

تعریف روانشناسی بالینی

روانشناسی بالینی یکی از شاخه‌های رشته روانشناسی است که همچون سایر شاخه‌ها به بررسی رفتار و فرایندهای ذهنی می‌پردازد. طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا، روانشناسی بالینی شامل پژوهش، تدریس، و خدمات مرتبط با کاربرد اصول، روش‌ها، و رویه‌هایی می‌شود که دنبال فهم، پیش‌بینی، و تسکین ناسازگاری عقلانی، هیجانی، پزشکی، روان‌شناختی، اجتماعی، رفتاری، و ناتوانی و ناراحتی در جمعیت وسیعی از مراجعان در تمام رده‌های سنی هستند. تعریف فوق روی سه مورد تمرکز دارد: (۱) یکپارچگی علم بالینی و عمل بالینی، (۲) هدف تسکین رنج انسان و ترویج سلامت، (۳) کاربرد این دانش در جمعیت‌های متنوع انسانی. منظور از یکپارچگی علم و عمل بالینی این است که یک روان‌شناس بالینی باید یک پژوهش‌گر نیز باشد و ارزیابی و یکپارچه کردن شواهد علمی را نیز یاد بگیرد.

روانشناسی بالینی از جهت وسعت و گستره، رویکرد آموزشی، و میدان فعالیت‌ها - شامل پژوهش، اقدام و عمل بالینی، تدریس، مشاورت دادن، و نقش‌های اجرایی - در میان رشته‌های سلامت روان بی‌همتاست. بزرگ‌ترین نقطه قوت آن، 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. از نظر آن‌ها، رفتار محصول زیست‌شناسی و محیط، و بافت فردی و فرهنگی است.

رایج‌ترین تخصص‌های روانشناسی بالینی عبارت‌اند از: روانشناسی بالینی بزرگسال، روانشناسی بالینی کودک/نوجوان، روانشناسی سلامت. روانشناسی بالینی بزرگسال به آسیب‌شناسی روانی در افراد بالای هجده سال می‌پردازد. روانشناسی بالینی کودک/نوجوان به مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان می‌پردازد. روانشناسی سلامت بر رابطه نشانه‌ها یا ناسازگاری با جنبه‌های سلامت فیزیکی تأکید دارد. روان‌شناسان سلامت در کار با کودکان و نوجوانان، با عنوان روان‌شناسان طب کودک شناخته می‌شوند.

سایر متخصصان سلامت روان

حدود یک پنجم بزرگسالان و یک ششم کودکان بیماری روانی را تجربه می‌کنند، یعنی الگویی از رفتار، تفکر، احساس که باعث ناراحتی شخصی با اختلال معنادار در کارکرد روزانه می‌شود. اما اکثر این افراد فهم غیردقیقی از انواع حرفه‌های سلامت روان دارند، و فقط حدود ۴۱ درصد آن‌ها کمک حرفه‌ای دریافت می‌کنند. انواع از متخصصان سلامت روان وجود دارند که در زمینه سنجش و درمان مشکلات سلامت روان آموزش دیده‌اند، اما پیشینه‌های تحصیلی متفاوتی دارند و رویکردها و روش‌های متفاوتی برای شناسایی، اندازه‌گیری و درمان مشکلات سلامت روان استفاده می‌کنند. تفاوت متخصصان سلامت روان در تمرکز و تخصص و تحصیلات آن‌هاست. اکثر این حرفه‌ها مقرراتی دارند، یعنی نیازمند دریافت گواهینامه هستند.

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. در ادامه با انواع متخصصان و تفاوت آن‌ها با روان‌شناسان بالینی به طور مختصر آشنا می‌شوید، و سپس روی حرفه روانشناسی بالینی تمرکز خواهیم کرد.

● روانشناسی مشاوره

روانشناسان مشاور از لحاظ آموزش و نوع خدماتی که می‌دهند، بیشترین شباهت را به روان‌شناسان بالینی دارند؛ و بسیاری از آن‌ها درگیر فعالیت‌های مشابه هستند. اما این دو رشته از دو سنت متفاوت می‌آیند و در آموزش و تأکیدات، تفاوت‌هایی دارند. بزرگ‌ترین تمایز آن‌ها در نوع مشکلات مطرح و موضوعات پژوهش است.

روانشناسان بالینی دامنه کلی از افراد دچار مشکلات سازگاری را مطالعه و درمان می‌کنند یا کسانی که مشکلات سلامت روان اختلال معناداری در زندگی آن‌ها ایجاد کرده است. در مقابل، روان‌شناسی مشاوره برای اشاعه و ترویج سازگاری شخصی، تربیتی، شغلی و گروهی بنیان گذاشته شده است؛ و از این جهت آن‌ها با افرادی که به طور کلی سالم هستند یا مشکلات سازگاری خفیف تا متوسط دارند، کار می‌کنند. آن‌ها مثل روان‌شناسان بالینی درگیر سنجش مشکلات سلامت روان هم می‌شوند؛ اما در حالی که روان‌شناسان بالینی معمولاً مشغول سنجش تشخیصی هستند، روان‌شناسان مشاور توانایی‌های تحصیلی، علایق، شخصیت و استعداد شغلی را اندازه می‌گیرند.

● روانشناسی مدرسه

کار روان‌شناسان مدرسه شامل دانش‌آموزان، مربیان، والدین و مسئولان اجرایی می‌شود تا رشد عقلانی، اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانان محصل ارتقاء یابد. سنجش‌های روان‌شناختی و تربیتی، تدارک و ارزیابی برنامه‌های یادگیری، و مشاورت دادن به والدین و مربیان از جمله فعالیت‌های آن‌هاست. با

وجود تفاوت‌ها، شباهت‌های روان‌شناسان مدرسه با روان‌شناسان بالینی، به خصوص روان‌شناسی بالینی کودک، از تفاوت‌هایشان بیشتر است.

● روان‌پزشکی

روان‌پزشکان در راستای سنت پزشکی، مشکلات سلامت روان را دارای پایه زیست‌شناختی با علل اختصاصی می‌دانند که با رویکردهای پزشکی، مثل تجویز دارو، درمان می‌شوند. آن‌ها گرایش نسبتاً اندکی به آموزش اصول روان‌شناختی، سنجش رسمی کارکرد روان‌شناختی، و مداخلات روان‌شناختی دارای پشتوانه تجربی دارند. البته آن‌ها نقش عوامل محیطی و درمان‌های غیرروان‌پزشکی را نادیده نمی‌گیرند، اما آن‌ها را ثانوی در نظر می‌گیرند.

در مقابل، روان‌شناسان بالینی جنبه‌های شناختی، رفتاری، و اجتماعی-فرهنگی را در کنار عوامل زیست‌شناختی در نظر می‌گیرند. شاید مهم‌ترین تفاوت روان‌شناسان بالینی، آموزش بیشتر آن‌ها در زمینه علم روان‌شناختی و روش‌های تحقیق روان‌شناختی باشد. در سال‌های اخیر، همکاری بیشتری بین روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی از لحاظ نظریه و عمل دیده می‌شود. این تغییر به علت افزایش این درک ایجاد شده است که اختلالات روانی ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی هستند.

● مددکاری اجتماعی

فعالیت مددکاران اجتماعی غالباً شبیه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان است. بسیاری از آن‌ها درمان روان‌شناختی فردی و گروهی انجام می‌دهند. همچنین، به افراد، گروه‌ها یا اجتماعات یاری می‌رسانند تا با تسهیل و فراهم کردن محیط مطلوب، ظرفیت کارایی اجتماعی خود را بازابند. مددکاران اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین تأمین‌کنندگان خدمات سلامت روان در سطح ملی در انواع محیط‌ها به کار گرفته می‌شوند.

مددکاران اجتماعی تمرکز کم‌تری بر متغیرهای درون‌فردی و بین‌فردی دارند و تمرکز خیلی بیشتری بر نقش عوامل خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی در فهم آسیب‌شناسی روانی دارند. خصوصیت آن‌ها، درگیری شدید با زندگی روزمره و استرس‌های بیماران است. آن‌ها نقش فعالی دارند و در محیط‌های زندگی بیماران حاضر می‌شوند. آن‌ها بیشتر به مسائل عملی زندگی می‌پردازند، تا تصمیم‌های نظری انتزاعی بر اساس یک مورد خاص.

● مشاور حرفه‌ای گواهینامه‌دار

این افراد برای کار با افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها آموزش می‌بینند تا مشکلات و اختلالات روانی، رفتاری، و هیجانی، مثل اختلالات مصرف مواد، را درمان کنند. در این نوع مشاوره، رویکرد می‌تواند متغیر باشد؛ اما آن‌ها معمولاً به اجرای فنون روانی-تربیتی می‌پردازند. برنامه‌های مشاوره از نظر تأکید بیشتر بر مهارت‌های گوش دادن و تصمیم‌گیری، به جای استفاده از درمان‌های دارای پشتوانه علمی برای کاهش نشانه‌های بیماری، بی‌همتا هستند. در نیروی کار سلامت روان ایالات متحده، این مشاوران بیش از هر متخصص دیگری دیده می‌شوند.

● روان‌پرستاری

شامل پرستارانی است که با افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و اجتماعات برای سنجش نیازهای سلامت روان کار می‌کنند. آن‌ها گاهی تشخیص‌گذاری و درمان نیز انجام می‌دهند، و گاهی خدمات مراقبت‌های اولیه می‌دهند. در برخی ایالت‌های آمریکا آن‌ها حق تجویز دارو دارند. مهارت‌های آن‌ها با روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان همپوشی زیادی دارد. همچنین، چون آن‌ها زمان زیادی در تماس نزدیک با بیمار هستند، نقش مهمی در ایجاد محیط مناسب درمان بخش دارند.

● زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی

درمان‌گران زوج و خانواده، در زمینه روان‌درمانی و نظام‌های خانواده آموزش دیده‌اند و به تشخیص و درمان مشکلات روانی، رفتاری، و هیجانی در بافت ازدواج، روابط، و نظام‌های خانواده می‌پردازند. در حالی که در درمان روان‌شناختی سنتی بر فرد تمرکز می‌شود، این درمان‌گران بر رفتار فرد در جریان روابط یک زوج یا خانواده تمرکز می‌کنند.

● روان‌شناسی

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.

● سایر موارد

پیرا حرفه‌ای‌ها و عناوین مشابهی مثل دست‌یار روان‌پزشک، معمولاً در سطح کارشناسی یا در همین سطح آموزش دیده‌اند؛ و صلاحیت اجرای شکل خاصی از

درمان یا مراقبت برای جمعیتی خاص را دارند. این افراد بخشی از تیم درمان هستند و تحت نظر حرفه‌ای‌ها فعالیت می‌کنند.

اکثر متخصصان و پیرامتخصصانی که تا اینجا به آن‌ها اشاره شد، شروط تحصیلی خاص و شروط گواهینامه را برآورده کرده‌اند. اما عناوینی مثل **روان‌درمان‌گر و مربی زندگی**، مقررات دولتی ندارند و تقریباً هر کسی می‌تواند تحت این عناوین خدمات بدهد.

درمان‌های مکمل و جایگزین (طب جایگزین) شامل تخصص‌هایی از جمله هومئوپاتی، رفلکس‌شناسی، رایحه‌درمانی و فنون شفای روحی هستند. این درمان‌ها که عمدتاً شاخص‌های کیفیت حرفه‌ای را ندارند، تجارب تنی یا حسی را با مداخلات روان‌شناختی، اجتماعی یا روحی ترکیب می‌کنند. آن‌ها معمولاً کارشان را در چهارچوب «**سنت کل‌نگر**» ارائه می‌کنند که بر یکپارچگی ذهن، بدن و روح تأکید دارد.

