کانال اطلاع رسانی
پیام نور لوتوس

- بروز ترین اخبار و اطلاعیه های پیام نوری
- نمونه سوالات بروز شده و هایلایت
- فلش کارت ، خلاصه و نکات دروس
- فایل سرچی، طلایی و اصلی کتب
- لینک گروه های درسی ترم جاری
- چارت، منابع، حذفیات و تاریخ امتحانات

برای عضویت اینجا کلیک کن

تلگرام

ایتا

@LOTUS_PNU

دانشگاه پیام نور

اصول روان‌شناسی بالینی

(رشتهٔ روان‌شناسی)

دکتر مهدیه رحمانیان دکتر نصراله عرفانی

@LOTUS_PNU

امروز کتابخوانی و علم‌آموزی نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است[1].

مقام معظم رهبری

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتاب‌خوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چندهزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پربار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه مطالعه هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان، تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آن‌ها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام(ص) این است که «بخوان!» و در اولین سوره‌ای که بر آن فرستاده عظیم‌الشأن خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد

1. https://farsi.khamenei.ir/message-content?id=2696

@LOTUS_PNU

شده‌است: «اِقْرَأْ وَ رَبُّکَ الْاَکْرَمُ. اَلَّذی عَلَّمَ بِالْقَلَم» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده‌اند.

دانشگاه پیام‌نور با گستره جغرافیایی ایران‌شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه‌جا و همه‌وقت، به‌عنوان دانشگاهی کتاب‌محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه‌سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره‌گیری از تجربه‌های گرانقدر استادان و صاحب‌نظران برجسته کشورمان، کتاب‌ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام‌نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به‌طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب‌نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه مهم و خطیر یاری‌رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه خطیر یاری می‌رسانند، سپاسگزاری می‌نماییم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام‌نور را منزلگه اندیشه‌سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش‌پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام‌نور

@LOTUS_PNU

فهرست مطالب

پیشگفتار ..... **یازده**

فصل اول. مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی **۱**
هدف کلی ۱
هدف‌های یادگیری ۱
مقدمه ۲
۱-۱ تعریف روان‌شناسی بالینی ۲
۱-۲ حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان ۳
۱-۳ فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی ۵
۱-۴ ویژگی‌های روان‌شناسان بالینی ۸
۱-۵ رویکردهای روان‌شناسی بالینی ۹
خلاصهٔ فصل اول ۱۴
مفاهیم کلیدی فصل اول ۱۶
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول ۱۶
خودآزمایی تشریحی فصل اول ۱۷

فصل دوم. تاریخچه روان‌شناسی بالینی **۱۹**
هدف کلی ۱۹
هدف‌های یادگیری ۱۹
مقدمه ۲۰
۲-۱ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه تشخیص و سنجش ۲۱
۲-۲ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه مداخله و درمان ۲۵

@LOTUS_PNU

۲-۳ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه پژوهش ۲۸
۲-۴ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه حرفه ۲۹
۲-۵ تاریخچه روان‌شناسی بالینی در ایران ۳۱
خلاصهٔ فصل دوم ۳۵
مفاهیم کلیدی فصل دوم ۳۷
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دوم ۳۷
خودآزمایی تشریحی فصل دوم ۳۸

فصل سوم. آموزش در روان‌شناسی بالینی ۴۱
هدف کلی ۴۱
هدف‌های یادگیری ۴۱
مقدمه ۴۲
۳-۱ برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی ۴۲
۳-۲ آموزش روان‌شناسی بالینی در ایران ۴۷
۳-۳ برنامه‌های آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ۴۸
۳-۴ برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵۲
خلاصهٔ فصل سوم ۵۶
مفاهیم کلیدی فصل سوم ۵۷
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم ۵۸
خودآزمایی تشریحی فصل سوم ۵۹

فصل چهارم. پژوهش در روان‌شناسی بالینی ۶۱
هدف کلی ۶۱
هدف‌های یادگیری ۶۱
مقدمه ۶۲
۴-۱ روش مشاهده ۶۲
۴-۲ روش موردپژوهی ۶۳
۴-۳ روش همه‌گیری‌شناسی ۶۴
۴-۴ روش همبستگی ۶۴
۴-۵ طرح پژوهشی مقطعی و طولی ۶۷
۴-۶ روش آزمایشی ۶۸
۴-۷ طرح‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی ۷۶
۴-۸ طرح‌های تک‌موردی ۷۷
۴-۹ اخلاق در پژوهش ۸۰
خلاصهٔ فصل چهارم ۸۱
مفاهیم کلیدی فصل چهارم ۸۲

@LOTUS_PNU

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل چهارم ۸۲
خودآزمایی تشریحی فصل چهارم ۸۴

فصل پنجم. مصاحبه بالینی و تشخیصی ۸۵
هدف کلی ۸۵
هدف‌های یادگیری ۸۵
مقدمه ۸۵
۵-۱ تعریف و هدف مصاحبه بالینی ۸۶
۵-۲ ابعاد مصاحبه ۸۷
۵-۳ مراحل مصاحبه ۹۱
۵-۴ انواع مصاحبه ۹۳
۵-۴-۱ انواع مصاحبه بر اساس ساختار ۹۳
۵-۴-۲ انواع مصاحبه بر اساس هدف ۹۵
۵-۴-۳ انواع مصاحبه بر اساس رویکرد نظری ۹۷
۵-۵ محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات ۱۰۰
۵-۶ محدودیت‌های محرمانه بودن اطلاعات ۱۰۱
خلاصهٔ فصل پنجم ۱۰۲
مفاهیم کلیدی فصل پنجم ۱۰۳
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم ۱۰۳
خودآزمایی تشریحی فصل پنجم ۱۰۵

فصل ششم. سنجش رفتاری در روان‌شناسی بالینی ۱۰۷
هدف کلی ۱۰۷
هدف‌های یادگیری ۱۰۷
مقدمه ۱۰۷
۶-۱ تعریف و هدف‌ها ۱۰۸
۶-۲ ویژگی‌های سنجش رفتاری ۱۰۹
۶-۳ روش‌های سنجش رفتاری ۱۱۱
۶-۴ مزایا و محدودیت‌های ارزیابی رفتاری ۱۱۷
خلاصهٔ فصل ششم ۱۱۷
مفاهیم کلیدی فصل ششم ۱۱۸
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم ۱۱۹
خودآزمایی تشریحی فصل ششم ۱۲۰

فصل هفتم. روش‌های تفسیر و قضاوت بالینی ۱۲۱
هدف کلی ۱۲۱

@LOTUS_PNU

هدف‌های یادگیری ۱۲۱
مقدمه ۱۲۲
۷-۱ چهارچوب نظری ۱۲۲
۷-۲ رویکردهای قضاوت بالینی ۱۲۳
۷-۳ بهبود قضاوت بالینی و تفسیر ۱۲۵
۷-۴ گزارش بالینی ۱۲۸
خلاصهٔ فصل هفتم ۱۳۲
مفاهیم کلیدی فصل هفتم ۱۳۳
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم ۱۳۳
خودآزمایی تشریحی فصل هفتم ۱۳۴

فصل هشتم. اصول تعامل روان‌شناس با مراجع ۱۳۵
هدف کلی ۱۳۵
هدف‌های یادگیری ۱۳۵
مقدمه ۱۳۶
۸-۱ اتحاد درمانی ۱۳۶
۸-۲ راهبردهای ارتباطی درمانگر ۱۳۹
۸-۳ اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع ۱۴۱
خلاصهٔ فصل هشتم ۱۴۶
مفاهیم کلیدی فصل هشتم ۱۴۷
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هشتم ۱۴۷
خودآزمایی تشریحی فصل هشتم ۱۴۸

فصل نهم. اصول ارزشی و دینی در فعالیت‌های بالینی ۱۵۱
هدف کلی ۱۵۱
هدف‌های یادگیری ۱۵۱
مقدمه ۱۵۲
۹-۱ اصول اخلاق اسلامی در رابطه با مراجعان ۱۵۲
خلاصهٔ فصل نهم ۱۶۹
مفاهیم کلیدی فصل نهم ۱۶۹
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل نهم ۱۷۰
خودآزمایی تشریحی فصل نهم ۱۷۱

فصل دهم. مداخله‌های روان‌شناختی ۱۷۳
هدف کلی ۱۷۳
هدف‌های یادگیری ۱۷۳

@LOTUS_PNU

مقدمه ۱۷۳
۱۰-۱ درمان روان پویشی ۱۷۴
۱۰-۱-۱ هدف‌های درمان روان پویشی ۱۷۴
۱۰-۱-۲ روانکاوی در مقابل روان پویشی مدرن ۱۷۵
۱۰-۱-۳ ابزار سنجش و درمان در روان پویشی ۱۷۷
۱۰-۲ رفتاردرمانی شناختی ۱۸۰
۱۰-۳ انسان‌گرایی ۱۸۴
۱۰-۳-۱ انواع درمان انسان‌گرایانه ۱۸۷
۱۰-۴ روان‌درمانی مثبت‌نگر ۱۸۹
۱۰-۴-۱ اصول روان‌درمانی مثبت‌نگر ۱۸۹
۱۰-۴-۲ قابلیت‌های اصلی ۱۹۱
۱۰-۴-۳ فواید روان‌درمانی مثبت نگر ۱۹۱
۱۰-۴-۴ تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی مثبت نگر ۱۹۲
خلاصهٔ فصل دهم ۱۹۶
مفاهیم کلیدی فصل دهم ۱۹۷
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دهم ۱۹۸
خودآزمایی تشریحی فصل دهم ۱۹۹

فصل یازدهم. تخصص‌های روان‌شناسی بالینی ۲۰۱
هدف کلی ۲۰۱
هدف‌های یادگیری ۲۰۱
مقدمه ۲۰۱
۱۱-۱ روان‌شناسی سلامت ۲۰۲
۱۱-۱-۱ هدف‌های روان‌شناسی سلامت ۲۰۳
۱۱-۱-۲ روان‌شناس سلامت چه می‌کند ۲۰۳
۱۱-۱-۳ روان‌شناسان سلامت کجا کار می‌کنند ۲۰۴
۱۱-۲ عصب روان‌شناسی بالینی ۲۰۵
۱۱-۲-۱ هدف‌های عصب روان‌شناسی بالینی ۲۰۶
۱۱-۲-۲ عصب روان‌شناسان چه می‌کنند ۲۰۶
۱۱-۲-۳ عصب روان‌شناسان کجا کار می‌کنند ۲۰۷
۱۱-۳ روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان ۲۰۸
۱۱-۳-۱ هدف‌های روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان ۲۰۸
۱۱-۳-۲ روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان چه می‌کنند ۲۰۹
۱۱-۳-۳ روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان کجا کار می‌کنند ۲۱۰
۱۱-۴ روان‌شناسی سالمندی ۲۱۰
۱۱-۴-۱ هدف‌های روان‌شناسی سالمندی ۲۱۱

@LOTUS_PNU

۱۱-۴-۲ روان‌شناسان سالمندی چه می‌کنند ۲۱۱
۱۱-۴-۳ روان‌شناسان سالمندی کجا کار می‌کنند ۲۱۲
۱۱-۵ روان‌شناسی قانونی بالینی ۲۱۲
۱۱-۵-۱ هدف‌های روان‌شناسی قانونی ۲۱۳
۱۱-۵-۲ روان‌شناس قانونی چه می‌کند ۲۱۳
۱۱-۵-۳ روان‌شناسان قانونی کجا کار می‌کنند ۲۱۴
۱۱-۶ روان‌شناسی بالینی اجتماع نگر ۲۱۴
۱۱-۶-۱ هدف‌های روان‌شناسی بالینی اجتماع نگر ۲۱۵
۱۱-۶-۲ روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر چه می‌کنند ۲۱۵
۱۱-۶-۳ روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر کجا کار می‌کنند ۲۱۵
خلاصهٔ فصل یازدهم ۲۱۶
مفاهیم کلیدی فصل یازدهم ۲۱۷
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل یازدهم ۲۱۷
خودآزمایی تشریحی فصل یازدهم ۲۱۹

پاسخنامه ۲۲۱

منابع ۲۲۳

@LOTUS_PNU

پیشگفتار

از دیرباز آگاهی از ابعاد شخصیتی انسان و علل رفتارهای او مورد توجه بوده است و قرن‌هاست که آدمی پیوسته در پی کاویدن، یافتن و ارزیابی رفتارهای فردی و جمعی افراد گوناگون و طرح مباحث مربوط به ذهن و روان است. روان‌شناسی، علمی است که به پژوهش و مطالعه فرایندهای ذهنی و رفتار انسان می‌پردازد. یکی از شاخه‌های این علم، روان‌شناسی بالینی است که به شناخت، پیش‌بینی و درمان آشفتگی‌های شناختی، رفتاری و هیجانی افراد می‌پردازد که در این گستره ارزیابی، تشخیص و مداخله از اهمیت بالایی برخوردار است؛ بنابراین فراگرفتن اصول اصلی روان‌شناسی بالینی یکی از مهم‌ترین آموخته‌های دانشجویان و متخصصان رشته روان‌شناسی است.

این کتاب از یازده فصل تشکیل شده است. هدف فصل اول، آشنایی با معنا و مفهوم روان‌شناسی بالینی، فعالیت‌های روان‌شناسی بالینی و ویژگی‌های روان‌شناسان بالینی است. در فصل دوم، به تاریخچه روان‌شناسی بالینی در جهان و ایران پرداخته شده است و پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه‌های تشخیص و سنجش، مداخله و درمان، و پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. در فصل سوم، برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی ارائه شده است. در فصل چهارم، به انواع روش‌های پژوهش در روان‌شناسی بالینی و اخلاق در پژوهش‌های روان‌شناختی پرداخته شده است. در فصل پنجم، مصاحبه بالینی و تشخیصی و اصول کلی مصاحبه مورد بحث قرار گرفته است. فصل ششم و هفتم، به تعریف سنجش رفتاری، بررسی هدف‌های آن و آشنایی با

@LOTUS_PNU

روش‌های مختلف سنجش رفتاری و همچنین روش‌های تفسیر و قضاوت بالینی و ارائه گزارش بالینی پرداخته شده است. در فصل هشتم، اصول تعامل روان‌شناس با مراجع و اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع بحث شده است. در فصل نهم، اصول ارزشی و دینی در فعالیت‌های بالینی و ارائه مشاوره و خدمات روان‌شناختی توضیح داده شده است. در فصل دهم، رویکردهای مختلف مداخله‌های روان‌شناختی و فنون آن‌ها ارائه شده است و درنهایت در فصل یازدهم، تخصص‌های مختلف روان‌شناسی بالینی معرفی شده‌اند.

جا دارد در اینجا از شادروان دکتر سعید شاملو قدردانی گردد که نقش به سزایی در پایه‌گذاری روان‌شناسی بالینی در ایران را به عهده داشتند. تدریس اولین درس در رشته روان‌شناسی بالینی، تألیف اولین کتاب تحت عنوان «روان‌شناسی بالینی»، و ایجاد اولین کلینیک روان‌شناسی در دانشگاه تهران، حاصل بخشی از فعالیت‌های علمی و حرفه‌ای ایشان است.

امید است پس از مطالعه این کتاب، دانشجویان و علاقه‌مندان راهبردهایی فراگیرند که به کمک آن‌ها بتوانند به تشخیص، طبقه‌بندی، مداخله و درمان و پژوهش بپردازند. بدون شک مطالعه انتقادی این کتاب و راهنمایی‌های خوانندگان، ما را در جهت بهبود و اصلاح این کتاب یاری خواهد کرد.

مؤلفان

@LOTUS_PNU

فصل اول

مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

آشنایی با معنا و مفهوم روان‌شناسی بالینی، حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان، فعالیت‌های روان‌شناسی بالینی، ویژگی‌های روان‌شناسان بالینی و رویکردهای روان‌شناسی بالینی.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. روان‌شناسی بالینی را تعریف کنند.
۲. حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان را نام ببرند.
۳. هر یک از حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان را توضیح دهند.
۴. تفاوت روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی را شرح دهند.
۵. فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی را تشریح نمایند.
۶. دلایل پرداختن روان‌شناسان بالینی به پژوهش را از نظر لیمبرت برشمارند.
۷. رابطه نظارت بالینی و تدریس توسط روان‌شناسان بالینی را مشخص کنند.
۸. ویژگی‌های روان‌شناسان بالینی را توضیح دهند.
۹. رویکردهای روان‌شناسی بالینی را نام ببرند.
۱۰. هر یک از رویکردهای روان‌شناسی بالینی را توضیح دهند.

@LOTUS_PNU

مقدمه

روان‌شناسی بالینی[1] رشته گیج‌کننده‌ای است و اغلب درباره آن سوءتفاهم پیش می‌آید. مردم با گذشت این همه سال، هنوز روان‌شناس بالینی را با اشخاص دارای دکترای پزشکی یا روان‌پزشکی اشتباه می‌گیرند. عده‌ای هم هنوز روان‌شناس بالینی را همان روان‌کاوی می‌دانند. برخی هم روان‌شناسان بالینی را دکترهای افسونگری و عده‌ای آن‌ها را عجیب و غریب می‌دانند. البته عده زیادی هم هستند که روان‌شناسان بالینی را محقق، عضو انجمن‌های حرفه‌ای معتبر و ارائه‌دهنده خدمات مهم انسان می‌دانند (ترال[2] و پرینستین[3]، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۱-۱ تعریف روان‌شناسی بالینی

رسنیک[4] (۱۹۹۱) در تعریف و توصیف روان‌شناسی بالینی این‌گونه می‌گوید: «رشته روان‌شناسی بالینی، به پژوهش، آموزش 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.»

طبق تعریف رسنیک، مهارت‌های اصلی مورد نیاز در رشته روان‌شناسی بالینی عبارت‌اند از سنجش و تشخیص، مداخله و درمان، مشورت دادن، پژوهش و کاربرد اصول اخلاقی و حرفه‌ای. وجه ممیزه روان‌شناسان بالینی، تخصص آن‌ها در حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی، شخصیت و ادغام علم، نظریه و علم است.

انجمن روان‌شناسی آمریکا[5]، روان‌شناسی بالینی را شاخه‌ای از روان‌شناسی تعریف می‌کند که 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 رفتاری کارکرد انسان در طول عمرش در فرهنگ‌های مختلف و تمامی سطوح اجتماعی- اقتصادی تمرکز می‌کند.

---

1. Clinical Psychology
2. Trull
3. Prinstein
4. Resnick
5. American Psychological Association

@LOTUS_PNU

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

۱-۲ حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان

روان‌پزشکی[1]: روان‌پزشک، در واقع پزشک است، پزشکی که دوره پزشکی عمومی را به پایان رسانده و دوره تخصصی روان‌پزشکی (اعصاب و روان) را نیز گذرانده است. ریشه روان‌پزشکی به سنت پزشکی برمی‌گردد و در چارچوب طب سازمان‌یافته و تشکیلاتی قرار می‌گیرد؛ بنابراین روان‌پزشکان معمولاً در راستای قدرت و جایگاه حرفه پزشکی عمل می‌کنند. روان‌پزشکی همسو با ریشه‌های پزشکی‌اش، آسیب روانی را بیماری روانی و دارای علل عمدتاً زیست‌شناختی می‌داند که بهترین راه درمان آن، مصرف داروهای روان‌گردان است.

روان‌شناسی مشاوره[2]: فعالیت‌های روان‌شناسان مشاوره با فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی هم‌پوشانی دارد. روان‌شناسان مشاوره به‌طور سنتی با افرادی کار می‌کنند که بهنجارند یا ناسازگاری خفیف دارند. کار آن‌ها می‌تواند به‌صورت مشاوره انفرادی یا گروهی باشد. روش اصلی آن‌ها در سنجش معمولاً مصاحبه است، اگرچه از آزمون هم استفاده می‌کنند، آزمون‌هایی همچون هوش، استعداد، شخصیت و رغبت. روان‌شناسان مشاوره از نظر تاریخی بر مشاوره تحصیلی و شغلی، آن هم عمدتاً بر گرایش شخص‌محوری و انسان‌گرایی متمرکز شده‌اند. ولی در حال حاضر، روان‌شناسان مشاوره، گرایش‌های نظری متنوع‌تری مثل گرایش شناختی- رفتاری یا روان‌پویشی پیدا کرده‌اند و مراجعان را در تمام مقاطع سنی درمان می‌کنند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

مددکاری اجتماعی[3]: مددکاران اجتماعی به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه تأمین‌کنندگان خدمات سلامت روان در سطح ملی، در انواع محیط‌ها، ازجمله در بیمارستان‌ها، در محیط

1. Psychiatry
2. Counseling Psychology
3. Social Work

@LOTUS_PNU

کسب‌وکار، در مراکز سلامت روان سطح اجتماع، در دادگاه‌ها، مدارس و دانشکده‌ها، زندان‌ها و در مؤسسات خدمات خانواده به کار گرفته می‌شوند. مددکاران اجتماعی ممکن است فنون مختلف روان‌درمانگری را آموزش ببینند، ولی قاعده کلی این است که تمرکز کمتری بر متغیرهای درون‌فردی و میان‌فردی دارند و بیشتر بر این متمرکزند که عوامل اجتماعی و وضعیتی، از قبیل امکانات محلی ناکافی و نامناسب و دیگر عوامل استرس‌آفرین در سطح اجتماعی، چه طور بر کارکرد مراجعان تأثیر می‌گذارند (کرامر[1]، لیلینفلد[2]، برنستین[3]، تیچمن[4] و اولتونجی[5]، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

روان‌شناسی مدرسه[6]: روان‌شناسان مدرسه هم اشتراک‌های زیادی با روان‌شناسان بالینی و روان‌شناسان مشاوره دارند. روان‌شناسان مدرسه به‌طورکلی از الگوهای آموزشی مشابه استفاده می‌کنند، الزامات مشابهی در زمینه کارورزی و دریافت گواهینامه دارند، سنجش انجام می‌دهند، در سطح فردی و در سطح دستگاه‌ها و نظام‌ها مداخله‌هایی را طراحی می‌کنند و برنامه‌ها را ارزیابی می‌کنند. آشکارترین تفاوت روان‌شناسان مدرسه با دو گروه دیگر مذکور این است که معمولاً در زمینه تعلیم و تربیت و رشد کودک، بیش از روان‌شناسان بالینی آموزش می‌بینند و سنجش‌ها و مداخله‌هایشان بیشتر بر کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها در مدارس و دیگر محیط‌های آموزشی و تربیتی متمرکز است؛ اما با وجود این تفاوت‌ها، شباهت‌های روان‌شناسی مدرسه با روان‌شناسی بالینی، به‌خصوص روان‌شناسی بالینی کودک، از تفاوت‌هایشان بیشتر است.

روان‌شناسی سلامت[7]: روان‌شناسی سلامت از طریق تحقیقات و درمانگری، به ارتقاء 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 تناسب‌اندام به مردم کمک می‌کنند. بسیاری از روان‌شناسان سلامت در مراکز پزشکی مشغول به کار می‌شوند، اگرچه روزبه‌روز بر تعداد روان‌شناسان سلامت که در رابطه با امور تجاری و به صنایع

1. Kramer
2. Lilienfeld
3. Bernstein
4. Teachman
5. Olatunji
6. School Psychology
7. Health Psychology

@LOTUS_PNU

مشورت می‌دهند، افزوده می‌شود. آن‌ها در سازمان‌هایی کار می‌کنند که سالم نگه‌داشتن و سلامت کارکنان و اعضاء را مهم می‌دانند.

روان‌شناسی توان‌بخشی[1]: 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 تا با ناتوانی‌هایشان و موانع فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی ملازم با این ناتوانی‌ها سازگار شوند. روان‌شناسان توان‌بخشی معمولاً در مراکز مراقبت‌های بحرانی، مراکز پزشکی، مؤسسات و بیمارستان‌های مربوط به کهنه‌سربازان و دانشگاه‌ها کار می‌کنند.

روان‌پرستاری[2]: از آنجا که روان‌پرستاران زمان زیادی را با بیماران می‌گذرانند، نه‌تنها می‌توانند درباره سازگاری بیماران با بیمارستان، اطلاعات بدهند، بلکه می‌توانند در حاکم کردن فضای درمانی مناسب تأثیر زیادی داشته باشند. آن‌ها که همکاری نزدیکی با روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارند، توصیه‌ها و دستورهای درمانی این دو را اجرا می‌کنند.

پیراحرفه‌ای[3]: به کسانی که آموزش می‌بینند تا به دست‌اندرکاران سلامت روان یاری رسانند، پیراحرفه‌ای می‌گویند که نقششان در سال‌های اخیر بسیار اهمیت یافته است. تحقیقات نشان می‌دهد که تلاش‌ها و اقدامات پیراحرفه‌ای‌ها، کارهای متخصصان را به شکل مؤثرتری تکمیل می‌کند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۱-۳ فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی

روان‌شناسان بالینی درگیر فعالیت‌های متفاوت، جالب و چالش‌انگیز زیادی می‌شوند. تمام روان‌شناسان بالینی به یک اندازه درگیر تمام این فعالیت‌ها نمی‌شوند، ولی این حقیقت که واردشوندگان به این رشته گزینه‌های زیادی دارند، توضیح می‌دهد که چرا روان‌شناسی بالینی این‌قدر برای دانشجویان جذاب است. در ادامه برخی از فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی تشریح می‌شود.

1. Rehabilitation Psychology
2. Psychiatric Nurses
3. Paraprofessional

@LOTUS_PNU

سنجش/تشخیص: به فرایند جمع‌آوری اطلاعات درباره آدم‌ها و رفتار، مشکلات، صفات شخصیتی و کارکرد عقلانی‌شان، سنجش[1] می‌گویند. این اطلاعات برای تشخیص رفتار مشکل‌دار، توصیف خصوصیات شخصیتی مراجع، انتخاب فنون درمان، هدایت تصمیمات قانونی در مورد تعهد افراد به نهادها و مؤسسات، ترسیم تابلوی کامل‌تر از مشکلات مراجع، غربال شرکت‌کنندگان بالقوه طرح‌های پژوهشی روان‌شناختی، تعیین سطوح پایه پیش‌درمان رفتار در مقایسه با اندازه‌گیری بهبود پسادرمان و دیگر هدف‌ها استفاده می‌شود. اکثر ابزارهای سنجش بالینی در یکی از این سه مقوله جای می‌گیرند: آزمون‌ها، مصاحبه‌ها، و مشاهدات.

مداخله/ درمان: روان‌شناسان بالینی، مداخله[2] طراحی شده‌ای را که به فهم بهتر مردم از مشکلات روان‌شناختی ناراحت‌کننده و حل این مشکلات کمک می‌کند، ارائه می‌دهند. این مداخله‌ها را می‌توانیم با اصطلاحاتی مثل روان‌درمانی، اصلاح رفتار، مشاوره روان‌شناختی، یا دیگر اصطلاحات که به گرایش نظری روان‌شناسی بالینی بستگی دارند، توصیف کنیم. از سال‌ها قبل روان‌درمانگری انفرادی مراجعان جزء رایج‌ترین فعالیت‌های منفرد روان‌شناسان بالینی بوده است؛ اما روان‌شناسان بالینی ممکن است هم‌زمان با دو یا چند مراجع در قالب یک زوج، یک خانواده، یا در قالب گروه درمان نیز کار کنند.

پژوهش: ارزیابی درمان، یک نمونه از سنت پژوهشی در روان‌شناسی بالینی است. در آغاز، پژوهش[3] و نه خدمت‌رسانی بر رشته روان‌شناسی بالینی تسلط داشت، اما این تأکید هم‌اکنون تا حد زیادی برعکس شده است، اگرچه پژوهش همچنان نقش حیاتی در روان‌شناسی بالینی باز می‌کند. پژوهش در روان‌شناسی بالینی از لحاظ محیط اجرا و دامنه آن، خیلی متغیر است. برخی از مطالعات در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و برخی در درمانگاه‌ها و برخی در شرایط طبیعی و کمتر کنترل شده اجرا می‌شوند (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

لیمبرت[4] (۲۰۰۱) چهار دلیل برای ضرورت پرداختن روان‌شناسان بالینی به پژوهش را مطرح کرده است: ۱. تمام روان‌شناسان بالینی باید بتوانند پژوهش‌های منتشر شده را

1. Assessment
2. Treatment
3. Research
4. Lambert

@LOTUS_PNU

به‌طور انتقادی ارزیابی کنند تا تعیین کنند کدام رویه‌های سنجش و کدام مداخله‌های درمانی بیش از رویه‌ها و مداخله‌های درمانی دیگر احتمال دارد برای مراجعان‌شان مؤثر باشد. ۲. روان‌شناسان بالینی شاغل در دانشگاه‌ها غالباً باید بر پروژه‌های پژوهشی دانشجویان نظارت داشته باشند و این پروژه‌ها را ارزیابی کنند. ۳. هنگامی که از روان‌شناسان مراکز سلامت روان اجتماع‌نگر یا دیگر مؤسسات خدماتی می‌خواهند در ارزیابی مؤثر بودن برنامه‌های موسسه به مسئولان اجرایی کمک کنند، آموزش پژوهش می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. ۴. آموزش دیدن در زمینه پژوهش می‌تواند به روان‌شناسان بالینی در ارزیابی بهتر اثربخش بودن مداخله‌های بالینی‌شان کمک کند.

آموزش/ تدریس: مقدار قابل‌توجهی از وقت روان‌شناسان بالینی صرف فعالیت‌های آموزش[1] و تدریس[2] می‌شود. روان‌شناسانی که سمت دانشگاهی تمام‌وقت یا پاره‌وقت دارند، معمولاً دروسی را در حوزه‌هایی مثل شخصیت، آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی بالینی، روان‌درمانی، اصلاح رفتار، مصاحبه، روان‌آزمایی، طرح‌های آزمایشی، و سنجش بالینی در دوره کارشناسی و تحصیلات تکمیلی ارائه می‌دهند. همچنین ممکن است در رابطه با موضوعات پیشرفته، سمینارهای تخصصی در سطح تحصیلات تکمیلی برگزار کنند. در ضمن روان‌شناسان بالینی در چارچوب برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت برای گروه‌های شغلی مختلف که کارکشتگی روان‌شناختی باعث ارتقای مهارت شغلی‌شان می‌شود، آموزش می‌دهند. به‌هرحال تدریس فرصتی است برای روان‌شناسان بالینی که تجارب اندوخته خود را در اختیار علاقه‌مندان قرار دهند.

نظارت بالینی: نظارت بالینی[3] در واقع شکل دیگری از تدریس است اما معمولاً به‌صورت تدریس انفرادی، تدریس گروهی کوچک، و دیگر شکل‌های تدریس کمتر رسمی و غیرکلاسی برگزار می‌شود. روان‌شناسان بالینی در دانشگاه‌ها یا مراکز بالینی بخشی از وقت خود را صرف نظارت بر فعالیت بالینی دانشجویان خود می‌کنند و به آموزش عملی و مهارتی می‌پردازند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

مشورت دادن: روان‌شناسان بالینی معمولاً در مورد انواع مشکلات به سازمان‌ها مشاوره[4] می‌دهند. آن‌ها به‌عنوان طرف‌های مشورت، انواع وظایف از قبیل تعلیم و

1. Instruction
2. Teaching
3. Clinical Supervision
4. Counseling

@LOTUS_PNU

تربیت (مثلاً آشنا کردن کارکنان با پژوهش مرتبط با شغلشان)، توصیه (مثلاً درباره موردها یا برنامه‌ها) و کاهش اختلاف سازمانی (مثلاً با تغییر دادن وظایف شخصی) را انجام می‌دهند. شاید به خاطر همین ترکیب چالش‌انگیز فعالیت‌ها در مشورت دادن است که شغل بالینی برای برخی از روان‌شناسان بالینی ارضاکننده می‌شود.

امور اجرایی: برخی از روان‌شناسان بالینی درگیر امور اجرایی[1] می‌شوند که معمولاً شامل مدیریت یا اداره سازمان‌ها می‌گردد. روان‌شناس بالینی می‌تواند مدیر گروه روان‌شناسی یک دانشگاه باشد، مدیر آموزش تکمیلی روان‌شناسی بالینی شود، مدیر مرکز مشاوره دانشجویی گردد، روان‌شناس یک بیمارستان یا درمانگاه شود، مدیر یک موسسه دولتی گردد و یا درگیر سایر نقش‌های اجرایی شود.

۱-۴ ویژگی‌های روان‌شناسان بالینی

نگرش بالینی: یکی از بارزترین خصوصیات روان‌شناسان بالینی، نگرش بالینی[2] یا رویکردهای بالینی[3] است. این گرایش تمایلی به ترکیب کردن دانش حاصل از پژوهش درباره رفتار انسان و فرایندهای ذهنی به‌طور اعم، با تلاش‌ها در زمینه سنجش و درمان فردی برای فهمیدن یک شخص خاص و درمان او را منعکس می‌کند. نگرش بالینی، روان‌شناسان بالینی را از دیگر روان‌شناسانی که دنبال اصول زیربنایی قابل کاربرد در خصوص مشکلات رفتار انسان به‌طور اعم هستند، جدا می‌کند. بسیار مهم است که روان‌شناسان بالینی از نگرش علمی[4] هم استقبال کنند؛ یعنی از رویکردهای علمی در فهم ناراحتی روان‌شناختی استفاده کنند.

خصوصیات شخصی: چون روان‌شناسی بالینی در بهترین حالت، به‌شدت علمی و عمیقاً شخصی است، مستلزم آن است که وارد شوندگان این رشته، علاقه شدید و شفیقانه‌ای به انسان داشته باشند. داشتن صفاتی همچون صداقت، علاقه‌مندی به مردم، ارتباطات میان فردی، همدلی، کنجکاوی عقلانی در روان‌شناسی بالینی بسیار حساس و مهم هستند. چرا که روان‌شناسان بالینی به‌طور منظم در موقعیت‌هایی کار می‌کنند که پیامدهای شخصی و میان‌فردی مهم و ماندگاری دارند.

---

1. Administration
2. Clinical Attitude
3. Clinical Approach
4. Scientific Attitude

@LOTUS_PNU

یکی از خصوصیات اصلی روان‌شناسان بالینی، کشش آن‌ها به تفکر علمی است. تفکر علمی، طرز فکری است که ابزارهایی را برای جبران سوگیری‌های شخصی فراهم می‌آورد و در صورت عدم وجودش، جست‌وجوی حقیقت مشکلات مراجع یا پرسش پژوهشی غامض، مخدوش خواهد شد. تفکر علمی به‌خودی‌خود حاصل نمی‌شود و مستلزم آموزش فراگیر، تلاش هماهنگ و تجربه هدایت شده است.

الزام‌های قانونی: روان‌شناسان بالینی که خدمات روان‌شناختی از قبیل تشخیص و درمان اختلالات روانی ارائه می‌دهند، باید گواهینامه معتبر داشته باشند که در ایران پروانه کار توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران صادر می‌گردد. لازمه صدور پروانه کار برای روان‌شناسان بالینی داشتن مدرک تحصیلی معتبر کارشناسی ارشد و یا دکتری تخصصی است.

الزام‌های اخلاقی: روان‌شناسان بالینی باید معیارهای اخلاقی حاکم بر فعالیت‌های حرفه‌ای خود را رعایت کنند. این معیارها در اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامه رفتاری انجمن روان‌شناسان آمریکا و همچنین تحت عنوان نظام‌نامه اخلاقی در سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران ارائه شده است. این اصول و معیارها، روان‌شناسان بالینی را در زمینه برخورد با دغدغه‌های اخلاقی مرتبط با قابلیت، روابط انسانی، حریم و رازداری، ثبت و نگهداری اسناد و مدارک، تعلیم و تربیت، آموزش، درمان، و در رابطه با بسیاری از مسائل دیگر راهنمایی می‌کنند.

تجربه: تجربه بالینی نظارت شده معمولاً شامل تکمیل موفقیت‌آمیز دوره عملی تأیید شده کارورزی و کارآموزی است که در یک موقعیت عملی مثلاً بخش روان‌پزشکی بیمارستان می‌باشد.

۱-۵ رویکردهای روان‌شناسی بالینی

همپای افزایش تعداد روان‌شناسان بالینی پس از جنگ جهانی دوم، نظریه‌های بیشتری برای هدایت کارشناسان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در آغاز اکثر روان‌شناسان بالینی رویکرد روان‌پویشی را دنبال می‌کردند که بر این رشته مسلط بود، اما به‌مرور رویکردهای انسان‌گرا، رفتاری، شناختی- رفتاری، نظام‌های اجتماعی، و زیست‌شناختی رقابت با رویکرد روان‌پویشی را شروع کردند و توجهات را به خود جلب نمودند. در

@LOTUS_PNU

ادامه مفروضات بنیادی و ویژگی‌های کلی این رویکردها به سنجش بالینی و درمان مرور خواهد شد.

رویکرد روان‌پویشی: زیگموند فروید[1] در آغاز قرن بیستم، نفوذ زیادی در هدایت نظریه و عمل در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی داشت. نظریه روان‌کاوانه آغازین فروید و گونه‌های مختلف آن، رویکرد روان‌پویشی[2] به شخصیت، آسیب‌شناسی روانی، و روان‌درمانی را مستقر کرد که اکثر روان‌شناسان بالینی اولیه آن را دنبال می‌کردند. در این رویکرد بر نقش فرایندهای ناهشیارانه در تبیین فکر، احساسات، و رفتار انسان تأکید می‌شود؛ بنابراین رفتار انسان توسط تکانه‌ها، امیال، انگیزه‌ها، و تعارضاتی تعیین می‌شود که غالباً خارج از آگاهی انسان هستند. مشکلات روان‌شناختی به این دلیل رخ می‌دهند که مراجعان دفاع ناموفقی علیه آن‌ها به خرج می‌دهند و ناهشیارانه تکرار می‌شوند، و تعارضات درونی تجربه شده در کودکی و بعداً در رابطه با خانواده، همسالان، و مظاهر قدرت هم در این مشکلات روان‌شناختی نقش دارند. هدف درمان، آشکار ساختن و حل‌وفصل کردن اختلافات و بهبود کارکرد «من[3]» است، طوری که مراجعان بتوانند شیوه‌های رفتارشان در گذشته را بازشناسی کنند و تغییر دهند.

رویکرد انسان‌گرا: روان‌شناسان بالینی با شروع دهه ۱۹۳۰، جایگزینی برای رویکرد روان‌پویشی پیدا کردند، چون رویکرد انسان‌گرا[4] به شخصیت، به آسیب‌شناسی روانی، و به روان‌درمانی در حال ظهور بود. در این رویکرد، آدم‌ها عرصه تعارضات درونی روانی نیستند، بلکه افرادی هستند که سائق فطری رشد شخصی یا همان خودشکوفایی[5] دارند. در این رویکرد، رفتار افراد توسط تصمیمات آن‌ها درباره زندگی‌شان بر اساس ادراکشان از دنیا رقم می‌خورد. طبق رویکرد انسان‌گرا، اختلالات روانی وقتی پیش می‌آیند که توان رشد طبیعی شخص توسط ادراکات تحریف‌آلود از واقعیت یا فقدان آگاهی از احساسات حقیقی مسدود شود. نظریه‌پردازان انسان‌گرا می‌گویند با درمان‌های پدیدارشناختی یا تجربه‌ای می‌توان این انسدادها را برطرف نمود و به رشد شخصی ادامه داد. در رویکرد انسان‌گرا، طبیعت انسان اصولاً مثبت است؛

---

1. Freud
2. Psychodynamic Approach
3. Ego
4. Humanistic Approach
5. Self-Actualization

@LOTUS_PNU

مراجعان را فقط می‌توان با دیدن دنیا از دریچه چشم آنان فهمید. مشکلات وقتی شکل می‌گیرند که آدم‌ها سعی می‌کنند از تجربه کردن هیجانات گیج‌کننده یا دردناک اجتناب ورزند و این باعث می‌شود از خویشتن حقیقی خویش بیگانه شوند و آن را نپذیرند. درمانگران با مراجعان به‌مثابه افراد مسئولی برخورد می‌کنند که متخصص تجارب خودشان هستند و درنهایت، خود مراجعان باید در مورد زندگی‌شان تصمیم بگیرند. خود رابطه درمانی، ابزار اصلی نائل آمدن درمان به فوایدش است. هدف این است که در جوی حمایت‌آمیز و سرشار از صداقت و پذیرش، تمرکز بر تجارب بلافصل لحظه‌ای مراجع حفظ شود. از برجسته‌ترین نظریه‌پردازان رویکرد انسان‌گرایی، کارل راجرز[1] است.

رویکرد رفتاری: رویکرد رفتاری[2] به روان‌شناسی بالینی از اواسط دهه ۱۹۵۰ و تا حدودی به خاطر تفاوت فاحش آن با رویکردهای روان‌پویشی و انسان‌گرا مورد توجه قرار گرفت. اساس این رویکرد آن است که شخصیت و مشکلات روان‌شناختی، انعکاس تأثیرات محیطی هستند که طرز یادگرفتن رفتار را شکل داده‌اند؛ بنابراین، روان‌شناسان رفتارگرا معتقدند که کنش‌های ناخوشایند را می‌توان از طریقی که برای کمک به یادگرفتن الگوهای رفتار جدید و انطباقی‌تر طراحی شده‌اند، تغییر داد. اصول یادگیری که رویکرد رفتاری بر آن استوار است، در اوایل قرن بیستم پرورش یافتند، اما روان‌شناسان بالینی این اصول را پرورش ندادند. این اصول حاصل پژوهش‌های آزمایشگاهی روی شرطی‌سازی کلاسیک و کنشگر در انسان‌ها و حیوانات توسط پاولف[3]، اسکینر[4]، ثورندایک[5] و دیگران بودند. طبق رویکرد رفتارگرایی، رفتار انسان از گذر شرطی شدن و مشاهده دیگران آموخته می‌شود. مشکلات روان‌شناختی، رفتارهای آموخته‌شده‌ای هستند که در وضعیت‌های خاص یا در طبقه‌ای از وضعیت‌ها رخ می‌دهند. رفتاردرمانی بر تغییر عوامل محیطی که پاسخ‌های غیرانطباقی آموخته شده را حفظ کرده‌اند، تمرکز می‌کند. روش‌های درمانی، بر پژوهش آزمایشگاهی در مورد یادگیری مبتنی هستند و بر جمع‌آوری داده‌ها برای ارزیابی مؤثر بودن درمان تأکید دارند.

---

1. Carl Ragers
2. Behavioral Approach
3. Pavlov
4. Skinner
5. Thorndike

@LOTUS_PNU

رویکرد شناختی: رویکرد رفتاری به روان‌شناسی بالینی به‌رغم شهرت، از نظر برخی این محدودیت را داشت که در توصیف شخصیت و اختلالات روانی، و در ارزیابی بروندادهای درمان، تمرکز بسیاری بر رفتارهای قابل مشاهده داشت. منتقدان به‌سرعت اشاره کردند که نظریه‌های رفتاری و روان‌شناسان بالینی که از این اصول استفاده می‌کنند، افکار یا شناخت‌های ضمیمه رفتار و اختلالات رفتار و جنبه‌های مهمی از روان‌شناسی انسان را نادیده می‌گیرند.

پژوهشگران و درمانگران رویکرد شناختی[1] می‌گفتند که رفتار عمدتاً توسط طرز فکر آدم‌ها و به‌خصوص طرز فکر آدم‌ها درباره خودشان، در سطح هشیاری هدایت می‌شود. آن‌ها می‌گفتند این الگوهای تفکر، جنبه مهمی از شخصیت هستند و چون افکار، پیوند نزدیکی با هیجانات دارند، به‌عنوان عوامل کلیدی در شکل‌گیری اختلالات روانی عمل می‌کنند؛ بنابراین رویکرد شناختی، نگاهی بر نجواهای شخصی، انتظارات و مفروضات غیرانطباقی مراجعان و دیگر فرایندهای ذهنی مشکل‌دار آنان دارد و تلاش برای تغییر و بهبود این موارد در مراجعان متمرکز است. در رویکرد شناختی، رفتار از طریق یادگیری همراه با انتظارات، مفروضات، باورها، و دیگر انواع شناخت‌ها شکل می‌گیرد. آدم‌ها، شیوه‌های خود را برای فهم رویدادها پرورش می‌دهند و این انتظارات بر احساس و رفتارشان تأثیر می‌گذارند. مشکلات روان‌شناختی وقتی شکل می‌گیرند که باورهای آدم‌ها ناکارا باشند و متناظر با همین ناکارایی، کنش‌های ناکارا را برانگیزند. درمانگرها، مراجعان را درگیر بررسی معقول باورهایشان کرده و آنان را تشویق می‌کنند فرضیه‌هایشان را بیازمایند و طرز فکرهای جدید را تمرین کنند. از نظریه‌پردازان این رویکرد می‌توان از راتر[2]، کلی[3]، الیس[4] و بک[5] یاد کرد.

رویکرد شناختی- رفتاری: وقتی رویکردهای رفتاری و شناختی به روان‌شناسی بالینی، اولین بار وارد صحنه شدند، آشکارا با یکدیگر مخالفت می‌کردند: رفتارگراهای سخت‌گیر، شناخت‌ها را به‌عنوان مفاهیم «ذهن‌گرایانه» غیرقابل اندازه‌گیری رد می‌کردند، و روان‌شناسان بالینی شناخت‌گرا هم تمرکز رفتاری بر رفتار قابل مشاهده را

---

1. Cognitive Approach
2. Rotter
3. Kelly
4. Ellis
5. Beck

@LOTUS_PNU

ساده‌انگارانه و ناقص می‌دانستند؛ اما در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ علائمی دال بر آتش‌بس دیده شد، و درنهایت، ترکیب این دو رویکرد رخ داد. روان‌شناسان بالینی رفتارگرا تصدیق اهمیت مطالعه شناخت‌های متداعی با اختلالات را شروع کردند، و روان‌شناسان بالینی شناخت‌گرا هم به قبول ضرورت پرورش و ارزیابی رویه‌هایی برای کمک به مراجعان جهت ترجمه تغییرات شناختی به تغییرات رفتاری اذعان کردند. ترکیب رویکردهای رفتاری و شناختی در روان‌شناسی بالینی از این جهت هم معنی داشت که هر دو روی سنجش و درمان جنبه‌های به‌خوبی تعریف شده و اختصاصی رفتار انسان تمرکز می‌کنند و بر اهمیت پژوهش کنترل شده برای ارزیابی نظریه‌های زیربنایی، فنون سنجش، و روش‌های درمانشان تأکید دارند. این دو دیدگاه تا اواخر دهه ۱۹۸۰، به رویکرد شناختی- رفتاری[1] در روان‌شناسی بالینی مبدل شدند. این رویکرد بر یادگیری به‌عنوان عامل اصلی مؤثر بر رفتار، و بر افکار همراه رفتار، تمرکز دارد. روش‌های درمانی آن هم دنبال تغییر رفتار و تغییر فکر مراجعان هستند.

رویکرد نظام‌های اجتماعی: رفتار مراجعان و مشکلات رفتاری آن‌ها تا حدود زیادی بازتاب محیط اجتماعی و فرهنگی آنان است. رویکرد نظام‌های اجتماعی[2] بر نقش‌های مراجع در شبکه‌های مختلف اجتماعی و لزوم استفاده از روش‌های سنجش و درمانی مثل گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی تأکید دارد و نیروهای اجتماعی و فرهنگی درون این شبکه‌ها را در نظر می‌گیرند. نظام‌های این رویکرد لزوماً به نظریه‌های خاص شخصیت، رفتار، یا آسیب‌شناسی روانی و یا لزوماً به شکل‌ها و شیوه‌های درمانی خاص ربط ندارند. مشخصه دقیق‌تر این رویکرد، حمایت روان‌شناسی بالینی به نقش عوامل محیطی، از قبیل تجارب فقر یا تبعیض، در شکل‌گیری رفتار، فرایندهای ذهنی و تمایل مراجع به درمان خواستن، و احتمال پاسخ‌دهی خوب به درمان است؛ بنابراین در رویکرد نظام‌های اجتماعی، رفتار انسان در شبکه‌های اجتماعی و توسط شبکه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد که می‌توانند از رفتار کارا حمایت کنند؛ اما این شبکه‌ها به اختلالات روانی نیز منتهی می‌شوند. هدف درمان در این رویکرد، تغییر نظام‌های اجتماعی ناکارا و نه تأثیرگذار بر رفتار فردی است که به‌عنوان مراجع مشخص شده است.

---

1. Cognitive Behavioral Approach
2. Social System Approach

@LOTUS_PNU

رویکرد زیست‌شناختی: رویکرد زیست‌شناختی[1] به روان‌شناسی کلاً بر این فرض مبتنی است که رفتار و فرایندهای ذهنی تا حد زیادی توسط فرایندهای زیست‌شناختی شکل می‌گیرند. پژوهشگران از این رویکرد برای مطالعه تأثیرات رفتاری و روان‌شناختی هورمون‌ها، ژن‌ها، فعالیت مغز، و دیگر متغیرهای زیست‌شناختی استفاده می‌کنند. برخی از روان‌شناسان بالینی هم رویکرد زیست‌شناختی را دنبال می‌کنند، چون می‌دانند که فهم کامل رفتار مختل، در گرو شناسایی فرایندهای زیست‌شناختی متداعی با آن رفتار است. این عده از روان‌شناسان بالینی غالباً با روان‌پزشکان و با دانشمندان عصب‌نگر برای پژوهش در مورد خصوصیات ژنتیکی، هورمونی، نوروآناتومی، و عصبی- فیزیولوژیایی افراد دچار اختلالات روانی کار می‌کنند. همچنین سعی می‌کنند عوامل ژنتیکی و دیگر عوامل زیست‌شناختی را که ممکن است خطر ابتلای مراجعان به اختلالات را افزایش دهند، شدت اختلالات را پیش‌بینی کنند، و از احتمال بهبود مراجعان پس از درمان روان‌شناختی یا دارودرمانی خبر دهند، شناسایی کنند؛ بنابراین در رویکرد زیست‌شناختی، فهم رفتار مختل مستلزم توجه به عوامل زیست‌شناختی و فرایندهای متداعی با آن از جمله توجه به متغیرهای ژنتیکی، هورمونی، نوروآناتومیک، و عصبی- فیزیولوژیایی است. تبیین‌های زیستی روانی اجتماعی آسیب‌شناسی روانی، عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی و اجتماعی و فرهنگی را در نظر می‌گیرند. بر اساس مدل بیماری‌پذیری-استرس[2] عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، و اجتماعی- فرهنگی، آدم‌ها را مستعد اختلال می‌کنند. ولی استرس است که ماشه آن را می‌چکاند (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

خلاصهٔ فصل اول

رشته روان شناسی بالینی، به پژوهش، آموزش 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. برای درک بهتر حیطه و فعالیت روان‌شناسی بالینی، سایر حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی و سلامت روان معرفی شد.

---

1. Biological Approach
2. Diathesis-Stress Model

@LOTUS_PNU

روان‌پزشکی، آسیب روانی را بیماری روانی و دارای علل عمدتاً زیست‌شناختی می‌داند که بهترین راه درمان آن، مصرف داروهای روان‌گردان است. روان‌شناسان مشاوره به‌طور سنتی با افرادی کار می‌کنند که بهنجارند یا ناسازگاری خفیف دارند. مددکاران اجتماعی بر این متمرکزند که عوامل اجتماعی و وضعیتی، از قبیل امکانات محلی ناکافی و نامناسب و دیگر عوامل استرس‌آفرین در سطح اجتماعی، چه طور بر کارکرد مراجعان تأثیر می‌گذارند. روان‌شناسان مدرسه، سنجش‌ها و مداخلاتشان بیشتر بر کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها در مدارس و دیگر محیط‌های آموزشی و تربیتی متمرکز است. روان‌شناسان سلامت از طریق تحقیقات و درمانگری، به ارتقاء و حفظ سلامتی مردم کمک می‌کنند و درگیر پیشگیری و درمان بیماری هم می‌شوند. تمرکز روان‌شناسان توان‌بخشی در تحقیق و عمل، روی کسانی است که ناتوانایی بدنی یا شناختی دارند. روان‌پرستاران، همکاری نزدیکی با روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارند، آن‌ها توصیه‌ها و دستورهای درمانی این دو را اجرا می‌کنند. پیراحرفه‌ای‌ها کسانی هستند که آموزش می‌بینند تا به دست‌اندرکاران سلامت روان یاری رسانند.

روان‌شناسان بالینی در زمینه‌های سنجش/ تشخیص، مداخله/ درمان، پژوهش، آموزش/ تدریس، مشورت دادن و امور اجرایی فعالیت دارند. نگرش روان‌شناسان بالینی به‌گونه‌ای است که از رویکردهای علمی در فهم ناراحتی روان‌شناختی استفاده می‌کنند.

از خصوصیات اصلی روان‌شناسان بالینی، کشش آن‌ها به تفکر علمی است. روان‌شناسان بالینی الزامات قانونی و اخلاقی حرفه خود را رعایت می‌کنند. آن‌ها از تجربه بالینی نظارت شده در قالب کارورزی و کارآموزی برخوردار هستند.

در آغاز اکثر روان‌شناسان بالینی رویکرد روان‌پویشی را دنبال می‌کردند که بر این رشته مسلط بود، اما به‌مرور رویکردهای انسان‌گرا، رفتاری، شناختی، شناختی- رفتاری، نظام‌های اجتماعی، و زیست‌شناختی رقابت با رویکرد روان‌پویشی را شروع کردند و توجهات را به خود جلب نمودند.

مفاهیم کلیدی فصل اول

روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکی، مشاوره، سنجش، مداخله، نظارت بالینی.

@LOTUS_PNU

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول

۱. وجه ممیزه تخصص روان‌شناسان بالینی در چیست؟

الف) روان‌شناسی تحولی ب) آسیب‌شناسی روانی

ج) روان‌شناسی یادگیری د) آسیب‌شناسی اجتماعی

۲. کدام حرفه مستلزم طی کردن دوره پزشکی عمومی است؟

الف) روان‌کاوی ب) روان‌شناسی بالینی

ج) روان‌پزشکی د) روان‌پرستاری

۳. کدام گروه از نظر تاریخی بر مسائل تحصیلی و شغلی متمرکزند؟

الف) مشاوره ب) روان‌شناسی بالینی

ج) روان‌شناسی مدرسه د) مددکاری اجتماعی

۴. کدام گروه از روان‌شناسان درگیر پیشگیری و درمان بیماری هستند؟

الف) روان‌شناسان اجتماعی ب) روان‌شناسی مشاوره

ج) روان‌شناسان مدرسه د) روان‌شناسان سلامت

۵. به فرایند «جمع‌آوری اطلاعات درباره آدم‌ها و رفتار، مشکلات، صفات شخصیتی و کارکرد عقلانی‌شان» چه گفته می‌شود؟

الف) پژوهش ب) سنجش

ج) آموزش د) نگرش

۶. ارزیابی درمان به کدام‌یک از فعالیت‌های روان‌شناسی بالینی مربوط می‌شود؟

الف) سنجش ب) پژوهش

ج) آموزش د) نظارت

۷. نگرش روان‌شناسان بالینی چگونه است؟

الف) ذهنی ب) عینی

ج) فلسفی د) علمی

۸. در کدام رویکرد روان‌شناسی بالینی بر روی بهبود کارکرد «من» تأکید می‌شود؟

الف) رفتاری ب) شناختی

ج) روانکاوی د) نظارت

@LOTUS_PNU

۹. توجه به خودشکوفایی در کدام رویکرد روان‌شناسی بالینی مورد تأکید است؟

الف) انسان‌گرا ب) رفتارگرا

ج) شناخت‌گرا د) اجتماع‌گرا

۱۰. در رویکرد شناختی فرض بر این است که رفتار آدمی در چه سطحی از هشیاری انجام می‌شود؟

الف) ناهشیار فردی ب) ناهشیار جمعی

ج) نیمه هشیار د) هشیار

خودآزمایی تشریحی فصل اول

۱. روان‌شناسی بالینی را تعریف کنید؟

۲. روان‌شناسی مشاوره و مدرسه را با هم مقایسه کنید؟

۳. فعالیت مداخله/ درمان روان‌شناسان بالینی را توضیح دهید؟

۴. چهار دلیل لیمبرت برای پرداختن روان‌شناسان بالینی به پژوهش را برشمارید؟

۵. چگونگی اعمال نظارت بالینی را توضیح دهید؟

۶. صفات شخصی روان‌شناسان بالینی را برشمارید؟

۷. رویکرد روان‌پویشی را با رویکرد انسان‌گرا مقایسه کنید؟

۸. دو رویکرد رفتاری و شناختی را با هم مقایسه کنید؟

۹. رویکرد نظام‌های اجتماعی را توضیح دهید؟

۱۰. فرض اساسی رویکرد زیست‌شناختی را شرح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل دوم

تاریخچه روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

آشنایی با تاریخچه روان‌شناسی بالینی، پیشینه روان‌شناسی در زمینه‌های تشخیص و سنجش، مداخله و درمان، پژوهش، حرفه، و تاریخچه روان‌شناسی بالینی در ایران.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. تاریخچه غیرعلمی روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.
۲. پیشینه روان‌شناسی بالینی را در زمینه تشخیص و سنجش توضیح دهند.
۳. پیشینه روان‌شناسی بالینی را در زمینه مداخله و درمان تشریح نمایند.
۴. پیشینه پژوهش در روان‌شناسان بالینی را توضیح دهند.
۵. پیشینه حرفه روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.
۶. تاریخچه روان‌شناسی ایران را در دوره اسلامی توضیح دهند.
۷. تاریخچه شکل‌گیری روان‌پزشکی نوین در ایران را شرح دهند.
۸. برنامه آموزشی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را شرح دهند.
۹. برنامه آموزشی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را شرح دهند.
۱۰. برنامه آموزشی دکتری روان‌شناسی بالینی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقایسه کنند.

@LOTUS_PNU

مقدمه

از عمر روان‌شناسی بالینی به‌عنوان یک رشته تخصصی و مستقل، بیش از یک‌صد سال می‌گذرد، اگرچه گذشته آن به زمان انسان اولیه می‌رسد. بشر اولیه، امراض روانی را پدیده‌ای ماوراءالطبیعه می‌دانست. روش‌های درمان این‌گونه بیماران که تصور می‌شد دچار «جن‌زدگی» و ارواح خبیثه شده باشند، عبارت بود از سوراخ کردن جمجمه به‌منظور آزاد کردن روح پلید، و به زنجیر بستن، تنبیه جسمی، و سوزاندن و انواع دیگر شکنجه‌ها.

در قرون ششم و هفتم قبل از میلاد، فیلسوفانی از قبیل طالس[1]، اناکسیمنز[2]، هراکلیتوس[3]، اناکساگوراس[4] و دماکریتوس[5] در مورد چگونگی طبیعت بشر و جهان فرضیاتی ارائه کردند. کمی بعد از آن بقراط[6] (۴۶۰ تا ۳۷۰ قبل از میلاد) در زمینه علم پزشکی نظریه‌هایی ارائه داد که بسیار نو و پیشرفته بود و بعدها اساس علم پزشکی قرار گرفت. به نظر او مرکز تمام فعالیت‌های بشر مغز است و هرگونه اختلالی در آن، سبب بروز امراض روانی می‌شود. او عقاید خرافی، معجزات و مسائل ماوراءالطبیعه را از بیماری روانی مجزا ساخت و حمام، رژیم غذایی، گرفتن خون و موسیقی را علاج بیماری‌های روانی دانست.

قبل از ظهور مسیحیت، دانشمندانی همچون آریتوس[7] و سورانوس[8] و گالن[9] در پیشرفت علم و کشف ماهیت امراض روانی تلاش بسیار کردند. در قرون‌وسطی عقاید پیشرفته و روشنفکرانه در خفا ماند و در عوض، خرافات، جن‌گیری، شکنجه، و رمالی رایج شد تا آنکه افرادی همچون پاراسلوس[10] و وایر[11] به‌شدت علیه خرافات و جن‌گیری مبارزه کردند و سعی داشتند تا روان‌شناسی طبی را از الهیات جدا سازند.

در قرن نوزدهم، پیشرفت‌های محسوسی در زمینه آناتومی و فیزیولوژی اعصاب روی داد ولی توسعه روان‌شناسی را در طی قرون متمادی، فلاسفه‌ای از قبیل بیکن[12]،

---

1. Thales
2. Anaximenes
3. Heraclitus
4. Anaxagoras
5. Demacritus
6. Hippocratus
7. Aritus
8. Soranus
9. Galen
10. Paracelsus
11. Weyer
12. Bacon

@LOTUS_PNU

دکارت[1]، هابز[2]، هارتلی[3]، لاک[4]، مالبرانش[5] و اسپینوزا[6] عهده‌دار شدند. قسمت عمده نظریات آنان نیز در مورد عواطف و اراده بود. اگرچه روان‌شناسی و طب از یکدیگر جدا شدند، ولی پیشرفت در درمان بیماری‌های روانی در زمینه علم پزشکی بسیار ناچیز بود.

در سال ۱۷۹۶ با سعی و تلاش ویلیام توک[7]، بیمارستانی در انگلستان به‌منظور نگهداری و معالجه بیماران روانی ساخته شد و از روش‌های انسانی برای درمان بیماران استفاده گردید. در اواخر قرن هیجدهم در فرانسه، پزشکی به نام فیلیپ پینل[8] رئیس بزرگ‌ترین بیمارستان روانی فرانسه شد. او با اصلاحات نوع‌دوستانه خود، به پیشرفت روان‌پزشکی کمک بسیاری کرد. در آلمان نیز در سال ۱۷۹۵ پزشک دیگری به نام فرایک[9] مانند پینل در این زمینه گام‌های اساسی برداشت. در آمریکا هم اصلاحاتی انجام شد که قسمت اعظم آن به‌وسیله بنجامین راش[10] بود (شاملو، ۱۴۰۱).

تلاش برای معرفی روش‌های انسانی در درمان بیماری‌های روانی طی قرن نوزدهم ادامه یافت. به‌گونه‌ای که رایسمن[11] (۱۹۷۶) معتقد است ریشه‌های روان‌شناسی بالینی نوین به جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم برمی‌گردد که درنهایت موجب شدند مراقبت از بیماران روانی بهبود یابد. این جنبش‌ها و ارزش‌های انسان‌گرایانه سردمداران آن‌ها سرآغاز حرفه‌های امروزی سلامت روان بود.

۲-۱ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه تشخیص و سنجش

از نظر بسیاری، جوهر روان‌شناسی بالینی همواره تأکید بر سنجش تفاوت‌های مردم بوده است نه تأکید بر سنجش مشترکات آن‌ها. بخش زیادی از این تأکید هم به فرانسیس گالتون[12] برمی‌گردد. گالتون سعی کرد تا از روش‌های کمی در شناخت تفاوت‌های فردی مردم استفاده کند. او به تشخیص تیزحسی، مهارت‌های حرکتی و

---

1. Decartes
2. Hobbes
3. Hartley
4. Locke
5. Malebranche
6. Spinoza
7. William Tuke
8. Pine
9. Fricke
10. Rush
11. Reisman
12. Francis Galton

@LOTUS_PNU

زمان واکنش علاقه داشت و در سال ۱۸۸۲ آزمایشگاه «انسان‌شناسی بدنی» را تأسیس کرد. این سنت بعدها در کارهای جیمز مک‌کین کتل[1] و لایتنر ویتمر[2] پیگیری شد که هر دو آمریکایی بودند. کتل به‌رغم مخالفت استادش ویلهلم وونت[3] بر تفاوت‌های افراد در زمان واکنش متمرکز شد. او برای اولین بار اصطلاح آزمون[4] را به کار برد.

ویتمر به تنوع مهارت‌های روان‌شناختی کودکان پرداخت. ویتمر با گشودن نخستین درمانگاه روان‌شناسی در سال ۱۸۹۶ و انتشار نخستین مجله روان‌شناسی با عنوان «Psychological Clinic» الگوی فعلی درمان در روان‌شناسی بالینی را شروع کرد. روندی مرتبط با همین دوره، کارهای تشخیصی امیل کرپلین[5] در سال ۱۹۱۳ بود. او بیماری‌های روانی را به دو نوع بیماری علاج‌پذیر و علاج‌ناپذیر تقسیم کرد. از نظر کراپلین بیماری‌های علاج‌پذیر معلول عوامل برون‌زاد و بیماری‌های علاج‌ناپذیر معلول عوامل درون‌زاد بودند.

یکی از مهم‌ترین تحولات در سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۱۹، بالا گرفتن جریان اندازه‌گیری روانی یا روان‌آزمایی تشخیصی بود. این تحول نیروی اصلی خود را از کارهای آلفرد بینه[6] گرفت. او به کمک تئودر سیمون[7] اولین آزمون سنجش هوش کودکان را در سال ۱۹۰۵ تهیه نمود. بعدها لوئیس ترمن[8] در سال ۱۹۱۶ نسخه آمریکایی این آزمون را تهیه کرد. در حوزه شخصیت‌آزمایی نیز پیشرفت‌هایی رخ داد. کارل یونگ[9] 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- روزانف[10] منتشر شد.

چارلز اسپیرمن[11] در سال ۱۹۰۴ مفهوم هوش عمومی یا همان اصطلاح g را ابداع کرد. با شروع جنگ جهانی اول رابرت یرکز[12] به همراه همکارانش در سال ۱۹۱۷ آزمون آلفای ارتش[13] را منتشر ساختند و به فاصله کوتاهی پس از انتشار این آزمون،

---

1. James Mckeen Cattell
2. Leitner Whitmer
3. Wilhelm Wundt
4. Test
5. Emil Kraeplin
6. Alfred Binet
7. Theodore Simon
8. Lewis Terman
9. Carl Jung
10. Kent-Rosanoff
11. Charles Spearman
12. Robert Yerkes
13. Army Alpha

@LOTUS_PNU

نسخه غیرکلامی آن نیز تحت عنوان آزمون بتای ارتش[1] منتشر شد. در همین راستا رابرت وودورث[2] در سال ۱۹۱۷ پرسشنامه روان‌رنجوری را منتشر کرد که شاید بتوان آن را نخستین پرسشنامه سنجش رفتار نابهنجار دانست.

بین دو جنگ جهانی پیشرفت فراوانی در روان‌آزمایی تشخیصی حاصل شد. پینتز[3] و پترسون[4] مقیاس هوش غیرکلامی خود را معرفی کردند. در سال ۱۹۳۰ نیز مقیاس امتیازی آرتور[5] ارائه گردید و در سال ۱۹۳۴ آزمون کورنل- کاکس[6] منتشر شد. در سال ۱۹۲۶ هم فن یک آدم بکش گودیناف[7] برای اندازه‌گیری هوش منتشر گردید. اکنون روان‌شناسان بالینی از اصطلاح هوش‌بهر[8] استفاده می‌کردند.

در این زمان آزمون‌های علایق هم منتشر شدند. در سال ۱۹۲۷ فرم رغبت‌سنج شغلی استرانگ[9] و پس از آن رجحان‌سنج کودر[10] منتشر شد. در سال ۱۹۲۷ تحلیل عاملی ترستون[11] به ارائه نظریه هفت عامل اختصاصی هوش انجامید. در سال ۱۹۲۸ گزل[12] مقیاس‌های رشدی خود را منتشر کرد و در سال ۱۹۳۶ مقیاس پختگی اجتماعی واینلند[13] معرفی شد. تحول عمده در هوش‌آزمایی در سال ۱۹۳۹ رخ داد. هنگامی که دیوید وکسلر[14] آزمون وکسلر- بلویو را منتشر کرد. نسخه‌های بعدی این آزمون هم اکنون نیز جز آزمون‌های انفرادی سنجش هوش محسوب می‌شوند.

