

مجموعه جزوات دکتری

روان شناسی بالینی

نشر کوی کوثر

فصل اول

کلیات روانشناسی بالینی

معرفی روانشناسی بالینی (Clinical Psychology):

از روانشناسی بالینی تعاریف متعددی به عمل آمده است. بعضی از این تعاریف به موضوع مورد نظر و برخی دیگر بر روش علمی مورد استفاده این رشته علمی تأکید دارند. تعریف انجمن روانشناسی آمریکا از روانشناسی بالینی: هنر و فنی که با مسائل سازگاری انسان ها سر و کار دارد. تعریف ربر (1985):

روانشناسی بالینی حوزه ای از روانشناسی است که با رفتارهای ناسازگار و غیر عادی آدمی سر و کار دارد.

تعریف جی. اچ. رسنیک (1991):

رشته روانشناسی بالینی شامل تحقیق در مورد اصول، روش ها و رویه ها و تدریس این اصول، روش ها و رویه ها و ارائه خدماتی در رابطه با این اصول، روش ها و رویه ها است که امکان شناخت، پیش بینی و تسکین ناسازگاریها، معلولیت ها و ناراحتی های عقلی، هیجانی، زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و رفتاری را فراهم می آورند و در مورد طیف گسترده ای از مراجعان کاربرد دارند.

از نظر رسنیک، مهارت های ضروری در روانشناسی بالینی عبارتست از: سنجش و تشخیص، مداخله یا درمان، تحقیق و کاربرد اصول اخلاقی و حرفه ای. وجه ممیزه روانشناسان بالینی، تخصص آنها در زمینه شخصیت و آسیب شناسی روانی و توانایی آنها در ادغام علم، نظریه و کار بالینی است.

به طور کلی روانشناسان بالینی باید در سه حوزه مهارت کافی داشته باشند:

1. **تشخیص:** ایجاد و تکامل روش هایی برای شناخت علل، چگونگی شکل گیری علائم و سیر بیماریهای

روانی

2. **درمان:** کشف و استفاده از روش هایی برای تغییر مطلوب در وضعیت روانی و رفتاری فرد؛

3. **پژوهش:** برخورد علمی، آزمایشگاهی و یا کلینیکی برای پیشرفت و گسترش دانش بشری در زمینه رفتار

انسان.

در میان کارهای بالینی یاد شده ارزیابی، تشخیص و درمان از وظایف اصلی روانشناس بالینی می باشد. تعاریف یاد شده در بالا با تأکید بر موضوع روانشناسی بالینی این رشته را تعریف کرده اند.

اما برخی در تعریف این رشته بر روش مطالعه تأکید دارند و آن را به عنوان قطب مخالف روانشناسی تجربی تعریف می کنند. دادستان و منصور در مقدمه ای که برای ترجمه کتاب روانشناسی بالینی (پرون و پرون) نوشته اند، در این باره به نقل از لاگاش می نویسند:

روانشناسی تجربی و روانشناسی بالینی با دو طریقه مختلف برای رسیدن به یک هدف واحد اقدام می کنند و آن عبارت است از زیر نظر گرفتن شرایط رفتار. روانشناس تجربی تمام شرایط را خارج از دایره تغییرات قرار می دهد و به مطالعه یک متغیر مستقل می پردازد، در حالی که روانشناس بالینی به یک راهیابی و برداشت کلی و فردی شده مبادرت می ورزد. پس روانشناسی بالینی را می توان مانند روانشناسی تجربی به منزله روش و نه در حکم موضوع خاصی تعریف کرد.

آندره ری روانشناسی بالینی را یک آزمون گری سازمان یافته بر اساس مسأله ای که توسط فرد مطرح می شود می داند و آن را متکی به روش تحلیلی می داند یعنی با این که بر آزمونگری دقیقی تکیه می زند اما گسترده تر از هدف و نحوه عمل آزمون است و بنابراین وی روش بالینی را تحلیل تجربی تدریجی رفتار فردی می داند. روانشناس بالینی با مشکلات روانشناختی افراد سر و کار دارد بنابراین بیشتر بر تفاوت های فردی متمرکز است تا بر شباهت ها.

روانشناسی بالینی رابطه بسیار نزدیکی با روانشناسی مرضی دارد اما به معنای آن نیست. بر اساس تاریخچه این رشته، با پیشرفت روانشناسی مرضی، روانشناسی بالینی نیز گسترش پیدا کرده است. از طرفی حفاصل بین روانشناسی بالینی و روانشناسی کودک نیز از جهات بسیاری نامشخص است. باید توجه داشت که روانشناسی بالینی در اصل به سبب علاقه به مسائل کودکان عقب افتاده به وجود آمد.

حرفه هایی که ارتباط نزدیکی با بهداشت روانی دارند

1. روانپزشکان (psychiatrist)

روان پزشک یک پزشک است. روان پزشکی سنت طبی دارد و جزئی از رشته پزشکی است. در نتیجه روان پزشکان غالباً از قدرت و پایگاه پزشکی برخوردارند. روان پزشکی در لفظ و در عمل در سلسله مراتب بهداشت روانی نقش بالاتری دارند و بخش اعظم استدلال ها و بحث های این حرفه بر زمینه های پزشکی آن استوار است. روانپزشکان به خاطر آموزش های پزشکی دارو تجویز می کنند، امراض جسمی را درمان می کنند و معاینات بدنی انجام می دهند. از طرفی آموزش های پزشکی باعث می شود در تشخیص مشکلات طبی دخیل در ناراحتی های روانی بیماران، مهارت بیشتری داشته باشند. روانشناسان بالینی بر خلاف روانپزشکان معمولاً آموزش پزشکی اندکی می بینند و بخش عمده آموزش آنان در زمینه رفتار انسان و سنجش کارآیی روانی و روش های علمی تحقیق است.

2. روانشناسان مشاور (counseling psychologists)

روانشناسان مشاور، کارهای مشترک زیادی با روانشناسان بالینی دارند. روانشناسان مشاور با افراد ناهنجار یا کسانی کار می کنند که ناسازگارهای خفیفی دارند. آنها مشاوره گروهی یا مشاوره فردی انجام می دهند. روش اصلی آنان در سنجش نیعمولاً مصاحبه است هرچند آزمون نیز می گیرند (آزمون هایی چون سنجش توانایی ها، شخصیت، علائق و استعداد شغلی). از لحاظ تاریخی، مشاوره های شغلی و تحصیلی زیادی انجام داده اند. آنها به طور کلی در این فعالیت ها شرکت می کنند: 1. پیش گیری 2. مشورت 3. تنظیم برنامه های امدادی 4. مشاوره/ درمان کوتاه

مدت یک تا پانزده جلسه ای. در حال حاضر آنان علاقه کمتری به مشاوره شغلی و حرفه ای نشان می دهند و روز به روز علاقه بیشتری به کار خصوصی پیدا می کنند. باید توجه داشت که روانشناسان مشاور بیشتر به مراجعانی خدمات می دهند که اختلال یا ناسازگاریشان خفیف است عمدتاً در زمینه سنجش شغلی و حرفه ای تخصص دارند.

3. مددکاران اجتماعی (psychiatric social workers)

فعالیت های حرفه ای مددکاران اجتماعی روان پزشکی غالباً شبیه فعالیت های روان پزشکان و روانشناسان بالینی است. بسیاری از آنها روان درمانی انفرادی و گروهی انجام می دهند و در فرآیند تشخیص شرکت می کنند. هرچند که در سال های اخیر نقش های مددکاران اجتماعی با روانپزشکان و روانشناسان بالینی همپوشی پیدا کرده است اما مددکار اجتماعی به لحاظ حرفه ای، شرح حال می گیرد، با کارفرماها و بستگان بیماران مصاحبه می کند، شرایط کارایی را برای مراجعان، مهیا و با والدین بیماران مشاوره می کند. مددکاران اجتماعی باید به عوامل اجتماعی و خانوادگی دخیل در آسیب های روانی توجه کنند و کمتر به عوامل درونی و روانشناختی توجه کنند. رشته مددکاری اجتماعی سردمدار استفاده از کار میدانی نظارت شده برای آموزش دانشجویان بوده است. دروس مددکاری اجتماعی در مقایسه با دروس روانشناسی بالینی و روانپزشکان مختصرترند. در نتیجه مسئولیت های آنان به اندازه روانپزشکان و روانشناسان بالینی نیست. خصوصیت اصلی مددکاران اجتماعی، درگیر شدن شدیدشان با زندگی روزمره بیماران و فشارهای روانی آنان است. احتمال مراجعه آنان به خانه ها، کارخانه ها یا خیابان ها - یعنی محل زندگی بیماران - بیشتر است. مددکاران اجتماعی نقش فعالی دارند و گرایش کمتری به ارایه تعمیم های نظری و انتزاعی بر اساس زندگی مراجعان خویش نشان می دهند.

4. روانشناسان مدرسه (school psychologists)

روانشناسان مدرسه با مربیان و مدرسان کار می کنند تا زمینه ساز رشد عقلی، اجتماعی و هیجانی بچه مدرسه ای ها شوند. برای رسیدن به این هدف نیز در طراحی محیط و فضای آموزشی مدارس به اولیای مدرسه کمک می کنند. آنها غالباً به ارزیابی کودکان می پردازند و در مواقع ضروری، برنامه ها، درمان ها یا تعیین جاهای لازم را تدارک می بینند. روانشناسان مدرسه همچنین با معلمان و اولیای مدرسه در مورد خط مشی مدرسه یا نحوه اداره کلاس ها مشورت می کنند. آن ها در محیط های مختلفی مثل مدرسه، کودکانستان و بیمارستان های روزانه، درمانگاه ها و حتی مؤسسات کیفری کار می کنند. عده کمی از آنها نیز به طور خصوصی کار می کنند.

5. روانشناسان توانبخشی (rehabilitation psychologists)

محور تحقیقات و اقدامات روانشناسان توانبخشی، کسانی هستند که معلولیت جسمی یا شناختی دارند. معلولیت ممکن است مادرزادی یا بیماری ها و صدمات پس از تولد باشد. روانشناسان توانبخشی به افراد کمک می کنند با معلولیت ها و موانع جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی حاصل از آن ها کنار بیایند. محل اصلی کارشان هم مراکز توانبخشی و بیمارستان ها است.

6. روانشناسان سلامت (health psychologists)

رشته روانشناسی سلامتی در سال های اخیر به وجود آمده و با سرعت زیادی در حال گسترش است. روانشناسان سلامت با تحقیقات و اقدامات خود به پیشبرد و حفظ سلامتی افراد کمک می کنند. در ضمن پیشگیری و درمان نیز انجام می دهند. این افراد با طراحی، اجرا و بررسی برنامه های مختلف به مردم در ترک سیگار، کنترل فشارهای روانی، کم کردن وزن یا حفظ تناسب اندامشان کمک می کنند.

7. روان پرستاران (psychiatric nurses)

روان پرستاران ارتباط نزدیکی با بیماران دارند. آنها می توانند در مورد میزان انطباق آنان با بیمارستان اطلاعات مناسبی بدهند. نقش بسیار حساس و مهمی نیز در ایجاد یک محیط درمان بخش مناسب دارند. آنها می توانند از طریق همکاری با روان پزشکان یا روانشناسان بالینی توصیه های درمانی را اجرا کنند.

8. سایر متخصصان بهداشت روانی

بیمارستان هایی که از لحاظ کارکنان مجهزند افراد دیگری را نیز به خدمت می گیرند مثل کار درمانگرها، سرگرمی درمانگرها، باغبانی درمانگرها و ... این افراد به بیماران کمک می کند تا با محیط بیمارستان سازگار شوند و مهارت های مختلفی را بیاموزند. این افراد سهم مهمی در فرایند درمان دارند.

به کسانی که برای کمک به متخصصان بهداشت روانی آموزش داده می شوند پیرا حرفه ای (paraprofessional) گفته می شود. به داوطلبان غالباً یک دوره آموزش کوتاه داده می شود و سپس به کارکنان مراکز بحران (اعم از مراکز بحران تلفنی و حضوری) ملحق می شوند.

فعالیت های روانشناسان بالینی:

روانشناسان بالینی بیش از هر کاری، رواندرمانی انجام می دهند. فعالیت های دیگری که روانشناسان بالینی انجام می دهند عبارتند از: سنجش و تشخیص، تدریس، نظارت بالینی، تحقیق و نگارش، مشورت و امور اجرایی.

در سال های اخیر درصد روانشناسان بالینی دارای گرایش روان پویایی، به تدریج کاهش یافته و درصد طرفداران گرایش های شناختی به شدت افزایش یافته است. گرایش التقاطی (eclectic) با وجود قدرت نسبی حال حاضرش در سال های اخیر افت کرده است.

روانشناس محقق در جستجوی اصول کلی رفتار است و به طور کلی توجه کمتری به تفاوت های فردی دارد. تمرکز او بر تفاوت های گروهی است که تابع درمان یا دستکاری آزمایشی هستند. هدفش نیز انتزاع اصول کلی رفتار بر اساس مشاهده مردم است. اصطلاحاً رویکرد او رویکرد قانون نگر (nomothetic approach) است. اما رویکرد بالینی به دنبال فهم تفاوت های فردی است غالباً به آن رویکرد فردنگر (idiographic approach) می گویند. کار روانشناس بالینی از جهاتی شبیه کار هنرمندان و از جهاتی شبیه کار دانشمندان است. شبیه کار هنرمندان است زمانی که یک روانشناس بالینی در قضاوت های تشخیصی یا تصمیم گیری های درمانی خود بیشتر بر مهارت، تجربه و قوای ذهنی و شهودی خود متکی است. شبیه کار دانشمندان است زمانی که یک روانشناس بالینی از روش های تحقیق و فرمول های آماری یا پیش بینی های آماری در کار خود استفاده می کند.

فصل دوم

مروری تاریخی بر روانشناسی بالینی

عوامل مؤثر در شکل‌گیری حرفه روانشناسی بالینی:

یکی از افراد بسیار مؤثر در پیشرفت رشته روانشناسی و بهبود مراقبت‌های بیمارستانی فیلیپ پینل فرانسوی بود. کارهای پینل، نقطه عطفی در تحول و پیشرفت روانپزشکی و روانشناسی بالینی محسوب می‌شود. سایر افرادی که در این زمینه خدمات زیادی ارائه کردند عبارتند از: ویلیام توک، الی تاد، دروتی دیکس. همچنین در پیشرفت رشته روانشناسی بالینی نیروهای اجتماعی و عقاید حاکم بر زمانه این افراد نیز مهم بودند. از جمله این نیروها، فلاسفه و نویسندگان قرن نوزدهم بودند که خواهان برابری و مراعات شأن انسان‌ها بودند.

تاریخچه رشته روانشناسی بالینی در زمینه تشخیص و سنجش:

فرانسیس گالتون سعی کرد تا از روش‌های کمی در شناخت تفاوت‌های فردی مردم استفاده کند. او به سنجش تیز حسی، مهارت‌های حرکتی و زمان واکنش علاقه داشت. مک کین کتل اصطلاح آزمون‌های روانی را متداول کرد.

امیل کراپلین کارهای تشخیصی خود را در سال 1913 ارائه کرد. او بیماری‌های روانی را به دو نوع بیماری‌های علاج‌پذیر و علاج‌ناپذیر تقسیم نمود. از نظر کراپلین بیماری‌های علاج‌پذیر معلول برون‌زاد و بیماری‌های علاج‌ناپذیر معلول عوامل درون‌زاد بودند.

یکی از مهم‌ترین تحولات در سال‌های 1900 تا 1919، بالا گرفتن جریان اندازه‌گیری روانی یا روان‌آزمایی تشخیصی بود. این تحول نیروی اصلی خود را از کارهای آلفرد بینه گرفت. او با کمک تئودر سیمون اولین آزمون سنجش هوش کودکان را در سال 1908 تهیه نمود. بعداً لوئیس ترمن در سال 1916 نسخه آمریکایی این آزمون را تهیه کرد.

کارل یونگ در حدود سال 1950 با استفاده از روش‌های تداعی کلمات سعی می‌کرد عقده‌های ناهشیار را کشف کند.

در سال 1910 آزمون تداعی آزاد کنت - روزانف منتشر شد.

چارلز اسپیرمن در سال 1904 مفهوم هوش عمومی را مطرح کرد که به آن عامل G می‌گفت.

رابرت یرکز به همراه همکارانش در سال 1917، آزمون آلفا ارتش را برای ارتش آمریکا ساختند. به فاصله کوتاهی پس از این آزمون، نسخه غیر کلامی آن نیز که آزمون بتا ارتش نام داشت منتشر شد. در همین راستا و برای ارتش آمریکا رابرت وودورث در سال 1917، پرسشنامه روان رنجوری را منتشر کرد. شاید این اولین پرسشنامه ای بود که هدفش کشف رفتار نابهنجار بود. با ابداع ابزارهای غربالی دقیقی مانند برگه اطلاعات شخصی وودورث و آزمون های آلفا و بتا ارتش، جنبش آزمون گیری گروهی آغاز شد.

در سال 1926، فن یک آدم بکش گودیناف برای اندازه گیری هوش ساخته شد.

در سال 1927 رغبت سنج شغلی استرانگ و پس از آن رغبت سنج کودر ساخته شد.

در سال 1928 مقیاس های رشدی گزل و در سال 1936 مقیاس پختگی اجتماعی واینلند دال ساخته شدند.

یک تحول عمده در جنبش هوش آزمایی در سال 1939 روی داد. در این سال دیوید وکسلر آزمون وکسلر - بلویو را منتشر کرد. نسخه های بعدی آزمون وکسلر - بلویو هم اکنون نیز آزمون های انفرادی برتر در زمینه هوش بزرگسالان هستند.

نقطه عطف آزمون های فرافکن در سال 1921 بود که هرمن رورشاخ کتاب تشخیص روانی را منتشر کرد. او آزمون فرافکن معروف خود را در این کتاب معرفی کرد.

در سال 1937 اس.جی. بک و برونو کلاپفر هر یک راهنما و روش های نمره گذاری مجزای خود را برای این آزمون منتشر کردند.

در سال 1939 ال. کی فرانک اصطلاح فنون فرافکن را باب کرد.

یک بخش دیگر جنبش فرافکنی، انتشار آزمون اندریافت موضوع کریستینا مورگان و هنری موری در سال 1935 بود. آزمون اندریافت موضوع یکی از پر مصرف ترین ابزارهای فرافکنی است و احتمالاً پس از آزمون لکه های جوهر رورشاخ از لحاظ شهرت در مقام دوم است.

در سال 1938 نیز لورتا بندر آزمون گشتالت بندر را منتشر کرد که یکی از ابزارهای اندازه گیری فرافکنانه است.

در سال 1943 شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا (MMPI) توسط هته وی و مک کین لی منتشر شد.

دهه های 1940 و 1950 دوران فوران آزمون های شخصیت‌خصوصاً آزمون های فرافکن بود.

مبنای ابزارهای اندازه گیری های عینی مثل آزمون MMPI رویکرد قانون نگر است ولی در ابزارهای اندازه گیری فرافکن معمولاً پاسخ ها بر اساس رویکرد فردنگر مورد تفسیر قرار می گیرند.

در اواخر دهه 1950 جنبش رفتارگرایی متنفذ شده بود. طرفداران این رویکرد معتقد بودند فقط رفتارهای آشکار را می توانیم اندازه بگیریم و استنباط سطحی صفات شخصیتی یا وجود و عدم وجود این صفات بر اساس نتایج آزمون های روانی نه مفید است و نه مطلوب؛ به نظر رفتارگرایان افراطی، صفات شخصیتی را نمی توان به طور مستقیم اندازه گرفت. به دلیل حاکم بودن همین دیدگاه، در دهه 1970 سنجش رفتاری (behavioral assessment) اوج گرفت. در این نوع سنجش، مبنای بررسی رفتارها، محرک ها یا وضعیت هایی بودند که قبل یا بعد از انجام رفتارها وجود داشتند.

اخیراً علاقه شدیدی به سنجش عصبی - روانی دیده می شود. هدف سنجش عصبی - روانی ارزیابی نقاط قوت و ضعف نسبی بیماران بر اساس روابط اثبات شده تجربی مغز و رفتار (پاسخ های حاصل در آزمونها) است. بعضی از مجموعه آزمون های معروف عصبی - روانی عبارتند از مجموعه آزمون های هالستید - ریتان و مجموعه آزمون های لوریا - نبراسکا.

رواج مراقبت های بهداشتی کنترل شده در دهه 1990 نیز بر سنجش روانی تأثیر گذاشت.

تاریخچه رشته روانشناسی بالینی در زمینه مداخلات:

در سال 1793 پینل بحث مراقبت انسانی در تیمارستان های فرانسه را مطرح کرد.
 در سال 1848 دروتی دیکس موفق شد تسهیلات بهتری برای بیماران روانی نیوجرسی فراهم آورد.
 در سال 1895 بروئر و فروید کتاب مطالعاتی در باب هیستری را منتشر کردند.
 در سال 1900 فروید کتاب تفسیر رویاها را منتشر کرد.
 در سال 1908 کلیفورد بیرس جنبش بهداشت روانی را به راه انداخت.
 در سال 1909 هیلی درمانگاه مشاوره کودک شیکاگو را تأسیس کرد.
 در سال 1920 واتسون و رینر شرطی سازی ترس ها را مطرح کردند.
 در سال 1932 مورنو گروه درمانی را معرفی کرد.
 در سال 1950 دالرد و میلر کتاب شخصیت و روان درمانی را چاپ کردند.
 در سال 1951 راجرز کتاب درمان مراجع محور را چاپ کرد.
 در سال 1952 آیزنک گزارش خود؛ انتقادی بر روان درمانی مبنی بر بی تأثیر بودن آن را منتشر کرد.
 در سال 1953 فرانکل بحث معنادرمانی و ارتباطش با نظریه وجودی را مطرح کرد.
 در سال 1953 اسکینر کاربرد اصول شرطی سازی عامل را توضیح داد.
 در سال 1958 آکرمن بحث خانواده درمانی را مطرح کرد.
 در سال 1958 ولپ روش حساسیت زدایی منظم را شرح داد.
 در سال 1961 برن نظریه تحلیل تبدلی را مطرح کرد.
 در سال 1962 ایس درمان عقلانی - هیجانی را ابداع کرد.
 در سال 1965 کنفرانس سوامپ اسکامپ برگزار شد و روانشناسی اجتماع نگر شکل گرفت.
 در دهه 1980 روانشناسی سلامت ظهور کرد و روان درمانی های کوتاه مدت مورد توجه بیشتر قرار گرفتند و تحقیقات در زمینه رواندرمانی اوج گرفت.

در دهه 1990 تأثیر شدید نظام مراقبت های بهداشتی کنترل شده بر خدمات روانشناختی مشخص شد.

در سال 1995 برای اولین بار فهرست درمان های دارای حمایت تجربی منتشر شد.

تاریخچه رشته روانشناسی بالینی در زمینه تحقیق:

در سال 1879 اولین آزمایشگاه روانشناسی توسط ویلهلم ونت در دانشگاه لایپزیک تأسیس شد.

در سال 1890 ویلیام جیمز کتاب درسی خود با نام اصول روانشناسی را منتشر کرد. در سال 1905 بینه و سیمون شواهدی برای تأیید معتبر بودن آزمون جدیدشان فراهم آوردند. در سال 1916 تحقیقات ترمن در مورد مقیاس بینه - سیمون منتشر شد. در سال 1939 تحقیقات وکسلر در مورد مقیاس وکسلر - بلویو منتشر شد. در سال 1943 اطلاعاتی در مورد شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا توسط هته وی و مک کین لی منتشر شد. در سال 1952 انتقاد آیزنک از روان درمانی در کتاب او مطرح شد. در سال 1954 گزارش تحقیقات راجرز و دایموند در مورد فرایند مشاوره منتشر شد. همچنین در این سال نظریه یادگیری اجتماعی راتر منتشر شد. در سال 1977 فراتحلیل اسمیت و گلاس بر روی بررسی های صورت گرفته در زمینه روان درمانی منتشر شد. در دهه 1980 موجی از افزایش تحقیقات در زمینه آسیب شناسی روانی پس از انتشار DSM.III به راه افتاد. دهه 1990 شاهد افزایش تدریجی علاقه روانشناسان بالینی به وراثت رفتاری بود. وراثت رفتاری رشته ای تحقیقاتی است که به بررسی عوامل وراثتی و محیطی مؤثر بر رفتارها می پردازد. متخصصان وراثت رفتاری نقش این عوامل را در رفتارهای مختلف و تفاوت های فردی بررسی کرده اند از جمله در زمینه هوش، شخصیت و آسیب شناسی روانی. هانس آیزنک اصطلاح رفتار درمانی را مطرح کرد و در دهه 1960 کتاب مهمی در همین خصوص نوشت.

تاریخچه رشته روانشناسی بالینی در زمینه حرفه روانشناسی بالینی:

در سال 1892 انجمن روانشناسی آمریکا تأسیس شد. در سال 1896 اولین درمانگاه روانشناسی توسط لایتنر ویتمر در دانشگاه پنسیلوانیا تأسیس شد. این دو رویداد مهم به شکل گیری حرفه روانشناسی بالینی کمک شایانی کردند. برخی از صاحب نظران، تأسیس اولین درمانگاه روانشناسی توسط لایتنر ویتمر در دانشگاه پنسیلوانیا را سرآغاز روانشناسی بالینی می دانند. درمانگاه ویتمر مخصوص درمان کودکانی بود که مشکلات یادگیری داشتند یا کلاس ها را بر هم می زدند. ویتمر بود که نام این رشته را روانشناسی بالینی گذاشت و اولین واحد تخصصی روانشناسی بالینی را تدریس کرد. همچنین وی در سال 1907 اولین مجله روانشناسی بالینی را منتشر کرد. تأثیر ویتمر بر این رشته به دلایل متعددی یک تأثیر تاریخی بود تا اساسی و محتوایی. یعنی اگرچه او مسیر این حرفه را مشخص و هموار کرد ولی نظریه یا روش جدیدی ارائه نداد. با وجود تمام این موارد، جنگ جهانی اول و پیدایش جنبش آزمون گیری گروهی بیش از هر چیز دیگری به توسعه این حرفه جدید کمک کرد. در سال 1935 کمیته معیارهای آموزشی برای تعریف رشته روانشناسی بالینی در انجمن روانشناسی آمریکا تشکیل شد.

در سال 1936 اولین کتاب درسی روانشناسی بالینی توسط لوتیت منتشر شد. در سال 1937 لوتیت مجله ای با عنوان *Journal of Consulting Psychology* منتشر کرد.

در سال 1945 اولین قانون صدور مجوز در کنتیکت تصویب شد.
 در سال 1946 اداره رسیدگی به امور آسیب دیدگان جنگی و مؤسسه ملی بهداشت روانی از روان شناسی حمایت کرد.
 در سال 1947 هیئت ممتحنان روانشناسی حرفه ای برای تأیید صلاحیت متخصصان بالینی تأسیس شد.
 در سال 1949 مدل دانشمند - متخصص در کنفرانس بولدر ارائه شد.
 در سال 1953 معیارهای اخلاقی توسط انجمن روانشناسی آمریکا منتشر شد.
 در سال 1968 اولین دوره اعطای مدرک Psy.D اجرا شد.
 در سال 1968 نسخه تجدید نظر شده معیارهای اخلاقی منتشر شد.
 در سال 1988، تفرقه در انجمن روانشناسی آمریکا باعث تأسیس جامعه روانشناسی آمریکا شد.
 در سال 1992 آخرین نسخه معیارهای اخلاقی منتشر شد.
 در سال 1995 انجمن روانشناسی آمریکا برای اعطای امتیاز تجویز دارو به روانشناسان تلاش کرد.

از جمله مهمترین معضلاتی که در حال حاضر حرفه روانشناسی بالینی با آنها روبرو است عبارتست از: تدوین یک مدل آموزشی بهینه برای روانشناسان بالینی کنونی، تأثیر تحول مراقبت های بهداشتی و نظام مراقبت های کنترل شده بر روانشناسان بالینی و تلاش فعلی برای اخذ امتیاز تجویز دارو در روانشناسی بالینی.

فصل سوم

مباحث فعلی در روانشناسی بالینی

مدل های آموزشی در روانشناسی بالینی

مدل دانشمند - متخصص (مدل بولدر) یا مدل دانشمند - درمانگر

scientist - practitioner model

تدوین این مدل ماحصل کنفرانس بولدر کلرادو در سال 1949 بود. هدف این مدل ادغام و پیوند علم و کار بالینی بود و هنوز هم مشهورترین مدل آموزشی روانشناسان بالینی است. در این مدل روانشناسان بالینی ضمن مهارت و حساسیت داشتن در کارهای بالینی باید بتوانند با تبدیل و ترجمه تجارب بالینی خود به فرضیه های آزمون پذیر و آزمودن این فرضیه ها، دانش روانشناسی بالینی را بیشتر کنند. مدل بولدر تلفیق منظمی از مهارت های بالینی و تجربه گرایی منطقی علم بود. مدل دانشمند - متخصص بیشتر یک نگرش است تا کنار گذاشتن فعالیت های روزمره. به طور خلاصه در این مدل گفته می شود که:

1. روانشناسان بالینی باید تحصیلات خود را در دانشگاهها انجام دهند.
2. ابتدا باید به عنوان روانشناس و در مرحله بعد به عنوان متخصص بالینی پرورش یابند.
3. باید دوره کارورزی بالینی را پشت سر بگذارند.
4. باید در زمینه تشخیص، رواندرمانی و تحقیق صاحب صلاحیت شوند.
5. اوج و نهایت آموزش آنان باید اخذ مدرک دکترا (PH.D) باشد که زمینه اصلی آن تحقیق است.

2. مدل مدرک دکترای روانشناسی یا مدل ویل

doctor of psychology degree (Psy.D)

ویژگی اصلی این مدرک، تأکید بر پرورش مهارت های بالینی و عدم تأکید بر صلاحیت تحقیقاتی است. در این مدرک، نیازی به رساله فوق لیسانس نیست و پایان نامه دارندگان این مدرک معمولاً گزارشی در مورد یک موضوع حرفه ای است تا یک مبحث بکر و اصیل تحقیقاتی.

clinical scientist model

3. مدل دانشمند بالینی

در دهه اخیر برخی از روانشناسان بالینی بر این اعتقادند که روانشناسی بالینی در حال حاضر مبانی علمی محکمی ندارد. آنها معتقدند که بسیاری از روش های کنونی درمان، تحت بررسی های بالینی کنترل شده قرار نگرفته اند و کارایی آنها ثابت نشده است و در برخی موارد هم بررسی های تجربی ظاهراً اثبات شده در مورد این تکنیک ها، ناقص بوده اند. بر این اساس بود که ذهنیت پدیدآیی مدل دانشمند بالینی شکل گرفت. در بخش از بیانیه علم روانشناسی بالینی آمده است که: « دانشمندان بالینی در تمامی شئون زندگی حرفه ای خود، همچون یک دانشمند فکر و رفتار می کنند».

هدف این مدل استفاده از اصول علمی در کارهای بالینی برای جدا کردن فنون معتبر علمی از فنون بی اعتبار است. این فنون در زمینه های سنجش، تشخیص و مداخلات درمانی می باشند. در بیانیه علم روانشناسی بالینی آمده است که: هدف اصلی و اولیه دوره های دکترای روانشناسی بالینی باید پرورش قابل ترین دانشمندان بالینی باشد.

4. مدل برنامه های مرکب حرفه ای - علمی

combined professional – scientific training program

این مدل ترکیبی از رشته های روانشناسی مشاوره، روانشناسی بالینی و روانشناسی مدرسه است. رؤس این مدل عبارتند از:

1. تخصص های مورد نظر در یک رشته اطلاعات و دانش ها اشتراک دارند.
 2. روانشناسان فارغ التحصیل در هر یک از این رشته ها عملاً کارهای مشابهی انجام می دهند.
- برنامه های آموزشی در این مدل، بر مباحث اصلی روانشناسی متمرکزند و دانشجویان را با سه تخصص روانشناسی مشاوره، روانشناسی بالینی و روانشناسی مدرسه آشنا می کنند.
- مدل آموزشی ترکیبی، بیشتر گستره دانش روانشناسی را در نظر دارد تا عمق آن را. البته این ویژگی می تواند یک نقطه ضعف این مدل نیز به حساب آید (فارغ التحصیلان در هیچکدام از این سه رشته، تخصص کامل نخواهند داشت). همچنین این مدل بیشتر مناسب کسانی است که در آینده می خواهند متخصص بالینی شوند تا یک دانشگاهی یا دانشمند بالینی.

prescription privileges

امتیاز تجویز دارو

یکی از مباحث پر سر و صدا و جنجالی فعلی مطالبه امتیازات تجویز دارو توسط روانشناسان بالینی است. دلایل موافقان اخذ امتیاز تجویز دارو:

1. روانشناسان بالینی با اخذ امتیاز تجویز دارو می توانند از درمان های مختلفی استفاده یا بیماران مختلفی را درمان کنند.
2. افزایش کارایی و مقرون به صرفه تر شدن مراقبت هایی که از بیماران محتاج درمان های روانشناختی و دارویی به عمل می آید (نیازی به مراجعه به روانپزشک و روانشناس به صورت جداگانه نیست).
3. رقابت بهتر در بازار مراقبت های بهداشتی.

دلایل مخالفان امتیاز تجویز دارو:

1. تجویز دارو باعث می شود تأکید بر درمان های روانشناختی کم شود. چون داروها سریع عمل می کنند و مقرون به صرفه تر از رواندرمانی هستند.
2. تیره و تار شدن احتمالی رابطه روانشناسی بالینی و روانپزشکی و به طور کلی پزشکی. به دلایلی همچون: دعاوی حقوقی پرهزینه، پرداخت هزینه های مالی و قانونی لازم برای اصلاح قوانین اعطای گواهینامه، احتمال معالجه نادرست و ناقص و در نتیجه به همراه داشتن هزینه های اضافی.
3. این عدم گرایش روانشناسی بالینی به پزشکی است که از آن رشته ای بی همتا می سازد و آن را جذاب می کند.

معیارهای اخلاقی در روانشناسی بالینی

یکی از معیارهای پختگی و بلوغ هر حرفه ای، میزان تعهد آن حرفه به معیارهای اخلاقی است. اصول عمومی اخلاقی بر طبق نظر انجمن روانشناسی آمریکا عبارتند از:

1. صلاحیت
2. صداقت
3. مسئولیت پذیری حرفه ای و علمی
4. احترام به حقوق و شأن مردم
5. توجه به رفاه دیگران
6. مسئولیت پذیری اجتماعی

فصل چهارم

روش های تحقیق در روانشناسی بالینی

روشهای تحقیق در روانشناسی بالینی

observation method

۱. روش مشاهده

بنیادی ترین و متداول ترین روش تحقیق، مشاهده است. می توان با استفاده از مشاهده، فرضیه هایی تدوین کرد و به بوته آزمایش گذاشت. در واقع مشاهده در ضمن روش های دیگر نیز مورد استفاده قرار می گیرد. در روش آزمایشی، بررسی موردی و... نیز ما از روش مشاهده استفاده می کنیم.

انواع مشاهده

الف. مشاهده غیر منظم: یعنی مشاهده تصادفی و اتفاقی یک پدیده. این نوع مشاهده به ندرت مبنای دانش می شود. اما ممکن است از طریق مشاهده تصادفی، فرضیه هایی در ذهن ما شکل بگیرد و با استفاده از روش های دیگر ما آنها را مورد آزمایش قرار دهیم.

ب. مشاهده طبیعی: این نوع مشاهده در محیط طبیعی صورت می گیرد اما دقیق تر و منظم تر است. این نوع مشاهده تصادفی و آزاد نیست بلکه کاملاً برنامه ریزی شده است. در این نوع مشاهده، مشاهده گر کنترلی اعمال نمی کند و اجازه می دهد اتفاقات آزادانه روی دهند. این نوع مشاهده، روی عده کمی یا وضعیت های محدودی صورت می گیرد.

بسیاری از نظریه پردازان مطرح روانشناسی مثل؛ فروید، پیازه، لورنس و... از این روش برای برپایی نظریه های خود استفاده کردند.

نقاط ضعف و اشکالات روش مشاهده طبیعی:

۱. نتایج حاصل قابلیت تعمیم بالایی ندارد زیرا معمولاً روی عده کمی یا وضعیت های محدودی صورت می گیرد.
۲. اشکالات در پایداری: سو گیری محقق در حین مشاهده یا ثبت نتایج و پاسخ ها و در نتیجه اثر گذاری روی نتایج.
۳. ممکن است مشاهده گر به طور اتفاقی و ندانسته دخالت کند و روی جریان حوادث تأثیر بگذارد.
۴. کنترل نشده بودن و سردرگمی محقق در هدف گذاری تحقیق.

نقاط قوت روش مشاهده طبیعی:

۱. مشاهده غیر منظم و طبیعی هردو می توانند منبع عظیم تولید فرضیه های متعدد باشند.
۲. ساختگی نبودن و تصنعی نبودن این روش و در نتیجه نزدیک شدن محقق به پدیده های واقعی.

ج. مشاهده کنترل شده: در این روش، محققان تا حدودی روی حوادث و وقایع مورد مشاهده کنترل دارند. البته این نوع مشاهده هم یک تحقیق میدانی است و در محیطی نسبتاً طبیعی صورت می گیرد. مثل مشاهده از پشت آینه یک طرفه یا مشاهده تعامل زوجین در حضور درمانگر یا مشاهده نحوه عکس العمل افراد در هنگام ترسیدن از مار در یک محیط آزمایشگاهی.

اشکال این روش: آزمودنی پاسخ واقعی ندهد به دلیل دستکاری در محیط طبیعی و آگاه بودن از مورد مشاهده بودن.

case study

2. مطالعه موردی

عبارت است از بررسی دقیق مراجع یا بیماری که تحت درمان است. در مطالعه موردی ما از موارد مختلفی برای بدست آوردن اطلاعات یا تکمیل اطلاعات استفاده می کنیم. مانند: مصاحبه، آزمونها، شرح حال و شرح درمانها، زندگی نامه ها، خاطرات، نامه ها، اطلاعات مربوط به جریان زندگی و سوابق پزشکی و مطالعه موردی بررسی و توصیف دقیق یک انسان است در این روش می توان منبع غنی از اطلاعات بدست آورد که بعداً مورد آزمایش تجربی قرار گیرند.

مطالعات موردی مشهور در تاریخ روانشناسی:

مورد دورا (فروید) ← مفهوم مقاومت در درمان

مورد هانس کوچولو (فروید) ← مفهوم هراس و ساز و کارهای روانی آن

مورد چهره ایو (تیگن و کلکلی) ← کالبد شکافی تعدد شخصیت ها

نقاب سلامت عقل (کلکلی) ← زندگی شخصیت های ضد اجتماعی

موردهای اصلاح رفتار (اولمن و کراسنر) ← کارایی رفتار درمانی ها در موارد خاص

مطالعات موردی بیشتر برای این موارد مفیدند:

1. توصیف پدیده های نامعمول یا عجیب و روش های جدید و متمایز مصاحبه، سنجش و درمان بیماران؛
2. رد کردن اطلاعات دارای مقبولیت همگانی؛
3. تولید فرضیه های آزمون پذیر؛

نقاط ضعف مطالعه موردی:

1. قدرت تعمیم به دیگران ندارد و نمی توان قوانین یا اصول رفتاری همگانی تدوین کرد
2. نمی توان نتیجه گیری علی و معلولی در آن مورد کرد زیرا مثلاً ممکن است بیمار به دلیل شرایط خاص خودش (مثل ویژگی های شخصیتی خودش) از درمان بهره ببرد نه به دلیل صرف درمان با روش X.

انواع مطالعه موردی

کمی —————

کیفی (مثل کارهای موردی فروید)

از لحاظ تعداد

یک موردی —————

چند موردی

طرح های کمی موردی

1. طرح های یک موردی (AB): طرح های یک موردی محصول رویکردهای رفتاری و عامل هستند. این طرح ها با روشهای آزمایشی شباهت هایی دارند برای مثال آزمایش گر در شرایط مختلف، رفتار آزمودنی را اندازه می گیرد و از این جهت شبیه فنون آزمایشی است. اما در این طرح ها فقط بر پاسخ های یک آزمودنی تأکید و تمرکز می شود. این نوع تحقیق معمولاً با تهیه یک خط پایه شروع می شود.

خط پایه (Base line): ثبت رفتار آزمودنی قبل از هر گونه مداخله یعنی ثبت فراوانی پاسخ های نابهنجار در موقعیت های معین قبل از اعمال هر گونه تدبیر درمانی. (مثال: تعداد دفعات پرخوری یک بیمار دچار Bulimia nervosa).

بعد از تهیه خط پایه، مداخله صورت می گیرد، بعد دوباره نتایج ثبت و با خط پایه مقایسه می شود.

ثبت نهایی → مداخله → خط پایه

طرح های یک موردی غالباً برای بررسی کارایی روشهای درمانی مورد استفاده قرار می گیرند. در این طرح ها امکان مشخص کردن روابط علت و معلولی وجود دارد. دلیل و جایگاه دیگر استفاده از مطالعات یک موردی، دشوار بودن پیدا کردن آزمودنی های کافی برای همتا سازی یا گماردن تصادفی آنان در گروه های گواه است. همچنین نمی توانیم نتایج این طرح ها را برای تک تک مورد ها بکار ببریم.

2. طرح ABAB

هدف: مشاهده منظم تغییرات رفتاری آزمودنی در شرایط درمان و عدم درمان (بررسی کارایی درمان ها).

A → B → A → B

دوره شروع دوباره درمان
بازگشت به خط پایه (قطع درمان)
ثبت خط پایه
درمان

در هر مرحله رفتار آزمودنی ثبت می شود و با مرحله قبل مقایسه می شود. نتایج دوره های درمان با هم مقایسه می شود و می توان نتیجه گیری علی و معلولی کرد. اشکال این طرح: قطع درمان از جهاتی اخلاقی نیست.

3. طرح های چند خط پایه ای: ثبت خط پایه افراد در چند زمینه مانند: 1- رعایت نظم و انضباط کلاسی 2- انجام تکالیف 3- ارتباط با همکلاسی ها و ...

طرح های مرکب: فنون آزمایشی و همبستگی گاهی به صورت طرح مرکب مورد استفاده قرار می گیرند در این نوع طرح ها، آزمودنی ها به دو گروه تقسیم می شوند و سپس هر گروه تحت یک شرایط آزمایشی قرار می گیرد. مثلاً تأثیر سه نوع درمان در دو گروه بیماران (بیماران دارای افسردگی شدید و افسردگی جزئی).

درمان شماره 1: روی دو گروه یعنی هم گروه بیماران شدید و هم روی گروه بیماران جزئی اجرا می شود.

درمان شماره 2: روی دو گروه یعنی هم گروه بیماران شدید و هم روی گروه بیماران جزئی اجرا می شود.

درمان شماره 3: روی دو گروه یعنی هم گروه بیماران شدید و هم روی گروه بیماران جزئی اجرا می شود.

نکته: فریب در آزمایش ها ممنوع است مگر اینکه: تحقیق مورد نظر مهم باشد و راه دیگری جز این کار نداشته باشیم. باید مراقب بود که فریب به رابطه و اعتماد میان آزمودنی و آزمایشگر لطمه ای نزند.

3. پژوهش های همه گیر شناسی epidemiology method

تعریف همه گیری شناسی: عبارت است از بررسی میزان بروز، شیوع و توزیع بیماری ها یا امراض در یک جمعیت خاص.

میزان بروز (incidence): عبارت است از تعداد مورد های جدید بیماری که در مدت زمان معینی ایجاد شده اند.

شیوع (Prevalence): یعنی میزان کلی موارد (اعم از قدیمی و جدید) در سراسر زندگی.

همه گیری شناسی با روش های مختلفی انجام می شود. در بعضی مواقع ترکیبی از این روش ها استفاده می شود:

1. با استفاده از پرسشنامه های غربالگری مثل GHQ و SCL-90 و

2. با استفاده از مصاحبه

3. با استفاده از نظر سنجی

4. با روشهای همبستگی

بعضی مواقع ← ترکیبی: ابتدا غربالگری بعد مصاحبه و گذاشتن تشخیص.

- معمولاً بین زنان و مردان از همه گیری شناسی تفاوت های سنی و جنسیتی وجود دارد.

- اختلالات اضطرابی و خلقی در زنان بیشتر است.

- اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مواد در مردان بیشتر است.

- معمولاً بین سنین نیز مختلف در همه گیری شناسی تفاوت هایی وجود دارد.

- همچنین خصوصیات اجتماعی و فرهنگی نیز در میزان های همه گیری شناسی اثر گذار است.

سیر (cycle): توصیف الگوی بروز اختلال و روند تحول آن است و شامل اطلاعاتی درباره سن خاص شروع، شیوه

شروع اختلال (ناگهانی یا تدریجی)، دوره ای یا مداوم بودن اختلال، تک دوره ای یا عود کننده بودن، طول مدت

بیماری و نحوه پیشروی یا بهبود آن است.

4. روش های همبستگی correlation method

هدف: تعیین میزان هماهنگی تغییرات دو یا چند متغیر. آیا الف با ب رابطه دارد یا خیر.

بحث علت و معلولی ← معلوم نمی شود و نمی توان استنباط علی و معلولی کرد ← البته ممکن

است رابطه علی و معلولی وجود داشته باشد.

با عدد و ضریب همبستگی نشان داده می شود. با حرف ۲ و مقدار آن بین +1 (رابطه مثبت کامل) تا -1 (رابطه منفی

کامل) قرار می گیرد. عدد 0 یعنی رابطه ای بین دو متغیر وجود ندارد.

اگر همبستگی بالایی بین دو متغیر یافت شد آنگاه می توان برای یافتن روابط علی و معلولی از روش آزمایشی

استفاده کرد.

نقاط قوت روش همبستگی:

1. ارزان بودن، کم هزینه بودن 2. محدودیت های اخلاقی روش های آزمایشی میدانی را ندارد. نسبت به روش

آزمایشی طبیعی تر است و مصنوعی نیست.

روش تحلیل عاملی: الهام گرفته شده از راهبرد همبستگی است و روابط هم زمان چند متغیر را نشان می دهد. تحلیل عاملی روش خوبی برای سامان دهی مناسب روابط موجود بین حجم انبوهی از داده ها است.

تحقیقات طولی (longitudinal) و مقطعی (cross-sectional):

در طرح مقطعی، افرادی که سنین مختلفی دارند به طور همزمان مورد ارزیابی یا مقایسه قرار می گیرند. در طرح طولی، یک گروه آزمودنی برای مدتی طولانی تحت نظر گرفته می شود. رویکردهای مقطعی از نوع همبستگی هستند زیرا محقق نه می تواند سن آزمودنی ها را تغییر بدهد و نه می تواند آزمودنی ها را در گروه های متفاوت سنی دست کاری کند. نمی توانیم فرض کنیم که نتیجه بدست آمده محصول تغییرات سنی است، بلکه فقط نشانگر تفاوت گروه های سنی موجود می باشد. در مطالعات طولی، در طول یک دوره، اطلاعاتی در خصوص گروهی از انسانها جمع آوری می شود. این نوع مطالعات به محقق اجازه می دهد که در مورد روابط زمانی عواملی که با هم تغییر می کنند حدس های بهتری بزنند. مشکلات اصلی در مطالعات طولی، مشکلات عملی است مثل: پر هزینه بودن، نیاز به صبر و حوصله محقق و استمرار در رهبری برنامه تحقیقاتی، از دور خارج شدن روش تحقیقی اتخاذ شده در سال های قبل. نکته: چون تحقیقات طولی این مشکلات را دارند به قدر کافی از آنها استفاده نشده و به همین دلیل نیز به اندازه کافی در مورد جنبه های رشدی و تحولی آسیب های روانی تحقیق نشده است.

experimental method

5. روش آزمایشی

برای مشخص کردن رابطه علت و معلولی متغیرها و رویدادها باید از این روش استفاده کرد. متغیر مستقل: متغیری است که در کنترل محقق است و انتظار می رود علت رفتار آزمودنی ها باشد (یا علت تغییرات در متغیر وابسته باشد). متغیر وابسته: متغیری است که اثر متغیر مستقل بر روی آن سنجیده می شود. متغیری است که محقق، آن را اندازه می گیرد.

ویژگی های روش آزمایشی:

1. متغیر یا متغیرهای مستقل دست کاری می شود 2. سایر متغیرها به جز متغیر وابسته ثابت نگاه داشته شده و کنترل می شود 3. تاثیر متغیر یا متغیرهای مستقل بر وابسته مشاهده می شود.

اعتبار درونی (internal validity): زمانی که دستکاری متغیر مستقل تغییراتی را در متغیر وابسته ایجاد می کند اثر آزمایشی به وجود می آید که به این امر اعتبار درونی نیز می گویند. بنابراین عدم اعتبار درونی یعنی اینکه: ما نمی دانیم (مطمئن نیستیم) که نتیجه حاصل، ناشی از دستکاری متغیر مستقل است یا عامل دیگری.

منابع خطا یا نبود اعتبار درونی:

1. نبود گروه گواه؛
2. انتظارات آزمودنی قبل از آزمایش: رفتن به سراغ یک دوست یا... در مدت انتظار؛
3. انتظارات و ذهنیت آزمایش گر در باره نتیجه آزمایش که همان اثر پلاسبو (placebo effect) یا دارو نما گفته می شود. اثر پلاسبو یعنی اثر تلقین و انتظار خوب شدن و خوب بودن هم از طرف آزمودنی و هم از طرف آزمایشگر.

بنابراین در آزمایش، عوامل دیگری غیر از متغیر مستقل وجود دارند که ممکن است اثر آزمایشی را تولید کنند. برای حذف این عوامل، آزمایشگران از شیوه های کنترلی استفاده می کنند که رایج ترین آنها عبارتند از:

1. تشکیل گروه گواه در برابر گروه آزمایشی؛
2. انتساب یا گمارش تصادفی یعنی شانس مساوی یک آزمودنی برای قرار گرفتن در هر یک از گروه های گواه یا آزمایش؛
3. برای حذف اثر دارونما یا پلاسبو از روشهای زیر استفاده می کنند:

الف. آزمایش دو سرکور **double - blind experiment**

این روش رایج ترین روش است به آن آزمایش بی خبری دوسره هم می گویند. در این روش نه آزمودنی و نه آزمایشگر از نوع دارو یا درمان استفاده شده برای هر دو گروه اطلاعی ندارند.

ب. آزمایش یک سرکور **single - blind experiment**

آزمایشی که در آن فقط آزمودنی نمی داند که دارو یا دارونما دریافت کرده است. به این روش، آزمایش بی خبری یک سره هم گفته می شود.

4. همتا سازی (**matching**) دو گروه از نظر افراد: به صورت کلی یا به صورت تک به تک.

اعتبار بیرونی (external validity): اعتبار بیرونی یک آزمایش یعنی قابلیت تعمیم نتایج آن آزمایش.

اگر چه در تحقیقات آزمایشی معمولاً متغیرها، به میزان زیادی کنترل می شوند و تصنعی بودن آنها، تا حدودی جلوی تعمیم نتایج را می گیرد.

تحقیقات تشابهی (analog study): مطالعاتی که در آزمایشگاه صورت می گیرند و اعمال کنترل در آن آسانتر است ولی شرایطی شبیه زندگی واقعی بر آن حاکم است. این تحقیقات عمدتاً برای مشخص کردن ماهیت آسیب های روانی و درمان انجام می شوند. مثل آزمایش واتسون و رینر در مورد ترس آلبرت کوچولو از موش های سفید. در واقع به نوعی تمام مطالعات نوعی مطالعه تشابهی هستند.

نقطه قوت مطالعات تشابهی: اعتبار درونی آن ها بیشتر است چون در آزمایشگاه کنترل بیشتری داریم.

6. **فرا تحلیل meta analysis**

ادغام آماری نتایج حاصل از تک تک پژوهش ها برای پاسخ به یک سؤال پژوهشی، مثلاً آیا درمان شناختی - رفتاری وسواس را درمان می کند؟

فایده فرا تحلیل: نتایج کلی، کاربردی به دست می دهد و می توان در سیاست گذاری ها بهداشت روانی از این نتایج استفاده کرد.

مشکل بزرگ فرا تحلیل: هر مطالعه ای صرف نظر از اندازه ی نمونه و روش آزمایش و... یک رأی به دست می آورد.

8. **شرح حال بالینی case history**

فریود از این روش زیاد استفاده کرده است. متخصص بالینی نیز همانند یک آزمایش گر در هنگام شرح حال گیری فرضیه می سازد و آن ها را می آزماید و شواهد قانع کننده ای را درباره ی درست یا غلط بودن فرضیه اش جمع آوری می کند.

مزیت های بررسی شرح حال بالینی:

1. مصنوعی نبودن این روش یعنی:
 - شخص واقعی با یک مشکل واقعی وجود دارد.
 - خواننده می تواند در احساسات و مشکلات فرد سهیم شود.
 - رابطه بین رویدادهای گذشته و مشکلات فعلی روشن می شود.
 - رابطه بین اقدامات درمانی و بهبود بیمار درک می شود.
2. ممکن است آزمودنی یک مورد نادر و کمیاب و نامأنوس باشد که احتمالاً نمی توان توسط شیوه های استاندارد تحقیقی آن را مورد کاوش قرار داد.
3. شرح حال بالینی منبع اصلی فرضیه ها درباره سبب شناسی و مداوای نابهنجاریها است.
4. شرح حال بالینی قانع کننده می تواند شواهدی را در جهت تأیید فرضیه ای که عموماً پذیرفته شده است فراهم آورد.

نقاط ضعف روش شرح حال بالینی:

1. گزینشی بودن
 2. فقدان قابلیت تکرار
 3. فقدان عمومیت
 4. شواهد ناکافی برای علیت
- * گزینشی بودن: شواهد و گزارشات معمولاً از گذشته روایت می شوند و بیمار معمولاً گذشته دور را بررسی می کند. بنابر این احتمال تحریف و حذف و کم و زیاد کردن، زیاد است. (دفاع ها، مقاومت ها، انتخاب شواهد خاص برای اثبات نظر خود و اثبات بیماری خود و...). درمانگر نیز ممکن است به نظریه خاصی معتقد باشد و بدین ترتیب می تواند شواهد را تحت تأثیر قرار دهد.
- * فقدان قابلیت تکرار: شرح حال هر شخص بخشی از جریان زندگی خود اوست و امکان ندارد که آن اتفاقات و حوادث و جریان زندگی برای ما تکرار شود و ما شاهد آن حوادث باشیم بنابراین از جزئیات آن یا مطلع نمی شویم یا با دید بیمار از آن جزئیات اطلاع پیدا می کنیم.
- * فقدان عمومیت: شرح حال یک نفر و نتایج حاصل از آن را نمی توان به هم تعمیم داد این شرح حال مخصوص آن فرد است (موردی است).
- * شواهد ناکافی برای علیت: یک شرح حال به ندرت می تواند ما را در مورد سبب شناسی حتمی شخص متقاعد کند. یعنی معمولاً در شرح حال ها چندین رویداد وجود دارد که هر یک از آنها می تواند علت مسئله باشند و در برخی موارد هم اصلاً رویداد واضح و مشخصی وجود ندارد.
- نکته: برای ارزیابی کودک در حال تحول، استفاده از روش مطالعه تاریخچه (که بخشی از کار شرح حال گیری است) مناسب تر است.

فصل پنجم

تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی

رفتار نابهنجار چیست؟

تعریف رفتار بهنجار و نابهنجار دشوار است. دلایل دشوار بودن تعریف رفتار نابهنجار:

1- رفتارهای نابهنجار ویژگی مشترک مشخصی ندارند و هیچ ملاکی به تنهایی برای مشخص کردن نابهنجاری کافی نیست.

2- مرز مشخصی بین رفتار بهنجار و نابهنجار وجود ندارد.

در علم پزشکی و با استفاده از ابزارهای دقیق و فنون پیشرفته، تمایز بین بهنجار و نابهنجار در بیمارهای زیست‌شناختی خیلی راحت است اما در مورد بیماری‌های روانی اینگونه نیست.

رفتارهای غیرعادی ممکن است ذهنی باشد یا عینی، شدید باشد یا خفیف، اختلال در فعالیت‌های شناختی باشد یا کنش‌های عاطفی و یا نابهنجاریهایی را در حوزه‌های ادراکی، انگیزشی، حسی و حرکتی، کلامی، روابط بین فردی و اجتماعی شامل شود.

بهنجاری و نابهنجاری در مورد مسائل روانی به آسانی از یکدیگر قابل تمیز نیستند. یکی از دلایل اصلی مشکل بودن تمایز بهنجاری از نابهنجاری در روانشناسی، نداشتن مدل آرمانی یا مدل طبیعی برای مقایسه است.

ملاک‌های تمایز رفتار بهنجار و نابهنجار

Conformity to norms

1. ملاک هم‌رنگی با هنجارها یا ملاک اجتماعی

طبق این ملاک:

تطبیق رفتار با استانداردهای اجتماع = بهنجار (استانداردهای اجتماع شامل سنت و عرف و موازین و آداب و رسوم است).

انحراف از این استانداردها = نابهنجار

در اینجا رفتارهای نابهنجار رفتارهای انحراف آمیز، عجیب و غریب یا خلاف هنجارها است. بر اساس این تعریف رفتار زمانی نابهنجار است که جامعه آن را نابهنجار بداند. بنابراین در این دیدگاه، بهنجاری و نابهنجاری در رابطه با فرهنگ معنی‌دار است. رفتار طبیعی یعنی رفتاری که اجتماع توقع دارد.

نقاط قوت این ملاک:

1. جاذبه شهودی و راحتی تشخیص رفتار نابهنجار از بهنجار. 2. نقاط برش مشخص.

نقاط ضعف و اشکالات این ملاک:

1. انتخاب نقاط برش: تعیین نقاط برش بسیار مشکل و اختلاف برانگیزند. مثلاً تفاوت بین نمره هوش 69 و 72 به لحاظ منطقی چقدر است؟ آیا واقعاً خیلی با هم متفاوتند؟
 2. تعداد انحرافها: چقدر و چه تعداد رفتار مخالف عرف و هنجار جامعه را می توان نابهنجار دانست.
 3. نسبییت فرهنگی (cultural relativity) در خرده فرهنگ های یک جامعه و در فرهنگ کشورها. فرهنگها به خرده فرهنگها و خرده فرهنگها به خرده فرهنگهای کوچکتر تقسیم می شوند. بنابراین تقسیمات دیگر هیچ رفتاری نابهنجار نیست. از طرفی باید توجه داشت که قضاوت های روانشناسان بالینی متناسب با گروه یا گروه هایی است که در آنها عضویت دارند.
- باید توجه داشت که ارزشمند شمردن هم رنگی افراطی می تواند خطرناک باشد. باید توجه داشته باشیم که بعضی از سودمندترین کمک های بشری را همین غیرهم رنگها کرده اند. جالب آن است که هم رنگی افراطی، خودش می تواند معیار نابهنجاری تلقی شود. افراط در تأکید بر هم رنگی با معیارهای اجتماعی، باعث می شود که رفتارهای متفاوت یا نامعمول خیلی راحت از صحنه جامعه محو شوند.

2- ملاک آماری

اینجا اصطلاح هایی مثل میانگین و انحراف استاندارد و منحنی طبیعی مطرح می شود. این بحث در مورد هوش و سایر ویژگی های روانشناختی مطرح می شود. از همین ملاک برای تمایز رفتار بهنجار و نابهنجار نیز استفاده می کنند. بنابراین با توجه به این ملاک، در زمینه خصوصیات روانی، بحث بررسی پدیده ها و ارزشیابی آنها در میان است و مبتنی بر این اصل آماری است که هر فرد را برحسب ارزیابی کلی و مجموع نمرات او توصیف می کنند. سپس فرد را با سایر افراد گروه هنجار از لحاظ آماری مقایسه می کنند؛ بنابراین از مجموع نمرات فرد نمی توان در مورد بهنجار یا نابهنجار بودن او استنباطی به عمل آورد.

این دیدگاه متکی بر اصل ریاضی منحنی زنگوله شکل است. در این رویکرد حد وسط منحنی، بهنجار تلقی شده و قطب های آن انحرافی محسوب می شوند. باید توجه داشت که این رویکرد بیشتر در روانشناسی به کار می رود تا روانپزشکی.

اشکالات و نقاط ضعف این ملاک:

- 1- انتخاب نقطه برش (Cutoff Points): این بحث در آزمون های آماری بیشتر مطرح می شود. رفتار انسان به صورت تدریجی از بهنجاری به نابهنجاری تغییر می کند و نمی توان مرز کاملاً مشخص و قاطعی بین این دو قائل شد.
- 2- واژه نابهنجار ممکن است ناسالم و ناسازگار را تداعی کند که این امر ممکن است در ملاک آماری درست نباشد. به عنوان مثال هوشبهر بالاتر از 130 از لحاظ آماری ناسالم محسوب می شود اما منطقی ناسالم و ناسازگار نیستند.

نقطه مثبت این ملاک: کمی و عینی بودن و داشتن پایه های دقیق روش علمی امروز.

Subjective distress

3- ملاک ناراحتی ذهنی

در این ملاک احساسات و آرامش خود فرد اهمیت دارد. (اینجا بحث مشاهده کنندگان و دیگران نیست). آیا خود فرد اساس غم یا شادی دارد؟ آرامش یا ناراحتی؟ رضایت یا نارضایتی؟ اگر مضطرب است صرف نظر از اینکه اضطرابش رفتارهای انحرافی مشهودی ایجاد می کند یا خیر، ناسازگار محسوب می شود.

نقاط قوت این ملاک:

جذابیت این ملاک، اهمیت دادن به حالات و درونیات خود فرد، ارزش قایل شدن برای حرف زدن فرد در مورد ناراحتی (پرسشنامه‌های خودسنجی و مصاحبه‌های بالینی بر این فرض استوارند). این فرض باعث می شود که متخصص بالینی به طور کامل در مورد میزان ناسازگاری پاسخ دهنده به قوه قضاوت خودش متکی نشود.

اشکالات این ملاک:

- 1- تمام کسانی که دچار اختلال هستند نمی گویند که ناراحت‌اند. گاهی بعضی افراد تماس اندکی با واقعیت دارند اما مدعی آرامش‌اند. باید توجه داشت که گزارش‌های ذهنی بعضی مواقع مفیدند نه همه مواقع.
- 2- چقدر ناراحتی ذهنی را نابهنجاری قلمداد کنیم؟ چقدر اضطراب؟ چقدر غمگینی؟ چه مدتی طول بکشد؟ در واقع این دیدگاه یک دیدگاه پدیدارشناختی است (نظر خود فرد در مورد ناراحتی های روانی خودش).

disability or dysfunction

4- ملاک ناتوانی یا بدکارکردی

رفتاری نابهنجار است که برای فرد مورد نظر مشکلات اجتماعی (میان فردی) یا شغلی ایجاد کند. مثل نداشتن دوست، از دست دادن شغل بر اثر مشکلات هیجانی، بازماندن از تحصیل و... این ملاک یعنی ناسازگاری و عدم تطبیق با شرایط طوری که فرد نتواند به زندگی روزمره خودش ادامه دهد.

نقاط قوت این ملاک: کمی استنباط در این تعریف مطرح است و آن اینکه: مشکلات اجتماعی و شغلی باعث می شود که فرد سراغ درمان برود. این تعریف بیان می کند که مشکلات روی روابط خانوادگی یا اجتماعی و عملکرد شغلی و تحصیلی افراد تأثیر می گذارد.

اشکالات این ملاک: چه کسی معیارهای بدکاری اجتماعی و شغلی و... را تعیین می کند؟ یعنی قضاوت در مورد بدکاری شغلی و اجتماعی تا حدودی نسبی و ارزشی است و در مورد مفهوم «رضایت بخش بودن عملکرد» اتفاق نظر چندانی وجود ندارد.

5- ملاک شباهت خانوادگی (از روزنهان و سلیگمن)

در این ملاک مطرح می شود که نابهنجاری را می توان مانند تشخیص اعضای خانواده، تشخیص داد. مثلاً با دیدن فردی حدس می زنیم که او فرزند کدام خانواده است، نشانگر این است که ما یک شباهت خانوادگی را بین آنها احساس می کنیم، زیرا آن فرد و خانواده اش چندین عنصر مشترک مهم دارند. نابهنجاری را نیز می توان به این طریق تشخیص داد. پس باید یک سری عناصر مشترک را مشخص کنیم. هر چه تعداد این عناصر بیشتر باشد یا وضوح

بیشتری داشته باشند، احتمال اینکه آن رفتار یا فکر یا شخص نابهنجار قضاوت شود، بیشتر است. روزنهان و سلیگمن هفت ویژگی یا عنصر را به عنوان عناصر نابهنجاری مطرح می‌کنند:

- 1- رنج 2- ناسازگاری 3- نامعقولی و غیرقابل درک بودن 4- پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل 5- برجسته و نامتعارف بودن 6- ناراحتی مشاهده‌گر 7- تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی.
- مزیت رویکرد شباهت خانوادگی به نابهنجاری از این واقعین سرچشمه می‌گیرد که درست همان گونه که همه پدرها به یک نحو به همه پدرها شباهت ندارند، همه رفتارهای نابهنجار نیز به یک نحو به یکدیگر شبیه نیستند.

نقاط ضعف و اشکالات این دیدگاه:

- 1- خطای جامعه (فرد نابهنجار نباشد و جامعه اشتباه کند).
- 2- اختلاف نظر و عدم توافق بین مشاهده‌گران رفتار فرد.
- 3- اختلاف نظر بین عمل‌کننده و مشاهده‌گر.

تقسیم‌بندی دکتر پریخ دادستان از ملاک‌های تمایز رفتار بهنجار و نابهنجار:

- 1- دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی ← براساس علامت‌شناسی و نشانه‌های بالینی قابل تشخیص
- 2- دیدگاه آماری ← براساس آمار و منحنی نرمال
- 3- دیدگاه فرهنگی ← براساس محیط اجتماعی
- 4- دیدگاه آرمانی‌نگر یا تعیین‌الگوی بهنجاری ← الگوی آرمانی بهنجاری
- 5- بهنجاری به منزله سازش با توقعات خود و با توقعات جهان بیرون (دیدگاه برگرفته از ژان پیاژه).

باید توجه داشت رفتار نابهنجار لزوماً ملاک و نشانه‌ی بیماری روانی نیست. **بیماری روانی** به گروهی از سندرم‌های رایج اطلاق می‌شود که شامل برخی رفتارها یا ویژگی‌های نابهنجارند. این رفتارها یا ویژگی‌های نابهنجار به طور همزمان در یک نفر روی می‌دهند یا نمایان می‌شوند. برای مثال، افسردگی ماژور به این دلیل یک بیماری روانی شناخته می‌شود که ویژگی‌هایش (مثلاً خلق افسرده، اختلال خواب، اختلال اشتها و تفکر خودکشی‌گرا) همزمان در یک نفر دیده می‌شوند. مثلاً تشخیص افسردگی در مورد کسی که یک یا دو ویژگی افسردگی را دارد، مطرح نمی‌شود و چنین فردی بیمار روانی محسوب نمی‌شود. یک نفر ممکن است انواع رفتارهای نابهنجار را داشته باشد ولی دچار اختلال روانی نباشد.

روش‌های طبقه بندی اختلالات روانی

1- طبقه بندی مقوله ای

در مفهوم طبقه بندی مقوله ای یا سنتی، فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند. این مفهوم طبقه بندی دو اصل و هر اصل استلزاماتی دارد:

1- یک مقوله (category) یا طبقه بر اساس تعدادی خصیصه توصیف می شود که وجود هر یک از خصیصه ها لازم و مجموع آنها کافی است و هر شیء که دارای این ویژگی ها باشد یک عضو مقوله محسوب می شود. باید توجه داشت که در این صورت:

الف - طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند (موارد مرزی، کم یا هیچ باشند).

ب - مقوله ها پایا و دقیق باشند.

ج - اعضای یک مقوله باید نسبتاً متجانس باشند.

2- زیرمقوله ها باید دارای کلیه خصیصه های مراحل بالاتر باشند. در این صورت باید همه خصیصه های مقوله اصلی در زیرمقوله ها وجود داشته باشند.

این مفهوم طبقه بندی در بیماری شناسی روانپزشکی سنتی مورد استفاده قرار گرفته است. این طبقه بندی در پاره ای از نظام های طبقه بندی مانند «طبقه بندی بین المللی بیماریها» (ICD) و چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری بیماریهای روانی (DSM-IV-TR) مورد استفاده قرار گرفته است. اشکال این نوع طبقه بندی مربوط به موارد مرزی است و نمی توان گفت که هر مقوله از اختلالات روانی، جوهری کاملاً مستقل و مرزهایی مطلق دارد.

2- طبقه بندی ابعادی

در حالی که در یک نظام مقوله ای، طبقه بندی بر اساس حضور یا عدم حضور نشانه ها انجام می گیرد، در نظام ابعادی، طبقه بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی نشانه ها صورت می پذیرد و در نتیجه به نظر می رسد که طبقه بندی ابعادی برای قلمرو اختلال های روانی که در آن کمیت یا فراوانی نشانه ها بیش از حضور یا عدم حضور یک نشانه اهمیت دارد، مناسب تر است. بر اساس این نوع طبقه بندی، در واقع آنچه یک فرد بهنجار را از یک بیمار روان گسسته متمایز می کند این نکته نیست که مثلاً فرد بهنجار هرگز دچار توهم نمی شود، بلکه این امر است که به ندرت و در طول مدت زمان کوتاهی دستخوش توهم شده است و این توهمات باعث از هم پاشیدگی زندگی شخصی وی نشده اند. به عبارت دیگر، در طبقه بندی ابعادی، ضابطه ای کمی (فراوانی و طول مدت) به ضابطه کیفی (توهم و افکار هذیانی) افزوده می شود. در این نوع طبقه بندی، توصیفی که حاصل می شود به جای آنکه تشخیصی بیماری شناختی باشد، یک طبقه بندی یا یک ارزشیابی روانشناختی است. به عبارت دیگر، اولویت خاصی برای توصیف اختلال های روانی قائل می شوند.

از بین طبقه بندی های ابعادی که در آنها ارزشیابی توسط متخصصان انجام می گیرد می توان به مصاحبه نیمه ساخت یافته PDI IV (Personality Disorder Interview) اشاره کرد. همچنین مقیاس آیزنک نیز نمونه دیگری از نظام هایی است که مبنای آن طبقه بندی ابعادی است. این مقیاس طیف گسترده ای از نظام های شخصیتی بهنجار و نابهنجار را در بر می گیرد.

تلاش ها در زمینه اتخاذ رویکرد ابعادی، بیشتر متوجه اختلالات شخصیت بوده است. البته در مورد اختلالات خلقی، اضطرابی و اسکیزوفرنی هم این نوع طبقه بندی مطرح شده است.

3- طبقه بندی ریخت شناختی

در طبقه بندی مقوله ای مطرح شد که قرار گرفتن یک شخص در یک مقوله مستلزم حضور تمام خصیصه هایی که آن را توصیف می کند، اما در طبقه بندی ریخت شناختی، قرار گرفتن فرد در یک ریخت، مستلزم داشتن همه ویژگی های مشخص کننده آن نیست بلکه کافی است که فرد دارای چند ویژگی اصلی باشد. این ریخت ها به شیوه ای شهودی و بر اساس مشاهده و تجربه بالینی یا بر اساس روش های آماری، متمایز می شوند. برای تشخیص و تعیین تعلق فرد به یک ریخت، می توان از دو راهبرد یا دو الگو استفاده کرد: الگوی شجره تصمیم (درختچه تصمیم گیری) و الگوی مقایسه نیمرخ ها.

در راهبرد نخست، به حذف تدریجی تعدادی از تشخیص ها که به صورت یک جدول سلسله مراتبی عرضه شده اند، می پردازند تا سرانجام به بهترین تشخیص درباره فرد مورد نظر دست یابند. یک نمونه از این نوع پرسشنامه ها، PSS (psychiatric status schedule) است.

در دومین راهبرد، منظومه نشانه هایی که یک فرد را از ابعاد متفاوت متمایز می کند با نیمرخ گروه های نمونه مقایسه می کنند و فرد را در گروهی طبقه بندی می نمایند که نیمرخ وی بیشترین شباهت را با آن گروه نشان می دهد. مانند مقایسه نیمرخ های MMPI.

باید توجه داشت که مفهوم ریخت شناختی بیش از مفهوم مقوله ای، با واقعیت بیماری شناسی سنتی مطابقت دارد. اما طبقه بندی ریخت شناختی، معایبی نیز دارد که عمده ترین آن، وجود موارد مختلطی است که وضعیت آنها روشن نیست.

4- طبقه بندی «غیر بیماری شناختی»

در این روش می توان به عنوان مثال، به طبقه بندی مجموعه اختلال های روانی بر مبنای ضوابطی که بر اساس یک نظریه (مانند نظریه شخصیت آیزنک؛ نظریه یادگیری کنش های ناکارآمد روانی بندورا؛ نظام تحلیل ساختاری رفتار اجتماعی بنجامین؛ یا یک نظریه روان پویشی مانند نظریه فنیکل) تعیین می گردند مبادرت کرد. مشکل اصلی چنین طبقه بندی هایی در این است که ارزش علمی و فایده بالینی آنها یکسان نیستند، بر حسب مسائل مختلف تغییر می کنند و مورد پذیرش همه متخصصان بالینی نیز قرار نمی گیرند. شیوه دیگر، فراهم ساختن مقوله های طبقه بندی بر اساس پژوهش های عملی است. بدین معنا که ضوابط طبقه ها از پیش تعیین نگردند، بلکه بر مبنای تحلیل عملی نتایج متمایز شوند.

تعریف برخی اصطلاحات

1. اختلال روانی (مطابق با DSM-IV):

اختلال روانی (mental disorder) یک سندرم (syndrome) یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دارای اهمیت بالینی است که توأم با ناراحتی (مثلاً داشتن یک نشانه دردناک) یا ناتوانی (مثلاً بروز اختلال در یک یا چند کارکرد مهم) و یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و یا از دست رفتن آزادی است. در ضمن این الگو یا سندرم نباید قابل انتظار و پاسخی فرهنگی به یک واقعه ای خاص (مثلاً مرگ یک عزیز) باشد. این الگو یا سندرم با هر علت

اولیه‌ای، باید تظاهر یک بدکار کردی رفتاری، روانشناختی، یا زیست شناختی قلمداد شود. رفتارهای انحرافی (مثلاً رفتارهای دینی، سیاسی یا جنسی) و تعارض‌های فرد و جامعه، اختلال روانی محسوب نمی‌شوند، مگر آن که انحراف یا تعارض مورد نظر نشانه نوعی بدکارکردی در فرد باشد.

سه نکته مهم این تعریف:

- 1- سندرم (مجموعه‌ای از رفتارهای نابهنجار) باید با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر بروز برخی مشکلات توأم باشد.
 - 2- اختلال روانی موجب بدکارکردی در فرد می‌شود.
 - 3- تمام رفتارهای انحرافی یا تعارض‌های فرد با جامعه، علامت بیماری روانی نیستند.
2. نشانه (sign): مشاهدات و یافته‌های عینی هستند که توسط روانشناس شناخته می‌شوند مثل کندی روانی - حرکتی.
3. علائم (symptoms): تجارب ذهنی توصیف شده توسط بیمار هستند مثل خلق افسرده و کاهش نیرو که غالباً به صورت شکایت عمده مطرح می‌گردند.
4. نشانگان (سندرم) (syndrome): گروهی از علائم و نشانه است که با همدیگر یک اختلال قابل تشخیص را به وجود می‌آورند که می‌تواند مبهم تر از یک اختلال یا بیماری خاص باشند. اکثر اختلالات روانی در واقع نشانگان هستند؛ مانند اسکیزوفرنی.
5. اصطلاح روانی عضوی که در حال حاضر در DSM وجود ندارد. علت این حذف بر این اساس بود که تمام اختلالات روانی ممکن است اساس زیست شناختی یا علت پزشکی داشته باشند. به این ترتیب تشخیص اختلال روانی - عضوی امروزه « دلیریوم، دمانس و اختلالات فراموشی و سایر اختلالات شناختی » نامیده می‌شوند.
6. روانزاد (psychogenic): این اصطلاح اشاره به این واقعیت داشت که رخدادهای زندگی و یا مشکلات (مسائل روانشناختی) نقش مهمی در تولید اختلالات روانی دارد که در حال حاضر دیگر استفاده نمی‌شود و از DSM به منظور تأکید بر جنبه‌های زیست شناختی بیماریهای روانی حذف شده است.
7. نوروژ (روان رنجوری، روان نژندی) (neurosis): این اصطلاح که در حال حاضر از DSM حذف شده است برای یک اختلال غیر روان پریشانه (غیر پسیکوتیک)، مزمن و عود کننده به کار برده می‌شود که خصوصیت عمده آن اضطراب است، اضطرابی که یا به صورت مستقیم تجربه شده و متجلی می‌شود و یا توسط مکانیسم‌های دفاعی تغییر می‌یابد و به مثابه یک علامت، از قبیل وسواس فکری، وسواس عملی و یا بد کارکردی جنسی ظاهر می‌شود. این اصطلاح دامنه وسیعی از اختلالات را شامل می‌شود. این اصطلاح دقت خود را از دست داده است، به جز اینکه وجود واقعیت آزمایی و سالم بودن ساختار شخصیت را در شخص نشان می‌دهد.
8. سایکوز (پسیکوز، روان پریشی) (psychosis): این اصطلاح هنوز در DSM وجود دارد معنای سنتی اصطلاح روان پریشی بر فقدان واقعیت آزمایی و آسیب در کنش شناختی تأکید می‌کند که با هذیان‌ها، توهمات، اغتشاش و اختلال حافظه مشخص می‌شود. در رایج ترین استفاده روانپزشکی از این اصطلاح برای اشاره به آسیب شدید در عملکرد اجتماعی و شخصی که با واپس روی اجتماعی و ناتوانی در انجام وظایف خانگی و شغلی مشخص

می‌شود مترادف است. بر طبق واژه‌نامه انجمن روان‌پزشکی آمریکا متعلق به انجمن روانپزشکان آمریکا اصطلاح روان‌پریش (سایکوتیک) به معنای اختلال آشکار واقعیت‌سنجی است.

9. تشخیص (diagnosis)

تشخیص در واقع یک نوع طبقه‌بندی تخصصی است که به متخصصان بهداشت روانی کمک می‌کند تا اختلالات را از هم متمایز کنند.

10. تشخیص افتراقی (differential diagnosis)

تشخیص افتراقی به معنای تفکیک اختلال مورد نظر از سایر اختلال‌هایی است که ویژگی‌های ظاهری، علائم و نشانه‌های تقریباً مشابهی دارند.

11. سیر (cycle): توصیف الگوی بروز اختلال و روند تحول آن است و شامل اطلاعاتی درباره سن خاص شروع، شیوه شروع اختلال (ناگهانی یا تدریجی)، دوره‌ای یا مداوم بودن اختلال، تک دوره‌ای یا عودکننده بودن، طول مدت بیماری و نحوه پیشروی یا بهبود آن است.

فواید و مزیت‌های تشخیص:

- 1- به ارتباط راحت‌تر و بهتر متخصصان بالینی کمک می‌کند. چگونه؟ خلاصه شدن یک اختلال با تمام ویژگی‌ها در یک اصطلاح مشخص. در واقع تشخیص «صورت کوتاه شده شفاهی» ویژگی‌های یک اختلال روانی است. لازم به ذکر است که نظام‌های تشخیصی اختلالات روانی، مثل DSM، از این جهت برای برقراری ارتباط مفیدند که تا حد زیادی توصیفی هستند. یعنی بدون اشاره به نظریه‌های موجود در خصوص علل اختلالات، فقط رفتارها و نشانه‌های مشخص‌کننده اختلالات را مطرح می‌کنند، در نتیجه همه متخصصان با هر گرایش نظری می‌توانند از این نظام‌ها استفاده کنند.
- 2- امکان انجام تحقیقات تجربی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی را فراهم می‌کند. نام‌گذاری گروه‌های آزمایش بر اساس اسامی مشخص؛ شیوه تعریف و توصیف سازه‌های تشخیصی و... باعث تحقیق در مورد ملاک‌های فردی اختلالات، مجموعه ملاک‌های دیگر و وقوع همزمان اختلالات می‌شوند.
- 3- بدون یک نظام تشخیص استاندارد نمی‌توانیم در مورد سبب‌شناسی یا علل رفتارهای نابهنجار تحقیق کنیم.
- 4- تشخیص‌ها، حداقل به طور نظری (تئوریک) نشان می‌دهند کدام نوع درمان برای یک اختلال خاص از همه مؤثرتر است. در حقیقت هدف کلی نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی نیز همین موضوع است.

نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی

سابقه‌ی سیستم‌های طبقه‌بندی مختلف در روانپزشکی به بقراط می‌رسد که اصطلاحات مانی و هیستری را مطرح کرد. (در قرن 5 قبل از میلاد).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = DSM

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

سال تدوین	نسخه
1952	DSM-I
1968	DSM-II
1980	DSM-III
1987	DSM-III-TR
1994	DSM-IV
2000	DSM-IV-TR
2013	DSM-5

DSM در آمریکا به صورت رسمی استفاده می‌شود. در DSM-III تغییراتی بزرگ شکل گرفت از جمله:

1. استفاده از ملاک‌های تشخیصی چند محوری
 2. اتخاذ رویکرد توصیفی در تشخیص (بی‌طرفی نسبت به نظریه‌های سبب‌شناسی)
 3. تأکید بیشتر بر سودمندی بالینی نظام تشخیصی
 4. استفاده از ملاک‌های تشخیصی صریح برای اختلالات روانی.
- * تمامی این راهنماها، محصول تلاش‌های امیل کراپلین در قرن نوزدهم هستند.
- ICD 11 ← در سال 2000 ← یازدهمین بازنگری

International Classification of Diseases

ICD توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) چاپ می‌شود ← بیشتر در اروپا و انگلستان استفاده می‌شود.

* تمام طبقات DSM در ICD وجود دارد اما تمام طبقات ICD در DSM موجود نیست. سعی شده است متن DSM-IV-TR با ICD هماهنگ شود.

معرفی DSM-IV-TR

ویژگی‌های اساسی DSM-IV-TR

- 1- روش DSM-IV-TR، روش توصیفی است (یعنی سبب‌شناسی غیرنظری و بی‌طرف بودن نظری). سعی در توصیف نشانه‌ها و علائم اختلالات روانی به صورتی قابل فهم دارد و در مورد علت پیدایش این حالات ندرتاً اشاره‌ای صورت می‌گیرد. تعاریف اختلالات معمولاً شامل توصیف ویژگی‌های بالینی است.
 - 2- ملاک‌های تشخیصی: برای هر اختلال روانی، ملاک‌های تشخیصی معینی ارائه می‌شود. این ملاک‌ها، شامل فهرست خصوصیات اساسی اختلال است که برای تشخیص آنها ضروری است.
 - 3- DSM-IV-TR هر اختلال را به صورت سیستماتیک بر حسب خصوصیات اساسی و خصوصیات فرعی آن، با اشاراتی در مورد عواملی نظیر سن شروع، سیر، میزان آسیب، عوارض، عوامل زمینه‌ساز، شیوع، نسبت جنسی، الگوی خانوادگی و تشخیص افتراقی توصیف می‌نماید.
- در DSM-IV-TR نه به نظریه‌های سبب‌شناسی، کنترل بیماری و درمان اشاره شده است و نه به مسائل بحث‌انگیز در زمینه یک طبقه تشخیصی خاص.

4- ابهامات تشخیصی: پیش‌بینی اصول آشکار برای استفاده در موقعیت‌هایی که اطلاعات ناکافی است (NOS)، تشخیص موقتی، بهبود موقتی، در حال بهبود، زیرطبقه‌ی آتیپیک و...).

* وارد شدن به یک اختلال یا تشخیص خاص در DSM-IV-TR نوعی به معنی استفاده از شباهت خانوادگی است. DSM-IV-TR عناصری را شرح می‌دهد که اختلال ویژه‌ای را توصیف می‌کنند. هرچه همانندی بین رفتار فرد و عناصری که برای اختلال پیشنهاد می‌شود بیشتر باشد، می‌توانیم نسبت به تشخیص خود مطمئن‌تر باشیم.

ارزیابی چند محوری (multiaxial assessment):

DSM-IV-TR، یک سیستم چند محوری است که چندین متغیر را در بیمار ارزیابی می‌کند و حاوی 5 محور است. کل اختلالات روانی در دو محور 1 و 2 قرار می‌گیرند که شامل 365 اختلال است که در 17 بخش بیان شده است. محور 1 (Axis I) ← در برگیرنده تمام اختلالات بالینی و سایر اختلالاتی است که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرد. بجز عقب‌ماندگی و اختلالات شخصیت.

محور (1) شامل این اختلالات می‌شود:

- 1- اختلالاتی که معمولاً بار اول در دوره شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌گردند (به استثنای عقب‌ماندگی ذهنی).
- 2- دلیریوم، دمانس، اختلالات نسیانی و سایر اختلالات شناختی
- 3- اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی
- 4- اختلالات مرتبط با مواد
- 5- اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک
- 6- اختلالات خلقی
- 7- اختلالات اضطرابی
- 8- اختلالات شبه جسمی
- 9- اختلالات ساختگی
- 10- اختلالات تجزیه‌ای
- 11- اختلالات جنسی و هویت جنسی
- 12- اختلالات خوردن
- 13- اختلالات خواب
- 14- اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند
- 15- اختلالات انطباق (سازگاری)
- 16- سایر اختلالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند.

محور 2 (Axis II) ← در برگیرنده اختلالات شخصیتی و استفاده عادی از مکانیزم‌های دفاعی و عقب‌ماندگی

ذهنی.

محور 2: شامل این اختلالات می‌شود:

- 1- اختلالات شخصیت پارانوئید
- 2- اختلالات شخصیت اسکیزوئید
- 3- اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی
- 4- اختلالات شخصیت ضد اجتماعی
- 5- اختلالات شخصیت مرزی
- 6- اختلالات شخصیت نمایشی
- 7- اختلالات شخصیت خودشیفته
- 8- اختلالات شخصیت اجتنابی
- 9- اختلالات شخصیت وابسته
- 10- اختلالات شخصیت وسواسی - جبری
- 11- اختلالات شخصیت NOS
- 12- عقب ماندگی ذهنی

نکته: در بسیاری از موارد بیمار اختلالی روی هر دو محور دارد. مثلاً بیمار ممکن است اختلال افسردگی اساسی داشته باشد که روی محور I ذکر می شود و هم اختلال شخصیت وسواسی - جبری که روی محور II ثبت می گردد.

محور 3 (Axis III) ← در محور 3 هر گونه اختلال یا حالت فیزیکی که ممکن است علاوه بر اختلال روانی وجود داشته باشد ذکر می شود. اختلال طبی ممکن است جنبه سببی داشته باشد (مثل نارسایی کلیه که ایجاد دلیریوم نماید)، حاصل اختلال روانی باشد (مثل گاستریک الکلی ناشی از وابستگی به الکل، مشکلات قلبی ناشی از بولیمیا)، یا رابطه ای با اختلال روانی نداشته باشد.

وقتی اختلال طبی عامل اختلال روانی بوده یا رابطه سببی با آن داشته باشد اختلال روانی ناشی از اختلال طبی عمومی روی محور 1 ذکر شده و اختلال طبی عمومی هم روی محور I و هم روی محور III ثبت می شود. مانند اختلال سایکوتیک ناشی از اختلال طبی عمومی (مانند تومور مغزی) که روی محور I ثبت می شود و تومور مغزی دوباره در محور III ذکر می شود.

محور 4 (Axis IV) ← مسائل روانی - اجتماعی و محیطی که سهم قابل ملاحظه در پیدایش و تشدید اختلال جاری دارد مورد استفاده قرار می گیرد.

ارزیابی مسایل استرسزا به برداشت روانشناس استوار است. چنین قضاوتی با در نظر گرفتن میزان تغییر در زندگی شخصی، درجه ی مطلوب و تحت کنترل بودن واقعه و تعداد عوامل استرس زا صورت می گیرد. عوامل استرسزا ممکن است مثبت باشد (مانند ازدواج یا ارتقاء شغلی) یا منفی باشد (نظیر از دست دادن فرد مورد علاقه). این اطلاعات ممکن است در تدوین طرح درمانی که شامل حذف عامل استرسزا یا کمک به شخص برای مقابله یا مدارا با آنها می باشد از اهمیت برخوردار باشد. این مسائل روانی - اجتماعی - محیطی شامل مسایل مربوط به مسایل آموزشی، شغل، مسکن، اقتصادی، سیستم های حمایت های اجتماعی و... می باشد.

محور 5 (Axis V) ← محور 5، مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF) است.

Global Assessment of Functioning

در این محور متخصص بالینی در مورد سطح کلی عملکرد بیمار در یک دوره‌ی زمانی خاص (مثلاً سطح عملکرد بیمار در زمان ارزیابی یا بالاترین سطح عملکرد حداقل به مدت چند ماه در عرض سال گذشته) قضاوت می‌کند. این ارزیابی عملکرد به صورت ترکیبی از سه زمینه‌ی عمده می‌باشد: عملکرد اجتماعی، عملکرد شغلی و عملکرد روانشناختی. مقیاس GAF، که در طیفی از سلامت روانی تا بیماری روانی است، یک مقیاس 100 نمره‌ای است که نمره 100 نشان دهنده‌ی بالاترین سطح عملکرد در هر سه زمینه است. *کسانی که قبل از شروع یک دوره بیماری، سطح عملکرد بالاتری داشته‌اند، معمولاً نسبت به کسانی که سطح عملکرد پایین‌تری داشته‌اند پیش‌آگهی بهتری دارند.

برای تشخیص گذاری دقیق بر اساس DSM-IV-TR از صول راهنمای زیر نیز استفاده می‌شود:

- 1- **خفیف:** فقدان یا وجود محدودی از علائم بالینی علاوه بر آنچه که برای تشخیص گذاری لازم است؛ علائم موجب تخریب جزئی در کارکرد شغلی یا اجتماعی شده اند.
- 2- **متوسط:** علائم بالینی یا تخریب عملکرد در سطحی بین «خفیف» و «شدید».
- 3- **شدید:** وجود علائم متعدد علاوه بر آنچه برای تشخیص گذاری لازم است؛ تخریب قابل ملاحظه در کارکرد شغلی یا اجتماعی در نتیجه وجود علائم.
- 4- **در فروکش نسبی (partial remission):** قبلاً ملاک های تشخیصی به طور کامل وجود داشته است، ولی در حال حاضر فقط برخی از علائم یا نشانه های اختلال باقی مانده است.
- 5- **در فروکش کامل (complete remission):** علائم یا نشانه های اختلال برطرف شده است ولی هنوز نیازمند توجه بالینی است. تفکیک «فروکش کامل» از «بهبود قطعی» نیازمند در نظر گرفتن عوامل متعدد از جمله 1. سیر مشخص اختلال، 2. طول مدت پس از آخرین دوره اختلال، و 3. نیاز به ارزیابی مستمر و درمان پیشگیرانه است.
- 6- **تشخیص های چندگانه:** وقتی بیماری بیش از یک اختلال در محور I دارد، تشخیص اصلی در ابتدای فهرست ذکر می‌شود. **تشخیص اصلی** اختلالی است که عامل اصلی نشانه ها و علائم فرد محسوب می‌شود.
- 7- **تشخیص موقتی (provisional diagnosis):** اگر ابهام تشخیصی وجود داشته باشد بالینگر می‌تواند به دنبال تشخیص، قید «موقتی» را اضافه کند.
- 8- **سابقه قبلی:** برای برخی مقاصد، اشاره به سابقه وجود یک اختلال خاص، می‌تواند مفید باشد. در DSM این نوع تشخیص های قبلی اختلال روانی با استفاده از قید «سابقه قبلی» ذکر می‌شود.
- 9- **طبقات نامعین (طبقاتی که به گونه ای دیگر مشخص نشده اند) (NOS):** تشخیص NOS در این موارد به کار می‌رود: 1. زمانی که علائم زیر آستانه تشخیصی برای یکی از اختلالات خاص بوده و یا شکل بالینی، غیر معمول یا مختلط باشد. 2. الگوی علائم بالینی در طبقه بندی DSM-IV-TR منظور نشده است

اما موجب اختلال یا ناراحتی بالینی قابل ملاحظه ای شده است. 3. زمانی که علت اختلال مشخص نیست (مثلاً وقتی که معلوم نیست اختلال اولیه یا ثانویه است).

مباحث و معضلات کلی در طبقه بندی اختلالات در DSM

1. طبقات (مقوله‌ای) در برابر ابعاد: در طبقه بندی ابعادی مطرح می شود که فرق رفتار بهنجار و نابهنجار در میزان و مقدار است نه در نوع. DSM بر اساس طبقه بندی مقوله ای است.
2. مبانی طبقه بندی: اشکال اینجاست که افراد ناهمگن در یک طبقه تشخیصی قرار می گیرند. یعنی ممکن است که تشخیص اختلال آنها از راههای متفاوتی حاصل شود اما در یک طبقه قرار بگیرند.
3. طبقه بندی ها تابع نظر یک سری افراد است. در واقع نظر دلخواه افراد یا حداکثر کمیته‌هاست که ممکن است غلط باشد. ← مثل حذف همجنس‌بازی از DSM-IV
4. توصیف: آیا ملاک‌های تشخیصی مطرح شده، مشخص و دقیق و کافی و مناسب هستند؟
5. پایایی: آیا قضاوت‌های تشخیصی پایا هستند؟ آیا تشخیص گذاران روی طبقه بندی افراد توافق نظر دارند؟
6. اعتبار: آیا براساس تشخیص‌ها می‌توانیم پیش‌بینی‌های معناداری بکنیم؟
7. جانب‌داری: آیا ویژگی‌های اختلالات مطرح شده در DSM-IV-TR به نفع جنسیت، نژاد یا گروه اجتماعی یا اقتصادی خاصی نیست و به ضرر برخی افراد تمام نمی‌شود؟ بیشترین جانب داری مطرح شده به DSM به بحث جانب‌داری جنسی (sex bias) و جانب‌داری نژادی بوده است.
8. پوشش: آیا دامنه‌ی پوشش DSM-IV-TR خیلی محدود است یا خیلی گسترده؟ (مثلاً آیا خوانش پریشی یک اختلال روانی است؟)

یک رقیب نسبتاً جدید برای اختلالات شخصیت محور 2 نظام شخصیتی سنتی، مدل پنج عامل شخصیت است.

FFM → Five Factor Model of Personality

این مدل شامل این ابعاد شخصیتی است: روان رنجور خوبی، برون گرایی، تجربه گرایی، موافقت و جدیت. اگر مدل پنج عامل شخصیت توضیح جامعی برای شخصیت بهنجار و نابهنجار باشد پس باید اختلالات شخصیت مطرح در محور دو را نیز پوشش بدهد. اختلالات شخصیت طبق تعریف عبارتند از یک رشته صفات شخصیتی انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه.

علل اختلالات روانی

مطالعه علل و عوامل نابهنجاریها را سبب شناسی (etiology) می گویند. به صورت سنتی در روانپزشکی علل را به دو دسته عوامل زمینه ساز (predisposing factors) و عوامل تجلی ساز (precipitating factors) تقسیم می کنند.

عامل زمینه ساز معمولاً از نظر زمانی با معلول خود فاصله دارد در حالی که عامل تجلی ساز بلافاصله یا کمی قبل از بروز معلول واقع می شود. عوامل زمینه ساز، صحنه را برای مؤثر واقع شدن عوامل تجلی ساز آماده می کنند. بعضی

از عوامل و علل هم می توانند زمینه ساز باشند هم تجلی ساز مثل عوامل زیستی غیر ارثی و عوامل روانی و فرهنگی. در حالی که بعضی از عوامل مانند وراثت، فقط می توانند زمینه ساز باشند.

تقسیم بندی کلی عوامل و علل اختلالات روانی:

1. زمینه های ارثی
2. عوامل زیستی (بیولوژیک)
3. عوامل روانی
4. عوامل فرهنگی - اجتماعی

نظریه های مختلفی درباره سبب شناسی بیماریهای روانی مطرح شده اند که مهمترین آنها عبارتند از: زیست شناختی، روان پویشی، یادگیری، شناختی و انسان گرایی.

یک مدل سبب شناختی کلی که انواع دیدگاههای نظری را در خود جای می دهد، **مدل بیماری پذیری - استرس (diathesis-stress)** است. این مدل به مکتب فکری خاصی تعلق ندارد و عوامل زیست شناختی، روانشناختی و محیطی را در خود جای می دهد.

منظور از **بیماری پذیری**، آسیب پذیری در برابر اختلال یا داشتن زمینه برای ابتلا به آن اختلال است. بیماری پذیری می تواند زیست شناختی باشد (مثلاً داشتن زمینه ژنتیکی، کاهش یا ازدیاد یک انتقال دهنده عصبی) یا روانشناختی (مثلاً طرحواره های شناختی ناسازگارانه، سبک شخصیتی ناسازگارانه). بیماری پذیری شرط لازم ایجاد اختلال روانی است نه شرط کافی آن.

در کنار بیماری پذیری **استرس محیطی** نیز لازم است. عوامل استرس زا می توانند زیست شناختی (مثل سوء تغذیه) یا روانشناختی (مثل محیط خانوادگی نابسامان، وقایع و حوادث دردناک) باشند.

بیماری پذیری و استرس هر دو برای ایجاد اختلال ضروری هستند.

بیماری پذیری احتمال ایجاد اختلال را افزایش می دهد اما لزوماً اختلال ایجاد نمی کند.

بیماری پذیری و استرس برای ایجاد هر اختلال متفاوت است.

و بالأخره تعامل بیماری پذیری و استرس نیز می تواند وابسته به نوع اختلال باشد.

تقسیم بندی علائم اختلالات

1. اختلال هشیاری
 - 1-1. اختلال هشیاری
 - 2-1. اختلال توجه
 - 3-1. تغییرات تلقین پذیری
2. اختلال هیجان
 - 1-2. عاطفه
 - 2-2. خلق
 - 3-2. سایر هیجانات
 - 4-2. تغییرات فیزیولوژیک مربوط به خلق
3. اختلال در رفتار حرکتی (اراده)
4. اختلال تفکر
 - 1-4. اختلالات کلی در فرم فکر
 - 2-4. اختلالات خاص در فرم فکر
 - 3-4. اختلالات خاص در محتوای فکر
5. اختلال تکلم
 - 1-5. اختلال در حرف زدن
 - 2-5. اختلالات آفازیک (اختلال در برونداد زبانی)
6. اختلال ادراک
 - 1-6. توهم ها
 - 2-6. اختلالات مربوط به اختلال شناختی
 - 3-6. اختلالات مربوط به پدیده های تبدیلی و تجزیه ای
7. اختلال حافظه
 - 1-7. اختلال حافظه
 - 2-7. سطوح حافظه
8. اختلال هوش
 - 1-8. عقب ماندگی ذهنی
 - 2-8. دمانس
 - 3-8. دمانس کاذب
 - 4-8. تفکر عینی
 - 5-8. تفکر انتزاعی
9. اختلال بینش
10. اختلال قضاوت

فصل ششم

مصاحبه سنجشی

سنجش بالینی (clinical assessment) عبارتست از ارزیابی نقاط قوت و ضعف فرد، مفهوم بندی مسأله و عوامل سبب شناختی احتمالی و تجویز راهی برای کاهش مشکل. سنجش عملی نیست که یک دفعه انجام شود و برای همیشه خاتمه یابد بلکه در بسیاری از موارد یک فرایند مستمر است و حتی مثل روان درمانی، یک امر روزمره. سنجش بالینی است که تعیین می کند متخصص بالینی چگونه تصمیم گیری یا مشکلات را حل کند. همانطور که پزشکان پیش از آنکه درمان را تجویز کنند ابتدا باید به ماهیت بیماری پی ببرند، در حرفه روانشناسی بالینی نیز چنین است. یعنی متخصص بالینی پیش از هر گونه اقدامی و پیش از هر نوع مداخله ای باید به ارزیابی و سنجش دقیق مراجع بپردازد و تعریف دقیقی از مشکل داشته باشد.

سنجش با ارجاع شروع می شود و متخصصان بالینی کار را با یک پرسش ارجاعی (referral question) شروع می کنند. سنجش با ارجاع شروع می شود. یک نفر - والدین، معلم، روان پزشک، قاضی یا شاید یک روان شناس - سؤالی درمورد بیمار دارد. برای مثال «چرا جانی نافرمان و سرکش است»؟

اطلاعاتی که متخصص بالینی در سنجش بالینی به دنبال آنهاست تا حد زیادی تحت تأثیر گرایش نظری او قرار می گیره مثلاً متخصصی که گرایش روانپویشی دارد بیش از متخصصی که گرایش رفتاری دارد در مورد تجارب اوایل کودکی سوال می کند. همچنین متخصصان بالینی در استنباط و تفسیرشان از اطلاعات بدست آمده از مراجع نیز با هم متفاوتند. برای مثال از نظر متخصصان بالینی دارای گرایش روانپویشی، سردردهای مکرر نشانه وجود یک نوع نفرت مخفی است در حالی که از نظر متخصصان دارای گرایش رفتاری می تواند معلول فشار کاری باشد.

پس سنجش مجموعه استانداردی از روش ها نیست. به تمام مراجعان آزمون های مشابهی داده نمی شود و از تمام آنها سؤالات مشابهی پرسیده نمی شود. هدف سنجش کشف «ماهیت روانی حقیقی» مراجع نیست بلکه هدف سنجش، توصیف مراجع به شکلی مفید است؛ توصیفی که در نهایت موجب حل مسأله شود.

مصاحبه (interview)

اساسی ترین و متداول ترین فن روانشناسان بالینی، مصاحبه سنجشی است. دامنه گسترده کاربرد و انعطاف پذیری مصاحبه باعث می شود تا متخصصان بالینی از آن به عنوان ابزار اصلی در تصمیم گیری بالینی، شناخت و پیش بینی استفاده کنند. البته باید توجه داشت که سودمندی مصاحبه به مهارت و حساسیت و دقت نظر متخصص بالینی بستگی دارد.

در واقع بخش زیادی از آنچه درباره مصاحبه مطرح می شود در مورد درمان هم کاربرد دارد چون در ماه معمولاً^۶ با رابطه ای که در جریان مصاحبه برقرار می گردد، شروع و بر اساس آن پی ریزی می شود.

خصوصیات مصاحبه ها

1. **مصاحبه یک تعامل و گفتگوی هدفدار است.** تفاوت مصاحبه با گفتگوهای روزمره در این است که مصاحبه کننده در این تعامل هدفدار عمل می کند و موظف است مصاحبه را در مسیر هدف مورد نظر هدایت کند. اهداف مصاحبه ها متفاوت است مثل حقیقت جویی، تخلیه هیجانی و بازجویی. هدف اصلی مصاحبه ها مشخص کردن داده ها، اطلاعات، عقاید یا نگرش ها آن هم به ماهرانه ترین شکل ممکن است.
2. **مصاحبه ها، حدفاصل گفتگوهای معمولی و آزمون ها هستند.** مصاحبه ها هدفمندتر و سازمان یافته تر از گفتگوهای معمولی هستند و در عین حال رسمیت و استاندارد بودن آنها در برخی از موارد از آزمونهای روانی کمتر است. اکثر مصاحبه ها حداقل تا حدودی انعطاف پذیرند. در نتیجه خصیصه اصلی روش مصاحبه این است که فرصت بیشتری جهت اخذ داده ها از یک شخص یا مراجع فراهم می آورد. این انعطاف پذیری، نقطه قوت و ضعف بسیاری از فنون مصاحبه محسوب می شود.
3. **مصاحبه در واقع یک هنر است.** در مصاحبه ها به مهارت و ابتکار نیاز داریم جز در مصاحبه های ساخت دار و رسمی. مهارت مصاحبه کننده در این است که چه موقع کندوکاو کند، چه موقع سکوت کند و چه موقع به طور غیر مستقیم حرف بزند و ظرافت به خرج دهد.

مبانی و فنون مصاحبه

1. عوامل مربوط به شرایط فیزیکی مصاحبه
2. عوامل مربوط به ماهیت بیمار (هدف بیمار از مراجعه و نوع مشکلش چیست؟)
3. آموزش و تجربه مصاحبه گر.

محیط مصاحبه

1. برای یک مصاحبه برخی آرایش های فیزیکی بسیار مطلوب هستند. دو نکته بسیار مهم در این رابطه، تأمین یک حریم خصوصی و جلوگیری از مزاحمت است.
2. دفتر کار متخصص بالینی باینسبتاً^۷ خنثی و در عین حال دل نشین باشد. به طور خلاصه، دفتر کاری که مبلمانش خیلی جلب توجه کند یا بیمار را وادار به اظهار نظر بکند، دفتر کار مناسبی نیست.
3. دفتر کار باید چیزی حدفاصل یک دفتر کار خشک و بی روح و یک دفتر کار پر از اشیای مزاحم باشد.

یادداشت برداری: به طور کلی بهتر است مصاحبه کننده در حین مصاحبه اما گاه گاهی یادداشت برداری کند. متخصص بالینی می تواند چند عبارت کلیدی را یادداشت کند **تعداداً**^۸ به کمک آن ها صحبت های رد و بدل شده را به یاد آورد. ضرورت انجام این کار آن است که پس از ملاقات با چند بیمار دیگر، به یاد آوردن گفتگوهای مصاحبه های قبلی دشوار می شود. بنابراین مقدار کمی یادداشت برداشتن مطلوب به نظر می رسد.

به طور کلی اکثر بیماران مقداری یادداشت برداری را تحمل می کنند، ولی نباید تمام صحبت ها را کلمه به کلمه یادداشت کنیم (جز در هنگام مصاحبه ساخت دار). یکی از اشکالات یادداشت برداری جزء به جزء این است که باعث می شود:

۱. متخصص بالینی روی ماهیت صحبت های بیمار تمرکز نکند.
۲. روان شناسان بالینی از فهم واقعی ظرایف و معنای اظهارات بیمار باز می ماند.
۳. از مشاهده کردن بیمار و دقت به خرج دادن در مورد تغییرات ظریف چهره یا حرکات ظریف بدنش غافل می سازد.
۴. ثبت کامل مصاحبه مستلزم آن است که بعداً وقت زیادی صرف کنیم و آن را مو به مو بخوانیم.

تفاهم (rapport)

شاید اساسی ترین جزء یک مصاحبه خوب، رابطه متخصص بالینی و بیمار باشد. البته کیفیت و ماهیت این رابطه به هدف مصاحبه بستگی دارد. تفاهم‌الفاً برای اشاره به رابطه بیمار و متخصص بالینی به کار می رود. تفاهم عبارت است از ایجاد یک فضای راحت و داشتن درک متقابل از هدف مصاحبه. هیچ «ترفندی برای ایجاد تفاهم» نمی تواند جای پذیرش بیمار، درک کردن او و احترام گذاشتن به شخصیت او را بگیرد. باید بیماران را براساس مشکلاتشان مورد قضاوت قرار ندهند. درک کردن، خلوص پذیرش و همدلی. تفاهم رابطه ای مبتنی بر احترام، اعتماد متقابل و قدری سهل گیری است. یک اشتباه متداول در میان مصاحبه کننده گان مبتنی بر این است که در همان ابتدای مصاحبه می گویند «نگران نباش؛ می دانم چه احساسی داری!».

ارتباط در مصاحبه

نحوه شروع یک جلسه: بهتر است جلسه مصاحبه را با یک گفتگوی معمولی شروع کنیم. اظهار نظری مختصر یا طرح سؤالی در مورد دشوار بودن پیدا کردن جای پارک یا صحبت پیش پا افتاده ای در مورد آب و هوا باعث می شوند متخصص بالینی یک آدم معمولی جلوه کند.

چهارچوب بندی و گذر: یکی از کارهایی که باید در مرحله آغازین مصاحبه انجام شود، چهارچوب بندی است. منظور از چهارچوب بندی، مشخص کردن هنجارها و انتظارات در مصاحبه، مشورت یا جلسه درمان است. روانشناسان بالینی موقع چهارچوب بندی، قواعد اصلی تعامل را برای مراجعان خود توضیح می دهند. در چهارچوب بندی، محدوده های زمانی جلسه مصاحبه، چیزهایی که باید در جلسه پوشش داده شوند، نقش های شرکت کنندگان در جلسه، ساختار مصاحبه، رازداری و مواقع و شرایط نقض رازداری مطرح می شوند.

