

دستنامه سنجش روانشناختی

راهنمای سنجش روانی برای روان شناسان بالینی، روان پزشکان و مشاوران

ویرایش پنجم

تألیف

گری گراث - مارنات

ترجمه

ابوفاضل حسینی نسب

دانشجوی دکترای روان شناسی بالینی

دانشگاه تربیت مدرس

ویراستار علمی

دکتر محمدرضا محمدی

استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان



فهرست

فصل ۱. مقدمه	۱۱
سازمان کتاب	۱۱
نقش روان‌شناس بالینی	۱۳
الگوهای کاربرد آزمون در سنجش بالینی	۱۵
ارزشیابی آزمون‌های روانشناختی	۱۹
روایی در کار بالینی	۳۲
قضاوت بالینی	۳۴
مراحل سنجش روانشناختی	۳۹
فصل ۲. بافت سنجش بالینی	۴۵
انواع موقعیت‌های ارجاعی	۴۵
ملاحظات اخلاقی سنجش	۵۵
سنجش گروه‌های متنوع	۶۳
هم‌ارزی آزمون و کاربرد مناسب ابزارها	۶۵
مسائل تشخیصی	۷۰
خط‌مشی‌های تفسیری	۷۱
انتخاب آزمون‌های روانشناختی	۷۱
سنجش کامپیوتری	۷۶
فصل ۳. مصاحبه سنجشی	۷۹
تاریخچه و گسترش	۸۰
مسائل مربوط به روایی و اعتبار	۸۴
محاسن و محدودیت‌ها	۸۶
مصاحبه سنجشی و تاریخچه موردی	۸۷
معاینه وضعیت روانشناختی	۹۴
تفسیر داده‌های مصاحبه	۹۹
مصاحبه‌های ساخت‌یافته	۱۰۱
فصل ۴. سنجش رفتاری	۱۱۳
تاریخچه و گسترش	۱۱۴
محاسن و محدودیت‌ها	۱۱۹
استراتژی‌های سنجش رفتاری	۱۲۰
فصل ۵. مقیاس‌های هوشی و کسلر	۱۳۷
اندازه‌گیری هوش: موافقان در برابر مخالفان	۱۳۷
تاریخچه و گسترش	۱۴۰

۱۴۴	اعتبار و روایی
۱۵۰	کاربرد در گروه‌های مختلف
۱۵۴	احتیاط‌ها و خط‌مشی‌های اجرا
۱۵۷	روال فرایند تفسیر WAIS-IV/WISC-IV
۱۶۹	نمایه‌ها و خرده‌آزمون‌های وکسلر
۱۸۸	سنجش آسیب مغزی
۱۹۵	سنجش دیگر جمعیت‌های خاص
۲۰۲	فرم‌های کوتاه شامل هفت خرده‌آزمون
۲۰۲	سایر فرم‌های کوتاه (روی‌کرد ساتز- ماگل /یودین و فرمت‌های اصلاحی)
۲۰۵	فصل ۶ مقیاس‌های حافظه وکسلر
۲۰۶	تاریخچه و تدوین
۲۰۹	اعتبار و روایی
۲۱۳	مزیت‌ها و محدودیت‌ها
۲۱۵	کاربرد برای گروه‌های مختلف
۲۱۸	الگوهای تفسیری نمرات نمایه‌ها
۲۲۹	فصل ۷. پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا
۲۳۱	تاریخچه و تدوین
۲۳۶	اعتبار و روایی
۲۳۹	محاسن و محدودیت‌ها
۲۴۲	کاربرد برای گروه‌های مختلف
۲۴۶	فرایند تفسیر
۲۵۳	تفسیر کامپیوتری
۲۵۴	مقیاس‌های روایی
۲۶۱	مقیاس‌های بالینی
۲۸۴	کدهای دو- نقطه‌ای
۳۱۱	مقیاس‌های محتوایی MMPI-2
۳۱۴	مقیاس‌های محتوایی MMPI-A
۳۱۷	خرده‌مقیاس‌های هریس- لینگوز
۳۲۰	ماده‌های بحرانی
۳۲۰	مقیاس‌های تکمیلی MMPI/A و MMPI-2
۳۲۹	فصل ۸. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون
۳۳۱	تاریخچه و تدوین
۳۳۷	مزیت‌ها و محدودیت‌ها
۳۴۱	کاربرد در مورد گروه‌های مختلف
۳۴۱	روندهای تفسیر
۳۴۵	شاخص‌های اصلاح (مقیاس‌های روایی)
۳۴۷	الگوهای شخصیت بالینی
۳۶۳	آسیب‌شناسی شدید شخصیت

۳۶۸.....	نشانگان بالینی.....
۳۶۹.....	سندرم‌های شدید.....
۳۷۱.....	فصل ۹. پرسشنامهٔ روانشناختی کالیفرنیا.....
۳۷۲.....	تاریخچه و تدوین.....
۳۷۴.....	مقایسه با MMPI.....
۳۷۵.....	روایی و پایایی.....
۳۷۶.....	محاسن و محدودیت‌ها.....
۳۷۹.....	کاربرد دربارهٔ گروه‌های مختلف.....
۳۸۰.....	فرایندهای تفسیر.....
۳۸۴.....	تفسیر مقیاس بردار.....
۳۸۶.....	مقیاس‌های فردی.....
۴۱۱.....	مقیاس‌های اختصاصی.....
۴۱۲.....	تفسیر وضعی.....
۴۲۷.....	فصل ۱۰. آزمون رورشاخ.....
۴۲۸.....	تاریخچه و تدوین.....
۴۳۱.....	اعتبار و روایی.....
۴۳۵.....	مزایا و محدودیت‌ها.....
۴۳۸.....	کاربرد برای گروه‌های مختلف.....
۴۳۸.....	جهت‌گیری‌های آینده.....
۴۳۹.....	اجرای رورشاخ.....
۴۴۲.....	نمره‌گذاری.....
۴۵۲.....	خلاصه ساختاری.....
۴۵۶.....	تفسیر.....
۴۷۴.....	نمرات خاص.....
۴۹۳.....	فصل ۱۱. آزمون اندریافت موضوع.....
۴۹۳.....	تاریخچه و تدوین.....
۴۹۷.....	دیدگاه‌های نظری.....
۴۹۸.....	اعتبار و روایی.....
۵۰۱.....	محاسن و محدودیت‌ها.....
۵۰۴.....	استفاده برای گروه‌های مختلف.....
۵۰۴.....	اجرا.....
۵۰۸.....	تیم‌های تیبیکال (معمولی) فراخوانده شده.....
۵۲۳.....	شیوه‌های نمره‌گذاری.....
۵۳۱.....	تفسیر.....
۵۳۳.....	فصل ۱۲. غربالگری اختلال عصب‌روانشناختی.....
۵۳۴.....	تاریخچه و تدوین.....
۵۳۷.....	مصاحبه جهت تعیین اختلال مغزی.....
۵۴۰.....	ابعاد کارکرد عصب‌روانشناختی.....

۵۴۱	توجه
۵۴۲	زبان
۵۴۴	حافظه
۵۴۶	کارکردهای فضایی
۵۴۶	کارکردهای اجرایی
۵۴۸	آزمون گشتالت دیداری حرکتی بندر
۵۵۴	فرایندهای ادراکی و حرکتی (اختیاری/تکمیلی)
۵۵۷	الگوهای سببی احتمالی
۵۵۹	مجموعه آزمون‌های مستلزم- تکرار- تکلیف برای سنجش وضعیت
۵۵۹	نوروسایکولوژی
۵۶۷	فصل ۱۳. ابزارهای کوتاه برای برنامه‌ریزی، نظارت و سنجش پیامد درمان
۵۶۸	انتخاب ابزارهای کوتاه
۵۶۹	چک‌لیست نشانه‌ها-۹۰- تجدیدنظر شده (SCL-90-R) و سیاهه کوتاه نشانه‌ها (BSI)
۵۷۳	شاخص‌های کلی
۵۷۳	ابعاد نشانه‌ها
۵۸۳	فصل ۱۴. سنجش روانشناختی و برنامه‌ریزی درمان
۵۸۴	توسعه رویکردهای مختلف به برنامه‌ریزی درمان
۵۸۸	رویکرد نظام‌مند در انتخاب درمان
۵۹۰	نقص کارکردی
۵۹۳	حمایت اجتماعی
۵۹۴	پیچیدگی/مدت مشکل
۵۹۶	سبک مدارا
۵۹۹	مقاومت
۶۰۱	تنیدگی ذهنی
۶۰۳	مرحله حل مسئله
۶۰۷	فصل ۱۵. گزارش روانشناختی
۶۰۸	خط‌مشی‌های کلی
۶۱۸	قالب گزارش روانشناختی
۶۲۹	گزارش‌های نمونه
۶۳۱	مشاهده‌های رفتاری
۶۵۳	پیوست C
۶۶۱	پیوست E
۶۶۵	پیوست F
۶۶۷	پیوست G
۶۷۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۶۹۱	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۷۰۵	منابع
۸۰۳	نمایه

