

ضمیمہ کتاب
روان شناسی بالینی



بخش ۱: نکات تکمیلی

توضیح: این ضمیمه شامل نکات تکمیلی از ویراست جدید کتاب فیرس (ویراست نهم) است. ابتدا فصل ذکرشده را کامل از کتاب روان‌آموز (چاپ ۱۴۰۴) مطالعه کنید و سپس ضمیمه را بخوانید. کتاب روان‌آموز شامل مطالب ویراست قبلی فیرس به علاوه کتب کرامر، مارنات، شاملو و پروچاسکا است. با مطالعه مطالب این ضمیمه، نکات جدید ویراست جدید فیرس نیز به روان‌آموز اضافه می‌شود. این ضمیمه به شما کمک می‌کند در صورتی که فرصت مطالعه ویراست جدید فیرس را در کنار روان‌آموز ندارید، نکات جدید آن را از دست ندهید. برخی از این مطالب صرفاً نوعی دسته‌بندی یا بیان جدید از مطالب بوده‌اند و برخی کاملاً نکات جدیدی هستند که مطالعه آن‌ها ضروری است. اگر برای فصلی ضمیمه‌ای ارائه نشده است به این معنی است که نکته‌ای به آن اضافه نشده است یا آن فصل براساس فیرس نوشته نشده بوده است. لازم به ذکر است در صورتی که کلاس جدید بالینی (ضبط ۱۴۰۴) را دارید، خیالتان از این بابت راحت باشد که این کلاس نکات فیرس جدید را به شکل کامل پوشش می‌دهد.

فصل اول: تعریف و مسائل جاری روان‌شناسی بالینی

بزرگ‌ترین نقطه قوت روان‌شناسی بالینی، **ترکیب علم و عمل بالینی** است. روان‌شناسان بالینی به جهت تأکید بر آموزش علمی و عملی به عنوان آگاه‌ترین و بهترین متفکران انتقادی شناخته می‌شوند.

منحصربه‌فردترین جنبه روان‌شناسان بالینی، دیدگاه وسیع آنان است که پژوهش و عمل آنان در زمینه آسیب‌شناسی و کارکرد انطباقی را هدایت می‌کند. آن‌ها بر اساس یک **دیدگاه کل‌نگر** آموزش می‌بینند و هیجانات و رفتار انسان را از دیدگاه‌های عاطفی، زیست‌شناختی، شناختی، رفتاری، رشدی و اجتماعی-فرهنگی بررسی می‌کنند.

روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی مشاوره، و روان‌شناسی مدرسه ذیل عنوان **«روان‌شناسی خدمات سلامت روان»** جمع می‌شوند. فقط دانشجویان این سه رشته هستند که می‌توانند «گواهی‌نامه عمل و اقدام مستقل» را دریافت کنند.

حداقل پنج شاخه متفاوت در روان‌شناسی وجود دارد که درمانگری را شامل نمی‌شوند و بر یک حیطه پژوهشی متمرکز هستند:

(۱) **روان‌شناسان رشد:** مطالعه چگونگی تغییر و تکامل فرایندهای روان‌شناختی در طول عمر

(۲) **روان‌شناسان اجتماعی:** مطالعه تعامل افراد در درون گروه‌ها، و چگونگی شکل‌گیری نگرش و رفتار توسط فرایندهای اجتماعی و گروهی

(۳) **روان‌شناسان شناختی:** مطالعه فرایندهای ذهنی مؤثر در جهت‌یابی دنیای بیرونی مثل حافظه، زبان، ادراک و تصمیم‌گیری

(۴) **دانشمندان عصب‌نگر رفتاری:** مطالعه ارتباط افکار، احساسات و رفتار با فرایندهای زیست‌شناختی دستگاه عصبی

(۵) **روان‌شناسان کمی:** طراحی و بررسی رویه‌های آماری مورد استفاده در مطالعه پدیده‌های روان‌شناختی

به دنبال تأکید کنفرانس بولدر بر ترکیب مهارت‌های بالینی و پژوهشی، در یک کنفرانس دیگر در دانشگاه دلاور که به **پروژه دلاور** معروف است، تأکید شد که مدل بولدر باید از لحاظ آماده‌سازی دانشمندان بالینی برای نه فقط اجرای پژوهش، بلکه ترجمه نتایج پژوهش به توصیه‌های عملی برای درمان‌گران و سازمان‌های خدماتی آماده شود. طبق پروژه دلاور، آموزش روان‌شناسان بالینی در زمینه علم روان‌شناختی پایه، مثل روان‌شناسی شناختی ضرورت دارد تا این پژوهشگران بتوانند با روان‌شناسان دیگر حیطه‌ها همکاری کنند.

انجمن روان‌شناسی آمریکا **«اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامه رفتاری»** را منتشر کرده است که شامل پنج اصل عمومی و معیارهای اخلاقی اختصاصی در زمینه انواع فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی است. پنج اصل عمومی در جهت هدایت روان‌شناسان به بالاترین آرمان‌های اخلاقی ارائه شده‌اند و قواعد لازم‌الاجرا نیستند که مبنای مجازات روان‌شناسان باشند؛ اما معیارهای اخلاقی اختصاصی، شامل قواعد رفتاری لازم‌الاجرا هستند و نقض آن‌ها می‌تواند به مجازات‌هایی مثل باطل شدن گواهی‌نامه منجر شود. **اصول عمومی** عبارت‌اند از: نیکوکاری و عدم بدسرشتی، وفاداری و مسئولیت‌پذیری، درستی و صداقت، عدالت، احترام به حقوق و شأن انسان. **معیارهای اخلاقی اختصاصی** عبارت‌اند از: قابلیت (صلاحیت)، رازداری، اصول مربوط به رابطه با مراجع، رضایت آگاهانه.

رازداری محدودیت‌هایی دارد که حتی اگر خلاف میل مراجع باشد، روان‌شناس ملزم می‌شود اطلاعاتی را از مراجع فاش کند. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: آسیب مراجع به دیگران، آسیب دیگران به مراجع، آسیب مراجع به خود، کار با کودک و نوجوان. طبق **«مصوبه پرونده تاراسوف»**، روان‌شناس بالینی از مراجع رضایت‌نامه‌ای می‌گیرد مبنی بر اینکه که اگر بفهمد مراجع برای یک قربانی خاص خطر فوری دارد، رازداری را نقض خواهد کرد. طبق **«قانون بیکر»** وقتی مراجع در خطر جدی خودکشی قرار دارد، باید به اجبار جهت ارزیابی روان‌پزشکی اضطراری فرستاده شود.

فصل چهارم: تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات روانی

توضیح: بیشترین تغییرات کتاب فیرس را در این فصل داشته‌ایم و دسته‌بندی مطالب مربوط به مبحث «طبقه‌بندی و تشخیص» تغییرات بارزی داشته است. از این جهت در اینجا دسته‌بندی جدید را به همراه مطالب تکمیلی آن ذکر خواهیم کرد. سه ملاک برای تعریف نابهنجاری وجود دارد: **انحراف اجتماعی یا آماری، ناراحتی ذهنی، ناکارایی؛** اما برای فهم مشکلات مراجعان صرفاً تعریف نابهنجاری کافی نیست. روان‌شناسان برای فهم شکایت‌های مطرح مراجعان، گزینه‌های مختلفی دارند: (۱) **تشخیص روان‌پزشکی:** بر اساس رفتار، شناخت و هیجانات مراجع او را دچار یک یا چند اختلال روانی طبقه‌بندی می‌کند؛ (۲) **ملاک‌های حیطه پژوهش:** رویکرد تحقیقاتی است که قصد دارد یک نظام تشخیصی عینی بر اساس فرایندهای زیست‌شناختی ارائه کند؛ (۳) **فرمول‌بندی مورد:** شامل فهم رفتار، شناخت و هیجان مراجع در بافت‌ها با استفاده از مدل‌های مفهومی دارای پشتوانه پژوهشی است. در کتاب مفصل با رویکرد تشخیص روان‌پزشکی و مزایا و معایب آن آشنا می‌شوید که بیشتر فصل را به خودش اختصاص داده است. در اینجا چند نکته تکمیلی را برای آن ذکر می‌کنیم، ولی دورویکرد بعدی را کامل توضیح می‌دهیم.

