

روان‌شناسی بالینی

علم، عمل و فرهنگ

ویراست پنجم

جلد اول

تألیف

اندرو. ام پومرانتز

ترجمه

سپیده گل‌زاده

روانشناس بالینی

ویراستار

دکتر احمد علی پور

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

 SAGE

(با مجوز رسمی ترجمه)



رضایت آگاهانه	۱۵۱	پیشگفتار.....	۹
مرزها و روابط چندگانه.....	۱۵۳	مقدمه.....	۲۱
صلاحیت	۱۵۷	درباره نویسنده.....	۲۳
اخلاق در سنجش‌های بالینی.....	۱۶۱		
اخلاق در پژوهش‌های بالینی.....	۱۶۲		
مسائل اخلاقی معاصر	۱۶۳		
فصل ۶: اجرای پژوهش در روان‌شناسی بالینی ۱۷۰		بخش اول: معرفی روان‌شناسی بالینی ۲۵	
چرا روان‌شناسان بالینی تحقیق انجام می‌دهند؟.....	۱۷۱	فصل ۱: روان‌شناسی بالینی.....	۲۷
روان‌شناسان بالینی چگونه تحقیق انجام می‌دهند؟.....	۱۸۳	روان‌شناسی بالینی چیست؟.....	۲۸
مسائل اخلاقی تحقیقات در روان‌شناسی بالینی.....	۱۹۴	آموزش و پرورش در روان‌شناسی بالینی	۲۹
		چهارچوب‌های فعالیت‌های حرفه‌ای و استخدامی.....	۴۴
		تفاوت‌های روان‌شناسان بالینی با	۴۶
		فصل ۲: تکامل روان‌شناسی بالینی	۵۴
		ریشه‌های این رشته.....	۵۴
		پیش‌گامان اولیه	۵۵
		لایتنر ویتمر و پیدایش روان‌شناسی بالینی	۵۷
		ارزیابی	۵۹
		روان‌درمانی	۶۶
		گسترش این حرفه	۶۹
بخش دوم: ارزیابی.....	۱۹۹	فصل ۳: مناقشات کنونی در روان‌شناسی بالینی . ۷۵	
فصل ۷: اجرای پژوهش در روان‌شناسی بالینی		امتياز تجویز دارو	۷۶
DSM-5 و غیره.....	۲۰۱	درمان مبتنی بر شواهد / درمان دارای راهنما.....	۸۱
تعریف بهنجاری و نابهنجاری	۲۰۱	گسترش بیش‌ازحد اختلال‌های روانی	۹۰
تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی: تاریخچه‌ای مختصر.....	۲۰۸	روش‌های پرداخت: پرداخت شخص ثالث در برابر پرداخت	
جهت‌های جایگزین در تشخیص و طبقه‌بندی	۲۳۱	خویش‌فرما	۹۵
		تأثیر فناوری: درمان اینترنتی و بیشتر	۹۸
فصل ۸: مصاحبه بالینی.....	۲۳۷	فصل ۴: مباحث فرهنگی و گوناگونی فرهنگی در	
مصاحبه‌کننده	۲۳۹	روان‌شناسی بالینی.....	۱۰۷
مؤلفه‌های مصاحبه	۲۴۴	ظهور چندفرهنگی در روان‌شناسی بالینی	۱۰۸
عملگرایی مصاحبه.....	۲۵۳	صلاحیت فرهنگی.....	۱۱۴
انواع مصاحبه	۲۵۷	آیا ما همه همانند هستیم؟ یا همه با هم متفاوت هستیم؟.....	۱۲۶
مؤلفه‌های فرهنگی	۲۶۴	آموزش روان‌شناسان در مسائل مربوط به تنوع و فرهنگ ۱۳۱	
فصل ۹: ارزیابی‌های هوش و عصب - روان‌شناختی ۲۷۰		مثالی از تأثیر‌گذاری فرهنگ بر مسائل بالینی: رابطه والد -	
آزمون هوش	۲۷۱	فرزند.....	۱۳۴
آزمون‌های پیشرفت	۲۸۴	فصل ۵: مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در روان‌شناسی	
آزمون‌های روان‌شناختی	۲۸۶	بالینی	۱۳۹
فصل ۱۰: ارزیابی شخصیت و ارزیابی رفتاری .. ۲۹۵		نظام‌نامه اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا	۱۴۰
ارزیابی چندمحوری	۲۹۶	رازداری	۱۴۴
ارزیابی مبتنی بر شواهد.....	۲۹۶		
ارزیابی صلاحیت فرهنگی	۲۹۸		
آزمون‌های عینی شخصیت	۳۰۱		
آزمون‌های فرافکن شخصیت.....	۳۱۴		
ارزیابی رفتاری.....	۳۲۲		
نمایه.....	۳۲۹		