۱. کتاب دستنامه سنجش روانشناختی توسط پژوهشگر برجسته، گری گراث- مارنات به رشته تحریر درآمده است. این کتاب شامل پانزده فصل می‌شود. فصل‌های اول و دوم به ماهیت و اصول سنجش می‌پردازد. از آنجا که این کتاب به تقسیم‌بندی کلاسیک آزمون‌های عینی- فرافکن اعتقادی ندارد، بیشتر بر مدل‌سازی سنجش روانشناختی تمرکز کرده است. این مدل سنجش روانشناختی در فصل دوم به طور کامل معرفی شده است. فصل‌های سه تا یازده به معرفی پرکاربردترین و معتبرترین آزمون‌های روانشناختی می‌پردازد. این آزمون‌ها از این جهت انتخاب شده‌اند که اعتبار و روایی آنها به اثبات رسیده و از پیشینه پژوهشی غنی برخوردارند. فصل‌های این کتاب تقریباً از یک ساختار مشابه پیروی می‌کند. در هر فصل، ابتدا به معرفی آزمون، پایه‌های نظری، اعتبار و روایی و نحوه اجرای آزمون می‌پردازد. سپس نحوه تفسیر نتایج آزمون آموزش داده می‌شود. فصل سیزده، به معرفی ابزارهای کوتاه سنجش روانشناختی می‌پردازد. اگرچه سودمندی این ابزارها همیشه محل تردید بوده است، با این وجود، آشنایی با آنها برای هر متخصص بالینی ضرورت دارد. در فصل دوازده، سنجش عصب‌روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است. بر خلاف ویرایش‌های قبلی کتاب، این فصل مختصر و محدود شده است. در عوض، مباحث مطرح‌شده تخصصی‌تر و کاربردی‌تر شده است. فصل چهارده به یک بحث بسیار مهم و حیاتی می‌پردازد و در عین حال، اکثر متخصصانی که به امر سنجش می‌پردازند از آن غافل می‌مانند. هدف از سنجش چیست؟ این سؤالی است که در فصل سیزده به آن پرداخته می‌شود. موضوعی که در بطن این سؤال قرار دارد، فرایند سنجش، از آغاز تا پایان است. نقطه آغاز سنجش، نه اجرای آزمون که شفاف‌کردن- و احتمالاً اصلاح- پرسش ارجاعی است. هدف نهایی سنجش، نه تعیین این یا آن ویژگی خاص آزمودنی یا اختصاص یک برچسب تشخیصی به آزمودنی است. مهمتر از آن، نتیجه سنجش روانشناختی باید به تدوین یک برنامه جامع درمانی- که قابل نظارت و اندازه‌گیری است- ختم شود. اگر نتیجه نهایی سنجش روانشناختی شما، تنها یک گزارش از وضعیت روانی- شناختی- هیجانی آزمودنی است، متوجه باشید که گام نهایی سنجش را نادیده گرفته‌اید. فصل آخر کتاب، به نحوه گزارش‌نویسی اختصاص یافته است. حتی اگر نتایج معتبرترین سنجش‌ها به درستی به منبع ارجاعی منتقل نشود، نتیجه سنجش روانشناختی عملاً عبث خواهد بود.
۲. امروزه، سنجش کامپیوتری امری رایج در سنجش روانشناختی است و متخصصان بالینی کمتر وقت خود را صرف نمره‌گذاری آزمون‌ها می‌کنند. خوشبختانه، با همکاری متخصصان برنامه‌نویسی، برای برخی از آزمون‌های این کتاب، نرم‌افزار اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر طراحی کرده‌ام. مهمترین این آزمون‌ها شامل رورشاخ (رورشاخ‌یار)، MMPI و MCMI می‌شود. با این وجود، توجه به این نکته مهم است که این نرم‌افزارها تنها برای کمک به متخصص بالینی طراحی شده و هرگز جای روان‌شناس را نخواهند گرفت.
۳. برای ترجمه این کتاب دلایل زیادی داشتم. نخست، این کتاب، از معتبرترین منابع تخصصی سنجش روانشناختی در دنیا محسوب می‌شود و نویسنده آن، در این حوزه، پژوهشگری صاحب‌نظر و عالم است. دوم، سنجش روانشناختی از علایق شخصی من به حساب می‌آید و موضوعی که از دغدغه‌های همیشگی من بوده، سنجش چندوجهی است. سنجش چندوجهی به این موضوع اشاره دارد که برای رسیدن به برداشتی جامع و مفید از آزمودنی، لازم است از چند آزمون- به جای یک آزمون، استفاده کنیم. نویسنده بدون تعصب علمی، اکثر آزمون‌های معتبر از طیف‌های نظری گوناگون را انتخاب کرده و آموزش می‌دهد و امید است خواننده با مطالعه این کتاب، بتواند از بین آزمون‌های مختلف-

برگرفته از نظریه‌های متفاوت- مجموعه آزمونی را برگزیند که در پاسخ به سؤال ارجاعی مفید است. سوم، ویرایش‌های قبلی کتاب، بسیار قدیمی بود و برخی از مطالب ویرایش‌های موجود در بازار، به کلی منسوخ شده بودند ولی با این وجود، دانشجویان مجبور به یادگیری آنها بودند. با این تفاسیر، این کتاب را برگزیدم و تلاش کردم ترجمه‌ای روان و فصیح ارائه کنم. از تجربه‌های قبلی خود در ترجمه رورشاخ بهره بردم و بازخوردهای شما خوانندگان و متخصصان به کمک من آمد.

۴. برای من بسی افتخار است که این کتاب توسط انتشارات ارجمند به دست شما می‌رسد. جناب آقای دکتر ارجمند، ناشر باسابقه، متعهد و متخصصی است که به ترجمه دقیق و روان کتاب توجه بسیاری دارد و بارها پیش آمده است که شخصاً در مورد ترجمه برخی جملات نظرات تخصصی ارائه کرده‌اند. از ایشان و مجموعه انتشارات ارجمند، خصوصاً خانم عبدی و خانم شکی، تشکر می‌کنم.

۵. از همه شما دانشجویان، اساتید و متخصصان برای انتخاب و تهیه این کتاب سپاسگزارم و امیدوارم مانند همیشه من را از نظرات خود بهره‌مند سازید. Fazel14@gmail.com

ابوفاضل حسینی نسب

بهار ۹۶ تهران

پیشگفتار

خوانندگان عزیز من، از حمایت شما در تهیه و مطالعه این کتاب کمال تشکر را دارم. نیت من تدوین منبعی بوده است که صفر تا صد سنجش را در بر بگیرد. به عبارت دیگر، هدف من ارائه راهنمایی بوده است که از موضوع‌های بزرگ‌تر سنجش شروع شود، به‌منظور روشن‌ساختن پرسش‌ارجاعی و با نوشتن گزارش و نتیجه‌گیری بر اساس منابع ارجاعی و مراجع‌تان به پایان برسد. امیدوارم راهنمایی واضح، عملی، آگاهانه و استراتژی‌های مفید برای کار شما به وجود آورده باشم. بازخوردهای ویرایش‌های قبلی موجب دلگرمی من بوده است و نشان دادند که من به هدف خود رسیده‌ام. این حقیقت، تمام ساعاتی که من در اتاق کوچکم در حال تکوین ایده‌ها و مطالعه، نوشتن، تجدیدنظر و ویرایش بوده‌ام را ارزشمند می‌سازد. مشابه با ویرایش قبلی، سعی کرده‌ام علم را با تجربه درآمیزم. ضرورتاً، سنجش روانی شامل دانش فنی است؛ اما در ارائه این دانش فنی، کوشیده‌ام تا اطلاعات اصلی که برای کارورزان ضروری هستند را جدا کرده و سپس به واضح‌ترین روش ممکن خلاصه کنم. هم‌زمان، سنجش جنبه انسانی زیادی شامل فهمیدن، کمک کردن و تصمیم‌گیری درباره افراد دارد. امیدوارم توانسته باشم به‌طور قابل‌قبولی این دو جنبه انسانی و فنی (علمی) را ترکیب کرده باشم. سنجشی که این‌چنین نباشد، سرد و ناقص است. با جنبه انسانی / عملی سنجش در تماس باشید، من پیوسته بر تمرین فعال تأکید کرده‌ام که در آن کوشیده‌ام تا از نزدیک با چالش‌های کارورزان شخصی و متخصص در تعامل باشم. امیدوارم از درون و بین جملات این کتاب، درگیری عمل من با دنیای تمرین، واضح باشد.

هفت سال از ویرایش قبلی کتاب (چهارم) می‌گذرد. در طول این هفت سال، چیزهای زیادی تغییر کرده و بسیاری چیزها ثابت مانده است. آزمون‌های مهمی که روانشناسان متخصص بسیار از آن استفاده می‌کنند، تغییری نکرده‌اند. این موضوع خودش را در عدم تغییر تعداد و عنوان فصل‌های ویرایش پنجم در مقایسه با ویرایش چهارم نشان می‌دهد. با این وجود، هر یک از فصل‌ها تغییرات زیادی کرده‌اند. دو مورد از مهم‌ترین تغییرات مربوط به بازبینی فصل‌های ادغام‌شده‌ی مقیاس هوش و کسلر برای بزرگسالان - ویرایش چهارم و مقیاس هوش و کسلر برای کودکان - ویرایش چهارم و مقیاس حافظه و کسلر - ویرایش چهارم می‌شود. تجدیدنظر دیگری که تا حدی کمتر اساسی است مربوط به فصل غربالگری نقایص عصب - روانی است که شامل تمرکز بر آزمون گشتالت حرکتی دیداری بندر - ویرایش دوم در ترکیب با مجموعه تکرارپذیر سنجش وضعیت عصب - روانی که نسبتاً به تازگی تدوین شده (۱۹۹۸) است. این دو ابزار، آزمون‌های غربالگری کوتاه سنجش نقایص عصب - روانی هستند. مجموعه تکرارپذیر سنجش وضعیت عصب - روانی شامل ارزیابی ابعاد زیادی (حافظه، توجه، زبان، حافظه تجسمی) می‌شود که با استفاده از بازبینی ابزارهای سنجشی که مکرراً توسط روان‌شناسان عصب - روانی و بالنی به کار می‌رود، صورت می‌گیرد. آخرین تغییر چشمگیر شامل اطلاعات بیشتر درباره تنوع گروه‌ها هست که بسته به هر آزمون در زیر عنوان «استفاده برای گروه‌های متنوع» در هر فصل آمده است. این بخش بازتاب استفاده گسترده‌تر سنجش برای تنوع گسترده گروه‌ها و اهمیت صلاحیت و کار حساس با گروه‌های متنوع است.