خصوصیات روان‌شناسان بالینی

یکی از بارزترین خصوصیات روان‌شناسان بالینی، **نگرش بالینی** است. نگرش بالینی عبارت است از گرایش به ترکیب دانش حاصل از پژوهش درباره رفتار انسان و فرایندهای ذهنی به طور اعم، با تلاش‌ها در زمینه سنجش و درمان انفرادی برای فهمیدن یک شخص خاص و درمان او.

همچنین، روان‌شناسان بالینی باید **نگرش علمی** داشته باشند، یعنی از رویکردهای علمی در فهم ناراحتی روان‌شناختی استفاده کنند. مؤثرترین روان‌شناسان بالینی کسانی هستند که با استفاده از بهترین شواهد موجود حاصل از مطالعات علمی دقیق، به دیگران کمک کنند.

داشتن **تفکر علمی** از خصوصیات کلیدی روان‌شناسان بالینی است. تفکر علمی، تفکری است که کمک می‌کند خطای خود در نتیجه‌گیری از شواهد را به حداقل برسانیم و ابزاری برای جبران سوگیری‌های شخصی فراهم می‌کند. تفکر علمی باعث تفسیر متفکرانه شواهد پژوهشی، کاربرد پژوهش در عمل بالینی، باز بودن همیشگی ذهن به امکان نتیجه‌گیری‌های اشتباه، و لزوم سازگاری می‌شود.

از آنجا که فعالیت روان‌شناسان بالینی پیامدهای شخصی و بین‌فردی مهمی دارد، داشتن یک سری **خصوصیات شخصی** بسیار اهمیت دارد. از جمله این صفات عبارت‌اند از باهوش، صادق، علاقه‌مند به مردم، دارای مهارت‌های خوب در زمینه ارتباط میان‌فردی، اهل همدلی و دارای کنجکاوی عقلانی.

فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی

فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی عبارت‌اند از: مداخله، سنجش/تشخیص، پژوهش، تدریس، نظارت بالینی، مشورت دادن، امور اجرایی. طبق نظرسنجی انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۲۰۱۵ (به نقل از کرامر) زمان صرف‌شده برای فعالیت‌های حرفه‌ای به ترتیب شامل این موارد است: سنجش و درمان، امور اجرایی، پژوهش و تدریس، نظارت، مشورت دادن، سایر فعالیت‌ها.

● مداخله

روان‌درمانی، رایج‌ترین فعالیت **روان‌شناسان بالینی** است. درمان شامل مداخلات طراحی‌شده‌ای است که به درک و حل مشکلات روان‌شناختی افراد کمک می‌کند. درمان در اکثر موارد در قالب یک رابطه دوفره رخ می‌دهد، اما زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی، والدآموزی و گروه‌درمانی نیز بسیار رایج هستند.

درمان‌های روان‌شناختی از لحاظ تاریخی به دنبال **کسب بینش** درباره خاستگاه‌های مشکلات فرد یا اهدافی که رفتار نامطلوب برآورده می‌کنند، بوده‌اند. درمان عمدتاً شامل **رابطه بین مراجع و درمان‌گر** بود و طوری طراحی می‌شد که جوی سرشار از اعتماد برای کمک به حل مشکلات مراجع حاکم شود.

اما مداخلات روان‌شناختی معاصر را پژوهش‌هایی هدایت می‌کنند که **یادگیری و تمرین مهارت‌های خاص** را برای کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری مفیدتر می‌دانند؛ از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری که در یک قالب ساختارمند به مراجع کمک می‌کنند شیوه‌های سالم‌تر تفکر و رفتار را یاد بگیرد. درمان گاهی اهداف وسیعی دارد و شامل تغییرات بزرگ در رفتار می‌شود؛ گاهی هم فقط به یک نوع نشانه خاص رسیدگی می‌کند.

● سنجش

سنجش شیوه‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات درباره افراد است که در قالب‌های مختلف شامل **مشاهده، آزمون، و مصاحبه** صورت می‌گیرد. سنجش تشخیصی جهت فهم مشکل برای اجرای یک درمان مؤثر، و همچنین گروه‌بندی افراد برای مقاصد پژوهشی اهمیت دارد.

● پژوهش

پژوهش بالینی شامل جمع‌آوری و تحلیل شواهد مرتبط با اختلال، سنجش و درمان است. آنچه در آغاز رشته روان‌شناسی بالینی تسلط داشت، پژوهش بود نه خدمات‌رسانی. گرچه امروزه برعکس شده است، اما پژوهش همچنان نقش حیاتی دارد.

پژوهش بالینی **وجه متمایز روان‌شناسان بالینی** از دیگر تأمین‌کنندگان خدمات بهداشتی است. آن‌ها از این جهت که به عنوان درمان‌گر و دانشمند آموزش می‌بینند، و به **ترکیب پژوهش و عمل بالینی** می‌پردازند، در میان متخصصان سلامت روان بی‌همتا هستند. روان‌شناسان بالینی از طریق پژوهش، استثنایی‌ترین و مهم‌ترین مساعدت‌هایشان را به خرج می‌دهند.

در عصر پیشا علمی، نظریه و عمل در روان‌درمانی عمدتاً مبتنی بر موردپژوهی، برداشت‌های ذهنی و پژوهش‌های نه‌چندان دقیق بود. اما امروزه در عصر آزمایشی، نتیجه‌گیری‌ها درباره تأثیرات درمان بر اساس پژوهش‌های دقیق صورت می‌گیرد. البته قدرت نهایی این نتیجه‌گیری‌ها به تکرارپذیری پژوهش‌های بالینی توسط پژوهش‌گران مستقل بستگی دارد.

● تدریس و نظارت بالینی

برخی روان‌شناسان بالینی مناصب تمام‌وقت یا پاره‌وقت دانشگاهی دارند و به آموزش روش‌های مختلف سنجش و درمان می‌پردازند. حتی کسانی که به درمان‌گری مشغول هستند، گاهی به تدریس کلاس‌های رسمی و غیررسمی به دیگر کارکنان حوزه سلامت روان و دیگر افراد مبادرت می‌ورزند. به خصوص درمان‌گران شناختی-رفتاری، به تدریس شیوه‌های تفکر و رفتار انطباقی‌تر به مردم می‌پردازند. همچنین، تدریس می‌تواند به شکل نظارت بالینی باشد، که شامل کار یک به یک نزدیک با یک فرد یا گروه کوچکی از کارآموزان در زمینه سنجش و درمان است.

● مشورت دادن و امور اجرایی

مشورت دادن شامل تعلیم و تربیت، توصیه دادن، سنجش، درمان، ارزیابی و خدمات حل اختلاف است که برای طیف گسترده‌ای از افراد و سازمان‌ها رخ می‌دهد. مشورت دادن به شکل‌های مختلفی صورت می‌گیرد. در **مشورت موردی**، روان‌شناس روی یک مراجع یا مشکل سازمانی خاص تمرکز دارد، و یا با آن برخورد مستقیم می‌کند، یا در مورد بهترین شیوه رسیدگی به آن توصیه‌هایی می‌کند. در **مشورت برنامه‌گرا یا اجراگرا**، روان‌شناس روی جنبه‌هایی از کار یا ساختار سازمانی که مشکل‌ساز هستند، کار می‌کند. این نوع مشورت، همپوشی زیادی با کار روان‌شناسان صنعتی/سازمانی دارد. اکثر روان‌شناسان بالینی بخشی از وقت خود را صرف تکالیف اجرایی، مثل مدیریت اسناد مراجع، می‌کنند؛ اما عده‌ای مسئول اجرایی تمام وقت هستند، مثل مدیریت مراکز بحران. روان‌شناسان بالینی به دلیل آموزش در زمینه فهم رفتار انسان و مهارت‌های روابط انسانی، می‌توانند مدیران و مسئولان اجرایی خوبی در سازمان‌ها باشند.

علم و عمل بالینی

همان‌طور که دیدیم، تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا از روان‌شناسی بالینی، **علم بالینی و عمل بالینی** را در بر می‌گرفت. اما این تعریف، چگونگی یکپارچه کردن علم و عمل بالینی را روشن نمی‌کند. پاسخ به این سؤال، بر موارد مختلفی از جمله مدل‌های آموزش روان‌شناسان بالینی تأثیر می‌گذارد. بر اساس مفهوم «**عمل شواهدبنیان**» (evidence-based practice) که به عنوان سیاست رسمی انجمن روان‌شناسی آمریکا اعلام شده است، روان‌شناس بالینی باید تصمیمات علمی خود در مورد مراجع را بر اساس بهترین ترکیب از این سه عنصر استوار سازد: (۱) **بهترین شواهد موجود**، (۲) **قضاوت و تجربه شخصی درمان‌گر**، (۳) **خصوصیات، ترجیحات، و نیازهای مراجع**. باید به خاطر داشت که ارزش شواهد علمی نه‌تنها به کیفیت پژوهش - یعنی **اعتبار درونی** - بلکه به کاربردپذیری گسترده‌تر شواهد - یعنی **اعتبار بیرونی** - بستگی دارد.

عمل شواهدبنیان، شامل تفکر علمی درباره پژوهش می‌شود که از ویژگی‌های کلیدی روان‌شناسان بالینی است. **تفکر علمی**، طرز فکری است که کمک می‌کند خطا در نتیجه‌گیری از شواهد را به حداقل برسانیم. برای مثال، روان‌شناس بالینی از خود می‌پرسد: «در حمایت از این ادعا چه شواهدی موجود است؟ با توجه به شواهد موجود، معقول‌ترین نتیجه‌گیری کدام است؟» بنابراین، روان‌شناس در عین توجه به شواهد آزمایشگاهی، اهمیت سایر منابع شواهد از جمله تجربه بالینی و ارزش‌ها و ترجیحات مراجع را هم در نظر می‌گیرد.

اختلاف‌نظرهایی بین روان‌شناسان در زمینه مهم‌ترین عنصر در عمل شواهدبنیان وجود دارد. اکثر دانشمندان روان‌شناسی که عضو انجمن روان‌شناسی بالینی نیستند، به شواهد حاصل از پژوهش بالینی تأکید دارند. کرامر معتقد است **هر دو تجربه بالینی و شواهد تجربی دو عنصر مهم در ارزیابی و مداخله بالینی هستند، اما تأکید بر شواهد تجربی است**. تجربه بالینی نقطه شروع ارزشمندی برای تولید فرضیه است، اما این فرضیه‌ها باید در کارآزمایی‌های بالینی بررسی شوند. تأکید صرف بر تجربه و شهود بالینی به نتیجه‌گیری نادرست منجر می‌شود.

مدل‌های آموزش روان‌شناسی بالینی

تصمیم‌گیری درباره ترکیب علم و عمل بالینی آشکارا بر طرز آموزش دانشجویان روان‌شناسی بالینی تأثیر می‌گذارد که به مدل‌های مختلف آموزش منجر شده است. در ادامه به سه مدل آموزشی می‌پردازیم.

● مدل دانشمند-درمان‌گر یا مدل بولدر (scientist-practitioner model)

«**مدل دانشمند-درمان‌گر**» حاصل کنفرانسی در زمینه رویکردهای بهینه آموزش روان‌شناسان بالینی در شهر بولدر بود، و به همین دلیل به آن «**مدل بولدر**» هم گفته می‌شود. این کنفرانس به اهمیت رابطه متقابل قابلیت‌ها در **علم و عمل بالینی** در رشته روان‌شناسی بالینی متمرکز بود. این مدل به عنوان **راهنمای**

اصلی آموزش تا این زمان عمل کرده است.