نقطه عطف آزمون‌های فرافکن در سال ۱۹۲۱ بود که هرمن رورشاخ[15] کتاب «تشخیص روانی» را منتشر کرد و در این کتاب به معرفی آزمون فرافکن خود پرداخت. روش رورشاخ زمانی جدی گرفته شد که بک[16] و کلاپفر[17] هر کدام راهنمای جداگانه‌ای برای آزمون رورشاخ منتشر کردند. سپس فرانک[18] در سال ۱۹۳۹، اصطلاح

---

1. Army Beta
2. Robert Woodworth
3. Pintner
4. Paterson
5. Arthur
6. Cornell-Cox
7. Goodinoff
8. Intelligence Quotient (Iq)
9. Strong
10. Kuder
11. Thurstone
12. Gesell
13. Vineland
14. David Wechsler
15. Hermann Rorschach
16. Beak
17. Klopfer
18. Frank

@LOTUS_PNU

فنون فرافکن را ابداع کرد. یکی دیگر از جنبه‌های جنبش فرافکن، انتشار آزمون اندریافت موضوع[1] توسط مورگان[2] و مورای[3] در سال ۱۹۳۵ بود. سپس در سال ۱۹۳۸، بندر[4] آزمون بندر-گشتالت را منتشر کرد. در سال ۱۹۳۴ شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا[5] توسط هته‌وی[6] و مک‌لین‌لی[7] منتشر شد که یک آزمون خیلی معتبر برای سنجش آسیب‌های مختلف است. رویکرد آزمون MMPI قانون‌نگر است ولی در آزمون‌های فرافکن، پاسخ‌ها بر اساس فردنگر مورد تعبیر قرار می‌گیرند.

در اواخر دهه ۱۹۵۰ جنبش رفتارگرایی[8] متنفذ شده بود. طرفداران این رویکرد معتقد بودند فقط رفتارهای آشکار را می‌توان اندازه‌گیری کرد و استنباط سطحی صفات شخصیتی یا وجود و عدم وجود این صفات بر اساس نتایج آزمون‌های روانی نه مفید است و نه مطلوب. به نظر رفتارگرایان بنیادین، صفات شخصیتی را نمی‌توان به‌طور مستقیم اندازه گرفت. به دلیل حاکم بودن همین دیدگاه در دهه ۱۹۷۰، سنجش رفتاری[9] اوج گرفت. در این نوع سنجش، مبنای بررسی رفتارها، محرک‌ها یا وضعیت‌هایی بودند که قبل یا بعد از انجام رفتارها وجود داشتند. لیکن علاقه‌مندی به شخصیت‌سنجی در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ دوباره افزایش یافت و در این میان پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون[10] توسط تئودور میلون[11] و پرسشنامه شخصیتی نئو[12] توسط کاستا[13] مک‌کری[14] منتشر شدند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

نظام طبقه‌بندی تشخیصی آمریکا بر حوزه سنجش بالینی تأثیر گذاشت. نخستین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[15] (DSM-I) در سال ۱۹۵۲ شد. نسخه دوم (DSM-II) در سال ۱۹۶۸ و نسخه سوم (DSM-III) در سال ۱۹۸۰ منتشر گردید و در سال ۱۹۸۷ تجدیدنظر (DSM-IIIR) شد. نسخه چهارم (DSM-IV)

---

1. Thematic Apperception Test (Tat)
2. Morgn
3. Murray
4. Bender
5. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Mmpi)
6. Hetheway
7. Mckinley
8. Behaviorism
9. Behavioral Assessment
10. Millon Clinical Multiaxial Inventory (Mcmi)
11. Millon
12. Neo
13. Costa
14. McCre
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm)

@LOTUS_PNU

در سال ۱۹۹۴ منتشر شد و در سال ۲۰۰۰ تجدیدنظر (DSM-IV-TR) گردید. نسخه پنجم (DSM-V) در سال ۲۰۱۳ منتشر گردید و در سال ۲۰۲۳ مورد تجدیدنظر (DSM-V-TR) قرار گرفت. این نظام تشخیصی زمینه را برای تهیه ابزارهای سنجشی دیگری همچون مصاحبه‌های تشخیصی ساختارمند فراهم نمود.

علاقه به سنجش عصبی روانی هم رو به فزونی گذاشت. سنجش عصبی روانی، موارد قوت و ضعف نسبی بیماران بر مبنای روابط مغز و رفتار را ارزیابی می‌کند که پشتوانه تجربی دارند. هالستید[1] در سال ۱۹۴۷ مجموعه آزمونی ابداع کرد که مشکلات عصبی روانی را تشخیص می‌داد. از جمله آزمون‌های عصبی روانی معروف عبارت‌اند از هالستید- ریتان[2] (۱۹۶۹) و مجموعه آزمون عصبی روانی لوریا- نبراسکا[3] (۱۹۸۵). نهایتاً ظهور و شهرت مراقبت بهداشتی مدیریت شده در دهه ۱۹۹۰ بر سنجش روانی تأثیر گذاشت (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۲-۲ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه مداخله و درمان

هنگامی که امیل کراپلین[4] بر طبقه روان‌پریش‌ها تمرکز کرده بود، عده‌ای در حال تحقیق درباره درمان بیماران روان‌رنجور از طریق هیپنوتیزم بودند. از جمله ژان شارکو[5] مشغول هیپنوتیزم بر روی بیماران نمایشی بود. برنهایم[6] و ژانه[7] از منتقدان شارکو در به‌کارگیری هیپنوتیزم بودند. در سال ۱۸۹۵، فروید و بروئر[8] کتابی تحت عنوان «مطالعاتی در باب هیستری» منتشر کردند که زمینه‌ساز روان‌کاوی[9] شد و در سال ۱۹۰۰، فروید کتاب «تفسیر رؤیاها» را منتشر ساخت.

در سال ۱۹۰۸، بی‌یرز[10] کتابی تحت عنوان «ذهنی که خود را بازیافت» منتشر نمود که متأثر از تجارب بیماری خود در بیمارستان بود. انتشار این کتاب جنبش بهداشت روانی را در آمریکا راه‌اندازی کرد.

---

1. Halstead
2. Reiten
3. Luria-Nebraska
4. Emil Kraepelin
5. Jean Charoct
6. Bernheim
7. Janet
8. Breuer
9. Psychoanalysis
10. Beers

@LOTUS_PNU

تحت تأثیر مفاهیم و روش‌های فروید، ویلیام هیلی[1] درمانگاه راهنمایی کودک را تأسیس کرد که در آن روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان با رویکردی گروهی با هم همکاری داشتند. در سال ۱۹۶۵ مداخله‌های جوزف پرت[2] و الوود ووستر[3] طی استفاده از روش بحث حمایتی، سرآغاز روش‌های گروه‌درمانی شد به‌نحوی‌که در سال ۱۹۳۰، مورنو[4]، گروه‌درمانی را مطرح کرد و دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ شهرت یافت.

ورود روان‌شناسان در امور درمانی، نتیجه طبیعی کارهای اولیه آن‌ها با کودکان در درمانگاه‌های راهنمایی بود. در این زمینه دیدگاه‌های آدلر[5] در اوایل ۱۹۳۰ در درمانگاه‌های آمریکایی ویژه مشکلات کودکان غالب بود؛ اما بازی‌درمانی بیشتر وامدار اصول فرویدی بود. در سال ۱۹۲۸ آنا[6] دختر فروید روش بازی‌درمانی برگرفته از اصول روان‌کاوی را تشریح نمود.

در سال ۱۹۲۰، جان واتسون[7] نحوه شرطی شدن ترس پسربچه‌ای به نام آلبرت[8] را تشریح کرد. چند سال بعد، مری کاور جونز[9] (۱۹۲۴) نشان داد چگونه می‌توان چنین ترسی را از طریق شرطی‌سازی از بین برد. بعدها جی. لوی[10] (۱۹۳۸) درمان رابطه‌ای را توضیح داد. این سه رویداد، بعدها سرآغاز رفتاردرمانی شدند.

آلکساندر[11] و فرنچ[12] در سال ۱۹۴۶ کتاب پرنفوذی درباره مداخله‌های روان‌کاوانه کوتاه‌مدت منتشر کردند. دالارد[13] و میلر[14] در سال ۱۹۵۰ کتاب شخصیت و روان‌درمانگری را منتشر نمودند که بیانگر نیروی مسلط روان‌کاوی در آن زمان بود؛ اما هنگامی که کارل راجرز[15] در سال ۱۹۵۱ کتاب درمان مراجع‌محور را منتشر کرد، رقیبی جدی برای روان‌کاوی شد. شکل‌های جدیدتری از درمان هم مطرح شدند. از جمله پرلز[16]

---

1. William Healy
2. Joseph Pratt
3. Elwod Worcester
4. Moreno
5. Adler
6. Anna
7. John Watson
8. Albert
9. Mary Cover Jones
10. J. Levy
11. Alexander
12. French
13. Dollard
14. Miller
15. Carl Rogers
16. Perls

@LOTUS_PNU

گشتالت‌درمانی را معرفی کرد و فرانکل[1] معنادرمانی و رابطه آن با درمان وجودی را پیش کشید. در سال ۱۹۵۸، آکرمن[2] خانواده‌درمانی را مطرح کرد و الیس در سال ۱۹۶۲، درمان عقلانی- هیجانی را پیش کشید که طلایه‌دار مهم درمان شناختی- رفتاری بود. در همان ایام، تحلیل تبادلی اریک برن[3] (۱۹۶۱) معرفی شد.

رفتارگراها هم درمانی را شروع کرده بودند که از نظر آنان، واقع‌بینانه‌تر بود. ساتر[4] (۱۹۴۹) کتاب «درمان از طریق بازتاب شرطی شده» را نوشت. اسکینر[5] در سال ۱۹۵۳، رفتاردرمانی را پیش برد و کاربرد اصول شرطی‌سازی کنشگر را مطرح نمود. ولپه[6] در سال ۱۹۵۸، روش حساسیت‌زدایی منظم را ابداع کرد. در این دوران جنبش رفتاردرمانی از هر زمان دیگری محکم‌تر شده بود.

در اعتراض به تأکیدات بیش‌ازحد بر روی رفتار و نادیده انگاشتن شناخت و شیوه‌های تفکر باعث شد الیس درمان عقلانی- هیجانی و بک[7] شناخت‌درمانی را مطرح کنند. در این هنگام چند روند درمانی مداخله‌هایی جریان یافتند. نخست، روند «درمان التقاطی» بود. در این روند، روان‌شناسان بالینی، فنون چند گرایش نظری را به کار می‌گیرند و مبنای انتخاب فن را مشکلات مراجع قرار می‌دهند. روند دوم، «درمان کوتاه‌مدت» یا «صرفه‌جویی شده در زمان» است که به دلیل عدم استطاعت مالی برخی مراجعان و نیز صرفه‌جویی در زمان درمان، گسترش یافت. هم‌زمان با درمان‌های کوتاه‌مدت، صورت‌هایی از درمان‌های راهنمادار هم وارد عرصه کار بالینی شد. سومین روند که از دهه ۱۹۵۰ شروع شد، درنتیجه رویکرد پیشگیرانه بود که تلاش این گروه به ظهور «روان‌شناسی اجتماع‌نگر» در دهه ۱۹۶۰ و «روان‌شناسی سلامت» در دهه ۱۹۸۰ منتهی شد. روند آخر که در سال ۱۹۹۵ شروع شد انتشار «درمان‌های دارای پشتوانه تجربی» بزرگسالان و کودکان در میان روان‌شناسان بالینی است (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۲-۳ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه پژوهش

سنت پژوهش دانشگاهی در روان‌شناسی به دو نفر خیلی مدیون است. ویلهلم وونت

1. Frankel
2. Ackerman
3. Berne
4. Salter
5. Skinner
6. Wolpe
7. Back

@LOTUS_PNU

آلمانی که در سال ۱۸۷۹ نخستین آزمایشگاه روان‌شناسی را در شهر لایپزیک آلمان تأسیس کرد و دیگری ویلیام جیمز[1] آمریکایی که در همان دهه آزمایشگاهی تأسیس کرد و کتاب اصول روان‌شناسی را در سال ۱۸۹۰ را منتشر نمود (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

در طی سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۱۹، پاولف درباره بازتاب شرطی سخنرانی کرد که میراث مهمی برای روان‌شناسی بالینی به همراه داشت. همچنین تحقیق در زمینه هوش‌آزمایی تحول مهم دیگری در این دوران بود. بینه و سیمون در سال ۱۹۰۵ شواهدی درباره اعتبار آزمون جدید خود ارائه دادند و ترمن در سال ۱۹۱۶ تحقیق خود را درباره آزمون بینه و سیمون منتشر نمود. این دوران همچنین پژوهشی درباره ساخت آزمون آلفا و بتای ارتش بود.

طی سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۹، تحقیقات بالینی دوران طفولیت خود را می‌گذراند. انتشار آزمون وکسلر- بلویو در سال ۱۹۳۹ و همه شخصیت‌آزمایی‌های دهه ۱۹۳۰ از آن جمله هستند. در تحقیقات آزمایشگاهی، رفتارگرایی و روان‌شناسی گشتالت غالب بودند. رفتارگرایان به روان‌شناسان بالینی نشان دادند که شرطی‌سازی چه قدرتی در شکل‌گیری و درمان اختلالات رفتاری دارد. روان‌شناسی گشتالت هم بر اهمیت فهم این مطلب تأکید کرد که ادراکات بیمار، مشکلات او را ایجاد کرده است.

پس از ۱۹۴۰ به‌ویژه از اواسط دهه ۱۹۶۰ تشخیص و سنجش برای بسیاری از روان‌شناسان بالینی اهمیتش را از دست داد. حال آنکه در این دوره شاهد ظهور مطالعاتی درباره فرایند و اثربخشی روان‌درمانگری هستیم. یکی از پیشگامان درمان‌پژوهی کارل راجرز است. او به همراه دایموند یافته‌های تحقیقاتی کنترل شده در خصوص فرایند مشاوره ارائه کردند. نقطه عطف تحقیقاتی دیگر در این دوره، انتشار کتاب «یادگیری اجتماعی و روان‌شناسی بالینی» در سال ۱۹۵۴ بود. پژوهش‌های ارائه شده در این کتاب مبنای محکمی برای نظریه‌پردازان بعدی یادگیری اجتماعی شد.

در دهه ۱۹۵۰ صورت‌های رفتاری‌تر مداخله هم شروع شد. اسکینر و همکارانش طرح تحقیقاتی مرتبط با رفتاردرمانی را توضیح دادند. تحقیقات ولپه موجب ابداع روش حساسیت‌زدایی منظم شد. لازاروس[2] و راچمن[3] هم در تسهیل این جنبش نقش

---

1. James
2. Lazarus
3. Rachman

@LOTUS_PNU

داشتند. و هانس آیزنک[1] در سال ۱۹۶۰ با انتشار کتاب خود، رفتاردرمانی را به روان‌شناسان بالینی معرفی کرد.

حوزه‌های پژوهشی دیگری که همچون حوزه روان‌آزمایی و اندازه‌گیری روانی به‌شدت رشد کردند، حوزه‌های تشخیص و طبقه‌بندی بودند. انتشار ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۸۰ زمینه‌ساز شکل‌گیری پژوهش‌های بسیاری درباره ارزیابی پایایی، اعتبار و سودمندی ملاک‌های اختلالات روانی در این راهنما شد. پژوهش‌های منتشر شده درباره مداخله‌های روان‌شناختی، مصاحبه‌ها و مقیاس‌های درجه‌بندی هم افزایش یافت.

بالاخره در چند دهه اخیر علاقه‌مندی روزافزون روان‌شناسان بالینی به رشته وراثت رفتاری و تصویرسازی از مغز را شاهد بوده‌ایم. وراثت رفتاری، حوزه پژوهشی است که در آن وراثت و عوامل محیطی دخیل در رشد را بررسی می‌کند. تصویرسازی مغز هم اجازه می‌دهد پژوهشگران ساختار و کارکرد مغز را مطالعه کنند که یکی از مؤلفه‌های مهم تحقیقات آسیب‌شناسی روانی است (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۲-۴ پیشینه روان‌شناسی بالینی در زمینه حرفه

دو رویداد مهم در تحول روان‌شناسی بالینی به‌عنوان یک حرفه سرنوشت‌ساز بودند که در قرن نوزدهم اتفاق افتادند. رویداد نخست، تأسیس انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۸۲ با ریاست استانلی هال[2] به‌عنوان نخستین رئیس آن بود. دوم، تأسیس نخستین درمانگاه روان‌شناسی در پنسیلوانیای آمریکا توسط لایتنر ویتمر در سال ۱۸۹۶ بود که می‌توان از آن به‌عنوان نقطه آغاز روان‌شناسی بالینی یاد کرد. درمانگاه ویتمر مخصوص درمان کودکانی بود که مشکلات یادگیری داشتند و یا مخل کلاس درس بودند. ویتمر بود که نام این رشته را «روان‌شناسی بالینی»[3] گذاشت و نخستین کسی بود که درس اختصاصی به نام روان‌شناسی بالینی را تدریس کرد. همچنین او در سال ۱۹۰۷ نخستین مجله روان‌شناسی بالینی را تحت عنوان «The Psychological Clinic» را منتشر کرد.

1. Hans Eysenck
2. Stanley Hall
3. Clinical Psychology

@LOTUS_PNU

در سال ۱۹۱۰ تمرکز انجمن روان‌شناسی آمریکا بر روان‌شناسی به‌عنوان یک علم بود نه یک حرفه. لیکن در سال ۱۹۱۹ نخستین بخش روان‌شناسی بالینی در انجمن روان‌شناسی آمریکا دایر شد. در سال ۱۹۳۰، جامعه بین‌المللی افتخاری روان‌شناسی تأسیس گردید و در سال ۱۹۳۵ کمیته معیارهای آموزش انجمن روان‌شناسان آمریکا، این رشته را این‌گونه تعریف کرد: «هنر و فنی که به مشکلات سازگاری انسان‌ها می‌پردازد.»

در سال ۱۹۳۶، لویت[1] نخستین کتاب درسی روان‌شناسی بالینی را منتشر کرد و در سال ۱۹۳۷، مجله روان‌شناسی مشاوره تحت عنوان «Journal Consulting Psychology» منتشر شد که هم‌اکنون نیز با عنوان «Journal of Consulting and Clinical Psychology» چاپ می‌شود. در سال ۱۹۲۱، جیمز مک‌کین کتل شرکت روان‌شناسی را تأسیس کرد تا آزمون روانی بسازد و برای آن بازاریابی کند.

آغاز جنگ جهانی دوم و پس از آن ضرورت ارائه خدمات روان‌شناختی به سربازان و آسیب‌دیدگان از جنگ را محرز ساخته بود. به همین منظور اداره امور کهنه سربازان آمریکا در سال ۱۹۴۶ برنامه آموزش روان‌شناسی بالینی را شروع کرد. در سال ۱۹۴۵، کنتیکت، نخستین ایالتی بود که قانون صدور گواهینامه برای روان‌شناسان را تصویب کرد. در سال ۱۹۴۶، خدمات بهداشت عمومی آمریکا و موسسه ملی سلامت روان از روان‌شناسی حمایت کردند. در سال ۱۹۴۷، هیئت ممتحنان روان‌شناسی حرفه‌ای آمریکا، معیارهای قابلیت روان‌شناسان بالینی را مشخص نمودند. در سال ۱۹۴۹، کنفرانس بولدر، مدل دانشمند- درمانگر را برای تربیت روان‌شناسان بالینی معرفی کرد. در سال ۱۹۵۳، انجمن روان‌شناسی آمریکا معیارهای اخلاقی ناظر بر فعالیت‌های روان‌شناسی را منتشر کرد. در سال ۱۹۶۸، اولین برنامه مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D) راه‌اندازی شد. در سال ۱۹۸۸ تفرقه در درون روان‌شناسی آمریکا منجر به تأسیس جامعه روان‌شناسی آمریکا[2] شد. در سال ۱۹۹۵ انجمن روان‌شناسی آمریکا از اعطای حق تجویز دارو به روان‌شناسان حمایت کرد. در سال ۲۰۰۶ جامعه روان‌شناسی آمریکا به انجمن علم روان‌شناسی تغییر نام داد و در سال ۲۰۱۷ جدیدترین نسخه اصول اخلاقی انتشار یافت (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

@LOTUS_PNU

1. Loutit
2. Association For Psychological Science (Aps)

۲-۵ تاریخچه روان‌شناسی بالینی در ایران

در فرهنگ ایران، شناخت بیماری‌های روانی و رفتار غیرعادی سابقه‌ای دور و دراز دارد. از دیدگاه پزشکی ایران پیش از اسلام، بین بیماری‌های تن و روان فرقی وجود نداشته و هر دو دسته بیماری را نتیجه عمل اهریمن و دیوان زیردست او می‌دانستند. به همین دلیل کلمه دیوانه برگرفته از اصطلاح دیولانه به این معنا بوده است که دیو در فرد لانه کرده است.

در ایران اسلامی آراء و نظرات مربوط به بیماری و سلامت روان از جنبه‌های مختلف مورد توجه بوده است. در قرن پنجم هجری در دارالعباده یزد، مرکز بزرگ پزشکی به نام دارالشفا مجهز به بخش‌های مختلف وجود داشت، از جمله بخش اعصاب که آن را مجلس‌المجانین یا محفل‌المجانین می‌خواندند. از قصه‌گویان و نقالان برای مشغول نگاه داشتن بیماران در بیمارستان استفاده می‌کردند. از گوشه‌های مختلف موسیقی در حالات مختلف روانی بهره‌برداری درمانی می‌شد. همچنین با نگهداری بیماران در باغ‌های سرسبز و اتاق‌هایی که جریان ملایم آبی در آن‌ها روان بود، درمان او را تسریع می‌کردند (محرری، ۱۳۷۳).

در نوشته‌های پزشکان نامدار ایرانی- اسلامی بخش‌های خاصی به بحث درباره بیماری‌های اعصاب و روان اختصاص یافته است. از جمله علی ابن ربن طبری (۲۴۷-۱۹۲ ه.ق) که از پزشکان نامی و دانشمندان بزرگ دوران اسلامی است، صاحب کتابی است تحت عنوان «فردوس الحکمه» که دارای هفت جلد و سی مقاله و سیصد و شصت باب است. در جلد دوم کتاب از موضوعات روانی چون نفس، مزاج، عقل، هیولا، حواس، رنگ، بو، مزه، نیروهای اداره‌کننده بدن، خواب و بیداری، خوشی و اندوه، شرمساری، شهوت، فکر و خشم، شجاعت و ترس، بخل، فراموشی، عطسه، تشویش، خدر، کابوس و تربیت کودک بحث شده است. جلد چهارم کتاب به بیماری‌های عصبی مانند لقوه (پارکینسون)، فالج، غش (صرع) و سکسکه اشاره شده است.

ابوبکر محمد زکریای رازی (۳۱۳-۲۵۱ ه.ق) از برجسته‌ترین پزشکان ایرانی است که بر نظرات جالینوس نقد نوشت و کتاب‌های او را ترجمه کرد. کتاب «طب النفوس» رازی از قدیمی‌ترین کتاب‌هایی است که به توصیف حالات روانی آدمی و درمان آن‌ها اختصاص داشته است. همچنین کتاب «طب الروحانی» او رساله‌ای در روان‌شناسی اخلاق

@LOTUS_PNU

است. رازی به مبانی اخلاقی طبابت سخت پایبند بوده است. وی امیر منصور سامانی را از طریق تحریک هیجان و خشم و برون‌ریزی آن‌ها درمان کرده است.

علی بن عباس مجوسی اهوازی (۳۸۴-۳۱۸ ه.ق) از مفاخر تاریخ پزشکی است. اثر وی مجموعه «کامل الصناعه الطبیبه» یا کتاب الملکی است. او در مقاله پنجم از کتاب دوم به‌تفصیل درباره علائم و طرق درمان بیماری‌های روانی و عصبی بحث کرده است و در مقاله نخست از کتاب اول به جنبه‌های اخلاقی روابط پزشک و بیمار، پزشک با پزشک و پزشک و استاد پرداخته است.

ابوبکر ربیع ابن احمد الاخوینی البخاری، طبیب سرشناس قرن چهارم هجری قمری، تربیت یافته مکتب رازی بوده است. اثر معروف او کتاب «هدایت المتعلمین فی طب» است که می‌توان آن را نخستین کتاب دری پزشکی ایران در دوران اسلامی دانست. فصل‌هایی از این کتاب به روان‌پزشکی و اعصاب اختصاص یافته است و به تشریح مغز و اعصاب، بیماری مغز، بیماری‌های روانی، قوا و حالات نفسانی و ارائه شرح‌حال بیماران روانی و عصبی اختصاص یافته است.

حجت‌الحق ابوعلی حسین بن عبدالله بن سینا (۴۲۷-۳۷۰ ه.ق) ملقب به شیخ‌الرئیس یا معلم ثانی چهره سرشناس تاریخ پزشکی ایران که حدود ۹۹ اثر به او منتسب است که ۱۶ کتاب آن در طب می‌باشد. او در کتاب شفا به‌طور مفصل درباره نفس و قوای نفس و اقسام ادراکات مطالبی نگاشته است. کتاب‌های دیگر شیخ‌الرئیس که بیشتر جنبه روان‌پزشکی دارند، عبارت‌اند از کتاب «دفع الغم و الهم» که درباره درمان اضطراب و افسردگی است. «رساله فی تبیین ماهیت الحزن» که موضوع آن همان افسردگی است. «رساله درباره نبض» که قسمتی از آن به جنبه‌های هیجانی نبض اختصاص داده شده است. کتاب «قانون» فصل عشق، امراض روحی و مغزی، رخوت و کسالت، بی‌خوابی و نسیان، ترس و جبن و مالیخولیا. ابن‌سینا همچون رازی در درمان بیماری‌های روانی به تلقین و استفاده از بازتاب‌های شرطی معتقد بوده و به‌طورکلی امور نفسانی را با حالات جسمانی مربوط می‌داند.

سیداسماعیل جرجانی (۵۳۱-۴۳۴ ه.ق) از مردان نامدار تاریخ پزشکی ایران است که از میان تألیفات پزشکی او دو کتاب «ذخیره خوارزمشاه» و خلاصه ذخیره به نام «الاغراض الطبیبه» به‌جا مانده است. کتاب ذخیره به زبان فارسی دری درباره پزشکی و بهداشت و درمان نوشته شده است. در این کتاب به شرح بیماری‌ها، انواع بیماری‌های روانی و نشانه‌های

@LOTUS_PNU

درمان روانی گوناگون به‌تفصیل پرداخته شده است. آنچه در این کتاب درباره روان‌شناسی، روان‌پزشکی و بیماری‌های دماغی آمده است را می‌توان در سه قسمت تقسیم کرد: نخست، مطالبی که بیشتر جنبه روان‌شناسی دارد، از قبیل سبب خواب، خشم و خجلی، خنده و گریه، شادی و غم، دلیری، بددلی، جوانمردی، بخیلی، آهستگی و سبک‌سری؛ دوم، گفتارهایی در تدبیر امراض نفسانی که قابل قیاس با حالات نوروز می‌باشد؛ سوم، مبحث جنون که در آن از بیماری‌های دماغی، آماس، دیوانگی، مالیخولیا، مانی، فرانیطس و صرع صحبت شده است. همچنین او بیست‌ویک نوع سردرد را شرح داده است.

خواجه‌نصیرالدین طوسی (۶۷۲-۵۹۷ ه.ق) در کتاب اخلاق ناصری، حکمت عملی را در سه بخش تهذیب الخلاق (پالایش روان)، تدبیر منزل (خانه‌داری) و سیاست مدن (کشورداری) مورد بحث قرار داده است. در بخش پالایش روان از نفس و ماهیت آن، مبانی رفتار آدمی و اکتساب فضایل و مراتب سعادت و رذایل و اختلالات روانی آدمی و طرز درمان و تهذیب آن به‌تفصیل سخن گفته است.

از قرن هفتم هجری قمری به بعد به دلیل حمله مغول که ایران را به ویرانی کشید، دوران شکوفایی علمی فروکش کرد؛ بنابراین از روزگار سیداسماعیل جرجانی تا دوران صفویه به دلیل عوامل گوناگون رو به سردی نهاد به‌گونه‌ای که در تمام طول مدت چند قرن جز افراد انگشت‌شماری چون ابن قفطی، ابن ابی اصیبعه، ابن خلکان، ابن مجمری، قطب‌الدین شیرازی، عمادالدین محمود طبیب شیرازی و بهاءالدوله، دیگر دانشمندی که درخور ذکر باشد، برنخاست (محرری، ۱۳۷۳).

از زمان صفویه به بعد به‌تدریج، علم پزشکی تحت تأثیر اروپائیان قرار گرفت. به‌هرحال تا سال ۱۲۹۷ هجری شمسی در بیمارستان دولتی تهران (محل کنونی مرکز پزشکی سینا) چند زیرزمین با درهای آهنی به بیماران روانی اختصاص داشت. در این سال این قسمت از بیمارستان دولتی جدا شد و به شهربانی واگذار گردید. شهربانی نیز بیماران را به ساختمانی در باغ اکبرآباد انتقال داد. در این ساختمان دوطبقه چندین اتاق کوچک که فقط سوراخ‌های کوچکی برای روشنایی و نیازهای ضروری در آن‌ها تعبیه شده بود، وجود داشت، در آنجا توسط سه پاسبان مراقبت می‌شدند. در سال ۱۲۹۹ تیمارستان به شهرداری واگذار شد و بودجه‌ای برای پرستار، لباس، نظافت و غیره در نظر گرفته شد و غل و زنجیر به قفل‌های آهنی تبدیل شدند. از بدو تأسیس تیمارستان تا سال ۱۳۱۹ لقمان السلطان مسئول تیمارستان بود.

@LOTUS_PNU

روان‌پزشکی نوین ایران با تأسیس دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ آغاز شد. در سال ۱۳۱۶ بخش روان‌پزشکی در دانشکده طب شروع به آموزش دانشجویان کرد. نخستین استادان روان‌پزشکی عمدتاً در فرانسه آموزش دیده بودند و در این بین نام دو استاد عبدالحسین میرسپاسی و حسین رضاعی که در واقع پیشگامان علم روان‌پزشکی نوین در ایران بودند، از همه معروف‌تر بود. با سعی و کوشش آن‌ها بین سال‌های ۱۳۱۷ تا ۱۳۱۹ اوضاع بیماران بهتر شد. در سال ۱۳۱۹، ابرلن[1] رئیس فرانسوی دانشکده پزشکی، اولین بخش آموزشی روان‌پزشکی را در تیمارستان تهران بنیان گذاشت. پیش از تأسیس بیمارستان روزبه در سال ۱۳۲۵، بیماران روانی در تیمارستان‌هایی نگهداری می‌شدند که وضع مناسبی نداشتند؛ اما روان‌پزشکی نوین ایران، با تأسیس بیمارستان روزبه وارد مرحله نوینی شد.

در مهرماه ۱۳۳۸ آموزشگاه پرستاری و بهیاری روانی با همکاری وزارت بهداری و دانشکده پزشکی تأسیس شد و امور پرستاری بیمارستان را زیر نظر گرفت. در سال‌های ۱۳۰۰، ۱۳۰۲ و ۱۳۰۸ نیز به ترتیب بیمارستان‌های روانی مشهد، همدان و اصفهان و در سال‌های ۱۳۱۲ و ۱۳۲۷ بیمارستان‌های روان‌پزشکی تبریز و شیراز تأسیس شدند.

بیمارستان خصوصی شامل بیمارستان روان‌پزشکی میمنت توسط عبدالحسین میرسپاسی (۱۳۱۷)، بیمارستان روان‌پزشکی چهرازی توسط سیدابراهیم چهرازی (۱۳۱۸)، آسایشگاه رضاعی توسط حسین رضاعی (۱۳۱۹)، بیمارستان روان‌پزشکی آزادی توسط حسین فوده (۱۳۶۴)، بیمارستان اعصاب مهرگان (۱۳۶۶) و بیمارستان روان‌پزشکی ایرانیان (۱۳۸۸) نیز به‌تدریج وارد فعالیت درمانی شدند. همچنین بسیاری از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی بخش روان‌پزشکی را به فعالیت خود افزوده‌اند.

اولین کتاب روان‌شناسی در ایران تحت عنوان پیسکولوژی «علم الروح» توسط تقی ارانی در سال ۱۳۱۶ در برلن آلمان نوشته شد و در سال ۱۳۱۷ در ایران منتشر گردید. در همین سال شادروان علی‌اکبر سیاسی که باید از او به‌عنوان پدر روان‌شناسی علمی ایران یاد کرد، همان کسی که در تأسیس دانشگاه تهران نقش مهمی ایفا کرد و اولین رئیس دانشگاه تهران بود که به مدت ۱۲ سال نیز ادامه یافت؛ کتابی تحت عنوان «علم النفس یا روان‌شناسی از لحاظ تربیت» منتشر نمود که کتاب درسی برای

@LOTUS_PNU

دانشجویان بود. لیکن آغاز رشته روان‌شناسی به‌صورت مستقل در ایران را باید از سال ۱۳۳۹ و در دانشسرای عالی تهران محسوب نمود. استادان نخستین دوره روان‌شناسی، صاحب‌نظران و استادان برجسته‌ای بودند که در دوره اول ۱۴ نفر دانش‌آموخته رشته روان‌شناسی در ایران داشتند.

اولین درس در رشته روان‌شناسی بالینی در سال ۱۳۴۴ هجری شمسی توسط شادروان سعید شاملو در گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران تدریس شد و اولین کتاب در این زمینه تحت عنوان «روان‌شناسی بالینی» توسط ایشان تألیف گردید و در سال ۱۳۴۵ دانشگاه تهران آن را منتشر کرد. نخستین کلینیک روان‌شناسی در سال ۱۳۴۳ در دانشگاه تهران تحت عنوان «کلینیک روان‌شناسی و مرکز مشاوره و راهنمایی» به سرپرستی سعید شاملو ایجاد شد. در این کلینیک در قالب کار گروهی، یک روان‌شناس، یک روان‌پزشک و یک مددکار اجتماعی با همکاری یکدیگر در تشخیص و درمان اختلالات روانی اهتمام می‌ورزیدند. لیکن روان‌شناسی بالینی در اوایل دهه سال ۱۳۵۰ هجری شمسی، یعنی زمانی رسمیت یافت که در گروه روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران واقع در بیمارستان روزبه، برنامه فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی ایجاد شد. این دوره سه‌ساله شامل دو سال دروس نظری و عملی و یک سال کارورزی و نگارش پایان‌نامه پژوهشی در این رشته بود. روان‌شناسانی که به‌طور عمده در ایجاد و ادامه این دوره مؤثر بودند، عبارت‌اند از سعید شاملو، ولی‌الله اخوت، حبیب‌الله قاسم‌زاده و نادر نوع‌پرست (شاملو، ۱۴۰۱).

خلاصهٔ فصل دوم

از عمر روان‌شناسی بالینی، بیش از یک‌صد سال می‌گذرد. اگرچه بشر اولیه، امراض روانی را پدیده‌ای ماوراءالطبیعه می‌دانست، اما بقراط، بروز امراض روانی را ناشی از اختلال در مغز می‌دانست. قبل از ظهور مسیحیت، دانشمندانی همچون آریتوس و سورانوس و گالن در کشف ماهیت امراض روانی تلاش بسیار کردند. در قرون‌وسطی عقاید پیشرفته و روشنفکرانه در خفا ماند تا آنکه افرادی همچون پاراسلوس و وایر به‌شدت علیه خرافات و جن‌گیری مبارزه کردند و سعی داشتند تا روان‌شناسی طبی را مستقل سازند.

@LOTUS_PNU

تلاش‌هایی که در حوزه تشخیص و سنجش صورت گرفت، در شکل‌گیری روان‌شناسی بالینی مؤثر بود؛ از جمله گالتون با تأسیس آزمایشگاه انسان‌شناسی بدنی به مطالعه تفاوت‌های فردی پرداخت. از ویتمر به دلیل تأسیس اولین درمانگاه و انتشار اولین مجله روان‌شناسی بالینی به‌عنوان پدر علم روان‌شناسی بالینی یاد می‌شود. در دو دهه اول قرن بیستم، روان‌آزمایی تشخیصی با فعالیت افرادی همچون بینه و سیمون در تهیه اولین آزمون هوش، انتشار آزمون هوش وکسلر، آزمون فرافکن رورشاخ، آزمون اندیافت موضوع مورگان و مورای، آزمون بندر- گشتالت، آزمون MMPI نیرو گرفت. در اواخر دهه ۱۹۵۰ رفتارگرایی متنفذ شد و در دهه ۱۹۷۰ سنجش رفتاری اوج گرفت. در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و پرسشنامه شخصیتی نئو انتشار یافت. سنجش بالینی از سال ۱۹۵۲ تحت تأثیر نظام طبقه‌بندی DSM قرار گرفت. همچنین سنجش عصبی روانی به فزونی گذاشت و نیز مراقبت بهداشتی مدیریت شده در دهه ۱۹۹۰ مطرح شد.

در زمینه مداخله و درمان، اقدامات فروید زمینه‌ساز روان‌کاوی شد. تأسیس درمانگاه راهنمایی کودک به‌وسیله هیلی، طرح گروه‌درمانی توسط مورنو، رواج بازی‌درمانی تحت اصول روان‌کاوی، همین‌طور شکل‌گیری رفتاردرمانی، درمان مراجع‌محور راجرز، گشتالت‌درمانی پرلز، معنادرمانی فرانکل، درمان عقلانی- هیجانی الیس، تحلیل تبادلی برن و طرح خانواده‌درمانی از سوی آکرمن و ظهور روان‌شناسی اجتماع‌نگر و روان‌شناسی سلامت عمده‌ترین رخدادهای این عرصه بود.

در زمینه پژوهش، تلاش افرادی همچون وونت و جیمز در تأسیس آزمایشگاه روان‌شناسی، تحقیقات پاولف درباره بازتاب شرطی، مطالعات بینه و سیمون در هوش‌آزمایی، پژوهش‌های اثربخشی روان‌درمانگری، پژوهش‌های مرتبط با تشخیص به‌ویژه در ارتباط با DSM و تحقیقات در زمینه وراثت رفتاری و تصویرسازی مغز را باید متذکر شد.

در خصوص پیشینه در زمینه حرفه باید به دو رویداد مهم، یکی تأسیس انجمن روان‌شناسی آمریکا و دیگری، تأسیس نخستین درمانگاه روان‌شناسی و نخستین مجله روان‌شناسی بالینی توسط ویتمر اشاره کرد. همچنین باید از سایر فعالیت‌های حرفه‌ای دیگر از جمله راه‌اندازی دوره دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) یاد کرد.

@LOTUS_PNU

در ایران شناخت بیماری‌های روانی و رفتار غیرعادی سابقه‌ای دور و دراز دارد. در دوران اسلامی بخشی از نوشته‌های افرادی همچون طبری، رازی، اهوازی، البخاری، ابن‌سینا، جرجانی و خواجه‌نصیرالدین طوسی به مباحث روان‌شناختی اختصاص داشت. از زمان صفویه به بعد به‌تدریج، علم پزشکی تحت تأثیر اروپائیان قرار گرفت. محل نگهداری بیماران روانی از تیمارستان به بیمارستان روانی و سپس بخش روان‌پزشکی تغییر یافت. روان‌پزشکی نوین ایران با تأسیس دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ آغاز شد. اولین کتاب درسی دانشگاهی در روان‌شناسی توسط شادروان علی‌اکبر سیاسی و اولین کتاب در روان‌شناسی بالینی توسط ایشان تألیف و تدریس شد. همچنین نخستین کلینیک روان‌شناسی توسط شاملو در دانشگاه تهران تأسیس گردید. لیکن روان‌شناسی بالینی در اوایل دهه سال ۱۳۵۰ با ایجاد برنامه فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی رسمیت یافت.

مفاهیم کلیدی فصل دوم

آزمون‌های روان‌شناختی، هوش، جنبش رفتارگرایی، آزمایشگاه روان‌شناسی.

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دوم

۱. از نظر بقراط مرکز تمام فعالیت‌های بشر کجاست؟

الف) نفس　　ب) ذهن

ج) روح　　د) مغز

۲. چه کسی برای اولین بار اصطلاح «آزمون» را به کار برد؟

الف) کتل　　ب) گالتون

ج) بینه　　د) وونت

۳. کدام‌یک از تحولات زیر در اوایل قرن بیستم در روان‌شناسی بالینی، نقش داشت؟

الف) جنبش رفتارگرایی　　ب) مکتب شناختی

ج) شخصیت‌سنجی　　د) روان‌آزمایی تشخیصی

۴. مطالعات کراپلین متمرکز بر چه طبقه‌ای از اختلالات روانی بود؟

الف) اختلالات عضوی　　ب) اختلالات شخصیت

ج) روان‌پریشی　　د) روان‌رنجوری

@LOTUS_PNU

۵. خانواده‌درمانی از سوی چه کسی مطرح شد؟

الف) مورنو
ب) آکرمن
ج) پرلز
د) برن

۶. روش حساسیت‌زدایی منظم توسط چه کسی ارائه گردید؟

الف) ولپه
ب) اسکینر
ج) لازاروس
د) هیلی

۷. از چه کسی تحت عنوان «پدر روان‌شناسی بالینی» می‌توان یاد کرد؟

الف) وونت
ب) ویتمر
ج) لویت
د) فروید

۸. کتاب «دفع الغم و الهم» ابن‌سینا در چه زمینه‌ای است؟

الف) اراده و انفعال
ب) شناخت و هیجان
ج) استرس و تنش
د) اضطراب و افسردگی

۹. از چه کسی تحت عنوان «پدر روان‌شناسی بالینی ایران» می‌توان نام برد؟

الف) علی‌اکبر سیاسی
ب) محمود صناعی
ج) سعید شاملو
د) ولی‌الله اخوت

۱۰. نخستین کلینیک روان‌شناسی در ایران در چه سالی تأسیس یافت؟

الف) ۱۳۴۳
ب) ۱۳۵۳
ج) ۱۳۶۳
د) ۱۳۷۳

خودآزمایی تشریحی فصل دوم

۱. بشر اولیه چه تبیینی از بیماری روانی داشت؟
۲. سیر انتشار نسخه‌های مختلف DSM را شرح دهید؟
۳. سه رویدادی که سرآغاز رفتاردرمانی شدند، را تشریح کنید؟
۴. وراثت رفتاری و تصویرسازی مغز را توضیح دهید؟
۵. عمده‌ترین اقدامات لایتنر ویتمر را برشمارید؟
۶. اقداماتی که برای بیماران روانی در قرن پنجم هجری در مرکز پزشکی دارالشفا صورت می‌گرفت را توضیح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل سوم

آموزش در روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

آشنایی با برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی و آموزش روان‌شناسی بالینی در ایران.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. دوره‌های آموزشی دکتری تخصصی (Ph.D.) و دکتری روان‌شناسی (Psy.D.) را با هم مقایسه کنند.
۲. مدل‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی را نام ببرند.
۳. مدل آموزشی بولدر را توضیح دهند.
۴. مدل آموزشی ویل را شرح دهند.
۵. مدل آموزشی علم بالینی را تشریح نمایند.
۶. مدل آموزشی مرکب را توضیح دهند.
۷. برنامه آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری برای آموزش دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.
۸. برنامه آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری برای آموزش دکتری روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.
۹. برنامه آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای آموزش دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.

@LOTUS_PNU

۱۰. برنامه آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای آموزش دوره دکتری روان‌شناسی بالینی را شرح دهند.

مقدمه

روان‌شناس بالینی معمولی، مدرک کارشناسی خود را می‌گیرد و دوره پنج‌ساله تحصیلات تکمیلی را شروع می‌کند. دوره تحصیلات تکمیلی معمولاً شامل آموزش سنجش، تحقیق، تشخیص و مهارت‌های درمانی، به‌علاوه دوره انترنی است. این دوره در بیشتر موارد به اخذ مدرک دکترای تخصصی (Ph.D.) از گروه روان‌شناسی دانشگاه ختم می‌شود. در پاره‌ای موارد هم مدرک اعطا شده دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) است که گروه روان‌شناسی دانشگاه یا موسسه‌ای آموزشی آن را اعطا می‌کند که پیوندی با دانشگاه ندارد. همچنین یک برنامه دوساله اعطای مدرک کارشناسی ارشد (M.S.) هم وجود دارد.

آموزش کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی همواره محل اختلاف بوده است. روان‌شناسان دارای مدرک کارشناسی ارشد می‌گویند شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد به‌اندازه روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکترا مؤثر هستند؛ اما انجمن روان‌شناسی آمریکا، کلید کار به‌عنوان 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 اینکه یک نفر بخواهد کار مستقل در زمینه روان‌شناسی انجام دهد، باید مدرک دکترا داشته باشد. بااین‌حال روان‌شناسان بالینی دارای مدرک کارشناسی ارشد همچنان در مراکز مختلف خدمات‌رسانی مشغول کار هستند.

۳-۱ برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی

تصمیم‌گیری‌ها در مورد خوشایندترین ترکیب علم و عمل آشکارا بر طرز آموزش دانشجویان روان‌شناسی بالینی تأثیر می‌گذارد. دو مدل برای چنین آموزشی که هر یک نامشان را از کلورادو[1] که در آنجا تدوین شدند، گرفتند، از سال‌ها قبل بر این عرصه حکم‌فرما بوده‌اند، اما اخیراً مدل سومی هم ظاهر شده است. نام این مدل یعنی بولدر[2]

1. Colorado
2. Bulder Model

@LOTUS_PNU

از اولین کنفرانس آموزشی بزرگ در روان‌شناسی بالینی گرفته شده است که در سال ۱۹۴۹ در دانشگاه کلورادو در بولدر برگزار شد.

مدل آموزشی بولدر: این مدل که به آن مدل دانشمند- درمانگر[1] هم می‌گویند، توصیه می‌کند که روان‌شناسان بالینی باید مدرک دکترای تخصصی (Ph.D.) روان‌شناسی از یک برنامه دانشگاهی داشته باشند که بیش از آمادگی برای عمل بالینی، بر پژوهش علمی تأکید دارد. در این مدل همچنین بر ضرورت گذراندن انترنی یک‌ساله نظارت شده تأکید دارد.

کنفرانس جدیدی این بار در دانشگاه دلاور[2] در سال ۲۰۱۱ توصیه کرد که مدل بولدر باید از لحاظ آماده‌سازی دانشمندان بالینی برای نه‌فقط اجرای پژوهش، بلکه برای ترجمه نتایج پژوهش به توصیه‌های عمقی قابل‌قبول برای درمانگران و سازمان‌های خدماتی آماده شود. در پروژه دلاور بر اهمیت آموزش گسترده پژوهشگران بالینی در زمینه علم روان‌شناسی پایه از قبیل روان‌شناسی زیست‌شناسی‌نگر، هیجان، شناخت، و نظریه یادگیری تأکید دارد، طوری که این پژوهشگران بتوانند با روان‌شناسان دیگر حیطه‌ها همکاری مؤثری داشته باشند (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

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 زمینه اجرای روان‌شناسی بالینی در اولویت نبود. استادان 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، جزئی و بی‌مایه است. بدتر اینکه به نظر برخی از استادان، تحقیقات آن‌ها خیلی به آموزش مهارت‌های بالینی به دانشجویان رشته روان‌شناسی بالینی ربط نداشت. برخی از دانشجویان هم معترض بودند که بیش‌ازحد درباره آمار، نظریه‌های شرطی‌سازی یا اصول روان‌شناسی فیزیولوژیک آموزش می‌بینند و خبر چندانی از روان‌درمانگری و آزمون‌گیری شخصی نیست.

1. Scientist-Practitioner Model
2. University of Delaware

@LOTUS_PNU

این رویدادها و وضعیت‌ها، درنهایت به شکل‌گیری فشارها و خواست برای تغییر منتهی شد. مدل بولدر (مدل دانشمند- درمانگر)، 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 موردنظر این مدل، در کنار استفاده از مهارت و حساسیت خود در زمینه 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 مصرف‌کننده منفعل اطلاعات بود، یا فنونی را می‌پذیرفت و استفاده می‌کرد که پشتوانه چندانی نداشت.

مدل دانشمند- درمانگر کمتر از آنچه به نظر می‌رسید، تقسیم‌بندی کمی 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 درنهایت عمدتاً محقق می‌شوند و برخی عمدتاً درمانگر. البته هدف این بود که با طرح کردن مدل دانشمند- درمانگر، دانشجویان روان‌شناسی بالینی در کارهای خود همچون دانشمند فکر کنند. قرار بود آن‌ها به‌عنوان روان‌شناس بالینی، پیشرفت مراجعان را به‌صورت علمی ارزیابی کنند و درمان‌ها را بر اساس شواهد تجربی انتخاب کنند. درست است که روان‌شناسان بالینی 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- درمانگر همان‌طور که برای درمانگران کاربرد دارد، برای محققان روان‌شناس 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 (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

در پی مجموعه کنفرانس‌های آموزشی برگزار شده که بیشتر آن‌ها مربوط به سال ۱۹۸۷ بود، انتقادهای شدیدی به مدل بولدر وارد گردید مبنی بر اینکه باید بیشتر بر آموزش مستقیم و فراگیر مهارت‌های بالینی تأکید گردد تا بر تجربه تحقیقاتی؛ اما ملتزوف[1] (۱۹۸۴)

@LOTUS_PNU

1. Meltzoff

در مقام دفاع از مدل بولدر گفته است: «آموزش نسل جدیدی از روان‌شناسان صرفاً کاربردی که بدون داشتن توان ارزیابی و پیشبرد میراثی که به آن‌ها رسیده است و 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 شیوه ارائه متوازن یافته‌ها را یاد می‌دهد. این‌ها مهارت‌هایی هستند که به روان‌شناسان حرفه‌ای کمک می‌کنند ارتقای فنی یابند.»

مدل آموزشی ویل: رویکرد آموزش اصلی دوم در سال ۱۹۷۳، در کنفرانس ملی سطوح و الگوهای آموزش حرفه‌ای در روان‌شناسی پا گرفت که در ویل کلورادو برگزار شد. مدل ویل[1] که به آن مدل درمانگر- محقق[2] هم می‌گویند، تأکید بسیار کمتری بر آموزش علمی دارد و بیشتر دنبال آماده‌سازی افراد برای ارائه خدمات بالینی است. فارغ‌التحصیلان برنامه‌های درمانگر- محقق عمدتاً برای اجرای روان‌درمانی و سنجش بالینی آموزش دیده‌اند، اما در حالت آرمانی حداقل یاد گرفته‌اند که پژوهش بالینی را چه طور در درمان مراجعان‌شان تفسیر کنند و به کار برند. نمایندگان این را مطرح کرده‌اند که وقتی آموزش بر ارائه و ارزیابی خدمات حرفه‌ای تأکید دارد، مناسب‌ترین مدرک برای آن هم مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) و نه مدرک دکترای تخصصی (Ph.D.) است. آن‌ها همچنین پیشنهاد دادند که برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی نباید در گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها اجرا شوند. از نظر آن‌ها این برنامه‌های عمل‌گرا می‌توانند در دانشکده‌های پزشکی و در دانشکده‌های مستقل روان‌شناسی حرفه‌ای برگزار شوند. از نظر طرفداران این مدل آموزشی، دانشکده‌های مستقل جایگاهی معادل جایگاه دانشکده‌ها در آموزش دانشمند- حرفه‌ای دارند که بر دیدگاه سنتی‌تر دانشگاهی مبتنی است.

بحث‌های یاد شده باعث شد مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) شکل گیرد. ویژگی‌های اصلی این مدرک عبارت است از تأکید بر مهارت‌های بالینی و عدم تأکید نسبی بر صلاحیت و قابلیت تحقیقاتی. برای اخذ این مدرک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد لازم نیست و رساله دکترا هم معمولاً گزارشی درباره موضوعی حرفه‌ای یا تحقیقی اصیل است.

1. Vail Model
2. Practitioner-Scholar Model

@LOTUS_PNU

برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) در دو سال اول آموزش، فرق چندانی با برنامه‌های اعطای دکترای تخصصی (Ph.D.) ندارند. تفاوت اصلی در سال سوم شروع می‌شود. در سال سوم، تجربه‌اندوزی در زمینه درمان و سنجش، اهمیت پیدا می‌کند. در سال چهارم هم با برگزاری دوره‌ها و تکالیف انترنی، تأکید بالینی همچنان ادامه می‌یابد (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱). برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی اخیراً به‌سوی ارائه فشرده دروس در سال اول و افزایش تجربه بالینی از طریق پنج سال کار عملی پیشرفته است (پترسون[1]، ۲۰۰۳). مدرک دکترای روان‌شناسی بیشتر توسط دانشکده‌های حرفه‌ای که دانشکده‌های مستقل و یا غیرانتفاعی هستند، اعطا می‌شود.

مدل آموزشی علم بالینی: سومین مدل آموزشی، مدل علم بالینی[2] است. مدل علم بالینی بر این نظر استوار است که تمام جنبه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی باید پایه علمی داشته باشد (مک‌فال[3]، تریت[4] و سیمونز[5]، ۲۰۱۵). این مدل خط تیره بین دانشمند و درمانگر در مدل دانشمند- درمانگر را که معمولاً به معنای آن است که فرد می‌تواند دانشمند یا درمانگر (و در برخی موارد، هر دو) باشد، کنار می‌گذارد. در عوض، مدل علم بالینی می‌گوید که برنامه‌های روان‌شناس بالینی باید اصول علمی و دانش را به‌تمامی جنبه‌های تحصیلات تکمیلی، از جمله به پژوهش، عمل بالینی، و به تدریس، تسری بدهند. این مدل همچنین می‌گوید که دانشجویان باید در زمینه ارائه سنجش و فنون درمان شواهدبنیان، آموزش دقیق و محکمی ببینند.

مک‌فال (۱۹۹۱) در سند «بیانیه علم روان‌شناسی بالینی» می‌گوید:

۱. روان‌شناس بالینی علمی تنها صورت مشروع و مقبول روان‌شناسی بالینی است.

۲. خدمات روان‌شناختی نباید به مردم ارائه شود مگر تحت کنترل دقیق آزمایشی تا ملاک‌های حداقلی زیر برآورد شود:

الف) اهمیت خدمات باید دقیقاً مشخص شود.

ب) فواید خدمات موردنظر باید به‌صراحت بیان شود.

---

1. Peterson
2. Clinical Science Model
3. Mcfall
4. Treat
5. Simons

@LOTUS_PNU

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.

۳. هدف اولیه و درجه اول برنامه‌های آموزشی دکترای روان‌شناسی بالینی باید تربیت تواناترین دانشمندان بالینی باشد.

به‌این‌ترتیب، 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 می‌کنند، یعنی افرادی که در همه زمینه‌ها در زندگی حرفه‌ای خود مانند دانشمند فکر و کار می‌کنند، علم روان‌شناسی را بسازند.

مدل آموزشی مرکب: برنامه‌های آموزش حرفه‌ای- علمی مرکب، در واقع یک مدل آموزش 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. برنامه‌های آموزشی در این مدل 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 پهنه دانش روان‌شناسی تأکید می‌کند نه بر عمق آن؛ اما همین ویژگی می‌تواند ضعف چنین مدلی هم باشد. فارغ‌التحصیلان این برنامه‌های آموزشی در پایان دوره دکترا ممکن است در هیچ‌یک از این سه حوزه، تخصص کافی کسب نکنند. وانگهی این الگوی آموزشی ظاهراً برای درمان‌گران آینده مناسب است تا برای دانشگاهیان یا دانشمندان بالینی آینده (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۳-۲ آموزش روان‌شناسی بالینی در ایران

روان‌شناسی بالینی شاخه‌ای از روان‌شناسی است که هدف آن شناخت نابهنجاری‌های روان‌شناختی غیرارگانیک، تغییر و درمان این نابهنجاری‌ها و شناسایی روش‌های

@LOTUS_PNU

پیشگیری و درمان آن‌ها بر اساس نظریه‌های موجود در علم روان‌شناسی است. نقش‌های شش‌گانه آن عبارت است از سنجش و تشخیص، مداخله و روان‌درمانگری، مشاوره، آموزش و نظارت بر کار روان‌درمانگرها، پژوهش و مدیریت. غالب کارهای روان‌شناسی بالینی در راستای پژوهش، آموزش، تشخیص و درمان است.

دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۵۴ در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران ایجاد گردید. پس از آن در دانشگاه‌های کشور به‌تدریج توسعه یافت.

هم اکنون دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و نیز دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجری دوره‌های آموزشی کارشناسی ارشد و دکترای روان‌شناسی بالینی هستند که در ادامه دوره‌های آموزش وزارتین به تفکیک معرفی می‌شود.

۳-۳ برنامه‌های آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی: هدف از دوره آموزشی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تربیت نیروهای کارآمد در حوزه‌های پیشگیری، تشخیص و روان‌درمانگری اختلالات روان‌شناختی با جهت‌گیری فرهنگ بومی و دینی است. همچنین تربیت نیروی انسانی کارآمد برای فعالیت در امور آموزش و پژوهش مربوط به رشته و نیاز جامعه با جهت‌گیری فرهنگ بومی و دینی.

دوره کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی شامل ۵ نیمسال (۲/۵ سال) و دارای ۳۲ واحد درسی (۲۲ واحد دروس تخصصی، ۶ واحد دروس اختیاری و ۴ واحد پایان‌نامه) است.

دروس تخصصی: دانشجو ۲۲ واحد درس تخصصی را بر اساس تنظیم گروه آموزشی خواهد گذراند:

۱. آسیب‌شناسی روانی تحولی، ۲ واحد نظری
۲. نظریه‌های روان‌درمان‌گری، ۲ واحد نظری
۳. ارزیابی بالینی ۱ (مصاحبه بالینی)، ۲ واحد نظری- عملی
۴. ارزیابی بالینی ۲ (آزمون‌های عینی، شناختی و فرافکن)، ۲ واحد نظری- عملی

@LOTUS_PNU

۵. آمار و روش تحقیق کمی و کیفی پیشرفته، ۲ واحد نظری- عملی
۶. کارورزی ۱، ۲ واحد عملی
۷. کارورزی ۲، ۲ واحد عملی
۸. مداخله‌های معنوی و دینی در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری- عملی
۹. مداخله‌های شناختی- رفتاری، ۲ واحد نظری- عملی
۱۰. مداخله‌های روان‌شناختی زوجین و خانواده، ۲ واحد نظری- عملی
۱۱. اخلاق حرفه‌ای در روان‌شناسی بالینی، ۱ واحد نظری
۱۲. روان‌داروشناسی (سایکوفارماکولوژی)، ۱ واحد نظری.

دروس اختیاری: دانشجو فقط ۶ واحد از دروس اختیاری را بر اساس تنظیم گروه آموزشی خواهد گذراند:

۱. فنون درمان‌های روان‌پویشی، ۲ واحد نظری- عملی
۲. روان‌شناسی تحولی پیشرفته، ۲ واحد نظری
۳. عصب‌روان‌شناختی بالینی، ۲ واحد نظری
۴. پیشگیری و درمان اعتیاد، ۲ واحد نظری- عملی
۵. گروه‌درمانی، ۱ واحد نظری عملی
۶. روان‌شناسی سالمندان و مداخله‌های مرتبط، ۲ واحد نظری- عملی
۷. مداخله‌های روان‌شناختی در آسیب‌های نوپدید، ۲ واحد نظری- عملی
۸. مداخله در بحران، ۲ واحد نظری

پایان‌نامه: دانشجو ملزم به گذراندن پایان‌نامه به تعداد ۴ واحد عملی است. دانشجو بعد از ترم دوم تحت نظر استاد راهنما می‌تواند موضوع مورد مطالعه خود را انتخاب کند و در گروه برای تصویب مطرح سازد. موضوع انتخاب شده باید در جهت شناخت و رفع مسائل اساسی در زمینه شناخت، پیشگیری و درمان مسائل، مشکلات و اختلالات روانی باشد. موضوعات باید با جهت‌گیری فرهنگی و اجتماعی و امکانات اجرایی طرح در زمان منطقی و در محل اجرا منطبق باشد.

مهارت، توانمندی و شایستگی دانش‌آموختگان دوره کارشناسی ارشد

۱. مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانمندی‌های ویژه: (۱) خدمات بالینی روان‌شناختی: سنجش و تفسیر بالینی نتایج اجرای آزمون‌های روان‌شناختی، مصاحبه، تشخیص و

@LOTUS_PNU

مداخله‌های بالینی. (۲) خدمات آموزشی: ارائه دوره‌های آموزشی در سطح اول پیشگیری (مهارت‌های زندگی، شیوه‌های فرزندپروری، بهداشت روانی). (۳) خدمات پژوهشی: توانایی مسئله‌یابی و انجام پژوهش‌های مرتبط در حوزه خدمات بالینی.

۲. مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانمندی‌های عمومی: (۱) توانایی مسئله‌یابی و انجام پژوهش‌های مرتبط با حوزه آسیب‌های نوپدید. (۲) توانایی مداخله در بحران (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۹۹).

دکتری روان‌شناسی بالینی: هدف کلی دوره دکتری روان‌شناسی بالینی، تربیت نیروی متخصص به‌منظور پیشگیری و ارتقاء سلامت روان، تشخیص و درمان اختلالات روانی و نظریه‌پردازی، پژوهش و آموزش است. هدف‌های ویژه عبارت‌اند از:

- تسلط بر آخرین یافته‌های علمی در زمینه روان‌شناسی بالینی، توانایی پژوهش و هدایت آن با توجه به فرهنگ بومی و دینی.
- توانایی تشخیص اختلالات روانی و توانایی تبیین و دفاع از تشخیص خود.
- توانایی درمان اختلالات روانی با استفاده از یکی از رویکردهای معتبر.

دوره دکتری روان‌شناسی بالینی به‌صورت آموزشی و ناپیوسته بوده و به سه مرحله ۱. آموزش دروس، ۲. کارورزی و ۳. پژوهشی تقسیم می‌شود. مرحله آموزشی دروس از زمان پذیرفته شدن دانشجو در امتحان ورودی آغاز و به امتحان جامع ختم می‌شود. این مرحله در ۴ نیمسال تحصیلی انجام می‌شود. در سه نیمسال دروس ارائه می‌شوند و یک نیمسال برای آمادگی امتحان جامع پیش‌بینی شده است. مرحله کارورزی آموزشی پس از امتحان جامع و در ۲ نیمسال انجام می‌شود. پس از گذراندن کارورزی، مرحله پژوهشی آغاز و با تدوین رساله و دفاع از آن پایان می‌پذیرد.

دوره دکتری روان‌شناسی بالینی دارای ۴۱ واحد درسی مشتمل بر ۱۲ واحد دروس تخصصی، ۶ واحد دروس اختیاری، ۷ واحد کارورزی و ۱۶ واحد رساله است.

دروس تخصصی: دانشجو ۱۲ واحد دروس تخصصی را بر اساس تنظیم گروه آموزشی خواهد گذراند:

۱. آسیب‌شناسی روانی با تأکید بر فرهنگ، ۲ واحد نظری
۲. روش‌های ارزیابی در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری- عملی
۳. آمار و روش تحقیق کیفی و کمی پیش‌رفته در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری- عملی

@LOTUS_PNU

۴. روش‌های نوین در درمان‌های شناختی- رفتاری، ۲ واحد نظری- عملی
۵. مداخله‌های معنوی و دینی، ۲ واحد نظری- عملی
۶. تحلیل و نقد نظریه‌های نوین در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری.

دروس اختیاری: دانشجو فقط ۶ واحد از بین دروس اختیاری که توسط گروه آموزشی ارائه می‌گردد را خواهد گذراند:

۱. ارزیابی و توان‌بخشی عصب- روان‌شناختی، ۲ واحد نظری- عملی
۲. درمان‌های دارویی- جسمانی، ۲ واحد نظری
۳. مداخله‌های روان‌شناختی برای اعتیاد، ۲ واحد نظری- عملی
۴. نقد و بررسی نظریه‌های تحولی انسان، ۲ واحد نظری
۵. روان‌درمانگری اختلالات کودکان و نوجوانان، ۲ واحد نظری- عملی
۶. درمان‌های روان‌پویشی، ۲ واحد نظری- عملی
۷. روان‌درمانگری مثبت‌نگر، ۲ واحد نظری- عملی
۸. خانواده‌درمانی مبتنی بر فرهنگ، ۲ واحد نظری- عملی
۹. مداخله‌های روان‌شناختی در آسیب‌های نوپدید، ۲ واحد نظری- عملی
۱۰. روان‌شناسی بالینی جامعه‌نگر، ۲ واحد نظری
۱۱. روان‌شناسی بالینی کودک، ۲ واحد نظری- عملی.

کارورزی: کارورزی دوره دکتری ۹۰۰ ساعت است که در دو موقعیت مراکز سرپایی (مراکز مشاوره) و بستری (بیمارستان) انجام می‌شود: ۱. کارورزی بالینی ۱، ۳/۵ واحد و ۲. کارورزی بالینی ۲، ۳/۵ واحد است که پس از گذراندن امتحان جامع به انجام می‌رسد.

رساله: تعداد واحد رساله ۱۶ واحد است که پس از گذراندن همه دروس و قبولی در امتحان جامع ارائه می‌گردد.

مهارت، شایستگی و توانمندی دانش‌آموختگان دوره دکتری روان‌شناسی بالینی

۱. مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانمندی‌های ویژه: (۱) توجه به موضوعات و تنوع فرهنگی، (۲) مداخله‌های درمانی در اختلالات روانی، (۳) تشخیص و ارزیابی اختلالات روانی و (۴) توانایی کمک به برخی از افراد آسیب‌پذیر همچون معتادین.

@LOTUS_PNU

۲. مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانمندی‌های عمومی: (۱) کسب توانایی ارائه برنامه‌های آموزشی مثبت‌نگر و (۲) پژوهش در روان‌شناسی بالینی (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۹۹).

۳-۴ برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی: هدف کلی این دوره آن است که دانشجویان در پایان بتوانند قابلیت‌هایی مشتمل بر موارد زیر داشته باشند:

- با کسب آموزش اصولی بتوانند برای بحث‌های علمی و پژوهشی در بحث‌های گروهی، کارگاه‌های علمی، سمینارها و کنفرانس‌های علمی، آموزشی و پژوهشی مربوط به رشته و نیاز جامعه آماده شوند.
- کسب آموزش‌های علمی و عملی مبنایی جهت تشخیص و روان‌درمانی اختلال‌های روان‌شناختی.
- آموزش مهارت‌های اساسی در چگونگی روند و مراحل انتخاب موضوع پایان‌نامه، نگارش پایان‌نامه، تهیه اصولی مقاله علمی- پژوهشی و سخنرانی علمی که بتواند قابلیت‌های اولیه یک پژوهشگر خلاق را احراز نماید.
- در مجموع این آموزش‌ها بتوانند موجب رشد شخصی و کسب شایستگی حرفه‌ای و اجتماعی دانش‌آموخته شود.

دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی شامل ۳۲ واحد درسی (۲۷ واحد دروس تخصصی و ۱ واحد اختیاری و ۴ واحد پایان‌نامه) است.

دروس تخصصی: دانشجو ۲۷ واحد دروس تخصصی را بر اساس تنظیم گروه آموزشی خواهد گذراند:

۱. روش‌ها و طرح‌های پژوهشی پیشرفته در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری- عملی
۲. آمار پیشرفته در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری- عملی
۳. نوروسایکولوژی (عصب‌روان‌شناسی)، ۲ واحد نظری- عملی
۴. آسیب‌شناسی روانی پیشرفته، ۲ واحد نظری
۵. نظریه‌های معاصر شخصیت و روان‌درمانی، ۲ واحد نظری
۶. مصاحبه تشخیصی، ۲ واحد نظری- عملی

@LOTUS_PNU

۷. ارزیابی بالینی ۱، ۲ واحد نظری- عملی
۸. معنویت‌درمانی، ۱ واحد نظری
۹. سایکوفارماکوتراپی (درمان‌های دارویی و فیزیکی در اختلال‌های روانی)، ۱ واحد نظری
۱۰. بهداشت روان، ۲ واحد نظری- عملی
۱۱. اصول اخلاق حرفه‌ای در روان‌شناسی بالینی، ۱ واحد نظری
۱۲. ارزیابی بالینی ۲، ۲ واحد نظری- عملی
۱۳. گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی، ۲ واحد نظری- عملی
۱۴. درمان شناختی- رفتاری، ۳ واحد نظری- عملی
۱۵. کارورزی بالینی، ۴ واحد عملی.

دروس اختیاری: دانشجو باید ۱ واحد درسی از بین دروس اختیاری که متناسب با موضوع پایان‌نامه اوست، انتخاب کند و بگذراند:

۱. آسیب‌شناسی تحولی پیشرفته، ۱ واحد نظری
۲. اصول درمان‌های روان‌پویایی، ۱ واحد نظری
۳. درمان‌های فراشناختی، ۱ واحد نظری
۴. مداخله‌های روان‌شناختی در سوءمصرف مواد، ۱ واحد نظری
۵. مداخله‌های روان‌شناختی در اختلال‌های جنسی، ۱ واحد نظری.

پایان‌نامه: دانشجو ملزم به گذراندن پایان‌نامه به تعداد ۴ واحد عملی است که با راهنمایی استاد راهنما به انجام می‌رسد و در جلسه دفاع ارائه می‌گردد و داوری می‌شود.

وظایف حرفه‌ای دانش‌آموختگان دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

نقش خدماتی: دانش‌آموختگان کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌توانند به‌عنوان درمانگر ابتدا با برنامه‌ریزی اصولی به پیشگیری از اختلال‌های روانی در گروه‌های خاص و مردم جامعه به‌طور عام بپردازند و در نهایت در مراکز حرفه‌ای با همکاری و نظارت استادان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی با تشخیص‌گذاری اختلال‌های روانی در افراد مبتلا و درمان آن‌ها به شیوه روان‌درمانی در راستای بهداشت روان جامعه گام بردارند.

@LOTUS_PNU

نقش آموزشی: دانش‌آموختگان این دوره می‌توانند به‌عنوان مدرس در کارگاه‌های علمی، مفاهیم روان‌شناسی بالینی را به‌صورت کاربردی آموزش دهند و با ارائه سمینارها و کنفرانس‌های علمی برای گروه‌های خاص و مردم جامعه به‌طور عام در راستای بهداشت روان جامعه گام بردارند.

نقش پژوهشی: دانش‌آموختگان این رشته می‌توانند در گروه‌های پژوهشی مراکز و سازمان‌ها به‌عنوان پژوهشگر در چگونگی روند پژوهش از ابتدا تا پایان آن فعالیت داشته و با تهیه اصولی مقاله‌های علمی- پژوهشی جدید و سخنرانی‌های علمی بر اساس مفاهیم نوین و به روز جهانی، گامی دیگر در راستای بهداشت روانی جامعه بردارند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹).

دکتری روان‌شناسی بالینی: هدف کلی این دوره عبارت‌اند از:

- جست‌وجو و تلاش برای فراهم آوردن زمینه‌های رشد و ارتقاء تحصیلی دانشجویان از طریق کسب دانش‌بنیادی و تمرین و کارورزی در حوزه روان‌شناسی بالینی به‌منظور ارائه خدمات بهتر روان‌شناسی بالینی در مراکز علمی، پژوهشی و درمانی.
- ارائه خدمات روان‌شناسی بالینی در حوزه تشخیص، پیشگیری و درمان در زمینه‌های مورد نیاز فرد، خانواده و جامعه.
- فراهم آوردن دیدگاه‌های علمی وسیع و منعطف در نظام روان‌شناسی از طریق آموزش علمی و عملی در حیطه‌های تشخیص، روان‌درمانی و تحقیقات بالینی به‌منظور رشد شخصیتی و کسب شایستگی حرفه‌ای، اخلاقی و اجتماعی مناسب.
- فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی و روان‌درمانی برای دانشجویان از طریق کسب تجربه در ارائه خدمات با مراجعین، زوج‌ها و خانواده‌ها در پهنه زندگی.

واحدهای درسی: تعداد کل واحدهای درسی این دوره ۵۰ واحد (اختصاصی اجباری ۲۵ واحد، اختصاصی اختیاری ۲ واحد، کارورزی ۷ واحد و پایان‌نامه ۱۶ واحد) است.

دروس تخصصی: دانشجو دروس تخصصی را بر اساس تنظیم گروه آموزشی خواهد گذراند:

۱. نقد نظریه‌ها و دیدگاه‌های شخصیت، ۲ واحد نظری

۲. آسیب‌شناسی تحولی ۱، ۲ واحد نظری

@LOTUS_PNU

۳. اصول اخلاق حرفه‌ای در روان‌شناسی بالینی، ۱ واحد نظری
۴. آمار پیشرفته در روان‌شناسی بالینی، ۱ واحد نظری
۵. روش‌ها و طرح‌های پژوهشی پیشرفته در روان‌شناسی بالینی، ۲ واحد نظری-عملی
۶. ارزیابی و تشخیص ۱، ۲ واحد نظری- عملی
۷. آسیب‌شناسی روانی تحولی ۲، ۲ واحد نظری
۸. سایکوفارماکوتراپی و ارگانیک‌تراپی، ۲ واحد نظری
۹. درمان شناختی- رفتاری ۱، ۲ واحد عملی
۱۰. گروه‌درمانی، ۱ واحد عملی
۱۱. ارزیابی و تشخیص ۲، ۲ واحد نظری- عملی
۱۲. کاربرد روان‌درمانی فردی، ۲ واحد عملی
۱۳. درمان‌شناختی- رفتاری ۲، ۲ واحد عملی
۱۴. زوج‌درمانی، ۲ واحد نظری- عملی
۱۵. کارورزی، ۷ واحد عملی به ازای هر واحد ۱۳۰ ساعت و جمعاً ۹۱۰ ساعت.

دروس اختیاری: دانشجو باید ۲ واحد از دروس اختیاری را متناسب با موضوع پایان‌نامه خود با موافقت استاد راهنما و تأیید شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه بگذراند.

۱. روان‌شناسی سلامت، ۲ واحد نظری
۲. اصول درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت، ۲ واحد نظری
۳. نوروسایکولوژی پیشرفته، ۲ واحد نظری- عملی
۴. طرحواره‌درمانی، ۱ واحد نظری
۵. بنیادهای روان‌درمانی در فرهنگ اسلامی، ۲ واحد نظری

پایان‌نامه: تعداد واحد پایان‌نامه ۱۶ واحد عملی است که دانشجو پس از قبولی در امتحان جامع می‌تواند آن را انتخاب نماید و درباره یک موضوع حائز اهمیت در آسیب‌شناسی روانی، روان‌درمانی و یا بهداشت روان پژوهش کند و در جلسه دفاع شرکت نماید.

وظایف حرفه‌ای دانش‌آموختگان دکترای روان‌شناسی بالینی: دانش‌آموختگان این دوره دارای نقش‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی خواهند بود.

@LOTUS_PNU

نقش آموزشی: آموزش بیماران یا مراجعین و همراهان بیماران در محدوده صلاحیت‌های تخصصی؛ ارائه آموزش‌های همگانی؛ مشارکت در آموزش‌های دانشگاهی در صورت اشتغال در مراکز علمی- پژوهشی و دانشگاه؛ مشارکت در آموزش‌های مداوم مشمولین آموزش مداوم و آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان حوزه‌های مرتبط با رشته؛ مشارکت در تدوین دستورالعمل‌های آموزشی مبتنی بر شواهد در برنامه‌های حاکمیت بالینی.

نقش پژوهشی: طراحی، اجرا و ارزشیابی طرح‌های پژوهشی مرتبط با همکاری در طرح‌های پژوهشی مرتبط با نظام سلامت؛ انتشار نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه روان‌شناسی بالینی و سلامت روان.

نقش خدماتی: برقراری ارتباط مؤثر حرفه‌ای با بیماران یا مراجعین؛ اخذ شرح‌حال روان‌شناختی و ثبت در پرونده مراجعین؛ ارزیابی و مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در بیماری‌های روانی در تیم تخصصی؛ تشخیص اختلالات روان‌شناختی و ثبت در پرونده مراجعین؛ انجام و تفسیر آزمون‌های روان‌شناختی مورد نیاز به‌منظور کمک به تشخیص اختلال‌های روانی؛ ارائه انواع روان‌درمانی، درمان‌های فردی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی و محیط‌درمانی؛ مدیریت مراکز مشاوره و روان‌درمانی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱).

خلاصهٔ فصل سوم

روان‌شناس بالینی معمولی، مدرک کارشناسی خود را می‌گیرد و دوره پنج‌ساله تحصیلات تکمیلی را شروع می‌کند. دوره تحصیلات تکمیلی معمولاً شامل آموزش سنجش، تحقیق، تشخیص و مهارت‌های درمانی، به‌علاوه دوره انترنی است. این دوره در بیشتر موارد به اخذ مدرک دکترای تخصصی (Ph.D.) از گروه روان‌شناسی دانشگاه ختم می‌شود. در پاره‌ای موارد هم مدرک اعطا شده دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) است که گروه روان‌شناسی دانشگاه یا موسسه‌ای آموزشی آن را اعطا می‌کند که پیوندی با دانشگاه ندارد. همچنین یک برنامه دوساله اعطای مدرک کارشناسی ارشد (M.S.) هم وجود دارد.

@LOTUS_PNU

مدل آموزشی بولدر که به آن مدل دانشمند- درمانگر[1] هم می‌گویند، توصیه می‌کند که روان‌شناسان بالینی باید مدرک دکترای تخصصی (Ph.D.) روان‌شناسی از یک برنامه دانشگاهی داشته باشند که بیش از آمادگی برای عمل بالینی، بر پژوهش علمی تأکید دارد؛ اما مدل آموزشی ویل که به آن مدل درمانگر- محقق[2] هم می‌گویند، تأکید بسیار کمتری بر آموزش علمی دارد و بیشتر دنبال آماده‌سازی افراد برای ارائه خدمات بالینی است. سومین مدل آموزشی، مدل علم بالینی است. مدل علم بالینی بر این نظر استوار است که تمام جنبه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی باید پایه علمی داشته باشد. نهایتاً چهارمین مدل آموزشی، مدل آموزشی مرکب است که در واقع یک مدل آموزش تخصصی مرکب از روان‌شناسی مشاوره، بالینی و مدرسه است. این مدل، بر پهنه دانش روان‌شناسی تأکید می‌کند نه بر عمق آن.

در ایران، آموزش روان‌شناسی بالینی توسط وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و نیز بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برگزار می‌شود. طبق برنامه وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دوره کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی شامل ۵ نیمسال (۲/۵ سال) و دارای ۳۲ واحد درسی (۲۲ واحد دروس تخصصی، ۶ واحد دروس اختیاری و ۴ واحد پایان‌نامه) است. همچنین دوره دکتری روان‌شناسی بالینی دارای ۴۱ واحد درسی مشتمل بر ۱۲ واحد دروس تخصصی، ۶ واحد دروس اختیاری، ۷ واحد کارورزی و ۱۶ واحد رساله است. لیکن طبق برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی شامل ۳۲ واحد درسی (۲۷ واحد دروس تخصصی و ۱ واحد اختیاری و ۴ واحد پایان‌نامه) است. همچنین تعداد واحدهای درسی دوره دکتری روان‌شناسی بالینی ۵۰ واحد (اختصاصی اجباری ۲۵ واحد، اختصاصی اختیاری ۲ واحد، کارورزی ۷ واحد و پایان‌نامه ۱۶ واحد) است.

مفاهیم کلیدی فصل سوم

مدل آموزشی بودلر، مدل آموزشی ویل، مدل علم بالینی، مدل آموزشی مرکب، وظایف حرفه‌ای، سرفصل‌های آموزشی.

1. Scientist-Practitioner Model
2. Practitioner-Scholar Model

@LOTUS_PNU

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم

۱. مدل آموزشی بولدر چه نامیده می‌شود؟

الف) دانشمند- درمانگر ب) درمانگر- دانشمند

ج) درمانگر- محقق د) محقق- درمانگر

۲. رویکرد کدام مدل آموزشی، درمانگر- محقق است؟

الف) بولدر ب) ویل

ج) علم بالینی د) مرکب

۳. کدام‌یک از مدارک تحصیلی بر مهارت‌های بالینی تأکید دارد؟

الف) M.A. ب) M.S.

ج) Ph.D. د) Psy.D.

۴. مک‌فال، مدافع کدام‌یک از مدل‌های آموزش روان‌شناسی بالینی است؟

الف) بولدر ب) ویل

ج) علم بالینی د) مرکب

۵. در مدل آموزشی مرکب، سه تخصص فرعی روان‌شناسی کدام‌اند؟

الف) مشاوره، بالینی، مدرسه ب) مشاوره، بالینی، سازمانی

ج) مشاوره، بالینی، تحولی د) مشاوره، بالینی، استثنایی

۶. برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری چند واحد است؟

الف) ۲۷ ب) ۳۲

ج) ۵۰ د) ۴۱

۷. دوره کارورزی برنامه آموزش دکتری روان‌شناسی بالینی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری چند ساعت است؟

الف) ۳۰۰ ب) ۵۰۰

ج) ۷۰۰ د) ۹۰۰

۸. تعداد واحد پایان‌نامه تحصیلی دوره کارشناسی ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چقدر است؟

الف) ۲ ب) ۶

ج) ۴ د) ۸

@LOTUS_PNU

۹. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چند واحد است؟

الف) ۴ ب) ۸

ج) ۱۲ د) ۱۶

۱۰. تشخیص اختلالات روان‌شناختی، جزء کدام‌یک از نقش‌های تعریف شده دانش‌آموختگان دکتری روان‌شناسی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است؟

الف) آموزشی ب) پژوهشی

ج) خدماتی د) درمانی

خودآزمایی تشریحی فصل سوم

۱. دوره‌های آموزشی دکتری تخصصی (Ph.D.) و دکتری روان‌شناسی (Psy.D.) را با هم مقایسه کنید؟

۲. مدل‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی را نام ببرید؟

۳. مدل آموزشی بولدر را توضیح دهید؟

۴. مدل آموزشی ویل را شرح دهید؟

۵. مدل آموزشی علم بالینی را تشریح نمایید؟

۶. مدل آموزشی مرکب را توضیح دهید؟

۷. برنامه آموزشی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را با هم مقایسه نمایید؟

۸. برنامه آموزشی دکتری روان‌شناسی بالینی وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را با هم مقایسه نمایید؟

۹. مهارت، توانمندی و شایستگی دانش‌آموختگان دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را توضیح دهید؟

۱۰. وظایف حرفه‌ای دانش‌آموختگان دکتری روان‌شناسی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را شرح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل چهارم

پژوهش در روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

آشنایی با انواع روش‌های پژوهش در روان‌شناسی بالینی و اخلاق در پژوهش‌های روان‌شناختی.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. انواع مشاهده را شرح دهند.
۲. روش موردپژوهی را در مطالعات روان‌شناسی بالینی توضیح دهند.
۳. روش همه‌گیری‌شناسی را توضیح دهند.
۴. روش همبستگی را شرح دهند.
۵. تحلیل‌های مختلف همبستگی چندمتغیری را توضیح دهند.
۶. ویژگی‌های آزمایش را توضیح دهند.
۷. انواع روش‌ها و طرح‌های آزمایشی را شرح دهند.
۸. طرح‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی را مقایسه کنند.
۹. انواع طرح‌های تک‌موردی را توضیح دهند.
۱۰. معیارهای اخلاق در پژوهش را مطابق با نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای انجمن روان‌شناس آمریکا برشمارند.

@LOTUS_PNU

مقدمه

روان‌شناسی بالینی، یک علم است. برداشت ما درباره اینکه چرا افراد دچار نشانه‌هایی می‌شوند، نشانه‌ها چه طور تشدید می‌شوند و تخفیف می‌یابند و همچنین برداشت ما درباره اقدامات درمانی برای رفع نشانه‌های روان‌شناختی، اساس علمی دقیق دارند و حاصل انباشت چند دهه یافته‌های تجربی هستند.

پژوهش چند هدف دارد. نخست اینکه اجازه می‌دهد از محدوده حدسیات صرف و توسل به سخنان مظاهر اقتدار خارج شد. دوم، پژوهش نظریه‌ها را گسترش می‌دهد و آن‌ها را اصلاح می‌کند و ایجاز و سودمندی نظریه‌ها را افزایش می‌دهد. البته هدف نهایی پژوهش، ارتقای توان پیش‌بینی و فهم رفتار، احساسات و افکار کسانی است که روان‌شناسان بالینی به آن‌ها ارائه خدمت می‌دهند.

روش‌های پژوهش زیادی وجود دارد که هر یک فواید و قوت‌های خود را دارند؛ بنابراین هیچ روشی به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی تمام سؤالات باشد. بااین‌حال روش‌های پژوهش در کنار هم می‌توانند قوه فهم و پیش‌بینی ما را بیشتر کنند.

۴-۱ روش مشاهده

بنیادی‌ترین و نافذترین روش پژوهش، مشاهده است. رویکردهای آزمایشی، موردپژوهی و رویکردهای طبیعی، همگی از مشاهده استفاده می‌کنند. روش‌های گوناگونی برای مشاهده وجود دارد که در ادامه به توضیح آن‌ها می‌پردازیم.

مشاهده نامنظم: مشاهده نامنظم[1] یا اتفاقی به‌ندرت می‌تواند مبنای دانش قرار گیرد. مشاهده نامنظم در حقیقت می‌تواند انسان را به نتایج غلط رهنمون کند؛ اما با همین مشاهده نامنظم، فرضیه‌هایی می‌سازیم که در نهایت به شکل منظم‌تری آزموده می‌شوند.

مشاهده طبیعی: اگرچه مشاهده طبیعی[2] در محیط‌های واقعی رخ می‌دهد، اما منظم‌تر و دقیق‌تر از مشاهده نامنظم است. مشاهده 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.

---

1. Nonsystematic Observation
2. Naturalistic Observation

@LOTUS_PNU

مشاهدات طبیعی معمولاً روی عده خاص یا در وضعیت‌های خاص اجرا می‌شود؛ بنابراین نمی‌توان آن‌ها را به‌طور قطعی به دیگران یا وضعیت‌های دیگر تعمیم داد. همچنین این احتمال وجود دارد که مشاهده‌گر در بحبوحه مشاهده یا ثبت پاسخ‌ها، ناخواسته مداخله‌ای کند یا بر رویه‌های تحت بررسی تأثیر گذارد. پژوهش درباره رفتار کودکان در محوطه بازی برای فهم رابطه پرخاشگری و دوستی، نمونه‌ای است که در آن مشاهده طبیعی صورت می‌گیرد. این روش همچون مشاهده نامنظم، می‌تواند سرمنشأ فرضیه‌هایی شود که بعداً می‌توان آن‌ها را دقیق‌تر بررسی کرد.

مشاهده کنترل شده: برخی از روان‌شناسان برای رفع انتقادهای وارد بر مشاهده نامنظم و طبیعی از مشاهده کنترل شده[1] استفاده می‌کنند. اگرچه در این روش، پژوهش در میدان یا محیط‌های نسبتاً طبیعی اجرا می‌شود، اما محقق تا حدودی بر رویدادها کنترل دارد. مشاهده کنترل شده در روان‌شناسی بالینی قدمت طولانی دارد.

۴-۲ روش موردپژوهی

روش موردپژوهی[2] بررسی فشرده، دقیق و توصیف یک نفر است. ذیل عنوان موردپژوهی، مواردی مثل مصاحبه، پاسخ آزمون‌ها و نتایج درمان هم ذکر می‌شود. این موارد همچنین داده‌های زندگی‌نامه‌ای و زندگی‌نامه خودنگاشت، نامه‌ها، خاطرات، اطلاعات زندگی، سوابق پزشکی و غیره را هم شامل می‌شود.

موردپژوهی مدت‌ها بر حوزه بررسی مشکلات و مسائل روان‌شناختی و توصیف روش‌های درمانی مسلط بوده است. ارزش اصلی این روش آن است که منبع سرشاری از درک و فهم و نیز فرضیه‌ساز است. در گذشته موردپژوهی‌های زیادی صورت گرفته است که برخی از آن‌ها تأثیر بسیاری بر شناخت و فهم پدیده‌های بالینی داشته‌اند. از جمله مورد «دورا» که توسط فروید انجام شد و مفهوم مقاومت در درمان را نشان می‌دهد. یا سه چهره «ایو» که اساس تعدد شخصیت را بیان می‌کند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

مورد پژوهی (۱) در توصیف پدیده‌های نادر یا غیرمعمول و ممکن ساختن روش‌های جدید و متمایز مصاحبه، سنجش و درمان بیماران؛ (۲) رد اطلاعاتی که

1. Controlled Observation
2. Case Study Method

@LOTUS_PNU

مقبولیت جهانی دارند یا جهانی انگاشته می‌شوند؛ و (۳) تولید فرضیه‌های ابطال‌پذیر، مفید هستند (کزدین[1]، ۲۰۰۳).

۴-۳ روش همه‌گیری‌شناسی

همه‌گیری‌شناسی[2]، بررسی بروز، شیوع و انتشار بیماری در یک جمعیت است. در همه‌گیری‌شناسی معمولاً از چند اصطلاح استفاده می‌شود. بروز[3] به معنای تعداد موردهای جدید بیماری در یک فاصله زمانی است. درحالی‌که شیوع[4] به تعداد کل موارد (جدید و قبلی) در یک فاصله زمانی گفته می‌شود. بروز نشان می‌دهد که آیا تعداد موردهای جدید بیماری یا اختلال، در حال افزایش است؟ اما شیوع، تخمین درصدی از جمعیت است که بیماری یا اختلال مورد نظر را دارد.

همه‌گیری‌شناسی از لحاظ تاریخی نقش بسیار مهمی در پژوهش‌های پزشکی داشته است، به‌گونه‌ای که بیماری‌های همه‌گیر شده را می‌توان فهمید و کنترل کرد. اساس این روش پژوهش، شمردن موردها است. انتظار این است که با شمردن موردها بتوان توزیع و انتشار آن‌ها را در اجتماع یا منطقه تحلیل کرد. روش همه‌گیری‌شناسی همچنین در شناسایی گروه‌های در معرض خطر، بسیار مهم هستند. مطالعات همه‌گیری‌شناسی، ماهیت بیماری را روشن نمی‌کنند، بلکه عوامل جمعیت‌شناختی اصلی دخیل در شیوع آن را نشان می‌دهند.

۴-۴ روش همبستگی

روش همبستگی[5] هم‌تغییری متغیرها را بررسی می‌کنند و رابطه بین آن‌ها را مشخص می‌نمایند. میزان و جهت رابطه در روش همبستگی با یک ضریب عددی به نام ضریب همبستگی[6] نشان داده می‌شود. ضریب همبستگی مشخص می‌کند که آیا مقادیر یک متغیر با توجه به مقادیر متغیر دیگر تغییر می‌کند یا نه. ضریب همبستگی مثبت، زمانی به دست می‌آید که مقادیر متغیرها در جهت یکسان تغییر کنند و ضریب همبستگی

---

1. Kazdin
2. Epidemiology
3. Incidence
4. Prevalence
5. Correlation Method
6. Correlation Coefficient

@LOTUS_PNU

منفی، زمانی اتفاق می‌افتد که مقادیر متغیرها در جهت عکس هم‌تغییر یابند. برای نشان دادن ضریب همبستگی از حرف r استفاده می‌شود. ضریب همبستگی در دامنه‌ای از صفر (عدم همبستگی) تا ۱+ (همبستگی مستقیم کامل) یا ۱− (همبستگی معکوس کامل) قرار دارد. مقادیر بین صفر تا ۱ نیز بیانگر همبستگی ناقص است. ضرایب همبستگی بیشتر از صفر تا ۰/۲ بیانگر همبستگی خیلی کم، ۰/۲ تا ۰/۴ همبستگی کم، ۰/۴ تا ۰/۶ همبستگی متوسط، ۰/۶ تا ۰/۸ همبستگی زیاد و ۰/۸ تا ۱ بیانگر همبستگی خیلی زیاد است.

همبستگی بین متغیرها را می‌توان به‌صورت نمودار نشان داد. با قرار دادن متغیر پیش‌بین روی محور x و متغیر ملاک بر روی محور y و تلاقی مقادیر xها و yها می‌توان نمودار پراکنش داده‌ها را ترسیم نمود. چنان چه نقاط حول یک خط قرار گیرند که شیب آن از سمت چپ به سمت راست محور بالا رود، بیانگر همبستگی مستقیم بین متغیرها است؛ اما اگر نقاطی که حول یک خط قرار گرفته‌اند، از سمت چپ به سمت راست محور پایین رود، بیانگر همبستگی معکوس بین متغیرها است. در شرایطی که نقاط حول یک خط نباشند و به‌صورت پراکنده در بین محور x و y قرار گیرند، نشان‌دهنده آن است که بین متغیرها همبستگی خطی مشاهده نمی‌شود.

ضریب تعیین[1] که با مجذور کردن ضریب همبستگی به دست می‌آید (r^2) رایج‌ترین روش برای تفسیر شدت رابطه بین دو متغیر است. این ضریب نشان می‌دهد که چه مقدار از تغییرپذیری یک متغیر از رابطه آن با متغیر دیگر قابل تبیین است. برای تبدیل این مقدار به درصد واریانس، کافی است که آن را در عدد ۱۰۰ ضرب کرد. همبستگی مقدمه پیش‌بینی[2] است. یعنی چنان چه بین دو متغیر همبستگی وجود داشته باشد، می‌توان از روی تغییرات یک متغیر، تغییرات متغیر دیگر را پیش‌بینی کرد.

پس از محاسبه ضریب همبستگی که از مقادیر یک نمونه به دست آمده است، باید به آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پرداخت. آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی نشان می‌دهد که ضریب همبستگی به دست آمده از روی داده‌های یک نمونه با سطحی از اطمینان و با چه مقدار خطا قابل تعمیم به جامعه‌ای است که داده‌های نمونه از آن گردآوری شده است.

1. Coefficient of Determination
2. Prediction

@LOTUS_PNU

ضریب همبستگی الزاماً بیانگر رابطه علّی بین متغیرها نیست؛ بنابراین با استفاده از روش پژوهش همبستگی نمی‌توان رابطه علت و معلولی بین متغیرها را مطالعه کرد. حتی اگر رابطه قوی بین متغیرها مشاهده شود، به این معنا نیست که رابطه علّی بین آن‌ها وجود دارد. همیشه این امکان وجود دارد که متغیر سومی هر دو متغیر را تحت تأثیر قرار دهد. و علت تغییرات هر دو متغیر دیگر باشد. ازاین‌رو در پژوهش همبستگی عموماً رابطه بین معلول‌ها با هم بررسی می‌شود و نه رابطه علت و معلولی. برای مثال فرض کنید محققی بین اسکیزوفرنی و بالا بودن میزان انتقال‌دهنده عصبی دوپامین در دستگاه عصبی مرکزی همبستگی پیدا کند. آیا معنایش این است که اسکیزوفرنی معلول بالا رفتن بیش‌ازحد دوپامین است؟ یا اینکه دوره اسکیزوفرنی باعث شده است میزان دوپامین تغییر کند؟ شاید هم متغیر سومی در بین است. مثلاً بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سابقه طولانی مصرف داروهای روان‌گردان همچون آمفتامین‌ها را دارند. این مصرف طولانی دارو می‌تواند بر سطح انتقال‌دهنده‌های عصبی تأثیر بگذارد؛ بنابراین محققان نباید فرض را بر این بگذارند که یک متغیر، علت متغیر دیگر است. زیرا همیشه امکان وجود متغیر سومی نیز مطرح است (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

در روش همبستگی می‌توان به مطالعه دو یا بیش از دو متغیر پرداخت. هنگامی که فقط به مطالعه رابطه دو متغیر پرداخته می‌شود، با همبستگی دومتغیری و چنان چه رابطه بیش از دو متغیر مورد مطالعه قرار می‌گیرد با همبستگی چندمتغیری سروکار داریم. برخی از همبستگی‌های دومتغیری مهم عبارت‌اند از همبستگی پیرسون[1]؛ این آزمون هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هر دو متغیر پیوسته باشند. همبستگی اسپرمن[2]؛ زمانی به کار می‌رود که متغیرها در سطح رتبه‌ای سنجیده شده باشند. چنان چه متغیرها در سطح اسمی سنجیده شده باشند، برای آزمون معنی‌داری رابطه بین آن‌ها از آزمون خی‌دو[3] به همراه ضرایبی همچون ضریب فی[4]، ضریب C[5] و ضریب V کرامر[6] استفاده می‌شود.

---

1. Pearson Correlation
2. Spearman Correlation
3. Chi-Square Test
4. Phi Coefficient
5. C Coefficient
6. Cramer's V

@LOTUS_PNU

برای مطالعه همبستگی بیش از دو متغیر می‌توان از تحلیل‌های زیر استفاده کرد:

رگرسیون چندگانه[1]: این روش بسط پیچیده‌ای از همبستگی ساده است و زمانی استفاده می‌شود که هدف پیش‌بینی یک متغیر ملاک بر اساس چند متغیر پیش‌بین است.

تحلیل عاملی[2]: این امکان را می‌دهد که مجموعه بزرگی از متغیرها را با توجه به همبستگی درونی آن‌ها به چند بُعد یا عامل کوچک‌تر تقلیل داد.

تحلیل تابع تمیز[3]: این روش وقتی استفاده می‌شود که عضویت گروهی به‌وسیله تعدادی متغیر پیش‌بین مورد بررسی قرار گیرد. به عبارت دیگر با این روش می‌توان به‌وسیله تعدادی متغیر پیش‌بین، یک متغیر ملاک طبقه‌ای را پیش‌بینی کرد.

همبستگی کانونی[4]: این روش رابطه هم‌زمان بین دو مجموعه از متغیرهای پیش‌بین و ملاک را تحلیل می‌کند.

مدل معادلات ساختاری[5]: این روش علاوه بر بررسی روابط درونی (رابطه متغیرها با یکدیگر) و بیرونی (رابطه هر متغیر با شاخص‌های خودش) مدل، به آزمون برازش کلی مدل می‌پردازد (رضایی و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۸).

۴-۵ طرح پژوهشی مقطعی و طولی

در طرح مقطعی[6] افرادی که ممکن است سنین متفاوتی داشته باشند، در یک مقطع زمانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و با هم مقایسه می‌شوند. در طرح طولی[7] آزمودنی‌ها در طول زمان پیگیری می‌شوند. رویکردهای مقطعی، از دسته روش‌های همبستگی هستند؛ چون محقق نمی‌تواند سن شرکت‌کنندگان در پژوهش را تغییر دهد یا آنان را در گروه‌های سنی دیگری جا دهد. از آنجا که در هر گروه سنی، شرکت‌کنندگان متفاوتی قرار دارند، محقق نمی‌تواند فرض کند نتیجه پژوهش، منعکس‌کننده تغییرات سنی است، بلکه تفاوت‌های گروهی سنی تحت بررسی را منعکس می‌کند. این تفاوت‌ها می‌توانند معلول دوران یا زمانه‌ای باشند که شرکت‌کنندگان در آن بزرگ شده‌اند، نه

1. Multiple Regression
2. Factor Analysis
3. Discrimination Function Analysis
4. Canonical Correlation
5. Structural Equation Modeling
6. Cross-Sectional Design
7. Longitudinal Design

@LOTUS_PNU

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 درآوردن خیلی سخت بوده است.

اما در مطالعات طولی، داده‌های مربوط به یک عده آدم خاص در طی یک برهه جمع‌آوری می‌شود. با طرح‌های طولی می‌توان سیر تغییر رفتار یا فرایندهای ذهنی را با گذشت عمر فهمید. مطالعات طولی از لحاظ تفسیری، محققان را قادر می‌کند درباره روابط عامل‌هایی که با هم تغییر می‌کنند، حدس‌های بهتری بزنند. این مطالعات همچنین کمک می‌کند مشکل متغیر سوم را کم کند که در بیشتر مطالعات همبستگی پیش می‌آید. برای مثال فرض کنید می‌دانیم که در طول عمر انسان حالت افسردگی پیش می‌آید و از بین می‌رود. اگر افسردگی به دلیل همبستگی کاهش وزن معنادار و کاهش اعتمادبه‌نفس باشد، آنگاه هر دو مورد باید با تغییرات 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 زیادی می‌خواهد. حتی گاهی اوقات محققان باید وجود اشتباه در طرح را چند سال تحمل کنند تا با روش‌های پژوهش و سنجش 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 (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

۶-۴ روش آزمایشی

آزمایش مطمئن‌ترین روش برای شناسایی روابط علت و معلولی است؛ بنابراین از این روش می‌توان برای سنجش اثربخشی روش‌های مختلف درمانی بر روی اختلالات روانی بهره برد. یک آزمایش سه ویژگی اساسی دارد: ۱. انتخاب تصادفی[1]، یعنی نمونه‌هایی که در آزمایش شرکت داده می‌شوند، باید به‌صورت تصادفی از بین افراد جامعه آماری انتخاب شوند. ۲. کنترل[2]، یعنی ایجاد شرایطی که فقط متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته

1. Randomization
2. Control

@LOTUS_PNU

اثرگذار باشد و تأثیر عوامل ناخواسته دیگر را بر روی متغیر وابسته حذف یا خنثی نمود. اعمال کنترل موجب بالا رفتن اعتبار درونی[1] پژوهش می‌شود. به این معنا که با اطمینان می‌توان گفت تغییرات متغیر مستقل، علت تغییرات متغیر وابسته است و بهتر می‌توان روابط علّی بین متغیر مستقل و وابسته را دریافت. ۳. تکرارپذیری[2]، یعنی بتوان آزمایش را تکرار کرد و نتایج مشابهی به دست آورد. اصولاً تکرارپذیری جزء جدایی‌ناپذیر پژوهش آزمایشی است؛ چرا که اگر چیزی تکرارپذیر نباشد، ارزش مطالعه علمی به شیوه آزمایشی را نخواهد داشت. به عبارت دیگر تکرارپذیری شرط اساسی پژوهش آزمایشی است. به این ترتیب با توجه به دو ویژگی انتخاب تصادفی و کنترل، می‌توان طرح‌های آزمایشی را به سه دسته اساسی ۱. پژوهش‌های شبه‌آزمایشی[3]، ۲. نیمه‌آزمایشی[4] و ۳. تمام‌آزمایشی[5] دسته‌بندی نمود. پژوهش‌های شبه‌آزمایشی، شامل طرح‌هایی می‌شوند که نه می‌توان انتخاب تصادفی و نه می‌توان کنترل را اعمال کرد. به عبارت دیگر طرح‌هایی هستند که در آن انتخاب تصادفی و کنترل وجود ندارد. در طرح‌های نیمه‌آزمایشی فقط می‌توان یکی از ویژگی‌های آزمایش یعنی انتخاب تصادفی و یا کنترل را اعمال نمود. به عبارت دیگر می‌توان انتخاب تصادفی داشت اما کنترل را نمی‌توان اعمال کرد و یا اینکه انتخاب به‌صورت تصادفی نیست اما کنترل وجود دارد. لیکن طرح‌های تمام‌آزمایشی و یا آزمایشی حقیقی، طرح‌هایی هستند که به‌صورت هم‌زمان می‌توان انتخاب تصادفی و کنترل را اعمال نمود.

الف) طرح‌های شبه‌آزمایشی

۱. طرح پس‌آزمون با یک گروه: ساده‌ترین طرح پژوهش، طرح پس‌آزمون با یک گروه[6] است. شمای این طرح به شرح زیر است:

$$E\,X - - - - T_2$$

در این طرح یک گروه آزمایش وجود دارد که در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرد و از آن پس‌آزمون به عمل می‌آید. برای مثال یک گروه بیمار افسرده در معرض

1. Internal Validity
2. Reprecation
3. Quasi-Experimental
4. Semi-Experimental
5. True-Experimental
6. Post-Test Design With a Group

@LOTUS_PNU

مداخله درمانی مثلاً شناخت‌درمانی قرار می‌گیرد و پس از اتمام مداخله درمانی از آن‌ها پس‌آزمون به عمل می‌آید و میزان افسردگی اندازه‌گیری می‌شود و چنان چه میزان افسردگی پایین باشد، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌هایی که از این طرح به دست می‌آید، چنان چه مفروضات آمار پارامتری برقرار باشد، می‌توان از آزمون t تک‌نمونه‌ای[1] استفاده کرد و اگر مفروضات آمار پارامتری برقرار نباشد، می‌توان از آزمون ناپارامتری توزیع دوجمله‌ای[2] استفاده نمود.

۲. طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه: این طرح، همان طرح پس‌آزمون با یک گروه است که پیش‌آزمون نیز به آن افزوده شده است. شمای طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه[3] به شرح زیر است:

$E\ T_1 - - - - X - - - - T_2$

در این طرح، یک گروه آزمایش وجود دارد که قبل از اجرای متغیر مستقل از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل می‌آید. آنگاه متغیر مستقل اعمال می‌گردد، سپس پس‌آزمون گرفته می‌شود. برای مثال از یک گروه بیمار افسرده ابتدا پیش‌آزمون به عمل می‌آید و میزان افسردگی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود. سپس در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرند. مثلاً شناخت‌درمانی می‌شوند و پس از اتمام مداخله درمانی از آن‌ها پس‌آزمون به عمل می‌آید و میزان افسردگی آن‌ها مجدد اندازه‌گیری می‌شود. چنان چه هنگام مقایسه میزان افسردگی در پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون باشد، نتیجه‌گیری می‌شود مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح می‌توان از آزمون پارامتری t برای گروه‌های همبسته استفاده کرد و یا از بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون ویلکاسون[4] یا آزمون نشانه[5] استفاده نمود.

۳. مقایسه گروه‌های ایستا: برای اجرای طرح مقایسه گروه‌های ایستا[6] دو گروه وجود دارد که به‌صورت تصادفی انتخاب نشده‌اند. شمای این طرح به شرح زیر است:

$$\frac{E\ X - - - - T_2}{C - - - - - - T_2}$$

1. One Sample T-Test
2. Binomial Distribution Test
3. Pre-Test-Post-Test Design With Group
4. Wilcoxon Test
5. Sign Test
6. Static Group Comparison Design

@LOTUS_PNU

در این طرح، یکی از گروه‌ها، گروه آزمایش است که در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرد و گروه دوم، گروه کنترل است که در معرض متغیر مستقل قرار نمی‌گیرد. از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل می‌آید. برای مثال یک عده بیمار افسرده که به‌صورت تصادفی انتخاب نشده‌اند، در دو گروه جایگزین می‌شوند. گروه آزمایش مورد مداخله درمانی مثلاً شناخت‌درمانی قرار می‌گیرد اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی را دریافت نمی‌کند، در نهایت از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود. چنان چه مقایسه نتایج دو گروه نشان داد که میزان افسردگی گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح می‌توان از آزمون پارامتری t برای گروه‌های مستقل[1] استفاده کرد و یا از بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون من ویتنی‌یو[2] یا آزمون میانه[3] استفاده کرد.

ب) طرح‌های نیمه‌آزمایشی

۱. طرح گروه کنترل نابرابر: در طرح گروه کنترل نابرابر[4] افراد گروه‌ها به‌صورت تصادفی انتخاب نمی‌شوند. شمای این طرح به شرح زیر است:

$$\underline{E\ T_1 - - - - X - - - - T_2}$$
$$C\ T_1 - - - - - - - - - - T_2$$

در این طرح دو گروه وجود دارد که به‌صورت طبیعی شکل گرفته‌اند و به‌صورت تصادفی انتخاب نشده‌اند، یکی از گروه‌ها، آزمایش و دیگری کنترل نام‌گذاری می‌شوند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته می‌شود، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرد و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل می‌آید. برای مثال بیماران افسرده دو بخش از بیمارستان در دو گروه آزمایش و کنترل قرار می‌گیرند. ابتدا در پیش‌آزمون میزان افسردگی هر دو گروه اندازه‌گیری می‌شود، آنگاه گروه آزمایش مورد مداخله درمانی قرار می‌گیرد، مثلاً شناخت‌درمانی می‌شود اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نمی‌کند، سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود و دوباره میزان افسردگی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود. چنان چه نتایج دو گروه نشان داد که میزان

1. Independent T-Test
2. Mann-Whitney U
3. Median Test
4. Unequal Control Group

@LOTUS_PNU

افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون (پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون از پس‌آزمون) کمتر است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح می‌توان از آزمون آماری تحلیل کواریانس[1] استفاده کرد؛ اما اگر مفروضات به‌کارگیری آزمون تحلیل کواریانس برقرار نبود، می‌توان نمرات افتراقی را محاسبه کرد. یعنی نمرات پیش‌آزمون هر گروه را از نمرات پس‌آزمون آن گروه کم نمود و به این ترتیب با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل به تحلیل میانگین نمرات افتراقی گروه‌های آزمایش و کنترل پرداخت و اگر امکان استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل وجود نداشت، از بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون من‌ویتنی یو و یا آزمون میانه استفاده کرد.

۲. طرح پس‌آزمون با نمونه‌گیری‌های مجزا: شمای طرح پس‌آزمون با نمونه‌گیری‌های مجزا[2] به شرح زیر است:

$ER\ T_1$ - - - - (X)
CR - - - - X - - - - T_2

در این طرح دو گروه وجود دارد، گروه آزمایش و گروه کنترل؛ گروه‌ها به‌صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، از یک گروه پیش‌آزمون گرفته می‌شود، هر دو گروه در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرند و سپس از گروه دوم پس‌آزمون به عمل می‌آید. آنگاه نمرات پیش‌آزمون یک گروه با پس‌آزمون گروه دیگر مورد مقایسه قرار می‌گیرد. برای مثال یک عده بیمار افسرده به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار می‌گیرند، میزان افسردگی گروه اول در پیش‌آزمون سنجیده می‌شود، سپس هر دو گروه مورد مداخله درمانی مثلاً شناخت‌درمانی قرار می‌گیرند و پس از اتمام مداخله درمانی از گروه دوم پس‌آزمون به عمل می‌آید و میزان افسردگی آن‌ها مجدد اندازه‌گیری می‌شود. چنان چه مقایسه نمرات پیش‌آزمون یک گروه با پس‌آزمون گروه دیگر نشان داد میزان افسردگی کاهش‌یافته است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح پژوهشی می‌توان از آزمون پارامتری t برای گروه‌های مستقل و یا بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون من‌ویتنی یو و یا آزمون میانه استفاده کرد.

@LOTUS_PNU

1. Analysis of Covariance Test
2. Post-Test Design with Separate Sampling

۳. طرح سری‌های زمانی: این طرح را می‌توان با یک یا چند گروه، با اعمال یک یا چند متغیر مستقل اجرا کرد. ویژگی عمده طرح سری‌های زمانی[1] سنجش‌های مکرر است. شمای این طرح پژوهشی به شیوه‌های مختلف به شرح زیر است:

$T_1\ T_2\ T_3\ T_4\ X\ T_5\ T_6\ T_7\ T_8$

در این شیوه یک گروه آزمایش وجود دارد که چهار بار مورد پیش‌آزمون قرار می‌گیرد. بعد متغیر مستقل اجرا می‌شود و سپس چهار بار پس‌آزمون به عمل می‌آید. برای مثال از یک گروه بیمار افسرده چهار بار طی زمان‌های مختلف پیش‌آزمون گرفته می‌شود و میزان افسردگی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود. آنگاه در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرند، مثلاً مداخله شناخت‌درمانی را دریافت می‌کنند و پس از خاتمه مداخله درمانی چهار بار نیز پس‌آزمون از آن‌ها گرفته می‌شود و میزان افسردگی آنان سنجیده می‌شود و نتایج سنجش‌های مکرر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار می‌گیرند و چنان چه نتایج نشان داد که میزان افسردگی در پس‌آزمون‌ها کاهش یافته است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مداخله درمانی اثربخش بوده است.

$T_1\ T_2\ T_3\ T_4\ \overline{X\ T_5\ T_6}\ T_7\ T_8$

این شیوه، همچون شیوه قبل است، با این تفاوت که وقتی مداخله درمانی اعمال می‌گردد، تا دو نوبت از پس‌آزمون هم ادامه می‌یابد.

$T_1\ T_2\ T_3\ T_4\ \overline{X\ T_5\ T_6\ T_7\ T_8}$

این شیوه نیز همچون دو شیوه قبل است، با این تفاوت که وقتی مداخله درمانی اعمال می‌گردد و در حال انجام است، چهار نوبت نیز پس‌آزمون اجرا می‌شود.

$T_1\ T_2\ T_3\ T_4\ X\ T_5\ T_6\ T_7\ T_8\ Y\ T_9\ T_{10}\ T_{11}\ T_{12}$

این شیوه همچون شیوه اول است، با این تفاوت که دو متغیر مستقل اجرا می‌شود. به این ترتیب که ابتدا چهار بار پیش‌آزمون اجرا می‌شود، سپس یک مداخله درمانی انجام می‌گیرد، مثلاً شناخت‌درمانی و بعد از آن چهار بار پس‌آزمون اجرا می‌شود. سپس یک مداخله درمانی دیگر صورت می‌گیرد، مثلاً رفتاردرمانی و بعد از آن چهار بار پس‌آزمون اجرا می‌شود. در این شیوه نه‌تنها اثربخشی مداخله‌های درمانی

1. Time Series Design

@LOTUS_PNU

صورت گرفته مورد بررسی قرار می‌گیرد، بلکه امکان مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی انجام شده را نیز فراهم می‌آورد. برای تحلیل داده‌های طرح پژوهشی سری‌های زمانی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر[1] استفاده می‌شود.

ج) طرح‌های تمام‌آزمایشی

۱. طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل: این طرح شبیه طرح گروه کنترل نابرابر از دسته طرح‌های نیمه‌آزمایشی است، با این تفاوت که در طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل[2] افراد گروه‌های آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی انتخاب می‌شوند و به‌صورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین می‌گردند. شمای این طرح به شرح زیر است:

$ER\ T_1$ - - - - X - - - - T_2

$CR\ T_1$ - - - - - - - - - T_2

همچنان که گفته شد، در این طرح دو گروه وجود دارد که افراد آن به‌صورت تصادفی انتخاب شده‌اند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین گردیده‌اند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته می‌شود، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرد و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل می‌آید. برای مثال بیماران افسرده به‌صورت تصادفی انتخاب می‌شوند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین می‌گردند. ابتدا در پیش‌آزمون، میزان افسردگی هر دو گروه اندازه‌گیری می‌شود، آنگاه گروه آزمایش مورد مداخله درمانی قرار می‌گیرد، مثلاً شناخت‌درمانی می‌شود؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نمی‌کند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود و دوباره میزان افسردگی آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود. چنان چه پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون از پس‌آزمون، نتایج نشان داد که میزان افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد مداخله درمانی اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح می‌توان از آزمون آماری پارامتری تحلیل کواریانس استفاده کرد؛ اما اگر مفروضات به‌کارگیری این آزمون برقرار نبود، می‌توان نمرات افتراقی گروه‌های آزمایش و کنترل را محاسبه نمود و به مقایسه آن‌ها از طریق آزمون t برای گروه‌های مستقل پرداخت و اگر

---

1. Analysis of Variance of Repeated Measure
2. Pre-Test Post-Test Design with Control Group

@LOTUS_PNU

شرایط استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل وجود نداشت، می‌توان از بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون من‌ویتنی یو و یا آزمون میانه استفاده کرد.

۲. **طرح پس‌آزمون با گروه کنترل:** در طرح پس‌آزمون با گروه کنترل[1] دو گروه وجود دارد که افراد آن به‌صورت تصادفی انتخاب شده‌اند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین گردیده‌اند. شمای طرح پس‌آزمون با گروه کنترل به شرح زیر است:

E X - - - - T_2

C - - - - - - T_2

در این طرح گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرد اما گروه کنترل خیر، آنگاه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود. برای مثال از بین بیماران افسرده به‌صورت تصادفی یک عده انتخاب می‌شوند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین می‌گردند، سپس گروه آزمایش مداخله درمانی مثلاً شناخت‌درمانی را دریافت می‌کنند، اما به گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای ارائه نمی‌شود. سپس میزان افسردگی هر دو گروه در پس‌آزمون مورد سنجش قرار می‌گیرد. چنان چه نتایج دو گروه نشان داد که میزان افسردگی گروه آزمایش از گروه کنترل کمتر است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که مداخله درمانی صورت گرفته اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های این طرح پژوهشی از آزمون آمار پارامتری t برای گروه‌های مستقل استفاده می‌شود اما اگر مفروضات به‌کارگیری آن فراهم نبود، می‌توان از بدیل ناپارامتری آن یعنی آزمون من‌ویتنی یو یا آزمون میانه استفاده کرد.

۳. **طرح چهارگروهی سالمون:** طرح چهارگروهی سالمون[2] از ترکیب هم‌زمان دو طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پس‌آزمون با گروه کنترل درست شده است. شمای این طرح به شرح زیر است:

E R T_1 - - - - X - - - - T_2

C R T_1 - - - - - - - - - - T_2

E R - - - - - - X - - - - T_2

C R - - - - - - - - - - - - T_2

1. Post-Test Design Control Group
2. Salmon Four Group Design

@LOTUS_PNU

در این طرح دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل وجود دارد. از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل پیش‌آزمون گرفته می‌شود و از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل پیش‌آزمون گرفته نمی‌شود. هر دو گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرند اما دو گروه کنترل در معرض متغیر مستقل واقع نمی‌شوند. در نهایت از همه گروه‌ها پس‌آزمون گرفته می‌شود. برای مثال یک عده بیمار افسرده به‌صورت تصادفی انتخاب می‌شوند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل جایگزین می‌گردند. از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل پیش‌آزمون گرفته می‌شود و نمرات افسردگی آن‌ها اندازه‌گیری می‌گردد؛ اما از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل دیگر، پیش‌آزمون میزان افسردگی به عمل نمی‌آید. سپس دو گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار می‌گیرند، مثلاً مداخله شناخت‌درمانی را دریافت می‌کنند اما افراد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند. سپس از هر چهار گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود و نمرات افسردگی گروه‌ها اندازه‌گیری می‌گردد. چنان چه نتایج نشان داد میزان افسردگی گروه‌های آزمایش از گروه کنترل کمتر است، می‌توان دریافت که مداخله درمانی صورت گرفته اثربخش بوده است. برای تحلیل داده‌های طرح چهار گروهی سالمون از آزمون تحلیل واریانس دوراهه در قالب طرح ۲×۲ استفاده می‌شود (دلاور، ۱۴۰۰).

۷-۴ طرح‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی

آنچه در خصوص انواع طرح‌های آزمایشی مطرح شد را می‌توان به بیانی دیگر در قالب طرح‌های بین‌گروهی[1] و طرح‌های درون‌گروهی[2] مطرح کرد. طرح‌های بین‌گروهی، طرح‌هایی هستند که در آن دو یا چند گروه از شرکت‌کنندگان تحت تأثیر متغیر مستقل یا متغیرهای مستقل گوناگون که می‌تواند روش‌های درمانی متفاوت باشند، قرار می‌گیرند. در چنین طرح‌هایی سؤال اساسی پژوهش این است که آیا مداخله درمانی مشخصی اثربخش است؟ و یا اینکه کدام‌یک از مداخله‌های درمانی اجرا شده اثربخشی بیشتری دارد؟ طرح‌های درون‌گروهی، طرح‌هایی هستند که در آن‌ها یک گروه از شرکت‌کنندگان در مقاطع مختلفی از زمان با هم مقایسه می‌شوند. برای مثال قبل و بعد

1. Between-Group Design
2. Within-Group Design

@LOTUS_PNU

از اجرای مداخله درمانی، در چنین طرح‌هایی سؤال اساسی پژوهش این است که آیا مداخله درمانی صورت گرفته اثربخش بوده است یا خیر؟ و پاسخ این پرسش با تحلیل داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون داده می‌شود. همچنین طرح‌های آمیخته[1] طرح‌هایی هستند که از ترکیب طرح‌های بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی به وجود می‌آیند. به عبارت دیگر در این طرح‌های پژوهشی علاوه بر وجود گروه‌های آزمایش و کنترل، از گروه‌ها، سنجش‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون به عمل می‌آید. در این طرح‌ها اثربخشی مداخله درمانی در بین گروه‌ها با توجه به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها انجام می‌شود (رضایی و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۸).

۴-۸ طرح‌های تک‌موردی

طرح‌های تک‌موردی[2] یا تک‌آزمودنی[3] طرح‌های پژوهشی هستند که می‌توان تنها با یک شرکت‌کننده انجام داد. این نوع پژوهش‌ها، سابقه طولانی در روان‌شناسی دارند. بااین‌حال، اسکینر و پیروان او بودند که پژوهش تک‌موردی را متداول ساختند و به‌عنوان اعتراضی به استفاده از طرح‌های پژوهشی گروهی که در آن‌ها استفاده از مدل‌های پیچیده آماری الزامی است، طرح‌های پژوهشی مختلفی را برای استفاده با فرد فرد آزمودنی‌ها ابداع کردند (سیف، ۱۳۷۷).

هدف پژوهش تک‌موردی همچون سایر طرح‌های آزمایشی، شناسایی روابط علت و معلولی بین متغیرهاست. برخلاف دیگر روش‌های آزمایشی، نتایج طرح‌های تک‌موردی، مجموعه‌ای از نمرات برای یک گروه آزمودنی فراهم نمی‌کنند تا پژوهشگران از آن‌ها برای محاسبه میانگین و واریانس استفاده کنند و آزمون‌های آماری پارامتری و ناپارامتری برای معنی‌داری نتایج اجرا کنند. بلکه ارائه و تفسیر نتایج آزمایش تک‌موردی مبتنی بر بررسی دیداری نمودارهای ساده داده‌ها است.

رویکرد عمده گردآوری داده‌ها در پژوهش تک‌موردی، مشاهده آشکار رفتارها است (بست[4] و کان[5]، ۲۰۰۶). شیوه‌های متنوعی برای اندازه‌گیری رفتارها هنگام

1. Mixed Designs
2. Single-Case Designs
3. Single-Subject Designs
4. Best
5. Khan

@LOTUS_PNU

مشاهده وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از ثبت نرخ یا فراوانی، ثبت طول مدت، ثبت دوره نهفتگی یا درنگ رفتار، ثبت فاصله‌ای، ثبت نمونه‌گیری زمان. با توجه به رفتار مورد مشاهده، یکی از این روش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در طرح‌های تک‌موردی، به مجموعه‌ای از مشاهدات انجام شده تحت شرایط یکسان، مرحله[1] گفته می‌شود. به مشاهداتی که قبل از مداخله صورت می‌گیرد، مشاهدات خط پایه[2] می‌گویند و مجموعه مشاهدات خط پایه، مرحله خط پایه[3] نامیده می‌شود. همین‌طور، به مشاهدات در طول عمل آزمایش، مشاهدات مداخله یا عمل آزمایشی[4] گفته می‌شود. به‌صورت قراردادی، مرحله خط پایه با حرف A و مرحله عمل آزمایشی را معمولاً با حرف B نشان می‌دهند. برای ایجاد الگو در یک مرحله و تعیین ثبات داده‌ها در آن مرحله، باید حداقل سه مشاهده وجود داشته باشد. اگرچه مشاهده برای تعیین یک مرحله کفایت می‌کند، بااین‌حال، معمولاً ۵ یا ۶ مشاهده برای تعیین الگوی روشن‌تر ضروری است. البته وقتی تغییرپذیری بالا در مشاهدات داده‌ها وجود داشته باشد، مشاهدات اضافی نیز باید به عمل آید. در کل هیچ قاعده خاصی وجود ندارد که طول بهینه برای یک مرحله را مشخص کند، بلکه طول مرحله از طریق تعداد نقاط داده‌های مورد نیاز برای ایجاد یک الگوی روشن و ثابت در داده‌ها تعیین می‌شود. بعد از مشاهده الگوی ثابت و روشن در یک مرحله، محقق می‌تواند به تغییر مرحله اقدام کند. هدف تغییر مرحله این است که نشان دهد آیا اضافه کردن مداخله (یا حذف مداخله) تغییر قابل‌توجهی در رفتار ایجاد می‌کند یا خیر؟ (رضایی و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۸).

انواع طرح‌های تک‌موردی

۱. **طرح پژوهشی AB:** ساده‌ترین طرح تک‌موردی، طرح AB است. در این طرح ابتدا خط پایه ترسیم می‌شود، سپس در مرحله B مداخله صورت می‌گیرد.

۲. **طرح تک‌موردی ABA:** در این طرح دو مرحله اول دقیقاً شبیه مراحل طرح AB است. یعنی ابتدا اندازه‌های خط پایه تعیین می‌شوند و سپس مداخله صورت می‌گیرد. در مرحله سوم، دوباره شرایط مرحله خط پایه تکرار می‌شود. یعنی شرایط

---

1. Phase
2. Baseline Observations
3. Baseline Phase
4. Treatment Observations

@LOTUS_PNU

به قبل از مداخله بازگشت داده می‌شود. به همین دلیل به این طرح، طرح بازگشتی هم گفته می‌شود (سیف، ۱۳۷۷).

۳. **طرح ABAB**: این طرح از چهار مرحله تشکیل شده است: مرحله خط پایه (A)، که با عمل آزمایش پیگیری شده است (B)، سپس به خط پایه برگشته است (A) و در نهایت مرحله عمل آزمایشی تکرار شده است (B). هدف این طرح این است که نشان دهد آیا عمل آزمایشی علت تغییر در رفتار است یا خیر؟ (رضایی و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۸).

۴. **طرح‌های چند خط پایه**: این طرح یک روش جایگزین فراهم می‌کند که نیاز برای بازگشت به خط پایه را کاهش می‌دهد. ازاین‌رو، به‌طور خاصی برای ارزیابی مداخله‌هایی با اثرات مداوم و پایدار خیلی مناسب است (خویی‌نژاد، ۱۳۹۰). طرح‌های چند خط پایه[1] مستلزم تنها یک تغییر مرحله از خط پایه به عمل آزمایشی است و اثربخشی مداخله از طریق تکرار تغییر مرحله برای شرکت‌کننده، رفتار یا موقعیت دیگر نشان داده می‌شود. هنگامی که طرح چند خط پایه برای دو شرکت‌کننده مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. این طرح، چند خط پایه بین‌آزمودنی‌ها نامیده می‌شود.

می‌توان طرح چند خط پایه را با استفاده از دو یا چند رفتار مختلف برای یک شرکت‌کننده اجرا کرد. در این طرح ضروری است که رفتارهای مختلف، مستقل از یکدیگر باشند. بعد از اینکه الگوی خط پایه روشن برای هر یک از رفتارها مشخص شد، مداخله برای یکی از رفتارها شروع می‌شود و خط پایه مشاهدات برای رفتار دیگر ادامه می‌یابد. بعد از چند مشاهده دیگر، عمل آزمایشی برای رفتار دیگر شروع می‌شود. به چنین طرحی، طرح چند خط پایه بین رفتارها[2] نامیده می‌شود.

همچنین طرح چند خط پایه را می‌توان برای ارزیابی مداخله یک رفتار فرد در دو یا چند موقعیت مختلف به کار برد. در چنین طرحی می‌توان مشاهدات خط پایه را برای موقعیت‌های مختلف به‌طور هم‌زمان شروع کرد. سپس عمل آزمایشی را در زمان‌های متفاوت برای موقعیت‌های مختلف اجرا نمود. در چنین طرحی که یک رفتار فرد در دو یا چند موقعیت مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد، طرح چند خط پایه بین موقعیت‌ها[3] نامیده می‌شود (رضایی و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۸).

1. Multiple-Baseline Designs
2. Multiple-Baseline Across of Behaviors
3. Multiple-Baseline Across Situations

@LOTUS_PNU

۴-۹ اخلاق در پژوهش

مطابق نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۷)، محققان باید:

۱. پژوهش را بر مبنای معیارهای به رسمیت شناخته شده صلاحیت علمی و اصول اخلاقی، برنامه‌ریزی و اجرا کنند. روان‌شناسان در صورتی که مؤسسات و نهادهایی آن را ضروری می‌دانند، باید قبل از اجرای پژوهش، تأییدیه بگیرند.

۲. از شرکت‌کنندگان در پژوهش، رضایت‌نامه بگیرند. شرکت‌کنندگان را از روش‌ها، حق کناره‌گیری، خطرات تا ناراحتی‌های بالقوه، مشوق‌های شرکت در پژوهش یا اینکه با چه کسانی تماس گرفته می‌شود و همچنین از حقوقشان آگاه کنند.

۳. فقط وقتی به فریب متوسل شوند که راه دیگری ندارند. (منظور از فریب آن است که گاهی اوقات نباید هدف پژوهش را بیان کرد.)

۴. ماهیت اجرت شرکت در پژوهش (مثل خدمات حرفه‌ای) و مشوق‌های مالی دیگر و غیره را طوری مشخص و تنظیم کنند که مشارکت اجباری نشود.

۵. از جعل اطلاعات بپرهیزند و مساعدت‌های دیگران را به نحو مقتضی یادآور شوند. وضعیت مؤلفان پژوهش هنگام انتشار را مشخص کنند و مبنای آن را میزان سهم هر کس در پژوهش قرار دهند.

۶. به شرکت‌کنندگان در پژوهش 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 پژوهش، سوءتفاهم‌های شرکت‌کنندگان را برطرف کنند.

۸. با آزمودنی‌های حیوانی برخوردی انسانی داشته باشند و با آن‌ها طبق قوانین دولتی و همچنین طبق معیارهای حرفه‌ای رفتار کنند.

خلاصهٔ فصل چهارم

روان‌شناسی بالینی، یک علم است؛ بنابراین آشنایی با روش‌های پژوهش یک ضرورت در علم روان‌شناسی بالینی است. بنیادی‌ترین و نافذترین روش پژوهش، مشاهده است. سه روش برای مشاهده وجود دارد: مشاهده نامنظم، طبیعی، کنترل شده. روش موردپژوهی، بررسی فشرده، دقیق و توصیف یک نفر است. روش همه‌گیری‌شناسی، به بررسی بروز، شیوع و انتشار بیماری در یک جمعیت می‌پردازد.

@LOTUS_PNU

روش همبستگی، هم‌تغییری متغیرها را بررسی می‌کنند و رابطه بین آن‌ها را مشخص می‌نمایند. میزان و جهت رابطه در روش همبستگی با ضریب همبستگی نشان داده می‌شود. ضریب همبستگی در دامنه‌ای از صفر (عدم همبستگی) تا ۱+ (همبستگی مستقیم کامل) یا ۱− (همبستگی معکوس کامل) قرار دارد. مقادیر بین صفر تا ۱ نیز بیانگر همبستگی ناقص است. ضریب همبستگی الزاماً بیانگر رابطه علّی بین متغیرها نیست. ضریب تعیین نشان می‌دهد که چه مقدار از تغییرپذیری یک متغیر از رابطه آن با متغیر دیگر قابل تبیین است. برای مطالعه همبستگی بیش از دو متغیر می‌توان از تحلیل رگرسیون چندگانه، تحلیل عاملی، تحلیل تابع تمیز، همبستگی کانونی و مدل معادلات ساختاری استفاده کرد. در طرح مقطعی افرادی که ممکن است سنین متفاوتی داشته باشند، در یک مقطع زمانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و با هم مقایسه می‌شوند؛ اما در طرح طولی آزمودنی‌ها در طول زمان پیگیری می‌شوند.

آزمایش مطمئن‌ترین روش برای شناسایی روابط علت و معلولی است. یک آزمایش سه ویژگی اساسی دارد: انتخاب تصادفی، کنترل و تکرارپذیری. با توجه به دو ویژگی انتخاب تصادفی و کنترل، می‌توان طرح‌های آزمایشی را به سه دسته اساسی پژوهش‌های شبه‌آزمایشی، نیمه‌آزمایشی و تمام‌آزمایشی دسته‌بندی نمود. دسته پژوهش‌های شبه‌آزمایشی طرح‌های پس‌آزمون با یک گروه، پش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه، مقایسه گروه‌های ایستا؛ پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی طرح‌های گروه کنترل نابرابر، پس‌آزمون با نمونه‌گیری‌های مجزا، طرح سری‌های زمانی؛ و پژوهش‌های تمام‌آزمایشی طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، پس‌آزمون با گروه کنترل، و چهارگروهی سالمون را در برمی‌گیرند. طرح‌های بین‌گروهی، طرح‌هایی هستند که در آن دو یا چند گروه از شرکت‌کنندگان تحت تأثیر متغیر مستقل یا متغیرهای مستقل گوناگون که می‌تواند روش‌های درمانی متفاوت باشند، قرار می‌گیرند؛ اما طرح‌های درون‌گروهی، طرح‌هایی هستند که در آن‌ها یک گروه از شرکت‌کنندگان در مقاطع مختلفی از زمان با هم مقایسه می‌شوند.

طرح‌های تک‌موردی یا تک‌آزمودنی، طرح‌های پژوهشی هستند که می‌توان تنها با یک شرکت‌کننده انجام داد. انواع طرح‌های تک‌موردی، شامل طرح‌های پژوهشی AB، ABA، ABAB و طرح‌های چند خط پایه بین‌آزمودنی، بین رفتارها و بین موقعیت‌ها

@LOTUS_PNU

می‌شوند. مطابق نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی آمریکا ۸ معیار اخلاقی برای پژوهش‌های روان‌شناختی ذکر شده است.

مفاهیم کلیدی فصل چهارم

همه‌گیرشناسی، مورد پژوهی، روش همبستگی، طرح‌های آزمایشی، معیارهای اخلاق پژوهش.