هدف درمان شناختی.....	۴۶۱	بخش سوم: روان‌درمانی.....	۳۲۹
دو رویکرد به درمان شناختی.....	۴۶۶	فصل ۱۱: مسائل عمومی در روان‌درمانی.....	۳۳۱
باورها به‌عنوان فرضیه‌ها.....	۴۷۴	آیا روان‌درمانی مؤثر است؟.....	۳۳۲
مضامین معاصر درمان شناختی.....	۴۷۵	کارآمدی در برابر اثربخشی در روان‌درمانی.....	۳۳۵
تا چه میزان مؤثر است؟.....	۴۸۶	چه نوع روان‌درمانی بهتر است؟.....	۳۴۲
فصل ۱۶: درمان گروهی و خانواده‌درمانی.....	۴۹۲	روانشناسان بالینی چه نوع روان‌درمانی را انجام می‌دهند؟.....	۳۵۲
گروه‌درمانی.....	۴۹۳	دنيس: یک مراجع خیالی که از منظرهای... ..	۳۶۰
خانواده‌درمانی.....	۵۰۴	فصل ۱۲: روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۵
خانواده‌درمانی: مفاهیم اساسی.....	۵۱۳	مفهوم روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۶
		اهداف روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۶۷
		مراحل روانی جنسی: مضامین بالینی.....	۳۸۲
بخش چهارم: موارد خاص.....	۵۲۷	الگوهای معاصرتر روان‌درمانی روان‌پویشی.....	۳۸۵
فصل ۱۷: روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان.....	۵۲۹	تا چه میزان مؤثر است؟.....	۳۸۹
مشکلات روانی در دوران کودکی.....	۵۳۰	فصل ۱۳: روان‌شناسی انسان‌گرا.....	۳۹۸
ارزیابی کودکان و نوجوانان.....	۵۳۴	مفاهیم انسان‌گرایی: مضامین بالینی.....	۳۹۹
روان‌درمانی کودکان و نوجوانان.....	۵۴۸	هدف روان‌درمانی انسان‌گرا.....	۴۰۰
فصل ۱۸: روانشناسی سلامت.....	۵۶۵	مؤلفه‌های روان‌درمانی انسان‌گرا.....	۴۰۳
تعاریف: روانشناسی سلامت در مقابل طب رفتاری.....	۵۶۶	انعکاس: پاسخ مهم درمانگر.....	۴۰۹
استرس.....	۵۶۷	جایگزین‌هایی برای انسان‌گرایی.....	۴۱۲
استرس و بیماری جسمانی.....	۵۶۸	مداخله‌های مثبت و مشاوره بر مبنای قدرت.....	۴۱۵
استرس و مقابله.....	۵۶۹	تا چه میزان مؤثر است؟.....	۴۱۹
حمایت اجتماعی.....	۵۷۳	فصل ۱۴: رفتاردرمانی.....	۴۲۶
مضامین بالینی.....	۵۷۵	بنیان‌های رفتاردرمانی.....	۴۲۷
پیروی از برنامه‌های پزشکی.....	۵۸۵	هدف رفتاردرمانی.....	۴۲۹
روندی در روانشناسی سلامت.....	۵۸۸	دو نوع شرطی‌سازی.....	۴۳۳
عوامل فرهنگی در روانشناسی سلامت.....	۵۸۹	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک.....	۴۳۵
فصل ۱۹: روانشناسی قانونی و جنایی.....	۵۹۵	تکنیک‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل.....	۴۴۱
تعریف و تاریخچه.....	۵۹۵	جایگزین‌های رفتاردرمانی.....	۴۵۰
فعالیت‌های قانونی روانشناسان بالینی.....	۵۹۸	تا چه اندازه مؤثر است؟.....	۴۵۵
واژه‌نامه.....	۶۲۶	فصل ۱۵: روان‌درمانی شناختی و درمان‌های مبتنی	۴۵۹
منابع.....	۶۵۷	بر ذهن‌آگاهی.....	۴۵۹
نمایه.....	۶۵۸		

