

# مصاحبه بالینی ویژه کودکان و نوجوانان

---

ارزیابی، مداخله

---

استفان اچ. مک کانهی

مترجمان:

پرویز شریفی درآمدی

استاد دانشگاه علامه طباطبایی

نازنین راکبی

زهرا رمضانعلی زاده

ویراستار:

منصوره یزدانی چالش تری



نشر دانه

## فهرست مطالب

- فصل اول: مصاحبه‌های بالینی در بافت روش‌های ارزیابی ..... ۱۱
- چشم‌اندازی تاریخی به مصاحبه‌های بالینی ..... ۱۳
- ماهیت مصاحبه‌های بالینی ..... ۱۷
- فرضیه‌های کارآمد مصاحبه‌های بالینی ..... ۲۰
- نیاز به منابع اطلاعاتی متعدد ..... ۲۰
- تغییرهای موقعیتی ..... ۲۱
- توافق محدود بین منابع خبر ..... ۲۲
- تغییرات در ساختار و محتوای مصاحبه ..... ۲۳
- محتوای مصاحبه و راهکارهای سؤال پرسیدن ..... ۲۴
- مصاحبه‌کنندگان به عنوان عناصر اصلی در چندین روش ارزیابی ..... ۲۸
- نمونه‌های مورد بررسی ..... ۳۲
- اندی لاک‌وود، هفت ساله ..... ۳۲
- بروس گارسیا، نه ساله ..... ۳۳
- کاترین هالکامب، ۱۱ ساله ..... ۳۴
- کارل برایانت، ۱۲ ساله ..... ۳۴
- کلسی واتسون، ۱۴ ساله ..... ۳۴
- ساختار این کتاب ..... ۳۵
- فصل دوم: شیوه‌های مصاحبه بالینی با کودکان ..... ۳۷
- اهداف مصاحبه‌های بالینی با کودکان ..... ۳۸
- محیط و ظاهر مصاحبه‌کننده ..... ۴۰

- ۴۲ ..... صحبت درباره هدف و رازداری با کودکان
- ۴۴ ..... رعایت ملاحظات تحولی برای مصاحبه با کودکان
- ۴۶ ..... مشخصات تحولی اوایل کودکی
- ۵۰ ..... راهبردهای سؤال پرسیدن از کودکان در اوایل کودکی
- ۵۲ ..... مشخصه‌های تحول اواسط کودکی
- ۵۵ ..... راهبردهای سؤال پرسیدن از کودکان در اواسط دوره کودکی
- ۶۰ ..... مشخصه‌های تحول نوجوانان
- ۶۳ ..... راهبردهای سؤال پرسیدن از نوجوانان
- ۶۶ ..... جایگزین کردن ارتباط کلامی و غیرکلامی
- ۶۹ ..... پرداختن به دروغگویی
- ۷۳ ..... مصاحبه فرهنگی و کودکان، تنوع زبانی و والدین آنها
- ۷۷ ..... تسلط محدود به زبان انگلیسی و کودکان دو زبانه
- ۷۹ ..... استفاده از مترجم
- ۸۱ ..... فرهنگ‌پذیری و هویت فردی فرهنگی
- ۸۵ ..... به پایان رساندن مصاحبه بالینی با کودکان
- ۸۸ ..... خلاصه
- ۸۹ ..... پیوست ۱-۲: دستورالعمل‌های کلی برای مترجم‌ها
- ۹۰ ..... پیوست ۲-۲: دستورالعمل‌های اخلاقی برای افرادی که به‌عنوان مترجم فعالیت می‌کنند
- ۹۳ ..... فصل سوم: مصاحبه‌های بالینی با کودک
- ۹۳ ..... فعالیت‌ها، مدرسه و ارتباط با همسالان
- ۹۶ ..... فعالیت‌ها و علایق
- ۹۸ ..... مدرسه و تکلیف
- ۱۰۵ ..... نمونه مورد بررسی: اندی لاک وود
- ۱۰۸ ..... دوستی و ارتباط با همسالان
- ۱۱۲ ..... عوامل خطر در عدم پذیرش فرد همسال
- ۱۱۴ ..... مصاحبه در مورد دوستی و ارتباط با همسالان

