خلاصه کتاب مباحث اسیب شناسی 1

زهرا عبداللهی

رشته روانشناسی عمومی

استاد : جناب اقای احمد علی پور

فصل اول

**آسیب شناسی روانی**:

 به شناختن ماهیت ،علت ها، ئ درمان اختلالات روانی مربوط می شود . آسیب شناسی را می توان خیلی نزدیک و دم دست پیدا کرد . ممکن است در مورد افرادی که مشکلاتی دارند از خود سوالاتی بپرسیم . مثلا جرا فرد صداهایی را می شنود ؟ سوال کردن جنبه مهمی از روان شناس بودن است . وقتی یک درمانجوبرای اولین بار با بیماری مواجه می شود برای این که از مسایل و مشکلات او آگاه شود از او سوالات فراوانی می پرسد .

-منظور از ناهنجاری چیست ؟

در این مورد اتفاق نظری وجود ندارد و تعریف هایی که انجام شده است مبهم هستند .تعریف اختلال روان یخیلی دشوار است زیرا یک رفتار واحدی وجود ندارد که کسی را نابهنجار کند و چند عنصر واضح یا شاخص های نابهنجاری وجود دارد .هیچ شاخص تنهایی به خودی خود نابهنجاری را تعریف نمی کند .

اگر فرد در زمینه ای زیر مشکل داشته باشدبه اتمال بیشتری به نوعی اختلال روانی مبتلا است .

1**-رنج بردن** : اگر افراد از لحاط زوانی رنج ببرند گرایش بیشتر به سمت داشتن اختلال است . رنج بردن در بسیاری از موارد عنصری باری اختلال و نابهنجاری است اما شرط کافی یا روری نیست . مثال بیمار مانیک ممکن است رنج نبرد . یا رنج بردن به خاطر امتحان مربوط به داشتن اختلال نمی شود .

2**-ناسازگاری** : رفتار ناسازگار اغلب شاخص نابهنجاری است . اما همه ی اختلال ها رفتار ناسازگارانه را شامل نمی شود . مثل فرد قاتلی که در ازای گرفتن پول ،کسی را می کشد یا یک آدم کلاهبردار . برای آن ها این رفتار ناسازگارانه نیست زیرا آن ها از این طریق زندگی خود را می گذرانند .اما ما آن ها را نابهنجار می دانیم زیرا رفتار آن ها با جامعه سازگار نیست .

**3-انحراف آماری**: کلمه نابهنجار یعنی به دور از هنجار . اما اگر رفتاری را که از لحاظ آماری نادر است را نابهنجار بدانیم ، مشکل تعریف کردن نابهنجاری حل نمی شود . نبوغ از لحاظ آماری نادر است اما به هیچ وجه افرادی که چنین استعدادی دارند را نابهنجار به حساب نمی آوریم .همچنین به دلیل این که چیزی از لحاظ آماری شایع است ، آن را بهنجار نمی کند . مثل سرماخوردگی که بسیار شایع است اما یک بیمار ی محسوب می شود .

**4-تخلف از معیار های جامعه** : در صورتی که افراد از مقررات قرار دادی و اخلاقی گروه فرهنگی خود پیروی نکنند ، رفتار آن ها را نابهنجار می دانیم . البته این به مقدار زیاد به شدت تخلف و اینکه دیگران تا چه اندازه آن را تخلف می دانند ، بستگی دارد . مثال :پارک کردن بهصورت غیر قانونی در جایی . این پیروی نکردن از مقررات به قدری عادی شده است که آن را نابهنجار نمی دانیم . اما وقتی مادری فرزند خود راغرق کند فورا آن را نابهنجار می دانیم .

5**-ناراحتی اجتماعی:** زمانی که فردی از مقررات اجتماعی تخلف می کند ، افراد پیرامون او ممکن است احساس ناراحتی بکنند و رفتار او را احتمالا نمونهای از رفتار نابهنجار بدانند . مثل فردی که فقط او را 4 دقیقه است که دیده اید و او در مورد اقدام خود کشی خود با شما صحبت می کند .