۱- رویکرد تشخیص روان‌پزشکی

در رویکرد تشخیص روان‌پزشکی، اختلال‌های روانی را طبق DSM تعریف، تشخیص‌گذاری و طبقه‌بندی می‌کنیم. آخرین ویراست یعنی DSM-5 شامل سه قسمت است: (۱) مبانی و مقدمات، (۲) ملاک‌ها و کدهای تشخیصی برای اختلالات روانی، (۳) اندازه‌گیری‌ها و مدل‌های درحال ظهور، مثل اندازه‌گیری‌های سنجش، مسائل فرهنگی، مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت، اختلالاتی که باید بیشتر مطالعه شوند. در قسمت دوم، فهرستی از اختلالات روانی قرار گرفته است. اختلالات ابتدای فهرست، بیشتر تحت‌تأثیر عوامل زیست‌شناختی و رشدی هستند مثل اختلالات عصبی-رشدی و اختلالاتی که ویژگی مشابه دارند در کنار هم فهرست شده‌اند. DSM **رویکرد توصیفی** دارد یعنی شامل توصیف اختلالات بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌های تشخیصی است. ملاک‌های تشخیصی اختلالات به وجود و مدت علامت و نشانه‌ها اشاره دارند. **علامت (sign)** یعنی پدیده‌های قابل مشاهده بیرونی مثل رفتار اجتناب و **نشانه (symptom)** یعنی تجارب ذهنی گزارش شده توسط مراجع مثل ترس.

اصطلاح اختلال و نشانه از وجود بیماری پزشکی حکایت دارد. این مدل زیستی پزشکی DSM **جوهرگرایی** است، یعنی این نگاه که افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی با هم و با دیگر افراد تفاوت ماهوی دارند. این نگاه باعث مسائلی مثل انگ بیماری روانی می‌شود. رویکرد توصیفی DSM تلویحاً به این معناست که افکار، احساسات و رفتارهای می‌توانند علائم و نشانه‌های بیماری روانی باشند، صرف‌نظر از اینکه **بافت اجتماعی-فرهنگی** آن‌ها چیست. DSM-5 به تأثیر فرهنگ بر تشخیص روان‌پزشکی تأکید بیشتری کرده است: (۱) شامل مفاهیم فرهنگی ناراحتی از جمله «**سندروم‌های فرهنگی**» است، یعنی مجموعه علائم و نشانه‌هایی که به چند فرهنگ محدود می‌شوند؛ (۲) برخی ملاک‌های تشخیصی برای کاربرد بهتر در میان فرهنگ‌ها به‌روز شده‌اند؛ (۳) شامل «**مصابحه فرمول‌بندی فرهنگی**» (صورت‌بندی فرهنگی) است که در آن مراجعان ناراحتی خود را با کلمات خودشان تعریف می‌کنند و به افراد سایر فرهنگ‌ها امکان می‌دهند مشکل‌شان را بفهمند.

۲- رویکرد ملاک‌های حیطه پژوهش

برجسته‌ترین مشکل DSM ناتوانی در پایه‌ریزی تشخیص‌های روان‌پزشکی بر اساس اندازه‌گیری‌های عینی است. این امر در کنار سایر مشکلات DSM منجر شد «انستیتوی ملی سلامت روان» (NIMH) طی یک ابتکار عمل «**ملاک‌های حیطه پژوهش**» (RDoC) را منتشر کند. هدف RDoC ارتقای پژوهشی است که علم ژنتیک، علم عصب‌نگر و علم رفتاری را یکپارچه کند و در نهایت، به یک **نظام تشخیصی عینی متشکل از «تیپ‌های زیستی»** منتهی شود که با درمان‌های مؤثر، عمدتاً زیست‌بنیان، هم‌سواست.

ملاک‌های حیطه پژوهش شامل شش حیطه است که هر یک حاوی مجموعه‌ای از سازه‌ها هستند. این شش حیطه همراه با توصیف و سازه‌های آن در جدول زیر ذکر شده‌اند. هدف RDoC جا دادن علائم و نشانه‌های فرد در چارچوب حیطه‌های شش‌گانه است، به شکلی که بتوان این مشکلات را از لحاظ فرایندهای عصبی-زیستی متناظر آن‌ها درک و تبیین کرد تا بتوان بهترین رویکرد درمانی را برای آن‌ها تعیین کرد؛ برای مثال، برخی اختلالات اضطرابی می‌تواند ناشی از واکنش بیش از حد نظام مغزی در تشخیص و واکنش به تهدید باشد

و اختلال افسردگی می‌تواند ناشی از واکنش کم نظام مغزی در پردازش پاداش باشد.

نام حیطه	توصیف (سازه‌ها)
نظام‌های ظرفیت منفی	کنترل پاسخ‌دهی مغز به وضعیت‌های ناگوار مثل ترس (تهدید حاد)، اضطراب (تهدید مبهم)، مواجهه طولانی با تهدید (تهدید مستمر)، سوگ و رویدادهای غم‌انگیز (فقدان) و از دست دادن یک پاداش بالقوه (عدم پاداش ناکام‌کننده)
نظام‌های ظرفیت مثبت	کنترل پاسخ‌دهی مغز به پاداش‌های دریافتی (پاسخ‌دهی به پاداش)، یادگیری انطباق با وابستگی‌های پاداش (پاداش‌آموزی) و ارزش‌گذاری روی پاداش‌ها (ارزیابی پاداش)
نظام‌های شناختی	کنترل فرایندهای مغزی مربوط به آگاهی (توجه)، بازنمایی‌های محیط (ادراک)، حافظه حقایق (حافظه اخباری)، بازنمایی دنیا از طریق ارتباط کلامی (زبان)، فرایندهای تصمیم‌گیری (کنترل شناختی) و اندوزش حافظه کوتاه‌مدت (حافظه کاری)
فرایندهای اجتماعی	تنظیم نحوه ارتباط برقرارکردن با دیگران توسط مغز که شامل برقراری پیوندهای اجتماعی (پیوندجویی و دل‌بستگی)، تولید و دریافت پیام کلامی و غیرکلامی (ارتباط اجتماعی)، خودآگاهی (ادراک و فهم خود) و آگاهی از دیگران / فهم دیگران (ادراک و فهم دیگران) است.
برانگیختگی و نظام‌های تنظیمی	تنظیم گرسنگی، تشنگی، خواب و میل جنسی در بدن (برانگیختگی)، انرژی، سلامت فیزیکی و روانی (ریتم‌های سیرکادین) و خواب (خواب / بیداری)
نظام‌های حسی-حرکتی	فرایندهای مسئول یادگیری کنترل و اجرای رفتارهای حرکتی (کنش‌های حرکتی)

RDoC نسبت به DSM چند مزیت دارد که عبارت‌اند از: (۱) رویکرد ابعادی دارد، نه مقوله‌ای؛ (۲) از پایین به بالا می‌آید، یعنی از روابط مغز-رفتار شروع می‌کند و آن‌ها را به علائم و نشانه‌ها پیوند می‌زند، درحالی‌که DSM از بالا به پایین می‌آید، یعنی از مقولات شروع می‌کند و تعیین می‌کند چه چیزی در مقولات جای می‌گیرد؛ (۳) به‌وضوح در نظریه زیست‌شناختی ریشه دارد.

RDoC اشکالاتی نیز دارد که عبارت‌اند از: (۱) ارزش‌چندانی برای نقش فرایندهای روانی-اجتماعی، شخصیتی و رشدی قائل نیست؛ (۲) فرض را بر این می‌گذارد که روش‌شناسی زیستی مثل تصویربرداری عصبی پایایی و روایی بالایی دارند، درحالی‌که لزوماً این‌گونه نیست؛ (۳) فرض می‌کند حیطه‌ها و سازه‌های شناسایی‌شده، نشانگرهای انحصاری ناراحتی و ناکارایی روان‌شناختی هستند، درحالی‌که این‌طور نیست. این سازه‌ها می‌توانند در افراد سالم هم دیده شوند، برای مثال سطوح بالای هیجانی بودن منفی می‌تواند در هنرمندان هم دیده شود؛ (۴) فعلاً چارچوبی برای پژوهش در مورد ناراحتی و ناکارایی روان‌شناختی است، نه یک نظام تشخیصی جایگزین.