## فهرست مطالب ۵

۱۱۵	نمونه مورد بررسی: بروس گارسیا
۱۲۱	نمونه مورد بررسی: کارل برایانت
۱۲۷	آزار دادن و آزار دیدن
۱۲۹	رواج آزار دادن و آزار دیدن
۱۳۴	عوامل آزار دادن و آزار دیدن
۱۳۷	مصاحبه در مورد آزار دادن و آزار دیدن
۱۴۱	خلاصه
۱۴۳	پیوست ۳-۱: مصاحبه دانش‌آموزی نیمه‌ساختاریافته
۱۵۳	فصل چهارم: مصاحبه‌های بالینی با کودک
۱۵۳	خودآگاهی، احساسات و مسائل نوجوانان
۱۵۴	خودآگاهی و احساسات
۱۵۵	سه آرزو
۱۵۸	سؤالاتی راجع به هیجانات و احساسات بنیادین
۱۶۰	تفکرات عجیب و غریب و افکار مربوط به خودکشی
۱۶۱	جملات ناتمام
۱۶۳	نمونه مورد بررسی: کاترین هالکامب
۱۶۸	مسائل نوجوانان
۱۶۸	الکل و مواد مخدر
۱۷۴	رفتار ضد اجتماعی و مقابله با قانون
	قرار گذاشتن با جنس مخالف، ماجراهای عاشقانه و فعالیت‌های جنسی
۱۷۷	
۱۸۰	هویت جنسی
۱۸۹	مقیاس‌های استاندارد خودارزیابی
۱۹۱	مشکلات مرتبط با رازداری در مواجهه با نوجوانان
۱۹۶	خلاصه
۱۹۸	پیوست ۴-۱: آنچه من احساس می‌کنم و درموردش فکر می‌کنم
۱۹۹	پیوست ۴-۲: درباره احساساتم

۲۰۱	فصل پنجم: مصاحبه‌های بالینی با کودکان
۲۰۱	وضعیت خانه و روابط خانوادگی
۲۰۲	درگیری‌های خانوادگی
۲۰۶	نقاشی با موضوع روابط خانوادگی
۲۰۷	مثال موردی: بروس گارسیا
۲۱۵	مثال موردی: کارل برایانت
۲۲۵	سوءاستفاده و غفلت از کودکان
۲۲۷	گزارش‌های رسمی
۲۲۸	نشانه‌های سوء استفاده جنسی یا غفلت
۲۲۹	مصاحبه درباره سوء استفاده جنسی و غفلت
۲۳۳	خلاصه
۲۳۵	فصل ششم: مصاحبه با والدین
۲۳۷	صحبت درباره رازداری و هدف از مصاحبه با والدین
۲۴۱	راهبردهایی برای مصاحبه با والدین
۲۴۵	موضوعاتی برای طرح در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با والدین
۲۴۷	دغدغه‌های مربوط به کودک
۲۴۷	مشکلات رفتاری یا هیجانی
۲۴۸	ارزیابی رفتاری کارکردی
۲۵۱	مقیاس‌های رتبه بندی استانداردار والدین
۲۵۹	عملکرد اجتماعی
۲۶۲	عملکرد در مدرسه
۲۶۶	سابقه پزشکی و تحولی
۲۶۷	روابط خانوادگی و وضعیت حاکم بر خانه
۲۷۰	اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان
۲۷۱	کاربرد روش‌های تشخیصی روان‌پزشکی
۲۷۵	مصاحبه‌های ساختاریافته تشخیصی با والدین
۲۷۷	مصاحبه والدینی که از نظر فرهنگی یا زبانی متفاوت هستند

