان‌شناسان قانونی

بستری شدن در بیمارستان‌های روانی
مسائل مربوط به حضانت کودک
صدمات روان‌شناختی ناشی از قصور دیگری
رهایی از جس و نگهداری اجباری
تعیین لزوم قرار گرفتن زیر نظر یک محافظ به دلیل ناتوانی
پیش‌بینی خطرناک بودن
تعیین حقوق شخصی که ناتوانی ذهنی دارد در موسسه و مراکز نگهداری
صلاحیت حضور در دادگاه
مسئولیت‌پذیری کیفری (دفاعیهٔ جنون)
تعیین ناتوانی در برابر دعاوی امنیت اجتماعی
دعاوی غرامت کارمندان و کارگران
شرایط موثر بر دقت شهادت شهود
آشناسازی وکلا با عوامل موثر بر رفتار هیئت منصفه
میزان گمراه‌کننده بودن دعاوی بازرگانی و تبلیغاتی
سندرم زن درب و داغون
سندرم ضربهٔ تجاوز
صحت و هویت شاهد
آزار و اذیت جنسی
روان‌شناسی پلیس
انتخاب هیئت منصفه
برنامهٔ درمان خلافکاران
تهیهٔ نیمرخ کیفری

تاریخ

هوگو فون‌مانستربرگ[2] در سال ۱۹۰۸ کتابی با عنوان *درآمدی بر جایگاه شهود* نوشت (به کادر ۱-۱۹ مراجعه کنید). به‌رغم این رویداد مهم، روان‌شناسی تا سال ۱۹۵۴، تاثیر مستقیم نسبتاً کمی بر حقوق گذاشت. اما در این سال، دیوان عالی در نهایت در پروندهٔ لغو تبعیض *براون علیه هیئت آموزشی*، به علوم اجتماعی توجه کرد. سپس قاضی بازلون در سال ۱۹۶۲ وقتی مشغول نگارش درخواست استیناف برای بخش کلمبیا بود، برای

1. DeMatteo, Marczyk, Krauss and Burl
2. Hugo Von Munsterberg

نـخستین بـار اظـهار داشت روان‌شـناسان واجـد صـلاحیت می‌توانند به عنوان متخصص اختلالات روانی در دادگاه شهادت دهند (*جنکینز در برابر ایالات متحده امریکا*، ۱۹۶۲). سرانـجام روان‌شناسی قانونی روی صحنه رفت، هرچند سال‌ها از حضور روان‌پزشکان در دادگاه‌ها به عنوان شاهد متخصص می‌گذشت. امروزه روان‌شناسان پیوسته به عنوان متخصص در تقریباً هـر نوع پـرونده‌ای، از پـرونده‌های کـیفری تـا پـرونده‌های مـدنی، خانوادگی و اجرایی، شهادت می‌دهند. در ضمن به عنوان مشاور به موسسات و افراد در دستگاه قضایی خدمات می‌دهند.

البته در تاریخ بسیار کلی روان‌شناسی قانونی از مانستربرگ تا قاضی بازلون، جزییات و مباحث زیادی ناگفته می‌ماند. ویلیام استرن حتی قبل از مانستربرگ در سال ۱۹۰۱ گزارش کرد که در حال بررسی «درست بودن یا نبودن» به یاد آوردن خاطرات است که می‌توان آن را پیش‌درآمد تحقیقات امروزی دربارهٔ شهادت شهود دانست. حتی فروید در سخنرانی سال ۱۹۰۶ خود برای عده‌ای از قضات اتریشی ادعا کرد می‌توانیم روان‌شناسی را در حوزهٔ حقوق و قضا به کار بریم. بعداً جان واتسون هم مدعی شد حقوق و روان‌شناسی، زمینه‌های مشترکی دارند.

برای آنکه خواننده فکر نکند روان‌شناسی قانونی یکسره و بی‌هیچ مشکلی به احترام حـرفه‌ای امـروز رسـیده است، بـاید خاطرنشان کنیم که هیچ کس فکـر نـمی‌کرد روان‌شـناسی در زمینه نظام قضایی و حقوقی، حرفی برای گفتن داشته بـاشد. حتی مانستربرگ هم منتقدانی داشت. از آنجا که مـانستربرگ بـرای ادعـاهایش در خـصوص نـقش روان‌شـناسی، داده‌هـای تجربی زیادی نداشت، کتاب او را نادیده گرفتند. لویس ترمن در سال ۱۹۳۱، در یک سخنرانی، اظهار کرد «بر اساس تحقیقات موجود در آن زمان، اشتباه مانستربرگ، اغراق دربـاره اهـمیت مساعدت‌ها و تاثیر روان‌شناسی بود. او مدعی بود با تـوجه بـه پیشرفت‌های علمی، اهمیت غایی روان‌شناسی برای حرفهٔ قضا، اغراق‌آمـیز نـیست» (بـلا[1]، ۱۹۹۸، ص ۳). کـادر ۱ـ۱۹ نشـان می‌دهد که قبول نظر مانستربرگ، چقدر برای بـرخـی اعـضای نظام قضایی و حقوقی آن زمان گران تمام شده است. بی‌شک تا قبل از دههٔ ۱۹۵۰ که حکم قاضی بازلون پذیرفته شد، قضات معمولاً روان‌شناسان را واجد صلاحیت نمی‌دانستند تا به عنوان متخصص، در دادگاه شهادت دهند.

کادر ۱ـ۱۹: تمرکز بر مسائل حرفه‌ای: مانستربرگ در دادگاه

مانستربرگ (۱۹۰۸) از این شکایت می‌کرد که هیچ‌کس (اعم از معلم، هنرمند، تاجر، پزشک، کشیش، سیاستمدار یـا سـرباز) بـه انـدازهٔ یک وکیل در برابر این طرز فکر مقاومت نمی‌کند که روان‌شناسان می‌توانند مفید باشند. او وکلا، قضات و حـتی اعـضای هـیئت مـنصفه را مـتهم می‌کرد که عقل عام را برای درست عمل کردن کافی می‌دانند.

پروفسور جان ویگمور[2] (۱۹۰۹)، استاد صاحب‌نام حقوق دانشگاه نـورث وسـترن، ادعـاهای مـانستربرگ را اوج تکـبر و خـودپسندی می‌دانست. ویگمور که نمایندهٔ احساس بسیاری از وکلا بود، در پاسخ به مـانستربرگ، یک نـقیضهٔ هـوشمندانـه ولی گـزنده نـوشت. او یک دادخواهی خیالی علیه مانستربرگ طراحی کرد و او را به اغراق دربارهٔ توانایی‌های روان‌شناسی، نادیده گرفتن اختلاف‌نظرهای روان‌شناسان با یکدیگر و نفهمیدن فرق نتایج آزمایشگاهی و واقـعیات در الزامـات حقوقی متهم کرد.

ایـن «دادخـواست» در «ویـندیویلِ ونت‌کـانتی» پـر شـد. وکـلای مانستربرگ، آر. ایی. سرچ، سی کـیست و اکسـپرپمنت بـودند. قـاضی وایزمن درخواست ارائه‌شده علیه مانستربرگ و ادعایش مبنی بر «لجوج بودن وکلا» را خواند.

دادگاه علیه مانستربرگ پیش رفت. هیئت منصفه فقط پس از چند دقیقه پچ‌پچ، درباره رأی به توافق رسیدند و به نفع شُکات رأی دادند. آنـها مـانستربرگ را یک دلار جـریمه کـردند. حـملهٔ ویگـمور چـنان هوشمندانه و مخرب بود که ۲۵ سال طول کشید تا روان‌شناسان را به عنوان شاهد متخصص به رسمیت شناسند. اما ویگمور پیش از مرگش ۳۰ سال بعد، نرم‌تر شده بود. او مـتقاعد شـده بـود کـه دادگـاه‌ها بـاید آمادگی داشته باشند از آن دسته از روش‌های روان‌شناسی اسـتفاده کنند که معقول، دقیق و عملی به نظر می‌رسند. البته امروزه این تغییرِ از صمیم قلبِ ویگمور را در رویه‌های روزمره محاکم قضایی می‌بینیم. اما اگر مانستربرگ کمی در طرح ادعاهایش حساب‌شده‌تر عمل می‌کرد، شاید هرگز مواجههٔ مانستربرگ ـ ویگمور رخ نمی‌داد.

1. Blau
2. John Wigmore

لوه[1] (۱۹۸۴) بن‌بست روان‌شناسی و حقوق را دورانی توصیف می‌کند که در آن، روان‌شناسان می‌خواستند در دستگاه قضایی مشارکت کنند ولی وکلا نمی‌خواستند. از روان‌شناسی در دهۀ ۱۹۳۰ عمدتاً برای نقد آیین و تصمیمات قضایی استفاده می‌شد. اما در دهۀ ۱۹۵۰، روان‌شناسان عمدتاً دنبال شهادت تخصصی بودند و در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، دنبال مشورت دادن دربارۀ رفتار هیئت منصفه (لوه، ۱۹۸۴).

حالا همان‌طور که در شروع بحث گفتیم، روان‌شناسی قانونی به جایی رسیده که متخصص پژوهش حقوقی-روانی پرورش می‌دهد، برنامه‌های آموزش میان‌رشته‌ای دارد و کتاب‌های زیادی درباره‌اش منتشر می‌شود. مجلات فراوانی هم در این حوزه منتشر می‌شود از جمله مجلۀ:

Behavioral, Criminal Justice Journal, Law and Human Behavior, Criminal Justice and Behavior, Law and Psychology Review, Behavioral Sciences and the Law Psychology, Public Policy and Law & American Journal of Forensic Psychology

مسائل حرفه‌ای

برخی تا سال‌ها نگران بودند که روان‌شناسان قانونی از نظر متخصصان دیگر، وجاهت و جایگاه لازم را نداشته باشند (برای مثال کورکی[2]، ۱۹۸۰). تاسیس هیئت روان‌شناسی قانونی امریکا در سال ۱۹۷۸، برای آنکه روان‌شناسان باصلاحیت را به مردم بشناساند و موجب ارتقای این رشته شود، به رفع برخی از این نگرانی‌ها کمک کرد. با این حال، مسائل حرفه‌ای از قبیل گواهینامه و جواز از دیرباز برای روان‌شناسان قانونی حائز اهمیت بوده است.

آموزش. آموزش روان‌شناسی قانونی عمدتاً در سطح دکترا و فوق دکترا صورت می‌گیرد. دیماتئو و همکاران (۲۰۰۹) توصیه می‌کنند دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی که به روان‌شناسی قانونی علاقه‌مندند، در زمینۀ مبانی روان‌شناسی بالینی، روش تحقیق و آمار، دانش حقوق و قضا، ادغام حقوق و روان‌شناسی، اخلاق و معضلات حرفه‌ای و مسائل قانونیِ بالینی، آموزش ببینند و تجربه کسب کنند. روز به روز بر تعداد گروه‌های روان‌شناسی [در دانشگاه‌ها] که واحدهای درسی روان‌شناسی قانونی می‌گذرانند، افزوده می‌شود. در حال حاضر، وب‌سایت شعبۀ ۴۱ انجمن روان‌شناسی امریکا (با عنوان جامعۀ روان‌شناسی-قانون امریکا) ۱۶ برنامۀ دکترای بالینی (Ph.D./Psy.D.) با تاکید بر روان‌شناسی و قانون و همچنین ۹ برنامۀ غیربالینی با همین تاکید را به رسمیت می‌شناسد. شش برنامۀ مشترک هم وجود دارد که مدرک دکترای روان‌شناسی و علوم قضایی (J.D.) اعطا می‌کند. در ضمن، ۱۷ برنامۀ کارشناسی ارشد هم وجود دارد که بر روان‌شناسی قانونی متمرکز است و فرصت تحصیل در دورۀ فوق دکترا را ارائه می‌کند. هرساله تعداد و تنوع برنامه‌ها در حال افزایش است. وب‌سایت ۲-۱۹ در انتهای همین فصل، جدیدترین اطلاعات را درباره فرصت‌های آموزشی در این حوزه می‌دهد.

اخلاقیات و معیارها. تمام اصول و دستورالعمل‌های اخلاقی طرح‌شده در فصل‌های قبل، در این تخصص هم مصداق دارد. در ضمن، توصیه شده است دانشمندان علوم قانونی از آیین‌نامۀ آکادمی علوم قانونی امریکا هم پیروی کنند. این آیین‌نامه بر این موارد تاکید می‌کند (الف) بیان کامل و صحیح و هویت حرفه‌ای خود، (ب) دقت و صداقت فنی و علمی در گزارش‌ها و شهادت‌ها و (ج) بی‌طرفی. شعبۀ ۴۱ انجمن روان‌شناسی امریکا (یعنی جامعۀ روان‌شناسی-قانون امریکا) به عنوان منبعی دیگر، ***دستورالعمل‌های تخصصی روان‌شناسان قانونی*** را تهیه کرده است (کمیتۀ دستورالعمل‌های اخلاقی روان‌شناسان قانونی، زیر چاپ) که اصول اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا برای روان‌شناسان را در حوزۀ روان‌شناسی قانونی به کار می‌برد (به وب‌سایت ۴-۱۹ مراجعه کنید). این دستورالعمل‌ها دربارۀ حوزه‌هایی مثل مسئولیت‌پذیری، صلاحیت و قابلیت، رابطه‌ها، حق‌الزحمه‌ها، رضایت‌نامه/ اخطارها و پذیرش‌ها، تعارضات و اختلافات در عمل، حریم خصوصی و رازداری و امتیازها، سنجش و ارتباطات است.

---

1. Loh
2. Kurke

اما همان‌طور که در همین فصل خواهیم گفت، روان‌شناسان قانونی در دستگاه قضایی عریض و طویل، به معضلات اخلاقی فراوانی برخورد می‌کنند (رایتزمن [1] و دیگران، ۱۹۹۸). سرانجام اینکه بلا (۱۹۹۸) برای شهادت تخصصی روان‌شناسان، چند دستورالعمل صریح دارد. این دستورالعمل‌ها در خصوص کیفیت کار، صلاحیت و نزاکت و ترتیبات مالی است. معیارهای بلا دربارهٔ ترتیبات مالی را در جدول ۲ ـ ۱۹ می‌خوانید.

جدول ۲ ـ ۱۹: معیارهای ترتیبات مالی در شهادت تخصصی

۱. روان‌شناس هرگز نباید حق‌الزحمهٔ خود را به‌نتیجهٔ پرونده منوط کند.
۲. مقدار و جزییات پرداخت حق‌الزحمه باید بین روان‌شناس و وکیل مربوطه، در همان مشورت اولیه، مشخص شود. سپس همه چیز به صورت مکتوب بین طرفین ثبت شود.
۳. تمام پرداخت‌های عقب‌افتاده باید قبل از شهادت روان‌شناس، پرداخت شود.
۴. قبل از شروع رویه‌های حقوقی پرونده، سوءتفاهم‌ها یا اختلاف‌نظرهای مالی باید رفع شود.
۵. روان‌شناسانی که مرتب در نقش شاهد متخصص ظاهر می‌شوند باید قدری از وقت حرفه‌ای خود را صرف پرونده‌های ***عام‌المنفعه*** * کنند.

* پرونده‌هایی رایگان، با هدف پیشبرد آرمان‌های اجتماعی یا قبول نمایندگی اشخاصی که استطاعت مالی پرداخت حق‌الزحمه را ندارند.

منبع: بلا (۱۹۹۸)، ص ۴۰۲

مسائل و معیارهای اخلاقی در آن دسته از عرصه‌های حرفه‌ای اهمیت زیادی پیدا می‌کند که تعارض نقش‌ها، سوگیری‌ها، تحریف‌ها و ذهنیت در آن زیاد است. روان‌شناسی قانونی یکی از این عرصه‌ها است.

فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان قانونی

رشد و توسعهٔ روان‌شناسی قانونی، روان‌شناسان را وارد نقش‌های مختلفی کرده است. در اینجا بر هشت نقش تمرکز می‌کنیم. توضیحات خود را از نقش شاهد متخصص شروع می‌کنیم.

شاهد متخصص

ماجرای زیر را در نظر بگیرید:

خانم فریس، کارمند شرکت دیگو پَن، در ۲۸ آوریل ۱۹۹۹، پشت میزش مشغول کار بود. سرپرستش آقای اسمیت، کنار میزش می‌ایستد. آقای اسمیت این سابقه را داشت که در حضور خانم فریس، جوک‌های زشت بگوید، راجع به جذابیت بدنی او حرف بزند و از قرارهای خانم فریس بپرسد. اما آن روز صریحاً به او پیشنهاد همخوابی داد و برای او روشن کرد که اگر می‌خواهد ترفیع بگیرد و کارش را ادامه دهد، بهتر است با او رابطهٔ جنسی داشته باشد. خانم فریس هم به او جواب رد می‌دهد. دو هفته بعد، خانم فریس اخراج می‌شود. خانم فریس هم به جرم آزار و اذیت جنسی و ایجاد رنج و عذاب هیجانی، علیه آقای اسمیت شکایت می‌کند.

دکتر میلر، روان‌شناس بالینی از طرف وکیل خانم فریس استخدام می‌شود. دکتر میلر مصاحبه‌های مفصلی با خانم فریس و چند نفر از همکارانش انجام می‌دهد. همچنین چند آزمون روی او اجرا می‌کند. آقای رایت، یکی از همکاران خانم فریس، در تاریخ ۲۸ آوریل، گفت‌وگوی خانم فریس و سرپرستش آقای اسمیت را شنیده بود. قبلاً هم چند چشمه از آزار و اذیت‌های جنسی آقای اسمیت را دیده بود.

آقای رایت در دادگاه به عنوان شاهد، مشاهداتش را بیان می‌دارد. دکتر میلر هم نظرات و استنباطش درباره صدمهٔ هیجانی وارده به خانم فریس را در چهارچوب آموزش‌های تخصصی و تجاربش شرح می‌دهد. این ماجرا دقیقاً فرق شاهد عامی و ***شاهد متخصص*** را نشان می‌دهد. شاهد عامی فقط اتفاقاتی را گزارش می‌دهد که رخ داده‌اند، ولی شاهد متخصص، اظهارنظر می‌کند و استنباط‌هایش را بیان می‌کند. شاهد متخصص در فهم و ارزیابی شواهد و همچنین مشخص کردن حقیقت امر، به دادگاه کمک می‌کند (گوتایل [2]، ۱۹۹۸).

صلاحیت‌ها . شاهد متخصص کسی است که به واسطهٔ رابطهٔ خاصی که با فلان علم، حرفه، آموزش یا تجربه دارد، می‌تواند اطلاعاتی دهد که هیئت منصفهٔ معمولی قادر نیست آن را ارائه دهد و فهمیدن آن اطلاعات به تخصص نیاز دارد (گرین و

1. Wrightsman 2. Gutheil

هایلبرون[1]، ۲۰۱۱). دادگاه در آغاز تصمیم می‌گیرد که آیا متخصص مورد نظر، وجاهت تخصصی دارد یا نه. درباره پزشکان، روان‌شناسان یا روان‌پزشکان معمولاً صلاحیت و قابلیت آنان بررسی می‌شود. اما اگر به ادعای متخصص بودن شاهد، انتقاداتی وارد باشد، شواهد بیشتری دربارهٔ قابلیت و صلاحیت او طلب می‌شود. تصمیم‌گیری نهایی بر عهدهٔ قاضی است (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱).

رأی صادرهٔ دیوان عالی ایالات متحده امریکا در خصوص پروندهٔ ***دابرت علیه مِرِل داو*** در سال ۱۹۹۳، معیار آزادیخواهانه‌تری برای محکمه‌پسند بودن شواهد مربوط به متخصص بودن فراهم آورد. در مجموع، معیار، از «مقبولیت عمومی» در جامعهٔ علمی مربوطه (که مبنای آن پرونده ***فرای در برابر ایالات متحده*** در سال ۱۹۲۳ بود) به «مربوط بودن و اعتبار» از نظر قاضی دادگاه تغییر کرد. به عبارت دیگر، حالا مسئولیت بر دوش قاضی است تا ببیند آیا شواهد ارائه‌شده در خصوص متخصص بودن شخص، محکمه‌پسند است یا نه (فایگمن و موناهان[2]، ۲۰۰۵؛ فاست، گریم، آهرن و سوکولیک[3]، ۲۰۱۰). این معیار جدید، آزادیخواهانه‌تر و منعطف‌تر بود، ولی معیار ***دابرت*** در بسیاری از پرونده‌ها، ملاک‌های سفت و سخت‌تری برای محکمه‌پسندی شهادت تخصصی رقم می‌زد. قضات از رأی ***دابرت*** برای کنار گذاشتن آن دسته از شواهد علوم اجتماعی استفاده کرده‌اند که «به‌قدر کافی علمی نیست»، هرچند طبق رأی ***فرای***، محکمه‌پسند هستند. در حقیقت، این بحث در رشتهٔ روان‌شناسی قانونی که آیا معیار ***دابرت***، شهادت تخصصی را علمی‌تر می‌کند یا نه، موجب گیج شدن قضات و هیئت منصفه می‌شود و در را به روی نظریه‌ها و یافته‌های مشکوک می‌گشاید (فایگمن و موناهان، ۲۰۰۵؛ فاست، گریم، آهرن و سوکولیک، ۲۰۱۰).

ملاک‌های تخصص روان‌شناسی بالینی در مجموع از این قرار است: (الف) تحصیلات، آموزش رسمی و یادگیری بعدی؛ (ب) تجربهٔ مرتبط از جمله مسندهای قبلی؛ (ج) تحقیقات و مکتوبات؛ (د) دانش و کاربرد اصول علمی؛ و (ه) استفاده از آزمون‌های اندازه‌گیری اختصاصی. هر حوزهٔ قضایی، شواهد خاصی را نشانهٔ متخصص بودن می‌داند. سرانجام اینکه بسیاری از قُضات، بر مبنای ملاک‌های زیر تصمیم می‌گیرند که شهادت متخصص مورد نظر محکمه‌پسند است یا نه (فاست و دیگران، ۲۰۱۰):

- ***مرتبط بودن***: شهادت باید به اثبات یا ابطال مسئلهٔ مهمی در پرونده کمک کند.
- ***پایایی***: شهادت باید قابل اعتماد و معتبر باشد.
- ***مفید بودن***: شهادت باید به هیئت منصفه در فهم شواهد و تصمیم‌گیری درباره مسائل حقیقی کمک کند.
- ***تناسب***: شهادت باید با پروندهٔ موجود «تناسب» داشته باشد و به هیئت منصفه در انجام وظایفش کمک کند.

موضوعاتِ شهادت تخصصی. در جدول ۱ـ۱۹ دیدیم که چه موضوعاتی برای شهادت تخصصی مناسب است. این فهرست کامل نیست و موضوعات دیگری هم برای اظهارنظر روان‌شناختی وجود دارد. اما متخصصان حق ندارند اظهارنظرهایی کنند که جزء حقوق قضایی هیئت منصفه است. برای مثال، قانون ۷۰۴ فدرال (بند ب) در خصوص شواهد، به متخصصان اجازه می‌دهد دربارهٔ حالات روانی متهمان و عوامل موثر احتمالی بر رفتار و شناخت، اظهارنظر کنند ولی حق ندارند دربارهٔ جنون یا سلامت عقل متهمان نتیجه‌گیری کنند. بنابراین، شاهدان متخصص حق ندارند «اظهانظر نهایی و قطعی» کنند (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱).

شهادت دادن. شهادت دادن صرف‌نظر از موضوع آن می‌تواند تجربهٔ ناخوشایند و سختی باشد. وکلا در هر دو طرف پرونده می‌توانند موجب اضطراب و تردید متخصص شوند. متخصصان رفتار، درست مثل روان‌شناسان عصب‌نگر که به ندرت به تشخیص‌های آسان برمی‌خورند، در دادگاه‌ها به ندرت راجع به مسائل آسان اظهارنظر می‌کنند. عمومی بودن، حساسیت، جار و جنجال و خصمانه بودن فرایند قضایی باعث می‌شود که آب خوش از گلوی شاهد متخصص پایین نرود.

---

1. Greene and Heilbrun
2. Faigman and Monahan
3. Faust, Grimm, Ahern and Sokolik

یکی از پیش‌درآمدهای مهم شهادت دادن، آمادگی پیش از شروع محاکمه است. این آمادگی گاهی اوقات به ساعت‌ها مطالعه، مصاحبه، آزمون‌گیری و کنفرانس نیاز دارد. گاهی اوقات دادگاه یا وکلا از متخصص می‌خواهند برای متهم یا شاکی شهادت بدهد.

استنطاق . دوگزیدهٔ زیر نشان می‌دهد استنطاق می‌تواند چطور باشد (شوایتزگبل و شوایتزگبل[1]، ۱۹۸۰، ص ۲۴۳):

«صبح به خیر دکتر. می‌بینم دوباره نمایندهٔ یک متهم به قتل (یا «روان‌شناسان همکارت») شده‌ای. امروز چطوری؟»

«دکتر بابت معاینه پول گرفتی؟ [بله] چقدر؟ [ساعتی ۲۰۰ دلار] چند ساعت وقت صرف معاینه کردی؟ [۲۰ ساعت] می‌شود چهار هزار دلار، نه دکتر؟ [بله] و به نظر شما بیمار در شب بیست و ششم ژانویه ۱۹۷۵، دیوانه بوده است؟ [بله] بسیار خُب دکتر».

سوالات تحریک‌آمیز دیگری که ممکن است از روان‌شناس به عنوان شاهد متخصص پرسیده شود، از این قرار است:

«درست است که بیشتر آزمایش‌های شما روی موش‌ها بوده است؟»

«شما دکتر واقعی نیستید، هستید؟»

«نمی‌توانید بگویید چه می‌گذرد، می‌توانید بگویید؟»

(وکیل طرف مقابل با انگشت، به کله‌اش اشاره می‌کند.»

چند مولف (برای مثال بلا، ۱۹۹۸؛ گوتایل، ۲۰۰۴) اشارات متعددی به این موضوع کرده‌اند که رفتار شاهد متخصص در دادگاه باید چطور باشد، حتی باید چطور لباس بپوشد. شوایتزگبل و شوایتزگبل (۱۹۸۰) راهبردهای پیشنهادی خود درباره نحوهٔ کنار آمدن با استنطاق را این‌گونه خلاصه می‌کنند:

- آماده‌باش.
- صادق باش.
- ضعف‌ها را بپذیر.
- از اصطلاحاتی استفاده کن که برای خودت بامعنا هستند.
- به تک‌تک کلمات سوالات با دقت گوش بده.
- قدری فکر کن.

پرونده‌های کیفری

جامعه نسل‌ها با این سوال مواجه بوده است که وقتی مجرم هنگام ارتکاب جرم، به‌شدت دچار اختلال بوده است و نمی‌توان او را مسئول اعمالش شناخت، باید با او چطور برخورد کرد. همچنین تصمیم‌گیری در این مورد سخت است که آیا متهم واقعاً صلاحیت فهم رویه‌های دادگاه را دارد و می‌تواند از خودش دفاع کند.

دفاعیهٔ جنون . اگر متهم هنگام ارتکاب جرم، سلامت عقل داشته باشد آنگاه به زندان، جریمه یا مجازات تعلیقی محکوم می‌شود. اما اگر هنگام ارتکاب جرم، سلامت روان نداشته باشد، مسئول عملش شناخته نمی‌شود و به جای مجازات، تحت درمان قرار می‌گیرد. اما به‌رغم تصور عمومی، ***دفاعیهٔ جنون*** به ندرت پذیرفته می‌شود (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱). متهم معمولاً مسئول عملش شناخته می‌شود. به این ترتیب در دفاعیهٔ جنون، مسئولیت اثبات جنون بر عهدهٔ متهم است. در بیشتر ایالت‌ها و در منطقهٔ کلمبیا، ***وظیفهٔ اثبات*** برعهدهٔ وکیل مدافع است؛ وکیل مدعی‌الیه یا متهم باید ثابت کند که متهم در زمان ارتکاب جرم، دچار جنون بوده است. باید خاطرنشان کنیم که جنون، اصطلاحی حقوقی است نه اصطلاحی پزشکی، روان‌پزشکی یا روان‌شناسی. دستگاه قضایی فرض را بر این می‌گذارد که مردم انتخاب‌های آگاهانه و عاقلانه می‌کنند. بنابراین رفتار نامعقول، گواه جنون است. اما بیشتر روان‌شناسان قبول ندارند که رفتار بهنجار را عاقلانه انتخاب می‌کنیم. دیدگاه جبرگرایانهٔ علم، این ساده‌نگری را با مشکلاتی مواجه کرده است.

بنابراین چطور رأی صادر می‌شود که متهم دچار جنون بوده است؟ هر ایالتی، معیارهای خود را دارد ولی معمولاً یکی از این سه معیار مطرح می‌شود. قدیمی‌ترین معیار، ***قاعدهٔ مکناتن*** است که در سال ۱۸۴۳ در انگلستان طرح شد. طبق این قاعده، دفاعیهٔ جنونِ موفق باید ثابت کند شخصی که مرتکب عمل غیرقانونی شده، هنگام ارتکاب این عمل، «دچار نقیصه عقلی و بیماری روانی بوده و متوجه ماهیت و کیفیت عملی که انجام

1. Schwitzgebel and Schwitzgebel

می‌داده نبوده است؛ یا اگر متوجه بوده، نمی‌دانسته است که آنچه می‌کند غلط است».

دومین معیار، ***معیار دورهام*** (***دورهام در مقابل ایالات متحده***، ۱۹۵۴) است. این معیار را قاضی دیوید برازلتون از دادگاه تجدیدنظر ایالات متحده امریکا طرح کرد چون قاعده مکناتن منسوخ به نظر می‌رسید و نیاز به تجدیدنظر داشت. طبق معیار **دورهام**، «اگر عمل غیرقانونی متهم، معلول بیماری روانی یا نقیصه ذهنی باشد، متهم مسئولیت کیفری ندارد.» اما بسیاری از قضات ووکلا نارضایتی خود را از این معیار جدید ابراز کرده‌اند چون از نظر آنها شهادت تخصصی متخصصان سلامت روان در این رأی بیش از حد مهم انگاشته شده است (کونستانتسو[1]، ۲۰۰۴).

طبق معیار سوم، اگر متهم در نتیجهٔ بیماری روانی یا نقصی نتواند بفهمد عمل مورد نظر مجرمانه است یا نتواند طبق قانون عمل کند، آنگاه مسئول آن جرم نیست. نام این معیار، به اصطلاح ***معیار اِی ال آی*** (ALI) یا معیار موسسه حقوق امریکا است. معیار اِی ال آی (ALI) آزادانه‌ترین و گسترده‌ترین معیار است که طبق آن اگر بیماری روانی باعث شود شخص نفهمد چه کار می‌کند (نقیصهٔ شناختی) یا نتواند رفتارش را کنترل کند (نقیصهٔ ارادی)، آنگاه مسئولیت کیفری از دوش او ساقط می‌شود.

پروندهٔ مشهور ***هینکلی*** (که به جان رونالد ریگان سوءقصد کرد)، صحنهٔ قضایی ایالات متحده را تغییر داد (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱). رأی ***بی‌گناه به دلیل جنون***، بسیاری را خشمگین کرد و تبعات این پرونده، یک بار دیگر، معیار حقوقی جنون را تغییر داد. اولین تاثیر آن، بازگشت به قاعدهٔ مکناتن بود که در آن عوامل شناختی بیش از عوامل ارادی اهمیت داشت. دومین تاثیرش، صدور این حکم از سوی دیوان عالی بود که شخص متهم به ارتکاب جرم، در نتیجهٔ دفاعیهٔ جنون، به‌طور خودکار و نامحدود بستری می‌شود. سومین تاثیرش، صدور حکم «گناهکار ولی بیمار روانی» در پیکرهٔ دفاعیات حقوقی چند ایالت و دولت فدرال بود. در نهایت، ایالت‌های بیشتری به جرگهٔ ایالت‌هایی پیوستند که وظیفهٔ اثبات جنون مدافع را بر دوش وکیل مدافع می‌گذاشت تا اثبات سلامت عقل متهم بر دوش وکیل شاکی یا دادیار. هم‌اکنون در چند ایالت، هیئت منصفه علاوه بر رأی گناهکار، بی‌گناه و رأی بی‌گناه به دلیل جنون، رأی بی‌گناه ولی بیمار روانی را هم صادر می‌کنند (کونستانتسو، ۲۰۰۴). در رأی گناهکار ولی بیمار روانی، محکوم برای درمان به بیمارستان روان‌پزشکی فرستاده می‌شود. سپس وقتی تشخیص داده شود که سلامت عقل دارد، برای تحمل مجازات، به زندان فرستاده می‌شود.

کادر ۲ ـ ۱۹: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر دیوید دیماتئو

دکتر دیماتئو استادیار روان‌شناسی و معاون مدیریت برنامهٔ اعطای مدرک JD/PhD در زمینهٔ حقوق و روان‌شناسی دانشگاه درکسل است. دکتر دیماتئو همچنین مسند هیئت علمی دومی هم در دانشکدهٔ حقوقِ اِرل مَکِ دانشگاه درکسل دارد. علایق تحقیقاتی او عبارت است از: سیاست دارویی، مداخلات مرتبط با خلافکاران کیفری و شخصیت ضداجتماعی. چند ایالت و موسسه دولتی هم از تحقیقاتش حمایت مالی کرده‌اند. دکتر دیماتئو بیش از هفتاد مقاله و فصل کتاب نوشته، در سه کتاب همکار مولف بوده و بیش از ۱۰۰ سخنرانی حرفه‌ای داشته است. دکتر دیماتئو عضو تحریریه دو مجله و جزء سردبیران مجلهٔ ***Law and Human Behavior*** است. دکتر دیماتئو در حال حاضر رییس کمیته مسائل حقوقی انجمن روان‌شناسی امریکا و نمایندهٔ شعبهٔ ۴۱ انجمن روان‌شناسی امریکا (یعنی جامعهٔ روان‌شناسی ـ قانون امریکا) در هیئت نمایندگان انجمن روان‌شناسی امریکا است.

دکتر دیماتئو به سوالات ما راجع به پیشینه‌اش و رشتهٔ روان‌شناسی قانونی پاسخ داد.

چطور به رشتهٔ روان‌شناسی قانونی علاقه‌مند شدید؟

در کالج به استفاده از تحقیقات علوم اجتماعی و روان‌شناسی در فرایندهای حقوقی علاقه‌مند شدم. این هم به این علاقهٔ قدیمی من برمی‌گشت که اختلالات روانی و رفتار مجرمانه چه ارتباطی دارد و متخصصان سلامت روان چگونه می‌توانند به رفع علل و همبسته‌های رفتار مجرمانه کمک کنند. به همین دلیل مردد بودم که شغل حقوقی را

1. Constanzo

دنبال کنم یا شغلی در روان‌شناسی، چون گویا علایق من در حد فاصل این دو حرفه قرار داشت. خوشبختانه فهمیدم برنامه‌ای در تحصیلات تکمیلی وجود دارد که اجازه می‌دهد دانشجویان همزمان ظرف ۷ سال، مدرک دکترای حقوق (JD) و دکترای روان‌شناسی بالینی (PhD) بگیرند؛ در آن زمان فقط سه مورد از این برنامه‌ها در کل ایالات متحده امریکا وجود داشت. هویت حرفه‌ای اصلی من، سمت و سوی روان‌شناسی داشت، ولی دوست داشتم در دانشکدهٔ حقوق هم تحصیل کنم تا مهارت‌های تحلیلی و نگارشی یک وکیل را نیز داشته باشم. علاوه بر این، علایق تحقیقاتی و بالینی من به وضوح ماهیت قانونی داشت. هرچند داشتن مدرک حقوق برای تحقیقات یا امور قانونی ضرورت نداشت، ولی خودم اعتقاد داشتم آموزش حقوقی، مهارتم را تقویت می‌کند، اعتبارم در بین متخصصان حقوقی را بالا می‌برد و در نهایت، بازار کارم را بیشتر می‌کند.

کارهایتان در مقام روان‌شناس قانونی را توضیح دهید.

در مقام هیئت علمی دانشگاهی بزرگ، مشغول تدریس، تحقیق، نگارش و خدمت‌رسانی هستم. به دانشجویان در مقاطع کارشناسی، تحصیلات کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشجویان دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشجویان حوزهٔ JD/PhD و دانشجویان حقوق درس می‌دهم. درس من در مقطع کارشناسی، سوءمصرف مواد است ولی در تحصیلات تکمیلی، آمار پیشرفته و داروشناسی روانی هم درس می‌دهم. همچنین به دانشجویان حقوق و JD/PhD، حقوقِ سلامت روان درس می‌دهم. علاوه بر تدریس، برنامه‌های تحقیقاتی مهمی هم دارم که چند ایالت و موسسه فدرال از آن حمایت مالی می‌کند. بخش زیادی از وقتم را صرف کارهای اجرایی داخلی و کمیته‌ای (مثل کمیته رساله/پایان‌نامه، کمیته دپارتمانی، همکاری در مدیریت برنامهٔ JD/PhD) و کار در حوزهٔ روان‌شناسی قانونی می‌کنم (مثل کار در هیئت‌های تحریریه، کار در کمیتهٔ اجرایی شعبهٔ ۴۱ انجمن روان‌شناسی امریکا یا ریاست کمیته مسائل قضایی و حقوقی انجمن روان‌شناسی امریکا).

در زمینه‌های کاربردی هم روی نوجوانان و بزرگسالان در دستگاه کیفری ایالتی و فدرال، سنجش سلامت روان انجام می‌دهم. در این ارزیابی‌ها، به انواع مسائل حقوقی می‌پردازم، از جمله به محکومیت ایالتی و فدرال، محکومیت در پایتخت، حالت روانی هنگام تخلف، صلاحیت حضور در دادگاه، صلاحیت حق برخورداری از وکیل، خطر خشونت و صلاحیت حضور در دادگاه اطفال و نوجوانان (یعنی اینکه آیا پرونده باید در دادگاه بزرگسالان رسیدگی شود یا در دادگاه نوجوانان). بعد از استخدام شدن توسط وکیل یا دادگاه، ارزیابی دقیق و کاملی (بر اساس جزییات موضوع حقوق مورد نظر) به عمل می‌آورم و یافته‌هایم را از طریق گزارش کتبی و گاهی اوقات شهادت در دادگاه، به سمع و نظر وکیل یا دادگاه می‌رسانم. همچنین گاهی اوقات با مرور گزارش‌های قانونی یا کمک به وکلا در نحوهٔ استنطاق متخصصان سلامت روان، به قشر وکیل مشورت می‌دهم.

حوزه‌های تخصصی یا مورد علاقهٔ شما چیست؟

علایق تحقیقاتی من زیر چتر حقوق-روان‌شناسی جا می‌گیرد و موضوعی که محور اصلی علایق تحقیقاتی من است، بهبود کیفیت درمانگری از طریق تاثیرگذاری بر سیاست و خط‌مشی‌ها است. علایق تحقیقاتی فعلی من عبارت است از: (۱) سیاست دارویی (یعنی پرورش و ارزیابی درمان‌های قضابنیاد دربارهٔ مجرمان دارویی)؛ (۲) مداخلات مربوط به متخلفان و مجرمان (یعنی بررسی مناسب بودن بالینی و اثربخشی مداخلات مربوط به متخلفان در دستگاه کیفری و ارتقای نظام عدالت کیفری در خصوص متخلفان مبتلا به بیماری روانی)؛ و جامعه‌ستیزی (یعنی استفاده از اسناد و شواهد مربوط به جامعه‌ستیزی در سنجش‌ها و رویه‌های حقوقی و بررسی رابطهٔ جامعه‌ستیزی و نتیجهٔ درمان). این علایق تحقیقاتی به من کمک می‌کند در انواع محیط‌ها و در میان انواع جمعیت‌ها از جمله خلافکاران دارویی و مبتلایان به اختلالات روانی کار کنم. یکی از جنبه‌های مهم برنامهٔ تحقیقاتی من، تاثیرگذاری بر درمان‌ها و خط‌مشی‌ها بر اساس نتایج درمان است. بنابراین سعی می‌کنم یافته‌های تحقیقاتی خودم را به روش‌های مختلف (از جمله با مکتوبات، سخنرانی، برگزاری کارگاه‌های ضمن تحصیل و گفت‌وگو با کمیته‌های برنامه‌ریزی/تدارکاتی) به سمع و نظر مخاطبان برسانم.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی قانونی را چطور می‌بینید؟

در وجه بالینی، ابداع ابزارهای قانونی تخصصی، تاثیر بسیار مثبتی بر برخی حوزه‌های قانونی داشته است. برای مثال، اگرچه متخصصان سلامت روان، تلاشی تاریخی داشته‌اند تا پیش‌بینی کنند آیا فلان خلافکار یا بیمار روانی در آینده مرتکب خشونت خواهد شد یا نه، ابداع ابزارهای جدید خطرسنجی (بر اساس سال‌ها تحقیق بی‌وقفه) بر توان ما برای پیش‌بینی خشونت افزوده است. هم‌اکنون ابزارهایی دارای اعتبار مفهومی و تجربی وجود دارد که می‌تواند به دست‌اندرکاران امور قانونی در رسیدگی به انواع مسائل قضایی کمک کنند و این بی‌شک، روند اقدامات قانونی را بهبود می‌بخشد. پیش‌بینی من این است که تا چند سال آینده به ابزارهایی دست خواهیم یافت که امکان اجرای انواع روان‌سنجی‌های قانونی را فراهم خواهد کرد.

در وجه تحقیقاتی هم محققان به بررسی مسائل اصلی ادامه خواهند داد تا دادگاه‌ها بتوانند تصمیمات آگاهانه‌تری بگیرند. برای

مثال، تحقیقات در زمینه پایایی شهادت دادن، تصمیم‌سازی هیئت منصفه و اعترافات نادرست می‌تواند به تصمیم‌سازان قضایی (اعم از قضات و هیئت‌های منصفه) کمک کند تصمیمات عملی بگیرند. بدیهی‌ترین راه برای تاثیرگذاری بر فرایندهای قضایی هم تعلیم و تربیت دادگاه توسط محققان است. من انتظار دارم وکلا و دادگاه‌ها در سال‌های آینده، هرچه بیشتر به متخصصان روان‌شناسی قانونی اتکا کنند.



دیوید دیماتئو

روان‌شناس برای ارزیابی جنون کیفری باید ببیند آیا شخص مورد نظر، اختلال یا نقص روانی دارد و وضعیت روانی او هنگام ارتکاب جرم چطور بوده است. او در این ارزیابی، عوامل زیادی را خواهد سنجید، از جمله پیشینهٔ متهم و پیشینهٔ خانوادگی او، وضعیت عقلانی، عوامل روانی‌عصبی، صلاحیت حضور در دادگاه، مهارت‌های روخوانی، شخصیت و اندازه‌گیری تمارض یا ساختگی بودن اختلال (بلا، ۱۹۹۸).

صلاحیت حضور در دادگاه . در اینجا، مسئله، حالت روانی متهم هنگام برگزاری دادگاه است نه هنگام وقوع جرم و تخلف مورد ادعا. متهم هنگام ارتکاب جرم ممکن است حالت جنون داشته باشد ولی بعداً صلاحیت حضور در دادگاه را پیدا کند. عکس این حالت هم ممکن است. در واقع بحث ***صلاحیت حضور در دادگاه*** معمولاً در دفاعیهٔ جنون پیش می‌آید. صلاحیت حضور در دادگاه را دیوان عالی ایالت متحده امریکا در پروندهٔ ***داسکی در مقابل ایالات متحده امریکا*** (۱۹۶۰) تعریف کرد. طبق این تعریف «... شخص باید توان کافی برای مشورت با وکیل خود داشته باشد، آن هم با قوهٔ کافی برای فهم عقلی مطالب. همچنین باید توان فهم عقلی و واقعیت‌بنیاد رویه‌ها و اقداماتی را داشته باشد که علیه او می‌شود». بنابراین، سنجش صلاحیت حضور در دادگاه، برخلاف جنون‌سنجی، بر حالت روانی فعلی شخص متمرکز است.

پرونده‌های مدنی

روان‌شناسان قانونی درگیر انواع مسائل مدنی هم می‌شوند، از دادخواهی‌های تجاری تا دادخواهی گروهی. دو حوزه‌ای که برای روان‌شناسان بالینی بسیار مهم است عبارت است از: (الف) بستری شدن یا ترخیص از بیمارستان‌ها و مراکز نگهداری روانی و (ب) مسائل خانوادگی، از قبیل اختلاف بر سر حق حضانت کودک. اجازه دهید این دو نمونه را در عرصهٔ پرونده‌ای مدنی بررسی کنیم.

بستری شدن در بیمارستان‌ها و مراکز نگهداری روانی . این داستان را در نظر بگیرید. چند دهه قبل، در اواخر دههٔ ۱۹۳۰، مرد ژولیده‌ای وارد رستورانی شد و برای مشتریانی که در صف پرداخت پول به صندوق بودند، سخنرانی کرد. حرف‌هایش بی‌سر و ته بود ولی کلمات زشت و اشاره به خدا، در جملاتش مشهود بود. پنج دقیقه این کار را کرد و بعد مدیر رستوران آمد و او را با بی‌ادبی تا درب خروجی بدرقه کرد. مرد بیرون رستوران به نطق آتشین خود ادامه داد و جلوی در رستوران قدم زد. جلوی مشتری‌ها را گرفت و سعی کرد کاری کند که مردم به حرف‌هایش گوش کنند. مدیر رستوران در نهایت به پلیس زنگ زد. ماموران پلیس پس از یک سوال و جواب کوتاه در نهایت او را به سوی خودروی پلیس «هدایت کردند». سپس او را به بخش فوریت‌های بیمارستان روان‌پزشکی آن اطراف بردند.

این ماجرا و ماجراهای شبیه آن هر روز بارها در سراسر این کشور تکرار می‌شود. چنین افرادی پس از معاینه (که گاهی اوقات هم سرسری است) به فراخور قوانین ایالتی، چند ساعت یا چند روز نگه داشته می‌شوند. اما در برخی ایالت‌ها، حتی نگهداری فوری و اضطراری هم به حکم قضایی نیاز دارد.

به بستری‌شدنی که خلاف میل و ارادهٔ شخص باشد، ***بستری شدن اجباری*** می‌گویند. برخی صاحب‌نظران همچون ساس[1]

1. Szasz

(۱۹۷۰) قاطعانه گفته‌اند بستری کردن اجباری، یک حق و قدرت خطرناک و نوعی سوءرفتار از سوی روان‌پزشکان و دیگر دست‌اندرکاران برای اِعمال کنترل روی کسانی است که پاره‌ای اجبارهای اجتماعی را رعایت نمی‌کنند. مدت مجازِ بستری کردن اجباری معمولاً بین یک روز تا سه هفته و یا بیشتر است و به حوزهٔ قضایی مورد نظر بستگی دارد. پس از آن، برای تمدید زمان نگهداری به دادرسی نیاز است.

در ***بستری شدن ارادی***، شخص موافقت خود با بستری شدن را اعلام می‌کند و می‌تواند هرگاه که مایل بود، ترخیص شود. برخی بیمارستان‌ها از بیمار می‌خواهند برگه‌ای امضا کند که می‌گوید درخواست ترخیص آنها «خلاف توصیه‌های پزشکی» است. در برخی بیمارستان‌های دیگر هم، بیماران از چند روز قبل باید تمایل خود به ترخیص شدن را اطلاع دهند. به این ترتیب بیمارستان می‌تواند اقدامات مربوط به بررسی اینکه آیا برای خودش یا دیگران خطرناک است یا خیر و یا آن‌قدر اختلال دارد که مسئول رفتارش شناخته نشود را صورت دهد. باید بگوییم که پذیرش [در بیمارستان] معمولاً آن‌قدر که در نگاه اول به نظر می‌رسد، ارادی نیست. در اغلب موارد، شخص داوطلب، زیر فشار بستگان و دوستان، پلیس، مقامات قضایی یاکارکنان و دست‌اندرکاران سلامت روان، به بستری شدن تن می‌دهد.

دادگاه در صورتی حکم بستری می‌دهد که دادرسی نشان دهد شخص مورد نظر واجد ملاک‌های قانونی این حکم است و درمان به او کمک خواهد کرد. ملاک‌ها در اغلب موارد از این قرار است که شخص مورد نظر (الف) برای خودش یا دیگران خطرناک است، (ب) چنان دچار اختلال یا ناتوان است که نمی‌تواند دربارهٔ مراقبت از خودش یا بستری شدن، مسئولانه تصمیم‌گیری کند یا (ج) به شدت به درمان یا مراقبت در بیمارستان نیاز دارد. ملاک دیگری (به جز بستری شدن) که محدودیت کمتری داشته باشد، امکان‌پذیر یا موجود نیست. اما به هر حال، بیمار روانی بودن یا نبودن شخص باید مشخص شود.

در حقیقت هر کسی می‌تواند از دادگاه تقاضا کند فلان آدم را از نظر لزوم یا عدم لزوم بستری شدن، معاینه و بررسی کند. در حالت معمول، این اعضای خانواده، دوستان وگاهی اوقات پلیس یا مقامات رفاه اجتماعی هستند که چنین درخواستی می‌کنند. وقتی دادگاه موافقت کند، حکم صادر می‌شود و شخص باید معاینهٔ حرفه‌ای شود (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱). مبنای این معاینه هم مشاهدات متخصصان از رفتار شخص مورد نظر است نه گزارش دیگران. نکاتی که معمولاً در نظر گرفته می‌شود، ظاهر و سر و وضع شخص و همچنین صحت تفکر، بود و نبود توهم و هذیان، میزان درک و فهم بیمار از شکایات، مصرف یا عدم مصرف داروها یا الکل، وضعیت اشتغال، هوش، سابقهٔ مشکلات روانی و کیفری و عواملی از این دست است.

مسائل خانوادگی . این روزها دادگاه مجبور است در بسیاری از مسائل خانوادگی هم دخالت کند. حضانت کودک، تناسب والدین، حق ملاقات، سوءرفتار باکودک، بدرفتاری نوجوانان و فرزندخواندگی فقط برخی از این مسائل هستند. در اینجا برای نمونه، بحث حضانت کودک را بررسی می‌کنیم.

از آنجاکه در سال‌های اخیر، طلاق در جامعهٔ ما خیلی زیاد شده است، بالاگرفتن مسائل مرتبط با حضانت کودک، امری طبیعی است. موضوع وقتی پیچیده‌تر می‌شود که می‌بینیم نقش‌ها و هنجارهای زناشویی هم به همین منوال تغییر کرده است. روز به روز به تعداد پدرانی که مسئولیت بچه‌داری را برعهده می‌گیرند و مادران شاغل، افزوده می‌شود. این عوامل و عوامل دیگر، مسائل حضانتی را پیچیده‌تر از قبل کرده است.

امروزه اولویت با ملاک «مصالح کودک» است. برای فهم دقیق‌تر معیار مورد نظر می‌توان به قانون حضانت کودک سال ۱۹۷۰ میشیگان اشاره کرد. این قانون عواملی را بیان کرده که دادگاه‌ها بر مبنای آن، دربارهٔ حضانت تصمیم‌گیری می‌کنند. این عوامل عبارت است از:

۱. بین طرفینِ دعوا وکودک، عُلقه‌ها و پیوندهای محبت‌آمیز، عاطفی و هیجانی وجود داشته باشد.
۲. ظرفیت و تمایل طرفین دعوا به محبت کردن و ابراز عاطفه به‌کودک و تربیت و راهنمایی او و ادامه دادن تحصیل کودک و پرورش او در چهارچوب دین یا مسلک وی.

۳. ظرفیت و تمایل طرفین دعوا به تامین غذا، لباس، بهداشت و دیگر مراقبت‌های درمانی مورد نظر قوانین ایالتی، از جمله مراقبت‌های پزشکی و تامین دیگر نیازهای مادی کودک.
۴. مدت به سر بردن کودک در یک محیط رضایت‌بخش باثبات و مطلوب بودن تداوم نگهداری.
۵. میزان ثبات و پایداری واحد خانوادگی موجود یا خانه‌ای که قرار است کودک در آن نگهداری شود.
۶. صلاحیت اخلاقی طرفین دعوا.
۷. پیشینهٔ کودک در خانه، مدرسه و اجتماع.
۸. اگر کودک از نظر دادگاه به سنی رسیده که می‌تواند نظرش را ابراز کند، ترجیح کودک.
۹. هر عامل دیگری که از نظر دادگاه به بحث حضانت کودک مورد نظر، مربوط است.

۱۵۰ سال قبل، بچه‌های طلاق خودبه‌خود به پدر واگذار می‌شدند. ۵۰ سال قبل هم تقریباً همیشه به مادر، ولی امروزه دیگر این نوع رأی‌های خودکار صادر نمی‌شود. هنجار فعلی، *حضانت مشترک* است که مبنای آن، حفظ ارتباط و پیوند کودک با هر دو والد است. در حقیقت، بسیاری از طلاق‌ها به تصمیم زن و شوهر جداشده برای حضانت مشترک غیررسمی منتهی می‌شود و لزومی به صدور چنین حکمی از سوی دادگاه نیست. اما وقتی دادگاه رسماً حکم حضانت مشترک صادر می‌کند، احتمالاً معنایش این است که طرفین دعوا درباره حضانت کودک، اختلاف‌نظر دارند. اما در نهایت، حضانت مشترک وقتی واقعاً کار می‌کند که طرفین دعوا، خصومت و عصبانیت را کنار بگذارند و با یکدیگر و با حساسیت، برای تامین مصالح کودک عمل کنند.

اما حضانت مشترک همیشه به صلاح کودک نیست. به بیان دقیق‌تر، در مواقعی که والدین، رابطه‌ای توام با اختلاف و بار هیجانی دارند، حضانت مشترک نتیجهٔ عکس می‌دهد. در این موارد، حضانت قضایی به یکی از والدین اعطا می‌شود و والد دیگر، حق ملاقات باکودک را دارد.

روان‌شناس در ارزیابی حضانت کودک نباید فراموش کند که نکتهٔ مهم، روابط قبلی، فعلی و آیندهٔ والدین، بچه‌ها و گاهی اوقات بستگان است. در ارزیابی حق حضانت باید از منابع مختلف اطلاعات گرفت تا به مشکلات و مسائل اصلی رسیدگی شود (انجمن روان‌شناسی امریکا، ۱۹۹۴). این مشکلات و مسائل عبارت است از: (الف) رشد و نیازهای روانی کودک؛ (ب) قوت‌ها و محدودیت‌های هر یک از والدین؛ (ج) شیوهٔ تعامل هر یک از اعضای خانواده با یکدیگر. هدف نهایی، تشخیص وضعیتی است که مصالح کودک به بهترین نحو تامین شود. مشکلات و مسائل خاص دیگر، مثل تغییر ترتیبات قبلی مرتبط با حضانت و حق دیدارها نیز از همین اصلی کلی تبعیت می‌کند.

حقوق بیماران

روز به روز دقت نظر قضایی درباره حقوق بیماران بستری‌شده بیشتر می‌شود. دادگاه‌ها از اوایل دههٔ ۱۹۷۰ به بعد اظهار کردند بیمارانی که اجباری بستری شده‌اند این حق را دارند که تحت درمان انفرادی قرار گیرند و درمان، فرصت واقع‌بینانه‌ای برای «علاج» یا حداقل، بهبودی، به آنان بدهد (شوایتزگبل و شوایتزگبل، ۱۹۷۰). در آن زمان، دادگاه‌ها به حقوق بیمارانی که به اختیار خود بستری شده بودند، کمتر توجه می‌کردند چون اگر مایل بودند می‌توانستند بیمارستان را ترک کنند.

حقوق و معیارهای دیگر عبارت است از حقوق مربوط به محیط فیزیکی (مثل حق استفاده از سالن عمومی، توالت، اتاق ناهارخوری و غیره)، السبهٔ شخصی و فعالیت‌های شخصی (یعنی فرصت ورزش، فرصت حضور در فضای باز یا فعالیت‌های اجتماعی). علاوه بر ممنوعیت کار اجباری، در قبال کار داوطلبانه هم باید دستمزد پرداخت شود. بسیاری از ایالت‌ها، حق نامه‌نگاری و ملاقات را برای بیماران به رسمیت می‌شناسند، ولی کارکنان بیمارستان یا مرکز نگهداری غالباً آزادی عمل زیادی در کنترل ملاقات‌ها دارند (البته جز ملاقات بیمار با وکلا، پزشکان و روحانیون). احکامی هم درباره رعایت شأن و حریم بیماران وجود دارد، اما این حقوق در عمل، در معرض تفسیر قرار می‌گیرد و دربارهٔ آنها احتیاط زیادی می‌شود. همان‌طور که قبلاً هم گفتیم، احکام دادگاه‌ها و مصوبات، یک چیز است و اجرای عملی آنها، چیزی دیگر.

یکی از مباحث جنجالی و پیچیده، حق امتناع از درمان یا مصرف دارو است. در اینجا بحث رضایت آگاهانه پیش می‌آید. تمام بیمارانی که به زور بستری می‌شوند، کسانی نیستند که صلاحیت روانی و ذهنی نداشته باشند و آنها حق دارند دربارهٔ سرنوشت خود تصمیم‌گیری کنند. اما بیمارانی که صلاحیت روانی و ذهنی ندارند چطور؟ چطور می‌توانیم از حقوق اشخاص باصلاحیت حفاظت کنیم و در عین حال مطمئن باشیم که اشخاص فاقد صلاحیت هم از مزایای درمان بهره‌مند خواهند شد. همان‌طور که در کادر ۳ـ۱۹ می‌خوانید، اینها موارد غامض و پیچیده‌ای است.

کادر ۳ـ۱۹: تمرکز بر کاربردهای بالینی
مباحثات قضایی: دارودرمانی اجباری

پروندهٔ ***«پِری در مقابل لوئیزیانا»*** (۱۹۸۹) بیش از بیست سال قبل این بحث را پیش کشید که آیا مقامات ایالتی حق دارند به یک محکوم به اعدام، داروی روان‌گردان بدهند تا صلاحیت روانی لازم برای اجرای حکم را پیدا کند. سوال هولناکی که واقعیت دارد!

چه کسی مجاز است تصمیم بگیرد که باید به زندانیان به‌رغم تمایلشان، داروهای ضدروان‌پریشی داده شود؟ دیوان عالی ایالات متحده امریکا قبلاً این سوال را بررسی کرده است. دیوان عالی در پروندهٔ ***«واشینگتن در مقابل هارپر»*** (۱۹۹۰) حکم کرد که بدون موافقت زندانی مبتلا به بیمار روانی نباید به او دارو داد، مگر آنکه جمعی از متخصصان اتفاق‌نظر داشته باشند این عمل، امنیت او را تضمین خواهد کرد. اما دیوان عالی بعداً حکم کرد که برای صلاحیت پیدا کردن شخص برای حضور در دادگاه می‌توانیم او را تحت دارودرمانی اجباری قرار دهیم (پروندهٔ ***سِل در مقابل ایالات متحده***، ۲۰۰۳).

چارلز سِل[1] دندانپزشک، سابقهٔ بیماری روانی و دوره‌های روانپریشی داشت. او در سال ۱۹۹۷ به جرم کلاهبرداری بیمه‌ای دستگیر شد. در آن زمان «صاحب صلاحیت» به نظر می‌رسید ولی قاضی فدرال متوجه می‌شود که شاید سِل در آینده درگیر دورهٔ روانپریشی دیگری شود. سِل به قید وثیقه آزاد شد. سِل در سال ۱۹۹۸ به تلاش برای ارعاب یک شاهد متهم و بحث لغو قرار وثیقهٔ او طرح می‌شود. رفتار سِل هنگام دادرسی، نامعقول و عجیب و تهدیدآمیز به نظر می‌رسید. روان‌پزشک بعداً گزارش کرد او روانپریش بوده و بیماری او شدید شده است. قرار وثیقهٔ سِل لغو شد. سِل در سال ۱۹۹۸ متهم شد که سعی کرده مامور اف بی آی را که دستگیرش کرده بود، به قتل رساند و همچنین همکارش را که می‌خواست در دادگاه کلاهبرداری او شهادت دهد، به قتل تهدید کرده است. سِل در اوایل ۱۹۹۹ از قاضی درباره صلاحیتش برای حضور در دادگاه درخواست تجدیدنظر می‌کند. قاضی دادگاهِ بخش، بر اساس ارزیابی روان‌پزشکی در زندان فدرال، نتیجه می‌گیرد سِل صلاحیت لازم برای حضور در دادگاه را ندارد. پزشکان توصیه می‌کنند داروی ضدروانپریشی مصرف کند ولی او مخالفت می‌کند. سپس پزشکان درخواست می‌کنند او را تحت دارودرمانی اجباری قرار دهند.

مسئلهٔ اصلی در حکم صادره در پروندهٔ ***«سِل در مقابل ایالات متحده امریکا»*** این بود که آیا دارودرمانی اجباری مغایر حقوق اساسی سِل نیست. دیوان عالی ایالت متحده امریکا بر این حکم دادگاه بَدوی اصرار کرد که برای اعادهٔ صلاحیت سِل برای حضور در دادگاه، می‌توان او را تحت دارودرمانی اجباری قرار داد. در ضمن، دادگاه برای تصمیم‌گیری‌های آینده در این خصوص، ملاک‌های زیر را بیان کرد:

۱. در این نوع پرونده‌ها، مصلحت دولت بر مصلحت فرد برای مصرف نکردن دارو، اولویت دارد.
۲. این مصلحت فقط در صورتی اجرا خواهد شد که چاره‌ای جز آن نباشد.
۳. داروها باید مناسب باشد (برای مثال متهم را صاحب صلاحیت کند، فواید آنها بیش از خطراتشان و از لحاظ پزشکی به صلاح متهم باشد).

پیش‌بینی خطرناک بودن

همان‌طور که در فصل سوم گفتیم، پروندهٔ ***تاراسوف*** به صدور این حکم از سوی دادگاه کالیفرنیا منجر شد که درمانگر موظف است از قربانیان بالقوه، در برابر رفتار خشن بیماران، حفاظت کند. در ضمن، بسیاری قبول می‌کنند که وظیفهٔ قانونی و اخلاقی ما است که از دیگران در برابر افراد خطرناک حفاظت کنیم. اما روان‌شناس یا هر شخص دیگری دقیقاً چطور می‌تواند رفتار خطرناک را پیش‌بینی کند؟ سابقهٔ خشونت در میان کسانی که درباره آنها تشخیص اختلال روانی داده شده، بیشتر است

1. Charles Sell

(به‌ویژه در میان کسانی که اختلال مصرف مواد دارند) ولی ۹۰ درصد کسانی که بیماری روانی دارند، سابقهٔ خشونت ندارند (موناهان، ۱۹۹۲). واقعیت این است که برای تشخیص افراد خطرناک باید تور خود را بزرگ بگیریم؛ در نتیجه افرادی که هرگز عمل خشنی انجام نداده‌اند هم در آن جا خواهند گرفت (اُگلوف[1]، ۱۹۹۸).

در پیش‌بینی اَعمال خشن خیلی اغراق می‌شود؛ زیرا درصد بالایی از کسانی که پیش‌بینی می‌شود مرتکب عمل خشن شوند، چنین عملی انجام نمی‌دهند (موناهان، ۱۹۸۱). به نظر می‌رسد بسیاری از مردم دوست دارند عدهٔ زیادی را قربانی کنند تا جامعه را از گزند یکی از آنها خلاص کنند. بی‌شک مردم خطری را حس می‌کنند که وجود ندارد (موناهان، ۱۹۷۶). در این میان، برنامه‌های تلویزیون و خبرهایی که می‌گویند فلان بیمار روانی چطور ترخیص شد تا یک نفر را به قتل برساند یا از یک نفر سوءاستفاده جنسی کند و یا این یا آن رفتار را انجام دهد، مردم را وادار می‌کند به صلاحیت (و درایت) روان‌پزشک یا روان‌شناسی شک کنند که در ترخیص او نقش داشته است. تمام اینها به این نتیجه‌گیری منتهی می‌شود که پیش‌بینی خطرناک بودن، خیلی دشوار است. این حقیقت دارد که همهٔ ما ممکن است اعمال خشن انجام دهیم، ولی حقیقت این است که پیش‌بینی دقیق رفتار خطرناک بسیار سخت است، مگر آنکه شخص مورد نظر قبلاً رفتار خطرناک انجام داده باشد.

هرچند این نوع پیش‌بینی‌ها دشوار است اما دستگاه عدالت کیفری معمولاً از روان‌شناسان درخواست این نوع ارزیابی‌ها را می‌کند (بلا، ۱۹۹۸). ارزیابی‌هایی مثل پیش‌بینی خشونت جنسی، سوءرفتار باکودک، خشونت در محل کار یا پیش‌بینی خودکشی و قتل. از این ارزیابی‌ها در انواع تصمیم‌گیری‌ها استفاده می‌شود، از منع صدور قرار وثیقه برای زندانیان تا مرخصی استعلاجی برای متهمان بستری‌شده یا محکومیت‌های ویژه برای خلافکاران خشن. همان‌طور که گرین و هایلبرون (۲۰۱۱) گفته‌اند، تحقیقات نشان می‌دهد دقیق‌ترین پیش‌بینی‌ها دربارهٔ رفتار خشن، به شرح زیر است:

۱. پیش‌بینی برخی رفتارهای خشن خاص.
۲. پیش‌بینی در برخی موقعیت‌ها یا شرایط خاص که روان‌شناسی بالینی دربارهٔ آن، داده‌های تاریخچه‌ای دارد.
۳. پیش‌بینی‌هایی که مبنای آنها دانش روان‌شناسی بالینی درباره سابقهٔ صدور رفتار خشن از سوی فرد است.

سرانجام باید گوشزد کرد که اختلاف نظر درباره پیش‌بینی آماری و پیش‌بینی بالینی که در فصل دهم به آن اشاره کردیم، در خصوص بهترین شیوهٔ پیش‌بینی خطرناک بودن نیز صادق است. کوئینزی، هریس، رایس و کورمیر[2] (۱۹۹۹) مؤکداً می‌گویند که روش‌های آماری را باید جایگزین پیش‌بینی بالینی خطرناک بودن (یعنی پیش‌بینی بر اساس برداشت بالینی) کرد. اما لیتواک[3] (۲۰۰۱) با این ادعا مخالفت می‌کند و می‌گوید تا امروز، شواهد تجربی آن‌قدر نبوده است که بگوییم پیش‌بینی آماری خطرناک بودن از پیش‌بینی بالینی آن بهتر عمل می‌کند. همچنین می‌گوید پیش‌بینی خطرناک بودن به‌قدری با دیگر پیش‌بینی‌های روان‌شناسان فرق دارد که پیش‌بینی آماری نمی‌تواند در آن مزیت زیادی داشته باشد.

منظور ما این نیست که تحقیق درباره پیش‌بینی آماری خطرناک بودن، بی‌فایده است و باید متوقف شود، بلکه چون تبعات تلویحی زیادی برای سیاست عمومی دارد، در این حوزهٔ روان‌شناسی قانونی، به تحقیقات بسیار بیشتری نیاز داریم. البته این اواخر، تلاش‌های دلگرم‌کننده‌ای صورت گرفته است (کونستانتسو، ۲۰۰۴؛ گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱).

درمان روان‌شناختی

حقوق قانونی زندانیان در زمینه درمان روان‌شناختی یا توانبخشی، هنوز پرنوسان است. زندانیان حق دارند تحت درمان پزشکی قرار گیرند و زندانیان نوجوان، حقِ درمان پزشکی و روان‌شناختی دارند. وقتی حقِ درمان روان‌شناختی را برای زندانیان بزرگسال به رسمیت می‌شناسیم، صد البته کسانی هم که ناراحتی شدید روانی دارند باید تحت درمان روان‌شناختی قرار گیرند. اما برخی از متخصصان اکراه دارند که

1. Ogloff
2. Quinsey, Harris, Rice and Cormier
3. Litwack

حقوقِ درمانی زندانیان افزایش یابد، چون گاهی اوقات تحت لوای «درمان» یا «اصلاح رفتار»، زندانیان طعم تنبیه و محرومیت را می‌چشند.

مردم حق دارند از درمان شدن امتناع ورزند. در این موارد، ایالت مربوطه باید دلایل قانع‌کننده‌ای بیاورد که چرا نباید به امتناع زندانی زیاد توجه کرد. نهادها و موسسات اصلاحی، به دلیل همین ابهام‌ها و احتمال نقض حقوق انسانی، کمیته‌های صیانت از حقوق زندانیان تشکیل داده‌اند. اعضای این کمیته‌ها هم معمولاً کسانی هستند که تعلقی به موسسه‌ها یا نهاد اصلاحی ندارند.

اما نکات درمانیِ قانونیِ دیگری هم وجود دارد. درمان در پرونده‌های کیفری بر برگرداندن قابلیت ذهنی به شخصی متمرکز می‌شود که قابلیت ذهنی ندارد. گاهی اوقات هم با هدف حمایت هیجانی از شخصی صورت می‌گیرد که به زندان محکوم شده است. دربارهٔ مجرمان معمولاً بر مشکلات شخصیتی، رفتار جنسی و پرخاشگر بودن تمرکز می‌شود. درمان گاهی اوقات در حالی صورت می‌گیرد که شخص در حبس است و گاهی اوقات وقتی زندانی در آزادی مشروط است یا حکم مجازات تعلیقی گرفته است. این افراد معمولاً تحت درمان انفرادی یا گروهی قرار می‌گیرند که در آنها از روش‌های بینش‌گرا و حمایتی گرفته تا فنون رفتاری، بازخورد زیستی و رویکردهای شناختی استفاده می‌شود. یکی از مشکلات اصلی روان‌شناسان قانونی این است که می‌دانند ممکن است بعداً مجبور شوند در دادگاه شهادت دهند. خواست دادگاه، چیزهایی که وکیل اجازه می‌دهد و صلاحدید روان‌شناس بالینی گاهی اوقات در تضاد قرار می‌گیرد و مشکلات زیادی به بار می‌آورد. در بحث حضانت کودک گاهی اوقات مسائل مرتبط با درمان و اختلاف‌نظرها میان والدین و کودک دشوار می‌شود و خیلی بالا می‌گیرد. این بالاگرفتن مسائل می‌تواند روان‌شناس بالینی را بر سر دوراهی‌های حرفه‌ای واقعی قرار دهد. برای مثال، گاهی اوقات به صلاح کودک است که پدر و مادر، هر دو تحت درمان قرار گیرند ولی یکی از آنها یا هر دو امتناع می‌ورزند.

مشورت

یکی دیگر از فعالیت‌های معمول روان‌شناس قانونی، مشورت است. البته بسیاری از فعالیت‌های پیش‌گفته هم به نوعی در زمرهٔ مشورت است. در این قسمت، بر چند جنبهٔ دیگر مشورت تمرکز می‌کنیم.

هیئت منصفه‌گزینی . گاهی اوقات روان‌شناس درباره **هیئت منصفه‌گزینی** به وکلا مشورت می‌دهد (کونستانتسو، ۲۰۰۴؛ گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱). اصطلاح حقوقی ***Voir dire*** [یا حقیقت‌گویی] به بخشی از دادرسی اطلاق می‌شود که طی آن، هیئت منصفه انتخاب می‌شود. وکلا در این مرحله فرصت پیدا می‌کنند سوگیری‌های اعضای بالقوهٔ هیئت منصفه را کشف کنند؛ دربارهٔ ***چالش‌های قطعی*** (یعنی چالش‌هایی که به طرفین دادرسی اجازه می‌دهد کسانی در هیئت منصفه را حذف کنند که فکر می‌کنند علیه یک طرف سوگیری دارند) اطلاعات کسب کنند؛ خود را در دل هیئت‌منصفه جا کنند یا آنها را وادارند با یکی از طرفین دعوا همانندسازی کنند؛ و یا به هیئت منصفه القا کنند پذیرای ارائه پرونده وکیل مربوطه شوند. تمام اینها وکیل را در لبهٔ تصمیم‌گیری قرار می‌دهد. روان‌شناسی که طرف مشورت قرار می‌گیرد به شیوه‌های مختلف کمک می‌کند وکلا در هیئت منصفه‌گزینی یا انحلال هیئت منصفه، بهتر عمل کنند. در جدول ۳-۱۹، خلاصه‌ای از اهداف و فنون مشورت دادن درباره هیئت منصفه را می‌خوانید.

هیئت منصفهٔ سایه . شکل دیگری از مشورت، **هیئت منصفهٔ سایه** است. در این نوع مشورت، مشورت‌دهنده دربارهٔ هیئت منصفه، کسانی را استخدام می‌کند که شبیه اعضای واقعی هیئت منصفه هستند و واکنش‌های آنها در برابر شهادتی را بررسی می‌کند که قرار است در دادگاه مطرح شود. به این ترتیب، روان‌شناس طرف مشورت و وکلا می‌توانند واکنش‌ها و تصورات هیئت منصفه واقعی را پیش‌بینی کنند و راهبرد آگاهانه‌تری برای دادرسی در پیش گیرند.

سنجش افکار عمومی . در سال‌های قبل، انواع سنجش افکار عمومی صورت گرفته است. برای مثال، وکیل در فرایند اقامهٔ

جدول ۳ ـ ۱۹: اهداف و فنون مشورت دادن درباره هیئت منصفه

مرحلهٔ مشورت	اهداف	فنون
مرحلهٔ یک : حقیقت‌گویی آماده‌سازی	آشنایی با پرونده.	برگزار کردن جلسات برنامه‌ریزی با وکلا.
	آموزش دادن وکلا در خصوص مساعدت‌ها و سهم مشورت‌دهندگان.	مرور رسانه‌ها، مصاحبه با موکل، مشاهدهٔ رویه‌های جاری در دادگاه.
	ابزارسازی.	تهیهٔ پرسشنامه برای هیئت منصفه، تهیهٔ پرسشنامهٔ نظرسنجی، شبیه‌سازی دادگاه و مصاحبه با افراد مطلع کلیدی.
	تدوین نظریه‌ای مقدماتی درباره هیئت منصفه‌گزینی.	تحلیل داده‌ها از بالا و ارائه نظریه‌ای درباره هیئت منصفه‌گزینی که با نظریهٔ وکیل درباره پرونده همسو باشد.
مرحلهٔ دو: بهبود اوضاع حقیقت‌گویی	نظم بخشیدن به حقیقت‌گویی برای کشف هرچه بهتر سوگیری هیئت منصفه و شناسایی پیشداوری هیئت منصفه.	تهیهٔ اقرارنامه پس از ادای سوگند، شهادت متخصص درباره: تغییر محل برگزاری؛ حقیقت‌گویی انفرادی و در خلوت با اجرای وکیل؛ طرز فکر خط زدن در مقابل طرز فکر «هرطور که دوست داری»؛ ترکیب‌بندی.
	اصلاح مهارت‌های حقیقت‌گویی وکیل	آماده‌سازی موضوعات مرحلهٔ حقیقت‌گویی و آموزش فنون مصاحبه به وکلا.
مرحلهٔ سه: هیئت‌منصفه‌گزینی	تهیهٔ نظریهٔ نهایی هیئت‌منصفه‌گزینی	هماهنگ کردن داده‌های مربوط به پیش از دادگاه با مشاهدهٔ اشخاص ***اصلی*** در دادگاه.
	انتخاب هیئت‌منصفه‌ای که تا حد امکان با موکل و نظریهٔ وکیل درباره پرونده جور است.	تهیهٔ نظام درجه‌بندی برای شناسایی اعضای هیئت منصفه بر مبنای چالش قطعی تجربه اعضای هیئت منصفه، هوش، احساس و نفوذ اجتماعی.

منبع : *مشورت روان‌شناختی در دادگاه*، نوشتهٔ ام. تی. نیتزل و آر. سی. دیلهی، ص ۲۴.

دعوا درباره یک نام تجاری ممکن است یک روان‌شناس را به عنوان طرف مشورت استخدام کند تا نظر مردم درباره فلان نام یا نمادشرکت را بررسی کند. یکی از راه‌های بررسی، نظرسنجی است. در موارد دیگر هم نظرسنجی می‌تواند روی نمونهٔ معرفی از مردم منطقه‌ای اجرا شود که قرار است دادرسی در آنجا برگزار شود و نظر مردم آن منطقه درباره فلان پرونده و تاکتیک‌های وکیل در دادرسی مشخص شود. این نظرسنجی به تعبیری به وکیل اجازه می‌دهد برخی مسائل مهم دادرسی را پیشاپیش بیازماید و روش ارائه شواهد را از قبل مشخص کند. یکی دیگر از مصارف نظرسنجی، بررسی لزوم یا عدم لزوم تغییر محل برگزاری دادگاه است. نگرش مردم دربارهٔ دادرسی مورد نظر و به‌ویژه متهم می‌تواند برای متقاعد کردن دادگاه به تغییر محل برگزاری دادرسی و همچنین در هیئت منصفه‌گزینی به کار گرفته شود.

آماده‌سازی شهود . این غیراخلاقی است که روان‌شناس مشورت‌دهنده، شاهد را تشویق کند حقایق را جور دیگری بیان نماید. اگرچه مرز بین این عمل و ***آماده‌سازی شهود*** بسیار باریک است، ولی در آماده‌سازی شهود، به شاهدان کمک می‌کنند بدون تغییر حقایق، بهتر شهادت دهند. از آنجا که این یک کار

کادر ۴ـ۱۹: دیدگاه روان‌شناس بالینی: دکتر مارینا طلوع ـ شمس

دکتر طلوع ـ شمس استادیار (تحقیق) دانشکدهٔ پزشکی وارِن آلپرتِ دانشگاه براون، روان‌شناسِ بیمارستان رُد آیلند و مرکز تحقیقات کودکان بردلی هاسبرو و مدیر درمانگاه سلامت روانِ دادگاه خانوادهٔ رُدآیلند است. دکتر طلوع ـ شمس، مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی خود را در سال ۲۰۰۴ از دانشگاه ایلینوی شیکاگو دریافت کرد. دورهٔ آموزش بالینی و تحقیق فوق دکترای خود را نیز در کنسرسیوم آموزش روان‌شناسی دانشگاه براون گذراند. او در جایگاه روان‌شناس طب اطفال و روان‌شناس قانونی آموزش دیده است و چند سال تجربه بالینی در زمینهٔ سنجش و درمان نوجوانانِ در معرض خطر و خانواده‌هایشان دارد. دکتر طلوع ـ شمس همچنین محقق بالینی فعالی است که بر سلامت روانِ شواهدبنیاد، سوءمصرف مواد و مداخلات کاهندهٔ خطر ابتلا به اچ آی وی برای خلافکاران نوجوانِ دادگاهِ مواد متمرکز است. او در حال حاضر مشغول تهیهٔ برنامه‌ای خانواده‌بنیاد برای خلافکاران سوءمصرف‌کنندهٔ مواد است. این برنامه دنبال آموزش شیوهٔ تنظیم هیجانات به خلافکاران و پدر و مادر آنها و بهبود مهارت‌های پدر و مادری کردن است تا سوءمصرف مواد نوجوانان و وقوع همزمان دیگر رفتارهای پرخطر آنان، مثل رابطهٔ جنسی بدون کاندوم، کم شود.

چطور به روان‌شناسی بالینی علاقه‌مند شدید؟

کلاس هشتم بودم و باید تکلیفی با عنوان «من ـ دنبال» انجام می‌دادم که از شما می‌پرسید واقعاً به چه چیزی علاقه‌مندید و شما باید دنبال جواب آن می‌رفتید. سوال من این بود که «چطور یک نفر می‌تواند مامور اعدام شود؟» با چند نفر حرف زدم که طرفدار یا مخالف حکم اعدام بودند. همچنین با یک نفر که قرار بود اعدام شود، ولی قبل از اعدام، دیوان عالی در دههٔ ۱۹۷۰، حکم اعدام او را لغو می‌کند، هم حرف زدم. این تحقیق در نهایت، چیزهای زیادی دربارهٔ مجازات مرگ و اینکه چطور کار عده‌ای به مجازات مرگ می‌کشد، به من یاد داد. همین تحقیق بود که علاقهٔ من به رفتار انسان، به‌ویژه رفتار مجرمانهٔ انسان، را جلب کرد.

فعالیت‌های خود در مقام روان‌شناس بالینی را توضیح دهید.

فعالیت‌های من در مقام روان‌شناس بالینی مجموعهٔ پزشکی دانشگاه، تدریس و نظارت، کار اجرایی، هدایت کارآزمایی‌های تحقیقاتی بالینی، نگارش نتایج تحقیقات برای انتشار، کار بالینی (سنجش و درمان) و مشورت است. فعالیت‌های بالینی من هم، نظارت بالینی و نظارت بر تحقیقات، مشاوره دادن به رزیدنت‌ها و همکاران روان‌شناس و هدایت سمینارهای آموزشی است. فعالیت‌های تحقیقاتی من عبارت است از: مدیریت تحقیقات بالینی (در دادگاه‌ها یا در اجتماع)، اجرای مداخلات مرتبط با پیشگیری از اچ آی وی روی نوجوانان و جوانان در معرض خطر و خانواده‌های آنها، تحلیل/مدیریت داده‌ها، سخنرانی و انتشار مکتوبات با همکاران و درخواست کمک مالی برای تامین جایگاهم به عنوان عضو هیئت علمی. کارهای اجرایی من، ادارهٔ درمانگاه دادگاه است. در نقش اجرایی نیز چند دستگاه را مدیریت می‌کنم و امکان ارتباط روشن بین دستگاه‌های روان‌شناسی و قضایی را فراهم می‌آورم. فعالیت‌های بالینی و مشورتی من، سنجش و درمان نوجوانان و خانواده‌های آنها است. در ضمن راجع به انواع مسائل بالینی قانونی (مثل مرور سوابق و ارزیابی‌های روان‌پزشکی با هدف جلب توجه قاضی به توصیه‌های بالینی) به قضات و دست‌اندرکاران دادگاه‌ها مشورت می‌دهم. فعالیت‌های سنجشی تخصصی من هم اجرای سنجش‌های قانونی روی نوجوانان و بزرگسالان (از جمله سنجش صلاحیت، مسئولیت‌پذیری کیفری، حضانت کودک/ ملاقات با کودک) و سنجش فوریتی سلامت روان برای نوجوانانی است که هر آن احتمال دارد در دادگاه به خودشان یا دیگران آسیب برسانند. با توجه به اینکه روان‌شناس طب اطفال هستم، گهگاه هم به درمان بیمارانی سرپایی مبادرت می‌ورزم که مشکل اصلی آنها نگرانی مزمن درباره سلامتی‌شان است.

تخصص‌ها یا علایق شما چیست؟

تخصص و علاقهٔ من در مجموع، روان‌شناسی طب اطفال و روان‌شناسی قانونی است. به بیان دقیق‌تر، در حوزهٔ طب اطفال، روی پیشگیری از اچ آی وی در نوجوانان متمرکز هستم و در حوزهٔ روان‌شناسی قانونی، روی دستگاه قضایی برای نوجوانان. این اواخر، دو علاقهٔ اصلی خودم را در قالب یک برنامهٔ تحقیقاتی ریخته‌ام که هدفش، کاهش خطر اچ ای وی/بیماری مقاربتی در میان خلافکاران نوجوانی است که مشکل سوءمصرف مواد دارند. حوزهٔ تخصصی من هم پیشگیری اولیه است. من همچنان به مداخلات مرتبط با ارتقای سلامتی برای خلافکاران نوجوانی علاقه‌مند هستم که بار اول است که با دستگاه قضایی نوجوانان درگیر می‌شوند (البته در قالب رویکرد «تغییر مسیر»).

هدف من فراهم آوردن فرصت (دست‌اول در دادگاه‌های نوجوانان) است تا روی جمعیتی که در معرض خطر بالا است، مداخله شواهدبنیاد صورت گیرد و از گذر این مداخله، اختلالات سوءمصرف مواد در میان نوجوانان، ابتلا به اچ آی وی/بیماری‌های مقاربتی و ارتکاب جرم کم شود. با توجه به اینکه مدیر درمانگاه دادگاه نوجوانان هستم، با همکارانم مشغول طراحی مجموعه‌ای از مداخلات درمانی نیز هستم.

در حال حاضر مشغول آزمودن مجموعه‌ای از مداخلات یکپارچه برای سلامت روان، مصرف مواد و پیشگیری از اچ آی وی در میان خلافکاران نوجوانی هستم که مشکلات سلامت روان دارند.

روندهای آیندهٔ روان‌شناسی بالینی را چطور می‌بینید؟

به نظر من روان‌شناسی بالینی شاهد نوآوری و خلاقیت در خصوص فرصت‌های شغلی و ایده‌های تحقیقاتی قابل سرمایه‌گذاری خواهد بود. روان‌شناسان بالینی در خصوص فرصت‌ها و گزینه‌های شغلی باید انعطاف‌پذیر و انطباقی عمل کنند و بدانند مهارت بالینی و تحقیقاتی آنان در حیطه‌های مختلف کاربرد دارد. روان‌شناسان بالینی در قلمرو قانونی هرچه بیشتر درگیر سیاست‌گذاری خواهند شد که البته در سطح تحصیلات تکمیلی، چنین چیزی به آنها آموزش داده نمی‌شود. اما می‌توانند از مهارت‌های اساسی خود در زمینهٔ مشورت دادن، در این قلمرو استفاده کنند و فرصت‌های شغلی جالب و جدیدی برای خود فراهم آورند. در ضمن با توجه به فراز و فرودهای اقتصادهای ملی و جهانی، ایده‌های تحقیقاتی برای دریافت کمک مالی دولتی باید جمعیت‌های مهم، سوالات تحقیقاتی نوآورانه و رویکردهای جدید در قبال این سوالات تحقیقاتی را در بر گیرد. روان‌شناسان بالینی باید از موسسات مالی زیادی درخواست کمک کنند، به همین دلیل جا دارد بدانند برای هر یک چطور تقاضانامه بنویسند. تخصیص بودجه احتمالاً رقابتی‌تر خواهد شد و روان‌شناسان بالینی شاغل در مراکز پزشکی باید سوابق شغلی خود را متنوع کنند تا راه‌های مختلفی برای ارضای علایق فکری و دریافت حق‌الزحمه داشته باشند.

چرا دانشجویان باید سراغ حرفهٔ روان‌شناسی قانونی بروند؟

به نظر من، روان‌شناسی قانونی به‌ویژه برای آن دسته از روان‌شناسان بالینی که سابقهٔ تحقیقاتی دارند، رشد سریعی دارد. روان‌شناسان بالینی باید در زمینهٔ روان‌شناسی قانونی آموزش ببینند (چون سنجش‌های قانونی، برای مثال، با سنجش‌های بالینی خیلی فرق می‌کند). اما آموزش قانونی و پیشینهٔ تحقیقات بالینی به طراحی ابزارهای سنجش دقیق قانونی و مداخلات شواهدبنیاد در زمینهٔ ارتقای سلامت روانی و سلامتی مجرمان (برای مثال، دربارهٔ مصرف مواد یا پیشگیری از اچ آی وی) منتهی خواهد شد. این گروه از روان‌شناسان قانونی، «پیشگام» تحقیق و تولید یافته‌ها در این حیطه خواهند بود.

در ضمن روان‌شناس قانونی، گزینه‌های شغلی متفاوتی دارد (که مانعةالجمع نیستند). گزینه‌های او عبارت است از: سنجش قانونی ارجاع‌شدگان به دادگاه؛ ارائه خدمات مشورتی (به وکلا، قضات یا پلیس)؛ تدریس در سطح کارشناسی، تحصیلات تکمیلی و فوق دکترا؛ تهیهٔ برنامه‌های آموزش بالینی قانونیِ پیش از دکترا و فوق دکترا (به‌ویژه با تاکید بر تحقیق)؛ طراحی و اجرای کارآزمایی‌های تحقیقاتی در زمینهٔ سنجش و مداخله؛ کار اجرایی (برای مثال، بر عهده گرفتن نقش مدیر بالینی درمانگاهِ دادگاه یا ادارهٔ مرکز دفاع از کودک)؛ و کار در زمینهٔ سیاست‌گذاری (برای مثال، در ارتباط با وضعیت سلامت روان) یا قوانین مربوط به سلامت روان در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی.



مارینا طلوع ـ شمس

بسیار ظریف است، برخی از مشورت‌دهندگان دوست ندارند با شهود دادرسی‌های کیفری کار کنند ـ و آماده‌سازی شهود در پرونده‌های مدنی را ترجیح می‌دهند. نیتزل و دیلهی[1] (۱۹۸۶) بسیاری از جنبه‌های آماده‌سازی شهود را توضیح داده‌اند از جمله نحوهٔ ارائه حقایق، آماده‌سازی شخص برای تجربه کردن شهادت دادن در دادگاه، استنطاق، سر و وضع شاهد و حملات وکیل طرف مقابل به اعتبار شاهد. اما بین کمک دادن صحیح به شاهدان بالقوه و تشویق آنها به تجدیدنظر در شهادت‌شان، یک «مرز خاکستری» هم وجود دارد (رایتسمن، ۲۰۰۱).

متقاعدکردن هیئت منصفه . سرانجام اینکه مشورت‌دهندگان می‌توانند به‌وکلا در نحوهٔ ارائه پرونده و شواهد (البته در چهارچوب ضوابط دستگاه قضایی) برای هیئت منصفه کمک کنند. آنها می‌توانند در پیش‌بینی پاسخ اعضای هیئت‌منصفه در برابر برخی شواهد یا در شیوهٔ ارائه مطالب، به خصوص در گشودن و بستن بحث‌ها، به وکلا کمک کنند. در اصل، باورها و احساسات و رفتار هیئت منصفه مدّ نظر آنها است. مشورت‌دهندگان می‌توانند در پیداکردن بهترین راه ارائه پرونده، وکلا را یاری کنند.

