:. به نام بی نام او .:

مقدمه

درس روانشناسی بالینی، تنها درسی است که از بین دروس هفت‌گانه‌ی گرایش بالینی آزمون سراسری کارشناسی ارشد روان‌شناسی ضریب ۳ دارد. این ضریب، این درس را به مهمترین و تأثیرگذارترین درس از بین این هفت درس تبدیل کرده است. به طوری که کسب درصدی عالی (مثلاً بالای ۷۰ درصد) در این درس، می‌تواند کمک بسیاری در افزایش تراز و در نتیجه ارتقاء رتبه‌ی هر داوطلبی داشته باشد.

با بررسی سوالاتی که در سال‌های اخیر در کنکور سراسری برای درس روان‌شناسی بالینی مطرح شده است، می‌بینیم برای پاسخ‌دهی کافی (بالای ۷۰ درصد) به این درس نیازمند تسلط روی کتب مختلفی هستیم. این کتاب‌ها نه فقط مربوط به درس روان‌شناسی بالینی، بلکه گاهاً به روان‌شناسی رشد و آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی مرضی) هم مربوط می‌شوند. در این مجموعه تلاش شده با استفاده از مطالب به روزترین و البته تاثیرگذارترین کتاب‌های مرجع روانشناسی (از جمله فیرس، شاملو و ...) و همچنین ارائه سوالات کنکورهای سراسری مربوط به هر مبحث (در صورتی که از آن مبحث سوالی مطرح شده باشد) صرفه‌جویی عمده‌ای در زمان داوطلبان گرامی صورت گیرد. مجموعه روان‌شناسی بالینی کیهان سال‌هاست مورد اعتماد و استفاده رتبه‌های برتر کنکور روان‌شناسی است و امسال نیز با تغییرات صورت گرفته در آخرین ویرایش، با جدیدترین به روز رسانی‌ها در اختیار داوطلبان آزمون ارشد پیش رو قرار دارد.

تغییرات آخرین ویر ایش

در آخرین ویرایش این جزوه، مطالبی از کتاب نظریه‌های روان‌درمانی پروچاسکا خلاصه و به جزوه اضافه شده است. همچنین سوالات کنکوراخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکور اخیر در متن صورت گرفته است.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که این مجموعه به تنهایی به ۸۰ درصد از سوالات آخرین کنکور پاسخ داده است در حالی که درصد رتبه‌های تک رقمی در این درس به طورمیانگین چیزی حدود ۷۰ درصد است.
گزارش عینی و شفاف آن را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.

۲. این مجموعه را رتبه های برتر روانشناسی دانشگاه های تهران، شهیدبهشتی و علامه طباطبایی تهیه و ویرایش کرده‌اند. از جمله آقای امیر سامانی رتبه ۱ و آقای نوید یوسفی، رتبه ۶ کنکور.

۳. این مجموعه، منبع اصلی رتبه‌های برتر کنکورهای سال‌های اخیر بوده است. از جمله خانم آطاهریان رتبه ۷، خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲. مصاحبه این دوستان را در سایت بخوانید.

۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکوراخیر مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ۱۴۰۲ کاملاً به روز رسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

.: آشنایی با مجموعه کیـــهـــان :.

درباره خود کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شـــامل ارائه خدمات مشـــاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشـــی با اســـاتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشـــور شـــعبه ای ندارد و تمام خدمات و محصـــولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شـــیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشـــاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ســـاله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشـد روان‌شـناسـی از میان کیهانی‌ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی‌های ۹۴ بالینی دانشـگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ ,خانم زهرا دایی رتبه ۶,خانم زینب نکومنشـــی نژاد رتبه۱۵و خانم نرگس ســـلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- از سال ۹۲ تا کنون حدود ۲۰۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی در گروه آموزشی کیهان برگزار شده است.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه ریزی و مشـاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی اسـتخراج می‌شـود و سـپس در دپارتمان مشـاوران تصـویب می‌شـود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکوراخیر، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت سوپروایزرهای (آقایان دکتر فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می‌شود.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان مطابق نرخ مصوب عمومی است.

.: کیهان متعلق به شماست، پس برای ارتقاء روزبه روزخدمات آن به ما بازخورد دهید :.

مروری کلی بر عــوامــل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
از نگاه رتبه‌های بــرتــر کنکور، مشاوران کــیــهــان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن اهداف خود دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری‌ای که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌توانند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهند.

۲. **برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدفتان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته‌تان کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها. کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید. آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره مختلف کیهان را نیز مدنظرتان داشته باشید.

۳. **آمادگی ذهنی:** حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدفتان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تاثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. **ابزارهای کارآمد:** منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدفتان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.

۵. **مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. **نظارت و ارزیابی:** مدام خودتان، منابعتان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

فهرست

عنوان **صفحه**

فصل اول: روان‌شناسی بالینی: مقدمه و تاریخچه ۲

فصل دوم: روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی ۱۰

فصل سوم : تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی ۱۳

فصل چهارم: سنجش بالینی ۳۰

فصل پنجم: آزمون‌گیری در روان‌شناسی بالینی ۵۷

فصل ششم: آزمون‌های هوش ۶۳

فصل هفتم: سنجش شخصیت..۷۴

فصل هشتم: قضاوت بالینی ۱۱۰

فصل نهم: مداخلات روان‌شناسی ۱۱۴

فصل دهم: دیدگاه روانکاوی ۱۲۲

فصل یازدهم: روان‌شناسی فردی آدلر ۱۳۹

فصل دوازدهم: رویکردهای انسان‌گرایی.. ۱۴۵

فصل سیزدهم: رویکرد رفتاری.. ۱۵۸

فصل چهاردهم: رویکردهای شناختی رفتاری ۱۶۷

فصل پانزدهم: درمان تحلیل تبادلی اریک برن و واقعیت درمانی گلاسر.. ۱۸۲

فصل شانزدهم: سایر رویکردهای درمانی.. ۱۸۹

فصل هفدهم : درمان میان فردی ۱۹۸

سوالات درس روان‌شناسی بالینی در کنکور سراسری کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ .... ۲۱۸

پاسخ تشریحی درس روان‌شناسی بالینی در کنکور سراسری کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ .... ۲۲۰

منابع ۲۲۴

منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط.. ۲۲۵

فصل اول: روان‌شناسی بالینی: مقدمه و تاریخچه

- **تعریف روان‌شناسی بالینی**
- **حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی**
- **مباحث فعلی در روان‌شناسی بالینی**
- **تاریخچه**
- **روان‌شناسی بالینی در جهان**
- **روان‌شناسی بالینی در ایران**

تعریف روان‌شناسی بالینی

روان‌شناسی بالینی حوزه‌ای از روان‌شناسی است که با رفتارهای ناسازگار و غیرعادی آدمی سروکار دارد. وجه ممیز روان‌شناسان بالینی، تخصص آن‌ها در زمینه شخصیت و آسیب‌شناسی روانی و قابلیتشان در ادغام علم نظریه و کار بالینی است. حیطه‌های اصلی عمل روان‌شناس بالینی عبارت است از: درمان/ مداخله، تشخیص/ سنجش، تدریس، نظارت بالینی، تحقیق، مشورت و امور اجرایی. روش بالینی را «تحلیل تجربی تدریجی رفتار فردی» نیز نامیده‌اند (طبق نظر ری). شاکو (**shakow**) پس از تحقیقات خود به این نتیجه رسید که به طور کلی چهار نوع روان‌شناسی بالینی وجود دارد: ۱. دسته‌ای که به درمان می‌پردازند. ۲. گروهی که به اندازه‌گیری خصوصیات افراد از طریق آزمون‌های روانی می‌پردازند. ۳. آن‌هایی که فعالیت‌های گروه اول و دوم را به‌طور مساوی انجام می‌دهند. ۴. روان‌شناسانی که به تحقیق و آزمایش خصوصیات بیماران روانی علاقه دارند و از طریق تجربی برای کشف علل، علایم و راه‌های درمان می‌کوشند.

حرفه‌های مرتبط با روان‌شناسی بالینی

- **روانپزشکان**: روانپزشک، یک پزشک است که در کنار تمرکز بر روان‌درمانی و تشخیص روانپزشکی، در درمان مشکلات روانی از داروهای مختلفی استفاده می‌کند. آسیب روانی را بیشتر ناشی از مشکلات زیستی می‌دانند.
- **روان‌شناس سلامت:** گروهی از روان‌شناسان هستند که کار اصلی آن‌ها پیشگیری از بیماری‌ها، حفظ و ارتقای سلامتی و درمان بیماران است. کار با گروه‌های دچار مشکل مانند چاقی و سیگار از فعالیت آن‌هاست.
- **روان‌شناسان مشاور:** با افرادی سروکار دارند که بهنجارند یا ناسازگاری خفیف دارند. بیشتر رویکرد مراجع – محور و انسان‌گرا دارند. هم به صورت گروهی و هم فردی مشاوره ارائه می‌دهند.
- **روان‌شناسان توان‌بخشی**: آن‌ها به معلولان ذهنی یا جسمی کمک می‌کنند. در بیمارستان‌های عمومی و یا مراکز توان‌بخشی به مشکلات روانی، اجتماعی و محیطی معلولان رسیدگی می‌کنند. محور اقدامات روان‌شناسان توان‌بخشی، کسانی هستند که معلولیت جسمی یا شناختی دارند. آن‌ها به افراد کمک می‌کنند با معلولیت‌ها و موانع جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی حاصل از آن‌ها کنار بیایند.
- **روان‌شناسان مدرسه**: به معلمان و اولیای مدارس کمک می‌کنند تا رشد عقلی، اجتماعی و هیجانی محصلان خردسال را افزایش دهند.
- **مددکاران اجتماعی**: مددکاران اجتماعی بیشتر به نیروهای اجتماعی و عوامل بیرونی دخیل در مشکلات بیماران می‌پردازند.
- **روان‌پرستاران**: روان‌پرستاران می‌توانند در مورد میزان انطباق بیماران با بیمارستان اطلاعات مناسبی بدهند و نقش مهمی در ایجاد یک محیط درمان‌بخش مناسب دارند.