۳- رویکرد فرمول‌بندی مورد (case formulation)

رویکرد تشخیص روان‌پزشکی و ملاک‌های حیطه پژوهش هیچ‌کدام چیز زیادی درباره عوامل بی‌همتایی که مسبب مشکل یک مراجع خاص هستند، نمی‌گویند. روان‌شناسان به جای تشخیص براساس DSM یا در کنار آن، رویکرد «فرمول‌بندی مورد» یا صورت‌بندی مورد را به کار می‌برند. فرمول‌بندی مورد عبارت است از یک فرضیه درباره مکانیسم‌های روان‌شناختی خاص که باعث ایجاد و تداوم ناراحتی و ناکارایی روان‌شناختی در یک فرد خاص شده است. برخلاف ملاک‌های تشخیصی توصیفی و غیرنظری، فرمول‌بندی مورد اصول‌گرا است و در نظریه‌های روان‌شناختی پژوهش بنیان و نظریه شناختی-رفتاری ریشه دارد.

انجام فرمول‌بندی مورد برای یک مراجع شامل مشخص کردن چهار عنصر است:

(۱) فهرست مشکل: به علائم و نشانه‌های روان‌شناختی و مشکلات مربوطه در حوزه‌های مختلف زندگی اشاره دارد.

(۲) مکانیسم‌ها: عوامل دارای پشتوانه تجربی که باعث ایجاد و تداوم مشکل می‌شوند، برای مثال ایجاد افسردگی در نتیجه باورهای منفی در رویکرد شناختی.

۳) **عوامل زمینه‌ساز:** عواملی که زمینهٔ شکل‌گیری مشکل را فراهم می‌کنند، برای مثال نقش عوامل خانوادگی و زیستی در ایجاد افسردگی.

۴) **تسریع‌کننده‌ها:** عوامل بیرونی و درونی که ماشهٔ مشکلات مراجع را می‌چکانند یا آن را بدتر می‌کنند؛ برای مثال شروع افسردگی پس از یک شکست مالی. تحلیل کارکردی که در فصل سنجش رفتاری خواهید خواند، می‌تواند تسریع‌کننده‌ها را شناسایی کند. فرمول‌بندی مورد باید **متغیرهای اجتماعی و فرهنگی و بافت وقوع رفتار** را هم بررسی کند، چون این عوامل بر مکانیسم‌هایی که منجر به مشکل موردنظر در مراجع شده‌اند، تأثیرگذار هستند.

در نهایت، بر اساس فرمول‌بندی مورد یک **طرح درمان** برای آن مراجع خاص ریخته می‌شود. فرمول‌بندی مورد یک فرضیه است و اگر اطلاعات بعدی از آن حمایت نکند، در فرمول‌بندی و طرح درمان تجدیدنظر می‌شود. به فرایند آزمون‌گیری و بازنگری در فرمول‌بندی، **رویکرد تکراری** گفته می‌شود. در واقع، درمان بخشی از یک فرایند تکراری است که طی آن، هر مراجع حکم یک **موردپژوهشی** (case study) را دارد و فرمول‌بندی مورد به مثابهٔ یک فرضیه‌آزمایی است.

۴- سایر رویکردهای جایگزین

تا اینجا سه رویکرد اصلی در شناسایی مشکل مراجع را طبق کتاب فیرس بیان کردیم. علاوه بر این‌ها، کرامر سه رویکرد دیگر را نیز به عنوان جایگزین نظام طبقه‌بندی DSM معرفی کرده است که در کتاب آن‌ها را توضیح داده‌ایم و در اینجا نیز جهت مرور، مجدد تکرارشان خواهیم کرد. این رویکردها عبارت‌اند از: رده‌بندی سلسله‌مراتبی آسیب‌شناسی روانی (HiTOP)، راهنمای تشخیصی روان‌پویشی (PDM) و رویکرد تشخیصی روان‌شناسی مثبت‌نگر. همچنین، در کتاب شاملو طبقه‌بندی بر اساس علت‌شناسی ذکر شده است که آن را نیز در کتاب ذکر کرده‌ایم.

فصل پنجم: سنجش بالینی

فرایند سنجش روان‌شناختی یا بالینی شامل چندین مرحله است که در کتاب‌های مختلف به شکل‌های مختلفی ارائه می‌شود؛ اما اساس آن‌ها یکی است. در ویراست جدید فیرس، مراحل فرایند سنجش روان‌شناختی به این شکل ذکر شده است: (۱) تعیین دلیل ارجاع و مشکل، (۲) انتخاب موضوع سنجش، (۳) انتخاب روش سنجش، (۴) جمع‌آوری داده‌های سنجش، (۵) پردازش داده‌ها و نتیجه‌گیری، (۶) انتقال نتایج سنجش. البته، گاهی مرحله اول و دوم تلفیق می‌شوند و پنج مرحله ذکر می‌شود. وقتی دلیل ارجاع، مثلاً مشکل تحصیلی، شناسایی می‌شود، موضوع سنجش نیز مشخص می‌شود؛ برای مثال موضوع سنجش برای مشکل تحصیلی، سنجش کارکردهای هوشی و شناختی خواهد بود.

سه روش اولیه جمع‌آوری داده‌ها در سنجش روان‌شناختی، شامل **مصاحبه، مشاهده، و آزمون** هستند. علاوه بر این‌ها، روش چهارمی نیز به نام **سوابق تاریخی** وجود دارد که گاهی استفاده می‌شود.

روان‌شناسان بالینی با ترکیب کردن اطلاعات دریافتی از منابع مختلف، به قضاوت می‌پردازند. **قضاوت** فرایندی شناختی است که برای سنجش دقیق یک وضعیت، نتیجه‌گیری و تصمیم‌گیری انجام می‌شود. روان‌شناسان برای تصمیم‌گیری درباره برون‌دادهای مهم، دو روش متفاوت دارند: قضاوت بالینی و پیش‌بینی آماری.

قضاوت بالینی به معنای نتیجه‌گیری و تصمیم‌گیری ذهنی براساس دانش تخصصی، تجربه شخصی، دیدگاه‌های مراجع، و دیگر بینش‌ها. قضاوت بالینی در معرض انواع سوگیری و خطاهای انسانی قرار دارد از جمله: (۱) نقص و کمبود دانش، (۲) سوگیری تأییدی، به معنای بیش از حد بهادادن به شواهدی که از حدس ما حمایت می‌کند، (۳) سوگیری دسترس‌پذیری به معنای تصمیم‌گیری براساس آنچه جلوی ذهن ما است، (۴) سوگیری تأخر به معنای مهم‌تر دانستن آخرین مجموعه اطلاعات جمع‌آوری شده از اطلاعات قبلی، (۴) اعتماد مفرط به خود، (۵) خستگی.

در مقابل، **پیش‌بینی آماری** احتمالات آماری و یافته‌های پژوهشی را مبنای قضاوت قرار می‌دهد. پیش‌بینی آماری، به دلیل حذف عامل انسانی و کاهش سوگیری‌های شناختی، **دقیق‌ترین، اما نه لزوماً کامل‌ترین** اطلاعات را برای تصمیمات بالینی فراهم می‌کند.

فصل ششم: مصاحبه سنجشی

مصاحبه بالینی سه ویژگی دارد: (۱) **پویا** است، یعنی هر یک از شرکت‌کنندگان به یکدیگر کمک می‌کنند و شاید ناخواسته رفتار و واکنش‌های یکدیگر را تغییر می‌دهند؛ (۲) **هدفمند** است، یعنی مصاحبه‌کننده به صورت برنامه‌ریزی شده، مصاحبه را به سمت هدف خاص هدایت می‌کند؛ (۳) **متمرکز بر مراجع** است، به این معنا که به افکار و احساسات و تجارب مراجع می‌پردازد، نه درمانگر.

تفاهم غالباً بر احترام متقابل و اعتماد استوار است، اما در چند مورد می‌توان برای تفاهم‌سازی از **اثبات آموزش دیدگی و صلاحیت خود** استفاده کرد: (۱) مراجعانی که به دلیل پیشینه فرهنگی خود انتظار یک بالینگر قدرتمند در یک تعامل رسمی را دارند؛ (۲) در مواردی که روان‌شناس احساس می‌کند صلاحیتش به چالش کشیده شده است، مثلاً در رابطه مسائل جنسیتی، مانند زن بودن یا عضویت در گروه اقلیت قومی یا نژادی؛ (۳) در مواردی که تجارب گذشته یا نشانه‌های روان‌شناختی مراجع، مانع از پذیرش پیشنهادات خالصانه در یک رابطه حرفه‌ای می‌شود.