1. Nietzel and Dillehay

تحقیق و روان‌شناسی قانونی

به یک تعبیر واقعی، تقریباً تمام تحقیقات روان‌شناسی به نوعی تحقیقات قانونی هستند. برای مثال، تحقیق دربارهٔ مولفه‌های ژنتیکی اسکیزوفرنی از لحاظ رابطه با رسیدگی قانونی به مسئلهٔ صلاحیت ذهنی حضور در دادگاه، خیلی مهم است. ماهیت پیشداوری یا عناصر فرایند اقناع، همان‌قدر که به روان‌شناسی اجتماعی ربط دارند، به وکلا هم ربط دارند. مصرف‌کننده‌پژوهی هم با دادخواستِ مسئولیت‌پذیری در قبال تولیدات ربط پیدا می‌کند. این اواخر هم تحقیقات در زمینهٔ اسنادها و روابط میان‌فردی نیز کاربردهای قانونی پیدا کرده است. اما برخی از حوزه‌های تحقیقاتی، پیوند خاصی به روان‌شناسی قانونی خورده‌اند که در اینجا دو نمونهٔ آن را توضیح می‌دهیم.

شهادت شهود . هیچ چیز به اندازهٔ شهادت شاهد دربارهٔ متهم، مهیج و در عین حال مخرب نیست. این نوع ***شهادت شهود***، عامل بسیار مهمی در محکومیت شمار زیادی از انسان‌ها بوده است. اما این نوع شهادت‌ها خیلی اوقات در راستای صدور حکم بی‌گناه بوده‌اند تا صدور حکم گناهکار (برور و ولس[1]، ۲۰۱۱؛ گرینه و هایلبرون، ۲۰۱۱؛ ولس و اولسن[2]، ۲۰۰۳). دلیل آن به بیان ساده هم این است که شهادت شهود در اغلب موارد، پایایی و دقت لازم را ندارد. یکی از همین موارد در سال ۱۹۷۹ در دِلوِر واشینگتن اتفاق افتاد. یک کشیش کاتولیک به جرم اینکه شهروندی به پلیس گفته بود قیافه‌اش خیلی شبیه عکس سارقی است که پلیس آن را منتشر کرده، دادگاهی شد. بعداً هم تعدادی از شاهدان سرقت اظهار داشتند آن کشیش، همان سارق مورد نظر است. این در حالی بود که بعداً مردی به آن سرقت اعتراف می‌کند و دادگاه کشیش متوقف می‌شود. اما برای این شهود چه اتفاقی افتاده بود؟ گویا پیش از نشان دادن عکس مظنون‌ها به شهود، پلیس یواشکی فاش کرده بود که سارق احتمالاً کشیش است. تصویر هم شخصی را نشان می‌داد که پیراهن یقه کشیشی پوشیده بود!

لافتوس[3] و همکارانش در طول سال‌ها، آزمایشات متعددی انجام دادند که نشان می‌داد اطلاعات بعدی به راحتی موجب تحریف حافظهٔ شهود می‌شود. برای مثال لافتوس، میلر و برنز (۱۹۷۸) یک رشته اسلایدهای رنگی در مورد یک تصادف اتومبیل را به آزمودنی‌ها نشان دادند. نیمی از آزمودنی‌ها، اسلایدهایی را دیدند که در آنها علامت توقف وجود داشت و نیمی دیگر، علامت راه بدهید. سپس آزمودنی‌ها درباره اسلایدها به یک رشته سوالات جواب دادند. سوال اصلی این بود که علامت خاصی (علامت توقف یا راه بدهید) وجود داشت؟ درباره نیمی از آزمودنی‌ها، علامت مورد سوال با آنچه قبلاً دیده بودند، همخوانی داشت و درباره نیمی دیگر، همخوانی نداشت. کمی بعد ۱۵ اسلاید به آزمودنی‌ها نشان داده شد و از آنها خواسته شد یکی از اسلایدهایی را که قبلاً دیده بودند، انتخاب کنند. جالب اینجا است که وقتی سوال با علامت رؤیت‌شده همخوانی داشت، آزمودنی‌ها عملاً در ۷۵ درصد موارد، اسلاید درست را انتخاب می‌کردند ولی وقتی همخوانی نداشت، انتخاب درست به ۴۱ درصد تقلیل می‌یافت.

بدیهی است که مردم معمولاً استنباط‌هایی دربارهٔ مبنای انتظارات‌شان دارند. همچنین همان‌طور که لافتوس (۱۹۷۹) می‌گوید، تقریباً همیشه از شاهدان تصادفات یا جرایم، پیش از تشکیل دادگاه، سوالاتی می‌شود. در گفت‌وگوهای پیش از دادگاه، گاهی اوقات چیزهایی گفته می‌شود که به راحتی بر خاطرهٔ شاهد تاثیر می‌گذارد. نقش روان‌شناس قانونی این است که ببیند کدام شرایط ممکن است موجب تحریف شهادت‌ها شود.

تجربه نشان می‌دهد که شاهدان معمولاً درباره آنچه رخ داده است، اتفاق نظر ندارند. آنها معمولاً درباره قد، وزن، رنگ مو، لباس و حتی نژاد شخص مظنون توضیحات متفاوتی می‌دهند. یک نمونهٔ جالب این اصل بدیهی را باکهات[4] (۱۹۷۵) در برنامهٔ تلویزیونی آورده است. بینندگان، صحنهٔ یک کیف‌قاپی را می‌دیدند که فقط ۱۲ ثانیه طول می‌کشید. سپس پلیس را می‌دیدند که شش نفر را به خط کرده و از آنان می‌خواهد سارق را در میان این شش نفر شناسایی کنند. بینندگان می‌توانستند زنگ بزنند و قضاوت خود را توضیح دهند. می‌پرسید چه اتفاقی

1. Brewer and Wells
2. Olsen
3. Loftus
4. Buckhout

افتاد؟ بیش از ۲۰۰۰ نفر جواب دادند که ۱۸۰۰ نفرشان اشتباه کرده بودند! البته منظور ما این نیست که شاهدان هیچ وقت درست نمی‌گویند بلکه منظور ما این است که در پذیرش توضیحات شاهدان باید جانب احتیاط را رعایت کرد. دستگاه قضایی می‌تواند روش‌های خود برای شناسایی مظنون‌ها را اصلاح کند (برور و ولس، ۲۰۱۱؛ گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱). عواملی مثل میزان استرس، اندوزش اطلاعات، روش‌های شناسایی، سوگیری‌های شخصی و تصورات قالبی، وجود یا عدم وجود اسلحه، سن شهود و حتی فرایندهای ناهشیارانه باید بررسی شوند (برور و ولس، ۲۰۱۱؛ گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱).

جامعهٔ روان‌شناسی ـ قانون امریکا (یعنی شعبه چهل و یک انجمن روان‌شناسی امریکا) در واکنش به نگرانی‌های موجود درباره شهادت‌های نادرست شهود، کمیته‌ای را منصوب کرد تا شواهد علمی در این زمینه را بررسی کند و توصیه‌هایی در این رابطه ارائه دهد (ولس و دیگران، ۱۹۹۸). وب‌سایت ۵ـ۱۹ در انتهای همین فصل، لینک گزارش این کمیته را در خود دارد. اما این کمیته به‌طور خلاصه، توصیه‌های زیر را ارائه داد:

- کسی که متهمان را ردیف می‌کند یا عکس‌ها را توزیع می‌کند، نباید مظنون واقعی را بشناسد.
- باید به شاهدان گفته شود که مظنون اصلی ممکن است در صف یا در تصاویر نباشد و شخصی که مظنون‌ها را به صف می‌کند یا عکس‌ها را توزیع می‌کند، نمی‌داند متهم اصلی کیست.
- مظنون‌هایی که به صف شده‌اند یا تصویرشان نشان داده می‌شود، نباید (از لحاظ ظاهر یا پوشش) با هم فرق داشته باشند و به نوعی جلب توجه کنند.
- میزان اعتماد شهود به تشخیص خود باید در زمان شناسایی و قبل از ارائه هر بازخوردی، سنجیده شود.

به این ترتیب، خطا در شناسایی متهمان کم می‌شود (ولس و دیگران، ۱۹۹۸).

کادر ۵ـ۱۹: دیدگاه دانشجوی تحصیلات تکمیلی: لیزی فاستر

لیزی فاستر دانشجوی سال چهارم تخصص روان‌شناسی قانونی دورهٔ دکتری روان‌شناسی بالینی در دانشگاه درکسل است. لیزی مدرک کارشناسی روان‌شناسی خود را از دانشگاه تافتس گرفت. بعد از اتمام دورهٔ کالج و پیش از شروع تحصیلات تکمیلی هم دو سال روی طرح‌های تحقیقاتی کار می‌کند: ابتدا روی طرحی مطالعاتی در دانشکده پزشکی دانشگاه براون دربارهٔ واکنش به استرس کودکان در معرض خطر و دوم، روی طرح تحقیقاتی در دانشگاه یو سی ال ای دربارهٔ ارزیابی درمان پزشکی سکته‌های مغزی ایسکمیک [یا ناشی از کمبود خون موضعی مغز بر اثر انسداد یا گرفتگی]. لیزی از همان شروع تحصیل در دانشگاه درکسل، در محیط‌های مختلف، شامل تسهیلات و مراکز اصلاح و بازپروری و در درمانگاه اختلال اضطرابی سرپایی، خدمات روان‌شناختی داده است. همچنین تجربیاتی در زمینهٔ سنجش قانونی دارد. علایق تحقیقاتی فعلی او عبارتند از: سنجش‌های قانونی، تجربه در زمینهٔ کارکنان مراکز اصلاح و نگهداری در دستگاه عدالت کیفری و تاثیر منش و شخصیت بر تصمیم‌گیری هیئت منصفه.

از لیزی خواستیم نظراتش دربارهٔ تحصیلات تکمیلی را با ما در میان گذارد.

دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی برای تو چطور بود؟

قبل از شروع تحصیلات تکمیلی، به من گفته بودند پنجاه درصد برنامه‌های درسی در تحصیلات تکمیلی روان‌شناس بالینی، کار بالینی و پنجاه درصد دیگر آن، پژوهش است. بعد از سه سال تحصیل تکمیلی باید بگویم با آن حرف موافقم. تحصیلات تکمیلی، ملغمه‌ای از تجربه‌ها است: من تدریس کرده‌ام؛ به نگارش مقالات کمک کرده‌ام؛ صدها ساعت کار بالینی کرده‌ام؛ در اجرای تحقیقات به دیگران کمک کرده‌ام؛ روی طرح‌های تحقیقاتی خودم کار کرده‌ام و از این قبیل. در این سه سال پیوسته در حال یادگیری بوده‌ام که عاشق آن هستم.

از دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی چه انتظاری داشتی؟

انتظار نداشتم که تحصیلات تکمیلی این‌قدر کار ببرد. در دورهٔ کالج، خودم را با کلاس‌ها و دروس فوق برنامه مشغول می‌کردم، به همین دلیل، سرم خیلی شلوغ بود. انتظار داشتم تحصیلات تکمیلی نیز همین‌طور باشد. می‌دانستم در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی باید خیلی زحمت بکشم ولی معتقد بودم آن را هم می‌توانم به این شکل مدیریت کنم، اما اشتباه می‌کردم. در طول هفته از این کلاس به آن نشست و دیدار با مراجعان می‌روم. آخر هفته‌ها هم (مثل همین حالا!) در کافی‌شاپ مشغول کار هستم. هنوز سرم مثل دورهٔ کارشناسی شلوغ است، ولی این دفعه بدون فعالیت‌های فوق برنامهٔ اضافی.

دوم اینکه فکر می‌کردم من را دانشجویی می‌پندارند که چیز زیادی نمی‌داند ولی تجربه، چیزی دیگری را نشان داد. اگرچه تحت فشار هستم و خیلی مسئولیت دارم ولی اعتمادبه‌نفس من ساخته شد.

زیر نظر استادم، مطالبی منتشر کردم، با او چند سنجش قانونی انجام دادم، دست‌نویس‌های او را مرور کرده‌ام و دربارهٔ طرح‌های تحقیقاتی و مقالات خودم صاحب‌نظر شده‌ام!

آیا دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی تغییری در تو ایجاد کرد؟ اگر کرد، چه تغییری؟

شکی نیست که دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، من را عوض کرد. مستقل‌تر از قبل شده‌ام، به‌ویژه در ارتباط با حوزهٔ تخصصی خودم (یعنی امور قانونی). هنگام کار با جمعیت زندانی یا کسانی که مشکلات قانونی دارند نباید بترسید. اگرچه قبل از ورود به تحصیلات تکمیلی هم با این جماعت، آشنا بودم ولی قبل از آن وارد زندان یا مراکز اصلاح و تربیت نشده بودم. منحنی یادگیری من شیب تندی پیدا کرد ولی خیلی زود فهمیدم چطور اعتمادبه‌نفسم را حفظ کنم و خودم را در مواقع ضروری بسنجم.

آیا علایق حرفه‌ای یا تحقیقاتی‌ات نسبت به زمان شروع تحصیلات تکمیلی، فرق کرده است؟

در شروع تحصیلات تکمیلی می‌خواستم روی روان‌شناسی قانونی تمرکز کنم، ولی نمی‌دانستم دقیقاً می‌خواهم چه کار کنم. از آن به بعد، علایق تحقیقاتی من مشخص‌تر شد. اگرچه روان‌شناسی قانونی، حوزه‌های جذاب زیادی دارد، ولی فهمیده‌ام که فقط می‌توانم در چند حوزهٔ خاص کار کنم! به تحقیقات استادم و کلاس‌هایی که گفتم (مثل کلاس روان‌شناسی قانونی) خیلی مدیونم. آنها کمک کردند به علایقم پی ببرم و تحقیق و مطالعه در آن حوزه‌ها را شروع کنم.

وانگهی تا تحصیلات تکمیلی را شروع نکرده بودم، چیز زیادی دربارهٔ سنجش‌های قانونی نمی‌دانستم. این سنجش‌ها، سنجش‌های جامعی هستند که پیش از آغاز اقدامات قضایی صورت می‌گیرند. برای مثال می‌توانیم صلاحیت متهم برای حضور در دادرسی، حالت روانی او هنگام تخلف و مواردی از این قبیل را بسنجیم. این سنجش‌ها غالباً چالش‌برانگیز و غم‌انگیز هستند، ولی مفهوم‌بندی و سنجیدن پروندهٔ اشخاص را دوست دارم و معتقدم باید به دادگاه‌ها کمک کنیم تصمیمات آگاهانه‌تری درباره متخلفان بگیرند.

وقتی گذشته را مرور می‌کنی، کدام فعالیت‌ها یا تجربه‌های تو در تحصیلات تکمیلی، مهم‌تر بودند؟

اولین گام برای آنکه روان‌شناس بالینی قانونیِ متبحری شویم این است که روان‌شناس بالینی متبحری شویم. برای آنکه روان‌شناس قانونی شوم، روی مهارت‌های بالینی خودم کار کردم. قبل از شروع سنجش‌های قانونی یا دیدن مراجع، کلاس‌هایی گذراندم تا مهارت‌های بالینی بنیادی را تمرین کنم، نظریه‌های روان‌درمانگری و گرایشات مختلف بالینی (مثل درمان شناختی-رفتاری) را تمرین کردم و کنار دیگر درمانگران نشستم. احساس می‌کنم با طمأنینه رفتار کردن و عجله نکردن، رمز فهمیدن کار بالینی و تبدیل شدن به یک متخصص متبحر قانونی است.

برای کسانی که می‌خواهند تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را شروع کنند، توصیه‌ای داری؟

نخست آنکه تداوم کارم را مدیون متعادل نگهداشتن کار و زندگی هستم. پایان روز همیشه کارهای دیگری هم داریم که بتوانیم انجام دهیم ولی فکر می‌کنم شادی من در گرو این است که وقتی را هم به زندگی اختصاص دهم. اگرچه عاشق کارم هستم ولی عاشق دوستان و خانواده‌ام هم هستم و وقت گذاشتن برای آنها در دوران تحصیلات تکمیلی، جزء اولویت‌های من بوده است.

دوم اینکه همکلاسی‌های من، بهترین دوستانم هم هستند. ما خارج از محیط دانشگاه نیز به یکدیگر کمک می‌کنیم و در بیرون و درون دانشکده، حامی هم هستیم. اگر همکلاسی‌ها را به دوستان‌تان تبدیل کنید، تحصیلات تکمیلی برای شما سالم‌تر و دلنشین‌تر می‌شود.

سرانجام اینکه استاد شما می‌تواند تجربهٔ تحصیلات تکمیلی شما را پیش ببرد یا آن را متوقف کند. خوش‌شانس بودم که سبک من و استادم شبیه هم بود. او سعی کرد تجربهٔ تحصیلات تکمیلی را برای من قابل اداره کند و بفهمم چه کار می‌توانم بکنم و چه کار نمی‌توانم بکنم. اگرچه هر آدمی سبک خود را دارد، ولی قبل از شروع تحصیلات تکمیلی، مطمئن شوید سبک شما و استادتان همخوانی دارد.



لیزی فاستر

رفتار هیئت منصفه. هرچه از شرایط موثر بر تفکر و تصمیم‌گیری هیئت منصفه درک بهتری پیدا کنیم، نظام قضایی بهتری خواهیم داشت. تحقیقات زیادی درباره طرز بررسی شواهد و پردازش اطلاعات توسط هیئت منصفه، طرز پاسخ‌دهی آنان به

دستورالعمل‌ها و طرز واکنش آنان به ادله‌ها صورت گرفته است (گرین و هایلبرون، ۲۰۱۱).

دستورات قاضی معمولاً اعضای هیئت منصفه را گیج می‌کند. سورنس و لافتوس[1] (۱۹۸۲) اصلاحاتی در طرز دستور دادن قاضی به هیئت منصفه ایجاد کردند. آنها جملات و دستورات را در قالب جملات فعالانه، نه منفعلانه، و به صورت پیام‌های کوتاه و مختصر نوشتند. در ضمن، مفاهیمی انتزاعی مثل «شک مستدل» را بیشتر توضیح دادند. نتیجه هم کاربرد دقیق‌تر قانون توسط هیئت‌های منصفه بود.

حتی مسئله ساده‌ای مثل ترتیب صدور دستورات قاضی بر رفتار هیئت منصفه تاثیر می‌گذارد. برای مثال، کاسین و رایتسمن (۱۹۷۹) از یک هیئت منصفه شبیه‌سازی‌شده خواستند فیلم ویدیویی یک دادرسی را ببینند. آنها فهمیدند در جریان گذاشتن اعضای هیئت منصفه دربارهٔ شروط اثبات، قبل از ارائهٔ شواهد، تاثیر چشمگیری بر رفتار آنان می‌گذارد. هیئت منصفه در این حالت بیشتر احتمال داشت حکم بر بی‌گناهی بدهند تا وقتی بعد از ارائه شواهد، در جریان شروط اثبات قرار می‌گرفتند.

شرایطی هم وجود دارد که می‌تواند موجب سوگیری در تصمیمات شود. برای مثال، شخص ممکن است به چند فقره جرم متهم شده باشد. این جرم‌ها گاهی اوقات به یک کیفرخواست منتهی می‌شوند و گاهی به هر جرم متهم، جداگانه رسیدگی می‌شود. گرین و لافتوس (۱۹۸۱) فهمیدند وقتی به اتهامات در قالب یک کیفرخواست رسیدگی می‌شود، هیئت منصفه، حکم سخت‌تری صادر می‌کند تا وقتی به اتهامات جداگانه رسیدگی می‌شود.

خلاصهٔ فصل

روان‌شناسی قانونی با کاربرد روش‌ها، نظریه‌ها و مفاهیم روان‌شناسی در دستگاه قضا سروکار دارد. اگرچه کتاب سال ۱۹۰۸ هوگو فون مانستربرگ اعلام کرد که روان‌شناسی حرف زیادی برای دستگاه قضایی دارد، ولی تاثیر آن تا دههٔ ۱۹۵۰ زیاد مشهود نبود. روان‌شناسی قانونی امروزه نفوذ و شهرت آشکاری دارد؛ کتاب‌ها، مجلات و برنامه‌های آموزش تخصصی آن هم فراوان‌اند. اما از روان‌شناسان قانونی، انتقادهای شدیدی هم می‌شود.

در این فصل، هشت فعالیت روان‌شناسان قانونی را توضیح دادیم. روان‌شناسان قانونی گاهی اوقات در نقش شاهد متخصص یا طرف مشورت پرونده‌های کیفری و مدنی عمل می‌کنند. همچنین گاهی اوقات در قالب نمایندهٔ حقوق بیماران بستری وارد صحنه می‌شوند یا احتمال خطرناک بودن بیمار برای خودش یا دیگران را ارزیابی و پیش‌بینی می‌کنند. روان‌شناسان قانونی همچنین در هیئت‌منصفه‌گزینی و آماده‌سازی شهود، مشورت می‌دهند. سرانجام اینکه در مورد مسائل مهمی مثل شهادت شهود و رفتار هیئت منصفه تحقیق می‌کنند.

اصطلاحات کلیدی

معیار موسسهٔ حقوق امریکا **ALI Standard**

آزادی‌خواهانه‌ترین معیار تعیین جنون متهم. طبق این معیار، اگر متهم از بیماری یا نقیصهٔ روانی رنج ببرد، مسئول عمل خلاف قانون خود نمی‌باشد چون ظرفیت کافی برای درک مجرمانه بودن عملش (نقیصهٔ شناختی) یا رعایت قانون (نقیصهٔ ارادی) را ندارد.

وظیفهٔ اثبات **burden of proof**

وظیفهٔ اثبات حقیقت یک ادعا در دادگاه. در هرگونه دفاعیهٔ جنون، وظیفهٔ اثبات معمولاً بر عهدهٔ وکیل مدافع است.

صلاحیت حضور در دادگاه **competency to stand trial**

حالت ذهنی متهم هنگام برگزاری دادگاه. متهم وقتی صلاحیت حضور در دادگاه را دارد که ماهیت اتهامات را بفهمد و بتواند گزارش دهد که هنگام تخلف مورد ادعا، چه رفتاری مرتکب شده است، اقدامات دادگاه را درک کند و بتواند با وکیل خود همکاری کند.

شاهد متخصص **expert witness**

فردی که به دلیل حرفه، آموزش و تجربه‌اش به دادگاه کمک می‌کند شواهد ارائه‌شده را بهتر بفهمد و ارزیابی کند یا در خصوص موضوع مطرح‌شده، اظهارنظر می‌کند و استنباط‌هایش را با دادگاه درمیان می‌گذارد.

شهادت شهود **eyewitness testimony**

شهادت دادن شخصی که شاهد بخشی یا کل رویداد (برای مثال، جرم یا

1. Severance and Loftus

تصادف) بوده است. شهادت شهود غالباً دقیق و موثق نیست و آمیخته به تحریف است. یکی از نقش‌های روان‌شناسان قانونی، شناسایی شرایطی است که موجب تحریف شهادت‌ها می‌شود.

روان‌شناسی قانونی **forensic psychology**

تخصصی در روان‌شناسی که روی کاربرد مفاهیم و روش‌های روان‌شناسی در ارتباط با سوالات/ مسائل مطرح در دستگاه قضا تمرکز دارد. روان‌شناسان قانونی در رابطه با موضوعاتی همچون حضانت کودک، هیئت‌منصفه‌گزینی و پیش‌بینی خطرناک بودن و از این قبیل موارد، اظهارنظر تخصصی می‌کنند.

دفاعیهٔ جنون **insanity plea**

ادعای شخصی که متهم به ارتکاب جرم شده، مبنی بر اینکه هنگام ارتکاب جرم، «سلامت عقل» و روان نداشته است. در صورت موفقیت دفاعیه، این شخص مسئول اعمالش شناخته نمی‌شود و به جای مجازات، تحت درمان قرار می‌گیرد.

حضانت مشترک **joint custody**

ترتیباتی که طی آن، حضانت کودک پس از طلاق والدین، به هر دو سپرده می‌شود. در بسیاری از موارد، خود والدین به‌طور غیررسمی بر سر «حضانت مشترک» به توافق می‌رسند؛ دستور رسمی دادگاه در این خصوص وقتی صادر می‌شود که طرفین دربارهٔ نحوه حضانت کودک، اختلاف نظر دارند.

هیئت‌منصفه‌گزینی **jury selection**

فرایندی که در آن وکیل مدافع و دادستان از میان شمار کثیری از اشخاص واجد شرایط برای حضور در هیئت منصفه، عده‌ای را انتخاب می‌کنند. وکیل مدافع و دادستان گاهی اوقات در هیئت‌منصفه‌گزینی از روان‌شناسان قانونی کمک می‌گیرند (برای مثال، درباره مبانی نظری هیئت‌منصفه‌گزینی یا بهبود مهارت‌های وکیل مدافع یا دادستان در زمینهٔ مهارت‌های حقیقت‌گویی).

هیئت‌منصفهٔ سایه **Jury shadowing**

استخدام افرادی شبیه افرادی که قرار است در هیئت منصفه واقعی حضور داشته باشند و زیر نظر گرفتن واکنش‌های آنها به شهادت‌هایی که قرار است در جریان دادرسی ادا شود. از واکنش‌های هیئت‌منصفهٔ سایه برای پیش‌بینی واکنش‌های هیئت منصفه حقیقی استفاده و مبنای تغییر راهبرد در دادگاه می‌شود.

قاعدهٔ مک‌ناتن **M'Naghten rule**

قدیمی‌ترین معیار تعیین جنون. طبق این قاعده، وکیل مدافع باید ثابت کند که متهم هنگام ارتکاب عمل غیرقانونی، چنان تحت تاثیر «بیماری روانی» بوده که قوهٔ تعقل و استدلالش را از دست داده است و نمی‌فهمیده که آنچه انجام داده یا نداده، غلط است.

چالش‌های قطعی **peremptory challenges**

مجموعه‌چالش‌های هر یک از طرفین دعوا (یعنی دادستان و وکیل مدافع) در جریان حقیقت‌گویی برای رفع این ظنّ که اعضای هیئت منصفه علیه آنها سوگیری دارند.

حقیقت‌گویی **voir dire**

اصطلاحی قضایی مربوط به بخشی از دادرسی که در آن هیئت منصفه انتخاب یا گزینش می‌شود.

بستری شدن ارادی **voluntary commitment**

موافقت فرد با بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی و ترک آنجا هر موقع که بخواهد.

آماده‌سازی شهود **witness preparataion**

کمک به شهود برای موثرتر شهادت دادن بدون تغییر و تحریف حقایقی که قرار است ادا شود. با روان‌شناسان قانونی دربارهٔ جنبه‌های مختلف آماده‌سازی شهود (مثل آماده‌سازی شهود برای حضور در دادگاه؛ توصیه به شهود در رابطه با سر و وضع آنها، نحوهٔ ادای حقایق و مواردی از این قبیل) مشورت می‌شود.

وب‌سایت‌های جالب

To visit any of the following Web sites, go to www.wadsworth.com and click Links.

19-1 American Psychological Association Division 41: The American Psychology-Law Society
http://www.ap-ls.org/

19-2 Careers and Training in Psychology and Law
http://www.ap-ls.org/education/EducationTraining.php

19-3 Links to Graduate Programs in Psychology and Law
http://www.ap-ls.org/education/GraduatePrograms.php

19-4 Specialty Guidelines for Forensic Psychologists
http://www.ap-ls.org/aboutpsychlaw/SpecialtyGuidelines.php

19-5 Eyewitness Identification Procedures: Recommendations for Lineups and Photospreads
http://www.psychology.iastate.edu/~glwells/Wells_articles_pdf/whitepaperpdf.pdf

ضمیمه



راهنمای جامع ثبت نام در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی

روان‌شناسی بالینی[1]

روان‌شناسی، معروف‌ترین رشته در میان رشته‌های دانشگاهی مقطع کالج است. هزاران دانشجو به این امید درخواست حضور در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی می‌کنند که در حوزهٔ علم یا عمل خدمات بهداشت روان مشغول به کار شوند. اما در مقایسه با دیگر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی (مثل تحصیلات تکمیلی در رشته حقوق یا پزشکی) اطلاعات بسیار کمی و جود دارد که به دانشجویان کمک کند مسیر شغلی مناسبِ علایق خود در روان‌شناسی را پی بگیرند. اطلاعات عملی تخصصی دربارهٔ طرز ثبت نام در این رشته نیز وجود ندارد.

هدف این ضمیمه، مرور گزینه‌های شغلی مختلف در حیطهٔ علم و درمانگری در روان‌شناسی بالینی است. البته در اینجا باید نکتهٔ مهمی را گوشزد کنیم. متن این ضمیمه بر پایهٔ عقاید و برداشت‌های ما از اوضاع فعلی این رشته و فرایند ثبت نام در برنامه‌های دورهٔ دکترای بالینی از نوع .Ph.D است. اظهارنظرهای ما راجع به برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی است که از مدل‌های آموزشی دانشمند ـ درمانگر یا علم بالینی تبعیت می‌کنند. تجربهٔ ما صرفاً در رابطه با فرایند پذیرش و قبولی و اهداف آموزشی این نوع برنامه‌ها است و از برنامه‌هایی که از مدل‌های آموزشی دیگر تبعیت می‌کنند، حرف نمی‌زنیم. اما چون اطلاعات کمی در اختیار دانشجویان علاقه‌مند به مشاغل و پیشه‌های مربوط به سلامت روان وجود دارد، در قسمت زیر، یک رشته عقاید و برداشت‌ها را مطرح می‌کنیم به این امید که در صورت استفادهٔ صحیح، مفید واقع شوند. در بسیاری از قسمت‌های این ضمیمه، وب‌سایت‌هایی را معرفی می‌کنیم که اطلاعات دقیق‌تری می‌دهند.

---

۱. این راهنما با کسب اجازه از دکتر میچ پرینستون چاپ شده است. جا دارد از سوفیا چوکاس ـ بردلی و کارن گوئن به خاطر نقش‌شان در این ضمیمه، تشکر ویژه داشته باشیم.

واقعاً می‌خواهید روان‌شناس بالینی شوید؟

دانشجویان غالباً دوست دارند در برنامه‌های دورهٔ دکترای روان‌شناسی بالینی ثبت نام کنند. در واقع، تعداد درخواست‌هایی که برای قبولی در برنامه‌های روان‌شناسی بالینی ارسال می‌شود، از تعداد درخواست‌های ارسالی برای سایر برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بیشتر است. برنامه‌های دکترای بالینی بسیاری از دانشگاه‌ها بین ۱۰۰ تا ۶۰۰ متقاضی دارد. این در حالی است که تقاضا برای برنامه‌های دکترای روان‌شناسی رشد، اجتماعی، شناختی، زیست‌شناختی و کمّی که تقریباً به ترتیب از میزان شهرت‌شان کم می‌شود، خیلی کمتر است. دلیل این علاقه‌مندی آشکار به روان‌شناسی بالینی هم گرایش دانشجویان به درمانگر شدن، آن هم در یک مرکز یا دفتر خصوصی (مثل مطب شخصی یا مرکز مشترک) است. دانشجویان گاهی اوقات هم به تحقیق علاقه‌مندند. گاهی اوقات هم به‌طور تلویحی اظهار می‌دارند که از آمار می‌ترسند و «دوست ندارند» رسالهٔ دکترا بنویسند.

به نظر ما این برداشت از رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و فعالیت‌های آموزشی در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی از جهتی درست است و از جهتی، نادرست. توصیف دقیق و کامل رشتهٔ روان‌شناسی بالینی تا حدودی سخت است چون به سرعت و به شدت در حال تغییر است. با این حال، به نظر ما بهتر است قبل از حرف زدن دربارهٔ نحوهٔ ثبت نام در مقطع تحصیلات تکمیلی و تصمیم‌گیری درباره مناسب‌ترین برنامه برای خودتان، دوباره به اهداف شغلی خود (یا حداقل به چیزهایی که آنها را دوست *ندارید*) فکر کنید. این بخش از ضمیمه را به دو قسمت تقسیم می‌کنیم: بحث دربارهٔ مشاغلی که در حیطهٔ درمانگری بالینی وجود دارند و بحث دربارهٔ مشاغلی که خارج از حیطهٔ درمانگری هستند.

مشاغل بالقوه و مدارک تکمیلی

فرض کنیم که علاقه‌مندید به عنوان یک درمانگر، آموزش ببینید و مجذوب حوزهٔ سلامت روان هستید. برای برآورده شدن علاقه‌تان، حداقل شش رشتهٔ مختلف مرتبط با سلامت روان و تعداد زیادی مدرک تکمیلی وجود دارد. این رشته‌ها و مدرک‌ها هم بسیار متفاوت‌اند. انتظارات و فرمت‌های آموزشی و فعالیت‌های شغلی در هر یک از آنها هم ویژگی خود را دارد.

آیا به تحقیق علاقه دارید؟ یا به تدریس؟ یا به درمانگری (یعنی به سنجش و درمان)؟ دوست دارید مشورت دهید؟ یا دانشجویان را زیر نظر بگیرید؟ دوست دارید با کودکان، نوجوانان، بزرگسالان یا سالمندان کار کنید؟ آیا می‌خواهید در بیمارستان کار کنید؟ یا در دانشگاه؟ آیا می‌خواهید در کالج تدریس کنید؟ یا در مدرسهٔ ابتدایی و متوسطه؟ دوست دارید چه کسانی همکارتان باشند؟

چه نوع ثبات شغلی را دوست دارید؟ چه حقوقی می‌خواهید؟ حقوق ثابت یا ساعتی؟ می‌خواهید چند سال آموزش ببینید؟ آیا می‌خواهید برای گذراندن تمام آموزش‌ها، چند بار نقل‌مکان کنید؟

هنوز مطمئن نیستید؟ پس آن‌قدر جزییات را بخوانید تا بفهمید کدام گزینه برای شما بهتر است.

همچنین می‌توانید منابعی را که در صفحهٔ مشاغل وب‌سایت انجمن روان‌شناسی امریکا به نشانی http://www.apa.org/careers/resources/guides/careers.aspx وجود دارد، بخوانید.

در اینجا توصیف کوتاهی از این شش رشته (و لینک‌های آنها) می‌دهیم:

۱. مددکاری اجتماعی (با مدرک نهایی کارشناسی ارشد یا دکترا)
۲. روان‌شناسی مدرسه (با مدرک نهایی کارشناسی ارشد یا دکترا)
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی (توجه: کار کردن با این مدرک به عنوان درمانگر مستقل به ندرت امکان‌پذیر است)
۴. روان‌شناسی مشاوره (مدرک دکترا)
۵. روان‌پزشکی (مدرک پزشکی)
۶. روان‌شناسی بالینی (مدرک دکترا)

در قسمت مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی، توضیحاتی دربارهٔ دو مدرک Ph.D. و Psy.D. خواهیم داد.

۱. مددکاری اجتماعی

مددکاران اجتماعی چه کار می‌کنند؟

مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی (MSW)، مدرکی چندمنظوره است. مددکاران اجتماعی درگیر شغل‌های مختلفی می‌شوند و در محل‌های مختلفی مشغول کار می‌شوند. از وب‌سایت‌های انجمن ملی مددکاران اجتماعی (به نشانی http://www/helpstartshere.org/ و http:www.naswds.org/) دیدن کنید. همان‌طور که در این وب‌سایت‌ها خواهید خواند، مددکاران اجتماعی به این گروه‌ها تقسیم می‌شوند: ***مددکاران اجتماعی موردی*** (که مدیریت مورد، نیازسنجی و کاربرد خدمات موسسه‌ای و امکانات، برای رفع مشکلات اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی را انجام می‌دهند)؛ ***مددکاران اجتماعی پزشکی*** (که روی نیازهای بیماران و خانواده‌ها در بیمارستان‌ها، مراکز مراقبت بلندمدت و دیگر مراکز پزشکی کار می‌کنند)؛ ***مددکاران اجتماعی مدرسه‌ای*** (که به رفع مشکلات هیجانی، اجتماعی و اقتصادی کمک می‌کنند تا دانش‌آموزان به تحصیل خود ادامه دهند)؛ ***مددکاران اجتماعی بالینی*** (که در مراکز خصوصی و روان‌پزشکی و مراکز سلامت روان، روان‌درمانگری و مشاوره انجام می‌دهند یا در شرکت‌های بزرگ به اجرای برنامه‌های یاری‌رسانی به کارمندان کمک می‌کنند)؛ ***مددکاران امور اجرایی و مدیریت*** (که بر برنامه‌ها و نظام‌هایی نظارت می‌کنند که متولی ارائه خدمات اجتماعی، بهداشتی و رفاه عمومی هستند)؛ ***مددکاران سازمان اجتماعی*** (که در شناسایی نیازها و پرورش و بهبود خدمات و نظام‌های تامین‌کنندهٔ نیازها یا اجتماع همکاری می‌کنند)؛ ***مددکاران سیاست و پژوهش اجتماعی*** (که مشکلات اجتماعی را تحلیل می‌کنند، مطالعات تحقیقاتی عمیق را طراحی و اجرا می‌کنند و راه‌هایی پیدا می‌کنند تا برنامه‌های اجتماعی و دستگاه‌ها بر این مشکلات غلبه کنند).

آموزش آنان چطور بود؟

اگرچه می‌توانید دکترای مددکاری اجتماعی (Ph.D یا DSW) بگیرید، ولی این امکان که با مدرک کارشناسی ارشد به عنوان یک مددکار اجتماعی مستقل مشغول کار شوید هم وجود دارد. فقط با دو سال تحصیل (به علاوهٔ دورهٔ انترنی) می‌توانید به سرعت جذب بازار کار شوید. پذیرش برای دوره‌های کارشناسی ارشد خیلی بیش از پذیرش برای دوره‌های دکترا است؛ بنابراین، اگر می‌خواهید مددکار اجتماعی شوید، پذیرش در دورهٔ کارشناسی ارشد، راحت‌تر است.

۲. روان‌شناسی مدرسه

روان‌شناسان مدرسه چه کار می‌کنند؟

انجمن ملی روان‌شناسان مدرسه (NASP) (به نشانی http://www.nasponline.com)، وب‌سایت بزرگی دارد که این رشته، نقش‌ها و حقوق روان‌شناسان مدرسه را توضیح می‌دهد.

روان‌شناسان مدرسه به‌طور کلی دنبال کمک به کودکان برای موفقیت تحصیلی و هیجانی در مدرسه هستند. آنها به کودکان و خانواده‌ها مشورت فردی می‌دهند، برنامه‌هایی برای کمک به معلمان طراحی می‌کنند تا نیازهای درسی کلاس خود را رفع کنند و مهارت‌های بنیادی، مثل مدیریت عصبانیت و مهارت‌های اجتماعی را آموزش می‌دهند. به این ترتیب، روان‌شناسان مدرسه، حکم سُفرای روان‌شناسی در مدارس را دارند. وقتی بچه‌ها دچار مشکل می‌شوند، یا وقتی بحرانی در مدرسه پیش می‌آید (بحرانی مثل ضربهٔ روانی یا مرگ)، یا اولیای مدرسه سیاستی در پیش می‌گیرند که بر زندگی تحصیلی بچه‌ها تاثیر می‌گذارد، روان‌شناسان مدرسه درصدد تامین و حفظ آسایش روانی کودکان برمی‌آیند و به دیگر متخصصان در رفع نیازها و محدودیت‌های روانی بچه‌ها کمک می‌کنند.

یکی دیگر از وظایف اصلی روان‌شناسان مدرسه، سنجش کارکرد تحصیلی و اجتماعی ـ هیجانی بچه‌ها است. بچه‌های تیزهوش یا بچه‌هایی که ناتوانایی یادگیری دارند باید با سنجش‌های هنجاریابی‌شده، ارزیابی شوند. روان‌شناسان مدرسه معمولاً تنها متخصصان محیط مدرسه هستند که دربارهٔ اجرا و تفسیر این نوع سنجش‌های هنجاریابی‌شده آموزش دیده‌اند. به‌ویژه ارزیابی ناتوانایی یادگیری، تاثیرات تلویحی مهمی برای کودکان و سیاست مدرسه و تامین مالی آن دارد. قوانین دولتی حکم می‌کند که بچه‌ها برای تحصیل

رضایت‌بخش و مناسب، هرگونه خدمات لازم را دریافت نمایند و کودکانی که واجد ملاک‌های ناتوانی یادگیری هستند باید تحت یک برنامهٔ تحصیلی ویژه قرار گیرند و به‌طور دوره‌ای ارزیابی شوند. روان‌شناسان مدرسه غالباً رهبری این‌گونه تلاش‌ها را برعهده دارند.

آموزش آنان چطور است؟

احتمالاً شنیده‌اید که اگر می‌خواهید روان‌شناس شوید باید مدرک دکترا بگیرید. این نکته درباره همهٔ گرایش‌های روان‌شناسی صادق است، به جز گرایش روان‌شناسی مدرسه. روان‌شناسان مدرسه با مدرک کارشناسی ارشد (به علاوهٔ یک سال دورهٔ انترنی) هم استخدام می‌شوند. دلیلش هم تا حدودی کمبود شدید روان‌شناس مدرسه در ایالات متحده امریکا است. به همین جهت هم این رشته موانع را برمی‌دارد تا دانشجویان زرنگ و جدید را جذب خود کند! اما یادتان باشد روان‌شناسان مدرسهٔ دارای مدرک کارشناسی ارشد نمی‌توانند مستقل کار کنند ولی می‌توانند در مدارس دولتی (برای مثال در دبستان‌ها، مدارس راهنمایی یا دبیرستان‌ها) مشغول به کار و حتی استخدام شوند.

۳. مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی چیست؟

امروزه برنامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی چندانی باقی نمانده است ولی همان تعدادی که باقی مانده، فرصت خوبی فراهم می‌کند تا دانشجویان پیش از ورود به مقطع دکترا، تجربهٔ خود در زمینهٔ روان‌شناسی را پیش ببرند. برنامه‌های کارشناسی ارشد از لحاظ اهداف آموزشی، متفاوت هستند. اما بسیاری از برنامه‌ها شامل واحدهای درسی کارشناسی ارشد و ارائهٔ پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد می‌باشند. این برنامه‌ها معمولاً یک تا دو ساله‌اند.

مدرک کارشناسی ارشد، نقاط قوت و ضعفی دارد. خبر خوب این است که فرصتی برای تحصیل منظم روان‌شناسی است. واحدهای درسی، در سطح تحصیلات تکمیلی است و گاهی اوقات کار تخصصی (برای مثال، آموزش روان‌شناسی بالینیِ اختصاصی) هم دارند. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، فرصتی برای آشنایی با پژوهش در روان‌شناسی است. این فرصت تحصیلی به دانشجویانی که رشتهٔ کارشناسی آنها روان‌شناسی نبوده یا احساس می‌کنند علایق‌شان هنوز به قدر کافی پرورش نیافته‌اند، خیلی کمک می‌کند.

متاسفانه برای مدرک کارشناسی ارشد، فرصت شغلی زیادی وجود ندارد. باید گوشزد کنیم که بسیاری از برنامه‌های دکترای روان‌شناسی، مدرک روان‌شناسی ارشدی می‌دهند که سرانجام به مدرک دکترا ختم می‌شود. برای مثال، در دورهٔ چهار تا شش سالهٔ آموزش دکترا، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد الزامی است و چنین مدرکی اعطا می‌شود ـ که به نوعی میانهٔ دورهٔ دکترا محسوب می‌شود. اما ماجرای کارشناسی ارشد صرف فرق دارد. بسیاری از دانشجویان دارای این مدرک می‌توانند بعداً تحصیلات خود را تا دورهٔ دکترا ادامه دهند. در برخی از برنامه‌های دورهٔ دکترا، دارندگان مدرک کارشناسی ارشد باید یک رشته الزامات آموزشی دکترا را برآورده کنند (الزاماتی مثل گذراندن برخی واحدها یا نگارش یک پایان‌نامهٔ جدید). اما برخی دیگر از برنامه‌های دورهٔ دکترا، چنین الزاماتی ندارند؛ در نتیجه امکان تکرار آموزش‌ها وجود دارد. ضعف نهایی این مدرک، هزینهٔ آموزش است. بسیاری از دانشکده‌ها برای اعطای مدرک کارشناسی ارشد، شهریه می‌گیرند. در مقابل، اکثر برنامه‌های دکترای .Ph.D روان‌شناسی از شهریه صرف‌نظر می‌کنند و کمک‌هزینهٔ تحصیلی هم می‌دهند. بنابراین، مدرک کارشناسی ارشد برای دانشجویانی که علاقه‌مند به اخذ دکترا هستند و می‌توانند در برنامه‌های .Ph.D قبول شوند، گزینهٔ عاقلانه‌ای نیست. اما این مدرک برای دیگر دانشجویان، تجربهٔ بسیار ارزشمندی خواهد بود!

۴. روان‌شناسی مشاوره

روان‌شناسی مشاوره چیست؟

شعبهٔ ۱۷ انجمن روان‌شناسی امریکا، به روان‌شناسی مشاوره اختصاص دارد. در وب‌سایت این شعبه، قسمتی برای دانشجویان وجود دارد (به نشانی http://www.div17.org/students/html) تا درباره روان‌شناسی مشاوره اطلاعات بگیرند.

در گذشته، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مشاوره از هم جدا شدند. روان‌شناسی بالینی به بیماری‌های روانی جدی، مثل اختلالات مندرج در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (یا DSM) می‌پرداخت. اما روان‌شناسی مشاوره رشته‌ای بود که به «آدم‌های بهنجار با مشکلات عادی» می‌پرداخت و خدماتی مثل مشاورهٔ شغلی می‌داد.

این جداسازی تا حدودی درست است ولی مرز روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مشاوره کم‌رنگ شده است. در هر دو رشته برای مستقل کار کردن به مدرک دکترا نیاز است. مردم نیز به متخصصان هر دو رشته، «درمانگر» یا «روان‌شناس» می‌گویند. عدهٔ کمی از مراجعان هنگام انتخاب درمانگر، این دو رشته را از هم جدا می‌کنند. بسیاری از روان‌شناسان بالینی، به مراجعانی هم که نشانه‌های مطرح در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را ندارند، خدمات مشاوره‌ای می‌دهند. روان‌شناسان مشاور هم به کسانی که ملاک‌های برخی اختلالات (مثل افسردگی، اضطراب، مصرف مواد و اختلالات خوردن) را دارند، خیلی برخورد می‌کنند.

روان‌شناسان مشاور گاهی اوقات در مراکز و دفاتر خصوصی کار می‌کنند؛ گاهی نیز در مراکز مشاوره مشغول به کار می‌شوند (برای مثال در مرکز بهداشت روان کالج؛ در درمانگاه‌های سطح اجتماع؛ یا در مراکز بهداشت روان اجتماع‌نگر). برخی از روان‌شناسان مشاور هم به عنوان استاد یا سرپرست بالینی دوره‌های تکمیلی روان‌شناسی مشاورهٔ دانشگاه کار می‌کنند. روان‌شناسان مشاور نیز می‌توانند سنجش انجام دهند و سنجش‌ها را تفسیر کنند.

اما روان‌شناسان مشاور و برنامه‌های آموزش تکمیلی مشاوره خیلی کمتر از روان‌شناسان بالینی و برنامه‌های تکمیلی روان‌شناسی بالینی به تحقیق گرایش دارند. در ضمن احتمال اینکه روان‌شناسان مشاور به عنوان استاد در گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها یا به عنوان مدرس در مقاطع کارشناسی کار کنند، کمتر است. روان‌شناسان مشاور همچنین در مقایسه با روان‌شناسان بالینی کمتر با بیماری‌های شدید روانی درگیر می‌شوند؛ بیماری‌هایی مثل اُتیسم، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اختلالاتی از این قبیل. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره روان‌شناسی مشاوره، رسالت و تاکیدهای آموزشی آن، به وب‌سایت پیش‌گفته مراجعه کنید.

آموزش‌های آن چیست؟

در روان‌شناسی مشاوره همچون روان‌شناسی بالینی باید دکترا بگیریم. برنامه‌های دکترا معمولاً ۴ تا ۶ سال طول می‌کشند، به علاوهٔ یک سال انترنی. ارائه رساله دکترا الزامی است، هرچند سطح انتظارات تحقیقاتی از رسالهٔ دکترای روان‌شناسی مشاوره پایین‌تر از سطح انتظارات تحقیقاتی از رسالهٔ دکترای روان‌شناسی بالینی است. در برنامه‌های مشاوره، دروس و واحدهای عملی بیشتری گنجانده می‌شود تا در برنامه‌های روان‌شناسی بالینی.

۵. روان‌پزشکی

همان‌طور که احتمالاً خودتان می‌دانید، رشته‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی از لحاظ بیماران و مراجعان، نوع خدماتی که می‌دهند و محیط کلی روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان، همپوشانی‌هایی دارند. اما روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان چند تفاوت مهم دارند که در اینجا به آنها اشارهٔ مختصری می‌کنیم.

نخست اینکه روان‌پزشکی یکی از تخصص‌های پزشکی است و مدرک پزشکی (M.D.)، به گذراندن دورهٔ انترنی و رزیدنتی و گاهی اوقات دستیاری نیاز دارد. اما روان‌شناسان بالینی، مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی (اعم از Ph.D. یا Psy.D.) می‌گیرند، دورهٔ انترنی می‌گذرانند و قبل از دریافت گواهینامه، یک سال هم زیر نظر روان‌شناسان بالینی مجرب، تجربهٔ بالینی کسب می‌کنند (برای مثال تحت عنوان دستیاری فوق دکترا).

دوم اینکه در روان‌پزشکی برای رفع نشانه‌های روانی عمدتاً از داروهای روانگردان استفاده می‌شود نه روش‌های روانی‌اجتماعی (مثل درمانگری)، در حالی که، روان‌شناسی بالینی، برعکس عمل می‌شود. بسیاری از روان‌پزشکان، درمانگری هم می‌کنند، هرچند رویکرد نظری آنان معمولاً با

رویکرد نظری متداول در روان‌شناسی بالینی فرق دارد. البته برخی از ایالت‌ها هم‌اکنون به روان‌شناسان بالینی، حق تجویز دارو داده‌اند، به شرط آنکه آموزش‌های تخصصی فوق دکترا ببینند. این احتمال هست که بسیاری از روان‌شناسان در دهۀ آینده در مناطقی زندگی کنند که به آنها حق تجویز دارو می‌دهند. اما آموزش‌های روان‌شناسان در زمینۀ داروها از آموزش‌های روان‌پزشکان، محدودتر خواهد بود.

سوم اینکه اکثر برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی از مدل دانشمند ـ درمانگر یا دانشمند بالینی پیروی می‌کنند. این مدل‌ها بر علم و عمل در روان‌شناسی تاکید دارند، با این فرض که این دو نوع تجربۀ تحصیلی، یکدیگر را غنی می‌کنند و برای تبدیل شخص به یک متخصص واجد صلاحیت، لازم هستند. در مقابل، مدل‌های آموزشی روان‌پزشکی معمولاً مدل دانشمند ـ درمانگر نیستند و آموزش و فعالیت‌های تحقیقاتی چندانی در آنها وجود ندارد.

۶. روان‌شناسی بالینی

مدرک .PH.D

بسیاری از صاحب‌نظران، مدرک .Ph.D روان‌شناسی بالینی را یکی از چندکاره‌ترین مدرک‌های تکمیلی می‌دانند. روان‌شناسان بالینی دارای مدرک .Ph.D می‌توانند به عنوان روان‌شناس بالینیِ درمانگر، استاد تحقیق و تدریس در دانشگاه و طرف مشورت و ناظر دیگر متخصصان سلامت روان کار کنند.

همان‌طور که پیشتر گفتیم، روان‌شناسان بالینی غالباً زیر لوای برنامه‌های دانشمند ـ درمانگر (که معمولاً به آنها «مدل بولدر» می‌گویند) آموزش می‌بینند. اما این مدل در اغلب موارد، دانشجویان را در ارزیابی گزینه‌های شغلی مقابل‌شان گیج می‌کند. در مدل دانشمند ـ درمانگر (یا در مدل «دانشمند بالینی» که قدری با این مدل فرق دارد و در زیر به آن خواهیم پرداخت)، دانشجویان طوری آموزش می‌بینند که محقق و درمانگر شوند. به عبارت دیگر، علاوه بر تخصص تحقیقاتی لازم برای اتمام پایان‌نامه و رسالۀ کارشناسی ارشد، «ساعات بالینی» زیادی را صرف سنجش و درمان در محیط‌های مختلف سازمان‌یافته و تحت نظارت می‌کنند تا مهارت‌هایشان به عنوان درمانگر افزایش یابد. برنامه‌های دکترای .Ph.D تقریباً همگی در گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌هایی اجرا می‌شود که در آنها اساتید روان‌شناسی، خودشان عمدتاً درگیر تحقیق و تدریس هستند. بنابراین، بسیاری از دانشجویان دورۀ .Ph.D روان‌شناسی بالینی در دانشکدۀ تحصیلات تکمیلی، خود را به شدت در معرض تجربه‌اندوزی در زمینۀ تحقیق حس می‌کنند و حتی ممکن است خود را تحت فشار ببینند که یک شغل تحقیقاتی پیدا کنند. در حقیقت، بسیاری از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی به آن دسته از تقاضاهایی که از علاقه‌مندی متقاضی به تحقیق خبر می‌دهد، نظر خاصی دارند.

اما اکثر فارغ‌التحصیلان دوره‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی دنبال مشاغلی می‌روند که درمانگری در آنها نقش اصلی را بازی می‌کند. همین قضیه، سوالی را دربارۀ مدرک .Ph.D روان‌شناسی بالینی پیش می‌کشد: اگر به تحقیق علاقه‌ای ندارید، آیا این بهترین گزینۀ شما است؟

پاسخ کوتاه ما آن است که نه. اما باید به این سوال جواب بلند هم بدهیم.

مدل دانشمند ـ درمانگر بر این مبنا پی‌ریزی شده که روان‌شناسان بالینی باید در دو حیطۀ علم و عمل کسب تجربه کنند. همچنین برای کسب صلاحیت در هر دو حوزه باید در هر دو زمینه تحصیل کنند. بر اساس این مدل، روان‌شناسی که نمی‌تواند نظریه‌ها و روش‌های مرتبط با عمل [و درمانگری] را نقد و بررسی کند، روان‌شناس بالینی باکفایت و صاحب صلاحیتی نخواهد بود. همچنین محققی که با مراجعان دچار آسیب روانی سر و کار مستقیم نداشته است، نمی‌تواند فرضیه‌های مناسبی را دربارۀ نشانه‌های روان‌شناختی و درمان آنها مطرح کند و بیازماید.

مشابه این حالت را در تحصیلات تکمیلی حقوق می‌بینیم. بسیاری از دانشجویان حقوق می‌گویند با دروس نظری صرف نمی‌توانیم راهبردهای لازم در دادگاه یا فنون هیئت‌منصفه‌گزینی و از این قبیل را کسب کنیم و تحصیلات تکمیلی باید طوری باشد که دانشجو بتواند «مثل یک وکیل فکر کند».

آموزش در مقطع .Ph.D معمولاً بر این اساس استوار است که دانشجویان باید یاد بگیرند «مثل یک روان‌شناس فکر کنند». منظور این است که دانشجویان باید در اجرای روش علمی، از جمله فرضیه‌سازی، ابداع روش‌های هنجاریابی‌شدهٔ لازم برای ارزیابی فرضیه‌ها و توانایی نتیجه‌گیریِ درستی که زمینه‌سازی فرضیه‌های آتی می‌شود، بسیار مسلط و راحت باشند. این مهارت‌ها نه‌تنها برای تلاش‌های تحقیقاتی، بلکه برای تعاملات درمانی ضروری هستند. مفهوم‌بندی موردها نیز به مهارت‌هایی شبیه مهارت‌های پیش‌گفته نیاز دارد و همین رویکرد است که آموزش دیدن همزمان در قالب دانشمند ـ درمانگر در تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی را ضروری می‌سازد. اما تحصیلات تکمیلی روان‌شناس بالینی، برخلاف تحصیلات تکمیلی رشتهٔ حقوق مستلزم کاربرد مستقیم آموخته‌های درسی در دنیای واقعی است. دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی در اکثر برنامه‌ها، یک سال بعد از قبولی باید مراجع‌دیدن، سنجش و درمانگری (البته تحت نظارت) را شروع کنند.

بنابراین دلیل اصرار بسیاری از برنامه‌های .Ph.D بر دانشجویانی که به تحقیق علاقه‌مندند و انتخاب این دانشجویان، این باور است که آموزشِ پژوهش کمک می‌کند دانشجویان واجد مهارت‌های تفکر انتقادی شوند که در تمام فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی مورد نیاز است.

به این ترتیب باید توجه کنیم که آموزش پژوهش، تاکید اصلی برنامهٔ تحصیلات تکمیلی است (که شامل ارائهٔ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رسالهٔ دکترا و از این قبیل می‌شود). به دانشجویانی که پژوهش را دوست ندارند، در تحصیلات تکمیلی .Ph.D روان‌شناسی بالینی خوش نمی‌گذرد. دورهٔ .Ph.D برای دانشجویانی که در شغل آیندهٔ خود جایی برای تحقیق نیست، حتی به عنوان گوشه‌ای از مسئولیت شغلی‌شان، مناسب نخواهد بود. در این مرحله از رشد حرفه‌ای باید با خودتان روراست باشید. ثبت‌نام در دورهٔ .Ph.D تاحدودی سخت است و آموزش‌های تحصیلات تکمیلی می‌تواند طاقت‌فرسا باشد. باید ببینید آیا می‌خواهید به چنین دوره‌ای و آموزش‌هایی تن بدهید.

گزینهٔ «علم بالینی» در روان‌شناسی بالینی

اگرچه اکثر برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی از مدل آموزشی بولد یا همان مدل دانشمند ـ درمانگر پیروی می‌کنند ولی شمار برنامه‌هایی که آموزش علمی فراتر از عملکرد بالینی را دنبال می‌کنند، در حال افزایش است. این برنامه‌ها همگی بر ارتقا، آموزش و انتشار روان‌شناسی بالینی به عنوان یک رشتهٔ علمی تاکید دارند. بنابراین، برنامه‌های علم بالینی، بر آموزش درمان‌های شواهدبنیاد (یعنی درمان‌هایی که شواهد زیادی در تایید اثربخشی آنها وجود دارد) تاکید دارند و فرصت بی‌نظیری برای دانشجویان فراهم می‌آورند تا آموزش فشرده و دقیقی در زمینهٔ روش‌های تحقیق ببینند. بسیاری از فلسفه‌های جنبش علم بالینی را در نوشته‌های دکتر دیک مکفال می‌بینیم که در وب‌سایت جامعهٔ علم روان‌شناسی بالینی در بخشِ دربارهٔ این جامعه به این نشانی، نوشته شده است:

http//sites.google.com/site/sscpwebsite/Home/manifesto-for-a-science-of--clinical psychology

برنامه‌های روان‌شناسی بالینی که آموزش علم بالینی را دنبال می‌کنند، جزء برنامه‌هایی هستند که تحت پوشش آکادمی علم بالینی روان‌شناختی قرار دارند؛ در صفحهٔ اعضای وب‌سایت این آکادمی به‌نشانی http://acadpsychclinicalscience.org/index.php?page=members ، فهرست این برنامه‌ها وجود دارد. دانشجوی زیرک متوجه خواهد شد که برنامه‌های تحت پوشش این آکادمی جزء مشهورترین برنامه‌های سطح کشور هستند و متقاضی آنها بیش از متقاضیان سایر برنامه‌ها است. برنامه‌های علم بالینی، فارغ‌التحصیلانی تولید می‌کند که دنبال مشاغل دانشگاهی روان‌شناسی بالینی هستند و احتمال اینکه در درمان مراجعان به درمان‌های شواهدبنیاد رو بیاورند بیشتر است.

تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بالینی

شاید هنوز مطمئن نیستید که آیا تحقیق را دوست دارید یا نه، و می‌خواهید اطلاعات بیشتری دربارهٔ فعالیت‌های تحقیقاتی ممکن در روان‌شناسی بالینی کسب کنید. در این قسمت، سه زیررشتهٔ روان‌شناسی بالینی را توضیح می‌دهیم که فرصت‌های تحقیقاتی و بالینی ویژه‌ای فراهم می‌آورند.

اکثر برنامه‌های روان‌شناسی بالینی، تجربیاتی را رقم می‌زنند که می‌توانیم آنها را در سه زیررشتهٔ روان‌شناسی بالینی کودک/ نوجوان، روان‌شناسی بالینی بزرگسال و روان‌شناسی بالینی سلامتی (یا به صورت ترکیبی، مثل، روان‌شناسی سلامت کودک) قرار دهیم. برخی برنامه‌ها «سابقه» یا «تاکید» خاصی در این زیررشته‌ها دارند و برخی از یک مدل آموزشی عمومی‌تر پیروی می‌کنند و تجربه‌هایی در دو یا چند مورد در این زیررشته‌ها در اختیارتان می‌گذارند. در قسمت زیر، هر یک از این زیررشته‌ها را به‌طور کوتاه توضیح می‌دهیم.

روان‌شناسی بالینی کودک/ نوجوان . روان‌شناسی بالینی کودک/ نوجوان در کل به آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان و اختلالات مطرح در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در میان کودکان و نوجوانان می‌پردازد. **نکته:** اگرچه بسیاری از صاحب‌نظران، از این رشته با عنوان ***روان‌شناسی بالینی کودک*** یاد می‌کنند ولی تحقیقات و کار بالینی در این حوزه معمولاً مربوط به تمام سطوح رشدی، شامل اطفال، نوباوگان، دبستانی‌ها و نوجوانان می‌باشد. روان‌شناسان بالینی کودک/ نوجوان به عنوان درمانگر، استاد دانشگاه یا در محیط‌هایی (مثل دانشگاه‌ها، مراکز پزشکی و مراکز مشاوره) که در آنها امکان تحقیق، تدریس و کار بالینی وجود دارد، مشغول کار می‌شوند.

چند نمونه از تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان . بخشی زیادی از کارهای روان‌شناسان بالینی کودک/ نوجوان را می‌توانیم ذیل مضامین کلی نشانه‌های روان‌شناختی قرار دهیم که عبارتند از :

اختلالات بیرونی‌سازی (مثل اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه)
اختلالات درونی‌سازی (مثل اضطراب، افسردگی)،
عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات رشدی نافذ (مثل اُتیسم)
بیماری روانی جدی (مثل اسکیزوفرنی دوران کودکی، اختلال دوقطبی)

درباره هر یک از این اختلالات، ادبیات قابل بررسی زیادی وجود دارد:

الف. علل و پیامدهای نشانه‌ها شامل (۱) مطالعهٔ عوامل زیست‌شناختی، شناختی و اجتماعیِ فردیِ مرتبط با نشانه‌ها؛ و (۲) مطالعهٔ عوامل خانوادگی و عوامل مرتبط با دوستان و همسالان، مدرسه، اجتماع یا عوامل فرهنگی که بر شروع، بروز، حفظ یا کاهش نشانه‌ها تاثیر می‌گذارند.
ب. درمان‌های اثربخش و تاثیرگذار (یعنی گرایش‌های مختلف نظری) از جمله عواملی که اثربخشی درمان را اصلاح می‌کنند یا درمانگر و رفتارهای خاصی در مراجع که بر نتیجهٔ درمان تاثیر می‌گذارند.
ج. راهبردهای پیشگیری
د. همزمانی اختلالات
ه. تحقیقات این حوزه بیش از پیش یافته‌های مربوط به عوامل زیست‌شناختی، عصب‌شناختی و ژنتیکی را که در تعامل با عوامل روانی‌اجتماعی، بر سیر هر اختلال تاثیر می‌گذارند، ادغام کرده است.

بد نیست از وب‌سایت *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (به نشانی www.jcap.net) یا وب‌سایت *Journal of Abnormal Child Psychology* (به‌نشانی http://www.springerlink.com/content/104756/) دیدن کنید یا به کمک PsycInfo در وب‌سایت دانشگاه‌تان، این مجله‌ها را بخوانید. به عناوین و چکیده‌های برخی از شماره‌های جدید آنها نظری بیندازید تا خیلی سریع بفهمید روان‌شناسان بالینی کودک/ نوجوان چه کارهایی انجام می‌دهند.

روان‌شناسی بالینی بزرگسال . روان‌شناسی بالینی بزرگسال مثل روان‌شناسی بالینی کودک/ نوجوان تا حد زیادی با آسیب‌شناسی روانی سر و کار دارد ولی با آسیب‌شناسی روانی افراد بالای ۱۸ سال. روان‌شناسان علاقه‌مند به کار با سالمندان هم تمرکز خاصی بر ***روان‌شناسی سالمندی*** دارند. روان‌شناسان بالینی بزرگسال، اکثریت روان‌شناسان بالینی را تشکیل می‌دهند، هرچند توزیع علاقه‌مندی به سه زیررشتهٔ

روان‌شناسی بالینی در سال‌های اخیر، بیش از پیش متوازن شده است. روان‌شناسان بالینی بزرگسال، همچون روان‌شناسان بالینی کودک/ نوجوان، در محیط‌های مختلفی (مثل محیط دانشگاه، مراکز پزشکی یا مراکز مشاوره) که امکان تحقیق، تدریس یا کار بالینی در آنها وجود دارد، کار می‌کنند.

چند نمونه از تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بالینی بزرگسال. کار روان‌شناسان بالینی بزرگسال هم به دو بخش اختلالات و تشخیص تقسیم می‌شود. شاید رایج‌ترین مضامین تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بزرگسال عبارت باشد از :

اختلالات خلقی و اضطرابی (مثل اختلال وسواس فکری ـ اجبار عملی، هراس‌ها یا افسردگی)
اختلالات (شخصیت) محور دو (مثل مرزی، خودشیفته یا ضداجتماعی)
اختلالات مصرف مواد ـ که گاهی اوقات در روان‌شناسی بالینی سلامتی هم مطرح می‌شود
اختلالات خوردن ـ که گاهی اوقات در روان‌شناسی بالینی سلامتی هم مطرح می‌شود
بیماری روانی جدی (مثل اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی

درباره هر اختلال، سه دسته ادبیات را می‌توان بررسی کرد:

الف. علل و پیامدهای نشانه‌ها شامل (۱) مطالعهٔ عوامل زیست‌شناختی، شناختی و اجتماعیِ فردیِ مرتبط با نشانه‌ها؛ و (۲) مطالعهٔ عوامل خانوادگی، اجتماعی یا فرهنگی موثر بر شروع، نمود، حفظ یا کاهش که بر نشانه‌ها تاثیر می‌گذارند.
ب. درمان‌هایی که می‌توانند به کاهش نشانه‌های بزرگسالان کمک کنند، مثل درمان انفرادی، گروهی یا زوجی.
ج. رویکردهای درمانی اثربخش و تاثیرگذار (یعنی گزارش‌های نظری مختلف)، شامل عواملی که اثربخشی درمان را اصلاح می‌کنند یا درمانگر و رفتارهای مرتبط با مراجع که بر نتیجهٔ درمان تاثیر می‌گذارند.
د. همزمانی اختلالات.
ه. تحقیق در این حوزه، یافته‌های مربوط به عوامل زیست‌شناختی، عصب‌شناختی و ژنتیکی را که در سیر اختلال، با عوامل روانی‌اجتماعی تعامل دارند، بیش از پیش یکپارچه کرده است.

مرور اجمالی فهرست *Journal of Abnormal Psychology* (به نشانی http://psycnet.apa.org/journals.abn/) یا *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (به نشانی http://www.psycnet.apa.org/journals/ccp) کمک می‌کند درک بهتری از حوزه‌های تحقیقاتی رایج روان‌شناسی بالینی بزرگسال پیدا کنید. این مجلات همچنین مقالاتی دربارهٔ روان‌شناسی بالینی کودک/ نوجوان و روان‌شناسی بالینی سلامتی دارند.

روان‌شناسی بالینی سلامتی. روان‌شناسی بالینی سلامتی نیز با آسیب‌شناسی روانی سر و کار دارد ولی تاکید خاص آن بر نشانه‌ها یا سازگاری در سلامت بدنی است. به آن دسته از روان‌شناسان بالینی سلامتی که دوست دارند با کودکان کار کنند، ***روان‌شناس طب اطفال*** می‌گویند. روان‌شناسان بالینی سلامتی، بیش از روان‌شناسان بالینی در بیمارستان‌های عمومی مشغول کار می‌شوند. اما درمانگری خصوصی و استادی دانشگاه هم انجام می‌دهند که در هر دو، امکان تحقیق و کار بالینی وجود دارد. در قسمت زیر چند نمونه از آنها را می‌خوانید.

چند نمونه از تحقیق و کار بالینی در روان‌شناسی بالینی سلامتی. بخش زیادی از کارها در روان‌شناسی بالینی سلامتی، پرداختن به سوالات زیر است:

۱. آیا مبتلایان به بیماری‌های جسمی (مثل سرطان یا اچ‌آی‌وی) یا بی‌نظمی‌های فیزیولوژیایی (مثل نابهنجاری کروموزومی)، در سازگاری روانی مشکل پیدا می‌کنند؟
۲. آیا با مداخلات روان‌شناختی می‌توانیم افراد را وادار کنیم رژیم‌های پزشکی (مثل رژیم‌های دیابت یا آسم) را رعایت کنند؟

۳. آیا با مداخلات روان‌شناختی می‌توانیم نشانه‌های بهداشتی (مثل بی‌اختیاری دفع یا درد ناشی از اقدامات پزشکی) را کم کنیم؟
۴. عوامل دخیل در انجام رفتارهایی که برای سلامتی خطرناک هستند یا به مصدومیت و آسیب‌دیدگی منتهی می‌شوند، مثل مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی و رفتارهای مرتبط با وزن، چه هستند؟
۵. سلامت روان و بدن چه رابطه‌ای دارند (رابطه‌ای مثل رابطهٔ استرس و ایمنی بدن)؟

برای آشنایی با نمونه‌های کاری این حوزه، مجلاتی مثل مجلهٔ *Health Psychology* (به نشانی http://www.apa.org/pubs/Journals/index.aspx) یا *the Journal of Pediaatric Psychology* (به نشانی http://jpepsy.oxford-Jorunals.org) را بررسی کنید.

Ph.D. در برابر Psy.D.

آخرین موضوع، وجود دو نوع مدرک دکترا در روان‌شناسی بالینی، مشاوره و مدرسه است. تمام اطلاعات قبلی دربارهٔ آموزش دکترا، درباره مدرک Ph.D. بودند. اما در آموزش دکترا، گزینهٔ دیگری هم وجود دارد. اگرچه ما متخصص این مدرک نیستیم، ولی دربارهٔ آن توضیحی کلی می‌دهیم.

مدرک Psy.D. [یا مدرک روان‌شناسی]، یک نوع دکترای جدید است که اعطای آن از چند دهه قبل، در مخالفت با مدل بولدر (یعنی مدل دانشمند ـ درمانگر) شروع شد. به بیان دقیق‌تر، طرفداران این مدرک، مدعی هستند برای مبدل شدن به یک روان‌شناس بالینی درمانگر، نیازی نیست در زمینهٔ علم آموزش ببینیم. این مدل جدید عمدتاً براثر تاکید بر کار بالینی شکل گرفت.

امروزه برنامه‌های زیادی وجود دارد که مدرک Psy.D. می‌دهند. این برنامه‌ها مثل دیگر برنامه‌های دکترا، ۴ تا ۶ سال طول می‌کشند (به علاوه یک سال انترنی). اکثر تجربه‌های آموزشی در این برنامه‌ها، ماهیت بالینی دارند و قدری هم دروس نظری دارند. در برخی از آنها باید «رسالهٔ دکترا» ارائه شود؛ هرچند نه با آن انتظار و دقتی که در برنامه‌های Ph.D. مد نظر است.

بسیاری از دانشجویان می‌پرسند آیا شأن و منزلت برنامه‌های Psy.D. از شأن و منزلت برنامه‌های Ph.D. کمتر است؟ اگرچه اظهارنظر در این مورد سخت است ولی این دو برنامه، تفاوت‌های مهمی دارند که باید به آنها توجه کنیم.

همان‌طور که گفتیم، برنامه‌های Ph.D. تقریباً به‌طور کامل در محیط‌های دانشگاهی که موسسات غیرانتفاعی هستند، ارائه می‌شوند. اما برخی از برنامه‌های Psy.D. هم در موسسات انتفاعی، مثل «دانشکده‌های حرفه‌ای روان‌شناسی» که دانشکده‌های مستقلی هستند، ارائه می‌شود. اکثر برنامه‌های Ph.D. معمولاً از دانشجویان تحصیلات تکمیلی، شهریه نمی‌گیرند و حتی کمک‌هزینه‌های تحصیلی سالیانه می‌دهند (معمولاً بین دوازده تا هجده هزار دلار)؛ در حالی که بسیاری از برنامه‌های Psy.D. از دانشجویان شهریه‌هایی بین ده تا بیست هزار دلار در سال می‌گیرند.

در حال حاضر رتبه‌بندی رسمی خاصی درباره برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی که پایا و معتبر باشد، وجود ندارد. اما تلاش‌هایی دربارهٔ مستند کردن کیفیت برنامه‌های تحصیلات تکمیلی صورت گرفته است. برای مثال، چون روان‌شناسان امریکای شمالی که خواهان گواهینامهٔ کار هستند باید امتحان هنجاریابی‌شده و استانداردی (با عنوان امتحان برنامه‌های روان‌شناسی حرفه‌ای یا EPPP) بدهند، یکی از ملاک‌های بررسی کیفیت آموزش تحصیلات تکمیلی و پذیرش در این برنامه‌ها، مقایسهٔ میانگین نمرات امتحان برنامه‌های روان‌شناسی حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان برنامه‌ها است. در وب‌سایت شبکهٔ روان‌شناسی اجتماعی به نشانی http://www.socialpychology.org/clinrank1997.htm، نتایج مقایسهٔ صورت‌گرفته در ده سال گذشته را می‌خوانید. البته در تفسیر داده‌های این وب‌سایت باید احتیاط کرد. اما روند خاصی در این داده‌ها دیده می‌شود. میانگین نمرات امتحان برنامه‌های روان‌شناسی حرفه‌ای برای برنامه‌های Psy.D. تا حد قابل توجهی از میانگین نمرات امتحانات برای برنامه‌های Ph.D. پایین‌تر است.

به‌طور کلی گزینهٔ Psy.D.، گزینه‌ای بسیار خوب برای دانشجویان علاقه‌مند به اخذ مدرک دکترای روان‌شناسی است

که دوست ندارند در جریان تحصیلات تکمیلی یا اشتغال خود، درگیر تحقیق شوند. اما درباره برنامه‌های .Psy.D باید جانب احتیاط را رعایت کنیم. در میان آنها، برنامه‌های بسیار باکیفیت هم وجود دارد (که غالباً موسسات غیرانتفاعی متولی آن هستند) و آموزش بسیار باکیفیتی ارائه می‌دهند. اما متقاضیان اگر دنبال اخذ چنین مدرکی هستند باید تکالیف خود را با دقت انجام دهند تا آموزش‌شان کیفیت لازم را داشته باشد.

هیئت مدیران دانشگاهی روان‌شناسی بالینی (CUDCP) برای دانشجویان علاقه‌مند به روان‌شناسی بالینی، دستورالعمل‌هایی تهیه کرده است. این دستورالعمل‌ها در وب‌سایت این هیئت، ذیل عنوان آموزش تکمیلی (Graduate Training) به نشانی http://cudcp.us/files/Reports/CUDCP_2011_Psy_Grad_Scholl_Fact_sheet.pdf درج شده است.

کجا و چه موقع ثبت‌نام کنیم

امیدواریم درباره شغلی که خواهان آن هستید و برنامه‌های مختلف تحصیلات تکمیلی، بینش پیدا کرده باشید. ممکن است سوال کنید که آیا می‌توانم در بیش از یک برنامه ثبت‌نام کنم.

در یک کلام باید بگوییم بله. ثبت‌نام در برنامه‌های مختلف، امر متداولی است. با توجه به پایین بودن میزان پذیرش در برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی، داوطلبان گاهی اوقات در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی رشته‌های مربوطه ثبت‌نام می‌کنند.

برخی داوطلبان در سال آخر کالج، در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی ثبت‌نام می‌کنند. اما عدهٔ زیادی از داوطلبان، یک تا سه سال صبر می‌کنند و در این مدت به عنوان دستیار تحقیق یا در مسندی در همین رابطه، بعد از دورهٔ کارشناسی، مشغول می‌شوند. هیچ یک از این گزینه‌ها به تنهایی نمی‌توانند نتیجهٔ ثبت‌نام را رقم بزنند؛ اما دستیاری تحقیق «بعد از اخذ مدرک کارشناسی» می‌تواند تجربهٔ مورد نیاز را تامین کند. فاصله‌گرفتن از دانشکده، جدای از کارنامه‌سازی، می‌تواند یک تصمیم‌گیری شخصی باشد که مبنای آن، آمادگی شما است. در این قسمت، برخی نقاط قوت و ضعف این تصمیم را توضیح می‌دهیم.

فاصله گرفتن از دانشکده: نقاط قوت

- دانشجوی تحصیلات تکمیلی بودن، با دانشجوی کارشناسی بودن خیلی فرق دارد و برای بسیاری سخت است که به فاصلهٔ یک تابستان، این انتقال صورت گیرد. در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی، خوب درس خواندن برای امتحان و بالا نگهداشتن نمرات کلاسی کافی نیست. در برنامهٔ دکترا، با اساتید همچون همکار کار می‌کنید. همچنین باید طرح‌های بزرگ را سازماندهی کنید و پیش ببرید. این وظایف را هم باید همپای کارهای درسی خود پیش ببرید. باید در کلاس‌هایی که چند دانشجو بیشتر ندارند، مشارکت فعال داشته باشید. در بسیاری از برنامه‌های روان‌شناسی بالینی، تقریباً از همان آغاز آموزش‌ها (شاید در انتهای سال اول)، سنجش و درمان مراجعان واقعی را شروع خواهید کرد.
- ثبت‌نام در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی و همزمان، ایجاد تعادل بین کارهای درسی دورهٔ کالج و احتمالاً ارائه پایان‌نامه افتخاری سال آخر کالج می‌تواند دشوار و چالش‌انگیز باشد. اما ثبت‌نام کردن وقتی متقاضی وارد دانشکده نشده است (به‌ویژه اگر روزی «۵ تا ۹» ساعت کار می‌کند)، وقت بیشتری برای تکمیل ثبت‌نام‌ها و درخواست‌ها می‌گذارد.
- گاهی اوقات قبولی در یک دانشکدهٔ خوب روان‌شناسی بالینی، به‌ویژه اگر در دورهٔ کارشناسی آموزش چندانی در زمینهٔ تحقیق ندیده‌اید، در گرو کار در آزمایشگاه روان‌شناسی است.
- کار در آزمایشگاه روان‌شناسی یا سازمانی مرتبط، بعد از اتمام دورهٔ کالج می‌تواند علایق تحقیقاتی شما را متبلور سازد، به شما بفهماند از تحصیلات تکمیلی چه می‌خواهید و دریابید کدام نوع برنامهٔ تحصیلات تکمیلی برای شما بهتر است.
- ثبت‌نام در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی، بعد از اتمام دروس مقطع کارشناسی و طرح‌های این دوره، به متقاضیان اجازه می‌دهد پایان‌نامهٔ افتخاری دورهٔ کارشناسی خود را (به زبان خویش و در جریان مصاحبه) به بحث گذارند.

- داشتن شغل تمام‌وقت، قبل از ورود به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، به متقاضیان کمک می‌کند پول کافی برای تحصیلات تکمیلی را پس‌انداز کنند.
- ورود به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، بلافاصله پس از «اتمام دورهٔ کالج»، فکر خوبی نیست. در کل زیاد مهم نیست که در ۲۸ سالگی یا ۳۰ سالگی دکترا بگیرید و اگر هدف‌تان در تحصیلات تکمیلی، صرفاً به پایان رساندن این تحصیلات باشد، دانشجوی تحصیلات تکمیلیِ شادی نخواهید بود.

فاصله گرفتن از دانشکده: نقاط ضعف

- برخی دوست ندارند سرعت‌شان کم شود: آنها آماده‌اند وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شوند و دوست ندارند بین دورهٔ کارشناسی و تحصیلات تکمیلی آنان وقفه بیفتد.
- پیدا کردن شغلی مرتبط با روان‌شناسی در یکی دو سالی که بین دورهٔ کالج و تحصیلات تکمیلی وقفه می‌افتد، چالش‌انگیز و پراسترس است.
- اگر در حالی که تحصیلات خود در کالج را می‌گذرانید، برای تحصیلات تکمیلی ثبت‌نام کنید، می‌توانید درباره دانشکدهٔ مناسب، کار روی اظهاریهٔ شخصی و پر کردن درخواست‌ها، با استادها و دانشجویان تحصیلات تکمیلی مشورت کنید.
- اگر وقتی در کالج هستید برای تحصیلات تکمیلی ثبت‌نام کنید، می‌توانید توصیه نامه‌ها را خودتان توزیع کنید، خودتان کارنامه‌ها و ریز نمرات را جمع کنید و شاید حتی برای کمک گرفتن جهت نوشتن اظهاریهٔ شخصی از مرکز نگارش کالج دیدن کنید و به تمامی امکانات دانشکده دسترسی پیدا کنید.
- اگر بین دورهٔ دانشجویی شما وقفه نیفتد، می‌توانید وام‌های دانشجویی خود را دیرتر پرداخت کنید.
- اگر از کالج یک‌راست به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی بروید، آن را راحت‌تر تمام خواهید کرد؛ اگر در ۲۲ سالگی از کالج فارغ‌التحصیل شوید، در ۲۷ سالگی مدرک دکترا (Ph.D.) خواهید داشت. این برای بسیاری از آدم‌ها خیلی جالب است.

پیش از ثبت‌نام: ارتقای درخواست

چند سال قبل از ثبت‌نام در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی می‌توانید تجربه‌هایی کسب کنید که بر اعتبار شما می‌افزایند. در قسمت بعد، دو مورد از این تجربه‌ها را توضیح می‌دهیم: تجربه‌اندوزی تحقیقاتی و تجربه‌اندوزی بالینی.

تجربه‌اندوزی تحقیقاتی. شاید مهم‌ترین کاری که برای بالا بردن احتمال پذیرش‌تان در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی می‌توانید انجام دهید، کسب تجربه در زمینهٔ تحقیق باشد. اما دقت داشته باشید که تجارب تحقیقاتی می‌توانند متنوع باشند. به عنوان دانشجوی کارشناسی می‌توانید در آزمایشگاه‌های اعضای هیئت علمی کار کنید و کارهای تحقیقاتی مختلفی انجام دهید. دستیاری در زمینهٔ وارد کردن داده‌ها، تحقیق کتابخانه‌ای، کدگذاری داده‌ها و جمع‌آوری داده‌ها ـ که می‌تواند شامل تعامل با شرکت‌کنندگان در تحقیق یا دیگر کارهای مختص تحقیق مورد علاقهٔ آنان باشد (کارهایی مثل برنامه‌ریزی رایانه‌ای، تولید مطالب یا محرک‌های مطالعاتی، تحلیل آماری) ـ برای دانشجویان کارشناسی کاملاً عادی است.

بهترین تجربهٔ تحقیقاتی چیست؟ هیچ تجربه‌ای لزوماً از تجربهٔ دیگر بهتر نیست (هرچند برخی از آنها کسالت‌آورند). مهم‌تر اینکه تجربهٔ تحقیقاتی به تحقق سه هدف کمک می‌کند. نخست اینکه در معرض فرایند تحقیق قرار می‌گیرید تا بفهمید آیا از تحقیق لذت می‌برید و آن را دوست دارید. بی‌شک خواهید دید که تحقیق، زمان‌بر و عملی، و بسیار مشروع و موشکافانه است که روشن شدن نتایجش ماه‌ها و گاهی اوقات سال‌ها طول می‌کشد. تحقیق در عین حال نشاط‌آور است و اجازه می‌دهد نظریات مهم را بررسی کنید، آنها را به دقت بیازمایید و نتایج حاصل را در کنفرانس‌ها و مکتوبات، برای روان‌شناسان دنیا منتشر کنید! اما تحقیق، مطلوب همه نیست و تجربه کردن آن کمک خواهد کرد بفهمید آیا دوست دارید بقیه عمرتان را صرف این عمل کنید یا نه. اگر حتی از یک جنبهٔ تحقیق بدتان بیاید، سخت است تاب و توان لازم برای انجام مستقل طرح‌های تحقیقاتی دورهٔ تحصیلات تکمیلی را داشته باشید.

هدف دوم تجربه‌اندوزی تحقیقاتی، پی بردن به نوع سوالات تحقیقاتی خوشایند برای شما است. دستیاری در تحقیق

مربوط به‌افسردگی دختران نوجوان کمک می‌کند بفهمید برای مثال از کار کردن با نوجوانان، مسائل جنسیتی یا بررسی اختلالات درونی‌سازی لذت می‌برید یا نه. درگیر شدن در تحقیق راجع به متغیرهای فرایندی درمان که باعث افزایش اثربخشی درمان رفتاری بیرونی‌سازی نشانه‌ها می‌شوند، در فهم پرسش‌های تحقیقاتی کاربردی یا افزایش تمایل‌تان به مطالعهٔ پیش‌درآمدهایی که می‌توانند شروع رفتارهای مقابله‌ای را پیش‌بینی کنند، به شما کمک خواهد کرد. مهم آن است که هنگام ثبت‌نام در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی، به نوع تحقیقی که دوست دارید انجام دهید، توجه کنید.

سومین و شاید مهم‌ترین هدف این است که تجربه‌اندوزی تحقیقاتی، سواد شما درباره سوالات علمی تحت بررسی را بالا می‌برد. دانشجویان زیادی در مقطع کارشناسی، با تجربه‌اندوزی تحقیقاتی، مهارت‌های اختصاصی خود را بالا می‌برند (که بی‌شک خیلی مهم است!) ولی درک جامعی از موضوع تحقیق و علت اجرای آن پیدا نمی‌کنند.

اما ایفای سهم علمی در طرح تحقیقاتی می‌تواند عمل دشوار و رعب‌آوری باشد. برخی از دانشجویان دوست ندارند در نشست‌ها و ملاقات‌های آزمایشگاهی، که حضار آنها عمدتاً دانشجویان مقاطع تکمیلی، فوق دکترا و اعضای هیئت علمی هستند، اظهارنظر کنند. همچنین جلسه گذاشتن برای طرح نظرات و دیدگاه‌های خود نیز قدری چالش‌انگیز است. ما مؤکداً توصیه می‌کنیم این کار را انجام دهید ولی برای حداکثر بهره‌برداری از تجربهٔ تحقیقاتی‌تان. نقطهٔ شروع خوب، درخواست مقالاتی است که باعث می‌شوند دربارهٔ موضوع تحقیق کمی مطالعه کنید. سپس چند ساعتی در PsycInfo دنبال مقالات مرتبط با موضوع تحقیق‌تان بگردید تا با نظر سایر محققان درباره آن موضوع آشنا شوید. آنگاه در بحث و نشست آزمایشگاهی، دربارهٔ آن سوالاتی بپرسید و اظهارنظر کنید. لزومی ندارد نظرات‌تان انقلابی باشند، فقط لازم است درک شما از آنچه می‌گذرد را نشان دهد و از علاقه و کنجکاوی شما خبر دهد. به عنوان مثال، ممکن است دوست داشته باشید بدانید: «چرا متغیر الف را این‌طور اندازه می‌گیریم؟» «آیا چیزی که در این مقاله خوانده‌ام، به نظریهٔ ب ربط دارد؟» «آیا بررسی ج، به فهم بهتر موضوع کمک خواهد کرد؟»

تجربه‌اندوزی تحقیقاتی کمک می‌کند «مثل یک دانشمند» فکر کنید و حتی اگر نقش شما واردکردن داده‌ها است هم سوالی درباره موضوع تحقیق مورد نظر در ذهن‌تان شکل بگیرد (برای مثال ممکن است به خودتان بگویید «همه به این ماده، نمره ۱ داده‌اند؛ شاید آن را خوب نمی‌سنجیم»). در ضمن، نمایش این توانایی‌تان برای اعضای هیئت علمی و سرپرست‌تان، در نگارش توصیه‌نامه‌ای که قرار است برای دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی بفرستند، بی‌تاثیر نخواهد بود.

همان‌طور که گفتیم، قبولی در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی، با رقابت شدیدی توام است. داوطلبان موفق، اکنون تجربهٔ تحقیقاتی زیادی کسب کرده‌اند. به جز کار داوطلبانه در آزمایشگاه‌های روان‌شناسی و گذراندن یک ترم در این زمینه، دیگر گزینه‌ها برای تجربه‌اندوزی در زمینهٔ تحقیق عبارتند از: ارائه پایان‌نامهٔ داوطلبانه یا دستیاری تحقیق تمام‌وقت به مدت یک تا دو سال پس از اتمام دورهٔ کارشناسی. پایان‌نامهٔ داوطلبانه، فرصت بی‌نظیری برای کسب تجربه در زمینهٔ تحقیق است؛ چنین پایان‌نامه‌ای با آشنا ساختن شما با فرضیه‌پروری و فرضیه‌آزمایی کمک می‌کند واجد مهارت‌های تحقیقاتی شوید و مهارت‌تان در این زمینه را به نمایش گذارید. این پایان‌نامه همچنین کمک می‌کند با اعضای هیئت علمی تماس زیادی برقرار کنید و از آنها در زمینهٔ پایان‌نامهٔ خود راهنمایی بگیرید و بعداً دربارهٔ شما توصیه‌نامه بنویسند. دستیاری تمام‌وقت تحقیق نیز یک فرصت بی‌نظیر است. در این دستیاری، در رابطه با روش‌های لازم برای اجرای تحقیق، کار با اعضای هیئت علمی و نظارت بر داوطلبان مقطع کارشناسی، دانش و مهارت سطح بالایی کسب خواهید کرد. اگرچه پایان‌نامهٔ داوطلبانه و دستیاری تحقیق، جزء شروط *ضروری* ورود به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی نیست ولی بسیاری از داوطلبان موفق برنامه‌های رده بالای .Ph.D، یکی از این دو شرط یا تجربه را دارند.