- **روان‌شناس عصب‌نگر:** ساده‌ترین تعریف روان‌شناسی عصب‌نگر؛ مطالعه ارتباط بین کار مغز و رفتار است. اولین نقش روان‌شناسان عصب‌نگر کمک به عصب‌شناسان و دیگر پزشکان در تأیید یا رد برخی تشخیص‌هاست. دومین نقش روان‌شناسان عصب‌نگر، پیش‌بینی پیش‌آگهی بهبود است. سومین نقش آن‌ها مداخله و توان‌بخشی است. چهارمین نقش ارزیابی افراد مبتلا برای پیش‌بینی سیر بیماری است. سنجش عصبی – روانی یک روش غیرتهاجمی است و با هدف سنجش کارکرد مغز برمبنای عملکرد بیمار در آزمون‌های هنجاریابی‌شده انجام می‌شود.
- **روان‌شناس قانون‌نگر:** روان‌شناسی قانونی با کاربرد روش‌ها، نظریه‌ها و مفاهیم روان‌شناسی در دستگاه قضایی سر و کار دارد. این شاخه خود به روان‌شناسی نیروهای انتظامی، روان‌شناسی قضایی و روان‌شناسی اصلاح و تربیت تقسیم می‌شود.

معیارهای جنون:

۱. قانون ام‌ناتن در انگلستان مطرح شد. طبق این قانون در مدافعه جنون باید ثابت شود که متخلف در زمان ارتکاب جرم دچار نقص عقلی و بیماری بوده و متوجه ماهیت و کیفیت عملش نبوده است.

۲. دومین معیار «تکانه مقاومت‌ناپذیر» است.

۳. سومین معیار 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 **ALI** است). این معیار آزادانه‌ترین و گسترده‌ترین معیار برای سلب مسئولیت کیفری است.

- **شبه حرفه‌ای‌ها:** آن‌ها کسانی هستند که برای کمک به خدمات بهداشت روانی یا تکمیل آن‌ها آموزش دیده‌اند. آن‌ها می‌توانند شکل خاصی از درمان را در جمعیت خاصی اعمال کنند. انواع شبه حرفه‌ای‌ها مانند متخصصان سرگرمی درمانی، هنر درمانی، طب سوزنی، بازپروری و توان‌بخشی.
- **روان‌شناس طب اطفال:** در مقایسه با روان‌شناسی بالینی کودک بیشتر به بررسی رابطه سلامت جسمی کودکان و نوجوانان با سلامت روانی آن‌ها علاقه‌مندند. هم‌چنین گرایش آن‌ها رفتاری‌تر است و تأکید بیشتری بر مشکلات طبی و زیست‌شناختی دارند.
- **درمانگران ازدواج و درمانگران خانواده:** با خانواده‌ها و زوج‌ها کار می‌کنند تا تغییرات مثبتی را به وجود آورند و رشد و شکوفایی آن‌ها کمک کنند. اعتقاد دارند درگیر کردن همه افراد برای درمان مفید است.
- **روان‌شناس اجتماع‌نگر:** یکی از اهداف اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر این است که به افراد کمک کند با محیط تطابق یابند و با آن کنار بیایند و علل کلی‌تر اختلالات را بشناسند. یعنی به طور کلی مشکلات فردی و اجتماعی را بشناسند، از ناکارآمدی رفتاری پیشگیری کنند و تغییرات اجتماعی ماندگاری را ایجاد کنند. مبنای اقدامات آن‌ها دیدگاه بوم‌شناسی است. روان‌شناسان اجتماع‌نگر می‌گویند کم کردن مشکلات فردی و اجتماعی مستلزم ایجاد تغییر در زمینه‌های محیطی و قابلیت‌های فردی است. برخی از اصول و روش‌های ویژه‌ای که روان‌شناس اجتماع‌نگر را از روان‌شناس بالینی متمایز می‌کند شامل: ۱- تغییر در نظام اجتماعی ۲- ارتقای روحیه روان‌شناختی اجتماعی ۳- تشویق غیرحرفه‌ای‌ها به مشارکت در تغییر رفتار است (پیراحرفه‌ای‌ها) ۴- استفاده از عمل‌گرایی و به کارگیری قدرت در مسیر اجرای اصلاحات اجتماعی ۵- استفاده از تحقیق به عنوان مداخله. نتیجه اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر پیشگیری است؛ سه سطح پیشگیری عبارت است از:

۱- پیشگیری اولیه (پیشگیری روانی همگانی): محافظت از ایجاد اختلال به کمک اصلاح محیط یا تقویت افرادی که در برابر اختلالات موردنظر آسیب‌پذیر هستند.

۲- پیشگیری ثانویه: بر روی آدم‌های در معرض خطر ابتلا به اختلال ایجاد می‌شود. بسیاری از این عوامل می‌خواهند عوامل محافظ را بیشتر کنند.

۳- پیشگیری ثالث (مداخله پیشگیری ضروری): یک نوع آن توانبخشی روانی اجتماع است. این پیشگیری با هدف کم کردن شدت اختلالات و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلات روانی صورت می‌گیرد.

هدف برخی از برنامه‌های پیشگیری اولیه بهبود مهارت‌های پدر و مادری کردن است. هدف دیگر افزایش حمایت محیطی از رفتار انطباقی و همچنین کم کردن فشارهای محیطی است.

روان‌شناسی اجتماع‌نگر رویکردی به بهداشت روانی است که نیروهای محیطی و اجتماعی را در ایجاد و کاهش مشکلات دخیل می‌داند. این رویکرد بر پیشگیری متمرکز است نه معالجه.

مفهوم بهداشت روانی اجتماع به این معنا است که اجتماعات مسئول اعضای خود می‌باشند و خدمات بهداشت روانی اجتماعی باید به پیشگیری از مشکلات و کارکرد بهتر اجتماع و نظام‌هایش کمک کند. روان‌شناسان اجتماع‌نگر به این دلیل روی پیش‌گیری متمرکزند که اعتقاد دارند پیشگیری در بلندمدت مقرون به‌صرفه و مؤثرتر از درمان انفرادی، آن هم پس از شروع مشکلات است. روان‌شناسان اجتماع‌نگر همچنین به دنبال افزایش احساس اقتدارند، یعنی سعی می‌کنند حس تسلط بر سرنوشت را در افراد بالا ببرند.

خودیاری: ریشه جنبش‌های خودیاری به برنامه‌هایی مثل (الکلی‌های گمنام) برمی‌گردد. خودیاری‌ها از این جهت که شیوه ساخت‌داری هم برای مشکلات و هم رسیدگی به آن‌ها فراهم می‌کند شبیه درمان روان‌شناختی است. مداخلات خودیاری شامل کتاب‌درمانی یعنی خواندن کتاب درباره شیوه رسیدگی به مشکلات روانی هم می‌شود.

تاریخچه مختصر روان‌شناسی

اصولاً سه دسته از عوامل اجتماعی و تاریخی روان‌شناسی را شکل داده‌اند این عوامل عبارتند از:

الف) استفاده از روش‌های تحقیق علمی یا سنت تجربی،

ب) اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی یا سنت روانسنجی، و

ج) طبقه‌بندی و درمان اختلالات رفتاری یا سنت بالینی.

الف) سنت تجربی: ویتمر روان‌شناسی بالینی را راه انداخت ولی نقش چندانی در هدایتش نداشت. او اولین کلینیک درمان را که برای کودکان بود راه انداخت. به طور کلی شخصیت‌های کلیدی این سنت عبارت‌اند از: مولر، هلم هولتز، وبر، فخنر، وونت، ویته. این افراد سعی داشتند با استفاده از روش‌های تحقیق متداول علمی، به روان‌شناسی وجه علمی بخشند. از عمده‌ترین کارهای انجام شده در این سنت عبارت است از بررسی تفاوت حس و ادراک، کشف و اندازه‌گیری تکانه‌های عصبی و توضیح علل فیزیکی رویدادهای ذهنی. وونت در سال ۱۸۷۹ اولین آزمایشگاه را برای مطالعه فرآیندهای ذهنی تاسیس کرد و ویتمر دانشجوی وونت اولین درمانگاه روان‌شناسی را تاسیس کرد.

ب) سنت روان‌سنجی: دومین منشاء تحول و توسعه روان‌شناسی بالینی، اندازه‌گیری توانایی‌های جسمی و ذهنی مردم بود. یکی از شخصیت‌های کلیدی جنبش روان‌آزمایی آلفرد بینه است که اولین آزمایشگاه روان‌شناسی در فرانسه را در سال ۱۸۹۵ تأسیس کرد. بینه از جمله شخصیت‌هایی در سنت روان‌سنجی بود که طراحی مجموعه آزمون‌هایی برای سنجش فرایندهای ذهنی کودکان و اجرای آزمون‌ها روی عده زیادی برای تهیه هنجارها را بر عهده داشت. شخصیت‌های کلیدی در سنت روان‌سنجی عبارت است از بسل، گال، گالتون، بینه، گودارد، ترمن و کتل. توجه به تفاوت‌های فردی در ثبت مشاهدات، اندازه‌گیری و واکنش‌های فیزیولوژیکی برای سنجش شخصیت و کارکردهای ذهنی از جمله کارهای این سنت است.

ج) سنت بالینی: از جمله شخصیت‌های کلیدی شامل کرپلین، شارکو، ژانه، هال، جیمز و فروید است. طبقه‌بندی اختلالات روانی، درمان بیماران دچار نشانه‌های عصب‌شناختی، استفاده از مطالعات موردی برای روشن کردن اصول کلی سلامت و عدم سلامت ذهن، از جمله کارهای رایج در این سنت بوده است. جیمز از جمله شخصیت‌های مهم در این دوره در سنت‌های تجربی و بالینی نقش داشت و روان‌شناسی و روانپزشکی اروپا را به آمریکایی‌ها معرفی کرد و کتاب اصول روان‌شناسی را نوشت که یکی از نافذترین کتاب‌های روان‌شناسی محسوب می‌شود. فروید با نوشته‌هایش دیدگاه روان‌کاوانه را در مورد شخصیت و روان‌درمانی مطرح کرد و رویکردش بر روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی آمریکا در نیمه اول قرن بیستم حاکم شد.

تا قبل از سال ۱۸۹۰ واقعاً وجه تمایز چندانی بین تاریخ روان‌شناسی بالینی و تاریخ روان‌شناسی نابهنجاری دیده نمی‌شود.