بخش اول

معرفی روان‌شناسی بالینی

- فصل ۱: روان‌شناسی بالینی: تعریف و آموزش
- فصل ۲: تکامل روان‌شناسی بالینی
- فصل ۳: مناقشات و جهت‌گیری‌های کنونی در روان‌شناسی بالینی
- فصل ۴: تنوع و مسائل فرهنگی در روان‌شناسی بالینی
- فصل ۵: مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در روان‌شناسی بالینی
- فصل ۶: انجام تحقیقات در روان‌شناسی بالینی

روان‌شناسی بالینی

تعریف و آموزش

روان‌شناسی بالینی چیست؟

تعریف اولیه

تعاریف جدیدتر

آموزش و پرورش در روان‌شناسی بالینی

تعادل میان علم و عمل: مدل دانشمند - متخصص (بولدر)

گرایش به سمت تمرین: مدل متخصص - محقق (ویل)

گرایش به علم: مدل دانشمند بالینی

راه‌یابی: برنامه‌های تحصیلات تکمیلی چه چیزی را ترجیح

می‌دهند؟

کارروزی‌ها: *Postdoc* و *Predoc*

دریافت مجوز

فعالیت‌های حرفه‌ای و تنظیمات استخدامی

روان‌شناسان بالینی کجا مشغول به کار می‌شوند؟

روان‌شناسان بالینی چه کاری انجام می‌دهند؟

روانشناسان بالینی چه تفاوتی با آنها دارند...

روان‌شناسان مشاوره

روان‌پزشکان

مددکاران اجتماعی

روان‌شناسان مدرسه

مشاوران متخصص

درمانگران خانواده و زوج

اهداف یادگیری

- ۱-۱ سیر تحولات در تعاریف روان‌شناسی بالینی از سال‌های ۱۹۰۰ تاکنون را شرح دهید.
- ۱-۲ تعریف روان‌شناسی بالینی که توسط بخش ۱۲ انجمن روان‌شناسان آمریکا ارائه شده است را بازنویسی کنید.
- ۱-۳ کانون آموزشی مدل‌های دانشمند - متخصص (بولدر)، متخصص - محقق (ویل) و دانشمند بالینی را مقایسه کنید.
- ۱-۴ مزایا و محدودیت‌های مشاهده‌شده در مدل‌های دانشمند - متخصص (بولدر)، متخصص - محقق (ویل) و دانشمند بالینی را توضیح دهید.
- ۱-۵ بازگویی مشخصات متقاضی که توسط برنامه تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی ترجیح داده می‌شود.
- ۱-۶ فعالیت‌های حرفه‌ای کنونی و زمینه‌های استخدامی روان‌شناسان بالینی در آمریکا را به‌طور خلاصه بیان کنید.
- ۱-۷ موارد تفکیک روان‌شناسان بالینی از متخصصین حوزه‌های مرتبط دیگر مانند روان‌شناسان مشاوره، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان مدرسه، مشاوران شغلی و درمانگران خانواده و زوج را مشخص کنید.

