

به نام خدا

مقدمه مؤلفین

کتاب حاضر، کامل‌ترین و بهترین کتاب موجود در زمینه طبقه‌بندی سوال‌های درس روان‌شناسی بالینی می‌باشد که مطالعه سؤال‌ها و پاسخ‌های تشریحی، بهترین منبع برای مرور و جمع‌بندی مطالب این درس می‌باشد. مطمئن هستیم که این اثر مثل بانک تست‌های مرضی، رشد، عمومی و تربیتی مفید و مورد استقبال قرار خواهد گرفت. از مدیریت انتشارات پوران پژوهش و همکاران ارجمندشان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

عادل مخبری
Adel_mokhberi@yahoo.com
۰۹۳۷۰۰۵۷۵۷۵

انسبیه زندکریمی

تقدیم بہ

آفرینندہ اہی مہربان کہ ما را بہ نکویی، دانایی،
زیبایی و بہ خود می خواند و بہ کسانی کہ عشقشان را
در وجودم دمیدند،

پدر و مادر م... .

«انسیہ زندگیمی»

فهرست مطالب

فصل اول. تاریخچه و مسائل جاری روان‌شناسی بالینی	۱
فصل دوم. روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی	۱۷
فصل سوم. تشخیص، طبقه‌بندی و نشانه‌شناسی مشکلات روانی	۳۵
فصل چهارم. مصاحبه بالینی	۲۴۵
فصل پنجم. سنجش هوش	۲۹۹
فصل ششم. سنجش شخصیت	۳۴۵
فصل هفتم. سنجش رفتاری	۳۹۷
فصل هشتم. سنجش عصب روان‌شناختی	۴۰۷
فصل نهم. سایر آزمون‌های روانی	۴۱۷
فصل دهم. قضاوت بالینی	۴۳۱
فصل یازدهم. مداخلات روان‌شناختی	۴۴۱
فصل دوازدهم. رویکرد روان‌تحلیلی	۴۶۵
فصل سیزدهم. روان‌شناسی فردی آلفرد آدلر	۵۱۹
فصل چهاردهم. روان‌شناسی تحلیلی کارل گوستاو یونگ	۵۲۷
فصل پانزدهم. رفتار درمانی	۵۳۳
فصل شانزدهم. شناخت درمانی و رفتار درمانی - شناختی (CBT)	۵۷۹
فصل هفدهم. دیدگاه انسان‌گرایی	۶۱۱
فصل هجدهم. گشتالت درمانی	۶۲۱
فصل نوزدهم. درمان وجودی و معنادرمانی	۶۳۳
فصل بیستم. سایر رویکردهای روان‌درمانی	۶۳۹
فصل بیست و یکم. گروه درمانی، زوج درمانی، خانواده درمانی	۶۶۹
فصل بیست و دوم. داروها و دارو درمانی	۶۸۱
فصل بیست سوم. تخصص‌های روان‌شناسی بالینی	۶۸۷
سوالات آزمون‌های ۱۳۹۵ به بعد	۷۰۰
منابع	۷۴۶

[سؤال‌های چهارگزینه‌ای طبقه‌بندی شده فصل اول]

- ۱- روانشناسی بالینی در اندازه‌گیری و توصیف شخصیت معمولاً به کدام یک از موارد زیر می‌پردازد؟ (سراسری ۷۰)
- ۱) فهم نشانه‌های بیماری و قرار دادن بیمار در یک طبقه تشخیصی معین
 - ۲) تشخیص نوع بیماری فرد بر اساس علل آشکار شده
 - ۳) فهم عللی که موجب ظهور اختلال در فرد شده است.
 - ۴) تشخیص جنبه‌های نسبتاً ثابت ادراک، تفکر، احساس و رفتار فرد
- ۲- تأکید بر علل ارگانیک در بیماری‌های روانی در کدام یک از ادوار تاریخی رخ داده است؟ (سراسری ۷۰)
- ۱) از قرن ۱۷ به بعد ۲) از قرن ۱۶ به بعد ۳) از قرن ۱۸ به بعد ۴) از قرن ۱۹ به بعد
- ۳- در روانشناسی بالینی به کدام مورد دقیقاً توجه می‌شود؟ (سراسری ۷۳)
- ۱) نشانه‌های مرضی که شخص نسبت به آنها ناهشیار است.
 - ۲) نشانه‌های مرضی که شخص نسبت به آنها هشیار است.
 - ۳) جنبه‌های ناپایدار از قبیل برانگیختگی، ترس، وحشت و اضطراب
 - ۴) جنبه‌های بالنسبه ثابت و پایدار شخصیت مانند ادراک، تفکر و احساس
- ۴- در بررسی معیارهای حداقل سلامت روان بر این معیار می‌توان تأکید نمود: (وزارت بهداشت ۷۳)
- ۱) قدرت حل مسائل اجتماعی
 - ۲) قدرت انجام کارهای اجتماعی
 - ۳) قدرت دادن طرح در امور اجتماعی
 - ۴) قدرت پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی

- ۵- اولین مرکز مشاهدات روانی برای نوجوانان در شیکاگو توسط چه کسی تأسیس شد؟
(سراسری ۷۴)
- (۱) ایتارد و سگن (۲) بینه (۳) پتلوژی (۴) هیلی
- ۶- در کدام قرن «اولین» کوشش‌های جدی برای بهبود وضع و درمان بیماران روانی در بیمارستان‌های بزرگ (در اروپا) به عمل آمد؟
(سراسری ۷۷)
- (۱) چهاردهم (۲) شانزدهم (۳) هجدهم (۴) بیستم
- ۷- اولین تعریف رسمی روانشناسی بالینی به منزله «هنر و فن مربوط به سازش آدمی»، توسط چه مرجعی تدوین شده است؟
(سراسری ۷۷)
- (۱) انجمن روانپزشکی آمریکا (۲) انجمن روانشناسی آمریکا
(۳) انجمن بین‌المللی روان تحلیل‌گری (۴) سازمان بهداشت جهانی
- ۸- وظایف اصلی «روانشناسی بالینی» کدامند؟
(سراسری ۷۹)
- (۱) علت‌شناسی (۲) دارو درمانی
(۳) نشانه‌شناسی و طبقه‌بندی (۴) ارزیابی، تشخیص و درمان
- ۹- در روانشناسی بالینی کدام مؤلفه شخصیت مورد توجه دقیق واقع می‌شود؟
(سراسری ۸۳)
- (۱) جنبه‌های منفی شخصیت مانند: رفتارهای زشت و انحرافی
(۲) نشانه‌های خوب شخصیت مانند: راستگویی، هم‌حسی، دوستی
(۳) ویژگی‌های ناپایدار شخصیت مانند: ترس، برانگیختگی، اضطراب
(۴) جنبه‌های بالنسبه و ثابت و پایدار شخصیت مانند: ادراک، تفکر، احساس
- ۱۰- اصطلاح روان‌شناسی بالینی نخستین بار توسط کدام یک از افراد زیر به کار رفت؟
(آزاد ۸۱ و ۸۳)
- (۱) اسکینر (۲) هرسن (۳) ویتمر (۴) فروید
- ۱۱- اصطلاح کلینیک روان‌شناختی برای اولین بار توسط کدام روانشناس پیشگام به کار گرفته شد؟
(سراسری ۸۴)
- (۱) پیازه (۲) بینه (۳) گزل (۴) ویتمر
- ۱۲- روانشناسی بالینی به مثابه یک رشته مستقل علمی توسط چه کسی و در چه زمانی پایه‌گذاری شد؟
(سراسری ۸۶)
- (۱) سیگموند فروید، ۱۰۵ سال پیش (۲) فیلیپ پنیل، ۱۲۵ سال پیش
(۳) کلیفورد بیرس، ۶۵ سال پیش (۴) لایتنر ویتمر، ۱۱۰ سال پیش

- ۱۳- رویکرد بالینی:
- (آزاد ۸۸)
- ۱) به دنبال فهم تفاوت‌های فردی است و غالباً به آن رویکرد فردنگر می‌گویند.
 - ۲) در جستجوی اصول کلی رفتار با اتخاذ رویکرد قانون‌گرا است.
 - ۳) متمرکز بر شباهت‌های روان‌شناختی افراد است و درمان‌های راهنما دار به کار می‌برد.
 - ۴) بر پیشگیری و درمان مشکلات روانی، خصوصاً در بین طبقات محروم جامعه متمرکز است.
- ۱۴- مدل آموزشی دانشمند- متخصص (مدل بولدر):
- (آزاد ۸۸)
- ۱) جنبشی در روانشناسی که در اواخر دهه ۱۹۵۰ شروع و در دهه ۱۹۶۰ تحکیم شد و مدلی است که فقط رفتارهای آشکار را می‌توان اندازه گرفت و صفات شخصیتی را قبول نداشتند.
 - ۲) مدلی که هدفش پیشبرد رشته روانشناسی، حفظ مبانی علمی و بالا بردن درک مردم از این رشته و فواید آن است.
 - ۳) یک مدل آموزشی در روانشناسی بالینی که هدف آن ادغام و پیوند علم و کار بالینی است.
 - ۴) مدلی در روانشناسی که هدفش پیشگیری از بروز بیماری‌ها، افزایش سلامتی مردم و حفظ آن و درمان روانشناختی کسانی است که بیماری جسمی دارند.
- ۱۵- اصول عمومی اخلاقی که روانشناسان بالینی باید نسبت به آنها متعهد باشند عبارتند از:
- (آزاد ۸۸)
- ۱) مدیریت، کیفیت منظم، ارائه تمامی خدمات بالینی، قدرت مخاطره مالی، نظام‌های اطلاعاتی مدیریتی
 - ۲) با وجدان بودن، متعهد بودن، دقیق بودن و رازدار بودن
 - ۳) قابلیت فرهنگی خود را ثابت کند، ذهنیت علمی داشته باشد، دسته بندی پویا در مورد مشکلات مراجع داشته باشد.
 - ۴) صلاحیت، صداقت، مسئولیت پذیری حرفه ای و علمی، احترام به حقوق و شأن مردم، توجه به رفاه دیگران
- ۱۶- برخی از جنبه‌های حقوق مراجعان در برابر روانشناسان بالینی عبارتند از:
- (آزاد ۸۸)
- ۱) حق عدم پرداخت وجه در صورت عدم رضایت، حق مراجعه قضایی در صورت عدم رضایت از خدمات بالینی
 - ۲) حق داشتن روانشناس هم فرهنگ خود، حق مصرف دارو در حین درمان روان‌شناختی
 - ۳) سرمشق‌گیری، بهره بردن از برنامه تقویت ژتون، خویشنداری
 - ۴) حق تغییر درمانگر، حق خاتمه دادن به درمان، خطر بروز هیجان‌ناخوشایند در حین درمان

