

کتاب جامع آسیب شناسی روانی

ای نسخه نامه الهی که تویی ای آینه جمال شاهی که تویی
بیرون ز تو نیست آنچه در عالم هست از خود بطلب هر آنچه خواهی که تویی

گروه آموزشی مقدم، انتخاب صحیح و آگاهانه شما دانشجویان عزیز را ارج و سپاس نهاده و آینده درخشانی را برای شما آرزومند است. تنوع و تعدد منابع کنکور و همچنین فرصت کم برای جمع آوری و مطالعه همگی این منابع آموزشی، همواره از جمله دغدغه‌های اصلی دانشجویان می‌باشد. امید است کتاب حاضر که در برگزیده مطالب مهم و کلیدی از اکثر منابع کنکور است، رضایت خاطر شما را فراهم نموده و با صرفه‌جویی در وقت و یادگیری کاملاً هدفمند، راه حل مناسبی برای این مسئله باشد. آرزومندیم توانسته باشیم در این اثر، نیاز شما جهت کسب رتبه برتر را پاسخ گفته باشیم.

ایده گردآوری و تألیف این مجموعه با کاستی‌های فراوانش به دوران طاقت فرسای آمادگی کنکور باز می‌گردد؛ گسستگی، پراکندگی و دشواری در دسترسی به کلیه منابع اصلی از بزرگترین دغدغه‌های نگارنده در طول سالیان گذشته بوده است. در نهایت امر بر آن شدم با تکیه بر فرصت‌های مطالعاتی، پژوهشی و دروس دانشگاهی، مجموعه‌ای را در خور شأن داوطلبان کنکور فراهم آورم، بی‌آنکه ادعایی در خصوص تألیف داشته باشم. این مجموعه به اساتید و بزرگانی تعلق دارد که ذکر نام آنان در پایان کتاب و در فهرست منابع رفته است و اینجانب تنها به بازخوانی و گردآوری مطالب و ایجاد پیوستگی معنادار میان سرفصل‌ها و عناوین مرتبط با آن پرداخته‌ام تا آنچه پیش‌روی خواننده قرار می‌گیرد از انسجام و پیوستگی لازم برای یادگیری برخوردار باشد؛ پیوستگی و انسجامی که در دیگر منابع مرتبط با موضوع آمادگی کنکور کمتر بدان توجه و پرداخته شده است. نقطه امید دیگر نزد نگارنده آن است که این مجموعه فرصتی را برای رقابت عادلانه‌تر برای کسانی فراهم می‌آورد که از توانایی مالی لازم برای بهره‌جستن از کلاس‌های خصوصی برخوردار نمی‌باشند و زمینه‌ای برای درک نظام‌مند از مطالب تخصصی باشد.

در این مجموعه تلاش نگارنده بر آن بوده تا با استفاده از منابع سنتی فارسی زبان و با توجه به تغییرات محتوایی در سؤالات سال‌های گذشته و گرایش به سوی کتب متأخر جهانی، از جدیدترین و سودمندترین منابع بهره‌برداری گردد تا مخاطبین و داوطلبان را با آمادگی بیشتر ذهنی، برای رقابت علمی مهیا سازد.

در پایان بر خود لازم می‌دارم تا از زحمات تمامی اساتیدی که در سالیان گذشته مشوق اینجانب بوده‌اند، تشکر و قدردانی کنم. بدون شک این کتاب، خالی از اشکال و خطا نیست، راهنمایی‌ها و نظرات مخاطبین می‌تواند کمک مؤثری در ارتقاء آن نماید. نگارنده پذیرای تمامی نقدها و پیشنهادات مخاطبین می‌باشد.

لطفاً با ارائه پیشنهادات و انتقادات خود ما را در ارتقاء کمی و کیفی کتاب یاری نمائید.

E-mail: info@ravangam.com

«هیچ ژنرالی هیچ جنگی را شروع نمی‌کند، مگر باور داشته باشد که پیروز می‌شود»
جنگ شما شروع شده است،

شما مجبور هستید که پیروز شوید ...

ایزد یارتان

فاطمه صفرزاده مقدم

فهرست

فصل اول: کلیات روان‌شناسی مرضی.....	۱
فصل دوم: دیدگاه‌های نظری روان‌شناسی مرضی.....	۲۷
فصل سوم: علائم روان‌پزشکی.....	۴۳
فصل چهارم: اختلال‌های وسواسی-اجباری و اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس.....	۶۷
فصل پنجم: اختلالات جسمانی شکل (بدنی شکل) و ساختگی.....	۱۱۳
فصل ششم: اختلالات گسستگی یا تجزیه‌ای.....	۱۳۱
فصل هفتم: روان‌شناسی تندرستی (اختلالات سایکوسوماتیک).....	۱۴۱
فصل هشتم: اختلالات خلقی.....	۱۵۵
فصل نهم: اختلالات سایکوتیک (روان‌گسیختگی).....	۱۸۹
فصل دهم: اختلالات خواب.....	۲۴۳
فصل یازدهم: اختلالات کنترل تکانه.....	۲۶۵
فصل دوازدهم: اختلالات شخصیت.....	۲۷۱
فصل سیزدهم: اختلالات جنسی.....	۲۸۳
فصل چهاردهم: اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد.....	۲۹۷
فصل پانزدهم: اختلالات نور کوگنیتیو.....	۳۱۱
فصل شانزدهم: اختلال‌های شیرخوارگی، کودکی و نوجوانی.....	۳۳۱
فصل هفدهم: درمان‌های روان‌شناختی.....	۳۶۳

فصل ۱

کلیات روان‌شناسی مرضی

ناهنجاری^۱

تعریف قاطعی از ناهنجاری وجود ندارد و روش مطمئنی برای پی بردن به ناهنجاری در دست نیست. ناهنجاری را می‌توان در همه جا دید، در هر فرهنگی و تقریباً هر کسی می‌تواند آن را تشخیص دهد. عمل تعریف کردن کلمه ناهنجار خبر از آن می‌دهد که ویژگی‌های جداگانه‌ای وجود دارد که تمام ناهنجاری‌ها باید در آن مشترک باشند. این ویژگی مشترک، شرط ضروری برای ناهنجاری است. تعریف دقیق «ناهنجار» مستلزم آن است که حداقل یک عنصر متمایزکننده موجود باشد که فقط موارد ناهنجاری در آن مشترک باشند و موارد «بهنجاری» اشتراکی در آن نداشته باشند. به این، شرط کافی ناهنجاری گفته می‌شود. عنصر واحدی که تمام موارد ناهنجاری در آن مشترک باشند، وجود ندارد و عنصر واحدی که ناهنجاری را از بهنجاری متمایز کند نیز وجود ندارد. به طور خلاصه، واژه «ناهنجار» را نمی‌توان دقیقاً تعریف کرد. اما این واقعیت که ناهنجاری را نمی‌توان «به طور قاطع» تعریف کرد، به معنی آن نیست که ناهنجاری وجود ندارد یا اصلاً نمی‌توان آن را تشخیص داد.