همچنین تغییرات کوچک زیادی در ویرایش پنجم صورت گرفته است. این ویرایش دربرگیرنده تحقیقات جدید در حوزه سنجش روانی می‌شود. همچنین تأکید بیشتری بر ارزیابی دوستانه‌تر و مراجع‌محور صورت گرفته است. این موضوع در پیشنهادهایی که برای استفاده از زبان روزمره برای گزارش‌نویسی، ارتباط تفسیرها با رفتار واقعی مراجع، استراتژی‌های تفسیر لغات به روشی که موجب رشد مراجع شوند و اهمیت همکاری با مراجع، بازتاب یافته است. در بعضی از فصل‌ها، تفسیرها با استفاده از عبارات گلوله‌ای سازمان یافته‌اند. فصل‌های پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا - باز سازمان‌دهی شده، پنج

آسیب‌شناسی روانی شخصیت و هنجارهای رورشاخ بازبینی شده‌اند. فصل گزارش‌نویسی روانی کاملاً به‌روز شده‌اند، شامل نمونه جدید گزارش‌های روانی. اطمینان دارم که این تغییرات بهترین و عملی‌ترین چیزی که برای سنجش در دسترس است را به خواننده ارائه می‌کنند.

تدوین درس‌نامه سنجش روانی حاصل تلاش گروهی بوده است. من کار خود را سال‌ها قبل و همراه با همکارم دروتی مورنا با ایده‌های زیادی آغاز کردم. هر دو می‌خواستیم منبعی تدارک ببینیم که همه دانشجویان روان‌شناسی در هر مرحله از سنجش روانی از آن نفع ببرند.

گری گراث - مارنات

هولیستر رنچ

۱۵ جون ۲۰۰۸

مقدمه

دستنامه سنجش روانشناختی به منظور افزایش مهارت عملی تدوین شده است. این کار با ارائه اطلاعات نظری، تحقیقات و تمرین‌های مرتبط صورت می‌گیرد. این کتاب می‌تواند هم به عنوان مرجع و هم به عنوان راهنمای آموزشی در نظر گرفته شود. به عنوان کتاب مرجع، در انتخاب آزمون و تدوین فرضیه‌های متنوع تفسیری سودمند است. به عنوان متن آموزشی، ابزارهای اساسی برای انجام و تکمیل سنجش روانشناختی را در اختیار دانشجویان قرار می‌دهد. در این کتاب تأکید اصلی و مهم بر سنجش زمینه‌هایی است که به نوعی با استفاده عملی در ارزیابی افراد در بافت بالینی مرتبط هستند. این تأکید در جهت‌گیری کتاب مستتر است و من در اکثر بخش‌ها، بحث‌های نظری را به حداقل رسانده‌ام. کتاب‌های زیادی درباره آزمون‌گیری روانشناختی نوشته شده و تمرکز این کتاب‌ها بیشتر بر نظریه آزمون‌ها، با مرور مختصر تعداد زیادی از آزمون‌ها است. در مقابل، هدف من تمرکز بر فرایندهای واقعی است که کارورزان در جریان سنجش با آنها مواجه می‌شوند. من سنجش روانشناختی را با مسائلی همچون روشن شدن نقش و ارزیابی سؤال ارجاعی آغاز و با برنامه‌ریزی درمان و آماده‌سازی واقعی خود گزارش به پایان رسانده‌ام.

یکی از مهارت‌های مهمی که امیدوارم خوانندگان این کتاب به آن دست یابند، یا حداقل به آن نزدیک شوند، درک واقع‌بینانه امتیازها و محدودیت‌های سنجش است. این مهارت شامل ارزیابی سنجش روانشناختی به عنوان استراتژی کلی و همچنین آگاهی از امتیازها و محدودیت‌های ابزارها و فرایندهای خاص است. محدودیت اصلی سنجش روانشناختی در بررسی اشتباه داده‌ها است؛ به عبارت دیگر، داده‌های حاصل از سنجش در بافت سایر منابع اطلاعاتی ادغام نمی‌شود (مشاهدات رفتاری، تاریخچه، نمرات سایر آزمون‌ها). همچنین، نتایج به روشی ارائه نمی‌شود که به حل مشکلات خاص مراجع یا منابع ارجاعی منجر شود. برای مقابله با این محدودیت‌ها، کتاب پیوسته با ارائه دستورالعمل‌هایی به آزمونگران در رابطه با ادغام و ارائه اطلاعات به روشی که تا حد امکان مفید باشند، به آنها کمک می‌کند. در نتیجه، کتاب حاضر منحصرأ به تفسیر نمی‌پردازد، (اگرچه تفسیر یک مؤلفه مهم است) بلکه بیشتر به ادغام داده‌ها در درون بافت گسترده‌تر سنجش می‌پردازد. در نتیجه، روان‌شناسان باید گزارش‌هایی تدوین کنند که دقیق، مفید و مختصر باشد و برای افرادی که گزارش را مطالعه می‌کنند سودمند باشد.

سازمان کتاب

طرح اصلی من برای درس‌نامه سنجش روانشناختی از همان روالی پیروی می‌کند که کارورزان، هنگام انجام ارزیابی دنبال می‌کنند. آنها ابتدا به دقت نقش‌هایشان را بررسی می‌کنند، اطمینان می‌یابند که تمام جنبه‌ها و معانی ضمنی سؤال ارجاعی را درک کرده‌اند، تصمیم می‌گیرند کدام یک از فرایندها برای سنجش بیشترین کارایی را دارد و مشکلات بالقوه قضاوت بالینی را همیشه در ذهن خود دارند (فصل اول). آنها همچنین نیاز دارند تا موقعیت سنجش را درک کنند؛ به عبارت دیگر، مسائل، نگرانی‌ها، سطح دانش و نقش‌های احتمالی افراد درگیر در موقعیت سنجش را درک کنند. کارورزان همچنین باید دستورالعمل‌های اخلاقی واضحی داشته باشند، نحوه کار با افراد دارای پیشینه‌های مختلف را بدانند و با سنجش کامپیوتری آشنا باشند. آنها باید تشخیص دهند چگونه عامل‌های پیشین بر انتخاب فرایندها تأثیر می‌گذارند (فصل دو را ببینید).

هرگاه کارورزان با مباحث مطرح شده در فصل‌های ۱ و ۲ به‌طور کامل آشنا شدند، باید استراتژی‌های مختلف سنجش را انتخاب کنند. سه استراتژی مهم شامل مصاحبه، مشاهده رفتار و آزمون روانشناختی می‌شود. مصاحبه احتمالاً در طول مرحله آغازین سنجش انجام می‌گیرد و البته برای تفسیر نمرات آزمون و درک مشاهدات رفتاری ضروری است (فصل ۳ را ببینید). سنجش رفتارهای واقعی ممکن است بر عهده فرد دیگری گذاشته شود (فصل ۴ را ببینید). سنجش رفتاری ممکن است خودش به‌تنهایی روش سنجش باشد یا ممکن است به‌عنوان یک روش تکمیلی به دیگر آزمون‌ها اضافه شود. سنجش رفتاری ممکن است شامل استراتژی‌های متنوعی باشد، مثلاً اندازه‌گیری رفتارهای آشکار، شناخت‌ها، تغییرات روانشناختی یا اندازه‌گیری‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی.

بخش میانی کتاب (فصل‌های ۵ تا ۱۳) به مرور کلی پرکاربردترین آزمون‌ها می‌پردازد. هر فصل با یک مقدمه درباره آزمون آغاز می‌شود که به تاریخچه و تدوین آزمون، ارزیابی‌های اخیر و فرایندهای اجرا می‌پردازد. بخش اصلی هر فصل راهنمایی برای تفسیر هر آزمون است که زمینه‌هایی مثل معنی مقیاس‌های مختلف، ارتباط‌های معنی‌دار بین مقیاس‌ها، جهت‌گیری‌های اخیر و معنی نمراتی که به‌طور غیرمعمول بالا یا پایین هستند، را در بر می‌گیرد. در زمان مناسب، قسمت‌های فرعی نیز اضافه خواهند شد. برای مثال، فصل ۵، «مقیاس‌های هوش و کسلر» شامل بخش‌های اضافی بر اساس معنی نمرات هوش، تخمین هوش پیش‌مرزی^۱ و Premorbid IQ سنجش گروه‌های خاص می‌شود. به‌طور مشابه، فصل ۱۱، «آزمون اندریافت موضوع» شامل خلاصه نظریه شخصیت موری^۲ می‌شود چرا که مفاهیم نظریه وی برای درک و تفسیر آزمون یک پیش‌نیاز محسوب می‌شود. فصل ۱۲، «غربالگری و سنجش نقایص عصب-روانشناختی» تا حدی با قالب پیشین آن متفاوت است. قالب جدید مختصر است و در آن راهنمای تفسیر تنها برای بعضی از پرکاربردترین آزمون‌های کوتاه عصب-روانشناختی آمده است. این کار در بخشی صورت گرفته که در آن ملاحظات خاص اجرای مصاحبه عصب-روانشناختی گنجانده شده است. این سازمان بازتاب تأکید روزافزون بر سنجش بیماران مشکوک به وجود بدکارکردی عصب-روانشناختی و استراتژی‌هایی برای سنجش این بدکارکردی‌ها است.

چند فصل کتاب واقعاً طولانی است، خصوصاً فصل‌های مقیاس‌های هوش و کسلر، پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا و رورشاخ. این فصل‌ها شامل تنوع گسترده‌ای از فرضیه‌های تفسیری می‌شوند که بر اهداف ارجاعی متمرکز هستند و کارورزان را در تدوین فرضیه‌های تفسیری بر مبنای نمرات خاص آزمون هدایت می‌کنند. برای آشنایی مقدماتی با آزمون‌ها، پیشنهاد می‌کنم که کارورزان یا دانشجویان، بخش‌های آغازین فصل‌ها (تاریخچه و تدوین، مشخصه‌های روان‌سنجی و مانند آن) را به‌دقت مطالعه کنند و سپس به مرور اجمالی بخش‌های تفسیری بپردازند. این کار به خواننده این امکان را می‌دهد که با فرایندها و انواع داده‌های قابل دست‌یابی از آزمون‌ها، آشنایی کلی پیدا کند. هم‌زمان که کار آزمون عملی پیشرفت می‌کند، روان‌شناسان بالینی می‌توانند فرضیه‌های تفسیری را با دقت بیشتری مطالعه کنند و به‌تدریج دانش گسترده‌تری از مقیاس‌ها و تفسیر آنها به دست آورند.