6- غیر منطقی و غیر ابل پیش بینی بودن: ما انتظار داریم افراد به شیوه های خاصی رفتار کنند .و اگر چنین نکنند رفتار او را نابهنجار می دانیم . مال اگر فردی که در کنار شما نشسته است بدون هیچ دلیل آشکاری ناگهان جیغ بکشد .این رفتار غیر قابل پیش بینی است و برای ما هیچ معنایی ندارد .

7-خطرناک بودن : فردی که برای خودش یا دیگران خطرناک باشد باید از لاظ روانشناختی نابهنجار باشد اما اگر تنها بر خطرناک بودن به عنوان تنها ویژگی خطرناک بودن اتکا کنیم دچار مشکلاتی خواهیم شد. به طور مثال: آیا یک سرباز در جنگ یک فرد نابهنجار است؟ یا کسی که سقوط آزاد انجام می دهد یا ورزش های خطرناک انجام می دهد چه طور؟ صرفا به دلیل اینکه ما برای خودمان یا دیگران خطرناک هستیم به معنی این نیست که از لحاظ روانی بیماریم. در واقع پژوهش ها نشان می دهد که خطرناک بودن در افراد نابهنجار بیشتر یک استثنا هست تا یک قاعده .

 **و** **تعریف اختلال روانی : DSM-5**

 اختلال روانی به صورت نشانگانی که در فرد وجود دارد و اختلال بالینی قابل ملاحظه ای را در DSM\_5در

رفتار ،تنطیم هیجان ،یا عملکرد شناختی ایجاد می کند ، تعریف شده است .این اختلالات به صورتی برداشت شده اند که کژکاری در فرایند های زیستی ، روانشناختی، یا رشدی را که برای عملکرد روانی ضروری هستند منعکس می کنند . همچنین اختلال های روانی معمولا با ناراحتی یا ناتوانی قابل ملاحظه ای در زمینه های مهم عملکرد ، مانند فعالیت های اجتماعی ، شغلی، یا زمینه ها ی دیگر ارتباط دارند .

**چرا به طبقه بندی اختلالات روانی نیاز داریم ؟**

زیرا اغلب علوم بر طبقه بندی متکی هستند و ما را قادر می سازند تا به اطلاعات به شیوه سودمندی نظم بدهیم .همچنین به ما امکان می دهند تا اختلالات متفاوتی را که طبقه بندی می کنیم مطالعه کنیم و بنابر این، نه تنها درباره علت ها ی آن ها بلکه در مورد اینکه چگونه می توان آن ها را بهتر درمان کرد، آگاه تر شویم.همچنین طبقه بندی اختلالات روانی اشارات سیاسی و اجتماعی دارد .

**طبقه بندی چه نقاط ضعفی دارد ؟**

طبقه بندی بنا بر ماهیت آن ، اطلاعات را به صورت کوتاه شده تامین می کند . و هر گونه شکل کوتاه شده ای همواره به از دست رفتن اطلاعات منجر می شود. و مجموعه ای از جزئیات شخصی را در مورد فردی که اختلال دارد از دست می دهیم .

مورد بعدی داغ ننگ است. که در ارتباط با داشتن تشخیص روانپزشکی وجود دارد . حتی این روز ها افرادی که به راحتی فاش می کنند که به بیماری جسمی نظیر دیابت مبتلا هستند به سختی می توانند هر گونه اختلال روانی را تایید کنند .کلماتی مل خل، دیوانه و.. که به افراد دارای اختلال نسبت داده می شود باع صدمه زدن به این افراد می شود . حدود 96 درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش داده اند که داغ ننگ یکی از قسمت های عادی زندگی آنان است .

مشکل کلیشه سازی هم با داغ ننگ در ارتباط است . کلیشه ها عقاید خودکار درباره دیگران هستند که بر مبنای اطلاعات جزیی استوار هستد .مثلا افرادی که عینک می زنند باهوش هستند .

داغ ننگ می تواند با مشکل برچسب زدن تداوم پیدا کند .

نظام های طبقه بندی افراد را طبقه بندی نمی کنند ، بلکه اختلالاتی که افراد دارند را طبقه بندی می کنند .