عناصر ناهنجاری

عناصر یا ویژگی‌های ناهنجاری به قرار زیر هستند:

۱- رنج ۲- ناسازگاری ۳- نامعقولی و غیرقابل درک بودن ۴- پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل ۵- مشهود بودن و نامتعارف بودن ۶- ناراحتی مشاهده‌گر ۷- تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی.

رنج^۲

ناهنجاری درآورد است. اما رنج شرط ضروری ناهنجاری نیست: برای این که رفتاری را ناهنجار بنامیم، حتماً نباید رنج وجود داشته باشد. رنج شرط کافی برای ناهنجاری نیست. زیرا رنج در جریان زندگی طبیعی، امری عادی است. بنابراین، رنج عنصری است که به ادراک ناهنجاری مربوط است ولی نه ضروری است و نه کافی. زمینه‌ای که رنج در آن رخ می‌دهد قویاً بستگی دارد به این که آیا آن زمینه ناهنجار پنداشته می‌شود یا نه.

ناسازگاری^۳

این که آیا یک رفتار کارکردی و سازگارانه است - یعنی تا چه اندازه‌ای فرد را قادر می‌سازد تا به هدف‌هایش برسد، در تعیین این که آیا آن رفتار بهنجار است یا ناهنجار، عنصری اساسی است. رفتارهایی که قویاً مانع از بهزیستی فرد یا جامعه می‌شوند، ناسازگارانه هستند و در ارزیابی ناهنجاری جزء عوامل تأثیرگذار محسوب می‌شوند. منظور ما از بهزیستی فرد، توانایی کار کردن و توانایی برقرار کردن روابط رضایت‌بخش با دیگران است. تداخل زیاد با بهروزی جامعه، ناهنجار است.

نامعقولی و غیرقابل درک بودن

زمانی که به نظر می‌رسد رفتار یک نفر معنای منطقی ندارد، ما گرایش داریم آن رفتار و آن شخص را ناهنجار بخوانیم.

پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل

ما انتظار داریم که افراد لحظه به لحظه ثابت و پایدار باشند، از فرصتی به فرصتی به فرصتی بعدی قابل پیش‌بینی و به مقدار زیاد در کنترل خودشان باشند. نیاز ما به کنترل کردن محیطمان و حفظ کردن آزادیمان مستلزم آن است که افراد دیگر برایمان پیش‌بینی پذیر باشند. در یک دنیای پیش‌بینی پذیر، ثبات و کنترل وجود دارد. در یک دنیای پیش‌بینی ناپذیر، احساس می‌کنیم که آسیب‌پذیر و تهدید شده‌ایم. قضاوت درباره این که رفتار خارج از کنترل است، تحت دو حالت صورت می‌گیرد:

۱- حالت اول زمانی رخ می‌دهد که راهنماها و بازدارنده‌های رفتار ناگهانی از کار می‌افتد.

^۱ abnormality

^۲ Suffering

^۳ maladaptiveness

۲- حالت دوم زمانی رخ می‌دهد که ما نمی‌دانیم چه چیزی موجب یک عمل می‌شود. با این حال، تمام موارد فقدان کنترل نابهنجار نیستند. کنترل انعطاف‌ناپذیر، توانایی نگهداشتن کنترل یا رها کردن آن در صورتی که خود و شرایط ایجاب کنند، نشانه‌ی کار کردن روانی خوب است.

مشهود بودن و نامتعارف بودن

مردم عموماً اعمالی را پذیرفتنی و متعارف می‌دانند که خودشان دوست دارند آنها را انجام دهند. بنابراین، به جزء رفتارهایی که به مهارت یا جرات زیاد نیاز دارند، ما با نگاه کردن به رفتار خودمان درباره نابهنجاری رفتار دیگران قضاوت می‌کنیم. آنچه در هر جامعه‌ای متعارف و پذیرفتنی به حساب می‌آید، همواره در حال تغییر است. آنهایی که در مرز این تغییر قرار دارند در مقایسه با باقی افراد کاملاً به چشم می‌آیند و در معرض این خطر قرار دارند که برچسب منحرف به آنها زده شود و از این رو نابهنجار محسوب شوند. عنصر مشهود بودن تحت تأثیر این موضوع قرار دارد که آیا یک عمل نادر است؟ رفتارهایی که نادر و ناخوشایند هستند، به احتمال زیاد کاملاً مشهود به نظر می‌رسند و از این رو نابهنجار پنداشته می‌شوند. نادر بودن نیز به خودی خود شرط ضروری برای نابهنجاری نیست. اما رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می‌شود. رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است، استعداد محسوب می‌شود و فقط از نظر آماری نابهنجار به حساب می‌آید.

ناراحتی مشاهده‌گر

افرادی که خیلی وابسته به دیگران هستند، خاضع‌اند و یا متخاصم، در مشاهده‌گران تولید ناراحتی می‌کنند. رفتارهای آنها اغلب آنها را قادر می‌سازند تا احساس راحتی بیشتری کنند، اما تعارض‌های روانی که آنها ایجاد می‌کنند برای دیگران دردناک است. از جهاتی آنها به افرادی می‌مانند که به تدریج ناشنوا می‌شوند و برای جبران این نقیصه صدای رادیوی خود را بلند می‌کنند. ناگهان آنها می‌توانند بار دیگر کاملاً خوب بشنوند ولی صدایی که تولید کرده‌اند برای دیگری غیرقابل تحمل است. زمانی که کسی از قواعد پس مانده^۱ یا نانوشته رفتار تخلف می‌کند، به احتمال زیاد دچار ناراحتی مشاهده‌گر خفیف می‌شویم. قواعد پس مانده، قواعدی هستند که هیچ کس تاکنون آنها را تعلیم نداده است ولی با این حال ما آنها را به صورت شهودی می‌دانیم و برای هدایت رفتارمان به کار می‌بریم. تخلف از این قواعد نوعی ناراحتی را ایجاد می‌کند که به عنوان «نابهنجار» منجر می‌شود.

تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی

مواقعی وجود دارند که رفتار براساس قضاوت‌های ما از آنچه رایج و متعارف است ارزیابی نمی‌شود، بلکه براساس معیارهای اخلاقی و هنجارهای آرمانی قضاوت می‌شود که اعتقاد بر آن است که کلیه افراد درست‌اندیش و درست کار را توصیف می‌کنند. این نگرش با این عقیده آغاز می‌شود که افراد باید به شیوه خاصی رفتار کنند، خواه آنها واقعاً بدان عمل کنند یا نکنند و به این عقیده ختم می‌شود که رفتار کردن به شیوه‌ای که شخص باید رفتار کند بهنجار است و رفتار نکردن مطابق با آن، نابهنجار است. خجالتی، یا زیاد وقیح بودن، زیاد جاه‌طلب بودن یا به اندازه کافی جاه‌طلب نبودن، نابهنجار است. اعتقاد داشتن به اشیای پرنده ناشناس و اعتقاد نداشتن به هستی ماوراء طبیعی خوب، نابهنجار است، [5] بهنجاری و نابهنجاری را می‌توان برحسب دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار داد:

دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی

از نظر آسیب‌شناسی، رفتار نابهنجار نتیجه‌ی حالتی مرضی و یا اختلالی است که براساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص باشد. این دیدگاه به دو نتیجه منتهی می‌شود: نخست آن که وجود علامت‌ها یا نشانه‌های مرضی، دلیلی بر نابهنجاری است. ثانیاً فقدان نشانه‌های مرضی دلیلی بر بهنجاری است، در حالی که در خلال فرایند بسیاری از بیماری‌ها، نشانه‌های مرضی مشاهده نمی‌شوند. امروزه تقلیل دادن بیماری به نشانه‌ها و علائم آسیب‌دیدگی، موضعی قابل قبول نیست، بلکه باید ظرفیت بالقوه‌ی بازیافتن سلامت را در تعریف آن دخیل کرد.

دیدگاه آماری

در این دیدگاه به اتکای نوعی بررسی ریاضی و استفاده از ترسیم منحنی می‌توان حد بهنجاری یا نابهنجاری را مشخص کرد. «مرتب‌بندی بهنجاری» برحسب مؤلفان، دو سوم تا سه چهارم (66 تا 75 درصد) حد میانی اکثر گروه‌های مورد مطالعه را در بر می‌گیرد و افرادی که در خارج از این چهارچوب قرار دارند، نابهنجار یا برتر قلمداد می‌شوند.

دیدگاه فرهنگی

از این دیدگاه، رفتار و یا بازخوردهای یک فرد برحسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بهنجار یا نابهنجارند. در زندگی اجتماعی، امکان آزادی در حد قابل قبول برای تظاهرات فردی وجود دارد ولی اجتماع نمی‌تواند انحراف از آداب و رسوم استقرار یافته را تحمل کند.

دیدگاه آرمانی نگر یا تعیین الگوی بهنجاری

تعریف بهنجار از راه توسل به یک الگوی فرضی، مستلزم پذیرفتن یک نظام بهنجاری آرمانی است؛ آرمانی که شاید خواسته‌ی سیاستمداران، رهبران یا والدین و مربیان برای کودکان باشد. اما اگر این آرمان را گروه اجتماعی مشخص کند در واقع با هنجار آماری مشتبه می‌گردد و اگر براساس یک نظام ارزشی شخصی (آرمان «من») استوار باشد، باید کنش‌وری چنین نظامی مشخص شود. [1]

^۱ residual rule

DSM و تشخیص روان‌شناختی

شیوه‌های خاصی که توسط آنها افراد را ناهنجار تشخیص می‌دهند، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تجدید نظر شده توصیف شده‌اند که انجمن روان‌پزشکی آمریکا آن را منتشر کرده است. اما در اینجا لازم است بدانیم که وارد شدن به یک اختلال یا تشخیص خاص در DSM^۱ به معنی استفاده از شباهت خانوادگی است. DSM عناصری را شرح می‌دهد که اختلال ویژه‌ای را توصیف می‌کنند. علاوه بر این، ملاک‌هایی را برای تشخیص وجود یک عنصر خاص شرح می‌دهد. هرچه همانندی بین رفتار فرد و عناصری که برای اختلال پیشنهاد می‌شود بیشتر باشد، ما می‌توانیم نسبت به تشخیص خود مطمئن‌تر باشیم.

خطرهای رویکرد «شباهت خانوادگی» به ناهنجاری

مزیت رویکرد شباهت خانوادگی به ناهنجاری از این واقعیت سرچشمه می‌گیرد که درست همان گونه که همه پسرها به یک نحو به همه پدرها شباهت ندارند، همه رفتارهای ناهنجار نیز به یک نحو به یکدیگر شبیه نیستند. با این حال ما تصور می‌کنیم که هر یک از این افراد از ناهنجاری رنج می‌برند زیرا رفتارهای آنها اعضای خانواده‌ی ویژگی‌هایی هستند که آنها را ناهنجار می‌پنداریم. اما رویکرد شباهت خانوادگی به ناهنجاری خطراتی نیز دارد که عبارتند از خطای جامعه، اختلاف نظر بین مشاهده‌گران و اختلاف نظر بین عمل‌کننده و مشاهده‌گر. [4]

DSM-5 و تعریف اختلالات روانی

DSM-5 از اختلال روانی تعریف زیر را ارائه می‌دهد: اختلال روانی سندرمی^۲ است که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان، یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد و نابسامانی فرایندهای پسیکولوژیک، بیولوژیک، یا رشدی راه، که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند، منعکس کند. اختلالات روانی معمولاً با رنج یا معلولیت قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر فعالیت‌های مهم همراه هستند. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأییدشده به یک عامل استرس‌زا یا یک فقدان معمولی (مثلاً، مرگ یکی از عزیزان)، اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف‌آمیز تلقی می‌شوند (مثلاً، رفتارهای انحرافی سیاسی، مذهبی، یا جنسی) و مناقشاتی که عمدتاً بین فرد و جامعه وجود دارند، اختلالات روانی نیستند مگر این که انحراف یا مناقشه موردنظر در نتیجه نابسامانی در فرد (آن طور که در بالا توضیح داده شد) به وجود آمده باشد. [10]

بهنجاری

بهنجاری صرفاً فقدان ناهنجاری است. اگر ناهنجاری یک مسأله قضاوت و دیدگاه اجتماعی است، بهنجاری نیز همین طور است. اگر ناهنجاری بیشتر یک مسأله درجه است تا نوع، بهنجاری نیز همین طور است. اگر در رابطه با قضاوت ناهنجاری نکات مبهم زیادی وجود دارد، به طوری که اغلب واقعاً نمی‌دانیم که آیا یک رفتار یا شخص ناهنجار است، همین نکات مبهم در مورد مسأله بهنجاری نیز وجود دارند.