تجربه‌اندوزی بالینی. بسیاری از دانشجویان می‌پرسند آیا برای قبولی در برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی، مشاوره یا

مدرسه، باید تجربهٔ بالینی داشته باشند. جواب کوتاه این سوال از نظر ما، نه است.

تجربهٔ بالینی، شما را با نشانه‌های روان‌شناختی آشنا می‌کند. به همین دلیل، تجربهٔ خوبی است و جا دارد قبل از ورود به حرفهٔ روان‌شناسی بالینی، آن را کسب کنید. تجربه‌اندوزی در این زمینه همچنین کمک می‌کند با افراد در سنین مختلف و موقعیت‌های متفاوت، رابطهٔ توام با تفاهم برقرار کنید. برخی از تجربه‌های بالینی در مراکز درمانی رده بالا (یا در اردوگاه‌های تحقیقاتی/درمانی تابستانیِ ویژهٔ کودکان و نوجوانانِ دچار آسیب روانی) کسب می‌شوند و جزء تجربه‌های عالی به حساب می‌آیند.

اما چون در این مراکز، نقش روان‌شناس بالینی واقعی را بازی نمی‌کنید، مهارت‌هایی که کسب می‌کنید الزاماً احتمال پذیرش درخواست‌تان را بالا نمی‌برند. به عبارت دیگر، چیزهایی را که در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی باید دربارهٔ کار بالینی بدانید، یاد خواهید گرفت. بنابراین، تجربه‌های مورد نظر، تخصص شما را نشان نمی‌دهند. اگر معتقدید این تجربه در تعیین علایق و انتخاب شغل به شما کمک خواهد کرد، پس تجربهٔ بسیار ارزشمندی خواهد بود. اگر تصمیم گرفته‌اید در برنامه‌های .Ph.D بالینی ثبت‌نام کنید و بین تجربه‌اندوزی در زمینهٔ تحقیق و کار بالینی گیر کرده‌اید، تحقیق و تحقیق و تحقیق را انتخاب کنید.

ثبت نام در برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی

جدول ۱، زمان‌بندی کارهای لازم برای ثبت‌نام در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی را نشان می‌دهد. در این قسمت، ملاحظات مربوط به چند مورد از این مراحل را توضیح می‌دهیم.

انتخاب دانشکده‌ها و اساتید

دربارهٔ اکثر برنامه‌های تکمیلی روان‌شناسی، با مشاور تحقیقات اولیه کار خواهید کرد و درگیر طرح‌های تحقیقاتی مختلف آزمایشگاه او خواهید شد. در اکثر موارد، جور بودن شما و این مشاور، حتی از خصوصیات کلی برنامهٔ تحصیلات تکمیلی مهم‌تر است. این مهم است که تحقیقات او، شما را به وجد آورد چون قرار است ۴ تا ۶ سال روی تحقیقات او کار کنید. یادتان باشد اگر در حوزهٔ تخصصی مشاور آینده‌تان، تجربهٔ تحقیقاتی ندارید، در اظهاریهٔ شخصی خود توضیح دهید که علایق‌تان چطور باعث شد کار با این شخص را انتخاب کنید و چرا فکر می‌کنید برای آزمایشگاه او مناسب هستید.

این معرف مشکل کلی شما در رابطه با نحوهٔ انتخاب برنامه‌های تحصیلات تکمیلی است. احتمالاً می‌دانید که در مرحلهٔ بعدی، تجربهٔ شما در رابطه با دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی، بر اساس شهرت استاد و ثمربخش بودن شما هنگام همکاری با او ارزیابی می‌شود نه بر اساس شهرت برنامهٔ .Ph.D مورد نظرتان. این تجربه با تجربهٔ ثبت‌نام در دورهٔ کارشناسی فرق دارد که می‌توان آن را بر مبنای رتبه‌بندی شهرت دانشگاه‌ها مورد بحث (که برای مثال در مجلات ***US News*** و ***World Report*** منتشر می‌شود) قرار داد. یادتان باشد که این رتبه‌بندی‌ها دربارهٔ برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی خیلی موثق و پایا نیستند (این رتبه‌بندی‌ها در بهترین حالت می‌توانند برای شناسایی چارک بالایی، چارک دوم و الی آخر برنامه‌ها مورد استفاده قرار گیرند اما این رتبه‌بندی‌ها تا حدی دلبخواهی هستند). برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی گاهی اوقات در دانشگاهی ارائه می‌شود که شهرت زیادی در آموزش کارشناسی دارند و گاهی در دانشگاه‌های مشهور ارائه نمی‌شوند. همچنین گاهی اوقات بهترین مشاوری که می‌توانید در فلان زمینهٔ تحقیقاتی با او همکاری کنید، در برنامهٔ تکمیلی خاصی مشغول به کار است که کیفیت بالایی ندارد. بنابراین، ثبت‌نام شما می‌تواند علاقه‌مندی شما به برنامه، استاد راهنما یا هر دو را نشان بدهد. اظهاریه شخصی شما باید این علایق‌تان را نشان دهد.

با جست‌وجوی اینترنتی می‌توانید اطلاعات زیادی در مورد استاد راهنما و مشاور آتی خود به دست آورید. در اینجا به برخی نکاتی که باید هنگام تصمیم‌گیری دربارهٔ کار با فلان استاد روان‌شناسی در نظر بگیرید، اشاره می‌کنیم.

- چقدر مکتوبات دارد؟ اگر مکتوباتش زیاد است، احتمال اینکه شما هم در جریان تحصیلات تکمیلی بتوانید در کنار او صاحب مکتوبات شوید، بالا خواهد بود.

■ آیا مکتوباتش در مجلات خوبی منتشر شده‌اند؟ (برای پی بردن به این موضوع می‌توانید نظر یکی از دانشجویان یا اساتید تحصیلات تکمیلی را جویا شوید.) هنگام ارزیابی مولد بودن تحقیقات شما در آینده، به کمیّت و کیفیت مکتوبات توجه می‌کنند.

جدول ۱: کارهایی که باید در هر ماه برای مدیریت موفق ثبت‌نام در تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی انجام داد

پیش از ماه آگوستِ سالی که قرار است در آن ثبت‌نام کنید

- تجربه‌اندوزی در زمینهٔ تحقیق
- انتخاب نوع برنامه‌ای که قصد ثبت‌نام در آن را دارید
- آمادگی برای امتحان تحصیلات تکمیلی (GRE) و شرکت در آن
- ارسال ریزنمرات برای دانشکده‌هایی که بیشترین علاقه را به آنها دارید
- پیگیری دانشکده‌هایی که نمرات‌تان را برای آنها می‌فرستید؛ برخی از دانشکده‌ها ممکن است نمرات آزمون عمومی و روان‌شناسی شما را دریافت نکرده باشند و بنابراین مجبور شوید نمرات‌تان را دوباره بفرستید
- (در صورت لزوم) برای امتحان تحصیلات تکمیلی (GRE) روان‌شناسی هم خودتان‌را آماده کنید و در آن شرکت کنید.
- نمرات‌تان را برای دانشکده‌هایی که بیشترین علاقه را به آنها دارید، بفرستید
- (مطابق توضیحات بالا) دانشکده‌هایی که نمرات‌تان را برای آنها فرستاده‌اید، پیگیری کنید

آگوست

- دانشکده‌ها و مشاوران تحقیقاتی
- خواندن اظهاریه‌های شخصی نمونه
- تهیهٔ نسخه‌ای از کارهایی که کرده‌اید
- نظرخواهی از اساتید، مرکز شغلی دانشگاه و غیره

سپتامبر

- اگر اساتید و مشاوران مورد نظرتان روی وب‌سایت‌شان اعلام نکرده‌اند، تماس گرفتن با آنها و پرسیدن اینکه آیا نمی‌خواهند دانشجو بگیرند
- نهایی کردن فهرست دانشکده‌هایی که قصد ثبت‌نام در آنها را دارید
- سامان دادن درخواست‌های‌تان
- به دست آوردن و دسته‌بندی نسخه‌های کاغذی مفاد درخواست‌ها
- درخواست از اساتید دانشگاه‌تان برای نوشتن توصیه‌نامه
- تهیهٔ نسخه‌ای از کارهای‌تان، فهرست دانشکده‌ها و مهلت‌ها
- پرس و جو دربارهٔ سلایق نویسندگان توصیه‌نامه‌ها (برای مثال، اینکه آیا دوست دارند مطالب را به صورت online [یا اینترنتی] ارسال کنند یا از طریق نامه؛ و اینکه دوست دارند چه موقع برای آنها نامهٔ الکترونیکی یادآوری بفرستید)
- اگر به جای نامه‌های اینترنتی، نامهٔ کاغذی می‌فرستید، نامه‌های‌تان از قبل تمبر و نشانی خورده باشند و مطمئن شوید نامهٔ شما به کدام دانشگاه می‌رود
- با دیگران همفکری کنید و نسخهٔ اولیهٔ اظهاریهٔ شخصی خود را بنویسید

اکتبر

- بازخورد استادان خود دربارهٔ پیش‌نویس اظهاریه شخصی‌تان را بگیرید
- ریزنمرات امتحان تحصیلات تکمیلی (GRE) را سفارش دهید
- ریزنمرات را سفارش دهید
- پیش‌نویس انشاءهای تکمیلی را تهیه کنید
- پر کردن فرم‌های اینترنتی ثبت‌نام را شروع کنید

نوامبر

- پیش‌نویس نهایی اظهاریهٔ شخصی و انشاءهای تکمیلی
- پر کردن فرم‌های ثبت‌نام برای تمام دانشکده‌هایی که ثبت‌نام در آنها تا اول دسامبر مهلت داده‌اند.
- اگر فرم‌ها را پست می‌کنید، آنها را چند هفته قبل ارسال کنید
- مطمئن شوید تمام مطالب دریافت شده‌اند
- وضعیت توصیه‌نامه‌ها را از توصیه‌کنندگان جویا شوید
- آخرین فرصت شرکت در امتحان تحصیلات تکمیلی (GRE)
- سفارش دادن بقیهٔ ریزنمرات امتحان تحصیلات تکمیلی

دسامبر

- پر کردن فرم‌های ثبت‌نام برای بقیهٔ دانشکده‌ها (در صورت ارسال فرم‌ها از طریق پست، آنها را چند هفته قبل بفرستید)
- مطمئن شوید که تمام موارد و مطالب دریافت شده‌اند
- تقدیر از تمام کسانی که در ثبت‌نام به شما کمک کرده‌اند
- نفس راحت کشیدن و لذت بردن از تعطیلات!

ژانویه، فوریه، مارس

- دریافت پیشنهادهای مصاحبه (اعم از مصاحبه‌های تلفنی و حضوری)

- آماده شدن جهت مصاحبه:
  - سر زدن به مشاوران احتمالی
  - تهیهٔ فهرست سوالاتی که می‌خواهید از مشاوران و دانشجویان فعلی تحصیلات تکمیلی بپرسید
- مراجعه برای مصاحبه:
  - حرفه‌ای لباس پوشیدن
  - زیاد سوال کردن
  - برخورد مؤدبانه با هر کسی که با او مقالات می‌کنید

فوریه، مارس، آوریل

- قدردانی از کسانی که با شما مصاحبه کرده‌اند و تکرار علاقه‌مندی‌تان به آن برنامه
- شنیدن اخبار از دانشکده‌ها بعد از مصاحبه
- در صورتِ داشتنِ چند پیشنهاد، کم کردن هرچه سریع‌تر آنها

آوریل

- تصمیم‌گیری [نهایی]!

- آیا دانشجویان مقطع تحصیلات تکمیلی که در آزمایشگاه این شخص کار می‌کنند هم مکتوبات دارند؟
- استادیار، دانشیار یا استاد تمام است؟ آدم‌ها دربارهٔ اینکه بهتر است با یک استاد جوان کار کنند یا با یک استاد رسمی، اختلاف نظر دارند. استادیاران باید تحقیقات باکیفیت و مکتوبات باکیفیت ارائه دهند تا استاد رسمی شوند که این احتمالاً به نفع مولد بودن و کارنامهٔ دانشجوی تحصیلات تکمیلی تمام می‌شود. از طرف دیگر، استادیاران در مقایسه با استادان رسمی از ثبات شغلی و روابط کمتری در حوزهٔ خود برخوردارند و انرژی کمتری دارند تا روی مشاغل دانشجویان تحصیلات تکمیلی تمرکز کنند، در حالی که استادان رسمی درگیر ساختن کارراههٔ خود و دست و پاکردن شهرت نیستند. عامل دیگری که باید در نظر گرفت این است که اعضای خیلی ارشد هیئت علمی به اندازهٔ سابق درگیر طرح‌های تحقیقاتی جدید نمی‌شوند.

در ارزیابی کیفیت برنامه‌های .Ph.D روان‌شناسی بالینی، به آمارهای برنامه‌ها در وب‌سایت‌ها توجه کنید. همهٔ برنامه‌های دکترای روان‌شناسی مورد تایید انجمن روان‌شناسی امریکا (یعنی برنامه‌های دکترای بالینی، مشاوره و مدرسه) باید آمارهایی مثل نمرات امتحان تحصیلات تکمیلی و نمرات کلاسی، میزان قبولی و میانگین زمانی راکه دانشجویان باید طی کنند تا برنامه را به پایان رسانند، ارائه دهند. مراقب برنامه‌هایی باشید که میزان به اتمام رساندن آنها بالا نیست؛ این می‌تواند علامت آن باشد که بسیاری از دانشجویان نمی‌توانند آن برنامه را به پایان برسانند. یک آمارهٔ نه‌چندان معروف ولی بسیار آگاهی‌بخش هم میزان جور بودن است ـ یعنی درصد دانشجویانی که بعد از تکمیل واحدهای درسی و پایان‌نامهٔ خود، در یکی از مراکز انترنی برتر قرار گرفته‌اند. میانگین میزان جور بودن (۵ساله) اکثر برنامه‌های باکیفیت، حداقل ۷۵ درصد است.

امتحان تحصیلات تکمیلی عمومی

نمرات امتحان تحصیلات تکمیلی، شاخص مهم موفقیت در دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی است. مثل نمرات کلاسی، هرچه نمرهٔ امتحان تحصیلات تکمیلی بالاتر باشد، بهتر است. این اواخر، شکل و نحوهٔ نمره‌گذاری امتحان تحصیلات تکمیلی عمومی عوض شده است. در نتیجه، نمرات صدکی، دقیق‌تر از نمرات استاندارد، ارزیابی می‌شوند. وب‌سایت‌های پیش‌گفته شامل داده‌هایی درباره میانگین‌ها و دامنه‌های نمرات امتحان تحصیلات تکمیلی دانشجویان پذیرفته شده است. همچنین، انجمن روان‌شناسی امریکا، کتابی تحت عنوان ***تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی*** [یا Graduate Study in Psychology] دارد که دربارهٔ هر برنامه و ملاک‌های پذیرش در آن، اطلاعات و داده‌های مورد نیاز را می‌دهد. می‌توانید آخرین ویراست آن را در وب‌سایت انجمن روان‌شناسی امریکا به نشانی http://www.apa.org/pubs پیداکنید. به نظر ما اکثر داوطلبان موفق در عمل، در هر قسمت نمره‌ای بالای صدک هفتاد و پنجم می‌آورند؛ اما وقتی محدودیت‌های فرهنگی و زبانی امتحان تحصیلات تکمیلی را در نظر می‌گیریم، ***انحراف معنادار*** در این نمرات مجاز می‌شود. هرچه در برنامهٔ مورد نظر، رقابت شدیدتر باشد (یعنی هرچه نسبت داوطلبان پذیرفته‌شده به کل داوطلبان کوچک‌تر باشد)، نمرهٔ امتحان تحصیلات تکمیلی برای قبولی باید بالاتر باشد.

امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی

امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی، قبلاً اهمیت چندانی در اکثر برنامه‌های دکترای روان‌شناسی نداشت. اما از وقتی از این امتحان برای برآورده کردن قابلیت‌های لازم توالی آموزش دکترای روان‌شناسی بالینی، مشاوره و مدرسه مورد استفاده شد، اوضاع هم عوض شد. در ضمن، برخی از برنامه‌های دکترا هستند که در جریان پذیرش دانشجو، به امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی خیلی اهمیت می‌دهند.

امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی، با امتحان تحصیلات تکمیلی عمومی فرق دارد. در این امتحان، دانش شما دربارهٔ شاخه‌ها و رشته‌های فرعی روان‌شناسی بررسی می‌شود. راهبردها و «شگردهای» ممکن برای این امتحان، چندان زیاد نیست؛ صرفاً باید مطالب مورد نظر این امتحان را بدانید. اگر رشتهٔ شما روان‌شناسی است، قبلاً آنها را خوانده‌اید و فقط باید آنها را مرور کنید. در این مرور، گاهی اوقات به حوزه‌هایی برمی‌خورید که آشنایی چندانی با آنها ندارید. اما اگر رشتهٔ اصلی شما روان‌شناسی نیست، نمرهٔ شما در این امتحان از نمرهٔ آن برای کسانی که رشتهٔ اصلی آنها روان‌شناسی بوده، مهم‌تر خواهد بود؛ نمرهٔ امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی کسانی که رشتهٔ اصلی آنها روان‌شناسی نیست، به کمیته‌های پذیرش دانشجو نشان می‌دهد دانش روان‌شناسی لازم را که باید در کالج کسب کرده باشید، دارید یا نه.

تماس با اساتید بالقوه

با اختراع پست الکترونیک [یا همان e-mail]، مکاتبه با استادان بالقوه برای کار در آزمایشگاه‌شان در طول سال جاری یا به‌طور کلی ابراز علاقه‌مندی به تحصیلات تکمیلی، در بین متقاضیان رایج‌تر شده است.

اما باید یادمان باشد که برخی از این اساتید در ماه‌هایی که ثبت‌نام در تحصیلات تکمیلی در آنها به اوج می‌رسد، نامه‌های الکترونیک زیادی از داوطلبان دریافت می‌کنند. بنابراین وقتی در انتظار جواب اعضای هیئت علمی هستید، باید صبر کنید و گذشت داشته باشید. در ضمن از آنجاکه جواب برخی از سوالات شما ممکن است در اینترنت وجود داشته باشد، جا دارد اطلاعات وب‌سایت‌های برنامه‌ها و اعضای هیئت علمی را به دقت بخوانید. اکثر اعضای هیئت علمی از جواب دادن به سوالات شما و نامه‌نگاری با شما در صورت امکان، خوشحال می‌شوند. اما مراقب باشید که این نوع نامه‌نگاری‌ها الزامی نیست و نقش چندانی در سرنوشت پذیرش شما بازی نمی‌کند.

اگر برای اساتید، نامهٔ الکترونیک می‌فرستید از حرفه‌ای بودن محتوای نامه‌های‌تان مطمئن شوید، نامه‌های طولانی نفرستید، غلط تایپی نداشته باشید و سوالاتی را که جواب آنها در وب‌سایت برنامه است، مطرح نکنید.

اگر برای استاد مورد نظر نامهٔ الکترونیک فرستادید مبنی بر اینکه آیا دانشجو می‌پذیرد یا نه چون در این مورد اطلاعاتی در وب‌سایت وجود ندارد، و استاد جواب نداد، می‌توانید با دستیار اجرایی برنامه تماس بگیرید یا به کارتان ادامه دهید و ثبت‌نام کنید. بعضی از اعضای هیئت علمی تا آخر سال نمی‌دانند که می‌توانند دانشجو بپذیرند یا نه؛ آنها منتظر تامین بودجه یا مشخص شدن تعداد کل داوطلبان می‌مانند و بعد تصمیم می‌گیرند که می‌خواهند با داوطلبان مصاحبه کنند یا نه.

یادتان باشد که وقتی با دستیاران اجرایی برنامه از طریق نامه یا تلفن ارتباط برقرار می‌کنید، آنها در ابتدا همهٔ درخواست‌ها را مرور می‌کنند و دربارهٔ اینکه کدام یک را به اعضای هیئت علمی بدهند، تصمیم می‌گیرند. اگر نامهٔ الکترونیک یا گفت‌وگوی تلفنی شما با او گستاخانه یا متکبرانه باشد، مدیر برنامه احتمالاً در جریان قرار خواهد گرفت.

توصیه‌نامه‌ها

اکثر دانشکده‌ها سه توصیه‌نامه می‌خواهند. حداقل دو مورد از این توصیه‌نامه‌ها باید از طرف کسانی باشد که دکترای روان‌شناسی دارند. کسانی که از آنها درخواست می‌کنید برای شما توصیه‌نامه بفرستند باید شناخت خوبی از شما به عنوان دانشجو داشته باشند. حداقل یکی از آنها باید بتواند دربارهٔ مهارت‌ها و تجارب تحقیقاتی شما اظهارنظر کند. گاهی اوقات هم جا دارد چهار توصیه‌نامه بگیرید ولی یادتان باشد کاری نکنید که چشمان خواننده درخواست شما از فرط خستگی پُف کند و اینکه توصیه‌نامهٔ زیاد فرستادن لزوماً اعتبار شما را بیشتر نمی‌کند.

توصیه‌نامه‌ها بسیار مهم هستند، بنابراین توصیه‌کنندگان را عاقلانه انتخاب کنید. توصیه‌نامه‌ها ابزارهایی هستند که استادان به کمک آنها می‌توانند تصمیم بگیرند آیا شخص خوبی هستید که استاد بتواند شما را ۴ تا ۶ سال در آزمایشگاه تحمل کند؛ این یک تصمیم جزیی و بی‌اهمیت نیست. یک توصیه‌نامهٔ بد یا حتی معمولی می‌تواند احتمال پذیرش شما را کم کند. توصیه‌نامه‌هایی که «تشویق بی‌روح» را در خود جا داده‌اند، تاثیر چندانی بر اساتید نخواهند گذاشت؛ توصیه‌نامه‌ها باید توسط کسانی نوشته شوند که شما را خیلی خوب می‌شناسند و می‌توانند اظهارنظرهای دقیق و شورانگیزی دربارهٔ شما کنند و نقاط قوت شما به عنوان دانشجو، دستیار تحقیق و عضو آزمایشگاه را برشمرند.

بد نیست فهرست دانشکده‌هایی را که قصد ثبت‌نام در آنها را دارید، در اختیار نویسندگان توصیه‌نامه‌ها بگذارید. به فراخور نوع رابطه‌ای که با نویسندگان توصیه‌نامه‌ها دارید و اینکه چقدر آدم‌های منظمی هستند، بد نیست در آستانهٔ اتمام زمان ارسال توصیه‌نامه‌ها، برای آنها هشدار بفرستید (البته نه آن‌قدر که موجب رنجش آنها شوید!). همچنین جا دارد یک نسخه از رئوس برنامهٔ درسی یا سوابق کاری خود را به فراخور شناختی که توصیه‌نامه‌نویس‌ها از شما دارند، در اختیارشان بگذارید.

صرف‌نظر از اینکه چطور و چه موقع از یک نفر می‌خواهید برای شما توصیه‌نامه بنویسد، یادتان باشد که او در واقع به شما لطف کرده است. شما تا حد امکان باید موجبات آرامش و راحتی توصیه‌نامه‌نویسی را برای شخص مورد نظر فراهم آورید. ببینید دوست دارند مفاد توصیه‌نامه را برای آنها چگونه ارسال کنید. بسیاری از اساتید دوست دارند آن را از طریق اینترنت دریافت کنند (و بسیاری از برنامه‌ها نیز همین روش را پیشنهاد می‌کنند) ولی برخی از اساتید ترجیح می‌دهند مطالب را به روشی غیر از روش اینترنتی دریافت کنند (یعنی از طریق نگارش و نامه‌نگاری). شاید ارسال اینترنتی مطالب برای توصیه‌نامه‌نویس‌ها برای شما راحت‌تر باشد ولی باید میل و سلیقهٔ آنها را در نظر بگیرید مگر آنکه در برنامهٔ مورد نظر شما، ارسال اینترنتی *اجباری* باشد.

اظهاریهٔ شخصی

اکثر اظهاریه‌های شخصی، شکل و قالب واحدی دارند. ابتدا داستان کوتاهی درباره اینکه متقاضی چگونه به روان‌شناسی علاقه‌مند شده است. سپس توضیح کوتاهی درباره شور و شوق متقاضی برای گرفتن یک یا چند واحد روان‌شناسی. در قسمت بعد هم تجارب تحقیقاتی متقاضی. آنگاه تجربه‌های تحقیقاتی به ترتیب توضیح داده می‌شوند. درباره هر یک از تجربه‌های تحقیقاتی، عنوان و محقق اصلی در آن تحقیق مطرح می‌شود و به دنبال آن فهرست مسئولیت‌ها و تکالیف داوطلب در آن طرح تحقیقاتی می‌آید. در پایان هم پاراگرافی به بیان کوتاه علایق تحقیقاتی، علایق شغلی، تمجید از برنامهٔ تکمیلی مورد نظر و شاید نام بردن از یکی دو استاد خاص اختصاص می‌یابد.

این نوع اظهاریه‌های شخصی، خوب هستند. در این اظهاریه‌های شخصی، اهداف اصلی نگارش یک اظهاریهٔ شخصی برآورده می‌شود. در واقع در اظهاریه‌های شخصی باید تجربه‌های تحقیقاتی به وضوح بیان شود، شور و شوق داوطلب برای فلان جنبهٔ برنامهٔ تکمیلی مورد نظر و جور بودن وی با آن برنامه، مطرح گردد و اهداف تحقیقاتی و شغلی داوطلب روشن گردد. شناسایی استاد بالقوه هم فکر خوبی است.

اما این نوع اظهاریه‌های شخصی کاملاً هم موثر نیستند. دلیلش هم این است که بسیاری از اظهارات شبیه یکدیگرند. به نظر ما اظهاراتی واقعاً ممتاز هستند که شواهدی دال بر تبدیل شما به یک محقق مستقل ارائه دهند. شما به عنوان دانشجوی تحصیلات تکمیلی باید آن‌قدر مهارت تحقیقاتی خود را پرورش دهید که در آینده به یک محقق مستقل مبدل شوید. تا آنجا که لازم است باید در اظهاریهٔ شخصی خود، به خوانندهٔ اظهاریه نشان دهید که می‌توانید به دانشجوی سطح بالای تحصیلات تکمیلی مبدل گردید.

فهرست کردن تجارب تحقیقاتی، محققانی که زیر نظرشان کار کرده‌اید و مسئولیت‌های‌تان در طرح‌های تحقیقاتی می‌تواند یک هدف مهم باشد. تجارب شما می‌تواند به استاد بالقوهٔ شما نشان دهد در طرحی شرکت داشته‌اید که اهدافش به تحقیقات او ربط دارد؛ یا در یک طرح تحقیقاتی قابل توجه

شرکت داشته‌اید یا در دورهٔ کارشناسی با استادی ارتباط داشته‌اید که تبحر خاصی در آموزش دانشجویان داشته است. این می‌تواند برای ثبت‌نام شما خیلی مفید باشد، چرا که می‌توانید تحصیلات تکمیلی خود را بر اساس آن پی‌ریزی کنید. اگر استاد آتی شما در تحصیلات تکمیلی، با کارها و شهرت استادتان در دورهٔ کارشناسی آشنا شود، ممکن است فرض‌ها و اِسنادهای مثبتی درباره کارهای‌تان در دورهٔ کارشناسی در ذهن او شکل بگیرد.

بیان مسئولیت‌تان در طرح‌های تحقیقاتی مختلف نیز نشان خواهد داد می‌توانید در طرح‌های تحقیقاتی آزمایشگاه استاد تحصیلات تکمیلی شرکت کنید. حتی ممکن است مهارتی داشته باشید که کسی در آزمایشگاه او ندارد و در آزمایشگاه به آن نیاز دارد؛ بنابراین برای محیط جدید، یک مزیت خاص و مهم خواهید داشت.

اساتید تحصیلات تکمیلی از لحاظ ملاک‌های گزینش با هم فرق دارند. بسیاری از آنها دوست دارند یک داوطلب مشتاق و باتجربه، به آزمایشگاه آنان بپیوندد. عده‌ای دیگر به توانایی تحصیلی و علاقه‌مندی دانشجو به تحقیق، توجه دارند و می‌دانند که می‌توانند تکالیف مورد نیاز آزمایشگاه را به شما تعلیم دهند. اما همهٔ آنها در عین حال دوست دارند شما یک محقق مستقل شوید. بنابراین به نظر ما، داوطلب نمی‌تواند با خروج از این شکل و قالب و نشان دادن استعدادش برای تحقیق مستقل، «مسیر خطا را در پیش گیرد».

شاید مهم‌تر از فهرست کردن تجارب و مسئولیت‌های تحقیقاتی قبلی، توضیح دادن مختصر ***چیزهایی باشد که از این تجارب آموخته‌اید***. طرح تحقیقاتی در چه زمینه‌ای بود؟ به کدام فرضیه‌ها بیشترین علاقه را داشتید؟ آیا با ادبیات مرتبط با آن طرح تحقیقاتی آشنایی دارید؟ تجربه‌های‌تان در آن طرح تحقیقاتی، علایق شما را چگونه شکل داد؟

به عبارت دیگر، اظهاریهٔ شخصی نباید صرفاً شامل رئوس برنامهٔ درسی یا سوابق کاری شما باشد بلکه باید به هیئت یا کمیتهٔ پذیرش، ظرایف و نکات مستتر «بین سطرهای» برنامهٔ درسی و سوابق‌تان را بفهماند. با بیان مسئولیت‌های‌تان ممکن است نشان دهید که «در طرح تحقیقاتی مربوط به اُتیسم، مسئولیت کدگذاری و وارد کردن داده‌ها به کمک SPSS برعهدهٔ شما بوده است». اما علاوه بر این نوع اطلاعات، نشان می‌دهد که «آن طرح تحقیقاتی برای بررسی اثربخشی درمان رفتاری فشرده» بوده است و از اینکه «فرصت پیدا کرده‌اید در یک محیط تحقیقاتی کاربردی، رویکردهای درمانی مختلف را بررسی کنید، به وجد آمده‌اید». یا اینکه «مشاهده کرده‌اید که توان عقلی کودکان به شکل قابل توجهی، نشانه‌های دمانس دژنراتیو اولیه را تغییر داده است» و همین باعث شده «به مطالعهٔ اختلال آسپرگر خیلی علاقه‌مند شوید».

همان‌طور که می‌بینید، گنجاندن این اظهارات، قدری ظرافت می‌خواهد. اما به نظر ما کمک می‌کنند کمیتهٔ پذیرش متوجه شود «چطور فکر می‌کنید»، در پس علایق تحقیقاتی‌تان چه انگیزه‌هایی نهفته است و دانش ادبیاتی و نظری شما در کارهای قبلی‌تان چقدر بوده است. متقاضیانی که این کار را با موفقیت انجام دهند، اظهاریه‌های شخصی خاصی خواهند نوشت که با دیگر اظهاریه‌های، تفاوت کیفی دارند و غالباً موفق‌ترند.

آیا باید از استاد خاصی نام ببرید؟ جواب کوتاه این سوال، بله است. اما یادتان باشد برنامه‌ها از لحاظ نحوهٔ گزینش دانشجویان تحصیلات تکمیلی با هم خیلی فرق دارند. برخی از برنامه‌ها به اعضای هیئت علمی خود اجازه می‌دهند دربارهٔ پذیرش متقاضیان تحصیلات تکمیلی، تصمیم‌گیری‌های یک‌جانبه کنند. بنابراین، در واقع باید یک نفر را متقاعد کنید که شما را پذیرش کند و توان‌تان با شخصی که شما را به‌طور مستقیم ارزیابی می‌کند، جور باشد. در برخی دیگر از برنامه‌ها هم تصمیمات تا حدودی گروهی گرفته می‌شوند. بیان جور بودن‌تان با یک استاد خاص هم می‌تواند مهم باشد ولی در کل، جور بودن شما با آن برنامه و شاید بقیهٔ اساتید، ارزیابی می‌شود.

هنگام درج نام یک استاد بالقوهٔ خاص باید توضیح دهید که چرا می‌خواهید با او کار کنید، امیدوارید با او در چه زمینه‌ای تحقیق کنید و پیشینه و علایق شما چقدر با جوّ حاکم بر آزمایشگاه او هماهنگی دارد. برخی اساتید دنبال

درخواست‌هایی هستند که از آنها نام برده‌اند و این نوع اظهاریه‌های شخصی را می‌خوانند. بد نیست از استاد دومی که به تحقیقاتش علاقه دارید، نام ببرید، ولی اگر مطالعات او با مطالعات نفر اول کاملاً فرق دارد، این نشان می‌دهد علایق تحقیقاتی متمرکزی ندارید. برای مثال، اگر به تحقیقات استادی ابراز علاقه کنید که اختلالات اضطرابی بزرگسالان را مطالعه می‌کند و در پایان اظهاریهٔ خود بگویید به کارهای استادی که اختلالات بیرونی‌سازی دوران کودکی را مطالعه می‌کند هم علاقه دارید، ممکن است به تعهد شما نسبت به حوزهٔ تحقیقاتی خودش شک کند. شما می‌خواهید شخصی که اظهاریهٔ شما را می‌خواند، متقاعد شود از همه با علایق تحقیقاتی شما جورتر است و داوطلبی هستید که می‌توانید بهترین کمک‌ها را به آزمایشگاه او کنید. برای متقاعد کردن او باید از چگونگی شکل‌گیری علایق‌تان تصویر روشنی ترسیم کنید. بسیاری در اظهاریه‌های شخصی خود این اشتباه را مرتکب می‌شوند که از علاقه‌مندی کلی خود به روان‌شناسی می‌گویند و سپس از دروس، کارهای آزمایشگاهی و علایق تحقیقاتی در پاراگراف‌های مجزایی حرف می‌زنند که ربط این تجارب به یکدیگر را نشان نمی‌دهند.

برخی از داوطلبان، متقاضی کار با استادی هستند که علایق تحقیقاتی او با مطالعات و تحقیقات قبلی داوطلب خیلی فرق دارد. برای مثال، شاید دوست دارید در مقطع تحصیلات تکمیلی اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه را بررسی کنید ولی مطالعات دورهٔ کارشناسی شما در رابطه با اختلال دوقطبی بوده است. در این صورت، باید در اظهاریهٔ شخصی خود دقیقاً توضیح دهید که چرا برای آزمایشگاه آن استاد مناسب هستید. کسی که مشغول خواندن اظهاریهٔ شخصی شما است احتمالاً اظهاریهٔ شخصی ده‌ها داوطلب دیگر را هم که دو یا چند سال در آزمایشگاه اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی کار کرده‌اند، خوانده است. پس باید این استاد را با دلایل دیگری مجاب کنید که با شما مصاحبه کند. به آن جنبه از آموزش‌تان فکر کنید که شما را مستعد تحقیق دربارهٔ اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی کرده و به‌طور کلی از شما یک دانشجوی موفق برای تحصیلات تکمیلی ساخته است. خودتان را به جای استاد آینده‌تان قرار دهید که مشغول خواندن ده‌ها اظهاریهٔ شخصی است و اظهاریهٔ خودتان را به‌طور انتقادی و از منظر او بخوانید. از خودتان بپرسید: «اگر او بودم، این داوطلب را برای مصاحبه دعوت می‌کردم؟»

بعد از پذیرش: فرایند پذیرش چگونه است

پذیرفته شدن در برنامه‌های Ph.D. روان‌شناسی بالینی با رقابت شدیدی توام است. در حقیقت، رقابت بر سر پذیرفته شدن در برنامه‌های بالینی، بیشتر از رقابت بر سر دیگر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی، از جمله حقوق، پزشکی و رشته‌هایی از این قبیل است. در بسیاری از برنامه‌های بالینی، تقریباً ۲ تا ۵ درصد داوطلبان (یعنی حدود ۳ تا ۸ نفر از ۱۵۰ تا ۳۵۰ داوطلب) پذیرفته می‌شوند. فرایند ارزیابی و پذیرش در هر برنامهٔ تحصیلات تکمیلی، ویژگی‌های خاص خود را دارد ولی اکثر این برنامه‌ها یک نظام چندمانعی دارند که در آنها داوطلبان در هر مرحله، بر اساس یک رشته ملاک‌های خاص، ارزیابی می‌شوند. در زیر، این موانع و ملاک‌ها را توضیح می‌دهیم.

پیشینهٔ تحصیلی

ارزیابی کاربردها معمولاً با مرور صلاحیت‌های تحصیلی اولیه شروع می‌شود. این مرحلهٔ ارزیابی گاهی اوقات توسط دانشکده تحصیلات تکمیلی دانشگاه یا یک مسئول اجرایی صورت می‌گیرد نه اعضای هیئت علمی روان‌شناسی. بنابراین، مرورهای نسبتاً اجمالی، صریح و بی‌پرده، ناقص خواهند بود. عواملی هم که ارزیابی می‌شوند، کیفیت موسسه‌ای که شخص، تحصیلات کارشناسی خود را در آن گذرانده، معدل نمرات دورهٔ کارشناسی و نمرات امتحان تحصیلات تکمیلی است.

در این مرحله، شما گزینش شده‌اید و احتمالاً در آستانهٔ فارغ‌التحصیل شدن از دورهٔ کارشناسی هستید. پس الان تغییر چندانی نمی‌توانید ایجاد کنید.

معدل کدام نمرات؟ دانشجویان غالباً می‌پرسند معدل کلی آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد یا معدل روان‌شناسی آنها. تجربهٔ ما نشان می‌دهد معدل کل، از معدل روان‌شناسی خیلی موثرتر است. اما در بسیاری از موارد، دانشجویان مقطع کارشناسی،

تحصیل را با چند نمرهٔ پایین شروع می‌کنند و سپس، جاه‌طلبی‌های شغلی پیدا می‌کنند. در این موارد، نمرات پایین اخذشده به معدل کلی آسیب می‌زند. در این حالت (به‌ویژه اگر این مطلب جایی در درخواست بیان شده باشد؛ البته بهتر است نویسندهٔ توصیه‌نامه این کار را انجام دهد)، آنگاه ارزیابی‌کننده، به ریزنمرات نگاهی خواهد انداخت تا ببیند آیا یک یا دو نمرهٔ خاص در پایین آوردن معدل‌تان نقش داشته است. اما صادقانه بگوییم که حتی در این موارد هم‌ارزیابی‌کنندگان به معدل کلی اهمیت می‌دهند. دربارهٔ برنامه‌های .Ph.D بالینی، به ندرت پیش می‌آید که دانشجویی با معدل زیر معدل ۳/۰ پذیرفته شود. معدل اکثر پذیرفته‌شدگان بالای ۳/۴ یا ۳/۵ است. همان‌طور که گفتیم، برای آشنایی با میانگین معدل‌ها و دامنهٔ معدل‌های آخرین دانشجویان پذیرفته‌شده می‌توانید به وب‌سایت‌های برنامه‌های روان‌شناسی بالینی، مشاوره یا مدرسه مراجعه کنید (به لینک‌هایی سر بزنید که مربوط به «داده‌های عملکردی و نتیجه‌ای» ["performance and outcome data" یا] هستند). در وب‌سایت هیئت مدیران دانشگاهی روان‌شناسی بالینی به نشانی http://cuddcp.us/adress/univlinks.php به داده‌های مربوط به تمام برنامه‌های روان‌شناسی بالینی دسترسی پیدا خواهید کرد.

دانشجویان گاهی اوقات می‌پرسند فلان دروس مقطع کارشناسی، احتمال پذیرش را بالا می‌برد یا پایین. در واقع ریزنمرات به ندرت زیر ذره‌بین گذاشته می‌شود، به‌ویژه ریزنمرات کسانی که رشتهٔ اصلی آنها روان‌شناسی بوده است. از آنجا که رشتهٔ روان‌شناسی در تقریباً همهٔ موسسات، شامل برگزاری یک رشته کلاس است (کلاس‌هایی مثل کلاس روش تحقیق، آمار و از این قبیل)، لزومی ندارد انتخاب‌های درسی تک‌تک این نوع داوطلبان بررسی شود. شما صرفاً به خاطر گرفتن یکی دو واحد درسی دشوار یا پیشرفته، پذیرش نخواهید شد و صرفاً به خاطر گذراندن حصیربافی پیشرفته به عنوان واحد انتخابی رد نخواهید شد.

اگر رشتهٔ اصلی شما روان‌شناسی نبود چطور؟ رشتهٔ اصلی اکثر قریب به‌اتفاق دانشجویان پذیرفته‌شده، روان‌شناسی است. اما عده‌ای هم در رشتهٔ روان‌شناسی تحصیل نکرده‌اند. این گروه از داوطلبان برای اثبات آشنایی با این رشته، باید تجارب تحقیقاتی بیشتری کسب کنند. نمرهٔ امتحان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی این گروه از داوطلبان هم نقش مهم‌تری پیدا می‌کند.

جوربودن کلی با ارزش‌ها و تجارب آموزشی برنامهٔ مورد نظر

دانشجویان پس از عبور از اولین مانع در ارزیابی داوطلبی (که معمولاً ۲۰ تا ۵۰ درصد داوطلبان را پوشش می‌دهد) به دومین مانع می‌رسند که ارزیابی جور بودن کلی با آنها با ارزش‌های برنامهٔ مورد نظر و تجارب آموزشی مورد نظر آن است. داوطلبان به سه دلیل ممکن است نتوانند از این مانع عبور کنند:

۱. جور نبودن علایق شغلی دانشجو با ارزش‌های مستتر در آن برنامه. رایج‌ترین ناهماهنگی این است که داوطلب برای پذیرش در برنامه‌ای که روی تحقیق تاکید دارد، ثبت‌نام کرده است ولی می‌گوید علاقه‌ای به تحقیق و تجربهٔ تحقیقاتی ندارد. یا برعکس، دانشجو علاقهٔ زیادی به تحقیق دارد، ولی در برنامه‌ای پذیرفته شده که بر آموزش بالینی تاکید دارد. یا اینکه دانشجو، گرایش‌های نظری خاصی دارد که در برنامهٔ تکمیلی مورد نظر جای چندانی ندارد.
۲. دانشجو به موضوع یا چیزی (مثل مطالعهٔ اسکیزوفرنی) ابراز علاقه می‌کند که در برنامه جایی ندارد. آن هم به یکی از چهار دلیل زیر است:

الف. نخست اینکه احتمال دارد آن تجربهٔ آموزشی اصلاً جایی در آن برنامه نداشته باشد و دانشجو صرفاً به خاطر شهرت آن برنامه یا محل آن، ثبت‌نام کرده است.

ب. دوم اینکه شاید آن موضوع توسط استادی ارائه می‌شده که الان دیگر عضو هیئت علمی برنامهٔ مورد نظر نیست و بازنشسته شده است. به همین دلیل باید وب‌سایت برنامه‌ای را که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، دائم بررسی کنید.

ج. شاید هم آن استاد هنوز هست، ولی در آن سال خاص، دانشجوی جدید نمی‌پذیرد.

د. چهارم این که آن استاد هنوز هست و دانشجو هم می‌پذیرد ولی علایق تحقیقاتی او تغییر کرده است.

با در نظر داشتن دلایل (ج) و (د)، لطفاً پیش از شروع ثبت‌نام، راهبردهای پیش‌گفته دربارهٔ تماس با اعضای هیئت علمی برنامهٔ مورد نظرتان را بخوانید.

۳. داوطلب، اطلاعات نامناسب و غیرحرفه‌ای داده است. داوطلبانی که برای مثال، آسیب‌های روانی خود را فاش کنند، در این مرحله «حذف» می‌شوند.

جور بودن جزیی با استاد و برنامهٔ تحقیقاتی

هر یک از اعضای هیئت علمی که دانشجو می‌پذیرند، در این مرحله پذیرش دانشجو، معمولاً ۵ تا ۲۰ داوطلب را که بهترین امتیازات تحصیلی را دارند و با آن برنامه جورترند، برمی‌گزینند. در برخی از برنامه‌ها، به این عمل، «فهرست کوتاه» می‌گویند. این مرحله از پذیرش، برای اعضای هیئت علمی و کمیتهٔ پذیرش، مرحلهٔ سختی محسوب می‌شود. اگر بخواهیم خیلی صریح حرف بزنیم، تعداد زیادی متقاضی واجد شرایط در این مرحله وجود دارد و هر یک از افراد مندرج در این فهرست کوتاه می‌توانند وارد دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی شوند. به همین ترتیب، بسیاری از اعضای هیئت علمی از اینکه با این داوطلبان بسیار بااستعداد کار کنند، خوشحال می‌شوند.

با این حال باید تصمیم گرفت و تصمیمات می‌توانند ناهمگون و غیرقابل پیش‌بینی باشند. به عبارت دیگر، دانشجویانی که نام آنها وارد فهرست کوتاه و سپس برای مصاحبه دعوت می‌شوند، اگر بعداً پذیرش نشدند نباید ناراحت شوند.

هرچند در این مرحله، پاره‌ای حساسیت‌های فردی و قدرت بخت و اقبال هم دخالت دارد ولی همچنان برخی عوامل خاص، مثل اظهاریهٔ شخصی که پیشتر دربارهٔ آن حرف زدیم و مصاحبه که الان درباره آن حرف خواهیم زد، می‌توانند سرنوشت شما را عوض کنند.

مصاحبه

صبر کردن برای دعوت شدن به مصاحبه از سوی دانشکده، برای متقاضیان، دورهٔ پراسترس و پراضطرابی است. دعوت به مصاحبه معمولاً از طریق پست الکترونیک یا تلفن، بین اوایل ژانویه تا اواسط فوریه صورت می‌گیرد. در موارد نادری هم زودتر یا دیرتر. این نامه‌های الکترونیک یا تلفن‌ها، در هر موقعی از روز ممکن است ارسال یا زده شوند. در اکثر برنامه‌های Ph.D. روان‌شناسی بالینی، قبل از هرگونه تصمیم‌گیری نهایی، مصاحبه برگزار می‌شود.

توجه داشته باشید که بسیاری از اساتید، قبل از دعوت از متقاضیان برای مصاحبه، با آنها مصاحبه تلفنی می‌کنند. استادهایی که مایلند با متقاضیان، مصاحبه تلفنی انجام دهند، نامهٔ الکترونیک (e-mail) می‌فرستند تا ترتیب این مصاحبه داده شود. اما برخی هم یک دفعه تلفن می‌زنند تا مصاحبه‌ای غیرمترقبه و خودانگیخته باشد.

اکثر دانشگاه‌هایی که قبل از پذیرش نهایی دانشجو، مصاحبه انجام می‌دهند ۳ تا ۶ متقاضی را برای هر نوبت پذیرش دعوت می‌کنند. به این ترتیب، شانس یک دفعه در خانهٔ شما را می‌زند! صد تا شش‌صد درخواستی که برای برخی از برنامه‌های دکترای روان‌شناسی ارسال شده است، به چند ده درخواست تقلیل می‌یابد و از میان آنها فقط چند نفر برای مصاحبه دعوت می‌شوند. اما «مصاحبه» نامیدن این مرحله، به اشتباه این تصور را پیش می‌آورد که صرفاً اعضای هیئت علمی قرار است یک عده دانشجو انتخاب کنند. اما شمار زیاد متقاضیان دعوت‌شده برای مصاحبه که در دانشکده‌های مختلف ثبت‌نام کرده‌اند، از این حکایت دارد که دانشجویان هم مشغول ارزیابی و انتخاب برنامه‌ها هستند. بنابراین، در این مرحله «قدرت زیادی» دارید و باید برای گرفتن یکی از مهم‌ترین تصمیمات زندگی حرفه‌ای‌تان، اطلاعات زیادی جمع‌آوری کنید.

زمان‌بندی مصاحبه‌ها

اگرچه گاهی اوقات، برنامه‌ها هزینهٔ مسافرت شما برای مصاحبه را می‌پردازند ولی معمولاً خودتان باید هزینهٔ آن را بپردازید. وقتی برای مصاحبه دعوت می‌شوید، برنامهٔ مورد نظر، اطلاعاتی در اختیارتان می‌گذارد تا مسافرت شما آسان شود. بسیاری از برنامه‌ها، یک نفر را به فرودگاه می‌فرستند تا شما را از فرودگاه به محل مصاحبه هدایت کند و این امکان را برای شما فراهم می‌آورند تا برای نپرداختن هزینهٔ هتل، در خوابگاه دانشجویان

تحصیلات تکمیلی مستقر شوید. یادتان باشد پروازهای فصل زمستان معمولاً تأخیر دارند و چمدان‌های شما گاهی اوقات گم می‌شوند. یک دست لباس برای روز مصاحبه داخل کیف دستی خود داشته باشید.

یکی از اولین سوالات دانشجو هنگام مطلع شدن از مصاحبه، چگونگی زمان‌بندی مصاحبه‌ها است. اکثر مصاحبه‌ها در ژانویه، فوریه و مارس برگزار می‌شوند. از آنجا که متقاضی برای ساماندهی مصاحبه‌ها، چند هفته بیشتر وقت ندارد، احتمال اینکه بین زمان‌بندی دو دانشکده تداخل پیدا شود، بالا است. متاسفانه، برای این مشکل راه‌حل آسانی وجود ندارد. برخی از دانشکده‌ها، چند نوبت وقت مصاحبه می‌دهند و برخی یک نوبت. گاهی اوقات می‌توانید در تاریخی که برای شما راحت است و در قالب مصاحبهٔ غیررسمی، به آن دانشکده مراجعه کنید. اما این عمل باعث می‌شود عمق اطلاعاتی که راجع به شما دریافت می‌شود و تعداد کسانی که با آنها دیدار می‌کنید، در مقایسه با حضور در «تاریخ رسمی مصاحبه»، کم شود. در برخی موارد هم متوجه می‌شوید که بین زمان مصاحبه پیشنهادی یک دانشکده و زمان مصاحبهٔ پیشنهادی احتمالی دانشکده‌ای که هنوز برای مصاحبه از شما دعوت نکرده، یک نوع تعارض پیش خواهد آمد. بنابراین جا دارد به دانشکدهٔ دوم تلفن بزنید و زمان مصاحبه را از آنها جویا شوید. البته فرض را بر این بگذارید که حتماً برای مصاحبه دعوت خواهید شد و در این جست‌وجوی زمان و اطلاعات، متکبرانه و گستاخانه رفتار نکنید.

در رسیدگی به زمان‌بندی تاریخ‌های متعارض، این را هم در نظر بگیرید که هماهنگ کردن روز مصاحبه برای این همه داوطلب، واقعاً سختی‌های خود را دارد. برای رسیدن به این تاریخ‌ها، یک عالمه برنامه‌ریزی و هزینه شده است؛ پس در طرح انتظارات‌تان، جانب احتیاط را رعایت کنید و این را در نظر بگیرید که میزبان‌های شما چقدر کار کرده‌اند. همچنین اگر مشکل زمان‌بندی دارید، میزان علاقه‌مندی‌تان به برنامه‌ها را دقیقاً مشخص کنید. اگر می‌خواهید مصاحبه‌ای را لغو کنید، تاریخ آن را تغییر دهید یا از آن انصراف دهید، باید به اعضای هیئت علمی مسئول آن مصاحبه بفهمانید که این به خاطر علاقه‌مندی شما به آن برنامه است یا نه.

گاهی اوقات به کمک فن‌آوری می‌توانید همزمان در دو جا مصاحبه انجام دهید. برای مثال، می‌توانید مصاحبه‌های صبح را حضوری انجام دهید و مصاحبه‌های بعدازظهر در جای دیگر را با اسکایپ یا تلفن. اگرچه این راه‌حل هم بی‌عیب و کامل نیست و به قدری انعطاف و اطلاعات درباره محل‌های مختلف مصاحبه نیاز دارد، ولی در عصر فعلی که عصر فن‌آوری است، راه‌حل قابل اجرایی محسوب می‌شود که می‌تواند مشکل شما را حل کند. وقتی یک دانشکده از شما برای مصاحبه دعوت می‌کند، می‌دانند که شما جزء متقاضیان سطح بالا هستید و از اینکه پیشنهادهای دیگری برای مصاحبه دارید، تعجب نخواهند کرد.

در این مصاحبه‌ها چه اتفاقی می‌افتد؟

اکثر داوطلبان بعد از مصاحبه تعجب می‌کنند که زمان مصاحبه چقدر کوتاه بود! به عبارت دیگر، انتظار دارند سوالات متعددی از آنها پرسیده شود، ولی می‌فهمند که بخش زیادی از پرسش‌ها در جریان دیدارها جواب داده شده است. با دانستن این واقعیت مهم، آمادگی خواهید داشت تا مصاحبه‌ای انجام دهید که با مصاحبهٔ مورد انتظارتان خیلی فرق دارد.

اعضای هیئت علمی در این مصاحبه از شما امتحان آمار نمی‌گیرند، از جزییات مکتوبات جدیدشان نمی‌پرسند و نمی‌خواهند شخصیت‌های تاریخی روان‌شناسی را نام ببرید. آمادگی برای مصاحبه با آمادگی برای امتحان میان‌ترم فرق دارد. باید خودتان را آماده کنید تا در مصاحبه، سوالات خود را بپرسید. پیشنهاد می‌کنیم از سوال کردن دست نکشید! سوال کردن، راه را برای جواب گفتن هموار می‌کند ولی در ارتباط با مصاحبه، روش خوبی است برای نشان دادن اینکه می‌دانید چه چیزی می‌خواهید، می‌دانید تحصیلات تکمیلی مستلزم چه چیزهایی است، برای فرصت به‌دست‌آمده، شور و شوق دارید و آن‌قدر وظیفه‌شناس هستید که وظایف‌تان در قبال آن برنامه و فرصت‌های آموزشی آن را انجام داده‌اید.

اما چطور بفهمید چه نوع سوالاتی مطرح خواهد شد؟ متاسفانه اکثر برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی، روی کاغذ و در وب‌سایت‌ها، خیلی شبیه هم به نظر

می‌رسند. تا از نزدیک برخی از این برنامه‌ها را ندیده باشید، پی بردن به تفاوت آنها سخت است. مشکلی نیست که به مصاحبهٔ چهارم برسید ولی چطور می‌فهمید در مصاحبه‌های اولیه چه سوالاتی از شما پرسیده می‌شود.

پیشنهاد می‌کنیم دستنامه‌های دو تا سه تا از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی را دانلود کنید؛ مهم نیست که در آن برنامه‌ها ثبت‌نام کرده‌اید یا نه. هر دستنامه‌ای این هدف را برآورده خواهد کرد. به آنها نگاهی اجمالی بیندازید و به تفاوت‌های‌شان دقت کنید. برخی از آنها به تعدد واحدهای عملی اشاره می‌کنند، و برخی دیگر، توالی آموزشی استانداردشده دارند. برخی از این برنامه‌ها به دانشجویان، در ارتباط با دروس، حق انتخاب زیادی می‌دهند و برخی دیگر، برنامهٔ درسی منظم‌تری دارند. در برخی از برنامه‌ها شاهد دستیاری تحقیق و تدریس هستیم و در برخی دیگر، بورس تحصیلی هم می‌دهند. برخی از برنامه‌ها، امتحان، امتحان صلاحیت، امتحان ناحیه‌ای دارند و برخی هیچ‌یک را ندارند. برخی از این برنامه‌ها دانشجو را ملزم به ارائهٔ پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌کنند و برخی دیگر، چنین الزامی ندارند. در مرور این دستنامه‌ها احتمالاً به عواملی برمی‌خورید که برای شما خیلی مهم هستند و به شما می‌فهمانند هنگام ملاقات با اعضای هیئت علمی و دانشجویان تحصیلات تکمیلی، چه چیزهایی را از آنها بپرسید.

سوالاتی که از اساتید راهنمای بالقوهٔ خود می‌توانید بپرسید:

- سبک مشاوره دادن شما چطور است؟
- در این آزمایشگاه چطور می‌توانیم مولف شویم؟
- دانشجویان برای پایان‌نامه/ رسالهٔ خود، چگونه موضوع انتخاب می‌کنند و شما در این فرایند چه نقشی بازی می‌کنید؟
- کمک‌هزینهٔ تابستانی می‌دهید؟
- با دیگر آزمایشگاه‌ها همکاری دارید؟
- علایق شخصی من چقدر در علایق کلی آزمایشگاه شما جا می‌گیرد و چقدر از من انتظار دارید در راستای خط تحقیقاتی شما عمل کنم؟
- از دانشجویانی که می‌خواهند مسیر تحقیقاتی خود را دنبال کنند، چه حمایت‌هایی به عمل می‌آورید؟
- طرح‌های تحقیقاتی فعلی این آزمایشگاه چه هستند و انتظار دارید ظرف پنج سال آینده، چه مسیری را طی کنند؟
- در هر ترم/ سال، دانشجویان تحصیلات تکمیلی چه تعداد کلاس را می‌گذرانند (کلاس‌هایی مثل کلاس آمار، روش تحقیق، فنون درمان و از این قبیل)؟
- (برای برنامه‌های بالینی، مشاوره و مدرسه) کدام واحدهای عملی را دارید؟
- آیا قبل از انترنی در سال اول انترنی، اکثر دانشجویان، رسالهٔ خود را ارائه خواهند داد؟
- این دانشکده چه نوع مشورت‌های آماری می‌دهد؟
- بین اعضای هیئت علمی بالینی (یا بین اعضای هیئت علمی بالینی و اعضای هیئت علمی سایر حوزه‌ها، به شرط آنکه دانشجو به حوزه‌های دیگر هم علاقه داشته باشد)، چه نوع همکاری‌هایی وجود دارد (البته اگر اصلاً وجود داشته باشد)؟
- آیا همکاری با بیش از یک عضو هیئت علمی امکان‌پذیر یا معمول است؟ چگونه؟
- دانشجویان کجا دورهٔ انترنی خود را می‌گذرانند؟
- دانشجویانی که ظرف چند سال گذشته از این برنامه فارغ‌التحصیل شده‌اند، وارد چه مشاغلی شده‌اند؟

سوالاتی که از دیگر دانشجویان می‌توانید بپرسید:

- آیا با این کمک‌هزینهٔ تحصیلی می‌توان زندگی راحتی در این شهر داشت؟
- دانشجویان تحصیلات تکمیلی معمولاً در کدام مناطق شهر زندگی می‌کنند؟
- سوالات مربوط به زمان‌بندی: انتظارات و هنجارهای مربوط به نقاط عطف این برنامه، مثل کارشناسی ارشد، امتحان جامع یا رسالهٔ دکترا، چه هستند؟
- رابطهٔ دانشجویان و اعضای هیئت علمی چطور است؟ جوّ کلی شعبه روان‌شناسی بالینی و گروه روان‌شناسی بالینی چطور است؟

- کار با مشاوری که درخواست همکاری با او را دارید، چطور است؟ (برای مثال، ملاقات‌هایش با شما معمولاً چطور است؟ آیا معمولاً در دسترس نیست یا یک خرده‌مدیر است؟)
- (اگر اقلیت هستید) از دانشجویان اقلیت، چه نوع حمایت‌هایی می‌شود و چه امکاناتی برای آنها وجود دارد؟
- دانشجویان تحصیلات تکمیلی در این برنامه، چقدر رقابت دارند و چقدر همکاری؟
- با آموزش‌ها در این برنامه، چقدر دنبال این هستند که از دانشجو، یک محقق، روان‌شناس بالینی یا مدرس بسازند؟
- برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی اینجا، فرصت برای تدریس وجود دارد؟
- آیا تامین مالی من تا وقتی اینجا هستم، تضمین می‌شود؟ مدت ضمانت چقدر است؟

حرف زدن دربارهٔ پژوهش

شاید مهم‌ترین قسمت «مصاحبه» شما در برنامه‌های Ph.D. روان‌شناسی بالینی، بحث‌های متقابل‌تان دربارهٔ علایق تحقیقاتی یکدیگر باشد؟ چون این یکی از قسمت‌های مهم مصاحبه است، در این قسمت، توصیه‌ها و نکاتی را مطرح می‌کنیم.

نخست اینکه کارتان را انجام دهید. ابتدا که در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی ثبت‌نام کرده‌اید، احتمالاً دنبال اساتید و مشاورانی از اعضای هیئت علمی بوده‌اید تا علایق تحقیقاتی خود را با آنها درمیان بگذارید. در حقیقت جور بودن شما با آن عضو هیئت علمی احتمالاً برمبنای درک کلی شما از کارهای او (یعنی درکی که بر مبنای یکی دو جمله در صفحهٔ وب آنها پیدا کرده‌اید) و دامنهٔ نسبتاً وسیع علایق خودتان بوده است. اما حالا که برای مصاحبه انتخاب شده‌اید از شما انتظار می‌رود پختگی علایق‌تان را بالا برده و آنها را قدری محدود کرده باشید. همچنین تا حدی از شما انتظار می‌رود دانش‌تان دربارهٔ کارهای آن استاد را کامل‌تر و دقیق‌تر کرده باشید. خوشبختانه برای انجام این کار، ابزارهای خیلی آسانی وجود دارد.

احتمالاً بررسی علایق تحقیقاتی اعضای هیئت علمی را با نگاه کردن به وب‌سایت آنها و دانلود کردن چکیدهٔ مقالات یا کل مقالات اخیر آنها از PsycInfo شروع کرده‌اید. این یکی از راه‌های بسیار خوبِ آشنایی با کارهای اعضای هیئت علمی است. علاوه بر خواندن رایج‌ترین مضامین کارهای آنها و فهمیدن روش‌های مورد استفاده آنها در تحقیقات (روش‌هایی مثل مشاهدهٔ کارآزمایی بالینی یا جمع‌آوری داده از طریق پرسشنامه)، مطمئن شوید که در حد معقولی مکتوبات منتشر می‌کنند (این حد می‌تواند ۰ تا ۲۰ مکتوب در سال باشد که ۱ تا ۵ مکتوب، حد معمول آن است). همچنین آیا مکتوباتی با همکاری دانشجویان دارند (یا حتی مکتوباتی دارند که در آنها، دانشجوی‌شان مولفِ اول باشد). به این ترتیب می‌فهمید که آیا در جریان همکاری با آن استاد، امکان انتشار مکتوبات خواهید داشت و آیا ممکن است در این مکتوبات از شما به عنوان همکار یاد شود.

اما یادتان باشد که PsycInfo و وب‌سایت‌های بسیاری از اعضای هیئت علمی ممکن است حاوی اطلاعات «قدیمی» باشند. مقالاتی که در PsycInfo با عنوان «چاپ شده» درج می‌شود، در واقع حداقل یک سال قبل چاپ شده‌اند و شروع آنها به چند سال قبل برمی‌گردد. اگر اعضای هیئت علمی، وب‌سایت خود را به روز نکنند، اطلاعات مندرج در آنها نیز کارهای جدیدشان را نشان نخواهد داد.

یک راه برای آگاهی از تحقیقات جاری آنها، مراجعه به NIH Reporter است (که سابقاً به آن CRISP می‌گفتند؛ به http://projectreporter.nih.gov/reporter.cfm مراجعه کنید). اگر آن عضو هیئت علمی از موسسهٔ ملی سلامت [یا NIH] کمک مالی گرفته باشد، می‌توانید از این سایت، اطلاعات ارزشمندی دربارهٔ کار او بگیرید. نام او را جست‌وجو کنید تا چکیده‌ای از کمک اعطایی به او را بخوانید، در جریان مکتوبات اخیرش قرار بگیرید و حتی بفهمید کمک اعطایی تا چه زمانی ادامه خواهد یافت. این به شما نشان می‌دهد که آن عضو هیئت علمی دقیقاً روی چه چیزی کار می‌کند و اگر در آن دانشکده پذیرفته شوید باید روی چه طرحی کار کنید. اگر هم یک بنیاد خصوصی به آن عضو هیئت علمی کمک می‌کند، اطلاعات مشابه را از وب‌سایت آن بنیاد بگیرید.

اگر آن عضو هیئت علمی، مکتوباتی روی یک وب‌سایت دارد یا در کارنامه‌اش، در یک مجلهٔ خاص عناوین «زیرچاپ» دارد، وب‌سایت آن مجله را بررسی کنید. بسیاری از مجله‌ها از مقاله‌هایی که قرار است چند ماه بعد چاپ کنند، یک «پیش‌گزارش» می‌دهند. به این ترتیب می‌توانید در جریان تحقیقاتی که قرار است چاپ شوند، قرار بگیرید.

مکتوبات و توضیحاتِ طرح‌های فعلی آزمایشگاه اعضای هیئت علمی را «بادقت» بخوانید. به جای آنکه آنها را محققان «کامل و بی‌عیبی» در نظر بگیرید که مشغول مطالعهٔ موضوع مورد علاقهٔ شما هستند، ببینید چه ایده‌هایی برای افزودن به آن ایده‌ها دارید و آنها را یادداشت کنید! بعضی از اعضای هیئت علمی دوست دارند در جریان مصاحبه، با ایده‌های تحقیقاتی **شما** آشنا شوند (حتی برخی می‌خواهند در آن خصوص با آنها همفکری کنید). اکثر آنها نیز دوست دارند با طرز فکر شما دربارهٔ تحقیق آشنا شوند. آنچه اهمیت دارد این است که هرگونه ایدهٔ تحقیقاتی که در جریان مصاحبه بیان می‌کنید، با علایق تحقیقاتی کلی آن آزمایشگاه همسو باشد. (برای مثال اگر با عضوی از هیئت علمی مصاحبه می‌کنید که متخصص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه کودکان و نوجوانان است، می‌توانید دربارهٔ تفاوت‌های جنسیتی در این اختلال حرف بزنید نه اینکه بحث علاقه‌مندی‌تان به اختلالات خوردن دختران نوجوان را پیش بکشید ـ مگر آنکه محقق مورد نظر، علایق تحقیقاتی متنوعی داشته باشد.)

دوم اینکه حرف‌تان را بزنید! در جریان ملاقات‌تان، اطلاعات زیادی دربارهٔ تحقیقات جاری خواهید گرفت. هر عضو هیئت علمی و دانشجوی تحصیلات تکمیلی او، حرف‌های زیادی دربارهٔ کارهای فعلی و طرح‌های آتی خود دارد. برای موفق بودن در مصاحبه، تجارب و علایق تحقیقاتی خود را شرح دهید ـ حداقل تا این حد که نشان دهد با آن آزمایشگاه چقدر جور هستید. اگرچه بخشی از این اطلاعات را در اظهاریهٔ شخصی خود نوشته‌اید ولی عده‌ای به آن دسترسی ندارند یا آن را به تازگی نخوانده‌اند. علاوه بر این، می‌توانید اطلاعات جزیی‌تری را با آنان درمیان بگذارید تا تجربیات‌تان را دقیق‌تر توضیح دهید. این به‌ویژه وقتی مهم است که می‌خواهید بفهمید آن عضو هیئت علمی دربارهٔ مصاحبه، چه نظری دارد.

از دیدگاه عضو هیئت علمی، روز مصاحبه می‌تواند روز سخت و گیج‌کننده‌ای باشد. تصمیم‌گیری دربارهٔ پذیرش یا عدم پذیرش یک داوطلب، برای اعضای هیئت علمی، کار سختی است. اکثر آنها قبول دارند که تعداد دانشجویان برجسته زیاد است، دانشجویانی که در روز مصاحبه مراجعه می‌کنند همگی دانشجویان بسیار موفقی هستند. به‌طور خلاصه، اعضای هیئت علمی دوستدار دانشجویی هستند که (۱) به‌طور کلی سربه‌راه باشد ـ یعنی تعامل با او در هر روز از پنج سال آتی و به‌طور کلی در دوران اشتغال او، خوشایند باشد؛ (۲) مبتکر باشد، برای تحقیق در آزمایشگاه، شور و شوق و عزم جزم داشته باشد و خود را وقف نتایج تحقیقی کند که روی آن کار می‌کنند؛ و (۳) از لحاظ عقلی حرفی برای گفتن داشته باشد ـ یعنی افکار و نظرات بزرگی داشته باشد، در آزمایشگاه خلاقیت و نوآوری داشته باشد و در نشست‌های تحقیقاتی، بحث‌های عقلانی راه اندازد.

شاید این حرف‌ها شما را بترساند ولی اگر علایق، نظرات و شور و شوق خود را بیان کنید، استعدادهای طبیعی شما نمایان می‌شود. اگر فلان عضو هیئت علمی در حال توضیح دادن تحقیقی است که دربارهٔ آن چیزی خوانده‌اید، عقاید و نظر خود را با او درمیان گذارید (برای مثال می‌توانید بگویید «آیا به فکر مطالعهٔ الف در این چهارچوب افتاده‌اید؟» «چرا این رویکرد را انتخاب کردید؟» «به نظر شما این قضیه چه رابطه‌ای با نظریهٔ ب دارد؟» «دوست دارم بدانم این نظر در جمعیت ج چگونه عمل می‌کند؟»). ممکن است داوطلبان بگویند تمام کسانی که در آن اتاق هستند، صلاحیت‌های لازم برای حضور در آنجا را دارند ولی در خفا به خود بگویند فلانی آدم شیادی است که به خاطر اشتباه رایانه‌ای آمده است. این چیزها را باور نکنید! شما به خاطر تجربیات‌تان دعوت شده‌اید و اینکه تلاش قابل توجهی داشته‌اید و اعضای هیئت علمی دورهٔ کارشناسی، نامه‌های پرآب و تابی دربارهٔ شما نوشته‌اند. نظر خود را بیان کنید تا اعضای هیئت علمی و دانشجویان شاغل در آزمایشگاه مطمئن شوند می‌توانید برای آن آزمایشگاه، یک عضو بسیار موثر باشید!

سوم اینکه مشخص و دقیق عمل کنید. بعضی از اعضای هیئت علمی موقع بحث دربارهٔ رویکردشان در مورد پذیرش، «لوح سفید» را ترجیح می‌دهند (یعنی کسی که بتوانند روی او بنویسند و شخصیت او را با تجربیاتی که در آزمایشگاه آنها کسب می‌کند، شکل دهند). اما از آن رایج‌تر اینکه اعضای هیئت علمی دنبال کسی می‌گردند که با نظرات، تجارب، و تخصص ویژهٔ خودش وارد دانشکده شود. قبل از مصاحبه باید بین این دو، یک نوع تعادل ایجاد کنید. اگر هر چیزی را که اعضای هیئت علمی به عنوان موضوع تحقیق مطرح می‌کنند دربست بپذیرید، ظاهراً «آمادگی» ورود به دانشکدهٔ تحصیلات تکمیلی را ندارید. در این حالت، ممکن است بگویند شما بیشتر دوست دارید قبول شوید تا اینکه در دانشکده کار کنید. از طرف دیگر، اگر روی یک موضوع یا روش خاص، اصرار بیش از حد کنید و آنچه در روز مصاحبه می‌شنوید روی شما تاثیر نگذارد، آنگاه ممکن است این‌طور تصور شود که با آزمایشگاه مورد نظر جور نیستید و دوست ندارید بین تجربه‌های قدیمی و جدید، پیوندی برقرار کنید.

این یک مسئلهٔ خیلی شخصی است و جواب یا رویکرد «غلط» به مصاحبه در آن مطرح نیست. اگر واقعاً به همهٔ تجربه‌ها علاقه‌مند هستید، بهتر است صادق باشید و تصویر غیردقیق و نادرستی از علایق‌تان ترسیم نکنید. برعکس، اگر به موضوع خاصی علاقهٔ شدیدی دارید، باید بر تجاربی تاکید کنید که شما را در مسیر مطلوب‌تان هدایت می‌کنند. یادتان باشد در برخورد با اعضای هیئت عملی، رعایت «تعادل»، بهترین رویکرد است. بنابراین قبل از حضور در مصاحبه، ببینید به کدام موضوعات تحقیقاتی بیشترین علاقه را دارید و کدام یک را برای تحصیلات تکمیلی خود واجد اهمیت نمی‌دانید. به موضوعاتی که بیشترین تعهد را به آنها دارید و طرز مطرح کردن آنها فکر کنید. این احتمال که راجع به اهداف شغلی شما و اینکه چه چیز فرایند تحقیق را دوست دارید یا ندارید یا علایق تحقیقاتی شما چه هستند از شما سوال شود، زیاد است (در این مواقع می‌توانید از قبیل پاسخی دو تا چهار دقیقه‌ای را طراحی کنید). مهم‌تر از همه اینکه ببینید کدام تحقیقات بیش از همه شما را به وجد می‌آورند و در روز مصاحبه ببینید آیا در آن دانشکده، به آن تحقیقات خواهید رسید یا نه.

دیگر مصاحبه‌ها

قرار نیست در همهٔ مصاحبه‌ها توضیح مفصلی دربارهٔ تحقیق بدهید. در حقیقت، این توضیحات را باید در ملاقات با استاد احتمالی خود بدهید (یعنی همان کسی که می‌خواهید با او کار کنید)؛ اما در آن روز باید با دیگر اعضای هیئت علمی و دیگر دانشجویان تحصیلات تکمیلی هم مصاحبه کنید. علایق تحقیقاتی برخی از آنها ممکن است با علایق تحقیقاتی شما فرق داشته باشد و لزومی ندارد از تمام کارهای آنها مطلع باشید. شاید بپرسید دربارهٔ چه چیزی باید حرف بزنم؟

این مصاحبه‌ها معمولاً دو هدف دارند. نخست، آشنایی بیشتر با شما برای آنکه بفهمند آیا با ایدئولوژی و «حال و هوای» آن برنامه جور هستید؟ رقابت‌جو هستید یا اهل همکاری؟ تحقیق‌گرا هستید یا متمرکز بر کار بالینی؟ آیا به آن برنامه علاقه دارید؟

دوم اینکه اطلاعات بیشتری دربارهٔ آن برنامه و استاد راهنمای خود کسب کنید. شک نکنید که با زیاد سوال کردن می‌توانید بفهمید ظرف ۴ تا ۵ سال آینده در این محیط جدید قرار است چه کار کنید. از دانشجویان، سوالات مستقیم و صریحی دربارهٔ استاد احتمالی خود، وضعیت حضورش و دسترسی به او، سبک و انتظاراتش بپرسید. دانشجویان اطلاعات مستقیم و مفیدی خواهند داد. از این فرصت استفاده کنید و حداکثر اطلاعات را بگیرید!

عوامل دیگر

در مصاحبه باید چند نکتهٔ دیگر را در نظر داشته باشید. این نکات عبارتند از:

۱. مصاحبه‌ها می‌توانند خسته‌کننده باشند. ممکن است «زنجیره‌ای» از مصاحبه‌ها داشته باشید؛ یعنی در پایان هر مصاحبه، با مصاحبه‌کنندهٔ جدیدی آشنا شوید یا بین هر جلسه فقط یک استراحت کوتاه داشته باشید. برای بسیاری از آدم‌ها، چند ساعت پشت سر هم مصاحبه داشتن، سخت است. بنابراین در صورت لزوم می‌توانید عذرخواهی کنید و برای دستشویی رفتن، یادداشت‌برداری، هضم آنچه

شنیده‌اید یا خوردن یک میان‌وعدهٔ غذایی سبک، وقت بگیرید. حتی می‌توانید از قبل، این موارد و زمان آنها را برنامه‌ریزی کنید.

۲. در مصاحبه یک پوشهٔ کوچک چرمی زیبا همراه‌تان داشته باشید. به این ترتیب، می‌توانید با دست‌تان روی آن کاری انجام دهید. در این پوشه، چند نسخه از کارنامه و ریز کارهایی که انجام داده‌اید بگذارید (گاهی اوقات یک نسخه از آن را می‌خواهند). همچنین می‌توانید یادداشت‌هایی دربارهٔ تحقیقات اعضای هیئت علمی در آن بگذارید یا فهرست سوالات خود را در آن قرار دهید. خیلی خوب است که وسط مصاحبه، پوشه را باز کنید و به سوالات‌تان نگاهی بیندازید. کسی انتظار ندارد همه چیز را حفظ باشید. همچنین بد نیست در جریان مصاحبه، یکی دو بار یادداشت‌برداری کنید. تا وقتی گفت‌وگوی راحت و ماهرانه‌ای در جریان است، اگر احساس می‌کنید مراجعه به پوشه، باعث تمرکز و دقت شما می‌شود، اشکالی ندارد به محتویات داخل آن رجوع کنید.

۳. ***تمام کسانی که با آنها حرف می‌زنید، جزیی از فرایند پذیرش هستند.*** اعضای هیئت علمی، دانشجویان و کارمندان دانشکده، همگی اعضای محیط برنامهٔ تحصیلات تکمیلی هستند و اطلاعات ارزشمندی برای کمیتهٔ پذیرش دارند و اطلاعات‌شان را در اختیار این کمیته خواهند گذاشت!

۴. اگر در روز مصاحبه فرصتی پیش می‌آمد تا دانشجویان و اعضای هیئت علمی با هم معاشرتی غیررسمی داشته باشند، از این فرصت استفاده کنید و با آن دسته از اعضای هیئت علمی که قرار نیست با آنها ملاقات داشته باشید، حرف بزنید. در حالت آرمانی، با بسیاری از اعضای هیئت علمی حاضر در برنامه، از جمله استاد راهنمای اصلی خودتان، به تفاهم می‌رسید؛ بقیه اعضای هیئت علمی احتمالاً مدرسان کلاس‌های‌تان، اعضای حاضر در کمیته‌های کارشناسی ارشد و رسالهٔ دکترا و کسانی هستند که در طرح‌های تحقیقاتی با آنها همکاری خواهید کرد. در ضمن، بسیاری از آنها در پذیرش شما اظهارنظر خواهند کرد و اگر شما را به عنوان یک آدم مهربان، باهوش و جالب به یاد آورند، احتمال پذیرش‌تان افزایش می‌یابد.

۵. متقاضیان در بسیاری از برنامه‌های تحصیلات تکمیلی از طرف دانشجویان فعلی آن برنامه به‌طور غیررسمی دعوت می‌شوند. اگرچه این عمل مثل دعوت شدن به یک مهمانی دورهٔ کارشناسی می‌ماند ولی در واقع این‌طور نیست. رفتار ناشایست در این مهمانی می‌تواند به ضرر شما تمام شود و احتمال پذیرفته‌شدن‌تان را کم کند.

۶. اکثر برنامه‌ها فرصتی فراهم می‌آورند تا داوطلبان در جریان دیدارشان از دانشکده، با یک دانشجوی تحصیلات تکمیلی بمانند. این راه بسیار خوبی برای آشنایی داوطلب با آن برنامه، و آشنا شدن با یک دانشجو است ولی الزامی در کار نیست که حتماً با یک دانشجو بمانید. اگر می‌خواهید در خانهٔ یکی از دانشجویان بمانید، یادتان باشد هرآنچه به او می‌گویید ممکن است به کمیتهٔ پذیرش خبر داده شود.

۷. ارسال یادداشت‌های قدردانی ضروری نیست و فرقی نمی‌کند که آنها را با پست الکترونیکی یا پست معمولی بفرستید یا با دست‌خط خودتان باشند یا تایپ‌شده. داوطلبان معمولاً برای دانشجویانی که در روز مصاحبه با آنها آشنا شده‌اند، یادداشت قدردانی می‌فرستند تا امتنان خود را از دیدار آنها و علاقه‌مندی‌شان به آن دانشکده ابراز دارند. اگرچه ارسال یادداشت تشکر برای اعضای هیئت علمی ضروری نیست ولی بد نیست برای استادی که دوست دارید با او کار کنید و (در صورت امکان) دانشجویی که با او مانده‌اید، نامهٔ تشکرآمیز بفرستید و در آن نامه بگویید که چقدر از حضور در آن دانشکده و دیدار با آنها و برنامهٔ تحصیلات تکمیلی آنها خشنود شده‌اید.

۸. یادتان باشد فقط برای پذیرش در آن برنامهٔ تکمیلی، مصاحبه نمی‌کنید بلکه می‌خواهید یک شبکهٔ حرفه‌ای بسازید. اعضای هیئت علمی و دانشجویانی که با آنها در روز مصاحبه ملاقات می‌کنید، متخصصان حوزه‌ای هستند که مقالات و درخواست کمک مالی شما را مرور خواهند کرد. همچنین همکاران و دستیاران شما در گردهمایی‌ها یا

طرح‌های آتی خواهند بود، عضو کمیته‌هایی خواهند بود که درخواست شغل و مناصب فوق‌دکترای شما برای آن ارسال خواهد شد و حتی ممکن است همان کسانی باشند که نامهٔ درخواست ترفیع شما را می‌نویسند. این قضیه، تلویحاتی دارد. نخست اینکه در جریان ثبت نام و پذیرش باید حرفه‌ای و مهربان رفتار کنید. دوم اینکه اگر می‌خواهید پیشنهاد یا مصاحبه‌ای را رد کنید، آن را مؤدبانه و باملاحظه رد کنید. به عبارت دیگر، «پل‌های پشت سرتان را خراب نکنید». اگر می‌خواهید فلان فرصت را به صورت مکتوب رد کنید، مراتب امتنان و علاقه‌مندی خود به کار با آنها را ابراز دارید. شاید نتیجه بگیرید که این آزمایشگاه یا تحقیقات آن شخص، همان چیزی نیست که در تحصیلات تکمیلی می‌خواهید اما ممکن است دوباره گذرتان به آنجا و آن شخص بیفتد.

۹. با اتمام مصاحبه، دوران صبر و انتظار شروع می‌شود. در بسیاری از موارد، اعلان نتایج پذیرش، چند هفته طول می‌کشد. این حالت در برخی موارد نشان می‌دهد که گروه مورد نظر نتوانسته به تصمیم نهایی برسد (یعنی اگرچه استاد احتمالی شما یک نفر را برگزیده ولی انتخاب او به تصویب برنامه، گروه یا دانشکده نرسیده است). در برخی موارد دیگر هم معنایش این است که شما انتخاب اول نیستید؛ اما بسیاری از داوطلبان در برنامه‌هایی پذیرفته می‌شوند که در آغاز فکر می‌کرده‌اند کس دیگری را برمی‌گزینند. یادتان باشد که تقریباً تمام متقاضیان دعوت‌شده به مصاحبه، عالی هستند و تصمیم‌گیری نهایی برای هیئت علمی سخت است. آنها تمام مصاحبه‌شوندگان را می‌پسندند و صرفاً به خاطر محدودیت پذیرش مجبورند عده‌ای را انتخاب کنند.

۱۰. بالاخره این‌که با اتمام مصاحبه‌ها، منتظر دریافت پذیرش می‌مانید. چند نکتهٔ کلیدی: (۱) احساس نکنید تا قبل از پانزدهم آوریل مجبور خواهید بود تصمیم‌گیری نهایی کنید. هیچ برنامه یا فردی حق ندارد غیر از این عمل کند. (۲) تا وقتی جزییات پیشنهادات را به صورت مکتوب (از طریق پست الکترونیک یا معمولی) دریافت نکرده‌اید، هیچ پیشنهادی را به‌طور رسمی نپذیرید. نکات ریزی که بخواهید نگران آن باشید وجود ندارد ولی قبل از رد کردن پیشنهادات دیگر، از صحت پیشنهاد ارائه‌شده اطمینان حاصل کنید. (۳) اگر چند پیشنهاد دارید، گزینه‌ها را هرچه سریع‌تر محدود کنید. به عبارت دیگر، بیش از دو گزینه را نگه ندارید. یک نفر دیگر هست که مثل شما نگران است و تا شما آن پیشنهاد را رد نکنید، خبر خوش قبولی را نخواهد شنید. اگر گزینه‌های‌تان را به دو مورد تقلیل دهید و پیشنهادات دیگرتان را آزاد کنید، کار را برای دیگران راحت‌تر کرده‌اید.

اگر تا اینجا پیش آمده‌اید، به شما تبریک می‌گوییم! قبولی در برنامه‌های Ph.D. روان‌شناسی بالینی، یک پیشرفت چشمگیر است! اگر هم قبول نشده‌اید، دوباره سعی کنید. اواخر بهار وقت خوبی است تا با آن برنامه، یا مدیر آموزش بالینی آن، برنامه تماس بگیرید و بازخوردی کوتاه و غیررسمی در خصوص ثبت نام‌تان بگیرید. البته همهٔ برنامه‌ها چنین بازخوردی نمی‌دهند، ولی این بازخورد گاهی اوقات کمک می‌کند فرصت‌های آتی خود برای پذیرش را ارزیابی کنید و تصمیم‌گیری‌های شغلی خود را پیش ببرید. بسیاری از دانشجویان چند سال ثبت نام می‌کنند تا بالاخره در روان‌شناسی بالینی قبول شوند؛ پس بخت یار شما بوده است.

امیدواریم وقتی وارد این رشته شوید که بیشترین علاقه را به آن داشته باشید و سفرتان به سمت اشتغال در رشتهٔ سلامت روان را شروع کنید. حتی ممکن است روزی مدرس روان‌شناسی بالینی شوید!

موفق باشید!

پرسش‌ها و پاسخ‌های چهارگزینه‌ای

همراه با پرسش‌های تشریحی

مقدمه

این راهنمای درسی به منظور سهولت کار اساتید و دانشجویانی تهیه شده است که ششمین ویرایش کتاب روان‌شناسی بالینی، نوشتهٔ جری فیرس و ترال را تدریس و مطالعه می‌کنند. این راهنما شامل پرسش‌های چهارگزینه‌ای و تشریحی است. پاسخ‌های صحیح پرسش‌های چهارگزینه‌ای با علامت (*) مشخص شده‌اند. هدف از تهیه این پرسش‌ها نیز تعیین میزان اطلاعات و دانش دانشجویان در مورد مفاهیم، اصول، و مباحث مندرج در این کتاب است.