انواع پرسش در مصاحبه عبارت‌اند از: بازپاسخ، تسهیلگر، مواجهه‌کننده، مستقیم و روشنگر. از پرسش‌های **بازپاسخ** غالباً برای شروع بحث درباره یک موضوع جدید استفاده می‌شود. از پرسش‌های **تسهیلگر** برای روشن‌شدن منظور مراجع و هدایت او به سمت فهم بهتر خودش استفاده می‌شود. مراجعان در جریان پاسخ به یک پرسش تسهیلگر غالباً خودشان را اصلاح می‌کنند و در مورد احساسات و نیاتشان به آگاهی بیشتر می‌رسند. پرسش‌های **مواجهه‌کننده و مستقیم**، جریان مصاحبه بالینی را با فشار و اجبار بیشتری هدایت می‌کنند و ممکن است به مراجع در تجربه یک نقطه کور کمک کنند. غالباً، از پرسش‌های **روشنگر** به عنوان بخشی از گوش دادن فعال استفاده می‌شود.

یکی از موارد مهم در مصاحبه، داشتن **تواضع چندفرهنگی** است، به این معنا که هرگز روان‌شناسان نباید از بررسی فیلترهای ذهنی خود دست بکشند و پیوسته باید خود را برای زیرسؤال بردن مفروضاتشان به چالش بکشند. مورد مهم دیگر، در نظر گرفتن **ارزش محرک روان‌شناس** است، یعنی روان‌شناس باید به این امر توجه کند که ویژگی‌های او مثلاً نژاد، چه چیزهایی را در تعامل با مراجع، سرکوب یا فراخوانی می‌کند و چطور می‌توان بر این موضوع غلبه کرد.

مصاحبه‌ها از نظر میزان ساختار به سه نوع تقسیم می‌شوند. در جدول زیر مزایا و معایب این سه نوع خلاصه شده است.

نوع	مزایا	معایب
ساختاردار	سوگیری کمتر مصاحبه‌گر: عنصر قضاوت مصاحبه‌کننده حذف می‌شود که به همسانی در روش‌شناسی و جمع‌آوری اطلاعات منتهی می‌شود. پایایی و روایی بیشتر: معلول پرسش‌ها و دستورالعمل نمره‌گذاری استاندارد شده است.	انعطاف‌پذیری کمتر: مصاحبه‌کننده به پرسش‌های بسته پاسخ ازپیش تعیین‌شده محدود می‌شود و نمی‌تواند موضوعات پیش‌بینی‌نشده یا مورد علاقه را کاوش کند. این امر می‌تواند باعث شود که برخی موضوعات مهم کندوکاو نشوند. تفاهم کمتر: رسمی‌تر است و فرصتی را برای مصاحبه‌کننده جهت ایجاد گفت‌وگوی کوتاه با مراجع فراهم نمی‌آورد یا به مصاحبه‌کننده اجازه نمی‌دهد تا حوزه‌هایی ورود کند که شرکت‌کننده در مصاحبه می‌خواهد درباره آن‌ها بیشتر حرف بزند.

پایایی و روایی کمتر: هر مصاحبه‌کننده می‌تواند از هر شخصی سؤالات متفاوتی بپرسد که تکرارپذیری و روایی را به خطر می‌اندازد. خطر سوگیری مصاحبه‌کننده: انتخاب پرسش‌ها و تفسیر پاسخ‌ها به‌طور کامل بر قضاوت مبتنی است، بنابراین در معرض سوگیری قرار دارد.	سناریوی نامشخص: مصاحبه‌کننده آزاد است تا پرسش‌های بازپاسخ بپرسد و آنچه را برای برقراری تفاهم لازم است انجام دهد. انعطاف‌پذیری: مصاحبه‌کننده می‌تواند چیزهای مهم را بکاود و نظر و فرضیه تولید کند. این مصاحبه، بیشترین وضوح (سطح جزئیات) و کمترین پهنای باند (گستره موضوعات) را دارد. از این جهت این احتمال وجود دارد که نتواند سریع به همه موضوعات مهم رسیدگی کند.	بی‌ساختار
سوگیری مصاحبه‌کننده: اگرچه سوگیری مصاحبه‌کننده کم می‌شود، ولی به دلیل پرسش‌های پیگیری بازپاسخ، هنوز قدری خطر سوگیری وجود دارد.	مصالحه: مصاحبه‌کننده در مورد اینکه می‌تواند چه موضوعاتی را بسنجد، راهنمایی می‌شود که این امر به پایایی و روایی کمک می‌کند و می‌تواند حوزه‌های موردعلاقه خود را نیز به‌طور کامل بررسی کند که در نتیجه، تفاهم افزایش می‌یابد. این مصاحبه در عین داشتن مزایای مصاحبه غیرمستقیم، می‌تواند موضوعات مهم را به‌سرعت پوشش دهد که در وضعیت‌های بحرانی ارزشمند است.	نیمه‌ساختاردار

معاینه وضعیت روانی (MSE) چندین حوزه از کارکردهای روان‌شناختی را می‌سنجد که در کتب مختلف به شکل‌های مختلفی دسته‌بندی می‌شود. در ویراست جدید فیرس به این شکل ذکر شده است: **نمایش و عرضه عمومی** شامل ظاهر، رفتار و نگرش، **تکلم** شامل واضح، هدفمند و نقص‌های زبانی، **جهت‌یابی** شامل شخص، مکان و زمان، **حالت هوشیاری** شامل هوشیار، خیلی هوشیار، بی‌حال، خلق و عاطفه، **شکل تفکر** شامل اختلال تفکر صوری، **محتوای تفکر** شامل اشتغال ذهنی، وسواس فکری و هذیان، **توانایی تفکر انتزاعی**، ادراک (توهم)، **توجه و تمرکز**، **حافظه** شامل فوری، اخیر، دور، **کارکرد عقلانی**، **بینش و قضاوت**.

فصل هفتم: سنجش هوش

هوش سیال شامل مهارت‌های ذهنی فرهنگ‌ناسته غیرکلامی است، از قبیل ظرفیت انطباق با وضعیت‌های جدید. **هوش متبلور** شامل مهارت‌ها و دانشی است که از طریق تعامل مختص به فرهنگ کسب می‌شوند و با دستاوردها و پیشرفت‌های عقلانی مثل نوشتن و نمرات خوب در مدرسه یا حل مسئله مشخص می‌شوند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد نمره هوش بهر در برخی گروه‌های فرهنگی مثل سیاه‌پوست‌ها کمتر است. برخی این تفاوت‌های گروهی را به علت سوگیری آزمون‌های هوش می‌دانند که ماده‌های آن‌ها برای همه گروه‌های فرهنگی شناخته شده نیست. برخی معتقدند عوامل اجتماعی باعث می‌شوند این گروه‌ها در محرومیت رقابتی قرار بگیرند، برای مثال رفتن به مدارس با کیفیت کمتر منجر به آمادگی کمتر و انگیزش کمتر برای موفقیت در آزمون‌های هوش می‌شود. همچنین، اعضای گروه‌های محروم نژادی ممکن است در وضعیت‌های آزمون‌گیری احساس راحتی و اعتماد کمتری داشته باشند. به‌طور کلی، تفاوت‌های گروهی در نمرات هوش حداقل تا حدودی می‌تواند ناشی از عوامل اجتماعی، انگیزشی و هیجانی، و نه توانایی عقلانی واقعی باشند.

در مورد سوگیری آزمون‌های هوش یک سری شواهد روشن وجود دارد. آزمون‌سازان از نمونه‌های استانداردسازی استفاده می‌کنند که معرف تمام گروه‌های جمعیت‌شناختی باشد و پاسخ‌ها به هر ماده را به دقت تحلیل می‌کنند. اگر اعضای یک گروه قومی به دلیل ناآشنا بودن با یک ماده، حداقل بیست درصد بیش از گروه‌های دیگر پاسخ نادرست بدهد، آن ماده از نسخه نهایی آزمون حذف می‌شود. به‌طور کلی، گرچه آزمون‌های هوش قدری سوگیری فرهنگی دارند، اما تفاوت نمرات هوش در گروه‌های نژادی احتمالاً بیشتر با اختلافات شرایط اجتماعی اقتصادی رابطه دارد.

فصل هشتم: ابزارهای سنجش هوش

مقیاس استنفورد-بینه یک **آزمون انطباقی** است. یعنی با دو «**آزمون تعیین مسیر**» شروع می‌شود. شخصی که در آزمون‌های تعیین مسیر بهتر عمل می‌کند، با سوالات سخت‌تری شروع خواهد کرد. همچنین، همین‌طور که آزمون‌گیری در هر آزمون فرعی پیش می‌رود، پرسش‌ها به تدریج دشوارتر می‌شود. پرسشگری تا جایی ادامه می‌یابد که فرد بتواند پاسخ درست بدهد و هر چه پاسخ‌های درست بیشتری بدهد، نمره بالاتری خواهد گرفت. افزون‌براین، نمرات با هر سنی سازگار شده‌اند. اگر کودکان سنین متفاوت دارای نمره واحد را در نظر بگیرید، هر چه کودک بزرگ‌سال‌تر باشد، به این معنا است که به پرسش‌های بیشتری درست جواب داده است.