## فهرست مطالب ۷

۲۸۶	به پایان رساندن مصاحبه با والدین.....
۲۸۷	خلاصه.....
۲۸۹	پیوست ۶-۱: مصاحبه نیمه ساختاریافته با والدین.....
۳۰۳	پیوست ۶-۲: فرم اطلاعات کودک و خانواده.....
۳۱۱	فصل هفتم: مصاحبه با آموزگاران.....
۳۱۳	بحث با آموزگاران در زمینه مسائل محرمانه.....
۳۱۶	راهبردهای عملی در مصاحبه با آموزگاران.....
۳۱۹	موضوعاتی برای مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با آموزگاران.....
۳۱۹	نگرانی‌های مربوط به کودک.....
۳۲۰	مشکلات رفتاری در مدرسه.....
۳۲۱	مقیاس‌های استاندارد رتبه‌بندی آموزگاران.....
۳۲۳	عملکرد تحصیلی.....
۳۳۰	راهبردهای تدریس.....
۳۳۰	مداخلات تحصیلی در جهت رفع مشکلات رفتاری.....
۳۳۱	کمک یا خدمات ویژه.....
۳۳۵	پایان مصاحبه با آموزگاران.....
۳۳۶	خلاصه.....
۳۳۸	پیوست ۷-۱: مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با آموزگاران.....
	فصل هشتم: تفسیر مصاحبه‌های بالینی برای ارزیابی و تعیین مداخلات مؤثر
۳۴۹	.....
۳۵۰	ضبط و گزارش اطلاعات حاصل از مصاحبه.....
۳۵۰	فرم‌های رتبه بندی و نمودارهای نمره گذاری SCICA.....
۳۵۳	تلفیق مصاحبه‌های بالینی با داده‌های حاصل از ارزیابی‌های دیگر.....
۳۵۵	مثال موردی: اندی لاکوود.....
۳۶۲	مثال موردی: بروس گارسیا.....
۳۶۶	مثال موردی: کترین هولکامب.....
۳۷۱	مثال موردی: کارل برایانت.....

مثال موردی: کلسی واتسون .....	۳۷۸
خلاصه .....	۳۸۳
<b>فصل نهم: ارزیابی خطر خودکشی .....</b>	<b>۳۸۵</b>
مسائل مربوط به مسئولیت و اصول اخلاقی .....	۳۸۷
عوامل خطر ساز، علائم هشدار دهنده، و عوامل ایجاد کننده .....	۳۸۹
علائم خطر ساز خودکشی .....	۳۸۹
علائم هشدار دهنده خودکشی .....	۳۹۲
بحران های موقعیتی، رویدادهای تنش زا، و عوامل تأثیر گذار بر خودکشی	
.....	۳۹۵
هدف از ارزیابی خطر خودکشی مدرسه-محور .....	۳۹۷
ارزیابی چندروشی خطر .....	۳۹۸
مصاحبه با کودکان و نوجوانان .....	۳۹۸
مصاحبه با آموزگاران و والدین / سرپرست ها .....	۴۰۳
سایر روش های ارزیابی .....	۴۰۵
مداخلات فوری برای جوانان متمایل به خودکشی .....	۴۰۷
شکستن حریم خصوصی .....	۴۰۷
مطلع ساختن والدین / سرپرست ها .....	۴۰۸
استفاده از عبارت تعهد در قبال درمان به جای قراردادهای	
ممنوعیت خودکشی .....	۴۰۸
از بین بردن ابزارهای مرگبار در دسترس .....	۴۱۰
حفظ ایمنی فرد جوان .....	۴۱۱
مستند سازی .....	۴۱۱
آمادگی برای بازگشت فرد جوان به مدرسه .....	۴۱۲
تمایز میان رفتار خودکشی با خودزنی بدون قصد خودکشی .....	۴۱۲
انجام مداخله هایی برای جوانانی که اقدام به NSSI می کنند .....	۴۱۶
ارتقاء مهارت های حرفه ای در زمینه ارزیابی خطر خودکشی .....	۴۱۶
خلاصه .....	۴۱۷
پیوست ۹-۱: مصاحبه دانش آموز برای غربالگری خطر خودکشی .....	۴۱۸