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل چهارم

۱. کدام روش مشاهده اتفاقی صورت می‌گیرد؟

الف) نامنظم　　ب) منظم

ج) طبیعی　　د) کنترل شده

۲. در کدام روش پژوهشی به بررسی فشرده، دقیق و توصیف یک نفر پرداخته می‌شود؟

الف) موردپژوهی　　ب) مشاهده

ج) همبستگی　　د) آزمایشی

۳. در پژوهش همه‌گیری‌شناسی به «تعداد موردهای جدید بیماری در یک فاصله زمانی» چه می‌گویند؟

الف) انتشار　　ب) همه‌گیری

ج) شیوع　　د) بروز

۴. چنان چه $r=$ ۰/۵۰ باشد، ضریب تعیین چقدر خواهد بود؟

الف) ۰/۰۵　　ب) ۰/۲۵

ج) ۰/۷۵　　د) ۱

۵. برای مطالعه رابطه هم‌زمان بین دو مجموعه از متغیرهای پیش‌بین و ملاک از چه روشی استفاده می‌شود؟

الف) تحلیل عاملی　　ب) تحلیل تابع تمیز

ج) همبستگی کانونی　　د) مدل معادلات ساختاری

@LOTUS_PNU

۶. در چه طرح پژوهشی، آزمودنی‌ها در طول زمان پیگیری می‌شوند؟
الف) توصیفی
ب) پیمایشی
ج) مقطعی
د) طولی

۷. چنان چه فقط امکان اعمال یکی از دو مورد انتخاب تصادفی و یا کنترل وجود داشته باشد، با کدام دسته از طرح‌های آزمایشی سروکار داریم؟
الف) غیرآزمایشی ب) شبه‌آزمایشی
ج) نیمه‌آزمایشی د) تمام‌آزمایشی

۸. در طرح پژوهشی چهار گروهی سالمون، چند گروه آزمایش وجود دارد؟
الف) ۱ ب) ۲
ج) ۳ د) ۴

۹. برای مطالعه این پرسش که کدام‌یک از مداخله‌های درمانی اجرا شده اثربخشی بیشتری دارد، بهتر است از چه طرحی استفاده شود؟
الف) بین‌گروهی ب) درون‌گروهی
ج) مقطعی د) طولی

۱۰. در طرح پژوهشی تک‌موردی ABAB، چند بار عمل آزمایشی اجرا شده است؟
الف) ۱ ب) ۲
ج) ۳ د) ۴

خودآزمایی تشریحی فصل چهارم

۱. انواع روش مشاهده را توضیح دهید؟
۲. کاربرد روش موردپژوهی را مشخص کنید؟
۳. شیوع و بروز را در پژوهش همه‌گیری‌شناسی تعریف کنید؟
۴. همبستگی مستقیم و معکوس را با ترسیم نمودار نشان دهید؟
۵. طرح‌های پژوهشی مقطعی و طولی را با هم مقایسه کنید؟
۶. انواع طرح‌های شبه‌آزمایشی، نیمه‌آزمایشی و تمام‌آزمایشی را با هم مقایسه کنید؟

@LOTUS_PNU

۷. آزمون‌های آماری برای تحلیل داده‌های طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل را برشمارید؟
۸. تفاوت طرح‌های پژوهشی بین‌گروهی و درون‌گروهی را شرح دهید؟
۹. برای طرح تک‌موردی ABA، یک مثال بزنید؟
۱۰. چهار مورد از معیارهای اخلاق در پژوهش‌های روان‌شناختی را توضیح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل پنجم

مصاحبه بالینی و تشخیصی

هدف کلی

شناخت مصاحبه بالینی و تشخیصی و آشنایی با اصول کلی مصاحبه.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. مصاحبه را تعریف کرده و هدف‌های آن را توضیح دهند.
۲. ابعاد مصاحبه بالینی را توضیح دهند.
۳. مراحل مصاحبه بالینی را ذکر کرده و چگونگی استفاده از مراحل در حین اجرای مصاحبه را توضیح دهند.
۴. انواع مصاحبه بالینی را توضیح دهند و بدانند هر مصاحبه در چه شرایطی کاربرد دارد.
۵. اهمیت محرمانه بودن اطلاعات و محدودیت‌های آن را شرح دهند.

مقدمه

توانایی انجام یک مصاحبه بالینی و تشخیصی کارآمد و مؤثر یکی از باارزش‌ترین مهارت‌ها در میان متخصصان سلامت روان می‌باشد. مصاحبه بالینی پایه و اساس تمام فعالیت‌های بالینی در مشاوره و روان‌درمانی است و ابزار اساسی در روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مشاوره و زمینه‌های مرتبط است که برای جمع‌آوری اطلاعات جامع سلامت ذهنی و هیجانی، رفتار و تجارب زندگی مراجعان مورد استفاده قرار می‌گیرد

@LOTUS_PNU

(هوک، هوگز، سگال و کولیج، ۲۰۱۰). مصاحبه بالینی یک ارزیابی اساسی و روش مداخله پویا و قابل‌انعطاف است. هر مصاحبه یک تعامل بین فردی منحصربه‌فرد است که مصاحبه‌کنندگان در صورت نیاز آگاهی و دانش و مهارت‌های فرهنگی را یکپارچه می‌کنند. تصور اینکه درمانگری بدون مصاحبه بالینی مداخله درمانی را شروع کند غیرممکن است (ولفل، ۲۰۱۶). باتوجه به اهمیت موضوع در این فصل به کلیات مصاحبه بالینی شامل تعاریف و هدف‌ها، انواع مصاحبه، و مراحل مصاحبه می‌پردازیم.

۵-۱ تعریف و هدف مصاحبه بالینی

تعاریف متعددی برای مصاحبه بالینی ارائه گردیده است؛ مصاحبه بالینی ابزار تشخیصی است که برای تعیین ماهیت موضوعات مرتبط با سلامت روان مراجع مورد استفاده قرار می‌گیرد و تصویر جامعی از تجارب زندگی مراجع را فراهم می‌کند که در تشخیص اختلال، برنامه درمان و بررسی پیشرفت درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. علاوه بر این، هدف مصاحبه بالینی جمع‌آوری اطلاعات در مورد علائم مراجع، رفتارها، تاریخچه خانوادگی و پزشکی و سایر فاکتورهایی است که در سلامت روان نقش دارند.

مصاحبه بالینی مرسوم‌ترین روش کاربردی ارزیابی و مواجهه چهره به چهره مراجع با درمانگر می‌باشد. به‌طورکلی متخصص جنبه‌های مختلف شکایت فعلی مراجع را بررسی می‌کند مثل نابهنجاری‌های رفتاری، سابقه بیماری، تاریخچه خانوادگی و اینکه چگونه مشکل فعلی بر عملکرد روزانه مراجع تأثیر گذاشته است. درمانگر ممکن است حوادث برانگیزاننده بیماری را بررسی کند مثل تغییرات شرایط زندگی، ارتباطات اجتماعی، کاری یا تحصیلی. درمانگر مراجع را تشویق می‌کند تا مشکل را با زبان خود مطرح کند تا بتواند تفسیر بهتری از مشکل داشته باشد.

مصاحبه بالینی مکالمه بین درمانگر و مراجع است که برای کمک به تشخیص و نوشتن برنامه درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. مصاحبه با مکالمه معمولی تفاوت دارد: مصاحبه هدف خاصی را دنبال می‌کند. نقش‌ها در مصاحبه تعریف شده است و سرانجام مصاحبه در یک محدوده زمانی مشخص رخ می‌دهد. مصاحبه بالینی یک فرایند بین فردی پیچیده و چندبعدی است که بین یک متخصص و مراجع اتفاق می‌افتد. هدف‌های اصلی مصاحبه ارزیابی و درمان می‌باشد. [illegible]

@LOTUS_PNU

هدف‌ها متخصصان ممکن است روی سؤالات تشخیصی ساختاریافته یا صحبت کردن و گوش دادن مشارکتی و خودآیند و یا هر دو تأکید کنند. درمانگران از اطلاعات به دست آمده در مصاحبه بالینی اولیه برای ایجاد رابطه درمانی، فرمول‌بندی مشکل و برنامه‌ریزی درمانی استفاده می‌کنند (سامرز و سامرز، ۲۰۱۷).

۵-۲ ابعاد مصاحبه

در مصاحبه تشخیصی مراجع باید در چهار بعد ارزیابی گردد که عبارت‌اند از: رابطه درمانی[1]، تکنیک، وضعیت روانی و تشخیص‌گذاری (اتمر و اتمر، ۱۳۹۳؛ ترجمه نصر اصفهانی).

رابطه درمانی: برقراری ارتباط به معنای به وجود آوردن یک رابطه قابل اعتماد و امن با مراجع است و یک جز کلیدی مصاحبه مؤثر و روان‌درمانی دنباله‌دار می‌باشد. در واقع، برای مراجعانی که در روان‌درمانی شرکت می‌نمایند بسیار حیاتی است که با درمانگر احساس راحتی کنند تا بتوانند مسائل شخصی و خصوصی‌شان را با وی در میان بگذارند. نقش متخصّص این است که بدون قضاوت به صحبت‌های مراجع گوش دهد. درمانگر می‌تواند با نشان دادن رفتارهای غیرقضاوتی، همدلی کردن، استفاده از زبان و کلمات مناسب و اطمینان دادن به مراجع در حل مشکل کمک کند. همدلی[2] به‌عنوان توانایی درک افراد از زاویه دید خودشان تعریف می‌شود. پاسخ همدلانه این امکان را به متخصصان می‌دهد تا بدون قضاوت در مورد افراد، دنیای آن‌ها را بپذیرند و درک کنند. پاسخ همدلانه به نگرانی‌های مراجعان، یکی از مهارت‌های ضروری درمانگران جهت ارتقای کیفیت و اثربخشی رابطه درمانی است (سگال، جان و مارتی[3]، ۲۰۱۰).

تکنیک: تکنیک روش‌هایی است که مصاحبه‌گر به کار می‌برد تا ارتباط درمانی حفظ شده و اطلاعات لازم کسب گردد. تکنیک‌ها متنوع بوده و شامل طیفی از سؤالات باز تا سؤالات بسته می‌باشند که بر اساس رویکرد مصاحبه‌گر و خصوصیات مراجع متفاوت می‌باشند، تقریباً همه تکنیک‌ها را می‌توان در زمان مناسب مورد استفاده قرار داد و روان‌شناس باید به‌درستی قضاوت کند که هر تکنیک را در چه زمانی و در مورد چه مراجعی استفاده نماید. در این قسمت به چند تکنیک پرداخته می‌شود:

1. Rapport
2. Empathy
3. Segal, June & Marty

@LOTUS_PNU

- **تفسیر یا بازتاب محتوا:** هدف اولیه این تکنیک این است که مراجع متوجه شود شما معنی اصلی پیام او را درک کرده‌اید. علاوه بر این، تفسیر به مراجعان کمک می‌کند که بفهمند دیگران تا چه حد آن‌ها را درک می‌کنند (آشکارسازی) و این خود باعث تسهیل بیان مشکل می‌شود. تفسیر به معنای بیان مجدد گفته‌های مراجع با بیان درمانگر است. گاهی اوقات در مصاحبه بالینی، تفسیر به معنای انعکاس محتوای کلامی مراجع است نه بازتاب احساسات و فرایند فکر وی. در تفسیر پیام مراجع اصلاح نمی‌شود، اضافه و کم نمی‌شود و یا تغییر نمی‌کند. یک تفسیر خوب دقیق و خلاصه است (سومر فلانگان و سومرفلانگان، ۲۰۱۴).
- **ساختاربندی مجدد:** ساختاربندی مجدد[1] به‌عنوان تکنیکی دیده می‌شود که به مراجعان کمک می‌کند مشکلات و شکایاتشان را از دیدگاه دیگران ببینند. ساختاربندی مجدد زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که مراجعان دنیا را به سبک ناامن و مختل می‌بینند. برای مؤثر بودن، ساختاربندی باید بر مبنای فرضیه‌های منطقی صورت گیرد (مسر و مک ویلیام، ۲۰۰۷). برای مثال ساختاربندی مجدد برای مراجع مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌تواند به این صورت باشد: «وقتی‌که افراد به تو سلام نمی‌کنند، تو فکر می‌کنی که آن‌ها تو را طرد کرده‌اند، درحالی‌که امکان دارد آن‌ها روز بدی داشته‌اند و یا چیز دیگری در ذهنشان بوده است».
- **خلاصه کردن:** خلاصه کردن نشانه‌ای از گوش دادن دقیق است و باعث درک متقابل مراجع و درمانگر از موضوعات اصلی شده، به مراجع کمک می‌کند بر موضوعات مهم تمرکز کرده و به درمانگر کمک می‌کند معنی پشت پیام‌های مراجع را بهتر متوجه شود. خلاصه کردن بحث جلسه بعد از ۲۰ تا ۳۰ دقیقه گوش دادن به مراجع یا حتی بعد از کل جلسه مناسب و مفید است (مسر و مک ویلیام، ۲۰۰۷).
- **مواجه‌سازی:** هدف مواجه‌سازی[2] این است که به مراجع کمک شود تا خودش و واقعیت را واضح‌تر درک کند. مراجعان اغلب دیدگاه تحریف شده‌ای نسبت به خود، جهان و دیگران دارند. این تحریف‌ها معمولاً به‌صورت ناسازگاری و اختلاف ظاهر می‌شوند. برای مثال مرد جوانی که تازه ازدواج کرده و همسرش خانه را ترک کرده، ۳۵ دقیقه از جلسه روان‌درمانی در مورد همسرش صحبت نمی‌کند. زمانی که

---

1. Reframing
2. Confrontation

@LOTUS_PNU

مرد جوان در مورد موارد کلی که باعث خشم و ناامیدی در وی می‌شود، صحبت می‌کند، درمانگرش به‌صورت ملایم از مواجه‌سازی استفاده می‌کند: «متوجه شدم تمایل نداری در مورد اینکه همسرت خانه را ترک کرده، صحبت کنی». در این مورد درمانگر از انعکاس محتوا جهت مواجه‌سازی ملایم استفاده می‌کند تا به مراجع بفهماند که ارتباط بین خلق منفی و رفتن اخیر همسرش را نادیده گرفته است (وان اگرنت، ۲۰۰۴).

تغییر جهت دادن: منظور از این تغییر جهت دادن[1]، پرداختن به مشکل مراجع از مسیر و زاویه دیگری است. وقتی مراجع مایل به پاسخ دادن به برخی از سؤالات شما نیست، بهتر است به‌جای تأکید به پاسخ در آن لحظه، موضوع را تغییر داده و در زمان دیگر و از زاویه‌ای متفاوت به همان موضع بپردازید. برای مثال وقتی مستقیم از مراجع سؤال می‌کنید «آیا در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ای؟»؛ ممکن است در مراجع مقاومت ایجاد کند. در عوض می‌توانید از این زاویه به این مسئله بپردازید؛ «کجا متولد شدی؟» «کجا بزرگ شدی؟» و کم‌کم به سمت سؤالات حساس‌تر پیش روید، «آیا آنجا را دوست داشتی؟» «کسی در آنجا باعث آزار تو می‌شد؟» پرسیدن سؤالات از این زاویه باعث ایجاد اعتماد و برقراری ارتباط درمانی می‌گردد.

ارزیابی وضعیت روانی: ارزیابی وضعیت روانی[2] (MSE) یک بررسی سیستماتیک در مورد مباحث مهم مرتبط با عملکرد شناختی و هیجانی است که معمولاً با برخی از تست‌های شناختی ساده در زمان مصاحبه انجام می‌شود. در این قسمت معمولاً کارکردهایی مثل رفتار روانی- حرکتی، تکلم، تفکر، عاطفه، خلق، حافظه، جهت‌یابی، بینش، قضاوت (در مصاحبه با رویکرد توصیفی) و یا مکانیسم‌های دفاعی و تعارضات زمینه‌ای (در مصاحبه با رویکرد روان‌پویشی) مورد بررسی قرار می‌گیرند. نقش ارزیابی وضعیت روانی در تشخیص روان‌پزشکی مثل آزمایش‌های جسمانی در تشخیص پزشکی است. علاوه بر این، MSE می‌تواند برای تشخیص اختلالات عصب‌شناسی رفتاری که به خاطر ضایعات عصبی ایجاد شده، مورد استفاده قرار گیرد. (برگس[3]، ۲۰۱۳).

1. Shifting
2. Mental Status Examination (MSE)
3. Burgess

@LOTUS_PNU

بررسی وضعیت روانی بر اساس مشاهده رفتارهای کلامی و غیرکلامی است و شامل توصیف مراجع از تجارب عینی خودش است. ارزیابی جامع وضعیت روانی شامل ۱۲ مقوله است که به سه مؤلفه کلی تقسیم می‌شود. برخی عملکردهای ذهنی می‌توانند در بیش از یک طبقه قرار گیرند (برای مثال برخی مواقع صحبت کردن اگر به‌عنوان فرایند روان‌پزشکی در نظر گرفته شود، توانایی شناختی است و اگر به‌عنوان رفتار در نظر گرفته شود به‌عنوان مؤلفه جسمانی مدنظر قرار می‌گیرد) (دنیل و گرژینسکی[1]، ۲۰۱۰).

جدول ۴-۱. مؤلفه‌های ارزیابی وضعیت روانی اقتباس از دنیل و گرژینسکی، ۲۰۱۰.

جسمانی	هیجانی	شناختی
ظاهر رفتار فعالیت‌های حرکتی	نگرش خلق و عاطفه افکار و ادراک بینش/قضاوت	جهت‌یابی تمرکز/توجه تکلم/زبان حافظه هوش/تفکر انتزاعی

ظاهر، چیزی که مراجع به نظر می‌رسد و دیده می‌شود. *رفتار*، چگونگی برخورد و عمل مراجع است. *فعالیت حرکتی* شامل نوع و کیفیت حرکات مراجع است. *نگرش* چگونگی احساسات مراجع و چگونگی تفکر آن‌ها راجع به شرکت در ارزیابی وضعیت روانی است. *خلق* حالت هیجانی درونی مراجع و *عاطفه* بیان بیرونی حالت هیجانی مراجع است. *تفکر* گفت‌وگوی درونی است که در ذهن مراجع اتفاق می‌افتد درحالی‌که *ادراک* تجربه حسی-ادارکی مراجع و تفسیر حوادث و شرایط بیرونی است. *بینش* به این معناست که مراجع نسبت به وجود، ماهیت و محدودیت‌های مشکل خودش آگاهی داشته باشد. *قضاوت* توانایی تصمیم‌گیری خوب و اجرای آن است. *جهت‌یابی* آگاهی از هویت شخصی، زمان، مکان و شرایط است. *توجه* توانایی پردازش شناختی یک هدف و تمرکز نگهداری پردازش شناختی بر هدف مناسب است. *زبان* توانایی استفاده از نمادها در مکالمات است و *تکلم* آنچه که مراجع می‌گوید و کیفیت صحبت وی است. *حافظه* توانایی یادآوری تجارب گذشته، نگهداری آن‌ها و یادآوری اطلاعات جدید

@LOTUS_PNU

1. Daniel & Gurczynski

است. هوش و *تفکر انتزاعی* توانایی بالقوه شناختی است که قبلاً به‌عنوان سطح کلی توانایی شناختی شناخته می‌شد و اخیراً توانایی بازشناسی و درک روابطی است که به‌صورت فوری و واضح مشخص نیستند.

تشخیص: تشخیص آخرین بعد مصاحبه بالینی و تشخیصی است. بر اساس اطلاعات کسب شده در مورد ناراحتی‌ها، مشکلات، نقاط ضعف و قوت مراجع تشخیص‌هایی مطرح می‌گردد که بسته به تجربه مصاحبه‌گر و میزان اطلاعات کسب‌شده، دقت تشخیص نهایی افزایش می‌یابد.

۵-۳ مراحل مصاحبه

یک مصاحبه خوب بر اساس سلسله‌مراتب و مراحلی پیش می‌رود که توسط درمانگر کنترل می‌گردد. متخصّصان متعددی، مراحل را به گونه‌های متفاوت تعریف کرده‌اند، اماهاری استاک سالیوان[1] (۱۹۵۴) جزء اولین کسانی بود که مصاحبه بالینی را به فازهای متعدد تقسیم کرد. از دیدگاه سالیوان، مراحل مصاحبه عبارت‌اند از: شروع رسمی[2] مصاحبه، شناسایی مقدماتی[3]، اکتشاف جزئیات[4]، و اختتام[5] (کریگ، ۲۰۰۵). بنیامین (۱۹۶۹) بر اساس دیدگاه روانی-اجتماعی مصاحبه را به سه مرحله تقسیم کرد: مرحله آغاز یا بیان مشکل، مرحله توسعه که در آن درمانگر و مراجع در مورد ماهیّت مشکل به توافق می‌رسند و مرحله اختتام (کریگ، ۲۰۰۵). اتمر و اتمر (۱۳۹۳؛ ترجمه نصر اصفهانی) فرایند مصاحبه را در پنج مرحله توصیف کرده‌اند که عبارت‌اند از: آماده کردن و غربال مشکل، پیگیری نظرات اولیه، تاریخچه روان‌پزشکی، تشخیص و پسخوراند، پیش‌آگهی و تعیین برنامه درمانی.

بدون توجه به این تفاوت‌های فلسفی، مصاحبه شامل مراحلی می‌گردد که اکثریت درمانگران بر سر آن به توافق رسیده‌اند.

اولین مرحله مقدمه است که فهم علت مراجعه فرد و برقراری ارتباط و اعتماد مهم‌ترین هدف این مرحله می‌باشد. مرحله مقدمه شامل بحث در مورد رازداری، سبک

1. Harry Stack Sullivan
2. Formal Inception
3. Reconnaissance
4. Detailed Inquiry
5. Termination

@LOTUS_PNU

نظری درمانگر و القای نقش است و زمانی به اتمام می‌رسد که متخصص از صحبت‌های کوتاه ابتدایی بر هدف‌ها و مشکلات اصلی مراجع متمرکز شود. بسیاری از متخصصان ارزیابی بالینی را با پرسیدن سؤالی مثل این شروع می‌کنند «چه مسئله‌ای باعث شده که برای مشاوره بیایید؟» این سؤال مراجع را به سمت مشکل فعلی‌اش سوق می‌دهد (این همان مشکل اصلی مراجع است). شروع با سؤالات مستقیم قبل از برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد می‌تواند باعث ایجاد حالت تدافعی و مقاومت در مراجع شود (دابمیر، ۲۰۱۴).

مرحله دوم، فاز اکتشاف است. در این مرحله، بر اساس رویکرد مصاحبه‌گر، فرضیه‌هایی در ذهن وی در مورد بروز مشکل و ناسازگاری‌های روان‌شناختی شکل می‌گیرد که می‌توانند به‌عنوان «تثبیت‌کننده‌ها» یا «سلسله‌مراتب نامتعادل خانوادگی» و یا «تقویت‌کننده‌های منفی» توصیف شوند. این مرحله اساسی‌ترین مرحله جهت شکل‌گیری یک فرضیه اصلی در مورد مشکل می‌باشد.

مرحله سوم شامل آزمون فرضیه است. بعد از اینکه فرضیه شکل گرفت، مصاحبه‌گر با کنکاش در سایر ابعاد زندگی مراجع به آزمون فرضیه می‌پردازد. اگر فرضیه درست بود، مصاحبه‌گر می‌بایست به دنبال شواهدی برای تائید آن باشد. معمولاً مرحله دوم و سوم سخت‌ترین مراحل برای درمانگران مبتدی می‌باشد.

در طی مرحله چهارم پسخوراند ارائه می‌گردد. در این مرحله مصاحبه‌گر نتیجه را به مراجع می‌گوید. این مرحله معمولاً توسط متخصّصان خبره هم نادیده گرفته می‌شود و بعد از پرسیدن سؤالات، بدون گفتن چیزی به مراجع جلسه را به اتمام می‌رسانند. معمولاً این اتفاق در مصاحبه‌های پزشکی اتفاق نمی‌افتد؛ بعد از بیان مشکل از طرف بیمار، تشخیص گذاشته شده و دارو تجویز می‌گردد. اگر این مرحله مهم فراموش شود، مطمئن باشید که مراجع جلسات را ادامه نمی‌دهد، زیرا وی معتقد است که درمانگر مشکل او را نفهمیده و نمی‌تواند در حل مشکل به وی کمک کند. بنابراین، بهتر است در این مرحله مصاحبه‌گر در مورد آنچه که از مشکل فهمیده با مراجع صحبت کند و به او اطمینان دهد که می‌تواند در حل مشکل به او کمک کند. این باعث برقراری ارتباط درمانی و کاهش مقاومت مراجع می‌گردد.

مرحله نهایی، اختتام می‌باشد که نیاز به مهارت‌های مدیریت زمان دارد. همچنین مستلزم حساسیت و پاسخگویی به نحوه و [illegible] مراجع به [illegible] داشتن به جلسه

@LOTUS_PNU

به‌طورکلی یا ترک مطب به‌طور خاص است. در این مرحله، اگر درمانگر موفق به تشخیص گذاری شده باشد، برنامه درمانی ارائه شده و با مراجع بر سر آن به توافق می‌رسند و اگر اطلاعات کافی برای تشخیص ندارد ممکن است نیاز به جمع‌آوری اطلاعات در مورد علائم مراجع در جلسه دوم یا سوم داشته باشند (کریک، ۲۰۰۵). در این مرحله باید مطمئن شوید که تمام اطلاعات لازم دریافت شده است و مراجع درگیر موضوع هیجانی و عاطفی نیست. در این مرحله از صحبت کردن در مورد مطالب هیجان‌انگیز (مثل خودکشی، از دست یک عزیز یا تجاوز) بپرهیزید. مصاحبه‌گر در این قسمت مصاحبه باید سؤال کند: «چیزی دیگری هست که شما بخواهید به من بگویید یا من باید بدانم؟» «مطلبی جا نیفتاده است؟» «سؤالی داری؟» در نهایت باید از مراجع به خاطر به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی و حساس تشکر نمود و تاریخ و ساعت ملاقات بعدی را مشخص کرد.

به اعتقاد اتمر و اتمر (۱۳۹۳) در طول مصاحبه توالی این مراحل به هم می‌خورد، زیرا معمولاً مراجع هدایت‌گر جلسات است. مصاحبه‌گر با دانستن این مراحل چارچوب منظمی جهت هدایت جلسه در ذهن خود طراحی نموده و اگر از مسیر منحرف گردد، می‌داند برای کسب اطلاعات بیشتر به کدام مرحله برگردد.

۵-۴ انواع مصاحبه

عبارت مصاحبه بالینی گسترده بوده و شامل شکل‌های متنوعی از مصاحبه است که بر اساس هدف، مدت زمان موجود و میزان ساختاریافتگی متفاوت می‌باشد.

۵-۴-۱ انواع مصاحبه بر اساس ساختار

یکی از ابعاد اساسی مصاحبه میزان ساختاریافتگی آن می‌باشد. یک مصاحبه می‌تواند ساختاریافته[1] یا ساختارنیافته[2] باشد که بر اساس موقعیت و رفتار مراجع، می‌توان از هر کدام از آن‌ها استفاده نمود (سگال و همکاران، ۲۰۱۰).

مصاحبه‌های ساختاریافته، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مجموعه استانداردی از سؤالات با ترتیبی معین طرح می‌شوند و این سؤالات معرف ملاک‌های

1. Structured Interview
2. Unstructured Interview

@LOTUS_PNU

تشخیصی اختلالات روانی هستند. این نوع مصاحبه‌ها از قوانین خشک و غیرمنعطفی پیروی می‌کنند و شامل قوانین تعریف شده‌ای جهت ثبت و قضاوت در مورد پاسخ‌ها می‌باشد. این نوع مصاحبه با وجود اینکه معمولاً اعتبار بیشتری دارد، اما معایبی نیز دارد مثلاً موضوعات مورد بحث در طول مصاحبه محدود می‌گردد، مراجع فکر می‌کند فقط باید به سؤالات پرسیده شده پاسخ دهد و موضوعات دیگر اهمیت ندارند، ممکن است مراجع در روبه‌رو شدن با سؤالات مکرر حالت تدافعی گرفته و ارتباط بین مراجع و درمانگر کاهش یابد. مصاحبه‌های ساختاریافته که معمولاً برای تشخیص مورد استفاده قرار می‌گیرند، بر اساس میزان ساختاریافتگی به دو دسته تقسیم می‌شوند: مصاحبه‌های کاملاً ساختاریافته و نیمه ساختاریافته[1]. در مصاحبه‌های کاملاً ساختاریافته باید سؤالات دقیقاً و کلمه به کلمه خوانده شوند، ترتیب سؤالات تغییر نکند و پاسخ سؤالات بر اساس دستورالعمل کدگذاری شود. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انعطاف بیشتری دارند و بیشتر به‌صورت راهنما عمل می‌کنند و بر ترتیب ثابتی جهت بیان سؤالات تأکید نمی‌کند (پومروی، ۲۰۱۴).

مصاحبه‌های ساختارنیافته منعطف‌تر هستند و به درمانگر اجازه می‌دهد که رابطه درمانی با مراجع را توسعه دهد و تجارب منحصربه‌فرد آن‌ها را بررسی نماید. در این نوع مصاحبه، مصاحبه‌گر با پرسیدن سؤالاتی، موضوعات مهم و قابل‌بحث را دنبال می‌نماید و ممکن است باعث کسب اطلاعات بیشتری شود، زیرا وی آزاد است که در هرلحظه بر اساس قضاوت خود سؤالات را بپرسد. در این نوع مصاحبه، مصاحبه‌گر باید اعتماد مراجع را جلب کرده و احساس آرامش را به وی منتقل نماید تا بتواند با صراحت و بدون ترس در مورد مسائل خصوصی خود صحبت کند. این نوع مصاحبه به مصاحبه‌گر اجازه می‌دهد که در پرسیدن سؤالات انعطاف داشته باشد و برای بحث در مورد هر موضوع به صلاحدید خود زمان را تنظیم نماید.

تصمیم‌گیری در مورد نوع مصاحبه، به موقعیت اجرای مصاحبه و هدف آن بستگی دارد. از آنجایی که در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته قضاوت بالینی نقش زیادی دارد، بنابراین، صرفاً می‌تواند توسط متخصّصان باتجربه انجام شود. با توجه به اینکه در مصاحبه‌های کاملاً ساختاریافته علائم تشخیصی به‌طور کامل چک می‌شوند، بنابراین به

---

1. Semi Structured Interview

@LOTUS_PNU

زمان بیشتری نیاز دارد. معمولاً در تحقیقات و آموزش‌های بالینی از این دو نوع مصاحبه استفاده می‌شود. البته این نوع مصاحبه می‌تواند در موقعیت‌هایی بالینی استفاده شود که هدف آن بررسی جامع می‌باشد که معمولاً با مصاحبه ساختارنیافته و سایر آزمون‌ها همراه می‌گردد. در موقعیت‌های بالینی معمولاً از مصاحبه‌های ساختارنیافته استفاده می‌شود.

۵-۴-۲ انواع مصاحبه بر اساس هدف

بر اساس هدف مورد نظر انواع متفاوتی از مصاحبه وجود دارد که در این قسمت به چند نوع متداول آن اشاره می‌گردد. حتماً نباید یک مصاحبه از یک نوع خاص باشد، گاهی اوقات ممکن است در یک مصاحبه از چند نوع مصاحبه استفاده شود (کریگ، ۲۰۰۵).

مصاحبه تشخیصی[1]: در مصاحبه‌های تشخیصی، وظیفه مصاحبه‌گر این است که رفتارهای مراجع را در غالب سیستم تشخیصی تعریف نماید. امروزه در زمینه سلامت روان دو سیستم طبقه‌بندی تشخیصی رسمی بیشترین استفاده را دارند: طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها[2] (ICD) که سیستم طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی[3] برای پوشش دادن به اختلالات روانی و جسمی می‌باشد؛ و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[4] (DSM) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا نوشته شده است و اکنون نسخه پنجم آن در دسترس است. هدف هر دو سیستم طبقه‌بندی اختلالات روانی و مرتبط ساختن آن‌ها با تبیین‌ها و درمان‌های متعدد است (پومروی[5]، ۲۰۱۴). اگر در انتهای مصاحبه تشخیصی، با توجه به نشانه‌های به دست آمده مشخص گردید که مراجع در یکی از طبقات تشخیصی قرار می‌گیرد و دارای مشکل خاصی است؛ باید به مراجع توضیحات لازم داده شود. یکی از خطاهای مصاحبه‌کنندگان مبتدی این است که تشخیص را با مراجع در میان نمی‌گذارند و صرفاً به گفتن جملاتی مثل «نگران نباش» یا «شما مشکل خاصی ندارید» اکتفا می‌کنند. درحالی‌که درمانگر باید توضیحات کامل در مورد اختلال را به مراجع ارائه دهد (نام اختلال بسته به خصوصیات مراجع می‌تواند

1. Diagnostic Interview
2. International Classification of Disease
3. World Health Organization
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
5. Pomeroy

@LOTUS_PNU

بیان شود یا خیر) و مراجع و درمانگر در نهایت درک مشترکی از اختلال داشته باشد. (مک کینون، میشل و بوکلی[1]، ۲۰۱۰).

مصاحبه قانونی[2]: روان‌شناسان جنایی و قانونی معمولاً از مصاحبه تشخیصی متفاوتی، تحت عنوان مصاحبه قانونی استفاده می‌نمایند که هدف آن آماده کردن زمینه مناسب برای قضاوت بالینی صحیح می‌باشد. این مصاحبه‌ها، در واقع مصاحبه‌های بالینی در موقعیت‌های قانونی هستند که به بازپرسان، قضات و مراجع قضایی در کشف جرم و طراحی سؤالات بازپرسی کمک می‌کنند. کمترین میزان همکاری مراجع در این نوع مصاحبه وجود دارد.

مصاحبه بررسی تاریخچه[3]: این نوع مصاحبه یکی از قسمت‌های اکثر مصاحبه‌های بالینی می‌باشد که رابطه بین مشکلات فعلی و زندگی گذشته فرد را مشخص می‌نماید. زمانی که جزئیات بیشتری از تاریخچه زندگی مراجع لازم باشد معمولاً این مصاحبه با هدف کسب اطلاعات بیشتر در مورد دوره‌های بحرانی زندگی فرد، افراد مهم و عوامل تأثیرگذار بر زندگی فرد صورت می‌گیرد. این نوع مصاحبه کامل‌ترین اطلاعات را در مورد تاریخچه مراجع فراهم می‌نماید مثل تاریخچه خانوادگی، اجتماعی، سابقه مشکلات جسمی، روانی، سوءمصرف مواد و مشکلات قانونی. این تاریخچه می‌تواند از خانواده یا دوستان مراجع به دست آید (سومرز فلاناگان وسومرز فلاناگان، ۲۰۱۴).

مصاحبه‌های انگیزشی[4]: ما می‌توانیم بین مصاحبه درمانی و مصاحبه سنجشی تمایز قائل شویم. مصاحبه سنجشی شامل فعالیت‌های کلی جهت کسب اطلاعات در جلسه مصاحبه می‌باشد که منجر به تشخیص و تعیین برنامه درمان می‌گردد (مثل مصاحبه تشخیصی). مصاحبه درمانی شامل فعالیت‌های متنوعی است که باعث ایجاد انگیزه در مراجع می‌گردد تا وارد برنامه درمانی شده یا درمان را ادامه دهد (مثل مصاحبه انگیزشی). با وجود اینکه این نوع مصاحبه برای بیماران مبتلا به اختلالات اعتیادی طراحی شده است ولی می‌تواند در موقعیت‌هایی که نیاز به تغییر رفتار است مورد استفاده قرار گیرد.

---

1. MacKinnon, Michels & Buckley
2. Forensic Interview
3. Case History Interview
4. Motivation Interview

@LOTUS_PNU

در واقع، این روش که برای اولین بار توسط میلر (۱۹۹۱) توصیف شد، یک روش مشاوره رهنمودی (با رویکرد مراجع-محوری)، است که از طریق شناخت مشکلات بالقوه و کشف و رفع احساس دودلی و تردید او، به مراجع کمک می‌کند. در این رویکرد نیاز است که متخصّص به مراجع بازخورد دهد، بر مسئولیت مراجع برای تغییر تأکید نماید و توصیه‌ها و راهکارهای درمانی را به مراجع ارائه دهد، همدل باشد و عزت‌نفس مراجع را بالا ببرد (آرکوویتز، میلر و رولنیک[1]، ۲۰۱۵).

مصاحبه‌های قبل و بعد از اجرای آزمون[2]: آزمون‌های روان‌شناختی معمولاً جزئی از کار بالینی است، البته باید در نظر داشت که گزارش بالینی نهایی صرفاً بر اساس نتایج آزمون‌ها نمی‌باشد. اجرای تست جزء ارزیابی روان‌سنجی بوده و ارزیابی بالینی نمی‌باشد. در حقیقت، با استفاده از چنین روشی احتمال از دست دادن جنبه‌های مهم رفتار مراجع زیاد است. ارزیابی‌های مدرن روان‌شناختی شامل مرور پرونده بیمار، مشاوره با خانواده یا افراد مرتبط با بیمار، و مصاحبه بالینی با مراجع است. برخی روان‌شناسان ترجیح می‌دهند قبل از اجرای آزمون با بیمار مصاحبه کنند تا علت اجرای آزمون و مزایای آن را توضیح دهند. علاوه بر این، در مورد نحوه پاسخگویی به آزمون، زمان و هزینه آن مراجع را مطلع نماید. یکی از معایب مصاحبه بعد از اجرای تست این است که روان‌شناس معمولاً ذهنیتی در مورد تشخیص پیدا کرده و در طول مصاحبه به دنبال اثبات ایده خود است.

مصاحبه ترخیص یا اختتام[3]: برخی از درمانگران بعد از اتمام درمان مراجع (چه در حالت بستری، چه در حالت سرپایی) مصاحبه رسمی را انجام می‌دهند. هدف این نوع مصاحبه این است که مشخص شود مراجع از درمان چه چیزی به دست آورده است و برنامه‌های بعد از درمان مرور شود و هر نوع مسئله حل نشده، قبل از اتمام درمان مشخص گردد.

۵-۴-۳ انواع مصاحبه بر اساس رویکرد نظری

به‌منظور اجرای یک مصاحبه حرفه‌ای، مصاحبه‌گر باید آموزش‌های زیادی ببیند و مصاحبه‌های متعدّدی در موقعیت‌های مختلف و با سبک‌های نظری متفاوت را اجرا

1. Arkowitz, Miller, Rollnick
2. Pre and Post testing Interviews
3. Discharge Interview

@LOTUS_PNU

نماید. بنابراین، یادگیری رویکردهای نظری متنوع، بسیار مهم است. از آنجا که این وظیفه مراجع نیست که دیدگاه و ترجیحات شخصی خود را تغییر داده و با رویکرد نظری مصاحبه‌گر سازگار گردد، بنابراین، درمانگران باید منعطف بوده، در جلسات درمان معمولاً باید التقاطی عمل کنند و بسته به مراجع، مشکل و موقعیت، سبک مصاحبه و رویکرد درمانی خود را تغییر دهد.

به‌طورکلی دو نوع سبک مصاحبه وجود دارد (مستقیم و غیرمستقیم) که هر کدام از رویکردهای روان‌درمانی می‌توانند در این دو دسته قرار گیرند. برای مثال با وجود اینکه رویکردهای روان‌پویشی و مراجع‌محور از لحاظ فلسفی متفاوت هستند، اما در هر دو رویکرد به مصاحبه‌کننده آموزش داده می‌شود که در ابتدا به مراجع اجازه دهد آزادانه و با حداقل ساختار، در مورد مشکلات، نگرانی‌ها و موضوعات شخصی صحبت کند. بنابراین، این رویکردهای مصاحبه به‌عنوان رویکردهای غیرمستقیم شناخته شده‌اند و بر تکنیک‌های گوش دادن تأکید دارند (سومرز فلانگان و سومرز فلانگان، ۲۰۱۴).

مصاحبه‌های روان‌پویشی و مراجع‌محور به چند دلیل به‌عنوان مصاحبه‌های غیرمستقیم شناخته شده‌اند. به‌طور خلاصه در مصاحبه‌های مراجع‌محور اعتقاد بر این است که با صحبت آزادانه و ساختن جوی همراه با پذیرش و همدلی، تغییرات و رشد فردی اتفاق می‌افتد. برای مثال راجرز اعتقاد دارد که توجّه مثبت نامشروط، پذیرش و همدلی اجزای لازم برای رشد فردی و بهبود می‌باشند. مصاحبه‌گران روان‌پویشی نیز رویکرد غیرمستقیمی را به کار می‌برند، زیرا آن‌ها اعتقاد دارند که مراجع باید با تداعی آزاد، به‌راحتی صحبت کرده و اجازه دهد تا تعارضات ناخودآگاه در طول جلسه بروز پیدا کنند. در نهایت در مصاحبه روان‌پویشی این تعارضات زیربنایی به خودآگاه آورده می‌شود. مشابه درمانگران مراجع‌محور، درمانگران روان‌پویشی نیز اعتقاد دارند که گوش دادن همدلانه منبع مهمی برای کسب اطلاعات و درمان می‌باشد، اما شرط لازم برای رشد و بهبود است نه شرط کافی (سومرز فلانگان و سومرز فلانگان، ۲۰۱۴).

رویکردهای راه‌حل‌مدار اعتقاد دارند که همه مصاحبه‌گران باید به‌طور مستقیم یک راه را در پیش گیرند و بنابراین به‌طور سیستماتیک بر راه‌حل‌ها، لحظات مثبت در زندگی مراجع، اعتقادات و تعاملات اجتماعی تمرکز می‌کنند. کسانی که بر اساس این رویکرد پیش می‌روند به مراجعین به‌عنوان بهترین متخصّصان در تجربه‌های خودشان نگاه می‌کنند.

@LOTUS_PNU

در مقایسه با رویکردهای مراجع‌محور، روان‌پویشی و راه‌حل محور، مصاحبه‌گران رفتاری یا شناختی بیشتر تمایل دارند که از ابتدای مصاحبه نقش یک متخصص را بازی کنند. آن‌ها اعتقاد دارند که افکار خاص، چارچوب‌های شخصی و رفتارهای ناسازگارانه علت اصلی اختلالات عاطفی و روانی هستند (سومرز فلانگان و سومرز فلانگان، ۲۰۰۴). گرچه وظیفه اصلی شناخت درمانگران رفتاری تشخیص، تعدیل و حذف الگوهای رفتاری و افکار ناسازگار و جایگزین کردن آن‌ها با الگوهای سازگارانه می‌باشد، با این وجود اکثر این متخصصان اعتقاد دارند گوش دادن همدلانه یک جز لازم (نه کافی) برای تغییر رفتارهای ناسازگارانه می‌باشد (سومرز فلانگان و سومرز فلانگان، ۲۰۱۴).

به‌طورکلی رویکرد خاصی توصیه نمی‌شود و هیچ رویکردی بر دیگری ارجحیت ندارد. در حقیقت تحقیقات کنترل شده نشان داده‌اند که گاهی اوقات رویکرد شناختی و رفتاری تأثیر کمتری نسبت به رویکردهای روان‌پویشی و مراجع‌محور داشته و گاهی اوقات تأثیر بیشتری دارند؛ اما اکثریت مطالعات نشان می‌دهند که مصاحبه‌های غیرمستقیم رابطه درمانی بهتری را ایجاد می‌کنند. برای یادگیری مهارت‌های بالینی، بهتر است ابتدا بر سبک مصاحبه غیرمستقیم تمرکز کرده و سپس به سبک‌های غیرمستقیم تغییر کند.

امّا بهتر است قبل از استفاده از مصاحبه غیرمستقیم با مزایا و معایب آن آشنا شوید. ابتدا برخی از مزایا این نوع مصاحبه مطرح می‌گردد:

الف) مصاحبه غیرمستقیم، ابزار مؤثری برای کمک به مصاحبه‌گران مبتدی است که خودآگاهی خود را بهبود بخشیده و خود را بهتر بشناسند. مصاحبه‌گران مبتدی از طریق خودآگاهی، قادر به انتخاب رویکرد نظری خاص و مداخله‌های بالینی مؤثر می‌شوند.

ب) یکی از تکنیک‌های مصاحبه غیرمستقیم، گوش کردن غیرمستقیم می‌باشد که به کاهش تنش مصاحبه‌گران مبتدی کمک کرده و به مراجع احساس خوشایندی را القا می‌نماید. به‌طور خلاصه، رویکردهای غیرمستقیم به مصاحبه‌گران کمک می‌کنند تا با شرایط اورژانسی که باید بهترین کار را انجام دهند، سازگار شوند.

ج) در مصاحبه‌های غیرمستقیم معمولاً مسئولیت برعهده مراجع گذاشته می‌شود، بنابراین ترس مصاحبه‌گر از پرسیدن سؤالات اشتباه و ارائه پیشنهادهای غیرمفید کاهش

@LOTUS_PNU

می‌یابد. از آنجایی‌که مصاحبه‌گران مبتدی احساس مسئولیت خیلی زیادی نسبت به مراجعان خود دارند، این رویکرد می‌تواند باعث کاهش احساس مسئولیت گردد. گرچه در مصاحبه‌های غیرمستقیم احتمال خطا کمتر است، با این وجود بهتر است مصاحبه‌گران مبتدی کار خود را با «بازی نقش» با همکاران خود یا مراجعان داوطلب شروع نمایند.

د) گوش دادن غیرمستقیم، در ایجاد احساس استقلال و خودکنترلی مراجع کمک می‌کند. همچنین این حالت باعث احترام به انتخاب‌ها، رفتارها و نگرش‌های شخصی مراجع شده، که در درمان بسیار مؤثر می‌باشد (میلر و رولنیک[1]، ۲۰۱۲).

گوش دادن غیرمستقیم ممکن است مثل شمشیر دولبه عمل کند. برخی از مراجعان از این روش متنفر هستند و اگر در مورد آن‌ها از این تکنیک استفاده نمایید، آزرده خواهند شد. البته این نکته را نیز مدنظر قرار دهید که در برخی فرهنگ‌ها گوش دادن غیرمستقیم نامناسب می‌باشد. مصاحبه‌های غیرمستقیم ایرادات دیگری نیز دارد که عبارت‌اند از:

الف) بسیاری از پاسخ‌های غیرمستقیم بدون راهنمایی، می‌تواند باعث سردرگمی مراجع شود.

ب) از آنجایی که مراجعان وقتی برای درمان می‌آیند، انتظار دارند توصیه‌هایی از متخصص دریافت کنند؛ ممکن است وقتی صرفاً با گوش دادن غیرمستقیم روبه‌رو شوند، ناامید گردند.

ج) اگر درمانگر، هرگز نظر تخصصی ارائه ندهد، ممکن است به‌عنوان فردی ضعیف و غیرحرفه‌ای در نظر گرفته شود (سومرز فلانگان و سومرز فلانگان، ۲۰۱۴).

بنابراین، با توجه به مسائل ذکر شده در بالا بهتر است مصاحبه‌کننده به سبک‌های مختلف آشنا باشد تا بتواند در هر لحظه که لازم دانست سبک خود را از مستقیم به غیرمستقیم یا برعکس تغییر دهد.

۵-۵ محرمانه نگه‌داشتن[2] اطلاعات

یکی از ویژگی‌های برجسته یک رابطه درمانی تخصصی محرمانه بودن است. در واقع محرمانه بودن مهم‌ترین مؤلفه‌ای است که در یک مصاحبه باید نشان داده شود. محرمانه

1. Miller & Rollnick
2. Confidentiality

@LOTUS_PNU

بودن در حدّی مهم است که در این مورد قوانینی جهت تنظیم فعالیت روان‌شناسان بیان شده و روان‌شناسان را جهت برقراری رابطه درمانگر-مراجع هدایت می‌نماید. به‌طور خلاصه، متخصّصان باید خصوصی بودن مکالمات و پرونده‌های مراجعان خود را جهت ارزیابی و درمان اثربخش حفظ نمایند. در ارائه اطلاعات به هر کسی غیر از مراجع قانونی باید محتاط بود (فاوست، ۱۹۹۸). اگر شک دارید بدون رضایت کتبی مراجع یا دستور دادگاه اطلاعات را به کسی ارائه ندهید.

۵-۶ محدودیت‌های محرمانه بودن اطلاعات

راهنماهایی جهت محرمانه بودن اطلاعات برای روان‌شناسان توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) تحت عنوان اصول اخلاقی روان‌شناسان طراحی شده است (APA، ۲۰۱۰). زیرا نقض محرمانه بودن، خیلی جدی است و مراجع باید در ابتدای مصاحبه از محدودیت‌های محرمانه بودن اطلاعات آگاه گردد. در این مورد باید با مراجع کاملاً روراست و صادق بود. بهتر است محدودیت‌ها در اولین جلسه حضوری مطرح گردد تا مصاحبه‌گر بتواند عکس‌العمل و پاسخ مراجع را ببیند (کنی[1]، ۱۹۹۸). در ادامه فاکتورهای مهم متعددی که در محرمانه بودن تأثیر دارند، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

الف) سن دریافت خدمات روان‌شناختی بدون حضور والدین و قیّمین در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد. برای مثال در برخی کشورها و مناطق نوجوانان ۱۶ سال به بالا می‌توانند به‌تنهایی خدمات روان‌شناختی را دریافت نمایند و تمامی قوانین محرمانه بودن در مورد آن‌ها اجرا می‌گردد، درحالی‌که در برخی کشورها افراد زیر ۱۸ سال به‌عنوان کودک در نظر گرفته می‌شوند و بدون رضایت والدین یا قیّمین خدماتی را دریافت نمی‌نماید. در چنین مواردی باید مراجع از محدودیت‌های محرمانه بودن آگاه شود و بداند که در صورت نیاز والدین و قیّمین وی حق دارند که از ارزیابی و درمان وی مطلع گردند (سگال و همکاران، ۲۰۱۰). نکته اساسی در این مورد این است که اگر مصاحبه‌گر متوجّه شود که مراجع زیر ۱۶ سال قربانی سوءاستفاده‌های مختلف شده و یا قربانی تجاوز یا زنای با محارم شده است، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات نقض می‌گردد.

ب) یکی از محدودیت‌های محرمانه بودن مسئولیت اخلاقی و قانونی متخصّصان سلامت روان در حمایت از مراجعان و اعضا جامعه از خطرات قریب‌الوقوع است. با

1. Kenny

@LOTUS_PNU

وجود اینکه متخصصان باید محرمانه بودن را بین خود و مراجعانشان حفظ نمایند، همچنین باید مراجعان را از خطراتی که برای خودشان دارند (خودکشی) و یا برای دیگران دارند (دیگرکشی، سوءاستفاده از کودکان یا بزرگسالان) حفظ نماییم. مراجعان باید در مورد نقشه‌های جنایی خود با درمانگر خود صحبت نمایند؛ درمانگر وظیفه دارد به قربانی مورد نظر هشدار دهد، یا مراجع را به مراکز روانی ارجاع دهد و یا در مورد نقشه مراجع به پلیس اطلاع دهد (فاوست، ۱۹۹۸).

سه مورد دیگر در مورد نقض محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات مراجع عبارت‌اند از:

ج) زمانی که تشخیص داده شود که مراجع نیاز به بستری شدن دارد.

د) زمانی که اطلاعات در مورد دعوای حقوقی و مسائل قانونی باشد.

ه) زمانی که خود درمان‌جو درخواست کند که اطلاعات در اختیار نفر سوم قرار گیرد؛ که در این مورد بهتر است رضایت‌نامه کتبی از مراجع گرفته شود (ترخان، آقایوسفی و شقاقی، ۱۳۸۹).

خلاصهٔ فصل پنجم

در سیستم‌های مرتبط با سلامت روان، مصاحبه بالینی و تشخیصی اساسی‌ترین ابزار جهت ارزیابی و درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی می‌باشد.

هر مصاحبه به‌طور عمده شامل پنج مرحله و چهار بعد بوده که دانستن آن‌ها در سازمان‌دهی مصاحبه کمک می‌کند. ابعاد مصاحبه عبارت‌اند از رابطه، تکنیک، وضعیت روانی و تشخیص. اجرای هر کدام از این ابعاد نیازمند کسب مهارت و تجربه می‌باشد. علاوه بر این، یک مصاحبه خوب بر اساس مراحل از پیش تعیین شده‌ای پیش می‌رود که توسط درمانگر کنترل می‌گردد. بدون توجه به رویکردهای فلسفی، مصاحبه شامل پنج مرحله می‌باشد. هدف مرحله اول فهم علت مراجعه بیمار و برقراری ارتباط درمانی می‌باشد. در مرحله دوم فرضیه‌هایی در ذهن مصاحبه‌گر در مورد ماهیت مشکل شکل می‌گیرد که در مرحله سوم به آزمون آن می‌پردازد. مرحله چهارم، مرحله پسخوراند است که اطلاعات ارائه شده در جلسه جمع‌بندی شده و نظر مصاحبه‌گر اعلام می‌گردد. در نهایت، مرحله اختتام می‌باشد که در این مرحله برنامه درمانی ارائه شده و در نهایت از مراجع به خاطر به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی تشکر می‌گردد.

@LOTUS_PNU

مصاحبه انواع گوناگونی دارد که یکی از ابعاد اساسی مصاحبه میزان ساختاریافتگی آن می‌باشد. بر این اساس یک مصاحبه می‌تواند ساختاریافته یا ساختارنیافته باشد که بر اساس موقعیت و رفتار مراجع، می‌توان از هر کدام از آن‌ها استفاده نمود. بر اساس هدف مصاحبه به انواع گوناگونی تقسیم می‌شود که عبارت‌اند از: مصاحبه تشخیصی، مصاحبه قانونی، مصاحبه انگیزشی و ... در نهایت بر مبنای سبک، مصاحبه به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌گردد.

یکی از ویژگی‌های برجسته یک رابطه درمانی و مصاحبه تخصصی محرمانه بودن اطلاعات است. با وجود توصیه‌هایی که در این مورد می‌گردد، در چند مورد محرمانه بودن اطلاعات نقض شده که باید این موارد در اولین جلسه حضوری برای مراجع مطرح گردد.

مفاهیم کلیدی فصل پنجم

مصاحبه بالینی، مصاحبه ساختاریافته، ارتباط درمانی، همدلی، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم

۱. کدام‌یک از موارد زیر جزء ابعاد مصاحبه محسوب نمی‌گردد؟

الف) برقراری ارتباط　　ب) وضعیت روانی

ج) برنامه‌ریزی درمان　　د) تشخیص

۲. در مصاحبه با رویکرد روان‌پویشی در قسمت بررسی وضعیت روانی، کدام‌یک از موارد زیر سنجیده می‌شود؟

الف) رفتار روانی- حرکتی　　ب) عاطفه و خلق

ج) قضاوت　　د) تعارضات زمینه‌ای

۳. محرمانه بودن اطلاعات در کدام نوع مصاحبه رعایت نمی‌گردد؟

الف) مصاحبه جذب　　ب) مصاحبه انگیزشی

ج) مصاحبه قانونی　　د) مصاحبه بررسی تاریخچه

@LOTUS_PNU

۴. در کدام موقعیت مصاحبه کمترین میزان همکاری از طرف مراجع وجود دارد؟

الف) دادگاه ب) اورژانسی

ج) پزشکی د) سرپایی

۵. هدف اصلی کدام تکنیک این است که مراجع متوجه شود شما معنی اصلی پیام او را درک کرده‌اید؟

الف) بازتاب محتوا ب) انعکاس

ج) خلاصه کردن د) مواجه سازی

۶. کدام نوع مصاحبه، برای افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد طراحی شده است؟

الف) مصاحبه جذب ب) مصاحبه انگیزشی

ج) مصاحبه قانونی د) مصاحبه بررسی تاریخچه

۷. کدام‌یک از موارد زیر جزء محدودیت‌های محرمانه بودن محسوب نمی‌گردد؟

الف) مراجع بزرگ‌تر از ۱۸ سال

ب) احتمال آسیب زدن به خود

ج) موارد قانونی

د) مراجع زیر ۱۶ سال

۸. تثبیت‌کننده‌ها در کدام مرحله مصاحبه بررسی می‌شوند؟

الف) مقدمه ب) اکتشاف

ج) آزمون فرضیه د) پسخوراند

۹. در کدام مرحله نباید در مورد خودکشی صحبت شود؟

الف) مقدمه ب) اکتشاف

ج) آزمون فرضیه د) اختتام

۱۰. هدف کدام نوع مصاحبه این است که مشخص شود مراجع از درمان چه چیزی به دست آورده است؟

الف) مصاحبه جذب ب) مصاحبه انگیزشی

ج) مصاحبه اختتام د) مصاحبه بررسی تاریخچه

@LOTUS_PNU

خودآزمایی تشریحی فصل پنجم

۱. ابعاد مصاحبه را نام ببرید؟

۲. انواع مصاحبه را بر اساس هدف نام ببرید؟

۳. تفاوت بین مصاحبه ساختاریافته و بدون ساختار را بیان کنید؟

۴. مزایا و معایب مصاحبه غیرمستقیم را توضیح دهید؟

۵. مصاحبه‌های روان‌پویشی و مراجع‌محور را توضیح دهید؟

۶. محرمانه بودن اطلاعات مراجع در چه مواردی دچار محدودیت می‌گردد؟

@LOTUS_PNU

فصل ششم

سنجش رفتاری در روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

تعریف سنجش رفتاری، بررسی هدف‌های آن و آشنایی با روش‌های مختلف سنجش رفتاری.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. سنجش رفتاری را تعریف کرده و هدف‌های آن را توضیح دهند.

۲. دلایل اهمیت سنجش رفتاری را توضیح دهند.

۳. ویژگی‌های اصلی سنجش رفتاری را بدانند.

۴. انواع روش‌های سنجش رفتار را توضیح دهند و بدانند هر روش در چه شرایطی کاربرد دارد.

۵. مزایا و معایب سنجش رفتاری را توضیح دهند.

مقدمه

در فرایند کار بالینی سنجش با هدف‌های مختلفی نظیر شناسایی رفتارهای هدف، مداخله و هدف‌های درمانی، شناسایی متغیرهای علّی، توسعه یک تحلیل عملکردی و استراتژی‌های مداخله، و ارزیابی راهبردهای مداخله در حال انجام صورت می‌گیرد. در سنجش بالینی جمع‌آوری اطلاعات درباره فرد و مشکلات او نقطه آغاز کار است. ارزیابی روان‌شناختی هدف‌های مختلفی دارد. برای روان‌شناس باید اطلاعاتی درباره

@LOTUS_PNU

پایداری رفتار، تغییرات شدت و فراوانی آن و ویژگی‌های وضعیت رفتاری و نوع مشکل فراهم آورد و عمدتاً در محیط‌های بالینی، تغییر رفتار از طریق درمان مهم‌ترین هدف است و یکی از ویژگی‌هایی است که ارزیابی رفتاری را از سایر انواع ارزیابی روان‌شناختی متمایز می‌کند. ارزیابی رفتاری مجموعه‌ای منسجم از اصول و روش‌ها را برای هدایت قضاوت و تحقیقات بالینی ارائه می‌دهد. ارزیابی رفتاری زمینه را برای تغییر رفتار فراهم می‌کند، تغییر رفتار نیازمند درمان است و درمان نیازمند دستکاری و ارزیابی تجربی است؛ به همین دلیل است که ارزیابی رفتاری، یکی از مهم‌ترین روش‌های تجربی در بین روش‌های سنجش بالینی می‌باشد (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

۶-۱ تعریف و هدف‌ها

یکی از مباحث مهم در روان‌شناسی، سنجش رفتاری[1] است که شامل شیوه‌هایی برای سنجش و اندازه‌گیری رفتار از جنبه‌های مختلف می‌باشد. سنجش رفتاری فراتر از تلاش برای درک عناصر زمینه‌ای یا موقعیتی رفتار است و به کشف راهبردهایی برای اصلاح این رفتارها می‌پردازد و بر اهمیت درک کامل از پیشایندها و تأثیرات کلیدی رفتار تأکید دارد.

سنجش رفتاری مؤلفه‌های متعددی از رفتار را بررسی و اندازه‌گیری می‌کند تا مشخص کند که چرا یک رفتار معین اتفاق می‌افتد و چه عواملی باعث بروز یا عدم بروز آن رفتار می‌شود. این مؤلفه‌ها شامل رفتارهای آشکار، احساسات، شناخت‌ها و متغیرهایی است که بر آن‌ها حاکم است، که ممکن است از درون یا بیرون فرد نشئت بگیرد. سنجش رفتاری بر آنچه که شخص انجام می‌دهد تمرکز می‌کند تا آنچه که شخص دارد یا هست. همچنین، ارزیابی رفتاری یک فعالیت آزمایشی است که با استفاده از آزمون فرضیه به شناسایی مداخله‌های مؤثر برای اصلاح اختلالات رفتاری تأکید دارد و هدف اصلی آن اصلاح رفتار می‌باشد (کیمپانی و چوک، ۲۰۱۰).

سنجش رفتاری یک نوع ارزیابی روان‌شناختی در حال توسعه است، زیرا روش‌ها و راهبردهای آن همراه با پیشرفت علم بروز رسانی می‌شود و در این نوع ارزیابی، تکنولوژی‌های جدید مورد استفاده قرار می‌گیرند. علاوه بر این، این رویکرد مبتنی بر

---

1 Behavioral Assessment

@LOTUS_PNU

علم است، زیرا در توصیف رفتار انسان از مشاهده، اندازه‌گیری و آزمایش استفاده می‌کند. با توجه به ماهیت ارزیابی رفتاری، همه عناصر مفهومی و روش‌شناختی از تلاش برای توصیف و کمی سازی یک موضوع رفتاری خاص و علت یا عوامل تنظیم‌کننده آن برای ایجاد راه‌حل بهینه سرچشمه می‌گیرند. ارزیابی رفتاری به‌عنوان پایه‌ای برای تغییر رفتار عمل می‌کند و تغییر رفتاری نیازمند درمان و دستکاری‌ها و ارزیابی تجربی است (هاینر و اوبرین، ۲۰۰۰).

برای اصلاح رفتار، اولین قدم این است که مشخص شود چرا رفتار در وهله اول اتفاق می‌افتد و هنگامی که دلیل مشخص شد، مداخله درمانی ممکن است ایجاد و ارزیابی شود تا ببینیم آیا مداخله منجر به تغییر مورد نظر شده است یا خیر. با توجه به این موضوع، ارزیابی رفتاری هدف‌های متعددی دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

- بررسی اختصاصی مشکلات رفتاری فرد و تطبیق روش‌ها و راهبردهای ارزیابی با هدف‌های درمان
- شناسایی رابطه بین عملکرد فرد و مشکلات رفتاری وی و بررسی علل آن
- بررسی تغییرات رفتاری و عملکردی در طول زمان و در موقعیت‌های متفاوت
- تمرکز بر اندازه‌گیری ابعاد مختلف متغیرهای رفتاری (برای مثال فراوانی و میزان وقوع رفتار خاص در شرایط خاص و همچنین خصوصیات کلی شخصیت یا سبک‌های مقابله‌ای)
- تمرکز بر عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت زندگی و تغییر رفتارهای آسیب‌زا
- تمرکز بر عوامل محیطی (حوادثی که هم‌زمان اتفاق می‌افتد)، شناختی (افکار ناکارآمد) و فیزیولوژیکی (ضربان قلب) مؤثر بر ایجاد و تداوم رفتارهای نابهنجار.

۶-۲ ویژگی‌های سنجش رفتاری

سه ویژگی اصلی سنجش رفتاری عبارت‌اند از:

سنجش رفتاری به الگو بیشتر از علامت توجه می‌کند. در سنجش رفتاری مهم‌ترین نکته آن است که ابزار سنجش، چقدر از رفتارها و وضعیت‌های نابهنجار بالینی الگو می‌گیرد. در این نوع سنجش کمیت رفتارهای نابهنجار و موقعیت‌هایی که باعث بروز رفتار می‌شود به علائم و نشانه‌ها اولویت دارد (کیمبانی و چوک، ۲۰۱۰).

@LOTUS_PNU

دومین ویژگی سنجش رفتاری، سنجش کارکردی رفتار(FBA)[1] که مورد نظر اسکینر بود می‌باشد. تحلیل کارکردی یعنی تحلیل دقیق محرک‌هایی که پیش از رفتار وجود داشته‌اند و پیامدهای پس از آن؛ و فرض اصلی این است که رفتارها به خاطر پیامدهایشان آموخته می‌شوند و تداوم می‌یابند. سنجش کارکردی رفتار که برای کشف عملکرد یک رفتار خاص، یعنی دلیل تداوم رفتار استفاده می‌شود. برخی از پیامدهای رفتار منفی هستند درحالی‌که برخی دیگر مثبت هستند. تا زمانی که تقویت وجود دارد، فرد تمایل دارد به انجام رفتار خود ادامه دهد. سنجش کارکردی رفتار تلاش می‌کند که از تفسیر رفتار آشکار فراتر رود تا مشخص کند چه چیزی باعث می‌شود فرد این رفتار را داشته باشد و این رفتار چه سود و زیانی برای فرد دارد. درک اینکه چرا یک نفر آن‌گونه رفتار می‌کند اولین گام به سمت ایجاد راه‌هایی برای متوقف کردن رفتار است. این روش اغلب شامل مستندسازی رفتار فرد در موقعیت‌های مختلف، مصاحبه با اعضای خانواده و جمع‌آوری اطلاعات در مورد رفتار فرد، و در صورت نیاز، دریافت اطلاعات در مورد رفتار فرد از محل کار و سایر منابع است (ریچارد و هاپریک، ۲۰۰۹).

تحلیل کارکردی ابزار اولیه مورد استفاده در ارزیابی رفتاری است و از پاسخ سه‌گانه (حرکتی، شناختی و فیزیولوژیکی) برای توصیف مسائل رفتاری استفاده می‌شود. برای مثال، افسردگی یک فرد باید با رفتارهای شناختی (تنهایی، توجه و تمرکز)، فیزیولوژیکی (اختلال در خواب) و حرکتی (میزان پایین رفتار اجتماعی و فعالیت بدنی) تعریف شود. این اختلال را می‌توان از نظر عملکردی با ابعاد متعدد توضیح داد، مانند کمبود سیستم تقویتی، سیستم انگیزشی ناکافی، یا اختلال در شرایط بیولوژیکی و به‌طورکلی با ترکیب همه این عناصر. زیربنای نظری ایده فوق در مورد ارزیابی سنجش از تأثیر متقابل بین یادگیری قبلی فرد و زمینه‌های بیرونی و ارگانیسمی که فرد در آن زندگی می‌کند نشئت می‌گیرد. محیطی که رفتار در آن اتفاق می‌افتد بسیار مهم است و ساختار بیولوژیکی و عملکرد فیزیولوژیکی افراد به آن‌ها در سازگاری و واکنش به محیط اطراف کمک می‌کند. ارزیابی رفتار مستلزم بررسی فرد، محیط و ارتباط بین این دو است (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

ویژگی سوم سنجش رفتاری پیوسته و مستمر بودن می‌باشد. سنجش رفتاری در بافت بالینی، فقط یک‌دفعه انجام نمی‌شود، بلکه یک فرایند پیوسته و مستمر است که

---

1. Functional Behavior Assessment

@LOTUS_PNU

قبل و در حین و پس از درمان صورت می‌گیرد. سنجش رفتاری علاوه بر اینکه در انتخاب روش درمان مهم است، در بررسی اثربخشی درمان و پیشرفت درمان هم نقش دارد. علاوه بر این سنجش رفتاری به ارزیابی منابع و امکانات مراجع مانند مهارت‌ها، انگیزه، تفکر و انتظارات نیز می‌پردازد (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

۶-۳ روش‌های سنجش رفتاری

از آنجایی که در سنجش رفتاری ابعاد متفاوتی مورد سنجش قرار می‌گیرند، ابزارهای ارزیابی رفتار به اشکال مختلفی وجود داشته و در موقعیت‌های متفاوت کاربردهای متنوعی دارند. برای مثال این ابزارها در یک محیط بالینی برای ارزیابی تشخیصی و توصیه استراتژی‌ها و درمان‌ها استفاده می‌شود. در محیط مدرسه، ارزیابی‌های رفتاری می‌توانند رفتارهای چالش‌برانگیز را شناسایی کنند تا برنامه‌هایی برای حمایت و اصلاح ایجاد کنند و در محیط کار می‌توانند به ایجاد تیم‌های سالم با پروفایل‌های شخصیتی متعادل برای به حداکثر رساندن کارایی و بهره‌وری کمک کنند.