ترتیب معرفی آزمون‌ها در این کتاب عمدتاً بر اساس میزان کاربرد آنها بوده است: مقیاس‌های هوش و کسلر (WAIS-IV/WISC-IV)، مقیاس‌های حافظه و کسلر (WMS-IV)، پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2)، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III)، آزمون گشتالت حرکتی-دیداری بندر-۲، مجموعه غربالگری برای سنجش وضعیت عصب-روانشناختی (RBANS)، رورشاخ و آزمون اندریافت موضوع (TAT)، کامارا، ناتان و پونت، ۲۰۰۰؛ پیوتروفسکی و زالوسکی، ۱۹۹۳، روبین، بار و بارتون، ۲۰۰۵؛ واتکینز، ۱۹۹۱؛ واتکینز، کمپیل، ۱۹۹۵). پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا (CPI) از این رو در این کتاب گنجانده شد که وجود یک پرسشنامه عالی که طیف گسترده‌ای از عملکردهای

1- premorbid IQ

2- Murray

روانشناختی را می‌سنجد در این کتاب ضرورت داشت. همچنین اخیراً تحقیقات گسترده‌ای درباره‌ی CPI صورت گرفته است و از لحاظ فنی آزمون بسیار خوبی است (آناستازی و اوربین، ۱۹۹۷؛ باکوم، ۱۹۸۵؛ گوج، ۲۰۰۰؛ وتزلر، ۱۹۹۰). من همچنین فصلی که بسیار مهم و کاربردی است، سیاهه‌های مصاحبه محور، را به صورت خلاصه مطرح کرده‌ام و این کار به خاطر افزایش اهمیت نظارت بر پیشرفت و نتایج درمان در محیط مراقبتی بر اساس هزینه و زمان - کارایی صورت گرفت (ایزمان، ۲۰۰۰؛ سی. پیوتروفسکی، ۱۹۹۹). آزمون‌هایی که در این کتاب معرفی می‌شوند، جزء فنون اصلی سنجش هستند که اکثر کارورزان از آنها استفاده می‌کنند.

نقطه پایانی هر نوع سنجش روانشناختی، پیشنهادهای درمانی مناسب و گزارش نتایج سنجش است. فصل ۱۴ یک رویکرد نظام‌مند برای کار با نتایج سنجش ارائه می‌کند که مبنایی برای تدوین پیشنهادهای درمانی نشانه-محور و عملی می‌شود. فصل ۱۵ دستورالعملی برای نوشتن گزارش، قالب گزارش و چهار گزارش نمونه که بازنمایی چهار نوع وضعیت ارجاعی شایع هستند (وضعیت پزشکی، بافت قانونی، بافت تحصیلی، کلینیک روانشناختی)، ارائه می‌کند؛ بنابراین، فصل‌های این کتاب از یک روند منطقی پیروی می‌کنند و دانش عملی، مفید و مختصر در اختیار خواننده قرار می‌دهند.

نقش روان‌شناس بالینی

نقش اصلی روان‌شناس بالینی که به اجرای سنجش‌های روانشناختی می‌پردازد پاسخ به سؤالات خاص و کمک به تصمیم‌گیری‌های مناسب است. برای تحقق این نقش، روان‌شناسان بالینی باید طیف گسترده‌ای از داده‌ها را یکپارچه کنند و بر زمینه‌های متنوع دانش تمرکز داشته باشند؛ بنابراین، آنها صرفاً به اجرا و نمره‌گذاری آزمون‌ها نمی‌پردازند. تمایز مفیدی که این نکته را برجسته می‌کند مقایسه روان‌سنج و روان‌شناس بالینی‌ای است که به اجرای سنجش روانشناختی اقدام می‌کند (مالونی و وارد، ۱۹۷۶؛ ماتارازو، ۱۹۹۰). روان‌سنج‌ها گرایش به استفاده از آزمون‌ها تنها برای به دست آوردن داده دارند و اغلب به‌عنوان کسانی شناخته می‌شوند که بر جنبه‌های فنی و دفتری^۱ آزمون‌ها تأکید می‌کنند. رویکرد آنها عمدتاً داده‌کاوی است و محصول نهایی کارشان اغلب مجموعه‌ای از توصیف‌های توانایی یا صفات است. این توصیف‌ها معمولاً با بافت کلی‌ای که فرد به آن تعلق دارد، بی‌ارتباط هستند و نمی‌توانند مشکل منحصر به فردی که ممکن است شخص با آن دست‌به‌گریبان باشد را نشان دهند. در مقابل، سنجش بالینی می‌کوشد تا فرد را در وضعیتی که مشکل در آن رخ داده ارزیابی کند، در نتیجه اطلاعات حاصل از سنجش می‌تواند به نحوی به حل مشکل کمک کند. آزمون‌ها تنها یکی از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها هستند و نمرات آزمون محصول نهایی کار نیستند بلکه صرفاً ابزارهای تدوین فرضیه به شمار می‌روند؛ بنابراین، سنجش روانشناختی، داده‌ها را در یک دیدگاه گسترده می‌بیند و با تمرکز بر آن به حل مشکل و تصمیم‌گیری کمک می‌کند.

تمایز بین آزمون‌گیری روان‌سنجی و سنجش روانشناختی را می‌توان با توضیح دقیق و مختصر دلایل روش‌شناسی و تاریخی ایجاد رویکرد روان‌سنجی بهتر فهمید. زمانی که آزمون‌های روانشناختی به صورت اولیه ایجاد شدند، ارزیابی‌های گروهی هوش با موفقیت اولیه و چشمگیری مواجه شدند، خصوصاً در وضعیت‌های نظامی و صنعتی که مصاحبه‌های فردی و تاریخچه موردی بسیار گران و زمان‌بر بودند. یکی مزیت آزمون‌های هوش ارائه داده‌های عینی بود که موجب کاهش سوگیری مصاحبه‌گر می‌شد. مهم‌تر از آن، آنها در تولید تعداد نسبتاً زیاد مثبت‌های درست موفق بودند زمانی که برای اهداف طبقه‌بندی به کار برده می‌شدند. پیش‌بینی‌هایشان عموماً دقیق و قابل استفاده بودند. با این وجود، این موارد این امیدواری اولیه را ایجاد کردند که همه ابزارهای سنجش می‌توانند مانند آزمون‌های هوش به کار برده شوند و همان نتایج دقیق و

سودمند را به دست دهند. استراتژی‌های سنجش بعدی اغلب کوشیدند تا روش‌های اولیه‌ی آزمون‌های هوش را برای متغیرهایی همچون شخصیت و تشخیص‌های روان‌پزشکی، سرمشق خود قرار دهند. پیشرفت بعدی هماهنگ با رویکرد روان‌سنجی، استراتژی استفاده از «مجموعه آزمون» بود. چنین استدلال می‌شد که اگر یک آزمون واحد می‌تواند توصیف دقیقی از توانایی یا صفات ارائه کند، اجرای مجموعه آزمون می‌تواند تصویر جامعی از فرد به وجود آورد؛ بنابراین، هدف، توصیف جامع و درعین حال معتبر فرد با استفاده از روش‌های کاملاً عینی بود. این هدف این ایده را تقویت کرد که ابزار (آزمون روانشناختی) در مقایسه با استفاده از صرفاً یک روش در فرایند سنجش جامع، بهترین فرایند برای رسیدن به هدف است. و رای این رویکرد، مفاهیم تفاوت‌های فردی و روان‌شناسی صفت بودند. این‌ها فرض می‌کنند که یکی از بهترین راه‌های توصیف تفاوت‌ها در میان افراد ارزیابی توانمندی‌ها و ضعف‌هایشان همراه با در نظر گرفتن صفات متنوعشان است؛ بنابراین، واضح‌ترین رویکرد در مطالعه شخصیت شامل تدوین طبقه‌بندی‌های مربوط به صفات و پس از آن ایجاد آزمون‌ها برای ارزیابی این صفات می‌شد. متقابلاً، تأکیدی بر ابزارها به‌عنوان مقدمات اولیه وجود داشت، با تأکید دوباره بر درون‌داد کلینیک بالینی. این دو مفهوم گرایش به ایجاد سوگیری به سمت اجرا و مهارت‌های دفتری داشتند. در این بافت، روان‌سنجی از ضرورت کمی برخوردار بود، اگر حتی لازم بود، مهارت‌های بالینی بیشتر از اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر آزمون اهمیت داشت. با توجه به چنین دیدگاهی، آزمونی که بیش از همه مورد توجه و ترجیح است، باید ماشین نمره‌گذاری درست-غلط یا چندگزینه‌ای ساختاریافته باشد که در نتیجه نمرات را هنجار می‌کند و بیشتر از روان‌سنج‌ها، فرضیه‌های تفسیری ارائه می‌کند.

رویکرد روان‌سنجی عینی، بیشترین رویکرد قابل‌اجرا در رابطه با آزمون‌های توانایی است، آزمون‌هایی همچون آزمون‌هایی که به سنجش هوش و مهارت‌های مکانیکی می‌پردازند. با این وجود، سودمندی آنها کاهش می‌یابد زمانی که کاربران می‌کوشند با استفاده از آنها صفات شخصیتی همچون وابستگی، قدرت‌گرایی یا اضطراب را اندازه‌گیری کنند. متغیرهای شخصیتی بسیار پیچیده‌تر هستند و بنابراین، نیازمند اعتباریابی در بافت تاریخی، مشاهدات رفتاری و روابط بین فردی هستند. برای مثال، برافراستگی نسبی در نمره‌مقیاسی که به سنجش درجات بالای انرژی می‌پردازد، معنای کاملاً متفاوتی برای عملکرد بالای جسمی در افراد دارای تاریخچه اختلالات خلق، مشکلات کاری و مشکلات بین فردی دارد. هنگامی که رویکرد صرفاً روان‌سنجی عینی برای ارزیابی مشکلات زندگی (مدارای مؤثرتر، حل مشکلات بین فردی و مانند آن) به کار می‌رود، سودمندی آن زیر سؤال می‌رود.

