

## فصل ۱

# تعریف و مسایل جاری روانشناسی بالینی

### :: تعریف روانشناسی بالینی

انجمن روانشناسی بالینی آمریکا، روانشناسی بالینی را این طور تعریف می‌کند (بخش‌های مهم تعریف را جدا کرده‌ایم):  
رشته روانشناسی بالینی برای

- مفهوم‌پذیر و پیش‌بینی‌پذیر شدن و
- کاهش ناسازگاری، ناتوانی و ناراحتی و
- ارتقای انطباق‌پذیری، سازگاری و رشد شخصیتی،
- علم و نظریه و عمل را ادغام می‌کند.
- روانشناسی بالینی بر جنبه‌های عقلانی، هیجانی، زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و رفتاری کارکرد انسان،
- در طول عمر،
- در فرهنگ‌های مختلف و تمامی سطوح اجتماعی اقتصادی تمرکز می‌کند.

انجمن روانشناسی آمریکا، روانشناسی بالینی را این طور تعریف می‌کند: هنر و فنی که با مسایل سازگاری انسان‌ها سر و کار دارد.

رسینک روانشناسی بالینی را این طور تعریف می‌کند: رشته روانشناسی بالینی به تحقیقات، تعلیمات و خدمات مرتبط با کاربرد اصول، روش‌ها و رویه‌هایی می‌پردازد که فهم، پیش‌بینی و کاهش ناسازگاری، ناتوانی و ناراحتی‌های عقلانی، هیجانی، زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و رفتاری مراجعان مختلف را ممکن می‌کند.

طبق تعریف رسینک مهارت‌های اصلی در رشته روانشناسی بالینی عبارتند از: (۱) سنجش و تشخیص، (۲) مداخله و درمان، (۳) مشورت دادن، (۴) تحقیق، (۵) کاربرد اصول اخلاقی و حرفه‌ای. در این میان، ارزیابی، تشخیص و درمان از وظایف اصلی روانشناسان بالینی است.

وجه متمایز روانشناسان بالینی، تخصص آنها در حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی، شخصیت و ادغام علم، نظریه و عمل است. در کتاب کرامر، برجسته‌ترین ویژگی روانشناسان بالینی و وجه تمایز آنها از سایر رشته‌های روانشناسی و بهداشت روانی، "نگرش بالینی" ذکر شده است. نگرش بالینی عبارت است از گرایش به تلفیق دانش حاصل از تحقیق درباره رفتار انسان و فرایندهای ذهنی از طریق سنجش انفرادی برای فهمیدن یک شخص خاص و کمک به او.

آندره ری روانشناسی بالینی را یک آزمون‌گری سازمان‌یافته بر اساس مساله‌ای که توسط فرد مطرح می‌شود، می‌داند و آن را متکی به روش تحلیلی می‌داند. یعنی با اینکه بر آزمون‌گری دقیق تکیه می‌زند اما گسترده‌تر از هدف و نحوه عمل آزمون است. بنابراین وی، روش بالینی را "تحلیل تجربی تدریجی رفتار فردی" می‌داند.

روانشناسی بالینی رابطه نزدیکی با روانشناسی مرضی دارد اما به معنای آن نیست. همچنین حد فاصل روانشناسی بالینی و روانشناسی کودک نیز از جهاتی نامشخص است. روانشناسی بالینی در اصل به سبب علاقه به مسائل کودکان عقب‌افتاده ایجاد شد.

## فعالیت‌های رایج روانشناسان بالینی

روان‌درمانی از هر نوع، رایج‌ترین فعالیت روانشناسان بالینی است. سایر فعالیت‌ها به ترتیب عبارتند از: تشخیص یا سنجش، تدریس، نظارت بالینی، تحقیق یا نگارش، مشورت دادن، امور اجرایی.

نسبت بالایی از درمانگران زن هستند و این ناهمگونی جنسیتی همچنان ادامه دارد.

از نظر تاریخی، درمانگری عمدتاً تلاش برای بینش‌یابی درباره ریشه مشکلات یا اهدافی بوده که به رفتار ناخوشایند فرد منجر می‌شوند. اگرچه امروزه هم درمان می‌تواند قدری بینش‌گرا باشد، اما درمان‌های امروزی به دنبال تعلیم مهارت‌های اختصاصی هستند که برای کاهش مشکلات مراجع مفیدند، مثل درمان شناختی- رفتاری.

رایج‌ترین گرایش نظری روانشناسان بالینی التقاطی/ ادغامی است. سایر گرایش‌های مهم به ترتیب عبارتند از: شناختی، روانپویشی، رفتاری. رویکرد روانپویشی افول کرده و رویکرد شناختی گسترش یافته است.

دومین فعالیت رایج روانشناسان بالینی سنجش است، یعنی جمع‌آوری اطلاعات برای پاسخ دادن به سوالاتی مهم یا حل مساله. سنجش، به ویژه آزمون‌گیری، عنصر اصلی هویت حرفه‌ای روانشناسان بالینی محسوب می‌شود.

## حرفه‌های نزدیک به روانشناسی بالینی

### ● روان‌پزشکی:

ریشه روانپزشکی به سنت پزشکی برمی‌گردد اما آنها از قلمروی سنتی پزشکی بیرون رفتند و نظام روان‌کاوی را پایه‌ریزی کردند.

روانپزشکی، آسیب‌شناسی روانی را بیماری روانی و دارای علل عمدتاً زیست‌شناختی می‌داند که بهترین راه درمان آن، مصرف داروهای روان‌گردان است.

تفاوت روانشناسان بالینی این است که: آموزش پزشکی زیادی نمی‌بینند؛ در زمینه اصول روانشناختی رفتار، سنجش کارکرد روانی و روش‌های علمی تحقیق، آموزش زیادی می‌بینند؛ در زمینه روان‌درمانی آموزش بیشتری می‌بینند؛ آسیب‌شناسی روانی را پیامد تعامل عوامل زیستی، روانشناختی، اجتماعی و تجارب محیطی فرد می‌دانند.

نبرد اصلی حرفه روانپزشکی، مخالفت آنها با اعطای حق تجویز دارو به متخصصان غیرروانپزشک از جمله روانشناسان بالینی است. انجمن روانشناسی آمریکا رسماً از حق تجویز دارو توسط روانشناسان دفاع کرده است.

### ● روانشناسان مشاور:

روانشناسان مشاوره به طور کلی از لحاظ آموزش و نوع خدماتی که می‌دهند بیشترین شباهت را به روانشناسان بالینی دارند. تفاوت آنها عمدتاً تفاوت در تاکیدهاست.

روانشناسان مشاور با افرادی کار می‌کنند که به‌نحار هستند یا ناسازگاری خفیفی دارند. این حرفه برای ترویج و ارتقای سازگاری شخصی، شغلی، تربیتی و گروهی پی‌ریزی شده است و علاوه بر روان‌درمان‌گری، مشاوره شغلی و سایر مسائل مرتبط با تغییرات زندگی و مشکلات رشدی را ارائه می‌کند.

روانشناسان مشاور در مجموع این خدمات را ارائه می‌دهند: درمان پیش‌گیرانه، مشورت دادن، تهیه برنامه‌های امدادی، مشاوره شغلی، مشاوره یا درمان کوتاه‌مدت. درمان پیش‌گیرانه یکی از مهم‌ترین وجوه تفاوت بین مشاوران و روانشناسان بالینی است.

از نظر تاریخی تمرکز آنها بر مشاوره تحصیلی و شغلی، عمدتاً با گرایش شخص‌محوری و انسان‌گرایی بوده است؛ اما در حال حاضر گرایش‌های متنوع‌تری دارند و بیشتر شبیه روانشناسان بالینی شده‌اند.

