

طبقه‌بندی و تشخیص

اختلالات روان‌شناختی

تالیف

سوزان کیو

ترجمه

دکتر محمد خدایاری فرد

غلامرضا جعفری کندوان

ب----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی----- ت

بنام خدا

فهرست

ز	پیشگفتار مترجمان
ص	پیشگفتار مؤلف
۱	فصل اول: مقدمه
۲	پیش‌زمینه تاریخی
۲	ماقبل تاریخ و ارواح شیطانی
۲	یونان باستان و توجیهات پزشکی
۳	قرون وسطی و دیوشناسی
۴	عصر خردگرایی و درمان مبتنی بر اصول اخلاقی
۷	عصر جدید و بیماری روانی
۹	ملاک‌های تعریف نابهنجاری
۱۰	ملاک‌های قانونی
۱۱	ملاک‌های آماری
۱۲	ملاک‌های انحراف از هنجار
۱۳	ملاک‌های بهداشت روانی
۱۴	ملاک‌های اجتماعی و روان‌شناختی
۱۵	چهار مباحثه
۱۶	ملاک‌های بیماری روانی
۱۸	دیدگاه‌ها در مورد نابهنجاری
۱۸	مسائل مهم
۲۰	مباحثات

ث----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

۲۳----- رویکردها / الگوها

۲۳----- الگوی پزشکی (یا زیست- شیمیایی)

۲۴----- الگوی روان‌پویشی

۲۶----- الگوی رفتاری

۲۷----- الگوی شناختی

۲۸----- الگوی ساختارگرای اجتماعی

۲۹----- الگوی انسان‌گرا / وجودگرا

۳۰----- رویکرد تکاملی

۳۱----- الگوی نظام‌های خانوادگی

۳۱----- الگوی اجتماعی- فرهنگی

۳۲----- الگوی فمینیستی (برابری طلبی زنان)

۳۳----- رویکرد التقاطی

۳۴----- خلاصه فصل

۳۷----- فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص

۳۸----- پیش‌زمینه

۳۹----- راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)

۴۵----- محورهای اول و دوم: مقوله‌های اصلی

۴۶----- اسکیزوفرنی

۴۸----- افسردگی عمده

۵۰----- اختلال وسواس بی‌اختیاری

۵۲----- پرخوری عصبی

۵۴----- اختلال شخصیت جامعه‌ستیز

۵۵----- طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)

۵۷----- مقایسه DSM و ICD

۵۷----- شیوه‌های ارزیابی بالینی

طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی----- ج

- ۵۸ ----- اصول ارزیابی
- ۶۲ ----- روش‌های ارزیابی
- ۷۷ ----- انتقادهای وارد به نظام‌های طبقه‌بندی موجود
- ۸۲ ----- روایی توصیفی
- ۸۳ ----- روایی پیش‌بین
- ۸۶ ----- مسائل عملی مرتبط با طبقه‌بندی
- ۸۸ ----- مسائل اخلاقی مرتبط با طبقه‌بندی
- ۹۱ ----- خلاصه فصل

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه (MPD) ----- ۹۵

- ۹۶ ----- MPD چیست؟
- ۹۶ ----- تشخیص
- ۹۷ ----- سنجش
- ۹۹ ----- تاریخچه
- ۱۰۱ ----- ارزشیابی: دلایل تفاوت در شیوع
- ۱۰۷ ----- مطالعات موردی
- ۱۰۷ ----- ایو (تیگین و کلکلی، ۱۹۵۴)
- ۱۱۱ ----- سیبل (شرایبر، ۱۹۷۳)
- ۱۱۳ ----- بیلی میلیگان (کیز، ۱۹۸۱)
- ۱۱۸ ----- **خاستگاه‌های MPD**
- ۱۱۸ ----- رویکرد زیست‌شناختی
- ۱۱۹ ----- رویکرد روان‌پویشی
- ۱۲۱ ----- رویکرد خودهیپنوتیزم‌گری
- ۱۲۱ ----- رویکرد رفتاری
- ۱۲۲ ----- رویکرد اجتماعی - فرهنگی

ح----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

- ۱۲۲ ----- MPD و سوء استفاده از کودکان
- ۱۲۳ ----- درمان
- ۱۲۵ ----- آیا درمان کارساز است؟
- ۱۲۶ ----- احیای خاطرات مربوط به سوء استفاده در کودکی تا چه حد است؟
- ۱۲۶ ----- آیا خاطرات یادآوری شده از صحت کافی برخوردارند؟
- ۱۳۴ ----- آیا سوء استفاده در کودکی منجر به بروز اختلال در بزرگسالی می‌شود؟
- ۱۳۵ ----- آیا خاطرات آسیب‌زا سرکوب می‌شوند؟
- ۱۳۶ ----- نتیجه‌گیری
- ۱۳۶ ----- ارزشیابی: ارتجالی یا پزشک‌زاد؟
- ۱۳۷ ----- روند شیوع
- ۱۳۷ ----- تغییرات اجتماعی
- ۱۳۹ ----- رسانه‌های گروهی
- ۱۴۰ ----- نتیجه‌گیری
- ۱۴۱ ----- خلاصه فصل

۱۴۳ ----- فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در نابهنجاری

- ۱۴۴ ----- ارتباط فرهنگ و خرده‌فرهنگ با نابهنجاری
- ۱۴۴ ----- برخی از تعریف‌ها
- ۱۴۴ ----- ارتباط اختلال و فرهنگ
- ۱۴۶ ----- اختلاف‌های فرهنگی در رفتار
- ۱۴۷ ----- فرهنگ و اختلال روانی
- ۱۴۸ ----- هر فرهنگ چگونه رفتارهای نابهنجار را تعریف می‌کند
- ۱۴۸ ----- پاسخ به رفتارهای غیرمعمول
- ۱۵۰ ----- تفاوت‌هایی در تفسیر و تعبیر نشانه‌ها
- ۱۵۱ ----- نتیجه‌گیری
- ۱۵۱ ----- تفاوت‌هایی در شیوع و ابراز اختلالات روانی

طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی----- خ

تفاوت‌هایی در شیوع اختلالات در فرهنگ‌های متفاوت ----- ۱۵۲

تفاوت‌هایی در نحوه بروز رفتار در فرهنگ‌های متفاوت ----- ۱۵۷

تفاوت‌های خرده‌فرهنگی ----- ۱۶۰

نتیجه‌گیری ----- ۱۷۷

نشانگان وابسته به فرهنگ ----- ۱۷۷

تعریف ----- ۱۷۸

نتیجه‌گیری ----- ۱۸۸

درمان با لحاظ کردن تفاوت‌های فرهنگی ----- ۱۸۹

تفاوت‌ها در درمان ----- ۱۸۹

درمان‌های غیرغربی ----- ۱۹۱

نتیجه‌گیری ----- ۱۹۵

خلاصه فصل ----- ۱۹۵

فصل پنجم: نتیجه‌گیری؛ بررسی مسائل و معضلات به صورت اجمالی ۱۹۷

فصل ششم: راهنمای مطالعه ----- ۲۰۳

بهبود مهارت‌های مقاله‌نگاری شما ----- ۲۰۴

سؤال‌های انشایی و دیدگاه آزماینده ----- ۲۰۶

سؤال انشایی تمرینی ۱ ----- ۲۰۶

سؤال انشایی تمرینی ۲ ----- ۲۰۹

خلاصه تحقیقات کلیدی ----- ۲۱۴

مقاله ۱ ----- ۲۱۵

مقاله ۲ ----- ۲۱۷

مقاله ۳ ----- ۲۱۹

د ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

۲۲۳ ----- واژه‌نامه توضیحی

۲۳۱ ----- نمایه اسامی

۲۳۹ ----- نمایه موضوعی

۲۴۷ ----- کتاب‌شناسی

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
دکتر محمد خدایاری فرد

تصاویر

شکل‌ها

- شکل ۱-۱. منحنی توزیع نرمال ----- ۱۲
- شکل ۱-۲. مشاهده رفتارهای افسردگی ----- ۶۹
- شکل ۲-۲. لکه‌های جوهر رورشاخ ----- ۷۵

جدول‌ها

- جدول ۱-۲. DSM IV: نشانگان بالینی محور اول ----- ۴۱
- جدول ۲-۲. DSM IV: اختلالات شخصیتی محور دوم ----- ۴۲
- جدول ۳-۲. محور چهارم DSM IV: مشکلات روان‌شناختی و محیطی ----- ۴۳
- جدول ۴-۲. مقیاس ارزیابی عمومی کنش‌وری DSM IV ----- ۴۴
- جدول ۵-۲. ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی ----- ۴۷
- جدول ۶-۲. ملاک‌های تشخیصی افسردگی عمده ----- ۴۹
- جدول ۷-۲. ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواس بی‌اختیاری ----- ۵۱
- جدول ۸-۲. ملاک‌های تشخیصی پرخوری عصبی ----- ۵۳
- جدول ۹-۲. ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت جامعه‌ستیز ----- ۵۵
- جدول ۱۰-۲. ICD: مقوله‌های اصلی اختلال روانی ----- ۵۶
- جدول ۱۱-۲. اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی تاریخچه زندگی مراجع ----- ۶۴
- جدول ۱۲-۲. فهرست رفتاری برای اضطراب عملکردی ----- ۶۷

ر----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

- جدول ۳-۱. ملاک‌های تشخیصی برای اختلال شخصیت چندگانه (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) ----- ۹۷
- جدول ۳-۲. تعدادی از شخصیت‌های بیلی میلیگان ----- ۱۱۴
- جدول ۳-۳. MPD و دادگاه‌ها (جمیز و شرام، ۱۹۹۸) ----- ۱۱۶
- جدول ۳-۴. رهنمودهایی برای روان‌شناسانی که با درمان‌جویان در موقعیت‌هایی کار می‌کنند که ممکن است در آن مسائلی مربوط به خاطرات تجدیدشده پیش آید: ----- ۱۳۰
- جدول ۴-۱. میزان پذیرفته شدن در بیمارستان‌های انگلستان در سال ۱۹۸۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر برحسب جنسیت و مقوله تشخیصی. ----- ۱۶۸
- جدول ۴-۲. یک مطالعه موردی درمورد آتاک دِ نروپوس (اشپیترز و همکاران، ۱۹۹۴) ----- ۱۷۹
- جدول ۴-۳. فرهنگ و ارزیابی مراجعان ----- ۱۸۱
- جدول ۶-۱. پاسخ کارکان روان‌پزشکی و کارکنان پردیس در تماس‌های اولیه با بیماران ----- ۲۱۶

عضو هیات علمی دانشگاه تهران

فرد

ایجاد فرود

پیشگفتار مترجمان

نابهنجاری‌ها و اختلالات روان‌شناختی، از جمله مباحث تخصصی گرایش‌های بالینی و مشاوره و نیز در زمرهٔ مباحث پایه‌ای گرایش‌های متعدد روان‌شناسی است. با وجود این اهمیت، در دوره‌های دانشگاهی اغلب رسم بر این بوده است که بنابر سلیقهٔ مدرس و با همفکری فراگیران فقط برخی از سرفصل‌های اختلالات روان‌شناختی برگزیده شده و در طول یک یا چند نیم‌سال تحصیلی با مرور علائم مثبت یا منفی مربوط بررسی شوند.

این کتاب مشتمل بر شش فصل است؛ در فصل اول به سبکی کاملاً علمی و با زبانی بسیار ساده و در عین حال غنی از ارجاع به تحقیقات متعدد، تاریخچه‌ای مختصر از روش‌های تشخیصی و درمانی اختلالات روان‌شناختی توضیح داده شده است. در واقع، این فصل، ذهن خواننده را درگیر گستره‌ای از اختلالات و تنوعی از الگوها و رویکردها می‌کند تا خود به این نتیجه برسد که برای تشخیص و درمان یک اختلال، باید انسجامی در اغتشاش حاصل از تقابل الگوها و رویکردها آفرید و آنها را نظام‌مند کرد.

فصل دوم به معرفی نظام‌های تشخیصی اختلالات روانی به‌ویژه دو نظام طبقه‌بندی معروف و معتبر DSM و ICD اختصاص دارد. پنج محور معین شده در DSM به‌طور مبسوط توضیح و تفاوت‌های اصلی آن با ICD شرح داده شده است. با این حال، نکتهٔ مثبت این فصل علاوه بر طرح اصول مهم ارزیابی علمی با تأکید خاص بر روایی و پایایی، بررسی انتقادی این نظام‌هاست تا روان‌شناس تشخیص خود را فقط بر پایهٔ چند نشانه بنا نسازد، بلکه به بررسی عمیق و همه‌جانبهٔ مسائل مراجع بپردازد.

برای تعمیق آموخته‌های خواننده از فصل دوم، در فصل بعد اختلال شخصیت چندگانه

س----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

و ملاک‌های تشخیص، چگونگی اندازه‌گیری، نظریه‌های مربوط به ریشه‌ها و درمان اختلال به همراه چند مطالعه موردی شرح و بسط داده شده و به بررسی کامل آن از جوانب گوناگون پرداخته شده است. در واقع فصل سوم برای فراگیران روان‌شناسی می‌تواند نقطه‌شروعی باشد که اولین گام‌های عملی را در مسیر تشخیص اختلالات بنهند.

فصل چهارم بحثی کم‌وبیش نو و جذاب را به‌طور مفصل مطرح می‌سازد. در این فصل نویسنده با استناد به پژوهش‌های متعدد می‌کوشد تا تشخیص و حتی درمان اختلالات روانی را از خلال فرهنگ، مورد بررسی و توجیه قرار دهد. این فصل نیز به نحوی سعی در پروراندن دید انتقادی فراگیر از نظام‌های تشخیصی دارد تا در استفاده از این نظام‌ها نهایت دقت را به کار بندد.

در تکمیل تمامی این مباحث، در فصل پنجم نویسنده علاوه بر ارائه خلاصه‌ای از فصول گذشته، نتیجه می‌گیرد که نظام تشخیصی خاص قادر نخواهد بود در تمام زمان‌ها، مکان‌ها و فرهنگ‌ها کاربرد داشته باشد، بنابراین در اینجا چیرگی و هنرمندی روان‌شناس به عنوان یک انسان آشکار می‌شود که می‌تواند بنا به موقعیت با تشخیص خود از شیوه تشخیصی مناسب بهره‌جوید.

در فصل ششم برای آشنایی خوانندگان به ویژه دانشجویان با چگونگی پاسخ‌دهی به پرسش‌های امتحانی، نمونه‌هایی از پرسش‌ها به همراه پاسخ داوطلب و نیز نظرهای آزماینده ارائه شده است. همچنین خلاصه سه مقاله پژوهشی ارائه شده که در مقاله اول بار دیگر نظام‌های طبقه‌بندی و تشخیصی به چالش کشیده شده‌اند.

گرایش‌های جامعه‌شناختی نویسنده همان‌گونه که از تأکید او بر فرهنگ در سرتاسر کتاب به‌ویژه در فصل چهارم برمی‌آید، شاید دلیلی بوده است تا این کتاب را «طبقه‌بندی و تشخیص نابهنجاری‌های روان‌شناختی» بنامد؛ با این حال به دلیل دور از ذهن بودن واژه «نابهنجاری» در مجامع و مباحث روان‌شناسی بالینی، به‌خصوص در داخل کشور از یک سو و تأکید «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM) بر واژه «اختلال» از سوی دیگر و نیز به‌کارگیری این واژه‌ها توسط نویسنده به صورت مترادف در متن کتاب، واژه «اختلال»، جایگزین واژه «نابهنجاری» در عنوان کتاب شد.

طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی----- ش

آنچه در مورد این کتاب ذکر شد، چنین به ذهن متبادر می‌سازد که کتاب حاضر فقط برای سطح کارشناسی مفید فایده خواهد بود؛ با وجود این نباید از نظر دور داشت که پژوهش‌های متعددی در این کتاب پیرامون اختلالات روانی دسته‌بندی و ارائه شده است که می‌تواند در زمینه پژوهش در سطوح تحصیلات تکمیلی بسیار سودمند باشد.

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشیار دانشگاه تهران

غلامرضا جعفری کندوان

کارشناس ارشد دانشگاه تهران

پیشگفتار مؤلف

این کتاب در پی جلب توجه خواننده به برخی از مسائل بحث‌انگیزی است که برخورد ما - به عنوان جامعه - را با رفتار نابهنجار پوشش می‌دهند. پیش‌فرض‌هایی مانند اینکه مشکلات در حال رشد ناخواسته‌ای وجود دارند که در تمام دنیا به آنها به عنوان مشکل نگریسته می‌شود، بر مبنای مطالب ارائه‌شده در این کتاب به چالش کشیده می‌شوند. تنوع در پاسخ به نکات مختلف در زمان‌های متفاوت، فرهنگ‌های مختلف و به افراد مختلف یک فرهنگ همگی مدت زمان بسیاری است که مورد توجه قرار گرفته‌اند. ضروری است که مبنای این تفاوت‌ها به طور کامل مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد تا در نتیجه به سبکی منطقی بتوان روی آنها کار کرد یا هر زمان که مناسب باشد، آنها را با عمل درآمیخت.

این کتاب با نگاهی به چگونگی تعریف اختلال روانی و نیز الگوهای (یا رویکردهای) مربوط آغاز می‌شود. فصل دوم به توصیف نظام‌های طبقه‌بندی معمول و مقوله‌ها و ابزارهای تشخیصی مورد استفاده این نظام‌ها اختصاص یافته است. این نظام‌ها در ادامه بر مبنای پایایی و روایی و مسائل عملیاتی و قومی که در کار با آنها خود را نمایان می‌سازند، ارزشیابی می‌شوند. فصل‌های سوم و چهارم مسائل مربوط به تغییر و گوناگونی در طول زمان و در بین فرهنگ‌های مختلف را با ارزشیابی و نگاهی به پژوهش‌ها در خصوص اختلال شخصیت چنگانه و نشانگان وابسته به فرهنگ بررسی می‌کند. اینکه این پدیده‌ها واقعی‌اند یا نه، مورد بحث قرار می‌گیرد. فصل پنجم به نتیجه‌گیری‌ها و مفاهیم ضمنی عملی در این زمینه تمرکز دارد. در فصل ششم گزیده‌ای از امتحانات به صورت تلخیص‌شده و نمونه‌ای از پاسخ‌های دانشجو آورده شده است که با نظرهای آزماینده تکمیل می‌شوند.

سوزان کیو

فصل اول: مقدمه

پیش‌زمینه تاریخی

ملاک‌های تعریف نابهنجاری

دیدگاه‌ها و الگوها

پیش‌زمینه تاریخی

ماقبل تاریخ و ارواح شیطانی

برخی از نابهنجاری‌های روانی سال‌ها پیش شناخته شده‌اند. شواهد برجای مانده از دوران پیش از تاریخ حاکی از آن است که رفتارهای نابهنجار بیشتر به ارواح شیطانی نسبت داده می‌شد. شواهدی دال بر عملیات جن‌گیری وجود دارد. هم‌چنین جمجمه‌هایی با سوراخ‌های خاصی کشف شده‌اند. چنین برمی‌آید که این سوراخ‌ها به منظور فراری دادن ارواح خبیثه ایجاد شده باشند؛ رویه‌ای که امروزه نیز توسط بعضی از گروه‌ها به منظور دستیابی به هشیاری عمیق‌تر به کار می‌رود و ترفین کردن^۱ (ایجاد سوراخ با مته روی جمجمه) نام دارد. با وجود این، برخی پژوهشگران (ماهر^۲ و ماهر، ۱۹۸۵) معتقدند این سوراخ‌ها به احتمال زیاد ناشی از زخم‌های التیام‌یافته باشند، چرا که بیشتر این جمجمه‌ها متعلق به مردهاست و این سوراخ‌ها در قسمت‌های مختلفی از جمجمه قرار دارند. این بدان معناست که این سوراخ‌ها تعمداً ایجاد نشده‌اند.

یونان باستان و توجیهات پزشکی

افلاطون، در قرن چهارم قبل از میلاد بین جنون طبیعی ناشی از بیماری فیزیکی و جنونی که موهبت الهی محسوب می‌شد، تمیز قائل شد. او اصرار داشت که اختلال روانی باید در خانواده درمان شود و به دلیل پافشاری او بود که معابدی به‌منزله آسایشگاه برای بیماران روانی در نظر گرفته شد.

بقراط، طبیب یونانی (که اغلب به‌عنوان پدر طب نوین از او یاد می‌شود)، پنج شکل از جنون را توصیف کرد (هیستری، صرع، اختلال روانی حاد با تب یا بدون تب، و اختلال روانی مزمن). از منظر او همه آنها از اختلالات طبی ریشه می‌گرفتند و با استفاده از داروهای تهوع‌آور یا ملین و ایجاد تغییراتی در برنامه غذایی درمان‌پذیر بودند. هدف این روش‌ها کاهش مایعات

1 - trephining

2 - Maher

بدن یا خلط‌ها بود که به تصور بقراط عامل زمینه‌ساز اختلال روانی بودند. تصور بر این بود که اضافه‌شدن صفرای سیاه موجب افسردگی (مالیخولیا)، اضافه‌شدن صفرای زرد موجب تحریک‌پذیری و اضطراب (صفراوی)، اضافه‌شدن بلغم سبب بی‌تفاوتی (بلغمی) و اضافه‌شدن خون سبب تغییر خلق فرد (دموی) می‌شود. بنابراین، برخی از طبقه‌بندی‌های مدرن اختلالات، به روشنی در آن دوران نیز شناسایی شده بودند.

جالینوس، طبیب یونانی در قرن دوم میلادی، در جریان تحقیقاتش به بررسی کالبدشناسی پرداخت. گفته می‌شود نخستین کسی که ابراز داشت رفتار نابهنجار ممکن است ریشه روان‌شناختی نیز داشته باشد، او بود (هالجین و ویتبرن^۱، ۱۹۹۳).

قرون وسطی و دیوشناسی

در قرون وسطی (۵۰۰-۱۵۰۰) اعتقاد بر وجود دیو اروپا را فراگرفته بود و بار دیگر جنون با تسخیر توسط ارواح شیطانی پیوند یافته بود. این بدان معناست که بازگشتی به عقاید قدیمی‌تر در مورد ارواح شیطانی به وقوع پیوست، اما این عقاید در بافت مسیحیت گنجانده شدند. احتمال اینکه افرادی که دیوزده تشخیص داده می‌شدند در معرض عملیات جن‌گیری قرار گیرند یا در آتش سوزانده شوند، بیشتر از این بود که مورد درمان طبی قرار گیرند. تفتیش عقاید^۲، سازمانی بود که توسط کلیسای کاتولیک رم به منظور شناسایی و سرکوب مرتدین (کسانی که عقایدی مغایر با عقاید کلیسا داشتند) بنیان نهاده شد. در سال ۱۴۸۴، سازمان تفتیش عقاید با انتشار کتاب «راهنمای شکارچیان جادوگر برای شناسایی جادوگرها» با جدیت کارش را پی‌گیری کرد. این کتاب از اولین کتاب‌هایی بود که چاپ شد و به‌طور گسترده‌ای انتشار یافت. بنابر اظهار اسپانوس^۳ (۱۹۷۸)، به احتمال با حدود صد هزار نفر در بین سال‌های ۱۴۵۰-۱۶۰۰ به این شیوه برخورد شد. به‌طور یقین شماری از این افراد اختلال روانی نداشتند (و بسیاری از آنان به دلیل بازی‌های سیاسی و اقتصادی با استفاده از این روش نابود شدند)، اما به‌احتمال، بسیاری به‌واقع از این اختلال رنج می‌بردند.

1 - Halgin & Whitbourne

2 - inquisition

3 - Spanos

در همین دوره بود که نخستین تلاش‌ها در زمینه فراهم آوردن مکان‌هایی امن برای اشخاص مبتلا به اختلالات روانی انجام گرفت. تا این دوره، دیوانه‌ها^۱ (به‌طور کلی با این عنوان از آنها یاد می‌شد) یا توسط خانواده‌هایشان حمایت و نگهداری می‌شدند یا اینکه از خانه رانده می‌شدند تا به تنهایی زندگی خود را تأمین کنند. بیمارستان بثل^۲ که در سال ۱۴۰۳ برای دیوانگان تاسیس شد، نخستین بیمارستان از این نوع در اروپا بود. در پی آن در سال ۱۴۰۸ بیمارستانی دیگر در اسپانیا گشایش یافت. در آمریکای شمالی در سال ۱۶۳۹ و در فرانسه در سال ۱۶۵۷ نیز اقدام مشابهی انجام پذیرفت.

این دو دیدگاه در خصوص جنون (به عنوان بیماری یا به عنوان تسخیر شدن توسط ارواح شیطانی) در طول قرون همواره در جدال بودند. فقط در سال‌های اخیر دیدگاه دوم توسط دیدگاه اخلاقی‌تری که کمتر بر دیدگاه خشک مذهبی قرون وسطی متکی است، جایگزین شده است.

عصر خردگرایی و درمان مبتنی بر اصول اخلاقی

در خلال این دوره از تاریخ، باور بر این بود که دانش و عقلانیت کلید پیشرفت و ترقی بشر است. پس، این دوره به عنوان عصر خردگرایی شناخته می‌شود. درمان‌های جسمانی مبنی بر اصول علمی که توسط پزشکان به کار برده می‌شد، بتدریج جای خود را باز می‌کرد. در اوایل سده هجدهم دیوانگی، نوعی بیماری قلمداد می‌شد و به دنبال تصویب قوانین خاصی در اواخر سده هجدهم، قرار بر این شد که دیوانگان در تیمارستان نگهداری شوند. اما به موازات افزایش جمعیت تیمارستان‌ها، استفاده از زنجیر و سایر ابزارهای مهارکننده بیشتر شد. در اواخر سده هجدهم، با غالب شدن عصر خردگرایی، از تب و تاب مذهبی کاسته شده و ناپسندگی درمان‌های جسمانی نیز مشخص شده بود. چندین علت برای مورد دوم مطرح است: نخست بی‌اثر بودن درمان‌های جسمانی مانند صندلی چرخان ثابت شده بود (این صندلی

1 - Lunatics

2 - Bethlem

۲۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

وسیله‌ای بود که بیماران را پس از نشان دادن بر آن محکم می‌بستند و آن‌گاه با سرعت می‌چرخاندند تا جایی که خون از گوش‌هایشان جاری می‌شد). دومین دلیل رسوایی بیمارستان بثلم در سال ۱۸۱۴ بود. در این سال شایع شد که بیماری به نام جیمز نوریس^۱، به مدت ۱۰ سال به دلیل حمله به مراقبش با شرایط بدی به زنجیر کشیده شده است (البته بنا بر معمول، روایت دیگری نیز از این ماجرا موجود است؛ اینکه نوریس بیمار بسیارخشنی بود و هنگامی که در بند بود، کتاب در اختیار داشت و حتی اجازه نگهداری از یک گربه دست‌آموز نیز به وی داده شده بود. با این حال، این قضیه افکار عمومی را علیه استفاده از زنجیر در تیمارستان‌ها برانگیخت؛ به‌ویژه زمانی که معلوم شد چنین اعمال‌هایی عادی و معمولی شده است).

سوم اینکه، درمان‌های پزشکی موجود در آن دوران از جمله حجامت و پالایش خون در خصوص جنون شاه جورج سوم (ذکر شده در نامه‌های مورخ ۱۷۸۸) با شکست مواجه شدند. بعدها معلوم شد که بیماری شاه، پورفیری^۲ بوده که یک بیماری ارثی است و موجب بروز درد در ناحیه شکم و گم‌گشتگی روانی می‌شود. این بیماری در آن زمان هنوز ناشناخته بود.

کنار گذاشتن رویکردهای مذهبی و طبی در پرداختن به اختلال روانی، منجر به برخورد سومی با رفتار نابهنجار شد (رویکرد اخلاقی). گروهی معتقدند این رویکرد با فرنیسیس ویلیس^۳، کشیشی که برای معالجه جورج سوم فراخوانده شده بود، آغاز شد. او بر استفاده از درمان‌های جسمی مانند تغذیه، ورزش، استفاده از مهارکننده‌های جسمی (مانند صندلی یا کت مهارکننده^۴) تأکید داشت و در عین حال، موعظه‌هایی در مورد اصول اخلاقی برای آگاه کردن بیمار از خطاهایش را لازم می‌دید. اهمیت این رویکرد آن است که براساس آن، دیگر به جنون به‌عنوان بیماری فیزیکی صرف یا ناشی از تسخیر ارواح شیطانی نگریسته نمی‌شد. البته بعید است که بهره‌گیری از درمان‌های مختلف نمایانگر تغییر عقیده در مورد ریشه‌های اختلالات روانی باشد.

1 - James Norris

2 - Porphyria

3 - Francis Willis

4 - strait jackets

رویکرد اخلاقی توسط چیاروگی^۱ در فلورانس ایتالیا در سال ۱۷۸۸ نیز مطرح شد. او همه محدودیت‌ها را در مورد بیماران کنار گذاشت و فعالیت‌هایی را برای سرگرم کردن آنان فراهم آورد. این اقدام را می‌توان سرآغاز کاردرمانی^۲ به‌شمار آورد. در بیمارستان بیکتر^۳ در پاریس نیز پوسین^۴، سرپرست بخش درمان‌ناپذیرها، در سال ۱۷۸۴ به همین نحو بیماران را از قید زنجیر رها کرده و کتک زدن بیماران را ممنوع کرده بود. او این اصلاحات را به کمک فردی به نام پینل^۵ گسترش داد که در سال ۱۷۹۳ به سمت پزشک منصوب شد (و اغلب به سبب این پیشرفت‌ها صاحب نام و اعتبار شد).

در انگلستان، کوکر ویلیام تیوک^۶ (۱۷۳۲-۱۸۲۲) پناهگاه یورک را در سال ۱۷۹۶ افتتاح کرد که با موفقیت فراوانی روبه‌رو شد. این پناهگاه مبتنی بر درمان اخلاقی بود، با تأکید بر بازپروری بیماران، مهربانی، نظم و اشتغال. هیچ پزشکی در آنجا استخدام نشد و سایر ابزارهای مهارکننده فقط در صورت ضرورت استفاده می‌شد. پریچارد^۷ انگلیسی در سال ۱۸۳۵ اصطلاح «دیوانگی اخلاقی» را ابداع کرد، این اصطلاح دز مورد افرادی به‌کار می‌رفت که به روش‌های قابل قبولی زندگی نمی‌کردند. گفته شده است (میسن^۸، ۱۹۸۸) از این اصطلاح بعدها به عنوان بهانه‌ای بی‌دردسر و راه‌گشا استفاده شد تا خویشاوندان ناخواسته را، به‌ویژه زمانی که به آنان ارث می‌رسید، به زندان افکنند.

تعارض بین رویکردهای اخلاقی و طبی، جایگزین‌درگیری قدیمی‌تر بین رویکردهای مذهبی و طبی شد. امروزه نیز می‌توان این تنوع را در مورد رویکردهای درمانی مختلف مشاهده کرد (رویکردهای درمانی در روان‌شناسی توسط مؤلف حاضر را ببینید).

پیرو این پیشرفت‌ها، در سال ۱۸۰۸ پارلمان در مورد مراقبت از دیوانگان قوانینی را به

1 - Chiarugi

2 - occupational therapy

3 - Bicetre

4 - Pussin

5 - Pinel

6 - Quaker William Tuke

7 - Pritchard

8 - Masson

تصویب رساند، اما تا پیش از قانون دیوانگان^۱ در سال ۱۸۴۵، اجباری در مورد مهیا کردن تیمارستان برای این افراد وجود نداشت. این مراکز بیشتر به مراقبت و نگهداری از بیماران می‌پرداختند تا به زنجیرکشیدن آنها. پیش از آن بسیاری از بیماران روانی در صورتی که قادر به مراقبت از خود نبودند، یا در زندان نگهداری شده یا روانه نوانخانه‌ها می‌شدند. در آمریکا، دکتر بنجامین راش^۲ (۱۷۴۵-۱۸۱۳) زندگی‌اش را وقف بررسی مشکلات روانی کرد و دوروتی دوروتی دیکس^۳ (۱۸۰۲-۱۸۸۷) به مبارزه و کوشش در راستای فراهم کردن تسهیلات انسانی خاص برای بیماران روانی پرداخت و از این راه سرمایه‌کافی برای احداث ۳۲ بیمارستان روانی جمع‌آوری شد.

عصر جدید و بیماری روانی

در بین سال‌های ۱۸۶۰ تا ۱۹۰۰، دیدگاه طبی بار دیگر چیرگی یافت. نخستین کتاب روان‌پزشکی در سال ۱۸۸۵ توسط کرپلین^۴ انتشار یافت. وی رفتار نابهنجار را به‌عنوان جلوه‌ای از بیماری روانی، که خود یک بیماری یا بدکنشی جسمی است و بنابراین باید از راه ابزارهای فیزیکی درمان شود، معرفی کرد. اما از آنجا که روزبه‌روز بر جمعیت بیماران در تیمارستان‌ها افزوده شده و جنون بیماری ناعلاج محسوب می‌شد، این خوش‌بینی مورد توجه زیادی قرار نگرفت.

فروید^۵، یکی دیگر از پیشگامان در این دوره نیز به همراه یک متخصص اعصاب به نام شارکو^۶ در پاریس، به بررسی هیستری پرداخت. هیپنوتیزم از زمانی که نخستین بار توسط مسمر^۷ با عنوان مسمریسم مطرح شده بود، به‌منزله یک روش درمانی برای مشکلات روانی رایج بود. فروید مدت کوتاهی از این روش بهره جست، سپس آن را کنار گذاشت و روش

1 - Lunatics act
2 - Benjamin Rush
3 - Dorothea Dix
4 - Kraepelin
5 - Freud
6 - Charcot
7 - Mesmer

خود را ابداع کرد. این روش که با عنوان روان‌تحلیل‌گری شناخته می‌شود و از پیشروان روان‌درمانی‌های نوین به‌شمار می‌آید، این دیدگاه را تقویت کرد که بیماری روانی درمان‌پذیر است و حتماً نباید ریشه پزشکی داشته باشد.

پس از جنگ جهانی دوم (۱۹۳۹-۱۹۴۵)، جمعیت بیماران در بیمارستان‌ها با پیدایش درمان‌های دارویی رو به کاهش نهاد. داروهای آرام‌بخش موجبات وقوع انقلاب بزرگی را در زمینه درمان و مراقبت از بیماران فراهم آورد. بیماران تحت درمان برای انجام فعالیت‌های روزانه به‌نحو بهتری مجهز بودند و بسیاری از آنها توانایی زندگی در اجتماع را کسب کردند. از دهه ۱۹۵۰ به بعد، با پیشرفت در حوزه روان‌پزشکی اجتماعی، بستری شدن در بیمارستان، روشی ناکارآمد برای درمان اختلالات روانی تلقی شد. سازمان جهانی بهداشت عنوان «اختلال روانی» را به جای اصطلاح «بیماری روانی» اتخاذ کرد که بر این حقیقت تأکید می‌کند که اساس جسمانی برای بسیاری از شرایط موجود یافت نشده است. در پی این اقدام سازمان جهانی بهداشت و الزام مسئولان محلی بنابر قانون سلامت روانی^۱ در سال ۱۹۵۹ و قانون مراقبت از بیماران روانی و سالمندان در سال ۱۹۹۰ به فراهم آوردن خدمات اجتماعی بیشتر برای این بیماران، اکنون بسیاری از بیمارستان‌های روانی تعطیل شده‌اند.

هالجین و ویتبرن (۱۹۹۳) سه تبیین متفاوت برای رفتارهای نابهنجار شناسایی کرده‌اند: اسطوره‌ای، علمی و بشردوستانه. این موارد با دیدگاه‌های مذهبی، طبی و اخلاقی که پیشتر مطرح شدند، برابرند. دیدگاه اسطوره‌ای، اختلال‌های رفتاری را ناشی از تسخیر شدن توسط ارواح شیطانی می‌داند؛ دیدگاه علمی آن را به عوامل زیستی مانند ژن‌های معیوب یا بیماری مغزی، یا عوامل روان‌شناختی مانند یادگیری یا فشار روانی نسبت می‌دهد؛ و در نهایت دیدگاه بشردوستانه آن را به شرایط اجتماعی نسبت می‌دهد. به‌طور کلی، درمان‌های پزشکی یا اخلاقی / مذهبی به ترتیب رویکردهای جسمانی و روانی (روان‌شناختی) را ترسیم می‌کنند.

مسئله جالب توجه، تشابه در روش‌های درمان اختلال‌های روانی در طول زمان است. اگرچه این رویکردها مطابق با ارزش‌های اجتماعی غالب (برای مثال مذهبی یا اخلاقی) بار دیگر قالب‌بندی شدند، ولی کماکان در طول قرون تقریباً یکسان باقی مانده‌اند.

اگرچه هدف این کتاب بحث مفصل در مورد تبیین رفتار نابهنجار نیست، ولی درک تفاوت‌ها و شباهت‌ها در نحوه واکنش عمومی جامعه و متخصصان سلامت روانی به رفتار نابهنجار اهمیت دارد. این اهمیت در تلاش برای تعریف و طبقه‌بندی (فصل دوم) و در الگوهای مختلف مورد استفاده در درک رفتار نابهنجار آشکار شده است. سرانجام، بخش اعظم آنچه در مورد تاریخچه اختلالات روانی نوشته شده است، بر این واقعیت تمرکز دارد که جوامع در درمان کسانی که برچسب نابهنجار داشتند، با هم متفاوت بودند. مسئله دیگری که پرداختن به آن بسی مشکل‌تر است، این است که آیا هیچ تغییر واقعی در طبیعت رفتارهایی که لقب نابهنجار گرفته‌اند در طول دوران اتفاق افتاده است. برای مثال، آیا همان افرادی که در دوران پیش از تاریخ نابهنجار قلمداد می‌شدند، امروزه نیز چنین تلقی می‌شوند؟ این مسئله‌ای است که به موازات خواندن ادامه فصل می‌توانید در ذهن داشته باشید.

ملاک‌های تعریف نابهنجاری

همان‌طور که پیشتر اشاره شد، هر بحثی در این زمینه، به وجود تعریف مورد توافق از آنچه رفتار نابهنجار تلقی می‌شود، بستگی دارد. چنین تعریفی باید به نحو احسن قادر به پوشش تمام رفتارهایی باشد که به‌طور کلی در مورد نابهنجار بودنشان توافق وجود دارد؛ باید رفتارهای بهنجار را شامل نشود و پایه‌ای برای سنجش عینی رفتار فراهم آورد. هم‌چنین باید در مورد همه افراد صرف‌نظر از فرهنگشان صادق باشد. در فصل دوم در مورد ارزیابی به تفصیل بحث می‌شود. در اینجا مشخص می‌کنیم که چه رفتاری را می‌توان نابهنجار نامید.

تمرین مروری
<p>از گروهی (حدود شش نفر با زمینه‌های متفاوت) بپرسید چه رفتاری را نابهنجار می‌دانند. سپس از ایشان بپرسید کدام‌یک از آن رفتارها را بزهکارانه (بد) و کدام‌یک را دیوانه‌وار تلقی می‌کنند. آنان چه نوع رفتارهایی را شناسایی می‌کنند؟ چقدر توافق بین آن رفتارها وجود دارد؟ آیا همپوشی بین دیوانگی و بزهکاری وجود دارد؟ چگونه می‌توان آنها را باز شناخت؟</p>

ملاک‌های قانونی

ممکن است تصور شود نظام‌های قانون‌گذاری، که مسئول تصویب قوانین درمان اجباری برای اشخاصی‌اند که رفتار نابهنجار از خود بروز می‌دهند، در مورد تعریف رفتار نابهنجار توافق دارند، اما در کشورهای مختلف قوانین متفاوتی وجود دارد؛ برای نمونه، قانون بهداشت روانی در بریتانیا در سال ۱۹۸۳ رفتار نابهنجار را چنین تعریف می‌کند: «بیماری روانی، وقفه در رشد یا رشد ناقص ذهن، اختلال روان‌دردمندی^۱ و هر اختلال یا ناتوانی ذهنی دیگری است».

از بیماری روانی تعریف بیشتری به عمل نیامده است، بلکه این مسئله به قضاوت متخصصان در درمان چنین اختلالاتی گذاشته می‌شود. در تعریف مذکور، عبارتی که زیر آن خط کشیده شده نیز به‌طور مشابهی ابهام دارد و موجب می‌شود تعریف، کمی نامفهوم و گنگ باشد. «وقفه در رشد یا رشد ناقص ذهن» این گونه تعریف می‌شود: «اختلال شدید در هوش و کنش‌وری اجتماعی^۲ که با رفتار پرخاشگرانه نابهنجار و بی‌مسئولیتی شدید از طرف شخص همراه است». اختلال جامعه‌ستیزی عبارت است از «اختلال یا ناتوانی پایدار ذهن (خواه شامل نقص اساسی در هوش باشد یا نباشد) که منجر به بروز رفتار پرخاشگرانه نابهنجار یا بی‌مسئولیتی شدید از جانب شخص می‌شود».

برخی از این تعاریف به انواعی از رفتارها اشاره دارند که در شمار رفتارهای دردسرساز به حساب می‌آیند. برای مثال اختلال هوش (هرچند همیشه این گونه نیست)، اختلال در انجام وظایف اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه نابهنجار و بی‌مسئولیتی قابل توجه. با این حال، کلمات توصیفی (مانند معیوب، نابهنجار و شدید) امکان قضاوت‌های ذهنی (غیرعینی) را گسترش می‌دهد. آنچه از نظر فردی، اختلال در کارکردهای اجتماعی قلمداد می‌شود، چه‌بسا از منظر فرد دیگر قابل قبول به حساب آید، برای مثال مصرف افراطی الکل.

1 - psychopath

2 - social functioning

تمرین مروری

بر اساس ملاک‌های قانونی، بررسی کنید دارا بودن چه سطحی از هوش به تصور شما «اختلال شدید/ معنی‌دار» محسوب می‌شود. برای مثال هوشبهر ۵۰ یا ۷۵؟
 پرخاشگری نابهنجار چیست؟ پرخاشگری بهنجار چیست؟ آیا باید شامل خشونت فیزیکی باشد، در این صورت تا چه اندازه؟ چه وقت پرخاشگری موجه محسوب می‌شود؟
 «بی‌مسئولیتی جدی» چیست؟ آیا باید برای مثال شامل رفتاری مانند بدهکار بودن هم باشد؟ مخارج فرزندان را تأمین نکردن؟ استفاده از دوز و کلک برای حذف رقبای تجاری؟

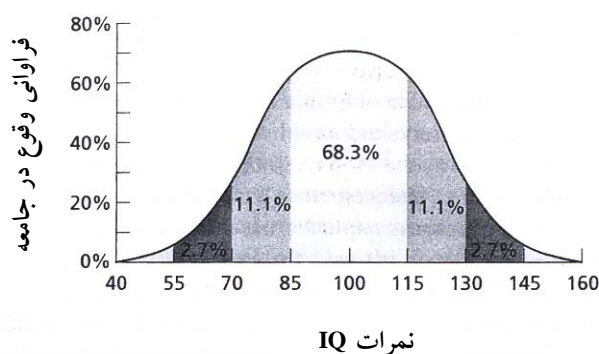
ملاک‌های آماری

در تلاش برای اشاره به موضوعاتی که پیشتر مطرح شد، ملاک‌های آماری بر اساس منحنی توزیع نرمال معرفی شده‌اند (شکل ۱-۱). اگر نمره میانگین جامعه و پراکندگی متوسط نمره‌ها از میانگین (موسوم به انحراف‌معیار) برای رفتاری مشخص باشد، می‌توان به کمک روش‌های ریاضی تعیین کرد که کدام نمره‌ها از میانگین فاصله بسیاری دارند. هم‌چنین می‌توان نشان داد که تعداد معدودی از افراد این نمره‌های دور از میانگین را کسب کرده‌اند. کسب چنین نمره‌ای را می‌توان نشانه‌ای از نابهنجاری به شمار آورد. برای نمونه، اگر نمره میانگین جامعه برای هوشبهر، ۱۰۰ و انحراف‌معیار آن ۱۵ باشد، می‌توان گفت که هوشبهر کمتر از ۷۰ نابهنجار است، زیرا فقط ۲ درصد از جمعیت چنان نمره‌ای را کسب کرده‌اند.

