

مؤسسه علمی آموزشی
فرهیختگان راه دانش



ارزیابی روان شناختی

درسنامه - نکات کلیدی - تست های فصل به فصل



مؤلف: مهدی رضایی
دکترای روانشناسی عمومی

به نام خالق

ارزیابی روان شناختی

تألیف و گردآوری: مهدی رضایی

«دکتری روان شناسی عمومی»

مقدمه:

مؤسسه علمی آموزشی فرهیختگان راه دانش با هدف ارائه کیفی ترین خدمات آموزشی و با تلاش گسترده توانست مجموعه‌ای از خدمات آموزشی را که از نظر علمی، به روز بودن مطالب، پوشش دادن مطالب رفرنس‌ها و بازدهی در زمره بهترین‌ها است ارائه دهد.

مشاوره و پشتیبانی تحصیلی:

مشکل عدیده ای که بیشتر داوطلبان با آن مواجه هستند و هر ساله با وجود صرف هزینه‌های مالی و زمان زیاد نمی توانند در آزمون قبول شوند به این دلیل می‌باشد که داوطلبان آگاهی کافی از منابع مطالعاتی، روشهای مطالعه و مرور مطالب صحیح، روشهای تست زنی و مدیریت زمان را ندارند بنابراین مؤسسه فرهیختگان جهت تحکیم رسالت خود که همواره ارتقاء کیفیت آموزش بوده است جمعی از برترین مشاورین و رتبه‌های تک رقمی را به خدمت گرفته است تا با ارائه منابع مطالعاتی کاربردی، آموزش روش‌های مطالعه و مرور مطالب هر درس، نحوه تست‌زنی صحیح و برنامه مطالعاتی روزانه و هفتگی به داوطلبان، آنها را از سردرگمی درآورده و با ایجاد انگیزه و تمرکز در داوطلبان سبب موفقیت آنها در آزمون گردد.

بسته‌های آموزشی مؤسسه:

بسته‌های آموزشی که به داوطلبان ارائه می‌گردد حاصل ماه‌ها تلاش بی پایان گروه علمی مؤسسه (که ترکیبی از رتبه‌های تک رقمی دکتری و کارشناسی ارشد و اساتید دانشگاه‌های تهران) می‌باشد که با در نظر گرفتن منابع وزارت بهداشت تالیف گردیده است. در این بسته‌ها تلاش شده است که درسنامه به صورت شرح جامعی از دروس ارائه گردد و جهت تفهیم بیشتر مطالب، نکات کلیدی منابع وزارت بهداشت و نکات تستی سوالات کنکور سال‌های اخیر نیز به درسنامه اضافه گردیده است و جهت محک و خودآزمایی داوطلبان، تست‌های هر فصل همراه با پاسخنامه گنجانده شده است. به این ترتیب بسته‌های آموزشی مؤسسه فرهیختگان را از نظر پوشش دادن سرفصل‌های آزمون به مجموعه‌ای کم نظیر تبدیل نموده به نحوی که داوطلب با مطالعه و جمع‌بندی بسته‌های آموزشی مؤسسه همراه با مطالعه منابع وزارت بهداشت براحتی پاسخ‌گوی بیشتر سوالات کنکور خواهد بود. بسته‌های آموزشی مؤسسه هر سال ویرایش و به روز گردیده و نکات، مطالب و تست‌های جدید نیز به آن اضافه می‌گردد.

آزمونهای آزمایشی :

داوطلبان رشته‌های مختلف بایستی جهت محک و خودآزمایی خود و جمع‌بندی مطالب بایستی برنامه ریزی مطالعاتی صحیح داشته باشند. مؤسسه با در نظر گرفتن شرایط داوطلبان مختلف اقدام به برگزاری آزمون‌های آزمایشی ۷ مرحله‌ای و ۳ مرحله‌ای در ۲۸ رشته نموده است.

۲ نکته بارزی که آزمون‌های آزمایشی موسسه فرهیختگان را از دیگر موسسات متمایز می‌نماید این است که در آزمون‌های آزمایشی موسسات دیگر، سوالات زبان به صورت جامع و کلی طرح می‌گردد که این موضوع سبب سردرگمی داوطلبان گردیده و داوطلبان نمی‌دانند مطالعه درس زبان انگلیسی را از کدام منبع مطالعاتی شروع کنند، به همین دلیل اکثریت قریب به اتفاق داوطلبان مطالعه درس زبان را رها نموده و این موضوع لطمه بزرگی به داوطلب وارد می‌کند به نحوی که ممکن است داوطلب در چندین درس یک رشته تسلط کافی داشته باشد و در آزمون اصلی نیز درصدهای خوبی را کسب کرده باشد ولی با توجه به اینکه درس زبان را مطالعه نکرده معمولاً این درس را سفید و یا درصد بسیار ضعیفی کسب نماید که این مقوله سبب عدم قبولی داوطلب با وجود شایستگی‌های علمی وی می‌گردد. موسسه فرهیختگان جهت برطرف نمودن این مشکل و چه بسا معضل، اقدام به ارائه طرح درس و سرفصل زبان انگلیسی در آزمون‌های آزمایشی خود نموده تا داوطلبان بتوانند با برنامه ریزی صحیح مطالعه زبان انگلیسی (که ضریب بالایی دارد) را انجام داده و دچار سردرگمی نشوند، این روش سبب می‌شود که داوطلب با طبقه بندی مبحثی، درس زبان را مطالعه نمایند.

نکته دوم اینست که فواصل زمانی آزمون‌های آزمایشی (۴ مرحله طبقه بندی و ۳ مرحله جامع) با توجه به حجم مطالب تنظیم گردیده است، تا داوطلب بتواند با مطالعه بدون استرس و صحیح و مرور و جمع بندی مطالب به آمادگی کامل دست یابد. **داوطلبان می‌توانند بعد از ثبت نام جزوه روش‌های مطالعه صحیح، روشهای مرور و تست‌زنی را به صورت رایگان از موسسه دریافت نمایند.**

کلاسهای آمادگی :

با توجه به این که بیشتر دانشجویان در دانشگاه به دلیل ساعات کلاسی کم، موفق به یادگیری مطالب دروس تخصصی نمی‌شوند و با مطالعه چند باره جزوات نیز، بسیاری از نکات برای آنها قابل فهم و یادگیری نمی‌باشد. موسسه فرهیختگان با در نظر گرفتن شرایط داوطلبانی که امکان استفاده از کلاس‌های آمادگی حضوری را ندارند اقدام به تهیه و تدوین DVDهای آموزشی (با استفاده از تدریس اساتید برتر دانشگاه‌های تهران) در دروس مختلف نموده است. سبک تدریس در این کلاس‌ها بمانند کلاس‌های حضوری شامل شرح درس، نکته گویی و حل تست می‌باشد.

داوطلبان رشته‌های مختلف می‌توانند جهت بهره‌گیری از خدمات آموزشی موسسه (بسته‌های آموزشی، آزمون‌های آزمایشی، کلاس‌های آمادگی و مشاوره و پشتیبانی تحصیلی) می‌توانند به نمایندگی‌های سراسر کشور مراجعه نموده و یا با دفتر مرکزی موسسه ۲۴ ۹۵ ۹۷ ۶۶ - ۰۲۱ تماس حاصل فرمایند.

امید است که در سایه حق تعالی و بهره‌مندی از تلاش خود و خدمات آموزشی موسسه شما عزیزان به موفقیت‌های بزرگتری دست یابید.

با آرزوی موفقیت

مدیریت موسسه فرهیختگان راه دانش

مؤسسه علمی آموزشی
فرهیختگان راه دانش



سنجش روانی به وسیله آزمون و مصاحبه



سنجش روانی بوسیله آزمون و مصاحبه

تعریف آزمون روانی

علیرغم تلاش روانشناسان در جهت ارائه یک تعریف جامع و مورد قبول و توافق همه، هنوز تعریف جامعی که به طور کلی مورد پذیرش همگانی باشد ارائه نشده است، و روانشناسان اختلاف نظرهایی دارند. در زیر به تعدادی از این تعاریف اشاره می‌شود.

آندره ری (۱۹۷۰): وسیله تمایز بین افراد بر اساس یک درجه بندی.

آناستازی: اندازه استاندارد عینی، از چگونگی، یک رفتار.

انجمن بین المللی سیکوتکنیک (۱۹۸۴):

آزمون روانی عبارتست از یک آزمایش معین که انجام فعالیتی را ایجاب می‌کند. برای همه آزمودنی‌ها یکسان است، شیوه مشخصی برای برآورد موفقیت یا شکست یا درجه‌بندی عددی موفقیت دارد. فعالیت آزمودنی ممکن است شامل معلومات اکتسابی (آزمون‌های معلومات)، کنش‌های حسی - حرکتی یا روانی (آزمون‌های روان‌شناختی) باشد.

هدف‌های کلی کاربرد آزمون‌ها

- ۱- پیش‌بینی: جهت تصمیم‌گیری در مورد فرد - احتمال موفقیت فرد در یک موقعیت شغلی
- ۲- گزینش: تصمیم‌گیری در مورد استخدام فرد
- ۳- طبقه‌بندی: تعیین اینکه فرد در چه گروهی جا دارد و یا براساس چه روشی مورد آموزش و درمان قرار بگیرد.
- ۴- تشخیص: تشخیص بیماری‌ها و تبیین علائم
- ۵- ارزشیابی: قضاوت و ارزشیابی در مورد برنامه‌ها، روش‌ها، تدابیر درمانی و غیره.

الگوهای کاربرد آزمون در سنجش بالینی

طی سال های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰، روان آزمایی مهم ترین و تنها فعالیت روان شناسان حرفه ای بوده است اما بعد از این دوره کاهش یافت. کاهش تدریجی در مجموع زمان صرف شده برای سنجش دو علت دارد: ۱- تا اندازه ای ناشی از گسترش نقش روان شناسان است. در حال حاضر روان شناسان حرفه ای به طور فزاینده ای با حوزه های اجرایی، مشاوره، تحول سازمانی، و بسیاری از زمینه های درمان مستقیم سر و کار دارند. ۲- کاهش اجرای آزمون ها را به سرخوردگی از فرایند اجرای آزمون به سبب انتقادهایی نسبت می دهند که به اعتبار^۱ و روایی^۲ بیشتر ابزارهای سنجش وارد کرده اند. ۱۰ آزمونی که بیشترین کاربرد را دارند عبارتند از مقیاس های هوشی وکلسر، پرسشنامه ی شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، آزمون طرح دیداری - حرکتی بندر، رورشاخ، آزمون تکمیل جمله ها (همه ی انواع آنها) آزمون اندریافت موضوع، نقاشیهای فرانک (نقاشی آدم، آزمون خانه - درخت - آدم)، پرسشنامه های

'-reliability

 γ -validity



چند محوری بالینی میلون، پرسشنامه روانی کالیفرنیا، و پرسشنامه افسردگی بک ارزشیابی آزمون های روانی (یک آزمون روانی باید ویژگی های زیر را داشته باشد)

۱-جهت گیری نظری

آنان باید سازه ای را که آزمون مورد نظر برای اندازه گیری آن ساخته شده است بررسی کنند و سپس چگونگی رویکرد آزمون به سازه را مورد مطالعه قرار می دهند. متخصصان بالینی اغلب با بررسی دقیق هر یک از ماده های آزمون^۱ می توانند درباره ی سازه ی مورد اندازه گیری اطلاعات سودمندی به دست آورند.

۲-ملاحظات عملی

نخست اینکه آزمایش شوندگان باید بتوانند آزمون را بخوانند، درک کنند و به پرسش های آن پاسخ های مناسب بدهند. دوم اینکه، بعضی آزمون ها بسیار طولانی اند، که ممکن است قطع رابطه با آزمایش شونده و یا نا کامی شدید او را موجب شوند. اجرای فرم های کوتاه آزمون ممکن است این مشکلات را کاهش دهد، به شرطی که این فرم های کوتاه به دقت و با شیوه ی درست تدوین شده باشند.

۳-هنجاریابی یا استاندارد کردن آزمون

هر آزمونی هنجارهایی دارد که توزیع نمره های گروه نمونه ی هنجاریابی را نشان می دهد. اگر فرد یا گروه مورد آزمایش با نمونه ی هنجاریابی شباهت داشته باشد، در این صورت امکان مقایسه ی دقیق وجود خواهد داشت. برای مثال، اگر آزمونی در مورد دانشجویان ۱۶ تا ۲۲ ساله هنجاریابی شده باشد، در این صورت می توان برای دانشجویانی که در همان دامنه ی سنی قرار دارند مقایسه های سودمندی انجام داد.