زبان: متخصص بالینی ابتدا باید تخمین اولیه ای از زمینه و سوابق بیمار، سطح تحصیلاتش و سطح کلی آگاهی او داشته باشد سپس متناسب با این تخمین اولیه از زبان مناسب او استفاده کند. نباید مددجویان را بچه فرض کنیم؛ کمک خواستن به معنای نفهمی یا کم فهمی نیست. باید توجه داشت که اگر بدون بکار بردن کلمات

چهار هجایی نتوانیم با بیماران ارتباط برقرار کنیم باید در عمق فهم و درک خود شک کنیم. همچنین باید از کلماتی استفاده کنید که بیمار در تفسیرشان دچار سوء تعبیر نشود.

استفاده از سؤالات: مالونی و وارد (1976) متوجه شدند که با پیشرفت مصاحبه، سؤالات متخصصان بالینی سازمان یافته تر می شوند. آنها به چند نوع سؤال اشاره می کنند از جمله سؤالات باز پاسخ، تسهیلی، تصریحی، مواجهه ای و مستقیم. هریک از این سؤالات به نحوی مسیر ارتباط را هموار می کنند و هر یک برای هدف خاصی و بیمار معینی مفیدند.

پنج نوع سؤال مصاحبه از دیدگاه مالونی و وارد

نوع سؤال	کاربرد	مثال
باز پاسخ	به بیمار مسئولیت پذیری و امکان جواب دادن می دهد.	«ممکن است از تجارب خودتان در ارتش حرف بزنید؟»
تسهیلی	راه را برای صحبت کردن بیمار هموار می کند.	«ممکن است در این مورد کمی بیشتر حرف بزنید؟»
تصریحی	صحبت ها را روشن و مبسوط می سازد.	«حدس می زنم منظورتان این است که...؟»
مواجهه ای	ناهماهنگی ها و تناقض ها را مشخص می کند.	«قبلاً که گفتید...؟»
مستقیم	پس از برقراری تفاهم و مسئولیت پذیر شدن بیمار، مفیدند.	«وقتی پدرتان از انتخاب شما انتقاد کرد به او چه گفتید؟»

سکوت: سکوت ها معانی زیادی می توانند داشته باشند. مهم ترین چیز، سنجش معنا و کارکرد سکوت در چهارچوب هر مصاحبه است. شاید مراجع در حال جمع و جور کردن افکارش یا تصمیم گیری در مورد موضوع بعدی قابل بحث باشد. شاید سکوت او نشانه مقاومتش باشد.

فنون مصاحبه

1. گوش دادن فعال

روانشناس بالینی در گوش دادن فعال، طوری به حرف های مراجع پاسخ می دهد که مراجع بفهمد او را درک می کند و مراجع را به توضیح دادن هر چه بیشتر ترغیب کند. روانشناس با علائم و عبارت هایی مانند؛ اهوم، می فهمم، منظورت را درک می کنم، درست است، یا حتی تکان دادن سر، گوش دادن فعال خود را به مراجع نشان می دهد. باید توجه داشته باشیم که اگر می خواهیم به عنوان یک متخصص بالینی ارتباط مؤثری برقرار کنیم باید شیوه ارتباطمان، معرف درک کردن و پذیرش بیمار باشد و این محقق نمی شود مگر با گوش دادن. با گوش دادن است که اطلاعات مطرح شده توسط بیمار و هیجانات او را درک می کنیم. اگر نگران نوع تأثیری که بر مراجع می گذاریم هستیم، اگر شک داریم نقش خود را خوب ایفا می کنیم و اگر به جای درک کردن و قبول کردن بیمار، اسیر انگیزه های خود هستیم، شنونده مؤثری نخواهیم بود.

2. به بیان دیگر گفتن (انعکاس)

در این فن روانشناس بالینی برای آن که نشان بدهد 1. به حرف های مراجع گوش داده است، 2. این فرصت را به مراجع نشان بدهد که اگر منظورش را درست نفهمیده او را اصلاح کند، سخنان مراجع را دوباره بیان می کند. کارل راجرز نام این راهبرد را **انعکاس** گذاشته بود و تاکید می کرد انعکاس علاوه بر بازگویی سخنان مراجع، احساسات مراجع را نیز مورد تأکید قرار می دهد.

مثال الف:

مراجع: گاهی اوقات دلم می خواهد شوهرم را بکشم.
روانشناس: دوست داری از شر او خلاص شوی.

مثال ب:

مراجع: گاهی اوقات دلم می خواهد شوهرم را بکشم.
روانشناس: گاهی اوقات واقعاً ناراحت می کنی.

هر دو نمونه فوق انعکاس هستند ولی روانشناس بالینی در مثال الف سخن مراجع را فقط تکرار می کند ولی در مثال ب، احساس او را نیز منعکس می کند. اکثر مراجعان پس از استفاده روانشناس بالینی از راهبرد به بیان دیگر گفتن، حرف خود را در راستای سخنان قبلی خود ولی با شرح و بسط بیشتر ادامه می دهند.

3. بررسی و تمرکز مکرر

انعطاف پذیری مصاحبه باعث می شود روانشناس بالینی بتواند این تاکتیک ها را با هم ترکیب کنند. آنها گاهی اوقات با سؤالات باز، به بیان دیگر گفتن، کمک کردن و سایر فنون گوش دادن فعال، حرف زدن مراجع را تسهیل می کنند و سپس با سؤالات مستقیم تر، موضوعات مهم را پیش می کشند. اما روش های مستقیم با پیشرفت مصاحبه به طور کامل بر مصاحبه حاکم نمی شوند. این روش هلممولاً با روش های کمتر مستقیم ترکیب می شوند. یک نمونه این ترکیب، بررسی و تمرکز مکرر است که در آن مصاحبه گر ابتدا موضوعی را به طور غیر مستقیم بررسی و سپس به شکل مستقیم تری روی آن تمرکز می کند.

4. خلاصه کردن

در یک جلسه مصاحبه، مصاحبه گر ممکن است پس از بررسی موضوعی به سراغ موضوع دیگری برود، در این مواقع می تواند صحبت های رد و بدل شده راجع به آن موضوع را خلاصه کند. مثلاً با این جمله: «اجازه بدید ببینیم من منظور شما را درست متوجه شده ام؟ شما گفتید که...». خلاصه سازی موجب ایجاد همدلی و همفکری و همچنین فهم یکسان دو طرف مصاحبه، از صحبت های رد و بدل شده می شود. این فن می تواند پس از هر بخش از صحبت ها و نیز در پایان جلسه مصاحبه مورد استفاده قرار گیرد.

ارضای خود: مصاحبه مفری نیست که متخصص بالینی بخواهد از طریق آن، مشکلاتش را حل کند. گاهی بیمار از متخصص بالینی سؤالات خصوصی می کند. به طور کلی، متخصصان بالینی نباید در مورد زندگی خصوصی

یا نظرات شخصی خودشان صحبت کنند. ولی ضمن رعایت این توصیه باید دلایل سؤال بیمار را نیز در نظر گرفت.

تأثیر متخصص بالینی: متخصصان بالینی باید قدری در مورد خودشان بینش پیدا کنند یا قبل از تفسیر کردن رفتار بیمارشان، تأثیرات خودشان را در نظر بگیرند.

ارزش ها و پیشینه متخصص بالینی: متخصصان بالینی باید تجربه های خود را بررسی کنند و قبل از قضاوت بالینی در مورد دیگران، مبانی مفروضات خود را بیابند. آنچه به نظر متخصص بالینی نشانه آسیب است ممکن است معلول فرهنگ بیمار باشد. عوامل جنسیتی نیز بر ارزش ها و پیشینه متخصص بالینی تأثیر می گذارند. نکته: متخصص بالینی بایکاملاً مطمئن شود که قیفاً خواسته شخص ارجاع دهنده را فهمیده است. همیشه خیلی ناراحت کننده است که معلوم شود متخصص بالینی دلیل مصاحبه را خوب نفهمیده است.

پایان مصاحبه

آخرین مرحله مصاحبه می تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار مصاحبه گر بگذارد و تفاهم طرفین را بیشتر کند. مصاحبه گر می تواند مرحله پایانی را این طور شروع کند:

به نکات خیلی مهمی پی بردیم. از این که این اطلاعات را دادی متشکرم. می دانم حضور در این

جلسه برای تو آسان نبود. چون وقت امروز ما در حال تمام شده است، بد نیست جلسه را مرور کنیم

و اگر سؤالی داری از من بپرس.

روانشناس بالینی با این جملات به چه چیزی می رسد. نخست این که به مراجع می فهماند جلسه در شرف پایان است (چهارچوب بندی). دوم این که همکاری مراجع را تحسین می کند و به او نشان می دهد می داند مصاحبه چقدر برای او استرس داشته است (حمایت هیجانی). سوم این که از مراجع دعوت می کند در دقایق پایانی مصاحبه، سؤالاتش را مطرح کند یا اظهارات مهم مطرح نشده را بیان کند.

متخصص بالینی متناسب با هدف مصاحبه باید در پایان مصاحبه، جوابی به بیمار بدهد. یعنی در طول مصاحبه باید فرضیه ها و توصیه های خویش را مشخص کند. لبخند حاکی از اعتماد به نفس اما اسرار آمیز، همراه با بیان این نکته که «با شما تماس خواهیم گرفت» کافی نیست. او باید آماده و مهیای ارجاع بیمار به کسی دیگر، ترتیب دادن ملاقاتی دیگر و یا بازخورد دادن به بیمار باشد. باید توجه داشت که مصاحبه ها می توانند اثرات درمان بخش شدیدی داشته باشند.

انواع مصاحبه

بسیاری از مصاحبه ها دو ویژگی متمایز کننده اولیه دارند. نخست آن که در هدف، با یکدیگر فرق دارند.

انواع مصاحبه ها از لحاظ هدف مصاحبه

intake – admission interview

1- مصاحبه پذیرش

مصاحبه پذیرش به طور کلی سه هدف اصلی دارد:

1. مشخص کردن دلیل مراجعه کردن بیمار به درمانگاه یا بیمارستان (مشخص کردن مشکل مراجعه). بدین منظور مسئول مصاحبه پذیرش معمولاً باید مشکل مراجعه را روی محور یک یا دو DSM-IV-TR طبقه بندی یا تشخیص گذاری کند و آن را روی محورهای دیگر توصیف کند.
 2. قضاوت کردن در این مورد که آیا امکانات، تسهیلات و خدمات مؤسسه مورد نظر می تواند نیازها و توقعات بیمار را رفع کنند یا خیر.
 3. کارکرد دیگر مصاحبه مقدماتی این است که بیمار را متوجه کارها، هزینه ها، خط مشی ها و روش های درمانگاه می سازد و او را با کارکنان درمانگاه آشنا می کند.
- این مصاحبه بیشتر جنبه روانشناختی و درمانی دارد و در بسیاری از موارد توسط مددکار اجتماعی روان پزشکی انجام می شود.

case-history interview

2- مصاحبه شرح حال

این مصاحبه هم جنبه پژوهشی و هم جنبه روانپزشکی دارد. در مصاحبه شرح حال سوابق کامل شخصی و اجتماعی مراجعان اخذ می شود. در این نوع مصاحبه متخصص به حقایق، تاریخ ها و رویدادها و احساسات بیمار در مورد آن ها علاقه مند استاصولاً هدف شرح حال گرفتن، تدوین چهارچوب و سابقه بیمار و مشکلش است. با این که اکثر بیماران خصوصاً بزرگسالان خودشان می توانند سوابق شخصی - اجتماعی خویش را بازگو کنند ولی دیگر بزرگسالان مطلع هم می تواند اطلاعات و نظرات ارزشمندی بدهند. همسر، کارفرما، معلم و دوست هم می توانند منابع اطلاعاتی محسوب شوند. البته به دلیل زمان بر بودن مصاحبه های اضافی و مسئله رازداری و اعتماد معمولاً از این افراد استفاده نمی شود. شرح حال روانشناختی، در واقع داستان زندگی بیمار به زبان خود او و از دیدگاه اوست.

اهداف

1. جمع آوری اطلاعات عینی و واقعی مربوط به زمان بندی تکوین نشانه ها و سابقه روانپزشکی و طبی،
 2. بدست آوردن تصویر روشنی از خصوصیات شخصیتی بیمار و از جمله نقاط ضعف و قوت او.
- مهم ترین روش اخذ شرح حال روانپزشکی این است که به بیمار مجال داده شود تا شرح حال خود را به زبان خود و به همان ترتیبی که خود مناسب می داند بیان کند.

رئوس شرح حال روانشناختی

1. مشخصات کلی (identifying data)

مشخصات کلی فشرده ای از داده های جمعیت شناختی شامل نام، سن، وضعیت تأهل، جنس، شغل، زبان، زمینه قومی و مذهبی و شرایط موجود زندگی بیمار است.

2. شکایت اصلی (chief complaint)

در این قسمت عین کلمات بیمار در مورد علت مراجعه یا آورده شدن او ذکر می شود.

3. تاریخچه بیماری فعلی (present illness)

3-1. شروع

3-2. عوامل آشکار ساز

تصویر جامع و زمان بندی رویدادهایی را که به لحظه جاری در زندگی بیمار انجامیده است بدست می دهیم احتمالاً^۶ این قسمت از شرح حال، مفیدترین بخش برای تشخیص گذاری است. هر چقدر دقیق تر و مفصل تر باشد احتمال رسیدن بالینگر به تشخیص دقیق بیشتر است.

4. بیماریهای قبلی (past illnesses)

4-1. روانپزشکی

4-2. جسمی

4-3. سابقه مصرف الکل و سایر مواد

نکته 1: از همه بیماران باید در مورد مصرف الکل و سایر مواد سؤال شود و میزان و دفعات مصرف پرسیده شود.

نکته 2: توصیه می شود طرح سؤال با فرض مصرف دارو باشم مثلاً^۶ روزی چقدر الکل مصرف می کنید؟ اگر بپرسید آیا الکل مصرف می کنید؟ ممکن است بیمار را در وضعیت دفاعی قرار دهید.

5. تاریخچه خانوادگی (family history)

در این بخش باید مختصری در مورد بیماری روانی بستری شدن و درمان بستگان درجه اول بیمار توضیح داده شود.

6. تاریخچه شخصی (personal history)(anamnesis)

6-1. سابقه پیش از تولد و حوالی تولد

6-2. سابقه اوایل کودکی (هنگام تولد تا 3 سالگی)

کیفیت تعامل مادر - کودک، آموزش آداب توالد رفتن، عادات تغذیه ای، اوایل رشد کودکی، علائم مشکلات رفتاری، شخصیت در زمان کودکی.

6-3. سابقه اواسط کودکی (3 تا 11 سالگی)

6-4. سابقه اواخر کودکی (بلوغ تا نوجوانی)

روابط اجتماعی، تاریخچه تحصیلی، رشد شناختی و حرکتی، مشکلات هیجانی و جسمانی.

6-5. بزرگسالی

الف. تاریخچه شغلی

ب. تاریخچه زناشویی و روابط

ج. تاریخچه نظامی

د. تاریخچه تحصیلی

ه. تاریخچه مذهبی

و. فعالیت اجتماعی

ز. موقعیت زندگی فعلی

ح. تاریخچه قانونی

6-6. تاریخچه جنسی

6-7. تخیلات و رویاها

6-8. ارزش ها

mental status examination interview (MSE)

3- مصاحبه معاینه وضعیت روانی

این مصاحبه بیشتر جنبه روانپزشکی دارد. معاینه وضعیت روانی‌اصولاً با هدف سنجش وجود یا عدم وجود مشکلات شناختی، هیجانی یا رفتاری صورت می‌گیرد. این معاینه بخشی از ارزیابی بالینی است که مجموع مشاهدات و برداشت‌های معاینه‌کننده را در مورد یک بیماری روانی به هنگام مصاحبه توصیف می‌کند. با اینکه شرح حال بیمار ثابت می‌ماند، وضعیت روانی او ممکن است روز به روز یا ساعت به ساعت تغییر یابد. اشکال اصلی مصاحبه‌های وضعیت روانی، عدم پایایی آن‌ها است چون اجرای آن‌ها ساخت‌چندانی ندارد. به همین جهت نیز مصاحبه‌های ساخت‌دار معاینه وضعیت روانی ابداع شده‌اند.

رئوس معاینه وضعیت روانی

1. ظاهر

در این قسمت وضع ظاهری و وضعیت جسمانی کلی بیمار در نظر مصاحبه‌کننده، با توجه به حالت اندام‌ها، توازن، لباس و آراستگی او توصیف می‌شود. اصطلاحات رایج برای توصیف ظاهر: سالم، مریض احوال، معذب موقر، به ظاهر مسن، به ظاهر جوان، ژولیده، عجیب و غریب، کودک وار.

2. طرز برخورد با معاینه‌کننده

اصطلاحات رایج برای توصیف طرز برخورد با معاینه‌کننده: توام با همکاری، دوستانه، توام با توجه، علاقمند، با صراحت، با اغواگری، دفاعی، تحقیر آمیز، منگ، بی تفاوت، خصمانه، با شوخی و بازیگوشی، با خودشیرینی، با طفره رفتن یا احتیاط آمیز.

3. خصوصیات تکلم

در این قسمت خصوصیات فیزیکی تکلم توصیف می شود. تکلم را می توان بر حسب کمیت، سرعت و کیفیت توصیف می شود. مانند پرحرف، وراجف خوش زبان، کم حرف، ناخودانگیز یا دارای پاسخ های بهنجار به مصاحبه کننده، تند یا کند، پرفشار، لکنت آمیز، هیجانی، نمایشی، یکنواخت، بلند، نجوایی، مقطع، جویده جویده و همراه با من و من.

4. فعالیت روانی - حرکتی و رفتاری آشکار

مانند ادا و اطوار، تیک، ایما و اشاره، پیچش های عضلانی، رفتار قالبی، پژواک رفتار، بیش فعالی، سرآسیمگی، ستیزه جویی، انعطاف پذیری، سفتی عضلانی، طرز راه رفتن، فرزی و چابکی، بی قراری، گره کردن دستها به هم، قدم زدن همراه با بی قراری و

5. خلق و عاطفه

5-1. خلق

خلق به معنای حالت هیجانی مستمر و نافذی است که ادراک شخص را از دنیا تحت الشعاع قرار می دهد. مانند: افسرده، مایوس، تحریک پذیر، مضطرب، خشمگین، منبسط، شنگول، تهی، توام با احساس گناه، ناامید، مرعوب، تحقیر نفس، بی حاصل، هراسان و مبهوت.

5-2. عاطفه

عاطفه را می توان از روی پاسخ دهی هیجانی بیمار تعریف کرد که از روی حالت چهره بیمار و از جمله میزان و حدود رفتار بیانی او استنباط می شود. عاطفه ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد. مانند: در حد طبیعی: در محدوده بهنجار عاطفه دامنه متنوعی از حالت چهره، لحن صدا، استفاده از دستها و حرکات بدنی مشاهده می شود.

محدود: در این حالت، حدود و شدت ابراز هیجان کاهش می یابد.

کند(کم روح): در این حالت، ابراز هیجان بیشتر کاهش می یابد.

سطحی(بی روح): در این حالت باید هیچ نشانی از بیان عاطفی وجود نداشته باشد یعنی صدای بیمار یکنواخت و چهره او بی حرکت باشد.

5-3. متناسب بودن عاطفه

مثلاً: بیماران هذیانی که هذیان های گزند و آسیب را شرح می دهند باید از تجاربی که بر آنها تحمیل می شوند هراسان یا خشمگین باشند. خشم و ترس در چنین زمینه ای تظاهر مناسبی است. برخی از روانپزشکان اصطلاح حالت عاطفی نامتناسب را مختص کیفیت پاسخ هیجانی برخی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می دانند(مبلا^۱ عاطفه سطحی هنگام صحبت کردن در مورد تکانه های جنایی).

6. تفکر

6-1. شکل تفکر

فرایند به نحوه کنار هم چیدن اندیشه‌ها و تداعی‌ها و شکل تفکر فرد اطلاق می‌شود. فرایند یا شکل تفکر ممکن است منطقی و منسجم یک‌گاملاً غیر منطقی و حتی غیر قابل فهم باشد. مانند پرش افکار، شل شدن تداعی‌ها، انسداد فکر، حاشیه پردازی، تفکر مماسی، سالاد کلمات، تداعی صوتی، جناس سازی و واژه سازی.

2-6. محتوای تفکر

محتوای تفکر به آنچه بیمار در مورد آن می‌اندیشد اطلاق می‌گردد. شامل: 1. هذیان‌ها، 2. مشغله‌های ذهنی، 3. وسواس‌های فکری 4. وسواس‌های عملی 5. هراس‌ها 6. طرح‌ها و نقشه‌ها 7. مقاصد 8. افکار تکراری خودکشی یا دیگرکشی 9. نشانه‌های خودبیمارانگاری 10. امیال ضداجتماعی خاص.

7. ادراک

انواع توهمات و خطاهای حسی در ارتباط با خود و دیگران، احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت. نمونه سوالات: آیا تا به حال صداهایی شنیده‌اید که دیگران نمی‌شنوند یا وقتی کسی دور و بر شما نیست صدایی شنیده‌اید؟ آیا احساس غریبی در بدن داشته‌اید که به نظر نمی‌رسد دیگران تجربه کرده باشند؟

8. وضعیت هشیاری و شناختی

1-7. هشیاری

اختلال هشیاری معمولاً حاکی از اختلال عضوی مغز است. تیرگی هشیاری اصطلاحی است که برای توصیف کاهش کلی آگاهی از محیط به کار می‌رود. اصطلاحات مانند: تیرگی، خواب آلودگی، بهت، اغما، بی‌حالی و هشیاری کامل. با مشاهده به میزان هشیاری پی می‌بریم.

2-7. موقعیت سنجی و حافظه

اختلال موقعیت سنجی بر حسب زمان و مکان و شخص تقسیم بندی می‌شوند. ابتدا زمان بعد مکان بعد زمان مختل می‌شود. در بهبودی برعکس.

حافظه شامل:

الف. حافظه فوری: این ارقام را پس از من تکرار کنید: 1 9 5 6 3

ب. حافظه نزدیک: صبحانه چه خورده‌اید؟ امروز صبح چه می‌کردید؟

ج. حافظه گذشته نزدیک: این سه چیز را به خاطر بسپارید: مداد زرد، اسب ترکمن، میاندوآب. پس از چند دقیقه از شما خواهیم خواست که این کلمات را تکرار کنید.

د. حافظه دور: وقتی کلاس سوم بودید کجا زندگی می‌کردید؟ تابستانی که دبیرستان تمام شد چیکار می‌کردید؟

ه. الفبا در اختلالات شناختی ابتدا حافظه نزدیک یا کوتاه مدت آسیب می‌بیند و حافظه دور یا بلند مدت بعداً مختل می‌شود. افسانه سازی (ساخت پاسخ‌های کاذب) با اختلالات شناختی ارتباط نزدیکی دارد.

3-7. تمرکز و توجه

تمرکز بیمار به دلایل مختلف مانند اضطراب، افسردگی، اختلال شناختی، و محرک های درونی نظیر توهمات شنوایی ممکن است مختل شود.

پرسش برای سنجش تمرکز:

از عدد 100 شروع کنید و به طور متوالی 7 تا (یا 3 تا) را از آن کم کنید.

حروف الفبا را به طور معکوس بگویید.

اسامی ماههای سال را به طور معکوس از ماه اسفند بگویید.

پرسش برای سنجش توجه:

توجه با محاسبه یا هجی کردن معکوس کلمه ای مانند آواره انجام می شود.

می توان از بیمار خواست 5 کلمه را که با حروف مشابهی شروع می شوند ذکر کند.

4-7. خواندن و نوشتن

باید از بیمار خواست که جمله ای را بخواند. برای نوشتن باید از بیمار خواست جمله ای کوتاه اما کامل بنویسد.

5-7. توانایی دیداری - فضایی

باید از بیمار خواست شکلی نظیر صفحه ساعت یا پنج ضلعی های متقاطع را رسم کند.

6-7. تفکر انتزاعی

تفکر انتزاعی به توانایی بیمار برای پرداختن به مفاهیم اطلاق می شود.

کدامیک از موارد زیر با بقیه گروه متفاوت است: قیچی، قناری و عنکبوت؟ چرا؟

سیب و پرتقال از چه نظر به هم شبیه هستند؟

معنی ضرب المثل «جوجه را آخر پاییز می شمارند» چیست؟

7-7. اطلاعات و هوش

فاصله بین تهران و اصفهان چقدر است؟

بین ایران و روسیه کدام دریا قرار دارد؟

اگر دوازده تا پرتقال چهار هزار تومان قیمت داشته باشد قیمت 3 پرتقال چقدر است؟

9. تکانشگری

آیا بیمار قادر است تکانه های جنسی، پرخاشگری یا انواع دیگر تکانه ها را کنترل نماید؟ ارزیابی کنترل تکانه به

منظور کسب اطمینان از آگاهی بیمار به رفتارهای متناسب اجتماعی و داشتن خطر برای خود و دیگران لازم

است. میزان کنترل تکانه را می توان از شرح حال اخیر و رفتار بیمار در جریان مصاحبه حدس زد.

10. قضاوت

یعنی آیا بیمار نتیجه احتمالی رفتار خود را می داند و یا تحت تأثیر این آگاهی هست؟

آیا بیمار می تواند پیش بینی کند که در یک موقعیت تخیلی چه خواهد کرد؟ برای مثال اگر بیمار در یک سالن سینمای پرجمعیت بدی دود به مشامش بخورد چه می کند؟ یا اگر پاکت نامه ای را در خیابان پیدا کند چه می کند؟

11. بینش

بینش به میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود اطلاق می شود. بیمار ممکن است به کلی بیماریش را انکار کند یا آگاهی نسبی به بیماری نشان داده اما گناه آن را به گردن دیگران، عوامل خارجی یا حتی عوامل عضوی بیندازد.

خلاصه سطوح بینش:

1. انکار کامل بیماری
2. آگاهی مختصر از بیمار بودن و نیاز به کمک اما در عین حال انکار آن
3. آگاهی از بیمار بودن اما گناه آن را به گردن دیگران انداختن یا به عوامل خارجی یا عضوی نسبت دادن
4. آگاهی از اینکه بیماری ناشی از چیزی نامعلوم در وجود بیمار است
5. بینش عقلانی: قبول بیمار بودن و اینکه نشانه ها یا ناتوانی در تطابق اجتماعی ناشی از آشفتگی ها یا احساسات غیر منطقی بیمار است. در این حالت بیمار قادر به تعمیم و کاربرد این دانش در تجارب آتی نیست.
6. بینش هیجانی واقعی: آگاهی هیجانی از انگیزه ها و احساسات خود و افراد مهم زندگی که می تواند موجب تغییرات اساسی در رفتار شود.

12. قابلیت اعتماد

این قسمت شامل برآورد معاینه کننده از میزان راستگویی و صداقت بیمار است مثلاً "اعتراف به مصرف مواد نشاندهنده قابلیت اعتماد بسیار خوب است."

crisis interview

4- مصاحبه بحران

روان شناسان بالینی به تدریج در مراکز و محیط های جدیدتری مشغول به کار می شوند از جمله در درمانگاه های کنار خیابان و خطوط تلفنی ویژه گفتگو با مصرف کنندگان مواد مخدر و گفتگو با پدر و مادرهایی که می ترسند با فرزندان خردسال خویش بد رفتاری کنند یا اشخاصی که احساس تنهایی می کنند. در این گونه موقعیت ها، بسیاری از «قواعد» معمول مصاحبه یا طبقه بندی های معمول مصاحبه ها رنگ می بازند. هدف مصاحبه بحران، رسیدگی به مشکلات و رفع فوری آن ها است. هدف این مصاحبه جلوگیری از بروز یک فاجعه و تشویق شخص تلفن کننده به مراجعه به درمانگاه یا ارجاع دادن او است تا یک راه بلند مدت مدت و اساسی برای مشکلش پیدا کند. چنین مصاحبه هایی مستلزم آموزش دیدن، حساسیت و قضاوت اند.

diagnostic interview

5- مصاحبه تشخیصی

روان شناسان بالینی، بیماران را بر اساس ملاک های چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM – IV ارزیابی می کنند. برای شرکت های بیمه و پروتکل های تحقیقاتی یا حتی دعاوی حقوقی باید ارزیابی تشخیصی ارایه دهیم. محققان، مصاحبه های تشخیصی ساخت داری تهیه کرده اند که روانشناسان بالینی در تحقیقات و کار بالینی خود از آنها استفاده می کنند. مصاحبه تشخیصی ساخت دار حاوی یک رشته سؤالات استاندارد و کندوکاوهای بعدی است که زنجیره و ترتیب مشخصی دارند. استفاده از مصاحبه تشخیصی ساخت دار ضمانت می کند که از بیمار یا آزمودنی ها سؤالات مشابهی پرسیده شود. به این ترتیب، احتمال این که دو متخصص بالینی یک بیمار را ارزیابی کنند و به تشخیص واحدی برسند بیشتر است.

6- مصاحبه مشکل ارجاع شده

روانشناسان بالینی گاهی اوقات مشاور تشخیصی پزشکان، روانپزشکان، دادگاه ها، مدارس، کارفرماها، مراکز خدمات اجتماعیو سایر مؤسسات می شوند. در این مواقع، مراجع را به آنها ارجاع می دهند تا به سؤالی مثل آیا آقای پی صلاحیت حضور در دادگاه را دارد؟ آیا جیمی جی عقب ماندگی ذهنی دارد؟ آیا فلان شکل حضانت کودک به نفع فرزند آقا و خانم الف است؟ جواب بدهند.

در چنین شرایطی، هدف اصلی مصاحبه، پاسخگویی به سؤال ارجاع شده است. به همین دلیل، سؤال ارجاع شده باید روشن باشد.

7- مصاحبه آماده سازی

این نوع مصاحبه ها به منظور آشنا ساختن فرد با نحوه سنجش، درمان یا روش های تحقیق آشنا کنند. مصاحبه های آشنا سازی حداقل دو فایده دارند: 1- مراجع را به پرسشگری و اظهار نظر ترغیب می کنند، سوء تفاهم هایی را که می توانند به روند درمان آسیب برسانند، از بین می برند. 2- مصاحبه های آماده سازی به مراجعان می فهمانند موقع سنجش و درمان چه اتفاقاتی رخ خواهد داد و آنها چه نقشی خواهند داشت.

8- مصاحبه پایانی و گزارشی

نوع دیگری از مصاحبه آماده سازی، هنگام قطع رابطه بالینی اجرا می شودمثلاً مراجع پس از پشت سر گذاردن یک رشته جلسات سنجش در قالب مصاحبه، آزمون و مشاهده گسترده دوست دارد بداند «دکتر چه چیزی فهمیده است». نگرانی ها وقتی شدید می شود که سنجش گر نقش مشاور مدرسه یا دادگاه را بازی می کند. مصاحبه پایانی می تواند اضطراب مراجع درباره نتیجه سنجش را کم کند. سنجشگر در این مصاحبه، روش های انتقال اطلاعات خصوصی و محرمانه و نکات امنیتی آن را توضیح می دهد و نتایج سنجش را برای مراجع خلاصه بندی و تفسیر می کند.

مصاحبه های بالینی پس از تحقیق بالینی، گزارش نامیده می شوند. در این مصاحبه ها طرحی را که شخص در آن شرکت کرده و روش های مورد استفاده در آن توضیح داده می شود. مصاحبه های گزارشی به نفع محقق

هم هستند چون ذهنیت شرکت کنندگان در مورد تحقیق و تأثیر گذاری یا بی تأثیر بودن عوامل خارج از کنترل آزمایشگر بر رفتار شرکت کنندگان در تحقیق را روشن می کنند.

مصاحبه های پایانی در پایان روان درمانی هم انجام می شوند. در پایان یک درمان موفقیت آمیز، ابهامات باید رفع شوند و پاره ای کارها انجام شود؛ از جمله تقدیر و سپاسگزاری، یاد آوری در مورد نحوه رسیدگی به مشکلات آتی، نحوه پیگیری های بعدی و اطمینان خاطر دادن به مراجعان بابت این که می توانن بعداً مشکلاتشان را به تنهایی حل کنند. مصاحبه های پایانی راه را برای انتقال راحت و مفید از درمان به شرایط بعد از درمان هموار می کنند.

ساختار مصاحبه

دومین ویژگی متمایز کننده مصاحبه ها، ساخت داشتن یا نداشتن (که الفبا^۱ به آن مصاحبه بالینی) می گویند است. چند عامل بر میزان ساختار مصاحبه تأثیر می گذارد؛ از جمله گرایش نظری و سلايق شخصی مصاحبه گر. به طور کلی روانشناسان بالینی انسان گرا کمترین ساختار را در مصاحبه ها رعایت می کنند. روانشناسان بالینی روان پویایی گروعمولاً^۲ ساختار بیشتری به مصاحبه ها می دهند. روانشناسان شناختی - رفتاری هم بیشترین دخالت کلامی را به خرج داده و بیشترین رهنمود را می دهند. ساختار در جریان مصاحبه هم تغییر می کند - بسیاری از مصاحبه گران، مصاحبه را غیر رهنمودی شروع می کنند و به تدریج به آن ساختار بیشتری می دهند. وضعیت مصاحبه نیز بر میزان ساختار آن تأثیر می گذارد. برای نمونه بحران ها، ساختار بیشتری را می طلبند تا مصاحبه پذیرش.

انواع مصاحبه از لحاظ داشتن یا نداشتن ساختار

مصاحبه بدون ساخت (غیر رهنمودی)

متخصصان بالینی در مصاحبه های بدون ساخت حق دارند هر سؤالی را که به ذهن شان خطور می کند بپرسند، آن هم به هر ترتیبی که دوست دارند. مصاحبه گر غیر رهنمودی خیلی کم سؤالات مستقیم می پرسد و برای واداشتن مراجع به حرف زدن، روی پاسخ های مراجع اتکا می کند. مصاحبه های بدون ساختار، انعطاف پذیری بالا ولی پایایی بین ارزیابهای ضعیف تری دارند.

مصاحبه نیمه ساخت دار

در این نوع مصاحبه، مصاحبه گر در بیان سؤالات، تفسیر جواب ها و تصمیم گیری در مورد مباحث بعدی تا حدودی آزادی عمل دارد. در مصاحبه نیمه ساخت دار روانشناس بالینی طوری پاسخ می دهد که نشان دهد مراجع را درک می کند و او را به بیشتر حرف زدن ترغیب می کند ولی با مطالبه اطلاعات خاصی، مراجع را مجبور نمی کند راجع به موضوعات مورد علاقه او حرف بزند. در عین حال، مصاحبه گر با طرح پرسشی خاص، موضوع بحث را جمع و جور می کند. هر چه سؤالات اختصاصی تر باشند، ساختار مصاحبه بیشتر می شود.

مصاحبه های نیمه ساخت دار، هدف های فنی مختلفی را دنبال می کنند که اکثر آنها شرایط یا وضعیت های خاص هستند. مانند؛ مصاحبه نیمه ساخت دار مداخله در بحران (به منظور مصاحبه با مراجعانی که در شرایط

بحرانی قرار دارند استفاده می شود) و مصاحبه خانگی روانشناس بالینی برای کارکرد سنجی (به منظور سنجش کارکرد سالمندانی که علائم دمانس دارند استفاده می شود).

مصاحبه ساخت دار

مصاحبه گر در مصاحبه های ساخت دار، در یک چهار چوب استاندارد و با یک نظم خاص، مجموعه ای از سؤالات را می پرسد. برای کد گذاری یا نمره گذاری جواب های مراجع یا استفاده از سرنخ های دیگر برای فراخواندن پاسخ های قابل نمره گذاری نیز قوانین خاصی وجود دارد. بنابراین اگرچه مصاحبه های ساخت دار، سؤالات باز پاسخ را رد نمی کنند یا نمی گویند مصاحبه گران حق ندارند برای روشن شدن ابهامات، سؤالاتی طرح کنند ولی قواعد مشروحی (به نام درخت های تصمیم گیری یا قواعد شاخه زدن) دارند که به مصاحبه گر می گویند در هر وضعیت چه کار کند (برای مثال « اگر پاسخ ده گفت نه، برو سراغ سؤال 32؛ اگر گفت بله، بپرس چند بار اتفاق افتاده و سؤال بعدی را بپرس) مصاحبه های ساختارمند، انعطاف پذیری پایین اما پایایی بین ارزیابهای بالاتری دارند.

مصاحبه رایانه ای

از مصاحبه رایانه ای برای

- اخذ شرح حال های روان پزشکی
- سنجش مشکلات خاص
- سنجش های رفتاری
- تشخیص اختلالات روانی، استفاده شده است.

نقاط قوت

- رایانه ها همیشه تمام سؤالات طراحی شده را می پرسند.
- پایایی 100% دارند.
- برای برخی مراجعان دل نشین ترند و دستپاچی کمتری ایجاد می کنند
- در تشخیص نشانه های مراجعان مفیدند

نقاط ضعف و معایب

- بی روح و غیر انسانی اند
- فقط در مصاحبه های ساخت دار کاربرد دارند. امکان طرح سؤالات اضافی و انعطاف پذیری و تغییر سؤالات به فراخور نیاز بیماران وجود ندارد.

با وجود تمام پیشرفت ها، رایانه ها به دلایل زیر نمی توانند جای متخصص بالینی را بگیرند:

- 1 - در سنجش رایانه ای به بسیاری از نشانه های غیر کلامی (مثل حالات چهره و آهنگ صدا) توجه نمی شود.
- 2 - هم اکنون فناوری رایانه ای وجود ندارد که زبان را بدون هیچ قید و شرطی پردازش کند (یعنی بیمار هرگونه که می خواهد به رایانه پاسخ بدهد).
- 3 - فقط متخصصان بالینی می توانند اطلاعات مربوط به سیر اختلال روانی یا زنجیره زمانی نشانه ها را رمزبندی و پردازش کنند.
- 4 - قضاوت بالینی را رایانه ها نمی توانند انجام دهند؛ یعنی عدم توان رایانه ها برای تعیین معناداری بالینی.

پرمصرف ترین مصاحبه های بالینی ساخت دار در روانشناسی بالینی

مصاحبه های مربوط به اختلالات محور یک

1. برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

2. برنامه مصاحبه تشخیصی

Diagnostic Interview Schedule (DIS)

3. مصاحبه بالینی ساخت دار برای DSM-IV

Structured Clinical Interview for DSM-IV axis 1 (SCID-I)

4. نسخه تجدید نظر شده مصاحبه تشخیصی برای کودکان

5. مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب.

مصاحبه های مربوط به اختلالات محور دو

1. معاینه اختلال شخصیت بین المللی

International Personality Disorder Examination (IPDE)

2. مصاحبه بالینی ساخت دار

Structured clinical interview for DSM-IV axis II (SCID-II)

مصاحبه های اختصاصی

1. فهرست شخصیت ضد اجتماعی، 2. مقیاس سنجش مسئولیت پذیری کیفری راجرز، 3. مصاحبه های ساخت دار برای نشانه های گزارش شده (برای سنجش تمارض در جمعیت های بالینی)، 4. برنامه های سنجش بالینی در روانپزشکی عصب نگر، 5. معاینه شناختی کمبریج.

نقاط قوت و ضعف مصاحبه های ساخت دار

مصاحبه های ساخت دار، انعطاف پذیر نیستند ولی کمتر خطا می کنند.

منابع خطا در مصاحبه ها:

- 1- **واریانس بیمار:** به این معنا که بیمار به سؤالات مشابهی که روانشناسان بالینی مختلف می پرسند، پاسخ های متفاوتی می دهند یا در برابر آنها رفتارهای متفاوتی می کند.

2- **واریانس اطلاعات:** تفاوت متخصصان بالینی در پرسیدن سؤالات، مشاهدات و روش های جمع بندی و ادغام اطلاعات را شامل می شود. برای مثال اگر دو روانشناس بالینی، سؤالات را به یک شکل مطرح نکنند از مراجع پاسخ های متفاوتی خواهند شنید. مانند این دو سؤال: «آیا هر وقت در اماکن شلوغ مثل فروشگاههای بزرگ قرار می گیرید، مضطرب می شوید؟» و «در چه وضعیت هایی بیشترین اضطراب را حس می کنید؟»

3- **واریانس ملاک:** تفاوت متخصصان بالینی از نظر آستانه های نمره گذاری. اگر روانشناسان بالینی، معیارهای متفاوتی را مبنای قضاوت راجع به پاسخ های مراجع قرار دهند، اختلاف نظر پیدا خواهند کرد. برای مثال روانشناسان بالینی مختلف، ممکن است از نقاط برش یا قواعد استنباطی متفاوتی استفاده کنند.

بر اساس پژوهش راجرز (2001) خطای مربوط به واریانس بیمار 5٪ و خطای مربوط به واریانس اطلاعات 32/5٪ و خطای مربوط به واریانس ملاک 62/5٪ است. بنابراین بخش زیادی از اختلاف نظر روانشناسان بالینی از ناهمسانی پاسخ های مراجعان ناشی نمی شود، بلکه ناشی از ناهمسانی جمع آوری پاسخ ها و استفاده از آنها توسط روانشناسان بالینی است. مصاحبه ساخت دار، این خطاها را کم می کند.

نقاط قوت مصاحبه های ساخت دار: 1. مصاحبه های ساخت دار، نقطه اتکای تحقیقات بالینی هستند چون واریانس اطلاعات و واریانس ملاک را کم می کنند. 2. در ضمن، مصاحبه های ساخت دار در تحقیقات و بررسی های همه گیری شناسی یک ضرورت هستند و باید مورد استفاده قرار گیرند. در حقیقت، بسیاری از مصاحبه های ساخت دار مورد استفاده روانشناسان بالینی، در اصل برای تحقیقات ساخته شده اند. 3. همچنین استفاده از قواعد تجربی تصمیم گیری - یعنی مصاحبه های ساخت دار - می توانند جایگزین قضاوت بالینی شوند یا حداقل، قضاوت بالینگران را بهبود بخشند.

نقاط ضعف مصاحبه های ساخت دار: 1. روانشناسان بالینی که خیلی به مصاحبه های ساخت دار تکیه می کنند با خطر «پروتکل زدگی» مواجه اند. پروتکل زدگی باعث می شود اطلاعات مهمی را که در پیش نویس مصاحبه وجود ندارند، نادیده بگیرند. 2. اگر روانشناس بالینی ابتدا تفاهم ایجاد نکند و منطق مصاحبه ساخت دار را توضیح ندهد، ماهیت مصاحبه ساخت دار مراجعان را از بین می برد. 3. مصاحبه های ساخت دار مثل سایر مصاحبه ها به حافظه، صداقت و توان توصیف پاسخگویان بستگی دارند. بنابراین اگر مراجع سؤالات را درست نفهمد یا نتواند اطلاعات را به یاد بیاورد، روایی یا معنای داده های مصاحبه ساخت دار به خطر می افتد.

پایایی و روایی داده های مصاحبه

پایایی مصاحبه عبارت از این است که مراجع در جلسات مختلف و به مصاحبه کنندگان مختلف چقدر اطلاعات مشابه می دهد. روایی مصاحبه هم دقت داده ها و نتیجه گیری مصاحبه را نشان می دهد. روایی مصاحبه نشان می دهد که مصاحبه مزبور تا چه اندازه چیزی را اندازه می گیرد که قرار است اندازه بگیرد.

پایایی:

دو روش در ارزیابی مصاحبه های بالینی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد که عبارتند از: پایایی بین ارزیابها و پایایی آزمون - باز آزمون.

پایایی بین ارزیاب ها یا قضاوت کننده ها (inter-rater reliability) (پایایی نمره گذاری). پایایی یک مصاحبه یا مشاهده معمولاً بر اساس میزان توافق حداقل دو ارزیاب در ارزیابی یک بیمار یا مراجع واحد تعیین می شود. منظور از توافق، هم‌رأیی در باب تشخیص ها، درجه بندی صفات شخصیتی یا هر نوع اطلاعات حاصل از مصاحبه است. نام این نوع پایایی، پایایی بین ارزیاب ها است. پایایی بین ارزیاب ها یا قضاوت کننده ها نشان دهنده میزان توافق نظر دو یا چند قضاوت کننده یا ارزیاب درباره میزان وجود یک صفت یا وجود و عدم وجود یک ویژگی یا اختلال است. این پایایی را به شیوه های مختلفی می توان ارزیابی کرد از جمله با ضریب همبستگی پیرسون یا ضریب کاپا یا ضریب همبستگی درون طبقه ای انجام می شود.

یک راهبرد تحقیقاتی بسیار مفید این است که چند روانشناس بالینی، فیلم مصاحبه ها را ببینند و سپس درجه بندی ها و استنباط های خود را بیان کنند. این رویکرد در بررسی پایایی قضاوت های درمانگران راجع به تشخیص های DSM-IV برای ارزیابی استفاده از مفسران مختلف در مصاحبه های میان فرهنگی؛ برای سنجش پیشرفت مراجعان در درمان؛ شدت بیماری آلزایمر؛ درستی گزارش کودکان در مورد سوء استفاده جنسی از آنان به کار رفته است.

پایایی آزمون - باز آزمون؛ پایایی بازآزمایی: محققان با بررسی همسانی پاسخ های مراجع در جلسات مختلف مصاحبه، پایایی مصاحبه را بررسی می کنند. آنها در این روش پایایی باز آزمایی را اندازه می گیرند. پایایی بازآزمایی وقتی به بالاترین حد خود می رسد که فاصله مصاحبه گران کم باشد و از مراجعان اطلاعات بی ضرر و بی خطری مثل سن و سایر مشخصات جمعیت شناختی درخواست شود. به همین دلیل معمولاً برای دریافت اطلاعات پایا در مورد موضوعات حساس تر به مصاحبه های ساخت دار رو می آورند. پایایی مصاحبه های ساخت دار (چه اندازه گیری با روش بازآزمایی و چه با روش پایایی بین ارزیاب ها اندازه گیری شود) بیش از مصاحبه های بدون ساخت است.

ضرایب پایایی کم هم وقتی به دست می آید که فاصله بازآزمایی بیشتر شود، مراجعان خردسال باشد و مصاحبه گران به موضوعات حساسی مثل داروهای قاچاق، اعمال جنسی یا تجربه های دردناک بپردازند. پایایی (و نیز روایی یک مصاحبه) به جمعیتی که ابزار در آن هنجاریابی شده است نیز بستگی دارد.

روایی:

روایی به چند شکل محرز می شود از جمله بر اساس این که آزمون یا مصاحبه تمام جنبه های مورد نظر را پوشش می دهد (روایی محتوایی)، نتایج آن شبیه نتایج سایر ابزارهای اندازه گیری معتبر می باشد (روایی همزمان) مانند همبستگی نمرات حاصل از مصاحبه افسردگی با نمرات آزمون افسردگی بک. یا مصاحبه گر می تواند نتایج را پیش بینی کند (روایی پیش بین) مانند همبستگی نمرات حاصل از مصاحبه افسردگی با ضعف

عملکرد تحصیلی در دو ماه آینده. روایی همزمان و پیش بین به این شکل احراز می شوند که نتایج مصاحبه را بر اساس یک ملاک خارجی اندازه می گیرند. به این ملاک خارجی گاهی اوقات معیار طلایی می گویند. داده های روایی پیش بین می توانند به ما کمک کنند. هر چه ابزار سنجش با پایایی بیشتری نتایج را پیش بینی کند، قابل اعتمادتر خواهد بود. بنابراین مصاحبه ای که برای سنجش پاسخ های مراجعان به درمان طراحی شده وقتی روایی پیش بین دارد که اشخاصی را که درمان را رها می کنند به وضوح از اشخاصی که درمان را رها نمی کنند، جدا کند. وقتی ابزارها با شاخص ها و ابزارهای مشابه همبستگی داشته (روایی همگرا) و با ابزارهای نامشابه همبستگی نداشته باشند (روایی افتراقی) نیز روایشان بالا خواهد رفت. برای مثال نمرات حاصل از مصاحبه ساخت دار خود بیمارانگاری نباید با نمرات ابزارهای اندازه گیری اختلال شخصیت ضد اجتماعی، همبستگی بالایی داشته باشد.

روایی سازه به تمامی این روایی ها اطلاق می شود و نشان می دهد که نمرات مصاحبه تا چه حد از لحاظ نظری و منطقی با نمرات دیگر ابزارهای اندازه گیری یا دیگر رفتارها همبستگی دارند. به همین دلیل نیز بسیاری از محققان ابداع و اعتبار یابی یک ابزار اندازه گیری را معادل اعتباریابی سازه ای می دانند. در مورد مصاحبه های تشخیصی ساخت دار، روایی محتوا اهمیت دارد. چون این نوع مصاحبه ها با هدف اندازه گیری ملاک های DSM برای هر اختلال تهیه می شوند.

خطا و سوگیری در مصاحبه:

عواملی که روایی مصاحبه ها را به خطر می اندازند:

1. غلط به یاد آوردن اطلاعات توسط مراجع یا تحریف عمدی اطلاعات از سوی او.
2. در صورتی که مراجع، عقب ماندگی ذهنی داشته باشد.
3. در صورتی که مراجع دچار اختلالات مغزی باشد.
4. در صورتی که مراجع نخواهد حقیقت را در مورد مشکلات رفتاری، سوء مصرف دارو، رفتار جنسی، اعمال بزهکارانه یا بستری شدن های قبلی خود بیان کند.
5. تمارض مراجع به داشتن اختلال روانی.
6. تمایل مراجع به اینکه خود را به طور خاصی وانمود کند (به اصطلاح مدیریت برداشت کند).
7. سوگیری های شخصی مصاحبه گر بر ادراکات و نوع استنباط ها و نتیجه گیری هایش تأثیر بگذارد.
8. قومیت مراجع، گرایش نظری روانشناس بالینی و حتی سن او می تواند بر قضاوت هایش در جریان مصاحبه تأثیر بگذارد.

تکنیک های مصاحبه با بیماران روانی خاص

1. بیماران سایکوتیک

ارزیابی بیمار دارای علائم روان پریشی باید ساختار یافته و متمرکزتر از سایر بیماران باشد. سؤالات بازپاسخ و دوره های طولانی سکوت ممکن است آشفته کننده باشند. باید از سؤالات کوتاه استفاده کرد. در مواردی که بیمار به دلیل اختلالات تفکر و از خط خارج شدن دچار اشکال در تفکر است باید از سؤالاتی استفاده کند که پاسخ های کوتاهی را بطلبد. در بیمار دچار انسداد فکر، روانپزشک باید سؤالات را تکرار کند و آنچه را که قبلاً گفته شده به یاد بیمار بیاورد.

در بیماران دچار توهم از بیمار خواسته شود تا حد امکان سوءادراک های حسی را توضیح دهد. توهم به صورت یک محرک حسی واقعی ادراک می شود و مصاحبه کننده نباید آنها را به عنوان خیال های موهوم نادیده بگیرد. روانشناس باید در مورد ثبات و توهمات و سطح بینش بیمار سؤالاتی پرسد مثلاً پرسد: آیا هیچگاه به نظرتان رسیده که این صداها از افکار خودتان نشأت می گیرند؟ یا به نظر شما عامل ایجاد کننده این صداها چیست؟ در بیماران دچار هذیان می توان سؤالاتی مطرح کرد که اعتقاد یا عدم اعتقاد معاینه کننده را آشکار نکنند (مثل: آیا به نظر می رسد مردم قصد صدمه زدن به شما را دارند؟ به جای آیا معتقدید توطئه ای برای صدمه به شما وجود دارد؟)

صحبت در مورد هیجانها همراه راحتتر از صحبت در مورد خود باور هذیانی است. (باید خیلی وحشتناک باشد که انسان تصور کند آدمهایی ناشناس علیه شما توطئه می کنند) هرچند روانپزشک سعی نمی کند با استدلال، باور هذیانی را رد کند، اما واری می ملایمی لازم است تا میزان استحکام اعتقاد بیمار مشخص شود (آیا هیچوقت به ذهنتان رسیده که این فکرها ممکن است درست نباشند؟).

2. بیماران شکاک

روانشناس باید سعی کند در برخورد با این بیماران رویکرد محترمانه، رسمی و با فاصله ای در پیش بگیرد. اغلب ابراز صمیمیت، شکاکیت این بیماران را زیاد می کند. روانشناس باید هر تصمیم و هر اقدام روانشناختی را به تفصیل برای آنها تشریح کند و در قبال شکاکیت این بیماران حالت دفاعی به خود نگیرد.

3. بیماران افسرده

در مورد بیماران افسرده درمانگر باید قوی برخورد کند و بیش از حد معمول رهنمود ارائه نماید. سکوت های طولانی مدت به ندرت مفید هستند در این موارد باید مصاحبه گر سؤالاتش را تکرار کند. از همه بیماران باید در مورد افکار خودکشی سؤال شود و در بیماران افسرده سؤالات مفصل تری در این باره مطرح شود. پرسیدن سؤال در مورد خودکشی خطر آن را افزایش نمی دهد. بیمارانی که توهمات شنوایی دستوری مبنی بر خودکشی دارند اغلب می گویند با اینکه میل به مردن ندارند اما قدرت مقاومت در برابر این توهمات را ندارند.

4. بیماران جسمانی ساز

این بیماران ممکن است تمایلی به خودنگری و کاوش روانشناختی نداشته باشند. بسیاری از بیماران جسمانی ساز با این ترس زندگی می کنند که علایمشان از سوی دیگران جدی گرفته نشود و به موازات آن از این نکته نیز در هراسند که مبادا بیماری طبی و خیمی داشته باشند که از دید پزشکان مخفی مانده باشد. نکته اساسی این است که بیمار جسمانی ساز باید احساس کند که شکایت های جسمانیش نادیده گرفته نشده است. روانشناس نباید بی پروا چنین تصور کند که شکایت های جسمانی بیمار هیچ پایه طبی واقعی ندارد. بلکه باید بیمار را کمک کند تا طیف وسیع تری از عوامل و از جمله مسائل روانی - اجتماعی را در نظر بگیرد؛ عواملی که همگی آنها می توانند بر سلامتی بیمار تأثیر بگذارند.

5. بیماران سرآسیمه و بالقوه خشن

هنگام مصاحبه با بیمار بالقوه خشن، وظیفه مصاحبه کننده انجام ارزیابی و کنترل رفتار و کاهش احتمال آسیب است.

مصاحبه باید در محیطی آرام و غیر محرک انجام شود.

درمانگر و بیمار هر دو باید فضای کافی برای ترک اتاق داشته باشند تا احساس راحتی کنند و هیچ گونه مانع فیزیکی برای ترک اتاق وجود نداشته باشد.

در حین مصاحبه روانپزشک نباید طوری رفتار کند که به نظر بیمار تهدید کننده جلوه کند مثلاً ایستادن بالای سر بیمار، خیره شدن یا لمس بدون اجازه.

6. بیماران اغواگر

اغواگری شامل طیفی از پیشنهاد غیرمستقیم تا پیشنهاد صریح همخواهی، اطلاعات محرمانه یک معامله پرسود بازار بورس، قول معرفی به یک ستاره سینما یا پیشنهاد تقدیم رمان بعدی به روانشناس است.

در جریان رواندرمانی و در زمینه یک رابطه تثبیت شده، رفتار اغواگرانه مورد بحث و بررسی قرار می گیرد تا معنای آن روشن شود. روانپزشک باید این نکته را روشن سازد که آنچه را که پیشنهاد شده نمی پذیرد و این کار را به گونه ای انجام دهد که تفاهم با بیمار حفظ شود و تهاجم غیر ضروری به عزت نفس بیمار روی ندهد.

در صورتی که این رفتار خفیف و غیر مستقیم باشد می توان از کنار آن گذشت و به آن توجه ننمود اما پیشنهادهای صریح تر مستلزم پاسخ های مستقیم تر هستند و ماهیت رابطه درمانی باید توضیح داده شود و مرز بندی هکامللاً مشخص شود.

7. بیماران وابسته

بیماران وابسته نیاز به توجه و اطمینان بخشی فراوان دارند و در عین حال نسبت به هرگونه اطمینان بخشی مقاوم هستند. روانشناس باید ضمن اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر اینکه نیازهایش جدی گرفته می شود و درمان تخصصی در موردش انجام خواهد شد قاطعانه محدودیت هایی را اعمال کند.

8. بیماران پرتوقع

برای این بیماران به تعویق انداختن ارضا بسیار مشکل است و ممکن است توقع داشته باشند ناراحتی هایشان بلافاصله برطرف شود. این بیماران به آسانی احساس ناکامی کرده و اگر نتوانند هر چه زودتر به خواسته خود برسند کج خلق و پرخاشگر و خشمگین می شوند.

روانشناس باید از همان ابتدا قاطعانه رفتار کند و رفتارهای مقبول و نامقبول را مشخص کند. این بیماران را بایستی با احترام و دلسوزی درمان کرد اما در عین حال باید آنها را با رفتارهای خود مواجه نمود.

9. بیماران خودشیفته

در پس ظاهر متکبر و خودستای این بیماران، احساس بی کفایتی، درماندگی و تهی بودن وجود دارد و این بیماران می ترسند دیگران درون آنها را ببینند. (بالا بردن روانشناس به عرش اعلی و ناگهان تحقیر و اهانت به او).

10. بیماران منزوی

این بیماران تمایل یا نیاز چندانی برای تماس فراوان با دیگران ندارند. برخی بیماران منزوی دچار شخصیت اسکیزوئید هستند و قادر نیستند در مورد احساسات خود صحبت کنند. روانشناس در برخورد با این بیماران باید حتی الامکان به خلوت و تنهایی آنها احترام بگذارد و انتظار نداشته باشد این بیماران نسبت به نگرانی های پزشک با ملاحظت پاسخ دهند.

11. بیماران وسواسی

این بیماران بسیار منظم و وقت شناس اند. ممکن است بدون هیجان و سرد و نجوش به نظر برسند. این افراد به دلیل نیاز شدید به حفظ کنترل محیط زندگی خود، نسبت به هر گونه کنترلی که تصور کنند پزشک اعمال می کند مقاومت نشان می دهند.

این بیماران از این می ترسند که کنترل خود را از دست داده و وابسته و درمانده شوند. پزشک باید تا حد امکان این بیماران را در مراقبت و درمان خود دخالت دهد.

همچنین پزشک باید شرح مفصل اقدامات و طرح ریزی های درمانی را با آنان در میان بگذارد و این امکان را فراهم کند که بیمار در میان گزینه های موجود دست به انتخاب بزند.

12. بیمارانی که دروغ می گویند

مصاحبه گر با تجربه می تواند تفاوت های ظریف، ناهماهنگی های درونی یا نشانه های غیر عادی مشکوک را شناسایی کند. در اختلال ساختگی بیمار به منظور اتخاذ نقش بیمار و نه کسب نفع بیرونی آشکار دروغ می گوید. بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی نظیر اختلال تبدیلی یا اختلال درد، از مبنای هیجانی شکایات جسمی خود آگاه نیستند. آنها به زعم خودشان واقعیتی روانی را بیان می کنند و بدنبال فریب مصاحبه کننده نیستند.

13. بیمارانی که همکاری نمی کنند

مانند عدم رعایت وقت، امتناع از صحبت کردن یا جدی نگرفتن جلسه، عدم پرداخت حق الزحمه. بیماری که مدتی تحت درمانی معنادار قرار گرفته و بعد عدم همکاری از خود نشان می دهد پیام قدرتمندی برای روانشناس می فرستد که معنای آن باید بررسی شود (مانند مقاومت یا رنجیده خاطر شدن از موضوعی و ...).

14. بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و پیشینه

از چند نظر باید این بیماران را مورد توجه قرار داد: 1. فهم معنا و اصالت علائم با توجه به قومیت و فرهنگ 2. مفهوم واژگان مورد استفاده هر دو طرف و در صورت لزوم استفاده از مترجم زبده 3. مشکلات در برقراری تفاهم.

گوش دادن همدلانه

همدلی: یعنی فرد بتواند خود را در جایگاه طرف مقابل قرار دهد. مانند: «میدانم چه احساسی دارید و من هم همان احساس را دارم».

همدردی: مانند «می دانم چه احساسی دارید اما من عین همین احساس را ندارم».

به نظر می رسد ناتوانی برای درک طبیعی احساسات دیگران، ویژگی محوری برخی اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت خود شیفته و ضداجتماعی باشد.

فصل هفتم

سنجش هوش

تاریخچه آزمون گیری

1- دهه 1930 تا اواسط دهه 1960: آزمون ها در حکم روش سحر آمیزی برای کشف «حقیقت» هوش و شخصیت بودند.

2- از اواخر دهه 1960 تا دهه 1970: نقش آزمون به عنوان یک هدف آموزشی و حرفه ای در روانشناسی بالینی کمرنگ شد. دلایل افت آزمون گیری در این برهه:

1. انتقادهای وارد شده به روایی و پایایی آزمونهای روانی؛

2. پی بردن به سوگیری های مختلف بر آزمون ها؛

3. روشن شدن این نکته که آزمون ها به ویژه آزمون های هوش می توانند به ضرر اقلیت ها تمام شوند؛

4. ترس از نقض حریم خصوصی پاسخ دهندگان؛

5. خطر سوء استفاده و تفسیر نادرست آزمون ها.

3- در سال های اخیر، آزمون گیری سیر صعودی داشته و هم اکنون جزء ثابت اکثر آموزش ها و فعالیت های حرفه ای روانشناسان بالینی است. به دو علت:

1. ابداع و ساخت آزمون های جدید و بهتر؛

2. نظام های تحصیلی و بهداشتی امروزی که استفاده از آزمون های روانی را می طلبد.

دو تحول تاریخی مهم در نیمه دوم قرن نوزدهم تأثیر چشمگیری بر ظهور نهایی ابزارهای اندازه گیری هوش گذاشتند: 1. اجباری شدن تحصیل در آمریکا و دیگر کشورها 2. دانشمندان روانشناسی معتقد بودند و ثابت کردند که توانایی های ذهنی قابل اندازه گیری هستند.

تعریف آزمون: آزمون وسیله ای است عینی و استاندارد شده که برای اندازه گیری نمونه ای از رفتار یا خصایص آدمی به کار می رود. عینی یعنی قضاوت و نظر شخصی آزمون گیر، در آنها بی تأثیر است. استاندارد یعنی دارای روایی و پایایی اثبات شده و دارای نرم و هنجار است که نمره های خام بر اساس آنها تعبیر و تفسیر می شوند.

انواع آزمونها:

1. آزمونهای عینی (Objective) در برابر آزمونهای فرافکن (Projective) (این تقسیم بندی فقط در مورد آزمونهای شخصیت مصداق دارد)؛

2. آزمونهای عملی در برابر آزمونهای کلامی (تقسیم بندی از نظر نوع ماده مورد اندازه گیری)؛

3. آزمونهای فردی در برابر آزمونهای گروهی (تقسیم بندی از نظر روش اجرا)؛

4. آزمونهای سرعت در برابر آزمونهای قدرت؛
5. تقسیم بندی از نظر موضوع و محتوا شامل: آزمونهای هوش، آزمونهای شخصیت، آزمونهای استعدادها، خاص، آزمونهای رغبت، آزمونهای نگرش، آزمونهای پیشرفت تحصیلی و
- در کل می توانیم آزمون ها را در سه دسته کلی طبقه بندی کنیم:
- 1- آزمون های سنجش توانایی عقلانی یا شناختی، 2- آزمون های سنجش نگرش ها، علایق، سلیق و ارزش ها، 3- آزمون های سنجش خصوصیات شخصیتی.

تفاوت روانشناسان و روان سنجها در آزمون گیری:

روان سنج ها آزمون راصرفاً برای به دست آوردن داده ها به کار می برند و اغلب چنین تلقی می شود که نقش آنها به امور دفتری و جنبه های فنی روان آزمایی تأکید دارد. رویکرد روان سنجها در آزمون گیری در درجه نخست به گردآوری داده ها معطوف است و نتیجه نهایی کار آنان اغلب به مجموعه ای از توصیف صفات و توانایی آزمودنی ها منتهی می شود. این توصیف ها معمولاً با بافت کلی شخص بی ارتباطند و مشکل یگانه ای را که شخص ممکن است با آن روبرو باشد را نشان نمی دهند. برعکس در سنجش روانی سعی بر آن است که فرد در یک موقعیت مشکل ارزیابی شود به گونه ای که اطلاعات بدست آمده از سنجش به نحوی به حل مشکل کمک کند. آزمونها تنها یکی از روش های گرد آوری داده هاست و با بدست آوردن نمره های آزمونها کار پایان نمی پذیرد. بلکه این داده هاصرفاً وسیله ای برای ساختن فرضیه ها است. در واقع کانون اصلی توجه سنجش روانی، حل مسأله و تصمیم گیری است.

بیشترین فایده سنجش روانی در این است که برای شناخت و ارزشیابی شخصیت به ویژه مسائل زندگی به کار بسته شود.

امروزه روانشناسان نسبت به گذشته کمتر به کار آزمون گیری علاقه نشان می دهند. از جمله دلایل این امر گسترش نقش روانشناسان به حوزه های جدیدتر است.

پایایی (ثبات) reliability

تعریف پایایی:

پایایی آزمون های روانی نشانگر ثبات پاسخ افراد به محرک های مندرج در آزمون است.

انواع روش های ارزیابی پایایی:

1. هماهنگی درونی (همسانی درونی): (internal consistency) آیا مواد آزمون با هم مشابهند و همه یک چیز را می سنجند؟ سنجش با آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون انجام می شود. (محاسبه معدل تمام همبستگی های دو نیمه ای یک آزمون).
2. دو نیمه سازی: (split - half) آیا دو بخش مقیاس با هم رابطه دارند؟ (همولاً به صورت دو نیمه کردن با استفاده از سؤالات زوج و فرد). سنجش با ضریب همبستگی پیرسون انجام می شود.

3. تهیه فرم های همتا (صورت های هم ارز یا موازی): (equivalent forms) آیا این فرمها با هم همبستگی دارند؟ چقدر؟ سنجش با ضریب همبستگی پیرسون انجام می شود. این پایایی بیشتر برای جلوگیری از اثر مرور ذهنی و تمرین انجام می شود. مشکلاتی که بررسی این نوع پایایی دارد عبارتند از: هزینه و زمان زیادی می خواهد و ممکن است فرم ها همتا نباشند. در این موارد از روش دو نیمه سازی استفاده می شود.

4. پایایی آزمون - باز آزمون: (test - retest) یعنی همسانی نمرات یا تشخیص ها در طول زمان. یعنی پاسخ های آزمودنی به محرک های مندرج در چند نوبت اجرای آزمون چقدر به هم شباهت دارند. نقاط ضعف این روش این است که در برخی موارد، مراجعان پاسخ های خود در نوبت اول آزمون گیری را به یاد می آورند. گاهی نیز نوعی «آشنایی با آزمون» پیدا کنند که روی نمرات آنها در نوبت دوم آزمون گیری تأثیر می گذارد. گاهی نیز مراجعان بین دو نوبت آزمون گیری، مرور ذهنی و تمرین می کنند. سنجش با ضریب همبستگی پیرسون و همبستگی درون طبقه ای انجام می شود.

نکته: وقتی فاصله زمانی آزمون - باز آزمون کوتاه است (مثلاً چند ساعت یا چند روز) توقع داریم که پایایی آزمون - باز آزمون خیلی بالا باشد و برعکس.

سطح پایایی آزمون - باز آزمون را باید بر مبنای ماهیت متغیر مورد نظر (این یک حالت یا سندرم موقتی است یا یک صفت شخصیتی قدیمی) و فاصله زمانی بین دو نوبت آزمون تفسیر کرد. وقتی پایایی آزمون - باز آزمون کم است عوامل زیادی می توانند به عنوان علت مطرح شوند مثل تمایل آزمودنی به گزارش نشانه های کمتر در باز آزمون، خستگی و کسل بودن فرد در هنگام آزمون مجدد یا تأثیرات نوسان خلق بر گزارش نشانه ها. مقیاس ها، بدون روایی و اعتبار قابل استفاده و اسناد نیستند. شرط تعمیم مقیاس، تعمیم اعتبار و پایایی آن است.

یک آزمون بدون پایایی (همسانی یا ثبات) نمی تواند روایی داشته باشد. اما ممکن است یک آزمون دارای پایایی، روایی لازم را نداشته باشد (مثل اندازه گیری وزن افراد به منظور تعیین میزان هوش آنها؛ این اندازه گیری پایایی دارد اما ابزار معتبری برای اندازه گیری هوش نیست).

به طور آرمانی، متخصصان بالینی در مورد آزمون هایی که برای تصمیم گیری درباره افراد به کار می برند (کاربرد بالینی و درمانی) باید انتظار همبستگی های 90% یا بالاتر را داشته باشند در حالی که همبستگی های 70% و یا بیشتر معمولاً برای مقاصد پژوهشی کفایت می کند. همبستگی 94% به بالا شک بر انگیز است. شاید این مقدار همبستگی نشان دهنده عدم استقلال عوامل (فاکتورها) است.

آزمون های هوش و استعداد در مقایسه با آزمون های شخصیت از پایایی بیشتری برخوردارند. چون هوش و استعداد تغییر پذیری کمتری دارند اما خصایص شخصیتی انسان بیشتر با خلق و ویژگی های عاطفی رابطه دارند. بنابراین از عواملی مثل اضطراب به شدت تأثیر می پذیرند.

آزمونهای طولانی تر که تعداد پرسش ها یا ماده های بیشتری دارند در شرایط یکسان در مقایسه با آزمون های کوتاه تر از پایایی بیشتری برخوردارند.

آزمون های باز پاسخ در مقایسه یا آزمون های بسته پاسخ پایایی بیشتری دارند. علت این امر پاسخ تصادفی بیشتر در بسته پاسخ ها است.

پایایی بازآزمایی را در مورد آزمون هایی می توان به کار بست که برای سنجش خصایصی به کار می روند که بر اثر گذشت زمان یا تغییر شرایط کمتر دچار نوسان می شوند. همچنین در مواردی که آزمون برای پیش بینی به کار می رود می توان این نوع پایایی را مورد ارزیابی قرار داد.

روش دو نیمه سازی برای خصایصی خوب است که نوسان زیادی دارند. پایایی بین ارزیاب ها (بین نمره گذاران) بخصوص در مورد آزمون های فرافکن و آزمون هایی که تفسیر و قضاوت بالینی را می طلبد خوب است.

مناسب ترین روش برآورد پایایی آزمون کدام است؟ این امر به ماهیت متغیر مورد اندازه گیری و همچنین هدفی که آزمون برای آن به کار می رود بستگی دارد.

روایی (اعتبار) validity

تعریف روایی: روایی یک فن سنجشی (مثلاً یک آزمون یا یک مصاحبه) بدین معنی است که آن فن سنجشی مورد نظر، تا چه اندازه چیزی را اندازه می گیرد که قرار است اندازه بگیرد.

انواع روش های ارزیابی روایی:

1. **روایی صوری: (formal validity)** مواد از نظر فرم و ظاهر همان چیزی را که می گویند می سنجند.
2. **روایی محتوا: (content validity)** آیا ماده های آزمون تمامی جنبه های متغیر یا سازه مورد نظر را می سنجد؟ مثلاً تست افسردگی باید جنبه های شناختی و هیجانی و فیزیولوژیک افسردگی را بسنجد.
3. **روایی پیش بینی و همزمان: (predictive validity & concurrent validity)** روایی پیش بین نشان می دهد که با نمرات آزمون تا چه حد می توان رفتار یا نمرات آزمودنی را در آینده پیش بینی کرد (و چقدر این دو همبستگی دارند). مثلاً: پیش بینی موفقیت تحصیلی در دو سال آینده از روی نمرات هوش فرد.
- روایی همزمان میزان ارتباط نمرات فعلی آزمون را با یک ملاک همزمان (مثل قضاوت معلمان در مورد موفقیت تحصیلی یا رابطه بین هوش هیجانی و روابط بین فردی) نشان می دهد.
- روایی پیش بین و همزمان را در کل روایی ملاکی (criterion – rated validity) می گویند زیرا در این نوع روایی، اعتبار یک ابزار با یک وسیله بیرونی سنجیده می شود.
4. **روایی همگرا و روایی واگرا: (convergent validity & divergent validity)** روایی واگرا یعنی اینکه آیا این مقیاس قادر است تا با آزمون ها و علائمی که عکس آن هستند رابطه برقرار کند. روایی همگرا یعنی اینکه آیا نتایج این آزمون با نتایج آزمون هایی که در همان حیطه هستند مشابه است؟
5. **روایی افتراقی: (discriminant validity)** آیا این آزمون می تواند افراد را بر حسب وجود یا عدم وجود نشانه ها از هم متمایز کند؟

6. **روایی سازه: (construct validity)** آیا آزمون حقیقتاً واجد متغیرها یا سازه های زیربط است و آنها را به درستی ارزیابی می کند. یعنی نمرات آزمون با دیگر ابزارهای اندازه گیری یا رفتارها رابطه منطقی و نظری داشته باشد. این نوع روایی از بقیه انواع روایی پیچیده تر و قوی تر است. اثبات این روایی مستلزم اثبات روایی همگرا و افتراقی است.

7. **روایی افزایشی: (incremental validity)** برای اینکه آزمونی مفید و کارآمد باشد، باید بتواند نتایجی دقیق که برتر و فراتر از نتایجی است که می توان آسانتر و با هزینه کمتر به دست آورد. اگر دقت توصیف های بالینی با آنچه که از اطلاعات اساسی مانند شرح حال درمانجو و پرسش ارجاعی به دست می آید یکسان باشد، در این صورت نیازی به آزمون های روانی نخواهد بود. روایی افزایشی به توانایی آزمون در فراهم کردن اطلاعاتی فراتر از آنچه که قبلاً شناخته شده است اطلاق می شود.

8. **روایی مفهومی: (conceptual validity)**

روایی مفهومی، توانایی متخصص بالینی در ساختن فرضیه ها، آزمون فرضیه ها و ترکیب داده های حاصل از آزمون فرضیه ها برای ترسیم تصویری یکپارچه و جامع از آزمودنی است. برعکس روش های سنتی (محتوایی، ملاکی و غیره) که در وهله نخست به ارزشیابی ساخت های نظری خود آزمون ها توجه دارند، روایی مفهومی به افراد با توجه به تاریخچه زندگی و رفتارهای یگانه آنان معطوف است.

آزمایش کننده برای تعیین روایی مفهومی معمولاً کار را با افرادی آغاز می کنند که هیچ سازه ای برایشان تدوین نشده است. مرحله دوم شامل مشاهده، جمع آوری داده ها و ساختن تعداد زیادی از فرضیه هاست. اگر این فرضیه ها به وسیله روندهای همسان در داده های آزمون، مشاهده رفتار، شرح حال و سایر منابع داده ها تأیید شوند، در این صورت فرضیه های مذکور به عنوان معرف سازه های روا در مورد شخص تلقی می شوند. فرد در موقعیت خاص خود در مرکز توجه است، و داده ها از منابع گوناگونی بدست می آیند. روایی مفهومی سازه ها بر منطق و همسانی درونی داده ها مبتنی است. برخلاف روایی سازه که با سازه های از پیش تعیین شده آغاز می شود، روایی مفهومی، سازه ها را به عنوان نتایج نهایی به بار می آرد.

باید توجه داشت که تعیین کننده ترین مسأله در ساخت آزمون، روایی آن است. بررسی و اثبات روایی آزمون بسیار دشوار است. دلیل این امر در درجه نخست آن است که متغیرهای روانی، معمولاً مفاهیمی انتزاعی (مانند هوش، شخصیت، اضطراب و...) هستند.

نکته: انتظارات آزمون گیرنده از توانایی های شخص آزمون دهنده می تواند در نتیجه آزمون اثر بگذارد که به آن پیش گویی خود کامبخش می گویند.

سنجش هوش

گفته شده است که در سنجش روانی سعی روانشناس بالینی بر آن است تا فردی که با مشکلی مواجه شده است، ارزشیابی شود، به گونه ای که اطلاعات به دست آمده از سنجش به نحوی به حل مشکل کمک کند. بر این اساس لازم است براساس مصاحبه و اجرای آزمونهای مختلف، تنوعی از اطلاعات بدست آید و یکی از این

داده ها، وضعیت هوشی مراجع می‌باشد. از طریق آزمونهای هوشی می‌توانیم سطح کلی هوشی بیمار را بدست آوریم، منبع اطلاعاتی خوبی در مورد سطح کنونی کارکرد فرد بدست آوریم، امکان پیش بینی وضعیت تحصیلی مراجع را داشته باشیم و در عین حال بتوانیم رفتار مراجع را از نزدیک مشاهده کنیم و استنباطهایی در مورد سبک برخورد وی با مسائل و نیز برداشتی مقدماتی در خصوص ویژگیهای شخصیتی اش داشته باشیم. مفهوم سازی روشن هوش دارای اهمیت عملی است و به متخصصان بالینی امکان می‌دهد که پیچیدگی آنچه را که می‌خواهند اندازه بگیرند کاملاً درک کنند. این درک باید به آنان مجال دهد که به دقت تخمین بزنند کدام جنبه‌های هوش مراجع را اندازه‌گیری کرده و کدامها را اندازه‌گیری نکرده‌اند. همچنین باید به آنان کمک کند که مزایا و محدودیتهای آزمونهای خاص مورد استفاده خود را از راه مقایسه ماده‌های آزمونها با ماهیت نظری هوش ارزشیابی کنند. به عنوان مثال، یک آزمون هوش که تواناییهای کلامی را مورد تاکید قرار می‌دهد ممکن است دارای محدودیت باشد، زیرا در حوزه‌هایی مانند مسئله گشایی (حل مساله) غیرکلامی و یا سازگار شدن با موقعیتهای جدید اطلاعاتی به ما نمی‌دهد (گراث، مارنات، 1375).

تعریف هوش

کوششهایی که برای تدوین یک تعریف دقیق از هوش به عمل آمده است همواره با مشکل و مناقشه مواجه شده است. این امر عمدتاً بدان سبب است که هوش یک مفهوم انتزاعی است و در واقع هیچ گونه پایه، محسوس، عینی و فیزیکی ندارد. پیش از تعریف هوش باید فرق توانایی، استعداد و پیشرفت را مشخص کنیم. شاندرگ (1977) می‌گوید «توانایی عبارت است از قدرت فعلی انجام امور و استعداد عبارت است از توان انجام دادن یک کار پس از آموزش دیدن. هر دو مفهوم شباهت‌هایی به مفهوم پیشرفت دارند که عبارت است از انجام کار پس از آموزش دیدن».

آزمون‌های هوش، به تعبیری آزمون‌های پیشرفت تحصیلی محسوب می‌شوند چون آموخته‌های فرد را اندازه می‌گیرند.

هوش یک برجسب کلی برای گروهی از فرایندهاست که از رفتارها و پاسخهای آشکار افراد استنباط می‌شود. تعریفی از هوش وجود ندارد که مورد قبول همگان باشد. اما تعاریفی که در سالهای اخیر ارائه شده‌اند در یکی از سه طبقه زیر جای دارند:

1. تعاریفی که بر سازگاری، یا انطباق با محیط تاکید دارند، منظور قابلیت انطباق با وضعیت‌های جدید یا ظرفیت برخورد با وضعیتهای مختلف است.

2. تعاریفی که بر توانایی یادگیری تاکید دارند، منظور یادگیری موضوعات مختلف است.

3. تعاریفی که بر تفکر انتزاعی تاکید دارند، یعنی توانایی استفاده از مفاهیم مختلف، نمادهای کلامی و عددی.

4. هوش به عنوان توان درک رابطه: هر چه رابطه پنهان تر باشد درک ارتباط بین آنها به هوش بیشتری نیاز دارد این امر در آزمونهای هوش کتل و ریون مشهودتر است و توان درک رابطه همان عامل G است.

یکی از تعاریف هوش که خیلی زیاد مورد استفاده قرار گرفته تعریفی است که در سال 1985 توسط وکسلر مطرح شده است. او هوش را چنین تعریف کرد که «هوش عبارت است از ظرفیت کلی فرد برای انجام

هدفمندانه کارها، تفکر منطقی، و کنار آمدن موثر با محیط است». علاوه بر این او تأکید می‌کند که هوش کلی را نمی‌توان با توانایی هوشمندانه معادل دانست بلکه باید آن را به طور کلی به عنوان جلوه‌های آشکار شخصیت تلقی کرد، بدینسان از نظر وکسلر، هوش می‌تواند اجتماعی، عملی، یا انتزاعی باشد، اما نمی‌توان آن را مستقل از جنبه‌های غیرذهنی کارکردی، مانند پشتکار، علایق یا نیاز به پیشرفت اندازه‌گیری کرد و یا حتی در نظر گرفت (گراث، مارنات، 1375).

نظریه های هوش:

1- نظریه های روان سنجی

رویکرد روان سنجی بر این فرضیه مبتنی است که هوش یک سازه یا صفت است که در آن تفاوت‌های فردی وجود دارد و این تفاوتها قابل اندازه گیری و کمی شدن است.

رویکردهای تحلیل عاملی: تحلیل عوامل به مجموعه فعالیت‌های آماری گفته می‌شود که به کمک آنها می‌توان سئوالات متعدد و پراکنده یک آزمون را به دسته‌ها یا خوشه‌های همبسته به یکدیگر تقسیم نمود تا مقایسه و قضاوت درباره آنها ساده‌تر گردد. برای این منظور در آغاز، سئوالی را که بهترین شاخص یکی از عامل‌های احتمالی است انتخاب می‌کنند و سپس همبستگی سایر سئوالات را با آن محاسبه می‌نمایند. چنانچه برخی از سئوالات با شاخص مورد نظر همبستگی سطح بالا نشان دادند آنها را جزو یک عامل تلقی کرده و نامی مناسب برای آنها انتخاب می‌نمایند. روش تحلیل عاملی را اولین بار پیرسون در سال 1901 پیشنهاد کرد و سپس در سال 1904 اسپیرمن آن را پروراند. افراد مختلفی تاکنون در این زمینه به شهرت رسیده‌اند که از آن جمله به ترستون، گیلفورد، ورنون و کتل می‌توان اشاره کرد. نکته قابل توجه این است که شیوه تحلیل عوامل به فاکتورهای نهفته در هوش بیشتر از صفات یا خصوصیات ظاهری آن توجه دارد. به عبارت دیگر این روش عواملی را در هوش کشف و برجسته می‌سازد که بدون تجزیه و تحلیل‌های آماری نمی‌توان به آنها دست یافت.

نظریه دو عاملی اسپیرمن

در سال 1904 چارلز اسپیرمن، (چارلز اسپیرمن به پدر تحلیل عاملی مشهور است). روانشناس انگلیسی، نظریه دو عاملی خود را تحت عنوان نظریه عامل عمومی منتشر نمود و اعلام کرد، رفتارهایی که به عنوان رفتارهایی هوشی به حساب می‌آوریم، یک عامل مشترک دارند. او این عامل را g یا هوش کلی نامید. عامل g بیانگر توانایی ذهن برای انجام دادن کارهای ذهنی و حل مسائل است. اسپیرمن، برای دفاع از نظریه خود اعلام کرد اشخاص با استعداد در یک زمینه، معمولاً در زمینه‌های دیگر نیز استعداد دارند. اسپیرمن اعلام کرد که حتی افراد با استعداد، در برخی زمینه‌های خاص توانایی‌های ویژه نشان می‌دهند، مثلاً در موسیقی، ریاضی یا شعر. در نتیجه اسپیرمن اعلام کرد، یک عامل اختصاصی (s) نیز وجود دارد که معرف استعدادهای خاص است. اسپیرمن برای بررسی نظریه‌ی خود، یک روش آماری، به نام تحلیل عاملی، فراهم کرد و به همین خاطر او را پدر تحلیل عاملی می‌نامند. امروزه کسانی که در میسر فکری اسپیرمن قرار دارند در ساخت آزمون هوشی به

سلسله مراتب معتقدند. این افراد به یک عامل کلی، عواملی گروهی (کلامی، تجسم فضایی، عددی، حافظه) و عوامل اختصاصی مخصوص هر فعالیت اشاره می‌کنند.

نظریه چندعاملی ترستون

لوئیز ترستون، روانشناس آمریکایی، تحلیل عاملی را در آزمونهای مختلف استعداد به کار برد. ترستون نظریه‌ای را تدوین کرد که به گونه افراطی از اسپیرمن فاصله گرفت. زیرا به وجود عامل مشترک و یکپارچه کننده g اعتقاد نداشت. بلکه بر این باور بود که هوش از تواناییهای خاص و مشترک و جداگانه تشکیل شده است. این نظریه از طریق تحلیل عاملی تکالیف مختلف تدوین یافت و ترستون از این راه کوشش کرد که مهارتهای متفاوتی را که لازمه عملکرد این تکالیف است تفکیک و تعریف کند. بررسی‌های تحلیل عاملی او نشان داد که هوش از عناصر زیر تشکیل شده است. ترستون این عناصر را توانای‌های ذهنی اولیه ($primary$ mental ability) نامید:

1. سرعت ادراک (سرعت ادراک جزئیات دیداری) (p): درک تشابهات و مغایرتهای تصاویر و پدیده‌ها.
 2. توانایی عددی (ارقام) (درک اعداد و توان کاربردهای آنها (N): این عامل در فعالیتهایی که با عدد سر و کار دارد فعال می‌شود.
 3. روانی کلامی (سیالی واژگان) (w): سرعت به خاطر آوردن کلمات و بیان آنها در مدت زمان کوتاه، روانی کلامی نامیده می‌شود سرعت و کیفیت بیان کلمات بدون تکرار آنها در اینجا ملاک قضاوت واقع می‌شود.
 4. درک کلامی (معنی کلام) (V): منظور از درک کلامی توان درک معنای متون خواندنی، تمثیل‌های کلامی، تنظیم جملات درهم ریخته شده، استدلال کلامی و هم‌تاسازی ضرب المثل‌ها است.
 5. توانایی ادراک فضایی (درک فضایی) (S): به معنای ادراک روابط فضایی، هندسی اشیا و تجسم جابجایی آنهاست.
 6. حافظه تداعی (M): به صورت بازگو کردن جملات شنیده شده یا زوجهای تداعی.
 7. استدلال (R): استدلال ممکن است به طور استقرا یا قیاس انجام شود درک معماها، حل کردن قضایا جزو عامل استدلال طبقه بندی می‌شود.
- در مفهوم سازیهای جدید از عاملهای خاص هوشی توسط گاردنر به سال 1983 در مقایسه با سایر نظریه‌ها، هوش به حیطة وسیعتری گسترش یافته است.

نظریه ورنون (الگوی سلسله مراتبی)

سالهای زیادی، مساله عمده در مفهوم سازی هوش این بود که آیا هوش همان عامل منحصر به فرد یکپارچه و کلی g اسپیرمن است یا از نظریه چندعاملی ترستون پیروی می‌کند (اصطلاح یکپارچه در برابر چندگانه) ورنون به سال 1950 موضع بنیابین را انتخاب کرد و اظهار داشت هوش کلی و یکپارچه است اما در عین حال تعدادی از تواناییهای خاص کوچک و بزرگ تشکیل شده است. الگوی وی اساساً سلسله مراتبی را با

وجودمی آورد که در راس عامل g قرار دارد و نشانگر آن است تمامی تواناییهای سطوح پایین را یکپارچه می کند سطح بعدی شامل تواناییهای کلامی - آموزشی، و فضایی مکانیکی است. بخش های فرعی کوچکتر در سطوح پایین تر و به تواناییهای مجزا و اخص اطلاق می شوند که از جمله اند روانی کلامی، استدلال عددی، و خلاقیت. بلاها و والبراون در سال 1984 نشان داده اند که در مقیاسهای وکسلر کودکان و مقیاسهای تجدید نظر شده آن تواناییها به گونه ای تنظیم شده اند که می توان آنها را براساس الگوی ورنون طبقه بندی کرد.

نظریه گیلفورد (مدل ساختار عقل) (structure of the intellect model)

الگوی ساخت هوش، که در سال 1959 به وسیله گیلفورد پیشنهاد شده است، تعداد عوامل تشکیل دهنده استعداد های ذهنی را به طور کاملاً زیاد افزایش می دهد. گیلفورد از یک تحلیل عاملی و استدلال منطقی استفاده کرد تا به این نتیجه برسد که عملکرد ذهن از 120 عامل یعنی $(5 \times 4 \times 6)$ تعامل ممکن، تشکیل می شود. هر یک از 120 عامل، از سه عنصر (تعامل مؤلفه های سه عنصر) تشکیل می شود:

1. **عملیات:** انواع پردازشهای شناختی (ارزیابی، تولید همگرا، تولید واگرا، حافظه و شناخت)؛
2. **محتویات:** نوع اطلاعات پردازش شده (تصویری، رمزی، معنایی و رفتاری)؛

تولیدات: اشکالی که اطلاعات به خود می گیرند (واحد ها، طبقات، روابط، نظامها، تبدیله ها و تلویحات).

مثال: درک کلامی = شناخت واحد های معنایی

عملیات تولیدات محتوا

گیلفورد، در نوشته های جدید، الگوی خود را به 150 عامل افزایش داده است. به نظر می رسد دشواری دیدگاه گیلفورد در این است که هر اندازه تعداد عاملها افزایش می یابد، همپوشی مواد لازم برای اندازه گیری آنها نیز به همان اندازه زیادتر می شود؛ یعنی، عاملها استقلال خود را از دست می دهند.

از بین مفاهیم پیشنهادی گیلفورد دو اصطلاح تفکر همگر و تفکر واگرا بیشتر از همه مورد تأیید روانشناسان واقع شده اند. تفکر همگرا را وقتی به کار می بریم که می خواهیم راه حل مسأله ای که توجه ما را به خود جلب کرده است پیدا کنیم، مثلاً موقعی که می خواهیم مسائل هندسه یا حساب را حل کنیم. تفکر واگرا برعکس وقتی فعال می شود که فرد می خواهد به خلاقیت پردازد، مثلاً هنگامی که یک نقاش قصد دارد به گونه تخیلی موضوعی را ابداع کرده و به کمک ترسیم به تجسم آن نائل آید. در این حالت چهار وجه مهم و متمایز خلاقیت یعنی نوآوری، انعطاف پذیری، بسط، و سیالی وارد عمل می شوند و به پیدایش پدیده ای نو منجر می گردند.

انتقادی که به کار گیلفورد مطرح شده است اینست که گفته اند کار او بیشتر یک طبقه بندی از هوش است تا ارائه یک نظریه هوش.

نظریه هوش چندگانه گاردنر (theory of multiple intelligences)

این نظریه را گاردنر را مطرح کرده است. او می گوید قابلیت عقلی انسان مجموعه ای از مهارت های حل مسأله است که او را قادر می سازند مسائل یا مشکلاتش را حل کند. گاردنر 6 نوع هوش را نام می برد. 1. زبان شناختی 2. موسیقایی 3. منطقی - ریاضی 4. فضایی 5. بدنی - حرکتی 6. شخصی. منظور از هوش شخصی این است که فرد بر زندگی احساسی خود اشراف داشته باشد و از توانایی توجه به دیگران و تمایز گذاشتن بین آنها برخوردار باشد. انتقاد مهم وارد بر نظریه گاردنر این است که برخی از هوش های مورد نظر او بیشتر حکم قریحه را دارند تا هوش.

2- نظریه های عصبی - روانشناختی

در این رویکرد مطرح می شود که یک زمینه عصبی وجود دارد که در نهایت هوش به آن وابسته است. نظریه هوش زیستی

هالستید (1961) نظریه هوش زیستی را مطرح کرده است. بنا به نظر او تعدادی از کارکردهای مغز که به هوش مربوطند به طور نسبی از ملاحظات فرهنگی مستقلند و پایه زیستی دارند و در همه افراد به کارکردهای مغزی مربوطند. این چهار عامل عبارتند از: 1. یکپارچگی مرکزی 2. انتزاع 3. قدرت 4. جهت یابی.

نظریه های کنترل و هب

کنترل بر محوریت عامل G تاکید می کرد درعین حال وی فهرستی آزمایشی از 17 توانایی اولیه هم ارائه دارد. کنترل به دو عامل درجه دوم هم اشاره کرد که ظاهراً در حکم تقسیم عامل G اسپیرمن به دو مولفه بود. این دو عامل عبارت بودند از استعداد سیال (ظرفیت شناختی ژنتیکی شخص) و استعداد متبلور (ظرفیتهایی که توسط یک آزمون استاندارد هوش اندازه گیری می شوند و یا ظرفیتهایی که می توان آنها را به یادگیری های فرهنگی نسبت داد).

مفهوم سازی کنترل از هوش سیال (fluid ability) و هوش متبلور (crystallized ability) و مفهوم هب از هوش A و هوش B به اندازه کافی به یکدیگر شباهت دارند. لذا با هم مورد بحث قرار می گیرند. کنترل و هب هر دو وجود حوزه های معینی از هوش را تاکید کرده اند که به طور مستقیم به کارکرد مغز وابسته اند هب آن را هوش A می نامند و تاکید می کند که مادرزادی و زیستی است، و مستلزم داشتن نظام عصبی سالم است، به تواناییهای مساله گشایی مربوط است و با آزمونهای هوشی قابل اندازه گیری نیست. علاوه بر جنبه های سیال و مبتنی بر پایه های زیستی، کنترل و هب به ابعاد دیگری از هوش که بیشتر از محیط تاثیر می پذیرد و جهت گیری محتوایی دارد اشاره می کنند. هب آن را هوش B می نامد و نشان می دهد که بر تجربه استوار است و می تواند در گستره اطلاعاتی که شخص اندوخته است انعکاس پیدا کند. این بعد هوش است که بیشتر آزمونهای هوش آن را اندازه می گیرند.

کنترل نیز مانند متقدمان خود کوشیده است عوامل موجود در دو نوع هوشی را که بازشناخته است استخراج نماید. او به تعدادی عامل جدید اشاره می کند که مهمترین آنها را به شرح زیر می توانیم ارائه کنیم.

MS: فراخوانی حافظه

Ma: حافظه تداعی (کلمات زوج که یادآوری یکی دیگری را به یاد می‌آورد)
 Mm: حافظه معنایی: از آنجا که همبستگی بین این سه نوع حافظه بسیار کم است (35%) کتل چنین نتیجه می‌گیرد که آنها را یکدیگر متمایزند.
 A: هدفگیری، یعنی توان هماهنگ کردن چشم و دست در سرعت های بالا.
 Asd: سرعت تشخیص نمادها.
 MK: توانایی مکانیکی.
 CF: توانایی نادیده گرفتن محرک های نامربوط در یک تکلیف.
 E: قضاوت زیباشناختی.

کتل نیز کوشیده است برای سنجش هوش سیال آزمون هایی ابداع کند. او سه آزمون در این زمینه به وجود آورده است که مقاطع سنی 4 تا 8 سالگی، 8 تا 12 سالگی و 13 سال به بالا را مورد سنجش قرار می دهند.

3- نظریه های رشدی

در این رویکرد به جای تفاوت های فردی کمی شده تأکید بر شیوه پاسخ دادن است. کیفیت پاسخ ها و دلایل پاسخ ها مطرح است. مثل نظریه های پیاژه و برونر.
 توجه به فرایند کارکرد هوش به جای کمیت بازده آن پدیده ای است نو که در دهه های اخیر با گسترش نظریه شناختی وارد حوزه روان سنجی شده است. در این نظریه ها به اندازه گیری تفاوت های فردی، مانند اکثر آزمون های متعارف هوش، توجه نمی شود بلکه بیشترین اهمیت به شیوه ای داده می شود که آزمودنی ها برای ارائه پاسخ در پیش می گیرند. معلم ریاضی که به هنگام ارزیابی فقط جواب درست را مدنظر دارد و به آن نمره می دهد نتیجه کارکرد را در نظر گرفته است و معلم ریاضی که اتخاذ راه حل را مهمتر از درستی یا نادرستی جواب ها تلقی می کند فرایند کارکرد را در نظر می گیرد. از نظریه های فرایند مداری هوش می توان به نظریه های پیاژه و برونر اشاره کرد.

نظریه شناختی پیاژه در مورد هوش

پیاژه نشان داده است که در طول تحول، طرز عمل یا وظایف بزرگ ساختمان روانی ثابت می ماند و این کنش های تغییرناپذیر در مقابل دو نوع از کلی ترین کنش های زیستی، یعنی کنش «سازش» و کنش «سازمان» قرار می گیرند. سازش ذهنی مانند هر سازش دیگر عبارت است از ایجاد تعادل تدریجی بین «درون سازی» یا ادخال معلومات و خصوصیات ناشی از محیط در «روان بنه» و «برونسازی» یا تغییر دادن «روان بنه» ها به منظور سازش یافتن با یک موقعیت جدید. بدیهی است کنش سازمان که در حقیقت معرف رابطه اجزاء با کل است از کنش سازش جدایی ناپذیر است، چه هر دو مکمل یکدیگرند و یک کلیت را تشکیل می دهند. اما ساخت های ذهنی تغییر می یابند و در وادی عملیات عقلی می توان از یک سو ساخت های فکر را از نخستین مراحل به تدریج که تشکیل می یابند بررسی کرد و از سوی دیگر ناظر به انجام رسیدن این ساخت ها یعنی پله های تعادلی که در طول تحول هوش به وجود می آیند بود.

توجه پیاژه به درست یا غلط بودن پاسخ ها نبود بلکه توجهش به علت درست یا غلط بودن پاسخ ها بود. پیاژه خیلی زود دریافت که الگوهای معینی از پاسخ ها مشخص کننده گروههای مختلف سنی است. او به این نتیجه رسید که در تفکر اشخاص در سنین مختلف تفاوتهای کیفی وجود دارد.

پیاژه (1950) هوش را شکل خاصی از سازگاری (adaptation) بین شخص و محیطش می دانست. او اعتقاد داشت که آدمها رشد می کنند ساختهایشان تغییر می کند و این تغییر از طریق درونسازی و برونسازی بوجود می آید. پیاژه تأکید کرده است که درون سازی و برون سازی، مستقل از سن و در همه گروههای سنی رخ می دهد.

دوره ها و مراحل شناختی پیاژه: در نظریه پیاژه تحول ذهنی طی سه دوره به همراه مراحل هر دوره مطرح می شود. دوره دوم به دو نیمدوره تقسیم شده است، در حالی که در برخی منابع این نیمدوره ها را یک دوره محسوب کرده اند و بر این اساس چهار دوره را مطرح می نمایند:

دوره اول: دوره حسی - حرکتی - از تولد تا 2 سالگی

مرحله اول - از بدو تولد تا یک ماهگی؛ مرحله بازتابهای کلی.
مرحله دوم - از یک ماهگی تا چهار و نیم ماهگی؛ تشکیل نخستین عادات در طفل، پدید آیی «واکنشهای دورانی نخستین».

مرحله سوم - از 4 و نیم ماهگی تا 9 ماهگی؛ هماهنگی بین دیدن و گرفتن، یکپارمچه شدن فضاهای مختلف، پدیدآیی واکنش های دورانی ثانوی.

مرحله چهارم - از 9 ماهگی تا 12 ماهگی؛ تفاوت قایل شدن بین هدف و وسیله به صورت کلی.

مرحله پنجم - از 12 ماهگی تا 18 ماهگی؛ بروز واکنش های دورانی نوع سوم، تفاوت قائل شدن بین هدف و وسیله به صورت اختصاصی تر.

مرحله ششم - از 18 ماهگی تا 24 ماهگی؛ مرحله درونی شدن و تجسمی شدن روان بنه های حسی - حرکتی.

دوره دوم: دوره تهیه و استقرار عملیات منطقی عینی - از 2 تا 11 سالگی

نیمدوره اول: از 2 سالگی تا 7 سالگی: سازش با محیط از طریق هوش پیش عملیاتی.

مرحله اول: از 2 سالگی تا 4 سالگی: مرحله هوش تصویری مستقیم یا شهودی؛ استفاده از زبان و کنش های رمزی، تقلید در غیاب الگو و به وجود آمدن تصاویر ذهنی.

مرحله دوم - از 4 سالگی تا 5-6 سالگی: مرحله شکل بندی های راکد ادارکی.

مرحله سوم - از 5 تا 6-7 سالگی؛ مرحله حذفاصل بین شکل بندی های راکد ادارکی و بروز عملیات عینی
نیمدوره دوم از 7 سالگی تا 11-12 سالگی؛ استقرار منطق عینی؛ مسأله مهم این نیمدوره تثبیت کمیت یا نگهداری ذهنی می باشد.

مرحله اول - 7 تا 9 سالگی: مرحله بروز عملیات منطقی عینی.

مرحله دوم - 9 تا 11-12 سالگی: مرحله هماهنگ شدن عملیات یا تشکیل ساخت های مجموعه ای.

دوره سوم - دوره هوش انتزاعی یا عملیات منطق صوری - از 11، 12، 13 سالگی تا 15 سالگی از 11-12 سالگی شروع و در حدود 15 سالگی به مرتبه تعادل خود می رسد؛ عملیات این دوره فرضی - استنتاجی هستند، منطق در این دوره بروز پیدا می کند، جدا شدن شکل و محتوا، به وجود آمدن عملیات ترکیبی.

4- نظریه های پردازش اطلاعات

رویکردهای اخیر در زمینه هوش، پیرو دیدگاه شناختی یا پردازش اطلاعات هستند. برخی از محققان روی سرعت پردازش و عده ای دیگر روی راهبردهای پردازش اطلاعات تمرکز کرده اند. در رویکرد پردازش اطلاعات بر کنش فرایندهای ذهنی به جای محتوا تأکید می شود. و تأکید بر یادگیری و تفکر و حل مسأله و... است. در این رویکرد ذهن مثل کامپیوتر فرض می شود. سنجش هوش بر اساس عواملی مانند گنجایش ذخیره سازی، سرعت دست یابی به محتوای خزانه حافظه، سرعت عملیات پردازشی و... صورت می گیرد. مانند نظریه سه بخشی استرنبرگ.

نظریه سه جنبه ای هوش (triarchic theory of intelligence)

استرنبرگ (1985-1991) نظریه سه جنبه ای هوش را مطرح کرده است. وی معتقد است مردم بر مبنای سه جنبه هوش عمل می کنند. مؤلفه ای، تجربه ای و بافتاری. این رویکرد تأکید بر سرعت و دقت عملکرد ندارد. در عوض بر برنامه ریزی پاسخ ها و بازبینی آنها تأکید دارد.

1. جنبه مؤلفه ای: همان تفکر تحلیلی است. مثل شخصی که امتحان دهنده خوبی است.
2. جنبه تجربه ای: با تفکر خلاق ارتباط دارد. چنین شخصی می تواند عناصر یک تجربه را تجزیه و آنها را بصیرت مندانه ترکیب کند.
3. بافتاری: کسی که با خم و چم زندگی شهری آشناست. یعنی بلد بودن شیوه بازی و دستکاری محیط در کمال موفقیت.

سودمندی ها و محدودیتهای آزمونهای هوشی

اندازه گیری هوش همواره تاریخی همراه با بدفهمی، مناقشه، و احياناً کاربرد نابجا داشته است. دامنه انتقادات از اتهام های اخلاقی برچسب زدن به افراد، تا سوگیری فرهنگی، و حتی اتهام هایی در مورد سوء استفاده آشکار از نمره های هوش را شامل بوده است. گرچه می توان انتقادهای بجایی به اندازه گیری هوش وارد کرد، اما ادامه استفاده از این روشها مزایایی نیز دارد.

سودمندی های آزمون های هوشی:

1. آزمونهای هوشی می توانند عملکرد تحصیلی کوتاه مدت را به دقت پیش بینی کنند. اگر چه اغلب برای پیش بینی های درازمدت نیز به کار بسته شده اند، اما دقت این گونه پیش بینی ها به سبب وجود متغیرهای مداخله گر و کنترل ناپذیر، کمتر است.

2. درباره قوت و ضعف شناختی شخص اطلاعات باارزشی در اختیار می گذارند.
3. از طریق تعامل های درمانجو با آزمایش کننده و مواد آزمون، می توان درباره ویژگیهای شخصیتی و سبک برخورد او با مسایل، برداشت مقدماتی به عمل آورد.

محدودیت‌های آزمونهای هوشی:

۱. در پیش بینی موفقیت شغلی و مهارتهای غیر تحصیلی مانند خلاقیت، سطح انگیزش، تیز فهمی اجتماعی، موفقیت در برخورد با مردم محدودیت دارند.
۲. استفاده از آزمون های هوشی برای طبقه بندی گروههای اقلیت نژادی زیر سؤال است، چرا که فرهنگ تأثیر قابل توجهی در نتایج بسیاری از آزمون ها دارد.
۳. توجه به نتیجه پایانی کارکرد شناختی باعث غفلت از فهمیدن فرایندهای شناختی زمینه ساز شده است.
۴. ایجاد طبقه بندی قالبی و کلیشه ای.
۵. سوگیری در جهت تأکید بر شیوه های تفکر همگرا، تحلیلی و علمی تقریباً از ویژگی های اصلی همه آزمونهای هوشی است.

مفهوم هوشبهر

هوشبهر اولیه بینه عبارت بود از تفاوت سن عقلی و سن زمانی و از این مشکل برخوردار بود که معنای آن در گروههای سنی مختلف تفاوت داشت. یک سال عقب ماندگی برای یک کودک 3 ساله به مراتب شدیدتر از یک سال عقب ماندگی برای کودک 14 ساله است. این مسأله تا اندازه ای با روش محاسبه هوشبهر ترمن به سال 1916 که از خارج قسمت سن عقلی بر سن زمانی ضربدر 100 تعیین می شود، حل شد (نسبت بهره هوشی). اگر از این فرمول استفاده شود، کودک سه ساله ای که یک سال عقب ماندگی دارد هوشبهری برابر 66 و کودک 14 ساله ای که یک سال عقب ماندگی دارد هوشبهر نسبتاً بالاتر و معادل 93 خواهد داشت. بدینسان، تجدیدنظر ترمن میزان پایین بودن سن عقلی از سن زمانی را برای گروههای سنی مختلف به گونه دقیق تری منعکس ساخت. اما چنین فرض می شد که سن عقلی در حدود 16 سالگی به حداکثر رشد خود می رسد، در این صورت تعیین هوشبهر بزرگسالان با اشکال روبرو می شد، زیرا سن زمانی بزرگسالان بیش از سن عقلی آنهاست. به علاوه، کاهش سن عقلی بر اثر پیری یا آسیب های مغزی در دوره بزرگسالی نیز به دقت قابل برآورد نبود. به همین دلیل، از هوشبهر انحرافی استفاده شد. هوشبهر انحرافی یک نمره معیار در آزمون توانایی است که می توان آن را با عملکرد دیگران در یک گروه سنی مقایسه کرد. در نتیجه بین اشخاص در گروههای سنی مختلف می توان مقایسه های با معناتری به عمل آورد (گراث - مارنات، 1375).

وکسلر مفهوم هوشبهر انحرافی (deviation intelligence Quotient) را مطرح کرد. فرض وی در این زمینه این بود که هوش در جامعه توزیع بهنجاری دارد در نتیجه در بهر هوش انحرافی، عملکرد فرد در یک آزمون بهره هوشی، با عملکرد همسن هایش مقایسه می شود. به این ترتیب یک نمره هوشی واحد، معنای واحدی خواهد داشت حتی اگر دو نفر از لحاظ سنی خیلی با هم اختلاف داشته باشند.

در فرمول ترمن هوشبهر کسانی که سن زمانی آنها با سن عقلیشان یکسان باشد برابر با 100، کسانی که سن عقلیشان بیشتر از سن زمانی شان باشد بالاتر از 100 و کسانی که سن عقلیشان کمتر از سن زمانیشان باشد پایین تر از 100 می باشد.

کسانی که در آزمون هوش وکسلر بیش از 2 انحراف معیار پایین تر از میانگین بگیرند به عنوان افراد عقب مانده ذهنی و کسانی که 2 انحراف معیار بالاتر از میانگین بگیرند به عنوان افراد سرآمد طبقه بندی می شوند.