مزیت این سیستم عینی بودن آن است، بدین معنی که طبقه‌بندی افراد فقط بر پایه نمره آزمون و بدون توجه به قضاوت متخصص بالینی انجام می‌پذیرد. اما این روش مشکلاتی نیز دارد؛ نخست آن‌که، کماکان این متخصص بالینی است که باید تصمیم بگیرد کدام رفتارها در وهله اول باید اندازه‌گیری شوند و نقطه برش^۱ در کجا قرارگیرد، یعنی چه مقدار انحراف پذیرفتنی است. مشکل دیگر این است که برای بسیاری از رفتارها مانند رفتار مسئولیت‌پذیری،

1 - cut-off point

ممکن است میانگین مشخصی در دست نباشد. هم‌چنین نشان داده شده (برای مثال، رابینز^۱ و همکاران، ۱۹۸۴) بسیاری از اختلالات روانی به لحاظ آماری تقریباً متداول‌اند. به تقریب ۱/۳ آمریکایی‌ها به بعضی از اشکال اختلال روانی در پاره‌ای از مراحل زندگی مبتلا می‌شوند. در بریتانیا شیوع اختلالات خلقی در طول عمر ۱۵ درصد است (هریسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۸) و در مورد زنان در لندن این رقم فقط برای افسردگی از ۷۰ درصد تجاوز می‌کند (ببینگتون^۳ و همکاران، ۱۹۸۹). ضعف نهایی ملاک‌های آماری این است که ارزش‌ها^۴ را در نظر نمی‌گیرد (حداقل در حوزه نظری). بسیاری از افراد با متوسط جامعه که مطلوب تلقی می‌شود، فاصله دارند، اما با در نظر گرفتن ارزش‌های جامعه نابهنجار تلقی نمی‌شوند. برای مثال اعضای بعضی از گروهک‌ها و فرقه‌ها را نمی‌توان نابهنجار به حساب آورد.



شکل ۱-۱. منحنی توزیع نرمال

ملاک‌های انحراف از هنجار

این رویکرد به جای میانگین، هنجارهای موجود در جامعه را به عنوان ملاک تعیین نابهنجاری در نظر می‌گیرد. آنچه اهمیت دارد، این است که آیا فرد به روش‌های مورد انتظار

1 - Robins
2 - Harrison
3 - Bebington
4 - values

جامعه رفتار می‌کند یا نه. بدین ترتیب، افسردگی که از لحاظ آماری خیلی شایع است، به این دلیل نابهنجار محسوب می‌شود که مورد انتظار نیست (به استثنای موقعیت‌های خاص مانند فوت نزدیکان و آن هم فقط برای دوره زمانی معین).

مشکل اینجاست که هنجارها بین فرهنگ‌ها و حتی درون فرهنگ‌ها و گروه‌ها در زمان‌های گوناگون متفاوت‌اند (فصل چهارم). برای مثال، در پاره‌ای از جوامع مانند زولو^۱، توهم‌ها و فریادزدن در خیابان رفتاری نابهنجار محسوب می‌شوند. لندرین^۲ (۱۹۹۱)، سندرمی موسوم به «درپتومانیا»^۳ را شناسایی کرد که اختلال شناخته‌شده‌ای در آمریکا شد. این اختلال عبارت بود از تمایل بردگان به فرار از ارباب‌هایشان. همجنس‌گرایی نمونه خوبی از رفتاری است که در جامعه ما (منظور جامعه آمریکاست. م.) دیگر نابهنجار قلمداد نمی‌شود و در نزد سایر فرهنگ‌ها مانند سرخ‌پوستان موهاوی^۴ رفتاری پذیرفتنی است (گراس^۵، ۱۹۹۲).

بنابر نظر برخی مؤلفان (مانند ساس^۶، ۱۹۷۱)، تأکید بر هنجار می‌تواند برای توجیه شکنجه و آزار گروه‌های اقلیت به کار رود. برای مثال، جماهیر شوروی متهم شده بود که با مخالفان سیاسی به گونه‌ای رفتار می‌کرد گویی که آنان دچار اختلال روانی بودند. آشکارا، درپتومانیا، نشانگانی تلقی می‌شود که در خدمت اهداف دسته‌ای از گروه‌های اجتماعی است که مایل به سرکوب دیگران می‌باشند.

تمرین مروری

پیامدهای مثبت و منفی تأکید بر هنجارهای اجتماعی در تصمیم‌گیری در مورد نابهنجار بودن رفتارها را فهرست‌وار بنویسید.

ملاک‌های بهداشت روانی

جاهودا^۷ (۱۹۵۸)، ملاک‌هایی را برای سلامت روانی پیشنهاد کرد. به‌جای تمرکز بر

-
- 1 - Zulu
 - 2 - Landrin
 - 3 - drapetomania
 - 4 - Mohave Indian
 - 5 - Gross
 - 6 - Szasz
 - 7 - Jahoda

رفتارهای نامطلوب (چنانچه در سایر رویکردهایی که در اینجا بحث شد قابل مشاهده است)، فهرست او شامل ویژگی‌ها و رفتارهای مطلوب است. بدین ترتیب نابهنجاری، یعنی نبود مواردی که وی مشخص می‌کند. این ملاک‌ها به شرح زیرند:

- ۱- نبود بیماری روانی؛
- ۲- توانایی درون‌نگری^۱، آگاهی از آنچه انجام می‌دهید و چرایی آن؛
- ۳- رشد، تحول و خودشکوفایی (بالفعل‌سازی توان‌ها و استعدادها)؛
- ۴- یکپارچگی و انسجام جنبه‌های متفاوت شخص (برای مثال توازن بین نهاد^۲، من^۳ و فرامن در نظریه فروید)؛
- ۵- توانایی مقابله با فشار روانی؛
- ۶- خودمختاری - توانایی زندگی به‌طور مستقل؛
- ۷- مشاهده جهان به همان صورتی که در واقعیت وجود دارد؛
- ۸- تسلط بر محیط - انطباق‌پذیری با تغییرات، توانایی در عشق ورزیدن، کارکردن، بازی کردن و داشتن روابط رضایت‌بخش.

این روش مفیدی برای شناسایی افرادی است که باید از خدمات روان‌شناختی بهره‌مند شوند. البته این روش مانند سایر رویکردهایی که پیشتر مورد بحث قرار گرفت، مشکلاتی دارد؛ از جمله آنکه این ملاک‌ها در بیشتر ما به صورت کامل موجود نیستند. بنابراین، مسائل مربوط به نقاط برش و مشکلات مربوط به اندازه‌گیری نیز سر برمی‌آورند. تنوع فرهنگی نیز می‌تواند مشکل‌ساز باشد. برای نمونه، جوامع جمع‌گرا برخلاف جوامع فردگرای غربی، خودمختاری را تا این حد ارج نمی‌نهند، بلکه بیشتر روی ارزش‌های خانوادگی و اجتماعی و همکاری اجتماعی تأکید می‌کنند.

ملاک‌های اجتماعی و روان‌شناختی

روزنهان^۴ و سلیگمن^۵ (۱۹۸۴)، فهرستی از رفتارهای نامطلوب تهیه کرده‌اند و اظهار

1 - introspection

2 - id

3 - ego

4 - Rosenhan

5 - Seligman

۳۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

می‌دارند اگر تعدادی از این رفتارها در هر زمانی بروز یابند، می‌توان گفت که فرد به کمک روان‌شناختی نیاز دارد. این فهرست دربردارنده مواردی مانند رنج بردن خود فرد، کژسازگاری^۱ شخصی و اجتماعی، پیش‌بین‌پذیر نبودن و فقدان احساس کنترل، عدم رعایت آداب و رسوم، رفتار غیرمنطقی، ناراحت‌کننده بودن رفتار برای مشاهده‌گران و نقص معیارهای اخلاقی و آرمانی است. این ملاک میزان و کیفیت رنجی را که خود شخص گزارش می‌کند در نظر می‌گیرد تا قضاوت درمورد وی تنها بر پایه نظرات سایر افراد نباشد؛ هرچند، اندازه‌گیری بسیاری از ملاک‌های مذکور مشکل است، بنابراین تا حد زیادی متکی به قضاوت غیرعینی متخصص بالینی است. رنج بردن و عدم رعایت آداب و رسوم نمونه‌هایی از این دست به‌شمار می‌روند. بر این اساس هر فرد می‌تواند به معیارهای فهرست‌شده اعتراض کند. برای مثال، رنج‌بردن همیشه آشکار نیست. برخی از افراد دچار اختلال روانی (مانند کسانی که بعضی از انواع اختلالات شخصیت را دارند) خودشان رنجی احساس نمی‌کنند، با این حال می‌توانند دیگران را بیازارند. رفتار خلاف عرف یا عدم رعایت آداب و رسوم، همان‌طور که از بیماران سرمی‌زند، ممکن است از کسانی که با جامعه خود یکرنگ نیستند نیز سرزند. امتناع از پوشیدن لباس در اماکن عمومی، نمونه‌خوبی از این مورد است. رفتار غیرمنطقی نیز در پاره‌ای از شرایط غیرعادی به نظر نمی‌رسد، هم‌چنین افراد هنگامی که دلشوره یا بیماری جسمی داشته باشند، ممکن است رفتارشان در نظر دیگران غیرمنطقی جلوه کند. سرانجام، معیار ناراحتی مشاهده‌گر بسته به خود مشاهده‌گر و فرهنگ مربوط متغیر است.

چهار مباحثه

کامر^۲ (۱۹۹۸) خاطر نشان می‌کند نقطه اشتراک ملاک‌های پیش‌گفته را می‌توان در چهار

نکته زیر خلاصه کرد:

- انحراف (رفتارهای افراطی و متفاوت مانند افسردگی، انحراف جنسی و غیره)؛
- پریشانی (رفتارهایی که به آشفتگی شخص مبتلا می‌انجامد؛ برای مثال، پارانوئیا)؛
- کژکنشی (رفتارهایی که مخل فعالیت‌های روزانه‌اند، مانند سوء‌مصرف مواد، هراس از مکان‌های باز)؛
- خطرناک بودن (رفتارهای بالقوه آسیب‌آور، برای نمونه، پرخاشگری و اختلالات

1 - maladaptiveness

2 - Comer

خوردن).

اگرچه این نکات گستره وسیعی از مشکلات را پوشش می‌دهند، اما هنوز در مقیاس جهانی قابل استفاده نیستند. بعضی از رفتارها معیارهای چهارگانه را دارند، ولی نمی‌توان آنها را نابهنجار نامید. برای مثال، مصرف الکل توسط دانش‌آموزان ممکن است افراطی قلمداد شود؛ موجب پریشان‌حالی و اختلال در فعالیت‌های روزانه آنها شود و در نهایت می‌تواند خطرناک باشد. با این حال، این مسئله در مورد این گروه از افراد در این مرحله از زندگی‌شان امری پذیرفته شده محسوب می‌شود. بدین ترتیب باید علاوه بر مضمون، بافت رفتار را نیز لحاظ کرد.

ملاک‌های بیماری روانی

در این رویکرد رفتار نابهنجار با حضور نشانه‌های خاص تعریف می‌شود. تصور بر این است که این مجموعه نشانه‌ها، مبین حضور یک بیماری روانی‌اند که چه‌بسا به درمان پاسخ دهد. مجموعه نشانه‌ها در نظام تشخیصی و طبقه‌بندی، متناسب با زمان خود در نظر گرفته می‌شود. برای مثال، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM)، اختلال روانی این‌گونه تعریف شده است:

رفتاری که از لحاظ بالینی معنی‌دار باشد، یا نشانگان روان‌شناختی یا الگویی که در یک شخص بروز می‌یابد و با پریشان‌حالی (نشانه دردناک)، ناتوانی (اختلال در یک یا چند حوزه مهم کنش‌وری)، افزایش خطر مرگ، درد، ناتوانی یا از دست دادن آزادی مرتبط است. به علاوه، این نشانگان یا الگوها نباید فقط واکنش مورد انتظار به حادثه خاصی مانند مرگ یکی از عزیزان باشد.

طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ ICD (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲، چاپ دهم)، نظام طبقه‌بندی دیگری است که بیماری روانی را چنین تعریف می‌کند: «وجود مجموعه‌ای از نشانه‌ها و رفتارها که به لحاظ بالینی قابل تشخیص باشند. این نشانه‌ها در بیشتر موارد با

1 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2 - International Classification of Diseases

پیش‌حالی و اختلال در انجام فعالیت‌ها و وظایف شخصی مرتبطاند». همانند DSM، این طبقه‌بندی نیز روی پریشانی‌ای که فرد بیمار، نه افراد دیگر، تجربه می‌کند، متمرکز است و مجموعه‌هایی از علائم را ذکر می‌کند. در فصل دوم به تفصیل در مورد نظام‌های طبقه‌بندی سخن خواهیم گفت.

در کار بالینی، استفاده از ملاک‌های بیماری روانی رویکردی محبوب به‌شمار می‌آید. بنابر آنچه تاکنون گفته شد، روشن است که شناسایی مجموعه‌های نشانه‌ها در اینجا موضوع مهم و حساسی است. آیا شناسایی آنها به‌طور پایایی میسر است؟ آیا متخصصان بالینی در قضاوت‌هایشان توافق دارند؟ هنوز زمان لازم است تا بتوان تصمیم گرفت که آیا این مجموعه نشانه‌ها روا هستند، یعنی می‌توانند بین نشانگان متفاوت (با دلایل و درمان‌های متفاوت) به خوبی تمایز قائل شوند. روایی^۱ و پایایی^۲ مجموعه نشانه‌ها در ادامه بیشتر بررسی می‌شود.

جدا از روایی و پایایی، انتقادهای دیگری نیز بر این رویکرد وارد است. بیشتر این انتقادات بر این استدلال استوارند که به نظر می‌رسد در مورد بسیاری از اختلالات روانی، هیچ پایه‌زیستی وجود ندارد. بحث کلی پیرامون این استدلال خارج از دامنه محدود این کتاب است و خواننده می‌تواند به سایر کتاب‌های موجود در این زمینه مراجعه کند. با این حال، شواهد و مدارک بیشتری در مورد مسائل فیزیولوژیک (بر پایه علم وراثت، کژکنشی مغز و بیوشیمی) مرتبط با اختلالات روانی در حال گردآوری است. مشکل پژوهشگران در اثبات این نکته است که آیا این مسائل علت اختلال می‌باشند یا پیامد آن. توماس ساس (۱۹۶۰) نمای دیگری از این مسئله را ارائه می‌کند. وی در مقاله‌ای با عنوان اسطوره بیماری روانی^۳، این نکته را خاطر نشان می‌سازد که ذهن پدیده‌ای غیر جسمانی است، بنابراین نمی‌تواند دچار بیماری شود. به نظر او اختلالات روانی پیامد «مشکلات زندگی» است که به طرزی ساده می‌توانند به‌واسطه عناوین و القاب روان‌پزشکی مانند «اسکیزوفرنیک» تشدید شوند. این عناوین بر شخص انگ می‌زنند تا جایی که از شخص بیمار در قبال رفتارش سلب مسئولیت می‌کنند و ممکن است موجب خود معلول‌سازی^۴ در او شوند. بعد از آن، تمام تقصیر بر گردن «بیماری» انداخته می‌شود و مسئولیت درمان هم به عهده پزشکان می‌افتد.

1 - validity

2 - reliability

3 - The myth of mental illness

4 - self-handicaping

دیدگاه‌ها در مورد نابهنجاری

پیش از بازکردن بیشتر این مسائل، نگاهی به جوانب نظری موضوع می‌اندازیم. این جوانب مبنای بیشتر مباحثی را که در ادامه کتاب می‌آیند، تشکیل می‌دهند و در فصل پنجم دوباره به آنها باز می‌گردیم. دیدگاه‌ها به تفصیل در کتاب رویکردهای نظری در روان‌شناسی آمده است. در نمونه AQA¹، بخش دیدگاه‌ها به مسائل مهم، مباحث و رویکردها تقسیم شده است. در سطور زیر از همان ساختار استفاده شده است.

مسائل مهم

به هنگام بررسی تمام حوزه‌های علم روان‌شناسی، چند مسئله باید مورد توجه قرار گیرد. در اینجا به اختصار ارتباط این مسائل پایه‌ای با مطالعه نابهنجاری بررسی می‌شود. مسئله اول، سوگیری جنسیتی است. در جوامع مختلف مرسوم است که مردها و زن‌ها نقش‌های متفاوتی دارند، به این صورت که برای مثال زن‌ها وابسته‌ترند و کارهای مربوط به خانه‌داری و تربیت فرزندان را بر عهده می‌گیرند و مردها مستقل، تصمیم‌گیرنده و نان‌آور خانه محسوب می‌شوند. این نقش‌ها چگونگی ارتباط دو جنس با یکدیگر و به‌طور کلی با اجتماع را معین می‌سازند. زمانی که به رفتار نابهنجار می‌رسیم، شاید تعجب‌برانگیز نباشد که رفتارهایی که برای یک جنس نابهنجار محسوب می‌شوند، برای دیگری پذیرفته شده است. برای نمونه، وابستگی در زنان کمتر مشکل‌آفرین خواهد بود تا مردان. اما آنچه باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد، سوگیری‌هایی است که در تشخیص و رفتارهای متخصصان بالینی وجود دارد. در نظام‌های طبقه‌بندی اختلال روانی و در تشخیص‌ها و درمان‌های انجام‌گرفته توسط متخصصان بالینی، سوگیری مشاهده شده است.

شکل دیگری از سوگیری جنسیتی را می‌توان در میزان مختلف ابتلا به اختلالات روانی خاص در دو جنس مشاهده کرد. برای مثال، افسردگی چنانکه پیشتر ذکر شد، در زنان شایع‌تر از مردان است. به احتمال چند علت برای این مسئله وجود دارد. یکی از این دلایل شاید وجود نقش‌های جنسیتی متفاوت در دو جنس است. تصور می‌شود که ضعف و درماندگی،

همان‌طور که خواهیم دید، عوامل کلیدی در رشد پاره‌ای از اختلالات به‌ویژه افسردگی‌اند. مسئله دوم، سوگیری فرهنگی است. چنانکه پیشتر گفته شد، جوامع مختلف انتظارات متفاوتی در مورد رفتارهای اعضایشان دارند. بنابراین، نگرستن به رفتار فقط از دیدگاه یک جامعه و فرهنگ، سبب ایجاد سوگیری می‌شود. آنچه در فرهنگی نابهنجار تلقی می‌شود، چه‌بسا در دیگری این‌گونه نباشد. پس هر ملاکی برای تعریف نابهنجاری بدون نظر به این مسئله را می‌توان وابسته به فرهنگ^۱ دانست. اینجاست که مشکل دیگری پیرامون نشانگان وابسته به فرهنگ سر برمی‌آورد. این‌گونه اختلالات در برخی فرهنگ‌ها اختلال محسوب می‌شوند و در سایر فرهنگ این‌گونه نیستند. برای مثال، می‌توان بی‌اشتهایی عصبی^۲ را به خوبی در این گروه گنجانند؛ این‌که این بیماری برخاسته از شرایط اجتماعی متفاوت (مانند تأکید غربی‌ها بر خوش‌اندازی و لاغری زنان) باشد یا نتیجه سوگیری در تشخیص، موضوعی است در خور توجه. شکل ضعیف‌تری از نشانگان وابسته به فرهنگ ممکن است در نحوه بروز اختلالات در فرهنگ‌های گوناگون نمایان باشد. برای مثال، افسردگی در بعضی فرهنگ‌ها به احتمال زیاد با نشانه‌های بدنی و جسمی مانند شکایت از وضع گوارشی مرتبط است.

این سوگیری‌ها در مورد گروه‌های فرهنگی که در جامعه غربی زندگی می‌کنند، بیشتر نمایان می‌شود. به‌نظر می‌رسد گروه فرهنگی خاصی، به‌طور مکرر تشخیص‌ها و درمان‌های بیشتری دریافت می‌دارد، اما لازم است دریابیم آیا این مسئله به‌دلیل سوگیری در نظام طبقه‌بندی و سوگیری متخصصان بالینی است یا تفاوت‌های موجود در شرایط و فشارهای اجتماعی.

مسئله سوم، اخلاقیات است. این موضوع بحثی است در خصوص آنچه در نحوه برخورد ما با یکدیگر درست یا غلط به حساب می‌آید. واضح است که در زمان تشخیص اختلال روانی این موضوع می‌تواند پیامدهایی برای فرد بیمار داشته باشد. این مسئله به لحاظ درمانی قابل توجه نیست، بلکه از لحاظ جوانبی از کارکردهای روزانه مانند زندگی خانوادگی،

1 - cultur-bound

2 - anorexia nervosa

مسکن و اشتغال نیز باید در نظر گرفته شود. برچسب تشخیصی می‌تواند خودپنداره (فرد خود را چگونه می‌پندارد) را اغلب در جهت منفی تحت تأثیر قرار دهد. این ارزشیابی منفی ممکن است به واسطهٔ پس‌خوراندهای دریافتی از جانب دیگران تقویت شود، زیرا تصور قالبی مردم از افراد مبتلا به اختلال روانی خوب نیست. مسائل قانونی نیز ممکن است مشکل‌آفرین شوند، زیرا تشخیص اختلال روانی می‌تواند دلیل خوبی برای فرار بزهکاران از محکمه، یا فرار از مسئولیت در قبال اعمال خلاف فراهم آورد.

همان‌گونه‌که پیشتر خاطرنشان شد، تشخیص‌های روان‌پزشکی می‌توانند برای صدمه زدن به افراد خاصی، به دلایل شخصی یا سیاسی، مورد استفاده قرارگیرند. این مورد نیز نمایانگر نقص معیارهای اخلاقی است.

مسئلهٔ چهارم، استفاده از حیوانات در تحقیقات است. در اینجا نگرانی‌ها مشتمل بر دو دستهٔ عملی (برای مثال تعمیم یافته‌های به‌دست آمده در آزمایش‌های بررسی حیوانات به انسان مجاز نیست) و اخلاقی (استفاده از حیوانات برای اهداف پژوهشی اخلاقی است) هستند. در جایی که به اختلالات روانی می‌پردازیم، این موضوع به روشنی با پژوهش در زمینهٔ علل اختلالات روانی مرتبط است که محور توجه نوشتار حاضر نیست (ر.ک: روان‌شناسی استرلینگ و هل‌ول^۱). برخی از رویکردها یا مدل‌هایی که در بخش پایانی بررسی می‌شوند، آشکارا ریشه در نظریه‌هایی دارند که مبتنی بر تحقیق‌های انجام‌گرفته روی حیوانات می‌باشند. رویکردهای رفتارگرا و زیستی نمونه‌هایی بارز از این دست هستند.

مباحثات

در اینجا به برخی مسائل چون جبر و اختیار^۲؛ کاهش‌گرایی^۳؛ روان‌شناسی به‌عنوان علم و بحث طبیعت-تربیت بیشتر پرداخته می‌شود.

جبر و اختیار بحثی است دربارهٔ ریشه‌های رفتار. چنانکه از واژه اختیار برمی‌آید، نظریهٔ

1 - Stirling & Hellewell

2 - free will and determinism

3 - reductionism

اراده آزاد بدین معنی است که ما شیوه انجام عملی را به گونه‌ای که می‌خواهیم بر می‌گزینیم. ما عاملانی آزاد هستیم که می‌توانیم در زندگی خود انتخاب کنیم. این عقیده‌ای است که روان‌شناسان انسان‌گرا^۱ طرفدار آنند. جبرگرایی نظریه‌ای است مبنی بر اینکه رفتار، از پیش توسط نیروهایی خارج از کنترل مانند وراثت و سایر عوامل زیستی، یادگیری‌ها، تجارب قبلی و فشارهای اجتماعی تعیین می‌شود. این نظریه را رویکردهایی مانند رفتارگرایی، روان‌پویشی و زیست‌شناختی مورد حمایت قرار می‌دهند. موضع میانی و معتدل‌تر، جبرگرایی ملایم است که اظهار می‌دارد رفتار نه کاملاً آزاد و نه کاملاً جبری است. ما قابل پیش‌بینی هستیم، اما مسلماً این اختیار را نیز داریم که به طرزی غیر قابل پیش‌بینی عمل کنیم. برای مثال، زمانی که بیمار نیستیم، این امکان کمتر است که مانند در تخت‌خواب را برگزینیم، اما اگر خود این گونه انتخاب کنیم، می‌توانیم در تخت‌خواب بمانیم.

ارتباط این موضوع با بحث ما این است که اغلب تصور می‌شود افراد مبتلا به اختلال روانی قادر به کنترل رفتارشان نیستند و نمی‌توانند از اختیار خود بهره‌گیرند؛ معتادان نمی‌توانند عادتشان را کنار بگذارند، افراد مبتلا به وسواس بی‌اختیاری قادر به متوقف ساختن مناسک رفتاری خود نیستند و افراد گرفتار پرخوری عصبی^۲ نمی‌توانند خوردن افراطی خویش را ترک گویند. این بحث ریشه این دیدگاه قانونی است که افراد مبتلا به اختلالات روانی مسئول جرایم خودشان نیستند. پاره‌ای از نویسندگان زبان اعتراض به فرایند تشخیص روان‌پزشکی گشوده‌اند، بر این اساس که الصاق برچسب‌های روان‌پزشکی به افراد، از آنها با فراهم آوردن دستاویزی در قبال رفتارشان سلب مسئولیت می‌کند. بنابراین، این مسئله می‌تواند نتیجه‌ای معکوس در برداشته باشد، زیرا این افراد احساس خواهند کرد که برای تغییر سبک رفتارشان از کنترل کافی بی‌بهره‌اند.

کاهش‌گرایی نظریه‌ای است که بر اساس آن می‌توان در سطوح مختلفی مانند زیستی و اجتماعی، تبیین‌هایی برای رفتار ارائه کرد. از نظر کاهش‌گرایی از میان این سطوح، سطح زیستی برترین به حساب می‌آید. در واقع، تبیین اختلالات روانی کانون توجه این کتاب نیست،

1 - humanistic

2 - bulimia

اما رویکردهای گوناگونی که در بخش بعدی تشریح خواهد شد، آشکارا با این بحث مرتبط است. در مورد این رویکرد این موضوع را نیز باید در نظر داشت که تأکید بیش از حد بر یک سطح به گونه‌ای انحصاری، به احتمال رویکردی سودبخش نخواهد بود. چنان‌که الگوها نشان می‌دهند، در بیشتر اختلالات روانی علل چندگانه‌ای دخیل‌اند، و ممکن است درمان‌های چندگانه نیز مورد نیاز باشد. مشکلات اجتماعی (برای مثال نابسندگی مهارت‌های اجتماعی) نیازمند درمان متفاوتی از مشکلات زیستی مانند عدم تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی (مواد شیمیایی تأثیرگذار بر سیستم عصبی) است. به‌همین دلیل، رویکردی التقاطی که کلیه جوانب مشکل را مورد توجه قرار می‌دهد، به‌طور کلی مورد تأیید است.

علم، تکیه‌گاه و پشتوانه روان‌شناسان در کلیه حوزه‌هاست و حوزه اختلالات روانی نیز در این میان مستثنا نیست. ویژگی کلیدی رویکرد علمی، طبقه‌بندی است که کانون اصلی توجه این کتاب است. ویژگی دیگر، ارائه تبیین‌های نظری برای اختلالات روانی و پذیرش یا رد فرضیه‌های برگرفته از این نظریه‌ها، از طریق آزمایش و سایر روش‌های علمی مورد قبول است. در هر دو مورد، مسئله اصلی دستیابی به عینیت و حذف سوگیری است. در فصل‌های بعد بر نظام طبقه‌بندی، فرایند سنجش و تشخیص و اختلالات خاصی مانند اختلال شخصیت چندگانه نظری می‌افکنیم. هدف، ارزشیابی این نظام‌ها و فرایندها به لحاظ روایی علمی‌شان، به‌ویژه با در نظر گرفتن ملاک‌های مهم روایی و پایایی خواهد بود.

پیش‌بینی‌پذیری، رکن دیگری از رویکرد علمی است. فرض علم بر آن است که ما قابل پیش‌بینی هستیم و این مسئله دال بر جبری بودن اعمال بشر است، هرچند سهمی برای اختیار نیز در نظر گرفته می‌شود؛ بدین معنی که علم بیشتر با احتمالات سروکار دارد تا با قطعیات. بعضی از روان‌شناسان، به‌ویژه روان‌شناسان انسان‌گرا، بر این باورند که رویکرد علمی را نمی‌توان بدون قید و شرط پذیرفت، زیرا آنها تصور می‌کنند انسان آزادی و اختیار دارد و نیز معتقدند ذهنیت (درک انتظارات دیگران) بسیار مهم‌تر از عینیت است.

بحث طبیعت-تربیت در حیطه اختلالات روانی، در مورد بررسی ریشه مشکلات روانی مطرح می‌شود- آیا این مشکل از هنگام تولد وجود داشته است (طبیعت) یا از مجرای تجربه

به دست آمده (تربیت)؟ موضع تعامل‌گرا^۱، موضعی معتدل و میانه، بین این دوست که هر دو را دخیل می‌داند. این موضوع در کتاب آسیب‌شناسی روانی استرلینگ و هل‌ول به تفصیل آمده است، ولی می‌توان برخی از آن جنبه‌ها را در اینجا در نظر گرفت. شاید مهم‌ترین جنبه این بحث، رابطه این موضوع با روا و پایا بودن نظام طبقه‌بندی است. به‌منظور انجام کار تحقیقاتی درخصوص علل اختلالاتی چون اسکیزوفرنی، در وهله اول باید قادر به شناسایی دقیق افراد مبتلا به آن باشیم. نکته مهم دیگری که می‌توان بررسی کرد، تنوع بسیار تأثیرات طبیعت و تربیت در ایجاد اختلالات روانی است. این را می‌توان به خوبی با سطوح تحلیل پیوند داد که پیشتر در جریان بحث کاهش‌گرایی ذکر شدند. تأثیرگذاری کلیه سطوح فرهنگی، اجتماعی، شناختی، ژنتیکی و زیستی - شیمیایی را می‌توان در حوزه اختلال روانی مشاهده کرد.

رویکردها / الگوها

چند رویکرد یا الگوی مختلف در دنیای روان‌شناسی وجود دارد که می‌توانند در مورد رفتار نابهنجار به کار گرفته شوند. این رویکردها تعیین می‌کنند که کدام رفتارها نابهنجار تلقی می‌شوند، همچنین چگونگی تبیین و درمان این رفتارها را معین می‌کنند و بدین لحاظ اهمیت کاربردی زیادی دارند. الگوهایی که به‌طور خلاصه در اینجا تشریح می‌شوند، دربرگیرنده الگوهای زیست‌شناختی-پزشکی، روان‌پویشی، رفتاری، شناختی، ساختارگرایی اجتماعی^۲، انسان‌گرا و تکاملی و در عین حال نظام‌های خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی است.

الگوی پزشکی (یا زیست-شیمیایی)

این رویکرد فرض را بر این می‌گذارد که رفتار نابهنجار زمانی وجود دارد که مجموعه‌ای از نشانگان قابل شناسایی موجود باشد. این مجموعه، نشان‌دهنده بیماری جسمی نهفته‌ای است که به احتمال به علت نابهنجاری‌های ژنتیکی، تصادف یا بیماری، کژکاری عصب‌شناختی یا

1 - interactionist position

2 - social constructionist

زیست-شیمیایی ایجاد شده است. برای مثال، یک تبیین زیستی-پزشکی اختلال روانی را پیامد ژن معیوب، عدم تعادل هورمونی، یا اختلالی در سیستم انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌داند. بنابراین، درمان باید بر پایه رفع این بیماری جسمی نهفته زیر نظر پزشک صورت گیرد. اگر بیماری درمان نشد (برای مثال با جراحی) آنگاه باید با وسایل فیزیکی دیگر از جمله دارو یا شوک‌درمانی (ECT)^۱ تحت کنترل قرارگیرد. برای مثال افسردگی را می‌توان با مصرف داروهای ضدافسردگی یا ECT درمان کرد.

به‌منظور آزمایش فرضیات رویکرد زیست-شیمیایی و حمایت از این الگو، می‌توان پژوهش‌های علمی بسیاری انجام داد، درحالی‌که در مورد دیدگاه روان‌پویشی این کار بسیار دشوارتر است. تحقیقات، منجر به کشف دخالت یک عضو آسیب‌دیده در بعضی از اختلالات شده‌اند. برای مثال، گفته می‌شود بیماری فلج عمومی دیوانه (GPI)^۲ به واسطه عفونت با سیفلیس ایجاد می‌شود. به نظر می‌رسد، ژن‌ها در افسردگی شیدایی^۳ تأثیر دارند و در اسکن مغزی بیماران اسکیزوفرنیک نابهنجاری‌هایی دیده می‌شود. درمان‌های فیزیکی مانند دارودرمانی نیز در مقابله با نشانه‌های بعضی از اختلالات موفقیت‌آمیز بوده‌اند. با وجود این، همه اختلالات را نمی‌توان با علل زیست‌شناختی توجیه کرد؛ این موضوع نیز مسلم نیست که تغییرات عضوی مشاهده شده در بیماران از علل اختلال یا از پیامدهای آن به حساب می‌آیند. درمان‌های جسمانی همیشه کارساز نیستند، این موضوع پرسش‌هایی درباره پایه فیزیکی فرض شده برای اختلالات در ذهن ایجاد می‌کند. به هنگام بحث در مورد روایی سامانه‌های طبقه‌بندی دوباره به این مسئله خواهیم پرداخت.

الگوی روان‌پویشی

براساس نظریات فروید، همه ما به دلیل برخورد اجتناب‌ناپذیر بین غرایز (که بخشی از شخصیت موسوم به «نهاد» نماینده آن است) و تقاضاهای اجتماع (که بخشی از شخصیت به

1 - Electroconvulsive shock Therapy

2 - General Paralysis of Insane

3 - manic depression

۴۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

نام «فرامن» نماینده آن است) تا حدودی نابهنجار هستیم. به‌ویژه امیال جنسی و نحوه برخورد با آنها در مسیر رشد می‌تواند منجر به ایجاد تعارض‌هایی در ذهن ناهشیار شود. اگرچه ما ممکن است از این تعارض‌ها بی‌اطلاع باشیم، اما آنها تأثیری چشمگیر بر رفتار ما دارند. حد واسط بین نهاد و فرامن بخش سوم شخصیت یعنی «من» را تشکیل می‌دهد. ممکن است «من» در نتیجه فشارهای وارده از جانب سایر ارکان شخصیت دستخوش تشویش و اضطراب شود. من، دارای ساز و کارهای دفاعی متعددی است (مانند واپس‌زدن افکار مشوش‌کننده به درون ذهن ناهشیار) که می‌تواند آنها را به منظور محافظت از خود در برابر این اضطراب به‌کار بندد. قدرتمندی ساز و کارهای دفاعی من است که مشخص می‌کند فرد مشکلات روانی را تجربه خواهد کرد یا نه. در این دیدگاه، به افسردگی به عنوان پیامد از دست دادن زودهنگام یکی از والدین نگریسته می‌شود. این فقدان ممکن است عینی (برای مثال در داغدیدگی) یا ذهنی (برای مثال زمانی که فرد احساس حقارت می‌کند یا احساس می‌کند که او را رها کرده‌اند) باشد. در هر دو مورد، خشمی که در برابر ترک فرد از سوی والد احساس می‌شود، سرکوب و روی خود خالی می‌شود.

افزایش ظرفیت من برای برخورد قدرتمند با تعارضات، هسته دیدگاه روان‌پویشی به درمان را تشکیل می‌دهد. این مستلزم پی‌بردن به تجارب دوران اولیه کودکی درمان‌جو و بیرون کشیدن تعارضاتی است که در ناهشیار وی قرار دارند (مانند از دست دادن زودهنگام والد در مورد افسردگی). در حین جلسات روان‌تحلیل‌گری، درمانگر بینش خود در مورد درمان‌جو را بر پایه تداوی‌های آزاد درمان‌جو، تحلیل خواب‌ها و بر اساس طبیعت روابط شکل گرفته بین درمانگر و درمان‌جو شکل می‌دهد. در مورد افسردگی، درمان ممکن است شامل فراهم آوردن نوعی از رابطه والد-فرزند باشد تا از این راه فرد بتواند از جانب فرد دیگری (درمانگر) توجه و درک شدن از سوی دیگری را تجربه کند.

این رویکرد بسیار تأثیرگذار بوده، لیکن پایه‌های علمی روشی که فروید به کار بست، نامناسب می‌نماید، از این رو، انتقادهای زیادی به او شده است. این نظریه بر پایه روش پژوهش موردی استوار است که روی یک بیمار تمرکز می‌کند، بنابراین تعمیم آن به تمام افراد دشوار است. پاره‌ای از نویسندگان (برای مثال میسن، ۱۹۸۸) فروید را به دلیل سوگیری در روش

درمانی‌اش به باد انتقاد گرفته‌اند. با این حال، از آنجا که ناهشیار همچنان دور از دسترس می‌ماند، مشکل است بتوان مفاهیم فروید را با روش‌های مورد قبول علمی آزمود. درمان روان‌تحلیل‌گری که برگرفته از نظریات روان‌پویشی است، به نظر می‌رسد در مورد دامنه محدودی از اختلالات کاربرد دارد. این روش در اختلالات ملایم‌تری مانند اضطراب فراگیر موفقیت‌آمیزتر است تا اختلالاتی چون اسکیزوفرنی.

الگوی رفتاری

رفتارگرایان (برای نمونه اسکینر^۱، ۱۹۳۸) رفتار قابل مشاهده را هدف اصلی روان‌شناسی به‌طور کلی تلقی کردند. شگفت نیست که آنها نابهنجاری را به منزله تظاهر رفتارهای کژسازگارانه می‌بینند. ایشان تصور می‌کنند این رفتارها از طریق فرایندهای شرطی‌سازی کنش‌گر^۲ (یادگیری از طریق تقویت و تنبیه) یا شرطی‌سازی کلاسیک^۳ (یادگیری از طریق پیوند^۴) آموخته شده‌اند. اگر شرایط محیطی مناسب مهیا شود، هر فردی قادر به یادگیری این رفتارهاست.

در این دیدگاه، افسردگی می‌تواند ابراز درماندگی آموخته‌شده^۵ باشد (سلیگمن، ۱۹۷۳)؛ حالتی از بی‌احساسی که زمانی عارض می‌شود که حیوان نتواند از موقعیت نامطلوب و ناخوشایند بگریزد. این حالت در حیواناتی مشاهده شده است که با محرک آزارنده (مانند شوک الکتریکی) مواجه می‌شوند و از آن راه گریزی نمی‌یابند. پس از این تجربه، زمانی که با محرک‌های نامطلوب دیگری، ولی گریزپذیر، مواجه می‌شوند، دست به فرار نمی‌زنند و رفتارهایی که بروز می‌دهند، به نظر می‌رسد شبیه به همان رفتارهای بیماران افسرده باشد. براین اساس تغییر شرایط محیطی نیز ممکن است منجر به حذف رفتارهای نامطلوب شود. درمان‌های رفتاری تلاش می‌کنند این کار را با ارائه تقویت‌هایی^۶ (پیامدهای مثبتی) که

1 - Skinner

2 - operant conditioning

3 - classical conditioning

4 - association

5 - learned helplessness

6 - reinforcement

۴۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

موجب تداوم رفتار می‌شوند، انجام دهند. رفتارهای نامطلوب در جریان درمان تغییر داده می‌شوند (به کمک روش‌های خاصی چون اصلاح رفتار، درمان اجتنابی، غرقه‌سازی یا حساسیت‌زدایی نظام‌مند) و رفتارهای مناسب‌تر با تشویق تقویت می‌شوند. اهداف درمان، به کمک درمان‌جو تنظیم می‌شوند، از این‌رو، کنترل کاملاً در دست‌ان درمانگر نیست. درمورد افسردگی، کار درمانی مستلزم افزایش فراوانی رفتار اجتماعی و حصول اطمینان از این موضوع است که آنها با پیامدهای خوشایند و مطلوب پیوند می‌یابند.

بنابر تحقیقات دقیق، ولو با استفاده از حیوانات، رویکرد رفتارگرا انواع درمان‌های سودمندی را ارائه می‌کند که چنانچه نشان داده شده، درمورد مداوای برخی بیماری‌ها مانند هراس‌ها سریع و کارسازند، اما از آنجا که به جای کشف و از بین بردن ریشه مشکل، راه‌حلی مقطعی ارائه می‌دهند، مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. همچنین این مکتب در پاسخ به این پرسش که چرا در صورت وجود تجارب محیطی یکسان، بعضی از مردم رفتارهای کژسازگارانه از خود بروز می‌دهند و برخی این کار را نمی‌کنند، دچار ضعف است.

الگوی شناختی^۱

روان‌شناسان شناختی مانند بک^۲ (۱۹۶۳)، رفتار نابهنجار را با الگوهای فکری تحریف شده پیوند می‌دهند که در نهایت به رفتار مختل می‌انجامد. این تحریفات می‌توانند شامل تفکر دومقوله‌ای^۳ (هرچیز را یا سیاه یا سفید دیدن) و تعمیم افراطی^۴ (اتفاقی که یک بار رخ داده است، همیشه اتفاق خواهد افتاد) باشد. برای مثال افسردگی، ممکن است با دیدی منفی از خود، جهان و آینده (معروف به سه‌گانه شناختی^۵) ارتباط داده شود. چنین افرادی سوگیری‌هایشان را با عدم توجه به حوادثی که دیدگاه‌های منفی‌شان را حمایت نمی‌کند، حفظ می‌کنند. سایر اختلالات ممکن است پیامد فرایندهای یادگیری اجتماعی باشند که در آن رفتار دیگران مشاهده و آنگاه تقلید می‌شود (بندورا، ۱۹۶۹).

1 - cognitive model

2 - Beck

3 - dichotomous thinking

4 - overgeneralization

5 - cognitive triad

درمانگران شناختی نیز مانند رفتارگراها چندان که به تبدیل این شیوه‌های تفکر به شیوه‌هایی واقع‌گرایانه و سازگارانه اهمیت می‌دهند، پروای ریشه‌های این شیوه‌های تفکر را ندارند. هدف درمانگران شناختی شناسایی افکار تحریف‌شده و یافتن برنامه‌هایی است که آنها را حذف می‌کنند و با فرایندهای فکری و رفتارهای معقول‌تر و منطقی‌تری جایگزین می‌کنند. درمان‌های مبتنی بر الگوی شناختی، شناسایی و دگرگون کردن الگوهای فکری مشکل‌آفرین را در برمی‌گیرند. ممکن است یک بیمار افسرده به نگهداری دفتر یادداشت برای شناسایی افکار خودکار^۱ منفی‌ای که به ذهنش خطور می‌کند، ترغیب شود. سپس می‌توان این افکار را با استدلال منطقی و تکالیف عملی به چالش گرفت. هنگامی که احساس می‌شود می‌توان رفتارها را با مشاهده و تقلید عوض کرد، از بازی‌نقش^۲ نیز می‌توان بهره گرفت.