عوامل تعیین کننده بسندگی هنجارها: نخست اینکه آیا گروه هنجاریابی معرف جامعه ای است. روش مطلوب برای معرف بودن نمونه استفاده از نمونه گیری تصادفی طبقه ای یا لایه ای^۲ است. دوم که آیا گروه هنجاریابی به اندازه ی کافی بزرگ است یا نه؟ سرانجام، یک آزمون خوب باید دارای هنجارهایی برای خرده گروه های ویژه و همچنین دارای هنجارهای ملی گسترده باشد.

۴-اعتبار

اعتبار یک آزمون به درجه ثبات و پایایی^۳، همسانی^۴ و پیش بینی پذیری آن گفته می شود. اعتبار نشان می نمره هایی که یک شخص در آزمون به دست می آورد، اگر بار دیگر به وسیله ی همان آزمون در موقعیتی دیگر مورد آزمایش قرار گیرد تا چه اندازه یکسان می ماند. زیربنای مفهوم اعتبار، یا خطای اندازه گیری یک نمره است. دو مسأله ی مهم با اندازه ی خطای یک آزمون رابطه دارند. نخستین مسأله تغییر پذیری طبیعی و اجتناب ناپذیر در عملکرد انسان است. این (تغییر پذیری معمولاً در اندازه گیری های توانایی کمتر از شخصیت است. در حالی که متغیرهای توانایی (هوش، استعداد مکانیکی، و غیره) حاکی از تغییرات تدریجی ناشی از رشد و نمو هستند، بسیاری از صفات شخصیت بیشتر با عواملی مانند خلق بستگی دارند. این موضوع به ویژه در مورد ویژگی هایی مانند اضطراب صادق است.

^۱ Test items

^۲ -stratified

^۳ -stability

^۴ -consistency

دومین مسأله مهمی که به اعتبار مربوط می شود آن است که روش های روان آزمایی لزوماً دقیق نیستند. بسیاری از سازه های روان شناسی اغلب به طور غیر مستقیم اندازه گیری می شوند. برای مثال، هوش را نمی توان به طور مستقیم درک کرد، بلکه باید آن را به وسیله ی اندازه گیری رفتاری که به عنوان رفتار هوشمندانه تعریف می شو، استنباط کرد.

متخصصان بالینی در مورد آزمون هایی که برای تصمیم گیری درباره ی افراد به کار می برند، انتظار همبستگی های ۰/۹۰ یا بالاتر را داشته باشند، در حالی که همبستگی ۰/۷۰ یا بالاتر معمولاً برای هدف های پژوهشی کفایت می کند.

☆ **چهار روش اصلی به دست آوردن اعتبار عبارتند از تعیین :** (الف) اندازه ی همسانی نتایج یک آزمون در اجرای دوباره ی آن (بازآزمایی^۱) ؛ (ب) دقت نسبی یک آزمون در یک زمان معین (فرم های جانشین^۲) ؛ (ج) همسانی درونی ماده های آزمون (دو نیمه کردن^۳) ؛ و (د) اندازه ی توافق میان دو آزماینده (توافق ارزیابان^۴) .

الف (اعتبار بازآزمایی

اعتبار بازآزمایی با اجرای آزمون در یک زمان و تکرار آن در زمان دیگر تعیین می شود. ضریب اعتبار آزمون با محاسبه ی همبستگی نمره های آزمودنی ها در دو اجرای مختلف یک آزمون به دست می آید. اندازه ی همبستگی دو نمره نشان دهنده ی اندازه ی تعمیم پذیری نمره های آزمون از یک موقعیت به موقعیت دیگر است. یکی از مشکلات مهم در اعتبار بازآزمایی تأثیری است که ممکن است تمرین و حافظه بر عملکرد آزمودنی ها داشته باشد، که می تواند در بهبود نتیجه ی کار در آزمایش دوم موثر واقع شود. این موضوع به ویژه در مورد آزمون های سرعت و حافظه، مانند خرده آزمون های نماد ارقام و محاسبه در آزمون تجدید نظر شده ی هوشی و کسلر برای بزرگسالان (WAIS-R) مطرح است. به طور کلی، اعتبار بازآزمایی فقط در مواردی مناسب است که متغیر مورد اندازه گیری از ثبات نسبی برخوردار باشد. اگر متغیر مورد نظر بسیار بی ثبات باشد (مانند اضطراب) در این صورت این روش معمولاً مناسب نخواهد بود .

ب (فرم های جانشین

زیر بنایی منطقی روش فرم های جانشین این است که اگر ویژگی یا صفت مورد نظر در یک فرد به وسیله ی فرم های همتای یک آزمون چند بار اندازه گیری شود، نتایج حاصل از این اندازه گیری باید یکسان باشد . اگر آزمون دوم بلافاصله پس از آزمون اول اجرا شود، در این صورت اعتبار به دست آمده بیشتر اندازه ی همبستگی میان دو فرم آزمون را نشان می دهد تا همبستگی نتایج آزمون در فواصل زمانی مختلف . همبستگی های به دست آمده از آزمون هایی که در فاصله ی زمانی طولانی دو ماه یا بیشتر اجرا شده باشد، هم رابطه ی میان فرم های آزمون و هم اندازه ی ثبات زمانی را نشان می دهد. در روش فرم های جانشین بسیاری از اثرات انتقالی، مانند یاد آوری پاسخ های قبلی که آزمودنی به پرسش های خاصی داده است، حذف می شود.

^۱-test-retest

^۲-alternate forms

^۳-split half

^۴-inter-scorer



مهمترین مشکل روش فرم های جانشین ، مشخص کردن این مسأله است که آیا دو فرم آزمون واقعاً با یکدیگر معادلند یا نه؟

ج) اعتبار دو نیمه ی آزمون

روش دو نیمه کردن بهترین شیوه ی تعیین اعتبار ویژگی یا صفتی که نوسان های زیادی دارد، به شمار می رود. چون آزمون فقط یک بار اجرا می شود، بنابراین با دو نیمه کردن ماده های آن ، ضریب همبستگی آنها ضریب محاسبه می شود. برخلاف روش بازآزمایی، اثرهای زمان در آن دخالت ندارد. بدین ترتیب، روش دو نیمه کردن به جای ثبات زمانی اجرای یک آزمون در مواقع گوناگون، همسانی درونی ماده های آزمونی را به دست می دهد. همانند سایر روش های بر آورد اعتبار، روش دو نیمه کردن نیز محدودیت هایی دارد. وقتی که یک آزمون به دو نیمه تقسیم می شود، به دلیل کم بودن تعداد ماده های هر نیمه، تغییر پذیری نمره ها افزایش می یابد. به عنوان یک اصل کلی، هر چه طول آزمودن بیشتر باشد اعتبار آن نیز بیشتر خواهد بود .

د) اعتبار نمره گذاری

در بعضی از آزمون ها، نمره گذاری تا اندازه ای به داوری آزماینده بستگی دارد. چون داوری از یک نمره گذار دیگر ممکن است تفاوت داشته باشد، سنجش اندازه ی تاثیر پذیری اعتبار در این موارد اهمیت دارد. این موضوع به ویژه در مورد آزمون های فراقنکی و حتی برخی از آزمون های توانایی صادق است.

انتخاب روش اعتباریابی

بهترین نوع اعتبار به ماهیت مورد اندازه گیری و هدف هایی که آزمون برای آن به کار می رود ، بستگی دارد. اگر ویژگی یا توانایی مورد اندازه گیری از ثبات زیادی برخوردار باشد، روش بازآزمایی بهتر است، اما در مورد ویژگی هایی که بسیار نوسان پذیر است، دو روش دو نیمه کردن مناسب تر است. در مواردی که آزمون برای پیش بینی به کار می رود ، روش بازآزمایی بهتر است.

از سوی دیگر، اگر برای آزماینده همسانی درونی و دقت یک آزمون برای یک بار آزمایش مهم باشد ، در این صورت روش دو نیمه کردن یا روش فرم های جانشین مناسب خواهد بود. نکته ی دیگر در ارزیابی دامنه ی اعتبار قابل قبول، چارچوب یا طرح آزمون است. آزمون های طولانی تر معمولاً در مقایسه با آزمون های کوتاه تر از اعتبار بیشتری برخوردارند .

۵- روایی^۱

مهم ترین موضوع در ساختن آزمون، روایی آن است. در حالی که اعتبار آزمون به دقت و همسانی آن مربوط می شود، روایی آنچه را که آزمون باید به دقت اندازه گیری کند، می سنجد. آزمونی که برای سنجش بالینی روایی دارد ، باید آنچه را که مورد نظر است اندازه بگیرد و اطلاعات سودمندی برای متخصص بالینی فراهم کند. سه روش اصلی تعیین روایی را مشخص کرده است که عبارتند از روایی وابسته به محتوا^۲، وابسته به ملاک^۳، و وابسته به سازه^۱.

^۱-validity

^۲-content-related

^۳-criterion - related

نکته: یک آزمون ممکن است اعتبار داشته باشد ولی روان باشد ولی اگر اگر آزمون روا باشد اعتبار هم دارد.

الف) روایی محتوا

در جریان نخستین مرحله ی ساختن هر نوع آزمونی ، سازندگان آن ابتدا باید روایی محتوایی آن را در نظر داشته باشند. این موضوع به معرف بودن و مناسبت ابزار سنجش با سازه ی مورد اندازه گیری اطلاق می شود. مفهومی که تا اندازه ای با روایی محتوایی رابطه دارد، روایی صوری^۱، اما این دو اصطلاح مترادف یکدیگر نیستند، زیرا روایی محتوا یی به داوری متخصصان مربوط است، در حالی که روایی صوری به داوری آزمایش شوندگان بستگی دارد. در نتیجه، اگر چه این کار در مراحل اولیه ی ساخت آزمون ضروری است، اما به عنوان روشی برای ارزیابی آزمون ، کمتر پذیرفته می شود.

ب) روایی ملاکی

آن را روایی تجربی^۲ یا پیش بین^۳ نیز می نامند. روایی ملاکی به وسیله ی مقایسه ی نمره های آزمون با نوعی از عملکرد در یک مقیاس خارجی تعیین می شود.

روایی ملاکی را اغلب به روایی همزمان و روایی پیش بینی تقسیم می کنند. روایی همزمان به اندازه گیری هایی گفته می شود که همزمان با اجرای آزمون یا تقریباً همزمان با آن انجام می گیرد.

روایی پیش بینی به اندازه گیریهای خارجی که مدتی پس از مشخص شدن نمره های آزمون به دست می آید ، گفته می شود. بدین ترتیب، روایی پیش بینی ممکن است به وسیله همبستگی نمره های آزمون هوش با نمره های پیشرفت تحصیلی که یک سال پس از اجرای اولیه به دست می آید ، ارزیابی شود. روایی ملاکی را اغلب به عنوان جانشین روایی پیش بینی به کار می برند زیرا آسان تر و کم هزینه تر است و چندان وقت گیر نیست. اما تصمیم درباره ی ترجیح دادن روایی همزمان یا روایی پیش بین ، به هدف آزمون بستگی دارد. روایی پیش بین بیشتر برای آزمون هایی مناسب است که به منظور انتخاب و طبقه بندی کارکنان به کار می روند .

برعکس، درموردی که به جای پیش بینی وضعیت بیمار در آینده، سنجش وضعیت فعلی او ضروری است، روایی همزمان ترجیح داده می شود. تمایز این دو نوع روایی با این گونه پرسش ها مشخص می شود. آیا فلانی ناسازگار است ؟ (روایی همزمان). آیا او ممکن است در آینده دچار ناسازگاری شود ؟ (روایی پیش بین).

معمولاً آزمون های هوش یا استعداد در مقایسه با آزمون های شخصیت ضرایب روایی بالاتری دارند زیرا تعداد متغیرهای موثر بر شخصیت بیش از متغیرهایی است که بر هوش تاثیر می گذارند.

مشکل عمده ای که روایی ملاکی با آن روبرو است یافتن یک ملاک خارجی مورد توافق، قابل تعریف، قابل قبول، و عملی است.

یکی دیگر از مشکلات مربوط به روایی ملاکی احتمال سوگیری غیر عمدی مقیاس ملاک است. آن را در اصطلاح « ناخالصی » می نامند، و در مواردی رخ می دهد که آگاهی از نتایج آزمون بر عملکرد بعدی فرد تاثیر می گذارد.