فصل دهم: ارزیابی اعمال خشونت توسط جوانان و تهدید به خشونت

۴۲۱	در مدارس
۴۲۱	ارزیابی‌های خطر مبتنی بر مدرسه
۴۲۳	زمینه اجتماعی ارزیابی‌های خطر
۴۲۵	امکان ایجاد خطر در تهدیدات مرتبط با خشونت
۴۲۹	پیش‌نیازهای ارزیابی میزان خطر مبتنی بر مدرسه
۴۳۱	پرسش‌های اصلی اطلاع‌رسانی ارزیابی خطر مبتنی بر مدارس
۴۳۳	ویژگی‌های کودکان معرفی شده جهت ارزیابی میزان خطر آفرینی آنان در مدرسه
۴۴۰	چارچوب و پروتکل ارزیابی میزان خطر در مدارس
۴۴۰	ارجاع برای ارزیابی میزان خطر در مدارس
۴۴۲	اسناد مربوط به تجربه رویداد بحرانی توسط دانش آموز و سوابق دیگر او
۴۴۳	مصاحبه با والدین
۴۴۵	مصاحبه‌های جنبی
۴۴۷	مصاحبه بالینی با کودک
۴۵۰	آزمون‌ها و چک‌لیست‌های روان‌شناختی
۴۵۲	صورت‌بندی موارد، یافته‌ها، و توصیه‌ها
۴۵۵	خلاصه
۴۵۶	پیوست ۱-۱۰: کاربرد ارزیابی میزان خطر در مدارس
۴۵۸	پیوست ۲-۱۰: گروه‌های ارزیابی خطر و راهبرد مدیریت موارد
۴۶۳	پیوست ۳-۱۰: نمونه رضایت آگاهانه برای ارزیابی میزان خطر در مدارس
۴۶۵	پیوست ۴-۱۰: شرح کلی از مصاحبه با والدین و کودک SBRA
۴۶۹	واژه‌نما
۴۷۵	موضوع‌نما
۴۷۹	نام‌نما



## فصل ۱

---

### مصاحبه‌های بالینی در بافت روش‌های ارزیابی

---

مصاحبه‌های بالینی<sup>۱</sup> مدت‌ها است که جایگاه ویژه‌ای در ارزیابی‌ها دارند. اهمیت مصاحبه‌های بالینی در سخنان نویسندگانی که در زمینه بالینی و مدرسه‌محور فعالیت می‌کنند، مشخص است:

مصاحبه، شاخص فرآیندهای ارزیابی است و شاید رایج‌ترین روشی باشد که در ارزیابی افراد، اطلاعات لازم را فراهم می‌آورد (بوسه<sup>۲</sup> و بیور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰، ص ۲۳۵).

مصاحبه برای کسب اطلاعات، ارج نهادن به دیدگاه منحصر به فرد کودکان و برقراری ارتباط، بسیار حائز اهمیت است. (لا گرکا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰، ص ۴).

مصاحبه یک روش ارزیابی بسیار پرکاربرد و ارزشمند است که در حین ملاقاتی غیررسمی با معلم دانش‌آموزی که ارجاع داده شده است یا با یکی از والدین در مورد شناسایی مشکل، انجام می‌شود و یا مصاحبه‌ای

---

1. Clinucal interviewing  
3. Beaver

2. Busse  
4. La Greca

تشخیصی<sup>۱</sup> است که با یک کودک یا نوجوان صورت می‌گیرد. (مرل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸، ص ۱۳۳).

در یک نظرسنجی از اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA)، مصاحبه‌های بالینی رتبه اول را به عنوان بیشترین کاربرد از ۳۸ روش ارزیابی ذکر شده به خود اختصاص داده است. (واتکینز<sup>۳</sup>، کمپبل<sup>۴</sup>، نیبردینگ<sup>۵</sup> و هالمارک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). در مقایسه با تنها ۵ درصد که کلمه «هرگز» را آوردند، نود و سه درصد از ۴۱۲ شرکت‌کننده گفتند که آن‌ها «همیشه» یا «اغلب» از مصاحبه‌های بالینی استفاده می‌کنند. شرکت‌کنندگان در این بررسی شامل پزشکان بالینی هستند که با بزرگسالان و کودکان کار می‌کنند. (برای اختصار، من از کلمه کودکان برای نوجوانان هم استفاده می‌کنم، مگر این‌که موضوع بحث فقط مربوط به نوجوانان باشد).

در یک نظرسنجی از اعضای انجمن ملی روان‌شناسان مدرسه (NASP)، بیش از ۷۰ درصد از ۱۲۳ پاسخ‌دهنده گزارش دادند که با کودک، معلم و والدین برای ارزیابی‌های رفتاری-اجتماعی-هیجانی، مصاحبه‌هایی داشته‌اند (استینت، هیوی<sup>۷</sup>، و اوهرل-استینت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴). شرکت‌کنندگان عنوان کردند که مصاحبه را بیشتر از سایر روش‌ها، از جمله مقیاس‌های رتبه‌بندی<sup>۹</sup>، پرسشنامه‌های خودگزارشی<sup>۱۰</sup>، و تکنیک‌های فرافکن<sup>۱۱</sup> به کار می‌برند.

