

## جامعه‌شناسی بالینی: مسائل و چشم‌اندازها

ال. الکس. سوآن<sup>۸۴</sup> دانشگاه تگزاس جنوبی

مترجم: فرزانه فرشادی<sup>۸۵</sup>

### چکیده:

این مفهوم کلی<sup>۸۶</sup> که جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان می‌توانند «بالینی» باشند، در حال ریشه‌یابی است، حتی اگر ریشه‌ها در زمینه‌ی «سلامت روان» و سایر زمینه‌های مرتبط با درمان و تغییر به خوبی تثبیت نشده باشند. سایر متخصصان بالینی این مبحث را به چالش نمی‌گیرند که جامعه‌شناسی دارای دانش و اطلاعاتی است که می‌تواند برای مشکلاتی به کار گرفته شود که فرد، گروه، سازمان، صنعت و جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. درباره‌ی روش‌های جامعه‌شناختی و تکنیک‌ها برای تولید اطلاعات و پدیدآوردن دانش درباره‌ی زندگی گروهی هرگز تردیدی وجود ندارد. با این حال، پرسش‌های گوناگونی از سوی متخصصان بالینی موثق<sup>۸۷</sup> درباره‌ی مهارت‌ها و توانایی نهفته‌ی «درمانی» و «بالینی» جامعه‌شناسان و جامعه‌شناسی مطرح می‌شود. بررسی ماهیت بالینی در روانپزشکی<sup>۸۸</sup>، روانشناسی بالینی<sup>۸۹</sup>، و

84. L. Alex Swan, Texas Southern University

85 . دکترای جامعه‌شناسی، پژوهشگر مستقل در مطالعات جامعه‌شناختی

[tarjouman@gmail.com](mailto:tarjouman@gmail.com)

86. Notion

87 . شناخته شده، رسمی و معتبر

88 . Psychiatry

89 . Clinical psychology

مددکاری اجتماعی بالینی<sup>۹۰</sup> یا روانی در این مقاله ارائه شده است و از چهارنمونه‌ی مختصر برای نشان دادن ماهیت بالینی جامعه‌شناسی استفاده می‌شود.

**واژگان کلیدی:** جامعه‌شناسی بالینی، روان‌شناسی، روانپزشکی، مددکاری اجتماعی

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی و پژوهش‌های اجتماعی (شماره ۵ پاییز ۱۴۰۱ سال دوم)

## مسائل

جامعه‌شناسی مطالعه‌ی زندگی گروهی است و جامعه‌شناسی بالینی توجه خود را بر گروه‌ها متمرکز می‌کند، اگرچه ممکن است جامعه‌شناس بالینی با یکایک اعضای گروه نیز کار کند. بنابراین، در بستر اجتماعی-فرهنگی از تجربه‌ی گروهی، می‌توان هر دو سطح خرد و کلان از کاربرد جامعه‌شناسی بالینی پایه‌ریزی شود. دنیای اجتماعی پدید آمده از سوی انسان‌ها در گروه‌های مختلف اجتماعی و سازمان‌ها و نظام‌های اجتماعی مختلف حاکی از آن است که همه‌ی مسائل انسانی از مشارکت افراد در زندگی گروهی منتج می‌شود و تا حد زیادی دارای ماهیت اجتماعی است. در نتیجه، «مسائلی که به ظاهر روانی هستند، اغلب نتیجه‌ی مسائلی هستند که فرد در درون گروه‌ها دارد.» (گلاسنر و فریدمن، ۱۹۷۹: ۲۸۷-۲۸۸). به سبب چنین فهمی است که ماهیت بالینی جامعه‌شناسی باید طبقه‌بندی و تثبیت شود و محتوای درمانی و تکنیک‌های جامعه‌شناسان باید مستند و اثبات<sup>۹۱</sup> شود. مهم است تا اشاره شود که بهبود شرایط انسانی در انحصار هیچ رشته یا گروهی از متخصصان نیست. حرفه‌های مختلف روش‌های متفاوتی برای درک و مقابله با مسائل و شرایط انسان دارند. مدت‌های زیادی است که تشخیص داده شده است که انسان‌ها چند وجهی هستند و رویکرد تک بعدی برای درک و کاهش آلام انسان شکست خواهد خورد. انسان‌ها و رفتار آنها به بهترین وجه کاملاً درک می‌شوند و تحت تأثیر رشته‌ها و حرفه‌های متنوع هستند. یکی از مسائلی که جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان در تلاش برای بالینی بودن با آن مواجه

هستند؛ این است که هیچگاه شاخه‌ی بالینی به عنوان یک رشته دانشگاهی در درون این رشته پایه‌ریزی نشد، در حالیکه در رشته‌ی روانشناسی و در مددکاری اجتماعی به عنوان یک حرفه مطرح بود و مددکارهای اجتماعی به عنوان متخصصینی [هستند] که بر مهارت‌ها و تکنیک‌های روانشناختی تکیه کرده‌اند؛ در حالیکه دانش و اطلاعات جامعه‌شناختی را برای مسائل افراد و گروه‌ها به هدف تغییر به کار گرفته‌اند.

متخصصانی که در جامعه‌شناسی آموزش یافته‌اند، اگر به محیط‌هایی که متخصصان بالینی در آن فعال هستند یا به فعالیت‌هایی علاقه‌مند هستند که آنان [متخصصان بالینی] به آن [فعالیت‌ها] مشغول هستند؛ باید آموزش بیشتری در روانشناسی و نظارت بالینی کسب کنند. این چنین است، زیرا که بر محتوای بالینی فعالیت‌های تخصصی که ماهیت بالینی دارند؛ روانشناسی بالینی و روانپزشکی غالب شده‌اند. برخی از جامعه‌شناسان تصدیق می‌کنند که جامعه‌شناسی نمی‌تواند به همان شیوه‌ای بالینی باشد که روانشناسی و روانپزشکی بالینی هستند، و مشارکت جامعه‌شناسان بالینی در محیط‌های بالینی را برحسب تحقیق، طرح پرسش‌های اجتماعی-فرهنگی و چنین نقش‌های دیگری تعریف کرده‌اند که به ارائه‌ی جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان بالینی ثانویه در فعالیت‌های بالینی و درمانی تمایل دارند. جامعه‌شناسان فراوانی هستند که هم در جامعه‌شناسی و هم در روانشناسی دکترا دارند، یا دکترای جامعه‌شناسی دارند و مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی را برای تبدیل شدن به متخصصان

«پذیرفته شده»<sup>۹۲</sup> اخذ کرده‌اند. این وضعیت باید تغییر کند؛ اگر جامعه‌شناسان بالینی بخواهند نقش‌های اولیه را به عنوان متخصصان بالینی در اجتماع درمانی ایفا کنند.