^۱ - construct - related

^۲ - face validity

^۳ - empirical validity

^۴ - predictive validity



ج) روایی سازه

انواع اولیه ی روایی محتوایی بیش از اندازه بر داوری ذهنی متکی بود. رویکرد اصلی سازه سنجش این موضوع است که آزمون مورد نظر تا چه اندازه یک سازه یابی‌گرگی نظری را اندازه گیری می کند. این سنجش شامل سه مرحله ی کلی است. نخست، سازنده ی آزمون باید صفت یا ویژگی مورد نظر را به دقت تجزیه و تحلیل کند. سپس چگونگی ارتباط صفت یا ویژگی با سایر متغیرها را مورد توجه قرار دهد. سرانجام، طراح آزمون باید به وسیله ی آزمایش معلوم کند که آیا این روابط فرضی واقعاً وجود دارند یا نه.

برای تعیین روایی سازه، روش منحصر به فردی که بهترین روش باشد وجود ندارد. تحلیل عاملی به ویژه روش مناسبی برای روایی سازه است. روش تحلیل عاملی را می توان در طراحی یک آزمون برای شناسایی عامل یا عامل های اولیه ای که به وسیله ی مجموعه هایی از آزمون های گوناگون اندازه گیری می شوند به کار برد.

روش دیگری که در روایی سازه به کار می رود برآورد میزان همسانی درونی از راه محاسبه ی همبستگی خرده آزمون های اختصاصی با نمره ی کل آزمون است.

آخرین روش برای به دست آوردن روایی سازه آن است که آزمون با متغیرهایی که از لحاظ نظری مشابه آن است همگرا و یا آنها همبسته باشد. آزمون نه تنها باید این روایی همگرا را نشان دهد بلکه لازم است روایی اقتضایی نیز داشته باشد، یعنی با متغیرهایی که با آن نامشابه است همبستگی پایین یا منفی نشان دهد.

روایی تشخیصی (حساسیت و دقت/اختصاصی بودن)

حساسیت عبارت از درصد مثبت های درستی است که ابزار شناسایی کرده است، در حالی که اختصاصی بودن شامل درصد نسبی منفی های درست است.

روایی در روش های بالینی

نکته مهم دیگر توانایی متخصص بالینی در ساختن فرضیه ها، آزمودن فرضیه ها، و ترکیب داده های حاصل از آزمودن فرضیه ها برای ترسیم تصویری یکپارچه و جامع از آزمودنی است. این رویکرد به روایی را روایی مفهومی^۱ می نامند.

۱-روایی افزایشی

برای این که آزمونی سودمند و کارآمد باشد، باید بتواند نتایج دقیقی که برتر و فراتر از نتایجی است که می توان آسان تر و با هزینه کمتر به دست آورد را فراهم کند. روایی افزایشی یک آزمون روانی ممکن است به اندازه ای باشد که درصد نسبی تشخیص های بالینی دقیق یا « درجه های تشخیص^۲ » را تا چند درصد افزایش دهد.

^۱ - conceptual validity

^۲ -hit rates

۲- روایی مفهومی

روایی مفهومی به افراد با توجه به تاریخچه ی زندگی و رفتارهای یگانه ی آنان معطوف است. آن وسیله ی ارزشیابی و یکپارچه کردن داده های آزمون است به گونه ای که نتیجه گیری های روان شناس بالینی به توصیف دقیق درباره ی آزمودنی بینجامد. بین روایی مفهومی و روایی سازه شباهت هایی وجود دارد، زیرا روایی سازه نیز می کوشد تا فرضیه های خاص روابط بین سازه ها را بیازماید. روایی مفهومی نیز سعی بر آزمودن سازه ها دارد، اما به جای مربوط ساختن سازه ها به خود آزمون آنها را به آزمودنی ربط می دهد.

قضایات بالینی

قضایات بالینی نوع خاصی از ادراک است که در آن متخصص بالینی می کوشد تا با استفاده از منابع موجود، درمانجو را به گونه ای دقیق توصیف کند. این منابع ممکن است داده های آزمون، شرح حال، سوابق پزشکی، یادداشت وقایع روزانه ی شخصی، و مشاهدات کلامی و غیر کلامی رفتار را شامل شود.

خطاهای قضایات بالینی

یکی از منابع احتمالی عدم دقت این است که متخصصان بالینی اغلب میزان پایه^۱ یا میزانی که رفتار، صفت یا تشخیص خاصی در جامعه ی کلی رخ می دهد را به حساب نمی آورند. منبع دیگر خطا این است که اطلاعات از قبل به دست آمده در فرایند جمع آوری داده ها، اغلب نسبت به اطلاعاتی که بعدها به دست می آیند مهم تر تلقی می شوند. این موضوع هنگامی شدت می یابد که متخصصان بالینی نخست پیش داوری کنند، آنگاه برای تایید این پیش داوری ها به جستجوی اطلاعات تایید کننده بپردازند.

پیش بینی بالینی در مقابل آماری یا تجربی^۲

رویکرد بالینی برای تصمیم گیری درباره ی درمانجو از قضایات متخصص بالینی، اما در رویکرد آماری از فرمول هایی که از روش های تجربی به دست آمده بود مانند برش های یک یا چند متغیری^۳ و معادله های رگرسیون استفاده شده بود. تصمیم های مبتنی بر روش های آماری همواره نسبت به قضایات های بالینی برتری دارد. علت احتمالی این امر آن است که فرمول اثر خطاهای کنترل نشده ی روش های روان شناس را کاهش می دهد. رویکرد بالینی برای یکپارچه کردن داده ها و رسیدن به نتایج، به متخصص بالینی امکان می دهد که با کاوش و واری، در بسیاری از حوزه ها به درک عمیق تری دست یابد. اینها اغلب حوزه هایی هستند که نمی توان آنها را با آزمون ها یا فرمول های آماری اندازه گیری کرد.

یکی دیگر از مشکلات رویکرد آماری محض آن است که تدوین روایی و اعتبار آزمون، و همچنین فرمول های تجربی مستلزم آن است که ادراک انسان از جهان پایا و ایستا باشد.

مراحل سنجش بالینی

^۱-base rate

^۲- actuarial

^۳- single / multiple cutoff



در سرتاسر این مراحل، روان‌شناس بالینی باید نقش یکپارچه‌کننده‌ی داده‌ها و متخصص رفتار انسان را ایفا کند، نه اینکه صرفاً تفسیرکننده‌ی نمره‌های آزمون‌ها باشد.

۱- ارزشیابی پرسش ارجاعی

بیشتر محدودیت‌های عملی ارزشیابی‌های روانی به توضیح ناکافی مساله مربوط است. اولین مرحله سنجش بررسی علت مراجعه یا ارجاع می‌باشد.

۲- کسب اطلاع درباره‌ی محتوای مشکل

پیش از شروع به اجرای آزمون، آزمایش‌کنندگان باید ماهیت مشکل، بسندگی آزمون‌هایی را که اجرا خواهند کرد، و کاربرد پذیری خاص آزمون را در مورد موقعیت یگانه‌ی آزمودنی مورد بررسی قرار دهند.

۳- گردآوری داده‌ها

این اطلاعات را می‌توان از منابع گوناگون به دست آورد، که بیشترین آنها شامل نمره‌های آزمون‌ها، شرح حال، مشاهدات رفتاری، و داده‌های حاصل از مصاحبه است. این نکته‌ی مهم را باید به خاطر داشت که آزمون‌ها فقط یکی از ابزارها یا منابع گردآوری داده‌ها به شمار می‌روند. شرح حال درمانجو نیز بهمان اندازه اهمیت دارد.

۴- تفسیر داده‌ها

نتیجه‌ی نهایی سنجش باید به توصیف سطح کارکرد درمانجو در زمان حال، ملاحظات مربوط به سبب شناسی، پیش‌آگهی^۱، و توصیه‌های درمانی بینجامد. با تکرار آزمایش توسط متخصصان دیگر همان توصیف یا طبقه‌بندی به دست می‌آید یا نه (توافق بین تشخیصی) و همچنین تکرار آزمایش توسط یک متخصص در زمان‌های مختلف به نتیجه‌ی یکسان می‌انجامد یا نه (توافق درون تشخیصی).

انواع موقعیت‌های ارجاعی

در سرتاسر فرایند سنجش، متخصصان بالینی باید کوشش کنند که پرسش ارجاعی را روشن سازند و مسایل و انتظارات یگانه‌ای را که در بافت‌های ارجاعی مختلف با آنها روبرو می‌شوند درک کنند.

۱- موقعیت روان پزشکی

ارجاع‌ها معمولاً از جانب روان پزشکی صورت می‌گیرد.

۲- موقعیت پزشکی عمومی

برآورد شده است که تقریباً دو سوم بیمارانی که توسط پزشکان معاینه می‌شوند، عناصر هیجانی مهمی در بیمارشان نقش دارد. اغلب موقعیت‌هایی که ممکن است پزشکان از خدمات روان‌شناس استفاده کنند شامل عوامل هیجانی احتمالی مرتبط با شکایات پزشکی، سنجش نقص‌های روان‌پی‌شناختی^۲ (عصبی - روانی)، درمان روان‌شناختی برای دردهای مزمن و درمان وابستگی شیمیایی است.

^۱ - prognosis

^۲ - neuropsychological

در حالی که پزشکان سعی در کشف آسیب های فیزیکی دستگاه عصبی دارند ، روان پی شناختی به طور سنتی به وضعیت روان شناختی کارکردهای عالی تر مغز علاقه مند است. به عبارت دیگر می توان گفت : پزشکان چگونگی کارکرد مغز را ارزیابی می کنند، در صورتی که روان پی شناس اثر ناپهنجاری های احتمالی مغز را بر کیفیت عملکرد شخص مورد ارزیابی قرار می دهد. حوزه های نوعی سنجش در درجه نخست بر وجود احتمالی تباهی ذهن در حوزه هایی مانند حافظه ، توالی یا ترتیب^۱ ، استدلال انتزاعی ، سازماندهی قضایی و توانایی های اجرایی متمرکز است. پزشکان اغلب می خواهند بدانند که آیا نیمرخ یک آزمون تشخیص مشخصی را مطرح می کند یا خیر . پزشک همچنین ممکن است از روان شناس بخواهد که با ارزیابی پیش از جراحی احتمال بروز واکنش استرسی شدید نسبت به جراحی را مورد سنجش قرار دهد .

۳- بافت قانونی

در طول مرحله ی بازرسی ، ممکن است از روان شناسان برای سنجش اعتبار یک شهادت (گواهی) یا کمک به ارزیابی کیفیت اطلاعات ارائه شده از جانب یک شاهد و یا گواه ، نظر خواهی شود. در ارزیابی دیوانگی و ارزیابی صلاحیت، دو زمینه ی بالقوه مشکل آفرین وجود دارد. معمولاً دیوانه قلمداد شدن فرد بر اساس قانون مک ناتان^۲ که می گوید اگر افراد از ماهیت و وسعت اعمال شان آگاهی نداشته باشند و نتوانند تشخیص دهند که آنچه انجام داده اند بر اساس هنجارهای اجتماعی اشتباه بوده است مسوول نیستند ، صورت می گیرد. در حالیکه بعضی تعریف های دیگر برای تعریف دیوانگی عبارت « تکانه ی غیر قابل کنترل ». به منظور بالا بردن اعتبار و روایی ارزیابی های صلاحیت و دیوانگی ، فنون تخصصی سنجش مانند آزمون غربال صلاحیت^۳ ، و مقیاس های مسوولیت پذیری جنایی راجرز ساخته شده اند.

پیش بینی خطرناک بودن نیز تقریباً یک حوزه ی مشکل زا است. از آنجایی که رفتار واقعاً خشن یا خودتخریبی، رفتاری نسبتاً نامعقول (با میزان پایه ی پایین) است، هر ملاک برشی به طور معمول تعداد زیادی از مثبت های کاذب^۴ را موجب می شود.

۴- بافت آموزشی

از روان شناسان بارها درخواست می شود تا کودکانی را که مشکل دارند یا لازم است که در نظام مدرسه در کلاس یا طبقه ی خاصی جای داده شوند مورد سنجش قرار دهند . اغلب ، توجه اولیه بر روی این مسأله و نیاز به فهم این مطلب معطوف است که دانش آموز به عنوان « کودک مشکل » یا « بیمار شناخته شده » در نظر گرفته شود . این امر ممکن است مسایل پیچیده تر ، بزرگتر و در عین حال مهم تری مانند تعارض زناشویی ، آشفتگی معلم ، سوء تفاهم های بین معلم و والدین یا تعارض بین مدیر مدرسه و والدین را دامن بزند .

۵- درمانگاه روانی

بر خلاف نهادهای پزشکی ، قانونی ، و آموزشی که روان شناس در آنجا فقط به عنوان مشاور تصمیم گیرنده خدمت می کند ، روان شناسی که در درمانگاه روانی کار می کند خود نقش تصمیم گیرنده دارد .

