

کتاب جامع روان شناسی بالینی

ای نسخه نامه الهی که تویی ای آینه جمال شاهی که تویی
بیرون ز تو نیست آنچه در عالم هست از خود بطلب هر آنچه خواهی که تویی

گروه آموزشی مقدم، انتخاب صحیح و آگاهانه شما دانشجویان عزیز را ارج و سپاس نهاده و آینده درخشانی را برای شما آرزومند است. تنوع و تعدد منابع کنکور و همچنین فرصت کم برای جمع آوری و مطالعه همگی این منابع آموزشی، همواره از جمله دغدغه‌های اصلی دانشجویان می‌باشد. امید است کتاب حاضر که در برگزیده مطالب مهم و کلیدی از اکثر منابع کنکور است، رضایت خاطر شما را فراهم نموده و با صرفه‌جویی در وقت و یادگیری کاملاً هدفمند، راه حل مناسبی برای این مسئله باشد. آرزومندیم توانسته باشیم در این اثر، نیاز شما جهت کسب رتبه برتر را پاسخ گفته باشیم.

ایده گردآوری و تألیف این مجموعه با کاستی‌های فراوانش به دوران طاقت فرسای آمادگی کنکور باز می‌گردد؛ گسستگی، پراکندگی و دشواری در دسترسی به کلیه منابع اصلی از بزرگترین دغدغه‌های نگارنده در طول سالیان گذشته بوده است. در نهایت امر بر آن شدم با تکیه بر فرصت‌های مطالعاتی، پژوهشی و دروس دانشگاهی، مجموعه‌ای را در خور شأن داوطلبان کنکور فراهم آورم، بی‌آنکه ادعایی در خصوص تألیف داشته باشم. این مجموعه به اساتید و بزرگانی تعلق دارد که ذکر نام آنان در پایان کتاب و در فهرست منابع رفته است و اینجانب تنها به بازخوانی و گردآوری مطالب و ایجاد پیوستگی معنادار میان سرفصل‌ها و عناوین مرتبط با آن پرداخته‌ام تا آنچه پیش‌روی خواننده قرار می‌گیرد از انسجام و پیوستگی لازم برای یادگیری برخوردار باشد؛ پیوستگی و انسجامی که در دیگر منابع مرتبط با موضوع آمادگی کنکور کمتر بدان توجه و پرداخته شده است. نقطه امید دیگر نزد نگارنده آن است که این مجموعه فرصتی را برای رقابت عادلانه‌تر برای کسانی فراهم می‌آورد که از توانایی مالی لازم برای بهره‌جستن از کلاس‌های خصوصی برخوردار نمی‌باشند و زمینه‌ای برای درک نظام‌مند از مطالب تخصصی باشد.

در این مجموعه تلاش نگارنده بر آن بوده تا با استفاده از منابع سنتی فارسی زبان و با توجه به تغییرات محتوایی در سؤالات سال‌های گذشته و گرایش به سوی کتب متأخر جهانی، از جدیدترین و سودمندترین منابع بهره‌برداری گردد تا مخاطبین و داوطلبان را با آمادگی بیشتر ذهنی، برای رقابت علمی مهیا سازد.

در پایان بر خود لازم می‌دارم تا از زحمات تمامی اساتیدی که در سالیان گذشته مشوق اینجانب بوده‌اند، تشکر و قدردانی کنم. بدون شک این کتاب، خالی از اشکال و خطا نیست، راهنمایی‌ها و نظرات مخاطبین می‌تواند کمک مؤثری در ارتقاء آن نماید. نگارنده پذیرای تمامی نقدها و پیشنهادات مخاطبین می‌باشد.

لطفاً با ارائه پیشنهادات و انتقادات خود ما را در ارتقاء کمی و کیفی کتاب یاری نمائید.

E-mail: info@ravangam.com

«هیچ ژنرالی هیچ جنگی را شروع نمی‌کند، مگر باور داشته باشد که پیروز می‌شود»
جنگ شما شروع شده است،

شما مجبور هستید که پیروز شوید ...

ایزد یارتان

فاطمه صفرزاده مقدم

فهرست

فصل اول: زمینه تاریخی روان‌شناسی بالینی	۱
فصل دوم: روش‌های تحقیق در روانشناسی بالینی	۱۲
فصل سوم: آسیب‌شناسی روانی	۱۸
فصل چهارم: مصاحبه	۲۹
فصل پنجم: اهمیت آزمون‌های روانی	۴۳
فصل ششم: سنجش هوش	۵۵
فصل هفتم: سنجش شخصیت	۸۵
فصل هشتم: سنجش رفتاری	۱۵۵
فصل نهم: قضاوت بالینی	۱۶۵
فصل دهم: روان‌درمانی	۱۷۳
فصل یازدهم: دیدگاه روان‌پویشی	۲۰۱
فصل دوازدهم: دیدگاه پدیدارشناختی و انسان‌گرایی	۲۳۷
فصل سیزدهم: دیدگاه رفتاری	۲۸۱
فصل چهاردهم: دیدگاه شناختی	۳۰۵
فصل پانزدهم: مداخلات بالینی جمعی	۳۲۳
فصل شانزدهم: دیدگاه التقاطی	۳۴۳
فصل هفدهم: تخصص‌های روانشناسی بالینی	۳۵۳

فصل ۱

زمینه تاریخی روان‌شناسی بالینی

روان‌شناسی بالینی در گذشته و حال

رشته روان‌شناسی بالینی مشتمل است بر تحقیق، تدریس و کاربرد اصول، روش‌ها و رویه‌هایی که به ما کمک می‌کنند ناسازگاری‌ها، ناتوانایی‌ها و ناراحتی‌های عقلی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری را شناسایی کنیم و یا از آن‌ها پیشگیری کرده، یا کاهش دهیم. [2] از عمر روان‌شناسی بالینی به عنوان یک رشته تخصصی و مستقل، بیش از یکصد سال می‌گذرد. تاریخ آن با تکامل روان‌شناسی مرضی آمیخته است و گذشته آن به زمان انسان اولیه می‌رسد. روش‌های مطالعه بیماری‌های روانی موقعی نضج گرفت که مساله بیماری روانی، از خرافات و عقاید ماوراءالطبیعه مجزا شد. تکامل روان‌شناسی بالینی، بستگی زیادی به پیدایش وسایل و ابزار برای مشاهده و اندازه‌گیری داشت. بشر اولیه امراض روانی را پدیده‌ای ماوراءالطبیعه می‌دانست و روش‌های درمانی آنها عبارت بودند از سوراخ کردن جمجمه، به زنجیر بستن، تنبیه جسمی و سوزاندن بیماران روانی.