روش اصلی روانشناسان مشاور در سنجش معمولاً مصاحبه است ولی آزمون‌گیری هم انجام می‌دهند. کار آنها می‌تواند فردی یا گروهی باشد.

### ● مددکاری اجتماعی:

مددکاری اجتماعی این‌طور تعریف می‌شود: به افراد، گروه‌ها یا جمعیت‌ها کمک می‌کند تا ظرفیت کارکرد اجتماعی خود را باز یابند یا ارتقا دهند. همزمان وضعیت اجتماعی مناسبی برای تحقق این اهداف فراهم می‌کند.

در گذشته مددکاران اجتماعی به نیروهای اجتماعی و عوامل بیرونی دخیل در مشکلات بیماران رسیدگی می‌کردند، گرچه امروزه مرز حرفه آنها با روانپزشکان و روانشناسان بالینی کمرنگ شده است و بیشتر به عوامل روانشناختی علاقه‌مند شده‌اند.

حرفه مددکاری اجتماعی، پیشگام استفاده از کار میدانی تحت نظارت، به منزله ابزار آموزشی دانشجویان بوده است. ویژگی اصلی مددکاران، درگیر شدن شدید با زندگی و استرس‌های روزمره بیماران است؛ و بیشتر نقش عملی دارند تا نظری.

## ● روانشناسان مدرسه:

روانشناسان مدرسه در جهت افزایش رشد عقلی، اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانان، با دانش‌آموزان، معلمان و والدین کار می‌کنند. از جمله کارهای آنها عبارتند از: سنجش روانی و تحصیلی، تدوین برنامه‌های یادگیری و ارزیابی آنها، مشاوره به معلمان و والدین. دورشته دیگر نیز وجود دارد که با روانشناسی مدرسه متفاوت است:

- روانشناسان آموزشی یا تربیتی: بیشتر به تحقیق می‌پردازند و بر طراحی روش‌های موثر آموزش تمرکز دارند.
- معلمان آموزش ویژه: با افراد مبتلا به اختلالات عصبی-رشدی کار می‌کنند و مسئول طراحی و اجرای برنامه‌های ویژه برای آنها هستند.

## ● روانشناسی سلامت و توان بخشی:

روانشناسی سلامت در جهت ارتقا و حفظ سلامت مردم به این موارد می‌پردازد: تحقیق، درمان، پیشگیری و طراحی برنامه‌های مرتبط با سلامت. روانشناسی سلامت رشته در حال توسعه است که پیشینه متخصصان آن رشته‌های مختلف روانشناسی را شامل می‌شود. تمرکز روانشناسان توانبخشی در تحقیق و عمل، روی کسانی است که ناتوانی بدنی یا شناختی دارند و به آنها کمک می‌کند با ناتوانی و موانع فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی همراه آن سازگار شوند.

## ● سایر رشته‌ها:

**روان پرستاران:** پرستارانی هستند که مستقیماً با بیمار در ارتباطند و توصیه‌های روانپزشک و روانشناس بالینی را اجرا می‌کنند. آنها از نظر دادن اطلاعات درباره سازگاری بیمار و همچنین حاکم کردن فضای مناسب درمانی تأثیر زیادی دارند.

**پیرا حرفه‌ای‌ها:** به داوطلبانی گفته می‌شود که آموزش می‌بینند تا به دست‌اندرکاران حرفه‌ای سلامت روان یاری برسانند. آنها از مشهودترین کارکنان در مراکز بحران هستند.

## :: رویکرد فردنگر و قانون‌نگر

می‌توان دو رویکرد کلی در روانشناسی را از هم متمایز کرد:

**رویکرد قانون‌نگر (nomothetic):** روانشناسان محقق در این رویکرد در جستجوی اصول کلی رفتار هستند و توجه کمی به تفاوت‌های فردی دارند. بیشتر بر تفاوت‌های گروهی متمرکز هستند که تابع درمان یا دستکاری آزمایشی است. هدف آنها انتزاع اصولی کلی رفتار است.

**رویکرد فردنگر (idiographic):** روانشناسان بالینی در این رویکرد به دنبال فهم تفاوت‌های فردی هستند. روانشناسی بالینی بیشتر بر تفاوت‌های فردی متمرکز است، تا شباهت‌ها.

تمایز این رویکردها، به این سوال معروف دامن می‌زند که روانشناسی بالینی علم است یا هنر؟ برای روانشناسانی که رویکرد غیرعینی‌تر دارند، روانشناسی بالینی بیشتر یک هنر است که در آن روانشناس بر اساس مهارت، تجربه و آگاهی درونی یا شهود خود به قضاوت تشخیصی و تصمیمات درمانی می‌رسد. برای روانشناسان تجربه‌گرا که رویکرد عینی‌تری دارند، روانشناسی بالینی یک علم است که در آن از طریق تحقیقات به دنبال پاسخ سوالات خود و بهترین فرمول آماری برای آن هستند.

مقابل هم قرار دادن علم و هنر اشتباه است. تمام روانشناسان به هنگام تصمیم‌گیری و پیش‌بینی باید به تحقیقات تجربی و روش‌های سنجش توجه کنند تا قضاوت بالینی آنها علمی‌تر شود. انجمن روانشناسی آمریکا نیز روانشناسی بالینی را هنر و فنی تعریف کرده است که با مسایل سازش افراد سرو کار دارند.

از نظر لاگاش، روانشناس تجربی و روانشناس بالینی با دو طریقه مختلف برای رسیدن به یک هدف واحد اقدام می‌کنند و آن عبارت است از: زیر نظر گرفتن شرایط رفتار. روانشناس تجربی تمام شرایط را خارج از دایره تغییر قرار می‌دهد و به مطالعه متغیر مستقل می‌پردازد. در حالی که روانشناس بالینی به یک راهیابی و برداشت کلی و منفرد مبادرت می‌ورزد. پس روانشناسی بالینی را می‌توان مثل روانشناسی تجربی به منزله یک روش، نه در حکم یک موضوع خاص، تعریف کرد.

## :: مدل‌های آموزشی در روانشناسی بالینی

روانشناسی که بیشترین نقش و نفوذ را در تحول برنامه‌های آموزش بالینی ایفا کرد، دکتر دیوید شیکوف بود. بیشترین تأثیر شیکوف این بود که اکثر برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی، ترکیبی از آماده‌سازی علمی و حرفه‌ای را مد نظر قرار دادند.

## ● مدل دانشمند-درمانگر:

معرف پیوند علم و درمان بالینی است. طبق آن، روانشناسان در کنار مهارت درمانگری، با تبدیل تجارب خود به فرضیه‌های آزمون‌پذیر و آزمودن این فرضیه‌ها، به تولید دانش کمک می‌کنند.

مدل دانشمند-درمانگر، معروف‌ترین مدل آموزشی و فلسفه غالب در روانشناسی بالینی است. حاصل کنفرانس بولدر-کلورادو بود به همین دلیل به آن **مدل آموزشی بولدر** هم گفته می‌شود.

### ● **مدرک دکترای روانشناسی (Psy.D):**

ویژگی‌های اصلی این مدرک عبارت است از: **تاکید بر مهارت‌های بالینی** و عدم تاکید نسبی بر صلاحیت و قابلیت تحقیقاتی. پیشینه این رویکرد به کنفرانس آموزشی ول برمی‌گردد که در انتقاد به مدل دانشمند-درمانگر، به مدل‌های آموزشی مناسب برای درمانگری تاکید می‌کرد. به همین دلیل به آن **مدل ول** هم گفته می‌شود. دانشکده‌های حرفه‌ای، دانشکده‌های خودمختاری هستند (غیرانتفاعی یا مستقل) که مدرک دکترای روانشناسی اعطا می‌کنند. از دیدگاه نورکراس و همکاران، ظهور دوره آموزشی PsyD تحول اصلی در تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بوده است.