همبسته های بهر هوشی

بین بهره هوشی با موفقیت تحصیلی رابطه شدید (حدود 0/5) رابطه وجود دارد. این رابطه آنقدر زیاد است که عده ای گفته اند آزمون های هوش، آزمونهای پیشرفت تحصیلی اند. همچنین هوش با موقعیت و موفقیت شغلی نیز رابطه زیادی دارد. در آزمون های هوش مردان در توانایی فضایی و بعد از بلوغ در اندازه گیری توانایی کمی نمرات بالاتری می آورند و زنان نیز در توانایی کلامی نمره بیشتری می گیرند.

وراثت و ثبات نمرات بهر هوشی

وراثت رفتاری (behavioral genetics) یک حوزه تحقیقاتی است که در آن تأثیر عوامل محیطی و ژنتیکی در پیدایش و تحول رفتار بررسی می شود. ترکیب ژنتیکی فرد یا ژنوتایپ فرد در بدو تولد مشخص است. هر کسی ژنوتایپ خود را از پدر و مادرش می گیرد. اما فنوتایپ به خصوصیات قابل مشاهده فرد گفته می شود و می تواند تغییر کند. هوش و حتی اختلالات روانی، خصوصیات فنوتایپی هستند که ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند. فنوتایپ محصول ژنوتایپ و محیط است.

یکی از قویترین طرح های تحقیقاتی در وراثت رفتاری، روش بررسی و مقایسه دوقلوها است. در این روش دوقلوهای یک تخمکی که از لحاظ ژنتیکی باهم مشابهند با دوقلوهای دو تخمکی که فقط در 50٪ ژنهای خود مشترکند در خصوص رفتار یا خصوصیت مورد نظر با هم مقایسه می شوند. شباهت دوقلوها معمولاً به صورت میزان همگامی یا شاخص شباهت (concordance rate) ارایه می شود. میزان همگامی یا شاخص شباهت نمونه های دوقلوی یک تخمکی خیلی بیش از شاخص شباهت نمونه دوقلوهای دو تخمکی است که این نشان می دهد عوامل ژنتیکی نقش مهمی در پیدایش رفتارها یا خصوصیات دارند.

تخمین های اخیر در مورد درصد واریانس عوامل ژنتیکی در هوش، بین 51٪ تا 81٪ بوده است. بهر های هوش کودکان کمتر از بزرگسالان ثبات دارند. هوش کودکان کمتر از 5 یا 6 سال کمترین ثبات و پایایی و هوش افراد بالاتر از 15 یا 16 سالگی از بیشترین پایایی برخوردار است. نمرات هوش با افزایش سن ثبات بیشتری می یابند.

طبقه بندی هوش

جدول ذیل فهرست متداول برجسب های تشخیصی را همراه با مقایسه آنها با دامنه های هوشبهر و درصدها نشان می دهد. این اصطلاح ها از راهنمای 1981 مقیاس تجدید نظر شده هوشی و کسلر بزرگسالان گرفته شده و متوسط بالا، متوسط پایین و عقب مانده های ذهنی به ترتیب مترادف با اصطلاح های بهنجار باهوش، بهنجار ضعیف و ناقص عقل مطرح شده در راهنمای 1955 مقیاس هوشی و کسلر برای بزرگسالان انتخاب شده است. بدینسان، هوشبهر را می توان از نظر مفهومی برآوردی از سطح توانایی موجود شخص، از نظر آماری به عنوان نمره انحرافی که به معادلهای درصدی تبدیل پذیر است، و از نظر تشخیصی با استفاده از اصطلاح های متداول برای طبقه بندی توصیف کرد.

طبقه بندی هوش

درصد موارد در :		طبقه بندی	هوشبهر
نمونه واقعی	منحنی بهنجار نظری		
2/6	2/2	خیلی سرآمد	130 و بالاتر
6/9	6/7	سرآمد	120-129
16/6	16/1	بهنجار بالا	110-119
49/1	50	متوسط یا بهنجار	90 -109
16/1	16/1	بهنجار پایین	80-89
6/4	6/7	مرزی	70 -79
2/3	2/2	عقب مانده ذهنی	69 و کمتر

معرفی برخی از آزمونهای هوش

آزمونهای هوشی از تنوع زیادی برخوردارند. در این بخش چند مورد از معروفترین آزمونهای هوشی کودکان و بزرگسالان که بیشتر مورد استفاده روانشناسان بالینی است معرفی می شود.

1- مقیاسهای استنفورد - بینه

این آزمون در سال 1905 توسط آلفرد بینه در فرانسه و برای شناسایی کودکان دیرآموز و عقب مانده ذهنی ساخته شد. لوئیس ترمن، روانشناس دانشگاه استنفورد آمریکا، در سال 1916 در آن تجدید نظرهایی کرد و این آزمون با نام استنفورد - بینه منتشر شد. این آزمون یکبار در 1937، بار دیگر در 1960 و جدیدترین فرم آن در سال 1986 توسط ثرندایک تجدیدنظر شد و با عنوان چهارمین ویراست استنفورد - بینه یا (SB4) منتشر شد.

مقیاس استنفورد بینه تا قبل از آخرین ویراست آن از این جهت قابل توجه بود که یک مقیاس سنی محسوب می شد. این مقیاس 20 سطح سنی داشت که از دو سال شروع می شد تا سطح سه بزرگسال برتر. هر سطح

شش ماده داشت. هر ماه معادل یک یا دو ماه سن عقلی بود (بسته به اینکه قبل یا بعد از سال سطح پنج قرار داشته باشد).

ویراست چهارم آزمون استنفورد - بینه نسبت به ویراست های قبلی مزیت هایی دارد:

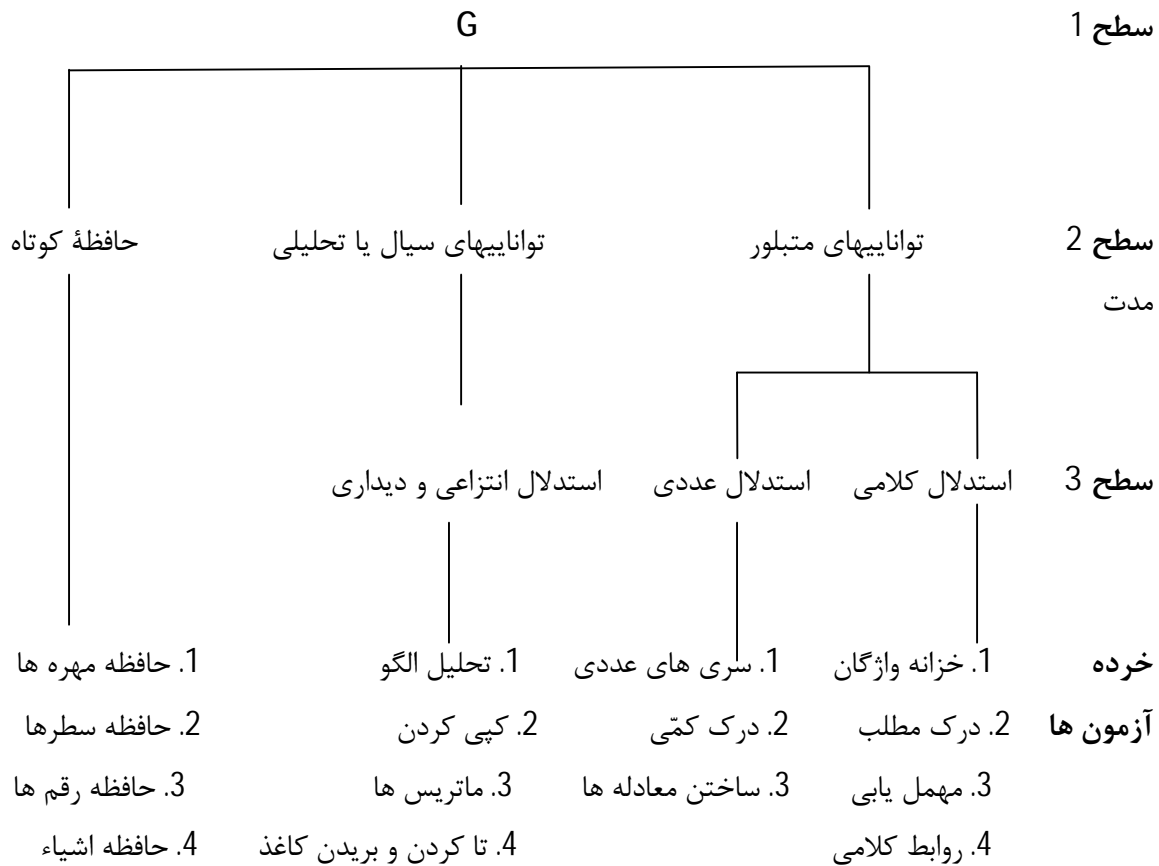
1. انتخاب محتوای آزمون و تنظیم آن بر اساس نظریه روشن تری از هوش انجام گرفته است.
2. در فرم های قبلی آزمون، بیشتر سؤال ها از نوع آزمون غیر کلامی بوده است، در صورتی که در فرم جدید، آزمون های کلامی مورد تأیید قرار گرفته است.
3. روش اجرای آزمون به گونه ای است که به سرعت و به آسانی می توان محتوای آزمون و اجرای آن را با ویژگی های آزمودنی هماهنگ کرد.

در این فرم گوناگونی محتوا و ویژگی های آن حفظ شده است. اما به جای اینکه سؤال ها بر حسب سن طبقه بندی شوند، بر حسب محتوا و از آسان به مشکل طبقه بندی شده اند. چنانکه هر گروه از سؤال های مربوط به درک و فهم، سری اعداد، حافظه اعداد و مانند اینها، در یک آزمون جداگانه و به ترتیب از آسان به مشکل تنظیم شده اند. همانند فرم های قبلی، همه سؤال های آزمون از نوع سؤال های باز پاسخ هستند.

همانگونه که در مزیت شماره 1 این آزمون اشاره شد؛ مؤلفان این آزمون با استفاده از نظریه های ورنون، کتل، اشتنبرگ و ... ، یک الگوی سلسله مراتبی سه سطحی از تواناییهای ذهنی را صورت بندی کرده و برای انتخاب آزمون های فرعی یا خرده آزمون ها و نمره گذاری آنها از این الگو استفاده کرده اند.

این آزمون دارای 15 خرده آزمون است که در چهار طبقه کلی قرار دارد و به صورت زیر است:

1. استدلال کلامی: خزانه واژگان، درک مطلب، مهمل یابی، روابط کلامی.
2. استدلال کمی: سری های عددی، درک کمی، ساختن معادله ها.
3. استدلال انتزاعی و دیداری: تحلیل الگو، کپی کردن، ماتریس ها، تا کردن و بریدن کاغذ.
4. حافظه کوتاه مدت: حافظه مهره ها، حافظه سطرها، حافظه رقم ها، حافظه اشیاء.



هر آزمون فرعی دارای ماده هایی است که سطح دشواری آنها از 2 سالگی تا بزرگسالی تغییر می کند. ویراست چهارم از یک روش آزمون انطباقی یا آزمون چند مرحله ای استفاده می کند. بدین معنا که آزمودنی فقط به آن بخش از آزمون پاسخ می دهد که با سطح رشدی او هماهنگ باشد. آزمون گیرنده ابتدا برای مشخص کردن نقطه ورود (یا ماده ای که باید با آن شروع کند) برای آزمون های فرعی باقیمانده، با خرده آزمون واژگان شروع می کند. با استفاده از این خرده آزمون، سطح پایه برای شروع هر یک از 14 خرده آزمون دیگر مشخص می شود. سطح پایه برای هر خرده آزمون به پایین ترین سطحی گفته می شود که آزمودنی بتواند به دو سؤال متوالی، پاسخ درست بدهد.

همین که سطح پایه برای گنجینه لغات تعیین شد، آزمایش کننده به پرسیدن ماده های دشوارتر آزمون می پردازد و این عمل را آن قدر ادامه می دهد تا آزمودنی از چهار سؤال مربوط به دو سطح متوالی در سه مورد شکست بخورد. بالاترین این سطح را سطح سقف می نامند که نشانگر حداکثر سطح عملکرد آزمودنی است. هر آزمودنی به این ترتیب دارای یک سن پایه و یک سن تارک خواهد شد که پاسخ های درست او در بین آن دو پراکنده خواهند بود.

به همین ترتیب که گفته شد برای 14 خرده آزمون دیگر اقدام می شود. پس از این کار و اتمام آزمون گیری، آزمایش کننده با مراجعه به جدول های هنجار خاصی که برای افراد سنین مختلف تنظیم شده است نمره معیار سنی را برای خرده آزمون تعیین می کند. نمره معیار سنی برای خرده آزمون ها دارای میانگین 50 و انحراف معیار 8 است. نمره های افراد بهنجار یا طبیعی در هر خرده آزمون تقریباً برابر 50 است. همچنین

برای هر یک از چهار حوزه محتوایی نیز از روی جدول های خاصی می توان نمره های معیار سنی به دست آورد. از ترکیب نمره های چهار حوزه محتوایی می توان نمره های معیار سنی را برای هوش یا تواناییهای ذهنی کلی تعیین کرد. در مورد نمره های معیار سنی هر یک از چهار حوزه محتوایی (استدلال کلامی، استدلال عددی و کمی، استدلال انتزاعی و دیداری، حافظه کوتاه مدت) و همچنین در مورد هوش یا تواناییهای ذهنی کلی، میانگین برابر 100 و انحراف معیار 16 است.

جدیدترین نسخه آزمون استنفورد - بینه (SB5) (جدیدترین نسخه) در سال 2003 و همانند نسخه قبلی بر اساس مدل سلسله مراتبی هوش ساخته شد. متخصصان می توانند هوشبهر کل مقیاس (اندازه g)، نمرات کلامی و غیر کلامی و نمره هر آزمون فرعی را محاسبه کنند. اما آزمون های فرعی به پنج عامل تقسیم شده اند که معرف حیطه های اصلی کارکرد عقلانی هستند. این عوامل که با عوامل سطح 2 نمودار قبلی قابل قیاس هستند عبارتند از: 1. استدلال سیال، 2. دانش، 3. استدلال کمی، 4. پردازش دیداری - فضایی، 5. حافظه کاری.

این آزمون پایایی بالایی دارد و می تواند کودکان سرآمد، عقب مانده و دچار اختلال یادگیری را از هم جدا کند. همچنین در پیش بینی و توضیح پیشرفت تحصیلی از آن زیاد استفاده می شود.

2- مقیاسهای وکسلر

نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان

در سال 1955، نسخه ای از مقیاس وکسلر - بلویو، با عنوان مقیاس هوشی بزرگسالان (WAIS) منتشر شد. در سال 1981 این آزمون مورد تجدید نظر قرار گرفت و با عنوان نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان (WAIS-R) چاپ شد. آخرین تجدید نظر این آزمون در سال 1997 بود. سه نسخه دارد: -WISC-R, WAIS-R, WPPSI-R

تغییرات عمده در ویراست سوم وکسلر عبارتند از: 1. استفاده از ماده های وارونه در چند مقیاس فرعی؛ 2. اضافه شدن چهار نمره شاخص جدید در کنار بهره های هوشی (مثل درک کلامی، سازمان ادراکی، حافظه فعال، سرعت پردازش)؛ 3. گسترش دامنه سنی آن تا بزرگسالی و امکان محاسبه هوشبهر تا سن 89 سالگی. نمراتی که از وکسلر بدست می آید: 1. نمره هوش کلی 2. نمره هوش کلامی 3. نمره هوش عملی 4. درک کلامی 5. سازمان ادراکی 6. حافظه فعال 7. سرعت پردازش. هر یک از این نمرات با ترکیب نمرات آزمون های فرعی برگزیده به دست می آید.

این آزمون 14 خرده آزمون دارد که اجرای 13 مورد از آنها اجباری و 1 مورد (الحاق قطعات) اختیاری است.

روانشناس بالینی پس از آنکه مراجع مرتکب تعداد اشتباهات مقرر می شود، آزمون فرعی را تمام و آزمون فرعی دیگر را شروع می کند. وی در انتهای آزمون با تبدیل امتیازات مراجع به نمرات هوشبهر هنجاریابی شده با میانگین 100 و انحراف استاندارد 15 می تواند هوشبهر کل، هوشبهر کلامی و عملی را محاسبه کند.

خرده آزمون های کلامی عبارتند از: واژگان (گنجینه لغات)، شباهت ها، محاسبه (حساب)، فراخنای ارقام، اطلاعات عمومی، درک مطلب (درک و فهم)، مرتب کردن حروف - ارقام (این آزمون فرعی، جدید است).
 خرده آزمون های عملی عبارتند از: تکمیل تصاویر، نماد ارقام (رمزگردانی یا رمز بندی نماد رقمی)، طراحی با مکعب ها، استدلال ماتریسی، تنظیم تصاویر (مرتب کردن تصاویر)، نماد یابی (این آزمون فرعی، جدید است)، الحاق قطعات.

مقیاس های کلامی: مقیاس های وکسلر تبحر فرد را در حوزه های زیر مورد سنجش قرار می دهد: 1- توانایی کارکردن با نمادهای انتزاعی، 2- مقدار و درجه بهره گیری شخص از زمینه های آموزشی خود، 3- تواناییهای حافظه کلامی و 4- روانی یا سیالی کلامی. مقیاس های کلامی عموماً از نفوذهای فرهنگی تأثیر می پذیرند. اگر فردی در مقیاس های کلامی در مقایسه با مقیاس های عملی نمره بالاتر (15 نمره و یا بیشتر) بگیرد، این تفاوت ممکن است نشانگر تعدادی از تفسیرهای احتمالی باشد، مانند سطح تحصیلی نسبتاً بالا، کندی روانی - حرکتی ناشی از افسردگی، دشواری کارکردن در تکالیف عملی، نارسایی در توانایی های عملی، ضعف هماهنگی دیداری - حرکتی. مقیاس های کلامی از خرده آزمون های زیر تشکیل شده است.

1. اطلاعات عمومی: این آزمون، 28 ماده دارد، اطلاعات و معلومات کلی را دربر می گیرد و تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی است. خرده آزمون اطلاعات عمومی شامل نمونه هایی از انواع اطلاعاتی است که یک شخص معمولی با برخورد از فرصت های متوسط باید بتواند آنها را کسب کند. اطلاعات عمومی و گنجینه لغات که هر دو در برابر نقایص عصبی و اختلال روانی به شدت مقاومند، دو تا از پایاترین خرده آزمون های WAIS-R به شمار می روند. به سبب پایانی، وکسلر از آنها به عنوان آزمون ها «پایا» در مقابل آزمون های «ناپایا» که بنا به نظریه وی در برابر اختلالها و متغیرهای موقعیتی مانند اضطراب و خستگی آسیب پذیرترند یاد می کرد (یعنی، محاسبه، رمز ارقام، طراحی مکعب ها). به علاوه، این خرده آزمون ها (اطلاعات عمومی و گنجینه لغات) هر دو شاخص های مناسبی از هوش کلی بوده و با سطح تحصیلی آزمودنی ها و هوشبهر مقیاس کلی همبستگی بالایی نشان می دهند. نمره بالا در این خرده آزمون (اطلاعات عمومی)، نشانگر آن است که آزمودنی از حافظه دراز مدت خوب، علایق فرهنگی، زمینه تحصیلی قوی، نگرش مثبت نسبت به مدرسه، توانایی کلامی خوب، و احتمالاً از توانایی لازم برای توجیه عقلی مکانیسم های دفاعی خود برخوردار است.

2. فراخنای ارقام؛ آزمون فراخنای ارقام، معیار حافظه کوتاه مدت و توجه است. ابتدا دو دسته ارقام با صدای بلند توسط آزماینده قرائت می شد. سپس آزمودنی باید دسته اول را با همان نظم و ترتیب بخواند و دسته دوم را به طور وارونه تکرار کند. اضطراب، کاهش میدان توجه و اختلال عملی مغز در یادآوری مجدد ایجاد اشکال می کند. ارقام وارونه احتمالاً توانایی شخص را در انعطاف پذیری، تمرکز، و شکیبایی در برابر فشار روانی منعکس می سازد. به نظر می رسد افراد پذیرا و نافع و بدون اضطراب در این آزمون بهترین نمره را می گیرند. خرده آزمون فراخنای ارقام بیشترین آسیب پذیری را در برابر اضطراب دارد. علاوه بر فراخنای ارقام، دو خرده آزمون دیگر که در برابر اضطراب آسیب پذیرند عبارتند از محاسبه و رمزگذاری (نماد ارقام). از این سه خرده آزمون گاهی به عنوان «مثلث اضطراب» یاد می شود. فراخنای ارقام، همراه با رمزگذاری (نماد ارقام)، از

جمله حساسترین آزمون نسبت به آسیب مغزی عقب ماندگی ذهنی، و ناتوانی های یادگیری است. به طور کلی کسانی که خرده آزمون فراخنای ارقام نمره بالا می گیرند دارای حافظه کوتاه مدت شنیداری خوب و توجه عالی هستند، و ممکن است در برابر اضطراب و فشار روانی کمتر تأثیر پذیر باشند. انحراف فاحش بین ارقام مستقیم و ارقام وارونه می تواند نشانه ای از وجود یک آسیب عضوی باشد، به ویژه اگر نمره کلی فراخنای ارقام وارونه از نمره خرده آزمون هایی مانند اطلاعات عمومی و گنجینه لغات پایین تر باشد. در حالی که پایین بودن نمره ارقام مستقیم بیشتر ممکن است به ضایعه نیمکره چپ مربوط باشد، نمره پایین در مورد ارقام وارونه بیشتر با ضایع نیمکره راست پیشانی ارتباط دارد.

3. **گنجینه لغات (واژگان):** در این آزمون، آزمودنی باید 35 لغت را که به ترتیب مشکلتر می شوند تعریف کند. این آزمون پایاترین خرده آزمون کلامی است و مانند اطلاعات عمومی، در برابر آسیب عصبی اختلال روانی به شدت مقاوم است. نمره این آزمون فرعی همبستگی بالایی با نمره بهره هوشی کل مقیاس دارد و آنچه را که عامل g نامیده می شود اندازه می گیرد. گنجینه لغات به سبب داشتن درجه بالایی از ثبات، اغلب به عنوان شاخص توان هوشی و همچنین برای سنجش تقریبی سطح کارکرد پیش مرضی به کار می رود. نمره های بالا حاکی از هوش عمومی بالاست و نشان می دهد که آزمودنی به درستی می تواند افکار گذشته را به یاد بیاورد و درباره این افکار مفاهیمی بسازد. جمعیت های بالینی بانمره بالا ممکن است از مکانیسم های دفاعی و سواسی یا توجیه عقلی استفاده کنند. نمره های پایین نشانه ای از زمینه محدود تحصیلی، پایین بودن هوش عمومی، یا ضعف انگیزش است.

4. **محاسبه (حساب):** این آزمون 20 ماده دارد که شبیه مسأله های کتابهای حساب دوره دبستان هستند. ماده های این آزمون شفاهی هستند. توانایی انجام محاسبات ساده با این آزمون فرعی سنجیده می شود، که تحت تأثیر منفی اضطراب و کمبود توجه و تمرکز قرار می گیرد. افرادی که از زمینه اجتماعی - اقتصادی بالاتر برخوردارند، دانش آموزان مطیع و معلم گرا و افراد دارای گرایش های توجیه عقلی معولاً در این خرده آزمون نمره بالا می گیرند. یک فرمول مفید این است که مجموع نمره های اطلاعات عمومی و محاسبه برابر پیشرفت تحصیلی است. شخصیت های جامعه ستیز با این خرده آزمون مشکل دارند و شخصیت های نمایشی (هیستریانیک) ممکن است در این آزمون نمره کم بگیرند. این بدان معنی نیست که نمره های پایین در خرده آزمون محاسبه ملاک تشخیصی این گروه های بالینی است. نمره های بالا نشان دهنده هوشیاری، قابلیت تمرکز، رهایی از حواسپرتی، و احتمالاً به کار بستن مکانیسم های دفاعی مبتنی بر توجیه عقلی است.

5. **درک و فهم:** این آزمون فرعی که دارای 18 ماده است، این آزمون فرعی توانایی آزمودنی را برای پیوستن به رسوم اجتماعی و درک قضاوت اجتماعی، از طریق پرسش در مورد ضرب المثل ها و اینکه شخص در موقعیت های مختلف چه رفتاری نشان خواهد داد، ارزیابی می نماید. درک و فهم اغلب به عنوان منعکس کننده میزان طرفداری آزمودنی از معیارهای قراردادی، برخورداری از فرصتهای فرهنگی گذشته و داشتن وجدان رشد یافته تلقی شده است. شکست در ماده های آسان نشانگر اختلال در قضاوت است، حتی اگر بعداً به ماده های دشوار پاسخ های درست داده شود. افرادی که به شدت تحلیلی هستند و توانایی های تحلیل خود

را برای اجتناب از هیجانها به کار می‌گیرند، ممکن است در درک عناصر اجتماعی موقعیت‌ها آن گونه که در خرده‌آزمون درک و فهم آرایه می‌شود دچار مشکل شوند. کسانی که نمره‌های پایین می‌گیرند، به ویژه اگر نمره‌هایشان دست کم به اندازه چهار نمره مقیاس فرعی از نمره گنجینه لغات پایین باشد، ممکن است دارای قضاوت ضعیف و تکانشگری بوده و در برابر محیط خود خصومت نشان دهند. افراد دارای اختلال روانی اغلب در آزمون درک و فهم عملکرد ضعیف دارند، که ممکن است از ادارکهای مختل، تکانشگری، یا گرایش‌های ضد اجتماعی ناشی شود. ماده‌های این آزمون درک متعارف و قضاوت را در حل یک مسأله اندازه می‌گیرند.

6. **شباهتها:** آزمون شباهتها شامل 19 ماده است. این آزمون‌ها توانایی انتزاع و مفهوم‌سازی آزمودنیها را اندازه می‌گیرد. افرادی که از توانایی بینش و درون‌نگری خوب برخوردارند معمولاً از این خرده‌آزمون نمره‌های بالا می‌گیرند؛ بنابراین ممکن است آن را به عنوان شاخصی از پیش‌آگهی مطلوب برای روان‌درمانی به کار بست. نمره‌های بیماران اسکیزوفرنیک، افراد دارای تفکر خشک و انعطاف‌ناپذیر، و بیماران مبتلا به عارضه‌های پیری به گونه معنی‌دار کاهش می‌یابد. کسانی که نمره‌های بالا می‌گیرند از توانایی مفهوم‌سازی خوبی برخوردارند، و چنانچه این نمره‌ها به صورت غیر معقول بالا باشد بازتابی از گرایش‌های توجیه‌عقلی است. افرادی که نمره‌های پایین می‌گیرند، توانایی انتزاع ضعیف، گرایش به تکرار طوطی‌وار و تحت‌اللفظی مطالب، و تفکر انعطاف‌ناپذیر دارند.

7. **مرتب کردن حروف - ارقام:** این آزمون فرعی جدید شامل 7 ماده است که حافظه فعال و توجه را اندازه می‌گیرند. ترکیبی از ارقام و حروف خوانده می‌شود. سپس آزمودنی باید ابتدا ارقام را به صورت صعودی و سپس حروف را به ترتیب الفبایی به یاد آورد. در هر ماده سه ترکیب متفاوت از اعداد و حروف ارائه می‌شود.

مقیاس‌های عملی: مقیاس‌های عملی موارد زیر را منعکس می‌کند؛ 1- درجه و مقدار ارتباط غیر کلامی فرد با محیط 2- توانایی یکپارچه کردن محرک ادارکی با پاسخ‌های حرکتی مناسب 3- استعداد کارکردن در موقعیت‌های محسوس یا عینی و 4- توانایی کار کردن سریع هنگامی که عملکرد شخص در مقیاس‌های عملی به گونه معنی‌دار بالاتر از عملکرد وی در خرده‌آزمون‌های کلامی است (15 نمره یا بیشتر). در این مورد می‌توان تعدادی از تفسیرهای احتمالی به عمل آورد، مانند توانایی‌های ادارکی - سازمانی برتر، توانایی کار کردن تحت فشار زمان، گرایش به پیشرفت تحصیلی پایین، برون‌ریزی احتمالی، فردی که می‌توان او را به عنوان اهل عمل توصیف کرد تا اهل تفکر و نظر، شخصی که زمینه اجتماعی - اقتصادی نسبتاً پایین دارد، وجود نارسایی در زبان، ضعف در مهارت‌های درک شنیداری، پردازش یا هر دو.

1. **تکمیل تصاویر:** این آزمون فرعی اولین بخش مقیاس عملی WAIS است. در این آزمون 25 کارت (به صورت تک به تک) به آزمودنی ارائه می‌شود که در هر تصویر بخشی حذف شده است، آزمودنی باید بخش حذف شده تصویر را پیدا کند. در این آزمون باید بر روی جزئیات و ناهمخوانیها تمرکز کنیم. نقص‌های ادارک بینایی در این آزمون مشخص می‌شود. افرادی که نمره‌های بالا می‌گیرند برای تشخیص اطلاعات دیداری

اساسی توانایی زیادی دارند، هوشیارند، و از دقت بینایی خوبی برخوردارند. عملکرد افراد تکانش گر ممکن است پایین باشد زیرا ممکن است بدون اینکه محل تصویر را تجزیه و تحلیل کنند به سرعت پاسخ دهند.

2. **تنظیم تصاویر:** در این آزمون فرعی، آزمودنی باید چند تصویر کارتونی را طوری کنار هم بچیند که داستانی را بازگو کند. این آزمون می تواند موارد زیر را بسنجد: شناخت دقیق موقعیت های میان فردی، توانایی درک یک موقعیت کل و ارزشیابی معنای ضمنی آن، سازمان دادن دیداری و ادراک نشانه های دیداری و توانایی پیش بینی پیامد اقدامها و برنامه ریزی قبلی برای روابط اجتماعی. اشخاصی که در تنظیم تصاویر نمره بالا می گیرند معمولاً افراد دقیق و ماهر بوده، از هوش اجتماعی سطح بالا برخوردارند، و می توانند پیامد اعمال را پیش بینی کنند. کسانی که نمره کم می گیرند ممکن است دارای محدودیت فکری بوده، نتوانند کارهای خود را از پیش برنامه ریزی کنند، در درک و لذت بردن از لطیفه ها ضعیف باشند، در روابط میان فردی و برقراری ارتباط با دیگران مشکل داشته باشند.

3. **طراحی مکعبها:** آزمودنی باید با مکعبهایی که در اختیار او گذاشته می شود، تصاویر موجود بر روی کارتها را بسازد. در این آزمون هماهنگی بینایی - حرکتی و توانایی ترکیب تحلیلی سنجیده میشود. اختلال اعمال مغزی از جمله اختلال در تسلط چپ - راست در انجام این آزمون تداخل می کند. خرده آزمون طراحی مکعب ها پایا و با ثبات است، با هوش عمومی همبستگی بالا دارد، و نمره های آن جز بر اثر افسردگی یا اختلال عضوی کاهش نمی یابد. کسانی که نمره بالا می گیرند، از توانایی ادراک دیداری - حرکتی - فضایی، توانایی تمرکز، و مفهوم سازی غیر کلامی عالی برخوردارند. نمره های پایین نشانگر توانایی های ادراکی ضعیف، دشواری در یکپارچگی دیداری، و اشکال در حفظ و تداوم کوشش است. این مشکلات گاهی ممکن است نتیجه اختلال های مغزی - به ویژه جراحت در بخش آهیانه ای راست، و همچنین جراحت های نیمکره راست به طور کلی باشد.

4. **الحاق قطعات:** آزمودنی باید 5 پازل را تکمیل کند. به این ترتیب توانایی تجسم یک کل براساس اجزای آن و طرح ریزی آن کل، و نیز هماهنگی بینایی - حرکتی اندازه گیری می شود. همبستگی این خرده آزمون بانمره های هوشبهر مقیاس کلی چندان بالا نیست، بنابراین از نظر روان سنجی یکی از ضعیفترین خرده آزمون هاست و نمره های آن را باید با احتیاط به کار بست. این آزمون یک موقعیت «باز» را ارائه می دهد، و کسانی که می توانند آزادانه در این بافت کار کنند معمولاً عملکرد خوبی دارند، اما کسانی که سازمان دیداری خشک و انعطاف ناپذیر دارند تنها به یک نشانه می چسبند بی آنکه چهارچوب داوری خود را تغییر دهند. انی فرایند اغلب در مورد افراد مبتلا به وسواس فکری عملی صادق است. کسانی که در الحاق قطعات نمره های بالا می گیرند، هماهنگی ادراکی - حرکتی خوب از خود نشان می دهند، از سازمان دیداری برتر برخوردارند، و می توانند چشم انداز ذهنی انعطاف پذیر را حفظ کنند. کسانی که نمره های کم می گیرند، در هم ریختگی دیداری - حرکتی، گرایش به امور عینی و محسوس، و دشواری در مفهوم سازی از خود نشان می دهند. این آزمون فرعی بر خلاف نسخه های قبلی، هم اکنون اختیاری است.

5. **نماد ارقام (رمز گردانی):** این آزمون یک نوع کدگذاری است. یعنی آزمودنی باید به کمک یک کلید جاهای خالی تعبیه شده در زیر تعدادی رقم را پر کند. در حالی که گنجینه لغات یک آزمون پایاست، نماد ارقام در برابر اثر هر یک از اختلالهای عضوی یا کارکردی به شدت حساس است. به ویژه، بیماران افسرده و مبتلا به آسیب مغزی در این آزمون دچار مشکل می شوند. کسانی که نمره های بالا می گیرند، از توانایی دیداری - حرکتی عالی، کارآمدی ذهنی، استعداد یادگیری طوطی وار مطالب جدید، و واکنش های روانی - حرکتی سریع برخوردارند.

6. **نماد یابی:** این آزمون فرعی جدید که از 60 ماده تشکیل می شود شبیه آزمون فرعی نمادیابی مقیاس وکسلر کودکان است. وظیفه آزمون دهنده این است که نشان بدهد آیا نماد مورد نظر در آرایش موجود جای می گیرد یا خیر.

7. **استدلال ماتریسی:** این آزمون فرعی جدید شامل ماده هایی می شود که پردازش اطلاعات بصری و مهارت های استدلال انتزاعی را اندازه می گیرند.

3. مقیاس هوشی وکسلر کودکان

مقیاس هوشی وکسلر کودکان (WISC) اولین بار در سال 1949 منتشر شد. این مقیاس تجدید نظرهایی داشته است که در میان آنها، نسخه سوم مقیاس هوشی وکسلر کودکان (1991) (WISC-III) برای کودکان سنین 6 تا 16 سال مناسب است. این مقیاس شامل 10 آزمون فرعی اصلی و 3 آزمون فرعی مکمل است. ویژگی های ویراست سوم (1991) عبارت بودند از: 1. اضافه شدن آزمون فرعی اختیاری نمادیابی 2. آزمون تکمیل تصاویر به عنوان اولین آزمون اجرا می شود 3. اصلاحات در محتوا (مثل اجرا، نمره گذاری، آزمون های فرعی).

این آزمون از بسیاری جهات ادامه نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان است. در این آزمون هم مثل نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان، دو مقیاس فرعی عملی و کلامی وجود دارد. آزمونهای فرعی کلامی عبارتند از: اطلاعات، شباهت ها، حساب، واژگان، و درک مطلب؛ فراخنای رقمی نیز یکی از آزمونهای کلامی مکمل است. آزمونهای فرعی عملی هم عبارتند از: تکمیل تصاویر، مرتب کردن تصاویر، طراحی با مکعبها، کنار هم چیدن اشیاء (الحاق قطعات) و رمزگذاری. مازها و جستجوی سمبلها (نمادیابی) نیز دو آزمون فرعی مکمل هستند. محاسبه بهره های هوشی کلامی و عملی هم مثل محاسبه بهره هوشی کلی است.

آخرین ویراست مقیاس هوش کودکان وکسلر یا WISC-IV، رده های سنی 6 تا 17 سال را پوشش می دهد و ساختار و شکل کلی ویراست های قبلی خود را حفظ کرده است. اما ویراست چهارم مقیاس هوش وکسلر کودکان (WISC-IV)، یک رشته تغییرات مهم نیز کرده است. سه آزمون فرعی (مرتب کردن تصاویر، الحاق قطعات و مازها) حذف شده اند و پنج آزمون فرعی جدید (مفاهیم تصویری، توالی حروف - ارقام، استدلال ماتریسی، استدلال کلامی، خط زدن) اضافه شده اند. طراحان این آزمون در عین حال هوشبهر کلامی

و عملکردی را کنار گذاشته اند و نمره گذاری و کسلر را یکپارچه کرده اند. اما هوشبهر کل مقیاس و چهار نمره عاملی ترکیبی یا شاخص ویراست سوم مقیاس هوش کودکان و کسلر را نگهداشته اند این نمرات ترکیبی عبارتند از: درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظه کاری و سرعت پردازش.

مصرف بالینی آزمون های هوش برای این موارد است:

1. تخمین سطح هوشی کلی 2. پیش بینی موفقیت تحصیلی 3. ارزیابی سبک پاسخ ها (اجتناب، انگیزه، تلاش و ...).

نکاتی در رابطه با آزمون و کسلر:

نمره های نسبتاً بالا در طراحی مکعب ها و الحاق قطعات بیانگر سازمان ادراکی قوی فرد است. نمره های نسبتاً بالا در محاسبه و فراخوانی ارقام نشان دهنده حافظه کوتاه مدت قوی و حواسپرتی کم است. مهم ترین حسن آزمون و کسلر سنجش متغیرهای شخصیتی در حین آزمون است. نمره بالا در درک و فهم و تنظیم تصاویر نشان دهنده قضاوت اجتماعی خوب فرد است. بیشترین پایایی و روایی مربوط به هوش بهر کلی است. عامل آزادی از حواسپرتی: شامل خرده آزمون های تکمیل تصاویر، طراحی مکعب ها و الحاق قطعات. خرده آزمون های کلامی و کسلر عموماً تحت نفوذ مسائل فرهنگی هستند. خرده آزمون فراخوانی ارقام حساس به حواسپرتی است. مثلث اضطراب شامل محاسبه، رمز گذاری (نماد ارقام) و فراخوانی ارقام است. فراخوانی ارقام و نماد ارقام، حساس ترین آزمون نسبت به آسیب مغزی، عقب ماندگی ذهنی و ناتواناییهای یادگیری است. گنجینه لغات پایاترین خرده آزمون کلامی است. به غنای محیط آموزشی اولیه و تجارب و آموزش های بعدی بستگی زیادی دارد. گنجینه لغات بهترین شاخص هوش عمومی افراد است. افراد هیستریونیک در خرده آزمون محاسبه نمره پایین می گیرند. الحاق قطعات یکی از ضعیف ترین خرده آزمون های و کسلر است. بهترین فرم کوتاه و کسلر ترکیب دو خرده آزمون گنجینه لغات و طراحی مکعب هاست. خرده آزمون های فراخوانی ارقام، رمز گردانی و تشابهات و طراحی با مکعب ها به آسیب مغزی حساس هستند که آنها را ناپایا می گویند و خرده آزمون های اطلاعات عمومی، الحاق قطعات، تکمیل تصاویر، درک مطلب و گنجینه لغات در برابر آسیب مغزی مقاوم هستند که پایا خوانده می شوند.

3. مجموعه سنجش های کودکان کافمن

این آزمون اخیراً محبوبیت زیادی پیدا کرده است. برای کودکان 3 تا 18 ساله مناسب است. مبنای این آزمون تحقیق و نظریه در روانشناسی شناختی و روانشناسی عصب نگر بوده است. در این آزمون، هوش عبارت است از

توانایی حل مسائل جدید (هوش سیال) و فراگیری دانش جدید (هوش متبلور). این آزمون دو نمره در اختیار آزمون گیر می گذارد: یک نمره برای پردازش ذهنی و نمره دیگر برای ترکیب پردازش ذهنی و فراگیری دانش.

4. آزمون واژگان تصویری پی بادی

شامل 150 مجموعه 4 تصویری است. آزمودنی باید نشان دهد که کدام یک از تصاویر، کلمه ذکر شده توسط آزمون گیرنده را بهتر نشان می دهد.

5. آزمون مازهای پرتئوس

این آزمون برای کودکان 5 تا 14 ساله به کار می رود. هم آزمون هوش است هم آزمون شخصیت. زیرا می تواند افراد صبور، هیجانی و بی دقت، منفی گرا و مردد را از یکدیگر جدا نماید. فرم های موازی آن برای بزرگسالان نیز کاربرد دارد.

6. آزمون ماتریس های مدرج ریون

این آزمون برای اندازه گیری عامل عمومی (g) اسپیرمن ساخته شده است. پاسخ دادن به آن مستلزم کشف رابطه در ماده های انتزاعی است. این آزمون یک آزمون سرعت است. این آزمون برای کودکان سنین 3 تا 11 ساله و بزرگسالان عقب مانده ذهنی کاربرد دارد.

7. آزمون مکعب های کپس

این آزمون نیاز به استفاده از زبان ندارد. قادر به جداسازی کودکان عقب مانده ذهنی از کودکان عادی است. همچنین به پاره ای از ضایعات مغزی نیز حساس است. شامل 16 مکعب و 17 تصویر هندسی است که آزمودنی می بایست از طریق تجسم فضایی، اشکال هندسی را با مکعب شکل دهی نماید. این آزمون یک آزمون غیر کلامی و انفرادی می باشد و برای افراد بالای 5 سال کاربرد دارد. جزء آزمون های سرعت است.

8. آزمون اسلوسن

این آزمون هماهنگی بینایی - حرکتی را می سنجد و برای تشخیص عقب ماندگی ذهنی کاربرد دارد. برای کودکان 3 تا 12 سال کاربرد دارد.

9. آزمون بورلی-لرون

در این آزمون زبان به کار نرفته است. بنابراین می توان برای کودکان ناشنوا یک طراز کلی هفت سالگی به دست آورد.

10. آزمون آدمک گودیناف (Goodenough Draw A Man Test)(DAM)

در این آزمون آزمودنی باید تصویر یک انسان را ترسیم کند. هر قسمت از بدن یک امتیاز و دو بعدی کشیدن 2 امتیاز و هر ویژگی و اشیای متعلق به انسان نیز یک نمره می گیرد. این آزمون می تواند به صورت فردی یا

گروهی اجرا شود. این آزمون برای کودکان 3 تا 15 ساله مناسب است. هدف آزمون سنجش هوش و بدست آوردن سن تحول هوشی آزمودنی می باشد. سه آزمون گودیناف - هریس، آدمک رویر و ترسیم تصویر آدمک مک اور از آزمون های اقتباس شده از آزمون آدمک گودیناف می باشد.

11. آزمون های هوش کتل

آزمون کتل از جمله آزمون های نابسته به فرهنگ است که برای اندازه گیری هوش کودکان از 4 سال به بالا تا بزرگسالان سرآمد تدوین شده است. محتوای آزمون به گونه ای طراحی شده است که هر قدر ممکن است از عوامل فرهنگی مستقل باشد و در نتیجه هوش سیال را مورد سنجش قرار می دهد.

آزمون کتل دارای مقیاسهای مختلف است:

- 1: برای کودکان 4 تا 8 ساله و عقب مانده های ذهنی به کار می رود.
- 2: برای کودکان 8 تا 14 ساله و بزرگسالانی که تحصیلات کمتر از متوسطه دارند به کار می رود.
- 3: برای بزرگسالان باهوش و افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند مورد استفاده قرار می گیرد.

خلاصه فصل هشتم

سنجش شخصیت

شخصیت را می‌توانیم آن دسته از خصوصیات رفتاری و روانی تعریف کنیم که وجه تمایز شخص از دیگران هستند و می‌توانیم شخص را بر اساس آنها با دیگران مقایسه کنیم. برخی از روانشناسان می‌گویند شخصیت مجموعه‌ی سازمان یافته‌ی از صفات است و عده‌ای آن را مجموعه‌ی روابط پویای نیروهای روانی یا رفتارهای آموخته شده‌ی تکرار شونده و یا ادراکات شخص از دنیا می‌دانند. این تنوع نظری در مورد شخصیت، در تنوع روش‌های شخصیت سنجی هم منعکس می‌شود. در واقع بیشتر آزمون‌های روانی دنبال شخصیت سنجی هستند تا هر موضوع بالینی دیگری.

آزمون‌های شخصیت به طور کلی دو نوع هستند: عینی و فرافکن.

آزمون‌های عینی شخصیت شامل مجموعه استانداردی از سؤالات یا جملات می‌باشند که آزمون دهنده بر اساس یک رشته گزینه‌ها به آن‌ها پاسخ می‌دهد. این آزمون‌ها، مراجع را در برابر یک رشته محرک‌های خاص و نسبتاً روشن مثل سؤالات («آیا تا حالا خواسته‌ای از خانه فرار کنی؟») یا جملات («من اصلاً افسرده نیستم») قرار می‌دهند تا به آنها پاسخ بدهد، یکی را انتخاب یا آن محرک‌ها را درجه بندی کند. اکثر آزمون‌های عینی شخصیت، کاغذ و قلمی هستند. بسیاری از آزمون‌های عینی به صورت درست/غلط یا بله/خیر انجام می‌شوند؛ در برخی دیگر از یک مقیاس ابعادی استفاده می‌شود (برای مثال، به شدت مخالفم = 0 مخالفم = 1؛ نظری ندارم = 2؛ موافقم = 3؛ به شدت موافقم = 4). برخی آزمون‌های عینی روی یک جنبه شخصیت (برای مثال روی اضطراب، وابستگی یا نیرومندی ایگو) تمرکز می‌کنند و برخی بسیاری از ابعاد شخصیت را به طور جامع مرور می‌کنند.

آزمون‌های فرافکن از مراجعان می‌خواهند به محرک‌های مبهم یا بدون ساختار (مثل لکه‌های جوهر، تصاویر یا جملات ناقص) پاسخ بدهند. پاسخ‌های آنها نیز معمولاً اظهارات کلامی یا تولیدات ترسیمی و تصویری پیچیده‌اند (مثل توصیف، داستان سازی و کشیدن). روانشناسان بالینی سپس این پاسخ‌ها را بر مبنای جنبه‌های هشیارانه و ناهشیارانه شخصیت و پویایی آن نمره گذاری و تفسیر می‌کنند.

به آزمون‌های عینی، آزمون‌های تحلیلی و به آزمون‌های فرافکن، آزمون‌های ترکیبی نیز می‌گویند. آزمون‌های تحلیلی یا عینی بر این فرضیه متکی هستند که شخصیت از عناصر کم و بیش مستقل تشکیل می‌شود. بنابراین، شخصیت عبارت خواهد بود از مجموع نتایجی که از دخالت تعداد زیادی عوامل حاصل می‌شود. اما آزمون‌های ترکیبی به اصل

وحدت فرد توجه دارند. این آزمون‌ها فرد را، بر حسب شیوه ای که در مقابل موقعیت‌های مختلف به کار می‌برد، تعریف می‌کنند.

برخی نقاط قوت آزمون‌های عینی

1. نقش مهمی در تحول و رشد روان شناسی بالینی داشته اند.
2. این پرسشنامه‌ها مقرون به صرفه اند.
3. پس از یک رشته راهنمایی‌های کوتاه می‌توانیم گروه کثیری را به طور هم زمان بیازماییم. همچنین یک بیمار می‌تواند به تنهایی آن‌ها را پر کند.
4. می‌توان آن‌ها را به صورت رایانه ای نمره گذاری و تفسیر کرد.
5. نمره گذاری و اجرائیستاً ساده و دقیقی دارند. این قضیه نیزمتقابلاً تفسیر آن‌ها را آسان تر می‌سازد.
6. عینیت و پایایی ظاهری این پرسشنامه‌ها بالاست.

برخی نقاط ضعف آزمون‌های عینی

1. ماده‌های بسیاری از پرسشنامه‌ها، ماهیتی رفتاری دارند. یعنی سئوالات یا جملات آن‌ها در مورد رفتارهایی هستند که یا معرف پاسخ گو هستند یا نیستند. اما علاقه مندان به انگیزه‌ها یا پویایی‌های روانی نتیجه چندان از مواد این پرسش نامه‌ها نمی‌گیرند. برای مثال اگر چه ممکن است دو نفر به یک ماده رفتاری معین اشاره و آن را تأیید کنند مثلاً در خوابیدن مشکل دارم ولی دلایل مشکل آنها ممکن است کاملاً متفاوت باشد.
2. پرسش نامه‌ها غالباً یک نمره کلی می‌دهند که ترکیب‌های مختلف رفتارها، شناخت‌ها و نیازها را نشان می‌دهد. پس دونفر که نمره واحدی می‌گیرند ممکن است کاملاً با هم فرق داشته باشند حتی در رابطه با صفت شخصیتی یا سازه مورد نظر.
3. مشکل دیگر صریح بودن معنای سئوالات برخی پرسشنامه‌ها است که می‌تواند برخی بیماران را به دروغ گویی و سرهم بندی وادارند.
4. بعضی از آزمون‌ها به شدت بر خودآگاهی و خود شناسی بیماران متکی هستند (ممکن است فرد برداشت و شناخت درست و کافی از خود نداشته باشد).
5. رویکرد انتخاب اجباری باعث می‌شود پاسخ دهندگان از پروراندن پاسخ‌های خود بازمانند و برخی اطلاعات در این بین حذف یا دستخوش تحریف شوند.
6. در برخی موارد هم درک محدود یا حتی محدودیت در توانایی روخوانی بعضی افراد باعث می‌شود برداشتی درست از سئوالات نداشته باشند (برداشت نادرستی که ربطی به شخصیت شان ندارد) یا به صورت تصادفی به سئوالات جواب بدهند.

روش‌های ساخت آزمون‌های عینی

1. اعتباریابی محتوایی (content validation)

صریح‌ترین و مستقیم‌ترین رویکرد در اندازه‌گیری این است که متخصصان بالینی ابتدا آنچه را که می‌خواهند بسنجند مشخص کند و سپس همان اطلاعات را از بیمار بخواهند. برای مثال، پرسشنامه اطلاعات شخصی وودورث که در جنگ جهانی اول مورد استفاده قرار می‌گرفت از این روش استفاده کرده است.

در روش‌های پیچیده‌تر اعتباریابی محتوایی: 1. تمام جنبه‌های متغیر مورد نظر تعریف می‌شود؛ 2. قبل از جمع‌آوری داده‌ها با متخصصان امر مشورت می‌شود؛ 3. برای ارزیابی میزان ارتباط هر ماده با متغیر مورد نظر از تعدادی قضاوت‌کننده نظرخواهی می‌شود؛ 4. قبل از لحاظ کردن هر ماده در ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی آن‌ها از تحلیل‌های روان‌سنجی استفاده می‌شود.

رویکرد اعتباریابی محتوایی در آزمون‌سازی یک رشته مشکلات ذاتی دارد.

1. نخست آن که آیا متخصصان بالینی می‌توانند چنین فرض کنند که بیماران هر ماده دقیقاً یکسان تعبیر و تفسیر می‌کند؟
2. دوم آنکه آیا بیماران می‌توانند رفتارها یا هیجانات خود دقیقاً گزارش بدهند؟
3. مشکل سوم این است که آیا بیماران صداقت به خرج خواهند داد یا سعی می‌کنند چهره خوب (یا گاهی بدی) از خودشان نشان بدهند؟
4. چهارم آنکه آیا متخصصان بالینی می‌توانند چنین فرض کنند که رأی «متخصصان» موردنظر در ماهیت مفهوم مورد نظر آنان صائب است؟

2. ملاک‌یابی تجربی (empirical criterion keying)

برای ساخت نسخه اولیه شخصیت‌سنج چند وجهی مینه‌سوتا (MMPI) از این رویکرد استفاده شده است. در این رویکرد هیچ فرضی در خصوص راستگویی یا دروغ‌گویی بیمار نشده است و اهمیتی ندارد که پاسخ‌ها واقعاً با رفتار یا احساسات مورد نظر تناظر داشته باشد یا نداشته باشد. بلکه مهم این است که برخی بیماران خودشان را به گونه خاصی توصیف می‌کنند. فرض مهم در این رویکرد آن است که بیماران در هر گروه تشخیصی به شکلی پاسخ می‌دهند. در نتیجه لازم نیست ماده‌ها را به صورت منطقی و نظری انتخاب کنیم. تمام چیزی که لازم است، اثبات این قضیه بر یک مبنای تجربی است که بیماران در هر گروه تشخیصی به ماده مورد نظر یکسان پاسخ می‌دهند. به این ترتیب سودمندی یک ماده صرفاً به این بستگی دارد که چقدر گروه‌های تشخیصی شناخته شده را از هم تفکیک می‌کند.

روش ملاک‌یابی هم مشکلاتی دارد. مهم‌ترین آن‌ها دشوار بودن تفسیر یک نمره است. برای مثال فرض کنید بعضی از مبتلایان به اسکیزوفرنی به ماده‌هایی جواب می‌دهند که می‌خواهند وضعیت آنان را در بعد سازگاری - ناسازگاری مشخص کنند. همچنین فرض کنید این بیماران در مقایسه با اعضای گروه مقایسه، برحسب اتفاق خانواده‌هایی با تحصیلات کمتر داشته‌اند. وقتی بیماران دچار اسکیزوفرنی، ماده «من هرگز کتاب نمی‌خوانم» را علامت می‌زنند،

جواب مزبور نشانگر تحصيلات پايين آنها خواهد بود نه آسيب رواني آنها. توجه داشته باشيد كه استفاده صرف از روش ملاك يابي تجربى جهت انتخاب مواد يك آزمون توصيه نمى شود.

3. تحليل عاملى (factor analysis)

امروزه اكثر آزمون سازان از رويكرد تحليل عاملى (يا همسانى درونى) استفاده مى كنند. پرسش نامه هاى گيلفورد، بهترين نمونه هاى تاريخى رويكرد تحليل عاملى هستند. در اين رويكرد، همبستگى متقابل موارد پرسش نامه هاى شخصيتى موجود مشخص مى شود. سپس با تحليل عاملى مقياس هاى كه تصور مى شود ابعاد اصلى شخصيت را نشان مى دهند مشخص يا «بيرون كشيده» مى شوند.

رويكرد تحليل عامل اكتشافى يك رويكرد غير نظرى است. اين رويكرد با مشخص كردن تمامى ماده ها شروع مى شود. سپس اين ماده ها به عناصر اصلى تقليلى مى يابند مثلاً شخصيت، سازگارى، وابستگى تشخيصى يا مواردى از اين قبيل - تا آن كه به صفات و ابعاد شخصيتى اساسى دست پاييم.

رويكردهاى تحليلى عاملى تأييدى، نظرى ترند و در پى تأييد يك ساختار عاملى فرضى (متكى بر پيش بينى هاى نظرى) براى ماده هاى آزمون مى باشند.

نقطه قوت رويكرد تحليلى عاملى در آزمون سازى، تأكيدش بر اثبات تجربى اين قضيه است كه ماده هاى موجود براى اندازه گيرى يك متغير يا بعد شخصيتى باهم رابطه شديدى دارند. اما محدوديتش اين است كه به خودى خود نشان نمى دهند كه اين ماده ها واقعاً عملاً متغير مورد نظر را اندازه مى گيرند؛ آنچه مى دانيم فقط اين است كه يك «چيز» را اندازه مى گيرند.

4. رويكرد اعتبار سازه (construct validity approach)

اين رويكرد جنبه هاى مختلف اعتباريابى محتوايى، ملاك يابى تجربى و تحليل عاملى را درهم مى آميزد. در اين رويكرد، براى اندازه گيرى برخى مفاهيم اين نظريه، مقياس هاى تدوين مى شود. در مورد سنجش شخصيت، هدف اين رويكرد تدوين و تهيه ابزارهاى اندازه گيرى خاصى است كه متكى بر نظريه هاى شخصيت اند. اعتبار يابى وقتى صحت دارد كه بتوانيم بگوئيم مقياس، سازه نظرى مورد نظر را اندازه مى گيرد. انتخاب سازه ها نيز بر اين اساس صورت مى گيرد كه چقدر معرف سازه مورد نظرند. براى اطمينان يافتن از اين كه مقياس همگنى تهيه شده است از روش هاى تحليل ماده ها، تحليل عوامل و روش هاى ديگر استفاده مى شود.

رويكرد اعتبار سازه به دليل جامع بودنش بيشترين مطلوبيت و در عين حال بيشترين سختى را دارد. در واقع جريان اعتباريابى سازه اى يك آزمون هيچ وقت تمام نمى شود زيرا بازخوردهاى تجربى در جهت اصلاح نظريه و ابزار اندازه گيرى شخصيت مورد استفاده قرار مى گيرند.

نكته 1: به اعتباريابى محتوايى و اعتباريابى سازه اى، رويكرد تحليلى يا رويكرد عقلانى نيز مى گويند.

راهبردهای موجود برای نشان دادن اعتبار ماده «ای کاش می توانستم خوشبخت تر باشم»

تعریف راهبرد با مثال درباره افسردگی	راهبرد
«صاحب نظران» بگویند و تأیید کنند که ماده مورد نظر معرف سندرم افسردگی است.	اعتبار محتوایی
گروه‌های افسرده را از گروه‌های غیر افسرده جدا کند.	ملاک یابی تجربی
تحلیل عاملی نشان بدهد ماده مزبور با خوشه همگن و مستقل ماده‌هایی که ادعا می‌شود افسردگی را اندازه می‌گیرند رابطه معناداری دارند.	تحلیل عاملی
سازه افسردگی را مطابق تعریف نظری اندازه بگیرد (افسردگی یعنی نگرش منفی در مورد خود - در این مورد بدبخت دانستن خویش)	اعتبار سازه

عوامل تعیین کننده برای اینکه آزمون ساز، رویکرد تحلیلی را برگزیند یا رویکرد تجربی را:

روانشناسی که برای ساخت یک آزمون به ماده‌های زیاد و آزمودنی‌های فراوان دسترسی ندارد یا مجبور است ظرف مدت کوتاهی آزمون سازی کند از رویکرد تحلیلی استفاده می‌کند. رویکرد تحلیلی سریع تر اجرا می‌شود و کم هزینه تر است چون لازم نیست شمار زیادی از ماده‌ها را روی گروه کثیری از مردم اجرا و از میان آنها، ماده‌های آزمون نهایی را جدا کنیم. اما وقتی روانشناس وقت و امکانات کافی داره معمولاً رویکرد تجربی را انتخاب می‌کند به ویژه وقتی می‌خواهد پیش بینیهایی خاصی درباره مردم انجام دهد.

باید توجه داشت که روش تحلیلی معمولاً به ماده‌هایی که معقول به نظر می‌رسند منتهی می‌شود ولی معلوم نیست این ماده‌ها مفید باشند. در مقابل، رویکرد تجربی معمولاً به ماده‌هایی منتهی می‌شود که مفید هستند ولی معلوم نیست معقول باشند.

هنجاریابی و تفسیر نمرات آزمونها:

هنجاریابی یعنی همسانی در اجرا و نمره گذاری آزمون. هنجاریابی علاوه بر همسانی در اجرا، نمونه ای که آزمون ابتدا روی آنها اجرا شده را نیز در بر می‌گیرد. بدین صورت که پس از اجرای آزمون بتوانیم نمره او را با گروه هنجاریابی اولیه مقایسه کنیم و سطح آزمودنی را در آن متغیر اندازه گیری شده در بین افراد جامعه تعیین کنیم. در واقع نمرات بدست آمده از نمونه هنجاریابی اولیه، معیار مقایسه نمرات بعدی خواهند شد. نمرات نمونه اولیه، چهارچوب تفسیری نمرات بعدی محسوب می‌شوند.

ارقامی که از نمونه هنجاریابی به دست می‌آیند - ارقامی همچون میانگین، واریانس‌ها، درصدها و غیره - هنجار نامیده می‌شوند. این ارقام، ملاک‌هایی هستند که امکان تفسیر معنایی عملکرد فرد در آزمون را فراهم می‌سازند. آزمون‌ها هر ده سال یا بیشتر، دوباره هنجاریابی می‌شوند.

نمرات آزمون را بر مبنای ملاک آزمون گیر و نه نمونه هنجاریابی هم می‌توانیم تفسیر کنیم. برای نمونه، «دوطلبان خلبانی برای آن که واجد شرایط شناخته شوند باید ملاک از قبل تعیین شده‌ای را داشته یا دارای سطحی از تبحر باشند؛ در این حال صرفاً^۱ اخذ نمره‌ای بالاتر از میانگین نمرات سایر دوطلبان کافی نیست. سرانجام این که نمره آزمون نه تنها از طریق مقایسه نمره آزمون دهنده با نمره دیگران یا یک ملاک بیرونی بلکه با نمره خودش هم قابل تفسیر است. به این عمل، اندازه‌گیری نسبی می‌گویند. به عنوان مثال فرض کنید در آزمونی مراجعان باید مهم‌ترین اهدافشان در سال آینده را فهرست وار بنویسند. در این حالت، نه هنجارها مناسب هستند و نه ملاک‌ها. اما اگر نتایج این آزمون در شروع درمان را با نتایج آن در شش ماه پس از شروع درمان مقایسه کنیم، اطلاعات خوبی به دست می‌آوریم. اندازه‌های نسبی روز به روز مهم‌تر می‌شوند چون به روانشناسان کمک می‌کنند نتایج درمان را اندازه بگیرند.

آزمون‌های عینی آسیب شناسی روانی

اولین آزمون عینی که یک روانشناس آن را ساخت، برگه اطلاعات فردی است که در جنگ جهانی اول برای غربال سربازان دارای مشکل روانی مورد استفاده قرار می‌گرفت. با کمی اغماض می‌توان گفت که این آزمون با روش آزمون سازی تجربی ساخته شده بود.

معرفی شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا (MMPI) و دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا (MMPI-2)

شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا بهترین مثال رویکرد ملاک یابی تجربی است و توسط هثوی و مک کینلی در سال 1943 ساخته شده است. MMPI یک پرسشنامه خودسنجی عالی محسوب می‌شود. هدف اصلی آنان از ساخت این پرسشنامه، تشخیص‌های روان پزشکی بود. نسخه اولیه شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا 550 ماده داشت که بیمار به هریک با عبارت «صحیح»، «غلط» یا «نمی‌توانم بگویم» جواب می‌داد. این آزمون یک صورت انفرادی هم داشت که ماده‌هایش روی چند کارت ثبت شده بودند؛ آزمون دهنده باید کارت‌ها را براساس بله - خیر - نمی‌توانم بگویم جدا می‌کرد. همچنین یک صورت گروهی نیز داشت که ماده‌هایش در یک کتابچه ثبت شده بودند و آزمون دهنده باید پاسخ‌هایش را در پاسخ نامه ثبت می‌کرد. اگر چه این آزمون ابتدا برای افراد 16 ساله به بعد تهیه شده بود ولی عملاً^۲ روی افراد کم سن‌تر نیز اجرا می‌شد.

انتقادهای وارده به MMPI-1

1. نمونه هنجاریابی شده برای ساخت MMPI-1 معرف کل جامعه آمریکا نبود.
2. زبان مورد استفاده در بسیاری از ماده‌های این آزمون قدیمی بود و در برخی از آن‌ها تبعیض جنسی دیده می‌شد.
3. در برخی دیگر از ماده‌های آن نیز اشارات نابجایی به اعتقادات مسیحیت شده بود.
4. گاهی بر کارکردهای جنسی، دفعی و ادراکی زیاد تأکید می‌شد.

5. چند ماده آن دستور زبان و نقطه گذاری ضعیفی داشت.
6. بعضی از مردم حس می کردند ماده‌های آن بخوبی به رفتارهایی چون خودکشی یا مصرف مواد اشاره نمی کنند.
- با توجه به این انتقادهای نسخه دوم MMPI ساخته شد. آزمون MMPI-2 را روی افرادی می توان اجرا کرد که حداقل 13 ساله باشند و یا 8 کلاس سواد داشته باشند. این آزمون به صورت انفرادی و گروهی قابل اجرا است. دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا برخلاف نسخه اولیه اش فقط یک کتابچه دارد. نسخه مخصوص نوجوانان هم دارد. نمره گذاری آن را می توان به صورت رایانه ای هم انجام داد. این آزمون 567 ماده دارد. سه تحول در ویراست دوم شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا بسیار مهم است:
- 1- در این ویراست، 15 مقیاس محتوایی جدید وجود دارد که امکان سنجش تکمیلی عوامل شخصیتی را که با مقیاس‌های بالینی اصلی قابل اندازه گیری نبودند، مهیا کرده اند. این مقیاس‌های محتوایی عبارتند از: مقیاس اضطراب، وسواس فکری، نگرانی در مورد سلامتی، بدبینی، مشکلات خانوادگی و موارد دیگر.
 - 2- چند مقیاس اعتباری جدید به مقیاس‌های F، L، K اضافه شده اند.
 - 3- نمره گذاری تغییر کرده تا اهمیت بالینی نمرات مشابه در مقیاس‌های مختلف برابر شود. در شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتای اولیه، نمرات مشابه در مقیاس‌های متفاوت از سطوح متفاوت اختلال خبر می دادند. در ضمن، افزایش نمره دارای اهمیت بالینی از 70 یا بیشتر در ویراست اول شخصیت سنج مینه سوتا به 65 یا بیشتر در ویراست دوم تقلیل یافته است.
- مقیاس‌های اعتباری (روایی) MMPI:** یکی از مشکلات پرسش نامه‌های خود سنجی از جمله دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا این است که نگرش‌های آزمونی یا آمایه‌های آزمونی پاسخی می توانند موجب تحریف آن‌ها شوند. بنابراین مقیاس‌های اعتباری زیر در آن مطرح شد:
1. مقیاس؟ (نمی توانم بگویم). تعداد موادی که جواب داده نشده اند.
 2. مقیاس F (فراوانی یا کمیابی). گروه هنجاریابی به ندرت به این 60 ماده جواب داده بودند. نمره F بالا نشان دهنده آمایه‌های پاسخی انحرافی، رفتلهویرحاً غیر عادی یا دیگر فرضیه‌های مربوط به خصوصیات یا رفتارهای فراتر از آزمون است.
 3. مقیاس L (دروغگویی). پاسخ گو با پرکردن و جواب دادن به 15 ماده این مقیاس می خواهد چهره خوبی از خود نشان بدهد ولی در واقع جواب دادن به آن‌ها نشانه عدم صداقت است؛ برای مثال، «هرکسی را که می بینیم، دوست دارم».
 4. مقیاس K (تدافع، تصحیح). این 30 ماده نشان دهنده تدافع پاسخ گو در قبول برخی مشکلاتش است. این ماده‌ها را در صدد فاش کردن تمایل پاسخ دهندگان به ارائه «چهره خوب» از خودشان هستند ولی از ماده‌های مقیاس L یا F ظریف ترند. برای مثال «هرگز از انتقاد دیگران ناراحت نمی شوم».
 5. مقیاس Fb (ندرت فراوانی صفحه آخر، بد جلوه دادن خود). به 40 مادقترباً آخر دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا هم به ندرت جواب داده می شود. این چهل ماده شبیه مقیاس F که برای

شناسایی ماده‌هایی که نشانگر مشکلات هستند ولی به ندرت تأیید می‌شوند طراحی شده اند؛ برای مثال «هر دوتا پایم گاهی اوقات بی دلیل بی حس می‌شود».

6. مقیاس VRIN (ناهمسانی پاسخ متغیر). محتوای این 67 جفت ماده یا شبیه است یا متضاد. نمره بالا در مقیاس VRIN نشانگر پاسخ دهی تصادفی به مواد دومین ویراست شخصیت سنجی چند وجهی مینه سوتا است. آزمودنی به این جفت ماده‌ها باید مثل هم جواب بدهد. برای مثال «حرف زدن با مردم برای من سخت است» و معمولاً نمی‌دانم به دیگران چه بگویم». آزمودنی باید به دوی این ماده‌ها یا جواب «غلط است» یا جواب «درست است» بدهد.

7. مقیاس TRIN (ناهمسانی پاسخ درست). این 23 جفت ماده محتوای متضادی دارند؛ طوری که دادن جواب درست است یا غلط است به هر دو معرف ناهمسانی است؛ برای مثال «من اکثر مواقع احساس خستگی و بی انگیزگی می‌کنم» و «من اکثر مواقع احساس می‌کنم انرژی زیادی دارم و شور و شوق دارم» نمره بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که پاسخ گو گرایش دارد فقط بگوید «درست». نمره پایین در مقیاس TRIN نشان می‌دهد که پاسخ گو فقط گرایش دارد بگوید «نادرست».

این هفت مقیاس اعتباری به ما کمک می‌کنند به انگیزه‌ها و نگرش‌های آزمونی پاسخ‌گویان پی ببریم. برای مثال با مقیاس L (دروغ) یا مقیاس K (تدافع) می‌توانیم پی ببریم که پاسخ گو می‌خواهد چهره‌کاملاً خوبی از خود نشان بدهد مقیاس‌های F (ندرت فراوانی) و Fb (ندرت فراوانی صفحه آخر) نشانگر گرایش پاسخ گو به مبالغه در نشانه‌ها یا مشکلاتش هستند و بالاخره مقیاس TRIN و VRIN شاخص‌های مفیدی برای دادن جواب درست (یا نادرست) یا پاسخ‌گویی تصادفی به اکثر مواد آزمون هستند.

8. شاخص F-K که از طرق تفریق نمره خام K از نمره خام F به دست می‌آید و به شکل‌های زیر می‌توان آن را بررسی کرد.

$F - K \geq +11$ احتمالاً به معنای وانمود بد به سبب تمارض یا «فریادی برای کمک» است.

$F - K \leq -11$: بیانگر تلاش مراجع برای خفیف نشان دادن مشکلات و حالت دفاعی است. از این طریق مراجع می‌کوشد تصویر کاملاً مطلوب از خود نشان بدهد.

$F - K \leq -20$: بیانگر حالت دفاعی شدید مراجع است. این وضع احتمالاً به دلیل فریب هشیارانه مراجع و یا به علت ناتوانی اعتراف به هرگونه بی‌کفایتی‌های شخصی است. این افراد رویکرد بسیار منفی به آزمون دارند و تصور تحریف شده‌ای از خود دارند و بینش آنان ضعیف است و داوطلبان خوبی برای روان‌درمانی نیستند.

مقیاس‌های بالینی MMPI:

مقیاس 1 یا Hs (خودبیمارانگاری): 32 ماده دارد.

مقیاس 2 یا D (افسردگی): 57 ماده دارد.

مقیاس 3 یا Hy (هیستری تبدیلی): 60 ماده دارد.

مقیاس 4 یا Pd (انحراف ضد اجتماعی): 50 ماده دارد.

مقیاس 5 یا **Mf** (مردانگی - زنانگی) : 50 ماده دارد.

مقیاس 6 یا **Pa** (سوء ظن) : 40 ماده دارد.

مقیاس 7 یا **Pt** (ضعف روانی) : 48 ماده دارد.

مقیاس 8 یا **Sc** (اسکیزوفرنی) : 78 ماده دارد.

مقیاس 9 یا **Ma** (مانی [شیدایی] خفیف) : 46 ماده دارد.

مقیاس 10 یا **Si** (درونگرایی اجتماعی) : 69 ماده دارد.

فرم‌های کوتاه MMPI-2: برای **MMPI** نسخه‌های کوتاه هم تهیه شده است. این نسخه‌های کوتاه که به آنها **"Mini-Mult"** یا **"Midi-Mult"** [یا شخصیت سنج چندوجهی کوچولو] می‌گویند جامعیت کمتری دارند و برای طبقه بندی و غربال گری ساخته شده اند. اگر چه استفاده از فرم‌های کوتاه، غربال را مقرون به صرفه و طبقه بندی را سریع تر می کند ولی قدرت تفسیری این آزمون را تا حدودی کاهش می دهد.

تفسیر MMPI-2:

در تفسیر **MMPI**، نیمرخ شخص با نیمرخ مراجعان دیگر مقایسه می‌شود. این تفسیر می‌تواند با به یاد آوردن نیمرخ‌های مراجعان قبلی به صورت **بالینی** یا با رجوع به کتاب‌های حاوی نیمرخ‌های نمونه و خصوصیات صاحبان آن نیمرخ‌ها به صورت **آماري** صورت گیرد.

تغییر و تحول اساسی در مصرف بالینی شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا و دومین ویراست آن، اتکا بر تحلیل پیچیده نیم رخ نمرات مقیاس‌ها، به جای تشخیص افتراقی روان پزشکی بر اساس یک نمره واحد **بالا** ^{بالا} بودن نمره **Sc** (به معنای اسکیزوفرنی) بوده است.

در نتیجه تفسیرها به «الگوها» یا نیمرخ‌های نمرات معطوف شد. رایج ترین روش نمره گذاری شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا نظام دوگدی است که به بالاترین دو نمره مراجع در مقیاس‌های بالینی استناد می‌کند. برای مثال اگر این دو نمره در مقیاس‌های 4 و 9 باشند، روانشناس بالینی از کدهای 49 و 94 استفاده می‌کند و تفسیرهای مربوط به آن را که در کتابهای مختلف آمده است ارائه می‌دهد.

کسانی که در سه مقیاس بالینی نخست (**HS, D, Hy**) نمرات بالاتری می آورند، شکایت‌های جسمی و نشانه‌های افسردگی دارند غالباً در مورد آن‌ها تشخیص اختلال جسمانی شکل، اضطرابی یا افسردگی مطرح می شوند. نمره بالا در مقیاس 6 (**Pa**) و 8 (**Sc**) هم نشان گر سوء ظن شدید و فرایندهای فکری روان پریشانه بالقوه است که خصوصیات افراد دچار اسکیزوفرنی پارانویایی است. مقیاس‌های 2 و 7 با نام مقیاس درماندگی شناخته می‌شوند. اگر مقیاس‌های 1 و 3 برافراشته باشند و مقیاس 2 کاهش معنادار (10 نمره یا بیشتر) داشته باشد با عنوان «**V** تبدیلی» شناخته می‌شود که نشانگر اختلال‌های تبدیلی است. برافراشته‌گی در مقیاس‌های 4 و 9 نشان دهنده رفتار برون ریزی است.

تفسیر محتوایی:

باید توجه داشت که نباید نتیجه گرفت که تحلیل نیم‌رخ فقط برچسب تشخیصی در پی دارد. برای دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا، مقیاس‌های محتوایی مختلفی نیز تهیه شده است. برای مثال به کمک برخی ماده‌ها می‌توانیم ترس‌ها، نگرانی‌های فرد در مورد سلامتی خودش، بدبینی، شخصیت نوع A و موارد دیگر را شناسایی کنیم. چنین مقیاس‌هایی به متخصص بالینی کمک می‌کنند از محدوده تشخیص‌های ساده فراتر رود و وارد سطح پویاتری از تفسیر شود.

مثال: مشکلات خانوادگی

اخذ نمرات بالا در مقیاس مشکلات خانوادگی نشانگر فردی است که:

1. ناهماهنگی و اختلاف زیادی در خانواده خودش یا خانواده پدری اش دارد.
2. در خانواده خودش یا خانواده پدری اش اثری از حمایت، درک و محبت نیست.
3. از توقعات و توصیه‌های خانواده اش نفرت دارد.
4. از دست خانواده اش عصبانی است و از خانواده اش نفرت دارد.
5. در روابط زناشویی غمگین است و بی‌محبتی می‌بیند.

مقیاس‌های مکمل:

از ماده‌های 2- MMPI علاوه بر تهیه مقیاس‌های اعتباری، بالینی و محتوایی برای تهیه مقیاس‌های دیگری هم استفاده شده است. تا کنون برای دومین ویراست این پرسشنامه، 12 مقیاس مکمل تهیه شده است که برخی از آنها اضطراب، واپس رانی، نیرومندی ایگو، سلطه‌گری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی هستند.

ارزیابی مختصر MMPI و MMPI-2

غربال کردن: می‌توان به کمک آن افراد را غربال کرد. می‌تواند ابزار مفید و مؤثری جهت تشخیص اختلالات روانی و فرضیه‌سازی در مورد مشکلات روانی فرد باشد اما از طرفی این آزمون وقت‌گیر است.

مسئله پویایی‌های شخصیت: دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا غیر نظری است. متخصصانی که گرایش روان‌پویایی دارند یا می‌خواهند رابطه متقابل و ظریف خصوصیات شخصی کلی با عوامل تعیین‌کننده وضعیتی را بفهمند، ممکن است سراغ این پرسش‌نامه نروند. این پرسشنامه‌ها نشان‌های آسیب روانی را اندازه می‌گیرد و پویایی‌های شخصیت را نشان نمی‌دهد.

پایایی و اعتبار: تحلیل‌ها و تحقیقات مختلف حاکی از قابل قبول بودن پایایی و روایی MMPI-2 است اما این پرسشنامه در مورد برخی مقیاس‌ها پایایی و روایی کافی ندارد. نمرات مقیاس‌ها وقتی اعتبار افزایشی دارند که اطلاعاتی در مورد افراد، ویژگی‌های شخصیتی یا ویژگی‌های آسیب‌های روانی افراد بدهند که دیگر ابزارهای اندازه‌گیری آن اطلاعات را نمی‌دهند. MMPI اعتبار افزایشی کمی دارد.

نمرات برش دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا (نمره T برابر 65 یا بیشتر) با استفاده از توزیع نمرات نمونه هنجاری بدست آمدند. در نتیجه این نمرات می‌توانند مناسب موقعیت‌های بالینی باشند یا نباشند.

انتخاب پرسنل و سوگیری: برای کسی که دنبال درمان شدن است، آزمونی مثل دومین شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا قابل قبول است. ولی کسی که از موم استخدامی می دهد آن را دخالت در زندگی خصوصی خودش می داند.

این آزمون علیه برخی اقوام و نژادها سوگیری دارد. تفاوت معنادار میانگین نمرات گروه‌های مختلف به خودی خود نشانگر سوگیری آزمون نیستند. بلکه سوگیری آزمون یعنی اینکه در مورد اعضای هر دو گروه حتی وقتی یک نمره می گیرند، پیش بینی‌ها و تصمیم گیری‌های متفاوتی شود.

نگرانی‌های مربوط به دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا

1. نمونه هنجاری در مقایسه با داده‌های اداره سرشماری خیلی تحصیل کرده اند.
2. آیا تحقیقات صورت گرفته روی شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا در مورد نسخه دومین ویراست آن قابل کاربردند؟
3. آیا «بازنگریهای» غیر ضروری لازم بود؟
4. ملاک‌های شمول پاسخ دهندگان «بهنجار» گنج کننده است.
5. بعضی از پاسخ دهندگان در یکی از آزمون‌ها دارای مشکلات روانی هستند [در MMPI] و در آزمون دیگر [در MMPI - 2] مشکلی ندارند.
6. نمرات حاصل از دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا به طور کلی پایین تر از نمرات نسخه اولیه شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا هستند.
7. اعتبار مقیاس‌های محتوایی جدید نامعلوم است.
8. بسیاری از مقیاس‌های دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا باگذشت زمان پایایی ندارند.
9. همسانی درونی تعدادی از مقیاس‌های دومین ویراست شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا کم است.
10. ماده‌های این دو آزمون هنوز همپوشی زیادی دارند که باعث می شود تفسیر نتایج بررسی دشوار شود.

پرسشنامه چند محوری میلون (MCMI) Millon Clinical Multiaxial Inventory

یکی از گزینه‌ها در برابر MMPI برای سنجش آسیب‌های روانی، پرسشنامه چند محوری میلون است. این پرسشنامه 175 ماده دارد و از MMPI کوتاه تر است. این پرسشنامه توسط تئودر میلون و بر اساس نظریه زیستی - روانی - اجتماعی وی ساخته شده است. پرسشنامه MCMI در سال 1982 منتشر شد و در سال‌های 1987 و 1997 دو بار مورد تجدیدنظر قرار گرفت. ویراست سوم این پرسشنامه 4 مقیاس برای سنجش اعتبار آزمون یا اصلاح تفسیر آن دارد. این آزمون بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM طراحی شده است و مقیاس‌های آن موازی با گروه‌های تشخیصی DSM-IV می‌باشند؛ 10 مقیاس به الگوهای/اختلالات شخصیت اختصاص یافته اند. تفسیر ویراست سوم پرسشنامه میلون، تبحر و دانش قابل توجه درباره آسیب شناسی روانی به طور کلی و اختلالات شخصیت به طور اخص می‌طلبد. در نتیجه پایایی آن قدری از پایایی MMPI کمتر است.

آزمون‌هایی که جنبه‌های خاصی از آسیب‌شناسی روانی را اندازه می‌گیرند پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (Beck Depression Inventory)

هدف: پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II)، یک ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بالاتر از 13 سال است. ویرایش دوم پرسشنامه دارای 21 سوال می‌باشد که برای ارزیابی علائم افسردگی مطرح شده در DSM-IV طراحی شده‌اند. این ویرایش پس از 35 سال تجربه و پژوهش بر روی پرسشنامه افزوده شده افسردگی بک (BDI-IA) منتشر شد. این آزمون، ساختار عاملی روشنی دارد، اگرچه برخی از مطالعات نشان می‌دهد این پرسشنامه فقط یک عامل (ابراز عمومی افسردگی) را اندازه می‌گیرد و برخی نشان می‌دهند دو عامل را اندازه می‌گیرد (ابراز شناختی و بدنی افسردگی).

استفاده بالینی از BDI-II: BDI-II برای ارزیابی افسردگی در بیمارانی که تشخیص روانپزشکی دارند به کار می‌رود. باید توجه داشت که BDI-II می‌تواند وجود علائم افسردگی را بر اساس DSM-IV و شدت آنها مشخص کند، ولی به عنوان ابزاری برای مشخص کردن تشخیص بالینی کارایی ندارد. استفاده از BDI-II به عنوان تنها ابزار تشخیصی با اشکالات فراوانی همراه است برای مثال:

- علائم افسردگی ممکن است در اختلالات زیادی غیر از اختلال افسردگی نیز دیده شود. (طیف وسیعی از اختلالات، از اختلال پانیک تا اسکیزوفرنیا). از آن جا که نمره BDI-II نشان دهنده وجود علائم افسردگی است، لذا افرادی که اختلالات دیگری دارند، ممکن است نمره بالایی در این پرسشنامه کسب کنند.

- برای مطرح کردن یک تشخیص بالینی لازم است علائم خاصی با شدت خاص در کنار هم قرار گرفته و عملکرد فرد نیز دچار مشکل شده باشد. BDI-II وجود علائم و شدت آنها را می‌سنجد؛ یعنی اگر فردی فقط چند مورد از علائم افسردگی را داشته باشد، بدون این که تشخیص افسردگی بگیرد، نمره بالایی در BDI-II خواهد داشت.

- علائم افسردگی می‌توانند به علل دیگری غیر از اختلالات روانپزشکی ایجاد شوند. برای مثال کسی که نمره بدی در امتحان گرفته، سرما خورده یا حتهیدیدا^۱ خسته است، ممکن است نمره بالایی در BDI-II داشته باشد، در حالی که دچار اختلال افسردگی نیست.

در واقع می‌توان گفت که BDI-II علائم افسردگی را می‌سنجد، نه اختلال افسردگی را.

به طور کلی اجرای BDI-II بین 5 تا 10 دقیقه طول می‌کشد. بیماران دچار افسردگی شدید یا وسواس، زمان بیشتری را برای اجرای تست لازم دارند.

نمره گذاری BDI-II: نمره گذاری BDI-II شامل جمع کردن نمراتی است که برای هر یک از 21 ماده اختصاص داده شده است. هر آیتم بر روی یک مقیاس 4 نقطه ای که از 0 تا 3 را شامل می‌شود، نمره می‌گیرد. اگر یک آزمودنی برای ماده ای چند پاسخ ارائه دهد، پاسخی که بیشترین نمره را دارد، در نظر گرفته می‌شود. حداکثر نمره کلی BDI-II 63 می‌باشد. راهنمای زیر برای نقطه برش‌ها، برای بیمارانی که تشخیص افسردگی اساسی دارند ارائه شده است.

شدت افسردگی	نمره کلی
حداقل	13 - 0
خفیف	19 - 14
متوسط	28 - 20
شدید	63 - 29

برنامه ترس سنجی

آزمون اختصاصی دیگر در زمینه آسیب شناسی روانی، برنامه ترس سنجی است. برنامه ترس سنجی، فهرستی از اشیاء، اشخاص و وضعیت‌ها است که مراجع میزان ترسناک بودن آنها را درجه بندی می‌کند. در برنامه ترس سنجی، آزمودنی ترس را از 1 تا 5 یا 1 تا 7 درجه بندی می‌کند.

آزمون‌های عینی شخصیت

آزمون‌های عینی شخصیت به منظور سنجش جنبه‌های بهنجار شخصیت افراد مورد استفاده قرار می‌گیرند. آزمون‌های زیادی بدین منظور ساخته شده‌اند. از جمله آنها آزمون‌های زیر هستند.

نسخه جدید تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی

NEO (NEO - PI - R) نوعی خودسنجی ویژگی‌های شخصیتی است که مبتنی بر یک مدل معروف شخصیتی به نام مدل پنج عاملی است. کاستا و مک کرا این آزمون را ابداع کردند. طبق نسخه تجدید نظر شده در پرسش نامه شخصیتی NEO، پنج عامل یا حیطه مزبور عبارتند از: روان رنجور خویی، برون گرایی، تجربه گرایی، موافقت و جدیت. هر حیطه شش جنبه یا مقیاس فرعی دارد - یعنی صفات شخصیتی خاصی که جنبه‌های مختلف هر حیطه را نشان می‌دهند.

نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO حاوی 240 ماده، 8 ماده برای هر یک از 30 جنبه یا 48 ماده برای هر یک از پنج حیطه است. پاسخ گویان هر یک از 240 جمله را بر مبنای یک مقیاس پنج قسمتی به شدت مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، به شدت موافقم درجه بندی می‌کنند.

نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO بر مبنای راهبرد آزمون سازی خردگرا - تجربی تهیه شد که بر اعتبار سازه تأکید دارد. هر یک از صفات شخصیتی لحاظ شده، شناسایی، تعریف و سپس به گونه ای تحلیل می‌شدند که ماده‌هایی فراهم آیند که جنبه‌های مختلف هر صفت را اندازه بگیرند. انتخاب نهایی مواد براساس عملکرد تجربی صورت گرفت؛ یعنی پایاترین و معتبرترین ماده‌ها نگهداشته شدند. درضمن جهت اطمینان یافتن از اینکه ماده‌ها مبتنی بر عوامل مربوطه هستند، تحلیل‌های عاملی انجام شد.

تقریباً نیمی از ماده‌های نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO نمره گذاری وارونه دارند یعنی هرچه نمره کمتر باشد بیشتر معرف صفت مورد نظر است. این کار برای رفع سوگیری تصدیق (یا رد) انجام شد.

یکی از جنبه‌های بحث برانگیز پرسش نامه شخصیتی NEO نداشتن مقیاس اعتباری (یا مجموعه ای از مقیاس‌ها) است تا رویکردهای آزمونی پاسخ دهندگان ارزیابی شوند. اما نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO سه ماده منفرد دارد که اعتبار پاسخ‌ها را می‌سنجند. یک ماده از پاسخگو می‌خواهد مشخص کند آیا صادقانه و دقیق به ماده‌ها جواب داده است. ماده دیگر هم از او می‌پرسد آیا به تمام ماده‌ها جواب داده است و ماده سوم معلوم می‌کند که آیا پاسخ‌ها در فضای صحیح و مناسب درج شده اند یا خیر.

حیطه‌ها و جنبه‌های شخصیت طبق نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO

حیطه	جنبه
روان رنجور خوبی (Neuroticism)	اضطراب، نفرت، افسردگی، کم رویی، تکانش‌گری، آسیب پذیری
برون‌گرایی (Extraversion)	گرم بودن، معاشرتی بودن، اظهار وجود، فعال بودن، هیجان‌خواهی، ابراز هیجان‌ات مثبت
تجربه‌گرایی (Openness)	تخیل، زیبایی‌شناسی، احساسات، کنش‌ها، ایده‌ها، ارزش‌ها
موافقت (Agreeableness)	اعتماد، صراحت، نوع دوستی، فرمانبری، تواضع، رأفت
جدیت (Conscientiousness)	صلاحیت، نظم، وظیفه‌شناسی، پیشرفت‌گرایی، انضباط فردی، طمأنینه

NEO بر مبنای مدل شخصیت بهنجار (بزرگسالان فاقد اختلال) تهیه شده است ولی محققان بررسی سودمندی این ابزار در مورد امور بالینی را نیز شروع کردند. چون طبق تعریف، اختلالات شخصیت محور دو شامل صفات شخصیتی غیرانطباقی می‌شوند (صفاتی که شکل افراطی و شدید صفات شخصیتی افراد معمولی هستند)، ابزارهای متکی بر مدل پنج عاملی مثل نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO در مورد این اختلالات حمایت کرده اند. فرم‌های کوتاه NEO: یک فرم کوتاه 60 ماده ای تحت عنوان پرسش نامه پنج عاملی NEO (FFI - NEO) هم وجود دارد در پرسش نامه پنج عاملی NEO - FFI مقیاس‌های جنبه ای وجود ندارد. نسخه دیگر پرسش نامه شخصیتی NEO، فرم R است که برای درجه بندی‌های مشاهده کنندگان به کار می‌رود. این فرم حاوی 240 ماده از نسخه خود سنجی این پرسش نامه است و جملاتش به گونه ای تغییر یافته اند تا جنسیت شخص مورد ارزیابی را نشان بدهند.

محدودیت‌های نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO

1. نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO از فقدان نسبی ماده‌های اعتباری رنج می‌برد.
2. هنوز ثابت نشده است که از این پرسش نامه می‌توانیم برای اهداف تشخیصی بالینی استفاده کنیم چون بر مبنای مدل شخصیت «بهنجار» تهیه شده است.

3. در مورد کاربرد نسخه تجدید نظر شده پرسش نامه شخصیتی NEO در طراحی درمان تحقیقات اندکی شده است.

4. چند انتقاد روانسنجی نیز از این پرسش نامه شده است مثلاً در مورد همبستگی متقابل نمرات برخی حیطه‌ها و قرار گرفتن برخی جنبه‌ها در برخی حیطه‌ها (مثل لحاظ شدن تکانش‌گری و نفرت در حیطه روان رنجور خوبی).

پرسشنامه شخصیت آیزنک

این پرسشنامه به منظور سنجش برخی عوامل بنیادی شخصیت ساخته شده است. این عوامل عبارتند از: روان‌پریشی، برونگرایی - درونگرایی و هیجانی - با ثبات بودن.

پرسشنامه چندوجهی تلگن

این پرسشنامه هم سه عامل را اندازه می‌گیرد: هیجانی بودن مثبت، هیجانی بودن منفی و اجبار.

پرسشنامه روانی کالیفرنیا (CPI) California Personality Inventory

پرسشنامه روانی کالیفرنیا یکی از نمونه‌های مشهور آزمون‌های شخصیت است که عینی است و دامنه وسیعی دارد. این آزمون بر اساس روش تجربی ساخته شده است. این پرسشنامه در سال 1957 ساخته شد و در سال 1987 محتوای آن به روز شد و ماده‌های آن دوباره نوشته شدند. این آزمون اختصاصاً برای سنجش شخصیت جمعیت «بهنجار» طراحی شده است. حدود نیمی از 462 ماده درست - غلط آن از شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا گرفته شده، ولی ماده‌های آن به مقیاس‌های متنوع تر و مثبت‌گرایانه تری دسته بندی شده اند از جمله مردم‌آمیزی، خود پذیری، مسئولیت پذیری، سلطه‌گری و خویش‌تنداری و موارد دیگر. سه مقیاس اعتبار هم دارد که مینولا همان کار مقیاس‌های اعتبار شخصیت سنج چند وجهی مینه سوتا را می‌کنند. نقاط قوت پرسشنامه روانی کالیفرنیا، معرف بودن نمونه‌های هنجاریابی (آن) و پایایی نسبتاً بالای آن است. این آزمون، بزهکاری و نتیجه آزادی مشروط، نمرات درسی و احتمال ترک تحصیل در دبیرستان را پیش‌بینی می‌کند. این آزمون بر اساس ملاک یابی تجربی بدست آمده است. ثن‌دایک از CPI به عنوان «MMPI شخص عاقل» کرده است.

پرسشنامه شانزده عامل شخصیت (16PF)

کتل با استفاده از نظریه و تحلیل عاملی، 16 عامل بنیادی شخصیت را شناسایی کرد و برای اندازه‌گیری آنها ابزاری ساخت. آزمون دهنده در 187 ماده این پرسشنامه عامل شخصیت باید یکی از سه گزینه را انتخاب کند (برای مثال «من دوست دارم به موزه - پارک ملی - گالری هنری بروم»). نتایج معرف نمره شخص در هر یک از این 16 عامل خواهند بود که برخی از آنها هوش، قدرت ایگو، محافظه‌کاری - تندروری و اسکیزوئید خوبی - عاطفه خوبی هستند. این آزمون اعتبار سازه قابل قبول و پایایی بالایی دارد.

سنخ نمای مایرز - بریگز (MBTI)

این پرسشنامه از نظام طبقه بندی یونگ گرفته شده است. این آزمون 126 ماده دارد که آزمودنی در هر یک باید یک گزینه را انتخاب کند. این آزمون با ترکیب چهار مقیاس، شخص را در یکی از 16 سنخ (یا تیپ شخصیتی) جا می‌دهد. این چهار مقیاس عبارتند از: برونگرایی/ درونگرایی (E یا I)، حس / شهود (S یا N)، فکر / احساس (T یا F) و قضاوت / ادراک (J یا P). اگرچه نتایج آزمون، اطلاعاتی درباره نیرومندی هر بُعد می‌دهد، ولی گاهی اوقات عامل نیرومندی در تفسیرها نادیده گرفته شده و به اشخاص صرفاً بر اساس چهار بُعد مورد نظر برچسب زده می‌شود. اجرا و نمره گذاری این آزمون آسان است.

آزمون‌های فرافکن شخصیت

استفاده از فنون فرافکن سابقه ای بس طولانی دارند. اما نیروی محرکه اصلی فنون فرافکن را رساله کلاسیک هرمن روزشاخ در سال 1921 تأمین کرد که اظهار داشت می‌توانیم از لکه‌های جوهر برای تشخیص افتراقی آسیب‌های روانی استفاده کنیم. اصطلاح فرافکن واقعاً از وقتی متداول شد که ال کی فرانک مقاله معروفش را در سال 1939 در مورد روش‌های فرافکن منتشر کرد.

آزمون‌های فرافکن امروزی محصول رویکرد روان پویایی هستند. با گسترش این تلقی فریود که مردم جنبه‌های نامقبول شخصیت شان را به دیگران نسبت می‌دهند یا «فرافکنی» می‌کنند، عده ای گفتند «مردم با وساطت شناختی دروندادهای ادراکی تحت تأثیر نیازها، علایق و سازمان روانی کلی هستند». به عبارت دیگر، فرضیه فرافکنی می‌گوید تا حد زیادی شخصیت هر کس تعیین می‌کند محرک‌های مبهم را چگونه تفسیر کند و به آن محرک‌ها چگونه پاسخ بدهد. آزمون‌هایی که مراجعان را ترغیب می‌کنند این گرایش خود را بروز بدهند، آزمون‌های فرافکن نامیده می‌شوند.

خصوصیات کلی فنون فرافکن:

فرهنگ روانشناسی انگلیش و انگلیش (1985) فن فرافکن را این گونه تعریف می‌کند «روشی برای کشف شیوه‌های رفتار کردن از طریق مشاهده رفتار افراد در موقعیتی که پاسخ خاصی را فرا نمی‌خواند یا بر نمی‌انگیزد».

1. آزمون دهنده در واکنش به یک محرک بدون ساخت یا مبهم مجبور می‌شود ساخت مورد نظر خودش را به آن محرک بدهد و با این کار بخشی از خودش (مثلاً نیازها، آرزوها یا تعارضاتش) را فاش می‌کند.
2. محرک مورد نظر بدون ساخت است. این یک ملاک کم اهمیت است هرچند خیلی‌ها فرض می‌کنند ماهیت فنون فرافکن را نشان می‌دهد. فرافکن محسوب شدن یا نشدن آزمون به نوع پاسخ‌هایی که فرد باید بدهد و نحوه استفاده از این پاسخ‌ها بستگی دارد.
3. این روش غیر مستقیم است. آزمون دهندگان تا حدودی از هدف‌های آزمون بی‌خبرند؛ حداقل هدف‌ها مخفی می‌شوند. در این روش سؤال مستقیمی درباره نیازها یا مشکلات بیماران نمی‌شود؛ بلکه مسیر غیر مستقیمی طی می‌شود و امید می‌رود که این غیر مستقیم بودن باعث شود بیماران کمتر اطلاعات خود را سانسور کنند.

4. آزادی در پاسخ دهی وجود دارد. روش‌های پرسش نامه ای فقط اجازه می دهند «بله» یا «خیر» بگوییم در حالی که در آزمون‌های فرافکن می توان بی نهایت پاسخ داد.
5. در تفسیر پاسخ‌ها با متغیرهای بیشتری سر و کار داریم. چون محدوده پاسخ‌های ممکن خیلی وسیع است، متخصص بالینی می تواند در ابعاد مختلفی به تفسیر بپردازد (نیازها، سازگاری، تشخیص، دفاع‌های ایگو و غیره). ولی در بسیاری از آزمون‌های عینی یک نمره واحد (مثل میزان ناراحتی روان شناختی) یا نمرات ثابتی برای چند بعد یا مقیاس به دست می آید.
6. آزمون‌های فرافکن آزمون‌هایی هستند که بیش از هر چیز به کاوش در جنبه‌های غیر شناختی روان می‌پردازند.
7. آزمون‌های فرافکن آزمون‌هایی هستند که نتایج آنها را فردی است و این کار دشواریهای درجه بندی و استاندارد کردن آنها را توجیه می‌کند.
8. این آزمون‌ها شخصیت را در یک مفهوم کلی و ترکیبی به کار می‌برند، بنابراین هدفشان اندازه گیری عناصر نیست بلکه توصیف یک ساخت است.

اندازه گیری و هنجاریابی آزمون‌های فرافکن

1. آزمون‌های عینی تابع رویکرد تفسیر آماری هستند. هنجارها، پایایی و حتی اعتبار آن‌ها را آسان تر بدست می آید. اما آزمون‌های فرافکن در مقابل ارزیابی روان سنجی مقاومت می ورزند.
2. هنجاریابی ارتباط را آسان می کند و جلوی سوگیری‌ها و سلاقی تفسیری برخی متخصصان بالینی را می گیرد. هم چنین طرفداران مشتاق آزمون‌های فرافکن معمولاً طوری رفتار می کند که گویی این آزمون‌ها هنجار دارند. مخالفان می گویند تفسیر آزمون‌های فرافکن، غیر قابل هنجاریابی هستند. هر انسانی بی همتا است در نتیجه توصیف‌های هنجاری بی شک گمراه کننده خواهند بود.
3. پایایی: تعیین پایایی فنون فرافکن آسان نیست. به طور کلی، آزمون‌های عینی پایایی بالاتری دارند.
4. در بررسی روایی آزمون‌های فرافکن طرح سؤالاتی عمومی مثل «آیا آزمون رورشاخ روایی یک آزمون شخصیتی خوب محسوب می‌شود؟» چندان بجا نیست در عوض، باید سؤالات اختصاصی تر مطرح شوند مثلاً: آیا آزمون اندریافت موضوع پرخاشگری را پیش بینی می‌کند؟ آیا اخذ نمره الف در آزمون رورشاخ با قضاوت بالینی در مورد وجود اضطراب همبستگی دارد؟

طبقه بندی کلی آزمون‌های فرافکن (از فرانک)

الف - روش‌های سازمانی

در این روش از آزمودنی می‌خواهند تا به موادی که فاقد سازمان هستند یا سازمان ناقصی دارند سازمان بدهد. بنابراین شکل‌های تفسیر تقریباً انعطاف ناپذیری مورد نظر است تا به انواع مختلف سازماندهی‌ها امکان تجلی بدهد. محرک‌هایی که در این خصوص به کار می‌رود ممکن است از نوع بصری باشد، مانند لکه‌های جوهر هرمان رورشاخ و آزمون تصویر ابرهای ویلیام اشترن.

ب - روش‌های ساختی

در این روش از آزمودنی می‌خواهند تا با استفاده از مواد و مصالحی که ابعاد محدود دارند ساخت‌های وسیعتری بسازد. تمیز روش‌های ساختی از روش‌های سازمانی نه آسان است و نه منطقی. این روش‌ها در مجموع به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

- 1- تکنیک بازی و سایکودرام؛
- 2- تکنیک نقاشی؛ مشهورترین این روش‌ها، آزمون HTP یا خانه، درخت، شخص است.
- 3- تکنیک موزائیک‌ها؛ در این آزمون، آزمودنی با قطعات رنگی هندسی شکل‌هایی درست می‌کند.

ج - روش‌های تفسیری

در روش تفسیری، آزمودنی موظف است تجربه یا ساختی را که معنای عاطفی دارد تفسیر کند. محرک یا موقعیتی که برای آزمودنی فراهم می‌آورند می‌تواند بصری یا کلامی باشد. مانند آزمون اندریافت موضوع، آزمون زوندی، آزمون تداعی کلمات و آزمونهای تکمیل جملات یا داستانها.

د - روش‌های پالایشی (تخلیه ای)

در مجموع همه روش‌های فرافکن از روش پالایشی استفاده می‌کنند، اما اصطلاح پالایشی‌انحصارا^۱ در مورد آزمون‌هایی به کار می‌رود که واکنش‌های هیجانی آزمودنی را آشکار می‌سازند و حالت تخلیه روانی (catharsis) به وجود می‌آورند مثل آزمون دهکده آرتوس.

ه - روش‌های انکساری

در این روش‌ها، شخصیت آزمودنی از لابه لای شیوه‌های قراردادی بیان، مانند خط، زبان، حرکات بدنی، نقاشی آزاد و... تجلی می‌کند. در این زمینه‌خصوصا^۲ دو شیوه بیان مورد مطالعه قرار گرفته است؛ خط و زبان.

طبقه بندی دیگری از فنون فرافکن:

- 1- روش تداعی: آزمودنی باید معنای محرک کلامی، شنیداری یا دیداری را گزارش نماید. مانند آزمون رورشاخ و تداعی کلمات.
- 2- روش ساختی: آزمودنی باید یک نقاشی ترسیم کند و یا یک داستان بگوید. مانند TAT.
- 3- روش تکمیلی: تکمیل کردن داستان، جمله یا تصویر. مانند آزمون جملات ناتمام راتر، آزمون مصور ناکامی‌روزنروایگ.
- 4- روش گزینشی یا ترتیبی: آزمودنی باید ترجیحات خود را رتبه بندی کند. مانند آزمون زوندی.
- 5- روش ابزاری: آزمودنی باید نقشی را بازی کند. مانند فعالیت‌های بازی برای کودکان، آزمون آدمک گودیناف.

معرفی برخی از آزمون‌های معروف فرافکن

1. آزمون رورشاخ (Rorschach test)

توصیف: آزمون رورشاخ حاوی ده کارت است که روی هرکارت یک لکه جوهر وجود دارد. این لکه‌ها از چپ به راست قرینه اند. پنج کارت سیاه و سفید با سایه‌های خاکستری است و پنج کارت دیگر رنگی هستند.

اجرا: فنون مختلفی برای اجرای آزمون رورشاخ وجود دارد. ولی به طور کلی برای بسیاری از روان‌شناسان بالینی، جریان به این صورت است که روان‌شناس اولین کارت را به بیمار می‌دهد و می‌گوید «به من بگو چه می‌بینی بگو به نظر تو این چیست. بحث درست و غلط نیست. فقط بگو به نظر تو شبیه چیست». سپس کارت‌های دیگر را به این ترتیب نشان می‌دهد. متخصصان هر آنچه را بیمار می‌گوید یادداشت می‌کند. عده‌ای از آن‌ها مدت زمانی را که طول می‌کشد تا بیمار اولین پاسخ را برای هر کارت بسازد و کل زمان صرف شده برای هر کارت را نیز ثبت می‌کنند. بعضی از بیماران برای هر کارت پاسخ‌های زیادی می‌سازند و بعضی پاسخ‌های کمی. متخصص بالینی به این نکته نیز توجه می‌کند که پاسخ براساس کدام بخش کارت داده می‌شود (بالای سمت راست، سر و ته یا پهلو). اظهارات ناگهانی و خودانگیخته و اظهار تعجب‌ها نیز ثبت می‌شوند.

بعد از این مرحله، متخصص بالینی به سوی کندوکاو می‌رود. در این مرحله یکی یکی پاسخ‌های قبلی بیمار را به او یادآوری می‌کند و از او می‌پرسد چطور شد چنین پاسخی داد. وی از بیمار می‌خواهد محل دقیق آن را روی هرکارت مشخص کند. در این مرحله بیمار پاسخ‌هایش را تشریح می‌کند و روشن می‌سازد.

گام‌های اجرای رورشاخ

گام 1: آشنا کردن پاسخ دهنده با روش

رفع اضطراب آزمودنی و ایجاد آرامش در او و دادن اطلاعات غیر فنی و ساده درباره آزمون.

گام 2: دادن دستور کار آزمون

اکسپر توصیه می‌کند که آزمایش‌کننده کارت را به دست آزمودنی داده و بپرسد «این چی می‌تونه باشه؟»

گام 3: مرحله پاسخ (تداعی)

کارت‌های 1 و 2 و معمولاً به عنوان کارت‌های آسان به شمار می‌روند و زمان واکنش به آنها در مقایسه با کارت‌های 6 و 9 و 10 معمولاً طولانی‌ترین زمان واکنش را سبب می‌شوند کوتاه‌تر است.

چون نگهداری و ثبت زمان پاسخ‌های آزمودنی‌ها ممکن است در آنان اضطراب ایجاد کند هر گونه یادداشت برداری باید حتی المقدور به صورت پنهان انجام گیرد.

اگر آزمودنی پروتکلی با پاسخ‌های کم ارائه کند (کمتر از 14 پاسخ)، باید بلافاصله مورد آزمایش مجدد قرار گیرد و به طور روشن از وی خواسته شود که پاسخ‌های بیشتری بدهد.

اگر آزمودنی به هر یک از لکه‌ها بیش از 5 پاسخ بدهد، آزمایش‌کننده باید آن کارت را از دست وی بگیرد.

گام 4: واریسی پاسخ‌ها

پس از آنکه همه 10 کارت اجرا شد و آرسی پاسخها آغاز می‌شود. هدف آن جمع آوری اطلاعات لازم برای نمره گذاری دقیق است. هدف از این کار به دست آوردن پاسخهای تازه نیست بلکه روشن کردن پاسخهایی است که قبلاً داده شده است.

نمره گذاری. اگر چه طرحهای نمره گذاری رورشاخ متفاوتند ولی در اکثر آنها سه عامل اصلی وجود دارد. محل (location) یا بخشی از کارت که بیمار بر مبنای آن پاسخ داده است. محتوا (content) یا ماهیت چیزی که در کارت دیده است. تعیین کننده (determinant) یا جنبه‌هایی از کارت که بیمار را وادار کرده اند چنین پاسخی بدهد. در بعضی از نظامها، پاسخهای معروف و پاسخهای تازه نیز نمره گذاری می‌شوند غالباً بر اساس فراوانی نسبی آنها در بین اعضای جامعه).

هم اکنون نظام جامع نمره گذاری اکسندر متداول ترین نظام نمره گذاری است. در خلاصه ساختاری اکسندر، 54 شاخص محاسبه می‌شود.

نمره گذاری نهایی رورشاخ شامل این موارد است: تدوین تعداد تعیین کننده‌ها، محاسبه درصدها بر اساس تعداد کل پاسخها و محاسبه نسبت یک مجموعه از پاسخها به مجموعه دیگر (برای مثال؛ تقسیم کردن تعداد کل پاسخهای مربوط به حرکت بر تعداد پاسخهای مربوط به رنگ).