- ۱۷- در ارتباط با رعایت مسائل اخلاقی در کاربست مشاوره، همه اظهارات زیر درست هستند به جز:
- (وزارت بهداشت ۸۸)
- ۱) رضایت آگاهانه درمانجو در ابتدای رابطه درمانی، ضروری است. اما تأکید بر رعایت آن تا انتهای فرایند درمان، ضروری نیست.
 - ۲) هنگامی که به مشاوره می‌پردازیم، مشورت با همکاران برای حل مشکلات پیش بینی نشده، منع اخلاقی ندارد.
 - ۳) چنانچه روابط دوگانه، بالقوه مشکل ساز باشد، بهتر است که مشاوره تحت سرپرستی فرد واجد شرایطی انجام شود.
 - ۴) زیر نظر گرفتن خود در سراسر فرایند مشاوره و بررسی انگیزه‌ها برای برقراری رابطه دوگانه، اهمیت زیادی دارد.
- ۱۸- در مورد جنبش روانشناسی کدام عبارت درست است؟
- (سراسری ۹۶)
- ۱) تمرکز بر شادی به جای افسردگی
 - ۲) تمرکز بر عزت نفس به جای عقده حقارت
 - ۳) تمرکز بر توانمندی‌های شخصی در کنار آسیب شناسی روانی
 - ۴) تمرکز بر توانمندی‌های شخصی به جای آسیب شناسی روانی
- ۱۹- مهمترین جنبه‌ی رابطه مراجع - روان شناس کدام است؟
- (سراسری ۹۳)
- ۱) رازداری
 - ۲) تخصص بالینی
 - ۳) اخلاق مداری
 - ۴) صلاحیت حرفه‌ای
- ۲۰- مهمترین دغدغه‌های اخلاقی روانشناس بالینی کدام مورد است؟
- (وزارت بهداشت ۹۳)
- ۱) رازداری، صداقت، صلاحیت، احترام به حقوق مراجع
 - ۲) تضاد منافع، رضایت آگاهانه، نوع درمان، عدالت
 - ۳) صداقت، احترام به حقوق مراجع، تضاد منافع، رازداری
 - ۴) رازداری، صلاحیت، رضایت آگاهانه، تضاد منافع
- ۲۱- تقویت عوامل محافظ، کدام یک از انواع پیشگیری محسوب می‌شود؟
- (وزارت بهداشت ۹۴)
- ۱) پیشگیری ثانویه
 - ۲) پیشگیری ضروری
 - ۳) پیشگیری انتخابی
 - ۴) پیشگیری اولیه
- ۲۲- ماهیت «روانشناسی بالینی» با کدام عبارت همخوانی بیشتری دارد؟
- (وزارت بهداشت ۹۴)
- ۱) التقاط‌گرایی
 - ۲) علم و پژوهش
 - ۳) علم و عمل
 - ۴) عمل مبتنی بر شواهد

۲۳- کدام یک از موارد زیر از جمله ریشه‌های تاریخی روان‌شناسی بالینی محسوب می‌شود؟
(وزارت بهداشت ۹۴)

- (۱) روان‌شناسی فیزیولوژیک
(۲) روان‌شناسی تجربی
(۳) روان‌شناسی اجتماعی
(۴) روان‌سنجی

۲۴- فلسفه آموزشی غالب در روان‌شناسی بالینی فعلی، بر اساس کدام مورد است؟
(سراسری ۹۵)

- (۱) مدل دانشمند - متخصص است.
(۲) سنت تحقیقاتی و علمی است.
(۳) مدل طبقه بندی ارسطویی و دی، اس، امی است.
(۴) نکات جمعیت‌شناسی و سیستم متمرکز است.

۲۵- مشاوره در مقایسه با روان‌شناسی بالینی، بیشتر به کدام مورد می‌پردازد؟ (سراسری ۹۵)
(۱) به مشکلات روزمره افراد مرتبط است. (۲) با درمان اختلالات شدید روانی مرتبط است.
(۳) با درمان بیماران بستری مرتبط است. (۴) به درمان اختلالات روان - تنی مرتبط است.

۲۶- کدام اصل جزء اصول عمومی آیین نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا نمی‌باشد؟
(وزارت بهداشت ۹۵)

- (۱) وفاداری و مسئولیت‌پذیری
(۲) صداقت
(۳) عدالت
(۴) رازداری

پاسخ سؤال‌های چهارگزینه‌ای طبقه‌بندی شده فصل اول

- ۱- گزینه (۴). در روان‌شناسی بالینی جنبه‌های نسبتاً پایدار و ثابت شخصیت مانند: ادراک، تفکر و احساس مورد توجه قرار می‌گیرد و ابزارها و پرسشنامه‌های تشخیصی نیز بر این جنبه‌های شخصیت تمرکز دارند.
- ۲- گزینه (۲). تأکید بر علل ارگانیک در بیماری‌های روانی را می‌توان ناشی از پیشرفت‌های چشمگیری دانست که از قرن شانزدهم به بعد، در رشته‌های آناتومی و فیزیولوژی رخ داده بود. پیشرفت در شناخت ساختمان و کارکرد بدن، توأم با مبارزه شدید علیه جن‌گیری و جادوگری اساس مکتبی از روان‌شناسی را پی ریخت. یکی از پیشگامان مکتب ارگانیک در اروپا امیل کراپلین بود. او اعتقاد داشت که بیماری‌های روانی، در حقیقت بیماری‌های جسمانی هستند که نقطه تمرکز آنها مغز بیمار است. از این دیدگاه، بیماری‌های روانی علل کنشی ندارند. (آسیب‌شناسی روانی، شاملو، ص ۲۸)
- ۳- گزینه (۴). (مراجعه شود به پاسخ سؤال ۱)
- ۴- گزینه (۱).
- ۵- گزینه (۴). اولین درمانگاه مشاوره کودک شیکاگو در سال ۱۹۰۹ توسط ویلیام هیلی تأسیس شد. این درمانگاه رویکرد تیمی داشت و در آن روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان کار می‌کردند. آنها به آنچه امروز بزهکاران خردسال و نوجوان گفته می‌شود، علاقه داشتند تا به مشکلات یادگیری کودکان که قبلاً مورد توجه ویتمر قرار گرفته بود. هیلی سخت تحت نفوذ مفاهیم و روش‌های فروید بود. رویکرد او باعث شده بود در روان‌شناسی بالینی با کودکان براساس جهت‌گیری پویایی فروید برخورد شود تا براساس جهت‌گیری تربیتی. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروز بخت، ص ۷۶)
- ۶- گزینه (۳). قرن هجدهم دوران اصلاح عظیم سیاسی و اجتماعی در سرتاسر اروپا بود. اولین نهضت انسان‌گرایانه درباره بیماری‌های روانی در پاریس با کار فیلیپ پینل آغاز شد. او دستور داد تا زنجیر از دست و پای بیماران روانی باز کنند و با آنان مانند بیمار رفتار کنند. درمان پینل به درمان اخلاقی شهرت یافت. در انگلستان، ویلیام توک، پناهگاه یورک را که مؤسسه‌ای بر اساس اصول مذهبی بشردوستانه کواکرها بود، تأسیس کرد. روش‌های توک به درمان اخلاقی (moral treatment) شهرت یافتند و بر پایه این فلسفه استوار بودند که بیماران روانی استحقاق دارند که با آنها برخورد انسانی شود. بنجامین راش، به خاطر علاقمند کردن افراد به رویکرد علمی به اختلال‌های روانی، عنوان بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکا را