این مدل به طور خلاصه می‌گوید: (۱) روان‌شناسان بالینی آموزش خود در گروه‌های دانشگاهی را دنبال خواهند کرد. (۲) به قابلیت در سنجش و درمان روان‌شناختی خواهند رسید. (۳) به عنوان پژوهش‌گر آموزش خواهند دید. (۴) دوره‌ی انترنی بالینی را خواهند گذراند. (۵) پایان آموزش آن‌ها اخذ «**مدرک دکتری فلسفه**» (Ph.D) خواهد بود که با ارائه‌ی رساله‌ی دکتری به پایان می‌رسد.

تمرکز بر **ترکیب علم و عمل** یک موضوع مهم در روان‌شناسی بالینی و تمایز آن از دیگر رشته‌های مراقبت بهداشتی است. آرمان مدل بولدر، برقراری پیوند نظام‌مند بین **مهارت‌های بالینی و تجربی‌گرایی منطقی علم** بود. طبق این مدل، درمان‌گر در عین عمل و اقدام، با انجام پژوهش‌های علمی یا مطالعه و نقد آن‌ها، در بدنه‌ی دانش بالینی مشارکت می‌کند، و صرفاً پذیرنده‌ی اطلاعات نیست.

این مدل در عمل بیش از آنکه یک حالت ذهنی باشد، کاهش کمی فعالیت‌های روزانه است. منظور این نیست که بالین‌گر نیمی از وقت خود را صرف عمل بالینی و نیم دیگر را صرف پژوهش کند. برخی عمدتاً کار بالینی و برخی عمدتاً کار پژوهشی می‌کنند. ولی بالین‌گران نباید آموزش پژوهشی را کنار بگذارند و پژوهش‌گران نیز نباید بنیان بالینی خود را نادیده بگیرند.

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 ترجمه‌ی نتایج پژوهش به توصیه‌های عملی برای درمان‌گران و سازمان‌های خدماتی آماده شود. طبق پروژه دلاور، آموزش روان‌شناسان بالینی در زمینه‌ی علم روان‌شناختی پایه (مثل روان‌شناسی شناختی) ضرورت دارد تا این پژوهش‌گران بتوانند با روان‌شناسان سایر حیطه‌ها همکاری کنند.

● مدل درمان‌گر-محقق یا مدل ویل (practitioner-scholar model)

در کنفرانسی که در شهر ویل برگزار شد، یک مدل جایگزین برای مدل دانشمند-درمان‌گر خلق شد؛ که «**مدل درمان‌گر-محقق**» یا «**مدل ویل**» نامیده شد. این مدل تأکید اصلی را بر **عمل بالینی** می‌گذاشت و تأکید کمتری بر علم داشت. این مدل بیان‌گر نیاز به تأکید بر خصایص شخصی آدم‌ها به جای توانایی آن‌ها برای اجرای پژوهش علمی بود.

بسیاری از دانشگاه‌ها قبول نداشتند که بدون آموزش پژوهش و روش‌های علمی بتوان مدرک Ph.D ارائه کرد. از این جهت یک مدل دکتری جدید متناسب با مدل ویل خلق شد که «**مدرک دکتری روان‌شناسی**» (Psy.D) نامیده شد. ویژگی این مدرک، تأکید بر پرورش **مهارت‌های بالینی** و کاهش نسبی تأکید بر قابلیت پژوهشی بود. همچنین، یک سری مؤسسات به نام «**دانشکده‌های حرفه‌ای روان‌شناسی**» این مدرک را ارائه کردند.

● مدل دانشمند بالینی (clinical scientist model)

مک‌فال یک فراخوان برای اعاده‌ی علم روان‌شناسی نوشت که «**بیانیه علم روان‌شناسی**» نامیده شد. او در این بیانیه اظهار کرد **روان‌شناسی بالینی علمی**، تنها شکل مشروع و توانمند روان‌شناسی بالینی است. هدف اصلی برنامه‌های آموزشی باید تولید قابل‌ترین **دانشمندان بالینی** باشد. از نظر او خدمات روان‌شناسی باید حداقل چهار شرط داشته باشند: طبیعت دقیق خدمات باید به طور وضوح توصیف شود؛ فواید مورد ادعای آن خدمات باید به طور واضح بیان شود؛ فواید مورد ادعا باید از لحاظ علمی اعتباریابی شوند؛ باید اثرات جانبی منفی به طور تجربی رد شوند.

این بیانیه به شکل‌گیری «**آکادمی علم روان‌شناسی بالینی**» منتهی شد. این آکادمی وابسته به «انجمن علم روان‌شناسی» است. اهداف اولیه‌ی این آکادمی عبارت‌اند از آموزش دانشمندان بالینی، پیشبرد پژوهش و نظریه علم بالینی، پرورش منابع و فرصت‌ها برای آموزش و پژوهش، کاربرد علم بالینی در ارتباط با مشکلات انسان، اشاعه علم بالینی به دیگر دانشمندان و گروه‌ها.

این آکادمی به «**مدل دانشمند بالینی**» در آموزش تأکید دارد که شامل آموزش **روش‌های تجربی پژوهش و یکپارچه‌سازی پژوهش و کار بالینی** است. خط تیره در مدل دانشمند-درمان‌گر به این معناست که فرد می‌تواند دانشمند یا درمان‌گر و در برخی موارد هر دو، باشد. مدل دانشمند بالینی این خط تیره را برمی‌دارد، به این معنی که اصول علمی و دانش باید به تمام جنبه‌های تحصیلات تکمیلی وارد شود؛ و دانشجویان باید در زمینه سنجش و فنون شواهدبنیان آموزش دقیق ببینند.

التقاط‌گرایی و یکپارچگی

اکثر روان‌شناسان بالینی در عمل، پژوهش و تدریس، تحت برنامه‌هایی آموزش می‌دیدند که بر یک جهت‌گیری نظری عمده، مثل روان‌پویشی، تأکید داشت. اما اتخاذ این رویکرد «**نظریه‌بنیان**» به آموزش بالینی اشکالاتی دارد، از جمله نادیده گرفتن پشتوانه پژوهشی و نظری سایر رویکردها. امروزه، بسیاری از روان‌شناسان بالینی یا اکثر آن‌ها رویکرد «**التقاط‌گرایی**» را ترجیح می‌دهند، یعنی به کارگیری فنون مکاتب مختلف که بر اصول «**شواهدبنیان**» مبتنی هستند. بین التقاط‌گرایی فنی و نظری تفاوت وجود دارد. در «**التقاط‌گرایی فنی**» از یک موضع نظری اصلی برای تبیین اختلال استفاده می‌شود، اما از فنون مفید سایر مدل‌های نظری نیز استفاده می‌شود. در «**التقاط‌گرایی نظری**» یک گرایش نظری واضح و منسجم وجود ندارد و از فنون مختلف استفاده می‌شود. التقاط‌گرایی

فنی برای دانشمندان بالینی خوشایندتر است.

التقاط‌گرایی رابطه‌ی نزدیکی با مفهوم «یکپارچگی روان‌درمانی» دارد، که شامل ترکیب نظام‌مند عناصر نظریه‌های مختلف روان‌شناسی بالینی است. به طور خلاصه، بهتر است به جای جدا کردن سفت و سخت رویکردها، آن‌ها را به شیوه‌های معقول ترکیب کنیم. با رویکردهای درمانی التقاطی و یکپارچه‌نگر در فصل مربوطه آشنا خواهید شد.

اخلاق در روان‌شناسی بالینی

آیین‌نامه‌ی اخلاقی روان‌شناسان، توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا منتشر شده است و چندین بار بازنگری شده است. آخرین آیین‌نامه با عنوان «اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامه‌ی رفتاری»، پنج اصل عمومی و معیارهای اخلاقی اختصاصی در زمینه‌ی انواع فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی دارد. 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 اخلاقی

اصول عمومی عبارت‌اند از:

نیکوکاری و عدم بدسرشتی (beneficence and nonmaleficence): روان‌شناسان سعی می‌کنند به کسانی که به آنان خدمت می‌کنند، نفع برسانند و به آن‌ها لطمه نزنند.

وفاداری و مسئولیت‌پذیری (fidelity and responsibility): روان‌شناسان در قبال جامعه مسئولیت حرفه‌ای و علمی دارند و روابطی برقرار می‌کنند که مشخصه‌ی آن، اعتماد است.

درستی (integrity): روان‌شناسان در تمام فعالیت‌هایشان درصدد رعایت دقت، صداقت، و درستی هستند.

عدالت (justice): تمام اشخاص مستحق دسترسی به حرفه‌ی روان‌شناسی و انتفاع از این رشته هستند. روان‌شناسان باید سوگیری‌ها و مرزهای قابلیت‌شان را بشناسند.

احترام به حقوق و شأن انسان: روان‌شناسان به حقوق و شأن آدم‌ها احترام می‌گذارند و از این حقوق دفاع می‌کنند.

● معیارهای اخلاقی اختصاصی

- قابلیت (competence)

روان‌شناسان بالینی باید در محدوده‌ی قابلیت‌شان عمل کنند. این موضوع چند نکته تلویحی دارد: (۱) آن‌ها باید معرف دقیق آموزش خود باشند و خود را عملاً درست معرفی کنند. (۲) نباید از رویه‌های سنجش و درمانی که آموزش و نظارت درباره‌ی آن ندیده‌اند، استفاده کنند. (۳) باید نسبت به تأثیرپذیری درمان یا سنجش از جنسیت، قومیت و نژاد، سن، گرایش جنسی، دین، ناتوانی، و پایگاه اجتماعی-اقتصادی حساس باشند. (۴) باید با تأثیر ناخوشایند مشکلات شخصی در رویارویی با مراجع مقابله کنند.

یک سؤال که در زمینه‌ی قابلیت پیش می‌آید، این است که اگر یک روان‌شناس در زمینه‌ی موردنیاز مراجع قابلیت کافی نداشته باشد، اما تأمین‌کننده‌ی دیگری نیز در دسترس نباشد، آیا ارائه نکردن مراقبت بهتر است؟ این سؤال را می‌توان اینطور پاسخ داد که اگر روان‌شناس مرزهای قابلیت خود را به وضوح بیان کند و رضایت آگاهانه‌ی مراجع را دریافت کند، می‌تواند تحت نظر همکارانی که قابلیت دارند، خدماتی را ارائه کند.

در زمینه‌ی روش‌های جدید برای ارائه‌ی توصیه‌های حرفه‌ای از طریق رسانه‌هایی مثل اینستاگرام، سؤالاتی در مورد قابلیت مطرح شده است. یک اصل اخلاقی در گذشته این بود که: «ارائه‌ی خدمات روان‌شناختی با هدف تشخیص، درمان یا سنجش فردی مستقیم یا غیرمستقیم از طریق روش‌هایی مثل سخنرانی و رسانه‌ها غیراخلاقی است»؛ چون توصیه‌ی حرفه‌ای یک امر فردی است و باید متناسب با فرد ارائه شود. بازنگری بعدی بیان کرد که اگر این موارد به شکل «توصیه یا اظهارنظر» و نه درمان، باشند، مجاز هستند.