1. محل ادراک

محل ادراک به فضایی از لکه جوهر گفته می‌شود که مورد استفاده قرار گرفته است و نمادهای کدگذاری آن شامل موارد زیر است:

نمادها و ملاک‌های کدگذاری محل ادراک

نماد	تعریف	ملاک
W	پاسخ کلی	وقتی که از تمام لکه برای پاسخ استفاده شده باشد (تمام قسمت‌های لکه)
D	پاسخ جزء عام	ناحیه ای از لکه که اغلب شناسایی می‌شود.
Dd	پاسخ جزء غیر معمول	ناحیه ای از لکه که به ندرت شناسایی می‌شود.
S	پاسخ به ناحیه سفید	یک ناحیه سفید برای پاسخ مورد استفاده قرار می‌گیرد (فقط با نماد محل ادراک دیگر نمره گذاری می‌شود، مانند DS ، Ws ، Dds).

2. تعیین کننده‌ها

تعیین کننده به سبک و مشخصه لکه اطلاق می‌شود که آزمودنی به آن پاسخ می‌دهد، مانند شکل، رنگ، یا بافت.

نمادها و ملاک‌ها برای کدگذاری تعیین کننده‌ها

طبقه	نماد	ملاک
شکل	F	پاسخهای شکل

پاسخ حرکت انسان	M	حرکت
پاسخ حرکت حیوان	FM	
پاسخ حرکت اشیای بی جان	M	
پاسخ رنگ محض	C	رنگ
پاسخ رنگ - شکل	CF	
پاسخ شکل - رنگ	FC	
پاسخ نام بردن رنگ	Cn	
پاسخ رنگ بی فام محض	Ć	رنگ بی فام
پاسخ رنگ بی فام - شکل	ĆF	
پاسخ شکل - رنگ بی فام	FĆ	
پاسخ بافت محض	T	سایه داری - بافت
پاسخ بافت - شکل	TF	
پاسخ شکل - بافت	FT	
پاسخ چشم انداز محض	V	سایه داری - بُعد
پاسخ چشم انداز - شکل	VF	
پاسخ شکل - چشم انداز	FV	
پاسخ سایه داری محض	Y	سایه داری - پراکنده
پاسخ سایه داری - شکل	YF	
پاسخ شکل - سایه داری	FY	

نمادهای کد گذاری کیفیت شکل

تعریف	نماد
فوق العاده - با بسط و شرح زیاد	+
معمولی	O
غیر معمول	U
منفی	—

۱. محتوا

نمره گذاری محتوا به نوع و مقدار اشیاء خاصی که آزمودنی‌ها در پاسخ‌هایشان ادراک می‌کنند مبتنی است.

نمادهای کدگذاری مورد استفاده برای محتوا

نماد	طبقه	نماد	طبقه
Bt	گیاه شناسی	H	انسان کامل
Cg	لباس	(H)	انسان کامل (خیالی یا افسانه ای)
Cl	ابر	Hd	اجزای انسان
Ex	انفجار	(Hd)	اجزای انسان (خیالی یا افسانه ای)
Fi	آتش	A	حیوان کامل
Fd	غذا	(A)	حیوان کامل (خیالی یا افسانه ای)
Ge	پدیده‌های جغرافیایی	Ad	اجزای حیوان
Hh	وسایل خانگی	(Ad)	اجزای حیوان (خیالی یا افسانه ای)
Ls	منظره یا دورنمای زمین	Ab	انتزاع
Na	طبیعت	Al	الفا
Sc	علوم	An	آناتومی (کالبد شناسی)
Sx	پاسخ‌های جنسی	Art	هنر
Xr	اشعه X	Ay	انسان شناسی
(Vo)	حرفه ای (مکمل)	Bl	خون

پاسخ های عام یا رایج

پاسخ های رایج رورشاخ (P) به پاسخ هایی اطلاق می شود که فراوانی ادراک آنها توسط آزمودنی ها زیاد است. تعداد پاسخ های رایج آزمودنی ها، میزان شباهت آنان با بیشتر مردم، میزان همنوایی آنان با معیارهای اجتماعی، و سهولت نسبی نفوذ پذیری آنان در روابط میان فردی را منعکس می کند. اشخاصی که از شیوه های سنتی تفکر خود داری می کنند، در مقایسه با افراد همونوسبتاً سنتی، پاسخ های رایج کمتری دارند. پاسخهای رایج، از پیش تعیین شده و محدود به موارد خاصی از پاسخها است.

خلاصه ساختاری

پس از آنکه پاسخهای آزمودنی بر حسب محل ادراک، تعیین کننده‌ها، محتوا و رایج بودن پاسخها کدگذاری شد، آنگاه به صورت فرمول‌های کمی از نو تنظیم می‌شوند. این فرمول‌ها، نسبت‌های عوامل مختلف رورشاخ و مقایسه‌های بین آنها را منعکس می‌کنند. تفسیرهای اولیه بر مبنای فرمول‌های کمی مختلف و همچنین مجموع عامل‌های متفاوت (محل‌های ادراک، تعیین کننده‌ها، محتواها و پاسخ‌های رایج) انجام می‌گیرند. اکسرن یادآور شده است که نسبت‌ها و درصدها، مهمترین عناصر در تفسیر آزمون رورشاخ به شمار می‌روند.

تفسیر رورشاخ

تفسیر رورشاخ پیچیده است. برای مثال، استفاده زیاد بیمار از فرم می تواند معرف هم‌رنگی باشد. فرم ضعیف به همراه پاسخ‌های نامعمول می تواند نشانه روان پریشی باشد. رنگ با هیجانی بودن رابطه دارد و اگر با فرم خوب همراه نباشد غالباً نشانگر تکانشی بودن است. استفاده گسترده از فضاهای سفید، شاخص سرپیچی یا خصوصیات ضد اجتماعی است. استفاده از کل لکه نشانگر دغدغه خاطر داشتن نسبت به یکپارچگی و سازمان یافتگی است. استفاده زیاد از جزییات با وسواس‌های فکری و عملی رابطه دارد. ولی محتوا نیز مهم است. دیدن حیوانات کوچک می تواند نشان از انفعال باشد. پاسخ‌هایی مثل خون، چنگال، دندان یا تصاویر مشابه می توانند نشانگر نفرت و پرخاشگری باشند. چرخاندن کارت و مشاهده پشت آن نشانگر سوءظن می باشد. (برای اطلاع بیشتر از تفسیر رورشاخ، به کتاب راهنمای سنجش روانی، نوشته گری گراث - مارنات مراجعه کنید).

ارزیابی کلی آزمون رورشاخ

جامع ترین رویکرد نمره گذاری را اکسرن، تدوین کرده است. نظام اکسرن حاوی برخی عناصر نظام‌های نمره گذاری دیگر متخصصان بالینی هم هست. اکسرن و همکارانش داده‌های روان سنجی و شواهد پایایی آزمون - باز آزمون فراوانی ارایه و مطالعات زیادی در خصوص اعتبار سازه انجام داده اند.

در مورد پایایی و روایی آزمون رورشاخ تردیدهای زیادی وجود دارد. یکی از روش‌های متداول برای بررسی پایایی آزمون رورشاخ، استفاده از روش پایایی بین ارزیابها (پایایی بین نمره گذاران) بوده است. همچنین در مورد آزمونهای

مانند رورشاخ، پایایی تفسیرهای متخصصان بالینی (تفسیر یک پروتکل آزمون توسط دو روانشناس بالینی) نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای ارزیابی روایی آزمون رورشاخ نیز از روش‌هایی مانند ارسال صورتجلسه‌ها برای معلمان یا دوستان سابق و بدست آوردن سطح توافق نظر آنها و روش هم‌تاسازی (همتا سازی) صورتجلسه‌های رورشاخ با شرح حال‌ها به منظور بررسی روایی تفسیرهای رورشاخ) استفاده شده است. طرفداران این آزمون می‌گویند آزمون رورشاخ وقتی مفید است که بخواهیم کارکردهای ناهشیار و سبک حل مسئله افراد را بررسی کنیم. ولی منتقدان هم چنان نسبت به سودمندی بالینی نمرات رورشاخ یا اعتبار افزایشی آنها بدبین هستند.

2. آزمون اندریافت موضوع (Thematic Apperception Test (TAT)

این آزمون در سال 1935 توسط مورگان و موری ساخته شد. هدف از این آزمون، افشای خصوصیات شخصی بنیادی بیماران به کمک تفسیر تخیلات و تصوراتشان درباره‌ی مجموعه‌ای از تصاویر است. با این که هدف از ابداع این آزمون، فاش کردن تعارضات اصلی، نگرش‌ها، هدف‌ها و موضوعات واپس رانده شده بود ولی عملاً علاوه بر این اطلاعات نکاتی را هم در خصوص عوامل وضعیتی، افکار قالبی فرهنگی، جزئیات بی‌اهمیت و مواردی از این قبیل فاش می‌کند.

اکثر متخصصان بالینی از آزمون اندریافت موضوع به عنوان روشی برای استنباط نیازهای روانی پیشرفت، رابطه، وابستگی، قدرت، ارضاء جنسی و غیره و فاش کردن شیوه ارتباط و تعامل بیمار با محیط استفاده می‌کند. آزمون اندریافت موضوع برخلاف آزمون رورشاخ برای استنباط محتوای شخصیت و شکل تعاملات اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرهتلا؛ بیمار از صاحبان قدرت نفرت دارد ولی در عین حال خواهان محبت و تأیید آنها است. کمتر احتمال دارد از آزمون اندریافت موضوع برای میزان سنجش ناسازگاری استفاده شود تا برای فاش کردن کانون مشکلات، ماهیت نیازها یا کیفیت روابط میان فردی.

توصیف آزمون: این آزمون حاوی 31 کارت است (که یکی از کارت‌ها سفید می‌باشد)؛ در اکثر این کارت‌ها انسان‌ها در موقعیت‌های مختلف ترسیم شده اند ولی در تعدادی از آنها فقط اشیاء دیده می‌شوند. برخی از این کارت‌ها برای پسرها و مردها مفیدند، برخی برای دخترها و زن‌ها و برخی برای هر دو جنس. موری پیشنهاد کرده است که 20 مورد از این 31 کارت روی هر آزمودنی اجرا شود. این که کدام مجموعه از کارت‌ها اجرا شود، به سن و جنس و مراجع و علایق روانشناس بالینی بستگی دارد. آزمون اندریافت موضوع به عنوان یک آزمون فرافکن به اندازه رورشاخ بدون ساخت و مبهم نیست. اگر چه آدم بودن کارت‌ها ممکن است مشخص باشد ولی جنسیت این آدم‌ها همیشه مشخص نیست و همیشه معلوم نیست آنها کیستند، چه کار می‌کنند یا به چه چیزی فکر می‌کنند.

اجرا: متخصصان بالینی عملاً روی هر بیمار 12 تا 6 کارت را اجرا می‌کند. با این که متخصصان بالینی دقیقاً یک دستور العمل را اجرا نمی‌کنند ولی معمولاً اینگونه عمل می‌کند که: «حالا از شما می‌خواهم برای هر یک از این تصویرها داستانی بسازی. بگو آنها کیستند، چکار می‌کنند، چه فکر و احساسی دارند، در آن صحنه چه اتفاقی افتاده است و چه خواهد شد. باشه؟» متخصص بالینی داستان‌های آنان را کلمه به کلمه یادداشت و گاهی اوقات

ضبط می کند. گاهی از بیمار خواسته می شود داستان‌هایش را بنویسد هر چند این درخواست می تواند باعث درج داستان‌های کوتاه تری شود.

نمره گذاری: تحلیل آزمون اندریافت موضوع بر مبنای محتوا و ساختار داستان‌ها انجام می‌شود. منظور از محتوا این است که مراجعه چه چیزی را توصیف می‌کند؛ اعم از آدم‌ها، احساسات، رویدادها و نتایج. ساختار هم نحوه داستان سازی و داستان گویی مراجعان است که شامل منطق، سازمان و طرز استفاده از زبان، اشکالات گفتاری، نفهمیدن دستورات عمل‌ها یا محرک‌های تصاویر و انگیزتگی هیجانی می‌شود. اغلب متخصمان بالینی به این نتیجه رسیده اند که طرح‌های نمره گذاری کمی موجب تحریف یا از دست رفتن شواهد مفید بالینی می شود. در نتیجه از این طرح‌ها فقط در امور تحقیقاتی استفاده می کنند. از آزمون اندریافت موضوع هرگز به شدت رورشاخ انتقاد نشده است. دلیلش هم تا حدودی این است که هرگز بر نمره گذاری این آزمون خیلی تأکید نشده است.

برخی از موارد تفسیری که لیندزی و همکارانش به آنها اشاره کرده اند:

استفاده از عبارتهای قالبی در طول داستان نشانه پارانویا است.

داستان‌هایی که بر سوانح فیزیکی و ضربه‌های هیجانی مثل از دست دادن زن، مادر، معشوق، شغل، سوختن خانه یا حادثه هوایی تأکید دارند نشانه اضطراب می باشند.

سه بار یا بیشتر اشاره به یک یا چند نفر اعضای خانواده نشانه وابستگی است.

بیمارانی که مشکلات جنسی دارند از تصویر روی دیوار درکارت شماره 4 فرار می کند یا از بحث کردن درمورد زن برهنه کارت 13 طفره می روند.

در کارت‌های اندریافت موضوع کودکان (CAT) (بلاک، 1992) شخصیت‌های حیوانی ترسیم شده اند؛ کارت‌های اندریافت کودکان رابرتز (RATC) (مک آرتور و رابرتز، 1989) هم، تعامل کودکان با بزرگسالان و کودکان دیگر را نشان می‌دهد.

3. آزمون مصور ناکامی روزنروایگ

یکی دیگر از آزمون‌های فرافکن شبیه آزمون اندریافت موضوع، مطالعه تصویر- ناکامی روزنروایگ است که از 24 تصویر کارتونی تشکیل شده و در هر تصویر یک نفر، دیگری را به نحوی ناکام می‌کند (برای مثال در یک تصویر، یک نفر به دیگری می‌گوید «تو را به مهمانیم دعوت نمی‌کنم») وظیفه مراجع این است که بگوید شخص ناکام چه پاسخی خواهد داد.

4. فنون تکمیل جمله (ISB) incomplete sentences blank

یک فن بسیار ماندگار و مفید و درعین حال ساده، روش تکمیل جمله است. متداول ترین و مشهورترین فن، درمیان نسخه‌های گوناگون این فنون هم آزمون جملات ناتمام راتراست. فرضیه فرافکنی این است که مراجع بر مبنای خصوصیات شخصیتی مهم خود این جملات را کامل می‌کند. این آزمون‌ها جزو پرمصرف ترین آزمون‌های فرافکن هستند.

آزمون جملات ناتمام راتر حاوی 40 ساقه جمله است - مثل «دوست دارم...»، «چیزی که اذیتم می کند»، «ای کاش...» و «اکثر دخترها...». پاسخ مراجع به هر ساقه با هنجارهای موجود در راهنمای آزمون مقایسه می شود و سپس بر اساس یک مقیاس هفت درجه ای، میزان انحراف پاسخ از هنجار یا سازگاری - ناسازگاری آن مشخص می شود. سرانجام، درجه بندی تمام جملات جمع می شود و نمره سازگاری کلی بدست می آید. آزمون جملات ناتمام چند منظوره است و برای انواع متغیرها، طرح های نمره گذاری دارد.

آزمون جملات ناتمام چند نقطه قوت دارد. 1- نمره گذاری آن عینی و پایا است که آن هم تا حدودی ناشی از مثال های فراوان نمره گذاری در راهنمای آزمون است. 2- آزمون جملات ناتمام به راحتی قابل استفاده و مقرون به صرفه است. 3- هم چنین ابزار خوبی برای غربال کردن است. 4- اگر چه می توان آن را عینی نمره گذاری کرد ولی آزادی پاسخ دهی در آن بالاست. بنابراین، آزمون جملات ناتمام، حد وسط آزمون های عینی و فرافکن است. 5- اجرای این آزمون به آموزش زیادی نیاز ندارد. نقاط ضعف این آزمون: 1- بعضی از متخصصان بالینی از صراحت نسبی آزمون جملات ماتمام ایراد گرفته اند. 2- آزمون جملات ناتمام از بسیاری جهات تصویری شناختی و رفتاری از افراد ارایه می دهد تا یک تصویر «عمیق روان پویشی».

5. ترسیم های فرافکن

سایر آزمون های فرافکن که نام آنها معرف ماهیت شان است، آزمون یک آدم بکیش (Draw A Person) و آزمون خانه، درخت، آدم (HTP)(House - Tree - Person) و آزمون نقاشی خانواده (Draw A Family)(DAF) هستند. روانشناس بالینی در این آزمونها بر اساس نقاشی های مراجع، حدس هایی درباره ابعاد مختلف شخصیت او می زند و در جریان مصاحبه راجع به آنها بحث می کنند. حدسیات تفسیری بر این مفروضه فرافکن استوار است که شمول، کنار گذاشتن و خصوصیات هر عضو بدن همراه با تقارن، سازمان، اندازه و سایر ویژگی های نقاشی مراجع، شاخص خودانگاره، تعارضات و ادراک او از دنیا هستند.

آزمون نقاشی آدمک گودیناف در سال 1926 تدوین شد.

هریس در این آزمون تجدید نظر به عمل آورد و آزمون گودیناف - هریس را ایجاد کرد.

آزمون نقاشی مک آور، نقاشی های فرافکن را از سطح شناختی فراتر برد و در جهت تفسیر شخصیت گسترش داد.

آزمون آزمون خانه، درخت، آدم (HTP)(House - Tree - Person) توسط بوک (Buck) تدوین شد.

آزمون (Draw A Family)(DAF) (آزمون نقاشی خانواده) توسط هالس در 1956 تدوین شد.

متداولترین آزمون نقاشی فرافکن، آزمون یک آدم بکیش (Draw A Person)(ADP) است که توسط مک

آور در سال 1949 تدوین شد.

6. آزمون موزائیک ژیل

در این آزمون، آزمودنی با قطعات رنگی هندسی - که از جنس اسباب بازی ساخته شده اند - شکل هایی درست می کند.

7. آزمون زوندی

این آزمون از روش‌های تفسیری استفاده می‌کند که بر روانکاوی و اسطوره‌شناسی استوار است. فرد باید از بین 8 سری عکس مربوط به بیماران روانی، 6 سری را انتخاب نماید. نمره گذاری این آزمون بسیار پیچیده و مبتنی بر فرضیه‌های مؤلف آزمون می‌باشد.

8. آزمون دهکده آرتور

در این آزمون، آزمودنی با استفاده از وسایل، به ساختن دهکده ای می‌پردازد و با استفاده از مصاحبه، تمایلات، عقده‌ها و اشتغالات ذهنی او بدست می‌آید.

9. آزمون تداعی کلمات

اگرچه در این زمینه فرانسیس گالتون پیشقدم بود، اما استفاده دقیق از آن توسط یونگ انجام شد. در این روش یونگ، واژه‌هایی را به آزمودنی ارائه می‌کرد و از وی می‌خواست اولین کلمه ای را که با شنیدن هر واژه به ذهنش می‌رسد بیان کند. زمان تأخیر در پاسخ و حالات هیجانی آزمودنی، معیار قضاوت یونگ بود. از نظر یونگ تأخیر در پاسخگویی نشانه یک عقده روانی بود.

10. تکنیک لکه جوهر هولتزمن (HIT)

این آزمون مرکب از 45 لکه جوهر است و آزمودنی باید به هر کارت فقط یک پاسخ بدهد. نمره گذاری این آزمون مشتمل بر 22 متغیر شامل محل، تعیین کننده‌ها، محتوا، خصوصیت، اضطراب است. این آزمون، فرم هم‌تا نیز دارد. بر اساس سن، وضعیت روانپزشکی و زمینه، هنجارهای گوناگونی موجود می‌باشد. در حال حاضر از این آزمون به عنوان یک ابزار پژوهشی استفاده می‌گردد تا جانشین رورشاخ.

نکاتی درباره آزمون‌ها

سودمندی بالینی آزمون‌ها

سودمندی درمانی (که گاهی اوقات تحت عنوان کلی تر سودمندی بالینی از آن یاد می‌کنند) نشان می‌دهد آزمون موردنظر چقدر برای انتخاب درمان یا اندازه گیری نتایج درمان مفید است. چند نمونه از این آزمون‌ها ساخته شده است. پرسشنامه نتیجه ای - 45 (OQ-45) و مقیاس رفتار و تشخیص نشانه (BASIS-32) برای اندازه گیری نتایج درمان طراحی شده اند و هر دو، نسبت به تغییرات مراجع در فواصل زمانه نسبتاً کوتاه حساس هستند.

همبستگی فریبنده (illusory correlation)

تفسیر پاسخ‌های حاصل از آزمون فرافکن تا حد زیادی به تجربه متخصص تشخیص روانی بستگی دارد. همبستگی فریبنده به این پدیده گفته میشود که برخی از پاسخ‌ها به برخی خصوصیات شخصی ربط داده می‌شوند. این پاسخ‌ها را علامت صفت مربوطه در نظر می‌گیرند و هنگام تفسیر آزمون، بسیار مهم تلقی می‌شوند مثلاً چپمن و چپمن (1969) دریافتند متخصصان بالینی در رابطه با آزمون رورشاخ بیشتر روی پاسخ‌هایی تمرکز می‌کنند که به شدت

همجنس خواهی مردان را تداعی می‌کنند. آنها وقتی پاسخ‌هایی مثل این پاسخ‌ها را از مردها می‌شنیدند که «مثل مردی است که دولا شده است» یا «مثل سوراخ کون است» به سرعت ولی به اشتباه فرض را بر گرایش‌های همجنس خواهانه می‌گذاشتند. در عین حال علایم معتبری را که تداعی کنندگی کمی داشتند (حیوانات خطرناک یا حیوانات انسان شمه‌مثلاً غول بی سر یا زنی با بال‌های پروانه) را نادیده می‌گرفتند. این مورد مثالی از یک همبستگی فریبنده است.

اعتبار افزایشی (incremental validity)

اعتبار افزایشی عبارت است از این که روش مورد نظر در مقایسه با روش‌های دیگر چقدر بر قدرت پیش بینی می‌افزاید. آنچه استفاده از یک ابزار سنجشی راتوجیه می‌کند اعتبار افزایشی آن نسبت به دیگر ابزارهای اندازه گیری که مقرون به صرفه ترند است.

سوگیری آزمون (test bias)

باید توجه داشته باشیم تفاوت میانگین نمرات گروه‌های مختلف، به خودی خود نشانگر سوگیری آزمون یا تبعیض نیست. بلکه سوگیری آزمون یا تبعیض یک مقوله اعتباری است. یعنی وقتی محرز شد که اعتبار آزمون مثلاً در پیش بینی برخی خصوصیات یا یک عملکرد ملاک) با تغییر گروهها به طور معناداری تغییر می‌کند، می‌توان گفت آزمون مورد نظر در رابطه با آن هدف «سوگیری» دارد. به عبارت دیگر، هرچه آزمونی در پیش بینی یک گروه دقیق تر از گروه دیگر باشد، سوگیری بیشتری دارد. پس 1- تفاوت در میانگین نمرات لزوماً نشانه سوگیری آزمون نیست. 2- «معتبر» نامیدن یک آزمون که در ادبیات روانشناسی بالینی زیاد دیده می‌شود، درست نیست. آزمون‌ها برای برخی اهداف معتبرند (و سوگیری ندارند) و برای برخی اهداف بی اعتبارند. 3- می‌توانیم با استفاده از معادلات پیش بینی متفاوت (و مناسب تر) برای گروه‌های مختلف، سوگیری آزمون را برطرف کنیم.

سنجش رایانه ای

هم اکنون برای اجرا و تفسیر پاسخ‌های افراد در مصاحبه‌های بالینی، آزمون‌های هوش، پرسشنامه‌های خودسنجی و حتی آزمون‌های فرافکن از رایانه‌ها استفاده می‌شود. از رایانه‌ها به دلیل کاهش هزینه‌ها، افزایش انگیزه و توجه مراجعان و یکسان کردن روش‌های متخصصان بالینی استفاده می‌شود. اما استفاده از رایانه‌ها مشکلاتی نیز دارد؛ 1- متخصصان باید بتوانند استفاده از رایانه‌ها را بخشی از کار حرفه ای خود قرار دهند. 2- متخصصان بالینی باید به احساسات و واکنش‌های مراجعان در قبال روش‌های رایانه ای بیشتر توجه کنند. 3- بحث روایی و پایایی و ارایه بازخورد مناسب به مراجعان نیز مطرح است. 4- رشته روانشناسی بالینی به معیارهای حرفه ای بهتری در زمینه آزمون گیری نیاز دارد (امکان سوء استفاده از نظام‌های رایانه ای وجود دارد).

اعتبار نمرات برش (آستانه‌ها) (validity of cutoff scores (thresholds))

نشان می‌دهد که یک نمره برش خاص تا چه حد در دسته بندی افراد بر مبنای داشتن یا نداشتن یک اختلال یا صفت دقیق است.

حکم تاراسوف

طبق حکم تاراسوف دیوان عالی کالیفرنیا، اگر اطلاعات اخذ شده از بیمار در حین درمان حاکی از خطرناک بودن وی باشد [روان پزشک یا روان شناس بالینی] حق ندارد این مطالب را مخفی نگهدارد.

فصل نهم

سنجش رفتاری

طبق دیدگاه سنتی شخصیت نظامی از سازه‌هاست که به شدت روی رفتار تأثیر می‌گذارد. این سازه‌ها اعم از ایگو، انتظار، صفت، پارانویا یا ظرفیت کمال به خصوصیات شخصی نسبتاً ثابتی مربوطند که در رفتار نقش و سهم دارند. پس برای درک یا پیش بینی رفتار، باید متغیرهای زیربنایی را بسنجیم.

ولی رفتاردرمانگرها و سنجشگرهای رفتار این دیدگاه سنتی در مورد شخصیت را قبول ندارند. آن‌ها شخصیت را بر مبنای گرایش‌های رفتاری افراد در وضعیت‌های خاص بررسی می‌کنند. آن‌ها به جای جستجوی خصوصیات شخصیتی زیر بنایی دنبال تعامل رفتارها و وضعیت‌ها هستند. در این نوع مفهوم بندی، شخصیت بیشتر شبیه مجموعه ای از توانایی‌ها و مهارت‌هاست. پرخاشگری و وابستگی، مهارت هستند. همان طور که دوچرخه سواری مهارت است.

اهداف سنجش رفتاری عبارتند از: الف - جمع آوری اطلاعاتی که با روش‌های دیگر قابل دستیابی نیستند.

ب - تکمیل سایر اطلاعات در چهارچوب رویکرد سنجش چند بعدی.

سه تفاوت عمده ی سنجش رفتاری (behavioral assessment) با سنجش سنتی:

1. نمونه در مقابل علامت:

در سنجش سنتی شناسایی خصوصیات شخصیتی پایدار از توصیف وضعیت مهم تر است. ولی در سنجش رفتاری، مهم ترین نکته آن است که ابزار سنجش‌ها چقدر از رفتارها و وضعیت‌های مورد نظر متخصص بالینی به خوبی نمونه می‌گیرد. در این نوع سنجش، بررسی اعماق شخصیت مهم نیست.

2. تحلیل کارکردی (functional analysis)

تحلیل کارکردی یعنی تحلیل دقیق محرک‌هایی که پیش از رفتار وجود داشته اند و پیامدهای پس از آن. فرض اصلی بر این است که رفتارها به خاطر پیامدهایشان، آموخته می‌شوند و تداوم می‌یابند. بنابراین، متخصص بالینی برای تغییر دادن رفتار نامطلوب باید:

1- محرک‌های تولید کننده رفتار 2- تقویت کننده‌های پس از وقوع رفتار را بشناسند.

نکته بسیار مهم در تحلیل کارکردی، توصیف ظریف و دقیق رفتار است. رفتار مورد نظر باید به طور مشهود و قابل اندازه گیری توصیف شود تا ثبت میزان وقوع آن پایا باشد. شرایط کنترل کننده رفتار هم باید با

همین دقت مشخص شود. پیشایندها و پیامدها نیز باید با دقت تشریح شوند. زمان، محل و افراد حاضر در هنگام بروز رفتار باید ثبت شوند. همچنین پیامدهای رفتار باید دقیقاً مشخص گردند. اکثر رفتار درمانگرها، روش تحلیل کارکردی خود را به حدی گسترش می‌دهند که متغیرهای «ارگانیسمی» را نیز در بر گیرد. متغیرهای ارگانیسمی شامل خصوصیات جسمی، فیزیولوژیک یا شناختی فرد می‌شوند که در مفهوم بندی مشکل و درمان نهایی وی اهمیت دارند. مثل سنجش نگرش‌ها و باورهای افراد مستعد افسردگی.

یک مدل مفید برای مفهوم بندی مشکلات بالینی بر مبنای دیدگاه رفتاری، مدل SORC است.

S: محرک‌های رفتار مشکل ساز

O: متغیرهای ارگانیسمی مرتبط با رفتار مشکل ساز

R: پاسخ یا رفتار مشکل ساز

C: پیامدهای رفتار مشکل ساز

3. سنجش رفتاری یک فرایند پیوسته و مستمر است که قبل و در حین و پس از درمان کماکان صورت می‌گیرد. سنجش رفتاری از این جهت مهم است که در انتخاب اولیه راهبردهای درمانی مؤثر است، در مورد کارایی راهبردهای درمانی بازخورد می‌دهد، ارزیابی اثربخشی کلی درمان پس از اتمام آن را امکان پذیر می‌کند و عوامل وضعیتی خاصی را که ممکن است موجب تکرار رفتار مشکل ساز شوند مشخص می‌کند.

تفاوت‌های دو رویکرد رفتاری و سنتی در سنجش

سنجش سنتی	سنجش رفتاری	جنبه های مقایسه شده	ردیف	
شخصیت بازتاب حالات یا صفات زیربنایی پایدار است.	در صورت استفاده از سازه‌های شخصیتی، این سازه‌ها عمدتاً برای خلاصه کردن الگوهای رفتاری خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند.	مفهوم شخصیت	1	الف. مفروضات
درون روانی (درون فرد)	شرایط نگهدارنده رفتار در محیط فعلی جستجو می‌شوند.	علل رفتار	2	
رفتارها فقط به عنوان شاخص علل زیربنایی اهمیت دارند.	نمونه ای از خزانه رفتاری فرد در وضعیت مورد نظر است.	نقش رفتار	1	ب. تلویحات
بسیار مهم است چون شرایط فعلی محصول گذشته می‌باشد.	نسبتاً بی اهمیت است به جز مثلاً برای تدوین یک خط پایه.	نقش تاریخ	2	
توقع می‌رود رفتار با گذشت زمان و در موقعیت‌های مختلف ثابت بماند.	رفتار، خاص وضعیت مربوطه است.	ثبات رفتار	3	
توصیف کارکرد شخصیت و سبب شناسی تشخیص یا طبقه بندی پیش آگهی دادن؛ پیش بینی	توصیف رفتارهای مورد نظر و شرایط حفظ کننده آنها انتخاب درمان مناسب	استفاده از داده‌ها	1	ج. استفاده از داده‌ها
متوسط تا زیاد	کم	میزان استنباط	1	د. سایر خصوصیات
تأکید بیشتر بر جنبه‌های میان فردی یا قانون نگری	تأکید بیشتر بر جنبه‌های درون فردی یا فردنگری	مقایسه‌ها	2	
تأکید بر روش‌های غیرمستقیم (مثل مصاحبه‌ها و خودسنجی‌ها)	تأکید بر روش‌های مستقیم (مثل مشاهده رفتار در محیط طبیعی)	روش سنجش	3	
قبل و شاید پس از درمان یا صرفاً برای تشخیص	پیوسته؛ قبل، در حین و پس از درمان	زمان بندی سنجش	4	
استفاده از ابزارهای اندازه گیری کلی (مثلاً معالجه یا بهبود) اما فقط به طور انفرادی	استفاده از ابزارهای اندازه گیری اختصاصی و سنجش متغیرهای بیشتر (مثلاً، رفتارهای مورد نظر در وضعیت‌های مختلف، اثرات جانبی، بافت، نقاط قوت و نقایص)	محدوده سنجش	5	

روش‌های سنجش رفتاری

1. **مصاحبه رفتاری:** یکی از روش‌های ارزیابی در سنجش رفتاری، مصاحبه رفتاری است. مصاحبه رفتاری شامل موارد زیر است:

— برداشت کلی در مورد مشکل موجود؛

— متغیرهای حفظ کننده مشکل رفتاری؛

— داده‌های تاریخی مربوطه؛

— بررسی و سنجش نقاط قوت بیمار؛

— اقدامات قبلی بیمار برای کنار آمدن با مشکل؛

— توقعات و انتظارات بیمار در مورد درمان؛

— پی ریزی مقدمات و هدفهای درمان و بازگو کردن آنها برای بیمار.

نکته: در حال حاضر متخصصان بالینی رفتارگرا بیش از پیش به مصاحبه‌های تشخیصی ساخت دار استفاده می‌کنند.

2. روش‌های مشاهده

در تعریف روش‌های مشاهده گفته اند: «انتخاب، برانگیختن، ثبت و رمز بندی رفتارها». مشاهده گران ابتدا مردم، طبقات رفتاری، رویدادها، وضعیت‌ها یا مدت مشاهده را انتخاب می‌کنند. سپس درباره این که آیا رفتارها یا وضعیت‌های مورد علاقه شان را برانگیزند (یعنی آنها را به طور مصنوعی پدید آورند) یا منتظر وقوع طبیعی آنها بمانند، تصمیم می‌گیرند. سپس طرح‌هایی برای ثبت مشاهدات تنظیم می‌کنند که مبنای آنها حافظه مشاهده گر، برگه‌های ثبت مشاهدات، ضبط صدا یا فیلمبرداری، دستگاههای ثبت فیزیولوژیک، زمان سنج‌ها، شمارشگرها و از این قبیل می‌باشد. سرانجام نظام رمزگردانی مشاهدات خام به صورت مشاهدات قابل استفاده را تنظیم می‌کنند. رمزگردانی معمولاً سخت ترین جنبه مشاهده است.

انواع روش‌های مشاهده

الف - مشاهده طبیعی: به عنوان فن اصلی در سنجش رفتاری است. از مشاهده طبیعی برای استنباط خصوصیات شخصیتی، هوش، اهداف اجتماعی و رشد شناختی استفاده شده است. اما تمرکز اصلی آن بر سنجش ماهیت و تغییر مشکلاتی است که روانشناسان بالینی دنبال رفع آنها هستند - از اختلالات خوردن، افکار مزاحم، تعاملات اجتماعی ناسازگارانه و رفتار روانپریشانه گرفته تا اخلاص در کلاس و آشغال ریختن و به هم ریختن کلاس.

مشاهده توسط مشاهده گر مشارکت کننده. مصداق کلاسیک مشاهده طبیعی، مطالعه میدانی در مردم شناسی است که در آن دانشمند برای مشاهده خصوصیات و رفتار اعضای یک قبیله، خرده فرهنگ یا هر سازمان اجتماعی دیگری به آن قبیله، خرده فرهنگ یا سازمان اجتماعی ملحق می‌شود (برای نمونه مارگارت مید). مشاهده گر در چنین مشاهداتی به معنای دقیق کلمه مشارکت می‌کند و مشاهداتش را حکایت وار یادداشت می‌کند. این یادداشت‌های مفصل، قوم نگاری نامیده می‌شوند.

ابزارهای اندازه گیری نامشهود. رویکرد دیگر در مشاهده طبیعی، بررسی جوانب رفتار است. برای مثال نمرات درسی، سوابق دستگیری و پرونده‌های حقوقی در ارزیابی جوانان بزهکار و خلافکاران بزرگسال مورد استفاده قرار می‌گیرند. تغییر معدل هم شاخص کاهش اضطراب امتحان محسوب می‌شود. سوابق زندگی یا ابزارهای اندازه گیری مؤسسه ای یا محصول رفتار، عملاً جزئی از رویکرد کلی تری در مشاهده به نام اندازه گیری غیرواکنشی یا نامشهود هستند که روانشناسان بالینی و سایر دانشمندان علوم رفتاری بوسیله آنها بدون آنکه تأثیری بر رفتار بگذارند، درباره رفتار مردم چیزهایی یاد می‌گیرند.

ابزارهای اندازه گیری نامشهود در تحقیق بالینی برای آزمودن نظریه‌های مربوط به علل مشکلات رفتاری نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند.

روش مشاهده طبیعی، دشوار و پرهزینه است. همچنین هیچ کس را نباید بدون آگاهی خودش تحت مشاهده قرار داد و دوستان و بستگان مراجع نباید ناخواسته وارد قضیه مشاهده شوند. البته باید توجه داشت که هنوز هم از مشاهده بیشتر در تحقیق استفاده می‌شود تا کار بالینی.

نمونه‌هایی از مشاهده طبیعی:

مشاهده در خانه: یکی از معروفترین نظام‌های مشاهده در خانه، نظام کد گذاری رفتاری پترسون و همکارانش است.

این نظام مشاهده ای برای استفاده در خانه‌های پسرانی طراحی شده که در مرز بزهکاری بودند؛ پسرانی که پرخاشگر و نافرمان بودند. مشاهده در مورد 28 گروه از رفتار صورت می‌گیرد و در یک دوره، هر عضو خانواده 6 ثانیه تحت مشاهده قرار می‌گیرد.

مشاهده در مدرسه: یک نمونه از نظام مشاهده رفتاری مورد استفاده در مدرسه، فرم مشاهده مستقیم در فهرست رفتار کودک آخنباخ است. فرم مشاهده مستقیم برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان در کلاس درس یا محیط‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این فرم حاوی 96 مشکل و یک ماده باز پاسخ است که سنجشگر اجازه می‌دهد مشکلات رفتاری پوشش داده نشده توسط این 96 مشکل را بیان کند. سنجشگر یاد می‌گیرد هر ماده را بر مبنای فراوانی، مدت و شدت در دوره‌های مشاهده ای 10 دقیقه ای درجه بندی کند. توصیه می‌شود که از 6 تا 3 دوره ده دقیقه ای مشاهده استفاده شود تا بتوان متوسط نمرات را به دست آورد.

مشاهده در بیمارستان: یکی از ابزارهای مشاهده در بیمارستان، فهرست رفتاری در نمونه زمانی گوردون پاول و همکارانش است. این فهرست رفتاری نمونه زمانی در مورد بیماران با سابقه کاربرد دارد. منظور از نمونه زمانی این است که مشاهدات روی هر بیمار در فواصل زمانی منظم صورت می‌گیرند. در نتیجه برای هر بیمار می‌توانیم نیمرخ رفتاری روزانه تهیه کنیم.

ب. مشاهده کنترل شده (controlled observation)

گاهی بعضی از رفتارهای مورد نظر متخصصان بالینی به طور طبیعی روی نمی‌دهند. در این مواقع باید وقت و هزینه زیادی صرف شود تا رفتار مورد نظر روی بدهد. برای مثال، سنجش مسئولیت پذیری مستلزم مشاهده

متممادی است. یا گاهی اوقات تا متخصص بالینی می‌خواهد مشاهداتش را ثبت کند یک نفر دیگر وارد می‌شود و با تغییر دادن ظریف شرایط، وضعیت را خراب می‌کند. هم‌چنین در وضعیت‌های آزاد و غیر قابل کنترل، مراجع گاهی دور می‌شود و صدایش قابل شنیدن نیست یا آن قدر سریع به راهرو می‌رود که امکان تعقیب وی وجود ندارد. متخصصان بالینی در موقعیت‌های طبیعی گاهی با شرایطی مواجه می‌شوند که امکان مشاهده دقیق و عینی از آنان گرفته می‌شود. در نتیجه برای رفع این گونه مشکلات گاهی از مشاهده کنترل شده استفاده می‌کند. به مشاهده کنترل شده، مشاهده رفتار مشابه، آزمون‌های وضعیتی و مشاهدات ساختگی هم می‌گویند. محققان فنون مختلفی برای اخذ نمونه‌های کنترل شده از رفتار ابداع کرده‌اند. این فنون در واقع آزمون‌های وضعیتی هستند که افراد را در وضعیت‌های کمابیش مشابه وضعیت‌های زندگی واقعی قرار می‌دهند. سپس مشاهدات مستقیمی در مورد نحوه واکنش افراد انجام می‌شود. به تعبیری این نوعی رویکرد نمونه کار است که طی آن وضعیت آزمون رفتاری و وضعیت رفتار مورد نظری که قصد پیش بینی آن را داریم کاملاً شبیه یکدیگرند.

نمونه‌هایی از آزمون‌های وضعیتی

1. **مطالعات در زمینه صداقت و فریب کاری.** اولین مطالعات صورت گرفته در این زمینه، مطالعات هارتشورن و می و همکارانش بود. آنها قلب و دروغ‌گویی و دزدی را با روش مشاهده کنترل شده مورد بررسی قرار دادند.
2. **اختلاف والد - نوجوان.** پرینز و کنت برای بررسی و سنجش عمیق تر ماهیت و میزان اختلاف والد - نوجوان، نظام کدگذاری رفتار تعاملی را ابداع کردند. چند ارزیاب با استفاده از این نظام بحث‌های ضبط شده اعضای خانواده را در مورد موضوعی که بر سر آن اختلاف نظر دارند، مرور و درجه بندی می‌کنند.

فنون عملکردی کنترل شده (controlled performance technique)

با طراحی وضعیت‌های برنامه ریزی شده می‌توانیم رفتارها را در شرایط کنترل شده و استاندارد تحت مشاهده قرار بدهیم. یک نمونه نامتعارف تر، موردی است که آرنولد لازاروس مطرح کرده است. وی با قرار دادن بیمار در اتاقی بسته که با حرکت کردن صحنه پیوسته تنگ تر می‌شد، رفتار ترس از مکان‌های بسته را سنجید. روش‌های سنجشی خاصی که در آنها از فنون کنترل شده عملکردی برای مطالعه ترس شدید از مار استفاده می‌شود می‌توانند رویکردهای موجود به این نوع اندازه‌گیری را نشان بدهند. نکته بسیار مهمی که باید مدنظر داشته باشیم، الزام‌های واقعیت است. رفتار افراد در این وضعیت‌های پراسترس اصلاً شبیه رفتارهای آنان در زندگی واقعی نیست. حضور متخصص بالینی همراه با اعتماد بیمار به این که متخصص اجازه نخواهد داد آسیبی به وی وارد آید، بی‌شک در حد معنا داری به واقعی بودن وضعیت لطمه می‌زند.

سنجش‌های روانی - فیزیولوژیک: اندازه‌گیری‌های روانی - فیزیولوژیک برای سنجش بدون مزاحمت دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه عصبی خودکار یا فعالیت‌های حرکتی - اسکلتی استفاده می‌شوند. این نوع اندازه

گیری‌ها در سنجش بسیاری از موارد بالینی از جمله اضطراب، استرس یا اسکیزوفرنی استفاده شده است. روان‌شناسان بالینی معمولاً از اندازه‌گیری‌های روانی - فیزیولوژیک برای تکمیل سنجش‌های سنتی تر استفاده می‌کنند. فایده اندازه‌گیری‌های روانی - فیزیولوژیک در این است که فرایندهایی (همچون پاسخ دهی هیجانی) را می‌سنجند که به طور مستقیم با خودسنجی یا اندازه‌گیری‌های رفتاری قابل سنجش نیستند. هم چنین این فرایندها را دقیق تر و ظریف تر اندازه می‌گیرند. برخی از ابزارهای اندازه‌گیری روانی - فیزیولوژیک عبارتند از: پتانسیل‌های واقعه ای (ERPs) فعالیت الکتریکی ماهیچه، فعالیت الکتریکی مغز (EEG) و فعالیت الکتریکی پوست (EDA).

سنجش از طریق واقعیت مجازی. مراجع در سنجش از طریق واقعیت مجازی در معرض شبیه سازی کامپیوتری قرار می‌گیرد. مراجع گاهی اوقات یک صفحه را می‌بیند ولی شبیه سازی به این صورت است که مراجع کلاهی بر سر می‌گذارد که او را در معرض محرک‌های دیداری، شنیداری و گاهی اوقات لامسه ای قرار می‌دهد. این فن آوری امکان ارائه و کنترل دقیق محرک‌های سه بعدی را می‌دهد که صحنه‌هایی بسیار واقعی را برای مراجعان خلق می‌کنند. روانشناس بالینی در جریان ارائه محرک‌ها می‌تواند از خودسنجی‌های مراجعان، مشاهدات رفتاری و اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک و سایر شاخص‌های سنجش هم استفاده کند. یکی از نگرانی‌های وارد شده به این شبیه سازی‌ها این است که به وضعیت‌های واقعی قابل تعمیم نیستند. اما تحقیقات نشان داده که این نگرانی‌ها بی پایه و اساس است. سنجش و درمان از طریق واقعیت مجازی شاید جز در مورد اوتیسم، قابل تعمیم به موقعیت‌های دنیای واقعی می‌باشد.

ج. خود بازبینی (self-monitoring)

روش‌های مشاهده ای که پیش تر مطرح شد وقت و هزینه زیادی می‌برند و نیازمند حضور افراد آموزش دیده نظیر روانشناسان، پرستاران، معلمان و... می‌باشد. هم چنین در این روش‌ها عمدتاً باید به مشاهدات مبتنی بر نمونه‌گیری زمانی تکیه یا به نحوی مقدار مشاهدات را محدود نماییم. مشاهده مراجعان در حین انجام کارهای روزمره شان ملتبساً غیر ممکن یا پرهزینه است. به همین دلیل استفاده از روش خودبازبینی روز به روز بیشتر می‌شود. در این روش خود افراد به مشاهده و ثبت رفتارها، افکار و هیجانات خویش می‌پردازند. مراجعان باید در مقطع زمانی تعیین شده، رفتارهای خود را در دفترچه گزارش یا دفترچه خاطرات ثبت کنند. در این دفترچه گزارش، فراوانی و شدت و مدت برخی رفتارها و هم چنین محرک‌های ضمیمه این رفتارها و پیامدهای آنها ثبت می‌شوند. این اطلاعات به متخصص بالینی و مراجع نشان می‌دهند که رفتار مورد نظر چقدر اتفاق می‌افتد. همچنین می‌تواند شاخص تغییر پس از درمان هم محسوب شود و نیز مراجع را روی رفتار نامطلوب متمرکز و از این رهگذر، آن را کم می‌کند و نهایتاً اینکه مراجعان، متوجه رابطه محرک‌های محیطی و خود رفتار می‌شوند.

خود بازبینی مشکلاتی هم دارد. بعضی از مراجعان دقت به خرج نمی‌دهند یا عمدتاً مشاهدات یا نوشته‌ها را تحریف می‌کند. عده ای هم اصولاً با انجام این کار مخالفت می‌ورزند. خودبازبینی خصوصاً در سنجش یا درمان

چاقی، سیگار کشیدن، بزدلی یا اعتیاد به الکل مؤثرترند. این روش در درمان شناختی - رفتاری به عنوان یکی از فنون اصلی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

متغیرهای مؤثر بر پایایی مشاهدات:

1. پیچیدگی رفتار مورد نظر: هرچه رفتار تحت مشاهده پیچیده تر باشد، پایایی مشاهدات کمتر خواهد بود. سنجش رفتاری معمولاً بر رفتارهایی با پیچیدگی کمتر و نازل تر متمرکز است.
2. آموزش مشاهده کنندگان: مشاهده کنندگان باید قبلاً با دقت آموزش دیده باشند. آنها نباید به دنبال خشنود کردن ناظر یا کمک به تأیید طرح مورد نظر (هشیارانه یا ناهشیارانه) باشند. همچنین نباید با صحبت کردن در مورد درجه بندی‌های خویش و سپس «به توافق رسیدن» از یکدیگر حمایت کنند. گاهی نیز مواردی از دوری جویی مشاهده کننده (observer drift) دیده می‌شود یعنی مشاهده کنندگانی که در کنار یکدیگر مشغول کار هستند خیلی ظریف و غیر تعمدی در درجه بندی‌های خویش از بقیه مشاهده کنندگان دوری می‌جویند. برای جلوگیری از دوری جویی مشاهده کننده باید (یک ارزیاب مستقل) به طور منظم مشاهده کننده گان را وارسی کند و به آنها بازخورد بدهد.

متغیرهای مؤثر بر اعتبار مشاهدات:

1. اعتبار محتوا: در طرح مشاهده رفتاری باید رفتارهایی را مدنظر قرار داد که برای اهداف تحقیقاتی یا بالینی ما مهمند و در راستای اهداف تعیین شده ما برای مشاهده اند.
2. اعتبار هم زمان: یکی دیگر از راه‌های بررسی اعتبار مشاهدات این است که آیا درجه بندی‌های مشاهده ای با مشاهدات هم زمان دیگران (مثلاً معلمان، همسر یا دوستان) تناظر دارد یا خیر.
3. اعتبار سازه: نظام‌های مشاهده معمولاً برگرفته از یک چهارچوب نظری ضمنی یا صریح هستند. برای مثال، نظام کدگذاری رفتاری جونز و همکارانش، برگرفته از نظریه یادگیری اجتماعی است که در آن پرخاشگری محصول یادگیری‌های درون خانواده می‌باشد.
4. سازوکارهای درجه بندی: مشخص کردن واحد تحلیل (unit of analysis) اهمیت زیادی دارد. واحد تحلیل عبارت است از مدت مشاهدات و نوع و تعداد پاسخ‌ها.
5. خطای مشاهده کننده: مثل فراموش کردن برای ثبت و اشتباه کردن در ثبت رفتارها.
6. واکنش نشان دادن: یکی از عوامل مؤثر بر اعتبار مشاهدات، واکنش نشان دادن است. گاهی بیماران یا آزمودنی‌ها با تغییر دادن رفتارشان نسبت به مشاهده شدن خویش واکنش نشان می‌دهند. یک آدم پرحرف ناگهان کم حرف می‌شود. خطر واقعی واکنش نشان دادن این است که مشاهده کننده متوجه آن نیست.
7. اعتبار بوم شناختی: سؤال اصلی این است که آیا متخصص بالینی واقعاً نمونه‌های معرف رفتار را به دست می‌آورد یا خیر. آیا رفتار امروز مراجع، رفتار معمول وی می‌باشد یا محصول یک محرک نامشخص است؟

3. روش‌های نقش بازی کردن (role playing)

راتر و ویکنز سال‌ها قبل، استفاده از این فن را در سنجش رفتاری پیشنهاد کردند. از نقش بازی کردن در رابطه با سنجش مهارت‌های اجتماعی و جرأت آموزی خیلی استفاده شده است.

4. پرسش نامه‌ها و فهرست نامه‌ها

متخصصان بالینی رفتارگرا برای شناسایی رفتارها، پاسخ‌های هیجانی و ادراک‌ها از فنون خودسنجی مختلفی استفاده کرده‌اند. مثلاً از برنامه زمینه یابی خیلی استفاده شده است. این برنامه شامل 51 وضعیت ترس انگیز می‌باشد. بیمار باید میزان ترس خود را در هر وضعیت مشخص کند. دیگر پرسش نامه‌های خودسنجی که زیاد مورد استفاده قرار گرفته‌اند عبارتند از برنامه جرئت راتوس (راتوس، 1973)، پرسش نامه افسردگی بک (بک، 1972)، خودسنجی جوانان (آخنباخ، 1991) و فرم اختلاف زناشویی (وایس و مارگولین، 1977).

خودسنجی‌های حاصل از مصاحبه و آزمون گاهی اوقات دقیق نیستند. اکثر مردم نمی‌توانند در مورد رفتارهای خود به ویژه رفتارهای بسیار هیجانی شان گزارش‌های دقیق و غیر احساسی بدهند. به عنوان نمونه این جای سؤال دارد که یک زن و شوهر ناراحت بتوانند توصیفی دقیق و عینی از رفتار خود در رابطه شان به ویژه هنگام بگومگو بدهند. برخی از مراجعان هم، نظیر افراد مبتلا به دمانس به رغم تمایل خود نمی‌توانند خودسنجی دقیقی انجام دهند. گاهی اوقات نیز مراجعان، عمداً خودسنجی غلط انجام می‌دهند؛ این کار را نیز معمولاً با ارائه تصویری مثبت از رفتارشان انجام می‌دهند. این گونه تحریف‌ها به ویژه در خودسنجی سیگاری‌ها، الکلی‌ها و مصرف کنندگان دارو که تحت درمان هستند، دیده می‌شود.

4. سنجش رفتاری - شناختی

رویکردهای رفتاری به تدریج شناخت گرا شده‌اند. شناخت‌ها نیز مثل رفتارها مورد بررسی دقیق قرار می‌گیرند و رابطه آنها با ایجاد یک وضعیت آسیب شناختی، تداوم آن وضعیت و تغییرات آن تعیین می‌شود. محور این نوع سنجش رفتاری شناختی این تلقی است که شناخت‌ها و افکار مراجعان (از خود انگاره تا گفتگو با خود) نقش مهمی در رفتار بازی می‌کنند. می‌چنینام یکی از طرفداران و نظریه پردازان رویکردهای کارکردی - شناختی است. او اعتقاد دارد که در طراحی راهبرد مداخله ای باید فرایندهای فکری مراجعان را نیز تحلیل کارکردی کرد.

در سنجش شناختی رفتاری می‌توانیم به مراجعان یاد بدهیم «بلند فکر کنند» یا افکارشان را فوراً به زبان بیاورند؛ آنها می‌توانند افکار و احساس شان را در مورد یک رشته صحبت‌های ضبط شده (مثل صحبت‌های پر استرس یا صحبت‌هایی که مضمون ارزیابی اجتماعی دارند) بازگو کنند؛ یا مقیاس‌هایی را پر کنند که ماده‌هایش در مورد شناخت‌های سازگارانه یا ناسازگارانه گذشته آنها است. همچنین می‌توانند افکارشان را در برابر برخی محرک‌ها (مثل موضوعات یا مسایل مطرح شده) نام ببرند.

antecedent conditions

پیشایندها

محرك‌ها یا شرایطی که موجب رفتار مورد نظر می شوند.

consequent events

پیامدها

نتایج یا اتفاقاتی که پس از انجام رفتار مورد نظر حاصل می آیند یا روی می دهند.

ecological validity

اعتبار بوم شناختی

اعتبار بوم شناختی در سنجش رفتاری نشان می دهد که رفتارهای تحلیل شده یا مشاهده شده چقدر معرف رفتار معمول شخص هستند.

فصل دهم

قضاوت بالینی

تفسیر (interpretation) یک فرایند استنباطی است که در انتهای سنجش شروع می شود. وقتی مصاحبه‌ها تمام و آزمونهای روانی گرفته شدند، روانشناس باید به این مسأله بپردازد که داده‌های بدست آمده چه معنایی دارند و با توجه به آنها چه تصمیمی باید بگیرد و چه اقداماتی باید انجام دهد.

ال.اچ.لوی گفته است: «تفسیر مهم‌ترین کار متخصص بالینی است». تفسیر یک فرایند استنباطی است که در انتهای سنجش شروع می‌شود. وقتی مصاحبه‌ها تمام و آزمون‌های روانی گرفته شده‌اند. اما این‌ها چه معنایی دارند و چه تصمیمی باید گرفت؟ تفسیر بالینی یا قضاوت بالینی، فرایند بسیار پیچیده‌ای است.

چهارچوب نظری. روان‌شناسان بالینی دنبال سبب‌شناسی، یا کشف علل مشکلات روانی و کمک به بیماران هستند. مشکلات روانی را به شیوه‌های مختلفی می‌توانیم مفهوم‌بندی کنیم (مثلاً، روان‌پویشی، رفتاری، شناختی). تفسیرهای طرفداران فروید با تفسیرهای متخصصان بالینی رفتارگرا خیلی فرق دارد. دو متخصص بالینی ممکن است هر دو کودکی را مشاهده کنند که اصرار دارد در تخت‌خواب مادرش بخوابد. به نظر متخصص فرویدگرا، این رفتار علامت عقده ادیپ حل نشده است، اما رفتارگرا آن را براساس تقویت تفسیر می‌کند. در حقیقت یکی از راه‌های ارزیابی تفسیرها این است که ببینیم چقدر با نظریه‌ای که از آن مشتق شده‌اند هماهنگی دارند. تعداد تفسیرهایی که از یک رشته مشاهدات، مصاحبه‌ها یا آزمون‌ها می‌توان کرد حیرت‌آور و مبهوت کننده است. متخصصان بالینی با اتخاذ یک دیدگاه نظری خاص می‌توانند براساس هماهنگی تفسیرها و استنباطها با نظریه مورد نظر و این که تا چه حد فرضیه‌های جدیدی تولید می‌کنند، به ارزیابی این تفسیرها و استنباطها بپردازند.

نمونه‌ها، علایم و همبسته‌ها. اطلاعات حاصل از بیمار را به شیوه‌های مختلفی می‌توانیم بنگریم. اولاً می‌توانیم آنها را **نمونه** در نظر بگیریم؛ یعنی مشاهدات، نمرات آزمون‌ها، پاسخ‌های آزمون یا دیگر داده‌ها را نمونه‌ای از مجموعه گسترده‌ای از اطلاعات قابل استحصال در بیرون از اتاق مشاوره در نظر بگیریم. برای مثال وقتی بیمار در مقیاس حافظه و کسلر، عملکرد ضعیفی دارد آن را نمونه‌ای از رفتار کلی وی بدانیم (یعنی آن را نمونه مشکلات حافظه‌اش در نظر بگیریم).

دومین نگرش در خصوص تفسیر اطلاعات حاصل از بیمار این است که آنها را **علامت** یک حالت یا عامل و شرایط زیربنایی در نظر بگیریم. به جز رفتارهای افراطی، بسیاری از متخصصان بالینی، مشاهدات خود در مورد

رفتارهای بیماران و پاسخ‌های آن‌ها به آزمون‌ها را دست‌آویزی برای استنباط یک رشته عوامل زیربنایی قرار می‌دهند. این عامل زیربنایی برای عده‌ای، اضطراب است و برای عده‌ای دیگر، نیرومندی ایگو یا انتظارات. اما به هر حال مشاهدات آن‌ها از عوامل زیربنایی خبر می‌دهد. مثلاً عده‌ای کیفیت ضعیف فرم در پاسخ‌های بیمار به آزمون رورشاخ را علامت واقعیت‌آزمایی ضعیف (روان‌پریشی) می‌دانند.

در دیدگاه سوم مربوط به داده‌های حاصل از بیمار، گفته می‌شود که این داده‌ها با چیزهای دیگری همبستگی دارند، وقتی رفتار مضطرب، افت عاطفی یا عدم توانایی تمرکز در بیمار افسرده دیده می‌شود، متخصص بالینی پیش‌بینی می‌کند که وی در زمینه فعالیت جنسی، روابط اجتماعی، تمایل به کار و غیره هم مشکل دارد.

سطوح تفسیر

ساندبرگ، تایلر و تاپلین (1973)، برای استنباط یا تفسیر سه سطح را بر می‌شمارند:

تفسیرهای سطح اول به طور کلی زیاد استنباطی نیستند و بی‌شک تابع رویکرد علامتی نمی‌باشند. در این تفسیرها بین درون‌داد تا برون‌داد، عملاً مراحل میانجی وجود ندارد. برای مثال، فرض کنیم تجربه قبلی نشان داده است دانشجویانی که در ردیف جلوی کلاس می‌نشینند تقریباً همیشه نمره الف یا ب می‌گیرند. به این ترتیب متخصص بالینی می‌تواند به طور مستقیم از ردیف صندلی، نمره درسی را پیش‌بینی کند بدون آن که به خصیصه‌هایی میانجی مثل نمرات هوش، درس‌های قبلی و غیره نیازی داشته باشد. در این رویکرد ساده اما مؤثر به متخصصان بالینی رده بالایی که قبل از پیش‌بینی‌های خود استنباط‌های خارق‌العاده‌ای می‌کنند نیازی نیست؛ این کار را تکنیسین‌ها، رایانه‌ها و ماشین‌ها نیز می‌توانند انجام بدهند. تفسیرهای سطح اول غالباً در مورد جمعیت‌های بزرگ مورد استفاده قرار می‌گیرند، البته اگر هدف اولیه غربال کردن باشد و اگر پیش‌بینی نتیجه برای شخص خاصی در بین نباشد. امتحان ورودی کالج مثالی از همین نوع تفسیر است.

تفسیرهای سطح دوم شامل دو نوع استنباط می‌باشند. متخصص بالینی بیمار را مشاهده می‌کند و نتیجه می‌گیرد رفتار مشاهده شده به طور کلی خصوصیت عمومی وی می‌باشد. ساندبرگ و همکارانش (1973) به این نوع استنباط **تعمیم توصیفی** می‌گویند. در حقیقت متخصص بالینی براساس چند مورد رفتاری، به تعمیم کلی مبادرت می‌ورزد، البته در سطح توصیفی. بنابراین مثلاً در مورد بیماری که بی‌قرار است، در حین مصاحبه سه نخ سیگار می‌کشد و لکنت زبان پیدا می‌کند این تعمیم توصیفی را می‌دهد که دچار تنش مصاحبه است. اگر بعداً معلوم شود که وی در خانه هم آرام و قرار ندارد، در جلسات اداره روی صندلی بند نمی‌شود و خیلی نگران پرداخت قرض‌هایش است، تعمیم توصیفی کلی‌تری می‌دهد. دومین نوع استنباط، **سازه فرضی** است که حالت درونی را مطرح می‌کند و متخصص بالینی را کمی فراتر از تعمیم‌های توصیفی می‌برد. وقتی متخصص بالینی شروع به تعمیم دادن می‌کند و به ویژه برخی عوامل تعیین‌کننده درونی را به بیمار نسبت می‌دهند، در واقع وارد تفسیر بالینی معمول خود می‌شوند.

تفسیرهای سطح سوم عمدتاً به این دلیل متخصص بالینی را از محدوده سطح دوم فراتر می‌برند که یکپارچه‌ترند و موارد بیشتری را شامل می‌شوند. در این سطح از تفسیر، متخصصان بالینی سعی می‌کنند به یک درک کلی و

همسان در مورد «فرد در موقعیت مورد نظر» برسند. متخصصان بالینی تصویر یکپارچه‌ای از تعیین کننده‌های رشدی، اجتماعی و فیزیولوژیک به دست می‌آورند که شامل یک نظام نظری بسیار صریح از فرضیه‌ها و قیاس‌ها است. برای مثال، کثرت پاسخ «خون» در آزمون رورشاخ را می‌توان علامت نوعی پرخاشگری زیربنایی دانست که در آینده می‌تواند به خشونت‌های تکانشی یا از دست دادن کنترل خود منجر شود.

نظریه و تفسیر

هم‌اکنون متخصصان بالینی از لحاظ تفسیر به سه گروه تقسیم می‌شوند.

1. اولین گروه **متخصصان بالینی رفتارگرا** هستند. رفتارگرهای سخت‌گیر از استنباط حالات خودداری می‌کنند و بر رفتار بیمار متمرکز می‌شوند. متخصصان بالینی رفتارگرا معمولاً براساس مشاهدات شخصی خودشان یا گزارش‌های مستقیم بیماران و دیگر مشاهده‌کنندگان، داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنند. آنها این داده‌ها را نمونه در نظر می‌گیرند. تفسیرهای آنها به طور کلی در سطح اول است هر چند اخیراً برخی از متخصصان بالینی رفتارگرا به تفسیرهای سطح سوم نیز علاقه‌مند شده‌اند.
2. گروه دوم متخصصان بالینی، به **تجربی بودن و عینی نگری** می‌بالند. این متخصصان بالینی برای پیش‌بینی براساس ملاک‌های نسبتاً اختصاصی، از آزمون‌های عینی استفاده می‌کنند. برای مثال از خودشان می‌پرسند آیا نمرات حاصل از آزمون‌های الف، ب و ج، موفقیت در کالج، نتیجه‌ی درمان یا خشونت‌های پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کنند؟ این رویکرد روان‌سنجی به تفسیر، بیشتر وقتی مفید است که ملاک‌های پیش‌بینی محکم و دقیق باشند. به طور کلی در این رویکرد، داده‌ها همبسته‌های چیز دیگری هستند - مثلاً نمره‌ای در صدک نود و پنجم آزمون الف با اعتیاد زندانیان به ارتکاب جرم ارتباط دارد. متخصص بالینی طرفدار رویکرد روان‌سنجی بیشتر در فکر آزمون‌های هنجاریابی شده و هنجارهای آنها، معادلات رگرسیون یا جداول آماری است و از تفسیرهای سطح اول و دوم استفاده می‌کند.
3. گروه سوم متخصصان بالینی بیشتر به **رویکرد روان‌پویشی** علاقه‌مندند. این رویکرد، سابقه‌ای طولانی در روان‌شناسی بالینی دارد. اگر چه متخصصان بالینی فعلی غالباً به رویکرد عینی‌تر رفتاری یا روان‌سنجی گرایش دارند ولی تعداد متخصصان طرفدار رویکرد روان‌پویایی خیلی بیش از آنچه تصور می‌شد است. رویکردهای روان‌پویشی در پی تشخیص حالات یا تعیین‌کننده‌های درونی هستند. داده‌های حاصل از آزمون‌های فرافکن، مصاحبه‌های بالینی بدون ساخت و دیگر منابع، علامت یک حالت زیربنایی در نظر گرفته می‌شوند. تفسیرهای آنها در سطح سوم قرار دارند. در این رویکرد، تصویری کلی و غالباً بسیار برداشت‌گرایانه از بیمار ترسیم می‌شود، هرچند در بسیاری از موارد اظهارات هنجاری ظریفی نیز مطرح می‌شود.

رویکردهای کمی و ذهنی در تفسیر

دو رویکرد متمایز به قضاوت بالینی و تفسیر وجود دارد. رویکرد اول، رویکرد کمی یا آماری است که بر عینیت تأکید دارد و اثری از تفکر غیردقیق و مبهم در آن دیده نمی‌شود. رویکرد دوم، رویکرد ذهنی یا بالینی است که طرفدارانش می‌گویند تنها روش آرایه‌ی تفسیرها یا پیش‌بینی‌های واقعاً مفید است.

رویکرد کمی و آماری (quantitative or statistical approach). رویکرد آماری به پیش‌بینی (یا

پیش‌بینی مکانیکی) به استنباط‌هایی اطلاق می‌شود که بر احتمالات و روش‌های رسمی ترکیب اطلاعات که حاصل تحقیق می‌باشند مبتنی است. شاید ساده‌ترین صورت پیش‌بینی کمی این باشد که متخصصان بالینی بتوانند به خصوصیات بیماران خود نمره بدهند. به این ترتیب قادر می‌شوند همبستگی دو خصوصیت را تعیین کنند. همبستگی بین نمرات «نیاز به استقلال» بیمار در یک پرسش‌نامه خودسنجی و مدت زمان ادامه دادن درمان توسط بیمار، این فرضیه را ثابت کند. این همبستگی باید خیلی بالاتر از 0/5 باشد تا وی بتواند از نمره نیاز به استقلال جهت تفسیر و پیش‌بینی مدت درمان استفاده کند.

فنون آماری، امکان کاربرد مکانیکی بدون هر گونه تصمیم‌گیری بالینی را فراهم می‌آورند. وجه تمایز رویکردهای آماری و بالینی این است که رویکرد آماری (صرف‌نظر از پیچیدگی ریاضی آن) در صورت محرز شدن توسط هر فروشنده یا رایانه‌ای قابل استفاده است.

در رویکرد کمی و آماری باید داده‌های آزمون‌ها، مشاهدات و موارد مربوطه را با دقت ثبت کنیم تا بتوانیم تفسیرها و قضاوت‌های بالینی را کمی کنیم.

رویکرد ذهنی و بالینی (clinical or subjective approach). رویکرد بالینی به پیش‌بینی شامل

استنباط‌هایی است که عمدتاً بر آموزش، مفروضات و تجارب حرفه‌ای روانشناس بالینی مبتنی هستند. رویکرد بالینی، خیلی ذهنی‌تر است و خیلی بیشتر بر تجربه و شهود مبتنی می‌باشد. در این رویکرد، ارزیابی‌های ذهنی مبتنی بر تجربه کافی است. این رویکرد بر قضاوت در مورد تک‌تک موارد تأکید دارد. تصور متداول این است که «شهود بالینی» به راحتی قابل تحلیل و کمی شدن نیست. این شهود یک فرآیند درونی و شخصی است که گاهی حتی خود متخصصان بالینی هم نمی‌توانند بگویند براساس کدام نشانه‌های موجود در پاسخ‌های مراجع به آزمون یا کدام صحبت‌های وی، به چنین قضاوت و نتیجه‌ای رسیده‌اند.

نخست آن که چنین تفسیری نشانگر ظرفیت دقیق جمع‌بندی موضوعات است. روان‌شناس بالینی زیرک به رویدادهای مختلفی که رفتار بیمار، سوابق، دیگر پاسخ‌های او به آزمون و مواردی از این قبیل را مشخص می‌کنند، دقت می‌کند.

باید دو نکته دیگر را نیز بیفزاییم. نخست نقش تفاوت‌های فردی در حساسیت بالینی است. و دوم آن که در مقابل هر مورد از استنباط بالینی عالی و دقیق، احتمال خطاهای حافظه و تفسیرهای غلط فاحش هم مطرح است.

نتیجه‌گیری کلی: تفسیر بالینی عبارت است از ادغام ظریف و دقیق منابع اطلاعاتی برای ترسیم تصویری منسجم از بیمار. متخصص بالینی همچنین فرضیه‌سازی هم می‌کند. بهترین راهنمای تفسیر بالینی، تبعیت آن از

یک نظریه شخصیتی دقیق است. اما در هر حال متخصصان بالینی موظفند بگویند براساس چه نشانه‌هایی قضاوت کرده‌اند و چگونه از این نشانه‌ها به نتیجه‌ها رسیده‌اند چون فقط متخصص بالینی خوب بودن کافی نیست بلکه باید این مهارت‌ها را به دیگران هم منتقل کنیم.

در تأیید رویکرد آماری

رویکرد کمی و آماری به قضاوت بالینی، وقتی مؤثرتر است که نتیجه یا رویداد پیش‌بینی شده، شناخته شده و مشخص باشد. در واقع در چنین مواردی داده‌های بالینی برداشت‌گرایانه معمولاً چیز زیادی برای گفتن ندارند. خصوصاً وقتی با تعداد زیادی انسان سروکار داریم و درصد پیش‌بینی‌های صحیح مهم‌تر از پیش‌بینی صحیح عملکرد یک نفر است. مثلاً وقتی می‌خواهیم نمرات گروهی از دانشجویان تازه‌وارد را پیش‌بینی کنیم بهتر است از نمرات دبیرستان و نمرات آزمون توانایی آنان استفاده کنیم.

بسیاری از شکست‌های رویکردهای ذهنی و بالینی معلول اتکای آن‌ها بر ملاک‌های مبهم است. اصطلاحات بالینی غالباً نامنسجم هستند و معنای صریحی ندارند.

دلیل دیگر اتخاذ رویکرد آماری این است که ظاهراً بسیاری از توصیفات بالینی در مورد همه کاربرد دارند. متخصصان بالینی غالباً تفسیرهایی می‌کنند که اگر چه معتبرند ولی در مورد همه مصداق دارند. به این قضیه، اثر بارنوم (*Barnum effect*) می‌گویند و سابقه‌اش به گزارش دی.جی. پترسون و اشاره میهل (1956) به آن بر می‌گردد. اظهارات بارنومی در ظاهر یک نفر را توصیف می‌کنند ولی در حقیقت در مورد همه کاربرد دارند و امور را خیلی متمایز نمی‌کنند. برای مثال، چه کسی می‌تواند بگوید اظهارات زیر در موردش صدق نمی‌کنند؟

گاهی اوقات به پختگی جنسی خودم شک می‌کنم.

آن قدرها که دیگران فکر می‌کنند، اعتماد به نفس ندارم.

غالباً احساساتم را برای خودم نگاه می‌دارم مگر آن که آن‌ها را با کسی که دوستش دارم در میان بگذارم.

چرا رویکردهای آماری به ذائقه‌ی مردم خوش نمی‌آید، دلایلی دارد. دیوز (1979) به سه دلیل اشاره می‌کند.

دیوز می‌گوید اولاً به نظر عده‌ای، این پیش‌بینی‌کننده‌ها از لحاظ فنی اشکالاتی دارند. به نظر مخالفان، اینها شاخص‌های کوتاه‌مدت و سطحی هستند.

ثانیاً به دلایل روان‌شناختی نیز این رویکرد را رد می‌کنند. بسیاری از ما خیلی راحت مواردی را به یاد می‌آوریم که حدس و شهودمان درست بوده است و اشتباهات خود را به یاد نمی‌آوریم.

ثالثاً مقاومت در برابر رویکرد آماری، ریشه‌های اخلاقی دارد. به نظر عده‌ای، تقلیل یک انسان به چند عدد و رقم، کاری غیرانسانی است.

باید توجه داشت که تحقیقات تجربی از این نظر که روانشناسان بالینی از ظرفیت استنباطی ویژه‌ای برخوردارند حمایت نمی‌کنند.

در تأیید رویکرد بالینی

اشکال رویکرد آماری، اتکای آن بر مدل‌های پیش‌بینی یا معادلات رگرسیون است، زیرا روان‌شناسان بالینی در هنگام کار بالینی به تعداد زیادی از آنها احتیاج دارند. این رشته در حال حاضر فرمول‌های محرز و معتبری ندارد که نتایج درمان را پیش‌بینی کنند، تفسیر در حین برگزاری جلسه درمان را امکان‌پذیر سازند یا به جای بستری کردن، کلاس خاصی را پیشنهاد کنند.

یک سهم مهم دیگر این رویکرد، عملکرد متخصص بالینی به عنوان جمع‌کننده اطلاعات است. برای مثال، شاید آگاهی از برخی خصوصیات بیماران جهت پیش‌بینی مهم باشد. در چنین مواردی نمی‌توانیم بدون مصاحبه فراگیر و جامع یا تفسیر عمیق نتایج آزمون به این خصوصیات پی ببریم. فرمول‌های پیش‌بینی وقتی بیشترین فایده را دارند که داده‌های حاصل از آزمون وجود داشته باشند.

و بالاخره عده زیادی می‌گویند پیش‌بینی برخی نتایج، تنها هدف علم نیست بلکه درک و توصیف پدیده‌ها، هدف‌های درجه اول علم هستند.

سوگیری در قضاوت بالینی. رخنه هر نوع سوگیری در فرایند تصمیم‌سازی، به قضاوت بالینی لطمه می‌زند. سوگیری وقتی وجود دارد که دقت قضاوت یا پیش‌بینی بالینی تابع خصوصیات مراجع یا بیمار باشد نه تابع صرف تغییر قضاوت‌ها بر مبنای خصوصیات مراجع. برای مثال، پی بردن به این نکته که زن‌ها بیش از مردها دچار افسردگی می‌شوند لزوماً نشانگر سوگیری علیه زن‌ها نیست. ولی وقتی متوجه می‌شویم با وجود یکسان بودن نشانه‌ها، این تشخیص در مورد زن‌ها بیش از مردها مطرح می‌شود، حدس می‌زنیم که نوعی سوگیری در میان است. روانشناسان بالینی به عنوان انسان، دارای عادات و سوگیری‌های شناختی هستند که می‌توانند در پردازش اطلاعات آنها اختلال کنند. این خطاها شامل موارد زیر است:

1. **اکتشاف بر اساس دسترسی پذیری:** اگر قضاوت روانشناسان بالینی به صورت شدید بر تجربه‌های اخیر یا تجربه‌های در دسترس متکی باشد این نوع خطا شکل می‌گیرد. در این مکواضع باید استدلال مان را رسمی‌تر کنیم و از مقدار برداشتی بودن آن بکاهیم. اگر در این موارد به قوه شهود یا غریزه خود اعتماد کنیم، خطا خواهیم کرد. در موقعیت‌های بالینی، اگر برخی از ویژگی‌های یک مورد، ما را به یاد یک مورد بیادماندنی بیندازد ولی ویژگی‌های دیگر آن با مورد بیادماندنی تطابق نداشته باشد، ما به آنچه به راحتی و سریع تر به ذهنمان متبادر می‌شود بها می‌دهیم و مرتکب تشخیص غلط می‌شویم.
2. **همبستگی فریبنده:** «فرهنگ» بالینی به یادماندنی می‌تواند راه را برای همبستگی فریبنده هموار کند و روانشناس بالینی از داده‌های سنجش، استنباط‌های غلط می‌کند. برای مثال، برخی از روانشناسان بالینی در مراجعانی که در آزمون‌های آدم کشیدن، چشم‌های بزرگ می‌کشند گرایش پارانوییدی می‌بینند هرچند برای این استنباط خود شواهد تجربی محکمی ندارند.
3. **سوگیری لنگری و سوگیری تأیید:** روانشناسان مثل اولین برداشت‌های بقیه مردم، دچار سوگیری لنگری می‌شوند و به جای اتکا بر اطلاعات بعدی، به چند اطلاعات نخست حاصل از سنجش تکیه می‌کنند.

سوگیری لنگری باعث می‌شود روانشناسان بالینی به اطلاعات سنجشی دریافتی از برخی منابع (مثل گزارش والدین در مورد رفتار کودک) بیشتر اهمیت بدهند تا به سایر اطلاعات دریافتی. مشکل سوگیری لنگری این است که به اولین برداشتها می‌چسبیم و نظر خود را به اندازه کافی با داده‌های جدید سازگار نمی‌کنیم. اگر سوگیری لنگری با سوگیری تأیید - یعنی گرایش به تفسیر اطلاعات جدید در راستای باورهای موجود - ترکیب شود، روانشناس بالینی شواهد متناقض را نادیده خواهد گرفت و حتی برای هماهنگ کردن آنها با برداشتهای اولیه اش، آنها را تحریف می‌کند.

4. **نگرفتن بازخورد دقیق در مورد موفقیت‌ها و شکست‌ها:** غلط به یاد آوردن یا نگرفتن اطلاعات مهم نیز می‌تواند قضاوت‌های روانشناسان بالینی را به خطا بکشانند. روانشناسان بالینی مثل بقیه مردم، موفقیت‌های خود را بیشتر و راحت تر از شکست‌هایشان به یاد می‌آورند و چون استنباط‌های ناردست خود را درست فرض می‌کنند، در تارهای این استنباط‌های غلط (با روش‌های سنجش بی اعتبار) دست و پا می‌زنند. در حقیقت، روانشناسان بالینی گاهی اوقات بازخورد دقیق در مورد موفقیت‌ها و شکست‌هایشان نمی‌گیرند. بنابراین سنجش نتایج درمان بسیار مهم است. سنجش نتایج درمان به این دلیل مهم است که بازخوردهای مفیدی به روانشناس بالینی می‌دهد و عملکردش را اصلاح می‌کند نه این که صرفاً مؤثر بودن او را برای دیگران اثبات می‌کند.

5. **سوگیری‌های شخصی، فرهنگی و جنسیتی:** سوگیری‌های شخصی و فرهنگی نیز استنباط‌ها را تحریف می‌کند. برخی از روانشناسان بالینی گرایش دارند مردان را دچار اختلال یا پاره ای از اختلالات (مثلاً اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردها و اختلال شخصیت نمایشی در زنها) بدانند. این گرایش در مورد برخی از رده‌های سنی، موارد سلامتی یا گروه‌های قومی نیز دیده می‌شود.

تجربه و آموزش. تا امروز که شواهد تجربی نشان نمی‌دهند افزایش تجربه بالینی باعث افزایش دقت پیش‌بینی می‌شود. ظاهراً این قضیه مغایر طرز فکر متداول است.

نتیجه گیری کلی

رویکرد بالینی وقتی سودمندتر است که:

1. اطلاعات مورد نیاز، در رابطه با حوزه‌ها یا وقایعی باشند که آزمون‌های مناسب و رضایت‌بخشی درباره آنها نداریم.
2. قرار باشد رویدادهای بسیار کمیاب و نامعمولی را که ماهیت فردی دارند پیش‌بینی کنیم و مورد قضاوت قرار دهیم.
3. هیچ معادله آماری مشخصی برای مورد مطرح شده وجود نداشته باشد.
4. شرایط پیش‌بینی نشده، کارایی یک فرمول را زیر سؤال ببرند.

اما رویکرد آماری وقتی سودمندتر است که:

1. نتیجه‌ای که قصد پیش‌بینی آن را داریم عینی و اختصاصی باشد.
 2. نتایج نمونه‌های بزرگ و ناهمگن مدنظر باشند و حداقل توجه و علاقه به موردهای فردی مطرح باشد.
 3. دلیلی برای خطا یا سوگیری قضاوت انسانی در دست باشد. خستگی، یک‌نواختی، سوگیری و ده‌ها ضعف انسانی دیگر می‌توانند باعث خطای بالینی شوند.
- ظاهراً مفیدترین موضع، ادغام هر دو رویکرد است. از سال‌ها تحقیق در مورد مقایسه پیش‌بینی آماری با پیش‌بینی بالینی می‌توانیم این نتایج معقول را بگیریم:
- پیش‌بینی آماری به طور کلی از پیش‌بینی بالینی بهتر عمل می‌کند.
 - برتری پیش‌بینی آماری زیاد نیست و گاهی اوقات پیش‌بینی بالینی به همان خوبی یا کمی بهتر از پیش‌بینی آماری است، هر چند نه در هر شرایطی.
 - برتری پیش‌بینی آماری در رابطه با پیش‌بینی خشونت و سایر رویدادهایی که آهنگ پایه آنها پایین است، مشهودتر می‌باشد.
 - روانشناسان بالینی معمولاً از روش‌های پیش‌بینی آماری استفاده نمی‌کنند و آنها را دست کم می‌گیرند.

پردازش اطلاعات

متخصصان بالینی در هنگام پردازش اطلاعات با حجم انبوهی از داده‌ها مواجهند. جمع‌بندی این اطلاعات در بسیاری از موارد دشوار است چون خیلی زیاد و پیچیده‌اند. متخصصان بالینی باید مراقب ساده‌انگاری افراطی باشند. ممکن است خیلی راحت مجذوب چند مورد چشمگیر شوند و اطلاعات دیگری را که با تصورشان هماهنگ نیستند نادیده بگیرند.

سندرم تفسیر

گاهی متخصصان بالینی گرفتار افراط در تفسیر می‌شوند. آنها غالباً برای اظهارات و اعمالی که خیلی هم بامعنا نیستند معانی خاصی پیدا می‌کنند. چون به این گونه مشاهدات گرایش دارند، کوچکترین چیزی را نشانه آسیب روانی فرض می‌کنند. نکته واقعاً حیرت‌آور این است که در دنیا خیلی «مریض» وجود دارد. تأکید بر منفی‌ها خیلی آسان‌تر از تأکید بر مثبت‌ها است. به همین دلیل گاهی متخصصان بالینی به راحتی به دام تفسیرها یا پیش‌بینی‌هایی می‌افتند که در آنها توجهی به امتیازات و نقاط مثبت اشخاص نمی‌شود.

اعتباریابی و اسناد

وقتی تفسیرها و پیش‌بینی‌ها را ثبت نمی‌کنیم بیشتر موارد درست آنها را به یاد می‌آوریم. متخصص بالینی با مقایسه دیدگاه خودش و دیدگاه همکارانش، بستگان بیمار یا سایر آشنایان بیمار مهارت‌های تفسیری خودش را تا حدودی می‌تواند بهبود بخشد. روانشناسان بالینی برای رفع این مشکل می‌توانند از مصاحبه‌های ساخت‌دار، مقیاس‌ها

درجه بندی ساخت دار، آزمون‌های عینی شخصیت و روش‌های سنجش رفتاری استفاده کنند تا قضاوت‌ها و پیش‌بینی‌های بالینی آنها دقیق تر شود.

گزارش، مفاهیم و ملاک‌های گنگ

یکی از رایج‌ترین موانع قضاوت بالینی معتبر، استفاده از مفاهیم مبهم و ملاک‌های نه چندان تعریف شده است. البته این فرایند در نهایت به گزارش‌های روان‌شناختی مبهم منجر می‌شود. در چنین شرایطی تعیین صحت و سقم پیش‌بینی‌ها و قضاوت‌های متخصصان بالینی دشوار می‌شود.

تأثیرات پیش‌بینی‌ها

گاهی دلیل اشتباه بودن پیش‌بینی‌ها، غلط بودن استنباط‌ها نیست بلکه دلیلش تأثیر پیش‌بینی‌ها بر موقعیت رفتاری است. برای مثال این پیش‌بینی که بیمار بعد از ترخیص شدن از بیمارستان نتواند با شرایط خانه سازگار شود درست باشد ولی احتمال دارد بستگان بیمار آن را مستمسک قرار دهند و محیطی فراهم آورند که زیاد برای سازگاری بیمار مساعد نباشد. پس خود قضاوت می‌تواند موجب تغییر رفتار متخصص بالینی یا دیگران شود.

عقاید قالبی (stereotyped beliefs)

عقاید ثابتی (مثلاً در مورد علائم تشخیصی، گروه‌های تعریف نشده جغرافیایی) که روی قضاوت بالینی تأثیر می‌گذارند.

گزارش بالینی

پس از آنکه روانشناس مصاحبه را تمام کرد، آزمون‌ها را اجرا کرد و شرح حال‌ها را خواند باید برای ارتباط با همکاران و ارجاع دهندگان، اقدام به نوشتن گزارش کند. هیچ صورت خاصی را نمی‌توان به عنوان «بهترین صورت» یک گزارش معرفی کرد. ماهیت ارجاع، مخاطب گزارش، نوع روش‌های سنجش و گرایش نظری متخصص بالینی برخی از عواملی هستند که روی گزارش بالینی تأثیر می‌گذارند. منظور اصلی از نگارش یک گزارش پاسخ دادن به پرسش ارجاعی است. گزارش آزمون باید جواب دقیق و صریحی به سؤالاتی باشد که از ابتدا موجب انجام سنجش شده‌اند. اگر پرسش‌های ارجاعی قابل پاسخ‌گویی نباشند یا اگر نامناسب باشند، این نکته باید در گزارش مطرح و دلایل آن بیان شود.

کمک به ارتباط

هدف از تهیه گزارش، ارتباط برقرار کردن است. زبان گزارش نباید خسته کننده باشد و در آن تک تک پاسخ‌های بیمار در هر آزمون شرح داده شده باشد. به طور کلی بهترین راه برای نگارش یک گزارش آن است که سبک و زبانش را یک فرد عادی بفهمد.

در گزارش‌ها باید مراقب اثر بارنوم بود. تا جایی که امکان دارد گزارش باید صریح و روشن باشد، به موارد مشخص اشاره داشته باشد و کلی‌گویی نداشته باشد و در یک کلام گزارش‌ها باید به صورت فردی باشد.

در گزارش‌های مختلف میزان پرداختن به جزئیات متفاوت است و تا حد زیادی به مخاطب گزارش بستگی دارد. گزارش ما باید ترکیبی از کلیت‌های انتزاعی، شواهد رفتاری معین و برخی جزئیات آزمون‌گیری باشد. استفاده صرف از کلیت‌های انتزاعی باعث می‌شود خواننده تابع استنباط‌های نگراننده باشد.

فصل یازدهم

مداخلات روان شناختی

تعریف مداخله روانشناختی (psychological intervention)

مداخله روانشناختی روشی است برای ایجاد تغییر رفتار، افکار و احساسات انسان‌ها. ولی روان‌درمانی، مداخله‌ای است که در چهارچوب یک رابطه حرفه‌ای انجام می‌شود. معمولاً دو اصطلاح **مداخله و روان‌درمانی** به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند. مداخله می‌تواند به صورت روان‌درمانی انفرادی و گروهی، توانبخشی روانی - اجتماعی و پیشگیری انجام شود، ولی مشهورترین کار روانشناسان بالینی، روان‌درمانی است.

تعریف نظریه (theory):

نظریه (یا نظام) دیدگاه هماهنگ و باثباتی در مورد رفتار انسان، آسیب‌شناسی روانی و سازوکارهای تغییردرمانی است. نظریه، سازمان دهنده اطلاعات و هدایت کننده مصاحبه و درمان است.

تعاریف مختلف ارائه شده از روان‌درمانی

تعریف نورکراس

روان‌درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش‌های بالینی و مواضع میان‌فردی است که از اصول روانشناختی رایج بدست آمده و هدف آن کمک به افراد است تا رفتارها، شناخت‌ها، هیجان‌ها، و یا سایر ویژگی‌های شخصی خود را، در جهتی که شرکت‌کنندگان در درمان آن را مطلوب می‌دانند، تغییر دهند. به نوعی گفته می‌شود که روان‌درمانی نوعی یادگیری است.

تعریف ولبرگ

روان‌درمانی، نوعی درمان برای مشکلات هیجانی است که در آن شخصی آموزش‌دیده، با بیمار آگاهانه رابطه‌ای حرفه‌ای برقرار می‌کند تا نشانه‌های موجود در بیمار و الگوهای رفتاری مخرب او برطرف شوند یا کاهش یابند و زمینه رشد و کمال شخصیتی وی فراهم آید.

تعریف راتر: «روان‌درمانی... فعالیتی برنامه ریزی شده از سوی یک روان‌شناس است که هدفش ایجاد تغییراتی در فرد می‌باشد تا زندگی‌اش را شادتر و سازنده‌تر نماید و یا هر دو»

جی. دی. فرانک موضوع روان‌درمانی را به صورت زیر بیان می‌کند:

روان‌درمانی یک تعامل برنامه‌ریزی‌شده، دارای بار هیجانی و توأم با خوش‌باوری بین یک شفا دهنده آموزش‌دیده و دارای مجوز اجتماعی، و فردی است که از مشکلی رنج می‌برد. روان‌درمانی در یک کلمه عبارت است از درمانی که متخصص بهداشت روانی در قالب یک رابطه حرفه‌ای آن را اجرا و به مراجعان در غلبه بر مشکلات روانی کمک می‌کنند.

انواع درمان‌ها و افراد سرشناس در این درمانها:

1. روانکاوی / روان‌پویشی (زیگموند فروید)
 2. رفتاری (بی. اف. اسکینر، ژوزف ولپی)
 3. شناختی - رفتاری (آلبرت ایس، آرون تی بک، دونالد میچن بام)
 4. انسانگرایی / وجودی (لودویگ بینزوانگر، مدارد باس، رولو می، جیمز بوگنتال، ابروینگ یالوم، ارنست کین)
 5. التقاطی / یکپارچه نگر (پل واکتل، آرنولد لازاروس)
 6. گشتالتی (فریتز پرلز)
 7. میان فردی (اریک برن، هاری استک سالیوان و آدولف مایر)
 8. آدلری (آلفرد آدلر)
 9. مراجع محوری (فردمدار) (کارل راجرز)
 10. خانواده‌درمانی و درمان‌های سیستمی (ویرجینیا ستیر، جی هی لی، گریگوری بیتسون، سالوادور مینوچین، موری بوئن، کارل ویتاکر، کلو مادانِس)
 11. درمان‌های پُست مدرن: درمان راه‌حل‌مدار و داستان‌درمانی (درمان‌های استنباط‌گرا) (اینسو کیم برگ، استیو دِ شازر، مایکل وایت، دیوید اپستون)
 12. درمان‌های حساس نسبت به فرهنگ و جنسیت (درمان بر اساس دیدگاه فمینیستی) (جین بیکر میلر، کارولین زرب انس، اولیوا ام اِپسین، لورا اس براون)
 13. واقعیت‌درمانی (ویلیام گلاسر)
 14. معنادرمانی (ویکتور فرانکل)
- نکته: یکپارچه‌نگری / التقاط‌گرایی، رایج‌ترین گرایش در بین متخصصان بهداشت روانی است.

آیا روان‌درمانی مفید است؟

طرفداران و منتقدان روان‌درمانی موافقند که شواهد تجربی مؤید کارایی روان‌درمانی هستند. اما این به معنای آن نیست که همه از روان‌درمانی سود خواهند برد. به طور کلی کسانی که دنبال روان‌درمانی می‌روند و روان‌درمانی می‌شوند تا حدودی تسکین می‌یابند.

چه مشکلاتی قابل تغییرند؟ باید توجه داشت که تمام مشکلات و نگرانی‌ها، دلهره‌ها، رفتارهای مشکل آفرین و نشانه‌های آسیب‌های روانی به مداخلات روانشناختی به یک اندازه جواب نمی‌دهند.

سلیگمن (1994) برای تشریح «تغییر پذیری» شرایط یا رفتارها، مفهوم عمق مسئله (depth of problem) را پیش می‌کشد. عمق مسئله به این بستگی دارد که مشکل مورد نظر چقدر فطری/زیست شناختی باشد، رد کردن اعتقاد نهفته در پس آن چقدر دشوار باشد و آیا اعتقاد نهفته در پس آن مشکل، «قدرتمند» هست یا خیر؛ یعنی چقدر عمومیت دارد و آیا می‌تواند بسیاری از حقایق دنیا را توضیح بدهد یا خیر. برای مثال، نارضایی جنسی یک مشکل احتمالاً غیر قابل تغییر («عمیق») است چون «از لحاظ زیست‌شناختی، ریشه در دوران جنینی دارد. تقریباً غیر قابل رد کردن است و برکل زندگی فرد سایه می‌افکند». یک ترس شدید [یا فوبی] خاص، مشکل «عمیقی» نیست چون ترس از عنکبوت ارثی نیست، می‌توان آن را رد کرد و اعتقاد نهفته در پس آن (عنکبوت‌ها خطرناکند) خیلی نیرومند نیست چون فقط شامل عنکبوت‌ها می‌شود. سلیگمن فهرستی از مشکلات قابل تغییر و غیر قابل تغییر تهیه کرده است.

مشکل / حالت	قابل تغییر بودن
اختلال وحشت‌زدگی	قابل علاج
ترس شدید [یا فوبی] خاص	تقریباً قابل علاج
بدکاری‌های جنسی	تا حد زیاد تسکین پذیر
ترس شدید اجتماعی	در حد متوسط تسکین پذیر
ترس از مکان‌های باز	در حد متوسط تسکین پذیر
افسردگی	در حد متوسط تسکین پذیر
اختلال وسواس فکری - عملی	در حد متوسط / خفیف تسکین پذیر
عصبانیت	در حد متوسط / خفیف تسکین پذیر
اضطراب روزمره	در حد متوسط / خفیف تسکین پذیر
اعتیاد به الکل	در حد خفیف تسکین پذیر
اضافه وزن	فقط تغییر موقتی
اختلال استرس پس از سانحه	فقط تغییر ناچیز

مشکلات مراجع و بهره‌گیری از درمان

اختلالات روانی با کمی تفاوت در همه اقشار جامعه دیده می‌شود. اما کدام اختلالات شایع‌ترند؟ بر مبنای تشخیص DSM، اختلالات اضطرابی از همه شایع‌ترند، سپس اختلالات خلق، اختلالات کنترل تکانه و اختلالات سوء مصرف مواد. اختلالات روانی در هر مقطعی از زندگی ممکن است پیش بی‌ایند ولی هر چه اختلال جدی‌تر باشد، زودتر شروع می‌شود - یعنی نشانه‌هایش تا 14 سالگی ظاهر می‌شود. اگر اختلالات درمان نشوند، احتمالاً تکرار خواهند شد.

همه افراد دچار اختلال روانی سراغ درمان نمی‌روند. بسیاری از کسانی که اختلالات روانی دارند، درمان نشده باقی می‌مانند. درمان نشدن در بین اقلیت‌ها و گروه‌های اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر شایع است، همان‌طور که نیمه‌کاره رها کردن درمان در میان آنها چنین وضعیتی دارد.

در ضمن بسیاری از کسانی که مشکلات روانی دارند، درمان خود را چند سال عقب می‌اندازند. مطالعه‌ای نشان داد میانگین تأخیر در درمان برای اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلال وحشتزدگی به ترتیب 6، 8 و 10 سال است. بر اساس تحقیقات؛ میانسالان، تحصیل‌کرده‌ها، سفیدپوستان، زنان، طلاق‌گرفته‌ها یا متارکه‌کرده‌ها بیشتر دنبال روان‌درمانی سرپایی هستند.

ویژگی‌های مشترک درمانها

اکثر روان‌درمانی‌ها وجه اشتراک زیادی دارند. لمبرت و برگین معتقدند که ویژگیهای مشترک درمان‌ها موارد زیر هستند:

1. عوامل حمایتی: مثل رابطه مثبت، اعتماد بیمار به درمانگر؛
2. عوامل یادگیری: ایجاد تغییر در عقاید و نگرش‌های مراجعان (مثلاً یادگیری شناختی، بینش)؛
3. عوامل کنشی: ایجاد تغییر رفتار (مثلاً مهارت پیدا کردن یا خطر کردن).

نقش متخصص در درمان: ویژگی‌های درمانگر همچون پذیرش، گرم بودن، احترام و علاقه، علاقه مند بودن به دیگران، صاحب صلاحیت بودن در حرفه خود از عوامل درمان بخش در روان‌درمانی‌ها است.

تخلیه هیجانان/کاتارسیس (catharsis): روان‌درمانی یک تجربه هیجانی است. تخلیه هیجانان یا کاتارسیس، بخش حیاتی اکثر روان‌درمانی‌ها است. درمانگران معمولاً مراجعان را تشویق می‌کنند هیجانان‌شان را آزادانه بروز بدهند. به این فن، تخلیه هیجانی می‌گویند. مراجع در تخلیه هیجانی، هیجانان فرو خورده‌اش را آزاد می‌کند. درمانگر او را تشویق می‌کند هیجانان‌ش را بر زبان آورد چون به نظر وی این رهاسازی، آرامش بخش است. البته در برخی از روان‌درمانی‌ها (مثل روش کنترل عصبانیت) کاتارسیس، اصولاً کار درستی نیست. در این درمان‌ها سعی می‌شود مراجع کنترل بیشتری روی هیجانان‌ش پیدا کند.

تجربه هیجانی اصلاحی (corrective emotional experience): یک هدف درمانی کلی مبنی بر این که مراجع همراه با واکنش هیجانی، مفروضات خود را در مورد دیگران تغییر می‌دهد و راههای جدیدی برای ارتباط با آنان یاد می‌گیرد. دلیل این قضیه هم آن است که درمانگر مثل دیگران، «واکنشی» به نفرت، وابستگی و این‌گونه ویژگی‌های مراجع نشان نمی‌دهد.

رابطه/اتحاد درمان بخش (therapeutic alliance): به نظر برخی از صاحب نظران، ماهیت رابطه یا اتحاد درمان بخش بیمار و درمانگر، بیشترین نقش را در موفقیت درمان دارد. به تعبیری همیشه «شرکت‌کننده سومی» در مواجهات درمانی وجود دارد و آن، رابطه‌ای است که بین مراجع و درمانگر شکل می‌گیرد. تحقیقات نشان می‌دهد که رابطه از فنون درمانی، مهم‌تر است.

رابطه‌درمانی ابعاد مختلفی دارد ولی دو مورد آنها اهمیت خاصی دارند: (الف) پیوندهای هیجانی شکل گرفته بین درمانگر و مراجع (مثل دوست داشتن یکدیگر، اعتماد و غیره) و (ب) درک متقابل و مشترک از کاری که قرار است انجام شود (تکالیف) و آنچه قرار است حاصل شود (اهداف). به این ابعاد، اتحاد‌درمانی می‌گویند.

نظرات مختلف درباره اتحاد درمانی:

هیچ کس به اندازه کارل راجرز، بنیانگذار درمان شخص محور بر اتحاد‌درمانی تأکید نمی‌کرد. راجرز رابطه‌ مراجع - درمانگر را همچون دیگری می‌دانست که عناصر لازم و کافی برای تغییر درمانبخش در آن جمع هستند. راجرز که از دیدگاه‌های درمانی سنتی بریده بود، خود رابطه را عامل اصلی شفا می‌دانست نه فنون درمانگر را. به نظر راجرز (1951) «کلمات - مراجع یا درمانگر - در مقایسه با رابطه هیجانی این دو، بسیار کم اهمیت هستند. راجرز بر نقش مراجع در ایجاد اتحاد‌درمانی تأکید نمی‌کرد؛ فرض وی بر این بود که اگر درمانگر شرایط مناسب را مهیا کند، رابطه شکل خواهد گرفت و مراجع از آن بهره مند خواهد شد.

روانکاو و روانشناسان بالینی روان پویایی‌گرا نیز اهمیت زیادی برای اتحاد‌درمانی قایل هستند ولی اعتقاد ندارند خود رابطه، عنصر اصلی درمان است.

اکثر رفتاردرمانگرها و درمانگران شناختی - رفتاری، رابطه‌درمانی را مهم می‌دانند ولی آن را شرط کافی درمان نمی‌دانند. آنها اتحاد‌درمانی را بافتی می‌دانند که در آن فنون اختصاصی‌تر تغییر رفتار ارائه می‌شود. در این تعبیر، نظر آنها شبیه نظر روانکاو است - چون هر دو گروه رابطه را بافتی برای فنون در نظر می‌گیرند - و با درمانگران انسانگرا فرق دارند که می‌گویند رابطه‌درمانی، نقش بزرگتری بازی می‌کند و آن را عنصر بسیار مهمی در ایجاد تغییرات سودمند می‌دانند چون به درمانگر اجازه می‌دهد نقش الگوی مهارت‌های جدید را بازی کند و بهبود رفتار مراجع را تقویت کند.

کاهش اضطراب/تخلیه تنش: یکی از دلایل اثر بخشی درمانها کاهش اضطراب هم از طریق رابطه‌درمانی با درمانگر و هم از طریق فنون مختلف‌درمانی است. روش رایج برای کم کردن ناراحتی مراجع، تقویت نقاط قوت هیجانی مراجع از طریق رابطه‌درمانی است. وقتی مراجعان می‌فهمند درمانگر هم پیمان هیجانی آنها است و نقش ضربه گیر را در برابر هجوم دنیای خصمانه بازی می‌کند، ثبات هیجانی و اعتماد به نفسشان را باز می‌یابند.

تفسیر/ بینش: تفسیر نیز یکی از مؤلفه‌های مشترک روان‌درمانی‌ها است. یکی از عناصر مهم بسیاری از روان‌درمانی‌ها این است که بیماران را وا می‌دارند به تجربه‌های گذشته خود طور دیگری نگاه کنند. در سال‌های سپری شده، بینش به تدریج اهمیت خود را از دست داده است. زمانی تصور می‌شد بینش پیدا کردن در مورد ماهیت و ریشه مشکلات، خود به خود سطح سازگاری بیمار را افزایش می‌دهد. ولی اکثر روان‌درمانگران دیگر چنین نظر ساده انگارانه ای ندارند.

هدف اصلی فروید، ایجاد بینش راجع به مشکلات روانی بود، طوری که از آن تحت عنوان «تربیت مجدد برای غلبه بر مقاومت‌های درونی» یاد می‌کرد. منطق روان‌درمانگری برای ایجاد بینش در مراجع با منطبق مطالعه تاریخ قابل قیاس است؛ یعنی اگر خطاهای گذشته را بشناسیم، آنها را تکرار نخواهیم کرد.

یکی از فنون رایج بینش پروری، تفسیر رفتار مراجع توسط درمانگر است. هدف تفسیر این نیست که مراجع قانع شود درمانگر راست می‌گوید، بلکه هدف این است که مراجع، رفتار و افکارش را با دقت زیر نظر بگیرد و نتیجه‌گیری‌های جدید و آگاهانه‌تری کند.

ایجاد/ قابلیت مهارت یابی: به تعبیری، هدف اکثر درمان‌ها، ایجاد قابلیت و کارایی بیشتر انسان‌ها است. برای مثال درمان موقعیتی فراهم می‌آورد تا بیمار چیزهای جدیدی یاد بگیرد و شیوه‌های فکری غلط خودش را اصلاح کند. گاهی بعضی از درمان‌ها درون‌مایه‌های صریحاً آموزشی دارند. یعنی به مراجع روش‌های مؤثرتر کارایی را آموزش می‌دهند یا برای رفع مشکلات نسی وی و سازگاری جنسی مراجع در آینده به او اطلاعات جنسی می‌دهند. مثلاً بندورا بر اهمیت احساس خود - بسندگی (خود - کارآمدی) در ارتقای عملکرد افراد تأکید کرده است.

ارائه اطلاعات جدید: روان‌درمانی غالباً یک امر تربیتی است. گاهی اوقات کمبود اطلاعات مراجعان باعث ایجاد مشکلات آنها می‌شود. نمونه بارز آن هم کارکرد (سازگاری) جنسی است. درمانگران در این مواقع می‌توانند اطلاعات ارزشمندی را به مراجعان از طرق مختلف ارائه دهند. مثلاً با معرفی کتابهایی برای مطالعه توسط مراجع (کتاب‌درمانی)، ارائه بروشورها و فیلم‌ها و... نکته مهم در ارائه اطلاعات، قابل فهم بودن این اطلاعات برای مراجع است.

تکالیف خارج از درمان (تکلیف در خانه): درمانگران معمولاً برای انتقال تغییرات مثبت حاصل از درمان به دنیای واقعی، به مراجعان‌شان تکلیف می‌دهند. رفتار درمانگرها و درمانگران شناختی - رفتاری همواره طرفدار تکلیف منزل بوده اند چون آن را راه مؤثری برای تعمیم مهارت‌های جدید می‌دانند. عملکرد مراجعانی که تکلیف منزل انجام می‌دهند از عملکرد مراجعانی که تکلیف منزل انجام نمی‌دهند، خیلی بهتر است.

عوامل غیر اختصاصی

عواملی هستند که اختصاص به درمان ندارند ولی در ایجاد نتیجه مثبت مؤثرند (مثل انتظار بهبود یافتن). ایمان و امید به قابلیت بیشتر و انتظار قابلیت بیشتر از جمله عوامل غیر اختصاصی هستند که در درمان موفقیت آمیز نقش دارند. انتظارات مراجع کمک می‌کنند اثربخشی برخی از فنون مورد استفاده در درمان بیشتر شود. موفقیت‌های این فنون نیز متقابلاً انتظارات مراجعان را بالا می‌برند. فرانک در توصیف روان‌درمانی اشاره می‌کند که درمان یک طرح مفهومی، استدلالی یا یک افسانه است که توضیحات معقولی برای مشکلات بیماران فراهم می‌آورد و برای برقراری مجدد تعادل، روش خاصی را تجویز می‌کند. ایجاد اعتقاد به تغییر، امید برای تغییر و انتظار تغییر بیش از هر عمل دیگری به عنوان عامل بهبود مراجعان معرفی شده است.

عوامل اختصاصی

1. عوامل مرتبط با بیمار

مقدار ناراحتی بیمار: حکم کلی متخصصان بالینی این است که کسانی که کمترین نیاز را به درمان دارند، بیشترین بهره را از درمان خواهند برد. همچنین بیماری که ناراحت و مضطرب است ولی از لحاظ رفتار کارکرد خوبی دارد، پیش‌آگهی خوبی خواهد داشت. به صورت عکس این موضوع گروهی از مطالعات نشان می‌دهند که هرچه ناراحتی اولیه بیشتر باشد، بهبود بیشتر خواهد بود. میلر و گروس می‌گویند رابطه بین اختلال اولیه و بهبود یک رابطه انحنایی است؛ یعنی بیماران دچار اختلال کم و بیماران دچار اختلال زیاد نتایج ضعیف‌تری می‌گیرند تا بیمارانی که اختلالشان متوسط است. گارفیلد به این نتیجه رسید که افرادی که اختلالات شدیدتری دارند، نتایج ضعیف‌تری از درمان می‌گیرند.

هوش: در صورت مساوی بودن شرایط، افراد باهوش‌تر از عهده الزامات روان‌درمانی بهتر بر می‌آیند. دلایل این موضوع: 1. این که روان‌درمانی یک فرایند کلامی است. بیماران باید مشکلات خود را بیان کنند و آنها را در ظرف کلمات بریزند. 2. در روان‌درمانی، بیماران باید بتوانند وقایع را به هم ربط بدهند. آنها باید بتوانند بین اتفاقات گذشته و مشکلات فعلی خود رابطه برقرار کنند. 3. روان‌درمانی از جهت ربط دادن رویدادها به یکدیگر مستلزم قدری درون‌نگری است.

در روان‌درمانی سنتی همیشه بر تعیین‌کننده‌های درونی رفتار تأکید شده است اما رفتاردرمانی تا حد زیادی در رابطه با کسانی که مشکلات شناختی داشته‌اند موفق بوده است.