راهبردهای سنجش رفتار را می‌توان به‌صورت مقوله‌های کلی مشاهده رفتار، مصاحبه رفتاری، پرسش‌نامه‌های خودسنجی، سنجش رفتاری شناختی، سنجش روانی - فیزیولوژیکی و ایفای نقش طبقه‌بندی کرد.

مشاهده رفتار: ارزیابی رایج در سنجش رفتاری، مشاهده[1] است که در این روش می‌توان رفتار را در زمان واقعی مورد بررسی قرار داد. ارزیابی‌های مشاهده‌ای به روان‌شناسان اجازه می‌دهد تا یک فرد را در محیط طبیعی خود (کلاس درس، منزل یا محیط کار) مورد ارزیابی قرار دهند. در طول مشاهده، روان‌شناس به‌طور خاص آنچه قبل از رفتار اتفاق می‌افتد، آنچه رفتار مستلزم آن است، و آنچه بلافاصله بعد از آن اتفاق می‌افتد، را بررسی می‌کند. علاوه بر این، متخصصان برای تعیین فراوانی و شدت رفتار هدف، عوامل ایجادکننده و نگه‌دارنده آن اقدام به مشاهده رفتارهای فرد می‌کنند. مشاهده‌گر، کنترلی اعمال نمی‌کند و اجازه می‌دهد رفتار آزادانه روی دهد (کیپانی و چوک، ۲۰۱۰).

مشاهده‌ها معمولاً توسط متخصص و یا فرد دیگری که در زندگی مراجع بیشتر درگیر است (مثل معلم، والدین و یا همسر) انجام می‌گیرد. با توجه به اینکه روش

1. Observation

@LOTUS_PNU

مشاهده توسط متخصص هزینه بالایی دارد، علاقه متخصصان به خود بازبینی بیشتر می‌شود. در این روش، خود افراد به مشاهده و ثبت رفتارها، افکار و هیجاناتشان می‌پردازند. مراجعان باید در مقطع زمانی تعیین شده، فراوانی و شدت و مدت برخی رفتارها و همچنین علت این رفتارها و پیامدهای آن‌ها ثبت نمایند.

مصاحبه رفتاری: مصاحبه[1] نیز می‌تواند ابزار مفیدی برای تعیین رفتارهای نابهنجار باشد که در محیط‌های بالینی، آموزشی و کار استفاده می‌شود. متخصصان ممکن است برای جمع‌آوری اطلاعات، با خود فرد، اعضای خانواده یا معلمان مصاحبه کنند. در مصاحبه سؤالاتی جهت بررسی جزئیات رفتار پرسیده می‌شود، از جمله: چند وقت یک‌بار این رفتار رخ می‌دهد؟ آیا این رفتار شامل افراد خاصی می‌شود؟ آیا این رفتار پاداش یا پیامدهایی دارد؟ (بوید و مک کاب، ۲۰۲۲).

متخصص در مصاحبه بر توصیف و فهم رابطه بین پیشایندها، رفتارها و پیامدها متمرکز می‌گردد. در مصاحبه از طریق بررسی ساختاریافته فراوانی، شدت و تداوم رفتارهای مورد نظر، مشخص می‌شود. در مصاحبه رفتاری ابتدا باید ارتباط درمانی برقرار گردد، هدف از مصاحبه مشخص شود، تأثیر گذشته فرد بر رفتارها و مسائل فعلی مورد بررسی قرار گیرد. در این نوع مصاحبه معمولاً به رفتارهای فعلی مراجع پرداخته می‌شود؛ زیرا رفتار مراجع متأثر از عوامل موقعیتی است نه عوامل و مسائل گذشته. متخصص باید میزان و گسترش مشکل، علل بروز آن و زمان وقوع رفتار و اثرهایی که بر روابط فرد می‌گذارد را بررسی نماید. در نهایت مصاحبه رفتاری باید با خلاصه کردن اطلاعات به دست آمده، توضیح درباره سایر اطلاعات لازم و برآوردی از روند احتمالی درمان پایان پذیرد (ریچارد و هاپریک، ۲۰۰۹).

پرسشنامه‌ها: یکی دیگر از روش‌های سنجش رفتاری، استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی[2] است. برخی از این پرسش‌نامه‌ها تأکید بیشتری بر رفتار و موقعیت دارند. در این پرسشنامه‌ها از افراد خواسته می‌شود به سؤال‌هایی درباره رفتارها، هیجانات و احساس‌های خود در موقعیت‌های مختلف پاسخ دهند. هدف این آزمون‌ها بررسی نشانه‌ها، نگرش‌ها، رفتارها، تمایلات و ترس‌ها می‌باشد. پاسخ سؤالات بر مبنای مقیاس

---

1. Interview
2. Self-Assessment Questionnaire

@LOTUS_PNU

لیکرت است و آزمودنی بر مبنای اینکه هر سؤال یا عبارت چقدر توصیف‌کننده ویژگی‌های وی است، موافقت و مخالفت خود را اعلام می‌نماید.

مهم‌ترین مشکل این پرسشنامه‌ها این است که آزمون‌ها برای کودکان، افراد سالخورده و افرادی که توانایی خواندن ندارند، مناسب نیست. در این مواقع معمولاً از مقیاس‌های رتبه‌بندی رفتار که توسط معلم، والدین یا افراد نزدیک فرد مورد نظر تکمیل می‌شود، استفاده می‌گردد.

این مقیاس‌ها به توصیف و بررسی انواع رفتارها می‌پردازد و همچنین به مشخص کردن رفتارهای خاصی که می‌توانند برای مداخله، هدف قرار گیرند کمک می‌کند. برخی از سؤالات در مقیاس رتبه‌بندی ممکن است به مسائلی مانند دامنه توجه، توانایی پیگیری یک کار، مهارت‌های رفتاری انطباقی، توانایی انجام کارهای هدفمند و برقراری روابط اجتماعی می‌پردازند. روان‌شناس بر مبنای نتایج پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها یک برنامه مداخله طراحی می‌کند که ممکن است شامل راهبردهایی مانند تقویت مثبت برای رفتار مناسب یا تغییر برنامه روزانه فرد باشد. پس از چندین هفته از اجرای مداخله، پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها مجدداً اجرا می‌گردند تا رفتار مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و میزان پیشرفت درمان و بهبود بررسی گردد. مهم‌ترین مزیت پرسشنامه‌ها این است که به‌صورت عینی و با روش مشخص نمره‌گذاری می‌شوند و نتایج آزمون‌ها به سوگیری‌های شخصی یا نظری نمره‌گذار بستگی ندارد (بوید و مک کاب، ۲۰۲۲).

سنجش رفتاری شناختی: برخی از اختلالات روان‌شناختی ناشی از مشکلات رفتاری و شناختی مانند موقعیت‌های ناخوشایند زندگی یا افکار ناکارآمد افراد می‌باشند. تحقیقات زیادی در زمینه فرایندهای شناختی زمینه‌ساز اختلال‌های رفتاری صورت گرفته است و نتایج نشان داده است که شناخت‌ها و افکار افراد نقش مهمی در رفتار آن‌ها بازی می‌کنند. برای تعیین اینکه آیا مسائل رفتاری یا شناختی باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی شده است یا خیر، سنجش رفتاری شناختی[1] ضرورت پیدا می‌کند (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

به‌منظور ارزیابی و درمان مشکلات بیماران، درمانگران شناختی رفتاری اغلب به پنج حوزه از موقعیت یک فرد نگاه می‌کنند. این پنج حوزه عبارت‌اند از:

1. Cognitive Behavior Assessment

@LOTUS_PNU

- وضعیت زندگی: این شامل روابط و مشکلات عملی زندگی فعلی مراجع می‌شود. به‌عنوان مثال، همسر مراجع او را به خاطر فرد دیگری ترک کرده است. وضعیت زندگی او همین است.
- تفکر تغییریافته: چگونه وضعیت زندگی فعلی طرز فکر مراجع را تغییر داده است؟ افکار مراجع در مورد اینکه تقصیر او بوده و به خاطر ترک همسر خودش را سرزنش می‌کند، افکاری هستند که از وضعیت زندگی او مطلع شده‌اند. اگر همسرش او را ترک نمی‌کرد، او این افکار را نداشت.
- احساسات تغییریافته: وضعیت زندگی چگونه احساس مراجع را تغییر داده است؟ مراجع احساس افسردگی و عصبانیت می‌کند. باز هم این‌ها محصول وضعیت زندگی است.
- علائم فیزیکی تغییر یافته: وضعیت زندگی چگونه بر علائم فیزیکی تأثیر گذاشته است؟ مراجع از زمانی که همسرش او را ترک کرده، دچار تپش قلب شده و سردردهای تنشی او را آزار می‌دهد.
- رفتارهای تغییر یافته: وضعیت زندگی چگونه رفتار مراجع را تغییر داده است؟ مراجع تکانشی عمل می‌کند و دچار پرخوری‌های عصبی شده است. این رفتارها محصول وضعیت زندگی است.

معمول‌ترین روش‌های مورد استفاده جهت سنجش رفتاری شناختی پرسش‌نامه‌های خودسنجی، مصاحبه‌های حضوری، بلند فکر کردن مراجع و یا صحبت کردن در مورد افکار هستند که به درمانگر درکی از افکار، رفتارها و احساسات مراجع ارائه می‌کنند. آن‌ها در مراحل اولیه درمان استفاده می‌شوند و گستره وسیعی از شناخت‌ها مثل ترس از ارزیابی منفی، گرایش به تفکر غیرعقلانی و گرایش به استنباط‌های منفی راجع به تجارب زندگی و ... را مورد سنجش قرار می‌دهند. هدف اصلی این نوع سنجش، سبب‌شناسی و بررسی عوامل زمینه‌ساز اختلال‌ها، تفاوت بین تحریف‌های شناختی در رفتار بهنجار و نابهنجار و تغییرهای شناختی که در دوره درمان رخ می‌دهند، می‌باشد (ریچارد و هاپریک، ۲۰۰۹).

سنجش روانی-فیزیولوژیکی: یکی از مباحث مهم در سنجش رفتاری بررسی کارکردهای فیزیولوژیکی و چگونگی تأثیر آن بر رفتار می‌باشد. زیرا برخی از مشکلات رفتاری بر حالت‌های فیزیولوژیکی تأثیر گذاشته و بعضی دیگر از اختلالات

@LOTUS_PNU

فیزیولوژیکی ناشی می‌شوند. بنابراین، تشخیص دقیق و درمان صحیح اختلالات رفتاری مستلزم سنجش روانی – فیزیولوژیکی[1] می‌باشد. متداول‌ترین پاسخ‌های فیزیولوژیکی که مورد سنجش قرار می‌گیرند، کارکرد سیستم اعصاب پیرامونی و اعصاب مرکزی می‌باشد. یکی از مرسوم‌ترین روش‌های سنجش سیستم عصبی در روان‌شناسی، روش بیوفیدبک[2] می‌باشد که در سنجش بسیاری از موارد بالینی از جمله اضطراب، استرس، افسردگی، نوسان خلق و ... استفاده شده است (هاینر و اوبرین، ۲۰۰۰).

بیوفیدبک تکنیکی است که می‌توان فعالیت الکتریکی مغز، میزان جریان خون موضعی مغز، فعالیت ماهیچه‌ها، دمای پوست، میزان رسانایی پوست، تنفس، فشارخون، ضربان قلب و میزان تغییرپذیری آن را اندازه‌گیری کرد و تحت کنترل درآورد. در این روش به افراد بازخوردهایی در مورد فرایندهای فیزیولوژیکی داده می‌شود تا آگاهی‌شان نسبت به این فرایندها افزایش بیابد و بتوانند به‌منظور بهبود سلامتی و افزایش عملکرد خود، بر ذهن و بدن خود کنترل داشته باشند. تحقیقات نشان داده است که روش بیوفیدبک به‌تنهایی و یا همراه با روان‌درمانی، درمان مفیدی برای اختلالات متعدد روان‌شناختی و پزشکی می‌باشد (خازان، ۱۴۰۰).

بیوفیدبک در بسیاری موارد می‌تواند انجام شود، از جمله: مراکز سلامت روان، کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه، مطب پزشکان و دندان‌پزشکان و مراکز فیزیوتراپی. روش‌های رایج بیوفیدبک شامل موارد زیر است:

- تنفس[3]: اندازه‌گیری میزان و الگوی تنفس و همچنین سطح دی‌اکسید کربن موجود در خون.
- قلب و عروق: اندازه‌گیری ضربان قلب، تغییرپذیری ضربان قلب (HRV)[4]، آریتمی سینوس تنفسی (RSA)[5] و میزان حجم خون.
- اعصاب ماهیچه‌ای: اندازه‌گیری انقباض ماهیچه‌ها با الکترومیوگرافی سطحی (sEMG)[6].
- رسانایی پوست[1]: اندازه‌گیری میزان فعالیت غدد عرق.

---

1. Psycho Physiological Assessment
2. Biofeedback
3. Respiration
4. Heart Rate Variability
5. Respiration Sinus Arrhythmia
6. Surface Electromyography

@LOTUS_PNU

- دمای پوست پیرامونی[2]: اندازه‌گیری دمای انگشتان دست و یا پا.
- سیستم اعصاب مرکزی (مغز): اندازه‌گیری سیگنال‌های امواج مغزی.

ایفای نقش: ایفای نقش[3] به‌عنوان یک تکنیک هم در ارزیابی رفتاری و هم در مداخله استفاده می‌گردد. این روش در آموزش روابط انسانی و روان‌درمانی استفاده می‌شود که در آن شرکت‌کنندگان نقش‌های اجتماعی مختلف را در موقعیت‌های نمایشی ایفا می‌کنند. بازی نقش که در ابتدا در روان درام توسعه یافت، ولی امروزه به‌طور گسترده در محیط‌های بالینی، آموزشی و صنعتی برای هدف‌های مختلف مانند کمک به تغییر نگرش‌ها و روابط بین افراد، آموزش مهارت‌های مختلف، تمرین روش‌های مختلف مقابله با استرس‌ها و اصلاح رفتار استفاده می‌شود. در روان‌شناسی، ایفای نقش یک ابزار آموزشی است که برای تجسم و تمرین روش‌های مختلف مدیریت یک موقعیت استفاده می‌شود. در حین ایفای نقش، درمان‌جو و درمانگر صحنه‌هایی را اجرا می‌کنند که در آن درمان‌جو با موقعیت دشواری مواجه می‌شود. معمولاً درمانگر ابتدا نقش مراجع را بازی می‌کند و بازخورد می‌گیرد، سپس نقش‌ها معکوس می‌شوند. بازی‌های نقش با بازخورد دنبال می‌شود و تا زمانی که مراجع عملکرد رضایت بخشی داشته باشد تکرار می‌شود. گفت‌وگوی هدایت شده می‌تواند به‌عنوان ایده‌ای برای این نقش‌آفرینی‌ها عمل کند. این روش می‌تواند به‌عنوان وسیله‌ای برای نشان دادن یا بازنگری رفتارهای نابهنجار فعلی فرد استفاده شود و همچنین با این روش افراد می‌توانند رفتارهای جدید یا رفتارهای جایگزین را بیاموزند (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

یکی از روش‌های مورد استفاده در ایفای نقش، مدل‌سازی پنهان[4] است. مدل‌سازی پنهان مشابه نقش‌آفرینی در تخیل است. به مراجع آموزش داده می‌شود که این تکنیک را با تصور کردن شخص دیگری که فعالیت را با موفقیت انجام می‌دهد، تمرین کند و سپس خود را در تصویر ساخته شده جایگزین کند. اغلب برای مشتری دشوار است که تصور کند که یک فعالیت ترسناک را با موفقیت انجام می‌دهد، اما او می‌تواند تصور کند که شخص دیگری آن را به‌خوبی انجام می‌دهد؛ بنابراین هنگامی که

---

1. Skin Conductivity
2. Surface Skin Temperature
3. Role Play
4. Hidden Modeling

@LOTUS_PNU

شخص دیگری را در حال انجام آن فعالیت تصور می‌کند، بیرون کشیدن دیگری و قرار دادن خود در تصویر آسان‌تر می‌شود (هاینر و اوبرین، ۲۰۰۰).

۶-۴ مزایا و محدودیت‌های ارزیابی رفتاری:

مزایای ارزیابی رفتاری: ارزیابی‌های رفتاری داده‌های عینی را برای تعیین رفتارهای نابهنجار و سبب‌شناسی مشکل ارائه می‌دهند. ارزیابی رفتاری بلافاصله به تعیین و توسعه اقدامات مداخله‌ای منجر می‌شود. ارزیابی رفتاری را می‌توان در زمینه رفتار مربوطه یا در تنظیمات شبیه‌سازی شده با تقلید از محیط طبیعی انجام داد و با ویژگی‌های خاص مراجع و محیط مورد نظر تطبیق داده می‌شود. از آنجایی که رویکردهای ارزیابی رفتاری بسیار متنوع هستند، به ارزیابی چندبعدی کمک می‌کنند (بوید و مک کاب، ۲۰۲۲).

محدودیت‌های ارزیابی رفتاری: بسیاری از روش‌های مورد استفاده در ارزیابی رفتاری نیاز به استانداردسازی دارند. ممکن است نتایج روش‌های متفاوت ارزیابی رفتاری با هم متناقض باشند. تعاریف محدود رفتار ممکن است منجر به سازگاری کمتر در مشاهده رفتار شود. روش‌های ارزیابی رفتار ممکن است ساده به نظر برسد، اما اگر روان‌شناس در این رویکردها آموزش ندیده باشد، ارزیابی ناقص بوده و مداخله ناموفق خواهد بود. با انجام یک تحلیل عملکردی، متخصصان می‌توانند درک دقیق‌تری از محیط و دلایل رفتار به دست آورند. همچنین توجه به این نکته ضروری است که ارزیابی رفتاری یک فرایند مستمر در تمام مراحل درمان است (هاداوی و برو، ۲۰۱۵).

در کل با وجود محدودیت‌های ارزیابی رفتاری، این نوع ارزیابی مجموعه‌ای منسجم از اطلاعات فرد را مورد بررسی قرار داده و زمینه را برای تغییر رفتار فراهم می‌نماید.

خلاصهٔ فصل ششم

یکی از مباحث مهم در روان‌شناسی، سنجش رفتاری است که شامل شیوه‌هایی برای سنجش و اندازه‌گیری رفتار می‌باشد. ارزیابی رفتاری مجموعه‌ای منسجم از اصول و روش‌ها برای هدایت تحقیقات و مداخله‌های بالینی ارائه می‌دهد و یکی از مهم‌ترین روش‌های تجربی در بین روش‌های سنجش بالینی می‌باشد.

@LOTUS_PNU

ارزیابی‌های رفتاری به اشکال مختلف از جمله مشاهده رفتار، مصاحبه رفتاری، پرسش‌نامه‌های خودسنجی، سنجش رفتاری شناختی، سنجش روانی – فیزیولوژیکی و ایفای نقش انجام می‌شود.

مشاهدات به‌منظور شناسایی محیط و شرایطی که رفتار در آن رخ می‌دهد، انجام می‌شوند. معمولاً متخصصان جهت تعیین فراوانی و شدت رفتار هدف، عوامل ایجادکننده و نگه‌دارنده آن اقدام به مشاهده رفتارهای فرد می‌کنند. مصاحبه‌ها فرصتی برای پاسخ‌های باز از سوی افرادی که تجربه رفتار چالش‌برانگیز را دارند، فراهم می‌کند. متخصصان ممکن است برای جمع‌آوری اطلاعات و بررسی جزئیات رفتار، سؤالاتی از خود فرد، اعضای خانواده یا معلمان بپرسند.

پرسشنامه‌ها مقیاس‌های استانداردی هستند که برای شناسایی مجموعه خاصی از رفتارها استفاده می‌شوند. در پرسشنامه‌ها از افراد خواسته می‌شود به سؤال‌هایی درباره رفتارها، هیجانات و احساس‌های خود در موقعیت‌های مختلف پاسخ دهند. یکی دیگر از روش‌های ارزیابی رفتاری، سنجش شناختی رفتاری می‌باشد که هدف اصلی این نوع سنجش، سبب‌شناسی و بررسی عوامل زمینه‌ساز اختلال‌ها، تفاوت بین تحریف‌های شناختی در رفتار بهنجار و نابهنجار و تغییرهای شناختی که در دوره درمان رخ می‌دهند، می‌باشد.

یکی از مباحث دیگر در سنجش رفتاری بررسی کارکردهای فیزیولوژیکی و چگونگی تأثیر آن بر رفتار می‌باشد که معمولاً ابزارها و روش‌های تکنولوژیک به این نوع ارزیابی کمک می‌کنند. ایفای نقش نیز به‌عنوان یک تکنیک هم در ارزیابی رفتاری و هم در مداخله استفاده می‌گردد که در آن فرد موقعیت واقعی زندگی را تصویرسازی کرده و با کمک درمانگر به آموزش مهارت‌ها می‌پردازد.

در مجموع این ابزارها می‌توانند به تعیین رفتارهای هدف، شدت و کمیت آن‌ها پرداخته و به ارائه مداخله‌های درمانی به متخصصان کمک کنند. اطلاعات به دست آمده از ارزیابی رفتاری به شناسایی علت وقوع رفتار هدف و عوامل تداوم‌بخش آن منجر می‌گردد.

مفاهیم کلیدی فصل ششم

ارزیابی رفتاری، مصاحبه رفتاری، ایفای نقش، بیوفیدبک، ارزیابی شناختی-رفتاری، پرسشنامه خودسنجی.

@LOTUS_PNU

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم

۱. سنجش رفتاری بر کدام‌یک از موارد زیر متمرکز است؟
الف) آنچه که شخص انجام می‌دهد.
ب) آنچه که شخص دارد.
ج) آنچه که شخص هست.
د) همه موارد

۲. کدام‌یک از موارد زیر جز ویژگی‌های سنجش رفتاری نمی‌باشد؟
الف) به علامت توجه می‌کند.
ب) پیوسته و مستمر است.
ج) به تحلیل محرک‌های پیش از رفتار توجه می‌کند.
د) به ارزیابی منابع و امکانات مراجع می‌پردازد.

۳. در کدام روش سنجش رفتاری می‌توان رفتار را در زمان واقعی مورد بررسی قرار داد؟
الف) مصاحبه ب) پرسشنامه
ج) مشاهده د) ایفای نقش

۴. در قسمت پایانی مصاحبه رفتاری کدام‌یک از موارد زیر مطرح نمی‌گردد؟
الف) خلاصه اطلاعات به دست آمده
ب) برآوردی از روند احتمالی درمان
ج) افکار و احساسات فرد
د) بررسی اطلاعات بیان نشده

۵. در مورد کدام‌یک از افراد زیر به‌جای مقیاس‌های رتبه‌بندی رفتار از پرسشنامه استفاده می‌شود؟
الف) کودکان ب) افراد سالخورده
ج) افرادی که توانایی خواندن ندارند. د) افراد با اختلالات شناختی

۶. عصبانیت و افسردگی مراجع جز کدام‌یک از حوزه‌های سنجش شناختی- رفتاری می‌باشد؟
الف) تفکر تغییر یافته ب) احساس تغییر یافته
ج) رفتار تغییر یافته د) هیجان تغییر یافته

@LOTUS_PNU

۷. در کدام‌یک از راهبردهای سنجش رفتاری از تکنیک بلند فکر کردن استفاده می‌شود؟

الف) پرسشنامه ب) سنجش رفتاری- شناختی

ج) ایفای نقش د) سنجش فیزیولوژیک

۸. کدام‌یک از موارد زیر، مزیت ارزیابی رفتاری محسوب نمی‌شود؟

الف) ارائه داده‌های عینی برای تعیین مشکل

ب) منجر شدن به تعیین و توسعه اقدامات مداخله‌ای

ج) کمک به ارزیابی چندبعدی

د) اجرای ساده و عدم نیاز به تخصص

۹. اندازه‌گیری میزان فعالیت غدد عرق توسط کدام روش بیوفیدبک انجام می‌شود؟

الف) تنفس ب) ضربان قلب

ج) رسانایی پوست د) دمای بدن

۱۰. در مورد کودکان و افرادی که توانایی خواندن ندارند، به‌جای پرسشنامه از چه روشی استفاده می‌شود؟

الف) مقیاس‌های رتبه‌بندی رفتار ب) سنجش فیزیولوژیک

ج) مصاحبه د) مشاهده رفتاری

خودآزمایی تشریحی فصل ششم

۱. هدف‌های سنجش رفتاری را توضیح دهید؟

۲. سه ویژگی اصلی سنجش رفتاری را توضیح دهید؟

۳. راهبردهای سنجش رفتاری را نام‌برده و توضیح دهید؟

۴. در مصاحبه رفتاری به چه مقوله‌هایی پرداخته می‌شود؟

۵. حوزه‌های ارزیابی شناختی-رفتاری را توضیح دهید؟

۶. بیوفیدبک و روش‌های رایج آن را توضیح دهید؟

۷. مزایا و محدودیت‌های ارزیابی رفتاری را توضیح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل هفتم

روش‌های تفسیر و قضاوت بالینی

هدف کلی

آشنایی با روش‌های تفسیر و قضاوت بالینی و ارائه گزارش بالینی.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. تفسیر یا قضاوت بالینی را تعریف کنند.
۲. رابطه چهارچوب نظری و قضاوت بالینی را تشریح نمایند.
۳. سه‌طبقه تفسیری روان‌شناسان بالینی را توضیح دهند.
۴. رویکردهای قضاوت بالینی را با هم مقایسه کنند.
۵. عوامل بهبود قضاوت بالینی و تفسیر را شرح دهند.
۶. باورهای قالبی را که به فرایند تفسیر ربط پیدا می‌کند، از نظر میهل برشمارند.
۷. گزارش بالینی را توضیح دهند.
۸. رئوس گزارش بالینی را برشمارند.
۹. عوامل ارتقای کارکرد کمک‌های ارتباطی گزارش بالینی را توضیح دهند.
۱۰. ویژگی‌های یک گزارش بالینی را به‌اختصار برشمارند.

@LOTUS_PNU

مقدمه

تفسیر، فرایندی استنباطی است که با اتمام سنجش آغاز می‌شود؛ یعنی زمانی که مصاحبه‌ها صورت گرفته و آزمون‌های روانی اجرا شده است، حال این سؤال پیش می‌آید که همه این‌ها چه معنایی دارد و چه تصمیماتی باید گرفت؟

تفسیر بالینی[1] یا قضاوت بالینی[2] فرایند پیچیده‌ای است. تفسیر بالینی به یک محرک نیاز دارد؛ مثل نیمرخ ویراست دوم شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتا، یک هوشبهر، یک ژست یا صدا. همچنین به پاسخ روان‌شناس بالینی نیاز دارد. «آیا این بیمار روان‌پریش است؟» «آیا رفتار این بیمار، بیانگر انتظار کم موفقیت است؟» یا حتی «این بیمار شبیه چیست؟» همچنین مستلزم وجود خصوصیاتی در روان‌شناسی 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 دامنه بیماران تا مقتضیات محل تصمیم‌گیری.

۷-۱ چهارچوب نظری

روان‌شناسان بالینی، دنبال سبب‌شناسی یا خاستگاه‌های مشکلات روانی و فهمیدن بیماران هستند، به‌طوری‌که بتوانند به آن‌ها کمک کنند. مشکلات روانی را به شیوه‌های مختلفی می‌توان مفهوم‌بندی کرد (برای مثال، به شیوه رفتاری، شناختی یا روان‌پویشی). نوع تفسیرهای روان‌شناس بالینی روان‌پویشانه با نوع تفسیرهای روان‌شناس بالینی رفتارگرا فرق زیادی دارد. دو روان‌شناس بالینی هر دو ممکن است شاهد اصرار یک کودک برای خوابیدن در تختخواب مادر باشند. از نظر روان‌شناس بالینی روان‌پویشانه، این رفتار علامت عقده ادیپ حل‌وفصل نشده است؛ اما تفسیر روان‌شناس بالینی رفتارگرا، تقویتی خواهد بود. در حقیقت، یکی از راه‌های ارزیابی تفسیرهای روان‌شناسی بالینی، بررسی سازواری تفسیرهایشان با نظریه‌ای است که تفسیر را از آن گرفته‌اند.

روان‌شناسان بالینی را در حال حاضر می‌توان در سه طبقه تفسیری کلی جا داد: نخستین طبقه، روان‌شناسان بالینی رفتارگرا هستند. این روان‌شناسان معمولاً بر اساس

---

1. Clinical Interpretation
2. Clinical Judgement

@LOTUS_PNU

مشاهدات یا گزارش‌های دریافتی مستقیم از بیمار یا دیگر مشاهده‌گران اطلاعاتی درباره بیماران جمع‌آوری می‌کنند و این اطلاعات را نیز نمونه فرض می‌کنند.

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. این رویکرد روان‌سنجی به تفسیر، بیش از هر زمان، وقتی مفید است که ملاک‌ها مشخص و به‌خوبی و به‌دقت بیان شده باشد. در این رویکرد، از داده به‌عنوان همبسته‌های چیز دیگری استفاده می‌کند.

سومین طبقه روان‌شناسان بالینی، رویکرد روان‌پویشی است. این رویکرد، 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 رویکرد روان‌سنجی، تصویری به‌شدت برداشت‌گرایانه از بیمار ترسیم می‌شود، هر چند در بسیاری موارد، اظهارات هنجاری ظریف هم مطرح می‌شود.

۷-۲ رویکردهای قضاوت بالینی

رویکرد کمی- 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 و به صورت‌بندی فرضیه درباره بیمار می‌انجامد. همچنین روان‌شناسی بالینی به کمک یک رویکرد آماری می‌تواند فرضیه‌اش را بسنجد؛ اما باید مراقب باشد که هر چند آمار و یافته‌های علمی در مجموع به فهم رابطه متغیرها کمک می‌کند ولی پاسخی نمی‌دهد که درباره تمام وضعیت‌ها یا افراد به یک اندازه کاربرد داشته باشد. 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 تجربی‌بنیاد برای اخذ تصمیمات آگاهانه و اطمینان از اینکه دانش اثبات شده‌ای درباره موردها دارند، از داده‌ها و شواهد علمی استفاده کنند؛ اما همیشه باید احتمال یافته‌های داده‌بنیاد را به فرد خاصی محدود کرد.

رویکرد ذهنی- بالینی: رویکرد بالینی، بسیار ذهنی و تجربه‌ای و شهودی است. این رویکرد بر کاربرد قضاوت درباره یک مورد خاص تأکید می‌کند. شهود بالینی را نمی‌توان به‌راحتی تحلیل و کمی کرد. شهود بالینی، فرایندی شخصی در روان‌شناسی

@LOTUS_PNU

بالینی است که گاهی اوقات حتی روان‌شناسان بالینی، خودشان هم نمی‌توانند بگویند از کدام نشانه‌ها در پاسخ بیماران در آزمون یا از کدام حرف او توانسته‌اند نتیجه‌گیری کنند یا به قضاوت بپردازند؛ 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 شخصیت هستند.

مقایسه رویکرد آماری و بالینی: با توجه به تحقیقات انجام شده درباره ارزشمندی رویکرد آماری و بالینی می‌توان نتیجه‌گیری نمود که رویکرد آماری وقتی ارزشمند است که:

۱. نتیجه‌ای که قصد پیش‌بینی آن وجود دارد، 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.

۳. دلیلی برای نگرانی خطا یا سوگیری قضاوت انسانی وجود داشته باشد. خستگی، کسل بودن، سوگیری و چند ایراد انسانی دیگر می‌تواند خطای انسانی را باعث شود. این‌گونه عوامل معمولاً تصادفی و پیش‌بینی‌ناپذیر است. درحالی‌که فرمول‌ها، معادلات و رایانه‌ها هرگز خسته و دچار کسالت و سوگیری نمی‌شوند.

همچنین رویکرد بالینی وقتی ارزشمند است که:

۱. درباره حوزه‌ها یا رویدادها، اطلاعاتی لازم است که برای آن‌ها آزمون‌های کافی و مناسب وجود ندارد.

۲. هنگامی که ضررت دارد درباره رویدادهای کمیاب و غیرمعمولی قضاوت شود که ماهیتی بسیار فردی دارند.

۳. قضاوت‌های بالینی در رابطه با مواردی است که برای آن‌ها معادله‌های آماری وجود ندارد.

۴. شرایط لحاظ شده بتواند اثربخشی فرمول را از بین ببرد.

علی‌رغم آنچه که در مقایسه ارزشمندی رویکرد آماری و بالینی بیان شد، مفیدترین موضع آن است که دو روش با هم تلفیق و ادغام شوند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

@LOTUS_PNU

۷-۳ بهبود قضاوت بالینی و تفسیر

قضاوت بالینی بهتر، با تجربه بالینی بیشتر تا حدودی رابطه دارد، اما بهبود بسیار بیشتر احتمالاً ناشی از برنامه‌های آموزشی خواهد بود که بر استفاده از مدل‌های آماری و آگاهی از سوگیری‌های شناختی تمرکز دارند (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

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 پیچیدی آن‌ها زیاد است. روان‌شناسان بالینی باید مراقب ساده‌انگاری افراطی باشند. آن‌ها به‌راحتی 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. هرگاه روان‌شناسان بالینی تحت‌فشار ازدیاد اطلاعات یا ضرورت سازواری اشتباه‌هایشان درباره بیماران قرار می‌گیرند، باید ابهام و پیچیدگی بیماران ذاتاً پیچیده را تحمل کنند.

سندرم معنی کردن: روان‌شناسان بالینی گاهی اوقات به‌افراط 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 جزئی و حداقلی را به‌راحتی گواهی بر وجود آسیب روانی می‌گیرند. حیرت‌آور این است که دنیا را پر از آدم‌های «مریض» می‌بینند. تأکید بر جنبه‌های منفی به‌جای جنبه‌های مثبت، آن‌قدر آسان است که روان‌شناسان بالینی می‌توانند خیلی راحت پیش‌بینی‌ها یا تفسیرهایی کنند که مزیت‌ها و استعدادهای شخصی را نادیده می‌گیرد. 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 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 مقایسه نگاه خود با همکاران و بستگان و آشنایان بیماران، مهارت‌های تفسیری روان‌شناسان بالینی را بهبود می‌بخشد.

@LOTUS_PNU

گزارش‌ها، مفاهیم و ملاک‌های مبهم: یکی از موانع مهم در راه قضاوت بالینی معتبر، گرایش به استفاده از مفاهیم مبهم و ملاک‌هایی است که به‌خوبی تعریف نشده‌اند. البته این قضیه در گزارش‌های روان‌شناختی نمود می‌یابد که به همان اندازه مهم است. در چنین وضعیتی، تعیین اینکه آیا پیش‌بینی‌ها و قضاوت‌های روان‌شناسان بالینی درست است یا غلط، خیلی سخت می‌شود. شاید به این دلیل است که برخی از آن‌ها از اصطلاحات مبهم استفاده می‌کنند. ازاین‌رو، روان‌شناسان بالینی باید برای رفع مشکل، از مصاحبه‌های ساختاردار، مقیاس‌های درجه‌بندی ساختاردار، آزمون‌های شخصیتی عینی و روش‌های سنجش رفتاری استفاده کنند تا قضاوت و پیش‌بینی‌های بالینی آگاهانه‌ای داشته باشند.

اثرهای پیش‌بینی: پیش‌بینی‌ها گاهی اوقات به این دلیل که بر مبنای استنباط‌های غلط صورت گرفته‌اند، اشتباه از آب درنمی‌آیند، بلکه به این دلیل اشتباه هستند، چون بر وضعیت رفتاری تأثیر می‌گذارند. برای مثال، این پیش‌بینی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در سازگاری با جو 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. درحالی‌که اگر این پیش‌بینی را نمی‌شنیدند، شاید چنین محیطی فراهم نمی‌آوردند. بنابراین، خود عمل 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. صرف‌نظر از اینکه روان‌شناسان بالینی چقدر دقت می‌کنند و درست می‌گویند، یک رویداد خارجی بی‌ربط می‌تواند یک پیش‌بینی کاملاً معتبر را نفی کند.

اصول پیش‌بینی غلط: پیش‌بینی‌های شهودی در برخی موارد می‌تواند روان‌شناسان بالینی را در مسیر غلط بیندازد؛ چون منطق پیش‌بینی آماری 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.

تأثیر باورهای قالبی: گاهی اوقات به نظر می‌رسد روان‌شناسان بالینی، داده‌ها را بر مبنای باورهای قالبی، تفسیر می‌کنند. ازاین‌رو، روان‌شناسان بالینی باید همواره مراقب

@LOTUS_PNU

با گرفتن این باور در خودشان باشند که علائم تشخیصی ضرورتاً نشان‌دهنده‌های معتبر برخی خصوصیات است. برای مثال باور قالبی روان‌شناسان بالینی درباره پایگاه اجتماعی-اقتصادی مراجعان بر قضاوت‌های بالینی آن‌ها تأثیرگذار است (ترال و بریستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

میهل[1] (۱۹۷۷) طی مقاله‌ای برخی از باورهای قالبی را که به فرایند تفسیر ربط پیدا می‌کند، این‌گونه گزارش کرده است:

مغلطه مریض- 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.

مغلطه من هم: افکار اهمیت تشخیص 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، هر چه بیماران شباهت بیشتری به ما داشته باشند، احتمال جست‌وجوی مشکل در آن‌ها توسط ما کمتر می‌شود.

مغلطه پنکیک‌های عمو جورج: این مغلطه شاید ادامه مغلطه قبلی باشد. کارهای ما و به‌تبع آن، کارهای نزدیکان ما ناسازگارانه نیست؛ بنابراین نزدیکان ما نمی‌توانند ناسازگار باشند.

مغلطه چند ناپلئون: به‌رغم آنکه یک بیمار روان‌پریش مؤکداً 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، آن‌وقت هیچ‌چیز آسیب محسوب نخواهد شد. حتی بیمار دچار اسکیزوفرنی پارانویید که اعتقاد دارد دشمنان در بینی او زندگی می‌کنند، هم بهنجار خواهد بود؛ چون به‌هرحال این موضوع برای او واقعیت است.

مغلطه فهمیدنش، آن را بهنجار می‌کند: این طرز فکر که فهمیدن باورها یا رفتارهای بیمار، آن‌ها را از اهمیت خالی می‌کند. روان‌شناسان بالینی به‌راحتی در این

1. Meehl

@LOTUS_PNU

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 جرمش دخیل بوده است.

۷-۴ گزارش بالینی

تا اینجا فرایند قضاوت بالینی در سنجش مورد بحث قرار گرفت؛ یعنی روان‌شناسی بالینی، مصاحبه را انجام داده، آزمون‌ها را گرفته و شرح‌حال را خوانده است. آزمون‌ها را نمره‌گذاری کرده و فرضیه‌ها و دریافت‌ها را تدوین کرده است. حال نوبت نوشتن گزارش است. این مرحله، مرحله ارتباطی سنجش 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 تأمین‌کننده خرد و تحقیق محض نمی‌دانند. اگرچه 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 تأثیر می‌گذارد. زبانی که در گزارش بالینی روان‌پزشک به کار می‌رود با زبانی که در گزارش‌های مقامات و اولیای مدرسه به کار می‌رود، فرق می‌کند. همچنین بازخوردی که به پدر و مادر کودک عقب‌مانده ذهنی داده می‌شود، با بازخوردی که به یک همکار متخصص داده می‌شود، فرق می‌کند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

نمونه‌ای از اطلاعاتی که در گزارش بالینی ارائه می‌شود در جدول ۷-۱ ارائه گردیده است:

@LOTUS_PNU

جدول ۷-۱. نمونه رئوس گزارش بالینی

۱. اطلاعات هویتی
الف) نام
ب) جنس
ج) سن
د) قومیت
ه) تاریخ ارزیابی
و) روان‌شناس بالینی ارجاع‌دهنده

۲. سؤال ارجاع شده

۳. روش‌های سنجش

۴. پیشینه
الف) اطلاعات مربوطی که سؤال ارجاع شده را روشن می‌کند.
ب) اظهارنظر درباره پایایی/ اعتبار احتمالی نتیجه‌گیری‌ها

۵. خلاصه برداشت‌ها و یافته‌ها
الف) سطح شناختی
- کارکرد عقلی و شناختی فعلی (برای مثال عقاید، هوش، حافظه، ادراک)
- میزان اختلال (مقدار اختلال در مقایسه با سطح پیش از بیماری)
- علت احتمالی اختلال

(در پایان این قسمت، ارجاع دهنده باید بداند که آیا بیمار اختلال تفکر، عقب‌ماندگی ذهنی یا مشکل عضوی دارد یا نه).

ب) سطوح عاطفی و خلقی
- خلق، عاطفه فعلی- در مقایسه با سطح آن پیش از بیماری
- میزان ناراحتی (خفیف، متوسط، شدید)
- مزمن یا حاد بودن ناراحتی
- نااستواری- شخص بیمار عاطفه‌اش را با توجه به منابع و امکانات شناختی‌اش، چقدر خوب تنظیم و کنترل می‌کند؟

(در انتهای این قسمت، ارجاع دهنده باید بداند آیا بیمار ناراحتی خلقی دارد یا نه، عواطف او چیست و هیجاناتش را چقدر کنترل می‌کند).

ج) سطح میان‌فردی- 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 درباره کارکرد شناختی و عاطفی یا
ب) محتمل‌ترین تشخیص‌ها

۷. توصیه‌ها
الف) خطرسنجی، لزوم بستری شدن، لزوم مصرف دارو
ب) مدت، نوع، دفعات درمان

منبع: بوتلر[1]، ۱۹۹۵

1. Beutler

@LOTUS_PNU

منبع ارجاع: وظیفه اصلی گزارش، پاسخ دادن و رسیدگی به سؤال ارجاع شده است. گزارش آزمون باید به سؤالاتی که در آغاز موجب شروع سنجش شده است، با دقت و وضوح پاسخ دهد. اگر سؤالات ارجاع شده قابل پاسخگویی نیست یا به نحوی نامناسب است، در گزارش باید به آن اشاره شود و دلایل چنین قضاوتی بیان گردد. در برخی و شاید بیشتر موارد، داده‌های سنجش، تناقض‌آمیز به نظر می‌رسد. روان‌شناس بالینی باید تمام تلاش خود را به خرج دهد تا این تناقضات را رفع نماید و تصویر یکپارچه‌ای از بیمار ارائه کند، ولی در پاره‌ای موارد نمی‌توان چنین تناقضاتی را برطرف کرد. در این موارد باید تناقضات را توصیف نمود. راه چاره این نیست که برای سازوار کردن متن گزارش، به تحریف روی آورد.

گزارش‌های بالینی معمولاً خواننده دومی هم دارد. برای مثال، گزارش اولیه ممکن است برای ارجاع دهنده (یعنی روان‌پزشک، مدرسه، یک روان‌شناس بالینی دیگر یا یک موسسه) فرستاده شود، ولی خواننده دوم می‌تواند مدیر اجرایی موسسه، ارزیابی کننده برنامه یا یک روان‌شناس محقق باشد. در وضعیت خاص، گاهی اوقات لازم یا حتی مطلوب است برای این افراد هم گزارش اختصاصی تهیه کرد. به‌هرحال، گزارش بالینی همیشه کاملاً بالینی نیست و نقش کمک‌رسان ندارد. گاهی اوقات به مؤسسات کمک می‌کند تأثیر برنامه‌هایشان را ارزیابی کنند. همچنین گاهی اوقات به تحقیقات روان‌شناختی کمک می‌کند. اطلاعات مندرج در گزارش بالینی در اغلب موارد به اعتباریابی آزمون‌ها یا تفسیرها و پیش‌بینی‌های صورت گرفته بر اساس این آزمون‌ها کمک می‌کند. چنین داده‌هایی گاهی اوقات خط پایه‌ای می‌شود برای مقایسه تغییرات متعاقب مداخله‌ها در بیماران.

کمک‌های ارتباطی: کارکرد گزارش، برقراری ارتباط است. در زیر توصیه‌هایی برای ارتقای این کارکرد ارائه شده است:

- **زبان:** در تهیه گزارش نباید به اصطلاحات مبهم یا شرح خسته‌کننده و موبه‌موی پاسخ بیمار در هر آزمون رو آورد. باید منبع ارجاع دهنده را یادآوری نمود؛ اما در مجموع بهتر است گزارش به شیوه و زبانی نوشته شود که برای یک فرد عادی هم مفهوم باشد. البته گنگ بودن یا بسیار فنی بودن گزارش تا حدی به نظر خواننده بستگی دارد. همکاری که گزارش برای او فرستاده می‌شود تا حدی می‌تواند زبان

@LOTUS_PNU

فنی گزارش را تحمل کند. از طرف دیگر، وقتی قرار است به والدین گزارش داده شود، لزوم استفاده از زبان فنی نیست.

- **گزارش‌های فردی:** باید از اثر بارنوم[1] پرهیز کرد. این اصطلاح درباره اظهارنظرهایی به کار می‌رود که ظاهراً خود شخص را توصیف می‌کنند، درحالی‌که عملاً درباره همه افراد صادق هستند؛ بنابراین جزئی بودن یعنی معطوف بودن گزارش به خصوصیات فعلی، روند رشد و تحول و پیشینه یادگیری، به‌کلی بودن ارجحیت دارد. برای مثال بهتر است یک خصوصیت کلی را با شرایط پیشایند و پیایند آن، مشخص‌تر کرد.
- **سطح جزئیات:** معمولاً این پرسش پیش می‌آید که در گزارش چقدر باید به جزئیات پرداخت. پاسخ این سؤال مجدداً تا حد زیادی به مخاطب گزارش بستگی دارد؛ اما در مجموع به نظر می‌رسد گزارش باید شامل مجموعه‌ای از کلیات انتزاعی، چند نمونه رفتاری مشخص و مقداری جزئیات آزمون‌گیری باشد. برای مثال، در گزارش دادن گرایش‌های افسرده باید چند نمونه از پاسخ‌های آزمون را شرح داد. اشاره به چند مشاهده رفتاری در آزمون‌گیری هم مفید خواهد بود. اشاره به مقدار معینی از جزئیات، در خوانندگان گزارش، این احساس را ایجاد خواهد کرد که می‌توانند نتیجه‌گیری‌ها و تفاسیر روان‌شناسی بالینی را ارزیابی کنند؛ اما بیان صرف کلیات انتزاعی، خواننده را در چنگال استنباط‌های روان‌شناس بالینی اسیر می‌کند (ترال و پرینستین، ۲۰۱۳؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۱).

در مجموع یک گزارش قابل قبول باید شامل ویژگی‌های زیر باشد:

۱. زبان گزارش حتی‌الامکان ساده باشد، مگر در مواردی که به‌کارگیری اصطلاحات تخصصی لزوم داشته باشد.
۲. گزارش شامل جزئیات روشن‌کننده از وضع قابل مشاهده مستقیم فعلی مراجع مانند طرز آرایش، لباس، گفتار، رفتار و احساسات باشد.
۳. اطلاعات کافی از گذشته مراجع از نظر رشد جسمانی، اجتماعی و روانی و به‌ویژه تاریخچه فرایند و روند بیماری وی ارائه نماید.

1. Barnum Effect

@LOTUS_PNU

۴. در مورد نتایج کمی و کیفی به دست آمده از آزمون‌ها و تفسیر این نتایج بحث شده باشد.
۵. موارد مذکور به نحوی تدوین گردد که تفسیر شود و به نتیجه‌گیری بیانجامد و در نهایت قضاوت بالینی ارائه گردد و تشخیص معین شود.
۶. پیشنهادهایی برای پیش‌آگهی وضع مراجع و راه‌ها و روش‌های کمک به او در برطرف کردن مشکلاتش ارائه شود. زیرا هدف نهایی، رسیدن به این مرحله است.

خلاصهٔ فصل هفتم

تفسیر، فرایندی استنباطی است که با اتمام سنجش آغاز می‌شود. تفسیر بالینی یا قضاوت بالینی فرایند پیچیده‌ای است. تفسیر بالینی به یک محرک و پاسخ روان‌شناس بالینی نیاز دارد. همچنین مستلزم وجود خصوصیاتی در روان‌شناسی بالینی و متغیرهای وضعیتی است. نوع تفسیرهای روان‌شناسان بالینی، به چهارچوب نظری آن‌ها برای مفهوم‌بندی مشکلات روانی بستگی دارد. روان‌شناسان بالینی را می‌توان در سه طبقه تفسیری کلی رفتارگرا، عینی‌گرا و روان‌پویشی جا داد.

دو رویکرد عمده برای قضاوت بالینی وجود دارد. در رویکرد کمی- آماری، روان‌شناس برای قضاوت بالینی به داده‌ها اتکا می‌کند. درحالی‌که در رویکرد ذهنی- بالینی، قضاوت بالینی بسیار ذهنی و تجربه‌ای و شهودی است. بهبود قضاوت بالینی و تفسیر مستلزم پردازش اطلاعات، سندرم معنی کردن، اعتبار و اسناد، گزارش‌ها، مفاهیم و ملاک‌های روشن است. از نظر میهل، باورهای قالبی که به فرایند تفسیر ربط پیدا می‌کنند، عبارت‌اند از مغلطه مریض- مریض، مغلطه من هم، مغلطه پنکیک‌های عمو جورج، مغلطه چند ناپلئون و مغلطه فهمیدنش، آن را بهنجار می‌کند.

مرحله ارتباطی سنجش، ارائه گزارش بالینی است. شکل واحدی، برای گزارش بالینی وجود ندارد. ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش‌های سنجش و گرایش نظری روان‌شناس بالینی، برخی از ملاحظاتی است که بر گزارش بالینی تأثیر می‌گذارد. رئوس گزارش بالینی، شامل اطلاعات هویتی، سؤال ارجاع شده، روش‌های سنجش، پیشینه، خلاصه برداشت‌ها و یافته‌ها، یافته‌های تشخیصی و توصیه‌ها می‌شود. کارکرد گزارش بالینی، برقراری ارتباط است. عواملی که در برقراری ارتباط کمک‌کننده هستند،

@LOTUS_PNU

عبارت‌اند از زبان، گزارش‌های فردی و سطح جزئیات. در مجموع یک گزارش بالینی باید شامل ویژگی‌های قابل قبول باشد.

مفاهیم کلیدی فصل هفتم

قضاوت بالینی، باورهای قالبی، رویکرد کمی-آماری، رویکرد ذهنی-بالینی، گزارش بالینی

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم

۱. تفسیر به چیزی بستگی دارد؟

الف) مشاهده ب) مصاحبه

ج) چهارچوب نظری د) مفهوم‌سازی عملیاتی

۲. استفاده از آزمون‌های فرافکن توسط کدام دسته تفسیری از روان‌شناسان صورت می‌گیرد؟

الف) رفتارگرا ب) شناخت‌گرا

ج) اجتماعی د) روان‌پویشی

۳. در کدام رویکرد قضاوت بالینی، به داده‌ها اتکا می‌شود؟

الف) کمی- آماری ب) ذهنی- بالینی

ج) تجربی د) شهودی

۴. گرایش روان‌شناس به‌افراط در تفسیر می‌تواند به چه چیزی بیانجامد؟

الف) پردازش غلط ب) سندرم معنی کردن

ج) ملاک‌های مبهم د) پیش‌بینی‌های نادرست

۵. افکار اهمیت تشخیص رویدادی در زندگی بیمار، به دلیل آنکه در زندگی روان‌شناس نیز اتفاق افتاده است، بیانگر چه مغلطه‌ای است؟

الف) مریض- مریض ب) من هم

ج) عمو جرج د) ناپلئون

۶. مرحله ارتباطی سنجش چیست؟

الف) مشاهده ب) مصاحبه

ج) آزمون د) گزارش

@LOTUS_PNU

۷. در پایان یک گزارش بالینی باید چه چیزی ارائه گردد؟

الف) روش‌های سنجش ب) خلاصه یافته‌ها

ج) توصیه د) تشخیص

۸. اصلی‌ترین وظیفه گزارش بالینی، پرداختن به چه چیزی است؟

الف) پاسخ دادن به سؤال ارجاع شده ب) تفسیر آزمون‌های انجام شده

ج) ارائه تشخیص د) طرح درمان

۹. «اظهارنظرهایی که ظاهراً خود شخص را توصیف می‌کنند، درحالی‌که عملاً درباره همه افراد صادق هستند»، بیانگر چه اثری است؟

الف) زاگارنیک ب) بارنوم

ج) تقدم د) تأخر

۱۰. زبان گزارش حتی‌الامکان باید چگونه باشد؟

الف) فنی ب) تخصصی

ج) ساده د) دشوار

خودآزمایی تشریحی فصل هفتم

۱. تفسیر یا قضاوت بالینی را تعریف کنید؟

۲. رابطه چهارچوب نظری و قضاوت بالینی را تشریح نمایید؟

۳. سه طبقه تفسیری روان‌شناسان بالینی را توضیح دهید؟

۴. رویکردهای قضاوت بالینی را با هم مقایسه کنید؟

۵. عوامل بهبود قضاوت بالینی و تفسیر را شرح دهید؟

۶. از نظر میهل باورهای قالبی را که به فرایند تفسیر ربط پیدا می‌کند، برشمارید؟

۷. گزارش بالینی را توضیح دهید؟

۸. رئوس گزارش بالینی را برشمارید؟

۹. عوامل ارتقای کارکرد کمک‌های ارتباطی گزارش بالینی را توضیح دهید؟

۱۰. ویژگی‌های یک گزارش بالینی را به‌اختصار برشمارید؟

@LOTUS_PNU

فصل هشتم

اصول تعامل روان‌شناس با مراجع

هدف کلی

آشنایی با اصول تعامل روان‌شناس با مراجع در قالب اتحاد درمانی، راهبردهای ارتباطی درمانگر و اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. اتحاد درمانی را تعریف کنند.
۲. ابعاد اتحاد درمانی را تشریح نمایند.
۳. عوامل لازم برقراری اتحاد درمانی را از نظر راجرز توضیح دهند.
۴. دیدگاه روان‌شناسان انسان‌گرا، روان‌کاو، روان‌پویشی، رفتاری و شناختی- رفتاری را درباره اتحاد درمانی با هم مقایسه کنند.
۵. مکانیسم اثرگذاری اتحاد درمانی را شرح دهند.
۶. عوامل تقویت‌کننده اتحاد درمانی را از جانب مراجع و درمانگر برشمارند.
۷. راهبردهای ارتباطی درمانگر توضیح دهند.
۸. نقش‌های روان‌شناس و مراجع را برشمارند.
۹. اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع را بر اساس آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا شرح دهند.
۱۰. اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع را بر اساس آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران برشمارند.

@LOTUS_PNU

مقدمه

تعامل روان‌شناس با مراجع اساس برقراری رابطه درمانی است. یکی از روش‌های اصلی کمک به احساس راحتی مراجعان برای درگیر شدن در درمان و گشودگی در برابر مشکلاتشان، ساختن یک رابطه قوی درمانی و استفاده از این رابطه در حال شکوفایی است. وقتی مراجعان احساس می‌کنند درمانگر، متحد آن‌ها و سپری در برابر حملات بی‌امان دنیای متخاصم است، به ثبات هیجانی می‌رسند و اعتمادبه‌نفسشان احیاء می‌شود. برخی از درمانگرها به اطمینان خاطر دادن مستقیم رو می‌آورند. به عبارت دیگر، اتحاد درمانی[1] می‌تواند با فراهم آوردن جو امن، توأم با همکاری و حمایت، مفید واقع شود (سالیوان[2]، اسکوهولت[3] و جنینگز[4]، ۲۰۰۵).

۸-۱ اتحاد درمانی

همیشه در هر مواجهه درمانی، به تعبیری «شرکت‌کننده سومی» هم وجود دارد و آن، رابطه مراجع و درمانگر است. از همان تماس اول، طرفین درباره یکدیگر برداشت‌ها، افکار و احساساتی پیدا می‌کنند. این برداشت‌ها به‌موازات گسترش تعامل طرفین، در قالب این حس که رابطه با این شخص چگونه خواهد بود، در هم ادغام می‌شوند. به این ترتیب اتحاد درمانی شکل می‌گیرد. منظور از اتحاد درمانی، طرز پیوند خوردن، رفتار کردن و درگیر شدن مراجع و درمانگر با یکدیگر است. اتحاد درمانی ابعاد متعددی دارد ولی ابعاد بسیار مهم آن عبارت‌اند از: الف) پیوندهای هیجانی که بین درمانگر و مراجع برقرار می‌شوند (پیوندهایی مثل علاقه، اعتقاد و از این قبیل) و ب) فهم مشترک از آنچه قرار است انجام شود (یعنی تکالیف) و آنچه قرار است در درمان حاصل شود (یعنی هدف‌ها). به این‌ها، ابعاد اتحاد درمانی می‌گویند. اتحاد درمانی از این جهت مهم است که پژوهش پیوسته نشان می‌دهد کیفیت این رابطه با بروندادهای درمان رابطه دارد.

راجرز[5] معتقد بود اتحاد مولد، به شرطی به‌طور طبیعی شکل خواهد گرفت که درمانگر آنچه را که او همخوانی[6]، همدلی[7] و توجه مثبت نامشروط[8] می‌نامد، انتقال

---

1. Therapeutic Alliance
2. Sullivan
3. Skovholt
4. Jennings
5. Congruence
6. Empathy
7. Unconditional Positive Regard
8. Rogers

@LOTUS_PNU

دهد. منظور از همخوانی، همسانی احساس و عمل درمانگر در قبال مراجعان است. راجرز معتقد بود درمانگر هر چه در رابطه برقرار کردن با مراجعان خالص‌تر باشد، مفیدتر خواهد بود. به اعتقاد راجرز احساسات و اعمال درمانگر باید همسانی با هم را نشان دهد. طبق نظر او وقتی درمانگر هم‌خوان باشد، یک رابطه انسانی خالصانه در درمان رخ می‌دهد. همچنین منظور از همدلی، تلاش درمانگر شخص‌محور برای درک دنیا از دریچه چشم مراجع است. همدلی، مستلزم گوش دادن فعال است؛ یعنی گوش دادن همراه با درک و فهم. یکی از روش‌های ارزشمند در این زمینه، انعکاس است که هدف‌های دوگانه انتقال تمایل درمانگر به فهم هیجانی و آگاه‌تر شدن مراجعان از احساساتشان را برآورده می‌کنند. همین‌طور منظور از توجه مثبت نامشروط، بیانگر نگرش درمانگر برای ابراز مراقبت و دلسوزی و پذیرش مراجع به‌عنوان شخصی ارزشمند است. درمانگر مراجع را می‌پذیرد و به توانایی او برای تغییر اعتماد دارد. جنبه «نامشروط»، اشاره به تمایل درمانگر به پذیرش مراجع آن‌گونه که هست و بدون هرگونه قضاوت دارد.

نیرومندی اتحاد درمانی با ادراک همدلی و خلوص درمانگر توسط مراجع رابطه مثبت و معناداری دارد. راجرز همچنین می‌گفت خود رابطه- و نه فنون درمانی اختصاصی- است که به‌عنوان عامل درمان‌بخش اصلی در روان‌درمانی عمل می‌کند. درمانگران انسان‌گرای امروزی نیز دیدگاه مشابهی دارند. این اتحاد از نظر آن‌ها صرفاً بافتی برای درمان نیست، بلکه درمان است؛ اما برخی دیگر از روان‌شناسان بالینی تا این اندازه اطمینان خاطر ندارند. برای مثال، روان‌کاوان و روان‌شناسان بالینی روان‌پویشی، اتحاد درمانی را عمدتاً یک پیمان درمانی- یعنی فهمی مشترک درباره آن رابطه حرفه‌ای و انواع تعاملاتی که در درون آن رخ می‌دهد- می‌بینند. از نظر آن‌ها این اتحاد، صحنه را برای اجرای فنون درمانی آماده می‌کند که عملاً مراجع را بهبود می‌بخشند. همچنین اکثر درمانگران رفتاری و شناختی- رفتاری این رابطه را مهم می‌دانند اما آن را جزء کافی درمان نمی‌دانند. عده‌ای این رابطه را بنیان بسیاری از جنبه‌های مداخله‌های بالینی می‌دانند؛ از ارتقای انگیزش مراجع و تعیین دستور جلسه درمان گرفته تا معرفی فنون درمان اختصاصی و اجرای مؤثر آن‌ها.

تلاش‌ها برای شناسایی مکانیسمی که اتحاد درمانی از آن طریق می‌تواند اثر بگذارد، از این حکایت دارند که شکل‌گیری اتحاد با درمانگر ممکن است به مراجعان

@LOTUS_PNU

کمک کند رابطه خود با دیگر افراد مهم زندگی‌شان را بهبود بخشند. این قضیه متقابلاً می‌تواند به کاهش نشانه منجر شود. همچنین حدس زده می‌شود که اتحاد درمانی می‌تواند از طریق مکانیسم‌های عصبی‌زیست‌شناختی، از قبیل فعال کردن «نورون‌های آینه‌ای» مغز که تقلید را تسهیل می‌کنند، عمل کند. فعال شدن این نظام‌های نورونی می‌تواند سرمشق قرار دادن سبک‌های ارتباطی حمایتی درمانگران را برای مراجعان آسان‌تر کند. یک اتحاد درمانی قوی حتی ممکن است ترشح هورمون‌هایی مثل اکسی‌توسین را تحریک کند که به اعتماد و نزدیکی اجتماعی دامن می‌زنند، اما مکانیسم دقیق این فرایند هنوز نامشخص هستند.

همچنین هنوز این اطمینان وجود ندارد که آیا شکل‌گیری یک اتحاد درمانی قوی، علت یا پیامد بهبود مراجعان است. برخی پژوهش‌ها از این حکایت دارند که این اتحاد ابتدا برقرار می‌شود و به بروندادهای مثبت کمک می‌کند، درحالی‌که برخی مطالعات دیگر نشان می‌دهند که نیرومندی این اتحاد، محصول فرعی درمان مؤثر است. برای مثال، مطالعه درمان شناختی- رفتاری اختلال خوردن نشان داد که کاهش نشانه در مراحل اولیه درمان- و نه نیرومندی اتحاد درمانی اولیه- بود که بهترین پیش‌بینی کننده پیشرفت بیشتر محسوب می‌شد.

جهت رابطه بین اتحاد درمانی و برونداد در هر مورد خاص، تا حدودی می‌تواند به خصوصیات مراجع بستگی داشته باشد. برخی پیشنهاد کرده‌اند که وقتی برخی از مراجعان وارد درمان می‌شوند، از قبل توانایی شکل دادن روابط مولد با دیگران، از جمله با درمانگر را دارند، حال آنکه برخی دیگر فقط بعد از تعامل با درمانگر، دارای این توانایی می‌شوند. اگر چنین باشد، مراجعانی که مهارت‌های رابطه‌ای نسبتاً خوبی دارند، ممکن است درنتیجه اتحاد راحت شکل گرفته با درمانگر، بهبود یابند؛ اما مراجعانی که این مهارت‌ها را کمتر دارند، ممکن است به‌مرور دارای چنین مهارت‌هایی شوند و این اتفاق هم بعد از شروع بهبود نشانه رخ دهد. درعین‌حال، میزان علت یا پیامد بودن کاهش نشانه می‌تواند به نوع درمان دخیل هم بستگی داشته باشد. در درمان مراجع‌محور و در دیگر درمان‌های متمرکز بر رابطه، نیرومندی اتحاد می‌تواند سوق دهند قوی کاهش نشانه باشد؛ اما وقتی درمان‌ها بیشتر بر تعلیم فنون شناختی و تغییر رفتار اختصاصی تمرکز دارند، نتایج این فنون می‌توانند سوق‌دهنده نیرومندی اتحاد باشند.

@LOTUS_PNU

عواملی وجود دارند که اتحاد درمانی را تقویت می‌کنند. این عوامل از نظر مراجع عبارت‌اند از: الف) قابل اعتماد و گرم تصور کردن درمانگر؛ ب) احساس شخص کاملی بودن؛ ج) احساس درک شدن، تحمل شدن، و حمایت شدن؛ د) دستیابی به نیروی جدید و امید به آینده؛ ه) غلبه بر ترس اولیه درباره روان‌درمانی. مجموعه مکمل عوامل مرتبط با درمانگر هم عبارت‌اند از: الف) ترکیب کردن مداخله‌های فنی با گروهی میان‌فردی؛ ب) انتقال تمایل خالصانه به درک مراجع؛ ج) حمایت از ظرفیت مراجع برای تغییر؛ د) خلق حس امنیت؛ ه) توجه کردن به زبان بدن؛ و) تأمین تجارب مفید در جلسه اول (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

ازاین‌رو، ایجاد و حفظ اتحاد درمانی بر پایه اعتماد و احترام متقابل تسهیلگر دستیابی به هدف‌های درمان است؛ بنابراین در ادامه راهبردهای ارتباطی توضیح داده می‌شود.

۸-۲ راهبردهای ارتباطی درمانگر

الف) خود و مراجع را در شرایط راحت قرار دهید.

۱. به مراجع نشان دهید که متوجه نگرانی‌ها و ناراحتی او هستید.

۲. برای شروع از محاوره ساده شروع کنید. مشخص کنید که مراجع دوست دارد با نام خانوادگی و یا با نام کوچک صدایش کنید.

۳. برای دریافت اینکه چه‌کاری باید انجام دهید، نشانه‌های مربوط به قلمرو (مکانی حرکتی)، رفتاری (روانی حرکتی)، هیجانی (حالت‌های عاطفی چهره و...) و کلامی (صدا و حالت بیان) را تشخیص دهید و در قبال هر کدام واکنش مناسب را ابراز دارید. به نشانه‌های قلمرو، دوری یا نزدیکی مراجع از شما به همان نحو پاسخ دهید؛ با تکان دادن سر، بالا بردن ابرو به واکنش‌های هیجانی مراجع پاسخ دهید؛ با تغییر صدا به واکنش‌های کلامی‌اش واکنش نشان دهید و با استعاره‌های خود شخص با او ارتباط برقرار کنید.

۴. توجه به رنج مراجع بهترین روش برای ایجاد راحتی در اوست.

ب) رنج و ناراحتی مراجع را دریابید.

۱. علاوه بر نشانه‌های بیماری به هیجان‌های همراه با رنج مراجع توجه کنید.

۲. با مراجع همدلی کنید؛ یعنی درک خود از ناراحتی و رنج مراجع را ابراز دارید.

@LOTUS_PNU

ج) بینش مراجع را ارزیابی کنید و با مراجع همراه شوید. با تشخیص سطح بینش مراجع قادر خواهید بود از نقطه‌نظر مراجع به مشکلات او نگاه کنید و از آن به‌عنوان ملاکی برای سنجش واقعیت‌سنجی مراجع استفاده کنید. بینش سه سطح دارد:

کامل: مراجع علائم خود را ناشی از یک اختلال می‌داند.