پرسش‌های فصل اول

روان‌شناسی بالینی: مقدمه

□ **پرسش‌های چهارگزینه‌ای**

۱. کدام‌یک از متخصصان سلامت روانی بیشترین آموزش را در زمینه تحقیق می‌بینند؟

الف. روان‌پزشکان　　* ب. روان‌شناسان بالینی

ج. روان‌شناسان مشاوره　　د. روان‌شناسان مدارس

۲. کدام‌یک از متخصصان سلامت روانی دارای مدرک پزشکی هستند؟

الف. روان‌شناسان توانبخشی　　ب. روان‌شناسان مشاور

* ج. روان‌پزشکان　　د. روان‌شناسان بالینی

۳. کدامیک از متخصصان سلامت روانی به طور سنتی با افراد بهنجار یا افرادی که ناسازگاری ناچیزی دارند کار می‌کنند؟

الف. روان‌شناسان بالینی　　ب. روان‌پزشکان

ج. آسیب‌شناسان روانی　　* د. روان‌شناسان مشاور

۴. کدام‌یک از متخصصان سلامت روانی بیشتر با کسانی کار می‌کنند که مشکلات جسمی یا شناختی دارند؟

* الف. روان‌شناسان توان‌بخشی　　ب. روان‌پزشکان

ج. روان‌شناسان بالینی　　د. آسیب‌شناسان روانی

۵. هدف کدام‌یک از متخصصان سلامت روانی صرفاً ترویج و حفظ سلامتی است؟

الف. روان‌شناسان بالینی　　ب. روان‌شناسان توانبخشی

* ج. روان‌شناسان سلامت　　د. روان‌پزشکان

۶. کدام‌یک از متخصصان حفظ سلامتی از تغییرات گسترده و فراگیر بیشتر بهره خواهند برد؟

الف. روان‌شناسان مشاور　　* ب. روان‌شناسان سلامت

ج. روان‌پزشکان　　د. روان‌شناسان مدارس

۷. روان‌شناسان بالینی بیشتر درگیر کدام‌یک از فعالیت‌ها هستند؟

الف. تحقیق　　ب. روان‌آزمایی

ج. تدریس　　* د. روان‌درمانی

۸. کدام‌یک از فعالیت‌های زیر توسط روان‌شناسان بالینی انجام نمی‌گیرد؟

* الف. تجویز دارو
ب. اجرای آزمون‌های روان
ج. روان‌درمانی
د. تحقیق

۹. کدام‌یک از موارد زیر جزء فرآیند سنجش بالینی نیست؟

الف. مشاهده
* ب. درمان افسردگی
ج. مصاحبه
د. آزمون‌گیری

۱۰. کدام‌یک از مشاوره‌های زیر در حال افزایش است؟

الف. مشاوره با روان‌شناسان مشاور
ب. مشاوره با معلمان
ج. مشاوره با روان‌پزشکان
* د. مشاوره با پزشکان متخصص در زمینه پیش‌گیری

۱۱. در سال‌های اخیر، اشتغال در کدام‌یک از محیط‌های زیر رو به افزایش بوده است؟

الف. دانشگاه‌ها
ب. مراکز سلامت روانی اجتماع
ج. بیمارستان‌های روان‌پزشکی
* د. مطب‌ها و دفاتر خصوصی

۱۲. اکثر روان‌شناسان بالینی که در دانشگاه تدریس می‌کنند جدای از تحقیق و تدریس، بیشتر درگیر کدام‌یک از کارهای زیر هستند (حداقل به طور پاره وقت)؟

* الف. کارخصوصی یا نظارت
ب. آزمون گیری
ج. مشورت
د. تجویز دارو

۱۳. طبق زمینه‌یابی نورکراس و همکارانش (۱۹۵۵) روان‌شناسان بالینی بیشتر کدام‌یک از رویکردهای نظری زیر را دارند؟

الف. روان‌پویایی
* ب. التقاطی / ادغامی
ج. رفتاری
د. شناختی

۱۴. در دو دههٔ اخیر کدام‌یک از رویکردهای نظری زیر به شدت رواج یافته است؟

الف. روان‌پویایی
ب. التقاطی / ادغامی
ج. رفتاری
* د. شناختی

۱۵. در چهار دهه اخیر کدام‌یک از رویکردهای نظری زیر افت محسوسی داشته است؟

* الف. روان‌پویایی
ب. التقاطی / ادغامی
ج. رفتاری
د. شناختی

۱۶. در زمینه‌یابی نورکراس و همکارانش (۱۹۹۵) چند درصد از روان‌شناسان بالینی از انتخاب حرفهٔ روان‌شناسی بالینی ناراضی بودند؟

الف. ۰٪
* ب. ۹٪
ج. ۱۵٪
د. ۲۰٪

۱۷. کدام‌یک از رویکردهای زیر به دنبال اصول کلی رفتار است؟

الف. رویکرد تفاوت‌نگر
* ب. رویکرد قانون‌نگر
ج. رویکرد آماری
د. رویکرد بالینی

۱۸. کدام‌یک از رویکردهای زیر به دنبال شناخت و کشف تفاوتهای فردی است؟

* الف. رویکرد تفاوت‌نگر
ب. رویکرد تحقیقی
ج. رویکرد قانون‌نگر
د. رویکرد مختلط

۱۹. طول مدت تحصیلات تکمیلی روان‌شناسان بالینی چقدر است؟

الف. ۸ سال
ب. ۷ سال
ج. ۶ سال
* د. ۵ سال

۲۰. با کدام‌یک از مدرک‌های زیر در رشته روان‌شناسی به سختی می‌توان به طور مستقل کار کرد؟

الف. دکترای روان‌شناسی (Psy.D)
ب. (Ed.D)
* ج. فوق لیسانس
د. دکترا یا دکترای فلسفه (Ph.D)

۲۱. کدام‌یک از مدرک‌های زیر بیش از سایر مدرک‌ها اعطاء می‌شود؟

الف. دکترای روان‌شناسی (Psy.D)
ب. Ed.D
* ج. فوق لیسانس
د. دکترا یا دکترای فلسفه (Ph.D)

۲۲. کدام مدل آموزشی در روان‌شناسی بالینی حرف اول را می‌زند؟

الف. پیراحرفه‌ای گرایی
* ب. مدل دانشمند ـ متخصص
ج. مدل متخصص ـ محقق
د. دانشمند بالینی

۲۳. برای ارتقای مهارتهای بالینی دانشجویان مقطع تحصیلات تکمیلی از کدام‌یک از دوره‌های زیر استفاده می‌شود؟

* الف. کارهای بالینی
ب. تحقیقات بالینی
ج. مصاحبه بالینی
د. نظارت بالینی

۲۴. مهمترین بخش آموزش‌های روان‌شناسان بالینی چیست؟

الف. ارایهٔ پایان‌نامه
ب. ارایه طرح سال دوم
ج. ارایه رساله
* د. کارورزی

۲۵. برای قبولی در تقریباًتمام برنامه‌های دوره‌های تکمیلی به نمرات کدام‌یک از آزمونهای زیر توجه می‌شود؟

الف. شخصیت‌سنج چند وجهی مینسوتا-۲
ب. امتحان دورهٔ فوق لیسانس
ج. MAT
* د. نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوشی بزرگسالان وکسلر

۲۶. برای آماده سازی دانشجویان جهت قبولی در دوره‌های پس از لیسانس روان‌شناسی بالینی کدام‌یک از دروس زیر که در مقطع لیسانس تدریس می‌شوند بیشتر توصیه می‌شود؟

الف. روان‌شناسی نابهنجاری
ب. طراحی تحقیق
* ج. آمار
د. روان‌شناسی بالینی مقدماتی

۲۷. برای غربال تقریباً تمام متقاضیان دوره‌های دکترای روان‌شناسی بالینی از کدام‌یک از شاخص‌های زیر استفاده می‌شود؟

الف. دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا

ب. تجارت بالینی

ج. نمرات MAT

* د. نمرات امتحان دوره فوق لیسانس

۲۸. در کدام‌یک از برنامه‌های دوره دکترای روان‌شناسی بالینی بیشتر به نمرات امتحان دوره فوق لیسانس و معدل توجه می‌شود؟

الف. دانشکده‌های حرفه‌ای

* ب. برنامه‌های تحقیق مدار

ج. برنامه‌های دانشمند ـ متخصص

د. برنامه‌های پیراحرفه‌ای

۲۹. پذیرش در کدام‌یک از برنامه‌های Ph.D روان‌شناسی بالینی از همه دشوارتر است؟

الف. دانشکده‌های حرفه‌ای

* ب. برنامه‌های تحقیق مدار

ج. برنامه‌های دانشمند ـ متخصص

د. برنامه‌های پیراحرفه‌ای

۳۰. در حال حاضر در کدام‌یک از برنامه‌های زیر حداقل نیمی از مدرک‌های دکترای روان‌شناسی بالینی اعطا می‌شود؟

* الف. دانشکده‌های حرفه‌ای

ب. برنامه‌های تحقیق مدار

ج. برنامه‌های دانشمند ـ متخصص

د. برنامه‌های پیراحرفه‌ای

۳۱. آموزش روان‌شناسان بالینی..... از آموزش مددکاران اجتماعی است.

الف. بهتر

ب. فشرده‌تر

* ج. طولانی‌تر

د. مختصرتر

۳۲. پیراحرفه‌ای‌ها:

الف. برنامه‌های دانشمند ـ متخصص را پشت سر می‌گذارند.

ب. به منظور کمک به دست‌اندرکاران سلامت روانی تربیت می‌شوند.

ج. متخصصانی هستند که تحصیلات فوق لیسانس دارند.

د. روان‌شناسان بالینی تحقیق‌گرا هستند.

○ پرسش‌های تشریحی

۱. روان‌شناسان بالینی را با روان‌پزشکان مقایسه کنید.

۲. روان‌شناسان بالینی را با روان‌شناسان مدارس مقایسه کنید.

۳. روان‌شناسان بالینی را با روان‌شناسان مشاور مقایسه کنید.

۴. روان‌شناسان بالینی چطور تحقیقات و کارهای عملی خود را در هم ادغام می‌کنند؟

۵. چرا داشتن پیشینه تحقیقاتی برای روان‌شناسان بالینی مهم است؟

۶. مراقبت کنترل شده چگونه برآینده روان‌شناسی بالینی تأثیر خواهد گذاشت؟

۷. فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان بالینی را به طور مختصر شرح دهید؟

۸. مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های دکترای روان‌شناسی بالینی را به طور مختصر شرح دهید.

۹. برای پذیرش در برنامه دکترای روان‌شناسی بالینی معمولاً چه دروسی را باید گذراند؟

پرسش‌های فصل دوم

مروری تاریخی بر روان‌شناسی بالینی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از شخصیت‌های زیر رهبر اصلی جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم بود که موجب رسیدگی به بیماران روانی و بهبود مراقبت‌های به عمل آمده از آنان شدند؟

الف. فرانسیس گالتون

* ب. فیلیپ پینل

ج. جیمز مککین کتل

د. امیل کرپلین

۲. کدام‌یک از افراد زیر برای اولین بار از اصطلاح «آزمونهای روانی» استفاده کرد؟

* الف. فرانسیس گالتون

ب. فیلیپ پینل

ج. جیمز مککین کتل

د. امیل کرپلین

۳. کدام‌یک از افراد زیر پدر نظامهای طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی است؟

الف. فرانسیس گالتون

ب. فیلیپ پینل

ج. جیمز مککین کتل

* د. امیل کرپلین

۴. چه رویدادی در سال‌های نخست دهه ۱۹۰۰ موجب شد آزمون‌هایی ابداع شوند که بتوانند شمار کثیری از انسان‌ها را غربال و دسته‌بندی کنند؟

الف. افزایش مهاجرت به آمریکا

ب. رشد جمعیت آمریکا

* ج. جنگ اول جهانی

د. جنگ دوم جهانی

۵. تهیه کدام‌یک از آزمون‌های زیر بحث و مشاجره در خصوص اثربخشی نسبی پیش‌بینی آماری در برابر پیش‌بینی بالینی را در پی داشت؟

* الف. شخصیت‌سنج چند وجهی مینه‌سوتا

ب. آزمون رورشاخ

ج. مقیاس وکسلر-بلویو

د. آزمون استنفورد ـ بینه

۶. کدام‌یک از آزمونهای زیر، آزمون هوش بزرگ‌سالان است؟

الف. شخصیت‌سنج چند وجهی مینه‌سوتا

ب. آزمون رورشاخ

* ج. مقیاس وکسلر ـ بلویو

د. آزمون گشتالت بندر

۷. کدام‌یک از آزمونهای زیر به عنوان آزمون فرافکن به کار نمی‌رود؟

الف. آزمون گشتالت بندر — ب. آزمون اندر یافت موضوع

ج. آزمون رورشاخ — * د. آزمون استنفورد ـ بینه

۸. کدام اصطلاح زیر برای استفاده و تفسیر نمرات حاصل از آزمون‌های روانی به عنوان مبنا و اساس فرمول‌بندی تشخیصی و طرح ریزی درمان مناسب است؟

الف. روان‌کاوی — * ب. تشخیص روانی

ج. سنجش روانی — د. روان سنجی

۹. کدام‌یک از جنبش‌های زیر ادعا می‌کنند که فقط رفتارهای آشکار را می‌توان اندازه گرفت و بررسی صفات شخصیتی بی‌فایده است؟

*الف. رفتارگرایی افراطی — ب. روان‌شناسی شناختی

ج. روان‌شناسی روان‌پویشی — د. سنجش رفتاری

۱۰. در کدام‌یک از ابزارهای سنجش از مجموعه پرسش‌هایی که ملاک‌های اختلال روانی‌اند، استفاده می‌شود؟

الف. شخصیت سنج چند وجهی مینسوتا

ب. پرسشنامه شخصیتی NEO

* ج. مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند

د. آزمون اندریافت موضوع

۱۱. کدام‌یک از سنجش‌های زیر برای ارزیابی نقاط قوت وضعف کارکردهای شناختی بیماران استفاده می‌شود؟

الف. سنجش رفتاری — ب. سنجش شخصیت

ج. سنجش فرافکنانه — * د. سنجش عصبی ـ روانی

۱۲. هم‌کاری چه کسانی موجب ظهور رشته روان‌کاوی شد؟

الف. گالتون و دیکس — * ب. بروئر و فروید

ج. فروید و بیرس — د. بروئر و آدلر

۱۳. پدر روان‌شناسی بالینی کیست؟

* الف. لایتنر ویتمر — ب. پاول میهل

ج. زیگموند فروید — د. جان واتسون

۱۴. کدام‌یک از فنون مداخله‌ای زیر مبتنی بر نیروی شفابخش رهاسازی اضطراب یا خصومت از طریق بازیهای بیانی است؟

الف. شناخت درمانی — ب. درمان مقرون به‌صرفهٔ زمانی

ج. روان‌کاوی — * د. بازی درمانی

۱۵. به مرور زمان درمانهای مورد استفاده روان‌شناسان بالینی:

الف. به شدت کاهش یافت — ب. کمی کاهش یافت

* ج. به شدت افزایش یافت — د. کمی افزایش یافت

۱۶. کدام‌یک از مداخلات معاصر محصول رشد و گسترش سلامت روانی نظارت شده است؟

الف. رفتارگرایی افراطی — * ب. درمانهای کوتاه‌مدت

ج. روان درمانی و روان‌پویایی — د. واقعیت درمانی

۱۷. نام دیگر مدل آموزشی دانشمند ـ متخصص چیست؟

الف. مدل پژوهشی — ب. مدل دانشکده حرفه‌ای

ج. مدل پیراحرفه‌ای — * د. مدل بولدر

۱۸. انجمن روان‌شناسی آمریکا تقریباً چند عضو دارد؟

الف. کمتر از ۲۵۰۰۰ نفر — ب. ۵۰۰۰۰ نفر

ج. ۶۷۰۰۰ نفر — * د. بیش از ۷۷۰۰۰ نفر

۱۹. تفرقه در انجمن روان‌شناسی آمریکا موجب پیدایش کدام سازمان حرفه‌ای شد؟

الف. جامعهٔ علم روان‌شناسی بالینی — ب. جامعهٔ سنجش شخصیت

* ج. جامعهٔ روان‌شناسی آمریکا — د. جامعهٔ روانپزشکی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. دو نظریه‌ای را که بر رشته روان‌شناسی بالینی تأثیر گذارده‌اند به طور مختصر شرح دهید.

۲. چه وقایعی موجب شدند سنجش صفات شخصیتی و تشخیص اختلالات روانی دوباره تجدید حیات یابند؟

۳. چگونه شرایط بازار کار بر ماهیت حرفهٔ روان‌شناسی بالینی تأثیر گذاشت؟

۴. چرا بین روان‌شناسان بالینی دانشگاه‌گرا و روان‌شناسان بالینی طرفدار کار بالینی تنش و اختلاف نظر وجود دارد؟

پرسش‌های فصل سوم

مسایل حال حاضر روان‌شناسی بالینی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. آموزشهای اولیه در روان‌شناسی بالینی بر کدام‌یک از موارد زیر تأکید نداشت؟

الف. روان آزمایی — ب. تحقیق

* ج. کار بالینی — د. طرح آزمایشی

۲. کدام‌یک از مدل‌های آموزشی قصد دارد بین تحقیق و کار بالینی توازن ایجاد کند؟

* الف. مدل دانشمند ـ متخصص　ب. مدل دانشمند حرفه‌ای
ج. مدل محقق بالینی　د. مدل دانشکده حرفه‌ای

۳. مدل آموزشی دانشمند ـ متخصص همان قدر که به متخصص بالینی شاغل توجه دارد به پرورش کدام‌یک از موارد زیر هم توجه دارد؟

الف. استاد روان‌شناسی　ب. مدیر اجرایی
ج. روان‌شناس آزمایشی　* د. محقق بالینی

۴. مدل بولدر نام دیگر کدام مدل است:

الف. مدل دانشمند بالینی　* ب. مدل دانشمند ـ متخصص
ج. مدل دانشکده حرفه‌ای　د. مدل دانشمند حرفه‌ای

۵. کدام‌یک از مدرک‌های روان‌شناسی بالینی تأکید بیشتری بر مهارت‌های بالینی دارد و مهارت‌های تحقیقاتی را در درجه دوم اولویت قرار می‌دهد؟

* الف. مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.)
ب. دکترای فلسفه (Ph.D.)
ج. لیسانس (B.A)
د. دکترای روان‌شناسی بالینی (Clin.Psy.D.)

۶. در حال حاضر تقریباً چند درصد از مدارک دکترایی که در روان‌شناسی بالینی اعطاء می‌شود مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D) است؟

الف. ۱۰٪　* ب. ۲۵٪　ج. ۵۰٪　د. ۷۵٪

۷. کدام شغل برای کسانی که مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D) دارند دشوارتر است؟

الف. متخصص بالینی　ب. ناظر
* ج. استاد و محقق دانشگاه　د. مدیر اجرایی

۸. کدام‌یک از برنامه‌های آموزشی زیر در مؤسساتی که علایق دانشگاهی ندارند اجرا می‌شود؟

* الف. دانشکده‌های حرفه‌ای
ب. مؤسسه‌های پیرو مدل متخصص ـ دانشمند
ج. مؤسسه‌های پیرو مدل دانشمند بالینی　د. هیچکدام

۹. در حال حاضر کدام‌یک از برنامه‌های زیر تقریباً نیمی از مدارک دکترای روان‌شناسی بالینی را اعطاء می‌کند؟

الف. برنامه‌های فوق‌لیسانس　ب. دکترای روان‌شناسی (Psy.D.)
ج. دانشمند بالینی　* د. دانشکده‌های حرفه‌ای

۱۰. یکی از مشکلاتی که آینده دانشکده‌های حرفه‌ای را تهدید می‌کند چیست؟

الف. اندک بودن دانشجویان فوق‌لیسانس
* ب. استمرار سرمایه گذاری‌ها
ج. به رسمیت شناخته نشدن از سوی انجمن روان‌شناسی آمریکا
د. تأمین منابع لازم برای تحقیق

۱۱. کدام‌یک از برنامه‌های آموزشی زیر در روان‌شناسی بالینی بطور کامل مورد تأیید انجمن روان‌شناسی آمریکا نیست؟

الف. دانشمند بالینی　* ب. دانشکده‌های حرفه‌ای
ج. محقق بالینی　د. دانشمند حرفه‌ای

۱۲. کدام‌یک از مدل‌های آموزشی زیر برای تحقیقات بالینی اولویت قایلند؟

* الف. مدل دانشمند بالینی　ب. مدل دانشکده حرفه‌ای
ج. مدل دانشمند حرفه‌ای　د. دکترای روان‌شناسی (Psy.D.)

۱۳. بر اساس مدل دانشمند بالینی انتخاب ابزارهای سنجش و مداخلات بالینی بر مبنای چه اصلی صورت می‌گیرد؟

الف. میزان استفاده و کاربرد　ب. دردسترس بودن
* ج. اعتبار تجربی　د. آسان بودن اجرا

۱۴. کدام‌یک از سازمانهای زیر متولی آن دسته از برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی است که پیرو مدل دانشمند بالینی هستند؟

الف. انجمن روان‌شناسی آمریکا　ب. جامعهٔ روان‌شناسی آمریکا
ج. فدراسیون روان‌شناسی بالینی　* د. آکادمی علم روان‌شناسی بالینی

۱۵. کدام‌یک از برنامه‌های آموزشی زیر ترکیبی از سه رشته روان‌شناسی مشاوره و روان‌شناسی بالینی یا روان‌شناسی مدرسه‌اند؟

الف. برنامه دانشمند بالینی
* ب. برنامه‌های آموزش مرکب علمی ـ حرفه‌ای
ج. مدل متخصص ـ دانشمند　د. دکترای روان‌شناسی (Psy.D.)

۱۶. مدل آموزش مرکب بیشتر بر.....افراد تأکید دارد؟

الف. مهارت‌های بالینی　ب. مهارت‌های مشاوره‌ای
* ج. گسترهٔ دانش روان‌شناسی افراد　د. مهارت‌های آزمون‌گیری

۱۷. کدام‌یک از برنامه‌های آموزشی زیر کمتر احتمال دارد متخصصی تحویل اجتماع دهد که در یکی از حوزه‌های فرعی روان‌شناسی بالینی تخصص داشته باشد؟

الف. دانشمند بالینی　ب. دکترای روان‌شناسی (Psy.D.)
* ج. آموزش مرکب علمی ـ حرفه‌ای　د. دانشمند ـ متخصص

۱۸. اگر بازارکار روان‌شناسان بالینی وکارورزی در آینده به شدت تنزل پیدا کند کدام‌یک از برنامه‌های زیر بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد؟

* الف. برنامه‌هایی که بیشتر درصدد تربیت متخصصان بالینی هستند.
ب. برنامه‌هایی که بیشتر درصدد تربیت محقق هستند.

ج. برنامه‌هایی که بیشتر بر روان آزمایی تأکید دارند.
د. برنامه‌های مورد تأیید انجمن روان‌شناسی آمریکا.

۱۹. کدام‌یک از سازمان‌های زیر برای ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی نظر همکاران آنان را جویا می‌شود؟

الف. انجمن روان‌شناسی آمریکا
ب. جامعهٔ روان‌شناسی آمریکا
ج. آکادمی علم روان‌شناسی بالینی
* د. هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای آمریکا(ABPP)

۲۰. کدام‌یک از ملاک‌های زیر در تعیین صلاحیت حرفه‌ای روان‌شناسان ضعیف‌تر از سایر ملاک‌هاست؟

الف. جواز
* ب. گواهینامه
ج. گواهی ارایه دهنده خدمات سلامتی
د. نظر و ارزیابی همکاران

۲۱. کدام‌یک از نظام‌نامه‌های حرفه‌ای زیر معتبرتر از گواهی‌نامه است؟

* الف. جواز
ب. نظر و ارزیابی همکاران
ج. اعتبارنامه آموزش حین خدمت
د. هیچ‌کدام

۲۲. چه روندی موجب افزایش فشارهای مالی بر متخصصانی شده که کار خصوصی می‌کنند؟

الف. افزایش دانشکده‌های حرفه‌ای
ب. رشد و توسعه جامعهٔ روان‌شناسی آمریکا
ج. تلاش برای اخذ امتیاز تجویز دارو
* د. انقلاب حفظ سلامتی

۲۳. مدل مراقبت نظارت شده کدام‌یک از موارد زیر است؟

الف. خدمات سلامت روانی حساس
* ب. سازمان متخصصان مرجع
ج. هیئت دانشمندان بالینی
د. هیچ‌کدام

۲۴. کدام‌یک از موارد زیر محصول انقلاب مراقبت نظارت شده است؟

الف. افزایش جلسات درمان مراجعان
ب. معاینه تعداد کمتری از مراجعان در سال
* ج. اجرای درمان در شکل گروهی
د. تأکید بر روان آزمایی

۲۵. کدام‌یک از موارد زیر نتیجه خدمات روانی نظارت شده نیست؟

* الف. افزایش جلسات درمان مراجعان
ب. درمان کوتاه مدت
ج. استفاده بیشتر از منابع و امکانات اجتماع
د. ایجاد تغییرات بیشتر در خارج از محیط درمان

۲۶. کدام‌یک از متخصصان سلامتی از لحاظ اقتصادی طرفدار شرکت‌های بیمه‌اند؟

* الف. متخصصان دارای مدرک فوق‌لیسانس
ب. روان‌شناسان بالینی دارای مدرک .Psy.D
ج. روان‌پزشکان
د. دانشمندان بالینی

۲۷. کدام‌یک از تخصصها در روان‌شناسی بالینی از مراقبت نظارت شده، بیشترین بهره را خواهد برد؟

الف. روان‌شناسی قانونی
ب. روان‌شناسی بالینی کودک
ج. آسیب‌شناسی روانی
* د. روان‌شناسی سلامت

۲۸. کدام‌یک از موضوعات زیر رقابت حرفه‌ای بین روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان را دامن زده است؟

الف. مراقبت نظارت شده
* ب. حق تجویز دارو
ج. هزینه‌های روان درمانی
د. روان آزمایی

۲۹. امتیاز تجویز دارو چه تأثیری بر آموزش روان‌شناسان بالینی خواهد داشت؟

الف. گذراندن یک دوره دو ساله در دانشکده پزشکی را برای آنان ضروری می‌سازد.
* ب. تحصیلات تکمیلی آنان را طولانی‌تر می‌کند.
ج. تمام آنها باید مدرک پزشکی (.M.D) بگیرند.
د. هیچ‌کدام.

۳۰. جدیدترین نسخه اصول اخلاقی روان‌شناسان در چه سالی منتشر شد؟

الف. ۱۹۸۸
ب. ۱۹۹۰
* ج. ۱۹۹۲
د. ۱۹۹۶

۳۱. کدام‌یک از اصول یا معیارهای اخلاقی، روان‌شناسان بالینی را مجاب می‌کند تا میزان و سطح آموزش‌های خود را دقیقاً نشان دهند و در معرض دید مراجعان بگذارند؟

* الف. اصل صلاحیت
ب. جلب رضایت مراجعان
ج. رازداری
د. صادق بودن در تبلیغات

۳۲. کدام‌یک از اصول اخلاقی حکم می‌کند که متخصص بالینی هویت مراجعانش را فاش نکند؟

الف. جلب رضایت مراجعان
ب. رفاه مراجعان
ج. اصل صلاحیت
* د. رازداری

۳۳. کدام‌یک از موارد زیر ناقض اصول اخلاقی روان‌شناسان بالینی است چون مرز و حریم بین درمانگر و مراجع را کم رنگ می‌کند؟

الف. درمان سایر روان‌شناسان
* ب. برقراری رابطه خصوصی با مراجعان
ج. برقراری ارتباطات مجاز و مشروع
د. درمان گروهی

۲۴. روان‌شناسان بالینی بیشتر به خاطر کدام مورد بر سر دو راهی قرار می‌گیرند؟

الف. برقراری رابطه جنسی با مراجعان ب. جلب رضایت مراجعان
* ج. رازداری د. برقراری رابطه خصوصی با مراجعان

○ پرسش‌های تشریحی

۱. نقاط قوت و ضعف مدل آموزشی دانشمند ـ متخصص چیست؟

۲. مراقبت نظارت شده چه تأثیری بر کار روان‌شناسان بالینی خواهد گذاشت؟

۳. حق تجویز دارو چه نقاط قوت و ضعفی دارد؟

۴. چرا باید در آموزش روان‌شناسان بالینی، نکات مختلفی را در نظر گرفت؟

۵. روان‌شناسان بالینی چطور تجارب بالینی و مهارت‌های تحقیقی خود را در هم ادغام می‌کنند؟

۶. انقلاب حفظ سلامتی چه تأثیری بر آموزش روان‌شناسان بالینی و عملکرد آنها گذاشته است؟

۷. چرا مراقبت نظارت شده برای روان‌شناسان بالینی مفید است؟

پرسش‌های فصل چهارم

روشهای تحقیق در روان‌شناسی بالینی

□ پرسش‌های چهار گزینه‌ای

۱. هدف اصلی تحقیق چیست؟

الف. اثبات اثربخشی درمانها
ب. آموزش روان‌شناسی به دانشجویان
* ج. ارزیابی و اصلاح نظریه‌ها د. هیچ‌کدام

۲. بنیادی‌ترین و متنفذترین روش تحقیق کدام است؟

الف. تحلیل عاملی * ب. مشاهده
ج. طرح مرکب د. همه‌گیری شناسی

۳. مهم‌ترین ایراد مشاهدات طبیعی چیست؟

* الف. چندان کنترل شده نیست
ب. آزمایش‌های آزمایشگاهی خیلی مبتکرانه‌ترند
ج. نتایج آن‌را نمی‌توان به‌کل جمعیت تعمیم‌داد
د. اشکالات اخلاقی دارد

۴. مهمترین مزیت مشاهده طبیعی چیست؟

الف. اجرای آن در آزمایشگاه آسان است
ب. فریبنده‌تر از سایر انواع مشاهدات است
ج. استنباط علّی براساس داده‌های حاصل از آن ساده‌تر است
* د. محققان می‌توانند با آن پدیده‌های زندگی واقعی را مورد مشاهده قرار دهند

۵. روش بررسی موردی چیست؟

* الف. مطالعه دقیق بیماران
ب. تحلیل داده‌های حاصل از فقط یکی از شرکت‌کنندگان
ج. مطالعه فراوانی و توزیع بیماری‌ها دریک جمعیت خاص
د. تحلیل داده‌ها به کمک طرح‌های مرکب

۶. نقطه قوت روش بررسی موردی چیست؟

الف. استنباط علّی ب. یافته‌های قابل تعمیم
ج. بررسی مشکلات هیجانی رایج * د. تولید فرضیه

۷. نقطه ضعف روش بررسی موردی چیست؟

الف. مقرون به صرفه نیست ب. نیازمند ارزیابیهای متعدد است
* ج. محقق نمی‌تواند به کمک آن علت و معلول را کشف کند
د. هیچ‌کدام

۸. بررسی میزان بروز، شیوع، و توزیع بیماری‌ها در یک جمعیت خاص..... نامیده می‌شود.

الف. آسیب‌شناسی روانی * ب. همه‌گیری شناسی
ج. تحقیقات هم‌بستگی د. آسیب‌شناسی روانی آزمایشی

۹. میزان موارد جدید بیماری در یک دوره معین چه نامیده می‌شود؟

الف. شاخص * ب. بروز ج. شیوع د. عامل خطر

۱۰. برای تشخیص گروه‌هایی که در معرض خطر ابتلاء به‌اختلالات روانی هستند، کدام‌یک از روشهای زیر مناسب‌ترند؟

الف. بررسی موردی ب. روش هم‌بستگی
ج. روش آزمایشی * د. همه‌گیری شناسی

۱۱. مهم‌ترین اشکال داده‌های واپس‌نگر کدام است؟

* الف. تحریف، حذف یا شاخ و برگ دادن به واقعیت‌ها
ب. مشکل بودن جمع‌آوری آنها ج. کمّی نشدن آنها
د. برای جمع‌آوری این نوع داده‌ها فقط باید با مراجعان مصاحبه کرد

۱۲.از روشهای همبستگی چه استنباطی می‌توان کرد؟

الف. متغیری علت متغیر دیگر است
* ب. متغیری با متغیر دیگر رابطه دارد
ج. اندازه‌های به دست آمده، یک متغیر زیربنایی و اصلی را می‌سنجند
د. شیوع اختلالات روانی در جمعیتی خاص

۱۳. کدام جمله زیر در مورد ضریب هم‌بستگی صدق نمی‌کند؟

الف. محاسبه آن نسبتاً آسان است　ب. تفسیر آن نسبتاً آسان است

ج. بین ۱+ تا ۱− تغییر می‌کند　* د. بین ۲+ تا ۰ تغییر می‌کند

۱۴. کدام‌یک از جملات زیر در مورد روش‌های همبستگی، صحیح می‌باشد؟

الف. در تحقیقات خیلی کم از این روش‌ها استفاده می‌شود

ب. در این روش‌ها باید متغییر مستقل را دستکاری کرد

* ج. وجود هم‌بستگی به معنای رابطهٔ علّی نیست

د. این روش‌ها همیشه در طرح‌های تک آزمودنی استفاده می‌شوند

۱۵. روش‌های هم‌بستگی معمولاً در چه موقعیت‌هایی مناسب‌اند؟

الف. وقتی اجرای آزمایش موانع اخلاقی یا عملی و اجرایی دارد

ب. وقتی اجرای مطالعه همه‌گیری شناختی دشوار است

* ج. وقتی شرکت‌کنندگان در مطالعه همان مراجعان یا بیماران هستند

د. وقتی محققان می‌خواهند روابط علّی را کشف کنند

۱۶. کدام‌یک از روش‌های آماری روابط چند متغیر را به طور همزمان بررسی می‌کند؟

* الف. تحلیل عاملی　ب. تحلیل هم‌بستگی دومتغیری

ج. طرح مرکب　د. پایایی ارزیاب‌ها

۱۷. در کدام‌یک از روش‌های تحقیق آزمودنی‌ها برای مدتی پیگیری می‌شوند و مورد بررسی قرار می‌گیرند؟

الف. طرح‌های مقطعی　ب. طرح‌های مرکب

ج. طرح‌های واپس‌نگر　* د. طرح‌های طولی

۱۸. به کمک کدام‌یک از روشهای زیر می‌توان روابط علّی را استنباط کرد؟

الف. هم‌بستگی　ب. بررسی موردی

ج. طولی　* د. آزمایشی

۱۹. کدام متغیر تحت کنترل محقق است و کدام متغیر دستکاری می‌شود؟

الف. عامل خطر　* ب. مستقل و وابسته

ج. وابسته و مستقل　د. نتیجه

۲۰. کدام متغیر معرف پاسخ‌های آزمودنی‌هاست؟

الف. عامل خطر　ب. مستقل

* ج. وابسته　د. درونی

۲۱..... نشان می‌دهد که نتیجه آزمایش تا چه حد ناشی از دستکاری متغیر مستقل است؟

الف. پایایی　ب. اعتبار بیرونی

* ج. اعتبار درونی　د. معناداری بالینی

۲۲. کدام روش زیر بر اعتبار درونی می‌افزاید؟

* الف. گماردن تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌ها

ب. نمونه‌گیری تصادفی　ج. طرح‌های طبیعی　د. همگنی گروه

۲۳. ..... نشان می‌دهد که یافته‌های یک بررسی را تا چه حد می‌توان در سایر بررسی‌ها یا در زندگی واقعی به‌کار برد.

الف. اعتبار درونی　* ب. اعتبار بیرونی

ج. کنترل آزمایشی　د. گماردن تصادفی

۲۴. بررسی‌های قیاسی..... قوی‌تر و..... ضعیف‌تری دارند.

* الف. اعتبار درونی، اعتبار بیرونی　ب. اعتبار بیرونی، اعتبار درونی

ج. ربط بالینی، اعتبار درونی　د. تعمیم‌پذیری، اعتباری بیرونی

۲۵. در کدام‌یک از طرح‌های تحقیق از خود شرکت کنندگان برای کنترل خودشان استفاده می‌شود؟

الف. بررسی موردی　ب. طرح آزمایشی

ج. طرح مرکب　* د. طرح تک‌موردی

۲۶. در کدام‌یک از طرح‌های تک‌موردی از دوره بازگشت استفاده می‌شود؟

* الف. طرح ABAB　ب. طرح ABC

ج. طرح چند خط پایه‌ای　د. طرح مرکب

۲۷. در کدام‌یک از طرح‌های تحقیق به طور همزمان چند رفتار بررسی می‌شود؟

الف. طرح ABAB　ب. طرح AB

* ج. طرح چند خط پایه‌ای　د. طرح مرکب

۲۸. در کدام‌یک از طرح‌های زیر ترکیبی از فنون آزمایشی و هم‌بستگی مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

الف. طرح ABAB　ب. طرح AB

ج. طرح چند خط پایه‌ای　* د. طرح مرکب

۲۹. مهم‌ترین نقطه قوت طرح مرکب چیست؟

الف. استنباط‌های علّی

* ب. تعیین بهترین نوع درمان برای هر بیمار

ج. آسان‌تر بودن طراحی و اجرای آن

د. استفاده از فنون تحلیلی عاملی

۳۰. محققان از کدام‌یک از موارد زیر به عنوان سندی که نشان می‌دهد آزمودنیها از روش‌های بررسی و خطرات آن اطلاع دارند استفاده می‌کنند؟

* الف. رضایت‌نامه　ب. رازداری

ج. مطلع ساختن　د. گماردن تصادفی در گروه‌ها

۳۱. داده‌های به دست آمده و پاسخ‌های آزمودنی‌ها:

الف. نشانگر رابطه علت و معلول‌اند　　ب. معتبرند

ج. جزء سوابق عمومی محسوب می‌شوند　　* د. غیر قابل افشاء هستند

۳۲. چه موقع می‌توان آزمودنی‌ها را فریب داد؟

الف. هرگاه که محقق بخواهد　　ب. در جریان فرآیند مطلع ساختن

* ج. وقتی آگاه ساختن آزمودنی‌ها بر نتایج تحقیق تأثیر می‌گذارد

د. هیچکدام

۳۳. یک محقق چطور آزمودنی‌ها را از ماهیت بررسی‌ها آگاه می‌سازد و دلیل اجرا و اهمیت بررسیها را با او در میان می‌گذارد؟

الف. از طریق رضایت‌نامه　　* ب. از طریق فرآیند مطلع ساختن

ج. ازطریق مقالات منتشر شده　　د. هیچکدام

○ پرسش‌های تشریحی

۱. دو روش بررسی موردی و روش آزمایشگاهی را مقایسه کنید.

۲. بررسی‌های طولی و مقطعی را مقایسه کنید.

۳. روش‌های هم‌بستگی معمولاً در چه شرایطی به کار می‌روند.

۴. نقاط قوت و ضعف پژوهش قیاسی را شرح دهید.

۵. نقاط ضعف و قوت طرح‌های تک‌موردی را شرح دهید.

۶. از روش‌های تحقیق زیر چطور می‌توان برای بررسی افسردگی استفاده کرد:

روش بررسی موردی　　روش همه‌گیری شناسی

روش آزمایشی　　طرح تک‌موردی

پرسش‌های فصل پنجم

رفتار نابهنجار و آسیب‌شناسی روانی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. متخصص آسیب‌شناسی روانی کیست؟

الف. متخصصی است که با افراد مبتلا به اختلالات روانی سر و کار دارد.

* ب. دانشمندی است که علت اختلالات روانی را بررسی می‌کند.

ج. متخصصی است که روان‌آزمایی می‌کند.

د. دانشمندی است که آزمونهای روانی تهیه می‌کند.

۲. کدام‌یک از جملات زیر جزء تعاریف اصلی رفتار نابهنجار نیست؟

الف. نقض هنجارهای اجتماعی　　ب. ناراحتی ذهنی

* ج. رفتارهای خطرناک　　د. ناتوانی یا بدکاری

۳. نقطه قوت رویکرد قلّت آماری در تعریف رفتار نابهنجار چیست؟

* الف. کمّی بودن نقاط برش　　ب. مورد توافق بودن نقاط برش

ج. نسبیت فرهنگی　　د. مبتنی بودن آن بر خود سنجی

۴. اشکال رویکرد قلّت آماری در تعریف رفتار نابهنجار چیست؟

الف. کمّی نبودن نقاط برش　　ب. غیرقابل تعیین بودن نقاط برش

ج. اتکا بر خود سنجی

* د. مشخص نیست که چه تعداد تخلف لازم است تا بتوان برچسب رفتارها نابهنجار را مطرح کرد.

۵. اشکال رویکرد قلّت آماری در تعریف رفتار نابهنجار چیست؟

الف. کمّی بودن نقاط برش　　ب. اتکاء بر خودسنجی

* ج. دشوار بودن اقامه دلیلی منطقی برای انتخاب نقطه برش

د. هیچ‌کدام

۶. اشکال تعریف رفتارهای نابهنجار به صورت نقض هنجارها چیست؟

الف. دشوار بودن اقامه دلیلی منطقی برای انتخاب نقاط برش

* ب. نسبیت فرهنگی

ج. اتکاء برگزارش‌های خود بیماران

د. تمام موارد فوق

۷. کدام‌یک از تعاریف رفتار نابهنجار تقریباً به طور کامل متکی برگزارش‌های خود بیماران است؟

* الف. ناراحتی ذهنی　　ب. نقض هنجارهای اجتماعی

ج. قلّت آماری　　د. ناتوانی یا بدکاری

۸. مهم‌ترین اشکال تعریف رفتار نابهنجار براساس ناراحتی ذهنی چیست؟

* الف. برخی از کسانی که دچار اختلال هستند حرفی از ناراحت بودن خود نمی‌زنند

ب. خیلی منطقی و مستدل نیست

ج. در جمعیت‌های بالینی به ندرت با ناراحتی ذهنی روبرو می‌شویم

د. با ملاک قلّت آماری همپوشی کامل دارد

۹. مهم‌ترین نقطه قوت تعریف رفتار نابهنجار براساس ناتوانی یا بدکاری چیست؟

الف. فقط از طریق گزارش‌های خود بیماران مشخص می‌شود.

ب. توافق بر سر این که چقدر بدکاری وجود دارد آسان است.

* ج. نسبتاً به استنباط کمی نیاز دارد.　　د. هیچ‌کدام

۱۰. یکی از مهمترین نقاط ضعف تعریف رفتار نابهنجار براساس ناتوانی یا بدکاری چیست؟

الف. به‌استنباط زیادی احتیاج دارد

* ب. مشخص نیست که چقدر بدکاری اجتماعی یا شغلی نیاز است
ج. صرفاً مبتنی برگزارش‌های خود بیماران است
د. هیچ‌کدام

۱۱. کدام‌یک از تعاریف رفتار نابهنجار بهترین تعریف‌است؟

الف. ناراحتی ذهنی ب. قلت آماری
ج. ناتوانی یا بدکاری * د. هیچ‌کدام

۱۲. رابطه بیماری روانی و رفتار نابهنجار چیست؟

الف. رفتار نابهنجار موجب بیماری روانی می‌شود
* ب. بیماری روانی شامل گروهی از رفتارهای نابهنجار است که شخص بیمار انجام می‌دهد.
ج. بیماری روانی و رفتار نابهنجار همپوشی دارند اما بیماری روانی، مفهوم گسترده‌تری است.
د. این دو رابطه اندکی دارند.

۱۳. کدام‌یک از موارد زیر جزء مؤلفه‌های اصلی تعریف بیماری روانی در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM) نیست؟

* الف. رفتارهای غیرقانونی ب. ناراحتی ذهنی
ج. ناتوانی یا بدکاری د. تمام موارد فوق

۱۴. یکی از مهمترین نقاط قوت تشخیص چیست؟

الف. تعیین مسئولیت بزهکاری‌ها
ب. تعیین علل بیماری‌های روانی
ج. کمک به ما برای بستری کردن بیماران
* د. برقراری ارتباط و تبادل نظر

۱۵. کدام‌یک از موارد زیر جزء نقاط قوت تشخیص نیست؟

الف. ترویج تحقیق
* ب. تعیین علل بیماری‌های روانی
ج. توصیه درمان‌های مناسب
د. برقراری ارتباط و تبادل نظر

۱۶. معروف‌ترین نظام طبقه‌بندی تشخیصی در آمریکا کدام‌یک از نظام‌های زیر است؟

الف. DSM-V ب. ICD9 * ج. DSM-IV د. هیچ‌کدام

۱۷. معروف‌ترین راهنمای تشخیصی در ایالات متحده امریکا توسط کدام سازمان منتشر شد؟

الف. انجمن روان‌شناسی آمریکا * ب. انجمن روانپزشکی آمریکا
ج. انجمن آسیب‌شناسی روانی آمریکا د. جامعه روان‌شناسی آمریکا

۱۸. تجدید نظرهای صورت گرفته در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) براساس کدام‌یک از موارد زیر صورت گرفته است؟

الف. نظرات متخصصان ماهر
ب. نظرات انجمن روان‌شناسی آمریکا
ج. نتایج زمینه‌یابی صورت گرفته روی تمام روان‌پزشکان و روان‌شناسان
* د. مرور جامع ادبیات موجود

۱۹. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چند محور وجود دارد؟

الف. دو محور ب. سه محور ج. چهار محور * د. پنج محور

۲۰. چند تشخیص را می‌توان روی محول اول (I) آورد؟

الف. یک تشخیص ب. دو تشخیص
ج. سه تشخیص * د. هر تعداد که امکانش هست.

۲۱. نمرهٔ سنجش کلی عملکرد (GAF) روی کدام محور می‌آید؟

الف. محور I ب. محور II ج. محور III * د. محور V

۲۲. تشخیص‌های راهنمای تشخیصی و آماری (DSM) عمدتاً..... هستند.

* الف. طبقه‌ای ب. ابعادی ج. کمّی د. هیچ‌کدام

۲۳. کدام‌یک از موارد زیر کمتر احتمال دارد در فرمول‌بندی تشخیصی مورد استفاده قرار گیرند؟

* الف. گزارش سرپرستان و ناظران
ب. گزارش‌های خود بیماران
ج. قضاوت متخصصان در مورد بدکاری بیماران
د. اطلاعات به دست آمده از اعضای خانواده

۲۴..... نظام تشخیصی یعنی این که قضاوتهای تشخیصی ارزیاب‌ها هماهنگ باشند؟

الف. اعتبار * ب. پایایی ج. سوگیری د. پوشش

۲۵. مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند موجب..... پایایی تشخیص‌ها شدند.

الف. کاهش شدید * ب. افزایش
ج. کاهش اندک د. هیچ‌کدام چون بی‌تأثیر بوده است.

۲۶. ..... نظام تشخیصی یعنی این که نظام مورد نظر بامعناست.

الف. توصیف ب. پایایی * ج. اعتبار د. پوشش

۲۷. کدام مرحله زیر برای تعیین اعتبار تشخیصی یک نشانگان (سندرم) مورد استفاده قرار نمی‌گیرد؟

الف. بررسی‌های خانوادگی
ب. بررسی‌های آزمایشگاهی
ج. پی‌گیری
* د. هیچ‌کدام چون برای تعیین اعتبار تشخیصی یک نشانگان (سندرم) تمام مراحل فوق اجرا می‌شوند.

۲۸. کدام‌یک از موارد زیر نشان می‌دهد که نظام تشخیصی مورد نظر سوگیری جنسی دارد یا خیر؟

الف. ارزیابی‌های متفاوت در خصوص اختلالات زنان و مردان.

* ب. تشخیص‌های متفاوت متخصصان برای زنان و مردان علی‌رغم وجود نشانه‌های مشابه.

ج. مردانه‌تر بودن ملاک‌ها

د. هیچ‌کدام

۲۹. کدام جمله زیر نظام تشخیصی DSM را بهتر توصیف می‌کند؟

الف. پوشش آن بسیار محدود است

* ب. جامع و بسیار فراگیر است

ج. بهترین معیار برای شناخت عناصر تشکیل دهنده اختلالات روانی است.

د. اکثر متخصصان بالینی درگیر با تفسیر اختلالات روانی از ملاک‌های آن استفاده می‌کنند.

۳۰. کدام‌یک از موارد زیر راه دیگری برای توصیف اختلالات شخصیت محور II محسوب می‌شود؟

الف. دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا

ب. مقیاس خلاصه درجه‌بندی روان‌پزشکی

* ج. مدل پنج عاملی شخصیت د. هیچ‌کدام

۳۱. معروف‌ترین مدل سبب‌شناسی آسیب روانی کدام است؟

الف. مدل ژن غالب

ب. مدل محیط خانوادگی پراسترس

* ج. مدل بیماری پذیری ارثی ـ فشار روانی

د. مدل انسان‌گرایی

۳۲. برای اشاره به آسیب‌پذیری یا آمادگی ابتلا از کدام اصطلاح استفاده می‌شود؟

* الف. بیماری پذیری ارثی (Diathesis) ب. فشار روانی

ج. عامل پیامدی د. صفت شخصیتی

۳۳. کدام‌یک از جملات زیر اصطلاح ارثی را بهتر توصیف می‌کنند؟

الف. شرط کافی اختلال روانی است

* ب. شرط لازم اختلال روانی است

ج. نه شرط لازم است و نه شرط کافی

د. شرط لازم و کافی ایجاد اختلال روانی است.

○ پرسش‌های تشریحی

۱. نقاط قوت و ضعف تعریف «همرنگی با هنجارها» چیست؟

۲. نقاط قوت و ضعف تعریف «ناراحتی ذهنی» چیست؟

۳. نقاط قوت و ضعف «ناتوانی یا بدکاری» چیست؟

۴. چه انتقادی بر تعریف بیماری روانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی وارد است؟

۵. چرا تشخیص اختلالات روانی مهم است؟

۶. نحوه تهیه چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را شرح دهید.

۷. پنج محور تشخیصی چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) را شرح دهید

۸. چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چه فرقی با سایر نظامهای تشخیصی دارد؟

۹. نحوهٔ ارزیابی نظامهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چه فرقی با سایر نظامهای تشخیصی دارد؟

۱۰. مدل بیماری پذیری ارثی ـ فشار روانی آسیب‌شناسی را شرح دهید؟

۱۱. پنج مرحله‌ای که رابینز و گازه برای اثبات اعتبار تشخیصی یک سندرم مطرح کرده‌اند کدام است؟

۱۲. برای تعیین سوگیری یک نظام طبقه‌بندی با چه مشکلاتی روبرو هستیم؟

پرسش‌های فصل ششم

مصاحبه سنجشی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از موارد زیر جزء ویژگی‌های سنجش بالینی نیستند؟

الف. ارزیابی نقاط قوت و ضعف افراد

ب. مفهوم‌بندی مشکل

* ج. اجرا صرف در شروع درمان

د. توصیه‌های درمانی در پی دارد

۲. کدام‌یک از موارد زیر در مورد سنجش بالینی صادق است؟

* الف. گرایش نظری متخصصان بالینی بر اطلاعات حاصل از این نوع مصاحبه تأثیر می‌گذارد.

ب. در سنجش بالینی همیشه از آزمون‌های روان‌شناختی استفاده می‌شود.

ج. سنجش بالینی مترادف سنجش رفتاری است د. هیچ‌کدام

۳..... معمولاً نخستین مرحله فرآیند سنجش است.

الف. تکمیل پرسش‌نامه‌های خودسنجی * ب. ارجاع

ج. تکمیل آزمون بهره هوشی د. انجام مصاحبه بالینی

۴. از دهه ۱۹۸۰ به بعد، میزان علاقه‌مندی متخصصان به سنجش بالینی.....

* الف. افزایش یافته است ب. کاهش یافته است

ج. ثابت مانده است د. هیچ‌کدام، چون معلوم نیست

۵. کدام‌یک از موارد زیر شباهت بیشتری به آزمون‌های روان‌شناختی استاندارد دارد؟

الف. مصاحبه‌های بالینی

ب. تشخیص‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)

ج. مشاهده طبیعی

* د. مصاحبه‌های ساخت‌مند

۶. کدام‌یک از ویژگی‌های مصاحبه بالینی هم نقطه ضعف آن است و هم نقطه قوتش؟

الف. مقرون به صرفه بودن آن

ب. مرتبط بودن آن با چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)

ج. ارایه دستورالعمل‌های دقیق و سفت و سخت برای اجرا

* د. انعطاف پذیری

۷. مهم‌ترین ویژگی آرایش فیزیکی مصاحبه چیست؟

* الف. حریم خصوصی ب. وجود صندلی یا کاناپه

ج. یادداشت‌برداری از جزییات د. فیلم‌برداری

۸. رابطه متخصص و بیمار در مصاحبه بالینی چه نامیده می‌شود؟

* الف. تفاهم ب. گسیختگی عاطفی

ج. انتقال متقابل د. هیچ‌کدام

۹. کدام‌یک از موارد زیر موجب بیشتر شدن تفاهم متخصص بالینی و بیمار نمی‌شود؟

الف. تلاش برای درک بیمار * ب. رویاروی‌های مکرر

ج. تقاضا از بیمار برای توضیح دادن و روشن کردن صحبت‌هایش

د. تبادل اطلاعات خصوصی و شخصی

۱۰. به طور کلی بهترین قاعده در مورد استفاده از زبان تخصصی روان‌شناسی در مصاحبه بالینی چیست؟

الف. معمولاً باید از این زبان استفاده کرد خصوصاً هنگام مصاحبه با مراجعان تیزهوش

* ب. تا حد امکان نباید از آن استفاده کرد

ج. هرگز نباید از آن استفاده کرد

د. استفاده کردن یا نکردن از این زبان فرقی نمی‌کند

۱۱. کدام‌یک از جملات زیر در مورد سکوت در مصاحبه بالینی صحیح نیست؟

الف. نشانگر عدم صلاحیت و کفایت مصاحبه‌گر است

ب. می‌تواند نشانه مقاومت بیمار باشد یا نباشد

ج. اکثر متخصصان مبتدی از سکوت خوششان نمی‌آید

* د. به‌هیچ وجه نباید از آن استفاده کرد

۱۲. دو عامل مهمی که انواع مصاحبه بالینی را از یکدیگر متمایز می‌سازد کدام است؟

الف. هدف و طول مصاحبه ب. طول و میزان ساختار

ج. مشکل بودن و طول مصاحبه * د. هدف و میزان ساختار

۱۳. معمولاً برای مشخص‌شدن دلیل مراجعه بیماران به‌درمانگاه یا بیمارستان از چه نوع مصاحبه‌ای استفاده می‌شود؟

* الف. مصاحبه پذیرش ب. مصاحبه بحران

ج. مصاحبهٔ وضعیت روانی د. مصاحبهٔ تشخیصی

۱۴. برای مشخص شدن این نکته که آیا تسهیلات، سیاست‌ها و امکانات درمانگاه نیازهای مراجع یا بیمار را برآورده می‌سازند یا خیر از چه نوع مصاحبه‌ای استفاده می‌شود؟

الف. مصاحبه شرح حال * ب. مصاحبه پذیرش

ج. مصاحبه تشخیصی د. هیچ‌کدام

۱۵. در کدام‌یک از انواع مصاحبه، تاریخچه زندگی اجتماعی و شخصی بیمار به طور عمیق و مفصل بررسی می‌شود؟

الف. مصاحبه پذیرش ب. مصاحبه تشخیصی

* ج. مصاحبه شرح حال د. مصاحبه وضعیت روانی

۱۶. در کدام‌یک از انواع مصاحبه بر مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری بیماران و مراجعان تأکید می‌شود؟

الف. مصاحبه پذیرش ب. مصاحبه شرح حال

* ج. مصاحبه وضعیت روانی د. مصاحبه ساخت‌مند

۱۷. قبلاً مهم‌ترین نقطه ضعف اکثر معاینه‌ها وضعیت روانی چه بوده است؟

الف. خیلی طولانی بوده‌اند ب. خیلی کوتاه بوده‌اند

ج. خیلی ساده انگارانه بوده‌اند * د. پایایی اندکی داشته‌اند

۱۸. طبق مطالب این کتاب مهم‌ترین فرق مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی ساختمند چیست؟

* الف. مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند شکلی ثابت و سئوالات زنجیره‌وار و معینی دارند

ب. مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند معمولاً کوتاهترند

ج. مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌مند معمولاً بلندترند

د. مصاحبه‌های بالینی معتبرترند

۱۹. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از مصاحبه رایانه‌ای می‌دهد؟

الف. این نوع مصاحبه کوتاه‌تر از سایر مصاحبه‌هاست

* ب. مستلزم اجرای یک مصاحبه ساخت‌مند است

ج. مستلزم اجرای یک مصاحبه بالینی است

د. اکثر متخصصان بالینی برای سنجش از این نوع مصاحبه استفاده می‌کنند

۲۰. هنگام سنجش مصاحبه بالینی یا ساخت‌مند معمولاً از چه نوع پایایی استفاده می‌شود؟

الف. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد * ب. پایایی ارزیاب‌ها

ج. پایایی همسانی درونی د. پایایی فرم‌های هم‌ارز

۲۱. کدام‌یک از ویژگی‌های یک مصاحبه نشان می‌دهد که آن مصاحبه چقدر موضوع مورد نظر را اندازه می‌گیرد؟

الف. پایایی ارزیاب‌ها ب. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد

* ج. اعتبار د. معناداری بالینی

۲۲.در مصاحبه ساخت‌مند که از تمام بیماران سئوالات مشابهی می‌شود، واریانس اطلاعات.....است.

الف. حداکثر * ب. حداقل

ج. برابر واریانس اطلاعات حاصل از مصاحبهٔ فاقد ساختار است

د. هیچ‌کدام چون بی‌تأثیر است.

۲۳. وجود دستورالعمل‌های مشخص و واضح برای نمره‌گذاری مصاحبه‌ها موجب.... واریانس ملاک می‌شود.

الف. افزایش متوسط * ب. کاهش شدید

ج. افزایش شدید د. عدم تغییر

۲۴..... عبارت است از همسانی نمرات یا تشخیص‌های به دست آمده در مصاحبه‌های ساخت‌مند در طول زمان.

* الف. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد ب. پایایی ارزیاب‌ها

ج. پایایی همسانی درونی د.پایایی فرم‌های هم‌ارز

۲۵. به طور کلی وقتی فاصله آزمون اولیه و آزمون مجدد طولانی می‌شود پایانی آزمون ـ آزمون مجدد.....

الف. کمی زیاد می‌شود * ب. کمتر می‌شود

ج. به شدت زیاد می‌شود د. ثابت می‌ماند.

۲۶. چه موقع پایین بودن یا متوسط بودن پایایی آزمون ـ آزمون مجدد مشکلی ایجاد نمی‌کند؟

الف. وقتی مصاحبه جدیدی را ارزیابی می‌کنیم

ب. وقتی در حال ارزیابی یک پرسش‌نامه خودسنجی جدید هستم.

ج. وقتی متغیر مورد اندازه‌گیری یک صفت است.

* د. وقتی متغیر مورد اندازه‌گیری یک صفت نیست.

۲۷. شاخص یا آماره‌ای که شانسی بودن یا نبودن توافق ارزیاب‌ها را نشان می‌دهد.... نامیده می‌شود.

الف. ضریب هم‌بستگی پیرسون ب. آزمون t

ج. توافق درصد * د. کاپا

۲۸. برای این که ببینیم آیا آزمون یا مصاحبهٔ ما می‌تواند نمرات سایر آزمون‌ها یا ابزارهای اندازه‌گیری مربوطه را پیش‌بینی کند از چه نوع اعتباری استفاده می‌شود؟

الف. اعتبار معیاری ب. اعتبار محتوا

ج. اعتبار همپوشی * د. اعتبار افتراقی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. هنگام انجام مصاحبه سنجش باید به چه نکاتی توجه کرد؟

۲. انواع مصاحبه سنجش را شرح دهید.

۳. مصاحبه ساخت‌مند و بدون ساختار را مقایسه کنید؟

۴. هنگام ارزیابی مصاحبه‌ها از چه نوع پایایی‌هایی استفاده می‌شود؟

۵. هنگام ارزیابی مصاحبه سنجش از چه نوع اعتبارهایی استفاده می‌شود؟

۶. چرا ارزیابی اعتبار مصاحبه تشخیصی ساخت‌مند دشوار است؟

پرسش‌های فصل هفتم

سنجش هوش

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. در دههٔ ۱۹۶۰ چه ایرادی بر اعتبار آزمون‌های هوش گرفته شد؟

الف. آزمون‌های هوش هنجاریابی نشده‌اند

ب. نمرات آزمون‌های هوش نمی‌توانند عملکرد شغلی افراد را پیش‌بینی کنند

* ج. ماده‌های آزمون‌های هوش ناعادلانه‌اند

د. محققان در مورد وجود هوش عمومی اختلاف نظر دارند.

۲. برای سنجش همسانی نمرات در طول زمان از چه نوع پایایی استفاده می‌شود؟

* الف. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد ب. پایایی فرم‌های هم‌ارز
ج. پایایی همسانی درونی د. پایایی ارزیاب‌ها

۳. برای پرهیز از این که مبادا آزمودنی‌ها پاسخ‌هایشان را در اجرای قبلی آزمون به یاد آورده باشند از چه نوع پایایی استفاده می‌شود؟

* الف. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد ب. پایایی فرم‌های هم‌ارز
ج. پایایی همسانی درونی د. پایایی ارزیاب‌ها

۴. کدام‌یک از انواع پایایی‌ها نشان می‌دهد که ماده‌های آزمون انسجام دارند یا سازه مشابهی را اندازه می‌گیرند؟

الف. پایایی آزمون ـ آزمون مجدد ب. پایایی فرم‌های هم‌ارز
* ج. پایایی همسانی درونی د. پایایی ارزیاب‌ها

۵. منظور از..... یک فن سنجش این است که آن فن تا چه حد آنچه را که می‌خواهیم اندازه بگیریم اندازه می‌گیرد.

الف. پایایی فرم‌ها هم‌ارز ب. سودمندی بالینی
ج. ویژگی روان‌سنجی * د. اعتبار

۶. اعتبار محتوا به این معناست که:

الف. ماده‌های آزمون تا چه حد واضح و قابل درک هستند.
ب. ماده‌های آزمون تا چه حد یک سازه معین را اندازه می‌گیرند.
* ج. ماده‌های آزمون تا چه حد جنبه‌های مختلف متغیر مورد بررسی را می‌سنجند
د. هیچ‌کدام

۷. برای پیش‌بینی رفتارهای افراد براساس نمرات آنها در آزمون از چه نوع اعتباری استفاده می‌شود؟

الف. اعتبار هم‌رخداد * ب. اعتبار پیش‌بین
ج. اعتبار محتوا د. اعتبار افتراقی

۸. اسپیرمن عنصر مشترک آزمون‌های هوش را چه می‌نامد؟

الف. هوش اختصاصی ب. هوش سیال
* ج. عامل g د. توانایی‌های روانی اولیه

۹. کدام‌یک از انواع اعتبار نشان می‌دهد که نمرات آزمون چقدر با سایر ابزارهای اندازه‌گیری یا رفتارهای دیگر رابطه دارند؟

الف. اعتبار هم‌رخداد ب. اعتبار پیش‌بین
ج. اعتبار محتوا * د. اعتبار سازه

۱۰. به نظر..... هوش ترکیبی از چند عامل است نه یک عامل.

* الف. ترستون ب. اسپیرمن
ج. بینه د. وکسلر

۱۱. کتل آن دسته از توانایی‌هایی را که آزمون‌های استاندارد هوش می‌سنجند و محصول آموزش‌ها و یادگیری‌های فرهنگی هستند..... می‌نامد.

الف. توانایی‌های روانی اولیه ب. توانایی سیال
ج. توانایی سه جزیی * د. توانایی متبلور

۱۲. به نظر.....، مؤلفه‌های هوش را می‌توان در سه بعد عملیات‌ها، محتواها و محصولات جای داد.

الف. اسپیرمن ب. ترستون
ج. استرنبرگ * د. گیلفورد

۱۳. مفهوم سن ذهنی بینه به عنوان یکی از شاخص‌های هوش از این حقیقت غافل بود که:

الف. نمرات هوش بزرگ‌سالان از نمرات هوش کودکان بالاتر بود.
ب. نمرات هوش کودکان پایایی کمتری دارند
* ج. رشد هوش سریع‌تر از رشد سنی است
د. این شاخص مورد ارجاع گروه‌های سنی خاص نیست.

۱۴. مفهوم بهره هوشی انحرافی توسط کدام‌یک از نظریه پردازهای زیر ابداع شد؟

الف. اسپیرمن ب. بینه ج. گاردنر * د. وکسلر

۱۵. کدام‌یک از ملاک‌های زیر پیوسته با نمرات آزمون هوش رابطه داشته است؟

الف. بزهکاری * ب. موفقیت تحصیلی
ج. وضعیت روانی د. سن

۱۶. برای سنجش نقش عوامل ژنتیکی و محیطی در رفتارها از کدام روش تحقیق استفاده می‌شود؟

* الف. روش بررسی مبانی ژنتیکی رفتار ب. همه‌گیری‌شناسی
ج. مطالعات طولی د. طرح‌های تک آزمودنی

۱۷. مواد ژنتیکی کدام‌یک از دوقلوها ۱۰۰٪ مشابه یکدیگر است؟

الف. دوقلوهایی که پدر مشترکی دارند
ب. دوقلوهای دو تخمکی
* ج. دو قلوهای یک تخمکی
د. هیچ‌کدام، چون هیچ یک از دوقلوها مواد ژنتیکی ۱۰۰٪ مشابه ندارند

۱۸. در بررسی مبانی ژنتیکی رفتار، برای اشاره به شباهت دوقلوها از چه اصطلاحی استفاده می‌شود؟

الف. آمارهٔ همتایی ب. شاخص عامل ژنتیک
* ج. میزان همگامی د. شاخص ارثی بودن

۱۹. کدام‌یک از جملات زیر نشانگر نقش عوامل ژنتیک در بروز رفتارهاست؟

الف. میزان همگامی دوقلوهای یک تخمکی که با هم بزرگ شده‌اند تقریباً برابر میزان همگامی دوقلوهای دو تخمکی است که با هم بزرگ شده‌اند

ب. میزان همگامی دوقلوهای یک تخمکی که با هم بزرگ شده‌اند تقریباً برابر میزان همگامی دوقلوهای دو تخمکی است که دور از هم بزرگ شده‌اند

ج. میزان همگامی دوقلوهای دو تخمکی که جدا از هم بزرگ شده‌اند تقریباً برابر میزان همگامی همشیرانی است که جدا از هم بزرگ شده‌اند.

* د. میزان همگامی دوقلوهای یک تخمکی که جدا از هم بزرگ شده‌اند تقریباً برابر میزان همگامی دوقلوهای دوتخمکی است که با هم بزرگ شده‌اند.

۲۰. بر طبق تخمینهای جدید، چند درصد از واریانس بهره هوشی ناشی از عوامل ژنتیکی است؟

الف. ۱۰٪ ب. ۲۵٪ ج. ۴۰٪ * د. بیش از ۵۰٪

۲۱. کدام‌یک از موارد زیر جزء یافته‌های حاصل از بررسی مبانی ژنتیکی هوش نیست؟

* الف. محیط هیچ تأثیری بر هوش ندارد

ب. محیط تا حدی بر هوش تأثیر می‌گذارد

ج. اهمیت عوامل محیطی کمتر از اهمیت عوامل ژنتیکی است

د. تخمین‌های مربوط به ارثی بودن بهره هوشی برای گروه‌های سنی بالاتر بیشتر است

۲۲. کدام‌یک از جملات زیر تحقیقات مربوط به ثبات نمرات هوش در طول زندگی را بهتر جمع‌بندی می‌کنند؟

الف. نمرات هوشی کودکان با ثبات‌تر از نمرات بهره هوشی بزرگسالان است

* ب. نمرات بهره هوشی بزرگسالان با ثبات‌تر از نمرات بهره هوشی کودکان است.

ج. نمرات بهره هوشی هیچ‌یک از گروه‌های سنی باثبات نیست.

د. نمرات بهره هوشی تمام گروه‌های سنی به یک اندازه ثبات ندارند.

۲۳. کدام‌یک از موارد زیر معمولاً به عنوان آزمون هوش مورد استفاده قرار نمی‌گیرد؟

* الف. دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2)

ب. نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش وکسلر بزرگسالان (WAIS-R)

ج. چاپ چهارم آزمون استنفورد ـ بینه

د. سومین ویراست مقیاس هوشی کودکان وکسلر (WISC-III)

۲۴. کدام‌یک از نمرات زیر، نمرهٔ اصلی حاصل از نسخهٔ تجدید نظر شده مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر نیست؟

الف. بهره هوشی کل مقیاس ب. بهره هوشی عملکرد

ج. بهره هوشی کلامی * د. بهره هوشی کمّی

۲۵. به چه دلیل در اکثر گزارش‌های آزمون‌های هوش، نمرات در چارچوب سطح فعلی کارکرد عقلانی بیماران تفسیر می‌شوند؟

* الف. چون نمرات آزمون هوش به مرور زمان تغییر می‌کند

ب. چون نمرات آزمون هوش غالباً به فراخور نژاد آزمون گیرنده تغییر می‌کند.

ج. نمرات آزمون هوش متناسب با سن آزمون دهنده تغییر می‌کند.

د. هیچ‌کدام

۲۶. کدام‌یک از آزمون‌های هوشی زیر فقط بر روی کودکان یا نوجوانان اجرا می‌شود؟

الف. نسخهٔ تجدید نظر شده مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر

ب. چاپ چهارم آزمون استنفورد ـ بینه

ج. دومین ویراست شخصیت سنجش چند وجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2)

* د. سومین ویراست مقیاس هوشی کودکان وکسلر-۳ (WISC-III)

۲۷. از نمرات هوش علاوه بر تخمین سطح کلی هوش چه استفاده دیگری می‌شود؟

الف. ساختن تشخیص‌های چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

ب. تشخیص مشکلات هیجانی

* ج. پیش‌بینی موفقیت تحصیلی

د. انتخاب شغل

○ پرسش‌های تشریحی

۱. تعاریف مختلف هوش را با هم مقایسه کنید.

۲. چرا اندازه‌گیری هوش تا این حد بحث‌برانگیز است؟

۳. رابطهٔ هوش و موفقیت تحصیلی را به طور مختصر شرح دهید.

۴. چطور می‌توان تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی را بر نمرات آزمون هوش بررسی کرد؟

۵. روان‌شناسان بالینی چگونه از نمرات آزمون هوش استفاده می‌کنند؟

پرسش‌های فصل هشتم

سنجش شخصیت

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از موارد زیر جزء نقاط قوت ابزارهای اندازه‌گیری عینی شخصیت محسوب نمی‌شود؟

الف. این ابزارها مقرون به صرفه‌اند

ب. اجرا و نمره‌گذاری آنها صریح و مشخص است

* ج. هر نمره می‌تواند تفاسیر مختلفی داشته باشد.

د. این ابزارها بیش از آزمون‌های فرافکن پایایی دارند.

۲. کدام‌یک از جملات زیر در مورد ابزارها یا اندازه‌گیری عینی شخصیت درست نیست؟

* الف. شکل پاسخ‌گویی تمام آنها به صورت درست / نادرست است.

ب. پرسش‌ها و جملات آنها برای تمام پاسخ‌گویان به یک ترتیب ارایه می‌شود.

ج. نمره‌گذاری آنها صریح و مشخص است.

د. سنجش پایایی آنها آسان است.

۳. کدام‌یک از آزمون‌های زیر مصداق رویکرد کلیدسازی تجربی در آزمون سازی است؟

الف. آزمون رورشاخ

ب. نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش بزرگ‌سالان وکسلر (WAIS-R)

ج. نسخه تجدید نظر شده پرسش‌نامه شخصیتی NEO

* د. شخصیت سنج چند وجهی مینه‌سوتا

۴. در کدام‌یک از رویکردهای آزمون سازی بر نظر قضاوت کنندگان در خصوص مرتبط بودن ماده‌های آزمون با متغیر مورد نظر اتکای زیادی می‌شود؟

* الف. اعتبار محتوا — ب. کلیدسازی تجربی

ج. تحلیل محتوا — د. اعتبار سازه

۵. کدام رویکرد در آزمون سازی توجهی به محتوای تک‌تک ماده‌ها ندارد؟

الف. اعتبار محتوا — * ب. کلیدسازی تجربی

ج. تحلیل عاملی — د. اعتبار سازه

۶. در کدام‌یک از رویکردهای آزمون‌سازی بر این نکته تأکید می‌شود که ماده‌های آزمون تا چه حد یک چیز را اندازه می‌گیرند؟

الف. اعتبار محتوا — ب. کلیدسازی تجربی

* ج. تحلیل محتوا — د. اعتبار سازه

۷. کدام رویکرد آزمون سازی ترکیبی از رویکردهای مختلف آزمون سازی است؟

الف. اعتبار محتوا — ب. کلیدسازی تجربی

ج. تحلیل عاملی — * د. اعتبار سازه

۸. کدام رویکرد آزمون سازی بر چهارچوب نظری متغیر مورد نظر تأکید دارد؟

الف. اعتبار محتوا — ب. کلیدسازی تجربی

ج. تحلیل محتوا — * د. اعتبار سازه

۹. مهم‌ترین پرسش‌نامه خودسنجی کدام است؟

الف. آزمون رورشاخ

ب. نسخه تجدیدنظر شده مقیاس هوش بزرگ‌سالان وکسلر

ج. نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی NEO

* د. شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا

۱۰. کدام‌یک از جملات زیر در مورد نمونهٔ معیاریابی شخصیت‌سنج چند وجهی مینسوتا (MMPI) که برای تهیه دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) مورد استفاده قرار گرفت صحیح نیست؟

الف. این نمونه شامل شرکت‌کنندگانی از ایالات مختلف آمریکا بود

* ب. شامل درصد بالایی از زن و مردهایی بود که در آن زمان به خاطر مشکلات روانی خود تحت درمان بودند.

ج. شرکت‌کنندگان آن از گروه‌های مختلف نژادی بودند

د. هیچ‌کدام چون تمام آنها صحیح هستند.

۱۱. در دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) برای بررسی و سنجش نگرش آزمون دهندگان یا آمایهٔ پاسخی از کدام مقیاس‌ها استفاده شده است؟

الف. مقیاس‌های دروغ — ب. مقیاس‌های بالینی

* ج. مقیاس‌های اعتباری — د. مقیاس‌های محتوا

۱۲. معمول‌ترین شیوه تفسیر نمرات دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) کدام‌است؟

الف. تفسیر مقیاس به مقیاس

ب. محاسبه و تفسیر نمره کلی

ج. فقط تفسیر نمرات مقیاس محتوا

* د. تفسیر نیمرخ کلی نمرات

۱۳. طبق نظر مؤلفان این کتاب کدام جنبهٔ دومین ویراست

شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) هم نقطه قوت آن است هم نقطه ضعف آن؟

الف. عینی بودن آن ب. پایایی آن

ج. اساس تحقیقاتی آن * د. جامع‌بودن آن

۱۴. دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) بیشتر متأثر از کدام جهت‌گیری نظری است؟

الف. رفتاری ب. روان‌پویایی ج. شناختی

* د. هیچ‌کدام چون تحت تأثیر هیچ نظریه‌ای نیست

۱۵..... نمرات آزمون عبارت است از این که این نمرات اطلاعاتی در اختیار ما قرار می‌دهند که سایر آزمون‌ها از ارایه چنین اطلاعاتی عاجزند.

الف. پایایی ب. اعتبار هم‌رخداد

* ج. اعتبار افزایشی د. اعتبار افتراقی

۱۶. کدام‌یک از جملات زیر در مورد نمرات برش مندرج در راهنمای دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا-۲ (MMPI-2) صحیح نیست؟

* الف. وقتی آزمون بر روی جمعیت دیگری اجرا می‌شود نمرات برش بهینه نیستند

ب. این نمرات برش حاصل سال‌ها تحقیق با شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) هستند.

ج. این نمرات برش کمتر از ۵٪ از مثبت‌های نادرست را پوشش می‌دهند.

د. هیچ‌کدام

۱۷. برای اندازه‌گیری مدل پنج عامل شخصیتی از کدام ابزار زیر استفاده می‌شود؟

الف. آزمون رورشاخ

ب. نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش بزرگ‌سالان وکسلر

* ج. نسخه تجدیدنظر شده پرسش‌نامه شخصیتی NEO

د. شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI)

۱۸. کدام‌یک از صفات شخصیتی زیر جزء عوامل شخصیتی اصلی مدل پنج عامل شخصیتی نیستند؟

* الف. عدم بازداری ب. روان رنجورخویی

ج. پذیرابودن د. تجربه‌گرایی

۱۹. بحث‌برانگیزترین جنبهٔ نسخه تجدید نظر شده پرسش‌نامه شخصیتی NEO کدام است؟

الف. عامل روان‌رنجورخویی

ب. استفاده از آن برای پیش‌بینی خشونت در بین زندانی‌ها

ج. تغییر تمام ماده‌های نسخه اولیه آن

* د. نداشتن مقیاس اعتباری

۲۰. کدام‌یک از شخصیت‌های زیر ابداع کننده آزمون لکه‌های جوهر است؟

الف. پاول میهل ب. هنری موری

* ج. هرمن رورشاخ د. امیل کرپلین

۲۱. شکل پاسخ‌گویی در آزمون‌های فرافکن چگونه است؟

الف. درست/ نادرست ب. چندگزینه‌ای ج. مقیاس لیکرت

* د. معمولاً شکل پاسخ‌گویی خاصی وجود ندارد.

۲۲. معروف‌ترین نظام نمره‌گذاری آزمون رورشاخ کدام است؟

* الف. نظام نمره گذاری اکسنر ب. نظام نمره گذاری بک

ج. نظام نمره گذاری کلاپفر د. نظام نمره گذاری مککرا

۲۳. هنگام بررسی و تحقیق برروی آزمون رورشاخ معمولاً از چه نوع پایایی استفاده می‌شود؟

الف. همسانی درونی ب. آزمون ـ آزمون مجدد

* ج. پایایی ارزیاب‌ها د. فرم‌های هم‌ارز

۲۴. کدام‌یک از موارد زیر جزء ویژگی‌های اصلی پاسخ‌گویی که در صورت جلسه‌های نمره‌گذاری استفاده می‌شوند نیست؟

الف. محل پاسخ‌ها ب. شکل پاسخ‌ها ج. رنگ پاسخ‌ها

* د. مدت زمانی که صرف نگاه کردن کارت‌ها می‌شود

۲۵. در کدام‌یک از آزمون‌های زیر، آزمودنی‌ها باید پس از تماشای تصاویر، داستان‌سازی کنند؟

الف. آزمون رورشاخ

ب. نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش بزرگ‌سالان وکسلر

* ج. آزمون اندریافت موضوع

د. شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا

۲۶. به نظر برخی از روان‌شناسان بالینی آزمون اندریافت موضوع برای سنجش..... افراد مناسب است.

الف. حافظه * ب. سبک فردی

ج. فرآیندهای روان‌شناختی د. هوش

۲۷. چرا ارزیابی پایایی آزمون اندریافت موضوع دشوار است؟

* الف. چون معمولاً در اجرا و نمره گذاری آن از نظام‌های استاندارد استفاده نمی‌شود

ب. چون به ندرت توسط متخصصان بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ج. اکثر بیماران از اجرای آن خودداری می‌کنند.

د. هیچ‌کدام

۲۸. به نظر مؤلفان این کتاب کدام‌یک از پدیده‌های زیر موجب بی‌اعتبار شدن تفسیر پاسخ‌های آزمودنیها به آزمون فرافکن می‌شود؟

* الف. هم‌بستگی‌های فریبنده ب. سوگیری جنسی
ج. سوگیری نژادی د. پایین بودن همسانی درونی نمرات

۲۹. کدام‌یک از موارد زیر نشانگر سوگیری آزمون است؟

الف. وجود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات مردان و زنان
ب. وجود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات گروه‌های مختلف
ج. وجود تفاوت معنادار بین انحراف استانداردهای گروه‌های مختلف
* د. تغییر معنادار پیش‌بینی ملاک‌ها بین گروه‌های مختلف

۳۰. کدام‌یک از موارد استفاده از کامپیوتر در سنجش روانی بیشتر بحث‌برانگیز است؟

الف. اجرای آزمون‌های عینی * ب. تفسیر کامپیوتری آزمون‌ها
ج. نمره‌گذاری آزمون‌های عینی د. اجرای مصاحبه‌های ساخت‌مند

○ پرسش‌های تشریحی

۱. نقاط قوت و ضعف آزمون‌های عینی را شرح دهید.

۲. نقاط قوت و ضعف آزمون‌های فرافکن را شرح دهید.

۳. رویکرد اعتبار محتوا و کلیدسازی تجربی در آزمون‌سازی را با هم مقایسه کنید.

۴. چطور می‌توان نشان داد که آیا یک آزمون بین گروه‌های مختلف تبعیض می‌گذارد یا خیر؟

۵. چرا آزمون‌های فرافکن علی‌رغم انتقاداتی که از آنها می‌شود هنوز بسیار مشهورند؟

۶. سنجش اعتبار ابزارهای فرافکن با چه مشکلاتی روبرو است؟

پرسش‌های فصل نهم

سنجش رفتاری

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. سنجش رفتاری در مقایسه با سنجش سنتی شخصیت بیشتر بر..... تأکید دارد.

الف. صفات شخصیتی ب. متغیرهای ارگانیسمی
ج. رفتارهای مشکل آفرین * د. وضعیت‌ها

۲. کدام‌یک از رویکردهای زیر در تفسیر آزمون‌ها، مشخصهٔ سنجش رفتاری است؟

* الف. پاسخها به عنوان نمونه‌ها ب. پاسخ‌ها به عنوان علایم
ج. پاسخ‌ها به عنوان علایم و نمونه‌ها د. هیچ‌کدام

۳. در تحلیل کارکردی رفتارها کدام‌یک از موارد زیر موجب تسریع رفتار مورد نظر می‌شود؟

* الف. شرایط محرک ب. متغیرهای ارگانیسمی
ج. پاسخ‌ها د. پیامدها

۴. در تحلیل کارکردی رفتار کدام‌یک از موارد زیر پس از رفتار مورد نظر اتفاق افتاده و نشان می‌دهد که رفتار مورد نظر تکرار خواهد شد یا خیر؟

الف. شرایط محرک ب. متغیرهای ارگانیسمی
ج. پاسخ‌ها * د. تقویت‌ها

۵. اصل کلی و زیر بنایی در تمام جنبه‌های تحلیل کارکردی رفتار چیست؟

الف. کل رفتار توسط تقویت مثبت تعیین می‌شود
* ب. توصیف دقیق
ج. متغیرهای شناختی غیرقابل اندازه‌گیری هستند
د. تمام موارد فوق

۶. در مدل SORC، حرف R نشانهٔ چیست؟

الف. شرایط محیطی پیشایند
* ب. خصوصیات جسمی، روان‌شناختی، یا شناختی فرد که بر رفتار او تأثیر دارند
ج. رفتار مورد نظر
د. رویدادهایی که پس از رفتار مورد نظر اتفاق می‌افتند و آن را تقویت یا تنبیه می‌کنند

۷. در مدل SORC، حرف O نشانهٔ چیست؟

الف. شرایط محیطی پیشایند
ب. خصوصیات جسمی، روان‌شناختی، یا شناختی فرد که بر رفتار او تأثیر دارند
* ج. رفتار مورد نظر
د. رویدادهایی که پس از رفتار مورد نظر اتفاق می‌افتند و آن را تقویت یا تنبیه می‌کنند

۸. در مدل SORC، حرف S نشانهٔ چیست؟

* الف. شرایط محیطی پیشایند
ب. خصوصیات جسمی، روان‌شناختی، یا شناختی فرد که بر رفتار او تأثیر دارند
ج. رفتار مورد نظر
د. رویدادهایی که پس از رفتار مورد نظر اتفاق می‌افتند و آن را تقویت یا تنبیه می‌کنند

۹. در مدل SORC، حرف C نشانهٔ چیست؟

الف. شرایط محیطی پیشایند

ب. خصوصیات جسمی، روان‌شناختی، یا شناختی فرد که بر رفتار او تأثیر دارند

ج. رفتار مورد نظر

* د. رویدادهایی که پس از رفتار مورد نظر اتفاق می‌افتند و آن را تقویت یا تنبیه می‌کنند

۱۰. سنجش رفتاری در چه مرحله‌ای از درمان بالینی انجام می‌شود؟

الف. پیش از شروع درمان ب. در حین درمان

ج. پس از اتمام درمان * د. تمام موارد فوق صحیح است

۱۱. مصاحبه‌های رفتاری چه فرقی با مصاحبه‌های بالینی سنتی دارند؟

الف. این مصاحبه‌ها بر اتفاقات دوران کودکی بیماران تأکید دارند

* ب. این مصاحبه‌ها بر اطلاعاتی تأکید دارند که با تحلیل کارکردی رفتارها مرتبطند

ج. این مصاحبه‌ها بر تلاش‌های قبلی برای درمان رفتار مشکل‌آفرین تأکید دارند

د. این مصاحبه‌ها بر کیفیت روابط میان فردی تأکید دارند

۱۲. چرا روان‌شناسان بالینی معمولاً از مشاهده طبیعی استفاده نمی‌کنند؟

الف. چون پایایی ندارد ب. چون اعتبار ندارد

* ج. دشوار و پرهزینه است د. تمام موارد فوق

۱۳. مشاهده کنترل شده چه فرقی با مشاهدهٔ طبیعی دارد؟

* الف. از فنونی در این نوع مشاهده استفاده می‌شود تا نمونه‌های رفتاری به دست آیند.

ب. از فنونی در این نوع مشاهده استفاده می‌شود تا بتوان رفتارها را کنترل کرد

ج. از فنونی در این نوع مشاهده استفاده می‌شود تا علایم رفتاری به دست آیند

د. در این نوع مشاهده از ارزیاب‌ها یا مشاهده کنندگان بیشتری استفاده می‌شود

۱۴. بیماران از چه طریقی می‌توانند رفتارها، افکار و هیجانات خود را مورد مشاهده قرار دهند و ثبت کنند؟

الف. از طریق پرسشنامه‌های خودسنجی سنتی

ب. از طریق مصاحبه‌های ساخت‌مند

* ج. از طریق فنون بازبینی خود

د. از طریق گزارش‌های همکاران و اطرافیان

۱۵. بزرگترین اشکال فنون بازبینی خود چیست؟

الف. استفاده از آنها دشوار است

ب. استفاده از آنها پرهزینه است

ج. معلمان از آنها استفاده نمی‌کنند

* د. مراجعان در مشاهداتشان دقت لازم را ندارند

۱۶. مهم‌ترین نقطه قوت فنون بازبینی خود چیست؟

* الف. هزینه‌ای ندارد

ب. معلمان به راحتی از آنها استفاده می‌کنند

ج. بسیار پایا و معتبرند

د. در حین جلسات درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند

۱۷. کدام‌یک از موارد زیر بر پایایی مشاهدات تأثیر می‌گذارند؟

الف. معرف بودن رفتار ب. واکنش نشان دادن

* ج. پیچیدگی رفتار د. تمام موارد فوق

۱۸..... عبارت است از کاهش پایایی مشاهدات مشاهده‌کنندگانی که ارتباط نزدیکی با هم دارند و درجه‌بندیهای مشابهی ارایه می‌دهند.

* الف. گمراهی مشاهده کنندگان ب. واکنش نشان دادن

ج. خطای مشاهده کنندگان د. اثر هاله‌ای

۱۹. بهترین راه برای جلوگیری از گمراهی مشاهده کنندگان چیست؟

الف. آموزش تمام ارزیاب‌ها ب. استفاده از ارزیاب‌های متخصص

* ج. اصلاح و بازبینی مشاهده کنندگان توسط یک ارزیاب مستقل

د. استفاده از چند ارزیاب معین

۲۰. کدام‌یک از اعتبارهای زیر در سنجش رفتاری کاربردی ندارند؟

الف. اعتبار محتوا ب. اعتبار هم‌رخداد ج. اعتبار سازه

* د. هیچ‌کدام چون تمام آنها در سنجش رفتاری کاربرد دارند

۲۱. یکی از بزرگ‌ترین تصمیم‌گیری‌ها در هنگام تعیین ساز و کارهای نظام درجه‌بندی چیست؟

الف. استفاده از رایانه‌ها ب. انتخاب ارزیاب‌ها

* ج. واحد تحلیل د. انتخاب شرکت‌کنندگان بررسی

۲۲. بهترین راه کاهش خطای مشاهده کنندگان چیست؟

الف. آموزش تمام ارزیاب‌ها ب. استفاده از ارزیاب‌های متخصص

* ج. بازبینی مداوم پایایی د. استفاده از چند ارزیاب مشخص

۲۳..... عبارت است از تأثیر عمل مشاهده بر رفتارهای افراد مورد مشاهده.

* الف. واکنش نشان دادن ب. اثر هاله‌ای

ج. اعتبار بوم شناختی د. کنترل آزمایشی

۲۴..... نشان می‌دهد که رفتار مورد مشاهده تا چه حد معرف رفتار فرد است.

الف. اعتبار هم‌رخداد ب. اعتبار سازه
* ج. اعتبار بوم‌شناختی د. اعتبار پیش‌بین

۲۵. در سنجش رفتاری نام دیگر نقش بازی کردن،..... است.

الف. فن صندلی خالی ب. واکنش نشان دادن
ج. مواجهه * د. تمرین رفتاری

۲۶. شناختی شدن فنون سنجش رفتاری موجب شد تا متخصصان بالینی تلاش بیشتری در جهت مطالعه ..... به خرج دهند.

* الف. فرآیندهای فکری ب. فرآیندهای روانپویشی
ج. فرآیندهای هیجانی د. واکنش‌های رفتاری در برابر استرس

۲۷. سنجش رفتاری بجز مسئله کانون سنجش، چه فرق دیگری با سنجش سنتی دارد؟

الف. سنجش رفتاری معمولاً فقط پس از اتمام درمان انجام می‌شود
* ب. سنجش سنتی معمولاً فقط در مراحل اولیه درمان انجام می‌شود
ج. سنجش سنتی معمولاً وقت بیشتری می‌برد.
د. هیچ‌کدام

۲۸. یکی از اشکالات مهم روش‌های سنجش رفتاری چیست؟

* الف. گاهی وقت‌گیر و پرهزینه‌اند
ب. فقط توسط برخی از متخصصان بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند
ج. نتایج آنها فقط برای رفتارگراها مفید است
د. منسوخ شده است

۲۹. نظر متخصصان بالینی معاصر که در زمینه سنجش رفتاری تخصص دارند در باره نظام تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چیست؟

الف. اکثر آنها معتقدند این نظام هیچ فایده‌ای ندارد.
* ب. اکثر آنها معتقدند این نظام می‌تواند یکی مؤلفه‌های مفید فرایند کلی سنجش باشند.
ج. اکثر آنها هیچ توجهی به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ندارند.
د. اکثر آنها معتقدند تشخیص‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تمام اطلاعات لازم را برای سنجش رفتاری فراهم می‌آورند.

۳۰. حروف اختصاری SORC علامت چیست؟

* الف. محرک، متغیرهای ارگانیسمی، پاسخ، پیامدها
ب. محرک، متغیرهای ارگانیک، پاسخ‌ها، پیامدها
ج. علامت، ارگانیسم، پاسخ، پیامدها
د. علامت، متغیرهای ارگانیسمی، واکنش، پیامدها

۳۱..... عبارت است از سنجش شرایطی که منتهی به رفتار می‌شوند و تقویت‌هایی که به دنبال آن رفتار می‌آیند.

الف. فرمول‌بندی تشخیصی ب. سنجش سنتی
* ج. تحلیل کارکردی د. کدگذاری رفتاری

۳۲. وقتی با ضیق وقت و کمبود پول روبرو هستیم از کدام‌یک از فنون سنجش رفتاری استفاده می‌کنیم؟

الف. نقش بازی‌کردن ب. مشاهده کنترل شده
* ج. بازبینی خود د. عملکرد کنترل شده

۳۳. منظور از اعتبار سازه در سنجش رفتاری این است که:

الف. آیا درجه‌بندی‌های مشاهده‌ای با سایر درجه‌بندی‌ها تناظر دارند.
ب. آیا طرح مشاهده رفتاری شامل رفتارهایی که در تحقیق مورد نظر مهمند می‌شود
* ج. آیا نظام مشاهده‌ای ما بر گرفته از یک چهارچوب نظری است
د. آیا مشاهده کنندگان مختلف اصولاً نمره‌های مشابهی ارایه می‌دهند

۳۴. در سنجش رفتاری، واحد تحلیل شامل کدام‌یک از موارد زیر نمی‌شود:

الف. مدت مشاهدات ب. نوع مشاهدات
ج. تعداد پاسخ‌ها * د. اهمیت رفتارها

۳۵. در سنجش رفتاری، اعتبار هم‌رخداد نشان می‌دهد که:

الف. آیا طرح مشاهده رفتاری شامل رفتارهایی که در تحقیق مورد نظر حائز اهمیت هستند می‌باشد.
* ب. آیا درجه‌بندی‌های مشاهده‌ای با درجه‌بندی‌های دیگران تناظر دارند.
ج. آیا مشاهده کنندگان مختلف اصولاً نمرات مشابهی ارایه می‌دهند.
د. آیا نظام مشاهده‌ای ما برگرفته از یک چهارچوب نظری است.

۳۶. کدام‌یک از جملات زیر با اعتبار بوم‌شناسی هماهنگی ندارند؟

* الف. آیا رفتار مشاهده شده واقعاً اتفاق افتاده است
ب. آیا متخصص بالینی، نمونه‌ای که معرف رفتار باشد را به دست آورده است
ج. آیا مشاهداتی که در مورد بیماری خاص صورت گرفته نوعی و همگانی است
د. آیا مشاهداتی که روی یک بیمار و درمحیطی خاص انجام شده را می‌توان به محیطهای دیگر تعمیم داد

۳۷. برای اندازه‌گیری میزان ابراز وجود و آموزش اجتماعی معمولاً از چه روشی استفاده می‌شود؟

الف. بازبینی خود ب. مشاهده در منزل
ج. مشاهده کنترل شده * د. نقش بازی کردن

۳۸. در کدام نوع سنجش از بیماران می‌خواهند با صدای بلند فکر کنند؟

الف. سنجش فرآیندی ب. سنجش پاسخ

* ج. سنجش شناختی ـ رفتاری د. سنجش تفکر

○ پرسش‌های تشریحی

۱. توضیح دهید که چرا سنجش رفتاری یک فرآیند «مستمر» است؟

۲. مؤلفه‌های مختلف سنجش رفتاری مستمر را شرح دهید.