برخی از رویدادها و افراد مهم در سال‌های آغازین رشد روان‌شناسی

- **براید** کسی بود که نام هیپنوتیزم را جانشین مسمریسم ساخت و درباره‌ی آن دست به تحقیقات علمی زد. شارکو و برنهایم از روش هیپنوتیزم به منظور تحقیق و درمان استفاده کردند. فروید هم تحت تأثیر این استادان از آن در درمان استفاده کرد ولی بعدها «تداعی آزاد» را جایگزین هیپنوتیزم کرد. یکی دیگر از شاگردان شارکو که تحقیقات او در زمینه تئوری «از هم‌گسیختگی شخصیت » معروف است، پیر ژانه بود، این تئوری از مشاهده افراد تحت هیپنوتیزم و اشخاصی که دارای شخصیت‌های متعدد بودند به‌وجود آمد.
- در سال ۱۸۳۸ **اسکیرول** برای اولین بار فرق میان پسیکوز و عقب‌ماندگی ذهنی را مطرح ساخت. تمایز این دو گروه اهمیت فراوانی داشت چرا که کشف این موضوع، درمان افراد عقب‌مانده را از اشخاص پسیکوز جدا کرد. اسکیرول تکلم را بهترین معیار برای تشخیص افراد عقب‌مانده دانست. در زمان اسکیرول، عقیده دانشمندان بر این بود که افراد عقب‌مانده قادر به یادگیری نیستند، تعلیم این افراد بی‌فایده است. حوادثی که اتفاق افتاد این افکار را تأیید کرد. به عنوان مثال: ماجرای پسر وحشی ۱۲ ساله که در جنگل‌های فرانسه پیدا شد. پینل، روان‌پزشک مشهور، این کودک را عقب‌مانده تشخیص داد و او را غیرقابل درمان دانست. یکی از همکاران وی، ایتارد معتقد بود که دلیل عقب‌ماندگی او نداشتن تربیت صحیح است. او سعی کرد بچه را تربیت کند. کوشش وی ۵ سال طول کشید و نتیجه آن پیشرفت‌های اندک بود.
- **ادوارد سگن** با مشاهده پیشرفت پسر وحشی جنگل‌های فرانسه، معتقد شد که می‌توان افراد عقب‌مانده را تعلیم داد. او با چنین ایده‌ای آموزشگاه تعلیم این کودکان را تأسیس کرد. کوشش‌های افرادی مانند ایتارد، اسکیرول و سگن سبب تشویق آلفرد بینه شد که ابزاری را برای سنجش هوش فراهم سازد.
- **اسپینوزا** اولین فردی بود که اساس موروثی بودن عقاید را پایه‌گذاری کرد. لاک بعد از رد این نظریه، اعتقاد خود را چنین بیان داشت: «روان مانند یک لوح خالی است که به‌تدریج و از طریق حواس، معرفت پیدا می‌کند.» کشف این مطلب اساسی که افراد بشر با یکدیگر فرق دارند، قسمتی از میراث روان‌شناسی جدید است. در واقع روان‌شناسی بالینی بر اساس این کشف بزرگ به‌وجود آمده است.
- تفاوت‌های فردی برای اولین بار بر اثر یک تصادف جالب، توسط علم نجوم اندازه‌گیری شد. ستاره‌شناسی به نام **ماسکلین** همکار خود کینز بروک را به این دلیل که مشاهدات او روی حرکت ستارگان یک ثانیه اختلاف داشت، اخراج کرد. **بیسل** این قضیه را دنبال کرد و علت اصلی این اختلافات فردی را تفاوت بین عکس‌العمل‌های افراد بیان کرد و آن را «فرمول شخصی» نامید.
- **داروین** با دو کتاب منشأ انواع و ظهور عواطف در انسان و حیوان، به پیشرفت روان‌شناسی کمک کرد. داروین و اسپنسر معتقد بودند که رفتار عاطفی انسان، همانند ساختمان جسمانی او ارثی است و منشأ آن را می‌توان در حیوانات پایین‌تر یافت. همزمان با کشفیات داروین، دانشمند بزرگ انگلیسی گالتن، مشاهدات خود را درباره‌ی ارثی بودن نبوغ در کتابی به نام «نبوغ ارثی» منتشر ساخت و روش بسیار مهم تحقیق در وراثت را به‌وسیله دوقلوها معرفی کرد. فعالیت‌های گالتن تأثیر بسیاری در رشته‌های مختلف روان‌شناسی داشت که یکی از آن‌ها در قسمت اندازه‌گیری روانی و روان‌شناسی بالینی بود. گالتن نوعی نمره تراز یافته ساخت که به‌وسیله آن بتوان پدیده‌هایی مانند قد و وزن را مقایسه کرد. کارل پیرسون ریاضیدان بزرگ و دوست گالتن فرمول ریاضی ضریب همبستگی را ایجاد کرد. به نظر گالتن به‌وسیله‌ی آزمون‌های مختلف حسی، می‌توان هوش افراد را اندازه‌گیری کرد. گالتن به تحقیق درباره‌ی حساسیت حیوانات به درجات مختلف صدا پرداخت و بدین منظور سوت گالتن را اختراع کرد. گالتن مبتکر استفاده از پرسشنامه به منظور ارزیابی منش و شخصیت بود و همچنین از این وسیله برای دستیابی به تخیلات افراد استفاده کرد. آغاز استفاده از روش‌های علمی به صورت منظم در روان‌شناسی از زمان گالتن بود.
- تحقیق درباره قوای ادراکی یا پسیکوفیزیک به وسیله **فخنر** آغاز شد. روان‌شناس امریکایی، کتل، که از شاگردان وونت در دانشگاه لایپزیک بود، برای اولین بار اصطلاح «آزمون‌های روانی» را مطرح کرد. کتل اولین تحقیق علمی درباره سرعت عکس‌العمل را انجام داده است.

• علاقه و توجه به اندازه‌گیری هوش، موجب پیدایش رشته دیگری در روان‌شناسی، به نام روان‌شناسی کودک شد. **آلفرد بینه** آزمون هوش را در سال ۱۹۰۵ با کمک همکارش سیمون منتشر کرد. تجدید چاپ آن کامل‌تر بود و نظریه «سن روانی» را نیز دربرداشت. آزمون‌های هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به‌وجود آمد. آزمون‌های استعداد و آزمون‌های علاقه و استعداد مکانیکی هم در زمان جنگ جهانی اول ساخته شدند.

• **آزمون استنفورد ـ بینه** فقط برای کودکان تا سن ۱۵ سال مناسب بود. وکسلر، آزمون وکسلر ـ بلویو را برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان درست کرد. این اولین آزمون میزان‌شده به منظور اندازه‌گیری هوش بزرگسالان بود که تا به امروز هم برتری خود را بر دیگر آزمون‌ها حفظ کرده است. بعدها نام آن به آزمون هوش وکسلر برای بزرگسالان تبدیل شد. وکسلر برای رفع مشکلات ناشی از «سن روانی»، مفهوم هوش بهر انحرافی را مطرح کرد.

• **اسپیرمن** به این نتیجه رسیده بود که اساس هوش یک عامل کلی است. سال‌ها بعد **ترستون** در نتیجه تحقیقات مهم خود در مورد «فاکتور آنالیز» (تحلیل عاملی) هوش، فرضیه‌ای داد مبنی بر اینکه هوش از تعدادی عوامل مستقل تشکیل شده است و می‌توان آن‌ها را تفکیک کرد. نظریه ترستون با نظریه اسپیرمن مخالف بود.

• قدم بزرگ دیگری که در پیشرفت رشته آزمون‌سازی برداشته شد، مطالعات تحقیقاتی **آرنولد گزل** درباره تکامل کودکان بود. او آزمون‌هایی در این زمینه ساخت که اساس آزمون‌ها و تحقیقات بعدی درباره کودکان شد.

• اولین آزمون اندازه‌گیری حالات عصبی به وسیله **وودورث** منتشر شد. این آزمون در اصل به منظور انتخاب افراد در ارتش به وجود آمد ولی بعدها از آن در موسسات غیرنظامی هم استفاده شد.

• **آزمون‌های فرافکن** کاملاً متکی به عقاید فروید نیستند ولی نظرات این دانشمند در ایجاد آن‌ها بسیار مؤثر بوده است. پدر آزمون‌های پروژکتیو (فرافکن) گالتن است. او با انتشار «روش تداعی لغات»، سبب شد که افرادی مانند بلویر و یونگ، این نوع آزمون‌ها را متداول کنند. شاید مهم‌ترین واقعه در تاریخ آزمون‌های پروژکتیو، ظهور آزمون مشهور رورشاخ بود. آزمون او بر اساس این نظریه بود که برای تشخیص امراض روانی، می‌توان از لکه‌های جوهر استفاده کرد. همچنین نحوه عکس‌العمل شخص به این محرک‌های مبهم، طرز رفتار او را در زندگی واقعی نشان می‌دهند (سبک شخصی). آزمون پروژکتیو (فرافکن) دیگر آزمون تی ـ ای ـ تی است که به‌وسیله مورگان و مورای ساخته شد. این آزمون همانند آزمون رورشاخ از تعدادی کارت درست شده است ولی تفاوت آن در این است که انگیزه‌های آن روشن‌تر از انگیزه‌های رورشاخ است. یعنی کارت‌ها، اشخاص و موقعیت‌های مختلف را نشان می‌دهند و آزمون دهنده باید درباره آن‌ها داستان‌هایی بگوید که این داستان‌ها معرف روحیه او خواهند بود. مشکل اساسی درباره آزمون‌های شخصیت، عدم توافق نظری بود که دانشمندان درباره تعریف و ماهیت این پدیده با یکدیگر داشتند.

• روان‌شناسان فعالیت‌های **لاینتر ویتمر** را اساس ایجاد اولین کلینیک‌های روان‌شناسی و ویتمر را پدر روان‌شناسی بالینی می‌دانند. اولین کلینیک‌های روان‌شناسی به منظور کمک به کودکان عقب‌مانده یا ناراحت به‌وجود آمد.