### ● **مدل دانشمند بالینی:**

نگرانی درباره عدم اثبات اثربخشی روش‌های درمانی و سنجش‌های فاقد اعتبار و پایایی، منجر به ایجاد مدل دانشمند بالینی شد. در این مدل، روانشناسان با ادغام اصول علمی و کار بالینی، بین **فنون دارای اعتبار تجربی** و فنونی که از لحاظ علمی کاذب هستند، تمایز می‌گذارند. مکفال بر روانشناسی بالینی علمی تاکید می‌کند و معتقد است خدمات روانشناختی نباید به مردم ارایه شود مگر اینکه تحت کنترل دقیق آزمایشگاهی قرار گرفته باشد.

امروزه نیز تاکید بر **درمان مبتنی بر شواهد (EBT)** است که بر اساس آن روانشناسان باید از روش‌های تشخیصی و درمانی که طبق شواهد علمی موثرترین روش هستند، استفاده کنند. انقلاب "**مراقبت بهداشتی مدیریت شده**" نیز بر مداخلات با پشتوانه تجربی تاکید دارد. این رویکرد باعث خواهد شد که در آینده بر آن دسته از برنامه‌های آموزشی تاکید شود که مداخلات روانشناختی کوتاه‌مدت دارای پشتوانه تجربی و سنجش متمرکز را پوشش دهند.

### ● **برنامه‌های آموزشی حرفه‌ای-علمی مرکب:**

این مدل مرکب از **روانشناسی مشاوره، بالینی و مدرسه** است. فرض این مدل این است که این سه تخصص در زمینه دانش با هم اشتراک دارند و مجموع کارهای مشترکی انجام می‌دهند. این مدل بر پهنه دانش روانشناسی تاکید می‌کند، نه عمق آن. همین ویژگی می‌تواند نقطه ضعف آن هم باشد. این مدل بیشتر برای درمانگری مناسب است نه دانشجویان یا دانشمندان بالینی.

### **:: رویکرد مراقبت مدیریت شده**

رویکرد مراقبت مدیریت شده اقدامی برای کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی بود. در این رویکرد بهره‌وری خدمات بر مبنای مناسب بودن و اثربخشی ارزیابی می‌شود و درمان‌هایی که دارای پشتوانه تجربی هستند مشمول بیمه می‌شوند. بر اساس این رویکرد، پیش‌بینی می‌شود که این تغییرات در آینده رخ دهد: کاهش تعداد جلسات و استفاده از درمان‌های موجود در فهرست درمان‌های دارای شواهد، استفاده از روش‌های مراقبت از خود (خودیاری)، استفاده از درمان با کمک رایانه (برای درمان‌های ساختاردار مثل شناخت درمانی مناسب است)، ارایه خدمات سلامت روان در محیط‌های مراقبت اولیه و کمتر سنتی مثل مدارس و محل کار، گسترش مدل‌های آموزشی دانشمند-درمانگر یا دانشمند بالینی.

### **:: پیشرفت‌های فناوری**

سلامت از راه دور به ارایه خدمات بهداشتی و سلامتی و نظارت بر این خدمات به کمک فناوری‌های ارتباط از راه دور گفته می‌شود. دو نوع از این نوع خدمات، سنجش سرپایی و درمان رایانه‌یار است.

### ● **سنجش سرپایی:**

سنجش سرپایی شامل بررسی و سنجش هیجانات، رفتارها و شناخت‌های افراد در جریان تعاملات واقعی با محیط است (برای مثال: ثبت خلق در طول شبانه‌روز در تلفن هوشمند). انگیزه اصلی سنجش سرپایی، یافتن کسانی است که خاطرات و گزارش‌های آنها درباره تجربیانشان (خلقیات، اتفاقات و رفتارها) ایراد دارد. از فواید آن عبارتند از:

- نیاز چندانی به گذشته‌نگری درباره نشانه‌ها و اختلالات ندارد.
  - **اعتبار بوم‌شناختی** بالایی دارد زیرا سنجش‌ها بر اساس تجربه واقعی مراجع در محیط طبیعی صورت می‌گیرد.
  - می‌توان به طور همزمان چند سنجش انجام داد و تغییرپذیری نشانه‌ها را ثبت کرد (مثل بررسی تغییرپذیری خلق و افکار مزاحم طی روز).
  - می‌توان پاسخ‌های متعدد یک مراجع را بررسی کرد (مثل سنجش روانشناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی).
  - می‌توان آن را با درمان یا درمان رایانه‌ی تلفیق کرد.
- سنجش سرپایی را به چند روش می‌توان با درمان تلفیق کرد از جمله: مشخص کردن خط پایه کارکرد مراجع پیش از درمان و زیر نظر گرفتن پیشرفت درمان؛ تنظیم پیام‌هایی روی تلفن برای آموزش دادن به مراجع طی روز.

### ● **درمان رایانه‌یاز:**

درمان با کمک رایانه می‌تواند ننگ تحت درمان بودن را کاهش دهد، آن را کارآمدتر و راحت‌تر و دسترسی به درمان را بیشتر کند. این درمان برای مراجعان خجالتی و کمرو مناسب است و باعث می‌شود برای درمان پیش‌قدم شوند. فرم رایانه‌یاز شناخت‌درمانی برای افسردگی (توسط رایب و همکاران) و رفتاردرمانی تعاملی برای بیماران با وابستگی افیونی (بیکل و همکاران) طراحی شده و اثربخشی برابری با درمان سنتی نشان داده است.

### **:: خدمات سلامت روان حساس به فرهنگ**

از نظر سو، متخصصان سلامت روان باید **قابلیت فرهنگی** داشته باشند، یعنی گروه‌های فرهنگی دیگر را بشناسند، درک کنند و مهارت لازم برای درمان آنها را داشته باشند.

سو برای قابلیت فرهنگی سه ویژگی مهم را ذکر می‌کند:

- **ذهنیت علمی:** درباره مراجعان فرهنگ‌های دیگر، فرضیه‌سازی و فرضیه‌آزمایی کنند و به "افسانه مثل هم بودن" تکیه نکنند.
- **دسته‌بندی پویا (سبک و سنگین کردن):** بدانند چه موقع چه چیزی را تعمیم دهند و بقیه را مشمول آن کنند و چه موقع آن را فردی کنند و دیگران را از شمول آن خارج کنند. این امر باعث می‌شود از تصورات کلیشه‌ای پرهیز کنند.
- **تخصص فرهنگی:** فرهنگ و دیدگاه‌های خود و گروه‌های فرهنگی دیگر را بشناسند تا در صورت لزوم از مداخلات ویژه استفاده کنند. روانشناسان همچنین باید مراقب سوگیری در جنسیت باشند. برای مثال زنان با رفتار تکانشی به احتمال زیاد تشخیص شخصیت مرزی یا نمایشی می‌گیرند در حالی که مردانی با همین رفتارها، تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌گیرند.

### **:: معیارهای اخلاقی**

معیارهای اخلاقی روانشناسان که توسط انجمن روانشناسی آمریکا مطرح شده است، عبارتند از: احترام گذاشتن به حقوق و شان مردم، نیکوکاری و بدسرشت نبودن، وفاداری و مسئولیت‌پذیری، صداقت، عدالت.