۳. سنجش رفتاری و سنجش سنتی را مقایسه کنید.

۴. نقاط قوت و ضعف سنجش رفتاری چیست؟

۵. چه عاملی موجب شد متخصصان بالینی برخی از جنبه‌های سنجش سنتی را در سنجش رفتاری هم بکار گیرند؟

۶. عوامل مؤثر بر پایایی مشاهدات را شرح دهید.

۷. عوامل مؤثر بر اعتبار مشاهدات را شرح دهید.

۸. اجزای مختلف مدل SORC را توضیح دهید.

۹. یک رفتار مشکل‌آفرین را در نظر بگیرید (مثلاً افسردگی) و با استفاده از مدل SORC، آن را تحلیل کارکردی کنید.

۱۰. متغیرهای شناختی را در سنجش‌های رفتاری شرح دهید.

۱۱. بهترین روش‌های آموزش و کار با مشاهده‌کنندگان را در طرح‌های تحقیقاتی توضیح دهید.

پرسش‌های فصل دهم

قضاوت بالینی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱..... فرآیندی است که شامل محرک‌های مربوط به مراجعان (مثلاً نمرات آزمون یا رفتار)، پاسخ متخصص بالینی، خصوصیات متخصص بالینی، و متغیرهای وضعیتی می‌باشد.

الف. تفکر قالبی ب. رویکرد کمّی

ج. رویکرد آماری * د. قضاوت بالینی

۲. چرا تفاسیر متخصصان رفتاری و متخصصان پیرو فروید متفاوت هستند؟

الف. چون بیماران مشابهی را درمان نمی‌کنند

* ب. چون پیشینه‌های نظری متفاوتی دارند

ج. چون در قضاوت‌های خود از اطلاعات و داده‌های متفاوتی استفاده می‌کنند

د. چون اهداف متفاوتی دارند

۳. کدام‌یک از جملات زیر با این دیدگاه هماهنگی دارد که اطلاعات و داده‌های بیماران، «نمونه‌های» رفتارهای آنان هستند.

* الف. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها جزیی از مجموعه اطلاعات وسیع‌تری هستند که در موقعیت‌های دیگر می‌توان کسب کرد.

ب. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها نشانگر یک حالت زیربنایی و اساسی هستند.

ج. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها با سایر رفتارها، نگرش‌ها یا هیجانات مرتبطند

د. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها تابع محیط اجتماعی هستند.

۴. کدام‌یک از جملات زیر با این نقطه نظر هماهنگی دارد که داده‌ها و اطلاعات بیماران «علامت» هستند؟

الف. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها جزیی از مجموعه اطلاعات وسیع‌تری هستند که در موقعیت‌های دیگر می‌توان کسب کرد.

ب. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها تابع محیط اجتماعی هستند

ج. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها با سایر رفتارها، نگرش‌ها یا هیجانات مرتبطند

* د. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها نشانگر یک حالت زیربنایی و اساسی هستند

۵. کدام‌یک از جملات زیر با این نقطه نظر هماهنگی دارد که داده‌ها و اطلاعات بیماران «همبسته»اند؟

الف. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها نشانگر یک حالت زیربنایی و اساسی هستند.

ب. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها جزیی از مجموعه اطلاعات وسیع‌تری هستند که در موقعیت‌های دیگر می‌توان کسب کرد

* ج. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها با سایر رفتارها، نگرش‌ها یا هیجانات مرتبطند.

د. مشاهدات یا نمرات آزمون‌ها تابع محیط اجتماعی هستند

۶. کدام‌یک از جملات زیر در مورد سطح تفاسیر اولی که ساندبرگ، تایلر و تپلین (۱۹۷۳) مطرح کرده‌اند صادق نیست؟

الف. در این تفاسیر میزان استنباط اندک است.

* ب. این تفاسیر پیرو رویکرد علامت‌اند

ج. از این تفاسیر می‌توان برای غربال جمعیت‌های بزرگ استفاده کرد

د. این تفاسیر برای تکنیسین‌ها، رایانه‌ها یا ماشین‌ها قابل استفاده‌اند

۷. دو نوع استنباطی که در تفاسیر سطح دوم ساندبرگ، تایلر و تپلین (۱۹۷۳) به کار می‌روند کدامند؟

* الف. تعمیم توصیفی و سازه فرضی
ب. تعمیم توصیفی و رویکرد روان‌سنجی
ج. سازه فرضی و رویکرد روان پویایی
د. سازه فرضی و رویکرد روان‌سنجی

۸. وقتی تعمیم توصیفی انجام می‌شود که:

الف. متخصص بالینی قایل به عوامل تعیین کننده درونی است.
ب. متخصص بالینی اطلاعات را در چارچوب «وضعیت شخص» در هم ادغام کند
* ج. متخصص بالینی از مثال‌های رفتاری محدود به سمت تعمیم‌های وسیع‌تر حرکت کند.
د. متخصص بالینی رفتارها را بر اساس رویکرد روان پویایی توصیف کند.

۹. متخصص رفتاری عمدتاً از کدام‌یک از تفاسیر (یعنی تفاسیر چه سطحی) استفاده می‌کنند؟

الف. تفاسیر سطح اول و دوم
ب. معمولاً تفاسیر سطح اول
* ج. تفاسیر سطح اول و دوم و گاهی تفاسیر سطح سوم
د. معمولاً تفاسیر سطح سوم

۱۰. متخصصان روان‌سنجی عمدتاً از کدام یک از تفاسیر (یعنی تفاسیر چه سطحی) استفاده می‌کنند؟

الف. معمولاً تفاسیر سطح اول
* ب. تفاسیر سطح اول و دوم
ج. معمولاً تفاسیر سطح سوم
د. تفاسیر سطح اول و دوم و گاهی تفاسیر سطح سوم

۱۱. متخصصان رفتاری عمدتاً از کدام نوع از اطلاعات و داده‌های بیماران استفاده می‌کنند؟

الف. آزمون‌های عینی
* ب. مشاهدات شخصی آنان و گزارش‌های دیگران
ج. آزمون‌های فرافکن و مصاحبه‌های بالینی بدون ساختار
د. اطلاعات پزشکی

۱۲. متخصصان طرفدار روان‌سنجی عمدتاً از کدام نوع از اطلاعات و داده‌های بیماران استفاده می‌کنند؟

الف. آزمون‌های فرافکن و مصاحبه‌های بالینی بدون ساختار
ب. مشاهدات شخصی آنان و گزارش‌های دیگران
ج. اطلاعات پزشکی
* د. آزمون‌های عینی

۱۳. متخصصان روان پویایی عمدتاً از کدام نوع از اطلاعات و داده‌های بیماران استفاده می‌کنند؟

الف. آزمون‌های عینی
ب. اطلاعات پزشکی
* ج. آزمون‌های فرافکن و مصاحبه‌های بالینی بدون ساختار
د. مشاهدات شخصی بیماران و گزارش‌های دیگران

۱۴. در کدام رویکرد زیر، هم‌بستگی نمرات آزمون‌ها و خصوصیات بیماران محاسبه می‌شود؟

* الف. رویکرد کمّی، آماری
ب. رویکرد ذهنی، بالینی
ج. رویکرد رفتاری
د. رویکرد تفسیری

۱۵. در کدام‌یک از رویکردهای زیر باید منابع مختلف اطلاعاتی را در هم ادغام و تصویری منسجم از بیماران ترسیم کرد؟

الف. رویکرد تفسیری
* ب. رویکرد ذهنی
ج. رویکرد کمّی، آماری
د. رویکرد رفتاری

۱۶. کدام رویکرد بر ملاک‌های مبهم متکی است؟

الف. رویکرد کمّی، آماری
ب. رویکرد تفسیری
* ج. رویکرد ذهنی، بالینی
د. رویکرد رفتاری

۱۷. اثر بارنوم به این معناست که:

* الف. جملات ظاهراً معتبرند اما در مورد همه صادق هستند
ب. جملات منعکس کننده تصورات قالبی می‌باشند
ج. در جملات از محاسبات آماری استفاده شده است
د. جملات صحیح نیستند.

۱۸. جمله «من همیشه آن قدر که دیگران تصور می‌کنند اعتماد به نفس ندارم»..... است

الف. یک تصور قالبی
ب. یک قضاوت بالینی
ج. یک همبستهٔ رفتاری
* د. یک جملهٔ بارنومی

۱۹. کدام‌یک از دلایل زیر جزء دلایل عدم علاقه برخی از محققان به رویکرد آماری نیست؟

الف. ملاک‌های انتخاب یا پیش‌بینی کوتاه مدت‌اند و چندان عمیق نیستند
ب. متخصصان بالینی به طور ناخودآگاه با بیمارانی که تصور می‌کنند موفق خواهند شد بیشتر کار می‌کنند.
* ج. رویکردهای آماری پایایی ندارند.
د. این رویکردها ناعادلانه‌اند و قدر و ارزش انسان‌ها را در حد مشتی عدد و رقم پایین می‌آورند.

۲۰. کدام‌یک از جملات زیر دلیل ارجحیت رویکرد بالینی بر رویکرد آماری محسوب نمی‌شود؟

الف. فرمول‌های آماری همیشه در دسترس نیستند
ب. متخصصان بالینی در جمع‌آوری داده‌ها ارجح‌ترند
ج. در علم، شناخت و توصیفات متخصصان مهم است
* د. رویکرد بالینی پایاتر از رویکرد آماری است

۲۱. بررسی گولدبرگ (۱۹۶۵) نشان داد که:

الف. قضاوت‌های بالینی افرادی که مدرک دکترا داشتند دقیق‌تر از قضاوت‌های بالینی دانشجویان بود

* ب. بسیاری از شاخص‌های آماری پیش‌بینی، دقیق‌تر از متخصصان بالینی بود.

ج. پیش‌بینی‌های افرادی که مدرک دکترا داشتند دقیق‌تر از پیش‌بینی‌های شاخص‌های آماری بود.

د. پیش‌بینی‌های افرادی که مدرک دکترا داشتند و پیش‌بینی‌های دانشجویان دقیق‌تر از پیش‌بینی‌های شاخص‌های آماری بود.

۲۲. به طور کلی کدام‌یک از جملات زیر بیش از جملات دیگر در مورد بررسی‌های صورت گرفته در خصوص دقت نسبی پیش‌بینی آماری و پیش‌بینی بالینی صحیح است؟

الف. نتایج این بررسی‌ها مبهم است.

ب. پیش‌بینی بالینی بسیار دقیق‌تر از پیش‌بینی آماری است

* ج. پیش‌بینی آماری بسیار دقیق‌تر از پیش‌بینی بالینی است

د. اگر چه اکثر بررسی‌ها نشان می‌دهند که پیش‌بینی بالینی برتر است اما برخی بررسی‌ها هم گویای برتری پیش‌بینی آماری هستند.

۲۳. کدام‌یک از جملات زیر جزء انتقاداتی نیست که به نظر دیوس (۱۹۹۴) در خصوص پیش‌بینی آماری و بالینی مطرح شده است؟

* الف. بررسی‌های انجام شده کافی نیستند

ب. طرح‌های تحقیق اشکالاتی داشته‌اند

ج. ممکن است متخصصان بالینی واقعاً متخصص نبوده‌اند

د. شاید پیش‌بینی دارای اعتباری بوم‌شناسی نبوده است.

۲۴. کدام‌یک از موارد زیر جزء موقعیت‌هایی که باید از رویکرد آماری استفاده کرد نیست؟

الف. پیامد مورد پیش‌بینی عینی و مشخص است

ب. پیامدها مربوط به نمونه‌های بزرگ و ناهمگون‌اند

ج. در خصوص خطا یا سوگیری قضاوتی انسان نگرانی وجود دارد

* د. پیامد مورد پیش‌بینی نادر و کمیاب است.

۲۵. یک متخصص بالینی می‌گوید امکان تغییر فلان بیمار به خاطر پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی‌اش کمتر است. کدام مورد زیر درباره این نظر صادق است؟

الف. اثر بارنوم
* ب. تصور قالبی
ج. رویکرد کمّی
د. پرسش ارجاعی

۲۶. منظور میهل از «سفسطه چند ناپلئون» این است که:

الف. شناخت اعتقادات بیمار از اهمیت آن اعتقادات می‌کاهد

ب. رفتارها آسیب محسوب می‌شوند نه خود ما

ج. افرادی مثل ما نمی‌توانند ناسازگار باشند

* د. هر ادراکی برای ادراک کننده‌اش واقعیت دارد

۲۷. مهم‌ترین هدف یک گزارش روان‌شناختی چیست؟

* الف. پاسخ دادن به پرسش‌های ارجاعی

ب. مطرح کردن تشخیص‌ها

ج. پیش‌بینی رفتارها

د. ارایهٔ توصیه‌های درمانی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. مهم‌ترین ویژگی‌های یک گزارش بالینی را شرح دهید.

۲. رویکرد آماری در پیش‌بینی را مورد نقد و بررسی قرار دهید و نقاط قوت و ضعف آن را توضیح دهید.

۳. رویکرد بالینی در پیش‌بینی را مورد نقد و بررسی قرار دهید و نقاط قوت و ضعف آن را توضیح دهید.

۴. سه سطح مختلف تفسیر را از دیدگاه ساندبرگ، تایلر و تپلین (۱۹۷۳) با هم مقایسه کنید

۵. نتیجه تحقیقات انجام شده در خصوص اختلاف نظرهای موجود بر سر پیش‌بینی آماری و پیش‌بینی بالینی چیست؟

۶. رویکردهای آماری و بالینی را در زمینه پیش‌بینی با هم مقایسه کنید.

پرسش‌های فصل یازدهم

مداخله روان‌شناختی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از مداخله روان‌شناختی ارایه می‌دهد؟

* الف. روشی برای ایجاد تغییر در رفتار، افکار، یا احساسات دیگران

ب. روشی برای وادار کردن دیگران به انجام آنچه شما می‌خواهید

ج. مداخله روان‌شناختی یعنی این که به دیگران بگوییم چه افکار و احساساتی داشته باشند

د. وادار کردن گروهی از انسان‌ها به رویارویی با یک دوست در رابطه با یک مسئله

۲. کدام‌یک از جملات زیر جزء فواید روان‌درمانی در بررسی کانزیومر ریپورتز نیست؟

الف. بین طولانی‌تر شدن درمان و بهبود بیشتر رابطه وجود دارد.

* ب. کسانی که به طور همزمان تحت روان‌درمانی و دارو درمانی قرار می‌گیرند بیش از کسانی که فقط تحت روان‌درمانی قرار می‌گیرند بهبود می‌یابند.

ج. روان‌درمانی موجب بهبود اکثر شرکت‌کنندگان بررسی شد

د. روان‌پزشکان، روان‌شناسان، و مددکاران اجتماعی پس از کنترل شدت و نوع مشکلات روان‌شناختی، کارآیی یکسانی دارند.

۳. کدام‌یک از موارد زیر جزء نقاط ضعف بررسی کانزیومر ریپورتز نیست؟

الف. تعداد کمی از پاسخ‌دهندگان خبر از آسیب روانی شدید داده بودند.

ب. گزارش‌ها واپس‌نگر بودند

ج. گزارش‌ها صرفاً مبتنی برگزارش خود مراجعان بودند

* د. گروه نمونهٔ این بررسی کوچک بود

۴. در فهرست سلیگمن در خصوص مشکلات و حالاتی که توسط درمان نمی‌توان یا می‌توان آنها را تغییر داد چاقی شدید چه وضعیتی دارد؟

الف. تا حد زیادی قابل تسکین ب. به‌طور متوسط قابل تسکین

ج. کمی قابل تسکین * د. فقط موقتی

۵. در فهرست سلیگمن در خصوص مشکلات و حالاتی که توسط درمان نمی‌توان یا می‌توان آنها را تغییر داد، میزان تغییرپذیری ترس‌های افراطی چگونه است:

* الف. تا حد زیادی قابل تسکین ب. به طور متوسط قابل تسکین

ج. کمی قابل تسکین د. فقط موقتی

۶. در فهرست سلیگمن در خصوص مشکلات و حالاتی که توسط درمان نمی‌توان یا می‌توان آنها را تغییر داد، میزان تغییرپذیری اعتیاد به الکل چگونه است:

الف. تا حد زیادی قابل تسکین ب. به طور متوسط قابل تسکین

* ج. کمی قابل تسکین د. فقط موقتی

۷. در فهرست سلیگمن در خصوص مشکلات و حالاتی که توسط درمان نمی‌توان یا می‌توان آنها را تغییر داد، میزان تغییرپذیری افسردگی چگونه است:

الف. تا حد زیادی تسکین * ب. به‌طور متوسط قابل تسکین

ج. کمی قابل تسکین د. فقط موقتی

۸. منظور از «عوامل مشترک»، خصوصیات مشابه.....است

الف. اختلالات ب. درمانگرها

* ج. روان‌درمانی‌ها د. مراجعان

۹. کدام‌یک از عوامل زیر جزء عوامل مشترک مورد نظر لمبرت و برگین (۱۹۹۴) نیستند؟

* الف. عوامل هیجانی ب. عوامل یادگیری

ج. عوامل کنشی د. عوامل حمایتی

۱۰. کدام‌یک از جملات زیر بیشتر در مورد «نقش تخصصی» روان درمانگر صدق می‌کند؟

الف. درمانگر باید مستبد باشد

ب. درمانگر باید پذیرا و گرم باشد و به مراجعانش احترام بگذارد و مورد علاقه آنان باشد

* ج. درمانگر باید باصلاحیت باشد

د. درمانگر باید در مقایسه با مراجع، تصور بهتری در خصوص مشکل مراجع داشته باشد

۱۱. کاتارسیس یعنی:

* الف. تخلیه هیجانات ب. رابطهٔ درمانگر و مراجع

ج. ابراز شدید غمگینی د. یکی از مفاهیم روان پویایی است

۱۲. کدام‌یک از صفات زیر برای توصیف اتحاد درمانی استفاده نمی‌شود؟

الف. بری از قضاوت ب. با بینش

ج. حرفه‌ای * د. سرد و توام با فاصله

۱۳. کدام‌یک از جملات بهتر از جملات دیگر دیدگاه فعلی اکثر روان‌درمانگرها را در مورد بینش توصیف می‌کند؟

الف. بینش برای وقوع تغییر ضروریست

* ب. بینش موجب تسهیل رشد و تغییر مراجعان می‌شود

ج. بینش در معدود مواردی موجب تغییر می‌شود

د. بینش پیش از تفسیرهای درمانگر به دست می‌آید.

۱۴. کدام جمله زیر بهتر از سایر جملات، تحقیقات انجام شده در زمینه میزان ناراحتی بیماران و نتیجه درمان را جمع‌بندی می‌کند؟

الف. بین بالا بودن میزان ناراحتی بیماران در ابتدای درمان و افزایش بهبود رابطه وجود دارد

ب. ناراحتی و بهبودی رابطه‌ای منحنی شکل دارند

* ج. اکثر بررسی‌های جدید نشان می‌دهند که هر چه ناراحتی بیماران شدیدتر باشد، نتیجه درمان ضعیف‌تر خواهد بود

د. رابطه‌ای بین ناراحتی و بهبودی وجود ندارد.

۱۵. کدام‌یک از جملات زیر نشان نمی‌دهند که چرا افراد باهوش‌تر راحتتر می‌توانند شروط روان‌درمانی را مراعات کنند؟

الف. روان‌درمانی یک فرآیند کلامی است.

ب. این بیماران می‌توانند ارتباط رویدادها را درک کنند
ج. در روان‌درمانی سنتی، درون نگری نقش مهمی دارد.
* د. کسانی که باهوش نیستند نمی‌توانند از روان درمانی چیزی بیاموزند.

۱۶. کدام‌یک از جملات زیر تحقیقات صورت گرفته در زمینه انگیزش و نتیجه درمان را بهتر خلاصه می‌کند؟

الف. انگیزش برای پیشرفت درمان ضروریست
ب. انگیزش برای پیشرفت درمان ضروری نیست
* ج. تحقیقات صورت گرفته نتایج متفاوتی داشته‌اند
د. انگیزش فقط در برخی از روان درمانی‌ها ضروریست

۱۷. کدام‌یک از جملات زیر در مورد نقش مسایل جنسیتی در روان‌درمانی صحیح نیست؟

الف. جنس افراد رابطه معناداری با نتیجه درمان ندارد
* ب. هنگام همتاکردن مراجعان با درمانگرها جنس یا جنسیت درمانگر اهمیتی ندارد
ج. متخصصان می‌گویند درمانی که در آن به جنسیت توجه شده باشد به مراجعان کمک می‌کند به مسایل جنسیتی توجه کنند
د. تحقیقات صورت گرفته در مورد سوگیری جنسیتی و تصورات قالبی درمانگرها نتایج قطعی نداشته‌اند

۱۸. کدام‌یک از جملات زیر مشخصه درمان فمینیستی نیست؟

الف. در این نوع درمان، درمانگر و مراجع برابرند.
ب. برای مشخص شدن ماهیت فرآیند درمان، قراردادهایی بسته می‌شود.
ج. معمولاً در این نوع درمان در مورد مسایلی شخصی همچون آزادی و انتخاب بحث می‌شود
* د. فقط زنان می‌توانند درمانگرهای فمینیستی باشند.

۱۹. کدام‌یک از خصوصیات درمانگران جزء شروط لازم تغییرات درمانی است اما شرط کافی محسوب نمی‌شود؟

الف. تحمل، شکیبایی، و مهربانی
* ب. همدلی، گرمی، و خلوص
ج. صداقت و باز و پذیرابودن
د. حساسیت، باهوش بودن، و پختگی

۲۰. آیا شواهدی در تأیید این فرض وجود دارد که نتیجهٔ درمان بیماران بزرگسال‌تر بدتر است؟

* الف. شواهد محکمی در تأیید این فرض وجود ندارد
ب. شواهد موجود متفاوتند
ج. شواهدی در تأیید این فرض وجود دارد
د. شواهد محکمی در تأیید این فرض وجود دارد

۲۱. به‌نظر هوکانسون (۱۹۸۳) وقتی هدف درمان «تجربه هیجانی اصلاحی» است از کدام نوع درمان استفاده می‌شود؟

الف. کنترل بحران — ب. درمان روان‌کاوانه
ج. رفتار درمانی — * د. رابطه درمانی

۲۲. در بررسی اثر بخشی درمان، گروه الف. در ابتدای درمان، حساسیت‌زدایی نظامدار می‌شود و گروه ب هشت هفته پس از شروع بررسی حساسیت‌زدایی نظامدار می‌شود. کدام‌یک از عبارات زیر در مورد گروه ب مناسب‌تر است؟

الف. گروه آزمایشی — ب. گروه درمان
* ج. گروه کنترلی که در فهرست انتظار است
د. گروه کنترلی که فقط مورد توجه قرار گرفته است.

۲۳. پیش از درمان و در حین درمان و پس از آن معمولاً کدام‌یک از نشانه‌های آسیب‌روانی مورد سنجش قرار می‌گیرد؟

* الف. کارکرد بیمار — ب. وضعیت مراجع
ج. کنترل مراجع — د. پاسخ بیمار

۲۴. منظور از اندازه‌گیری نتیجه چیست؟

الف. سنجش نقشه‌های درمانگر برای درمان
* ب. سنجش عملکرد بیمار در حین درمان و پس از درمان
ج. سنجش نقشه‌های بیماران برای درمان
د. سنجش‌هایی که درمانگران پس از درمان انجام می‌دهند

۲۵. کدام‌یک از جملات زیر در مورد نتایج بررسی دانشگاه تمپل در خصوص کارآیی روان‌درمانی صادق نیست؟

الف. میزان بهبود گروه‌های روان‌کاوی و رفتار درمانی بیش از میزان بهبود گروه فهرست انتظار بود.
* ب. بهبود گروه رفتار درمانی به نحو معناداری بیش از بهبود گروه روان‌کاوی بود.
ج. بهبود هر سه گروه پس از اتمام درمان یک سال حفظ شده بود
د. بهبود هر سه گروه در آزمونی که چهار ماه بعد صورت گرفت کماکان حفظ شده بود.

۲۶. روشی که می‌توان به کمک آن نتایج بررسی‌های مختلف صورت گرفته برروی روان درمانی را ترکیب کرد چه نامیده می‌شود؟

الف. میزان تأثیر — ب. بررسی کارآیی
ج. بررسی تطبیقی — * د. فراتحلیل

۲۷. کدام‌یک از جملات زیر اشکال اکثر فراتحلیل‌های انجام شده را بر روی نتایج روان‌درمانی نشان نمی‌دهد؟

* الف. معمولاً شرایط بالینی را خیلی مد نظر قرار می‌دهند.

ب. درمانگرهای این بررسی‌ها معمولاً متخصصان بالینی تازه‌کار هستند
ج. معمولاً مداخلات رفتاری کوتاه مدت را خیلی مد نظر قرار می‌دهند.
د. بررسی‌هایی را که کیفیت‌های متفاوت و گوناگونی دارند با هم ترکیب می‌کنند

۲۸. کدام‌یک از درمان‌های زیر فعلاً جزء فهرست درمان‌هایی که از لحاظ تجربی معتبرند نیستند؟

الف. شناخت درمانی افسردگی ب. زناشویی درمانی رفتاری
ج. برنامه‌های اقتصاد ژتونی برای بیماران روانی مزمن
* د. درمان روان پویایی کوتاه مدت‌گذرهراسی

۲۹. کدام‌یک از موارد زیر جزء نتیجه‌گیری‌های کلی فرانک (۱۹۷۹) در مورد روان درمانی محسوب نمی‌شود؟

* الف. برخی از شکل‌های درمان کارآیی بیشتری دارند
ب. خصوصیات درمانگر مهم‌تر از فن درمان است
ج. مراجعانی که در ابتدای کار بهبود نسبی نشان می‌دهند کماکان این بهبود را حفظ می‌کنند.
د. تقریباً تمام روان درمانی‌ها مؤثرتر از کمک‌های غیر رسمی‌اند.

۳۰. کدام‌یک از جملات زیر اصطلاح «تبحر» را بهتر توصیف می‌کند؟

الف. تبحر به معنی صلاحیت درمانگر در روان درمانی است
ب. تبحر به معنی کمک به مراجع جهت کاهش اضطرابش است
ج. منظور از تبحر، توانایی مراجعان جهت پاسخدهی به‌روان‌درمانی است
* د. منظور از تبحر، کمک به مراجع جهت یادگیری پاسخ‌های جدید است.

○ پرسش‌های تشریحی

۱. مراحل مداخله بالینی را نام ببرید و شرح دهید.

۲. هنگام طراحی یک تحقیق در زمینه روان درمانی باید به چه نکاتی توجه کرد؟

۳. در این فصل بررسی‌های مختلف صورت گرفته در زمینه کارآیی روان درمانی را در مقایسه با عدم درمان و هم‌چنین کارآیی روان درمانی‌های مختلف را شرح دادیم. نتایج اصلی این بررسی‌ها چه بود؟

۴. دانش بالینی نشان می‌دهد که بین پاره‌ای از متغیرهای مربوط به بیماران و نتیجه روان درمانی رابطه‌ای وجود دارد. لطفاً چهار مورد از این متغیرها را نام ببرید و توضیح دهید تحقیقات صورت گرفته، رابطه آنها را با نتیجه درمان چگونه می‌دانند.

۵. دانش بالینی نشان می‌دهد که بین پاره‌ای از متغیرهای مربوط به درمانگرها و نتیجه روان‌درمانی رابطه‌ای وجود دارد. لطفاً چهار مورد از این متغیرها را نام ببرید و توضیح دهید تحقیقات صورت گرفته، رابطه آنها را با نتیجه درمان چگونه می‌دانند.

۶. تعدادی از متغیرها به عنوان «عوامل مشترک» روان درمانی‌ها مطرح شده‌اند. لطفاً سه گروه از این عوامل مشترک را توضیح دهید و در مورد هر یک مثالی بزنید.

پرسش‌های فصل دوازدهم

روان درمانی: دیدگاه روان‌پویایی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از جملات زیر شهرت کنونی روان درمانی روان پویایی را نشان می‌دهد؟

الف. این نوع درمان بیشتر توسط درمانگران اروپایی انجام می‌شود.
ب. در ایالات متحده آمریکا انجام نمی‌شود
ج. توسط معدودی از درمانگرها انجام می‌شود
* د. توسط بسیاری از روان‌شناسان بالینی اجرا می‌شود.

۲. فروید در سال ۱۸۸۵ در کلاسهای شارکو با چه فنی آشنا شد؟

* الف. هیپنوتیزم ب. تداعی آزاد
ج. تثبیت د. واپس روی

۳. نظریه جبرروانی می‌گوید:

الف. درمانگران روان‌پویایی می‌توانند رفتارها را کنترل کنند.
ب. برخی از رفتارهای انسان را می‌توان توضیح داد.
* ج. تمام رفتارهای انسان‌ها معنایی دارند و هدف‌مند هستند.
د. روان‌درمانی روان‌پویایی برای تمام مراجعان خوب است.

۴. کدام جمله زیر جزء مفروضات نظریهٔ انگیزش ناهشیار نیست؟

الف. هر شخصی دلایل رفتارهای سالم خود را می‌داند.
ب. علل رفتارهای ناسالم معلوم‌اند.
ج. هدف درمان عبارت است از معلوم کردن علل رفتارهای ناسالم
* د. درمانگر بر علل رفتارهای ناسالم بیماران واقف است

۵. دو غریزه‌ای که از نظر فروید تأمین‌کننده انرژی ما هستند چه بود؟

الف. زندگی و جنسی ب. جنسی و درد
* ج. زندگی و مرگ د. لذت و مرگ

۶. روان درمانگرهای نوین روان‌پویایی به کدام غریزه توجه زیادی ندارند؟

* الف. مرگ ب. زندگی
ج. لذت د. درد

۷. به نظر فروید کدام‌یک از ساختارهای زیر تابع اصل لذت هستند و از تفکر اولیه استفاده می‌کنند؟

الف. سوپرایگو ب. ایگو ج. ناهشیار * د. اید

۸. به نظر فروید کدام‌یک از ساختارهای زیر از اصل واقعیت و فرآیند تفکر ثانویه استفاده می‌کند؟

الف. سوپرایگو * ب. ایگو ج. ناهشیار د. اید

۹. به نظر فروید کدام‌یک از ساختارهای زیر به دنبال حل و فصل عقده ادیپ به وجود می‌آید؟

* الف. سوپرایگو ب. ایگو ج. ناهشیار د. اید

۱۰. رؤیا و خواب دیدن نمونه‌ای است از:

الف. کاتارسیس ب. تثبیت * ج. فرآیند اولیه د. فرآیند ثانویه

۱۱. به نظر فروید کدام‌یک از ساختارهای زیر مدیراجرایی شخصیت است؟

الف. اید * ب. ایگو ج. ناهشیار د. سوپرایگو

۱۲. تحریک و فعال شدن ایگوی آرمانی منجر به بروز کدام احساس می‌شود؟

الف. عصبانیت ب. غم ج. شادی * د. غرور

۱۳. استفاده از یادگیری، حافظه، و قضاوت برای کامروایی و رفع نیازها از مشخصه‌های کدام‌یک از موارد زیر است؟

الف. فرآیند اولیه * ب. فرآیند ثانویه

ج. فرآیند مداقه د. فرآیند تحلیل

۱۴. رفتارهایی که تنبیه می‌شوند جزیی از..... افراد می‌شوند.

الف. اید ب. ناهشیار * ج. وجدان د. ایگو

۱۵. مراحل روانی ـ جنسی فروید به ترتیب عبارتند از:

الف. تناسلی، مقعدی، نهفتگی، آلتی، دهانی

ب. مقعدی، آلتی، دهانی، نهفتگی، تناسلی

ج. آلتی، مقعدی، نهفتگی، دهانی، تناسلی

* د. دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی، تناسلی

۱۶. شخصی مدام می‌ترسد که ممکن است روزی قرص نانی بدزدد. اضطراب او چه نوع اضطرابی است؟

* الف. روان رنجورانه ب. واقعیت ج. اخلاقی د. ایگویی

۱۷. کدام‌یک از اضطراب‌ها ناشی از احساس عدم اطاعت از وجدان است؟

الف. روان رنجورانه ب. واقعیت * ج. اخلاقی د. ایگویی

۱۸. کدام‌یک از فرآیندهای زیر معرف تلاش فرد برای مهار و برخورد با تهدیدی است که در درونش حس می‌کند؟

الف. اضطراب اخلاقی ب. کاتارسیس ج. انتقال

* د. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی

۱۹. وقتی شخصی بخش‌هایی از یک فیلم سینمایی بسیار خشن را «فراموش می‌کند» از کدام مکانیسم دفاعی استفاده کرده است؟

الف. تثبیت ب. واپس‌روی * ج. واپس‌رانی د. واکنش سازی

۲۰. وقتی شخصی به جای رفتن به مرحله بعدی رشد روانی ـ جنسی در مرحله دهانی می‌ماند تحت تأثیر کدام مکانیسم دفاعی است؟

* الف. تثبیت ب. واپس‌روی ج. واپس‌رانی د. واکنش سازی

۲۱. وقتی من از رییسم عصبانی هستم اما رییسم را عصبانی تصور می‌کنم. من از چه مکانیسمی استفاده کرده‌ام؟

الف. واکنش‌سازی * ب. فرافکنی ج. تثبیت د. واپس‌رانی

۲۲. ابراز یک تکانه ناهشیار از طریق رفتاری متضاد آن چه نامیده می‌شود؟

* الف. واکنش‌سازی ب. فرافکنی ج. تثبیت د. واپس‌رانی

۲۳. معمولاً از تداعی آزادی برای چه منظوری استفاده می‌شود؟

الف. حصول بینش * ب. گشودن راهی به ناهشیار بیماران

ج. کمک به بیماران برای احساس آرامش از ارتباط با درمانگر

د. تغییر رفتارهای بیماران

۲۴. بر اساس مبحث تحلیل رؤیاها کدام‌یک از جملات زیر محتوای نهفته رؤیاها را بهتر توصیف می‌کند؟

الف. بیماری خواب می‌بیند که از یک نردبان مارپیچ بالا می‌رود.

ب. درمانگر پشت بیمار می‌نشیند طوری که بیمار نتواند او را ببیند.

ج. بیمار در حین رؤیا مضطرب می‌شود

* د. رؤیای بیمار نماد میل و اشتیاق او به رابطه جنسی است

۲۵. بر اساس تعاریف فروید کدام‌یک از جملات زیر نمونه‌ای از «آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره» است؟

* الف. فراموش کردن جلسه روان درمانی و قرار ملاقات با درمانگر

ب. تخلیه هیجانی در حین جلسه روان درمانی

ج. آرزوی لطمه‌زدن به مادر

د. سائقی ناهشیار برای ترسیم شخصیتی آرمانی از استاد

۲۶. سعی و تلاش بیماران برای ادامه دادن روش‌های «روان رنجورانه» حل مسایل و خودداری از تغییر چه نامیده می‌شود؟

الف. واپس‌رانی ب. اضطراب روان‌رنجورانه

* ج. مقاومت د. واپس‌روی

۲۷. یک بیمار «ناگهان سالم» می‌شود یا خیلی سریع تغییر می‌کند. این رفتار او چه نامیده می‌شود؟

الف. واپس‌روی ب. انتقال
ج. فرآیند ثانویه * د. مقاومت

۲۸. کدام‌یک از جملات زیر، مفهوم انتقال را بهتر توصیف می‌کنند؟

* الف. بیماری که پدرش سرد و بی‌عاطفه بوده است از درمانگری خونگرم و با ملاحظه عصبانی می‌شود.
ب. بیماری بسیار فقیر به هزینه‌های درمان اعتراض می‌کند.
ج. بیماری مضطرب احساساتش را در خصوص شغلی ظاهراً کم استرس توصیف می‌کند
د. درمانگری که احساس ناکامی می‌کند از عدم پیشرفت بیمارش عصبانی می‌شود.

۲۹. کدام‌یک از توصیفات زیر جزء مشخصه‌های جنبش تحلیل ایگو نیست؟

الف. تأکید بیشتر بر کارکردهای «بدون تعارض» ایگو مثل حافظه
ب. تأکید بیشتر بر مشکلات زمان حال تا مشکلات گذشته و دوران کودکی
ج. استفاده از فن «تکرار شخصیت و اعمال پدر و مادر» برای ایجاد جو اعتماد در رابطه
* د. تأکید و توجه بیشتر به رؤیاها و فرآیندهای ناهشیار

۳۰. یکی از دلایل اصلی ظهور و رشد روان درمانیهای کوتاه مدت چیست؟

الف.این نوع درمان‌ها بر کوتاه شدن فرآیند روان درمانی تأکید داشتند.
* ب. هزینه‌های بهداشت و سلامتی حکم می‌کرد درمان‌ها کوتاه‌تر شوند
ج. تحقیقات نشان می‌دادند درمان دراز مدت مؤثر نیستند.
د. بیماران قبول نداشتند چند سال تحت درمان قرار بگیرند.

۳۱. کدام‌یک از جملات زیر شواهد تحقیقاتی موجود در خصوص کارآیی روان درمانی روان پویشی را بهتر ترسیم می‌کنند؟

الف. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهند که این نوع روان درمانی کاملاً مؤثر است.
* ب. حمایت این تحقیقات از این نوع درمان در حد متوسط بوده است.
ج. تحقیقات نشان می‌دهند که این نوع روان درمانی ناموثر است.
د. درمان کوتاه مدت همیشه مؤثرتر از درمان دراز مدت است.

۳۲. کدام‌یک از جملات زیر با نتیجه‌گیری‌های مرور هنری، استراپ، اسکچت، و گاستون (۱۹۹۴) در مورد تحقیقات انجام شده در زمینه تفسیر درمانگران در مورد انتقال منافات دارد؟

* الف. بین فراوانی این نوع تفاسیر و نتیجه بهتر روان درمانی رابطه بود.
ب. دقت متخصصان بالینی در این گونه تفسیرها کمتر از آنچه تصور می‌شد بود.
ج. فراوانی این گونه تفاسیر به رابطهٔ درمانی لطمه می‌زند.
د. تفسیر انتقال در مقایسه با سایر مداخلات موجب بروز پاسخ‌های مؤثرتر بیماران نمی‌شود

۳۳..... عبارت است از پیوند عاطفی بیمار با درمانگر.

الف. تخلیه هیجانی (کاتارسیس) ب. رابطه انتقالی
* ج. اتحاد درمانی د. اتحاد ایگویی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. شکل‌های مختلف روان‌درمانی روان‌پویشی را مقایسه کنید.
۲. خلاصه‌ای از تحقیقات انجام شده در زمینه کارآیی روان‌درمانی روان‌پویشی ارایه دهید.
۳. مراحل روانی ـ جنسی را نام ببرید و توضیح دهید.
۴. ساختارهای اصلی شخصیت را از دیدگاه فروید نام ببرید و با هم مقایسه کنید.
۵. نقاط ضعف و قوت روان‌درمانی روان‌پویشی را شرح دهید.
۶. فنون اصلی روان‌درمانی روان‌پویشی را توضیح دهید.
۷. مفروضات اصلی نظریه فروید را شرح دهید.

پرسش‌های فصل سیزدهم

روان‌درمانی: دیدگاه‌های پدیدار شناختی و انسان‌گرایی ـ وجودی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. پدیدارشناسی می‌گوید که رفتار توسط..... تعیین می‌شود.

الف. غرایز و تکانه‌ها ب. ارزش‌های درونی
ج. واکنش‌های دیگران * د. آنچه شخص در هر لحظه تجربه می‌کند

۲. خود پدیداری عبارت است از.....

الف. خودی که شخص می‌خواهد باشد.
* ب. بخشی از دنیای پدیداری شخص که آن را به عنوان «من مفعولی» تجربه می‌کند.
ج. برداشت آرمانی شخص از خودش
د. آنچه دیگران به عنوان «من مفعولی» تجربه می‌کنند

۳. کدام جمله زیر با گزاره‌های راجرز در خصوص افراد منافات دارد؟

* الف. دانش و اطلاعات عینی می‌تواند افراد را به دقت توصیف کند
ب. افراد در دنیایی از تجربه زندگی می‌کنند که خودشان مرکز آن هستند.

ج. تجربه هر شخص را فقط خود او می‌تواند درک کند

د. هر شخص بهترین منبع اطلاعات در مورد خودش است

۴. خودشکوفایی چیست؟

الف. هرگونه رفتار هدفمند انسانی

ب. رفتارهای واقعی (یا عملی) اشخاص

ج. گرایش اشخاص به داشتن برداشتی صحیح از دنیا

*د. گرایش بنیادی انسان‌ها به حفظ و ارتقای خویشتن تجربه‌گر خویش

۵. کدام‌یک از جملات زیر جزء شیوه‌های جذب یک تجربه به درون خود نیست؟

الف. جذب یک تجربه از طریق تحریف یا انکار

* ب. جذب تجربه بدون هرگونه تغییر

ج. نادیده گرفتن تجربه به دلیل نامربوط بودنش

د. نمادینه‌کردن تجربه یا سازماندهی آن به شکلی که، رابطه‌ای با خود داشته باشد.

۶. کدام‌یک از جملات زیر بیشتر معرف توان رشد و کمال است؟

* الف. ظرفیت از پیش موجود افراد

ب. دستکاری توانایی‌های افراد از سوی درمانگر

ج. قصد و تصمیم افراد برای تغییر

د. پیش آگهی درمانگر در خصوص توان رشد و کمال مراجع

۷. کدام‌یک از خصوصیات درمانگر موجب ارتقاء و افزایش توان رشد نمی‌شود؟

الف. همدلی ب. توجه مثبت نامشروط

* ج. تمرکززدایی د. خلوص

۸. وقتی یک درمانگر می‌گوید «آره درکت می‌کنم» در واقع از کدام خصوصیت خویش استفاده کرده است؟

الف. توجه مثبت نامشروط ب. همخوانی

ج. تمرکززدایی * د. همدلی

۹..... عبارت است از احترام گذاشتن به مراجعان به عنوان یک انسان.

الف. تمرکززدایی * ب. توجه مثبت نامشروط

ج. همخوانی د. معنادرمانی

۱۰. همخوانی در نگاه اول با کدام‌یک از خصوصیات دیگر درمانگر مغایرت دارد؟

الف. توجه مثبت نامشروط و معنادرمانی

ب. همدلی و اخلاقیات

* ج. همدلی و توجه مثبت نامشروط

د. تمرکز زدایی و توجه مثبت نامشروط

۱۱. کدام‌یک از جملات زیر دیدگاه‌های یک درمانگر مراجع محور را در خصوص نقش نگرش‌ها و فنون در درمان بهتر وصف می‌کند؟

الف. فنون مهم‌تر از نگرش‌ها هستند

ب. فنون به‌اندازه نگرش‌ها اهمیت دارند

* ج. نگرش‌ها مهم‌تر از فنون هستند

د. نگرش‌ها بی‌اهمیتند

۱۲. گرینبرگ و همکارانش (۱۹۹۴) گزارش دادند تقریباً ۷۵٪ از اظهارنظرهای درمانگران مراجع محور..... است.

الف. پرسش ب. اظهارنظر

ج. تفسیر * د. انعکاس و بازگرداندن

۱۳. چرا معمولاً در درمان مراجع محور از توصیه و نصیحت خودداری می‌شود؟

الف. چون این نوع درمان علاقه‌ای به تغییر مراجعان ندارد.

* ب. چون مراجعان خودشان می‌دانند بهترین چاره چیست.

ج. چون درمانگران می‌توانند به مراجعان لطمه بزنند.

د. چون درمانگران نباید در خلال جلسات صحبت کنند.

۱۴. از نظر راجرز فرآیند درمان مراجع محور چند مرحله دارد؟

الف. سه مرحله ب. پنج مرحله * ج. هفت مرحله د. دوازده مرحله

۱۵. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از موضع یک درمانگر مراجع محور در خصوص تشخیص و سنجش ارایه می‌دهد؟

الف. استفاده از سنجش در تمام جلسات

ب. استفاده صرف از سنجش‌هایی که بر اساس گزارش‌های خود مراجعان انجام می‌شوند

ج. حمایت از تشخیص

* د. اجتناب از سنجش و تشخیص

۱۶. کدام‌یک از جملات زیر جزء نتایج آخرین مرحله درمان مراجع محور نیست؟

الف. فرد احساسات جدیدی را تجربه می‌کند

* ب. فرد درمی‌یابد که مشکلات بیرون از خودش هستند

ج. فرد می‌تواند اعتبار تجاربش را بیازماید

د. فرد از خود تجربه‌گرش رضایت پیدا می‌کند.

۱۷. در آموزش روابط از کدام نوع از درمان‌های پدیدار شناختی و انسان‌گرایی ـ وجودی استفاده می‌شود؟

الف. معنادرمانی ب. گشتالت درمانی

ج. درمان وجودی * د. درمان مراجع محور

۱۸. یکی از مهم‌ترین کمک‌های راجرز به روان‌درمانی، تأکید وی بر..... بود.

* الف. تحقیق ب. عملی ساختن نظریه ج. فنون درمانی
د. ارایه تعاریف روشن از مفاهیم و اصطلاحات

۱۹. کدام‌یک از جملات زیر، ادبیات تجربی مربوط به کارآیی درمان مراجع محور را خلاصه‌بندی می‌کند؟

الف. این نوع درمان کارآیی ندارد
ب. نتایج تحقیقات، مختلف بوده است
* ج. کارآیی آن به اندازه سایر درمان‌هاست
د. مؤثرتر از سایر درمان‌هاست

۲۰. کدام‌یک از جملات زیر جزء اشکالات و محدودیت‌های درمان مراجع محور نیست؟

الف. پرهیز آن از سنجش موجب می‌شود تا درمانگر نتواند به خوبی مراجعانش را درک کند.
ب. تمام مراجعان به یک شکل درمان می‌شوند.
ج. تحقیقات انجام شده در مورد کارآیی این نوع درمان، مبتنی بر ملاک‌های ذهنی و درونی بوده‌اند
* د. این نوع درمان کارآیی ندارد.

۲۱. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از فلسفه انسان‌گرایی ارایه می‌دهد؟

الف. ریشهٔ ارزش‌های آن به روان‌کاوی برمی‌گردد.
* ب. انسان‌ها موجوداتی منسجم و بی‌نظیر هستند که به مثابه یک کل عمل می‌کنند
ج. انسان‌ها تحت تأثیر گذشته و محیطشان هستند.
د. متخصصان بالینی از طریق دسترسی به توان درونی انسان‌ها می‌توانند آنها را بشناسند.

۲۲. معنادرمانی جزء کدام نوع درمان‌هاست؟

الف. درمان مراجع محور ب. گشتالت درمانی
* ج. درمان وجودی د. درمان روان‌پویشی

۲۳. درمان وجودی برای کدام نوع مراجعان مناسب است؟

الف. افسرده‌ها ب. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی
ج. کسانی که می‌خواهند روابطشان با دیگران بهتر شود.
* د. کسانی که دنبال معنایی برای زندگی هستند

۲۴. در درمان وجودی، تصمیم‌گیری محصول کدام‌یک از موارد زیر است؟

الف. زیست‌شناسی و جامعه‌شناسی ب. امکانات و رفتارهای گذشته
* ج. حقایق و امکانات د. حقایق و رفتارهای گذشته

۲۵. کدام‌یک از موارد زیر نمونه‌ای از فن قصد تناقضی است؟

* الف. به‌مراجعی که می‌ترسد سر قرار، دستانش عرق کند بگوییم عمداً هنگام قرار کاری کند که دستانش عرق کنند.
ب. مراجع را وادار کنیم از ماری که از آن می‌ترسد پرهیز کند.
ج. به مراجع بگوییم درباره موضوعاتی حرف بزند که دوست نداریم حرف بزند.
د. از مراجع بخواهیم در جریان جلسات درمان، رویاهایش را عملاً به نمایش بگذارد.

۲۶. کدام‌یک از درمانگران معروف از فن تمرکز زدایی یا واداشتن مراجعان به عدم توجه و نادیده گرفتن مشکلات استفاده می‌کرد؟

الف. راجرز ب. پرلز ج. بینسوانگر * د. فرانکل

۲۷. گشتالت درمانی بر..... تأکید دارد.

* الف. زمان حال و احساسات و رفتارهای افراد
ب. گذشته و افکار افراد
ج. آینده و احساسات افراد
د. زمان حال و رفتارهای افراد

۲۸. در تکنیک توسری‌زن ـ توسری خور، توسری‌زن شبیه..... و توسری‌خور شبیه..... است

الف. ایگو، سوپرایگو * ب. سوپرایگو، اید
ج. اید، ایگو د. ایگو، اید

۲۹. کدام‌یک از موارد زیر جزء مفاهیم اخلاقی یا قواعد زندگی گشتالت درمانی نیست؟

الف. زندگی این مکانی * ب. عدم توجه به جنبه‌های ناخوشایند
ج. قبول آنچه واقعاً هستیم د. زندگی در زمان حال

۳۰. کدام‌یک از موارد زیر نمونه‌ای از بازی‌های گشتالتی است؟

الف. تحلیل رؤیا ب. تمرکز مراجع بر خودش
ج. پرس و جوی مراجع از درمانگر
* د. تکرار یک عبارت و جمله مهم توسط مراجع

○ پرسش‌های تشریحی

۱. روان درمانی‌های پدیدار شناختی و انسان‌گرایی ـ وجودی چه سهمی در پیشبرد روان درمانی داشته‌اند؟

۲. چند مورد از اشکالات روان درمانی‌های پدیدار شناختی و انسان‌گرایی ـ وجودی را شرح دهید.

۳. خلاصه‌ای از شواهد تحقیقی در خصوص کارآیی روان درمانی‌های پدیدار شناختی یا انسان‌گرایی ـ وجودی ارایه دهید.

۴. خصوصیات اصلی درمانگرهای مراجع محور را نام ببرید.

۵. فنون گشتالت درمانی و درمان وجودی را توضیح دهید.

پرسش‌های فصل چهاردهم

روان‌درمانی: دیدگاه‌های رفتاری و شناختی ـ رفتاری

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از اصطلاحات زیر ربطی به رویکرد رفتاری ندارند؟

الف. شرطی سازی کلاسیک　　ب. نظریه یادگیری

ج. اصول شناختی　　* د. ذهن گرایی

۲. در آزمایش مری‌کاور جونز بر روی پیتر و خرگوش در از آن ترس پیتر از خرگوش کمتر شد از کدام فن استفاده شد؟

* الف. شرطی‌سازی مجدد　　ب. شرطی‌سازی

ج. آرامش عضلانی　　د. بیزاری درمانی

۳. کدام‌یک از درمانگرهای زیر از فن حساسیت‌زدایی منظم بیشتر استفاده می‌کرد؟

الف. آرون بک　　ب. دونالد میچنبام

* ج. جوزف ولپ　　د. جان واتسون

۴. در رفتار درمانی بر خلاف درمان‌های روان‌پویشی.....

الف. از فنون مختلفی استفاده می‌شود

* ب. توجهی به متغیرهای استنباطی نمی‌شود

ج. نظر بر این است که رفتارها جبری هستند

د. توجهی به افکار بیماران نمی‌شود

۵. مفهوم «طیف گستردهٔ» رفتار درمانی به چه معناست؟

* الف. در فرآیند درمان در مقاطع مختلف از فنون متفاوتی استفاده می‌شود

ب. تعداد فراوان رفتار درمانگرهایی که مشغول درمان هستند.

ج. فنون گوناگون و فراوانی که توسط رفتار درمانگرها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

د. گوناگونی مشکلاتی که رفتاردرمانی می‌شوند.

۶. کدام‌یک از فنون زیر بر این فرض استوارند که نمی‌توان به طور همزمان آرامش عضلانی و اضطراب داشت؟

الف. شکل‌دهی　　* ب. حساسیت‌زدایی منظم

ج. تمرین رفتاری　　د. مواجهه درمانی

۷. کدام‌یک از جملات زیر جزء مؤلفه‌های حساسیت‌زدایی منظم نیست؟

* الف. اخذ تاریخچه دوران کودکی

ب. توضیح و تشریح مسئله برای بیماران

ج. تهیه سلسله مراتب اضطراب

د. شروع کار با آموزش آرامش عضلانی

۸. برای ایجاد..... در بیماران ترسو از هیپنوتیزم، تجسم و تمرین تنفس استفاده می‌شود.

الف. جایگزین شدن نشانه‌ها　　ب. تمرین رفتاری

* ج. آرامش عضلانی　　د. خاموشی

۹. کدام‌یک از جملات زیر در مورد سلسله مراتب‌های اضطراب صدق نمی‌کند؟

الف. معمولاً در این سلسله مراتب‌ها ماده‌ای که کمترین ترس را ایجاد می‌کند قبل از همه تجسم می‌شود

* ب. این سلسله مراتب‌ها از یک زنجیره منطقی تبعیت می‌کنند

ج. معمولاً شامل ۲۰ تا ۲۵ ماده‌اند

د. وقتی اضطراب بیمار شدید می‌شود از او خواسته می‌شود صحنه مورد نظر را دیگر تجسم نکند.

۱۰. کاهش اضطراب از طریق قرار گرفتن مداوم در وضعیت‌های ترسناک چه نامیده می‌شود؟

الف. خاموشی　　ب. شرطی سازی جایگزینی

* ج. خوگیری　　د. شکل‌دهی

۱۱. جایگزین کردن آرامش عضلانی به جای اضطراب معرف کدام اصل است؟

الف. خوگیری　　ب. شکل‌دهی

ج. خاموشی　　* د. شرطی‌سازی جایگزینی

۱۲. بیماری که از پرواز با هواپیما می‌ترسید پس از چند بار تجربهٔ حضور در هواپیما دیگر هیچ اضطرابی نداشت این ماجرا معرف..... است.

* الف. خاموشی　　ب. آرامش عضلانی

ج. بیزاری درمانی　　د. شرطی سازی جایگزینی

۱۳. کدام‌یک از توصیفات زیر در مورد کارآیی حساسیت زدایی منظم دقیقتر است؟

الف. این فن مؤثر نیست　　ب. فقط برای یک اختلال مؤثر است

* ج. تا حدی مؤثر است　　د. برای اکثر مشکلات مؤثر است.

۱۴. کدام اصطلاح زیر جایگزین «غرفه‌سازی تجسمی» شده است؟

الف. شکل دهی　　ب. الگوبرداری

ج. بیزاری درمانی　　* د. مواجهه درمانی

۱۵. کدام‌یک از جملات زیر در مورد مواجهه درمانی مؤثر صدق نمی‌کند؟

* الف. مدت مواجهه باید کوتاه باشد
ب. تا زمانی که ترس مراجعان از بین نرفته مواجهه باید تکرار شود.
ج. مواجهه باید موجب اضطراب شود
د. بیماران باید به محرک ترسناک توجه کنند

۱۶. «نمایش روانی» و «نقش بازی کردن» نام‌های دیگری برای..... هستند.

الف. خوگیری ب. الگوبرداری
ج. شکل‌دهی * د. تمرین رفتاری

۱۷. کدام فن زیر یک نوع تمرین رفتاری است؟

الف. کنترل وابستگی ب. الگوبرداری
* ج. آموزش ابراز وجود د. مواجهه درمانی

۱۸. کدام‌یک از موارد زیر جزء سه ویژگی اصلی یک اقتصاد ژتونی خوب و مؤثر نیست؟

الف. تقویت کننده باید واضح و تعریف شده باشد
* ب. تنبیه باید واضح و تعریف شده باشد
ج. رفتارهای مطلوب باید مشخص باشند
د. باید از تقویت کننده‌های اضافی و حمایتی استفاده کرد.

۱۹. چرا در اقتصاد ژتونی وجود ژتون‌ها ضروری‌ست؟

الف. برای ردگیری رفتارهای خوب مراجعان
* ب. چون همیشه نمی‌توان به مراجعان فوراً پاداش داد
ج. برای ارایهٔ پاداش‌های بزرگ‌تر و بهتر
د. برای آموزش نحوه مبادله کالاها و خدمات به مراجعان

۲۰. به بیماری که مشغول تماشای فیلم‌های خشن است یک داروی تهوع‌آور می‌دهیم تا از پاسخ‌های خشن او بازداری کنیم. این عمل ما چه نوع درمانی محسوب می‌شود؟

الف. الگوبرداری پنهان ب. مواجهه درمانی
ج. خاموشی * د. بیزاری درمانی

۲۱. واداشتن مراجعان به تجسم پیامدهای ناخوشایند رفتارهای مشکل‌آفرین‌شان چه نامیده می‌شود؟

الف. شکل‌دهی ب. خوگیری
* ج. حساسیت‌زدایی پنهان د. اصل پریماک

۲۲. کدام نظریه همچون یک پل رابط برای دیدگاه شناختی ـ رفتاری عمل کرد؟

* الف. نظریه یادگیری اجتماعی ب. نظریه روان‌پویشی
ج. تقریب متوالی د. نظریه پدیدارشناختی

۲۳. کدام نظریه مدعی است که رفتارها محصول انتظارات و تقویت‌ها هستند؟

الف. قرارداد وابستگی ب. الگوبرداری
ج. خوگیری * د. یادگیری اجتماعی

۲۴. بیماری وادار می‌شود شخصی را تجسم کند که کاری را که او از انجام آن واهمه دارد انجام می‌دهد. کدام‌یک از اصطلاحات زیر برای این عمل مناسب است؟

الف. شکل‌دهی * ب. الگوبرداری پنهان
ج. شرکت و درگیری د. ساخت دهی عقلانی مجدد

۲۵. در کدام‌یک از درمان‌ها یکی از اصول اساسی این است که باورها و عقاید مراجعان در خصوص رویدادهای فعال کننده، عامل تعیین کننده پیامدهای مشکل‌آفرین است؟

* الف. درمان عقلانی ـ هیجانی ب. بیزاری درمانی
ج. شناخت درمانی د. درمان وابستگی

۲۶. توصیف ماهیت اضطراب و ناکامی، بررسی علل عصبانیت، و بحث در مورد نحوه تنظیم عصبانیت از مؤلفه‌های کدام‌یک از فنون زیر است؟

الف. درمان وابستگی ب. کنترل اضطراب
ج. مواجهه درمانی * د. مصونیت در برابر استرس

۲۷. در کدام‌یک از درمان‌های زیر اعتقاد بر این است که افسرده‌ها به طور کلی در مورد آینده، دنیا و خودشان دیدگاهی منفی دارند؟

الف. درمان عقلانی ـ هیجانی ب. بیزاری درمانی
* ج. شناخت درمانی د. درمان وابستگی

۲۸. نظر رفتار درمانگرها در مورد پدیده جایگزین شدن نشانه‌ها چیست؟

الف. این پدیده همیشه اتفاق می‌افتد
ب. درمانگرها به تدریج از وجود آن با خبر می‌شوند
ج. این پدیده مورد تأیید نظریه روان‌پویشی است
* د. ظاهراً چنین پدیده‌ای روی نمی‌دهد.

۲۹. کدام‌یک از موارد زیر جزء انتقادهایی که از رفتار درمانی می‌شود نیست؟

الف. تعمیم دادن ب. دستکاری و کنترل مراجعان
ج. هرج و مرج نظری * د. لزوم‌وجود پرسنل و کارکنان زیاد

۳۰. جملهٔ «اول شام بعداً دسر» مصداق کدام مورد زیر است؟

* الف. اصل پریماک ب. شکل‌دهی
ج. الگوبرداری د. خوگیری

۳۱..... عبارت است از پروراندن یک رفتار از طریق پاداش‌دهی تقریبی.

الف. الگوبرداری ب. قرارداد وابستگی

ج. خاموشی * د. شکل‌دهی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. نقاط قوت رفتار درمانی را شرح دهید.

۲. محدودیت‌های رفتار درمانی را توضیح دهید.

۳. مراحل حساسیت‌زدایی منظم را توضیح دهید.

۴. نظریه‌هایی که مهم‌ترین نقش را در مسیر گرایش رفتارگرایی به رفتارگرایی شناختی داشتند شرح دهید.

۵. نقاط قوت و ضعف بیزاری درمانی را شرح دهید.

۶. سه نوع درمان شناختی ـ رفتاری را شرح دهید و کاربرد هر یک را در درمان افسردگی توضیح دهید.

پرسش‌های فصل پانزدهم

گروه درمانی، خانواده درمانی، و زوج درمانی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از رویدادهای تاریخی زیر نقش مهمی در رشد و توسعه رشتهٔ روان‌درمانی گروهی نداشت؟

الف. کار با بیماران مسلول

ب. نمایش روانی مورنو

ج. افزایش نیاز مردم به مشاوره پس از جنگ دوم جهانی

* د. جنبش مددکاری اجتماعی قرن نوزدهم

۲. کدام‌یک از جملات زیر در مورد گروه درمانی روان‌کاوانه صدق نمی‌کند؟

* الف. فرآیندهای گروهی در درجه اول اهمیت قرار دارند

ب. استفاده از تداعی آزاد، انتقال، و مداقه

ج. تعدد انتقال‌ها

د. تحلیل اعضای گروه توسط یکدیگر

۳. چرا مورنو احساس می‌کرد نمایش روانی بسیار مؤثر است؟

الف. عملکرد گروه بهتر از عملکرد افراد است

* ب. بیماران می‌توانند در گروه تخلیه هیجانی عمیق‌تری را تجربه کنند و مسایل را با توجه به واکنش‌های سایر بازیگرها و مشاهده کنندگان بهتر درک کنند.

ج. درمانگر می‌تواند با مشاهده جهان‌بینی مراجعان درک بهتری از آنان پیدا کند.

د. درمانگر به عنوان یک کارگردان می‌تواند عملکرد مراجعان را کنترل کند.

۴. در کدام نوع درمان از اصطلاحات والد، کودک، و بالغ استفاده می‌شود؟

الف. روان درمانی گروهی تحلیلی ب. خانواده درمانی رفتاری

* ج. تحلیل تبادلی د. گروه درمانی با محدویت زمانی

۵. در نظریهٔ تحلیل تبادلی، بازی‌های مردم چه کارکردی دارند؟

الف. گول زدن دیگران

ب. به نمایش درآوردن آرزوهای ناهشیار

ج. کمک به افراد کمرو برای ارتباط با دیگران

* د. جلوگیری از نزدیک شدن انسان‌ها به یکدیگر

۶. رویکرد «صندلی داغ» مربوط به کدام‌یک از درمان‌هاست؟

الف. روان درمانی گروهی تحلیلی

ب. گروه‌های رفتار درمانی

* ج. گروه‌های گشتالتی

د. تحلیل تبادلی

۷. کدام‌یک از موارد زیر جزء اشکالات گروه‌های گشتالتی نیست؟

* الف. برخی از اعضای گروه درگیر نمی‌شوند

ب. عدم تحقیق و پژوهش بر روی نتایج این گروه‌ها

ج. مشکل بودن سنجش کارآیی آنها

د. تعمیم یافتن به سایر موقعیت‌ها

۸. کدام‌یک از درمان‌های زیر برروی گذر هراسی، افسردگی و درد مؤثرند؟

الف. خانواده درمانی ب. تحلیل تبادلی

ج. روان درمانی گروهی تحلیلی * د. رفتار درمانی گروهی

۹. در کدام نوع گروه درمانی از آموزش ابراز وجود استفاده می‌شود؟

الف. روان درمانی گروهی تحلیلی * ب. رفتاردرمانی گروهی

ج. خانواده درمانی گروهی د. گروه‌های گشتالتی

۱۰. کدام‌یک از موارد زیر جزء چهار ویژگی اصلی گروه‌های دارای محدودیت زمانی محسوب نمی‌شوند؟

* الف. انسجام گروه

ب. آمادگی و غربال پیش از تشکیل گروه

ج. تهیه برنامه کار هر جلسه توسط مراجعان

د. واکنش نسبت به محدودیت‌های زمانی

۱۱. در کدام نوع گروه درمانی توجه خاصی به سوگ (و سایر احساسات) بیماران که ناشی از پایان یافتن جلسات است می‌شود؟

* الف. گروه درمانی با محدودیت زمانی ب. رفتار درمانی گروهی
ج. نمایش روانی د. گروه‌های گشتالتی

۱۲. کدام‌یک از مراجعان زیر احتمالاً نباید از گروه درمانی محروم شوند؟

الف. مراجعانی که توانایی‌های شناختی محدودی دارند
ب. بیمارانی که دچار روان‌پریشی شدیدند
ج. مراجعان سرکش و نافرمان
* د. مراجعان بسیار منفعل

۱۳. نوع‌دوستی، یادگیری میان فردی و تخلیه هیجانی مواردی از..... هستند.

الف. دوراهی ب. ارتباط * ج. عوامل درمانبخش د. نمایش روانی

۱۴. کدام‌یک از جملات زیر، تحقیقات انجام شده در زمینه کارآیی گروه درمانی را بهتر خلاصه‌بندی می‌کنند؟

الف. گروه درمانی بی‌تأثیر است
* ب. گروه درمانی مؤثرتر از عدم درمان است
ج. گروه درمانی مؤثرتر از اکثر درمان‌هاست
د. برخی از گروه درمانی‌ها مؤثرتر از برخی دیگرند

۱۵. خانواده درمانی محصول کدام مورد زیر است؟

* الف. صحبت با بیماران در حالی که فرزندان آنها برای درمان انفرادی در اتاق بازی درمانگاه به سر می‌بردند
ب. روان درمانی گروهی غیرخانوادگی
ج. مشورت مدارس با والدین در مورد مشکلات فرزندانشان
د. ملاقات با خانواده‌هایی که مشکلات شدیدی داشتند در منازل آنان

۱۶. تحقیقات اولیه‌ای که در مورد اختلالات روانی، دیدگاهی سیستمی داشتند (یعنی معتقد بودند این اختلالات با مشکلات خانوادگی افراد مرتبطند) بر کدام‌یک از اختلالات روانی متمرکز بودند؟

الف. افسردگی * ب. اسکیزوفرنی
ج. گذر هراسی د. اختلال وسواس فکری ـ عملی

۱۷. وقتی به دخترتان می‌گویید می‌خواهید با او صحبت کنید و در همان حال به او می‌گویید وقت گوش دادن به صحبت‌هایش را ندارید، نام این عمل شما چیست؟

الف. تکرار اصلاحی نکات ب. عامل درمان‌بخش
ج. نمایش روانی * د. دوراهی

۱۸. در خانواده درمانی، آسیب‌شناسی روانی ناشی از..... تلقی می‌شود

الف. عدم همکاری ب. دوست نداشتن یکدیگر
* ج. عدم ارتباط د. بی‌احترامی به‌یکدیگر

۱۹. به طور کلی خانواده درمانی به جای تأکید بر مشکلات..... بر مشکلات..... تأکید دارد.

الف. والدین، فرزندان خردسال ب. خانواده، فرد
* ج. فرد، خانواده د. کودکان، والدین

۲۰. درمانگر در هنگام خانواده درمانی نباید:

الف. سابقه و پیشینه خانوادگی را به طور کامل اخذ کند
ب. نقش‌های هر یک از اعضای خانواده را بشناسد
* ج. با اعضای خانواده همانندسازی کند
د. اعضای خانواده را با یکدیگر رودررو کند

۲۱. در کدام نوع خانواده درمانی تمام اعضای خانواده در آن واحد با یک درمانگر ملاقات می‌کنند؟

* الف. خانواده درمانی همزمان ب. خانواده درمانی رفتاری
ج. خانواده درمانی توأم با همکاری د. خانواده درمانی انفرادی

۲۲. در کدام خانواده درمانی، درمانگر با تمام اعضای خانواده ملاقات می‌کند اما در جلسات مجزا؟

الف. خانواده درمانی رفتاری ب. خانواده درمانی همزمان
* ج. خانواده درمانی انفرادی د. خانواده درمانی توأم با همکاری

۲۳. در کدام نوع خانواده درمانی، چند درمانگر هر یک به طور مجزا با تک‌تک از اعضای خانواده ملاقات می‌کنند و سپس در مورد آن خانواده جلسه تشکیل می‌دهند؟

الف. خانواده درمانی انفرادی ب. خانواده درمانی رفتاری
* ج. خانواده درمانی توأم با همکاری د. خانواده درمانی همزمان

۲۴. در کدام نوع خانواده درمانی ممکن است به پدر و مادرها توصیه شود وقتی به فرزند نوجوان‌شان اجازه دهند تلویزیون تماشا کند که تکالیفی را که آنان مقرر کرده‌اند انجام دهد؟

الف. خانواده درمانی انفرادی * ب. خانواده درمانی رفتاری
ج. خانواده درمانی توأم با همکاری د. خانواده درمانی همزمان

۲۵. کدام نوع از زوج‌ها برای زوج درمانی مناسب نیستند؟

الف. زوج‌های طلاق گرفته ب. زوج‌های ازدواج کرده
ج. زوج‌های ازدواج نکرده
* د. هیچ‌کدام چون تمام زوج‌های فوق برای این نوع درمان مناسب هستند

۲۶. در کدام فن به شوهر آموزش داده می‌شود از زنش که معمولاً ساکت است بیشتر سئوال کند تا همسرش بیشتر صحبت کند؟

الف. حمایت ـ درک　　ب. حل مسئله

* ج. قرارداد در مورد وابستگی‌ها　　د. دو راهی

۲۷. زنی برای یک زوج درمانگر، فهرستی از رفتارهایی تهیه می‌کند که اگر شوهرش انجام دهد او را خوشحال خواهد کرد. شوهرش هم برای خوشحال‌تر کردن او گاراژ را تمیز می‌کند (یکی از رفتارهایی که آن زن در فهرست خودش به آن اشاره کرده است) نام این فن چیست؟

* الف. حمایت ـ درک　　ب. دوراهی

ج. قرارداد در مورد وابستگی‌ها　　د. حل مسئله

۲۸. طبق فرا تحلیل شادیش و همکارانش (۱۹۹۳) عملکرد کسانی که تحت یک نوع خانواده درمانی قرار گرفته بودند بهتر از چند درصد از کسانی شده بود که تحت هیچ نوع درمانی قرار نگرفته بودند؟

الف. ۱۳٪　　ب. ۳۲٪　　* ج. ۶۸٪　　د. ۸۰٪

۲۹. طبق فرا تحلیل شادیش و همکارانش (۱۹۹۳) کدام شکل از زوج درمانی‌ها پیوسته کارآیی کمتری داشتند؟

الف. سیستمی　　* ب. انسان‌گرایانه

ج. التقاطی　　د. رفتاری/ روانی ـ تربیتی

۳۰. کدام‌یک از موارد زیر جزء یافته‌های تحقیق بروودی و فاربر (۱۹۸۹) در مورد تأثیرات تحت درمان بودن یکی از زوجین نیست؟

الف. همسرانی که تحت درمان نبودند اهمیتی به هزینه درمان نمی‌دادند

ب. همسرانی که تحت درمان نبودند احساس نارضایتی می‌کردند

* ج. همسرانی که تحت درمان نبودند بیشتر احتمال داشت خودشان هم وارد فرایند درمان شوند.

د. همسرانی که تحت درمان نبودند همسر خود را همدل‌تر تلقی می‌کردند

○ پرسش‌های تشریحی

۱. برخی از مشکلات اجرای خانواده درمانی چیست؟

۲. یافته‌های تحقیقی موجود را در خصوص کارآیی خانواده درمانی و زوج‌درمانی شرح دهید.

۳. کدام‌یک از تحقیقات یا نظریه‌ها موجب رشد و توسعه خانواده درمانی شدند؟

۴. عوامل درمان‌بخش در گروه درمانی را شرح دهید.

۵. روان درمانی گروهی تحلیلی، تحلیل تبادلی و گروه‌های گشتالتی را با هم مقایسه کنید.

۶. مؤلفه‌های گروه درمانی با محدودیت زمانی را توضیح دهید.

پرسش‌های فصل شانزدهم

روان‌شناسی اجتماع‌نگر

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. در تعریف راپاپورت در خصوص روان‌شناسی اجتماعی‌نگر کدام‌یک از موضوعات زیر دیده نمی‌شود؟

الف. توسعه منابع انسانی　　* ب. پیش‌گیری

ج. فعالیت سیاسی　　د. علم

۲. در کدام‌یک از رویکردهای زیر در خصوص سلامت روانی بر نقش نیروهای محیطی در خلق و کاهش مشکلات تأکید می‌شود؟

الف. مداخله در بحران　　ب. قدرتمندی

* ج. روان‌شناسی اجتماع‌نگر　　د. پیش‌گیری

۳. طبق اصول روان‌شناسی اجتماع‌نگر ریشه مشکلات روانی چیست؟

* الف. تعامل فرد، محیط اجتماعی و نظام‌ها

ب. محیط‌های اجتماعی از قبیل خانه و نظام اجتماعی

ج. نظام‌هایی از قبیل سازمان‌ها و دولت

د. تعامل فرد و جامعه

۴. کدام‌یک از جملات زیر در مورد اصول روان‌شناسی اجتماع‌نگر صادق نیست؟

الف. آموزش دیدگان غیرروان‌شناس و غیرحرفه‌ای‌های دوره دیده حق مداخله دارند.

ب. پیش‌گیری بر درمان اولویت دارد

ج. پس از سنجش نیازها و نقاط خطر جامعه باید خدماتی برای رفع آنها تدارک نمود.

* د. تعریف مشکلات به‌طور فردی

۵. اگر یک روان‌شناس اجتماع‌نگر، به جای آموزش متخصصان، جامعه را در زمینه مسایلی همچون پیش‌گیری از بارداری دوره نوجوانی آموزش دهد از کدام رویکرد استفاده کرده است؟

الف. مداخله در بحران　　ب. استفاده از مداخلات پیش‌گیرانه نشانگر

* ج. ایجاد اقتدار　　د. سلامت روانی جامعه

۶. تأسیس کمیسیون مشترک در زمینه بهداشت روانی در سال ۱۹۵۵ و تأمین بودجه تأسیس مراکز بهداشت روانی در سال ۱۹۶۳ توسط کندی دو نمونه از..... هستند.

الف. پیش‌گیری درجه اول　　* ب. بهداشت روانی اجتماع‌نگر

ج. ایجاد اقتدار　　د. مداخلات پیش‌گیرانهٔ همگانی

۷. جمعیت بستری در بیمارستان‌های روانی در اواسط دهه ۱۹۵۰ و در اوج خودش..... بود.

الف. ۱۰۰۰۰۰۰ نفر ب. ۷۵۰۰۰۰ نفر
* ج. ۵۰۰۰۰۰ نفر د. ۲۵۰۰۰۰ نفر

۸. روان‌شناس اجتماع‌نگر هنگام کمبود متخصصان آموزش دیده بهداشت روانی چه پیشنهادی می‌کند؟

الف. آموزش متخصصان بیشتر
ب. درمان کسانی که بیش از دیگران نیازمند خدمات هستند
ج. ساختن بیمارستان‌های روانی بیشتر
* د. تأکید هر چه بیشتر بر پیش‌گیری به عنوان یک راهکار

۹. کدام‌یک از موارد زیر جزء اتفاقات و نیروهایی نیستند که در شکل‌گیری روان‌شناسی اجتماع‌نگر نقش داشتند؟

الف. جو اجتماعی ـ اقتصادی دهه ۱۹۶۰
ب. افزایش آگاهی‌ها در این خصوص که فقر، تبعیض، و آلودگی در بهداشت روانی بسیاری از انسان‌ها مؤثرند.
ج. تردید در خصوص مقرون به صرفه بودن و کارآیی روان‌درمانی
* د. قبول هرچه بیشتر مدل پزشکی بیماری روانی (که معلول افزایش داروهای روان‌گردان بود)

۱۰. کدام‌یک از موارد زیر جزء خدماتی نبود که یک مرکز بهداشت روانی کامل، برای برخورداری از بودجه دولت مرکزی باید ارایه می‌داد؟

الف. مراقبت از بیماران بستری شده ب. مراقبت از بیماران سرپایی
* ج. خدمات تشخیصی د. خدمات مشاوره‌ای

۱۱. با بودجه تأمین شده از سوی قانون مراکز بهداشت روانی اجتماع تقریباً چند مرکز تأسیس شد؟

الف. ۲۰۰ ب. ۷۲۰ * ج. ۵۴۰ د. ۲۶۰

۱۲. جمله «مقابله با شرایط مضر و خطرناک پیش از آن که فرصت ایجاد بیماری پیدا کنند.» (کاپلان، ۱۹۶۴، ص ۲۶) به کدام‌یک از موارد زیر اشاره می‌کند؟

الف. پیش‌گیری انتخابی ب. مداخلات پیش‌گیرانه نشانگر
ج. پیش‌گیری درجه سوم * د. پیش‌گیری درجه اول

۱۳. برنامه‌هایی که نوجوانان و بزرگ‌سالان را در زمینه مشکلات ناشی از مصرف الکل و نمرات کودکان را در زمینه احتمال ناسازگاری در مدرسه غربال می‌کنند دو نمونه از..... هستند.

الف. پیش‌گیری درجه اول * ب. پیش‌گیری درجه دوم
ج. پیش‌گیری درجه سوم د. مداخلات پیش‌گیرانه همگانی

۱۴. کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات روانی پس از وقوع..... نامیده می‌شود.

الف. پیش‌گیری درجه اول ب. پیش‌گیری درجه دوم
* ج. پیش‌گیری درجه سوم د. پیش‌گیری انتخابی

۱۵. برنامه پیش‌دبستانی جامع پری که به فرزندان سه چهار ساله خانواده‌هایی که اوضاع اقتصادی ـ اجتماعی پایینی داشتند خدماتی می‌داد جزء کدام نوع پیشگیری است؟

الف. مداخله در بحران * ب. پیش‌گیری درجه اول
ج. پیش‌گیری درجه دوم د. پیش‌گیری درجه سوم

۱۶. بر اساس طبقه‌بندی ارایه شده از سوی مؤسسه پزشکی، کدام نوع مداخلات پرهزینه‌تر هستند؟

الف. مداخله در بحران ب. مداخلات پیش‌گیرانه
ج. مداخلات پیش‌گیرانه انتخابی * د. مداخلات پیش‌گیرانه همگانی

۱۷. بر اساس طبقه‌بندی مؤسسه پزشکی، کدام‌یک از مداخلات زیر ممکن است شامل فرزندان افراد معتاد به الکل شود، حتی اگر مشکلی در خصوص مصرف مشروب نداشته باشند؟

الف. مداخله در بحران ب. مداخلات پیش‌گیرانه نشانگر
* ج. مداخلات پیش‌گیرانه انتخابی د. مداخلات پیش‌گیرانه همگانی

۱۸. بر اساس طبقه‌بندی مؤسسه پزشکی در مورد افرادی که نشانه‌های زیر آستانه‌ای یک اختلال را دارن باید از کدام نوع مداخله استفاده کرد؟

الف. مداخله در بحران * ب. مداخلات پیش‌گیرانه نشانگر
ج. مداخلات پیش‌گیرانه انتخابی د. مداخلات پیش‌گیرانه همگانی

۱۹. طبق نظر مؤسسه پزشکی کدام‌یک از عبارات زیر معرف طیف کامل مداخلات ضروری برای اختلالات روانی است؟

الف. پیش‌گیری، مشورت، ایجاد اقتدار
ب. مداخله درجه اول، مداخله درجه دوم، مداخله درجه سوم
ج. مداخله درجه اول، روان درمانی انفرادی، گروه‌های خودیاری
* د. پیش‌گیری، درمان، حفظ سلامتی

۲۰. راپاپورت برای آن که پیش‌گیری منجر به قدرتمندی شود پیشنهاد می‌کند:

الف. با همکاری اجرا شود نه فقط توسط والدین
ب. درجه اول باشد نه درجه دوم
* ج. با محوریت مشورت شونده باشد نه با محوریت مراجع
د. به جای همگانی، انتخابی باشد

۲۱. در توصیه‌های مؤسسه پزشکی در خصوص طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های پیش‌گیری کدام مرحله زیر معرف پایان این فرآیند است؟

الف. طراحی، اجرا، و تحلیل مطالعات آزمایشی
ب. طراحی، اجرا، و تحلیل اجراهای آزمایشی برنامه در سطح وسیع
ج. تسهیل در اجرای برنامه در سطحی وسیع و ارزیابی مستمر

* د. هیچ‌کدام چون این فرآیند به شکل بازخوردهایی اجرا می‌شود که موجب پالایش برنامه‌ها می‌شوند.

۲۲. کدام جهت‌گیری نظری و سطح بوم شناختی تحلیل، به ترتیب، معرف راهبردهایی هستند که برای اصلاح مشکلات میان فردی در سازمانها و ادارات، روان درمانی گروهی یا آموزش حساسیت را توصیه می‌کنند؟

الف. کمبود، فردی
* ب. کمبود، سازمانی
ج. کفایت، فردی
د. کفایت، اجتماعی

۲۳. اساسی‌ترین فایدهٔ مشورت چیست؟

الف. ارایه خدمات مستقیم به مراجعان
ب. تعامل با معلمان و افسران پلیس
* ج. رسیدگی غیرمستقیم به خیل کثیری از مراجعان از طریق رهبران اجتماعی
د. کاربرد نتایج تحقیقات در زندگی واقعی

۲۴. یک روان‌شناس اجتماع‌نگر به یک مراجع راه و روش جمع‌آوری اطلاعات در مورد شیوه‌های یافتن محل سکونت را یاد می‌دهد. گفتگوی او با این مراجع چه نوع مشورتی است؟

الف. مشورت اجرایی با محوریت مشورت‌کننده
ب. مشورت اجرایی با محوریت برنامه
ج. مشورت موردی با محوریت مشورت‌کننده
* د. مشورت موردی با محوریت مراجع

۲۵. آموزش کنترل عصبانیت به جمعی از مدیران، چه نوع مشورتی است؟

* الف. مشورت اجرایی با محوریت مشورت شونده
ب. مشورت اجرایی با محوریت برنامه
ج. مشورت موردی با محوریت برنامه
د. مشورت موردی با محوریت مراجع

۲۶. وقتی به یک مددکار اجتماعی یاد می‌دهیم چطور در برابر مراجعانی که سر قرارهایشان درست حاضر نمی‌شوند واکنش نشان دهد از چه نوع مشورتی استفاده کرده‌ایم؟

الف. مشورت اجرایی با محوریت مشورت‌شونده
ب. مشورت اجرایی با محوریت برنامه
* ج. مشورت موردی با محوریت برنامه
د. مشورت موردی با محوریت مراجع

۲۷. خط تلفنی «کودکان حبس شده در خانه» که در مراکز اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و از طریق آن نوجوانان بزرگ‌سال با کودکانی که پس از اتمام مدرسه در خانه تنها می‌مانند از چه نوع مشورتی استفاده می‌کند؟

الف. مشورت اجرایی با محوریت مشورت کننده
* ب. مشورت اجرایی با محوریت برنامه
ج. مشورت موردی با محوریت مشورت کننده
د. مشورت موردی با محوریت مراجع

۲۸. کدام یک از جملات زیر جمع‌بندی بهتری از تحقیقات تجربی موجود در زمینه مداخله در بحران ارایه می‌دهد؟

الف. مداخله در بحران همیشه مؤثر است
ب. ظاهراً مداخله در بحران مؤثر نیست
ج. مداخله در بحران تأثیری بر میزان بستری شدن بیماران در بیمارستانهای روانپزشکی ندارد
* د. مداخله در بحران می‌تواند از فشارها و ناراحتی‌ها بکاهد.

۲۹. گروه‌هایی همچون والدین بدون والدین، لیگ‌للچ، آل ـ آنن نمونه‌هایی از.....هستند.

الف. مشورت موردی مراجع محور
ب. ایجاد اقتدار
* ج. گروه‌های خودیاری
د. مداخلات پیش‌گیرانه نشانگر

۳۰. کدام جمله کارآیی پیراحرفه‌ایها را بهتر توصیف می‌کند؟

الف. کمک‌های پیراحرفه‌ای‌ها بی‌فایده‌اند
ب. فقط کمک‌های پیراحرفه‌ای‌ها که چند سال تجربه کار دارند مؤثر است
* ج. گاهی پیراحرفه‌ایها به اندازه حرفه‌ای‌ها مؤثرند
د. کمک‌های پیراحرفه‌ای‌ها مؤثرتر از حرفه‌ای‌هاست

۳۱. کدام یک از موارد زیر کانون تمرکز فعلی و آتی روان‌شناسی اجتماع‌نگر است؟

الف. پیش‌گیری
* ب. بهداشت و آرامش روانی
ج. فشار مستقیم بر دولت برای سرمایه گذاری بیشتر
د. بیمه همگانی

○ پرسش‌های تشریحی

۱. چهار مرحله فرآیند مشورت را شرح دهید.

۲. مراحل طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های پیش‌گیری را مطابق مدل مؤسسه پزشکی شرح دهید.

۳. اتفاقاتی راکه موجب رشد و توسعه روان‌شناسی اجتماع‌نگر بودند را شرح دهید.

۴. اصول روان‌شناسی اجتماع‌نگر را توضیح دهید.

۵. مفهوم بهداشت روانی اجتماع را توضیح دهید از جمله بگویید کدام‌یک از اقدامات دولت بر رشد و توسعه این دیدگاه نقش داشتند.

۶. با استفاده از دو مدلی که در کتاب درسی معرفی شد، مفهوم پیش‌گیری را شرح دهید.

۷. مهم‌ترین انواع پیش‌گیری را که در مورد استفاده روان‌شناسان اجتماع‌نگر قرار می‌گیرند شرح دهید و برای هر یک مثالی بزنید.

۸. دیدگاه روان‌شناسی اجتماع‌نگر را با دیدگاه مدل بیماری (کمبود فردی) مقایسه کنید.

۹. سه موضوعی که آینده روان‌شناسی اجتماع‌نگر را تحت‌تأثیر قرار خواهند داد توضیح دهید.

پرسش‌های فصل هفدهم

روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از جملات زیر در مورد رابطهٔ طب رفتاری و روان‌شناسی سلامت صحیح است؟

* الف. طب رفتاری با روان‌شناسی سلامت همپوشی دارد اما همان روان‌شناسی سلامت نیست

ب. طب رفتاری ارتباط بیشتری با روان‌شناسی دارد

ج. طب رفتاری و روان‌شناسی سلامت هر دو جزءحرفه‌های پزشکی هستند

د. روان‌شناسی سلامت ارتباطی با طب رفتاری ندارد

۲. این باور که گاهی فرآیندهای روان‌شناختی موجب بیماری جسمی می‌شوند از اصول اساسی کدام حیطه است؟

الف. پیش‌گیری از بازگشت — ب. بیوفیدبک

ج. قرارداد در مورد وابستگی — * د. طب روان ـ تنی

۳. زخم معده، فشار خون اساسی، و آسم جزء..... دسته‌بندی شدند.

الف. اختلالات روانی — * ب. اختلالات روان ـ تنی

ج. مشکلات عصب‌شناختی — د. بیماری‌های روان‌زاد

۴. کدام مورد زیر جزء عوامل اصلی سهیم در توسعه و رشد رشته روان‌شناسی سلامت نیست؟

الف. هزینه‌های سنگین حفظ سلامتی

ب. افزایش توجه به سرطان و بیماری‌های قلبی ـ عروقی

* ج. توجه به نقش جامعه در جلوگیری از رفتارهای خطرناک

د. نقش زندگی پر استرس به عنوان یک عامل خطرناک در بیماری‌ها

۵. عده‌ای از صاحبنظران می‌گویند افزایش سطح کاتکولامین‌ها (که نوعی انتقال دهنده عصبی هستند) می‌تواند موجب تخریب دستگاه قلبی ـ عروقی شود. کدام رفتار یا فرآیند با افزایش سطح کاتکولامین‌ها رابطه دارد؟

الف. مصرف سیگار — ب. مصرف مشروب

* ج. فشار روانی (استرس) — د. برخی صفات شخصیتی

۶..... عبارت است از حذف یک واکنش هیجانی شرطی از طریق قطع ارتباط محرک‌های شرطی با محرکهای محیطی مولد آن رفتار.

الف. تمرین — * ب. خاموشی

ج. حساسیت‌زدایی منظم — د. شرطی‌سازی عامل

۷..... عبارت است از این‌که مراجعان در حالی‌که در آرامش عضلانی به سر می‌برند، یک وضعیت اضطراب برانگیز مثل اقدامات پزشکی دردناک را تجسم کنند.

الف. بازبینی خود — ب. خاموشی

* ج. حساسیت‌زدایی منظم — د. شرطی‌سازی عامل

۸. استفاده از پاداش هنگام انجام رفتارهایی که موجب سلامت بیماران می‌شود چه نامیده می‌شود؟

الف. تمرین — ب. بازبینی خود

ج. حساسیت‌زدایی منظم — * د. شرطی‌سازی عامل

۹. روندهایی در پزشکی همچون تشخیص زود هنگام افرادی که در معرض خطر قرار دارند، اجرای برنامه‌های تغییر موفقیت‌آمیز رفتار، و افزایش خدمه لازم برای مقابله با بیماری‌های مزمن با کدام‌یک از مشکلات بهداشتی مهم و رو به وخامت مرتبطند؟

الف. بیماری قلبی ـ عروقی — ب. سرطان

ج. چاقی — * د. ایدز

۱۰. روان‌شناسان سلامت در کدام فن از نظام اقتصاد ژتونی استفاده می‌کنند؟

* الف. قرارداد در مورد وابستگی — ب. خاموشی

ج. حساسیت‌زدایی منظم — د. پیش‌گیری از بازگشت

۱۱. روان‌شناسان سلامت برای آن که به مراجعان خود نحوهٔ اصلاح کارکردهای فیزیولوژیک را بیاموزند از چه روشی استفاده می‌کنند؟

الف. حساسیت‌زدایی منظم — * ب. بیوفیدبک

ج. پیش‌گیری از بازگشت — د. تمرین

۱۲. کدام‌یک از روش‌های مورد استفاده روان‌شناسان سلامتی گاهی به دلیل ضعف ادعاها و اظهارات برخی از متخصصان بیوفیدبک و دارونما بودن آن مورد انتقاد قرار می‌گیرد؟

الف. پیش‌گیری از بازگشت ب. خاموشی
* ج. بیوفیدبک د. بازبینی حسی

۱۳. در کدام‌یک از روش‌های زیر سعی می‌شود سطح برانگیختگی مراجعان تقلیل یابد؟

الف. پیش‌گیری از بازگشت ب. خاموشی
ج. تمرین * د. آموزش آرامش

۱۴..... عبارت است از تشخیص افکار غیرعاقلانه و مخرب در هنگام سختی‌ها و مشکلات.