- حریم و رازداری (confidentiality)

رازداری، محور رابطه‌ی مراجع-روان‌شناس است. بالین‌گران باید در مورد مسائل مربوط به رازداری روشن و باز عمل کنند و شرایط نقض آن را بدانند. رازداری محدودیت‌هایی دارد که حتی اگر خلاف میل مراجع باشد، روان‌شناس ملزم به رعایت آن است. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: (۱) آسیب مراجع به دیگران: کسی در معرض خطر جدی فوری و قریب‌الوقوع باشد؛ (۲) آسیب دیگران به مراجع: مراجع مورد آسیب و انواع بدرفتاری قرار گرفته باشد؛ (۳) آسیب مراجع به خود: احتمال داشته باشد که مراجع به زودی اقدام مرگ‌باری علیه خود انجام دهد؛ (۴) کار با کودک و نوجوان.

پرونده تاراسوف، یک پرونده مربوط به موردی بود که در آن، مراجع فردی را به قتل رساند، و روان‌شناس به دلیل کوتاهی در اطلاع‌رسانی درباره احتمال خشونت مراجع، محکوم شد. 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.

در مواردی که مراجع مورد سوء رفتار و غفلت قرار گرفته است، روان‌شناسان موظف به گزارش آن هستند. اغلب، مددکاران اجتماعی هستند که درباره تأمین امنیت قربانی، تصمیم‌گیری می‌کنند. گزارش سوء رفتار وقتی مراجع خواهان آن نیست، چالش‌انگیز خواهد بود. برخی از آن‌ها احساس خیانت می‌کنند و غالباً در این موارد، برای ترمیم رابطه روان‌شناس-مراجع کار چندانی نمی‌توان کرد.

یک قانون‌گذار به نام پیکر، لایحه‌ای با این مضمون ارائه کرد که مراجع دارای گرایش به خودکشی باید به اجبار جهت ارزیابی روان‌پزشکی اضطراری فرستاده شود. این قانون با عنوان «**قانون بیکر**» تصویب شده است. روان‌شناسان باید پیوسته گرایش به خودکشی را بررسی کنند، و تلاش‌هایی جهت کاهش احتمال آن انجام دهند، مثل بستن قرارداد با مراجع. فقط وقتی روان‌شناس تعیین کند خطری جدی مراجع را تهدید می‌کند، و پس از انجام تمام تلاش‌ها برای اطمینان از امنیت مراجع، به دنبال اجرای قانون بیکر می‌رود.

رازداری در کار با کودکان و نوجوانان می‌تواند بسیار چالش‌انگیز باشد، چون آن‌ها درباره به اشتراک گذاشتن اطلاعات خصوصی‌شان با والدین نگران هستند. اکثر قوانین از رازداری درباره افراد زیر شانزده سال حمایت نمی‌کنند، اما کودک و نوجوان نیز باید از حق رازداری برخوردار باشند. روان‌شناس برای والدین توضیح می‌دهد که رازداری به ایجاد اعتماد جهت درمان موفقیت‌آمیز فرزندشان کمک می‌کند، ولی به آن‌ها اطمینان دهد مسائل تهدیدآمیز را فوراً به آن‌ها اطلاع خواهد داد.

- رابطه با مراجع

گاهی صلاح مراجع در این است که روان‌شناس از کار با او امتناع ورزد. این می‌تواند چند دلیل داشته باشد: (۱) روابط دوطرفه که نوعی وابستگی و رابطه با مراجع در بیرون از بافت درمان است. مصادیقی از رابطه دوطرفه عبارت‌اند از: استخدام مراجع، فروختن چیزی به او، دوست شدن با او، برقراری روابط خانوادگی، داشتن آشنایان مشترک، خدمات‌رسانی متقابل در قالب درمان‌گر و معلم، درخواست خدمات حرفه‌ای از مراجع در ازای درمان. (۲) وقتی درمان دیگر به مراجع کمک نکند؛ مثل زمانی که بهبود صورت گرفته است و درمان نیازی نیست، یا زمانی که درمان با تشخیص همخوان نیست.

- رضایت آگاهانه

اولین گام در هر تعاملی با روان‌شناس بالینی، معمولاً بحث اخلاقی درخواست رضایت آگاهانه از مراجع برای شروع درمان است. روان‌شناسان غالباً از فرایند رضایت آگاهانه، به عنوان فرصتی برای ساختن رابطه درمانی استفاده می‌کنند.

دیدگاه چندفرهنگی

آیین‌نامه اخلاقی در اصول و معیارهای خود به موضوعاتی مثل **تنوع، شمول و چندفرهنگ‌گرایی** نیز می‌پردازد. برای مثال، احترام به شأن و حقوق انسان‌ها، نیاز به آگاهی از تفاوت‌های فردی و فرهنگی دارد. روان‌شناس باید مطمئن شود که قابلیت کار با جمعیت‌های مختلف را دارد و از روش‌های متناسب با آن‌ها استفاده کند. پژوهش نشان می‌دهد تحقیقات معطوف به گروه‌های فرهنگی خاص، از تحقیقات معطوف به گروه‌های ناهمگن مؤثرتر هستند.

روان‌شناسان باید نسبت به تفاوت‌های فرهنگی در نشانه‌ها و بروز اختلالات روانی حساس باشند. برای مثال، اعضای فرهنگ آسیایی بیشتر احتمال دارد ناراحتی روانی را به شکل نشانه‌های بدنی بی‌دلیل، و نه گزارش افسردگی یا اضطراب، بروز دهند. پاسخ به درمان و تمایل به جستجوی کمک روان‌شناختی نیز تحت تأثیر فرهنگ و قومیت تغییر می‌کند.

داشتن یک دیدگاه چندفرهنگی، نیازمند وجود روان‌شناسانی با پیشینه و دیدگاه‌های متنوع است. در گذشته، روان‌شناسی بالینی تحت سیطره مردان سفیدپوست بود؛ اما در سال‌های اخیر شاهد وارونگی و افزایش تنوع نیروی کار روان‌شناسی بالینی از لحاظ مشخصه‌هایی همچون نژاد، قومیت و گرایش جنسی هستیم. در سال ۲۰۲۱ انجمن روان‌شناسی آمریکا یک عذرخواهی رسمی تحت این عنوان منتشر کرد: «نقش انجمن روان‌شناسی آمریکا در ترویج، تداوم و به چالش کشیدن نژادپرستی، تبعیض نژادی و سلسله‌مراتب انسانی در ایالات متحده آمریکا.» به دنبال این عذرخواهی، برنامه‌ای عملی منتشر شد که سرآغاز برچیدن نژادپرستی نظام‌مند بود. تمرکز بر تفاوت‌ها در تجربه جنسیتی، فرهنگ، قومیت، نژاد، گرایش جنسی، توانایی، دین، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، و سایر ابعاد باعث شده است چهارچوبی چندفرهنگی برای رشته روان‌شناسی بالینی تدارک دیده شود.

محیط مراقبت‌های بهداشتی

در سال‌های اخیر، تغییر در قوانین مراقبت‌های بهداشتی بر کار روان‌شناسان بالینی تأثیرگذار بوده است. در گذشته شرکت‌های بیمه به مشکلات سلامت



روان کمتر از سایر مشکلات بهداشتی توجه می‌کردند. دلایلش تا حدودی این بود که مشکلات روان‌شناختی را در حوزه مسئولیت شخصی می‌دانستند و اینکه تعریف مشکلات روان‌شناختی سخت‌تر از مشکلات پزشکی است. با کم‌رنگ شدن انگ اختلال روانی، امروزه بر «**قانون تساوی سلامت روان**» تأکید می‌شود، یعنی الزامی قانونی مبنی بر اینکه بیمه‌گرهای سلامت باید درمان اختلالات روانی را به اندازه اختلالات فیزیکی پوشش دهند.

یکی دیگر از مصادیق تأثیر قوانین مراقبت‌های بهداشتی بر روان‌شناسی بالینی، «**رویکرد مراقبت مدیریت‌شده**» است. طبق این رویکرد، شرکت بیمه (سازمان ثالث) در مواردی مثل انتخاب نوع درمان و طول درمان تأثیر می‌گذارد، و بر اساس اصول کسب‌وکار، نه قضاوت روان‌شناس، به تصمیم‌گیری درمانی می‌پردازد. بنابراین، روان‌شناس مجبور می‌شود که خود را با شرایط شرکت بیمه تطبیق دهد. این رویکرد اثرات مثبتی نیز دارد، از جمله ایجاد انگیزه برای پژوهش در زمینه مؤثرترین درمان‌ها، تشویق درمان‌گران به ارزیابی دقیق نتیجه درمان و پیشرفت مراجع، و تأکید بر پیش‌گیری. این موارد در عین بهبود بهزیستی مراجع باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود.

تغییر دیگر در محیط مراقبت بهداشتی، روش‌های جدید ارائه خدمات درمانی است. روش اولیه ارائه خدمات روان‌شناختی، روان‌درمانی انفرادی رودرو است؛ اما برخی شک دارند که این نظام مؤثرترین و کاراترین نظام باشد. اکثر کسانی که محتاج خدمات روان‌شناختی هستند، این خدمات را دریافت نمی‌کنند. از جمله مواردی که امروزه می‌تواند باعث افزایش استفاده از این خدمات شود، «**درمان از راه دور**» از طریق فناوری است.

تاریخچه فعالیت‌های روان‌شناسی بالینی

قدیمی‌ترین نمونه فعالیتی که شبیه روان‌شناسان بالینی امروز باشد، به «**جمع‌شناسی**» برمی‌گردد، که شامل مطالعه صفات شخصیت از طریق مشاهده اندازه، شکل، و برجستگی‌های جمجمه بود. در همان دوران، درمان مشکلات هیجانی و رفتاری با استفاده از مغناطیس توسط میسر نیز شهرت داشت. روان‌شناسان دانشگاهی این روش‌ها را غیرعلمی می‌دانستند، گرچه دغدغه اختلالات روانی را نداشتند. دو رشته در حال توسعه شامل روان‌پزشکی و عصب‌شناسی بر اختلالات روانی متمرکز بودند، از جمله فروید که روان‌کاوی را بنیان گذاشت.

ویتور را پدر روان‌شناسی بالینی نوین می‌دانند. او اولین درمان‌گاه روان‌شناختی را دایر کرد که به کودکان دچار ناتوانی یادگیری اختصاص داشت. همچنین، اولین مجله روان‌شناسی بالینی را راه‌اندازی کرد، که در آن اصطلاح «**روان‌شناسی بالینی**» به عنوان «مطالعه افراد از طریق مشاهده یا آزمایش‌گری به قصد دامن زدن به تغییر» را باب کرد.

پس از اینکه ارتش آمریکا در جریان جنگ جهانی اول، روان‌شناسان را مأمور طراحی ابزارهایی برای هوش‌آزمایی در نیروهای ارتش کرد، راه روان‌شناسان بالینی به سوی عرصه سلامت روان هموارتر شد. نتایج این مأموریت، ساخت دو آزمون آلفا و بتای ارتش بود، که به ترتیب مهارت‌های کلامی و غیرکلامی را می‌سنجید. در نتیجه موفقیت این آزمون‌ها، سنجش به فعالیت اولیه روان‌شناسان بالینی مبدل شد.

پس از جنگ جهانی دوم، روان‌شناسان این بار برای رسیدگی به نشانه‌های ضربه روانی در سربازان فراخوانده شدند؛ و شرایطی برای اجرای برنامه‌های آموزش دکتری روان‌شناسان بالینی فراهم شد. این قضیه، به افزایش تعداد متخصصان در این رشته منتهی گردید.