این رویکرد، رویکردی است علمی مبتنی بر نظریه‌هایی که از طریق پژوهش به دست آمده‌اند. درمان‌های مؤثری برای درمان افسردگی و اختلال وحشت‌زدگی^۳ طراحی شده‌اند و به تازگی شواهدی دال بر تأثیر این درمان‌ها در کنترل توهم بیماران اسکیزوفرنیک در دست است. همان‌گونه که رفتارگراها تصور می‌کنند، اختلال «برای هرکسی می‌تواند اتفاق افتد». در این رویکرد نیز فرض می‌شود هرکس توانایی و استعداد پرورش فرایندهای فکری کژسازگارانه را دارد. اما نظریه‌پردازان این رویکرد از توضیح اینکه چرا به نظر می‌رسد فقط افراد معینی دستخوش این بیماری‌ها می‌شوند، باز مانده‌اند. در مواردی همچون افسردگی، فرایندهای فکری ابراز شده، در حقیقت بسیار واقع‌گرایانه‌تر (برای مثال، افراد افسرده به هنگام ارزیابی خطرها دقت بیشتری نشان می‌دهند) از فرایندهای فکری افراد بهنجارند. بنابراین، مشکل است بتوان آنها را کژسازگارانه خواند.

الگوی ساختارگرای اجتماعی

از منظر این رویکرد، چیزی با عنوان عینیت وجود ندارد، در عوض دانش ما درمورد خود و جهان اطراف به طرزی ساده بر توافق اجتماعی استوار است. به عبارت دیگر، دانش ما

1 - automatic thoughts

2 - role playing

3 - panic disorder

در اجتماع شکل می‌گیرد. از آنجا که نمی‌توانیم رشته پیوندمان را با فرهنگ و دوره تاریخی‌مان بگسلیم، نمی‌توانیم دیدی بی‌طرفانه از جهان داشته باشیم. این مسئله را می‌توان به حیطه اختلال روانی مرتبط ساخت و گفت آنچه نابهنجار تلقی می‌شود، می‌تواند تغییر یابد، یا اینکه خود اختلال روانی ممکن است در اجتماع مطابق با سوگیری اجتماعی و بالینی ایجاد شود. تفاوت‌های فرهنگی و تاریخی در وقوع اختلالات خاص را می‌توان به این نوع فرایند نسبت داد؛ چنانکه در فصل‌های سوم و چهارم خواهیم دید. باوجود جدید بودن، این الگو در ادراک بعضی از این تفاوت‌ها بسیار مفید بوده است.

الگوی انسان‌گرا / وجودگرا

هسته اساسی این رویکرد، این است که افراد به سمت خودشکوفایی^۱ (بالفعل‌سازی استعدادهای بالقوه‌شان) برانگیخته می‌شوند. آنها مختارند در مورد زندگی‌شان تصمیم بگیرند و مسئولیت آنچه را انجام می‌دهند، بپذیرند. تصور می‌شود اختلال روانی زمانی ایجاد می‌شود که از این کار جلوگیری به عمل می‌آید؛ این مسئله می‌تواند با امتناع از پذیرش مسئولیت و با دیدی منفی نسبت به خود پیوند یابد (راجرز^۲، ۱۹۵۱). بر این اساس، افسردگی می‌تواند پیامد بازداری میل به خودشکوفایی باشد یا پیامد عدم تناسب قابل توجه بین خود ادراک شده فرد^۳ و خود ایده‌آل^۴ او.

درمان‌های مبتنی بر این الگو بر درک تجارب هشیار فرد تأکید می‌کنند و تحلیل علمی و عینی را مناسب و بسنده تلقی نمی‌کنند. معروف‌ترین این درمان‌ها، درمان فردمحور^۵ است که هدفش فراهم آوردن شرایطی است که رشد شخصی را با اجتناب از قضاوت و رهنمود دادن، ترغیب می‌کند.

هدف درمان، کل‌نگری است و قصد دارد ارکان گوناگون رفتار را یکپارچه سازد تا

1 - self-actualization
 2 - Rogers
 3 - perceived self
 4 - ideal self
 5 - person-centered therapy

شخص به موجودی یگانه برای زندگی اصیل تبدیل شود (و به آدمی خودانگیخته، دلسوز و واقع‌بین تبدیل شود). این عقاید پایه جنبش با نفوذی را در مشاوره پی‌ریزی کرده که در درمان اختلالات ملایم‌تر مفید واقع شده است. از آنجا که انسان‌گراها بر نقش درمانگر به‌عنوان متخصص تکیه نمی‌کنند، با رشد گروه‌های خودیاری جامعه-محور^۱ در حوزه‌های بسیاری مرتبط می‌شوند. اما در جایی که درمان‌جوها اختلالات شدیدی دارند و دارای قدرت بیان خوبی نیستند، این درمان‌ها کمتر مفید واقع شده‌اند. روی هم‌رفته این نظریه‌پردازان پژوهش‌های علمی چندانی برای آزمودن نظریاتشان ترتیب نداده‌اند.

رویکرد تکاملی

در این رویکرد، تأکید روی قوه سازگاری رفتار است. نظریه تکاملی اظهار می‌دارد که گونه‌ها از طریق فرایند انتخاب طبیعی تکامل یافته‌اند. از آنجا که در بین افراد برای دست یافتن به منابع محدود موجود رقابت وجود دارد، آن دسته از افرادی که به خوبی با محیط سازگار می‌شوند، اقبال بیشتری برای زنده ماندن دارند و در عین حال ژن‌هایشان را نیز به نسل بعدی منتقل می‌کنند و آنهایی که سازگاری خوبی ندارند، از بین خواهند رفت. ارتباط موجود بین این نظریه و بحث اختلالات روانی در اینجا است که اختلال روانی برای بقایش در بین جمعیت بشری نیازمند این است که به دلایلی سازگارانه باشد. افسردگی ممکن است رفتاری سازگارانه تلقی شود، برای مثال، هرگاه موجود با موقعیت‌هایی رویارو شود که در آن برنده شدن غیرممکن است. اضطراب زمانی می‌تواند سازگارانه قلمداد شود که ما در مواجهه با موقعیت‌های «مبارزه یا گریز»^۲، برای مثال در برابر حیوان خطرناکی قرار گرفته‌ایم. این حقیقت که امروزه اضطراب نمی‌تواند سازگاری حاصل کند، نمایانگر «پس‌افتادگی ژنوم»^۳ است که به‌وسیله آن، ژن‌هایی که دیگر سودمند نیستند، ایستادگی می‌کنند، زیرا به زمان بیشتری برای حذف شدن نیاز دارند.

1 - community-based

2 - fight or flight

3 - genome lag

این رویکرد ما را بر آن داشته که کارکردهای رفتار را در نظر داشته باشیم. با این حال، آشکارا در مورد رفتارهایی که فقط از راه ژنتیکی تعیین نمی‌شوند، کاربردپذیر نیست و کاربرد این الگو در درمان (مهندسی و مشاوره ژنتیکی) به لحاظ اخلاقی مورد شک و تردید است. هم‌چنین آزمودن این عقاید ممکن نیست.

الگوی نظام‌های خانوادگی

در این دیدگاه، به جای در نظر گرفتن بیمار مبتلا به اختلال روانی به عنوان یک فرد، کل خانواده وی را به عنوان یک نظام اجتماعی در نظر می‌گیرند. بر این اساس موضع اختلال روانی را نمی‌توان در فرد یافت، بلکه اختلال بیانگر کژکنشی الگوهای تعاملی در خانواده به مثابه یک کل است (برای نمونه بیتسن^۱ و همکاران، ۱۹۵۶). نشانه‌های بیماری ممکن است به عنوان عامل انحراف و دور ساختن توجه از نواحی اصلی تعارض عمل کنند. برای مثال، بروز بی‌اشتهایی عصبی به خانواده‌هایی نسبت داده می‌شود که در آنها افراد با یکدیگر بیش از حد در تعامل اند و از بروز آشکار تعارض‌ها جلوگیری می‌شود (مینوچین^۲ و همکاران، ۱۹۷۸).

خانواده‌درمانی‌های مبتنی بر چنین تبیینی، بر الگوهای ارتباطی در خانواده متمرکز می‌شوند و از پس‌خوراند برای نشان دادن آنچه اتفاق می‌افتد، به اعضای خانواده استفاده می‌کنند. این می‌تواند با عقاید و ادراک‌های مشترک اعضای خانواده ارتباط داشته باشد.

این نوع درمان‌ها در مورد کودکان آشفته و درگیری‌ها و خشونت‌های زناشویی سودمند واقع شده است. مشکل نظریه‌پردازان در این مورد از اینجا ناشی می‌شود که چنین الگوهای تعاملی را به دشواری می‌توان در پژوهش‌های علمی به اثبات رساند. بنابراین، بیشتر متکی بر قضاوت‌های بالینی است.

الگوی اجتماعی- فرهنگی^۳

این رویکرد همان رویکرد نظام‌های خانوادگی در مقیاسی وسیع‌تر است که بر آداب و رسوم فرهنگی و عوامل اجتماعی مانند فقر برای تبیین اختلال روانی تأکید دارد. این رویکرد

1 - Bateson

2 - Minuchin

3 - socio-cultural model

تفاوت‌های موجود در بروز برخی از اختلال‌ها در جوامع مختلف یا گروه‌های درون جامعه را (مانند طبقه اجتماعی و جنسیت) دلیل مستحکمی بر این مدعا می‌داند که شرایط اجتماعی می‌توانند به آسیب‌های خاص روانی منجر شوند. برای مثال، افسردگی در زنان شایع‌تر است، به‌ویژه در زنانی با چندین کودک خردسال که در شرایطی نامساعد زندگی می‌کنند. بدین ترتیب افسردگی با انزوا، فقدان حمایت اجتماعی، کم بودن فرصت پیشرفت و احساس ضعف پیوند می‌یابد. مداخله به شکل کمک در جهت توانمند ساختن افراد، برای مثال در زمینه برپاکردن شبکه‌های حمایت‌کننده اجتماعی آنها ظاهر می‌شود. احتمال دیگر، مداخله در سطح اجتماع یا در سطح سیاسی برای ایجاد تغییرات در شرایط اجتماعی است.

الگوی فمینیستی (برابری طلبی زنان)

این الگو اختلال روانی را (بیشتر در زنان) در نقش‌های جنسیتی که توسط جامعه به افراد تخصیص داده می‌شود، می‌داند. تمرکز اصلی این رویکرد، روی اختلالات خوردن است. برای نمونه، بی‌اشتهایی عصبی با ضعف زنان و نیاز به جذاب بودن یا دست یافتن به قدرت از طریق رسیدگی افراطی به ظاهرشان پیوند داده شده است. روزه گرفتن در این دسته از افراد رضایت حاصل از کنترل حداقل یک جنبه زندگی را می‌دهد (بوسکیند-لودال و وایت^۱، ۱۹۷۸). دیدگاه مرتبط (اورباخ^۲، ۱۹۷۸) به این صورت است که انکار خویشتن^۳ یکی از اجزای جدایی‌ناپذیر نقش زنانه است. هنگامی که این مسئله توسط یک زن پذیرفته می‌شود و او از بازشناختن نیازهای واقعی خود باز می‌ماند، می‌توان احتمال بروز بی‌اشتهایی عصبی را داد. در این الگو نیز مداخله می‌تواند در مقیاس فرد یا جامعه صورت پذیرد. درمان فردی می‌تواند رهانیدن زن از بند محدودیت‌های نقش را که توسط جامعه بر وی اعمال شده، هدف خود قرار دهد. در سطح اجتماعی، هدف، ایجاد تغییر در خود نقش‌های جنسیتی است.

1 - Boskind-Lodahl & White

2 - Orbach

3 - self-denial

رویکرد التقاطی

در عمل هیچ‌کدام از الگوها نمی‌توانند پاسخ نهایی را برای اختلال روانی فراهم سازند. گروهی از روان‌شناسان بالینی ترجیح می‌دهند که رویکردی التقاطی اتخاذ کنند، یعنی استفاده از همه الگوها به نحوی مناسب. آنها برای مثال چه‌بسا از الگوهای متفاوتی در مراحل مختلف درمان (تایرر و اشتاین‌برگ^۱، ۱۹۸۷) بهره‌گیرند؛ برای مثال نخست به منظور کنترل مشکل توسط داروها می‌توانند از الگوی زیست‌شناختی، پس از آن از مداخلات مبتنی بر الگوهای اجتماعی-فرهنگی، رفتاری و خانوادگی بهره‌گیرند. الگوی زیستی-روانی-اجتماعی^۲ نماینده خوبی از این نظریه‌هاست. یکی از نمونه‌های این رویکرد، الگوی آسیب‌پذیری ارثی-تنیدگی^۳ است که بر آسیب‌پذیری ژنتیکی و در عین حال فشار محیطی در ایجاد اختلال تأکید می‌ورزد. اعتقاد صرف به یک رویکرد می‌تواند بسیار محدودکننده باشد، به‌ویژه به این دلیل که بیماری‌های روانی ممکن است پیامد یک زنجیره سببی^۴ باشند. برای نمونه، ممکن است استرس علت بی‌واسطه یک اختلال باشد، اما این مسئله ممکن است فقط برای افرادی مشکل‌آفرین باشد که سوگیری‌های شناختی پیدا کرده‌اند که خود این سوگیری‌ها می‌تواند معلول نابهنجاری‌هایی در مغز باشد. این موضوع در مورد درمان مبنی بر «الگوی عالم-عامل»^۵ که بر یگانگی بیمار تأکید دارد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین، ملاحظه دقیق هر بیمار حین فرایند ارزیابی باید به انتخاب درمانی بینجامد که مناسب حال وی باشد، سپس می‌توان کارایی درمان انتخابی را ارزیابی و تغییرات لازم را بر اساس تحلیل علمی ایجاد کرد. اما گاه متخصصان بالینی ممکن است اولویت‌هایی داشته باشند که بر دیدگاهشان در مورد درمان‌جو حکم‌فرما شود و مسیر انتخاب درمان خاص را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، آگاهی از دیدگاه‌های مختلف اهمیت دارد.

1 - Tyrer & Steinberg

2 - biopsychosocial

3 - diathesis-stress

4 - causal chain

5 - scientist-practitioner model

تمرین مروری			
<p>فرضیات اصلی ارائه شده توسط هر یک از الگوهای مذکور در مورد رفتار نابهنجار را شناسایی کرده و به صورت جدول درآورید. مدل‌های ارائه شده را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:</p>			
شناختی	روان‌پویشی	رفتارگرایی	زیستی-پزشکی
تکاملی	انسان‌گرایی	ساختارگرای اجتماعی	
فمینیستی	اجتماعی-فرهنگی	نظام‌های خانوادگی	
<p>این نکات را در ارزیابی هر مدل در نظر داشته باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تأکید بر گذشته یا حال • مبنای اصلی اختلال • ارتباط افکار با بیماری • هدف درمان • چه کسی درمان را کنترل می‌کند • کاربردهای عملی • محدودیت‌های الگو 			

خلاصه فصل

در این فصل دیدیم که چگونه تا دوره خردگرایی یعنی حدود آغاز سده نوزدهم، کشمکش دیرین بین ارتباط دادن رفتار نابهنجار با تسخیر شیاطین یا در نظر گرفتن آن به عنوان بیماری طبی، بر قوت خود باقی بود. سپس دیدگاه اخلاقی جایگزین دیدگاه مذهبی محدود قبلی شد. هسته سبک‌های درمانی بعدی از طبی به اخلاقی تغییر یافت، که به تازگی نیز توسط رویکرد اجتماع-محور جایگزین شده است (با وجود اینکه هنوز تحت تأثیر رویکرد طبی است). موضوع تعریف رفتار نابهنجار نیز بحث برانگیز بوده است؛ تعاریف قانونی، ملاک‌های روان‌شناختی و طبی نیز از نظر گذرانده شد. به نظر نمی‌رسد، هیچ‌کدام از این موارد به طرز کامل و رضایت‌بخشی رفتار نابهنجار را در فرهنگ‌ها و اعصار گوناگون پوشش داده باشند. موضوعات و مباحث اصلی علم روان‌شناسی از لحاظ ارتباط با رفتار نابهنجار مورد بحث

۵۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

قرارگرفتند. الگوهای گوناگون روان‌شناختی نابهنجاری نیز تشریح شد؛ الگوهای پزشکی، روان‌پویشی، رفتاری، شناختی، ساختارگرایی اجتماعی، انسان‌گرایی، تکاملی، نظام‌های خانوادگی، فمینیستی، التقاطی و اجتماعی-فرهنگی. این الگوها از لحاظ مبانی و کارایی ارزیابی شدند. در فصل بعد، به شرح سامانه‌های طبقه‌بندی و ارزیابی مبتنی بر الگوی پزشکی پرداخته می‌شود.

تمرین مروری

موارد (واقعی) زیر را بخوانید و تصمیم بگیرید که آیا افراد مشروحه را دستخوش بیماری روانی و نیازمند درمان می‌دانید یا خیر. هر یک از این موارد را مطابق با ملاک‌های مختلف گفته شده در تعریف نابهنجاری، ارزیابی کنید.

جوئیس. بی در یکی از محله‌های ثروتمند نیویورک در خیابان زندگی می‌کرد. وی از پیاده‌رو به عنوان توالی استفاده می‌کرد، خودش را گلی می‌کرد و در کل وضع بدی داشت. با عابران بدرفتاری می‌کرد و پولی را که به او می‌دادند، می‌سوزاند. در سال ۱۹۸۷ در جریان اقدام دولتی که هدفش کمک به بی‌خانمان‌ها بود، دستگیر و به بیمارستان روان‌پزشکی منتقل شد و در آنجا مشخص شد که دچار اسکیزوفرنی پارانوئیدی است. او معتقد بود حقوق شهروندی‌اش پایمال شده است. زمانی که وکلای اتحادیه آزادی شهروندان خواستار ارزیابی مجدد وضعیت وی شدند، معلوم شد که او دچار اسکیزوفرنی نیست.

دارالا اس. از دور انداختن اشیاء امتناع می‌ورزید. او به قدری خرت و پرت جمع‌آوری کرده بود که ناچار شد خانه‌ای را که در گذشته سالن آپرا بود، برای ذخیره این اشیاء بخرد. در میان وسایل او، اشیایی مانند لباس‌های نمایش، پری‌دریایی کاغذی و تمساح‌های خشک‌شده یافت می‌شد. او لباس آتش‌نشانان را بر تن می‌کرد و شغلش نوازندگی بود.

جان اس. ده سال در غاری زندگی می‌کرد که به هنگام مد از آب دریا پر می‌شد. در گذشته، مسافت بین لندن‌زاند و جان آگروتز را با پای برهنه و درحالی‌که فقط پیژامه‌ای به تن داشت، طی کرده بود. به منظور گردآوری پول برای تأمین معاش خود داوطلب شد تا شش ماه او را در قفسی در باغ وحش لندن به نمایش بگذارند، اما مسئولان پیشنهادش را نپذیرفتند.

منابعی برای مطالعه بیشتر

- Carr, A. (2001). *Abnormal Psychology*. London: Routledge (Useful comparison of family systems with other models of abnormality.)
- Champion, L. & Power, M. (2000). *Adult Psychological Problems*. Hove, UK: Psychology Press. (Does an excellent job of relating the different models to a wide range of mental disorders, and is easy to read.)
- Heller, T., et al. (Eds) (1996). *Mental Health Matters*. London: Macmillan. (A selection of abridged articles on a range of mental health issues; each article is short and easy to read; several key writers included.)
- Tyrer, P. & Steinberg, D. (1987). *Models for Mental Disorder*. London: Wiley. (Separate chapters on each model, plus an attempt to pull them all together; easy to read.)

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص

پیش‌زمینه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)

محورهای I و II: مقوله‌های اصلی

طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)

شیوه‌های ارزیابی بالینی

ارزیابی، طبقه‌بندی و تشخیص

پیش زمینه

یکی از ویژگی‌های کلیدی رویکرد علمی در قبال هر موضوعی، نظام‌یافته بودن آن است. موضوع مورد بررسی علم به صورت مجموعه‌ای از موارد با ویژگی‌های مشترک دسته‌بندی یا به روش‌های دیگر سازمان‌دهی منطقی می‌شود. از این طریق بررسی مسئله مورد بحث آسان‌تر می‌شود. علوم طبیعی مدت‌های مدیدی نظام‌های طبقه‌بندی گوناگونی مانند جدول تناوب عناصر در شیمی یا نظام‌های مرتبط با زایش نوعی^۱ در علوم زیست‌شناختی را به کار بسته‌اند. در سده نوزدهم، علم پزشکی با شناسایی بیماری‌های گوناگون و فراهم آوردن انواع مختلف درمان برای آنها، مسیر پیشرفت را آغاز کرد. اما متأسفانه در آن زمان هماهنگی بسیار اندکی در رویکردهای موجود به رفتار نابهنجار وجود داشت. در بریتانیا یک طرح طبقه‌بندی توسط کمیته آماری انجمن پزشکی-روان‌شناختی سلطنتی ایجاد شد که هرگز توسط اعضاء به کار بسته نشد. در پاریس و آمریکا نیز طرح‌های مشابهی مطرح شدند، ولی مورد پذیرش قرار نگرفتند.

یکی از طرح‌های اولیه توسط کرپلین (۱۸۸۳) ایجاد شد. از کرپلین اغلب به عنوان پایه‌گذار روان‌پزشکی نوین یاد می‌شود. نظام طبقه‌بندی وی گروه‌های علائم یا نشانگان را شناسایی می‌کند که به نظر او علل عضوی دارند. برای مثال، بیماری‌های روانی شدید به دو دسته تقسیم می‌شد: زوال عقلی پیش‌رس (که اکنون اسکیزوفرنی نامیده می‌شود) که تصور می‌شد پیامد عدم تعادل شیمیایی باشد و روان‌پریشی شیدایی- افسردگی که تصور می‌شد پیامد بی‌نظمی‌های سوخت و ساز است. نظام کرپلین مبنایی برای طرح‌های تشخیصی نوین بود.

امروزه از دو طبقه‌بندی مهم استفاده می‌شود؛ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، که نخستین بار توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ عرضه شد و اکنون نسخه تجدید نظر شده چهارم آن در دسترس است؛ و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) که در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان جهانی بهداشت برای پوشش دادن بیماری‌های روانی و جسمی ایجاد شد. در هر دو مورد هدف، طبقه‌بندی اختلالات روانی و مرتبط ساختن مقوله‌های

1 - phylogenetic

۴۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

اختلالات با تبیین‌ها و درمان‌های گوناگون است. در بخش‌های بعد این موارد به‌طور جزئی بررسی شده و مثال‌هایی ارائه خواهد شد.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)

DSM، نظام چندمحوری است، به این معنی که هر فرد مبتلا به اختلال روانی را می‌توان بر اساس پنج محور کارکردی مختلف که هر کدام نماینده جوانب گوناگونی از زندگی شخص‌اند، بررسی کرد. همان‌طور که پیشتر گفته شد، محورهای یک و دو نماینده نشانگان بالینی‌اند. محور سوم عوارض پزشکی عمومی را پوشش می‌دهد که ممکن است رفتار فرد را تحت تأثیر قرار دهند. محور چهارم، مشکلات روان‌شناختی و محیطی مانند رویدادهای ناخوشایند زندگی را پوشش می‌دهد. محور پنجم، ارزیابی عمومی از کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی فرد است. در اینجا به ترتیب بر هر یک از این موارد نظر می‌افکنیم، اما توجه داشته باشید که فقط سه مورد اول برای تشخیص اجباری هستند. هر چند با در نظر گرفتن همه محورها در جریان ارزیابی بالینی احتمال خطا کمتر خواهد شد. آشکار است که نمی‌توان همیشه ارتباط نزدیکی بین کارکرد عمومی (محور پنجم) و نشانه‌های بیماری برقرار ساخت. برای نمونه، اضطراب بسته به طبیعت شغل فرد ممکن است به کارآمدی شغلی شخص آسیب برساند یا نرساند.

محورهای اول و دوم گروه‌های عمده عوارض بالینی را در بر می‌گیرند. فهرستی از این موارد را می‌توان به ترتیب در جدول‌های ۲-۱ و ۲-۲ مشاهده کرد. محور اول نشانگان حاد و محور دوم شرایط مزمن‌تر را زیر پوشش قرار می‌دهد که می‌توانند علت اصلی نشانگان محور اول باشند یا جداگانه بروز یابند. این امکان وجود دارد که فرد از هر دو محور به صورت همزمان اختلالی را داشته باشد. برای مثال، اختلالات خوردن و عقب‌ماندگی ذهنی می‌توانند جداگانه یا با هم بروز یابند. محور دوم به دو مقوله تقسیم می‌شود؛ اختلالات شخصیتی^۱ و عقب‌ماندگی ذهنی^۲. هر دو مورد مشکلات مزمنی‌اند که ممکن است علت اصلی نشانگان محور اول باشند. اختلالات شخصیتی، شیوه‌های درازمدت، انعطاف‌ناپذیر و کژسازگارانه‌ای از رفتارند که موجب ایجاد تنیدگی و آسیب رسیدن به کنش‌وری فرد می‌شوند. انواع اختلالات شخصیت شناسایی شده در جدول ۲-۲ فهرست شده‌اند.

1 - personality disorders

2 - mental retardation

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۴۱

عقب‌ماندگی ذهنی با کارکرد هوشی کم‌تر از حد متوسط تا ۱۸ سالگی و نقایص مرتبط با آن در کنش‌وری‌ها مرتبط است. عقب‌ماندگی به چهار دسته تقسیم می‌شود؛ شایع‌ترین نوع آن عقب‌ماندگی خفیف^۱ است که به‌طور معمول پیامد فقدان تحریک در دوران اولیه زندگی یا نامناسب بودن روابط کودک در آن دوران است. عقب‌ماندگی‌های متوسط^۲، شدید^۳ و عمیق^۴ به‌طور کلی ریشه زیست‌شناختی دارند. این عقب‌ماندگی‌ها شامل نشانگان داون^۵ (که پیامد نابهنجاری کروموزومی است)، نشانگان الکل جنینی^۶ (که پیامد مصرف الکل توسط مادر است)، کرتینسم^۷ (که پیامد کژکاری غدد درون‌ریز است) و اختلالاتی ناشی از آسیب مغزی یا بیماری در کودکی‌اند.

DSM جزئیاتی در مورد شیوع و ملاک‌های تشخیصی هر یک از نشانگان یا شرایط شناسایی‌شده روی محورهای پیش‌گفته را ارائه می‌دهد. همچنین برای بعضی از آنها، اطلاعاتی در مورد تفاوت‌های فرهنگی موجود، ریشه‌شناسی و درمان ارائه می‌کند. در بخش بعد نگاهی دقیق به برخی از مقوله‌های دو محور اول می‌افکنیم.

هدف محور سوم این است که توجه متخصص بالینی را به سمت پیامدهای رفتاری احتمالی بعضی از عوارض جسمی جلب کند. یک اختلال به ظاهر روانی ممکن است علتی پزشکی داشته باشد و به درمان جسمانی بهتر پاسخ گوید. برای مثال، نقایص هورمونی می‌تواند موجب عقب‌ماندگی ذهنی شود. مشکلات مرتبط با دوران بارداری یا تغییرات هورمونی می‌تواند به اضطراب یا اختلال افسردگی منجر شود. در چنین مواردی، درمان فیزیکی می‌تواند بسیار مناسب‌تر باشد تا درمان‌های دیگر.

-
- 1 - mild retardation
 - 2 - moderate
 - 3 - severe
 - 4 - profound
 - 5 - Down's syndrome
 - 6 - foetal alcohol syndrome
 - 7 - cretinism

جدول ۲-۱. DSM IV: نشانه‌گان بالینی محور اول

اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی^۱ (با نشانه‌هایی مانند اختلال در فکر، هیجان، ادراک، عدم تماس با واقعیت، هذیان و توهم)
 اختلالات خلقی^۲ (افسردگی عمده^۳، اختلال شیدایی^۴ و دو قطبی^۵)
 اختلالات اضطرابی (ترس‌های افراطی، هراس‌ها^۶، اختلال وسواس بی‌اختیاری، حمله‌های وحشت‌زدگی، اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۷، اختلال اضطراب فراگیر^۸)
 اختلالات افتراقی^۹ (تغییراتی در هشیاری بهنجار مانند یادزدودگی^{۱۰} و اختلال شخصیت چندگانه^{۱۱})
 اختلالات سوءمصرف مواد روان‌گردان (مشکلات مربوط به مصرف الکل، نیکوتین و سایر داروهای روان‌گردان^{۱۲})
 اختلالات خوردن (نگرانی افراطی در مورد وزن بدن و ناتوانی در مدیریت وضع خورد و خوراک، برای مثال در گرسنگی دادن به خویشتن^{۱۳} [بی‌اشتهایی عصبی] و افراط در خوردن و بالا آوردن هر آنچه خورده شده [پر خوری عصبی])
 اختلال جسمانی شکل^{۱۴} (نگرانی افراطی در مورد سلامت و بروز بیماری‌هایی مانند فلج که هیچ علت جسمانی برای آن نمی‌توان یافت)
 اختلالات ساختگی^{۱۵} (ادعای بیمار بودن که منجر به مددجویی افراطی می‌شود، برای مثال در نشانه‌گان مونچاوزن^{۱۶})
 اختلال‌های جنسی و هویت جنسی (مشکلات هویتی مانند نارضایتی از جنسیت و مشکلات انگیزتگی مانند ناتوانی جنسی در مرد، یادگارپرستی (فتیشیسم) و تماشاگری جنسی^{۱۷})
 اختلالات خواب (بی‌خوابی^{۱۸}، حمله خواب^{۱۹} و خواب‌گردی^{۲۰})
 روان‌آشفتگی^{۲۱}، زوال عقل^{۲۲}، سایر اختلالات شناختی (ناشی از پیرشدن، مسمومیت و بیماری مغزی، مانند بیماری آلزایمر)
 اختلالات نوباوگی^{۲۳}، کودکی و نوجوانی (در خودماندگی (اوتیسم)^{۲۴}، اختلال فزون‌کاری-کاستی توجه یا ADHD و اختلالات یادگیری)
 اختلالات کنترل تکانه^{۲۵} (جنون آتش‌افروزی^{۲۶}، قمار بازی و جنون دزدی^{۲۷})
 اختلالات سازگاری^{۲۸} (اضطراب و افسردگی افراطی ناشی از فشارهای زندگی مانند داغ‌دیدگی)

- 1 - psychotic disorders
- 2 - mood disorders
- 3 - major depression
- 4 - mania
- 5 - bipolar
- 6 - phobia
- 7 - PTSD
- 8 - generalized anxiety
- 9 - dissociative disorders
- 10 - amnesia
- 11 - multiple personality disorder
- 12 - psychoactive drugs
- 13 - self-starvation
- 14 - somatoform
- 15 - factitious
- 16 - Munchausen's syndrom
- 17 - voyeurism
- 18 - insomnia
- 19 - narcolepsy
- 20 - sleepwalking
- 21 - delirium
- 22 - dementia
- 23 - infancy
- 24 - autism
- 25 - impulse control disorders
- 26 - pyromania
- 27 - kleptomania
- 28 - adjustment disorders

جدول ۲-۲. DSM IV: اختلالات شخصیتی محور دوم

اختلال شخصیت جامعه‌ستیز ^۱ (بی تفاوتی در برابر احساسات دیگران، رفتار خلاف قانون، فقدان کنترل بر خود و بی‌مسئولیتی)
شخصیت وسواسی ^۲ (پایبندی افراطی به قوانین و جزئیات، کوشش برای به کمال رسیدن، فقدان پاسخ‌های پاسخ‌های هیجانی)
شخصیت پارانویید (خودبزرگ‌بین، مشکوک به دیگران، حساس به انتقادهای دیگران)
شخصیت اسکیزوئید (منزوی، در خود فرو رفته، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، ابراز هیجانی بسیار محدود)
شخصیت نمایشی ^۳ (اجتماعی، اما خودمحور، عدم صداقت، سطحی، با نمایشگری‌های هیجانی بسیار)
شخصیت خودشیفته ^۴ (خودبزرگ‌بین، توجه‌طلب، خودنما، خیالبافی در مورد موفقیت و قدرت)
شخصیت وابسته ^۵ (فقدان اعتماد به نفس، ناتوانی در فائق آمدن بر مشکلات روزمره، ناتوانی در مسئولیت‌پذیری)

شرایط ذکر شده روی محور سوم عبارتند از بیماری‌های عفونی و انگلی؛ اختلال در غدد درون‌ریز، اختلال در تغذیه، اختلال در سوخت و ساز و اختلالات سیستم ایمنی؛ اختلال در خون و گردش آن، سیستم تنفسی، گوارشی، عصبی، ادراری و تناسلی، پوستی و ماهیچه‌ای- استخوانی؛ مشکلات دوره بارداری و قبل از زایمان^۶، مصدومیت و مسمومیت.

محور چهارم اجباری نیست؛ بدین معنی که ضروری نیست متخصص بالینی از این محور به عنوان بخشی از فرایند تشخیص بهره‌گیری، اما بهره‌گیری از آن سودمند است، زیرا توجه را به سایر جوانب کارکردی که ممکن است به بروز مشکلات فرد کمک کرده باشد یا می‌تواند پیامد مشکلات رفتاریشان باشد، جلب می‌کند. دانستن این مسائل چه‌بسا گاه در مسیر درمان به درمانگر کمک کند. تأکید بر رویکرد جامع و کل‌نگر در درمان است؛ رویکردی که دیدگاه انسان‌گرایانه بر آن صحنه گذارد که در فصل اول بدان اشاره شد. به‌طور کلی، متخصصان بالینی تشویق می‌شوند تا فقط به مشکلاتی بپردازند که در طول سال گذشته سر بر آورده‌اند،

-
- 1 - antisocial
 - 2 - obsessional
 - 3 - hysterionic
 - 4 - narcissistic
 - 5 - dependent
 - 6 - prenatal

۴۴----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

این در حالی است که مواردی مانند اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای، نیازمند توجه و نگرش طولانی‌تری است. موضوع‌هایی که برای ملاحظه در محور چهارم DSM مطرح شده‌اند، به همراه مثال‌هایی در جدول ۲-۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۲-۳. محور چهارم DSM IV: مشکلات روان‌شناختی و محیطی

نوع مشکل	مثال‌ها
گروه حمایتی اولیه ^۱	مرگ یا عدم سلامتی اعضای خانواده؛ رقابت همشیره‌ها؛ سوءاستفاده جنسی یا فیزیکی؛ طلاق؛ ازدواج مجدد یا جدایی
محیط اجتماعی	نبود حمایت اجتماعی، از دست دادن دوستی‌ها، تبعیض، بازنشستگی یا تغییرات دیگر
آموزشی	بی‌سوادی، مشکلات تحصیلی، درگیری در مدرسه
شغلی	استرس در محیط کار، ناخشنودی یا ناهماهنگی با محیط کار، بیکاری یا تهدید از دست دادن شغل
مسکن	بی‌خانمانی، مسکن نامناسب، درگیری با همسایه‌ها
اقتصادی	فقر، کمبود امکانات رفاهی
مراقبت بهداشتی	نامناسب بودن خدمات یا نبود بیمه، نبود امکانات جابه‌جایی در سطح شهر
قانونی	بازداشت یا زندانی بودن، قربانی جنایت بودن یا دادخواهی کردن

محور پنجم عبارت است از ارزیابی عمومی کارکرد روان‌شناختی، اجتماعی و شغلی (مقیاس GAF)^۲. این محور، مقیاسی ۱۰۰ درجه‌ای از کنش‌وری به نحو احسن، تا ناتوانی در کنش‌وری را برای همه حوزه‌های یادشده فراهم می‌سازد. این محور نواقص محیطی و فیزیکی را شامل نمی‌شود. خلاصه‌ای از درجه‌بندی‌های این محور در جدول ۲-۴ نشان داده شده است. برای ارزیابی کارکرد اجتماعی و شغلی (SOFAS)^۳ و کارکرد ارتباطی (GARF)^۴ نیز مقیاس‌های منفرد وجود دارد. چنانچه در فصل اول دیدیم، ملاک‌های قانونی و نیز بسیاری از ملاک‌های تشخیصی DSM ممکن است نیازمند ارزیابی این حوزه‌ها باشند. در عین حال که برخی از افراد دچار مشکلات شدید می‌توانند کنش‌وری مطلوبی داشته باشند، گروهی دیگر با مشکلات کم و بیش ملایم‌تر چه بسا به‌طور کامل ناتوان باشند.

-
- 1 - primary support group
 - 2 - Global Assessment of Functioning
 - 3 - Social and Occupational Functioning Assessment Scale
 - 4 - Global Assessment of Relational Functioning

جدول ۲-۴. مقیاس ارزیابی عمومی کنش‌وری DSM IV

نوار ارزیابی	شرح چگونگی کنش‌وری
۱۰۰-۹۱	توانایی انجام گستره وسیعی از فعالیت‌ها
۹۰-۸۱	در کلیه حوزه‌ها خوب، به‌طور کلی راضی از زندگی، حداقل نشانه‌های اختلال، فقط مشکلات روزمره
۸۰-۷۱	نشانه‌های موقتی در پاسخ به استرس، فقط اختلال جزئی در کنش‌وری
۷۰-۶۱	نشانه‌های خفیف (مثل بی‌خوابی) یا دشواری‌هایی در کنش‌وری، اما قادر به حفظ روابط شخصی
۶۰-۵۱	نشانه‌های متوسط (برای مثال حملات وحشت‌زدگی) یا دشواری در کنش‌وری (برای مثال اختلاف با دیگران)
۵۰-۴۱	نشانه‌های جدی اختلالات (مثل خودکشی، ناتوانی در حفظ شغل)
۴۰-۳۱	اختلال عمده در چندین حوزه یا اختلال در روابط
۳۰-۲۱	اختلال جدی در تعامل برقرارکردن با دیگران یا وجود هذیان یا ناتوانی در کنش‌وری در بیشتر حوزه‌ها (برای مثال فاقد کار، خانه یا دوست)
۲۰-۱۱	خطر صدمه‌زدن به خود و دیگران، قصور گاه‌وبی‌گاه در رعایت بهداشت شخصی، اختلال شدیدی در تعامل با دیگران (برای مثال قادر به صحبت نبودن)
۱۰-۱	خطر صدمه شدید به خود و دیگران (خودکشی یا خشونت) یا عدم رعایت بهداشت شخصی به‌طور کلی

پس از بهره‌گیری از تمام مقیاس‌ها برای ارزیابی فرد، متخصص بالینی ممکن است به تشخیص زیر دست یابد:

محور اول: اختلال اضطراب فراگیر؛

محور دوم: اختلال شخصیت وابسته؛

محور سوم: HIV مثبت؛

محور چهارم: مشکل مرتبط با شغل (از دست دادن شغل)؛

محور پنجم: ۳۵ = ارزیابی عمومی کنش‌وری.

این مورد کم و بیش ساده‌ای است، بسیاری از افراد، بیشتر از یک مشکل قابل شناسایی دارند. برای مثال، ممکن است یک اختلال جسمانی شکل و یک اختلال اضطراب با هم وجود داشته باشد.

تمرین مروری	
<p>هر کدام از مشکلات رفتاری سمت راست را به یکی از مقوله‌های ارائه‌شده در سمت چپ وصل کنید. پس از حل تمرین پاسخ‌هایتان را با جدول ۱-۲ مطابقت دهید.</p>	
- قطع تماس با واقعیت	- اختلال‌های خلق
- مصرف افراطی الکل	- اختلال‌های کنترل تکانه
- گرسنگی دادن به خویشان	- اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی
- نوسان بین سرخوشی و افسردگی	- اختلال‌های اضطرابی
- ترس افراطی مدت زمانی پس از تجربه آسیب‌زا	- اختلال‌های سوءمصرف مواد روان‌گردان
- تغییر از یک شخصیت به دیگری	- اختلال‌های جسمانی شکل
- قماربازی افراطی	- اختلال‌های افتراقی
- مشکل جسمانی بدون دلیل جسمی	- اختلال‌های خوردن

محورهای اول و دوم: مقوله‌های اصلی^۱

در این بخش، به پنج مقوله محورهای اول و دوم DSM IV نگاهی دقیق‌تر می‌اندازیم. این مقوله‌ها بر اساس حضور مجموعه‌هایی از علائم می‌باشند، رویکردی که الگوی پزشکی شرح داده شده در فصل اول بانی آن است. توجه داشته باشید که سایر الگوها (مثل رویکرد انسان‌گرایی) این شیوه برخورد با اختلال روانی را نمی‌پذیرند. اختلالاتی که در اینجا از نظر خواهیم گذراند عبارتند از اسکیزوفرنی، افسردگی عمده، اختلال وسواس بی‌اختیاری، پرخوری عصبی و شخصیت جامعه‌ستیز. یک مطالعه موردی نیز برای هر یک از اختلالات به همراه جدول ارائه خواهد شد.

1 - major categories

اسکیزوفرنی

مطالعه موردی ۲-۱. اسکیزوفرنی (لوندر، ۲۰۰۰)

جان، دانشجوی ۲۲ ساله، به روان‌پزشک مراجعه کرد. در گذشته او با مادر و خواهرش زندگی می‌کرد و همیشه در دوست‌یابی مشکل داشت. زندگی در خانه مشترک با دانشجویان دیگر برای او بسیار دشوار بود و ساعت‌های زیادی را در اتاق شخصی خود سپری می‌کرد. سپس این تصور برای او پیش آمد که سایر افراد خانه قصد توطئه‌چینی علیه او را دارند و تصور می‌کرد که آنها پشت سرش به او ناسزا می‌گویند. افکار پارانویایی او در مورد کنفرانس‌هایش در دانشکده نیز رشد کردند. این مسئله تا جایی پیش رفت که او معتقد بود پلیس مخفی در سراسر خانه میکروفون‌هایی کار گذاشته است. پس از ترک دانشگاه و بازگشت به جمع خانواده‌اش، انرژی و علاقه‌اش را از دست داده بود. او همچنان بیکار مانده بود و از تماس با افراد بیرون از خانواده خودداری می‌کرد.

این نمونه‌ای از اختلال روان‌پریشی است. این نوع اختلالات در ویژگی‌هایی چون قطع تماس با واقعیت و نبود هر گونه بینش در مورد اختلال، مشترک‌اند. این نشانه‌ها بسیار متنوع‌اند. DSM IV پنج زیرگروه را با عنوان اختلالات روان‌پریشی جای می‌دهد؛ کاتاتونایی^۱، پارانویایی^۲، سازمان‌نیافته^۳، نامتمایز^۴ و باقیمانده^۵. در اینجا فقط تصویر کلی این اختلال را در نظر می‌گیریم. به‌طورکلی، دو نوع نشانه‌های بیماری در اختلالات روان‌پریشی وجود دارد؛ نشانه‌های مثبت که متشکل از رفتارهای افراطی و نشانه‌های منفی که مشتمل بر کمبودهای رفتاری هستند. رفتارها می‌توانند شناختی، هیجانی و روانی-حرکتی^۶ باشند. نشانه‌های مثبت دربرگیرنده اختلالات فکری مانند هذیان‌ها^۷ هستند. هذیان‌ها افکاری هستند که در مورد بیشتر افراد به صورت سوءتعبیر واقعیت نمایان می‌شوند؛ برای مثال، هذیان تعقیب و آزار^۸، هذیان خود بزرگ‌پنداری^۹ یا این باور که بیگانگان افکاری را در ذهن فرد

- 1 - Lavender
- 2 - catatonic
- 3 - paranoid
- 4 - disorganized
- 5 - undifferentiated
- 6 - residual
- 7 - psychomotor
- 8 - delusions
- 9 - delusion of persecution

۴۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

جاسازی کرده‌اند. افکار و بیان کلامی آنها اغلب آشفته و درهم است که به تداعی‌های بدون انسجام منتهی می‌شود (از این شاخه به آن شاخه پریدن) یا یک حرف را بارها تکرار می‌کنند. توهمات^۲ (ادراک‌هایی که در غیاب محرک‌های خارجی صورت می‌گیرد)، به‌ویژه شنیدن صداها، یکی دیگر از اختلالات تفکر در این گروه از بیماران است. شکل و کمیت حرکات بدنی بیمار روان‌پزشک ممکن است افراطی باشد. هیجان‌ها اغلب متناسب با موقعیت نیستند، برای مثال بیمار به هنگام شنیدن خبر بد می‌خندد. نشانه‌های شناختی منفی ممکن است شامل تمایل به کم سخن گفتن^۳ باشد. از لحاظ هیجانی، شخص ممکن است از عدم احساس لذت^۴ خبر دهد یا هیجان‌ات بسیار اندکی را بروز داده یا پاسخ‌های هیجانی نامناسب نشان دهد. گوشه‌گیری اجتماعی و بی‌ارادگی که منجر به بی‌احساسی^۵ می‌شود نیز در این گونه بیماران به چشم می‌خورد. حرکات ممکن است تکراری باشد یا اصلاً حرکتی وجود نداشته باشد، حالتی که به کاتاتونیا معروف است. ملاک‌های تشخیص برای اسکیزوفرنی در جدول ۲-۵ نشان داده شده است. نشانه‌های اختلال باید دست‌کم شش ماه تداوم یابند (برخلاف معیارهای ICD).