پیشرفت عظیم در زمینه مطالعه بیماری روانی با بصیرت بقراط شروع شد و با مرگ گالن متوقف شد و در عوض خرافات، جن‌گیری و شکنجه و رمالی در قرون وسطی رایج شد. به نظر بقراط مرکز تمام فعالیت‌های بشر مغز است و هر گونه اختلالی در آن سبب بروز امراض روانی می‌شود. وی حمام، رژیم غذایی، گرفتن خون و موسیقی را علاج بیماری‌های روانی دانست. در قرن شانزدهم واپوز، یک قرن قبل از هابز و سه قرن قبل از فروید، درباره ارتباط افکار و تأثیر عواطف بر آن بحث می‌کرد. در همین زمان پاراسلوس و وایر سعی داشتند روان‌شناسی طبی را از الهیات جدا سازند. در قرن نوزدهم پیشرفتهای محسوسی در زمینه فیزیولوژی اعصاب روی داد. قسمت عمده مطالعات در مورد عواطف و اراده بود. در اواخر قرن هیجده فیلیپ پینل در فرانسه با اصلاحات نوع‌دوستانه خود به پیشرفت روان‌پزشکی کمک کرد. در آلمان فرایک نیز مانند پینل در این زمینه گام‌های اساس برداشت. در آمریکا نیز این گونه اصطلاحات به وسیله بنجامین راش انجام شد.

یکی از عوامل مهمی که در ایجاد پسیکوانالیز و تئوری‌های جدید شخصیت و روش‌های معاصر درمان تأثیر بسزایی داشت، پدیده‌ای بود که در قرن نوزدهم آن را مسمریسم (یا مانیه‌تیسیم) می‌نامیدند. مسمر توانست پدیده‌ای را که امروز به نام هیپنوتیزم می‌شناسیم، کشف کند. او این قدرت را مغناطیسیم حیوانی نامید. براید نام هیپنوتیزم را جانشین مسمریسم کرد. شارکو و برنهایم از روش هیپنوتیزم برای تحقیق و درمان استفاده کردند و فروید تحت تأثیر آنها هیپنوتیزم را برای درمان بیماران روانی به کار گرفت که بعدها روش تداعی آزاد را جایگزین آنها کرد. تجسسات فروید به‌ویژه در زمینه ضمیر ناخودآگاه بیش‌تر از هر عامل دیگری در ایجاد روان‌شناسی بالینی موثر بود. یونگ و آدلر مکتب پسیکوانالیز فروید را توسعه دادند. پیروانه در زمینه تئوری از هم گسیختگی شخصیت *Dissociation of personality* تحقیق کرد و بعدها مورتون پرایس این تئوری را توسعه داد. قسمت اعظم این فعالیت‌ها که تا قرن نوزدهم طول کشید، در اروپا صورت گرفت. در سال ۱۸۳۸ اسکیرول برای اولین بار فرق میان پسیکوز و عقب‌ماندگی هوشی را مطرح ساخت. وی تکلم را بهترین معیار برای تشخیص عقب‌ماندگی عقلی می‌دانست و معتقد بود که عقب‌ماندگی هوشی اساس نظری و ارثی دارد. در زمان وی عقیده اغلب دانشمندان بر این بود که افراد عقب‌مانده قادر به یادگیری نیستند.

ایتارد علاقه یکی از شاگردان خود را به نام ادوارد سگن برانگیخت تا درباره عقب‌ماندگی هوشی تحقیقاتی به عمل آورد. وی معتقد بود که می‌توان این افراد عقب‌مانده را تعلیم داد و سگن اولین آموزشگاه تعلیم این نوع کودکان را تاسیس کرد. دیدگاه‌های فلاسفه در مورد چگونگی هوش و قوای عقلانی عامل دیگری بود که در ایجاد و علاقه و توجه به افراد عقب‌مانده هوشی کمک کرد. بحث درباره روان را فیلسوفانی مانند دکارت، اسپینوزا، لایب‌نیتز، هابز، لاک، برکلی، هیوم، هارتلی و دیگران بر عهده داشتند. اسپینوزا اولین فردی بود که اساس موروثی بودن عقاید را پایه‌گذاری کرد. بر عکس اسپینوزا لاک معتقد بود که روان مانند یک لوح خالی است که به تدریج و از طریق حواس معرفت پیدا می‌کند.

کشف این مطلب اساسی که افراد بشر با یکدیگر فرق دارند، قسمتی از میراث روان‌شناسی جدید است. روان‌شناسی بالینی براساس این کشف بزرگ به وجود آمده است. توجه واقعی به اختلاف فردی در اوایل قرن نوزدهم ظاهر شد. تفاوت‌های فردی برای اولین بار بر اثر یک تصادف جالب توسط علم نجوم اندازه‌گیری شد. بیسل در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که معمولاً در مشاهدات افراد، اختلافاتی وجود دارد. وی علت اصلی این اختلافات فردی را تفاوت بین عکس‌العمل‌های افراد بیان کرد و آن را فرمول شخصی *personal equation* نامید. کتل اولین تحقیق علمی درباره‌ی سرعت عکس‌العمل را انجام داده است.