روان‌شناسان بالینی دانشگاهی پیش‌رو در کنفرانس بولدر، «مدل دانشمند-درمان‌گر» (مدل بولدر) را برای مطالعات تحصیلات تکمیلی مطرح کردند، که به آموزش در دو زمینه روان‌درمانی و پژوهش تأکید داشت. سپس، در کنفرانس ویل، «مدل درمان‌گر-محقق» (مدل ویل) مطرح شد که به تمرکز انحصاری‌تر بر عمل بالینی تأکید داشت.

یک تحول مهم در حیطه روان‌شناسی بالینی در سال‌های گذشته، تأکید بر «عمل شواهدبنیان» بوده است، که بهترین پژوهش‌های موجود را با تخصص بالینی در بافت خصوصیات بیمار، فرهنگ و ترجیحات او یکپارچه می‌کند. حیطه دیگر روبه‌رشد در روان‌شناسی بالینی، شاخه فرعی «**روان‌شناسی سلامت**» است، که به فهم نقش عوامل روان‌شناختی، رفتاری، عصب‌شناختی و فرهنگی در سلامت فیزیکی و بیماری می‌پردازد. همچنین، مدل آموزشی سومی به نام «مدل علم بالینی» ظاهر شده است که بر آموزش در علم روان‌شناسی تأکید دارد.

دیگر تحولات جدید عبارت‌اند از: افزایش و گسترش آموزش چندفرهنگی در برنامه‌های دوره دکتری، ظهور دیدگاه‌های چندفرهنگی در مورد مشکلات روان‌شناختی، ظهور حق تجویز دارو برای روان‌شناسان بالینی در برخی حوزه‌های قضایی. یک پیشرفت در روان‌شناسی بالینی در انگلستان رخ داده است که شامل «**برنامه بهبود دسترسی به درمان‌های روان‌شناختی**» است. این برنامه با اجرای آموزش و نظارت در زمینه درمان‌های روان‌شناختی شواهدبنیان در سطح ملی برای بهینه کردن برون‌دادها، درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی را متحول کرده است.

فصل ۱۱ روان‌شناسی بالینی چیست؟

طبق تعریف انجمن روان‌شناسی آمریکا، روان‌شناسی بالینی شامل پژوهش، تدریس، و خدمات مرتبط با کاربرد اصول، روش‌ها، و رویه‌هایی می‌شود که دنبال فهم، پیش‌بینی، و تسکین ناسازگاری عقلانی، هیجانی، پزشکی، روان‌شناختی، اجتماعی، رفتاری، و ناتوانی و ناراحتی در جمعیت وسیعی از مراجعان در تمام رده‌های سنی هستند.

تعریف فوق روی سه مورد تمرکز دارد: (۱) یکپارچگی علم بالینی و عمل بالینی، (۲) هدف تسکین رنج انسان و ترویج سلامت، (۳) کاربرد این دانش در جمعیت‌های متنوع انسانی.

بزرگ‌ترین نقطه قوت روان‌شناسی بالینی نسبت به سایر رشته‌های سلامت روان، ترکیب علم و عمل بالینی است.

منحصربه‌فردترین جنبه روان‌شناسان بالینی، دیدگاه وسیع و کل‌نگر است که پژوهش و عمل آنان را هدایت می‌کند.

سایر متخصصان سلامت روان عبارت‌اند از: روان‌شناسی مشاوره، روان‌شناسی مدرسه، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، مشاور حرفه‌ای گواهینامه‌دار، روان‌پرستاری، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، روان‌شناسی.

روان‌شناسان مشاور از لحاظ آموزش و نوع خدماتی که می‌دهند، بیشترین شباهت را به روان‌شناسان بالینی دارند. روان‌شناسی مشاوره برای اشاعه و ترویج سازگاری شخصی، تربیتی، شغلی و گروهی بنیان گذاشته شده است؛ و از این جهت آن‌ها با افرادی که به طور کلی سالم هستند یا مشکلات سازگاری خفیف تا متوسط دارند، کار می‌کنند.

مددکاران اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین تأمین‌کنندگان خدمات سلامت روان در سطح ملی در انواع محیط‌ها به کار گرفته می‌شوند. مددکاران اجتماعی بر نقش عوامل خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی در فهم آسیب‌شناسی روانی تمرکز دارند، و بیشتر به مسائل عملی زندگی می‌پردازند.

حداقل پنج شاخه متفاوت در روان‌شناسی وجود دارد که درمان‌گری را شامل نمی‌شوند و بر یک حیطه پژوهشی متمرکز هستند: روان‌شناسان رشد، روان‌شناسان اجتماعی، روان‌شناسان شناختی، دانش‌مندان عصب‌نگر رفتاری، روان‌شناسان کُمی.

یکی از بارزترین خصوصیات روان‌شناسان بالینی، نگرش بالینی است. نگرش بالینی عبارت است از گرایش به ترکیب دانش حاصل از پژوهش درباره رفتار انسان و فرایندهای ذهنی به طور اعم، با تلاش‌ها در زمینه سنجش و درمان انفرادی برای فهمیدن یک شخص خاص و درمان او.

فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی عبارت‌اند از: مداخله، سنجش/تشخیص، پژوهش، تدریس، نظارت بالینی، مشورت دادن، امور اجرایی. روان‌درمانی، رایج‌ترین فعالیت روان‌شناسان بالینی است.

مداخلات روان‌شناختی معاصر را پژوهش‌هایی هدایت می‌کنند که یادگیری و تمرین مهارت‌های خاص را برای کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری مفیدتر می‌دانند، از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری.

پژوهش بالینی وجهه متمایز روان‌شناسان بالینی از دیگر تأمین‌کنندگان خدمات بهداشتی است. آن‌ها از این جهت که به عنوان درمان‌گر و دانشمند آموزش می‌بینند، و به ترکیب پژوهش و عمل بالینی می‌پردازند، در میان متخصصان سلامت روان بی‌همتا هستند.

بر اساس مفهوم «عمل شواهدبنیان»، روان‌شناس بالینی باید تصمیمات علمی خود در مورد مراجع را بر اساس بهترین ترکیب از این سه عنصر استوار سازد: (۱) بهترین شواهد موجود، (۲) قضاوت و تجربه شخصی درمان‌گر، (۳) خصوصیات، ترجیحات، و نیازهای مراجع.

کرامر معتقد است هر دو تجربه بالینی و شواهد تجربی دو عنصر مهم در ارزیابی و مداخله بالینی هستند، اما تأکید بر شواهد تجربی است.

تصمیم‌گیری درباره ترکیب علم و عمل بالینی به مدل‌های مختلف آموزش منجر شده است: مدل دانشمند-درمان‌گر یا مدل بولدر، مدل درمان‌گر-محقق یا مدل ویل، مدل دانشمند بالینی.

مدل دانشمند-درمان‌گر یا مدل بولدر، بر ترکیب علم و عمل تمرکز دارد، و به دنبال برقراری پیوند نظام‌مند بین مهارت‌های بالینی و تجربی‌گرایی منطقی علم است. مدرک حاصل از آن، «مدرک دکتری فلسفه» (Ph.D) است. این مدل راهنمای اصلی آموزش است.

مدل درمان‌گر-محقق یا مدل ویل، بر عمل بالینی و پرورش مهارت‌های بالینی تأکید دارد. مدرک حاصل از آن، «مدرک دکتری روان‌شناسی» (Psy.D) است.

مدل دانشمند بالینی که توسط «آکادمی علم روان‌شناسی بالینی» ارائه شده است، شامل آموزش روش‌های تجربی پژوهش و یکپارچه‌سازی پژوهش و کار بالینی است.

امروزه، بسیاری از روان‌شناسان بالینی یا اکثر آن‌ها «رویکرد التقاط‌گرایی» را ترجیح می‌دهند؛ یعنی به کارگیری فنون مکاتب مختلف که بر اصول شواهدبنیان مبتنی هستند.

در التقاط‌گرایی فنی از یک موضع نظری اصلی برای تبیین اختلال استفاده می‌شود، اما از فنون مفید سایر مدل‌های نظری نیز استفاده می‌شود. در التقاط‌گرایی نظری یک گرایش نظری واضح و منسجم وجود ندارد و از فنون مختلف استفاده می‌شود.

«اصول اخلاقی روان‌شناسان و آیین‌نامه رفتاری»، توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا، پنج اصل عمومی و معیارهای اخلاقی اختصاصی در زمینه انواع فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی را بیان می‌کند.

اصول عمومی اخلاقی عبارت‌اند از: نیکوکاری و عدم بدسرشتی، وفاداری و مسئولیت‌پذیری، درستی، عدالت، احترام به حقوق و شأن انسان. معیارهای اخلاقی اختصاصی عبارت‌اند از: قابلیت، حریم و رازداری، رابطه با مراجع، رضایت آگاهانه.

رازداری، محور رابطه مراجع-روان‌شناس است. انواع محدودیت‌ها در رازداری عبارت‌اند از: آسیب 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، مراجع دارای گرایش به خودکشی باید به اجبار جهت ارزیابی روان‌پزشکی اضطراری فرستاده شود.

آیین‌نامه اخلاقی به موضوعاتی مثل تنوع، شمول و چندفرهنگ‌گرایی نیز می‌پردازد.

با کم‌رنگ شدن انگ اختلال روانی، امروزه بر «قانون تساوی سلامت روان» تأکید می‌شود، یعنی الزامی قانونی مبنی بر اینکه بیمه‌گرهای سلامت باید درمان اختلالات روانی را به اندازه اختلالات فیزیکی پوشش دهند.

طبق «رویکرد مراقبت مدیریت‌شده»، شرکت بیمه در مواردی مثل انتخاب نوع درمان و طول درمان تأثیر می‌گذارد، و بر اساس اصول کسب‌وکار، نه قضاوت روان‌شناس، به تصمیم‌گیری درمانی می‌پردازد.

سؤالات کنکور کارشناسی‌ارشد

۱) مهم‌ترین جنبه رابطه مراجع-روان‌شناس کدام است؟ (علوم ۱۳۹۴)

۱) رازداری ۲) تخصص بالینی ۳) اخلاق‌مداری ۴) صلاحیت حرفه‌ای

۲) مشاوره در مقایسه با روان‌شناسی بالینی، بیشتر به کدام مورد می‌پردازد؟ (علوم ۱۳۹۵)

۱) به مشکلات روزمره افراد مرتبط است. ۲) با درمان اختلالات شدید روانی مرتبط است.

۳) با درمان بیماران بستری مرتبط است. ۴) به درمان اختلالات روان‌تنی مرتبط است.

۳) درمان‌های جدید روان‌شناختی، به چه سمتی پیش می‌روند؟ (علوم ۱۳۹۵)

۱) کوتاه‌مدت و مراجع‌محور ۲) کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور

۳) میان‌مدت و راه‌حل‌محور ۴) درازمدت و مراجع‌محور

۴) فلسفه آموزشی غالب در روان‌شناسی بالینی فعلی، بر اساس کدام مورد است؟ (علوم ۱۳۹۵)

۱) مدل دانشمند متخصص است. ۲) سنت تحقیقاتی و علمی است.

۳) مدل طبقه‌بندی ارسطویی و دی، اس، امی است. ۴) نکات جمعیت‌شناختی و سیستم متمرکز است.

۵) ماهیت روان‌شناسی بالینی، با کدام عبارت هم‌خوانی بیشتری دارد؟ (علوم ۱۳۹۸)

۱) التقاط‌گرایی ۲) علم و پژوهش ۳) علم و عمل ۴) عمل مبتنی بر شواهد

پاسخ تشریحی کنکور کارشناسی‌ارشد

۱) گزینه ۱ رازداری، محور رابطه مراجع-روان‌شناس است. بالین‌گران باید در مورد مسائل مربوط به رازداری روشن و باز عمل کنند و شرایط نقض آن را بدانند.