کسب کرد. کتاب او با عنوان مشاهدات و تحقیقاتی درباره بیماری‌های ذهن که در سال ۱۸۱۲ نوشته شد، اولین کتاب درسی روان پزشکی بود که در ایالات متحده چاپ شد. در ارزیابی خدمات راش باید این موضوع را نیز یادآور شویم که او از مداخله‌هایی که اکنون وحشیانه می‌دانیم و در آن زمان آداب پذیرفته شده‌ای بودند، طرفداری می‌کرد. برای مثال راش از خون‌گیری (حجامت) و پاکسازی در درمان اختلال‌های روانی حمایت می‌کرد. برخی از روش‌های او غیر عادی بودند و اکنون آزارگرانه به نظر می‌رسند؛ مثل صندلی «آرام بخش» که بیمار را به آن می‌بستند. با بستن دست و پا و سر بیمار قصد داشتند جریان خون تحریک کننده به مغز را کاهش دهند. راش همچنین توصیه کرد که بیماران را در آب سرد غوطه ور کنند و آنها را با تهدید به کشته شدن، به وحشت بیندازند. (آسیب‌شناسی روانی، هالجین و ویتبورن، ترجمه سید محمدی، فصل (۱)، ص ۲۸ تا ۳۳)

۷- گزینه (۲). روانشناسی بالینی، به صورت مستقل یا مانند روانشناسی که در بیمارستان روانی و در مراکز مشاوره‌های بهداشت روانی فعالیت دارد، به امر بالینی دست می‌زند. این جنبه‌ی به کار بسته‌ی روانشناسی بالینی است که نظر انجمن روانشناسی آمریکا را به خود معطوف داشته و به همین دلیل است که روانشناسی بالینی در این انجمن به عنوان «هنر و فنی که با مسائل سازش افراد آدمی سروکار دارند»، تعریف شده است. (روان‌شناسی بالینی، پرون و پرون، ترجمه دادستان، منصور، ص ۱۰)

۸- گزینه (۴). مهارت‌های ضروری در روان‌شناسی بالینی عبارتند از: سنجش، تشخیص، مداخله یا درمان، مشورت، تحقیق و کاربرد اصول اخلاقی و حرفه‌ای. وجه ممیز روان‌شناسان بالینی، تخصص آنها در زمینه‌ی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی و قابلیت شان در ادغام علم، نظریه و کار بالینی است. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروز بخت، ص ۲۷)

۹- گزینه (۴). (مراجعه شود به پاسخ سؤال ۱)

۱۰- گزینه (۳). در اواخر قرن نوزدهم دو رویداد مهم به شکل‌گیری حرفه روان‌شناسی بالینی کمک شایانی کرد. نخستین رویداد، تأسیس انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۸۹۲ بود که جی. استنلی هال اولین رئیس آن بود. لایتنر ویتمر در سال ۱۸۹۶ اولین درمانگاه روان‌شناسی را در دانشگاه پنسیلوانیا تأسیس کرد. برخی از صاحب‌نظران، این واقعه را سرآغاز روان‌شناسی بالینی می‌دانند و ویتمر را بنیان‌گذار رشته روان‌شناسی بالینی می‌دانند. درمانگاه ویتمر مخصوص درمان کودکانی بود که مشکلات یادگیری داشتند یا کلاس را بر هم می‌زدند. ویتمر بود که نام این رشته را «روان‌شناسی بالینی»، گذاشت و اولین واحد تخصصی روان‌شناسی بالینی را تدریس کرد. هم‌چنین ویتمر بود که در سال ۱۹۰۷ اولین مجله روان‌شناسی بالینی را با عنوان The Psychological Clinic را منتشر ساخت.

کمک‌های لایتنر ویتمر به رشته روان‌شناسی بالینی: ۱- تأسیس اولین درمانگاه روان‌شناسی در سال ۱۸۹۶ ۲- معرفی حرفه‌ای جدید به نام روان‌شناسی بالینی در سال ۱۹۰۷ ۳- بنیان‌گذاری و سر‌دبیری اولین مجله روان‌شناسی بالینی با عنوان The Psychological Clinic ۴- تدوین اولین دوره آموزشی در روان‌شناسی بالینی ۵- همچنین کارهای ویتمر نقش مهمی در تحولات آتی رشته روان‌شناسی بالینی داشت از جمله تأکید بر مشکلات تحصیلی کودکان، استفاده از مداخلات بالینی در اصلاح زندگی افراد و همکاری با دیگر متخصصان، مثلاً پزشکان در درمان. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، ص ۸۴ تا ۸۶)

۱۱- گزینه (۴).

۱۲- گزینه (۴). ویتمر را پدر روان‌شناسی بالینی می‌دانند و همچنین او را پیشگام تأسیس اولین درمانگاه روانی نیز می‌دانند.

۱۳- گزینه (۱). چون روان‌شناسی بالینی با مشکلات افراد سروکار دارد، بیشتر بر تفاوت‌های فردی متمرکز است تا بر شباهت‌ها.

رویکرد قانون‌نگر (Nomothetic approach): روان‌شناس محقق در جستجوی اصول کلی رفتار با اتخاذ رویکرد قانون‌نگر به طور کلی توجه کمتری به تفاوت‌های فردی دارد. تمرکز او بر تفاوت‌های گروهی است که تابع درمان یا دستکاری آزمایشی هستند. هدفش نیز انتزاع اصول کلی رفتار بر اساس مشاهده مردم است. این رویکرد با کار بالینی تجربی گرا مناسب‌تر است.

رویکرد فرد‌نگر (Idiographic approach): رویکرد بالینی به دنبال فهم تفاوت‌های فردی است و غالباً به آن رویکرد فردنگر می‌گویند. چرا این بیمار این قدر اضطراب دارد؟ چرا این بیمار در برابر برخی تقویت‌ها پاسخ نمی‌دهد؟ دلیل ادامه یافتن اختلاف نظرها در مورد علم یا هنر بودن روان‌شناسی بالینی همین قضیه است. هر چه روان‌شناس بالینی ذهنی گراتر باشد به هنرمندان شبیه‌تر می‌شود. یعنی برخی از متخصصان بالینی احساس می‌کنند در قضاوت‌های تشخیصی یا تصمیم‌گیری‌های درمانی خود بیشتر بر مهارت، تجربه و قوای ذهنی و شهودی خود متکی هستند. به نظر آن‌ها همان‌طور که نمی‌توان به کسی یاد داد یک شاهکار نقاشی خلق کند، به کسی هم نمی‌توان یاد داد تفسیر دقیق و موثقی از آزمون‌های فرافکن یا خواب‌های بیماران به عمل آورد. اما روان‌شناسان بالینی تجربی‌گرا، گرایش عینی‌نگرتری دارند. به نظر آن‌ها پاسخ را باید در تحقیقات بیشتر و کاربرد دقیق اصول رفتار انسانی برای هر مورد جستجو کرد. متخصصان بالینی ذهنی‌گرا، تشخیص‌ها را به کمک

- قوه شهود خود می‌گذارند و متخصصان بالینی تجربه‌گرا به کمک بهترین فرمول‌های آماری یا پیش‌بینی‌های آماری. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروز بخت، ص ۴۵)
- ۱۴- گزینه (۳). دوره‌های آموزشی پس از جنگ دوم جهانی بر این اصل استوار بودند که می‌توانیم نقش‌های دانشمند و متخصص را در هم ادغام کنیم. هدف این دوره‌ها نیز ایجاد یک حرفه منحصر به فرد بود. مدل دانشمند - متخصص که توسط «بولدر»، تدوین شد، یک مدل آموزشی در روانشناسی بالینی می‌باشد که هدف آن ادغام نقش‌های دانشمند و متخصص (علم و کار بالینی) است. در مدل بولدر، حرفه‌ای لحاظ شده بود که ترکیبی از متخصصان بالینی ماهر و ارایه می‌دهد، متخصصانی که می‌توانستند تحقیق کنند و از تحقیقات دیگران استفاده کنند. هدف این مدل هم تدوین حرفه‌ای متفاوت بود. در این مدل، روانشناسان بالینی ضمن مهارت و حساسیت داشتن در کارهای بالینی می‌توانستند با تبدیل و ترجمه تجارب بالینی خود به فرضیه‌های آزمون پذیر و آزمودن این فرضیه‌ها، دانش روان‌شناسی بالینی را بیشتر کنند. مدل بولدر تلفیق منظمی از مهارت‌های بالینی و تجربه‌گرایی منطقی علم بود. جدا کردن متخصصان بالینی از منبع دانش باعث می‌شود، مصرف‌کننده منفعل اطلاعات یا خریدار فنون فروشندگان دوره‌گرد روان‌شناسی گردند. مدل دانشمند - متخصص بیشتر یک نگرش است تا کنار گذاشتن فعالیت‌های روزمره. یک رشته کنفرانس‌های آموزشی که به کنفرانس سات لیک سیتی در ایالت یوتا در سال ۱۹۸۷ منتهی شد، تفسیرهای افراطی و خشک مدل دانشمند - متخصص را متوقف کرد. این کنفرانس‌ها دنبال راه‌های دیگر احراز قابلیت حرفه‌ای بودند و بیشتر رویکردهایی را می‌پذیرفتند که تجارب تحقیقاتی را به آموزش مهارت بالینی ترجیح نمی‌دادند. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، ص ۴۷ و ۱۰۱)
- ۱۵- گزینه (۴). انجمن روانشناسی آمریکا در سال ۱۹۹۲، اصول اخلاقی روان‌شناسان و عملکردشان را در غالب شش اصل اخلاقی عمومی و یک رشته معیارهای خاص درباره‌ی فعالیت‌های مختلف روانشناسان (سنجش، مداخله، درمان)، فعالیت‌های حقوقی و مواردی از این قبیل را مطرح کرد. اصول عمومی اخلاقی در روانشناسی بالینی عبارتند از: صلاحیت، صداقت، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و عملی، احترام به حقوق و شأن مردم، توجه به رفاه دیگران، مسئولیت‌پذیری اجتماعی. (روانشناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، ص ۱۲۷)
- ۱۶- گزینه (۴). برخی از جنبه‌های حقوق مراجعان عبارتند از: حق تغییر درمانگر، امکان ارجاع به دیگر روان‌شناسان، معرفی خدمات اجتماع نگر به عنوان یک گزینه دیگر، حق خاتمه دادن درمان، خطر بروز هیجان‌ناخوشایند در حین درمان، خطر بروز برخی تغییرات در روابط