علاقه و توجه به اندازه‌گیری هوش موجب پیدایش روان‌شناسی کودک شد. در سال 1787 تیدمن گزارشی را که براساس مشاهدات رفتار کودک خود نگاشته بود، منتشر کرد. علاوه بر پیشرفت‌های مذکور تا اواسط قرن نوزدهم، علاقه و فعالیت‌هایی در زمینه‌های تکامل و وراثت ایجاد شد. داروین با انتشار کتاب «ظهور عواطف در انسان و حیوان» به پیشرفت روان‌شناسی کمک زیادی کرد. در سال 1869 گالتون مشاهدات خود را درباره‌ی اثری بودن نبوغ در کتابی به نام نبوغ اثری منتشر ساخت و در سال 1883 روش بسیار مهم تحقیق در وراثت را به وسیله دوقلوها معرفی کرد. فعالیت‌های گالتون تأثیر بسیاری در قسمت اندازه‌گیری روانی و روان‌شناسی بالینی داشت. در سال 1846 یکی از دانشمندان بلژیکی متذکر شد که اصول احتمالات ریاضی که به وسیله گوس و لاپلاس تهیه شد بود، در اندازه‌گیری خصوصیات انسانی قابل تطبیق است و «منحنی طبیعی» را ترسیم کرد. گالتون نیز نوعی نمره تراز یافته ساخت تا به وسیله آن بتوان ویژگی‌های مختلف را مقایسه کرد. کارل پیرسون نیز فرمول ریاضی ضریب همبستگی را ایجاد کرد. به نظر گالتون به وسیله‌ی آزمون‌های مختلف حسی می‌توان هوش افراد را اندازه‌گیری کرد. گالتون مبتکر استفاده از پرسشنامه به منظور ارزیابی منش و شخصیت بود. در سال 1879 اولین لابراتور رسمی را ویلهلم وونت در دانشگاه لایپزیک تأسیس کرد. در آن زمان قلمرو تحقیق روان‌شناسی محدود به تحقیق درباره‌ی قوای ادراکی یا پسیکوفیزیک بود که به وسیله فخر شروع شده بود. در سال 1890 کتل برای اولین بار اصطلاح «آزمون‌های روانی» را مصطلح کرد. اولین آزمون هوش در سال 1905 توسط بینه و سیمون ساخته شد و 30 ماده داشت. [1]

در جدول‌های زیر گزیده‌های تاریخی سنجش، مداخله، پژوهش و اقدامات مهم روان‌شناسی بیان شده است.

جدول گزیده‌های تاریخی سنجش

گالتون آزمایشگاه انسان‌سنجی را برپا می‌کند.	1882
کتل اصطلاح آزمون روانی را مطرح می‌سازد.	1890
بینه، آغازگر کار بر روی مقیاس هوش می‌شود.	1904
یونگ از روش تداعی کلمات استفاده می‌کند.	1905
کراپلین گزارش کارهای خود را در زمینه تشخیص روان‌پزشکی منتشر می‌کند.	1913
کمیته یرکز آزمون آلفای ارتش را تدارک می‌بیند.	1916
رورشاخ کار خود را در زمینه روش لکه جوهر منتشر می‌کند.	1921
مورگان و موری آزمون اندریافت موضوع TAT را منتشر می‌کنند.	1935
بندر، آزمون بندرگشتالت را تدارک می‌بیند.	1938
ال.کی.فرانک اصطلاح تکنیک‌های فرافکن را ابداع می‌کند.	1939
مقیاس هوش وکسلر - بلویو منتشر می‌شود.	1939
شخصیت چندوجهی مینه سوتا MMPI منتشر می‌شود.	1943
هالستید مجموعه آزمون‌های عصبی - روان‌شناختی را ارائه می‌دهد.	1947
انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نظام تشخیص روان‌پزشکی DSM-I را منتشر می‌کند.	1952
ظهور سنجش رفتاری	دهه 1970
DSM - III منتشر می‌شود.	1980
افزایش علاقمندی به سنجش شخصیت	دهه 1980
رواج تفسیرهای رایانه‌ای	دهه 1980
DSM - IV منتشر می‌شود. [13]	1994

جدول گزیده‌های تاریخی مداخله

پینل در تیمارستان‌های فرانسه مراقبت‌های انسانی را رواج داد.	1793
تلاش‌های دیکس منجر به ساخته شدن بیمارستان برای دیوانگان شد.	1848
بروئر و فروید کتاب مطالعاتی در باب هیستری را منتشر کردند.	1895
فروید کتاب تعبیر رویاها را منتشر کرد.	1900
بیرس جنبش بهداشت روانی را برپا می‌سازد.	1908
هیلی تأسیس درمانگاه راهنمایی کودکان در شیکاگو را عهده‌دار می‌شود.	1909
واتسون و رینر شرطی‌سازی ترس‌ها را مطرح کردند.	1920
مورنو گروه درمانی را ابداع کرد.	1932
دالارد و میلر کتاب شخصیت و روان‌درمانی را منتشر کرد.	1950
راجرز کتاب درمان مراجع‌مدار را منتشر کرد.	1951
آیزنک کتاب انتقادی بر روان‌درمانی را منتشر کرد.	1952
اسکینر کاربرد اصول شرطی‌سازی عامل را مطرح ساخت.	1953
ولپی روش حساسیت‌زدایی منظم را ابداع کرد.	1958
روان‌شناسی اجتماع‌نگر متولد می‌شود.	1965

ظهور روان‌شناسی سلامتی، تمرکز بر روان‌درمانی کوتاه‌مدت و افزایش تحقیقات روان‌درمانی. [13]

دهه‌ی 1980

جدول گزیده‌های تاریخی پژوهش

وونت اولین آزمایشگاه روان‌شناسی را در لایپزیک تأسیس کرد.	1879
جیمز کتاب اصول روان‌شناسی را منتشر کرد.	1890
بینه و سیمون برای آزمون خود، داده‌های اعتباری ارائه می‌دهند.	1905
ترمن نتایج پژوهش خود را در مورد مقیاس بینه ارائه می‌کند.	1916
وکسلر تحقیقات خود را در مورد مقیاس وکسلر - بلویو منتشر ساخت.	1939
هثوی و مک کینلی داده‌های آزمون شخصیت MMPI را منتشر کردند.	1940
آیزنک از روان‌درمانی انتقاد می‌کند.	1952
راتر نظریه یادگیری اجتماعی را مطرح می‌سازد.	1954
راجرز و دایموند نتایج پژوهش‌های خود را درباره‌ی فرایند مشاوره‌ای ارائه کردند.	1954
اسمیت و گلشن نتایج زمینه‌یابی خود را در مورد بررسی‌های انجام شده بر روی درمان‌ها را منتشر کردند.	1977
به دنبال انتشار DSM-III موجی از تحقیقات در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی به راه افتاد. [13]	دهه‌ی 1980