داشتن صلاحیت مستلزم رعایت این موارد است: روانشناس بالینی باید سطح و میزان آموزش خود را دقیق و صحیح برای مراجع توضیح دهد؛ نباید درمان و سنجش‌هایی را انجام دهد که آموزش و نظارت لازم را برای آنها نداشته است؛ مراقب مسایل جنسیتی، قومی و نژادی، سنی و گرایش جنسی، دینی، معلولیتی و اقتصادی اجتماعی باشد؛ مراقب تأثیرات ضعف‌ها و مشکلات شخصی خود بر درمان باشد.

**محور اصلی رابطه مراجع-روانشناس، رازداری است.** درمانگر باید درباره رازداری و شرایط نقض آن با مراجع صحبت کند. هر اطلاعاتی محرمانه نیست و در برخی موارد باید ارایه شود مثل اشخاص ثالث (شرکت‌های بیمه)، دادگاه‌ها و دانشگاه‌ها. روانشناسان وقتی لازم به مشورت با همکار باشد یا مراجع خطرناک باشد اسرار مراجع را فاش می‌کنند.

برخی مسایل در زمینه رفاه مراجع وجود دارد که می‌توانند مصداق بهره‌کشی و آسیب باشند مثل: ارتباط جنسی با مراجع، کار کشیدن از او، فروش کالا به مراجع، دوست شدن با او پس از درمان. بدترین نوع رابطه دونفره، آزار و اذیت جنسی و صمیمیت و نزدیکی جنسی روانشناس با مراجع فعلی است. جنبه مهم دیگر رفاه مراجع این است که وقتی درمان دیگر به مراجع کمک نمی‌کند، درمانگر باید آن را قطع کند.

سه نوع از رایج‌ترین دوره‌های اخلاقی برای درمانگران به ترتیب عبارتند از: رازداری- روابط مبهم، دونفره یا پر از اختلاف- منابع مالی، برنامه‌ها، موقعیت‌ها و روش‌ها.

## سوالات کنکور سراسری

- ۱) اولین تعریف رسمی روانشناسی بالینی به منزله "هنر و فن مربوط به سازش آدمی" توسط چه مرجعی تدوین شده است؟ (سال ۷۷)
- ۱) انجمن روان پزشکی آمریکا  
 ۲) انجمن روانشناسی آمریکا  
 ۳) انجمن بین‌المللی روان تحلیلیگری  
 ۴) سازمان جهانی بهداشت
- ۲) وظایف اصلی روانشناسی بالینی کدام است؟ (سال ۷۷)
- ۱) علت‌شناسی  
 ۲) دارودرمانی  
 ۳) نشانه‌شناسی و طبقه‌بندی  
 ۴) ارزیابی، تشخیص و درمان
- ۳) تحلیل تجربی تدریجی رفتار برای مشخص کردن کدام مفهوم در روانشناسی بالینی به کار رفته است؟ (سال ۸۵)
- ۱) مصاحبه  
 ۲) مشاوره  
 ۳) تشخیص  
 ۴) آزمونگری
- ۴) کدام رویکرد نظری روانشناختی، در سال‌های اخیر گسترش بیشتری یافته و کدام رویکرد رو به افول گذاشته است؟ (سال ۸۶)
- ۱) التقاطی-رفتاری  
 ۲) التقاطی-روان تحلیلیگری  
 ۳) شناختی-روان تحلیلیگری  
 ۴) شناختی-رفتاری
- ۵) مهم‌ترین جنبه رابطه مراجع-روانشناس کدام است؟ (سال ۹۴)
- ۱) رازداری  
 ۲) تخصص بالینی  
 ۳) اخلاق‌مداری  
 ۴) صلاحیت حرفه‌ای
- ۶) مشاوره در مقایسه با روانشناسی بالینی، بیشتر به کدام مورد می‌پردازد؟ (سال ۹۵)
- ۱) به مشکلات روزمره افراد مرتبط است.  
 ۲) با درمان اختلالات شدید روانی مرتبط است.  
 ۳) با درمان بیماران بستری مرتبط است.  
 ۴) به درمان اختلالات روان‌تنی مرتبط است.
- ۷) درمان‌های جدید روانشناختی، به چه سمتی پیش می‌روند؟ (سال ۹۵)
- ۱) کوتاه‌مدت و مراجع‌محور  
 ۲) کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور  
 ۳) میان‌مدت و راه‌حل‌محور  
 ۴) درازمدت و مراجع‌محور
- ۸) فلسفه آموزشی غالب در روانشناسی بالینی فعلی، بر اساس کدام مورد است؟ (سال ۹۵)
- ۱) مدل دانشمند متخصص است.  
 ۲) سنت تحقیقاتی و علمی است.  
 ۳) مدل طبقه‌بندی ارسطویی و دی، اس، امی است.  
 ۴) نکات جمعیت‌شناختی و سیستم متمرکز است.
- ۹) ماهیت روانشناسی بالینی، با کدام عبارت همخوانی بیشتری دارد؟ (سال ۹۸)
- ۱) التقاط‌گرایی  
 ۲) علم و پژوهش  
 ۳) علم و عمل  
 ۴) عمل مبتنی بر شواهد

درمان از وظایف اصلی روانشناسان بالینی است.

### ۳) گزینه ۳

آندره ری روانشناسی بالینی را یک آزمون‌گری سازمان‌یافته بر اساس مساله‌ای که توسط فرد مطرح می‌شود، می‌داند و آن را متکی به روش تحلیلی می‌داند. یعنی با اینکه بر آزمون‌گری دقیق تکیه می‌زند اما گسترده‌تر از هدف و نحوه عمل آزمون است. بنابراین وی، روش بالینی را "تحلیل تجربی تدریجی رفتار فردی" می‌داند. هیچ کدام از گزینه‌ها به روش بالینی اشاره نکرده است، اما سنجش گزینه ۳ یعنی تشخیص را بعنوان پاسخ صحیح مشخص کرده است.

## پاسخ تشریحی

### ۱) گزینه ۲

انجمن روانشناسی آمریکا، روانشناسی بالینی را این‌طور تعریف می‌کند: هنر و فنی که با مسایل سازگاری انسان‌ها سر و کار دارد.

### ۲) گزینه ۴

مهارت‌های اصلی در رشته روانشناسی بالینی عبارتند از: ۱) سنجش و تشخیص، ۲) مداخله و درمان، ۳) مشورت دادن، ۴) تحقیق، ۵) کاربرد اصول اخلاقی و حرفه‌ای. در این میان، ارزیابی، تشخیص و

#### ۸) گزینه ۱

مدل دانشمند- متخصص یا دانشمند- درمانگر (مدل بولدر)، معروفترین مدل آموزشی و فلسفه غالب در روانشناسی بالینی است. این مدل معرف پیوند علم و درمان بالینی است. طبق آن، روانشناسان در کنار مهارت درمانگری، با تبدیل تجارب خود به فرضیه‌های آزمون‌پذیر و آزمودن این فرضیه‌ها، به تولید دانش کمک می‌کنند.

#### ۹) گزینه ۳

بر اساس تعریف ارایه شده انجمن روانشناسی بالینی آمریکا، روانشناسی بالینی رشته‌ای است که علم و نظریه و عمل را ادغام می‌کند. همچنین، فلسفه غالب در روانشناسی بالینی مدل دانشمند-متخصص است که معرف پیوند علم و درمان بالینی است. بر این اساس، ماهیت روانشناسی بیشتر با ترکیبی از علم و عمل همخوان است.