### سایر مشاغل تخصص‌های بالینی

پیش از اینکه ماهیت بالینی جامعه‌شناسی را بررسی کنیم، ماهیت بالینی مددکاری اجتماعی روانی، روانشناسی بالینی و روانپزشکی را بررسی خواهیم کرد که طی سال‌های متمادی تلاش کرده‌اند تا با مسائل سلامت روان افراد مقابله کنند. این مشاغل دارای ویژگی‌های منحصر به فرد خاصی هستند، اما همه‌ی آنها در تمرکز بر سلامت روان همگرا هستند. بنابراین، وظیفه‌ی جامعه‌شناسی بالینی ایجاد چنین ویژگی‌هایی است که در فعالیت‌های بالینی به جامعه‌شناسان بالینی از گذر سایر کارگزاران تغییر، هویت منحصر به فرد آنان را اعطاء می‌کند. این وظیفه به طور فزاینده‌ای دشوار خواهد شد؛ زیرا روانشناسی اجتماع، خود را در رشته‌ی روانشناسی تثبیت می‌کند که مسائل انسانی را به طرز گسترده‌ای توسط شرایط جماعت اجتماع-محور<sup>۹۳</sup> و نیروها متعین می‌کند و به دنبال دگرگونی این نیروها و شرایط برای افزودن و ارتقاء کیفیت زندگی و وضعیت انسانی است. در حال حاضر، به دلایل گوناگونی، جامعه‌شناسی بالینی از حمایت کامل جامعه‌شناسی رسمی همانند اجتماع روان‌شناسی

۹۲. مشروع و مقبول legitimate . 92

۹۳. Social-community . 93

برخوردار نیست و [مطلب] درباره‌ی روان‌شناسی بالینی در رشته‌ی روان‌شناسی [نیز] این چنین بود.

### روان‌پزشک‌ها و روان‌پزشکی

روان‌پزشک‌ها به عنوان پزشک آموزش دیده‌اند و رشته‌ی روان‌پزشکی مبتنی بر پزشکی سازمان یافته است. در نتیجه، روان‌پزشکی و روان‌پزشک‌ها از پایگاه، نفوذ و احترام حرفه‌ای برخوردارند که حرفه‌ی پزشکی از آن برخوردار است. هر چند که روانپزشکی و روانپزشک‌ها بر تفکرات و اطلاعات روانشناختی و روانکاوی متکی هستند که در درجه‌ی اول توسط فروید، یونگ و آدلر ایجاد شده است و این تفکرات را برای مسایل سلامت روانی به کار می‌بندند. اگرچه این افراد در سنت پزشکی آموزش دیده بودند؛ [ولی] کمک‌های آنها ماهیت روان‌شناختی و روانکاوی بود و پزشکی نبود. امروزه روانپزشک‌ها به جهات مختلف به مثابه پزشک‌ها عمل می‌کنند. به عنوان مثال، معاینه‌های بدنی می‌کنند و مداوای دارویی را برای درمان مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی به بیماران خود تجویز می‌کنند. بعلاوه، روانپزشک‌ها با نظام طبقه‌بندی تشخیصی روانپزشکی از سنت پزشکی بهره می‌برند. بیماران به مثابه افرادی تلقی می‌شوند که از نوعی بیماری رنج می‌برند و می‌توان آن [بیماری] را از علائم مشخصه‌ی آنها در طبقه‌بندی مانند پارانویا، اسکیزوفرنی، هیستری و غیره شناسایی کرد. همه‌ی روانپزشک‌ها جهت‌گیری روانشناختی را نمی‌پذیرند. افرادی هستند که بر عوامل ژنتیکی یا عصبی و بیولوژیکی در تشریح بیماری روانی تاکید دارند و به تازگی برخی هستند که

جهت‌گیری اجتماعی را در بیان عدم موفقیت فردی در سازگاری پذیرفته‌اند.

روانپزشک‌ها به عنوان متخصص‌هایی در تشخیص بیماری‌های روانی شناخته می‌شوند؛ و توانسته‌اند قدرت و تأثیر نخستین، متخصص بودن در امور بالینی مربوط به فرد را در مؤسسه‌های بهداشت روانی و کارگزاری به دست آورند که به افراد در مدیریت زندگی کمک می‌کنند. این جایگاه از نقش برتر در سلسله مراتب تخصصی در سلامت روان در درجه‌ی اول به آموزش پزشکی و پیشینه‌ی آنها مربوط می‌شود. در درجه‌ی دوم، مربوط به آموزش مختصری است که آنها در یک سیستم روانکاوی فکری و جهت‌گیری روانشناختی در چارچوب آموزش نظارت شده در روانپزشکی در یک بیمارستان سرپایی دریافت می‌کنند. کیسلر<sup>۹۴</sup> در [نشریه] *روانشناس آمریکایی*، (۱۹۷۷) اشاره می‌کند که «روانپزشک‌ها آموزش پزشکی استاندارد، آموزش رسمی اندکی در مطالعه‌ی رفتار انسان، و عملاً هیچ تجربه‌ای در تحقیق دریافت می‌کنند.»

### روانشناسی بالینی و روانشناسی‌ها

روانشناسی بالینی و روانشناس‌های بالینی در درجه‌ی اول به کاربرد اندیشه‌ها و اصول روانشناختی در مسائل سازگاری و مدارای<sup>۹۵</sup> انسان می‌پردازند. همانند روانپزشک‌ها، روانشناس‌های بالینی به شدت سرگرم

94 . Kiesler

. فرایند مداوم تلاش شناختی و رفتاری برای اداره کردن الزام‌های درونی یا 95 بیرونی که امکانات فرد را هدر می‌دهند.

روان‌درمانی فردی و گروهی هستند و عمدتاً در چارچوب یک بخش [مطب] خصوصی فعالیت می‌کنند.<sup>۹۶</sup> برخلاف یک روانپزشک، روانشناس‌های بالینی دارو تجویز نمی‌کنند با این حال، تعداد کمی از روانشناس‌های بالینی، مشارکت بالینی در تولید دانش برای کاربربست از طریق تحقیق دارند. آشکار است که این رشته نسبتاً در حال پیچیده شدن است. (گارفیلد و کورتز<sup>۹۷</sup>، ۱۹۷۶).

روانشناس‌های بالینی آمده‌اند تا خود را به عنوان متخصصانی تصدیق کنند که می‌توانند به طیف وسیعی از مسایل بین فردی و اجتماعی کمک کنند. روان‌نژندی<sup>۹۸</sup>، روان‌پریشی<sup>۹۹</sup>، بزهکاری نوجوانان، مشکلات جنسی، اعتیاد و مواردی از این دست همه مورد توجه روانشناسان بالینی قرار گرفته است.

