

۵	پیشگفتار مترجمان
۹	پیشگفتار مؤلفان
۱۳	فصل ۱. مقدمه
۶۰	فصل ۲. بافت سنجش بالینی
۱۰۸	فصل ۳. مصاحبه سنجشی
۱۵۵	فصل ۴. سنجش رفتاری
۱۸۸	فصل ۵. مقیاس های هونس و کسلر
۲۸۲	فصل ۶. مقیاس های حافظه و کسلر
۳۱۶	فصل ۷. پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینهسوتا
۳۷۸	فصل ۸. پرسشنامه سنجش شخصیت
۵۳۳	فصل ۹. پرسشنامه چندمحوری میلون
۶۱۹	فصل ۱۰. مجموعه آزمون های شخصیتی نتو
۶۵۰	فصل ۱۱. رورشاخ
۷۷۳	فصل ۱۲. غربالگری اختلالات عصب روان سنجش
۸۲۰	فصل ۱۳. ابزارهای کوتاه و فشرده برای برنامه ریزی طرح درمان، کنترل و سنجش نتایج
۸۲۳	فصل ۱۴. برنامه ریزی طرح درمان و سنجش بالینی
۸۸۵	فصل ۱۵. گزارش روان شناختی

## بافت سنجش بالینی

اگرچه داشتن دانش کلی دربارهٔ آزمون و ساختار آن، لازم است، اما متخصصان بالینی باید به طیف گستردهٔ سایر مسائل برای قرار دادن روش‌های آزمون‌گیری و نمرات آزمون در بافت مناسب توجه داشته باشند. این ملاحظات عبارت‌اند از شفاف‌سازی سؤال، ارجاع، درک بافت ارجاع، پیروی از دستورات اخلاقی، شناسایی سوگیری آزمون و پرداختن به آن، انتخاب مناسب‌ترین ابزار برای متغیر یا مسأله مورد بررسی، و استفادهٔ مناسب از تفسیرهای رایج‌های.

### انواع موقعیت‌های ارجاعی

در طول فرآیند ارزیابی، متخصصان بالینی باید مثال و انتظارات منحصر به فردی را که در بافت‌های ارجاعی مختلف با آنها روبه‌رو می‌شوند در نظر بگیرند. در غیر این صورت، آزمونگران یا محققان علیرغم مهارت در اجرا و تفسیر آزمون، ممکن است آزمون‌های غیر ضروری را اجرا کنند یا در بدترین حالت، اطلاعات زیاد اما بی‌فایده را به منابع ارجاع و بیماران خود ارائه نمایند. به عبارت دیگر، بررسی دقیق انگیزه‌های زیربنایی ارجاع، ممکن است به کشف این موضوع بیانجامد که ارزیابی از طریق آزمون شاید هم اصلاً لازم نبوده است.

یکی از دلایل رخ دادن اشتباه در تفسیر آزمون، عدم پاسخ متخصصان بالینی به پرسش ارجاعی در گسترده‌ترین بافت آن است. در نتیجه، در اغلب موارد، درخواست‌ها برای اجرای آزمون‌های روانی به روشنی عنوان نمی‌شوند یا درخواست برای آزمون اغلب مبهم بیان می‌شود مثل جملهٔ «می‌خواهم آقای اسمیت ارزیابی روان‌شناختی بشود». یا «می‌توانید آقای جیم را به دلیل مشکلاتی که در مدرسه دارد ارزیابی کنید؟» درخواست اغلب به صورت پرسشی که باید به آن پاسخ داده شود یا به صورت نصبی که باید اتخاذ شود، عنوان نمی‌شود، بلکه تقریباً همیشه بیان‌کنندهٔ وضعیتی است که منبع ارجاعی در آن قرار دارد. به عنوان مثال، مدیر مدرسه ممکن است برای تأیید تصمیمی که قبلاً گرفته است، به اجرای آزمون نیاز داشته باشد. معلم شاید بخواهد به والدین ثابت کند که فرزندشان مشکل جدی دارد، یا دستیار روان‌پزشکی ممکن است از روشی که برای درمان بیمار استفاده می‌کند، احساس راحتی نکند و برای این منظور درخواست آزمون نمایند. انگیزهٔ سطحی یک سازمان در اجرای آزمون ممکن است