واژه‌های مثبت و واژه‌های منفی: منظور از معنی

واژه‌ها را می‌توان به صورت مثبت و منفی بیان کرد. معمولاً صورت مثبت را خوب تعریف می‌کنند، در حالی که صورت منفی صرفاً ضدصورت مثبت است. واژه مثبت، عضو اصلی جفت متضاد است. اگر ما معنی این کلمه مثبت را از پیش نمی‌دانستیم، منفی آن را درک نمی‌کردیم. اما همیشه این طور نیست. گاهی اوقات معنی اصلی در حالت منفی قرار دارد، و واژه مثبت فقط به صورت نفی واژه منفی معنی می‌دهد. منظور «بهنجار - ناهنجار» اولویت حالت منفی را منعکس می‌کند. ناهنجار مفهومی است که معنی اصلی را می‌دهد. بهنجار غیر از «ناهنجار نبودن» معنی دیگری ندارد. برای این که مشخص کنیم آیا یک شخص یا عمل بهنجار است، صرفاً از نبود عناصر ناهنجاری می‌پرسیم. زمانی که تشخیص می‌دهیم اعمال یا اشخاص ناهنجار نیستند، به طور همزمان تشخیص می‌دهیم که آنها بهنجار هستند.

فراسوی بهنجاری: زندگی بهینه

بهنجار بودن لزوماً به معنی خوب زیستن نیست، زیرا زندگی کردن از بهنجار بودن و اجتناب از ناهنجاری اهمیت بیشتری دارد. آنچه مایه مسرت زندگی است، لذات، پختگی‌ها، بینش‌ها، دستاوردها و آموزه‌ها هستند. زندگی بهینه نیز مانند ناهنجاری، بیشتر یک مسأله درجه است تا نوع. در شش زمینه می‌توان به وجود بهینگی پی برد: ۱- نگرش‌های مثبت نسبت به خود ۲- رویش و رشد ۳- خودمختاری ۴- ادراک دقیق واقعیت ۵- شایستگی محیط ۶- روابط میان فردی مثبت.

نگرش‌های مثبت نسبت به خود

مفهوم خوب‌زیستن‌پذیری^۳ معانی ضمنی متعددی دارد، اما این مفهوم عموماً به شناختن خودمان، پذیرفتن و نه انکار کردن آنچه می‌دانیم و داشتن احساس خوب در مورد این آگاهی اشاره دارد. خوب‌زیستن‌پذیری اشاره دارد به این که شخص یاد گرفته است تا با خودش زندگی کند، هم محدودیت‌ها و هم امکاناتی را که ممکن است در خودش بیابد بپذیرد و بدان معنی است که اغلب اوقات از خودمان آگاهیم.

رویش و رشد

بهینه زیستن مستلزم علاقه به استفاده کردن از توانایی‌ها به جای راکد گذاشتن آنها، خود را وقف یک رسالت یا خدمت کردن و تعیین نمودن اهداف درازمدت است. در بهترین حالت، این نوع رویش مستلزم بهره‌برداری کامل از زندگی، قابلیت از خود بیرون شدن و خود را به دست کار، فکر، ورزش یا افراد دیگر سپردن است.

^۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

^۲. Syndrome: مجموعه علائم فیزیکی و روانی مرضی / نشانگان

^۳. Self-acceptance

خودمختاری

زندگی بهینه به درجه‌ای از آزادی عاطفی از ضروریات محیط اجتماعی و پاسخ‌دهی بیشتر به معیارهای درونی شخص هم نیاز دارد و هم آنها را به وجود می‌آورد. حرمت نفس - تأیید شخص توسط خودش - به جای تأیید دیگران، به طور فزاینده، مشخصه این نوع پختگی می‌شود. به کارگیری، معیارهای شخصی فرد است که باعث می‌شود چنین استقلال خود تقویت شده‌ای به وقوع بپیوندد.

ادراک دقیق واقعیت

آزمون برداشت‌هایمان در برابر واقعیت این خطر را دارد که به نتیجه برسیم اشتباه کرده‌ایم اما در عین حال این حس را دارد که بتوانیم کاری درباره آن انجام دهیم.

شایستگی محیطی

شایسته بودن در تکالیف زندگی - در کار، عشق، و بازی - به احساس بهینه زیستن کمک بسیار زیادی می‌کند. دلایل آن واضح هستند، شایستگی علاوه بر کامروایی‌های بیرونی، کامروایی‌های درونی را به همراه می‌آورد.

روابط میان فردی مثبت

آخرین زمینه زندگی بهینه، روابط میان فردی مثبت را شامل می‌شود - توانایی لذت بردن از مصاحبت دیگران، سهیم شدن در احساسات و مشکلات آنها، حمایت کردن آنها و حمایت شدن توسط آنها، احترام گذاشتن به دیگران بدون توجه به مقام آنها، و قابلیت دوست داشتن و دوست داشتنی بودن - تمام اینها در مفهوم روابط میان فردی مثبت نهفته‌اند. برخی از نظریه‌پردازان باور دارند که فقدان این گونه روابط منبع اصلی فلاکت عاطفی است که به بیگانگی، از دست دادن حس اشتراک و بالاخره ترس از یکدیگر می‌انجامد. [5]

انطباق و سازگاری

انطباق به بقای انواع اشاره دارد، در حالی که سازگاری به تسلط فرد بر محیط و احساس کنار آمدن با خودش. از نظر ما انطباق به توانایی یا ناتوانی تغییر رفتار در پاسخ به تغییرات محیطی لازم، اشاره دارد.

عدم انطباق در مقابل رفتار نابهنجار

هر رفتار غیرانطباقی رفتاری نابهنجار است. البته هر رفتار نابهنجار یا غیرمعمول ضرورتاً غیرانطباقی نیست. وقتی رفتاری غیرانطباقی شمرده می‌شود، حاکی از آن است که مشکلی وجود دارد و این که آسیب‌پذیری فرد یا ناتوانی در مقابله و یا فشار روانی استثنایی در محیط به مشکلاتی در زندگی منجر شده است.