**چگونه می توانیم نگرش های تبعیض آمیز نسبت به بیماری روانی را کاهش دهیم؟**

طبق تحقیقات مشخص شده است صرفا به دلیل این که افراد آگاه می شوند که بیماری روانی در اثر مشکلات مغزی ایجاد می شود ، بدان معنی نیست که آن ها نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی تبعیض کمتر نشان می دهند .گراوس و همکارانش از دانشچویانی که در درس روانشناسی بت نام کرده بودند خواستند مه تعامل با شخصی را تجسم کنند که تصویرش را دیده اند . در مواردی که فردی که نشان داده شده بود مشخص شده بود که بیماری روانی دارد در مقایسه با فردی که مشخص شده بود دچار بیماری روانی نیست، افراد دچار تنش عضلانی بیشتری شده بودند و تغییرات ضربان قلب نیز حاکی از آن است که آن ها تعامل های تجسمی با بیماران را به صورت ناخوشایندتر از تعامل با افراد غیر بیمار تجربه می کنند.

این یافته ها حاکی از آن است که ممکن است افراد به این دلیل از افراد مبتلا به بیماری روانی اجتناب می کنند که بر انگیختگی روانی – فیزیولوژیکی که این رویارویی ها ایجاد می کنند ، به صورت ناخوشایند تجربه می شوند .

**چگونه فرهنگ بر آنچه نابهنجار محسوب می شود تاثیر می گذارد؟**

در هر فرهنگ معینی عقاید و رفتار های مشترکی وجود دارد که وسیعا پذیرفته شده هستند .و امکان دارد یک یا چند شیوه معروف و متعارف را تشکیل بدهند . مثلاخیلی از افراد در کشور های مسیحی معنقد هستند که عدد 13 نحس است . برخی هتل هل و آپارتمان ها طبقه 13 ندارند و یا در بیمارستان ها تخت شماره 13 وجود ندارد. اما ژاپنی ها در مورد عدد 13 نگران نیستند و سعی می کنند از عدد 4 اجتناب کنند .

**اختلالات ویژه فرهنگ**

برخی از انواع اسیب های روانی فقط در برخی فرهنگ ها یافت می شوند و با مسایل فرهنگ ارتباط بسته ای است . این نشانگان که اختلال اضطرابی است، در ژاپن خیلی شایع است tajin kyoFhishoدارند یکی آنها

 این نشنانگان ترس چشمگیر از این که بدن ، یا قسمت هایی از بدن فرد، یا کارکرد های بدن،ممکن است دیگران را ناراحت و شرمنده کند یا باعث شود آن ها احساس ناراحتی کنند . افراد مبتیلا به این اختلال اغلب می ترسند دیگران را با نگاه ، جلوه صورت ، یا بوی بدن خود خجالت زده یا ناراحت کنند .

یا نشانگانی که در افراد جزیره کارائیب دیده می شود . این نشانگان به نظر نمی رسد با هیچ تشخیی از

 مطابقت داشته باشد . این نشانگان اغلب توسط واقعه استرس زا مانند طلاق یا داغدیدگی راه ادازی می شود . گریه ، لرزیدن، جیغ کشیدن غیر قابل کنترل ، و احساس عمومی کلی کنترل را شامل می شود وDSM

 گاهی ممکن است فرد به صورت جسمانی یا کلامی پرخاشگر شود . فرد ممکن است فورا شیوه عادی زندگی را از سر بگیرد و واقعه را به یاد نیاورد .

**اختلالات روانی چقدر شایع هستند ؟**

این سوال به دو دلیل مهم است . 1- این گونه اطلاعات هنگام برنامه ریزی و برفرار کردن خدمات بهداشت روانی ضروری هستند . و برنامه ریزان بهداشت روانی نیاز دارند که دقیقا از ماهیت و میزان مشکلات روانیدر ناحیه ، ایالت ؛ یا کشور های معینی دقیقا اگاه شوند . 2- براورد های فراوانی اختلالات روانی در گروه ها یمختلف افراد می توانند سرنخ های با ارزشی را به علت های این اختلالات برای ما تامین کنند .

**میزان شیوع**

همه گیر شناسی برسی توزیع بیماری ها ،اختلالات ، یا رفتارهای مرتبط با سلامتی درجمعیت معینی است .

مولفه اصلی تحقیق همه گیر شناسی معلوم کردن فراوانی اختلالات روانی است .

اصطلاح **شیوع** به تعداد موارد جاری در جمعیت در طول هر دوره زمانی معین اشاره دارد .که به صورت درصد بیان می شوند .