جدول ۲-۵. ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی

این ملاک‌ها شامل حضور چشمگیر دو یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر در طول دوره یک‌ماهه است:

هذیان‌ها؛
توهمات؛
گفتار در هم‌ریخته^۶ (برای مثال گسسته^۷)؛
رفتار در هم‌ریخته یا کاتاتونایی؛
نشانه‌های منفی مانند عدم وجود هیجان، گفتار یا انگیزش.

این مسئله باید با ناتوانی آشکار کارکرد در حداقل یکی از حوزه‌های اصلی مانند کار،

-
- 1 - delusion of grandeur
 - 2 - hallucinations
 - 3 - alogia
 - 4 - anhedonia
 - 5 - apathy
 - 6 - disorganized
 - 7 - incoherent

روابط و مراقبت از خود همراه باشد. نشانه‌های اختلال باید دست‌کم شش ماه تداوم یابند و نباید به علت اختلال خلقی، اختلال اسکیزوفرنی-عاطفی^۱، سوءمصرف مواد یا اختلالات پزشکی باشند. این اختلال به چهار زیرگروه تقسیم می‌شود؛ پارانوایی (که در آن هذیان‌ها و توهمات غالب‌اند)؛ کاتاتونیایی (که در آن اختلال حرکتی غلبه دارد)؛ درهم‌ریخته (که در آن اختلال هیجانی و درهم‌ریختگی گفتاری و فکری غالب است) و نامتمایز (که در آن بی‌احساسی، از دست دادن علاقه و گوشه‌گیری اجتماعی حاکم است).

افسردگی عمده

مطالعه موردی ۲-۲. افسردگی عمده (کلیپسون و استیر^۲، ۱۹۹۸)

جنیفر از جانب کشیشی (که جنیفر در مورد مشکلات ارتباطی‌اش به او مراجعه کرده بود) ترغیب شد تا به دیدن مشاور برود. او از کودکی در روابطش با مشکلاتی مواجه بود، مانند رابطه با والدینش. او هرگز پدرش را ندیده بود و نسبت به ناپدری‌اش احساس دوری می‌کرد. مادرش برای تسکین خودش در مقابل مشکلات الکل مصرف می‌کرد. پس از دوران سخت کودکی او ازدواج می‌کند. به نظر همه چیز مرتب می‌رسید، تا زمانی که شوهرش کم توجهی به او را آغاز کرد و بیشتر سرگرم کارش شد. در همان بحبوحه، جنیفر کارش را از دست داده و تمایل کمی به یافتن شغل دیگری نشان می‌داد. او بتدریج علاقه‌اش را به فعالیت‌های گذشته‌اش از دست داد و دوستانش را فراموش کرد. وی احساس می‌کرد آدم بی‌مصرفی است و اغلب تمام روز را به گریه کردن در رختخواب سپری می‌کرد، بویژه زمانی که همسرش دور از او مشغول کار بود. باوجود اینکه شواهدی در رد طرز فکرش موجود بود، همچنان احساس می‌کرد خانواده و دوستانش از او بیزارند. سرانجام، به فکر خودکشی افتاد.

مورد بالا از گروه اختلالاتی است که ویژگی اصلی‌شان اختلال هیجانی^۳ است. سایر حوزه‌های کنش‌وری که ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند عبارتند از: شناختی، انگیزشی، رفتاری و فیزیکی. تغییرات خلقی، شدید و پایدارند و شامل احساس شدید غم و تهی بودن و نبود احساسات لذت‌بخش مانند محبت و رضایت می‌شوند. از منظر شناختی، بیماران دیدی بسیار منفی به زندگی، حال، آینده و خودشان دارند. آنها ممکن است چنان احساس بی‌ارزشی

1 - schizoaffective

2 - Clipson & Steer

3 - emotional disturbance

۵۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

کنند که مرگ را به زندگی ترجیح دهند. ممکن است حالت گم‌گشتگی و اختلال حافظه نیز در فرد دیده شود. انگیزه افراد افسرده در راستای انجام فعالیت‌های روزانه به گونه چشمگیری کاهش می‌یابد و انجام هر کاری برایشان بسیار پرزحمت می‌شود. سطوح فعالیت کم و حرکات کند می‌شوند و ممکن است فرد افسرده تمام روز را در رختخواب بماند. نشانه‌های فیزیکی مانند بی‌اشتهایی، یبوست، از دست دادن میل جنسی، ناپردباری در برابر سر و صدا، نورهای روشن و تغییرات در وزن نیز به چشم می‌خورد.

ملاک‌های تشخیص افسردگی عمده در جدول ۲-۶ نشان داده شده است. این نشانه‌ها باید سبب اختلال جدی در حوزه‌های کلیدی کنش‌وری شوند و نباید به سوء‌مصرف مواد، عوارض طبی و داغدیدگی در دو ماه گذشته قابل اسناد باشند.

جدول ۲-۶. ملاک‌های تشخیصی افسردگی عمده

پنج مورد یا بیشتر از موارد زیر (حضور هر دو مورد اول یا یکی از آنها اجباری است) که باید بیشتر اوقات در دوره‌ای دو هفته‌ای وجود داشته باشند:

- خلق افسردگی؛
- نبود علاقه یا لذت نبردن از بیشتر فعالیت‌ها؛
- تغییراتی در وزن و اشتها؛
- کاهش یا افزایش زمان خواب؛
- بی‌قراری یا خستگی؛
- احساس گناه یا بی‌ارزش بودن؛
- ناتوانی در تمرکز یا تصمیم‌گیری؛
- مشغولیت ذهنی به مرگ و خودکشی.

اختلال وسواس بی‌اختیاری

مطالعه موردی ۲-۳. اختلال وسواس بی‌اختیاری (کلیپسون واستیر، ۱۹۹۸)

پدر فیلیپ مدیر فروشگاه غذاهای بهداشتی بود. فیلیپ برعکس برادرش از بچگی بسیار مرتب بود. همچنان‌که بزرگ‌تر می‌شد، به مسائل مربوط به تمیزی اهمیت بسیاری می‌داد. کارهای مربوط به دانشگاه را به‌طور بسیار مرتبی انجام می‌داد و دست‌هایش را هر روز بارها و بارها می‌شست. هنگامی‌که به دانشگاه رفت، از اینکه مجبور بود با هم‌آپارتمانی‌هایش از یک دستشویی استفاده کند، بسیار در عذاب بود. رابطه‌اش با چندین زن به دلیل رفتارهای وسواسی‌اش قطع شده بود. هر روز صبح مجبور بود در حمام، تشریفات خاصی را به جای آورد و از این رو لازم بود همیشه ساعت ۴:۳۰ از خواب برخیزد. وسایل ریش‌تراشی‌اش را به دقت می‌چید، چنانکه هر وسیله را رو به جهت صحیح و با نظم و ترتیب خاصی در محل مناسب قرار می‌داد، و ریشش را دقیقاً مطابق با الگوی معینی می‌تراشید. هر گونه اشتباهی به معنی تکرار روند کار از آغاز بود. هنگام رفتن به سر کار با ماشین، اگر از روی دست‌اندازی می‌گذشت، حتماً برمی‌گشت تا اطمینان یابد که کسی را زیر نگرفته است. طی کردن مسیر تا محل کارش اغلب دو برابر از حالت معمول به طول می‌انجامید و اغلب دیر به سر کار می‌رسید. با این وضع، در گذشته یک شغل را از دست داده بود و در حال حاضر با کار کنونی‌اش مشکل داشت.

این مثالی بود از مجموعه شرایطی که به‌منزله اختلالات اضطرابی شناخته می‌شوند. ویژگی شاخص این گروه، چنانکه از نام آن بر می‌آید، ترس و اضطرابی است که به نظر می‌رسد پایه و اساسی نداشته باشد. اگرچه اضطراب را می‌توان در برخی از اختلالات دیگر، همچون اسکیزوفرنی، مشاهده کرد، اما در مورد اختلالات اضطرابی فرد از غیرمنطقی بودن رفتارش آگاه است؛ با این حال نمی‌تواند آن را کنترل کند. چنین بینشی در اختلالاتی چون اسکیزوفرنی یافت نمی‌شود. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر و تکانه‌هایی عودکننده‌اند که هشیاری را مورد حمله قرار می‌دهند و به سختی مهارشدنی می‌باشند. آنها ممکن است به شکل شک (برای مثال، اینکه آیا در راه هنگام ترک خانه قفل کرده است یا نه)، ترس‌هایی در مورد

۵۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

انجام امور ممنوع (مانند رقصیدن روی سنگ قبر)، تصاویر پایدار (مثل مشاهده کودکی که در حال غرق شدن است)، تکانه‌ها (میل شدید به نوشیدن یک شیشه دوات) یا افکاری در مورد آینده ظاهر شوند. وسواس‌های عملی عبارتند از رفتارهایی تکراری و قالبی که به منظور پس‌زدن اضطراب و در پاسخ به افکار وسواسی به اجرا درمی‌آیند. آنها اغلب به صورت شمارش (شمارش سنگ‌های پیاده‌رو به هنگام پیاده‌روی)، تمیزکردن (برای مثال، پاک کردن دستگیره درها پس از هر بار استفاده)، واری (واریسی چند باره درها و پنجره‌ها قبل از ترک خانه) یا اجتناب (مثل اجتناب از لمس کردن سایر اعضای خانواده) می‌باشند.

ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواس بی‌اختیاری در جدول ۷-۲ نشان داده شده است. این موارد باید مانع انجام وظایف معمولی و بهنجار در زندگی فردی شوند، هر روز بیشتر از یک ساعت از وقت فرد را به خود اختصاص دهند و ناراحت‌کننده و ناگوار باشند. این وسواس‌ها نباید ناشی از اختلال دیگری از محور اول یا سوء‌مصرف مواد یا عوارض پزشکی باشند.

جدول ۷-۲. ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواس بی‌اختیاری

با وجود حضور وسواس‌های بی‌اختیاری، فرد باید از غیر منطقی بودن آنها آگاه باشد. وسواس‌های فکری چنین تعریف می‌شوند:

افکار مکرر و مخمل، تصاویر و تکانه‌هایی که سبب بروز اضطراب می‌شوند؛
نشانه‌های مذکور باید از نگرانی‌های روزمره فراتر روند؛
فرد باید بداند که این وسواس‌ها زائیده ذهن خود اوست و باید در فراموش یا خنثی کردن آنها بکوشد.

وسواس‌های عملی چنین تعریف می‌شوند:

رفتارهای تکراری که شخص احساس می‌کند ناچار به انجامشان است؛
این رفتارها با هدف کاهش نگرانی صورت می‌گیرند، اما افراطی‌اند و با مشکل، ارتباط منطقی ندارند.

پرخوری عصبی

مطالعه موردی ۲-۴. پرخوری عصبی (کلیپسون واستیر، ۱۹۹۸)

دانا، فرزند والدینی موفق، زمانی به ملاقات با روان‌پزشک ترغیب شد که دوستش او را پس از خوردن تنقلات در حال استفراغ مشاهده کرده بود. پدرش وکیل بود و به موفقیت بسیار اهمیت می‌داد. مادرش نیز زن بسیار جذابی بود که برای ظواهر اهمیت بسیاری قائل بود. دانا احساس می‌کرد که هیچ‌گاه نمی‌تواند آنها را از خود راضی کند. کنترل وزن همیشه برای او یک مسئله به شمار می‌آمد تا جایی که از او آن کودک در این خصوص سربزه سرش می‌گذاشتند و او از دوستش آموخته بود که چگونه آن را بالا آوردن هر آنچه می‌خورد، کنترل کند. او در گذشته به دلیل افسردگی به روان‌پزشک مراجعه کرده بود و به‌طور مرتب سوءمصرف دارو از جمله الکل داشت. تا ۲۲ سالگی، پرخوری می‌کرد، سپس خود را به بالا آوردن هر آنچه خورده بود، مجبور می‌ساخت و اغلب به علت کم آوردن پول، غذا و مشروب مورد نیاز را سرقت می‌کرد. او فکر می‌کرد اضافه وزن دارد، درحالی‌که چنین نبود. در ضمن، وی علاقه‌ای به روابط جنسی نشان نمی‌داد.

نشانه‌های مذکور مربوط به یکی از اختلالات خوردن است. این اختلال اغلب در زنان پس از یک دوره رژیم شدید بروز می‌یابد و شامل حوادثی ضمنی مانند پرخوری کنترل‌نشده و در پی آن پاکسازی‌هایی مثل استفراغ‌های عمدی و خودخواسته، استعمال مسهل و ادرارآورها، ورزش شدید یا روزه‌گرفتن برای جبران پرخوری است. وزن بدن به‌طور معمول عادی و معمولی می‌ماند، اگرچه ممکن است نوسان‌های چشمگیری داشته باشد. پرخوری‌های کنترل‌نشده ممکن است در نتیجه برخی حوادث اضطراب‌زا یا به‌واسطه افسردگی شروع شوند. این مسئله به‌طور معمول حدود ده بار در هفته رخ می‌دهد. مقادیر عظیمی از غذاهای «ممنوعه» با کالری زیاد در خفا بلعیده می‌شوند، حتی بدون اینکه چشیده شوند. این کار احساسات

۵۴ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

آمیخته با گناه و افسردگی همراه با ترس‌هایی در مورد اضافه وزن در پی خواهد داشت. افراد مبتلا به پرخوری عصبی دارای سابقه نوسان بسیار خلق و بی‌حوصلگی در مقابل ناکامی‌ها و کسالت می‌باشند. آنان کنترل تکانه‌هایشان را دشوار می‌یابند، به‌طورکلی هیجانی‌اند، و ممکن است از الکل و سایر مواد مخدر سوءاستفاده کنند. پرخوری عصبی در موارد شدید پیامدهای جسمانی چشمگیری دارد. محتوای اسیدی استفراغ ممکن است موجب فاسد شدن دندان شود. کمبود پتاسیم نیز ممکن است منجر به مشکلات قلبی و روده‌ای شود؛ اتساع (فراخ‌شدن) حاد یا پارگی معده نیز محتمل است. همچنین ممکن است پینه‌هایی پشت دست جایی که با دندان‌ها به هنگام به استفراغ واداشتن خود ساییده می‌شود، ظاهر شوند. پرخوری عصبی ممکن است پیامدهای اجتماعی نیز در بر داشته باشد، زیرا ممکن است فعالیت‌های اجتماعی، در نتیجه مقدار زمان و پول اختصاص‌یافته به پرخوری و پاک‌سازی، محدود شوند. ملاک‌های تشخیص برای پرخوری عصبی در جدول ۲-۸ نشان داده شده است.

جدول ۲-۸. ملاک‌های تشخیصی پرخوری عصبی

- دوره‌های تکراری پرخوری به صورت خوردن بیشتر از حد معمول در طول یک دوره زمانی معین همراه با احساس نبود کنترل روی خوردن ظاهر و شناسایی می‌شود.
- رفتار جبرانی تکراری (مانند استفراغ، مصرف مسهل‌ها، روزه‌داری و ورزش افراطی) برای جلوگیری از افزایش وزن. شکم بارگی و جبران باید سه ماه دست‌کم هفته‌ای دو بار اتفاق افتد.
- شکل یا وزن بدن تأثیر بسیار زیادی در خودارزشیابی دارد.
- این رفتارها فقط در خلال دوره‌های بی‌اشتهایی بروز نمی‌یابد.

اختلال شخصیت جامعه‌ستیز

مطالعه موردی ۲-۵. اختلال شخصیت جامعه‌ستیز (کلیپسون و استیر، ۱۹۹۸)

قبل از اینکه دادگاه سرپرستی کرت^۱ و برادرش را پس از جدایی والدین به مادرشان بدهد، این دو بسیار مورد اذیت و آزار پدر قرار گرفته بودند. مادرشان معتاد بود. مشکلاتی در مدرسه موجب اخراج کرت از مدرسه شد و سرانجام به عنوان بیمار مبتلا به اختلالات هیجانی شدید شناخته شد. در دوازده سالگی پس از دستبرد به مغازه‌ای دستگیر شد. در چهارده سالگی سرقت‌های کوچکی انجام می‌داد. پس از فرار از خانه از راه دزدی و معامله مواد مخدر زندگی‌اش را می‌گذراند و تا هجده سالگی در زندان متخلفان جوان نگهداری شد. پس از رهایی، معامله مواد مخدر منبع اصلی درآمدش شد و پیاپی به دلیل خلاف‌های کوچک بازداشت می‌شد. روابطش با زنان بسیار کوتاه‌مدت بود. او دوباره مورد توجه مسئولان قرار گرفت و این زمانی بود که پس از ارتکاب چندین تخلف در محل زندگی‌اش، دوست دختر وقتش را با ضربه چاقو به قتل رساند و محکوم به قتل عمد شد. او با روان‌شناس بد برخورد می‌کرد و از پاسخ به پرسش‌های وی سرباز می‌زد. روان‌شناس پی برد که او در برابر فشار روانی بردباری بسیار کمی دارد و احساس بی‌کفایتی می‌کند. او برای مقابله با مشکلاتش همیشه به استفاده از مواد مخدر و خشونت متوسل شده بود و قادر به کنترل هیچ‌کدام از این دو نبود. وی به احساسات دیگران وقعی نمی‌نهاد.

نشانه‌های مذکور مربوط به نوعی اختلالات شخصیتی است. در این نوع اختلال، مشکل رفتاری، کارکردهای اجتماعی و شغلی را مختل می‌سازد. از شخصیت جامعه‌ستیز با عنوان روان‌بیمار^۲ نیز یاد می‌شود. ویژگی شاخص این اختلال آن است که به جای آنکه خود فرد احساس اندوه و اضطراب کند، موجب تولید اندوه و اضطراب بسیار زیادی در دیگران می‌شود. احتمال بروز رفتار خلاف‌کارانه مکرر وجود دارد؛ با وجود این، کلیه جنایت‌کاران شخصیتی جامعه‌ستیز ندارند و همه موارد شخصیت جامعه‌ستیز نیز جنایت‌کار نیستند. تخلفات مربوط به طور معمول عبارتند از خشونت، روسپی‌گری، دزدی یا سوء‌مصرف الکل و سایر مواد مخدر. افراد جامعه‌ستیز مسئولیت‌پذیر نیستند و احتمال استخدام منظم و قانونی در مورد آنها بسیار کم است. شواهد اندکی در مورد رفتار والدگری در آنها وجود دارد یا اصلاً چنین رفتاری در آنها به چشم نمی‌خورد. رابطه آنها با جنس مخالف ممکن است محدود به روابط

1 - Kurt

2 - psychopathic

۵۶ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

جنسی نامشروع کوتاه‌مدت باشد؛ دروغ‌گویی و تکانش‌وری می‌تواند آشکارا صورت گیرد. ممکن است این افراد دچار مشکلات مالی باشند؛ احساس گناه یا پشیمانی در آنها می‌تواند بسیار اندک باشد. ملاک‌های تشخیصی این اختلال در جدول ۲-۹ آورده شده است.

جدول ۲-۹. ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت جامعه‌ستیز

فرد باید حداقل هجده سال داشته باشد، همراه با سابقه اختلال سلوک قبل از پانزده سالگی. تا پانزده سالگی باید شواهدی حاکی از عدم رعایت حقوق دیگران موجود باشد. دست‌کم سه مورد از موارد زیر می‌توانند بیانگر این مسئله باشند: اعمال غیر قانونی مکرر، کلاهبرداری، تکانشی بودن، تجاوز فیزیکی، عدم ملاحظه امنیت خود و دیگران، رفتار غیرمسئولانه و نبود احساس پشیمانی. این نشانه‌ها نباید بخشی از اختلال اسکیزوفرونی یا شیدایی باشند.

تمرین مروری

با انکاء به پنج محور DSM، نظر تشخیصی خود را درباره هر یک از پنج مطالعه موردی مطرح‌شده در فصل حاضر ارائه دهید. توجه داشته باشید که ممکن است در همه آنها ملاک‌های تشخیصی محورهای I و II برای مجموعه نشانگان کامل باشد و ممکن است موضوعات محورهای III و IV ارائه شده باشند یا خیر. پس از آن درجه‌بندی پیشنهادی خود را در محور ۷ ذکر کنید.

طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)

ICD، دارای بخشی است که به اختلالات روانی اختصاص دارد؛ مقوله‌های اصلی این سامانه در جدول ۲-۱۰ نشان داده شده است. همچنین ICD شامل سامانه‌ای چندمحوری برای اختلالات روانی است که کودکان و نوجوانان را متأثر می‌سازد.

جدول ۲-۱۰. ICD: مقوله‌های اصلی اختلال روانی

مقوله	مثال‌ها
-------	---------

اختلالات عضوی	آلزایمر و یادزدودگی به علت آسیب عضوی یا بیماری
اسکیزوفرنی، اختلالات اسکیزوفرنی گونه و هذیانی	اسکیزوفرنی
اختلالات مصرف مواد روان‌گردان	مشکلات مربوط به مصرف الکل و مواد مخدر
اختلالات (عاطفی) خلقی	افسردگی، شیدایی و افسردگی شیدایی
اختلالات نوروتیک، اختلالات مربوط به استرس، اختلالات جسمانی شکل	هراس‌ها، اضطراب فراگیر، اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلالات افتراقی
اختلالات رفتاری مرتبط با عوامل فیزیولوژیکی و فیزیکی	اختلالات خوردن، کژکنشی جنسی بدون علت عضوی
اختلالات شخصیتی و رفتاری بزرگسالان	اختلالات شخصیت، اختلال تکانشی، اختلال جنسیت، هویت و رجحان جنسیتی
عقب‌ماندگی ذهنی	خفیف، شدید و عمیق
اختلالات رشد روان‌شناختی	اختلالات گفتاری، زبانی و یادگیری، درخودماندگی، نشانگان آسپرگر ^۱
اختلالاتی که در کودکی و نوجوانی آغاز می‌شوند	اختلالات توجه و سلوک، تیک، شب‌اداری و لکنت زبان
نامشخص	-

محور دوم شامل وقفه‌های مشخص در جریان تحول^۲ است. محور سوم مربوط به سطح سطح هوش است و محور چهارم عوارض پزشکی را در نظر می‌گیرد. محور پنجم مربوط به عوارض روان‌شناختی نابهنجار می‌شود و محور ششم مربوط به ارزیابی عمومی کنش‌وری.

1 - Asperger's syndrome

2 - development

مقایسه DSM و ICD

از آنجا که DSM و ICD رفتارهای یکسانی را طبقه‌بندی می‌کنند، شگفت نیست اگر شباهت زیادی به هم دارند. برای نمونه، هر دو مقوله‌ای برای اختلالات مربوط به مواد روان‌گردان، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات شخصیتی دارند، هر چند اختلافات جزئی نیز وجود دارد که شایان ذکرند. بارزترین اختلاف این دو نظام طبقه‌بندی این است که ICD (بزرگسالان) فقط یک محور دارد، درحالی‌که DSM دارای پنج محور است. به نظر می‌رسد، ICD مقوله‌های کمتری نیز دارد. برای مثال، ICD اختلالات عصبی، اختلالات مربوط به استرس و اختلالات جسمانی شکل را در یک گروه می‌گنجانند، درحالی‌که DSM برای پوشش همان رفتارها چهار گروه (اختلالات اضطرابی، افتراقی، سازگاری و جسمانی شکل) دارد. به همان ترتیب، ICD یک گروه برای اختلالات رفتاری و شخصیتی بزرگسال دارد، درحالی‌که DSM دارای چهار گروه (اختلال شخصیتی، اختلالات جنسی و هویت جنسی، اختلالات کنترل تکانه و اختلالات ساختگی) است. از طرف دیگر، DSM اختلالاتی را که نخست در کودکی، خردسالی و نوجوانی تشخیص داده می‌شوند، در یک گروه جای می‌دهد، در صورتی‌که ICD در دو گروه (اختلالات رفتاری و هیجانی که آغازشان در خردسالی و نوجوانی است و اختلالات تحول روان‌شناختی).

تمرین مروری

با استفاده از جداول ۱-۲، ۲-۲ و ۱۰-۲ یک نمودار موازی رسم کنید و برای نشان دادن شباهت‌ها و تفاوت‌ها مقوله‌های DSM و ICD را در برابر یکدیگر قرار دهید.

شیوه‌های ارزیابی بالینی

نخستین گام در فرایند کمک به اشخاص مبتلا به اختلالات روانی، ارزشیابی بالینی آنها خواهد بود. این ارزیابی بسته به نوع آموزش و جهت‌گیری متخصص بالینی، اشکال متفاوتی به خود می‌گیرد (برای مثال یک مشاور تشخیص نمی‌دهد، بلکه ارزیابی می‌کند). باوجود این تفاوت‌ها، اصول اساسی بی‌تغییر باقی می‌ماند. در این بخش نخست نگاهی به

اصول کلی ارزیابی بالینی می‌اندازیم و سپس شیوه‌های مورد استفاده را از نظر می‌گذرانیم.

اصول ارزیابی

ارزیابی بالینی چیست و چرا از آن استفاده می‌شود؟

ارزیابی بالینی عبارت است از گردآوری اطلاعات در مورد درمان‌جو به منظور درک بهتر وی (کندال و نورتون-فورد^۱، ۱۹۸۲). روش یا روش‌های ارزیابی توسط متخصص بالینی انتخاب می‌شود و خود او نتایج به دست آمده را تفسیر کرده و گزارشی از آن تهیه می‌کند. ارزیابی به سه دلیل عمده انجام می‌شود (اگرچه کلیه ارزیابی‌ها هر سه مورد را در بر نمی‌گیرد):

• تشخیص و غربالگری^۲: تشخیص، فرایند ترسیم نشانه‌های بیمار و گنجاندن آنها در نشانگان مطرح شده در نظام طبقه‌بندی خاص است. شناسایی مشکل درمان‌جو نخستین گام در گزینش شیوه درمان صحیح است. در موارد قانونی نیز برای تعیین وضعیت سلامت روان درمان‌جو، تشخیص لازم می‌شود. گاهی نیز هدف از گزینش، انتخاب درمان‌جویانی است که برای برنامه‌های درمانی خاصی مناسب‌ترند.

• ارزیابی مداخله‌های درمانی: سنجش رفتارهای هدف قبل از آغاز مداخله اهمیت دارد. زیرا از این راه می‌توان به معیاری دست پیدا کرد و وضعیت پس از مداخله را نسبت به آن سنجید.

• پژوهش: سنجش کمی و کیفی برای هر برنامه‌ای که سعی در آزمودن فرضیه‌هایی در مورد علل مشکلات رفتاری (مانند ارتباط بین خشونت در رسانه‌های گروهی و پرخاشگری در کودکان) دارد، بسیار ضروری است.

یک نظام ارزیابی خوب چه خصوصیتی دارد؟

چنانکه پیشتر روشن شد، ارزیابی نیازمند سنجش رفتارهای مورد نظر است. این

1 - Kendall & Norton-Ford

2 - screening

۶۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

سنجش ممکن است سنجش کیفی (نمایانگر کیفیت رفتارها) یا کمی (نمایانگر کمیت رفتارها) باشد. از بین این دو، دومین مورد ارجحیت دارد، زیرا دقیق‌تر است. برای اینکه چنین سنجشی علمی به‌شمار آید، باید عینیت نیز داشته باشد. این بدین معناست که ارزیابی بالینی نباید توسط هیچ چیزی غیر از رفتار هدف متأثر شود. به‌ویژه حذف تأثیر سوگیرانه‌ای که متخصص بالینی ممکن است در کلیه مراحل فرایند ارزیابی اعمال کند، اهمیت دارد. همچنانکه در فصل اول اشاره شد، در برخی موارد مقایسه شخص مورد ارزیابی با افراد جامعه به‌منظور پی‌بردن به نابهنجاری ضروری است. در این زمینه، آزمایش یا هر روش دیگری باید هنجارهای افراد جامعه را برای رفتار خاص به‌دست آورد. شیوه‌ای که برای دستیابی به هنجار جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد، هنجاریابی^۱ نام دارد که شامل آزمودن تعداد بسیاری از افراد اجتماع برای کشف نمره میانگین است.

پایایی و روایی از ویژگی‌های کلیدی هستند که باید به‌هنگام بررسی نظام ارزیابی مورد توجه قرار گیرند. این مسائل نیز به‌طور ضمنی به‌نظام طبقه‌بندی (مثل DSM یا ICD) که همراه با ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مربوط می‌شود، زیرا به‌طور مستقیم نمی‌توان آنها را بررسی کرد. در خلال همین فصل دوباره به سراغ پایایی و روایی خواهیم آمد، بنابراین توضیح بیشتر در مورد آنها در این مرحله اهمیت دارد. زمانی که به فنون ارزیابی می‌پردازیم، باید معنای پایایی و روایی را به ذهن سپرده باشید.

پایایی

آزمون پایا، آزمونی است که در آن فرد هر چند بار که آزموده می‌شود، نمره یکسانی کسب کند، یعنی نمره فرد باید در طول زمان ثابت باشد (پایایی آزمون - بازآزمون)، البته با این فرض که رفتار مورد نظر ثابت است. برای مثال، انتظار می‌رود اضطراب نوسان داشته باشد، درحالی‌که رفتارهای وسواسی ثبات بیشتری دارند. پس لازم است نظام نمره‌گذاری به درستی تعریف شده باشد تا از طرف مجریان مختلف به‌طور متفاوتی تعبیر نشود (موسوم به پایایی

1 - standardization

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۶۱

ارزیابان). این کار مستلزم سامانه نمره‌گذاری روشنی است تا نمره‌دهندگان یا ارزیابان مختلف، تفسیرهای متفاوتی از نتایج نداشته باشند. در نهایت، آزمون باید از همسانی و هماهنگی درونی برخوردار باشد، یعنی کلیه مواد آن باید شاخص‌های خوبی از رفتار مربوط باشند (اندازه‌گیری آن با آلفای کرونباخ یا با پایایی دو نیمه آزمون ممکن است). اگر مواد آزمونی شرایط مذکور را نداشته باشند، ممکن است به پایایی نمره‌های آزمون صدمه بزنند.

روایی

روایی بیانگر آن است که آزمون به‌واقع آنچه را مدعی سنجش آن است، بسنجد. یک آزمون شخصیتی ممکن است پایا باشد، یعنی همسانی درونی بالایی داشته باشد، اما اگر درک پرسش‌های آن بسیار دشوار باشد، این آزمون می‌تواند به جای شخصیت، هوش یا سواد را بسنجد. همچنین یک آزمون می‌تواند برای هدفی روا باشد و برای هدف دیگری ناروا؛ برای مثال، اسکن PET سنجشی روا از فعالیت مغز است، نه از هوش. انواع گوناگونی از روایی وجود دارد. روایی صوری^۱ اشاره دارد به اینکه آیا مواد آزمون نمونه‌های خوبی از رفتار مورد نظرند. برای مثال، اگر به بررسی پرخاشگری بپردازیم، آیا گنجاندن موادی در خصوص پرخاشگری کلامی و همچنین فیزیکی مناسب است؟ برای برخورداری از روایی سازه^۲، آزمون باید به لحاظ نظری دارای پشتیبانی باشد. برای مثال بسیاری از آزمون‌های شخصیت مبنی بر نظریه‌های معینی‌اند، ولی همین مسئله در مورد آزمون‌های هوشی جایی که آزمون‌ها اغلب مقدم بر نظریه‌ها هستند و این نظریه‌ها بیشتر کلی‌اند تا اختصاصی، صادق نیست. روایی یک آزمون را می‌توان با بررسی همبستگی آن با آزمون‌های دیگری که همان مورد را می‌سنجد نیز نشان داد (گاهی به آن روایی ملاک^۳ گفته می‌شود). از اسکن PET می‌توان به عنوان شاخصی از بیماری آلزایمر بهره گرفت و سایر شیوه‌های ارزیابی را می‌توان در مقابل با آن اعتبار بخشید. چنانچه سنجش، اندازه‌گیری را در آینده به دست دهد، آن را روایی پیش‌بین می‌نامند. نمره

1 - face validity

2 - construct validity

3 - criterion validity

آزمون هوش می‌تواند با پیشرفت تحصیلی آتی ارتباط پیدا کند.

کاربردپذیری^۱ آزمون در مورد آزمودنی‌ها (برای مثال، برحسب عواملی مانند فرهنگ و سن) و دیگر سوگیری‌ها مانند پاسخ به محتوای هیجانی آزمون، پیچیدگی پرسش‌ها و سوگیری‌های کلی پاسخ، هم روایی و هم پایایی را متأثر می‌سازند. در بخش بعد بیشتر به این مسئله خواهیم پرداخت.

در موقعیت‌های عملی ملاحظه سودمندی بالینی^۲ نیز ضروری است. سودمندی را می‌توان به عنوان صحت آزمون در تشخیص مشکل خاصی در فرد تعریف کرد. یک آزمون خوب باید به تشخیص‌های صحیح منجر شود و باید این کار را سریع‌تر و ارزان‌تر از سایر روش‌ها انجام دهد. یک آزمون ضعیف ممکن است از شناسایی افراد دچار مشکل باز بماند یا کسانی را که مشکلی ندارند، بیمار تشخیص دهد که هر دو مورد می‌تواند زیان‌آور باشد. ارزیابی‌های مقرون به صرفه موجب در نظرگرفتن این موارد می‌شوند. بعضی از شرایط مانند موارد سوءاستفاده از کودکان نمونه‌های بسیار خوبی از حالتی است که اشتباهات می‌توانند پیامدهای خطرناکی داشته باشند. همچنین اگر اختلال مورد نظر نادر باشد، احتمال خطای بسیار زیادی وجود دارد (میل و روزن،^۳ ۱۹۵۵).

تمرین مروری
<p>موارد زیر را تعریف کنید:</p> <p>پایایی آزمون-بازآزمون، پایایی بین ارزیابان، پایایی دو نیمه آزمون، روایی صوری، روایی سازه، روایی همزمان و روایی پیش‌بین. پس از اتمام کار می‌توانید پاسخ‌هایتان را با اصطلاحاتی که در واژه‌نامه پایان کتاب آمده است، مقایسه کنید.</p>

روش‌های ارزیابی

متخصصان بالینی انواع گوناگونی از روش‌ها را در اختیار دارند که هر یک مزایا و

1 - applicability
2 - clinical utility
3 - Meehl & Rosen

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۶۳

معایب خاص خود را داراست. کلیه سنجش‌ها و ارزشیابی‌ها در معرض اشتباه قرار دارند. بنابراین، باید از محدودیت‌ها و بهترین شرایط برای به‌کار بردن آنها آگاه باشیم. بعضی از روش‌ها برای جوانب معینی از کنش‌وری مناسب‌ترند. ارزیابی باید سابقه مراجع (اغلب به هسته ارزیابی موسوم است)، رفتار، نحوه کنش‌وری اجتماعی، رفتاری و شناختی، نحوه کنش‌وری شخصیتی، خلقی و روان‌شناختی-عصب‌شناختی مراجع را پوشش دهد، هرچند کلیه این موارد همیشه لازم نیست.

مصاحبه‌های بالینی

صحبت با درمان‌جو اغلب نخستین مرحله فرایند ارزیابی است. مصاحبه افزون بر گردآوری اطلاعات در مورد مشکل کنونی وی، نگرانی‌ها و احساسات جاری، مسائل مربوط به روابط، کار و خانواده و سابقه شخصی مراجع را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. مصاحبه می‌تواند به صورت غیرمستقیم با فراهم آوردن فرصتی برای مشاهده شیوه تعامل درمان‌جو، اطلاعات بی‌شماری را برای متخصص بالینی فراهم آورد. وضع اندامی، حرکات بدنی و اطوارها، حالت چهره، تماس چشمی و غیره همگی می‌توانند حاوی اطلاعات مفیدی باشند. برای سودمندی مصاحبه تشویق به صراحت و ارتباط آزاد ضروری است، بنابراین، برقراری ارتباط با درمان‌جو و اطمینان دادن به وی از نظر رازداری در آغاز مصاحبه بسیار تعیین‌کننده است. پاره‌ای از متخصصان بالینی برای انجام مصاحبه آغازین، رایانه را وارد عرصه کرده‌اند، واضح است که این کار در هزینه و وقت متخصص بالینی صرفه‌جویی می‌کند، اما در عوض فرصت گردآوری اطلاعات غیرکلامی را کاهش می‌دهد. البته در حوزه پزشکی پی برده شده است که افراد گاهی بیش از آنچه به دکتر خود می‌گویند، اطلاعات در اختیار رایانه قرار می‌دهند (به ظاهر چون کمتر احساس خجالت می‌کنند). پس رایانه‌ها در مورد برخی از مراجعان کارایی بیشتری دارند. متخصصان بالینی با توجه به تحقیقات خود روی حوزه‌های متفاوتی در جریان مصاحبه تمرکز می‌یابند؛ برای مثال، ممکن است نظریه‌پردازان روان‌پوشی بیشتر از رفتارگراها به تجارب دوران کودکی اهمیت داده و نظریه‌پردازان اجتماعی-فرهنگی علاقه بیشتری به شرایط اجتماعی نشان دهند.

مصاحبه انواع گوناگونی دارد. یکی از تمایزهای اصلی در انواع مصاحبه، بین مصاحبه‌های بدون ساختار و ساختارمند وجود دارد. در مصاحبه بدون ساختار، از درمان‌جو پرسش‌های بازپاسخی^۱ پرسیده می‌شود و به او اجازه می‌دهند تا در مورد هر آنچه احساس می‌کند مهم است، صحبت کند. این کار این امتیاز را به درمان‌جو می‌دهد تا مسیر مکالمه را تعیین کند. در مصاحبه ساختارمند، متخصص بالینی از فهرست آماده شده از پرسش‌ها بهره می‌گیرد (برای مثال، طرح مصاحبه تشخیصی یا DIS^۲ که توسط رابینز^۳ و همکارانش در سال ۱۹۸۱ طراحی شد). مزیت آن این است که امکان مقایسه پاسخ‌های افراد مختلف را فراهم می‌آورد. در این مصاحبه اطمینان حاصل می‌شود که هیچ‌کدام از مسائل و جوانب مهم رفتار نادیده گرفته نشود. برای مثال، اختلال وحشت‌زدگی را به این نحو بررسی می‌کنند که نخست یک سری پرسش‌های غربالگری از درمان‌جو می‌پرسند (آیا هرگز در موقعیتی که بیشتر مردم احساس اضطراب نمی‌کنند، مضطرب شده‌اید؟) و سپس پرسش‌های دقیقی برای سنجش شدت می‌پرسند (آیا عرق کردید؟). مصاحبه‌های ساختارمند مخصوص کودکان طراحی شده است، برای مثال DIS-C^۴ (کاستلو^۵ و همکاران، ۱۹۸۵). الگویی که متخصص بالینی به آن متعهد است، ممکن است یک نوع از مصاحبه را بر دیگری ترجیح دهد؛ یک نظریه‌پرداز روان‌پویشی یا انسان‌گرا ممکن است برای مثال مصاحبه بدون ساختار را ترجیح دهد و نظریه‌پردازان رفتاری، شناختی و طبی ممکن است مصاحبه‌های ساختارمند را ترجیح دهند. از مصاحبه حالت روانی^۶ نیز ممکن است استفاده شود که هدفش ارزیابی کنش‌وری کنونی درمان‌جوست. به‌منظور حصول اطمینان از پوشش دادن تمام نواحی مهم آن را به شکل ساختارمند ارائه می‌کنند. ظاهر، رفتار کلی، گفتار، خلق، محتوای افکار، عقاید و تجارب نابهنجار، حافظه، توجه، ارزش‌ها و هشیاری نسبت به موقعیت مکانی خود و آنچه در اطراف

1 - open ended

2 - Diagnostic Interview Schedule

3 - Robins

4 - Diagnostic Interview Schedule-Children

5 - Costello

6 - mental state

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۶۵

خود می‌گذرد (جهت‌یابی در زمان و مکان) مراجع ارزیابی می‌شود. مصاحبه‌ها اطلاعات مورد نیاز را در مورد سابقه مراجع فراهم می‌کنند. منابع دیگر چه‌بسا نامه‌های ارجاعی یا خویشاوندان مراجع باشند. لیندسی و پاول^۱ (۱۹۹۴) پیشنهاد می‌کنند این مسئله باید کلیه موارد فهرست‌شده در جدول ۲-۱۱ را پوشش دهد. جدول ۲-۱۱. اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی تاریخچه زندگی مراجع

دلیل مراجعه شامل توصیف درمان‌جو از مشکل یا مشکلات و دلیل فوری^۲ وی برای مددجویی؛
سابقه مشکلات؛
سابقه پزشکی، شغلی، تحصیلی، جنسی و زناشویی؛
موقعیت کنونی (شغل/خانه) و گرفتاری‌های ناشی از مشکل؛
تأثیر مشکل روی کارکرد زیست‌شناختی مراجع؛
تأثیر مشکل بر دیگران؛
افکار و حالات نابهنجار، تجارب حسی^۳؛
رفتار و ظاهر کنونی و کارکرد شناختی؛
نگرش نسبت به مشکل؛
چگونگی وضع مصرف کنونی دارو؛
سابقه خانوادگی در مشکلات روان‌شناختی.

مصاحبه‌ها همچنین به تحلیل کارکردی رفتار (که به شناسایی تقویت‌های حفظ‌کننده رفتار می‌پردازند) و به ارزیابی نحوه کارکرد اجتماعی در سر کار، خانه، روابط و فعالیت‌های تفریحی کمک می‌کنند.

ارزیابی

بدیهی است که مصاحبه‌ها منبع اصلی کسب اطلاعات محسوب می‌شوند، اما پایایی و روایی آنها قابل تردید است. درمان‌جو ممکن است به‌طور کامل صادق نباشد، ممکن است

1 - Lindsay & Powel

2 - immediate

3 - sensory experiences

خجالت بکشد و چه‌بسا به هنگام یادآوری حوادث گذشته دچار اشتباهاتی شود. طبیعت پاره‌ای از نشانگان مانند افسردگی موجب می‌شود درمان‌جو گاهی از یادآوری دقیق و صحیح تجارب شخصی بازماند. متخصص بالینی ممکن است دچار سوگیری باشد، یا رفتار درمان‌جو را به انحراف متفاوت تحت تأثیر قرار دهد و درمان‌جو نیز می‌تواند متخصص بالینی را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال، پاروهیت^۱ و همکاران (۱۹۸۲) نشان دادند که نژاد، جنس، سن و ظاهر مصاحبه‌گر می‌تواند پاسخ‌های درمان‌جو را تحت تأثیر قرار دهد. متخصصان بالینی نیز چه‌بسا در تعبیر اطلاعات متفاوت عمل کنند و ممکن است در ضبط آنچه گفته شده، اشتباه کنند، به‌ویژه اگر در زمان مصاحبه یادداشت‌های دقیق و جزئی بردارند. برداشت‌های اولیه می‌تواند چگونگی تعبیر اطلاعات متعاقب را متأثر سازد (لوچینز^۲، ۱۹۵۷). حتی هنگامی که پرسش‌های یکسانی از درمان‌جویان یکسانی پرسیده می‌شود، نشان داده شده است که متخصصان بالینی مختلف برداشت‌های متفاوتی کسب خواهند کرد و به نتایج متفاوتی می‌رسند (لنگواینر و لیندن^۳، ۱۹۹۳). سوگیری بالینی دوباره در بخش پایانی این فصل مورد بحث قرار خواهد گرفت. این موضوع همچنین هسته اصلی فصول سوم و چهارم است.