نسبی: مراجع تا حدی از بیماری خود، آگاه است.

فقدان بینش: مراجع کاملاً بیماری خود را انکار می‌کند.

۱. با توجه به سطح بینش مراجع، سؤالات خود را تنظیم کنید.
۲. هر مراجعی در درون خود یک مشاهده‌گر سالم دارد، بین این وجه سالم و بخش بیمار شخصیت، جدایی ایجاد کنید.
۳. به مراجعی که بینش سالم دارد، ماهیت بیماری را توضیح دهید.
۴. در مورد مراجعی که بینش نسبی دارد، قسمت سالم شخصیت را تعیین کنید. این همان قسمتی است که در درمان می‌خواهید به آن توسل جویید.
۵. هدف درمانی که شما دنبال می‌کنید، ممکن است با هدفی که مراجع به خاطر آن مراجعه کرده است، فاصله داشته باشد. کسی که بینش نسبی دارد، هر دو هدف را هم‌زمان دارد. هدف شما در نهایت باید معطوف ایجاد بینش کامل باشد.

د) مهارت حرفه‌ای خود را نشان دهید.

۱. دورنمایی از بیماری به دست دهید و مراجع را آگاه کنید که او تنها کسی نیست که به این ناراحتی مبتلاست.
۲. معلومات و اطلاعات خود را در زمینه بیماری به او نشان دهید. برای اعتماد مراجع به شما همدلی الزامی است ولی اساس اعتماد مراجع به شما دانایی شماست.
۳. به شک و تردیدهای مراجع از طریق رویارویی و اگر لازم شد، تعبیر و تفسیر بپردازید.
۴. با دادن اطلاعات راجع به نحوه درمان، مراجع را امیدوار کنید، ولی انتظارات غیرواقعی ایجاد نکنید.

ه) نقش هدایت‌گر را اعمال کنید. نقش هدایت‌گری را از همان اول شروع کنید. پذیرش تعبیرات و همکاری در حین مصاحبه نشان‌دهنده آن است که نقش هدایت‌گری درمانگر پذیرفته شده است. این نقش با سلطه‌گری که ناشی از ضعف پنهان درمانگر

@LOTUS_PNU

است، متفاوت است. از آن‌سو مراجعان خودبزرگ‌بین، شکاک، یا ضداجتماعی با بی‌احترامی یا سعی در مقاومت و عصبانی کردن درمانگر با نقش هدایت‌گری او مبارزه می‌کنند. رویارو کردن مراجع با این رفتارها و بحث و گفت‌وگو در مورد آن‌ها به حل مشکل کمک می‌کند.

و) نقش‌ها را متعادل کنید. نقش‌های روان‌شناس: ۱. نقش متخصص (عدم صمیمیت بیش از اندازه)، ۲. شنونده همدل، و ۳. اقتدار درمانی. ضدیت و عناد مراجع، بی‌میلی و سرسختی او، اطاعت محض او، اضطراب مراجع، همگی می‌توانند حاکی از عدم تعادل در نقش‌های روان‌شناس باشند.

نقش‌های مراجع: ۱. حامل یک اختلال، در این نقش مراجع صرفاً خود را یک آسیب‌دیده تصور می‌کند و بین خود و اختلالش یک فاصله ایجاد می‌کند. مثلاً می‌گوید ازدواجش دچار مشکل شده است، نه اینکه خودش دچار مشکل است. ۲. رنجور، این نقش عکس نقش حامل اختلال است. مراجع در ناراحتی و مشکل خود اغراق می‌کند و خواستار توجه و همدلی زیاد است تا توصیه‌های تخصصی. گاهی لازم است در مقابل چنین مراجعی محدودیت‌های تخصصی گذاشت. در افسردگی و اختلالات شخصیتی این نقش دیده می‌شود. ۳. مراجع خیلی مهم، مراجع خود را شخصی بسیار مهم و سزاوار توجه و رفتار ویژه می‌داند. (مثلاً شب زنگ می‌زند و می‌گوید که خوابش نمی‌برد). برقراری رابطه با چنین مراجعی بسیار پیچیده و اعمال محدودیت غیرقابل‌اجتناب است. ۴. پذیرش نقش شخص مشکل‌دار، تنها بعد از پذیرش این نقش است که مراجع آماده متابعت درمانی می‌گردد (اتمر[1] و اتمر، ۲۰۰۲؛ ترجمه نصر اصفهانی، ۱۳۹۷).

۸-۳ اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع

تعامل روان‌شناس و مراجع لازم است بر اساس اخلاق حرفه‌ای استوار باشد. راهنماهای اخلاق حرفه‌ای به تعریف و شکل‌گیری رابطه درمانی کمک می‌کنند. راهنماهای اولیه روان‌شناسان، حاصل آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا بودند. اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامه رفتاری، یا به‌طور خلاصه، آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی

1. Atmer

@LOTUS_PNU

آمریکا، از یک مقدمه، مجموعه‌ای از اصول کلی و تعداد زیادی معیار اخلاقی خاص تشکیل شده است. مقدمه و اصول کلی، بالاترین آرمان‌های روان‌شناسان را بیان می‌کنند و روان‌شناسان را به این‌سو هدایت می‌نمایند که رفتار خوشایند اخلاقی در وضعیت‌های معین را مورد ارزیابی قرار دهند.

اصل کلی: پنج اصل کلی این آیین‌نامه عبارت‌اند از:

الف) اصل نیکوکاری و بدسرشت نبودن. جوهر این اصل آن است که روان‌شناس نباید به کسی آسیب برساند.

ب) اصل وفاداری و مسئولیت‌پذیری. این اصل می‌گوید که روان‌شناسان باید قابل اعتماد باشند و بالاترین معیارهای اخلاقی را در روابط حرفه‌ای‌شان رعایت کنند.

ج) اصل درستی و صداقت. این اصل، روان‌شناسان را تشویق می‌کند در کار حرفه‌ای خود، دقیق و صادق و راست‌گو باشند.

د) اصل عدالت. این اصل بر لزوم درمان منصفانه و عادلانه افراد، به‌خصوص بر درمان منصفانه و عادلانه مراجعان تمرکز دارد.

ه) اصل احترام گذاشتن به حقوق و شأن انسان‌ها. این اصل بر لزوم انجام محترمانه‌ترین رفتارها با افراد توسط روان‌شناسان، برای حفظ شأن و آزادی فردی آن‌ها تأکید دارد.

این اصول کلی، زمینه را برای روان‌شناسان فراهم می‌کنند تا بالاترین معیارهای اخلاقی وصف شده در آیین‌نامه را حفظ کنند. برخلاف این اصول کلی، معیارهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا، ضمانت قضایی دارند.

معیارهای اخلاقی عبارت‌اند از

۱. **حل‌وفصل مسائل اخلاقی.** این قسمت از آیین‌نامه حاوی معیارهای مربوط به نحوهٔ حل‌وفصل سؤالات و شکایات اخلاقی توسط روان‌شناسان است.

۲. **قابلیت.** طبق این معیار، روان‌شناسان باید در حوزه ویژه‌ای آموزش دیده باشند و برای حفظ قابلیتشان باید در جریان آن حوزه تخصصی باقی بمانند.

۳. **روابط انسانی.** این معیار به موضوعاتی مثل پیشگیری از تبعیض غیرمنصفانه، آزار و اذیت جنسی یا دیگر آزار و اذیت‌ها، تعداد روابط، تعارض منافع، اخذ رضایت

@LOTUS_PNU

آگاهانه، و اجتناب از اتمام خدمات بالینی در زمانی که به صلاح مراجع نیست، می‌پردازد.

۴. **حریم و رازداری.** این معیار آیین‌نامه اخلاقی، وظایف روان‌شناسان برای حفظ حقوق مراجعان در رابطه با رازداری و حریم خصوصی را پوشش می‌دهد.

۵. **تبلیغ و دیگر اظهارات عمومی.** این معیار، شیوه عمومی‌سازی و تبلیغ خدمات توسط روان‌شناس و چگونگی ارائه مدارک حرفه‌ای او را کنترل می‌کند.

۶. **نگهداری اسناد و مدارک و حق‌الزحمه‌ها.** این معیار، طرز مستند کردن کار حرفه‌ای، حفظ و امحاء اسناد و مدارک، تعیین حق‌الزحمه و دیگر ترتیبات مالی، و ارجاع و دریافت ارجاع‌ها را مشخص می‌کند.

۷. **تحصیلات و آموزش.** این معیار اخلاقی، رفتار روان‌شناسان در جریان تدریس به دانشجویان و نظارت بر دانشجویان را در بر می‌گیرد.

۸. **پژوهش و انتشار.** معیاری است که فعالیت‌های پژوهشی روان‌شناس را کنترل می‌کند. این معیار، موضوعاتی مثل دریافت تأییدیه هیئت بررسی انستیتویی قبل از اجرای پژوهش، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان پژوهش، جلب اعتبار انتشار برای مؤلفان همکار، اشتراک‌گذاری داده‌های پژوهش و مرور و بررسی کارهای تحقیقاتی را شامل می‌شود.

۹. **سنجش.** این معیار از آیین‌نامه اخلاقی روان‌شناسان، قواعد استفاده از آزمون‌ها و تفسیر آن‌ها را مشخص می‌کند.

۱۰. **درمان.** در این معیار هم قواعد مربوط به ساختار دادن، اجرا، و اتمام درمان ارائه شده است (انجمن روان‌شناسی آمریکا[1]، ۲۰۱۷).

روان‌درمانگری بر اثر تعهد درمانگر به راهنماهای اخلاقی و حرفه‌ای که از مراجعان حفاظت می‌کنند و رابطه را از تأثیر منفی نیروهای بیرونی مصون نگه می‌دارند، شکل می‌گیرند. چهار حوزه آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا، ارتباط ویژه‌ای در زمینه تعامل روان‌شناس و مراجع دارند. این چهار حوزه عبارت‌اند از:

۱. **رازداری:** درمانگران اخلاقی از حریم خصوصی مراجع حفاظت می‌کنند، و جز در موارد استثنایی، اطلاعات به اشتراک گذاشته شده توسط مراجع در جریان درمان را

---

1. American Psychological Association (APA)

@LOTUS_PNU

فاش نمی‌کنند. رازداری، روان‌شناسان بالینی را موظف می‌کند از رفاه مراجعان به‌عنوان اولویت اصلی‌شان حفاظت کنند.

۲. **قابلیت:** روان‌شناسان بالینی قابل، از لحاظ حرفه‌ای افراد مسئولیت‌پذیری هستند؛ یعنی فقط در حوزه تخصصی‌شان کار می‌کنند. آن‌ها معیارهای سطح بالایی در خصوص دانش علمی و حرفه‌ای دارند. اندازه‌گیری قابلیت دشوار است ولی قابلیت بر ترکیبی از تعلیم و تربیت، آموزش تجربه، و صلاحیت مبتنی است. این موضوع در عمل به معنی آن است که روان‌شناسان بالینی درگیر سنجش یا اقدامات درمانی نخواهند شد مگر اینکه تعلیم و تربیت، آموزش و یا تجربه نظارت شده تخصصی در این زمینه داشته باشند، و اگر قابلیت فرهنگی لازم را ندارند، به درمان در جمعیت‌های متنوع جمعیت‌شناختی نمی‌پردازند. قابلیت را احتمالاً بهتر است فرایندی رشدی و نه حالت این یا آن (یعنی دارای قابلیت یا فاقد قابلیت) بدانیم. قابلیت مستلزم حفاظت از مصرف‌کننده در برابر سوء عملکرد آشکار و وقیحانه است، اما همچنین، برای برانگیزاندن روان‌شناسان بالینی طراحی می‌شود تا درگیر آموزش شغلی بلندمدت و تعلیم و تربیت بلندمدت شوند.

۳. **رضایت آگاهانه:** درمانگرها موظف‌اند مراجعان را در جریان محدودیت‌های رازداری، بروندادهای احتمالی درمان، و هر چیز دیگری که ممکن است بر تمایلشان برای ورود به درمان تأثیر بگذارند، قرار دهند. برای مثال، درمانگرانی که زوج‌درمانی انجام می‌دهند، معمولاً به مراجعان اطلاع می‌دهند که یکی از بروندادهای ممکن درمان این است که احتمال دارد تصمیم به متارکه بگیرند.

۴. **تضاد منافع:** درمانگران موظف‌اند مرزهای درمانی را حفظ کنند؛ عملی که به آن چهارچوب درمانی می‌گویند، و مجموعه انتظاراتی را درباره نقش‌ها و الگوهای تعاملی برای مراجع تعیین می‌کند که در جریان رابطه درمانی پیش می‌آیند. یکی از تضادهای منافع وقتی رخ می‌دهد که منافع شخصی درمانگر با صلاح مراجع در تضاد باشد. چنین تضادهایی ممکن است جزئی یا جدی باشند (کرامر، لیلینفلد، برنستین، تیچمن و اولتونجی، ۲۰۲۱؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۴۰۰).

آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران: هدف این آیین‌نامه، تعیین استانداردها و ضوابطی به‌منظور انجام صحیح و بهینه

@LOTUS_PNU

فعالیت‌های حرفه‌ای روان‌شناسان و مشاوران، همچنین تعیین و تصریح حقوق مراجعان با استفاده‌کنندگان از خدمات روان‌شناسی و مشاوره و متخصصان می‌باشد.

آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران شامل دو قسمت است: الف) اصول عمومی و ب) معیارهای اخلاق حرفه‌ای است.

الف) اصول عمومی: اصول عمومی آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران عبارت‌اند از:

۱. اصل احترام به شأن و آزادی انسان
۲. اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری
۳. اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی
۴. اصل عدم تبعیض
۵. اصل توجه به رفاه دیگران
۶. اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه.

ب) معیارهای اخلاق حرفه‌ای: معیارهای اخلاق حرفه‌ای شامل مجموعه‌ای از مقررات و ضوابط ایجابی و سلبی است که با تمرکز بر شرایط خاص حرفه‌ای، روان‌شناسان و مشاوران را ملزم به انجام رفتار یا رفتارهایی معین و یا اجتناب از رفتار یا رفتارهایی خاص می‌کنند. این معیارها در ده بخش ارائه شده است.

۱. صلاحیت
۲. مسئولیت
۳. روابط حرفه‌ای
۴. رازداری
۵. سنجش و ارزیابی و تفسیر
۶. مداخله‌های روان‌شناختی
۷. آموزش، کارورزی و نظارت
۸. پژوهش و انتشار
۹. تبلیغات و خدمات عمومی
۱۰. حل‌وفصل تعارض‌های اخلاقی (سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۷).

@LOTUS_PNU

خلاصهٔ فصل هشتم

تعامل روان‌شناس و مراجع مستلزم برقراری اتحاد درمانی است. منظور از اتحاد درمانی، طرز پیوند خوردن، رفتار کردن و درگیر شدن مراجع و درمانگر با یکدیگر است. ابعاد اتحاد درمانی عبارت‌اند از الف) پیوندهای هیجانی که بین درمانگر و مراجع برقرار می‌شوند (پیوندهایی مثل علاقه، اعتقاد و از این قبیل) و ب) فهم مشترک از آنچه قرار است انجام شود (یعنی تکالیف) و آنچه قرار است در درمان حاصل شود (یعنی هدف‌ها).

راجرز معتقد بود اتحاد مولد، به شرطی به‌طور طبیعی شکل خواهد گرفت که درمانگر همخوانی، همدلی و توجه مثبت نامشروط را انتقال دهد. اتحاد درمانی از نظر راجرز و روان‌شناسان انسان‌گرا صرفاً بافتی برای درمان نیست، بلکه درمان است؛ اما روان‌کاوان و روان‌شناسان بالینی روان‌پویشی، اتحاد درمانی را عمدتاً یک پیمان درمانی می‌بینند. همچنین اکثر درمانگران رفتاری و شناختی- رفتاری این رابطه را مهم می‌دانند اما آن را جزء کافی درمان نمی‌دانند.

بااین‌حال، هنوز این اطمینان وجود ندارد که آیا شکل‌گیری یک اتحاد درمانی قوی، علت یا پیامد بهبود مراجعان است. جهت رابطه بین اتحاد درمانی و بروندادِ در هر مورد خاص، تا حدودی می‌تواند به خصوصیات مراجع بستگی داشته باشد. عواملی وجود دارند که اتحاد درمانی را از ناحیه روان‌شناس و مراجع تقویت می‌کنند.

راهبردهای ارتباطی توصیه شده به درمانگران عبارت‌اند از خود و مراجع را در شرایط راحت قرار دهید. رنج و ناراحتی مراجع را دریابید. بینش مراجع را ارزیابی کنید. مهارت حرفه‌ای خود را نشان دهید. نقش هدایت‌گر را اعمال کنید.

تعامل روان‌شناس و مراجع لازم است بر اساس اخلاق حرفه‌ای استوار باشد. آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا، از یک مقدمه، ۵ اصل کلی و ۱۰ معیار اخلاقی تشکیل شده است. پنج اصل کلی این آیین‌نامه عبارت‌اند از اصل نیکوکاری و بدسرشت نبودن، اصل وفاداری و مسئولیت‌پذیری، اصل درستی و صداقت، اصل عدالت و اصل احترام گذاشتن به حقوق و شأن انسان‌ها. همچنین معیارهای اخلاقی عبارت‌اند از حل‌وفصل مسائل اخلاقی، قابلیت، روابط انسانی، حریم و رازداری، تبلیغ و دیگر اظهارات عمومی، نگهداری اسناد و مدارک و حق‌الزحمه‌ها، تحصیلات و آموزش، پژوهش و انتشار، سنجش و درمان. مشابه این اصول و معیارها از سوی

@LOTUS_PNU

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در قالب آیین‌نامه اخلاقی ارائه شده است که شامل ۶ اصل عمومی و ۱۰ معیار اخلاق حرفه‌ای است.

مفاهیم کلیدی فصل هشتم

اتحاد درمانی، راهبردهای ارتباطی، اخلاق حرفه‌ای، نقش روان‌شناس، نقش مراجع، مهارت حرفه‌ای.

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هشتم

۱. «طرز پیوند خوردن، رفتار کردن و درگیر شدن مراجع و درمانگر» چه نامیده می‌شود؟

الف) پیوند هیجانی　　ب) پیوند شناختی

ج) هدف‌های درمانی　　د) اتحاد درمانی

۲. به اعتقاد راجرز همسانی احساس و عمل درمانگر در قبال مراجعان بیانگر چیست؟

الف) همدلی　　ب) خلوص

ج) توجه مثبت نامشروط　　د) توجه مثبت مشروط

۳. از نظر روان‌کاوان و روان‌شناسان روان‌پویشی، اتحاد درمانی چگونه تعریف می‌شود؟

الف) هدف درمانی　　ب) فرایند درمانی

ج) پیمان درمانی　　د) رابطه درمانی

۴. مکانیسم عصبی‌زیست‌شناختی اتحاد درمانی با فعال‌سازی چه چیزی تبیین می‌شود؟

الف) نورون‌های آینه‌ای　　ب) منطقه بروکا

ج) سیستم لیمبک　　د) کرتکس مغز

۵. جهت رابطه بین اتحاد درمانی و برونداد در هر مورد خاص می‌تواند به چه چیزی بستگی داشته باشد؟

الف) خصوصیات مراجع　　ب) خصوصیات درمانگر

ج) فرایند درمان　　د) هدف درمان

۶. هنگامی که مراجع علائم خود را ناشی از یک اختلال می‌داند، بینش او در چه سطحی است؟

الف) فقدان بینش　　ب) بینش موقتی

ج) نسبی　　د) کامل

@LOTUS_PNU

۷. وقتی مراجع در ناراحتی و مشکل خود اغراق می‌کند و خواستار توجه و همدلی زیاد است تا توصیه‌های تخصصی، چه نقش را ایفا می‌کند؟

الف) حامل اختلال ب) رنجور

ج) شخص مهم د) بیمار

۸. مطابق کدام اصل آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای، روان‌شناسان باید قابل اعتماد باشند و بالاترین معیارهای اخلاقی را در روابط حرفه‌ای‌شان رعایت کنند؟

الف) درستی و صداقت ب) عدالت

ج) نیکوکاری و بدسرشت نبودن د) وفاداری و مسئولیت‌پذیری

۹. کدام معیار اخلاق حرفه‌ای بیان می‌دارد که روان‌شناسان باید در حوزه ویژه‌ای آموزش دیده باشند و در آن حوزه تخصصی باقی بمانند؟

الف) آموزش ب) سنجش

ج) قابلیت د) درمان

۱۰. آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران داری چند اصل و معیار است؟

الف) ۵ اصل و ۱۰ معیار ب) ۶ اصل و ۱۰ معیار

ج) ۱۰ معیار و ۵ اصل د) ۱۰ معیار و ۶ اصل

خودآزمایی تشریحی فصل هشتم

۱. اتحاد درمانی را تعریف کنید و ابعاد آن را برشمارید؟

۲. عوامل لازم برقراری اتحاد درمانی را از نظر راجرز توضیح دهید؟

۳. دیدگاه روان‌شناسان انسان‌گرا، روان‌کاو، روان‌پویشی، رفتاری و شناختی- رفتاری را درباره اتحاد درمانی با هم مقایسه کنید؟

۴. مکانیسم اثرگذاری اتحاد درمانی را شرح دهید؟

۵. عوامل تقویت‌کننده اتحاد درمانی را از جانب مراجع و درمانگر برشمارید؟

۶. راهبردهای ارتباطی درمانگر توضیح دهید؟

۷. نقش‌های روان‌شناس و مراجع را برشمارید؟

@LOTUS_PNU

۸. اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع را بر اساس آیین‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا شرح دهید؟

۹. اخلاق حرفه‌ای حاکم بر روابط روان‌شناس و مراجع را بر اساس آیین‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران برشمارید؟

۱۰- آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی آمریکا و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران را مقایسه کنید؟

@LOTUS_PNU

فصل نهم

اصول ارزشی و دینی در فعالیت‌های بالینی

هدف کلی

آشنایی با اصول ارزشی و دینی در فعالیت‌های بالینی و ارائه مشاوره و خدمات روان‌شناختی.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. اهمیت ارائه مشاوره و خدمات روان‌شناختی را در اسلام توضیح دهند.
۲. ضرورت تکریم مراجع، برقراری رابطه حسنه و توجه به مراجع را شرح دهند.
۳. اهمیت رعایت اختیار و آزادی، رازداری و التزام به امانت‌داری در فرایند مشاوره با مراجعان را تشریح نمایند.
۴. ضرورت خیرخواهی و صمیمیت با مراجع را توضیح دهند.
۵. دلایل احتراز از ایجاد اضطراب و کاهلی، و نیز نقش جرأتمندی در ارائه مشاوره را تشریح نمایند.
۶. ضرورت حق‌مداری، عدم تبعیض و توجه به ویژگی‌های مراجع را در ارائه خدمات روان‌شناختی توضیح دهند.
۷. وفای به عهد، مدارای مراجع، داشتن تواضع، رعایت حیا را در فرایند مشاوره شرح دهند.
۸. لحاظ مصلحت مراجع و اجتناب از لجاجت با او و ضرورت ارجاع مراجع را توضیح دهند.

@LOTUS_PNU

۹. دلایل عدم سوءاستفاده از موقعیت حرفه‌ای، ارائه آگاهی‌های لازم، برقراری ارتباط با خانواده مراجعان و الگوسازی را تشریح نمایند.
۱۰. اهمیت عدم انتقال مشکلات شخصی و انتخاب همکاران با صلاحیت را در فرایند مشاوره شرح دهند.

مقدمه

با توجه به هدایت، رشد (عروسی حویزی، ۱۴۱۵ ق) و پشتیبانی قوی که از طریق مشاوره حاصل می‌گردد (مجلسی، ۱۴۰۴ ق)، خداوند این امر را از اوصاف مؤمنان دانسته (شوری: ۳۸) و با امر به پیامبر اکرم(ص) نسبت به مشاوره با مسلمانان چنین می‌فرماید: در کارها با ایشان مشورت کن (آل‌عمران: ۱۵۹). مشاوره آن‌قدر مورد اهتمام اسلام می‌باشد که امام صادق(ع) به‌طور مطلق می‌فرمایند: هیچ‌کس از مشورت به هلاکت نمی‌افتد. همچنین امیرالمؤمنین علی(ع) مشاوره را عین هدایت دانسته (مجلسی، ۱۴۰۴ ق) و مشورت کننده را در راه رستگاری و مصون از اشتباه و لغزش می‌داند (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶).

از سوی دیگر، کسانی که مشاوره را ترک می‌نمایند، مورد ملامت شدید قرار گرفته‌اند. امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرمایند: هر کس استبداد به رأی داشته باشد، هلاک می‌شود و کسی که با افراد بزرگ و صاحب اندیشه مشورت کند، در عقل آنان شریک می‌گردد (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق).

۹-۱ اصول اخلاق اسلامی در رابطه با مراجعان

بسیاری از مسائل اخلاقی که در مشاوره از آن یاد می‌شود، مسائلی هستند که در رابطه مشاور با مراجعان، کارآموزان و زیردستان مطرح می‌گردند. هر چند این امور رابطه تنگاتنگی با مسائل اخلاقی خود مشاور دارند، اما نمود خارجی اخلاق در این حرفه در رابطه با مراجعان می‌باشد. در ادامه، به برخی از این مسائل اخلاقی اشاره می‌شود:

۱. تکریم و احترام مراجع: در پی توجه به کرامت انسانی که اسلام بدان تأکید دارد (اسراء: ۷۰)، تکریم عملی و احترام به مراجع مورد اهتمام قرار می‌گیرد. تکریم و احترام به مراجع در مورد برادران دینی و حتی غیر مسلمانان نیز لازم است. امیرالمؤمنین

@LOTUS_PNU

علی(ع) هنگام فرستادن مالک اشتر به فرمانداری کوفه، در توصیه‌های خود به او چنین می‌گوید: مهربانی برای مردم و دوستی و نیکی به‌سوی آنان را به دلت بیاموز و بر آنان درنده زیان رساننده نباش که خوردن آنان را غنیمت شماری؛ زیرا که مردم دو صنف‌اند: یا برادر دینی تواند یا در آفرینش مانند تو هستند (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق).

بنابراین، بر مشاور اسلامی لازم است به مراجع مسلمان و غیرمسلمان، خوب و بد، بهنجار و نابهنجار، توجه مثبت داشته باشد. البته منظور از توجه مثبت به افراد و پذیرش آن‌ها و تکریم و احترامشان، قبول همه ارزش‌های آنان و هم‌نوا شدن با کارها و روحیات مراجعان نیست، بلکه مقصود نگاه مثبت از یک‌سو و مدارا با او از سوی دیگر و احترام به کرامت انسانی فرد است.

۲. برقراری رابطه حسنه: مشاور اسلامی با احترام گذاشتن به کرامت انسانی افراد، در عمل نیز به خوش برخوردی و خوش‌گفتاری نسبت به او اقدام می‌نماید. این امر که از عطوفت و شرافت شخص برمی‌خیزد (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶)، باعث جلب محبت و نفوذ در دل‌ها می‌گردد. امیرالمؤمنین علی(ع) به این اثر چنین اشاره دارد: نیکویی مصاحبت، محبت قلب‌ها را زیاد می‌کند.

۳. توجه کامل به مراجع و درک کامل او: مرحله اول برای درمان مشکل، درک آن مشکل است؛ این امر بدون توجه کامل به مراجع و بررسی مسائل از زوایای گوناگون میسر نمی‌گردد. توجه کامل به مراجع و نیز درک او، شامل درک مراجع، مشکل و موقعیت او، از جمله موقعیت مالی‌اش، می‌شود.

الف) توجه به مراجع و درک مشکل او: عبدالله بن عباس به نقل از پدرش می‌گوید: با کسی که سرگرم کاری است، مشورت نکن، اگرچه حاذق (ماهر) باشد (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). مشغول بودن به کار دیگر و عدم توجه به مراجع باعث غفلت از گوینده می‌گردد؛ این امر در حالی است که توجه کامل به گوینده، علاوه بر توجه کامل شنوایی، نیاز به توجه همه‌جانبه برای درک پیام‌های غیر گفتاری دارد. درصورتی‌که مشاور به مراجع توجه نداشته باشد، حتی در صورت ماهر بودنش، مراجع و مسائل او را به‌طور کامل درک نخواهد کرد. چه‌بسا این عدم درک، منجر به ارائه راهکار درمانی برخلاف مصلحت واقعی او گردد؛ در این صورت، هر چند مشاور در ارائه راه‌کار هیچ اهمالی نکرده باشد، ارائه راه‌کار نامناسب که از عدم توجه کامل او به مراجع ناشی می‌شود، خود عملی غیراخلاقی محسوب شده و ضمان‌آور خواهد بود.

@LOTUS_PNU

همچنین کسی که اشتغال ذهنی زیادی دارد و در اثر آن در مشاوره به‌جای تمرکز کامل و تمام جانبه به مراجع و مشکلاتش، ذهن خود را پراکنده می‌سازد، مشمول این حدیث بوده و بهتر است از مشورت با او اجتناب نمود. امام صادق (ع) از لقمان نقل می‌کند: هر کس خود را برای نصیحت و راهنمایی مراجعه‌کنندگانش کاملاً آماده ننماید، خداوند رأی و فکر صحیح را از او سلب کرده و امانت عقل و اندیشه را از او می‌گیرد (کلینی، ۱۳۶۵).

مشاور با توجه کامل به مراجع و درک واقعی او، مشکل او را همچون مشکل خود قلمداد کرده و در رفع آن نهایت تلاش را خواهد نمود. لزوم توجه و درک مراجع در مشاوره گروهی نیز لازم است؛ به‌گونه‌ای که مشاور باید توجه به تمام افراد گروه داشته باشد و عده‌ای از آن‌ها مورد غفلت وی نباشد. چنان‌که رسول خدا حضرت محمد(ص) برای حفظ احترام تمام مردم، در مجالس عمومی نگاه‌های مودت‌آمیز خود را به‌صورت مساوی متوجه همه حاضران می‌کردند (فلسفی، ۱۳۷۹).

ب) درک موقعیت مالی مراجع و رعایت آن: مشاور به‌عنوان شخصی که برای کمک به مراجع گام نهاده و خواستار یاری‌رسانی به اوست، معیارهای مادی را تنها ملاک این شغل ارزشمند نمی‌داند و ارزش معنوی آن را بیش از ارزش مادی برمی‌شمارد. البته این امر به معنای عدم اخذ حق‌الزحمه از مراجع نیست؛ اخذ حق‌الزحمه از مراجع از ضروریات درمانی است که نمی‌توان انکار کرد، اما آنچه در نظر مشاور با رویکرد اسلامی مورد تأکید می‌باشد، محوریت یاری‌رسانی است و حق‌الزحمه به‌عنوان وسیله نگریسته می‌شود. امام صادق(ع) می‌فرمایند: برآوردن حاجت مؤمن بهتر است از هزار حج مقبول با همه اعمالش (صدوق، ۱۴۰۰ ق).

در رویکرد اسلامی، روزی‌رسان خداست و درصورتی‌که مراجعی نیاز به مشاوره داشته باشد، اما از لحاظ مادی، از وسعت کافی برای ارائه حق‌الزحمه برخوردار نباشد، این امر مشاور را از یاری‌رسانی به او بازنمی‌دارد و با کمک به مراجع، برکت را از خداوند دریافت می‌دارد؛ چنانکه خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: کلیدهای آسمان‌ها و زمین از آنِ اوست. در روزیِ هر که بخواهد گشایش می‌دهد یا تنگ می‌گیرد، و او به هر چیزی داناست (شوری: ۱۲). بنابراین، مشاور به مراجعی که از قدرت مالی کافی برای پرداخت حق‌الزحمه برخوردار نیست، ارائه خدمات می‌دهد و با انجام این امر علاوه بر کسب آرامش روانی خود و مراجع، برکت را از خداوند می‌خواهد و چه‌بسا

@LOTUS_PNU

سود بیش‌تری برایش حاصل گردد؛ زیرا خداوند می‌فرماید: روزی پروردگارت بهتر و پایدارتر است (طه: ۱۳۱).

۴. عدم سلب اختیار و آزادی مراجع: امام سجاد(ع) در شمارش حقوق مشاور بر مراجع، به این نکته اشاره می‌کند: تو (مراجع) در اخذ به رأی مشاور اختیارداری (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). در اسلام، موضوع اختیار انسان بسیار مورد تأکید قرار گرفته و جبرگرایی نفی شده است. ازاین‌روست که خداوند انسان را در انتخاب راه هدایت و ضلالت، آزاد گذاشته است. قرآن کریم با وجود دلسوزی نسبت به هدایت تمام انسان‌ها و تأکید بر این امر، به این نکته اشاره دارد که همانا ما راه را به او (انسان) نشان داده‌ایم؛ یا سپاسگزار باشد یا ناسپاس (انسان: ۳). یعنی آنچه خداوند بدان اهتمام ورزیده، نشان دادن آشکار راه می‌باشد؛ حال انسان اختیار دارد که شاکر بوده و به این راه تمسک جوید و یا اینکه ناسپاس بوده و از این راه دوری جوید. پس یکی از اصولی که باید مبنای مشاوره قرار گیرد، این است که به موضوع اختیار مراجعه‌کننده و لوازم آن توجه شود. این اختیار در پی سفارش خداوند به مشورت نیز آمده است: در کارها با مردم مشورت کن و هنگامی که قصد کاری کنی، بر خدا توکل کن که خدا توکل‌کنندگان را دوست دارد (آل‌عمران: ۱۵۹). در این آیه شریفه با وجود امر به مشورت، عمل بر طبق آن را لازم ندانسته و پیامبر را در این امر مختار می‌داند.

در روایتی از امیرالمؤمنین علی(ع) نیز چنین آمده است: همانا برای دل‌های آدمی علاقه‌ها و کشش‌ها و بی‌رغبتی‌هاست، پس از راه تمایلش او را به کار وادارید؛ زیرا هنگامی که قلب آدمی به آنچه دوست ندارد، واداشته شود، کور می‌گردد (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق). این حدیث، به یکی از آثار اجبار اشاره دارد و آن عبارت است از: کوری دل نسبت به آنچه مورد اجبار واقع شود.

منظور از اصل آزادی و اختیار در مشاوره و راهنمایی این است که فرد در رجوع به مشاور و شرکت در مشاوره، آزاد است و نباید به شرکت در جلسه مشاوره و راهنمایی مجبور شده و یا مشاور خاصی بر او تحمیل گردد.

۵. رازداری: امام صادق(ع) یکی از شرایط چهارگانه مشاور را رازداری برشمرده و می‌فرماید: رازت را به او بگویی که چون خودت آن را بداند و آن را نهان دارد (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق). در متون اسلامی به رازداری، به‌عنوان رکن اساسی مشاوره، اهمیت

@LOTUS_PNU

فراوانی داده شده و فاش نکردن اسرار خود و دیگران، یکی از اصول اخلاقی و تربیتی به شمار می‌آید. از امیرالمؤمنین علی(ع) روایت شده است: کسی که مورد مشورت قرار گرفته، امانت‌دار است (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق). مهم‌ترین مصداق این امانت‌داری در مشاوره، امانت‌داری رازهای مراجع است.

امیرالمؤمنین علی(ع) در این زمینه می‌فرماید: پیروزی و رسیدن به هدف از راه تدبیر و تأمل است و تدبیر و تأمل هم با به کار بردن فکر است و فکر خوب هم با نگه‌داشتن اسرار است (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق).

نقض رازداری در مشاوره آثار نامطلوب فراوانی دارد که برخی از آن‌ها به‌قرار زیر است:

- تباهی کارها و نرسیدن به نتیجه مطلوب (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶)؛
- از بین رفتن اعتماد در اثر خیانت در امانت (نوری، ۱۴۰۸ ق)؛
- ریختن آبروی مراجع (مجلسی، ۱۴۰۴ ق).

۶. عدم خیانت به مراجع و التزام به امانت‌داری نسبت به او: امیرالمؤمنین علی(ع) درباره نتیجه خیانت به مشورت کننده چنین فرموده است: خیانت کردن به مستسلم (کسی که اطاعت کننده و مُنقاد است) و مُستشیر (مشورت کننده) از شنیع‌ترین چیزها و بزرگ‌ترین بدی‌ها و موجب عذاب آتش افروخته است (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶). همچنین در حدیث دیگری می‌فرمایند: هر کس با مسلمانان در مشورت دغلی کند، از او بیزارم (مجلسی، ۱۴۰۴ ق).

خیانت دامنه وسیعی دارد و می‌تواند در قلب، گفتار و یا کردار فرد تجلی یابد. با توجه به معنا لغوی خیانت (راغب اصفهانی، ۱۴۱۶ ق) و نیز حدیث شریفی از امام صادق(ع) که امانت را در مقابل خیانت قرار می‌دهد (کلینی، ۱۳۶۵)، در باب لزوم امانت‌داری و دوری از خیانت، می‌توان گفت اسلام آن‌قدر به این امر اهمیت داده است که در زمینه ضرورت امانت‌داری چنین می‌فرماید: نتیجه دین‌داری، امانت است. هم‌چنین خیانت، نوعی فریب‌کاری و از زشت‌ترین خوی‌ها و منافی با حقوق برادری شمرده شده است (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶)؛ علاوه بر آنکه ثمره این کار، عذاب آتش جهنم است (کلینی، ۱۳۶۵).

@LOTUS_PNU

خیانت در مشاوره می‌تواند مصادیق گوناگونی داشته باشد که باید از آن‌ها اجتناب نمود. از آن جمله، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عدم خیانت در فاش کردن سرّ مراجع (نوری، ۱۴۰۸ ق).
- عدم خیانت در ارائه راه‌کاری که با واقعیت تطابق نداشته یا به مصلحت مراجع نباشد (کلینی، ۱۳۶۵).
- عدم خیانت با اخذ حق‌الزحمه بیش‌تر از حد از مراجع.

همچنین دروغ‌گویی، و تبلیغات سوء و نادرست مشاور برای کار خود می‌تواند یک نوع خیانت محسوب شود. همان‌گونه که سوءاستفاده جنسی، عدم صلاحیت علمی لازم مشاور و ارجاع ندادن مراجع به متخصص هنگام عدم توانایی ارائه خدمات، رها کردن مراجع وقتی هنوز به کمک نیازمند است، و مواردی از این قبیل، نوعی خیانت محسوب می‌شود.

۷. **نصیحت و خیرخواهی:** امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرماید کسی را که با تو مشورت می‌کند، نصیحت کن (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). نصیحت و خیرخواهی در متون دینی با واژه‌هایی همچون نُصح و نَصیحهٔ استعمال شده است که در معنای آن علاوه بر خیرخواهی و پند، نوعی اخلاص نیز آمیخته شده است (طریحی، ۱۳۶۲ و ابن منظور، ۱۳۰۰ ق). طریحی پس از بررسی معانی نصیحت در کاربردهای مختلف، به این نکته اشاره دارد که نصیحت قبیح و بد نیست، لکن چه‌بسا شنونده آن را ناپسند می‌شمارد و این امر به خاطر سختی آن برای شنونده است. این نکته با آنچه ابن فارس، مبنی بر معنای اصلاح آورده است، مطابقت دارد (ابن فارس، ۱۳۸۷).

امام صادق(ع) یکی از شرایط پنج‌گانه مشاور را ناصح بودن می‌داند و می‌فرماید: در امور خود که لازمه دین‌داری است با کسی مشورت کن که پنج خصلت دارد: عقل و بردباری و تجربه و نصیحت و تقوا. البته اگر اصول نصیحت و خیرخواهی رعایت نگردد، مذموم خواهد بود. برای مثال، امام سجاد(ع) در زمینه افراط در نصیحت می‌فرماید: زیادی نصیحت به تهمت‌زدگی منجر می‌شود (مجلسی، ۱۴۰۴ ق).

۸. **صمیمیت و مهربانی:** امام صادق(ع) در این زمینه می‌فرماید: شرط سوم مشاور آن است که یار و برادر باشد. امام در ادامه این حدیث در سرّ این شرط برای مشاور می‌فرماید: اگر دوست و برادر باشد، زمانی که راز تو بر او آشکار شد، پنهان

@LOTUS_PNU

می‌دارد (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق). بدیهی است که این مسئله اخلاقی، به‌خصوص در رابطه با مراجع نامحرم، مقید به حدود و قیود اسلامی است.

۹. احتراز از ایجاد اضطراب و کاهلی: این امر در روایات اسلامی مورد اهتمام است. امام باقر (ع) می‌فرماید: بر توست که احتراز کنی از کاهلی و اضطراب در قول که آن‌ها کلید هر شرّند؛ زیرا که اگر کاهلی پیشه کردی، نمی‌توانی ادای حق کنی (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). امام باقر (ع) اثر کاهلی را عدم توانایی ادای حق برمی‌شمارد. به خاطر اجتناب از کاهلی است که دین مقدس اسلام سفارش‌های زیادی به حفظ شادابی و ارتباط بهینه مؤمنان نموده است (صدوق، ۱۳۶۲). در واقع، محبت و مهرورزی افراد به یکدیگر موجب برقراری رابطه حسنه می‌شود. ازاین‌رو، قرآن کریم رابطه محبت‌آمیز مؤمنان را مورد تأکید قرار داده است (فتح: ۲۹).

۱۰. جرأتمندی: امیرالمؤمنین علی(ع) در سفارش‌های خود به مالک اشتر می‌فرمایند: انسان ترسو را مشاور قرار نده؛ زیرا تو را در پرداختن به امور تضعیف نموده و امور کوچک را برای تو بزرگ جلوه می‌دهد (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶). با توجه به اینکه هدف مشاور یاری‌رسانی به مراجعی است که نیازمند به کمک است، مشاور باید در تمام مراحل مشاوره جرأت ارائه راه‌حل‌هایی که برای مراجع سخت است، ولی به صلاح اوست، داشته باشد. در سفارش‌های پیامبر اکرم(ص) چنین آمده است: با ترسو مشورت نکن، زیرا راه‌حل مشکل را بر تو تنگ می‌کند (مجلسی، ۱۴۰۴ ق).

۱۱. ارائه مشاوره عمیق: پشتوانه عمیق در کارها بر اتقان و استحکام آن خواهد افزود. اسلام به سعی و عمیق بودن در تمام کارها، از جمله مشاوره، توصیه کرده است. در حدیثی از امیرالمؤمنین علی(ع) آمده است: بر مشاور لازم است که سعی کامل و عمق در رأی دادن داشته باشد و بر عهده او ضمانت در پیروزی نیست (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶). در روایت دیگری، امام صادق(ع) می‌فرمایند: اگر از تو مشورت خواهند، فکرت را به کار بر و تا فکر نکرده‌ای و بر یک رأی ثابت قدم نشده‌ای تصمیم نگیر و اقدام نکن و جواب مشورت را نگو تا برخیزی و بنشینی و بخوری و بخوابی و نماز بگزاری و در این مدت درباره امر مورد مشورت فکر و دانش خود را به کار بری که هر کس درباره مشورت کننده خود خیرخواهی کامل و خالص نداشته باشد، خداوند رأی و عقلش را سلب نموده و امانت‌داری را از او بگیرد (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). در این

@LOTUS_PNU

حدیث، تعبیر نشستن و برخاستن و خوردن و خوابیدن و نماز گزاردن قبل از ارائه راه‌کار، کنایه از صرف وقت و تأمل کافی و عجله ننمودن در آن می‌باشد.

مشاوری که به ارائه راه‌کار یا نظری که فاقد پشتوانه علمی است، می‌پردازد و یا بدون در نظر گرفتن ابعاد مختلف قضیه، مبادرت به مشاوره می‌نماید، قابل ملامت خواهد بود. گاهی این رأی نسنجیده ناشی از عجله مشاور در ارائه راه‌کار و سخن‌گویی بدون اندیشه و تأمل است. این امر نیز در سخن ذکر شده امام صادق(ع) مورد ملامت واقع شده است.

لازمه عمیق بودن، تفکر عمیق در راه‌های مختلف ممکن برای حل مشکل است. در این صورت است که بنا به تعبیر امیرالمؤمنین علی(ع)، این تفکر باعث بصیرت و درک صحیح از امور شده و از لغزش‌ها و رفتارهای نابهنجار مصون داشته و نوعی پشت گرمی است.

۱۲. حق‌مداری: امام صادق(ع) متذکر شده است، باید به‌صورت تمام و کمال به سخنان مراجع گوش داد؛ به‌طور کامل او را درک کرد و سپس حقیقت را مشخص ساخته و بر طبق آن مشاوره داد؛ نه اینکه حقیقت چیز نوشته شده قبلی و جدای از مراجع و حالات فعلی او باشد. چه‌بسا با گوش دادن کامل به مراجع و درک کامل او، به حقیقتی متناسب و منطبق با وضعیت فعلی او پی برد که در صورت عدم درک کامل وی، نتوان به آن حقیقت رسید؛ ازاین‌روست که حضرت بلافاصله بعد از امر به حقیقت‌محوری می‌فرمایند: بد شنیدن از مراجع خیانت است. هم‌چنین با توجه به صدر حدیث که می‌فرماید: از رأی نسنجیده پرهیز کن و از سخن‌گویی بی‌فکر دوری کن، این حقیقت‌محوری همراه با عمیق شدن و اجتهاد در مشاوره و هم‌چنین فکر و تأمل کافی است و بدون این قیود رسیدن به حقیقت میسر نخواهد بود.

۱۳. عدم تبعیض: در نظام اخلاقی اسلام، تفاوت‌های قومی، نژادی، جنسی، زبانی و امثال این‌ها، هر چند مورد انکار نمی‌باشند، اما معیار برتری افراد به‌حساب نمی‌آیند. در این دین مقدس معیار برتری افراد تنها در میزان تقوای الهی آن‌هاست. خداوند به این امر چنین اشاره دارد: ای مردم، ما شما را از نری و ماده‌ای بیافریدیم و شما را جماعت‌ها و قبیله‌ها کردیم تا یکدیگر را بشناسید. هر آینه گرامی‌ترین شما نزد خدا، پرهیزگارترین شماست. خدا دانا و کاردان است (حجرات: ۱۳).

@LOTUS_PNU

۱۴. توجه به ویژگی‌های منحصربه‌فرد مراجع: با وجود اینکه خداوند معیار گرامی بودن اشخاص را، قوم و قبیله و رنگ و زبان نمی‌داند و تقوای الهی را باعث برتری افراد برمی‌شمارد، اما این امر به معنای عدم توجه به تفاوت‌های فردی به‌منظور درک بهتر شخص و تشخیص بهینه مسئله او نیست.

خداوند در قرآن کریم در آیه ذکر شده ضمن تأکید به برتری برحسب تقوا، به تفاوت‌های قومی و فردی برای شناخت اشاره دارد. این امر بدین معناست که تفاوت‌های جنسی و قبیله‌ای و غیره نه‌تنها نامطلوب نیست، بلکه باعث مکمل بودن همدیگر و شناخت می‌گردد. ازاین‌رو، باید قبول کرد که تفاوت‌های منحصربه‌فرد هر شخص با توجه به جمع برخی مؤلفه‌ها، از جمله جنسیت، فرهنگ، آداب، شخصیت منحصربه‌فرد و غیره وجود دارد و مشاور باید این امور را در تشخیص و درمان مدنظر قرار دهد؛ هر چند باعث نگاه برتری یا تحقیرآمیز نخواهند گردید.

۱۵. وفای به عهد: وفای به عهد از اموری است که مورد اهتمام شدید دین اسلام بوده و نقطه مقابل آن، یعنی خلف وعده، مورد مؤاخذه می‌باشد. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: وفای به عهد کنید که بازخواست خواهید شد (اسراء: ۳۴). هم‌چنین در زمینه لزوم وفای به قراردادها می‌فرماید: ای کسانی که ایمان آورده‌اید، به پیمان‌ها وفا کنید (مائده: ۱). وفای به عهد شامل حضور و اتمام به‌موقع جلسات درمان، تقید به قرارداد درمانی و مشاوره‌ای و هرگونه وعده‌ای که در فرایند مشاوره داده می‌شود، است. بدیهی است که قراردادهای نامشروع از اصل باطل بوده و عمل به آن‌ها لازم نیست.

۱۶. مدارا با مراجع: مراجع به‌عنوان شخصی که عموماً با مشکلاتی مواجه است و یا از اختلال روانی رنج می‌برد که نیاز به درمان دارد، گاهی ممکن است دچار اشتباه‌هایی شود. این اشتباه‌ها ممکن است با عدم رعایت ادب نسبت به مشاور نیز همراه باشد و یا در فرایند درمان مراجع دچار کوتاهی‌های زیادی در عمل به توصیه‌ها و غیره شود. در این هنگام، مشاور نه‌تنها مقابله‌به‌مثل نمی‌کند، بلکه با اخلاق اسلامی از سر تقصیرات او گذشته و یا در برخی موارد خود را به تغافل (نادیده گرفتن) می‌زند.

مدارا با مردم آن‌قدر در دین مقدس اسلام مهم قلمداد شده است که در برخی مواقع امر به بخشش فوری شده است. از امام باقر(ع) روایت شده است که فرمود:

@LOTUS_PNU

همانا پدرم علی بن الحسین(ع) دستم را گرفت و گفت: کار نیک انجام بده درباره هر کس که از تو درخواست آن را دارد. اگر شایسته نیکوکاری باشد، کار به‌جایی کرده‌ای و اگر شایسته نباشد، تو شایسته نیکوکاری هستی. اگر کسی از جانب راست به تو فحش داد و به‌طرف چپ برگشت و عذرخواهی نمود، عذر او را بپذیر (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶).

توصیه به مدارا نسبت به برخی از مراجعان که ممکن است از روی جهل و نادانی گفتار یا حرکاتی انجام دهند، زیادتر است. رسول خدا(ص) در روایتی می‌فرمایند: سه چیز است که اگر در کسی نباشد، کردارش ناتمام است: تقوا و پارسایی‌ای که او را مانع از نافرمانی خدای- عزوجل - شود؛ خویی که به‌وسیله آن با مردم مدارا کند و بردباری‌ای که به‌وسیله آن نادانی نادان را برگرداند (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق). رسول خدا(ص) با وجود اینکه در صفت دوم اشاره به حُسن خلقی می‌نمایند که باعث مدارای شخص با مردم می‌شود، باز در صفت سوم به‌نوعی به این مدارا اشاره می‌کند؛ این امر بر تأکید مدارا با جاهلان دلالت دارد. درصورتی‌که فرد با جاهلی روبه‌رو شود، مدارا با او سخت‌تر خواهد بود و حتی در صورت داشتن روحیه حسن خلق، این کار سختی زیادتری بر وی تحمیل خواهد کرد؛ ازاین‌رو، پیامبر اکرم(ص) در چنین مواقعی، علاوه بر داشتن روحیه خوش‌خلقی، حلم و بردباری و صبر را نیز یاری‌رسان او برای مدارا با نادانان برمی‌شمارد.

۱۷. تواضع و دوری از تکبر و عُجب: تکبر، عُجب و خودبینی از اوصاف بسیار ناشایستی است که آدمی را گرفتار غربت و تنهایی می‌کند؛ زیرا هیچ‌کس حاضر به پذیرش او نخواهد بود و یا احترام‌ها محدود به موقعیت اجتماعی گذرای او می‌شود. تکبر و عُجب آن‌قدر در اسلام مورد مذمت است که امیرالمؤمنین علی (ع) گناه رنج‌آور را بهتر از عمل خیر عُجب‌آور می‌داند: گناهی که تو را آزار دهد (مایه رنج و ناراحتی درونی تو گردد)، نزد خداوند بهتر از کار خوبی است که باعث غرور و عُجب تو گردد (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق).

عُجب و تکبر آثار مخرب فراوانی دارد که در سخنان ائمّه اطهار علیهم‌السلام بدان‌ها اشاره گردیده است. از جمله آثاری که در فرایند مشاوره جاری می‌باشد، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

محروم شدن از علم و دانش (مجلسی، ۱۴۰۴ ق)، سرچشمه گناهان و زشتی‌ها (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق)، خوار شدن نزد مردم، نفرت و دوری مردم (مجلسی، ۱۴۰۴ ق)،

@LOTUS_PNU

تلف کردن خود و امکانات و موقعیت‌ها (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶)، از دست رفتن شیرینی عبادت (از جمله یاری‌رسانی در مشاوره) (عطائی، ۱۳۶۶) و پایین آمدن منزلت شخص (مفید، ۱۴۱۳ ق).

مشاور با توجه به این آثار مخرب غرور و تکبر، متوجه این امر خواهد شد که با غرور و تکبر، نه‌تنها به هدف‌های خیالی خود نخواهد رسید، بلکه محبوبیت او نیز زیر سؤال می‌رود. ازاین‌روست که امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرمایند: از خود رضایت داشتن، وسیله آشکار شدن زشتی‌ها و عیوب آدمی است (فلسفی، ۱۳۷۹). نیز امام باقر(ع) غرور را کمرشکن دانسته (صدوق، ۱۳۶۲) و امیرالمؤمنین علی(ع) آن را اساس حماقت برمی‌شمارد (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶).

۱۸. رعایت حیا و عفت و دوری از شهوت‌پرستی: یکی دیگر از فضایل اخلاقی که باید در مشاوره اسلامی مورد اهتمام مشاور و مراجع باشد، رعایت عفاف اسلامی و پاک‌دامنی است.

عفاف در لغت به معنای بازداری از محرمات آمده است (فراهیدی، ۱۴۱۰ ق). این واژه در قرآن و احادیث به معنای خودداری از درخواست مالی از مردم (بقره: ۲۷۳) نیز استعمال شده است، ولی بیش‌ترین کاربرد آن در خویشتن‌داری از مسائل شهوانی نامشروع است (نور: ۳۳۹). پس عفت دارای مفهوم عام و خاص است. مفهوم عام آن، خویشتن‌داری در برابر هرگونه تمایل افراطی نفسانی است (فراهیدی، ۱۴۱۰ ق) و مفهوم خاص آن، خویشتن‌داری در برابر تمایل‌های بی‌بندوبار جنسی (راغب اصفهانی، ۱۴۱۶ ق). روایات فراوانی بر ضرورت رعایت حیا و عفت در هر دو معنا وارد شده است:

روایات ناظر به‌ضرورت رعایت عفت در معنای عام (هرگونه تمایلات افراطی نفسانی): امام حسن عسکری(ع) می‌فرمایند: کسی که از روی مردم شرم و حیا ندارد و خجالت نمی‌کشد، از خداوند نیز ترس و شرم نخواهد داشت (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). در این رابطه امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرماید: هر کس شرم و حیا، او را از معایب و مفاسدش بپوشاند، مردم نیز عیوبات او را نخواهند دید و عیب او از چشم مردم پنهان است (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق).

@LOTUS_PNU

ازاین‌رو، حیا از برترین صفت‌های اخلاقی است که شرافت و شخصیت و ایمان آدمی را تضمین نموده، سعادت و خوشبختی او را حفظ و پاسداری می‌نماید و اگر کسی حیا نداشته باشد، هلاکت و نابودی او مسلم است.

آیات ناظر به‌ضرورت رعایت عفت در معنای خاص (شهوت‌پرستی): شهوت‌پرستی که معنای خاص حیا می‌باشد، در طول تاریخ افراد زیادی را به وادی فنا داده است. قرآن کریم بعد از ذکر نام گروهی از پیامبران الهی و صفات برجسته و والای آن بزرگواران، به عاقبت شَرّی نوادگان آنان اشاره کرده و می‌فرماید: سپس کسانی جانشین اینان شدند که نماز را ضایع کرده و پیرو شهوات گردیدند و به‌زودی به شر خواهند افتاد (مریم: ۵۹).

پس عفاف و خودداری از غلبه مسائل شهوانی نامشروع، از واجبات شرعی است که باید مورد اهتمام تمامی مسلمانان قرار گیرد. این امر اعم از نگاه یا لمس نامشروع و یا ارتباط جنسی نامشروع می‌باشد.

آثار پیروی از شهوت در مشاوره: مشاور با توجه به آثاری که از شهوت‌پرستی ناشی می‌شود، تقوای الهی را رعایت نموده و سعادت دنیوی و اخروی خود و مراجع را به خطر نمی‌اندازد. از آثار این آسیب اخلاقی که در روایات بدان‌ها اشاره شده است و در فرایند مشاوره نیز تأثیرهای منفی فراوانی را بر جای می‌گذارد، می‌توان به این موارد اشاره نمود: فساد عقل؛ تضعیف شخصیت انسان (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶)؛ زمینه ارتکاب دیگر گناهان؛ از بین رفتن علم و حکمت (فلسفی، ۱۳۷۹)؛ تنفر مراجع و مردم (نهج‌الفصاحه، ۱۳۸۲).

مشاهده می‌شود که تبعیت از هوای نفس در فرایند مشاوره چه آثار نامطلوبی به همراه دارد. ازاین‌روست که امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرمایند: چه‌بسا ساعتی شهوت‌رانی موجب اندوه طولانی گردد (کلینی، ۱۳۶۵).

عدم رابطه جنسی نامشروع با مراجع و زیردستان: در پی لزوم رعایت عفاف از سوی مشاور، این امر در عدم رابطه جنسی نامشروع که یکی از مصادیق شهوت‌پرستی است، به‌طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد. مشاور به‌عنوان شخص امین مورد اعتماد است و مراجعان او را تکیه‌گاه خود به‌حساب می‌آورند. امیرالمؤمنین علی(ع) در این زمینه می‌فرماید: پشتیبانی همچون مشورت نیست (نهج‌البلاغه، ۱۴۱۴ ق). مراجعی که

@LOTUS_PNU

به مشاور مراجعه کرده و او را مطمئن قلمداد می‌نماید، در مواجهه با بی‌اخلاقی مشاور، نسبت به او سلب اعتماد خواهد شد. لذا بر مشاور لازم است به اعتماد مراجع پاسخ داده و خیانت نکند؛ زیرا امیرالمؤمنین علی(ع) می‌فرمایند: هر کس با مسلمانان در مشورت دغلی کند، از او بیزارم (مجلسی، ۱۴۰۴ ق).

مشاور از جمله کسانی است که بیش‌تر در معرض ابتلا به گناهان شهوی قرار دارد. ازاین‌رو، همچنان که در احادیث ذکر شد، باید با یاد آخرت و تقویت تقوای خود به این امر فائق آید؛ زیرا علاوه بر اعتماد زیاد مراجعان به مشاور و امکان پدیده انتقال به او، خلوت‌های زیادی نیز در مشاوره صورت می‌گیرد. رسول اکرم(ص) می‌فرمایند: هیچ مردی با زنی خلوت نمی‌کند، مگر آنکه شیطان سومین آنان است (خرمشاهی و انصاری، ۱۳۷۶). مشاور اسلامی با توجه به این نکته که حضور وسوسه‌های شیطان در اتاق مشاوره با مراجع نامحرم بسیار زیاد است، بر هواهای نفسانی خود فائق آمده و به دعوت شیطان پاسخ نخواهد داد. مشاور اسلامی با رعایت تقوا و عفت اسلامی در هر دو معنای عام و خاص آن، با مصون ماندن از آسیب‌های ذکر شده، محبوب خداوند نیز واقع می‌شود.

۱۹. معیار بودن و در نظر گرفتن مصلحت مراجع: مشاور در سراسر مشاوره به این نکته واقف است که هدف و نقش اصلی در مشاوره، مراجع بوده و تمام مسائل اخلاقی برای رعایت حقوق او وضع شده است. ازاین‌رو، مصلحت واقعی مراجع در فرایند مشاوره مدنظر مشاور قرار می‌گیرد. پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: با پرهیزگارانی که آخرت را بر دنیا، و کارهای شما را بر کارهای خودشان ترجیح می‌دهند و ایثار می‌کنند، مشورت کنید (تستری، ۱۴۲۳ ق).

۲۰. دوری از لجاجت و بحث‌های بی‌ثمر با مراجع: با توجه به آنچه در حق آزادی مراجع، به‌خصوص آزادی در انتخاب راه‌کارهای درمانی مدنظر است، مشاور باید فقط به‌عنوان راهگشا و راهنما بوده و تحمیلی بر مراجع نداشته باشد. ازاین‌رو، درصورتی‌که مراجع با به کار بستن راه‌کاری از راه‌های درمانی ارائه شده موافق نباشد و مشاور نتواند با دلایل عقلی و عاطفی او را متقاعد سازد، این مراجع است که تصمیم‌گیرنده نهایی بوده و مشاور حق تحمیل بر وی ندارد. ازاین‌روست که نباید با مراجع لجاجت داشت. حضرت علی(ع) می‌فرمایند: رأیی برای لجوج نیست (تمیمی

@LOTUS_PNU

آمدی، ۱۳۶۶). یعنی لجوج نمی‌تواند صاحب‌رأی باشد. ازاین‌رو، مشاور اسلامی نباید لجاجت به خرج دهد که ثمره‌ای جز پشیمانی نخواهد داشت (کراجکی، ۱۳۹۴). لجاجت رابطه تنگاتنگی با مراء دارد. مراء به معنای جدال و بحث‌های بی‌ثمری است که از روی لجاجت بوده و نتیجه‌ای جز کینه به دنبال ندارد.

پیامدهای لجاجت و مراء (جدال) با مراجع: لجاجت و مراء آثار زیان‌بار زیادی دارند؛ اما آثاری که در مشاوره نمود بیش‌تری دارند، به‌صورت خلاصه به این قرار است: ایجاد دشمنی با مراجع؛ افتادن در اشتباه و خطا؛ دور شدن از حق؛ ضرر در کارها و نابودی آن‌ها (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶).

۲۱. ارجاع مراجع در صورت عدم توانایی در ارائه خدمات لازم: یکی از اصول اخلاقی مهم در مشاوره، این است که مشاور در صورت عدم توانایی در ارائه مشاوره، مراجع را به مشاور دیگری ارجاع دهد. امام سجاد (ع) در شمارش حق مراجع بر مشاور چنین می‌فرماید: و اما حقّ کسی که با تو مشورت می‌کند این است که اگر فکر خوبی برایش داری، در خیرخواهی و نصیحت او بکوشی و بر آن راهنمایی کنی؛ ... و اگر برایش هیچ فکری به ذهنت نرسید، ولی شخص دیگری را می‌شناسی که به فکرش اعتماد داری و برای خود می‌پسندی، باید او را به وی راهنمایی و ارشاد کنی؛ درنتیجه، تو با این طرز رفتار نه درباره‌اش کوتاهی کرده‌ای و نه هیچ راهنمایی را از او دریغ داشته‌ای (مجلسی، ۱۴۰۴ ق). امام سجاد(ع) بدین نکته توجه دارد که در صورت ارجاع مراجع به مشاور دیگر، گویی خود به راهنمایی او پرداخته‌ای، و این امر را مکمل مشاوره و راهنمایی مشاور می‌داند. همچنین مشاوری که قصد ارجاع به اوست، باید مورد وثوق باشد.

دلایل این عدم توانایی می‌تواند متعدد باشد؛ از عدم علم کافی مشاور در زمینه مورد مشاوره، و کمبود تجربه مشاور در آن زمینه گرفته، تا محدودیت زمانی برای شروع و اتمام مشاوره و محدودیت‌های دیگری که امکان دارد در مشاوره‌های مختلف پیش آید. آنچه مهم است، اینکه مشاور باید به‌محض تشخیص عدم توانایی ارائه خدمات به مراجع، به‌صورت فوری او را به مشاور دیگر ارجاع دهد.

۲۲. عدم سوءاستفاده از موقعیت حرفه‌ای خود و عدم سوءاستفاده از مراجع: یکی از صفات بارز برای مشاوره، امین بودن مشاور است. او با توجه به این نکته و با

@LOTUS_PNU

توجه به احاطه عاطفی و اجتماعی خود بر مراجع، از کارهایی که خلاف امانت‌داری و تقواست، دوری می‌جوید. از جمله این کارها، سوءاستفاده از مراجع در کارهای غیرشرعی است. امام سجاد(ع) در نامه‌ای به برخی از اصحاب خود و شمارش حقوق دیگران، چنین می‌فرماید: او را نه برای نافرمانی خدا، اسلحه خود بساز و نه برای ستم به خلق خدا کمک خویش بگردان (صدوق، ۱۳۶۲).

۲۳. ارائه آگاهی‌های لازم به مراجع، کارآموزان و زیردستان: اسلام، به ارائه آگاهی اهمیت فراوانی داده و ریشه بسیاری از مسائل و رفتارها را در آگاهی یا ناآگاهی می‌داند. چنانکه خداوند می‌فرماید: آن‌هایی که از آن‌سوی حجره‌ها ندایت می‌دهند، بیش‌ترشان ناآگاه‌اند (حجرات: ۴). این آیه اشاره به کسانی است که وقت و بی‌وقت، پشت در خانه پیامبر (ص) می‌آمدند و فریاد می‌زدند: ای محمد، ای محمد، بیرون بیا (با تو کار داریم). خداوند این کار بی‌ادبانه آنان را ناشی از ناآگاهی آنان به مقام پیامبر و لزوم رعایت ادب در برابر او می‌داند؛ ازاین‌رو، در آیه بعدی به ارائه آگاهی لازم در مورد جایگزین این امر ناپسند اقدام می‌کند: اگر صبر می‌کردند تا تو (پیامبر) خود بیرون می‌آمدی و نزد آن‌ها می‌رفتی، برایشان بهتر می‌بود و خدا آمرزنده مهربان است (حجرات: ۵). خداوند بعد از ذکر جایگزین آن کار ناشایست، می‌فرماید: خدا آمرزنده مهربان است؛ یعنی با ارائه آگاهی در مورد جایگزین آن عمل زشتتان، با عمل به این کار جدید مطلوب، خداوند از کار گذشته شما درمی‌گذرد.

خداوند در آیات دیگری نیز جاهلان و نابکاران را افراد ناآگاه معرفی می‌کند (اعراف: ۱۷۹). هم‌چنین خداوند ارائه آگاهی را در نوع کار آن‌قدر مهم می‌داند که گاهی منجر به اعمال نیکویی می‌شود. حال آنکه در صورت عدم آگاهی لازم، منجر به عملی برخلاف آن عمل ناشی از آگاهی می‌گردد.

مشاور هم باید نسبت به ارائه آگاهی‌های جزئی و کلی در شروع و فرایند مشاوره اهتمام داشته باشد. این آگاهی‌ها از چگونگی روند مشاوره و درمان گرفته، تا آگاهی‌های لازم برای تغییر و نوع رفتار و آزمون‌ها و غیره را در برمی‌گیرد. ارائه این آگاهی‌ها به کارآموزان و دانشجویان نیز مورد اهتمام می‌باشد.

۲۴. رابطه مشاور با خانواده مراجع: خانواده در نظام اسلامی از جایگاه بسیار بزرگی برخوردار است؛ به‌گونه‌ای که پیامبر اکرم(ص) ازدواج را احراز نصف دین

@LOTUS_PNU

برشمرده (شعیری، ۱۴۰۵ ق) و محبوب‌ترین کار نزد خداوند برمی‌شمارد: هیچ بنایی در اسلام نزد خداوند متعال محبوب‌تر از بنای تزویج (تشکیل خانواده) نیست. محبت به فرزندان نیز در نظام اسلامی عین عبادت تلقی می‌شود (صدوق، ۱۴۱۳ ق). در چگونگی رابطه با خانواده مراجع از سوی مشاور، می‌توان به سه امر مهم اشاره داشت:

الف) درگیر ساختن خانواده در فرایند درمان: مشاور اسلامی با توجه به جایگاه خانواده، در صورت لزوم اعضای خانواده را در فرایند درمان درگیر می‌سازد.