ماهیت بالینی در روانشناسی بالینی به توانایی آن در ارزیابی<sup>۱۰۰</sup> پتانسیل انسانی و آزمایش یا سنجش توانایی‌ها، مهارت‌ها، تمایلات ذهنی، عملکرد شخصیت انسان و اختلالات روانی و پریشانی‌ها مربوط می‌شود. اعتقاد بر این است که صرفاً از طریق آزمایش و ارزیابی شخصیت فرد می‌توانیم درکی از مشکلات فرد ارائه دهیم. این ارزیابی

۹۶. مربوط به نظام درمان آمریکا است که معمولاً پزشک‌ها بخشی از نظام سلامت دولتی هستند و راه‌اندازی مطب به شیوه‌ی مرسوم در ایران یعنی به صورت خود اشتغالی برای بیماران بسیار گزاف خواهد بود.

۹۷. Garfield and Kurtz

۹۸. Neurosis . نوعی اختلال روانی که فرد از مدارا با اضطراب و تعارض‌های

درونی خود ناتوان است

۹۹. Psychosis . دسته‌ای از بیماری‌های روانی که هذیان و توهم از ویژگی بارز این بیماری‌ها است.

۱۰۰. Assessment . به معنای کنترل عملکرد درونی برنامه و اجزایی کار

است.



باعث می‌شود که متخصص، تکنیک‌های روان‌درمانی و رفتار درمانی را تعیین کند که می‌تواند به طور مؤثر و رضایت‌بخشی مشکل فرد را حل کند و رفتار را اصلاح دهد.

به رغم جهت‌گیری نظری روانشناس بالینی و متقاعدسازی، آزمون و ارزیابی شخصیت گامی مهم و حیاتی در تشخیص و درمان بالینی است. این بهترین رویکرد در نظر گرفته می‌شود، زیرا به آنها اجازه می‌دهد در انتخاب یک فرایند درمانی مناسب احساس اطمینان کنند. هرچند در سال‌های اخیر به چندین دلیل، نقش تشخیص به‌عنوان گامی حیاتی در مسائل بالینی تا حدودی کاهش یافته است (لواندوفسکی و ساکوزو<sup>۱۰۱</sup>، ۱۹۷۶).

اگرچه برخی تحقیقات وجود دارد که از سوی روانشناس‌های بالینی انجام شده است، اما احساس می‌شود که اگر بخواهیم اثربخشی فعالیت‌های بالینی خود را ارزشیابی کنیم<sup>۱۰۲</sup>؛ باید این فعالیت افزایش یابد. به سبب اینکه کارگزارهای بیرونی و بدنه‌های نظارتی، قدرت مجازات این متخصصین را دارند، آنها [این متخصصین] مایل هستند برای انجام وظیفه‌ی تحقیقاتی، جامعه‌شناسانی را منظور کنند که عناوین مختلفی مانند مشاور و محقق دارند.

فارغ از اعتبار آزمون‌های روان‌شناختی و ارزیابی شخصیت؛ جادو و رمز و راز روان‌شناس‌های بالینی با استفاده‌ی آنها از چنین

101 . Lewandowski and Saccazzo

102 . Evaluation یعنی اثربخشی نهایی برنامه در مقایسه با اهداف تعریف شده، سنجیده شود

آزمون‌هایی پیوسته شده است که پذیرش تخصص آن‌ها را افزایش داده است و هویت و به رسمیت شناخته شدن در حرفه‌ی سلامت روان را فراهم کرده است. جامعه‌شناس‌های بالینی از چنین هویت و به رسمیت شناخته شدن برخوردار نیستند و مبنایی برای هویت متمایز و آشکار در میان متخصصان بهداشت روان برقرار نکرده‌اند.

### روان - مددکاری اجتماعی<sup>۱۰۳</sup>

روان-مددکاری اجتماعی و نیز روانشناس بالینی و روانپزشک به طور فزاینده‌ای جذب ممارست<sup>۱۰۴</sup> در روان‌درمانی می‌شوند. روان-مددکاری اجتماعی روان‌درمانی را مبتنی بر فرد یا گروه انجام می‌دهد و در فرآیند تشخیص نیز مشارکت دارد. به طور سنتی، مددکار اجتماعی بر نیروهای اجتماعی و کارگزارهای بیرونی تمرکز می‌کند که مشکلات بیمار را توجیه می‌کنند. مصاحبه، شرح حال، مشاوره و تعیین سطح شغلی از وظایف ویژه‌ی روان-مددکاری اجتماعی بوده است، در حالی که روانشناس بالینی، آزمون انجام داده است و روانپزشک، روان‌درمانی اجرا کرده است. با گذشت سال‌ها، رابطه‌ی نزدیکی بین این متخصصین ایجاد شد که منجر شد تا مددکاری اجتماعی در تعیین آسیب‌شناسی مراجعان خود بر نیروهای درون روانی بیشتر از نیروهای اجتماعی و بیرونی تاکید کند. با پذیرش نظریه‌ی سیستم‌ها در سال‌های اخیر، مددکاران اجتماعی به تمرکز پیشین خود بر متعین

۱۰۳ مددکاری اجتماعی که بر 103 The Psychiatric Social Worker موشوعات روان پزشکی متمرکز است . مداوم به کاری پرداختن و مشغول بودن. 104

کننده‌های اجتماعی و خانوادگی در مشکلات و مسائلی بازگشته‌اند که افراد [با آنها] مواجه می‌شوند.

یکی از ویژگی‌های خاص مددکاران اجتماعی مشغله‌ی شدید آنها با زندگی روزمره و مشکلات بیماران خود بوده است. مراجعه به منزل یا بازدید از مکان‌هایی که مراجعان آنان بیشتر وقت خود را در آنجا سپری می‌کردند، رویکرد منحصربه‌فرد آنها را برای تشخیص و درمان بالینی مشخص می‌کند. آنها در بخش [مطب] خصوصی بسیار شبیه روانشناس‌های بالینی و روانپزشک‌ها عمل می‌کنند و به عنوان عضوی از تیم متخصص‌های بالینی در بیمارستان‌ها، کارگزاران خدمات اجتماعی و کلینیک‌های سلامت روان، تاکید بر تشخیص عوامل اجتماعی و بیرونی، کمک و وظایف آنها را مشخص می‌کند.

### چشم انداز بالینی بودن جامعه‌شناسی

با توجه به فعالیت‌های ایجاد شده [از سوی] متخصصین بالینی فوق، بالینی بودن برای جامعه‌شناس‌های بالینی درباره‌ی چیست؟ آیا آموزش دانشگاهی در جامعه‌شناسی در مقطع کارشناسی و سپس کارآموزی زیر نظر روانشناس‌ها و روانپزشک‌های بالینی برای تبدیل شدن به متخصص رسمی لازم و کافی است؟ با افزایش تعداد افرادی که به کمک نیاز دارند و نیاز در حال افزایش برای تبدیل شدن بسیاری از جامعه‌شناس‌ها به متخصص، آیا جامعه‌شناس‌های بالینی می‌توانند در میان سایر متخصص‌ها بدون تهدید کردن هویت آنها [سایر متخصص‌ها] و کاهش قدرت و نفوذ آنها در مسائل بالینی،

یک نقش متمایز و هویتی را [برای خود] بُرش ۱۰۶ بدهند؟ آیا جامعه‌شناسی به اندازه‌ی کافی با محیط‌هایی پیوند دارد که روانشناس‌های بالینی، روانپزشک‌ها و روان-مددکارهای اجتماعی را برای ورود به تثلیث مقدس<sup>۱۰۷</sup> سلامت روان بکار می‌گیرد.