به اندازه این جمله که فرایند اجرا بخشی از مقررات است، مبهم باشد. متخصصان بالینی لازم است که قبل از آنکه بتواند اطلاعات سودمندی درباره حل مسأله بدهد، شفاف‌سازی بیشتری بکند. علاوه بر این، بسیاری از این موقعیت‌ها شامل دستورکارهای ناآشکاری است که ممکن است به صرف اجرای آزمون‌های روانی، نتوان از عهده آنها برآمد. یکی از سؤالات مفیدی که در این مورد می‌توان مطرح کرد این است که برای هدایت بیماران چه تصمیماتی باید اتخاذ شود.

باید تأکید شود که مسئولیت بررسی و روشن‌سازی پرسش ارجاعی، به عهده متخصصان بالینی است که باید با منبع ارجاع فعالانه کار کند تا مشکل درمانجو را در بافت مناسب قرار دهد. جایگزین‌های بالقوه و پیامدهای احتمالی‌شان را درک کند. متخصص بالینی باید تصمیماتی که منبع ارجاع با آنها روبروست و جایگزین‌های بالقوه و پیامدهای احتمالی‌شان را درک کند. همچنین لازم است که متخصصان بالینی کاربرد بالقوه آزمون روانی را مشخص نمایند تا راه‌حل‌های مختلف و نتایج احتمالی هر یک از این راه‌ها را تعیین کنند. آنها باید مزایا و مفید بودن آزمون‌های روانی را روشن کنند، اما باید محدودیت‌های آنها را که بخش جدایی‌ناپذیرشان است، تبیین کنند.

برای کمک به روشن شدن پرسش ارجاعی و همین‌طور، اجرای آزمون روانی مناسب، متخصصان بالینی باید با انواع محیط‌هایی که در آنجا کار خواهند کرد، آشنا شوند. در اغلب موارد این محیط‌ها مکان روان‌پزشکی، مکان پزشکی عمومی، بافت قانونی بافت آموزشی، و کلینیک روان‌شناختی است.

### مکان روان‌پزشکی

لویین (۱۹۸۱) عوامل مهمی را برای روان‌شناسی شناغل در مکان روان‌پزشکی به صورت خلاصه بیان کرده است. این ارجاع‌ها معمولاً از طرف روان‌پزشکی مطرح می‌شود که ممکن است پرسش ارجاعی را در نقش مدیر اجرایی، درمانگر، یا پزشک مطرح کند. هر نقش، نشان‌دهنده مسائل خاص برای روان‌پزشک است، و مسئولیت عمده متخصصان بالینی، تدوین ارزیابی‌هایی است که مستقیماً مسأله در دست بررسی را خطاب قرار دهد.

یکی از نقش‌های اصلی که روان‌پزشک بر عهده دارد، مسئولیت یا مدیریت بخش بیمارستان است. مدیران بخش‌های بیمارستان، باید همواره درباره مسائلی از قبیل خطر خودکشی، پذیرش / ترخیص، و اداره طیف گسترده‌ای از اقدامات پزشکی تصمیم بگیرند. با اینکه مسئولیت تصمیم‌گیری‌ها در درجه نخست بر عهده خود روان‌پزشک است، در بیشتر موقعیت‌ها روان‌پزشک برای تصمیم‌گیری، از اشخاص دیگر کمک می‌گیرد. موضوع اخیر نشان‌دهنده این است که در طی ۴۰ سال گذشته، در نقش روان‌پزشکان تغییر ایجاد شده است؛ یعنی در گذشته روان‌پزشکان عمدتاً با تشخیص و درمان سروکار داشتند، اما در حال حاضر مسائلی نظیر سرپرستی، ترخیص بیمار، و امنیت جامعه در اولویت قرار