الف.آموزش آرامش ب. بیوفیدبک
ج. قرارداد در مورد وابستگی * د. راهبردهای شناختی

۱۵. هدف‌گزینی، راهبردهای سرنخ‌گیری، و اصلاح تشویقی در کدام روش مورد استفاده قرار می‌گیرند؟

*الف. روش‌های اداره خود ب. تمرین
ج. قرارداد در مورد وابستگی د. راهبردهای شناختی

۱۶. روش‌های اداره خود بیشتر در چه موردی به کار می‌رود؟

الف. بیماری قلبی ـ عروقی * ب. دیابت
ج. ایدز د. درد مزمن

۱۷..... عبارت است از آموزش این نکته به سیگاری‌ها که خود را در وضعیت‌هایی که قبلاً در آن وضعیت‌ها سیگار می‌کشیده‌اند قرار ندهند.

* الف. راهبردهای سرنخ‌گیری ب. پیش‌گیری از بازگشت
ج. قرارداد در مورد وابستگی د. راهبردهای شناختی

۱۸. تکرار منظم رفتارهایی که به بیمار کمک می‌کنند رژیم دارویی خود را رعایت کند چه نامیده می‌شود؟

الف. راهبردهای شناختی ب. پیش‌گیری
* ج. تمرین د. بازبینی خود

۱۹. وقتی به بیماران مبتلا به سرطان یاد می‌دهیم پس از اجرای هر بخش از درمان، خودشان را با کار لذت‌بخشی مشغول کنند از چه روشی استفاده کرده‌ایم؟

* الف. اصلاح تشویقی ب. پیش‌گیری
ج. حساسیت‌زدایی منظم د. هدف‌گزینی

۲۰. تحقیقات نشان می‌دهند که رابطهٔ..... و سلامتی برای مردان سفیدپوست بیش از سایر گروه‌هاست و در مورد زنان و اعضای سایر نژادها در کمترین حد خود است.

الف. روش‌های اداره خود * ب. حمایت اجتماعی
ج. روش‌های پاسخگر د. راهبردهای شناختی

۲۱. تصاویر ویدیویی، الگوبرداری از همسالان، تشکیل گروه‌های بحث، و نقش‌بازی کردن اجزای برنامه‌هایی هستند که جهت پیش‌گیری از..... کودکان دبستانی طراحی می‌شوند.

الف. چاقی ب. مصرف مشروب
* ج. سیگار کشیدن د. عدم استفاده از کمربند ایمنی

۲۲. در کدام‌یک از درمان‌های معتادان به الکل از پاسخ‌های مقابله‌ای مختلف و بازبینی میزان مصرف الکل استفاده می‌شود؟

الف. توسل به زور ب. پرهیز
ج. استفاده از گروه الکلی‌های بی‌نام * د. مصرف کنترل شده الکل

۲۳. آموزش پیش‌گیری از بازگشت، عمدتاً در رابطه با کدام بیماری مطرح می‌شود؟

الف. دیابت ب. استعمال سیگار
* ج. سوءمصرف الکل و وابستگی به‌الکل د. چاقی

۲۴. کدام‌یک از موارد زیر جزء خصوصیات شخصیت نوع A نیست؟

الف. حاضرشدن پیش از موعد مقرر بر سر قرارها
ب. پرخاشگری و خشونت هنگام ناکامی
* ج. خستگی و وجود نشانه‌های جسمی
د. اشکال در اجرای وظایفی که مستلزم به تعویق انداختن پاسخدهی هستند.

۲۵. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از فرا تحلیل‌های انجام شده در زمینه مداخلات روان‌شناختی بر روی الگوهای رفتاری نوع A می‌دهند؟

الف. تقریباً این الگوها را به طور کامل تغییر می‌دهند
* ب. بهبود حاصل از این مداخلات در حد متوسط است
ج. بهبود حاصل خیلی ناچیز است
د. هیچ تغییری ایجاد نمی‌کنند

۲۶..... عبارت است از مطلع ساختن بیماران از احساساتی که اقدامات پزشکی در آنها ایجاد می‌کند

* الف. اطلاع‌رسانی حسی ب. اطلاع‌رسانی رویه‌ای
ج. اطلاع‌رسانی از طریق بازبینی خود د. مرور اطلاعات

۲۷. در «مدل مقابله‌ای».....

الف. جدولی از روشهای مورد استفاده برای درمان بیماری‌ها ارایه می‌شود
ب. پرستاران روش‌های پزشکی مورد استفاده را توضیح می‌دهند
ج. روش پزشکی مورد نظر پیش از اجرا یک‌بار اجرا می‌شود
* د. شخصی که قبلاً همان روش روی او با موفقیت اجرا شده به بیماران معرفی می‌شود.

۲۸. برای پیش‌بینی..... از ویژگی‌های بیماری / مرض، ویژگی‌ها و خصوصیات بیمار، هنجارهای فرهنگی، و تعامل بیمار و متخصص استفاده می‌شود.

الف. موقعیت پیش‌گیری‌ها

ب. قطع رفتاری که برای سلامتی خوب نیست

* رعایت رژیم‌های درمانی د. بهبود

۲۹. کدام‌یک از دلایل زیر جزء دلایل عدم پذیرش و قبول مداخلات مؤثر روان‌شناسان سلامت در نظام بهداشتی و حفظ سلامتی نیست؟

الف. مقاومت بیماران در برابر مداخلات روان‌شناختی

ب. تأکید بر مبانی و ریشه‌های زیست‌شناختی بیماری‌ها

ج. ناآگاهی پزشکان از تحقیقاتی که حامی اهمیت نقش روان‌شناسی سلامت است

* د. مداخلات روان‌شناختی طولانی‌تر از مداخلات پزشکی است.

۳۰. تقریباً چند درصد از کودکان چاق در بزرگ‌سالی هم چاق می‌مانند؟

الف. ۲۰٪ ب. ۴۰٪ ج. ۶۰٪ * د. ۸۰٪

○ پرسش‌های تشریحی

۱. رفتارها چگونه در سلامتی و بیماری انسان‌ها نقش دارند؟

۲. شکل‌های اصلی مداخله در روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری را شرح دهید.

۳. چند سطری در مورد برنامه‌های پیش‌گیری در زمینه چاقی، سیگار کشیدن، و سوء مصرف الکل و وابستگی به الکل بنویسید.

۴. شخصیت نوع A را توضیح دهید و بگویید چه رابطه‌ای با بیماری قلبی ـ عروقی دارد و چه تحقیقاتی در مورد اصلاح رفتارهای نوع A صورت گرفته است.

۵. چه عواملی با فرمانبرداری و بیماران و رعایت توصیه‌های درمانی توسط آنان مرتبطند؟

۶. آینده روان‌شناسی سلامت تحت‌تأثیر چه روندها و مسائلی خواهد بود؟

۷. چه وقایعی موجب رشد و توسعه رشته روان‌شناسی سلامت شد؟

۸. برای کمک به بیماران جهت مقابله با اقدامات پزشکی پُر استرس و اعمال جراحی از چه فنونی استفاده می‌شود؟

پرسش‌های فصل هجدهم

روان‌شناسی عصب‌نگر

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱. کدام‌یک از جملات زیر توصیف بهتری از رشته روان‌شناسی عصب‌نگر ارایه می‌دهد؟

* الف. بررسی رابطه کارکرد مغز و رفتار

ب. بررسی کارکردهای مغز

ج. بررسی زیست‌شناسی و شیمی مغز

د. بررسی رابطه سلول‌های مغز

۲. در کدام‌یک از موارد زیر، کارکرد مغز از طریق اجرای مجموعه‌ای از آزمون‌های استاندارد در خصوص رابطه مغز و رفتار، بررسی می‌شود؟

الف. روان‌آزمایی ب. ادراک پریشی

ج. سنجش بالینی * د. سنجش روانی ـ عصبی

۳. کدام‌یک از نقش‌های زیر ربطی به روان‌شناسان عصب‌نگر ندارد؟

الف. تشخیص مشکلات مغزی بیماران ب. پیش‌بینی بهبود بیماران

* ج. اجرای جراحی روانی د. درمان

۴. کدام‌یک از نظریه‌ها مدعی است که هوش یا شخصیت افراد را می‌توان با بررسی پستی و بلندی‌های جمجمه آنان اندازه گرفت؟

الف. نظریه محل‌یابی کارکردها * ب. جمجمه‌شناسی

ج. کنش پریشی د. اصل گالن

۵. کدام نظریه مدعی است که مثلاً فلان محل در مغز شما مسئول توانایی دویدن شماست؟

الف. نظریه هم‌توانی ب. مدل کارکردی

* ج. محل‌یابی کارکردها د. جمجمه‌شناسی

۶. در کدام نظریه ادعا می‌شود علی‌رغم این که نواحی مختلف مغز هر یک مسئول برخی رفتارهای خاص هستند اما کرتکس عملاً به مثابه یک کل عمل می‌کند؟

الف. مدل کارکردی * ب. نظریه هم‌توانی

ج. جمجمه‌شناسی د. محل‌یابی کارکردها

۷. شواهدی که نشان می‌دادند گاهی ضایعات بخش‌های مختلف مغز موجب بروز اختلالات مشابهی می‌شوند یا بیمارانی که صدمات مغزی بسیار جزیی دیده‌اند با مشکلات بزرگی روبرو می‌شوند منجر به ارایه نظریه‌ای به نام..... شد که دو دیدگاه قبلی را در هم ادغام می‌کرد.

الف. نظریه هم‌توانی ب. محل‌یابی کارکردها

* ج. مدل کارکردی د. اصل فلورنس

۸. در کدام نظریه، کمبودهای رفتاری و شناختی از طریق بررسی صدمات و ضایعات نواحی مغزی و نیز بررسی صدمات وارده بر نظامی مورد مطالعه قرار می‌گیرند که آن نواحی در آن نقش دارند؟

* الف. مدل کارکردی ب. محل‌یابی کارکردها
ج. جمجمه‌شناسی د. نظریه هم‌توانی

۹. کدام روان‌شناس آمریکایی اولین بار اقدام به بررسی بیمارانی که دچار صدمات مغزی بودند در محیط طبیعی آنان کرد و روی آنها آزمون‌های روان‌شناختی اجرا کرد؟

* الف. ریتان ب. لوریا ج. هالستید د. گال

۱۰. رشته روان‌شناسی عصب‌نگر در کدام دوره رشد چشمگیری داشت؟

الف. دهه ۱۹۵۰ ب. جنگ اول جهانی
* ج. جنگ دوم جهانی د. دهه ۱۹۶۰

۱۱. کدام بخش از مغز اکثر راست دست‌ها مسئول گفتار، منطق و تحلیل جزئیات است؟

* الف. نیم‌کره چپ ب. نیم‌کره راست
ج. لوب پس‌سری د. نئوکورتکس

۱۲. وقتی با دست راست‌تان تابلویی می‌کشید کدام بخش از مغزتان بیشتر احتمال دارد در این کار نقش داشته باشد؟

الف. لوب‌آهیانه‌ای ب. لوب پیشانی
ج. نیم‌کره راست *د. نیم‌کره چپ

۱۳..... عبارت است از تصمیم‌گیری مناسب در مورد اهداف و پی‌گیری آنها.

الف. تحلیل الگو ب. مجموعه آزمون‌های استاندارد
ج. مدل کارکردی * د. تطبیق‌دهنده

۱۴. تطبیق دهندهٔ مورد نظر بول جزء کارکردهای کدام یک از لوبهای مغز است؟

الف. لوب‌های پس‌سری ب. لوب‌های آهیانه‌ای
* ج. لوب‌های پیشانی د. لوب‌های گیجگاهی

۱۵. پردازش صدای بلند ضبط صوت همسایه شما بر عهده کدام یک از لوب‌های مغزتان است؟

الف. لوب‌های پس‌سری ب. لوب‌های آهیانه‌ای
ج. لوب‌های پیشانی * د. لوب‌های گیجگاهی

۱۶. کدام یک از لوب‌های مغزی به شما کمک می‌کند هنگام قایق‌سواری تعادل خود را حفظ کنید؟

الف. لوب‌های پس‌سری * ب. لوب‌های آهیانه‌ای
ج. لوب‌های پیشانی د. لوب‌های گیجگاهی

۱۷. در کدام‌یک از لوب‌های مغز، خاطرهٔ شکل و شمایل اولین خانهٔ دوران کودکی شما ثبت می‌شود؟

* الف. لوب‌های پس‌سری ب. لوب‌های آهیانه‌ای
ج. لوب‌های پیشانی د. لوب‌های گیجگاهی

۱۸. صدمات مغزی بوکس‌بازان حرفه‌ای بر اثر ضربات مداوم و مکرری که بر سر آنها وارد آمده است چه نامیده می‌شود؟

الف. پارگی ب. کوفتگی ج. خونریزی مغزی * د. ضغطه

۱۹. فشرده شدن بافت مغزی بر اثر خارج شدن مغز از محل طبیعی خودش چه نامیده می‌شود؟

* الف. پارگی ب. ضربه مغزی ج. انسداد د. ضغطه

۲۰. لخته‌های خون می‌توانند موجب ادراک پریشی کنش پریشی، و زبان پریشی، شوند که به ترتیب جزء اختلالات..... محسوب می‌شوند.

الف. حرکات ارادی، ادراک حسی، و حافظه
* ب. ادراک حسی، حرکات ارادی، و زبان
ج. زبان، حافظه، و حرکات ارادی
د. ادراک حسی، زبان، و حرکات ارادی

۲۱. خونریزی مغزی و انسدادها نمونه‌هایی از..... هستند.

الف. غده‌ها ب. ضربه‌ها
ج. بیماری دژنراتیو * د. سوانح عروقی

۲۲. سردردها و مشکلات بینایی و قضاوت جزء علایم اولیه..... هستند.

الف. ضربهٔ مغزی ب. اشکالات عروقی
* ج. غده‌ها د. سوء مصرف مزمن الکل

۲۳. تغییرات شخصیتی همچون عدم توانایی برنامه‌ریزی، اختلال در کنترل تکانه‌ها، و عدم توجه به پیامدها و عواقب اعمال می‌تواند معلول صدمه دیدن..... باشند.

الف. نیم‌کره چپ ب. لوب‌های پس‌سری
ج. نیم‌کره راست * د. لوب‌های پیشانی

۲۴. انباشت حجم وسیعی از اطلاعات بنیادی که می‌توان از آنها برای یافتن الگوهای نمرات استفاده کرد از نقاط قوت کدام رویکرد در سنجش عصبی ـ روانی است؟

* الف. مجموعه آزمون‌های استاندارد ب. تحلیل الگو
ج. تفاوت نمره‌ها د. فرضیه آزمایی

۲۵. شما با توجه به نظرتان در مورد نشانه‌های یک بیمار و علت صدمات مغزی او از آزمون گشتالت بصری ـ حرکتی بندر استفاده می‌کنید. رویکرد شما در سنجش روانی ـ عصبی این بیمار چه بوده است؟

الف. تحلیل الگو　　* ب. رویکرد انعطاف‌پذیر
ج. آزمون‌گیری افتراقی　　د. مجموعه آزمون‌های استاندارد

۲۶. موضع اکثر روان‌شناسان عصب‌نگر در مورد اهمیت ارزیابی کمّی و کیفی صدمات عصب‌شناختی چیست؟

الف. اطلاعات کیفی مهمترند　　ب. اطلاعات کمّی مهمترند
* ج. استفاده از اطلاعات کمّی و کیفی
د. استفاده محض از داده‌های کمّی

۲۷. نسخه اصلاح شده مقیاس هوشی بزرگ‌سالان وکسلر (WAIS-R) عمدتاً برای آزمودن کدام‌یک از کارکردهای شناختی مغز مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

الف. استدلال انتزاعی　　* ب. کارکرد عقلانی
ج. حافظه　　د. پردازش بصری ـ ادراکی

۲۸. در مورد کدام‌یک از آزمون‌های زیر داده‌های اعتباری خوبی در زمینه تشخیص وجود صدمات مغزی خاص وجود ندارد و به همین دلیل نباید از آن برای این منظور استفاده کرد؟

الف. مقیاس حافظه وکسلر
ب. نسخه اصلاح شده مقیاس هوشی بزرگ‌سالان وکسلر (WAIS-R)
ج. آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST)
* د. آزمون گشتالت بصری ـ حرکتی بندر

۲۹. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های مجموعه آزمون‌های هالستید ـ ریتان و لوریا ـ نبراسکا چیست؟

الف. آزمون هالستید ـ ریتان، نسخه مناسب کودکان ندارد
ب. آزمون لوریا ـ نبراسکا معتبرتر است
ج. نتایج آزمون لوریا ـ نبراسکا مطابق و هماهنگ با نتایج آزمون هالستید ـ ریتان نیست.
* د. اجرای آزمون هالستید ـ ریتان به زمان بیشتری نیاز دارد.

۳۰. کدام‌یک از متغیرهای زیر تأثیری بر عملکرد بیماران در آزمون‌های روانی ـ عصبی ندارد؟

الف. سطح برانگیختگی　　ب. سطح تحصیلات
* ج. وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی　　د. تمارض

۳۱. کدام‌یک از راهنمایی‌های زیر برای سازماندهی و اجرای توان‌بخشی و تکالیف بیماران در این فرآیند مفید نیست؟

* الف. بیماران آزادند هر قدر که می‌خواهند خطا کنند
ب. به بیماران باید فوراً بازخورد داد
ج. معیارهای پیشرفت بیماران باید عینی باشند
د. اجرای سایر مهارتهای مورد نیاز برای انجام تکالیف (به جز مهارت مورد نظر) باید امکان‌پذیر و آسان باشد.

○ پرسش‌های تشریحی

۱. سه نظریه اصلی را در زمینه کارکردهای مغز توضیح دهید و شواهد موجود در رد و تأیید آنها را بیان کنید.

۲. ویژگی‌ها / ساختارهای اصلی مغز و کارکردهای هر یک را شرح دهید.

۳. علل بالقوه صدمات مغزی را نام ببرید و توضیح دهید.

۴. برخی از نشانه‌ها یا عوارض صدمات عصب‌شناختی را نام ببرید.

۵. رویکردهای اصلی سنجش روانی ـ عصبی را شرح دهید.

۶. حوزه‌های اصلی کارکردهای شناختی را نام ببرید و برخی از آزمون‌های عصبی ـ روان‌شناختی را که برای اندازه‌گیری آنها به کار می‌روند شرح دهید.

۷. روند آتی سنجش و مداخلات روانی ـ عصبی را بررسی کنید.

پرسش‌های فصل نوزدهم

روان‌شناسی قانونی

□ پرسش‌های چهارگزینه‌ای

۱..... شاخه‌ای از روان‌شناسی است که با مشکلات قانونی و حقوقی مراجعان در تمام سنین و تمام موقعیت‌ها سر و کار دارد.

الف. روان‌شناسی حقوقی　　* ب. روان‌شناسی قانونی
ج. روان‌شناسی شاهدان　　د. روان‌شناسی بالینی حقوقی

۲. چه کسی کتاب برجایگاه شهود (۱۹۰۸) را نوشت که از اولین کارهایی است که در آن به رابطه روان‌شناسی و مسایل حقوقی اشاره شده است؟

الف. ویگمور　　ب. استرن　　ج. فروید　　* د. مانستربرگ

۳. دادخواست چه کسی در مورد کتاب برجایگاه شهود آنچنان موفقیت‌آمیز بود که موجب شد کاربرد روان‌شناسی در زمینه مسایل حقوقی تقریباً تا ۲۵ سال بعد به تعویق افتد؟

* الف. ویگمور　　ب. استرن　　ج. فروید　　د. مانستربرگ

۴. در چه سالی دادگاه‌ها رسماً اعلام کردند که روان‌شناسان می‌توانند در زمینه اختلالات روانی در دادگاه‌ها به عنوان شاهدان متخصص حاضر شوند؟

الف. ۱۹۴۲　　ب. ۱۹۵۲　　* ج. ۱۹۶۲　　د. ۱۹۷۲

۵. کدام‌یک از سازمان‌های زیر به منظور آگاهی عمومی از متخصصان واجد شرایط برای روان‌شناسی قانونی تأسیس شد؟

الف. معیار الی (ALI)　　ب. آکادمی علوم قانونی آمریکا
* ج. هیئت روان‌شناسی قانونی آمریکا
د. جامعه حقوق و روان‌شناسی آمریکا

۶. کدام‌یک از موارد زیر جزء نظامنامه آکادمی علوم قانونی آمریکا نیست؟

* الف. لزومی ندارد روان‌شناسان حتماً عادل باشند
ب. معیارهای صلاحیت حرفه‌ای باید کامل و دقیق بیان شوند
ج. شهادت‌ها و گزارش‌ها باید صادقانه باشند
د. تأکید بر دقت فنی و علمی

۷. براساس معیارهای بلا در زمینه موافقتهای مالی متخصصان بالینی شهادت دهنده و وکلا، روان‌شناسان باید:

* الف. در برخی موارد بدون هیچ چشم‌داشتی کار کنند.
ب. پس از شروع کار برروی پرونده‌ها چگونگی پرداخت دستمزدشان را مشخص کنند.
ج. دستمزد خود را منوط به نتیجه دادرسی کنند.
د. دستمزد خود را پس از اتمام دادرسی بگیرند.

۸. کدام‌یک از جملات زیر مقایسه بهتری بین شهود عادی و شهود متخصص ارایه می‌دهد؟

الف. متخصص حقایق را بازگو می‌کند در حالی که شاهدان عادی فقط مشاهدات و عقیده خود را بیان می‌کنند.
ب. هر دو از مشاهدات و استنباط‌های خود استفاده می‌کنند
ج. شاهدان عادی از مشاهداتشان استفاده می‌کنند و متخصصان از حقایق
* د. شاهدان عادی حقایق را بازگو می‌کنند و متخصصان عقیده و استنباط خود را بیان می‌کنند

۹. کدام‌یک از گروه‌های زیر قادرند تصمیم بگیرند که آیا شواهد ارایه شده از سوی متخصص محکمه‌پسند است یا خیر؟

الف. جامعه علمی مربوطه — ب. وکلای هر دو طرف
* ج. قاضی دادگاه — د. هیئت منصفه

۱۰. کدام‌یک از موارد زیر جزء معیارهای لازم برای حاضر شدن در دادگاه به عنوان متخصص روان‌شناسی بالینی نیست؟

* الف. پیشینه قبلی فرد در زمینه شهادت تخصصی
ب. تحصیلات و دوره‌های پشت سرگذاشته شده
ج. استفاده از آزمون‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری اختصاصی
د. تحقیقات و کتب فرد مورد نظر

۱۱. کدام‌یک از جملات زیر جزء «اظهارنظرهایی» است که نباید از یک شاهد متخصص سر بزند؟

الف. سوء رفتار با کودکان می‌تواند بعداً از آنان افرادی خشن بسازد
ب. تحقیقات نشان می‌دهند بین سوء رفتار با کودکان و خشن شدن آنان رابطه هست.
ج. با آقای الف. ظاهراً در دوران کودکی بدرفتاری شده است و برخی از کسانی که با آنها بدرفتاری شده در بزرگسالی خشن خواهند شد
* د. بدرفتاری‌هایی که با آقای الف شده موجب شده است تا رفتارهای خشنی با آقای ب داشته باشد.

۱۲. کدام‌یک از موارد زیر جزء راهبردهای مورد نظر نظر شویتزگبل (۱۹۸۰) برای مقابله با فشارهای جلسات بازجویی نیست؟

الف. به زبانی صحبت کن که برای خودت بامعنا هستند.
ب. ضعفهایت را نپذیر — * ج. همیشه صادق باش
د. پیش از پاسخ دادن به سئوالات، کمی تأمل کن

۱۳. دعاوی جنون معمولاً چقدر موفقند؟

الف. همیشه — ب. تقریباً همیشه
* ج. تقریباً هیچوقت — د. هرگز

۱۴. در اکثر ایالت‌ها قبول یا عدم قبول این که ادعای جنون فرد در هنگام ارتکاب جرم صحیح است یا خیر برعهده..... است.

الف. قاضی — ب. هیئت منصفه
ج. دادستان — * د. وکیل مدافع

۱۵. کدام‌یک از معیارهای جنون بسیار آزاد اندیشانه است؟

* الف. معیار الی (ALI) — ب. تکانه غیرقابل کنترل
ج. قاعده مک‌ناتن — د. گناهکاراما بیمار روانی

۱۶. اگر مجرم هنگام ارتکاب جرم می‌دانسته عمل خلافی انجام داده است اما نمی‌توانسته جلوی خودش را بگیرد، پای کدام معیار جنون به‌میان می‌آید؟

الف. معیار الی (ALI) — * ب. تکانه غیرقابل کنترل
ج. قاعده مک‌ناتن — د. گناهکار اما بیمار روانی

۱۷. کدام معیار جنون می‌گوید که کمبودهای شناختی مجرمان (مثل این که مجرم هنگام ارتکاب جرم نمی‌دانسته مرتکب چه عملی شده است) مهم‌ترین معیار است؟

الف. معیار الی (ALI) ب. تکانه غیرقابل کنترل
* ج. قاعده مک‌ناتن د. گناهکار اما بیمار روانی

۱۸. روان‌شناسانی که مسئله احتمال جنون بزهکاران را بررسی می‌کنند کدام‌یک از سئوالات زیر را نباید مطرح کنند؟

الف. وضعیت روانی فرد هنگام ارتکاب جرم چطور بوده است؟
ب. آیا فرد مورد نظر بیماری یا مشکل روانی دارد یا خیر؟
ج. وضعیت روانی فعلی فرد چگونه است؟
* د. چه عواملی ممکن است او را به سمت ارتکاب جرم سوق داده باشند؟

۱۹. تقریباً در چند درصد از موارد، مجرمان علی‌رغم میل خودشان بستری می‌شوند؟

الف. ۲۰٪ * ب. ۴۰٪ ج. ۶۰٪ د. ۸۰٪

۲۰. کدام‌یک از موارد زیر جزء معیارهای ارجاع مجرمان به بیمارستان‌ها جهت درمان روان‌شناختی نیست؟

الف. عدم توانایی مراقبت از خود

ب. لزوم درمان فرد در بیمارستان

ج. خطرناک بودن فرد برای خودش و دیگران

* د. بیمار تلقی شدن وی از سوی دوستان و خانواده‌اش

۲۱. اگر شخصی خواهان پذیرش در بیمارستان و درمان باشد اما «برخلاف توصیه پزشکان» بیمارستان را ترک کند احتمالاً براساس..... به بیمارستان وارد شده است.

الف. قانون بستری شدن اجباری

* ب. قانون بستری‌شدن داوطلبانه

ج. حکم دادگاه در خصوص بستری شدن

د. نظر پزشک در خصوص بستری شدن

۲۲. امروزه حق حضانت کودکان بر چه اساسی به والدین تفویض می‌شود؟

الف. تمایل مادران ب. شهادت تخصصی روان‌شناسان

ج. تمایل کودکان * د. منافع کودکان

۲۳. در حال حاضر در ایالات متحده آمریکا حق حضانت فرزندان به چه شخصی داده می‌شود؟

* الف. پدر و مادر به طور مشترک ب. مادر

ج. پدر د. دولت

۲۴. کدام جمله زیر معرف موضع فعلی دادگاه عالی در مورد درمان دارویی زندانیانی است که بیماری روانی دارند؟

الف. پزشکان می‌توانند آنان را در هر زمانی و حتی بدون موافقت این افراد درمان کنند

ب. اگر لزوم درمان آنها محرز شود نیازی به اخذ موافقت آنان نیست

* ج. فقط وقتی می‌توان آنها را اجباراً درمان کرد که برای خودشان یا دیگران تهدید محسوب شوند.

د. درمان زندانیان بدون جلب توافق آنان غیرقانونی است.

۲۵. کدام‌یک از موارد زیر جزء دقیق‌ترین پیش‌بینی‌ها در مورد احتمال بروز رفتارهای خشن نیست؟

* الف. پیش‌بینی براساس پیشینه خانوادگی رفتارهای خشن

ب. پیش‌بینی براساس میزان بروز رفتارهای خشن در گروه‌های معیار

ج. پیش‌بینی براساس سابقه فرد در زمینه انجام رفتارهای خشن

د. پیش‌بینی رفتارهای خشن برای آینده‌ای نزدیک

۲۶. چرا عده‌ای مخالف ترویج و گسترش حق درمان زندانیان هستند؟

الف. چون در صورت رفع مشکلات روانی زندانیان، این افراد آزاد خواهند شد.

ب. چون هدف اصلی زندانی کردن مجرمان، متنبه شدن این افراد است.

* ج. چون ممکن است برچسب‌هایی چون «درمان» یا «اصلاح رفتار» بهانه‌ای شوند برای تنبیه یا اجحاف در حق زندانیان.

د. چون درمان زندانیان برای متخصصان خطرناک است.

۲۷. اصطلاح «سوگند» به کدام بخش از اقدامات حقوقی اشاره دارد؟

الف. محکوم کردن فرد ب. معرفی متهم به دادگاه

ج. تهیه شهادت * د. انتخاب هیئت منصفه

۲۸.....، اقداماتی است که طرفین دعوا برای جلوگیری از جانبداری هیئت منصفه از طرف مقابل انجام می‌دهند.

الف. انتخاب هیئت منصفه * ب. نبردهای سخت

ج. سوگند د. هیئت منصفه تقلیدی

۲۹..... عبارت است از استفاده روان‌شناس قانونی از افرادی شبیه هیئت منصفه و بررسی واکنش‌های آنها در قبال پرونده مورد نظر.

* الف. هیئت منصفه تقلیدی ب. انتخاب هیئت منصفه

ج. سوگند خوردن د. نبردهای سخت

۳۰. کدام‌یک از جملات زیر در مورد شهادت شهود صادق نیست؟

الف. شاهدان غالباً اتفاق‌نظر دارند

ب. شهادت شهود غالباً دقیق نیست

* ج. اگر چه اطلاعات بعدی ممکن است موجب سوگیری شاهدان شود اما انتظارات و توقع آنان تأثیری بر ادراک‌شان نمی‌گذارد

د. تجارب قبلی شهود می‌تواند موجب سوگیری شاهدان در شهادت‌هایشان شود.

۳۱. تحقیقات انجام شده روی رفتار هیئت منصفه نشان می‌دهد.....

الف. رأی و قضاوت آنان غالباً اشتباه است

* ب. تحت‌تأثیر دستورات و راهنمایی‌های قضات قرار می‌گیرند

ج. وقتی وکلای مدافع از هر یک از جرایم به طور جداگانه دفاع می‌کنند، رأی و قضاوت آنها شدیدتر است.

د. وقتی دستورات و راهنمایی‌های قضاوت تلویحی است دقت بیشتری در صدور احکام به خرج می‌دهند.

○ پرسش‌های تشریحی

۱. تاریخ رشته روان‌شناسی قانونی را مرور کنید و رویدادهای تاریخی مهم این رشته را نام ببرید.

۲. اگر قرار باشد به عنوان یک شاهد متخصص در دادگاه حاضر شوید باید واجد چه شرایطی باشید و برای شهادت و بازجویی چه نکاتی را رعایت کنید.

۳. سه معیار حقوقی جنون را نام برده و با هم مقایسه کنید.

۴. طبق قانون حضانت فرزندان میشیگان در سال ۱۹۷۰، دادگاه‌ها برای صدور رأی نهایی در مورد حضانت فرزندان باید چه عواملی را در نظر بگیرند؟

۵. اگر قرار باشد در مورد خانواده‌ای که بر سر حق حضانت فرزندان اختلاف نظر دارند نظر بدهید باید به چه نکات و مسایلی توجه کنید؟

۶. سه مرحله مشورت با هیئت منصفه و اهداف و فنون مورد استفاده در هر مرحله را شرح دهید.

برای آمادگی بیشتر

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل اول

۱. براساس تعریف جامعهٔ روان‌شناسی بالینی (شعبه ۱۲ انجمن روان‌شناسی امریکا) از رشتهٔ روان‌شناسی بالینی، این رشته.....

الف) هر دو گزینه ج و د.

ب) هیچیک از این دو گزینه ج و د.

ج) به فهم و تسکین ناسازگاری، ناتوانایی و ناراحتی می‌پردازد.

د) مصرف داروهای تجویزی را اشاعه و از آن حمایت می‌کند.

۲. روان‌شناسان مشاور به‌طور سنتی عمدتاً..... .

الف) به‌عنوان مشاور شرکت‌ها کار می‌کنند.

ب) هر سه گزینهٔ دیگر.

ج) با افراد بهنجار یا کسانی‌که ناسازگاری خفیف و متوسط دارند کار می‌کنند.

د) با کسانی که بیماری روانی شدید دارند کار می‌کنند.

۳. دکتر یانگ، مدرک دکترای روان‌شناسی مشاورهٔ خود را ۵ سال و دکتر اکسپرینسد، مدرک دکترای مشاورهٔ خود را ۲۵ سال قبل گرفته است. کدامیک از گزینه‌های زیر با توجه به روندهای اخیر این رشته، محتمل‌ترند؟

الف) دکتر یانگ بیش از دکتر اکسپرینسد به مشاورهٔ شغلی و حرفه‌ای علاقه‌مند است.

ب) دکتر یانگ کمتر از دکتر اکسپرینسد به فعالیت‌های سنتی بالینی علاقه‌مند است.

ج) دکتر یانگ آموزش پزشکی دیده ولی دکتر اکسپرینسد چنین آموزشی ندیده است.

د) دکتر یانگ بیش از دکتر اکسپرینسد به درمانگری خصوصی علاقه دارد.

۴. کدام گزینهٔ زیر جزء فعالیت‌های معمول روان‌شناس مدرسه است.

الف. تدوین برنامه‌هایی برای یاری رساندن به رشد و تحول کودکانی که نیازهای خاص دارند.

ب) آزمون‌گیری از محصلان و ارزیابی آنها.

ج) هر سه گزینهٔ دیگر.

د) مشورت دادن به اولیای مدرسه و معلمان در مورد خطی مشی تربیتی مدرسه

۵. یک برنامهٔ معمول آموزشی دکترای روان‌شناسی بالینی، شامل کدام موارد است؟

الف) کار عملی

ب) گذراندن واحد درسی در زمینهٔ روان‌شناسی بنیادی و کاربردی

ج) گذراندن واحد درسی در زمینهٔ روش‌های تحقیق و اجرای پایان‌نامه / رسالهٔ دکتری

د) هر سه گزینهٔ دیگر درست هستند.

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ج، ۳. د، ۴. ج، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل دوم

۱. جیمز مکین کتل.....

الف) پیشگام درمان انسانی‌تر بیماران روانی در اروپا و امریکا بود.

ب) مولف همکار در تهیهٔ اولین ویراست شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI) بود.

ج) زمان واکنش آدم‌ها را به‌عنوان راهی برای تخمین هوش اندازه می‌گرفت.

د) هیچکدام

۲. اگر یک نفر در سال ۱۹۶۰ تحت شخصیت سنجی قرار می‌گرفت، کدامیک از ابزارهای زیر در اختیار سنجشگر بود؟

الف) ویراست اول شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI)

ب) آزمون اندریافت موضوع (TAT)

ج) رورشاخ

د. همهٔ موارد

۳. مراقبت مدیریت شده با ترجیح دادن آزمون‌های...، بر سنجش روانشناختی تأثیر گذاشت.

الف) نسبتاً کوتاه

ب) مشخص کنندهٔ نشانه‌های مشکل‌ساز که به طراحی درمان کمک می‌کنند

ج) حساس به تغییرات یا بهبودها در کارکرد بیمار

د) همهٔ موارد

۴. ظهور رفتار درمانی منجر به... شد.

الف) روگردانی راجرز از درمان مراجع محور و گرویدنش او به رفتارگرایی

ب) ظهور درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی برای اختلال استرس پس از ضربهٔ سربازان جنگ جهانی اول

ج) افزایش پژوهش‌ها در زمینهٔ اثربخشی روان‌درمانی و ظهور درمان‌های دارای پشتوانهٔ تجربی برای اختلال استرس پس از ضربهٔ سربازان جنگ جهانی اول

د) افزایش پژوهش‌ها در مورد اثربخشی روان درمانی

۵. بسیاری از مورخان، تاسیس اولین کلینیک یا درمانگاه روان‌شناختی در سال ۱۸۹۶ توسط..... را شروع رشتهٔ روان‌شناسی بالینی می‌دانند.

الف) یونگ ب) اسمیت و گلس ج) راجرز د) ویتمر

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. د، ۳. د، ۴. د، ۵.د

پرسش‌های چهارگزینه فصل سوم

۱. براساس نظر طرفداران مدل آموزشی دانشمند - درمانگر، روان‌شناسان بالینی باید.....

الف) حداقل ۱۰ درصد از وقت‌شان را صرف پژوهش کنند.

ب) ۲۵ درصد از وقت‌شان را صرف پژوهش و ۷۵ درصد را صرف کار بالینی کنند.

ج) حتی اگر اصلاً پژوهش نمی‌کنند، پژوهش را بفهمند و ارزیابی کنند.

د) ۵۰ درصد از وقت‌شان را صرف پژوهش و ۵۰ درصد را صرف کار بالینی کنند.

۲. کدامیک از موارد زیر درست است؟

الف) پژوهش‌ها از این دغدغه حمایت می‌کنند که روان‌شناسان بالینی دارای مدرک .Psy.D بیش از روان‌شناسان بالینی دارای مدرک Ph.D، در کاریابی مشکل دارند.

ب) برنامه‌های .Psy.D در مقایسه با برنامه‌های .Ph.D، متقاضیان بیشتری را می‌پذیرند.

ج) هیچکدام د) هر دو

۳. کدامیک از اشخاص زیر معتقدند روان‌شناس بالینی باید تحت مدل دانشمند بالینی آموزش ببیند؟

الف) کرپلین ب) هایبی ج) دلئون د) مکفال

۴. تاریخ درمانگری خصوصی، شاهد..... بوده است.

الف) کاهش تعداد روان‌شناسان علاقه‌مند به درمانگری خصوصی

ب) استمرار همکاری روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی

ج) تلاش ناموفق روان‌شناسان بالینی برای دریافت امتیاز بازپرداخت بیمه از شرکت‌های بیمه

د) هیچکدام

۵. روان‌شناس در حال دیدار با مراجعی است که می‌گوید قصد کشتن همسرش را دارد. طبق پروندهٔ تاراسوف و حکم صادره در مورد آن، این روان‌شناس باید....

الف) رازداری را رعایت کند و موضوع را با هیچکس در میان نگذارد.

ب) از مراجع بخواهد با پلیس تماس بگیرد و دیگران را مستقیماً در جریان قصدش قرار دهد.

ج) رازداری را نقض کند و همهٔ افراد، از جمله همسر مراجع، را در جریان بگذارد.

د) رازداری را نقض کند و پلیس را از قصد مراجع مطلع کند.

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ج، ۳. د، ۴. د، ۵. ج

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل چهارم

۱. مشاهدهٔ نامنظم.....

الف) مترادف مشاهدهٔ طبیعی است

ب) محدود به حوزه‌های غیربالینی روان‌شناسی است

ج) در تهیهٔ فرضیه‌های آزمون‌پذیر، مفید است

د) ارزشی در فرایند علمی ندارد

۲. مطالعه‌ای که هدفش اندازه‌گیری تعداد آدم‌های قابل تشخیص یک شهر در زمینهٔ اختلال اضطراب تعمیم یافته است، نمونه‌ای از..... است.

الف) مورد پژوهی ب) همه‌گیری پژوهی

ج) همبستگی پژوهی د) هیچکدام

۳. براساس داده‌های همه‌گیری‌شناسی، کدامیک از اختلالات زیر، بالاترین میزان شیوع عمری (برای مردان و زنان) را دارد؟

الف) افسردگی ماژور ب) اختلال شخصیت ضد اجتماعی

ج) اختلال وحشتزدگی د) سوءمصرف داروی بدون وابستگی

۴. محققان یک درمانگاه روانشناختی، مراجعان جدید را از طریق مصاحبهٔ تلفنی غربال می‌کنند و ظرف چند هفته، ۴۰ مراجع جدید را شناسایی می‌کنند که ملاک‌های افسردگی را دارند. بیست نفرشان تحت درمان شناختی - رفتاری قرار می‌گیرند و بیست نفر دیگر در فهرست انتظار قرار می‌گیرند. متغیر مستقل در این مطالعه،..... و متغیر وابسته،..... است.

الف) زمان مصاحبه، سطح افسردگی ب) درمان، سطح افسردگی

ج) سطح افسردگی، درمان د) درمان، درمان

۵. اعتبار بیرونی اصولاً.....

الف) تعمیم‌پذیری به وضعیت‌هایی غیر از وضعیت تحت مطالعه است

ب) ربطی به پژوهش آزمایشی ندارد

ج) برای اطمینان خاطر، از روش دو سرکور استفاده می‌کند

د) موید رابطهٔ علت و معلولی است

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ب، ۳. الف، ۴. ب، ۵. الف

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل پنجم

۱. وقتی روان‌شناس بالینی برای تعیین نابهنجاری، از نمرهٔ برش آزمون استفاده می‌کند، نمره برش را معمولاً چگونه تعیین می‌کند؟

الف) روان‌شناس بالینی، نمرهٔ برش را دلبخواهی و براساس تخصص خودش در این رشته تعیین می‌کند.

ب) نمرهٔ برش را بر مبنای یک انحراف استاندارد بالا و پایینِ عملکرد مراجع در اجرای قبلی همان آزمون تعیین می‌کند.

ج) مولفان راهنمای آزمون، نمرهٔ برش را تعیین می‌کنند و برای این کار، غالباً انحراف آماری نمرهٔ میانگین را به‌عنوان ملاک اولیه در نظر می‌گیرند.

د) نمرهٔ برش را بر مبنای تجربهٔ شخصی خودش با مراجعان قبلی تعیین می‌کند.

۲. کدامیک از جملات زیر در مورد رابطهٔ رفتار نابهنجار و بیماری روانی صحیح است؟

الف) کسی که حداقل ۶ ماه رفتار نابهنجار را به‌طور مستمر نشان بدهد، بیماری روانی دارد.

ب) همهٔ موارد

ج) کسی که رفتار نابهنجار نشان می‌دهد ممکن است بیماری روانی نداشته باشد.

د) اکثر بیماری‌های روانی مندرج در ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5) برمبنای رفتارهای فردی مجزا تعریف می‌شوند.

۳. تغییراتی که در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) ایجاد شدند و در تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) حفظ شدند، بیش از تغییرات ویراست‌های قبلی، بر..... مبتنی بودند.

الف) اتفاق نظر متخصصان ب) نظریهٔ روانکاوی

ج) داده‌های تجربی د. نظریهٔ شناختی - رفتاری

۴. نیک، بیمار یک بیمارستان روانپزشکی است. بهداشت شخصی خودش را رعایت نمی‌کند، اخیراً اقدام به خودکشی کرده و به چند نفر از بیماران دیگر، حملهٔ فیزیکی کرده است. طبق نظام تشخیصی تجدیدنظر متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، سنجش کار کرد کلی او احتمالاً..... است.

الف) ۹۰ ب) ۱۰ ج) ۷۰ د) ۴۰

۵. کدامیک از مراحل زیر، اولین مرحله از پنج مرحله‌ای اثبات اعتبار تشخیصی یک سندرم در اکثر آسیب‌شناسی پژوهی‌های معاصر است؟

الف) تعیین حدود از دیگر اختلالات ب) خانواده پژوهی‌ها

ج) مطالعات آزمایشگاهی د) توصیف بالینی

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ج، ۳. ج، ۴. ب، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل ششم

۱. مراجعی که نشانه‌های متوسط اضطراب دارد، از چهار درمانگر، فهرستی از منابع کمک موجود را دریافت می‌کند. روش‌های سنجش این چهار درمانگر، ..... .

الف) شامل آزمون‌های هنجاریابی شدهٔ مشابه‌اند ولی سبک مصاحبهٔ متفاوتی دارند.

ب) به لحاظ نظری ممکن است متفاوت باشند.

ج) اگر همگی مدرک Ph.D روان‌شناسی بالینی داشته باشند، مثل هم هستند.

د) مثل هم هستند.

۲. ضبط ویدیویی مصاحبه.....

الف) مطابق آیین‌نامهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا، غیراخلاقی است.

ب) اگر یک نسخه از فیلم ویدیویی در اختیار مراجع قرار گیرد، مطابق آیین‌نامهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا، اخلاقی است.

ج) با موافقت مراجع و برای آموزش مصاحبه کنندگان، امکان‌پذیر است.

د) مطابق آیین‌نامهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناس امریکا، در مورد بزرگسالان، اخلاقی و در مورد کودکان، غیر اخلاقی است.

۳. مصاحبهٔ....., بیشتر مطالب را پوشش می‌دهد.

الف) پذیرش ب) تاریخچه و شرح حال مورد

ج) بحران د) معاینهٔ وضعیت روانی

۴. رایج‌ترین نوع پایایی سنجی و رایج‌ترین نوع پایایی برای مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار، ..... است.

الف) پایایی آزمون - بازآزمون

ب) پایایی همگرا

ج) پایایی واگرا

د) پایایی ارزیاب‌ها

۵. در ارزیابی مصاحبه‌های تشخیصی ساختاردار، معمولاً از..... استفاده می‌شود چون این مصاحبه‌ها برای اندازه‌گیری ملاک‌های نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) برای اختلالات روانی خاص طراحی شده‌اند.

الف) اعتبار هم رخداد ب) پایایی آزمون - بازآزمون

ج) اعتبار محتوا د) اعتبار افتراقی

پاسخ‌های صحیح: ۱. ب، ۲. ج، ۳. ب، ۴. د، ۵. ج

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل هفتم

۱. در مبحث آزمون‌های روانی، پایایی مترادف..... است.

الف) حساسیت فرهنگی ب) ثبات

ج) اعتبار د) دقت

۲. تعریف هوش که مقبولیت جهانی دارد این است که..... .

الف) هوش معادل توان یادگیری یا «تربیت‌پذیری» است

ب) هوش معادل تفکر انتزاعی (یا نمادین) است

ج) چنین تعریفی وجود ندارد

د) هوش معادل انطباق با محیط است

۳. هوشبهرها با کدام گزینهٔ زیر، کمترین همبستگی را دارند؟

الف) پایگاه شغلی برمبنای درآمد

ب) نمرات درسی

ج) پایگاه اجتماعی برمبنای وجههٔ اجتماعی

د) موفقیت پس از ورود به یک حرفه

۴. داده‌های پایایی و اعتبار ویراست چهارم آزمون هوش بینه -

استنفورد نشان می‌دهند که..... .

الف) این آزمون پایایی ولی نامعتبر است.

ب) پایا و معتبر است.

ج) نه پایا و نه معتبر است

د) معتبر است ولی پایا نیست

۵. روان‌شناس بالینی که می‌خواهد هوش مراجع ۱۵ ساله‌ای را با آزمون وکسلر بسنجد باید از..... استفاده کند.

الف) WAIS-R ب) WAIS-III

ج) WISC-IV د) Stanford-Binet

پاسخ‌های صحیح: ۱. ب، ۲. ج، ۳. د، ۴. ب، ۵. ج

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل هشتم

۱..... عبارتند از اجرای مجموعه سوالات یا ارائه مجموعه جملات استانداردی که شخص تحت بررسی، با یک رشته گزینه‌های مشخص، به آنها پاسخ می‌دهد.

الف) هیچکدام

ب) آزمون‌های شخصیت

ج) آزمون‌های عینی شخصیت

د) آزمون‌های فرافکن شخصیت

۲. آزمون‌ساز، مادهٔ «احساس می‌کنم دارم غش می‌کنم» را در یک آزمون جدید اضطراب جا می‌دهد چون بخشی از خوشهٔ ماده‌هایی است که با اضطراب همبستگی دارند و معرف اضطراب هستند. کدامیک از گزینه‌های زیر درست است؟

الف) همهٔ گزینه‌ها درست هستند.

ب) چون این مجموعه ماده‌ها با هم یک خوشه را تشکیل می‌دهند، لزوماً اضطراب را اندازه می‌گیرند.

ج) هیچکدام از گزینه‌ها درست نیستند.

د) آزمون ساز عملاً در ساخت این آزمون از رویکرد کلیدسازی ملاک تجربی استفاده می‌کند.

۳. کدامیک از گزینه‌های زیر درست هستند؟

الف) ماده‌های ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) حدوداً سه برابر ماده‌های ویراست اول آن (MMPI) هستند.

ب) ماده‌های ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2)نصف ماده‌های ویراست اول آن (MMPI) هستند.

ج) ماده‌های ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2) به اندازهٔ ماده‌های ویراست آن (MMPI) هستند.

د) در ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا(MMPI-2) همهٔ ماده‌های ویراست اول آن (MMPI) کنار گذاشته شد و ماده‌های جدید، جای آنها را گرفتند.

۴. اعضای نمونهٔ هنجاری ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینسوتا (MMPI-2)،..... .

الف) خیلی تحصیل کرده بودند

ب) منحصراً اهل مینسوتا بودند

ج) متناسب با داده‌های سرشماری سال ۱۹۷۰ انتخاب شده بودند

د) شامل افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله بودند

۵. کدامیک از گزینه‌های زیر دقیق‌تر است؟

الف) روان‌شناسان در مورد آزمون‌های فرافکن و نه عینی، باید رضایت نامه بگیرند.

ب) روان‌شناسان باید در مورد کل فرایند سنجش از مراجعانی که به آنان ارجاع داده می‌شوند رضایت‌نامه بگیرند ولی در مورد مراجعانی که از اول به خودشان رجوع کرده‌اند نیازی به اخذ رضایت‌نامه ندارند.

ج) روان‌شناسان باید بابت کل فرایند سنجش، رضایت‌نامه بگیرند.

د) روان‌شناسان در مورد آزمون‌های عینی و نه فرافکن باید رضایت‌نامه بگیرند.

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ج، ۳. ج، ۴. الف، ۵. ج

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل نهم

۱. دکتر توماس روان‌شناس بالینی رفتارگرا، در حال سنجش کودکی است که پدر و مادر و معلمانش فکر می‌کنند اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. دکتر توماس در جریان سنجش احتمالاً روی..... تمرکز می‌کند.

الف) نیاز کودک به توجه که احتمالاً میانجی رفتار مخل او است

ب) آرزوهای ناهشیارانهٔ نظم و انضباط که کودک با آنها می‌جنگد

ج) تقابل و نافرمانی به‌عنوان صفات شخصیتی این کودک

د) اعمال کودک که از نظر دیگران نشانگر مقابله و نافرمانی است.

۲. سنجشگر رفتارگرا در حال استفاده از مدل SORC برای توصیف مشکل مراجع است. مراجع کسی است که مدام دستش را به‌صورت وسواسی - اجباری می‌شوید. فکر وسواسی «دست‌هایم کثیف است» مصداق کدامیک از حروف این مدل است؟

الف) R ب) S ج) C د) O

۳. ویژگی مهم..... این است که محیط طوری «طراحی» می‌شود که سنجشگر، رفتار یا تعاملات موردنظر و هدف را مشاهده کند.

الف) مشاهدهٔ کنترل شده ب) زیرنظر گرفتن خود

ج) فنون نقش‌بازی کردن د) سنجش رفتاری

۴. والدین و معلمان کودک گزارش می‌دهند که به نحو اجبارگونی ده‌ها بار در طول روز وسط حرف دیگران می‌پرد و وقتی از او می‌خواهند ساکت باشد، نمی‌تواند ساکت بماند. اما وقتی متوجه می‌شود سنجشگر رفتار به کلاس آنها آمده است، یک کلمه حرف نمی‌زند. این رفتار مصداق پدیدهٔ..... است.

الف) خطای مشاهده‌گر ب) مشاهدهٔ کنترل شده
ج) اعتبار ضعیف سازه د) واکنشگری

۵. مقیاس افکار و باورهای اجتماعی،.....

الف) بیماران مبتلا به هراس اجتماعی را از بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی جدا می‌کند.

ب) نمونه‌ای از یک فنِ سنجش شناختی رفتاری است.

ج) هیچکدام

د) هر دو گزینهٔ الف و ب

پاسخ‌های صحیح: ۱. د، ۲. ب، ۳. الف، ۴. د، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل دهم

۱. تفسیرهای سطح یک وقتی بهترین مصرف را دارند که..... .

الف) مراجع دچار اختلالات محور یک تشخیص داده شده باشد

ب) هدف اولیه، تعیین عوامل میانی بین «درونداد» و «برونداد» باشد

ج) پیش‌بینی پیامد برای یک شخص خاص، نسبتاً بی‌اهمیت باشد

د) درمانگر، آموزش روانکاوی دیده باشد

۲. کدام نوع درمانگر بیش از دیگران احتمال دارد تفسیرهای سطح سه انجام دهد؟

الف) فمینیست ب) روانپویشی ج) رفتارگرا د) تجربی / عینی‌نگر

۳. روان‌شناس بالینی براساس تجربه‌اش یک قضاوت بالینی می‌کند. دقیقاً نمی‌داند بیمار چه رفتاری کرده و چه حرفی زده که چنین قضاوتی کرده است. این روان‌شناس بالینی در مورد قضاوت بالینی، رویکرد..... داشته است.

الف) آماری ب) بالینی ج) کمّی د) مکانیکی

۴. گرو و دیگران (۲۰۰۰) در جدیدترین و جامع‌ترین مرور مطالعات انجام شده در مورد پیش‌بینی بالینی در برابر پیش‌بینی آماری گزارش دادند که.....

الف) پیش‌بینی آماری برتر از پیش از پیش‌بینی بالینی است اما فقط وقتی قضاوت کنندگان، پزشک باشند.

ب) پیش‌بینی آماری برتر از پیش‌بینی بالینی است اما فقط وقتی پیش‌بینی‌کنندگان، روان‌شناس باشند.

ج) پیش‌بینی آماری در شرایط مختلف، برتر از پیش‌بینی بالینی است.

د) پیش‌بینی آماری غالباً برتر از پیش‌بینی بالینی است اما فقط وقتی موضوع قضاوت، نتیجهٔ روان درمانی نباشد.

۵. با..... می‌توانیم قضاوت بالینی و تفسیر را بهبود بخشیم.

الف) مقاومت در برابر وسوسهٔ ساده انگاشتن بیماران ذاتاً پیچیده

ب) مقیاس‌های درجه‌بندی ساختاردار و آزمون‌های عینی

ج) هر سه گزینه

د) ثبت و ارزیابی اعتبار پیش‌بینی‌ها

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ب، ۳. ب، ۴. ج، ۵. ج

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل یازدهم

۱. کدامیک از گزینه‌های زیر در مورد اثربخشی روان درمانی درست هستند؟

الف) شواهد تجربی از اثربخشی کلی روان درمانی حمایت می‌کنند.

ب) شواهد تجربی از اثربخشی کلی روان درمانی حمایت نمی‌کنند.

ج) اثربخشی کلی روان درمانی به لحاظ تجربی آزموده نشده است.

د) اگر چه روان‌درمانی برای برخی اثربخش است ولی برای اکثر مراجعان اثربخش نیست.

۲. طبق نظر بسیاری از نتیجه‌پژوهان در حوزهٔ روان‌درمانی (مثل لمبرت و اوگلز، ۲۰۰۴)، برابری موثر بودن اکثر درمان‌های روانشناختی تلویحاً به این معنا است که....

الف) تغییرپذیری اکثر اختلالات روانی هم برابر است

ب) به طور کلی ضعیف‌تر از دارو درمانی هستند

ج) عوامل مشترکی، زیربنای موثر بودن هستند

د) تحقیقات به قدر کافی قوی نبوده‌اند

۳. بهترین برچسب برای میزان یکپارچه شدن الگوهای فرهنگی جدید با الگوهای فرهنگی اصلی، کدام گزینه است؟

الف) درمان مختص فرهنگ ب) فرهنگ پذیری
ج) فرهنگ د) حساسیت فرهنگی

۴. براساس کارهای پروچاسکا و نورکراس (۲۰۰۲) در زمینهٔ مراحل تغییر در روان درمانی، مراجعان در مرحلهٔ.....، قصد تغییر رفتار در آیندهٔ نزدیک را ندارند و احتمالاً تحت فشار دیگران (مثلاً تحت فشار دادگاه، و غیره) برای درمان مراجعه می‌کنند.

الف) آمادگی ب) پیشاتامل ج) اتمام د) نگهداری

۵. به‌عنوان یک نظر کلی در مورد موثر بودن روان درمانی، دقیق‌تر آن است که بگوییم.....

الف) هیچکدام از گزینه‌ها

ب) مطالعات تجربی و تطبیقی در خصوص انواع روان درمانی‌ها همواره نشان داده‌اند که روان درمانی روانپویشی در مورد اکثر اختلالات بالینی موثرتر است

ج) همهٔ گزینه‌ها

د) تقریباً همهٔ روان درمانی‌ها از کمک بی برنامه یا غیر رسمی موثرترند

پاسخ‌های صحیح: ۱. الف، ۲. ج، ۳. ب، ۴. ب، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل دوازدهم

۱. چرا زیگموند فروید دنبال درمانگری خصوصی رفت؟

الف) هیچکدام از گزینه‌های سه و چهار درست نیستند.

ب) هر دو گزینهٔ سه و چهار درست هستند.

ج) فروید به عنوان یک یهودی می‌دانست که با توجه به جو ضد یهودی حاکم بر آن زمان، در پژوهش و تدریس خیلی پیشرفت نخواهد کرد.

د) فروید به‌عنوان یک روان‌شناس بالینی، مسیر شغلی دیگر روان شناسان بالینی زمانه و منطقهٔ خود را طی کرد.

۲. از نظر پیروان فروید، هدف درمان..... است.

الف) تغییر فروانی رفتار هدف از طریق مدیریت وابستگی

ب) خود شکوفایی

ج) به چالش کشیدن الگوهای فکری نامعقول و تغییر دادن آنها

د) هشیارانه کردن ناهشیاری

۳. پیروان فروید به بررسی حوزه‌هایی از زندگی توسط بیمار که قبل از تحلیل شدن، تحت تأثیر احساسات ناهشیارانه بوده‌اند..... می‌گویند.

الف) بینش ب) انتقال ج) مداقه د) مقاومت

۴. روان درمانی‌های روانکاوانهٔ معاصر در مقایسه با روانکاوی ارتدوکس.....

الف) هر دو گزینهٔ ب و ج

ب) کمتر بر اوایل دروان کودکی تأکید دارند و بیشتر بر وضعیت فعلی تاکید می‌کنند

ج) هیچکدام از گزینه‌های ب و د

د) تحلیل رویا یا تداعی آزاد را ضروری و الزامی نمی‌دانند

۵. روان درمانی میان فردی.....

الف) هر دو گزینهٔ ج و د

ب) هیچکدام از دو گزینهٔ ج و د

ج) همچون روانکاوی کلاسیک از روان درمانگر می‌خواهد موضعی به شدت خنثی و منفعلانه اتخاذ کند.

د) در مورد اختلالات محور دو، پشتوانهٔ تجربی دارد ولی در مورد اختلالات محور یک چنین پشتوانه‌ای ندارد

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. د، ۳. ج، ۵. الف، ۵. ب

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل سیزدهم

۱. طبق نظر راجرز، شخص واقعاً سازگار.....

الف) بر افکار و تکانه‌های ناهشیارانهٔ قبلی خود که بر رفتارش تأثیر گذاشته‌اند، هشیار است

ب) هر سه گزینهٔ الف، ج و د

ج) می‌تواند همهٔ تجربه‌هایش، از جمله تجربه‌هایی را که سازواری فوری با خود پنداره‌اش ندارند، در میدان پدیداری خود ادغام کند.

د) بر تجربه‌های دوران کودکی خود که در شخصیت بزرگسالی او نقش داشته‌اند، هشیار است.

۲. روان درمانگرهای مراجع‌محور فرض می‌کنند که هر مراجعی.....

الف) مکانیسم‌های دفاعی دارد ولی از تأثیر آنها بر رفتارش آگاه نیست

ب) می‌تواند نهایتاً مشکلاتش را بر مبنای رفتارهای خاص تعریف کند، حتی اگر در آغاز این مسائل را با اصطلاحات کلی و هیجانی تعریف کند

ج) برای اقتدار پیدا کردن بر زندگی خود، به درمانگر متکی می‌شود

د) ظرفیت بالقوهٔ رشد و کمال دارد

۳. مراجعی که از پرواز می‌ترسد، توضیح می‌دهد که بخاطر شغلش مجبور بوده یک ساعت پر واز کند. در مانگر مراجع محور به احتمال زیاد چطور پاسخ می‌دهد؟

الف) ترس مراجع از پرواز را عملاً پاسخ (یا واکنش وارونه‌ای) به آرزوی ناهشیارانهٔ «پرواز کردن» و دور شدن از خانه تفسیر می‌کند

ب) گوشزد می‌کند که پرواز کرده و فاجعه‌ای رخ نداده است و به این ترتیب، باور خطرناک بودن پرواز با هواپیما را به چالش می‌کشد.

ج) تقویت‌های اجتماعی از جمله لبخند و تعریف و تمجید را به کار می‌گیرد تا احتمال پرواز مجدد او را افزایش دهد.

د) اضطراب مراجع را تصدیق می‌کند.

۴. بر مبنای وجودگرایی،.....، خصوصیت بنیادی انسان است.

الف) معناجویی

ب) تمایل به افکار عاقلانه

ج) کشمکش سائق‌های زیست شناختی و هنجارهای جامعه

د) گرایش به خود شکوفایی

۵. اکثر گشتالت‌درمانگرها.....

الف) سخت مخالف روان درمانی‌پژوهی هستند

ب) قدر روان درمانی‌پژوهی را می‌دانند و برای مستند کردن تاثیر کارشان به روش‌های تجربی محرز متوسل می‌شوند

ج) قدر روان درمانی پژوهی را می‌دانند ولی اعتماد مراجع را با پیشنهاد ثبت ضبط جلسات برای تحقیقات بعدی به خطر نمی‌اندازند.

د) طرفدار مقایسهٔ اثربخشی درمان‌شان با درمان نشدن هستند ولی از مقایسهٔ درمان‌شان با درمان‌های دیگر حمایت نمی‌کنند.

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. د، ۳. د، ۴. الف، ۵. الف

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل چهاردهم

۱. جوزف ولپ یادآور کدامیک از موارد زیر است؟

الف) حساسیت‌زدایی منظم ب) تداعی آزاد

ج) توقف فکر د) مدیریت وابستگی

۲. حساسیت‌زدایی منظم.....

الف) اصولاً توسط مایکنبام ابداع شد

ب) بر این اصل که اضطراب و آرمیدگی همزمان یک جا جمع نمی‌شوند، مبتنی است.

ج) در مورد اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی به یک اندازه مؤثر است.

د) هر سه گزینهٔ الف، ب و ج

۳. میشل که هراس اجتماعی دارد، توسط یک رفتار درمانگر تحت درمان است. اگر درمانگر از فن مواجهه‌درمانی استفاده کند.....

الف) میشل را مجبور خواهد کرد برای کم شدن اضطرابش، در وضعیت‌های اضطراب آفرین باقی بماند

ب) هیچیک از دو گزینهٔ الف و د

ج) دو گزینهٔ الف و د درست نیستند.

د) درمانگر در واقع از فنی استفاده کرده است که در رابطه با این اختلال، پشتوانهٔ تجربی ندارد.

۴. بیزاری درمانی وقتی اجرا می‌شود که بیمار.....

الف) از غذا یا محرک دیگری بیزار است و می‌خواهد بر بیزاری خود غلبه کند

ب) پاسخ نامطلوب و ناخوشایندی در خزانهٔ پاسخ‌هایش دارد

ج) یک نقص و کاستی رفتاری دارد و باید خزانهٔ رفتاری خود را گسترش دهد

د) پاسخ خوشایندی در خزانهٔ رفتاری خویش دارد و می‌خواهد فراوانی آن را افزایش دهد

۵. شواهد تجری حامی شناخت درمانی یک از این حکایت دارند که شناخت درمانی در مورد.... مؤثر است.

الف) هراس و افسردگی ب) انواع مشکلات بالینی

ج) افسردگی شدید د) اختلالات شخصیت و اختلالات خوردن

پاسخ‌های صحیح: ۱. الف، ۲. ب، ۳. الف، ۴. ب، ۵. ب

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل پانزدهم

۱. اثرات انتقال متعدد بیش از همه به کدام گزینهٔ زیر مربوط است؟

الف) درمان روانکاوانه ب) گروه‌درمانی روانکاوانه

ج) گروه‌درمانی گشتالتی د) گروه‌درمانی تبادلی

۲. براساس آموزه‌های تحلیل تبادلی، کدام گزینهٔ زیر جنبهٔ منفی حالت ایگویی والد را بهتر توصیف می‌کند؟

الف) حمایت، عشق، فهم ب) تنبیه و تقبیح

ج) عدم خود انگیختگی د) ترس، زودرنجی و احساس گناه

۳. روان درمانی همزمان که در آن درمانگر، مراجع را به صورت انفرادی و در گروه می‌بیند.....

الف) هر دو گزینهٔ ج و د

ب) هیچ‌یک از دو گزینهٔ ج و د

ج) براساس آخرین نسخهٔ آیین‌نامهٔ اخلاقی انجمن روان‌شناسی امریکا، غیر اخلاقی است.

د) پیش شرط اثرات مثبت گروه درمانی است

۴. طبق نظر بسیاری از خانواده درمانگرها، اعضای خانواده که صرف نظر از ماهیت ماجرا، همواره با هم موافق هستند.....

الف) احتمالاً از لحاظ روانی سالم‌ترین اعضای خانواده هستند

ب) سرزنشگر می‌باشند

ج) «فوق عقلانی» ارتباط برقرار می‌کنند

د) تسلی‌دهنده هستند

۵. زن و مردی که تحت زوج درمانی هستند، از اعمالی که اگر دیگری انجام دهد لذتبخش خواهند بود، فهرستی تهیه می‌کنند. سپس هر یک، سه مورد از اعمال را قبل از جلسهٔ بعد انجام می‌دهند. این دو نفر احتمالاً تحت..... هستند.

الف) زوج درمانی متمرکز بر هیجان ب) زناشویی درمانی رفتاری

ج) زوج درمانی بینش‌گرا د) زوج درمانی همزمان

پاسخ‌های صحیح: ۱. ب، ۲. ب، ۳. ب، ۴. د، ۵. ب

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل شانزدهم

۱. روان‌شناسان اجتماع نگر..... خدمات را برنامه‌ریزی می‌کنند.

الف) منفعلانه ب) با انعطاف ج) کنش‌گرایانه د) واکنش‌گرایانه

۲. روان شناسان اجتماع‌نگر معتقدند.....

الف) تنوع افراد و اجتماعات، چیز خوشایندی است

ب) سه گزینهٔ الف و ج و د

ج) مداخلات باید بیشتر بر نقص‌ها و کاستی‌ها تأکید ورزند تا بر قابلیت‌ها

د) هیچکدام از سه گزینهٔ الف، ب و ج

۳. براساس مفهوم سلامت روان اجتماع، به خصوص در دههٔ ۱۹۶۰، نقش..... جایگزین نقش درمانگر شد.

الف) محقق ب) معلم

ج) عامل اجتماعی - عامل تغییر
د) هیچیک از سه گزینهٔ الف، ب و ج

۴. طبق نظر دالتون و دیگران (۲۰۰۱)، روان‌شناسان اجتماع‌نگر باید به ..... به‌عنوان یک بعد قابل بررسی تنوع انسانی توجه کنند.

الف) توانایی / ناتوانایی ب) هر دو گزینهٔ الف و ج
ج) پایگاه اجتماعی اقتصادی د) هیچیک از دو گزینهٔ الف و ج

۵. اکثر شواهد تجربی از این حکایت دارند که.....

الف) پیراحرفه‌ای‌ها کمتر از متخصصان سلامت روان مؤثرند
ب) هیچکدام از دو گزینهٔ الف و ج درست نیستند.
ج) حال دریافت‌کنندگان خدمات پیراحرفه‌ای‌ها به‌طور متوسط فقط از حال ۱۵ تا ۲۰ درصد کسانی که هیچ درمانی دریافت نمی‌کنند بهتر است.
د) دو گزینهٔ الف و ج

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. ب، ۳. ب، ۴. ب، ۵. ب

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل هفدهم

۱. جدیدترین تعاریف در مورد روان‌شناسی سلامت این است که روان‌شناسی سلامت، کاربرد روان‌شناسی در..... است.

الف) شکل دادن افکار عمومی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی
ب) بهبود نظام مراقبت‌های بهداشتی
ج) هر سه گزینهٔ الف، ب و د
د) ارتقای سلامت

۲. نیروی تحول و توسعهٔ رشتهٔ روان‌شناسی سلامت را.... تامین کرد.

الف) هیچکدام از دو گزینهٔ ب و د
ب) افزایش بیماری‌های عفونی از اواسط قرن بیستم به بعد
ج) هر دو گزینهٔ ب و د
د) افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی

۳. روان شناسان سلامت معاصر، استرس را.....

الف) فرایندی می‌دانند که شامل رویداد محیطی، ارزیابی آن رویداد توسط فرد، پاسخ فرد به رویداد محیطی و ارزیابی‌های مجدد بعدی است
ب) کیفیت محرک بیرونی می‌دانند.
ج) پاسخ فرد به محرک می‌دانند.
د) فرایندی می‌دانند که رویدادهای محیطی و پاسخ‌های فرد در آن دخالت دارند ولی ارزیابی میانی در آن وجود ندارد

۴. براساس نظریهٔ حفاظت انگیزش، مرد جوانی که در حال تصمیم‌گیری راجع به جا دادن یا جا ندادن الکل در سبک زندگی خود است، از خودش خواهد پرسید که.....

الف) هیچیک از دو پرسش ج و د
ب) هر دو پرسش ج و د
ج) «چطور می‌توانم الکل را کنار بگذارم؟»
د) «الکل چقدر خطرناک است و من چقدر آسیب‌پذیرم؟»

۵. کدامیک از گزینه‌های زیر، کاربرد شرطی‌سازی کنشگر در روان‌شناسی سلامت را بهتر نشان می‌دهد؟

الف) با فنون تجسم هدایت شده به کسی که فشار خون بالا دارد یاد می‌دهند موقع استرس، سناریوی آرامش‌بخش و صلح‌آمیزی را تجسم کند که آن را با متخصص روان‌شناسی سلامت طراحی کرده است.
ب) آرمیدگی آموزی به کسی که زخم گوارشی دارد
ج) اعضای خانوادهٔ بیماری که درد مزمن دارد یاد می‌گیرند تلاش بیمار برای فعالیت فیزیکی را تقویت کنند وشکایت او را نادیده بگیرند.

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. د، ۳. الف، ۴. ب، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل هجدهم

۱. پاول بروکا.....

الف) مشهورترین منتقد آزمون‌های عصبی روانی کنونی است
ب) مولف یکی از مشهورترین آزمون‌های غربالگری عصبی روانی است.
ج) با کالبد شکافی، ناحیه‌ای از مغز را که ویژهٔ تلکم و حرکت است، مشخص کرد.
د) در قرن نوزدهم، جمجمه‌شناسی روانی را مطرح کرد.

۲. به ضربهٔ مغزی که در آن مغز از محل معمول خود جابجا و به جمجمه فشرده می‌شود و غالباً موجب کبودی، اغما و دلیریوم می‌شود،..... می‌گویند.

الف) Concussion ب) Laceration ج) Stroke د) Contusion

۳. روان‌شناس عصب‌نگر موقع تفسیر آزمون‌های عصبی روانی ممکن است مبنای تفسیر را..... قرار دهد.

الف) هر سه گزینهٔ ب، ج و د
ب) تفاوت نمرات بیمار و هنجارهای اعضای گروه مرجع
ج) تحلیل الگوی نمرات بیمار
د) تفاوت‌های بین دو آزمونی که روی بیمار اجرا شده‌اند.

۴. روان‌شناس عصب‌نگر موقع نشان دادن شکل پیچیدهٔ ری - آستریت به آزمون‌دهنده، ممکن است به او یاد بدهد.....

الف) به کمک تکه‌ها و قطعات، دقیقاً همان الگو را بسازد
ب) تکه‌ها را براساس دستورالعمل‌های متفاوت، دسته‌بندی کند
ج) شکل را کپی کند و سپس آن را براساس حافظه‌اش بکشد

د) تعداد اشکال مندرج در آزمون را طبق آنچه آزمون گیرنده مشخص کرده، بشمرد

۵. بیماری که تحت ارزیابی عصبی روانشناختی است از عهدهٔ ماده‌های خیلی آسان برنمی‌آید، عملکردش در خصوص ماده‌های سخت و آسان متفاوت است و در ماده‌های آزمون بدیل، عملکردی زیر حد شانس و تصادف دارد. طبق نظر راجرز و همکاران (۱۹۹۳) و دیگران، آزمون گیرنده در مورد این بیمار باید ظن به..... ببرد.

الف) نامناسب بودن آزمون انتخاب شده توسط معاینه کننده

ب) وجود مصدومیت مغزی در لوب‌های آهیانه‌ای

ج) مصدومیت مغزی در لوب‌های پیشانی

د) تمارض

پاسخ‌های صحیح: ۱. ج، ۲. د، ۳. الف، ۴. ج، ۵. د

پرسش‌های چهارگزینه‌ای فصل نوزدهم

۱. روان‌شناسی قانونی، کاربرد روش‌ها، نظریه‌ها و مفاهیم روان‌شناسی در مورد..... است.

الف) رفتار مجرمانه ب) رفتار مجرمانهٔ خشن

ج) زندانیان د) دستگاه قضایی

۲. روان‌شناس بالینی که در دادگاه به‌عنوان شاهد متخصص احضار می‌شود باید.....

الف) مدرک Psy.D. داشته باشد

ب) عضو هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا (ABPP) باشد

ج) فارغ التحصیل تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی، با تخصص قانونی، باشد

د) هیچیک از سه گزینهٔ قبل

۳. چه کسی می‌تواند از دادگاه درخواست معاینهٔ شخصی را کند تا معلوم شود آیا بستری کردن او در مؤسسات و بیمارستان روانی درست است یا نادرست؟

الف) پلیس ب) هیچکدام از گزینه‌های دیگر

ج) پلیس و خانوادهٔ مراجع د) خانوادهٔ مراجع

۴. براساس متن کتاب، وقتی زندانی از دریافت درمان روانشناختی امتناع می‌ورزد.....

الف) به کمیته‌های حفاظت از حقوق زندانیان در آن مرکز اصلاحی مراجعه می‌شود

ب) خانوادهٔ زندانی، وکیل خصوصی می‌گیرد تا از منافع شخصی زندانی دفاع کند

ج) کمیته‌ای متشکل از زندانیان (فعلی و سابق) تشکیل می‌شود تا موضوع را بررسی کنند

د) زندانی حق مخالفت و امتناع ندارد

۵. براساس تحقیقات انجام شده در زمینهٔ شهادت شاهدان در دادگاه.....

الف) هیچیک از دو گزینهٔ ج و د ب) هر دو گزینهٔ ج و د

ج) اطلاعات متعاقب می‌تواند خاطرات شاهدان را به راحتی تحریف کنند

د) شهادت شاهدان به‌ندرت نادرست و غیر دقیق هستند

پاسخ‌های صحیح: ۱. د، ۲. د، ۳. ب، ۴. الف، ۵. ج

نامنامه

آپدایک ۴۹۵
آخنباخ ۲۸۴
آدامز ۲۸۶، ۴۳۳
آدان ۴۹۸
آدلر ۳۴۳
آربیسی ۲۵۱
آرمسترانگ ۲۸۷
آرنهوف ۴۸۱
آروی ۲۱۲
آستین ۳۹۹
آگراس ۴۲۳
آگرمن ۶۶
آلارکول ۱۷۰
آلبی ۱۰۰، ۴۸۱
آلپورت ۱۲۰
آلدرمز ۲۱۱
آلدلدا ۱۳۴
آلدن ۴۸۵
آلن ۶۵، ۴۰۰
آلیک ۳۴۷
آناستازی ۲۵۱
آنستیس ۳۷۸
آهن ۵۶۴
آیدس ۳۴۲
آیساکس ۳۴۴
آیونیک ۵۴۳
اباخ ۱۹۶
اُبراین ۶۱
ابی ۹۴
اپچینسکی ۲۶۶
اپستاین ۶۱، ۲۸۳، ۵۲۱، ۴۶۵
اپسیرین ۵۴۷
ادمن ۱۸۴
اربا ۱۶۷
ارفورد ۴۹۵
ارلینسکی ۳۵۷
ارون ۲۵۶
اسپافورد ۹۶
اسپری ۴۶۵
اسپکتر ۴۷۹
اسپنس ۷۶
اسپنگر ۳۱۴
اسپیتزر ۱۶۷، ۱۹۶
اسپیرس ۵۳۴
اسپیرمن ۵۸، ۲۱۱
استاس ۵۲۷
استانتون ۵۱۲
استایلز ۴۳۹
استاین ۲۶۴، ۳۴۷
استپلز ۳۵۵، ۴۱۸
استرن ۲۱۸
استرنبرگ ۲۱۱
استروب ۲۸۷
استروپ ۶۷
استروسل ۳۵۹
استریکلند ۸۵
استسبرگر ۴۵۸
استفن ۱۵۴
استلس ۳۷۸
استوارت ۴۶۸
استومنون ۴۹۶
استون ۲۹۲، ۵۴۹
استیر ۲۹۵
استیسکال ۲۶۱
اسکات ۳۴۴
اسکار ۵۴۰
اسکوفیلد ۳۴۳
اسکینر ۶۷، ۷۰، ۴۱۶
اسلاوسون ۶۵، ۴۵۰
اسلوان ۴۱۸
اسلون ۳۵۵
اسمایر ۱۰۱
اسمیت ۷۰، ۲۴۲، ۲۴۶، ۳۳۳، ۴۵۷، ۵۱۱
اسنایدر ۳۹۸
اسوارتبرگ ۳۷۸، ۴۳۹
اشتراس ۲۴۲
اشتروپ ۳۴۶، ۳۷۶
اشوپنهارت ۴۸۸
اکایل ۵۲۱
اکسنر ۲۳۸
اکلیدی ۵۱۳
اکینز ۳۴۷
اگت ۳۴۷

اگسیدوتیر ۳۱۱
اگلز ۳۳۳
الاتونجی ۲۸۷
السون ۴۱۸
الگوف ۵۷۲
المن ۱۱۹، ۴۱۶
الندیک ۴۶۰
الیس ۶۶، ۴۳۳
الیوت ۳۹۰
الیویا ۴۲۳
امری ۶۷
انبر ۱۰۳، ۲۸۸
اندرسون ۲۴۶، ۲۵۶، ۵۴۴
انگس ۴۰۷
انگل ۵۰۶
ایبلز ۱۸۰
ایستر ۳۱۷
ایسکو ۴۹۵
ایمبر ۳۴۲
اینتیل ۲۹۲
اینرن ۵۱۰
اینوی ۹۹
ایوری ۲۱۵

بائر ۱۸۴، ۲۴۶
بابیت ۹۵
باچر ۶۰
بادمن ۴۵۶، ۴۵۸
بارتلستون ۱۱۷
بارتولو ۱۵۱
بارلو ۹۷، ۱۳۶، ۴۲۳
بارو ۴۵۰
باس ۴۰۱
باسل ۳۷۸
بافینگتون ۵۲۷
بانجو ۵۰
باورمن ۱۶۹
باید ۵۲۱
بجر ۱۰۵
برات ۲۸۳
براخمولر ۱۹۹
برانسویک ۲۹۱
برانینک ۳۴۶
براون ۱۹۰، ۲۹۵، ۴۹۴
براونل ۵۲۰
برت ۳۶۵
برگمن ۳۴۳
برگین ۳۳۳، ۳۴۶، ۳۴۷
برمن ۳۴۷، ۴۹۶، ۵۴۰
برن ۶۶، ۴۵۳
برنایس ۳۶۴
برنت ۱۵۱
برنز ۱۲۸
برنستاین ۲۴۱، ۲۸۷
برنون ۵۰۴
برنهایم ۶۳
بروئر ۶۳، ۳۶۴
برول ۲۵۵
برونفنبرنر ۴۸۲
بروین ۲۹۵
بری ۲۴۶
بک ۱۱۷، ۱۶۷، ۱۹۶، ۲۵۶، ۲۹۵
بکر ۴۵۵، ۵۱۰
بگبی ۲۴۶
بلا ۵۶۱
بلاشفیلد ۱۶۰
بلاک ۲۵۵
بلنک ۳۷۶
بلوم ۱۶۹، ۴۸۰
بلوین ۱۸۴
بن ۲۵۱
بنتون ۵۴۶، ۵۴۷
بندورا ۲۸۶، ۴۳۳
بنکس ۳۴۳
بوئن ۴۵۹
بوتیلر ۵۱، ۸۸، ۳۴۵، ۳۴۷
بوچارد ۲۱۹
بوچر ۲۳۸، ۲۴۳
بوچنن ۲۷۱
بوخالتر ۱۰۵
بودمن ۶۷
بورل ۵۶۰
بورودوسکی ۳۴۴
بوک ۵۴۹
بوگرا ۳۱۷
بوگلن ۴۸۴
بوگنتال ۳۴۷، ۴۰۰
بوندی ۵۰۶، ۵۴۰
بوهلر ۴۰۰
بیر ۲۸۶
بیرز ۴۳۲
بیشاپ ۲۸۳
بیکر ۵۱، ۷۷، ۸۵
بیندر ۶۷
بینه، ۵۸، ۲۱۰

پارسونز ۵۴۸
پارکز ۲۹۵
پامپلون ۲۲۴
پانیاگوآ ۳۴۴
پاول ۲۸۵، ۳۴۱
پاولف ۶۹
پاولیک ۱۰۴، ۱۳۴
پترسن ۵۸، ۸۳، ۲۷۷
پتریل ۲۱۹، ۲۲۲
پرایس ۲۹۲، ۴۸۴، ۴۸۹
پرت ۶۴، ۴۵۰
پرز ۱۰۴
پرلز ۶۶، ۴۰۴
پرنیس ۷۳، ۲۸۵
پریماک ۴۲۸
پریمر ۲۸۸
پریمیر ۱۰۳
پفول ۱۶۹
پلایس ۵۱۸، ۵۰۴
پلومین ۲۱۹
پوپ ۱۱۱
پورات ۲۴۶، ۲۵۱
پوریش ۵۴۸
پوس ۴۰۷
پیاسکی ۲۸۸
پیترز ۵۱۴
پینتر ۵۸

تافت ۳۹۰
تامبس ۳۷۸
تاوب ۲۶۷
تراکس ۳۹۱، ۳۴۱
تـــرال ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۱۷، ۱۶۶، ۲۵۴، ۲۸۸
تراین ۲۹۰، ۳۷۸
ترسون ۵۹
ترمن ۲۲۴
ترنر ۲۹۶
تری ۴۵۹
تریکت ۴۷۹
تسر ۳۱
تلفر ۱۳۶
تلگن ۶۰، ۲۴۳، ۲۴۶
تنن ۵۱۲
تورپ ۳۴۲، ۴۱۸
تورسن ۵۲۰
تورن ۵۱۵
تورنیکرافت ۴۹۹
تولسکی ۲۱۰
تولین ۴۳۰
توماس ۱۹۷
تونتی من ۲۹۴
ثورندایک ۵۷، ۲۱۰، ۲۲۴

جانسون ۲۱۵، ۲۹۶، ۴۰۸
جرت ۲۹۷
جسر ۲۶۶
جفرسون ۱۸۴
جفری ۴۳۳
جک ۵۴۰
جکسون ۱۵۱، ۴۵۸
جوئت ۳۷۸
جوئل ۱۳۴
جورارد ۴۰۰
جونز ۴۱۷
جیسن ۴۹۱
جیسون ۴۸۴
جی‌کاکس ۳۳۴
جیکوبسن ۳۵
جیمز ۶۹

چاکرابورتی ۲۴۶
چانگ ۵۱۳

چپمن ۱۶۶
چن ۲۱۷، ۵۱۲
چورپتیا ۳۵۷
چین ۹۴

دابس ۲۹۲
داتسون ۲۹۵
داربی ۵۳۵
دارلک ۳۴۷
داس ۳۳۶
دالتون ۴۸۲
دالسترم ۶۰، ۲۴۳، ۲۴۹
دانهام ۱۲۲
دایموند ۶۹، ۳۹۸
دراگرنز ۱۶۰
درایدن ۴۶۵
دشارمز ۳۵۳
دلانو ۵۴۰
دِل رِ ۳۹۸
دلیان ۹۹
دوبوئامه ۴۹۸
دورکن ۸۴
دورلاک ۴۸۵
دوروتی ۵۶
دوز ۳۰۷
دولین ۳۹۸
دیاز ۹۴
دیانگ ۵۱۴
دیباز ۹۶
دیتون ۳۴۷
دی خولیو ۳۴۷
دیری ۲۱۵
دیفرایز ۲۱۹
دیکستاین ۲۸۳
دیگمن ۲۵۲
دی گیو ۹۱
دیلچرت ۲۱۸
دیلهی ۵۷۶
دیلیلو ۹۱
دیماتئو ۵۲۲، ۵۶۰
دیمرس ۹۲
دیمیتری ۴۲۴
دی نیکولا ۵۲۲
دیوید ۳۳۷
دیویدز ۲۶۴
دیویس ۱۰۶
دیویسون ۷۶، ۱۲۰، ۱۳۸

رابینز ۸۹، ۱۱۷، ۱۶۱، ۱۶۹
رابـــینسن ۲۴۶، راپـاپورت ۳۷۵، ۴۷۹
راتر ۱۲۱، ۲۵۷، ۲۹۴، ۲۶۵
راتوس ۲۹۵
راجـرز ۶۶، ۶۹، ۲۴۶، ۳۴۷، ۳۹۵، ۴۹۷، ۵۱۰
راچمن ۷۰، ۵۴۹
رامبل ۵۲۷
راموس ۴۸۴
رانسویل ۳۷۶
رایت ۱۰۵، ۴۳۳
رایتس ۴۴۲
رایس ۸۹، ۲۴۲، ۵۰۵، ۵۷۲
رایسمن ۵۶، ۷۴، ۵۶۳
ردلیچ ۱۲۲، ۴۸۱
ردون ۲۴۹
رردین ۲۹۵
رزانف ۵۸
رم ۹۲
روت ۷۳
رورر ۳۲۰
رورشاخ ۲۵۶
روزن ۴۳۳
روزنبام ۴۵۰
روزنتاک ۵۱۰
روزنکرانتز ۱۶۹
روزنلبت ۲۵۱
روزنمن ۵۰۶
رولوفس ۵۱۴
رونستاد ۳۵۷
رونسون ۵۱۲
ریتان ۶۱، ۵۴۹، ۵۳۷
ریتچی ۴۵۳
ریتچیاردی ۵۱۹
ریچارد ۱۵۶، ۲۴۱
ریچاردسن ۵۱۸
ریس ۵۱۵
رینر ۶۵، ۱۲۰، ۴۱۷
ریوا ۴۵۷

زاکس ۴۷۹
زالر ۳۱۰
زوبین ۲۵۶
زیلبورگ ۵۶
زیلمر ۵۳۴
زیمرمن ۱۶۹
زین ۳۴۳
زینبرگ ۳۴۳

ژانه ۶۳
ژو ۲۲۹

ساتون ۳۲۰
ساراگوناراج ۵۱۷
ساراوگی ۲۸۷
ساربین ۶۰، ۳۱۰
ساس ۵۶۸
سالتر ۶۶، ۴۱۷
سالس ۵۰۶، ۵۲۱
سالمون ۵۴۰
سالووی ۳۴۴
سامپتر ۲۴۶
ساموئل ۲۵۴
سانتورو ۲۸
سایموندز ۲۶۴، ۳۹۸
سچرست ۲۶۷، ۳۴۶
سلیگمن ۳۳۴
سمنوف ۲۵۶
سن آنتونیو ۲۸۳
سندلووسکی ۵۱۳
سنفورد ۴۸۵
سو ۱۰۷، ۳۴۳
سوبل ۲۷۷، ۵۱۹
سوپیگر ۱۹۹
سوتنس ۲۸۳
سورل ۳۴۲
سوریانی ۱۵۴
سوزسن ۵۸۰
سولومون ۷۰
سولهان ۱۰۴، ۲۸۸
سونسون ۳۴۶
سویت ۵۴۸
سیدمن ۴۷۹
سیفر ۲۸۳
سیگل ۵۲۲
سیل ۵۷۱
سیلوا ۱۲۲
سیمونز ۱۷۳
سینتیا ۱۵۳