شخصی مراجع (مثل رابطه وی با همسرش)، دیگر خطرات، حقوق و اطلاعات. اما متداول ترین دو راهی اخلاقی که روان‌شناسان ممکن است با آن در حین درمان مواجه شوند، رازداری است. (مثلاً فاش کردن رازها به دلیل احتمال بروز خطر برای شخص دیگر و یا فاش کردن رازها به دلیل احتمال سوء رفتار با کودکان و یا دلایلی دیگر. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، ص ۱۳۱)

۱۷- گزینه (۱). صرف نظر از چارچوب نظری که مطابق با آن کار می‌کنید، رضایت آگاهانه لازمه‌ی اخلاقی و قانونی و جزء جدانشدنی فرایند درمان است. دادن اطلاعاتی به درمانجویان که برای تصمیم‌گیری آگاهانه به آن نیاز دارند، به مشارکت فعال آنها در برنامه‌ی مشاوره کمک زیادی می‌کند. با آگاه کردن درمانجویان از حقوق و مسئولیت آنها، هم به آنها اختیار می‌دهید و هم رابطه‌ی قابل اعتمادی را با آنها برقرار می‌کنید. (نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی، گری، ترجمه سید محمدی، ص ۴۵)

۱۸- گزینه (۳).

۱۹- گزینه (۱). متخصصان بالینی از لحاظ اخلاقی موظفند رازدار باشند. رازداری مهم‌ترین جنبه رابطه مراجع - روان‌شناس است. افشای بدون اجازه اطلاعات باعث می‌شود رابطه روان‌شناس و مراجع آسیب جبران‌ناپذیری بخورد.

۲۰- گزینه (۴). چهار دغدغه اخلاقی برای روان‌درمانگرها بیشترین اهمیت را دارند که عبارتند از: ۱- رازداری ۲- صلاحیت ۳- رضایت آگاهانه ۴- تضاد منافع. معنای رازداری این است که درمانگر حریم مراجع را حفظ کند و جز در شرایط خاص، مسایل او را برای دیگران فاش نکند. رازداری، روان‌شناسان بالینی را موظف می‌کند رفاه و آسایش مراجعان را در اولویت قرار دهند. درمانگر جزء در چند مورد استثنایی همواره باید در راستای این سؤال که صلاح مراجعه من چیست؟ عمل کند. منظور از صلاحیت این است که روان‌شناسان از لحاظ حرفه‌ای مسئول هستند و باید در چهارچوب تخصص‌شان عمل کنند. اندازه‌گیری صلاحیت دشوار است، ولی ترکیبی از تحصیلات، آموزش، تجربه و اعتبار مبنای آن می‌باشد. صلاحیت در عمل به این معنا است که تا وقتی روان‌شناس بالینی تحصیلات لازم را ندارد، آموزش کافی ندیده و زیر نظر متخصصان، تجربه کسب نکرده نباید به سنجش یا درمان مبادرت ورزد. همچنین نباید برای جمعیت‌هایی که شناختی راجع به آنها ندارد (صلاحیت فرهنگی)، درمانگری کند. صلاحیت در آرمانی‌ترین شکل خود، مصرف‌کنندگان را از درمانگری و اقدامات نادرست مصون می‌دارد. رضایت آگاهانه، درمانگران را موظف می‌کند مراجعان را در جریان حد و مرز رازداری، نتایج احتمالی درمان و هر آن چیزی که بر تمایل او به شروع درمان تأثیر می‌گذارد، قرار بدهد. برای نمونه، درمانگرانی که زناشویی درمانی انجام می‌دهند،

معمولاً به مراجعان می‌گویند که نتیجه درمان گاهی اوقات می‌تواند این باشد که طرفین، طلاق را برگزینند. تضاد منافع به این اشاره دارد که درمانگر موظف است حد و مرز درمان را رعایت و در چهارچوب درمان عمل کند. چهارچوب درمان همانا انتظاراتی است که در مورد نقش‌ها و تعاملات طرف‌های رابطه درمانی داریم. تضاد منابع وقتی پیش می‌آید که علایق شخصی درمانگر با صلاح مراجع در تضاد باشد. تضادها می‌توانند جزئی باشند، مثل وقتی که درمانگر نمی‌داند آیا بروز دادن عصبانیتش از مراجع در جریان درمان به نفع مراجع است یا این که با این عمل صرفاً می‌خواهد خودش را ارضاء کند. اما تضاد منافع گاهی اوقات شدید است، مثل وقتی که درمانگر در فکر رابطه جنسی با مراجع یا مراجع سابق خود است. در کتاب روان‌شناسی بالینی فیرس، دو راهی‌های اخلاقی متداول روان‌شناسان عبارتند از: ۱- متداول‌ترین دو راهی اخلاقی، رازداری است. ۲- دوراهی مرتبط با تیره و تار شدن روابط یا بروز اختلاف در روابط، یعنی حفظ حریم‌های درمان و گیر افتادن بین برقراری یک رابطه خصوصی یا یک رابطه حرفه‌ای ۳- دوراهی در مورد جنبه‌های مالی و دستمزد، طرح‌ها، محیط‌ها و روش‌ها ۴- دیگر دو راهی‌های اخلاقی عبارتند از: در زمینه آموزش و تدریس، روان‌شناسی قانونی، تحقیق، رفتار همکاران، امور جنسی، سنجش، مداخلات مشکوک یا مخرب و صلاحیت. (روانشناسی بالینی، کرامر، برنستاین و پرز، ترجمه فیروزبخت، ص ۲۷۷ و روان‌شناسی فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، ص ۱۳۱)

۲۱- گزینه (۴). نتیجه اصلی روان‌شناسی اجتماع نگر، پیشگیری است که هم اکنون جزئی از کل رشته روانشناسی شده است. جرال کاپلان چند دهه قبل با الهام از اصول رشته بهداشت عمومی، سه سطح پیشگیری از مشکلات روانی را برشمرد: پیشگیری ثالث، ثانویه، اولیه. بعداً موسسه پزشکی اصطلاحات دیگری را پیشنهاد کرد (مداخلات پیشگیری ضروری، پیشگیری روانی انتخابی و پیشگیری روانی همگانی) که اصطلاحات رایج تری هستند. پیشگیری ثالث (مداخله پیشگیری ضروری)، با هدف کم کردن شدت اختلالات و پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت مشکلات روانی صورت می‌گیرد. یک نمونه از این پیشگیری، توانبخشی روانی اجتماعی است که طرز بهتر کنار آمدن با آسیب‌های روانی شدید را به مراجعان مبتلا به این آسیب‌ها یاد می‌دهد و به آنان کمک میکند برای پیشگیری از تأثیرات منفی بعدی این آسیب‌ها، بالاترین کیفیت زندگی را دنبال کنند. پیشگیری ثانویه (پیشگیری روانی انتخابی)، شامل مداخلاتی است که روی آدم‌های در معرض خطرابتلا به اختلال اجرا می‌شوند. پیشگیری ثانویه اثربخش در گرو آگاهی پیدا کردن از نقش عوامل خطر در اختلالات است. همچنین در گرو استفاده از روش‌های سنجش پایا و معتبر برای کشف علایم مقدماتی یک اختلال است که می‌توانیم خیلی زود برای آنها کاری

بکنیم. بسیاری از برنامه‌های پیشگیری ثانویه می‌خواهند عوامل محافظ را بیشتر کنند، فرایندی که انعطاف پذیری افراد را افزایش می‌دهد.