این کتاب در مورد مصاحبه‌های بالینی با کودکان، والدین، و معلمان به منظور ارزیابی و برنامه‌ریزی برای کارهایی که باید انجام شود، بحث می‌کند. هدف این است که یک منبع و راهنمای کاربردی برای روان‌شناسان مدارس، روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان، کارکنان بهداشت روان و مددکاران اجتماعی مدارس، مشاوران راهنمایی، مربیان ویژه، متخصصان رفتاری مدرسه و کارآموزان در این زمینه‌ها فراهم شود.

---

1. Diagnostic interview  
3. Watkins  
5. Nieberding  
7. Havey  
9. Rating scales  
11. Projective techniques

2. Merrell  
4. Campbell  
6. Halmark  
8. Oehler  
10. Self-report inventories

بسیاری از قالب‌ها و راهبردهای مصاحبه مورد بحث، توسط روان‌پزشکان کودک و سایر پزشکان بهداشت روان که کودکان را در خارج از مدارس ارزیابی و درمان می‌کنند، نیز به کار گرفته می‌شود. پیوست بعضی از فصل‌های خاص، فرم‌های مصاحبه قابل تکثیر و سایر مطالب مرتبط را ارائه می‌دهد که پزشکان می‌توانند از آن استفاده کنند. فرض بر این است که پزشکانی که از این کتاب و مطالب آن استفاده می‌کنند، به آموزش حرفه‌ای مناسبی در مصاحبه بالینی، همچنین در نظریه و روش ارزیابی استاندارد روان‌شناسی، دست می‌یابند. همچنین از آن‌ها انتظار می‌رود که به اصول اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای خود مانند NASP، APA، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، انجمن مشاوره آمریکا (ACA) یا انجمن ملی مددکاران اجتماعی (NASW)، پایبند باشند.

این فصل پایه و اساس بحث در مورد مصاحبه‌های بالینی را در قالب یک دسترسی همه جانبه به ارزیابی و برنامه‌ریزی برای اقدامات لازم، ایجاد می‌کند. بخش بعدی مختصراً تاریخچه چشم‌انداز مصاحبه بالینی را ارائه می‌دهد، بخش‌هایی نیز به ماهیت مصاحبه‌های بالینی و تعهدات کاری اختصاص داده شده است که مبنای استفاده از این مصاحبه‌ها به عنوان بخشی از ارزیابی چندگانه است. فصل‌های بعدی به تکنیک‌های خاصی جهت انجام مصاحبه‌های بالینی با کودکان، والدین و معلمان، همچنین به روش‌های دیگر ارزیابی که می‌تواند به همراه مصاحبه‌ها به کار گرفته شوند، اشاره دارد.

## چشم‌اندازی تاریخی به مصاحبه‌های بالینی

مصاحبه‌های بالینی می‌تواند برای اهداف آموزشی متعدد و بهداشت روان مناسب باشد، از جمله: (۱) ارائه ارزیابی بالینی اولیه از مشکلات کودکان؛ (۲) تشخیص‌های روان‌پزشکی؛ (۳) طراحی اقدامات و سایر درمان‌های بهداشت روان مدرسه‌محور؛ (۴) ارزیابی اثربخشی خدمات فعلی و (۵) تحقیق در زمینه موقعیت‌های در معرض خطر، مانند خطر خودکشی، خطر خشونت یا خطر

کلی‌تر مشکلات هیجانی، رفتاری یا یادگیری (ستلر<sup>۱</sup> ۱۹۹۸). روان‌شناسان مدرسه، به ویژه، اغلب با فرزندان، والدین و معلمان به عنوان بخشی از ارزیابی جامع مصاحبه می‌کنند تا تعیین کنند که آیا یک کودک چنان‌که در قانون آموزش افراد دارای معلولیت تعریف شده است، درگیر «اختلال هیجانی»<sup>۲</sup> (ED) است؟ (۱۹۹۰، ۱۹۹۷، ۲۰۰۴؛ از این پس تحت عنوان طرح ۲۰۰۴ از آن یاد می‌شود).

مصاحبه‌های بالینی به طور گسترده‌ای برای ارزیابی مشکلات کودکان و برنامه‌ریزی برای هرگونه اقدامی، انجام می‌شود.