سن: در صورت مساوی بودن شرایط، بیماران جوان‌تر برای درمان مناسب‌ترند. بیماران جوان انعطاف‌پذیرترند و کمتر «لجاجت» می‌ورزند. شاید بیماران جوان بهتر می‌توانند روابط بین رویدادها را برقرار کنند چون به دوران کودکی خود نزدیک‌ترند یا شاید رفتارهای منفی آنها نسبت به بیماران سالخورده کمتر تقویت شده باشد. به طور کلی سن مراجع رابطه ناچیزی با نتیجه درمان دارد.

انگیزش: روان‌درمانی گاهی طولانی می‌شود و بیمار باید خیلی صبر و تحمل داشته باشد. روان‌درمانی می‌تواند مملو از اضطراب، موانع و دوره‌های سکون و عدم پیشرفت باشد. روان‌درمانی یک فرایند انفعالی نیست که در آن بینش‌ها به بیمار خورنده شوند. بلکه بیمار برای کسب بینش باید زحمت بکشد. معمولاً بینش پیدا کردن سخت است. به این دلایل و دلایل دیگر، روان‌درمانی موفق، به انگیزه احتیاج دارد. بیمار باید خودش بخواهد روان‌درمانی شود. پس روان‌درمانی یک امر اختیاری است و نمی‌توانیم کسی را مجبور کنیم.

سعه صدر: اکثر درمانگران به طور حدسی، پیش‌آگهی بهتری برای بیمارانی که به روان‌درمانی احترام می‌گذارند و نسبت به آن خوش بین هستند قایل می‌باشند. وقتی بیماران تمایل نشان می‌دهند که مشکلات خود را روان‌شناختی بدانند نه پزشکی، کار آسان‌تر می‌شود. بنابراین در برابر فرایند درمان نوعی سعه صدر لازم است.

جنسیت: در شرایط کنونی چند معضل مهم در رابطه با جنسیت وجود دارد. یکی از آنها، رابطه جنسیت بیمار با نتیجه درمان است. تحقیقات نشان می‌دهند که جنسیت زیست شناختی مراجعان رابطه معناداری با نتیجه روان‌درمانی دارد. دومین معضل بحث وجود یا عدم وجود تبعیض در درمان و مثلاً بهره‌کشی درمانگران مرد از مراجعان زن می‌باشد. گوود، گیلبرت و شر (1990) نوعی روان‌درمانی با عنوان درمان با آگاهی جنسیتی (GAT) را معرفی کرده‌اند. در این نوع درمان، روان‌درمانی فمینیستی و آگاهی‌های جنسیتی در قالب یک رویکرد درمانی ادغام شده‌اند. این رویکرد که بر اکتشاف تجربه‌های جنسیتی خاص متمرکز است برای رفع انواع مشکلات زنان (مثلاً پیشرفت شغلی و اختلالات خوردن) و مردان (مثلاً افسردگی و بدکاری جنسی) مناسب است. و بالاخره با این که جنس مراجع رابطه پایایی با نتیجه درمان نداشته است ولی احتمالاً این ادعا که جنس و جنسیت درمانگر در برخی موارد بر نتیجه درمان تأثیر می‌گذارد حقیقت دارد.

نکته: درمان سال‌های متمادی، یک مقوله مردانه بود. درمانگران مرد درک درستی از مشکلات زنان نداشتند و آنها را به خوبی درمان نمی‌کردند. به همین دلیل برای رفع اختلالات زنان نیاز به مدل‌های جدید درمانی بود. درمان فمینیستی (feminist therapy) محصول جنبش زنان است و از اوایل دهه 1970 نمودار شد. این درمان بر این فرض مبتنی است که بسیاری از مشکلات زنان محصول وضعیت اجتماعی تحمیل شده بر آنان است. این درمان به ضعف تشکیلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی در بیان ظلم وارد آمده بر زنان به عنوان عامل و علت اصلی ناراحتی‌های شخصی آنان اشاره دارد. در رویکرد فمینیستی بر برابری درمانگر و بیمار تأکید می‌شود تا بر قدرت و متابعت. این نوع درمان مستلزم قبول صریح ارزش‌های درمانگر و مراجع و انعقاد قراردادهای مشخص در مورد نحوه درمان و فرایند آن است. درمانگران فمینیست توجه خاصی به برخی مشکلات هیجانی زنان دارند مثلاً: عصبانیت و بروز دادن آن، درماندگی آموخته شده و افسردگی، خودمختاری و وابستگی و میل جنسی. به اموری چون کار، وضع مالی و انتخاب‌های خانوادگی اهمیت می‌دهند. اما موضوعاتی که خیلی برای آنها مهمند، آزادی فردی و در نظر گرفتن شیوه‌های زندگی متفاوت با شیوه‌های زندگی سنتی مبتنی بر نقش جنسی است.

نژاد، قومیت و طبقه اجتماعی: ظاهراً بسیاری از فنون درمان‌بخش، برای بیماران سفیدپوست طبقه متوسط و بالای جامعه ابداع و طراحی شده‌اند. تعداد کمی از روش‌ها با زمینه‌ها و انتظارات فرهنگی بیماران متناسب هستند. اسکوفیلد اعتقاد درمانگر به بیمار آرمانی را سندرم یاوایس (YAVIS) (جوان، جذاب، خوش بیان، باهوش و موفق) (young, attractive, verbal, intelligent, successful) نامید. ولی مرور متعدد ادبیات تحقیقاتی موجود نشان داده است که ظاهراً رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی و نتیجه درمان وجود ندارد.

گولدستاین، «روان‌درمانی فقرا» را طرح کرده است که در آن زبان و روش‌های روان‌درمانی با بیماران فقیر هماهنگ می‌شود، ضمن این که فنونی مثل الگوبرداری، نقش بازی کردن و روش‌های رفتاری زیاد استفاده می‌شود.

واکنش‌های درمانگران به بیماران: درک و قوه خودگردانی درمانگران در روابط حرفه‌ای‌شان با بیماران بر درک و قوه خودگردانی افراد معمولی در روابط اجتماعی و میان فردی‌شان چربش دارد. با این حال شواهدی وجود دارد

مبنی بر این که بیماران جاذب‌تر یا بیمارانی که درمانگران با آنها بهتر می‌توانند ارتباط برقرار کنند، نتیجه بهتری از درمان می‌گیرند.

شخصیت و نگرش‌های مراجعان: فرض بسیاری از درمانگران بر این است که بازبودن مراجع همراه با برخی متغیرهای شناختی و هیجانی دیگر بر نتیجه درمان تأثیر می‌گذارد. اورلینسکی، گریو و پارکس (1994) گزارش می‌دهند دو متغیر مرتبط با مراجع همیشه در تحقیق راجع به نتیجه روان‌درمانی مهم بوده اند: همکاری در برابر مقاومت و باز بودن در برابر دفاع کردن.

2. متغیرهای درمانی مرتبط با درمانگر

فروید از همان ابتدا متوجه تأثیرات شخصیت روان‌کاو بر فرایند روان‌کاو شده بود. او برای «پیشگیری» از تأثیرگذاری عوامل شخصیتی مؤثر بر این فرایند هم توصیه می‌کرد روان‌کاوان گاه‌گاهی روان‌کاو شوند تا این عوامل را شناسایی و مهار کنند. اما راجرز به آن روی سکه اشاره کرد و گفت برخی خصوصیات درمانگران مثل پذیرش و گرم بودن سنگ بنای درمان است.

جنس، سن و قومیت: طبق تحقیق بیوتلر و همکارانش (1994) سن درمانگر ربطی به نتیجه درمان ندارد. همچنین مرد یا زن بودن درمانگر هم تأثیر معناداری ندارد و شباهت قومیت بیمار و درمانگر لزوماً نتیجه بهتری در پی ندارد.

شخصیت: تحقیقات کافی در این زمینه انجام نشده است، اما در میان صفاتی که بیشترین تحقیقات در مورد آنها صورت گرفته می‌توانیم به سلطه‌گری/ جزم‌اندیشی، کانون کنترل و سبک پردازش شناختی اشاره کنیم. هال و مالونی گزارش دادند سلطه‌گری زیاد درمانگر در مواردی که درمانگر و مراجع از لحاظ فرهنگی شبیه یکدیگر بودند با اخذ نتیجه بهتر از درمان رابطه داشت در حالی که وقتی شباهت فرهنگی نداشتند، سلطه‌گری کمتر درمانگر مؤثرتر بود.

همدلی، گرم بودن و خلوص: از نظر سونسون، مهم‌ترین تفاوت درمانگران موفق و ناموفق، علاقه‌مندی آنان به مردم و تعهدشان نسبت به بیماران است. راجرز نیز نظریه‌درمانی خود را بر این سه خصوصیت درمانگر در رابطه‌درمانی بنا نهاد.

رفع مشکلات شخصی: خودآگاهی یکی از خصوصیات مهم درمانگران است. درمانگرها باید بتوانند خود را واقع‌بینانه نگاه کنند و اسیر پویایی‌های شخصی خویش نشوند. اتاق درمان محل ارضای نیازهای هیجانی درمانگران نیست. درمانگران قبل از درمان مراجعان باید اقدام به رفع تعارضات و مشکلات شخصی خودشان کنند هرچند که در این زمینه که آیا درمان شدن درمانگر بر کارایی او می‌افزاید یا نه، بین صاحب‌نظران اختلاف نظر وجود دارد.

بهره‌کشی جنسی: رابطه جنسی بین درمانگر و بیمار کاملاً مذموم و محکوم است و انجمن روانشناسی آمریکا در این زمینه قوانین سخت و سخی دارد.

تجربه و هویت حرفه‌ای: نه تنها بین تجربه درمانگر و اخذ نتیجه مثبت از درمان رابطه هماهنگی وجود ندارد بلکه چند تحقیق نشان می‌دهند که پیرا حرفه‌ای‌هایی که آموزش‌های اختصاصی روان‌درمانی دیده‌اند در نتیجه‌گیری از روان‌درمانی با روان‌درمانگرهای آموزش‌دیده و متخصص برابری می‌کنند و حتی از آنها جلو می‌زنند. یکی از مهارت‌های لازم و بسیار مهم در روان‌درمانی تشخیص هیجان‌ات مراجعان است. تشخیص هیجان برای فهمیدن و همدلی با دیگران لازم است.

به نظر آینس‌کیپ چون روان‌درمانی یک عمل میان‌فردی است، روان‌درمانگران باید دارای مهارت‌های میان‌فردی قوی از جمله مهارت‌های ارتباطی، رابطه‌سازی و بازبینی خود باشند. رابطه درمانگر و مراجع هم تأثیر زیادی بر نتیجه درمان خواهد گذاشت. به همین دلیل، مهارت‌های رابطه‌سازی برای درمانگران بسیار مهم هستند. درمانگران باید خودآگاه باشند و بتوانند خود را مدیریت کنند. مثل هر کار دیگری، در روان‌درمانی هم نظارت بر متغیرهای درونی مزاحم بسیار مهم است. مهارت‌های کلی مثل ارتباط، رابطه‌سازی و بازبینی خود را می‌توانیم مهارت‌های بزرگ در نظر بگیریم.

چالش‌های درمانگری

مهم‌ترین مشکلات درمانگران چیست؟ شرودر و دیویس (2004) گله و شکایت‌های درمانگران را به سه دسته تقسیم کرده‌اند:

1. **مشکلات قابلیت:** این مشکلات نسبتاً موقتی هستند و از قرار گرفتن در وضعیتی ناشی می‌شوند که دانش و مهارت درمانگر را زیر سؤال می‌برند. برای مثال وقتی مراجعی که تحت درمان انفرادی افسردگی است می‌خواهد زناشویی‌درمانی را همراه با شوهر الکلی خود شروع کند، درمانگر باید بداند آیا صلاحیت درمان سوءمصرف مواد و مشکلات زناشویی را دارد یا خیر.
2. **مشکلات شخصیتی:** گاهی اوقات روانشناسان بالینی شک دارند که خصوصیات شخصیتی آنها اجازه بدهد درمانگر مؤثری باشند. آنها گاهی اوقات می‌پندارند برخی از صفات لازم برای درمانگری موفق را ندارند.
3. **مشکلات وضعیتی:** این مشکلات از خصوصیات مراجع یا وضعیت درمان نشأت می‌گیرند. برای نمونه، درمانگرانی که در زندان با خلافکاران جنسی خشن و مقاوم در برابر درمان کار می‌کنند، گاهی اوقات قابلیت و ظرفیت شخصیتی لازم را ندارند، ولی کار آنها بسیار دشوار است.

سیر مداخله بالینی

سیر کلی درمان مطابق نظر هوکانسون به این ترتیب است؛

1. **تماس اولیه:** اولین کار این است که برای مراجعان توضیح داده شود درمانگر به طور کلی چه کار می‌کند و چه نوع کمک‌هایی می‌تواند بدهد. این مرحله مهمی است و تأثیر زیادی در نگرش مراجع و تمایل وی به همکاری کردن می‌گذارد. رفع اضطراب و شک و تردید، دادن اطلاعات اولیه، هزینه‌ها، آشنایی با کادر درمانی، جلب اعتماد مراجع و اطمینان دادن برای رازداری و... در این مرحله صورت می‌گیرند.

2. **سنجش:** نوع سنجش به ماهیت مشکل، گرایش متخصصان و عوامل دیگر بستگی دارد. پس از جمع‌آوری، دسته‌بندی و تحلیل تمام اطلاعات، باید اطلاعات را ادغام و یکپارچه کنیم.
3. **مشخص کردن اهداف درمان:** بعضی از درمانگرها، این مرحله را دوره مذاکره بر سر هدف‌های درمان می‌دانند. عده‌ای هم می‌گویند، مراجع و درمانگر «قراردادی» می‌بندند مبنی بر این که درمانگر مشکلات بیمار را به بهترین و مؤثرترین شکل ممکن حل کند. در واقع قرارداد آنها معمولاً شامل مشخص کردن هدف‌های درمان، طول درمان، تعداد جلسات، هزینه‌ها، شکل کلی درمان و مسئولیت‌های مراجع می‌باشد. در کلی‌ترین تعبیر ممکن، هدف روان‌درمانی، افزایش سازگاری روانی-اجتماعی بیمار و بالا بردن رضایت وی از زندگی است.
4. **اجرای درمان:** درمانگر پس از مشخص کردن اهداف اولیه باید نوع درمان را مشخص کند.

رویکردهای برنامه ریزی درمانی

ماکوور (2004) سه رویکرد را در مورد برنامه ریزی درمانی برمی‌شمرد:

رویکرد اول، **درمان درمانگرمدار** یا به عبارتی درمان گرایش‌مدار یا نظریه‌مدار است. در این رویکرد، درمانگر یک گرایش نظری اساسی در روان‌درمانی (مثل گرایش روان‌پویایی، رفتاری یا هر گرایش دیگری) را یاد می‌گیرد و از آن در مورد تمام مراجعان استفاده می‌کند. تا دهه 1950، روانکاوی، درمان غالب بود اما به تدریج رویکردهای دیگر ظاهر شدند و هر یک ادعا کردند مؤثرترند. درمانگرها و برنامه‌های آموزشی تکمیلی پشت هر یک از این مکاتب اصلی صف آرایی کردند و (به طور گزینشی) شواهدی دال بر برتری رویکردشان ارائه دادند. حتی امروز نیز بسیاری از روانشناسان بالینی و برنامه‌های آموزشی تکمیلی همچنان به یک رویکرد می‌چسبند. البته آنها قبول دارند که مراجعان متفاوت هستند و درمان را بر مبنای این تفاوت‌ها برنامه ریزی می‌کنند ولی هنوز درمان‌های آنان زیر چتر یک رویکرد نظری ارائه می‌شود.

رویکرد دوم، **درمان تشخیص‌مدار** است. در این رویکرد، شکل درمان به تشخیص بستگی دارد نه به گرایش درمانگر. این رویکرد به تقلید از پزشکی سعی می‌کند برای هر تشخیص، مؤثرترین درمان را پیدا کند. این رویکرد علمی‌تر است اما انتقاداتی هم به آن وارد شده است. از جمله اینکه؛ تشخیص کامل و بی‌عیب و نقص نیست و دیگر اینکه تحقیقات فراوانی وجود دارند که نشان می‌دهند عواملی به جز تشخیص - از جمله کیفیت اتحاد درمانی - هم در متنوع شدن نتایج درمان دخالت دارند.

رویکرد سوم، **درمان نتیجه‌مدار** است. این رویکرد تمام عوامل مؤثر بر نتیجه درمان را مبنا قرار می‌دهد. برخی از این عوامل به مراجع ربط دارند (مثل تشخیص و صفات تشخیصی مراجع)، برخی هم به درمانگر (مثل گرایش نظری، فنون و صفات شخصیتی درمانگر) و وضعیت‌ها یا فوریت‌ها (مثل محیط درمان و اتحاد درمانی).

بی شک انتخاب درمان نظامدار، اولین و تنها رویکرد برنامه‌ریزی درمانی نتیجه‌مدار نیست. لازاروس در سال 1973 گفت روانشناسان بالینی باید هنگام طراحی مداخله، اطلاعات گوناگونی درباره مراجع جمع کنند. رویکرد او با عنوان BASIC-ID، روانشناسان بالینی را تشویق می‌کند درمان را بر اساس سنجش رفتارها، عواطف، تجربه‌های حسی،

تصورات، شناخت‌ها، روابط میان‌فردی و ضرورت مصرف دارو طراحی کنند. (نام رویکرد لازاروس از سرواژه‌های زیر گرفته شده است):

Behaviors, Affects, Sensory experiences, Imagery, Cognitions, Interpersonal relationships and need for Drugs

عینی‌نگری و خودافشایی درمانگر

درمانگران در بسیاری از موارد مجبور می‌شوند تصمیم بگیرند که مسایل خصوصی خود (مثل واکنش‌های هیجانی یا اتفاقات زندگی‌شان) را با مراجعان در میان بگذارند یا نگذارند. به این در میان گذاشتن مسایل خصوصی خود با مراجع، خودافشایی درمانگر می‌گویند.

خودافشایی و یا پنهان‌کاری، هر کدام فواید و خطراتی دارند. درمانگرانی که هیچ وقت خودافشایی نمی‌کنند، آدم‌های سرد و نجوشی جلوه خواهند کرد و رابطه‌درمانی خوبی برقرار نمی‌کنند. درمانگرانی هم که یکسره خودافشایی می‌کنند، تکانشی و خودمحور جلوه خواهند کرد و رابطه مراجع - درمانگر را از حالت حرفه‌ای درمی‌آورند.

در مورد خودافشایی درمانگر قاعده مشخص و قطعی وجود ندارد و نحوه عمل به درمانگر و گرایش نظری او بستگی دارد. روانکاوان سنتی با خودافشایی درمانگر به شدت مخالف هستند. اما روانشناسان پیرو رویکرد جدید روان‌پویایی می‌گویند پنهان‌کاری محض غیر ممکن است چون درمانگر همواره به طور کلامی و غیرکلامی در حال افشای خود است. بنابراین کمی خودافشایی جایز است. در سوی دیگر، برخی از درمانگران انسانگرا قرار دارند که خودافشایی زیاد را ترجیح می‌دهند؛ به نظر آنها پنهان‌کاری نشان‌گر عدم خلوص درمانگر است. درمانگران پیرو رویکردهای دیگر نیز در حد فاصل این دو گروه جا می‌گیرند.

5. **خاتمه، ارزیابی و پیگیری:** وقتی درمانگر به تدریج درمی‌یابد که مراجع می‌تواند مشکلاتش را به طور مستقل رفع کند، بحث خاتمه‌دادن درمان را پیش می‌کشد. گاهی خاتمه‌دادن یک فرآیند تدریجی است. وقتی زمان خاتمه‌دادن درمان فرا می‌رسد باید در مورد آن و نگرش‌ها و احساسات مراجع در مورد خاتمه‌دادن درمان دقیقاً بحث شود. گاهی مراجعان به طور ناگهانی قطع ارتباط می‌کنند. گاهی نیز خاتمه‌دادن به صورت اجباری انجام می‌شود. بسیاری از درمانگرها معتقدند پس از اتمام درمان باید جلسات تقویتی که چند ماه بعد برگزار می‌شود استفاده کرد. گاهی روان‌درمانی به شکل ناقص تمام می‌شود. به این نوع اتمام، فرسایش یا اتمام نابهنگام می‌گویند. این حالت وقتی پیش می‌آید که مراجع به هر دلیلی پیش از موعد مقرر، درمان را قطع کند.

اتمام درمان، احساسات مختلفی در مراجع و درمانگر ایجاد می‌کند. از یک سو، قطع یک رابطه بامعنا، برای مراجع یک اتفاق منفی است. درمانگران نیز معمولاً این فقدان را حس می‌کنند. از سوی دیگر مراجع و درمانگر می‌توانند به تلاش‌ها و دستاوردهای مشترک خود فکر کنند. اتمام درمان معمولاً برای مراجعان حکم استقلال و بالندگی را دارد. اتمام پس از یک درمان موفقیت‌آمیز می‌تواند برای طرفین تجربه‌ای مثبت باشد.

تحقیق درباره روان‌درمانی

فرض بر این است که روانشناسان بالینی فقط باید از رویکردها و فنونی در سنجش استفاده کنند که تحقیقات تجربی، مؤثر بودن آنها را ثابت کرده اند. به این نوع درمان‌ها، **درمان‌های شواهدمدار** و به این نوع سنجش‌ها، **سنجش‌های شواهدمدار** می‌گویند. در جمع هم به آنها، **اقدامات شواهدمدار** می‌گویند.

نکته: تحقیقی که تشکیلات روان‌درمانی را تکان داد، گزارش آیزنک (1952) بود. آیزنک می‌گفت بی‌شک تحقیقات از این ادعا که روان‌درمانی روان‌رنجوران مؤثرتر از عدم درمان آنها است حمایت نمی‌کنند. **مطالعات تطبیقی**: در این نوع مطالعات، اثربخشی دو یا چند فن را روی یک مشکل یا اختلال روانی خاص مقایسه می‌کنند.

فراتحلیل: رویکرد سنتی در خلاصه‌بندی تحقیقات انجام شده درباره نتیجه درمان، رویکرد روایی یا خانه امتیازات بوده است. در این رویکرد، محققان درباره اینکه هر مطالعه نتایج مثبت یا منفی داشته است نتیجه‌گیری‌های قطعی می‌کنند و سپس تعداد نتایج مثبت و منفی را می‌شمارند.

فراتحلیل یکی از فنون کمی است که نتایج تعداد زیادی از مطالعات را هنجاریابی می‌کند تا بتوانیم آنها را با هم مقایسه یا ترکیب کنیم. در واقع در روش فراتحلیل تمام تحقیقات صورت گرفته درباره یک موضوع یا یک سؤال خاص جمع آوری و با روش‌های آماری، ادغام و ترکیب می‌شوند.

مطالعات فراتحلیل مشکلاتی هم دارند. در این مطالعات، اختلالات بالینی اصلی (مثل افسردگی و اعتیاد به الکل) کمتر مطرح می‌شوند در حالی که اختلالات دیگر (مثلاً ترس شدید یا فوبی) خیلی دیده می‌شوند. درمانگرها در این مطالعات، عمدتاً روانشناسان بالینی تازه کار یا رزیدنت‌های روان‌پزشکی هستند. درمان‌ها نیز غالباً مداخلات رفتاری کوتاه‌مدت‌اند.

تحقیق فرایندی و تحقیق نتیجه‌ای: برخی از محققان به بررسی رویدادهایی پرداخته‌اند که در حین درمان و هنگام تعامل درمانگر و بیمار اتفاق می‌افتند. نام این نوع تحقیق، **تحقیق فرایندی (process research)** است. پیروان راجرز از پیشگامان این حوزه‌اند و مثلاً در باب رابطه میزان صحبت درمانگر در یک جلسه با خودانگیزگی مراجع یا تأثیر توضیحات و اظهارات مجدد درمانگر بر پذیرش مسئولیت پیشبرد درمان توسط یک مراجع در یک جلسه، تحقیقاتی انجام داده‌اند.

در مقابل تحقیق فرایندی، **تحقیق نتیجه‌ای** قرار دارد که نتایج مداخله درمان بخش را بر اساس متغیرهای مرتبط با درمانگر و بیمار مورد بررسی قرار می‌دهد.

تا مدت‌ها، محققان درمان در دو گروه جای گرفته بودند. علاقه مندان به تحقیق فرایندی و علاقه مندان به تحقیق نتیجه‌ای. طرفداران تحقیق نتیجه‌ای می‌گفتند تحقیق فرایندی نمی‌تواند نشان بدهد فرایندهای درونی درمان با نتیجه درمان همبستگی دارند. در نتیجه ارزش چندانی ندارد. در حقیقت گاهی به نظر می‌رسید که گویی فرایند، پیش‌بینی نتیجه را به بیراهه می‌کشد.

اما محققان فرایندگرا احساس می‌کردند باید بین نتیجه و فرایندهای درمان روابطی برقرار باشد. یکی از راه‌های انجام این نوع تحقیق، فیلمبرداری یا ضبط کردن صحبت‌ها در جریان درمان است. این نوع تحقیقات بیش از پیش نشان داده‌اند که بین وقایعی که در حین درمان روی می‌دهند و نتیجه نهایی درمان، رابطه هست. نمونه‌هایی از تحقیق فرایندی عبارتند از بررسی تأثیرات فیزیکی بر اضطراب و ارتباط در یک مصاحبه روان‌پزشکی مقدماتی، بررسی ارتباط و تعاملات گفتاری در درمان.

تحقیق درباره عوامل مشترک یا غیراختصاصی در درمان

متغیرهای مربوط به درمانگر

شعبه روان‌درمانی انجمن روانشناسی آمریکا بر اساس تحقیقات خود اعلام کرده است که این خصوصیات درمانگر در پیش‌بینی نتایج درمان به وضوح مؤثرند:

— اتحاد درمانی با مراجع

— همدلی زیاد

— اتفاق نظر بر سر هدف و همکاری با مراجع

متغیرهای مربوط به مراجع

بر اساس مطالعات محدود موجود، در مورد خصوصیات سودمند مراجع برای روان‌درمانی می‌توانیم نتیجه بگیریم:

— مراجعان راحت و اهل خودافشایی و مراجعانی که از همان شروع مقاومت به خرج نمی‌دهند، نتیجه بهتری از درمان می‌گیرند.

— مراجعانی که مشکلات روانی آنها شدت کمتری دارد از مراجعانی که اختلالات شدیدتری دارند نتیجه بهتری می‌گیرند.

— مراجعانی که سخت انتظار دارند درمان موفقیت‌آمیز باشد، نتایج بهتری می‌گیرند تا مراجعانی که انتظار ندارند درمان موفقیت‌آمیز باشد.

نکات:

گروه‌درمانی حمایتی برای اسکیزوفرنی و گروه‌درمانی برای افسردگی دارای حمایت تجربی‌اند.

مؤثر بودن کلی گروه‌درمانی از مؤثر بودن کلی درمان انفرادی کمتر است.

زوج‌درمانی رفتاری و خانواده‌درمانی رفتاری و ساختاری از بیشترین حمایت تجربی برخوردارند.

تأثیرات گروه‌های خودیاری (مانند الکلی‌های گمنام) به ندرت به صورت تجربی بررسی شده است.

ترکیب داروها با روان‌درمانی می‌تواند کاملاً مفید باشد و در پاره‌ای موارد حتی از تک‌تک آنها بهتر است. ولی اکثر مطالعات نشان داده‌اند حداقل در مورد اختلالات اضطرابی و افسردگی، درمان‌های مرکب خیلی بیش از تک تک درمان‌ها بهبود ایجاد نمی‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند تأثیرات روان‌درمانی این اختلالات از تأثیرات دارودرمانی بیشتر و ماندگارتر است.

روندهای اخیر در تحقیقات

متمرکز شدن تحقیقات درباره روان‌درمانی: دیگر طرح این سؤال که آیا درمان مؤثر است یا خیر، سؤال خوبی نیست چون این سؤال خیلی کلی است. رویکرد مفیدتر این است که ببینیم کدام درمان برای کدام بیمار و در کدام شرایط مؤثر است. هم اکنون اکثر تحقیقات روی اثربخشی هر درمان برای یک مشکل روانی خاص متمرکز شده اند. **راهنماهای درمان (درمان‌های دارای راهنما):** در راهنماهای درمان گفته می‌شود که برای هر مشکل یا اختلال روانی از چه نوع مداخله‌ای استفاده شود. هدف مشترک این راهنماها نیز مشخص کردن دقیق روش‌ها و اقداماتی است که در درمان مؤثر هر اختلال باید مورد استفاده قرار بگیرند. مصداق این روند هم انتشار فهرست درمان‌های دارای حمایت تجربی توسط شعبه روانشناسی بالینی انجمن روانشناسی آمریکا در سال 2001 است. در راهنماهای درمان روش‌های مداخلاتی خاصی برای هر مشکل به درمانگر توصیه می‌شود. درمان دارای راهنما روان‌درمانی‌هایی هستند که در چهارچوب و شکل استاندارد و در قالب یک راهنما اجرا و توصیف می‌شوند (راهنمایی که در آن دلایل منطقی، هدف‌ها و فنون مورد استفاده در هر مرحله درمان مشخص شده اند). محققان روان‌درمانی ابتدا برای استاندارد کردن صورت‌جلسه‌های درمان از راهنماهای درمان استفاده کردند، ولی بعداً از این راهنماها در خارج از حوزه تحقیقات و در کار بالینی هم استفاده کردند. عده‌ای از درمان‌داران راهنما این ایراد را گرفته اند که قضاوت بالینی روانشناسان بالینی را دست‌کم می‌گیرد. همچنین گفته اند که مناسب بیمارانی که چند مشکل دارند (یعنی همزمان چند اختلال دارند) نیست و تأثیر درمانگر بر نتیجه درمان را نادیده می‌گیرد.

درمان‌های دارای حمایت تجربی: درمان‌ها بر تمام مشکلات، تأثیر مشابهی نمی‌گذارند. درمان‌های دارای حمایت تجربی درمان‌هایی هستند که مطالعات دقیق تجربی نشان داده‌اند پایه‌های محکمی دارند یا احتمالاً اثربخش اند. شعبه روانشناسی بالینی انجمن روانشناسی آمریکا هر چند وقت یکبار آخرین فهرست درمان‌های دارای حمایت تجربی را منتشر می‌کند.

انجمن روانشناسی آمریکا در سال 2001، 108 درمان را برای بزرگسالان و 37 درمان را برای کودکان به شرح زیر طبقه بندی کرد:

- تثبیت شده / اثربخش و اختصاصی (یعنی حداقل دو کارآزمایی کنترل شده تصادفی دقیق یا مجموعه بزرگی از آزمایش‌های تک موردی دقیق نشان داده‌اند از دارونما یا یک درمان واقعی دیگر بهتر بوده است).
- احتمالاً اثربخش / شاید اثربخش (یعنی حداقل یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی دقیق یا مجموعه کوچکی از آزمایش‌های تک موردی دقیق نشان داده‌اند از دارونما یا یک درمان واقعی دیگر بهتر بوده است).
- خوش آئینه (یعنی مطالعاتی که طرح تحقیق آنها به اندازه مطالعات دو گروه قبل قانع کننده نیستند، این درمان‌ها را تأیید می‌کنند).

نتیجه گیری‌های کلی

ظاهراً یک توافق عمومی در مورد اثربخشی روان‌درمانی در حال شکل گیری است. ولی شواهد کمی وجود دارد که نشان بدهد یک نوع درمان خاص برای تمام مشکلات مؤثر است.

شاید بزرگترین محدودیت واقعی در خصوص تحقیق درباره روان‌درمانی، محدودیت مورد نظر بارلو (1981) باشد که بسیاری از روانشناسان بالینی توجهی به تحقیقات نتیجه‌ای ندارند. آنها همان کاری را که همیشه انجام داده‌اند، انجام می‌دهند بدون توجه به مشکلاتی که استنباط دقیق بر مبنای تجربه‌های موردی ایجاد می‌کند.

آیین نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا

این آیین نامه از دو قسمت اصلی تشکیل شده است: (الف) اصول عمومی و (ب) معیارهای اخلاقی. این راهنما، پنج اصل عمومی دارد:

1. سودمندی و زیان‌بار نبودن

2. وفاداری و مسئولیت‌پذیری

3. صداقت

4. عدالت

5. احترام گذاشتن به حقوق و شأن مردم

معیارهای اخلاقی هم 10 مورد هستند که هر یک به چند بخش اصلی و فرعی تقسیم می‌شوند و در نهایت 151 قاعده اخلاقی را برای روانشناسان به ارمغان می‌آورند. برای نمونه، بخش 10، روان‌درمانی را پوشش می‌دهد و بخش‌هایی در رابطه با رضایت آگاهانه، درمان زوجها و خانواده‌ها، ارتباط جنسی با مراجعان و موارد دیگر دارد. چهار دغدغه اخلاقی برای روان‌درمانگرها بیشترین اهمیت را دارند. گاهی اوقات به آنها «چهار سوارکار» اخلاق حرفه‌ای می‌گویند؛ این چهار دغدغه عبارتند از رازداری، صلاحیت، رضایت آگاهانه و تضاد منافع.

فصل دوازدهم

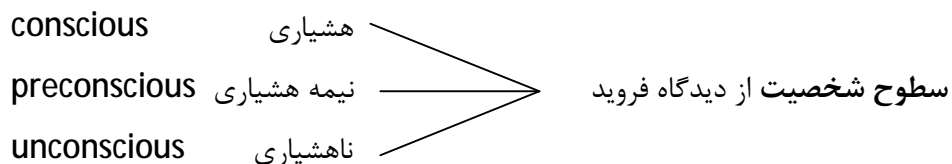
روان‌درمانی: دیدگاه روان‌پویایی

رویکرد روان‌پویشی، انگیزه‌ها و تعارض‌های ناهشیار را ریشه رفتار می‌داند. همچنین تأکید زیادی بر تحلیل تجربه‌های قبلی دارد. نظریه روانکاوی فروید یکی از چشم‌گیرترین و مهم‌ترین نظریه‌های حوزه شخصیت است. تفکر فروید بر هنر، ادبیات، تصاویر متحرک و کتاب‌های درسی ما تأثیر گذاشته است. کلمات و عباراتی مثل ایگو، ناهشیار، آرزوی مرگ و لغزش‌های کلامی فرویدی در گفتگوهای روزمره بسیار متداولند. همچنین تمام درمان‌هایی که بر گفتگوی شفاهی درمانگر و بیمار استوارند، تا حدودی به روانکاوی مدیون هستند مانند درمان‌های وجودی، شناختی - رفتاری و خانواده‌درمانی.

فروید در پاریس نزد شارکو به تحصیلات و تحقیقات خود پرداخت. شارکو به دلیل کارهایش روی هیستریک‌ها مشهور شده بود. هیستری یک اختلال زنانه بود که مشخصه‌های اصلی آن فلج شدن، کور شدن و ناشنوایی بود. این نشانه‌ها مبنای عصب‌شناختی نداشتند و هیچ مبنای عضوی برای آنها یافت نمی‌شد. فروید سخت تحت تأثیر کارهای شارکو قرار گرفت و پس از بازگشت به وین از هیپنوتیزم در درمان‌های عصب‌شناختی خویش استفاده کرد. یکی دیگر از افراد اثرگذار بر فروید، کارهای بروئر بر روی یکی از بیماران خود به نام آنال بود. آنال نشانه‌های کلاسیک هیستری را داشت. بروئر او را به کمک هیپنوتیزم درمان می‌کرد. تجربه‌های بروئر در مورد آنال منتهی به کشف روش درمانی «معالجه از طریق صحبت» شد.

بررسی دیدگاه فروید

در هر نظریه قبل از بحث در مورد روش درمان، باید نظریه شخصیتی آن نوع درمان مورد بررسی قرار گیرد.



هشیاری شامل تمام احساس‌ها و تجربه‌هایی است که در هر لحظه از آنها آگاهییم. از دیدگاه فروید بخش کوچکی از افکار، احساس‌ها و خاطرات در هر لحظه در آگاهی هشیار وجود دارد. او ذهن را به کوه یخ تشبیه کرد و هشیاری بخش بیرونی - یک دهم - آن کوه یخ است.

از نظر فروید نیمه‌هشیاری عبارت است از ادراک و شناخت‌هایی که در خود آگاهی فرد قرار دارند ولی به راحتی و یا با کمی کوشش می‌توان آن‌ها را به سطح هشیاری و خودآگاهی آورد. مثل خاطراتی که از مسافرت ماه قبلمان داریم.

از دیدگاه فروید مهمترین قسمت ذهن ناهشیاری می‌باشد و بخش بزرگ و نادیدنی زیر سطح آب است. اعماق وسیع و تاریک آن، جایگاه غرایز، آرزوها و خواسته‌ها و تمایلات و... است. این افکار ناهشیار فقط به شکل‌های نمادین و مبدل وارد خود آگاهی ما می‌شوند. این جا مخزن نیروهایی است که نمی‌توانیم آن‌ها را ببینیم و یا کنترل کنیم. این احساسات و تمایلات و... به قوانین منطقی، زمان و مکان محدود نمی‌شود.

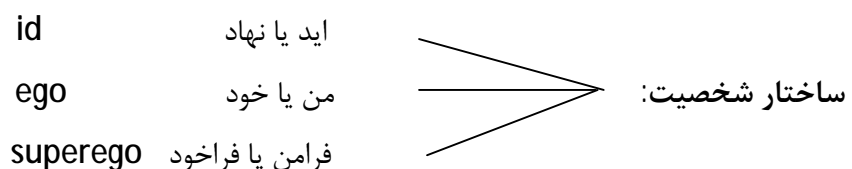
روان ناهشیار فقط از امیال و تصورات واپس‌زده تشکیل نشده است، بلکه این امیال و تصورات جزئی از این منبع عظیم به شمار می‌روند. روان ناهشیار، تمام غرایز بشر اولیه را در بر می‌گیرد که برخی از عوامل ارثی و برخی دیگر بر اثر تکامل و تحول در دوران کودکی به وجود آمده‌اند. رویکرد روان‌پویشی، انگیزه‌ها و تعارض‌های ناهشیار را ریشه رفتار می‌داند. همچنین تأکید زیادی بر تحلیل تجربه‌های قبلی دارد.

فعالیت ضمیر ناهشیار مبتنی بر اصل لذت (pleasure principle) است و با واقعیت‌های خارج ارتباطی ندارد و از قلمرو اخلاق پا فراتر می‌گذارد. پایه و بنیاد روانکاوی بر کشف روان ناخودآگاه قرار دارد و در واقع این رویکرد، انگیزه‌ها و تعارض‌های ناهشیار را ریشه رفتاری می‌داند.

به پیوستار ناهشیار، نیمه هشیار و هشیار، مدل مکان‌نگاری ذهن می‌گویند که اساس دیدگاه‌های فروید درباره شخصیت است.

دلایل فروید برای اثبات وجود ضمیر ناهشیار

1. فرد از خواب مصنوعی بیدار می‌شود و تلقیناتی و دستوراتی را که در ضمن خواب به او داده شده است اجرا می‌کند.
2. دلایل ناشی از معانی نهفته در رؤیا.
3. دلایل ناشی از لغزش‌های زبانی، اشتباهات گفتاری و اعمال سهوی دیگر.
4. تجلی ناگهانی افکاری که در حوزه خودآگاه قرار ندارند و همچنین حل مشکلات به طور ناخودآگاه.
5. فزونی ضمیر ناهشیار در مقایسه با محتوای ضمیر هشیار.
6. پیدایش بیماریهای جسمانی و روانی که از نظر روانکاوی سرچشمه آن‌ها در زندگی روانی فرد مخفی است.
7. اعتقاد به ضمیر ناهشیار موجب تدوین روش مفیدی برای درمان بیماران به صورت موفقیت‌آمیز شده است.



نهاد مخزن غرایز، خواسته‌ها، تمایلات و آرزوهاست. مثل دیگ جوشانی از غرایز و... و تنها عملکرد نهاد برطرف کردن فوری هیجان‌هایی است که بر اثر تحریکات درونی یا بیرونی در ارگانسیم بروز کرده اند. نهاد بر اساس اصل لذت عمل

می‌کند و فقط به دنبال رفع نیازها به صورت آنی بدون در نظر گرفتن شرایط مکانی و زمانی و... است. نهاد تلاش می‌کند تا لذت را افزایش دهد و از درد دوری کند.

تنها راهیکه نهاد می‌تواند برای ارضای نیازهایش انجام دهد از طریق عمل بازتاب و تبدیل تنش به فعالیت حرکتی (مثلاً انقباض مثانه که منجر به ادرار می‌شود) و کامروایی توهمی یا تجزیه خیال پردازی است که فروید آن را تفکر فرایند نخستین (**primary process thinking**) نامید. یعنی نهاد با به یاد آوردن آن خواسته و تصور ارضای آن و تصویر خاطره‌ای از آن باعث کاهش تنش می‌شود در نتیجه فرایند نخستین، نهاد نمی‌تواند بین تصویر خاطره‌ای یک شیء و خودش تمایز قائل شود. بی‌قراری، عدم تعقل، خود خواهی و لذت طلبی و حفظ مشخصات کودکانه در سرتاسر عمل، از صفات بارز نهاد است.

من، نماینده منطق و احساس درست است. من از نهاد به وجود می‌آید و رشد می‌کند. خود یا من از اصل واقعیت (**reality principle**) تبعیت می‌کند و نیروی خویش را تا زمانی که موقعیت مناسبی برای تخلیه آن پیش نیامده است به تعویق می‌اندازد. من سعی می‌کند گذشته را به یاد بیاورد و برای آینده طرح و برنامه بریزد. به این روش‌های منطقی اندیشه تفکر فرایند ثانویه (**secondary process thinking**) گفته می‌شود و آنچه را که ما عموماً فرایندهای شناختی تلقی می‌کنیم شامل می‌شود. تفکر فرایند ثانویه شامل یادگیری، حافظه، برنامه‌ریزی، قضاوت و غیره می‌باشد. اصلاً نقش ایگو، وساطت بین خواسته‌های اید، سوپرایگو و دنیای واقعی است. فروید خود (ایگو) را به مرد سوارکار و نهاد را به مرکب تشبیه کرده است. خود تحت تأثیر عوامل ارثی و محیطی رشد و تکوین می‌یابد.

فرامن از دیدگاه فروید محصول بحران ادیپی است. رشد فراخود در کودکان از سنین 4 تا 5 سالگی با درونی کردن ارزش‌های والدین شروع می‌شود. فرامن نماینده آرمان‌ها و ارزش‌های جامعه است که با کلمات و رفتارهای والدین به کودکان منتقل می‌شود. این آرمان‌ها و ارزش‌ها با پاداش و تنبیه انتقال می‌یابند. رفتاری که تنبیه می‌شود معمولاً درون وجدان فرد جای می‌گیرد و رفتاری که پاداش می‌گیرد معمولاً جزئی از ایگوی آرمانی می‌شود. بنابر این وجدان که همان بخش تنبیه کننده، نفی کننده و منتقد است، با ایجاد احساس تقصیر و گناه یا بی‌ارزش بودن فرد را تنبیه می‌کند. من ایده‌آل یا من آرزویی هم از خواسته‌های مثبت تشکیل شده است و پاداش‌های آن در قالب احساس غرور و ارزشمندی تجربه می‌شوند. به طور کلی نقش سوپرایگو، مسدود کردن تکانه‌های نامقبول اید، فشار آوردن به ایگو جهت رعایت اخلاق به جای مصلحت اندیشی و حرکت به سوی کامل شدن است.

نهاد و فراخود هر دو یک ویژگی مشترک دارند و آن این است که عملکرد هر دوی آن‌ها غیرتعلقی است و هر دو واقعیت را تحریف می‌کنند.

انرژی روانی (لیبیدو)

از نظر فروید منبع انگیزش رفتار در درون انسان قرار دارد که او آن را لیبیدو نامید. لیبیدو، نیروی محرکی است که انسان را به جنبش و تکاپو وامی‌دارد. (مثل فکر کردن، ادراک، احساس و یادآوری و یا فعالیت‌های جسمانی).

انرژی روانی نیروی خود را از غرایز کسب می‌کند. غرایز کیفیتی فطری است که فرایندهای روانی را هدایت می‌کند. نهاد جایگاه غرایز است و غرایز تمام انرژی خود را در خود دارند. از این رو نهاد منبع اصلی انرژی روانی است که خود و فراخود انرژی‌شان را از آن می‌گیرند.

من انرژی را از نهاد و از طریق فرایند همانند سازی بدست می‌آورد. یعنی من انرژی را از نهاد می‌گیرد و آن را صرف افکار منطقی و تطابق با حقیقت و واقعیت به جای تفکر فرایند نخستین و کسب لذت می‌کند. مقدار انرژی روانی در فرد ثابت است. (اگر نهاد انرژی بیشتری کسب کند مقدار کمتری برای خود باقی می‌ماند یا برعکس، این انرژی حالت پویا دارد). صرف انرژی روانی در یک موضوع را **نیروگذاری روانی (cathexis)** می‌گویند.

غرایز: فروید غرایز را به دو دسته تقسیم کرده است:

غرایز زندگی life instincts (Eros)

غرایز مرگ death instincts (Thanatos)

غرایز زندگی مبنای تمامی جنبه‌های مثبت و سازنده رفتارند؛ این غرایز عبارتند از: تمایلات بدنی مثل میل جنسی، گرسنگی و تشنگی و جنبه‌های خلاقانه فرهنگ مثل هنر، موسیقی و ادبیات. غرایز زندگی موجب عشق، دوستی، محبت، تولید مثل و حیات‌زاست.

غرایز مرگ که فروید معتقد بود این غرایز برای تشریح بُعد تاریک رفتار انسان ضرورت دارند (مثلاً رفتار خودمخرب یک بیمار روان‌رنجور یا جنگ‌طلبی انسان و...). فروید رفتارها را بر مبنای غریزه تبیین می‌کرد غرایز مرگ موجب مرگ و نیستی، کینه و عداوت و انهدام نسل است. البته غرایز مورد نظر فروید غیرقابل مشاهده، غیرقابل اندازه‌گیری هستند و غالباً رویدادها را پس از وقوع تبیین می‌کنند.

مراحل روانی - جنسی (psychosexual stages) نظریه فروید:

فروید هم مثل بسیاری از نظریه‌پردازان اهمیت بسیار زیادی برای دوران کودکی در شکل‌گیری و شخصیت و منش افراد قائل بود. او معتقد بود که هر انسانی یک رشته مراحل رشدی را سپری می‌کند. در هر مرحله از مراحل روانی - جنسی، یک ناحیه شهوت‌زای بدن درگیر می‌شود.

1. **مرحله دهانی (oral stage) از زمان تولد تا یک سالگی:** تمرکز لبیبیدو در ناحیه دهان، لب‌ها، زبان و سایر اعضای مربوط به ناحیه دهان. تثبیت در این مرحله موجب صفات دوگانه خوش‌بینی/ بدبینی، ساده‌لوحی/ بدگمانی، از خود راضی بودن/ خودخوارشماری، دستکاری کردن/ بی‌تفاوتی، تحسین/ رشک می‌شود.

2. **مرحله مقعدی (anal stage) 6 ماهگی تا 3 سالگی:**

توجه به دفع، ادرار، توالترفتن، احتباس و... و توانایی کنترل بر اسفنگترها و لذت ناشی از این توانایی کنترل مدفوع. براساس نظریه روانکاوی، وسواسی‌ها در این مرحله تثبیت شده‌اند. تثبیت در این مرحله صفات دوقطبی زیر را ایجاد می‌کند؛ خست/ ولخرجی، مقیدبودن/ گشادگی، لجاجت/ تسلیم، نظم/ شلختگی، دقت وسواس‌گونه/ کثیفی، خوش‌قولی/ تاخیر.

3. مرحله ی آلتی (phallic stage) 3 تا 7 سالگی:

توجه کودک به دستگاه تناسلی اش جلب می‌شود و با دستکاری آن لذت می‌برد. کنجکاوی در مورد مسایل جنسی و تولد، عقده ادیپ (*Oedipus complex*) و الکترا (*Electra complex*) در این مرحله شکل می‌گیرند. تثبیت در این مرحله موجب تکبر/بیزاری از خود، غرور/تواضع، شیکی/سادگی، لوندی/خجالتی بودن، معاشرتی/منزوی بودن، گستاخی/کمرویی می‌شود.

عقده ادیپ (*oedipus complex*): دوره‌ای که در آن کودک نسبت به والد غیر هم‌جنس خود کشش جنسی و نسبت به والد هم‌جنس خود نفرت پیدا می‌کند. سوپرایگو محصول حل و فصل این عقده است.

4. مرحله ی نهفتگی (latency stage) 5 تا 12 سالگی یا بیشتر:

مرحله آرامش نسبی یا عدم فعالیت سائق جنسی و در واقع موضع‌گیری منفی در برابر هر امر جنسی. در این مرحله لیبیدو در کانال‌های تحصیلی، ایجاد روابط انسانی با هم‌سالان، سرگرمی و... صرف می‌شود و رشد اجتماعی و اخلاقی کودک به سرعت پیش می‌رود. تثبیت در این مرحله موجب عدم رشد کنترل‌های درونی یا رشد افراطی آنها می‌شود.

5. مرحله تناسلی یا جنسی (genital stage) از 11-13 سالگی تا آخر:

لیبیدوی فرد متوجه جنس مخالف می‌شود و در صورت طی موفقیت‌آمیز مراحل قبلی می‌تواند از ارتباط با جنس مخالف لذت ببرد. در واقع در این مرحله ایگو می‌تواند تکانه‌های جنسی را با موفقیت اداره کند.

مفهوم تثبیت (Fixation): زمانی اتفاق می‌افتد که قسمتی از انرژی روانی صرف مرحله‌ای از رشد می‌شود و انرژی کمتری برای مراحل بعدی باقی می‌ماند. تثبیت در یک مرحله هم با بیش از حد ارضاشدن نیازها (ارضای افراطی) و هم با کمتر از حد ارضاشدن نیازها (ناکامی شدید) ممکن است صورت بگیرد.

ماهیت نشانه‌های فرد بستگی به این دارد که ارضا یا ناکامی افراطی در کدام مرحله روی داده باشد. مثلاً نشانه‌های وسواس فکری - عملی حاکی از مشکل داشتن در مرحله مقعدی و نیاز شدید یک بزرگسال به وابسته بودن، تأثیر مرحله دهانی را نشان می‌دهد.

فروید معتقد بود تمام انسان‌ها یک نوع تشکیل منش خاص را نشان می‌دهند. این منش لزوماً همیشه روان‌رنجورانه نیست ولی در هر حال معرف تداوم تأثیرات تکانه‌های کودکانه است. برخی از نمونه‌های شخصیت دهانی عبارتند از: هوس‌های غذایی یا خشک صحبت کردن. خشک مقدس بودن یا نفرت داشتن از کثافت و آلودگی هم نشانه شخصیت مقعدی است. فروتنی افراطی هم نشانه شخصیت آلتی است.

جبر روانی (psychic determinism)

یکی از مفروضه‌های اصلی نظریه فروید این است که تمام رفتار انسان به وسیله نیروهایی که در درون او قرار دارند تعیین می‌شود و به وجود می‌آید بنابر این تمام رفتارهای انسانی دارای معنا و هدف است. این موضوع منجر به اعتقاد فروید به انگیزش ناهشیار شد. از دید فروید انسان صاحب اراده و آزاد نیست و تابع عوامل جبری یا محدودیت‌های اجتماعی است.

مفهوم اضطراب از دیدگاه فروید

شرایطی که موجب تشکیل ایگو و سپس سوپر ایگو می‌شود یک تجربه عاطفی دردناک به نام اضطراب ایجاد می‌کند. فروید اضطراب را ترس بی‌هدف تعریف کرده است. از دید فروید اضطراب موجب رفتار روان‌رنجور یا روان‌پریش می‌شود. ترس منشاء خارجی دارد اما اضطراب منشاء درونی دارد.

انواع اضطراب

1. اضطراب واقعی (reality anxiety): ترس از دنیای واقعی.
 2. اضطراب روان‌رنجورانه (neurotic anxiety): اضطراب ناشی از تعارض بین غرایز و واقعیت بیرونی. ریشه این اضطراب در مراحل رشدی است و ناشی از تعارض بین نهاد و خود است.
 3. اضطراب اخلاقی (moral anxiety): ناشی از تعارض بین نهاد و فرامن - ترس از وجدان شخصی. مشخصه این اضطراب‌ها، منبع آنهاست نه کیفیت آنها. کار اصلی اضطراب این است که به ایگو هشدار می‌دهد برای رفع خطر و حفظ آرگانسیم باید اقداماتی انجام دهد.
- دفاع در برابر اضطراب:** وقتی تهدیدی از طرف نیازهای درونی و غرایز وارد من می‌شود، من تلاش می‌کند تا با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی (defense mechanism) (دفاع‌های ایگو) آن را از بین ببرد یا از آن اجتناب کند. مکانیسم‌های دفاعی به طور کلی آسیب شناختی هستند چون انرژی روانی را از انجام فعالیت‌های سازنده دور می‌سازند. مکانیسم‌های دفاعی دو ویژگی مشترک دارند:
1. آنها انکار یا تحریف واقعیت هستند.
 2. به صورت ناهشیار و غیرارادی عمل می‌کنند.
- انواع مکانیسم‌های دفاعی مثل: والایش یا تصعید، سرکوبی، فرافکنی، جابجایی و... . مکانیسم دفاعی اصلی ایگو، واپس‌رانی است. واپس‌رانی عبارتست از بیرون راندن مواد جنسی یا پرخاشگرانه بسیار تهدیدآمیز از هشیاری. واپس‌روی عبارت است از بازگشت به مرحله‌ای که ارضای زیادی در آن عاید فرد شده است. واکنش سازی وقتی روی می‌دهد که یک تکانه ناهشیار، هشیارانه به صورت رفتار متضادش ابراز می‌شود مثلاً «از تو متنفرم» به صورت «عاشقت هستم» ابراز می‌شود. فرافکنی هم عبارتست از نسبت دادن احساسات ناهشیار خود به دیگران. مثلاً احساس «از تو متنفرم» به احساس «تو از من متنفری» تبدیل می‌شود.

توصیف	مکانیسم‌های دفاعی
	چند نمونه از مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی
پرهیز از واقف شدن بر جنبه‌های ناخوشایند واقعیت بیرونی	انکار
نسبت دادن تکانه‌های درونی نامقبول خود به بیرون، معمولاً به	فرافکنی
	دیگری
جدا کردن تجربیات خود از تجربیات دیگران برای سرپوش گذاشتن	تقسیم کردن
بر تناقضات رفتاری، فکری و عاطفی	
وقفه در هویت، حافظه، هشیاری یا ادراک	گسست
برگشت به مراحل قبلی رشد	واپس‌روی
	چند نمونه از دفاع‌های سطح بالا
درونی کردن خصوصیات دیگران از طریق شبیه آنها شدن	همانندسازی
انتقال احساسات مرتبط با یک فکر، شیء یا شخص به فکر، شیء یا	جابجایی
شخصی دیگر	
استفاده افراطی از افکار و نظریات انتزاعی برای اجتناب از احساسات	توجیه عقلی
ناخوشایند	
تبدیل یک تکانه نامقبول به تکانه‌ای مقبول	واکنش وارونه
	چند نمونه از دفاع‌های پخته
بی توجهی هشیارانه به احساس، حالت یا تکانه‌ای خاص	سرکوب
یافتن جنبه‌های طنز آمیز یا طعنه‌آمیز سختی‌ها	شوخی
ابراز اجتماع پسند تکانه‌های ناقبول برای خود یا اجتماع	والایش

مکانیسم‌های دفاعی مربوط به مراحل مختلف رشد روانی - جنسی

1. مرحله دهانی: انکار، فرافکنی؛
2. مرحله مقعدی: واکنش وارونه، عمل زدایی (ابطال)، جداسازی، توجیه عقلی؛
3. مرحله آلتی: همانندسازی، سرکوبی، جابجایی؛
4. مرحله نهفتگی: تصعید، درون فکنی، خیالپردازی و همانندسازی؛
5. مرحله تناسلی: خیال پردازی، فرافکنی.

برخی مکانیسم‌های دفاعی که بیماران مبتلا به اختلالات مختلف استفاده می‌کنند:

اسکیزوفرنی: واپس‌روی	وسواس: واکنش‌سازی
فوبی: جابجایی	پارانوئید: برون‌فکنی
هیستری: سرکوبی و انکار	اوتیسم: تثبیت

هرچند زیگموند فروید بحث مکانیسم‌های دفاعی را مطرح کرد ولی دخترش آنا فروید بود که آن را پرورش داد. آنا فروید در کتابش به نام ایگو و مکانیسم‌های دفاعی، مکانیسم‌های دفاعی را دسته‌بندی و توصیف کرد و نقش آنها را در زندگی روزمره و درمان روانکاوانه توضیح داد. وی همچنین مفاهیم روانکاوی را در روانشناسی رشد و نظریه‌های مربوط به نحوه بروز مشکلات روانی در کودکی به پیش برد.

بینش (insight)

روانکاو قبل از هر چیز، فرض را بر این می‌گذارد که رفتار سالم همان رفتاری است که شخص از انگیزه آن باخبر است. علل مهم رفتار مختل ناهشیارند. پس هدف از درمان، هشیار کردن ناهشیار است. هدف نهایی روانکاوی، رفع مشکلات روان‌رنجورانه ناتوان کننده است اما تنها راه و مؤثرترین راه برای رسیدن به این هدف بینش‌پیدا کردن بیمار است. بینش یعنی شناخت علل ناهشیار احساسات، افکار یا رفتارهای نامعقولی که موجب درد و رنج روانی بیمار شده‌اند.

وقتی بیمار به علل و دلایل ناهشیار آگاه شد و آن‌ها را در اثر درمان و یافتن بینش شناخت، دیگر از نشانه‌ها و دفاع‌های روان‌رنجورانه استفاده نمی‌کند. هدف روانکاوی هشیار کردن ناهشیار و کمک به بیمار برای دست یابی به بینش است.

مفهوم حقیقی بینش از طریق فرایند مذاقه (working – through process) به بخش هشیار ذهن بیمار آورده می‌شود. مذاقه یعنی بررسی دقیق و مکرر نحوه عملکرد تعارض‌ها و دفاع‌ها در عرصه‌های مختلف زندگی. با تفسیرهای ساده به چیز زیادی نمی‌رسیم بلکه بینش باید طوری در بیمار جا بیفتد که بتواند آن را در روابط خویش با همسر، دوستان و... به کار ببرد. این قضیه بی‌شبهت به یادگیری یک اصل در کلاس فیزیک و سپس تعمیم آن به زندگی واقعی و استفاده از آن در خارج از محیط آزمایشگاه نیست. بیماران باید با این بینش، تمامی جنبه‌های زندگی خود را مورد مذاقه قرار دهند. بینش وقتی زنده و ملموس می‌شود که مورد به مورد و به نحو دردناکی تأثیرش را بر زندگی و روابط فرد نشان بدهد. یکی از دلایل طولانی شدن روانکاوی سنتی، همین دوره طولانی و گسترده مذاقه است - سه تا پنج جلسه در هفته برای سه تا پنج سال و بیشتر.

نکته 1: هدف روانکاوی سازش مجدد عاطفی است نه ایجاد بصیرت. بصیرت فقط روشی است برای کسب سازش عاطفی مجدد.

نکته 2: روانکاو از هدف‌های درمانی به خوبی آگاه است اما روند قطعی کارش را از قبل تعیین نمی‌کند.

پایه و بنیاد روانکاوی بر کشف روان ناخودآگاه قرار دارد و در واقع این رویکرد، انگیزه‌ها و تعارض‌های ناهشیار را ریشه رفتار می‌داند.

فنون روان‌درمانی روان‌پویایی

از نظر روانکاو، نشانه‌های روان‌رنجوری علامت تعارض اید، ایگو، سوپر ایگو و مقتضیات واقعیت هستند. ترس شدید، یک صفت شخصیتی نامطلوب و اتکای افراطی به مکانیسم‌های دفاعی همگی علامت یک مشکل عمیق‌ترند. هدف کلی روانکاو، حذف دفاع‌ها و روبرو شدن با ناهشیار است. اصل مشترک تمام فنون روانکاو، از بین بردن واپس‌رانی‌ها از طریق تحلیل مجدد تجربه‌های قبلی است. هدف نهایی هم، رهایی از واپس‌رانی مواد به ناهشیار از طریق بینش‌پیدا کردن می‌باشد.

سنجش در روانکاو

روانکاو سنتی بر استفاده از ابزارهای سنجش ساخت‌دار اصرار ندارند. البته گاهی اوقات به ویژه برای تشخیص افتراقی از آنها استفاده می‌کنند. ولی معمولاً روی داده‌های مصاحبه و گاهی اوقات آزمون‌های فراقکن اتکا می‌کنند. سنجش در روانکاو، فرایندی جاری و مستمر است که گاهی اوقات چند جلسه طول می‌کشد. روانکاو در ابتدای درمان این موارد را مورد سنجش قرار می‌دهند:

الف - داده‌های تاریخچه‌ای مثل شرح حال خانوادگی و رشدی (برای اخذ اطلاعات درباره تعارضات یا ضربه‌های اولیه)؛

ب - وضعیت روانی، میزان استرس، نقاط قوت و ضعف ایگو و ذهنیت‌های روانشناختی (برای سنجش توان عقلانی و هیجانی مراجع در جریان روانکاو)؛

ج - مکانیسم‌های دفاعی، مضمون‌ها و مشکلات دلبستگی در روابط میان‌فردی (برای شناسایی انتقال‌ها).

تداعی آزاد (free association)

یکی از تکنیک‌های اصلی روانکاو این است که بیمار هر آنچه را که به ذهنش خطور می‌کند بگوید، اما این کار خیلی هم آسان نیست. برای انجام این عمل بیمار باید سانسور یا غربال افکار احمقانه، مسخره، پرخاشگرانه، شرم‌آور یا جنسی خود را متوقف سازد. معمولاً تداعی‌ها به خاطرات و مشکلات دوران کودکی منتهی می‌شوند. تداعی آزاد روشی برای یادآوری گذشته و تسلی عواطف وابسته بدان است.

در هنگام تداعی آزاد درمانگر در محدوده دید بیمار قرار نمی‌گیرد (بیمار روی تخت دراز می‌کشد و درمانگر پشت تخت او به نحوی که در معرض دید بیمار نباشد می‌نشیند) زیرا:

1. حضور درمانگر ممکن است باعث ایجاد مقاومت و مانع در جریان تداعی شود.

2. روزی 6 ساعت یا بیشتر نگاه به درمانگر ممکن است خسته کننده باشد.

هدف از استفاده از تخت روانکاو این است که بیمار راحت باشد و بتواند تداعی آزاد را با آسایش بیشتری انجام بدهد.

تحلیل رؤیایها (analysis of dreams)

فروید معتقد بود که رؤیا به صورت نمادین، امیال، ترسها و تعارضهای سرکوب شده را نشان می‌دهند. رؤیایها ارضای نمادین آرزوها می‌باشند. این احساسها به شدت سرکوب شده‌اند به طوری که فقط می‌توانند به صورت مبدل در طول مدت خواب آشکار شوند. از دیدگاه فروید رؤیا شاهراهی برای رسیدن به حوزه ناهشیار روان است. در حین رؤیایها، دفاع شل شده (البته نه به طور کامل) و نمادها ظاهر می‌شوند. مواد رؤیایها آن قدر مهم هستند که تا حدودی اید را ارضا کنند ولی آن قدر تهدیدآمیز نیستند که ایگو را به وحشت اندازند. رؤیایها دو نوع محتوا دارند:

1. محتوای آشکار (*manifest content*) رؤیا همان چیزی است که عملاً روی می‌دهد. برای مثال، محتوای

آشکار رؤیا ممکن است روبرو شدن با دو بستنی بزرگ و خوشمزه باشد.

2. محتوای پنهان (*latent content*) رؤیا نیز معنای آن است. در مثال قبلی شاید پیام محتوای آشکار این

باشد که شخص مزبور به ارضای دهانی یا به بازگشت به سوی پستان مادر میل دارد.

بیمار برای درک محتوای پنهان رؤیایها غالباً تشویق می‌شود در مورد رؤیای مورد نظر تداعی آزاد کند تا معنای آن را بفهمد و در موردش بینش پیدا کند. با تفسیر و کمک روانکاو معنای آن را بفهمد. معمولاً محتوای آشکار رؤیا ترکیبی از جابجایی، ادغام، جانشین سازی، نمادسازی یا بی‌منطقی است. معنای واقعی یک رؤیا در زندگی فرد فقط بر اساس تحلیل مجموعه رؤیایها او مشخص می‌شود. بیماران ممکن است محتوای واقعی رؤیا را در هنگام به یادآوردن در حین درمان، تحریف کنند که درمانگر باید به دفاعهای بیدار شده به هنگام به یادآوردن رؤیا در بیداری نیز توجه نماید. برای بسیاری از روانکاوان، رؤیایها سرنخ‌هایی هستند که روانکاو می‌تواند بر مبنای آنها فرضیه‌هایی بسازد و با کسب اطلاعات بیشتر، آنها را تأیید یا رد کند. در کنار رؤیایها و تداعی آزاد، روانکاو امور سهوی، شوخی‌ها و علائم روان‌نژندی را نیز تفسیر می‌کنند تا بتوانند مشکل بیمار را کاملاً تحلیل کنند.

آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره

یک روش دیگر دستیابی به ناهشیار از دیدگاه فروید «آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره» است. به نظر فروید هر چیزی علتی دارد و هیچ چیزی تصادفی نیست. لغزش کلامی و فراموش کردن قرارها اشتباهات ساده‌ای نیستند بلکه تجلی هشیارانه یک آرزوی ناهشیارند. این اشتباهات کوچک زندگی روزمره مثل رؤیایها هستند که تا حدودی امیال جنسی و پرخاشگرانه را ارضا می‌کنند هرچند که در روند زندگی روزمره ما نیز اختلالاتی ایجاد می‌کنند. از این امور می‌توان به عنوان اطلاعاتی اضافی جهت سنجش مشکلات بیماران استفاده کرد.

مقاومت (resistance)

مقاومت در واقع دفاع در برابر ورود تکانه‌ها و افکار اضطراب‌آور به هشیاری است که به صورت خودبخودی و ناخودآگاه انجام می‌شود و به این صورت نمود می‌یابد که بیمار میلی به فکرکردن یا بحث‌کردن در مورد موضوعات ناخوشایند و دردناک ندارد.

اشکال مقاومت:

1. کم صحبت کردن، سکوت طولانی یا طرح این نکته که چیزی به ذهنم نمی‌رسد.
2. دائم حول یک موضوع صحبت کردن، مکرراً چیزی را تکرار کردن.
3. حذف یا سانسور کردن برخی اطلاعات.
4. دیرآمدن، فراموش کردن قرار ملاقات.
5. تشدید نشانه‌های بیمار با برطرف شدن دفاع‌های بیمار و یا برعکس؛ خوب شدن ناگهانی بیمار.
6. انجام اعمال نامعقول یا رفتارهای خطرناک (برون‌ریزی)، مثل روی آوردن ناگهانی به کوهنوردی یا شروع مصرف کوکائین یا هروئین.
7. تعقل و توجیه عقلی احساسات و هیجانات توسط بیمار.

انواع مقاومت:

به طور کلی مقاومت‌ها به دو دسته تقسیم می‌شود:

1. مقاومت‌های مأنوس با خود: مراجع آن‌ها آشنا، منطقی و باهدف احساس می‌کند و متوجه جنبه مقاومتی آن‌ها نمی‌شوند مثل عادت‌ها و رفتارها. بنابراین تشخیص این نوع مقاومت‌ها برای مراجع و درمانگر مشکل است و شکستن این مقاومت سخت می‌باشد.
 2. مقاومت نامأنوس با خود: مقاومت‌هایی هستند که با خود معقول و منتطقی مراجع بیگانه هستند در نتیجه تشخیص و پیگیری و درمان این نوع مقاومت‌ها آسان‌تر است (مثل حضور در وقت معین).
- نوع دیگر تقسیم بندی:
1. مقاومت‌های مستقیم: آنهایی هستند که مراجع بنا به خواهش درمانگر به سادگی از آن‌ها دست می‌کشد. مثل حضور در وقت معین و پرداخت هزینه متخصص.
 2. مقاومت‌های غیرمستقیم: در این نوع مقاومت‌ها که در تمام طول درمان جریان دارد مراجع نمی‌تواند تغییرها، تفسیرها، تداعی‌ها و احساسات خود را به یاد بیاورد و با به‌یادآوردن آن‌ها بدتر می‌شود و جریان درمان کندتر می‌شود.
- نکته: مهمترین مشکل جریان درمان روانکاوی حل و فصل مقاومت‌ها است.

انتقال (transference):

تکرار طرح‌های نوروتیک در ارتباط مراجع با درمانگر، نورو انتقال نامیده می‌شود. چون در جریان روان‌درمانی محیط کاملاً آزادی برای بیمار فراهم می‌شود عوامل عاطفی سرکوب شده، آزاد و بیان خواهد شد و روانکاو هدف طبیعی این هیجانات بازگشتی است. یعنی به زبان ساده بیمار، احساسات و عواطف و هیجانات که نسبت به افراد زندگی گذشته‌اش دارد به درمانگر منتقل می‌کند و در برابر درمانگر نشان می‌دهد.

انتقال ممکن است مثبت باشد که در آن روانکاو فردی با ارزش استثنایی، توانایی و منش بی‌نظیر درک می‌شود. ممکن است منفی باشد که در آن روانکاو فاقد همه خصوصیات خوب و ارزنده تصور می‌شود. هر دو موقعیت دروغین

است و در واقعیت خارجی به آن شکل که بیمار تصور می‌کند وجود ندارد. انتقال شکل‌های مختلفی دارد مثل اظهار نظر در مورد لباس درمانگر یا آرایش مبلمان دفتر یا به صورت تحسین، تنفر، عشق یا عصبانیت بروز کند یا به شکل حمله و انتقاد به کارآیی روان‌درمانی یا وابستگی و درماندگی ظاهر می‌شود. البته بعضی از این‌ها هم واکنش‌های صحیح و واقعی است که درمانگر باید آن‌ها را از واکنش‌های انتقالی جدا کند.

اصولاً انتقال‌های مثبت و منفی نوعی مقاومت هستند. علت بهبود سریع در مراحل اولیه درمان هم غالباً انتقال مثبت است. یعنی همان ارتباط توأم با امنیت و آسایش خاطر با یک فرد آگاه که بهبودی سریع اما سطحی ایجاد می‌کند. انتقال متقابل آن دسته از عکس‌العمل‌های روانکاو است که در رابطه با مراجع ممکن است اتفاق بیفتد و مزاحمی در جریان درمان به شمار می‌آید لذا درمانگر باید از عواطفش آگاه باشد و آن‌ها را کنترل کند و به بیمار نسبت ندهد. روانکاو باید در جریان روان‌درمانی فردی واقعی باشد. بدین منظور فروید می‌گفت روان‌درمانگران باید ابتدا خودشان تحت درمان روانکاو قرار گیرند.

تفسیر (interpretation):

تفسیر سنگ‌بنای تمام درمان‌های روان‌پویشی است. تفسیر یک مؤلفه مشترک درمان‌هاست. از دیدگاه روانکاو، تفسیر روشی است برای کسب معنای ناهشیار افکار و رفتارها. شاید بتوان گفت که تفسیر متداول‌ترین فن در تمام روان‌درمانی‌هاست. تفسیر عبارتست از این که بیمار را وادار کنیم نگاه متفاوتی به افکار، رفتار و احساسات خود و دیگران داشته باشد. تفسیر مهم‌ترین روش برای ایجاد بینش است و در واقع روشی است برای افشای معانی ناهشیار افکار و رفتار. البته یک تفسیر واحد به ندرت می‌تواند منشاء بینش یا تغییر رفتار شود. تفسیر فرایندی کند و تکراری است که طی آن معنای اصلی رفتارها و افکار و احساسات مکرراً و مورد به مورد به بیمار گوشزد می‌شود. اکثر اوقات، تفسیر باعث ناراحتی و اضطراب بیمار می‌شود و حتی گاهی بیمار تصور می‌کند که روانشناس به او تهمت و اتهام ناروا می‌زند.

ولتیزکی (2003) قضیه را اینطور شرح می‌دهد:

تفسیر بهینه اگرچه لزوماً تفسیر جامعی نیست، ولی معنایش این است که «آنچه الان با من انجام می‌دهی (یعنی احساس کردن، فکر کردن، تخیل و غیره) در واقع همان کاری است که با اطرافیان (یعنی با همسر، فرزند و رییس خودت و دیگران) و با پدرت (و مادرت) به این دلیل یا آن دلیل، با این انگیزه یا با آن انگیزه و با این پیامد یا با آن پیامد انجام داده‌ای».

در هنگام تفسیر کردن به جای یک تفسیر کلی بزرگ بهتر است تفسیرهای تدریجی و مرحله به مرحله انجام دهیم که با بیمار همگام شویم. در تفسیرها باید از اظهار نظرها و توصیفات خود بیمار استفاده شود. تفسیر، محدود به حوزه‌های خاصی از زندگی اشخاص است؛ حوزه‌هایی که با مشکلاتی که درمانگر قصد رفع کردن آنها را دارد مرتبطند. بهتر است تفسیرها برای بیماران آشنا باشند. تفسیر باید زمانی ارایه شود که به اندازه کافی اضطراب جهت درگیر کردن فکری بیماران ایجاد کند نه این که اضطراب حاصل از آن به قدری شدید باشد که بیمار، آن را نپذیرد.

اگرچه گاهی درمانگران تفسیر را مانند تیری در تاریکی رها می‌کنند. تفسیر اشتباه، عجله‌کردن در تفسیر یا مطرح کردن تفسیری که بیمار هنوز ظرفیت پذیرفتن آن را ندارد، مخرب است.

روش‌های تفسیر:

1. اشاره به عواطف بیمار؛
 2. تذکر دادن شباهت و موقعیت که باعث ناراحتی بیمار شده است؛
 3. روشن کردن رابطه کنونی بیمار با عوامل گذشته؛
 4. آشکار ساختن علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علایم و سمبل‌ها.
- تعیین مؤثر بودن یا نبودن یک تفسیر دشوار است. گاهی پاسخ بیمار (مثلاً تعجب کردن و سرخ شدن و بیان این جمله که «خدای من تا حالا به قضیه این طوری نگاه نکرده بودم!») نشان می‌دهد که تفسیر به هدف خورده است. اما گاهی هم بیماران چند جلسه بعد می‌گویند که اظهارنظر درمانگر چقدر درست بوده است. محک واقعی سودمند بودن تفسیرها، گذشت جلسات است. گاهی پذیرش علنی یک تفسیر هم می‌تواند راهی برای پرت کردن حواس درمانگر یا یک دفاع باشد. هدف از تفسیر روانکاوانه کلاسیک این است که تعارضات و دفاع‌های ناهشیار بیمار خنثی شوند. برای این کار هم درمانگر باید از تداعی آزاد، تحلیل رؤیاهای، بررسی مقاومت، انتقال و مواردی از این قبیل استفاده کند.

نکته: مهم‌ترین روش اثبات درستی تفسیرها این است که ببینیم که آیا در نهایت موجب بهبود بیمار شده‌اند یا نه؟

اهداف روانکاوی

- الف - بینش عقلانی و هیجانی مراجع درباره علل اصلی و زیربنایی مشکلاتش؛
- ب - مذاقه یا کشف و بررسی کامل تلویحات بینش‌ها؛
- ج - تقویت کنترل ایگو بر اید و سوپرایگو.

ممنوعیت‌های درمان روانکاوی:

1. سن: افراد بالای 40 سال انعطاف ندارند و تغییرات عمده شخصیتی نمی‌کنند. بهترین گزینه‌های درمانی برای روانکاوی، افراد بالغ جوان هستند. کودکان هم چون تداعی آزاد نمی‌توانند بکنند برای درمان روانکاوی مناسب نیستند.
2. هوش: برای درمان روانکاوی، بیمار باید حداقل از هوش متوسطی برخوردار باشد.
3. موقعیت زندگی: اگر موقعیت زندگی بیمار قابل تعدیل نباشد ممکن است روانکاوی آن را بدتر سازد. مثلاً فرد محدودیت خارجی دارد و ما برایش هدف‌سازی و تفسیر می‌کنیم.
4. محدودیت زمانی: برای کسی که وقت کافی ندارد یا حوصله انتظارکشیدن ندارد برای روانکاوی مناسب نیست.
5. ماهیت رابطه: از روانکاوی دوستان و بستگان و خانواده و... خودداری کنیم. چون باعث تداخل ارتباطات بیرونی و درمانی می‌شود.

بیماران اسکیزوفرنیک، مانیک - دپرسیو و شخصیت‌های اسکیزوئید و مرزی موردهای مناسبی برای روانکاوی کلاسیک نیستند. چون نمی‌توانند به واقعیت برگردند. عقب‌مانده‌های ذهنی نیز گزینه‌های مناسبی برای روانکاوی نیستند.

انتقادهای وارد به روانکاوی:

1. علمی نیست و اعتبار و پایایی کمی دارد.
2. کارایی متوسط دارد و البته تحقیقات متناقض است.
3. پرهزینه و طولانی است. 3 تا 5 سال طول می‌کشد.
4. آماده کردن متخصصان روانکاو نیز طولانی و پرهزینه است.
5. فقط اقشار تحصیل کرده می‌توانند الزامات درمان بخش آن را بپذیرند. (فقرا، تحصیل نکرده‌ها، اقلیت‌ها، سالمندان و افراد دارای اختلالات شدید امکان روانکاوی شدن ندارند).

جهت‌گیری رویکردهای جدید روانکاوی

کارل یونگ تأکید بیشتری بر رؤیاها و فرایندهای نمادین داشت. اُتو رنک اهمیت زیادی برای ضربه تولد قائل بود. آدلر و نوفریدگرایان بر اهمیت فرهنگ، یادگیری و روابط اجتماعی به جای نیروهای غریزی تأکید می‌کردند. در نظریه‌های نوفریدگرایان، علت نشانه‌های روان‌رنجورانه، در افزایش تمایلات جنسی یا پرخاشگرانه جستجو نمی‌شد بلکه این نشانه‌ها محصول احساس تنهایی یا ناامنی درایفای نقش بزرگسالان در نظر گرفته می‌شدند. درمانگران نوفریدی علاوه بر تداعی آزاد و رؤیاها از دارو و هیپنوتیزم نیز استفاده می‌کنند.

به طور کلی می‌توان جهت‌گیری رویکردهای جدید روانکاوی را در محورهای زیر خلاصه کرد:

1. تأکید بر اهمیت بیشتر عوامل تعیین‌کننده فرهنگی رفتار؛
2. توجه بیشتر به وضع کنونی بیمار و به ویژه اطرافیان نزدیک به وی تا توجه به بحران‌های دوران کودکی؛
3. توجه بیشتر به کیفیت روابط درمانی و چگونگی ادراک بیمار از آن؛
4. تأکید کمتر بر نیازها و انحرافات جنسی و ارزش بیشتر قائل شدن برای نیازهای عاطفی مثل خشم و عشق و...؛
5. توجه بیشتر بر کنش‌های ایگو در حل مسایل زندگی؛
6. کاهش تعداد جلسات درمانی؛
7. مشورت و گفتگو با همسر و در بعضی موارد تمام اعضای خانواده به جای درمان بیمار به صورت فردی.

اقسام مختلف نظریه‌ها و درمان‌های روانکاوانه

تأکید	نظریه پردازان	رویکرد
درمان‌های اولیه دیگر در برابر روانکاوی فروید		
غلبه بر احساس حقارت؛ اهمیت انگیزه‌ها و رفتار اجتماعی	آلفرد آدلر	روانشناسی فردی
آشتی دادن تضادهای شخصیت (از قبیل آنیما و آنیموس)، گرایش‌های شخصیتی درون‌گرا و برون‌گرا، ناهشیار شخصی و جمعی	کارل یونگ	روانشناسی تحلیلی
حق انتخاب مراجع؛ انسانیت درمانگر در برابر مهارت فنی	اتورنک	اراده‌درمانی
درمان‌های روان‌پویشی جدیدتر		
انطباق‌گرایی ایگو و تثبیت هویتی محکم و صمیمیت	آنا فروید	روانشناسی ایگو
	هاینهارتمن	
	دیوید راپاپورت	
اصلاح بازنمایی ذهنی روابط میان‌فردی که محصول دلبستگی‌های اولیه است	ملانی کلاین	نظریه روابط‌شی‌ای
	اتو کرنبرگ	
	دیوید وینیکات	
	دبلیو. آر. دی. فربرن	
ارتباط نزدیکی با نظریه روابط‌شی‌ای دارد ولی بیشتر بر تحول خودمختاری تأکید می‌کند	هاینز کوهاث	روانشناسی خود
بافت میان‌فردی اختلالات و درمان	هری استک سالیوان	مکتب روابط میان‌فردی
	کلارا تامپسون	
تأکید زیاد بر رابطه با مراقبان و کشف فضای «میان‌ذهنی» خلق شده توسط مراجع و درمانگر	استیون میچل	رویکردهای رابطه‌ای
	رابرت استولورو	و پست‌مدرن
	جرج آتوود	
راهبردهای کنار آمدن با تأکید بر تفسیر تاریخی	ویلهم اشتکل	رویکردهای روان‌پویشی
	هانس اشتروب	کوتاه‌مدت

روان‌درمانی‌های روان‌پویشی

به طور کلی به درمان‌هایی که برخی از مفروضات روانکاوی را حفظ کرده و در برخی مفروضات دیگر آن تغییرات قابل توجهی ایجاد کرده اند، روان‌درمان‌های روان‌پویشی می‌گویند. تغییرات معاصر در روانکاوی‌ها عمدتاً در جهت تمرکز بر «اینجا» و «اکنون» و مبادلات میان‌فردی در حین درمان می‌باشند.

۱. روان‌درمانی روانکاوی مدار

به درمان‌های روانکاوانه‌ای که از دستورعمل‌های فروید فاصله گرفته اند، روان‌درمانی روانکاوی مدار می‌گویند. برای نمونه، فرانتس الکساندر و همکارانش در مؤسسه روانکاوی شیکاگو در دهه‌های 1930 و 1940، این باور را که درمان‌ها در تمام موارد باید فشرده، طولانی و اصولاً شبیه یکدیگر باشند زیر سؤال بردند. همچنین آنها دنبال کاربرد روانکاوی در ارتباط با مراجعان غیرسنتی از جمله جوانان و افراد دچار اختلالات شدید بودند.

در روان‌درمانی روانکاوی مدار، تمام بیماران هفته ای پنج جلسه نزد درمانگر نمی‌روند چون این جلسات ممکن است بیمار را به شدت وابسته کنند یا آن قدر عادی شوند که توجه بیمار به آنها کم شود. در این نوع روان‌درمانی، تعداد جلسات به شرایط بستگی دارد. گاهی اوقات بیمار در اوایل درمان هر روز نزد درمانگر می‌رود ولی بعداً از تعداد جلسات کاسته می‌شود. حتی الکساندر توصیه می‌کرد قطع موقتی درمان می‌تواند به نفع بیمار باشد چون با این کار می‌توانیم بفهمیم آیا بیمار می‌تواند بدون درمان زندگی کند و آیا از وابستگی وی به درمانگر می‌توانیم کم کنیم. الکساندر در عین حال می‌گفت هر چند برخی بیماران به روانکاوی بلندمدت نیاز دارند تا مقاومت خود را به طور کامل کشف کرده و در باب آن تدقیق کنند، به بینش لازم برسند و به اکتشاف و مذاقه در مورد انتقال بپردازند - اما کسانی که مشکلات نسبتاً خفیف یا بسیار شدید دارند - باید تحت درمان کوتاه‌مدت حمایتی قرار بگیرند نه تحت اکتشافات و بازسازی تحلیل کلاسیک.

۲. روانشناسی فردی آدلر

آلفرد آدلر یکی از پیروان اولیه فروید بود که از صف روانکاوی متعارف و سنتی خارج شد. او بر نظریه غرایز، میل جنسی کودک و نقش ناهشیار در تعیین رفتار تأکید نمی‌کرد. درمان آدلر بر کشف و تغییر سوءتفاهم‌ها و سوءبرداشت‌ها (یا به قول خودش؛ سبک‌های زندگی غیرانطباقی) متمرکز بود. درمان آدلری به درمان فردنگر مقایسه‌ای معروف است. زیرا در این نوع درمان بر اهمیت بررسی فرد کامل در درمان تأکید می‌شود. در تحلیل فردی آدلر، نشانه‌های بیمار روانی، نمادی از سبک زندگی اوست که با آن می‌خواهد خود را در برابر پی بردن به ضعف‌های خویش مصون نگه دارد. آدلر مفاهیمی مانند احساس حقارت و علاقه اجتماعی را مطرح کرد. او بر کیفیت محیط خانواده و شبکه روابط اجتماعی افراد خانواده تأکید کرد. همچنین مفاهیمی مانند تعرض مردانه، من خلاق، سبک زندگی، غایت‌نگری خیالی را مطرح کرد.

در تحلیل آدلری، مراجع و درمانگر روی دو صندلی، روبروی هم می‌نشینند. احساسات و واکنش‌های مراجع (انتقال) بازتاب تعارضات ناهشیار دوران کودکی نیستند بلکه سبک برخورد او با مردم از جمله درمانگر است که وی به آن نوع سبک برخورد عادت کرده است. به همین ترتیب، پیروان آدلر، مقاومت را نمونه‌ای از نحوه اجتناب مراجع از مسائل

ناخوشایند در نظر می‌گیرند و رویاها را نه یک کامروایی نمادین بلکه «مرور» طرز برخورد با مشکلات در آینده فرض می‌کنند. تفسیرهای فرویدی با هدف بینش پیدا کردن مراجع درباره علل پیشینی مشکلات فعلی ارائه می‌شوند، در حالی که تفسیرهای آدلری بینش مراجع در مورد سبک زندگی فعلی را بالا می‌برند. تفاوت عمده دیدگاه آدلر با دیدگاه فروید در این بود که آدلر تأکید زیادی بر تأثیرات عوامل محیطی و میل به برتری شخصیت و رشد آن داشت. تفاوت‌های درمان آدلری با درمان روانکاوی:

1. انسان‌ها توسط ارتباط اجتماعی و نه امیال جنسی، انگیزش پیدا می‌کنند.
2. رفتار انسان‌ها هدفمند و هدف‌گراست.
3. هشیاری بیشتر از ناهشیاری کانون درمان است.
4. آدلر بر خلاف فروید بر انتخاب و مسئولیت، معنی در زندگی، تلاش برای موفقیت، تمامیت و کمال تأکید دارد.

از نظر آدلر، رفتار انسان توسط وراثت و محیط تعیین نمی‌شود. بلکه ما قابلیت تعبیر کردن، تأثیرگذاران و آفریدن رویدادها را داریم. آدلر می‌گوید مهم نیست که با چه چیزی به دنیا آمده ایم بلکه مهم این است که با تواناییها و نقطه‌ضعف‌های خود چه کار می‌کنیم.

آدلریها در مورد اندازه آزادی انسان، موضعی بین جبرگرایی فروید و انسانگراها و وجودگراها دارند. همچنین آدلر اولین شخصی بود که بر سیستم (تأثیرات خانواده و جامعه بر فرد) تأکید داشت. آدلر بر ترتیب تولد و روابط خواهرها و برادرها نیز تأکید داشت.

درمانگران آدلری بیش از درمانگران فرویدی به توصیه و تشویق متوسل می‌شوند. آنها حتی گاهی نصیحت کردن را مجاز می‌دانند و آنرا تا حدی که وابستگی ایجاد نکند تجویز می‌کنند. همچنین آنها از الگوبرداری، تکالیف منزل و سایر فنون استفاده می‌کنند تا بیماران بر سبک زندگی خود واقف شوند و خود را عوض کنند. بسیاری از روش‌های آنها شبیه روش‌هایی است که در درمان‌های رفتاری و انسانگرا مورد استفاده قرار می‌گیرد. دو فن معروف درمان آدلری عبارتند از: فن شستی (تکنیک دکمه فشار) و تکنیک تجربه آها. در دیدگاه آدلری رایج‌ترین و مهم‌ترین مکانیزم دفاعی، جبران است.

3. تحلیل ایگو (ego analysis)

طرفداران این رویکرد افرادی مثل هاینز هارتمن، دیوید راپاپورت، آنا فروید، کریس، اریک اریکسون هستند. این جنبش از روانکاوی کلاسیک نشأت گرفته است و بر این اساس استوار است که روانکاوی کلاسیک بر عوامل تعیین‌کننده ناهشیار و غریزی تأکید افراطی کرده است و نسبت به فرایندهای ایگو بی‌توجه است. تحلیلگران ایگو، وساطت ایگو در تعارضات اید و دنیای واقعی را قبول دارند ولی معتقدند که ایگو کارکردهای بسیار مهم دیگری هم دارد. آنها بر کارکردهای «انطباقی و غیر تعارضی» ایگو تأکید دارند مثل حافظه، یادگیری و ادراک.

تحلیلگران ایگو بیشتر بازآموزی را مدنظر دارند تا بازسازی مورد نظر روانکاوی سنتی را. یعنی آنها به تجربه‌های دوران کودکی و ایجاد روان‌رنجوری انتقالی توجه زیادی ندارند. این نوع درمان بیشتر بر مشکلات کنونی متمرکز می‌شود.

شود تا معاینه و بررسی کردن توده‌ای و زنده کردن مجدد گذشته. روانشناسی خود فرض می‌کند که خود دارای فرایندهایی مثل حافظه و ادراک و هماهنگی حرکتی است که فطری هستند و انرژی مجزا از نهاد دارند. از دید این روانشناسان خود جایگاهی فارغ از تعارض دارد و سازگاری فرد با واقعیت و تسلط بر محیط از جمله آن هستند. از دیدگاه این افراد، مراحل بعدی زندگی نیز همانند مراحل اولیه آن برای رشد شخصیت و آسیب روانی اهمیت دارند. این درمانگران برخی نقاط قوت ایگو را می‌سنجند و تقویت می‌کنند که عبارتند از واقعیت آزمایی، کنترل تکانه، قوه قضاوت و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر مثل والایش. همچنین در این رویکرد بر نقش مهم ایجاد اعتماد در بیمار از طریق «پدر و مادری کردن» در چهارچوب رابطه درمانی تأکید می‌شود. در این رویکرد حتی گاهی انتقال، سد راه درمان و مانع ایجاد دفاع‌های انطباقی در بیمار می‌شود.

4. نظریه روابط شیئی (object Relationship) و روان شناسی خود (ego psychology)

نظریه پردازان روابط شیء مانند فیر پیرن، دونالد وینیکات، ملانی کلاین، مارگارت ماehler، اُتو کربنبرگ و هاینز کوهاث، اصل سازمان دهنده زندگی افراد را روابط میان خود و اشیاء می‌دانند. شیء اصطلاحی است که فروید برای دیگران به کار برد؛ زیرا در روانشناسی نهاد، دیگران برای ارضای غریزی عمدتاً به عنوان اشیاء خدمت می‌کنند نه به عنوان افراد اصیلی که خودشان خواسته‌ها و نیازهایی دارند. نظریه روابط فردی برخاسته از بررسی‌های مربوط به ارتباط اولیه مادر و فرزند است و به تأثیر دیرپای این تجارب بر کارکرد بعدی کودک در بزرگسالی توجه خاصی مبذول می‌کند. بنابراین کانون تجزیه و تحلیل در هر شخص، متوجه افرادی است که درونی شده اند. نظریه پردازان روابط شیئی بیشتر بر عشق و نفرت و خودمختاری و وابستگی در رشد و تحول خود (self) متمرکزند.

برای مثال، نظریه پردازان روابط شیئی بر خلاف روانکاوان کلاسیک، رابطه درمانی را در چهارچوب انتقال تحلیل نمی‌کنند بلکه آن را «فرصت دومی» می‌دانند تا مراجع، کامروایی نداشته خود در دوران طفولیت را بدست آورد و این تأکید بر حمایت ایگو، پذیرش و نگهداری روانشناختی از خودهای صدمه دیده، درمان‌های مبتنی بر روابط شیئی را معروف‌ترین صورت روانکاوی کرده است. دلیل عمده این شهرت هم این بوده است که رابطه درمانی حال و هوای دوستانه و انسانی پیدا می‌کند.

به طور خلاصه، نظریه پردازان روابط فردی معتقدند که ارتباط کنونی ما با آدمها تا حدودی بر اساس انتظاراتی است که در اثر تجارب اولیه شکل گرفته است. بنابراین برای حل مشکلات کنونی افراد با دیگران، لازم است روابط فردی ناهشیار و نادرستی که از دوران کودکی درونی شده اند شناسایی و اصلاح شوند.

در روانشناسی خود کوهاث، وظیفه اصلی رسش، تکوین و ایجاد یک خود منسجم و یکپارچه است نه گذراندن موفقیت‌آمیز مراحل روانی جنسی. روانشناسی خود بیشتر بر خود یا خودپنداره تمرکز می‌کند ولی مثل سایر رویکردهای روابط شیئی، وظیفه درمانگر را پاسخدهی و حمایت همدلانه‌ای می‌داند که مراجع در طفولیت از آن محروم بوده است. نقش درمانگر در این رویکردها شبیه نقش درمانگر در درمان‌های انسانگرا/ پدیدارشناختی است.

5. روان‌درمانی روان‌پویشی رابطه‌ای

رویکردهای روان‌پویشی رابطه‌ای ترکیبی از چند نظری‌اند. از جمله روان‌کاوی کلاسیک، تحلیل ایگو (روانشناسی ایگو)، نظریه روابط شیئی، روانشناسی خود، درمان میان‌فردی سالیوان و رویکردهای انسان‌گرایی، مراجع‌محوری و پدیدارشناسی. این نظریه بر رابطه با مراقبان تأکید دارد. نظریه‌پردازان رابطه‌ای همچون نظریه‌پردازان روابط شیئی معتقدند روابط اولیه کودک برای روابط بعدی او نقش الگو بازی می‌کنند. آنها می‌گویند روابط دارای بعد عینی (رویدادهایی که عملاً اتفاق می‌افتند) و بعد ذهنی (بازنمایی رابطه در ذهن شخص یا نحوه ادراک رابطه توسط او) هستند. بعد ذهنی در نظریه و درمان روان‌پویشی رابطه‌ای نقش مهمی بازی می‌کند.

نظریه‌پردازان رابطه‌ای برخلاف پیروان رویکرد درون‌روانی فروید، نگاه به شدت میان‌فردی دارند. هری استک سالیوان، پدر دیدگاه میان‌فردی، نقش مهمی در تدوین و توسعه رویکردهای رابطه‌ای بازی کرد. سالیوان معتقد بود درمانگران باید روابط میان‌فردی فعلی و قبلی مراجعان را بررسی کنند تا بفهمند شناخت‌ها و رفتارهای آنها چطور مزاحم موفقیت‌شان در زندگی شده‌اند. اما سالیوان و درمانگران رابطه‌ای بعد از او هشدار می‌دادند که نباید نظر درمانگر در مورد رابطه درمانی را کاملاً درست فرض کنیم. چون مراجع و درمانگر هر دو از منظر خویش به مسائل می‌نگرند، ادراک هیچ یک نمی‌تواند از لحاظ عینی معتبر باشد.

رویکرد روان‌پویشی رابطه‌ای در دهه گذشته در ایالات متحده آمریکا شهرت قابل توجهی کسب کرده است. دلیل آن هم همخوانی این رویکرد با روندهای فکری کلی‌تری همچون میان‌ذهن‌گرایی، ساخت‌گرایی یا پست‌مدرنیسم است. نکته محوری در این روندها آن است که هیچ کس نمی‌تواند بگوید فلان دیدگاه در مورد واقعیت «درست» است یا غلط، اما دیدگاه‌هایی که به طور مشترک می‌سازیم بسیار بامعنی هستند. بر این اساس، درمانگرهای روان‌پویشی رابطه‌ای، درک مفهومی و میان‌فردی مشترکی را که بین مراجع و درمانگر شکل می‌گیرد، نظامی روان‌شناختی می‌دانند که فی‌نفسه ارزش تحلیل دارد. به همین دلیل گاهی اوقات نام «درمان‌های دو نفری» را روی درمان‌های روان‌پویشی رابطه‌ای می‌گذارند.

6. روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت (brief psychotherapy)

ویژگی‌های درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت:

1. تعیین محدودیت زمانی برای درمان، معمولاً بین 12 تا 40 جلسه؛
2. هدف قرار دادن مشکل میان‌فردی در چند جلسه اول درمان؛
3. اتخاذ موضع درمانی فعال‌تر یا کمتر خنثی؛
4. برقراری اتحاد کارآمد سریع و نیرومند؛
5. استفاده از تعبیر و تعبیر انتقال سریع.

شاید مهم‌ترین تحرک عملی سال‌های اخیر در درمان روان‌پویشی، ابداع روش‌های کوتاه‌مدت بوده است. بسیاری از درمان‌های کوتاه‌مدت، هویت روان‌پویشی خود را حفظ کرده‌اند. یکی از دلایل شکل‌گیری درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، صرفه جویی مطرح در نظام مراقبت‌های بهداشتی است. از جمله طرفداران این رویکرد؛ حبیب دوانلو،

لستر لوبورسکی، دیوید مالان، هانس استراپ و... هستند. درمان کوتاه مدت مستلزم برنامه‌ریزی دقیق برای درمانجوست. درحالی که روانکاوی استاندارد ممکن است اجازه دهد درمان روند خود را طی کند، در این نوع درمان، هدف‌های کوچک و دست‌یافتنی مانند الگوی میان‌فردی بهتر، آشنایی بیشتر با احساس‌ها یا حل یک تعارض خاص تعیین می‌شوند.

درمانگر پویایی کوتاه مدت، بیشتر از روانکاوی سنتی رهنمود می‌دهد و فعال‌تر است و با درمانجو بیشتر تعامل می‌کند. در درمان پویایی کوتاه‌مدت، درمانگر فعالانه بیمار را در فرایند درمان شرکت می‌دهد، بر موضوعات میان‌فردی اساسی تمرکز می‌کند. در حقیقت درمان پویایی کوتاه‌مدت بیانگر تغییر الگوی رفتار از کاهش سابق به الگوی ارتباطی است.

در این نوع درمان بر خلاف روانکاوی کلاسیک هدف نهایی بازسازی شخصیت نیست بلکه هدف نهایی از درمان، کارکرد بهتر و رفع مشکلات روزمره بیمار به شکل مناسب‌تر است. در این نوع درمان سعی می‌شود انتقال ایجاد شود اما با این هدف که بیمار، درمانگر را فردی مفید، قابل و فعال بداند. در این نوع درمان، معمولاً درمانگر بسیار فعال است و درمانگر و بیمار توجه خاصی به زمان دارند. همچنین در این نوع درمان، درمانگر به بیمار تکلیف منزل می‌دهد و بستگان و آشنایان بیمار را در طرح درمان دخالت می‌دهد. حتی ممکن است درمانگر برای تکلیف دادن از فعالیت‌های حمایتی خارج از محیط درمان مثل ورزش کردن و یا شرکت در همایش‌های خاص و... نیز استفاده کند.

مقایسه ارزش‌ها در درمان کوتاه‌مدت و بلند مدت

درمانگران طرفدار درمان کوتاه‌مدت	درمانگران طرفدار درمان بلند مدت
1. عمل‌گرایی، ایجاز و مداخلات غیر افراطی را ترجیح می‌دهند و اعتقادی به مفهوم معالجه ندارند.	1. در پی ایجاد تغییر در شخصیت بنیادی فرد هستند.
2. یک دیدگاه رشدی بزرگسالانه دارند که تغییر روانی چشمگیر را اجتناب ناپذیر می‌داند.	2. معتقدند در زندگی روزمره نمی‌توان تغییر روانی عمده‌ای ایجاد کرد.
3. بر نقاط قوت و قابلیت‌های بیمار تأکید دارند؛ مشکلات موجود را جدی می‌گیرند.	3. مشکلات فعلی را بازتاب یک آسیب اساسی‌تر می‌دانند.
4. قبول دارند که بسیاری از تغییرات «پس از درمان» روی خواهند داد و درمانگر شاهد آنها نخواهد بود. حضور داشته باشند.	4. دوست دارند وقتی بیماران در حال تغییر کردن هستند حضور داشته باشند.
5. ماهیت درمان مورد نظر آنان یا ساختار سازمانی پرداخت دستمزد غالباً موجب کاهش منافع مالی حاصل از درمان می‌شوند.	5. ناهشیارانه به فکر منافع مالی حاصل از درمان طولانی هستند.
6. عدم محدودیت زمانی را قبول ندارند.	6. برای درمان «محدودیت زمانی» قائل نیستند و برای بروز تغییر صبر و استقامت نشان می‌دهند.
7. روان‌درمانی را گاهی مفید و گاهی مضر می‌دانند.	7. به نظر آنها روان‌درمانی همیشه مطلوب و مفید است.
8. زندگی در این دنیا را مهم‌تر از درمان شدن می‌دانند.	8. درمان را مهم‌ترین بخش زندگی بیمار می‌دانند.

روان‌درمانی میان‌فردی (IPT) (Interpersonal psychotherapy)

روان‌درمانی میان‌فردی یک رویکرد کوتاه‌مدت و بینش‌گراست (گونه کوتاه‌مدت روان‌درمانی روان‌پویشی) که عمدتاً در مورد اختلالات افسردگی به کار رفته است. البته با انجام اصلاحاتی در این نوع درمان، برای درمان اختلالات دیگری همچون سوء مصرف مواد و پرخوری عصبی نیز به کار می‌رود.

روان‌درمانی میان‌فردی افسردگی شامل سنجش دقیق نشانه‌های افسردگی، مشخص کردن مشکل اصلی (مثلاً سوگ درنگیده، انتقال نقش یا مشاجره بر سر نقش‌ها و ضعف‌های میان‌فردی) و کاهش نشانه‌های افسردگی از طریق بهبود رابطه فرد با دیگران (مثلاً بهبود مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های اجتماعی) می‌باشد.

شواهد نشان می‌دهد که روان‌درمانی میان‌فردی برای دوره‌های افسردگی حاد، پیشگیری از تکرار دوره‌های افسردگی یا به تأخیر انداختن این دوره‌ها مؤثر است.

ویژگی اصلی روان‌درمانی میان‌فردی از نظر وایزمن و مارکویتز

۱. **کانون:** این نوع درمان، رابطه مشکلات بالینی و مشکلات میان‌فردی (با همسر، دوستان و...) را بررسی می‌کند. در این نوع درمان به مشکلات اجتماعی فعلی رسیدگی می‌شود نه به صفات یا سبک شخصیتی.
۲. **طول درمان:** معمولاً 12 تا 16 هفته طول می‌کشد.
۳. **نقش درمانگر:** درمانگر فعال، غیرخنثی و حمایت‌گر است. وی با واقع‌بینی به جنگ دیدگاه منفی و بدبینانه بیمار می‌رود. درمانگر بر ممکن بودن تغییر تأکید دارد و راههای موجود برای ایجاد تغییر مثبت را تشریح می‌کند.
۴. **مراحل درمان:**
 - مرحله اول (تا جلسه سوم) - ارزیابی و تشخیص و سنجش کارکرد میان‌فردی و ربط‌دادن نشانه‌ها با مشکلات میان‌فردی.**
 - مرحله دوم - تعیین راهبردها و هدف‌های درمان با توجه به مشکل میان‌فردی انتخاب شده.**
 - مرحله سوم (دو تا سه جلسه آخر) - تقویت و تحکیم پیشرفت و تسلط بیمار، تقویت اعتماد به نفس خودمختاری بیمار و بحث درباره شیوه‌های برخورد بیمار با عود نشانه‌های بالینی.**

ارزیابی مختصر روان‌درمانی روان‌پویشی

- × شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که روان‌درمانی‌های روان‌پویشی سنتی تأثیر متوسطی دارند و روان‌درمانی‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت و دارای راهنما مؤثرترند. چند مشکل روش شناختی بر سر راه تحقیق درباره این نوع درمان وجود دارد مثل نبود ابزارهای مناسب اندازه‌گیری نتیجه درمان، طول درمان و... .
- × تأکید روانکاوی بر بینش و فهمیدن، بزرگترین نقطه قوت روانکاوی و در عین حال سرمنشاء شکست‌ها و ضعف‌های آن است. نقطه ضعف است از آن جهت که:
- 1- می‌تواند به بررسی و کاوش طولانی و خسته‌کننده گذشته و تحلیل انگیزه‌ها منتهی شود.
 - 2- اهمیت دادن به گذشته ممکن است باعث شود بیمار از فهمیدن گذشته و تعقیب آن به عنوان دستاویزی برای نپرداختن به مشکلات فعلی خودش استفاده کند.
 - 3- گاهی تحلیل بی‌پایان تعارض‌ها، انگیزه‌ها و زمینه‌های کودکی آنها جایگزین یافتن راه حل‌ها و چاره‌های رفتاری می‌شود. بی‌توجهی به شیوه‌های رفتاری، یکی از نقایص و ضعف‌های اصلی روانکاوی سنتی است. ظاهراً در روانکاوی این فرض ضمنی وجود دارد که بیمار پس از کسب بینش از طریق مذاقه، خودبه‌خود رفتارهای سازگارانه‌تری انجام می‌دهد اما در حقیقت گاهی قضیه برعکس است یعنی تغییر رفتار، بینش می‌آورد.

عوامل شفاف‌بخش

- × با توجه به انتقادهای مطرح شده علت اخذ نتیجه مثبت از روان‌درمانی روان‌پویشی چیست؟ شواهد تجربی مؤید نقش کیفیت و قدرت رابطه درمانی در این خصوص هستند. اتحاد درمانی عبارتست از پیوند عاطفی بیمار با درمانگر.

اتحاد درمانی قوی، زمینه ساز خودکاوی بیمار می‌شود و احتمال تدافع بیمار در مقابل تفسیرهای روانکاو را کم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که در تمام انواع درمان‌های روان‌پویشی بین اتحاد درمانی و نتیجه، رابطه مستقیمی وجود دارد.

X بی توجهی به رفتار، توصیه و پیشنهادندادن و اتخاذ نکردن موضعی فعال‌تر ظاهراً روان‌درمانی را بی‌جهت طولانی می‌کند. در برخی موارد مثلاً مهارت‌نداشتن در برقراری رابطه با زن‌ها، صرف بینش پیدا کردن مشکل را حل نمی‌کند. بلکه نیاز به مهارت‌آموزی و یادگیری‌های رفتاری وجود دارد.

مشترکات و تفاوت‌های درمان روان‌پویشی

اقسام درمان‌های روان‌پویشی از لحاظ شباهت به روانکاو کلاسیک:

در یک سو خود روانکاو را داریم. روان‌درمانی روانکاو مدار هم نزدیک آن قرار می‌گیرد. در سوی دیگر هم روان‌درمانی‌های روان‌پویشی رابطه‌ای و پست‌مدرن را داریم. بین این دو گروه نیز درمان‌های مبتنی بر روانشناسی ایگو، روانشناسی خود و روانشناسی میان‌فردی قرار می‌گیرند.

مشترکات این درمان‌ها

1. تعارض درون‌روانی
2. فرایندهای ناهشیار
3. روابط اولیه
4. کارکرد ایگو
5. رابطه مراجع - درمانگر

البته این دیدگاهها از لحاظ میزان تأکید بر این مفاهیم و نحوه استفاده از آنها در درمان با هم تفاوت دارند.

بعد حمایت - ابراز:

روان‌درمانگران روان‌پویشی، مداخلات مورد تأیید در روانکاو تا مداخلات حمایتی‌تر رویکردهای میان‌فردی و رابطه‌ای را اجرا می‌کنند. گابارد (2005) به این گوناگونی فنون، پیوستار حمایت - ابراز می‌گوید. فنون حمایتی مثل کمک و یاری به مراجع برای کنارآمدن، کم‌کردن استرس و کمک به مراجع در کارهای روزمره و همدلی و تشویق، و فنون ابرازی مانند ایجاد انتقال و تحلیل انتقال و ایجاد بینش عمیق در مراجع با استفاده از تفسیر. این فنون به صورت یک پیوستار هستند که در یک سوی آن فنون حمایتی و در سوی دیگر آن فنون ابرازی قرار دارند.

وضعیت فعلی روان‌درمانی روان‌پویشی

رویکرد روان‌پویشی در کنار رویکرد شناختی - رفتاری و رویکرد التقاطی جزء سه رویکرد مشهور روانشناس بالینی هستند.