پیشگیری اولیه (پیشگیری روانی همگانی)، عبارت است از ممانعت از ایجاد اختلال به کمک اصلاح محیط یا تقویت افرادی که در برابر اختلالات مورد نظر، آسیب پذیر نیستند. برنامه‌های پیشگیری اولیه در صدد خنثی کردن عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ هستند. این سه نوع برنامه پیشگیری از لحاظ جمعیت هدف خیلی با هم فرق دارند. برای نمونه، پیشگیری ثالث برای جلوگیری از تکرار سوء رفتار با کودک، پدر و مادرهایی را که قبلاً با کودکانشان بد رفتاری کرده اند، شناسایی می‌کند. سپس برای آنها کلاس‌های فرزندان‌شان بهتر رفتار کنند. همچنین برای آنها کلاس‌های رشد کودک می‌گذراند. هر دو کلاس موجب می‌شود آگاهی و قابلیت این پدر و مادرها افزایش یابد. البته کلاس‌های مدیریت عصبانیت نیز ممکن است گذاشته شود. در برنامه پیشگیری ثانویه به پدر و مادرهایی که در معرض خطر سوء رفتار با کودکان هستند (برای مثال، پدر و مادرهایی که با خود آنها بد رفتاری فیزیکی شده است) اما هنوز با فرزندشان بد رفتاری نکرده اند، کمک می‌شود. این پدر و مادرها با پدر یا مادری که در محله آنها زندگی می‌کنند و رفتار خوبی دارند، آشنا می‌شوند. این پدر و مادر می‌تواند حامی خوبی باشد و اطلاعات مفیدی درباره برخورد موثر و غیر خشن با رفتارهای درست و غلط کودکان به پدر و مادرهای دیگر بدهد. در پیشگیری اولیه، کل جمعیت مدنظر قرار می‌گیرند. برای نمونه، مشاهیر، ورزشکاران سرشناس و دیگر شخصیت‌های متنفذ رادیو و تلویزیون، تابلوهای بزرگ آگهی و روزنامه‌ها، سوء رفتار با کودکان را تقبیح می‌کنند و مردم را تشویق می‌کنند در مورد مشکلات‌شان در فرزند پروری از متخصصان کمک بگیرند. (روان شناسی بالینی کرامر، برنستاین، پرز، ترجمه، فیروزبخت، ص ۳۹۲)

۲۲- گزینه (۳). تعریف رسمی روان شناسی بالینی شامل علم و عمل می‌شود. به طور کلی دو مدل آموزشی در روان شناسی بالینی وجود دارد: نام هر دو هم از شهری‌های ایالت کلورادو گرفته شده است که میزبان برگزاری همایش‌هایی بوده‌اند که به تدوین این دو مدل منتهی شده‌اند. مدل بولدرد که محصول برگزاری اولین همایش آموزشی بزرگ روان شناسان بالینی است که در سال ۱۹۴۹ برگزار شد. این مدل که معمولاً به آن مدل دانشمند - درمانگر می‌گویند، توصیه می‌کند روان شناسان بالینی باید در تحقیق و کار حرفه ای مهارت داشته باشند، در برنامه تحصیلات تکمیلی دانشگاهی مدرک phd بگیرند و دوره انترنی یک یا چند ساله نظارت شده را بگذرانند. در سال ۱۹۷۳، نیز همایشی در زمینه سطوح و الگوهای آموزش حرفه ای در روان شناسی در ویل کلورادو برگزار شد. نتیجه این همایش هم تدوین مدل ویل بود که نوع دیگری از آموزش را پیشنهاد می‌کرد، مدلی که خیلی کمتر بر آموزش

علمی تأکید می‌کرد و بیشتر روی آمادگی برای ارائه خدمات بالینی متمرکز است. نمایندگان حاضر در همایش ویل توصیه کردند مدرک psyD برای آموزشی که بر ارائه خدمات حرفه‌ای و ارزیابی خدمات حرفه‌ای تأکید دارد، مناسب است. آنها همچنین توصیه کردند برنامه‌های آموزش روان‌شناسی بالینی نه تنها در دانشگاه‌ها، بلکه در دانشکده‌های پزشکی یا در دانشکده‌های آزاد روان‌شناسی حرفه‌ای گنجانده شوند. در ضمن این دانشکده‌های مستقل باید هم سطح دانشکده‌های علمی - حرفه‌ای سنتی تر فرض شوند. (روانشناسی بالینی، کرامر، برنستاین و پرز، ترجمه فیروزبخت، ص ۲۹)

۲۳- گزینه (۴). اصولاً سه دسته از عوامل اجتماعی و تاریخی، روان‌شناسی را شکل داده‌اند و می‌دهند. این عوامل عبارتند از: الف) استفاده از روش‌های تحقیق علمی یا سنت تجربی ب) اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی یا سنت روان‌سنجی ج) طبقه‌بندی و درمان اختلالات رفتاری یا سنت بالینی. (روانشناسی بالینی، کرامر، برنستاین و پرز، ترجمه فیروزبخت، ص ۳۷)

۲۴- گزینه (۱). مدل‌های آموزشی در روان‌شناسی بالینی عبارتند از: ۱- دانشمند - متخصص ۲- مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) ۳- دانشکده‌های حرفه‌ای ۴- مدل دانشمند بالینی ۵- برنامه‌های آموزشی مرکب حرفه‌ای - علمی.

مدل دانشمند - متخصص (Scientist - Practitioner Model): در سال ۱۹۴۹، در مورد تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی بالینی، کنفرانس مهم بولدر کولورادو برگزار شد که محصل این کنفرانس، تدوین مدل بولدر یا مدل آموزشی دانشمند - متخصص بود. هدف این مدل ادغام و پیوند علم و کار بالینی بود و هنوز هم مشهورترین مدل آموزشی روان‌شناسان بالینی است. در مدل بولدر، حرفه‌ای لحاظ شده بود که ترکیبی از متخصصان بالینی ماهر ارائه می‌دهد، متخصصانی که می‌توانستند تحقیق کنند و از تحقیقات دیگران استفاده کنند. هدف این مدل هم تدوین حرفه‌ای متفاوت بود. در این مدل، روان‌شناسان بالینی ضمن مهارت و حساسیت داشتن در کارهای بالینی می‌توانستند با تبدیل و ترجمه تجارب بالینی خود به فرضیه‌های آزمون‌پذیر و آزمودن این فرضیه‌ها، دانش روان‌شناسی بالینی را بیشتر کنند. مدل بولدر تلفیق منظمی از مهارت‌های بالینی و تجربه‌گرایی منطقی علم بود. جدا کردن متخصصان بالینی از منبع دانش باعث می‌شود، مصرف‌کننده منفعل اطلاعات یا خریدار فنون فروشنده‌گان دوره گرد روان‌شناسی گردند. مدل دانشمند - متخصص بیشتر یک نگرش است تا کنار گذاشتن فعالیت‌های روزمره. یک رشته کنفرانس‌های آموزشی که به کنفرانس سالت لیک سیتی در ایالت یوتا در سال ۱۹۸۷ منتهی شد، تفسیرهای افراطی و خشک از مدل دانشمند - متخصص را متوقف کرد. این کنفرانس‌ها دنبال راه‌های دیگر احراز قابلیت‌های حرفه‌ای بودند و بیشتر رویکرد‌هایی را می‌پذیرفتند که تجارب تحقیقاتی را به آموزش مهارت‌های بالینی ترجیح نمی‌دادند.

مدرک دکترای روان‌شناسی (Doctor of Psychology (Psy.D) Degree): ویژگی اصلی این مدرک، تأکید بر پرورش مهارت‌های بالینی و سنجشی و عدم تأکید بر صلاحیت تحقیقاتی است. در این مدرک، نیازی به رساله فوق لیسانس نیست و پایان نامه دارندگان این مدرک معمولاً گزارشی در مورد یک موضوع حرفه ای است تا یک مبحث بکر و اصیل تحقیقاتی. اولین دوره این گونه برنامه‌های آموزشی در سال ۱۹۶۸ در دانشگاه ایلینویز اجرا شد. برنامه‌های اعطای مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D) در دو سال اول، تفاوت فاحشی با برنامه‌های اعطای دکترای فلسفه (Ph.D.) ندارند. تفاوت اصلی آن‌ها از سال سوم شروع می‌شود. در این سال، اولویت با افزایش تجربه در زمینه درمان و سنجش است. تأکید بر تجربه‌های بالینی در سال چهارم با ارایه یک رشته واحدهای کارآموزی ادامه می‌یابد. البته اخیراً در برنامه‌های دکترای روان‌شناسی (Psy.D) واحدهای نظری رسمی بیشتر در سال اول جای داده می‌شوند و با الزامی کردن مواردی چون دوره‌های عملی پنج ساله، بر تجارب بالینی دانشجویان افزوده می‌شود.

دانشکده‌های حرفه ای (professional Schools): اگر چه مدل دکترای روان‌شناسی (Psy.D) نمونه بارز فاصله گرفتن از سنت است ولی نوآوری افراطی تر، راه اندازی دانشکده‌های حرفه ای است. بسیاری از این دانشکده‌ها رابطه ای با دانشگاه ندارند و خود مختارند، یعنی چهار چوب سازمانی و مالی خاص خودشان را دارند. اکثر این دانشکده‌ها به دانشکده‌های مستقل شهرت یافته اند، مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D) می‌دهند. این دانشکده‌ها اکثراً بر کارهای بالینی تأکید می‌ورزند و به طور کلی گرایش به تحقیق در معنای سنتی آن ندارند. اعضای هیئت علمی آن‌ها نیز اصولاً گرایش‌های بالینی دارند و برای دانشجویان خود در زمینه نقش روان‌شناسی بالینی الگوهای بهتری محسوب می‌شوند. یکی از مهم‌ترین مشکلات این دانشکده‌ها، تأمین منابع مالی است. بسیاری از این دانشکده‌ها به شدت به شهریه‌های دانشجویان خود وابسته‌اند که امنیت مالی کافی را برای آن‌ها فراهم نمی‌آورد. این دانشکده‌ها عمدتاً اعضای هیئت علمی پاره وقتی دارند که شغل اصلی آن‌ها در جای دیگری است، در نتیجه مبنای دانشگاهی متزلزلی دارند.