ب) عدم توصیه به طلاق مگر در موارد بسیار استثنایی: امر مهم دیگری که باید مشاور در رابطه با خانواده مراجع، بدان اهتمام ورزد، عدم توصیه به طلاق است. گاهی مراجعان در وصف نابسامانی‌های زندگی خود زیاده‌روی کرده و در مذمت همسر و زندگی، مشاور را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این هنگام است که چنین زندگانی در نظر مشاوری که حق‌مدار نیست، غیرقابل‌تحمل تلقی می‌شود. در چنین موقعیت‌هایی مشاور اسلامی، نسبت به ایجاد امید در مراجع و برجسته‌سازی نکات قوت زندگی‌اش مبادرت می‌ورزد و یا دست‌کم این امر را در نظر می‌گیرد که حق توصیه به طلاق ندارد.

در مکتب اسلام آن‌قدر طلاق زشت و نابه‌جا شمرده می‌شود که امام صادق(ع) با وجود اشاره به حلال بودن آن در مواقع بسیار استثنایی، می‌فرماید: هیچ عملی که خداوند آن را حلال شمرده است، نزد او مبغوض‌تر از طلاق نیست (کلینی، ۱۳۶۵).

خداوند در قرآن کریم، هنگام اختلاف شدید زن و شوهر هم توصیه به طلاق نمی‌کند و میانجی‌گری را دستور کار قرار می‌دهد: اگر از اختلاف میان زن و شوهری آگاه شدید، داوری از کسان مرد و داوری از کسان زن برگزینید. اگر آن دو قصد اصلاح داشته باشند، خدا میانشان موافقت پدید می‌آورد، که خدا دانا و آگاه است (تستری، ۱۴۲۳ ق). مشاور اسلامی که در اختلاف زن و شوهر، نقش میانجی‌گری ذکر شده در این آیه را ایفا می‌کند، باید به امر خداوند که می‌فرماید: اگر اراده اصلاح کنند، توجه کرده و نهایت تلاش خود را بر اصلاح به کار بندد؛ و در این صورت است که خداوند در ادامه آیه وعده نصرت می‌دهد. هم‌چنین به کسانی که قصد آشتی دارند، هشدار می‌دهد که حسن نیت به خرج دهند که خداوند به نیت‌ها و کارهای آنان دانا و آگاه است.

ج) رعایت رازداری یک عضو از خانواده نسبت به دیگر اعضای آن: مشاور باید توجه داشته باشد که اصل مهم رازداری در میان اعضای خانواده نیز صدق می‌کند

@LOTUS_PNU

و صرف اینکه کسی از اعضای خانواده مراجع باشد، افشای راز مراجع را مجاز نمی‌سازد.

۲۵. الگو بودن برای مراجع: مشاور به‌عنوان پناهگاه مراجع و حلّال مشکلات او و نیز به‌عنوان راهبر مشاوره‌های گروهی، خودآگاه یا ناخودآگاه در معرض الگوگیری مراجعان قرار می‌گیرد. در این هنگام است که مشاور خودساخته می‌تواند به‌عنوان الگویی از مسلمان واقعی، برای ایجاد امید در مراجع و رساندن او به سرمنزل مقصود الهی گام بردارد و مصداق این آیه گردد: هر کس که به شخصی حیات بخشد، همچون کسی است که همه مردم را حیات بخشیده است (مائده: ۳۲).

الگوگیری عملی آن‌قدر مهم است که با وجود ارشاد لفظی فراوان مردم توسط پیامبر اکرم(ص)، باز خداوند به این نکته تأکید دارد که پیامبر خدا برای شما الگوی پسندیده‌ای است (احزاب: ۲۱). مشاور اسلامی هم باید الگوی واقعی مسلمان و یاری‌رسان بوده و این امر را در مرحله عمل نیز نشان دهد.

۲۶. عدم انتقال نارسایی‌های شخصی خود به مراجعان و زیردستان: مشاور به‌عنوان یک انسان، ممکن است در زندگی شخصی خود دچار مشکلات و نارسایی‌های موقت یا دائمی گردد. بدیهی است که این امر و نیازمندی به اخذ مشاوره از دیگر متخصصان برای حل‌وفصل آن مشکلات در این‌گونه مواقع طبیعی می‌باشد.

اما آنچه مشاور در ابتدای امر و در رابطه با مراجع و زیردستان بدان توجه دارد، این است که نباید مسائل و مشکلات شخصی خود را به فرایند درمان و مشاوره انتقال داده و از فرصت مشاوره برای درمان مسائل روانی خود بهره جوید و یا در رفتار و گفتار خود با مراجع و زیردستان به خالی کردن عقده‌های خود اقدام ورزد، بلکه باید مصالح مراجع را بر مصالح خود مقدم دارد. پیامبر اکرم(ص) می‌فرمایند: با پرهیزگارانی که آخرت را بر دنیا، و کارهای شما را بر کارهای خودشان ترجیح می‌دهند و ایثار می‌کنند، مشورت کنید. ملاحظه می‌شود که علاوه بر شرط ترجیح آخرت بر دنیای مراجع، کارهای مراجع را بر کارهای خود ترجیح دادن، یکی دیگر از آثار تقوای الهی برشمرده شده است.

۲۷. انتخاب کارکنان و همکاران با صلاحیت برای ارائه خدمات مشاوره‌ای: با توجه به اینکه همکاران و کارکنان مراکز مشاوره نیز در نوع برخورد با مراجعان

@LOTUS_PNU

(به‌خصوص در برخوردهای اولیه)، رازداری نسبت به پرونده درمانی آن‌ها، آزمون‌گیری و غیره، نیازمند تعاملی همچون تعامل مشاوره‌ای و اخلاق‌هایی همچون اخلاق مشاوره‌ای هستند، ازاین‌رو، بر مشاور لازم است در انتخاب همکاران و کارکنان دقت لازم را مبذول داشته و با توجه به لزوم در نظر گرفتن مصالح مراجع که بدان اشاره گردید، در این انتخاب نیز نهایت دقت را داشته باشد و معیارهای اخلاقی و الهی را مدنظر قرار دهد (امامی راد، ۱۳۹۲).

خلاصهٔ فصل نهم

با عنایت به اهتمام اسلام به مشاوره و جایگاه والای مشاور در اسلام، رعایت مسائل اخلاقی مشخصی در این زمینه لازم است: تکریم و احترام مراجع، برقراری رابطه حسنه، توجه کامل به مراجع و درک کامل او، عدم سلب اختیار و آزادی مراجع، رازداری، عدم خیانت به مراجع و التزام به امانت‌داری نسبت به او، نصیحت و خیرخواهی، صمیمیت و مهربانی، احتراز از ایجاد اضطراب و کاهلی، جرأتمندی، ارائه مشاوره عمیق، حق‌مداری، عدم تبعیض، توجه به ویژگی‌های منحصربه‌فرد مراجع، وفای به عهد، مدارا با مراجع، تواضع و دوری از تکبر و عُجب، رعایت حیا و عفت و دوری از شهوت‌پرستی، معیار بودن و در نظر گرفتن مصلحت مراجع، دوری از لجاجت و بحث‌های بی‌ثمر با مراجع، ارجاع مراجع در صورت عدم توانایی در ارائه خدمات لازم، عدم سوءاستفاده از موقعیت حرفه‌ای خود و عدم سوءاستفاده از مراجع، ارائه آگاهی‌های لازم به مراجع، کارآموزان و زیردستان، رابطه مشاور با خانواده مراجع، الگو بودن برای مراجع، عدم انتقال نارسایی‌های شخصی خود به مراجعان و زیردستان و انتخاب کارکنان و همکاران با صلاحیت برای ارائه خدمات مشاوره‌ای.

مفاهیم کلیدی فصل نهم

اصول ارزشی و دینی، تکریم مراجع، رازداری، امانت‌داری، حق مداری، وفای به عهد.

@LOTUS_PNU

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل نهم

۱. امام علی(ع) مشاوره را موجب چه چیزی دانسته است؟

الف) هدایت ب) مصونیت

ج) رستگاری د) رشد

۲. تکریم مراجع در اسلام برای چه کسانی است؟

الف) مسلمانان ب) مؤمنان

ج) کارگزارها د) انسان‌ها

۳. این فرموده امام علی(ع) که «نیکویی مصاحبت، محبت قلب‌ها را زیاد می‌کند»، اشاره به چه جنبه‌ای از مشاوره دارد؟

الف) امانت و رازداری ب) اختیار و آزادی مراجع

ج) برقراری رابطه حسنه د) توجه کامل به مراجع

۴. از نظر امام صادق(ع)، یکی از شرایط چهارگانه مشاور چیست؟

الف) تعهد ب) رازداری

ج) تخصص د) مهارت

۵. امام صادق(ع) دلیل صمیمیت در مشاوره را چه می‌داند؟

الف) رازداری ب) امانت‌داری

ج) مهربانی د) خیرخواهی

۶. از نظر امام علی(ع) یک از ویژگی‌های مشاور چیست؟

الف) جبن ب) کبر

ج) جرأتمندی د) سخاوتمندی

۷. در دیدگاه اسلامی چه چیزی در ارائه خدمات روان‌شناختی جایز نیست؟

الف) مدارا ب) تبعیض

ج) اخذ حق‌الزحمه د) نصیحت مراجع

۸. در دیدگاه اسلامی، مشاور باید از چه چیزی اجتناب نماید؟

الف) مداوا ب) مدارا

ج) مصلحت د) لجاجت

@LOTUS_PNU

۹. یکی از نقش‌های مشاور اسلامی در ارائه خدمات روان‌شناسی چیست؟
الف) الگوسازی
ب) زنجیره‌سازی
ج) شکل‌دهی
د) خاموشی
۱۰. مشاور اسلامی در انتخاب همکاران خود باید به چه ویژگی عنایت داشته باشد؟
الف) جنسیت
ب) قومیت
ج) مداومت
د) صلاحیت

خودآزمایی تشریحی فصل نهم

۱. اهمیت ارائه مشاوره و خدمات روان‌شناختی را در اسلام توضیح دهید؟
۲. ضرورت تکریم و احترام به مراجع را شرح دهید؟
۳. اهمیت رازداری در فرایند مشاوره را توضیح دهید؟
۴. نقش صمیمیت با مراجع را در مشاوره اسلامی شرح دهید؟
۵. عدم تبعیض در ارائه خدمات روان‌شناختی در اسلام را توضیح دهید؟
۶. رعایت حیا در فرایند مشاوره را شرح دهید؟
۷. دلایل ارجاع مراجع را توضیح دهید؟
۸. دلایل عدم سوءاستفاده از موقعیت حرفه‌ای را برشمارید؟
۹. ضرورت برقراری ارتباط با خانواده مراجعان را در فرایند مشاوره توضیح دهید؟
۱۰. اهمیت انتخاب همکاران با صلاحیت را شرح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل دهم

مداخله‌های روان‌شناختی

هدف کلی

شناخت رویکردهای مختلف مداخله‌های روان‌شناختی و آشنایی با تکنیک‌های آن‌ها.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. رویکرد روانکاوی را تعریف کرده و هدف‌های آن را توضیح دهند.
۲. تفاوت رویکرد روانکاوی و روان‌پویشی را بدانند.
۳. رفتاردرمانی شناختی را توضیح دهند.
۴. سه موج رفتاردرمانی شناختی را توضیح داده و تفاوت آن‌ها را مطرح نمایند.
۵. روان‌درمانی انسانگرایانه را توضیح داده و انواع آن را بدانند.
۶. روان‌درمانی مثبت‌نگر و تکنیک‌های آن را توضیح دهند.

مقدمه

مداخله روان‌شناختی یا روان‌درمانی استفاده از روش‌های روان‌شناختی مبتنی بر تعامل فردی است که به‌منظور کمک به افراد در تغییر رفتار و غلبه بر مشکلات به کار می‌رود. روان‌درمانی برای بهبود سلامت روان فرد، حل یا کاهش رفتارهای نابهنجار، اجبارها، افکار ناکارآمد یا عواطف ناسازگار، بهبود روابط و مهارت‌های اجتماعی و ارتقای عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. روان‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا بر بیماری‌های روان‌شناختی و اختلالات عاطفی خود غلبه کنند. روان‌درمانی به حذف یا کنترل علائم

@LOTUS_PNU

مشکل‌زا کمک می‌کند تا فرد عملکرد بهتری داشته باشد و زندگی با کیفیت بالا را تجربه کند. روش‌ها و رویکردهای روان‌درمانی بسیار متنوع و فراوان هستند که در این فصل به چند مدل از رایج‌ترین آن‌ها می‌پردازیم.

۱۰-۱ درمان روان پویشی

درمان روان پویشی[1] مجموعه‌ای از نظریه‌ها و تکنیک‌های درمانی است که تا حدی با ضمیر ناخودآگاه سروکار دارد. برخلاف درمان‌های «مبتنی بر مشکل» که کاهش یا حذف علائم را هدف قرار می‌دهند، درمان روان پویشی به نیازها، امیال و خواسته‌های ریشه‌دار مراجع می‌پردازد و موقعیت منحصربه‌فردی برای پرداختن به عمق تجربه یک فرد را فراهم می‌کند. درمانگران روان پویشی سعی می‌کنند به مراجع کمک کنند تا الگوهایی را در احساسات، افکار و باورهای خود بیابند و بینشی نسبت به خود فعلی خود به دست آورند. این الگوها اغلب در دوران کودکی مراجع شروع می‌شوند، زیرا تئوری روان پویشی معتقد است که تجربیات اولیه زندگی در رشد روانی و عملکرد یک بزرگسال بسیار تأثیرگذار است (مک ویلیامز، ۲۰۰۴).

۱۰-۱-۱ هدف‌های درمان روان پویشی

هدف‌های اصلی درمان روان پویشی عبارت‌اند از: ۱. افزایش خودآگاهی مراجع؛ ۲. تقویت درک افکار، احساسات و باورهای مراجع در رابطه با تجربیات گذشته وی، به‌ویژه تجربیات او در دوران کودکی؛ ۳. بررسی و رفع تعارضات حل نشده ناشی از رویدادهای مهم گذشته (لما، ۲۰۱۵). در کل هدف درمان روان پویشی این است که به مراجع کمک کند تا قطعات مهم پازل زندگی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به‌گونه‌ای تنظیم کند که حس عملکردی مثبت‌تری از خود شکل دهد. وظیفه اصلی متخصص روان پویشی بازنویسی یک روایت پیچیده‌تر و مفیدتر از زندگی و تجارب مراجع می‌باشد. در این جلسات، درمانگر بیمار را تشویق می‌کند تا آزادانه در مورد هر چیزی که در ذهن آگاه اوست صحبت کند. افکار و احساسات مورد بحث برای الگوهای تکرار شونده در ضمیر ناخودآگاه مراجع بررسی می‌شود.

1. Psychodynamic Therapy

@LOTUS_PNU

۱۰-۱-۲ روانکاوی در مقابل روان پویشی مدرن

نظریه روانکاوی[1] سنتی در اوایل دهه ۱۸۹۰ توسط زیگموند فروید مطرح شد. فروید پیشنهاد کرد که ساختار شخصیت از سه بخش تشکیل شده است: نهاد[2] که از غریزه تشکیل شده و اساس ضمیر ناخودآگاه را تشکیل می‌دهد. فراخود[3] یا مؤلفه اخلاقی که باورهای درست و غلط و بایدها و نبایدهای ما را در خود جای داده است. خود[4]، واسطه بین غریزه حیوانی نهاد و اندیشه اخلاقی فراخود می‌باشد. فروید این فرضیه را مطرح کرد که این مؤلفه‌ها از مراحل خاصی در رشد کودکی شکل گرفته‌اند. او معتقد بود که انسان‌ها با «نهاد» به دنیا می‌آیند، در کودکی «خود» را توسعه می‌دهند و در حدود سن پنج‌سالگی «فراخود» را اضافه می‌کنند. فرضیه فروید او را به این نتیجه منطقی سوق داد که شخصیت فرد به‌شدت در تجربیات دوران کودکی ریشه دارد (الزر و گرلاچ، ۲۰۱۴).

درحالی‌که تئوری‌های روان پویشی مدرن بسیاری از ایده‌های ساده‌انگارانه فروید در مورد طبیعت انسان را پشت سر گذاشته‌اند، اما بسیاری از مفروضاتی که زیربنای رویکرد روان پویشی هستند یادآور نظریه فروید می‌باشند، که مهم‌ترین آن‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

- ضمیر ناخودآگاه یکی از قوی‌ترین محرک‌های رفتار و احساسات انسان است.
- هیچ رفتاری بدون علت نیست و همه رفتارها تعیین می‌شوند.
- تجربیات دوران کودکی در بزرگسالی تأثیر قابل‌توجهی بر افکار، احساسات و رفتار می‌گذارد.
- درگیری‌های مهم در طول رشد کودکی شخصیت کلی ما را در بزرگسالی شکل می‌دهد (فروید، ۱۸۹۹).

نظریه فروید مستقیماً از روش‌های روانکاوی حمایت می‌کند، اما همچنین به شکل‌گیری اساس نظریه روان‌پویشی و اطلاع‌رسانی به روش‌ها و تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی امروزی کمک می‌کند.

---

1. Psychoanalysis
2. Id
3. Super Ego
4. Ego

@LOTUS_PNU

با وجود اینکه روانکاوی و درمان روان پویشی مدرن از یک منبع نشئت گرفته‌اند، چندین تفاوت مهم بین این دو شکل درمانی وجود دارد (ناش، ۲۰۱۸):

- جدول زمانی و مدت روانکاوی بسیار طولانی‌تر از درمان روان پویشی مدرن است. روانکاوی معمولاً در دو تا پنج جلسه در هفته انجام می‌شود که چندین سال طول می‌کشد، اما درمان‌های روان‌پویشی به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که در مدت کوتاه‌تر یا فشرده‌تری اجرا می‌شوند.
- چیدمان فیزیکی اتاق درمان متفاوت است. در روانکاوی، مراجع روی کاناپه دراز می‌کشد و درمانگر پشت مراجع و خارج از دید او می‌نشیند. در درمان روان پویشی مدرن معمولاً درمانگر و مراجع روبه‌روی یکدیگر می‌نشینند یا حداقل در میدان دید یکدیگر باقی می‌مانند.
- در روانکاوی رابطه بین درمانگر و مراجع بسیار نامتعادل‌تر از درمان‌های روان پویشی مدرن است. در روانکاوی سنتی متخصص تکنیک‌ها و روند درمان را با مراجع به اشتراک نمی‌گذارد و از جایگاه قدرت به مراجع نگاه می‌کند، درحالی‌که در روان پویشی مدرن مراجع می‌داند که برای از بین بردن افکار و باورهای ناکارآمدی که او را آزار می‌دهد به متخصص نیاز دارد. نقش درمانگر در طول قرن گذشته اصلاح شده تا سلسله‌مراتب را تغییر دهد و شرایط برابری برای مراجع و درمانگر در درمان فراهم کند و رابطه ناهموار بین درمانگر و مراجع عموماً به درمان روان پویشی فعلی منتقل نشده است. امروزه نقش درمانگر در درمان روان پویشی این است که با مراجعه‌کننده برای کشف مبانی علائم او همکاری کند. درمانگر این نقش را با تشویق مراجع به صحبت در مورد احساساتی که احساس می‌کند و کمک به درمان‌جو برای شناسایی الگوهای تکرار شونده در افکار، عواطف و رفتارهای خود ایفا می‌کند. آن‌ها می‌توانند به مراجع در یافتن اهمیت این الگوها و کشف تأثیراتی که بر مراجع می‌گذارند کمک کنند. یکی از مهم‌ترین نقش‌های درمانگر، بررسی گذشته مراجع است. بحث در مورد تجارب کودکی و اولیه زندگی مراجع احتمالاً بخش بزرگی از جلسات روان پویشی را به خود اختصاص می‌دهد، زیرا این شکل از درمان فرض می‌کند که این تجربیات تأثیر قابل‌توجهی بر مسائل جاری مراجع دارد. به‌طورکلی، نقش درمانگر این است که به درمان‌جو کمک کند تا نقاط بین تجربیات گذشته و مشکلات فعلی خود را به هم متصل کند و از بینش و آگاهی خود برای حل این مشکلات استفاده کند.

@LOTUS_PNU

۱۰-۱-۳ ابزار سنجش و درمان در روان پویشی

از آنجایی که تمرکز نظریه روانکاوی بر مسائل ذهنی و ناخودآگاه می‌باشد، معمولاً از ابزارهای سنجش عینی استفاده نمی‌شود. در روان پویشی جهت ارزیابی، تشخیص و درمان از راهبردهای متنوعی استفاده می‌شود که رایج‌ترین آن‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

راهنمای تشخیصی روان پویایی (PDM): راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌شناختی یا DSM[1] اغلب به‌عنوان کتاب مقدس روان‌شناس بالینی شناخته می‌شود. DSM به‌عنوان چارچوبی برای درک و ارزیابی رفتار در یک زمینه درمانی عمل می‌کند؛ اما درمانگران و نظریه‌پردازان روان پویایی گاهی از تمرکز DSM بر علائم قابل مشاهده و حذف تجربیات ذهنی‌تر به‌عنوان معیار تشخیص انتقاد می‌کنند و اعتقاد دارند که سیستم‌های طبقه‌بندی تشخیصی روان‌پزشکی که به‌طور گسترده در سراسر جهان مورد استفاده قرار می‌گیرند، مثل راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌شناختی (DSM) و طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به‌سلامت (ICD) از دیدگاه روانکاوی بسیار دور هستند. برای حل مشکل عدم توافق بر سر معیارهای تشخیصی، یک کتابچه راهنمای تشخیصی روان پویشی[2] (یا PDM) در سال ۲۰۰۶ به‌عنوان جایگزین یا مکمل DSM منتشر شد. کسانی که درمان روان پویشی را انجام می‌دهند ممکن است این راهنما را در تشخیص و درمان مراجعانشان مفیدتر از DSM استاندارد بدانند. این راهنما تلاش می‌کند محدوده کامل عملکرد فرد، عمق و همچنین سطح الگوهای عاطفی، شناختی و اجتماعی را مشخص کند (لما، ۲۰۱۵).

آزمون‌های فرافکن: آزمون‌های فرافکن نوعی از آزمون‌های شخصیت هستند که تصاویر، لکه‌ها یا کلمات مبهمی به فرد داده می‌شود و او باید بر مبنای دستورالعمل، پاسخ‌ها یا واکنش‌هایی را به آن‌ها ارائه دهد. هدف این تست‌ها شناسایی تعارض‌ها و هیجان‌های پنهان شده در بخش ناخودآگاه فرد می‌باشد. در واقع با شناخت بخش‌های عمیق‌تر شخصیت می‌توان درمان‌های مناسب‌تری را انتخاب کرد و ارائه داد (مک ویلیامز، ۲۰۰۴). آزمون‌های فرافکن انواع متنوعی دارند که مشهورترین و پراستفاده‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

---

1. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
2. Psychodynamic Diagnostic Manual

@LOTUS_PNU

- **آزمون لکه جوهر رورشاخ:** یکی از اولین آزمون‌های فرافکن است که در سال ۱۹۲۱ توسط هرمان رورشاخ به وجود آمد. این آزمون شامل ۱۰ کارت که حاوی لکه‌های مبهم است می‌باشد و از فرد خواسته می‌شود لکه‌ها را ببیند و آنچه به ذهنش می‌رسد را در مورد لکه‌ها توضیح دهد.
- **آزمون اندریافت موضوع (TAT):** در این آزمون کارت‌هایی به فرد، ارائه می‌شود که حاوی تصاویری از انسان در موقعیت‌های مختلف است. سپس از فرد خواسته می‌شود که در مورد تصویر، داستانی را از خودش بگوید؛ شامل شرح اینکه چه اتفاقی می‌افتد، شخصیت موجود در داستان، چه احساسی دارد و داستان، چگونه تمام می‌شود .سپس انگیزه‌ها، نیازها و اضطراب‌های فرد با استفاده از داستانی که در مورد شخصیت اصلی تصویر روایت کرده، مشخص می‌شود.
- **آزمون ترسیم آدمک:** این آزمون بیشتر برای سنجش کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این آزمون، از کودک، خواسته می‌شود که تصویر یک آدم را بکشد. بعد از ترسیم نقاشی، آزمونگر بر اساس اندازه قسمت‌های مختلف بدن آدمک، میزان توجه کودک به جزئیات چهره و همین‌طور شکل کلی نقاشی، به او نمره می‌دهد.
- **آزمون تداعی لغات:** در این آزمون لیستی از لغات به فرد ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود که اولین کلمه یا نظری که در مورد آن لغت، به ذهنش می‌رسد را بگوید. در این تست محتوای پاسخ و مدت‌زمانی که طول می‌کشد تا فرد به آن کلمه، واکنش نشان دهد، اهمیت دارد.
- **آزمون جملات ناتمام:** در این تست، ابتدای یک جمله برای فرد خوانده می‌شود و از او خواسته می‌شود که ادامه جمله را آن‌طور که می‌خواهد کامل کند. پاسخ‌های فرد برای تکمیل جملات این آزمون فرافکن نگرش‌ها، تعارضات و انگیزه‌های زیربنایی او را منعکس می‌کند.

استفاده از آزمون‌های فرافکن مزایای خاص خود را دارد که مهم‌ترین آن‌ها این است که انگیزه‌ها، تمایلات، هیجانات و نگرش‌های پنهان شده فرد در ناخودآگاه را مورد بررسی قرار می‌دهد و تبیین عمیق‌تری از شخصیت، ارائه می‌دهد. علاوه بر این احتمال اینکه فرد بخواهد خودش را خوب جلوه دهد به حداقل می‌رسد و فرد آزادی بیشتری برای پاسخگویی به سؤالات را دارد. با وجود مزایای ذکر شده این آزمون‌ها

@LOTUS_PNU

معایبی نیز دارند، از جمله اینکه نمره‌گذاری در آزمون‌های فرافکن، به‌صورت ذهنی است؛ بنابراین احتمال دارد که سوگیری آزمونگر در تفسیر تأثیر گذاشته و تفسیر متفاوتی را از پاسخ‌های یکسان ارائه دهند. علاوه بر این، به دلیل ذهنی بودن سیستم نمره‌گذاری، روایی و پایایی این آزمون‌ها کم است و نسبت به آزمون‌های عینی اعتبار کمتری دارند (الزر وگرلاچ، ۲۰۱۴).

لغزش کلامی: لغزش کلامی یا «لغزش فرویدی» به مواردی اشاره می‌کند که فرد می‌خواهد چیزی بگوید ولی سهواً از کلمه دیگری استفاده می‌کند، یا کلمه را اشتباه بیان می‌کند و یا در زمان بیان دچار لکنت می‌شود. به‌ویژه این لغزش‌ها زمانی اهمیت پیدا می‌کنند که بتوان معنای عمیق‌تری را به این لغزش نسبت داد. به‌عنوان مثال، ممکن است وقتی کسی قصد دارد بگوید «این بهترین ایده شماست!» اما به‌طور تصادفی می‌گوید: «این هنوز ایده شماست» (مک ویلیامز، ۲۰۰۴).

تداعی آزاد: تداعی آزاد[1] ممکن است مهم‌ترین و پرکاربردترین ابزار برای درمانگران روان پویشی باشد. این تکنیک ساده و اغلب مؤثر است. برای اجرای این تکنیک مراجع در اتاق درمان تشویق می‌شود هر آنچه را که به ذهنش خطور می‌کند و در لحظه در ذهنش می‌گذرد به زبان آورد و هیچ‌گونه کنترلی بر افکار و گفتارش نداشته باشد. تداعی آزاد در واقع از خودسانسوری جلوگیری کرده و آنچه را که سرکوب شده و در ناخودآگاه وجود دارد را به سمت آگاهی می‌آورد؛ بنابراین لازم است مراجع بتواند تمام افکار خود را بدون نگرانی، شرم و ترس بر زبان جاری کرده و در مورد آن‌ها صحبت کند. این افکار ممکن است حتی هیچ نظمی نداشته باشند و حتی در ظاهر به یکدیگر مرتبط نباشند، ولی در حالت کلی بحث و موضوع جلسه هدایت می‌شود (ناش، ۲۰۱۸).

تحلیل رویا: یکی دیگر از روش‌های روانکاوی فرویدی تکنیک تحلیل رویا[2] است. در نظریه روانکاوی رؤیاها حاوی محتوای آشکار و پنهان هستند. محتوای آشکار شامل اطلاعاتی از رویا است که خواب بیننده آن را به خاطر می‌آورد. محتوای پنهان نشان‌دهنده معنای نمادین و سرکوب شده است که در رویا تعبیه شده است. در تحلیل رویا مراجع خواب خود را بازمی‌گوید و درمانگر از نظر انگیزه‌های کشف نشده، معانی

1. Free Association
2. Dream Analysis

@LOTUS_PNU

سمبولیک را مورد تحلیل قرار داده و با تداعی آزاد به مراجع کمک می‌کند تا به انگیزه‌های پنهانی آن بینش پیدا کند (لما، ۲۰۱۵).

در کل فرضیه اصلی درمان روان پویشی این است که مشکلات مزمن ریشه در ضمیر ناخودآگاه دارند و برای حل مشکلات باید آشکار شوند. بنابراین، مراجع باید خودآگاهی برای کشف این الگوهای ناخودآگاه فکری و درک چگونگی پیدایش این الگوها داشته باشد تا با آن‌ها مقابله کند.

۱۰-۲ رفتاردرمانی شناختی

رفتاردرمانی شناختی[1] (CBT) مجموعه تکنیک‌هایی است که از رفتاردرمانی (رفتارگرایی) و شناخت درمانی نشئت گرفته است و رفتاردرمانی را با شناخت درمانی ترکیب می‌کند. از آغاز هزاره جدید، تحولات زیادی در زمینه رفتاردرمانی شناختی صورت گرفته و به پیشرفت خود ادامه داده است و راه‌های جدیدی برای تفکر در مورد این درمان ایجاد شده است. اگرچه بسیاری از تکنیک‌ها و درمان‌های اعمال‌شده از زمان ظهور درمان‌های اصلاح رفتار یا رفتاردرمانی باقی مانده‌اند، اما رفتاردرمانی به‌منظور بهبود اثربخشی و درک فرایندهای ذهنی و رفتاری، تکامل خود را متوقف نکرده است و در جریان تحول این درمان تا اینجا می‌توان از مجموع سه موج یا نسل بزرگ از درمان‌ها صحبت کرد که بر اساس یک جریان فکری غالب در زمان رخ داده‌اند و هر یک از آن‌ها بر بسیاری از محدودیت‌های روش‌شناختی مدل‌های قبلی غلبه کرده‌اند (بک و فلمینگ، ۲۰۲۱).

رفتارگرایان موج اول با استفاده از اصول یادگیری عامل و شرطی‌سازی کلاسیک بر اصلاح رفتارهای نابهنجاری تمرکز دارند که کارکرد فرد را مختل کرده و باعث ایجاد ناراحتی قابل‌توجهی در فرد می‌شوند و نگران روابط بین محرک‌ها، واکنش‌ها و پیامدهای آن می‌باشند. بنابراین، درمان‌هایی که در این زمان ظاهر شدند مبتنی بر شرطی‌سازی بودند و بر جنبه‌هایی مانند ارتباط محرک‌ها، اصلاح عادات یا خاموش شدن واکنش به محرک‌ها تأکید داشتند. در این درمان‌ها از طریق فرایندهای یادگیری به فرد مهارت‌ها و رفتارهایی آموزش داده می‌شود که باعث افزایش سازگاری و

1. Cognitive Behavior Therapy

@LOTUS_PNU

بهینه‌سازی کارکرد او شود. روان‌درمانگر درمان را با توجه به ویژگی‌های مراجع و شرایط او اعمال می‌کند و باید درمان را با هر موقعیتی تطبیق دهد. برخی از تکنیک‌های متعلق به نسل اول رفتاردرمانی که همچنان به کار می‌روند عبارت‌اند از مواجهه سازی، تقویت افتراقی رفتارها، شکل‌دهی تدریجی، حساسیت‌زدایی منظم و قرارداد رفتاری که برای درمان فوبیا، ایجاد یا برقراری مجدد الگوهای رفتاری و یا اصلاح رفتارهای نابهنجار به‌ویژه در کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرند. موج اول درمان شناختی رفتاری فراتر از پارادایم‌های یادگیری پایه و شرطی‌سازی نرفت (هوپ، رتیمن و جول، ۲۰۰۸).

نظریه‌پردازان موج دوم اهمیت تداعی و شرطی‌سازی را رد نمی‌کنند، اما معتقدند که درمان‌ها باید هدفمند باشند و باورها و افکار ناکارآمد را اصلاح کنند. در واقع موج دوم بسیاری از تکنیک‌های رفتاری را در فرایند درمان خود گنجانده است، البته به آن‌ها دیدگاه جدیدی داده و مؤلفه‌های شناختی را اضافه کرده است و از این ترکیب، درمان‌های شناختی-رفتاری پدید آمدند. موج دوم درمان شناختی رفتاری از درمان شناختی آرون بک نشئت می‌گیرد و بر مدل شرطی‌سازی پنهان استوار است، به این معنا که فرایندهای شناختی (افکار خودکار و باورهای اساسی) از طریق فرایندهای یادگیری درست مانند رفتار به دست می‌آیند. به گفته بک، شرطی شدن بیشتر تحت تأثیر محیط اطراف ما قرار می‌گیرد، از طریق افرادی که الگوی ما هستند یا از طریق رویداد مهمی که در زندگی ما رخ داده است. رفتاردرمانی شناختی بر اساس یک اصل ساده عمل می‌کند که طرز فکر و احساس ما در مورد آنچه برایمان اتفاق می‌افتد به همان اندازه یا حتی بیشتر از خود آن رویدادهای بیرونی بر ما تأثیر می‌گذارد. یک از نظریه‌هایی که توسط آلبرت الیس، خالق رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT)[1] ایجاد شده است، استفاده کرد تا رویکردی کوتاه‌مدت و هدف‌مدار، برخلاف روش‌های غالب آن زمان، توسعه دهد (دویلی، ۲۰۲۲). مدل شناختی بیان می‌کند که افراد بیشتر از خود رویدادها تحت تأثیر افکار خودکار و الگوهای فکری خود در مورد رویدادهای منفی قرار می‌گیرند. همچنین، موقعیت‌ها می‌توانند واکنش‌های فیزیولوژیکی خودکار مانند افزایش ضربان قلب، تعریق یا فشارخون ایجاد کنند، که می‌تواند از نظر شناختی به‌عنوان آگاهی از خطر درک شده تفسیر شود، درحالی‌که در واقعیت اصلاً تهدیدی وجود ندارد. به بیان ساده، مفروضات و پیش‌فرض‌های ما، واکنش‌های ما را بسیار بیشتر از خود

1. Rational Emotional Behavior Therapy

@LOTUS_PNU

رویدادها کنترل می‌کنند. هر چیزی که ما تجربه می‌کنیم از طریق فیلترهای شناختی تفسیر می‌شود. متأسفانه، فیلترهای شناختی تمایل به ایجاد تحریفات شناختی دارند که برای اصلاح آن‌ها نیاز به درمان می‌باشد. هدف از درمان کمک به مراجعان برای شناسایی، به چالش کشیدن و تغییر الگوهای فکری ناسازگار به‌منظور تغییر پاسخ آن‌ها به موقعیت‌های دشوار است. این درمان ریشه در زمان حال دارد، بنابراین در جلسات درمان مراجعان افکار منفی یا ناسازگاری که در مورد مشکلات فعلی خود دارند را شناسایی می‌کنند و تعیین می‌کنند که آیا این افکار واقع‌بینانه هستند یا خیر. اگر این افکار غیرواقعی تلقی شوند، مراجع مهارت‌هایی را یاد می‌گیرد که به او کمک می‌کند الگوهای فکری خود را به چالش بکشد و در نهایت الگوهای فکری خود را تغییر دهد. این نوع درمان اغلب تحریف‌های شناختی یا الگوهای فکری غیرمنطقی را هدف قرار می‌دهد که می‌تواند بر رفتار تأثیر منفی بگذارد (دویلی، ۲۰۲۲). تحریف‌های شناختی رایج عبارت‌اند از تفکر همه یا هیچ (دیدن همه‌چیز با عبارات سیاه‌وسفید و نادیده گرفتن نکات مثبت)، فاجعه‌سازی (همیشه با فرض اینکه بدترین اتفاق می‌افتد) و شخصی‌سازی (با این باور که فرد مسئول هر اتفاقی است که در اطرافش می‌افتد، چه خوب چه بد) (بک و فلمینگ، ۲۰۲۱).

برای مثال، فردی که مستعد فاجعه‌سازی است ممکن است تصور کند دوستی که فوراً به او پیامک نمی‌دهد، از دست او عصبانی است، و به‌طور بالقوه باعث می‌شود که از نظر اجتماعی کناره‌گیری کند، دوستش را مورد انتقاد قرار دهد، نشخوار فکری کند، یا رفتاری غیر از آن داشته باشد. در رفتار درمانی شناختی، این فرد ممکن است یاد بگیرد که تمایل خود را برای رسیدن به بدترین نتیجه ممکن تشخیص دهد و دفعه بعد که دوستش دیر پاسخ پیام را داد، می‌تواند به خود یادآوری کند که آن دوست در گذشته همیشه به‌موقع پاسخ داده و ممکن است الآن به‌سادگی مشغول باشد. این چارچوب‌بندی مجدد، می‌تواند به فرد کمک کند از درگیر شدن در رفتار نابهنجار خودداری کند.

برخی از شناخته‌شده‌ترین درمان‌های شناختی رفتاری موج دوم، درمان شناختی آرون بک، درمان عقلانی هیجانی آلبرت الیس، تغییر و اصلاح شناختی رفتاری مایکل بام می‌باشند. با وجود اینکه تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که موفقیت بالینی درمان‌های موج دوم بیشتر از موج اول است، این نوع درمان‌ها مشکلاتی نیز دارند. در میان آن‌ها

@LOTUS_PNU

این واقعیت برجسته است که تمایل به تلاش برای ریشه‌کن کردن هر چیزی که باعث ناراحتی می‌شود وجود دارد، بدون در نظر گرفتن اینکه حذف هر چیز منفی می‌تواند باعث ایجاد الگوهای رفتاری سفت‌وسخت شود که به‌نوبه خود می‌تواند ناسازگار باشد. در واقع، تلاش برای کنترل ممکن است به اثراتی برخلاف آنچه در نظر گرفته شده بود، ختم شود. علاوه بر این، موج دوم درمان‌ها ایراد دیگری دارد که تمرکز زیاد روی تأثیر درمان و غفلت از مطالعه چرایی مشکل، باعث می‌شود که به‌خوبی مشخص نگردد که کدام بخش از فرایند دقیقاً تغییر مثبت ایجاد می‌کند. در نهایت، تعمیم نتایج این درمان به شرایط معمول زندگی مراجع و حفظ آن‌ها دشوار است و مشکلاتی مانند عود مشکل به فراوانی ظاهر می‌شوند. این مشکلات منجر به وجود آمدن سومین موج شناخت درمانی رفتاری شده است که سعی می‌کنند از دیدگاهی جدید مشکلات را توضیح دهند (نادین، کاسلو و مسر، ۲۰۱۲).

درمان‌های نسل سوم آخرین موج درمان اصلاح رفتار است. درمان‌های موج سوم با روش‌های درمانی موج دوم از چندین جهت متفاوت می‌باشند. درمان‌های موج دوم به دنبال کاهش و حذف علائم مشکلات یا تغییر رفتار است، درحالی‌که درمان‌های موج سوم به هدف‌های جامع‌تر زندگی می‌پردازند و بر ایجاد یک تغییر واقعی و دائمی در فرد که امکان غلبه قطعی بر ناراحتی را فراهم می‌کند، تأکید دارند. درمان‌های موج سوم هنوز برای رفتارهای قابل مشاهده ارزش قائل هستند که بر کل زمینه‌های اجتماعی، روانی و حرفه‌ای ما تأثیر می‌گذارد. این رویکرد اعتقاد دارد که مشکلات روان‌شناختی تا حد زیادی ناشی از بافت اجتماعی-فرهنگی و ارتباطی فرد است و بیش از مبارزه با علائم، درمان باید بر جهت‌دهی مجدد و تمرکز مجدد توجه فرد به هدف‌ها و ارزش‌های مهم زندگی و بهبود سازگاری روانی- اجتماعی فرد متمرکز شود (دویلی، ۲۰۲۲). درمانگران موج سوم به افراد کمک می‌کنند تا نحوه تفکر و واکنش خود را به موقعیت‌های چالش‌برانگیز تغییر دهند و بر پذیرش افکار به‌جای قضاوت افکار به‌عنوان خوب یا بد تأکید می‌کند. در این درمان‌ها فرض بر این است که عدم پذیرش هیجانات اغلب علت اختلالات هیجانی و روان‌شناختی است. در درمان مبتنی بر این رویکردها، مراجعان یاد می‌گیرند که تجربه هیجانی و روانی خود را مشاهده کنند، بدون اینکه به آن قدرت کنترل زندگی خود را بدهند؛ بدون قضاوت در مورد واکنش‌های خود یا تلاش برای تغییر آن‌ها. افکار فقط افکار هستند، بنابراین ما می‌توانیم آن‌ها را بدون هم

@LOTUS_PNU

ذات پنداری مشاهده کنیم. احساسات مانند امواج بالا و پایین می‌شوند و به ما امکان می‌دهند از تکنیک‌های پذیرش و مشاهده استفاده کنیم. توانایی تجربه احساسات «خوشایند» و «ناخوشایند» مثبت و سالم است، حتی اگر یک تجربه ناخوشایند باشد (هوپ و همکاران، ۲۰۰۸).

مفاهیم و روش‌های درمانی بر موضوعاتی مانند ذهن آگاهی، احساسات، پذیرش، رابطه، ارزش‌ها، هدف‌ها و فراشناخت تأکید دارند. مدل‌ها و رویکردهای مداخله جدید شامل طرح‌واره درمانی[1]، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)[2]، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاه (MBSR)[3]، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)[4]، درمان متمرکز بر شفقت (CFT)[5] رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)[6] روان‌درمانی تحلیلی عملکردی (FAP)[7]، درمان فراشناختی[8] و ... می‌باشد. همه این روش‌های درمانی، افراد را قادر به رشد و تغییر می‌دانند. تحقیقات اولیه نشان داده‌اند که این درمان‌ها روش‌های مؤثرتری را توسعه داده و نتیجه آن سلامت روان بهتر و رضایت بیشتر از زندگی است (نادین و همکاران، ۲۰۱۹).

۱۰-۳ انسان‌گرایی

درمان انسان‌گرایانه[9] با رویکردهای سنتی، مانند روانکاوی یا رفتار درمانی متفاوت است. این درمان رویکردی کل‌نگر است که بر اراده آزاد، پتانسیل انسانی، ماهیت فردی افراد و کشف خود متمرکز است. هدف آن کمک به فرد در ایجاد حس قوی و سالم از خود، کشف احساسات، یافتن معنا، افزایش خودآگاهی، درک خود و تمرکز بر نقاط قوت است. جلسات درمانی به‌جای تلاش برای شناسایی رویدادهای گذشته که منجر به این احساسات شده‌اند، کاوش در مورد احساس فرد در اینجا و اکنون را مدنظر قرار می‌دهند. یک درمانگر انسان‌گرا به دنبال ایجاد فضایی از حمایت، همدلی و اعتماد است

1. Schema Therapy
2. Mindfulness Based Cognitive Therapy
3. Mindfulness Based Stress Reduction
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Compassion-Focused Therapy
6. Dialectic Behavior Therapy
7. Functional Analytical Psychotherapy
8. Me[illegible]
9. H[illegible]

@LOTUS_PNU

که در آن فرد بتواند احساسات خود را بدون ترس از قضاوت به اشتراک بگذارد (اشنایدر و گروک، ۲۰۱۷).

کلمات کلیدی برای درمان انسان‌گرایانه پذیرش و رشد است و موضوع اصلی درمان مسئولیت و آزادی مراجع است. رویکردهای انسان‌گرایانه بر این باورند که افراد دارای ظرفیت خودآگاهی و حق انتخاب هستند. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا در مورد احساسات خود فکر کند و مسئولیت افکار و اعمال خود را بپذیرد. درمان انسان‌گرا برای مراجع یک فضای اکتشافی امن، پذیرنده، بدون قضاوت و خود هدایت‌گر جهت کشف خود و توانایی‌هایش فراهم می‌کند. این روند به مراجع کمک می‌کند تا پاسخ‌های خود را بیابد، پتانسیل‌های خود را کشف کند و الگوهای رفتاری قدیمی غیرمفید را بشکند. این رویکرد بر مراجع به‌عنوان فردی منحصربه‌فرد و رابطه مراجع با دنیای اطرافش تمرکز می‌کند. درمان توسط مراجع هدایت می‌شود، بنابراین درمانگر روی مسائلی که مراجع می‌خواهد کار خواهد کرد (روان، ۲۰۱۶).

دیدگاه انسان‌گرایانه طبیعت انسان را اساساً خوب می‌بیند و اعتقاد دارد که هر فردی پتانسیل ذاتی برای حفظ روابط سالم و معنادار و انتخاب‌هایی که به نفع خود و دیگران باشد را دارد. درمانگر انسان‌گرا بر کمک به افراد برای رهایی خود از فرضیات و نگرش‌های ناتوان‌کننده تمرکز می‌کند تا بتوانند زندگی کامل‌تری داشته باشند. درمانگر به‌جای درمان بیماری‌ها یا کاهش اختلالات بر رشد و خودشکوفایی تأکید دارد. این دیدگاه به‌جای فرایندهای ناخودآگاه و علل گذشته، فرایندهای خودآگاه فعلی را هدف قرار می‌دهد و معتقد است که افراد دارای ظرفیت ذاتی برای خود هدایتی مسئولانه هستند. درمانگر انسان‌گرا سعی می‌کند یک رابطه درمانی گرم و پذیرنده ایجاد کند. درمانگر همدلی بالایی دارد و توجه مثبت بی‌قیدوشرط به مراجع می‌کند و مراجع را همان‌گونه که هست می‌پذیرد. استفاده از تکنیک‌های درمان انسانی (از جمله همدلی، تشویق عاطفه، گوش دادن فعال، و پذیرش تجربه ذهنی مراجع) به ایجاد ارتباط کمک می‌کنند و زمینه را برای تعامل معنادار با تمام جنبه‌های فرایند درمان فراهم می‌کنند. آگاه شدن از این فرایند بینش را به همراه دارد و توانایی انتخاب مهارت‌های جدید و بهبود را تسهیل می‌کند. درمانگر باید بخواهد و بتواند مراجع را به شیوه‌ای واقعی و معتبر درگیر کند تا به او کمک کند تغییری معنادار ایجاد کند. همه این موارد به فرد کمک می‌کنند تا توانایی تغییر، ایجاد نقاط قوت و ارزش‌های منحصربه‌فرد را پیدا کند و

@LOTUS_PNU

خودآگاهی و اعتمادبه‌نفس بیشتری داشته باشد، بنابراین می‌تواند توانایی‌های خود را کشف کرده و موقعیت‌های سخت را مدیریت کند (جینجر و جینجر، ۲۰۱۲).

درمان انسان‌گرایانه بر اهمیت خود واقعی بودن برای داشتن رضایت‌بخش‌ترین زندگی تأکید می‌کند. این رویکرد بر این اصل استوار است که هر کس روش منحصربه‌فرد خود را برای نگاه کردن به جهان دارد. درمان انسان‌گرایانه شامل درک بهتر جهان‌بینی مراجع و ایجاد خودپذیری واقعی است. این امر تا حدی از طریق ایجاد نگاه مثبت بدون قید و شرط، هم از جانب دیگران و هم از جانب خود فرد انجام می‌شود. وقتی فرد باور دارد که دیگران فقط در صورتی به وی احترام می‌گذارند که به شیوه خاصی رفتار کند، قطعاً در دام این احساس که من کافی نیستم، می‌افتد. این احساس بی‌ارزشی، به‌نوبه خود، می‌تواند بر نحوه نگرش فرد به خود و جهان اطراف تأثیر منفی بگذارد. درمان انسان‌گرایانه می‌تواند به فرد کمک کند تا هم پذیرش خود را توسعه دهد و هم با ارائه یک فضای امن برای کار در جهت رشد شخصی بر انتقاد یا عدم‌تأیید دیگران غلبه کند. این روش درمانی می‌تواند کمک کند که مراجعان بیشتر افکار و احساسات درونی خود را با صدای بلند به درمانگر خود بیان می‌کنند. ارزش داشتن به‌عنوان یک شخص و تأیید احساسات فرد به شیوه‌ای بدون قضاوت می‌تواند روند رهایی، بهبود درونی و کاهش را آغاز کند (روان، ۲۰۱۶).

در کل مفروضات مهم روان‌شناسی انسان‌گرا عبارت‌اند از:

- احساسات، افکار و ادراک در دیدگاه فرد نسبت به خودش، که شاخص اصلی رفتار اوست، نقش اساسی دارند.
- نیاز انسان به دستیابی به پتانسیل کامل یک فرایند طبیعی است.
- همه مردم اراده آزاد دارند و فرد باید مسئولیت رفتارهای خود را برای رشد و تحقق شخصی بپذیرد.
- افراد می‌توانند با مجموعه‌ای از شرایط مناسب، به‌خصوص در دوران کودکی، خوب باشند.
- درمانگر انسان‌گرا باید دو ویژگی مهم داشته باشد که عبارت‌اند از همدلی (درمانگر به دنبال درک مراجع است. همدلی به درمانگر این امکان را می‌دهد که از دیدگاه مراجع با تجربیات مراجع ارتباط برقرار کند) و توجه مثبت بی‌قیدوشرط (این بدان

@LOTUS_PNU

معنی است که درمانگر گرمی نشان دهد، پذیرا باشد و قضاوت نکند) (اشنایدر و کروگ، ۲۰۱۷).

۱۰-۳-۱ انواع درمان انسان‌گرایانه

درمان انسان‌گرا که به‌عنوان رویکرد انسان‌گرا نیز شناخته می‌شود، یک اصطلاح کلی است که انواع مختلفی از درمان را شامل می‌شود. رایج‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از درمان وجودی[1]، درمان مراجع‌محور[2] و گشتالت درمانی[3].

درمان وجودی: درمان وجودی یا اگزیستانسیال از فلسفه نشئت می‌گیرد. این رویکرد بیشتر بر اراده آزاد، تعیین سرنوشت، خودمختاری و جست‌وجوی معنا، متمرکز است. این رویکرد بر ظرفیت فرد برای گرفتن تصمیمات منطقی و رسیدن به حداکثر پتانسیل، تأکید دارد. موضوعات اصلی حول مسئولیت و آزادی متمرکز هستند، زیرا مراجع و درمانگر در مورد وضعیت انسانی و چگونگی ارتباط آن با علائم و تجربیات مراجع بحث می‌کنند. هدف این رویکرد این است که به مراجع کمک کند تا بفهمد وجودش چگونه بر جهان‌بینی منحصربه‌فردش تأثیر می‌گذارد. درمانگران اگزیستانسیال کمک می‌کنند تا فرد معنای زندگی خود را کشف کرده و درک نماید. با راهنمایی آن‌ها، افراد یاد می‌گیرند که مسئولیت انتخاب‌هایی را که انجام می‌دهند بپذیرند و آزادی خود را برای ایجاد تغییراتی که به زندگی‌شان معنای بیشتری می‌بخشد، درک کنند. مانند سایر رویکردهای انسان‌گرایانه، درمان اگزیستانسیال عمدتاً به مسائلی که فرد در حال حاضر با آن مواجه است، مربوط می‌شود، نه چیزهایی از گذشته او؛ اما این موضوع را در نظر می‌گیرد که چگونه افکار افراد (خودآگاه یا ناخودآگاه) بر سلامت روان و هدف‌هایشان تأثیر می‌گذارد. درمان وجودی بیشتر علاقه‌مند است که با اندیشیدن و عمل مسئولانه به مراجع کمک کند تا بر اضطراب معنایی غلبه پیدا کند. بر اساس درمان اگزیستانسیال، مشکلات اصلی افراد در اضطراب ناشی از تنهایی، انزوا، ناامیدی و در نهایت مرگ نهفته است. خلاقیت، عشق، اصالت و اراده آزاد به‌عنوان راه‌های بالقوه برای تغییر شناخته می‌شوند و افراد را قادر می‌سازند تا در مواجهه با عدم اطمینان و

1. Existential Therapy
2. Person-Centered Therapy
3. Gestalt Therapy

@LOTUS_PNU

رنج زندگی معناداری داشته باشند. بر اساس این رویکرد همه افراد متحمل رنج می‌شوند (مثلاً دوستان می‌میرند، روابط پایان می‌یابد) و این رنج‌ها باعث اضطراب می‌شوند، زیرا یادآور محدودیت‌های انسانی و مرگ اجتناب‌ناپذیر هستند. درمان اگزیستانسیال بر این باور است که مشکلات افراد ناشی از عدم اعمال انتخاب و قضاوت به‌اندازه کافی خوب برای ایجاد معنا در زندگی آن‌ها است و هر فردی مسئول ایجاد معنا در زندگی است (روان، ۲۰۱۶).

گشتالت درمانی: گشتالت درمانی انسان را به‌صورت یک کل و ماهیت واحد در نظر می‌گیرد و معتقد است که کل، چیزی بیشتر از مجموعه رفتارهای فرد است. گشتالت درمانی بر مهارت‌ها و تکنیک‌هایی تمرکز دارد که به فرد امکان می‌دهد از احساسات و عواطف خود آگاه شود و به دنبال آن است که مراجع را تشویق کند که از اینجا و اکنون آگاه باشد و مسئولیت اعمال و رفتار خود را بپذیرد. این درمان بر اساس این نظریه اساسی استوار است که درگیری‌های حل نشده با دیگران منجر به پریشانی می‌شود. گشتالت درمانی یک حالت «اورژانسی ایمن» را فراهم می‌کند که در آن افراد می‌توانند در لحظه حال، چیزهایی که آزارشان می‌دهد را کشف کنند. درمانگران با پرسیدن اینکه در حال حاضر از چه چیزی آگاه هستید یا احساسات خاص چه هیجانی در شما ایجاد می‌کنند، به ایجاد فضای «اینجا و اکنون» کمک می‌کنند. گشتالت درمانی بر شرایط فعلی و چالش‌های زندگی مراجع تمرکز دارد. این مداخله اغلب از ایفای نقش و تکنیک صندلی خالی برای افزایش خودآگاهی استفاده می‌کند (فلورنس، کاسلو، رابرت و مسی، ۲۰۰۴).

درمان مراجع‌محور: این رویکرد که با نام درمان فرد محور نیز شناخته می‌شود و بر اساس این ایده است که جذب انتقاد یا عدم‌تأیید دیگران می‌تواند دید فرد را از خود مخدوش کند و مانع رشد شخصی شود که این موضوع فرد را از داشتن یک زندگی رضایت‌بخش بازمی‌دارد و باعث ناراحتی روانی می‌شود این رویکرد از تکنیک گوش دادن فعال استفاده می‌کند. درمانگر به نگرانی‌های مراجع گوش می‌دهد، تأیید می‌کند و آن را تفسیر می‌کند. این روش درمانی به ارائه یک محیط حمایتی اعتقاد دارد که در آن فرد می‌تواند در فضایی بدون قضاوت، احساس راحتی کند. درمان مراجع‌محور به‌شدت بر توجه مثبت و همدلی بدون قید و شرط متکی است. احساس پذیرش در درمان،

@LOTUS_PNU

صرف‌نظر از آنچه که به اشتراک گذاشته می‌شود، می‌تواند به فرد کمک کند بر ترس از عدم تأیید غلبه کند و درحالی‌که درمانگر بدون قضاوت گوش می‌دهد، فرد در جهت درمان هدایت می‌شود. درمان فرد محور می‌تواند برای ایجاد ارتباط و شفاف‌سازی مسائل در طول جلسه استفاده شود (جینجر و جینجر، ۲۰۱۲).

در کل همه این رویکردها خودآگاهی را افزایش می‌دهند که باعث ارتقاء عزت‌نفس و مسئولیت بیشتر مراجع می‌شوند، بنابراین به مراجع احساس کنترل و فرصت انتخاب می‌دهند.

۱۰-۴ روان‌درمانی مثبت‌نگر

روان‌درمانی مثبت‌نگر[1] (PPT) یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید است که در تشخیص و درمان تحت تأثیر هر دو رویکرد انسان گرایانه و روان پویشی قرار می‌گیرد. روان‌شناسی مثبت‌نگر به بررسی و مطالعه ویژگی‌های مثبت زندگی (رفاه، خوشبختی، رضایت و توانایی پیشرفت در زندگی) فرد می‌پردازد. این شاخه از روان‌شناسی آنچه را که برای ساختن یک زندگی هدفمند و پرمعنا به فرد امکان شکوفایی می‌دهد، مورد مطالعه قرار داده است. این رویکرد میان‌رشته‌ای اشکال مختلفی از روان‌درمانی را در برمی‌گیرد تا به افراد کمک کند که با شیوه‌ای از صحبت کردن، به درمانگر خود تبدیل شوند که جهت رسیدگی به شرایط، تجربیات و محیط خاص خود مناسب است (سلید، برونل، رشید و شرانک، ۲۰۱۶).

۱۰-۴-۱ اصول روان‌درمانی مثبت‌نگر

تأکید اصلی این نظریه بر مثبت بودن و نتایج مثبت است. بر اساس نظریه روان‌درمانی مثبت نگر، برای دستیابی به یک نتیجه مثبت باید به سه اصل اصلی پرداخت (دوبیت و وینکر، ۲۰۱۶).

امید: امید[2] بر مثبت بودن کلی بشریت تأکید دارد. تجارب منفی را باید به‌عنوان هدفی بالاتر با چارچوب مجدد مثبت در نظر گرفت. درمانگران، مراجعان را تشویق می‌کنند تا به‌جای تمرکز بر حذف یک اختلال خاص، ابتدا اختلال را به‌طور کامل

1. Positive Psychotherapy
2. Hope

@LOTUS_PNU

بررسی کنند تا ویژگی‌های مثبت یا واقعی آن را رمزگشایی نمایند. درمانگران به افراد کمک می‌کنند تا از هدف واقعی اختلال آگاهی پیدا کنند و آن را به‌عنوان نشانه‌ای مبنی بر وجود عدم تعادل که نیاز به رسیدگی دارد، مجدداً تعریف کنند.

تعادل: اصل تعادل[1] چگونگی تجربه نارضایتی و تعارض و روش‌های مقابله‌ای را که برای رسیدگی به آن استفاده می‌کنیم را بررسی می‌کند. طبق این رویکرد علائم منفی زمانی بروز می‌کنند که این روش‌های مقابله‌ای کارساز نیستند و بخش‌هایی از زندگی ما از تعادل خارج می‌شوند که بر نحوه تفکر و احساس ما تأثیر می‌گذارد. چهار حوزه کلیدی وجود دارد که در آن‌ها عدم تعادل را تجربه می‌کنیم: بدن/حس[2]، دستاورد/فعالیت‌ها[3]، ارتباط/محیط[4]، و خیال/آینده[5]. این‌ها مناطقی هستند که درمانگر مثبت‌نگر هنگام بررسی و پرداختن به اصل تعادل روی آن‌ها تمرکز می‌کند. این چهار محدوده برای هر فرد ذاتی است و افراد برای حفظ تعادل، مکانیسم‌های مقابله‌ای ترجیحی خود را ایجاد می‌کنند، اما زمانی که این مکانیسم‌ها از تعادل خارج شوند، ممکن است بیماری و علائم منفی ظاهر شود.

مشاوره: با توجه به اصل مشاوره[6]، چالش‌ها یا مسائل باید در پنج مرحله متمایز بررسی شوند: ۱. مشاهده: فرد شرحی از مسائل، چالش‌ها یا موقعیت‌هایی که او را ناراحت می‌کند و آن‌هایی که او را خوشحال می‌کند، ارائه می‌دهد. ۲. فهرست: درمانگر و فرد با هم کار می‌کنند تا رابطه بین احساسات یا نشانه‌های منفی و توانایی‌های واقعی فرد را بررسی و برجسته کنند. ۳. حمایت موقعیتی: از فرد خواسته می‌شود تا روی ویژگی‌های مثبت خود و اطرافیانش که به‌طور قابل‌توجهی از او حمایت می‌کنند، تمرکز کند. ۴. شفاهی کردن: فرد تشویق می‌شود تا در مورد هرگونه احساسات منفی، چالش‌ها یا نشانه‌ها، آشکارا صحبت کند. ۵. توسعه هدف‌ها: از فرد دعوت می‌شود تا تمرکز خود را به آینده معطوف کند، هدف‌های مثبتی را تعیین کند، و احساسات مثبتی را که می‌خواهد پرورش دهد، تجسم کند و این احساسات را با نقاط قوت منحصربه‌فرد خود مرتبط نماید.

---

1. Balance
2. Body/Sense
3. Achievement/Activities
4. Contact/Environment
5. Fantasy/Future
6. *Consultation*

@LOTUS_PNU

۱۰-۴-۲ قابلیت‌های اصلی

یکی دیگر از اجزای اصلی روان‌درمانی مثبت‌نگر تأکیدی است که بر قابلیت‌های اصلی دارد (پسچیان، ۲۰۱۶) بر اساس این تئوری، هر کسی دو قابلیت اصلی دارد:

- ادراک: ما می‌توانیم بین حوزه‌های مختلف زندگی ارتباط برقرار کنیم.
- عشق: ما می‌توانیم احساسات پیچیده و ظریف و روابط بین فردی را توسعه دهیم.

این دو قابلیت اصلی شالوده توانایی‌های بعدی ما را تشکیل می‌دهند و جهت رفع عدم تعادل نتایج مثبت‌تری ایجاد می‌کند.

۱۰-۴-۳ فواید روان‌درمانی مثبت نگر

هدف اولیه روان‌درمانی مثبت‌نگر کمک به افراد برای درک بهتر مهارت‌ها و قابلیت‌هایی است که به حس تعادل درونی منجر می‌شود. این امر با کاوش در منابع ذاتی (فیزیکی، عاطفی، معنوی و شناختی) که فرد از قبل دارد و ممکن است نیاز به تغییر داشته باشد به دست می‌آید. روان‌درمانی مثبت‌نگر فواید بسیاری دارد (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۹) که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

- **توانمندسازی فرد:** از آنجایی که روان‌درمانی مثبت‌نگر تأکید زیادی بر کمک به افراد دارد تا نقاط قوت، مهارت‌ها و قابلیت‌های خود را به شیوه‌ای مثبت بررسی کنند، احساس توانمندی و کنترل آن‌ها بر حوزه‌های مختلف زندگی و همچنین ظرفیت آن‌ها برای مقابله با چالش‌ها و مشکلات منفی را افزایش می‌دهد. نقش درمانگر در رابطه درمان‌جو این است که فرد را تشویق کند تا خوبی‌ها را در کنار بدی‌ها قرار دهد و تعادلی را که برای پذیرفتن تمام اجزای وجودشان نیاز دارند پیدا کنند. ادغام مهارت‌ها، ضعف‌ها، فضایل، آسیب‌پذیری‌ها و نقاط قوت، به‌جای تقلیل افراد به علائم یا چالش‌هایشان، به ایجاد دیدگاه متعادل‌تری کمک می‌کند.
- **قالب‌بندی مجدد مثبت علائم منفی و تمرکز بر تعادل:** این رویکرد منفی را با مثبت در یک راستا قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا نقاط قوت و مهارت‌های خود را بهتر درک کنند و با توجه به احساسات منفی یا عدم تعادل از تداوم آن‌ها جلوگیری کنند.

@LOTUS_PNU

- **تصدیق و حمایت از تفاوت‌های فرهنگی:** از آنجا که روان‌درمانی مثبت‌نگر توانمندسازی افراد را تشویق می‌کند، می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا در حوزه‌های مختلف زندگی کنترل بیشتری داشته باشند، حتی زمانی که ممکن است احساس کنند که شرایط بیرونی قابل کنترل نیستند. تحقیقات نشان داده‌اند که این روش برای افرادی که درگیری در محیط‌ها یا روابط چندفرهنگی را تجربه می‌کنند یا به کشورها و فرهنگ‌های جدید نقل‌مکان کرده‌اند مفید بوده و با استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر بهتر می‌توانند بر این چالش‌ها غلبه کنند (بونچوا و هویس-گایتاجیو، ۲۰۱۳).
- **مدیریت بهتر انتظارات و نتایج درمانی:** این رویکرد اهمیت رابطه مراجع و درمانگر را تصدیق می‌کند و تکنیک‌های خودراهبری در کمک به افراد برای بهره‌گیری حداکثری از درمان مؤثر هستند. با آگاهی بیشتر از توانایی‌ها، نقاط قوت و مهارت‌های شخصی، فرد می‌تواند روند درمان و چگونگی بهبود خود را درک کند. درنتیجه، انتظارات درمانی بهتر مدیریت می‌شوند و افراد نتیجه روان‌درمانی را چیزی فراتر از حذف علائم یا احساسات منفی می‌دانند.
- **کمک به بهبود طیف وسیعی از اختلالات:** روان‌درمانی مثبت‌گرا با تمرکز بر نقاط قوت و پرورش عناصر مثبت زندگی بر بهبود طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب، افسردگی، اختلال خواب و ... تأثیر می‌گذارد.

۱۰-۴-۴ تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی مثبت نگر

روان‌درمانی مثبت‌نگر جهت توانمندسازی افراد مهارت‌هایی را برای دستیابی به حس تعادل درونی به آن‌ها آموزش می‌دهد. در روان‌شناسی مثبت نگر، محققان تلاش می‌کنند بفهمند که چگونه انسان‌ها می‌توانند زندگی سالم، شاد و رضایت‌بخشی داشته باشند. روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌جای تلاش برای کاهش یا از بین بردن غم و اندوه، بر افزایش شادی و رفاه تمرکز می‌کند (پسچیان، ۲۰۱۶).

محققان روان‌شناسی مثبت‌نگر بر این باورند که شادی را می‌توان به سه بعد تقسیم کرد و این ابعاد عبارت‌اند از: زندگی خوش، زندگی پرمعنا و زندگی خوب. یک فرد برای تجربه بهزیستی مثبت نیاز به برتری در هر سه دسته ندارد. به‌عنوان مثال، ممکن است

@LOTUS_PNU

شخصی به‌طور آشکار خوشحال به نظر نرسد، اما احساس رضایت عمیقی از زندگی خود داشته باشد، زیرا زندگی‌اش معنا پیدا کرده است (دوبیت و وینکر، ۲۰۱۶).

تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی مثبت‌نگر متنوع هستند و اغلب به آنچه فرد در جلسات درمانی بیان می‌کند بستگی دارد (رشید وسلیگمن، ۲۰۱۹) که رایج‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

- **نوشتن قدردانی:** افراد بیشتر بر تجربیات منفی خود تمرکز می‌کنند تا تجربیات مثبتشان. اگر در محل کار ارزیابی منفی دریافت کردید برایتان بسیار دردناک است. مهم نیست که ۹۵ درصد بازخوردی که دریافت می‌کنید مثبت باشد، ۵ درصد منفی همان چیزی است که قرار است به آن فکر کنید. این تقریباً در هر جنبه‌ای از زندگی صادق است. دعوا با یک دوست بسیار بزرگ‌تر از صدها تعامل مثبتی است که قبل از آن وجود داشت. نوشتن قدردانی شما را مجبور می‌کند که تجربیات مثبت و منفی را در مورد همه وقایع بنویسید. به‌جای اینکه هر روز خود را با افکاری درباره اشتباه به پایان برسانید، دقایقی را صرف فکر کردن و نوشتن در مورد آنچه درست بوده است صرف کنید. تمرین قدردانی می‌تواند با اختصاص دادن زمان برای تصدیق همه‌چیزهای کوچک روزمره که به خاطر آن‌ها سپاسگزار هستیم، آغاز شود. نوشتن قدردانی شما را عادت می‌دهد که به تجربیات مثبت در حین وقوع آن‌ها توجه کنید و بیشتر قدردان باشید (اکی و سیکارا، ۲۰۱۵).
- **بازدید سپاسگزاری:** روابط مثبت یکی از بهترین پیش‌بینی کننده‌های شادی و آرامش هستند. بسیاری از ما افرادی را در زندگی خود داریم که آن‌ها را گرامی می‌داریم و از آن‌ها قدردانی می‌کنیم، اما برای بیان دلایل آن‌وقت نمی‌گذاریم. برخی از ما ممکن است افرادی از گذشته خود داشته باشیم که تأثیر مثبتی بر زندگی ما داشته‌اند، اما آن‌ها هیچ اطلاعی ندارند. دیدارهای تشکر و قدردانی فرصتی عالی برای تقویت روابط است. در این تمرین، فردی را که از او سپاسگزار هستید، شناسایی خواهید کرد و به او خواهید گفت که چگونه بر زندگی شما تأثیر گذاشته است (دوبیت و وینکر، ۲۰۱۶).
- **اعمال مهربانی:** مهربان بودن تنها به دیگران کمک نمی‌کند، بلکه باعث افزایش شادی شما نیز می‌شود. کلید استفاده از اعمال مهربانانه به‌عنوان یک مداخله درمانی این است که به‌طور هدفمند از سطح معمول مهربانی خود فراتر بروید. اگر قبلاً در

@LOTUS_PNU

را برای دیگران باز نگه داشته‌اید، احتمالاً نگه داشتن در، دیگر شما را خوشحال نمی‌کند. برخی از ایده‌ها عبارت‌اند از خرید یک فنجان قهوه برای یک نیازمند، کمک به یک دوست برای رنگ‌آمیزی خانه‌اش، نشان دادن مسیر به کسی که گم شده، و یا کمک به شخصی غریبه برای بردن وسایل سنگین به ماشینش. ممکن است در ابتدا تشخیص فرصت‌ها برای اعمال محبت‌آمیز دشوار باشد، اما با تمرین بهبود خواهد یافت. سعی کنید به نقطه‌ای برسید که هر روز سه عمل محبت‌آمیز انجام دهید (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۹).

- **طراحی روز زیبا:** یک روز زیبا را طراحی کنید، روزی را در آینده انتخاب کنید و برنامه‌ریزی کنید که چگونه می‌توانید آن را تا حد امکان به آرامش و شادی نزدیک کنید. این فعالیت دو بار به شما آرامش و شادی خواهد داد: در طول برنامه‌ریزی و روز اجرا (سلید و همکاران، ۲۰۱۶).
- **تمرین بخشش:** با گذشت، شما چیزی را از دست نمی‌دهید، بلکه به دست می‌آورید. در این تمرین مشاوران می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا از کینه رها شوند و به عفو و گذشت برسند. دو نوع اصلی بخشش را می‌توان در محیط‌های بالینی و درمانی پیشنهاد کرد: ۱. بخشش تصمیمی: زمانی که فرد تصمیم می‌گیرد رفتاری را برای بخشش انجام دهد. ۲. بخشش عاطفی: زمانی که فرد از موقعیت، تجربه یا احساسات شخصی که مستلزم بخشش است، پذیرش عاطفی واقعی داشته باشد. ما می‌توانیم از بخشش تصمیمی استفاده کنیم، اما همچنان از نظر عاطفی احساس ناراحتی کنیم، که می‌تواند منجر به عدم بخشش بیشتر و علائم منفی مرتبط با سلامت روانی ما شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر از تمرین بخشش به‌عنوان یک مداخله کلیدی استفاده می‌کند، به‌ویژه با تمرکز بر بخشش عاطفی، به‌طوری که افراد در هنگام رهایی از علائم منفی گذشته، احساس کاملی از شفا پیدا می‌کنند (اکی و سیکارا، ۲۰۱۵).
- **داستان‌سرایی:** یکی از ویژگی‌های متمایز روان‌درمانی مثبت، وارد کردن تخیل و شهود به فرایند درمان است که با استفاده از داستان‌های فرهنگی به‌عنوان وسیله‌ای برای میانجیگری بین مراجع و درمانگر در درمان صورت می‌گیرد. داستان‌سرایی یکی از راه‌های کلیدی روان‌درمانی مثبت‌نگر است که افراد را تشویق می‌کند تا با

@LOTUS_PNU

سفر درمانی خود درگیر شوند و به افراد کمک می‌کند تا سفرها، تجربیات، چالش‌ها و خواسته‌های خود را بهتر بیان کنند. این تکنیک با گنجاندن خود فرد در داستان پایه‌ای برای شناسایی فرد تحت درمان فراهم می‌کند. ممکن است با این روش افراد تحت درمان بهتر بتوانند در مورد نوع فردی که هستند، مسائلی که با آن روبه‌رو می‌شوند و خواسته‌های شخصی خود صحبت کنند. سپس درمانگر می‌تواند با دقت بیشتری به موضوعات حساس بپردازد و راهکارهای احتمالی را بدون اینکه به مفاهیم و خواسته‌های فرد حمله کند، پیشنهاد نماید. این فرایند به درمانگری نیاز دارد که ابتدا یک نمای کلی جامع از تفسیرهای احتمالی علائمی که در ابتدا منفی تلقی می‌شدند، ایجاد کند. سپس تفسیرهای مثبتی را بیان نموده و باعث شود مراجع خود را از نگرانی‌های تجربه‌شده جدا کند و راه‌های ممکن جدید را برای مقابله با هر چالشی که پیش می‌آید بررسی کند. هنگامی که افراد می‌توانند تمام جنبه‌های خود را بپذیرند و شروع به دیدن تجربیات منفی از بعد مثبت کنند، به‌طورکلی دیگر آن تجربیات منفی را تکرار نمی‌کنند. مداخله‌های خاص مورد استفاده در این فرایند بر توانمندسازی فرد و فراهم کردن ابزارها و منابع برای رویارویی با تجربیات منفی یا آسیب‌زا، پرورش انعطاف‌پذیری و توسعه عملکرد عاطفی بهتر متمرکز است (پسچیان، ۲۰۱۶).

- **تمرین همدلی:** بر اساس روان‌شناسی مثبت‌نگر همه انسان‌ها ذاتاً خوب هستند و ذاتاً می‌خواهند زندگی معنادار و روابط غنی داشته باشند. همدلی جزء اصلی این امر است. بیشتر مداخله‌های مرتبط با همدلی بر این مفهوم استوار است که همه ما قادر به همدلی هستیم، و این مداخله‌ها از افراد حمایت می‌کند تا روی توسعه توانایی خود تمرکز کنند. یکی از رویکردهایی که با این هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد، داستان‌سرایی است که از افراد می‌خواهد خود را به‌جای دیگری بگذارند و توضیح دهند که چگونه ممکن است در موقعیت‌های چالش‌برانگیز احساس مثبتی داشته باشند و با آرامش واکنش نشان دهند (اکی و سیکارا، ۲۰۱۵).

خلاصهٔ فصل دهم

روش‌ها و رویکردهای روان‌درمانی بسیار متنوع و فراوان هستند که در این فصل به رایج‌ترین آن‌ها پرداخته شد.

@LOTUS_PNU

درمان روان پویشی مجموعه‌ای از نظریه‌ها و تکنیک‌های درمانی است که تا حدی با ضمیر ناخودآگاه سروکار دارد. بین روان‌درمانی پویشی و روانکاوی تفاوت‌هایی وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: چیدمان اتاق مشاوره و محل نشستن مراجع در جلسات، تعداد جلسات و نقش درمانگر در جلسات. از آنجایی که تمرکز این رویکرد بر مسائل ذهنی و ناخودآگاه می‌باشد، جهت ارزیابی، تشخیص و درمان از ابزارهای متنوعی استفاده می‌شود که رایج‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: راهنمای تشخیصی روان پویایی، آزمون‌های فرافکن و لغزش کلامی، تداعی آزاد و تحلیل رویا. در کل فرضیه اصلی درمان روان پویشی این است که مشکلات مزمن ریشه در ضمیر ناخودآگاه دارند و برای حل مشکلات باید آشکار شوند

رفتار درمانی شناختی یکی از درمان‌های مرسوم برای حل مشکلات است که بر اساس سه موج یا نسل مختلف رویکردهای متفاوتی را شامل می‌شود. موج اول درمان شناختی رفتاری بر رابطه بین محرک و واکنش‌های رفتاری مراجع تمرکز دارد. ایده این رویکرد این است که به‌جای اینکه مراجع از محرکی که ترس، شرم یا هر احساس دیگری را برمی‌انگیزد اجتناب کند، در محیط امن درمان در معرض همان محرک قرار گیرد. هنگامی که مراجع متوجه می‌شود که اوضاع آن‌قدر که به نظر می‌رسد بد نیست، ارتباط بین محرک و واکنش به‌تدریج از بین می‌رود که منجر به کاهش شدت واکنش می‌شود. موج دوم بر پردازش اطلاعات تمرکز دارد. آن‌ها بر این فرض استوارند که برخی شناخت‌ها، احساسات و حالات فیزیولوژیکی منجر به رفتارهای ناکارآمد می‌شوند و بنابراین با حذف این موارد تغییراتی در رفتار ایجاد می‌شود. رفتار درمان شناختی به افکار به‌عنوان عوامل واسطه‌ای بین محرک‌ها و واکنش‌های هیجانی و رفتاری اهمیت زیادی می‌دهد. بر اساس این مدل، تغییر شناختی کلید کاهش شدت هیجانی و حتی ایجاد تغییرات روان‌شناختی است که در نهایت منجر به تسکین روان‌شناختی می‌شود. موج سوم در تلاشی برای افزایش اثربخشی موج اول و دوم با تأکید بر استراتژی‌های تغییر زمینه‌ای و تجربی ظاهر شد. موج سوم مفاهیمی مانند ذهن آگاهی و تمرکز بر زمان حال را با هدف پذیرش تجربیات هیجانی همان‌طور که هستند، بدون مقابله با افکار خود یا تلاش برای تغییر شرایط معرفی کرد. هدف موج دوم «احساس خوب» و کاهش شدت ترس است، درحالی‌که موج سوم ادعا می‌کند که «احساسات مثبت و منفی هر دو خوب هستند» و هدف کمک به مراجعان برای اتخاذ نگرش پذیرش نسبت به احساسات و تجربیات شخصی خود می‌باشد.

@LOTUS_PNU

درمان انسان گرایانه رویکردی کل‌نگر است که بر اراده آزاد، پتانسیل انسانی، ماهیت فردی افراد و کشف خود متمرکز است. هدف آن کمک به فرد در ایجاد حس قوی و سالم از خود، کشف احساسات، یافتن معنا، افزایش خودآگاهی، درک خود و تمرکز بر نقاط قوت است. درمانگران انسان‌گرا باید دو ویژگی مهم داشته باشد که عبارت‌اند از همدلی و توجه مثبت بی‌قیدوشرط. درمان انسان‌گرا انواع مختلفی از درمان را شامل می‌شود که رایج‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از درمان وجودی، درمان مراجع‌محور و گشتالت درمانی.

آخرین رویکردی که در این فصل به آن پرداخته شد روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌باشد که به بررسی و مطالعه ویژگی‌های مثبت زندگی (رفاه، خوشبختی، رضایت و توانایی پیشرفت در زندگی) فرد می‌پردازد. بر اساس نظریه روان‌درمانی مثبت نگر، برای دستیابی به یک نتیجه مثبت باید به سه اصل اساسی پرداخت: امید، تعادل و مشاوره. روان‌درمانی مثبت‌نگر جهت توانمندسازی افراد مهارت‌هایی را برای دستیابی به حس تعادل درونی به آن‌ها آموزش می‌دهد. در این رویکرد به‌جای تلاش برای کاهش یا از بین بردن غم و اندوه، برافزایش شادی و رفاه تمرکز می‌کند. روان‌شناسی مثبت‌نگر با استفاده از تکنیک‌های مختلف مثل نوشتن قدردانی، بازدید سپاسگزاری، بخشش، داستان‌سرایی و تمرین همدلی به بهبود مراجعان می‌پردازد و به آن‌ها کمک می‌کند زندگی شادتری داشته باشند.

مفاهیم کلیدی فصل دهم

مداخله‌های روان شناختی، روانکاوی، درمان روان پویشی، رفتار درمانی شناختی، انسان‌گرایی، روان‌درمانی مثبت نگر

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دهم

۱. کدام‌یک از موارد زیر جز هدف‌های اصلی درمان روان پویشی نمی‌باشد؟

الف) افزایش خودآگاهی

ب) تقویت درک افکار مراجع در رابطه با تجربیات گذشته وی

ج) رفع تعارضات حل نشده

د) کاهش علائم بیماری

@LOTUS_PNU

۲. بر اساس نظریه فروید کدام بخش شخصیت اساس ضمیر ناخودآگاه را تشکیل می‌دهد؟

الف) نهاد
ب) خود
ج) سوپرایگو
د) خود و نهاد

۳. کدام‌یک از راهنماهای زیر تلاش می‌کند محدوده کامل عملکرد فرد، عمق و همچنین سطح الگوهای عاطفی، شناختی و اجتماعی را مشخص کند؟

الف) DSM
ب) ICD
ج) PDM
د) MSE

۴. کدام‌یک از آزمون‌های زیر به بررسی انگیزه‌ها، نیازها و اضطراب‌های فرد می‌پردازد؟

الف) رورشاخ
ب) TAT
ج) ترسیم آدمک
د) جملات ناتمام

۵. کدام‌یک از درمان‌های شناختی-رفتاری بر اصول یادگیری عامل و شرطی‌سازی کلاسیک برای اصلاح رفتارهای نابهنجاری تمرکز دارند؟

الف) رفتار درمانی
ب) رفتار درمانی شناختی
ج) طرحواره درمانی
د) ذهن آگاهی

۶. کدام‌یک از موارد زیر جز درمان‌های موج سوم نمی‌باشند؟

الف) عقلانی هیجانی
ب) ذهن آگاهی
ج) فراشناختی
د) دیالکتیکی

۷. کدام‌یک از موارد زیر جز هدف‌های روان‌درمانی انسان‌گرایانه نمی‌باشد؟

الف) پذیرش
ب) مسئولیت
ج) آزادی
د) ناخودآگاه

۸. کدام‌یک از درمان‌های زیر از فلسفه نشئت می‌گیرد؟

الف) درمان وجودی
ب) روانکاوی
ج) درمان مراجع‌محور
د) گشتالت درمانی

۹. کدام‌یک از اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر بر چگونگی تجربه نارضایتی و روش‌های مقابله‌ای تأکید دارد؟

الف) امید
ب) تعادل
ج) مشاوره
د) مشاهده

@LOTUS_PNU

۱۰. با کدام تکنیک می‌توان تخیل و شهود را به فرایند درمان وارد کرد؟

الف) داستان‌سرایی ب) بخشش

ج) بازدید سپاسگزاری د) طراحی روز زیبا

خودآزمایی تشریحی فصل دهم

۱. تفاوت روانکاوی و روان پویشی مدرن را توضیح دهید؟

۲. تکنیک تداعی آزاد را توضیح دهید؟

۳. تفاوت سه موج رفتار درمانی شناختی را توضیح دهید؟

۴. مفروضات مهم روان‌شناسی انسان‌گرا را توضیح دهید؟

۵. گشتالت درمانی چیست؟

۶. اصول روان‌درمانی مثبت‌نگر را توضیح دهید؟

۷. سه تا از تکنیک‌های مورد استفاده در روان‌درمانی مثبت‌نگر را توضیح دهید؟

@LOTUS_PNU

فصل یازدهم

تخصص‌های روان‌شناسی بالینی

هدف کلی

شناخت و آشنایی با تخصص‌های مختلف روان‌شناسی بالینی.

هدف‌های یادگیری

از دانشجویان انتظار می‌رود پس از مطالعه و یادگیری محتوای این فصل بتوانند:

۱. روان‌شناسی بالینی را توضیح دهند.

۲. روان‌شناسی سلامت را بشناسند.

۳. عصب روان‌شناسی را توضیح دهند.

۴. روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان را توضیح دهند.

۵. روان‌شناسی سالمندی را توضیح دهند.

۶. روان‌شناسی قانونی را بشناسند.

۷. روان‌شناسی اجتماع‌نگر را توضیح دهند.

مقدمه

روان‌شناسی بالینی، شاخه‌ای از علم روان‌شناسی است که به کاربرد عملی روش‌ها و یافته‌های تحقیق در تشخیص و درمان اختلالات روانی می‌پردازد. روان‌شناسی بالینی علم، نظریه و عمل را به‌منظور درک، پیش‌بینی و تسکین مشکلات مربوط به سازگاری، ناتوانی و ناراحتی ادغام می‌کند. انطباق، سازگاری و توسعه شخصی را ترویج می‌دهد. روان‌شناس بالینی بر جنبه‌های فکری، عاطفی، بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و رفتاری

@LOTUS_PNU

عملکرد انسان در طول زندگی فرد تمرکز می‌کند. این رشته می‌تواند به ما در درک، پیشگیری و کاهش پریشانی یا اختلال عملکرد روان‌شناختی کمک کند و بهزیستی و رشد شخصی فرد را ارتقا دهد. روان‌شناسان بالینی فعالیت‌های اساسی خود را در سه عنوان اصلی طبقه‌بندی می‌کنند: ارزیابی، درمان و تحقیق. در ارزیابی، روان‌شناسان بالینی تست‌های روان‌شناختی را به‌منظور ارزیابی قابلیت‌های افراد یا استخراج ویژگی‌های روانی که به تشخیص یک اختلال روانی خاص کمک می‌کند، اجرا و تفسیر می‌کنند. برای هدف‌های درمان، روان‌شناس بالینی ممکن است از هر یک از چندین نوع روان‌درمانی استفاده کند. بسیاری از روان‌شناسان بالینی رویکرد التقاطی دارند و از ترکیبی از تکنیک‌های مناسب برای مراجع استفاده می‌کنند. ارزیابی روان‌شناختی و روان‌درمانی در عمل روان‌شناسی بالینی نقش اساسی دارند، اما روان‌شناسان بالینی اغلب در تحقیقات و آموزش نیز مشارکت دارند (پومرانتز، ۲۰۱۶). روان‌شناسی بالینی یک رشته گسترده با گرایش‌های تخصصی متنوع است که در این فصل تعدادی از رایج‌ترین زمینه‌های تخصصی و کاربردی توضیح داده می‌شود.

۱۱-۱ روان‌شناسی سلامت

روان‌شناسی سلامت[1] که روان‌شناسی پزشکی[2] نیز نامیده می‌شود به بررسی روابط بین عوامل رفتاری، شناختی، روانی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت جسمی تمرکز دارد. یک پزشک اغلب ابتدا به علل بیولوژیکی یک بیماری نگاه می‌کند، اما یک روان‌شناس سلامت بر کل فرد و آنچه بر وضعیت سلامتی او تأثیر می‌گذارد، تمرکز می‌کند که ممکن است شامل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تحصیلات، پیشینه و رفتارهایی باشد که ممکن است بر بیماری تأثیر بگذارد، مانند رعایت دستورالعمل‌ها و داروها.

روان‌شناسی سلامت برای کمک به ایجاد انگیزه در افراد برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه مانند سیگار نکشیدن، خوردن غذاهای مناسب و ورزش بیشتر و برای پیشگیری از بیماری تلاش می‌کند. همچنین این علم به بررسی عواملی که افراد را برمی‌انگیزد می‌پردازد و بررسی می‌کند که چرا برخی از افراد برای زندگی سالم تصمیم می‌گیرند و

1. Health Psychology
2. Medical Psychology

@LOTUS_PNU

برخی نه. روان‌شناسان سلامت همچنین طرح‌های درمانی را برای کمک به کاهش خطر بیماری، بهبود نتایج و بهبود کیفیت زندگی افراد طراحی می‌کنند (تیلر، ۲۰۱۲).

۱۱-۱-۱ هدف‌های روان‌شناسی سلامت

هدف کلی روان‌شناسی سلامت بررسی روابط متقابل بین مؤلفه‌های رفتاری، عاطفی، شناختی، اجتماعی و زیستی در سلامت و بیماری برای ارتقا و حفظ سلامت می‌باشد (شفیلد و فوشاو، ۲۰۱۲) و هدف‌های جزئی آن عبارت‌اند از:

- ارتقاء و حفظ سلامت و تندرستی، هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی
- درمان اختلالات روان‌شناختی نشئت گرفته از بیماری یا تأثیرگذار بر سلامت
- پیشگیری، درمان و توان‌بخشی بیماری و ناتوانی
- بهبود سیستم مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت مستقیم از بیمار
- توسعه دانش مراجعان، خانواده‌ها و سیستم‌های مراقبت بهداشتی در مورد رابطه بین رفتار و سلامت و ارائه خدمات با کیفیت بالا
- به حداقل رساندن بیماری‌های مزمن عمده مانند ایدز، سرطان، بیماری قلبی، درد مزمن، بیماری روانی مزمن، اعتیاد و دیابت
- کمک به افراد برای پیشگیری از بیماری با کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی و حفظ و بهبود سلامت با اتخاذ رفتارهای سلامتی مثبت
- کمک به افراد برای یادگیری راهبردهای شناختی و رفتاری برای مقابله با درد مزمن
- کمک به توان‌بخشی افرادی بهبودیافته از بیماری یا آسیب جدی.

۱۱-۱-۲ روان‌شناس سلامت چه می‌کند

روان‌شناسان سلامت از مهارت‌ها و دانش روان‌شناسی خود برای ارتقاء بهزیستی و رفتارهای سالم در جامعه استفاده می‌کنند. این روان‌شناسان به‌طور ویژه برای درک جنبه‌های روانی و عاطفی سلامت و بیماری و ایجاد بهبود در مراقبت‌های بهداشتی و رفتارهای مرتبط آموزش خواهند دید و همچنین از مهارت‌های خود برای بهبود کلی سیستم مراقبت‌های بهداشتی استفاده خواهند کرد.

روان‌شناسان سلامت معمولاً در کنار سایر متخصصان پزشکی در محیط‌های بالینی کار می‌کنند. آن‌ها مصاحبه بالینی و ارزیابی رفتاری انجام می‌دهند. روان‌شناسان

@LOTUS_PNU

سلامت تحقیقاتی را انجام می‌دهند که می‌تواند به ارزیابی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کمک کند. برخی از روان‌شناسان سلامت علل مشکلات سلامتی و چگونگی پیشگیری از آن‌ها را مطالعه می‌کنند. این نوع تحقیقات به پزشکان کمک می‌کند تا بیماران خود را درک کنند و به بیماران خود کمک کنند تا با تشخیص خود کنار بیایند. روان‌شناسان سلامت همچنین می‌توانند به بیماران کمک کنند تا به یک برنامه درمانی پایبند باشند تا بهبودی کامل را تجربه کنند. برقراری ارتباط درمانی و درک انگیزه‌ها و رفتارهای بیماران به روان‌شناسان سلامت کمک می‌کند تا افراد را درک کرده و درمان کنند. روان‌شناسان سلامت همچنین ممکن است با یک تیم مراقبتی بزرگ‌تر کار کنند و می‌توانند تشخیص و برنامه‌های درمانی توصیه شده خود را برای کمک به حل یک مشکل پزشکی بزرگ‌تر ارائه دهند.

روان‌شناسان سلامت تخصص خود را برای آموزش بیماران و ارتقای رفاه کلی ارائه می‌دهند. این روان‌شناسان برای ترویج سبک زندگی سالم و کمک به مردم برای بهبود کیفیت زندگی خود آموزش دیده‌اند و نقش مهمی در بهبود سیستم مراقبت‌های بهداشتی و راهنمایی پزشکان برای برقراری ارتباط بهتر با بیماران خود دارند. روان‌شناسان سلامت با توضیح تشخیص و درمان به بیماران و آموزش نحوه برخورد با بیماری و خود مراقبتی به کاهش سردرگمی یا اضطراب در بیماران کمک می‌کنند.

در کل نقش روان‌شناسان سلامت بسیار ارزشمند هستند، زیرا به بهبود استراتژی‌های مراقبت و آموزش افراد در مورد تکنیک‌های پیشگیرانه کمک می‌کنند. روان‌شناسان سلامت به بررسی همه عوامل در زندگی یک فرد می‌پردازند تا بفهمند چه چیزی باعث رفتار آن‌ها می‌شود و چگونه می‌توانند به آن‌ها کمک کنند مسیری را که به سمت سلامتی منتهی می‌شود انتخاب کنند. روان‌شناسان سلامت ارتباط بین احساسات، رفتار و پیامدهای زندگی افراد را بررسی می‌کنند. انتخاب سبک زندگی سالم و ارتقای سلامت هدف اولیه روان‌شناس سلامت می‌باشد (شفیلد و فوشاو، ۲۰۱۲).

۱۱-۱-۳ روان‌شناسان سلامت کجا کار می‌کنند

روان‌شناسان سلامت معمولاً در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی، دانشگاه‌ها، کلینیک‌های تخصصی مانند انکولوژی، مدیریت درد، دیابت، توان‌بخشی و ترک اعتیاد کار می‌کنند. این متخصصان ممکن است در بخش‌های روان‌شناسی، سلامت

@LOTUS_PNU

زیستی رفتاری، حرکت‌شناسی و رشد انسانی همکاری کنند. همچنین، روان‌شناسان سلامت ممکن است در شرکت‌های انتفاعی یا غیرانتفاعی به کار تحقیق بپردازند و یا با متخصصان بیماری‌های مزمن همکاری نمایند (تیلر، ۲۰۱۴).

۱۱-۲ عصب روان‌شناسی بالینی

روان‌شناسی بالینی اعصاب یا عصب روان‌شناسی بالینی[1] ترکیبی از عصب‌شناسی (مطالعه سیستم عصبی) با روان‌شناسی (مطالعه ذهن و چگونگی تأثیر آن بر رفتار) است. رشته عصب روان‌شناسی یک رشته تخصصی در روان‌شناسی بالینی است که به درک روابط بین ساختار و عملکرد مغز و رفتارها و فرایندهای روانی انسان می‌پردازد. در واقع، این شاخه از علم روان‌شناسی فرایندهای فیزیولوژیکی سیستم عصبی را مطالعه می‌کند و آن‌ها را با رفتار و شناخت (هم از نظر عملکرد طبیعی آن‌ها و هم از نظر فرایندهای ناکارآمد مرتبط با آسیب مغزی) مرتبط می‌نماید. این روابط را می‌توان در تشخیص اختلال مغزی، ارزیابی عملکرد شناختی و رفتاری و طراحی درمان مؤثر به کار برد (گارد، مارشال و کیچکا، ۲۰۱۲).

عصب روان‌شناسان پزشک نیستند. به فردی که مدرک پزشکی دارد و در این زمینه کار می‌کند، عصب روان‌پزشک می‌گویند. عصب روان‌شناسان بالینی معمولاً با افراد مبتلا به بیماری یا آسیب مغزی در یک مرکز پزشکی کار می‌کنند. آن‌ها به‌جای تجویز دارو، ارزیابی‌های عصب روان‌شناختی را انجام می‌دهند و نتایج را تجزیه‌وتحلیل می‌کنند. ارزیابی‌های عصب روان‌شناختی به‌طور خاص برای کمک به درک نحوه عملکرد مناطق و سیستم‌های مختلف مغز صورت می‌گیرد. بررسی عصب روان‌شناختی همچنین زمانی توصیه می‌شود که علائم یا شکایاتی در ارتباط با حافظه یا تفکر وجود داشته باشد. این مشکل ممکن است با تغییر در تمرکز، سازمان‌دهی، استدلال، حافظه، زبان، ادراک، هماهنگی یا شخصیت مشخص شود و تغییر ممکن است به دلایل پزشکی، عصبی، روانی یا ژنتیکی باشد.

ارزیابی‌های عصب روان‌شناختی می‌تواند شامل شرح‌حال از طریق بررسی سوابق پزشکی و سایر پرونده‌ها، مصاحبه با بیمار، اعضای خانواده یا سایر افراد آگاه، اجرای

1. Clinical Neuropsychology

@LOTUS_PNU

آزمون‌های استاندارد با استفاده از سؤالات شفاهی، پرسشنامه‌های قلم و کاغذی، یا آزمون‌های عصب‌شناختی رایانه‌ای باشد. بسته به دامنه و هدف ارزیابی، آزمون ممکن است بر طیف گسترده‌ای از عملکردهای شناختی از جمله توجه، حافظه، زبان، مهارت‌های تحصیلی، استدلال و حل مسئله، توانایی دیداری-فضایی و مهارت‌های حسی-حرکتی تمرکز کند. عصب روان‌شناسی به افراد در تمام سنین و دوره‌های رشد که نگرانی در مورد عملکرد مغز وجود داشته باشد توصیه می‌شود. این نگرانی‌ها می‌تواند شامل نگرانی‌های رشدی در نوزادان، چالش‌های تحصیلی در دوران کودکی، نوجوانی و اوایل بزرگسالی، چالش‌های کاری و اجتماعی در بزرگسالی و نگرانی در مورد کاهش عملکرد در سنین بالا باشد (بوش و یوچیم، ۲۰۲۲).

۱۱-۲-۱ هدف‌های عصب روان‌شناسی بالینی

هدف کلی عصب روان‌شناسی بررسی نحوه ارتباط رفتار و مهارت‌ها با ساختارها و سیستم‌های مغز می‌باشد (گارد و همکاران، ۲۰۱۲) و هدف‌های جزئی آن عبارت‌اند از:

- ارزیابی و تشخیص اختلالات عصبی- مغزی و آسیب‌های مغزی و نحوه اثر آن‌ها بر عملکرد روزانه فرد
- ارزیابی عملکرد شناختی و رفتاری مثل توجه و تمرکز، حافظه، ادراک بصری، عملکردهای روانی حرکتی/روانی حسی، برنامه‌ریزی، قضاوت، تصمیم‌گیری
- بررسی اثرات جراحی مغز بر رفتارها و کارکردهای اجرایی
- طراحی برنامه‌های مداخله و درمان و توان‌بخشی مؤثر.

۱۱-۲-۲ عصب روان‌شناسان چه می‌کنند

عصب روان‌شناس متخصصی است که دانش تخصصی در مورد چگونگی تأثیر شرایط مغز بر رفتار و مهارت‌های شناختی (توجه و تمرکز، سرعت پردازش، توانایی‌های زبانی، توانایی‌های یادگیری و حافظه، استدلال و حل مسئله، توانایی‌های فضایی بصری) دارد. حوزه عصب روان‌شناسی به بررسی ارتباط بین افکار و ادراک ذهن انسان و ساختارهای مغز و فرایندهای بیولوژیکی که آن‌ها را تشکیل می‌دهد، می‌پردازد. عصب روان‌شناسان بالینی خدمات ارزیابی و مداخله را برای افرادی که دچار آسیب‌های مغزی شده‌اند یا نقص‌هایی در عملکرد شناختی نشان داده‌اند، ارائه می‌دهند. ارزیابی عصب

@LOTUS_PNU

روان‌شناختی به بیمار و تیم پزشکی در فهم چگونگی کارکرد نواحی و سیستم‌های مختلف مغز، تعیین میزان عملکرد مغز و اینکه آیا فرد احتمالاً به دنبال آسیب مغزی مشکوک یا تشخیص داده شده، مانند سکته مغزی، مشکلات رفتاری را تجربه می‌کند یا خیر، کمک می‌کند. در نهایت عصب روان‌شناس گزارش مفصلی به تیم پزشکی ارائه می‌دهد که تأثیر آسیب بر وضعیت مغزی و جنبه‌های مختلف کارکردهای شناختی بیمار را توضیح می‌دهد و به آن‌ها در اتخاذ هرگونه تصمیم درمانی و طراحی برنامه‌های درمانی کمک می‌کند تا به بهبودهای احتمالی در آسیب‌شناختی رخ داده دست یابند و درک بیمار را در مورد چگونگی نقاط قوت و ضعف وی که ممکن است بر زندگی روزمره‌اش تأثیر بگذارد، بالا می‌برد (بارون، مورگان و کوفلر، ۲۰۱۳).

افراد اغلب زمانی به عصب روان‌شناس مراجعه می‌کنند که تغییراتی را در عملکرد شناختی خود تجربه می‌کنند. عصب روان‌شناسان با افراد در تمام سنین و مراحل رشد کار می‌کنند برخی از شرایطی که عصب روان‌شناسان به‌طور معمول با آن سروکار دارند شامل کودکان خردسال با اختلالات رشدی مانند اوتیسم، اختلالات یادگیری و توجه و تمرکز، نوجوانان با چالش‌های شناختی و تحصیلی، بزرگسالان و سالمندان که دارای شرایطی هستند که بر مغز تأثیر می‌گذارد، مانند ضربه‌مغزی و آسیب مغزی تروماتیک، صرع، سرطان مغز، سکته مغزی و زوال عقل. آن‌ها همچنین افرادی را که دارای بیماری‌های عصبی مزمن هستند، مانند بیماری پارکینسون و بیماری آلزایمر، مولتیپل اسکلروزیس و اختلالات ژنتیکی مؤثر بر سیستم عصبی مرکزی، ارزیابی می‌کنند. آن‌ها ممکن است در تشخیص شرایط خاص یا در ارزیابی پیشرفت یک بیماری از قبل تشخیص داده شده نقش داشته باشند. علاوه بر این، عصب روان‌شناسان افرادی را که باید جراحی مغز داشته باشند، قبل و بعد از عمل مورد ارزیابی قرار می‌دهند و در مورد اثرات جراحی بر عملکرد مغز تحقیق می‌نمایند. یافته‌های آن‌ها می‌تواند مراقبت‌های بعد از جراحی را بهینه کند. روان‌شناسان همچنین می‌توانند به افراد در مدیریت احساسات خود در مواجهه با چالش‌های ناشی از جراحی کمک کنند (بوش و یوچیم، ۲۰۲۲).

۱۱-۲-۳ عصب روان‌شناسان کجا کار می‌کنند

این متخصصان معمولاً در مراکز مراقبت‌های اولیه یا مطب خصوصی و همچنین در دانشگاه و محیط‌های تحقیقاتی کار می‌کنند. علاوه بر این، این افراد با متخصصان یا کلینیک‌های

@LOTUS_PNU

تخصصی اعصاب و روان، مغز و اعصاب، توان‌بخشی آسیب مغزی، بازتوانی شناختی و مراکز ارتقای عملکرد نیز همکاری دارند (بارون و همکاران، ۲۰۱۳).

۱۱-۳ روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان[1] یک رشته تخصصی در روان‌شناسی بالینی است که به نیازها و دغدغه‌های خاص کودکان و نوجوانان می‌پردازد و شامل مطالعه، ارزیابی و درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی است که توسط کودکان و نوجوانان تجربه می‌شود. این رشته عمدتاً بر رشد جسمی، ذهنی، اجتماعی و عاطفی افراد از رشد قبل از تولد تا دوران جوانی تمرکز می‌کند و برای ارزیابی و درمان کودکان، نوجوانان و جوانانی که به اختلالات روانی، جسمی، عاطفی و رفتاری مبتلا هستند، کار می‌کند. هدف این تخصص، ارزیابی و درمان مسائلی است که بر رشد و رفاه کودک تأثیر می‌گذارند. روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان همچنین بر تحقیق درباره مشکلات مختلف مربوط به رشد کودک، از جمله زمینه اجتماعی، فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی که کودک در آن بزرگ شده است، تمرکز دارد (کار، ۲۰۱۵).

۱۱-۳-۱ هدف‌های روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

هدف کلی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان ارائه خدمات روان‌شناختی به نوزادان، کودکان نوپا، کودکان و نوجوانان در چارچوب اجتماعی آن‌ها می‌باشد (وان تتشنر، ۲۰۱۸). هدف‌های جزئی این تخصص عبارت‌اند از:

- بررسی و تحقیق در زمینه رشد از دوره قبل از تولد تا نوجوانی
- درک نیازهای اساسی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان
- بررسی چگونگی تأثیر خانواده و سایر زمینه‌های اجتماعی بر سازگاری عاطفی-اجتماعی، رشد شناختی، سازگاری رفتاری و وضعیت سلامت کودکان و نوجوانان
- ارزیابی و درمان اختلالات دوران کودکی و نوجوانی
- آموزش به کودکان و مراقبان آن‌ها برای مدیریت مسائل رفتاری
- انجام تست‌های روان‌شناسی در زمینه کودک و نوجوان

1. Children and Adolescents Clinical Psychology

@LOTUS_PNU

۱۱-۳-۲ روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان چه می‌کنند

روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان زیر شاخه روان‌شناسی بالینی برای افرادی است که تمایل دارند با کودکان در یک محیط بالینی کار کنند و به مطالعه رشد شناختی، اجتماعی و عاطفی کودکان و نوجوانان بپردازند. این متخصصان به درک فرایندهای اساسی تغییر و تحول از دوره قبل از تولد تا نوجوانی می‌پردازند، به‌ویژه اینکه چگونه عوامل بیولوژیکی و تجربی باعث می‌شوند که عملکرد اجتماعی، عاطفی و شناختی کودکان با بزرگ‌تر شدن تغییر کند. برخی از زمینه‌های سنتی مورد علاقه این متخصصان عبارت‌اند از ژنتیک، رشد زبان، ناتوانی‌های یادگیری، شخصیت، نقش‌های جنسیتی، رشد شناختی، رشد جنسی و رشد اجتماعی.

روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان یک تخصص روان‌شناسی حرفه‌ای است که اصول اساسی روان‌شناسی بالینی را در رشد کودک، نوجوان و خانواده و آسیب‌شناسی روانی رشد مورد استفاده قرار می‌دهد. روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان تحقیقات علمی انجام می‌دهند و خدمات روان‌شناختی را به نوزادان، خردسالان، کودکان و نوجوانان ارائه می‌دهند. تحقیقات و اقدامات روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان بر درک، پیشگیری، تشخیص و درمان مشکلات روانی، شناختی، عاطفی، رشدی، رفتاری و خانوادگی کودکان متمرکز است. درک علمی نیازهای اساسی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان و چگونگی تأثیر خانواده و سایر زمینه‌های اجتماعی بر سازگاری عاطفی-اجتماعی، رشد شناختی، سازگاری رفتاری و وضعیت سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برای روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان برخوردار است (وان تتشنر، ۲۰۱۸).

روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان متخصص در پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتاری در کودکان خردسال و نوجوانان است و کودکان در هر سنی را که دارای اختلالات رفتاری، اختلالات رشدی، اعتیاد، اختلالات خوردن و افسردگی و سایر شرایط هستند، ارزیابی و درمان می‌کنند. آن‌ها معمولاً ارزیابی‌های سلامت روان را با استفاده از تست‌های تخصصی برای تشخیص اختلالات روانی، چک‌لیست‌ها و مقیاس‌های رتبه‌بندی و مشاهده مستقیم انجام می‌دهند.

این متخصصان از روان‌درمانی و تکنیک‌های دیگر برای کمک به کودکان و نوجوانان برای غلبه بر مشکلات سلامت روان و چالش‌های عاطفی استفاده می‌کنند. نوع خاص درمان، چه فردی، چه خانوادگی یا گروهی، به عملکرد فردی روان‌شناس

@LOTUS_PNU

بستگی دارد. علاوه بر این آموزش‌های پیشگیرانه و بهبود عملکرد کودکان و نوجوانان نیز به عهده این متخصصان می‌باشد (کار، ۲۰۱۵).

۱۱-۳-۳ روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان کجا کار می‌کنند

روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان ممکن است در محیط‌های مختلفی از جمله مدارس، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سلامت روان کودکان و نوجوانان و سیستم‌های حقوقی به کار گرفته شوند. روان‌شناسان شاغل در محیط‌های مدرسه اغلب ناتوانی‌های یادگیری را تشخیص می‌دهند، به دانش آموزان و معلمان مشاوره می‌دهند، ارزیابی می‌کنند و با خانواده‌ها کار می‌کنند تا به دانش آموزان کمک کنند با مشکلات تحصیلی، مسائل اجتماعی یا ناتوانی‌ها کنار بیایند. آن دسته از متخصصانی که در دادگاه‌ها و سیستم‌های حقوقی کار می‌کنند معمولاً وظایفی مثل آماده‌سازی کودکان برای شهادت در دادگاه، کمک به کودکان در اختلافات مربوط به حضانت را به عهده می‌گیرند. روان‌شناسان کودک که در بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های خصوصی سلامت روان کار می‌کنند، اغلب مستقیماً با مراجعان کودک و نوجوان و خانواده‌ها کار می‌کنند تا بر بیماری‌های روان‌شناختی غلبه کنند (کار، ۲۰۱۵).

۱۱-۴ روان‌شناسی سالمندی

روان‌شناسی سالمندی[1] یک رشته تخصصی در روان‌شناسی بالینی است که به نیازها و نگرانی‌های خاص سالمندان می‌پردازد. روان‌شناسان عمدتاً بر رشد مداوم جسمی، ذهنی، اجتماعی و عاطفی افراد مسن تمرکز دارند. علاوه بر این، این متخصصان با افراد مسن و خانواده‌های آن‌ها یا سایر مراقبان برای ارزیابی و درمان آن دسته از مسائلی که بر افراد مسن تأثیر می‌گذارد، مانند عملکرد شناختی و افسردگی، و بهبود کیفیت زندگی سالمندان و مراقبان آن‌ها کار می‌کنند. روان‌شناسی سالمندی دانش و روش‌های روان‌شناسی را برای درک و کمک به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها برای حفظ رفاه، غلبه بر مشکلات و دستیابی به حداکثر پتانسیل در زندگی به کار می‌گیرد. این تخصص روان‌شناسی به بسیاری از مشکلات زیستی-روانی-اجتماعی که سالمندان و خانواده‌هایشان با آن‌ها مواجه می‌شوند، می‌پردازد، از جمله اختلالات روانی مانند

1. Geriatric Psychology

@LOTUS_PNU

افسردگی و اضطراب، زوال عقل و تغییرات رفتاری یا سبک زندگی مرتبط با آن، تغییرات در تصمیم‌گیری یا توانایی‌های زندگی روزمره، مقابله و مدیریت بیماری مزمن، نگرانی‌های مربوط به‌سلامت رفتاری مانند بی‌خوابی، درد، اندوه و فقدان، سازگاری با استرس‌های مرتبط با افزایش سن، تعارضات زناشویی/خانوادگی و تغییر نقش‌ها (بنسادون، ۲۰۱۵).

۱۱-۴-۱ هدف‌های روان‌شناسی سالمندی

هدف اصلی روان‌شناسی سالمندی پیشگیری، ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی و عاطفی در سالمندان می‌باشد (آگرونین و مالتا، ۲۰۰۶) و هدف‌های جزئی آن عبارت‌اند از:

- کمک به افراد سالمند جهت مقابله با افسردگی، اضطراب مرگ، مشکلات شناختی، واکنش سوگ و نگرانی‌های سلامتی
- بررسی و تحقیق در مورد نحوه پیر شدن فرد و تبعات عاطفی و روانی روند پیری
- ارائه و توسعه راهبردهای جدید برای درمان اختلالات سالمندی
- بررسی جنبه‌های بیولوژیکی بیماری و تأثیرات روان‌شناختی آن

۱۱-۴-۲ روان‌شناسان سالمندی چه می‌کنند

روان‌شناسان سالمندی به مطالعه روان‌شناختی چگونگی روند پیری و تأثیر آن بر ذهن و جسم و حتی ارتباطات اجتماعی فرد در سن پیری می‌پردازند. روان‌شناسی سالمندی نقش مهمی در سلامت افراد مسن دارد و به افراد مسن کمک می‌کند تا بیماری‌هایی که از نظر عاطفی و جسمی بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد را بهبود دهند. علاوه بر این، این متخصصان بسیاری از بیماری‌های پزشکی که هم ریشه بیولوژیکی و هم ریشه روان‌شناختی دارد را مورد مطالعه قرار می‌دهند. این متخصصان ممکن است بر افسردگی، زوال عقل، اضطراب، ناتوانی‌های ذهنی، فقر، بازنشستگی، سوگواری، روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، جست‌وجوی معنا در اواخر زندگی و حتی چالش‌های مواجهه با مرگ تمرکز کنند.

یک موضوع مهم که روان‌شناسان سالمندی به آن می‌پردازند مسئله سوگ است، زیرا بسیاری از افراد سالمند از دست دادن خانواده، دوستان و سایر عزیزان را تجربه

@LOTUS_PNU

می‌کنند. روان‌شناس سالمندی معمولاً نحوه برخورد یک فرد مسن با غم و اندوه را مورد بررسی قرار می‌دهد و به درمان و سازگاری افراد مسن در این زمینه کمک می‌کنند. علاوه بر این، روان‌شناس سالمندی به افراد غیر سالمند کمک می‌کند تا در مورد مسائل اجتماعی، عاطفی و جسمی که در سنین پیری اتفاق می‌افتد، اطلاعات کسب کرده و خود را برای روند پیری آماده کنند. همچنین افراد جامعه اطلاعاتی را از روان‌شناسان سالمندی دریافت می‌کنند تا بهترین روش مراقبت را از افراد سالمند خانواده داشته باشند. در کل، روان‌شناسان سالمندی بر درک اختلالات روانی و شناخت نیازهای روانی سالمندان و اقدام برای رفع آن‌ها تأکید دارند. بیماری‌های روانی در سالمندان در نهایت بر بدن آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بنابراین روان‌شناسی سالمندان می‌تواند منجر به مداخله‌های مؤثر در سلامت روان سالمندان برای جلوگیری از بروز بیماری‌های جسمی شود (بنسادون، ۲۰۱۵).

۱۱-۴-۳ روان‌شناسان سالمندی کجا کار می‌کنند

روان‌شناسان سالمندی معمولاً در بیمارستان‌ها، کلینیک‌های سلامت روان، مراکز توان‌بخشی، خانه‌های سالمندان و مراکز تحقیقاتی کار می‌کنند.

۱۱-۵ روان‌شناسی قانونی بالینی

روان‌شناسی قانونی بالینی[1] یکی از تخصص‌های روان‌شناسی بالینی است که به تلاقی روان‌شناسی بالینی و حقوق می‌پردازد و یک رشته نسبتاً جدید در روان‌شناسی است و علاقه به آن در سال‌های اخیر افزایش یافته است. روان‌شناسان قانونی بالینی خدمات ارزیابی، مشاوره و مداخله را برای کسانی که با سیستم‌های عدالت کیفری یا مدنی درگیر هستند، ارائه می‌دهند و به دادگاه در تصمیم‌گیری قانونی مسائل مربوطه کمک می‌کنند. در واقع روان‌شناسی قانونی شامل کاربرد روان‌شناسی بالینی در عرصه حقوقی و تحقیقات جنایی و قانون است. در واقع می‌توان این شاخه از روان‌شناسی را «مطالعه علمی تأثیر قانون بر مردم و تأثیر مردم بر قانون» نامید. یک روان‌شناس قانونی روان‌شناسی را به‌عنوان یک علم در سیستم عدالت کیفری و دادگاه‌های مدنی به کار می‌برد که شامل ارزیابی عوامل روانی است که ممکن است بر یک پرونده یا رفتار تأثیر

1. Clinical Forensic Psychology

@LOTUS_PNU

بگذارد. بنابراین، رایج‌ترین وظیفه روان‌شناسان قانونی، ارزیابی روان‌شناختی افرادی است که به‌نوعی با سیستم حقوقی درگیر هستند (گاروفالو و سیتسما، ۲۰۲۲).

۱۱-۵-۱ هدف‌های روان‌شناسی قانونی

هدف کلی روان‌شناسی قانونی کاربرد تخصص‌های بالینی برای مؤسسات حقوقی و افرادی که با قانون در ارتباط هستند، می‌باشد (والکر، شاپیرو و آکل، ۲۰۲۰) و هدف‌های جزئی آن عبارت‌اند از:

- تجزیه و تحلیل روان‌شناختی جرم
- ارائه توصیف‌های دقیق شخصیتی و رفتاری از مجرمان
- مشاوره به دادگاه‌های سلامت روان
- ارزیابی، نوشتن و شهادت دادن در دادگاه در مورد پرونده‌های جنایی
- ارزیابی و انجام تحقیقات در مورد حافظه، تلقین و شایستگی شاهدان عینی
- ارائه شواهد و دلایل علمی و محکم برای حمایت از مظنون
- کاهش استرس یا اجرای برنامه‌های درمانی برای زندانیان و کارکنان زندان.

۱۱-۵-۲ روان‌شناس قانونی چه می‌کند

روان‌شناسان قانونی با تمام جنبه‌های نظام عدالت کیفری از جنبه‌های روانی تحقیقات و روند قانونی گرفته تا رفتار متخلفانه و به‌کارگیری روش‌های روان‌شناختی برای کاهش تأثیر این جرم و جنایت مجدد در آینده سروکار دارند. بنابراین، اگرچه داشتن دانش در زمینه حقوق و روان‌شناسی ضروری است، اما مهم‌ترین مهارت‌هایی که یک روان‌شناس قانونی باید داشته باشد، مهارت‌های بالینی قوی است، مهارت‌هایی مانند ارزیابی بالینی، مصاحبه، گزارش‌نویسی و مهارت‌های ارتباط کلامی قوی (به‌ویژه اگر شاهد متخصص در دادگاه باشد) که همگی در پایه‌گذاری علم روان‌شناسی قانونی بسیار مهم هستند. روان‌شناسان قانونی با این مهارت‌ها وظایفی مانند ارزیابی حضانت کودک، ارزیابی شایستگی متهمان جنایی، خدمات مشاوره به قربانیان جرم، غربالگری و انتخاب متقاضیان اجرای قانون، طراحی و اجرای مطالعات تحقیقاتی، ارزیابی، مشاوره، طراحی برنامه‌های درمانی برای مجرمان نوجوان، بزرگسال و سالمند را انجام می‌دهند (والکر و همکاران، ۲۰۲۰).

@LOTUS_PNU

یکی از حساس‌ترین ارزیابی‌ها برای یک روان‌شناس قانونی، ارزیابی جنون در زمان جرم است. اگر فردی در زمان ارتکاب عمل مجرمانه مبتلا به جنون باشد، نمی‌تواند مسئول جرم شناخته شود. «جنون» یک اصطلاح روان‌شناختی نیست بلکه یک اصطلاح حقوقی است. استاندارد جنون توسط هر کشور و فرهنگ به‌صورت جداگانه تعیین می‌شود. اولویت روان‌شناس قانونی وضعیت روانی مجرم در زمان ارتکاب جرم است، نسبت به اینکه فرد در حال حاضر چگونه عمل می‌کند. بنابراین، بسیاری از کارهای روان‌شناس قانونی گذشته‌نگر است و باید بر اطلاعات شخص سوم، تماس‌های جانبی و ارتباطات کتبی (مثلاً اظهاراتی که در زمان وقوع جرم داده شده است) تکیه کند (والکر و همکاران، ۲۰۲۰).

۱۱-۵-۳ روان‌شناسان قانونی کجا کار می‌کنند

روان‌شناسی قانونی یک زمینه کاربردی گسترده است که فرصت‌های متعددی را به روان‌شناس ارائه می‌دهد. روان‌شناسان قانونی در بسیاری از محیط‌های قانونی مختلف می‌توانند کار می‌کنند، مانند مراکز پزشکی قانونی، بیمارستان‌های دولتی، کلانتری‌ها، دادگاه‌ها، دفاتر حقوقی، زندان‌ها، و کانون‌های اصلاح و تربیت. این متخصصان همچنین ممکن است در محیط‌های تحقیقاتی و بخش خصوصی کار کنند (گاروفالو و سیتسما، ۲۰۲۲).

۱۱-۶ روان‌شناسی بالینی اجتماع نگر

روان‌شناسی اجتماع‌نگر شاخه‌ای کاربردی از روان‌شناسی است که در آن روان‌شناس به طرق مختلف با اجتماع کار می‌کند. این درگیری ممکن است به‌صورت تعامل شبه‌درمانی با اعضا جامعه باشد، اما بیشتر معطوف به بهسازی کیفیت زندگی است. این شاخه از روان‌شناسی توسعه نظریه، تحقیق و عمل مربوط به روابط متقابل بین افراد و سیستم‌های اجتماعی تشکیل‌دهنده زمینه جامعه را ترویج می‌کند. روان‌شناسی اجتماع‌نگر رویکردی به بهداشت روانی است که نیروهای محیطی و اجتماعی را در ایجاد و کاهش مشکلات دخیل می داند. این رویکرد بر پیشگیری متمرکز است نه بر درمان و افراد و اجتماع را تشویق می‌کند عنان مشکلات خویش را در دست بگیرند و بر آن‌ها فائق آیند تا دیگر نیازی به مداخله حرفه‌ای نداشته باشند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۷).

@LOTUS_PNU

۱۱-۶-۱ هدف‌های روان‌شناسی بالینی اجتماع نگر

هدف کلی روان‌شناسی بالینی اجتماع‌نگر تأکید ویژه بر رفاه اجتماعی، بهداشت روان جامعه و پیشگیری از بیماری است. تحقیق در این شاخه روان‌شناسی در مورد فقر، اعتیاد به مواد مخدر، خشونت، عدم موفقیت در مدرسه و سایر مسائل اجتماعی است (مک کینون و همکاران، ۲۰۱۰). هدف‌های جزئی این تخصص عبارت‌اند از:

- مطالعه روابط فرد با جامعه
- درک کیفیت زندگی افراد درون گروه‌ها، سازمان‌ها و موسسه‌ها و جوامع
- بهبود کیفیت زندگی از طریق تحقیق و اقدام مشترک
- پرداختن به مشکلات جوامع، روابط درون آن‌ها و نگرش و رفتار افراد مرتبط
- پیشگیری از احساس ضعف و بیماری.

۱۱-۶-۲ روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر چه می‌کنند

روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر صرفاً به اشخاص بیمار و ناتوان نمی‌پردازند، بلکه به افراد سالم در جهت پیشگیری از مشکلات کمک می‌کنند. علاوه بر این، این روان‌شناسان به‌جای ضعف‌ها و نقایص افراد و جوامع باید امکانات و نقاط قوت و توانمندی‌های آن‌ها را شناسایی کنند. روان‌شناسان اجتماع‌نگر تفاوت‌های میان افراد را مطلوب دانسته و منافع و امکان‌های اجتماعی را بر اساس یک ملاک واحد توزیع نمی‌کنند. در روان‌شناسی اجتماع‌نگر افراد و سازمان‌ها تشویق می‌شوند مشکلات خود را تحت کنترل درآورده و بر مشکلات خود فائق آیند. مداخله‌های روان‌شناسان این حیطه معمولاً به‌صورت برنامه‌های خودیاری و ارائه خدمات بهداشت روانی در سطح اجتماع می‌باشد. در نهایت روان‌شناسان اجتماع‌نگر با بازسازی نقش‌ها به دنبال ایجاد تغییرات مثبت و توازن بین شخص و محیط هستند (مک کینون و همکاران، ۲۰۱۰).

۱۱-۶-۳ روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر کجا کار می‌کنند

روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر معمولاً در درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و سازمان‌ها فعالیت می‌کنند. علاوه بر این، جهت بالا بردن کارایی سازمان و نیروی انسانی و کاهش مشکلات ناشی از بزهکاری و ارتکاب جرم می‌توانند در موسسه‌های دولتی، اجتماعی و خصوصی ایفای نقش نمایند (مک کینون و همکاران، ۲۰۱۰).

@LOTUS_PNU

خلاصهٔ فصل یازدهم

روان‌شناسی بالینی، شاخه‌ای از علم روان‌شناسی است که به کاربرد عملی روش‌ها و یافته‌های تحقیق در تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی می‌پردازد و یک رشته گسترده با گرایش‌های تخصصی متنوع است که مهم‌ترین گرایش‌ها عبارت‌اند از: روان‌شناسی سلامت، عصب روان‌شناسی، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، روان‌شناسی سالمندی و روان‌شناسی قانونی.

روان‌شناسی سلامت تخصصی است که تأثیرات عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی را بر سلامتی و بیماری‌ها بررسی می‌نماید. این اصطلاح تحت عناوین دیگری نظیر روان‌شناسی پزشکی و طب رفتاری نیز به کار می‌رود. این رشته به ارتقا سلامت و پیشگیری و درمان بیماری‌ها می‌پردازد. روان‌شناسانی که در حیطه سلامت روان کار می‌کنند، بر درک مردم و نحوه ادراک آن‌ها از بیماری‌ها، واکنش‌ها و بهبود وضعیت تمرکز می‌کنند.

نوروسایکولوژیست روان‌شناسی است که در درک رابطه بین عملکرد مغز و رفتار انسان‌ها تخصص دارد. این متخصصان افراد مبتلا به انواع مختلف اختلالات سیستم عصبی را ارزیابی کرده و تشخیص می‌دهند. سپس به درمان این مشکلات می‌پردازند. آن‌ها با پزشکان و متخصصان زیادی از جمله متخصصان مغز و اعصاب همکاری نزدیکی دارند. سه هدف اصلی برای علم عصب‌شناسی تعریف شده است که این هدف‌ها عبارت‌اند از: درک مغز انسان و نحوه عملکرد آن، درک و توصیف نحوه عملکرد سیستم عصبی مرکزی، بالغ شدن و حفظ خود و نهایتاً تجزیه و تحلیل و درک اختلالات اعصاب و روان و کشف روش‌هایی برای درمان.

روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان متخصص در پیشگیری، تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در کودکان خردسال و نوجوانان است. آن‌ها که معمولاً به‌عنوان روان‌شناس کودک شناخته می‌شوند، ارزیابی‌های سلامت روان را در کودکان و نوجوانان انجام می‌دهند و از گفتاردرمانی و تکنیک‌های دیگر برای کمک به نوجوانان برای غلبه بر مشکلات سلامت روان و چالش‌های عاطفی استفاده می‌کنند.

روان‌شناسی سالمندان زیرشاخه‌ای از روان‌شناسی است که در زمینه سلامت روانی و جسمی افراد در سالمندی تخصص دارد. این روان‌شناسان انواع توانایی‌های روان‌شناختی را که با افزایش سن کاهش می‌یابد، مطالعه می‌کنند. بنابراین، نه تنها

@LOTUS_PNU

روان‌شناسان سالمندی باید جنبه‌های بیولوژیکی بیماری را بررسی کنند، بلکه باید تأثیرات روان‌شناختی را نیز مورد مطالعه قرار دهند. این روان‌شناسان به افراد مسن کمک می‌کنند تا با استرس، نگرانی در مورد مرگ، مشکلات حافظه و اضطراب به روشی سالم کنار بیایند و بتوانند به بهبود این اختلالات بپردازند.

روان‌شناسی قانونی یک شاخه تخصصی و کاربردی روان‌شناسی است، با موضوعاتی سروکار دارد که روان‌شناسی و قانون را به یکدیگر پیوند می‌دهد، غالباً در مجازات و جلوگیری از جرم و جنایت‌ها نقش ایفا می‌کند و بر خود مجرمین و جنایتکاران متمرکز می‌باشد. روان‌شناسی و پزشکی قانونی در مراحل رشد و تحول خود به هدف‌های یکدیگر نزدیک شده‌اند. در واقع هر دو رشته با مسئله انحراف اجتماعی سروکار دارند که موجب ایجاد امنیت در جامعه می‌شوند. روان‌شناسی قانونی به بررسی علل رفتار فردی و تغییر این رفتارها در حیطه قانون می‌پردازد و تلاش می‌کند رفتارهایی که از لحاظ قانونی نابهنجار به‌شمار می‌روند را مورد بررسی و تفحص قرار دهد.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر شاخه‌ای کاربردی از روان‌شناسی است که در آن روان‌شناس به طرق مختلف با اجتماع کار می‌کند. روان‌شناسان بالینی اجتماع‌نگر صرفاً به اشخاص بیمار و ناتوان نمی‌پردازند، بلکه به افراد سالم در جهت پیشگیری از مشکلات کمک می‌کنند. این روان‌شناسان جهت کاهش مشکلات ناشی از بزهکاری و ارتکاب جرم می‌توانند در موسسه‌های دولتی، اجتماعی و خصوصی ایفای نقش نمایند.

مفاهیم کلیدی فصل یازدهم

تخصص‌های روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی سلامت، عصب روان‌شناسی، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، روان‌شناسی قانونی بالینی، روان‌شناسی سالمندی، روان‌شناسی اجتماع‌نگر.

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل یازدهم

۱. کدام‌یک از موارد زیر جز طبقه‌بندی فعالیت‌های اساسی روان‌شناسان بالینی محسوب نمی‌گردد؟

الف) ارزیابی
ب) روان‌درمانی
ج) دارودرمانی
د) تحقیق

@LOTUS_PNU

۲. کدام‌یک از موارد زیر جز هدف‌های روان‌شناسی سلامت نمی‌باشد؟
الف) به حداقل رساندن بیماری‌های مزمن
ب) کمک به افراد برای پیشگیری از بیماری
ج) کمک به توان‌بخشی افرادی بهبودیافته از بیماری
د) درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی

۳. کدام‌یک از روان‌شناسان می‌توانند در کلینیک‌های تخصصی دیابت فعالیت داشته باشند؟
الف) روان‌شناسان سلامت ب) عصب روان‌شناسان
ج) روان‌شناسان سالمندی د) روان‌شناسان قانونی

۴. کدام‌یک از موارد زیر در مورد عصب روان‌شناسان صدق پیدا می‌کند؟
الف) به مطالعه آسیب‌های مغزی می‌پردازند.
ب) به مطالعه سیستم عصبی می‌پردازند.
ج) مدرک روان‌شناسی دارند.
د) مدرک پزشکی دارند.

۵. کدام‌یک از تخصص‌های زیر اثرات و عوارض جراحی مغز روی رفتار را مورد بررسی قرار می‌دهند؟
الف) روان‌شناسان سلامت ب) عصب روان‌شناسان
ج) روان‌شناسان سالمندی د) روان‌شناسان قانونی

۶. کدام‌یک از موارد زیر در حیطه کاری روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان نمی‌باشد؟
الف) دیابت کودکی ب) رشد زبان
ج) ناتوانی‌های یادگیری د) نقش‌های جنسیتی

۷. کدام‌یک از موارد زیر در مورد روان‌شناسی سالمندی صدق پیدا نمی‌کند؟
الف) روان‌شناسان سالمندی به مسئله سوگ می‌پردازند.
ب) به بیماری‌های افراد مسن که صرفاً جنبه روان‌شناختی دارند می‌پردازند.
ج) به مراقبان سالمندان آموزش لازم جهت برخورد مناسب با سالمندان را می‌دهند.
د) به افراد جوان آگاهی‌های لازم را در مورد دوران پیری می‌دهند.

@LOTUS_PNU

۸. کدام‌یک از موارد زیر جز وظایف روان‌شناسان قانونی نمی‌باشد؟
الف) تجزیه و تحلیل روان‌شناختی جرم
ب) کاهش استرس کارکنان زندان
ج) مداخله جهت رفع مشکلات خانواده مجرمین
د) شهادت تخصصی در دادگاه

۹. حساس‌ترین ارزیابی‌ها برای یک روان‌شناس قانونی چیست؟
الف) ارزیابی جنون در زمان جرم
ب) ارزیابی حضانت کودک
ج) ارزیابی جنون در زمان قبل از جرم
د) ارزیابی شخصیت مجرمین

۱۰. کدام‌یک از روان‌شناسان می‌توانند در کانون‌های اصلاح و تربیت فعالیت داشته باشند؟
الف) روان‌شناسان سلامت
ب) عصب روان‌شناسان
ج) روان‌شناسان سالمندی
د) روان‌شناسان قانونی

خودآزمایی تشریحی فصل یازدهم

۱. گرایش‌های روان‌شناسی بالینی را نام ببرید؟
۲. روان‌شناسی سلامت را توضیح دهید؟
۳. هدف‌های روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان را توضیح دهید؟
۴. کاربردهای عصب روان‌شناسی را توضیح دهید؟
۵. کار روان‌شناس قانونی چیست؟
۶. روان‌شناس سلامت در کجا می‌تواند کار کند؟
۷. روان‌شناسی سالمندی را توضیح داده و هدف‌های آن را شرح دهید؟

@LOTUS_PNU

پاسخنامه

فصل اول

۱. ب ۲. ج ۳. الف ۴. د ۵. ب ۶. ج
۷. د ۸. ج ۹. الف ۱۰. د

فصل دوم

۱. د ۲. ب ۳. د ۴. ج ۵. ب ۶. الف
۷. ب ۸. د ۹. ج ۱۰. الف

فصل سوم

۱. الف ۲. ب ۳. د ۴. ج ۵. الف ۶. ب
۷. الف ۸. د ۹. ج ۱۰. د

فصل چهارم

۱. الف ۲. الف ۳. د ۴. ب ۵. ج ۶. د
۷. ج ۸. ب ۹. الف ۱۰. ب

فصل پنجم

۱. ج ۲. د ۳. ب ۴. الف ۵. ج ۶. ب
۷. الف ۸. ب ۹. د ۱۰. ج

@LOTUS_PNU

فصل ششم

۱. الف ۲. الف ۳. ج ۴. ج ۵. د ۶. ب
۷. ب ۸. د ۹. ج ۱۰. الف

فصل هفتم

۱. ج ۲. د ۳. الف ۴. ب ۵. ب ۶. د
۷. ج ۸. الف ۹. ب ۱۰. ج

فصل هشتم

۱. د ۲. ب ۳. ج ۴. الف ۵. الف ۶. د
۷. ب ۸. د ۹. ج ۱۰. ب

فصل نهم

۱. الف ۲. د ۳. ج ۴. ب ۵. الف ۶. ج
۷. ب ۸. د ۹. الف ۱۰. د

فصل دهم

۱. د ۲. الف ۳. ج ۴. ب ۵. الف ۶. الف
۷. د ۸. الف ۹. ب ۱۰. الف

فصل یازدهم

۱. ج ۲. د ۳. الف ۴. د ۵. ب ۶. الف
۷. ب ۸. ج ۹. الف ۱۰. د

@LOTUS_PNU

کانال اطلاع رسانی
پیام نور لوتوس

- بروز ترین اخبار و اطلاعیه های پیام نوری
- نمونه سوالات بروز شده و هایلایت
- فلش کارت ، خلاصه و نکات دروس
- فایل سرچی، طلایی و اصلی کتب
- لینک گروه های درسی ترم جاری
- چارت، منابع، حذفیات و تاریخ امتحانات

برای عضویت اینجا کلیک کن

تلگرام

ایتا

@LOTUS_PNU