**شیوع نقطه ای** به درصد برآورد شده واقعی وجاری موارد اختلال در جمعیت معین درهر لحظه از زمان اشاره دارد .

**شیوع در طول عمر** کل طول عمر را در بر می گیرد و افرادی که اکنون بیمار هستند و آن هایی که مبتلا بوده ولی بهبود یافته اند را در بر می گیرد .

**میزان بروز** به تعداد مواردجدیدی اشاره دارد که در دوره زمانی معین یافت می شود .

**برآورد های شیوع برای اختلالات روانی :**

شایع ترین طبقه اختلالات روانی ، اختلالات اضطرابی است . شایع ترین اختلالات فردی اختلال افسردگی اساسی ، سوء مصرف الکل، و فوبی های خا هستند ( مثل ترس از حشرات و حیوانات کوچک – پرواز کردن ، ارتفاعات)

**همزمانی اختلالات** اصطلاحی است که برای وجود دو یا تعداد بیشتری اختلال در فرد واحد مورد استفاده قرار می گیرد . همزمانی اختلال در افرادی که به انواع شدید اختلالات روانی مبتلا هستند خیلی بالاست .

در تحیق ملی همزمانی اختلالات ، نیمی از افراد مبتلا به اختلالی که در مقیاس شدت جدی ارزیابی شده اند ، دو یا تعداد بیشتری اختلا اضافی داشتند .

**درمان**

درمان شامل انواع داروها و روش های مختلفروان درمانی است . همه افراد دچار اختلال تحت درمان قرار نمی گیرند . گاهی افراد رنچ کشیدن خود را انکار می کنند یا آن را جزیی می شمارند . و گاهی به مدت طولانی بر می کنند .همچنین وقتی در صدد درمان بر می آیند توسط پزشک خانوادگی خود درمان می شوند . انواع درمان های سرپایی و مراقبت بستری برای افراد وجود دارد . بیماران سرپایی مستلزم مراجعه به یک متخصص بهداشت روان هستند و مجبور نیستند در طول شب در بیمارستان بمانند . در مواردی که افراد به درمان عمیق تر نیاز دارند درمان بستری انجام می شود .و معمولا در واحد ها یروان پزشکی بیمارستان ها ی عمومی یا بیمارستان ها ی روان پزشکی خصوصی پذیرش می شوند .

**متخصصان بهداشت روانی**

متخصصان بهداشت روانی برای تامین مراقبت ضروری به صورت یک تیم کار می کنند .روانشناشان بالینی – مدد کار اجتماعی – پرستار و روان پزشک هر کدام به بیمار کمک می کنند . بیماران سرپایی هم تیمی از متخصصان در کنار خود دارند اما تعداد آن ها کمتر است . و گاهی بیمار کل درمان را از یک روانپزشک دریافت می کند که هم به او دارو می دهد و هم کار روان درمانی را انجام می دهد

**روش های پژوهش در آسیب شناسی روانی** :

پژوهش به ما امکان می دهد از سبب شناسی اختلالات آگاه شویم پژوهش آسیب شناسی می تواند در کلینیک ها ، بیمارستان ها ، مدارس ، زندان ها ،و تی موقغیت ها یبسیار بی ساخت مانند مشاهدات طبیعی افراد بی خانمان در خیابان صورت بگیرد . کازدین می گوید : (روش شناسی صرفا تلفیق کاربست و روش ها نیست ، بلکه رویکردی است به حل مسئله ، تفکر و کسب دانش )

**مورد پژوهی ها**

مقدار زیادی از دانش اولیه از مورد پژوهی ها به دست آمده است که در آن ها افراد خاصی به طور مشروح توصیف شده بودند . وقتی متخصصان ماهر از روش مورد پژوهی استفاده می کنند ، خیلی می توانیم استفاده کنیم .

معایب : اطلاعاتی که در آن ها ارایه می شود در معرض سو گیری قرار دارند . زیرا نویسنده مورد پژوهی تصمیم می گیرد چه اطلاعاتی را وارد و چه اطلاعاتی را حذف کند . مسئله دیگر این است که مطالب موجود در مورد پژوهی اغلب فقط به فردی که توصیف شده است ربط دارد و تعمیم پذیری کمی دارد یعنیبرای نتیجه گیری در موارد دیگر نمی توان از آن استفاده کرد .