مدل دانشمند بالینی (Clinical Scientist Model): مدلی آموزشی که به شدت طرفدار روش‌های تحقیق تجربی و کاربرد اصول علمی در کار بالینی است. در دهه گذشته روان‌شناسان بالینی دارای گرایش تجربی، سخت‌نگران شده‌اند که روان‌شناسی بالینی آن گونه که هم اکنون صورت می‌گیرد مبنای علمی خود را از دست بدهد. به نظر آن‌ها کارایی بسیاری از روش‌های درمانی متخصصان بالینی در تحقیقات کنترل شده ثابت نشده است. در برخی موارد، اصولاً روی این فنون تحقیقی صورت نگرفته و در برخی موارد دیگر، تحقیقات

صورت گرفته، استفاده از این فنون را تأیید نمی‌کنند. در سال ۱۹۹۱، در بیانیه علم روان‌شناسی بالینی، فراخوانی برای دانشمندان بالینی صادر شد. در این سند مک فال اظهار داشت: ۱- روان‌شناسی بالینی علمی، تنها شکل مشروع و مقبول روان‌شناسی بالینی است. ۲- نباید به مردم خدمات روان‌شناختی داد مگر تحت نظارت دقیق آزمایشی و احراز چهار ملاک زیر: الف) روشن شدن دقیق ماهیت این خدمات ب) تصریح فواید خدمات مورد نظر ج) اثبات اعتبار علمی این خدمات د) اثبات تجربی بیشتر بودن نقاط قوت خدمات مورد نظر نسبت به اثرات جانبی منفی آن‌ها. ۳- هدف اصلی و اولیه دوره‌های دکترای روان‌شناسی بالینی باید پرورش قابل‌ترین دانشمندان بالینی باشد. یکی از تبعات این مدل آموزشی، تشکیل آکادمی علم روان‌شناسی بالینی بود. در دوره‌های تحصیلات تکمیلی این آکادمی، روش‌های تجربی تحقیق با آموزش بالینی تلفیق می‌شوند. آکادمی علم روان‌شناسی بالینی، وابسته به جامعه روان‌شناسی آمریکا است. در سال ۱۹۹۹، این آکادمی ۴۳ برنامه را پوشش داده بود. اهداف اصلی این آکادمی عبارتند از: ۱- آموزش تحقیقات علمی بالینی به دانشجویان و پرورش دانشجویانی که در تولید دانش و استفاده از آن مهارت دارند. ۲- پیشبرد تحقیقات و نظریه‌های بالینی علمی و ادغام این دو با دیگر علوم وابسته. ۳- ایجاد منابع و فرصت‌های آموزشی، تحقیقاتی، مالی و شغلی لازم در علم بالینی و دسترسی به این منابع و فرصت‌ها. ۴- استفاده کلی و گسترده از علم بالینی در حل مشکلات انسانی به شکل مسئولانه و مبتکرانه. ۵- در اختیار گذاشتن به موقع علم بالینی برای سیاست‌گذاران، روان‌شناسان و دیگر دانشمندان، متخصصان و مصرف‌کنندگان.

برنامه‌های آموزشی مرکب حرفه‌ای - علمی:

(Combined Professional – Scientific Training Program)

ترکیب روان‌شناسی مشاوره، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مدرسه است. رئیس این مدل آموزشی را بوتلر و فیشر (۱۹۹۴) مطرح کرده‌اند از این قرار است: ۱- تخصص‌های مورد نظر در یک رشته اطلاعات و دانش‌ها اشتراک دارند. ۲- روان‌شناسان فارغ‌التحصیل در هر یک از این رشته‌ها عملاً کارهای مشابهی انجام می‌دهند. بر نامه‌های آموزشی در این مدل‌های ترکیبی بر مباحث اصلی روان‌شناسی متمرکزند و دانشجویان را با سه تخصص روان‌شناسی مشاوره، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مدرسه آشنا می‌کنند. مدل آموزشی ترکیبی، بیشتر گستره دانش روان‌شناسی را در نظر دارد تا عمق آن را. ولی این ویژگی می‌تواند نقطه ضعف آن هم باشد. فارغ‌التحصیلان این نوع برنامه‌های آموزشی، در پایان دوره دکترای در این سه رشته تخصص کامل نخواهند داشت. هم‌چنین این مدل بیشتر مناسب حال کسانی است که در آینده می‌خواهند متخصص بالینی شوند تا یک دانشجویی یا دانشمند بالینی. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروز بخت، فصل سوم)

۲۵- گزینه (۱). روان‌شناسان مشاور (Counseling psychologist) از دیر باز با افراد ناپه‌نجار یا کسانی کار می‌کرده‌اند که ناسازگاری‌های خفیفی داشته‌اند. آن‌ها مشاور گروهی یا مشاور فردی انجام می‌دهند. روش اصلی آنان در سنجش نیز معمولاً مصاحبه است، هر چند آزمون نیز می‌گیرند. آنها مشاوره‌های شغلی و تحصیلی انجام می‌دهند. بسیاری از روان‌شناسان مشاور این اواخر از فنون شناختی - رفتاری و حتی بازخورد زیستی (Biofeedback) نیز استفاده می‌کنند. روان‌شناسان مشاور به طور کلی این فعالیت‌ها را انجام می‌دهند:

- ۱- پیشگیری ۲- مشورت ۳- تنظیم برنامه‌های امدادی ۴- مشاوره و درمان کوتاه مدت یک تا پانزده جلسه‌ای. در حال حاضر روان‌شناسان مشاور علاقه کمتری به مشاوره شغلی و حرفه‌ای نشان می‌دهند و روز به روز علاقه بیشتری به کار خصوصی پیدا می‌کنند و در اموری چون روان‌درمانی که به طور سنتی کار روان‌شناسان بالینی است دخالت می‌کنند.
- تفاوت‌های روان‌شناسی مشاوره و روان‌شناسی بالینی عبارتند از: ۱- رشته روان‌شناسی بالینی از لحاظ تعداد برنامه‌های آموزشی مقطع دکترا و تعداد متخصصان دارای مدرک دکترا خیلی گسترده‌تر از رشته روان‌شناسی مشاوره است. ۲- برنامه‌های آموزشی مقطع دکترا در روان‌شناسی تقریباً سه برابر مشاوره است و فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی چهار برابر است. ۳- روان‌شناسان مشاور به مراجعانی خدمات می‌دهند که اختلال یا ناسازگاری شان خفیف است و عمدتاً در زمینه سنجش شغلی و حرفه‌ای تخصص دارند. ۴- تعداد متقاضیان برنامه‌های آموزش بالینی تقریباً دو برابر است هر چند تعداد پذیرش‌ها در هر دو رشته مشابه است. ۵- در برنامه‌های آموزش مشاور درصد دانشجویان عضو اقلیت‌های قومی و دانشجویان دارای مدرک فوق لیسانس بیشتر است. ۶- اعضای هیئت علمی رشته مشاوره که مدرک دکترا دارند بیشتر روی مسایل اقلیت‌ها و مسایل میان فرهنگی و آزمون‌های شغلی تحقیق می‌کنند. ۷- اعضای هیئت علمی رشته روان‌شناسی بالینی که مدرک دکترا دارند بیشتر روی اختلالات روانی و روان‌شناسی بالینی سلامتی تحقیق می‌کنند. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروز بخت، ص ۲۹ تا ۳۱)

۲۶- گزینه (۴). اصول اخلاقی و آیین نامه رفتاری انجمن روان‌شناسی آمریکا برای روان‌شناسان، ماخذ اصلی دستور عمل‌های اخلاقی روان‌شناسان بالینی است. همانطور که نام این راهنما نشان می‌دهد، از دو قسمت اصلی تشکیل شده است: ۱- اصول عمومی ۲- معیارهای اخلاقی. این راهنما، پنج اصل عمومی دارد: ۱- سودمند و زیانبار بودن ۲- وفاداری و مسئولیت پذیری ۳- صداقت ۴- عدالت ۵- احترام گذاشتن به حقوق و شأن مردم. معیارهای اخلاقی هم ۱۰ مورد هستند که هر یک به چند بخش اصلی و فرعی تقسیم می‌شوند و در نهایت ۱۵۱، قاعده اخلاقی را برای روان‌شناسان به ارمغان می‌آورند. (روانشناسی بالینی، کرامر، برنستاین و پرز، ترجمه فیروزبخت، ص ۲۷۵)

آزمون کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ روانشناسی بالینی

- ۱- در روان‌شناسی بالینی، فرایند جمع‌آوری اطلاعات منظم، عینی و تجربی درباره کارکردهای عقلانی، رفتار و شخصیت افراد، به گونه‌ای که بتوان این اطلاعات را مبنای تصمیم‌گیری قرار داد، چه نامیده می‌شود؟
 (۱) آزمون واقعیت (۲) روان‌سنجی (۳) روش تحقیق (۴) مصاحبه
- ۲- وقتی کسی «اسکیزوفرنی» تشخیص داده می‌شود، دیگران برخورد متفاوتی با آنها می‌کنند و آن افراد، رفتاری را انجام می‌دهند که برچسب مزبور از آنها انتظار دارد. این پدیده نشانگر کدام مفهوم روان‌شناختی است؟
 (۱) پیش‌گویی کام‌بخش (۲) مهار اجتماعی فرد (۳) داغ ننگ (۴) طبقه‌بندی
- ۳- اگر مراجع در جلسه اول درمان به صورت مداوم لب‌های خود را با زبان تر (خیس) کند و مکرراً تقاضای نوشیدن آب نماید، این رفتار می‌تواند حاکی از کدام نوع اضطراب باشد؟
 (۱) روان‌نژندی (۲) اخلاقی (۳) خصلتی (۴) وضعی
- ۴- صدمه به کدام قسمت مغز باعث حواس‌پرتی می‌شود؟
 (۱) لوب پیشانی (۲) لوب گیجگاهی (۳) مخچه (۴) مخ
- ۵- در معاینه وضعیت روانی، پرسش از نام پایتخت کشورها نشانگر سنجش کدام مورد است؟
 (۱) تشخیص موقعیت (۲) اطلاعات عمومی (۳) بینش (۴) هوش
- ۶- بیان اینکه «شخصیت، نظامی از نیروهای متضاد است» مربوط به کدام رویکرد روان‌درمانی است؟
 (۱) روان‌پویشی (۲) عصب‌شناختی (۳) انسان‌گرا (۴) رفتاری
- ۷- کدام عبارت، نشانگر دیدگاه فروید است؟
 (۱) هدف روان‌کاوی برداشتن «یگو» است.
 (۲) هدف روان‌کاوی برداشتن «اید» است.
 (۳) هر جا «اید» هست، «یگو» نیز باید باشد.
 (۴) هر جا «اید» هست، «یگو» ناپدید می‌شود.