#### ۴) گزینه ۳

رایجترین گرایش نظری روانشناسان بالینی التقاطی/ادغامی است. سایر گرایش‌های مهم به ترتیب عبارتند از: شناختی، روانپویشی، رفتاری. در سالهای اخیر رویکرد روان پویشی افول کرده و رویکرد شناختی گسترش یافته است.

#### ۵) گزینه ۱

رازداری، محور اصلی رابطه مراجع-روانشناس و در عین حال مهم‌ترین دوراهی اخلاقی است که روانشناسان با آن مواجه هستند.

#### ۶) گزینه ۱

روانشناسان مشاور با افرادی کار می‌کنند که بهنجار هستند یا ناسازگاری خفیفی دارند. این حرفه برای ترویج و ارتقای سازگاری شخصی، شغلی، تربیتی و گروهی پی‌ریزی شده است.

#### ۷) گزینه ۲

درمان‌های امروزی بیشتر به دنبال تعلیم مهارت‌های اختصاصی هستند که برای کاهش مشکلات مراجع مفیدند، مثل درمان شناختی-رفتاری. همچنین بر اساس رویکرد مراقبت بهداشتی مدیریت شده، تاکید بر درمان‌هایی است که کوتاه‌مدت و با پشتوانه تجربی هستند تا در عین تضمین کیفیت، هزینه درمان کاهش یابد.

## فصل ۲

# تاریخچه روانشناسی بالینی

**پیشنهاد مطالعاتی:** اگر اولین بار است که تاریخچه روانشناسی بالینی را می‌خوانید، دقت کنید که قرار نیست در اولین بار مطالعه اسامی و کارهای آنها را به خاطر بسپارید. در اولین بار فقط جهت آشنایی با اسامی و فعالیت‌های آنها یک بار فصل را روخوانی کنید، بعد از اتمام همه فصل‌ها، به آن برگردید و این بار دقیقتر مطالعه کنید.

### ریشه‌های تاریخی روانشناسی بالینی

ریشه‌های روانشناسی بالینی به جنبش‌های اصلاحی قرن نوزدهم برمی‌گردد که موجب شد مراقبت از بیماران روانی بهبود یابد. شخصیت‌های مهم جنبش اصلاحی عبارتند از:

- فیلیپ پینل: به ظلم در بیمارستان‌های روانی اعتراض کرد. دستاوردهای او تا حدی ناشی از فلسفه روسو و آرمانگرایی انقلاب فرانسه است.
  - ویلیام توک: به احداث بیمارستان نمونه برای درمان انسانی بیماران و افراد مشکل‌دار پرداخت.
  - الی تاد: بر مراقبت متمدانه، احترام و رعایت اخلاق تاکید کرد. کارهای او به جستجوی پیشایندهای بیماری روانی و درمان آنها منجر شد.
  - دوروتی دیکس: به مبارزاتی جهت ایجاد تسهیلات بهتر برای بیماران روانی پرداخت.
- نیروهای اجتماعی قرن نوزدهم نیز زمینه ظهور روانشناسی بالینی را فراهم کردند: بر شان و برابری همگان تاکید می‌شد؛ روحیه "دانش از طریق آزمایشگری" بر جامعه حاکم بود؛ اعتقاد بر این بود که می‌توان حالات انسان را فهمید، پیش‌بینی و کنترل کرد.

### تشخیص و سنجش

#### ● مبادی

**جوهر روانشناسی بالینی، تاکید بر سنجش تفاوت‌های فردی بوده است.** بخش زیادی از این تاکید به کارهای گالتون برمی‌گردد.

#### فرانسیس گالتون:

- برای فهم تفاوت‌های فردی از روش‌های کمی استفاده کرد از جمله ارزیابی تیزی حس، مهارت‌های حرکتی و زمان واکنش.
- آزمایشگاه انسان‌شناسی بدنی را تاسیس کرد.
- آزمون تداعی کلمه را ساخت. از این جهت او را **پدر آزمون‌های فرافکن** می‌دانند.

#### مک‌کین کتل:

- مثل گالتون معتقد بود بررسی زمان واکنش، یکی از راه‌های بررسی هوش است.
- نخستین گام‌های جنبش آزمون‌گیری در کارهای اولیه کتل مشاهده می‌شود. او آزمون‌هایی برای یافتن ثبات فرایندهای روانی طراحی کرد.
- از اصطلاح **آزمون‌های روانی** استفاده کرد.

**لایتنر ویتمر:**

- نخستین درمانگاه روانشناسی را باز کرد. این درمانگاه به کودکانی با مشکلات یادگیری و مغل کلاس درس متمرکز بود.
- به شناسایی و درمان کودکانی با مشکلات تحصیلی پرداخت (مشکلات ناشی از نقایص شناختی یا نشانه‌های روانشناختی).
- نخستین مجله روانشناسی را منتشر کرد.

**امیل کرپلین:**

- بیماری روانی را به دو گروه برون‌زاد (درمان‌پذیر) و درون‌زاد (درمان‌ناپذیر) تقسیم کرد.
- توصیفات تشخیصی و طبقه‌بندی‌های کرپلین، شروع طبقه‌بندی بیماری‌ها بود.

**فرانتز گال:**

رابطه بین خصوصیات ذهنی و شکل سر را مطرح کرد و اصطلاح **جمع‌شناسی روانی (فرنولوژی)** را ابداع کرد. مفروضات جمع‌شناسی روانی عبارت بودند از: ۱) هر ناحیه مغز با قوه یا کار خاصی ارتباط دارد. ۲) هر چه آن ناحیه بیشتر پرورش یافته باشد، قوه یا کار آن با شدت بیشتری در رفتار نمود می‌یابد. ۳) پستی بلندی‌های جمجمه با کم و زیادی رشد هر قوه رابطه دارد.

**چزاره لومبروسو:**

نظریه **قیافه‌شناسی** را مطرح کرد و ویژگی‌های چهره را به شخصیت، مخصوصاً میل به جرم و جنایت، مرتبط کرد. او را **پدر جرم‌شناسی** می‌دانند.

**● ظهور عصر جدید**

از تحولات عصر جدید، بحث اندازه‌گیری روانی یا روان‌آزمایی تشخیصی بود. **شروع روان‌آزمایی به گالتون یا کتل برمی‌گردد اما نیروی اصلی و قطعی آن از کارهای آلفرد بینه گرفته شد.**

به طور کلی می‌توان گفت دو رویکرد کلی در اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در کارکرد ذهنی وجود داشت: ۱) آزمون‌های حسی-حرکتی گالتون-کتل: ساختارهای ذهنی ارثی و نسبتاً ثابت را اندازه می‌گرفتند. ۲) ابزارهای بینه و دیگران: بر کارکردهای ذهنی پیچیده که تا حدودی آموختنی بودند تاکید داشتند. رویکرد اول ویتمر را تحت‌تاثیر قرار داد و به او در تاسیس اولین درمانگاه روان‌شناسی کمک کرد. رویکرد دوم، آزمون هوش بینه-سیمون را به ارمغان آورد که به رشته جدید روانشناسی بالینی هویت بخشید.

**آلفرد بینه:**

- از نظر بینه، کلید مطالعه تفاوت‌های فردی، دو مفهوم **هنجار و انحراف** از هنجار است.
- **مقیاس بینه-سیمون** برای جداسازی کودکان دارای محدودیت‌های شناختی طراحی شد که تاثیر عمیقی بر اندازه‌گیری هوش داشت.

**کارل یونگ:**

- از **روش تداعی کلمه** برای آشکار کردن مواد ناهشیار درون ذهن بیمار استفاده کرد.
- در نتیجه آن، آزمون تداعی آزاد کنت-رزائف منتشر شد.
- استفاده او از آزمون‌های تداعی پیشرفت مهمی در شخصیت‌آزمایی بودند.