مزایا: مورد پژوهی روشی عالی است برای توضیح دادن مطالب بالینی .مورد پژوهی می تواند منبع با ارزش عقاید تازه و محرکی برای تحقیق باشند . و امکان دارد در مورد اختلالات بالینی غیر عادی که نادر هستند و نمی توان آن ها را به شیوه منظم تری بررسی کرد ، بینش تامین کرد .

**اطلاعات خود سنجی**

روشی برای بررسی دقیق تر رفتار است.

راه های گرد آوری اطلاعات خود سنجی : مصاحبه – پرسشنامه – گزارش دادن تجربیات ذهنی

مصاحبه : پژوهشگر سوالاتی را می پرسد و آنچه را که فرد می گوید یادداشت می کند.

پرسشنامه : پر کردن پرسشنامه توسط افراد

گزارش دادن تجربیات ذهنی : این روش نقطه ضعف هایی دارد از جمله این که ممکن است افراد گزارشگر های خیلی خوب حالت ها و یا تجربیات ذهنی خود نباشند .

**روش مشاهده ای**

گرد اوری اطلاعات به شیوه ای که از افراد پرسش مستقیم انجام نمی شود را روش مشاهده ای می گویند .

نحوه چگونگی انجام روش مشاهده بستگی به این دارد که بخواهیم چه چیزی را بدانیم .

روش هایی برای مطالعه رفتار ها و خلق ها وجود دارد : تویر برداری از مغز مانند تصویر برداری تشدید مغناطیسی کارکردی ( برای بررسی فعالیت مغز – بررسی جریان خون به بخش های مختلف مغز در طول تکلیف – شناخت این که کدام نواحی بر تخیل تایر می گذارند )

روش تحریک مغناطیسی جمجمه : ( تحریک بافت زیربنایی مغز – خارج کردن ناحیه خاصی از مغز به مدت چند ثانیه و ارزیابی پیامد های رفتاری )

مشاهده کردن رفتار به بررسی دقیق رفتار و حرکات افراد خاص اشاره دارد.

**ساختن و آزمودن فرضیه ها :**

فرضیه تلاشی است برای توضیح دادن ، پیش بینی کردن یا کاوش کردن چیزی .انچه که فرضیه های علمی را از گمانه زنی ها جدا می کند این است که دانشمندان سعی می کنند فرضیه ها را آزمایش کنند . گزارش های نظیر مورد پژوهی ها ، یافته های پژوهشی غیر عادی یا غیر منتظره برا ی ساخت فرضیه ها منابع مناسبی هستند . البته مورد پژوهی ها برای آزمودن فرضیه ها چندان مناسب نیستند.

فرضیه ها حیاتی هستند زیرا اغلب روش های درمانی را که برای درمان مشکل بالینی خاصی به کار برده می شوند ، تعیین می کنند . اعتقاد ما نسبت به این که چه چیزی موجب مشکلاتی در درمانجو شده است ، به طور طبیعی نوع مداخله ای که هنگام درمان به کار می بریم را شکل خواهد داد .

**نمونه گیری و تعمیم**

اگر ما بخواهیم افراد مبتلا به وحشت زدگی را بررسی کنیم ، اولین گام تعیین کردن ملاک هایی نظیر ملاک کنونی برا ی مشخص کردن افراد مبتلا به این اختلال است .DSMهای تامین شده در

 سپس باید افرادی را پیدا کنیم که با ملاک های ما متناسب باشند. بررسی تمام افرادی که ملاک های ما را دارند کاری غیر مکن است بنابر این نمونه ای از افراد بیانگر را انتخاب می کنیم . که به این کار نمونه گیری می گویند .در نمونه گیری ما سعی می کنیم افرادی را انتخاب کنیم که بیانگر گروه بسیار بزرگتر مورد نظر ما است.

چون همیشه پیدا کردن شرکت کنندگان برای پژوهشگران کار آسانی نیست ، گاهی پژوهشگران از نمونه های در دسترس در تحقیقات خود استفاده می کنند . یعنی گروه هایی رابررسی می کنند که به راحتی در دسترس قرار دارند .