۲) گزینه ۱ روان‌شناسان بالینی دامنه کلی از افراد دچار مشکلات سازگاری را مطالعه و درمان می‌کنند یا کسانی که مشکلات سلامت روان اخلاقی

معناداری در زندگی آن‌ها ایجاد کرده است. در مقابل، روان‌شناسی مشاوره برای اشاعه و ترویج سازگاری شخصی، تربیتی، شغلی و گروهی بنیان گذاشته شده است؛ و از این جهت آن‌ها با افرادی که به طور کلی سالم هستند یا مشکلات سازگاری خفیف تا متوسط دارند، کار می‌کنند.

۳) گزینه ۲ مداخلات روان‌شناختی معاصر را پژوهش‌هایی هدایت می‌کنند

تا این زمان عمل کرده است.

(۵) **گزینه ۳** روان‌شناسی بالینی از جهت وسعت و گستره، رویکرد آموزشی، و میدان فعالیت‌ها - شامل پژوهش، اقدام و عمل بالینی، تدریس، مشاورت دادن، و نقش‌های اجرایی- در میان رشته‌های سلامت روان بی‌همتاست. بزرگ‌ترین نقطه قوت آن، 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.

که یادگیری و تمرین مهارت‌های خاص را برای کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری مفیدتر می‌دانند؛ از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری که در یک قالب ساختارمند به مراجع کمک می‌کنند شیوه‌های سالم‌تر تفکر و رفتار را یاد بگیرد. این درمان‌ها کوتاه‌مدت و راه‌حل‌محور هستند.

(۴) **گزینه ۱** «مدل دانشمند-درمان‌گر» (دانشمند-متخصص) یا «مدل بولدر» به اهمیت رابطه متقابل قابلیت‌ها در علم و عمل بالینی در رشته روان‌شناسی بالینی متمرکز است. این مدل به عنوان راهنمای اصلی آموزش

خودنگار...

روان‌آموز

در این قسمت با ریشه‌های روان‌شناسی بالینی بر اساس سه سنت آشنا می‌شویم: الف) سنت تجربی - استفاده از روش‌های پژوهش علمی؛ ب) سنت روان‌سنجی - اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی؛ ج) سنت بالینی - طبقه‌بندی و درمان اختلالات رفتاری. در جدول انتهایی این بخش، خلاصه‌ای از نقاط عطف این سنت‌ها در روان‌شناسی بالینی را می‌بینید.

● سنت تجربی

مورخان معمولاً سال ۱۸۷۹ را تولد روان‌شناسی نوین در نظر می‌گیرند؛ یعنی زمان دایر شدن اولین آزمایشگاه پژوهشی رسمی توسط وونت برای مطالعهٔ هشیاری و دیگر فرایندهای ذهنی. وونت بنیان‌گذار روان‌شناسی محسوب می‌شود، چون تأسیس آزمایشگاه او اعلان روان‌شناسی به‌عنوان یک علم بود. وونت معتقد بود روان‌شناسی همچون سایر علوم باید از طریق روش‌های پژوهش تجربی دنبال کسب دانش برود. وونت و پیروان او بر مطالعهٔ رفتار و فرایندهای ذهنی انسان از طریق نیرومندترین ابزارهای علم، یعنی مشاهده و آزمایش‌گری، تأکید داشتند.

سایر افرادی که در شروع رشتهٔ جدید روان‌شناسی تأثیر گذاشتند، عبارت‌اند از: ۱) مولر و هلمهولتز؛ گذرگاه‌های دخیل در بینایی و شنوایی و چگونگی تبدیل انرژی نوری به تجربه‌های ذهنی بینایی را بررسی کردند. ۲) وبر و فخنر؛ فرمول‌های ریاضیاتی را کشف کردند که طرز تغییر تجربه‌های ذهنی با تغییر ویژگی‌های محرک (مثل درخشش، بلندی و وزن) را پیش‌بینی کنند. یافته‌های آن‌ها به مشخص شدن شیوه‌های بنیادی ارتباط ذهن و بدن کمک کرد.

ویتمر، از دانشجویان اولیهٔ وونت، به عنوان اولین روان‌شناس بالینی شناخته می‌شود. او به سنجش و درمان پسری پرداخت که مشکل او را «یادزدودگی کلامی دیداری» توصیف کرد؛ چیزی که امروزه «ناتوانی روخوانی» تشخیص داده می‌شود. او از روش «آموزش فشرده» برای بهبود روخوانی در این کودک استفاده کرد. کار او به دایر شدن اولین درمانگاه روان‌شناختی منتهی شد، و مدرسه‌ای نیز برای آموزش کودکان دچار ناتوانی عقلی دایر کرد. همچنین، اولین مجلهٔ روان‌شناسی بالینی را منتشر کرد. او اولین بار رشته‌ای با عنوان روان‌شناسی بالینی را پیشنهاد کرد. او بر پی‌ریزی روان‌شناسی بالینی بر پایهٔ اصول علمی تأکید داشت.

گرچه ویتمر چرخ روان‌شناسی بالینی را به گردش درآورد، اما نقش چندانی در راندن این چرخ نداشت. او به خاطر نادیده گرفتن تحولاتی که بعداً محور این رشته شدند، نفوذ خود را تا حد زیادی از دست داد. برای مثال، در سنجش کودکان از آزمون‌های هوش جدید استفادهٔ زیادی نمی‌کرد؛ و علاقهٔ اندکی به شکل‌های اولیهٔ روان‌درمانی بزرگسال داشت. او عمدتاً روی مشکلات روان‌شناختی خاصی متمرکز بود که بعدها بیشتر با روان‌شناسی مدرسه، مشاورهٔ شغلی، گفتاردرمانی و تحصیلات جبرانی مرتبط شناخته شدند.

● سنت روان‌سنجی

دومین منبع رشد و تحول روان‌شناسی بالینی، تلاش‌ها برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در توانایی‌های فیزیکی و ذهنی است. یک اخترشناس به نام بیسل به بررسی اختلاف‌های مشاهده‌گران در اخترشناسی پرداخت. تفاوت‌های مربوط به هر مشاهده‌گر را «معادلهٔ شخصی» می‌نامند، چون اجازه می‌دهند محاسبات از لحاظ خصوصیات شخصیتی اصلاح شوند. کار بیسل به پژوهش روان‌شناسان در خصوص سرعت زمان واکنش و تفاوت‌های فردی منتهی شد و نقش غیرمستقیمی در رشد فعلی روان‌شناسی سوگیری‌های شناختی داشت.

علاقه‌مندی به تفاوت‌های فردی در کار یک نورواناتومیست به نام گال دیده می‌شود. او به «جمع‌شناسی» می‌پرداخت، که به رابطهٔ خصوصیات ذهنی افراد و شکل سر آن‌ها می‌پردازد. طبق این دیدگاه، هر ناحیهٔ مغز با قوا یا کارکرد متفاوتی (مثل مهربانی) رابطه دارد؛ هر چه آن ناحیه بهتر رشد کند، آن قوا در شخص قوی‌تر می‌شود، و باعث برآمدگی جمجمه در آن ناحیه می‌شود. گال به جمع‌شناسی افراد مختلف از جمله زندانیان و بیماران روانی پرداخت، و نقشه‌ای از ۲۷ قدرت یا اندام مغز ترسیم کرد.

پژوهش‌های علم عصب‌نگر نشان دادند که گال تا حدودی درست می‌گفت، اما نظراتش عمدتاً غلط بود. او از این لحاظ که نواحی مغزی متفاوت، در کارکردهای خاص (مثل زبان) دخالت دارند، درست می‌گفت؛ اما ادعاهای او در مورد طبیعت و محل کارکردهای مغز و خطوط و کرانه‌های جمجمه، بسیار غلط بودند. همچنین، او اشتباه می‌کرد که فرایندهای روان‌شناختی پیچیده (مثل عشق) با فعالیت یک ناحیهٔ مغزی خاص رابطه دارند. به نظر می‌رسد گال دچار «سوگیری اثبات» بود، و فقط بر شواهدی تمرکز می‌کرد که انتظارات او را تأیید می‌کردند.

تفاوت‌های فردی رکن اصلی در ایدهٔ «خاستگاه گونه‌ها» توسط داروین بود. داروین دو نظر مهم را مطرح کرد: الف) تنوع خصوصیات فردی در درون و در بین گونه‌ها رخ می‌دهد. ب) انتخاب طبیعی تا حدودی بر اساس این خصوصیات صورت می‌گیرد. گالتون، پسرعموی داروین، نظرات داروین را در پژوهش دربارهٔ توارث تفاوت‌های فردی، به خصوص توارث توانایی‌های ذهنی، به کار برد. او آزمون تداعی کلمه را برای بررسی پیوندهای ذهنی بین مفاهیم روان‌شناختی طراحی کرد. او اولین مرکز آزمون‌گیری روانی را دایر کرد و مجموعه آزمون‌های مختلفی روی افراد اجرا کرد. روش جمع‌آوری نظام‌مند نمونهٔ رفتارها از گروه

بزرگی از افراد، به جنبش روان‌آزمایی انجامید.

معمولاً اعتبار اندازه‌گیری ذهنی فردی با علم جدید روان‌شناسی را به کتل نسبت می‌دهند. کتل که دانشجوی وونت بود، بر اهمیت آزمایش و اندازه‌گیری در روان‌شناسی تأکید داشت. او از اولین روان‌شناسانی بود که به اهمیت فایده‌ی عملی آزمون‌ها در انتخاب و تشخیص افراد پی برد. او مجموعه آزمون‌های ذهنی استاندارد را برای بررسی تفاوت‌های فردی طراحی کرد.

یکی دیگر از شخصیت‌های کلیدی در جنبش روان‌آزمایی، بینه است. بینه و هنری مجموعه آزمون‌های روانی را برای کودکان عادی و دارای ناتوانی عقلانی تهیه کردند. بینه با همکاری سیمون اولین آزمون هوش رسمی به نام «مقیاس بینه-سیمون» را طراحی کردند. بعدها ترمن در دانشگاه استنفورد آن را بازنگری کرد که با عنوان «آزمون هوش استنفورد-بینه» معروف است.

روان‌شناسان درگیر اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در کارکرد ذهنی با استفاده از دو رویکرد همپوش شدند: الف) آزمون‌های حسی-حرکتی گالتون-کتل، که هدف آن‌ها سنجش ساختارهای ذهنی نسبتاً ثابت و عمدتاً موروثی بود. ب) ابزارهای بینه و دیگران، که بر کارکردهای ذهنی پیچیده و تا حدی قابل‌تعلیم تأکید داشتند. رویکرد اول بر ویتمر تأثیر گذاشت و به دایر کردن اولین درمانگاه روان‌شناختی کمک کرد. رویکرد دوم آزمون‌های روانی را پدید آورد که به شکل‌گیری هویت حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی کمک کرد.