سنجش روانشناختی برای درک و ارزیابی شخصیت و خصوصاً مشکلات زندگی مفیدتر است. این موضوعات شامل نیاز به انجام کار در وضعیت مشکل خاص در رابطه با فرد خاصی هستند. نقش اصلی روان‌شناس بالینی که به سنجش روانشناختی اقدام می‌کند، تخصص در رفتار انسانی است که باید با فرایندهای پیچیده و درک نمرات آزمون در بافت زندگی فردی‌اش مواجه شود. روان‌شناس بالینی باید در حوزه مشکلات، دارای دانش باشد و بر اساس این دانش، ایده‌های کلی را با توجه به رفتارهایی که مشاهده می‌کند و زمینه‌هایی که داده‌های مرتبط را جمع‌آوری می‌کند، شکل دهد. انجام این کار شامل آگاهی و ارزیابی علیت چندگانه، تأثیرات تعاملی و روابط چندگانه است. همان‌طور که وودی (۱۹۸۰) بیان می‌کند، «سنجش روانشناختی یک جهت‌گیری فردی است، اما همیشه واقعیت اجتماعی را در نظر می‌گیرد؛ [سنجش] عینی معمولاً به فرد در حل مشکلش کمک می‌کند».

علاوه بر آگاهی از نقشی که توسط سنجش روانشناختی پیشنهاد شده، روان‌شناس بالینی باید با دانش جامع مرتبط با اندازه‌گیری و کار بالینی آشنا باشد. این دانش شامل آمار توصیفی، اعتباریابی (و خطای اندازه‌گیری)، روانی‌سنجی (و معنای نمرات آزمون)، تفسیر هنجاری، انتخاب آزمون‌های مناسب، فرایندهای اجرا، متغیرهای مرتبط با تنوع (اقلیت‌ها، طبقات مختلف اجتماعی، سن، جنس)، آزمون‌گیری از افراد دارای ناتوانی و تجربه کافی در زمینه نظارت می‌شود (ترنر، دیمارس،

فاکس و رید، ۲۰۰۱). افرادی که به سنجش روانشناختی اقدام می‌کنند باید همچنین در رابطه با خواسته‌ها، انواع سؤالات ارجاعی و انتظارات متنوع بافت‌ها، خصوصاً کارگری، تحصیلی، شغلی / حرفه‌ای، مراقبت‌های بهداشتی (روان‌شناسی، روان‌پزشکی، پزشکی) و قانونی، دانش ابتدایی داشته باشند. علاوه بر این، روان‌شناسان بالینی باید فرضیه‌های تفسیری اصلی را در آزمون‌گیری روانشناختی بدانند و بتوانند آنها را شناسایی و غربال کنند و از طریق ارزیابی مجموعه فرضیه‌ها تعیین کنند که کدام فرضیه دقیق‌تر و مرتبط‌تر است. برای هر ابزار سنجش، روان‌شناس بالینی باید آنچه را که آن ابزار سعی در آزمون آن دارد را از لحاظ مفهومی درک کند؛ بنابراین، صرفاً بیشتر از دانش مربوط به برچسب‌ها و تعاریف انواع مختلف بیماری‌های اضطراب یا اختلالات فکر، روان‌شناسان بالینی باید همچنین یک معیار عملکردی دقیق و عمیق درباره آنها داشته باشند. برای مثال، مفهوم هوش، هنگامی که توسط نمره IQ بیان می‌شود، گاهی اوقات می‌تواند به‌طور گمراه‌کننده‌ای ساده شود. با این وجود، نمرات آزمون هوش می‌توانند پیچیده باشند. این پیچیدگی شامل تنوعی از توانایی‌های شناختی متناسب به هوش، تأثیرپذیری هوش از عامل‌های فرهنگی، عملکردهای مختلف در وضعیت‌های متفاوت و موضوعات مرتبط با ماهیت هوش است. روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند به‌خوبی داده‌های هوش را تفسیر کنند، مگر اینکه با این زمینه‌ها آشنا باشند.

دانشی که در بالا ذکر آن رفت باید با دانش عملی مربوط، شامل روان‌شناسی مرضی، روان‌شناسی انطباقی، عصب-روانشناختی بالینی، روان‌درمانی و مدیریت نمونه اولیه، ادغام شود. مشکلی که در بسیاری از برنامه‌های آموزشی وجود دارد این است که اگرچه دانشجویان عمدتاً در زمینه روان‌شناسی مرضی، نظریه‌های شخصیت و ساختار آزمون دارای دانش هستند، این برنامه‌ها معمولاً به آنها آموزش کافی در زمینه ادغام دانششان با تفسیر نتایج آزمون ارائه نمی‌کنند. آموزش دانشجویان بر ایجاد صلاحیت در اجرا و نمره‌گذاری بیش از دانش مرتبط با آنچه آنها آزمون می‌کنند، تمرکز دارد. رویکرد این کتاب با رویکرد سنجش روانشناختی هماهنگ است: روان‌شناسان بالینی باید نه تنها درباره زمینه‌های محتوای سنتی در روان‌شناسی و بافت‌های متنوع سنجش مطلع باشند بلکه باید همچنین بتوانند داده‌های آزمون را در توصیف فرد ادغام کنند. این توصیف، اگرچه بر فرد تمرکز دارد، باید پیچیدگی محیط اجتماعی فرد، تاریخچه شخصی و مشاهدات رفتاری را در نظر بگیرد. با این حال، هدف تنها توصیف فرد نیست بلکه بیش از آن، پاسخ به سؤالات خاص، کمک به حل مشکل و آسان کردن فرایند تصمیم‌گیری مدنظر است.

الگوهای کاربرد آزمون در سنجش بالینی

برای تعریف سنجش روانشناختی، آموزش و کار روان‌شناسی حرفه‌ای مهم است. بیش از ۹۱٪ از همه روان‌شناسان شاغل با سنجش سروکار دارند (واتکینس و همکاران، ۱۹۹۵) و ۶۴٪ از همه آگهی‌های غیردانشگاهی، سنجش را به‌عنوان پیش‌نیاز مهم در نظر گرفته‌اند (کیندر، ۱۹۹۴). مهارت‌های سنجش همچنین پیش‌نیاز مهمی برای آموزش‌های دستیاری و فوق‌دکتری است. نظریه و ابزارهای سنجش می‌توانند به‌عنوان ساختمان اصلی بررسی‌های بالینی، تحقیقات کاربردی و ارزیابی برنامه در نظر گرفته شوند. سنجش روانشناختی به روش‌های مختلف در زمینه گسترده کار بالینی مشارکت منحصربه‌فرد حرفه‌ای است. اولین روان‌شناسان حرفه‌ای به‌طور گسترده‌ای خودشان را در بافت نقش‌شان به‌عنوان روان‌آزمونگر می‌دیدند. روان‌شناسان شاغل ۱۰٪ تا ۲۵٪ از وقتشان را صرف سنجش روانشناختی می‌کنند (کمرا و همکاران، ۲۰۰۰؛ واتکینس، ۱۹۹۱؛ واتکینس و همکاران، ۱۹۹۵).

اگرچه سنجش همیشه هسته اصلی روان‌شناسی حرفه‌ای بوده اما تعریف خصیصه‌های روان‌شناسی حرفه‌ای، کاربرد الگوها و اهمیت نسبی سنجش در زمان‌های مختلف تغییر کرده است. در طول دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰، روان‌آزمایی عموماً به‌تنهایی به‌عنوان مهم‌ترین فعالیت روان‌شناسان حرفه‌ای بود. در مقابل، ۶۰ سال گذشته نشانگر تنوع گسترده فعالیت‌ها در

این حوزه بوده است. لوبین و همکارانش (لوبین، لارسن و ماتارازو، ۱۹۸۴؛ لوبین، لارسن، ماتارازو و سیور، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶) دریافتند که متوسط زمانی که در طول پنج جلسه درمانی صرف اجرای سنجش می‌شد حدود ۴۴٪ در سال ۱۹۵۹، ۲۹٪ در سال ۱۹۶۹ و تنها ۲۲٪ در سال ۱۹۸۲ بود. متوسط زمانی که در سال ۱۹۸۲ در پنج وضعیت مختلف صرف اجرای سنجش می‌شد، دامنه‌ای از ۱۴٪ در مراکز مشاوره تا ۳۱٪ در بیمارستان‌های روان‌پزشکی داشت (لوبین و همکاران، ۱۹۸۴، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶). کامرا و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند که اکثریت روان‌شناسان حرفه‌ای (۸۱٪) صفر تا ۴ ساعت، ۱۵٪ حدود ۵ تا ۲۰ ساعت و ۴٪ بیش از ۲۰ ساعت در هفته، وقت خود را صرف اجرای سنجش رسمی می‌کنند. کاهش تدریجی در مجموع زمانی که صرف اجرای سنجش می‌شد به علت گسترده‌تر شدن نقش روان‌شناسان است. از سوی دیگر، در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ روان‌شناسی تقریباً مترادف با آزمون‌گیر بود، روان‌شناسان حرفه‌ای اخیراً به‌طور فزاینده‌ای درگیر مدیریت، مشاوره، تحول سازمانی و زمینه‌های گسترده هدایت درمان هستند (بامبوز، اسمیت، جس و گروث-مارنات، ۱۹۸۰). کاهش آزمون‌گیری همچنین به سرخوردگی روان‌شناسان از فرایندهای آزمون‌گیری که به علت انتقادهای صورت گرفته درباره پایایی و روایی بسیاری از آزمون‌های روانشناختی ایجاد شده، نسبت داده شده است (کراب، وود، نرورسکی، گرو، ۲۰۰۱) و همچنین کاهش در نتیجه آزمون‌ها (کاشل، ۲۰۰۲). علاوه بر این، سنجش روانشناختی در تنوع گسترده‌ای از فعالیت‌ها، واری صرفاً اجرا و تفسیر سنتی آزمون‌ها، درگیر شد. این فعالیت‌ها شامل هدایت مصاحبه‌های ساخت‌دار و بدون ساخت، مشاهدات رفتاری در وضعیت‌های طبیعی، مشاهدات تعاملات بین فردی، سنجش عصب-روانشناختی، سنجش رفتاری و استفاده از یافته‌های سنجش به‌عنوان بخشی از فرایند کلی درمان می‌شوند (فاین، ۲۰۰۷؛ گارب، ۲۰۰۷).