^۱ - sequencing

^۲ - McNaughton

^۳ - Competency Screening Test

^۴ -false positive



ایجاد یک رابطه حرفه ای

سنجش فقط باید در یک بافت رابطه حرفه ای که به روشنی تعریف شده است انجام گیرد. بدین معنا که ماهیت، هدف، و شرایط رابطه مورد بحث قرار گیرد و در مورد آنها توافق حاصل شود. به طور معمول متخصص بالینی اطلاعات لازم را ارایه می دهد و درمانجو آن را با رضایت خاطر می پذیرد و امضا می کند. اطلاعاتی که به درمانجو داده می شود به طور معمول شامل نوع و طول مدت سنجش، رویه های جانشین، جزییات مربوط به قراردادهای ملاقات، ماهیت و حدود محرمانه بودن مطالب الزامات مالی.

□ عوامل تاثیر گذار در رابطه حرفه ای و سنجش: حوزه مهمی که لازم است روان شناس از آن آگاه باشد، تأثیر کیفیت این رابطه بر نتایج سنجش و بر رابطه کاری به طور کلی است. هرگاه آزماینده برای کودک آشنا باشد در مقایسه با مواردی که نسبت به وی ناآشناست، نمره وی به طور متوسط ۴ واحد هوشبهر افزایش می یابد. این روند به ویژه در مورد کودکان متعلق به سطوح پایین اجتماعی - اقتصادی بارزتر است. تفاهم و پسخوراند، به ویژه اگر پسخوراند از نظر فرهنگی مناسب باشد، می تواند عملکرد آزمون را به طور چشمگیری افزایش دهد. انتظارات یک پژوهشگر یا آزماینده می تواند بر سطح عملکرد شخص دیگر تأثیر بگذارد. اثر انتظار در بعضی از موقعیت ها وجود دارد و می گوید که مکانیسم های آن از طریق رفتارهای غیر کلامی جزیی صورت می گیرد. عامل دیگری که ممکن است بر ماهیت رابطه ی بین مراجع و آزماینده تأثیر بگذارد، وضعیت نسبی هیجانی مراجع است. آخرین مسأله ای که بالقوه ممکن است اجرا و - در بیشتر موارد - نمره گذاری پاسخ ها را مغشوش سازد، میزان علاقه ای است که آزماینده به مراجع دارد و این که تا چه اندازه رفتار او را گرم و دوستانه تلقی می کند. بنابراین، سخت گیری در نمره دادن^۱ در مقابل نرمش و ارفاق، دست کم تا اندازه ای ممکن است از علاقه ی آزماینده به مراجع ناشی شود.

تجاوز به حریم خصوصی دیگران

یکی از مشکلات عمده ای که ممکن است آزمودنی ها در رابطه با آزمون های روانی با آن روبرو شوند آن است که شاید آزماینده از مراجع برخی ویژگی ها را کشف کند که او ترجیح می داده محرمانه بمانند. همچنین این نگرانی وجود دارد که این اطلاعات ممکن است به زیان مراجع مورد استفاده قرار گیرد. موضوع تجاوز به حریم دیگران معمولاً در مورد آزمون های شخصیت بیشتر بحث انگیز است، زیرا ماده های مربوط به صفات انگیزشی، هیجانی و نگرشی، گاهی به صورت تغییر شکل یافته در آزمون مطرح می شوند. موضوع مهم تر آن است که این اطلاعات در چه مواردی مورد استفاده قرار می گیرند.

ایراد گریزی^۲

در حالی که نگرانی درباره ی تجاوز به حریم خصوصی افراد، با کشف و سوء استفاده از اطلاعاتی که مراجعان می خواهند محرمانه بماند رابطه دارد، ایراد گریزی شامل احساس های منفی واقعی است که هنگام مواجه شدن مراجعان

^۱ - hard scoring

^۲ - inviolacy

با آزمون یا موقعیت آزمون، بروز می کند. ایراد گریزی به ویژه هنگامی مصداق پیدا می کند که از مراجعان خواسته می شود تا در مورد اطلاعاتی صحبت کنند که مایل نیستند درباره ی آنها بپندیشند.

برچسب زنی و محدودیت آزادی

برای بیشتر تشخیص های روان پزشکی پیامدهای بالقوه آسیب زا وجود دارد. یکی از خطرهای اصلی احتمال به وجود آمدن پیشگویی خود – کامبخش^۱ مبتنی بر نقش مورد انتظاری است که با یک برچسب خاص ارتباط دارد. یکی دیگر از پیامدهای منفی برچسب زدن، داغ اجتماعی است که به اختلال های متفاوت زده شده است. بنابراین، عمدتاً به سبب برداشت های نادرست همگانی از واژه هایی مانند اسکیزوفرنی است که افراد برچسب خورده ممکن است از نظر اجتماعی طرد شوند. درست به همان اندازه که برچسب های تحمیل شده از سوی دیگران پیامدهای منفی به دنبال دارد، خودپذیرندگی برچسب ها نیز می تواند زیانبخش باشد. بنابراین، مراجعان ممکن است از برچسب هایشان به عنوان وسیله ای برای معذرویت یا انکار مسوولیت در قبال رفتارشان استفاده کنند. آخرین مشکل مرتبط با برچسب زنی آن است که از طریق محدود کردن پیشرفت و خلاقیت فرد با یک نظام، محدودیت غیر لازمی را بر آنان تحمیل می کند.

انتقال نتایج آزمون

روان شناسان به طور معمول باید به درمانجو و منبع ارجاع پسخوراند لازم را در مورد نتایج آزمون ارایه کنند. پسخوراند نتایج آزمون باید به زبانی ارائه شود که برای دریافت کننده روشن و قابل فهم باشد. توصیف ها هنگامی با معناتر می شوند که سطوح عملکرد به صورت رفتار و به شیوه ای روشن بیان شوند. برای ارایه پسخوراند سودمند باید ویژگی های فردی دریافت کننده مانند سطح تحصیلات عمومی، دانش نسبی در مورد روان آزمایی، و پاسخ هیجانی احتمالی وی به اطلاعات در نظر گرفته شود. ارایه پسخوراند در عمل بخشی از فرایند مداخله درمانی به شمار می رود. منتقدان به طور اخص بر این باورند که آزمون های روانی بیشتر به سود افراد طبقه متوسط امریکاییان اروپایی تبار بوده و ارزش های آنان را منعکس می سازد. آنان استدلال می کنند که این گونه آزمون ها برای سنجش هوش و شخصیت گروه های اقلیت دقیق و مناسب نیستند. در حالی که بیشترین جدل به آزمون های هوشی معطوف است، وجود سوگیری فرهنگی در مورد استفاده از آزمون شخصیت نیز مطرح است. بنابراین، نمره های پایین آنان ممکن است نشنکر کمبود هوش نبوده، بلکه صرفاً نشانگر فقدان آشنایی با فرهنگ طبقه ی متوسط سفید پوست باشد. نمره های پایین تنها شاخصی از عدم آشنایی نسبی فرد با یک فرهنگ خاص است تا توانایی هایی ذهنی ویژه ی او. اغلب تفاوت های موجود در نمره های آزمون ممکن است بیشتر به عواملی مانند پایگاه اقتصادی – اجتماعی مربوط باشد تا عوامل قومی. تعدادی از آزمون های دیگر ساخته شده اند که بخشی از هدف های آنها این است که برای سنجش اقلیت های قومی به کار بسته شوند. این آزمون ها معمولاً بر مهارت های غیر کلامی تأکید دارند و مقیاس عملکرد بین المللی لیت^۲، آزمون هوشی فرهنگ نابسته^۳، ماتریس های پیشرونده ی ریون، و آزمون نقاشی گودایناف

^۱ - self-fulfilling prophecy

^۲ - Leiter

^۳ - Culture-Fair Intelligence Test



– هریس^۱ از آن جمله اند. نظام سنجش کثرت گرایانه و چند فرهنگی (SOMPA) برای ارزیابی اقلیت ها از طریق کاربرد ابزارهای سنجش سنتی ولی با تصحیح سوگیری های موجود در این آزمون ها روشی متفاوت و پیچیده تر را ارائه می دهد.

انتخاب آزمون های روانی

مهم ترین در انتخاب آزمون این است که آزمون تا چه اندازه برای پاسخ دادن به پرسش ارجاعی سودبخش است. عامل مهم دیگر در انتخاب آزمون توسط متخصص بالینی، نوع دوره آموزشی خاصی که گذرانیده، تجربه، رجحان شخصی و آشنایی وی با ادبیات مربوط است. ابزارهای کامپیوتری به سبب کاهش وقتی که روان شناس به طور مستقیم باید صرف سنجش کند و سرعت زیاد آنها در نمره گذاری و فرضیه سازی، ممکن است در کاهش هزینه سنجش مفید واقع شود. در واقع هدف اساسی سنجش روانی آن است که در مورد برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی درمان اطلاعات سودمندی را فراهم آورد. دو نگرانی ویژه در انتخاب آزمون ها شامل واثم کردن^۲ و استفاده از فرم های کوتاه کوتاه است. در بیشتر موقعیت ها، متخصصان بالینی ممکن است نگران این مسأله باشند که افراد آگاهانه یا ناآگاه پاسخ های نادرست بدهند. لذا، این متخصصان بالینی ممکن است آزمون هایی مانند MMPI یا MCMI و CPI را که دارای مقیاس های روایی هستند، بیشتر مورد توجه و استفاده قرار دهند. اما بسیاری از فنون فرانکنی ممکن است در برابر تلاش آزمودنی ها برای واثم کردن، مقاوم باشند. نگرانی های مربوط به زمان مورد نیاز برای سنجش ممکن است آزماینده را به انتخاب فرم های کوتاه ابزارهایی مانند مقیاس تجدید نظر شده ی هوشی وکلر برای بزرگسالان (WAIS-R)، ویرایش سوم مقیاس هوشی وکلر برای کودکان (WISC-III)، یا MMPI ناگزیر سازد. جدول زیر انواع آزمون ها و حوزه های مربوطه را نشان می دهد.

○ کاربرد شناختی

- ۱ - کارکرد کلی
 - معاینه وضعیت روانی
 - معاینه وضعیت روانی کوتاه شده (MMSE)
- ۲ - کارکرد هوش
 - آزمون هوشی تجدید نظر شده وکلر برای بزرگسالان
 - آزمون هوشی وکلر برای کودکان ویرایش ۳
 - آزمون استنفورد – بین (ویرایش ۴)
 - مجموعه آزمون های سنجش کافمن برای کودکان
 - فرم تجدید نظر شده مجموعه روانی – تحصیلی وودکاک – جانسون
- ۳ - کارکرد حافظه
 - مقیاس تجدید نظر شده حافظه وکلر
 - آزمون یادگیری شنیداری کلامی ری
 - آزمون یادگیری کلامی کالیفرنیا

^۱ - Goodenough - Harris

^۲ - faking

آزمون نگهداری حافظه بنتون

○ توانایی های دیداری - ساختاری

آزمون گشتالت دیداری - حرکتی بندر

آزمون های ترسیمی (نقاشی)

محتوای فرایندهای فکری

آزمون اندریافت موضوع

آزمون اندریافت کودکان

○ کارکرد هیجانی و سطح آسیب روانی

۱ - الگوهای کلی و شدت آسیب

آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون

پرسشنامه شخصیتی نوجوانی میلون

رورشاخ

فهرست نشانه های بیماری ۹۰- تجدید نظر شده

پرسشنامه خلاصه نشانه های بیماری

پرسشنامه شخصیتی برای کودکان

۲ - افسردگی

پرسشنامه افسردگی بک

مقیاس درجه بندی همیلتون برای افسردگی

پرسشنامه افسردگی کودکان

مقیاس زونگ (Zung)

پرسشنامه ی سوگیری شناختی

مقیاس نگرش های بدکارکردی

پرسشنامه اندیشه های غیر ارادی

آزمون پاسخ شناختی

۳ - اضطراب

پرسشنامه اضطراب حالت - صفت

برنامه زمینه یابی ترس

برنامه مصاحبه اختلال های اضطرابی

۴ - اختلال جنسی

پرسشنامه کارکرد جنسی دروگاتیس^۱

اختلال زناشویی / خانوادگی

مقیاس سازگاری گروه دو عضوی^۲

۵ - تشخیص

^۱ - Derogatis

^۲ - dyadic



برنامه مصاحبه تشخیصی
برنامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا
مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM
مصاحبه ساخت‌دار برای اختلال‌های شخصیتی DSM
مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان
۶ - پیش‌آگهی و خطر
احتمال خودکشی
مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی
مقیاس ناامیدی بک

سنجش به کمک کامپیوتر

استفاده از کامپیوتر برای اجرا و تفسیر در نوروپسیکولوژی پیشرفت‌های خاصی را سبب شده است. کاربرد سنجش کامپیوتری چندین امتیاز دارد. کامپیوترها می‌توانند در وقت‌گران بهای تخصصی صرف‌جویی کنند. اعتبار بازآزمایی را بالقوه افزایش دهند، سوگیری احتمالی از جانب آزماینده را کاهش دهند، و با بهبود کارایی از هزینه‌ی مربوط به مصرف‌کننده بکاهند.