جدول گزیده اقدامات مهم روان‌شناسی

- پینل:** برپایی جنبش اصلاحات انسان‌گرایانه در بیمارستان‌های روانی
- بیرس:** انتشار کتاب ذهنی که خود را بازیافت و برپایی جنبش بهداشت روانی
- کتل:** اصطلاح آزمون‌های روانی را به کار برد. کتل به همراه گالتون ابداع‌کننده‌ی ابزارهای اندازه‌گیری روان بودند.
- گالتون:** تأسیس آزمایشگاه انسان‌سنجی و رواج آزمون‌های حسی و حرکتی.
- کراپلین:** طبقه‌بندی بیماری‌های روانی
- بینه:** ابداع‌کننده آزمون‌های هوش به سبک امروزی. مطرح کردن سن عقلی.
- ترمن:** تجدیدنظر تست بینه برای جامعه آمریکا (تست استانفورد - بینه). مطرح کردن مفهوم بهره‌ی هوشی.
- اشترن:** برای نخستین بار مفهوم IQ را مطرح کرد.
- یونگ:** آزمون تداعی کلمات را برای کشف عقده‌های ناهشیار کشف کرد.
- اسپیرمن:** مفهوم هوش عمومی (g) را مطرح کرد. (مبدع تحلیل عاملی و نظریه دو عاملی هوش)
- وودورث:** پرسشنامه روان رنجوری را برای رفتارهای نابهنجار طراحی کرد.
- واینلند:** طرح مقیاس پختگی اجتماعی که رشد اجتماعی را می‌سنجد.
- وکسلر:** اولین آزمون هوشی بزرگسالان را ابداع کرد که مهم‌ترین آزمون هوشی بزرگسالان نیز می‌باشد.
- رورشاخ:** شروع کننده‌ی تهیه آزمون‌های فرافکن - ابداع تست لکه‌های جوهر
- فرانک:** اصطلاح تکنیک‌های فرافکن را ابداع کرد.
- مورگان و موری:** ابداع تست اندریافت موضوع (TAT).
- بندر:** ابداع آزمون بندر - گشتالت برای تشخیص صدمات مغزی.
- هثوی و مک‌کینلی:** ابداع MMPI
- شارکو:** کار بر روی بیماران هیستریک و هیپنوتیزم.
- ژانه:** مطالعه روی هیستری و بیان این‌که هیستری تظاهر شخصیتی دوباره و نوعی تباهی ارثی است.
- برنهایم:** نشانه‌شناسی هیستریک چیزی نیست جزء تلقین‌پذیری
- ویتمر:** تأسیس اولین درمانگاه روان‌شناسی.
- هیلی:** تأسیس اولین درمانگاه راهنمایی کودکان.
- آنافروید:** ابداع بازی درمانی مبتنی بر اصول روان‌کاوی.
- مورینو:** از پیشگامان معروف گروه درمانی، سوسیوگرام و تئاتر درمانی.
- براید:** نام هیپنوتیزم را جانشین مسمریسم کرد.
- آزمون‌های عصبی و روان‌شناختی:** عبارت‌اند از: ۱- بندر - گشتالت. ۲- هالستید - ریتان. ۳- لوریا - نبراسکا
- فروید:** روش تداعی آزاد را جانشین هیپنوتیزم کرد.
- مدونا:** کشف داروی مترازول به منظور درمان با شوک.
- ساکل:** درمان با انسولین را به کار برد.

سرلتی و بینی: درمان با الکتروشوک ECT را معرفی کردند.

اسکیرول: برای اولین بار فرق بین پسیکوز و عقب‌ماندگی هوش را مشخص کرد.

سگن: اولین آموزشگاه تعلیم کودکان عقب‌مانده را تأسیس کرد.

تیدمن: اولین تحقیق علمی درباره‌ی کودک را نوشت.

وونت: اولین آزمایشگاه روان‌شناسی را تأسیس کرد.

دالارد و میلر: روان‌کاوی فروید را به زبان یادگیری مطرح کردند. (پیوند بین روان‌کاوی و رفتارگرایی)

پرز: ایجاد مکتب گشتالت درمانی.

راجرز: ایجاد مکتب مراجع محوری.

فرانکل: ایجاد مکتب معنادرمانی

اریک برن: ایجاد مکتب تحلیل تبدالی

البیس: مبدع درمان عقلانی - هیجانی - عاطفی RET

آکرمن: مکتب خانواده درمانی را بنیان نهاد.

پاولف: شرطی‌سازی کلاسیک را مطرح نمود.

اسکینر: اصول شرطی‌سازی عامل را مطرح نمود.

ولپی: حساسیت‌زدایی منظم را ابداع کرد.

بندورا: ایجاد مکتب یادگیری اجتماعی. یادگیری مشاهده‌ای یا جانشینی را مطرح نمود.

ویتمر: پدر روان‌شناسی بالینی.

بک: ابداع شناخت درمانی. [13]

روان‌شناسی بالینی جدید

در روان‌شناسی جدید تأثیر دو عامل را می‌توان از آغاز نهضت اندازه‌گیری روانی مشاهده کرد:

(۱) ایجاد گروه‌های حرفه‌ای مؤسسات و کلینیک‌های روان‌شناسی

(۲) تکامل تدریجی وسایل کلینیکی

آزمون هوش

تجدید چاپ آزمون هوش بینه در سال 1908 صورت گرفت و نظریه‌ی «سن روانی» Mental age را در برداشت. در سال 1916، ترمن آزمون بینه را کامل‌تر نمود که تا سال 1937 بهترین و مشهورترین آزمون هوش کودکان محسوب می‌شد.

آزمون‌های هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به وجود آمد. دو آزمون مشهور آرمی الفا برای با سوادان و آرمی بتا برای بی‌سوادان تنظیم شد. در حدود سال 1920 آزمون هوش فردی و گروهی، کلامی و غیرکلامی به نسبت قابل ملاحظه‌ای ساخته شد. اصطلاح بهره هوشی (IQ) Intelligence Quotient رایج و اندازه‌گیری هوش عملی نیز متداول شد. آزمون‌های استعداد نیز در زمان جنگ جهانی اول و آزمون‌های علاقه نیز همزمان با آن‌ها ساخته شدند که علاوه بر استفاده در زمان جنگ، در راهنمایی تحصیلی و حرفه‌ای نیز مورد استفاده قرار گرفت. تحقیقات آرنولد گزل در سال 1928 درباره‌ی تکامل کودکان نیز به توسعه‌ی آزمون‌سازی کمک نمود. در سال 1927 ترستون فرضیه‌ای داد مبنی بر این‌که هوش از تعدادی عوامل مستقل تشکیل شده است. اسپیرمن سال‌ها قبل به این نتیجه رسیده بود که اساس هوش یک عامل کلی است. نظریه ترستون با نظریه اسپیرمن مخالف بود.