مشاهدات

در برخی موارد مشاهده رفتارها به همان صورتی که بروز می‌یابند، بهتر از به بحث کشیدن آنها در مصاحبه است. مشاهده بالینی به این مسئله، چه در محیط طبیعی و چه در محیط کنترل‌شده، امکان وقوع می‌دهد. برای مثال، تعامل کودک با سایر اعضای خانواده ممکن است در محیط خانه ثبت و ضبط شود یا در اتاق نشیمن ساختگی در کلینیک با استفاده از آینه یکطرفه انجام پذیرد. بارکلی^۴ (۱۹۸۱) این رویکرد را در مورد کودکان بیش‌فعال و مادرانشان به‌کار گرفت. اگر مشاهده در خانه صورت پذیرد، مشاهده‌گر شرکت‌کننده^۵ را می‌توان به کار

1 - Paurohit

2 - Luchins

3 - Longweiner & Linden

4 - Barkley

5 - participant observer

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۶۷

گرفت. این کار عبارت است از به‌کارگیری فردی برای انجام مشاهده که کودک با وی آشناست. برای مثال، می‌توان از معلمان درخواست کرد تا با استفاده از «مقیاس درجه‌بندی معلم کانرز»^۱ درجه‌بندی‌هایی از رفتارهای دانش‌آموز در کلاس ارائه دهند (کانرز، ۱۹۶۹). مزیت این مورد این است که کودک در بافت طبیعی‌تر بررسی می‌شود. به‌طور معمول، شمار کم‌ویش کمی از رفتارها (موسوم به رفتارهای هدف)^۲ برای مشاهده انتخاب می‌شوند و فراوانی بروز یا شدت آنها در مدت زمان معینی ضبط می‌شود؛ چنانکه در مثال ارائه‌شده در جدول ۲-۱۲ نشان داده شده است. از مقیاس‌های هنجار شده^۳ مانند مقیاس رمزگردانی تعامل خانوادگی^۴ (پترسون^۵ و همکاران، ۱۹۸۲) ممکن است برای اهداف ثبت و ضبط استفاده شود. برای مشاهده علل بی‌واسطه و اصلی بروز رفتارها نه تنها باید فراوانی آنها، بلکه باید زنجیره‌ها و الگوهایشان را نیز مد نظر قرار داد که ویژگی کلیدی تحلیل کارکردی^۶ است. تحلیل کارکردی برای شناسایی نیروهای حفظ‌کننده رفتارهای نامطلوب درمان‌جو، توسط روان‌شناسان رفتاری انجام می‌گیرد. این کار را می‌توان با استفاده از نظام STAR عملی ساخت.

^۱S: شرایط زمینه یا محیط‌هایی که در آن رفتار بروز می‌یابد؛

^۲T: راه‌اندازها یا حوادث خاصی که سبب بروز رفتارند؛

^۳A: حوادث پیش‌آیندی که قبل از رفتار رخ می‌دهند؛

^۴R: پیامدهای رفتار برای درمان‌جو.

به نحوی که بعضی مواقع، وقتی رفتارها زیاد اتفاق نمی‌افتند، زمانی که متخصص بالینی

1 - Conners' Teacher Rating Scale

2 - target behaviour

3 - standardized

4 - Family Interaction Coding Scale

5 - Patterson

6 - functional analysis

7 - Setting

8 - Triggers

9 - Antecedent events

10 - Results

۶۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

نمی‌تواند مدت زیادی را با درمان‌جو بگذراند، یا جایی که فرایندهای فکری (که توسط مشاهده‌گران بیرونی قابل نظارت نیستند) در کارند، ممکن است از درمان‌جویان درخواست شود تا خود به نظارت و بازبینی خود پردازند. برای مثال ممکن است از مبتلایان به پرخوری عصبی خواسته شود تا به ثبت موقعیت‌ها و احساساتی پردازند که به ترغیب به پرخوری در آنها منجر می‌شوند یا از افراد وسواسی خواسته شود تا به ثبت فراوانی افکار وسواسی‌شان پردازند. این امر برای کشف پیشامدهایی که موجب راه‌اندازی رفتار می‌شوند، مفید است.

جدول ۲-۱۲. فهرست رفتاری برای اضطراب عملکردی	
رفتار	دوره زمانی (به دقیقه)
رنگ پریدگی چهره	۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱
انقباض ماهیچه‌ها	
فرو بردن آب دهان	
لرزش صدا	
لکنت زبان	
نبود تماس چشمی	

نوع دیگری از مشاهده، به هنگام سنجش رفتارهای روان‌شناختی و عصب‌شناختی صورت می‌پذیرد. از اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک مانند تغییر ضربان قلب، فشار خون یا انقباض ماهیچه‌ها می‌توان برای نشان دادن سطح اضطراب درمان‌جو استفاده کرد. در مورد رفتارهای عصب‌شناختی، از ابزارهایی مانند برق‌نگاره مغز^۱ یا اسکن PET^۲ می‌توان برای ثبت فعالیت الکتریکی مغز استفاده کرد. هدف پی‌بردن به حضور و مقدار آسیب مغزی یا کژکنشی است. برای مثال، باکستر^۳ و همکاران (۱۹۸۷) فعالیت مغزی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری را در جریان فعالیت‌های گوناگون در مقایسه با گروه کنترل اندازه‌گیری کردند.

1 - Electro-Encephalogram
2 - Positron Emission Tomograph
3 - Baxter

اندریسن^۱ و همکاران (۱۹۹۰) برای اکتشاف اندازه بطن‌ها (فضاهای مملو از مایع) در مغز مبتلایان به اسکیزوفرنی در قیاس با بطن‌های گروه کنترل بهنجار از اسکنرها^۲ استفاده کردند. این تحقیق نشان داد که بطن‌ها در افراد اسکیزوفرنیک به‌ویژه بطن چپ بزرگ‌تر است.

ارزیابی

روش مشاهده به‌ویژه در مورد کودکان و سایر درمان‌جویانی (مانند اسکیزوفرنیک‌ها) مفید است که مایل یا قادر به همکاری با مصاحبه‌گر یا پرکردن برگه‌آزمون‌ها نیستند. پاره‌ای از محققان (مانند بارلو^۳، ۱۹۷۷) پی برده‌اند که مشاهدات نتایج بهتری در مقایسه با مصاحبه‌ها و آزمون‌ها در مورد بهبود پس از درمان دارند (شکل ۲-۱). با این حال، مشاهده کاربرد محدودی دارد، زیرا فقط می‌توان رفتارهای قابل مشاهده و تکرارشونده را بررسی کرد و فرایندهای فکری کژسازگارانه را نمی‌توان ملاحظه کرد.

مشاهده، پایایی و روایی محدودی دارد. مهم‌ترین مسئله در مشاهده، مربوط به پایایی بین مشاهده‌گران است. آیا مشاهده‌گرهای متفاوت برداشت و نظر یکسانی ارائه می‌دهند؟ برای مثال، آنچه مشاهده‌گری از آن به عنوان پرخاشگری تعبیر می‌کند، ممکن است دیگری این گونه تعبیری از آن به عمل نیاورد. در عمل به‌طور معمول دو متخصص بالینی نظر کاملاً یکسانی ندارند (بنیستر^۴ و همکاران، ۱۹۹۴). البته آموزش دقیق و بهره‌گیری از فهرست و تعاریف روشنی از رفتارها می‌تواند این مسئله را بهبود بخشد (گودوین^۵، ۱۹۹۵). خودبازبینی^۶ مشکلات خاصی در ارتباط با پایایی دارد. می‌توان آن را از طریق تشویق با استفاده از اهدای جایزه، با آموزش و مطلع کردن مراجعان از اینکه بازبینی‌شان واری می‌شود، بهبود بخشید (نلسون^۷ و همکاران، ۱۹۷۵). واکنش‌پذیری^۱، اصطلاحی است که برای توصیف تغییرات در

1 - Andreasen

2 - scanners

3 - Barlow

4 - Banister

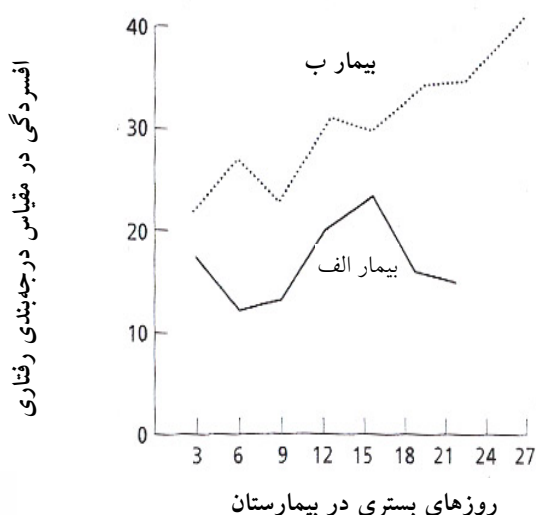
5 - Goodwin

6 - self-monitoring

7 - Nelson

۷۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

رفتار که ناشی از مشاهده (به‌ویژه مشاهده خود^۲) است، مورد استفاده قرار می‌گیرد. اثر درمانی واکنش‌پذیری در راستای افزایش رفتار خوب و کاهش رفتار بد است.



شکل ۱-۲. مشاهده رفتارهای افسردگی

روایی از راه تغییر در رفتار درمان‌جو هنگامی که از مشاهده شدنش آگاهی می‌یابد - تأثیر تماشاگر- و همچنین از طریق موقعیت برگزیده شده برای مشاهده دستخوش محدودیت‌هایی می‌شود. ممکن است کودکی در خانه بدرفتاری کند، اما در مدرسه این گونه نباشد (سیمپسون و هالپین^۳، ۱۹۸۶). زایگوب^۴ و همکاران (۱۹۷۵) نشان دادند هنگامی که مادران می‌دانستند مورد مشاهده‌اند، نسبت به فرزندانشان رفتار مثبت‌تری نشان می‌دادند.

مشاهدات روان‌شناختی و عصب روان‌شناختی نیز مشکلاتی دارند، اگرچه در صورت به‌کارگیری مناسب بسیار دقیق‌اند. تجهیزات مورد نیاز گران‌قیمت هستند و همیشه به‌آسانی

1 - reactivity
2 - self-observation
3 - Simpson & Holpin
4 - Zeigob

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۷۱

قابل دسترس نیستند. برای استفاده بهینه و دقیق از آنها به‌طور معمول آموزش زیادی لازم است. اغلب فرایند مشاهده به اجبار در محیط مصنوعی آزمایشگاه انجام می‌پذیرد و فقط رفتارهای محدودی را می‌توان در یک زمان مورد مشاهده قرار داد. خود تجهیزات ممکن است عجیب غریب باشند و رفتار طبیعی را تحت تأثیر قرار دهند. همیشه به سهولت نمی‌توان تغییرات مشاهده‌شده را با حالت هیجانی درمان‌جو پیوند داد. برای مثال، فشار خون ممکن است در اثر عوامل و احساسات بسیاری تغییر یابد و فقط در اثر اضطراب نیست.

آزمون‌های روان‌سنجی

آزمون‌های روان‌سنجی ابزارهای طراحی شده ویژه‌ای هستند (اغلب مداد و کاغذی) که نمونه کوچکی از رفتار درمان‌جو را برای صورت دادن استنباط‌هایی در خصوص جوانب وسیع‌تر نحوه کارکرد وی مورد آزمون قرار می‌دهند. آزمون‌های بسیاری برای اهداف گوناگون وجود دارد. برای مثال، مجموعه آزمون هالستد-ریتان^۱ (ریتان و دیوسون^۲، ۱۹۷۴) و آزمون بندر-گشتالت^۳ (بندر، ۱۹۳۸) به منظور ارزیابی حوزه‌های متفاوت کارکرد عصب‌شناختی طراحی شده‌اند. مقیاس افراد مهم زندگی (SOS)^۴ که توسط پاور^۵ و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شد، درجه‌بندی‌هایی از مقدار حمایت اجتماعی که موقعیت‌های مختلف از دیگران انتظار دارند، فراهم می‌آورد. همچنین آزمون‌های خاصی برای سنجش درمان‌جویان در میزان درماندگی روان‌پزشکی مانند پرسشنامه سلامت عمومی یا GHQ^۶ (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸) وجود دارد. مشکلات درازمدت را می‌توان با استفاده از SCL-90-R^۷ که توسط دروگاتیس^۸ در سال ۱۹۷۷ طراحی شده است، ارزیابی کرد. این پرسشنامه حاوی ۹۰ پرسش است که برای

-
- 1 - Halstead-Reitan
 - 2 - Reitan & Davison
 - 3 - Bender-Gestalt
 - 4 - Significant Others Scale
 - 5 - Power
 - 6 - General Health Questionnaire
 - 7 - Simptom Check List 90 Revised
 - 8 - Derogatis

۷۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

اندازه‌گیری ۹ بعد روان‌شناختی شامل مشکلات وسواس بی‌اختیاری، افسردگی، پارانوئا، هراس، اضطراب و غیره طراحی شده است. در اینجا نگاهی به آزمون‌های هوش و استعداد، پرسشنامه‌های شخصیت و آزمون‌های فرافکن می‌اندازیم.

هدف آزمون‌های هوشی، سنجش توانایی شناختی عمومی، اغلب به شکل ضریب هوشی (IQ)^۱ است. آزمون‌های بسیاری برای سنجش هوش در دسترس است. برخی، مانند آزمون استنفورد-بینه و مقیاس هوش بزرگسالان و کسلر (WAIS)^۲، در بافت بالینی بیشتر مورد مورد استفاده قرار می‌گیرند. WAIS دارای ۱۱ خرده‌آزمون شامل آزمون‌های فراختای ارقام، طراحی با مکعب‌ها و آزمون لغات است. آزمون وکسلر دیگری برای کودکان پیش‌دبستانی (WPPSI)^۳ و کودکان بزرگ‌تر (WISC)^۴ وجود دارد. دیگر آزمون‌های هوشی مانند مجموعه‌های AH^۵ (AH₂، AH₃ و غیره) برای اجرا در موقعیت‌های گروهی طراحی شده‌اند. بسیاری از آزمون‌ها، اما نه همه آنها، دارای محدوده زمانی می‌باشند. آزمون‌های استعداد^۶ مانند مقیاس‌های توانایی بریتانیایی^۷، مشابه آزمون‌های هوش، اما اختصاصی‌ترند، بدین معنی که روی توانایی معینی، مانند توانایی فنی یا فضایی تمرکز می‌کنند. به این صورت می‌توان نحوه عملکرد را با عملکرد سایرین از همان گروه سنی مقایسه کرد. بسیاری از متخصصان بالینی استفاده از آزمون‌های غربالگری سریع غیرکلامی، مانند ماتریس‌های پیشرونده ریون^۸ را ترجیح می‌دهند.

ارزیابی

بیشتر آزمون‌های مورد استفاده در حال حاضر براساس نمونه‌های عظیمی از افراد جامعه به دقت طراحی و هنجاریابی شده‌اند. این آزمون‌ها پایایی زیادی دارند، بدین معنی که نتایج

-
- 1 - Intelligence Quotient
 - 2 - Wechsler Adult Intelligence Scale
 - 3 - Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence
 - 4 - Wechsler Intelligence Scale for Children
 - 5 - Alice Heim
 - 6 - aptitude
 - 7 - British Ability Scales
 - 8 - Raven's Progressive Matrices

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۷۳

به‌دست آمده توسط یک شخص در موقعیت‌های مختلف یکسان خواهد بود (کلاین^۱، ۱۹۹۳)، همچنین همسانی درونی بالایی دارند. با وجود این، برگزارکنندگان آزمون باید همیشه مراقب مشکلات انگیزشی و هیجانی باشند که ممکن است عملکرد درمان‌جوی خاصی را در آزمون تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال، آزمون‌ها گاهی در مورد نحوه عملکرد در مدرسه پیش‌بینی‌کنندگی خوبی نشان می‌دهند (نیسر^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). اما روایی پیش‌بین آنها همیشه به این اندازه خوب نیست، شاید چون عوامل دیگری مانند انگیزه، عملکرد افراد را در آزمون‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهند. روایی سازه آزمون‌ها را نیز می‌توان مورد نقد قرار داد، چرا که هیچ وفاق عمومی در مورد تعریف هوش وجود ندارد. پیرامون این مسئله پاره‌ای از روان‌شناسان (برای مثال گاردنر^۳، ۱۹۸۳؛ اشتربنرگ، ۱۹۸۵) استدلال می‌کنند که آزمون‌های هوشی مورد استفاده در حال حاضر فقط روی گستره محدودی از مهارت‌ها تمرکز می‌کنند و برای مثال هوش خیابانی^۴ و هوش میان‌فردی را نادیده می‌گیرند. در نهایت انتقادی که متوجه این آزمون‌هاست، از لحاظ عدم توجه به تفاوت‌های فرهنگی است. چنانچه برای مثال افراد گروه‌های اقلیت یا افراد محروم ممکن است با عبارات و مواد مورد استفاده در آزمون آشنایی کمتری داشته باشند، بنابراین ممکن است عملکردشان به خوبی گروه‌های دیگر نباشد. از آنجا که آزمون‌ها نقش مهمی در ارزیابی عقب‌ماندگی ذهنی و آسیب مغزی و همچنین در حوزه‌های تحصیلی و شغلی دارند، توجه به قضیه تفاوت فرهنگی با اهمیت است.

پرسشنامه‌های شخصیتی (یا سیاهه‌ها) مقیاس‌های خودسنجی‌اند که اقتضاء می‌کنند فرد درمان‌جو مشخص کند یک سری از عبارات در مورد وی مصداق دارد یا نه، یا اینکه تا چه حد صادق است. آزمون‌های گوناگون بسیاری موجودند که هدف آنها اندازه‌گیری جوانب متفاوت شخصیت است. سایر آزمون‌ها عاطفه یا هیجان (مانند پرسشنامه افسردگی بک) یا شناخت یا مهارت‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند. برای مثال، مقیاس بک حاوی ۲۱ پرسش چهارگزینه‌ای است؛ برای مثال «من می‌توانم به خوبی گذشته کار کنم» یا «برای شروع هر

1 - Kline

2 - Neisser

3 - Gardner

4 - streetwise intelligence

کاری زحمت زیادی لازم است» یا «برای انجام هر کاری باید به خودم فشار وارد کنم» و یا «اصلاً نمی‌توانم کار کنم». یکی از مشهورترین پرسشنامه‌های شخصیت، پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا^۱ (MMPI) (هث‌اوی و مکینلی^۲، ۱۹۴۳) است. نسخه کنونی این پرسشنامه (که در سال ۱۹۸۹ تعبیه شد) حاوی ۵۶۷ پرسش است، مانند «هر هفته به یک مهمانی می‌روم»، «اغلب امیدی به آینده ندارم»، و «به آسانی دستپاچه می‌شوم» (پاسخ‌ها عبارتند از «درست»، «نادرست» و یا «نظری ندارم»). این پرسشنامه یک ارزیابی روی ۱۰ مقیاس بالینی و کنش‌وری در محیط کار، تمایل به سوء‌مصرف مواد مخدر و آسیب‌پذیری در برابر اختلالات خوردن را فراهم می‌آورد. مقیاس‌های این پرسشنامه دربرگیرنده اسکیزوفرنی، پارانویا، افسردگی، شیدایی، درون‌گرایی، خودبیمارانگاری، هیستری و هراس‌ها و وسواس‌هاست و روی هر مقیاس، دامنه نمره‌ها از ۰ تا ۱۲۰ است. نمره بهنجار ۵۰ و نمره بیشتر از ۷۰ حاکی از اختلال است. مقیاس‌هایی نیز موجودند که هدفشان شناسایی دروغ‌گویی، بی‌دقتی یا پاسخگویی دفاعی یا مجموعه پاسخ‌هایی مانند تمایل به ارائه جواب‌های منفی است. در صورت نیاز می‌توان آزمون‌هایی مانند MMPI را به همراه آزمون‌های معینی مانند پرسشنامه اضطراب حالت-صفت (اسپیلبرگر^۳، ۱۹۸۳) مورد استفاده قرار داد. این پرسشنامه در پی آن است که افراد شدت اضطرابشان را هم در کل (صفت) و هم در زمان خاصی (حالت) درجه‌بندی کنند. این اطلاعات را، پیوست اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه‌ها و مشاهدات می‌کنند.

ارزیابی

مزیت پرسشنامه‌های شخصیت در مقایسه با سایر روش‌های ارزیابی، سریع بودن آنهاست. آنها همچنین در نمره‌گذاری (امروزه بیشتر نمره‌گذاری‌ها از طریق رایانه انجام می‌شود) سریع و دارای عینیت‌اند و روش آسانی را برای مقایسه پاسخ‌های درمان‌جو با سطح متوسط افراد جامعه فراهم می‌آورند. آزمون‌های شخصیت خوب طراحی شده باید پایایی و روایی خوبی نیز داشته باشند. برای مثال، پایایی پرسشنامه افسردگی بک در حد قابل قبول

1 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory

2 - Hathaway & Mckinley

3 - Spielberger

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۷۵

است (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و با درجه‌بندی‌های شدت افسردگی ارائه شده توسط روان‌پزشکان مطابقت می‌کند. مقیاس MMPI نیز به خوبی با تشخیص‌های بالینی همسوست. مشکل اینجاست که درمان‌جو از هدف آزمون آگاه است که در این صورت قادر به تغییر دادن پاسخ‌ها می‌شود. مشکل دیگر این است که در بسیاری از موارد درمان‌جویان ممکن است فاقد خودآگاهی کافی برای ارائه اطلاعات سودمند در مورد خودشان باشند. همچنین ممکن است به لحاظ اجتماعی بخواهند خود را مطلوب و مورد پسند جلوه دهند، به‌ویژه در پرسش‌هایی مانند «من هر هفته به مهمانی می‌روم». به‌علاوه، کلیه ویژگی‌های فرد در طول زمان ثابت نیستند (میشل^۱، ۱۹۶۸)؛ بنابراین، مشکل بتوان گفت که آیا تغییر مشاهده‌شده واقعی است یا به دلیل آزمون ناپایاست. تفاوت فرهنگی را نیز نباید از یاد برد. برای مثال در پورتوریکو پاسخ «صحیح»، به این پرسش MMPI «ارواح شیطانی گاهی مرا در تملک خود می‌گیرند»، نابهنجار محسوب نمی‌شود (راگلر^۲ و همکاران، ۱۹۸۹).

فنون فرافکن^۳ رویکرد متفاوتی به ارزیابی شخصیت فراهم می‌آورند. فنون فرافکن به جای خواستن از درمان‌جو به انتخاب پاسخی از میان مجموعه گزینه‌ها، برای درمان‌جویان پرسش‌های ساخت‌نیافته‌ای فراهم می‌کنند تا آن گونه که مناسب می‌دانند، پاسخ دهند. بر اساس اصول روان‌پوشی فرض بر این است که مراجعان جوانی از شخصیت‌شان را در پاسخ فرافکنی می‌کنند. برای نمونه، آزمون رورشاخ (۱۹۲۱) مستلزم آن است که درمان‌جو به مجموعه‌ای از لکه‌های جوهر، مانند آنچه در شکل ۲-۲ نشان داده شده، نگاه کرده و هر یک از تصاویر را توصیف کند. آنگاه پاسخ‌ها به کمک راهنمای آزمون مطابق با طبیعت تصاویر توصیف شده و سبک پاسخ‌ها (برای مثال اینکه درمان‌جو به کل طرح یا فقط به قسمتی از آن پاسخ می‌دهد) تحلیل می‌شوند. اکنون تعبیرهای رایانه‌ای برای نمره‌های رورشاخ موجود است که تعبیر را بسیار عینی می‌کنند. آزمون اندریافت موضوع یا TAT^۴ (موری^۵، ۱۹۷۱)، آزمون

1 - Mischel

2 - Rogler

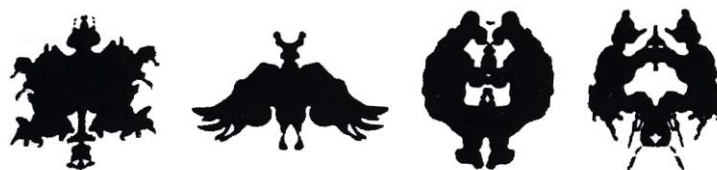
3 - projective techniques

4 - Thematic Apperception Test

5 - Murray

۷۶- ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

دیگری است که حاوی مجموعه‌ای از تصاویر مبهم است. در این آزمون از درمان‌جو خواسته می‌شود تا در مورد آنچه در هر تصویر اتفاق می‌افتد، داستانی بسازد.



شکل ۲-۲. لکه‌های جوهر رورشاخ

همچنین ممکن است از درمان‌جویان خواسته شود تا جملاتی را کامل کنند، یا اشکالی رسم کنند؛ مورد دوم به‌ویژه در خصوص کودکان مفید است.

ارزیابی

آزمون رورشاخ و TAT از مشهورترین آزمون‌های روان‌شناختی به‌شمار می‌آیند. هرچند درمانگران به هنگام تفسیر پاسخ‌های داده شده به این دو آزمون، دچار چالش‌هایی می‌شوند. در پژوهش‌های پایایی، مشاهده شده است که متخصصان بالینی مختلف، نمره‌های متفاوتی به پاسخ‌های یکسان می‌دهند. با وجود اینکه اکنون روش‌های معیارشده‌ای برای نمره‌گذاری آزمون‌ها وجود دارد، اما این آزمون‌ها به‌طور گسترده‌ای مورد پذیرش نیستند (کلاین، ۱۹۹۳). متخصصان بالینی آموزش‌دیده می‌توانند با بهره‌گیری از نسخه‌های بهنجارشده نوین به پایایی مطلوبی در ارزیابی‌ها دست یابند. با وجود این، اسمیت و دومونت^۱ (۱۹۹۵) پی‌بردند که در نمونه مورد بررسی خود، ۱۴ درصد از متخصصان بالینی که هیچ آموزشی در زمینه بهره‌گیری از آزمون‌های فرافکن ندیده بودند، از آنها در کار بالینی استفاده می‌کردند. تفسیرهای هشتاد و هفت درصد از آنان فاقد پایه علمی کافی بود.

1 - Smith & Dumont

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۷۷

روایی آزمون‌های فرافکن در حد مطلوبی است. آزمون‌های فرافکن در مقایسه با پرسشنامه‌ها به درمان‌جو آزادی بیان می‌دهند و این مزیت را نیز دارند که در آنها جعل پاسخ دشوار است. البته این آزمون‌ها نیز ممکن است به دو دلیل فاقد روایی باشند. نخست اینکه نتایج با قضاوت‌های مستقل در مورد درمان‌جو که به روش‌های دیگری حاصل می‌شوند، توافق ندارند؛ دوم اینکه ممکن است درمانگران علیه گروه اقلیت سوگیری‌هایی داشته باشند و این سوگیری در تفسیر آزمون خود را نشان دهد. موارد استفاده‌شده در این آزمون‌ها نیز ممکن است مناسب همه گروه‌ها نباشد (برای مثال TAT هیچ تصویری از اعضای گروه اقلیت ندارد).

نتیجه‌گیری

روش‌های گوناگونی وجود دارد که متخصص بالینی با استفاده از آنها می‌تواند اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد درمان‌جو را به دست آورد. سودمندی این روش‌ها مطابق با شخصیت درمان‌جو و نوع مشکل، متفاوت است. این روش‌ها از لحاظ ملاک‌های مهم پایایی و روایی نیز با هم تفاوت دارند. دیدگاه متخصص بالینی به اختلال روانی نیز انتخاب روش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، الگوی رفتاری، رویکرد مشاهده را پیشنهاد می‌کند و الگوی روان‌پویشی به مصاحبه تمایل دارد. برگزیدن یک روش و استفاده از آن، به همراه قرار دادن اطلاعات در کنار یکدیگر و تصمیم‌گیری در مورد درمان‌جو، متخصص بالینی را درگیر فرایندی تفسیری می‌کند که به راحتی ممکن است به خطاهایی بینجامد.

تمرین مروری

۱- در مورد زمینه‌های عملکردی یک درمان‌جو که در زیر اشاره می‌شود، از کدام یک از روش‌های ارزیابی-مصاحبه‌ها، مشاهده‌ها یا آزمون‌های روان‌سنجی- بهره خواهید گرفت؟ تاریخچه زندگی بیمار، نحوه کنش‌وری شناختی، نحوه کنش‌وری عصب‌روان‌شناختی، شخصیت/ خلق، رفتار، کنش‌وری اجتماعی.

در صورت امکان مثال‌هایی از ابزارهای ارزیابی ارائه کنید.

۲- برای نشان دادن مزایا و معایب روش‌های مختلف ارزیابی که در بالا اشاره شد، جدولی رسم کنید.

ارزشیابی، طبقه‌بندی و تشخیص

در بخش‌های پیشین، ارزش بالقوه طبقه‌بندی و تشخیص توضیح داده شد. در اینجا به ملاحظه موقعیت علمی نظام‌ها و روش‌های موجود خواهیم پرداخت و مشکلاتی را که ممکن است به هنگام استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی پیش آیند، مورد بررسی قرار خواهیم داد. در قسمت نخست به طرح نقدهای ویژه خواهیم پرداخت؛ درحالی‌که در قسمت دوم نکات کلی‌تر را از نظر خواهیم گذرانند.

انتقادهای وارد به نظام‌های طبقه‌بندی موجود

بلش‌فیلد و دراگونز^۱ (۱۹۷۶) پیشنهاد کردند که می‌توان از چهار ملاک برای ارزشیابی استفاده کرد: پوشش، پایایی، روایی توصیفی، روایی پیش‌بین. روایی سبب‌شناختی را می‌توان به این موارد اضافه کرد. هر کدام را به ترتیب بررسی خواهیم کرد.

پوشش

این مورد به این نظر اشاره دارد که مقوله‌های موجود در نظام باید کلیه کسانی را که به کمک نیازمندند، پوشش دهد. نسخه‌های اولیه DSM دارای مقوله‌های بسیار گنگ و مبهمی بودند. نسخه‌های بعدی آن، برای مقوله‌ها، ملاک‌های دقیق و روشن‌تری مشخص کرد و در پی

1 - Blashfield & Draguns

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۷۹

آن شمار مقوله‌ها بیشتر شد. DSM IV اختلالات را براساس علائم قابل مشاهده‌ای تعریف می‌کند که از علائم موجود در نظام‌های پیشین دقیق‌ترند. این کار مقوله‌ها را همگن‌تر می‌سازد، اما پوشش را کاهش می‌دهد. شاید به این دلیل، چند مقولهٔ مازاد نیز در DSM موجود است که اغلب از آنها با عنوان «مقوله‌های سطل زباله» (برای مواردی که در نظام مشخص نشده است) یاد می‌شود. برای بعضی مقوله‌ها مانند اختلالات افتراقی، بیشتر بیماران تشخیص‌های «مشخص نشده» (NOS)^۱، دریافت می‌کنند (مزیک^۲ و همکاران، ۱۹۸۹). این مسئله نشان می‌دهد که تناسب بین مراجعان و نظام طبقه‌بندی خوب نیست. همچنین برای اختلالات کدهایی (به جای مقوله‌ها) وجود دارد که با نظام تناسبی ندارند، مانند مشکلات مرتبط با بارداری ناخواسته. DSM دارای کدهای V^۳ و ICD دارای کدهای Z^۴ است.

بعضی از مشکلات نیز از این حقیقت ناشی می‌شوند که بسیاری از نشانه‌های اختلال روانی در افراد بهنجار جامعه نیز وجود دارند. افسردگی و رفتارهای وسواسی، نمونه‌های بارزی از این دست هستند. مسئلهٔ نقاط برش که در فصل اول مطرح شد، حل نشده است، اما به نظر نمی‌رسد در آیندهٔ نزدیک حل‌شدنی باشد.

پایایی

به منظور مشاهدهٔ نظام طبقه‌بندی به عنوان نظامی پایا، متخصصان بالینی مختلفی باید درمان‌جوی موردنظر را به مقولهٔ یکسانی نسبت دهند. در کل، توافق ضعیفی بین متخصصان بالینی در مورد آنچه مشکل اصلی یک درمان‌جوست، وجود دارد. این امر حتی هنگامی که داده‌های یکسانی در مورد یک درمان‌جو به آنها داده می‌شود، نیز به چشم می‌خورد (فیوترل^۵، ۱۹۸۱). همپوشی بین مقوله‌ها و این حقیقت که موارد به‌طور دقیق متناسب با ملاک، نادر است، تکلیف را ساده‌تر نمی‌کند (کندال، ۱۹۷۵).

1 - Not Otherwise Specified

2 - Mezzich

3 - V codes

4 - Z codes

5 - Fewtrell

پژوهش‌هایی در مورد توافق بین متخصصان بالینی

باوجود مطالب ذکر شده، پژوهش‌های معین انجام شده روی DSM نشان داده است که پایایی آن در حال افزایش است. برای مثال، بک و همکاران (۱۹۶۲) از چهار متخصص بالینی درخواست کردند تا به‌طور مستقل از هم، ۱۵۳ بیمار را با استفاده از DSM I مورد تشخیص قرار دهند. آنها دریافتند که فقط ۵۴ درصد از تشخیص‌ها یکسان بودند. کندل (۱۹۷۵) دریافت که در صورت استفاده از مقوله‌های خاصی در طبقه‌بندی، پاره‌ای از موارد پایایی تا ۳۲ درصد کاهش می‌یابد. در نسخه‌های بعدی DSM تلاش شد تا به روشن‌سازی مقوله‌ها پردازند و ملاک‌های معین‌تر و عینی‌تری فراهم آورند. در سال ۱۹۸۵، لپتون و سیمون^۱ دریافتند که متخصصان بالینی در یک بیمارستان آمریکایی، در مورد ۷۵ درصد از ۱۳۱ بیمار تشخیص‌های متفاوتی ارائه دادند (توافق ۲۵ درصد بود). هرچند، دی‌ناردو^۲ و همکاران (۱۹۹۳) از حدود ۱۰ درصد توافق با استفاده از DSM III و DSM III-R خبر دادند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)^۳ (۱۹۹۴) ادعا می‌کند نسخه چهارم و نسخه ویرایش‌یافته آن بسیار پایاتر از نسخه‌های قبل است و این امر در نتیجه بازنوشت ملاک‌ها برای مقوله‌هایی است که در بررسی‌های پیشین کاملاً ناپایا و غیر قابل اعتماد نشان داده شده بودند.

سایر پژوهش‌ها به بررسی تفاوت‌های موجود در پایایی مقوله‌های مختلف پرداخته‌اند. دیوسون و نیل^۴ (۱۹۹۴) گزارش دادند که دامنه همبستگی بین تشخیص‌های متخصصان بالینی، از ۹۲ درصد برای اختلالات روانی-جنسی تا ۵۴ درصد برای اختلالات جسمانی شکل است. بنابراین، آشکار است که هنوز اختلاف‌هایی در پایایی بین مقوله‌ها وجود دارد. ناتان و لانگن‌بوخر^۵ (۱۹۹۹)، افزایش پایایی بعضی از مقوله‌ها (اختلال سلوک و سوء‌مصرف مواد) را گزارش دادند، اما هیچ بهبودی در اختلالات شخصیت (محور دوم) و اختلالات خواب،

1 - Lipton & Simon

2 - Dinardo

3 - American Psychological Association

4 - Davoson & Neale

5 - Nathan & Langenbucher

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۸۱

کودکی و برخی از اختلالات اسکیزوفرنیایی حاصل نشده بود. هولمز^۱ (۱۹۹۴) پی برد که با استفاده از بعضی از روش‌ها، از جمله برنامه‌های رایانه‌ای برای حذف سوگیری غیرعینی از جانب متخصصان بالینی، پایایی افزایش می‌یابد.

پاره‌ای از پژوهشگران استدلال کرده‌اند که نبود پایایی، ممکن است چندان که به نظر می‌آید نامطلوب نباشد. برای مثال، فالک و موزر^۲ (۱۹۷۵) این نکته را خاطر نشان کردند که تشخیص‌های پزشکی ممکن است پایاتر از تشخیص‌های اختلالات روانی نباشند و فقط ۶۶ درصد توافق برای علت مرگ در گواهی‌های مرگ (که توسط دو دکتر متفاوت امضا شده است) گزارش شده است. با این حال این موضوع چندان قابل اطمینان نیست. کلاین و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند که هنوز برای اینکه DSM بتواند به نحو قابل قبولی پایا تلقی شود، تحقیقات بیشتری باید انجام گیرد.

تفاوت‌های فرهنگی

در اینجا نکته دیگری که باید به خاطر سپرد، تنوع فرهنگی است. برای مثال، سازمان جهانی بهداشت (۱۹۷۳) گزارش داد که در شوروی و آمریکا، احتمال ارائه تشخیص اسکیزوفرنی بیشتر از انگلستان است. کوپلند^۳ و همکاران (۱۹۷۱) دریافتند که در انگلستان سن و موقعیت متخصصان بالینی بر روند تشخیص، اثر می‌گذارد. بدین ترتیب که متخصصان بالینی مسن‌تر آموزش دیده در گلاسکو، در مقایسه با متخصصان بالینی جوان‌تر آموزش دیده در لندن، درجه‌بندی‌های بالاتری برای رفتار نابهنجار ارائه می‌دهند. این امر نیاز به آموزش مستمر را برجسته می‌کند. پی برده شده است که آموزش متخصصان بالینی در بهره‌گیری از ملاک‌های معین و مصاحبه‌های استاندارد شده، سبب افزایش نرخ توافق می‌شود (اوکاشا^۴ و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین به نظر می‌رسد یک نظام به روش‌های گوناگونی برای افراد از فرهنگ‌های غیرغربی کاربردپذیر باشد. برای مثال، به نظر می‌رسد اسکیزوفرنی در مهاجران آسیایی مقیم

1 - Holmes

2 - Falek & Moser

3 - Copeland

4 - Okasha

انگلستان بیشتر تشخیص داده می‌شود. این مسئله حاکی از وجود سوگیری در امر تشخیص است. دلایل متعددی برای این موضوع وجود دارد. همان‌طور که در فصل چهارم خواهیم دید، این دلایل شامل چنین احتمالی است که این تفاوت بازتاب شیوع متفاوت با اسکیزوفرنی در گروه‌های نژادی پیش گفته است. با این حال، گارب^۱ (۱۹۹۷) دریافت هرگاه مقدار و شدت علائم کنترل شود، این تفاوت همچنان مشهود است که مراجعان آفریقایی-آمریکایی و سرخ‌پوستان بیش از مراجعان سفیدپوست، اسکیزوفرنیک تشخیص داده می‌شوند. این مسئله حاکی از سوگیری در تشخیص است.

تفاوت‌های جنسیتی

پژوهشگران دریافته‌اند که احتمال ابتلای زنان به اختلالات شخصیت نمایشی و وابسته و افسردگی بیشتر از مردان است و مردها نیز بیش از زنان ممکن است به اختلال شخصیت جامعه‌ستیز و اختلال وسواس بی‌اختیاری دچار شوند (بکر و لم^۲، ۱۹۹۴). این یافته را هم متخصصان بالینی زن و هم متخصصان مرد مطرح کرده‌اند (آدلر و همکاران، ۱۹۹۰). یکی از علل چنین حالتی، ممکن است این باشد که برخی از رفتارهایی که جزو نقش‌های جنسیتی سنتی مردان و زنان به‌شمار می‌آیند، خود به‌عنوان ملاک‌های تشخیص ذکر می‌شوند. برای مثال، سلطه‌پذیری و وابستگی جزو رفتارهای سنتی زنان است، اما به‌عنوان ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته در DSM از آنها یاد می‌شود. بدین ترتیب تبعیض جنسی در خود مقوله‌ها، ممکن است عامل تفاوت‌های مشاهده شده در شیوع باشد.

حال پیشتر می‌رویم و مسائل مربوط به روایی را از نظر می‌گذرانیم، اما به یاد داشته باشید که در صورت ناپایا بودن نظام، روایی نیز از آن سلب می‌شود.

روایی توصیفی^۳

1 - Garb

2 - Becker & Lamb

3 - descriptive validity

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۸۳

این نوع روایی، به همگن بودن خود مقوله‌ها و متمایز بودن علائم آنها از علائم مقوله‌های دیگر بستگی دارد. DSM IV برحسب نمونه‌های نخستین^۱ عمل می‌کند؛ بر این اساس DSM به صورت ضمنی بیان می‌دارد که برخی از ویژگی‌های اختلالات در موارد مختلف یکسان خواهد بود، اما بعضی دیگر فرق خواهند داشت. از این رو، برای هر اختلال، فهرستی از ملاک‌ها را ارائه می‌دهد که در میان آنها تعداد معینی باید وجود داشته باشند، درحالی‌که تعدادی دیگر ممکن است حاضر باشند یا نباشند. با این وصف، همگن نبودن مقوله‌ها شگفت‌انگیز نخواهد بود. برای نمونه، اسکیزوفرنیک‌ها آنچنان تفاوت دارند که DSM، چند خرده‌گروه برای این مقوله در نظر گرفته است.

افرادی با تشخیص‌های متفاوت نیز ممکن است نشانه‌های مشابهی بروز دهند. برای نمونه افسردگی ممکن است در بعضی از اختلالات اضطرابی و در اختلال دوقطبی نیز دیده شود. در حقیقت، بیشتر بیماران در آن واحد بیشتر از یک اختلال را نشان می‌دهند (کسلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). در صورتی‌که اختلالات ممکن است همراه با یکدیگر بروز یابند، این پرسش مطرح می‌شود که آیا در حقیقت این اختلالات مجزا هستند یا نه. اختلالاتی که احتمال زیادی وجود دارد تا با هم بروز کنند، شامل افسردگی، سوءمصرف مواد و اختلالات اضطرابی و شخصیتی‌اند.

یکی از راه‌های ارزیابی این نوع از روایی، مقایسه مقوله‌های DSM با قضاوت‌های متخصصان بالینی است. اسپیتزر و همکاران (۱۹۸۹) از عده زیادی از متخصصان بالینی خواستند که درمان‌جویان را بر اساس ملاک‌های گوناگونی ارزیابی کنند تا ببینند که آیا می‌توانند در مورد آنها به توافق برسند. در نتیجه این بررسی‌ها، یک مقوله تازه پیشنهاد شده در حوزه اختلالات شخصیت با عنوان خودشکستی^۳ مورد پذیرش واقع نشد، زیرا نمی‌توان آن را به روشنی از مقوله‌های موجود تشخیص داد. با وجود این، پاپ^۴ و همکاران (۱۹۹۹) از ۳۶۷ روان‌پزشک آمریکایی خواستند تا نظر خود را در مورد اینکه اختلال هویت افتراقی باید به

1 - prototypes

2 - Kessler

3 - self-defeating

4 - Pope

عنوان یک مقوله در DSM IV گنجانده شود، اظهار کنند. فقط در حدود یک‌چهارم از روان‌پزشکان با این کار موافق بودند. هرچند رجوع به قضاوت بالینی متخصصان به عنوان یک ملاک، شکل بسیار محدودی از روایی است، چگونه بدانیم که خود قضاوت بالینی معتبر است؟ ما در فصل بعد دوباره به سراغ این موضوع می‌آییم. در حال حاضر، توجه به این نکته کافی است که برای برقراری روایی توصیفی، بسیار مهم‌تر است که نشان دهیم یک مقوله از مقوله‌های دیگر از لحاظ علائم، علل و درمان متمایز است.