● سنت بالینی

سومین منبع ظهور و رشد روان‌شناس بالینی، تمایل به فهم و تغییر رفتارهای عجیب و نامعقول انسان است، آنچه امروزه به آن «آسیب‌شناسی» می‌گوییم. تبیین‌های آغازین در این زمینه، شامل تبیین‌های مافوق‌طبیعی بودند، مثل تسخیر شدن توسط شیاطین یا ارواح. درمان‌ها نیز شامل شکل‌های مختلف جن‌گیری و سوراخ کردن جمجمه برای خارج کردن ارواح پلید بودند. تبیین‌های مافوق‌طبیعی همچنان در برخی فرهنگ‌های قومی و مذهبی وجود دارند. بقراط، یک پزشک یونانی، اظهار کرد که اختلالات می‌توانند علل طبیعی، نه مافوق‌طبیعی، داشته باشند. از نظر او اختلالات رفتاری تحت تأثیر توزیع چهار خلط (دم، صفرا، سودا و بلغم) بودند. اکنون می‌دانیم این نظریه اشتباه است، اما اولین مدل پزشکی در آسیب‌شناسی روانی بود، چون اختلالات روانی را به کارکردهای بدنی ربط داد. این تبیین، راه را برای مفهوم بیماری روانی هموار کرد و به درگیری حرفه‌ی پزشکی در درمان بیماری روانی مشروعیت داد.

مدل پزشکی با حاکمیت کلیسا در قرون وسطی کنار رفت و تبیین‌های شیطانی برای اختلالات رفتاری دوباره غالب شدند. با طلوع ژنسانس، بار دیگر توجه به سمت تبیین‌های طبیعی بیماری روانی برگشت. در ابتدا درمان شامل محبوس کردن بیماران در بیمارستان‌ها و تیمارستان‌ها و محل‌هایی به نام «بدلم» بود. سپس با ظهور اصلاح‌گرانی مثل پینل، تیوک، دیکس، و راش (پدر روان‌پزشکی آمریکا)، درمان‌های انسانی‌تر گسترش یافتند. با اینکه راش و تیوک همچنان از درمان‌های منسوخ استفاده می‌کردند؛ اما به دنبال حذف مهارهای فیزیکی و مطالعه علمی بیماری روانی بودند.

نقش پزشکان در درمان اختلالات روانی زمانی محکم‌تر شد که علت سیفلیس شناسایی شد. سیفلیس زمانی به عنوان شکلی از جنون شناخته می‌شد، اما مشخص شد که نوعی فلج عمومی حاصل سندرم مغزی تباه‌کننده است. یافتن یک علت عضوی برای یک اختلال روانی باعث تقویت این دیدگاه شد که تمام شکل‌های آسیب‌شناسی روانی می‌توانند از عوامل زیستی نشئت بگیرند. این امر باعث تمرکز بر یافتن علت عضوی و درمان‌های فیزیکی برای اختلالات روانی شد. طرز فکرهای جدید در مورد بیماری روانی، مستلزم شیوه‌های جدید مقوله‌بندی بودند. اولین طبقه‌بندی رسمی اختلالات روانی توسط کریپلین مطرح شد. او اختلالات را بر اساس الگوهای اختصاصی یا سندروم‌ها (علائم و نشانه‌ها) مقوله‌بندی کرد که می‌توانست شکل‌های مختلف اختلالات را از هم جدا کند. علائم (sign) نشان‌گرهای قابل‌مشاهده اختلال هستند، مثل گفتار نامنسجم. نشانه‌ها (symptom) نشان‌گرهایی هستند که فقط با گزارش مراجع مشخص می‌شوند، مثل غم. نظام طبقه‌بندی کریپلین، الگوهای معمول تغییر در انواع اختلالات را نیز توضیح می‌داد. برای مثال، کریپلین متوجه شد اسکیزوفرنی در گذر زمان کمابیش ثابت است، اما افسردگی شیداگونه (اختلال دوقطبی امروزی) دوره‌های منفصل دارد. رویکرد طبقه‌بندی کریپلین هنوز در سیستم‌های طبقه‌بندی DSM و ICD مشهود است.

برخی پزشکان شروع به در نظر گرفتن علل روان‌شناختی اختلالات روانی کردند. شارکو دریافت هیپنوتیزم می‌تواند برخی اختلالات روانی، به خصوص هیستری (اختلال تبدیلی امروزی) را تسکین دهد. ژانه و فروید تحت تأثیر شارکو قرار گرفتند. ژانه متقاعد شد برخی از بخش‌های شخصیت می‌توانند از خود هشیارانه، جدا یا گسسته شوند و نشانه‌هایی مثل فلج ایجاد کنند. فروید اختلال روانی را کشمکش پویای درون ذهن برای ارضای امیال غریزی در عین کنار آمدن با قواعد جامعه توصیف کرد. نظریه روان‌پویشی فروید توسط جیمز به آمریکا معرفی شد و بر روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی در نیمه اول قرن بیستم غالب شد.

ریشه‌های روان‌شناسی بالینی	
سنت تجربی	
شخصیت‌های کلیدی	مساعده‌ها
مولر، هلمهولتز، وبر، فخنر	مطالعه تمیز و ادراک حسی، کند و کاو و اندازه‌گیری تکانه‌های عصبی، تبیین رویدادهای ذهنی بر اساس فرایندهای فیزیکی.
وونت	تأسیس اولین آزمایشگاه برای مطالعه علمی فرایندهای ذهنی، آموزش دانشجویان در برنامه‌های روان‌شناسی.
ویتمر	اولین درمانگاه روان‌شناسی، اولین مجله روان‌شناسی، دایر کردن رشته روان‌شناس بالینی
سنت روان‌سنجی	
بسل، گال، گالتون	توجه به تفاوت‌های فردی در ثبت مشاهدات، اندازه‌گیری واکنش‌های فیزیکی و فیزیولوژیایی برای سنجش شخصیت و کارکرد ذهنی
بینه	تهیه مجموعه آزمون‌هایی برای سنجش فرایندهای ذهنی در کودکان، اجرای آزمون‌ها روی تعداد زیادی از کودکان جهت تهیه هنجارها.
ترمن، کتل	کمک به مشهور شدن آزمون‌های شبکه بینه، تأسیس آزمایشگاه‌های روان‌شناسی برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی.
سنت بالینی	
کرپلین، شارکو، ژانه	طبقه‌بندی اختلالات روانی، مطالعه و درمان بیماران با نشانه‌های عصب‌شناختی نامعمول (گسست‌ها)، استفاده از موردپژوهی‌های آسیب‌شناسی برای بر ملا کردن اصول عمومی سازوکارهای سلامت و عدم سلامت ذهن.
جیمز	مشارکت در سنت‌های تجربی و بالینی، کمک به معرفی روان‌شناسی و روان‌پزشکی اروپایی به آمریکا، نگارش کتاب تأثیرگذار «اصول روان‌شناسی».
فروید	پیشبرد نگاه روان‌پویشی در مورد شخصیت، اختلال و روان‌درمانی؛ سلطه رویکرد فروید بر روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی در نیمه اول قرن بیستم.

● رشد و گسترش روان‌شناسی بالینی

روان‌شناس بالینی در نیمه اول قرن بیستم شروع به رشد کرد. بخش زیادی از رشد شتابان روان‌شناسی بالینی به نیازهای در حال تغییر جامعه در جنگ جهانی اول و دوم برمی‌گشت. فرصت‌های کاربرد آن ابتدا در روان‌آزمایی و سپس در روان‌درمانی گسترش یافت. درمانگاه‌های روان‌شناختی در ابتدا با الهام گرفتن از درمانگاه ویتمر راه‌اندازی شدند، اما به تدریج تأکید آن‌ها از کودکان و درمان کودکان دارای مشکلات تحصیلی، به آزمون‌گیری از کودکان و درمان سایر مشکلات کودکان، و سپس آزمون‌گیری نوجوانان و بزرگسالان تغییر یافت.

- گسترش روان‌آزمایی

به جهت تأکید روان‌آزمایی بر اندازه‌گیری دقیق و اجرای استاندارد، این حوزه ارزش زیادی بین روان‌شناسان تجربی‌گرای اولیه داشت. آزمون‌گیری در مقایسه با روان‌درمانی، کاربرد دقیق‌تر و واقع‌بینانه‌تری از روان‌شناسی محسوب می‌شد. روان‌آزمایی در ابتدا به طور عمده درگیر هوش‌آزمایی بود، اما امروزه روان‌شناسان از دامنه گسترده‌ای از آزمون‌ها برای کودکان و بزرگسالان استفاده می‌کنند.

نیاز به روان‌آزمایی در جنگ جهانی اول تشدید شد که باید سربازان از لحاظ توانایی عقلی و ثبات روان‌شناختی آزموده می‌شدند. برای اندازه‌گیری گروهی توانایی‌های ذهنی، آزمون‌های هوش **آلفا و بتا** ارتش طراحی شدند (به ترتیب برای سربازان باسواد و بی‌سواد). برای تشخیص اختلالات روانی، «**پرسش‌نامه روان‌رنجوری**» از وودورث استفاده شد، که بعداً «داده‌برگ شخصی» نامیده شد.

سال‌های بعد شاهد رشد و تحول بسیاری از آزمون‌های هوش، شخصیت، علائق، توانایی‌های اختصاصی، هیجانات و سایر خصوصیات فردی بودند. از جمله برجسته‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: آزمون تداعی کلمه یونگ، آزمون لکه جوهر رورشاخ، آزمون قیاس‌های میلر، آزمون یک آدم پیکش گودیناف، علاقه‌سنجش شغلی استرانگ، آزمون اندریافت موضوع (TAT)، آزمون گشتالت بندر، مقیاس هوش وکسلر-بلویو.

- روان‌درمان‌گر شدن روان‌شناسان بالینی

روان‌شناسی به عنوان یک رشته دانشگاهی آزمایشگاه‌بنیان شروع شد، و در ابتدا عمدتاً در حوزه کودک‌آزمایی کاربرد داشت. عده کمی از روان‌شناسان بالینی اولیه به روان‌درمانی بزرگسالان علاقه داشتند؛ و بسیاری مثل ویتمر در این مورد بدبین بودند. اما به چند دلیل روان‌درمانی بزرگسال به کندی رشد کرد: الف) گسترش روان‌آزمایی و اندازه‌گیری شخصیت و آسیب‌شناسی روانی؛ ب) گسترش حوزه کاری درمانگاه‌های راهنمایی کودک از جهت درمان ناسازگاری‌های تحصیلی و اجتماعی؛ ج) انتشار ترجمه‌های نظریه روان‌کاوی فروید.

کسانی که بر گروه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها مسلط بودند، پیرو سنت وونت بودند، و برنامه‌های آموزشی کاربردی مثل روان‌شناسی بالینی را زیر سؤال می‌بردند. بسیاری از آن‌ها از طبیعت غیردقیق و غیرعلمی نظریه‌های فروید انتقاد می‌کردند. مواردی استثناء از آموزش رسمی روان‌درمانی، که در آن زمان به معنای آموزش روان‌کاوی بود، در مؤسسات روان‌کاوی و دانشکده‌های پزشکی اجرا می‌شد. در اکثر این مؤسسات هم حق اجرای روان‌درمانی فقط مختص پزشکان و روان‌پزشکان بود.

در نتیجه، روان‌درمانی تا پایان جنگ جهانی دوم، فعالیت بخش عمده‌ای از روان‌شناسان بالینی نبود. در جنگ جهانی دوم، نیاز به درمان نظامیان و خانواده‌های آن‌ها که دچار ضربه جنگ و اختلالات مرتبط با استرس شده بودند، افزایش یافت. در نتیجه، روان‌شناسان در کنار روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی به خدمت گرفته شدند. بنابراین، در پاسخ به نیازهای اجتماعی، روان‌شناسان بالینی در بیمارستان‌ها شروع به کار کردند و برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی نیز گسترش یافتند.