به حوزه روان‌شناسی بالینی خوش آمدید! در طی این کتاب، شما تا حدودی با این حوزه آشنا خواهید شد: تاریخچه و مناقشات کنونی، مصاحبه و روش‌های مصاحبه و ارزیابی روان‌شناسی و رویکردهای روان‌درمانی. اجازه دهید تا بحث را با تعریف روان‌شناسی بالینی آغاز کنیم.

روان‌شناسی بالینی چیست؟

تعریف اولیه

اصطلاح **روان‌شناسی بالینی** برای اولین بار توسط **لایتنر ویتمر** در سال ۱۹۰۷ مورد استفاده قرار گرفت. ویتمر، همچنین، اولین کسی بود که یک کلینیک روان‌شناسی را راه‌اندازی کرد (ال. تی. بنیامین، ۱۹۹۶، ۲۰۰۵). موارد بیشتری در مورد سهم پیش‌تاز ویتمر در حوزه روان‌شناسی در فصل ۲ آورده شده است اما اکنون، بیایید ببینیم که او چگونه حوزه نوظهور خود را تعریف کرد. ویتمر روان‌شناسی بالینی را به‌عنوان یک رشته و با تشابهاتی به رشته‌های گوناگون، به‌خصوص پزشکی، تحصیلات آموزشی و جامعه‌شناسی در نظر گرفت. از این رو، یک روان‌شناس بالینی به فردی اطلاق می‌شد که فعالیت کاری‌اش در ارتباط با دیگران مؤلفه‌های درمان، آموزش و مسائل میان‌فردی را شامل می‌شد. اولین مراجعان ویتمر در کلینیک خود، کودکان با مشکلات رفتاری یا تحصیلی بودند. اگرچه، حتی در اولین نوشته‌هایش، ویتمر (۱۹۰۷) قابلیت به‌کارگیری روان‌شناسی بالینی برای افرادی از همه گروه‌های سنی و با مشکلاتی گوناگون را پیش‌بینی می‌کرد.

تعاریف جدیدتر

امروزه تعریف روان‌شناسی بالینی با چالشی بزرگ‌تر از زمان ویتمر روبه‌رو است. این رشته شاهد رشد فوق‌العاده‌ای در طیف گسترده‌ای از جهات بوده است که اغلب تعاریف ساده و مختصر نمی‌توانند این حوزه را به طور کامل به تصویر بکشند. به‌عنوان یک گروه، روان‌شناسان بالینی معاصر، فعالیت‌های متفاوت و بسیاری را با اهدافی بسیار متنوع، برای طیف بسیار گوناگونی از افراد انجام می‌دهند. برخی سعی کرده‌اند تعاریفی «سریع» از روان‌شناسی بالینی ارائه دهند تا تصویری از آنچه رشته ما مستلزم آن است را ارائه دهند. به عنوان مثال، بر اساس کتاب‌های درسی روان‌شناسی مقدماتی و فرهنگ لغت‌های روان‌شناسی مختلف، روان‌شناسی بالینی اساساً شاخه‌ای از روان‌شناسی است که افراد دارای مشکلات یا اختلالات روانی را مورد مطالعه، ارزیابی و درمان قرار می‌دهد (مایرز، ۲۰۱۳، واندن بوس، ۲۰۰۷). چنین تعریفی، به‌اندازه کافی به نظر معقول می‌رسد اما بدون کاستی هم نیست و تمام آنچه روان‌شناسان بالینی انجام می‌دهند، چگونگی انجام آن و یا افراد مخاطب این فعالیت‌ها را به تصویر نمی‌کشد.