برای اینکه [بنوان] به قدر کافی به این پرسش‌ها پاسخ داد، در ابتدا باید به دو پرسش پاسخ دهیم: جامعه‌شناسی چه کاری می‌تواند انجام دهد و دیگر اینکه چه استفاده‌ی از جامعه‌شناسی در مسائل بالینی وجود دارد؟ (سوآن ۱۹۸۰) اکثر متخصص‌ها اذعان دارند که جامعه‌شناسی دانش و تفکر ارزشمندی را تولید کرده است که آنها و سایر متخصصان در جامعه‌درمانی از آن استفاده می‌کنند. جامعه‌شناس‌های بالینی باید از نقش ارائه‌ی اطلاعات پژوهشی بالینی، ارائه‌ی بینش‌ها و تحلیل‌های جامعه‌شناختی به عنوان مشاور، تحلیلگر اجتماعی و طرح پرسش‌های اجتماعی-فرهنگی فراتر بروند و این نقش‌ها را ترکیب کنند و دانش و اطلاعات خود را برای مشکلاتی بکار گیرند که گروه‌ها و افراد در زندگی گروهی، جوامع و سازمان‌ها مواجه هستند.

رفتار انسان در یک بستر اجتماعی پدیدار می‌شود و وقوع آن [رفتار] از واقعیتی ناشی می‌شود که فرد از طریق فرآیند تفسیر ایجاد می‌کند. اگر جامعه‌شناس‌ها می‌خواهند که بالینی شوند، بافت اجتماعی یا موقعیت اجتماعی باید همراه با واقعیت ایجاد شده از طریق فرآیند

---

106 . Cut out

. سه گانه یا تثلیث مقدس در سلامت عبارت هستند : سلامت عاطفی، 107

سلامت رفتاری، آگاهی از سلامت روان

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی پاییز ۱۴۰۱

تفسیر تشخیص داده شود. این چشم‌اندازی است که جامعه‌شناس‌های بالینی در موضوعات بالینی مربوط به زندگی گروهی پدید می‌آورند. درمان موفقیت‌آمیز هر مساله‌ی و بکارگیری مؤثر دانش و تفکر بر مسائل باید ریشه‌دار و استوار شده<sup>۱۰۸</sup> در تشخیص محتوای موقعیت باشد. در بسیاری از موارد، متخصصین بدون فهم یا دریافت روشنی از موقعیت/زمینه‌ی اجتماعی که رفتار از آن ظاهر شده است، با مشکلات برخورد می‌کنند. آنها همیشه از تعاریف، تفاسیر و معانی وارد شده به موقعیت یا تحمیل شده بر موقعیت از سوی مشارکت‌کنندگان به طور کامل آگاه نیستند.

نیروی نهفته برای جامعه‌شناس‌های بالینی که بالینی شوند؛ [به این مطلب] مرتبط و وابسته است که تشخیص آنها درباره‌ی مسائل تا چه حد ریشه‌دار و استوار شده در موقعیت/زمینه رفتار اجتماعی است؛ یعنی شامل تعریف‌ها، معانی و تفسیرها می‌شود. برای اجرای این جهت‌گیری بالینی، جامعه‌شناس‌های بالینی باید فرایندهای تشخیصی ایجاد کنند که اعتمادپذیر، معتبر، تاییدپذیر و موثر باشند: یعنی قادر به ارائه‌ی پاسخ‌هایی برای اقدام مناسب باشند. ارزیابی موقعیت و تفاسیر فرآیند قضاوت را تسهیل می‌کند و تشخیص با درمان ترکیب می‌شود تا تغییر ایجاد کند. به بیان دیگر، یک فرد صرفاً متخصص بالینی نیست؛ زیرا که در کار بالینی پزشکی، روانپزشکی یا روانشناسی واجد شرایط شده است یا در تکنیک‌های آزمایشگاهی و تحقیقاتی متخصص شده است. بالینی بودن، صرفاً به اداره کردن یک کلینیک

مربوط نمی‌شود. جامعه‌شناس هنگامی متخصص بالینی است که درگیر مشاهده‌ی مستقیم، ارزیابی و سنجش موقعیت اجتماعی، فرآیند و الگوی هم‌کنشی در گروه باشد که با چشم حرفه‌ای تشخیص داده می‌شود که با بینشی پشتیبانی می‌شود که مبتنی بر دانش او [جامعه‌شناس] از ابژه‌ی موضوع است. این مشاهده، سنجش و ارزیابی باید به منظور تشخیص و درمان وضعیت (بیمار) یا الگوی هم‌کنشی باشد. موقعیت یک وضعیت گروهی است و یک وضعیت فردی نیست، و تمرکز بر اختلال عاطفی نیست، بلکه بیشتر بر رفتار بین فردی و مهارت‌های روابط انسانی در موقعیت‌های گروهی و روابط بین گروهی است.

### ماهیت بالینی در جامعه‌شناسی بالینی

چهار نمونه برای نشان دادن ماهیت بالینی در جامعه‌شناسی بالینی و نقش دقیق از جامعه‌شناس‌های بالینی ارائه خواهد شد که می‌تواند در تغییر موقعیت‌های اجتماعی برای ایجاد روابط مولد و گسترش یابنده و رو به رشد در بین دو نفر و میان افراد در زندگی گروهی ظاهر شود.

هر چهار مثال نیاز به تشخیص دارند که تعیین اساس و ماهیت غیرعادی بودن موقعیت و/یا الگوی هم‌کنشی است. هر روشی که در تلاش برای تعیین ماهیت و منبع ناهنجاری هم‌کنشی یا موقعیتی استفاده می‌شود، یک آزمایش تشخیصی است و علت احتمالی اختلال، درمان و پیش‌آگهی آن را افزایش می‌دهد.