روایی پیش‌بین^۱

این روایی به این بستگی دارد که مقوله‌ها قدرت پیش‌بینی مسیر آتی اختلال را دارا باشند. هنوز باید بررسی‌های زیادی در این حوزه انجام گیرد. هیثر^۲ (۱۹۷۶) خاطرنشان کرد که احتمال پیش‌بینی نتیجه درمان از روی تشخیص‌ها، تنها پنج درصد است. البته در بعضی از موارد، شواهدی از روایی پیش‌بین بیشتر موجود است. برای مثال، بسیاری از اسکیزوفرنیک‌ها به هنگام مصرف داروهای آرام‌بخش بهبود می‌یابند، درحالی‌که بیماران دیگر به این صورت واکنش نشان نمی‌دهند. افراد افسرده به خوبی به درمان از راه شوک پاسخ می‌دهند، در حالی که اسکیزوفرنیک‌ها این‌گونه نیستند.

روایی سبب‌شناختی

این نوع از روایی مستلزم این است که علت یا علل یکسانی در همه بیماران که دارای تشخیص یکسانی هستند، منجر به بروز اختلال شده باشد. بدیهی است که چنین حالتی کمتر اتفاق می‌افتد. برای مثال، به نظر می‌رسد در برخی موارد اسکیزوفرنی پایه ارثی داشته باشد، اما در موارد دیگر می‌بینیم که هیچ شواهدی از سابقه خانوادگی وجود ندارد. چنین تفاوت‌هایی ممکن است پیامد ضعف در نظام تشخیص باشد. این احتمال نیز وجود دارد که

1 - predictive validity

2 - Heather

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۸۵

این نوع از روایی دست‌نیافتنی باشد، زیرا در کل، ممکن است دلایل بسیاری برای عارض شدن یک اختلال موجود باشد.

DSM ممکن است در سطح بین فرهنگی نیز فاقد روایی باشد. لیتلوود^۱ (۱۹۹۲) استدلال می‌کند که محور پنجم DSM فرضیه‌های نژادپرستانه (یعنی نژاد غربی سفید) در مورد طبیعت زندگی خانوادگی، کار و تحصیل ارائه می‌دهد. لوئیس-فرناندز^۲ (۱۹۹۷) DSM را به دلیل نادیده گرفتن سفارش‌های کمیته ملی سلامت روان در مورد فرهنگ و نقش آن در تشخیص اختلالاتی چون اختلالات افتراقی مورد انتقاد قرار داد. از میان ۳۶ توصیه این کمیته که هدف آنها مدنظر قرار دادن پراکندگی فرهنگی بود، تنها ۴۲ درصد در بازنگری نهایی DSM IV گنجانده شد و به انتقاد مربوط به جهانی بودن تشخیص‌های DSM IV توجهی نشان داده نشد (لوئیس-فرناندز ۱۹۹۷، ص. ۳۸۵). این بدان معناست که این تشخیص‌ها به صورت قابل اعمال در سرتاسر جهان مورد توجه قرار می‌گیرند. این موضوع به تفصیل در فصل چهارم مورد بحث قرار خواهد گرفت.

پژوهش روزنهان

در پایان، روزنهان (۱۹۷۳) در بررسی مشهوری با عنوان «در خصوص سالم بودن در اماکن ناسالم» شواهدی در زمینه مسئله روایی ارائه کرد (برای جزئیات بیشتر در مورد این بررسی به فصل ششم مراجعه کنید). این بررسی در پی این بود که آیا متخصصان بالینی به‌طور قابل اعتمادی قادر به تشخیص افراد سالم از افراد دارای اختلال هستند؟ به یاد داشته باشید که اگر آنها قادر به انجام این کار نباشند، نظام مورد استفاده نیز نمی‌تواند روا باشد، زیرا پایایی پیش‌نیاز روایی است.

به‌طور خلاصه، همکاران روزنهان به بیمارستان‌های روان‌پزشکی خود با این ادعا که صدهای خاص می‌شنوند مراجعه کردند. آنها غیر از آن، هیچ رفتار نابهنجاری از خود بروز

1 - Littlewood

2 - Lewis-Fernandez

نمی‌دادند. بیشتر آنها با تشخیص اسکیزوفرنی در بیمارستان پذیرفته شدند، و زمانی که وارد بیمارستان شدند رفتاری بهنجار را پیش گرفتند. با وجود این، کارکنان بیمارستان رفتارهای بهنجارشان را به صورتی هماهنگ با تشخیص قبلی تفسیر می‌کردند. برای مثال یادداشت‌برداری، رفتاری بیمارگون به حساب می‌آمد و قدم‌زدن در راهرو به جای بی‌حوصلگی به ناآرامی تعبیر می‌شد. مرخص شدن بیماران کاذب از بیمارستان ۷ تا ۵۲ روز به طول انجامید. در بررسی مشابهی، به کارکنان بیمارستانی هشدار داده شد که ممکن است بیماران قلبی درصد ورود به بیمارستان باشند و از آنان خواستند تا قلبی بودن بیماران جدید را ارزیابی کنند (در حقیقت هیچ بیمار قلبی در میان نبود). حدود ۲۰ درصد از بیماران جدید توسط دست‌کم یکی از کارکنان بیمارستان، قلبی ارزیابی شدند. این بررسی نشان می‌دهد که در سال ۱۹۷۳ کارکنان به دشواری قادر به تشخیص افراد سالم از بیماران مبتلا به اختلالات روانی در یک بیمارستان روان‌پزشکی بودند. هرچند، چنانکه کتی^۱ (۱۹۷۴) خاطر نشان کرده است، جعل کردن علائم اختلال روانی، محک مناسبی برای سنجش توانایی متخصص بالینی در تشخیص یک عارضه نیست.

در مقایسه با داده‌های موجود در مورد DSM IV اطلاعات بسیار اندکی در مورد ICD وجود دارد. با این حال، تصور می‌شود که نسخه فعلی ICD در برابر اسلافش دستخوش پیشرفت‌هایی شده باشد و شاید تا حدی شبیه به DSM IV باشد. اگرچه DSM در حیطه مقوله‌ها و نشانه‌شناسی، مشخص‌تر است، بنابراین احتمال دارد پای‌اتر باشد (کاستلو و همکاران، ۱۹۹۵). سارتوریوس^۲ و همکاران (۱۹۹۵) از کوشش‌های میدانی گزارش دادند که در آنها پایایی ارزیابی‌ها، به‌ویژه برای اسکیزوفرنی و سوء‌مصرف مواد در حد مطلوبی بود، اما برای اختلالات شخصیتی چندان مطلوب نبود.

مسائل عملی مرتبط با طبقه‌بندی

1 - Kety

2 - Sartorius

سوگیری بالینی

براساس تعریف پایایی، نظام مورد استفاده برای طبقه‌بندی در هرشرایطی باید با سوگیری‌ها و محدودیت‌های متخصصان متحصصانی که از آن بهره می‌گیرند، مقابله کند. در آغاز، چنانکه پیشتر خاطر نشان شد، متخصصان ممکن است اسلوب متفاوتی برای مصاحبه و گردآوری اطلاعات اتخاذ کنند. چنانچه تحقیقات نشان می‌دهند متخصصان بالینی به داده‌هایی که پیشتر در فرایند کلی به دست می‌آیند، بیشتر از داده‌های بعدی توجه نشان می‌دهند (میل، ۱۹۶۰). مک کوی^۱ (۱۹۷۶) دریافت که متخصصان به اطلاعات به‌دست آمده از برخی منابع بیشتر اهمیت می‌دادند (برای مثال، به والدین بیشتر از فرزندانشان اهمیت می‌دادند). متخصصان بالینی ممکن است انتظار دیدن اختلال را در همه مراجعانشان داشته باشند، ازاین‌رو بر اطلاعات تأییدکننده این عقیده تأکید بسیار کنند. هم‌چنین آنان سوگیری‌های شخصی مرتبط با سن، نژاد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی و جنسیت دارند (استراکوسکی^۲ و همکاران، ۱۹۹۵). بهره‌گیری سیاسی از تشخیص به‌عنوان شکلی از کنترل اجتماعی نیز ممکن است فرایندهای تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار دهد (لیتلوود و لپسج^۳، ۱۹۸۹). این جوانب را در فصل چهارم بیشتر مورد کاوش قرار خواهیم داد.

پایه پزشکی

بسیاری از روان‌شناسان در مورد این فرض ذاتی نظام‌های طبقه‌بندی که اختلالات روانی پایه‌ای زیست‌شناختی دارند و باید از لحاظ پزشکی درمان شوند، ابراز ناخرسندی می‌کنند. روان‌شناسان انسان‌گرا و طرفداران الگوهای روان‌پویشی، شناختی-رفتاری، سیستمی و ساختارگرایی (مذکور در فصل اول)، جزو این دسته‌اند. در مقابل، ساس (۱۹۶۲) معتقد است چیزی با عنوان بیماری روانی وجود ندارد، زیرا بیماری فقط می‌تواند بدن را تحت تأثیر قرار دهد، نه ذهن را. در عین حال، بیشتر متخصصان بالینی اعتراض کرده‌اند که DSM رهنمودی

1 - Mccoy

2 - Strakoiwski

3 - Lipsedge

عملی در زمینه درمان فراهم نمی‌آورد (جامپالا^۱ و همکاران، ۱۹۸۶). لیندسی و پاول (۱۹۹۴) یادآور شدند که DSM تحلیل کارکردی را که مهم‌ترین بخش بسیاری از مداخله‌های رفتاری مورد استفاده روان‌شناسان است، نادیده می‌گیرد.

مقوله‌ها یا ابعاد؟

استفاده از مقوله به جای بعد نیز مورد انتقاد قرار گرفته است (لیندسی و پاول، ۱۹۹۴). بر این اساس که تلاش برای ایجاد مقوله‌های مشخص، ممکن است برابر با تلاش برای منظم و مرتب کردن بیش از حد رفتار انسان باشد. افراد بسیار پیچیده‌تر از آنند که این امر میسر باشد. در حقیقت بیشتر رفتارها به جای دونمایی^۲ بودن (جاگرفتن در مقوله‌هایی مانند بهنجار یا نابهنجار) به طرز بهنجار، اما با اندازه‌های متفاوت، در میان همه افراد جامعه توزیع شده‌اند (ابعادی هستند).

بحث در مورد ابعاد همچنان ادامه دارد. البته در این زمینه باید مشکل تعیین ابعاد مناسب برای استفاده را حل کرد. همچنین ممکن است این مورد برای کلیه اختلالات مناسب نباشد (کار^۳، ۱۹۹۹)، زیرا ممکن است بعضی از اختلالات ابعادی باشند (مانند عقب‌ماندگی ذهنی)، درحالی‌که بقیه مقوله‌ای هستند (مانند نارساخوانی^۴).

افراد یا نظام‌ها؟

نکته نهایی اینکه نظام‌های طبقه‌بندی کنونی بر فرد به عنوان واحد تحلیل تکیه دارند. درمان‌جو اغلب فارغ از تأثیرات اجتماعی مشاهده و ارزیابی می‌شود. پاره‌ای از متخصصان بالینی، به‌ویژه آن‌هایی که رویکرد نظام‌های خانوادگی را اتخاذ می‌کنند، با این مسئله مخالف‌اند، زیرا رفتار قسمتی از الگوی پیچیده از تعامل بین افراد را تشکیل می‌دهد و به‌طور جداگانه قابل درک نیست.

1 - Jampala
2 - bimodal
3 - Carr
4 - dyslexia

مسائل اخلاقی مرتبط با طبقه‌بندی

در برخی نمونه‌ها، استفاده از طبقه‌بندی و تشخیص به هر ترتیبی که باشد، زیان‌آور محسوب می‌شود؛ چه بسا این مسئله موردی باشد مبنی بر آنکه طبقه‌بندی و تشخیص به نحو صحیحی انجام گرفته است یا خیر.

جوانب قانونی

نخستین مسئله‌ای که باید مد نظر قرار داد، پیامدهای قانونی فرایند حاکم است. اگرچه اکنون براساس هنجارها جامعه محل مراقبت قلمداد می‌شود، اما کماکان بنابر قانون سلامت روان (۱۹۸۳) می‌توان افراد را با اعمال زور و اجبار در بیمارستان روان‌پزشکی نگهداری کرد. بستری کردن اجباری ممکن است از ۳ روز تا ۶ ماه به طول انجامد (اگرچه فقط درمان اضطراری می‌تواند بدون رضایت بیمار ارائه شود). همچنین بیماران پاره‌ای از حقوقشان را از دست می‌دهند (برای مثال حق دادن رأی) و از داشتن جواز اسلحه محروم می‌شوند. براساس قانون جنایی بریتانیا، افرادی را که با عنوان بیماران مبتلا به اختلال روانی قلمداد می‌شوند، می‌توان از محاکمه شدن معاف کرد. این مسئله به توانایی برای ارائه مدارک و شواهد در دادگاه ارتباطی ندارد، بلکه باید ثابت شود که آنها قادر به انجام حداقل یکی از موارد زیر نیستند:

- مشاوره آموزشی؛
- درک اهمیت دادخواستشان؛
- مورد اعتراض قرار دادن اعضای هیات منصفه؛
- استنطاق یک شاهد؛
- درک و پیگیری شواهد و مدارک.

اگر در زمان محاکمه، این بیماران از سلامت روانی برخوردار باشند، در صورتی که بتوانند دادگاه را قانع کنند که در هنگام وقوع جنایت دیوانه بوده‌اند، مجازند دفاعیه جنون ارائه دهند. این بند به قوانین سال ۱۹۸۴ برمی‌گردد که به موجب آن چنانچه فرد بتواند نشان دهد از خطا بودن عمل یا از ماهیت آن بی‌اطلاع بوده است، از او سلب مسئولیت می‌شود. البته این

۹۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

مورد بندرت اجرا می‌شود، چرا که افراد معدودی آن اندازه مختل و آشفته‌اند که واجد چنین شرایطی شوند. بنابر ماده قانونی قتل (۱۹۵۷)، در موارد قتل و جنایت می‌توان دفاعیه‌ای براساس عدم سلامت روانی فرد مطرح کرد. این ماده قانونی این امکان را می‌دهد تا محکومیت فرد کاهش یابد یا روانه بیمارستان شود.

بدیهی است که این قوانین گاهی سودمندند، اما نه همیشه؛ چنانچه ساس (۱۹۶۲)، «جو اسکالسکی»^۱ را مثال می‌زند. وی به دلیل نامناسب بودن حالش برای محاکمه، از محاکمه معاف شد، اما مدت زمان بسیار طولانی را در بیمارستان روان‌پزشکی سپری کرد. اگر او به زندان محکوم می‌شد، زودتر آزاد می‌شد. از طرف دیگر، «پیتر ساتکلیف»^۲ با عدم پذیرش دفاعیه‌اش (بر این اساس که مبتلا به بیماری روانی است)، مواجه شده و روانه زندان شد. وی در زندان مورد ظلم و ستم بسیار هم‌سلولی‌هایش قرار گرفت. در بریتانیا بیشتر متخلفان مبتلا به اختلالات روانی محاکمه می‌شوند. در صورتی که گناهکار شناخته شوند، مدارک روان‌پزشکی در تقاضای تخفیف و برای تغییر حکم ارائه می‌شود و ممکن است به جای زندان آن‌ها را به بیمارستان روان‌پزشکی مطمئن بفرستند.

جوانب برجسب‌گذاری

مسئله اخلاقی دیگر به استفاده از تشخیص‌های روان‌پزشکی برای اذیت و آزار گروه‌های اقلیت مربوط می‌شود، چنانکه ساس (۱۹۶۲) به این مسئله اشاره می‌کند. در شوروی سابق، از برجسب‌های روان‌پزشکی به منظور منزوی کردن افراد مخالف با رژیم سیاسی استفاده می‌شد. کوکران و ساشیدهاران^۳ (۱۹۹۵) استدلال می‌کنند در نظام‌های مورد استفاده هم اکنون چنین اعتقادی وجود دارد که همه باید از هنجارهای رفتاری غربیان سفیدپوست پیروی کنند و کسانی که از این هنجارها دوری می‌جویند، به درمان نیاز دارند. چنانکه شف^۴ (۱۹۶۶) ابراز می‌دارد، علائم پیش‌گفته در نظام‌های طبقه‌بندی کاملاً به فرهنگ خاص وابسته‌اند و حتی گاهی

1 - Joe Skulski

2 - Peter Sutcliffe

3 - Cochrane & Sashidharan

4 - Scheff

فصل دوم: طبقه‌بندی، ارزیابی و تشخیص----- ۹۱

اهانت‌هایی به ادراکات ضمنی فرهنگ‌های دیگر تلقی می‌شوند (ص. ۶۵). از سوی دیگر، لوپز و هراندز^۱ (۱۹۸۶) اشاره کرده‌اند که متخصصان بالینی ممکن است واکنشی افراطی نشان دهند و به هنجارهای خرده‌فرهنگ‌ها بسیار اهمیت دهند و به موجب آن جدیت بالقوه اختلال درمان‌جو را دست کم بگیرند. در فصل چهارم بیشتر به این موضوع خواهیم پرداخت.

متخصصان به مانند مردم عادی، به این دلیل نظر مساعدی به مسئله تشخیص دارند که رفتارهای خاصی را فقط با استفاده از تشخیص‌های نظام‌های طبقه‌بندی می‌توان توجیه کرد، اما واضح است که این گونه نیست؛ تشخیص‌ها فقط توضیحاتی مختصرند. در ضمن، استدلال کرده‌اند که این تشخیص‌ها حتی می‌توانند برای درمان‌جو مشکل‌ساز باشند؛ بدین صورت که مسئولیت رفتار را از وی سلب کنند. این اختلال است که آنان را و او می‌دارد این گونه رفتار کنند و روان‌پزشکان در قبال درمان مسئولیت دارند. گاهی نیز یک تشخیص به این صورت زیان‌آور است که فرد را در قالب خود اسیر می‌کند و او را از بهبودی باز می‌دارد. برای مثال، فردی که افسرده نام می‌گیرد، نقش افسردگی را می‌پذیرد و این مسئله به درمان صدمه خواهد زد (پارسونز^۲، ۱۹۵۱)، آن گونه که چنین نقشی به پیشگویی خودکام‌بخش مبدل می‌شود.

در نهایت چنین برچسب‌های تشخیصی، می‌توانند اثرهای منفی روی برداشت و طرز برخورد دیگران با افراد مبتلا به اختلالات روانی داشته باشند. این مسئله در پژوهش روزنهان که پیشتر بحث شد، قابل مشاهده است. نظریه برچسب‌گذاری انحراف (بکر^۳، ۱۹۶۳) توسط شف پیرامون اختلال روانی به کار برده شده است. او معتقد است افرادی که برچسب‌گذاری می‌شوند، زمانی که متناسب با تصورات قالبی مرتبط با برچسب رفتار می‌کنند، پاداش داده می‌شوند و آن‌گاه که مغایر با آن عمل می‌کنند، تنبیه می‌شوند. از این رو، فقط رفتار مختل تقویت می‌شود. لنجر و آبلسون^۴ (۱۹۷۴) آزمایشی را ترتیب دادند. آنها از گروهی از متخصصان بالینی درخواست کردند فیلمی را که در آن بازیگر با برچسب «متقاضی شغل» ایفای نقش می‌کند، مشاهده کنند. همان فیلم به دسته دیگری از متخصصان بالینی نشان داده شد، اما این بار

1 - Lopez & Hernandez

2 - Parsons

3 - Becker

4 - Langer & Abelson

برچسب بازیگر «بیمار روانی» بود. در نهایت از دو گروه خواستند که بازیگر را به لحاظ سطح سازگاری ارزیابی کنند. گروه اول شخص را سازگارتر ارزیابی کردند. انگ حاصل از چنین برچسب‌هایی (گافمن، ۱۹۶۸) چه‌بسا به از دست دادن شغل، خانه و حمایت اجتماعی (بین و مونسر^۱، ۱۹۹۳) منجر شود. با چنین پیامدهای احتمالی، بررسی کامل نظام مورد استفاده و بهره‌گیری مناسب از آن و فزونی مزایای آن نسبت به هزینه‌هایی که بر فرد تحمیل می‌شود، اهمیتی دوچندان می‌یابد.

خلاصه فصل

در این فصل به زمینه دو نظام طبقه‌بندی نوین اختلال روانی یعنی DSM و ICD نظری افکنیدیم. پنج محور معین شده در DSM (نشانگان بالینی، اختلالات شخصیتی و عقب‌ماندگی ذهنی، عوارض پزشکی عمومی، مشکلات روان‌شناختی و محیطی و ارزیابی کلی کنش‌وری) نیز تشریح شدند. توصیف جزئی‌تری از نشانه‌های بارز و ملاک‌های تشخیص برای پنج عارضه عمده (اسکیزوفرنی، افسردگی شدید، اختلال وسواس بی‌اختیاری، پرخوری عصبی و اختلال شخصیت جامعه‌ستیز) به انضمام یک مطالعه موردی برای هر کدام ارائه شد. نظام ICD نیز بررسی و شباهت‌ها و تفاوت‌های اصلی آن با DSM شرح داده شد.

در بخش دوم، به طرح اصول مهم ارزیابی علمی با تأکید خاص بر پایایی و روایی پرداخته شد. سپس روش‌های مورد استفاده به عنوان بخشی از فرایند تشخیص شامل مصاحبه‌های بالینی، مشاهدات و آزمون‌های روان‌سنجی بررسی شدند. پایایی و روایی انواع روش‌ها مورد بحث قرار گرفت. سرانجام، خود نظام‌های طبقه‌بندی مورد استفاده در حال حاضر از لحاظ پایایی و روایی و معانی ضمنی اخلاقی و کاربردی تشخیص‌های صحیح و غلط ارزیابی شدند. روی هم‌رفته، نتایج مباحث دلالت می‌کند بر اینکه طبقه‌بندی، فرایندی دقیق نیست، با این حال می‌تواند فواید چشمگیری برای مبتلایان به اختلالات روانی دربرداشته باشد.

تمرین مروری

هرکدام از پنج مطالعه موردی ارائه‌شده در بخش اول فصل را در پرتو پنج محور DSM در نظر بگیرید و تا حد امکان، تشخیص کاملی ارائه دهید. در صورت امکان از یکی از دوستانتان بخواهید تا این تمرین را انجام دهد، آنگاه پایایی تشخیص‌هایتان را مقایسه کنید.

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
محمّد خداپاوری فرد

منابعی برای مطالعه بیشتر

Clipson, C. & Steer, J. (1998). *Case Studies in Abnormal Psychology*. Boston: Houghton Mifflin. (Sixteen case studies with a detailed account of presenting symptoms, background, criteria for diagnosis, treatment and outlook, all written in a very accessible style.)

Comer, R. J. (1998). *Abnormal Psychology*. New York: Freeman. (Gives detailed evaluation of different methods of assessment.)

Frude, N. (1998). *Understanding Abnormal Psychology*. Oxford: Blackwell. (Detailed, readable account of almost all of the categories of mental disorder.)

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
دانشگاه خدایاری فرد

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه (MPD)

MPD چیست؟

مطالعات موردی

خاستگاه‌های MPD

ارزشیابی: ارتجالی یا پزشک‌زاد

MPD چیست؟

تشخیص

ICD شامل گروهی از اختلالات با عنوان اختلالات روان رنجوری، مربوط به تنیدگی و اختلالات جسمانی شکل است. DSM IV دارای گروهی موسوم به «اختلالات افتراقی» است که در آنها شکافی در هشیاری، حافظه، هویت و ادراک محیط به چشم می خورد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، ص. ۴۷۷). هر دو گروه حاوی اختلال شخصیت چندگانه (که آن را با عنوان اختلال هویت افتراقی^۲ نیز می شناسند) و حالات متعدد یادزدودگی^۳ می باشند.

ویژگی شاخص MPD، عدم یکپارچگی در جوانب مختلف هشیاری است، بدین معنی که فرد در زمان های مختلف چند خرده شخصیت یا هویت متفاوت (موسوم به «دیگری^۴») از خود نمایان می سازد. تعداد هویت های بیمار از ۲ تا تعداد کثیری چون ۴۵۰۰ مورد گزارش شده اند. شمار متوسط برای زنان ۱۵ مورد و برای مردان ۸ مورد است. این هویت ها از لحاظ نام، ویژگی های شخصیتی، سن و حتی جنسیتشان از شخصیت اصلی (شخصیتی که فرد بیشتر با آن شناخته می شود) متفاوت اند. آن ها ممکن است به تدریج عوض شوند، اما این تعویض اغلب ناگهانی است. این هویت ها ممکن است در کار یکدیگر مشکل ایجاد کنند. فشار روانی ممکن است موجب تعویض هویتی به هویت دیگر شود. پاره ای از هویت ها از دیگران آگاهند، اما بعضی از دیگر هویت ها اطلاعی ندارند. هویت اصلی اغلب سرشار از احساس گناه، نافع، افسرده و وابسته است، در حالی که هویت های دیگر می توانند پرخاشگر و اجتماعی باشند.

یادزدودگی کوتاه یا بلندمدت در انجام فعالیت های شخصی شایع است. از این رو، ممکن است هویتی رویدادی را که به هنگام سلطه هویت دیگری اتفاق افتاده، به خاطر نیارد. در برخی موارد، یادزدودگی می تواند دوره وسیعی از کودکی را پوشاند و ممکن است با

1 - Multiple Personality Disorder

2 - dissociative identity disorder

3 - amnesia

4 - alter

۹۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

سوءاستفاده جسمی و جنسی پیوند داشته باشد. بازگشت‌های ناگهانی یک خاطره به ذهن^۱ و جرح خویشتن^۲ شایع است و روابط کنونی بیمار ممکن است روابطی آمیخته با سوءاستفاده باشند. ملاک‌های تشخیص از DSM IV در جدول ۳-۱ ارائه شده است.

جدول ۳-۱. ملاک‌های تشخیصی برای اختلال شخصیت چندگانه (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

- | |
|--|
| <p>۱- حضور دو یا بیشتر از دو شخصیت، که هر کدام به نحو متفاوتی خود و محیط را ادراک می‌کنند.</p> <p>۲- رفتار در موقعیت‌های گوناگون توسط حداقل دو مورد از این شخصیت‌ها کنترل می‌شود.</p> <p>۳- فراموشی گسترده اطلاعات شخصی مهم.</p> <p>۴- نمی‌توان آن را به واسطه تأثیر سوء مصرف مواد، عارضه‌های پزشکی یا خیال‌پردازی (در مورد کودکان) تبیین کرد.</p> |
|--|

سنجش

در سال ۱۹۸۶ برنشتاین و پوتنم^۳ نخستین آزمون سنجش MPD، موسوم به مقیاس تجارب افتراقی (DES)^۴ را ساختند. این آزمون در سال ۱۹۹۳ بازنگری شد. مقیاس‌های جدیدتر دربرگیرنده پرسش‌نامه تجارب افتراقی (ریلی^۵، ۱۹۸۸) و پرسش‌نامه افتراقی^۶ (واندرلیندن^۷ و همکاران، ۱۹۹۱) هستند. این‌ها همگی بر پاسخ درمان‌جو به مجموعه‌ای از پرسش‌ها مبتنی‌اند (برای نمونه، DES مشتمل بر ۲۸ پرسش است) و می‌توانند برای غربالگری‌های عادی یا تشخیص‌های آزمایشی اولیه مورد استفاده قرار گیرند. از درمان‌جویان درخواست می‌شود وقتی تحت تأثیر مواد مخدر یا الکل نیستند، مدت زمانی را که در آن تجارب معینی دارند، تعیین کنند. این تجارب عبارتند از: یافتن اشیای ناآشنایی در میان لوازم‌شان؛ ناگهان پی بردن به اینکه قادر به یادآوری بخشی از سفری که هم اکنون به انجام

1 - flash-back

2 - self-mutilation

3 - Bernstein & Putnam

4 - Dissociative Experiences Scale

5 - Riley

6 - dissociative questionnaire

7 - Vanderlinden

رسانده‌اند، نیستند؛ ناتوانی در بازشناسی افراد آشنا و فراموش کردن کاری که انجام داده‌اند. سایر پرسش‌ها احساسات دگرسان‌بینی خود^۱ را نیز شامل می‌شوند؛ احساس اینکه بدن‌شان از آن خودشان نیست، یا اینکه بیرون از خود ایستاده‌اند و نظاره‌گر خود هستند. کارلسون و پوتنم^۲ (۱۹۹۳) پی بردند که با توجه به سقف نمره که ۱۰۰ است، بزرگسالان بهنجار نمره‌ای در حدود ۴ کسب می‌کنند، اسکیزوفرنیک‌ها نمره ۲۰، بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای ۳۱ و بیماران مبتلا به MPD نمره‌ای در حدود یا بیش از ۵۷ به دست می‌آورند. درضمن دانشجویان نمره‌ای در حدود ۱۴ کسب می‌کنند که اغلب به خیال‌پروری نسبت داده می‌شود! کارلسون و پوتنم (۱۹۹۳) پیشنهاد کردند که نقطهٔ برش باید نمره ۳۰ باشد، زیرا ۸۰ درصد بیمارانی که اختلال شخصیت چندگانه در موردشان تشخیص داده شده است، نمره‌ای بیشتر از ۳۰ و ۸۰ درصد بیماران فاقد این اختلال نمره‌ای کمتر از ۳۰ کسب می‌کنند.

وجود ابزارهای سنجش، شرط مهمی برای انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است، اما این مقیاس‌ها دو مشکل دارند که باید مورد توجه قرار گیرد؛ نخست اینکه وانمودکردن به سهولت امکان‌پذیر است. گیلبرتسون^۳ و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند گروهی از دانشجویان پرستاری، پس از دریافت آموزش برای پاسخ دادن به روش‌های متفاوت (مثلاً وانمودکردن به داشتن بعضی از مشکلات، یا وانمودکردن به ابتلا به MPD)، به آسانی قادر به کسب نتایج خواسته شده در آزمون بودند؛ دوم اینکه نمره‌های پرسشنامه‌ها در معرض تحلیل عاملی قرار داده نشده‌اند. تحلیل عاملی، فنی آماری است که هدف آن نشان دادن شمار عوامل مختلفی است که مبنای پاسخ به پرسش‌ها قرار می‌گیرند. تحلیل عاملی پرسشنامه‌های موجود نشان داد که تعداد عامل‌های استخراج‌شده از ۳ تا ۷ است. از آنجا که موارد به‌دست آمده در بررسی‌های مختلف همیشه یکسان نیستند، نتیجه گرفته می‌شود که ممکن است مقیاس‌های موجود حتی تا ۱۱ عامل را اندازه‌گیری کنند (هکینگ^۴، ۱۹۹۵). چنانکه هکینگ (۱۹۹۵)، ص. ۱۱۲ می‌گوید: «مشکل اینجاست که تجارب افتراقی برای اشاره به تجارب بسیاری به‌کار

1 - depersonalization

2 - Carlson & Putnam

3 - Gilbertson

4 - Hacking

می‌رود که به طرز عجیبی اشتراک کمی با یکدیگر دارند».

تاریخچه

با به خاطر سپردن مشکلات مربوط به ارزیابی، می‌توانیم نگاهی به تغییرات در فراوانی اختلال شخصیت چندگانه بیندازیم. شیوع اختلال در دوره‌های مختلف و در بخش‌های گوناگون جهان ارزیابی شده است. شاید نخستین مورد این بیماری توسط الن برگر^۱، پزشک آلمانی، در سال ۱۹۷۱ توصیف شد. در سال ۱۸۱۶، مری رینولدز^۲ دچار «هشیاری دوگانه» شناسایی شد (میچیل، ۱۸۱۷)، اما اولین بار در سال ۱۸۷۶ نخستین بررسی نظام‌یافته روی این اختلال انجام گرفت. این بررسی در مورد فلیدا^۳ بود که محققى به نام آزام^۴، وی را مبتلا به اختلال شخصیت دوگانه یا چندگانه شناسایی کرد. در فرانسه مورد لوئیس ویوت^۵ با هشت شخصیت متمایز گزارش شد. زمانی که این مطلب در انگلستان انتشار یافت (مایرز^۶، ۱۸۹۶)، وی را به عنوان فردی چندشخصیتی توصیف کردند.

در کل، شواهد و مدارک اندکی از اختلال شخصیت چندگانه در اوایل قرن بیستم در دست است. اولین بیماران چندشخصیتی به بروز علائم هیستریایی مانند فلج و علائم بدنی، گرایش نشان می‌دادند و به MPD به عنوان زیرگروه هیستری نگریسته می‌شد. فروید با دست کشیدن از نظریه اغوا^۷ - عقیده به اینکه هیستری ناشی از سوءاستفاده جنسی در کودکی است - بر این اساس که گزارش‌های به‌دست آمده از بیماران بیشتر خیال‌پردازی بوده تا واقعیت، موجب شد توجه کمتری به هیستری و در پی آن شخصیت چندگانه شود.

در ادبیات پزشکی تا سال ۱۹۴۴ فقط ۷۶ مورد از این اختلال گزارش شد (تیلور و

1 - Elenberger

2 - Reynolds

3 - Felida

4 - Azam

5 - Louis Vivet

6 - Myers

7 - seduction theory

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه ----- ۱۰۱

مارتین^۱، (۱۹۴۴). بین سال‌های ۱۹۴۴ و ۱۹۶۹، ۱۴ مورد گزارش شدند (گریوز^۲، ۱۹۸۰). تا سال ۱۹۷۰ فقط ۱۰۰ مورد در نشریه‌های تخصصی گزارش شده بود. با این حال تا سال ۱۹۸۶ حدود ۶۰۰۰ بیمار مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده بودند (کونز^۳، ۱۹۸۶) که به عنوان همه‌گیری اختلال شخصیت چندگانه از آن یاد می‌شود. در سال ۱۹۹۰، هزاران مورد در آمریکا و کانادا وجود داشت (مرسکی^۴، ۱۹۹۵). آکوسلا^۵ (۱۹۹۹) گزارش می‌دهد که بین سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۵ حدود ۴۰۰۰ مورد جدید به مبتلایان اضافه شد. راس^۶ و همکاران (۱۹۹۱) برآورد کردند که ۲ درصد از جمعیت آمریکای شمالی ممکن است مبتلا به این اختلال باشند (برگرفته از هکینگ ۱۹۹۵، ص. ۱۰۸) و به‌طور حتم به نظر می‌رسد روند شیوع در حال افزایش باشد. در حال حاضر یک جامعه بین‌المللی برای مطالعه و بررسی شخصیت چندگانه و افتراق وجود دارد (ISSMP & D)^۷.

در شیوع MPD، تنوع فرهنگی چشمگیری وجود دارد. بروز اختلال شخصیت چندگانه در آمریکای شمالی بسیار بیشتر از بریتانیاست. راس و همکاران (۱۹۹۱) ۲۹۹ بیمار روانی را در کانادا غربال کردند و شیوع ۳/۳ درصدی را در آن گروه یافتند. مادستین^۸ (۱۹۹۲) در سوئیس محاسبه کرد که ۰/۰۵ تا ۰/۱ درصد بیماران مبتلا به این اختلال می‌باشند. گزارش شده که در چک و اسلواکی، زلاندنو، استرالیا و هند MPD تقریباً ناشناخته است. هرچند در هند، «نشانگان تسخیر»^۹ (تملک توسط روح یکی از بستگان مرده) کاملاً شایع است و می‌توان آن را به عنوان یک گونه فرهنگی از MPD در نظر گرفت (آدیتیانجی و خاندلوال^{۱۰}، ۱۹۸۹)، همچنان‌که نشانگانی مشابه با عنوان «زار» در سودان یافت می‌شود (بادی^{۱۱}، ۱۹۸۹).

1 - Taylor & Martin

2 - Greaves

3 - Coons

4 - Mersky

5 - Acocella

6 - Ross

7 - International Society for the Study of Multiple Personality & Dissociation

8 - Modestin

9 - possession syndrome

10 - Adityanjee & Khandelwal

11 - Boddy

ارزشیابی: دلایل تفاوت در شیوع

چگونه می‌توان این تغییرات فرهنگی و تاریخی را توضیح داد؟ چهار احتمال وجود دارد که در اینجا مدنظر قرار می‌گیرند:

- تفاوت‌ها و سوگیری‌ها در نظام تشخیصی؛
- تفاوت‌ها و سوگیری‌ها در متخصصان بالینی؛
- ایجاب فرهنگی؛
- ساختارگرایی اجتماعی.

دو مورد اول مربوط به مفهوم اختلال شخصیت چندگانه به عنوان اختلال پزشک‌زاد هستند، بدین معنی که توسط خود نظام روان‌پزشکی در بیمار برانگیخته می‌شوند. مورد سوم حاکی از آن است که این اختلال ارتجالی یا اصیل است. مورد چهارم استدلال می‌کند که ممکن است ترکیبی از هر دو باشد، یعنی همدستی بین شخص و بافت زندگی وی در گرفتاری‌ها.

تفاوت‌ها و سوگیری‌ها در نظام تشخیصی

واضح است که MPD در گذشته و حتی در نسخه‌های قبلی DSM همیشه به عنوان اختلال شناخته نشده است. در سال ۱۹۸۰، MPD برای اولین بار به طور رسمی در DSM IV به عنوان اختلال شناسایی شد. از آنجا که DSM در توصیفش از اختلال شخصیت چندگانه دقیق‌تر شده است، چه‌بسا انتظار رود متخصصان بالینی بتوانند با اطمینان و دلگرمی بیشتری درصدد تشخیص آن برآیند و این در مقایسه با آنچه در گذشته مشاهده می‌شد، ممکن است به افزایش ظاهری در شیوع این اختلال بینجامد. هم‌چنین ممکن است تفاوت‌های بین فرهنگی درآموزش‌های ارائه‌شده به متخصصان بالینی موجود باشد. تفاوت‌های فرهنگی هم‌چنین می‌تواند پیامد وجود رفتارهایی باشد که توسط مبتلایان به MPD به عنوان بخشی از رفتارهای روزمره در برخی از فرهنگ‌ها ابراز می‌شود (لوئیس-فرناندز، ۱۹۹۷). از این رو، به عنوان بیماران نیازمند کمک روان‌پزشکی تلقی نمی‌شوند یا برچسب‌های مشابه (مانند نشانگان تسخیر) به آنان الصاق نمی‌شود. بسیاری از مراسم شفایابی و مناسک مذهبی در سایر فرهنگ‌ها، آمیخته

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه ----- ۱۰۳

با حالتهایی از خلسه است. لوئیس-فرناندز (۱۹۹۷) استدلال می‌کند که در DSM IV این حالت‌ها از حالت‌های آسیب‌شناختی تمیز داده نشده‌اند. اختلال شخصیت چندگانه ممکن است یک «نشانگان محدود به فرهنگ» اصیل باشد (فصل چهارم) یا به سادگی موردی باشد که فقط در پاره‌ای از کشورهای غربی به منزله مسئله قلمداد می‌شود. حتی ممکن است بتوان اعتبار MPD را به عنوان یک مقوله شناختی مورد تردید قرار داد (نورث^۱ و همکاران، ۱۹۹۳)، چرا که بیشتر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت چندگانه سایر ملاک‌های اختلالات دیگر را - بنا به نظر نورث حداقل ۳ تا ۴ ملاک و بنابر گفته راس (۱۹۹۵) تا ۱۱ ملاک - دارا می‌باشند. این اختلالات شامل افسردگی (۹۰ درصد)، سوءمصرف مواد (۷۵ درصد)، اختلال شخصیت جامعه‌ستیز و اختلال شخصیتی مرزی^۲ (۶۴ درصد) می‌باشند (آسکوسلا، ۱۹۹۱). بون و درایجر^۳ درایجر^۳ (۱۹۹۳) در هلند دریافتند که بسیاری از نمونه ۷۱ نفری آن‌ها در گذشته تشخیص‌های تشخیص‌های دیگری داشتند. برای مثال، چون گزارش داده بودند صداهای عجیبی می‌شنوند، ممکن است به عنوان اسکیزوفرنیک تشخیص داده شده باشند. پوپ و همکاران (۱۹۹۹) در نظرسنجی از روان‌پزشکان متوجه شدند که فقط ۲۰ درصد احساس می‌کردند شواهد و مدارک خوبی برای اعتبار MPD به عنوان مقوله جداگانه وجود دارد.

تفاوت‌ها و سوگیری‌ها در متخصصان بالینی

دومین مسئله این است که MPD می‌تواند پیامد سوگیری بالینی باشد. به این نحو که افزایش آگاهی به این نشانگان با ایجاد ملاک‌های بالینی روشن، سبب حساس شدن افراطی متخصصان بالینی نسبت به آن شده است. در نتیجه تغییر در لباس یا مدل مو می‌تواند متخصص را به اشتباه بیندازد که تغییری در هویت به وجود آمده است. در صورت مواجهه با بیماران تلقین‌پذیر، متخصص بالینی ممکن است بیمار را به بروز رفتارهای متناسب با اختلال شخصیت چندگانه تشویق کند. در حقیقت، چنین بیمارانی بیشتر از دیگران هیپنوتیزم‌پذیرند و می‌توانند به صورت ارتجالی و بدون به‌کارگیری هیپنوتیزم در حالت خلسه فرو روند. برای

1 - North

2 - borderline personality disorder

3 - Boon & Draijer

۱۰۴----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

مثال، با بهره‌گیری از تصور هدایت‌شده^۱ که فنی است که در آن بیماران از مجرای خیال توسط متخصص بالینی هدایت می‌شوند. در چنین حالت‌هایی آنان می‌توانند به پرسش‌ها و تلقین‌های هدایت‌گر متخصص بالینی به صورت بازتری پاسخ دهند. اسپانوس^۲ (۱۹۹۴) خاطرنشان کرد که مصاحبه‌های تشخیصی MPD حاوی کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمار برای تولید نشانه‌های اصلی اختلال است. جالب است که راس و همکاران (۱۹۸۹) به این نکته پی بردند که در نمونه^۳ ۲۳۶ نفری‌شان، تعداد متوسط هویت‌ها، ۱۶ مورد بود؛ یعنی به‌طور دقیق به تعداد هویت‌هایی که توسط مشهورترین مورد این اختلال یعنی سیبل^۳ نشان داده شده بود. همچنین مبتلایان به این اختلال در کل افرادی آسیب‌پذیرند؛ چنانکه بسیاری از آنان دچار اختلال دومی نیز می‌باشند. برای نمونه، آکوسلا (۱۹۹۹) دریافت که ۶۱ درصد آنها اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۲۰ درصد به روسپی‌گری روی آورده‌اند و ۱۲ درصد سوابق جنایی دارند.

شیوع زیاد این اختلال در بعضی کشورها مانند هلند، به ملاقات‌های پی‌درپی متخصصان آمریکای شمالی به این کشور در گذشته نسبت داده شده است (آلدريج-موريس^۴، ۱۹۸۹). استدلال می‌شود که در داخل فرهنگی، ممکن است شمار کم‌و‌بیش کمی از متخصصان بالینی مسئول شمار زیادی از تشخیص‌های صورت گرفته باشند. تیگپن و کلکلی^۵ (۱۹۸۴) که مورد مشهور «ایو» را گزارش دادند، اظهار داشتند که بندرت چنین مواردی را مشاهده می‌کنند. در نظرسنجی مادستین (۱۹۹۲) از روان‌پزشکان سوئیدی، ملاحظه شد که بیماران به صورت یک‌دست توزیع نشده بودند. ۳ مورد از ۷۷۰ روان‌پزشک بررسی شده، بسیار بیشتر از دیگران، بیماران مبتلا به MPD را مشاهده کرده بودند. در بالتیمور آمریکا، راس (۱۹۹۲) پی برد که پس از پیوستن یک متخصص MPD به کارکنان یکی از مراکز، شمار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت چندگانه در آن مرکز ۹۰۰ درصد افزایش یافت. بر این اساس، آکوسلا (۱۹۹۹)، ص.