تا سال 1939 آزمون هوش مناسبی برای اندازه‌گیری هوش افراد بزرگسال موجود نبود. آزمون استنفورد - بینه فقط برای کودکان تا سن 15 سال مناسب بود. در سال 1939 وکسلر، آزمون وکسلر - بلویو را برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان (WAIS) درست کرد، که در سال 1981 تحت عنوان WAIS-R تجدید نظر شد.

آزمون شخصیت

در سال 1918 اولین آزمون اندازه‌گیری حالات عصبی به وسیله وودورث منتشر شد و بر اساس آن آزمون‌های تحقیق در ارزش‌ها توسط آلپورت - ورنون ساخته شد. آزمون‌های پروژکتیو (فراخن - ذهنی) که در حال حاضر برای ارزیابی شخصیت زیاد به کار برده می‌شوند به وسیله روان‌شناسانی که به محرک‌های عمقی بشر توجه می‌کنند، ساخته شد. گالتون، پدر آزمون‌های پروژکتیو است. او با انتشار «روش تداعی لغات» Word - Association در سال 1885 سبب شد افرادی مانند بلولر و یونگ، این نوع آزمون‌ها را متداول کنند. شاید مهم‌ترین واقعه در تاریخ آزمون‌های پروژکتیو، ظهور آزمون مشهور رورشاخ بود. آزمون TAT که به وسیله مورگان و مورای ساخته شده نیز به نهضت اندازه‌گیری شخصیت کمک شایانی کرد. [7]

تعریف روان‌شناسی بالینی

تعریف رسمی روان‌شناسی بالینی که شعبه روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۹۱ آن را پذیرفت، به این شرح است: «ریشه روان‌شناسی بالینی به تحقیق، تدریس و ارائه خدمات در رابطه با کاربرد اصول، روش‌ها و رویه‌هایی می‌پردازد که در فهم، پیش‌بینی و کاهش ناسازگاری، ناتوانی و ناراحتی عقلی، هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری انواع مراجعان به ما کمک می‌کنند»

شروط شخصیتی روان‌شناس بالینی شدن

کسانی که می‌خواهند روان‌شناس بالینی شوند، علاوه بر آموزش و مدرک گرفتن، باید واجد برخی نگرش‌ها و خصوصیات شخصیتی هم باشند. شاید برجسته‌ترین ویژگی روان‌شناسان بالینی، نگرش بالینی یا رویکرد بالینی باشد (کورچین^۱، ۱۹۷۶) که عبارت است از گرایش به تلفیق دانش حاصل از تحقیق درباره رفتار انسان و فرآیندهای ذهنی از طریق سنجش انفرادی برای فهمیدن یک شخص خاص و کمک به او.

روان‌شناسی بالینی و سایر حرفه‌های بهداشت روانی

روان‌شناسان بالینی جزء متخصصان اصلی بهداشت روانی هستند، سایر حرفه‌هایی که در خانواده بهداشت روانی قرار می‌گیرند عبارتند از روان‌شناسان مشاوره، روان‌شناسی مدرسه، مددکاری اجتماعی، روانپزشکی، روانپرستاری، خانواده درمانی و زناشویی درمانی.

سایر حرفه‌های سلامت روانی

• روان‌پزشک

روان‌پزشک یک پزشک است و افکارش ریشه در طب سنتی دارد و در چهارچوب پزشکی جای می‌گیرد. روان‌پزشکان به واسطه‌ی آموزش پزشکی خود گاهی مثل یک پزشک عمل می‌کنند، آن‌ها دارو تجویز می‌کنند، به درمان بیماری‌های جسمی می‌پردازند و معاینات بدنی می‌کنند. اما به خاطر تمرکز برخی از آن‌ها بر روان‌درمانی و تشخیص روان‌پزشکی، خیلی زود مهارت‌های پزشکی خود را از دست می‌دهند. آن‌ها در درمان مشکلات روانی بیماران، استفاده‌ی زیادی از دارو می‌کنند.

• مددکار اجتماعی روان‌پزشکی

فعالیت‌های حرفه‌ای مددکاران اجتماعی روانپزشکی عمدتاً شبیه فعالیت‌های روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی هستند. بسیاری از مددکاران اجتماعی روان‌پزشکی، روان‌درمانی‌های انفرادی یا گروهی انجام می‌دهند و در فرایند تشخیص‌گذاری شرکت می‌جویند. در سال‌های اخیر مددکاران اجتماعی با نیروهای اجتماعی و عوامل بیرونی دخیل در مشکلات بیماران سروکار داشته‌اند. مددکاران اجتماعی از بیماران، تاریخچه می‌گیرند و با کارفرمایان و بستگان بیماران مصاحبه می‌کنند. همچنین ترتیباتی برای استخدام آن‌ها فراهم می‌آورند. حرفه‌ی مددکاری اجتماعی در استفاده از کار میدانی نظارت شده، به عنوان ابزاری برای یادگیری دانشجویان، یکی از حرفه‌های پیشگام بوده است.

• روان‌شناس مشاور

فعالیت‌های روان‌شناسان مشاوره و فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی همپوشی دارند. به‌طور سنتی، روان‌شناسان مشاوره با افراد بهنجار یا افرادی که کمی ناسازگارند، کار می‌کنند. کار آنها شامل مشاوره گروهی یا مشاوره انفرادی است و روش اصلی آن‌ها برای سنجش، انجام مصاحبه است. البته آنها آزمون‌گیری هم می‌کنند (مثلاً، سنجش توانایی‌ها، شخصیت، علایق و استعداد شغلی). از لحاظ تاریخی، روان‌شناسان مشاوره ید طولایی در مشاوره شغلی و تحصیل دارند. اخیراً بسیاری از روان‌شناسان مشاوره از تکنیک‌های رفتاری - شناختی و پسخوراند زیستی هم استفاده می‌کنند. به‌طور کلی، روان‌شناسان مشاوره فعالیت‌های زیر را انجام می‌دهند: ۱- درمان پیشگیرانه، ۲- مشورت، ۳- برنامه‌های یاری رسانی، ۴- مشاوره‌ی شغلی، و ۵- مشاوره یا درمان کوتاه‌مدت (بین یک تا پانزده جلسه).

• روان‌شناس مدارس

روان‌شناسان مدارس با معلمان و سایر کارکنان مدارس همکاری می‌کنند تا موجب رشد و ارتقای عقلی، اجتماعی و هیجانی کودکان دبستانی شوند. آن‌ها برای انجام این مهم، سعی می‌کنند به ایجاد محیط آموزشی کمک کنند.