آسیب‌پذیری^۱، انعطاف‌پذیری^۲، و مقابله^۳

وقتی سخن از نحوه انطباق است، باید شرایطی که در آن انطباق حاصل می‌شود نیز مد نظر قرار گیرد. ممکن است شخص در شرایطی خاص، به خوبی از عهده موقعیتی وحشت‌آور یا دشوار برآید اما در شرایط دیگر رفتار غیرانطباقی از خود نشان دهد. ممکن است بعضی‌ها در موقعیتی که دیگران ضعیف عمل می‌کنند، رفتار انطباقی داشته باشند. این گوناگونی‌ها بیانگر آنند که برای تبیین رویداد رفتار غیرانطباقی، اتکای صرف به ماهیت موقعیت یا فشار روانی همراه با وقایع خاص، کافی نیست.

فشار روانی، یعنی واکنش ما به موقعیتی که نیازها، محدودیت‌ها، و فرصت‌های خاصی را به همراه دارد، معمولاً حالتی ناخوشایند است. آسیب‌پذیری، به این که چقدر احتمال دارد که فرد در مواجهه با بعضی موقعیت‌های خاص، پاسخی غیرانطباقی از خود نشان دهد، اطلاق می‌شود. وجود برخی شرایط خاص در زندگی، آسیب‌پذیری افراد و احتمال بروز رفتار غیرانطباقی از سوی آن‌ها را افزایش می‌دهد. کودکان و نوجوانان، سالمندان و معلولان، و گروه‌های اقلیتی که در شرایط اقتصادی و اجتماعی نامطلوب زندگی می‌کنند، گروه‌هایی هستند که بیش از سایرین در معرض خطر قرار دارند. عوامل حفاظت‌کننده می‌توانند در برابر عوامل خطرآفرین در زندگی فرد نقش جبرانی ایفا کنند و به انعطاف‌پذیری او، یعنی توان عملکرد مؤثر در مواجهه با گرفتاری‌ها و «بازگشت» به وضعیت عادی به دنبال فشار روانی، کمک قابل ملاحظه‌ای کنند. اغلب اوقات، افراد انعطاف‌پذیر را مقابله‌کنندگانی خوب قلمداد می‌کنند. مقابله به چگونگی مواجهه افراد با مشکلات و تلاش برای غلبه بر آن‌ها اشاره دارد. مهارت‌های مقابله‌ای فونونی هستند که برای چنین تلاشی در دسترس فرد قرار دارند. داشتن مجموعه‌ای کارآمد از مهارت‌های مقابله‌ای، احساس خویشتنداری و خودگردانی را در فرد تقویت می‌کند. با تسلط بیش تر بر رفتارمان ممکن است بتوانیم شرایط محیطی مؤثر بر خود را تغییر دهیم. اقدامات بالینی شیوه‌هایی هستند برای کمک به افراد جهت انعطاف‌پذیری و مقابله با آسیب‌پذیری.

همه‌گیرشناسی^۴ رفتار غیرانطباقی

هدف پژوهش همه‌گیرشناسی به‌دست آوردن اطلاعات در مورد عدم انطباق‌های جسمی و روان‌شناختی جمعیت‌ها و گروه‌های جامعه است. همه‌گیرشناسان خصوصاً به تعیین علل محیطی شرایط خاص، به‌ویژه موارد مربوط به زندگی اجتماعی علاقه‌مند هستند. یک معضل عمده

^۱ . vulnerability

^۲ . resiliency

^۳ . coping

^۴ . Epidemiology

همه‌گیرشناسی در زمینه روان‌شناسی مرضی عبارت است از نیاز به گذر از تخمین‌های معنادار^۱ و دقیق درباره انواع عدم انطباق، به طرف تعیین علل و پیشگیری از آن‌ها.

شیوع^۲ و میزان بروز^۳

همه‌گیرشناسان به منظور برآورد حدود موانع سلامت، درباره‌ی آن‌ها دست به زمینه‌یابی^۴ می‌زنند. از این زمینه‌یابی‌ها دو نوع اطلاعات به دست می‌آید. داده‌های مربوط به شیوع، فراوانی رخداد یک موقعیت مفروض را در یک مقطع زمانی توصیف می‌کند. داده‌های میزان بروز به تعداد موارد جدید از یک اختلال که طی یک دوره‌ی خاص بارز می‌شوند، مربوط است. در حالی که کلیه میزان‌های بیماری روانی برای مردان و زنان مشابه است، بررسی‌ها نشان داد شایع‌ترین تشخیص‌ها برای زنان ترس‌های مرضی و افسردگی‌ها و برای مردان مصرف بیش از حد الکل و وابستگی به دارو است. افزون بر بروز و شیوع، یکی از مفاهیم دیگر در زمینه همه‌گیرشناسی، مفهوم عامل خطرآفرین^۵ است. این مفهوم بر یافته‌هایی مبتنی است که نشان دهنده وجود ارتباط معنادار آماری بین یک اختلال و یک عامل دیگر هستند (مثلاً، سرطان ریه و سیگار کشیدن، بیماری قلبی - عروقی و کلسترول بالا). عوامل خطرآفرین آن دسته از ویژگی‌ها، متغیرها، یا مخاطراتی هستند که اگر در فردی خاص وجود داشته باشند، احتمال ابتلای او به یک اختلال خاص را نسبت به فرد دیگری که به صورت تصادفی از جمعیت عمومی انتخاب شود، بیش‌تر می‌کنند. ممکن است عوامل خطرآفرین بسته به مرحله رشد فرد یا ناشی از خود فرد، خانواده، جامعه یا نهادهای اجتماعی باشند. جدیدترین پژوهش‌ها بر کنش متقابل میان عوامل خطرآفرین زیستی و عوامل خطرآفرین روانی - اجتماعی و نحوه تغییر آن‌ها متمرکز است.

نکته: مفاهیم همه‌گیرشناختی

بروز: میزان موارد جدید در یک دامنه زمانی مشخص (مثلاً، یک سال)

شیوع در طول عمر: نسبت افراد در جمعیت عمومی که حداقل یک بار در عمر خود به اختلال خاصی مبتلا بوده‌اند.

عامل خطرآفرین: خصوصیت یا شرایط خاصی که وجود آن با احتمال ابتلا به اختلال ویژه‌ای در حال یا آینده مرتبط است.

عوامل مرتبط با میزان شیوع اختلال روانی

- ۱- سن. میزان شیوع در افراد جوان بیش‌تر از افراد مسن است.
- ۲- وضعیت تأهل. میزان شیوع در افراد مطلقه، جداشده و مجرد بیش‌تر از افراد متأهل و بیوه است.
- ۳- تحصیلات. میزان شیوع در افراد کم‌سواد بیش‌تر از افرادی است که تحصیلات بیش‌تری دارند.
- ۴- درآمد شخصی. هرچه درآمد کم‌تر باشد، میزان شیوع بیش‌تر است.
- ۵- وضعیت اشتغال. میزان شیوع در افراد بی‌کار بیش‌تر از افراد شاغل است.
- ۶- تماس با دوستان. با کم شدن تماس‌های اجتماعی میزان شیوع بالاتر می‌رود.
- ۷- رضایت از روابط با دوستان و خویشاوندان. هرچه رضایت فرد بیش‌تر باشد، میزان شیوع کم‌تر است.
- ۸- رضایتمندی زناشویی. هرچه رضایتمندی زناشویی بیش‌تر باشد، میزان شیوع کم‌تر است.