**اعتبار بیرونی و درونی:**

اعتبار بیرونی : اندازه ای که ما میتوانیم یافته های خود را به فراتر از خود تحقیق تعمیم دهیم اعتبار بیرونی نام دارد.

اعتبار درونی : بیانگر این است که چقدر می توانیم از نتایج تحقیق مطمئن باشیم . اعتبار درونی اندازه ای است که یک تحقیق از لحاظ روش شناختی دقیق ، عاری از متغیر های آمیخته یا منابع دیگر خطاست و می تواند برای نتیجه گیری های معتبر مورد استفاده قرار بگیرد .

**گروه های ملاک و مقایسه :**

گروه مقایسه : پژوهشگران برای آزمودن فرضیه های خود از گروه مقایسه استفاده می کنند که شامل افرادی است که اختلال تحت بررسی را نشان نمی دهند ، ولی از لحاظ تمامی جنبه ها ی مهم دیگر با گروه ملاک یعنی افراد دارای اختلال برابر هستند . منظور از برابر این است که این دو گروه از نظرسن ، تعداد مردان و زنان در هر گروه ،سطح تحصیلات و انواع متغیر های جمعیتی مشابه هستند .

گروه ملاک : یعنی افراد دارای اختلال مورد نظر

**بررسی دنیا به صورتی که هست؛ طرح ها ی همبستگی :**

هدف اصلی پژوهشگران در آسیب شناسی روانی : آگاه شدن از علت های اختلالات متفاوت است .

پژوهش همبستگی : پژوهش همبستگی هیچ گونه دستکاری متغیرها را شامل نمی شود . بلکه پژوهشگر گروه های موارد نظر خاصی را انتخاب می کند . بعدا این گروه ها را از نظر معیار های مختلف مقایسه می کند

**اندازه همبستگی :**

همبستگی مثبت : معیار ها با هم در یک جهت به شیوه مشابه تغییر می کنند .

همبستگی منفی: (همبستگی معکوس)

همبستگی از 0 تا 1 گسترش دارد . عدد نزدیکتر به 1 بیانگر ارتباط نیرومند بین دو متغیر است .

 علامت + یا – جهت ارتباط را نشان می دهد .

**معنا داری آماری:**

معنا داری آماری علاوه بر بزرگی یا اندازه همبستگی بین دو متغیر ، تحت تاثیر حجم نمونه نیز قرار دارد

**اندازه اثر :**

اندازهاثرارتباط بین دو متغیر را مستقل از حجم نمونه منعکس می کند . اندازه اثر صفر به معنی آن است که بین دو متغیر ارتباط وجود ندارد .

**فرا تحلیل** :

نوعی روش آماری است که اندازه اثر به دست آمده از تمام تحقیقات را محاسبه و بعد ترکیب می کند .فرا تحلیل در مقایسه با مرور نوشته ها ی تحقیقاتی روش بهتری برای خلاصه کردن یافته های پژوهشی تامین می کند زیرا از اندازه ها ی اثر استفاده می کند .

**همبستگی ها و علیت:**

همبستگی به معنی علیت نیست . وقتی دو متغیر صرفا با هم همبستگی دارند در مورد این گه چرا همبستگی دارند چیزی نمی گوید .بسیاری از پژوهش ها در آسیب شناسی روانی نشان می دهند که دو یا تعداد بیشتری از چیزها به طور منظم با هم اتفاق می افتد . مثل فقر ورشد عقلانی کم ، افسردگی و عوامل استرس زای قبلی. این موارد به هیچ وجه تایید نمی کندکه یک عامل علت دیگری است . با این که تحیقات همبستگی ممکن است نتوانند به روابط علیتی اشاره کنند اما می توانند منبع نیرومند و غنی استنباط و نتیجه گیری باشند . ان ها اغلب به فرضیه ها ی علیتی اشاره دارند .

**راهبرد ها ی گذشته نگر در برابر آینده نگر:**

پژوهش گذشته نگر : در این پژوهش سعی خواهیم کرد در مورد اینکه چگونه بیماران در اوایل زندگی خودرفتار می کردند اطلاعاتی را به دست آوریم با این هدف که عواملی را مشخص کنیم که ممکن است با اشکالاتی کهبعدا پیش آمدند ارتباط داشته باشند .