رده سنی مقیاس‌های هوش وکسلر به این شکل است: **مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS)**: ۱۶ سال به بالا، **مقیاس هوش کودکان وکسلر (WISC)**: ۶ تا ۱۷ سال، **مقیاس هوش پیش‌دبستانی و دبستانی وکسلر (WPPSI)**: کودکان ۲ سال و ۶ ماه تا ۳ سال و ۱۱ ماه، کودکان ۴ سال تا ۷ سال و ۷ ماه.

نسخه چهارم WPPSI سه شاخص ارائه می‌کند که عبارت‌اند از: هوش بهر کلی، شاخص درک کلامی و شاخص دیداری-فضایی.

فصل نهم: سنجش شخصیت

توضیح: «تعریف شخصیت» در ویراست جدید فیرس شامل مطالب جدیدی است که در اینجا کامل آن را ذکر می‌کنیم. **تعریف شخصیت:** شخصیت را می‌توان **استمرار در رفتار و سبک هیجانی فرد در گذر زمان** تعریف کرد. منظور از صفت شخصیتی نیز **شیوه باثبات و همسان ادراک دنیا و رفتار** است. صفات می‌توانند از طریق شرطی‌شدن تحت تأثیر محیط، از طریق ژنتیک تحت تأثیر زیست‌شناسی یا ترکیبی از این عوامل قرار بگیرند. مفهوم شخصیت یک مفهوم جنجالی است و همه با تعریف فوق موافق نیستند. در ادامه به سه رویکرد کلی در این زمینه اشاره می‌کنیم.

(۱) نظریه صفت

طبق نظریه صفت، شخصیت شامل **مجموعه‌ای از صفات** است. این ایده توسط **آلپورت** مطرح شد که معتقد بود، می‌توانیم براساس صفات یا عبارات توصیفی، مثل درون‌گرایی، شخصیت را بفهمیم. سپس کتل مدل شانزده صفت شخصیت و کاستا و مک‌کری مدل پنج عاملی شخصیت را مطرح کردند. مدل پنج عاملی شخصیت مدل حاکم بر حوزه شخصیت است که بیشترین مطالعه در مورد آن صورت گرفته است.

طبق **مدل پنج عاملی یا FFM** (Five Factor Model) شخصیت از پنج بعد یا صفت که به آن‌ها «**پنج بزرگ**» (Big five) گفته می‌شود، تشکیل شده است. این پنج صفت شخصیتی عبارت‌اند از: روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی در برابر تجربه، موافقت، وظیفه‌شناسی. **پرسش‌نامه NEO** براساس این مدل استوار است. منتقدان می‌گویند صفات ذکرشده در این رویکرد، بیش از حد کلی هستند و به پیش‌بینی‌های مفید درباره رفتار و هیجان افراد کمک خاصی نمی‌کنند.

(۲) دیدگاه وضعیتی

رفتارگرایان بیشتر از **دیدگاه وضعیتی** (situational) پیروی می‌کنند. طبق این دیدگاه، به طور کلی رفتار افراد محصول عوامل وضعیتی، مانند **یادگیری و شرطی‌شدن حاصل از محیط** است، نه محصول صفات شخصیتی؛ برای مثال، جرئت به جای اینکه به صفت برون‌گرایی ربط داده شود، حاصل یادگیری از طریق تقویت مثبت بابت حرف‌زدن است. هیجان‌ها و رفتارها نیز ناشی از **باورها در مورد وضعیت‌ها و رویدادها** در نظر گرفته می‌شود؛ برای مثال، ترس ناشی از تخمین اغراق‌آمیز خطر، نه صفت روان‌رنجورخویی، است. در سطح وسیع‌تر، **فرهنگ**، یعنی باورها، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، نیز رفتار را شکل می‌دهند.

(۳) حد وسط

هر دو مفهوم‌بندی قبلی حامیان و مخالفان خود را دارند، اما اکثر روان‌شناسان یک موضع حد وسط دارند. آن‌ها تصدیق می‌کنند که رفتار و هیجان انسان بر اساس **تعامل صفات شخصیتی و عوامل وضعیتی** متکی است.

فصل دهم: ابزارهای عینی در سنجش شخصیت

توضیح: آخرین نسخه «شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا» MMPI-3 است که در ویراست جدید کتاب فیرس آورده شده است. باقی کتاب‌ها مثل مارنات و کرامر همچنان نسخه دوم را دارند. کتاب روان‌آموز هم شامل نسخه دوم است. در اینجا مبحث MMPI را بر اساس نسخه سوم بازنویسی کرده‌ایم. اگر فرصت زیادی دارید می‌توانید مطالب هر دو نسخه را مطالعه کنید، اما اگر فرصت محدودی دارید می‌توانید فقط مطالب نسخه سوم را از اینجا مطالعه کنید و مطلب کتاب را کنار بگذارید.

۱- معرفی

شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا (MMPI) پرمصرف‌ترین ابزار سنجش نشانه‌های بالینی و شخصیت در بزرگسالان است و تقریباً برای هر هدفی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی استفاده شده است.

MMPI توسط هتوی و مکینلی در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است. این آزمون سه بار به‌روز و استاندارد یابی مجدد شده است و آخرین نسخه آن، **MMPI-3** است.

هتوی و مکینلی در ابتدا این آزمون را برای شناسایی **تشخیص‌های روان‌پزشکی** تهیه کردند. ساخت آن براساس **رویکرد ملاک‌یابی تجربی** بود که طبق آن موادی در آزمون قرار گرفتند که گروه بالینی را از گروه غیربالینی متمایز می‌کردند.

MMPI-3 شامل ۳۳۵ ماده درست / نادرست است. سوالات نسخه سوم به شکل چشم‌گیری کمتر از نسخه‌های قبلی است. به عبارت دقیق‌تر، نسخه دوم ۵۶۷ ماده دارد و نسخه سوم ۲۳۲ گویه یا ماده کمتر از نسخه دوم دارد.

MMPI-3 شامل ۵۲ مقیاس است که تقریباً به تمام حیطه‌های آسیب‌شناسی فردی و میان‌فردی می‌پردازند. این مقیاس‌ها را که در هشت دسته قرار می‌گیرند، می‌توانید در جدول زیر ببینید. مقیاس‌های بالینی و اعتباری بیشتر مدنظر است که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

انجام MMPI-3 مستلزم این است که سطح روخوانی فرد حداقل تا کلاس پنجم باشد و بر روی افرادی با **حداقل هجده سال** سن اجرا می‌شود. مثل MMPI-2، یک نسخه نیز برای نوجوانان وجود دارد که **MMPI-A** نام دارد.

آزمون اولیه با استفاده از یک نمونه بزرگ سفیدپوست، متأهل و تحصیل کرده اهل مینه‌سوتا تهیه شده بود، اما نمونه استاندارد سازی MMPI-3 معرفت‌تر و متنوع‌تر شده است.