یک تعریف دقیق، جامع و معاصر از روان‌شناسی بالینی لزوماً اختصاصی‌تر و توصیفی‌تر خواهد بود. **بخش روان‌شناسی بالینی (بخش ۱۲) از انجمن روان‌شناسان بالینی (APA)**، روان‌شناسی بالینی را این‌گونه تعریف می‌کند:

رشته روان‌شناسی بالینی علم، تئوری و عمل را در جهت فهم، پیش‌بینی و کاهش ناسازگاری، ناتوانی، درد و ناراحتی را به‌گونه‌ای تجمیع می‌کند تا انطباق، تغییر و تحول فردی را به بهترین صورت توضیح دهد. روان‌شناسی بالینی بر مؤلفه‌های عقلی، هیجانی، زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری عملکرد انسان در طول عمر، در فرهنگ‌های مختلف و در کلیه سطوح اجتماعی - اقتصادی تمرکز دارد (انجمن روان‌شناسان آمریکا، ۲۰۱۲).

گسترده‌گی این تعریف، نشان‌دهنده رشدی همه‌جانبه و غنی است که این رشته را در طی یک سده از زمانی که ویتمر برای اولین بار تعریفی برای آن ارائه داد، شاهد بوده است. (همان‌گونه که نورکراس و ساییت، ۲۰۱۶، بیان می‌کنند، «احتمالاً مطمئن‌ترین ادراک از روان‌شناسی بالینی این خواهد بود که این حوزه و فعالانش از تعاریف کلاسیک از آن پیشی می‌گیرند» ص. ۱). مسلماً، منظور این نویسندگان طرح این مسئله نبوده است که روان‌شناسی بالینی بر هر یک از این مؤلفه‌های دخیل در تعریف زمان برابری صرف کنند اما در مجموع، فعالیت روان‌شناسان بالینی در حقیقت چنین طیف گسترده‌ای را در برمی‌گیرد. برای استفاده در متن این کتاب، تعریفی به همین اندازه گسترده اما خلاصه‌شده کفایت خواهد کرد: روان‌شناسی بالینی شامل مطالعه دقیق و فعالیتی کاربردی در جهت فهم و ارتقاء جنبه‌های تجربیات انسانی، شامل مسائل و مشکلات رفتاری، هیجانی، یا هوش اما نه محدود به این موارد خاص تعریف می‌شود.

آموزش و پرورش در روان‌شناسی بالینی

علاوه بر نگاهی به تعاریف صریح از روان‌شناسی بالینی، مانند آنچه پیش‌تر آورده شد، می‌توانیم با فهم چگونگی آموزش و پرورش روان‌شناسان بالینی، به چستی روان‌شناسی بالینی پی ببریم. اجزای اصلی آموزش روان‌شناسی بالینی، در بین برنامه‌ها مشترک و سازمان‌بندی شده است (واون، ۲۰۰۶). روان‌شناسان بالینی در جست‌وجوی این برنامه‌ها، لازم است مدرک دکتری روان‌شناسی بالینی را کسب کنند، هر ساله حدوداً ۳۰۰۰ نفر از این افراد موفق به دریافت این مدارک می‌شوند (نورکراس و ساییت، ۲۰۱۶). اکثر دانشجویان صرفاً با داشتن مدرک کارشناسی و برخی با مدرک کارشناسی ارشد وارد دوره دکتری می‌شوند. معمولاً، این مدرک کارشناسی ارشد از طریق مدرک «پایان» دوره تحصیلات تکمیلی در روان‌شناسی بالینی اخذ شده است (به این معنا که دوره آموزشی آنها در سطح کارشناسی ارشد به پایان می‌رسد). برخی از فارغ‌التحصیلان در این‌گونه دوره‌های کارشناسی ارشد، به سمت اخذ مدرک

دکتری می‌روند، درحالی‌که برخی دیگر در مقاطع مختلفی به بازار کار وارد می‌شوند (کمپل، وارل، دیلی و براون، ۲۰۱۸؛ پومرانتز و مورفی، ۲۰۱۶).