• روان‌شناس توانبخشی

تحقیقات و اقدامات روان‌شناسان توانبخشی، شامل افرادی می‌شود که ناتوانی جسمی دارند. این ناتوانی ممکن است ناشی از نقایص مادرزادی یا جراحی و بیماری‌ها باشد. روان‌شناسان توانبخشی به افراد کمک می‌کنند تا با معلولیت‌های و محدودیت‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی خود سازگار شوند. محل کار آنها هم عمدتاً سازمان‌های توانبخشی و بیمارستان‌هاست.

• روان‌شناسی سلامتی

روان‌شناسان سلامتی با تحقیقات و خدمات خود موجب حفظ و ارتقای سلامتی مردم می‌شوند. آنها هم‌چنین به پیشگیری و درمان بیماری‌ها می‌پردازند و به منظور کمک به مردم برنامه‌هایی را طرح‌ریزی، اجرا و بررسی می‌کنند، ترک کردن سیگار، کنترل فشارهای روحی، کاهش وزن بدن و حفظ تناسب اندام از جمله این موارد است. [13]

• زناشویی درمانگرها و خانواده درمانگرها

زناشویی درمانگرها و خانواده درمانگرها برای درمان اختلالات روانی که در چهارچوب زندگی زناشویی و خانوادگی رخ می‌دهند، آموزش می‌بینند. آنها مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا می‌گیرند و تجربه بالینی نظارت شده کسب می‌کنند. آموزش آنها عمدتاً بر مدل‌های نظام خانواده و فنون روان‌درمانی تأکید دارد. [9]

• سایر خدماتی سلامت روانی

بیمارستان‌های مجهز غالباً کارکنان مختلفی را به خدمت می‌گیرند، از جمله درمانگران شغلی، تفریح درمانگرها، درمانگران باغبانی و از این قبیل. این افراد به واسطه‌ی آموزش‌ها و تجربه‌ی خود می‌توانند نقش مفیدی در الگوهای سازگاری بیماران بازی کنند. به کسانی که آموزش می‌بینند تا به کارکنان حرفه‌ای سلامت روانی کمک کنند، پیرا حرفه‌ای گفته می‌شود که اخیراً نقش مهمی در زمینه‌ی سلامت روانی پیدا کرده‌اند. [13]

فعالیت‌های بالینی

میانگین درصد زمانی				درصد روان‌شناسان درگیر	فعالیت
1995	1986	1981	1973	۱۹۹۵	
37	35	35	31	84	روان‌درمانی
15	16	13	10	74	تشخیص / سنجش
9	14	12	14	50	تدریس
7	11	8	8	62	نظارت بالینی
10	15	7	7	47	پژوهش / نگارش
7	11	7	7	54	مشورت
11	16	13	13	52	امور اجرایی

روان‌شناسان بالینی بیش‌تر وقت خود را صرف روان‌درمانی‌ها می‌کنند. تشخیص و سنجش نیز یکی دیگر از فعالیت‌های مهم روان‌شناسان بالینی است. در این سال‌ها فعالیت‌های پژوهشی روان‌شناسان بالینی افزایش یافته است. تدریس نیز یکی دیگر از فعالیت‌های نسبتاً رایج آنهاست. متخصصان بالینی بیش‌تر وقت خود را به درمان اختصاص می‌دهند. در پاره‌ای موارد، درمان عمدتاً بر کسب بینش در مورد علل رفتارهای نامطلوب یا اهداف فرد از انجام آن رفتارها متمرکز است. در سایر موارد هم درمان، رابطه‌ای بین درمانجو و درمانگر است که جوی قابل اعتماد به وجود می‌آورد که مکانیسم‌های ناتوان‌کننده‌ی مراجع را از بین می‌برد. سایر درمان‌ها عمدتاً رفتاری هستند.

تمامی متخصصان بالینی به نوعی درگیر سنجش هستند. سنجش شامل مشاهده، آزمون‌گیری و مصاحبه است. متخصص بالینی با استفاده از این روش‌ها اطلاعات لازم را برای حل مسئله جمع‌آوری می‌کند. نظارت بالینی در واقع شکل دیگری از تدریس است. اما معمولاً به صورت یک به یک یا در گروه‌های کوچک یا به صورت آموزش غیر کلاسی و غیررسمی انجام می‌شود. روان‌شناسان بالینی معمولاً چه در دانشگاه و دوره‌های کارورزی و چه در محیط‌های بالینی بخش قابل توجهی از وقت خود را به نظارت بر کارهای دانشجویان و انترنرها اختصاص می‌دهند.

روان‌شناسی بالینی ریشه در سنت دانشگاهی - پژوهشی ندارد. در نتیجه وقتی پس از جنگ جهانی دوم برای اولین بار آموزش بالینی اجرا شد، مدلی تحت عنوان مدل دانشمند - متخصص مطرح شد. به این معنا که متخصصان بالینی برخلاف سایر کارکنان رشته‌ی سلامت روانی (مثلاً روانپزشکان و مددکاران اجتماعی) باید هم متخصص شوند و هم دانشمند. هدف از مشورت و تدریس، افزایش کارایی دانشجویان است. مشورت شکل‌های زیادی دارد و در موقعیت‌های مختلفی انجام می‌شود. تقریباً تمام متخصصان بالینی بخشی از وقت خود را به امور اجرایی اختصاص می‌دهند. آن‌ها باید سابقه مراجعان را بایگانی کنند، گزارش‌ها آزاردهنده‌ی ماهیانه را تکمیل کنند و در کمیته‌های حفظ حقوق آزمودنی‌ها طرح‌های تحقیقی را به تصویب برسانند. یکی از خصایص مفید یک مجری خوب، حساسیت وی نسبت به نیازها و مشکلات مردم و گاهی صبر و شکیبایی اوست. توانایی برقراری روابط خوب با زبردستان و نیز انتخاب افراد مناسب برای مشاغل مختلف هم یکی دیگر از خصایص مفید یک مدیر اجرایی است. [13]