مباحث فعلی در روان‌شناسی بالینی

• **مدل بودلر یا مدل آموزشی دانشمند ـ متخصص:** هدف این مدل ادغام و پیوند علم و کار بالینی بود و هنوز هم مشهورترین مدل آموزشی روان‌شناسی بالینی است. در این مدل روان‌شناسان بالینی ضمن مهارت و حساسیت داشتن در کارهای بالینی می‌توانستند با تبدیل و ترجمه‌ی تجارب بالینی خود به زمینه‌های آزمون‌پذیر و آزمودن این فرضیه‌ها، دانش روان‌شناسی بالینی را بیشتر کنند. مدل بودلر تلفیقی منظم از مهارت‌های بالینی و تجربه‌گرایی منطقی علم بود. جدا کردن متخصصان بالینی از منبع دانش باعث می‌شود مصرف‌کننده‌ی منفعل اطلاعات یا خریدار فنون فروشندگان دوره‌گرد روان‌شناسی شوند. گرچه مدل بودلر هنوز پابرجاست ولی هنوز در مورد این مدل اختلاف نظرهایی وجود دارد. ظاهراً روحیه‌ی حرفه‌ای‌گرایی سال به سال تقویت می‌شود و روان‌شناسان بالینی بیش از پیش دو جبهه می‌شوند: علاقه‌مندان به کار بالینی و علاقه‌مندان به تحقیق. از این گذشته بسیاری از روان‌شناسان بالینی که کار بالینی می‌کنند نسبت به تحقیق بی‌تفاوت‌اند.

انتقاد از مدل آموزشی بودلر (دانشمند ـ متخصص): به نظر منتقدان این مدل، آموزش مهارت‌های بالینی در این مدل نقص داشت و اعضای هیئت علمی در این دوره‌ها اعتنایی به نیازهای آموزشی متخصصان بالینی آینده نمی‌کردند.

- **مدرک دکترای روان‌شناسی (psy.D.):** ویژگی اصلی این مدرک تأکید بر پرورش مهارت‌های بالینی و عدم تأکید بر صلاحیت تحقیقاتی است (برخلاف مدل بودلر). در این مدرک نیازی به رساله‌ی فوق لیسانس نیست و پایان‌نامه دارندگان این مدرک معمولاً گزارشی در مورد یک موضوع حرفه‌ای است تا یک مبحث بکر و اصیل تحقیقاتی. برنامه اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی (psy.D.) در دو سال اول تفاوت فاحشی با برنامه‌های اعطای دکترای فلسفه (Phd) ندارند، تفاوت اصلی آن‌ها در سال سوم شروع می‌شود. در این سال اولویت با افزایش تجربه در زمینه درمان و سنجش است. تأکید بر تجربه‌های بالینی در سال چهارم با ارائه‌ی یک رشته واحدهای کارورزی ادامه می‌یابد. مک‌فال (استاد دانشگاه) اعتقاد دارد نباید به مردم خدمات روان‌شناسی داد، مگر تحت نظارت دقیق آزمایشی و احراز چهار ملاک زیر: الف) روشن شدن دقیق ماهیت این خدمات ب) تصریح فواید خدمات مورد نظر ج) اثبات اعتبار علمی این خدمات د) اثبات تجربی بیشتر بودن نقاط قوت خدمات مورد نظر نسبت به اثرات جانبی منفی آن‌ها.
- **مدل آموزش ترکیبی:** ترکیب روان‌شناسی، مشاوره، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مدرسه. مدل آموزش ترکیبی بیشتر گستره‌ی دانش روان‌شناسی را در نظر دارد تا عمق آن را. ولی این ویژگی می‌تواند نقطه ضعف آن هم باشد. فارغ‌التحصیلان این نوع برنامه‌های آموزشی، در پایان دوره‌ی دکتری در این سه رشته تخصص کامل نخواهند داشت.
- **جواز کار:** جواز کار شکل نسبتاً ضعیفی از نظارت است. هدف از اعطای این جواز آن است که هر کسی حق نداشته باشد از عنوان روان‌شناس استفاده کند.
- **گواهینامه:** اعطای گواهی‌نامه، قوی‌تر از اعطای جواز کار است. این گواهی نه تنها معنای عنوان روان‌شناس و آموزش‌های لازم برای اخذ گواهی‌نامه را مشخص می‌کند، بلکه نشان می‌دهد که گواهینامه مورد نظر برای انجام کدام فعالیت‌های حرفه‌ای می‌تواند از مردم پول بگیرد. برای مثال افراد دارای گواهی‌نامه می‌توانند خودشان را درمانگر معرفی می‌کنند و بدون هرگونه دغدغه‌ای رواندرمانی انجام دهند.
- **مراقبت کنترل‌شده:** یک رویکرد منسجم به جنبه‌های مالی و شیوه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی است. مراقبت‌های کنترل‌شده، مدل‌های متعددی دارد که وجه اشتراک تمام آن‌ها کنترل هزینه‌ها و کاهش میزان استفاده از خدمات است، در عین حال که تلاش می‌شود کیفیت خدمات حفظ شود.

۱) **گرفتن یا نگرفتن امتیاز تجویز دارو برای روان‌شناسان:** عده‌ای موافق با گرفتن این امتیاز هستند و عده‌ای مخالف. نظر طرفداران اخذ امتیاز تجویز دارو:

۲) روان‌شناسان بالینی با اخذ امتیاز تجویز دارو می‌توانند از درمان‌های مختلفی استفاده و مراجعان یا بیماران مختلفی را درمان کنند و نقش فعال‌تری در مداخلاتی که دارودرمانی گزینه اول آن‌هاست، ایفا کنند (مثلاً درمان اسکیزوفرنی).

۳) دومین فایده، افزایش کارایی و مقرون به صرفه شدن مراقبت‌هایی است که از بیماران محتاج درمان‌های روان‌شناختی و دارویی به عمل می‌آید. اگر آن‌ها بتوانند نزد یک متخصص بهداشت روانی بروند که هر نوع درمانی انجام می‌دهد از لحاظ علمی و اقتصادی برای آن‌ها مطلوب‌تر است.

۴) همچنین عده‌ای معتقدند روان‌شناسی بالینی با اخذ امتیاز تجویز دارو می‌تواند رقابت بهتری در بازار مراقبت‌های بهداشتی داشته باشد.

- **قابلیت فرهنگی:** روان‌شناسان بالینی و دیگر متخصصان بهداشت روانی باید قابلیت‌های فرهنگی خود را ثابت کنند. یعنی شناخت کافی در مورد این گروه‌های فرهنگی و مهارت‌های لازم برای درمان مؤثر آنان را داشته باشند. سه ویژگی که برای قابلیت فرهنگی برمی‌شمارند: ذهنیت علمی، دسته‌بندی پویا، متخصص فرهنگ‌گرا

۱) ذهنیت علمی: روان‌شناس باید در مورد مراجعان از فرهنگ‌های مختلف زمینه‌سازی کند و همه را یکسان ببینند.

۲) دسته‌بندی پویا: روان‌شناس باید بداند که چه موقع تعمیم دهد و چه موقع فردنگری کرده و فرد را جدای از فرهنگ ببیند.

۳) فرهنگ‌گرا: روان‌شناس باید فرهنگ و دیدگاه‌های خود و گروه‌های موجود در فرهنگ طرف خود را بشناسد و مداخلات آگاهانه فرهنگی داشته باشد.

- **نظام‌نامه اخلاقی:** انجمن روان‌شناسی امریکا در سال ۱۹۵۱ یک نظام‌نامه‌ی اخلاقی آزمایشی چاپ و در سال ۱۹۵۳ آن را به طور رسمی تحت عنوان معیارهای اخلاقی روان‌شناسی منتشر کرد. این نظام نامه از دو بخش اصول کلی (عمومی) و اصول عمومی اخلاقی تشکیل شده است.
اصول کلی: ۱. خیرخواهی و عدم بدخواهی (سودمندی) ۲. وفاداری و مسولیت پذیری ۳. امانت داری (صداقت) ۴. عدالت ۵. احترام به حقوق و حرمت انسان‌ها
شش اصل اخلاقی عمومی در نسخه سال ۱۹۹۲ اصول اخلاقی روان‌شناسان و عملکردشان: ۱.صلاحیت ۲. صداقت ۳. مسئولیت‌پذیری ۴. احترام به حقوق و شأن مردم ۵. توجه به رفاه دیگران ۶. مسئولیت‌پذیری اجتماعی. متخصصان بالینی از لحاظ اخلاقی موظفند رازدار باشند. رازداری مهم‌ترین جنبه رابطه مراجع ـ روان‌شناس است.

روان‌شناسی بالینی در جهان

الگویی که توسط پیشگامان روان‌شناسی بالینی برای آموزش روان‌شناسی بالینی طرح‌ریزی شده بود، طرح یا الگوی بودلر یا طرح محقق ـ متخصص نامیده شده بود که فرد در درجه اول باید دانشمندی پژوهشگر می‌بود و در درجه دوم به صورت متخصص روان‌شناسی بالینی تربیت می‌شد و در نهایت به اخذ درجه **ph.D** نایل می‌آمد. در سال‌های اخیر برنامه‌ی دیگری در امریکا طرح‌ریزی شد. تأکید این طرح برعکس برنامه و درجه **ph.D** بر الگوی متخصص ـ محقق بوده است و کار بالینی را مقدم بر فعالیت پژوهشی می‌دانند.

روان‌شناسی بالینی در ایران

در جریان تاریخ یکصد ساله روان‌شناسی بالینی در دنیا، ایران، تاریخچه حدوداً چهل‌ساله‌ای دارد. یکی از نهضت‌هایی که به پیشرفت روان‌شناسی بالینی کمک بسیاری کرد، تشکیل انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۷۴ بود. بالاخره روان‌شناسان ایران توانستند سازمان نظام روان‌شناسی ایران را با کمک انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۷۷ در مجلس تصویب کنند.

توضیح چند اصطلاح

- **نظریه مکان‌یابی:** مکان‌یابی کارکرد به معنی آن است که در سنجش صدمه مغزی مهم‌ترین مسئله، تشخیص محل صدمه مغزی است. اهمیت مقدار صدمه فقط در این است که هرچه صدمه وسیع‌تر باشد، نواحی بیشتری از مغز را درگیر می‌کند. در این نظریه اعتقاد به این است که برخی از مناطق مغزی مسئول برخی کارکردها یا رفتارها هستند.
- **نظریه هم‌توانی:** براساس نظریه هم‌توانی، تمام نواحی مغز به یک اندازه در کارکرد عقلانی کلی نقش و دخالت دارند و مقدار جراحت و صدمه مغزی مهم‌تر از محل صدمه است. در نتیجه، مصدومیت‌ها فقط از لحاظ میزان صدمه با هم فرق دارند. طبق این دیدگاه وقتی منطقه‌ای از قشر مخ صدمه ببیند، منطقه‌ی دیگر وظایف آن را بر عهده می‌گیرد.
- **مدل کارکردی**: نظریه‌ای که ادغام نظریه مکان‌یابی کارکرد و نظریه هم‌توانی است. در این نظریه رفتار محصول تعامل نظام‌های مختلف مغزی است و ماهیت نقص رفتاری به نظام کارکرد آسیب دیده و محل آسیب‌دیدگی آن نظام بستگی دارد. الگوهای مطرح‌شده در مورد کار مغز ابتدا بر مکان‌یابی کارکرد و سپس بر نظریه هم‌توانی متمرکز شدند و دست آخر هم مدل‌های کارکردی مطرح شدند. طبق مدل کارکردی، نواحی مختلف مغزی در تعامل با یکدیگر رفتار را ایجاد می‌کنند و رفتار محصول نظام‌های مختلف کارکردی نواحی مغزی است.