◀ **معایب:** ۱- در وهله‌ی نخست روایی آزمون نشده‌ی آن است. چنین فرض شده است که اگر نوع مداد - کاغذی یک آزمون دارای روایی باشد پس نوع کامپیوتری آن نیز از همان روایی برخوردار است. ۲- نگرانی بیشتر آن است که اغلب بسته‌های نرم‌افزاری در دسترس افرادی است که در این زمینه تخصص کافی ندارند. ۳- مشکل دیگر آن است که شاید متخصصان بالینی بدون آنکه نتایج آزمون را با موقعیت کلی مراجع به درستی یکپارچه کنند، زیرکانه به ایفای نقش یک افزارمند تشویق شوند. ۴- همچنین گزارش شرح حال تولید شده توسط کامپیوتر فاقد امضا است و بنابراین نتایج آن فاقد مسئولیت‌پذیری قانونی و حرفه‌ای است که یک اعضا ممکن است داشته باشد.

مصاحبه

تعریف: مصاحبه عبارتست از تعامل بین حداقل دو نفر که تمام شرکت‌کنندگان در آن فرایند سهیم هستند و هر یک بر پاسخ‌های دیگری اثر می‌گذارند. این تعامل برای نیل به هدفی طرح‌ریزی می‌شود که هشیارانه انتخاب شده است.

یکی از مهم‌ترین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در جریان ارزیابی روانی مصاحبه‌ی سنجشی است. مصاحبه همچنین اطلاعاتی را فراهم می‌آورد که اغلب از طریق سایر روش‌ها قابل کسب نیست. این قبیل اطلاعات مشاهده‌های رفتاری بالقوه ارزشمند ویژگی‌های فردی مراجع، و واکنش شخص نسبت به موقعیت جاری زندگی را در بر می‌گیرد.

تفاوت مصاحبه و گفتگو: مصاحبه وسیله‌ای برای دستیابی به هدف‌های تعیین شده است. به همین سبب، به طور معمول دارای یک توالی روشن بوده و بر محور موضوع‌های معین و مربوط متمرکز است. مصاحبه‌ی سنجشی، برخلاف گفتگوی عادی، ممکن است حتی مستلزم این باشد که مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده واقعیت‌ها و احساسات ناخوشایند را مورد بحث قرار دهند. هدف‌های کلی مصاحبه عبارتند از جمع‌آوری اطلاعاتی که به آسانی نمی‌توان از

روش های دیگر به دست آورد، ایجاد رابطه ای که موجب می شود تا این اطلاعات به دست آیند، ایجاد درک و شناخت بیشتر هم در مصاحبه گر و هم در مصاحبه شونده نسبت به رفتار مشکل.

مصاحبه ی با ساخت یابی ساخت (مصاحبه ی ساخت دار شبیه آزمون عینی است)

یک بعد اساسی مصاحبه ها درجه ی ساخت دار بودن و یا ساخت دار نبودن آنهاست. برخی از مصاحبه ها به طرفین مصاحبه امکا می دهد که آزادانه از یک موضوع به موضوعی دیگر تغییر جهت دهند، در حالی که برخی مصاحبه ها کاملاً هدایت شده و هدف نگرند، و اغلب از درجه بندی ها و فهرست های ساخت یافته استفاده می کنند. مصاحبه های ساخت نیافته انعطاف پذیرند، ممکن است شرایط ایجاد ارتباط و تفاهم را بهتر فراهم کنند، نحوه ی سازماندهی پاسخ های مراجعان را بهتر می سنجند، و بالقوه توجه به جزئیات یگانه ی تاریخچه ی زندگی مراجع را امکان پذیر می سازند. اما، انتقادهای بسیاری به مصاحبه های ساخت نیافته وارد شده که به عدم اطمینان گسترده نسبت به اعتبار و روایی این مصاحبه ها منجر شده است.

در یک طبقه بندی ساخت دار، لازاروس^۱ الگوی BASIC-ID خود را ابداع کرد که یک سنجش کامل از فرد را در حوزه هایی شامل رفتارها (B)، عاطفه (A)، حس کردن (S)، تصویر سازی ذهنی (I)، شناخت (C)، روابط فردی (I) و نیاز به مداخله ی دارویی یا دارو (D) توصیف می کند. طبقه بندی های DSM معمولاً نامناسب تلقی می شدند، زیرا آنها به جای فرایند های فعال گروهی، ویژگی های ایستادی افراد را توصیف می کردند. ◀ در مراقبت بهداشتی هدایت شده، بر هزینه - کارایی تاکید می شود.

اعتبار و روایی مصاحبه

اعتبار مصاحبه ها معمولاً در ارتباط با توافق بین درجه بندی کنندگان (مصاحبه گران) مورد بحث قرار می گیرد. مصاحبه های ساخت دار از اعتبار بیشتری برخوردارند. اما، افزایش ساخت یافتگی مصاحبه ها، یکی از قوی ترین جنبه های آنها - یعنی انعطاف پذیری شان را تضعیف می کند. پژوهش در مورد روایی مصاحبه معمولاً بر منابع سوگیری مصاحبه گر متمرکز بوده است. برای نمونه، اثرهای هاله ای^۲ از گرایش مصاحبه گر به ایجاد یک برداشت کلی از شخص، و سپس طبقه بندی سایر ویژگی هایی که به ظاهر با آن رابطه دارند ناشی می شود. سوگیری تأییدی^۳ هنگامی رخ می دهد که مصاحبه کننده در جهت تأیید استنباط اولیه اش اطلاعاتی به دست آورد. مصاحبه شونده ها نیز ممکن است پاسخ هایشان را تحریف کنند تحریف ها ممکن است به ویژه در زمینه های حساسی مانند رفتار جنسی رخ دهند. بی دقتی و تحریف در مورد بازنگری های گذشته، بیشتر در مورد مسایل روانی - اجتماعی (مانند تعارض های خانوادگی و آغاز نشانه های بیماری روانی) و کم تر در مورد متغیرهایی مانند تغییر محل سکونت، مهارت در خوانندگان و قد و وزن رخ می دهد.

مزایا و محدودیت های مصاحبه

^۱ - Lazarus

^۲ - halo effects

^۳ - confirmatory bias



مصاحبه های ساخت دار و بدون ساخت به متخصصان بالینی امکان می دهد که نتایج حاصل از آزمون ها را در یک بافت گسترده تر و با معناتر قرار دهند . علاوه بر این ، اطلاعات زندگی نامه ای حاصل از مصاحبه ها را می توان برای پیش بینی رفتارهای بعدی مورد استفاده قرار داد . استفاده از اطلاعات زندگی نامه ای برای پیش بینی خطر خودکشی ، معمولاً روشی مؤثرتر از نمره های آزمون است . مصاحبه ی بدون ساخت یا نیمه ساخت دار معمولاً تنها موقعیتی در فرآیند سنجش است که متخصص بالینی می تواند مراجع را در یک موقعیت باز و مبهم مشاهده کند. انعطاف پذیری ذاتی مصاحبه های بدون ساخت و نیمه ساخت دار ، اغلب مهم ترین مزیت آنها بر آزمون های استاندارد است. در موقعیت های بحرانی – که باید تصمیم های نسبتاً فوری گرفته شود – صرف وقت برای اجرا و تفسیر آزمون ها عملی نیست، بنابراین در این گونه موقعیت ها، فقط می توان از مصاحبه ها و ابزارهای غربال کردن سریع استفاده کرد. سرانجام، مصاحبه ها برای برقراری تفاهم و تشویق به خود – کاوشگری^۱ فرصت لازم را فراهم می کنند.

بزرگترین اشکال مصاحبه های بدون ساخت سوگیری مصاحبه گر است که از فرایندهای ادراکی و تعاملی مانند اثر هاله ای ، سوگیری تأییدی و اثر تقدم^۲ ناشی می شود. این امر معمولاً به تغییر پذیری گسترده ی اعتبار و روایی و همچنین اشکال در مقایسه ی یک آزمودنی با آزمودنی دیگر منجر می شود. علت اصلی عدم توافق در مورد تشخیص، به تغییرپذیری اطلاعات به دست آمده (واریانس/اطلاعات) و تغییرپذیری ملاک ها (واریانس ملاک)، که برای نتیجه گیری در مورد وجود و یا نبود اختلال به کار رفته است، بستگی دارد. اشکال دیگر این مصاحبه ها هزینه ی بالای استفاده از مصاحبه گران کارآزموده در مطالعات همه گیرشناسی^۳ در مقیاس گسترده است. مصاحبه های ساخت دار از دقت روان سنجی بیشتری برخوردارند ، لذا نتایج آنها را می توان از موردی به مورد دیگر و یا از جامعه ای به جامعه دیگر مقایسه کرد . ارایه استاندارد مصاحبه ، درجه بندی معتبر و پایا را امکان پذیر می سازد ، واریانس اطلاعات را کاهش می دهد ، و ملاک های تشخیصی همسان را به کار می بندد. علاوه بر این جامع بودن بسیاری از مصاحبه های ساخت دار احتمال از دست رفتن یک تشخیص یا نادیده گرفتن مجموعه ای از نشانه های بیماری مربوط را کاهش می دهد. اما یک مشکل کاربرد مصاحبه های ساخت دار وقت گیر بودن آن هاست. خصوصیات فردی و غنای ویژگی های شخصی را نادیده می گیرند. در رویکرد های کاملاً ساخت دار، برقراری تفاهم به گونه ای که مراجع به راحتی بتواند اطلاعات کاملاً شخصی خود را آشکار کند کمتر امکان پذیر است.

مصاحبه ی سنجشی و تاریخچه موردی (شرح حال)

سبک مصاحبه گر به شدت تحت تأثیر جهت یابی نظری و ملاحظات عملی قرار می گیرد. کسانی که به شدت تحت تأثیر نظریه های مراجع محوری هستند به سبک های بی رهنمود گرایش دارند و از سبک های کاملاً ساخت دار دوری می کنند. هدف مصاحبه ی مراجع محوری ایجاد نوعی رابطه ی بین فردی است. برعکس، مصاحبه ی

^۱ - self - exploration

^۲ - primacy effect

^۳ - epidemiological

^۴ - orientation

رفتاری احتمالاً بر این فرضیه استوار است که تغییر بر اثر پیامدهای بیرونی خاص روی می دهد. در نتیجه، مصاحبه های رفتاری نسبتاً ساخت دار خواهند بود. بین مصاحبه تشخیصی و مصاحبه غیر رسمی و اکتشافی یک وجه تمیز مفید وجود دارد. اهداف مصاحبه تشخیصی، رسیدن به یک تشخیص خاص و معمولاً مبتنی بر مدل چند محوری DSM-IV است. این گونه مصاحبه ها معمولاً در موقعیت روان پزشکی و یا پزشکی عمومی به کار می رود. در مقابل، بسیاری از روان شناسان شاغل به ارزش تشخیص رسمی اعتقاد ندارند، و بر این اساس، از تشخیص رسمی DSM-IV پیروی نمی کنند. بدینسان، مصاحبه ی آنها در بیشتر موارد غیر مستقیم و انعطاف پذیر است. پژوهش نشان داده است که درجه بندی کیفیت مصاحبه از سوی بیمار بستگی به این دارد که تا چه اندازه مصاحبه گران می توانند هیجان های بیمار را درک کنند و پیام های هیجانی آنان را که به طور ناقص بیان می شوند بفهمند. به ویژه به این دلیل که این هیجان ها ممکن است به گونه ی غیر مستقیم و از طریق رفتارهای غیر کلامی منتقل شوند. جنبه های غیر کلامی ارتباط ممکن است روشن قوی تری برای انتقال اطلاعات باشد. مهربان برآورد کرده است که پیام دریافت شده، ۵۵ درصد به بیان چهره، ۳۸ درصد به آهنگ و صدا، و تنها ۷ درصد به محتوای آن چه گفته می شود، بستگی دارد.