تخلیه هیجانی (catharsis): تخلیه انرژی روانی (از طریق به یاد آوردن وقایع دردناک) که به نظر روانکاو، فواید مهم درمانی دارد.

معالجه از طریق صحبت (talking cure): پروثر آن را کشف کرد. عبارتست از استفاده از فنونی که بیمار را وادار به صحبت می‌کنند تا نشانه‌های روان‌رنجورانه وی برطرف شوند یا تسکین یابند.

فصل سیزدهم

رواندرمانی: دیدگاه‌های انسانگرا – وجودگرا

رویکردهای انسانگرا بر این تأکید دارند که مراجع روی تجربه‌های بلافصل و این‌مکانی و این‌زمانی خود تمرکز کند. برخی از این رویکردها عبارتند از روان‌درمانی شخص‌محور (راجرز، 1951)، گشتالت‌درمانی (پرلز، 1969)، درمان وجودی (می، 1981؛ فرانکل، 1976) و چند درمان دیگر.

مضامین مشترک درمان‌های انسانگرا

1. فقط با نگاه کردن از دریچه چشم مراجعان به مسائل می‌توانیم زندگی آنها را بفهمیم (دید پدیدارشناختی).
2. انسان‌ها موجودات غریزه‌مدار نیستند بلکه آنها طبیعت خوبی دارند و از حق انتخاب و تعیین سرنوشت برخوردارند.
3. رابطه درمانی را مهم‌ترین ابزار سودمند واقع شدن درمان می‌دانند.
4. بر اهمیت تجربه کردن هیجانات گنج‌کننده یا عذاب‌آور و کشف آنها تأکید دارند.

درمان مراجع‌محور (client-centered therapy)

دیدگاه کارل راجرز تقریباً متضاد دیدگاه روانکاوی است. شباهت این دو نظریه در این است که هر دو نظریه محصول درمان افراد مشکل‌دار هستند. راجرز ابتدا در نیویورک با اراده درمانی اتو رنک و رابطه درمانی جسی تافت آشنا شد. رنک معتقد بود بیماران باید فرصت پیدا کنند اراده خود را اعمال کنند و بر درمانگر مسلط شوند. تافت هم که مددکار اجتماعی بود، مفاهیم و عقاید رنک را به آمریکا آورد و بر رابطه درمانگر و بیمار تأکید ورزید. به نظر تافت این رابطه مهم‌تر از هر تبیین عقلی دیگری در مورد مشکلات بیماران بود. در نتیجه به نظر او باید در درمان خیلی سهل‌گیری می‌شد. این عقاید نظر راجرز را جلب کردند. عقاید مزبور با عقاید مذهبی‌وی و اعتقاد راسخس به لزوم برقراری روابط دموکراتیک بین انسان‌ها در جامعه همخوانی داشتند.

درمان مراجع‌محور، با نظریه پدیدارشناسی (phenomenology) ارتباط دارد. در پدیدارشناسی گفته می‌شود رفتار به طور کامل توسط میدان پدیداری شخص تعیین می‌شود. میدان پدیداری هم عبارتست از تمامی چیزهایی که یک نفر در هر لحظه تجربه می‌کند. پس برای فهمیدن رفتار انسانها باید میدان پدیداری آنها را بشناسیم یعنی باید بفهمیم دنیا را چطور می‌بینند.

یک مفهوم بسیار مهم در نظریه پدیدارشناسی، مفهوم خود پدیداری است - یعنی آن بخش از میدان پدیداری که شخص آن را به صورت «من فاعلی» تجربه می‌کند. در ضمن، نظریه پدیدارشناسی می‌گوید تمایل اصلی انسان عبارت است از حفظ و ارتقای خود پدیداری. پس به تعبیری، عزت نفس، بنیان رفتار است.

ناسازگاری‌ها معلول تهدید شدن خود پدیداری هستند. اما آنچه برای یک شخص تهدید به شمار می‌آید لزوماً برای دیگری، تهدید نیست. اصولاً هرکسی وقتی تهدید می‌شود که خود پدیداری‌اش را در خطر ببیند. مثلاً مردی که خودش را برای زن‌ها خیلی جذاب می‌داند از این که زنی طردش کند مضطرب می‌شود چون خود پنداره‌اش تهدید شده است. وی در برابر این تهدید، مواضع دفاعی مختلفی می‌تواند بگیرد. مثلاً شکست خودش را توجیه کند یا دامنه میدان ادراکی خودش را تنگ‌تر سازد. اشخاص واقعاً سازگار کسانی هستند که بتوانند هر نوع تجربه‌ای را در میدان پدیداری خود جای بدهند نه فقط تجربه‌هایی را که با خود پنداره آنان هم خوانی فوری دارند. برای مثال، دانشجوی سازگاری که در امتحان موفق نمی‌شود بحث بی‌عدالتی یا بیمار بودنش را پیش نمی‌کشد (چون ادعاهای ناموجهی هستند). بلکه این تجربه را مثلاً با تجدیدنظر در خودپنداره خویش می‌پذیرد. به عنوان نمونه به خودش می‌گوید «شاید آن قدرها هم که تصور می‌کردم در بیوشیمی قوی نیستم. ولی در دروس دیگر قوی و دارای مهارت‌های اجتماعی خوبی هستم. این شکست چیزی از ارزش‌های من کم نمی‌کند». یا به خودش می‌گوید «در امتحان موفق نشدم ولی فکر می‌کنم اگر قدری بیشتر زحمت بکشم، موفق خواهم شد. اگر موفق هم نشوم، کارهای دیگری هست که با آنها ارضاء شوم».

گزاره‌های نظری دیدگاه راجرز

به نظر راجرز، انسان‌ها در دنیایی از تجربه با محوریت خودشان بسر می‌برند. در نتیجه، خود شخص بهترین منبع اطلاعاتی در مورد خودش است. این دیدگاه‌ها باعث شد، طرفداران جنبش مراجع‌محوری اتکای زیادی به خودسنجی‌ها کنند و اطلاعات حاصل از آزمون‌ها یا مشاهدات را منبع اصلی اطلاعات در نظر نگیرند. چون مردم همان گونه واکنش نشان می‌دهند که میدان ادراکی را تجربه و درک می‌کنند، واقعیت همان میدان ادراکی آنان است. بنابراین، برای پیش بینی رفتار، فقط شناخت دقیق محرک‌ها کافی نیست. متخصص بالینی باید اطلاعاتی نیز در مورد آگاهی فرد از این محرک‌ها داشته باشد. طرفداران این جنبش، دنیای تجارب درونی افراد را آن گونه که خودشان گزارش می‌دهند، بر روان‌شناسی عینیت ارجح می‌دانند.

انسان اصولاً به حفظ و افزایش تجربه کردن خویش یا خودشکوفایی گرایش دارد. همین گرایش است که حرکت رو به جلوی زندگی را ایجاد می‌کند - نیرویی که درمانگر در تماس‌های درمانی خویش با مراجعانش به شدت روی آن اتکا دارد.

در دیدگاه مراجع‌محوری رفتار اصولاً یک رشته تلاش‌های هدفمند است که ارگانیزم برای ارضای نیازهای حس شده‌اش انجام می‌دهد. تمام نیازها در نهایت معلول تمایل به ارتقای خود پدیداری هستند.

یکی از مفاهیم مهم در این دیدگاه، مفهوم خود یا آگاهی داشتن از بودن و کارکردهای خویش است. ساختار خود محصول تعامل فرد با محیط است خصوصاً ارزیابی‌های دیگران از او. خود الگوی سازمان یافته، سیال و در عین حال منسجم ادراک‌های ما از خصوصیات و روابط من فاعلی (I) یا من مفعولی (Me) و ارزش‌هایی است که برای آنها قایل

هستیم. فرد در زندگی خویش تجربه‌های گوناگونی دارد. به دنبال هر تجربه سه امکان پیش می‌آید: 1) نمادسازی برای آن تجربه و یافتن رابطه‌ای بین آن تجربه و خود؛ 2) نادیده گرفتن آن تجربه به دلیل درک نکردن رابطه‌اش با خود؛ یا 3) تحریف تجربه به دلیل ناهمخوانی آن با ساختار خود. در برخی شرایط خاص، تجارب ناهمساز با خود مورد بررسی قرار می‌گیرند و ادراک می‌شوند و ساختار خود برای جذب آنها تغییر می‌کند. شرایط اصلی، عدم وجود هرگونه تهدید برای خود است. فلسفه مطرح‌شدن گرم بودن، پذیرش، سهل‌گیری و عدم قضاوت به عنوان شروط اصلی درمان مراجع‌محور نیز همین بوده است.

نظریه درمان

راجرز می‌گوید «روان‌درمانی عبارت است از آزادکردن یک ظرفیت از پیش موجود در یک فرد بالقوه قابل، نه دستکاری تخصصی یک شخصیت کمابیش منفعل». این همان به اصطلاح ظرفیت کمال است که درمانگران مراجع‌محور خیلی به آن متکی هستند. تمام مردم صاحب چنین ظرفیتی هستند. اما مهم، آزاد کردن آن است. فرض بر این است که درمان مراجع‌محور، این ظرفیت را آزاد می‌کند. سه خصوصیت درمانگر که این جریان را تسهیل می‌کند عبارتند از: 1. همدلی؛ 2. توجه مثبت نامشروط؛ 3. خلوص و همخوانی.

همدلی (empathy)

همدلی یعنی این که به بیمار این حس را منتقل کنیم که او را فهمیده ایم. درمانگر همدل نسبت به نیازها، احساسات و شرایط مراجعان حساس است. درمانگران بسیار همدل، گاهی خودشان را به جای مراجعان می‌گذرانند و دنیا را از دریچه چشم آنان می‌بینند. البته همدلی همیشه خوب نیست. درمانگر باید تا حدودی نسبت به مراجعانش گسلس عاطفی داشته باشد در غیر این صورت، او نیز دچار همان مشکلات مراجع خواهد شد. توجه کنید که همدلی قابل بیان نیست بلکه انتقال یافتنی است.

توجه مثبت نامشروط (unconditional positive regard)

مراجعان در روابط خود با والدین، دوستان، همسر یا سایر انسان‌ها یاد گرفته‌اند تأیید و پذیرش منوط به رعایت برخی شروط است. ولی در درمان نباید اثری از این شروط باشد. پذیرش هیچ قید و بندی ندارد. توجه مثبت نامشروط چیزی نیست جز احترام گذاشتن به مراجع به عنوان یک انسان. درمانگر باید تمام باورها و عقاید قبلی خودش را کنار بگذارد و مراقب مراجعش باشد، او را بپذیرد و مهم‌تر از همه این ذهنیت را به او منتقل کند که اینجا کسی است که یقین دارد او قدرت رسیدن به ظرفیت‌های درونش را دارد. این خصوصیات همراه با عدم ارزیابی و قضاوت در مورد مراجع، جوی ایجاد می‌کند که مراجع دفاع‌های ناتوان کننده‌اش را کنار بگذارد و بدون هیچ گونه احساس تهدیدی، به عنوان یک شخص به سوی کمال حرکت کند. یکی از مظاهر مهم توجه مثبت نامشروط، تمایل درمانگر به گوش دادن فعال است.

این خصوصیات باعث می‌شوند درمانگر برای مراجع دل‌نشین شود و مراجع بتواند به راحتی با ارزش‌ها و گذشته‌اش ارتباط برقرار کند. آزمون واقعی برای توجه مثبت نامشروط درمانگر وقتی است که مراجع رفتارها و نگرش‌هایی متفاوت و متضاد با عقاید درمانگر داشته باشد.

هم خوانی (congruence)

در نگاه اول، هم خوانی - یا خلوص - با دو خصوصیت همدلی و توجه مثبت تناقض دارد. درمانگران همخوان، رفتارها، احساسات یا نگرش‌هایی را که مراجعان در آنها ایجاد می‌کنند، بروز می‌دهند. درمانگر هم خوان وقتی عصبانی است نمی‌خندد. اگر مراجع حرف ناخوشایندی می‌زند و انمود نمی‌کند ناراحت نشده است. به نظر راجرز، مراجعان در درازمدت به این صداقت و هم خوانی پاسخ مطلوبی می‌دهند و می‌پذیرند که فردی واقعاً علاقه‌مند به صلاح و رفاه‌شان را پیش روی دارند. این قضیه به آنها قوت قلب زیادی می‌دهد و در آنها احساس ارزشمندی ایجاد می‌کند. هم چنین آنها را راغب می‌کند که به ظرفیت پنهان خویش دست یابند.

نگرش در مقابل فن در دیدگاه مراجع محور

درمان مراجع محور یک حالت ذهنی است نه مجموعه‌ای از فنون. درمانگران راجرزی به فنون، تشخیص بالینی و آزمون‌گیری اعتقادی ندارند و آنها را عوامل مخرب در درمان و موجب اختلال در رابطه درمانی می‌دانند.

تفاوت دیدگاه مراجع محور با دیدگاه‌های روانکاوی و یادگیری

راجرز برخلاف روان کاوان، انسان‌ها را مخرب نمی‌داند بلکه معتقد بود نیروی سازنده‌ای دارند که آنان را بسوی سلامتی و خودشکوفایی سوق می‌دهد. در ضمن، پیروان راجرز به آگاهی از تجربه فعلی بیش از آگاهی از گذشته بها می‌دهند.

بین درمان مراجع محور و رویکردهای رفتاری هم تفاوت‌های بارزی وجود دارد. پیروان راجرز اهمیت فوق العاده‌ای برای تجربه‌های درونی به عنوان داده‌ها قائلند و تجربه‌هایی را که در آنها اثری از این داده‌های بنیادی مربوط به انسانیت نیست، نادیده می‌گیرند. رویکردهای رفتاری گاهی برای ایجاد تغییر به دستکاری و کنترل محیط روی می‌آورند ولی درمان مراجع محور بر تغییری که از درون نشأت بگیرد یعنی آزاد شدن ظرفیت درونی تکیه می‌ورزد.

فرایند درمان مراجع محور

ظهوراً راه آسان‌تر آن است که بگوییم در درمان مراجع محور چه اتفاقاتی نمی‌افتد. آنچه در این نوع درمان «روی نمی‌دهد» عبارت است از اطلاعات دادن یا توصیه کردن، قوت قلب دادن یا قانع کردن، سوال کردن، تفسیر کردن و انتقاد کردن. شاید مهم‌ترین کارهایی که درمانگر مراجع محور انجام می‌دهد شناسایی و روشن کردن احساسات متداعی با اظهار نظرهای مراجعانش باشد.

گاهی درمانگر لازم می‌داند نقش‌های مراجع و درمانگر را توضیح بدهد. در این عمل که به آن ساختار دادن می‌گویند نیز پذیرش نقش مهمی دارد.

در این نوع درمان معمولاً از قوت قلب دادن یا تفسیر استفاده نمی‌شود. فرض بر این است که شناسایی احساسات و پذیرش همزمان آن به خودی خود قوت قلب می‌دهد. درمانگر مراجع‌محور به این دلیل از تفسیرکردن و توصیه یا دادن اطلاعات خودداری می‌کند که تلویحاً به این معنا می‌باشند که درمانگر صلاح مراجع را می‌داند. ولی به طور کلی مسئولیت پیشرفت درمان بر دوش مراجع است تا درمانگر. تفسیر یعنی اظهار این نکته که چرا مراجعان چنین رفتارهایی داشته‌اند. تفسیر تلویحاً به این معناست که درمانگر مسئولیت پیشرفت درمان را بر عهده دارد و منتظر نمی‌ماند مراجعان، خودشان دلایل و علل را بیابند.

پذیرش بیشتر یک نگرش نافذ است تا یک فن. درمانگر باور دارد که مراجع می‌تواند راه حل قابل قبولی برای مشکلات زندگی‌اش بیابد. پذیرش شرایطی فراهم می‌آورد تا ظرفیت کمال و خودشکوفایی مراجع بالفعل شود. جلسات درمان مراجع‌محور معمولاً هفته‌ای یکبار برگزار می‌شوند. علاقه‌ای به افزایش جلسات، برگزاری جلسات اضافی و تماس‌های تلفنی نشان داده نمی‌شود چون وابستگی، احساس کمال را خفه می‌کند.

دیدگاه درمانگران مراجع‌محور درباره تشخیص و سنجش

به طور کلی در درمان مراجع‌محور بر تشخیص یا سنجش تأکید نمی‌شود. اکثر پیروان راجرز معتقدند سنجش رسمی نه تنها غیر ضروری بلکه مخرب است. به نظر آنها سنجش، روان‌شناس را در موضوع اقتدار و برتری قرار می‌دهد و این قضیه به ایجاد حس خودمختاری و خودشکوفایی در مراجع لطمه می‌زند. نکته مهم در درمان مراجع‌محور، احساسات است. صرف نظر از اینکه معلول شرایط نابسامان خانه بوده‌اند یا نبوده‌اند. درمانگر بدون رد کردن یا تأییدکردن احساسات مراجعان، فقط آنها را می‌پذیرد؛ فقط آنها را می‌فهمد. این فهمیدن و توضیحات روشن‌کننده گاه‌گاه وی، شرایطی برای مراجع فراهم می‌آورد تا خودش و آنچه را برای تغییر دادن شرایط از دستش برمی‌آید، با دقت بررسی کند. این ظرفیت کمال‌یابی نیز فقط در سایه پذیرفته شدن، قابل پرورش و آزادسازی است.

درمان مراجع‌محور می‌تواند به صورت ساده با فرضیه «اگر... پس» بیان کرد. این فرضیه مؤید آن است که اگر شرایط خاصی در جلسه درمان برقرار شود، آنگاه نتایج و تغییرات مطلوب و خاصی در رفتار مراجع ظاهر خواهد شد.

سایر کاربردهای رویکرد مراجع‌محور

رویکرد مراجع‌محور در چهارچوب مشاوره پدید آمد و هنوز کاربرد اصلی آن در این حوزه است. همچنین از رویکرد مراجع‌محور در آموزش روابط انسانی، خیلی استفاده می‌شود. تأکید بر رابطه، پذیرش و گرم بودن یکی از اجزای لاینفک آموزش کارکنان مراکز مداخله در بحران، پیرا حرفه‌ای‌های مشاور و داوطلبان سازمان‌ها و مراکز خیریه است. وقتی رویکرد مراجع‌محوری در مورد مسایلی غیر از مسایل درمانی به کار می‌رود از اصطلاح **رویکرد شخص‌محوری (person-centered therapy)** استفاده می‌شود.

رویکرد مراجع‌محور در گروه‌درمانی هم به صورت گسترده استفاده می‌شود. گروه‌های کوچک، گروه‌های رویارویی و گروه‌های کمال شخصی، همگی بر مبنای مراجع‌محوری تشکیل می‌شوند. این گروه‌ها غالباً با هدف کاهش تنش بین جناح‌های درگیر مثل سیاه‌پوستان، کارگران و مدیران یا دانشجویان و اعضای هیئت علمی تشکیل می‌شوند.

اظهار نظرهای پایانی

اظهار نظرهای مثبت درباره درمان مراجع محور

رویکرد مراجع محور دیدگاه جدیدی درباره انسان مطرح کرد. این دیدگاه جبرگرایی بنیادی روانکاوی را رد کرد و در عوض بر آزادی، برابری و قدرت انتخاب انسان‌ها تأکید کرد. دیدگاه راجرز در تقابل با درمان روانکاوی موجب کوتاه‌تر شدن و در نتیجه سریع‌تر و مقرون به صرفه‌تر شدن شدید درمان شد.

مساعدت و کمک بزرگ راجرز، تأکیدش بر تحقیق بود. او اولین تلاشها را جهت تحقیق درباره فرایند درمان شروع کرد. راجرز بود که اولین بار برای مطالعه فرایند و اثربخشی درمان، جلسات درمان را ضبط کرد. قبل از راجرز، اتاق درمان قداست زیادی داشت. راجرز در اتاق درمان را گشود و آن را موضوع مطالعه و تحقیق کرد. همچنین راجرز تحقیقات فرایندی درمان را مطرح کردند.

اظهار نظرهای منفی درباره درمان مراجع محور

درمانگران مراجع محور بارها گفته‌اند که آنها قصد ندارند مراجعان را تغییر بدهند بلکه می‌خواهند ظرفیت کمال مراجع را آزاد کنند. این دیدگاه دیدگاه ناقصی است. درمان محرکی است که واکنش‌های فراوانی ایجاد می‌کند (یعنی مراجع به شدت از درمانگر تأثیر می‌پذیرد).

درمانگران مراجع محور ادعا می‌کنند برای فهمیدن مراجعان باید دنیا را از دریچه چشم آنان ببینیم و وارد دنیای پدیدار شناختی آنان شویم. اما چطور این کار را انجام دهیم؟ با قوه شهود و حدس؟ چطور چهارچوب شخصی خود را به طور کامل کنار بگذاریم؟ منتقدان می‌گویند پرهیز از سنجش و کم بها دادن به گذشته عملاً باعث می‌شود درمانگر نتواند چهارچوب ادراکی مراجع را بفهمد و وارد آن شود.

درمان مراجع محور ظهراً مستلزم فقط یک فن یا بهتر بگوییم، یک نگرش است: همدلی، پذیرش و توجه مثبت نامشروط. در نتیجه با تمام مراجعان، یکسان برخورد می‌کند.

از طرفی گاهی برعکس درمان مراجع محور لازم است از روش‌های مستقیم‌تر و فعال‌تری در درمان مراجعان استفاده کنیم.

در دیگاه راجرز بسیاری از موارد، توصیف‌های ارایه شده از فلسفه‌ها و روش‌های درمان مراجع محور، بسیار خاص و تعریف نشده‌اند. کلماتی چون بودن، شدن، شکوفایی و هم خوانی دقیقاً تعریف نمی‌شوند یا حامل معنایی هستند که منتقل کردن دقیق آن به دیگران دشوار است. پیروان دیدگاه مراجع محور زبان گنگ، نامفهوم و تبلیغاتی دارند. این امر در کلماتی چون بی‌رهنمود و مراجع محور مشهود است.

درمان مراجع محور محصول محیط‌های دانشگاهی است و عملاً برای افراد تحصیل کرده و طبقات اجتماعی بالا که مهارت‌های کلامی بالایی دارند مؤثرتر است.

جنبش انسانگرایی (humanism) و وجودگرایی (existentialism)

از دیدگاه انسانگرایی، مردم محصول گذشته، ناهشیار یا محیط نیستند. آنها در جستجوی ظرفیت درونی خویش و خودشکوفایی، حق انتخاب دارند. مردم چهل تکه شناخت‌ها، احساسات و آرزوها نیستند بلکه موجودات واحد، یکپارچه و بی‌نظیری می‌باشند. فهمیدن یعنی احترام گذاشتن به این خصوصیات و فقط از طریق آگاه شدن نسبت به تجربه شخصی به دست می‌آید. در سازه‌های به اصطلاح علمی‌مبتهی بر هنجارها، آزمایش‌ها یا داده‌ها باید جایی نیز برای شهود و همدلی در نظر گرفته شود. در دیدگاه انسانگرایی بر مریض بودن، انحراف‌ها یا برجسب‌های تشخیصی تأکید نمی‌شود بلکه مهم، تلاش مثبت، خودشکوفایی، آزادی و طبیعی بودن است.

در روانشناسی وجودگرا دیدگاه مکانیکی پیروان فروید رد و در عوض گفته می‌شود که انسان‌ها به دنبال معنا هستند. وجودگرایی زمانی شهرت پیدا کرد که مردم اسیر مشکلات جمعی جامعه‌ای فن‌آوری زده شدند و می‌خواستند شیوه‌های زندگی بیگانه با خود را اصلاح کنند. وجودگرایی نویدبخش بازگرداندن معنا به زندگی، افزایش بیداری و آگاهی معنوی و کمال بود و انسان را از قید و بندهای متعارف جامعه هم‌رنگی‌گرا می‌رهاند.

رواندرمانی وجودی مکتب درمانی مستقل و مجزایی نیست و مدلی هم نیست که فنون خاصی داشته باشد. بلکه رواندرمانی‌های وجودی عنوان مناسبتری برای این نوع درمان است. ریشه‌های فلسفی آن به کیرکگارد، هایدگر، سارتر، یاسپرز و تیلیچ و دیگران برمی‌گردد. در مبحث کاربردهای روانشناختی وجودگرایی به یاد افرادی چون بینزوانگر، باس، فرانکل، می و لینگ می‌افتیم.

وجودگرایان ادعاهایی در مورد طبیعت انسان دارند. اساس ادعاهای آنها نیز یک خصوصیت انسانی بنیادی است یعنی معناجویی.

یک جنبه بسیار مهم شخصیت تصمیم‌سازی است که شامل دنیای حقایق و امکان‌ها می‌باشد. بنابراین شخصیت، چیزی که فرد هست - یعنی موجودیت زیست‌شناختی، اجتماعی و روانشناختی وی - نیست بلکه چیزی که می‌تواند باشد نیز هست. بسیاری از وجودگرایان معتقدند تصمیم‌سازی مستلزم مجموعه‌ای از گزینه‌های اجتناب‌ناپذیر است. می‌توانیم زمان حال (وضع موجود) را انتخاب کنیم که معرف عدم تغییر و تعهد نداشتن به گذشته است. این گزینه بابت فرصت‌های از دست رفته، در انسان احساس گناه و ندامت ایجاد می‌کند. اما می‌توانیم به آینده ملحق شویم. این گزینه، شخص را به سوی آینده‌ای توأم با اضطراب سوق می‌دهد که ریشه‌اش به عدم توانایی در پیش‌بینی ناشناخته‌ها و مهار آنها برمی‌گردد. این نوع احساس گناه و اضطراب اگرچه آموختنی هستند ولی جوهر زندگی می‌باشند. ما باید با جسارت، آینده را انتخاب کنیم و اضطراب‌های اجتناب‌ناپذیر حاصل از انتخاب خود را به جان بخریم. این جسارت را نیز با ایمان به خودمان می‌توانیم پیدا کنیم. همچنین وقتی چنین جسارتی کسب خواهیم کرد که بفهمیم انتخاب گذشته لاجرم به احساس گناهی منجر خواهد شد که از احساس اضطراب هم هولناک‌تر است.

رویکرد وجودی برداشت جبرگرایانه از ماهیت انسان را که روانکاوی سنتی و رفتارگرایی رادیکال طرفدار آن هستند رد می‌کند. روانکاوی معتقد است که نیروهای ناهشیار، سابق‌های غیر منطقی و رویدادهای گذشته آزادی را محدود می‌کنند. رفتارگرایان معتقدند که شرطی‌سازی اجتماعی - فرهنگی آزادی را محدود می‌سازد. اما درمانگران وجودی

برخی از این واقعیت‌های وضعیت انسان را قبول داشته ولی تأکید دارند که ما آزادیم تا آنچه را که می‌خواهیم از شرایط خودمان بسازیم. این رویکرد بر این فرض استوار است که ما آزادیم و بنابراین مسؤل انتخابها و اعمال خودمان هستیم. ما آفریننده زندگی خویش هستیم و مسیرهایی را برای دنبال کردن طراحی می‌کنیم.

اهداف درمان. هدف نهایی درمان وجودگرا، رسیدن فرد به جایی است که بتواند مسئولانه آگاهی پیدا کند و تصمیم بگیرد. این توانایی‌های شناختی به وی اجازه خواهند داد به حالات عالی‌تر عشق، صمیمیت و رفتار اجتماعی سازنده دست یابد. این درمان به افراد می‌آموزد که در قبال تصمیم‌های خویش مسئولیت‌پذیر باشند و اضطرابی را که در مسیر تغییر، روی هم جمع می‌شود بپذیرند. این مهم نیز مستلزم اعتماد داشتن به خود و داشتن ظرفیت پذیرش امور غیرقابل تغییر یا اجتناب‌ناپذیر است.

بنابراین هدف اصلی در این درمان، ترغیب درمانجویان به فکر کردن درباره زندگی، تشخیص‌دادن گزینه‌های پیش روی آنها و انتخاب کردن از بین آنهاست. وظیفه اصلی درمانگر این است که درمانجویان را ترغیب کند تا گزینه‌های خود را برای آفریدن وجود با معنی بررسی کنند.

فنون. در درمان وجودگرا بر فنون تأکید نمی‌شود. استفاده از فنون غالباً به این معنا است که مراجع یک شیء است. در عوض در درمان وجودگرا بر فهمیدن و پذیرفتن مراجع به عنوان موجودی بی‌همتا تأکید می‌شود. درمان یک رویارویی است که مراجع را قادر می‌کند به تجربه کردن نزدیک‌تر شود. مراجع با تجربه کردن خودش یاد می‌گیرد به زندگی معنا و ارزش بدهد.

چهار بنیان‌گذار برجسته روان‌درمانی وجودی و **ویکتور فرانکل، رولو می، جیمز بوگنتال و اروین یالوم** هستند. یکی از مشهورترین درمان‌های وجودگرا، معنادرمانی (logo therapy) است. در این فن سعی می‌شود بیمار برای دنیای بی‌رحم، سنگدل و بی‌معنا، معنایی پیدا کند. ابداع‌کننده این فن ویکتور فرانکل بود. معنا درمانی به معنی درمان از طریق معنی است. مدل فلسفی فرانکل چیزی را که به معنی زنده بودن کامل است روشن می‌سازد. موضوعات مهمی که در سرتاسر کارهای او جریان دارند عبارتند از: اینکه زندگی تحت هر شرایطی معنی دارد؛ انگیزه اصلی برای زیستن میل به معنی است؛ آزادی یافتن معنی در تمام چیزهایی که به آن فکر می‌کنیم؛ و یکپارچگی بدن، ذهن و روح. به عقیده فرانکل، انسان مدرن وسیله‌ای برای زیستن دارد ولی اغلب هیچ معنایی که به خاطر آن زندگی کند ندارد. بیماری دوران ما بی‌معنایی یا خلاء وجودی است و معمولاً زمانی احساس می‌شود که افراد خود را به کارهای عادی مشغول نمی‌کنند. هدف فرایند درمان به چالش طلبیدن افراد برای یافتن معنی و مقصود از طریق رنج کشیدن، کار و عشق است. فرانکل تأکید زیادی بر مسئولیت‌پذیری دارد و آن را مهم‌تر از وقایع تاریخی زندگی مراجع می‌داند. آنچه اهمیت حیاتی دارد یافتن معنای حال و نگاه به آینده است.

دو فن فرانکل معروف است:

1. **قصد تناقضی (paradoxical intention):** در این فن به مراجع گفته می‌شود عمداً رفتاری را انجام یا پاسخی را بدهد که نگران‌کننده و اضطراب‌آور است مثلاً مراجعی که هنگام صحبت کردن در مقابل جمع می‌ترسد

صورتش سرخ شود، باید سعی کند در این گونه موقعیت‌ها، سرخ شود. این روش شبیه درمان با غرقه سازی تجسمی است.

2. **تمرکز زدایی (de-reflection):** در این فن مراجعان یاد می‌گیرند رفتار یا نشانه مشکل ساز را نادیده بگیرند. بسیاری از مراجعان به پاسخ‌های خویش و واکنش‌های بدنشان به شدت عادت کرده‌اند. تمرکز زدایی به آنها کمک می‌کند توجه‌شان را به فعالیت‌ها و افکار سازنده‌تر معطوف کنند.

می‌عقیده داشت که «بودن» جرأت می‌خواهد و انتخاب‌های ما تعیین می‌کنند چه نوع آدمی خواهیم شد. در درون ما کشمکش دایمی وجود دارد. گرچه می‌خواهیم به سمت استقلال و پختگی پیش برویم ولی می‌دانیم که این گسترش فرایند عذاب آوری است. بنابراین، کشمکش، بین امنیت وابستگی و شادیها و عذاب‌های رشد است.

بوگنتال درمان را به صورت سفر درمانگر و درمانجو به اعماق دنیای ذهنی درمانجو توصیف می‌کند. به عقیده بوگنتال، مسأله مهم در درمان این است که به درمانجویان کمک شود تا این موضوع را بررسی کنند که چگونه به سؤال‌های وجودی زندگی پاسخ داده‌اند و بعد برای اینکه زندگی اصیلی را شروع کنند به چالش طلبیده شوند تا تا پاسخ‌های خود را اصلاح کنند.

یالوم در درمان خود بر چهار مسأله اساسی انسان تمرکز دارد: مرگ، آزادی، انزوای وجودی و بی‌معنایی. طبق رویکرد وجودی، جنبه‌های اساسی شرایط انسان از این قرارند: 1. توانایی برای خودآگاهی؛ 2. آزادی و مسئولیت؛ 3. به وجود آوردن هویت خویش و برقرار کردن روابط معنی دار با دیگران؛ 4. جستجو برای معنی، مقصود و ارزش‌ها و هدفها؛ 5. اضطراب به عنوان شرط زیستن؛ 6. آگاهی از مرگ و نیستی.

گشتالت‌درمانی (gestalt therapy)

در گشتالت‌درمانی بر تجربه کردن زمان حال و آگاهی فوری برهیجان و کنش تأکید می‌شود. در این نوع درمان، مراجع به جای جستجوی ریشه‌های درمان، دنبال «تماس برقرار کردن» با احساساتش می‌رود. مشکلات وجودی به صورت پیدا نکردن معنای زندگی در جامعه‌ای که فن آوری زده است و انسان‌ها را از هم جدا می‌کند نمایان می‌شوند.

فردریک (فریتز) پرلز بیشترین نقش را در پیدایش جنبش گشتالت‌درمانی داشت. گشتالت‌درمانی واقعاً ترکیب ناهمگنی از فنون و عقاید است. گشتالت‌درمانگرها با هم توافق نظر ندارند و از این عدم توافق خود لذت می‌برند. هدف آنها ساختن یک نظریه درمانی قانون نگر نیست بلکه درمان مورد نظرشان را بر احساس منحصر به فرد خویش و تفسیرهای‌شان از زندگی بنیان می‌گذارند. علاوه بر این آشفتگی، گشتالت‌درمانی رابطه چندانی با اصول گشتالتی ورتهایمر، کافکا و کوهلر یا لویین ندارد. ارتباط این دو بیشتر سطحی است تا ذاتی و ماهیتی.

مفاهیم بنیادی. مفهوم اصلی در گشتالت‌درمانی این است که شخص یک کل سازمان یافته است نه مجموعه تکه تکه ای از هیجانات، شناخت‌ها و رفتارها. در عین حال انسانها نه تنها باید خود آگاه باشند بلکه باید بفهمند چطور به خودشان لطمه می‌زنند. این آگاهی نیز با آنچه هم اکنون احساس می‌کنند و آن هم لحظه به لحظه حاصل می‌شود. آنها باید هر چیزی را که مانع پیشرفت‌شان به سطح بالاتری از سازگاری می‌شود، به نحوی تجربه کنند تا جزیی از

آگاهی آنان شود. بنا به فرض، اشخاص ظرفیتی درونی برای غلبه بر ناسازگاری‌های خود دارند. اما ابتدا باید موانع موجود بر سر راه ارتقای سازگاری و خود این ظرفیت درونی را بشناسند.

درمانگر نقش یک عامل تسریع کننده را بازی می‌کند و بیمار را متوجه این نکته می‌کند که چطور ظرفیت درونی وی تجلی نمی‌یابد. در گشتالت‌درمانی بر آگاهی لحظه‌ای تأکید می‌شود نه به یاد آوردن خاطرات یا تکانه‌های واپس رانده شده. البته با این که پرلز بسیاری از جنبه‌های روانکاوی را رد می‌کرد ولی رویکردش در واقع مخلوطی از وجودگرایی و روانکاوی بود. برای نمونه، ظهراً وی بینش‌های روانکای سنتی در مورد انگیزش و دفاع را مهم می‌دانست.

حالا. برای پرلز، واقعیت و تجربه و رفتار، حالا است. جستجوی پاسخ‌ها در گذشته یعنی جستجوی پاسخ‌ها در چیزی که وجود ندارد. درمان در زمان حال انجام می‌گیرد و با آگاه شدن مراجع از زمان حال و تشویق وی به آگاهی پیدا کردن از زمان حال، سروکار دارد. پرلز می‌گوید: برای من چیزی جز حالا وجود ندارد. حالا = تجربه = آگاهی = واقعیت. گذشته دیگر وجود ندارد و آینده هم نیامده است. فقط حالا وجود دارد و بس.

به نظر گشتالت‌درمانگرها، اضطراب شکافی بین حال و آینده است (یعنی اشتغال ذهنی با اتفاقات آینده). نقش درمانگر این است که توجه بیمار را به احساسات، افکار و تجارب فعلی جلب کند. درمانگر مفسر نیست چون معتقد است وقوف بر حالا به خودی خود درمان بخش است.

رؤبایاها. روانکاو از بیماران می‌خواهد در مورد جنبه‌های مختلف هر رویا تداعی آزاد کنند. اما گشتالت‌درمانگر از بیمار می‌خواهد همین حالا در اتاق درمان، رویاهایش را دوباره زنده کند. حتی گاهی از او می‌خواهد رویاهایش را بازی کند. به نظر یک گشتالت‌درمانگر، تفسیر فقط بینش عقلی به ارمغان می‌آورد. ولی در گشتالت‌درمانی، بیماران با مواجهه مستقیم با تجربه رویا، خویشتن درونی خویش را کشف می‌کنند.

تو سری زن - تو سری خور: وقتی دو جنبه شخصیت تعارض دارند از بیمار خواسته می‌شود در یک گفتگو به جای آنها صحبت کند. این بخش‌های متضادمعمولاً مشابه سوپرایگو و اید فروید هستند.

دفاع‌ها: هدف گشتالت‌درمانی، افشای بازی‌های مراجعان و دفاع‌های پشت آنهاست. پرلز برای رفتار روان رنجورانه، لایه‌هایی قایل است. گشتالت‌درمانی می‌گوید افراد از روبرو شدن با خودشان طفره می‌روند و با شخص خودشان صادق نیستند. گشتالت‌درمانی افراد را وادار به تجربه کردن و آگاه شدن از کلک‌هایشان می‌کند.

مسئولیت پذیری: نکته بسیار مهم در گشتالت‌درمانی این است که مراجعان مسئولیت کنش‌ها و احساسات خودشان را باید بپذیرند. احساسات و کنش‌ها به مراجع تعلق دارند و مراجع نمی‌تواند آنها را انکار کند و از آنها بگریزد و یا چیزی دیگر یا شخصی دیگر را بابت آنها سرزنش کند. اگر بخواهیم گشتالت‌درمانی را در چهار کلمه خلاصه کنیم باید بگوییم: آگاهی، تجربه، حالا، مسئولیت پذیری.

ناکام کردن مراجع: چون آگاه شدن مراجعان از احساسات‌شان همیشه به راحتی انجام نمی‌شود، گشتالت‌درمانگرها از روش‌های دیگری هم برای خودکاوای استفاده می‌کنند. به عنوان نمونه، پرلز برای آن که مراجعان از نقش‌ها و بازی‌های میان فردی ناسازگارانه خود دست بکشند، عمداً تلاش آنها برای رابطه برقرار کردن با خودش را ناکام می‌گذاشت. فرض کنید مراجع، جلسه را این گونه شروع می‌کند که «واقعاً منتظر این جلسه بودم. امیدوارم بتوانید به من کمک کنید». گشتالت‌درمانگر به جای انعکاس احساس مراجع یا جویاشدن علت آن، روی جنبه فریبکارانه این احساس تمرکز می‌کند چون پیام سخن مراجع این است که «انتظار دارم بدون آن که خیلی زحمت بکشم به من کمک کنید». درمانگر ممکن است بگوید «فکر می‌کنی چطور بتوانم به تو کمک کنم؟» مراجع شاید حرف خود را پس بگیرد و بگوید «خب امیدوار بودم به من کمک کنید بفهمم چرا این قدر غمگین هستم» درمانگر از این پس به ناکام‌گذاشتن تلاش مراجع برای آن که او مشکلات مراجع را حل کند ادامه می‌دهد و در این بین به مراجع می‌فهماند قصد ندارد مسئولیت بهبود او را بر عهده بگیرد. همچنین به مراجع می‌فهماند این یک آرزوی غیرواقع‌بینانه است که درمانگر بتواند او را به شکل سحرآمیزی درمان کند.

قواعد و طرح‌های رفتاری در گشتالت‌درمانی

اگر چه پرلز نظر چندان مساعدی نسبت به تکنیک ندارد ولی می‌توان تکنیک‌های گشتالت‌درمانی را تا حدودی حول دو محور رفتاری یعنی «قواعد» و «طرح‌ها» تشریح کرد. قواعد وسیله مؤثری برای وحدت بخشی به فکر و احساس به مراجع ارائه می‌دهند. قواعد برای کمک به مشاور تدوین شده‌اند تا با استفاده از آنها مقاومتها را از بین ببرند و فرایند بلوغ شخصی را تسهیل کند. قواعد معمولاً ارزش شوک دهی قابل ملاحظه‌ای دارند و راه‌های ممانعت مراجع را از به تجربه در آوردن خود و محیط به او نشان می‌دهند.

قواعد مورد نظر در گشتالت‌درمانی به این شرحند:

- 1) **قاعده «زمان حال»**، که در آن رفتار و احساسات مراجع در زمان حال و موقعیت جاری مورد تاکید قرار می‌گیرد و از زمان حال استفاده می‌شود. ارتباط برقرار کردن بر مبنای زمان (اهمیت ندادن به گذشته یا آینده).
- 2) **قاعده «من و تو»**، که در آن سعی می‌شود مراجع به وجود دو قطب فرستنده و گیرنده پیام توجه کند و در تماس و گفتگوی رسا و بی‌واسطه‌ای قرار گیرد و به جای آنکه درباره فرد دیگری با درمانگر گفتگو کند، آن فرد رامستقیماً مخاطب قرار دهد. ارتباط برقرار کردن بین دو انسان برابر.
- 3) **قاعده زبان «آن» و زبان «من»**، که در آن تلاش می‌شود تا مراجع هنگامی که از بدن و اعمال و رفتار خود سخن می‌گوید از به کار بردن ضمیر سوم شخص بپرهیزد و به جای آن ضمیر «من» را به کار ببرد و مسئولیتهای مترتب بر آن را به عهده بگیرد و نیز، بیشتر به کارکرد اسامی توجه کند تا به نام آنها، اغلب درگفتار شیوه امری را به کار برد و آن را مستقیمترین وسیله گفتگو بداند. این قاعده با مفهوم مسئولیت و درگیری سروکار دارد. استفاده از کلمه من به جای آن (اهمیت دادن به مسئولیت پذیری).

4) قاعده «استفاده از پیوستار آگاهی»، که در آن مراجع ذهن خود را به جای آنکه به «چرا» معطوف دارد، به استفاده از «چه» و «چگونه» معطوف می‌دارد و دقیقاً به احساسات خود می‌پردازد. متمرکز نمودن مستمر مراجع بر تجربه‌های بلا فصل و آنی (مثلاً درمانگر می‌پرسد «وقتی این نفرت را توضیح می‌دهی چه احساسی داری؟» «الان چه احساسی داری؟»).

5) قاعده «ممنوعیت شایعات بی‌اساس و بدگویی»، که موجب بالا بردن سطح احساسات و جلوگیری از اجتناب می‌شود. در این قاعده مراجع وادار می‌شود تا به جای آنکه درباره فردی که در جلسه حاضر است اظهاراتی بکند، او را مستقیماً مخاطب قرار دهد. غیبت نکردن (حرف نزدن در مورد دیگران).

6) قاعده «تبدیل سؤالات به اظهار نظر» در اینجا اگر مراجع سؤالی مطرح کند، مشاور یا درمانگر از او می‌خواهد تا سؤال خود را به صورت یک اظهار نظر ارائه دهد، زیرا سؤال برای مقاصد زیادی و از آن جمله برای امتناع مراجع از کشف واقعیت و حفظ حالت کودکانه و حمایت محیطی به کار گرفته می‌شود. اهمیت ندادن به سؤال‌ها (چون سؤال غالباً روشی برای اظهار نظر است تا اطلاعات گرفتن).

طرح‌های رفتاری (بازی‌های گشتالتی) فعالیت‌هایی هستند که مراجع به توصیه مشاور یا درمانگر برای شناخت احساسات و قطب‌های مختلف شخصیت خویش و چگونگی برخوردش با واقعیات انجام می‌دهد. برخی از این طرح‌ها به این شرحند:

1) طرح «برقراری گفتگو»، که در آن مراجع اجزایی از شخصیت تجزیه شده خود را انتخاب می‌کند و سعی می‌کند بین آنها گفتگویی برقرار کند. این اجزای شخصیت شامل جزء حاکم شخصیت (فراخود یا الزامها) در مقابل جزء مطیع و پیرو آن (جزء مقاوم منفعل)، حالت تهاجمی در مقابل حالت منفعل، شخصیت خوب در مقابل شخصیت رذل، مذکر در مقابل مؤنث و یک سلسله دوقطبیهای دیگر می‌شود. از مراجع خواسته می‌شود که بین هر یک از دوقطبیهای موجود گفتگویی برقرار کند تا سرانجام به آگاهی بهتری دست یابد.

2) طرح «دور چرخیدن»، که در آن از مراجع خواسته می‌شود تا اگر چنانچه گفته یا احساسی دارد، در صورت لزوم، دور بچرخد و آن را به افراد دیگر جلسه بگوید. این تکنیک ممکن است اعمالی مثل لمس کردن، دلجویی و نوازش، مشاهده و متوحش کردن را نیز در بر داشته باشد.

3) طرح «کار یا موضوع ناتمام»، که در این جا هر موقع که مراجع کار یا موضوع ناتمامی داشته باشد، از او خواسته می‌شود آن را به پایان برساند و تمام کند.

4) طرح «پذیرش مسئولیت»، که در آن از مراجع خواسته می‌شود تا برای هر یک از رفتارهایش اعلام قبول مسئولیت کند. از مراجع خواسته می‌شود که به دنبال هر بیانی درباره خودش و احساساتش عبارت «... و من مسئولیت آن را می‌پذیرم» را بیاورد. مثلاً بگوید، «من آگاهم که پایم را حرکت می‌دهم و من مسئولیت آن را می‌پذیرم» یا «من آگاهم که نسبت به دوستم احساس تنفر می‌کنم، و من مسئولیت آن را می‌پذیرم».

- 5) طرح «داشتن یک راز»، که در آن به مراجع آموخته می‌شود رازی را پوشیده نگه دارد و تصور کند دیگران چه واکنشی نسبت به آن خواهند داشت. در این حالت کم کم دلبستگی او به این راز روشن خواهد شد و احساسات گناه و شرمساری او کشف خواهد شد.
- 6) طرح «به عمل درآوردن فرافکنی»: موقعی که مراجع ادراکی را بیان می‌کند که مؤید یک فرافکنی است، از او خواسته می‌شود تا نقش شخصی را که در این فرافکنی وجود دارد بازی بکند و بدین ترتیب کشمکش خود را در این زمینه کشف کند.
- 7) طرح «واژگون سازی»، که در آن از مراجع خواسته می‌شود نقش متضاد با رفتار بارز و تبیین شده را بازی کند (مثلاً به جای آنکه منفعل باشد، با انرژی و مهاجم باشد) تا بدان وسیله با جنبه‌های پنهان شخصیت خود تماس حاصل کند و آنها را تشخیص دهد. به این طرح، فن تعویض نقش نیز می‌گویند.
- 8) طرح «آهنگ تماس و عقب نشینی»: تمایل طبیعی به عقب نشینی امری شناخته شده و مورد قبول است و در درمان، مراجع مجاز است که به تناسب از عقب نشینی موقتی احساس امنیت کند. تماس و عقب نشینی، هر دو در درمان معقول به نظر می‌رسند و مراجع و درمانگر مطابق یک طرح مناسب و موزون به موقع از هر یک استفاده می‌کنند، ولی استفاده مداوم و پیوسته از هر یک از آنها به هیچ وجه توصیه نمی‌شود، چرا که تماس و عقب نشینی فقط در مواقع مناسب مورد قبول است.
- 9) طرح «تمرین و آزمایش»: چون قسمت اعظم تفکر تمرین به منظور آمادگی برای ایفای یک نقش اجتماعی است، اعضای گروه در تمرینها با یکدیگر مشارکت می‌کنند.
- 10) طرح «بزرگ نمایی و اغراق»، یا طرح تکرار؛ در این طرح از مراجع خواسته می‌شود تا رفتار یا بیانی را چندین مرتبه تکرار کند و حتی در برخی موارد رفتار را به رقصی تبدیل کند و یا صدا را بلندتر و مؤکدتر کند تا بدین وسیله به خود آگاهی برسد.
- 11) طرح «ممکن است جمله‌ای به خورد شما بدهم؟»، که مشاور پس از بیان مراجع، که تلویحاً متضمن مفهومی است، با گفتن این جمله عبارت خاصی را به مراجع پیشنهاد می‌کند تا آن را تکرار کند و واکنش خود را نسبت به آن بسنجد. این جمله اغلب متکی بر تعبیر و تفسیر است و از این راه مراجع به نوعی تعبیر و تفسیر شخصی دست می‌یابد.
- 12) طرح «آیا می‌توانید با این احساس مدتی سر کنید؟»: به هنگامی که مراجع در حالت عاطفی شدید قرار دارد و احساس گیجی، یأس و ناکامی شدید می‌کند، مشاور از او می‌خواهد تا موقتاً با احساس خودش بسازد ولی ادراکات و تصوراتش را بازگو کند، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا موفق شود تصور و ادراکاتش را از هم تمیز دهد.
- 13) طرح «صندلی خالی»: زمانی که موضوع ناتمام با فرد دیگری ارتباط دارد، باید مراجع را تشویق کرد تا از طریق گفتگو و بحث با آن فرد موضوع ناتمام را کامل کند. چنانچه فرد دیگر حضور نداشته باشد، توصیه می‌شود که مراجع با به کارگیری یک صندلی خالی به ایفای نقش با طرف غایب بپردازد و حتی پاسخهای احتمالی او را نیز بیان کند. ایفای نقش با طرف غایب این ارزش را دارد که مشاور می‌تواند دریابد که به هنگام مواجهه مراجع با دیگران چه اتفاق می‌افتد و عکس‌العملهای مراجع در قبال آنها چیست.

14) طرح «صندلی داغ»؛ این روشی است که بدان وسیله شخصی در گروه داوطلب می‌شود تا با مشاور کار کند و به شناخت احساسات و عواطفش در زمینه موضوعی که در گذشته اتفاق افتاده است نایل آید و آن را تجربه کند. در این شیوه مراجع بروی یک صندلی، که در مرکز گروه قرار داده شده است، می‌نشیند و اعضای گروه با طرح سؤالاتی از او می‌خواهند تا احساسات و عواطفش را بروز دهد.

15) فن نامه ارسال نشده؛ در این فن گشتالت‌درمانگر از مراجعان می‌خواهد احساساتشان را درباره آدم‌های مهم زندگی‌شان روشن کنند و آنها را بیرون بریزند؛ مراجعان نامه‌ای می‌نویسند که در آن احساسات مهم ولی بیان نشده خود را بازگو می‌کنند ولی آن را ارسال نمی‌کنند.

موعظه‌های اخلاقی (moral precepts): نارانیو (1970) موعظه‌های اخلاقی یا قواعد زندگی برای بیماران گشتالت‌درمانی را این گونه بیان کرده است:

1. در زمان حال زندگی کن. (متوجه حال باش نه گذشته یا آینده).
2. این مکانی زندگی کن. (متوجه آنچه هست باش نه آنچه نیست).
3. تخیل نکن. (فقط واقعیت را تجربه کن).
4. تفکر بی جا نکن. (به شنیدن، دیدن، بوییدن، چشیدن و لمس کردن روی بیاور).
5. مستقیم بیان کن. (توضیح نده، قضاوت نکن، فریب نده).
6. بر خوشایند و ناخوشایند آگاه باش.
7. بایدهایی را که متعلق به خودت نیستند کنار بگذار.
8. مسئولیت اعمال، افکار و احساسات را به طور تمام و کمال بپذیر.
9. آنچه هستی را قبول کن.

انتقادهای وارده به گشتالت‌درمانی

اطلاعات ما درباره گشتالت‌درمانی کم است. یکی از دلایل اطلاعات کم ما در مورد گشتالت‌درمانی این است که اکثر گشتالت‌درمانگرها مخالف تحقیق هستند. بنا به دلایلی که همیشه خیلی مشخص نیستند، از نظر آنها ارزیابی تحقیقاتی تقریباً یک عمل ضد انسانی محسوب می‌شود.

گشتالت‌درمانی محصول عصر بحران اجتماعی و از خودبیگانگی در آمریکا است. در نتیجه بهترین مشتریان، افراد جوان و تحصیل کرده‌ای هستند که مشکل از خودبیگانگی و غریبه شدن با خود را دارند.

گشتالت‌درمانی با پرداختن صرف به زمان حال، در معرض این خطر قرار می‌گیرد که راه‌حل کوتاه‌مدتی باشد؛ راه حل کوتاه‌مدتی که لذت‌گرایی را جایگزین معناجویی می‌کند.

ارزیابی مختصر درمان‌های پدیدار شناختی و انسان‌گرا - وجودگرا

نقاط مثبت

1. تأکید بر اهمیت تجربه و آگاهی به جای توجه صرف بر کمی‌کردن یا شمردن محرک‌ها و شرایط محیطی؛
2. توجه به قدرت انتخاب، تصمیم‌گیری و تغییر انسان‌ها به جای جبرگرایی و ماشینی فرض کردن آنها؛

3. توجه و تأکید کردن بر زمان حال و امکان شکل دادن به آن به جای توجه صرف به آینده یا گذشته؛
4. اهمیت قائل شدن برای رابطه درمانی و حتی غلبه دادن رابطه بر فن؛
5. تأکید بر خودشکوفایی و گرایش به کمال انسان‌ها و عدم تأکید بر آسیب شناسی روانی آنها.

نقاط منفی

1. پیشداوری در مورد سایر رویکردهای درمانی: دیدگاه‌های پدیدار شناختی با استفاده مداوم از کلماتی همچون انسان‌گرایی، پذیرش؛ آزادی، خودشکوفایی، کمال و صداقت‌تلویحاً این معنا را می‌رسانند که سایر رویکردها غیر انسانی و توأم با طرد کردن، استبداد، پوچی و تقلب هستند درحالی که در واقع اینگونه نیستند.
2. تأکید زیاد بر تجارب ذهنی و احساسات و آگاهی صرف و غفلت از توجه به استدلال و تعقل انسان‌ها؛
3. طرد علم، گذشته، ناهشیار، بینش یا اصلاح رفتار و به جای آن داشتن شور و شوق در ارتباط درمانی بدون بررسی علمی کافی؛
4. مشکل بودن تعریف و وارد شدن به میدان پدیداری هر شخص بدون توجه به گذشته و یادگیری‌های محیطی فرد؛
5. بی‌توجهی کلی این رویکردها نسبت به سنجش و تشخیص و تبعات ناشی از این بی‌توجهی برای بیماران سایکوتیک و عقب مانده‌های ذهنی.
6. فن‌مداری درمان‌های انسان‌گرا - وجودگرا با توجه به اینکه برای تمام بیماران از یک روش مشخص درمانی (فقط یک فن؛ یعنی پذیرش بی‌قید و شرط و مسئولیت‌پذیری بیمار) استفاده می‌کنند در حالی که داعیه مخالفت با استفاده از فنون را دارند.
7. تحقیقات کم در خصوص این درمان‌ها و آسیب‌های ناشی از این امر؛ (نورکراس و همکارانش (1997) اشاره کرده‌اند که روانشناسان بالینی فعلی کمتر از همه از رویکردهای انسان‌گرا و راجرزی استفاده می‌کنند (به ترتیب 3% و 1%).
8. زبان گنگ و نامفهوم این جنبش. از جمله عباراتی مثل سکوت درونی! تمرین‌های آگاهی یابی‌موزون از اینجا تا آنجا! فرانیاها! تجارب اوج! دازاین! صداقت! فرایند من! بودن! رویارویی! نقطه مریضی!

رویکردهای انسان‌گرای پست‌مدرن

فلسفه‌های پست‌مدرنی، حقیقت عینی، مطلق یا مستقل از ادراک‌کننده را قبول ندارند. این فلسفه‌ها که به آنها رویکردهای ساخت‌گرا یا میان‌ذهنی هم می‌گویند، مدعی هستند آدم‌ها از لحاظ روانشناختی در یک واقعیت ذهنی زندگی می‌کنند نه در یک واقعیت عینی. در نتیجه درمانگران پیرو این فلسفه‌ها در صدد هدایت، راهنمایی و تعلیم نیستند. در عوض، واقعیت‌های ذهنی خود را وارد جلسات درمان می‌کنند و آنها را با واقعیت‌های ذهنی مراجعان در می‌آمیزند. در این درمان‌ها، مدل درمانگر به عنوان همکار جای مدل درمانگر به عنوان متخصص را می‌گیرد.

وجه اشتراک روان‌درمانی‌های انسان‌گرای پست‌مدرن با رویکردهای پست‌مدرن و رابطه‌ای روان‌پوشی و رویکردهای وجودی این است که در تمام این درمان‌ها درمانگر به مراجع کمک می‌کند روایت زندگی خود را دوباره تألیف کند یا سازه‌های جدیدی را در مورد خود و رابطه بیازماید که نویدبخش‌تر هستند. همچنین تمام این رویکردها بر ذهنی‌بودن ادراک مراجع و درمانگر تأکید دارند، از مقوله بندی و تشخیص حذر می‌کنند و براهمیت رابطه‌ی درمانی به عنوان عامل شفابخش تأکید می‌کنند.

تفاوت اصلی رویکردهای پست‌مدرن روان‌پویایی با رویکردهای پست‌مدرن انسان‌گرا، این است که نظریه پردازان روان‌پویایی هنوز بر اساس فرایندهای ناهشیار، ساختارهای شخصیت، دفاع‌ها و تکرار رابطه‌های قبلی به مسائل نگاه می‌کنند، در حالی که نظریه پردازان انسان‌گرا، تصمیم‌گیری هشیارانه، فرایند شخصیت، از خودبیگانگی و عدم آگاهی را مبنا قرار می‌دهند.

فصل چهاردهم

روان‌درمانی: دیدگاه‌های رفتاری و شناختی – رفتاری

رفتاردرمانی (behavior therapy) و رفتاردرمانی شناختی (cognitive-behavior therapy)

درمان‌های رفتاری و رفتاری - شناختی غالباً تحت عنوان رفتاردرمانی گفته می‌شوند. رویکرد رفتاری، خود را: 1. علمی می‌داند. 2. اهمیتی برای نقش متغیرهای استنباطی قائل نیست. رفتارگراها، ریشه‌های خود را در «علم» اسکینر یا پاولف جستجو می‌کنند نه «ذهن‌گرایی» فروید. آنها بر محرک‌ها و پاسخ‌ها متمرکزند نه بر متغیرهای میانجی این دو. در حال حاضر رفتاردرمانی گسترش یافته و شامل فنونی شده است که فرایندهای شناختی و دیگر فرایندهای میانجی را نیز در بر می‌گیرد.

واتسون و رینر (1920) مطالعه معروف آلبرت و موش را انجام دادند. مری کاور جونز (1924) نشان دادند که چطور می‌توان ترس‌های آموخته شده را برطرف کرد. آنها پسر بچه‌ای به نام پیتر را که از خرگوش‌ها، موش‌ها و اشیای مشابه می‌ترسید را با روش‌های رفتاری مورد درمان قرار دادند.

باید توجه داشت که «ذهن‌گرایی» روانکاوی یا دیگر رویکردهای روان‌پویشی همان «فرایندهای شناختی» مورد استفاده امروزی نیستند. در مقام مقایسه این دو نظریه می‌توان گفت:

1. فرایندهای فکری مطرح شده در نظریه فروید، بیشتر فرایندهای نامعقول و تحریف‌آمیز بودند تا فرایندهای مرتبط با حل مسئله.

2. آنها مفاهیم مبهمی بودند که قابل اندازه‌گیری نبودند و پیشایندها و پیامدها در آنها مشخص نبود.

3. ارجاع‌های فروید به فرایندهای فکری هرگز تعریف عملیاتی نداشت.

4. ذهن‌گرایی مورد نظر فروید تا حد زیادی در خدمت ایگو، اید و سوپرایگوی مادی شده بود.

اما مفاهیم مطرح در دیدگاه شناختی

1. بر انتظارات، طرحواره‌های شناختی یا فرایندهای حافظه تأکید دارند.

2. این مفاهیم قابل اندازه‌گیری و کمیت پذیرند.

3. می‌توانیم آنها را به نحوی عینی تعریف کنیم طوری که همه برداشت یکسانی از آنها داشته باشند.

تعریف ولپی از رفتاردرمانی

کاربرد اصول و مدل‌های یادگیری مبتنی بر تجربه و آزمایش به منظور از بین بردن عادت‌های ناسازگار.

ویژگیهای اصلی رفتاردرمانی

1. اغلب رفتارهای نابهنجار طبق همان اصول رفتار نابهنجار، اکتساب و نگهداری می‌شوند.
2. اغلب رفتارهای نابهنجار را می‌توان از طریق به کارگیری اصول یادگیری اجتماعی تغییر داد.
3. در رفتاردرمانی ارزیابی پیوسته است و بر عوامل تعیین کننده رفتار تمرکز دارد.
4. افراد به بهترین وجه بر اساس آنچه در موقعیت‌های خاص زندگی فکر می‌کنند، آنچه احساس می‌کنند و آنچه انجام می‌دهند توصیف می‌شوند.
5. درمان از نظریه و یافته‌های روانشناسی بدست می‌آید.
6. روشهای درمان دقیقاً مشخص می‌شوند و تکرار پذیر هستند.
7. درمان به صورت فردی برای مشکلات گوناگون و افراد مختلف طراحی می‌شود.
8. در مورد هدف‌ها و روش‌های درمان با درمانجو قرارداد بسته می‌شود.
9. درباره تأثیر شیوه‌های درمانی خاص بر مشکلات خاص، تحقیق می‌شود.
10. نتیجه درمان بر حسب ایجاد تغییر در رفتار، تعمیم آن به شرایط واقعی زندگی و نگهداری آن در طول زمان ارزیابی می‌شود.

در اغلب اختلال‌های رفتاری، عامل اصلی اضطراب است. وقتی فرد با محرک تهدید کننده‌ای مواجه می‌شود الگوی پاسخهای دستگاه عصبی سمپاتیک در درجه اول اضطراب است. اضطراب را می‌توان یاد گرفت. یادگیری در صورتی روی می‌دهد که پاسخ طبیعی بدن در مجاورت زمانی با یک محرک فراخوانده شود و این محرک معین محرکی خنثی باشد. بنابراین از دیدگاه رفتارگرایان، رفتارهای مرضی و نوروتیک، همه نوعی یادگیری هستند. در نظریه رفتارگرایی، انسان نغذاتاً خوب است و نغذاتاً بد. بلکه یک ارگانیزم تجربه گر است که استعداد بالقوه‌ای برای همه نوع رفتار دارد.

رفتارگرایان مفهوم اراده آزاد را مطلقاً انکار می‌کنند و اعتقاد ندارند که فرد می‌تواند به شیوه‌ای رفتار کند که به حوادث پیشین وابسته نباشد.

گرچه اضطراب و رفتار روان نژندی در نظر بعضی‌ها، رفتاری آموخته شده به حساب می‌آید، عده‌ای از رفتاردرمانگران معتقدند که علاوه بر آن اضطراب و رفتار روان نژندی ممکن است زاده قصور فرد در یادگیری طرحهای رفتاری مناسب نیز باشد و فرد اصولاً پاسخ‌های لازم را نیاموخته باشد.

در رفتاردرمانی هدف اصلی درمان آن است که ارتباط‌های نامطلوب میان محرک - پاسخ (S-R) به نحو مطلوبی تغییر کند.

رابطه در رفتاردرمانی

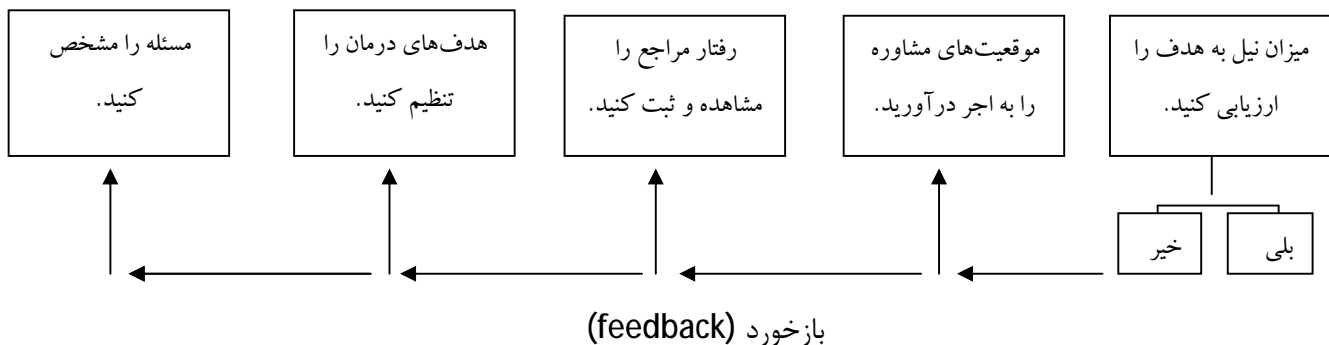
اصولاً رفتار درمانگرها در توضیح و تبیین موفقیت روش‌های درمانی خود، نقش رابطه را به عنوان یک عامل مهم و مؤثر نادیده می‌گیرند. گاهی گفته می‌شود موضع رفتاردرمانگرها در قبال بیماران، سرد و مکانیکی است. این تلقی بیشتر یک افسانه یا تفکر قالبی است تا یک حقیقت. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند به نظر مراجعان، عوامل رابطه‌ای نقش بسیار مهمی در موفقیت رفتاردرمانی دارند. زیرا:

1. رفتاردرمانگرها سعه صدر بیشتری دارند و مشکلات مراجعان را بیشتر می‌پذیرند (چون مشکلات آنان را نشانگر فرایندهای ناهشیار نمی‌دانند).
2. در رفتاردرمانی، همکاری و «آموزش» بیشتری دیده می‌شود.
3. مداخلات‌تصريحاً معطوف به رفتارهای مشکل‌سازي هستند که درمانگر و مراجع بر سر تغییر دادن آنها به توافق رسیده اند.

گسترده‌گی طیف درمان‌های رفتاری

رفتاردرمانگرها از فنون مختلفی استفاده می‌کنند - آن هم نه فقط در مورد بیماران مختلف بلکه در مورد یک بیمار در مقاطع مختلف درمان. لازاروس به این قضیه تحت عنوان **گسترده‌گی طیف رفتاردرمانی** اشاره می‌کند. در رفتاردرمانی هر فن هدف خاصی دارد ولی در واقع، این فنون مکمل یکدیگرند. باید توجه داشت که قبل از انتخاب و اجرای فنون یا درمان‌های رفتاری، یک **سنجش رفتاری جامع** صورت می‌گیرد (رجوع کنید به فصل نهم).

گام‌های رفتاردرمانی



تکنیک‌های رفتاردرمانی

1. حساسیت‌زدایی منظم (systematic desensitization)

این تکنیک توسط سالتر در سال (1949) و ولپی در سال (1958) ابداع شد، تکنیکی برای کاهش اضطراب است و مبتنی بر این اصل ساده است که نمی‌توان هم آرامش عضلانی داشت و هم اضطراب، و این اصل ساده؛ بازداری تقابلی نام دارد. در این فن ابتدا نحوه ایجاد آرامش به بیماران آموزش داده می‌شود (مثل تصور یک روز آفتابی در

کنار دریا) و سپس محرک‌هایی که به تدریج اضطراب‌آورتر می‌شود به بیمار ارائه می‌شود. یعنی بیمار این دو را با هم تجربه می‌کند. محرک‌های اضطراب‌زا را همزمان با حالت آرامش، در نتیجه حساسیت بیمار نسبت به این محرک‌های ترسناک زوده می‌شود. حساسیت‌زدایی منظم برای رفع ترس از حیوانات، اضطراب صحبت در حضور جمع و اضطراب اجتماعی مؤثر است.

فن و روش اجرا. حساسیت‌زدایی منظم با اخذ تاریخچه مشکل بیمار شروع می‌شود. این تاریخچه شامل اخذ اطلاعات در مورد شرایط تسریع‌کننده و عوامل رشدی می‌شود. همچنین باید ارزیابی کنیم که آیا حساسیت‌زدایی منظم، درمان مناسبی برای بیمار هست یا نه؟

حساسیت‌زدایی منظم‌ها غالباً برای بیماری مناسب است که توان مقابله‌ای رضایت بخشی دارد ولی در برخی وضعیت‌ها دچار اضطراب شدید می‌شود. از سوی دیگر، اگر بیمار فاقد برخی مهارت‌ها باشد و در وضعیت‌هایی که نیاز به آن مهارت‌هاست مضطرب شود، حساسیت‌زدایی نامناسب و مخرب است. برای مثال اگر فردی به دلیل اینکه در رانندگی مهارت پیدا نکرده است دچار اضطراب می‌شود، بهتر است با تمرین بیشتر رانندگی را یاد بگیرد تا اینکه حساسیت‌زدایی شود.

سپس مشکل برای بیمار تشریح می‌شود. این تشریح شامل طرح مثال‌هایی از زندگی بیمار و نحوه فراگیری اضطراب‌ها توسط او و حفظ آنهاست. به دنبال این قضیه، ضرورت اجرای حساسیت‌زدایی منظم توضیح داده می‌شود. سپس منطق اجرای حساسیت‌زدایی و نحوه اجرای آن توضیح داده می‌شود.

مراحل بعدی، تهیه سلسله مراتب اضطراب و آموزش آرامش (Relaxation) است. هم زمان با تهیه کردن سلسله مراتب اضطراب، آموزش آرامش نیز شروع می‌شود.

آموزش آرامش. رفتار درمانگرها غالباً از روش‌های آرامش پیش رونده جکوبسون (1938) استفاده می‌کنند. به طور کلی 6 جلسه صرف آرامش‌آموزی می‌شود. به بیمار گفته می‌شود که عضلات خود را سفت، سپس شل کند. سپس فرق احساس شل بودن عضلات و گرفتگی آنها را حس کند. دستورالعمل ایجاد آرامش را می‌توانیم ضبط کنیم و بیمار در منزل جهت تمرین، پخش کند. می‌توان از هیپنوتیزم و تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های تنفسی هم برای ایجاد آرامش استفاده کنیم.

سلسله مراتب اضطراب (anxiety hierarchy). بیمار و درمانگر با مشارکت هم برای وضعیتی را که مشکلات اضطرابی در آن روی می‌دهند یک سلسله مراتب اضطراب تهیه می‌کنند. سپس این سلسله مراتب از وضعیتی که کمترین اضطراب را ایجاد می‌کند تا وضعیتی که بیشترین اضطراب را به وجود می‌آورد مرتب می‌شوند. یک سلسله مراتب اضطراب شامل 20 تا 25 ماده است که در فواصل مساوی از کم تا متوسط و زیاد چیده شده اند.

در مرحله بعد از بیمار خواسته می‌شود ضعیف‌ترین ماده سلسله مراتب را تجسم کند و درمانگر صحنه را توصیف می‌کند و بیمار (حدوداً 10 ثانیه) خودش را در آن صحنه تجسم می‌کند. سپس باید صحنه آرامش‌آور را به خاطر بیاورد و عضلاتش را کاملاً ریلکس کند. سپس درمانگر، بیمار را به تدریج در سلسله مراتب بالا می‌برد (هر جلسه 5 ماده). در هر ماده بیمار باید کاملاً آرامش پیدا کند و آن صحنه اضطراب‌آور قبلی، برایش اضطرابی ایجاد نکند. این کار ادامه می‌یابد تا جایی که فرد حتی با قرار گرفتن در آن صحنه نیز اضطراب پیدا نکند.

هر گاه سطح اضطراب بیمار در یک ماده بالا برود به درمانگر علامت می‌دهد و او نیز از بیمار می‌خواهد تجسم آن صحنه را قطع کند. سپس درمانگر به بیمار کمک می‌کند به آرامش برسد و پس از چند دقیقه، بیمار مجدداً تجسم را شروع می‌کند. در حالت آرمانی، بیمار باید بتواند ظرف چند جلسه بدون هیچ ناراحتی خاصی، بالاترین ماده را در سلسله مراتب تجسم کند.

دلایل منطقی: ولپ شرطی‌سازی تقابلی (counterconditioning) را دلیل تأثیر گذاری حساسیت‌زدایی منظم می‌داند (یعنی جایگزین کردن آرامش به جای اضطراب). برخی می‌گویند در واقع عمل خاموشی صورت می‌گیرد. متیوز فرضیه خوگیری را مطرح می‌کند. از طرفی برخی متخصصان دریافته‌اند که ارائه معکوس سلسله مراتب یعنی (از اضطراب‌آورترین صحنه به کم اضطراب‌آورترین صحنه) نیز ترس‌های شدید را کاهش می‌دهد.

مؤلفه‌های حساسیت‌زدایی: 1. دستورالعمل‌ها، این نکته را القاء می‌کنند که نتیجه مثبتی عاید خواهد شد. بنابراین، فرایند مزبور تحت تأثیر قضیه انتظار بهبود قرار می‌گیرد. 2. عنصر دوم، تقویت مثبت درمانگر است که پس از اطلاع دادن کاهش اضطراب توسط بیمار، بهبود یافتن وی در خارج از اتاق درمان و طی کردن موفقیت‌آمیز سلسله مراتب اضطراب، انجام می‌شود. 3. گولد فرید می‌گوید حساسیت‌زدایی منظم صرفاً یک فرایند انفعالی، با هدف کاهش ترس بیماران نیست. بلکه نوعی مهارت‌آموزی است که بیمار طی آن می‌تواند ترس خودش را کم کند. به همین جهت، حساسیت‌زدایی منظم از نظر گولد فرید، آموزش خویشتن داری است. 4. والینس و ری از دیدگاه شناختی می‌گویند علت اثربخشی حساسیت‌زدایی منظم، اعتقاد بیماران به آرامش یافتن است. 5. سالیوان و دنی اهمیت ایجاد توقع بهبود در بیماران را مطرح می‌کنند.

به طور کلی اثربخشی حساسیت‌زدایی منظم به عنوان یک مداخله روانشناختی در رفع موردهای بالینی در حد متوسط می‌باشد. این تکنیک برای درمان اختلالات اضطرابی، به ویژه فوبی‌های شدید، اضطراب اجتماعی، اضطراب صحبت در برابر جمع و اختلال‌های اضطراب فراگیر مؤثر است.

2. آموزش آرمیدگی (Relaxation)

این تکنیک در حساسیت‌زدایی منظم نیز استفاده می‌شود. وقتی شخص مضطرب می‌شود واکنش او متشکل از سه بخش متفاوت است. بخش احشایی (interceptive cues) (افزایش ضربان قلب، تعریق، تنش عضلانی و...)، بخش رفتاری (اجتناب، سعی برای فرار کردن). بخش شناختی (افکار منفی مثل: من دارم از حال می‌روم. نمی‌توانم مقابله کنم). مردم معمولاً ابتدا تغییرات فیزیولوژیک را تجربه می‌کنند و بعد یک اندیشه منفی به سراغ آنها می‌آید که خود واکنش فیزیولوژیک را افزایش می‌دهد و بدین ترتیب دور باطلی ایجاد می‌شود. یکی از راههای مؤثر برای ایجاد گسستگی در این دور باطل این است که بر واکنش فیزیولوژیک تمرکز کنیم و یاد بگیریم چگونه آن را کنترل کنیم. این کار را می‌توانیم با آموزش فن آرامش به بیمار انجام دهیم. روش‌های مختلفی برای آرمیدگی مطرح شده‌اند که معروفترین آنها روش جاکوبسنی (ادموند جاکوبسن) می‌باشد. افراد دیگر صاحب نظر در این زمینه است، گلد فرید و دیویسون می‌باشند.

روش انجام آرمیدگی: تمرین‌هایی که در آموزش آرمیدگی یاد داده می‌شود بر روی بیست گروه متفاوت از عضلات متمرکز است. این تمرینها بر روی یک دست شروع و سپس برای دست دیگر تکرار می‌گردند. پس از آن تمرینها بر روی سر متمرکز می‌شوند و سپس به طرف پایین بدن و پنجه‌های پا ادامه پیدا می‌کنند.

دستورالعمل به این صورت است که: «هر گروه از عضلات را به مدت 5 ثانیه منقبض نگه دارید سپس این انقباض را نه به سرعت بلکه به تدریج رها کنید. سپس لحظه‌ای منقبض کردن را متوقف کنید تا عضلات به تدریج آرام شوند. هر تمرین را دو بار، با یک وقفه 10 ثانیه‌ای میان دو تمرین تکرار کنید. بر روی احساسات هنگام انقباض و هنگام ریلکس بودن تمرکز کنید و آنها را به خاطر بسپارید».

3. مواجهه‌درمانی (Exposure therapy)

مواجهه‌درمانی یکی از فنون رفتاردرمانی است که شکل اصلاح شده غرقه‌سازی یا غرقه‌سازی تجسمی است. سابقه مواجهه‌درمانی و ریشه‌های آن به کارهای مسرمن بر می‌گردد که واکنش‌های اضطرابی و رفتارهای اجتنابی گربه‌ها را بررسی می‌کرد.

مواجهه‌درمانی برای درمان فوبی‌ها، اختلال وحشت زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از مکان‌های باز، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر است.

رویاریویی یا مواجهه به روبرو شدن با چیزی تعریف می‌شود که به علت برانگیختن اضطراب، مورد اجتناب قرار گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد که برای نیل به مطلوب‌ترین کارایی، رویاریویی باید تدریجی، مکرر و طولانی باشد و کارهای مورد تمرین به وضوح مشخص شده باشد. مواجهه می‌تواند تجسمی (in imagino) یا واقعی (in vivo) باشد. در حالت تجسمی درمانگر از بیماران می‌خواهد که محرک ترسناک یا وضعیت اضطراب‌آور را تجسم کند.

اصول مواجهه‌درمانی

1. مواجهه باید طولانی باشد.
2. مواجهه باید آن قدر تکرار شود تا ترس و اضطراب برطرف شود.
3. مواجهه باید تدریجی باشد یعنی از محرک‌های کمتر اضطراب‌آور شروع شود و به محرک‌ها و وضعیت‌های پر اضطراب ختم شود.
4. بیماران باید به محرک‌های ترسناک توجه کنند و تا حد امکان با آنها تماس و تعامل داشته باشند (اجتناب نکنند).
5. مواجهه باید اضطراب‌آور باشد (به قدر کافی اضطراب ایجاد کند).

این فن مثل سایر فنون می‌تواند به تنهایی یا در کنار سایر فنون به کار برده شود مثلاً در وسواس فکری - عملی این فن به همراه جلوگیری از پاسخ (Exposure with response prevention) استفاده می‌شود. مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP)، مؤثرترین درمان وسواس است.

این درمان بر این فرض مبتنی است که وسواس‌های فکری، اضطراب و ناراحتی زیادی ایجاد می‌کنند و وسواس‌های عملی، با هدف کاهش این اضطراب انجام می‌شوند. البته اگرچه وسواس‌های عملی به طور موقت، اضطراب را کم

می‌کنند ولی اضطراب و سواس فکری باقی می‌ماند چون خوگیری روی نمی‌دهد. رفتار اجباری به این دلیل ادامه می‌یابد که کاهش اضطراب، تقویتش می‌کند. هدف از مواجهه به علاوه پیش‌گیری از پاسخ این است که در این الگو خلل ایجاد شود. به این ترتیب که (1) بیمار در وضعیت‌هایی قرار می‌گیرد که وسواس فکری ایجاد می‌کند و (2) اجازه داده نمی‌شود برای رفع این وسواس، رفتارهای اجباری معمول را انجام دهد. در نتیجه امید می‌رود که (1) بیمار به افکار، تصورات یا تکانه‌های وسواسی خو بگیرد (و سطح اضطراب ناشی از آنها کاهش یابد) و (2) رفتارهای اجباری به دلیل پیش‌گیری به عمل آمده، دیگر تقویت نشوند.

رویارویی تجسمی در مواردی مثل صاعقه هراسی یا پرواز هراسی که انجام رویارویی واقعی و زنده ممکن نیست استفاده می‌شود. تلفیق این دو را هم می‌توان استفاده کرد یعنی هم تجسمی هم واقعی.

4. تمرین رفتاری (Behavior rehearsal)

اصطلاحات ایفای نقش و تمرین رفتاری معمولاً به جای یکدیگر به کار برده می‌شوند. در بین اینها تمرین رفتاری ابهام کمتری دارد چون دارای دستورالعمل صریح و روشنی است. هدف تمام این فنون، افزایش رفتارهای مقابله‌ای بیماران است.

مورنو (1947) نمایش روانی را ابداع کرد که نوعی نقش بازی کردن است. کلی (1955) نیز از نقش‌درمانی ثابت استفاده کرد. اما روش‌های آنها، اهداف رفتاری نداشتند. برای مورنو، فایده نقش بازی کردن، تخلیه درمان بخش هیجان‌ها بود و به تشخیص علل مشکلات بیماران کمک می‌کرد. نقش بازی کردن برای کلی نیز روشی جهت تغییر ساختار شناختی بیماران بود.

اگر بخواهیم به افراد آموزش بدهیم که یک نقش جدید رفتاری را بپذیرند می‌توانیم از این روش استفاده کنیم. این فن در حل مشکلات مربوط به روابط با افراد دیگر موثر است. همچنین به عنوان ابزاری مفید برای اینکه رفتار توأم با جرأت مراجع را تسهیل کند.

این فن 4 مرحله دارد:

1. آماده کردن مراجع: توضیح دادن علت فراگیری رفتارهای جدید، قبولاندن سودمندی تمرین رفتاری به مراجع و کم کردن اضطراب اولیه مراجع در مورد نقش بازی کردن و غلبه بر حالت خجالت و ناراحتی اولیه؛
2. انتخاب موقعیت‌های مورد نظر: در این مرحله می‌توانیم سلسله مراتبی از رفتارها را ترسیم کنیم و سپس این سلسله مراتب را از راحت‌ترین موقعیت به سخت‌ترین موقعیت اجرا کنیم و به مراجع آموزش دهیم؛
3. تمرین رفتاری واقعی: یعنی مراجع با توجه به سلسله مراتب، رفتارها را تمرین کند و در حین تمرین به لحن صدا، آهنگ، گفتار، حرکات، تماس چشمی، وضعیت عمومی بدن و عناصر دیگر ارتباطی توجه کند تا بتواند بهترین ارتباط را یاد بگیرد. تمام این اجزا باید تکه تکه و مورد به مورد یاد داده شوند نه یک باره. در این مرحله درمانگر می‌تواند با اجازه مراجع از وی فیلمبرداری کند یا از الگوی دیگری مثل دستیارش برای آموزش مراجع استفاده کند و به بیمار بازخورد بدهد؛

4. اجرای رفتارهای جدید در موقعیت‌های زندگی: بعد از اینکه مراجع، یک شیوه رفتارهای جدید را یاد گرفت باید آن را در زندگی واقعی خود اجرا کند. باید به مراجع یادآوری کرد که عدم اجرای این مرحله درمان را بی نتیجه خواهد کرد (حساس بودن و ضرورت این مرحله). بعد از هر بار اجرای نقش‌ها و رفتارهای یاد داده شده، مراجع می‌تواند با درمانگر ملاقات کند و به او گزارش بدهد و درمانگر اشکالات او را برطرف نماید.

5. جرأت‌آموزی (آموزش ابراز وجود یا آموزش اظهار وجود) (Assertiveness Training)

جرأت‌آموزی در واقع نوعی تمرین رفتاری است که برای موقعیت‌های خاصی استفاده می‌شود. به نظر ولپی، ابراز وجود نوعی بازداری تقابلی است یعنی نمی‌توان هم ابراز وجود کرد و هم منفعل بود. رفتارهای جسورانه جلوی اضطراب را می‌گیرند.

آموزش ابراز وجود در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در ارتباطات اجتماعی خود، احساس عدم کفایت شدید شخصی می‌کنند (افراد بزدل و منفعل). چنین افرادی قادر به دفاع از حقوق خود، بیان افکار و احساسات، ابراز شخصیت، صحبت کردن در جمع، رد کردن خواسته‌های غیر منطقی دیگران و به طور کلی برقراری ارتباط مثبت نیستند.

همچنین برای درمان مشکلات جنسی، افسردگی و اختلالات زناشویی نیز از جرأت‌آموزی استفاده شده است. همچنین این روش برای اشخاصی هم که نه تنها به راحتی حالت‌های خود را بروز می‌دهند بلکه پرخاشگر هم هستند می‌تواند مؤثر واقع شود زیرا آنها می‌آموزند که چگونه ابراز وجود کنند تا جنبه مثبت و خلاق داشته باشند و متناسب با معیارهای اجتماعی رفتار کنند.

هدف از جرأت‌آموزی، آموزش پرخاشگری نیست. در واقع جرأت‌آموزی روشی برای آموزش این نکته به مردم است که بدون نقض حقوق دیگران، احساس خود را بیان کنند.

جرأت‌آموزی با روشهای اطلاع‌رسانی، فنون عقلانی - هیجانی (رفع انتظارات غیر واقع بینانه)، حساسیت زدایی (رفع اضطراب انتظاری)، آموزش فنون رفتاری، الگو برداری و... انجام می‌شود. در میان روش‌های زیادی که برای افزایش جرأت انسان‌ها وجود دارد، تمرین رفتاری بارزترین آنها می‌باشد.

امروزه عده‌ای به جای اصطلاح جرأت‌آموزی، از اصطلاح «آموزش مهارت‌های اجتماعی» و «مهارت‌های مقابله‌ای» استفاده می‌کنند.

6. درمان انزجاری؛ انزجار درمانی؛ بیزاری درمانی؛ درمان اجتنابی

Aversion Therapy; Avoidance Therapy

این تکنیک درمانی عبارت است از اجرای اصول بازداری متقابل برای برطرف کردن رفتارهای ناپهنجار. اساس این درمان را این اصل ساده تشکیل می‌دهد که وقتی پاسخی پیامد نامطلوبی داشته باشد (مثل تنبیه یا درد)، نیرومندیش کم می‌شود. در این روش، در یک زمان مناسب، یک محرک آزار دهنده مثل شوک الکتریکی به بیمار داده می‌شود تا از اجرای عادت‌های ناپهنجار و نامناسب گذشته اجتناب ورزد و بیزار شود. ولپ می‌گوید:

«بیزاری‌درمانی از لحاظ عملیاتی عبارت است از اجرای یک محرک آزاردهنده برای بازدارای یک پاسخ هیجانی نامطلوب و کاهش نیروی عادت آن».

این روش در از بین بردن وسواس‌های فکری - عملی، اعتیاد به الکل، انحرافات جنسی، چاقی، سیگار کشیدن مؤثر است. تحریک الکتریکی و داروها (مانند داروهای تهوع‌آور در درمان انزجاری الکلیسم)، دو مورد از عوامل آزار دهنده ای هستند که بیشتر مورد استفاده قرار گرفته اند. مخلوط الکل و داروی تهوع‌آور بین یک هفته تا ده روز به بیمار داده می‌شود. تا حدی که بالاخره فرد معتاد با دیدن مشروب دچار تهوع می‌شود و حالش به هم می‌خورد.

حساسیت ناآشکار (covert sensitization): کاتلا (1967) مجموعه روش‌هایی تحت عنوان حساسیت ناآشکار را ابداع کرد که در آنها به جای تنبیه، دارو یا تحریک الکتریکی از تخیل استفاده می‌شود. از بیماران خواسته می‌شود خودشان را در حال انجام رفتاری تجسم کنند که قصد دارند آن را از بین ببرند. وقتی آن رفتار را به خوبی تجسم کردند. باید رویدادهای بسیار آزار دهنده‌ای را تجسم کنند. یک مثال ساده در درمان پرخوری: «وقتی چنگال را می‌گیری احساس می‌کنی لقمه‌های غذا از گلویت پایین نمی‌روند و حالت تهوع پیدا می‌کنی».

فن جریمه (response cost): در این فن، فرد پس از پاسخ نامطلوب (مثلاً قشقرق راه انداختن) از تقویت کننده‌های مثبت (مثلاً ژتون در اقتصاد ژتونی) محروم می‌شود.

اصلاح مفرط (overcorrection): اصلاح مفرط پیامدهای عمل توسط بیمار یا مراجع باعث می‌شود احتمال تکرار آن عمل کم شود. برای مثال نوجوانی که با ماژیک روی دیوار اتاق خواب نوشته است: «گور بابات پدر» باید تمام دیوار اتاق خواب را رنگ بزند. محرک‌های آزارنده که در فنون جریمه و اصلاح مفرط استفاده می‌شود در مقایسه با عوامل آزار دهنده یا حساسیت ناآشکار ملایم‌ترند.

نکته قابل توجه اینست که وقتی درمانگر می‌تواند مشکلی را با استفاده از تکنیک‌های دیگر حل کند نباید از فنون ایجاد بیزاری استفاده کند (به دلیل وارد کردن محرک‌های آزار دهنده در درمان) غالباً از فنون ایجاد بیزاری وقتی استفاده می‌شود که سایر فنون بی نتیجه مانده باشند.

7. فنون کنترل وابستگی

اصطلاح کنترل وابستگی در مورد انواع فنون اسکینری یا عامل به کار می‌رود. هدف مشترک روش‌های کنترل وابستگی، کنترل کردن رفتارها از طریق دستکاری پیامدهایشان است.

شکل دهی (Shaping)

عبارتست از اینکه به رفتارهایی که تقریباً به رفتار مورد نظر شبیه هستند پاداش دهیم و رفتارهایی را که به رفتار مورد نظر شبیه نیستند تقویت نکنیم. در این صورت با تقویت انتخابی رفتارهای نزدیک به رفتار هدف، رفتار نهایی شکل می‌گیرد. به این فن، تقریب متوالی (Successive Approximation) هم گفته می‌شود.

وقفه (Time - out)

با محروم کردن موقتی فرد از وضعیتی که موجب تقویت رفتار نامطلوب می‌شود، آن رفتار خاموش می‌شود. کودکی که در کلاس مزاحمت ایجاد می‌کند از کلاس خارج می‌شود تا توجه دیگران باعث تقویت رفتار نشود.

قرارداد وابستگی (Contingency Contracting)

توافق یا قرار دادی رسمی بین درمانگر و بیمار که مشخص می‌کند انجام برخی رفتارها توسط بیمار، چه پیامدها و نتایجی برای بیمار خواهد داشت.

اصل پریماک (Premack Principle) یا قانون مادر بزرگ!

این روش اصولاً شبیه این درخواست مادر بزرگ‌هاست که «اول کار بعد بازی!» به این ترتیب امکان انجام یک رفتار جذاب‌تر موجب تقویت فعالیت موردنظر می‌شود. برای مثال به کودک اجازه داده می‌شود بعد از اتمام کلاس موسیقی، توپ بازی کند.

8. اقتصاد ژتونی؛ اقتصاد پته ای (Token Economy)

از رویکرد عامل‌معدتاً در محیطی استفاده می‌شود که درمانگر یا کارکنان مؤسسه، کنترل قابل توجهی روی وابستگی‌های تقویتی داشته باشند. اصول شرطی‌سازی عامل در برنامه‌های اقتصاد ژتونی از هر جای دیگری مشهودترند. در این برنامه‌ها، رفتار افراد بستری شده (مثلاً افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مزمن یا عقب مانده‌های ذهنی) اصلاح می‌شود.

اقتصاد ژتونی با هدف افزایش رفتار مطلوب از طریق کنترل تقویت‌ها اجرا می‌شوند. باید توجه داشت که وقتی رفتار فوراً تقویت می‌شود، تأثیر تقویت خیلی بیشتر خواهد بود. ژتون علامت پاداش گرفتن است و تأثیر پاداش اصلی را بیشتر می‌کند.

نکات مهم در تکنیک اقتصاد ژتونی:

1. رفتارهای قابل تقویت دقیقاً مشخص شوند.
2. تقویت کننده کاملاً تعریف شده و مشخص شده باشند (سکه، کارت و...).
3. تقویت کننده‌های پشتیبان باید مشخص شوند (مثلاً مشخص شود 2 ژتون معادل 1 ساعت بازی فوتبال).
4. فرد یا افراد اجرا کننده اهمیت و کارآمدی برنامه را قبول داشته باشند.
5. یک نظام مفصل و دقیق ثبت رفتارها وجود داشته باشد.

9. حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد

Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)

مبدع این فن فرانسیس شاپیرو در سال 1987 بوده است. این فن به صورت یک فن انتخابی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بر اساس دیدگاه آسیب شناختی شاپیرو در مورد اختلال استرس پس از سانحه، آسیب زمانی روی می‌دهد که نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد. ساختارهای بیمارگون (عواطف، رفتارها، شناخت‌ها و...) به این علت روی می‌دهند که اطلاعات پردازش نمی‌شوند. اطلاعات آسیب‌زا در زمانی که رویداد آزارنده اتفاق افتاده است به صورت

راکد، حل نشده و ثابت اندوزش شده است. بنابراین به اصطلاح خود شاپیرو در فیزیولوژی اعصاب گیر می‌کند یا مسدود می‌شود.

بعداً محرک‌های روزمره، احساس‌ها و افکار منفی این خاطرات آسیب‌زا را فرا می‌خوانند و باعث می‌شوند که فرد، هماهنگ با این آسیب عمل کند. در نتیجه آسیب به صورت کابوس، فلش بک (بازگشت به گذشته)، افکار مزاحم و رفتار اجتنابی ابراز می‌شود.

هدف این درمان شتاب بخشیدن به پردازش اطلاعات است. در این درمان بیمار با کمک حرکات دست درمانگر (معمولاً دو انگشت) که در جلوی چشمان بیمار با فاصله 12 تا 14 اینچ به دو طرف حرکت می‌کند خاطرات خود را به یاد می‌آورد و از آنها آسیب زدایی و حساسیت‌زدایی می‌کند و در واقع خاطرات پردازش نشده خود رملجداً و به آرامی مورد پردازش قرار می‌دهد.

درمان شناختی

تمام مداخلات درمانی با فرایندهای فکری سروکار دارند ولی شناخت‌درمانی‌ها به طور اخص به شناسایی و تغییر شناخت‌های ناسازگارانه می‌پردازند. شناخت‌های ناسازگارانه عبارتند از باورها، تبیین‌های علی، انتظارات، طرحواره‌ها، نجوهای درونی و راهبردهای حل مسئله.

نظریه پردازان شناختی به طور اخص روی نقش افکار انسان درباره‌ی خودش در اختلالات روانی تمرکز کرده بودند اما رویکرد شناختی بر خلاف نظریه‌های روان‌پویایی، انسان‌گرا و رفتارگرایی تند و تیز، نتیجه تلاش محققان برای توضیح دادن تحول و ساختار شخصیت بهنجار و نابهنجار نبود. در نتیجه نسبت به نظریه‌های دیگر، حرف کمتری درباره شخصیت دارد. اما این رویکرد دارای مفاهیمی کلیدی است که اساس روش‌های شناخت‌درمانی را تشکیل می‌دهند. این مفاهیم به شرح زیر هستند:

میانجیگری شناختی. شاید بنیادی‌ترین مفهوم در شناخت‌درمانی این باشد که تفسیر شناختی ما از رویدادها، ماشه‌ی رفتار نابهنجار و نابهنجار را می‌چکاند نه خود رویدادها. بنابراین مدل شناختی می‌گوید ما هر رویدادی را - که یک پاسخ شناختی است - ارزیابی می‌کنیم و سپس به آن رویداد، پاسخ هیجانی و رفتاری می‌دهیم.

فرض کنید کارت دعوت یک مهمانی را دریافت می‌کنید که می‌دانید در آن، آدم‌های غریبه‌ی زیادی حضور دارند. ارزیابی شناختی شما از این رویداد چیست؟ اگر اولین فکری که به مغزتان خطور پیدا می‌کند این باشد که «عالی است. من می‌توانم با آدم‌های جدیدی آشنا شوم»، پاسخ هیجانی شما مثبت (تدارک دیدن، هیجان‌زدگی) و پاسخ رفتاری شما نیز پذیرفتن دعوت خواهد بود. اما اگر ارزیابی شناختی شما این طور باشد که «در این مهمانی کسی را نمی‌شناسم، احتمالاً معذب خواهم بود و حرفی برای گفتن نخواهم داشت»، پاسخ هیجانی شما منفی می‌شود (برای مثال ترس، اضطراب، کمروبی)، پاسخ رفتاری‌تان نیز نپذیرفتن دعوت خواهد بود. به عبارت دیگر، یک رویداد بسته به این که چه فکری به مغزتان خطور کند می‌تواند واکنش‌های متفاوتی در شما ایجاد کند.

طرح‌حواره‌ها. با توجه به این که افکار میانجی می‌توانند خیلی زیاد باشند، چه چیزی تعیین می‌کند از کدام فکر استفاده کنیم؟ روانشناسان شناختی معتقدند طرح‌حواره‌ها افکار ما را هدایت می‌کنند. طرح‌حواره‌ها، ساختارهای دانشی سازمان یافته‌ای هستند که ادراک، تفسیر و به یاد آوردن ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

شناخت‌درمانگرها علاقه‌ی خاصی به طرح‌حواره‌ها دارند، چون ادراک شخص از خودش و رابطه‌اش با دنیا را فیلتر می‌کنند. برای مثال، افسرده‌ای که همیشه احساس بی‌ارزش بودن می‌کند، اطلاعات جدید را همسو با این طرح‌حواره تفسیر می‌کند. بنابراین وقتی کسی می‌گوید می‌خواهد برود ناهار بخورد و به دنبال آن می‌گوید «دوست داری بیایی؟»، آدم افسرده به خودش خواهد گفت «چون دلش برای من می‌سوزد یا چون از لحاظ اجتماعی وظیفه‌ی خودش می‌داند، مرا به ناهار دعوت کرد- در واقع دوست ندارد با من ناهار بخورد؟». کسانی که این گونه طرح‌حواره‌ها، آنان را هدایت می‌کنند معمولاً بر این هیجان‌ات منفی واقف هستند ولی خبر ندارند درگیر تفکر طرح‌حواره‌ای منفی شده‌اند که چنین هیجان‌اتی را برای آنان به ارمغان آورده است. اما چرا باید خبر داشته باشند؟

نقش افکار خودکار. رویکرد شناختی تأکید زیادی دارد که برخی افکار از جمله بسیاری از فکرهای ناسازگارانه، عادت می‌شوند. افکار طرح‌حواره‌ای منفی آن قدر سریع به مغز خطور می‌کنند که بر آنها واقف نمی‌شویم، چه رسد به این که بفهمیم تحت تأثیر آنها قرار گرفته‌ایم. رویکرد شناختی از این لحاظ با رویکرد روان‌پویایی اشتراک زیادی دارد چون هر دو مدعی هستند بر برخی از رویدادهای ذهنی مهم درون‌مان واقف نیستیم. اما از نظر شناخت‌درمانگرها، این شناخت‌های ناهشیارانه در اعماق ذهن ما دفن نشده‌اند و مکانیسم‌های دفاعی جلوی دسترسی ما به آنها را نمی‌گیرند. بلکه، این شناخت‌های ناسازگارانه را عاداتی آموختنی می‌دانند که نزدیک به سطح هستند و با پرسش و گفتگوی ساده می‌توانیم به آنها برسیم. به همین دلیل، شناخت‌درمانگرها در توصیف شناخت‌های ناسازگارانه و خودناکام‌کن، به جای صفت ناهشیارانه، از صفت خودکار استفاده می‌کنند.

شناخت‌های خودناکام‌کن خودکار که می‌توانند مشکلات روانی ایجاد کنند، بی‌انتها هستند. برخی از رایج‌ترین شناخت‌های خودناکام‌کن در جدول زیر آمده است.

فهرست شناخت‌های خودناکام‌کن خودکار

تحریف شناختی	نمونه
تفکر دوجزیی	دیگران یا مرا دوست دارند یا از من نفرت دارند. یا موفق می‌شوم یا شکست مفتضحانه‌ای می‌خورم.
شخصی کردن	من مسبب شکست طرح بودم. منظور جین از این که «بعضی آدم‌ها خیلی بی‌مزه‌اند» انتقاد از من بود.
تعمیم افراطی	همه مرا بازنده می‌دانند. هر جا می‌روم ترس وجودم را می‌گیرد.
فاجعه‌سازی	اگر کار درست پیش نرود، دیگر نمی‌توانم آن را تکرار کنم. قلبم تند می‌زند حتماً دارم سکنه می‌کنم.
انتزاع انتخابی	چهار روز است جو به من نگفته تنیس بازی کنیم؛ معنایش این است که

نمی‌خواهد دوستی با من را ادامه دهد. در درس‌های دیگر بیست گرفتم ولی نمره 12 من در تاریخ نشان می‌دهد کودن هستم. انتظارات غیرواقع‌بینانه اگر همه دوستم نداشته باشند نمی‌توانم خوشبخت شوم. باید کامل باشم و از خودم ضعف نشان ندهم. باورهای اصلی دربارهٔ چون دوست‌داشتنی و دلنشین نیستم بد می‌آورم و همیشه بد خواهم آورد. من شاید هستم و بالاخره یک روز دستم رو می‌شود. خود

شناسایی افکار خودکار مراجعان توسط روان‌شناسان بالینی شناختی باعث شد دریابند کسانی که فلان اختلال را دارند از برخی تحریف‌های منفی بیشتر استفاده می‌کنند. برای مثال، افسرده‌ها در تبیین علل رویدادها، به ویژه رویدادهای منفی، عادت خاصی دارند. به این عادت آنها، سبک اسنادی منفی می‌گویند. آبرامسون، سلیگمن و تیزدل (1978) با اقتباس از نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت (برای مثال، هایدلر، 1958؛ وینر، 1974) اظهار داشتند افسرده‌ها عادت دارند رویدادهای منفی را طوری توضیح بدهند که بیشترین ضربه را به عزت نفس و امیدواری‌شان می‌زند. بنابراین وقتی رویدادی رخ می‌دهد، افسرده‌ها بیش از غیرافسرده‌ها برای آن رویداد علل درونی (شخصی)، باثبات (ماندگار) و کلی (دارای تأثیرات گسترده) پیدا می‌کنند. این سبک اسنادی منفی به ایجاد افسردگی و تداوم آن کمک می‌کند. در جدول زیر، چند نمونه از اسنادهای منفی و اسنادهای سازگارانه‌تر را آمده است.

گرایش‌های اسنادی افسرده‌ها

رویداد	اسنادهای درونی، باثبات و کلی (ناسازگارانه) که مشخصه افسرده‌ها هستند	اسنادهای سازگارانه‌تر که مشخصه غیرافسرده‌ها هستند
آخر هفته خانه بودم و هیچ کس به من زنگ نزد.	علتش خودم هستم. چون دوست داشتنی نیستم. روابطم با دیگران خوب نیست.	آخر هفته‌ها سر مردم خیلی شلوغ است (اسناد بیرونی).
نمره‌ی امتحانم بد شد.	من آدم کودنی هستم و هیچ کاری را خوب انجام نمی‌دهم.	معمولاً آخر هفته‌ها هم کار می‌کنم و دوستانم این را می‌دانند. شاید به همین دلیل به من زنگ نزده‌اند (اسناد بی‌ثبات).
		امتحان خیلی سخت بود (اسناد بیرونی) در شیمی خیلی خوب نیستم ولی در درس‌های دیگر خیلی خوب هستم (اسناد خاص).

این اعتقاد که هر اختلال از خوشه‌ای از خطاهای شناختی خاص تشکیل شده، فرضیه‌ی اختصاصی بودن شناختی نامیده می‌شود. این فرضیه یکی از عناصر مهم شناخت‌درمانی است چون به روان‌شناسی بالینی کمک می‌کند اختلالات را مفهوم‌بندی کنند و بسنجند، روش‌های درمانی ابداع کنند و عناصر درمان را برای مراجعان توضیح بدهند.

سنجش در شناخت‌درمانی. سنجش در شناخت‌درمانی شبیه سنجش در رفتاردرمانی است اما شناخت‌درمانگرها علاقه خاصی به فهمیدن جزئیات مزمن بودن، شدت و میزان تحریف‌های شناختی خودکار دارند. بنابراین همچون رفتاردرمانگرها این تحریف‌ها را در شروع و در طول درمان اندازه می‌گیرند. شناخت‌درمانگرها برای اندازه‌گیری تحریف‌ها از مقیاس‌های درجه‌بندی، خودسنجی و ابزارهای هنجاریابی شده (مثل پرسشنامه افسردگی بک) استفاده می‌کنند.

همچنین به سنجش عواملی که توان مراجعان برای انجام تکالیف شناخت‌درمانی را مورد حمایت قرار می‌دهند یا محدود می‌کنند علاقه خاصی دارند. این تکالیف‌ها عبارتند از اتخاذ نگرشی «فکری» در مورد نشانه‌ها و تجربه‌های هیجانی و تحمل رویکرد مبارزه‌جویانه و رویارویی‌های درمانگر. مراجعانی که نمی‌توانند نگاهی عینی و معقول به خودشان و تجربه‌های‌شان داشته باشند یا حداقل گاهی اوقات خیلی بدبین می‌شوند و نمی‌توانند نقش فعال و مسئولانه‌ای در بهبود زندگی‌شان بازی کنند، برای شناخت‌درمانی مناسب نیستند.

نقش درمانگر. در فصل دوم گفتیم شناخت‌درمانگر همچون «دانشمندی» است که به مراجعان کمک می‌کند فرضیه‌ها، افکار و اسنادهای ناسازگارانه و معمولاً خودکارشان را درباره خود و دنیا شناسایی کنند و تغییر بدهند. موفقیت او در این راه تا حدودی به این بستگی دارد که اتحاد درمانی مولد و آمیخته با همکاری ایجاد کند. شناخت‌درمانگرها برای ایجاد چنین اتحادی، در رابطه با ناراحتی مراجع همدلی نشان می‌دهند و از مراجع حمایت می‌کنند ولی این را نیز برای مراجع روشن می‌کنند که نقش مهمی در درمان دارد. بنابراین اتحاد درمانی علاوه بر حمایت و اعتماد، بر تعلیم و تربیت درباره نقش طرحواره‌های ناسازگارانه، باورهای خودناکام‌کن، سبک‌های اسنادی منفی و دیگر عوامل شناختی در تولید و حفظ اختلالات روانی هم مبتنی است. آرایه این اطلاعات مهم است چون به مراجع کمک می‌کنند نظر درمانگر راجع به مشکلاتش، فنون مورد استفاده او و انتظاراتش از نقش مراجع در تسهیل درمان را بهتر بفهمند.

پس از ایجاد اتحاد کاری رضایت‌بخش و آشنا شدن مراجع با مدل شناختی پایه و قبول آن توسط مراجع، شناخت‌درمانگر مراجع را درگیر بررسی فعال باورهایش می‌کند؛ به ویژه او را وامی‌دارد روی تجربه‌هایش و تحریف‌های شناختی مربوط به آنها تمرکز کند. رایت، باسکو و تاس (2006) این فرآیند را تجربه‌نگری توأم با همکاری می‌نامند که در آن درمانگر در قالب یک همکاری، به مراجع کمک می‌کند مشکل را بسنجد، اهداف را تعیین کند، فرضیه‌ها را بیازماید، تکالیف‌ها را تدوین کند و پیشرفت را اندازه بگیرد. شناخت‌درمانگرها مراجعان را از این تحریف‌ها آگاه می‌کنند. در ادامه‌ی شناخت‌درمانی، درمانگر از نقش بازی کردن و تمرین‌های کتبی، خودسنجی و تکلیف منزل هم استفاده می‌کند.

اهداف شناخت‌درمانی

- الف - تعلیم نقش افکار ناسازگارانه در رفتار و تجربیات؛
- ب - کمک به مراجع برای پی بردن به این که چه موقع درگیر این افکار شده است؛
- ج - مسلح کردن مراجع به مهارت‌های لازم برای درافتادن با افکار ناسازگارانه و جایگزین کردن افکار دقیق‌تر و سازگارانه‌تر به جای آنها.