- **نظریه هالینگز جکسون:** به نظر جکسون، اگرچه برای مهارت‌های بسیار بنیادی می‌توان مکانی را در مغز مشخص کرد ولی رفتار قابل مشاهده، ترکیب پیچیده‌ای از مهارت‌های بنیادی است و در این مدل کارکردی مغز، دو نظریه مکان‌یابی و هم‌توانی در هم ادغام می‌شوند.
- **سیر بیماری:** توصیف الگوهای دائمی خاص تظاهر و ارزیابی اختلال.

فصل دوم: روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی

- **نظریه چیست؟**
- **نکاتی درباره روش‌های تحقیق در روان‌شناسی**

نظریه چیست؟

یک نظریه، نظام سازمان یافته‌ای از عقاید است که حداکثر پدیده‌های مورد نظر ما را تبیین می‌کند. نظریه سازماندهی دانش ما به شیوه‌ای است که نتیجه‌اش راهنمای هماهنگ و وحدت یافته‌ای است برای تفکر، تحقیق و عمل مشاور. نظریه یک انتخاب قراردادی و حتمی‌الوقوع نیست، نمی‌توان صفاتی از قبیل حقیقت و ابطال را از خصوصیات یک نظریه به شمار آورد. نظریه‌ها هیچ گاه صحیح یا غلط نیستند، گرچه دلالت‌ها و استنتاج‌های ناشی از آن‌ها ممکن است صحیح یا غلط باشد. یک نظریه یا مفید است یا مفید نیست، نمی‌توان حکم به اثبات یا نفی آن کرد. هدف اصلی هر تحقیقی، ارزیابی و اصلاح نظریه است.

به طور کلی درباره دنیایی که در آن به سر می‌بریم سه نوع تئوری می‌توان ابراز داشت. یکی از آن‌ها که علم به آن توجهی نمی‌کند و علما نیز علاقه‌ای به بررسی آن ندارند، تئوری ایمان و اعتقاد شخصی است و علما آن را تئوری «غیرشناختی» می‌نامند. در علم امروزی سعی نمی‌کنند صحت و سقم چنین نظریاتی را معلوم سازند. نوع دوم را تئوری «شناختی» می‌نامند. این تئوری قسمت نظری هر علمی را به منظور تشریح و توضیح پدیده‌های دنیای واقعی شامل می‌شود. این نظریات باید بر اساس منطق انسانی باشند و با عقلانیت مطابقت کنند. اساس این نوع تئوری روابط قابل مشاهده پدیده‌های موجود است. تفاوت میان تئوری شناختی و تئوری علمی در این است که در اولی پدیده‌ها را نمی‌توان به‌طور مستقیم لمس کرد بلکه فقط تصور آن‌ها امکان دارد، مانند عقده در روان‌شناسی. ولی در تئوری علمی، همیشه عمل واقعی، قابل مشاهده مستقیم و قابل‌توجیه است، مانند عکس‌العمل انسان در مقابل انگیزه‌ی خارجی. چون تئوری شناختی قابل آزمایش مستقیم نیست، قسمت‌هایی از تئوری شناختی به نحوی عرضه می‌شود که قابل آزمایش باشد. این مرحله از علم را که تئوری با پدیده‌های واقعی زندگی تطبیق می‌کند، مرحله «مدل‌سازی» علمی می‌نامند.

ایجاد یک نظریه از مشاهده حوادث و رویدادهای مختلف آغاز می‌شود. از این مشاهدات و تجربیات داده‌های خاصی گرد می‌آید و سپس حقایق و قانون‌های خاصی از آن‌ها استنتاج می‌شود و آنگاه از مجموع این حقایق و قوانین یک نظریه ساخته می‌شود.

هر نظریه علمی دارای چهار فایده است که عبارتند از: ۱- منظم کردن یافته‌ها ۲- به‌دست دادن فرضیه‌هایی برای تحقیق ۳- توان پیش‌بینی ۴- توان تبیین داده‌ها.

ضوابط یک نظریه‌ی خوب: ۱- روشنی و قابلیت فهم و فقدان تضاد میان اصول کلی نظریه ۲- جامعیت در تبیین نظریه‌ها ۳- صراحت و دقت ۴- صرفه جویی در کاربرد مفاهیم به هنگام تبیین پدیده‌ها ۵- تولید فرضیه‌ها و تحقیق بیشتر.

تحقیق

تحقیق به درستی و نادرستی فرضیه‌ها می‌پردازد. رفتار انسان پیچیده است برای تبیین آن، نظریات زیادی مطرح می‌شود که برخی نادرست و برخی می‌توانند درست باشند. مشخص کردن این موضوع، کار تحقیق است. تحقیق چند هدف عمده دارد: اول آنکه از محدوده حدس و گمان خارج شده و می‌توانیم استدلال‌های بهتری کنیم. دومین هدف و مهم‌ترین هدف تحقیقات، اصلاح و تعدیل نظریه‌هاست.

برای تحقیق روش‌های متفاوتی وجود دارد که برحسب هدف، اطلاعات، کاربرد، موارد مورد آزمایش و بسیاری عوامل دیگر متفاوت هستند. برای هر موقعیتی باید بهترین روش تحقیق آن را انتخاب کرد، وگرنه دچار اشتباه در کار می‌شویم.

نکاتی درباره‌ی روش‌های تحقیق در روان‌شناسی

- **همه‌گیر شناسی:** میزان بروز و شیوع اختلالات بررسی می‌شود و کمک می‌کند که عوامل خطرساز را بشناسیم. بخش قابل توجهی از همه‌گیر شناسی در قالب نظرسنجی و مصاحبه انجام می‌شود. همه‌گیر شناسی غالبا بر روش‌های همبستگی مبتنی است.
- **همبستگی:** به بررسی ارتباط یا عدم ارتباط دو متغیر و نوع ارتباط آن‌ها با هم می‌پردازد. شرط لازم و نه کافی علیت است. علیت را فقط با روش‌های آزمایشی می‌توانیم ثابت کنیم.
- **میزان بروز**: عبارت است از تعداد موردهای جدید بیماری که در مدت معینی ایجاد شده‌اند.
- **میزان شیوع**: عبارت است از تعداد کلی موارد (اعم از قدیمی و جدید) در یک محدوده زمانی معین.
- **طرح‌های مقطعی و طولی:** در طرح‌های مقطعی، آزمودنی‌ها در یک مقطع زمانی و در طرح‌های طولی آزمودنی‌ها در طول زمان بررسی می‌شوند.
- **فریب:** وقتی استفاده می‌شود که مطلع شدن آزمودنی‌ها از هدف واقعی تحقیق در پاسخ‌های آنان تغییری ایجاد می‌کند یا موجب می‌شود اطلاعات موثقی ندهند.
- **روش دو سو کور (Double-blind Procedure):** روشی است برای از بین بردن تأثیرات آزمایشگر یا انتظارات آزمودنی‌ها. در این روش، نه آزمایشگر و نه آزمودنی تا پایان درمان نمی‌دانند از کدام نوع درمان استفاده شده است.
- **طرح‌های مرکب:** طرح‌های تحقیقاتی خاصی که در آن‌ها روش‌های آزمایشی و همبستگی ترکیب می‌شوند.
- **طرح‌های درون‌گروهی:** در این طرح‌ها گروهی از آزمودنی‌ها در مقاطع زمانی مختلف مقایسه می‌شوند (مثلاً قبل و پس از درمان). ویژگی مهم طرح درون‌گروهی، استفاده از آزمودنی‌های بسیار کمتر است.
- **طرح‌های برون گروهی:** در این طرح‌ها، دو دسته شرکت کننده داریم که هر کدام تحت موقعیت متفاوتی (مثلا درمان A و B) قرار می‌گیرند.
- **مشاهده:** بنیادی‌ترین و متداول‌ترین روش تحقیق، **مشاهده** است. امتیاز این روش این است که منبع غنی و سرشاری از اطلاعات و درک و شناخت انسان‌ها و مولد فرضیه است. از نقاط ضعف این روش اینکه با چند مورد نمی‌توان نتیجه‌گیری‌های علت و معلولی کرد، چون روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند همه متغیرهای دخیل در آن مورد را کنترل کنند. فایده مشاهده طبیعی این است که ساده‌ترین راه استنباط علمی بر اساس داده‌هاست و مهم‌ترین مشکل آن، کنترل ناپذیری و در وهله بعد عدم تعمیم پذیری است. مشاهده ممکن است اتفاقی، طبیعی و یا کنترل شده باشد. مشاهده نامنظم اتفاقی است و تنها در صورتی کاربرد دارد که اتفاقی که چند بار مشاهده تصادفی داشتیم را به صورت منظم‌تری پیگیری کنیم. مشاهده طبیعی در محیط‌های واقعی رخ می‌دهد اما با نظم و برنامه ریزی انجام می‌شود. برای کنترل مشکلات مشاهده طبیعی، از مشاهده کنترل شده استفاده می‌شود.
- **روش آزمایشی:** برای تعیین رابطه علت و معلول تنها می‌توان از روش آزمایشی استفاده کرد. وجود گروه آزمایشی، گروه گواه و فرضیه آزمایشی از ویژگی‌های روش آزمایشی است.
- **همتاسازی**: گماردن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و گواه است، استفاده از گروه گواه و روش‌های دوسرکور برای افزایش اعتبار درونی آزمایش‌ها به کار می‌روند.
- **تحقیقات تشابهی (تحقیق قیاسی):** مطالعاتی است که در آزمایشگاه صورت می‌گیرند و اعمال کنترل در آن آسان‌تر است ولی شرایطی «شبیه» زندگی واقعی بر آن حاکم است. وقتی مجبوریم سراغ شرایط مشابه برویم که به دلیل معذوریت‌های عملی و اخلاقی امکان ایجاد شرایط واقعی را نداریم. بعضی از محققان بر استفاده از حیوانات در تحقیق تأکید دارند زیرا مشکلات روش‌شناختی مطرح در تحقیق روی انسان‌ها را ندارند.
- **مورد پژوهی:** بررسی فشرده و دقیق و توصیف یک نفر است. از زندگی‌نامه، نامه‌ها، خاطرات، اطلاعات پزشکی و حتی نوشته‌های خود شخص در این روش استفاده می‌شود. این روش زمینه درک و فهم قوی و فرضیه سازی را فراهم می‌کند. باعث کشف اصول یا قوانین همگانی و امکان

نتیجه‌گیری علت و معلولی نمی‌شود اما باعث تولید فرضیه می‌شود. مورد پژوهی‌ها در توصیف پدیده‌های کمیاب یا غیرمعمول و رد اطلاعاتی که مقبولیت جهانی دارند یا تولید فرضیه مفید بوده‌اند.