برای آن دسته از افراد که پس از اخذ مدرک کارشناسی وارد این حوزه می‌شوند، این دوره آموزشی شامل گذراندن چهار سال دوره‌های فشرده و در ادامه یک سال کارورزی تمام‌وقت پیش از دکتری خواهد بود. دوره‌های پیش‌نیاز شامل دروسی در روان‌درمانی، سنجش، آمار، طراحی پژوهش و روش‌شناسی، پایه‌های بیولوژیک رفتار، پایه‌های شناختی - هیجانی رفتار، پایه‌های اجتماعی رفتار، تفاوت‌های فردی و موضوعات دیگر هستند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد و دکتری، همچنین گذراندن دوره‌های عملی که دانشجویان در جهت کسب تجربیات نظارت شده و انجام فعالیت بالینی انجام می‌دهند، از جمله پیش‌نیازهای این دوره به شمار می‌آیند.

زمانی که مسئولیت‌های دانشگاهی و درسی به اتمام می‌رسد، دانشجویان، کارورزی پیش از دکتری را آغاز می‌کنند که در آن مسئولیت‌های بزرگ‌تر بالینی و تجربیات تحت نظارت تمام‌وقت را کسب خواهند کرد. این کارورزی پیش از دکتری، به موازات کارورزی پس از دکتری که در مرحله بعد از کسب مدرک انجام می‌شود، در ادامه این فصل با جزئیات بیشتر شرح داده خواهد شد.

علاوه بر این ملزومات پایه‌ای، مخصوصاً در دهه‌های اخیر، هیچ مسیر خاص و واحدی برای افراد در جهت وارد شدن به حوزه روان‌شناسی بالینی وجود ندارد. در عوض، مسیرهای متعدد و فراوانی جهت ورود به این حرفه وجود دارند. یکی از موارد فراوان این تخصص‌ها، دوره دکتری روان‌شناسی بالینی است. در واقع، بیش از نیمی از دوره‌های دکتری تأییدشده توسط انجمن روان‌شناسان آمریکا APA در روان‌شناسی بالینی، آموزش در یک حوزه تخصصی را در بردارند (اما احتمالاً آن را لازم نمی‌دانند). معمول‌ترین حوزه‌های تخصصی شامل تخصص‌های بالینی کودک، بالینی سلامت، پزشکی قانونی، خانواده و عصب‌روان‌شناسی بالینی هستند (ک.ام. پری و بوکاجینی، ۲۰۰۹). (به هر یک از این حوزه‌های تخصصی در فصول بعدی و در همین کتاب پرداخته خواهد شد). نشانه‌ای دیگر از مسیرهای گوناگون در جهت کسب تخصص روان‌شناسی بالینی، وجود هم‌زمان سه مدل مجزای آموزشی مورد استفاده در دوره‌های تحصیلات تکمیلی است: مدل دانشمند - متخصص (بولدر)، مدل منحصص - محقق (ویلی) و مدل دانشمند بالینی (روث، ۲۰۱۵). اکنون به هریک با توجه به جزئیات آن خواهیم پرداخت.

تعادل میان علم و عمل: مدل دانشمند - متخصص (بولدر)

در سال ۱۹۴۹، اولین کنفرانس آموزش تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی در بولدر، کولورادو، برگزار شد. در این کنفرانس، مدیران آموزشی از کل کشور به یک اجماع مهم دست یافتند: آموزش روان‌شناسی بالینی باید به‌طور مشترک بر عمل و پژوهش تأکید داشته باشد. به بیان دیگر، برای اینکه روان‌شناس بالینی باشند، دانشجویان تحصیلات تکمیلی لازم است تحت آموزش قرار گرفته و این تخصص را در