مصاحبه گران از نظر مقدار یادداشتی که در جریان مصاحبه بر می دارند، فرق می کنند. برخی استدلال می کنند که یادداشت برداری در جریان مصاحبه ممکن است اضطراب مراجع را افزایش دهد. یادداشت برداری در جریان مصاحبه در حد متوسط توصیه می شود.

شیوه های مستقیم (رهنمودی) در برابر غیر مستقیم (بی رهنمود)

اینکه متخصصان بالینی تا چه اندازه روش ساخت دار و رهنمودی را در جریان مصاحبه انتخاب کنند به ملاحظات نظری و عملی بستگی دارد. اگر زمان محدود باشد، مصاحبه گر روش مستقیم و مربوط به مسأله اصلی را به کار خواهد بست. روش مبهم و بدون ساخت احتمالاً اضطراب فردی را که به شدت مضطرب است افزایش خواهد داد، در حالی که روش مستقیم ممکن است برایش کاملاً سودبخش باشد. مراجع مقاوم، و بدون همکاری نیز احتمالاً به یک سبک پرسش و پاسخ مستقیم تر نیاز خواهد داشت

۱- روش مستقیم (رهنمودی)

- اگر زمان محدود باشد این روش استفاده می شود و روی مشکل اصلی تأکید خواهد کرد.

- اگر مراجع اضطراب دارد روش مبهم و بدون ساخت اضطراب او را بیشتر می کند.

- اگر مراجع مقاوم بوده و همکاری خوبی نداشته باشد روش مستقیم مفیدتر خواهد بود.

- مصاحبه های رفتاری به عنوان سبک های ساخت یافته که به توصیف جامع از رفتارهای واقعی و اندیشه های هوشیار، نگرش ها و عقاید مربوط به رفتارهای متفاوت توجه دارند تعریف می شوند.

۲- روش غیرمستقیم (بی رهنمود)

- رویکرد ساخت نایافته تر یا روان پریشی Psychodynamics انگیزش های زمینه ساز و پنهان را بررسی می کند و اطلاعاتی را ارزیابی می کند که ممکن است در سطح هوشیاری فرد نباشد.

توالی فنون مصاحبه



بیشتر مؤلفان توصیه می کنند که مصاحبه کنندگان با پرسش های باز پاسخ شروع کنند، و پس از شنیدن پاسخ های درمانجو، برای کامل کردن اطلاعات می توانند به طرح پرسش های مستقیم تر بپردازند.

یک مزیت مهم پرسش های بازپخش آن است که سبب می شود درمانجویان با کمترین ساختار خارجی درک از خود را سازمان دهند و آنها را بیان کنند. هنگامی که از مراجعان پرسش های بازپاسخ پرسیده می شود، آنان به احتمال زیاد ویژگی های عمده اما غیر معمول را درباره ی خود ابراز می دارند. سیالی کلامی، سطح جرأت یا ابزار وجود، آهنگ صدا، سطح انرژی، دو دلی ها، و حوزه های اضطراب را می توان مورد توجه قرار داد. بر خلاف این مزیت، پرسش های بازپاسخ بالقوه می توانند به اطلاعات طولانی، خسته کننده، مبهم و بی ارتباط منجر شوند. پاسخ های مصاحبه گر که سطح متوسطی از روش رهنمودی یا مستقیم را نشان می دهند عبارتند از تسهیل، روشن کردن، همدلی، و مواجهه کردن. تسهیل اظهار نظرها برای حفظ یا تشویق جریان گفتگو انجام می شود چ. تسهیل ممکن است به طور کلامی (« بیشتر براینم بگویید ... »، « لطفاً ادامه بدهید »، یا غیر کلامی (تماس چشمی، تکان دادن سر) انجام گیرد. درخواست ها برای توضیح یا روشن کردن ممکن است زمانی مورد استفاده قرار گیرند که مراجعان، شاید از طریق نشانه های ظریف، نشان می دهند چیزی را درباره ی موضوع مورد بحث به طور کامل بیان نکرده اند. درخواست برای روشن کردن می تواند آنچه را که به تلویح به آن اشاره شده است روشن سازد. به ویژه، مطالب تلویحی هنگامی روشن تر خواهند شد که از مراجع خواسته شود آنها را به گونه ای کاملاً مشخص و عینی بیان کند، مثلاً از او خواسته شود، نمونه های عینی ارایه دهد. بیان های همدلانه (« باید برای مشکل بوده باشد ») نیز خود - افشایی درمانجو را تسهیل می کند.

گاهی مصاحبه گران ممکن است بخواهند با ناهمسانی های موجود در اطلاعات یا رفتار مراجع مواجهه یا دست کم درباره ی آنها اظهار نظر کنند. هدف از مواجهه در جریان سنجش به دست آوردن اطلاعات عمیق تر در مورد مراجع است. بر عکس، مواجهه های درمانی برای تشویق خود - کاوشگری و تغییر رفتار مراجع به کار می رود. سبک مواجهه ای ممکن است اضطراب شدید ایجاد کند، بنابراین باید فقط هنگامی به کار بسته شود که برای بر طرف کردن اضطراب فرصت کافی موجود باشد. در صورتی که این تفاهم وجود نداشته باشد، مواجهه احتمالاً به بروز حالت دفاعی در مراجع و از هم پاشیدگی این رابطه منجر خواهد شد. سرانجام می توان برای پر کردن شکاف بین گفته های مراجع از پرسش های غیر مستقیم استفاده کرد. این توالی - شروع با پرسش های بازپاسخ، سپس پیش رفتن در جهت پاسخ های ساخت دار میانجی (تسهیل، روشن کردن، مواجهه)، و سرانجام ختم مصاحبه با پرسش های مستقیم.

نکته: در یک مصاحبه ممکن است از همه موارد فوق (انواع پرسش های فوق) استفاده شود.

○ مسائلی که در مصاحبه باید مورد توجه قرار بگیرد:

A. مقدمات فیزیکی

۱. محیط و مکان مصاحبه

۲. یادداشت برداری یا ضبط مصاحبه

B. تکنیک ها و ضرورت های مصاحبه

۱. تفاهم Rapport

۲. ارتباط Communication (کلامی، و غیر کلامی)

۳. روش و نوع یرسش‌ها یا سبک سؤالات یا تکنیک‌ها

Open ended باز پاسخ

– تسهیل کننده

– روشن کننده

– مواجهه کننده

— مستقيم

- یکی از فنون مصاحبه، اجتناب از کاربرد پرسش های « چرا » است، زیرا ممکن حالت دفاعی مراجع را افزایش می دهد. پرسش با پیشوند « چگونه » به جای « چرا » شروع شود.

فرايند مصاحبه (مراحل مصاحبه)

۱- بخش مقدماتی مصاحبه یا بخش شروع

هدف: ایجاد ارتباط، ایجاد موقعیتی آرام برای مراجع که بتواند راحت مشکلاتش را مطرح کند

۲- بخش میانی مصاحبه

به دست آوردن اطلاعات در مورد فرد، مشکل او، چه نوع فردی است، مکانیسم‌های دفاعی، خصوصیات بارز فرد، به طور کلی، اطلاعاتی که بتواند به ساختن فرضیه در مورد فرد کمک کند.

۳- بخش نہائی، مصاحبہ

در بخش‌هایی هدف ایجاد آرامش در فرد (چون خاطرات دردناکی را به یاد آورده است یا اضطراب و نگرانی دارد)، دادن اطلاعات و برنامه‌ریزی برای قول‌های بعدی است. مصاحبه‌گر برای حصول اطمینان از اینکه مراجع به محدودیت زمانی توجه دارد، ممکن است ۵ تا ۱۰ دقیقه قبل از پایان وقت تعیین شده به گونه‌ای او را بی‌اگاهاند. این کار موجب می‌شود که مراجع و مصاحبه‌گر اطلاعات مربوط و نهایی را به موقع به دست آورند.

سبک و توالی پاسخ‌ها

مصاحبه، بهتر است با پرسش‌های باز پاسخ شروع شود و پس از شنیدن پاسخ‌های مراجع، پرسش‌های مستقیم‌تر مطرح شود. تا بدین وسیله شکاف‌های شناخت از مراجع پر شود.

بدین ترتیب، مصاحبه با پرسش‌های باز پاسخ شروع، با پرسش‌های ساخت‌دار میانجی (تسهیل، روشن کردن، مواجهه) ادامه و سپس با پرسش‌های مستقیم خاتمه می‌یابد. البته این توالی نباید خشک و انعطاف‌ناپذیر باشد بلکه پیوسته باید در سراسر مصاحبه تغییر یابد.

معاینه ی وضعیت روانی

معاینه ی وضعیت روانی در اصل از معاینه ی پزشکی بدنی الگو گرفته است، همانگونه که معاینه ی پزشکی بدنی برای بررسی سیستم های عمده ی بدن طراحی می شود، معاینه ی وضعیت روانی نیز سیستم های عمده ی کارکرد روانی را از لحاظ روان پزشکی بررسی می کند. در حالی که روان پزشکی تأکید قابل ملاحظه ای بر معاینه ی وضعیت



روانی (و اخیراً بر مصاحبه‌های بالینی ساخت دار) داشته است، اما روان شناسی و دیگر رشته‌های علمی وابسته به بهداشت روانی ، آزمون‌های روانی و تاریخچه‌ی موردی (شرح حال ها) را کانون توجه خود قرار داده‌اند.

○ در معاینه‌ی وضعیت روانی باید موارد زیر را مورد توجه قرار داد:

۱-وضع ظاهری و رفتار کلی

«مشاهده رفتاری»: در اینجا، لباس ، وضعیت اندامی، ژست ها، گفتار، مراقبت یا بهداشت شخصی، مشخصه‌های جسمی غیر عادی مانند معلولیت‌های جسمی، تیک‌ها، یا شکلک‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند.

۲- احساس (عاطفه و خلق) :عادی - فشرده- بی تفاوتی عاطفی

خلق به هیجان بارز مراجع که در جریان مصاحبه ابراز می‌کند اطلاق می‌شود، در حالی که عاطفه به گسترده‌ای از هیجان‌ها مربوط است. احساس از محتوای گفتار ، بیان‌های چهره‌ای و حرکت بدنی مراجع استنباط می‌شود.

۳- ادراک

آیا خطاهای ادراکی یا توهم وجود دارد یا نه.

۴- تفکر

الف (کارکرد هوشی

سنجش هرگونه کارکرد عالی هوش باید در بافت سطح تحصیلات ، پایگاه اجتماعی - اقتصادی ، و آشنایی و همانند سازی مراجع با یک فرهنگ خاص انجام شود.

ب (جهت یابی

توانایی جهت یابی مراجعان ممکن است بر حسب درجه‌ی آگاهی‌شان از اینکه می‌دانند چه کسی هستند (شخص)، در کجا هستند (مکان) و حوادث جاری و گذشته‌کی اتفاق افتاده‌اند یا در حال وقوع هستند (زمان) ، تفاوت کند. مشاهده‌های بالینی فراوان‌ترین نوع گم‌گشتی را در رابطه با زمان نشان می‌دهند، در حالی که گم‌گشتی^۱ مکانی و شخصی کمتر روی می‌دهند.

ج) حافظه، توجه و تمرکز

حافظه‌ی دراز مدت، اغلب با طرح پرسش‌هایی درباره‌ی اطلاعات عمومی مراجع (مانند تاریخ‌های مهم، شهرهای بزرگ یک کشور) سنجیده می‌شود. برخی متخصصان از خرده‌آزمون‌های اطلاعات عمومی یا حافظه‌ی عددی آزمون هوشی وکلر بزرگسالان و یا کودکان یا سایر آزمون‌هایی که ماهیت مشابه دارند استفاده می‌کنند. علاوه بر این ، حافظه‌ی داز مدت را می‌توان از روی یادآوری رویدادهای مهم زندگی مراجعان ارزیابی کرد و دقت یادآوری را می‌توان از طریق مقایسه‌ی پاسخ‌های داده‌شده با سوابق عینی و مستند این رویدادها دریافت. حافظه‌ی کوتاه مدت را می‌توان با طرح پرسش‌هایی درباره‌ی رویدادهای اخیر (غذایی که اخیراً خورده است، نحوه‌ی رسیدن به جلسه‌ی مصاحبه) یا تکرار اعداد به صورت مستقیم و وارونه مورد سنجش قرار داد. سری اعداد هفت (شمردن مستقیم اعداد با هر بار افزودن عدد هفت) را می‌توان برای سنجش میزان تمرکز یا حواسپرتی مراجعان مورد استفاده قرار داد.