انواع متخصصان بهداشت روانی

بیشتر الگوهای رفتاری که این کتاب با آن‌ها سر و کار دارد مورد توجه خاص سه گروه از متخصصان بهداشت روانی است: روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی روان‌پزشکی. روان‌شناس بالینی روان‌شناسی است با تحصیلات دانشگاهی، معمولاً دکتری، که در حیطه رفتار غیرعادی تخصص دارد. آموزش روان‌شناسان بالینی در زمینه تشخیص و درمان آن دسته از مشکلات شخصیتی است که ماهیت عضوی و پزشکی ندارند. آن‌ها پژوهش‌های تحقیقاتی را نیز طرح و اجرا می‌کنند. روان‌پزشک، پزشکی است عمومی که پس از گذراندن دوره عمومی پزشکی در زمینه اختلالات عاطفی آموزش می‌بیند و تجربه کسب می‌کند، روان‌پزشکان در پیشبرد تعهدات و سرپرستی بیمارستان‌های روانی مسئولیت‌های قانونی دارند. درمان‌های جسمی، از قبیل دارو درمانی و درمان به‌وسیله‌ی ضربه برقی^۶ را روان‌پزشکان اعمال می‌کنند. مددکار اجتماعی روان‌پزشکی کارشناس یا لیسانس دوره مددکاری اجتماعی است و آموزش‌هایی می‌بیند برای کار با خانواده‌ها و کمک به آن‌ها در استفاده از نهادهای اجتماعی یا دیگر منابع جامعه در جهت دریافت کمک‌های عملی مثل هزینه‌های مالی و همچنین مراقبت بهداشت روانی. مددکاران اجتماعی روان‌پزشکی غالباً با روابط شخصی که رفتار مشکل‌آفرین دارد با محیطش سر و کار دارند. فعالیت‌های روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی و مددکاران اجتماعی اغلب با یکدیگر همپوشی دارند. [3]

^۱. Meaningful

^۲. Prevalence

^۳. Incidence

^۴. Survey

^۵. Risk Factor

^۶. ECT: Electroconvulsive Therapy: درمان با تشنج برقی.

مسأله‌ی بهنجاری و مرضی در کودک

مسأله‌ی بهنجاری یا مسأله‌ی مرضی در کودک پیچیده‌تر است، چون کودک موجودی است در حال تحول و در نتیجه در سازماندهی ساخت‌های شکلی و کنشی خود، متحرک و در تجلیات رفتاری خویش قابل انعطاف می‌باشد. بسیاری از تعارض‌هایی که در طول زندگی کودک و نوجوان به وجود می‌آیند به معنای تغییر سطح سازش و در حکم ویژگی‌های مراحل یا دوره‌های تحول محسوب می‌شوند. هر اقدام در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک براساس این ارزشیابی چهارگانه‌ی نشانه‌ای، ساختاری، تحولی و محیطی پی‌ریزی می‌شود.

بهنجاری و رفتار نشانه‌ای

نخستین گام در مواجهه با یک رفتار غیرمعمول، ارزشیابی خصیصه‌ی مرضی یا بهنجار آن است. در واقع این سؤال مطرح می‌شود که آیا رفتار آشکار کودک در صحنه‌ی کنش‌وری روانی وی، واجد توانایی بیماری‌زاست یا بالعکس نقشی سازمان‌دهنده ایفا می‌کند. توصیف نشانه شناختی یک رفتار به منظور تعیین نقش بیماری‌زا یا سازمان‌دهنده‌ی آن کفایت نمی‌کند و یک ارزشیابی پویایی و اقتصادی نیز باید به آن افزوده شود. **دیدگاه پویایی**، پدیده‌های روانی را نتیجه‌ی تعارض و تألیف نیروهایی می‌داند که فشاری را وارد می‌آورند. این نیروها در آخرین تحلیل دارای معنای کشاننده‌ای هستند. بنابراین **دیدگاه پویایی و تحولی** به تعیین این امر می‌پردازد که رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و در نتیجه ادامه‌ی حرکت تحولی را میسر می‌سازد، یا بالعکس.

دیدگاه اقتصادی مبتنی بر فرضیه‌ای است که براساس آن، فرایندهای روانی عبارت‌اند از جریان و تقسیم یک نیروی کمی شدنی (نیروی کشاننده‌ای) که امکان افزایش، کاهش و هم‌ارزی آن وجود دارد. این دیدگاه، سرمایه‌گذاری‌ها را در تحرک تغییرپذیری شدت و تضاد بین آن‌ها مورد نظر قرار می‌دهد. بنابراین دیدگاه اقتصادی به تعیین درجه‌ی تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» می‌پردازد و به عبارت دیگر، مشخص می‌کند که آیا بخشی از کنش‌های «من» تحت تأثیر نشانه‌های مرضی دچار گسستگی شده است.

بهنجاری و دیدگاه ساختاری

افزون بر ارزشیابی نشانه‌ای، لازم است که ساخت روانی نیز در نظر گرفته شود. فریود از نخستین کسانی بود که ساخت روانی افراد روان گسسته^۱ را از ساخت روانی افراد روان‌آزده^۲ متمایز کرد؛ اما این جداسازی نه براساس معنای رفتار، بلکه به تبع درجه‌ی تأثیر روش روان تحلیل‌گری در آنان بود. مفهوم ساخت یا سازمان‌یافتگی روانی در روان‌شناسی مرضی کودک، مفهومی پیچیده و پر از ابهام است. از این دیدگاه، بررسی موضعی که اختلال‌های ابزاری در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک به دست آورده است، می‌تواند آموخته باشد.

بهنجاری و دیدگاه تحولی

بهنجاری و مفهوم رشد نیافتگی

براساس مفهوم رشد نیافتگی، به بنا کردن جدول‌های بالینی متعددی بر مبنای پدیدایی‌های مرضی متفاوت دست زده‌اند. رشد نیافتگی در زمینه‌ی بالینی، معمولاً با سازمان‌یافتگی روانی - حرکتی و زمینه‌ی عاطفی یا هیجانی در رابطه است. رشد نیافتگی‌های عاطفی یا هیجانی، به مجموعه‌ی رفتارهایی اطلاق می‌شود که خصیصه‌های اصلی آن‌ها، اشکال در مهار کردن هیجان‌ها، شدت و گوناگونی آن‌ها، اشکال در اغماض در برابر ناکامی‌ها، وابستگی عاطفی، نیاز به ایمنی، تلقین‌پذیری و جز آن هستند.