مقیاس	توصیف
مقیاس‌های بالینی بازسازی شده Restructured Clinical (RC) Scales	
یأس و ناامیدی	ناشادی و نارضایتی کلی
شکایات بدنی	شکایات‌های پراکنده در مورد سلامت فیزیکی
هیجانات مثبت کم	عدم پاسخ‌دهی هیجانی مثبت
رفتار ضد اجتماعی	قانون شکنی و رفتار غیرمسئولانه
عقاید گزند و آسیب	باورهایی خودارجاعی مبنی بر تهدیدآمیز بودن دیگران برای شخص
هیجانات منفی ناکارآمد	اضطراب، خشم و تحریک پذیری ناسازگارانه
تجارب غیرعادی	ادراک‌ها یا افکار نامعمول مرتبط با ناکارآمدی تفکر
فعالیت هیپومانیک	بیش‌فعالی، پرخاشگری، تکانشگری و خودبزرگ بینی
مقیاس‌های اعتبار Validity Scales	
ناهمسانی پاسخ درست (TRIN)	پاسخ‌دهی ثابت

پاسخ‌دهی تصادفی	ناهمسانی پاسخ متغیر (VRIN)
ترکیب پاسخ‌دهی تصادفی و ثابت	ناهمسانی پاسخ ترکیبی (CRIN)
پاسخ‌های کمیاب در جمعیت عمومی کمیاب	پاسخ‌های کمیاب (F)
پاسخ‌های کمیاب در جمعیت روان‌پزشکی	پاسخ‌های آسیب‌شناسی روانی کمیاب (Fp)
شکایت‌های تنی کمیاب در جمعیت بیماران پزشکی	پاسخ‌های تنی کمیاب (Fs)
شکایت‌های تنی و شناختی نامعتبر	مقیاس اعتبار نشانه (FBS)
شکایت‌های شناختی و حافظه به شکل اغراق شده	مقیاس سوگیری پاسخ (RBS)
نگرش‌ها یا فعالیت‌های اخلاقی ادعاشدهٔ نادر	فضایل نارایج (L)
سطح بالای غیرمعمول سازگاری روان‌شناختی	اعتبار سازگاری (K)
مقیاس‌های سطح بالاتر Higher-Order (H-O) Scales	
مشکلات مرتبط با خلق و عاطفه	ناکارایی هیجانی / درونی‌سازی
مشکلات مرتبط با تفکر مختل	ناکارایی تفکر
مشکلات مرتبط با رفتار کنترل نشده	ناکارایی رفتاری / بیرونی‌سازی
مقیاس‌های تنی / شناختی Somatic / Cognitive Scales	
احساس کلی ناتوانی فیزیکی و ضعف سلامت	ناخوشی
سرگیجه، ضعف، فلج، بی‌تعادلی و غیره	شکایت‌های عصب‌شناختی
رفتارهای مشکل‌ساز مرتبط با خوردن	نگرانی‌های مرتبط با خوردن
مشکلات حافظه، مشکلات تمرکز	شکایت‌های شناختی
مقیاس‌های درونی‌سازی Internalizing Scales	
گزارش مستقیم افکار خودکشی و اقدامات اخیر	افکار خودکشی / مرگ
باور به ناتوانی در رسیدن به اهداف و حل مشکلات	درماندگی / ناامیدی
عدم اعتماد به نفس، احساس بی‌فایده بودن	تردید به خود
باور به بلاتصمیمی و اثربخش نبودن خود	عدم اثربخشی
مشکلات مرتبط با استرس و عصبی بودن	استرس
اشتغال ذهنی و نگرانی مفرط	نگرانی
انجام دادن رفتارهای اجبارگون	احساس اجبار
تجربه‌های مرتبط با اضطراب متعدد مثل فاجعه‌سازی، وحشت‌زدگی، ترس و افکار مزاحم	تجارب مرتبط با اضطراب
به‌راحتی خشمگین شدن و عدم صبوری با دیگران	مستعدبودن به خشم
ترس‌های بازدارندهٔ که به‌طور معنادار رفتار بهنجار را بازداري می‌کنند.	ترس‌های محدودکنندهٔ رفتار

مقیاس‌های بیرونی‌سازی Externalizing Scales	
مشکلات خانوادگی	روابط خانوادگی پراختلاف
مشکلات سلوک کودکانه	مشکلات در مدرسه و خانه و دزدی
سوء مصرف مواد	سوء مصرف فعلی و قبلی الکل و دارو
تکانشگری	کنترل تکانه ضعیف و رفتار بی برنامه
فعال بودن	برانگیختگی و سطح انرژی زیاد
پرخاشگری	پرخاشگری فیزیکی و رفتار خشونت آمیز
بدبینی	باورهای غیرخودارجاعی مبنی بر اینکه دیگران بد و غیرقابل اعتماد هستند.
مقیاس‌های میان فردی Interpersonal Scales	
اهمیت خود	باورهای مرتبط با داشتن استعدادها و توانایی‌های خاص
سلطه‌گری	تسلط جویی در روابط با دیگران
عدم پیوندجویی	دوست نداشتن دیگران و بودن با دیگران
اجتناب اجتماعی	لذت نبردن از رویدادهای اجتماعی و اجتناب از آنها
کم‌رویی	ناراحت و مضطرب بودن در حضور دیگران
مقیاس‌های پنج آسیب روانی شخصیتی Personality Psychopathology Five (PSY-5) Scales	
پرخاشگر بودن	پرخاشگری ابزاری هدفمند
روان پریشی خویی	قطع ارتباط با واقعیت
مهارت‌سیختگی	رفتار کنترل نشده
هیجانی بودن منفی / روان رنجور خویی	اضطراب، احساس ناامنی، نگرانی و ترس
درون گرایی / هیجانی بودن مثبت کم	عدم درگیری اجتماعی و لذت نبردن

۲- مقیاس‌های بالینی بازسازی شده (RC) در MMPI-3

در نسخه قبلی یعنی MMPI-2 مقیاس‌های بالینی سنتی وجود داشت. بعد از آن، در نسخه‌ای به نام MMPI-2-RF پیشنهاداتی برای تغییرات در مقیاس‌های بالینی ایجاد شد و به آن‌ها **مقیاس‌های بالینی بازسازی شده (RC)** گفته شد؛ اما همچنان از همان مقیاس‌های بالینی سنتی نیز استفاده می‌شد. در MMPI-3 مقیاس‌های بالینی سنتی کنار گذاشته شده‌اند و فقط از مقیاس‌های بالینی بازسازی شده استفاده می‌شود.

در جدول زیر مقیاس‌های بالینی بازسازی شده معادل هر یک از مقیاس‌های بالینی قبلی را می‌بینید. ابتدا نام کامل مقیاس و زیر آن کد مقیاس و مخفف آن نوشته شده است. MMPI-3 شامل هشت مقیاس بالینی بازسازی شده است. همان‌طور که در جدول می‌بینید، برای سه مقیاس قبلی هیستری (۳)، مردانگی-زنانگی (۵)، و درون‌گرایی اجتماعی (۰)، مقیاس بالینی بازسازی شده در نسخه سوم وجود ندارد، به همین دلیل کدهای RC0، RC5، RC3 در نسخه سوم وجود ندارد. همچنین دقت کنید که برای مقیاس افسردگی (۲) دو مقیاس بازسازی شده در نسخه سوم وجود دارد: RCd (DEM) و RC2 (LPE).

مقیاس‌های بالینی در MMPI-2	مقیاس‌های بالینی بازسازی شده در MMPI-3
خودبیمارانگاری (Hypochondriasis) (HS) 1	شکایات بدنی (Somatic Complaints) RC1 (SOM)
افسردگی (Depression) (D) 2	هیجانات مثبت کم (Low Positive Emotions) RC2 (LPE) یأس و ناامیدی (Demoralization) RCd (DEM)
هیستری (Hysteria) (Hy) 3	-
انحراف ضداجتماعی (Psychopathic Deviate) (Pd) 4	رفتار ضداجتماعی (Antisocial Behavior) (ASB) RC4
مردانگی-زنانگی (Masculinity-Femininity) (Mf) 5	-
پارانویا (Paranoia) (Pa) 6	عقاید گزند و آسیب (Ideas of Persecution) (PER) RC6
خستگی روانی (Psychasthenia) (Pt) 7	هیجانات منفی ناکارآمد (-Dysfunctional Negative Emotions) RC7 (DNE)
اسکیزوفرنی (Schizophrenia) (Sc) 8	تجارب غیرعادی (Aberrant Experiences) RC8 (ABX)
هیپومانیا (Hypomania) (Ma) 9	فعالیت هیپومانیک (Hypomanic Activation) RC9 (HPM)
درون‌گرایی اجتماعی (Social Introversion) (Si) 0	-

۳- مقیاس‌های اعتباری

تمام نسخه‌های MMPI برای تشخیص تمارض و دیگر نگرش‌ها در مورد آزمون دادن، و بی‌دقتی و سوءتفاهم، **مقیاس‌های اعتباری** داشته‌اند. ده مقیاس اعتباری MMPI-3 و هدف آن‌ها را در جدول مقیاس‌های MMPI-3 می‌بینید. در اینجا به توضیح مهم‌ترین مقیاس‌های اعتباری می‌پردازیم.

مقیاس «**ناهمسانی پاسخ درست**» (TRIN) شامل جفت ماده‌هایی است که محتوای متضاد دارند. پاسخ «درست» یا «نادرست» به هر دو سوال، نشانگر ناهمسانی خواهد بود. نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهند شخص به کل ماده‌ها پاسخ «درست» می‌دهد (سوگیری تصدیق) و نمرات پایین نشان می‌دهند که فرد به کل ماده‌ها پاسخ «نادرست» می‌دهد. بنابراین، این مقیاس نشان‌دهنده **پاسخ‌دهی ثابت** به آزمون است.