د) بینش و داوری

^۱ - disorientation

۵) تفكر

گفتار و تكلم مراجع را اغلب می توان به عنوان بازتابی از افكارش تلقی كرد. گفتار مراجع ممكن است منجسم، خودانگیخته، و قابل فهم و یا دارای خصایص غیر عادی باشد. بررسی افكار شخص اغلب به دو بخش محتوا و فرآیندهای تفكر تقسیم می شود. محتوای فكري مانند هذیان ها ممكن است نشانگر وضعیت روان پریشی بود. فرآیندهای فكري مانند بروز تغییرات سریع در موضوع ها ممكن است پرش افكار را منعكس كند.

انواع مصاحبه ی بالینی ساخت دار

۱- برنامه ی اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS)

پرمصرف ترین مصاحبه ی ساخت دار برای هدف های پژوهشی بالینی بوده است. با وجود اینکه در اصل برای تشخیص افتراقی بین اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنی طراحی شد. ولی قدرت اصلی آن در به دست آوردن جزئیات ظریف مربوط به انواع فرعی اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنی است.

نسخه بزرگسالان با سه نسخه مختلف SADS تطابق دارد. اولی نسخه معمولی (SADS) و دومی نسخه تمام عمر است (SADS-L) که در واقع نیمه ی دوم SADS است، و سومی SADS-C است، که تغییرات ایجاد شده در مراجع را اندازه گیری می كند. SADS-L برای تشخیص وجود احتمالی اختلال روانی در سراسر زندگی شخص تدوین شده است. محصول پایانی هشت مقیاس خلاصه زیر را شامل می شود :

۱- خلق و اندیشه پردازی

۲- ویژگی های درون زا

۳- ویژگی وابسته به افسردگی

۴- اندیشه پردازی و رفتار خودکشی

۵- اضطراب

۶- نشانه های اختلال مانیک (شیدایی)

۷- هذیان - توهم

۸- اختلال تفكر صوری^۱

نسخه ی فرم کودکان SADS برای کودکان سن مدرسه (Kiddie -SADS-P , K-SADS-P) یک مصاحبه ی نیمه ساخت دار است که برای کودکان سن ۶ تا ۱۷ سالگی ساخته شده است. این آزمون با استفاده از ملاک های تشخیصی پژوهشی نمره گذاری می شود و سطح فعلی بیماری را با توجه به وخیم وضعی که داشته است و اینکه از هفته ی گذشته تاکنون چگونه بوده است مورد توجه قرار می دهد.

۲- برنامه ی مصاحبه ی تشخیصی^۲

برخلاف SADS، که یک مصاحبه ی نیمه ساخت دار بوده و باید توسط افراد متخصص آموزش دیده اجرا شود، برنامه ی مصاحبه ی تشخیصی یک مصاحبه ی کاملاً ساخت دار است.

^۱ - formal thought

^۲ - Diagnostic Interview Schedule (DIS)



نسخه بزرگسالان فرم اصلی اصلی DIS هم بر پایه ی DSM-III و هم بر مبنای ملاک های تشخیصی پژوهشی استوار است. در مجموع ۴۷۰ درجه بندی بالینی بالقوه انجام می گیرد که حول ۲۴ مقوله عمده طبقه بندی شده اند. مصاحبه گران غیر حرفه ای در مقایسه با روان پزشکان به تشخیص افراطی بیماران مبتلا به /افسردگی/ ساسی گرایش بیشتری دارند. DIS در تشخیص دقیق وضعیت های مرزی و بیماران در حال بهبود، بیشترین اشکال را داشته است. نسخه کودکان برنامه ی مصاحبه ی تشخیصی برای کودکان DISC به فرم بزرگسالان شباهت دارد. تفاوت آن با فرم بزرگسالان در این است که هم برای مصاحبه با کودک (DIS-C) با ۲۶۴ ماده، و هم برای مصاحبه با یکی از والدین (DIS-P) با ۳۰۲ ماده تنظیم شده است. درجه بندی ها به صورت ۰ (غلط) ، ۱ (تا حدودی درست) ، و ۲ (غالباً درست) کد گذاری می شوند. برخی از تشخیص های مشکل آفرین تر (اوتیسم، اختلال نافذ مربوط به رشد، هرزه خواری) تنها بر پایه ی مصاحبه با یکی از والدین صورت می گیرد.

۳- مصاحبه ی تشخیصی برای کودکان و نوجوانان^۱

DICA برای کودکان ۶ تا ۱۷ ساله ساخته شده است. چهارچوب آن کاملاً ساخت دار است، و در اصل براساس موضوع های مختلف تنظیم شده است، مانند رفتار در خانه، رفتار در مدرسه، و روابط بین فردی با همسالان. سایر حوزه های محتوایی عبارتند از سوء مصرف مواد، و وجود نشانگان هایی مانند اختلال های اضطرابی، مانیا، و اختلال های عاطفی.

۴- مصاحبه ی بالینی ساخت دار برای DSM-III

این ابزار با درجه ی معینی از انعطاف پذیری تدوین شده است، به گونه ای که اجرای آن را می توان با جمعیت ها و بافت های متفاوت هماهنگ ساخت. بنابراین، نسخه های متفاوت آن را می توان در مورد بیماران روانی سرپایی (SCID-OP)

، بستری (SCID-P) و بیماران غیر روان پزشکی (SCID-NP) به کار برد. در حالی که این ابزارها به اختلال های محور ۱ معطوفند، نسخه جداگانه ای هم برای سنجش اختلال های محور ۲ تدوین شده است (SCID-II). نسخه دیگری هم براساس ملاک های DSM-IV برای سنجش اختلال های گسستگی تدوین شده است (SCID-D). SCID و نسخه های مختلف آن شامل چند سوال بازپاسخ و یک ساخت حذفی است که به مصاحبه گر امکان می دهد تا بر حسب پاسخ های قبلی مراجع، به حوزه های تازه ای وارد شود. SCID و نسخه های مختلف آن از جمله جامع ترین مصاحبه ساخت دار موجود است.

مصاحبه رفتاری

سنجش رفتار یکی از انواع سنتی سنجش است - مانند آزمون فرافکنی، سنجش نوروپسیکولوژیکی (روان پی شناختی)، و روش های عینی. یکی از مفروضه های اصلی این روش سنجش آن است که رفتار را می توان با توجه به رویداد های پیشین^۲ و پیامدهای آن به گونه ی مؤثری شناخت. یکی از مهم ترین تمایز سنجش رفتار تأکید آن بر تعیین کننده های موقعیت رفتار است این تأکید بدان معناست که سنجش رفتار به فهم کامل پیشایندهای مربوط و پیامدهای رفتار توجه دارد. برعکس، سنجش سنتی معمولاً رفتار را نتیجه ی صفات پایا و زمینه ساز تلقی می کند.

^۱ - Diagnostic Interview for Children and Adolescents

^۲ - preceding events

سنجش رفتار دارای روشی مستقیم تر، سوداگر^۱ و کارکردی است. یک تفاوت دیگر بین سنجش رفتاری و سنجش سنتی در این است که سنجش رفتار به جنبه های کاملاً مشاهده پذیر شیوه ی تعامل شخص با محیط خود علاقه مند است. سنجش رفتار نوعی ممکن است اندازه گیری های خاص رفتار (آشکار و پنهان)، پیشایندها (درونی و بیرونی)، شرایطی که رفتار را در بر می گیرند و پیامدها را شامل باشد. رویکرد رفتاری بر این نکته تأکید دارد که اختلال های رفتاری مختلف به طور معمول به شیوه های متفاوت بروز می کنند. برای هر یک از این شیوه های مختلف باید از راهبردهای سنجشی متفاوت استفاده شود.

خلاصه ای از هدف ها، مفروضه ها، و کاربردهای رویکرد رفتاری و سنتی به سنجش

مهمترین حوزه تفاوت ها	رویکرد رفتاری	رویکردهای سنتی
الف - هدفها	کمک به شناسایی رفتارهای مشکل و شرایط نگهداری آنها کمک به انتخاب روش مناسب درمانی کمک به ارزیابی تأثیر روشهای درمانی کمک به تجدید نظر در روش درمانی	کمک به روش تشخیص یا طبقه بندی شرایط مشکل یا مسئله کمک به شناسایی عوامل سبب شناختی کمک به پیش آگهی
ب - مفروضه ها ۱ - علل عملکرد	این عقیده وجود دارد که عملکرد تابعی از متغیرهای موقعیتی یا رویکردهای رفتاری	اعتقاد بر این است که عملکرد تابعی از متغیرهای درونی رویکردهای سنتی
۲-معنای عملکرد	تعامل متغیرهای موقعیتی و شخصی است. عملکرد آزمون به عنوان نمونه ای از خزانه ی رفتار شخص در موقعیتی خاص تلقی می شود .	روانی (intrapsychic) یا شخصی است. عملکرد آزمون نشانه ای از حالت دیرپا و زمینه ساز یا صفت یا متغیر شخصی تلقی می شود .
پ-کاربردها ۱-ساخت ابزار ۲-برنامه ی سنجش ۳-روش سنجش	به انتخاب نمونه های معرف و کافی از خصایص موقعیتی مورد نظر تأکید می شود سنجشهای مکرر : در مرحله های کلیدی در دوره ی درمان یا در سر تا سر دوره ی درمان اولویت برای روش مستقیم اندازه گیری	نمونه گیری از خصایص موقعیتی کمتر مورد تأکید است. استفاده ی کمتر از سنجش : معمولاً پیش از درمان و در پایان درمان روشهای اندازه گیری براساس تعریف آنها غیر مستقیم انجام می گیرند .

محاسن ومحدودیت های مصاحبه رفتاری

مزیت ها: ۱- شاید بزرگترین مزیت سنجش رفتار آن باشد که استفاده کنندگان پیوسته به مناسب یا مربوط بودن آن با روش درمانی توجه داشته اند. به علاوه، درباره ی رفتارهای مربوط می توان به طریق تجربی و تحلیل

^۱ - utilitarian



کارکردی پرداخت، که متخصصان بالینی را قادر می‌سازد تا خط پایه ی^۱ رفتار را اندازه‌گیری کنند و پیش‌بینی‌ها و پیامدهای رفتار را مورد سنجش قرار دهند. ۲- یکی دیگر از مزیت‌ها آن است که سنجش رفتاری فنون متعددی را ارائه می‌دهد که می‌توان در موقعیت‌های بسیار متعدد و گوناگون به کار بست. از جمله راهبردهای آن عبارتند از: گزارش‌های شخصی، مشاهده ی رفتار، نظارت فیزیولوژیکی، مشاهده ی ساخت دار، و نظارت بر خود.^۲ رویکردهای دیگر بر روش BASIC ID لازاروس، یا تحلیل تابعی فزونی^۳ یا کاستی^۴ رفتار کانفر^۵ و سسلو^۶ (۱۹۶۵) استوارند. ۳- سنجش رفتار به ویژه زمانی مناسب است که مشکل ارائه شده در درجه ی نخست به وسیله ی عوامل محیطی ایجاد شده باشد. مانند فوبیا، مشکلات زناشویی، برون‌ریزی^۷، قشقرق^۸، و رفتار نامناسب در کلاس درس.

محدودیت‌ها: ۱- یک اشکال عمده ی بسیاری از راهبردهای سنجش رفتار آن است که خصایص روان‌سنجی آنها ضعیف یا دست‌کم آزمایش نشده است. ۲- محدودیت سنجش رفتار آن است که از نظر صرف وقت، پرسنل، و تجهیزات به منابع گسترده ای نیازمند است. این مطلب به ویژه در مورد روش‌های روانی - فیزیولوژیکی و مشاهده ای صدق می‌کند. سنجش رفتار اغلب به مصاحبه و پرسشنامه محدود می‌شود. ۳- یکی دیگر از زمینه‌هایی که به غیر عملی بودن این رویکرد مربوط می‌شود آن است که بسیاری از ابزارهای رفتاری برای استفاده درباره ی مسایلی که اغلب در موارد بالینی با آنها برخورد می‌شود طراحی نشده‌اند، مانند اختلال گسستگی^۹، و خود بیمارانگاری^{۱۰}.

راهبردهای سنجش رفتاری

راهبردهای سنجش رفتار را می‌توان به صورت مقوله‌های کلی مصاحبه ی رفتاری، مشاهده ی رفتار، سنجش رفتار شناختی، سنجش روانی - فیزیولوژیکی، و پرسشنامه‌های خود سنجی طبقه‌بندی کرد.