برخی نکات جمعیت‌شناختی

در جدول گرایش‌های نظری روان‌شناسان بالینی، نظرسنجی نورکراس و همکارانش (a ۱۹۹۷) و چهار نظرسنجی انجام شده از سال ۱۹۶۰ به این طرف را می‌خوانید. همان‌طور که می‌بینید درصد روان‌شناسان بالینی دارای گرایش روان‌پویایی، به تدریج کاهش یافته و درصد طرفداران گرایش‌های شناختی به شدت افزایش یافته است. گرایش التقاطی با وجود قدرت نسبی حال حاضرش، در سال‌های اخیر افت کرده است. و بالاخره اگرچه به سختی می‌توان از آن به عنوان یک خصوصیت جمعیت‌شناختی یاد کرد ولی در میان تمام روان‌شناسان بالینی این نمونه‌گیری‌ها فقط ۹ درصد از انتخاب حرفه روان‌شناسی بالینی ناراضی بوده‌اند. [13]

گرایش‌های نظری روان‌شناسی بالینی

گرایش	۱۹۹۵	۱۹۸۶	۱۹۸۱	۱۹۷۳	۱۹۶۰
	%	%	%	%	%
رفتاری	۱۳	۱۶	۱۴	۱۰	۸
شناختی	۲۴	۱۳	۶	۲	—
التقاطی / ادغامی	۲۷	۲۹	۳۱	۵۵	۳۶
انسان‌گرایانه *	۳	۶	۴	۶	۲
میان فردی	۴	—	—	—	—
روان‌پویشی *	۱۸	۲۱	۳۰	۱۶	۳۵
راجرزی	۱	۶	۳	۱	۴
سالیوانی	۱	۲	۲	۳	۱۰
نظام‌گرا	۴	۴	۴	—	—
سایر گرایش‌ها	۵	۳	۶	۷	۴

*انسان‌گرایانه یعنی وجودگرایانه و گشتالتی

**روان‌پویشی یعنی روان‌کاوانه و روان‌پویشی

هنر یا علم؟ علم یا عمل؟

از آن جا که روان‌شناسی بالینی بیش‌تر با مشکلات افراد سروکار دارد، بیش‌تر بر تفاوت‌های فردی متمرکز است تا بر مشترکات افراد. روان‌شناس پژوهشگر یا نقش تفاوت‌های فردی را نادیده می‌گیرد (رویکرد قانون‌نگر) یا سعی می‌کند آن را به حداقل ممکن برساند. در اینجا توجه او به تفاوت‌های گروهی معطوف است که تابعی از دست‌کاری‌ها یا تدابیر آزمایشی وی هستند و هدف او انتزاع اصول کلی رفتار از طریق مشاهده‌ی جمع‌کثیری از انسان‌هاست. اما رویکرد بالینی در پی کشف این‌گونه تفاوت‌های فردی است. به عبارتی دیگر یک رویکرد تفاوت‌نگر است. در این رشته سوالاتی از این قبیل مطرح می‌شود؛ چرا فلان بیمار به برخی از تقویت‌ها پاسخ نمی‌دهد؟ یا چرا فلان بیمار بسیار مضطرب است؟ بنابراین شاید علت ادامه‌ی بحث و جدل‌ها در مورد هنری بودن یا علمی بودن روان‌شناسی بالینی همین موضوع باشد. زیرا هرچه متخصصان بالینی تجربی‌گراتر می‌شوند، هنری بودن روان‌شناسی بالینی بیش‌تر رخ می‌دهد.

حرفه در حال تحرک

روان‌شناسی بالینی حرفه پرفراز و نشیبی است. اگرچه این رشته کماکان هدفش کاربرد اصول روان‌شناسی جهت رفع مشکلات افراد است ولی روش‌ها و چهارچوب حرفه‌ای این رشته در حال تغییر است. هنوز معلوم نیست که این تغییر خوب است یا یک بحران هویت شدید و نقطه ضعیفی حرفه‌ای می‌باشد. به هر حال یک چیز قطعی است و آن هم این است که برای روان‌شناس بالینی شدن و مشارکت در شکل دادن به هویت این حرفه وقت خوبی است.

نکات جمعیت‌شناختی

در اینجا لازم می‌دانیم به یک نکته جمعیت‌شناختی جدید اشاره کنیم. روز به روز شمار زنانی که دکترای روان‌شناسی می‌گیرند از شمار مردان بیش‌تر می‌شود، خصوصاً در حوزه روان‌شناسی بالینی. برخی از صاحب‌نظران در این مورد اصطلاح «زنانه شدن» روان‌شناسی بالینی را پیش کشیده‌اند. البته هنوز تأثیر این روند بر روان‌شناسی بالینی مشخص نیست. برای مثال عده‌ای می‌گویند این روند با سیر نزولی درآمد روان‌شناسان بالینی از کار خصوصی رابطه مستقیمی دارد. از سوی دیگر، افزایش حضور زنان در روان‌شناسی بالینی باعث پیشرفت شدید این رشته خواهد شد چون دیدگاه‌های موجود در مورد مشکلات را در کار بالینی و تحقیقات بالینی گسترش می‌بخشد.

مدل‌های آموزشی

با این که هنوز مدل آموزشی دانشمندان - متخصص، مدل آموزشی غالب است ولی این مدل به باد انتقاد گرفته شده است. به همین دلیل نیز مدل‌های جدیدی ارایه شده‌اند. دانشکده‌های حرفه‌ای که رابطه‌ای با دانشگاه‌ها ندارند، بسیار زیاد شده‌اند. درون دانشگاه‌ها نیز دوره‌های آموزشی جدیدی برگزار می‌شوند. عده‌ای دیگر هم طرفدار مدل آموزشی جدیدی در دانشگاه‌ها هستند، به نام دانشکده‌های حرفه‌ای. هم اکنون بیش از نیمی از مدرک‌های دکترای روان‌شناسی بالینی در دانشکده‌های حرفه‌ای صادر می‌شوند. ال.اچ. لوی (۱۹۸۴) اساس‌نامه روان‌شناختی خدمات انسانی جدیدی را صادر کرده است. این یک برنامه آموزشی عمومی است که شامل تمامی تخصص‌هایی می‌شود که هدفشان افزایش رفاه انسان‌ها به کمک اصول روان‌شناسی است از جمله تخصص روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی مشاوره، روان‌شناسی مدرسه، روان‌شناسی اجتماع‌نگر، روان‌شناسی سلامتی و سایر تخصص‌ها. مدل آموزشی دیگری که در چند سال گذشته شهرت زیادی پیدا کرده، مدل علم بالینی است. این مدل محصول دغدغه‌ای است مبنی بر این که روان‌شناسی بالینی آن گونه که هم اکنون اجرا می‌شود، پایه‌های علمی محکمی ندارد. دوره‌های آموزشی اقتباس شده از این مدل بر آموزشی تأکید دارند که در سنجش، پیش‌گیری و مداخله بالینی بر رویکردهای تجربی مبتنی باشد. تقریباً ۱۷٪ از دوره‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی از مدل علم بالینی ملهم هستند.