بهنجاری و ناهماهنگی خطوط تحول

فرایندهای رشد داخلی را نمی‌توان فرایندهایی دانست که دارای جریانی منظم و موزون هستند و بدون تضاد و تعارض به پیشرفت خود ادامه می‌دهند. چه تعارض‌ها جزء مکمل تحول‌اند. ظرفیت پیشرفتی که در رفتار نشانه‌ای حفظ شده و به سازمان‌یافتگی ساختاری منجر می‌گردد، یا بالعکس امکان تثبیت^۳ یا واپس‌روی نشانه‌ها، فقط در نمایی تحولی قابل تفسیرند.

بهنجاری و محیط

ارزشیابی بهنجار و مرضی در زمینه‌ی کنش‌وری یک کودک نمی‌تواند والدین، خواهران و برادران، محیط آموزشی، محله، دوستان، مذهب و جز آن را نادیده بگیرد. بسیاری از رفتارهایی که به نظر اطرافیان نابهنجار یا مرضی جلوه‌گر می‌شود، در واقع علائم اعتراض‌های سالم نسبت به بیماری اطرافیان است.

روی آورد کنونی و پیامدها

در بررسی رفتارهای یک کودک، نباید بهنجاری و مرضی را به منزله‌ی دو حالت متمایز از یکدیگر مورد نظر قرار داد. آنچه در روان‌شناسی مرضی حائز اهمیت است، تقسیم رفتارها به دو بخش بهنجار و مرضی نیست، بلکه مهم ارزشیابی میزان خطر و نیروهای بالقوه بیماری‌زا در کودک است و این‌گونه ارزشیابی مستلزم در نظر گرفتن چندین محور ردیابی (نشانه شناختی، ساختاری، تحولی و محیطی) است؛ محورهایی که باید اقدامات روان‌شناس بالینی براساس آن‌ها تنظیم گردد.^[1]

^۱. Psychotic

^۲. Neurotic

^۳. Frustrations

^۴. fixation

چه چیزی موجب نابهنجاری می‌شود؟

علت‌های زیستی

متخصصان بهداشت روانی در تلاش‌های خود برای شناختن علت‌های رفتار نابهنجار، آنچه را که در بدن فرد می‌گذرد که بتوان آن‌ها را به وراثت ژنتیکی یا اختلال در عملکرد جسمانی نسبت داد، به دقت ارزیابی می‌کنند. متخصصان بالینی، علاوه بر این که نقش وراثت را در نظر دارند، این احتمال را نیز مورد توجه قرار می‌دهند که رفتار نابهنجار شاید حاصل اختلال‌هایی در عملکرد جسمانی باشد.

علت‌های روان‌شناختی

دانشمندان اجتماعی و متخصصان بالینی، هنگام ارزیابی علت‌های روانی نابهنجاری، تجربیات فرد را در نظر می‌گیرند. اغلب تجربیات، میان‌فردی هستند - رویدادهایی که در تعامل با دیگران اتفاق می‌افتند. اما افراد تجربیات درون‌فردی یا درون‌روانی هم دارند. تجربیاتی که در افکار و احساسات روی می‌دهند.

علت‌های اجتماعی - فرهنگی

این که ما چه کسی هستیم به مقدار زیاد توسط تعامل‌های میان‌فردی تعیین می‌شود که در زندگی ما صورت می‌گیرند. اصطلاح اجتماعی - فرهنگی به محافل گوناگون تأثیر اجتماعی در زندگی اشاره دارد. نزدیک‌ترین محفل از افرادی تشکیل می‌شود که بیش‌ترین تعامل را با آن‌ها داریم. برای یک دانشجو، این محفل هم‌اتاقی، همکاران و هم‌کلاسی‌هایی هستند که به طور منظم دیده می‌شوند. فراتر از محفل نزدیک، کسانی هستند که در محفل روابط دورتر قرار دارند، مانند اعضای خانواده در منزل یا دوستان دوران دبیرستان. سومین محفل از افرادی در محیط ما تشکیل می‌شود که کم‌ترین تعامل را با آن‌ها داریم و به ندرت آن‌ها را به اسم صدا می‌زنیم، مانند ساکنان محله یا دانشگاهمان که معیارها، انتظارات و رفتارهایشان بر زندگی ما تأثیر می‌گذارند. رویدادهای هریک از این بسترهای اجتماعی یا همه آن‌ها می‌توانند موجب نابهنجاری شوند. [12]

علل مراجعه به متخصصان بالینی

۱- ناراحتی شخصی

۲- نگرانی‌های دیگران

۳- مشکلات قانونی و اجتماعی [4]

روش‌های تحقیق نابهنجاری

دو روش اصلی برای تحقیق در مورد نابهنجاری وجود دارد:

۲) مطالعات آزمایشی

۱- شرح حال بالینی

شرح حال بالینی^۱

شرح حال بالینی سابقه بخشی از زندگی فرد به گونه‌ای است که در طول درمان دیده می‌شود. درمانگر براساس شرح حال بیمار، درباره علت‌های احتمالی یک مشکل فرضیه‌ای می‌سازد و بعد به بیمار کمک می‌کند تا برگزیده خود غلبه کند.

ارزیابی شرح حال بالینی

امتیازات: ۱- این روش مصنوعی نیست. ۲- می‌تواند پدیده‌ای را به صورت مستند ارائه دهد که به علت نادر بودن نمی‌تواند با شیوه‌های استاندارد دیگر بررسی شود. ۳- منبع اصلی فرضیه‌ها درباره‌ی سبب‌شناسی و مداوای نابهنجاری است. ۴- می‌تواند شواهدی را در جهت عدم تأیید فرضیه‌ای که عموماً پذیرفته شده است، فراهم کند.

نقاط ضعف: ۱- گزینشی بودن خاطره ۲- فقدان قابلیت تکرار ۳- فقدان عمومیت ۴- شواهد ناکافی برای علیت.