هدف جامعه‌شناس بالینی رفع تنش‌ها و تعارضات درون گروهی و بین گروهی است که در دستیابی به اهداف گروهی متفاوت اختلال ایجاد می‌کند. این [هدف] ممکن است مستلزم بازتعریف موقعیت‌های معین و/یا برساختِ موقعیت‌های اجتماعی معین باشد. جامعه‌شناس بالینی دقتِ نظر دارد که موقعیت می‌تواند اهمیتی را به خود بگیرد که افراد در زندگی گروهی به آن [موقعیت] می‌دهند و واقعیت اجتماعی اغلب با ارزیابی و تفسیر کنش‌ها و انتظارات دیگران در زندگی گروهی ایجاد می‌شود. دبلیو. آی. توماس<sup>۱۰۹</sup> اشاره کرده است که «اگر انسان‌ها موقعیت‌ها را به مثابه واقعی تعریف کنند، [موقعیت‌ها] در پیامدهایشان واقعی هستند» (توماس، ۱۹۶۱). در حالی که ممکن است برای رویارویی فردی با مشکلات و تعارض‌ها به تفسیرهای روان‌شناختی نیاز باشد؛ برای تغییر وضعیت و الگوهای هم‌کنشی در موقعیت اجتماعی گروه، به تفسیرهای جامعه‌شناختی نیاز است. غالباً، «تفسیر روان‌شناختی تمایل دارد؛ تأثیر موقعیت بر افراد و مشارکت افراد در فرآیندهای جمعی را نادیده بگیرد که اغلب به طور ناخواسته، آن [فرآیندهای جمعی] بر پاورها، ارزش‌ها و اهداف مشترک تأثیر می‌گذارد.» (ادلسون<sup>۱۱۰</sup>، ۱۹۷۰)

### نمونه‌ی اول

یکی از عاجل‌ترین مسائلی که اعضای جامعه با آن مواجه هستند، تبهکاری و ترس از تبهکاری است. جوامع، وضعیت تبهکاری و

---

109 . W.I. Thomas

110 . Edelson

موفقیت جزئی یا ناکامی در راه حل آن را به مقامات مجری قانون و سایر زیرسیستم‌های عدالت کیفری واگذار کرده‌اند. این ناکامی به چندین روش تبیین شدنی است. هر چند که جامعه‌شناس‌های بالینی می‌توانند به وضعیت تبهکاری در اجتماع توجه کنند و بدون ضرورت استفاده از جهت‌گیری روانشناختی برای توسعه‌ی مهارت‌های مقابله‌ای این قبیل اعضا، ترس از تبهکاری را در اعضای اجتماع کاهش داده و رفع کنند.

در بسیاری از اجتماعات شهری ترس از تبهکاری و افزایش احتمال قربانی شدن باعث شده است که اعضای اجتماع برای مقابله با افزایش فعالیت مجرمانه سبک زندگی خود را تغییر دهند. پس از مطالعه‌ی جامع از یک اجتماع، جامعه‌شناس بالینی مشاهدات زیر را انجام داد: اعضای اجتماع از ایجاد کردن حمایت در مقابل فعالیت‌های مجرمانه در اجتماع خود احساس درماندگی می‌کردند؛ مدت زمان واکنش پلیس بسیار طولانی بود؛ اعضا احساس می‌کردند که پلیس فاقد دانش عملکردی از جامعه است؛ یک حسی وجود داشت که مرتکبین جرم در اجتماع، [آن] اجتماع را در برخوردی اثر بخش با موقعیت جرم درمانده و ناتوان درک می‌کردند؛ اعضا احساس کردند که فهم پلیس از اجتماع و ماهیت اداره کردن [پلیس] مانع کاهش و حذف فعالیت‌های مجرمانه در اجتماع می‌شود. با وجود اینکه بازداشت زیاد بود، اما پس از ارتکاب جنایات [دستگیری] بسیار دیر اتفاق افتاد و برای کاهش ترس در اجتماع اثر اندکی داشت.



این جامعه‌شناس بالینی نتیجه‌گیری کرد که وضعیت جرم در اجتماع یعنی بستری که زمینه‌ساز ترس است باید تغییر یابد، در ابتدا از طریق بازتعریف یا تغییر فلسفه‌ی پلیسی از دستگیری که مستلزم ارتکاب جرم برای پیشگیری از وقوع جرم است. این تغییر فقط با ایجاد یک ساختار در بیرون اجتماع می‌تواند رخ دهد که از طریق پلیس انجام شود. مزایا [تغییر] به این صورت شناسایی شد: (۱) داشتن محافظت پلیس در نزدیکی و به عنوان بخشی از خدمات اصلی به اجتماع (۲). کاهش مدت زمان واکنش پلیس (۳). آموزش بسیاری از جوانان اجتماع به عنوان نیروی همیار پلیس<sup>۱۱۱</sup> (۴). کاهش ماهیت حضور پلیس و اداره کردن [موضوع] پس از وقوع جرم<sup>۱۱۲</sup> (۵). به حداکثر رساندن هم‌کنشی و روابط با اجتماع پلیس و (۶). بازگرداندن حس اجتماعی به پلیسی که در اجتماع کار و زندگی و می‌کند و [بازگرداندن حس اجتماعی] به اعضای اجتماع.

دفتر منطقه که به عنوان مکانیسم اجتماع برای مقابله با وضعیت تبه‌کاری در اجتماع و ترس اعضای آن توصیه شد، توانایی ارائه دو عملکرد حفاظتی را بهم پیوست داد: (۱). محافظت از اعضای اجتماع و اموال آنها، (۲). پیشگیری از وقوع و تداوم تبه‌کاری. همچنین توصیه شد که این دفتر منطقه در برابر هیئت نظارتی پاسخگو باشد که ترکیب آن ویژگی‌های مختلف اجتماع را منعکس می‌کند. قرار بود که جزئیات دفتر منطقه اجتماعی و کارکردهای خاص و اختیارات هیئت

111 . Para policemen

112 after the-fact . نوش دارو پس از مرگ سهراب

نظارت با نمایندگان سازمان‌های مختلف در اجتماع و اداره‌ی پلیس در مرکز شهر با مشورت جامعه‌شناس بالینی بررسی شود.

در این مثال، تلاش و تمرکز جامعه‌شناس بالینی بر درمان وضعیت تبهکاری بود که ترس اجتماع از آن پدید آمده بود. در بالا، [اولاً] پرداختن به ترس اعضا و ثانیاً پرداختن به مسأله‌ی تبهکاری در اجتماع بدون توجه به وضعیت بی‌فایده بود. ایجاد توانایی برای مقابله با ترس، موقعیت ترس را از بین نمی‌برد؛ [بلکه] حضور و عملکرد دفتر منطقه‌ی اجتماع [این کار را] انجام داد.