- **طرح‌های تک موردی:** این طرح محصول رویکردهای رفتاری و عامل است. با روش‌های آزمایشی و مطالعات موردی شباهت‌هایی دارند. اما در این طرح‌ها فقط بر پاسخ‌های یک آزمودنی تأکید و تمرکز می‌شود. این نوع تحقیق معمولاً با تهیه یک خط پایه شروع می‌شود. برای تعیین خط پایه، رفتار آزمودنی قبل از انجام هرگونه مداخله ثبت می‌شود. طرح‌های یک موردی غالبا برای بررسی کارایی روش‌های درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- **طرح ABAB:** از روش‌های بررسی تک موردی است. با مشاهده منظم تغییرات رفتاری آزمودنی در شرایط درمان و عدم درمان، کارایی درمان‌ها را بررسی می‌کند. به این دلیل نام آن را طرح **ABAB** گذاشته‌اند که پس از دوره پایه اولیه (**A**)، دوره درمان (**B**) شروع می‌شود. سپس بازگشت به خط پایه (**A**) و دومین دوره درمان (**B**) را داریم. از مشکلات روش **ABAB** این است که قطع کردن درمان از جهاتی اخلاقی نیست.

سایر نکات

- «داده‌های واپس نگرانه» به داده‌های مبتنی بر خاطرات مردم و توضیحات آنان در خصوص تجارب و اتفاقات گذشته‌شان گفته می‌شود.
- برای موقعیت‌های عملی بهتر است به جای آزمون‌های معناداری از شاخص اندازه اثر که تحت تاثیر تعداد افراد نمونه نیست، استفاده کنیم.

فصل سوم : تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی

- دلایل دشوار بودن تعریف کردن رفتار نابهنجار
- سه ملاک برای تعریف رفتار نابهنجار
- فواید تشخیص
- معضلات کلی در طبقه‌بندی
- توصیف مختصر برخی مدل‌های آسیب‌شناسی روانی
- سایر نکات

دلایل دشوار بودن تعریف کردن رفتار نابهنجار

۱. رفتارهای نابهنجار ویژگی مشترک مشخصی ندارند و هیچ ملاکی به تنهایی برای نابهنجاری کافی نیست.

۲. مرز مشخصی بین رفتار بهنجار و نابهنجار وجود ندارد.

سه ملاک برای تعریف رفتار نابهنجار:

۱) همرنگی با هنجارها (خلاف هنجارها، قلّت آماری)

۲) ناراحتی ذهنی

۳) ناتوانی یا بدکاری.

نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «همرنگی با هنجارها (خلاف هنجارها، قلّت آماری)» به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار:

نقاط قوت:

۱) داشتن نقطه برش: وقتی نمره‌ی برش مقیاس ۸۰ و نمره‌ی فرد ۷۰ است، به راحتی می‌توان گفت رفتار نابهنجار است.

۲) جاذبه شهودی: وقتی این رفتارها را می‌بینیم به راحتی آن‌ها را می‌شناسیم.

نقاط ضعف:

۱) دشواری در انتخاب نمرات برش: وقتی نمره فرد زیر ۷۰ است، تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی داده می‌شود اما آیا نمره‌ی ۶۹ خیلی با ۷۲ فرق دارد؟ برای انتخاب این نمرات برش توجیه منطقی وجود ندارد.

۲) تعداد انحراف‌ها: یک مشکل دیگر این است که مشخص کنیم چند رفتار نشانگر انحراف هستند؟ چه مجموعه‌ای؟

۳) نسبیت فرهنگی: هر گروهی تعریف خودش از انحراف را دارد؛ در نتیجه نسبیت فرهنگی بسیار مهم است.

۴) لزوم تشخیص درست: رفتار نابهنجار لزوماً ملاک و نشانه بیماری روانی نیست. یک فرد می‌تواند انواع رفتارهای نابهنجار را داشته باشد ولی دچار اختلال روانی نباشد.

نکته: در تعریف‌های همرنگی‌گرا، رفتار نابهنجار به ارقام حاصل در یک آزمون یا پرسشنامه گفته می‌شود که عملکرد بهنجار و نابهنجار را مشخص می‌کنند.

نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «ناراحتی ذهنی به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار»:

نقاط قوت:

۱) معقول و موجه است و احتمالا افراد از این روش برای بیان مشکلات استفاده می‌کنند.

۲) فشار از روی روان‌شناس بالینی به عنوان تنها تشخیص دهنده کاسته می‌شود.

نقاط ضعف:

۱) هرکس که نابهنجار است، الزاما ناراحتی ذهنی ندارد.

۲) برخی ناراحتی‌های ذهنی طبیعی هستند و معنای نابهنجاری ندارند.

نقاط قوت و ضعف در نظر گرفتن «ناتوانی یا بدکاری» به عنوان ملاک تعریف رفتار نابهنجار:

نقاط قوت:

۱) نقش استنباط کم می‌شود زیرا مشکلات و بدکاری واضح هستند.

نقاط ضعف:

۱) مشکل و بدکاری اجتماعی معیاری نسبی دارد و گاهی معیار مناسبی برای قضاوت نیست.

رفتار نابهنجار با رفتار بهنجار تفاوت کیفی ندارد بلکه آن‌ها دو انتهای یک بعد هستند. برای مثال فرق رفتار بهنجار و رفتار روانپریشانه در میزان و مقدار است و نه در نوع. در کل بهنجاری صرفاً به معنای نبودن نابهنجاری تعریف می‌شود. در واقع بهنجار بودن لزوماً به معنای خوب زیستن نیست. زندگی بهینه نیز بیشتر مربوط به کیفیت زندگی است تا کمیت آن. برای پی بردن به بهینه بودن زندگی می‌توان به «شش» زمینه زندگی توجه کرد: ۱ـ نگرش مثبت نسبت به خود ۲- رویش رشد: باید بتوانیم از توانایی‌های خود استفاده کرده و اهداف درازمدتی داشته باشیم ۳- خودمختاری ۴- ادراک دقیق واقعیت ۵- شایستگی محیطی ۶- روابط میان فردی مثبت.

اختلالات روانی

- **تعریف اختلال روانی در DSM-IV:** اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی دارای اهمیت بالینی است که فرد دچارش می‌شود و توأم با ناراحتی یا ناتوانی و یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و از دست رفتن آزادی است. در ضمن، این الگو یا سندرم نباید قابل انتظار و پاسخی فرهنگی به یک واقعه خاص (مثلاً مرگ یک عزیز) باشد. این الگو یا سندرم با سرعت اولیه‌ای باید تظاهر یک بدکاری (کج‌کاری) رفتاری، روان‌شناختی یا زیست‌شناختی قلم‌داد شود.
- **تعریف اختلال روانی در DSM-5:** اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه‌ای در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود که کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند.
- اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل‌ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا فعالیت‌های مهم دیگر ارتباط دارند. پاسخ مورد انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به عامل استرس‌زای رایج یا فقدان، مانند مرگ فردی عزیز اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند (مثل سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارض‌هایی که عمدتاً بین فرد و جامعه روی می‌دهند اختلال روانی نیستند مگر اینکه این انحراف یا تعارض از کژکاری دو فرد که در بالا شرح داده شده، ناشی شده باشد.

تشخیص اصلی تشخیصی است که عامل اصلی ناراحتی یا ناتوانی فرد محسوب می‌شود و باید تحت درمان قرار بگیرد. تشخیص اختلال روانی باید **فایده بالینی** داشته باشد یعنی به متخصصان بالینی در تعیین کردن پیش‌آگهی، برنامه‌های درمان و نتایج بالقوه درمان برای بیمارانشان کمک کند. با این حال تشخیص اختلال روانی با نیاز به درمان برابر نیست.

نیاز به درمان تصمیم بالینی پیچیده‌ای است که شدت نشانه، برجستگی نشانه (مثل وجود اندیشه‌پردازی خودکشی)، ناراحتی بیمار (عذاب روانی)، ناتوانی مرتبط با نشانه‌های بیمار در آن مؤثر است. ممکن است متخصصان بالینی با فردی مواجه شوند که ملاک‌های کامل را برای یک اختلال روانی برآورده نمی‌کند ولی نیاز واضحی به درمان یا مراقبت دارد.

ویژگی‌های اصلی اختلال روانی:

۱) رنج فردی: ناراحتی و رنج فردی که مبتلا به اختلال روانی است. در اختلالات اضطرابی و افسردگی این رنج و ناراحتی کاملاً مشاهده می‌شود ولی ممکن است در اختلالی چون اختلال شخصیت ضداجتماعی اثری از ناراحتی فرد نبینیم.

۲) ناتوانی: نقص و ناتوانی در جنبه‌های مهم زندگی مانند کار یا روابط فردی.

۳) شکستن هنجارهای اجتماعی: باید توجه داشت که این ویژگی وابسته به فرهنگ است.

۴) ناکارآمدی و کژکاری: وقتی که مکانیسم‌های درونی فرد نتوانند عملکردهای طبیعی خود را انجام دهند.

در تعریف **DSM** از ناکارآمدی به ارتباط بین ناکارآمدی روانی، رفتاری و زیستی توجه شده است. این ناکارآمدی‌ها به هم وابسته هستند.