محبوبیت نسبی آزمون‌های روانشناختی سنتی مختلف از سال ۱۹۳۵ در بسیاری از وضعیت‌ها، مثلاً مؤسسات آموزشی، بیمارستان‌های روان‌پزشکی، مراکز مشاوره، اداره امور سربازان پیشین، مؤسسات معلولان رشدی، مراکز خصوصی و سازمان‌های تخصصی، زمینه‌یابی شده است. زمینه‌یابی‌های کاربرد آزمون‌ها معمولاً نشان داده‌اند که ۱۰ آزمون بیشترین کاربرد را دارند. این ۱۰ آزمون عبارت‌اند از مقیاس‌های هوش و کسلر، پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا، رورشاخ، آزمون بندر گشتالت دیداری-حرکتی، آزمون اندریافت موضوع، نقاشی‌های فرافکن (نقاشی شکل انسان، خانه-آدم-درخت)، مقیاس حافظه و کسلر، پرسشنامه افسردگی بک، پرسش‌نامه‌های چندمحوری میلون و پرسشنامه روانشناختی کالیفرنیا (کامرا و همکاران، ۲۰۰۰؛ کمپوس، پتوسکی و رو، ۲۰۰۰؛ لوبین و همکاران، ۱۹۸۵). الگوی کاربرد آزمون تا حدی در مطالعات مختلف متنوع بوده است و به‌طور قابل ملاحظه‌ای از وضعیتی به وضعیت دیگر تفاوت دارد. مدارس و مراکز برای ناتوانی‌های هوشی بر آزمون‌های توانایی‌های هوش تأکید می‌کنند، مثل WISC-IV و مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار؛ مراکز مشاوره به احتمال بیشتر از پرسش‌نامه‌های علائق شغلی استفاده می‌کنند؛ و وضعیت‌های روان‌پزشکی بر آزمون‌های ارزیابی درجه نابهنجاری مثل MMPI-2 و MCMI-III تأکید دارند.

یک تغییر واضح در آزمون‌گیری در رابطه با کاهش نسبی استفاده و رتبه فنون فرافکن بوده است (گروث-مارنات، ۲۰۰۰ ب؛ سی. پیوتروفسکی، ۱۹۹۹). انتقادها دامنه گسترده‌ای داشته‌اند اما بیشتر بر سیستم نمره‌گذاری پیچیده، هنجارهای نامعلوم، نمره‌گذاری ذهنی، کاربرد پیش‌گویانه ضعیف و روایی ناکافی یا حتی بدون روایی تمرکز دارند (گارب، ۲۰۰۵ الف؛ گارب و همکاران، ۲۰۰۱؛ میلر، ۲۰۰۷؛ پرویت، اسمیت، تلتن و لوبین، ۱۹۸۵؛ دی. اسمیت و دومونت، ۱۹۹۵). انتقادهای دیگر شامل زمان زیاد موردنیاز برای یادگیری مؤثر فنون، اتکای بیش‌ازحد فنون فرافکن بر نظریه روان‌کاوی و بهره‌وری بیشتر آزمون‌هایی که می‌توانند جایگزین فنون فرافکن شوند. این انتقادها معمولاً از طرف محافل علمی عنوان شده‌اند و آنها کمتر از قبل از این فنون برای اهداف پژوهشی استفاده می‌کنند (سی. پیوتروفسکی، ۱۹۹۹؛ سی. پیوتروفسکی و زالوسکی، ۱۹۹۳؛ واتکینس، ۱۹۹۱). در نتیجه این انتقادها، استفاده از فنون فرافکن اندکی کاهش یافته است اما هنوز هم از آزمون‌های فرافکن استاندارد در کارهای حرفه‌ای استفاده می‌شود (آرچر، بافینگتون-ولوم، استردنی و هندل، ۲۰۰۶؛ کمرا و همکاران، ۲۰۰۰؛

کامپوس و همکاران، ۲۰۰۰؛ سی. پیوتروفسکی، ۱۹۹۹). علی‌رغم کاهش استفاده از فنون فراقکن، رورشاخ و TAT هنوز هم در میان ده آزمون پرکاربرد در وضعیت‌های بالینی بزرگسالان هستند. این موضوع می‌تواند به علت کمبود وقت برای یادگیری فنون جدید و انتظاراتی که از دانشجویان برای یادگیری نحوه کاربرد آنها می‌رود و در دسترس نبودن ابزارهای جایگزین باشد و همچنین این حقیقت که تجارب بالینی از شواهد تجربی معمولاً برای متخصصان از اهمیت بیشتری برخوردار است. این موضوع بین جهان نظری و کمی دانشگاهی و جهان مشکل‌گرا و عملی متخصصان تمایز می‌گذارد. در حقیقت، به نظر می‌رسد اجرای سنجش در بسیاری وضعیت‌های حرفه‌ای دارای ارتباط کمی با تعداد مطالعات تحقیقی انجام‌شده درباره ابزارهای سنجش، مشخص شده توسط هیئت‌علمی دانشگاهی، یا کیفیت روان‌سنجی آزمون باشد (گارب، وود، لایلنفلد و نوزورسکی، ۲۰۰۲). در تضاد با ادامه استفاده از ابزارهای فراقکن در وضعیت‌های سنجش بزرگسالان، روان‌شناسان در وضعیت‌های بالینی کودک احتمالاً بیشتر از آزمون‌های فراقکن به مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار (سیاهه رفتار کودک) متکی باشند (کشل، ۲۰۰۲؛ کامپوس و همکاران، ۲۰۰۰، میلر، ۲۰۰۷).

شکل اولیه سنجش از طریق مصاحبه بالینی صورت می‌گرفت. روان‌شناسان بالینی، همچون فروید، یونگ و آدلر، از تعامل بدون ساخت برای کسب اطلاعات درباره تاریخچه، تشخیص‌ها یا ساختار بنیادی شخصیت استفاده می‌کردند. بعدها متخصصان بالینی مصاحبه را به وسیله ارائه خلاصه‌های زمینه‌هایی که باید بحث می‌شد، آموزش دادند. در طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، بیشتر انتقادات به سمت مصاحبه هدایت شد، در نتیجه بسیاری از روان‌شناسان مصاحبه‌ها را به‌عنوان ابزارهایی که دارای اعتبار کم یا غیرقابل اعتماد هستند، به حساب آوردند. آزمون‌ها، به روش‌های مختلف، برای مقابله با سوگیری و ذهنی بودن مصاحبه‌ها طراحی شدند. در طی دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، تنوع گسترده‌ای از فنون مصاحبه ساختاریافته محبوبیت یافتند و اغلب، نشانگرهای معتبر و روایی درجات عملکردی مراجع بودند. مصاحبه‌های ساختاریافته مثل سیاهه مصاحبه تشخیصی (DIS؛ روبینز، هلزر، کوتلر و گولدرینگ، ۱۹۸۹)، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای (SCID)؛ اسپیتزر، ویلیامز و گیبون، ۱۹۸۷) و مصاحبه بالینی رینارد (هلزر، روبینز، کروگان و ولنر، ۱۹۸۱) اغلب بر آزمون‌های روانشناختی برتری داشتند. با این وجود، این مصاحبه‌ها از رویکردهای بدون ساخت سنتی بسیار متفاوت بودند. آنها دارای این مزیت بودند که با معیارهای روان‌سنجی هماهنگ بودند حتی اگر فاقد عامل‌های مهم رابطه دوستانه، غنای اندیشه‌ای و انعطاف‌پذیری که مشخصه تعاملات کمتر ساختاریافته هستند، بودند (گارب، ۲۰۰۷؛ روجرز، ۲۰۰۱).