### نمونه‌ی دوم

یک روحانی<sup>۱۱۳</sup> جدید به عنوان کشیش برای جماعت<sup>۱۱۴</sup> مسیحی متشکل از ۶۰۰ استخدام شد. کلیسا با کشیش‌های قبلی خود رابطه مثبتی داشت که از سوی اعضا به عنوان افرادی پویا تعریف می‌شدند. بسیار آشکار بود که کشیش‌ها تاثیر خود را بر جماعت گذاشته بودند و کلیسا کشیش-محور بود. حتی با وجود اینکه ساختار رهبری در کلیسا ایجاد شده بود، جماعت برای رهبری با مشارکت از طرف آنها به کشیش وابسته بود. رویکرد کشیش جدید در مدیریت و برنامه‌ریزی برای کلیسا، رهبران سنتی جماعت یا هیچ گروه دیگری از اعضا را درگیر نمی‌کرد. او ایده‌ها و برنامه‌های خود را داشت و مشارکت زیادی را نمی‌پذیرفت و [از کسی] دعوت نمی‌کرد. بعلاوه برای درک

---

113 روحانی که مسئول یک کلیسای مسیحی یا جماعت مسیحی، به ویژه در برخی کلیساهای غیر اسقفی است. pastor  
. جامعه‌ی که وابسته‌ی محلی معین باشد (زمینه‌ی جامعه‌شناسی، نوشته‌ی 114  
آگبرن و نیم کوف، ترجمه‌ی آریان‌پور، نر گستره، ص ۶۷)

موقعیت یا گوش دادن به کسانی که موقعیت را می‌دانستند یا زمان کمی می‌گذاشت یا اصلاً وقت صرف نمی‌کرد. کشیش در اوان پنجاه سالگی بود و کشیش چندین کلیسا در سراسر کشور بود. در نتیجه، تمایل او به پیشنهاد و بکارگیری تکنیک‌ها، برنامه‌ها و سیاست‌هایی بود که در جاهای دیگر به کار گرفته بود و اصرار داشت که [این برنامه‌ها] در این شرایط جدید موثر باشند. برای چندین ماه، معیاری از موفقیت مالی مبتنی بر تجدید نظر در نظارت تقبل اعضا در تعهدات مالی کلیسا وجود داشت. هر چند که یک وضعیت جدی از بیگانگی و احساس طرد شدگی در اطراف جماعت شناور بود. این [موضوع] منجر به تکه تکه شدن جماعت و پراکندگی اعضا و گفتگوهای منفی درباره‌ی توانایی کشیش در مدیریت امور کلیسا شد. کشیش این مساله را تشخیص داد، اما به مثابه یک مساله‌ی معنوی تعریف شد که ماهیت فردی داشت و باید به صورت فردی حل شود.

پس از مصاحبه‌ی [مطالعه‌ی] مقطعی<sup>۱۱۵</sup> اعضا، از جمله اعضای هیئت کلیسا، برای جامعه‌شناس بالینی آشکار شد که آنها در رابطه‌ی خود با کشیش احساس بیگانگی و فاصله می‌کردند. آنها [اعضا] احساس می‌کردند که تعاریف آنها از مسائل متفاوت است و کشیش زمان لازم را برای کاملاً درک کردن پویایی کلیسا صرف نکرده است. همچنین در کلیسا تعدادی پیروان با رهبرانی رسمی و خود انتصابی وجود داشتند که به اندازه‌ی کافی متقاعد کننده بودند تا پیروان خود

است که در آن متغیرهای مورد نظر، از نوعی مطالعه‌ی مشاهده‌ای 115 یا ارتباط، تنها در یک مقطع زمانی مشخص و در یک جامعه‌ی لحاظ شیوع Cross sectional study. معین مورد مطالعه قرار می‌گیرند

را به تأثیرات خود وفادار نگه دارند. اگر قرار بود جماعت از نظر عددی و معنوی رشد کند و کشیش در اداره‌ی امور جماعت و برنامه‌ریزی و شروع برنامه‌ها رهبر موفقی باشد؛ باید این وضعیت تغییر می‌کرد.

جامعه‌شناس بالینی کشیش را متقاعد کرد تا چنانچه او قصد دارد که کلیسا را نه به مثابه ساختمان کلیسا بلکه به مثابه جماعتی از مردم و از فروپاشی کامل نجات دهد؛ باید وضعیت تغییر کند.

مجموعه‌ای از مراحل از سوی متخصص توصیه شد که شامل این موارد بود: یک جلسه‌ی عمومی با کلیسا برای شنیدن آنچه که اعضا در مورد مسائل کلیسا باید طرح کنند و [شنیدن] توصیه‌های آنها برای مقابله با مسائل [برگراز شود]. مهم بود که به کشیش یادآوری شود، در درجه‌ی اول آن یک جلسه‌ی جمع‌آوری اطلاعات و زمانی برای شنیده شدن اعضا بود. در نتیجه، در طول جلسه او مجبور نبود در پاسخ‌ها و رفتار خود حالت دفاعی داشته باشد. اگر در یک چنین جلسه‌ای زمان کافی برای [کسب] ورزیدگی نبود، توافق شد که جلسه‌های دیگری نیز برنامه‌ریزی شود (۲). و آن جلسه‌های گروهی کوچک برای بررسی احساسات و رسیدگی به روابط بین فردی در داخل کلیسا برنامه‌ریزی شود. در ابتدا، ترکیب و تمرکز گروه‌ها از سوی جامعه‌شناس بالینی تعیین شد و وظایف مشخصی به آنها محول شد. سالن انجمن اخوت برای قرار گرفتن گروه‌ها مورد استفاده قرار گرفت و سپس جامعه‌شناس بالینی از یک گروه به گروه دیگر برای انجام مشاهدات حرکت کرد. از گروه‌نگاری‌ها<sup>۱۱۶</sup> و نقش‌گیری در گروه‌ها

استفاده شد و افرادی انتخاب شدند که گروه خود را پیش از عضویت کامل شرح دهند و آنچه برای گروه‌ها اتفاق افتاده است را گزارش کردند. بازخورد داده شد و پرسش‌هایی مطرح شد و جامعه‌شناس بالینی در تبادلی کمک کرد که بینش‌هایی در فرآیندهای گروهی و پویایی‌های خاصی را ارائه می‌کرد که در موقعیت آنها عمل می‌کرد.

در نتیجه این کارآموزی‌ها، به کشیش در دریافت اطلاعات و بینش مورد نیاز او کمک شد و در جماعت احساس مشارکت در امور کلیسا را به گسترش یافت و در روابط کشیش و اعضا، رابطه‌ی متقابل مشهودی وجود داشت. جماعت به آهستگی رشد را احساس می‌کرد.

### نمونه‌ی سوم

زوجی مورد توجه یک جامعه‌شناس بالینی در دانشگاه قرار گرفتند که درخواست ارزیابی ازدواج کرده بودند و قرار بود در بخش بالینی انجام شود. در جلسه‌ی سوم مشخص شد که آنها در امور مالی خود مساله دارند. در واقع، آنها شروع به مشاجره درباره‌ی موضوع کردند و یکدیگر را متهم می‌کردند تا اینکه متخصص به میزان کافی شنید تا مداخله کند.

شوهر دو شغل داشت که مبالغ به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوتی را پرداخت می‌کردند و زن مسئولیت مدیریت هزینه‌ها را بر عهده داشت. پس از چند پرسش از سوی متخصص، از همسر [زن] پرسید که آیا او بودجه‌ای دارد و زن با تعجب پرسید: «بودجه؟».