- تشکیل سازمان‌های حرفه‌ای توسط روان‌شناسان بالینی

اولین سازمان ملی روان‌شناسان، «انجمن روان‌شناسی آمریکا» (APA) بود. هدف اولیه این انجمن، پیشبرد علم روان‌شناسی بود و رهبری آن را پژوهش‌گرانی به عهده داشتند که روان‌شناسی بالینی را تأیید نمی‌کردند. با افزایش علاقه به کاربرد دانش روان‌شناسی در خارج از آزمایشگاه، بین اعضای انجمن روان‌شناسی نیز اختلاف ایجاد شد.

افرادی که به رویکردهای کاربردی‌تر علاقه داشتند، سازمان‌هایی را در این راستا تأسیس کردند؛ از جمله «انجمن روان‌شناسی بالینی آمریکا» (AAP) و «انجمن روان‌شناسان مشاور» (ACP) که بعداً هر دو بخشی از «انجمن روان‌شناسی کاربردی آمریکا» (AAP) شدند.

در نهایت، انجمن روان‌شناسی آمریکا تصمیم گرفت فضایی برای این گروه از روان‌شناسان فراهم کند و آیین‌نامه آن به این شکل تغییر کرد: «هدف انجمن روان‌شناسی آمریکا باید پیشبرد روان‌شناسی به عنوان یک علم، یک حرفه، و راهی برای اشاعه و ارتقای رفاه انسان باشد.» همچنین در کنفرانس بولدر، مدل آموزش بالینی تحت عنوان «مدل دانشمند-درمان‌گر» (مدل بولدر) ارائه شد، که در فصل قبل به آن اشاره کردیم.

روش‌های پژوهش در روان‌شناسی بالینی

پژوهش در روان‌شناسی بالینی از جهات مختلفی کاربرد دارد. نتایج پژوهش درباره خصوصیات کلیدی قابل‌سنجش در مراجع (مثلاً باورهای منفی مراجعان افسرده) اطلاعاتی به بالین‌گران می‌دهد. سنجش نه تنها برای کار بالینی حیاتی است، بلکه ستون فقرات پژوهش در روان‌شناسی بالینی است. همچنین، پژوهش‌های بررسی تأثیرات درمان، تکیه سنگینی بر سنجش نشان‌گرهای برون‌داد (مثلاً نشانه‌های اختلال) دارند که در شروع درمان، در جریان درمان، و پس از درمان انجام می‌شود. در این بخش به مهم‌ترین روش‌های پژوهش در روان‌شناسی بالینی اشاره می‌کنیم. در بخش بعدی به پژوهش درباره مداخله بالینی خواهیم پرداخت.

● پژوهش همه‌گیری‌شناسی

همه‌گیری‌شناسی (epidemiology) مطالعه شیوع و بروز یک پدیده (مثل یک اختلال) در یک جمعیت معین است. **شیوع** (prevalence) به درصدی از جمعیت که اختلال موردنظر را دارند، اشاره دارد. **بروز** (incidence) به نرخ موارد جدید اختلال در یک دوره زمانی معین اشاره دارد. بروز می‌تواند بگوید آیا اختلال موردنظر در حال افزایش است یا خیر.

همه‌گیری‌شناسی می‌تواند به شناسایی گروه‌های در معرض خطر کمک کند. برای مثال مطالعات نشان می‌دهند نرخ شیوع اسکیزوفرنی در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین، بیشتر است. به این ترتیب می‌توان افرادی را که آسیب‌پذیری بالقوه به اسکیزوفرنی دارند، شناسایی کرد.

هدف همه‌گیری‌شناسی، صرفاً توصیف پدیده‌های خاص بدون تلاش برای تبیین یا پیش‌بینی علت وقوع پدیده است. همه‌گیری‌شناسی غالباً اولین گام در پژوهش جهت فهم پدیده یا اختلالی خاص است؛ و تکیه زیادی به نظرسنجی و مصاحبه بالینی دارد.

یکی از محدودیت‌های این رویکرد آن است که غالباً از شرکت‌کنندگان مطالعه می‌خواهند برخی چیزهای گذشته را به یاد بیاورند. داده‌های گذشته‌نگر در معرض هر نوع تحریفی هستند. بهترین راه، سنجش مراجعان و شرکت‌کنندگان پژوهش در زمان موردنظر است، نه صرفاً تکیه بر گزارش‌های گذشته‌نگر.

● پژوهش همبستگی

پژوهش همبستگی (correlational) می‌تواند تعیین کند که آیا بین دو یا چند متغیر رابطه برقرار است و چقدر؟ همبستگی شاخص نیرومندی رابطه بین دو متغیر است. ضریب همبستگی بین مثبت و منفی یک تغییر می‌کند. همبستگی مثبت نشان می‌دهد وقتی یک متغیر افزایش می‌یابد، متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. همبستگی منفی نشان می‌دهد اگر یک متغیر افزایش یابد، متغیر دیگر کاهش می‌یابد.

پژوهش همبستگی نمی‌تواند به سؤالات علت و معلولی پاسخ دهد؛ صرفاً می‌گوید دو متغیر چقدر رابطه دارند ولی جهت رابطه را مشخص نمی‌کند. ممکن است متغیر اول علت متغیر دوم باشد یا برعکس. همچنین، ممکن است متغیر سومی مسبب اصلی باشد. برای مثال مطالعات اغلب می‌گویند عدم تعادل سروتونین منجر به افسردگی می‌شود. اما ممکن است جهت این رابطه برعکس باشد و دوره افسردگی باعث تغییراتی در سطح سروتونین شود. یا متغیر سومی مثل سبک زندگی کم‌تحرك بر هر دو عامل تأثیر بگذارد.

دلیل دیگری که نمی‌توان از پژوهش همبستگی استنباط علیتی کرد، عدم دستکاری و کنترل متغیرها در این پژوهش است. محققان صرفاً متغیرها را می‌سنجند و داده‌ها را تحلیل آماری می‌کنند. در مقابل، روش‌های آزمایشی که در آن‌ها متغیرها دستکاری می‌شوند، می‌توانند به تعیین علت و معلول کمک کنند. اما گاهی مجبوریم از پژوهش همبستگی استفاده کنیم، چون از لحاظ اخلاقی یا عملی نمی‌توانیم متغیرها را دستکاری کنیم.

● رویکرد مقطعی و طولی

طرح‌های مقطعی (cross-sectional) افراد را در یک مقطع زمانی خاص می‌سنجند. این می‌تواند شامل تعیین همبستگی متغیرها در گروه خاصی از شرکت‌کنندگان، یا مقایسه افرادی با اختلالات و شرایط روان‌شناختی متفاوت در یک متغیر خاص باشد.

طرح‌های طولی (longitudinal) شرکت‌کنندگان را در مقاطع زمانی متفاوت به دفعات می‌سنجند. این مطالعات اجازه می‌دهد چگونگی تغییر رفتار یا فرایندهای ذهنی در گذر زمان را درک کنیم. همچنین امکان می‌دهد حدس‌هایی در مورد ترتیب زمانی روابط بزنییم، گرچه نمی‌تواند درباره علت و معلول نتیجه‌گیری قطعی ارائه دهد، چون ممکن است پای متغیر سومی در میان باشد.

● پژوهش آزمایشی

مطالعات آزمایشی (experimental) شامل دستکاری یک یا چند متغیر مستقل هستند تا تأثیر آن بر یک یا چند متغیر وابسته تعیین شود. همچنین، تمام متغیرهای نامربوط دیگر کنترل می‌شوند. در این مطالعات معمولاً شرکت‌کنندگان از طریق گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی یا گواه قرار می‌گیرند. به دلیل این ویژگی‌ها، می‌توانیم با اعتماد بیشتری هر تفاوتی در گروه‌ها را در پایان آزمایش به دستکاری متغیر مستقل نسبت دهیم. بر این اساس می‌توانیم در مطالعات آزمایشی به استنباط روابط علت و معلولی بپردازیم.

پژوهش آزمایشی در روان‌شناسی بالینی دو مصرف عمده دارد: (۱) ارزیابی تأثیرات درمان، (۲) فهم طبیعت مشکلات روان‌شناختی و عوامل سهیم در آن‌ها. این نتایج می‌تواند به مدل‌های مفهومی پژوهش بنیان برای اختلالات منجر شود که موقع تصمیم‌گیری شواهدبنیان در سنجش و درمان استفاده می‌شوند. گاهی پیدا کردن تعداد کافی داوطلب که تشخیص بالینی خاصی را داشته باشند و بخواهند در پژوهش آزمایشی شرکت کنند، سخت است. به همین دلیل گاهی در پژوهش درباره اختلالات روان‌پزشکی از نمونه افرادی استفاده می‌شود که در سنجش نشانه‌های اصلی اختلال نمره بالایی آورده‌اند، اما لزوماً ملاک‌های کامل اختلال را ندارند. چیزی که به آن نمونه پیشابالینی گفته می‌شود. استفاده از نمونه پیشابالینی بر این نظر مبتنی است که مشکلات روان‌شناختی، طیفی از شدت از خفیف تا شدید دارند، و افراد پیشابالینی بسیار شبیه کسانی فکر می‌کنند که ملاک‌های تشخیصی را دارند.

اکثر مطالعات آزمایشی به جای موقعیت‌های طبیعی، در آزمایشگاه اجرا می‌شوند؛ چون دستکاری متغیرهای مستقل، اندازه‌گیری متغیرهای وابسته، و کنترل عوامل نامربوط در آزمایشگاه آسان‌تر است. اما در آزمایشگاه فقط می‌توان فرض کرد که پدیده‌ای شبیه پدیده موقعیت‌های طبیعی خلق شود. به همین دلیل به مطالعات آزمایشی، مطالعات قیاسی گفته می‌شود؛ و اعتماد به نتایج آن به میزان شباهت با موقعیت طبیعی بستگی دارد.

دو نوع اعتبار در پژوهش‌های آزمایشی لحاظ می‌شود:

(الف) **اعتبار بیرونی** (external validity): میزانی که می‌توان نتایج یک آزمایش را به موقعیت‌های دیگر تعمیم داد. هر چقدر موقعیت آزمایش به موقعیت‌های واقعی شبیه‌تر باشد، اعتبار بیرونی آن افزایش می‌یابد.

(ب) **اعتبار درونی** (internal validity): میزانی که می‌توان نتایج آزمایش را واقعاً معلول دستکاری متغیر مستقل دانست. هر چقدر آزمایش بتواند متغیرهای اضافی و نامربوط بیشتری را کنترل کند، اعتبار درونی آن افزایش می‌یابد.

پژوهش‌های تصویربرداری عصبی

پژوهش‌گران برای مطالعه مغز از انواع روش‌های تصویربرداری عصبی استفاده می‌کنند: (۱) اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT): چگالی ساختارهای مغز را نشان می‌دهد. (۲) اسکن توموگرافی نشر پوزیترون (PET): فعالیت نواحی مغز حین انجام تکالیف را نشان می‌دهد. (۳) تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI): ساختار مغز را نشان می‌دهد. (۴) تصویربرداری رزونانس مغناطیسی کارکردی (fMRI): فعالیت نواحی مختلف مغز را نشان می‌دهد. (۵) تصویربرداری تنسور انتشار (DIT): چگالی پیوندهای مغز را نشان می‌دهد.

پژوهش‌گران با هدف بهبود فهم مشکلات روان‌شناختی و درمان آن‌ها، برای آشکار کردن مکانیسم‌های عصبی دخیل در اختلالات از تصویربرداری کارکردی