گرایش دیگری که به وجود آمده است، سنجش عصب-روانشناختی است (نگاه کنید به گروت-مارنات، ۲۰۰۰ الف؛ لزاک، ۲۰۰۴). این زمینه از دانش ترکیب روان‌سنجی و عصب‌شناسی رفتاری^۱ است و حاصل نیاز به پاسخ‌گویی به سؤالاتی همچون ماهیت کمبودهای ارگانیک فرد، شدت کمبودها، تمرکز و تمایزگذاری بین نقص کارکردی در مقابل نقص ارگانیک است. رویکرد نشانه بیماری^۲ و رویکردهای روان‌سنجی دو سنت واضحی هستند که در زمینه دانش شکل گرفته‌اند. آن دسته از متخصصان بالینی که در ابتدا به رویکرد نشانه بیماری متکی هستند احتمالاً رفتارهای خاصی مانند درجاماندگی یا ضعف در یک‌طرف بدن را تفسیر می‌کنند که وجود و ماهیت نقایص ارگانیک را نشان می‌دهند. این متخصصان گرایش دارند تا به سنت سنجش مرتبط با لوریا (بوئر، ۱۹۹۵؛ لوریا، ۱۹۷۳) و طراحی مصاحبه و آزمون‌ها بر مبنای روش‌های منطقی آزمون فرضیه‌های ممکن برای انواع مختلف نقایص متکی باشند. در مقابل، سنتی که بیشتر کمیت‌گرا است توسط ریتین و همکاران (ریتین و ولفسون، ۱۹۹۳؛ راسل، ۲۰۰۰) مشخص شده، به احتمال بیشتر به نمرات خط برش بحرانی که بین دو گروه افراد طبیعی و افراد دارای آسیب مغزی تمایز می‌گذارد، متکی است. ریتین و ولفسون

1- Synthesis

2- neurology

3- pathognomonic sign approach

(۱۹۸۵، ۱۹۹۳) پیشنهاد استفاده از نمایه نقص که بخشی از آزمون‌های آسیب مغزی است که دامنه آسیب مغزی را مشخص می‌کند، مطرح کرده‌اند. در موقعیت عملی، به احتمال زیاد اکثر عصب روان‌شناسان رویکردهای نشانه بیماری را با روان‌سنجی در هم می‌آمیزند (رابین، بار و بارتون، ۲۰۰۵). دو مورد از مهم‌ترین آزمون‌های عصب-روانشناختی شامل مجموعه آزمون‌های عصب-روانشناختی هالستید-ریتان (ریتان و ولفسون، ۱۹۹۳) و مجموعه آزمون‌های عصب-روانشناختی لوریا-نبرسکا (گلدن، پوریش و هامک، ۱۹۸۵) هستند. یک مجموعه آزمون عصب-روانشناختی معمولی می‌تواند شامل آزمون‌هایی باشد که به‌طور خاص برای سنجش نقایص ارگانیکی طراحی شده‌اند، همراه با آزمون‌های مثل MMPI، مقیاس‌های هوش و کسلر و آزمون دامنه پیشرفت تحصیلی (WRAT-III). در نتیجه، تحقیقات گسترده در طول ۱۵ تا ۲۰ سال گذشته در جهت ایجاد درک بیشتر از این موضوع سامان یافته‌اند که چگونه آزمون‌های قدیمی‌تر و سنتی‌تر با انواع مختلف و درجات بدکارکردی قشر مخ مرتبط هستند.

در طول دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، رفتاردرمانی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای موردپذیرش و استفاده بود. در آغاز، رفتار درمانگران رویکرد عینی در تحلیل کارکردی رفتار داشتند. زمانی که فنون رفتار درمانگران پرمایه‌تر شد، روش‌های فرمول‌بندی شده سنجش رفتاری سر برآوردند. توسعه این فنون به همان اندازه که حاصل نارضایتی از روش‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانشناختی، ویرایش دوم (DSM-II)؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸) بود، نتیجه نیاز به داشتن سنجش مرتبط‌تر با درمان و نتایج آن نیز بود. همچنین علاقه به محاسبه‌پذیری برای مستند کردن تغییرات رفتاری در طول زمان وجود داشت. برای مثال، اگر رفتارهای مرتبط با اضطراب بعد از درمان کاهش می‌یافت، درمانگر می‌توانست ادعا کند که درمان موفقیت‌آمیز بوده است. سنجش رفتاری می‌تواند شامل اندازه‌گیری فعالیت‌ها (چک‌لیست‌های رفتاری، تحلیل‌های رفتاری)، پاسخ‌های فیزیولوژیکی (پاسخ گالوانیکی پوست [GSR]، برق‌نگار ماهیچه [EMG]) یا خودگزارشی‌ها (نظارت بر خود، پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس‌های جسارت) باشد. درحالی‌که فنون سنجش رفتاری اولیه علاقه کمی به مشخصه‌های روان‌سنجی ابزارهایشان داشتند، فشار قابل‌ملاحظه‌ای به آنها برای داشتن درجات کافی روایی و پایایی وارد می‌شده است (فیرست، فرانسس، ویدگر، پینکس و دوپس، ۱۹۹۲؛ فولت و هیزی، ۱۹۹۲). علی‌رغم تعداد زیاد فنون فرمول‌بندی شده سنجش رفتاری، بسیاری از رفتاردرمان‌گران احساس می‌کردند که رویکرد عینی بدون ساخت مناسب‌ترین رویکرد است.

سپس، روش‌های سنتی سنجش به خاطر افزایش سایر فعالیت‌های روان‌شناسان و گسترش تعریف سنجش کاهش یافتند. اخیراً، روان‌شناسی که به کار سنجش اقدام می‌کند ممکن است از فونونی مثل مصاحبه، اجرا و تفسیر آزمون‌های روانشناختی سنتی (MMPI-2/MMPI-A، WAIS-III و مانند آن)، مشاهدات طبیعی، سنجش عصب-روانشناختی و سنجش رفتاری استفاده کند. علاوه بر این، روان‌شناسان حرفه‌ای ممکن است لازم باشد تا به سنجش زمینه‌هایی اقدام کنند که تا قبل از دهه ۱۹۸۰ مورد توجه نبودند: اختلالات شخصیت (شخصیت مرزی، خودشیفته)، استرس و مدارا (تغییرات زندگی، فرسودگی روانشناختی، منابع در دسترس مدارا)، حساست هیپنوتیزمی، بهداشت روان، انطباق با فرهنگ‌های جدید و تغییرات مرتبط با افزایش مدرنیته. زمینه‌های دیگر ممکن است شامل تعاملات سیستمی خانواده، ارتباط بین فرد و محیطش (وضعیت اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی)، فرایندهای شناختی مرتبط با اختلالات رفتار و درجه کنترل فردی (خودکارآمدی) شود. همه این زمینه‌ها مستلزم این هستند که متخصص بالینی پیوسته از ابزارهای سنجش جدیدتر و خاص‌تر آگاه باشد و رویکردی انعطاف‌پذیر در استفاده از آنها داشته باشد.

آینده سنجش بالینی احتمالاً از سنجش کامپیوتری، مطابق با مراقبت بهداشتی کنترل‌شده و مخالف با مراقبت بهداشتی

1- Electromyography

2- self-efficacy

از راه دور، بیشترین تأثیر را خواهد گرفت (گراث-مارنات، ۲۰۰۰ ب، گراث-مارنات، ۲۰۰۸، کی، ۲۰۰۷). سنجش کامپیوتری احتمالاً با استفاده از نمره‌گذاری سریع، قواعد تصمیم‌گیری پیچیده، کاهش تماس مراجع-آزمونگر، نمایش جدیدی از محرک (مثلاً واقعیت مجازی) و تولید فرضیه‌های تفسیری، موجب افزایش کارایی سنجش می‌شود (لیچنبرگر، ۲۰۰۶). سنجش‌های آینده همچنین با ارائه عامل‌ها بر اساس پاسخ‌های قبلی مراجع، با آنها سازگار می‌شوند (فوربی و بن‌پورت، ۲۰۰۷). عامل‌های غیرضروری ارائه نخواهند شد و یکی از نتایج این کار کسب اطلاعات بیشتر با استفاده از ارائه عامل‌های کمتر خواهد بود. این بازده در زمان بخشی از سیاست‌های صرفه‌جویی در هزینه‌های مراقبت کنترل شده تقویت شده است. این سیاست‌ها روان‌شناسان را ملزم ساخته تا هزینه-سودمندی خدماتشان را نشان دهند (گروث-مارنات، ۱۹۹۹، گروث مارنات، ۱۹۹۶). در سنجش، این موضوع این معنی را می‌رساند که سنجش باید با برنامه درمان مرتبط باشد؛ بنابراین، گزارش‌های روانشناختی آینده احتمالاً زمان کمتری را به پویایی‌های مراجع اختصاص دهند و زمان بیشتری را بر روی جزئیات مرتبط با استراتژی‌های مداخله‌ای خاص صرف کنند. از سوی دیگر، شواهد فزاینده‌ای از هزینه-سودمندی کاربرد آزمون‌های روانشناختی در بافت‌های سازمانی حمایت می‌کنند، نیازهای مشابهی در بخش مراقبت بهداشتی برای نشان دادن اینکه سنجش می‌تواند سرعت درمان و نتایج درمان را به یک اندازه افزایش دهد، احساس می‌شود (بلونت و همکاران، ۲۰۰۷؛ گروث-مارنات، ۱۹۹۹، گروث-مارنات، رابرتز و بتلر، ۲۰۰۱، لامبرت و هواکینز، ۲۰۰۴؛ یاتس و تاب، ۲۰۰۳). چالش بیشتر و زمینه‌ای برای توسعه سنجش، در نقش سنجش در مراقبت بهداشتی از راه دور دیده می‌شود (لی و زیلور، ۲۰۰۰؛ مورفی، لوانت، هال و گلوکاف، ۲۰۰۷). این موضوع خصوصاً برای کاربران این امکانات برای غربالگری (غربال خودشان) به منظور سازگاری مداخلات بهینه مهم است. علاوه بر این، سنجش از راه دور نیز به عنوان یک ابزار از اهمیت مشابهی برخوردار خواهد شد. سنجش از راه دور، روان‌شناسان حرفه‌ای را برای تغییر نقش سنتی‌شان (چهره به چهره) تحت فشار می‌گذارد و آنها را مجبور می‌کند تا ابزارهای جدید را ایجاد و بررسی کنند و همچنین نقش مشاور/همکار را با مراجع بر اساس سنجش‌های حاصل از کامپیوتر اختیار کنند.