**چارلز اسپیرمن:**

- مفهوم **هوش عمومی یا اصطلاح g** را ابداع کرد.

**جنبش آزمون‌گیری گروهی:**

- در جنگ جهانی اول، برای طبقه‌بندی مردان بر اساس توانایی آنها، آزمون آلفای ارتش (مقیاس کلامی) و بتای ارتش (مقیاس غیرکلامی) منتشر شد.
- رابرت وودورث پرسشنامه روان‌رنجوری را منتشر کرد که **نخستین پرسشنامه سنجش رفتار نابهنجار** شناخته می‌شود.

**● بین دو جنگ جهانی**

- پیشرفت‌های زیادی در زمینه روان‌آزمایی هوش و شخصیت صورت گرفت. از جمله:
- مقیاس هوش غیرکلامی پینتر و پترسون، مقیاس امتیازی آرتور، آزمون کورنل-کاکس.
- فن یک آدم پکیش گودیناف برای اندازه‌گیری هوش.

- آزمون‌های توانایی موسیقایی سیشور که مظهر استعداد آزمایی در آن زمان بود.
- آزمون‌های علائق از جمله فرم رغبت‌سنجش استرانگ و رجحان‌سنج کودر.
- انتشار مقیاس‌های رشدی توسط گزل.
- مقیاس پختگی اجتماعی و این‌لند دال که مفهوم پختگی یا قابلیت اجتماعی را مطرح کرد.
- انتشار آزمون وکسلر-بلویو که تحول عمده در جنبش هوش آزمایی بود.
- آزمون‌هایی در زمینه شخصیت‌آزمایی از جمله آزمون ضربدر و دایره‌پرسی برای هیجانان، آزمون اراده-خلق و خوی داوون، بررسی ارزش‌های آلپورت-ورنون.
- انتشار آزمون فرافکن رورشاخ که تحول بزرگ در زمینه شخصیت‌آزمایی بود.
- انتشار راهنمای آزمون رورشاخ و طرز نمره‌گذاری آن توسط بک و کلاپفر.
- ابداع اصطلاح فنون فرافکن توسط فرانک.
- دو تحول دیگر در جنبش فرافکن شامل آزمون اندریافت موضوع (TAT) توسط مورگان و موری؛ و آزمون گشتالت بندر.

## ● جنگ جهانی دوم و پس از آن

### دوره پیچیده‌ترین فن‌آوری‌های آزمون‌گیری (دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰):

- شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI): کار اصلی آن در آغاز زدن برچسب‌های روانپزشکی بود و برخلاف آزمون‌های فرافکن نیازی به تفسیر نظری نداشت.
- مقیاس هوش کودکان وکسلر که رقیب جدی آزمون استنفورد-بینه شد.
- آزمون‌های شخصیت، به ویژه فرافکن، افزایش انفجارآمیز داشتند. آزمون رورشاخ و TAT همچنان جایگاه برتر را داشتند.
- در این زمان روانشناسان، متخصص "تشخیص روانی" در نظر گرفته می‌شدند یعنی متخصص استفاده و تفسیر نمرات آزمون‌های روانی بعنوان مبنای تشخیص‌گذاری و برنامه‌ریزی درمانی.
- بحث مهمی درباره برتر بودن پیش‌بینی بالینی (تصورات ذهنی روانشناس) یا پیش‌بینی آماری (نمرات عینی آزمون‌ها) وجود داشت. MMPI رویکرد قانون‌نگر داشت یعنی نمرات آزمون بر اساس قواعد تجربی مقایسه نمره بدست آمده با نمره میانگین تفسیر می‌شد. آزمون‌های فرافکن رویکرد فردنگر داشتند و تفسیرها علاوه بر قواعد دارای حمایت تجربی، بر مبنای نظریه روانپویشی نیز بود.

### دوره جنبش رفتاری (دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰):

- رفتارگرایی افراطی، مخالف اصلی شخصیت‌آزمایی بود. طبق این جنبش، فقط می‌توان رفتار آشکار را اندازه‌گیری کرد و مخالف استنباط صفات شخصیتی از طریق آزمون روانی بود. والتر میشل از افراد شاخص این جنبش است.
- اصطلاح رفتاردرمانی را اسکینر و سولومون مطرح کردند و هانس آیزنک آن را متداول کرد.
- به دنبال این جنبش، سنجش رفتاری ظهور کرد؛ که در آن رفتارها در بافت محرک یا وضعیت‌های قبل و بعد آن بررسی می‌شدند.

### دوره افزایش مجدد شخصیت‌سنجی (دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰):

چند عامل منجر به افزایش مجدد شخصیت‌سنجی شدند:

- انتشار پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون
- انتشار پرسشنامه شخصیتی NEO
- نتایج تحقیقات کاستا و مک‌کری مبنی بر ثابت بودن صفات شخصیتی در طول زمان و وضعیت‌های مختلف.
- انتشار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) که اختلالات شخصیت را شامل می‌شد.
- پس از انتشار DSM، "مصاحبه‌های تشخیصی ساختارمند" تهیه شد که شامل پرسش‌های استاندارد بر اساس ملاک‌های DSM بودند.
- سایر پیشرفت‌ها در این زمان عبارتند از:
- پیشرفت در سنجش عصبی روانی از جمله انتشار مجموعه آزمون‌های هالستید-ریتان و مجموعه آزمون‌های لوریا-نبراسکا.
- ظهور مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده که بر سنجش روانی تأثیر گذاشت. روانشناسان به ابزارهای پایا و معتبر علاقه‌مند شدند که سه ویژگی داشته باشد: به شناسایی و نشانه‌شناسی دقیق بپردازد، به تغییر یا بهبود در کارکرد بیمار حساس باشد، کوتاه باشد.

## :: مداخله

### ● مبادی

مدل بقراط در رابطه با توزیع چهار مایع بدنی یا خلط (خون، سودا، صفرا، بلغم) اولین مدل پزشکی اختلالات رفتاری بود. شناخته شدن سفلیس به عنوان علت فلج عمومی باعث تثبیت شدن جایگاه پزشکان در درمان اختلالات روانی و تقویت این دیدگاه شد که تمام اختلالات روانی مبنای عضوی دارند. این طرز فکر که هر اختلال فکری با یک اختلال مولکولی همراه است انقلاب روانپزشکی را به راه انداخت.

اولین درمان‌های روانشناختی با استفاده از فنون تلقین و هیپنوتیزم روی بیماران هیستری انجام شد. بیماران هیستری نشانه‌های بدنی داشتند که ظاهراً علت بدنی مشخصی نداشت. افراد شاخص در این زمینه عبارتند از:

- شارکو در تبیین هیستری رویکرد روانی-اجتماعی داشت. او معتقد بود فقط بیماران هیستریایی را میتوان هیپنوتیزم کرد.
- پرنه‌ایم با انتقاد از شارکو، نشانه‌های هیستری را حاصل تلقین پذیری بیمار می‌دانست.
- ژانه هیستری را نشانه تقسیم شخصیت می‌دانست و آن را نوعی تباهی ارثی در نظر می‌گرفت.
- فروید تحت تاثیر کارهای شارکو بود. کار فروید و بروئر روی بیمار هیستریک به نام "آنا" زمینه‌ساز روان‌کاوی شد.