شاپیرو ۸۸
شاخت ۳۷۶
شادیلی ۴۹۷، ۳۴۷
شارکو ۶۳
شاو ۶۷
شدلر ۳۶۴
شدیش ۴۷۰
شِر ۱۵۱، ۱۹۰، ۳۰۸
شِرر ۵۴۲
شروت ۲۰۳
شرودر ۳۴۶
شلر ۲۲۴
شواتیزگبل ۵۶۵
شوارتز ۹۴، ۲۹۵، ۵۰۴
شوارتینگ ۱۳۴
شومر ۲۵۶
شوهام ۵۱، ۵۲، ۷۷، ۸۵
شیفمن ۲۹۲
شیلر ۲۸۳
شیندلر ۴۰۸

فاربر ۳۹۸، ۴۸۴
فارل ۱۸۴
فارنبرگ ۱۰۴
فاریس ۱۲۲
فاستر ۵۲۰
فاکس کرانت ۵۲۰
فالت ۲۹۵
فایگمن ۵۶۴

فرانسیس ۴۶۰
فرانک ۶۷
فرانکل ۴۰۳
فرست ۱۸۴، ۱۹۶
فرنچ ۶۵
فروید ۶۳
فریدمن ۵۰۶
فلالیگر ۳۹۸
فلاناگان ۲۱۵
فلک ۴۵۹
فلند ۴۸۴
فلورانس ۵۳۵
فلیس ۱۵۶، ۲۰۳، ۲۷۷
فواد ۱۰۹
فورد ۴۷۹
فورسایت ۵۱۵
فیرس ۴۹۱
فیشر ۵۱، ۸۸

کاپلان ۴۸۹، ۱۶۹
کاتالانو ۵۰۰
کاتزلینک ۱۸۴
کاتسلو ۱۰۹
کاتسن ۵۲۱
کاتلا ۴۲۹
کاچینگ ۳۱
کاچیوپو ۲۸۷
کار ۵۱۷، ۵۴۸
کارپیاک ۲۸
کارترایت ۳۹۸
کارلسون ۴۶۵
کارن سی ۴۲
کاریگن ۱۷۱
کاس ۱۶۹
کاسپی ۱۲۲
کاستا ۶۱، ۲۵۲
کافمن ۲۲۵
کالبرستون ۵۳۴
کامارا ۲۳۸، ۲۱۰، ۲۵۱
کامپلیر ۱۸۴
کامر ۶۰
کامفاس ۲۱۵، ۲۳۳
کامنیگز ۹۶
کانسلو ۱۲۳
کانفر ۲۷۷
کانلی ۱۳۴
کانمن ۳۱۹
کانینگهام ۴۶۵
کاوئین ۴۸۴
کاورجونز ۶۵
کتل ۵۷
کراسک ۴۲۴
کراگو ۳۴۷
کرانسر ۱۱۹، ۴۱۶
کراو ۲۹۲
کراوس ۵۶۰
کرپلین ۵۷
کرچ ۵۴۱
کرسلر ۴۹۶
کرکهوف ۳۴۱، ۳۹۸
کرنی ۴۲۴
کرنیس ۳۷۸
کرنیگ ۱۲۰
کروپسی ۵۲۱
کروزیر ۱۳۵
کرول ۱۵۱
کرونباخ ۶۰
کریس ۳۷۵
کریستنسن ۴۹۷
کریستوف ۳۷۸
کریستول ۳۵۹، ۴۱۸
کریستین ۳۵
کریشنا مورتی ۲۶۲
کزدین ۹۶، ۱۱۶، ۴۵۰
کسلر ۹۵، ۱۲۲، ۳۲۰، ۳۴۱، ۳۹۱
کسی ۱۰۴
کلاپفر ۲۵۶
کلارک ۹۶، ۲۴۲
کلارکسون ۱۶۹
کلارکین ۳۴۲
کلاف ۱۰۴
کلاو ۱۰۹
کلاول ۴۵۷
کلاین ۱۸۴، ۳۹۹
کلاینین ۱۵۵
کلرمن ۳۴۶
کلکی ۵۲۱
کلکی ۱۱۹
کلوتز ۳۴۷
کلهون ۳۵۹
کلی ۴۴، ۲۹۴
کمپبل ۱۰۹
کمپل ۲۳۸
کمپلر ۴۰۴
کنت ۲۸۵
کوئینزی ۵۷۲
کوامی ۱۵۳
کوانا ۱۰۵
کوباسا ۴۰۱
کوباک ۱۸۴
کوبانی ۲۴۱
کوتز ۵۲۰
کوچر ۳۱
کوربیت ۱۹۷
کورتز ۳۶
کورشبیلی ۳۲۴
کورکی ۵۶۲
کورمیر ۵۷۲
کورنر ۴۳۸
کورنلیسون ۴۵۹
کورو تیتچ ۲۹۱
کول ۵۱۲
کولاویتا ۴۶۰
کولدن ۳۹۹
کوماس ۹۴
کومری ۴۲۴
کونستانیسو ۵۶۶
کوهن ۹۱، ۲۰۳
کهر ۴۴۰
کیارادیا ۵۱۹
کیر ۲۱۱
کیف ۵۲۷
کیلین ۸۹
کیم ۲۳۳
کین ۵۴۸
کیونر ۸۸

گاپتا ۳۱۷
گاتری ۱۶۶
گاتمن ۲۹۵، ۴۶۹
گارب ۱۸۳، ۲۶۱، ۲۳۸، ۳۱۰، ۳۱۹
گاردنر ۲۱۷
گارفیلد ۳۶، ۳۴۲، ۳۵۸
گاستون ۳۷۶
گاسنو ۴۶۹
گالتون ۵۷، ۲۵۶
گالوین ۳۵۱
گراس ۳۴۲
گراسیت ۱۸۴
گراهام ۶۰، ۲۴۳، ۲۵۱
گرو ۳۱۰
گروس ۱۰۹
گری ۲۹۱
گریگورنکو ۲۱۱
گرین ۲۵۱
گرینبرگ ۳۹۰، ۴۰۸
گزل ۵۹
گگا ۱۰۵
گلاس ۷۰
گلس ۳۳۳
گندلین ۳۹۱
گوئری ۴۳۲
گود ۱۹۰
گودارد ۵۸، ۷۳
گوردون ۵۲۰
گورمن ۶۷، ۴۵۶
گورمنت ۴۱۸
گورین ۴۹۱
گوزی ۱۶۹
گولد ۲۱۱
گولدبرگ ۴۴، ۲۵۲
گولدستاین ۳۴۶، ۵۴۲
گولدفرید ۷۶، ۲۷۶
گولدمن ۴۰۷
گولدن ۶۱، ۵۳۴، ۵۴۸
گولدینگ ۳۲۰
گونزالز ۵۱۳

گوودمن ۶۶، ۴۰۶
گیبون ۱۹۶
گیبونز ۳۷۶
گیلهم ۳۳۴
گینتر ۲۵۱

لابورسکی ۳۶۵
لاتوره ۵۱۹
لارکین ۵۲۵
لارنر ۴۹۶
لازاروس ۵۲
لافتوس ۵۸۰
لافرتی ۳۴۷
لانگلی ۱۲۲
لایتنبرگ ۴۲۳
لایتنر ۵۷
لایکن ۲۱۹
لبو ۳۱۰
لِرر ۵۱۷
لزاک ۵۳۴
لمبرت ۲۳۸، ۳۳۳، ۳۴۷
لِمر ۴۲۹
لمن ۳۴۴
لنتز ۲۸۵
لوبین ۴۵۰
لوتیت ۷۴
لوتیسکی ۴۰۶
لوریزن ۴۸۴
لوکاس ۵۰۴
لوگ ۳۰۸
لوه ۵۶۲
لوی ۶۵، ۲۵۶، ۳۴۲، ۳۵۳، ۳۷۹
لویت ۴۹۶
لویس ۴۶۵
لِویی ۱۰۳، ۲۸۳، ۴۲۴
لی ۵۱۳
لیتائر ۳۹۰
لیتواک ۵۷۲
لیختنبرگر ۲۲۵
لیدز ۴۵۹
لیدهم ۵۱۸
لیدیارد ۲۹۶

لیف ۵۴۹
لیلینفیلد ۱۲۹، ۲۳۸، ۲۶۱، ۳۷۸
لینچ ۹۶
لیندزی ۲۵۶، ۲۶۴
لینهان ۴۳۷
لیورانت ۲۶۶
لیهی ۵۴۹

ماتاراتزو ۱۹۶
ماچادو ۳۴۵
مارتسیک ۵۶۰
مارتین ۳۰، ۱۴۰
مارتینز ۵۰
مارش ۱۰۵
مارکز ۱۰۵، ۲۹۵
مارکس ۳۵۹
مارکمن ۴۶۹
مارکوویتز ۳۷۷
مارگاف ۱۹۹
مارگولین ۲۹۵
مارلات ۵۲۰
مارنیکوویچ ۵۴۰
ماسنیسکی ۱۱۷
مافیت ۱۲۲
ماک ۱۶۷، ۱۹۶
مالاریس ۳۱۷
مالدونادو ۹۰
مالونی ۱۸۸، ۳۴۶
مانستربرگ ۵۶۰
مانش ۱۸۰، ۲۳۸
مانگوس ۵۵۲
ماودر ۸۸
مایر ۲۶۱
مایروویتز ۵۱۸
مایکنبام ۲۹۵، ۴۱۶، ۴۳۵
مَدوگس ۴۲۳
مَدوی ۴۹۵
مَدی ۴۰۱
مراندا ۲۵۱
مرستین ۲۵۶
مروزتی ۴۵۸
مریل ۲۲۴

مزلو ۴۰۰
مسرمن ۴۲۳
مکارتی ۲۴۶
مکالخ ۱۸۴
مکانلی ۲۸۴
مکدونالد ۲۹۴
مکرنیولدز ۲۸۲
مکری ۶۱، ۲۵۲
مکفال ۵۱، ۷۷، ۸۵، ۲۹۴
مککی ۲۸۴
مک‌گافین ۲۱۹
مک‌گراث ۷۸، ۹۸
مک‌گو ۲۱۹
مکلرن ۲۱۹
مک‌لین ۵۷
مک‌لین‌کنل ۷۴
مکمولن ۴۳۳
مکمین ۴۱۲
مکنزی ۵۱۱
مکنولتی ۲۵۱
مکورلی ۵۲۱
مکینلی ۲۴۳
ملامو ۵۲۲
ملتزوف ۸۳
من ۵۲۱
مندلتون ۱۶۷، ۱۹۶
مندیتو ۲۸۴
منزیس ۴۱۱
منگین ۱۹۷
منینگز ۱۶۱
موئیتس ۲۸۳
موراس ۱۳۶، ۳۵۹
مورتون ۹۵
مورگان ۹۱
مورن ۳۰
مورنو ۶۵، ۲۹۴
موری ۲۱۱
موریستوگو ۴۸۴
موناهان ۵۶۴
مونتمگری ۳۳۷
مونرو ۱۷۳
مهتا ۴۷۱

میتوز ۲۹۵، ۴۲۳
میچر ۳۹۸
میدور ۳۹۵
میراندا ۱۰۶
میرتک ۱۰۴
میلر ۶۵، ۲۴۶، ۳۳۳، ۳۴۲، ۵۱۲
مین ۳۲
مینارد ۴۹۶
میهل ۶۰، ۱۶۸، ۲۴۱
میهل ۲۹۲

ناتان ۲۱۰، ۲۳۸، ۳۵۸
نارانخو ۴۰۶
ناگلیدی ۲۷۱
نانلی ۲۴۱
ناواز ۵۲۱
نزو ۹۳
نزورسکی ۲۳۸، ۲۶۱
نلسون ۲۹۱، ۲۹۷، ۳۱۰
نوتاریوس ۴۶۹
نورتون ۳۴۷
نورفلیت ۹۸
نورکراس ۲۸، ۳۲
نوریگا ۴۲۴
نونز ۳۴۳
نوواکر ۴۳۶
نیبردینگ ۲۳۸
نیتزل ۴۹۴، ۵۷۶
نیسبت ۲۱۱
نیسر ۲۱۵
نیکلسون ۹۸
نیل ۱۲۰
نیلر ۱۲۸
نیلسن ۳۴۷
نیومن ۲۸۷

واتسن ۱۲۰، ۲۴۲، ۴۰۸، ۴۱۷
واتکینز ۲۳۸
وادن ۵۲۰
وارد ۱۶۷، ۱۸۸، ۱۹۶، ۵۰۴، ۵۳۷
وارنی ۵۴۷
واکر ۱۵۸

وال ۵۲۱
والاس ۲۷۴
والتر ۶۰
والر ۲۴۲
والوسکی ۵۲۱
والیترز ۱۵۱
وانز ۲۱۸
وانگر ۴۰۱
وایت ۲۱۰
وایتر ۳۴۷
وایس ۲۲۳، ۲۲۹، ۲۹۵، ۳۳۶، ۳۴۷، ۵۰۴
وایسمن ۳۷۶، ۳۷۷
وایکارت ۴۸۸
وتر ۲۴۶، ۱۱۱
وترل ۳۴۲
ورتهایمر ۳۵۴
ورل ۹۴
وسپوتسکی ۲۸۵
وسترماید ۱۹۰
وسیوسواران ۲۱۸
وکسلر ۵۹
وگتلین ۴۲۹
وُگِل ۱۶۹
ولاین ۵۱۴
ولبرگ ۳۳۲
ولپ ۶۶، ۴۱۶
ولس ۴۸۵
ولفولک ۵۱۷
ومپولد ۳۳۷
ونت ۵۷، ۶۹
ون‌کام ۴۰۱
وود ۱۰۴، ۱۵۱، ۲۳۸، ۲۵۱، ۲۶۱
ویدیگر ۱۶۶، ۱۹۷، ۲۵۴
ویکلند ۴۵۸
ویگمر ۵۶۱
ویگوتزگی ۳۵۷
ویلیامز ۱۹۶
وینگ ۵۲۱
وینوکور ۴۸۹
هادسن ۵۱۸
هارتلیچ ۵۳۷
هارل ۵۴۹
هافرد ۲۹۲
هافورد ۲۸۸
هاکت ۵۴۸
هاگا ۴۳۵
هاگارد ۳۴۴
هال ۷۲، ۱۰۶، ۳۴۳، ۳۴۶
هالستید ۶۱، ۵۳۸
هالینگشید ۱۲۲، ۴۸۱
هامفریز ۱۰۹
هامک ۶۱، ۵۴۸
هانت ۲۱۰، ۲۱۵
هانسلی ۱۸۰، ۲۳۸، ۴۰۸
هاوکینز ۵۰۰
هاولی ۳۳۶
هایبی ۱۰۰، ۱۰۱
هایمبرگ ۴۵۵
هایمن ۲۸۵
هتاوی ۲۴۳
هتی ۳۴۷، ۴۹۷
هچر ۱۰۹
هدیس ۳۱، ۴۹۵، ۵۷۲
هرتز ۲۵۶
هرنستاین ۲۱۱
هریون ۲۱۵
هفر ۴۴
هفرلین ۶۶، ۴۰۴
هلر ۳۴۶
هلزر ۱۶۱
همشر ۵۴۷
هندلزمن ۳۵۱
هنری ام. ۵۶، ۱۲۲، ۲۵۶، ۳۸۱
هنری دبلیو. ۳۷۶
هو ۱۳۴
هوروات ۳۹۸
هولمز ۲۴۹، ۵۰۶
هولی ۴۸۶
هوور ۲۷۲
هیدن ۲۸۳
هیگن ۲۲۴
هیلسنروث ۲۶۲
یاکونو ۲۱۹
یالوم ۴۵۷
یانک ۱۰۴، ۳۴۳
یانیستیه ۵۲۱
یرگز ۵۸
یسیت ۳۲
ینسن ۳۳۶، ۵۲۱
یودوفسکی ۵۳۸
یورکتون ۳۵۵، ۴۱۸
یوست ۳۲۴
یوشیکاوا ۴۹۶
یوشیوکا ۲۹۲
یوکن ۳۴۳
یولیازک ۳۴۳
یومن ۲۷۶
یونگ ۵۸
یه ۵۲۱
ییتز ۲۶۷

نمایه موضوعی

ابزارهای اندازه‌گیری عینی ۶۹، ۷۹
ابعاد ۱۶۷-۱۶۶، ۱۷۴
اثرات توجه معلم بر رفتار مطالعه (هال، لوند، جکسون) ۱۳۵
اثر بارنوم ۳۰۷، ۳۲۷
اثر دارونما ۱۳۱، ۱۴۶
اخلاقیات ۱۰۸، ۱۱۲
  تحقیق و ۱۴۰-۱۳۹
  در آزمون‌گیری ۲۶۹-۲۶۸
  روان‌شناسی قانونی و ۵۶۳-۵۶۲
اختلالات مسمومیتی ۵۴۰
ارزیابی تهدید ۵۱۰، ۵۳۰
ارزیابی کنارآمدن ۵۲۱، ۵۲۹
اصل پریماک ۴۲۵، ۴۴۶
اصل «حالا» ۴۰۴
اصل دورهام ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۷۰
اصل لذت ۳۶۶، ۳۸۷
اصل واقعیت ۳۶۶، ۳۸۷
افسردگی
  اضطراب با ۱۳۷
  درمان شناختی برای ۲۳۷
  درمان‌های اولیه برای ۱۴۹
  شخصیت ضداجتماعی در برابر خودمحور و ۱۱۷
انجمن پزشکی امریکا ۹۳
انجمن روان‌شناسی کانادا ۵۵۲
انجمن سلطنتی پزشکی روان‌شناسی ۱۶۲
انجمن علوم بالینی روان‌شناسی ۱۱۱
اندازه‌گیری‌های روانی فیزیولوژیک ۲۸۷، ۳۰۱
انگیختگی ترس ۲۸۶
انگیزش ۳۴۳-۳۴۲، ۳۶۶، ۳۸۸
انگیزه ناهشیار ۳۶۶، ۳۸۸

ابداعات برای سنجش رفتاری ۲۹۵-۲۹۴
اتحاد درمانی ۳۳۴، ۳۶۵، ۳۸۲، ۴۰۹، ۴۲۱
اتمام ۳۵۱-۳۵۰
اجتناب رفتاری ۲۸۷
اجتماع‌نگر ۷۹، ۵۰۲-۵۰۱، ۵۸۱-۵۵۹
  آموزش روان‌شناسان در ۵۰۰
  آینده ۵۰۲-۵۰۰
  اصول ۵۶۲
  پیراحرفه‌ای ۴۹۶-۴۹۵
  پیشگیری و ۴۹۰-۴۸۵
  تاریخچه ۵۶۳-۵۶۰
  تغییر جامعه و ۵۰۱-۵۰۰
  تنوع و ۴۸۷
  خودیاری ۴۹۵-۴۹۴
  دیدگاه ۵۶۱-۵۶۰
  سطوح تحلیل برای ۴۸۵-۴۸۲
  قدرت و ۴۹۳-۴۹۰

کاربرد ۴۹۸
مفاهیم مداخله اجتماع‌نگر ۴۹۲-۴۹۰
مفهوم بهداشت روان جامعه ۴۸۵-۴۸۴
اچ آی وی (ویروس نقص ایمنی انسان) ۵۱۲، ۵۱۳
احساس پریشی ۵۵۶
احضار شاهد ۵۳۶، ۵۴۱
اختلالات روانی ۱۷۶
اختلال ملال پیش از قاعدگی ۱۷۰
اختلال وحشتزدگی ۴۲۱، ۴۵۷
اختلال وحشتزدگی همراه با اگورافوبیا ۴۲۲
اختلال وسواس فکری ـ عملی (ICD) ۴۳۵
اختلال‌های شخصیت ۷۹، ۴۵۲، ۴۵۵
اخلال ۱۳۰، ۱۴۴
ارتباط
تشخیص و ۱۶۱-۱۶۰
در خانواده‌درمانی ۴۵۹
قضاوت بالینی و ۳۲۰
ارجاع ۱۸۲-۱۸۰
استخدام روان‌شناسان بالینی ۱۷
استاندارد مؤسسه امریکایی قانون ۵۶۵، ۵۴۰
استرس ۱۷۱، ۱۷۵، ۵۰۶
استرس محیطی ۱۷۵
اسکیزوفرنیا ۴۵۸
اصول روان‌شناسی (جیمز) ۶۹
اضطراب ۳۶۷، ۳۸۷
افسردگی با ۱۳۷
اضطراب اخلاقی ۳۶۸، ۳۸۷
اضطراب روان‌رنجورانه ۳۶۷، ۳۸۷
اضطراب واقعیت ۳۶۷، ۳۸۷
اطلاعات اقدامی ۵۲۱، ۵۳۰
اطلاعات حسی ۵۳۰
اعتبار ۱۷۵، ۲۰۸، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۷۳، ۲۷۴
MMPI-2 ۲۴۸-۲۴۵
NEO-PI-R ۲۵۲
TAT ۲۶۵-۲۶۴
افتراقی ۲۰۷، ۲۰۸
آزمون‌گیری هوش ۲۰۵-۲۰۳
آزمون‌های عینی در برابر آزمون‌های فرافکن ۲۵۷
بوم‌شناختی ۲۹۲-۲۹۱، ۳۰۰
رورشاخ ۲۶۲-۲۵۹
سنجش رفتاری ۲۹۹
سنجش شخصیت ۲۵۱
قضاوت بالینی ۳۱۷
قضاوت‌های تشخیصی ۱۶۷، ۱۶۹
مشاهدات رفتاری ۲۹۲-۲۹۰
مقیاس چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا (MMPI) ۲۵۰-۲۴۷
مقیاس‌ها ۲۷۴
نمرات برش (آستانه‌ها) ۲۵۰، ۲۷۴
اعتبار افتراقی ۲۰۶، ۲۰۸
اعتبار بوم‌شناختی ۲۹۱، ۳۰۰
اعتبار بیرونی ۱۳۲، ۱۴۵
اعتبار پیش‌بین ۲۰۴، ۲۰۶، ۲۰۸، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۳۵
اعتبار سازه ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۱۳، ۲۳۴، ۲۷۳
برای آزمون‌های عینی شخصیت ۲۴۲
در سنجش رفتاری ۲۹۹
اعتبار فزاینده ۲۶۷
اعتبار محتوا ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۲۵
اعتبار ملاکی ۲۰۶، ۲۰۸
اعتبارنامه ۵۳
اعتبار همزمان ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۱۳، ۲۳۴، ۲۹۰
اعتباریابی محتوا ۲۱۳، ۲۳۵، ۲۷۳
برای آزمون‌های عینی شخصیت ۲۴۲-۲۴۱
در سنجش رفتاری ۲۹۰
اقتصاد ژتونی ۴۲۸، ۴۴۷
التقاطی‌ها ۷۱، ۷۹
الگوبرداری ۴۳۱، ۴۴۶
امتیاز تجویز دارو ۳۱، ۱۱۳
انتظارات برای نتایج تحقیق ۱۳۱، ۱۴۵
انتقال ۳۶۹، ۳۷۳، ۳۸۱، ۳۸۸
انحرافات ۱۵۰. همچنین نگاه کنید به هنجارهای جامعه
ایجاد حساسیت پنهان ۴۲۸، ۴۴۵
اید ۳۶۶، ۳۶۸، ۳۸۸
ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) ۵۱۲، ۵۱۳

آرمیدگی ۴۱۹، ۴۴۶، ۵۳۰
آزمون اندریافت موضوع (TAT) ۵۸، ۲۵۶، ۲۷۴
برای سنجش شخصیت ۲۶۵-۲۶۳
برای کودکان ۵۶۵

آزمون بندر گشتالت ۵۸
آزمون تداعی آزاد کنت ـ رزانف ۵۸
آزمون چندمرحله‌ای ۲۲۴
آزمون خودگزارش‌دهی جرئت‌ورزی (ASST) ۲۹۵
آزمون رورشاخ ۵۸، ۲۵۷، ۲۷۴
برای آزمون‌گیری شخصیت ۲۵۶، ۲۵۷
آزمون‌گیری شخصیت ۷۹
آزمون عملکرد شناختی ۵۳۷-۵۳۴
آزمون مرتب‌کردن کارت‌های ویسکانسین ۵۳۵
آزمون وکسلر ـ بلوو ۲۲۵
آزمون‌های روانی تشخیصی ۶۲-۵۷
آزمون‌های عینی شخصیت ۲۳۸، ۲۷۴
آزمون‌های فرافکن. همچنین نگاه کنید به آزمون فردی برای سنجش شخصیت ۲۶۶-۲۵۶
آزمون‌های موقعیتی ۲۸۶، ۳۰۱
آزمون‌های هوش استنفورد - بینه ۲۱۰، ۲۲۵-۲۲۴، ۲۳۶
آستانه ۲۵۰، ۲۷۴
آسیب ۱۲۰، ۱۴۷-۱۴۵
آسیب سر ۵۳۲
آسیب‌شناسی روانی
فرهنگ و ۱۵۴
مدل اخلاقی ۱۷۵
مدل آسیب‌پذیری - استرس ۱۷۱
آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره ۳۷۱
آموزش ۴۳
برای روان‌شناسان قانونی ۵۶۲
تحقیق و ۴۳
در روان‌شناسی سلامت ۵۲۸-۵۲۶
در روان‌شناسی عصب‌نگر ۵۵۲-۵۵۱
روان‌شناسی اجتماع‌نگر ۵۶۲
قضاوت بالینی و ۳۱۵-۳۱۳
آموزش. همچنین نگاه کنید به مدل آموزشی
آموزش روان‌شناسان ۴۰
آموزش مایه‌کوبی علیه استرس (SIT) ۴۳۲، ۴۳۶-۴۳۵، ۴۴۶، ۵۱۴

بازتاب درمانی شرطی‌شده (سالتر) ۴۳
بازسازی عقلانی ۴۳۱، ۴۴۶
باز و راحت‌بودن به فرایند درمان ۳۴۳
بازی‌درمانی ۷۹، ۴۲
بازی نقش ۲۹۴، ۴۲۳، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۷۳
بازی‌ها
در تحلیل متقابل ۴۵۳
در گشتالت‌درمانی ۴۰۶، ۴۱۴
باورهای قالبی ۳۲۰، ۳۲۸
براون در برابر بورد آموزش ۵۶۰
«برخی روابط بین سنجش رفتاری و سنتی» (هارتمن، رپر، بردفورد) ۲۷۸
بررسی سالیانه روان‌شناسی ۴۸۰
برگه اطلاعات شخصی وودوورث ۲۴۰
برنامه JOBS ۴۸۹
برنامه زمینه‌یابی ترس ۴۹۰
برنامه‌های روان‌شناسی تلویزیونی ۱۰۹
برنامه‌های سرآغاز ۵۰۱
برنامه مدرک ارشد ۲۲، ۲۴، ۳۰، ۹۲
برنامه‌های مدرک دکتری ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۲-۶۱، ۸۹، ۱۱۱
بروز ۱۲۰، ۱۴۵
بزهکاران جوان ۴۱
بهداشت روان جامعه ۴۸۵-۴۸۴، ۵۰۱. همچنین نگاه کنید به روان‌شناسی اجتماع‌نگر
بهره هوش ۳۵، ۲۲۴-۲۱۶، ۲۳۴، ۴۹۴. همچنین نگاه کنید به هوش؛ سنجش هوش
ثبات نمرات ۲۲۳، ۲۱۹
عمومی در برابر اختصاصی ۲۱۵
نسبت هوشبهر ۲۱۸
وابسته‌ها ۲۱۸-۲۱۷
وراثت و ۲۱۹
هوشبهر انحرافی ۲۱۸
بیزاری درمانی ۴۲۸، ۴۴۵
بیماران
اطلاع‌رسانی حقوقی ۳۵۸
انتقال و ۳۷۳، ۳۸۱، ۳۸۸
بینش توسط ۳۸۲-۳۸۱
چارچوب ارجاع ۱۹۰
حقوق ۵۷۰
زندانیان به عنوان ۵۷۲
مداخله برای ۳۴۵-۳۴۰
بیمارستان‌های روانی ۴۸۲-۴۸۱، ۵۶۹-۵۶۸
بیماری قلبی - عروقی ۵۱۱، ۵۳۰

بیماری‌های روانی ۳۳، ۱۶۵-۱۵۸
تشخیص ۱۶۱-۱۶۰
رفتار نابهنجار و ۱۵۷-۱۵۵
سوءاستفاده از بیماران ۴۱
علل ۱۷۲-۱۷۱
نرخ شیوع ۱۲۴
بیماری‌های مصرف‌کنندگان الکل ۱۵۱، ۳۰۸، ۴۲۶، ۵۱۹
پیشگیری از ۴۸۶
مغز و ۵۳۸، ۵۴۰
بیماری‌های نسلی مغز ۵۳۹، ۵۵۵

پارگی ۵۵۶
پایایی ۱۷۵، ۲۳۵
NEO-PI-R ۲۵۳
TAT ۲۶۴
آزمون‌گیری هوش ۲۱۴-۲۱۱، ۲۲۴
آزمون‌های عینی در برابر فرافکن ۲۵۷
رورشاخ ۲۶۲-۲۵۹
قضاوت‌های تشخیصی ۱۶۶، ۱۶۷
مصاحبه‌ها ۲۰۵-۱۹۹
مصاحبه‌های سنجشی ۲۰۰
مشاهدات رفتاری ۲۹۱-۲۸۹، ۲۹۲
مقیاس چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا (MMPI) ۲۵۰-۲۴۷
وکسلر بزرگسالان ۲۲۷
وکسلر کودکان ۲۳۱
پـــایایی ارزیـــاب‌ها ۱۸۱، ۱۸۳، ۱۸۴، ۲۰۵، ۲۰۸، ۲۱۳، ۲۳۵، ۲۶۵.
همچنین نگاه کنید به پایایی
پایایی بازآزمون ۲۰۴، ۲۰۸، ۲۱۳، ۲۳۵
پایایی دو نیمه‌سازی ۲۱۲، ۲۳۴
پایایی سازواری درونی ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۲۴، ۲۳۴
پتانسیل رشد ۳۹۱، ۴۱۳
پدیدارشناسی ۳۸۹، ۴۱۴
پذیرش ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۸، ۴۱۳، ۴۱۸
پرخوری عصبی ۱۶۸
پرسشنامه سبک اسنادی ۲۹۵
پرسشنامه‌های خوداظهاری ۳۴۲-۲۳۹، ۲۹۵
پرونده تاراسوف ۱۱۳
پسخوراند ۵۱۷-۵۱۵، ۵۲۹
پیروی از هنجارها ۱۷۴

پیشرفت در پژوهش و درمان شناختی ـ رفتاری (کندل) ۵۱۶
پیشگیری ۴۸۴، ۵۱۲
از مشکلات سلامتی ۵۲۱-۵۱۷
اجتماع‌نگر ۴۸۴
پیوستار خدمات و ۴۹۰
طراحی، اجرا، ارزیابی ۴۹۱
پیشگیری از بازگشت ۵۲۰، ۵۳۰
پیشگیری اولیه ۴۸۵-۴۸۴، ۵۰۲
پیشگیری ثالث ۴۸۵، ۵۰۲
پیشگیری ثانویه ۴۸۵، ۵۰۲

تاریخ روان‌شناسی در خود زندگینامه‌نویسی، A (راجرز) ۳۷۲
تاناتوس ۳۶۶، ۳۸۶
تثبیت ۳۶۸، ۳۸۶
تجربه‌کاری ۲۵
تجسم هدایت شده ۵۱۴
تحقیق ۱۶-۱۵، ۷۲-۶۹، ۱۴۷-۱۱۵، ۳۵۹
برای برنامه‌های پیشگیری ۴۹۰-۴۸۷
تجربه در ۲۵-۲۴
در روان‌شناسی قانونی ۵۳۶
درمان مراجع‌محور و ۳۹۸، ۴۱۲
رسم علمی و ۲۷
روان‌درمانی ۴۷، ۷۹
روش آزمایشی ۱۳۱-۱۲۸، ۱۴۵
روش‌ها ۱۳۷-۱۱۷، ۱۴۵، ۱۴۶
طرح‌های مرکب ۱۳۷-۱۳۶، ۱۴۶
فرایند پژوهش ۳۶۳
گاه‌شمار در ۷۱
گرایش در ۳۶۵-۳۶۴
لکه‌های جوهر رورشاخ برای جمع‌آوری داده ۲۶۳-۲۶۲
مدل دانشمند ـ درمانگر ۴۶، ۸۳-۸۲
مطالعه دانشگاه تمپل ۳۶۲
معناداری آماری در مقابل کاربردی ۱۳۹، ۱۴۵
همه‌گیرشناسی ۱۳۱-۱۳۰
تحقیق قیاسی ۱۳۴-۱۳۳
تحلیل ایگو ۵۳۶، ۵۵۷
تحلیل رویا ۳۷۰، ۳۸۶
تحلیل رویاها (فروید) ۴۱، ۱۹۶، ۳۶۶، ۳۸۰
تحلیل عامل ۱۲۶-۱۲۵، ۱۴۵، ۲۱۵، ۲۴۲، ۲۷۳

تحلیل کارکردی ۲۷۷، ۳۰۰
تخلیه هیجانی ۳۶۰، ۳۸۶، ۴۵۳
تسلط ۳۶۱
تشخیص ۱۵-۱۴، ۳۹-۳۴، ۱۴۹، ۱۶۴-۱۶۲
بیش از حد ۳۵۰
بیماری روانی ۱۶۳-۱۵۸
در درمان مراجع‌محور ۳۹۶-۳۹۴
رفتار ناهنجار ۱۵۴-۱۵۰
تشخیص اصلی ۱۶۴، ۱۷۵
تشخیص افتراقی ۳۶
تشخیص روانی ۳۷، ۵۷
تشخیص روانی (رورشاخ) ۳۶
تشخیص و پوشش ۱۷۱
تصحیح مفرط ۴۴۶
تصمیم‌گیری ۴۰۱
تصویربرداری کارکردی ۵۵۴
تعارض والدین ـ نوجوان ۲۸۶
تعهد داوطلبانه ۵۶۸، ۵۸۱
تغییر اجتماعی ۴۹۹-۴۹۸
تفاوت آماری ۱۴۰-۱۳۹، ۱۴۶
تفاوت نمرات ۵۳۶، ۵۵۶
تفاهم ۲۰۸
تفسیر ۳۰۵-۳۰۴، ۳۲۷، ۳۶۳، ۳۷۵-۳۷۳، ۳۸۷
بینش و ۳۸۲-۳۸۱
در روان‌کاوی ۳۷۵-۳۷۳، ۲۸۲-۲۸۱
نظریه و ۳۰۵-۳۰۴
تفسیر آزمون رایانه‌محور ($CBTI_s$)، ۲۷۳-۲۷۱، ۲۷۳
تفسیر بالینی ۳۰۵-۳۰۴، ۳۲۷. نگاه کنید به قضاوت بالینی
تقویت ۱۲۱، ۱۳۵، ۴۲۱، ۵۱۴
تمایز ۲۷۰
تمرین رفتار ۴۳۱-۴۲۹
تمرین رفتاری ۳۰۰، ۴۴۵
تنبیه. نگاه کنید به بیزاری درمانی
تنوع ۱۰۸-۱۰۵، ۱۱۱، ۴۹۱
توانایی متبلور ۲۱۵، ۲۳۵
توانایی‌های اولیه ذهنی ۲۳۵
توانایی‌های اولیه ذهنی (ثورتن) ۲۱۵
توجه مثبت نامشروط ۳۹۳، ۳۹۸، ۴۱۷
تومورها ۵۳۹، ۵۵۷

ثبات نمره‌های هوشبهر ۲۲۳، ۲۳۵
ثبت زیر نظر گرفتن خود ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۳۰
ثبت فکر ناکار (DTR) ۲۸۹، ۲۹۰، ۳۰۰

جامعه روان‌شناسی امریکا (APS) ۷۸
جایگزین‌سازی نشانه ۴۴۰، ۴۴۷
جرئت‌آموزی ۴۴۵
جمع‌آوری داده ۲۹۴-۲۹۲، ۳۱۰، ۳۵۰
جمعیت روان‌شناسی (دالتون، الیاس، واندرزمن) ۴۸۲
جمعیت روان‌شناسی و عوامل محیطی ۳۸۴-۳۸۲
جمعیت‌شناسی روان‌شناسان بالینی ۲۱-۲۰، ۲۷، ۲۵
جنبش انسان‌گرایی وجودی
انسان‌گرایی ۴۰۰، ۴۱۶
روان‌شناسی وجودی ۴۰۰، ۴۱۶
درمان پردازش تجربه ۴۱۷، ۴۰۷
گشتالت‌درمانی ۴۰۷-۴۰۴
معنادرمانی ۴۳، ۴۰۴-۴۰۳، ۴۱۷-۴۱۶
جنبش تحلیل ایگو ۳۶۶، ۳۷۵، ۳۸۷
جنگ جهانی دوم ۷۰-۶۹، ۷۴، ۴۵۰
جواز ۱۱۳
جهت‌گیری نظری ۲۱-۲۰، ۳۱، ۳۰۴، ۳۵۰

چاقی ۵۲۱-۵۲۰
چندفرهنگی ۱۰۶. همچنین نگاه کنید به فرهنگ

حافظه ۵۳۸-۵۳۷، ۵۴۵
حرفه پزشکی ۶۸، ۴۸۲. همچنین نگاه کنید به امتیاز تجویز دارو
روان‌پزشکان ۳۰، ۵۰۷
«روان‌شناسی پزشکی» ۳۳
حرکت پریشی ۵۵۶
حریم خصوصی ۱۱۱-۱۱۰
آزمون‌های سنجشی و ۲۹۴
در مصاحبه‌های سنجشی ۱۸۵
سنجش شخصیت و ۲۵۱
حساسیت‌زدایی منظم ۷۰، ۸۰، ۴۲۰، ۴۲۳-۴۱۹، ۴۴۶، ۵۱۳، ۵۳۱
آرمیدگی ۴۱۹
سلسله مراتب اضطراب ۴۲۲-۴۲۱، ۴۴۵
مواجهه درمانی ۴۲۴-۴۲۳
حساسیت‌زدایی ناآشکار ۴۲۹، ۴۴۶

حضانت مشترک ۵۸۱
حکم گناهکار اما بیمار روانی (GBMI) ۵۶۶
حکم به دلیل جنون که گناهکار نیست (NGRI) ۵۶۵
حمایتِ اجتماعی ۵۱۴، ۵۳۰

خاموشی ۵۲۹، ۴۴۶، ۵۱۳
خانواده‌درمانی ۷۰، ۴۵۰، ۴۶۸-۴۵۸. همچنین نگاه کنید به زوج‌درمانی و گروه‌درمانی
ارتباط و ۴۵۹
تحول ۴۵۹-۴۵۸
توام با همکاری ۴۶۵، ۴۷۲
رفتاری ۴۶۵، ۴۷۲
فرم‌ها و روش‌های به‌کار رفته ۴۶۲-۴۵۸
کاربرد ۴۷۱-۴۷۰
مشترک ۴۶۳
همزمان ۶۴۶
خانواده‌درمانی توام با همکاری ۴۶۵
خانواده‌درمانی رفتاری ۴۶۵، ۴۷۲
خانواده‌درمانی مشترک ۴۶۳، ۴۷۲
خانواده‌درمانی همزمان ۴۶۴، ۴۷۲
خانواده‌ها ۳۵۰. همچنین نگاه کنید به خانواده‌درمانی
همبستگی خانوادگی هوشبهر ۲۲۲
وراثت هوش ۲۲۱-۲۱۷
خدمات سلامت عمومی امریکا ۷۴
خطر پیش‌بینی شده ۵۷۲-۵۷۰
خودتأثیرگذاری ۵۱۰، ۵۳۰
خودشادمانی ۱۸۹
خودشکوفایی ۳۰۰، ۳۹۲، ۴۱۴
خودگزارش‌دهی ۲۹۵
خودیاری ۲۹۷
خوگیری ۴۲۶، ۴۴۶
خون‌ریزی مغزی ۵۳۸، ۵۵۶
خویشتن ۴۱۴
خویشتن پدیداری ۳۹۱، ۴۱۴

داده‌های جعلی ۱۴۲، ۱۴۵
داده‌های حسی ۵۲۱، ۵۳۰
داده‌های واپس‌نگر ۱۴۶
دارو
فورسیبل ۵۳۱
ریتالین ۱۸۰
داروشناسی ۱۰۰
داروی روان‌تنی ۵۰۵، ۵۳۰
دانش‌آموختگان روان‌شناسی در انجمن روان‌شناسی امریکا (APAGS) ۹۹
دانشکده‌های حرفه‌ای ۸۵-۸۴
درمان
اهداف ۳۵۰-۳۴۹
تسهیل ۴۸۰
دستورالعمل ۳۵۹
زندانیان ۵۳۲
درمان بالینی کودکان مشکل‌دار (راجرز) رویکرد شناختی - رفتاری ۵۱۸
درمان راهنمادار ۷۹، ۳۶۵، ۳۶۸
درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) ۴۳۷، ۴۴۰-۴۳۹، ۴۴۵
درمان روان‌شناسی وحشت‌زدگی (بارلو، سرنی) ۴۲۸
درمان شناختی (CT) ۴۳۷-۴۳۶، ۴۴۷-۴۴۵. همچنین نگاه کنید به درمان رفتاری
درمان شناختی. پایه‌ها و فراتر (بک) ۲۹۰
درمان شناختی - رفتاری ۴۳۱-۴۳۰، ۴۴۶-۴۴۵. همچنین نگاه کنید به درمان رفتاری
آموزش مایه‌کوبی علیه استرس ۴۳۶-۴۳۵
الگوبرداری ۴۳۱
بازسازی عقلانی ۴۳۵-۴۳۴
رفتاردرمانی دیالکتیکی ۴۳۷
سلامت و ۵۱۴، ۵۳۰
شناخت درمانی (بک) ۴۳۷-۴۳۶
نظریه یادگیری اجتماعی ۴۳۱-۴۳۰
درمان عقلانی - هیجانی (RET) ۴۳۲-۴۳۱، ۴۴۶
درمان کوتاه (مقرون به صرفه زمانی) ۷۹-۷۸
درمانگران ۳۵۴-۳۵۰. همچنین نگاه کنید به روان‌شناسان بالینی
انتقال و ۳۷۳، ۳۸۲-۳۸۱، ۳۸۸
پیراحرفه‌ای به عنوان ۴۹۶-۴۹۵
ویژگی‌های ۳۵۴-۳۵۰
درمان متمرکز بر هیجان ۴۰۷، ۴۱۴
درمان مدرک‌محور ۳۳۷-۳۳۴
درمان منفعل ۶۹
درمان مراجع‌محور

پدیدارشناسی ۳۹۱-۳۸۹
تشخیص در ۳۹۵
توصیف مورد از ۳۹۶
فرایند درمانی ۴۰۲-۴۰۱
کارایی ۳۹۷
گزاره‌های نظری ۳۹۱
درمان مراجع‌محور (راجرز) ۶۹
درمان مواجه‌سازی ۴۲۳-۴۲۱، ۴۴۶
درمان‌های دارای پشتوانه تجربی ۳۶۱، ۳۷۶
درمان یارانه‌یار ۱۰۶-۱۰۵
دستگاه عصبی سمپاتیک ۵۰۸، ۵۳۰
دستیاری پژوهش ۴۳۳
دفاع در گشتالت‌درمانی ۴۰۵-۴۰۴
دفاعیه جنون ۵۶۵
دوره انترنی ۴۸، ۵۳
دوقلوهای دوتخمکی ۲۲۲، ۲۲۵
دوقلوهای یک‌تخمکی ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۵
دوقلوهایی که با هم بزرگ شدند ۲۳۵
دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شدند ۲۳۵
دیدگاه روانی اجتماعی ۵۰۵

ذهن دانشمند ۱۰۷
ذهنی که خود را یافت (بیرز) ۶۸

رازداری ۱۱۲، ۱۴۲، ۱۴۴
راهنمای اختصاصی برای روان‌شناسان قانونی (انجمن روان‌شناسی امریکا) ۴۶۰
راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TVR) (انجمن روانپزشکی امریکا) ۱۵۷، ۱۶۳-۱۶۱، ۱۷۵. همچنین نگاه کنید به نظام‌های طبقه‌بندی
اختلال بدشکلی بیش از قاعدگی ۱۷۰
معیارهای پرخوری عصبی ۱۶۸
راهنمای عملی ۳۶۴
رسانه و روان‌شناسان ۱۰۹
رضایت‌نامه ۱۴۱، ۱۴۳، ۱۴۵
رفاه مراجع ۱۱۱-۱۱۰، ۱۱۲
رفتار. نگاه کنید به سنجش رفتاری
روان تحلیل‌گری و ۳۷۹
سلامت و ۵۱۰، ۵۱۱
قضات ۵۳۸-۵۳۷
مغز و ۵۴۲-۵۴۰
رفتاردرمانی ۶۹، ۷۰، ۷۸، ۷۹، ۴۱۸-۴۱۶، ۴۴۷-۴۴۵
آموزش مایه‌کوبی علیه استرس ۴۳۶-۴۳۵
آینده ۴۴۴
اثربخشی ۴۳۸
الگوبرداری ۴۳۱
بازسازی عقلانی ۴۳۵-۴۳۴
بیزاری درمانی ۴۲۸
پیوند درمانگرانه و ۴۱۸
تمرین رفتاری ۳۰، ۴۲۶، ۴۴۵
حساسیت‌زدایی منظم ۴۲۲-۴۱۹
درمان شناختی - رفتاری ۴۳۱-۴۳۰
رفتاردرمانی دیالکتیکی ۴۳۷
قدرت‌های ۴۴۳-۴۳۸
محدودیت‌های ۴۴۳
مدیریت وابستگی ۴۲۷
نظریه یادگیری اجتماعی و ۴۳۱-۴۳۰
رفتار غیرکلامی ۴۰۵
رفتار کمکی ۴۹۵
رفتارگرایی رادیکال ۳۷، ۵۷
رفتار ناهنجار ۱۴۹
علت ۱۷۳-۱۷۲
فراوانی آماری یا نقض هنجارهای جامعه و ۱۵۰-۱۴۹
ناتوانی /کژکاری / اختلال ۱۵۷-۱۵۶
تنش موضوعی ۱۵۶-۱۵۴
روابط جنسی با بیماران ۱۱۱
روان‌پزشکان ۳۰، ۵۰۷
روان‌پرستاران ۳۴-۳۲، ۳۵
مددکاران بالینی اجتماعی ۵۳
روان‌پویشی ۳۷، ۳۸۴، ۳۸۷
آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره ۳۷۱
اضطراب ۳۶۷
اقتصاد روان‌درمانگری ۳۸۴
انتقال و ۳۷۲
بینش در ۳۶۹
تحلیل رویا در ۳۷۰
تداعی آزاد در ۳۶۹، ۳۷۰
تفسیر و ۳۷۳-۳۷۲، ۳۸۲-۳۸۱

جنبش تحلیل ایگو ۳۷۶-۳۷۵
جنبش روان‌تحلیلی ۶۸
رفتار و ۳۸۳-۳۸۲
روان‌درمانی میان‌فردی ۳۷۷-۳۷۶
ساختار شخصیت ۳۶۷-۳۶۶
عوامل علاج ۳۸۲
غرایز ۳۶۶
کاربرد ۳۷۸
مراحل روانی جنسی ۳۶۸-۳۶۷
مقاومت ۳۷۱
مورد آنا اُ. ۳۶۵
نئوفرویدین‌ها و ۳۷۵
روان‌درمانگری مختصر (مقرون به صرفه زمانی) ۷۹
روان‌درمانی ۶۹، ۳۳۲، ۳۸۸-۳۶۳، ۴۱۴-۳۸۹، ۴۴۸-۴۱۵
اهداف ۳۳۴-۳۳۳
پژوهی ۳۵۴-۳۵۳
جنبش انسان‌گرایی وجودگرا ۴۰۷-۴۰۰
درمان شناختی رفتاری ۴۳۴-۴۲۸
درمان مراجع‌محور ۴۰۰-۳۹۰، ۴۱۲-۴۰۶
درمان هیجان‌محور ۴۰۷، ۴۱۳
روان‌تحلیلی ۳۷۳-۳۶۱
روان‌شناسی اجتماع‌نگر ۴۸۱
رویکرد رفتاری ۴۲۷-۴۱۶
کاربرد ۳۶۰
روان‌درمانی روان‌پویایی ۳۷۶
روان‌درمانی روان تحلیلی معاصر ۳۷۶
روان‌درمانی میان‌فردی (IPT) ۳۷۷-۳۷۶، ۳۸۱، ۳۸۷
روان‌شناس امریکا ۲۵، ۵۳
روان‌شناسان بالینی ۳۶. همچنین نگاه کنید به درمانگران
ابداعات فن‌آورانه در ۱۰۵-۱۰۳
اثر ۱۸۹
ارزش‌های ۱۹۰-۱۸۹
استخدام ۴۰
امتیار تجویز دارو ۱۰۱-۹۸
برنامه‌های آموزش ۴۶
تحقیق توسط ۴۸
تمرین ۲۵-۲۱
جواز ۲۲، ۹۳-۹۱، ۱۱۲
جمعیت‌شناختی ۴۴
چارچوب ارجاع ۱۹۱-۱۹۰
حرفه ۵۶-۴۹
در کار خصوصی ۹۴-۹۳
راههای آینده در حرفه ۲۹-۲۵
فعالیت‌های ۴۱-۳۶
گواهی‌نامه ۸۹، ۹۹، ۱۱۲، ۵۵۲
معیارهای اخلاقی ۱۰۸، ۱۱۲، ۱۴۱-۱۳۹
نقش متخصص برای ۳۴۰
هزینه‌های مراقبت بهداشتی ۹۷-۹۴
روان‌شناسان توانبخشی ۳۵-۳۴، ۵۴
روان‌شناسان مدرسه ۳۱، ۳۴
روان‌شناسان مشاور ۳۰، ۳۱
روان‌شناسی بالینی. نگاه کنید به روان‌شناسان بالینی ۴۹، ۵۰
روان‌شناسی بالینی: علم و عمل (انجمن روان‌شناسی امریکا) ۹۵
روان‌شناسی حرفه‌ای تحقیق و کاربرد (پرانتز، هندلسمن) ۳۵۸
روان‌شناسی ناهنجاری ۱۳۹
روان‌شناسی وبری (وودراف ـ پک) ۱۲۸
روان‌شناسی و تغییر جمعیت (هلر، پرایس، رینهارز، ریجر×واندرزمن) ۴۹۲
روان‌شناسی وجودگرا ۴۰۲-۴۰۰، ۴۱۲
روان‌شناسی سلامت (برانن و فیتس) ۵۲۴
روان‌شناسی سلامت (مجله) ۵۰۴
روان‌شناسی سلامت (رایس) ۵۰۷
روان‌شناسی سلامت ۳۵-۳۴، ۴۹، ۷۲، ۷۹، ۵۲۹-۵۰۴
HIV و ۵۱۳
آموزش در ۵۲۶-۵۲۵
آینده ۵۲۵-۵۲۴
بازخورد زیستی ۵۱۷، ۵۲۹
تاریخچه ۵۰۶-۵۰۵
تعاریف ۵۰۵-۵۰۴، ۵۳۱-۵۲۹
چاقی و ۵۲۱-۵۲۰
حمایت اجتماعی و ۵۰۷، ۵۳۰
رژیم‌ها و ۵۲۲
رفتار و ۵۱۰
روش‌های کنشگر ۵۱۴
روش‌های شناختی ـ رفتاری برای ۵۱۵
سیگارکشیدن و ۵۱۸-۵۱۷
سوءمصرف الکل ۵۲۰-۵۱۹
شخصیت و ۵۱۲-۵۱۰

فشار و ۵۱۰-۵۰۶
قومیت و نتایج سرطان ۵۱۸
کاربردها ۵۱۲
وابسته‌های پزشکی و روان‌شناسی ۵۲۲-۵۲۱
روان‌شناسی قانونی ۵۸۰-۵۶۰
پرونده‌های کیفری ۵۶۵
پرونده‌های مدنی ۵۶۸
پیش‌بینی خطر ۵۷۱
تاریخچه ۵۶۱-۵۶۰
تعاریف ۵۶۰
حقوق بیماران ۵۷۰
درمان و ۵۷۲
روان‌شناسان به عنوان شاهد متخصص ۵۶۴-۵۶۳
روش‌آزمایشی ۱۳۱-۱۲۸، ۱۴۵
روش‌های پاسخ‌دهی ۵۱۴-۵۱۲
روش‌های تداعی کلمات ۳۶
روش‌های حمایت و فهم ۴۶۹، ۴۷۴
روش‌های شناختی ـ رفتاری ۵۱۵، ۵۲۹. همچنین نگاه کنید به درمان شناختی - رفتاری
روش‌های فرافکن ۳۶، ۷۹، ۲۷۴. همچنین نگاه کنید به آزمون فرافکن
روش‌های همبستگی پژوهش ۱۲۷-۱۲۳، ۱۴۵
رویدادهای پیامد ۲۷۷، ۳۰۰
رویکرد آزمون فرضیه ۵۳۶، ۵۵۸
رویکرد آماری ۳۰۶، ۳۰۹-۳۰۷، ۳۲۷
رویکرد بالینی ۳۰۵، ۳۰۷-۳۰۶، ۳۲۷
رویکرد آماری در برابر ۳۱۷-۳۰۷، ۳۲۷
رویکرد بنیادی ـ شناختی ۲۹۵، ۳۰۰
رویکرد فرمحور ۳۹۷، ۳۹۸. همچنین نگاه کنید به درمان مراجع‌محور
رویکرد عینی ۳۰۶، ۳۰۷-۳۰۶، ۳۰۹-۳۰۷، ۳۲۷. همچنین نگاه کنید به رویکرد بالینی
رویکرد مجموعه آزمون استاندارد یا مجموعه آزمون ثابت ۵۳۶، ۵۵۷
رویکرد منعطف ۵۳۶، ۵۵۷

زبان
پیشداوری ۴۰۹
جنبش انسان‌گرا ـ وجودگرا ۴۱۲
در مصاحبه‌های سنجشی ۱۸۸-۱۸۷
غلبه بر موانع ۳۵۰
قضاوت بالینی و ۳۲۰
کارکرد ۵۳۷
زبان پریشی ۵۵۶
زنان در روان‌شناسی بالینی ۴۹
زندانیان ۵۳۲
زمینه‌یابی دیدگاه عمومی ۵۳۳
زوال عقل ۵۳۹، ۵۵۶
زوج‌درمانی ۴۴۹، ۴۷۱-۴۶۸، ۴۷۴-۴۷۲. همچنین نگاه کنید به خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی
زناشویی درمانی رفتاری ۴۶۹-۴۶۸، ۴۷۲
کاربرد ۴۷۱-۴۷۰
هیجانی ۴۶۹
زوج‌درمانی رفتاری (BMT) ۴۶۹-۴۶۸، ۴۷۲
زوج‌درمانی هیجانی (EFT) ۴۷۰-۴۶۹، ۴۷۳
زوج‌درمانی هیجانی‌محور (جانسون، هانسلی، گرینبرگ، شیندلر) ۴۶۹
زیر نظر گرفتن خود ۲۸۸-۲۸۷، ۳۰۱، ۵۱۷

ژنوتایپ ۲۲۰، ۲۳۴

ساختار الگوی هوش (SOI) ۲۱۵، ۲۳۵
ساختاریابی ۴۹۳
سازمان بهداشت جهانی ۱۶۱
سازمان تأمین‌کننده مرجح (PPOs) ۹۵، ۱۱۳
سازمان‌های حفظ سلامت (HMOs) ۹۴، ۱۱۳
سبک زندگی ۵۰۶. همچنین نگاه کنید به روان‌شناسی سلامت
سکوت در مصاحبه‌ها ۱۸۸
سلامت از راه دور ۱۰۳، ۱۱۳
سلامت روان ۳۳. همچنین نگاه کنید به روان‌شناسی اجتماع‌نگر
اجتماع‌نگر ۴۸۴-۴۸۳.
حرفه‌ای‌ها ۱۱-۵ (همچنین نگاه کنید به روان‌شناسی بالینی)
حساسیت فرهنگی و ۱۰۷-۱۰۵
سلسله مراتب اضطراب ۴۲۲-۴۲۱، ۴۴۵
سنجش ۱۵-۱۴، ۳۹-۳۴. همچنین نگاه کنید به مصاحبه‌های سنجشی، سنجش شخصیت
در رویکرد انسان‌گرا ـ وجودگرا ۴۱۰
روانی عصبی ۵۳۶
گاه‌شمار ۳۸
مداخله و ۳۵۶
سنجش بالینی ۲۰۷. همچنین نگاه کنید به سنجش. مصاحبه‌های سنجشی

سنجش بر پایه رایانه ۲۷۱-۲۷۰، ۲۹۴-۲۹۳
سنجش رفتاری ۷۹، ۳۰۱-۲۷۵، ۳۰۰
اعتبار مشاهدات و ۹۴، ۲۸۹
پایایی ۲۸۸
پرسشنامه‌ها و فهرست‌ها ۲۹۴
تحلیل کارکردی در ۲۷۶
زیرنظر گرفتن خود برای ۲۸۸-۲۸۷
سنت رفتاری ۲۷۸-۲۷۶
شناختی ـ رفتاری ۲۹۵، ۳۰۰
فنون عملکرد کنترل‌شده برای ۲۸۶
کسب داده ۲۹۴-۲۹۲
مشاهده طبیعی برای ۲۸۳
مشاهده‌ها در ۲۸۲
مصاحبه‌ها برای ۲۸۲-۲۷۹، ۳۰۰
نمونه در برابر علامت در ۲۷۶
سنجش روان‌شناسی (مجله) ۷۴
سنجش سرپایی ۱۱۲
سنجش شخصیت ۳۶، ۲۳۸. همچنین نگاه کنید به سنجش برپایه رایانه
۲۷۱-۲۷۰، ۲۹۴-۲۹۳
MMPI و MMPI-2 برای ۲۵۲-۲۴۲
آزمون اندریافت موضوع برای ۲۶۵-۲۶۳
آزمون رورشاخ برای ۲۶۲-۲۵۸
آزمون‌گیری فرافکن برای ۲۵۷-۲۵۶
آزمون‌گیری عینی برای ۲۳۶-۲۱۹
اعتبار و سودمندی فزاینده ۲۶۷، ۲۷۳
نسخه تجدیدنظرشده شخصیت NEQ ۲۵۵-۲۵۴
همبستگی‌های فریبنده ۲۶۶، ۲۷۳
سنجش شناختی ـ رفتاری ۲۹۵، ۳۰۰
سنجش عصب روان‌شناسی (لزاک) ۵۳۵، ۵۳۸، ۵۴۲، ۵۴۶
سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی ۳۰۰
سنجش کلی کارکرد (GAF) ۱۶۵، ۱۷۵
سنجش هوش ۳۵، ۵۷، ۲۳۳-۲۱۲. همچنین نگاه کنید به هوش، بهره
هوش (IQ)
برای سنجش عصب روان‌شناسی ۵۳۸-۵۳۵
تاریخچه ۲۱۰، ۲۱۲
سوگیری و ۲۷۱
مصاحبه‌ها در برابر ۱۸۴
مقیاس‌های استنفورد ـ بینه ۳۷، ۴۶، ۲۱۰، ۲۲۴، ۲۳۳
مقیاس‌های وکسلر ۳۷، ۴۶، ۲۲۹، ۲۲۵، ۵۳۸
سندرم YAVIS ۳۴۴-۳۴۳
سندرم تعریف شده ۱۷۵
سندرم معنی‌کردن ۳۱۸
سن عقلی (MA) ۲۱۸، ۲۳۵
سوپر ایگو ۳۶۶، ۳۶۸، ۳۸۷
سوال ارجاعی ۱۶۲، ۲۰۸، ۳۲۸
سوگیری ۲۷۱
تشخیص و ۱۷۰، ۱۶۶
در قضاوت بالینی ۳۱۴-۳۱۳
گزینش کارکنان و ۲۵۱
سوگیری آزمون ۲۷۴
سوگیری جنسی ۱۷۶. همچنین نگاه کنید به مسائل جنستی.
سیگارکشیدن ۵۱۹-۵۱۸
سیگارکشیدن و سلامت (عمومی) ۱۲۲

شاهدان متخصص ۵۶۳، ۵۷۵
شرطی‌سازی کلاسیک ۶۷
شرطی‌سازی کنشگر ۴۱۹، ۴۲۱، ۴۲۷، ۴۴۷، ۵۳۰
شرطی‌شدن ۶۹
شرطی‌شدن تقابلی ۴۲۶، ۴۴۵
شرکت‌های بیمه ۹۳، ۱۶۹، ۳۸۰، ۵۲۶. همچنین نگاه کنید به مراقبت
مدیریت شده
شخصیت
آزمون‌گیری ۳۵، ۴۶
آسیب مغزی و ۵۳۵
پدیدارشناسی و ۳۹۰
تصمیم‌گیری و ۴۰۱
درمانگران ۳۴۷-۳۴۶
روان‌تحلیل‌گری و ۳۶۷-۳۶۶
سلامت و ۵۱۲-۵۱۰
شخصیت خودمختار ۱۱۸
شخصیت «دو نیم شده» ۶۷
شخصیت و روان‌درمانی (دلارد، میر) ۷۰
شرایط پیشایند ۲۷۷، ۳۰۰
شکل‌دهی ۴۱۵، ۴۴۷
شهادت روان‌شناسی قانونی ۵۴۵، ۵۶۴-۵۶۳
شهادت شاهد ۵۶۴، ۵۷۷

صلاحیت ۱۰۸، ۱۱۲
صلاحیت حضور در دادگاه ۵۶۸

ضربه ۵۵۶
ضریب کاپا ۲۰۴، ۲۰۸
ضریب همبستگی ۱۴۵، ۲۰۴

طب رفتاری ۵۲۹
طبقه‌بندی ۱۶۱
طبقه‌بندی بین‌المللی آمار بیماری‌ها، جراحات و علل مرگ (سازمان بهداشت جهانی) ۱۶۱
طبقه‌بندی‌ها ۱۶۷-۱۶۶، ۱۷۴
طرح ABAB ۱۴۴، ۱۳۶-۱۳۵
طرح بین‌گروهی ۱۳۱، ۱۴۴
طرح تک‌موردی ۱۳۵-۱۳۴، ۱۴۶
طرح چند خط پایه‌ای ۱۳۷-۱۳۶، ۱۴۶
طرح درون گروهی ۱۳۰، ۱۴۶
طرح طولی ۱۴۶
طرح طولی - مقطعی ۱۲۸-۱۲۷، ۱۴۵
طرح مرکب ۱۳۹-۱۳۸، ۱۴۶
طرح مصاحبه تشخیصی رایانه‌ای تجدیدنظر شده (CDISR) ۱۷۸
طرح مقطعی ۱۲۸-۱۲۷، ۱۴۵
طلاق ۵۷۰-۵۶۹

عامل G (هوش عمومی) ۷۹، ۲۱۰، ۲۱۵، ۲۳۲
عامل S (هوش اختصاصی) ۲۱۵
عامل سن ۳۴۲، ۴۹۲
آزمون هوشبهر (IQ) و، ۲۲۳
درمانگران ۳۵۲
عامل خطر ۱۲۳، ۱۴۶
عصب روان‌شناسی ۵۵۵-۵۳۰، ۵۵۶
آسیب عصبی ۵۳۴-۵۳۳
آینده ۵۴۷-۵۴۶
تاریخچه ۵۳۸-۵۳۵
تعاریف ۵۳۴، ۵۵۷-۵۵۵
روابط مغز ـ رفتار ۵۳۶-۵۳۴
ساختار و کارکرد مغز ۵۳۹-۵۳۸
سنجش در ۳۹، ۷۹، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۸، ۵۴۱، ۵۴۶
نقش‌های عصب روان‌شناسان ۵۳۵-۵۳۴
عصب روان‌شناسی قانونی ۵۵۴
عقده ادیب ۳۶۷، ۳۸۷
عقلانی‌سازی ذهنی ۵۳۸-۵۳۷
علامت ۲۷۶، ۳۰۱، ۳۲۸
عوامل ۱۲۵، ۱۴۵
عوامل علاج در گروه‌درمانی ۴۵۶، ۴۷۳
عوامل غیراختصاصی ۳۴۱، ۳۶۳
عوامل مذهبی ۴۷، ۷۹، ۱۶۸، ۴۷۳
عوامل مشترک ۳۶۰

غرایز ۳۶۶
غرایز زندگی ۳۶۶، ۳۸۷
غرایز مرگ ۳۶۶، ۳۸۶

فرافکنی ۳۶۹، ۳۸۷
فرایند اولیه ۳۶۶، ۳۸۷
فرایندپژوهی ۳۵۷-۳۵۶
فرایند ثانویه ۳۶۶، ۳۸۷
فرایند درمانی ۳۹۴-۳۹۳
فرایند مداقه ۳۶۹، ۳۸۶، ۳۸۸
فرضیه علت - اثر ۱۲۵
فرضیه‌های آزمایشی ۱۴۵
فرم تعارض زناشویی ۲۹۵
فرم مشاهده مستقیم (DOF) ۳۸۲
فرهنگ
ارزش‌های بالینی‌گر و ۱۹۰-۱۸۹
تشخیص و ۱۵۶
روان‌شناسی اجتماع‌نگر ۳۸۴، ۵۰۰
نسبت فرهنگی ۱۵۴، ۱۷۴
فریب ۱۴۲، ۱۴۴
فن دوسرکور ۱۳۱، ۱۴۵
فن عملکرد کنترل شده ۲۸۷-۲۸۶، ۳۰۰
فنوتیپ ۲۲۰، ۲۳۵
فنون مدرک محور ۴۴۱-۴۴۰
فنون تزریق خلق ۱۳۲
فنون تکمیل جمله ۲۶۶-۲۶۵، ۲۷۴
فهرست رفتار نمونه زمان (TSBC) ۲۸۴

قابلیت ۲۱۴
قابلیت درون فردی ۸۲
قابلیت فرهنگی ۱۰۷، ۱۱۳، ۳۵۰
قانون مامان‌بزرگ ۴۵۰

قرارداد وابستگی ۴۴۶، ۴۷۲
قشر مغز ۵۳۸
قصد تناقضی ۴۱۴
قضاوت بالینی ۳۲۸-۳۰۳
ارتباط و ۳۲۷-۳۲۱
بهبود ۳۲۱-۳۱۸
تفسیر و ۳۰۵-۳۰۴
رویکردهای کمی در برابر کیفی به ۳۱۸-۳۰۵، ۳۲۸

کارشناس خاص فرهنگی ۱۰۷
کار خصوصی ۹۳
کارکرد بیمار ۳۶۱، ۳۶۲
کارکرد عقلانی ۲۳۰، ۵۳۷
کاهش خطرات برای اختلالات روانی (مؤسسه پزشکی) ۴۸۶
کلینیک راهنمایی ۶۸، ۷۹
کلینیک‌های روان‌شناسی ۳۰، ۴۴، ۶۸
کنارآمدن با فرایند پزشکی ۵۲۲-۵۲۱
کنترل درونی - بیرونی ۱۲۱
کنگره ۱۱۷، ۳۹۳، ۴۱۶
کنگره علم روانی ۱۶۱
کودکان ۱۰، ۳۵
برنامه‌های پیشگیری اولیه سلامت روان برای ۴۸۵
چاقی در ۵۲۱-۵۲۰
قابلیت‌های عقلانی ۶۸
مداخله برای ۴۹۴
کودک خوش‌بین (سلیگمن، روپچ، جیکوبس، گیلهام) ۳۳۴

گاه‌شمار
تحقیق ۷۱
رویدادهای مهم ۷۸
سنجش ۶۲
مداخله ۶۸
گروه‌درمانی ۶۹، ۴۵۸-۴۵۰، ۴۶۱، ۴۷۳. همچنین نگاه کنید به زوج‌درمانی. خانواده‌درمانی
آینده ۴۵۷
تاریخچه ۴۵۱-۴۵۰
تحلیل تبادلی ۴۵۴-۴۵۳
ترتیبات برای ۴۵۵
رفتاردرمانی ۴۵۶-۴۵۴، ۴۷۲
روان‌کاوی ۴۵۱
عوامل علاج‌بخش ۴۵۷
کارایی ۴۵۷
گشتالتی ۴۵۴
مقرون به صرفه زمانی ۴۵۶
نمایش روانی ۴۵۱
گروه‌درمانی با زمان محدود ۴۵۵، ۴۷۴
گروه‌درمانی روان‌تحلیلی ۴۵۱، ۴۷۴
گروه‌درمانی گشتالتی ۴۵۷، ۴۷۴
گروه‌درمانی مقرون به صرفه زمانی ۴۵، ۴۵۶
گروه گواه ۱۴۴، ۲۶۱
گروه‌های آزمایشی ۱۲۹، ۱۴۵
گروه‌های درمانی ۳۶۰
گروه‌های رفتاردرمانی ۴۵۵-۴۵۴، ۴۷۲
گروه‌های خودیاری ۴۹۷، ۵۰۲
گروه‌های گواه فهرست انتظار ۳۶۱
گزارش ۱۴۲
گزارش‌های شخصی روان‌شناسی ۳۲۵
گزارش‌های مصرف‌کننده ۳۳۴، ۳۵۴
گزینش کارکنان ۲۷۲
گشتالت‌درمانی ۷۰، ۴۰۳، ۴۵۴، ۴۷۳
گشتالت‌درمانی و رویاها ۴۰۵
«گفت و گو درمانی» ۳۶۵، ۳۶۹، ۳۸۸
گواهی‌نامه روان‌شناسان ۴۱، ۷۰-۶۷، ۱۱۲. همچنین نگاه کنید به گواهی روان‌شناسان

لوب آهیانه ۵۳۸، ۵۵۷
لوب پس‌سری ۵۵۷
لوب پیشانی ۵۳۹، ۵۵۶
لوب گیجگاهی ۵۳۹، ۵۵۷
لوریا - نبراسکا ۵۴۸، ۵۵۷

ماتریس همیشگی ۱۲۶، ۱۴۵
متغیرهای تعریف شده ۲۸۶، ۳۲۷
متغیرهای مستقل ۱۲۹، ۱۴۵
متغیرهای موجود زنده ۲۷۷، ۲۹۹، ۳۰۱
متغیرهای وابسته ۱۲۹، ۱۴۵
مجلات ۷۰، ۵۶۲-۵۶۱. همچنین نگاه کنید به اسامی مجلات خصوصی
مجله بهداشت روان اجتماع‌نگر ۴۸۱

مجله روان‌شناسی pediatric ۵۰۴
مجله روان‌شناسی جامعه امریکا ۴۸۱
مجله روان‌شناسی ناهنجاری ۵۰
مجله طب رفتاری ۵۰۴
مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی (JCCP) ۱۶، ۴۷، ۵۲، ۱۳۷، ۲۸۲، ۳۳۸، ۴۵۷
محروم‌کردن ۴۲۷، ۴۴۷
محور I، II، III، IV، V، ۱۶۵، ۱۷۵، ۲۰۳-۲۰۰
مداخله ۳۹-۳۷. همچنین نگاه کنید به مداخله روان‌شناسی برای کودکان
برای عصب روان‌شناسی ۵۴۲-۵۳۹
تاریخچه ۶۸-۶۳
تعریف ۳۳۲
در روان‌شناسی سلامت ۵۱۷-۵۱۲
روان‌شناسی اجتماع‌نگر و ۴۹۲-۴۹۰
گاه‌شمار ۶۸
مداخلات پیشگیرانه جهانی ۴۸۶، ۵۰۲
مداخلات پیشگیرانه گزینشی ۴۸۶، ۵۰۲
مداخلات پیشگیرانه نشان‌شده ۵۰۱
مداخله بالینی. همچنین نگاه کنید به مداخله
اتمام و ۳۵۱-۳۵۰
اندازه اثر میانگین ۳۵۶
اهداف درمان برای ۳۵۰-۳۴۹
تماس آغازین ۳۴۹
سنجش برای ۳۴۹
مراحل تغییر در ۳۵۲
مدارک روان‌شناسان ۷۵، ۱۱۲، ۵۵۲. همچنین نگاه کنید به جواز روان‌شناسان
روان‌شناسی اجتماع‌نگر و ۴۹۶-۴۹۲
مراحل ۳۵۹
مداخله روان‌شناسی ۳۶۱-۳۳۱. همچنین نگاه کنید به مداخله
اهداف برای ۳۵۷-۳۳۳
تعریف مداخله ۳۳۲
گرایش در ۳۶۵-۳۶۴
ویژگی‌های مشترک ۳۴۱-۳۳۷
مدرک پی. اچ. دی (دکتر فلسفه) ۲۲، ۲۸. همچنین نگاه کنید به برنامه‌های مدرک دکتری
مدرک دکتری روان‌شناسی ۳۰، ۴۹، ۵۳، ۶۱، ۶۶، ۱۱۲
مدل آموزش دانشمند ـ درمانگر ۴۶، ۵۴
مدل بولدر. نگاه کنید به مدل آموزشی دانشمند ـ درمانگر
مدل SORC ۲۷۷، ۳۰۱
مدل آسیب‌پذیری روانی اجتماعی ۵۱۲-۵۱۱
مدل انسانی آسیب‌شناسی روانی ۱۷۲
مدل پنج عاملی (FFM) ۲۵۲، ۲۷۳
مدل تعاملی استرس ۵۳۰
مدل بیماری‌پذیری ـ استرس ۱۷۲
مدل دانشمند بالینی ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۱۱۲، ۴۴۳-۴۴۲
مدل رفتار سالم ۵۲۹
مدل روان‌پویشی از آسیب‌شناسی روانی ۱۷۲
مدل شناختی آسیب‌شناسی روانی ۱۷۳
مدل کنارآمدن ۵۲۱، ۵۲۹
مدل کارکردی ۵۳۴، ۵۵۶
مدل زیستی آسیب‌شناسی روانی ۱۷۱
مدل زیستی روانی اجتماعی ۵۰۴، ۵۲۹
مدل‌های آموزشی. همچنین نگاه کنید به تحصیل
برنامه حرفه‌ای ـ علمی ترکیبی ۶۶، ۱۱۲
دانشمند ـ درمانگر ۴۶، ۵۴، ۸۰، ۸۲، ۱۰۷، ۱۱۳، ۴۴۲-۴۴۱
علم بالینی ۵۱، ۵۳، ۸۵، ۱۱۲، ۴۴۳-۴۴۲
مدل‌های سبب‌شناسی آسیب‌شناسی روانی ۱۷۲
مدل یادگیری آسیب‌شناسی روانی ۱۷۲
مدیریت وابستگی ۴۲۷
مراحل روانی جنسی ۳۶۸-۳۶۷، ۳۸۷
مراکز بهداشت روان اجتماع‌نگر ۴۸۵
مرحله دهانی ۳۶۷، ۳۸۷
مرحله آلتی ۳۶۷، ۳۸۶
مراقبت بهداشتی رفتاری ۹۴. همچنین نگاه کنید به مراقبت مدیریت شده.
مرحله تناسلی ۳۶۸، ۳۸۷
مراقبت بهداشتی ۱۱۱، ۱۱۲. همچنین نگاه کنید به مراقبت مدیریت شده رفتاری ۹۵
مرحله نهفتگی ۳۶۸، ۳۸۷
مرحله مقعدی ۳۶۷، ۳۸۶
مراجعین ۴۰۰-۳۹۸. همچنین نگاه کنید به درمان مراجع‌محور، بیماران مراقبت مدیریت شده ۶۶، ۹۳، ۱۱۲. همچنین نگاه کنید به مراقبت سلامتی
درمان شناختی رفتاری و ۴۴۰
روان‌شناسی اجتماع‌نگر و ۴۰۰
روان‌شناسی سلامت و ۵۲۵

مسائل قانونی ۵۶۶، ۵۶۷. همچنین نگاه کنید به روان‌شناسی قانونی
مسائل جنسیتی ۱۰۷، ۱۹۰، ۳۴۳. همچنین نگاه کنید به سوگیری
ارزش‌های بالینی‌گران و ۱۹۰
در قضاوت بالینی ۴۵۴
درمانگران و ۳۴۶
در نظام‌های تشخیصی ۱۷۲
روان‌شناسی اجتماع‌نگر ۴۹۲
هوش و ۲۲۰
مسائل نژادپرستی ۳۴۴-۳۴۳. همچنین نگاه کنید به سوگیری
آزمون‌های IQ و ۲۱۰، ۲۲۰
در سنجش شخصیت ۲۷۱
در قضاوت بالینی ۲۱۴-۲۱۳
روان‌شناسی اجتماع‌نگر و ۴۹۲
مسائل طبقه اجتماعی ۳۴۴-۳۴۳. همچنین نگاه کنید به سوگیری
در قضاوت بالینی ۳۱۴-۳۱۳
روان‌شناسی اجتماع‌نگر و ۴۹۲
مسئله متغیر سوم ۱۲۵، ۱۲۸، ۱۴۶
مشاهده در مدرسه ۲۸۵-۲۸۴، ۳۰۱
مشاهده بیمارستانی ۲۸۴، ۳۰۰
مشاهده در خانه ۲۸۳، ۳۰۰
مشاهده ۱۲۳-۱۱۸، ۱۴۵، ۱۴۶
برای سنجش رفتاری ۳۰۲
روش‌های طبیعی ۲۸۳
متغیرهای مؤثر بر اعتبار ۲۸۹
متغیرهای مؤثر بر پایایی ۲۸۸
مشاهده رفتاری قیاسی ۲۸۶
مشاهده طبیعی ۱۱۹-۱۱۸، ۱۴۶
مشاهده نامنظم ۱۱۸-۱۱۷
مشورت ۴۹۸-۴۹۴، ۵۰۱
مشورت اجرایی. مشورت‌جو محور ۴۹۵، ۵۰۱
مشورت موردی. مراجع‌محور ۴۹۵، ۵۰۱
مشورت موردی. مشورت‌جو محور ۴۹۵، ۵۰۱
مشروبخواری کنترل‌شده ۵۱۹، ۵۲۹
مشاوره غیرمستقیم ۳۹۱
مشاهده کنترل شده ۱۲۰-۱۱۹، ۱۴۵، ۲۸۷-۲۸۵، ۳۰۰
مصاحبه در بحران ۲۰۳-۱۹۴، ۲۰۷
مصاحبه کامپیوتری ۱۸۴-۱۸۳، ۲۰۸
مصاحبه‌های بررسی حالت روانی ۱۹۴-۱۹۲، ۱۹۵، ۲۰۸
مصاحبه‌های شرح حال موردی ۱۹۲، ۱۹۴، ۲۰۷
مصاحبه‌های سنجشی ۱۷۹، ۲۰۷
ارتباط و ۱۸۸-۱۸۷
اعتبار ۲۰۶-۲۰۵
ارجاع و ۱۸۲-۱۸۱
بحران ۱۹۶-۱۹۵، ۲۰۸
پایایی ۲۰۵-۱۹۹
تشخیصی ۱۹۹-۱۹۶، ۲۰۸
تفاهم در ۱۸۶-۱۸۵، ۲۰۸
تمهیدات و ترتیبات فیزیکی ۱۸۵
چارچوب مرجع ۱۹۱، ۱۹۴، ۲۰۸
در برابر آزمون‌ها ۱۸۳
شرح حال مورد ۱۹۲، ۱۹۴، ۲۰۷
ضبط ۱۸۶-۱۸۵
فنون ۱۸۷-۱۸۴
مصاحبه رایانه‌ای ۱۸۴، ۲۰۷
معاینه وضعیت روانی ۱۹۴، ۱۹۵، ۲۰۸
هنر ۱۸۴-۱۸۳، ۲۰۶
مصاحبه‌ها. همچنین نگاه کنید به مصاحبه‌های سنجشی
رفتاری ۲۸۳-۲۷۹، ۲۹۸، ۵۱۱
مصاحبه‌های تشخیصی ۱۹۵، ۲۰۰، ۲۰۸
مصاحبه‌های رفتاری ۲۸۳-۲۷۹، ۳۰۰
مصاحبه اختلال شخصیت IV (PDI-IV) ۱۹۶
مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته. همچنین نگاه کنید به مصاحبه‌های سنجشی ۳۹، ۸۰، ۱۶۹، ۱۷۵، ۱۹۱، ۲۰۸
اعتبار ۲۰۷-۲۰۵
پایایی ۲۰۵-۲۰۴
مصاحبه ساختاریافته بالینی برای اختلالات محور یک (DSM-IV) (فیرست، اشپیتز، گیبسون) (SCID-IV) ۲۰۴-۲۰۰، ۲۰۶
مصاحبه ساختاریافته برای شخصیت DSM-IV (SID-IV) (پفول، بلوم، زایرمن) ۱۶۹
مصاحبه ساختاریافته برای الگوی پنج عاملی شخصیت ۱۹۶
مصاحبه‌های بدون ساختار ۱۹۱، ۲۰۸. همچنین نگاه کنید به مصاحبه‌های سنجشی
مطالعات هوش: مرور (بوچاردمک‌گو) ۲۲۱
مطالعه بالینی (گراب، وود، نوزورسکی، لیلنفیلد) ۳۱۱
مطالعه برهیستریا (فروید، بروئر) ۳۶۵
مطالعه دانشگاه تمپل ۳۵۵
معالجه از طریق صحبت‌کردن ۴۰۷
معیار درمان ۷۰

معیارهای اخلاقی روان‌شناسان و کد رفتار (انجمن روان‌شناسی امریکا) ۱۰۸
مغز. نگاه کنید به روان‌شناسی عصب‌نگر
پیامدها / نشانه‌های صدمه ۵۴۱-۵۴۰
رفتار و ۵۴۲-۵۴۱
سنجش عصب‌نگر ۵۴۳
صدمه ۵۳۹
کارکرد ۵۳۸
مداخله و توانبخشی ۵۴۹
مفهوم «سرزنش قربانی» ۴۹۳
مفهوم دوسرکور ۴۵۷، ۴۷۳
مقاومت ۳۶۹، ۳۷۱، ۳۸۸
مقتدرسازی ۴۹۱
مقیاس افکار و باورهای اجتماعی (STABS) ۲۹۶
مقیاس تجدیدنظرشده شخصیت NEO (NEO-PR-R) ۲۷۴، ۲۵۶-۲۵۲
مقیاس اضطراب بک (BAI) ۱۳۳، ۱۳۷
مقیاس افسردگی بک (BDI) ۱۳۷، ۳۹۴
مقیاس بینه - سیمون ۳۵
مقیاس‌های گیلفورد ۲۴۱
مقدمه‌ای بر شخصیت (فارس) ۱۲۷
مقیاس چندمحوری بالینی میلون ۳۷
مقیاس شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2, MMPI)
اعتبار ۲۵۰
تحلیل نیمرخ ۲۴۶
تفسیر محتوایی ۲۴۸
خرده‌مقیاس‌ها ۲۴۷-۲۴۶
معیارهای کلیدی تجربی برای ۲۴۱
نگرانی‌ها درباره ۲۵۲
ویژگی‌های شخصیتی و ۲۵۰-۲۴۹
مقیاس حافظه وکسلر III (WMS-III) ۵۳۸
مقیاس‌های هوش وکسلر ۴۶، ۲۲۵، ۲۳۹
WAIS-R-NI ۵۳۷
توضیحات خرده‌آزمون‌ها ۲۲۷-۲۲۶، ۲۲۸
مکان کنترل ۱۲۰، ۴۹۱
مکان‌یابی کارکرد ۵۵۶
مکانیزم‌های دفاعی ۳۶۹-۳۶۸، ۳۸۶
منحنی زنگوله‌ای (موری، هرینستاین) ۲۱۱، ۲۱۲
موارد مدنی ۵۷۰-۵۶۸
مورد آنا اُ ۳۶۵
مورد تاراسُن ۱۱۰، ۱۱۳، ۵۷۰
مورد سه‌چهره حوا (تیگین، کلکلی) ۱۱۹
مؤسسه‌های ملی سلامت (NIH) ۵۰، ۵۱، ۱۴۰، ۲۹۶
مورد هینکلی ۵۶۵
موعظه‌های اخلاقی در گشتالت‌درمانی ۴۰۶، ۴۱۴
مهارت‌های گوش‌دادن ۱۸۸

ناراحتی ذهن ۱۵۳، ۱۷۶
ناکارایی ۱۵۶، ۱۷۴
ناهشیار ۳۶۹، ۳۸۸
«نخبه شناختی» ۲۱۲
نرخ شیوع ۱۲۲، ۱۲۴، ۱۴۶، ۲۶۶
نرخ‌های پایه ۲۶۷. همچنین نگاه کنید به نرخ شیوع
نرخ همپودی. ۲۲۰، ۲۳۴
نسبیت IQ ۲۱۸
نسبیت فرهنگی ۱۵۴، ۱۷۵
نشانه‌های احشایی ۴۴۶
نظام کد رفتار تعاملی (IBC) ۲۸۶
نظام گدگذاری رفتاری (BCS) ۲۸۴، ۲۹۰
نظام‌های طبقه‌بندی ۱۷۲-۱۶۴. همچنین نگاه کنید به تشخیص اولیه ۱۶۲-۱۶۱
ارزش ۱۷۳
نظریه انگیزش حفاظت ۵۱۰، ۵۳۰
نظریه سه‌گانه هوش ۲۱۶، ۲۳۵
نظریه کتل ۲۱۶
نظریه نظام‌های عمومی ۴۵۸، ۴۷۳
نظریه وجودگرایانه ۷۰، ۴۱۵
نظریه هوش چندگانه ۲۳۵
نظریه یادگیری ۷۰
نظریه یادگیری اجتماعی ۴۳۰-۴۲۸
نقطه برش ۱۵۱، ۱۵۴، ۱۷۵
نمایش روانی ۴۵۱
نمایش‌های روان‌شناسی رادیویی ۱۰۹
نمرات شاخص ۲۲۸، ۲۳۴
نمونه‌ها ۲۷۶، ۳۰۱، ۳۰۴، ۳۲۷
نوجوانان. نگاه کنید به کودکان
برنامه‌های پیشگیری اولیه بهداشت روان برای ۴۸۰
نیمکره چپ ۵۳۸، ۵۵۷

نیمکره راست ۵۳۸،۵۵۷
نئوفرویدین‌ها ۳۷۵

واپس‌رانی ۳۶۹، ۳۸۸
واپس‌روی ۳۶۹، ۳۸۸
واحد تحلیل ۲۹۱-۲۹۰، ۳۰۱
واحد عملی بالینی ۴۷، ۵۳
واکنشگری ۲۹۱، ۳۰۱
وراثت
  چاقی و ۵۲۰
  رفتاری ۲۱۱، ۲۳۴
  هوش و ۲۲۰
وراثت رفتاری ۲۱۹، ۲۳۴
وراثت هوش ۲۲۳-۲۱۵
ویراست چهارم. مقیاس هوش وکسلر برای کودکان (WISC-IV) ۲۲۷، ۲۳۵
ویراست سوم. مقیاس هوش وکسلر برای بزرگسالان (WAIS-III) ۲۲۵، ۲۳۵

هالستید ریتان ۵۵۶
هراس‌ها ۱۲۰، ۴۳۱
هزینه پاسخ ۴۲۷، ۴۴۶
همبستگی‌ها ۳۰۵، ۳۲۷
همبستگی فریبنده ۲۶۶
همتاسازی ۱۴۶
هم‌توانی ۵۵۶، ۵۳۴
همجنس‌گرایی ۱۶۸-۱۶۷، ۲۶۷، ۳۲۰
همدلی ۳۴۷، ۳۹۲، ۳۹۸، ۴۱۴، ۴۱۳
همرنگی با هنجارها ۱۷۵
همسویی مشاهده‌گر ۲۹۰، ۳۰۱
همه‌گیرشناسی ۱۲۳-۱۲۰، ۱۴۵
هنجارهای اجتماعی ۱۵۴-۱۵۰
هنجارهایی برای آزمون‌گیری آموزشی و روان‌شناسی (انجمن روان‌شناسی امریکا) ۲۷۳
هنجاریابی
  آزمون‌های عینی در برابر فرافکن ۲۵۷
  مقیاس استنفورد - بینه ۲۲۴
  وکسلر کودکان IV ۲۳۱
  وکسلر بزرگسالان III ۲۲۹
هوش ۶۹، ۲۳۵. همچنین نگاه کنید به سنجش هوش، بهره هوش (IQ)
  پایایی و اعتبار آزمون‌گیری ۲۱۳
  تحولات جدیدتر در ۲۱۶
  تعاریف ۲۱۴، ۲۳۶-۲۳۴
  روان‌درمانی و ۳۴۸
  رویکردهای تحلیل عامل ۲۱۵
  سنجش بالینی ۲۳۳-۲۲۵
  طبقه‌بندی گیلفورد ۲۱۶
  نظریه کتل ۲۱۶
هیپنوتیزم ۳۶۵
هیجان‌ها ۳۴۶، ۴۰۹
هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای امریکا ۱۱۲

یادگیری اجتماعی و روان‌شناسی بالینی (راتر) ۴۶، ۴۱۷

منابع

Abeles, N. (1990). Rediscovering psychological assessment. *Clinical Psychologist, 10*, 3–4.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ackerman, N. W. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Ackerman, N. W. (1960). Family focused therapy of schizophrenia. In S. Scher & H. Davis (Eds.), *The outpatient treatment of schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.

Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immuno-suppression. *Psychosomatic Medicine, 37*, 333–340.

Adler, A. (1930). *Guiding the child on the principles of individual psychology*. New York: Greenberg.

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. R., & Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*, 341–382.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Heidelberg, Germany: Springer.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.

Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry, 8*, 131–139.

Albee, G. W. (1959). *Mental health manpower trends*. New York: Basic Books.

Albee, G. W. (1968). Conceptual models and manpower requirements in psychology. *American Psychologist, 23*, 317–320.

Albee, G. W. (1969). Emerging concepts of mental illness and models of treatment: The psychological points of view. *American Journal of Psychiatry, 125*, 870–876.

Albee, G. W. (1970). The uncertain future of psychology. *American Psychologist, 25*, 1071–1080.

Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist, 37*, 1043–1050.

Albee, G. W. (1986). Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. *American Psychologist, 41*, 891–898.

Albee, G. W. (2002). Just say no to psychotropic drugs! *Journal of Clinical Psychology, 58*, 635–648.