«بله، بودجه‌ای برای مدیریت درآمد و هزینه‌های شما» او بودجه‌ای نداشت و کاملاً مشهود بود که شوهر در مدیریت دخالت نداشت. از این زوج خواسته شد تا کل درآمد و هزینه‌های خود را بنویسند و برای جلسه چهارمی بازگردند که شامل ایجاد یک بودجه عملکردی است. پیش از شروع برنامه‌ریزی برای بودجه، این زوج از دعوا و درگیری تقریباً فیزیکی بر سر وضعیت مالی خود صحبت کردند. سپس، جامعه‌شناس بالینی اهمیت بودجه در مدیریت پول را توضیح داد و اینکه هنگامی که برنامه‌ی بودجه تایید شود و به دقت پیگیری شود برای وضعیت مالی و زناشویی آنها چه رخ خواهد داد. متخصص، بخش‌های مختلف بودجه را بیشتر توضیح داد و اینکه چگونه برخی از موارد برای تسهیل علائق، نیازها و خواسته‌های مختلف و متغیر آنها می‌توانند ماه به ماه دستکاری شوند. آنها شگفت زده شده بودند از اینکه ممکن بود اندکی عایدی باقی بماند و متعجب بودند که این عایدی از کجا باقی مانده است. همچنین، آنها خوشحال بودند که می‌توانستند به یک بزرگ کاغذ نگاه کنند و کل وضعیت مالی خود را برای هر ماه مشاهده کنند. نیز [آنچه] در بودجه گنجانده شد، تدارک مبلغ مشخصی برای پس‌انداز بود. شوهر تشویق شد تا هر ماه در برنامه‌ریزی بودجه مشارکت کند. هرچند، مواردی وجود دارد که نزاع بر سر مسائل مالی سبب آسیب به روابط بین فردی زوج شده است و در نتیجه فارغ از وضعیت مالی به مثابه یک مساله استقلال پیدا می‌کند. گاهی اوقات مشاجره به موقعیت‌های دیگری تبدیل می‌شود که اگر قرار است به رشد و توسعه دست‌یافته شود؛ باید مورد توجه قرار گیرد.

ایجاد بودجه، یعنی سازوکاری برای اداره‌ی تعهدات مالی، وضعیت مالی آنها را تغییر داد و بحث آنها را درباره‌ی نیاز به یافتنِ شغل برای همسر تغییر داد که او از دو بیماری جسمی شکایت داشت.

آسودگی ناشی از تعیین یک بودجه در زندگی خانوادگی این زوج مشهود بود و ارزیابی زناشویی به اتمام رسید.

### نمونه‌ی چهارم

تعداد قابل توجهی از مردم کار را منبع خشنودی و پاداش می‌دانند. اغلب، آرامش در کار جستجو و یافت می‌شود، و بسیاری از افراد شغل-محور<sup>۱۱۷</sup> اغلب خانه را ترک می‌کنند و به سمت دفاتر خود می‌روند تا به دنبال تجربه‌ای آرام باشند. تردیدی وجود ندارد که دنیای کار بهترین پاداش و رضایت نهفته‌ای را پیشکش می‌کند. با این حال، تجربه‌ی بسیاری [از افراد] در دنیای کار این است که موقعیت شغلی می‌تواند استرسی ایجاد کند که زیان‌بار است و آثار آن [زیان] بر روی فرد و رشد و توسعه‌ی آزردهنده است. در واقع، تنها تعداد کمی از افراد می‌توانند و خواهند توانست از استرس شغلی در محیط کار اجتناب کنند. جامعه‌شناس بالینی برای کار کردن با اضطراب مربوط به شغل، در ابتدا باید منابع اضطراب را در دنیای خاص کار شناسایی کند.

اضطراب می‌تواند یک واکنش درونی به یک عامل اضطراب‌آور بیرونی باشد. با این حال، درک متناسب با دنیای کار،

---

۱۱۷. افرادی که شغل را به خانواده ترجیح می‌دهند 117

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی

نیروهای بیرونی و/یا درونی است که بر افراد فشار می‌آورد. نمونه‌ای از این [اضطراب] مطالبه‌های کاری است که غیرمنطقی تلقی می‌شوند.

اولین دغدغه‌ی جامعه‌شناس بالینی تعیین شرایطی بود که در آن [شرایط]، عوامل مربوط به شغل در تعامل با کارکنان هستند تا وضعیت فیزیولوژیکی، روانی و جامعه‌شناختی آنها را تغییر دهد که باعث می‌شود آنها از عملکرد کافی و مولد خود انحراف پیدا کنند. جامعه‌شناس بالینی به یک مشاهده‌گر مشارکتی تبدیل شد و نتیجه‌گیری کرد که سه منبع اضطراب سازمانی وجود دارد که کارکنان با آن مواجه هستند. اولین موردی که کشف شد، مطالبه‌ی کارِ مفرط بود، بعدی، مسیرهای گیج‌کننده و مطالبه‌های متناقض بود، و در چندین مورد شواهدی مبنی بر استفاده‌ی ناکافی<sup>۱۱۸</sup> از توانایی‌های کارکنان وجود داشت. متخصص معلوم کرد که اضطراب ناشی از شغل بر تعداد کمی از کارکنان تأثیر گذاشته است و لازم است به آنها توصیه شود که چگونه تمدد اعصاب و مراقبه کنند. علاوه بر این، شواهدی وجود داشت مبنی بر اینکه آنها باید عادت‌های کاری خود را بهبود بخشند. علاوه بر روش‌های فردی که برای کاهش و پیشگیری از اضطراب مربوط به شغل پیشنهاد داده شد، جامعه‌شناس بالینی در بهبود جو<sup>۱۱۹</sup> سازمانی، با حمایت‌گر کردن آن [جو] و ترغیب سازمان به نشان دادن دغدغه‌ی خود برای رفاه کارکنان توصیه و کمک کرد. تعدادی از کارمندان ابراز عقیده کردند که سازمان احساسات و

به معنی نبود بهره‌وری و استفاده‌ی درست از ظرفیت کارگرها 118

Underutilization

جو سازمانی پر چهار دسته است: کارمند- Organizational Climate . 119

محور، قانون- محور، خلاقیت- محور نتیجه-محور



خواسته‌های آنها را نادیده می‌گیرد و به همین دلیل آنها [کارمندان] ناراضی هستند و به نوبه‌ی خود هیچ نگرانی واقعی برای کمیت و کیفیت تولید خود ندارند. متخصص، پس از متقاعد کردن مدیریت درباره‌ی ارزش رهاسازی اضطراب، فعالیت‌هایی را ترتیب داد که شامل مراقبه، ورزش، و جلسات مشاوره در اتاق‌هایی بود که برای چنین اهدافی ایجاد شدند. همچنین اتاقی به نام «اتاق خصومت» تعیین شد که در آن کارکنان می‌توانستند خود را از خصومت انباشته شده با کیسه‌های مشت و پیکره‌های بادی برهاند که بازنمایی کننده یا نمادهایی از افراد متخلف بودند. (آلبرشت ۲۰۱۰، ۱۹۷۹). به منظور مقابله با احساس کنار گذاشته شدن از تصمیمات مهمی که بر رفاه آنها تأثیر می‌گذاشت، متخصص، سیستمی را برای اطلاع‌رسانی به کارکنان درباره‌ی موارد مهم و دریافت و پردازش تصمیمات آنها ایجاد کرد. مدیریت به برنامه‌ی تصمیم‌گیری مشارکتی متعهد شد و به کارکنان اطمینان داد که به مشارکت آنها اهمیت زیادی داده می‌شود. این تعهد و فرآیند به کارکنان این حس را می‌دهد که تا حدی بر شرایط پیرامون وضعیت کاری خود کنترل دارند.

جامعه‌شناس بالینی به نظارت بر محیط کار ادامه داد تا مطمئن شود که منابع اضطراب سازمانی کنترل و مدیریت شده است. از آنجایی که کار منبع مهمی برای پاداش و خشنودی است و در برخی موارد منبعی غالب‌تر از خانه یا کلیسا است، باید برای زندگی کارکنان اعم از کارگران و مدیران اهمیت مستمر داشته باشد که منابع اضطراب

هم‌زمانی و هم‌فردی‌شناسایی و مدیریت شوند. نتایج بهبود خواهند یافت و عملکرد شغلی، یعنی رضایت شغلی، امنیت شغلی و غیره افزایش می‌یابد.

### نتیجه‌گیری

راه‌های و بسترهای متعددی وجود دارد که جامعه‌شناسان بالینی می‌توانند در آن [مسیرها] توانایی‌ها و مهارت‌های خود را در بالینی بودن نشان دهند، بدون اینکه واقعاً نقش‌های متخصص‌های بالینی مقرر شده را تهدید کنند. این موضوع به چندین دلیل است؛ اگر چه مهمترین مطلب این است که جامعه‌شناسی مطالعه‌ی زندگی گروهی و هم‌کنشی انسان است و جامعه‌شناس‌های بالینی که در نظریه‌ها و روش‌های جامعه‌شناسی آموزش دیده‌اند، می‌توانند تفکر و دانش جامعه‌شناختی را برای مسائل گروه‌ها بکار ببندند، زیرا آنها به دنبال تغییر موقعیت‌ها و شرایطی هستند که این مسائل و مشکلات پدید می‌آیند. بنابراین، نقش رسمی برای جامعه‌شناسان بالینی در سطوح خرد و کلان به عنوان کارگزار تغییر در درمان اجتماع وجود دارد. در نتیجه، وقتی که جامعه‌شناسان می‌توانند ارزش و اهمیت خود را به عنوان جامعه‌درمانگرانی تثبیت کنند که جامعه‌درمانی انجام می‌دهند؛ نباید به دنبال مشق کردن روان‌درمانی باشند (ادلسون، ۱۹۷۰). جامعه‌شناس‌های بالینی، در بالینی بودن، باید خود را درگیر رویکردی روش‌شناختی و نظری کنند که مبتنی بر تحلیل موقعیت است که هدف آن دستیابی به دیدگاهی انتقادی از واقعیت اجتماعی از طریق مکان‌یابی موقعیت اجتماعی مشخصی است که از آن مسائل

پدید می‌آیند. این رویکرد (درمان زمین‌محور<sup>۱۲۱</sup>) شامل تعاریف، تفاسیر و معانی افرادی است که در موقعیت اجتماعی درهم تنیده شده‌اند. تشخیص، مداخله‌ی درمانی و استراتژی‌های تغییر از درون فرآیند تحلیل موقعیت استخراج می‌شوند.

بی تردید مناظره‌های مستمری میان متخصص‌های بالینی با توجه به نقش جامعه‌شناس بالینی و توانایی جامعه‌شناس‌ها برای بالینی بودن وجود خواهد داشت. جامعه‌شناسی دانش و مهارت‌هایی را برای جامعه‌شناس‌ها بالینی ایجاد کرده است تا بکار گرفته شوند و افرادی هستند که در سطوح مختلف با گروه‌های مختلف کار می‌کنند تا شرایط را تغییر دهند، شرایط را بهبود دهند و خشنودی و پاداش را برای افراد در زندگی گروهی به ارمغان آورند. تعداد زیادی از این جامعه‌شناسان احساس نیازی برای به رسمیت شناخته شدن از سوی متخصصان بالینی سنتی نکرده‌اند؛ که اکنون بر این حوزه مسلط هستند. انجام این کار [عدم به رسمیت شناختن] به خوبی می‌تواند یک اشتباه در تلاش برای تثبیت ممارست جامعه‌شناسی بالینی و این رشته به مثابه یک افزوده یا تمایز مهم به آنچه باشد که در حال حاضر در دسترس است.

## منابع

1. Albrecht, Karl 1979 Stress and the Manager: Making It Work For You, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
2. Edelson, Marshall 1970 Sociotherapy and Psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press. . 1970 The Practice of Sociotherapy. New Haven, Conn.: Yale University Press.
3. Garfield, S.L. and R. Kurtz 1976 "Clinical Psychologists in the 1970's," American Psychologist 31: 1-9.
4. Glassner, Barry and Jonathan Freedman 1979 Clinical Sociology. New York: Longman.
5. Kiesler, C.A. 1977 "Editorial: The Training of Psychiatrists and Psychologists," American Psychologist 32:107-108.

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی و پژوهش‌های اجتماعی (شماره ۵ پاییز ۱۴۰۱) ۵۰

6. Lewandowski, D.G. and D.P. Saccazzo 1976 "The Decline of Psychologizing Testing," Professional Psychology 7:177-184.
7. Swan, L. Alex 1980 "Clinical Sociologists: Coming Out of the Closet," Mid-American Review of Sociology 1 (Spring):89-98.
8. Thomas, W.I. 1961 "The Four Wishes and the Definition of the Situation," pp. 741- 746 in T. Parsons et al. (eds.) Theories of Society. New York: Glencoe, Free Press'

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی و پژوهش‌های اجتماعی (شماره ۵ پاییز ۱۴۰۱ سال دوم)

### Abstract

The notion that sociology and sociologists can be "clinical" is beginning to take roots, even though the roots are not well established in the field of "mental health" and other fields having to do with therapy and change. Other clinical professionals do not question the argument that sociology has knowledge and information that can be applied to problems affecting the individual, group, organization, industry and the community. Neither is there any question regarding sociological methods and techniques for producing information and creating knowledge about group life. However, there are various questions being raised by established clinical professionals regarding the "clinical" and "therapeutic" potential and skills of sociologists and sociology. An examination of the clinical nature of psychiatry, clinical psychology, and psychiatric or clinical social work is presented in this paper, and four brief examples are used to demonstrate the clinical nature of sociology.

**Key words:** Clinical Sociology, Psychology, Psychiatry, Social work

فصلنامه تخصصی جامعه‌شناسی کاربردی و پژوهش‌های اجتماعی (شماره ۵ پاییز ۱۴۰۱ سال دوم)