آزمایشگری علمی

مهم‌ترین هدف تمام آزمایش‌های علمی این است که با پاسخ دادن به سؤال علت، امکان شناخت را فراهم آورند. یک آزمایش علمی از شیوه‌های تشکیل می‌شود که در آن، علت فرض شده (متغیر مستقل) دستکاری می‌شود و وقوع اثر (متغیر وابسته) اندازه‌گیری می‌شود. هم متغیر مستقل و هم وابسته به صورت عملیاتی تعریف می‌شوند. تعریف عملیاتی مجموعه‌ای از شرایط قابل اندازه‌گیری و تکرارپذیر است که گفته می‌شود یک پدیده بعد از آن رخ می‌دهد. هنگامی که دستکاری متغیر مستقل موجب تغییراتی در متغیر وابسته می‌شود، اثر آزمایشی به دست آمده است.

عوامل آمیخته آزمایشی

عوامل آمیخته، عواملی غیر از متغیر وابسته هستند که ممکن است اثر آزمایشی را تولید کنند. گروه آزمایشی، هم عوامل آمیخته و هم علت فرض شده را تجربه می‌کند. گروه گواه شبیه گروه آزمایشی است، ولی فقط عوامل آمیخته را تجربه می‌کند. عوامل آمیخته ظریفی که ممکن است اثر آزمایشی را تولید کنند عبارتند از: گمارش غیرتصادفی، سوگیری آزمایشگر، سوگیری آزمودنی و ویژگی‌های خواسته.

^۱. Clinical case histories

استنباط آماری

استنباط‌های آماری شیوه‌هایی هستند که برای تعیین این که آیا نمونه (مشاهدات خاص) واقعاً بیانگر جامعه (کل مجموعه مشاهدات بالقوه) است یا نه به کار برده می‌شوند. زمانی که آثار از سطح اطمینان قراردادی فراتر می‌روند، از نظر آماری معنادار خوانده می‌شوند. اگر فرضیه‌ای رد شده باشد در حالی که واقعاً درست است، به این اشتباه، خطا می‌گویند. اگر فرضیه‌ای قبول شده باشد در صورتی که واقعاً غلط است، به این اشتباه علامت کاذب می‌گویند. خطاها و علائم کاذب رابطه متوازن با یکدیگر دارند. زمانی که خطاهای زیادی وجود دارند، علائم کاذب کمی وجود دارند، هنگامی که علائم کاذب زیادی وجود دارند، خطاهای کمی وجود دارند.

ارزیابی روش آزمایشی

امتیازات: ۱- بهترین روش برای مجزا کردن عناصر علی است. ۲- نتایج حاصل از آزمایش‌های گروهی را می‌توان به جامعه آماری تعمیم داد. ۳- تکرارپذیر است.

نقاط ضعف: ۱- آزمایش معمولاً مصنوعی است. ۲- استنباط‌ها به صورت احتمالی صورت می‌گیرند نه به صورت یقین. ۳- اجرای برخی از آزمایش‌ها گاهی اوقات می‌تواند غیر اخلاقی یا غیر عملی باشد. [5]

سایر روش‌های تحقیق در روان‌شناسی نابهنجاری

مطالعات شبه - آزمایشی

ایده‌آل این است که شرکت‌کنندگان به طور تصادفی (راندم) در گروه‌های مختلف گمارده شوند، اما در بسیاری موارد، گمارش تصادفی کاری اخلاقی، مطلوب، یا امکان‌پذیر نیست. بنابراین، در تلاش برای درک علل اختلالات روانی، محققان گاهی از طرح‌ها یا مطالعات شبه‌آزمایشی استفاده می‌کنند. مطالعات شبه - آزمایشی^۲ از هر لحاظ به مطالعات آزمایشی شباهت دارند و تنها تفاوتشان این است که در مطالعات شبه‌آزمایشی روی گروه‌هایی تکیه می‌شود که از قبل وجود دارند و از گمارش تصادفی استفاده نمی‌شود. در واقع، مطالعه شبه - آزمایشی ترکیبی است از آزمایش (دستکاری یا کنترل متغیر مستقل و اندازه‌گیری متغیر وابسته) و شبه - آزمایش (انتخاب شرکت‌کنندگان از گروه‌های "از قبل موجود").

مطالعات نیمه - آزمایشی

مطالعه یا طرح نیمه - آزمایشی^۳ در حد فاصل بین مطالعات آزمایشی و مطالعات شبه - آزمایشی قرار دارد، و ایده اصلی پشت پرده طرح‌های نیمه - آزمایشی، گمارش تصادفی بعد از گمارش گزینشی^۴ است.

مطالعات مختلط

یکی از اصول اولیه تحقیقات آزمایشی این است که شرکت‌کنندگان باید به طور تصادفی در گروه‌های مختلف گمارده شوند. اما اگر از طرح یا مطالعه مختلط^۵ استفاده شود، می‌توان این اصل را رعایت نکرد. در آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی بالینی از این طرح زیاد استفاده می‌شود، زیرا روان‌شناسان بالینی علاقه‌مند به تحقیق معمولاً می‌خواهند بدانند که آیا یک متغیر خاص در افراد مبتلا به اختلالات روانی گوناگون به طور یکسان تأثیر می‌گذارد یا در بیماران روانی مختلف آثار مختلفی دارد (تفاوت‌های فردی).

مطالعات میدانی

مطالعات میدانی^۶ اجازه می‌دهند تا از آثار رویدادهایی را مشاهده کنیم که معمولاً نمی‌توانیم آن‌ها را در آزمایشگاه کنترل (دستکاری) کنیم. این رویدادها عبارتند از بلایای طبیعی یا حملات تروریستی. از سایر متغیرهایی که ممکن است در ایجاد مشکلات روانی نقش داشته باشند و نمی‌توان آن‌ها را در آزمایش‌های کنترل شده به راحتی کنترل کرد، می‌توان فقر و محرومیت اجتماعی را نام برد.

مطالعات موردی

پیش از طراحی و توسعه طرح‌های تحقیقی پیشرفته، مطالعه موردی، پراستفاده‌ترین روش برای جمع‌آوری اطلاعات درباره مشکلات روانی بود و دانشی که از این طریق به دست می‌آمد، مبنای ایجاد و توسعه نظریه‌های اولیه را تشکیل می‌داد. مطالعات موردی به چند دلیل ارزشمند هستند:

- (۱) زمانی که از یک مشکل روانی خاص فقط چند نمونه وجود دارد، مطالعات موردی بسیار مفید واقع می‌شوند.
- (۲) مطالعات موردی در مورد اختلالات روانی اطلاعات جدیدی می‌توانند ارائه دهند.

۱. randomly

۲. quasi-experimental studies (or designs)

۳. semi-experiment (or design)

۴. randomized assignment after selective assignment

۵. mixed study

۶. field studies