کاربردهای بالینی

تربیت روانی. شناخت درمانگرها در اوایل درمان، نقش شناخت‌ها در اختلالات را به مراجع یاد می‌دهد. شناخت‌درمانگرها می‌خواهند با مراجعان‌شان طوری معاشرت کنند که مراجعان به اختلال خود فکر کنند و به سرعت نقش همکاری را بازی کنند و در نهایت خودشان بتوانند خطاهای شناختی را شناسایی کنند، رد کنند و آنها را جایگزین کنند.

این نوع «معاشرت» در تمامی درمان‌ها مهم است اما در شناخت‌درمانی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند چون اگر روان‌شناس بالینی منطق آن را به طور کامل و دقیق شرح ندهد، ممکن است مراجع او را کسی در نظر بگیرد که یکسره اتهام می‌زند و به قدر کافی از او حمایت نمی‌کند؛ همچنین احتمال رعایت توصیه‌های درمانگر توسط مراجع کم می‌شود.

پرسشگری سقراطی. پرسشگری سقراطی که از نام سقراط فیلسوف گرفته شده است، نوعی گفت‌وگو است که در آن درمانگر خطی از سؤالات را دنبال می‌کند تا باورها و مفروضات بنیادی مراجع را رو کرده و تحلیل کند. جودیت بک (دختر آرون بک) شش نوع سؤال رایج در شناخت‌درمانی را مشخص کرده است (جودیت.اس.بک، 1995):

1. طبق چه شواهدی؟
 2. آیا می‌توانیم آن را طور دیگری توضیح بدهیم؟
 3. بدترین اتفاق ممکن چیست؟ می‌توانی / می‌توانم آن را تحمل کنیم / کنم؟ بهترین اتفاق ممکن چیست؟ واقع‌بینانه‌ترین پیامد چیست؟
 4. تأثیر اعتقاد تو/ من به این فکر خودکار چیست؟
 5. تو/ من باید در این مورد چه کار کنی / کنیم؟
 6. اگر [دوست من / تو] در همین وضعیت قرار داشت، به او چه می‌گفتم / می‌گفتی؟
- شناخت‌درمانگرها معمولاً از مراجعان می‌خواهند روی مقیاس 0 تا 100، اظهار نظرهای‌شان درباره فلان هیجان یا تجربه را درجه‌بندی کنند.

رد کردن افکار ناسازگارانه و جایگزین کردن آنها. یکی از گرایش‌های نافذ انسان در مورد افکارش، سوگیری تأیید است، یعنی ما معمولاً دنبال شواهدی می‌گردیم که باورهای اصلی ما را تأیید کنند نه شواهدی که این باورها را رد کنند.

شناخت‌درمانگرها برای غلبه کردن مراجعان بر این گرایش از آنها می‌خواهند درافتادن با باورهای ناسازگارانه را دائماً تمرین کنند. به همین دلیل مراجعان افسرده‌ای را که سبک اسنادی منفی آنها موجب می‌شود تفسیرهای بسیار منفی از رویدادها داشته باشند، مجبور می‌کنند اسنادهای دیگر را در نظر بگیرند به این موضوع، اسناد دادن مجدد می‌گویند.

یکی دیگر از کارهای شناخت‌درمانگران فاجعه‌زدایی است. فاجعه زدایی به این معنا است که به مراجعان کمک کنیم پیش‌بینی‌های آمیخته با فاجعه‌سازی را نقد و بررسی کنند. این رویکرد که به طور خاص در مورد مراجعان مضطرب و دچار هراس اجتماعی به کار می‌رود، به مراجع می‌فهماند ناراحتی و سناریوهای ترسناک درجاتی دارند و گاهی اوقات قابل تحمل هستند. به عنوان نمونه، اگر فرض مراجع مبتلا به هراس اجتماعی این است که تنها ایستادن در مهمانی، تحقیرآمیزترین اتفاق دنیا است، درمانگر از او می‌خواهد چیزهای عذاب‌آورتری (مثل برهنه ایستادن در مهمانی یا پوشیدن لباس مرغ و خروس) را تجسم کند. درمانگر ممکن است از مراجع بخواهد به دقیقه و ثانیه بگوید تنها ایستادن در مهمانی را چقدر می‌تواند تحمل کند. مراجعان با این تمرین‌ها می‌توانند بفهمند ظرفیت تحمل ناراحتی آنها- که برای غلبه بر مشکل‌شان ضروری است- چقدر از آن چه تصور می‌کرده‌اند، بیشتر است.

ثبت فکر و ثبت‌های چندستونی. یکی از مولفه‌های مهم شناخت‌درمانی همچون رفتاردرمانی، دادن «تکلیف منزل» به مراجعان در بین جلسات است. یکی از رایج‌ترین فنون شناخت‌درمانی، نوشتن رویدادهایی است که اهمیت هیجانی دارند. مراجعان معمولاً کار خود را با ثبت فکر دو ستونی شروع می‌کنند. در یک ستون رویداد و تاریخ و ساعت آن را ثبت می‌کنند، در ستون دیگر هم افکار خودکارشان درباره آن رویداد را می‌نویسند. این روش با هدف تمرین تشخیص شناخت‌های خودکار و معمولاً ناسازگارانه اجرا می‌شود.

دیری نمی‌گذرد که مراجعان می‌توانند ثبت‌های سه ستونی انجام دهند. مراجعان در ستون سوم، واکنش‌های هیجانی خود و گاهی اوقات شدت این واکنش‌ها را می‌نویسند. بالاخره به ثبت‌های پنج‌ستونی می‌رسیم. ستون چهارم در این نوع ثبت به نام خطای شناختی ستون دو (برای مثال، تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی یا شخصی کردن) و رفتارهای سازگارانه و باورهای معقول قابل جایگزینی با رفتارها و افکار خودکار ستون دو اختصاص دارد. در ستون پنجم نیز نتیجه‌ی اجرا کردن و آزمودن افکار و اعمال سازگارانه ثبت می‌شود.

دو شناخت‌درمانی پیش‌تاز، شناخت‌درمانی آرون بک و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی آلبرت ایس هستند. این دو نوع شناخت‌درمانی، اصول شناخت‌درمانی را نشان می‌دهند. دو نظریه‌ی یاد شده در شکل‌گیری رویکردهای شناختی و شناختی- رفتاری امروز نقش بسیار مهمی بازی کرده‌اند.

شناخت‌درمانی بک Beck's cognitive therapy

در این نوع مداخله از فنون شناختی و رفتاری جهت اصلاح الگوهای فکری مخرب بیمار استفاده می‌شود. روش شناخت‌درمانی بک عمدتاً برای درمان افسردگی ابداع شد و یکی از مؤثرترین فنون درمانی افسردگی است. اما برای سایر اختلالات نیز استفاده می‌شوند. از نظر بک افراد افسرده، عقاید منفی و بدبینانه‌ای در مورد خودشان، دنیا و آینده دارند؛ که به این سه مورد مثلث شناختی می‌گویند. یعنی فرد افسرده، از خودش ناامید است، نسبت به دنیا بدبین است، و نسبت به آینده ناامید است.

از نظر او افراد افسرده، هدف‌های سخت و بالایی برای خود انتخاب کرده و خود را به خاطر نرسیدن به این هدف‌های غیر واقع بینانه سرزنش می‌کنند. و به تدریج نوعی احساس ناتوانی و بیماری به فرد دست می‌دهد و به نومییدی و احساس شکست کامل فرد منجر می‌شود.

از دیدگاه بک افراد افسرده دارای خطاهای شناختی هستند. مهمترین آن‌ها عبارتند از:

1. استنباط دلخواهی: یعنی نتیجه‌گیری بر اساس شواهد ناکافی
2. انتزاع انتخابی: یعنی توجه صرف بر جنبه‌های منفی تجارت
3. تعمیم بیش از حد: یعنی قضاوت فراگیر بر اساس موارد اندک
4. استدلال به شیوه همه یا هیچ: یعنی تفکر در یکی از قطب‌های افراطی
5. شخصی کردن امور: یعنی پذیرفتن مسئولیت امور نامرتبط یا کم ارتباط با افراد

در روش بک به مراجع کمک می‌کنیم تا افکار غلط و منفی خود و ریشه‌های آن‌ها را بشناسد و با استفاده از فنون مختلف مثل فرضیه آزمایی یا وارسی واقعیت، حل مساله، بررسی وسقم افکار خود، ازدیاد فعالیت‌های لذت بخش و شناسایی افکار خودآیند، به اصلاح افکار خود بپردازد. به اعتقاد بک پس از رفع افکار منفی، مشکلات فرد برطرف خواهد شد.

شناخت‌درمانی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت هم به کار رفته است.

تفاوت روش ایس و بک: روش بک نسبت به روش ایس جنبه رفتاری تر دارد. درمان شناختی بک نسبت به درمان عقلانی - هیجانی ایس، تجربی نگرتر و ساختاردارتر است.

ویژگی‌های شناخت‌درمانی افسردگی

شناخت‌درمانی افسردگی یک درمان دارای حمایت تجربی و درمانی فعال، دارای ساختار و محدودیت زمانی می‌باشد.

تمرکز: شناخت‌درمانی روی رابطه الگوهای تفکر، سبک‌های تفکر، هیجانات و رفتار متمرکز است.

مدت: معمولاً 14 تا 16 جلسه طول می‌کشد. نشانه‌های بسیاری از بیماران ظرف 8 تا 12 جلسه بهبود می‌یابند.

نقش شناخت درمانگر: شناخت درمانگر، فعال، حمایت گر و اهل همکاری است. وی با آموزش روانی، اکتشاف هدایت شده، پرسش سقراطی، نقش بازی کردن و آزمایش‌های رفتاری به بیماران کمک می‌کند افکار ناسازگارانه خود را شناسایی و تغییر بدهند؛ افکاری که موجب تداوم یا باعث بروز افسردگی و دیگر تأثیرات منفی می‌شوند.

ساختار یک جلسه عادی: نشانه‌های خلقی بررسی می‌شوند، دستور کار جلسه مشخص می‌شود، جلسه قبل خلاصه بندی می‌شود، تکالیف منزل مرور می‌گردند، در مورد دستور کار بحث می‌شود، تکالیف جدید مشخص می‌شوند و درمانگر و بیمار، جلسه فعلی را خلاصه بندی و ارزیابی می‌کنند.

دوره‌های درمان: در دوره اول (حدوداً 8 جلسه)، الگوی شناختی ارائه می‌شود، مهارت‌های لازم کسب می‌شوند و تسلط کافی به دست می‌آید. نشانه‌های افسردگی نیز کاهش داده می‌شوند.

در جلسات باقی مانده، باورهای مخربی که موجب بازگشت افسردگی می‌شوند (مثل این باور که این احساس خوب خیلی طول نخواهد کشید) مورد ارزیابی و نقد قرار می‌گیرند و اصلاح می‌شوند. مهارت‌های لازم برای پیش‌گیری از بازگشت آموزش داده می‌شوند و بحث بر سر خاتمه یافتن درمان آغاز می‌شود.

رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی الیس Ellis's Rational-Emotive therapy

نمونه خوب بازسازی عقلانی، درمان عقلانی - هیجانی الیس است. الیس پیشگام رفتاردرمانی شناختی است. هدف درمان عقلانی - هیجانی، تغییر رفتار از طریق تغییر تفکر بیماران است. آلبرت الیس بر این باور است که تمام رفتارها، چه بهنجار و چه نابهنجار، توسط شرایط ایجاد نمی‌شوند بلکه بر اساس چگونگی تفسیر و تعبیر شخص از آن شرایط به وجود می‌آیند. رویکرد الیس که به روش ABC معروف است بر این اساس بنا نهاده شده که چگونه وقایع یا شرایط تحریک کننده (A) (Activating Events) با باورهای ما (B) (Beliefs) تفسیر و تعبیر می‌شوند و در نتیجه این باورها، واکنش‌های عاطفی و یا عواقب رفتاری (C) (Consequences behavioral) ما ایجاد می‌شوند.

وظیفه درمانگر در رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی این است که به باورهای نامعقول، غیرواقع‌بینانه و خودناکام‌کننده حمله کند و الگوهای فکری معقول‌تر یا منطقی‌تر را که مراجعان را ناراحت نمی‌کنند به آن‌ها یاد بدهد. رفتاردرمانگر عقلانی هیجانی، فعال و مبارز، اثبات‌گر و معمولاً تند و صریح است. الیس طرفدار استفاده از ارتباط محکم و مستقیم بود تا مراجع متقاعد شود بهتر است باورهای نامعقولش را کنار بگذارد؛ همان باورهایی که با آنها در خود احساس بدبختی ایجاد می‌کند.

به نظر الیس، روان‌کاوی با اتکای افراطی بر بینش، درمان ناکارآمدی است؛ ریشه‌های تفکر نامعقول به اندازه چیزهایی که انسان‌ها به خودشان می‌گویند، مهم نیستند. هدف اصلی درمان عقلانی - هیجانی مواجه کردن انسان‌ها با تفکر نامعقول‌شان است. الیس مراجعان را وادار می‌دارد به عقل‌شان رجوع کنند. درمانگر نقش یک معلم فعال و رهنمود دهنده را بازی می‌کند.

حمله‌ی رفتاردرمانگر عقلانی هیجانی به باورهای نامعقول مراجع به مداخلات شناختی محدود نمی‌شود. او برای تکمیل رفتاری تغییرشناختی از نقش بازی کردن، تمرین‌های آگاهی حسی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش ابراز وجود و تکلیف منزل استفاده می‌کند.

بازسازی عقلانی (rational restructuring)

گولد فرید و دیویسون بر اساس کارهای آلبرت الیس اذعان می‌دارند که بخش قابل توجهی از رفتارهای غیر انطباقی و ناسازگارانه محصول تفسیر مردم از دنیا یا مفروضات آنان در مورد دنیا هستند. در صورت صحت این نکته، رفتار

درمانگر باید به بیماران کمک کند به وضعیت‌ها، برچسب‌های واقع بینانه‌تری بزنند تا رضایت بیشتری کسب کنند. درمانگر برای انجام این بازسازی عقلانی رویدادها، گاهی به مشاجره و بحث متوسل می‌شود تا بیمار به نامعقول بودن باورهایش پی ببرد. وی علاوه بر وادار کردن بیمار به تحلیل عاقلانه مشکلاتش، به او یاد می‌دهد «گفتگوهای درونی خودش» را اصلاح کند. یعنی به بیمار می‌آموزد وقتی ناراحت می‌شود لحظه‌ای تأمل کند و از خودش بپرسد چه چیزی به خودش گفته است. گاهی نیز درمانگر از بیماران می‌خواهد در همان اتاق درمان یکی از مشکلات خویش را در نظر بگیرد. این موارد را می‌توانیم با تمرین رفتاری، تکالیف منزل، الگوبرداری و غیره در هم بیامیزیم. پس بازسازی عقلانی یک روش مستقل و نظری نیست بلکه مجموعه‌ای التقاطی از فنون مختلف است که برخی نیازهای بیماران را برطرف می‌کند.

بازسازی شناختی مهم‌ترین ویژگی همه روشهای درمان شناختی است. بازسازی شناختی به مجموعه روش‌ها و فنی‌هایی گفته می‌شود که هدف همه آنها این است که به مراجع کمک کند تا الگوهای فکری غلط خود را تغییر دهد.

آموزش مایه کوبی علیه استرس Stress inoculation training

می‌چنابم گفت که بیماران می‌توانند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خودآموزی متوسل شوند و درمانگرها می‌توانند به بیماران یاد بدهند که گفتگوهایشان با خویش را عوض کنند. او بر این اساس آموزش مایه کوبی علیه استرس را مطرح کرد. هدف این آموزش این است که با مایه کوبی افراد در برابر فشارهای روانی فعلی و آتی، جلوی بروز مشکلات گرفته شود. با این آموزش، افراد می‌توانند صاحب مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی شوند و از راهبردهای مقابله‌ای قبلی خود به نحو احسن استفاده کنند. این درمان به عنوان یک درمان دارای حمایت تجربی است.

سه دوره آموزش مایه کوبی علیه استرس:

1. **دوره مفهوم بندی:** ابتدا مراجع یاد می‌گیرد که تفکر یا ارزیابی چطور منجر به استرس، هیجانات منفی و رفتارهای نامناسب می‌شوند. در این دوره مراجع یاد می‌گیرد تهدیدها یا فشارهای روانی بالقوه را تشخیص بدهد و با آنها مقابله کند.
2. **دوره مهارت‌آموزی و تمرین:** مراجع، مهارت‌های مقابله‌ای (مثلاً خودتنظیمی هیجانات، بازسازی شناختی، استفاده از نظام‌های حمایتی) را در درمانگاه تمرین و به تدریج در دنیای واقعی و در مواجهه با عوامل فشار روانی از آنها استفاده می‌کند.
3. **دوره کاربرد:** فرصت‌های دیگری در اختیار مراجع گذاشته می‌شود تا مهارت‌های مقابله‌ای را در شرایط پراسترس مورد استفاده قرار بدهد. برای تثبیت این مهارت‌ها، از مراجع خواسته می‌شود به کسانی که مشکلاتی مشابه مشکلات خودش دارند کمک کند. در دوره پی‌گیری نیز از روش‌های دیگر مایه کوبی مثل پیش‌گیری و جلسات تقویتی استفاده می‌شود.

درمان شناختی - رفتاری

رویکردهای رفتاری و شناختی در سال‌های گذشته در هم ادغام شده و درمان شناختی- رفتاری را پدید آورده‌اند. این ادغام معلول این بود که روان‌شناسان بالینی رفتارگرا به نقش مهم شناخت‌ها در اختلالات پی بردند. روان‌شناسان بالینی شناخت‌گرا نیز متوجه اهمیت فنون رفتار درمانی شدند که به آنها کمک خواهند کرد تغییرات شناختی را به تغییرات رفتاری تبدیل کنند. اما ترکیب این دو رویکرد، دلایل دیگری هم دارد.

رویکردهای رفتاری و شناختی هر دو تا حدی از سنت تجربی برآمده‌اند. به همین دلیل، بسیاری از فنون هر دو رویکرد، پشتوانه‌ی تحقیقاتی دارند و جزء مؤثرترین مداخلات روانشناختی هستند. در نتیجه روان‌شناسان بالینی رفتارگرا و شناخت‌گرا هر دو اعتقاد دارند باید از روش‌هایی که اثربخشی آنها در تحقیقات کنترل شده ثابت شده، استفاده کنند. در ضمن هر دو رویکرد تأکید دارند که برای پیگیری اثربخشی درمان باید در طول درمان، داده جمع‌آوری کنیم. هر دو رویکرد بر سنجش نشانه‌های فعلی مراجع و بافت وقوع نشانه‌ها تأکید دارند و بر عوامل تاریخی و متغیرهای شخصیتی کلی اصرار نمی‌ورزند. سرانجام این که نقشه درمانگر در هر دو رویکرد شبیه یکدیگر است شناخت‌درمانگر و رفتاردرمانگر هر دو می‌خواهند خالص باشند و از مراجع حمایت کنند اما موضع آنها عینی‌نگری و تربیتی و کاملاً رهنمودی است - آنها قاطعانه پرسشگری می‌کنند، تکلیف می‌دهند، با فرضیات مراجع در می‌افتند و غیره.

عوامل علی و تسریع کننده ترکیب شدن درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری

1. در اوایل دهه 1970 معلوم شد برخی مشکلات بالینی (مثل افسردگی) با درمان‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل یا کلاسیک به راحتی رفع نمی‌شوند.
2. مخلوط فعلی روش‌های رفتاری و شناختی محصول محدودیت‌های دو رویکرد روان‌پویایی و رفتارگرایی بود.
3. وجود برخی مدل‌های نظری که متغیرهای شناختی و دقت علمی و آزمایشی مورد نظر رفتارگراها را در هم آمیخته بودند راه ایجاد این مخلوط را هموار کردند.
4. نظریه یادگیری اجتماعی راتر، شکاف موجود بین اقدامات بالینی سنتی روان‌پویشی و نظریه یادگیری را پر کرد. در این نظریه، رفتار محصول مشترک تقویت و انتظارهاست. مردم به این دلیل فلان رفتار را انجام می‌دهند که انتظار دارند به هدف یا نتیجه ارزشمندی برسند.
5. نظریه یادگیری اجتماعی حداقل به دو دلیل به توسعه رفتاردرمانی کمک کرد. 1. موجب پرورش گروهی از متخصصان بالینی شد که آمادگی پذیرش فنون رفتاری جدیدتر را داشتند و دیدگاه نظری خاصی داشتند که اجازه می‌داد این فنون را شناختی‌تر کنند. 2. نظریه یادگیری اجتماعی که شناختی و انگیزشی بود توانست روش‌های درمانی قدیمی‌تر روان‌پویشی را با رویکردهای رفتاری و شناختی جدیدتر در هم آمیزد.
5. کارهای بندورا نیز در ترکیب شدن این دو نوع درمان مؤثر بود. بندورا نشان داد که یادگیری نیابتی و واسطه‌های شناختی در عاطفه و عملکرد، نقش مهمی دارند. تأکید بندورا بر افزایش احساس خود بسندگی بیماران در درمان‌های مختلف، گام دیگری بود به سوی اتخاذ دو حوزه شناختی و رفتاری. بندورا در مدل

خود می‌گوید پیشرفت‌های عملی بیمار، اقناع کلامی، تجربه‌های نیابتی و حالات فیزیولوژیک موجب ایجاد حس خودبسنده‌گی می‌شوند. درمان‌ها، یقین بیماران به خودبسنده‌گی‌شان را افزایش می‌دهند. نظریه پردازان یادگیری اجتماعی مثل راتر، بندورا و دیگران این ایده را ترویج دادند که یادگیری فرایندی فعال است نه منفعل. یعنی خصوصیات شخصی و فرایندهای شناختی فراوانی بر رفتار تأثیر می‌گذارند که گاهی مستقل از محرک‌ها، وضعیت‌ها یا تقویت‌کننده‌ها هستند. در نتیجه اقداماتی جهت بررسی بهتر این عوامل جدید مؤثر بر رفتار صورت گرفت و درمان‌ها بر این عوامل میانجی، شناختی و شخصی متمرکز شدند.

کاربردهای بالینی

در مانگران شناختی- رفتاری همچون رفتاردرمانگرها گاهی اوقات به ویژه اگر به تشخیص‌گذاری نیاز داشته باشند، از آزمون‌های رسمی هنجاریایی شده استفاده می‌کنند. برخی سنجش‌های درمانی آنها شامل مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار، پرسشنامه‌ها و خودسنجی‌های مراجعان است.

درمانگران شناختی- رفتاری در سازمان‌دهی جلسات درمان، صریح عمل می‌کنند. هر جلسه معمولاً دستور کار کتبی دارد. به طور کلی سیر پیشرفت درمان بر اساس آشکار شدن مراجعان با نظرات و تکالیف مطرح در درمان، قابل پیش‌بینی است. برای مثال رایت، باسکو و تاس (2006) می‌گویند ساختار مراحل اولیه درمان شناختی- رفتاری به شرح زیر است:

1. خوشامدگویی به مراجع،
2. واریسی نشانه،
3. تعیین دستور کار،
4. مرور تکالیف منزل جلسه قبل،
5. درمان شناختی- رفتاری مشکلات براساس دستور کار،
6. آشنا کردن مراجع با مدل شناختی. تعلیم مفاهیم و روش‌های اصلی درمان شناختی- رفتاری،
7. ارایه تکلیف منزل جدید،
8. مرور نکات کلیدی، بازخورد دادن و بازخورد گرفتن و ختم جلسه.

الگوبرداری (Modeling). بندورا گفته است الگوبرداری یا یادگیری مشاهده‌ای، میانجی تغییر الگوهای رفتاری

است خصوصاً در کودکان. تقلید، الگوبرداری یا مشاهده، فنون بسیار مؤثرتری برای یادگیری هستند تا تنبیه پاسخ‌های نادرست و پاداش دادن به پاسخ‌های درست. با مشاهده دیگران:

1. بهتر می‌توانیم یک مهارت یا مجموعه رفتارهای جدید را یاد بگیریم.
2. مشاهده رفتار دیگران به رفع یا کاهش ترس‌ها و اضطراب‌ها کمک می‌کند.
3. با مشاهده می‌توانیم استفاده از رفتارهایی که جزء خزانه رفتاری مان نیستند را یاد بگیریم.

شاید متداول‌ترین مورد استفاده از الگو برداری، استفاده از آن در از بین بردن ترس‌های غیر واقع بینانه (مثل ترس از مار) بوده است. همچنین این فن در اختلالات جنسی نیز استفاده می‌شود. الگو برداری برای درمان مشکلات کودکان کارآیی بالایی دارد.

تورپ و اولسون می‌گویند یادگیری مشاهده ای وقتی بهترین روش و مؤثرترین روش است که چهار شرط زیر در آن رعایت شده باشد:

1. توجه: بیماران به الگو توجه کنند.
2. نگهداری: بیماران اطلاعات حاصل از الگو را به یاد بسپارند. فنون تجسمی یا راهبردهای رمزبندی کلامی به بیماران اجازه می‌دهد این اطلاعات را سازمان دهی و ضبط کنند.
3. تقلید و تمرین: بیماران، رفتار الگو برداری شده را انجام بدهند. آنها باید رفتار مورد نظر را تقلید کنند و با تمرین، راه را برای یادگیری و تغییر رفتار هموار سازند.
4. داشتن انگیزه: بیماران، انگیزه استفاده از رفتار الگو برداری شده را داشته باشند. تقویت پیامدها، احتمال استفاده از رفتار الگو برداری شده را افزایش می‌دهد.

پیشگیری از برگشت. پیشگیری از برگشت آلن مارلات و جودیت گوردون، یک نوع مداخله‌ی شناختی- رفتاری است که برای مراجعان معتاد به الکل و سایر اختلالات مصرف مواد طراحی شده است (مارلات و گوردون، 1985). مارلات و گوردون معتقدند برگشت [اختلال] وقتی محتمل‌تر است که مراجع درگیر افکاری همچون «یک مشروب به خودم بدهکارم» می‌شود و این افکار راه را برای برگشت هموار می‌کنند. احساس گناه و شرم حاصل از برگشت [اختلال]، آشنایی از ارزیابی منفی خود به راه می‌اندازد («من خانواده‌ام را مأیوس کردم»؛ «من یک شکست‌خورده‌ی تمام و کمال هستم») که احتمال ادامه دادن مشروب‌خوری را افزایش می‌دهد؛ پیامدی که به آن اثر شکستن ترک می‌گویند.

فرض نهفته در پیشگیری از پاسخ این است که باید به مراجعان یاد بدهیم شناخت‌های خطرناک را زیر نظر بگیرند و افکار دیگری را جایگزین آنها کنند. برای مثال، به مراجعان یاد می‌دهند به جای آن که به این فکر کنند که مشروب خوردن چه حالی می‌دهد، به این فکر کنند که زندانی شدن به خاطر رانندگی در حال مستی چه ضدحالی است. همچنین به مراجعان یاد می‌دهند برگشت را بهانه‌ای برای مصرف مواد قرار ندهند بلکه آن را شکستی موقتی در نظر بگیرند که با روش‌های رفتاری و شناختی بهتر خویشنداری می‌توانیم جلوی آن را بگیریم.

رفتاردرمانی دیالکتیک. روان‌درمانی دیالکتیک که پیشگام آن مارشالینهن است (لینهن، 1993) صورتی از درمان‌شناختی- رفتاری است که به مراجعان درگیر رفتار تکانشی، نوسان خلق، خودانگاره‌ی شکننده و روابط میان‌فردی طوفانی در اختلال شخصیت مرزی کمک می‌کند. بسیاری از این مراجعان، نوجوانانی هستند که اختلالات متعددی دارند؛ برخی از آنها نیز در معرض خطر خودکشی یا انجام اعمال پرخطرانه‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیک در مورد اختلالات خوردن، مثل پرخوری عصبی، هم به کار رفته است.

روان‌درمانی دیالکتیک در آغاز به این مراجعان کمک می‌کند رفتارهایی عجیب و آشفته خود را کنترل کنند ولی بعد از این «کنترل»، مراجع با تجربه‌های دردناکی - مثل سوء رفتار فیزیکی یا سوء استفاده‌های جنسی دوران کودکی خود - که در مشکلات هیجانی فعلی او نقش دارند، مواجه می‌شود. این مرحله‌ی درمان روی حذف سرزنش خود به خاطر این ضربه‌های دردناک، کاهش نشانه‌های استرس پس از ضربه و کنار گذاشتن این سؤال که چه کسی مقصر است، متمرکز می‌باشد. رفتاردرمانگر دیالکتیک با کمک مستمر به مراجعان مرزی برای آن که بفهمند هر رویدادی را می‌توانیم از منظر دیگری هم ببینیم، آنها را تشویق می‌کند دنیا را منسجم‌تر و متوازن‌تر ببینند.

وضعیت فعلی درمان شناختی - رفتاری

رویکرد شناختی - رفتاری هم‌اکنون شهرت قابل توجهی در برنامه‌های آموزشی و درمانگری دارد. این شهرت ظهراً نه تنها معلول شواهد تجربی موجود درباره اثربخشی فنون شناختی - رفتاری بلکه معلول صراحت و مشکل‌مداری آنها است. اکثر مداخلات شناختی و رفتاری برای رفع شناخت‌ها و رفتارهای مشکل‌آفرین خاصی طراحی شده‌اند. بنابراین ترجمه‌ی نشانه به درمان در آنها نسبتاً روشن است. در ضمن مراحل در مداخلات رفتاری و شناختی مشخص و سازمان‌یافته‌اند. آموختن این مداخلات شناختی - رفتاری «سناریودار» در مقایسه با مداخلات دیگر به ویژه مداخلات روانپوشی و انسانگرا، برای کارآموزان و روان‌شناسان بالینی مشغول روان‌درمانی، آسان‌تر است.

ارزیابی رفتاردرمانی

نقاط قوت رفتاردرمانی

1. **اثربخشی:** شواهد قانع‌کننده درباره مؤثر بودن رفتاردرمانی و درمان‌های شناختی - رفتاری وجود دارد. رفتاردرمانی درمان انتخابی بسیاری از اختلالات است. رفتاردرمانی و درمان‌های شناختی - رفتاری نسبت به سایر درمان‌ها کمی مؤثرترند.
2. **کارآمدی:** رفتاردرمانی دارای مجموعه‌ای از فنون است که کوتاه‌تر و کارآمدترند. روش‌های رفتاردرمانی اختصاصی‌تر و مشکل‌محورتر نیز هستند. تأکید آن بر زمان حال و عملگراست. رفتاردرمانی بخاطر کارآمدی بیشتر، بسیار مناسب مراقبت کنترل شده است. برای اجرای رفتاردرمانی به اخذ مدارج بالا مثل دکترای نیاز نیست.
3. **مجموعه‌ای از فنون دارای حمایت تجربی:** رفتاردرمانی طیف گسترده‌ای از فنون دارد. درمانگر از بین این فنون با توجه به نوع مشکل بیمار حق انتخاب دارد. رفتاردرمانگرها روی سنجش تأکید زیادی دارند. در رفتاردرمانی بیمار و درمانگر هر دو فعال هستند. رفتاردرمانی تکلیف محور است. رفتاردرمانی مجموعه فعالی از روش‌هاست و شامل سنجش، طراحی، تصمیم‌گیری و فنون می‌باشد. رفتاردرمانی رهبر تهیه درمان‌های راهنمادار و دارای حمایت تجربی برای درمان‌هایش است.
4. **جانشینی نشانه (symptom substitution):** رفتاردرمانگرها مفهوم جانشینی نشانه را کنار زدند. جانشینی نشانه اعتقادی مبنی بر این است که اگر نشانه‌ای را بدون توجه به آسیب‌های زیربنایی آن حذف

- کنیم، نشانه دیگری جایش را خواهد گرفت. رفتاردرمانگرها اعلام کردند که حمله مستقیم به اضطراب‌های بیمارانی‌ل‌زوماً باعث نخواهد شد اضطراب‌های آنان در شکل و صورت دیگری نمایان خواهد شد. آنها در واقع با این کار، دیدگاه روان‌پویایی و مدل پزشکی آسیب‌شناسی و مفاهیم بیماری و نشانه‌ها را زیر سؤال بردند.
5. **دامنه کاربرد:** یکی از مساعده‌های رفتاردرمانی، توسعه کاربرد درمان بوده است. برخلاف روان‌درمانی سنتی که مخصوص طبقات میانی و بالای جامعه بود که پول و وقت کافی برای رفع دردهای روانشناختی خود داشتند، رفتاردرمانی را می‌توان بر روی افراد عقب مانده یا بیماران روانی مزمن نیز استفاده کرد و در واقع هدف از رفتاردرمانی این افراد، کمک به سازگاری آنها با محیط اطرافشان است. همچنین می‌توان رفتاردرمانی را برای بیماران از اقشار پایین اقتصادی - اجتماعی نیز که رشد فکری و محدودیت‌های کلامی محدودی دارند نیز به کار برد.
6. **دانشمند - متخصص و دانشمند بالینی:** از نظر طرفداران مدل دانشمند - متخصص و دانشمند بالینی، در رفتاردرمانی می‌توانیم هر دو نقش را ایفا کنیم. سنت رفتاری برگرفته از میراث آزمایشی و تحقیقاتی است. در رفتاردرمانی شاهد ارتباط نزدیک محقق و متخصص بالینی هستیم و شخص می‌تواند به راحتی هر دو نقش را ایفا کند.

انتقادهای وارد شده به رفتاردرمانی

1. **پیوند علم و کار بالینی:** بر خلاف ادعاهای رفتاردرمانی تمام روش‌های رفتاری پشتوانه آزمایشی قوی ندارند و بسیاری از آنها محصول تجربه بالینی می‌باشند.
2. **انسانیت زدایی:** یکی از انتقادهای وارد شده به رفتاردرمانی، سترون بودن، مکانیکی بودن و غیرانسانی بودن آن است و برخی از فنون رفتاردرمانی مثل بیزاری‌درمانی را شبیه سادیسم دانسته اند نه درمان!
3. **کمال درونی:** برخی گفته اند اگرچه رفتاردرمانی بیماران را بهبود می‌بخشد ولی موجب رشد و کمال درونی آنان نمی‌شود. رفتاردرمانی اگرچه موجب تسکین و کاهش نشانه‌ها می‌شود اما تجربه‌های خلاقانه‌ای برای بیماران به ارمغان نمی‌آورد. رفتاردرمانی اگرچه موجب تغییر رفتارها می‌شود اما درک و فهم افراد را زیاد نمی‌کند. رفتاردرمانی کاری به درون شخص، ارزش‌ها، مسئولیت‌پذیری و انگیزه‌ها ندارد.
4. **مشکلات نامشخص:** منتقدان می‌گویند رفتاردرمانی به قدر کافی از عهده مشکلات مبهم یا وجودی بر نمی‌آید. یعنی رفتاردرمانی در مورد مشکلاتی مانند احساس مبهم و نامشخص اضطراب و افسردگی، یا احساس یک زن خانه دار ناکام و افسرده که احساس می‌کند خانه‌اش خالی شده است، دو راهی‌های اخلاقی، احساس بی معنا بودن زندگی و... حرفی برای گفتن ندارد. البته با شناختی‌تر شدن رفتاردرمانی تا حدودی این انتقاد کم رنگ شده است.
5. **فرایندهای ذهنی:** اگرچه عده‌ای از رفتاردرمانگرها به مفهوم ناهشیار علاقمند شده اند ولی هنوز رفتارگرایان تندرو، فرایندهای ذهنی را به طور کامل رد می‌کنند.

6. **دستکاری و کنترل:** یک از انتقادهای مهم به رفتاردرمانی، مربوط به قضیه دستکاری و کنترل است. انتقاد مزبور از این قرار است که رفتاردرمانی، توهینی مودیانه و صریح به ظرفیت تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری و شأن و یکپارچگی بیماران است.
7. **تعمیم:** یک انتقاد جدی از برخی رفتاردرمانی‌ها، بحث عدم اثربخشی آنها در موقعیت‌های دیگر است. البته این انتقاد در مورد سایر رویکردهای درمانی نیز مصداق دارد. رویکردهای عامل (غلاً) اقتصاد ژتونی و دیگر برنامه‌های مدیریت رفتاری) بیش از همه در مظان چنین انتقادی بوده‌اند. به دلیل اینکه این برنامه‌ها در مؤسسات و شرایط کنترل شده و با پرسنل آموزش دیده کارایی بالایی دارند اما در شرایط طبیعی نمی‌توان این فنون را اجرا کرد. از طرفی مراجعان یاد نمی‌گیرند رفتارهای مطلوب آموخته شده را در محیط‌های کنترل نشده نیز انجام دهند. این انتقاد به بی‌زاری‌درمانی نیز وارد شده است. با توجه به این تجربه‌ها منتقدان گفته‌اند که فنون رفتاردرمانی، سطحی، ساده‌انگارانه و حمایتی هستند و تأثیرات بادوامی ندارند.
8. **آشفته‌نگی نظری:** در حال حاضر، رفتاردرمانی مخلوطی از فنون است که برخی از آنها برگرفته از سنت شرطی‌سازی عامل هستند و برخی برگرفته از شرطی‌سازی کلاسیک و برخی نیز به شدت ماهیت شناختی دارند. در واقع منتقدان می‌گویند رفتار درمانگرها چهارچوب نظری منظمی ندارند که فنون مختلف را در خود جای داده باشد، دسته‌بندی کرده باشد و شرایط استفاده از هر فن را مشخص نموده باشد.
- × رفتاردرمانی با تمام گسترش خود، نفوذ خیلی کمی در خارج از محدوده روانشناسی بالینی (مثلاً در روانپزشکی و مددکاری اجتماعی) داشته است.

فصل پانزدهم

گروه‌درمانی: خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی

از اواسط قرن بیستم به بعد، موجی از درمان‌هایی که در آن واحد بیش از یک نفر را درمان می‌کردند و روی روابط و نظام روابط متمرکز بودند، به راه افتاد. گروه‌درمانی، اولین درمان جمعی بود و کمی پس از آن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی وارد صحنه شدند. دهه 1960 نیز شاهد جنبش خودیاری و روان‌شناسی اجتماع‌نگر بود که بر لزوم درمان اختلالات در محلات و مداخله در نظام‌های اجتماعی بزرگ‌تر برای پیشگیری از اختلالات روانی یا وخیم‌تر شدن آنها تأکید می‌کرد.

گروه‌درمانگرها و خانواده‌درمانگرها معتقدند که چون اکثر مشکلات در یک چهارچوب اجتماعی پیش می‌آیند و تداوم می‌یابند؛ احتمال زیادی دارد که مشکلات هیجانی و رفتاری فعلی تحت‌تأثیر بدکاری میان‌فردی قبلی باشند؛ اختلاف زناشویی نیز بین دو نفر بوجود می‌آید نه یک نفر. از طرفی خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی درمان‌های سودمندتری هستند. آنها می‌گویند این درمان‌ها مقرون به صرفه‌ترند. درمان انفرادی بیماران جوابگوی نیازهای روانی جامعه نیست. بسیاری از شرکتهای بیمه نیز به دلیل مشکلات اقتصادی دنبال درمان‌های روانی کارآمدتر و کم هزینه‌ترند، بنابراین خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی و گروه‌درمانی ضرورت دارند.

یکی از قدیمی‌ترین موارد استفاده از روش‌های گروهی، کارهای جوزف اچ. پرات روی بیماران مسلول در سال 1905 است. از شخصیت‌های برجسته در جنبش گروهی، جی ال مورنو بود که در اوایل دهه 1900 برخی روشهای گروهی را در وین ابداع کرد و در سال 1925 نمایش روانی را به آمریکا معرفی کرد. وی همچنین از اصطلاح گروه‌درمانی استفاده کرد. تریگنت بارو، روان‌کاوی بود که برای توصیف روش‌هایش از اصطلاح تحلیل گروهی استفاده می‌کرد. اسلاسون در دهه 1930 بیماران نوجوان را تشویق می‌کرد به کمک بازی کنترل شده، مشکلات خود را بررسی کنند. روش‌های او بر مفاهیم روان‌کاوانه مبتنی بودند. روش‌های گروهی به طور واقعی پس از جنگ جهانی دوم وارد صحنه شدند. دلیل این امر نیز شمار زیاد بازماندگان جنگ که نیاز به مشاوره و درمان داشتند و محدودیت امکانات سازمانی و بیمارستانی بود.

رویکردهای گروه‌درمانی (group therapy)

1. گروه‌درمانی روان‌کاوانه (psychoanalytic group psychotherapy): اکثر گروه‌درمانی‌های روان‌کاوانه اصولاً درمان روان‌کاوانه‌ای هستند که در گروه انجام می‌شوند. اگر چه این نوع درمان با روان‌درمانی انفرادی تفاوت بارزی دارملاً در تعداد انتقال‌ها، انتقال درمانگر-بیمار و تأثیرات اعضا بر یکدیگر (ولی همچنان بر پدیدهایی چون تداعی آزاد، انتقال، تفسیر مقاومت و مذاقه تأکید می‌شود. هرچند به سختی می‌توانیم بگوییم که در این نوع درمان، فرآیندهای گروهی وجود ندارد ولی نقش آنها نسبت به فرآیندهای فردی در درجه دوم اهمیت است. در گروه‌درمانی روان‌کاوانه گروه ابزاری است که فرد از آن طریق نیروهای ناهشیار و دفاع‌های ناهشیارش را ابراز می‌دارد و در نهایت آنها را می‌شناسد و از این طریق به سطح بالاتری از سازگاری می‌رسد.

در گروه‌درمانی برخلاف روان‌درمانی انفرادی می‌توانیم تحلیل عمیق‌تری انجام بدهیم چون افراد به گروه متمایل می‌شوند و تحمل اضطرابشان بیشتر می‌شود. بیماران در مورد احساسات خویش راجع به یکدیگر تداعی آزاد می‌کنند، خواب‌های خود را گزارش می‌دهند و مقاومت و احساسات انتقالی خویش در مورد درمانگر و یکدیگر را تحلیل می‌کنند. یکی از انواع گروه‌درمانی روان‌کاوانه گروه‌درمانی ولف (1975) است. گروه‌های درمانی ولف معمولاً 8 تا 10 عضو دارند (تعداد زنها و مردها برابرند). گروه هفته‌ای سه مرتبه تشکیل جلسه می‌دهد و هر جلسه 90 دقیقه طول می‌کشد.

2. نمایش روانی (psychodrama): این نوع گروه‌درمانی در واقع شکلی از نقش بازی کردن است که بانی آن مورنو (1946، 1959) بود. بیماران مثل این کواقعاً در وضعیت مربوطه قرار دارند به ایفای نقش می‌پردازند. این نقش بازی کردن تا حدودی تخلیه هیجانی (کاتارسیس) و خودانگیختگی در پی دارد و بینش و خودشناسی افراد را بالا می‌برد. بیماران باید نقش خودشان یا نقش دیگری را بازی کنند. گاهی نیز باید در وسط نمایش نقش خود را عوض کنند. نمایش می‌تواند در مورد واقعه‌ای مربوط به گذشته بیماران یا رویداد قریب‌الوقوعی باشد که نگران آن هستند.

به طور کلی در نمایش روانی این افراد وجود دارند: بیماری که روی صحنه می‌رود، کارگردان یا درمانگر، ایگوهای کمکی (بیماران دیگر، دستیاران درمانگر و این گونه افراد) و مخاطبان. کارگردان به بیمار نقش می‌دهد و ایگوهای کمکی به حمایت از او می‌پردازند. مخاطبان نیز پذیرش و درک لازم را فراهم می‌آورند و حتی گاهی در نمایش شرکت می‌کنند.

به نظر مورنو بازی کردن یک وضعیت، گوش‌دادن به جواب‌های ایگوهای کمکی و حس کردن واکنش‌های دیگران، موجب تخلیه هیجانی و خودشناسی عمیق‌تر می‌شود. وی معتقد بود این کار خیلی مؤثرتر از صحبت کردن صرف با درمانگر است. نمایش روانی خصوصاً برای بیماران کم رو و فاقد مهارت‌های اجتماعی شرایطی فراهم می‌آورد تا خودشان را بیشتر ابراز و مهارت‌های اجتماعی بیشتری کسب کنند.

3. گروه‌درمانی تحلیل تبادلی (transactional analysis): ابداع‌کننده و نیروی محرکه تحلیلی تبادلی، اریک برن (1961) بود. تحلیل تبادلی‌اصولاً عبارت است از تحلیل تعامل جنبه‌های مختلف {شخصیت} انسانها در گروه. تحلیل‌ها روی سه حالت ایگویی اصلی متمرکزند: حالت ایگویی کودک، حالت ایگویی والد، حالت ایگویی بالغ. هر یک از این سه حالت، ویژگی‌های مثبت و منفی دارند. کودک مثبت، خود‌انگیخته و برون‌گرا و خلاق است. کودک منفی، ترسو و هیجانی و پر از احساس گناه است. والد مثبت، حمایتگر، مهربان و فهیم است. والد منفی، تنبیه‌گر است و خیلی زود سرزنش می‌کند. بالغ گرایش کمتری به احساسات و هیجانات دارد و بیشتر دنبال منطق، برنامه‌ریزی و جمع‌آوری اطلاعات است. بالغ می‌تواند عاقل (مثبت) یا غیرخودانگیخته (منفی) باشد.

هر کسی بسته به نحوه تربیتش، گوشه‌هایی از این شخصیت‌های مثبت و منفی را بروز می‌دهد. کودکی که خیلی زیرنظر و تحت امر والدینش بوده است ممکن است حالت ایگویی کم‌رو یا پر از احساس گناه پیدا کند. در نتیجه اگر شخصی در تحلیل تبادل گروهی به شکل مقتدرانه و متکبرانه‌ای از سکس حرف بزند و از این شخص کم‌رو بخواهند جوابش را بدهد، یا نمی‌تواند جواب بدهد یا هنگام جواب دادن به شدت دچار تنش می‌شود. درمانگر هم‌چنین گاهی به نقش‌های منفی هر شخص اشاره می‌کند (اعم از کودک، والد یا بالغ منفی). یک نفر با تکبر و اقتدارش نقش یک والد منفی را بازی می‌کند. نفر دیگر با کم‌رویی و تنش خود به سبک یک کودک منفی پاسخ می‌دهد. با تحلیل مکرر تعاملات اعضای گروه، حالات ایگویی درگیر، مشخص می‌شوند. این تحلیل‌ها باعث می‌شوند بیماران شیوه‌های فکری عاقلانه‌تر و مناسب‌تری را که به حالت ایگویی بالغ (مثبت) نزدیک‌تر باشند اتخاذ کنند.

واحدهای تحلیل، تبادلات هستند؛ یعنی محرک‌ها و پاسخ‌هایی که در هر لحظه بین دو یا چند نفر رد و بدل می‌شوند. در تحلیل تبادلی، معلوم می‌شود که کدام حالت ایگویی در تعامل افراد، ایفای نقش می‌کند.

یکی دیگر از جنبه‌های تحلیل تبادلی، بازیها هستند. بازیها رفتارهای هستند که مردمالفاً برای نزدیک‌نشدن زیاد به دیگران انجام می‌دهند. بازیها تبادلات منظمی هستند که انگیزه‌های پنهان دارند. درگروه‌درمانی با روش تحلیل تبادلی، اهمیت زیادی به کشف و تحلیل بازیهای اعضای گروه با یکدیگر داده می‌شود. برن در گروه‌های تحلیل تبادلی دنبال صمیمیت کاذب بود تا این صمیمیت‌های کاذب را اصلاح کند. بازیهای اعضای گروه سرپوشی برای احساسات و عقاید واقعی آنها هستند. از نظر برن یکی از کارکردهای درمانگر، ایفای نقش معلمی است که با سؤال، تفسیر و حتی رویارویی سعی می‌کند بیماران را به نقطه‌ای برساند که بتوانند رفتارهای رضایت‌بخش‌تر را جایگزین بازیها کنند. در معدودی از موارد از اصول تحلیل تبادلی در بیمارستانها و مؤسسات استفاده شده است.

تحلیل تبادلی یک رویکرد پر شتاب و کنش‌گرا است. این رویکرد در زمان حال و دست و پنجه نرم‌کردن با مشکلات کنونی تأکید دارد و همین تأکیدش آن را برای بسیاری از بیماران و درمانگران جذاب کرده است. تحلیل تبادلی حال و هوای مسئولیت‌پذیری و آموختن طرز انتخاب را دارد و از این جهت رقیب مطلوبی برای گروه‌درمانی‌های سنتی است که به طور دردناکی کند پیش می‌روند. در کل این رویکرد شاهد یک سادگی مفهومی هستیم که آنرا برای بیمار و متخصص قابل فهم می‌سازد و قابل قبول‌تر می‌نماید که همین سادگی زیاد در تحلیل مشکلات افراد به عنوان یک انتقاد به این رویکرد مطرح شده است. همچنین متخصصان تحلیل تبادلی به ندرت تحقیق می‌کنند.

4. گروه‌درمانی گشتالتی (gestalt group therapy): گروه‌درمانی گشتالتی مثل گروه‌درمانی روان‌کاوانه به تجارب تک‌تک بیماران می‌پردازد. در عین حال تأکیدش بر سمینارها، خلوتگاه‌های هفتگی، کارگاههای کوتاه‌مدت و شهرت عمومی آن، حال و هوای جنبش رویارویی را به این نوع گروه‌درمانی می‌دهند. گشتالت‌درمانی بیماران را نسبت به زمان حال آگاه می‌کند و کاری می‌کند تا نسبت به حضورشان در دنیا آگاهی یابند. در گروه‌درمانی، این هدف از طریق تمرکز بر تک‌تک اعضای گروه محقق می‌شود. درمانگر روی یک بیمار متمرکز می‌شود و بیماران دیگر نقش مشاهده‌کننده را ایفا می‌کنند. نام این رویکرد «صندلی داغ» است. بیماران باید احساسات و رفتارشان را تجربه کنند. یعنی ذهنشان را کنار بگذارند و آنها را حس کنند. دیگر اعضای گروه مشاهده‌کننده صرف نیستند، آنها باید در مورد شخصی که روی صندلی داغ نشسته اظهارنظر کنند. گاهی از روش نقش بازی کردن، گزارش رؤیایها و گفتگو بین بیماران نیز استفاده می‌شود. اما صرف نظر از مشاهده‌کننده بودن یک عضو یا قرار گرفتن او روی صندلی داغ، درگیری شدید در اتفاقات و اقدامات مطرح است. درست مثل روش‌های تحلیل تبدیلی، عدم تحقیق در مورد نتایج روش‌های گشتالتی و هیجانی‌بودن قضیه، تعیین اثر بخشی گروه‌درمانی گشتالتی و بررسی تعمیم پذیری تأثیراتش را دشوار می‌سازد.

5. گروه‌های رفتاردرمانی (behavior therapy groups): ما می‌توانیم حساسیت زدایی، الگو برداری از مهارت‌های میان فردی یا بازسازی‌های شناختی را در گروه انجام بدهیم. گروه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری معمولاً محدودیت زمانی دارند (مثلاً 12 جلسه) و از بیمارانی تشکیل می‌شوند که مشکل واحدی دارند. اعضای این گروه‌ها مثل اکثر رفتاردرمانی‌ها، قبل و در حین و پس از درمان تحت برخی سنجش‌ها قرار می‌گیرند تا پیشرفتشان مشخص شود. تحقیقات نشان می‌دهند که مداخلات رفتاری و شناختی - رفتاری گروهی برای درمان افسردگی، رفع کمبود مهارت‌های اجتماعی، درمان درد، ترس از مکان‌های باز و دیگر حالات و اختلالات مفیدند. به گروه‌های شناختی - رفتاری، گروه‌های تربیت روانی هم می‌گویند. چون به جای فرایندهای گروهی، روی یادگیری و مبادله اطلاعات متمرکزند.

یکی از رفتاردرمانی‌های گروهی که صرفاً به دلیل مقرون به صرفه بودن ابداع نشده است جرأت آموزی است. در این مورد رویکرد گروهی، رویکرد انتخابی است. در این گروه‌ها معمولاً از آموزش مستقیم استفاده می‌شود. خصوصیات معمول گروه‌های جرأت آموزی عبارتند از: همکاری در حل مساله، صداقت و پذیرش یکدیگر. اعضای گروه فرصت دارند تا اظهار نظر کنند و از شیوه معرفی خویش ایراد بگیرند. آنها مهارت‌های جدید ابراز وجود را مورد استفاده قرار می‌دهند، تکلیف منزل می‌گیرند بعداً در گروه درباره موفقیت خویش بحث و تبادل نظر می‌کنند.

6. گروه‌درمانی دارای محدودیت زمانی (time-limited group therapy): جاذبه این مدل معاصر از این جهت است که مقرون به صرفه می‌باشد. و مداخلات گروهی را با شرایط عصر مراقبت‌های کنترل شده هماهنگ می‌کند. این گروه‌ها معمولاً به صورت هفتگی برگزار می‌شوند و تعداد جلسات آنها از قبل مشخص شده است (مثلاً 8 جلسه برای گروهی از افرادی که بحرانی در زندگی خویش دارند).

به نظر بادمن و گارمن (1988) گروه‌های دارای محدودیت زمانی 4 ویژگی مهم دارند:

1. آمادگی و غربال پیش از تشکیل گروه: یک کارگاه یک ساعته پیش از تشکیل گروه برگزار می‌شود که هدفش ارزیابی و غربال اعضای بالقوه گروه است.
2. مشخص کردن تمرکز کاری گروه و حفظ آن: تمرکز کاری عبارت است از: نگرانی، مشکل یا معضلی که اعضای گروه در آن اشتراک دارند (مثل مشکل صمیمیت). این تمرکز در جلسه اول مشخص می‌شود.
3. انسجام گروه: درمانگران و محققان معتقدند انسجام گروه (میزان دخالت اعضاء در جریان گروه، میزان اعتمادشان به یکدیگر و میزان همکاری، تمرکز و همدردی آنان) عامل مهمی در تعیین نتیجه است. انسجام معمولاً مهم‌ترین عامل در سودمند واقع شدن گروه‌درمانی است.
4. واکنش‌ها در برابر محدودیت‌های زمانی: به دلیل محدودیت‌های زمانی این گروه‌ها هر مقطع از عمر گروه و اتلاف وقت‌ها و ناکامی‌ها در اعضای گروه احساساتی ایجاد می‌کنند.

ترتیب و ترکیب کلی گروه‌درمانی

اکثر گروه‌ها از 10 تا 5 بیمار تشکیل می‌شوند که حداقل هفته‌ای یک بار به مدت 90 دقیقه تا 2 ساعت با درمانگر ملاقات می‌کنند. مدت یک جلسه در گروه‌درمانی از مدت یک جلسه در درمان انفرادی بیشتر است چون وقت بیشتری لازم است تا تمام اعضای گروه، تجربه‌های‌شان را مطرح کنند و اطلاعات ارایه شده پردازش شود. اعضای گروه به صورت دایره‌ای می‌نشینند تا یکدیگر را ببینند. گاهی نیز دور یک میز می‌نشینند. اکثر درمانگرها قبول دارند که بعضی از بیماران را نباید به گروه‌ها راه داد؛ از جمله کسانی که محدودیت‌های شدید شناختی دارند، روان پریش‌ها و کسانی که در جریان گروه اختلال ایجاد می‌کنند (مثل کسانی که متکلم وحده می‌شوند یا خیلی مخالفت می‌کنند) گروه‌های باز هر وقت که کسی گروه را ترک می‌کند عضو جدیدی می‌گیرند. گروه‌های بسته پس از تشکیل شدن عضو جدیدی نمی‌گیرند.

بعضی از رهبران گروه‌های سنتی معتقدند گروه باید همگن باشد؛ یعنی اعضای آن همسن و همجنس و دارای مشکلی مشابه باشند. عده‌ای دیگر ترجیح می‌دهند گروه ناهمگن باشد. یعنی اعضای گروه مختلط باشند. گروه‌های ناهمگن راحت‌تر تشکیل می‌شوند. فایده‌ی این گروه‌ها آن است که اعضای گروه در معرض آدم‌ها و دیدگاه‌های مختلف قرار می‌گیرند. مهم‌ترین فایده‌ی گروه‌های همگن هم این است که روی مشکل مشترکی که کار اعضای گروه را به درمان کشانده، متمرکز می‌شوند. در عمل گروه‌ها همیشه در برخی ابعاد (مثل تشخیص و شدت مشکل همگن هستند و در برخی ابعاد (مثل مدت مشکل، خصوصیت شخصیتی اعضا و سبک کنار آمدن آنها) ناهمگن. رازداری در گروه‌درمانی نیز بسیار مهم است.

عوامل درمان‌بخش در گروه‌درمانی

سودمندی گروه‌درمانی معلول یک رشته عوامل است این عوامل از دیدگاه یالوم عبارتند از:

1. انتقال اطلاعات: اعضای گروه علاوه بر درمان گر از سوی یکدیگر راهنمایی می‌شوند و به یکدیگر توصیه‌هایی می‌کنند.

2. امیدوارشدن: مشاهده کسانی که مشکلاتشان را با موفقیت رفع می‌کنند. افراد را امیدوار می‌کند. (موردی که جزء لازم هر گونه درمان موفقیت‌آمیز است).
3. همگانی‌بودن: افراد با گوش دادن به صحبت‌های دیگران می‌فهمند که آنها نیز ترسها، مشکلات و نگرانی‌هایی مشابه ترسها، مشکلات و نگرانی‌های خودشان را دارند. پی‌بردن به این که تنها نیستیم خیلی خوشایند است.
4. نوع‌دوستی: اعضای گروه در شروع، الفبا^۲ احساس بی‌فایده‌بودن می‌کنند و روحیه^۳ بالایی ندارند ولی وقتی می‌فهمند می‌توانند به دیگر اعضا گروه کمک کند بیشتر احساس ارزشمندی و قابلیت می‌کنند.
5. یادگیری میان‌فردی: تعامل با دیگران در گروه می‌تواند روابط میان‌فردی، مهارت‌های اجتماعی، حساسیت به خرج دادن در مورد دیگران، حل اختلاف‌ها و مواردی از این قبیل را آموزش بدهند.
6. تقلید: مشاهده و گوش دادن به صحبت‌های دیگران زمینه ساز الگوبرداری از رفتارهای مفیدتر می‌شود. اعضای گروه از یکدیگر چیزهایی یاد می‌گیرند.
7. بازپیدایی اصلاحی خانواده اولیه: بافت گروه به بیماران کمک می‌کند مشکلات مرتبط با اعضای خانواده خود را بشناسند و حل کنند. تأثیرات تجارب گذشته خانوادگی با پی‌بردن به این نکته که روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه قبلی در گروه بی‌تأثیرند برطرف خواهد شد.
8. تخلیه هیجانی: یاد گرفتن شیوه ابراز احساسات به شکلی صادقانه و راحت در گروه زمینه‌ساز ایجاد اعتماد و درک متقابل خواهد شد.
9. انسجام گروه: اعضای گروه به گروه کوچکی پیوند می‌خورند که با پذیرفتن آنها موجب افزایش عزت‌نفس‌شان می‌شود.

آیا گروه‌درمانی مؤثر است؟

اظراً^۴ درمان‌های گروهی از دیگر روان‌درمانی‌ها مؤثرتر نیستند. نقطه قوت اصلی گروه‌درمانی، مقرون‌به‌صرفه‌بودن اقتصادی و زمانی آن است. خصوصاً^۵ درمان‌های گروهی دارای محدودیت زمانی.

خانواده‌درمانی (family therapy)

خانواده‌درمانی در اواسط قرن بیستم به عنوان یک درمان مشهور شناخته شد. دو دیدگاه رفتارگرایی و انسان‌گرایی راه را برای ظهور خانواده‌درمانی هموار کردند. از خانواده درمانگران مشهور می‌توان از افرادی همچون: بیتسون، هی‌لی، جکسون، ستیر، آکرم، بوئن، مینوچین، ویتاگر، کمپلر می‌توان نام برد.

کانون زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، رابطه‌های مختل [و مشکل‌دار] است نه افراد حاضر در رابطه هقبلاً^۶ به جای اصطلاح زوج‌درمانی از اصطلاح زناشویی درمانی استفاده می‌شد ولی اصطلاح زوج‌درمانی، توصیفی‌تر است چون زوج‌های دگرجنس خواه و همجنس خواه از جمله زن و شوهرها، کسانی که بدون ازدواج رسمی با هم زندگی می‌کنند، عاشق و معشوق‌هایی که با هم زندگی می‌کنند و خلاصه هر زوجی را پوشش می‌دهد. زوج‌درمانی بر رابطه

طرفین متمرکز است نه بر هر یک از آنها. خانواده‌درمانی هم روی روابط یکی از والدین یا هر دو والد (و یا پرستاران) با بچه‌ها متمرکز است.

یکی از مفاهیم مرتبط با مفهوم خانواده به عنوان یک واحد مفهوم اجبار مضاعف (double-blind) در مورد نحوه شکل‌گیری اختلال اسکیزوفرنیا است. این مفهوم را خانواده درمانگر مشهور؛ گریگوری بیتسون مطرح کرده است. برای نمونه، پدری ممکن است به فرزندش بگوید «همیشه حقت را بگیر اصلاً اهمیت نده طرف مقابلت کیست و چه اتفاقی خواهد افتاد!» در عین حال به وی بگوید «روی حرف من حرف نزن، من پدرت هستم و هر چیزی که می‌گویم باید انجام بدهی؟» تناقض ذاتی این دو گفته نشانگر آن است که این کودک هر کاری با پدرش انجام بدهد اشتباه است. به نظر گروه بیستون این تناقض، عدم پذیرش این تناقض توسط پدر و عدم حمایت دیگر اعضای خانواده از کودک می‌تواند بستر مناسبی برای اسکیزوفرنی فراهم می‌آورد. البته حمایت تجربی اندکی برای نظریه اجبار مضاعف در مورد اسکیزوفرنی وجود دارد.

تئودور لیدز و گروه تحقیقاتی وی نیز در سبب‌شناسی اسکیزوفرنی، نقش خانواده را مطرح کردند. وقتی زن و شوهری نمی‌توانند نیازهای روانی و هیجانی یکدیگر را رفع کنند، یکی از آنها اتحاد بیمارگونه‌ای با فرزندش برقرار می‌کند و در نهایت اسکیزوفرنی وی را تسریع می‌کند.

مشاهدات باون (1960) روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که همراه با پدر و مادرشان برای مدتی در بیمارستان زندگی می‌کردند وی را به این نتیجه رساند که کل واحد خانواده بیمار است نه بیمار. آکرمن (1966، 1958) نیز نتایج مشابهی گرفت.

تشخیص در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی

یکی از مشکلات و چالش‌های زوج‌درمانگرها و خانواده‌درمانگرها، درک صحیح و دقیق مشکلات رابطه‌ای است. روان‌شناسان در مورد مراجعان منفرد از یک نظام طبقه‌بندی مثل راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) (یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ICD) استفاده می‌کنند تا مشکلات آنها را بهتر بفهمند. اما در زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی، آن قدر که با رابطه یا نظام روابط سروکار داریم با مراجع سروکار نداریم. اما چگونه باید این روابط و نظام‌ها را بفهمیم و تشخیص بدهیم؟ آیا رابطه‌های ناکارآمد، الگویی دارند که سرانجام به فنون مداخله‌ای اثربخش رهنمون شود؟

تدوین طبقات تشخیصی برای اختلافات میان‌فردی شروع شده است. کارهای مقدماتی در این حوزه به طرح کدهای V برای مشکلات رابطه‌ای در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منتهی شد. کدهای V همان «اختلالات دیگری هستند که می‌توانند مورد توجه بالینی قرار گیرند» و برای نمونه عبارتند از مشکل رابطه‌ای والد-کودک (V61.20). مشکل رابطه‌ای با همسر (V61.10) و مشکل رابطه‌ای خواهر و برادرها (V61.8). کدهای V را می‌توانیم روی محور یک بیاوریم ولی اکثر شرکت‌های بیمه بابت کدهای V پولی نمی‌دهند. عده‌ای پیشنهاد کرده‌اند اختلال در روابط و اختلال در فرآیند رابطه باید در ویراست بعدی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (یا DSM) به عنوان طبقات تشخیصی رسمی مطرح شوند (DSM-V)؛ بیچ و

کازلو، 2006). این طبقات برای مثال می‌توانند مشکلات رابطه‌ای همراه با اختلاف با همسر، ناراحتی رابطه‌ای، و بدرفتاری با همسر و فرزند باشند. برای اثبات پایانی، اعتبار و سودمندی تشخیص‌های رابطه‌ای به تحقیقات زیادی نیاز داریم ولی با نگرانی‌ها علاقه زیادی به این کار وجود دارد.

ارتباط

خانواده‌درمانی از همان ابتدا که روی اسکیزوفرنی متمرکز شد بر قضیه ارتباط تأکید داشت. آسیب معلول عدم ارتباط اعضای خانواده بود. در نظریه نظام‌های عمومی (general systems theory) هم که به نظر بسیاری از صاحب‌نظران یکی از مفاهیم اصلی خانواده‌درمانی است شاهد این تمرکز بر ارتباط هستیم. نظریه نظام‌های عمومی برای اولین بار توسط فون برتالانفی مطرح شد. این نظریه مفهوم مهمی در خانواده‌درمانی است مبنی بر این که خانواده یک نظام است و بهترین راه برای کاهش آسیب ایجاد تغییر در کارکردهای این نظام می‌باشد.

خانواده‌درمانی با رابطه اعضای خانواده با نظام خانواده سروکار دارد. خانواده یک نظام و خانواده‌درمانی دنبال تغییر دادن این نظام است. در خانواده‌درمانی بر نشانه‌های بیمارگون آشکار اشخاص یا بدکاری و تعارضات درون روانی آنان تأکید نمی‌شود. برای مثال علت مشکلات جنسی، اید پُرواکشن در نظر گرفته نمی‌شود. بلکه دلیل مشکلات جنسی، اطلاع نداشتن است. درمان عبارت است از اصلاح این بی‌اطلاعی یا تغییر بازخوردها. دلیل ایجاد تغییر مثبت توسط درمانگر آگاه شدن بیمار از تعارضات درونی خودش نیست بلکه دلیلش این است که درمانگر با استفاده از بازخورد، شیوه عمل نظام را تغییر می‌دهد.

آکرمن (1960، 1958، 1966) موضعی حد وسط رویکرد فردی یا درون روانی و رویکرد نظام‌ها اتخاذ می‌کند که نظریه پردازان ارتباط پیرو آن هستند. وی معتقد است که بین بیمار، خانواده و جامعه، پیوسته مبادله‌ای در جریان است. اگر چه آکرمن اهمیت وافری برای فرآیند ارتباط در نظام خانواده قائل است ولی محتوای ارتباط را نیز بسیار مهم می‌داند.

شکل‌ها و روشهای خانواده‌درمانی

1. خانواده‌درمانی کلی (conjoint family therapy). در خانواده‌درمانی کلی، کل خانواده به طور همزمان توسط درمانگر تحت درمان قرار می‌گیرند. در برخی از گونه‌های این رویکرد، درمانگر نقشی منفعل و بی‌رهنمود دارد. در گونه‌های دیگر آن درمانگر نیروی فعالی است، به صحبت‌ها جهت و به اعضای خانواده تکلیف و در مورد روابط انسانی به آنان به طور مستقیم آموزش می‌دهد و غیره.

ویرجینیا ستیر (1967) خانواده درمانگر را فرد توانمندی می‌داند که خانواده را طملاً تحت مشاهده قرار می‌دهد و با ارتباطات واضح و قاطع خویش برای خانواده در زمینه ارتباط، نقش الگو را بازی می‌کند مثلاً درمانگر را معلم، یک شخص توانمند و یک ارتباط‌گر، می‌داند.

در خانواده‌درمانی کلی و دیگر خانواده‌درمانی‌ها، پنج شکل بنیادی ارتباط دیده می‌شود: 1. آرام کردن (موافقت همیشگی صرف نظر از آن چه در حال وقوع است)؛ 2. سرزنش کردن (نشان دادن این که چقدر می‌توانیم از دیگری

انتقاد و او را متزلزل کنیم؛ 3. تعقل افراطی (مثل معلم‌هایی که صحبت‌هایشان فوق العاده معقول است ولی ربطی به احساسشان ندارد)؛ 4. نامربوط‌گویی (بیان کلماتی که ربطی به بحث ندارند)؛ 5. مربوط‌گویی (بیان کلماتی که به بحث مربوطند).

2. **خانواده‌درمانی همزمان (concurrent family therapy)**. در خانواده‌درمانی همزمان درمانگر تمام اعضای خانواده را می‌بیند ولی در جلسات مجزا. اهداف کلی این نوع خانواده‌درمانی مشابه اهداف خانواده‌درمانی کلی است گاهی درمانگر بیمار اصلی را تحت روان‌درمانی سنتی قرار می‌دهد و گاه‌گاهی با دیگر اعضای خانواده ملاقات می‌کند.

3. **خانواده‌درمانی گروهی (collaborative family therapy)**. در خانواده‌درمانی گروهی هر یک از اعضای خانواده توسط یک درمانگر متفاوت درمان می‌شوند. سپس درمانگران دور هم جمع می‌شوند و در مورد بیماران و کل خانواده بحث و تبادل نظر می‌کنند. در شکل دیگری از این رویکرد کلی، گروهی از درمانگران روی یک خانواده کار می‌کنند. یعنی یک خانواده با دو یا سه درمانگر ملاقات می‌کنند.

4. **خانواده‌درمانی رفتاری (behavioral family therapy)**. بعضی از متخصصان بالینی ملاً لیبرمن و پترسون روابط خانوادگی را بر مبنای وابستگی‌های تقویتی تحلیل کردند. وظیفه درمانگر، تحلیل رفتاری مشکلات خانواده است. این تحلیل کمک خواهد کرد تا رفتارهایی را که باید از فراوانی آنها بکاهیم یا بر فراوانی آنها بیفزاییم و پاداش‌هایی که موجب تداوم رفتارهای نامطلوب یا افزایش رفتاری مطلوب می‌شوند را بشناسیم. پس خانواده‌درمانی رفتاری عبارت است از فرایند وادار کردن اعضای خانواده به تقویت مناسب رفتارهای مطلوب یکدیگر. در نسخه خانوادگی درمان شناختی - رفتاری هم به تک تک اعضای خانواده یاد می‌دهند رفتارها و الگوهای فکری مشکل آفرین خود را بازبینی کنند، مهارت‌های جدیدی کسب نمایند. (مثل: ارتباط، حل مساله، مذاکره، مدیریت اختلاف) و تفسیرهای خود را در مورد وقایع خانوادگی نقد و بررسی کند و در صورت لزوم تغییر بدهند.

5. **گروه‌درمانی خانوادگی شبکه‌ای**. در گروه‌درمانی خانوادگی شبکه‌ای (اسپک و اتنیو، 1971) درمانگر روی کل «شبکه» اطرافیان بیمار (همسایگان، کارفرماها، دوستان، خانواده و غیره) کار می‌کند. بدیهی است انجام چنین درمانی مستلزم همکاری شدید اشخاص مورد نظر است.

6. **درمان با تأثیر متعدد**. در درمان با تأثیر متعدد (مک گرگور، ریچی، سرانو و شوستر، 1964) تیم متخصصان درمانگاه دو روز به طور فشرده روی خانواده کار می‌کنند. این تیم که جلساتی را با تک تک اعضای خانواده برگزار می‌کند، قضیه ازدواج، نقش قدرت، نظر فرزندان در مورد خانواده و عوامل دیگر را بررسی می‌کنند معمولاً برای بررسی پیشرفت خانواده، یک پیگیری 6 ماهه نیز صورت می‌گیرد.

7. خانواده‌درمانی چند تایی. در خانواده‌درمانی چند تایی (استرلنیک، 1977) درمانگر، چند زوج یا خانواده را در قالب یک گروه تحت درمان قرار می‌دهد. فرض بر این است که تجربه مشترک، زوجها یا خانواده‌ها را وادار می‌کند به یکدیگر کمک کنند. این نوع درمان، حد فاصل خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی است.

8. برنامه خانواده سازان. این رویکرد در تاکومای واشینگتن تهیه شد (کینی، مدسون، فلمینگ وهاپالا، 1977). در این برنامه درمانگر که امکان تماس تلفنی 24 ساعته با او وجود دارد، وارد خانواده بحران‌زده می‌شود و اجازه نمی‌دهد سایر اعضای خانواده طعم شیوه‌های دیگر زندگی (مثل بستری شدن) را بچشند. درمانگر حتی تا 6 هفته در خانه مزبور می‌ماند.

9. خانواده‌درمانی ساختاری. هدف خانواده‌درمانی ساختاری (مینوچین، 1974) هم رفع مشکلات فعلی در عین تأکید بر توزیع اقتدار در خانواده است. در خانواده‌درمانی ساختاری بر امور مرتبط با چگونگی ازدواج و امور خانوادگی نیز تأکید می‌شود.

والدآموزی رفتاری (بارکلی، 1997) یا مدیریت آموزی به والدین (کزدین، 2005) در درمان برخی از مشکلات بیرونی‌سازی رفتاری کودکان مثل اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پرخاشگری مورد استفاده قرار گرفته است.

یکی دیگر از صورت‌های خانواده‌درمانی، تعامل درمانی والد - کودک است. ابداع کننده‌ی این درمان شیلا آایبرگ (آیبرگ و ماتاراتزو، 1980) است و مبنای آن، اصول نظریه‌ی دلبستگی می‌باشد. درمانگر در این درمان با پدر و مادر و بچه‌ها کار کرده و نحوه‌ی تعامل والدین با فرزندان را به طور مستقیم مربیگری می‌کند. تعامل درمانی والد-کودک در مورد انواع مشکلات جواب داده است از جمله در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال اضطراب جدایی.

چه وقت باید خانواده‌درمانی کرد؟

قواعد دقیق و قطعی خاصی وجود ندارد که نشان بدهند چه موقع باید خانواده‌درمانی انجام داد. خانواده‌درمانی از عضوی که مشکلات قابل توجهی دارد شروع می‌شود. این مراجع نشان شد معمولاً پسر بچه‌ای است که والدین می‌گویند مشکل رفتاری غیرقابل کنترلی دارد یا دختر بچه‌ی گوشه‌گیر و غمگین است. اما دیری نمی‌گذرد که درمانگر مشکلات شناسایی شده را در ظرف فرایندهای خانوادگی مختل یا ارتباط خانوادگی غلط می‌ریزد، اعضای خانواده را تشویق می‌کند سهم‌شان را در مشکلات بررسی کنند و بگویند هر یک چه تغییراتی می‌توانند در خود ایجاد کنند تا مشکلات حل شود. هدف اصلی و مشترک در تمام خانواده‌درمانی‌ها همچون زوج‌درمانی‌ها، بهبود ارتباطات درون خانواده و حذف زور و قهر در نظام خانواده است.

گاهی مشکلات بیمار آنقدر به خانواده پیوند می‌خورد که خانواده‌درمانی تنها درمان و اقدام ممکن است. گاهی نیز خانواده جلوی پیشرفت درمان بیمار را می‌گیرد یا در برابر توصیه‌های درمانگر مقاومت می‌ورزد. در نتیجه با درگیر کردن خانواده در درمان، بخشی از این مقاومت رفع می‌شود.

گاهی نیز مشکلات بیمار، به شدت تحت تأثیر ساختار خانواده است و درمان کل خانواده را ضروری می‌سازد. در پاره‌ای موارد هم بحران‌های خانوادگی (مثل مرگ یکی از اعضای خانواده) کل خانواده را دچار آسیب می‌کند. گاهی

بهترین راه حل برای مشکلات زناشویی یا جنسی، خانواده‌درمانی است. خانواده‌درمانی یا مشاوره با زوجها وقتی مناسب است که مشکلات معلول تعارضات عمیق هیجانی نباشند بلکه معلول نکات آموزشی باشند؛ مثلاً نگرش‌های غلط، کمبود اطلاعات در مورد میل جنسی یا عدم ارتباط.

زوج‌درمانی (couples therapy)

این رویکرد فقط به زن و شوهرهای ازدواج کرده محدود نمی‌شود. بلکه زوج‌های ازدواج نکرده و موارد دیگر را نیز در بر می‌گیرد. در واقع زوج‌درمانی یک نوع خانواده‌درمانی است. زوج‌درمانی در اکثر موارد بیشتر روی مشکلات رابطه متمرکز می‌شود ولی گاهی اوقات آن را برای رفع مشکلات دیگر با سایر روش‌ها ترکیب می‌کنند. برای مثال وقتی افسردگی، اعتیاد به الکل یا اختلالات اضطرابی شدید بر کیفیت زندگی زناشویی یا رابطه طرفین تأثیر می‌گذارند و حتی آن را تهدید می‌کنند برخی از متخصصان بهداشت روانی زوج‌درمانی را تویه می‌کنند یا حداقل همسر شخص را وارد درمان می‌کنند.

امروزه معروفترین زوج‌درمانی‌ها عبارتند از زناشویی‌درمانی رفتاری، زوج‌درمانی شناختی، زوج‌درمانی هیجانی، درمان اختلالات جنسی، یا (sex therapy) و زوج‌درمانی بینشی (روان‌پویشی).

1. **زناشویی‌درمانی رفتاری (behavioral couples therapy)**: ریشه‌های زناشویی‌درمانی رفتاری به کارهای ریچارد استوارت (1969) بر می‌گردد. درمان مشکلات زناشویی به روش استوارت مستلزم استفاده از اصول تقویت در رابطه با تعاملات زوجها است. زناشویی‌درمانگرهای رفتارگرا با جایگزین کردن ابراز روشن احساسات و بیان مستقیم درخواست‌ها از یکدیگر به جای انتقاد خصمانه و مخرب، مشکلات ارتباطی زوجها را برطرف می‌کنند. یکی از فنون اصلی مورد استفاده در این نوع درمان، **قرارداد وابستگی** است؛ به زوجین یاد داده می‌شود برای ایجاد تغییر مورد نظر و مطلوب در رفتار یکدیگر، رفتارشان را اصلاح کنند. **فنون حمایت - درک**، رفتارهای مثبت - زوجین و همکاری و احساسات مثبت آنان را افزایش می‌دهند. مثلاً هر یک از زوجین فهرستی از رفتارهایی که اگر طرف مقابل انجام بدهد خوشحال خواهند شد رتبه‌بندی می‌کنند. سپس توافق می‌کنند که تا قبل از جلسه بعدی درمان سه مورد از رفتارهای فهرست یکدیگر را انجام بدهند. در **فنون حل مساله** به زوجها فنون ارتباط مثبت آموزش داده می‌شود تا بتوانند تصمیم‌گیری و مذاکره مؤثر را انجام بدهند. برای مثال، فهرستی از قواعد اصلی مهارت‌های ارتباطی مثبت داده می‌شود و سپس این مهارت‌ها را تمرین می‌کنند. متخصص بالینی وقتی مداخله می‌کند که آنرا مفید بدانند مثلاً مهارت‌های ارتباطی مناسب را توضیح می‌دهد یا راه‌های ارتباط مثبت‌تر را نشان می‌دهد. زناشویی‌درمانگرهای شناختی - رفتاری به زوجها کمک می‌کنند طرز فکر خود درباره‌ی رابطه‌شان را عوض کرده و اسنادهای‌شان درباره یکدیگر را اصلاح کنند. بنابراین، درمانگر شناختی - رفتاری ممکن است به طرفین یابد بدهد برای مثال عصبانیت طرف مقابل نشانگر نگرانی او راجع به آینده‌ی رابطه‌شان است نه نشانه تلاش او برای قطع آن. به طور کلی اکثر زوج‌درمانگرها بر حل مسئله تأکید دارند.

2. زوج‌درمانی هیجانی (emotionally focused therapy- EFT): زوج‌درمانی هیجانی درمان کوتاه‌مدتی است که هدفش تغییر دادن سبک‌های تعاملی و پاسخ‌های هیجانی مشکل‌ساز زوجین است به شکلی که پیوند قوی‌تر و مطمئن‌تری بین آنان ایجاد شود. در این رویکرد فرض بر این است که عاطفه منفی و سبک‌های تعاملی مخرب مربوطه، موجب ناراحتی‌های زناشویی می‌شوند. در عین حال برای تثبیت رابطه طرفین، به دلبستگی توأم با ایمنی بیشتر طرفین به یکدیگر احتیاج داریم.

جانسون و همکارانش (1999) برای زوج‌درمانی هیجانی 9 مرحله را بر می‌شمارند. چهار مرحله اول شامل سنجش زوجین و تلاش جهت توقف چرخه تعاملات منفی آنها می‌شود. سه مرحله بعدی به ایجاد سبک‌ها تعاملی سازگارانه‌تر و جدیدی اختصاص دارند که نیازهای زوجین را بهتر برطرف می‌کند و بالاخره دو مرحله آخر مخصوص تحکیم و تثبیت تغییرات ایجاد شده اند.

نکته: وقتی زوج‌درمانگر با هر دو مراجع در اتاق کار می‌کند، باید از مثلث‌سازی با طرفین اجتناب ورزد- یعنی برای مثال خودش را در میان مخالفت‌های طرفین قرار ندهد.

آیا خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی مؤثرند؟

شادیش و همکارانش (1993) در تحقیق خود اندازه تأثیر را برای هریک از انواع خانواده‌درمانی محاسبه کردند؛ مؤثرترین انواع خانواده‌درمانی، درمان‌های التقاطی (ترکیب رویکردها) و رفتاری/روانی - تربیتی بودند. کمترین تأثیر نیز به رویکردهای انسانگرا و سیستمی تعلق داشت.

خانواده‌درمانی برای برخی اختلالات و در مورد برخی اعضای خانواده مؤثر است. باکوم، شوهام، میوزر، دایوتو و استیکل (1998) گزارش می‌دهند: «خانواده‌درمانی برای درمان دو اختلال روانی خاص مؤثر است. به طور اخص، مواجهه توأم با یاری خانواده به علاوه پیشگیری از پاسخ در مورد اختلال وسواس فکری - عملی برتر از درمان سنتی فاقد حمایت خانوادگی بود. در عین حال شواهد نشان می‌دهند که خانواده‌درمانی برای اختلال روانی اسکیزوفرنی نیز مؤثر است و میزان بازگشت بیماری این افراد را تا حدود زیادی کاهش می‌دهد.

همچنین اطلاعات و فراتحلیل شادیش و همکاران نشان می‌دهد که زوج‌درمانی‌های رفتاری بیشتر از همه و زوج‌درمانی‌های انسانگرا کمتر از همه مؤثرند. آنها اعلام کردند که زوج‌درمانی هیجانی نیز مؤثر است خصوصاً برای درمان زوج‌های دارای ناراحتی خفیف تا متوسط. به طور کلی مرور تحقیقات تجربی در این زمینه نشان می‌دهند که این درمان‌ها تأثیر متوسطی دارند.

مشکلات خاص در خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی

خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی مشکلات خاصی برای متخصص بالینی ایجاد می‌کنند. برای مثال، ابراز هیجان‌ات شدید، احساسات منفی و خصومت در موقعیت گروهی می‌تواند وحدت خانواده را به خطر بیندازد و اقتدار و احترام والدین را در هم بشکند (البته معمولاً خانواده‌هایی که برای درمان می‌آیند از پیش این مشکلات را دارند). بحث درباره این

مشکلات در حین درمان ممکن است موجب برگزاری جلسات طوفانی و بروز برخی رویارویی‌ها در خانه شود ولی این قضیه در بلندمدت به نفع خانواده است.

همچنین از دیگر مشکلات خانواده‌درمانی؛ احتمال طلاق، احتمال فروپاشی خانواده، مشکل بودن تشخیص بیمار واقعی، محرمانه‌بودن اطلاعات، امتناع برخی اعضای خانواده از درمان شدن، تضاد ارزش‌های درمانگر و ارزش‌های خانواده، تشخیص سلامت و عدم سلامت خانواده می‌باشد.

فصل شانزدهم

تخصص های روانشناسی بالینی

روانشناسی اجتماع نگر community psychology

از جمله مفروضات این رویکرد در مورد علل مشکلات، سطوح مختلف تحلیل برای تعریف یک مشکل، جایی که روانشناسی اجتماع نگر مورد استفاده قرار می‌گیرد، نحوه طراحی خدمات، اتکا بر پیش‌گیری و «کنار نهادن روان‌شناسی» با ارایه‌ی مشورت در برنامه‌های خودیاری و آموزش دادن به غیر روان‌شناسان است.

روانشناسی اجتماع نگر، رویکردی به بهداشت روانی است که اهمیت زیادی برای نیروهای محیطی در ایجاد و کاهش مشکلات قایل است. ابعاد اصلی این دیدگاه عبارتند از نسبیت فرهنگی، تنوع و بوم‌شناسی (هماهنگی اشخاص و محیط).

روانشناسی اجتماع نگر رشته‌ای نیست که بر مریضی افراد یا درمان انفرادی تأکید داشته باشد. روان‌شناسی اجتماع نگر بر پیش‌گیری متمرکز است نه معالجه. در ضمن افراد و سازمان‌های اجتماعی را تشویق می‌کند مشکلات خود را تحت کنترل بگیرند و بر مشکلات خویش غلبه کنند.

اصول روان‌شناسی اجتماع نگر

1. «علل» مشکلات چه هستند؟

مشکلات معلول تعامل درازمدت فرد، موقعیت اجتماعی و نظام‌ها (مثلاً، سازمان‌ها) هستند؛ این موارد بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند.

2. مشکلات چگونه تعریف می‌شوند؟

مشکلات را در سطوح مختلفی می‌توان تعریف کرد اما تحلیل بیشتر در سطح سازمان و اجتماع یا محله صورت می‌گیرد.

3. روان‌شناسی اجتماع نگر در کجا اجرا می‌شود؟

روانشناسی اجتماع‌نگر معمولاً در درمانگاه‌ها و هم‌چنین به صورت میدانی یا در بافت‌های اجتماع موردنظر اجرا می‌شود.

4. خدمات چطور طراحی می‌شوند؟

روانشناسان اجتماع‌نگر فقط به افراد جویای کمک خدمات نمی‌دهند بلکه نیازها و مخاطرات اجتماع را نیز در نظر می‌گیرند.

5. در مداخلات روان‌شناسی اجتماع‌نگر بر چه چیزی تأکید می‌شود؟
در این رویکرد بر پیش‌گیری از مشکلات تأکید می‌شود نه درمان مشکلات.

6. چه کسی صلاحیت مداخله دارد؟

در این رویکرد سعی می‌شود روان‌شناسی از طریق مشورت در اختیار دیگران گذاشته شود؛ مداخلات عملاً در قالب برنامه‌های خودیاری یا توسط افراد آموزش‌دیده غیرروانشناس و غیرمتخصص اجرا می‌شوند.

مفهوم پیش‌گیری

پیش‌گیری یک اصل اساسی و از قدیم محور اصلی برنامه‌های بهداشتی آمریکا بوده است. اصولاً طبق این اصل، پیش‌گیری در بلندمدت مقرون به صرفه‌تر و مؤثرتر از درمان انفرادی است.

مراحل پیش‌گیری

پیش‌گیری اولیه. این نوع پیش‌گیری بارزترین مظهر فاصله گرفتن از شیوه‌های سنتی مقابله با مشکلات روانی است. جان کلام پیش‌گیری اولیه را در تأکید کاپلان بر «مقابله و رفع شرایط مخرب قبل از آن که فرصت ایجاد بیماری پیدا شود» می‌بینیم. ولی به نظر آلبی مشکلات انسان به دلیل پیچیدگی‌های‌شان غالباً مستلزم اتخاذ آن دسته از راهبردهای پیش‌گیری هستند که تغییر اجتماع و توزیع مجدد قدرت را در دستور کارشان دارند. هرچند به نظر بسیاری، این چشم‌انداز خیلی دلپذیری نیست. بعضی از نمونه‌های پیش‌گیری اولیه عبارتند از برنامه‌های کاهش تبعیض، بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، بهبود اوضاع خانه‌ها، آموزش مهارت‌های پدر و مادری کردن و کمک به کودکانی که یکی از والدین از آن‌ها مراقبت می‌کنند. هم‌چنین مشاوره‌ی ژنتیک، برنامه سرآغاز، مراقبت دوران بارداری از زنان محروم، **Meals on wheels** و برنامه‌ی ناهار مدارس نیز جزو این گروه از پیش‌گیری‌ها هستند.

پیش‌گیری ثانویه. این نوع پیش‌گیری شامل برنامه‌هایی می‌شود که تشخیص زودهنگام مشکلات روانی و درمان آن‌ها در همان مراحل اولیه را در دستور کار خود دارند. ایده‌ی اصلی در پیش‌گیری ثانویه، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهارند و پیش از آن که در برابر مداخله مقاوم شوند. غالباً در این رویکرد غربال شمار کثیری از مردم توصیه می‌شود. این افراد همان کسانی هستند که دنبال کمک گرفتن نمی‌روند و ظهراً خطری آن‌ها را

تهدید نمی‌کند. این غربال توسط افراد مختلفی می‌تواند صورت بگیرد از جمله توسط پزشکان، معلمان، کشیش‌ها، پلیس، مقامات قضایی، مددکاران اجتماعی و دیگران. البته، ارجاع مناسب پس از سنجش اولیه صورت می‌گیرد.

کشف زودهنگام و درمان افرادی که مشکلات شدید و مخربی در رابطه با مصرف مشروبات الکلی دارند. نمونه‌ای از پیش‌گیری ثانویه است. یک نمونه دیگر آن، طرح بهداشت روانی اولیه روچستر است که اموری کاون پیشگام آن بود و در سال 1957 شروع شد. در این طرح، کودکان دبستانی به طور منظم در رابطه با خطر ناسازگاری در مدرسه غربال می‌شدند.

پیش‌گیری ثالث. هدف پیش‌گیری ثالث، کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات روانی پس از وقوع است. در نتیجه، پیش‌گیری ثالث از این جهت با پیش‌گیری اولیه و ثانویه فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد موردهای جدید اختلالات روانی نیست بلکه تأثیرات اختلالات روانی را پس از تشخیص داده شدن کم می‌کند.

محور اصلی بسیاری از برنامه‌های پیش‌گیری ثالث، توان‌بخشی است. توان‌بخشی دامنه وسیعی دارد و از افزایش قابلیت شغلی تا ارتقای خودپنداره مراجع را پوشش می‌دهد. روش‌های مورد استفاده در آن هم مشاوره، آموزش شغلی و مواردی از این قبیل است. هدف برنامه چه آموزش مهارت‌های زندگی مستقل‌تر به عقب‌ماندگان ذهنی باشد و چه کسب مجدد مهارت‌های اجتماعی توسط بیمارانی که مبتلا به اسکیزوفرنی بوده‌اند و تازه ترخیص شده‌اند، جلوگیری از بروز مشکلات اضافی در آن اهمیت دارد.

ایجاد احساس اقتدار empowerment

به نظر راپاپورت (1981) هدف اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر، پیش‌گیری از بروز احساس ضعف و قدرت‌نداشتن است. البته دستیابی به هدف *ایجاد احساس اقتدار* کار آسانی نیست و روان‌شناسی اجتماع‌نگر در این خصوص آن گونه که تصور می‌رفت موفق نبوده است. راپاپورت معتقد بود بالا بردن احساس کنترل بر سرنوشت در مردم، بهتر از پیش‌گیری یا درمان است. نمونه‌های بالا بردن احساس کنترل داشتن بر سرنوشت عبارتند از کاهش بدرفتاری با کودک و همسر و حذف بهره‌کشی از زنان، کارگران مهاجر و کهن‌سالان و همچنین کاهش سوگیری نسبت به معلولان و بیماران روانی.

سرزنش قربانی: مجموعه عقایدی که زمینه‌ساز راهبرد مداخله اجتماعی شدند عقایدی بودند که بین سرزنش قربانی (مسئول دانستن فرد در بیماری) و سرزنش نظام (مسئول دانستن اجتماع در مورد ایجاد بیماری) فرق می‌گذاشتند

مفاهیم مداخله اجتماعی

روانشناس اجتماع‌نگر دنبال بازسازی نقش‌ها و سازمان‌های اجتماعی است. ایده‌ی نهفته در پس این‌گونه راهبردهای مداخله‌ی اجتماعی این است که وقتی امکانات یا راه‌های مختلف در اختیار افراد گذاشته شود، خودشان

مشکلات خویش را حل خواهند کرد. همچنین مردم قابلیت‌ها و نقاط قوتی دارند. تغییر محیط یا اعطای حق تصمیم‌گیری به روان‌شناس اجتماع‌نگر فرصت می‌دهد بین شخص و محیط تناسب مقتضی ایجاد کند نه این که افراد را طوری تغییر بدهد که مطابق نظر اکثریت شوند.

پیراحرفه‌ای‌ها paraprofessionals

یکی از مشهورترین ویژگی‌های جنبش اجتماع‌نگری، استفاده از افراد عادی به عنوان درمانگر است؛ افرادی که آموزش بالینی رسمی ندیده‌اند و پیراحرفه‌ای نام دارند. شواهدی هستند که نشان می‌دهند پیراحرفه‌ای‌ها به اندازه‌ی حرفه‌ای‌ها مؤثرند (و در برخی موارد حتی از آن‌ها مؤثرترند).

خودیاری

گروه‌های خودیاری (self - help groups) غیرحرفه‌ای مثل الکی‌های بی‌نام، والدین بدون پدر و مادر، Leche League، ال انن (AI - Anon) و گروه‌های دیگر می‌توانند بخش مؤثری از درمان موردنظر متخصص ارجاع دهنده باشند.

گروه‌های خودیاری چه نیازهایی را برطرف می‌کنند؟ اورفورد برای گروه‌های خودیاری، هشت کارکرد اصلی قایل است: (1) حمایت هیجانی اعضای گروه؛ (2) آرایه‌ی الگوهای نقش: معرفی کسانی که همان مشکلات اعضای گروه را داشته‌اند و بر مشکل خود غلبه کرده‌اند؛ (3) تدارک راه‌هایی برای درک مشکلات اعضای گروه؛ (4) آرایه اطلاعات مهم و مرتبط با مشکلات؛ (5) طرح ایده‌های جدید در مورد کنار آمدن با مشکلات؛ (6) فراهم آوردن فرصتی برای کمک به یکدیگر؛ (7) فراهم آوردن امکان معاشرت اجتماعی؛ و (8) افزایش احساس تسلط اعضا بر مشکلاتشان.

تحقیقات نشان می‌دهند متخصصان باید در نقش مشاور در خدمت این گروه‌ها باشند تا تأثیر این گروه‌ها به حداکثر مقدار ممکن برسد.

مداخله در بحران crisis intervention

هدف اصلی مداخله در بحران، رسیدگی به افرادی است که شدیداً تحت تأثیر فشار روانی هستند و حمایت از آن‌ها برای این که دچار بیماری روانی مزمن نشوند. اشخاص بحران‌زده غالباً «قابل دسترسی» هستند و امکان مداخلات بلندمدت برای آن‌ها وجود دارد.

در مداخله در بحران، روش‌ها و امتیازات سنتی کنار گذاشته می‌شوند. برای مثال، دسترسی به مراکز مداخله در بحران باید بسیار آسان باشد. خدمات باید فوری باشد مثل خدمات حضوری و تلفنی. کارکنان مراکز باید آماده ترک کردن مرکز و رفتن به اداره پلیس یا منازل باشند. مداخله در بحران مستلزم تنوع مهارت و انعطاف‌پذیری است.

شیوه‌های اجتماعی دیگر به جز بستری کردن

اگرچه گروهی از بیماران «غیرقابل ترخیص» هستند ولی شیوه‌های دیگری به جز نظام بیمارستانی فعلی هم وجود دارد- این شیوه‌ها، محیط‌هایی فراهم می‌آورند که بیماران را قادر می‌سازند در جامعه مسئولیتی داشته باشند.

یکی از این شیوه‌های جایگزین، کلبه اجتماعی است. کلبه اجتماعی چیزی شبیه خانه بین راه است که بیماران دچار اختلالات مزمن و دارای سابقه بستری شدن، مهارت‌های لازم برای زندگی مستقل را در آن یاد می‌گیرند. برنامه مندوتا، برنامه‌ی پیشگامی بود که در آن به بیماران «غیرقابل ترخیص» یاد می‌دادند کار پیدا کنند، آشپزی کنند، خرید کنند و غیره. و بالاخره بیمارستان‌های روزانه مشهور را داریم که نسبت به بیمارستان‌های سنتی شبانه‌روزی، مؤثرتر و کم‌هزینه‌ترند.

روانشناسی سلامت و طب رفتاری

امروزه همه می‌دانند که سبک زندگی روی سلامتی و به‌زیستی ما تأثیر می‌گذارد. اکثر مشکلات بهداشتی موجود با بیماری‌های مزمن (مثلاً بیماری‌های قلبی، سرطان یا سکت) ربط دارند و این بیماری‌ها غالباً با سبک زندگی یا رفتار انسان‌ها (مثلاً سیگار کشیدن یا پرخوری) مرتبط‌اند. بار مالی مشکلات بهداشتی باعث شده بسیاری از صاحب‌نظران به ارزیابی مجدد سبک زندگی و رفتار مبادرت بورزند. امروزه سلامتی یعنی به‌زیستی نه فقط بیمار نبودن.

روانشناسی به عنوان علم رفتار، نقش مهمی در حوزه سلامتی داشته است و روان‌شناسی سلامتی یکی از تخصص‌های به سرعت در حال رشد روان‌شناسی بالینی است.

تعاریف

طب رفتاری (behavioral medicine) اصولاً ادغام علوم رفتاری با طبابت و علم پزشکی است. از این اصطلاح برای اشاره به یک حوزه میان رشته‌ای وسیع از تحقیقات علمی، تحصیلات و اقدامات استفاده می‌کند که با سلامتی، بیماری و بدکاری‌های روان‌شناختی مربوطه سر و کار دارند.

روانشناسی سلامتی (Health psychology) یکی از تخصص‌های روان‌شناسی است. روان‌شناسی سلامتی چیزی بیش از یک اصطلاح علمی- تخصصی است و به نقش اصلی روان‌شناسی به عنوان یک علم و حرفه در طب رفتاری اشاره می‌کند. روان‌شناسی سلامتی به اقدامات، تحقیقات و آموزش‌های مرتبط با سلامتی اشاره دارد که توسط روان‌شناسان مختلف انجام می‌شوند- مثلاً روان‌شناسان اجتماعی، صنعتی، فیزیولوژیک و دیگران. تعریف اختصاصی روان‌شناسی سلامتی عبارت است از:

مجموعه کمک‌ها و مساعدت‌های آموزشی، علمی و حرفه‌ای رشته روان‌شناسی در ارتقا و حفظ سلامتی، پیش‌گیری و درمان بیماری‌ها و شناسایی هم‌بسته‌های سبب‌شناختی و تشخیصی سلامتی، بیماری و اشکالات مرتبط با آن‌ها.

تاریخچه

دو دیدگاه اصلی، نظریات در مورد سلامتی و بیمار را تحت تأثیر قرار داده است. 1. سنت بیوشیمیایی که محصول افزایش دانش انسان در این خصوص در طول زمان و از طریق تجربه و مشاهده است. اگرچه تلاش‌های اولیه در این زمینه خام و ناپخته بودند ولی اخیراً پیشرفت‌های زیادی حاصل شده است. تحقیقات زیستی - طبی مفتون کشف هم‌بسته‌های جسمی [بیماری] (مثل فرایندهای جسمی نابهنجار یا عدم تعادل‌های بیوشیمیایی) هستند و متغیرهای روانی - اجتماعی را نادیده می‌گیرند. 2. دومین عامل مؤثر بر دیدگاه ما راجع به سلامتی و بیماری، روانی - اجتماعی نگرانی بوده است. فرایندهای روانی و اجتماعی می‌توانند علت بیماری و مریضی باشند یا بر آن تأثیر بگذارند. در حقیقت عوامل روانی - اجتماعی در تمام امراض نقش دارند ولی نقش آن‌ها لزوماً نقش علی و اولیه نیست.

قبول این که عوامل روانی و اجتماعی بر بیماری و سلامتی تأثیر دارند، مبنای دیدگاه متنفندی است که مدل زیستی - روانی - اجتماعی نام دارد. این مدل از بسیاری جهات، ادغام دو دیدگاه زیستی - طبی و روانی - اجتماعی است. همان‌طور که نام این مدل نشان می‌دهد بیماری و سلامتی تابع عوامل زیستی‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند. عوامل زیست‌شناختی می‌توانند آمادگی ژنتیکی، کمبودهای غذایی و عدم تعادل‌های بیوشیمیایی باشند. عوامل روان‌شناختی هم رفتارها، هیجانات و شناخت‌های افرادند. و بالاخره عوامل اجتماعی شامل دوستان، اعضای خانواده، محیط خانه و وقایع هستند. این مدل زیستی - روانی - اجتماعی نمایانگر نحوه مفهوم‌بندی و طراحی مداخلات توسط روان‌شناسان سلامتی است.

عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به کمک چه فرایندهایی بر سلامتی و مریضی تأثیر می‌گذارند؟

1. استرس و سلامتی. اگر چه خیلی از اصطلاح استرس استفاده می‌شود ولی هنوز این اصطلاح به طور دقیق تعریف نشده است. منظور عده‌ای از استرس، کیفیت محرک بیرونی است (مثل یک مصاحبه پراسترس) و منظور عده‌ای، پاسخ به محرک (مصاحبه استرس‌زا). عده‌ای نیز استرس را محصول تعامل محرک و پاسخ می‌دانند (دلیل استرس‌زا بودن مصاحبه، دشوار بودنش و عدم آمادگی شخص است). اکثر روان‌شناسان سلامتی فعلی طرفدار این دیدگاه تعامل‌گرای سوم هستند و استرس را فرایندی می‌دانند که در آن یک رویداد محیطی (عامل استرس‌زا)، ارزیابی فرد (دشوار یا تهدیدآمیز بودن)، پاسخ‌های ارگانیک (فیزیولوژیک، هیجانی، شناختی، رفتاری) و ارزیابی‌های مجدد در پی بروز پاسخ‌ها و تغییر در عامل استرس‌زا وجود دارند.

2. رفتار و سلامتی. رفتارها، عادات و سبک زندگی می‌توانند بر سلامتی و مریضی تأثیر بگذارند. هر چیزی از سیگار کشیدن، افراط در مشروب خوردن یا رژیم غذایی نامناسب گرفته تا رعایت نکردن کافی بهداشت در این رابطه

مؤثرند. ریشه‌ی این رفتارها به ارزش‌های فرهنگی یا نیازها و انتظارات شخصی افراد برمی‌گردد. به هر حال این رفتارها به آسانی تغییر نمی‌کنند. برخی از این رفتارها عبارتند از سیگار کشیدن، سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل و کنترل وزن.

متغیرهای شناختی نیز در رفتارهای بهداشتی یا غیربهداشتی مان مؤثرند. برای مثال بسیاری از روان‌شناسان سلامتی بر متغیر خودبستگی تمرکز کرده‌اند. خودبستگی عبارت است از این که «چه قدر معتقدیم ظرفیت و توانایی لازم برای کنترل رویدادهای زندگی خود را داریم». این سازه نقش مهمی در مهم‌ترین مدل‌های شناختی رفتارهای بهداشتی از جمله در مدل اعتقادی سلامتی، نظریه انگیزشی محافظت [از خود] Protection Motivation Theory و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده ایفا می‌کند.

نظریه انگیزشی محافظت [از خود] اشاره دارد که رفتار تابع ارزیابی تهدید (ارزیابی عوامل مؤثر در احتمال ارتکاب رفتار؛ مثلاً میزان آسیب‌پذیری و خطرناک بودن) و ارزیابی مقابله (ارزیابی میزان توانایی اجتناب از نتیجه منفی یا کنار آمدن با آن) است. ارزیابی مقابله تحت تأثیر احساس خودبستگی یا اعتقاد به این نکته است که می‌توانیم مقابله مقتضی را انجام بدهیم یا راهبرد مناسب را اجرا کنیم.

برخی مشکلات نیز محصول شیوه پاسخ‌دهی مردم به بیماری هستند. عده‌ای نمی‌توانند یا نمی‌خواهند بیماری خود را جدی بگیرند و به موقع سراغ پزشک نمی‌روند. وقتی هم نزد پزشک می‌روند به توصیه‌های او اعتنا نمی‌کنند.

3. **عوامل شخصیتی.** خصوصیات شخصیتی به طور مستقیم و غیرمستقیم می‌توانند بر سلامتی و بیماری تأثیر بگذارند: (1) خصوصیات شخصیتی ممکن است معلول فرایندهای بیماری باشند؛ (2) خصوصیات شخصیتی ممکن است به رفتارهای غیربهداشتی منتهی شوند؛ (3) شخصیت ممکن است به طور مستقیم از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیک بر مریضی تأثیر بگذارد؛ (4) یک متغیر سوم و زیربنایی زیست‌شناختی ممکن است با شخصیت و مریضی رابطه داشته باشد؛ (5) برخی علل و حلقه‌های بازخوردی ممکن است در رابطه شخصیت و مریضی مؤثر باشند.

بیشترین مطالعات صورت گرفته بر روی رابطه‌ی یک صفت شخصیتی و بیماری، تحقیق در زمینه رابطه رفتار نوع A و بیماری عروق کورنری قلب باشد. فریدمن و روزمن، به برخی خصوصیات شخصیتی و رفتارها اشاره کردند و اظهار داشتند این موارد الگویی به نام الگوی رفتار نوع A را می‌سازند. گلس (1977) در مورد افراد نوع A می‌گوید این افراد کسانی هستند که:

معتقدند زمان خیلی زود می‌گذرد

در تکلیف‌های مستلزم پاسخ دادن با تأخیر، عملکرد خوبی ندارند

حتی وقتی ضرب الاجلی نیست هم با حداکثر توان خویش کار می‌کنند

زودتر از موعد مقرر سر قرارها حاضر می‌شوند

در صورت ناکامی، پرخاشگر و متخاصم می‌شوند

کمتر اظهار خستگی می کنند و معمولاً نشانه های جسمی دارند
انگیزه فوق العاده ای برای مسلط شدن بر محیط فیزیکی و اجتماعی و کنترل کردن آن ها دارند.

ولی تحقیقات اخیر آن گونه که قبلاً تصور می شد حاکی از رابطه قوی رفتار نوع A و بیماری قلبی نیستند و اکثر افراد نوع A دچار بیماری عروق کورنری قلب نمی شوند. بلکه این افراد بیشتر در معرض خطر بیماری عروق کورنری قلب هستند. تحقیقات جدیدتر نشان می دهند که مؤلفه عصبانیت- نفرت الگوی A، بهتر از خود الگوی نوع A احتمال ابتلا به بیماری عروق کورنری قلب را پیش بینی می کند.
اسمیت (1992) در تحلیل مهم روش شناختی و مفهومی تحقیق در زمینه نفرت و سلامتی به چند مدل نظری اشاره می کند که می توانند رابطه نفرت و سلامتی را توضیح بدهند.

مدل واکنش روانی- فیزیولوژیک اشاره می کند که ضربان قلب، فشار خون و هورمون های مرتبط با استرس بیشتر است. طبق این مدل، افزایش واکنش روانی- فیزیولوژیک موجب بروز بیماری سرخرگ کورنری و نشانه های بیماری عروق کورنری قلب می شود.

در **مدل آسیب پذیری روانی- اجتماعی (Biopsychosocial model)** این نکته مطرح می شود که متنفرها به این دلیل بیشتر در محیط های روانی- اجتماعی پراسترس قرار می گیرند که بی اعتمادی بیشتری دارند و دایم دنبال کشف بد رفتاری ها هستند.

مدل تبادل (Transactional model of stress)، ترکیب و ادغام مدل های روانی- فیزیولوژیک و روانی- اجتماعی است. در این مدل ادغامی گفته می شود که نفرت زیاد به دلیل بی اعتمادی کلی و اقدامات ناشی از این بی اعتمادی، وضعیت های پراسترس ایجاد می کند.

مدل رفتار بهداشتی (Health behavioral model) بر خلاف مدل های قبلی فرض را بر این نمی گذارد که جنبه های فیزیولوژیک استرس رابط اصلی نفرت و سلامتی هستند. بلکه این مدل می گوید متنفرها عادات غیربهداشتی دارند (مثل سیگار کشیدن، مصرف افراطی مشروب، عادات حرکتی نامناسب) و به همین دلیل بیشتر در معرض ابتلا به بیماری عروق کورنری قلب هستند.