روش‌های بالینی به صورت کاربردی (ارزیابی، روان‌درمانی و غیره) و روش‌های پژوهشی لازم برای یادگیری و ارزیابی علمی این حوزه در عمل اجرا کنند (گراس، ۲۰۱۶؛ ن.ال. جانسون و بیکر، ۲۰۱۵؛ کلوناف، ۲۰۱۱، ۲۰۱۶). حاضرین در این کنفرانس، همچنین به این توافق دست یافتند که واحدهای درسی باید بازنمایی از این تأکید دوگانه در کلاس‌های آمار و روش‌های تحقیق، همراه کلاس‌های روان‌درمانی و ارزیابی باشد. به همین ترتیب، انتظارات از جنبه‌های مستقل‌تر آموزشی هم این تأکید دوگانه را منعکس خواهند کرد: دانشجویان تحصیلات تکمیلی هر دو مورد فعالیت بالینی (تحت نظارت) و پژوهش‌های تجربی خود (پایان‌نامه و رساله) را انجام می‌دهند. این دوره‌های تحصیلات تکمیلی در دانشکده روان‌شناسی و تحت نظارت دانشگاه‌ها متمرکز هستند و فارغ‌التحصیلان به درجه Phd نائل خواهند شد. اصطلاح **مدل دانشمند - متخصص** برای مشخص کردن این دو رویکرد به هم‌تنیده در فرآیند آموزش به کار رفته است (مک فال، ۲۰۰۶؛ نورکراس و ساییت، ۲۰۱۶).

بدون شک، برای چندین دهه، رویکرد دانشمند-متخصص - یا مدل بولدر - به آموزش روان‌شناسی بالینی بر این حوزه تسلط داشت (کلانوف، ۲۰۱۱، ۲۰۱۶). در واقع، دوره‌های بسیاری همچنان بر مدل بولدر بیش از دیگر رویکردها تأکید می‌کنند. اگرچه، در گذر زمان، برخی تحولات موجب به وجود آمدن گستره زیادی از نظریه‌ها در آموزش روان‌شناسی شدند. این گرایش در میانه طیف تمرین و تحقیق ثابت باقی نماند و در عوض، حرکتی در دو سمت انتهایی این طیف داشته است.

گرایش به سمت کار: مدل متخصص - محقق (ویل)

در سال ۱۹۷۳، کنفرانس دیگری در آموزش روان‌شناسی بالینی در کلرادو و این بار در شهر ویل برگزار شد (گراس، ۲۰۱۶، کلوناف، ۲۰۱۶). در سال‌های پیش از برگزاری این کنفرانس، برخی نارضایتی‌ها از مدل بولدر، یا مدل دانشمند - متخصص آموزشی به وجود آمده بود؛ بنابراین، بسیاری از روان‌شناسان بالینی حاضر در این کنفرانس، مشتاقانه این سؤال را می‌پرسیدند که «چرا من به عنوان یک دانشمند به چنین آموزش گسترده‌ای نیاز دارم، در حالی که هدف من صرفاً کار است؟» به هر حال، تنها تعداد کمی از روان‌شناسان بالینی به عنوان یک کار حرفه‌ای اولیه وارد دانشگاه می‌شدند یا در غیر این صورت، به روشی دیگر به پژوهش می‌پرداختند. فعالیت بالینی به لحاظ حرفه‌ای محبوبیت بیشتری داشت (بونبو و کوچا، ۱۹۷۴؛ مک کانل، ۱۹۸۴؛ استریکر، ۲۰۱۱) و روان‌شناسان بالینی بسیاری به دنبال اخذ مدرک درجه دکتری تحت آموزشی نه این چنین گسترده در حوزه پژوهش، بلکه آموزشی گسترده‌تر در حوزه مهارت‌های کاربردی بالینی بودند. به علاوه، برخی از افراد در حیطه این تخصص با این پرسش روبه‌رو می‌شدند که آیا کیفیت و کمیت متخصصین برای خدمت‌رسانی به جمعیت کافی خواهد بود یا خیر (استیکر، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، مدل آموزشی **متخصص - محقق**، به موازات نوع جدیدی از مدرک درجه دکتری، **PsyD**، به وجود آمد (فولی و مک‌نیل، ۲۰۱۵؛ روث، ۲۰۱۵؛ استریکر و لالی،