۱- مصاحبه ی رفتاری

مصاحبه‌های رفتارنگر^{۱۱} عموماً به توصیف و فهم رابطه ی بین پیش‌بینی‌ها، رفتارها، و پیامدها (ABC) متمرکزند. علاوه بر این، از طریق بررسی نظام‌دار فراوانی، شدت، و استمرار رفتارهای مورد نظر، خط پایه یا شاخصی از رفتار پیش از درمان تدوین می‌شود. در نخستین مرحله ی مصاحبه ی رفتاری باید بسیاری از موضوع‌های مربوط به مصاحبه‌های سنتی مدنظر قرار گیرند. ارتباط و تفاهم^{۱۲} کافی باید برقرار شود، هدف‌های کلی و هدف‌های خاص مصاحبه تدوین و بیان شوند، و شرح حال گذشته ی درمانجو در ارتباط با مسأله ی مورد بررسی مرور گردد. اما معمولاً به شرح حال گذشته ی درمانجو کمتر از رفتار زمان حال وی تأکید می‌شود. استفاده ی زیاد از فنون غیر

^۱ - baseline

^۲ - person – situation interaction

^۳ - excess

^۴ - deficit

^۵ - Kanfer

^۶ - Saslow

^۷ - action out

^۸ - temper tantrum

^۹ - dissociative disorder

^{۱۰} - hypochondriasis

^{۱۱} - behavior oriented

^{۱۲} - rapport

مستقیم مناسب نیست زیرا متخصص بالینی باید دستور کار روشنی تدوین کند. مصاحبه کننده ی رفتاری به بیمار می آموزد که توصیف های صفت را به صورت توصیف های عملیاتی^۱ خاص و قابل مشاهده در آورد. کراتوچویل^۲ (۱۹۸۵) پیشنهاد کرده است که مصاحبه ها باید براساس فرایند مسأله گشایی^۳ چهار مرحله ای برنامه ریزی شوند. نخستین مرحله، شناسایی مشکل است. دوم، با سنجش منابع درمانجو تحلیل مسأله به مرحله ی اجرا در می آید. در سومین مرحله ی مصاحبه لازم است چگونگی اجرای طرح یا برنامه تعیین شود. سرانجام، راهبردهای ارزشیابی روش درمانی بررسی می گردد.

۲-مشاهده ی رفتاری

در برخی موارد - مانند سنجش افراد دچار معلولیت رشدی، مراجعانی که مقاومت می کنند، یا کودکان خیلی خردسال - مشاهده ی رفتار ممکن است یکی از مهم ترین روش های سنجش باشد. متداول ترین رویکردهای مشاهده عبارتند از شرح حال، ثبت فاصله ای^۴، ثبت رویدادها، و ثبت درجه بندی ها. در اندازه گیری فراوانی رفتار، متخصص باید آغاز و پایان وقوع رفتار را به روشنی تعریف کند. ثبت رفتار همچنین باید/ستمرار رفتارها و شدت آنها را نیز اندازه گیری کند. موقعیت های مشاهده ی رفتار ممکن است از موقعیت های طبیعی تا موقعیت های کاملاً ساخت دار تغییر کنند. موقعیت های طبیعی برای سنجش رفتارهایی که *فراوانی* وقوع آنها زیاد است و یا رفتارهای کلی، مانند کاستی توجه^۵، انزوای اجتماعی، یا رفتارهای افسرده مؤثرتر است. اما موقعیت های طبیعی به سبب آنکه مستلزم صرف وقت زیاد برای انجام مشاهده است، با دشواری هایی همراه است. به علاوه، در مواردی که اندازه گیری رفتارهایی که فراوانی وقوع آنها کم است (پرخاشگری، کم جرأتی) و یا رفتارهایی که فقط در غیاب مردم به وقع می پیوندد (آتش سوزی، خودکشی) مورد نظر باشد، استفاده از مشاهده در موقعیت های طبعی با مشکل مواجه می شود.

– تقسیم بندی کلی، مشاهده:

مشاهده بنیادی ترین و نافذترین روش پژوهش است.

۱- مشاهده غیر نظامی observation Unsystematic

مشاهده اتفاقی: متخصص متوجه می‌شود فرد به دفعات در یک ماده آزمون هوش ضعیف عمل می‌کند. و این روی عملکرد در بخش‌های دیگر اثر می‌گذارد. بر این اساس فرضیه‌ای می‌سازد.

۲- مشاهده طبیعت گر ایانه Naturalistic observation

مشاهده در موقعیت‌های واقعی زندگی

۳- مشاهده کنترل شده Controlled observation

قرار دادن یک محرک واقعی در حضور آزمودنی‌ها

Case studies ۴- بررسی‌های موردی

- operationalize

- Kratochwill

3 - problem solving

^ξ - interval recording

- attention deficit



بیوگرافی، اتوبیوگرافی، نامه‌ها، خاطرات، تاریخچه طبی، اطلاعات مربوط به تاریخچه زندگی
متداول ترین نظام‌ها ثبت مشاهده‌ها

الف) ثبت شرح حال داستانی: پیشرو سایر روش

ثبت شرح حال مستلزم آن است که مشاهده کننده صرفاً رفتارهای مورد نظر را یادداشت کند. به کمی کردن مشاهده‌ها کمتر توجه می‌شود و مشاهده‌ها بر حسب میزان استنباط‌هایی که به عمل می‌آید تفاوت می‌کنند. مثلاً یادداشت کند که کسی همواره می‌خندد و به دوستانش لبخند می‌زند، و یا ممکن است از این مشاهده چنین استنباط کند که درمانجو با همسالانش روابط خوبی دارد. ثبت شرح حال معمولاً پیشرو سایر روش‌های اندازه‌گیری است و این مزیت را دارد که بالقوه می‌تواند رفتارهای مربوط و مناسب را کشف کند.

ب) ثبت فاصله‌ای

تخصیص بالینی ممکن است بخواهد جنبه‌های انتخابی رفتار را در فواصل زمانی از پیش تعیین شده ثبت کند. در نتیجه، این روش به عنوان نمونه‌گیری زمانی^۱، نمونه‌گیری فاصله‌ای^۲، و نمونه‌گیری در فواصل زمانی^۳ نیز نامیده می‌شود. ثبت فاصله‌ای از نظر زمان اجرا مقرون به صرفه است.

ج) ثبت رویداد

در حالی که ثبت فاصله‌ای به اندازه‌های تعریف شده بر حسب واحدهای زمان که به رفتارهای هدف انعکاس یافته است بستگی دارد، ثبت رویداد به وقوع خود رفتار وابسته است. طرح اساسی نظام‌ای ثبت رویداد عبارت از یادداشت کردن فراوانی، مدت/استمرار، و شدت رفتار و ثبت رفتار در ابزارهایی مانند فهرست (چک لیست^۴).

ه) ثبت درجه بندی‌ها

معمولاً ثبت درجه بندی‌ها پس از زمان انجام مشاهده صورت می‌گیرد. یک چارچوب نوعی به گونه‌ای است که ارزیابی باید در یک مقیاس ۵ تا ۷ درجه‌ای از ۱ تا ۵ یا از ۱ تا ۷ فراوانی رفتار درمانجو را مثلاً در قشقرق به پا کردن، کیفیت رابطه با همسالان، یا وظیفه‌شناسی^۵ درجه بندی کند. ثبت درجه بندی‌ها را بالقوه می‌توان برای انواع زیادی از رفتارها به کار برد. مزیت‌های دیگر آن است که داده‌ها را می‌توان به روش‌های آماری تحلیل کرد.

۳- سنجش رفتار شناختی

پژوهشگران برای سنجش فرایندهای شناختی فنون خاصی را تدوین کرده‌اند، مانند واداشتن شخص به این که صدای بلند بیندیشد، تهیه‌ی فهرستی از اندیشه‌های مختلف نمونه‌گیری از اندیشه‌ها در فواصل زمانی مختلف، و انواع متعددی از پرسشنامه‌های مبتنی بر اظهار نظرهای شخصی این چشم‌انداز به درون، با تأکید اولیه‌ای که در مورد سنجش رفتار می‌شد و تقریباً به طور انحصاری بر رفتارهای آشکار قابل مشاهده معطوف بود، کاملاً متفاوت است. این انتقال بر اثر شواهد قانع‌کننده در مورد رابطه‌ی بین رفتار و شناخت صورت گرفته است. یکی از یافته‌های مربوط آن است که باور داشت عمومی به «قدرت تفکر مثبت» نوعی ساده‌انگاری است، زیرا پیش‌بینی‌کننده‌ی

^۱ - time sampling

^۲ - interval sampling

^۳ - interval time sampling

^۴ - checklist

^۵ - conscientiousness

خوبی در مورد سازگاری نیست. آنچه که مهم تر به نظر می رسد نبودن اظهارهای منفی یا چیزی است که کنдал و هالون آن را « قدرت تفکر غیر منفی » نامیده اند.

الف (حوزه های محتوایی خاص

برای سنجش شناختی افسردگی، مقدار زیادی پرسشنامه های از نوع خود – سنجی تدوین شده اند. قدیمی ترین و متداول ترین آنها پرسشنامه ی افسردگی بک^۱ است. آزمون دیگری که بر مبنای نظریه ی افسردگی بک ساخته شده است مقیاس نگرش های بدکارکردی^۲ که میزان موافقت و پذیرش نگرش ها و باورداشت هایی را که اشخاص افسرده به آنها معتقدند مورد پرسش قرار می دهد. پرسشنامه ی سوگیری شناختی^۳ یکی از پرسشنامه های از نوع تصدیقی^۴ است که نسبتاً خوب تدوین شده است. و احتمال تفکر تحریف شده را اندازه گیری می کند. پرسشنامه ی اندیشه های غیرارادی^۵ دارای ۳۰ ماده از نوع پرسشنامه ی تصدیقی است که اشخاص افسرده را از غیر افسرده به خوبی تفکیک می کند، اما بیش از اندازه وابسته به حالت^۶ است. در آزمون پاسخ شناختی^۷ با استفاده از پرسش های های بازپاسخ (جمله های ناتمام) ساخته شده است. از آزمودنی خواسته می شود که به تصویرهایی که به شغل، خانواده، ازدواج، و دوستی مربوط می شوند پاسخ می دهد.

متداول ترین ابزار در سنجش شناختی هراس های اجتماعی عبارتند از مقیاس آشفتگی و اجتناب اجتماعی^۸، مقیاس ترس از ارزشیابی منفی^۹، و آزمون خود بیانی تعامل اجتماعی^{۱۰}. هر چند درباره ی اضطراب تعمیم یافته^{۱۱} کم کار شده، دو ابزار سنجش مناسب درباره ی آن تدوین شده است. آزمون باورداشت های غیر معقول^{۱۲}. پرسشنامه ی منطقی^{۱۳} نیز برای سنجش باورداشت های غیر معقول و ارتباط آنها با اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است.

۴- سنجش – روانی – فیزیولوژیکی

متداول ترین پاسخ های فیزیولوژیکی که مورد سنجش قرار می گیرد، عبارتند از ضربان قلب، فشار خون، دمای پوست، تنش عضلانی، گشادگی (اتساح) رگ ها^{۱۴}، پاسخ برقی (گالوانیکی) پوست^{۱۵} (GSR) و فعالیت مغز که با

- ^۱ - Beck Depression Inventory
- ^۲ - Dysfunctional
- ^۳ - Cognitive Bias Questionnaire
- ^۴ - endorsement type
- ^۵ - Automatic Thoughts Questionnaire
- ^۶ - state - dependent
- ^۷ - Cognitive Response Test
- ^۸ - Social Avoidance and Distress Scale
- ^۹ - Fear Negative Evaluation Scale
- ^{۱۰} - Social Interaction Self – Statement Test
- ^{۱۱} - generalized anxiety
- ^{۱۲} - Irrational Beliefs Test
- ^{۱۳} - Rational Behavioral Inventory
- ^{۱۴} - vasodilation
- ^{۱۵} - galvanic skin response



برق نگاره های مغز^۱ (EEG) اندازه گیری می شوند. پژوهش نشان داده است که پاسخدهی سمپاتیکی^۲ بیماران اسکیزوفرنیک و اشخاص دارای اختلال اضطراب نسبتاً بالاتر از پاسخدهی پاراسمپاتیکی^۳ است و بر عکس غلبه ی پاسخدهی پاراسمپاتیکی و پایین بودن سطح سمپاتیکی از مشخصه ی شخصیت های جامعه ستیز^۴ است.

۵- پرسشنامه های خود سنجی : در فصل های بعدی بحث می شود.

^۱ - electroencephalograms

^۲ - sympathetic responsiveness

^۳ - parasympathetic responsiveness

^۴ - antisocial