مقیاس «**ناهمسانی پاسخ متغیر**» (VRIN) شامل جفت ماده‌هایی است که محتوای مشابه یا متضاد دارند. انتظار می‌رود فرد به ماده‌های مشابه پاسخ همسان و به ماده‌های متضاد پاسخ ناهمسان بدهد. بالا بودن نمرات در این مقیاس نشان‌دهنده **پاسخ‌دهی تصادفی** به آزمون است.

نکات تکمیلی

مقیاس «پاسخ‌های کمیاب» (F) منعکس‌کننده افکار غیرمتعارف است و میزان پاسخ‌های استثنایی و انحرافی را می‌سنجد. نمرات بالا نشان می‌دهد شخص تلاش دارد تصویر نامطلوب از خود ارائه کند و نیم‌رخ فرد نامعتبر می‌شود. نیم‌رخ نامعتبر می‌تواند به دلیل موارد دیگر مثل خطای نمره‌گذاری، بی‌دقتی و پاسخ‌دهی تصادفی نیز باشد. همچنین نمرات بالا می‌تواند واقعاً نشانگر اختلال روانی شدید، مثل وجود هذیان و قضاوت ضعیف، یا عوارض ترک مواد باشد. نمرات بالا در مقیاس F نوعاً با نمرات بالا در مقیاس‌های بالینی همراه است و اغلب می‌تواند شاخص عمومی آسیب‌شناختی باشد. همچنین می‌تواند منعکس‌کننده احساسات نامعمول فرد در واکنش به برخی شرایط خاص زندگی، مثل سوگ، باشد.

مقیاس «فضائل نارایج» (L) و مقیاس «اعتبار سازگاری» (K) هر دو به تلاش فرد برای ارائه تصویر مطلوب از خود اشاره دارند. نمره بالا در L نشان می‌دهد فرد به شکل غیرواقع‌بینانه‌ای تلاش می‌کند خود را خوب جلوه دهد و ضعف‌های رایج انسانی را انکار می‌کند؛ برای مثال به این سؤال که «هرگز از کسی عصبانی نمی‌شوم» پاسخ مثبت می‌دهد. در مقیاس K شخص به شکل غیرمستقیم و هوشمندانه‌تری به دفاع از خود و انکار مشکلات می‌پردازد. در واقع پاسخ‌های فرد در مقیاس L ناپخته‌تر و ساده‌تر از مقیاس K است.

۴- نمره‌گذاری و تفسیر

نمرات خام هر مقیاس به نمرات استاندارد T تبدیل می‌شود، سپس نیم‌رخ MMPI رسم می‌شود. بعد از آن، براساس برافراشتگی یا پایین بودن نمرات مقیاس‌ها، تفسیر آزمون صورت می‌گیرد. نمره ۶۵ و بالاتر برافراشته در نظر گرفته می‌شوند که می‌توانند نشانگر ویژگی‌ها یا مشکلات معنادار باشند. تفسیر فقط بر اساس نمره یک مقیاس صورت نمی‌گیرد، بلکه نمرات باید در بافت کلی برافراشتگی یا پایین بودن سایر مقیاس‌ها بررسی شوند. همچنین، مشخصات جمعیت‌شناختی مثل سن و نژاد و غیره نیز باید در نظر گرفته شوند.

فصل یازدهم: ابزارهای فرافکن در سنجش شخصیت

فرض می‌شود آزمون‌های فرافکن شخصیت آگاهی هوشیارانه را دور می‌زنند و اجازه می‌دهند به ویژگی‌های شخصیتی ناهوشیار دست پیدا کنیم. به همین دلیل حامیان این رویکرد معتقدند این آزمون‌ها اعتبار افزایشی بیشتری از دیگر روش‌های سنجش دارند، چون اطلاعاتی فراهم می‌کنند که با ابزارهای دیگر به دست نمی‌آیند؛ اما پژوهش‌ها از اعتبار افزایشی این آزمون‌ها حمایت نمی‌کنند. اکسندر با گردآوری داده‌های هنجاری گسترده به تدوین یک نظام نمره‌گذاری و تفسیر یکپارچه برای آزمون رورشاخ پرداخت. «نظام جامع نمره‌گذاری اکسندر» پرمصرف‌ترین نظام نمره‌گذاری رورشاخ است. اکسندر «انجمن پژوهش رورشاخ» را پایه‌گذاری کرد. بعدها این انجمن، «نظام سنجش عملکرد رورشاخ» (PRAS) را ارائه کرد که معیارهای روان‌سنجی قوی‌تری از نظام اکسندر دارد. چند نمونه از تفسیرهای رورشاخ به نقل از کتاب فیرس به این شکل است: استفاده افراطی از شکل می‌تواند معرف هم‌رنگی باشد. ضعف در استفاده از شکل، به همراه پاسخ‌های نامعمول، می‌تواند ظن روان‌پریشی را ایجاد کند. رنگ با هیجانی‌بودن رابطه دارد، ولی اگر با شکل خوب همراه نباشد، ممکن است نشانگر تکانشگری باشد. استفاده گسترده از فضاهای سفید نشانگر کیفیت‌های تقابلی و حتی ضداجتماعی است. استفاده مفرط از جزئیات با اجباری‌بودن یا گرایش‌های وسواسی هم‌بستگی دارد. دیدن حیوانات کوچک و ریز می‌تواند به معنی انفعال باشد. پاسخ‌هایی مثل خون، پنجه، دندان یا تصاویر مشابه نشانه پرخاشگری و تخاصم است. برگرداندن کارت و بررسی پشت آن می‌تواند نشانه سوءظن باشد.

فصل سیزدهم: سنجش رفتاری

سنجش رفتاری رویکردی به اندازه‌گیری و فهم رفتار شخص است که اساس آن را **نظریه یادگیری** تشکیل می‌دهد. روان‌شناسان رفتارگرا برجسته‌ترین طرفداران **رویکرد وضعیتی** هستند که در سنجش شخصیت با آن آشنا شدید. آن‌ها مفروضاتی درباره وجود صفات شخصیتی، فرایندهای ناهوشیارانه یا تشخیص‌های بالینی ندارند. در عوض، تمرکزشان بر تعریف یک **رفتار یا پاسخ مشکل‌دار خاص (رفتار هدف یا آماج)** و سپس مشاهده مستقیم آن پاسخ و فهم آن، در بافت تجارب قبلی (تاریخچه یادگیری) مراجع و شرایط محیطی قبل و بعد از آن است.

سنجش رفتاری زمانی مشهور شد که روان‌شناسان رفتارگرا از سنجش فرافکنانه و خودگزارشی شخصیت نارضایتی پیدا کردند. رفتارگراها هم‌سو با مدل‌های یادگیری رفتار احساس کردند باید بر **پاسخ‌های قابل مشاهده مستقیم** تمرکز کنیم و معتقد بودند شخصیت‌سنجی بر مفروضه «صفات» بنا شده است که به‌طور مستقیم قابل مشاهده نیست. پیش‌گام این جنبش، **والتر میشل** بود.

ویژگی اصلی سنجش رفتاری، **تحلیل کارکردی** است که به معنای شناسایی پیشایندها و پیامدهای رفتار مشکل‌دار است. برخلاف سنجش تشخیصی که به دنبال تشخیص بالینی است، سنجش رفتاری با استفاده از تحلیل کارکردی به دنبال فهم رفتار مشکل‌دار شخص در بافتی است که با مداخله می‌توان باعث کاهش آن شد. سنجش رفتاری معرف **رویکرد فردنگر** در سنجش است، درحالی‌که سنجش تشخیصی رویکرد قانون‌نگر را دنبال می‌کند که تا حد زیادی نقش عوامل رفتاری را نادیده می‌گیرد.

اولین گام معمول در سنجش رفتاری، مصاحبه رفتاری است که برای شناسایی مشکل یا مشکلات هدف و اهداف تغییر رفتار به کار می‌رود. مصاحبه رفتاری یک تعامل مستقیم و هدف‌گرا است که در گام اول به توصیف دقیق و مشروح رفتار مشکل‌دار و در گام دوم به شناسایی پیشایندها و پیامدهای رفتار می‌پردازد، یعنی همان تحلیل کارکردی.