گرفته‌اند. از دیدگاه روان‌شناسانی که سنجش را انجام می‌دهند، این امر بدین معناست که تشخیص رسمی روان‌پزشکی براساس DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) به تنهایی کافی نیست به‌عنوان مثال، اگر به یک بیمار برجسب دوقطبی زده شود، این برجسب به‌خوبی اطلاعاتی را درباره میزان خطری که این بیمار برای خودش یا دیگران دارد، فراهم نمی‌کند. باید به بسیاری از پرسش‌های عملی، نظیر اینکه در کدام بخش بستری شوند، انواع فعالیت‌هایی که باید در مورد آنها صورت گیرد، و روش درمانی که ممکن است برای آنها مفید باشد، پاسخ داده می‌شود.

در وهله نخست روان‌شناس باید تعیین کند که دقیقاً مدیر بخش روان‌پزشکی به چه اطلاعاتی نیاز دارد، به‌ویژه در خصوص هرگونه تصمیمی که باید درباره بیمار گرفته شود. گاهی اوقات روان‌شناسان در مکان روان‌پزشکی که درخواست مبهمی برای یک مشکل «روانشناختی» دریافت می‌کنند، ارزیابی استاندارد را براساس آنچه در این باره یاد گرفته که اصطلاح مشکل روان‌شناختی در بخش اختصاصی آنها دال بر چیست انجام می‌دهند. بنابراین ممکن است به ارزیابی مکانیسم‌های دفاعی بیمار، تشخیص سبک‌شناختی، و سابقه روانی-اجتماعی بیمار پردازش این ارزیابی‌ها اغلب بدون توجه به تصمیم خاصی که باید گرفته شوند، صورت می‌گیرند، و اینکه دو یا سه مسأله مرتبط مورد توجه قرار می‌گیرند و از سایر مسائل صرف‌نظر می‌شود. برای به حداقل رساندن مفید بودن ارزیابی، آزمونگر باید نسبت به مسئولیت‌های قانونی و سرپرستی مدیران روان‌پزشکی آگاه و حساس باشد.

برعکس مدیران بخش، پرسش‌های ارجاعی معیار از طرف روان‌پزشکانی که با هدف تعیین روان‌درمانی احتمالی، اقدام به درخواست ارزیابی می‌کنند شامل تناسب بیمار با نوع درمان، راهبردهایی که به احتمال قوی اثربخش‌اند، و سبب احتمالی درمان خواهد بود. این‌گونه ارزیابی معمولاً روشن است و بسیاری از مشکلات را ایجاد نمی‌کند. این‌گونه ارزیابی می‌تواند توضیحات بیشتری درباره مسائل احتمالی که در طول دوره درمان ممکن است رخ دهند، ظرفیت برای پیش‌بینی، تشخیص، سبک کنار آمدن، شدت مقاومت، طرحه نقص در عملکرد، و پیچیدگی مسأله بدهند (فصل ۱۴ را ببینید).

اگر ارجاع در طول درمان صورت بگیرد، مسائل احتمالی حین درمان، ممکن است در قالب پرسش ارجاعی قابل استنباط نباشند. ارزیاب باید این عوامل مشکل‌ساز را همراه با تصمیمات بالقوه‌ای که ممکن است از اطلاعات به‌دست آمده از سنجش ناشی شوند، مورد بررسی قرار دهد. یک زمینه بالقوه متناقض هنگامی به وجود می‌آید که روان‌پزشکان می‌کوشند هر دو نقش سرپرست و روان‌درمانگر را ایفا کنند، در حالی که این نقش‌ها نه برای خودشان کاملاً مشخص است و نه برای بیمارانشان. ابهام ناشی از این امر ممکن است باعث شود بیمار احساس دفاع و مقاومت کند و این حس را در درمانگر به وجود آورد که بیمار متناسب با انتظارات او رفتار نمی‌کند. بنابراین با توصیف صفت یا نیاز خاصی در درون بیمار، نمی‌توان حل این تعارض را حل کرد، بلکه باید در بافت تعاملی درمانگر و بیمار حل شود. ارزیابی