- ۸- وجه اشتراک رویکرد روابط شیئی با رویکرد شناختی کدام است؟
 (۱) بازنمایی درونی خود و دیگران (۲) انرژی روانی
 (۳) طبیعت میان فردی (۴) تأکید بر همدلی
- ۹- در کدام رویکرد روان درمانی فرض می‌شود که واقعیت‌ها برای افراد متفاوت هستند؟
 (۱) روان‌پویشی (۲) شناختی (۳) انسان‌گرا (۴) رفتاری
- ۱۰- در رویکرد انسان‌گرا، آسیب‌روانی محصول کدام موقعیت است؟
 (۱) نپذیرفتن تجربه شخصی (۲) فرایندگرایی
 (۳) تعدد واقعیت‌ها (۴) فردگرایی
- ۱۱- این اصول که «ریشه مشکلات روانی از این نشأت می‌گیرد که مراجعان نمی‌توانند به اطلاعات موجود در واکنش‌های هیجانی خویش توجه کنند» مربوط به کدام نوع روان‌درمانی است؟
 (۱) شناختی (۲) پردازشی - تجربه‌ای
 (۳) رفتاری (۴) گشتالتی
- ۱۲- تأکید دیدگاه وجودی - انسان‌گرا بر کدام مفهوم است؟
 (۱) بازنمایی پریشانی خود در ارتباط با دیگران
 (۲) مضامین تعارض‌برانگیز
 (۳) دلبستگی
 (۴) لحظه
- ۱۳- وجه اشتراک درمان‌های «وجودگرایی» و «شناختی - رفتاری» کدام است؟
 (۱) قصد تناقض (۲) خالص بودن (۳) تمرکززدایی (۴) اصالت
- ۱۴- وقتی اضطراب انتظاری نمی‌گذارد شخص جرأت‌مندانه رفتار کند، استفاده از کدام نوع درمان مناسب‌تر است؟
 (۱) درمان روان‌پویشی (۲) درمان شناختی
 (۳) حساسیت‌زدایی (۴) آموزشی روانی
- ۱۵- تصور اساسی در درمان حساسیت‌زدایی منظم، کدام است؟
 (۱) مراجع با محرک‌هایی مواجه می‌شود که وسواس‌ها را فرا می‌خواند ولی اجازه پاسخ به او داده نمی‌شود.
 (۲) مراجع تمامی جنبه‌های موضوع ترسناک را آن قدر مجسم می‌کند تا احساس آرامش کند.

۳) به وجود آوردن پاسخ اجتناب و بازداری رفتار نامطلوب، شیوه غالب درمان است.
 ۴) نمی‌توان به طور همزمان آرایش و ترس داشت.

۱۶- در آموزش مهارت‌های اجتماعی، وقتی مراجعان به تدریج پاسخ‌های شبیه‌تری به پاسخ مطلوب می‌دهند، مورد تحسین درمانگر واقع می‌شوند؛ این شیوه را در روان‌درمانی چه می‌نامند؟

- ۱) تحلیل رفتار کاربردی
 ۲) تقریب متوالی
 ۳) تمرین ناپیدا
 ۴) خودگردانی

۱۷- رفتار درمانی دیالکتیک برای درمان کدام اختلال مناسب‌تر است؟

- ۱) اضطراب اجتماعی
 ۲) شخصیت وسواسی
 ۳) شخصیت مرزی
 ۴) افسردگی اساسی

۱۸- هنگامی که درمانگر، مراجع مبتلا به اضطراب را تشویق می‌کند عمداً نفس نفس بزند تا احساس و تجربه اضطراب در او زیاد شود و سپس به جنگ شناخت‌های مخرب برود، به دنبال بیان کدام واقعیت است؟

- ۱) نقش اجباراندیشی در مشکلات شخصیت
 ۲) انجام تمرینات شرم‌ستیزی
 ۳) مبارزه منطقی با عقاید نامعقول
 ۴) نقش هیجان در شناخت‌درمانی

۱۹- کدام نوع درمان، اساس میان‌فردی قوی‌تری دارد؟

- ۱) تحلیل تبادلگی
 ۲) مراجع‌محوری
 ۳) روان‌کاوی
 ۴) رفتاری

۲۰- برای درمان اختلال ADHD، استفاده از کدام نوع دارو رایج‌تر است؟

- ۱) بازدارنده
 ۲) آرام‌بخش
 ۳) محرک
 ۴) مهارکننده

پاسخ آزمون کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ روانشناسی بالینی

- ۱- گزینه (۲). فرایند جمع‌آوری اطلاعات منظم، عینی و تجربی درباره کارکردهای عقلانی، رفتاری و شخصیت افراد، به گونه‌ای که بتوان این اطلاعات را مبنای تصمیم‌گیری قرار داد را روانسنجی می‌نامند.
- ۲- گزینه (۱). پیش‌گویی خودکام بخش (self fulfilling prophecy) در ابتدا نوعی برداشت اشتباه از موقعیت است که منجر به بروز رفتاری می‌شود که این رفتار در نهایت گزاره نادرست را به گزاره‌ای درست بدل می‌کند. این فرایند بیشتر به دلیل تأثیر ذهنیت افراد بر رفتار و تصمیمات آن‌هاست.
- ۳- گزینه (۴). اضطراب وضعی یا حالت اضطراب (anxiety state) شامل زمانی است که فرد در واکنش به موقعیت فعلی پاسخ داده است. این نوع اضطراب اولین بار توسط کتل بیان گردید. (فصل دوم ص ۳۳۷)
- ۴- گزینه (۴). آسیب به قسمت قشر مخ می‌تواند موجب حواس‌پرتی شود. (فصل اول ص ۵۶ الی ۵۹).
- ۵- گزینه (۲). اطلاعات همومی شامل دانش زندگی روزمره می‌باشد. (فصول ۱ و ۵ ص ۳۵ و ۶۶۲).
- ۶- گزینه (۱). در نظریه شخصیت فروید یکی از مفاهیم اساسی روان‌پویشی است. منظور از روان‌پویشی این است که همواره بین نیازها، انگیزه‌ها، گرایز، افکار، احساسات، تمایلات و ساختارهای شخصیت تعامل وجود دارد. به عبارت دیگر فروید انسان را نظامی بسته از نیروهای متضاد می‌داند. (فصل دوم ص ۱۰۸)
- ۷- گزینه (۳). به عقیده فروید فرد با اید (نهاد) به دنیا می‌آید و سپس در اثر برخورد اید با محیط قسمتی از آن جدا شده و ایگو (خود یا من) شکل می‌گیرد. (فصل دوم ص ۱۰۹)
- ۸- گزینه (۱). نظریه‌های روابط‌شی بر بازنمایی ذهنی روابط بین فردی که ناشی از دلبستگی‌های اولیه رابطه مادر - کودک است تأکید دارند. فرض اساسی شناخت درمانی این است که شناخت میانجی رودادهای محیط و رفتار و هیجان است. (فصل دوم ص ۱۹۰ و ۱۹۷)
- ۹- گزینه (۳). یکی از اصول اساسی انسان‌گراها پیروی از فلسفه پدیدارشناسی است. این رویکرد بر تفاوت‌های فردی تأکید دارد و معتقد است که واقعیت در نظر هر کسی متفاوت است. (فصل دوم ص ۲۸۱).
- ۱۰- گزینه (۱). انسان‌گراها در تبیین اختلال‌های روانی بر غفلت نسبی از دیدگاه‌های خود و اتکای افراطی بر تشویق‌های دیگران (ناهمخوانی) تأکید دارند (فصل دوم ص ۲۸۵).