فواید تشخیص

تشخیص حداقل سه فایده مهم دارد:

۱) اولین و شاید مهم‌ترین فایده آن هموار کردن راه برای **ارتباط** است. با یک اصطلاح تشخیصی می‌توانیم انبوهی از اطلاعات را به دیگران منتقل کنیم. در واقع می‌توان گفت تشخیص «صورت کوتاه‌شده شفاهی» ویژگی‌های یک اختلال روانی است. اگر هر روان‌شناسی از یک نظام طبقه‌بندی یا مبنای نظری متفاوت و مخصوص استفاده کند، مشکلات ارتباطی، زیاد خواهد شد.

۲) امکان انجام تحقیقات تجربی در زمینه **آسیب‌شناسی** روانی را فراهم می‌آورد. روان‌شناسان بالینی براساس ویژگی‌های تشخیصی افراد، گروه‌های آزمایشی را مشخص می‌کنند.

۳) بدون یک نظام تشخیصی استاندارد نمی‌توانیم در مورد **سبب‌شناسی یا علل** رفتارهای نابهنجار تحقیق کنیم. برای تحقیق درباره اهمیت عوامل سبب‌شناختی بالقوه در یک سندرم روانی ابتدا باید آزمودنی‌ها را در گروهی جای بدهیم که اعضایشان ویژگی‌های تشخیصی یکسانی دارند. تشخیص‌ها از این جهت اهمیت دارند که حداقل به طور نظری نشان می‌دهند کدام نوع درمان از همه مؤثرتر است. در حقیقت، این هدف کلی نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی است.

چند دلیل مهم دیگر تشخیص: روان‌شناس بالینی دقیقاً بداند مراجع چه مشکلی دارد؛ تمیز دادن دقیق یک اختلال از اختلال دیگر؛ به کمک طبقه‌بندی درمانگران می‌توانند با تعبیر و اصلاحات کوتاه حرفه‌ای در مورد اختلالات با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.

ضرورت داشتن نظام‌های طبقه بندی

نظام‌های طبقه‌بندی ضروری هستند چون در غیر این صورت گیج و سرگردان می‌شدیم. با انتزاع کردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها، وقایع را طبقه‌بندی می‌کنیم تا امکان تعمیم و پیش‌بینی داشته باشیم. نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی باید عملی، توصیفی، پایا، معتبر، بدون جانب‌داری و گسترده باشند و طیف وسیعی از مشکلات روانی را پوشش دهند.

معضلات کلی در طبقه‌بندی

- **طبقه در برابر ابعاد:** در طبقه‌بندی ابعادی، افراد روی پیوستاری قرار می‌گیرند که یک سوی آن عدم وجود اختلال است و سوی دیگرش شکل کامل اختلال. آیا مدل طبقه‌ای اتخاذ شده در **DSM-IV** (مبنی بر اینکه اختلال وجود دارد یا نه) مدل مناسبی است؟ آیا مدل طبقه بندی ابعادی بهتر نیست؟
- **مبانی طبقه‌بندی:** آیا راه‌های متعددی برای قضاوت تشخیصی وجود دارد؟ آیا این قضیه موجب نمی‌شود طبقات تشخیصی ناهماهنگ شوند؟
- **ملاحظات عملی طبقه‌بندی:** نحوه تصمیم‌گیری در مورد جای گرفتن یک اختلال در راهنمای تشخیصی چگونه است؟

- **توصیف**: آیا ویژگی‌های طبقات تشخیصی به نحو کافی و مناسب توصیف می‌شوند؟ آیا ملاک‌ها مشخص و دقیق هستند؟
- **جانب‌داری**: آیا ویژگی‌های اختلالات مطرح شده در **DSM-IV** به نفع جنسیت، نژاد یا طبقه اقتصادی ـ اجتماعی خاص و به ضرر برخی افراد تمام نمی‌شود؟ اگر مجموعه‌ای از رفتارها باعث شوند در مورد یک نفر تشخیص خاصی صورت گیرد و در مورد نفر دیگر مطرح نشود، اعتبار و سودمندی نظام طبقه‌بندی زیر سؤال می‌رود. دو نوع جانب‌داری که بیشترین توجه را به خود جلب کرده‌اند جانب‌داری جنسی و جانب‌داری نژادی هستند. بعضی منتقدان گفته‌اند **DSM** نظام طبقه‌بندی مردانه است که در مورد آسیب‌های روانی زنان اغراق می‌کند. به نظر ویدیگر و اشپیتزر شیوع جنسی متفاوت یک اختلال لزوماً نشانگر جانب‌داری تشخیص جنسی نیست چون برای مثال می‌توان گفت امکان دارد عوامل زیست شناختی یا عوامل فرهنگی باعث شده‌اند زنان یا مردان ملاک‌های تشخیصی مورد نظر را بیشتر داشته باشند. برای نمونه، اختلال شخصیت ضداجتماعی بیشتر در مردها دیده می‌شود اما این می‌تواند معلول تفاوت‌هایی باشد.
- **پوشش**: آیا تشخیص‌های **DSM** در مورد کسانی که برای درمان روان‌شناختی یا روانپزشکی ارجاع می‌شوند کاربرد دارد؟
- **پایایی**: آیا قضاوت‌های تشخیصی پایا هستند؟ آیا تشخیص گذاران روی طبقه‌بندی افراد توافق دارند؟ طرحی که نتواند پایایی خود را محرز کند مشکلات جدی دارد. منظور از پایایی، هماهنگی و همسانی قضاوت‌های تشخیصی ارزیاب‌هاست. اگر روان‌شناس الف و روان‌شناس ب یک بیمار را ببینند ولی تشخیص یکسانی ندهند، تشخیص‌های هر دو نفرشان بی‌فایده است، چون نمی‌دانیم کدام را بپذیریم. پس از ابداع مصاحبه‌های ساخت‌دار، سطح کلی پایایی تشخیصی تا حد زیادی افزایش‌یافته است.
- **اعتبار**: آیا براساس تشخیص‌ها می‌توانیم پیش‌بینی‌های معناداری کنیم؟ پایایی، تأثیر مستقیمی بر اعتبار یک نشان تشخیصی دارد. تا وقتی که تشخیص گذاران روی طبقه‌بندی بیماران اختلاف نظر دارند، نمی‌توانیم ادعا کنیم نظام طبقه بندی مورد نظر، همبسته‌های مهم یا به عبارتی اعتبار دارد. همبسته‌های مهم عبارتند از پیش‌آگهی، نتیجه درمان، مدیریت بخش، سبب‌شناسی و مواردی از این قبیل. در طبقه‌بندی تشخیصی، اعتبار به میزان همبستگی تشخیص‌ها با متغیرهای مهمی چون سبب‌شناسی، پیش‌آگهی و نتیجه درمان گفته می‌شود.

مراحل اثبات اعتبار تشخیصی: به نظر رابینز و گاز اثبات اعتبار تشخیصی یک سندرم، پنج مرحله دارد:

۱) توصیف بالینی (یا توصیف خصوصیاتی غیر از نشانه‌های اختلال)

۲) مطالعات آزمایشگاهی (مثل آزمون‌های روانی)

۳) تعیین حدود (برای اطمینان یافتن از اینکه بین بیماران در هر تشخیص مقداری همگنی وجود دارد)

۴) مطالعات پیگیرانه (جهت مشخص کردن پایایی آزمون ـ بازآزمون یک تشخیص)

۵) مطالعات خانوادگی (جهت اثبات این نکته که اختلال مورد نظر زمینه‌ی خانوادگی و مؤلفه‌ی ارثی دارد.)

طبقه بندی اختلالات روانی

سیستم رسمی طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» یا **DSM** است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تدوین می‌شود. اولین **DSM** را انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ منتشر کرد و از آن زمان پنج‌بار در آن تجدیدنظر کرده است. **DSM-IV** در سال ۱۹۹۴ و نسخه تجدیدنظر شده آن **DSM IV-TR** در سال ۲۰۰۰ منتشر شده است. انقلابی‌ترین تحولات در نظام تشخیصی، انتشار سومین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۱۹۸۰ بود. این تغییرات عبارت بودند از استفاده از ملاک‌های تشخیصی صریح برای اختلالات روانی، نظام تشخیصی چند محوری، اتخاذ رویکرد توصیفی در تشخیص که نسبت به نظریه‌های سبب‌شناسی موضع بی‌طرف داشت و تأکید بیشتر بر سودمندی بالینی نظام تشخیصی. آخرین نسخه این راهنما **DSM-5** است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است.

- **DSM-IV**: چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی **(DSM-IV)** در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. ارزیابی تشخیصی در **DSM** یک سنجش چند محوری است. مراجعان در پنج محور یا حوزه اطلاعاتی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: محور یک (اختلالات بالینی)، محور دو (اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی)، محور سه (شرایط و وضعیت پزشکی فعلی)، محور چهار (مشکلات روانی ـ اجتماعی و محیطی

مربوط به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی)، محور پنج (سطح کلی عملکرد فرد). چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مثل پیشینیان خودش بیشتر برای تحقیقات بالینی مفید بوده است تا برای کار بالینی.

- **پوشش DSM-IV:** با توجه به ۴۰۰ تشخیص مطرح در **DSM-IV** نمی‌توان از این راهنما ایراد گرفت که تشخیص‌های کمی را پوشش می‌دهد.

DSM IV-TR بر اساس طبقه‌بندی چندمحوری اختلالات بود، این نظام طبقه‌بندی پنج محوری در **DSM-5** حذف شده است.

DSM IV- TR	DSM – 5
محور I: اختلالات بالینی	تشخیص روانپزشکی و پزشکی
محور II: اختلالات شخصیت	
محور III: شرایط پزشکی عمومی	
محور IV: مشکلات روانی، اجتماعی و محیطی	عوامل روانی، اجتماعی و محیطی
محور V: ارزیابی عملکرد کلی	ناتوانی

- **DSM-5:** در **DSM-5** به جای محور **V (GAF)** از فهرست ارزیابی ناتوانی (معلولیت) سازمان بهداشت جهانی **(WHO DAS)** استفاده می‌شود. برای بهبود بخشیدن به سودمندی بالینی، **DSM-5** براساس ملاحظات مربوط به رشد و طول عمر سازمان یافته است. **DSM-5** با تشخیص‌هایی شروع می‌کند که تصور می‌رود فرآیندهای مربوط به رشد را منعکس می‌کنند که در اوایل زندگی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات عصبی – رشدی). به دنبال آن تشخیص‌هایی ارائه شده‌اند که عموماً در نوجوانی و جوانی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات دوقطبی، افسردگی و اضطرابی) و در نهایت تشخیص‌هایی می‌آیند که مربوط به بزرگسالی و اواخر عمر هستند (مثل اختلالات عصبی – شناختی).