### ● ظهور عصر جدید

- کلیفورد بی‌پرز با هدف رفع سوءرفتارها با بیماران روانی، جنبش بهداشت روانی در آمریکا را راه‌اندازی کرد.
- فروید با انتشار کتاب تفسیر رویاها، مفاهیم جدیدی را وارد روانشناسی کرد از جمله ناهشیاری، عقده ادیپ و ایگو.
- ویلیام هیلی، درمانگاه راهنمایی کودکان را راه‌اندازی کرد. این درمانگاه رویکرد گروهی داشت و متخصصان مختلف در آن با هم همکاری می‌کردند. تمرکز او بر خلفکاران نوجوان بود. رویکرد هیلی تحت تاثیر مفاهیم فروید بود.
- پرت و ووستر، استفاده از روش "بحث حمایتی" در بیمارستان‌های روانی را شروع کردند. این روش سرآغاز روش‌های گروه‌درمانی بود.

### ● بین دو جنگ

- در نتیجه کارهای اولیه روانشناسان در درمانگاه‌های راهنمایی کودکان، روانشناسان وارد امور درمانی شدند. در این زمان، روانشناسان به ویژه تحت تاثیر کارهای آدلر قرار داشتند. برخلاف فروید که به پیشایندهای جنسی اختلالات تاکید داشت، آدلر بیشتر بر ساختار خانواده تاکید می‌کرد.
- آنافروید، تحت تاثیر اصول روان‌کاوی، روش بازی‌درمانی را توضیح داد. بازی‌درمانی متکی بر قدرت شفافبخش آزادسازی اضطراب یا نفرت از طریق بازی است.
- کارهای مورنو و اسلاوسون بر گسترش گروه‌درمانی تاثیر گذاشت.
- نخستین نشانه‌های درمان مراجع‌محور، در فن "درمان منفعلانه" فردریک آلن دیده شد.
- سه رویداد سرآغاز رفتاردرمانی شدند: شرطی‌سازی ترس توسط جان واتسون (آزمایش آلبرت و موش سفید)، شرطی‌زدایی ترس توسط جونز، درمان رابطه‌ای توسط جی لوی.

### ● جنگ جهانی دوم و پس از آن

روان‌درمانگری و نظریه شخصیت بر هوش‌سنجی پیشی گرفت. در ابتدا فعالیتها بیشتر ماهیت روان‌کاوانه داشت، پس از آن رفتارگرایی شهرت بیشتری پیدا کرد. علت آن تمرکز رفتارگرایی بر رفتار قابل مشاهده، کوتاه بودن زمان درمان و تاکید بر ارزیابی تجربی درمان بود.

- **دالرد و میلر تلاش کردند روان‌کاوی فروید را به زبان نظریه یادگیری ترجمه کنند.**
- راجرز با انتشار کتاب درمان مراجع‌محور، به رقیب جدی روان‌کاوی تبدیل شد.
- سایر درمان‌های جدید مطرح شدند از جمله گشتالت‌درمانی پرلز، معنادرمانی فرانکل، خانواده‌درمانی آکرمن، تحلیل تبدالی اریک برن، درمان عقلانی-هیجانی الیس که طلایه‌دار مهم درمان شناختی-رفتاری بود.
- آیزنک در تحقیق معروف خود، روان‌درمانی را ناموثر دانست. انتقاد او باعث شد تحقیقاتی درباره موثر بودن روان‌درمانی آغاز شود.
- درمان‌های رفتاری آغاز شد از جمله: کاربرد اصول شرطی‌سازی کنشگر توسط اسکینر، ابداع فن حساسیت‌زدایی منظم توسط ولپ
- در واکنش به نادیده گرفته شدن شناخت‌ها و تفکر در رفتارگرایی؛ درمان عقلانی هیجانی الیس و درمان شناختی بک مطرح شدند.

چند روند مداخلاتی دیگر نیز در دهه‌های اخیر ایجاد شده است:

- درمانگران التقاطی و یکپارچه‌نگر
- درمان‌های کوتاه‌مدت و راهنما مدار
- روانشناسی اجتماع‌نگر و روانشناسی سلامت
- لیست درمان‌های دارای پشتوانه تجربی

درمانگران رویکرد التقاط‌گرایی (eclecticism)، فنون چند گرایش نظری را استفاده می‌کنند و مبنای انتخاب فن را مشکلات مراجع می‌دانند. درمانگران رویکرد یکپارچه‌نگری (integration)، به ادغام رویکردهای مختلف در یک درمان و شناسایی عوامل مشترک رویکردهای مختلف می‌پردازند.

درمان‌های کوتاه‌مدت حداقل به اندازه روان‌درمانی سنتی موثر هستند و در حال تبدیل به مداخله‌های مرجح هستند. درمان‌های راهنما مدار، اهداف درمان و فنون هر جلسه را مشخص می‌کنند و معمولاً در ۱۰ جلسه یا کمتر اجرا و کامل می‌شوند. این درمانها برای تحقیقات درباره اثربخشی درمانها مفید هستند. روانشناسی اجتماع‌نگر و روانشناسی سلامت به دنبال پیشگیری از مشکلات بهداشتی و سلامت روان هستند. درمان‌های دارای پشتوانه تجربی، شامل لیستی از درمان‌ها برای مشکلات رایج بالینی است که پشتوانه تجربی داشته‌اند.

## تحقیق

### ● مبادی

سنت تحقیقات دانشگاهی تحت‌تاثیر دو نفر قرار داشت:

- ویلهلم وونت، که نخستین آزمایشگاه رسمی روانشناسی را تاسیس کرد.
  - ویلیام جیمز، که کتاب اصول روانشناسی را چاپ کرد.
- وونت معتقد بود که روانشناسی همچون علوم دیگر باید از طریق روش‌های تحقیق تجربی، دانش تولید کند. وونت رفتار انسان را با دو ابزار علمی قوی یعنی مشاهده و آزمایشگری بررسی کرد.

### ● ظهور عصر جدید

- ایوان پاولف مفهوم شرطی‌سازی کلاسیک را مطرح کرد که بخش مهمی از نظریه و تحقیق شد.
- بینه و سیمون تحقیقاتی در زمینه هوش آزمایشی انجام دادند.
- آزمون‌های آلفا و بتای ارتش ساخته شد.

### ● بین دو جنگ

تحقیقات در زمینه آزمون‌سازی صورت گرفت مثل آزمون وکسلر-بلویو و همه شخصیت‌آزمایی‌ها. در تحقیقات دانشگاهی، رفتارگرایی و روانشناسی گشتالت غالب بودند.

### ● جنگ جهانی دوم و پس از آن

دهه ۱۹۵۰ سرشار از تحقیقات در زمینه هوش آزمایشی و شخصیت‌آزمایی بود. بخشی از افول آزمون‌های فرافکن در نتیجه مطالعات همین زمان بود که اعتبار پایین این آزمون‌ها را نشان داد.

تحول تحقیقاتی مهم این زمان مطالعات درباره فرایند و اثربخشی روان‌درمانی بود؛ که تحت‌تاثیر انتقاد آیزنک بود. از پیشگامان درمان پژوهی، کارل راجرز بود که به استفاده از ضبط صوت در مطالعه فرایند درمان پرداخت.

اسمیت و گلاس در تحقیق معروف خود، اثربخشی درمان را تایید کردند. تحقیق آنها باعث فهم بهتر طرز تاثیرگذاری روش‌های درمانی شد. نقطه عطف تحقیقاتی دیگر، تحقیقات مربوط به نظریه یادگیری اجتماعی بود که مطالعات کنترل‌شده‌ای برای این نظریه ارائه کرد.

در دهه ۱۹۵۰ تحقیقات در زمینه مداخلات رفتاری شروع شد از جمله تحقیقات ولپ در مورد روش حساسیت‌زدایی منظم، تحقیقات لازاروس و راجمن، تحقیقات هاینس آیزنک.