- ۱۱- گزینه (۲). رویکرد پردازشی - تجربه‌ای (Experiential-processing Therapy) به درمان یک رویکرد هیجان مدار (EFT) است که مربوط به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۰۷). درمان هیجان مدار از ریشه عمیق انسان‌گرایی برخوردار است. این روش از دل دیدگاه‌های وجودگرایی و پدیدارشناسانه فیلسوفانی مانند هوسرل و سارتر سر برآورده است. درمان پردازشی - تجربه‌ای یا هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی-انسان‌گرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه‌گرایی و تعقل‌گرایی را به هم نزدیک نمود. روان‌درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است استوار است. این رویکرد تأکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر این درمان بر اساس نظریه دیالکتیک در ساختار خود و تغییر بنا شده است. این نوع ساختارگرایی، منعکس‌کننده دیدگاه نوبیاژه‌ای‌ها است که طبق آن انسان، سیستم پویایی تلقی می‌شود که اجزاء مختلف آن پیوسته در حال تولید، تجربه و عمل هستند. (فصل دوم ص ۳۸۴).
- ۱۲- گزینه (۴). در رویکرد وجودی - انسان‌گرا بر تجربه کردن آزاد یعنی هر آنچه بیمار صادقانه در حال حاضر تجربه می‌کند تأکید می‌شود. (فصل دوم ص ۳۵۲).
- ۱۳- گزینه (۳). تمرکززدایی در رویکرد وجودگرایی شامل پس‌خوراند تیرگی‌زدایی است. در رویکرد شناختی - رفتاری شامل کنار گذاشتن شناخت‌های ناسازگار (باورها، تبیین‌های علی، انتظارات، طرح‌واره‌ها) می‌باشد که به انتساب‌زدایی نیز شهرت دارد. (فصل دوم ص ۱۹۷، ۲۰۰، ۳۵۲).
- ۱۴- گزینه (۳). حساسیت‌زدایی منظم وقتی اجرا می‌شود که بیمار ظرفیت پاسخدهی مناسب به وضعیتی خاص را داشته باشد اما پاسخ او با اضطراب، ترس یا اجتناب توأم است. حساسیت‌زدایی منظم اصولاً فن کاهش اضطراب است. (فصل دوم ص ۲۳۴).
- ۱۵- گزینه (۴). یکی از مفروضه‌های اساسی حساسیت‌زدایی منظم این است که در یک انسان بهنجار غیرممکن است که در یک لحظه دو احساس متضاد همزمان وجود داشته باشد. بر اساس این مفروضه در حساسیت‌زدایی منظم پس از طبقه‌بندی موقعیت اضطراب‌زا از ضعیف به شدید، قبل از این که فرد با ضعیف‌ترین موقعیت روبرو شود خود را با روش آرامش عضلانی آرام ساخته و سپس خود را در ضعیف‌ترین موقعیت قرار می‌دهد. (فصل دوم ص ۲۳۴).
- ۱۶- گزینه (۲). اصطلاح تقریب‌های متوالی در شکل‌دهی رفتار به کار می‌رود که از طریق آن یک رفتار ساده به یک رفتار پیچیده تبدیل می‌گردد. (فصل دوم ص ۲۳۵).

- ۱۷- گزینه (۳). رفتار درمانی دیالکتیک یا جدلی توسط لینهان کل گرفت. این روش برای رفتار تکانشی، نوسان خلق، خودانگاره شکننده، خودکشی و روابط بین فردی طوفانی در اختلال شخصیت مرزی و پراشتهایی روانی کاربرد دارد. (فصل دوم ص ۲۴۸).
- ۱۸- گزینه (۴). بین کیفیت خلق و نحوه تنفس رابطه بسیار نزدیک و تنگاتنگی وجود دارد. به طوری که هنگام آرامش تعداد نفس‌ها کم اما عمیق‌تر است و هنگام اضطراب تعداد نفس‌ها زیاد و عمق آن کمتر است.
- ۱۹- گزینه (۱). در نظریه تحلیل تبدلی واحد تحلیل تبدلات نام دارد که همانا محرک‌ها و پاسخ‌هایی است که بین حالات ایگویی دو یا چند نفر در هر لحظه فعال است. (فصل دوم ص ۱۳۶).
- ۲۰- گزینه (۳). ریتالین داروی اختصاصی درمان (ADHD) است که در دسته محرک‌ها قرار دارد.

فهرست منابع

- ۱- آزاد، حسین (۱۳۸۹). آسیب‌شناسی روانی، جلد (۱)، چاپ یازدهم (ویرایش دوم)، تهران، انتشارات بعثت.
- ۲- آزاد، حسین (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی روانی، جلد (۲)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات بعثت.
- ۳- آذر، ماهیار و نوحی، سیما (۱۳۸۹). داروهای رایج روان پزشکی، چاپ چهارم، (ویرایش دوم)، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۴- اتکینسون، ریتا ال. اتکینسون، ریچارد سی. اسمیت، ادوارد ای. بم، داریل ج و هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۴). متن کامل زمینه روان‌شناسی هیلگارد، ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران، چاپ اول (ویراست جدید)، تهران، انتشارات رشد.
- ۵- اوتمر، اکهارت و اوتمر، زیگلینده (۱۳۹۱). اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR، ترجمه مهدی نصر اصفهانی، جلد (۱)، چاپ اول، تهران، انتشارات نسل فردا.
- ۶- بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن (۱۳۸۳)، بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، چاپ پنجم، تهران، انتشارات نی.
- ۷- پاشاشریفی، حسن (۱۳۸۸). نظریه و کاربرد آزمون‌های هوش و شخصیت. چاپ ششم، تهران، انتشارات سخن.
- ۸- پرون و پرون (۱۳۸۱). روان‌شناسی بالینی. ترجمه پریخ دادستان و محمود منصور، چاپ دوم، تهران، انتشارات بعثت.
- ۹- جرالدر کری (۱۳۹۰). نظریه‌ها و کاربردها و کاربست مشاوره و روان درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ ششم، ویراست هفتم، تهران، انتشارات ارسباران.
- ۱۰- دادستان، پریخ (۱۳۸۹). روان‌شناسی مرضی تحولی؛ از کودکی تا بزرگسالی. جلد (۱)، چاپ یازدهم، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۱- دادستان، پریخ (۱۳۸۹). روان‌شناسی مرضی تحولی؛ از کودکی تا بزرگسالی. جلد (۲)، چاپ نهم، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۲- دادستان، پریخ (۱۳۷۹). اختلال‌های زبان، روش‌های تشخیص و بازپروری (روان‌شناسی مرضی تحولی)، جلد (۳)، چاپ اول، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۳- دلاور، علی (۱۳۸۲). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، چاپ دوم، تهران، انتشارات رشد.
- ۱۴- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۹). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۱)، چاپ دوازدهم، تهران، نشر ساوالان.

- ۱۵- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۲)، چاپ ششم، تهران، نشر ساوالان.
- ۱۶- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۱). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۱)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۱۷- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۸۹). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۲)، چاپ دوم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۱۸- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۰). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۳)، چاپ سوم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۱۹- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، آلکوت سادوک، روئیز، پدرو (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۱)، چاپ دوم، ویراس یازدهم، انتشارات ارجمند.
- ۲۰- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، آلکوت سادوک، روئیز، پدرو (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۲)، چاپ دوم، ویراس یازدهم، انتشارات ارجمند.
- ۲۱- سیف، علی اکبر (۱۳۹۰). تغییر رفتار و رفتاردرمانی؛ نظریه‌ها و روش‌ها، چاپ پانزدهم (ویرایش دوم)، تهران، نشر دوران.
- ۲۲- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۹۰). روان‌شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش‌های آموزش آن‌ها، چاپ هفتم، تهران، انتشارات سمت.
- ۲۳- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۹۲). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی. چاپ دوازدهم، تهران، انتشارات ارسباران.
- ۲۴- شاملو، سعید (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی روانی، چاپ هشتم، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۵- شاملو، سعید (۱۳۹۱). روان‌شناسی بالینی، چاپ پانزدهم، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۶- شفیق آبادی، عبدالله و ناصری، غلام رضا (۱۳۸۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، چاپ هفدهم، مرکز نشر دانشگاهی.
- ۲۷- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی ال (۱۳۸۹). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ شانزدهم، ویراست هشتم، تهران، نشر ویرایش.
- ۲۸- فیرس، ای. جری و ترال، تیموتی (۱۳۸۹). روان‌شناسی بالینی، مفاهیم، روش‌ها و حرفه، ترجمه مهرداد فیروزبخت، چاپ ششم، تهران انتشارات رشد.
- ۲۹- ترال، تیموتی جی، پرینستین، میچل جی، (۱۳۹۴). روان‌شناسی بالینی فیرس، ترجمه فیروزبخت، چاپ دوم، تهران، انتشارات رشد.

- ۳۰- فیست، جس و فیست، گریگوری (۱۳۸۸). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ چهارم، تهران، نشر روان.
- ۳۱- کاپلان و سادوک، (۱۳۸۴) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۱)، چاپ دوم، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۳۲- کاپلان و سادوک، (۱۳۸۱) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۲)، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۳۳- کاپلان و سادوک، (۱۳۷۹) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۳)، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۳۴- گراث مارنات، گری (۱۳۹۰). راهنمای سنجش روانی، برای روان شناسان بالینی، مشاوران و روان پزشکان. ترجمه حسن پاشاشریفی و محمدرضا نیکخو، جلد (۱)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۳۵- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM - 5، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، نشر ساوالان.
- ۳۶- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM - 5، جلد (۲)، چاپ دوم، تهران، نشر ساوالان.
- ۳۷- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۴). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی. چاپ نوزدهم، تهران، نشر قومس.
- ۳۸- نیکخو و همکاران (۱۳۷۷)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، (DSM - IV)، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، انتشارات سخن.
- ۳۹- نیکخو و همکاران (۱۳۷۴)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، (DSM - IV)، جلد (۲)، چاپ اول، تهران، انتشارات سخن.
- ۴۰- هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، انتشارات روان.
- ۴۱- هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۲)، چاپ دهم (ویراست چهارم)، تهران، نشر روان.