Aldelda, N., & Joel, D. (2011). Animal models of obsessive compulsive disorder: Exploring pharmacology and neural substrates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews,*

Alden, L. E. (1988). Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of

secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 280–286.

Alderfer, C. P. (2003). The science and non-science of psychologists' responses to *The Bell Curve*. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 287–293.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.

Allen, F. H. (1934). Therapeutic work with children. *American Journal of Orthopsychiatry, 4*, 193–202.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

American Board of Forensic Psychology (2006). *ABFP brochure*. Retrieved September 1, 2011 from http://www.abfp.com.brochure.asp.

American Group Psychotherapy Association. Committee on History. (1971). A brief history of the American Group Psychotherapy Association, 1943–1968. *International Journal of Group Psychotherapy, 21*, 406–435.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision) *(DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*, 1060–1073.

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*, 377–402.

American Psychological Association. (2006). *Women in the American Psychological Association: 2006*. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist, 62*, 949–979.

American Psychological Association. (2009). *Policies and procedures for the designation of postdoctoral education and training programs in psychopharmacology in preparation for prescriptive authority*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1953). *Ethical standards of psychologists*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1954). *Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1966). *Standards for educational and psychological tests and manuals*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1973). *Ethical principles in the conduct of research with human participants*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1981). Ethical principles of psychologists. *American Psychologist, 36*, 633–638.

American Psychological Association. (1982). *Ethical principles in the conduct of research with human subjects*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychological tests*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1987a). *Casebook on ethical principles of psychologists* (Rev. ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1987b). Model act for state licensure of psychologists. *American Psychologist, 42*, 696–703.

American Psychological Association. (1990). Ethical principles of psychologists (amended June 2, 1990). *American Psychologist, 45*, 390–395.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47*, 1597–1611.

American Psychological Association. (1994). Guidelines for child custody evaluations in divorce proceedings. *American Psychologist, 49*, 677–680.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*, 1060–1073.

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.

Anderson, H. H., & Anderson, G. L. (Eds.). (1951). *An introduction to projective techniques*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Anderson, R. M., Jr. (1994). *Practitioner's guide to clinical neuropsychology*. New York: Plenum Press.

Anestis, M. D., Anestis, J. C., & Lilienfeld, S. O. (2011). When it comes to evaluating psychodynamic therapy, the devil is in the details. *American Psychologist, 66*, 149–151.

APA Presidential Task Force on Evidence-based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285.

Appelbaum, S. A. (1970). Science and persuasion in the psychological test report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 349–355.

Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. (2002). A comparison of MMPI-2 validity in African American and Caucasian psychiatric inpatients. *Psychological Assessment, 14*, 3–15.

Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1997). MMPI-A and Rorschach indices related to depression and conduct disorder: An evaluation of the incremental validity hypothesis. *Journal of Personality Assessment, 69*, 517–533.

Armstrong, T., Sarawgi, S., & Olatunji, B., O. (2011). Attentional bias toward threat in contamination fear: Overt components and behavioral correlates. *Journal of Abnormal* Psychology, in print.

Arnhoff, F. N. (1968). Realities and mental health manpower. *Mental Hygiene, 52*, 181–189.

Arvey, R. D., et al. (1994, December 13). Mainstream science on intelligence. *The Wall Street Journal*, p. A18.

Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging, 22*, 8–17.

Baer, L., Jacobs, D. G., Cukor, P., O'Laughlen, J., Coyle, J. T., & Magruder, K. M. (1995). Automated telephone screening survey for depression. *Journal of the American Medical Association, 273*, 1943–1944.

Baer, R. A., & Miller, J. (2002). Under-reporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment, 14*, 16–26.

Baer, R., Wetter, M., & Berry, T. (1992). Detection of under-reporting of psychopathology on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 12*, 509–525.

Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest, 9*, 67–103.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

Bandura, A. (1974). Behavior theories and models of man. *American Psychologist, 29*, 859–869.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215.

Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist, 33*, 344–358.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1989). Human agency in cognitive theory. *American Psychologist, 44*, 1175–1184.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1–26.

Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 125–139.

Bandura, A., Jeffrey, R. W., & Wright, C. L. (1974). Efficacy of participant modeling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 56–64.

Banks, W. M. (1972). The differential effects of race and social class in helping. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 90–92.

Barker, R. G., & Wright, H. F. (1951). *One boy's day*. New York: Harper & Row.

Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 147–155.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*, 869–878.

Barlow, D. H. (2004). Psychotherapy and psychological treatments: The future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 216–220.

Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic.* New York: Guilford Press.

Barnett, W. S. (1995). Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Long-term outcomes of early childhood programs* (Vol. 5, No. 3, pp. 25–50). Los Altos, CA: The Center for the Future of Children.

Barron, F. (1953). Some test correlates of response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 17*, 235–241.

Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment, 64*, 279–294.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*, 251–264.

Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53–88.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York: Raven Press.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*, 368–375.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 194–198.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Epstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893–897.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses: II. A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry, 119*, 351–357.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford Press.

Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 631–663). New York: Wiley.

Bell, J. E. (1961). *Family group therapy* (no. 64). Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Belter, R. W., & Piotrowski, C. (2001). Current status of doctoral-level training in psychological testing. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 717–726.

Ben-Porath, Y. S., & Waller, N. G. (1992). "Normal" personality inventories in clinical assessment: General requirements and the potential for using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4*, 14–19.

Benton, A. L. (1963). *The revised visual retention test* (3rd ed.). New York: Psychological Corporation.

Benton, A. L. (1974). *Revised visual retention test* (4th ed.). New York: Psychological Corporation.

Benton, A. L., Hamsher, K., Varney, N., & Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment.* New York: Oxford University Press.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

Bergin, A. E., & Suinn, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behavior therapy. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Berman, J. S., & Norton, N. L. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98*, 401–407.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.

Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press.

Berry, D., Baer, R., & Harris, M. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 11*, 585–598.

Berry, D., Wetter, M., Baer, R., Larsen, L., Clark, C., & Monroe, K. (1992). MMPI-2 random responding indices: Validation using a self-report methodology. *Psychological Assessment, 4*, 340–345.

Beutler, L. E. (1990). Introduction to the special series on advances in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 263–264.

Beutler, L. E. (1995). Integrating and communicating findings. In L. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 25–64). New York: Guilford Press.

Beutler, L. E., & Fisher, D. (1994). Combined specialty training in counseling, clinical, and school psychology: An idea whose time has come. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 62–69.

Beutler, L. E., Givner, A., Mowder, B. A., Fisher, D., & Reeve, R. E. (2004). A history of combined-integrated doctoral training in psychology. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 911–927.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229–269). New York: Wiley.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York: Wiley.

Bhugra, D., Easter, A., Mallaris, Y., & Gupta, S. (2011). Clinical decision making in psychiatry by psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica, in press*.

Bickel, W. K., Marsch, L. A., Buchhalter, A. R., & Badger, G. J. (2008). Computerized behavior therapy for opioid-dependent outpatients: A randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 16*, 132–143.

Biglan, A., & Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 169–196.

Binet, A., & Henri, V. (1896). Psychologie individuelle. *Annee Psychologie, 3*, 296–332.

Binswanger, L. (1958). The existential school of thought. In R. May, E. Angel, & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence*. New York: Basic Books.

Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.

Bjornsson, A. S. (2011). Beyond the "psychological placebo": Specifying the nonspecific in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*, 113–118.

Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1985). *Management of chronic headaches: A psychological approach*. New York: Pergamon Press.

Blanck, G., & Blanck, R. (1974). *Ego psychology: Theory and practice*. New York: Columbia University Press.

Blashfield, R. K., & Draguns, J. G. (1976). Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 140–150.

Blau, T. H. (1998). *The psychologist as expert witness* (2nd ed.). New York: Wiley.

Bloom, B. L. (1968). The evaluation of primary prevention programs. In L. M. Roberts, N. S. Greenfield, & M. H. Miller (Eds.), *Comprehensive mental health: The challenge of evaluation*. Madison: University of Wisconsin Press.

Bloom, B. L. (1972). Mental health program evaluation. In S. E. Golann & C. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of community mental health*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Bloom, B. L. (1973). *Community mental health: A historical and critical analysis*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Blouin, A. G. (1991). *Computerized Diagnostic Interview Schedule (Revised) DSM-III-R. Version 2.0* [Computer software]. Ontario, Canada: C-DIS Management Group.

Blouin, A. G., Perez, E. L., & Blouin, J. H. (1988). Computerized administration of the Diagnostic

Interview Schedule. *Psychiatry Research, 23*, 335–344.

Boake, C. (2008). Clinical neuropsychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 234–239.

Bobbitt, B. L. (2006). The importance of professional psychology: A view from managed care. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 590–597.

Bobbitt, B. L., Marques, C. C., & Trout, D. L. (1998). Managed behavioral health care: Current status, recent trends, and the role of psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 53–66.

Bondi, M. W., Jak, A. J., Delano-Wood, L., Jacobson, M. W., Delis, D. C., & Salmon, D. P. (2008). Neuropsychological contributions to the early identification of Alzheimer's disease. *Neuropsychology Review, 18*, 73–90.

Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Dasein analysis*. New York: Basic Books.

Bouchard, T. J., Jr., & McGue, M. (1981). Familial studies of intelligence: A review. *Science, 212*, 1055–1059.

Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. In D. D. Jackson (Ed.), *Etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books.

Bowen, M. (1971). The use of family therapy in clinical practice. In J. Haley (Ed.), *Changing families*. New York: Grune & Stratton.

Brannon, L., & Feist, J. (2010). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Breuer, J., & Freud, S. (1955). *Studies on hysteria: Standard edition* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Original work published 1895)

Brewer, N., & Wells, G. L. (2011). Eyewitness identification. *Current Directions in Psychological Science, 20*, 24–27.

Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Erlbaum.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M., & Miller, J. R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current Psychology, 28*, 85–97.

Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, F., Rosenkrantz, P., & Vogel, S. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*, 1–7.

Brown, D., & Schulte, A. C. (1987). A social learning model of consultation. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 283–287.

Brown, L. S. (1990). Taking account of gender in the clinical assessment interview. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 12–17.

Bruchmüller, K., Magraf, J., Suppiger, A., & Schneider, S. (2011). Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimations of patient acceptance. *Behavior Therapy, 40*,

Bruehl, S. (1994). A case of borderline personality disorder. In P. T. Costa, Jr., & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 189–198). Washington, DC: American Psychological Association.

Brunink, S. A., & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, Gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 567–574.

Brunswik, E. (1947). *Systematic and representative design of psychological experiments with results in physical and social perception*. Berkeley: University of California Press.

Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 148–154.

Buckhout, R. (1975). Nearly 2000 witnesses can be wrong. *Social Action and the Law, 2*, 7.

Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.

Budman, S. H., Cooley, S., Demby, A., Koppenaal, G., Koslof, J., & Powers, T. (1996). A model of time-effective group psychotherapy for patients with personality disorders: The clinical model. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*, 329–355.

Bugental, J. F. T. (1964). The person who is the psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 272–277.

Bugental, J. F. T. (1965). *The search for authenticity*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bugental, J. F. T. (1978). *Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Buhler, C. (1971). Basic theoretical concepts of humanistic psychology. *American Psychologist, 26*, 378–386.

Buhler, C., & Allen, M. (1971). *Introduction to humanistic psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 647–696). New York: Wiley.

Burns, D. D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: HarperCollins.

Butcher, J. N. (1971). *Objective personality assessment*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Butcher, J. N. (1990). *MMPI-2 in psychological treatment*. New York: Oxford University Press.

Butcher, J. N. (1995c). Interpretation of the MMPI-2. In L. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 206–239). New York: Guilford Press.

Butcher, J. N. (2010). Personality assessment from nineteenth to the early twenty-first century: Past achievements and contemporary challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 1–20.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Manual for the administration, scoring, and interpretation, revised edition*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., et al. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent (MMPI-A): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butler, A. C., & Beck, A. T. (1996). Cognitive therapy for depression. *Clinical Psychologist, 49*, 6–7.

Cacioppo, J., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (2007). *Handbook of psychophysiology* (3rd ed.). New York: Cambridge University Press.

Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P. A., & Rehm, L. P. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 151–162.

Camara, W. J., & Merenda, P. R. (2000) Using personality tests in pre-employment screening: Issues raised in *Soroka v. Dayton Hudson Corporation*. *Psychology, Public Policy, and Law, 6*, 1164–1186.

Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 141–154.

Canli, T. (2006). *Biology of personality and individual differences*. New York: Guilford.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. New York: Basic Books.

Caplan, G. (Ed.). (1961). *Prevention of mental disorders in children*. New York: Basic Books.

Caplan, N., & Nelson, S. D. (1973). On being useful: The nature and consequences of psychological research on social problems. *American Psychologist, 28*, 199–211.

Caplan, R. D., Vinokur, A. D., & Price, R. H. (1997). From job loss to reemployment: Field experiments in prevention-focused coping. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 341–379). Thousand Oaks, CA: Sage.

Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. A. (1997). *Family therapy: Ensuring treatment efficacy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 31*, 3–45.

Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy, 31*, 46–74.

Carr, M. A., Sweet, J. J., & Rossini, E. (1986). Diagnostic validity of the Luria-Nebraska Neuropsychological Test Battery–Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 354–358.

Cartwright, D. S. (1956). Note on "Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy." *Journal of Consulting Psychology, 20*, 403–404.

Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin.

Cattell, R. B. (1987). *Intelligence: Its structure, growth and action*. Amsterdam: North-Holland.

Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports, 20*, 459–468.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.

Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3–16.

Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090–1097.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C, Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope. K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist, 49*, 5–18.

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1967). Genesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 193–204.

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1969). Illusory correlation as an obstacle to the use of valid psychodiagnostic signs. *Journal of Abnormal Psychology, 74*, 271–280.

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1985). Psychosis proneness. In M. Alpert (Ed.), *Controversies in schizophrenia* (pp. 157–174). New York: Guilford Press.

Chen, J., & Gardner, H. (2005). Assessment based on multiple-intelligences theory. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 77–102). New York: Guilford Press.

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., & Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18* (2), 154–172. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x

Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy? The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science, 5*, 8–14.

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized instruments in psychology. *Psychological Assessment, 6*, 284–290.

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment, 7*, 309–319.

Clarke, G., Lynch, F., Spofford, M., & DeBar, L. (2006). Trends influencing future delivery of mental health services in large healthcare systems. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 287–292.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 194–226). New York: Wiley.

Cleckley, H. (1964). The mask of sanity (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.

Clough, B. A., & Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to enhance current psychotherapy practices: A review. Clinical Psychology Review, *31*, 279–292.

Coates, T. J., & Thoresen, C. E. (1981). Treating obesity in children and adolescents: Is there any hope? In J. M. Ferguson & C. B. Taylor (Eds.), *The comprehensive handbook of behavioral medicine* (Vol. 2). New York: Spectrum.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37–46.

Colby, K. M. (1951). *A primer for psychotherapists*. New York: Ronald Press.

Comas-Diaz, L. (2006). The present and future of clinical psychology in private practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 273–277.

Conte, H. R. (1986). Multivariate assessment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 149–157.

Corbishley, M. A., & Yost, E. B. (1995). Integrative assessment: A workbook. In L. E. Beutler & M. R. Berren (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 320–402). New York: Guilford Press.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*, 614–625.

Corsini, R. J. (1957). *Methods of group psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 853–863.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4*, 362–371.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality.* Washington, DC: American Psychological Association.

Costanzo, M. (2004). *Psychology applied to law*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1129–1136.

Cowen, E. L. (1967). An overview and directions for future work. In E. L. Cowen, E. A. Gardner, & M. Zax (Eds.), *Emergent approaches to mental health problems*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Cowen, E. L. (1973). Social and community intervention. In P. H. Mussen & M. R. Rosenzweig (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Cowen, E. L. (1978). Some problems in community program evaluation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 792–805.

Cowen, E. L. (1982). Help is where you find it: Four informal helping groups. *American Psychologist, 37*, 385–395.

Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 11–30). New York: Pergamon Press.

Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist, 46*, 404–408.

Cowen, E. L., Hightower, A. D., Johnson, D. B., Sarno, M., & Weissberg, R. P. (1989). State-level dissemination of a program for early detection and prevention of school maladjustment. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*, 309–314.

Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 85–99.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 149*, 151–158.

Cronbach, L. J. (1946). Response sets and test validity. *Educational and Psychological Measurement, 6*, 475–494.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52*, 281–302.

Crozier, S., & Tincani, M. (2007). Effects of Social Stories on prosocial behavior of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 1803–1814.

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression. *American Journal of Psychiatry, 168*, 581–592.

Cummings, N. A. (2006). Psychology, the stalwart profession, faces new challenges and opportunities. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 598–605.

Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1972). *An MMPI handbook: Vol. 1. Clinical interpretation* (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Vol. 2. Research developments and applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative

framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*, 88–99.

Davison, G. C., & Lazarus, A. A. (1995). The dialectics of science and practice. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 95–120). Reno, NV: Context Press.

Davison, G. C., & Neale, J. M. (1998). *Abnormal psychology* (7th ed.). New York: Wiley.

Davison, G. C., & Wilson, G. T. (1973). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Cognitive and social reinforcement factors in humans. *Behavior Therapy, 4*, 1–21.

Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York: Wiley.

Davison, G. C., Robins, C., & Johnson, M. K. (1983). Articulated thoughts during simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17–40.

Dawes, R. M. (1979). The robust beauty of improper linear models in decision making. *American Psychologist, 34*, 571–582.

Dawes, R. M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: Free Press.

Dawes, R. M. (1999). Two methods for studying the incremental validity of a Rorschach variable. *Psychological Assessment, 11*, 297–302.

Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science, 243*, 1668–1674.

Deary, I. J., Penke, L., & Johnson, W. (2010). The neuroscience of human intelligence differences. *Nature Reviews Neuroscience, 11*, 201–211.

deCharms, R., Levy, J., & Wertheimer, M. (1954). A note on attempted evaluations of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 10*, 233–235.

DeLeon, P. H. (1988). Public policy and public service: Our professional duty. *American Psychologist, 43*, 309–315.

DeLeon, P. H., & Wiggins, J. G. (1996). Prescription privileges for psychologists. *American Psychologist, 51*, 225–229.

DeLeon, P. H., Frank, R. G., & Wedding, D. (1995). Health policy and public policy: The political process. *Health Psychology, 14*, 493–499.

DeMatteo, D., Marczyk, G., Krauss, D. A., & Burl, J. (2009). Educational and training models in forensic psychology. *Training and Education in Professional Psychology, 3*, 184–191.

DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37–52.

Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology, 41*, 417–470.

DiLillo, D., DeGue, S., Cohen, L. M., & Morgan, R. D. (2006). The path to licensure for academic psychologists: How tough is the road? *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 567–586.

DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press.

Dorken, H. (1975). Private professional sector innovations in higher education: The California School of Professional Psychology. *Journal of Community Psychology, 3*, 15–21.

Duffy, K. G., & Wong, F. Y. (1996). *Community psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Durham v. United States, 214 F.2d 862 (D.D. Cir. 1954).

Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin, 86*, 80–92.

Durlak, J. A. (1981). Evaluating comparative studies of paraprofessional and professional helpers: A reply to Nietzel and Fisher. *Psychological Bulletin, 89*, 566–569.

Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*, 115–152.

Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960).

Eby, M. D., Chin, J. L., Rollock, D., Schwartz, J. P., & Worrell, F. C. (2011). Professional psychology training in the era of a thousand flowers: Dilemmas and challenges for the future. *Training and Education in Professional Psychology, 5*, 57–68.

Elliott, R., & Freire, E. (2010). The effectiveness of Person-Centred/Experiential therapies: A review of the meta-analyses. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centred and Experiential Therapies work: A review of the research on counseling*.

psychotherapy and related practices (pp. 1–15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*, 43–49.

Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493–539). New York: Wiley.

Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1977). A basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.

Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 103–112.

Emmelkamp, P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 379–427). New York: Wiley.

Emmelkamp, P. M. G. (2004). Behavior therapy with adults. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior Change* (5th ed., pp. 393–446). New York: Wiley.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129–136.

English, H. B., & English, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms*. New York: Longmans, Green.

Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology, 13*, 373–383.

Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (Eds.). (1988). *Cognitive behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 4*, 56–121.

Evans, R. I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine, 5*, 122–127.

Exner, J. E., Jr. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system*. New York: Wiley.

Exner, J. E., Jr. (1983). Rorschach assessment. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed.). New York: Wiley-Interscience.

Exner, J. E., Jr. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Interpretation* (2nd ed.). New York: Wiley.

Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.

Exner, J. E., Jr. (1995). Why use personality tests? A brief historical view. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (pp. 10–18). New York: Oxford University Press.

Exner, J. E., Jr., & Exner, D. E. (1972). How clinicians use the Rorschach. *Journal of Personality Assessment, 36*, 402–408.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324.

Eysenck, H. J. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry, 1*, 99–142.

Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Pawlik, K., & Perrez, M. (2007). Ambulatory Assessment—Monitoring behavior in daily life settings. *European Journal of Psychological Assessment, 23*, 206–213.

Faigman, D. L., & Monahan, J. (2005). Psychological evidence at the dawn of the law's scientific age. *Annual Review of Psychology, 56*, 631–659.

Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Maynard, H., & Cressler, D. L. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine-Atherton.

Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy, 48*, 58–64.

Faris, R., & Dunham, H. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.

Farrell, A. D., Complair, P. S., & McCullough, L. (1987). Identification of target complaints by computer interview: Evaluation of the computerized

assessment system for psychotherapy evaluation and research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 691–700.

Faust, D. (1986). Research on human judgment and its application to clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*, 420–430.

Faust, D., Grimm, P. W., Ahern, D. C., & Sokolik, M. (2010). The admissibility of behavioral science evidence in the courtroom: The translation of legal to scientific concepts and back. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 49–77.

Felner, R. D., DuBois, D., & Adan, A. (1991). Community-based intervention and prevention: Conceptual underpinnings and progress towards a science of community intervention and evaluation. In C. E. Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations* (pp. 459–510). New York: Plenum Press.

Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N., & Farber, S. S. (Eds.). (1983). *Preventive psychology: Theory, research, and practice*. New York: Pergamon Press.

Finch, A. J., Jr., Simon, N. P., & Nezu, C. M. (2006). The future of clinical psychology: Board certification. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 254–257.

Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment, 4*, 278–287.

First, M. B. (1994). Computer-assisted assessment of *DSM-III-R* diagnoses. *Psychiatric Annals, 24*(1), 25–29.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 363–389.

Fitzgerald, B. J. (1958). Some relationships among projective tests, interview, and sociometric measures of dependent behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 56*, 199–204.

Flanagan, D. P., & Harrison, P. L. (2005). *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment, 7*, 286–299.

Flynn, J. R. (1984). The mean IQ of Americans: Massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin, 95*, 29–51.

Flynn, J. R., & Weiss, L. G. (2007). American IQ gains from 1932 to 2002: The WISC subtests and educational progress. *International Journal of Testing, 7*, 209–224.

Foa, E. B. (1996). The efficacy of behavioral therapy with obsessive-compulsives. *Clinical Psychologist, 49*, 19–22.

Follette, W. C., & Hayes, S. C. (1992). Behavioral assessment in the *DSM* era. *Behavioral Assessment, 14*, 293–295.

Foxcroft D. R., & Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD009113. DOI:10.1002/14651858.CD009113.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series: Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology, 8*, 389–413.

Frankl, V. E. (1953). Logos and existence in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 7*, 8–15.

Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy, 14*, 520–535.

Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning* (Rev. ed.). New York: Washington Square Press.

Frankl, V. E. (1965). *The doctor and the soul* (2nd ed.). New York: Knopf.

Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Washington Square Press.

Freud, A. (1946a). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press. (Original work published 1936)

Freud, S. (1938). *The basic writings of Sigmund Freud*. New York: Modern Library.

Freud, S. (1953a). Fragments of an analysis of a case of hysteria. In *Standard edition* (Vol. 7). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)

Freud, S. (1953b). *The interpretation of dreams*. In *Standard edition* (Vols. 4 and 5). London: Hogarth Press. (Original work published 1900)

Freud, S. (1955). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Standard edition* (Vol. 10). London: Hogarth Press. (Original work published 1909)

Freud, S. (1959). The question of lay analysis. In *Standard edition* (Vol. 20). London: Hogarth Press. (Original work published 1926)

Freud, S. (1960). Psychopathology of everyday life. In *Standard edition* (Vol. 6). London: Hogarth Press. (Original work published 1901)

Freud, S. (1966). The dynamics of transference. In *Standard edition* (Vol. 12). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)

Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist, 42*, 539–555.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Friedman, R., Sobel, D., Myers, P., Caudill, M., & Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology, 14*, 509–518.

Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. S. (1991). Marital and family therapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 643–666). New York: Pergamon Press.

Galton, F. (1879). Psychometric experiments. *Brain, 2*, 149–162.

Garb, H. N. (1984). The incremental validity of information used in personality assessment. *Clinical Psychology Review, 4*, 641–655.

Garb, H. N. (1988). Comment on "The study of clinical judgment: An ecological approach." *Clinical Psychology Review, 8*, 441–444.

Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin, 105*, 387–396.

Garb, H. N. (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 99–120.

Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Garb, H. N. (2000). Computers will become increasingly important for psychological assessment: Not that there's anything wrong with that. *Psychological Assessment, 12*, 31–39.

Garb, H. N. (2003). Incremental validity and the assessment of psychopathology in adults. *Psychological Assessment, 15*, 508–520.

Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 67–89.

Garb, H. N., Florio, C. M., & Grove, W. M. (1998). The validity of the Rorschach and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Results from meta-analyses. *Psychological Science, 9*, 402–404.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190–228). New York: Wiley.

Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*, 218–229.

Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist, 31*, 1–9.

Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behavior Research and Therapy, 3*, 45–53.

Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 6*, 4–15.

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (2nd ed.). New York: Bantam Books.

Gendlin, E. T. (1988). Carl Rogers (1902–1987). *American Psychologist, 43*, 127–128.

Gesten, E. L., & Jason, L. A. (1987). Social and community interventions. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., & Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 93–108.

Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gleitman, H. (1981). *Psychology*. New York: Norton.

Goldberg, L. R. (1965). Diagnosticians versus diagnostic signs: The diagnosis of psychosis versus neurosis from the MMPI. *Psychological Monographs, 79*(9, Whole No. 602).

Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist, 48*, 26–34.

Golden, C. J. (1981). *Diagnosis and rehabilitation in clinical neuropsychology*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Golden, C. J. (1984). Neuropsychology. In R. J. Corsini (Ed.). *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley-Interscience.

Golden, C. J., & Kuperman, S. K. (1980). Graduate training in clinical neuropsychology. *Professional Psychology, 11*, 55–63.

Golden, C. J., Hammeke, T. A., & Purisch, A. O. (1978). Diagnostic validity of a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1258–1265.

Golden, C. J., Purisch, A. O., & Hammeke, T. A. (1985). *Luria-Nebaraska Neuropsychological Battery: Forms I and II manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Golden, C. J., Purisch, A. O., & Hammeke, T. A. (1985). *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: Forms I and II manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Golden, C. J., Zillmer, E., & Spiers, M. (1992). *Neuropsychological assessment and intervention*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Golden, M. (1964). Some effects of combining psychological tests on clinical inferences. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 440–446.

Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 228–234.

Goldfried, M. R. (1976). Behavioral assessment. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. pp. 81–107, New York: Wiley-Interscience.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy: Expanded edition*. New York: Wiley.

Golding, S. L., & Rorer, L. G. (1972). Illusory correlation and subjective judgment. *Journal of Abnormal Psychology, 80*, 249–260.

Goldman, R., Greenberg, L. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*, 537–549.

Goldstein, A. P., Heller, K., & Sechrest, L. B. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.

Goldstein, G. (1997). Neuropsychological assessment of adults. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 63–81). New York: Plenum Press.

Goldstein, G., & Shelly, C. (1984). Discriminative validity of various intelligence and neuropsychological tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 383–389.

Goldstein, K., & Scheerer, M. (1941). Abstract and concrete behavior. *Psychological Monographs, 53*(2).

Gomby, D. S., Larner, M. B., Stevenson, C. S., Lewit, E. M., & Behrman, R. E. (1995). Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Long-term outcomes of early childhood programs* (Vol. 5, No. 3, pp. 6–24). Los Altos, CA: Center for the Future of Children.

Gonzalez, A., Barinas, J., & O'Cleirigh, C. (2011). Substance use: Impact on adherence and HIV medical treatment. *Current HIV/AIDS Reports, 8*, 223–234.

Good, G. E., Gilbert, L. A., & Scher, M. (1990). Gender aware therapy: A synthesis of feminist therapy and knowledge about gender. *Journal of Counseling and Development, 68*, 376–380.

Goodheart, C. D. (2010). Economics and psychology practice: What we need to know and why. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 189–195.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98*, 107–109.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20–26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors, 7*, 47–55.

Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.

Gould, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. New York: Norton.

Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus, 8*, 32–42.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (2003). Humanistic-experiential psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 301–325). New York: Wiley.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2007). Emotion-focused therapy: An overview. *European Psychotherapy, 7*, 19–39.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.

Greene, E., & Heilbrun, K. (2011). *Wrightsman's psychology and the legal system* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage.

Greene, E., & Loftus, E. F. (1981). *When crimes are joined at trial: Institutionalized prejudice*. Paper presented at American Psychology-Law Society, Boston.

Greist, J. H. (1998). The computer as clinician assistant: Assessment made simple. *Psychiatric Services, 49*(4), 467–468, 472.

Greist, J. H., Klein, M. H., Erdman, H. P., Bires, J. K., Bass, S. M., Machtinger, P. E., & Kresge, D. G. (1987). Comparison of computer- and interview-administered versions of the Diagnostic Interview Schedule. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 1304–1311.

Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 12*, 19–30.

Guilford, J. P. (1959). *Personality*. New York: McGraw-Hill.

Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.

Gurin, G., & Gurin, P. (1970). Expectancy theory in the study of poverty. *Journal of Social Issues, 26*, 83–104.

Gutheil, T. G. (1998). *The psychiatrist as expert witness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gutheil, T. G. (2004). The expert witness. In R. I. Simon & L. H. Gold (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry* (pp. 75–89). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gynther, M. D. (1972). White norms and Black MMPIs: A prescription for discrimination. *Psychological Bulletin, 78*, 386–402.

Gynther, M. D., & Green, S. B. (1980). Accuracy may make a difference, but does a difference make for accuracy? A response to Pritchard and Rosenblatt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 268–272.

Gynther, M. D., & Gynther, R. A. (1976). Personality inventories. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley-Interscience.

Haley, J. (1971). *Changing families: A family therapy reader*. New York: Grune & Stratton.

Hall, G. C. N., & Malony, H. N. (1983). Cultural control in psychotherapy with minority clients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20*, 131–142.

Halstead, W. C. (1947). *Brain and intelligence*. Chicago: University of Chicago Press.

Handelsman, M. M. (1990). Do written consent forms influence clients' impressions of therapists? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 451–454.

Handelsman, M. M., & Galvin, M. D. (1988). Facilitating informed consent for outpatient psychotherapy: A suggested written format. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 223–225.

Harris, G. (2011). Talk doesn't pay, so instead psychiatry turns to drug thereapy. *New York Times*, March 6, A1.

Harrison, R. (1965). Thematic apperceptive methods. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of dinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

Hartlage, L. C. (1987). Neuropsychology: Definition and history. In L. C. Hartlage, M. J. Asken, & J. L. Homshy (Eds.), *Essentials of neuropsychological assessment*. New York: Springer.

Hartmann, H. (1939). Psychoanalysis and the concept of health. *International Journal of Psychoanalysis, 20*, 308–321.

Hathaway, S. R. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin, 95*, 534–541.

Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1992). *Communities that care*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hayden, L. C., Schiller, M., Dickstein, S., Seifer, R., Sameroff, S., Miller, I., & ... Rasmussen, S. (1998). Levels of family assessment: I. Family, marital, and parent–child interaction. *Journal of Family Psychology, 12*(1), 7–22. doi:10.1037/0893-3200.12.1.7

Hayes, S. C., & Heiby, E. (1996). Psychology's drug problem: Do we need a fix or should we just say no? *American Psychologist, 51*, 198–206.

Hayes, S. C., Nelson, R. O., & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist, 42*, 963–974.

Haynes, S. N. (1998). The changing nature of behavioral assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed.). (pp. 1–21). Boston: Allyn & Bacon.

Haynes, S. N. (2001). Introduction to special section on clinical applications of analogue behavioral observation. *Psychological Assessment, 13*, 3–4.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649–668.

Haynes, S. N., & Yoshioka, D. T. (2007). Clinical assessment applications of ambulatory biosensors. *Psychological Assessment, 19*, 44–57.

Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment, 7*, 238–247.

Heaton, R. K. (1981). *A manual for the card sorting test*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Heaton, R. K., Baade, L. E., & Johnson, K. L. (1978). Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults. *Psychological Bulletin, 85*, 141–162.

Heffer, T. B., Hess, M., Welch, V., Jr., & Williams, K. (2007). *Doctoral recipients from United States universities: Summary report 2006*. Chicago: National Opinion Research Center.

Heiby, E. M. (2002). Concluding remarks on the debate about prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 709–722.

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

Heller, K. (1990). Social and community intervention. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Heller, K., & Monahan, J. (1977). *Psychology and community change*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Heller, K., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S., & Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change: Challenges of the future*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Helmes, E., & Reddon, J. R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin, 113*, 453–471.

Hendershot, C. S., Stoner, S. A., Pantalone, D. W., & Simoni, J. M. (2009). Alcohol use and antiretroviral adherence: Review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 52*, 180–202.

Henderson, D., & Gillespie, R. D. (1950). *A text-book of psychiatry for students and practitioners* (7th ed.). Oxford, England: Oxford University Press.

Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford.

Henggler, S. W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of multisystemic therapy programs. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 351–381.

Henry, B., Moffitt, T. E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P. A. (1994). On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment, 6*, 92–101.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 467–508). New York: Wiley.

Herrnstein, R. J., & Murray, C. A. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life.* New York: Free Press.

Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment, 13*, 5–35.

Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84–135). New York: Wiley.

Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 125–133.

Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study.* New York: Wiley.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428–466). New York: Wiley.

Hollon, S., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 447–492). New York: Wiley.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213–218.

Holroyd, K. A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 656–677.

Holroyd, K. A., & Andrasik, F. (1982). A cognitive-behavioral approach to recurrent tension and migraine headache. In P. E. Kendell (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic Press.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16.

Hothersall, D. (1984). *History of psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Howieson, D. B., & Lezak, M. D. (2010). The neuropsychological evaluation. In S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Eds.), *Essentials of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (2nd ed., pp. 29–54). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Hunsley, J., & Bailey, J. M. (2001). Whither the Rorschach? An analysis of the evidence. *Psychological Assessment, 13*, 472–485.

Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 29–51.

Hunsley, J., & Mash, E. J. (2008). *A guide to assessments that work.* New York: Oxford University Press.

Hunt, E. (2011). *Human intelligence.* New York: Cambridge University Press.

Husky, M. M., Mazure, C. M., Maciejewski, P. K., & Swendsen, J. D. (2007). A daily life comparison of sociotropy-autonomy and hopelessness theories of depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 659–676.

Institute of Medicine. (1994). *Summary: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington, DC: National Academy Press.

Intille, S. S. (2007). Technological innovations enabling automatic, context-sensitive ecological momentary assessment. In A. A. Stone. S. Shiffman, A. A. Atienza, & L. Nebeling (Eds.), *The science of real-time data capture: Self-reports in health research* (pp. 308–337). New York: Oxford University Press.

Isaacs, M. R., & Benjamin, M. P. (1991). *Toward a cultural competent system of care* (Vol. 2). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.

Iscoe, I. (1982). Toward a viable community health psychology: Caveats from the experiences of the community mental health movement. *American Psychologist, 37*, 961–965.

Iscoe, I., & Harris, L. C. (1984). Social and community interventions. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter

(Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Ivnik, R. J., Smith, G. E., Petersen, R. C., Boeve, B. F., Kokmen, E., & Tangalos, E. G. (2000). Diagnostic accuracy of four approaches to interpreting neuropsychological test data. *Neuropsychology, 14*, 163–177.

Jaaniste, T., Hayes, B., & von Baeyer, C. L. (2007). Providing children with information about forthcoming medical procedures: A review and synthesis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 124–143.

Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement, 31*, 79–90.

Jackson, D. D., & Weakland, J. H. (1961). Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry, 24*, 30–45.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 74–80.

Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497–504.

Jenkins v. United States, 307 F.2d 637 (D.C. Cir. 1962).

Jessor, R., Liverant, S., & Opochinsky, S. (1963). Imbalance in need structure and maladjustment. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 271–275.

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 175–184.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67–79.

Johnstone, B., & Frank, R. G. (1995). Neuropsychological assessment in rehabilitation: Current limitations and applications. *NeuroRehabilitation, 5*, 75–86.

Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology, 7*, 383–390.

Jones, R. R., Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1975). Naturalistic observation in clinical assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3), pp. 42–95, San Francisco: Jossey-Bass.

Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure. An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review, 80*, 237–251.

Kamphaus, R. W. (1993). *Clinical assessment of children's intelligence: A handbook for professional practice*. Boston: Allyn & Bacon.

Kamphaus, R. W., Winsor, A. P., Rowe, E. W., & Kim, S. (2005). A history of intelligence test interpretation. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 23–38.). New York: Guilford Press.

Kane, R. L., Parsons, O. A., Goldstein, G., & Moses, J. A., Jr. (1987). Diagnostic accuracy of the Halstead-Reitan and Luria-Nebraska neuropsychological batteries: Performance of clinical raters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 783–784.

Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.

Kaplan, E., Fine, D., Morris, R., & Delis, D. C. (1991). *WAIS-R NI: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Kaplan, M. (1983). A woman's view of *DSM-III*. *American Psychologist, 38*, 786–792.

Kass, F., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1983). An empirical study of the issue of sex bias in the diagnostic criteria of *DSM-III* Axis II personality disorders. *American Psychologist, 38*, 799–801.

Kassin, S. M., & Wrightsman, L. S. (1979). On the requirements of proof: The timing of judicial instruction and mock juror verdicts. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1877–1887.

Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry, 9*, 21–28

Katz, D. L., O'Connell, M., Njike, V. Y., Yeh, M., & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: Systematic

review and meta-analysis. *International Journal of Obesity, 32*, 1780–1789.

Kazdin, A. E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum Press.

Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 846–851.

Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 183–192.

Kazdin, A. E. (1985). Selection of target behaviors: The relationship of the treatment focus to clinical dysfunction. *Behavioral Assessment*, 7, 33–47.

Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146–159.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice. *American Psychologist, 63*, 146–159.

Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 138–147.

Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science, 6*(1), 21–37. doi:10.1177/1745691610393527

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 19–36.

Kearny, C. & Trull, T. (2012. *Abnormal psychology and life: A dimensional approach*. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage.

Keefe, F. J., Buffington, A. L. H., Studts, J. L., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 852–856.

Kelly, E. L., & Goldberg, L. (1959). Correlates of later performance and specialization in psychology: A follow-up study of trainees assessed in the VA selection research project. *Psychological Monographs, 73*(12, Whole No. 482).

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 and 2). New York: Norton.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.

Kiesler, C. A., & Morton, T. L. (1988). Psychology and public policy in the "health care revolution." *American Psychologist, 43*, 993–1003.

Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*, 110–136.

Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 7*, 13–25.

Kleinman, A. (1996). How is culture important for *DSM-IV*? In J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. L. Parra (Eds.), *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective* (pp. 15–25). Washington DC: American Psychiatric Press.

Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin, 107*, 296–310.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (1996). Computer-assisted clinical rating scales: A review. *Psychopharmacology, 127*, 291–301.

Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. (1977). Existential personality theory. In R. J. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F. E. Peacock.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with

borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 151–167.

Kohout, J., & Wicherski, M. (2010). *2011 Graduate Study in Psychology Snapshot: Applications, Acceptances, Enrollments, and Degrees Awarded to Master's- and Doctoral-Level Students in U.S. and Canadian Graduate Departments of Psychology: 2009-2010.* Center for Workforce Studies, American Psychological Association.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self.* New York: International Universities Press.

Kohut, J., & Wicherski, M. (2010). *2011 Graduate Study in Psychology Snapshot: Applications, Acceptances, Enrollments, and Degrees Awarded to Master's- and Doctoral-Level Students in U.S. and Canadian Graduate Departments of Psychology: 2009–2010.* Washington, DC: Center for Workforce Studies, American Psychological Association.

Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C., & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy, 48*, 65–71.

Koocher, G. P. (2007). Twenty-first century ethical challenges for psychology. *American Psychologist, 62*, 375–384.

Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment, 11*, 415–425.

Kramer, J. H., & Delis, D. C. (1997). Neuropsychological assessment of memory. In G. Goldstein, P. D. Nussbaum, & S. R. Beers (Eds.), *Neuropsychology* (pp. 333–356). New York: Plenum Press.

Krasner, L. (1963). *The therapist as a social reinforcer: Man or machine.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Philadelphia.

Krasner, L. (1971). The operant approach in behavior therapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

Krech, D. (1962). Cortical localization of function. In L. Postman (Ed.), *Psychology in the making.* New York: Knopf.

Kris, E. (1950). On preconscious mental processes. *Psychoanalytic Quarterly, 19*, 540–560.

Kropski, J. A., Keckley, P. H., & Jensen, G. L. (2008). School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. *Obesity, 16*, 1009–1018.

Kurke, M. I. (1980). Forensic psychology: A threat and a response. *Professional Psychology, 11*, 72–77.

La Torre, G., Chiaradia, G., & Ricciardi, G. (2005). School-based smoking prevention in children and adolescents: Review of the scientific literature. *Journal of Public Health, 13*, 285–290.

Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 76–80.

Lahey, B. B., Hart, E. L., Pliska, S., Applegate, B., & McBurnett, K. (1993). Neurophysiological correlates of conduct disorder: A rationale and review of research. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 141–153.

Lahey, B. B., Hynd, G. W., Stone, P. A., Piacentini, J. C., & Frick, P. J. (1989). Neuropsychological test performance and the attention deficit disorders: Clinical utility of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 112–116.

Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care? *Psychotherapy Research, 17*, 1–14.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York: Wiley.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.

Lambert, M. J., DeJulio, S. S., & Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin, 85*, 467–489.

Lamptey, P. R. (2002). Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *British Medical Journal, 324*, 207–211.

Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 519–525.

Larkin, K. T. (2009). Variations of doctoral training programs in clinical health psychology: Lessons

learned at the box office. *Training and Education in Professional Psychology, 3*, 202–211.

Larry P. v. Riles, 343 F. Supp. 1306 (N.D. Cal. 1972) (preliminary injunction), *affirmed*, 502F. 2d 963 (9th Cir. 1974), opinion issued No. C-71-2270 RFP (N.D. Cal. October 16, 1979).

Lazarus, A. A. (1971a). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A. A. (1975). Multimodal behavioral therapy. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine, 7*, 375–389.

Lehman, A. K., & Salovey, P. (1990). Psychotherapist orientation and expectations for liked and disliked patients. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 385–391.

Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunaraj, D., & Woolfolk, R. L. (1994). Stress management techniques: Are they all equivalent, or do they have specific effects? *Biofeedback and Self-Regulation, 19*, 353–401.

Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H., & Oliveau, D. C. (1969). Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 74*, 113–118.

Levine, E. S. (2007). Experiences from the frontline: Prescribing in New Mexico. *Psychological Services, 4*, 59–71.

Levitsky, A., & Perls, F. S. (1970). The rules and games of Gestalt therapy. In J. Fagan & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Levy, J. (1938). Relationship therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 8*, 64–69.

Lezak, M. D., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Liberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 106–118.

Liberman, R. P. (1972). Behavioral modification of schizophrenia: A review. *Psychological Bulletin, 1*, 37–48.

Lichtenberger, E. O., & Kaufman, A. S. (2009). *Essentials of WAIS-IV Assessment*. New York: Wiley.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1957a). Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: 1. The father. *Psychiatry, 20*, 329–342.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1957b). Intrafamilial environment of schizophrenic patients: 2. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry, 114*, 241–248.

Lilienfeld, S. O., Wood J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest, 1*, 27–66.

Lindsley, O. R., & Skinner, B. F. (1954). A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *American Psychologist, 9*, 419–420.

Lindzey, G. (1961). *Projective techniques and cross-cultural research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Lindzey, G., Bradford, J., Tejessy, C., & Davids, A. (1959). Thematic Apperception Test: An interpretive lexicon for clinician and investigator. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement* (No. 12).

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993).Borderline personality disorder. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed., pp. 396–441). New York: Guilford Press.

Linscott, J., & DiGiuseppe, R. (1998). Cognitive assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed.). (pp. 104–125). Boston: Allyn & Bacon.

Little, K. B., & Shneidman, E. S. (1959). Congruencies among interpretations of psychological test and anamnestic data. *Psychological Monographs, 73*(6, Whole No. 476).

Litwack, T. R. (2001). Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law, 7*, 409–443.

Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Loftus, E. F. (1983). Silence is not golden. *American Psychologist, 38*, 564–572.

Loh, W. D. (1984). *Social research in the judicial process: Cases, readings, and text*. New York: Russell Sage Foundation.

Lubin, B. (1976). Group therapy. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley-Interscience.

Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 1–19.

Luria, A. R. (1973). *The working brain*. New York: Basic Books.

MacKenzie, K. R. (1994). Where is here and when is now? The adaptational challenge of mental health reform for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 44*, 407–428.

MacLeod, R. B. (1964). Phenomenology: A challenge to experimental psychology. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and phenomenology: Contrasting bases for modern psychology*. Chicago: University of Chicago Press.

Maddi, S. R. (1989). *Personality theories: A comparative analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior: Prevention, promotion, and detection. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 173–202). New York: Plenum Press.

Mahoney, M. J. (1977a). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist, 32*, 5–13.

Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.

Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Schorr, O., & Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 565–572.

Mariotto, M. J., & Paul, G. L. (1974). A multimethod validation of the Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale with chronically institutionalized patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 497–508.

Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 263–267.

Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. New York: Psychology Press.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Marques, C. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 400–402.

Martin, P. R., Forsyth, M. R., & Reece, J. (2007). Cognitive-behavioral therapy versus temporal pulse amplitude biofeedback training for recurrent headache. *Behavior Therapy, 38*, 350–363.

Martin, S. (1995). APA to pursue prescription privileges. *APA Monitor, 26*, 6.

Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973). Extrahospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry, 29*, 505–511.

Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Masserman, J. H. (1943). *Behavior and neurosis: An experimental psycho-analytic approach to psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807–817.

Matarazzo, J. D. (1983). The reliability of psychiatric and psychological diagnosis. *Clinical Psychology Review, 3*, 103–145.

Mathews, A. M. (1971). Psychophysiological approaches to the integration of desensitization and related procedures. *Psychological Bulletin, 76*, 73–91.

Maton, K. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology, 16*, 53–78.

McConaughy, S. H., Harder, V. S., Antshel, K. M., Gordon, M., Eiraldi, R., & Dumenci, L. (2010). Incremental validity of test session and classroom observations in a multimethod assessment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39* (5), 650–666. doi: 10.1080/15374416.2010.501287

McConaughy, S., & Achenbach, T. (2009). *Direct Observation Form*. Center for Children, Youth, and Families; University of Vermont, 1 South Prospect Street, Burlington, VT 05401.

McFall, R. M. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *Clinical Psychologist, 44*, 75–88.

McFall, R. M. (2002). Training for prescriptions vs. prescriptions for training: Where are we now? Where should we be? How do we get there? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 659–676.

McFall, R. M. (2006). Doctoral training in clinical psychology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 21–49.

McFall, R. M., & Lillesand, D. V. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 313–323.

McGrath, R. E. (2009). Prescriptive authority for psychologists. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 21–47.

McGue, M., Bouchard, T. J., Jr., Iacono, W. G., & Lykken, D. T. (1993). Behavioral genetics of cognitive ability: A life-span perspective. In R. Plomin & G. E. McClearn (Eds.), *Nature, nurture, and psychology* (pp. 59–76). Washington, DC: American Psychological Association.

McKay, D. (2011). Methods and mechanisms in the efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 66*, 147–148.

McMullen, S., & Rosen, R. C. (1979). Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 912–918.

McReynolds, P. (1975). Historical antecedents of personality assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3, pp. 477–532). San Francisco: Jossey-Bass.

McReynolds, P. (1987). Lightner Witmer: Little-known founder of clinical psychology. *American Psychologist, 42*, 849–858.

McReynolds, P. (1996). Lightner Witmer: A centennial tribute. *American Psychologist, 51*, 237–240.

McWilliams, N., & Weinberger, J. (2003). Psychodynamic psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 8. Clinical psychology* (pp. 253–277). New York: Wiley.

Meador, B. D., & Rogers, C. R. (1984). Client-centered therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (2nd ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Medway, F. J., & Updike, J. F. (1985). Meta-analysis of consultation outcome studies. *American Journal of Community Psychology, 13*, 489–505.

Meehl, P. E. (1945). An investigation of a general normality or control factor in personality testing. *Psychological Monographs, 59*(4, Whole No. 274).

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Meehl, P. E. (1956). Wanted—A good cookbook. *American Psychologist, 11*, 263–272.

Meehl, P. E. (1957). When shall we use our heads instead of the formula? *Journal of Counseling Psychology, 4*, 268–273.

Meehl, P. E. (1965). Seer over sign: The first good example. *Journal of Experimental Research in Personality, 1*, 27–32.

Meehl, P. E. (1977). Why I do not attend case conferences. In P. E. Meehl (Ed.), *Psychodiagnosis: Selected papers* (pp. 225–302). New York: Norton. (First published by the University of Minnesota, 1973)

Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment, 50*, 370–375.

Meehl, P. E., & Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin, 52*, 194–216.

Mehl, M. R., Pennebaker, J. W., Crow, M., Dabbs, J., & Price, J. (2001). The Electronically Activated Recorder (EAR): A device for sampling naturalistic daily activities and conversations. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers, 33*, 517–523.

Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 157*, 133–135.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist, 49*, 4–7.

Melamed, B. G., & Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 511–521.

Meltzoff, J. (1984). Research training for clinical psychologists: Point-counterpoint. *Professional Psychology: Research and Practice, 15*, 203–209.

Menditto, A. A., Beck, N. C., Stuve, P., Fisher, J. A., Stacy, M., Logue, M. B., et al. (1996). Effectiveness of clozapine and a social learning program for severely disabled psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 47*, 46–51.

Menniger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness*. New York: Viking Press.

Meyer, G. J. (1997a). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment, 9*, 480–489.

Meyer, G. J. (1999). Introduction to the special series on the utility of the Rorschach for clinical assessment. *Psychological Assessment, 11*, 235–239.

Meyer, G. J. (2001). Introduction to the final special section in the special series on the utility of the Rorschach for clinical assessment. *Psychological Assessment, 13*, 419–422.

Meyerowitz, B. E., Richardson, J., Hudson, S., & Leedham, B. (1998). Ethnicity and cancer outcomes: Behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin, 123*, 47–70.

Miller, G., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology, 60*, 501–524.

Miller, J. O., & Gross, S. J. (1973). Curvilinear trends in outcome research. *Journal of Consulting Psychology, 41*, 242–244.

Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. *34*). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W., & LaFromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 113–142.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.

Moens, E., Braet, C., & Soetens, B. (2007). Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(1), 52–63. doi:10.1093/jpepsy/jsl011

Monahan, J. (1976). The prevention of violence. In J. Monahan (Ed.), *Community mental health and the criminal justice system*. New York: Pergamon Press.

Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.

Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist, 47*, 511–521.

Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin, 110*, 406–425.

Moran, M. (2007). Medical school grad's interest in psychiatry holds steady. *Psychiatric News, 42*(8), 1.

Moran, M. (2011). Slightly fewer graduates choose psychiatry in recent match. *Psychiatric News, 46*(8), 1.

Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 412–420.

Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (2nd ed., Vol. 1). New York: Beacon House.

Moreno, J. L. (1947). *The theatre of spontaneity*. New York: Beacon House.

Moreno, J. L. (1959). Psychodrama. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 2). New York: Basic Books.

Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry, 34*, 289–306.

Munsterberg, H. (1908). *On the witness stand*. New York: Doubleday, Page.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York: Oxford University Press.

Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Murstein, B. I. (1958). Nonprojective determinants of perception on the TAT. *Journal of Consulting Psychology, 22*, 195–198.

Murstein, B. I. (1963). *Theory and research in projective techniques (emphasizing the TAT)*. New York: Wiley.

Nagayama Hall, G. C. (2006). Diversity in clinical psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 258–262.

Naglieri, J. A., Drasgow, F., Schmit, M., Handler, L., Prifitera, A., Margolis, A., & Velasquez, R. (2004). Psychological testing on the internet: New problems, old issues. *American Psychologist, 59*, 150–162.

Naranjo, C. (1970). Present-centeredness: Technique, prescription, and ideal. In J. Fagan & I. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Nash, E. H., Hoehn-Saric, R., Battle, C. C., Stone, A. R., Imber, S. D., & Frank, J. D. (1965). Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy: 2. Relation to characteristics of patient, therapist, and the psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disease, 140*, 388–399.

Nash, J. M., Park, E. R., Walker, B. B., Gordon, N., & Nicholson, R. A. (2004). Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine, 5*, 178–186.

Nathan, P. E. (1998). Practice guidelines: Not ideal yet. *American Psychologist, 53*, 290–299.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (1998). Treatments that work—and what convinces us they do. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 1–25). New York: Oxford University Press.

National Center for Health Statistics. (2011). *Health, United States, 2010: In Brief*. Hyattsville, MD.

National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.

Naylor, E. V., Antonuccio, D. O., Johnson, G., Spogen, D., & O'Donohue, W. (2007). A pilot study investigating behavioral prescriptions for depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*, 152–159.

Neimeyer, G. J., Rice, K. G., & Keilin, W. G. (2007). Does the model matter? The relationship between science-practice emphasis in clinical psychology programs and the internship match. *Training and Education in Professional Psychology, 1*, 153–162.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Jr., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist, 51*, 77–101.

Newman, L. A., Griffith, K. A., Jatoi, I., Simon, M. S., Crowe, J. P., & Colditz, G. A. (2006). Meta-analysis of survival in African American and white American patients with breast cancer: Ethnicity compared with socioeconomic status. *Journal of Clinical Oncology, 24*, 1342–1349.

Nickelson, D. W. (1995). The future of professional psychology in a changing health care marketplace: A conversation with Russ Newman. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 366–370.

Nietzel, M. T., & Dillehay, R. C. (1986). *Psychological consultation in the courtroom*. New York: Pergamon Press.

Nietzel, M. T., Winett, R. A., MacDonald, M. L., & Davidson, W. S. (1977). *Behavioral approaches to community psychology*. New York: Pergamon Press.

Nisbett, R. E. (2009). *Intelligence and how to get it: Why schools and cultures count*. New York: Norton.

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. *Clinical Psychologist, 35*(1), 5–8.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98–102.

Norcross, J. C., Castle, P. H., Sayette, M. A., & Mayne, T. J. (2004). The Psy.D.: Heterogeneity in practitioner training. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 412–419

Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. O. (1997a). Clinical psychologists in the 1990s: Part I. *Clinical Psychologist, 50*(2), 4–9.

Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. O. (1997b). Clinical psychologists in the 1990s: Part II. *Clinical Psychologist, 50*(3), 4–11.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1467–1483.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989a). Clinical psychologists in the 1980s: I. Demographics, affiliations, and satisfactions. *Clinical Psychologist, 42*, 29–39.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989b). Clinical psychologists in the 1980s: II.

Theory, research, and practice. *Clinical Psychologist, 42*, 45–53.

Norcross, J. C., Sayette, M. A., & Mayne, T. J. (2008). *Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology* (2008/2009 ed.). New York: Guilford Press.

Norcross, J. C., Sayette, M. A., Mayne, T. J., Karg, R. S., & Turkson, M. A. (1998). Selecting a doctoral program in professional psychology: Some comparisons among Ph.D. counseling, Ph.D. clinical, and Psy.D. clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 609–614.

Norfleet, M. A. (2002). Responding to society's needs: Prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 599–610.

Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 600–608.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

O'Brien, W. H., McGrath, J. J., & Haynes, S. M. (2003). Assessment of psychopathology with behavioral approaches. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 10. Assessment psychology* (pp. 509–529). Hoboken, NJ: Wiley.

Ogloff, J. R. P. (1998). The risk assessment enterprise: Selective incapacitation of increased predictive accuracy. *Law and Human Behavior, 22*, 453–455.

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157–1172.

Ones, D. S., Viswesvaran, C., & Dilchert, S. (2005). Cognitive ability in selection decisions. In O. Wilhelm & R. W. Engle (Eds.), *Handbook of understanding and measuring intelligence* (pp. 431–468). Thousand Oaks, CA: Sage.

Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. New York: Wiley.

Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies, and emerging consensus. New York: Wiley.*

Orlinksky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York: Wiley.

Oscar-Berman, M., & Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the brain: An overview. *Alcohol Research & Health, 27*, 125–133.

Oscar-Berman, M., & Marinkovic, K. (2007). Alcohol: Effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review, 17*, 239–257.

OSS Assessment Staff. (1948). *Assessment of men: Selection of personnel for the Office of Strategic Services*. New York: Rinehart.

Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Parks, C. W., Jr., & Hollon, S. D. (1988). Cognitive assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 161–212). New York: Pergamon Press.

Parsons, O. A. (1986). Overview of the Halstead-Reitan Battery. In T. Incagndi, G. Goldstein, & C. J. Golden (Eds.), *Clinical application of neuropsychological test batteries*. New York: Plenum Press.

Patterson, G. R. (1971). *Families: Applications of social learning to family life*. Champaign, IL: Research Press.

Patterson, G. R. (1977). Naturalistic observation in clinical assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5*, 307–322.

Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment, 7*, 275–285.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109–118.

Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pawlak, C. R., Ho, Y., & Schwarting, R. K. W. (2008). Animal models of human psychopathology based on individual differences in novelty-seeking and anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*, 1544–1568.

Pedraza, O., & Mungas, D. (2008). Measurement in cross-cultural neuropsychology. *Neuropsychological Review, 18*, 184–193.

Perls, F. S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. London: Allen and Unwin.

Perls, F. S. (1969a). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.

Perls, F. S. (1969b). *In and out the garbage pail*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Perls, F. S. (1970). Four lectures. In J. Fagan & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Perls, F. S. (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.

Perry v. Louisiana, 111 S.Ct. 449 (1990).

Persons, J. B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically validated treatments. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 141–157). Reno, NV: Context Press.

Peterson, D. R. (1968). The doctor of psychology program at the University of Illinois. *American Psychologist, 23*, 511–516.

Peterson, D. R. (1971). Status of the doctor of psychology program. *Professional Psychology, 2*, 271–275.

Peterson, D. R. (1997). *Educating professional psychologists: History and guiding conception*. Washington, DC: American Psychological Association.

Peterson, D. R. (2003). Unintended consequences: Ventures and misadventures in the education of professional psychologists. *American Psychologist, 58*, 791–800.

Peterson, L., & Sobell, L. (1994). Introduction to the state-of-the-art review series: Research contributions to clinical assessment. *Behavior Therapy, 25*, 523–531.

Petrill, S. A. (2005). Behavior genetics and intelligence. In O. Wilhelm & R. W. Engle (Eds.), *Handbook of understanding and measuring intelligence* (pp. 165–176). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 33*, 29–36.

Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1994). *Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV*. Iowa City, IA: Author.

Phares, E. J. (1976). *Focus of control in personality*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Phares, E. J. (1991). *Introduction to personality* (3rd ed.). New York: HarperCollins.

Piasecki, T. M., Hufford, M. R., Solhan, M., & Trull, T. J. (2007). Assessing clients in their natural environments with electronic diaries: Rationale, benefits, limitations, and barriers. *Psychological Assessment, 19*, 25–43.

Pleis, J. R., Ward, B. W., & Lucas, J. W. (2010). *Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2009*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(249).

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2008). *Behavioral genetics* (5th ed.). New York: Worth Publishers.

Podell, K., DeFina, P. A., Barrett, P., McCullen, A., & Goldberg, E. (2003). Assessment of neuropsychological functioning. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology: Volume 10. Assessment psychology* (pp. 443–465). New York: Wiley.

Pope, K. (2001). Sex between therapists and clients. In J. Worrell (Ed.), *Encyclopedia of Women and Gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (Vol. 2, pp. 955–962). New York: Academic Press.

Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist, 47*, 397–411.

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschack, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635–641.

Premack, D. (1959). Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement. *Psychological Review, 66*, 219–233.

Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P., & Ramos-McKay, J. (Eds.). (1988). *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Prinz, R. J., & Kent, R. N. (1978). Recording parent–adolescent interactions without the use of frequency

or interval-by-interval coding. *Behavior Therapy, 9,* 602–604.

Pritchard, D. A., & Rosenblatt, A. (1980). Racial bias in the MMPI: A methodological review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 263–267.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1999). *Violent offenders: Appraising and managing risk.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rabinowitz, C. (2008). Proposed prescribing bills put patients at risk. *Psychiatric News, 42*(5), 3.

Rachman, S. (1973). The effects of psychotherapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology.* San Diego, CA: Knapp.

Raimy, V. C. (Ed.). (1950). *Training in clinical psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rapaport, D. (1946). *Diagnostic psychological testing* (Vol. 2). Chicago: Yearbook Publishers.

Rapaport, D. (1953). On the psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psycho-Analysis, 34,* 177–198.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research, and action.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology, 9,* 1–25.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15,* 121–148.

Rappaport, J., & Seidman, E. (2000). *Handbook of community psychology.* New York: Kluwer/Plenum Press.

Rappaport, J., & Seidman, E. (2006). *Handbook of community psychology.* New York: Springer.

Rappaport, J., Chinsky, J. M., & Cowen, E. L. (1971). *Innovations in helping chronic patients: College students in a mental institution.* New York: Academic Press.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4,* 398–406.

Rehm, L. P., & DeMers, S. T. (2006). Licensure. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13,* 249–253.

Reise, S. P., Waller, N. G., & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment, 12,* 287–297.

Reisman, J. M. (1976). *A history of clinical psychology* (enlarged ed.). New York: Irvington.

Reitan, R. M. (1969). *Manual for administration of neuropsychological test batteries for adults and children.* Indianapolis, IN: Author.

Reitan, R. M., & Davison, L. A. (1974). *Clinical neuropsychology: Current status and application.* New York: Winston/Wiley.

Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation* (2nd ed.). Tucson, AZ: Neuropsychology Press.

Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1996). The question of validity of neuropsychological test scores among head-injured litigants: Development of a dissimulation index. *Archives of Clinical Neuropsychology, 11,* 573–580.

Resnick, J. H. (1991). Finally, a definition of clinical psychology: A message from the president, Division 12. *Clinical Psychologist, 44,* 3–11.

Resnick, R. J. (1997). A brief history of practice—expanded. *American Psychologist, 52,* 463–468.

Rice, P. L. (1998). *Health psychology.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Riva, M. T., & Smith, R. D. (1997). Looking into the future of group research: Where do we go from here? *Journal for Specialists in Group Work, 22,* 266–276.

Robiner, W. N. (2006). The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review, 26,* 600–625.

Robiner, W. N., Bearman, D. L., Berman, M., Grove, W. M., Colon, E., Armstrong, J., Mareack, S., & Tanenbaum, R. L. (2003). Prescriptive authority for psychologists: Despite deficits in education and knowledge? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10,* 211–221.

Robins, C. J. (1990). Congruence of personality and life events in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 393–397.

Robins, L. N. (1985). Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry, 42,* 918–924.

Robins, L. N., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 126*, 107–111.

Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1986). Diagnosis and clinical assessment: The current state of psychiatric diagnosis. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 37). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Robinson, H. B., & Robinson, N. M. (1965). *The mentally retarded child*. New York: McGraw-Hill.

Roelofs, J., Boissevain, M. D., Peters, M. L., de Jong, J. R., & Vlaeyen, J. W. S. (2002). Psychological treatments for chronic low back pain: Past, present, and beyond. *Pain Reviews, 9*, 29–40.

Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist, 1*, 415–422.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1956). Intellectualized psychotherapy. *Contemporary Psychology, 1*, 357–358.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1967). Autobiography. In E. Boring & G. Lindzey (Eds.), *A history of psychology in autobiography* (Vol. 5). New York: Appleton-Century-Crofts.

Rogers, C. R. (1970). *On encounter groups*. New York: Harper & Row.

Rogers, C. R. (1974). In retrospect: Forty-six years. *American Psychologist, 29*, 115–123.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.

Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.

Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93–114.

Rogers, R., Bagby, R., & Chakraborty, D. (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. *Journal of Personality Assessment, 60*, 215–226.

Rogers, R., Harrell, E., & Liff, C. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review, 13*, 255–274.

Rohde, P., Silva, S. G., Tonev, S. T., Kennard, B. D., Vitiello, B., Kratochvil, C. J., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Simons, A. D., & March, J. S. (2008). Achievement and maintenance of sustained response during the Treatment for Adolescents with Depression Study continuation and maintenance therapy. *Archives of General Psychiatry, 65*, 447–455.

Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition*. Itasca, IL: Riverside.

Roid, G. H., & Pomplun, M. (2005). Interpreting the Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 325–343.). New York: Guilford Press.

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Bern, Switzerland: Huber.

Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 1310–1325.

Rose, S. D. (1991). The development and practice of group treatment. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 627–642). New York: Pergamon Press.

Rosenbaum, M. (1965). Group psychotherapy and psychodrama. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

Rosenman, R. H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), *Coronary-prone behavior*. New York: Springer-Verlag.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Psychology Monographs, 2*, 354–386.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*, 175–183.

Ross, S. E., Niebling, B. C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal, 33*, 312–317.

Rotter, J. B. (1946). Thematic Apperception Tests: Suggestions for administration and interpretation. *Journal of Personality, 15*, 70–92.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1, Whole No. 609).

Rotter, J. B. (1970). Some implications of a social learning theory for the practice of psychotherapy. In D. J. Levis (Ed.), *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine. (Also reprinted in Rotter, Chance, & Phares, 1972.)

Rotter, J. B. (1971a). *Clinical psychology* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rotter, J. B., & Rafferty, J. E. (1950). *Manual for the Rotter Incomplete Sentences Blank, college form*. New York: Psychological Corporation.

Rotter, J. B., & Wickens, D. D. (1948). The consistency and generality of ratings of "social aggressiveness" made from observations of role playing situations. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 234–239.

Rotter, J. B., Chance, J. E., & Phares, E. J. (Eds.). (1972). *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Routh, D. K. (1996). Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology. *American Psychologist, 51*, 244–247.

Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Random House.

Salinas, J. A., Paul, G. L., & Springer, J. R. (2008). Consensus judgments of discharge readiness based on paranoid behavior: To what are clinical staff responding? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 380–386.

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Straus.

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-VI-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1326–1342.

Sanchez, P. N., & Kahn, M. W. (1991). Differentiating medical from psychological disorders: How do medically and non-medically trained clinicians differ? *Professional Psychology: Research and Practice, 22*, 124–126.

Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A. I., Marin-Martinez, F., & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review, 30*, 37–50.

Sandelowski, M., Voils, C. I., Chang, Y., & Lee, E. J. (2009). A systematic review comparing antiretroviral adherence descriptive and intervention studies conducted in the USA. *AIDS Care, 21*, 953–966.

Sanford, N. (1965). The prevention of mental illness. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

Sarbin, T. R. (1943). A contribution to the study of actuarial and individual methods of prediction. *American Journal of Sociology, 48*, 593–602.

Satir, V. (1967a). *Conjoint family therapy* (2nd rev. ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Satir, V. (1967b). A family of angels. In J. Haley & L. Hoffman (Eds.), *Techniques of family therapy*. New York: Basic Books.

Satir, V. (1975). You as a change agent. In V. Satir, J. Stachowiak, & H. A. Taschman (Eds.), *Helping families to change*. New York: Aronson.

Sawyer, J. (1966). Measurement *and* prediction, clinical *and* statistical. *Psychological Bulletin, 66*, 178–200.

Schmideberg, M. (1970). Psychotherapy with failures of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry, 116*, 195–200.

Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and

biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology, 52*, 555–580.

Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Schuerger, J. M., & Witt, A. C. (1989). The temporal stability of individually tested intelligence. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 294–302.

Schultheis, M. T., & Rizzo, A. A. (2002, Summer/Fall). New directions in neuropsychology: Virtual reality technology. *Newsletter 40: Division of Clinical Neuropsychology, 20*(2), 3–8.

Schwartz, G. E., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine, 36*, 377–381.

Schwartz, R. M., & Gottman, J. M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 910–920.

Schweinhart, L. J., & Weikart, D. B. (1988). The High Scope/Perry Preschool Program. In R. H. Price, E. L., Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Schwitzgebel, R. L., & Schwitzgebel, R. K. (1980). *Law and psychological practice*. New York: Wiley.

Scott, N. E., & Borodovsky, L. G. (1990). Effective use of cultural role taking. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 167–170.

Sechrest, L. (1963). Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement, 23*, 153–158.

Seidman, E. (2011). An emerging action science of social settings. *American Journal of Community Psychology*. (http://www.springerlink.com/content/k302562r27w26538/fulltext.pdf, but not in print yet)

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *American Psychologist, 50*, 965–974.

Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., et al. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 13–18.

Sell v. United States, 123 S.Ct. 2174(2003).

Semenoff, B. (1976). *Projective techniques*. New York: Wiley.

Severance, L. J., & Loftus, E. F. (1982). Improving the ability to comprehend and apply criminal jury instructions. *Law and Society Review, 17*, 153–198.

Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590–646). New York: Wiley.

Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547–570.

Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992–1002.

Shaffer, G. W., & Lazarus, R. S. (1952). *Fundamental concepts in clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109.

Sher, K. S., & Trull, T. J. (1996). Methodological issues in psychopathology research. *Annual Review of Psychology, 47*, 371–400.

Sher, K. S., Walitzer, K. S., Wood, P. K., & Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 427–448.

Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 1–32.

Shneidman, E. S. (1965). Projective techniques. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.

Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*, 420–428.

Sierles, F. S., & Taylor, M. A. (1995). Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1416–1426.

Singer, E. (1965). *Key concepts in psychotherapy*. New York: Random House.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975a). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975b). Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *American Journal of Psychiatry, 132*, 373–377.

Smith, E. W. L. (Ed.). (1976). *The growing edge of Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Smith, G. T., & McCarthy, D. M. (1995). Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment, 7*, 300–308.

Smith, G. T., McCarthy, D. M., & Anderson, K. G. (2000). On the sins of short-form development. *Psychological Assessment, 12*, 102–111.

Smith, M. B., & Hobbs, N. (1966). The community and the community mental health center. *American Psychologist, 21*, 499–509.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–760.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology, 11*, 139–150.

Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 435–467.

Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current states and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 548–568.

Smyer, M. A., Balster, R. L., Egli, D., Johnson, D. L., Kilbey, M. M., Leith, N. J., et al. (1993). Summary of the report of the Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 394–403.

Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., & Pennebaker, J. W. (2008). Prevalence, type, disclosure, and severity of adverse life events in college students. *Journal of American College Health, 57*, 69–76.

Snyder, D. K. (2000). Computer-assisted judgment: Defining strengths and disabilities. *Psychological Assessment, 12*, 52–60.

Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology, 57*, 317–344.

Snyder, D. K., Widiger, T. A., & Hoover, D. (1990). Methodological considerations in validating computer-based test interpretations: Controlling for response bias. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 470–477.

Snyder, W. U. (1961). *The psychotherapy relationship*. New York: Macmillan.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.

Solhan, M. B., Trull, T. J., Jahng, S., & Wood, P. K. (2009). Clinical assessment of affective instability: Comparing EMA indices, questionnaire reports, and retrospective recall. *Psychological Assessment, 21*, 425–436.

Spearman, C. (1927). *The abilities of man*. New York: Macmillan.

Spengler, P. M., White, M. J., Ægisdóttir, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. R., & Rush, J. D. (2009). The meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist, 37*, 350–399.

Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage.

Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in *DSM-III:* A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry, 138*, 210–215.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology, 58*, 565–592.

Steadman, H. J., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, R. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged

from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry, 55*, 393–401.

Steenbarger, B. N., & Budman, S. H. (1996). Group psychotherapy and managed behavioral health care: Current trends and future challenges. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*, 297–309.

Stein, D. J., Dodman, N. H., Borchelt, P., & Hollander, E. (1994). Behavioral disorders in veterinary practice: Relevance to psychiatry. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 275–285.

Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 182–196.

Stein, M. I. (1948). *The Thematic Apperception Test: An introductory manual for its clinical use with adult males.* Cambridge, MA: Addison-Wesley.

Stephen, M., & Suryani, L. K. (2000). Shamanism, psychosis and autonomous imagination. *Culture, Medicine and Psychiatry, 24*, 5–40.

Stern, W. (1938). *General psychology from the personalistic point of view.* New York: Macmillan.

Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. (1991). Theory-based testing of intellectual abilities: Rationale for the triarchic abilities test. In H. A. Rowe (Ed.), *Intelligence: Reconceptualization and measurement* (pp. 183–202). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sternberg, R. J. (2003). A broad view of intelligence: The theory of successful intelligence. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 55*, 139–154.

Sternberg, R. J. (2005). The triarchic theory of successful intelligence. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 103–119.). New York: Guilford Press.

Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., & Kidd, K. K. (2005). Intelligence, race, and genetics. *American Psychologist, 60*, 46–59.

Stone, A. A., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 199–202.

Stone, A. A., Shiffman, S., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Hufford, M. R. (2002). Patient noncompliance with paper diaries. *BMJ, 234*, 1193–1194.

Stone, A. R., Frank, J. D., Nash, E. H., & Imber, S. D. (1961). An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 133*, 410–422.

Strauss, M. E., & Smith, G. T. (2009). Construct validity: Advances in theory and methodology. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 1–25.

Strickland, B. R. (1988). Clinical psychology comes of age. *American Psychologist, 43*, 104–107.

Strosahl, K. (1998). The dissemination of manual-based psychotherapies in managed care: Promises, problems, and prospects. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 382–386.

Strube, M. J., & Newman, L. C. (2007). Psychometrics. In J. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (3rd ed.) (pp. 789–811). New York: Cambridge University Press.

Strupp, H. H. (1971). *Psychotherapy and the modification of abnormal behavior.* New York: McGraw-Hill.

Strupp, H. H., & Bergin, A. E. (1969). Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends, and evidence. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18–90.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic therapy.* New York: Basic Books.

Stuart, R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 675–682.

Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy.* New York: Guilford Press.

Stuart, R. B. (2004). Twelve practical suggestions for achieving multicultural competence. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 3–9.

Sturges, J. W., & Rogers, R. W. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective: An extension of protection motivation theory. *Health Psychology, 15*, 158–166.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). (2003). *Overview of findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health* (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-21; DHHS Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

Sue, S. (1988). Psychotherapeutic services for ethnic minorities: Two decades of research findings. *American Psychologist, 43*, 301–308.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*, 440–448.

Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 783–817). New York: Wiley.

Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*, 260–300.

Suls, J., & Wan, C. K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 372–379.

Sundberg, N. D. (1977). *Assessment of persons*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Sundberg, N. D., Tyler, L. E., & Taplin, J. R. (1973). *Clinical psychology: Expanding horizons* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Magraf, J., & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior Therapy, 40*, 272–279.

Surgeon General. (1964). *Smoking and health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Sutton, R. G., & Kessler, M. (1986). National study of the effects of clients' socioeconomic status on clinical psychologists' professional judgments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 275–276.

Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 704–714.

Swenson, C. H. (1971). Commitment and the personality of the successful therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 8*, 31–36.

Symonds, P. M. (1949). *Adolescent fantasy: An investigation of the picture-story method of personality study*. New York: Columbia University Press.

Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness*. New York: Harper & Row.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *Clinical Psychologist, 48*, 3–23.

Taylor, S. E. (1984). The developing field of health psychology. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tellegen, A. (1993). Folk concepts and psychological concepts of personality and personality disorder. *Psychological Inquiry, 4*, 122–130.

Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (1992). The new uniform T-scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. *Psychological Assessment, 4*, 145–155.

Terman, L. M., & Merrill, M. A. (1937). *Measuring intelligence*. Boston: Houghton Mifflin.

Terman, L. M., & Merrill, M. A. (1960). *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Boston: Houghton Mifflin.

Tesar, G. E. (2008). Whither hospital and academic psychiatry? *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 27–42.

Thase, M. E., & Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 743–766). New York: Wiley.

The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56* (12), 1073–1086. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1073

Thigpen, C. H., & Cleckley, H. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.

Thombs, B. D., Jewett, L. R., & Bassel, M. (2011). Is there room for criticism of studies of psychodynamic psychotherapy? *American Psychologist, 66*, 148–149.

Thorn, B. E., Pence, L. B., Ward, L. C., Kilgo, G., Clements, K. L., Cross, T. H., et al. (2007). A randomized trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *Journal of Pain, 8*, 938–949.

Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Stanford-Binet Intelligence Scale: Guide for administering and scoring the fourth edition*. Chicago: Riverside.

Thorndike, R. M. (1997). The early history of intelligence testing. In D. P. Flanagan, J. L. Genshaft, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual*

assessment: Theories, tests, and issues (pp. 3–16). New York: Guilford Press.

Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R. A., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., Hanlon, C., Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry, 9*, 67–77.

Thorpe, G. L., & Olson, S. L. (1997). *Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Thurstone, L. L. (1938). Primary mental abilities. *Psychometric Monographs* (No. 1).

Timbrook, R. E., & Graham, J. R. (1994). Ethnic differences on the MMPI-2? *Psychological Assessment, 6*, 212–217.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710–720.

Travis, L. (2001). Training for interdisciplinary healthcare. *Health Psychologist, 23*, 4–5.

Trickett, E. J. (1996). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology, 24*, 209–234.

Trickett, E. J. (2009). Community psychology: Individuals and interventions in community context. *Annual Review of Psychology, 60*, 395–419.

Trickett, E. J., Kelly, J. G., & Todd, D. M. (1972). The social environment of the school: Guidelines for individual change and organizational redevelopment. In S. Golann & C. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of community mental health* (pp. 331–406). New York: Appleton-Century-Crofts.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine-Atherton.

Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

Trull, T. J. (1992). *DSM-III-R* personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 553–560.

Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. W. (2009). Using Experience Sampling Methods/Ecological Momentary Assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: Introduction to the Special Section. *Psychological Assessment, 21*, 457–462.

Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 350–360.

Trull, T. J., & Widiger, T. A. (1997). *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Trull, T. J., Useda, J. D., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5), the NEO-PI, and the NEO-PI-R. *Psychological Assessment, 7*, 508–516.

Trull, T. J., Widiger, T. A., & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 40–48.

Tryon, W. W. (1998). Behavioral observation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (4th ed.) (pp. 79–103). Boston: Allyn & Bacon.

Tryon, W. W., & Tryon, G. S. (2011). No ownership of common factors. *American Psychologist, 66*, 151–152.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 678–690.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Heiser, N. A., Johnson, M. R., & Lydiard, R. B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment, 15*, 384–391.

Twentyman, C. T., & McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 384–395.

U.S. Department of Health and Human Services. (1993). *Eighth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Rockville, MD: U.S. Public Health Service.

U.S. Department of Health and Human Services. (1997). *Ninth special report to the U.S. Congress on alcohol and health.* Rockville, MD: U.S. Public Health Service.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health.* Rockville, MD: U.S. Public Health Service.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2020.* Rockville, MD: U.S. Public Health Service.

Ullman, L. P., & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Ullman, L. P., & Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Van Kaam, A. (1966). *Existential foundations of psychology.* Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fiction, and future. *Psychological Assessment, 13,* 472–485.

Voegtlin, W., & Lemere, F. (1942). The treatment of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 2,* 717–803.

Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 510–525.

Wallace, J. (1966). An abilities conception of personality. Some implications for personality measurement. *American Psychologist, 21,* 132–138.

Walsh, K., & Darby, D. (1999). *Neuropsychology: A clinical approach* (4th ed.). New York: Churchill Livingstone.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ward, C. H., Beck, A. T., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbauch, J. K. (1962). The psychiatric nomenclature. *Archives of General Psychiatry,* 7, 198–205.

Washburn, R. A., Smith, K. W., Jette, A. M., & Janney, C. A. (1993). The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): Development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology, 46,* 153–162.

Washington v. Harper, 494 U.S. 210(1990).

Wasserman, J. D., & Tulsky, D. S. (2005). A history of intelligence assessment. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 3–22.). New York: Guilford Press.

Watkins, C. E., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 54–60.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 114.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 114.

Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Wechsler, D. (1949). *Wechsler Intelligence Scale for Children.* New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale.* New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1974). *Manual: Wechsler Intelligence Scale for Children–Revised.* New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1991). *WISC-III: Wechsler Intelligence Scale for Children–Third Edition manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Administration and scoring manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV).* San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV administration and scoring manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition (WAIS-IV) technical and interpretive manual.* San Antonio, TX: Pearson.

Wechsler, D. (2009). *Wechsler Memory Scale—Fourth Edition (WMS-IV) technical and interpretive manual.* San Antonio, TX: Pearson.

Weiner, I. B. (1975). *Principles of psychotherapy.* New York: Wiley-Interscience.

Weiner, I. B. (1991). Editor's note: Inter-scorer agreement in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment, 56,* 1.

Weiner, I. B. (1994). The Rorschach Inkblot Method (RIM) is not a test: Implications for theory and practice. *Journal of Personality Assessment, 62,* 498–504.

Weiner, I. B. (1995). Methodological considerations in Rorschach research. *Psychological Assessment, 7,* 330–337.

Weiner, I. B., Spielberger, C. D., & Abeles, N. (2002). Scientific psychology and the Rorschach inkblot method. *The Clinical Psychologist, 55,* 7–12.

Weiss, R., & Margolin, G. (1977). Marital conflict and accord. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley.

Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry, 51,* 599–606.

Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1998). An overview of interpersonal psychotherapy. In J. C. Markowitz (Ed.), *Interpersonal psychotherapy* (pp. 1–33). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61,* 671–689.

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 542–549.

Wells, G. L. (1995). Scientific study of witness memory: Implications for public and legal policy. *Psychology, Public Policy, and Law, 1,* 726–731.

Wells, G. L., & Olson, E. A. (2003). Eyewitness testimony. *Annual Review of Psychology, 54,* 277–295.

Wells, G. L., Small, M., Penrod, S., Malpass, R. S., Fulero, S. M., & Brimacombe, C. A. E. (1998). Eyewitness identification procedures: Recommendations for lineups and photospreads. *Law and Human Behavior, 22,* 603–647.

Westermeyer, J. (1987). Cultural factors in clinical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 471–478.

Wetter, M., Baer, R., Berry, D., Robison, L., & Sumpter, J. (1993). MMPI-2 profiles of motivated fakers given specific symptom information. *Psychological Assessment, 5,* 317–323.

Wetter, M., Baer, R., Berry, D., Smith, G., & Larsen, L. (1992). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to random responding and malingering. *Psychological Assessment, 4,* 369–374.

Whaley, A. L., & Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist, 62,* 563–574.

Whipple, J. L., & Lambert, M. J. (2011). Outcome measures for practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 7,* 87–111.

White, J. (2006). *Intelligence, destiny, and education: The ideological roots of intelligence testing.* New York: Routledge.

White, R. W. (1976). *The enterprise of living: A view of personal growth* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

White, S. H. (2000). Conceptual foundations of IQ testing. *Psychology, Public Policy, and Law, 6,* 33–43.

Widiger, T. A., & Settle, S. (1987). Broverman et al. revisited: An artifactual sex bias. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 463–469.

Widiger, T. A., & Spitzer, R. L. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 11,* 1–22.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. *Annual Review of Psychology, 42,* 109–133.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62,* 71–83.

Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., & Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview–IV: A semistructured interview for the assessment of personality disorders.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Wiggins, J. S. (1973). *Personality and prediction: Principles of personality assessment.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Wigmore, J. H. (1909). Professor Munsterberg and the psychology of testimony: Being a report of the case of *Cokestone v. Munsterberg. Illinois Law Review, 3,* 399–445.

Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., et al. (1992). Prognostic importance of social resources among patients with CAD. *Journal of the American Medical Association, 267*, 520–524.

Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 141–162.

Wilson, G. T. (1981). Behavior therapy as a short-term therapeutic approach. In S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. New York: Guilford Press.

Wilson, G. T. (1997). Behavior therapy at century close. *Behavior Therapy, 28*, 449–457.

Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 363–375.

Wilson, G. T., & Davison, G. C. (1971). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Animal studies. *Psychological Bulletin, 76*, 1–14.

Witmer, L. (1907). Clinical psychology [Editorial]. *The Psychological Clinic, 1*, 1.

Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.

Wolf, A. (1975). Psychoanalysis in groups. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1021–1037.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J. (1981). Behavioral therapy versus psychoanalysis: Therapeutic and social implications. *American Psychologist, 36*, 159–164.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

Wood, J. M., Garb, H. N., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Clinical assessment. *Annual Review of Psychology, 53*, 519–543.

Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., Nezworski, M. T., Garb, H. N., Allen, K. H., & Wildermuth, J. L. (2010). Validity of the Rorschach inkblot scores for discriminating psychopaths from non-psychopaths in forensic populations: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 22*, 336–349.

Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science, 7*, 3–10.

Wood, J. M., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O., & Garb, H. N. (2003). *What's wrong with the Rorschach? Science confronts the controversial inkblot test*. San Francisco: Jossey-Bass.

Woolfolk, A. E., Woolfolk, R. L., & Wilson, G. T. (1977). A rose by any other name . . . : Labeling bias and attitudes toward behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 184–191.

World Health Organization. (1948). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. Geneva, Switzerland: Author.

Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. A., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1158–1164.

Wrightsman, L. S. (2001). *Forensic psychology*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Wrightsman, L. S., Nietzel, M. T., & Fortune, W. H. (1998). *Psychology and the legal system* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Wysocki, T., Miller, K., Greco, P., Harris, M., Harvey, L., Taylor, A., Danda, C., McDonell, K., & White, N. (1999). Behavior therapy for families of adolescents with diabetes: Effects on directly observed family interactions. *Behavior Therapy, 30*, 507–525.

Yates, B. T., & Taub, J. (2003). Assessing the costs, benefits, cost-effectiveness, and cost-benefit of psychological assessment: We should, we can, and here's how. *Psychological Assessment, 15*, 446–455.

Yoken, C., & Berman, J. S. (1987). Third-party payment and the outcome of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 571–576.

Yoman, J. (2009). A primer on functional analysis. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 325–340.

Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Long-term outcomes of early childhood programs*

(Vol. 5, No. 3, pp. 51–75). Los Altos, CA: Center for the Future of Children.

Yudofsky, S. C., & Hales, R. E. (Eds.), *Essentials of neuropsychiatry and behavioral neurosciences* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zane, N., Hall, G. C. N., Sue, S., Young, K., & Nunez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 767–804). New York: Wiley.

Zax, M., & Specter, G. A. (1974). *An introduction to community psychology*. New York: Wiley.

Zhu, J., & Weiss, L. (2005). The Wechsler scales. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (2nd ed.) (pp. 297–324.). New York: Guilford Press.

Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton.

Zillmer, E. A., Spiers, M. V., & Culbertson, W. C. (2008). *Principles of neuropsychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage.

Zinbarg, R. E., Uliaszek, A. A., & Adler, J. M. (2009). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of Personality, 76*, 1649–1687.

Zubin, J., Eron, L. D., & Schumer, F. (1965). *An experimental approach to projective techniques*. New York: Wiley.

CLINICAL PSYCHOLOGY

Eighth Edition

TIMOTHY J. TRULL
MITCHELL J. PRINSTEIN

کتاب روان‌شناسی بالینی علاوه بر بررسی تاثیر فرهنگ، جنسیت و تنوع در رویکردهای درمانی و سنجشی، بر رویکردهای درمانی و سنجشی شواهد بنیاد تاکید می‌کند. نخستین تغییر بزرگی که در این کتاب مشاهده خواهید کرد، پیوستن دکتر میچ پرینستین به مولف است. میچ تخصص و دیدگاه‌های مهمی را به این کتاب می‌افزاید. میچ علاوه بر آنکه متخصص آسیب‌شناسی کودک و نوجوان است، به‌سبب دستاوردهایش در روان‌شناسی بالینی، مشورت دادن به دانشجویان دارای مدرک کارشناسی برای پیدا کردن کار در رشته روان‌شناسی و آموزش دادن نسل بعدی روان‌شناسان بالینی معروف است. «تاثیرات» میچ را در سراسر این ویراستِ کتاب خواهید دید.

این ویراست کتاب روان‌شناسی بالینی همچون ویراست‌های قبلی آن به‌روز شده است تا تغییرات رشتهٔ روان‌شناسی بالینی و شواهد تجربی جدید را در زمینهٔ ارزیابی رویکردهای اصلی پیشگیری، سنجش و درمان منعکس کند.

تیموتی ترال پس از مرگ دکتر فیرس، انتشار این کتاب را ادامه داد تا این ویراست، که دکتر میچل پرینستین را به عنوان همکار برگزید. به پاس زحمات بی‌شائبه‌ی دکتر فیرس در خلق این اثر ارزشمند لازم دانستم که نام آن را *روان‌شناسی بالینی فیرس* بگذارم.



انتشارات رشد

مرکز نشر و پخش کتاب‌های روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه
خیابان‌شهدای‌ژاندارمری،شماره ۴۱،تلفن: ۶۶۴۰۴۴۰۶

فروشگاه: میدان انقلاب، روبروی سینما بهمن
خیابان شهید منیری جاوید (اردیبهشت)، شماره ۷۲
تلفن: ۶۶۴۱۰۲۶۲-۶۶۴۹۷۱۸۱-۶۶۴۹۸۳۸۶

www.roshdpress.ir

ISBN 600351013-7

۸۰۰۰۰
۹۷