1 - guided imagery

2 - Spanos

3 - Sybil

4 - Aldridge-Morris

5 - Thigpen & Cleckly

6 - Eve

۵۴) نتیجه می‌گیرد، «درست همان‌طور که بعضی از نشانگان نامتعارف خاص ژاپن و جزایر دریای جنوب است، MPD نیز نشانگانی است که از لحاظ جغرافیایی به نواحی ای اختصاص دارد که مملو از درمانگرانی است که در راستای اعتقادات یک خرده‌فرهنگ روان‌شناختی معین اقدام به شناسایی و تشخیص می‌کنند». به عبارت دیگر، سوگیری بالینی می‌تواند مسئول پراکندگی مشاهده‌شده در شیوع این اختلال باشد. می‌توان شواهد بیشتری پیرامون این دیدگاه با بررسی برخورد درمانگران در خصوص بیماری که از پذیرش ابتلاء به اختلال شخصیت چندگانه سرباز می‌زند، به دست آورد. اکراه بعضی از درمانگران با پذیرش این مسئله که بیمار دچار MPD نیست، در بعضی از اصطلاحات و واژه‌هایی که به کار می‌گیرند، مشهود است. برای مثال، ادعاهای بیمار مبنی بر اینکه همه اطلاعاتی که به درمانگر داده‌اند ساختگی بوده است، به عنوان «مقاومت»^۱ در برابر درمانگر تفسیر می‌شود (پوتنم و همکاران، ۱۹۸۶). آکوسلا (۱۹۹۹، ص. ۹۹) مثال زیر را ارائه می‌دهد: بیماری می‌گوید زمانی که سرانجام به درمانگرش گفته بود که هرگز از او سوءاستفاده نشده و کلیه خاطرات ساختگی بوده‌اند، درمانگرش جواب داده بود: «حال با کدام یک از شخصیت‌ها طرف هستم؟».

ایجاب فرهنگی

تبیین تفاوت‌های فرهنگی در شیوع، مبنی بر آن است که موارد مشاهده‌شده MPD واقعی (یا «ارتجالی») می‌باشند و اینکه ویژگی‌های فرهنگ‌های معین اختلال را تحت تاثیر قرار می‌دهند. برای مثال، اریکسون^۲ (۱۹۷۶) چهار جنبه از زندگی مدرن را پیشنهاد می‌کند که به نظر او همه انواع روان‌رنجوری آسیب‌زا را سبب می‌شوند، زیرا حالتی از آسیب مزمن^۳ و عدم قطعیت را القاء می‌کنند. این چهار جنبه عبارتند از:

1 - resistance

2 - Erikson

3 - chronic trauma

• نبود رهنمودهای اخلاقی واضح؛

• نبود کنترل بر زندگی؛

• بار حسی بیش از حد^۱؛

• جدا بودن از سایر افراد.

مارتینز-تابوز^۲ (۱۹۹۱) این گونه استدلال می‌کند که اختلال شخصیت چندگانه در جوامعی که در آن به فرد به عنوان واحدی جدا از دیگران (جوامع فردگرا) نگریسته می‌شود، بسیار محتمل‌تر از جوامع اجتماع-محور^۳ یا جمع‌گراست. کلافت^۴ (۱۹۹۸) ترجیح می‌دهد MPD را به صورت اختلال چندگانگی واقعیت^۵ تعریف کند تا بر این مسئله که این اختلال می‌تواند پیامد چنین گم‌گشتگی‌هایی باشد، تأکید ورزد. اما به دشواری می‌توان چنین نظریه‌هایی را با مشاهده و تجربه آزمود.

ساختارگرایی اجتماعی

تبیین آخر، توضیحی است که توسط ساختارگرایان اجتماعی پیشنهاد می‌شود. از این منظر، مشکل نه ارتجالی است و نه پزشک‌زاد. هارتوکولیس^۶ (۱۹۹۸)، استدلال می‌کند که این اختلال پزشک‌زاد نیست، یعنی به‌واسطهٔ پیشنهادهای درمانگر به‌طور مصنوعی ایجاد نمی‌شود یا پیامد تشخیص نادرست نیست، بلکه تشخیص به روشنی تحت تأثیر فرهنگ غربی و روان‌پزشکان این فرهنگ است. این مسئله می‌تواند تغییرات تاریخی را در شیوهٔ پیدایش اختلال توجیه کند. برای مثال، کنی^۷ (۱۹۸۶) خاطر نشان می‌کند موارد اولیه فقط دو شخصیت داشتند که مطابق با ثنویت مسیحی (خیر و شر) است، درحالی‌که موارد نوین دارای خودهای گم‌گشتهٔ متعددی می‌باشند که با تنوع زندگی مدرن تطابق دارند.

1 - sensory overload

2 - Martinez-Taboas

3 - community-based

4 - Kluft

5 - multiple reality disorder

6 - Hartocollis

7 - Kenny

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه ----- ۱۰۷

در این دیدگاه، پیشرفت در روان‌شناسی به موازات پیشرفت‌های جامعه به کمک هم منجر به همه‌گیری این اختلال شده‌اند. در کنار سایر مسائل دنیای مدرن، پیشرفت رسانه‌های گروهی در جامعه غربی به پیدایش علاقه به نقش بازی کردن (وارما^۱ و همکاران، ۱۹۸۱) و هم‌چنین آگاهی از هویت‌های محتمل جدید منتهی شده است. مطابق نظر آکوسلا (۱۹۹۹)، «ما در معرض تصاویری فریبنده قرار داریم که بسی روشن‌تر از خود زندگی مان هستند» (ص. ۵۰). آکوسلا اشاره می‌کند که افزایش شیوع MPD موازی با افزایش در دسترس بودن دستگاه‌های کنترل از راه دور تلویزیون است و بیان می‌دارد افراد دچار شخصیت چندگانه مرتب در حال عوض کردن کانال‌ها می‌باشند (ص. ۴۸). اینترنت این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد که نقاب‌های آن-لاین^۲ اتخاذ کنند و وبسایت‌های چندگانه‌ای وجود دارد که اطلاعات بی‌شماری برای این مسئله تدارک می‌بینند. تلویزیون نیز الگوهایی از این دست در اختیار افراد می‌گذارد. کلافت (۱۹۹۸) با بررسی برنامهٔ اپرا وینفری^۳ (برنامهٔ مصاحبهٔ معروف آمریکایی) اظهار داشت که اختلال شخصیت چندگانه را نیز می‌توان در ریشه‌هایش به عنوان زائیدهٔ اپرا تلقی کرد.

در سال‌های اخیر، در روان‌شناسی علاقه به هیپنوتیزم احیا شده است و در بعضی از نقاط جهان افزایش درآمد، رشد مؤسسات روان‌درمانی خصوصی را سهولت بخشیده است. همان‌طور که به محبوبیت و شهرت درمان‌های شناختی-رفتاری افزوده شده، به همان نسبت و حتی بیشتر درمان‌های روان‌پویشی متحمل محرومیت شده‌اند (به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی، زیرا مقرون به صرفه نیستند). چنین می‌نماید که درمانگران پویشی در راستای کسب محبوبیت از MPD استفاده می‌کنند، چرا که تبیین‌ها و درمان‌های روان‌پویشی، چنانکه در قسمت‌های بعد خواهیم دید، بهترین روش برای معالجهٔ اختلال شخصیت چندگانه‌اند. مطابق نظر آکوسلا (۱۹۹۹)، یک دورهٔ درمانی معمولی، حتی پس از محاسبهٔ مساعدت شرکت‌های بیمه حدود ۱۷۰۰۰ دلار در سال هزینه در برخواهد داشت. این مسئله چنین درمانگرانی را ثروتمند خواهد کرد. گروهی که بیشتر از این درمانگران حمایت می‌کنند، متشکل از زنان سفیدپوست آمریکای

1 - Varma

2 - on-line

3 - Oprah Winfrey

۱۰۸ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

شمالی‌اند، دقیقاً همان کسانی که بیشتر احتمال دارد مبتلا به MPD تشخیص داده شوند. از جمله تغییرات دیگر جوامع مدرن که با موضوع ما مرتبط است، پیدایش فمینیسم و افزایش آگاهی در مورد سوءاستفاده از کودکان است که این جنبش را همراهی می‌کرد. این موارد در بخش‌های بعد به هنگام ملاحظه تبیین‌ها و درمان‌ها برای این اختلال، بررسی می‌شود. در پایان نقل قولی از هکینگ (۱۹۹۵، ص. ۱۲۰) می‌آوریم: «این حقیقت که نوع خاصی از بیماری فقط در محدوده‌های خاص تاریخی و جغرافیایی ظاهر می‌شود، دال بر این مسئله نیست که بیماری مصنوعی یا به هر صورت دیگری غیر واقعی است». موقعی که اختلال پذیرفته یا حتی مد می‌شود، به عنوان راهی برای ابراز ناراحتی و آشفتگی در خور توجه است. در سطور زیر نحوه این بیماری را از نظر می‌گذرانیم. این موضوع اطلاعات بیشتری را در مورد ماهیت آن به دست می‌دهد.

مطالعات موردی

در این بخش سه مورد بررسی می‌شود: «ایو»؛ «سیبل»؛ و «بیلی میلیگان». این موارد بدین دلیل انتخاب شده‌اند که مسائل گوناگون و مهمی را در مورد ماهیت MPD مطرح می‌سازند.

ایو (تیگین و کلکلی، ۱۹۵۴)

«ایو وایت» زن متأهل ۲۵ ساله‌ای بود که برای معالجه به روان‌پزشک ارجاع داده شده بود. او از سردردهای عجیبی رنج می‌برد که هیچ علت جسمانی برای آنها یافت نمی‌شد. با مصاحبه، تعارض‌های زناشویی، ناکامی‌های شخصی، بی‌هوشی‌های موقت و زوال حافظه نیز آشکار شدند. پیرو یک جلسه هیپنوتیزم، روان‌پزشک وی نامه‌ای از او دریافت کرد به انضمام یادداشتی که به نظر می‌رسید از طرف کس دیگری باشد، چرا که دست خط آن کاملاً متفاوت بود.

او دادن نامه به روان‌پزشک را منکر شد، اما پذیرفت که صداهایی شنیده است. در این مرحله از مصاحبه به نظر رسید که شخصیت ایو تغییر کرده است؛ او خود را «ایو بلک» معرفی کرد (بلک اسم زمان دوشیزگی او بود). این شخصیت در تقابل با «ایو وایت» جدی، سستی و

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه ----- ۱۰۹

با ملاحظه بود، یعنی شخصیتی بی‌خیال، شیطنت‌آمیز، غیرمسئول، لذت‌طلب و فاقد احساسات ژرف. همان‌گونه که آکوسلا ابراز می‌دارد، او دختری سرزنده و اجتماعی بود که شخصیت اصلی‌اش را با مستی و صرف وقت در مشروب‌فروشی‌های محل تنها می‌گذاشت (ص. ۲). این برش «خوب-بد» ویژگی مشترک موارد MPD است.

در پی نخستین تغییر ارتجالی، باید از هیپنوتیزم برای بیرون کشیدن اطلاعات از «ایو بلک» استفاده می‌شد، اما رفته‌رفته چیرگی «ایو بلک» بیشتر می‌شد. درحالی‌که «ایو بلک» از وجود «ایو وایت» کاملاً خبردار بود یا بهتر است بگوییم از او بی‌زار بود، «ایو وایت» هیچ آگاهی‌ای درمورد «ایو بلک» نداشت (البته در اثنای درمان آگاهی «ایو وایت» نسبت به «ایو بلک» میسر شد). این مورد به عنوان یادزدودگی نامتقارن^۱ شناخته شده است. از این رو «ایو بلک» که در کودکی نافرمان و سرکش بود، «ایو وایت» را با احساس گناه نسبت به انجام کاری که نمی‌توانست به یاد بیاورد، دست به گریبان می‌گذاشت. با وجود این‌که والدین و شوهرش این تغییرات را مشاهده کرده بودند، آن را رفتاری غیر از رفتار متغیر تعبیر نمی‌کردند. مهارت‌هایی را که یکی از خود نشان می‌داد (مانند رانندگی یا خیاطی)، دیگری نمی‌توانست انجام دهد. یکی از بستگانش گزارش داد که «ایو» قبل از ازدواج کنونی‌اش یک بار ازدواج کرده است. «ایو وایت» از این حقیقت باخبر نبود. اما «ایو بلک» سرانجام صحت آن را پذیرفت و اظهار داشت که شوهرش، او را مورد سوءاستفاده جسمانی قرار داده است. در چنین مواقعی او به «ایو وایت» اجازه چیرگی می‌داد تا درد و رنجی احساس نکند و حافظه «ایو وایت» را از کتک‌کاری‌ها پاک می‌کرد.

پس از هشت ماه درمان، به نظر می‌رسید که «ایو وایت» به کنترل بیشتری دست‌کم در محیط کار دست یافته باشد، اما این وضعیت بتدریج تغییر یافت و بی‌هوشی‌های موقت دوباره اتفاق افتاد. «ایو بلک» زیر بار مسئولیت این امور نمی‌رفت.

سرانجام شخصیت ثالثی به نام «جین» سر برآورد. جین با لحن متفاوتی صحبت می‌کرد و بالغ‌تر و توانمندتر از دو شخصیت دیگر می‌نمود. او از دو شخصیت دیگر آگاهی داشت، اما

۱۱۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

نمی‌توانست جای «ایو بلک» را بگیرد. آزمون‌های روان‌سنجی و فیزیولوژیکی نیز به شخصیت‌های متفاوت داده می‌شدند. «ایو وایت» در آزمون WAIS نمرهٔ بیشتری از «ایو بلک» کسب کرد، اما نتایج رورشاخ «ایو بلک» از نظر روان‌شناختی سالم‌تر تلقی می‌شدند. در آزمون افتراق معنایی^۱ (اسگود^۲ و همکاران، ۱۹۵۷) که آزمونی برای سنجش نگرش‌هاست، تفاوت‌های آشکاری بین سه شخصیت وجود داشت. نتیجهٔ آزمون‌ها حاکی از آن بود که «ایو وایت» شخصیتی اجتماعی با دیدی بهنجار از جهان و دیدی منفی از خود بود. «ایو بلک» در طول زمان ثبات کمتری از خود نشان می‌داد، خود را کامل می‌پنداشت و جهان را نابهنجار می‌دید. جین دارای سالم‌ترین ادراک از خود و جهان بود. در آزمون EEG، «ایو وایت» و «جین» نتیجهٔ بهنجاری نشان دادند که از یکدیگر تمیزپذیر نبودند؛ «ایو بلک» نشانه‌های بیشتری از تنش بروز می‌داد که با علائمی که گاهی در سنجش شخصیت جامعه‌ستیز به چشم می‌خورد، همراه بود. تحلیل‌های بعدی (لندن و همکاران، ۱۹۶۹) آشکار ساخت که هر شخصیت الگوی متفاوتی از حرکات چشمی نشان می‌دهد. این شواهد به‌دست آمده از آزمون‌های عینی بیانگر آنند که تفاوتی حقیقی در رفتار «ایو» به هنگام چیرگی هویت‌های متفاوت وجود دارد، چنین تفاوت‌های رفتاری را دشوار می‌توان شبیه‌سازی کرد.

تیگپن و کلکلی مشکلات «ایو» را برخاسته از احساس عدم پذیرش در کودکی و اضطراب در مورد ایفای نقش به عنوان همسر و مادر می‌دانستند. برای گریز از این مشکلات وی به «ایو بلک» روی آورد تا به دورهٔ قبل از ازدواجش بازگردد و به او فرصت رهایی از مسئولیت‌ها را بدهد. در فرایند درمان، شخصیت جدید «جین» ایجاد شد تا بر موقعیت غالب شود و سازگاری بیشتری داشته باشد. با این حال، چند ماه بعد، شخصیت چهارم پدیدار شد. او همه چیز را در مورد شخصیت‌های قبلی می‌دانست و به نظر می‌رسید شخصیت کامل‌تری داشته باشد.

در سال ۱۹۷۵، زنی به نام «کریس سائزموور»^۳ هویت خود را به عنوان «ایو» واقعی فاش

1 - semantic differential

2 - Osgood

3 - Chris Sizemore

کرد و اظهار داشت طی این سال‌ها ۲۲ شخصیت داشته است که اولین آنها در ۱۲ سالگی آشکار شد. در سال ۱۹۸۹ در کتابش با عنوان «ذهنی از آن خود من»^۱، ادعا کرد که برخی از شخصیت‌هایش از بدو تولد وجود داشته‌اند، زیرا آنان شخصیت‌هایی بازمانده از زندگی گذشته بوده‌اند. در ۴۶ سالگی این شخصیت‌ها خود به خود در یک شخصیت اتحاد یافتند.

ارزشیابی

خود تیگپن و کلکلی (۱۹۸۴) نیز به‌طور کامل قانع نشده بودند که «ایو»، مورد واقعی مبتلا به MPD باشد. گمان می‌رفت که وی هنرپیشه‌ای ماهر باشد. آنها گزارش دادند در ۳۰ سالی که مشغول تحقیق و بررسی‌اند، فقط با یک مورد دیگر از این نوع مواجه شده‌اند. باوجود اینکه به نظر می‌رسد آزمون‌های عینی شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر واقعی بودن این اختلال ارائه می‌دهند، «اورن»^۲ و همکاران (۱۹۸۴) این آزمون‌ها را به باد انتقاد گرفته‌اند. برای مثال، در بسیاری از موارد هیچ شرایط کنترل‌کننده‌ای مبنی بر به‌کارگیری افراد وانمودکننده به MPD وجود نداشت و معلوم نیست تا چه حد بررسی‌کنندگان نتایج آزمون دچار سوگیری بوده باشند.

بنابر نظر آریگو و پزدک^۳ (۱۹۹۸)، کتاب‌های درسی به‌طور معمول در اسفبار بودن شرایط زندگی ایو مبالغه می‌کنند. این در حالی است که «ایو» در ۱۵ سالگی با یک آزارگر جنسی به قصد ازدواج گریخت و متعاقب آن گرفتار سردمزاجی و اختلال خوردن شد. او اقدام به خفه کردن دخترش کرده و پس از آن وانمود می‌کرد که شخصیت‌هایش یکپارچه شده‌اند. شغل بعدی‌اش به عنوان سخنران که پاداشی را برای خدمات عمومی در سال ۱۹۸۲ نصیب او کرد نیز از نظر دور مانده بود.

سیبل (شرایب^۴، ۱۹۷۳)

شاید مشهورترین مورد اختلال شخصیت چندگانه مورد «سیبل» باشد که در واقع توسط

1 - A Mind of My Own

2 - Orne

3 - Arrigo & Pezdek

4 - Schreiber

«کورنلیا ویلبر^۱»، یک فرویدی ارتدکس، مورد پژوهش و بررسی قرار گرفت. البته این مورد از جانب نشریات علمی آن زمان رد شد، ولی سرانجام توسط «شرایبر» روزنامه‌نگار به صورت کتاب درآمد. «ویلبر» روان‌تحلیل‌گر به آسیب‌های دوران کودکی به عنوان مبنای MPD علاقه‌مند بود. «سیبل دورست» در سال ۱۹۵۴ در ۳۱ سالگی برای درمان به وی ارجاع داده شد. وی در محاسبه زمان دچار مشکل بود. مشکلاتش در ۲۲ سالگی با لغزش‌های حافظه و سردردهای شدید آغاز شدند. او گرفتار فرار مرضی^۲ نیز بود، عارضه‌ای که در آن شخص خود را در مکانی غریب می‌یابد و هیچ نمی‌داند چگونه از آنجا سردرآورده است. روند درمانی «سیبل» توسط ویلبر در ۲۵۳۴ جلسه درمانی، طی ۱۱ سال انجام شد و در مرحله‌ای شامل هم‌خانگی درمان‌جو با درمانگر نیز شد. او مدعی بود ضریب هوشی «سیبل» ۱۷۰ است. ویلبر برای دست یافتن به خاطرات کودکی درمان‌جو از هیپنوتیزم و داروی آمیتال سدیم (که تلقین‌پذیری هیپنوتیزمی را افزایش می‌دهد) بهره می‌گرفت. این مسئله در نهایت ۱۶ شخصیت را آشکار کرد که بعضی از آنها کودک بودند (شامل کودکی به نام «روسی» که پس از مشاهده آمیزش جنسی والدینش از شخصیت اصلی تفکیک شد) و دو تای دیگر که جنس مخالف بودند (به نام‌های «مایک» و «سید»). همگی آنها تصاویر ذهنی متفاوتی از وضع ظاهری‌شان داشتند هم‌چنین دارای سلیقه‌های متفاوتی در انتخاب دوست، غذا و موسیقی بودند و مهارت‌های متفاوتی داشتند (برای مثال، یکی از آنها می‌توانست پیانو بنوازد). این حقیقت نیز برملا شد که مادرش «سیبل» را مورد سوءاستفاده جنسی قرار داده بود، بدین نحو که تنقیه‌های آب سرد انجام داده بود و با بستن و آویزان کردن «سیبل» مانع از خارج کردن آن شده بود، هم‌چنین اشیای نوک‌تیزی را به درون مقعد و مهبل او فرو کرده بود. گفته می‌شد که شخصیت‌های متعددی برای کنار آمدن با این سوءاستفاده‌ها ایجاد شده بودند، بدین نحو که با غالب شدن شخصیت‌های جدید «سیبل» به یاد نمی‌آورد چه اتفاقی روی داده است. آنچه در مورد «سیبل» عجیب و غیرعادی می‌نمود، مربوط به تعداد شخصیت‌های او نمی‌شد، بلکه مربوط به این حقیقت بود که بعضی از آنها مذکر بودند یعنی مخالف جنسیت خودش. سابقه سوءاستفاده نیز او را از «ایو» که با وجود داشتن تجربه‌های آسیب‌دیدگی در دوران کودکی هرگز مورد سوءاستفاده جنسی قرار نگرفته بود، متمایز می‌ساخت. از آنجا که این مورد در زمانی ظاهر شد که سوءاستفاده از کودکان در کانون توجه عموم قرار گرفته بود، متناسب با آنچه هارتوکولیس (۱۹۹۸) به عنوان «همخوانی فرهنگی^۳» وصف می‌کند، این عنصر فرهنگی را

1 - Cornelia Wilbur

2 - Fugue

3 - cultural fit

با خود دارد. به گونه‌ای که در مورد «ایو» مصداق پیدا نمی‌کرد. به تازگی، سیبل با نام شرلی میسن^۱ از مینه‌سوتا شناسایی شد که در سال ۱۹۹۸ در ۷۵ سالگی دار فانی را وداع گفت.

ارزشیابی

این مورد، برخلاف مورد «ایو»، هرگز در نشریه‌های علمی، جایی که می‌توانست در معرض بازبینی‌های هم‌سنخی از جانب سایر درمانگران قرار گیرد، منتشر نشد. «ویلبر»، «شرایبر» و «سیبل»، اکنون همگی مرده‌اند و نمی‌توانند مورد سؤال واقع شوند، اما انتقادهایی از جانب افرادی که با آنها کار می‌کردند، در دست می‌باشد. برای نمونه، اشپیگل (که توسط آکوسلا از وی مصاحبه به عمل آمد، ۱۹۹۹)، طی یک دوره غیبت جای ویلبر را گرفت. او دریافت که خانم «ویلبر» در بدو امر سیبل را به عنوان یک بیمار اسکیزوفرنیک تشخیص داده بود، اما شرایبر ترجیح داد این مورد را MPD بداند. در واقع، اشپیگل احساس می‌کرد که سیبل یک مورد هیستریک است. او هم‌چنین متوجه شد که بیمار به طرز عجیبی هیپنوتیزم‌پذیر بود تا بدانجا که خود به خود در حالت خلسه فرو می‌رفت. زمانی که او در حالت خلسه به سر می‌برد، ویلبر نام‌های مختلفی به او می‌داد و شخصیت‌ها در اصل از آنجا رشد یافتند. اشپیگل مصاحبه‌ای را که با سیبل انجام شده بود، بازگو می‌کند که در آن بیمار از او می‌پرسد «آیا دوست داری من هلن بشوم؟». وی اضافه می‌کند که جواب ویلبر در این مواقع مثبت است. زمانی که اشپیگل به سیبل می‌گفت اگر ترجیح می‌دهی می‌توانی هم‌چنان «سیبل» بمانی، او می‌پذیرفت و می‌گفت «بسیار خوب، ترجیح می‌دهم سیبل باقی بمانم» (آکوسلا، ص. ۵۶).

ریبر^۲ (۱۹۹۹) منتقد دیگری است که دو ساعت از مکالمات بین شرایبر و ویلبر در مورد «سیبل» را به دست آورد. در جریان مکالمات، ویلبر متذکر می‌شود که باید فهرستی از اسامی شخصیت‌های سیبل تهیه کند تا بتواند او را به ارائه پاسخ‌های مناسب وادارد. او هم‌چنین از تلقینات هیپنوتیزمی و داروهای قوی مانند سدیم پنتوتال^۳ استفاده می‌کرد. شرایبر، در جایی به نامه‌ای از «سیبل» اشاره می‌کند که در آن به انکار هر آنچه مدعی شده بود برای او اتفاق

1 - Shirley Mason

2 - Rieber

3 - sodium pentothal

۱۱۴----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

افتاده است، می‌پردازد. حتی پیش از این در سال ۱۹۸۷ میلر گفته بود (ص. ۳۴۵) که «زندگی‌نامه سیبل در هنگام درمان توسط دکترش خلق شد و خلق دوباره‌اش زمانی بود که توسط مؤلفش کتاب شد؛ شانزده خود برای او متصور شده بودند، اما حتی در وجود دو خود نیز تردید وجود دارد».

بیلی میلیگان^۱ (کیز^۲، ۱۹۸۱)

این مورد دیگری است که توسط فردی غیرآکادمیک به ثبت رسیده است؛ «کیز»، رمان‌نویس و معلم انگلیسی بود. میلیگان که به «تجاوزکار جنسی پردیس دانشگاه» معروف بود، زمانی در کانون توجه قرارگرفت که پس از ارتکاب به سه مورد تجاوز جنسی در سال ۱۹۷۷ در دانشگاه دولتی اوهایو دستگیر شد. مدارک فراوانی علیه او وجود داشت. دستبدها و سلاح‌هایی به همراه کارت‌های اعتباری قربانیان در آپارتمان وی پیدا شدند و از روی اثر انگشت شناسایی شد. او در بدو امر، بیمار اسکیزوفرنیک با ضریب هوشی ۶۸ تشخیص داده شد و برای محاکمه شدن نامناسب تلقی شد. اما توسط ویلبر، موردی از MPD تشخیص داده شد. برای میلیگان، بر این اساس که یکی از شخصیت‌هایش (آدالانای^۳ همجنس‌باز) جنایت‌ها را مرتکب شده بود، حکم بی‌گناهی صادر شد. او از ۲۴ شخصیت گزارش داد که سه مورد از آنها مؤنث بودند، با ملیت‌های انگلیسی، استرالیایی و یوگسلاو با سوابقی متفاوت از جانی گرفته تا کارشناس اسلحه و شاعر هم‌جنس‌باز. در مورد بعضی از شخصیت‌ها در جدول ۳-۲ جزئیات بیشتری ارائه شده است. آرتور، خود غالب بیلی، که تصمیم می‌گرفت کدام شخصیت اجازه دارد کنترل را به دست بگیرد، از سایرین بیزار بود و اغلب آنها را سرکوب می‌کرد.

1 - Billy Milligan

2 - Keyes

3 - Adalana

جدول ۳-۲. تعدادی از شخصیت‌های بیلی میلیگان

<p>«بیلی» (۲۶): شخصیت اصلی که در مقطع دبیرستان ترک تحصیل کرد.</p> <p>«آرتور» (۲۲): اهل انگلستان، فردی منطقی و بی‌عاطفه که عینک به چشم می‌زد و عربی می‌خواند. سرمایه‌دار و ملحد. او بر دیگران غلبه داشت (غیر از مواقعی که خطری در میان بود) و تصمیم می‌گرفت چه کسی حاکم شود.</p> <p>«راگان» (۲۳): یوگسلاو، انگلیسی را می‌توانست تنها با لهجه یوگسلاو صحبت کند، نقاشی می‌کشید، متخصص در کاراته و شناسایی مهمات بود و سابقه جنایی نیز داشت، او کمونیست و ملحد بود. نقش او محافظت از دیگران بود و به هنگام خطر پیروز میدان بود.</p> <p>«آلن» (۱۸): تنها شخصیتی که راست‌دست بود، سیگار می‌کشید و موهای سرش را از بغل فرق می‌داد، طبل می‌زد و کلاهبرداری حقه‌باز بود.</p> <p>«تامی» (۱۶): ساکسفون می‌نواخت، نقاشی و رنگ‌آمیزی می‌کرد و در مورد وسایل برقی سررشته داشت. در کل جامعه ستیز و شعبده‌بازی حرفه‌ای بود که توانایی‌اش را برای فرار از ژاکت مهارکننده به هنگام انتظار برای محاکمه به کار می‌گرفت.</p> <p>«کریستین» (۳): دختری انگلیسی که گل و پروانه نقاشی می‌کرد.</p> <p>«آدالانا» (۱۹): یک زن همجنس‌باز خجالتی که شعر می‌سرود و از آشپزی و کار در خانه خوشش می‌آمد.</p> <p>«دیوید» (۸): کوچولو، بسیار حساس، کارش در خود مستحیل کردن درد و رنج‌هایی بود که دیگران احساس می‌کردند.</p>
--

برخی از این شخصیت‌ها با رضایت دادن به برگزاری آزمون هوشی، امکان مقایسه نمره‌هایشان را ایجاد می‌کردند. این نمره‌ها بین ۶۹ (دیوید) تا ۱۲۰ (آلن) بود. میلیگان ادعا می‌کرد پدرخوانده‌اش در کودکی از او سوءاستفاده کرده و تهدید کرده بود در صورت افشای این موضوع او را زنده به‌گور خواهد کرد. برای اثبات تهدیدش، پدرخوانده‌اش او را دفن کرد و لوله‌ای جلو صورتش برای تنفس تعبیه کرد. در مرحله‌ای از محاکمه، برادرش موفق شد تا حدی بر ادعاهایش مبنی بر سوءاستفاده صحنه بگذارد.

پیش از محاکمه برای ادغام شخصیت‌هایش طی یک دوره سه‌ماهه، او را تحت درمان قرار دادند تا برای محاکمه شدن آمادگی لازم را پیدا کند. در واقع، به دلیل دیوانگی، از اتهام تجاوزکاری جنسی و آدم‌ربایی معاف شد، باوجود اینکه بسیاری از افراد در تماس با او معتقد

۱۱۶----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

بودند که او دروغگویی بیش نیست. او در بیمارستان روان‌پزشکی پذیرفته شد و سرانجام در سال ۱۹۸۸ با شخصیتی به ظاهر یکپارچه آزاد شد. متعاقب آن به دلیل ارتکاب به جرم دیگری (غیرجنسی) دستگیر شد، اما هیچ ادعایی مبنی بر ابتلا به MPD وجود نداشت.

ارزشیابی

مورد میلیگان از آن رو مهم است که نه تنها تلویحاتی در مورد الزامات قانونی MPD را مطرح می‌سازد، بلکه نمونه خوبی از بروز چندگانگی شخصیت در مردان است که کم‌وبیش نادر است. مطابق با نظر پوتنم و همکاران (۱۹۸۶) و راس و همکاران (۱۹۸۹)، ۹۰ درصد بیماران که به اختلال شخصیت چندگانه تشخیص داده شده‌اند، مؤنث‌اند. هکینگ (۱۹۹۵) از چهار مسئله به عنوان علت این مورد یاد می‌کند:

- احتمال ارتکاب جرم در مردان مبتلا به MPD بیشتر از زنان است، بنابراین به جای مراجعه به مراکز روان‌پزشکی بیشتر سر از زندان درمی‌آورند؛

- به لحاظ فرهنگی، ابراز درماندگی از طریق گسستگی شخصیت، در زن‌ها بیشتر پذیرفته می‌شود تا در مردها؛

- MPD پیامد سوءاستفاده، به‌ویژه سوءاستفاده جنسی از کودکان است و احتمال اینکه زنان بیش از مردان به این صورت آسیب ببینند، بیشتر است؛

- زنان بیشتر از مردان تلقین‌پذیرند، بنابراین پیرامون تلقین‌هایی که توسط درمانگران انجام می‌شوند، پذیراترند.

میلیگان نخستین فردی بود که در آمریکا به دلیل ادعای جنون مبنی بر MPD، از جنایتی بزرگ تبرئه شد. MPD که در ابتدا یک مورد روان‌رنجوری محسوب می‌شد، سابق بر این چندان شدید قلمداد نمی‌شد که صدور رأی بر جنون را متضمن شود. از آن زمان تاکنون موارد مشابه دیگری نیز وجود داشته‌اند. کونز (۱۹۹۱) گزارشی به این مضمون صادر کرد که از سال ۱۹۷۷ تا ۱۹۹۱، ۱۹ مورد از این اختلال در آمریکا مشاهده شده است. از میان آنها دو مورد به دلیل جنون بی‌گناه شناخته شدند، دو مورد شایستگی حضور در دادگاه و محاکمه شدن را

پیدا نکردند و یک مورد، هم گناهکار و هم بیمار روانی شناخته شد. اسلوانکو^۱ (۱۹۹۳) یک مورد قتل را گزارش داد که در آن متهم ادعا کرده بود جنایت توسط شخصیت ۹ ساله‌اش صورت گرفته است. همچنین از MPD به‌عنوان مبنای مدافعه‌های موفقیت‌آمیز در موارد دروغین استفاده شده است (آلیسون، ۱۹۷۸). در انگلستان و ولز^۲ تاکنون از MPD به‌عنوان دفاعیه استفاده نشده است، باوجود اینکه در نشریات مربوط به قانون در این کشور چندین مطالعه موردی مربوط به آن به چشم می‌خورد (جدول ۳-۳).

جدول ۳-۳. MPD و دادگاه‌ها (جیمز و شرام^۳، ۱۹۹۸)

موردی از یک آمریکایی ۳۳ ساله گزارش شده است که به هنگام بازدید از انگلستان به اتهام سرقت اشیای عتیقه بازداشت شد. چهار شخصیت در وی کشف شدند: K، دزد خونسرد اشیای عتیقه؛ D، شخصیت وسواسی؛ R، کودک ۷ ساله و در نهایت بزرگسالی تحریک‌پذیر. این مرد ملاک‌های لازم برای MPD را دارا بود. اما همچنین دارای ملاک‌های منطبق با اختلال وسواس بی‌اختیاری، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت جامعه‌ستیز نیز بود. به او توصیه شد تا به دلیل مدارک فراوانی که علیه او وجود داشت، به جرمش اعتراف کند، سپس حکم تعلیقی بگیرد و اجازه خروج از کشور را کسب کند. در زمان محاکمه، کودک ۷ ساله مورد اتهام بود. این مسئله مشکلات قانونی پدید می‌آورد، زیرا بدین ترتیب زیر سن مسئولیت جنایی قرار می‌گرفت، همچنین برای گرفتن وکیل کم سن و سال به حساب می‌آمد. تصور می‌شد هنگامی که در حالت بزرگسالی قرار دارد، برای اعتراف و دادخواهی مناسب است. اما این نگرانی وجود داشت که به هنگام حضور در دادگاه ممکن است به حالت کودکی برگردد و به دلیل جنون برای محاکمه نامناسب شناخته شود.

بنابر بررسی‌های لوئیس و بارد^۴ (۱۹۹۱)، چهار دفاعیه عمده موجود است که می‌تواند

در موارد MPD ارائه شود:

- فرد هیچ کنترلی روی شخصیت‌های فرعی ندارد، بنابراین مسئول آنها نیست؛
- فرد قادر به یادآوری آنچه سایر شخصیت‌ها انجام داده‌اند، نیست، بنابراین نمی‌تواند

1 - Slovenko

2 - Wales

3 - James & Schramm

4 - Lewis & Bard

از آنها دفاع کند؛

- فرد به دلیل ابتلا به MPD درست را از نادرست بازنمی‌شناسد؛

- فرد نمی‌تواند حساب پس دهد، زیرا از رفتارهای سایر شخصیت‌ها آگاهی ندارد.

به هر حال، شخصیت‌ها مشکلات قانونی چشمگیری را به وجود می‌آورند. برای مثال، اگر در آمریکا شخصیت خردسالی بر کسی که با مجازات مرگ روبه‌روست، غالب آید، مشخص نیست چه تصمیمی باید در مورد او اخذ شود (اسلوونکو، ۱۹۸۹ گزارش داد که ده زن مبتلا به MPD در ردیف محکومان به مرگ قرار داشتند، پس این مسئله موقعیت غیرممکنی نیست).

مشکل دیگر این است تا زمان تثبیت شخصیت اصلی سایر شخصیت‌ها بازنمایی جداگانه‌ای دارند (فرنچ و شکمایستر^۱، ۱۹۸۳). دادگاه‌ها نیز شخصیت‌ها را به صورت جداگانه در نظر می‌گیرند (پر، ۱۹۹۱). ساکس^۲ (۱۹۹۴) موردی را گزارش کرد که در آن ۶ مورد از ۴۷ شخصیت مفروض یک شاهد زن به صورت جداگانه سوگند یاد کردند. «سارا» ادعا می‌کرد که دو تا از شخصیت‌هایش توسط مردی که با یکی دیگر از شخصیت‌هایش آمیزش جنسی داشت، مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند. زمانی که او شخصیت‌هایش را عوض می‌کرد، می‌بایست بار دیگر سوگند یاد کند. مرد، متهم به تجاوز جنسی درجه دو شد، زیرا او آگاهانه با فردی مبتلا به اختلال روانی که او را ناتوان از ارزشیابی رفتارش می‌ساخت، آمیزش کرده بود. در حالت تئوری، خودی می‌تواند احضار شود تا علیه خود دیگر شهادت دهد، این در صورتی ممکن است که یکی از این شخصیت‌ها را مسئول رفتار خودش بدانیم. اما از آنجا که هر کدام وجودی مستقل ندارند، عملی ساختن این مسئله دشوار است. داوسن^۳ (۱۹۹۹) استدلال می‌کند که از نگاه قانون شخصیتی که عملی را انجام می‌دهد، نماینده کل شخص محسوب می‌شود و آن شخص مسئول عمل است. بنابراین، دفاعیه جنون در این موارد

1 - French & Schechmeister

2 - Saks

3 - Dawson

نامناسب است، زیرا از نگاه قانون و نه از دید روان‌شناختی، شخص هنوز یک ذات و موجودی واحد است.

تمرین مروری
<p>با در نظر گرفتن موارد مطرح‌شده یا کسانی که شما می‌شناسید، شباهت‌ها و تفاوت‌های بین علائم MPD و اختلالات زیر را یادداشت کنید:</p> <p>(a) اسکیزوفرنی (b) افسردگی (c) اختلال شخصیت جامعه‌ستیز</p> <p>(ممکن است مجبور شوید پیرامون جزئیات این موارد و مطالعات موردی به فصل دو بازگردید)</p>

خاستگاه‌های MPD

پنج نظریه عمده درخصوص خاستگاه‌های MPD وجود دارد؛ متوجه خواهید شد که این موارد از الگوهای مختلف اختلال روانی که در فصل اول ذکر شدند، برگرفته شده‌اند.

رویکرد زیست‌شناختی

یافته‌هایی پیرامون مورد «ایو» که مؤید تفاوت‌های فیزیولوژیک بین شخصیت‌ها بودند، حاکی از آنند که ممکن است پایه اختلال شخصیت چندگانه، زیست‌شناختی باشد. اما توجه داشته باشید که هر تفاوت مشاهده‌شده می‌تواند علت یا معلول مشکلات باشد. پوتنم (۱۹۸۴) توان‌های برانگیخته بصری^۱ (فعالیت‌های ثبت‌شده در قشر مخ) شخصیت‌های بیماران مبتلا به MPD را در مقایسه با گروه کنترل (که از آنها خواسته شده بود به شبیه‌سازی شخصیت‌ها پردازند) اندازه‌گیری کرد. خودهای واقعی بیشتر از خودهای شبیه‌سازی‌شده به لحاظ فیزیولوژیک با هم تفاوت داشتند. این مسئله مبین تفاوت‌های معنی‌دار فیزیولوژیک است.

1 - visual evoked potential

۱۲۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

همچنین از این بررسی می‌توان برای پشتیبانی این استدلال بهره گرفت که این اختلال واقعی است تا مجعول.

تسای^۱ و همکاران (۱۹۹۹) با بهره‌گیری از اسکنرهای fMRI^۲ برای مشاهده آنچه در مغز به هنگام تعویض شخصیت‌ها رخ می‌داد، بررسی‌ای را در مورد زن بیمار ۴۷ ساله‌ای به نام «مارنی» انجام دادند. آنان دریافتند که هیپوکامپ (بخشی از مغز که در فرایند حافظه دخیل است)، به نصف اندازه عادی‌اش تقلیل یافته بود. این ویژگی پیش از این در موارد دیگری از افرادی که دچار آسیب مکرر بوده‌اند (مانند PTSD و موارد سوءاستفاده از کودکان)، به ثبت رسیده است. در اثنای فرایند تعویض، تغییراتی در کارکرد هیپوکامپ و لوب گیجگاهی نیز مشاهده شد. از آنجا که به نظر می‌رسد هیپوکامپ مرکز ثبت و ضبط خاطرات باشد و خاطرات مرتبط (دانش ما از شخصیت‌مان) حیاتی تلقی می‌شوند، چنین صدمه‌ای ممکن است منجر به بروز مشکلات مشاهده‌شده یا مرتبط با آن شود.

رویکرد روان‌پویشی

جنت^۳ (۱۹۴۷-۱۸۵۹)، نخستین کسی بود که ادعا کرد آنچه او هشیاری دوگانه^۴ می‌نامید، ناشی از آسیب دوران کودکی است که در ضمیر ناهشیار باقی می‌ماند. نظریه وی بر این اصل استوار بود که ذهن از «خودکاری روان‌شناختی»^۵ ساخته می‌شود؛ که عبارت است از مجموعه‌هایی از ادراکات و افکاری که در دسترس ضمیر هشیارند. متعاقب یک آسیب طاقت‌فرسا، یکی یا بیش از یکی از این ادراکات و افکار می‌توانند تفکیک و گسسته شوند، تا جایی که دیگر تحت کنترل ذهن هشیار نباشند.

براساس نظرهای جدیدتر رویکرد روان‌پویشی، اختلال شخصیت چندگانه عبارت است از استفاده افراطی از سرکوبی به عنوان مکانیسم دفاعی. در جایی که کودکی آسیب شدیدی را

1 - Tsai

2 - Functional Magnetic Resonance Imaging

3 - Janet

4 - double consciousness

5- psychological automatism

فصل سوم: اختلال شخصیت چندگانه ----- ۱۲۱

تجربه می‌کند، همانند سوءاستفاده‌ای که «سیبل» تجربه کرد، اگر کل شخصیتی که آن را تجربه می‌کند نیز سرکوب شود، خاطرهٔ مربوط به سوءاستفاده می‌تواند به نحو بسیار مؤثرتری واپس زده شود. کودک تصور می‌کند که سوءاستفاده در مورد «خود» دیگری انجام شده است. شخصیت اصلی به‌طور معمول بسیار فروخورده است که این خود مؤید این نظر است.