انتشار و ریاست سوم DSM زمینه‌ساز شکل‌گیری تحقیقات بسیاری درباره ارزیابی پایایی، اعتبار و سودمندی ملاک‌های اختلالات روانی شد. همچنین تحقیقات درباره عوامل سبب‌شناسی اختلالات شروع شد. در چند دهه اخیر، تحقیقات در زمینه وراثت رفتاری و تصویرسازی مغز افزایش یافته است. وراثت رفتاری، به بررسی وراثت و عوامل محیطی دخیل در رشد می‌پردازد.

## حرفه

### ● مبادی

دورویداد مهم در تحول حرفه روانشناسی بالینی عبارتند از:

- تاسیس انجمن روانشناسی آمریکا با ریاست هال.
- تاسیس نخستین درمانگاه روانشناسی توسط ویتمر. بسیاری زمان واقعی آغاز رشته روانشناسی بالینی را همین زمان می‌دانند.
- انجمن روانشناسی بالینی آمریکا توسط هولینگورث بنیان گذاشته شد. او اولین کسی بود که صورت عمل‌گرایانه‌تر آموزش روانشناسان بالینی (PsyD) را در برابر آموزش تحقیق‌گرایانه (PhD) مطرح کرد.
- ویتمر را بنیان‌گذار روانشناسی بالینی می‌دانند. او نام این رشته را روانشناسی بالینی گذاشت. نخستین کسی بود که درسی به نام روانشناسی بالینی را تدریس کرد و اولین مجله روانشناسی بالینی را منتشر کرد.
- ویتمر از آزمون‌های روانی استفاده می‌کرد ولی ساخت آزمون‌های هوش جدید را نادیده گرفت و به صورت‌های اولیه روان‌درمانی بزرگسالان توجهی نکرد. لذا اگر چه نقش او در آغاز و بنیان‌گذاری روانشناسی بالینی قابل توجه است اما نقش چندانی در تنوع و پیشرفت آن ایفا نکرد.

### ● ظهور عصر جدید

رشته روانشناسی با انتشار مجلات، درمانگاه‌ها و دوره‌های دانشگاهی در حال شکل‌گیری بود از جمله تاسیس موسسه کودکان ضداجتماعی شیکاگو توسط هیلی. نخستین بخش روانشناسی در انجمن روانشناسی آمریکا دایر شد، تعداد درمانگاه‌ها افزایش یافت و جنبش آزمون‌گیری گروهی نیز به این توسعه کمک کرد.

### ● بین دو جنگ

قبلاً تمرکز انجمن بر روانشناسی به عنوان یک علم بود نه یک حرفه؛ اما در این دوره روانشناسی را این‌طور تعریف کرد: هنر و فنی که به مشکلات سازگاری انسان‌ها می‌پردازد. سایر مواردی که به توسعه حرفه کمک کرد عبارتند از: نخستین کتاب درسی روانشناسی بالینی توسط لوتیت، انتشار مجلات تحقیقاتی، تامین منابع مالی آزمون‌های روانی، تاسیس شرکت کتل برای ساخت آزمون‌های روانی.

### ● جنگ جهانی دوم و پس از آن

رویدادهایی که به توسعه حرفه در این دوره کمک کرد عبارتند از: کمک روانشناسان به مسایل پس از جنگ، تغییر خدمات روانشناسان از کودکان به بزرگسالان به دلیل مشکلات پس از جنگ، اعطای گواهینامه حرفه‌ای به روانشناسان و انتشار معیارهای اخلاقی برای روانشناسان، ارایه مدل دانشمند-درمانگر در کنفرانس بولدر.

به دنبال اختلاف‌نظرها بین جناح دانشگاهی- علمی و درمانگران حرفه‌ای، انجمن روانشناسی آمریکا به دو بخش تقسیم شد: انجمن روانشناسی آمریکا (APA) و انجمن علم روانشناسی (APS).

از دهه ۱۹۶۰ به بعد، جهت‌گیری روانشناسی در حوزه سنجش، مداخله و تحقیق بیش از پیش رفتاری شد. در اواسط دهه ۱۹۷۰ شناخت وارد صحنه شد و هم‌اکنون جهت‌گیری شناختی- رفتاری در درمان، رایجترین جهت‌گیری است.

### سوالات کنکور سراسری

- ۱) شارکو مبتکر تدوین کدام روش درمانگری قلمداد می‌شود؟ (سال ۸۰)
- ۱) تلقین (۲) خواب‌انگیزی (۳) تنش‌زدایی (۴) روان‌تحلیلگری
- ۲) اصطلاح رفتاردرمانگری برای نخستین بار توسط کدام روانشناس به کار رفته است؟ (سال ۸۳)
- ۱) اسکینر (۲) آیزنک (۳) واتسون (۴) بندورا
- ۳) اصطلاح کلینیک روانشناختی برای اولین بار توسط کدام روانشناس پیشگام به کار گرفته شد؟ (سال ۸۴)
- ۱) پیاز (۲) استنفورد-بینه (۳) گزل (۴) ویتمر
- ۴) روانشناسی بالینی به مثابه یک رشته مستقل علمی توسط چه کسی و در چه زمانی پایه‌گذاری شد؟ (سال ۸۶)
- ۱) سیگموند فروید، ۱۰۵ سال پیش (۲) فیلیپ پینل، ۱۲۵ سال پیش (۳) کلیفورد بیرس، ۶۵ سال پیش (۴) لایتنر ویتمر، ۱۱۰ سال پیش
- ۵) شهرت ژوزف ولپی مربوط به کدام روش رفتاردرمانگری است؟ (سال ۸۶)
- ۱) آرامش عضلانی (۲) جرات‌آموزی (۳) حساسیت‌زدایی منظم (۴) غرقه‌سازی
- ۶) کدام آزمون را هانری مورای پایه‌گذاری کرد؟ (سال ۸۷)
- ۱) آزمون تکمیل جملات ناتمام (۲) آزمون سنجش عوامل شخصیت (۳) آزمون شخصیت اندریافت موضوع (۴) آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا

### پاسخ تشریحی

#### ۱) گزینه ۲

شارکو به دلیل کارش روی بیماران مبتلا به هیستری مشهور است. بیماران هیستری نشانه‌های بدنی داشتند که ظاهراً علت بدنی مشخصی نداشت. شارکو معتقد بود که با کمک هیپنوتیزم (خواب‌انگیزی) می‌توان نشانه‌های این افراد را کاهش داد.

#### ۲) گزینه ۱

اصطلاح رفتاردرمانی توسط اسکینر و سولومون مطرح شد و توسط آیزنک متداول شد.

#### ۳) گزینه ۴

لایتنر ویتمر نخستین درمانگاه روانشناسی را باز کرد. این درمانگاه به کودکانی با مشکلات یادگیری و محل کلاس درس متمرکز بود.

#### ۴) گزینه ۴

ویتمر را بنیان‌گذار روانشناسی بالینی می‌دانند. تاسیس نخستین درمانگاه روانشناسی، انتشار اولین مجله روانشناسی بالینی، تدریس نخستین درس به نام روانشناسی بالینی و نامگذاری رشته با عنوان روانشناسی بالینی همگی از کارهای لایتنر ویتمر است.

#### ۵) گزینه ۳

فن حساسیت‌زدایی منظم یکی از فنون مهم رفتاردرمانی است که توسط جوزف ولپی ابداع شده است.

#### ۶) گزینه ۳

آزمون اندریافت موضوع (TAT) یکی از آزمون‌های فرافکن است که توسط مورگان و موری طراحی شده است.