۲۰۱۵). از سال‌های دهه ۱۹۷۰، دوره‌های تحصیلات تکمیلی با ارائه مدرک PsyD رونق بسیاری گرفتند. در واقع، تنها در دوره سال‌های ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۱، تعداد مدارک PsyD ارائه شده به میزان ۱۶۰٪ افزایش یافت (مک فال، ۲۰۰۶). در مقایسه با دوره‌های PhD، این دوره‌ها در عمل واحدهای درسی بیشتری که مستقیماً با فعالیت در ارتباط بوده و میزان کمتری از واحدهای درسی مرتبط با آمار و تحقیق را ارائه می‌دهند (نورکراس، ساییت، مین، کارگ و تارکسون، ۱۹۹۸). کادر ۱-۱ را به‌منظور مقایسه موردی مدل‌های آموزشی PhD و PsyD ملاحظه کنید.

گسترش رویکرد PsyD (متخصص - محقق، مدل ویل) به آموزش در روان‌شناسی بالینی، این رشته را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. البته، پیش از آغاز رویکرد PsyD، PhD تنها مدرک دکتری برای روان‌شناسی بالینی بود. در حال حاضر، بیش از نیمی از مدارک دکتری اخذ شده در این رشته مدارک PsyD هستند (نورکراس، کوهات و ویچرسکی، ۲۰۰۵). در واقع تعداد دوره‌های PsyD در مقایسه با تعداد دوره‌های PhD کم‌تر هستند - حدود ۸۰ در مقابل ۲۵۰- اما یک دوره معمولی PsyD و تعداد فارغ‌التحصیلانش بسیار بیشتر از دوره‌های PhD است، بنابراین، تعداد افراد فارغ‌التحصیل در هر دو دوره تقریباً برابر است (تقریباً معادل ۱۵۰۰ برای هر کدام؛ کلوناف، ۲۰۱۱؛ نورکراس و ساییت، ۲۰۱۶، استرایکر، ۲۰۱۱).

در جدول ۱-۱، داده‌های یک داده‌های نظرسنجی در مقیاسی بزرگ از دوره‌های تحصیلات تکمیلی آورده شده (ج.ام. گراهام. کیم، ۲۰۱۱) و جزئیات بیشتری از موارد موضوعات عمومی مرتبط با کادر ۱-۱ را ارائه می‌دهد.

جدول ۱-۱ مقایسه دوره‌های آموزشی PhD و PsyD در روان‌شناسی بالینی		
متغیر	PsyD	PhD
میانگین نمرات GRE (شفاهی + سنجش) دانشجویان پذیرفته شده	۱۱۱۶	۱۲۵۶
میانگین نمرات کارشناسی GPA	۳٫۴	۳٫۶
درصد دانشجویانی که حداقل به میزانی، تخفیف شهریه و استادیاری دریافت می‌کنند	۱۳٫۹	۷۸٫۴
تعداد دانشجویان در کلاس‌های آتی	۳۷٫۴	۹٫۷
درصد متقاضیان حاضر	۲۶٫۳	۷٫۴
درصدی که به کارآموزی پیش از دکتری مورد تأیید APA وارد شدند	۶۶٫۰	۹۲٫۸

منبع: گراهام و کیم (۲۰۱۱)

*نمرات GRE گزارش شده بر مبنای مقیاس‌های پیشین است. تخمین نمرات حاضر GRE برای PsyD ۳۰۳ و برای PhD ۳۱۲ بر مبنای اطلاعات از: https://www.ets.org/s/gre/pdf/concordance_information.pdf. خواهد بود.