ارزشیابی آزمون‌های روانشناختی

قبل از کاربرد آزمون روانشناختی، متخصصان بالینی باید جهت‌گیری نظری آزمون، ملاحظات عملی، مناسب بودن گروه نمونه، هنجاری و کفایت روایی و پایایی آن را درک و بررسی کنند. اغلب، توصیفات مفید و بررسی‌هایی که مرتبط با این مسائل هستند را می‌توان در راهنماهایی آزمون و همچنین در ویرایش‌های قبلی و بعدی کتاب سال ارزشیابی‌های روانشناختی (پلیک، ایمپارا و اسپیس، ۲۰۰۳)، آزمون‌های در دست چاپ (ال. ال. مورفی، ایمپارا و پلیک، ۲۰۰۶)، آزمون‌ها: مرجع جامع برای سنجش در روان‌شناسی، آموزش و تجارت (مادوکس، ۲۰۰۳) و ارزشیابی‌هایی برای کارهای بالینی: کتاب مرجع (فیشر و کورکوران، ۲۰۰۷) پیدا کرد. می‌توان این بررسی‌ها را همچنین در مجلات مرتبط با سنجش مثل مجله سنجش شخصیت، مجله سنجش روانشناختی آموزشی و ارزشیابی‌های روانشناختی و آموزشی پیدا کرد. جدول ۱-۱ سؤالات مهم‌تری را که باید پاسخ داده شوند، خلاصه می‌کند. موضوعات خلاصه‌شده در این جدول در ادامه مورد بحث قرار خواهند گرفت. این بحث‌ها جهت‌گیری عملی این کتاب را به وسیله تمرکز بر مشکلاتی که احتمالاً متخصصان بالینی‌ای که از آزمون‌های روانشناختی استفاده می‌کنند با آنها مواجه هستند، نشان می‌دهند. هدف این نیست که بررسی جامعی از ساختار و نظریه آزمون ارائه شود؛ اگر به برنامه درمانی همراه با جزئیات بیشتر نیاز دارید به یکی از کتاب‌های سنجش روانشناختی که کم هم نیستند مراجعه کنید (برای مثال، لیکن و گروث-مارنات، ۲۰۰۶؛ آر. کاپلان و ساکوزو، ۲۰۰۵).

جدول ۱-۱. ارزشیابی آزمون روانشناختی

جهت‌گیری نظری

۱. آیا سازه نظری که قرار است اندازه بگیرید را به اندازه کافی می‌فهمید؟
۲. آیا عامل‌های آزمون با توصیف نظری سازه تطابق دارد؟

ملاحظات عملی

۱. اگر قرار است آزمودنی آزمون را بخواند، توانایی خواندن او با درجه موردنظر آزمون هماهنگ است؟
۲. مدت‌زمان آزمون مناسب است؟

هنجاریابی

۱. جامعه‌ای که قرار است آزمون شود با جامعه‌ای که هنجاریابی شده، مشابه است؟
۲. اندازه نمونه هنجاریابی کافی است؟
۳. برای زیرگروه‌های خاص، هنجاریابی صورت گرفته است؟
۴. دستورالعمل‌ها تا چه اندازه منجر به اجرای استاندارد آزمون می‌شوند؟

اعتبار^۱

۱. برآوردهای اعتبار به‌اندازه کافی بالا است (عموماً نزدیک به ۰/۹۰ برای تصمیم‌گیری بالینی و نزدیک به ۰/۷۰ برای اهداف پژوهشی)؟
۲. دلالت‌های ثبات نسبی صفت، روش برآورد اعتبار و قالب آزمون در اعتبار آزمون چیست؟

روایی

۱. معیارها و شیوه‌های به‌کاررفته در تعیین روایی آزمون چه بوده است؟
۲. آیا آزمون ارزیابی‌های دقیقی بر اساس بافت و اهدافی که آزمون را به کار می‌برید، ارائه می‌کند؟

جهت‌گیری نظری

قبل از اینکه متخصصان بالینی بتوانند مناسب بودن آزمون را به‌خوبی ارزیابی کنند، باید جهت‌گیری نظری آن را درک کرده باشند. متخصصان بالینی باید سازه‌ای که قرار است آزمون، آن را بسنجند بررسی کنند و سپس نحوه‌ای که آزمون به این سازه نگاه می‌کند را واریسی کنند. معمولاً این اطلاعات را می‌توان در راهنمای آزمون پیدا کرد. اگر به هر دلیلی اطلاعات موجود در راهنمای آزمون ناکافی باشد، متخصصان بالینی باید آن اطلاعات را درجایی دیگر جستجو کنند. متخصصان بالینی همیشه می‌توانند اطلاعات مفید مربوط به سازه‌ای که اندازه‌گیری می‌شود را با استفاده از مطالعه دقیق عامل‌های اختصاصی^۲ آزمون به دست آورند. معمولاً راهنمای آزمون، تحلیل‌های اختصاصی هر عامل را ارائه می‌کند که این تحلیل‌ها می‌توانند به‌طور بالقوه به کاربران آزمون در تعیین اینکه آیا عامل‌ها باصفت مورد اندازه‌گیری مرتبط هستند، کمک کنند.

ملاحظات عملی

تعدادی از مسائل عملی بیشتر با بافت و روشی که آزمون در آن به‌کار رفته، مرتبط هستند تا ساختار آن. نخست، آزمون‌ها برحسب سطح تحصیلات (خصوصاً مهارت‌های خواندن) که برای درک آزمون لازم است با یکدیگر متفاوت هستند.

1- Reliability
2- Individual

آزمون‌شوندگان باید بتوانند بخوانند، درک کنند و به‌طور مناسب به آزمون پاسخ دهند. دوم، بعضی آزمون‌ها بیش از اندازه طولانی هستند که می‌تواند به کاهش حس تفاهم آزمون‌شونده یا افزایش ناکامی او منجر شوند. اجرای فرم‌های کوتاه آزمون ممکن است این مشکل را کاهش دهد، به شرط آنکه به‌طور مناسب تدوین شده باشند و با احتیاط کامل مورد استفاده قرار گیرند. در آخر، متخصصان بالینی باید گستره‌ای که برای آموزش اجرا و تفسیر ابزار نیاز دارند را بررسی کنند. اگر آموزش‌های بیشتری لازم است، یک برنامه‌ریزی برای این آموزش‌ها لازم است.

هنجاریابی

مسئله مهم دیگر در ارتباط با کفایت هنجارها است (به سیک‌چیتی، ۱۹۹۴ نگاه کنید). هر آزمون نرُم‌هایی دارد که بازتاب توزیع نمراتی است که با استفاده از نمونه هنجاریابی شده به دست آمده است. اساسی که بر طبق آن، نمرات آزمون افراد معنی می‌شود با شباهت بین افراد آزمون شده و گروه نمونه رابطه مستقیم دارد. اگر بین گروه یا افراد آزمون‌شونده و گروه نمونه هنجاریابی شده شباهت وجود داشته باشد، می‌توان مقایسه‌های باکفایتی انجام داد. برای نمونه، اگر آزمونی بر روی دانشجویان کالج امریکایی - اروپایی که بین ۱۸ تا ۲۲ سال سن دارند، هنجار شده باشد، می‌توان مقایسه‌های مفیدی برای دانشجویان کالج در همان دامنه سنی انجام داد (اگر ما فرض کنیم که آزمون از جهات دیگر دارای روایی و پایایی است). فردی که با گروه هنجاری تفاوت دارد (مثلاً به گروه دیگری تعلق داشته باشد، یا بیش از ۷۰ سال داشته باشد)، آزمون در ارزیابی او از سودمندی کمتری برخوردار است. ممکن است آزمونگر برای تعیین اینکه آیا تحقیقاتی که متعاقب انتشار راهنمای آزمون صورت گرفته‌اند، برای گروه‌های مختلف اقدام به هنجاریابی کرده‌اند یا نه نیاز به بررسی ادبیات تحقیق داشته باشد. این موضوع خصوصاً برای آزمون‌های همچون MMPI و رورشاخ که در آنها هنجارها برای گروه‌های مختلف تدوین شده‌اند، ضروری است.

سه سؤال مهم در رابطه با کفایت هنجارها وجود دارد که باید پاسخ داده شوند. اولین سؤال این است که آیا گروه هنجاریابی بازنمای گروهی است که آزمونگر دوست دارد آزمون را بر روی آنها اجرا کند. راهنمای آزمون باید شامل اطلاعات کافی برای تعیین معرف بودن گروه نمونه هنجاریابی باشد. اگر این اطلاعات ناکافی یا به هر دلیلی ناکامل باشند، این موضوع درجه اطمینان بالینی را به شدت کاهش می‌دهند. روش ایده‌آل و مرسوم، استفاده از نمونه‌گیری قشربندی تصادفی است. با این وجود، به علت اینکه این روش می‌تواند به شدت پرهزینه و وقت‌گیر باشد، بسیاری از آزمون‌ها در این جنبه با هم تفاوت دارند. سؤال دوم این است که آیا گروه هنجاریابی به اندازه کافی بزرگ است. اگر گروه نمونه بسیار کوچک باشد، ممکن است به خاطر نوسان تصادفی بسیار زیاد، نتایج، برآورد بی‌ثباتی ارائه کنند. سؤال آخر به این موضوع مربوط می‌شود که یک آزمون خوب علاوه برداشتن هنجارهای ملی گسترده، برای خرده گروه‌ها نیز دارای هنجار باشد. اگر آنها آزمون را بر روی خرده گروه‌های مشابه اجرا کنند، شناخت مرتبط با هنجارهای خرده گروه‌ها به آزمونگران اطمینان و انعطاف‌پذیری زیادی می‌دهد (نگاه کنید به دانا، ۲۰۰۵). این موضوع خصوصاً هنگامی مهم است که خرده گروه‌ها مجموعه نمراتی به وجود می‌آورند که از گروه هنجاری طبیعی به‌طور معناداری متفاوت هستند. این خرده گروه‌ها می‌توانند بر اساس عامل‌های همچون قومیت، جنس، موقعیت جغرافیایی، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی یا محیط شهری در برابر روستایی تقسیم‌بندی شوند. شناخت هر یک از این هنجارهای خرده گروه‌ها به آزمونگر اجازه می‌دهد تفسیرهای بامعنتر و مناسب‌تری از نمرات داشته باشد.

هنجاریابی می‌تواند همچنین به شیوه‌های اجرا نیز برگردد. یک آزمونی که به‌خوبی سازمان‌دهی شده باشد باید دستورالعمل‌هایی داشته باشد که به آزمونگر اجازه می‌دهد تا آزمون را مشابه سایر آزمونگران اجرا کند و همچنین اجرای