مشاهده رفتاری، بنیان تفحص و پرس‌وجوی علمی و روان‌شناسی بالینی است. نخستین اقدام در مشاهده رفتاری، انتخاب رفتارهای هدف مربوط و مناسب است. برای به حداکثر رساندن پایایی و اعتبار داده‌های مشاهداتی، دو مورد باید رعایت شود: (۱) **تعریف دقیق رفتار هدف**: رفتار موردنظر باید به دقت شناسایی شود و از دیگر رفتارهای مشابه افتراق داده شود. رفتار هدف باید پاسخ فعالانه یا قابل مشاهده و نه پاسخ منفعلانه یا پنهان باشد؛ (۲) **تعریف مشخص رفتار هدف**: رفتار موردنظر باید روشن و مشخص باشد تا همه ارزیابان بدانند که باید دقیقاً چه چیزی را ثبت کنند.

در کتاب فیرس دو نوع روش برای کدگذاری داده‌های مشاهده ذکر شده است که عبارت‌اند از: (۱) **فاصله‌ای**: آیا رفتار هدف در دوره زمانی مشخص شده رخ داده است یا خیر. وقتی این روش انتخاب می‌شود که رفتار هدف طولانی باشد، فراوانی کمتری داشته باشد، نقطه شروع و پایان آن کمتر مشهود و آشکار باشد، مثل مشارکت در کلاس؛ (۲) **ثبت رویداد**: هر نوبت وقوع رفتار هدف در کل دوره مشاهده ثبت می‌شود. این روش وقتی بهینه است که رفتار هدف شروع و پایان مشخصی داشته باشد، مثل سیگار کشیدن. مارنات نیز دو نوع دیگر را نیز ذکر کرده است که در کتاب به آن‌ها اشاره شده است.

ثبت فوری رفتارها در محیط طبیعی با استفاده از پیشرفت‌های فناوری مثل گوشی‌های هوشمند، «**سنجش لحظه‌ای بوم‌شناختی**» (EMA) یا **نمونه‌گیری تجربه** نامیده می‌شود.

سنجش شناختی را غالباً در مورد **تفسیر وضعیت‌ها و رویدادهای محیط** توسط مراجع به کار می‌بریم. اما می‌توانیم از آن برای سنجش شناخت‌ها درباره تجارب خصوصی نیز استفاده کنیم، مثل **سنجش احشایی** در اختلال وحشت‌زدگی. سنجش احشایی در این افراد شامل مشاهده کنترل‌شده‌ای است که در آن احساسات بدنی مرتبط با برانگیختگی که شامل نشان‌های احشایی، مثل ضربان قلب می‌شوند، به‌طور عمدی تحریک می‌شود مثل چرخاندن صندلی یا نفس نفس زدن تا پاسخ‌های مراجع به این احساسات سنجیده شود.

بخش ۲: نکات اصلاحی

توضیح: تا به اینجا موارد تکمیلی از کتاب جدید فیرس برای مباحث سنجش را ذکر کردیم که شامل بخش اول کتاب روان‌آموز می‌شود. در انتها چند مورد نیز جهت اصلاحیه ذکر می‌کنیم که مربوط به اشکالات نگارشی یا تایپی است. لطفاً با ارجاع به صفحه و تیتراژ ذکر شده مطلب را به شکلی که گفته شده است اصلاح کنید.

فصل ۷، سنجش هوش، صفحه ۸۷، تیتراژ «نقش وراثت و محیط در هوش»، پاراگراف آخر:

متن قبل: اثری بودن هوش در دوران طفولیت دو درصد، در جوانی شصت درصد و در سالمندی هشتاد درصد است.

متن اصلاح شده: اثری بودن هوش در دوران طفولیت بیست درصد، در جوانی شصت درصد و در سالمندی هشتاد درصد است.

فصل ۹، سنجش شخصیت، صفحه ۱۱۰، تیتراژ «آزمون روانی»، پاراگراف دوم و سوم:

مطالب این دو پاراگراف در کتاب کمی نامفهوم بودند که در متن اصلاح شده تلاش گردید تا ابهامات برطرف شوند.

متن قبل: آزمون روانی دو ویژگی عمده دارد: **عینیت و هنجاریابی.** عینیت به این معنا است که آزمون صرف نظر از اینکه چه کسی آن را اجرا می‌کند، نتایج مشابهی را به دنبال داشته باشند. هدف این است که تفاوت بین مراجعان، حاصل تفاوت میان خود آن‌ها باشد، نه مواردی دیگری مثل اجراکننده آزمون. منظور از هنجاریابی این است که همه افراد باید در معرض مجموعه مشابهی از ماده‌ها قرار بگیرند و براساس ملاک‌های نمره‌گذاری مشابهی ارزیابی شوند. در هر دو مورد، کاهش یا حذف تأثیر متغیرهای نامربوط باعث می‌شود نتایج آزمون قابل استناد به خصوصیات مراجع باشد.

آزمون‌ها از جهتی شبیه آزمایش و از جهتی شبیه مصاحبه ساختاردار یا مشاهدات رفتاری هستند. از این جهت، شبیه آزمایش هستند که از مراجع می‌خواهند به ماده‌ها در یک توالی از پیش تعیین شده پاسخ دهند و پاسخ‌ها براساس قواعد آشکار نمره‌گذاری می‌شوند. دلیل شباهت آن‌ها به سنجش‌های مشاهده‌ای این است که فرصتی برای مشاهده فرد در وضعیت آزمون‌گیری فراهم می‌کند.

متن اصلاح شده: آزمون روان‌شناختی دو ویژگی عمده دارد: **عینیت و هنجاریابی.** عینیت به این معناست که آزمون صرف نظر از اینکه چه کسی آن را اجرا می‌کند، نتایج مشابهی را به دنبال داشته باشد. هدف این است که تفاوت بین نتایج مراجعان، حاصل تفاوت میان خود آن‌ها باشد، نه موارد دیگری مثل اجراکننده آزمون. منظور از هنجاریابی این است که همه افراد باید در معرض مجموعه مشابهی از ماده‌ها قرار گیرند و براساس ملاک‌های نمره‌گذاری مشابهی ارزیابی شوند.

اصول عینیت و هنجاریابی اجازه می‌دهد کیفیت آزمون‌های روان‌شناختی را با استفاده از همان منطق آزمایش‌های روان‌شناختی ارزیابی کنیم. در هر دو مورد، کاهش یا حذف تأثیر متغیرهای نامربوط باعث می‌شود نتایج آزمون قابل استناد به فقط یک منبع یعنی خصوصیات مراجع باشد.

به عبارت دیگر، آزمون‌ها شبیه آزمایش هستند، اما در عین حال شبیه مصاحبه‌های بسیار ساختاردار یا مشاهدات رفتاری هم هستند؛ چون از مراجع می‌خواهند به ماده‌ها در یک توالی از پیش تعیین شده پاسخ دهند و پاسخ‌ها براساس قواعد آشکار نمره‌گذاری می‌شوند. دلیل دیگر شباهت آن‌ها به سنجش‌های مشاهده‌ای این است که فرصتی برای مشاهده فرد در وضعیت آزمون‌گیری فراهم می‌کنند.

فصل ۱۰، صفحه ۱۲۶، تیتراژ «پرسش‌نامه شانزده عاملی شخصیتی کتل (PF16)»، پاراگراف اول:

شانزده عامل پرسش‌نامه کتل در کتاب روان‌آموز دقیقاً طبق ترجمه کتاب کرامر نوشته شده است؛ اما این ترجمه مشکل دارد و بهتر است ترجمه زیر جایگزین شود مخصوصاً در دو موردی که زیر آن خط کشیده شده است.

متن قبل: شانزده عامل عبارت‌اند از: گرمی، استدلال، ثبات هیجانی، سلطه‌گری، سرزندگی، هشیاری قاعده‌ای، بی‌پروایی اجتماعی، حساسیت، گوش‌به‌زنگی، انتزاع‌گرایی، خصوصی بودن، درک، گشودگی در برابر تغییر، اتکا به نفس، کمال‌گرایی و تنفس.

متن اصلاح شده: شانزده عامل کتل عبارت‌اند از: گرمی، استدلال، ثبات هیجانی، سلطه‌طلبی، سرزندگی، پایبندی به قواعد، جسارت اجتماعی، حساسیت، گوش‌به‌زنگی، انتزاع‌گرایی (ذهن‌گرایی)، درون‌گرایی (رازپوشی)، **نگرانی و خودتردیدی**، گشودگی به تغییر، اتکای به خود، کمال‌گرایی، **تنیدگی**.