DSM-5 با طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات **ICD-11** هماهنگ شده است. این طبقه‌بندی را سازمان بهداشت جهانی **WHO** منتشر می‌کند.

DSM-5 علاوه بر استفاده از رویکرد طبقه‌ای، به صورت آزمایشی و صرفاً برای تحقیقات بیشتر در برخی اختلالات (مانند اختلالات شخصیت رویکرد ابعادی نیز به تشخیص دارد.

رویکرد قبلی **DSM** هر تشخیص را به صورت طبقاتی مجزا درنظر داشت. محدودیت این طبقات تشخیصی سبب می‌شد تا بسیاری از اختلالات به صورت **NOS** (به گونه دیگری مشخص نشده) تشخیص داده شوند. رویکرد طبقه‌ای واقعیت بالینی، عدم‌تجانس نشانه در اختلالات و اهمیت مشترک بودن نشانه‌ها در اختلالات متعدد را بازتاب نمی‌داد. همچنین در **DSM-5** تشخیص‌های جدیدی وجود دارد که در نسخه قبلی موجود نیست. بعضی از تشخیص‌های نسخه قبلی هم، در **DSM-5** با هم ترکیب شده و به صورت یک تشخیص واحد درآمده‌اند. تفاوت‌های جنسی یا جنسیتی به صورتی که با علت‌ها و بروز بیماری‌های جسمانی ارتباط دارند برای تعدادی از اختلالات روانی خاص تعیین شده‌اند. در **DSM-5** به تفاوت‌های بالقوه بین مردان و زنان در ابراز بیماری روانی توجه شده است.

در **DSM-5** به مسائل قومی و فرهنگی توجه بیشتری شده است. **DSM-5** سه مفهوم جدید را در این زمینه معرفی می‌کند:

- **نشانگان فرهنگی:** مجموعه‌ای از نشانه‌های همزمان و نسبتاً نامتغیر هستند که در گروه فرهنگی، جامعه یا موقعیت خاصی یافت می‌شوند.
- **اصطلاح فرهنگی ناراحتی:** نوعی واژه، عبارت زبانی یا شیوه صحبت کردن درباره رنج کشیدن افراد یک گروه فرهنگی است (مثلاً قومیت و مذهب مشابه که به مفاهیم مشترک آسیب و به شیوه‌های ابراز، انتقال یا نامیدن ناراحتی اشاره دارد).

- **توجیه فرهنگی یا علت تصور شده:** نوعی برچسب، انتساب یا ویژگی الگوی توجیهی است که سبب‌شناسی یا علت تصور شده فرهنگی را برای نشانه‌ها، بیماری یا ناراحتی تأمین می‌کند.

توصیف مختصر برخی از مدل‌های آسیب‌شناسی روانی

- **تبیین مدل زیست شناسی:** مشکلات روانی را ناشی از فرآیندهای موجود در دستگاه عصبی مرکزی (**CNS**) می‌داند؛ مثال: اسکیزوفرنی معلول افزایش شدید دوپامین است.
- **تبیین مدل روانپویشی:** مشکلات روانی را ناشی از تعارض درون روانی می‌داند؛ مثال: ترس‌های خاص معلول انتقال تعارض درون روانی به یک شیء خارجی است. پس از این جریان، فرد از شیء خارجی می‌ترسد.
- **تبیین مدل یادگیری:** معتقد است رفتار نابهنجار به همان شکل رفتار بهنجار آموخته می‌شود؛ مثال: ترس‌های خاص از طریق شرطی‌سازی کلاسیک آموخته می‌شود.
- **تبیین مدل شناختی:** معتقد است رفتار نابهنجار معلول شناخت‌های ناسازگارانه است؛ مثال: افسردگی ناشی از تلقی منفی در مورد خود، دنیا و آینده است.
- **تبیین مدل انسان‌گرایی:** مشکلات روانی فرد را ناشی از غفلت نسبی از دیدگاه‌های خویش و اتکای افراطی بر تشویق‌های دیگران، وقتی این دو ناهمخوانی دارند، می‌داند؛ مثلاً اختلال اضطراب فراگیر محصول همین اتکای افراطی و ناهمخوانی است.
- **مدل بیماری‌پذیری – استرس:** یک مدل سبب‌شناختی کلی‌تر و جدیدتر است که انواع دیدگاه‌های نظری را در خود جای می‌دهد. مدل بیماری‌پذیری ـ استرس به یک مکتب فکری خاص تعلق ندارد و عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی را در خود جای می‌دهد. منظور از بیماری‌پذیری، آسیب‌پذیری در برابر اختلال یا داشتن زمینه برای ابتلا به آن اختلال است. بیماری‌پذیری می‌تواند زیست‌شناختی یا روان‌شناختی باشد. بیماری‌پذیری شرط لازم ایجاد اختلال روانی است نه شرط کافی آن. در کنار بیماری‌پذیری، استرس محیطی نیز لازم است. عوامل استرس‌زا می‌توانند زیست‌شناختی (مثل سوء تغذیه) یا روان‌شناختی باشند. بیماری‌پذیری و استرس هر دو برای ایجاد اختلال ضروری هستند.

توضیح مختصر برخی اختلالات روانی

- **اختلال تنیدگی حاد و پس‌ضربه‌ای (PTSD):** می‌توان این اختلال را به این دلیل که منبع تنیدگی یک رویداد بیرونی شدیداً دردناک است از سایر اختلال‌های اضطرابی متمایز کرد. در این افراد نوعی «بی‌حسی هیجانی» دیده می‌شود. اختلال در حافظه و ناتوانی در به خاطر آوردن وجه مهمی از حادثه آسیب‌زا از ویژگی‌های **PTSD** است.
- **اختلال تنیدگی حاد:** چنانچه نشانه‌های اضطرابی در خلال ۴ هفته پس از رویداد تنیدگی‌زا آغاز شوند و ۲ تا ۲۸ روز پایدار بمانند، تشخیص اختلال تنیدگی حاد داده می‌شود ولی اگر نشانه‌ها بیش از ۲۸ روز تداوم یابند تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای عنوان می‌شود. برخی اوقات یک دوره‌ی نهفتگی وجود دارد.
- **اختلال هیستری تبدیلی:** یکی از علائم جالب در برخی بیماران، اختلالی به نام آستازیا – آبازیا است که فرد نمی‌تواند بایستد (آستازیا) و یا راه برود (آبازیا) ولی می‌تواند به پشت بخوابد و حرکات پیچیده‌ای مثل آنچه در دوچرخه‌سواری دیده می‌شود را انجام دهد. در روش مقابله مستقیم به بیمار گفته می‌شود که نشانه‌های مرضی وی بدون مبنای جسمانی هستند.
- **اختلال بدنی‌سازی:** همان نشانگان بریکه است.
- **اختلال درد:** از عوامل مهمی که در بهبود اختلال درد مؤثرند می‌توان مشارکت در فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده منظم را نام برد.

- **افسردگی:** افسردگی با عنوان عارضه **سودا** مطرح شد، معادل اصطلاح سودا در زبان یونانی اصطلاح **مالیخولیا** است.

فنون پیشنهادی توسط لوین سون برای درمان افسردگی:

۱) ازسرگیری فعالیت‌های لذت‌بخش

۲) تقویت مجدد رفتارهای غیرافسرده

۳) آموزش مهارت‌های اجتماعی

روان‌درمانگری بین شخصی (IPT) بر این باورند که بروز و تداوم افسردگی با یکی از مواردی که در پی می‌آیند مرتبط است.

- **اختلال اسکیزوفرنی:** طبق نظر فروید از تحلیل روانی برای این دسته از بیماران نباید استفاده کرد. برای درمان بیماران اسکیزوفرنیک به هیچ‌وجه نباید از روش‌هایی مثل تداعی آزاد استفاده کرد. همچنین در بیماران اسکیزوفرنیک برعکس نوروتیک نباید تجزیه و تحلیل پدیده مقاومت صورت گیرد.
- **اختلال بازارهراسی:** فروید می‌گوید وسعت‌هراسی در دو سطح ساده و وخیم رخ می‌دهد. بیماران سطح ساده اگر به تنهایی از منزل خارج شوند دچار اضطراب می‌شوند ولی بیماران سطح وخیم اصلا تنها از منزل خارج نمی‌شوند. باید کوشش شود تا هراس بیماران سطح وخیم به حد هراس بیماران سطح ساده کاهش یابد و سپس مسئله را حل نمود.
- **اختلال در خودماندگی (اوتیسم):** بروز این اختلال همواره زیر ۳ سالگی است. پسران ۴ تا ۵ برابر بیش از دختران مبتلا می‌شوند. **کانر** عنوان کرد که «ویژگی‌های شخصیتی والدین کودکان درخودمانده در این اختلال مشارکت دارند.» سردی روابط در آن‌ها مشهود است و همچنین رفتار مکانیکی و نوعی وسواس‌زدگی سطحی در آن‌ها مشاهده می‌شود. او معتقد بود که این کودکان هوش طبیعی دارند اما پژوهش‌ها نشان دادند که ۴۰٪ این کودکان هوشبهری کمتر از ۵۰ دارند.
- **اختلالات لوب پیشانی:** گروهی از خصوصیات شخصیتی که غالبا پس از آسیب دیدن لوب پیشانی ظاهر می‌شوند. اختلال در کنترل تکانه، قضاوت اجتماعی و توان برنامه‌ریزی ضعیف، توجه نکردن به عواقب اعمال خود، بی‌تفاوتی و سوءظن.
- **بیماری دژنراتیو (DegenerativeDisorder):** گروهی از بیماری‌ها مثل بیماری آلزایمر، پارکینسون و کره هانتینگتون که نتیجه تخریب تدریجی سلول‌های عصبی در دستگاه عصبی مرکزی هستند.
- **دلیریوم**: اختلالی در هشیاری که غالباً تحت تأثیر مواد سمی ایجاد می‌شود.
- **اختلالات بیرونی‌سازی**: گروهی از اختلالات دوران کودکی (مثل اختلال سلوک و اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه) که مشخصه آن مشکلات سلوک یا رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی است.
- **اختلالات درونی‌سازی**: آن دسته از اختلالات دوران کودکی (مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی) که مشخصه آن‌ها نشانه‌های اضطراب، افسردگی، کم‌رویی و گوشه‌گیری است.