کار بالینی

با وجود تأثیر مالی نظام مراقبت کنترل شده، روان‌شناسان بالینی تازه کار هنوز عمدتاً به طور خصوصی کار می‌کنند. ظاهراً مسایلی چون اخذ مجوز و پروانه، شرکت در برنامه‌های بهداشتی دولتی و سایر دغدغه‌های صنفی روز به روز ذهن روان‌شناسان بالینی را بیش‌تر مشغول می‌کنند. پیرا حرفه‌ایها و متخصصان بهداشت روانی که مدارک پایین‌تر از دکترا دارند بیش‌تر و در محیط‌های متنوع‌تری استخدام می‌شوند. آن‌ها آزمون‌گیری می‌کنند، در گروه درمانی به درمانگرها کمک می‌کنند، در مؤسسات و وظایف اجرایی دارند و مواردی از این قبیل.

بزرگ‌ترین چالش فعلی روان‌شناسی چیست؟

بزرگ‌ترین چالشی که حرفه روان‌شناسی با آن روبرو است، چالش درونی است - اتفاق نظر بر سر این که ما چقدر خودمان را دست‌اندرکار یک «حرفه علمی» می‌دانیم و احساس وظیفه در این خصوص که باید این حرفه را به طور مؤثر و فعالانه‌ای هدایت کنیم. بسیاری از روان‌شناسان ظاهراً نمی‌دانند که عضو یک خانواده‌ایم. برای مثال وقتی یک روان‌شناس به سطوح بالای اجرایی می‌رسد فراموش می‌کند که روان‌شناس است. برخلاف رشته پزشکی که پزشکان همیشه دغدغه آینده حرفه خود را دارند، عده کمی از روان‌شناسان به طور نظام‌مند راه برای «رشد» نسل بعد روان‌شناسان هموار می‌کنند. ما حرف‌های زیادی می‌زنیم ولی زیاد به حرف‌هایمان عمل نمی‌کنیم.

معیارهای اخلاقی

یکی از معیارهای پختگی و بلوغ هر حرفه‌ای، میزان تعهد آن حرفه به معیارهای اخلاقی است. روان‌شناسی در حوزه بهداشت روانی، پیشگام تدوین نظام نامه رسمی اخلاقی بود. انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۵۱ یک نظام نامه اخلاقی آزمایشی چاپ و در سال ۱۹۵۳ آن را به طور رسمی تحت عنوان معیارهای اخلاقی روان‌شناسان منتشر کرد. در نسخه سال ۱۹۹۲ اصول اخلاقی روان‌شناسان و عملکردشان شش اصل اخلاقی عمومی و یک رشته معیارهای خاص درباره فعالیت‌های مختلف روان‌شناسان - سنجش، مداخله، درمان، فعالیت‌های حقوقی و مواردی از این قبیل - مطرح شده است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۲). این اصول اخلاقی عبارتند از:

- صلاحیت
- صداقت
- مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و علمی
- احترام به حقوق و شأن مردم
- توجه به رفاه دیگران
- مسئولیت‌پذیری اجتماعی

صلاحیت

صلاحیت جنبه‌های مهم متعددی دارد (پاپیز و داونپورت، ۱۹۹۰) نخست آن که روان‌شناسان بالینی همیشه باید تحصیلات خود را مشخص کنند. پس متخصصان بالینی باید متناسب با آموزش‌هایی که دیده‌اند و سایر ابعاد مبحث صلاحیت، خودشان را درست معرفی کنند. هم‌چنین متخصصان بالینی باید نسبت به آن دسته از مباحث سنجش و درمان که تحت تأثیر جنسیت، قومیت یا نژاد، سن یا گرایش جنسی بیماران قرار می‌گیرند، خیلی حساس باشند و بالاخره مشکلات شخصی و نقطه ضعف‌های شخصیتی متخصصان بالینی بر عملکردشان تأثیر می‌گذارند. در نتیجه باید جلوی تأثیرات منفی این مشکلات بر روابطشان با بیماران را بگیرند. پس تمامی جنبه‌های صلاحیت مهمند اعم از دانش، مهارت بالینی، قضاوت بالینی یا مهارت میان فردی.

رازداری

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. متخصصان بالینی باید با جوانب امر در مبحث رازداری آشنا باشند و بدانند تحت چه شرایطی راز مراجعان خود را فاش کنند. در شرایط فعلی تمامی اطلاعات مراجعان «محرمانه» نیستند. رازداری جنبه‌های تلویحی دیگری هم دارد. برای مثال شرایط رازداری در هنگام درمان کودکان چیست؟ مردم عادی اعتقاد راسخی به اصل رازداری و اهمیت آن دارند. ولی می‌دانند که در مواردی چون سوء رفتار با کودکان، احتمال خودکشی یا قتل و دیگر موقعیت‌های مرگبار، می‌توان رازها را فاش کرد. اکثر متخصصان بالینی نیز با این تلقی موافقت. ولی تنها در شرایطی تمایل زیادی دارند بدون رضایت مراجع، رازهایش را فاش کنند که مجبور باشند با همکاری‌شان مشورت کنند یا مراجع آنان شخصیت خطرناکی داشته باشد.

رفاه مراجع

روابط دو نفره بحث‌های اخلاقی زیادی را در خصوص رفاه مراجع پیش می‌آورد. رابطه جنسی با مراجعان، کار کشیدن از آنان، فروش کالا به مراجع یا حتی دوست شدن با مراجع پس از اتمام درمان، همگی نوعی بهره‌کشی و ضربه زدن به مراجعان محسوب می‌شوند. این قضایا اگرچه شایع نیستند ولی به این حرفه لطمه می‌زنند. بدترین نوع این‌گونه روابط دو نفره، روابط جنسی شدید مراجع و روان‌شناس است. چنین رفتاری طبق اصول اخلاقی، بسیار مذموم است. اگرچه در اصول اخلاقی به صراحت گفته نشده که مراجعان باید از حقوق‌شان مطلع شوند ولی این قضیه اخیراً خیلی مورد توجه قرار گرفته است (پوپ، ۱۹۹۰). برخی از جنبه‌های حقوق مراجعان عبارتند از: