

ویراست دوم

روانشناسی بالینی سلامت

پیشگیری، سنجش، صورت‌بندی و درمان
راهنمای متخصصان بالینی

دکتر اسحق رحیمیان بوگر



فصل اول

الگوهای نظری روانشناسی سلامت و الگوی ادغام پزشکی و روانشناسی

«بزرگترین نعمت، سلامتی است»

امرسون (فیلسوف قرن نوزدهم)

زمینه‌های پیدایش روانشناسی سلامت

در دهه‌ی ۱۹۷۰ موازی با استقرار پزشکی نوین، دو حوزه‌ی جدید پدید آمدند که نقش عوامل روانشناختی را در بیماری بررسی می‌کردند: یکی از آنها **پزشکی رفتاری**^۱ و دیگری **روانشناسی سلامت**^۲ نامیده شده است. لذا روانشناسی سلامت، یکی از شاخه‌های جدید روانشناسی است که هنوز در جهان سه دهه‌ی کامل از عمر آن سپری نشده است. این رشته در سال ۱۹۷۹ میلادی با تأسیس بخش روانشناسی سلامت (بخش ۳۸) در انجمن روانشناسی آمریکا، به رسمیت شناخته شده است. در ایران، اگرچه طی دهه‌ی گذشته روانشناسان بزرگ و صاحب‌نامی در حوزه‌ی روانشناسی سلامت فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و مداخله‌ای داشته‌اند، با این‌وجود قدمت روانشناسی سلامت به‌عنوان یک رشته‌ی دانشگاهی به سال ۱۳۸۰ بر می‌گردد که در آن سال دوره‌ی دکترای تخصصی این رشته در گروه روانشناسی دانشگاه تهران راه‌اندازی گردید. در حالی‌که هنوز یک دهه‌ی کامل از حیات روانشناسی سلامت در ایران نگذشته است و تا این تاریخ تعداد دانش‌آموختگان این رشته به تعداد انگشتان دست نرسیده است، صحبت در مورد وضعیت روانشناسی سلامت در ایران چندان معنا نخواهد داشت. با توجه به نوپا بودن این رشته در ایران،

طبیعی است که هنوز هیچ مجله‌ی علمی در این خصوص منتشر نشده و انجمن علمی خاصی نیز در این زمینه شروع به فعالیت ننموده است. در دوره‌ی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران، علاوه بر دوره‌ی کارورزی بالینی و دوره‌ی پژوهشی، دروس روانشناسی سلامت، روش‌های پژوهش پیشرفته در روانشناسی سلامت، استرس، اعتیاد، جنبه‌های روانی و اجتماعی پزشکی، خانواده و سلامت، سازگاری با بیماری‌های مزمن، سایکونورویمونولوژی، سالمندی و سلامت، فارماکولوژی، و مداخله‌ی روانی در درمان بیماری‌ها گذرانده می‌شود. در مورخه روز شنبه ۱۴ بهمن ۱۳۸۵ نیز نشست با عنوان «بررسی جایگاه روانشناسی سلامت در جمهوری اسلامی ایران» در اتاق شورای دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران با حضور ریاست محترم دانشکده و مدیر محترم گروه روانشناسی با اهداف تصریح هویت رشته‌ای، روند تربیت نیروهای متخصص، میزان آشنایی جامعه علمی و روانشناسی با رشته، بسترهای رشدی رشته، افزایش آشنایی دانشجویان دوره‌های مختلف دکتری تخصصی روانشناسی سلامت با یکدیگر، افزایش آشنایی متقابل دانشجویان دوره‌های روانشناسی سلامت و اساتید دوره و گروه روانشناسی، هم‌اندیشی در خصوص چالش‌های فراروی روانشناسی سلامت در کشور، و هم‌اندیشی در خصوص راهکارهای ارتقای رشته روانشناسی سلامت در کشور برگزار گردید. این نشست و اقدامات در واقع اولین قدم‌های برنامه‌ریزی شده و سازمان‌یافته در تحول رو به پیشرفت روانشناسی سلامت کشور بود.

در حالی که، اصلی‌ترین حوزه‌ی عمل روانشناسی بالینی مشکلات و بیماری‌های روانی است، روانشناسی سلامت بیشتر بر سلامت و بیماری جسمی تاکید می‌کند. مشکلات سلامت نظیر چاقی، فشارخون بالا، مصرف سیگار، الکل و مواد و بیماری‌های جسمانی به‌ویژه **بیماری‌های مزمن** نظیر بیماری‌های قلبی‌عروقی، **سرطان**^۱ و دیابت از زمینه‌هایی است که در روانشناسی سلامت در خصوص آن‌ها پژوهش، آموزش و مداخلات لازم صورت می‌گیرد. بر این اساس، روانشناس بالینی در کلینیک‌های بهداشت روانی و در بخش‌های روانی بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند، در حالی که روانشناسان سلامت علاوه بر اقدامات ارتقایی و پیشگیرانه، در بیمارستان‌های عمومی حضور پیدا می‌کنند و در درون تیم پزشکی به ارائه‌ی خدمات لازم مبادرت می‌ورزند. با این توضیح معلوم می‌شود که موضوع روانشناسی سلامت، برخلاف تصور برخی افراد، بهداشت و سلامت روانی نیست. گفتنی است که در برخی از کتب درسی روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت به‌عنوان یکی از تخصص‌های روانشناسی بالینی مطرح گردیده است. در هر حوزه‌ی سلامت و در هر بیماری که تأثیر رفتار معنادار است، روانشناسی سلامت می‌تواند از طریق تغییر رفتار موثر واقع شود. یکی از

مشکلات سلامت در کشورمان، مسأله‌ی چاقی است که افزایش شیوع آن توجه مسئولان بهداشتی کشور را به خود جلب کرده است. چاقی به‌ویژه از آنجا اهمیت خاص پیدا می‌کند که بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، یکی از ۱۰ عامل خطر مهم بیماری‌ها می‌باشد. شواهد گسترده‌ای وجود دارد که با کاهش شیوع چاقی، آمار مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت کاهش پیدا می‌کند. به‌نظر می‌رسد همه‌ی افرادی که با اضافه وزن یا چاقی مواجه هستند آگاهی دارند که اگر تغییری در شیوه زندگی خود ایجاد نمایند؛ تغذیه‌ی سالم داشته باشند و فعالیت بدنی را افزایش دهند، چاقی آنها از بین خواهد رفت. همچنین، اکثر آنها می‌دانند که ادامه‌ی چاقی می‌تواند برایشان چه خطراتی را به وجود آورد. اما سؤال اینجاست که چرا این افراد با وجود داشتن چنین دانشی نمی‌توانند برنامه‌های مورد نظر خود را به اجرا درآورند؟ نظریه‌های مختلف موجود در روانشناسی سلامت از جمله الگوی باور سلامت و نظریه‌ی عمل مستدل، این معما را حل می‌کند و به این سؤال‌ها پاسخ می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مداخلات روانشناسی سلامت در چاقی این است که برخلاف برخی از درمان‌ها، فاقد اثرات جانبی منفی می‌باشند و برخلاف بسیاری از درمان‌ها که اثرات کوتاه‌مدتی دارند، دارای اثر بلندمدتی هستند.

اعتیاد نیز با توجه به آمار میلیونی آن، یکی دیگر از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامت است که جامعه‌ی ما با آن مواجه شده است. وقتی افراد سوءمصرف‌کننده مواد و خانواده‌ی آنها، ترک اعتیاد را صرفاً سم‌زدایی می‌دانند و در جستجوی روش‌های ترک اعتیاد چند روزه و یا چند ساعته و یا درمان‌هایی می‌گردند که معجزه کند، بدین معناست که به مبنای روانشناختی مشکل واقف نیستند. روانشناسی سلامت می‌تواند با آموزش مهارت‌های زندگی از احتمال روی آوردن افراد به مصرف مواد پیشگیری نماید و نیز می‌تواند به افراد مصرف‌کننده کمک کند تا اگر تمایلی به ترک ندارند، بدون استفاده از نصیحت و یا شیوه‌های قهری که فاقد سودمندی هستند، به ترک اندیشیده و آن را عملی سازند؛ همچنین در صورتی که ترک انجام داده‌اند، بتوانند بدان دوام بخشند و چنانچه بعد از ترک، مجدداً به مصرف روی آوردند، اعتماد به نفس خود را برای اقدام به ترک مجدد از دست ندهند؛ امری که از طریق درمان‌های زیستی نمی‌توان بدان دست یافت. همچنین، روانشناسی سلامت می‌تواند به خانواده‌ی چنین افرادی کمک کند تا شیوه‌ی برخورد سالم‌تری را اتخاذ نمایند.

نمی‌توان در اینجا به نقش روانشناسی سلامت در زمینه‌ی همه‌ی بیماری‌های مزمن، پرداخت و هرکدام از این بیماری‌ها در فصل مربوطه به‌دقت کامل مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در اینجا به‌عنوان نمونه با توجه به شیوع درخور توجه دیابت، به این مورد اشاره می‌شود. دیابت یکی از بیماری‌های شایع در سراسر جهان است. شیوع و بروز دیابت در بسیاری از کشورها رو به افزایش است. بر اساس شواهد مختلف به‌نظر می‌رسد که روی هم‌رفته، ۱۴ الی ۲۳٪ از بزرگسالان ایرانی

(بالای سی سال)، دیابتی بوده و یا زمینه‌ی دیابتی شدن آنها فراهم می‌باشد. دیابت می‌تواند علت مستقیم مرگ باشد. اما مرگ‌هایی که به‌صورت مستقیم در اثر دیابت به وجود می‌آید تنها بخشی از اثرات جدی این بیماری می‌باشد. بیماران دیابتی ممکن است با عوارضی مواجه شوند که کیفیت زندگی آنها را تحت‌تاثیر قرار داده و بار مالی و روانی عظیمی را بر دوش خانواده و جامعه تحمیل کند. دیابت، به‌ویژه دیابت نوع ۲، به‌طور تنگاتنگی با رفتار و هیجان در ارتباط بوده و ریشه در شیوه زندگی دارد. پژوهش‌های حوزه‌ی روانشناسی سلامت مشخص کرده است که عواملی نظیر خودآثربخشی در کنترل دیابت، ادراک جدی بودن دیابت و حمایت اجتماعی، در رفتارهای مراقبت از خود در دیابتی‌ها موثر واقع می‌گردد. همچنین، مشخص شده است که فشار روانی نقش‌ی جدی در دیابت دارد. در بسیاری از افراد دیابتی، فشار روانی به روند کنترل قند خون آسیب می‌رساند. اثر فشار روانی ممکن است به دو طریق باشد: اول اینکه، وقتی افراد تحت فشار روانی هستند، غده‌ی آدرنال، هورمون اپی‌نفرین و کورتیزول را به جریان خون وارد می‌کند. اپی‌نفرین موجب می‌شود که لوزالمعده تولید انسولین را کاهش دهد؛ و کورتیزول باعث می‌شود که کبد تولید قند را افزایش دهد و بافت‌های بدنی استفاده از گلوکز را کاهش دهند. این واکنش زیستی شیمیایی به فشار روانی به‌طور آشکار مشکلات تنظیم قندخون در دیابتی‌ها را پیچیده‌تر می‌سازد. دوم اینکه، فشار روانی می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم از طریق کاهش تبعیت از برنامه‌های درمانی، بر سطح قند خون اثر بگذارد. بسیاری از افراد دیابتی نمی‌توانند به‌خوبی با شرایط فشارزا مقابله کنند و همین امر باعث می‌شود که از افسردگی رنج ببرند. هرچقدر میزان تداخل دیابت با فعالیت‌های روزانه‌ی فرد بیشتر شود و احساس کنترل شخصی وی را کاهش دهد، به همان اندازه فرد افسردگی بیشتری را تجربه خواهد کرد و هر اندازه بر احساس افسردگی فرد افزوده شود، به همان میزان کنترل قندخون بدتر شده و خطر مشکلات سلامتی نظیر کوری افزایش می‌یابد. مداخلات و آموزه‌های روانشناسی سلامت موجب می‌گردد که افراد دیابتی با شیوه‌های مقابله با فشار روانی، و مهارت کنترل بر هیجان‌های منفی نظیر خشم، آشنایی پیدا کنند؛ به جدی بودن بیماری بیاندیشند؛ احساس کنترل شخصی بر بیماری بدست آورند؛ و نظام حمایت اجتماعی خود را تقویت نمایند. نتیجه‌ی چنین مداخلاتی افزایش بهزیستی فردی این بیماران و نیز افزایش بهزیستی اعضای خانواده‌ی آنها می‌باشد. در ارتباط با بیماری موارد زیادی در حوزه‌ی روانشناسی سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد که رابطه‌ی پزشک - بیمار و تبعیت از توصیه‌های درمانی از مهمترین آنها می‌باشد. شواهدی حاکی از آن هستند که درصد قابل توجهی از پزشکان در فرایند درمان به‌طور موثری ارتباط برقرار نمی‌کنند و یا از الگوی همکاری متقابل بهره نمی‌گیرند، این در حالی است که از نظر روانشناسی سلامت، ارتباط خوب جزء اصلی و لاینفک تشخیص و درمان است؛ ارتباط موثر، تبعیت بیمار از

دستورات درمانی را افزایش می‌دهد؛ موجب رضایتمندی بیمار می‌گردد؛ بر اعتماد به نفس و کفایت بالینی پزشک تأثیر دارد و اینکه در نهایت موجب کاهش هزینه‌ها می‌گردد.

می‌توان گفت دو هدف عمده‌ی رشته‌ی روانشناسی سلامت، **ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری** است. با این توضیح که پیشگیری به مفهوم اعم آن در نظر گرفته شده و هر سه سطح اول، دوم و سوم را شامل می‌گردد، بر این اساس، روانشناسی سلامت در زمینه‌ی درمان بیماری‌ها نیز عمل می‌کند. البته روانشناسی سلامت در این حد محدود نگردیده است، و اقدام برای تجزیه و تحلیل و نیز بهبود نظام مراقبت بهداشتی و شکل‌دهی خط‌مشی‌های بهداشتی از دیگر رسالت‌های این رشته در نظر گرفته شده است. روانشناس سلامت امکانات شغلی زیادی در اختیار دارد؛ می‌تواند به‌عنوان متخصص بالینی مستقل به مداوای بیماران بپردازد؛ می‌تواند به‌عنوان مشاور پزشکان و تیم پزشکی کار کند، یا به‌عنوان محقق به پژوهش بپردازد و نیز می‌تواند به‌عنوان تولیدکننده‌ی برنامه‌های آموزشی بهداشتی مشغول به کار شود. این برنامه‌ها از طریق رسانه‌های جمعی انتشار می‌یابند، تا مردم از آنها بهره ببرند.

پزشکی رفتاری حوزه‌ی بین رشته‌ای است که در درون سنت رفتارگرایی رشد یافته است. علاوه بر روانشناسان سلامت، پزشکان، مددکاران اجتماعی و پرستاران نیز در این رشته اشتراک دارند. پزشکی رفتاری به‌عنوان کاربرد تحلیل و درمان رفتاری در پزشکی شروع شد و هم‌اکنون به فراتر از رفتارگرایی کشیده شده است. پزشکی رفتاری بیشتر در زمینه‌ی مشکلاتی نظیر چاقی، سیگار کشیدن و فشارخون بالا فعالیت می‌کند. روش‌های مداخله‌ای زیادی در پزشکی رفتاری به کار می‌رود که در این میان روش بازخورد زیستی به قدری معروف و مشهور شده است که عده‌ای آن را همان پزشکی رفتاری می‌دانند. بیماران به کمک این روش می‌توانند حتی فرایندهای فیزیولوژیک غیرارادی خود را تغییر دهند؛ فرایندهایی مثل ضربان قلب، فشارخون و امواج مغزی. و اخیراً کاربردهای آن در عرصه‌های خاص نیز مطرح شده است؛ به‌طوری‌که هم‌اکنون کاربرد نوروفیدبک برای قهرمانان ورزشی و گروه‌های دیگر مورد توجه قرار می‌گیرد. **پزشکی رفتاری** به‌عنوان «رشته‌ی مرتبط با رشد دانش علوم رفتاری و فنون مرتبط با فهم سلامت جسمی و بیماری و کاربرد این دانش و فنون برای پیشگیری، تشخیص، درمان، و توانبخشی در بیماری‌ها» تعریف شده است (اشورتز^۱ و وئیس^۲، ۱۹۷۸، ص ۳). بنابراین، پزشکی رفتاری به‌عنوان قلمرویی بین‌رشته‌ای تعریف شد که به گسترش و تلفیق علوم رفتاری، زیستی و پزشکی و فنون مربوط به سلامت و بیماری و کاربرد این دانش و فنون در پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی، می‌پردازد. اهداف پزشکی رفتاری همانند دیگر حوزه‌های مراقبت بهداشتی عبارتند از: ارتقاء پیشگیری، تشخیص،

درمان و توانبخشی. پزشکی رفتاری تلاش می‌کند با استفاده از علم روانشناسی و سایر علوم رفتاری و علم پزشکی به ارتقاء سلامت^۱ و درمان بیماری کمک کند. در نهایت، انجمن پزشکی رفتاری اولین بار در زیر مجموعه‌ی انجمن ارتقای رفتاردرماتی شکل گرفت، سپس به سازمان مستقل و جداگانه‌ای تبدیل شد (وئیس، ۲۰۰۳، در مصاحبه با البرایت^۲، ۲۰۰۳).

رشته جدیدی که **سلامت رفتاری**^۳ نامیده شده است، نیز همزمان با پزشکی رفتاری ظهور کرد. سلامت رفتاری به‌جای آنکه به تشخیص و درمان بیماری‌ها در جمعیت بالینی بپردازد، بر ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در افراد سالم تأکید دارد. در واقع، سلامت رفتاری تخصص بین‌رشته‌ای در پزشکی رفتاری است که به‌طور خاص، به موضوع حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری و بدکارکردی در افرادی که در حال حاضر سالم هستند، می‌پردازد (ماتارازو^۴، ۱۹۸۲). پیشگیری از آسیب، عدم شروع سیگار کشیدن و مصرف الکل، رژیم غذایی مناسب، ورزش منظم از موضوعات رشته سلامت رفتاری هستند. سلامت رفتاری به‌جای تشخیص پزشکی، درمان یا توانبخشی بر مسئولیت‌پذیری افراد در قبال سلامت و بهزیستی خود تأکید می‌نماید. همه رفتارها و شیوه‌های زندگی که به حفظ و ارتقاء سلامت کمک می‌کنند در حوزه سلامت رفتاری قرار می‌گیرند.

در بین این رشته‌ها، روانشناسی سلامت «سهم ارزنده‌ای برای فهم رفتار سالم و درک عوامل بیشماری دارد که به سلامتی آسیب می‌زنند و غالباً به بیماری منجر می‌شوند (تیلور^۵، ۱۹۹۰، ص ۴۰). اصطلاح روانشناسی سلامت به‌عنوان «**تجمعی از یافته‌های خاص آموزشی، علمی، و حرفه‌ای رشته روانشناسی برای ارتقاء و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، شناسایی عوامل سببی و تشخیصی سلامت و بیماری و بدکارکردی مرتبط با آن و نیز تجزیه و تحلیل و بهبود نظام مراقبت‌های بهداشتی و ایجاد خط‌مشی‌های بهداشتی**» تعریف شده است (ماتارازو، ۱۹۸۲، ص ۴). تعریف هر مفهومی لازم است جامع و مانع باشد. این تعریف به خاطر وسعت و پوشش دادن همه چیز مورد انتقاد قرار گرفته است و تعاریف عملیاتی دقیقی نیاز است تا تخصص‌ها را راجع به حوزه‌های خاص کوشش‌های دانشگاهی، بالینی و خط‌مشی بهداشتی مشخص کند (مارکز^۶، سیکز^۷، و مک‌کینلی^۸، ۲۰۰۳). در واقع، تعریف ماتارازو (۱۹۸۲) از روانشناسی سلامت مبین چهار هدف اصلی برای روانشناسی سلامت است: (۱) ارتقاء و حفظ سلامت، (۲) پیشگیری و درمان بیماری، (۳) تشخیص عوامل و ردیابی علل بیماری، و (۴) بهبود نظام خدمات درمانی و مراقبت بهداشتی. روانشناسی سلامت به بررسی ابعاد سلامت و بیماری

1- health promotion

2- Albright

3- behavioural health

4- Matarazzo

5- Taylor

6- Marks

7- Sykes

8- McKinley

در چرخه زندگی و راهکارهای ایجاد و ارتقای سلامت می‌پردازد و بهبود عادات بهداشتی مطلوب، ترویج ورزش منظم در جمعیت عمومی و بالینی، و بهبود عادات غذایی سالم را سرلوحه کار حرفه‌ای خود قرار داده است. همچنین، به پیشگیری و درمان بیماری‌ها از بعد روانشناختی می‌پردازد. در مجموع، سایر تعاریف روانشناسی سلامت بر چهار رویکرد متفاوت در این رشته تأکید کرده‌اند: **کانون بالینی**^۱، **کانون سلامت عمومی**^۲، **کانون اجتماع‌نگر**^۳، و رویکرد **روانشناسی سلامت بحرانی**^۴ (مارکز و همکاران، ۲۰۰۰).

روانشناسی بالینی سلامت^۵ به‌عنوان تخصصی از روانشناسی بالینی به پژوهش در این زمینه می‌پردازد که افراد توسط چه سازوکارهایی سالم می‌مانند، از چه طریقی بیمار می‌شوند و در صورت بیمار شدن چگونه با آن مقابله می‌کنند. در عمل، روانشناسان بالینی سلامت شیوه‌های مداخلاتی را به‌منظور کمک به سلامت عمومی جامعه تدوین و طراحی می‌نمایند و به گروه بیماران مزمن خدمات حرفه‌ای ارائه می‌نمایند تا بدان‌وسیله بر بیماری خود چیره شوند و یا در بیماری‌های مرحله پایانی و رو به مرگ، معنایی برای آن بیابند و آن را به‌عنوان فرایندی گریزناپذیر با راهبردهای هیجانی انطباقی‌تر پشت سر بگذرانند.

ظهور رشته روانشناسی سلامت در خلاء رخ نداد و چندین عوامل در ظهور این رشته مهم بین‌رشته‌ای سهم ارزنده‌ای داشته‌اند. یکی از این عوامل، تغییر در الگوی بیماری‌ها بوده است که در کشورهای توسعه‌یافته به‌وقوع پیوست. قبل از قرن بیستم، علت اصلی مرگ‌ومیر انسان‌ها، انواع بیماری‌های حاد نظیر سل و سایر بیماری‌های عفونی دیگر بودند. بیماری‌های حاد، آن‌دسته از بیماری‌های کوتاه‌مدتی هستند که در اغلب موارد پیامد حمله باکتری‌ها یا انواعی از ویروس‌ها می‌باشند و پاسخ خوبی به درمان‌ها می‌دهند. در قرن حاضر، انواع مختلف بیماری‌های مزمن به‌خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی، انواع سرطان‌ها، و دیابت علل اصلی و عمده ناتوانی و مرگ‌ومیر در کشورها هستند. بیماری‌های مزمن به آن‌دسته از بیماری‌ها اطلاق می‌گردند که رشد آهسته و تدریجی دارند و در دوره‌ای طولانی با فرد میزبان همزیستی دارند. در اغلب موارد، بیماری‌های مزمن پاسخ مطلوبی به درمان‌ها نمی‌دهند و باید توسط بیمار و مراقبان وی کنترل شوند. بروز بیماری‌های مزمن به دو طریق به رشد و ارتقاء روانشناسی سلامت کمک کرده است: در وهله اول، بیماری‌های مزمن غالباً متأثر از عوامل روانشناختی و اجتماعی هستند. برای مثال، سیگار کشیدن و عدم ورزش منظم در پیدایش و گسترش سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی - عروقی درگیرند و فعالیت‌های جنسی در محیط‌های اجتماعی نایمن نقش برجسته‌ای در احتمال ابتلا به

1- clinical focus

2- public health focus

3- community focus

4- critical health psychology

5- clinical health psychology