منبع اطلاعات ما یادآوری های بیمار ، یادآوری های اعضای خانواده ، مطالب به دست آمده از دفتر خاطراترسی است . که در بررسی خاطرات ممکن است خاطرات ناقص باشند .

همچنین در بازسازی گشته افراد دارای اختلال مشکلات خاصی وجود دارد . از جمله این که فردی که الان دچار اختلال است ممکن است منبع دقیق یا عینی اطلاعات نباشد .

پژوهش آینده نگر : این پژوهش پیش نگری را شامل می شود . در این روش سعی می شود افرادی که بیشتر از متوسط احتمال داردکه به اختلال روانی مبتلا شوند ، شناسایی شده و قبل از اینکه هر گونه اختلالی شکل بگیرد ، توجه پژوهشی روی آن متمرکز شود .

طرح طولی : تحقیقی که افراد با گذشت زمان پیگیری می کنند و می کوشند عواملی را مشخص کنند که قبل از اختلال واقع شده اند .

**دستکاری متغیر ها : روش آزمایشی در آسیب شناسی**

پژوهش آزمایشی : برای نتیجه گیری از علیت و حل کردن مسائل جهت داری ، از رویکرد پژوهش آزمایشی استفاده می شود .

متغیر مستقل : به عاملی که دستکاری می شود با عنوان متغیر مستقل اشاره می شود

اگر وقتی که عامل دستکاری شده تغییر یافته باشد و مشاهده شده باشد که نتیجه مورد نظر که متغیر وابسته نامیده می شود ، تغییر کرده است، در این صورت آن متغیر مستقل را می توان به عنوان علت نتیجه در نظر گرفت .

**بررسی تاثیر درمان**

استفاده از روش آزمایشی در زمینه پژوهش درمان ، ضروری و حتمی است . در پژوهش درمان ، اهمیت دارد که دو گروه ( درمان شده و درمان نشده ) تا حد امکان ، به جز وجود یا عدم وجود درمان ارایه شده برابر باشند . برای این کار معمولا بیماران به طور تادفی در گروه درمان یا گروه بدون درمان قرار می گیرند .

گمارش تصادفی : هر شرکت کننده در تحقیق ، برای قرار گرفتن در دو گروه درمان یا بدون درمان فرصت برابر دارد .

**طرح های آزمایشی تک موردی :**

در این طرح ها افراد واحدی در طول زمان بررسی می شوند رفتار یا عملکرد در یک زمانی ،می تواند با رفتار با رفتار یا عملکرد در زمانی دیگر ، بعد از این که مداخله یا درمان خاصی ارایه شده باشد ، مقایسه شود .یکی از

 است.ABAB اساسی ترین طرح های آزمایشی در پژوهش تک موردی طرح

اول ، شرایط خط پایه است . که در این مرحله صرفا اطلاعاتی در مورد آزمودنی به دست می آوریم .Aمرحله

دوم ، درمان خود را ارایه می دهیم . Bدر مرحله

دوم به این دلیل پی می بریم که آیا واقعا این درمان بوده که تاثیر گذاشته است ،Aدر مرحله

درمان را حذف می کنیم تا ببینیم چه اتفاقی می افتد .

بار دیگر دست یافتنی است ، درمان خود راBدرنهایت برای این که معلوم شود رفتار مشاهده شده در مرحله

 اول دیدیم بار دیگر آشکار می شود .B دوباره اجرا می کنیم تا ببینیم آیا تغییرات رفتاری که در مرحله

**پژوهش حیوانی:**

می توان پژوهش هایی را با استفاده از حیوان انجام داد که برای انسان امکان پذیر نیست . البته با این فرض اساسی که یافته های به دست آمده از پژوهش های حیوانی را می توان به انسان تعمیم داد.

این ازمایش ها تحقیقات قیاشی نامیده می شوند و در آن ها موضوع واقعی مورد نظر را بررسی نمی کنیم ، بلکه نزدیک به آن را بررسی می کنیم . تحقیقاتقیاسی را می توانند انسان ها نیز شامل شوند . مثال : زمانی که می خواهیم افسردگی را با بررسی آزمودنی های بهنجار مطالعه کنیم که آن ها را به صورت خفیف یا زود گذر، غمگین کرده ایم .

فصل دوم

فصل اول

آسیب شناسی روانی

مرور کلی