4. **حمایت اجتماعی و سلامتی.** موضوعی که اخیراً تحقیقات زیادی در مورد آن صورت گرفته، حمایت اجتماعی و تأثیراتش بر بهزیستی است. منظور از حمایت اجتماعی فقط تعداد رابطه ها نیست بلکه کیفیت رابطه ها نیز در آن مطرح است (آیا به دوستان و اعضای خانواده تان اعتماد دارید؟). ایده اصلی در این حوزه این است که پیوندهای میان فردی عملاً باعث افزایش سلامتی می شوند. این پیوندها مردم را از گزند استرس دور می دارند، آسیب پذیری آنان را در برابر بیماری کاهش می دهند و به آنان کمک می کنند توصیه های درمانی را رعایت نمایند. حمایت اجتماعی از بسیاری جهات نوعی کمک و یاری مقابله ای است. برخی مطالعات نشان داده اند بین حمایت

اجتماعی و سلامتی بیشتر رابطه هست. حمایت اجتماعی در مقابل تأثیرات مخرب غیربهداشتی مثل یک «ضربه گیر» عمل می کند.

رابطه حمایت اجتماعی، استرس و سلامتی به عوامل متعددی بستگی دارد مثل نژاد، جنسیت و فرهنگ. مثلاً (به طور متوسط) زنان بیش از مردها از حمایت اجتماعی سود می برند؛ شاید چون روابط صمیمی و هیجانی زن ها بیشتر است. سفیدپوستان بیش از رنگین پوستان از حمایت اجتماعی سود می برند.

روش های مداخله

اصولاً در روان شناسی سلامتی و طبرفتاری از روش های سنجشی و درمانی شناختی و شناختی- رفتاری استفاده می شود.

ظهِراً آرامش عضلانی در درمان فشار خون بالا، سردردهای تنشی و اضطراب مؤثر است. در صورت ترکیب آرامش عضلانی با تجسم هدایت شده- یعنی تصور وضعیت های آرامش بخش و دلنشین توسط بیماران- این فن در درمان درد سوختگی و حالت تهوع و اضطراب متداعی با شیمی درمانی مؤثر خواهد بود.

در روان شناسی سلامتی و طب رفتاری از **شرطی سازی عامل** برای افزایش رفتارهای افزایش دهنده سلامتی یا کاهش رفتارهای مولد مشکلات بهداشتی استفاده می شود. برای مثال، روان شناسان سلامتی از روش های عامل برای رفع درد استفاده کرده اند.

روان شناسان سلامتی گاهی از روش **قرارداد وابستگی** استفاده می کنند. در این روش، درمانگر و بیمار به توافقی رسمی می رسند یا قراردادی رسمی در مورد انجام برخی رفتارها و پیامدهای برخی رفتارها می بندند. برای مثال، بیمارانی که در درمان فیزیکی مشارکت بیشتری دارند، داروهای خود را مصرف می کنند یا تعداد شکایت های جسمی خود را کم می کنند، تقویت می شوند. گاهی تقویت به صورت ژتون هایی ارائه می شود که برای بیمار ارزشمندند.

برخی از درمان های شناختی- رفتاری مؤثر برای مشکلات بهداشتی، درمان های شناختی- رفتاری سردرد، درد، ترک سیگار کشیدن و پرخوری عصبی هستند.

درمان شناختی- رفتاری، مؤلفه اصلی درمان سردردهای مزمن است. در هنگام درمان به بیماران یاد می دهند از طریق ثبت نتایج **بازبینی خودشان** در هنگام تنش، نگرانی یا اضطراب، فرایندهای فکری خود را زیر نظر بگیرند.

بازخورد زیستی (Biofeedback)

بازخورد زیستی از چند روش تشکیل می شود. ولی اصولاً یکی از ابعاد کارکرد فیزیولوژیک بیمار (مثلاً ضربان قلب یا فشار خون) توسط دستگاهی که به صورت شنیداری، لامسه ای یا بصری به بیمار علامت می دهد، زیر نظر گرفته

می‌شود. مثلاً الکترودهایی روی پیشانی بیماری که سردرد دارد قرار می‌دهند. این الکترودها، انقباض‌های کوچک عضلانی را در این ناحیه از سر ثبت می‌کنند و سپس آن‌ها را تشدید و به صورت صدا در می‌آورند. این صداها به تناسب تغییر فعالیت ماهیچه‌ای، تغییر می‌کنند. وظیفه بیمار این است که خودش میزان صدا را کاهش یا صدا را از بین ببرد چرا که کاهش تنش عضلانی، کاهش سردرد را به دنبال خواهد داشت.

از بازخورد زیستی به طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بالینی مربوط به کاهش سردرد، کم کردن تنش عضلانی و کمردرد استفاده شده است. بازخورد زیستی به تجهیزات گران‌قیمت و کارکنان آموزش‌دیده احتیاج دارد. بنابراین هزینه این درمان خیلی بیش از هزینه درمان‌های دیگری چون آرامش عضلانی است. ثانیاً چون بازخورد زیستی و آرامش عضلانی غالباً به طور هم‌زمان انجام می‌شوند، جدا کردن تأثیرات آن‌ها از یکدیگر سخت است.

برخی منتقدان به علمی بودن بازخورد زیستی شک دارند. گاهی نیز بازخورد زیستی تا حد زیادی مثل یک دارونما عمل می‌کند.

خود بازخورد زیستی ممکن است فواید درمانی سطح بالایی نداشته باشد. شاید مؤثر بودن آن به این دلیل باشد که در کنارش از آرامش عضلانی یا راهبردهای شناختی استفاده می‌شود؛ پس ممکن است در صورت عدم استفاده از روش‌های دیگر در کنار این روش، اثربخشی خود را از دست بدهد. ولی بازخورد زیستی به بیمار می‌فهماند که در زندگی امکان خودگردانی وجود دارد. دلیل مؤثرتر بودن بازخورد زیستی در درمانگاه نسبت به آزمایشگاه تحقیقاتی این است که دستگاه بازخورد زیستی در درمانگاه در یک زمینه کلی‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ یعنی در کنار رابطه بالینی و فنون درمانی دیگر. در نازل‌ترین سطح، بازخورد زیستی از این جهت یک فن مفید است که به بیماران می‌آموزد به علائم بدنی خود و معنای آن‌ها بیشتر توجه کنند.

پیشگیری از مشکلات بهداشتی

تقریباً همه قبول دارند که برخی رفتارهای ساده چنان‌چه خیلی متداول شوند می‌توانند بدبختی‌های انسان و پول‌هنگفتی را که صرف نظام بهداشتی می‌شود، کاهش بدهند. این رفتارها عبارتند از کم کردن مصرف نمک و غذاهای چرب، احتیاط در رانندگی و استفاده از کمربند ایمنی، ورزش کردن، سیگار نکشیدن و کاهش استرس.

سیگار کشیدن

میزان سیگار کشیدن به جنسیت، سطح تحصیلات و میزان درآمد بستگی دارد. یک روند نگران‌کننده این است که کاهش زنان سیگاری کم‌تر از کاهش مردان سیگاری است.

اگر چه سیگار کشیدن، احتمال مرگ زودرس بر اثر بیماری‌هایی چون بیماری عروق کورنری قلب، سرطان مجاری تنفسی، آمفیوزم و برونشیت را افزایش می‌دهد ولی مردم هنوز سیگار می‌کشند. چرا؟ شاید دلایل این موارد باشند: کنترل تنش، فشار اجتماعی، سرکشی، اعتیاد به نیکوتین و صفات شخصیتی ژنتیکی مثل برون‌گرایی. کنترل

تنش و فشار اجتماعی دلایل شروع سیگار کشیدن در نظر گرفته می‌شوند و سرکشی، اعتیاد و شخصیت، دلایل تداوم آن.

فنون زیادی برای قطع مصرف سیگار ابداع شده است، از جمله برنامه‌های آموزشی، بیزاری درمانی (مثلاً تندتند سیگار کشیدن)، قراردادهای رفتاری، طب سوزنی، شناخت درمانی و حمایت گروهی. ولی میزان بازگشت [اختلال] بالا (80% تا 70%) است. اکثر سیگاری‌ها بر پایه میل و اراده‌ی خود سیگار را ترک می‌کنند.

ظهِراً بهترین رویکرد، پیش‌گیری از همان بدو امر است. روش مؤثرتر آن است که روی پیامدهای منفی آنی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش احساس خودبستگی تمرکز کنیم.

سوء مصرف و وابستگی به الکل

اگر چه برخی تحقیقات فواید بهداشتی مصرف الکل را برای کسانی که در حد کم یا متوسط مشروب می‌خورند نشان می‌دهند ولی مشروب خوردن پاره‌ای پیامدهای منفی نیز دارد. مشروب خورهای قهار با تخریب کبد یا صدمات عصب‌شناختی مواجه می‌شوند، دچار برخی سرطان‌ها می‌گردند، مشکلات قلبی - عروقی پیدا می‌کنند، سندرم جنین الکلی در بین آن‌ها دیده می‌شود و پرخاشگری جسمی، خودکشی، سوانح رانندگی و خشونت در بین آن‌ها زیاد است.

برای درمان مشکل مشروب‌خواران از رویکردهای مختلفی استفاده شده است که در اکثر آن‌ها ترک کامل توصیه می‌شود. این رویکردها شامل درمان‌های پزشکی و مصرف داروهای (آنت‌آبیوز) و نالترکسون تا روان‌درمانی سنتی و راهبردهای حمایت گروهی (مثل گروه الکلی‌های بی‌نام) می‌شوند. ولی اعتیاد به الکل مشکلی است که تقریباً در مقابل تمام مداخلات مقاوم است و میزان عود آن بالا است.

رویکرد بحث‌انگیزتر دیگر در درمان مشکلات ناشی از مصرف الکل، **مشروب‌خوری کنترل شده (Controlled drinking)** است. هدفش کم کردن مصرف الکل است. مراجعان شیوه‌های دیگر مقابله (به جز مشروب خوردن) را یاد می‌گیرند و مصرف الکل خود را با دقت زیر نظر می‌گیرند. در بسیاری از برنامه‌های درمان مشروب‌خوری آموزش پیش‌گیری از عود هم وجود دارد.

برنامه‌های پیش‌گیری مدرسه‌ای معمولاً حاوی یک یا چند مؤلفه از مؤلفه‌های زیر هستند: آموزش عاطفی (عزت نفس سازی، افزایش مهارت‌های تصمیم‌گیری)؛ مهارت‌های زندگی (مهارت‌های ارتباطی، جرئت‌آموزی)؛ مقاومت‌آموزی (مقاومت در برابر فشار دیگران برای مشروب خوردن)؛ و اصلاح تصورات غلط در مورد هنجارهای همسالان. شواهد تحقیقاتی موجود نشان می‌دهند که برنامه‌های حاوی مقاومت‌آموزی و اصلاح تصورات غلط در مورد هنجارهای همسالان از همه نویدبخش‌ترند.

چاقی

درمان‌های رفتاری چاقی بیش از درمان‌های رفتاری سایر مشکلات متداول هستند. دلیلش هم این است که چاقی با اختلالات طبی مختلفی چون دیابت، فشار خون بالا، بیماری قلبی - عروقی و بعضی از سرطان‌ها مرتبط است. هم‌چنین چاقی از لحاظ اجتماعی یک ویژگی نامطلوب است که به خودپنداره افراد لطمه می‌زند و کارایی افراد را در محیط‌ها و موقعیت‌های مختلف اجتماعی مسدود می‌کند. مشکلات وزنی غالباً به دوران کودکی برمی‌گردند: 25 تا 10 درصد کودکان چاق هستند و 80 درصدشان تا بزرگسالی چاق می‌مانند.

اگر چه چاقی مؤلفه‌ی ژنتیکی دارد ولی بی‌شک محصول تعامل پیچیده‌ی عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و رفتاری است و تعیین مکانیسم‌های دقیق آن دشوار است. روش‌های سنتی پزشکی و رژیم‌ی خیلی مؤثر نبوده‌اند؛ چاق‌ها اگر چه وزن خود را کم می‌کنند ولی خیلی سریع آن را جبران می‌نمایند. هم‌چنین میزان ول کردن برنامه در برنامه‌های سنتی کنترل وزن بالا است. در اکثر برنامه‌های اصلاح رفتار از مؤلفه‌های محدود کردن مصرف برخی غذاها، آموزش زمان و شرایط غذا خوردن، ورزش منظم و ادامه دادن الگوهای غذایی اصلاح شده پس از اتمام برنامه استفاده می‌شود.

پیش‌گیری زودهنگام، بهترین و مطمئن‌ترین روش برای کنترل وزن است. نمونه عالی این رویکرد، طرح چاقی نوجوانان استنفورد است. در این طرح از انواع راهبردهای مخصوص نوجوانان استفاده شد تا بلکه با کنترل چاقی در این سن، از چاقی در بزرگسالی پیش‌گیری شود.

تحمل روش‌های طبی

تجسم جراحی، رفتن نزد دندان‌پزشک یا معاینات مختلف پزشکی کافی است تا حتی قوی‌ترین آدم‌ها بترسند. بسیاری از بیماران به واسطه‌ی این گونه معاینات و روش‌ها مراجعه‌ی خود به پزشک را به تأخیر می‌اندازند یا حتی به طور کلی از مراجعه به پزشک صرف‌نظر می‌کنند. روان‌شناسان سلامتی متخصص در طب رفتاری با مداخلات خود به بیماران کمک می‌کنند با فشارهای روانی ناشی از این روش‌ها کنار بیایند.

معاینه‌ها و اقدامات پزشکی. برخی از معاینه‌ها و اقدامات پزشکی بسیار دلهره‌آورند. چه نوع اطلاعاتی به بیماران کمک می‌کند روش‌های پزشکی پراسترس را تحمل کنند؟ غالباً دو دسته **اطلاعات روشی** (توصیف اقداماتی که صورت خواهد گرفت) و **اطلاعات حسی** (توصیف احساس ناشی از اجرای اقدامات) مطرح هستند. مرور مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که هرچند آمادگی روشی بیش از آمادگی حسی در کاهش تأثیرات منفی مؤثر است ولی ترکیب این دو روش از همه مؤثرتر است.

شواهد از مداخلات رفتاری در برخی وضعیت‌ها نیز حمایت می‌کنند. برای مثال، تزریق وریدی در درمان سرطان، امر متداولی است؛ اما این روش می‌تواند برای کودکان سرطانی، پدر و مادرشان و پرستاران تزریق کننده، ناراحت‌کننده و دل‌خراش باشد. بخش‌های مختلف این مداخله عبارتند از پرت کردن حواس (استفاده از یک آدم

خوش سر و زبان در هنگام تزریق)، تنظیم تنفس، تقویت مثبت (مثلاً دادن عکس برگردان در صورت همکاری کودک) و همکاری و راهنمایی‌های والدین. محققان دریافتند این مجموعه مداخلات تا حد قابل توجهی ناآرامی رفتاری کودکان، اضطراب والدین و تخمین والدین از درد کودک را کاهش می‌دادند.

آماده سازی برای جراحی.

در مورد روش‌های آماده‌سازی روانی افراد برای جراحی، تحقیقات قابل توجهی صورت گرفته است. این مداخلات همچون مداخلات مربوط به آماده‌سازی بیماران برای انجام معاینات و اقدامات پزشکی عبارتند از (1) راهبردهای آرام‌سازی. (2) ارزیابی اطلاعات اساسی در مورد روش‌های مورد استفاده، (3) ارزیابی اطلاعات در مورد احساسات بدنی در هنگام انجام اقدامات و (4) مهارت‌های شناختی مقابله.

فن دیگری نیز روی کودکانی که قرار بود جراحی شوند اجرا شد. شواهد نشان دادند نمایش فیلم یک الگوی تحمل باعث می‌شد واکنش‌های هیجانی کودکان در هنگام بستری بودن در بیمارستان کاهش یابد.

رعایت رژیم‌ها

با وجود راهبردهای مداخله‌ای، هنوز این حقیقت پابرجاست که بسیاری از افراد، مداخله‌ها را نمی‌پذیرند یا رفتار جدیدشان را ادامه نمی‌دهند. راهبردهای واقعاً موفق، راهبردهایی هستند که رعایت توصیه‌ها و تداوم رعایت توصیه‌ها را در پی داشته باشند. در این راهبردها باید به عوامل رفتاری و روانی - اجتماعی توجه شود.

روش‌های آموزشی و تربیتی در افزایش رعایت دستورها توسط بیماران خیلی مفید بوده‌اند ولی مداخلات رفتاری مؤثرترند.

روانشناسی عصب نگر

روانشناسی عصب‌نگر چیست؟

ساده‌ترین تعریف روانشناسی عصب‌نگر عبارت است از مطالعه ارتباط بین کار مغز و رفتار. روانشناسی عصب‌نگر با شناخت، سنجش و درمان رفتارهایی سروکار دارد که ارتباط مستقیمی با کار مغز دارند.

سنجش عصبی - روانی

یک روش غیرتهاجمی است و با هدف توصیف کارکرد مغز بر مبنای عملکرد بیمار در آزمون‌های هنجاریابی شده‌ای که شاخص‌های دقیق و حساسی در مورد روابط مغز و رفتار می‌باشند انجام می‌شود. روانشناسی عصب‌نگر مسایل

مربوط به ضایعات نیمکره‌های مغز، محل‌یابی و پیشرفت ضایعات مغزی را بررسی می‌کند. ارزیابی‌های عصبی- روانی اطلاعات مفیدی درباره تأثیر محدودیت‌های [مغزی] بیمار بر سازگاری تحصیلی، اجتماعی یا شغلی وی در اختیار روان‌شناسان عصب‌نگر می‌گذارند. چون پیشرفت بیماری یا بهبود بسیاری از مبتلایان به اختلالات عصب‌شناختی (مثل بیماری‌های دژنراتیو) خیلی متغیر و متفاوت است، با معناترین راه برای سنجش شدت اختلال بیماران، سنجش دقیق رفتارشان از طریق روش‌های سنجش عصبی- روانی است.

نقش‌های روانشناسان عصب‌نگر

روان‌شناسان عصب‌نگر، نقش‌های متعددی دارند.

1. اولین نقش آن‌ها کمک به عصب‌شناسان و دیگر پزشکان در تأیید یا رد برخی تشخیص‌ها است. برای مثال، بیمار ممکن است نشانه‌هایی داشته باشد که مبنای عصب‌شناختی یا هیجانی دارند. نتایج آزمون عصبی- روانی تشخیص درست را مشخص خواهند کرد. به دلیل تأکید بر نظام‌های کارکردی مغز.
2. دومین نقش روان‌شناسان عصب‌نگر، پیش‌بینی پیش‌آگهی بهبود است.
3. سومین نقش مهم آنان، مداخله و توان‌بخشی است. اطلاعات ارائه شده از سوی روان‌شناسان عصب‌نگر غالباً نقش مهمی در درمان دارند؛ نتایج آزمون‌ها نشان می‌دهند که کدام کارکردها باید با اقدامات توان‌بخشی تقویت شوند.
4. روان‌شناسان عصب‌نگر برای پیش‌بینی سیر بیماری مبتلایان به اختلالات روانی، به ارزیابی افراد می‌پردازند (مثلاً بر مبنای میزان اختلال شناختی فعلی آنان). هم‌چنین راهبردهای درمانی را با نقاط قوت و ضعف بیماران هماهنگ می‌کنند.

تاریخ روانشناسی عصب‌نگر

مهم‌ترین پایه اولیه روان‌شناسی عصب‌نگر در قرن نوزدهم گذاشته شد. محققان بعداً دریافتند صدمه رسیدن به برخی نواحی مغزی با اختلال در برخی رفتارها رابطه دارد. اولین علایم پیدایش چنین درکی، **فرانز گال و جمجمه‌شناسی** روانی بی‌اعتبارش بود. گال معتقد بود برخی تفاوت‌های فردی در زمینه هوش و شخصیت (مثل مهارت‌های روخوانی) را می‌توان بر مبنای برآمدگی‌ها و فرورفتگی‌های جمجمه اندازه گرفت. به این ترتیب که اندازه یک ناحیه معین مغز، ظرفیت روان‌شناختی متناظرش را تعیین می‌کرد. این سرآغاز مفهوم **مکان‌یابی کارکرد** بود. مکان‌یابی با انجام عمل جراحی در سال 1861 توسط پاول بروکا، اعتبار بیشتری کسب کرد.

کارل لشلی مفهوم **هم‌توانی** را مطرح کرد. یعنی اگر چه بی‌شک بحث محل‌یابی کارکرد مغز درست است ولی قشر مخ به صورت یک کلیت واحد عمل می‌کند نه به صورت واحدهای مجزا. خصوصاً کارکردهای عالی عقلانی توسط کل مغز صورت می‌گیرند و هر گونه صدمه مغزی به این کارکردهای عالی آسیب می‌رساند. با این حال یک ناحیه از قشر مخ می‌تواند جای ناحیه آسیب‌دیده را بگیرد.

نظریه مکان‌یابی و هم‌توانی مشکلاتی داشتند. طرفداران مکان‌یابی نمی‌توانستند بگویند چرا ضایعات قسمت‌های بسیار متفاوت مغز، نقص یا اختلال مشابهی ایجاد می‌کند و طرفداران نظریه هم‌توانی نیز نمی‌توانستند بگویند چرا بعضی از بیماران دارای ضایعات بسیار کوچک، اشکالات رفتاری مشخص و شدیدی پیدا می‌کنند.

نظریه دیگری که ادغام هر دو نظریه مزبور محسوب می‌شد، **مدل کارکردی** بود. مدل کارکردی که ابتدا توسط عصب‌شناسی به نام جکسون مطرح شد و بعداً لوریا، روان‌شناس عصب‌نگر شوروی سابق طرفدارش شد، می‌گوید نواحی مختلف مغزی در تعامل با هم، رفتار را ایجاد می‌کنند. «رفتار محصول چند کارکرد یا نظام مغزی است نه محصول یک ناحیه مغزی. اختلال در هر مرحله برای از کار افتادن نظام کارکردی مورد نظر کافی است. اهمیت این تلقی در آن است که بسیاری از یافته‌های بالینی ناهمساز با دو نظریه قبلی را توجیه می‌کند، طبق مدل کارکردی، ماهیت نقص رفتاری به نظام کارکردی تأثیر پذیرفته (مثلاً نظام برانگیختگی، ادراک یا برنامه‌ریزی) و محل ضایعه در آن نظام بستگی دارد. و بالاخره گاهی فرآیند سازمان‌دهی مجدد می‌تواند موجب بهبود صدمه مغزی شود.

رشته روان‌شناسی عصب‌نگر بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم پدید آمد چون (1) شمار جراحات مغزی در جنگ زیاد بود و (2) رشته روان‌شناسی بالینی تحول یافته و رشد کرده بود.

ساختار و کارکرد مغز

مغز دارای دو نیمکره است. نیمکره چپ، کنترل سمت راست بدن را در اختیار دارد و تقریباً در تمام راست دست‌ها و شماری از چپ دست‌ها بیشتر در کارکردهای زبانی، استنباط منطقی و تحلیل جزئیات دخالت دارد. نیمکره راست نیز کنترل سمت چپ بدن را در اختیار دارد. این نیمکره بیشتر در مهارت‌های بصری-فضایی، خلاقیت، فعالیت‌های موسیقایی و ادراک جهت، دخالت می‌کند. اما باز هم در برخی از چپ‌دست‌ها ممکن است این الگوی نیمکره‌ای، حالت معکوس داشته باشد. دو نیمکره از طریق جسم پینه‌ای با هم ارتباط دارند که با هماهنگ شدن و یکپارچگی رفتار پیچیده‌مان کمک می‌کند.

هر یک از نیمکره‌های مغز دارای چهار لوب است: پیشانی، گیجگاهی، آهیانه و پس‌سری.

لوب‌های پیشانی جدیدترین بخش‌های تشکیل شده‌ی مغز هستند. آن‌ها به ما فرصت مشاهده و مقایسه‌ی رفتارمان و واکنش‌های دیگران با هدف اخذ بازخورد لازم برای تغییر رفتار و رسیدن به اهداف ارزشمند را می‌دهند. کارکردهای اجرایی نیز با لوب‌های پیشانی مرتبط‌اند- کارکردهایی مثل تدوین، برنامه‌ریزی و انجام فعالیت‌های هدفمند. بالاخره، تنظیم هیجان- بازبینی و کنترل حالت هیجانی- نیز با لوب پیشانی رابطه دارد.

لوب‌های گیجگاهی واسطه بیان زبانی، دریافت و تحلیل می‌باشند. هم‌چنین در پردازش شنیداری تون‌ها، صداها، ریتم‌ها و معانی غیرزبان شناختی دخیلند.

لوب‌های آهیانه‌ای با ادراک لامسه‌ای و جنبشی، درک و فهم، ادراک فضایی و تا حدودی درک و پردازش زبان شناختی رابطه دارند. هم‌چنین در آگاهی بدنی نیز نقش دارند.

لوب‌های پس‌سری عمدتاً در پردازش بصری و برخی جنبه‌های حافظه بصری نقش دارند. هماهنگی حرکتی و حفظ تعادل و کشیدگی طبیعی عضلانی نیز بر عهده مخچه است.

پیشایندها یا علل آسیب مغزی

1. ضربه. تأثیرات عمده ضربات وارده به سر را می‌توان به سه دسته ضربه‌ها، کوفتگی‌ها و پارگی‌ها تقسیم کرد. ضربه‌ها (ضربه خوردن مغز) معمولاً باعث بروز اختلالات موقتی در کار مغز می‌شوند و به ندرت صدمه‌ای طولانی به آن وارد می‌آورند (با این حال ضربه‌های تکراری مثلاً ضربه‌های تکراری در ورزش‌هایی چون فوتبال آمریکایی، فوتبال معمولی و مشت‌زنی از این قاعده مستثنی هستند). کوفتگی‌ها به مواردی اطلاق می‌شوند که مغز از محل طبیعی خودش جابه‌جا شود و به جمجمه بچسبد و به دنبال این قضیه، خون مرده شود. عواقب این کوفتگی‌ها غالباً وخیم است و اغماء و دلیریوم در پی دارد. پارگی‌ها شامل قطع و پارگی و تخریب بافت مغز می‌شود. پارگی‌ها مثلاً بر اثر اصابت گلوله یا اشیای ایجا می‌شود. البته پارگی‌ها جزو اشکال جدی و شدید آسیب محسوب می‌شوند.

2. سوانح عروقی مغزی. انسداد یا پارگی رگ‌های خونی مغز غالباً «سکته مغزی» نامیده می‌شود. سکته مغزی یکی از علل شایع آسیب مغزی بزرگ‌سالان و یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در آمریکا (و دیگر کشورها) است. اگر چه سکته مغزی عمدتاً در کهن‌سالان روی می‌دهد ولی یکی از شایع‌ترین علل مرگ میان‌سالان نیز می‌باشد. در انسدادها، یک لخته‌ی خون جلوی رگی را که به ناحیه خاصی از مغز غذا می‌رساند می‌گیرد. این قضیه موجب زبان‌پریشی [یا آفازی] (اختلال در ادراک حسی) می‌شود. در خونریزی مغزی، رگ خونی پاره می‌شود و خون روی بافت مغز می‌ریزد و به آن صدمه می‌رساند یا آن را تخریب می‌کند. به هر حال، این قضیه مرگبار است. کسانی که زنده می‌مانند نیز غالباً دچار فلج، مشکلات گفتاری، اختلالات حافظه و قضاوت و موارد مشابه می‌شوند. در بسیاری از موارد اقدام فوری می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

3. تومورها. تومورهای مغزی ممکن است خارج از مغز یا درون مغز ایجاد شوند و یا محصول سلول‌های مهاجری باشند که مایعات بدن را از اندام دیگری چون ریه یا پستان می‌آورند. علایم اولیه تومورهای مغزی غالباً خیلی ظریف هستند و عبارتند از سردرد، مشکلات بینایی، مشکلات تدریجی در زمینه قضاوت و مواردی از این قبیل. با بزرگ شدن تومور، نشانه‌های دیگری هم پدیدار می‌شوند (مثل ضعف حافظه، مشکلات عاطفی یا ناهماهنگی حرکتی). تومورها را می‌توانیم با جراحی برداریم ولی خود جراحی غالباً صدمات مغزی را بیشتر می‌کند. برخی از تومورها غیرقابل عمل هستند یا در مناطقی قرار دارند که عمل روی آن‌ها خیلی خطرناک است. در چنین مواردی غالباً از درمان‌های اشعه‌ای استفاده می‌شود.

4. بیماری دژنراتیو. ویژگی این گروه از اختلالات، تباهی تدریجی سلول‌های عصبی دستگاه عصبی مرکزی است. بیماری‌های دژنراتیو متداول عبارتند از کره هانتینگتون، بیماری پارکینسون، بیماری آلزهایمر و دیگر دمانس‌ها. بیماری آلزهایمر، شایع‌ترین بیماری دژنراتیو است (سن شروع آن معمولاً 65 سالگی به بعد است). بعد بیماری پارکینسون (سن شروع آن 50 تا 60 سالگی می‌باشد) و کره هانتینگتون (سن شروع آن 30 تا 50 سالگی است) قرار دارند. در هر سه مورد در کنار نشانه‌های حرکتی، شاهد تباهی مغزی پیشرونده هستیم. و بالاخره بیماران دچار این گروه از بیماری‌ها، اختلالات شدید رفتاری دارند از جمله در زمینه‌های حرکت، گفتار، زبان، حافظه و قضاوت.

5. کمبودهای غذایی. سوء تغذیه در نهایت می‌تواند باعث اختلالات عصب‌شناختی و روان‌شناختی شود. این اختلالات غالباً به صورت روان‌پریشی کورساکوف (که ناشی از عادات غذایی نامناسب الکلی‌های باسابقه است)، بیماری پلانگر (کمبود نیاسین/ویتامین B-3) و بری‌بری (کمبود تیامین/ویتامین B-1) دیده می‌شوند.

6. اختلالات مسمومیتی. فلزات، سموم، گازها و حتی گیاهان از طریق پوست جذب می‌شوند. گاهی این مواد موجب مسمومیت و آسیب مغزی می‌شوند. یکی از نشانه‌های شایع این اختلالات، دلیریوم (اختلال هشیاری) است.

7. سوء مصرف طولانی الکل. مصرف درازمدت الکل غالباً موجب ایجاد تحمل و وابستگی به این ماده می‌شود. تحمل و وابستگی ظهراً هم بسته‌های عصب‌شناختی دارند از جمله تغییر حساسیت انتقال دهنده‌های عصبی و جمع شدن بافت مغز.

مصرف طولانی الکل ظهراً به چند ناحیه مغز آسیب بیشتری می‌زند.

1. دستگاه لیمبیک، شبکه‌ای از ساختارهای درون مغز است که با شکل‌گیری حافظه، تنظیم هیجان و یکپارچگی و ادغام حسی رابطه دارد. بررسی الکلی‌ها نشانگر وجود نقایصی در این زمینه‌ها است.

2. مغز میانی [یا دیانسفال] ناحیه‌ای نزدیک مرکز مغز است که اجسام پستانی هیپوتالاموس را در بر می‌گیرد. مصرف طولانی الکل باعث جمع شدن یا صدمه دیدن این نواحی می‌شود. نقایص حافظه‌ای الکلی‌ها نیز با این یافته‌ها هم‌خوانی دارند.

3. الکلی‌ها دچار آتروفی قشر مغز می‌شوند.

4. صدمه دیدن مخچه که مسئول هماهنگی حرکتی است.

5. مدارک مربوط به سقوط‌ها یا تصادفات نیز حاکی از این هستند که بین این سوانح و تصادفات و آسیب عصب‌شناختی ناشی از مصرف الکل و وابستگی به الکل رابطه وجود هست.

پیامدها و نشانه‌های آسیب مغزی

جراحت یا ضربه مغزی، نشانه‌های شناختی و رفتاری مختلفی ایجاد می‌کند. متأسفانه، بسیاری از این نشانه‌ها در اختلالات روانی سنتی هم دیده می‌شوند. هم‌چنین پاسخ‌های بیماران به اختلال عصب‌شناختی می‌تواند باعث بروز واکنش‌های روانی و هیجانی شود. مثلاً فردی که آسیب عصبی دیده ممکن است افسرده شود و نتواند برخی کارهای روزمره خود را انجام بدهد. در نتیجه تشخیص افتراقی دشوار می‌شود.

بعضی از نشانه‌های مربوط به آسیب عصب‌شناختی:

1. اختلال در جهت‌یابی: ناتوانی در مثلاً بیان هویت خود، مشخص کردن روز هفته یا مشخص کردن محیط اطراف.
2. اختلال در حافظه: فراموش کردن رویدادها خصوصاً رویدادهای اخیر و گاهی افسانه‌بافی یا اختراع خاطرات برای جبران فراموشی‌ها و اختلال در فراگیری و حفظ اطلاعات جدید.
3. اختلال در کارکردهای عقلانی: اختلال در درک مطلب، تولید کلام، محاسبه و دانش عمومی (مثلاً ناتوان ماندن در تعریف کلمات، نام بردن رئیس جمهور یا جمع زدن ارقام).
4. اختلال قضاوت: اشکال در تصمیم‌گیری (مثلاً اشکال در تصمیم‌گیری راجع به ناهار، زمان خواب و مواردی از این قبیل).
5. سطحی بودن و ناستواری عاطفه: به راحتی و غالباً نابجا خندیدن یا گریه کردن؛ تبدیل سریع خوشحالی به گریه و عصبانیت.
6. انعطاف‌ناپذیری هیجانی و ذهنی: کارآیی معقول در شرایط عادی و از کار افتادن قضاوت، واکنش‌های هیجانی شدید و مشکلات مشابه در هنگام استرس (مثلاً در هنگام خستگی، فشارهای ذهنی، ناراحتی).
7. سندرم لوب پیشانی: گروهی از خصوصیات شخصیتی که غالباً پس از تخریب بافت لوب پیشانی بر اثر جراحی، تومور یا جراحت ظاهر می‌شوند. نشانه‌های معمول عبارتند از اختلال در کنترل تکانه، قضاوت اجتماعی و توان برنامه‌ریزی ضعیف، توجه نکردن به عواقب اعمال خود، بی‌تفاوتی، سوءظن و قشقرق راه‌انداختن.

روابط مغز - رفتار

در نیمه دوم قرن نوزدهم، مکان‌یابی کارکرد، دیدگاه معروف و غالب بود. این ایده که برخی نواحی مغز مسئول برخی رفتارها هستند، هنوز هم یکی از اصول مهم روان‌شناسان عصب‌نگر است. معنی این اصل آن است که در سنجش صدمه مغزی مهم‌ترین مسئله، تشخیص محل صدمه مغزی است. اهمیت مقدار صدمه فقط در این است که هر چه صدمه وسیع‌تر باشد، نواحی بیشتری از مغز را درگیر می‌کند. در حقیقت بعضی از تومورها، فشار درون جمجمه‌ای ایجاد می‌کنند و این فشار به مناطق دورتر از تومور آسیب می‌رساند. ولی ایده اساسی این است که ضایعات هم‌اندازه در نواحی متفاوت مغزی، نقایص رفتاری متفاوتی ایجاد می‌کنند.

اما براساس نظریه‌ی هم‌توانی، تمام نواحی مغز به یک اندازه در کارکرد عقلانی کلی نقش و دخالت دارند و مقدار جراحت و صدمه مغزی مهم‌تر از محل آن است. در نتیجه، مصدومیت‌ها فقط از لحاظ میزان با هم فرق دارند. طرفداران نظریه هم‌توانی روی نقایص و اشکالات توانایی‌های انتزاعی و نمادین اصرار می‌ورزند که در تمام صدمات مغزی دیده می‌شوند و شیوه حل مسئله را انعطاف‌ناپذیر و عینی می‌سازند.

نظریه هالینگز جکسون: به نظر جکسون، اگر چه برای مهارت‌های بسیار بنیادی می‌توان مکانی را در مغز مشخص کرد، ولی رفتار قابل مشاهده، معجون پیچیده‌ای از مهارت‌های بنیادی است و مغز را به عنوان یک کلیت واحد جلوه می‌دهد. در این مدل کارکردی مغز، دو نظریه مکان‌یابی و هم‌توانی در هم ادغام می‌شوند.

نظریه لوریا: به نظر لوریا (1973) در رفتارهای بسیار پیچیده، گروهی از نظام‌های کارکردی مغز دخالت دارند که فراتر از محل‌های ساده و معین مغزی عمل می‌کنند. برای مثال، با توجه به این که انتزاع کردن یک مهارت عقلانی پیچیده است، نظام‌های مغزی زیادی در آن دخالت دارند.

متخصصان بالینی غالباً برای تعیین وجود یا عدم وجود تباهی عقلی مورد استفاده قرار می‌گیرند. قضیه به اندازه‌گیری کارکرد فعلی محدود نمی‌شود چون مقایسه ضمنی یا صریح با کارکرد قبلی مطرح است. به طور کلی تباهی در یکی از این دو گروه کلی جای می‌گیرد: (1) افت ناشی از عوامل روانی (روان‌پریشی، بی‌انگیزگی، مشکلات هیجانی، کلاه گذاشتن سر شرکت بیمه و مواردی از این قبیل)؛ و (2) افت بر اثر مصدومیت مغزی.

روش‌های سنجش عصبی - روانی

برخی از مهم‌ترین معضلات:

1. رویکردهای اصلی

آیا روی تمام بیمارانی که جهت بررسی عصبی - روانی تشخیص ارجاع داده می‌شوند باید یک آزمون یا مجموعه‌ی آزمونی استاندارد اجرا کرد؟ یا آزمون (یا آزمون‌ها) باید براساس قضاوت بالینی، ماهیت ارجاع یا مهارت‌های اختصاصی و گرایش‌های متخصص بالینی انتخاب شوند؟ رویکرد اول را گاهی رویکرد مجموعه آزمون‌های استاندارد یا مجموعه آزمون‌های ثابت می‌نامند. نقاط قوت این رویکرد عبارتند از ارزیابی تمامی توانایی‌های عصبی - روانی بنیادی بیماران، تهیه داده‌های پایه استاندارد برای تمام بیماران در طول زمان و مشخص کردن الگوهای نمرات. نقاط ضعف اصلی آن هم عبارتند از پرهزینه و وقت‌گیر بودن، خسته کردن بیمار و عدم انعطاف آن به دلیل عدم هماهنگی و تطابق سنجش‌ها با بیماران.

رویکرد دوم، رویکرد انعطاف‌پذیری یا رویکرد فرضیه‌آزمایی است. در این رویکرد، سنجش‌ها به فراخور افراد صورت می‌گیرند و مبنای انتخاب آزمون‌ها، فرضیه‌های روان‌شناس عصب‌نگر در مورد بیماران است. گاهی آزمون به شیوه‌ای تغییر داده می‌شود که فرضیه‌های دیگر نیز آزموده شوند. عده‌ای می‌گویند 1. رویکرد فردی، رویکرد حساسی است که مبنایش، برداشت‌های متخصص بالینی است. 2. عده‌ای هم می‌گویند اگر متخصص بالینی آزمون

غلطی را انتخاب کند، سنجش خوبی صورت نخواهد گرفت. 3. هم چنین رویکرد فردی اجازه جمع‌آوری منظم اطلاعات از آزمون‌های اختصاصی را نمی‌دهد.

2. تفسیر نتایج آزمون عصبی - روانی

گولدن و همکارانش (1992) شیوه‌های تفسیر نتایج آزمون‌ها توسط روان‌شناسان عصب‌نگر را مطرح کرده‌اند. 1. ابتدا سطح عملکرد بیمار بر مبنای اطلاعات هنجاری، تفسیر می‌شود. برای مثال، آیا اگر نمره بیمار در حد معناداری زیر میانگین گروه مرجع باشد، اختلالی در کارکرد وی وجود دارد؟ 2. سپس عده‌ای اختلاف نمرات بیمار در دو آزمون را حساب می‌کنند؛ مقدار معینی از اختلاف نشانگر اختلال است. 3. در مرحله سوم علایم بیمارگون صدمه مغزی (مثل نکشیدن سمت چپ یک تصویر) مورد توجه و تفسیر واقع می‌شوند. 4. در مرحله چهارم، تحلیل الگوی نمرات انجام می‌شود؛ برخی الگوها رابطه پایایی با برخی مصدومیت‌ها یا اختلالات عصبی شناختی دارند. 5. و بالاخره نوبت به فرمول‌های آماری می‌رسد که نشان می‌دهند نمرات مورد نظر مؤید کدام تشخیص هستند.

آخرین نکته در مورد تفسیر، مطلوبیت ارزیابی‌های کیفی پاسخ‌های بیماران است. آیا روان‌شناس عصب‌نگر باید به آزمون‌گیری کیفی متکی شود یا به روش‌های کمی که نتایج را در حد چند عدد تقلیل می‌دهند؟ آیا شیوه پاسخ‌دهی بیمار مهم است یا نمرات وی؟

3. روش‌های تشخیص عصبی

رشته پزشکی روش‌های تشخیص عصبی مختلفی دارد. این روش‌ها عبارتند از معاینه عصبی سنتی توسط عصب‌شناس، آب نخاع گرفتن، اشعه ایکس، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، اسکن‌های توموگرافی محوری رایانه‌ای (CAT)، اسکن‌های توموگرافی با نشر پوزیترون (PET) و تصویربرداری با رزنانس مغناطیسی هسته‌ای که روش جدیدتری است. ای روش‌ها در تشخیص اختلال به یک اندازه مؤثر نیستند، همچنین گاهی این فنون از وجود نابهنجاری‌ها خبر می‌دهند. بدون آن که عملاً صدمه مغزی در بین باشد. بعضی از این روش‌ها برای بیمار خطراتی دارند. آب نخاع گرفتن دردناک و گاهی مضر است؛ همگی نیز از خطرات دفعات زیاد قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس آگاهیم.

تصویربرداری از طریق توموگرافی کامپیوتری با نشر یک فوتون (SPECT) براساس جریان خون مغزی انجام می‌شود و «تصویری» از مغز در حال کار فراهم می‌آورد. تصویربرداری MR کارکردی (fMRI) نیز تغییرات جریان خون در مغز را می‌سنجد. این دو روش جدید تشخیص عصبی، آینده‌ی خوبی در روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر دارند چون در مورد نحوه کار نواحی مختلف مغز، اطلاعات بیشتری می‌دهند.

بسیاری از این روش‌های تشخیصی عصبی گرا هستند و برخی تهاجمی. بنابراین بهتر است از آزمون‌های عصبی-روانی به عنوان ابزارهای غربال‌گری استفاده کنیم و براساس نتایج آن‌ها لزوم یا عدم لزوم استفاده از آزمون‌های گران‌تر تشخیص عصبی را بسنجیم.

مجموعه آزمون‌ها

1. **مجموعه آزمون هالستید- ریتان.** مجموعه آزمون عصبی- روانی هالستید- ریتان واکنش به این انتقاد بود که آزمون‌های منفرد نمی‌توانند برای تعیین وجود یا عدم وجود بدکاری مغزی جواب‌هایی قطعی فراهم آورند. هم‌اکنون شکی نیست که این آزمون پرمصرف‌ترین مجموعه آزمون‌ها است. مجموعه آزمون ریتم سیشور، آزمون لرزش انگشت، آزمون ادراک گفتار- صداها، آزمون عملکرد لمسی، آزمون ردگذاری، آزمون قدرت مشت، معاینه حسی- ادراکی، آزمون محل‌یابی انگشتی، آزمون ادراک عددنویسی انگشتی، آزمون بازشناسی فرم لمسی و آزمون غربال زبان‌پریشی. در کنار این آزمون‌ها می‌توانیم از دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا و سومین ویراست مقیاس هوش بزرگ‌سالان و کسلر استفاده کنیم. مقیاس را می‌توانیم روی 15 ساله‌ها به بعد اجرا کنیم؛ نسخه‌های دیگری از آن هم برای 9 تا 14 ساله‌ها و 5 تا 8 ساله‌ها وجود دارد.

مجموعه آزمون هالستید- ریتان در مورد 1. محل احتمالی صدمات [مغزی] و 2. تدریجی بودن یا ناگهانی بودن شروع آن‌ها به ما اطلاعاتی می‌دهد. 3. هم‌چنین درمانگر را متوجه نقایص روان‌شناختی شایان توجه می‌کند. اجرای این مجموعه آزمون می‌تواند بیش از 16 ساعت طول بکشد. نقطه ضعف مهم این مجموعه آزمون، طولانی بودن، پیچیده بودن و بی‌توجهی نسبی آن به برخی کارکردها مثل حافظه است.

2. **مجموعه آزمون لوریا- نبراسکا.** مجموعه آزمون لوریا- نبراسکا به عنوان رقیب مجموعه آزمون‌ها هالستید- ریتان از 269 ماده‌ی مجزا تشکیل می‌شود که در 11 آزمون فرعی جای می‌گیرند: کارکردهای حرکتی، کارکردهای ریتمی، کارکردهای لمسی، کارکردهای دیداری، گفتار دریافتی، گفتار بیانی، کارکردهای نگارشی، مهارت‌های روخوانی، مهارت‌های حسابی، حافظه و فرایندهای عقلی. بین نتایج حاصل از آزمون لوریا- نبراسکا و نتایج آزمون هالستید- ریتان، هماهنگی قابل توجهی وجود دارد.

نقطه‌ی قوت اصلی مجموعه آزمون لوریا- نبراسکا این است که اجرای آن فقط 2/5 ساعت زمان می‌برد در حالی که اجرای مجموعه آزمون هالستید- ریتان گاهی 6 ساعت طول می‌کشد. ولی بعضی از روان‌شناسان بالینی عصب‌نگر معتقدند آزمون لوریا- نبراسکا از جهت هنجاریابی و منطق اشکال دارد. بسیاری از مطالعات مربوط به پایایی و اعتبارش با تعداد کمی از بیماران صورت گرفته‌اند و برخی از منتقدان می‌گویند این آزمون نتوانسته است نظریه‌ها و روش‌های ای.آر. لوریا را به خوبی در قالب یک ابزار سنجش عصبی- روانی متجلی سازد.

مداخله و توان‌بخشی

توان‌بخشی به تدریج یکی از کارهای اصلی روان‌شناسان عصب‌نگر می‌شود. روان‌شناس عصب‌نگر غالباً نقش هماهنگ کننده شناخت‌درمانی و رفتار درمانی بیمارانی را ایفا می‌کند که در نتیجه بدکاری یا جراحت مغزی دچار اختلال شناختی و رفتاری شده‌اند. ابتدا نقاط قوت و نقایص بیمار با یک سنجش دقیق مشخص می‌شود.

روانشناس عصب‌نگر و گروه توان‌بخشی باید از طریق نظام‌های کارکردی سالم و قدیمی رشدی، ایجاد نظام‌های کارکردی جدید یا تغییر محیط با هدف ایجاد بهترین کیفیت ممکن، به «بازآموزی» بیمار مبادرت ورزند.

روانشناسی قانون نگر

تعریف: روان‌شناسی قانونی عبارت است از «کاربرد روش‌ها، نظریه‌ها و مفاهیم روان‌شناسی در دستگاه قضایی».

زمینه‌هایی که روان‌شناسان قانونی در مورد آن‌ها شهادت می‌دهند و تخصص دارند:

بستری شدن بیماران روانی
 مسایل مرتبط با حضانت کودکان
 صدمات روانی ناشی از بی‌مبالاتی فردی دیگر
 رهایی از بستری شدن اجباری
 تعیین لزوم یا عدم لزوم محافظ برای کسی که ناتوان است
 پیش‌بینی خطرناک بودن
 حقوق معلولان ذهنی در مراکز نگهداری
 تعیین صلاحیت افراد برای حضور در دادگاه
 مسئولیت‌پذیری کیفری (دعوی جنون)
 تعیین عدم توانایی برای بیمه‌های اجتماعی
 غرامت‌خواهی کارگران
 شرایط مؤثر در صحت شهادت شاهدان
 راهنمایی و کلا در مورد عوامل تأثیرگذار بر رفتار هیئت منصفه
 میزان گمراه کننده بودن تبلیغات
 سندرم زنان کتک خورده
 سندرم ضربه تجاوز
 تعیین صحت هویت شاهد
 مزاحمت جنسی
 روان‌شناسی پلیس
 انتخاب هیئت منصفه
 برنامه‌های درمان خلافکاران
 شرح‌حال نویسی کیفری

امروزه روان‌شناسان به عنوان متخصص در زمینه‌های کیفری، مدنی، خانوادگی و اداری در دادگاه‌ها شهادت می‌دهند. هم‌چنین به عنوان مشاور مراکز و افراد در دستگاه قضایی عمل می‌کنند.

برخی از فعالیت‌های اصلی روان‌شناسان قانونی

۱- شاهد متخصص

فرق یک شاهد عادی و یک شاهد متخصص شاهد معمولی فقط مشاهداتش را بیان می‌دارد و شاهد متخصص، عقاید و استنباط‌هایش را. وی از حد نتیجه‌گیری صرف فراتر می‌رود. شاهد متخصص به دادگاه کمک می‌کند شواهد موجود را درک و ارزیابی کند یا به حقیقت پی ببرد.

شرایط لازم. شاهد متخصص کسی است که به واسطه علم، حرفه، آموزش‌ها و تجربه‌هایش اطلاعاتی می‌دهد که به طور معمول برای هیئت‌منصفه عادی غیرقابل دسترسی هستند.

دامنه موضوعاتی که مناسب شهادت تخصصی هستند گسترده است. ولی متخصصان حق ندارند اظهار نظرهایی کنند که حق قانونی هیئت منصفه است. مثلاً متخصص می‌تواند درباره تأثیر سوءرفتارهای دوران کودکی بر پرخاشگر شدن فرد اظهار نظر کند ولی این که این قضیه در مورد پرونده مربوطه صادق هست یا خیر، بر عهده هیئت منصفه است. بنابراین شاهد متخصص نباید شهادتش «اظهار نظر قطعی» باشد.

شهادت دادن. صرف‌نظر از موضوع شهادت، شهادت دادن در دادگاه برای متخصص مربوطه، تجربه‌ای دلهره‌آور است. اضطراب و شک داشتن به خود وقتی وکلای طرفین، وی را تحت فشار قرار می‌دهند زیاد پیش می‌آید.

پیش درآمد مهم شهادت دادن، آماده شدن پیش از شروع محاکمه است. این آماده شدن گاهی به ساعت‌ها مطالعه، مصاحبه، آزمون‌گیری و کنفرانس بستگی دارد. متخصص گاهی توسط دادگاه و برای شهادت دادن احضار می‌شود و گاهی جهت مشورت و توسط متهم یا شاکی.

۲. پرونده‌های کیفری

مدافعه جنون. وقتی تشخیص داده می‌شود که متهم در هنگام ارتکاب جرم سلامت عقلی و روانی داشته است به حبس و مجازات مالی یا تعلیقی محکوم می‌شود. اما اگر معلوم شود در هنگام ارتکاب جرم دچار جنون بوده است، دیگر مسئول اعمالش شناخته نمی‌شود و به جای تنبیه شدن، تحت درمان قرار می‌گیرد. البته برخلاف تصور مردم، مدافعه جنون به ندرت موفقیت‌آمیز است. معمولاً متهم، مسئول اعمالش شناخته می‌شود. در عین حال، مدافعه جنون، وظیفه اثبات ادعا را بر دوش متهم می‌گذارد. جنون یک اصطلاح حقوقی است نه پزشکی، روان‌پزشکی یا روان‌شناختی.

چه طور می توان نتیجه گرفت که متهم دچار جنون بوده است؟ معمولاً از یکی از این سه معیار استفاده می شود. قدیمی ترین معیار، قانون *امنا تین* است که در سال 1843 در انگلستان مطرح شد. طبق این قانون، در مدافعه موفق جنون باید ثابت شود که متخلف در زمان ارتکاب جرم «دچار نقص عقلی و بیماری بوده و متوجه ماهیت و کیفیت عملش نبوده است؛ اگر هم متوجه بوده، نمی دانسته که کارش اشتباه است».

دومین معیار، ایده «تکانه مقاومت ناپذیر» است. طبق این معیار، اگرچه شخص ممکن است از تبعات اخلاقی یا حقوقی عمل خبر داشته باشد ولی قادر به مقاومت در برابر آن نیست چون تکانه مقاومت ناپذیر است.

سومین معیار مسئول شناخته نشدن متهم در قبال اعمالش، بیماری روانی یا نقص ذهنی او است طوری که ظرفیت لازم برای پی بردن به مجرمانه بودن عملش یا رعایت قانون را نداشته باشد. نام این معیار، معیار ای ال آی [یا *ALI Standard*] مؤسسه حقوقی آمریکا است. معیار ای ال آی آزادانه ترین و گسترده ترین معیار برای سلب مسئولیت کیفری است. به شرط آن که متهم به دلیل بیماری روانی نفهمد چه کار می کند (نقص شناختی) یا نتواند رفتارش را کنترل کند (نقص اراده).

روان شناس در ارزیابی جنون کیفری باید به سه سؤال پاسخ بدهد: (1) آیا متهم اختلال یا نقص روانی دارد؟ (2) وضعیت روانی فعلی وی چگونه است؟ (3) در زمان ارتکاب جرم وضعیت روانی متهم چگونه بوده است؟

صلاحیت حضور در دادگاه. در پاسخ دادن به سؤالات مرتبط با صلاحیت، سه مشکل اساسی پیش می آید: (1) آیا متهم می تواند ماهیت اتهامات را بفهمد و می تواند واقعیات مربوط به رفتارش در هنگام ارتکاب جرم را بازگو کند؟ (2) آیا می تواند با وکیل خود همکاری معقولی داشته باشد؟ (3) آیا مفهوم اقدامات دادگاه را می فهمد؟

3. پرونده های مدنی

دو حوزه ای که برای روان شناسان بالینی از اهمیت خاصی برخوردارند عبارتند از: (1) بستری شدن و ترخیص از بیمارستان ها و مؤسسات روانی و (2) معضلات خانوادگی مثل اختلاف نظر بر سر حق حضانت فرزند.

بستری شدن در مؤسسات روانی. بستری شدن علی رغم میل خود فرد، بستری شدن اجباری نامیده می شود. در بستری شدن *داوطلبانه*، فرد مورد نظر خودش می خواهد بستری شود و می تواند هر زمان که بخواهد، بیمارستان را ترک کند. پذیرش «داوطلبانه» آن قدرها هم داوطلبانه نیست. غالباً افراد مزبور تحت فشار شدید بستگان، دوستان، پلیس، مقامات دادگاه یا دست اندرکاران بهداشت روانی بستری می شوند.

ملاک های قانونی برای بستری کردن در بیمارستان غالباً در مورد کسی صدق می کنند که (1) برای خودش یا دیگران خطرناک باشد، (2) اختلالش خیلی شدید باشد یا نتواند در مورد مراقبت از خودش یا بستری شدنش تصمیمات معقولی بگیرد و (3) به درمان یا مراقبت شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد.

مشکلات خانوادگی. این روزها بسیاری از معضلات خانوادگی مردم با مداخله دادگاه حل می‌شود. برخی از این معضلات عبارتند از حق حضانت فرزندان، شایستگی والدین، حق ملاقات، بدرفتاری با کودکان، سوءرفتار نوجوانان و فرزندخواندگی.

در حال حاضر در مبحث اعطای حق حضانت کودکان، رویه قضایی «مصلحت کودک» ارجحیت دارد.

هنجار متداول در حال حاضر، حضانت مشترک است به این معنا که رابطه کودک با هر دو طرف باید حفظ شود. در حقیقت در بسیاری از طلاق‌ها، طرفین به طور غیررسمی حضانت مشترک را دنبال می‌کنند و نیازی به صدور حکم رسمی از سوی دادگاه پیش نمی‌آید.

البته حضانت مشترک همیشه به صلاح کودک نیست. حضانت مشترک خصوصاً در مواقعی که والدین یک رابطه پراختلاف و پر از مشکلات هیجانی دارند، ممنوع است. در این موارد به یکی از والدین حضانت قانونی داده می‌شود و طرف دیگر حق خواهد داشت با فرزندش ملاقات داشته باشد.

روان‌شناس در ارزیابی حق حضانت کودک باید یک عنصر حیاتی را در نظر بگیرد و آن نظام روابط قبلی، فعلی و آتی پدر، مادر، کودک و گاهی دیگر بستگان است.

4. حقوق بیماران

«معالجه شدن» یا حداقل بهبود، جزء حقوق مدنی آنها است. حقوق و معیارهای دیگر عبارتند از محیط فیزیکی (داشتن سالن عمومی، مستراح، ناهارخوری و غیره)، داشتن البسه شخصی و حق انجام کارهای شخصی (حق ورزش، رفتن به فضای باز یا انجام فعالیت‌های اجتماعی). در ضمن کار اجباری قدغن است و در قبال کار داوطلبانه نیز باید دستمزد پرداخت شود. اگر چه در بسیاری از ایالت‌ها بیماران حق ملاقات و مکاتبه دارند ولی کارکنان بیمارستان نظارت زیادی بر ملاقات‌ها دارند (البته ملاقات بیماران با وکلا، پزشکان یا کشیش‌ها از این قاعده مستثنی است).

یکی از موضوعات اختلاف‌برانگیز و پیچیده، حق امتناع از درمان یا مصرف دارو است. در اینجا مسئله رضایت مطرح است. تمام بیمارانی که به طور اجباری بستری می‌شوند، از لحاظ روانی بی‌صلاحیت و بی‌قابلیت نیستند. این گروه حق دارند در مورد سرنوشت خویش تصمیم بگیرند. ولی در مورد بیمارانی که صلاحیت و قابلیت روانی ندارند چه‌طور؟ چه‌طور می‌توانیم ضمن درمان بیماران فاقد صلاحیت، حقوق بیماران واجد صلاحیت را رعایت کنیم؟ این موارد، مشکلات واقعاً پیچیده‌ای هستند.

5. پیش‌بینی خطرناک بودن

پرونده تاراسوف، دادگاه کالیفرنیا را واداشت درمانگران را مکلف سازد دیگران را از رفتارهای خشن بیماران خویش مطلع سازند.

به نظر موناهان در پیش‌بینی اعمال خشن افراط و اغراق شده است. این که چرا مردم حتی وقتی خطری در بین نیست باز احساس خطر می‌کنند، دلایل فراوانی دارد. یکی از دلایل آن، برنامه‌های تلویزیونی یا خبری است. پیش‌بینی خطرناک بودن خیلی خیلی سخت است.

یکی از مهم‌ترین انتظارات دستگاه جزایی از متخصصان بالینی، انجام این گونه پیش‌بینی‌ها است. دستگاه جزایی از این پیش‌بینی‌ها در انواع تصمیم‌گیری‌ها استفاده می‌کند، از حبس بدون قید ضمانت و اعطای حق کار - ترخیص به متهمان بستری شده تا صدور محکومیت‌های ویژه برای خلاف‌کاران خشن.

6. درمان روان‌شناختی

زندانیان حق دارند تحت درمان پزشکی قرار بگیرند. زندانیان نوجوان نیز به طور کلی حق دارند تحت درمان روان‌شناختی و پزشکی قرار بگیرند. وقتی زندانیان بزرگسال حق دارند تحت درمان روان‌شناختی واقع شوند، زندانیانی که دچار اختلالات روانی شدید هستند در اولویت می‌باشند.

انسان‌ها حق دارند از درمان شدن خودداری ورزند خصوصاً از درمان‌های تهاجمی مثل جراحی روانی یا درمان از طریق تشنج برقی (ECT).

7. مشورت

یکی دیگر از کارهای متداول روان‌شناسان قانونی، مشورت است.

انتخاب هیئت منصفه. گاهی روان‌شناس مشاور در فرآیند انتخاب هیئت منصفه به وکلا کمک می‌کند. منظور از **Voir dire** مقطعی از محاکمه است که در آن هیئت منصفه انتخاب می‌شوند. در این مرحله، وکلا فرصت دارند سوگیری‌های اعضای هیئت منصفه آتی را کشف کنند. همچنین فرصت دارند اطلاعاتی برای اعتراض‌های آمانه خود جمع کنند (اعتراض‌هایی که به طرفین اجازه می‌دهند نسبت به جانبداری اعضای هیئت منصفه در دادگاه شکایت کنند)؛ به هیئت منصفه خوش آمد بگویند یا آنان را با طرفین آشنا کنند؛ و به هیئت منصفه تلقین کنند برداشت آنان از پرونده را بپذیرند. تمام اینها با هدف تأثیرگذاری وکیل صورت می‌گیرد. روان‌شناس مشاور به وکلا کمک می‌کند در انتخاب یا رد اعضای هیئت منصفه عملکرد بهتری داشته باشند.

آماده کردن شاهد. از لحاظ اخلاقی درست نیست مشاور تغییری در شهادت شاهد ایجاد کند. بلکه منظور از آماده کردن شاهد این است که وی شهادتش را به نحو بهتری عرضه کند بدون آن که تغییری در حقایق داده شود.

متقاعد کردن هیئت منصفه. مشاوران به وکلا در زمینه نحوه مطرح کردن پرونده‌ها و شواهد (در چهارچوب دستگاه قضایی) در حضور هیئت منصفه کمک می‌کنند. آنان به وکلا کمک می‌کنند واکنش هیئت منصفه به برخی شواهد یا شیوه‌های طرح شواهد را پیش‌بینی کنند خصوصاً در هنگام شروع و خاتمه بحث‌ها. در حقیقت عقاید،

احساسات و رفتار هیئت منصفه را مشخص می‌کنند. سپس مشاوران بهترین شیوه مطرح کردن پرونده را به وکیل آموزش می‌دهند.

هیئت منصفه تقلیدی. یکی دیگر از اشکال مشورت، تدارک یک هیئت منصفه تقلیدی است. در این جا، مشاور افرادی شبیه اعضای هیئت منصفه واقعی را به کار می‌گیرد و واکنش‌های آنان را در برابر نحوه ارایه پرونده توسط وکیل مربوطه زیر نظر می‌گیرد. به این ترتیب، روان‌شناس مشاور و وکیل به پیش‌بینی واکنش‌ها و برداشت‌های هیئت منصفه واقعی می‌پردازند و راهبرد دفاعی خود در دادگاه را اصلاح می‌کنند.

نظرسنجی عمومی. در سال‌های اخیر استفاده فراوانی از نظرسنجی شده است. برای مثال، وکیل در دادخواست‌های تجاری، یک مشاور روان‌شناس را استخدام می‌کند تا نظر مردم را در مورد نام یا سمبل یک شرکت جویا شود. یکی از راه‌های انجام این کار، استفاده از روش نظرسنجی است.

روانشناسی طب اطفال و روانشناسی بالینی کودک

دو رشته از رشته‌های فرعی روانشناسی بالینی؛ روانشناسی طب اطفال و روانشناسی بالینی کودک هستند. نمی‌توانیم وظایف روان‌شناسان بالینی کودک و روان‌شناسان طب اطفال را به طول کامل از هم جدا کنیم؛

فعالیت متداول در روانشناسی بالینی کودک کار روی کودکان و نوجوانانی بوده است که نشانه‌های آسیب روانی داشته‌اند. این کار نیز در مراکز خصوصی یا در درمانگاه‌های سرپایی و به صورت گروهی صورت می‌گرفته است.

روانشناسی طب اطفال (یا روانشناسی سلامتی کودک) عبارت است از کاربرد اصول روانشناسی بالینی کودک در مراکز پزشکی مثلاً در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های رشد یا مراکزی که اقدامات پزشکی گروهی انجام می‌دهند. روان‌شناسان طب اطفال غالباً قبل از ایجاد آسیب روانی (یا حداقل در شروع اختلال) مبادرت به مداخله می‌کنند و غالباً ارجاع دهندگان کودکان به آن‌ها، پزشکان اطفال هستند. به طور مشخص روانشناسی طب اطفال را این گونه تعریف کرده‌اند:

تحقیقات و اقداماتی که معطوف به موضوعات مرتبط با سلامت روانی و جسمی کودکان هستند؛ موضوعاتی چون ملازم‌های رفتاری و هیجانی امراض و بیماری‌ها، نقش روانشناسی در طب اطفال و پیشبرد سلامتی و پیش‌گیری از بروز بیماری در بین کودکان سالم.

اگرچه همپوشی این دو رشته خیلی زیاد است، این دو تخصص وجوه تمایزی نیز دارند:

اولاً متخصصان روانشناسی طب اطفال جهت‌گیری رفتاری دارند و مداخلات کوتاه‌مدت و فوری را ترجیح می‌دهند. در حالی که روان‌شناسان بالینی کودک در جهت‌گیری‌های خود متنوع‌تر عمل می‌کنند (گرایش‌های روان‌پویشی و خانوادگی/ نظام‌ها در بین روان‌شناسان بالینی کودک بیشتر است).

ثانیاً روان‌شناسان طب اطفال در تحصیلات، تحقیقات و خدمات خویش بر مشکلات طبی و زیست‌شناختی تأکید بیشتری دارند. ویژگی متمایز آن‌ها، علاقه‌مندی‌شان به روان‌شناسی سلامتی و طب رفتاری و مشورت با پزشکان متخصص اطفال است. ولی روان‌شناسان بالینی کودک بیشتر بر سنجش، فرآیندهای رشدی و خانواده درمانی تأکید دارند.

تاریخچه

سابقه روان‌شناسی بالینی کودک حداقل به سال 1896 بر می‌گردد وقتی ویتمر با راه‌اندازی اولین درمانگاه روان‌شناسی، حرفه روان‌شناسی بالینی را پدید آورد.

در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، وقوع برخی تحولات باعث شد توجه بیشتری به کودکان بشود. این تحولات عبارت بودند از شناسایی و مراقبت از عقب‌ماندگان ذهنی، هوش‌آزمایی، پیدایش روان‌کاوی و رفتارگرایی، جنبش مطالعه کودکان و تأسیس درمانگاه‌های راهنمایی کودکان.

در حال حاضر 43 تشخیص اختصاصی مخصوص کودکان در 10 گروه وجود دارند.

روانشناسی طب اطفال زمانی به عنوان یک تخصص مطرح شد که معلوم گردید نه طب اطفال و نه روان‌شناسی بالینی کودک نمی‌توانند جوابگوی تمامی مشکلات دوران کودکی باشند. غالباً مسایل و مشکلات مربوط به روان‌شناسان کودک عبارتند از تربیت کودکان، کنترل رفتار کودکان یا مشکلات تحصیلی. وقتی بحث ضمائم روانی- رفتاری بیماری‌های جسمی، معلولیت‌ها یا اقدامات طبی مطرح است، تخصص روان‌شناسان طب اطفال بیش از تخصص روان‌شناسان بالینی کودک اهمیت دارد.

دیدگاه رشدی

از دیدگاه رشدی، مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان محصول انحراف از یک یا چند حوزه رشد هستند (یعنی حوزه شناختی، زیست‌شناختی، هیجانی، رفتاری، اجتماعی. توجه به این نکات هم مهم است که (1) رشد فرایندی فعال و پویا است و باید آن را در طول زمان سنجید؛ (2) مشکلات رشدی مشابه می‌توانند نتایج (اختلالات بالینی) متفاوتی داشته باشند؛ (3) مشکلات رشدی متفاوت ممکن است نتیجه واحدی داشته باشند؛ (4) فرایندها و اشکالات رشدی ممکن است با هم تعامل داشته باشند؛ و (5) فرایندهای رشدی و محیط به یکدیگر وابسته‌اند- آن‌ها به گونه‌ای روی یکدیگر تأثیر می‌گذارند که قابل جدا شدن نیستند.

روانشناسان طب اطفال و روان‌شناسان بالینی کودک این دیدگاه ساده‌انگارانه را قبول ندارند که کودکان، بزرگسالان کوچولو هستند. بلکه کودکان و نوجوانان را بر مبنای چالش‌های رشدی و محیطی مقطع سنی خودشان تحت سنجش و درمان قرار می‌دهند. سن کودکان، مرحله رشدی مربوطه در حوزه‌های مختلف کارکردی (شناختی، هیجانی، اجتماعی) و وضعیت خانوادگی کودکان، باید در بررسی و مفهوم‌بندی مشکلات و درمان آنان در نظر گرفته شوند. برای مثال، شبادراری در 12 سالگی یک مشکل محسوب می‌شود نه در 2 سالگی.

مرور رشد و نمونه‌هایی از مشکلات مربوطه

سن تقریبی	پیشرفت‌های بهنجار	مشکلات رفتاری متداول	اختلالات بالینی
0-2	خوردن، خوابیدن، دلبستگی	لجبازی، قشقرق راه انداختن، توالی رفتن	عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات تغذیه‌ای، اختلال ایتستیک
2-5	یادگیری زبان، توالی رفتن، مهارت‌های لازم برای مراقبت از خود، خودگردانی، رابطه با همسالان	بگو مگو، توجه طلبی، نافرمانی، ترس، بیش‌فعالی، خوابیدن	اختلالات گفتاری و زبانی، مشکلات ناشی از سوء رفتار و غفلت بزرگ‌ترها، برخی اختلالات اضطرابی مثل ترس‌های شدید
6-11	مهارت‌های تحصیلی و قوانین، بازی‌های قانونمند، مسئولیت‌های ساده	بگو مگو، عدم تمرکز، کمرویی، خودنمایی	اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه، اختلالات یادگیری، مدرسه‌هراسی، مشکلات رفتاری
12-20	رابطه با جنس مخالف، هویت شخصی، جدا شدن از خانواده، افزایش مسئولیت‌ها	بگو مگو، مشاجره	کم‌خوری عصبی، پرخوری عصبی، بزهکاری، خودکشی، مصرف دارو و الکل، اسکیزوفرنی، خودکشی

انعطاف‌پذیری

چرا بعضی از کودکان به راحتی با سختی‌ها و گرفتاری‌های شدید تطبیق می‌یابند؟ اصطلاح *انعطاف‌پذیری* ناظر بر آن دسته از خصوصیتی است که اجازه می‌دهد افراد بر مشکلات و سختی‌ها غلبه کنند و به نتایج رشدی مطلوبی دست یابند.

عوامل مختلفی در انعطاف پذیری کودکان نقش دارند (مثل جنگ، فقر، خشونت در خانواده و ...). اما این عوامل فقط با نتیجه مساعد رابطه داشته‌اند و بحث رابطه علت و معلولی در بین نیست. ولی ظهراً عواملی که دلبستگی و پیوند قوی بین کودک و والد ایجاد می‌کنند و داشتن مهارت‌های خوب برای حل مشکلات افراد را در برابر شرایط سخت و نامساعد تقویت می‌کنند. بررسی انعطاف‌پذیری و قابلیت می‌تواند شرایط دستیابی به مداخلاتی را فراهم آورد که از عوامل خطرناک، پیش‌گیری یا این عوامل را حذف می‌کنند و توانایی‌های افراد را می‌سازند یا بهبود می‌بخشند و فرآیندهایی چون خودبستگی و خودتنظیمی را بیشتر می‌کنند.

خصوصیات کودکان و نوجوانان انعطاف‌پذیر

منشاء	خصوصیت
فردی	کارایی خوب عقلانی جذابیت، مردم‌آمیزی، بردباری خودبستگی، اعتماد به نفس، عزت نفس بالا، استعداد ایمان
خانوادگی	رابطه نزدیک و صمیمی با والد تربیت اقتداری: گرم بودن، نظم داشتن، توقعات بالا امکانات اجتماعی - اقتصادی ارتباط با بستگان
غیرخانوادگی	رابطه با بزرگسالان مفید برای اجتماع رابطه با سازمان‌های مفید برای اجتماع رفتن به مدارس کارآمد

معضلات عمومی و مشترک فعالیت‌های روانشناسان طب اطفال و روان‌شناسان بالینی کودک

همه‌گیری شناسی: باید بدانیم در گروه‌های سنی و طبقات مختلف جمعیت چه مشکلاتی متداول هستند.

رفتارهای نشانگر اختلال روانی در گروه‌های غیربالینی نیز رواج دارند.

متخصصان این رشته برای فهم و تشخیص صحیح باید در این مورد که رفتار چگونه تغییر می‌کند، تغییر هماهنگ رفتارها و توزیع رفتارها در سطح اجتماع، اطلاعاتی داشته باشند.

وضعیت: وضعیت رفتار غالباً مختص به وضعیت است. یک کودک ممکن است در خانه آرام و گوشه‌گیر باشد ولی در بین دوستانش این گونه رفتار نکند. کودک دیگری ممکن است از بزرگ‌ترها حرف‌شنوی داشته باشد ولی با کودکان دیگر خصمانه رفتار کند.

کسانی که با کودکان سروکار دارند برای مفهوم بندی مشکلات آنان (یا مشکلات فرضی آنان) باید به تعامل عوامل محیطی و خصوصیات شخصیتی عمومی توجه کنند.

مراجع کیست؟ گاهی تعیین بیمار واقعی در گروه دشوار است. در بسیاری از موارد مؤثرترین درمان، درمان والدین است چون آنها هستند که روی کودکان تسلط و کنترل دارند. در عین حال، کودکان خودشان برای سنجش یا درمان مراجعه نمی کنند. آنها توسط والدین، پزشکان، معلمان یا حتی مقامات دادگاه ارجاع داده می شوند.

بدیهی است که نگرانی والدین، میزان تحمل آنان و مهارتشان در کنترل کودکان نقش مهمی در تعریف مشکلات رفتاری دوران کودکی دارند.

تشخیص و طبقه بندی مشکلات: روان شناسان بالینی کودک بیش از روان شناسان طب اطفال به طبقه بندی اختلالات کودکی علاقه مندند زیرا با موردهای روان پزشکی بیشتری سروکار دارند. ثانیاً چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، علاقه مندی روزافزون متخصصان به اختلالات دوران کودکی را پوشش می دهد. در این راهنما ده گروه اصلی اختلالات دیده می شوند که معمولاً برای اولین بار در دوران طفولیت، کودکی و نوجوانی تشخیص داده می شوند.

در این جا باید به دو نکته اشاره کنیم. اول آن که تمام اختلالات این جدول به جز انواع فرعی عقب ماندگی ذهنی روی محور یک آورده می شوند. دوم آن که گاهی در مورد کودکان و نوجوانان تشخیص هایی داده می شود که در جدول 3-20 آورده نشده اند (مثلاً، اختلال افسردگی ماژور، اختلال دیس تایمی یا پر خوری عصبی). اما غالباً ملاکها یا آستانه های تشخیصی به گونه ای اصلاح می شوند که برای کودکان یا نوجوانان مناسب باشند. به عنوان نمونه، کودک برای دریافت تشخیص اختلال دیس تایمی می تواند (به جای افسرده) تحریک پذیر باشد و مدت نشانه هایش (به جای دو سال بزرگسالان) می تواند فقط یک سال طول بکشد.

مشکلات روانی کودکان و نوجوانان را به طور کلی به دو گروه **اختلالات درونی سازی و بیرونی سازی** تقسیم می کنند. مشخصه های اختلالات درونی سازی عبارتند از نشانه های اضطراب، افسردگی، کم رویی و گوشه گیری. برخی از اختلالات درونی سازی هم عبارتند از اختلالات خلقی (مثل اختلال افسردگی ماژور) و اختلالات اضطرابی (مثل اختلال اضطراب جدایی). مشخصه های اختلال بیرونی سازی هم عبارتند از اختلال سلوک و اختلال کمبود توجه/بیش فعالی.

اختلالات مطرح در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که معمولاً اولین بار در دوران طفولیت، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند.

گروه	نمونه های تشخیصی
عقب ماندگی ذهنی	عقب ماندگی ذهنی خفیف، متوسط یا شدید
اختلالات یادگیری	اختلال در روخوانی، اختلال در حساب

اختلال مهارت‌های حرکتی	اختلال هماهنگی رشدی
اختلالات ارتباطی	اختلال زبان بیانی، لکنت زبان
اختلالات رشدی نافذ	اختلال اتیستیک، اختلال اسپرگر
کمبود توجه و اختلالات رفتار مختل	اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، اختلال
اختلالات تغذیه‌ای و خوردن دوران طفولیت یا اوایل کودکی	سلوک
اختلالات تیک	هرزه‌خواری، اختلال نشخوار
اختلالات دفعی	اختلال توره، اختلال تیک موقتی
سایر اختلالات دوران طفولیت و کودکی یا نوجوانی	بی‌اختیاری در دفع، بی‌اختیاری در ادرار
	اختلال اضطراب جدایی، لالی انتخابی

سنجش در روانشناسی طب اطفال و روان‌شناسی بالینی کودک

سنجش کودکان و نوجوانان از جهات زیادی با سنجش بزرگسالان فرق دارد. کودکان و نوجوانان بر خلاف بزرگسالان به ندرت خودشان جهت درمان شدن مراجعه می‌کنند. هم‌چنین در مورد آنان همیشه باید از اطرافیان‌شان اطلاعاتی اخذ شود، مثلاً از والدین، معلمان، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان مدرسه، پزشکان و غیره. اگر چه رضایت والدین ضروری است ولی اخذ موافقت کودک جهت اطلاعات گرفتن از دیگران نیز مهم است. این جریان به ایجاد جو اعتماد و احترام کمک زیادی خواهد کرد. و بالاخره کودکان و نوجوانان اطلاعات کمی در مورد نقش متخصصان بهداشت روانی دارند و به همین دلیل ممکن است در برابر آن‌ها مقاومت ورزند یا از آن‌ها بترسند.

معضل تعدد منابع اطلاعاتی در سنجش کودک و نوجوان، نیاز به توضیح بیشتری دارد. گاهی منابع اطلاعاتی با یکدیگر هماهنگی ندارند. برای مثال، برخی گفته‌اند مادران افسرده در مورد ماهیت و شدت مشکلات فرزندشان اغراق می‌کنند. اما هم‌اکنون در مورد این که روان‌شناس بالینی یا محقق چه طور اطلاعات تشخیصی متفاوت را در هم ادغام کند توافق نظری وجود ندارد.

در مورد اکثر مشکلات، سنجش جامع به طور کلی شامل اخذ اطلاعات از منابع مطلع (خود فرد، والدین، همسالان، معلمان) و اخذ اطلاعات از طریق روش‌های مختلف سنجش است (مقیاس‌های خودسنجی، فهرست‌های رفتار، مصاحبه و آزمون‌های هوش یا توانایی).

مصاحبه: روان‌شناسان بالینی کودک و روان‌شناسان طب اطفال با این هدف‌ها با والدین مصاحبه می‌کنند (1) اخذ اطلاعات در مورد رفتار، رویدادها و وضعیت‌ها؛ (2) پی بردن به احساسات و هیجانات والدین؛ و (3) تدارک مبنایی برای روابط درمانی بعدی.

مصاحبه با کودکان و نوجوانان هم فرصتی به آنان می‌دهد تا «داستان خودشان را بیان کنند». روان‌شناس سؤالاتی در خصوص خود پنداره آنان، ادراکشان از دیگران و نظرشان در مورد ماهیت و وجود یا عدم وجود مشکل می‌پرسد.

چند راهنمایی برای مصاحبه با کودکان

مهارت‌های ارتباطی عمومی

1. توصیفی حرف زدن (مثلاً، «امروز خوشحال به نظر می‌رسی»).
2. استفاده از جملات انعکاسی با هدف افزایش مقدار گفتگو.
3. تشویق کردن.
4. انتقاد نکردن.
5. مطرح کردن سؤالات باز پاسخ (سؤالاتی که با آره یا نه نمی‌توان به آنها جواب داد).
6. استفاده از جملات و کلماتی که متناسب سن کودک باشد.

اجرای مصاحبه

1. معرفی خود برای والدین و کودک.
2. ارایه اطلاعات در مورد جلسه مورد نظر برای کودک و والدین.
3. فراهم آوردن ساختار جهت کاهش اضطراب کودک (مثلاً «چرا اینجا کارمان را با نقاشی کشیدن شروع نکنیم؟»)
4. جمع‌آوری سازمان‌دهی شده اطلاعات که بر (1) محیط کودک (روابط وی با همسالانش، مدرسه، خانواده)؛ (2) خود کودک (آرزوها، علایق و ترس‌هایش)؛ و (3) مشکل یا مشکلات موجود متمرکز باشند.
5. در خلاصه‌بندی مصاحبه باید مطالب را برای کودک خلاصه کنیم، وی را به دلیل تلاش‌هایش تقویت کنیم، ببینیم آیا اطلاعات دیگری می‌خواهد بدهد و در مورد آن چه قرار است انجام بدهیم اطلاعاتی به او بدهیم.

در مصاحبه با کودکان باید یادمان باشد همیشه به آن‌ها گفته نشده است که چرا به کمک احتیاج دارند و معمولاً درک ناقصی از صحبت‌ها دارند. حضور در درمانگاه بدون فهمیدن علتش یا بدون داشتن حق تصمیم‌گیری در مورد درمان شدن، برای کودکان (و هر کس دیگری) اضطراب‌آور است. پس باید احساس و نظر کودک در مورد ملاقات مزبور را جویا شویم. متخصص بالینی تا حد امکان باید قبل از مصاحبه به کودکان آرامش خاطر بدهد و سپس در محدوده قوه درک کودک به او بگوید چه کارهایی انجام خواهد داد. برای مثال در برخی موارد باید به کودک گفته شود بعد از انجام کارها در درمانگاه به خانه باز خواهد گشت یا اقدامات تشخیصی مورد نظر بی‌خطرند.

مصاحبه با کودکان خیلی سخت است. آن‌ها همیشه نمی‌توانند احساسات و افکار خود را با دقت بیان کنند، همچنین بسیار تلقین‌پذیر و ترسو هستند. به همین دلیل ممکن است حرف‌هایی بزنند که فکر می‌کنند معاینه کننده دوست دارد بشنود یا دیگران به آن‌ها گفته‌اند بزنند. کودکان ممکن است آن قدر ترسیده یا عصبی شده باشند که حرف‌های متفاوتی بزنند. طول مصاحبه با کودک به عواملی مثل سن یا سطح هوش وی بستگی دارد.

مشاهدات رفتاری: روش‌های مشاهده‌ای مختلفی وجود دارند. برای مثال در مشاهده کودکان از فنون مشاهده طبیعی، تشابهی، مشارکتی و مشاهده خود استفاده می‌شود و نظام‌های مختلف نمره‌گذاری رفتار هم وجود دارد. مثل تمام مشاهدات رفتاری، روان‌شناسان طب اطفال و روان‌شناسان بالینی کودک باید متوجه معضلاتی چون پایداری مشاهدات، واکنش کودک در برابر مشاهدات و اعتبار مشاهدات باشند.

آزمون‌های هوش: غالباً در مبحث پیشرفت عقلی، ضعف‌های تحصیلی یا تهیه طرح تربیتی برای کودک از آزمون‌های هوش استفاده می‌شود. رایج‌ترین آزمون‌ها در این زمینه عبارتند از سومین ویراست مقیاس هوش کودکان وکسلر (WISC - III)، مجموعه سنجش‌های کودکان کافمن (K - ABC)، نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر (WPPSI - R)، چهارمین ویراست مقیاس هوش استنفورد-بینه و نسخه تجدیدنظر شده آزمون واژگان مصور پی‌بادی.

مقیاس هوش کودکان وکسلر: این مقیاس شامل ده آزمون فرعی اجباری و سه آزمون فرعی تکمیلی است. مقیاس هوش کودکان وکسلر از آزمون‌های فرعی شفاهی (اطلاعات، شباهت‌ها، حساب، خزانه واژگان و درک مطلب) و آزمون‌های فرعی عملکردی (تکمیل تصویر، الحاق قطعات، مرتب کردن تصاویر، طراحی با مکعب‌ها و رمزبندی) تشکیل شده است. سومین ویراست مقیاس هوش کودکان وکسلر مثل دیگر آزمون‌های هوش جهت تخمین سطح کلی هوش افراد (بهر هوشی کل مقیاس)، توانایی‌های آنان در برخی زمینه‌ها (بهر هوشی شفاهی، بهر هوشی عملکردی) یا سطح کارایی افراد در برخی حوزه‌های خاص تر (درک مطلب شفاهی، سازمان ادراکی، تمرکز، سرعت پردازش) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

آزمون‌های پیشرفت: این آزمون‌ها برای سنجش آموخته‌های قبلی خصوصاً آموخته‌های تحصیلی یا آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این آزمون‌ها به موضوعات تحصیلی مختلفی می‌پردازند از روخوانی تا حساب. سه مورد از ابزارهای غربالگری متداول عبارتند از نسخه تجدیدنظر شده آزمون پیشرفت فردی پی‌بادی، مجموعه آزمون‌های روانی- تربیتی وودکاک- جانسون و سومین ویراست آزمون پیشرفت دامنه‌دار. سایر مجموعه آزمون‌های مورد استفاده عبارتند از آزمون‌های مهارت‌های بنیادی آیوا، سری‌های پیشرفت SRA، آزمون پیشرفت استنفورد و مجموعه آزمون زمینه‌یابی پیشرفت متروپولیتن.

آزمون‌های فرافکن. اگر چه در مورد استفاده از آزمون‌های فرافکن روی کودکان تا حدودی اختلاف نظر وجود دارد ولی برخی از متخصصان بالینی می‌گویند از این آزمون‌ها وقتی باید استفاده کنیم که تصویر پویاتری از

شخصیت بخواهیم. یکی از دلایلی که برای استفاده از این آزمون‌ها مطرح می‌شود این است که مبهم بودن محرک‌های این آزمون‌ها یا استفاده از حیوانات در این آزمون‌ها، باعث می‌شود خردسالانی که سطح اضطرابشان بالا است کمتر بترسند. معمولاً از آزمون اندریافت موضوع و رورشاخ و آزمون اندریافت کودکان، آزمون جملات ناقص و آزمون یک آدم بکش، استفاده می‌شود.

پرسش‌نامه‌ها و فهرست‌ها: ابزارهای اندازه‌گیری پرمصرف عبارتند از پرسش‌نامه شخصیتی کودکان، فهرست رفتار کودک، فرم گزارش معلم، نسخه تجدید نظر شده فهرست مشکل رفتاری و مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز. فهرست رفتار کودک یکی از متداول‌ترین ابزارهای موجود برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان است. مهم‌ترین نقاط قوت این فهرست، ویژگی‌های روان‌سنجی قوی آن، پوشش جامع مشکلات و سودمندی بالینی این فهرست است. ماحصل فهرست رفتار کودک، چند نمره است. ابتدا یک نمره برای مشکل کلی محاسبه می‌شود که در ذهن روان‌شناس در خصوص مفهوم مشکلات رفتاری کلی فرد، برداشتی ایجاد می‌کند. هم‌چنین هشت نمره سندر می نیز حساب می‌شود: گوشه‌گیری، شکایات جسمی، اضطراب/افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه. در نهایت نیز نمره‌ای برای مشکل کلی درونی‌سازی و نمره‌ای برای مشکل کلی بیرونی‌سازی (که هر کدام از نمراتی برای سندر می‌های خاص تشکیل می‌شوند) محاسبه می‌شود.

گاهی ابزارهای خودسنجی روی خود کودکان اجرا می‌شوند. این کار وقتی صورت می‌گیرد که احساس می‌شود راهنمایی‌ها را می‌فهمند و می‌توانند احساسات، افکار یا رفتارشان را به خوبی بیان کنند. این نوع ابزارها عبارتند از پرسش‌نامه افسردگی کودکان (که برای کودکان کلاس اولی قابل خواندن است)، مقیاس‌های قابلیت ادراک شده و برای نوجوانان، دومین ویراست شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا و آزمون خودسنجی جوانان.

سنجش عصبی - روانی: حوزه‌های تحقیقاتی فعلی مورد علاقه روان‌شناسان عصب‌نگر کودک عبارتند از سنجش هم‌بسته‌های عصبی - روانی اختلال سلوک بی‌توجهی/بیش‌فعالی، پرخاشگری/نافرمانی، اختلالات اضطرابی و بسیاری از بیماری‌های طبی.

آزمون‌هایی که بیشتر در مورد کودکان استفاده می‌شوند عبارتند از مجموعه آزمون‌های ریتان - ایندیانا، مجموعه آزمون‌های عصبی - روانی هالستید برای کودکان، سومین ویراست مقیاس هوش کودکان و کسلر و مجموعه آزمون‌های عصبی - روانی لوریا - نبراسکا.

سنجش شناختی: بسیاری از مشکلات رفتاری، هیجانی و حتی طبی کودکان با میانجی‌گری عوامل شناختی روی می‌دهند. برای مثال، کودکان دچار مشکلات طبی غالباً درکی از حقایق بیماری خود و درمان تجویز شده ندارند و این قضیه روی بهبودشان تأثیر زیادی می‌گذارد. هم‌چنین خودبسنجی کودک می‌تواند بر واکنش‌های وی در برابر مشکلات طبی و درمان‌ها تأثیر زیادی بگذارد. و بالاخره ارزیابی شناختی کودک نقش بسیار مهمی در رفتار و

احساسات وی دارد. برای مثال، نحوه پردازش اطلاعات توسط کودکان تا حدودی میزان استرس یا پاسخ‌های آنان در برابر درمان را کنترل می‌کند.

پرسش‌نامه مقابله که توان مقابله‌ی کودکان با وضعیت‌های اضطراب‌آور را می‌سنجد. سه وضعیت توسط ارزیابی‌کننده و کودک انتخاب و درجه‌بندی می‌شوند (مثلاً خوابیدن در اتاق خواب خود، آشنایی با دوستان جدید). این ابزار اندازه‌گیری نسخه‌های مخصوص کودکان و والدین دارد. یک ابزار اندازه‌گیری دیگر، پرسش‌نامه شرح عواطف منفی خود است. این پرسش‌نامه به سنجش افکار و اظهارات خود کودک در مورد حالات و تجربه‌هایش در روبرو شدن با اضطراب و افسردگی (عواطف منفی) می‌پردازد. هر کودک 70 فکر را از لحاظ فراوانی وقوع آن‌ها در طول هفته درجه‌بندی می‌کند. این دو پرسش‌نامه در درمان اختلالات اضطرابی دوران کودکی قابل استفاده‌اند.

خانواده‌سنجی: مشکلات کودکان تا حد زیادی در بطن خانواده ایجاد می‌شوند. کودک توسط خانواده و خانواده متقابلاً توسط کودک شکل می‌گیرد. پس برای درک مشکلات کودک و مداخله‌ی مناسب جهت رفع آن‌ها باید نظام خانواده را بشناسیم. برای رسیدن به این هدف، ابزارهای سنجشی متعددی وجود دارد. برخی از ابزارهای اندازه‌گیری کارکرد خانواده عبارتند از مقیاس محیط خانوادگی؛ مقیاس‌های ارزیابی انطباق‌پذیری و انسجام خانواده و ابزار سنجش خانواده.

مداخلات در روانشناسی طب اطفال و روان‌شناسی بالینی کودک

درمان کودکان حداقل به دو دلیل با درمان بزرگسالان فرق دارد. کودکان خودشان جهت درمان مراجعه نمی‌کنند و به اندازه‌ی اکثر بزرگسالان قوه درون‌نگری و خودسنجی ندارند.

درمان روان‌کاوانه: اگر چه در درمان کودکان و نوجوانان غالباً از درمان‌های روان‌کاوانه استفاده می‌شود ولی معمولاً اصلاح فنون سنتی این رویکرد ضروری است. کودکان مثل بزرگسالان نمی‌توانند شروط و مقتضیات روان‌کاوی سنتی را بفهمند و رعایت کنند. آن‌ها معمولاً ماهیت بسیار شفاهی، انتزاعی و درون‌نگر این جریان را درک نمی‌کنند. کودکانی که ایگوهای بسیار ضعیفی دارند یا در محیط خانوادگی پر از تهدیدی زندگی می‌کنند که پدر و مادرشان حمایتگر نمی‌باشند، برای اقدامات روان‌کاوانه مناسب نیستند.

ولی از رویکردهای اصلاح شده روان‌کاوی در مورد کودکان خیلی استفاده شده است. در رویکردهای اصلاح شده، تعداد جلسات به هفته‌ای یک یا دو بار کاهش می‌یابد. این رویکردها نشانه‌مدارترند و رفتارهایی را که واقعاً متضاد اضطراب هستند به کودکان می‌آموزند. به این ترتیب مثلاً به جای «معالجه» یک تثبیت، کودک یک مرحله رشدی را پشت سر می‌گذارد. به طور کلی تفاوت رویکردها کمی است تا کیفی. برای مثال، به جای رؤیاهای شبانه، خیالبافی‌های طول روز بررسی می‌شوند. همچنین یک تفاوت فاحش‌تر رویکردهای اصلاح شده، استفاده از بازی به عنوان ابزار ارتباطی است.

بازی درمانی: بعضی از درمانگرها به جای استفاده از رویاها یا تداعی های آزاد، زندگی روانی کودک را از زاویه بازی بررسی می کنند- اعم از بازی های آزاد یا ساخت دار. کودک را در اتاق بازی می گذارند؛ اتاقی که انواع اسباب بازی ها در آن وجود دارد از جمله گودال ماسه بازی، گل رس، عروسک خیمه شب بازی، عروسک معمولی و خلاصه هر نوع اسباب بازی دیگر. نحوه بازی کردن کودکان، اشیایی که برای بازی انتخاب می کنند و صحبت های آنها در حین بازی می توانند مهم باشند و باعث تخلیه هیجانی و درمان شوند. گاهی اوقات درمانگر وارد بازی می شود و توصیه ها و پیشنهادهایی می دهد یا کودک را به سوی تعارض یا مشکل معینی هدایت می کند. ماهیت بازی کودکان می تواند معرف طرز برخورد آنان با اطرافیان شان، طرز کنار آمدن آنان با اضطراب های شان و موارد مشابه باشد. اصولاً بازی جایگزین گفتگو می شود.

یک نمونه از بازی درمانی، رویکرد سولومون (1955) است. وی کودکان را به اتاقی می برد که روی میز داخل آن، چند عروسک وجود دارد. یکی از عروسک ها را بر می دارد و از کودک می پرسد با آن چه کار کند. گاهی عروسک ها را به گونه ای انتخاب می کند که معرف خانواده کودک باشند. در حالی که کودک، عروسک ها را مرتب و با آنها بازی می کند، درمانگر کارهای کودک را تفسیر و زمینه را برای ابراز احساسات وی فراهم می کند. در این بین، تجربه های خانوادگی، آرزوها و حتی امیال ناهشیار کودک فاش می شوند. ولی به طور کلی بازی درمانی به صورت مجموعه ای التقاطی و درهم برهم از فنون و روش ها درآمده است.

بازی درمانی دیگر صرفاً متعلق به رویکرد روان پویایی نیست و در رویکرد شناختی- رفتاری نیز از آن استفاده می کنند. کنل (1998) می گوید اگرچه کودکان نمی توانند ظرایف شفاهی و گفتاری شناخت درمانی بزرگسالان را بفهمند ولی در بازی درمانی شناختی- رفتاری می توانیم با فنونی مثل الگوبرداری از مهارت های مقابله ای سازگاران، در کودکان تغییر شناختی و رفتاری ایجاد و از طریق بازی به طور غیرمستقیم تغییر شناختی را به آنها القا کنیم. هم چنین (باز هم از طریق بازی) فرصتهایی برای کودک فراهم آوریم تا وضعیت های دشوار برای او دوباره تکرار شوند و بتواند بر آنها غلبه کند.

رفتار درمانی: فنون رفتاری گوی سبقت را از روش های روان پویایی در درمان مشکلات دوران کودکی ربوده اند. همیشه بدیهی به نظر می رسد که مشکلات کودکان نتیجه مستقیم عوامل محیطی یا مراقبان و والدینی باشند که کنترل برخی از جنبه های زندگی آنان را در اختیار دارند. ظهراً با استناد به اصول شرطی سازی پاسخگر (یعنی این اعتقاد که رفتار از طریق شرطی سازی کلاسیک فراگرفته می شود) یا اصول شرطی سازی عامل (رفتار توسط پیامدهایش ادامه می یابد)، بسیاری از رفتارهای دوران کودکی را می توانیم توضیح بدهیم. هم چنین این اصول به عنوان بخشی از طرح درمان به راحتی توسط والدین و معلمان مورد استفاده قرار می گیرند. اکثر این روش ها اعم از حساسیت زدایی منظم، بیزاری درمانی یا مدیریت وابستگی در مقایسه با روش های قدیمی تر و سنتی روان پویایی بیار مؤثرند.

آموزش مدیریت تربیتی به والدین شامل مجموعه‌ای از اقدامات درمانی می‌باشد که با هدف آموزش شیوه اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان در خانه، به والدین آموزش داده می‌شوند. والدین با اصول مهم یادگیری آشنا می‌شوند (مدیریت وابستگی، تقویت) و سپس آنها را در خانه به اجرا می‌گذارند. شرکت دادن والدین در فرآیند درمان باعث می‌شود احتمال ایجاد تغییر رفتار در کودک یا نوجوان افزایش یابد.

طب رفتاری اطفال: روان‌شناسان بالینی کودک و روان‌شناسان طب اطفال در کنترل و اداره‌ی کودکان در هنگام بستری شدن آنان در بیمارستان نیز می‌توانند نقش مهمی ایفا کنند. آنها می‌توانند کودکان را برای انجام برخی اقدامات طبی آماده و به کودکان و خانواده‌شان کمک کنند با مشکلات طبی بعدی کنار بیایند. فنون مورد استفاده در این زمینه هم عبارتند از تمرین رفتاری و مایه‌کوبی علیه استرس و روش‌های مختلف ارزیابی مجدد شناختی. در طب رفتار اطفال کارهایی چون کنترل درد و سردردها و رعایت تجویزهای طبی نیز صورت می‌گیرد.

درمان شناختی - رفتاری: در سال‌های اخیر درمان شناختی - رفتاری در مورد مشکلاتی چون تکانشی بودن، بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی و اختلالات سلوک زیاد به کار رفته است. ایده اصلی در این نوع درمان، بهبود حل مسئله و بالا بردن توانایی برنامه‌ریزی و به تأخیر انداختن کامیابی است. با سنجش‌های شخصی و اظهار نظر در مورد خود، به کودکان یاد داده می‌شود روی رفتارهای مشکل‌ساز و ناراحتی‌هایشان کنترل عقلانی پیدا کنند. ابزار این کار نیز تغییر دادن شناخت‌ها و هدف نهایی آن ایجاد یک «الگوی مقابله‌ای» جدید و سازگارانه‌تر است.

گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی: بسیاری از رویکردهای خانواده‌درمانی یا گروه‌درمانی برای رفع مشکلات کودکان و نوجوانان نیز کاربرد دارند. بسیاری از مشکلات کودکان در محیط خانواده آموخته و تقویت می‌شوند؛ کاهش [و درمان] آنها نیز غالباً مستلزم همکاری و درک کل واحد خانواده می‌باشد. چون کودکان به شدت تحت تأثیر خانواده و محصول خانواده‌اند، گاهی درمان کل خانواده بهترین راه است. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد برخی از خانواده‌درمانی‌ها برای درمان اختلالات اضطرابی و اختلالات سلوکی کودکان و نوجوانان مؤثرند.

ظهِراً بعضی از گروه‌درمانی‌ها برای رفع برخی از مشکلات بالینی مؤثرترند (برای مثال، گروه‌درمانی شناختی - رفتاری برای افسردگی).

دارودرمانی: گاهی می‌توانیم در کنار روان‌درمانی کودکان از دارو نیز استفاده کنیم. داروهایی که بیشترین مورد مصرف را دارند، داروهایی می‌باشند که برای درمان اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرند. رایج‌ترین دارو برای درمان اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی یک محرک روانی به نام متیل فنیدیت (ریتالین) است.

آیا مداخلات روان‌شناختی برای کودکان و نوجوانان مؤثرند؟

برخی از مداخلات روانی - اجتماعی مربوط به کودکان و نوجوانان که اثربخشی آنها دارای حمایت تجربی است

مشکل	درمان
افسردگی (کودک)	درمان شناختی - رفتاری
افسردگی (نوجوان)	درمان شناختی - رفتاری
ترس‌های شدید	حساسیت‌زدایی منظم
	الگوبرداری (از روی فیلم و زنده)
	شرطی‌سازی عامل (تمرین تقویت شده)
	درمان شناختی - رفتاری
اختلالات اضطرابی	درمان شناختی - رفتاری
	درمان شناختی - رفتاری و مدیریت اضطراب خانواده
اختلال سلوک	برنامه آموزش والدین (پترسون)
	برنامه الگوبرداری ویدیویی والدین
	آموزش کنترل عصبانیت با مایه کوبی علیه استرس
	جرئت‌آموزی
	برنامه پیشگیری از بزهکاری
	درمان چندسیستمی
	تعامل درمانی والد - کودک
	آموزش والدین
	آموزش مهارت‌های حل مسئله
	درمان عقلانی - هیجانی
	جریمه به علاوه درمان از طریق صندلی علامتی
اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی	آموزش رفتاری والدین
	اصلاح رفتار در کلاس

جدای از بحث کلی مؤثر بودن یا نبودن مداخلات مربوط به کودکان و نوجوانان، روان‌شناسان بالینی کودک و روان‌شناسان طب اطفال باید مزیت‌های مداخلات روان‌شناختی را برای هر مشکل خاص ارزیابی کنند.

برخی از مداخلات روان‌شناختی در درمان مشکلاتی چون افسردگی، ترس شدید، اختلال اضطرابی، اختلال سلوک و اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه از حمایت تجربی برخوردارند. تقریباً تمامی این مداخلات، جهت‌گیری

رفتاری یا شناختی - رفتاری دارند. در فهرست درمان‌های دارای حمایت تجربی در روان‌شناسی طب اطفال هم، درمان‌های رفتاری و شناختی - رفتاری غالب هستند.

خلاصه ادبیات تحقیقاتی به طور کلی حاکی از این هستند که درمان‌های روان‌شناختی مشکلات دوران کودکی و نوجوانی مؤثرند.

نمونه‌هایی از درمان‌های دارای حمایت تجربی در روان‌شناسی طب اطفال

مشکل	درمان
سردردهای تکرار شونده	آرامش عضلانی / خودهیپنوتیزمی
	بازخورد زیستی گرمایی
دل‌درد تکرار شونده	درمان شناختی - رفتاری
درد ناشی از اقدامات طبی	درمان شناختی - رفتاری
چاقی اطفال	اصلاح رفتار
آسم هیجانی	بازخورد زیستی EMG
	آرامش عضلانی
اثرات جانبی شیمی درمانی	تجسم توأم با تلقین
سرطان	پرت کردن حواس توأم با آرامش عضلانی

پیش‌گیری در روانشناسی طب اطفال و روان‌شناسی بالینی کودک

بی‌شک روان‌شناس بالینی کودک و روان‌شناس طب اطفال یا می‌خواهند جلوی مشکلات را پیش از وقوع بگیرند و یا حداقل آنها را قبل از آن که از کنترل خارج شوند، شناسایی کنند. به هر حال روان‌شناسی بالینی کودک و روان‌شناسی طب اطفال، موضع پیشگیرانه دارند.

رابرتز (1986) در چارچوب روان‌شناسی طب اطفال از اصطلاح راهنمایی پیشگیرانه استفاده می‌کند، یعنی استفاده از مشاهده و آموزش پیشرفته شدن مشکلات. برای مثال، والدین در مورد ایجاد خانه‌ای «امن برای کودک» در مراحل مختلف رشد کودک با روان‌شناس طب اطفال مشورت می‌کنند. در این مشورت هر چیزی می‌تواند مطرح شود از خروجی‌های برق گرفته تا بستن راه‌پله‌ها. در سطح روان‌شناختی‌تر نیز اطلاعاتی در مورد آماده کردن کودک برای تولد فرزندی جدید یا مرگ پدربزرگ یا مادر بزرگ داده می‌شود.

برنامه‌های مخصوص ایمنی با هدف کمک به پیش‌گیری از بروز مشکلات فیزیکی تهیه شده‌اند؛ در این برنامه‌ها مسایل گوناگونی مطرح می‌شوند از شیوه‌ی درست عبور از چهارراه تا آدم‌ربایی و تعرض جنسی.

روانشناسان بالینی کودک هم روز به روز بیشتر درگیر پیش‌گیری می‌شوند. برخی از موارد برنامه‌های پیش‌گیری که در خارج از مراکز پزشکی اجرا می‌شوند عبارتند از برنامه مداخله زود هنگام و پیش‌گیری اختلالات اضطرابی برای کودکان 7 تا 14 ساله‌ای که در معرض خطر ابتلا به این اختلالات هستند.

مشورت در روانشناسی طب اطفال و روانشناسی بالینی کودک

روانشناسان طب اطفال، در زمینه مشورت - رابط بودن، سابقه‌ای طولانی دارند. مشورت با والدین، متخصصان اطفال، دست‌اندرکاران امور پزشکی، مدارس، مؤسسات رفاهی، دادگاه‌های نوجوانان و دیگر مؤسسات بهداشتی یا خدماتی صورت می‌گیرد. موضوعات مورد مشاوره هم متفاوت و متغیرند، از موضوعات روان‌پزشکی، روان - تنی یا رشدی گرفته تا مشکلات ناشی از بیماری که در مراکز مراقبت‌های بهداشتی متداول هستند. روان‌شناسان طب اطفال به طور اختصاصی به پزشکان متخصص اطفال، خدمات مشورتی می‌دهند؛ یعنی کسانی که مثل متخصصان قلب و تومورشناسی به مشورت با روان‌شناس بسیار نیاز دارند. چون متخصصان اطفال با کودکان سالم و مریض زیادی سروکار دارند (احتمالاً بیش از سایر پزشکان)، معمولاً به مشکلاتی برمی‌خورند که آموزش، دانش و علاقه لازم برای درمان آنها را ندارند. از همین رو به روان‌شناس متوسل می‌شوند.

مشورت در بیمارستان یا خارج از بیمارستان صورت می‌گیرد. مشورت‌ها گاهی به صورت درخواست‌های فوری یا کمک‌های مختصرند و گاهی به صورت مداخلات بلندمدت. گاهی درخواست‌ها به صورت گپ‌های داخل راهرو و تلفن زدن انجام می‌شوند و گاهی به صورت معاینات تشخیصی فشرده و گزارش‌های مکتوب. برخی از مداخلات به طور مستقیم روی کودک اجرا می‌شوند و برخی روی خانواده یا دست‌اندرکاران طب اطفال.

آینده روان‌شناسی بالینی کودک و روان‌شناسی طب اطفال

روندها و معضلات این دو تخصص در قرن بیست و یکم:

1. معضلات مربوط به قومیت، نژاد یا فرهنگ. با متنوع‌تر شدن جمعیت آمریکا، متخصصان بالینی و محققان باید به کودکان و نوجوانان اقشار محروم خدمات بدهند. روندهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که برای رفع نیازهای این گروه از کودکان و نوجوانان، تعداد متخصصان موجود خیلی کم است.
 2. تحقیق. همان گونه که گفتیم باید در مورد مداخلات مربوط به کودکان و نوجوانان، تحقیقات بیشتری انجام شود. در مورد نقش قومیت، نژاد و فرهنگ در میان کودکان و نوجوانان نیز باید تحقیقات بیشتری صورت بگیرد.
 3. مدل‌های درمانی مبتکرانه. گاهی مداخلات سنتی (نفر به نفر) مؤثرترین و عملی‌ترین مداخله در درمان کودکان و نوجوانان محسوب نمی‌شوند.
- الف. کاهش استفاده از خدمات رسانی به صورت بستری کردن و درمان بیماران در مراکز درمانی و افزایش استفاده از خدمات خانگی و اجتماعی.

- ب. آموزش خدمات مؤثر و مقرون به صرفه به مسئولان خدمات رسانی و افزایش مسئولیت این افراد.
- ج. یکپارچه تر کردن خدمات (بهداشت روانی، آموزش و مراقبت های اولیه).
- د. ارایه ی خدمات انعطاف پذیر، فردی و جلب حمایت خانواده ها.
4. افزایش تمرکز بر پیش گیری و پیش گیری از سوء رفتار با کودک و مسامحه در حق وی. مجروحیت یکی از علت های اصلی مرگ و میر کودکان است و کودکان سالم بیشتر مورد توجه روان شناسان و مردم عادی هستند. مرز بین مجروحیت غیر عمدی و مجروحیت ناشی از مسامحه یا سوء رفتار مشخص نیست.