اطلاعاتی که از فرزندان، والدین و معلمان در مصاحبه‌ها به دست می‌آید به ویژه می‌تواند برای ارزیابی اختلال هیجانی و

همچنین برنامه‌ریزی مناسب فعالیت‌های مدرسه و خدمات بهداشت روان برای کودکان مبتلا به اختلال هیجانی مفید باشند. روان‌شناسان و روان‌پزشکان بالینی نیز برای تشخیص تا حد زیادی به مصاحبه‌های بالینی با والدین و فرزندان اعتماد می‌کنند، همان‌طور که توسط راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، چاپ پنجم، (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و پیش‌نیاز آن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، چاپ چهارم، بازنگری متن (DSM-IVTR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تعریف شده است. مصاحبه با کودکان، والدین و معلمان در ارزیابی رفتاری مدرسه‌محور به همان اندازه مشاوره برای مشکلات رفتاری و تحصیلی مهم است (به عنوان مثال، بیور و بوسه، ۲۰۰۰، کراتوچویل<sup>۳</sup>، الیوت<sup>۴</sup> و کالان استویبر<sup>۵</sup>، مک‌کانهی<sup>۶</sup> و ریتز<sup>۷</sup>، در مطبوعات؛ شاپیرو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ شریدان<sup>۹</sup>، و برگان<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۶؛ زینس<sup>۱۱</sup> و ارچول<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲).

1. Sattler  
3. Kratochwill  
5. Callanstoiber  
7. Ritter  
9. Sheridan  
11. Zins

2. Emotional disturbance  
4. Elliott  
6. Mc Conaughy  
8. Shapiro  
10. Bergan  
12. Erchul

از نظر تاریخی، مصاحبه‌های بالینی یکی از ویژگی‌های اصلی آنچه ارزیابی سنتی مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان خوانده می‌شد، بوده است (هاگز<sup>۱</sup> و بیکر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰، کراتوچویل و شاپیرو، ۲۰۰۰؛ شاپیرو و کراتوچویل، ۲۰۰۰). این اصطلاح شامل الگوهای متنوعی از جمله تشخیص پزشکی، روان‌پویایی<sup>۳</sup>، روان‌سنجی و ارزیابی شخصیت می‌باشد. اولین شرکت‌کنندگان ارزیابی رفتاری، تفاوت‌های آشکاری بین رویکردشان و آنچه آن‌ها ارزیابی سنتی می‌نامیدند، ایجاد کردند. (به عنوان مثال، هارتمن<sup>۴</sup>، رOPER<sup>۵</sup> و بردفورد<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹). ارزیابی سنتی عمدتاً به حالات زمینه‌ای یا ویژگی‌های شخصیتی فرد به عنوان علل رفتار، اشاره دارد. رویکردهای پزشکی همچنین به وضعیت جسمی، بیماری‌ها، یا اختلال‌هایی در فرد به عنوان علل احتمالی رفتار، اشاره دارد. در مقابل، ارزیابی رفتاری بر این اساس استوار است که رفتارهای قابل مشاهده، محتاطانه، مشکل‌ساز و حوادث احتمالی در محیط که این رفتارها را تقویت و حفظ کرده است، بدون هیچ‌گونه فرضی در مورد علل اصلی آن، مانند ویژگی‌های شخصیتی یا اختلال‌های فرد، شکل گرفته است.

ارزیابی سنتی نیز به صورت ارزشی توصیف شده است، زیرا عملکرد فرد را با گروه‌ها یا افراد دیگر مقایسه می‌کند. ارزیابی رفتاری، برعکس، به صورت اندیشه‌نگاری در نظر گرفته شده است، زیرا بر رفتارهای مورد نظر افراد بدون مقایسه با افراد یا گروه‌های دیگر اشاره دارد (استنجر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ شاپیرو و کراتوچویل، ۲۰۰۰). روش‌های سنتی ارزیابی، بیشتر به مصاحبه بالینی، فرم‌های گزارش و آزمون‌ها متکی بودند، در حالی که ارزیابی رفتاری به مشاهده مستقیم رفتارهای رایج در موقعیت‌های طبیعی متکی است.

همگام با رشد و تحول ارزیابی رفتاری، تمرکز و تعهد آن نیز بر روش‌های متنوع، گسترش پیدا کرد. در نتیجه، تمایز بین ارزیابی سنتی و

1. Hughes

3. Psychodynamic

5. Roper

7. Stanger

2. Baker

4. Hartman

6. Bradford