صورت‌بندی‌های اخیر از این نظر (برای مثال دیویس و فراولی^۱، ۱۹۹۱) الگوی ضربهٔ ازهم‌پاشیدگی^۲ را اصل قرار می‌دهند. این الگو مفهوم اصلی ازهم‌پاشیدگی جنت را اخذ کرده و با نظریهٔ هیلگارد (۱۹۷۷) در مورد هیپنوتیزم پیوند داده است. هیلگارد استدلال می‌کند که در خلال هیپنوتیزم، تعدادی از سامانه‌های شناختی می‌توانند به‌واسطهٔ یک مانع یادزدایی^۳ از ضمیر هشیار تفکیک شوند، تا دو جریان گسستهٔ فکری بتوانند در کنار یکدیگر به‌وجود آیند. بدین ترتیب در این الگو کودکی که دارای سرشتی بسیار مستعد و متمایل است، می‌تواند به عنوان یک وسیلهٔ حفاظتی، خاطرات دردناک را از ضمیر هشیار خود تفکیک سازد (یا بزداید). سپس این خاطرات به خودی تبدیل می‌شوند که توسط مانع یادزدایی از ضمیر هشیار جدا شده‌اند.

گواه این تبیین را می‌توان از سوءاستفادهٔ کودکان که در موارد بسیاری گزارش شده‌اند، استخراج کرد. با وجود این، کلیهٔ موارد از سوءاستفادهٔ خبر نمی‌دهند و همهٔ موارد سوءاستفاده نیز دچار MPD نمی‌شوند (بلیس^۴، ۱۹۸۰). همچنین به دشواری می‌توان توضیح داد که چرا گزارش‌های سوءاستفاده پس از سال ۱۹۸۰ در مقایسه با پیش از این تاریخ روندی رو به افزایش داشته‌اند (گاف و سیمس^۵، ۱۹۹۳). مورد شیوع در کشورهای مختلف نیز به خوبی با این توضیح جور در نمی‌آید، چرا که کشورهایی که در آنان اختلال شخصیت چندگانه شایع‌تر است، کشورهایی نیستند که در آنها ضربهٔ ازهم‌پاشیدگی رایج‌تر است. برای مثال، با در نظر گرفتن میزان بالای ضربهٔ ازهم‌پاشیدگی در آفریقا نسبت به کانادا، این نسبت در مورد اختلال شخصیت چندگانه در این دو منطقه صدق نمی‌کند. همچنین گزارش شده است (مایر، ۱۹۹۷)

1 - Davies & Frawley

2 - trauma – dissociation model

3 - amnestic barrier

4 - Bliss

5 - Goff & Sims

۱۲۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

آن گونه که نظریه‌پردازان روان‌پویشی انتظار دارند، بهبودی این خاطرات با فواید درمانی در ارتباط نیست.

رویکرد خودهیپنوتیزم‌گری^۱

در این دیدگاه، MPD حالتی از خودهیپنوتیزم‌گری است که توسط مبتلایان، برای کمک به فراموش کردن رخدادهای دردآور استفاده می‌شود (بلیس، ۱۹۸۶). مبتلایان به MPD قادرند خود را به لحاظ ذهنی از بدن و محیطشان جدا سازند.

به عنوان پشتوانه‌ای برای این دیدگاه، می‌توان به این نکته اشاره کرد که اختلال شخصیت چندگانه مربوط به ۴ تا ۶ سالگی است، یعنی سنینی که در آن انسان در برابر تلقین هیپنوتیزمی بسیار آسیب‌پذیر است (کلافت، ۱۹۸۷). پشتوانه دیگر این دیدگاه می‌تواند این یافته باشد که به نظر می‌رسد بیشتر مبتلایان به MPD، بسیار تلقین‌پذیر باشند. برای مثال، در مورد «سیبل» گزارش شده است که وی به صورت خودبه‌خودی وارد حالت خلسه می‌شد.

رویکرد رفتاری

این رویکرد نیز بر تجارب آسیب‌زای مرتبط با MPD تمرکز می‌کند، با این تفاوت که براساس این دیدگاه، فراموش کردن، از آنجا که موجب کاهش اضطراب می‌شود، تجربه رضایت‌بخشی قلمداد می‌شود. براساس نظریه شرطی‌سازی کنشگر، فراموش کردن، به یک پاسخ آموخته شده تبدیل می‌شود، چرا که اثر تقویت‌کنندگی دارد.

نظریه دیگری که براساس اصول یادگیری پایه‌ریزی شده، یادگیری وابسته به حالت^۲ است. بارها به اثبات رسیده است اطلاعاتی که در حالت خاصی یاد گرفته می‌شوند، در همان حالت نسبت به حالت‌های دیگر بهتر به یاد آورده می‌شوند (آیش^۳، ۱۹۹۵). مبتلایان به MPD

1 - self-hypnosis

2 - state-dependent learning

3 - Eich

ممکن است، حافظه‌های بسیار گزینشی^۱ داشته باشند؛ بدین معنی که یادآوری در آنها ممکن است مستلزم بودن در حالت روان‌شناختی مشابهی با زمان یادگیری باشد (پوتنم، ۱۹۹۲).

رویکرد اجتماعی-فرهنگی

بنابر این دیدگاه، بعضی از ویژگی‌های فرهنگی می‌توانند ابتلاء به MPD را در فرهنگ خاصی افزایش دهند. برای نمونه، وارما و همکاران (۱۹۸۱) خاطرنشان می‌کنند که فرهنگ نوین غربی تأکید زیادی به‌ویژه از طریق صنعت سینما و نمایش روی «بازی نقش» می‌کند. به‌ویژه پاره‌ای از نظریه‌های هیپنوتیزمی (اسپانوس و همکاران، ۱۹۸۵) به هیپنوتیزم به عنوان حالتی از بازی نقش می‌نگرند که در آن تخیل و تلقین‌پذیری نقش کلیدی دارد. بنابراین، این رویکرد را می‌توان با رویکرد خودهیپنوتیزم‌گری پیوند داد. این حقیقت که تنوع فرهنگی چشمگیری در شیوع این اختلال دیده می‌شود و اینکه زنان ۹۰ درصد از موارد را به خود اختصاص می‌دهند نیز با رویکرد اجتماعی-فرهنگی ارتباط دارد. تبیین‌های اجتماعی-فرهنگی MPD، خواه روی ریشه‌های ارتجالی برای این اختلال تأکید کرده باشند و خواه بر ریشه‌های پزشکی‌زادی، در بخش اول این فصل ارزیابی شدند.

MPD و سوء استفاده از کودکان

در اینجا روی یکی از تبیین‌های نظری MPD، یعنی الگوی ضربه‌آزم پاشیدگی که بیمار را با سابقه سوء استفاده پیوند می‌دهد، تمرکز می‌شود. تبیین‌های رفتاری و خودهیپنوتیزمی نیز به وجود ضربه یا سوء استفاده قبلی وابسته است. بنابراین، بررسی چنین بیمارانی برای دست یافتن به خاطرات مربوط به سوء استفاده، مسئله‌ای کلیدی است. آیا پژوهش‌ها عمومیت سوء استفاده در دوران کودکی بیماران مبتلا به MPD را تأیید کرده‌اند؟ پایایی و روایی مدارک درخصوص این مسئله کاملاً بر روش‌هایی استوار است که به‌منظور دستیابی به اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند. این مسئله وابسته به فنونی است که در مسیر درمان از آنها بهره گرفته می‌شود. بنابراین، باید این را نیز بررسی کرد.

درمان

«لوئیس ویوت»، نخستین مورد حقیقی مبتلا به چندگانگی شخصیت، در معرض تعداد گسترده‌ای از انواع درمان‌های عجیب شامل به‌کارگیری آهن‌ربا در بدنش، مورفین و استفراغ‌آورها قرار داده شد. عالمان آن دوران دریافتند که حضور برومور طلا^۱ می‌تواند موجب القای تغییرات شخصیت شود. فقط دو راه برای متوقف ساختن حمله علائم هیستریک وجود داشت؛ یکی فشار وارده بر زردپی آشیل یا زردپی زیرکاسه زانو و دیگری به شدت فشردن بیضه‌ها. از آن زمان تاکنون درمان‌ها ترقی کرده‌اند، اما با فقدان دانش در مورد ریشه‌های اختلال، هنوز بسیار از معلومات ما بر حسب گمانه‌زنی است.

بهبودی خودبه‌خودی بندرت صورت می‌گیرد (اشپیگل، ۱۹۹۴) و درمان در آغاز اغلب مستلزم استعمال داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی است.

شناسایی اختلال: این مسئله بیشتر یک تمرین آموزشی برای بیماران و خانواده‌هایشان است. ممکن است برای نشان دادن مثال‌هایی از MPD به بیمار و خانواده‌اش از نوارهای ویدئویی استفاده شود و برای آگاه ساختن شخصیت‌ها از یکدیگر ممکن است از هیپنوتیزم بهره گرفته شود (آلن^۲، ۱۹۹۳). از بیمار ممکن است پرسند که آیا او هرگز به سمت ظاهر شدن یکی از هویت‌هایش احساس تمایل کرده است و در صورت جواب مثبت شخصیت مزبور را نام‌گذاری می‌کنند.

بازیافت خاطرات: هدف از بهره‌گیری از درمان روان‌پویشی، هیپنوتیزم و دارو، کمک به بیمار است تا خاطرات فراموش شده‌اش را به یاد آورد. در این مرحله بیماران ممکن است به خودشان و دیگران پرخاشگری کنند (کلی، ۱۹۹۳). از بازآفرینی تجارب (موسوم به تخلیه هیجانی^۳) به منظور واداشتن شخصیت‌ها به آشکارسازی خاطراتشان استفاده می‌شود و این کار ممکن است ۹ ساعت به طول انجامد (براون^۴، ۱۹۹۰)؛ اگرچه حد معمول آن ۳ ساعت است

1 - gold bromide

2 - Allen

3 - abreaction

4 - Braun

(پوتنم و همکاران، ۱۹۸۶). از تصویرسازی ذهنی هدایت شده یا تجسم^۱ نیز می توان بهره گرفت که در آن از مجرای یک صحنه خیالی برای کمک به زنده کردن خاطرات استفاده می شود. فنون صفحه نمایش^۲ شامل تصاویر روی پرده سینماست که در آن خاطره مورد سوءاستفاده قرارگرفتن یا سایر خاطرات نمایش داده می شود. بهره گیری از یادداشت برداری فن دیگری است که عبارت است از استفاده از دفتر یادداشت برای کمک به ثبت افکار عودکننده و تکراری. **یکپارچه کردن خرده شخصیت ها در یک شخصیت:** می توان از روش هایی مانند جرأت آموزی^۳ به شخصیت اصلی، یا بحث های گروهی میان شخصیت ها بهره گرفت. کاهش خطر وقوع ازهم پاشی شخصیت در آینده، مستلزم تقویت مهارت هایی برای کنار آمدن است. درمانگران روان پویایی ممکن است بر پیشرفت بینش تمرکز کنند تا بیمار بتواند در آینده به روشی سازنده تر با فروپاشی شخصیت یکپارچه خود مواجه شود.

تمرین مروری

پیش از پرداختن به قسمت های بعد، به دقت ملاحظه کنید که آیا هیچ کدام از فنون پیش گفته - که برای کمک به بیمار در شناسایی اختلال و زنده کردن خاطرات استفاده می شوند - احتمال دارد موجب پیشرفت MPD به عنوان اختلال پزشک زاد شوند. آیا آنها می توانند بیمار را درمورد تأثیر پذیرفتن از درمان گر مستعدتر سازند؟
درخصوص درمان MPD می توان سه پرسش مطرح کرد:

- آیا درمان کارساز است؟ اگر این چنین باشد، این کار در راستای حمایت از الگوی ضربه ازهم پاشیدگی پیش خواهد رفت.
- آیا در کل خاطرات واقعی از سوءاستفاده در کودکی وجود دارد؟ اگر وجود دارد، الگوی ضربه حمایت می شود.

1 - visualization
2 - screen techniques
3 - assertiveness training

- آیا این خاطرات از صحت کافی برخوردارند؟ پیش از پذیرش الگو، این مورد نیز باید ثابت شود.

آیا درمان کارساز است؟

شمار کم‌وبیش اندک موارد گزارش شده، مبین این است که ارزیابی کارایی این درمان‌ها دشوار است. بیشتر مطالعات موردی گزارش شده نمایانگر آنند که می‌توان به یکپارچگی شخصیت‌ها دست یافت، اما پیشتر دیدیم که بیشتر این موارد به دلایلی تردیدپذیرند و اینکه پس از اتمام دوره درمانی، انواع گوناگونی از مشکلات همچنان باقی می‌مانند. راس (۱۹۹۷) استدلال کرد که می‌توان در کمتر از دو سال و نیم در ۷۵ درصد از بیماران یکپارچگی شخصیت ایجاد کرد، اما این ادعا بر هیچ مدرکی استوار نبود.

مایر (۱۹۹۷) استدلال کرد که درمان ممکن است بیش از فایده، ضرر داشته باشد. او با مدنظر قرار دادن تغییرات آغازین در شدت اختلال، به وجود ارتباط وارونه‌ای بین بهزیستی^۱ آتی و تعداد جلسات درمانی پی برد. بدین صورت که درمان طولانی‌تر با پیامدهای بدتری پیوند داشت. او همچنین متوجه شد که در هیچ‌کدام از نمونه‌هایش شواهد کلی مبنی بر سودمندی درمان دیده نشد و گاهی حتی درمان با خطرهای جدی توأم بود. خطرهایی که او به آنها اشاره می‌کند، شامل صدمه به خود، اقدام به خودکشی و خاطرات وحشتناک جدید (تازه احیاء شده) است که در بسیاری از موارد روابط خانوادگی را به‌طور جدی از هم می‌پاشند.

احیای خاطرات مربوط به سوءاستفاده در کودکی تا چه حد است؟

آیا به راستی در شمار قابل توجهی از بیماران گزارش‌هایی از سوءاستفاده در کودکی وجود دارد؟ از آنجا که بیشتر موارد مبتلا به MPD مؤنث‌اند و مؤنث‌ها بیشتر از مذکرها در معرض سوءاستفاده قرار دارند (برای مثال، بنتوویم و ترانتر^۲، ۱۹۹۴، از نسبت ۴ به ۱ گزارش

1 - well-being

2 - Bentovim & Tranter

دادند)، این مورد قابل انتظار است. تیلور و مارتین^۱ (۱۹۴۴) ادعایی مبنی بر سوءاستفاده در هیچ‌کدام از مواردی که پیش از سال ۱۹۹۴ مورد بررسی قرار دادند، نیافتند. اما از آن به بعد بیشتر بیماران ادعا می‌کردند که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند. بررسی‌های اولیه (برای مثال، پوتنم و همکاران، ۱۹۸۶) نشان دادند که ۸۳ درصد بیماران از سوءاستفاده جنسی خبر دادند، اما این موارد به‌طور عینی اثبات نشده‌اند. بنابر پژوهش راس و همکاران (۱۹۹۱)، در بررسی‌های به‌عمل آمده از ۱۰۰ بیمار، ۹۵/۱ درصد دارای سابقه سوءاستفاده بودند. بازنگری ادبیات نشان داد که ۶۸ تا ۸۶ درصد از بیماران از سوءاستفاده جنسی در کودکی یا نوجوانی و ۶۰ تا ۸۲ درصد از آنها از سوءاستفاده جسمانی گزارش دادند. بنابراین آمار قابل توجهی از سوءاستفاده گزارش شده است.

آیا خاطرات یادآوری شده از صحت کافی برخوردارند؟

پرسش بعدی این است که آیا این خاطرات از صحت و دقت کافی برخوردارند. خود فروید به صحت سخنان بیمارانش در مورد سوءاستفاده بسیار مشکوک بود و در نهایت به این نتیجه رسید که این گزارش‌ها چیزی جز خیالبافی‌های جنسی نبودند. این مسئله منجر به این شد که او نظریه اغواش را رها کند. منتقدان او (برای مثال میسن^۲، ۱۹۸۸) این نظر را رد کردند و شواهدی مبنی بر اینکه این خاطرات ممکن است واقعی بوده باشند، ارائه دادند. در بسیاری از موارد نوین اشاره شده خاطراتی که با استفاده از شیوه‌های درمانی و در خلال درمان به‌دست آمده‌اند، چه‌بسا خاطرات قابل اعتمادی تولید نکنند. سیمپسون (۱۹۹۵) متوجه شد که روش‌های درمانی مورد استفاده درمانگران، مشابه فنون بازپرسی‌اند. بهره‌گیری از داروهای قوی، چنانکه در مورد «سیبل» انجام گرفت، پرسش‌های هدایت‌کننده و هیپنوتیزم همگی مورد انتقاد واقع شده‌اند. برای مثال آکوسلا (۱۹۹۹) متوجه شد که ممکن است برای

1 - Taylor & Martin

2 - Masson

۱۲۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

مبارزه با اضطراب مقادیر زیادی بنزودیازپین به بیماران تجویز شود، زیرا این اعتقاد وجود دارد که بیماران مبتلا به MPD در برابر تأثیر این داروها مقاوم‌اند. راس (۱۹۹۵) در یک مورد دادگاهی اقرار کرد که به بیمار مربوط ۱۰۰ برابر مقدار معمولی دارو تجویز شده است.

پرسش‌های هدایت‌کننده که طی مسیر درمانی بسیار پرسیده می‌شوند، نظر لافتوس^۱ را به خود جلب کرده‌اند؛ برای مثال «آیا هرگز چنین مسئله‌ای برای تو رخ داده است؟». سندرز^۲ و همکاران (۱۹۹۹) دریافتند که صرف شنیدن داستان‌هایی پیرامون تجارب کودکی دیگران، شرکت‌کنندگان را به این سمت هدایت می‌کند که بگویند این رویدادها در حقیقت برای آنها نیز اتفاق افتاده است. از تجسم هدایت‌شده نیز برای تلقین مستقیم به بیمار استفاده می‌شود، همچنین یادآوری تحت تأثیر هیپنوتیزم چه بسا متأثر از تلقین باشد.

استفاده از هیپنوتیزم

مدت‌ها به یادآوری هیپنوتیزی با تردید نگریسته می‌شد. مک دوگال (۱۹۳۸) در حین بررسی مورد دوشیزه بیوکامپ^۳ (که «مورتون پرنس» در سال ۱۹۰۶ آن را مطالعه کرد)، متوجه شد که استفاده از هیپنوتیزم به احتمال تا اندازه‌ای به فرایند رشد بیماری در خانم بیوکامپ کمک کرده است. انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۹۸۵ اظهار داشت «خاطرات به دست آمده در خلال هیپنوتیزم... کمتر از یادآوری غیرهیپنوتیزی قابل اعتمادند» (آکوسلا ۱۹۹۹، ص. ۱۳۰)، زیرا درمانگر به راحتی می‌تواند بیمار را هدایت کند و اعتماد وی را به خاطرات ایجاد شده (بدون هیچ‌گونه توجیهی) افزایش دهد. کلاین^۴ (۱۹۵۲) یادآور شده است که در صورت اعمال تلقینی مناسب، می‌توان بیماران را واداشت تا برای مثال زمانی را به یاد آورند که مانند شامپانزه‌ها زندگی می‌کردند. براساس آنچه لورنس^۵ و همکاران (۱۹۹۸) گفته‌اند، «هیپنوتیزم بیشتر از دقت در یادآوری، خلاقیت را افزایش می‌دهد. این خلاقیت واقعی نیست و توسط

1 - Loftus
2 - Sanders
3 - Beauchamp
4 - Kline
5 - Laurence

سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی موقعیت یادآوری هدایت می‌شود» (ص. ۳۲۰). از طرف دیگر، کلافه استدلال می‌کند که اگر هیپنوتیزم با پرسش‌های تلقینی و هدایت‌کننده توأم نباشد، مفید واقع می‌شود. او دریافت که منابع مستقل اغلب می‌توانند خاطرات احیاء شده در جریان هیپنوتیزم را تأیید کنند.

اثبات مستقل

پی بردن به حقیقت موضوع مستلزم اثبات مستقل گزارش‌هاست. در سال ۱۹۹۱، هورنشتاین و تیسون^۱ گزارش دادند که از ۶۶ موردی که بررسی شدند، ۶۱ مورد خبر از آسیب قابل اثبات داده بودند. کونز (۱۹۸۶) در ۱۷ مورد از ۲۰ بیمار مورد بررسی، اثر سوءاستفاده اثبات‌شده را یافت؛ اگرچه در پاره‌ای از موارد سوءاستفاده از کتک ملایم و ساده فراتر نمی‌رفت. در سال ۱۹۹۴ وی در ۲۱ مورد از ۲۲ بیمار بررسی شده، سوابق مربوط به سوءاستفاده اثبات‌شده را یافت. کلافه (۱۹۹۵) پی برد که ۵۶ درصد از خاطرات مربوط به سوءاستفاده در ۳۴ نمونه از بیماران به دقت غربال‌شده‌اش، به اثبات رسیده بود. معیار او در پذیرش موارد این بود که شاهدهی (اغلب یک خواهر یا برادر) یا اعترافی از جانب مقصر (به‌طور معمول یکی از والدین یا خواهر و برادرها) وجود داشته باشد. لوئیس و همکاران (۱۹۹۷) در بررسی به‌عمل آمده از دوازده قاتل مبتلا به MPD، شواهد عینی‌ای از سوءاستفاده شدید و افتراق زود هنگام پیدا کردند. خود قاتلان خاطره مربوط به سوءاستفاده را تا اندازه‌ای یا به کلی فراموش کرده بودند، و این مسئله توسط دیگران گزارش شد. پس آشکار است که برخی از (اما نه همه) گزارش‌های سوءاستفاده را می‌توان از طریق منابع جداگانه تأیید کرد.

نشانیگان حافظه کاذب^۲

نگرانی در مورد قابلیت اعتماد این گزارش‌ها تا حدی است که منجر به وضع اصطلاح

1 - Hornstein & Tyson

2 - false memory syndrome

۱۳۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

«نشانگان حافظه کاذب» شده است. این اصطلاح به شرایطی اشاره دارد که در آن هویت شخص و روابط میان فردی‌اش حول خاطره‌ای در مورد تجربه آسیب‌زایی تمرکز می‌یابد که کاذب است، اما شخص سخت بدان ایمان دارد (کیلستروم^۱، ۱۹۹۵). بنیاد نشانگان حافظه کاذب برای دفاع از والدین متهم پایه‌گذاری شده است. انجمن روان‌شناسی بریتانیا (BPS)^۲ (۲۰۰۰) مجموعه رهنمودهایی برای پزشکانی که با درمان‌جویان در موقعیت‌هایی کار می‌کنند که احتمال زنده شدن بعضی از خاطرات تجدیدشده وجود دارد، صادر کرده است (جدول ۳-۴).

در آمریکا اکنون شرکت‌های بیمه برای درمانگران ماده‌ای وضع کرده‌اند بدین مضمون که در صورت استفاده از هیپنوتیزم برای دست یافتن به خاطرات مربوط به سوءاستفاده از کودکان، وظیفه بیمه در قبال پوشش دادن، از اعتبار ساقط می‌شود (آکوسلا، ۱۹۹۹)، زیرا دعوای حقوقی درخصوص اهمال، قصور پزشک و اغفال شرکت‌های بیمه شایع شده‌اند. درمانگران به‌طور معمول دعوا را می‌بازند و تا مرز ۱۰/۶ میلیون دلار از آنها ادعای خسارت می‌شود. از این رو، قابلیت اعتماد این گزارش‌ها در کل چندان زیاد نیست.

جدول ۳-۴. رهنمودهایی برای روان‌شناسانی که با درمان‌جویان در موقعیت‌هایی کار می‌کنند که ممکن است در آن مسائلی مربوط به خاطرات تجدیدشده پیش آید:

مقدمه

رهنمودهای زیر مربوط به روان‌شناسانی است که در هر موقعیت حرفه‌ای که در آن چنین مسائلی ممکن است پیش آید، فعالیت می‌کنند. پیداست که تلاش برای هشیار بودن پیرامون این موضوع و توسعه چشم‌انداز تجربی و حرفه‌ای در مورد حافظه کاذب/خاطرات تجدیدشده، و مدنظر قراردادن اصول

1 - Kihlstrom

2 - British Psychological Society

روان‌شناختی، بخشی از وظیفه تخصصی این روان‌شناسان است.

در نتیجه بررسی‌ها و پژوهش‌های گسترده این جامعه و سایر هیأت‌ها، تردیدی در مورد وجود سوءاستفاده جنسی کودک (CSA)^۱ به‌عنوان یک مشکل جدی اجتماعی و فردی که اغلب با اثرهای پایداری توأم است، به جای نمی‌ماند. به علاوه درخصوص اینکه دست‌کم برخی از خاطرات CSA مربوط به حوادث واقعی‌اند، نمی‌توان تردید کرد. با این حال، نگرانی در مورد این مسئله که برخی از مداخله‌ها می‌تواند منجر به رشد خاطرات کاذب یا پرورش عقاید دروغین درخصوص CSA در درمان‌جویان شود، بر دلایل واقعی و اصیلی استوار است.

علاقه‌مندان به بحث درباره اصطلاحات و زمینه‌های این موضوع، می‌توانند به مستندات اولیه انجمن در مورد خاطرات احیاء شده: گزارش گروه کاری BPS (انجمن روان‌شناسی بریتانیا، ۱۹۹۵b) رجوع کنند.

رهنمودها

۱- رفاه و علائق درمان‌جویان، دغدغه روان‌شناسانی است که با آنها کار می‌کنند. این توجه شامل الزام به حفظ احترام برای استقلال درمان‌جو و رازداری است که روی حد و حدود این رازداری در آغاز فعالیت حرفه‌ای باید توافق صورت گیرد.

۲- گاهی در مراقبت، ارزیابی و ایفای نقش‌های درمانی نسبت به ظهور خاطرات مربوط به آسیبی که پیشتر در حیطه آگاهی و دسترسی درمان‌جو قرار نداشتند، باز و صریح برخورد شود.

۳- همیشه پذیرفتن درمان‌جویی که خاطرات را به نحوی جدی زنده می‌کند، حائز اهمیت است. نخستین واکنش روان‌شناس باید پذیرش این مسئله باشد که آنچه درمان‌جو به وی می‌گوید واقعیت و احساسات واقعی بیمار است. با وجود این، روان‌شناس باید از نتیجه‌گیری‌های زود هنگام درخصوص حقیقت تاریخی خاطره زنده شده خودداری کند.

۴- روان‌شناسان باید آگاه باشند که روان‌شناسی هنوز به پاسخ این پرسش نرسیده است که آیا خاطرات آسیب‌زا متفاوت از خاطرات بهنجار و معمولی پردازش، ذخیره و یادآوری می‌شوند یا خیر. نمی‌توان بر خاطرات غیرمعمول، خاص، قوی و روشن به عنوان مدرکی دال بر حقیقت تاریخی یا بطلان خاطرات زنده‌شده تکیه کرد.

۵- روان‌شناسان باید شکبیا باشند و به درمان‌جویان کمک کنند تا صبور باشند و عدم اطمینان و ابهام موجود در مورد تجربه اولیه خود را تحمل کنند، چه در نهایت ممکن است ناچار به پذیرش این مسئله شوند که حقیقت تاریخی وجود ندارد. روان‌شناسان باید به درمان‌جویان خود کمک کنند تا دلایلی برای

1 - child sexual abuse

۱۳۲- ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

زندگی خود بیابند که این دلایل امری همچون کشف حقایق عینی نیست.

۶- روان‌شناسان باید در برابر برخی احتمالات گوش به زنگ باشند. برای مثال، اینکه یک خاطره زنده شده می‌تواند به معنی واقعی کلمه یا از لحاظ سابقه صحیح یا غلط باشد، ممکن است تا حدودی درست باشد، به نحو استعاره‌ای درست باشد، یا می‌تواند حاصل رؤیا و خیالات باشد. پرده برداشتن از این مسئله که بعضی از جوانب یک خاطره زنده شده، تحت تأثیر روابط درمانی است، نباید منجر به این شود که روان‌شناسان بسرعت ادامه آن خاطره را نادیده بگیرند. به همین ترتیب، پی بردن به این حقیقت که بعضی از جوانب یک خاطره واقعی‌اند، حاکی از آن نیست که کل محتوای آن خاطره واقعی است. بدون تأیید خارجی، اثبات اینکه یک خاطره معرف حوادث واقعی است، غیر ممکن است.

۷- اگرچه کمک به درمان‌جویان در یادآوری تجارب اولیه‌شان می‌تواند بخشی از کار روان‌شناس باشد، اما درمانگران باید از تحمیل برداشت‌های خود به درمان‌جویان خودداری ورزند.

۸- نباید فقط براساس نشانه‌هایی مانند اختلال خوردن، سوءاستفاده جنسی از کودکی را استنتاج کرد. در چنین استنتاج‌هایی احتمال خطا زیاد است، زیرا توضیحات احتمالی دیگری نیز برای مشکلات روانی وجود دارد که نباید از آنها چشم پوشید. امروزه بهره‌گیری از فهرست‌های علائم در تشخیص مرتبط با سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی ممکن است.

۹- روان‌شناسان باید از پژوهش در مورد خاطرات مربوط به سوءاستفاده خودداری ورزند، چه درمان‌جویان مورد سوءاستفاده قرارگرفته (و درمان‌جویان دیگر) در این مورد آسیب‌پذیرند و ممکن است به‌واسطه اطلاعاتی که توسط درمانگر ارائه می‌شود، خود را دچار آسیب بیندارند. روان‌شناسان باید از پرداختن به فعالیت‌ها و فونونی که هدفشان آشکار ساختن نشانه‌های سوءاستفاده جنسی در دوران اولیه زندگی است، اجتناب ورزند. زمانی که روان‌شناسان از چنین فونونی (مانند هیپنوتیزم) برای سایر اهداف بهره می‌گیرند، باید آگاه باشند که این فنون می‌توانند موجب ایجاد اطمینان بیشتر، اما قابلیت اعتماد کمتری در محتوای خاطره شوند.

۱۰- روان‌شناسان باید در مورد خطرهای تلقین هشیار باشند. منابع بالقوه تلقین شامل نشانه‌های ظریفی در مورد دیدگاه‌ها و عقاید روان‌شناس است که می‌توان توسط محیط درمانی (برای مثال کتاب‌های خاصی در قفسه یا بروشورهای خاصی در مورد سوءاستفاده) القاء شوند. روان‌شناسان باید بدانند ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشند که در آنها درمان‌جویان به دلیل اهداف گوناگونی به یادآوری خاطرات مربوط به سوءاستفاده برانگیخته می‌شوند.

۱۱- روان‌شناسانی که درصدد درمان برمی‌آیند، باید از دخالت اجتناب‌ناپذیرشان در داستان زندگی درمان‌جو آگاه باشند. درحالی‌که مراقب معانی ضمنی کنجکاوی‌ها و تلقین‌هایشان می‌باشند، نباید در پی

برطرف کردن این خطرها از طریق نپرداختن به رویدادهای گذشته زندگی درمان‌جو باشند، چه این مسئله به‌طور فعالی تجارب درمان‌جویان را انکار می‌کند و نمی‌تواند نیازهایشان را برآورده سازد.

۱۲- درمانگران باید از تأثیرات احتمالی کارشان بر خانواده‌های درمان‌جویان و شبکه اجتماعی گسترده‌تر آگاه باشند. آنها باید گاهی مواردی از قرارداد درمانی‌شان را، که اجازه صحبت درمانگر با خانواده مراجع را می‌دهد، به وی یادآوری کنند، سپس با بعضی از اعضای خانواده وی ملاقات کنند. با وجود این، حدود استقلال و رازداری درمان‌جو نباید (مگر در شرایط استثنایی) نقض شود، که حالت مطلوب آن مطابق با توافق در آغاز کار حرفه‌ای است.

۱۳- روان‌شناسان باید درخصوص شرایطی که در آن خود را از نظر اخلاقی و قانونی موظف به نقض رازداری می‌دانند، محتاط باشند و کمتر به سمت آن روند. آنان باید به‌دقت احتمال خطر آسیب به خود و سوءاستفاده از خردسالان و کوچک‌ترها را ارزیابی کنند. روان‌شناسانی که در بخش خدمات عمومی مشغول به کارند، باید از رهنمودها و شیوه‌های حمایت از کودکان آگاه باشند و از آنها پیروی کنند. روان‌شناسانی که به‌طور مستقل کار می‌کنند نیز باید از مسئولیت‌های اخلاقی‌شان در قبال مراقبت از دیگران در برابر صدمات جدی آگاه باشند.

۱۴- اگر نقش روان‌شناسان به‌دست آوردن مدارکی است که از لحاظ ضوابط قانونی اعتبار دارند، باید خودشان را به شیوه‌هایی محدود کنند که پایایی و روایی را افزایش می‌دهد و از فنونی مانند هیپنوتیزم یا تلقین و پرسش‌های هدایت‌کننده که گفته می‌شود پایایی را کاهش می‌دهند، بپرهیزند. به هنگام بررسی عملی خارج از اتاق مشاوره (برای مثال مطلع کردن سایر عاملان، برخورد قانونی، خبر دادن به خانواده) به همین نحو باید دقت کرد.

۱۵- روان‌شناس باید به درمان‌جو کمک کند تا به دقت هر عملی را که باید خارج از اتاق مشاوره انجام بگیرد، از نظر بگذرانند. درمان‌جو ممکن است با نظر به پیگرد قانونی یا دادخواهی علیه شخص تجاوزکار خواستار مشاوره قانونی مستقل شود. اینکه تداوم درمان یا مشاوره را مشروط بر چنین تصمیمات یا اعمالی کنیم، اشتباه است. روان‌شناسان باید آماده پذیرش این مسئله باشند که برخورد با این موضوعات از طریق

شیوه‌های درمانی یا از طریق خبر دادن به خانواده یا هر روند قانونی دیگری ممکن است به اختیار و انتخاب خود درمان‌جو نباشد.

۱۶- به روان‌شناسان یادآوری می‌شود که دستورالعمل‌های حرفه‌ای مربوط را به‌کار گیرند. این دستورالعمل‌ها به‌ویژه به هنگام کار با درمان‌جویانی اهمیت دارد که خاطرات مربوط به سوءاستفاده کودکی را آشکار می‌سازند. این رهنمودها دربرگیرنده بخش‌هایی درخصوص نگهداری و حفظ اسناد مربوط و جست‌وجوی مشاوره و نظارت مناسب است.

منابع

- British Psychological Society. (1995a). *Division of Clinical Psychology: Professional Practice Guidelines*. Leicester: The British Psychological Society.
- British Psychological Society. (1995b). *Recovered Memories: Report of the BPS Working party*. Leicester: The British Psychological Society.
- British Psychological Society. (1998). *Guidelines for the Professional Practice of Counselling Psychology*. Leicester: The British Psychological Society.
- Brandon, S. (1998). Recovered memory debate [letter to the editor]. *The Psychologist*, 11, 465.
- Brandon, S., Boakes, J., Glaser, D., & Green, R. (1998). Recovered Memories of childhood sexual abuse: Implications for clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 172, 293-307.
- Farrants, J. R. (1998). The “false memory” debate: A critical review of the research on recovered memories of child sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 11, 229-238.
- Fox, J. (1998). Recovered memory debate [Letter to the editor]. *The Psychologist*, 11, 466-467.
- Mollon, P. (1998). Remembering trauma: *A psychotherapist's guide to memory and illusion*. Appendix: Guidelines for psychoanalytically orientated psychotherapists for the avoidance of generating or colluding with false memories. Chichester: Wiley.
- Mollon, P. (2000). [Review of the book *Memory, Trauma Treatment and the Law*]. *Clinical Psychology Forum*, 136, 42-43.
- Morton, J. (1998b). Recovered memory debate [Invited reply to letters to the editor]. *The Psychologist*, 11, 467.

Morton, J., Lunt, I., Mollon, P., Taylor, M., Lindsay, D. S., Skinner, A., Frankish, P., Cullen, C., & Fonagy, P. (1996). BPS Professional Affairs Board Symposium on Recovered Memories. Leicester: *The British Psychological Society*.

Ost, J. (1998). Recovered memory debate [Letter to the editor]. *The Psychologist*, 11, 467.

Weiskrantz, L. (1998). Recovered memory debate [Letter to the editor]. *The Psychologist*, 11, 465-466.

منتشر شده برای اولین بار در *دِ سایکالژیست*^۱، ۱۳، ۵

آیا سوءاستفاده در کودکی منجر به بروز اختلال در بزرگسالی می شود؟

پرسش بعدی این است که آیا سوءاستفاده در کودکی ارتباطی با اختلال در بزرگسالی (به ویژه MPD) دارد. شاکتر^۲ و همکاران (۱۹۸۹) خاطرات بیمار مبتلا به MPD را با خاطرات گروه گواه مقایسه کردند. آنان دریافتند که آن بیمار قادر به یادآوری رویدادهای شخصی پیش از ده سالگی نیست. حافظه وی در قبال رویدادهایی که بین ۱۰-۱۲ سالگی اتفاق افتادند، ضعیف بود؛ این مسئله مبین احتمال وقوع سرکوبی بود. آلیسون (۱۹۷۸) گزارش داد که نخستین تفکیک شخصیت در ۴۵ درصد از موارد قبل از ۵ سالگی و ۸۵ درصد قبل از ۱۰ سالگی رخ می دهد که باز بیانگر پاره ای از مشکلات در دوران کودکی است. ساندرس و گیولاس^۳ (۱۹۹۱) با واریسی بیماران روانی نوجوان به وجود ارتباط بین سوءاستفاده و اختلاف خانوادگی و تجارب افتراقی پی بردند. در جمعیت عادی نشانه های افتراقی پس از تجربه آسیب زای زلزله ۱۹۸۹ در سانفرانسیسکو افزایش نشان دادند (کاردنا و اشپیگل^۴، ۱۹۹۳). اما به ظاهر اختلال شخصیت چندگانه فقط یکی از پیامدهای احتمالی سوءاستفاده است؛ سابقه سوءاستفاده در روسپی ها، تجاوزکاران به کودکان و موارد اختلال خوردن، افسردگی، خودکشی

1 - The Psychologist

2 - Schacter

3 - Sanders & Giolas

4 - Cardena & Spiegel

۱۳۶----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

و سوء‌مصرف مواد نیز گزارش شده است (واکر^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). در کتاب انگلیسی که به تازگی منتشر شده و پیرامون سوءاستفاده از کودکان و پیامدهای آن است، به MPD اشاره‌ای نشده است (کربی^۲، ۲۰۰۰). MPD در گروه‌های اقلیت سیاه‌پوست نیز کمتر شایع است، با وجود یافته‌هایی مبنی بر اینکه میزان سوءاستفاده در چنین گروه‌هایی دو برابر سوءاستفاده در میان سفیدپوستان است (اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده^۳، ۱۹۹۶). پوتنم پی برد که بی‌توجهی عاطفی بسیار آسیب‌آورتر است. اگر سوءاستفاده با خشونت همراه باشد، دردآورتر می‌شود و در پی آن اثرهای درازمدت بیشتری محتمل‌اند (آشر و دوبری^۴، ۱۹۹۵). در این حالت، سازگاری جنسی ضعیف بیشتر از همه محتمل است (نوتسون^۵، ۱۹۹۵). ضربه عاطفی مربوط به افشاگری می‌تواند منجر به اختلال روانی بعدی شود (اسپاکارلی، ۱۹۹۴). روی‌هم‌رفته مدرک محکمی برای برقراری ارتباطی کامل بین سوءاستفاده و MPD وجود ندارد.

آیا خاطرات آسیب‌زا سرکوب می‌شوند؟

حوزه دیگری از پژوهش مربوط به این مسئله است که آیا چنین خاطرات آسیب‌زایی در حقیقت سرکوب می‌شوند. براساس یک بازبینی ادبیات، کندال-تکت^۶ و همکاران به این نتیجه رسیدند که «یادزدودگی بندرت پیامد سوءاستفاده جنسی در کودکی است». ویلیامز^۷ (۱۹۹۴) نمونه ۱۲۹ نفری از دختران مورد درمان برای سوءاستفاده را از ۱۰ ماهگی تا ۱۲ سالگی مورد بررسی و پیگیری قرار داد. در بزرگسالی ۸۸ درصد از آنان می‌توانستند سوءاستفاده کودکی را به خاطر آورند و این حاکی از آن است که سرکوبی، پدیده عمومی نیست. لورنس و همکاران (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیدند که در حال حاضر هیچ مدرک علمی محکمی برای پشتیبانی و تأیید یک فرایند روانی شبیه به سرکوبی یا فروپاشی در موارد

1 - Walker

2 - Corby

3 - US Department of Health & Human Services

4 - Ussher & Dewberry

5 - Knutson

6 - Kendall-Tackett

7 - Williams

سوءاستفادهٔ کودکان وجود ندارد (ص. ۳۳۲).

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد که درمان در مورد MPD ممکن است زیاد سودمند نباشد. سوءاستفاده ممکن است در شمار قابل توجهی از موارد گزارش شود، ولی به احتمال پاره‌ای از آنها صحیح‌اند، و اینکه سوءاستفادهٔ جنسی پیوند ضعیفی با MPD و سرکوبی بعدی خاطرات دارد. بدین ترتیب الگوی ضربهٔ ازهم‌پاشیدگی از حمایت چندانی برخوردار نیست. اما هنوز جای این پرسش وجود دارد که چرا گزارش‌های متعددی از سوءاستفاده در این بیماران وجود دارد؟

ارزشیابی: ارتجالی یا پزشک‌زاد؟

اصطلاح پزشک‌زاد، زمانی که در مورد اختلالی به کار گرفته می‌شود، بدین معناست که اختلال از طریق حرف‌ها و اعمال متخصص بالینی به بیمار القاء می‌شود. بر این اساس، عقیده بر این است که اگر متخصص بالینی در پی یافتن اختلال خاصی باشد، ممکن است تلقین‌ها و تفسیرهایی به بیماران (به‌ویژه تحت هیپنوتیزم) القاء کند که ممکن است بیمار را به بروز رفتارهایی مجبور کند که متخصص انتظار دارد در بیمار ببیند (فریک^۱، ۱۹۹۵). این مورد را می‌توان با اختلالی در تقابل قرار داد که به‌طور ارتجالی رخ می‌دهد و متأثر از دخالت متخصص بالینی نیست. در بخش‌های آغازین فصل بر پاره‌ای از شواهد مربوط به این بحث نظری افکندیم و دیدگاه ساختارگرایی اجتماعی را به‌عنوان توضیح جایگزین معرفی کردیم. در اینجا یادآور می‌شویم که تعداد زیاد گزارش‌های مربوط به سوءاستفاده در بیماران مبتلا به MPD می‌تواند پیامد فرایند اجتماعی باشد.

روند شیوع

1 - spontaneous or iatrogenic

2 - Frick

۱۳۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

بین افزایش در موارد گزارش‌شده سوءاستفاده و افزایش در موارد ابتلا به MPD (آپتر^۱، ۱۹۹۱) توازی آشکاری وجود دارد. این مسئله ممکن است حامی این نظر باشد که سوءاستفاده از کودکان مسبب این اختلال است. اما چنانکه پیشتر گفته شد، کلیه موارد مورد سوءاستفاده قرارگرفته نشده‌اند و همه کودکان سوءاستفاده‌شده دچار افتراق نیستند. این احتمال نیز وجود دارد که هر دو مورد سوءاستفاده از کودکان و MPD رو به فزونی باشند و این نتیجه افزایش حقیقی در میزان رخدادها نیست، بلکه پیامد تبلیغات رسانه‌های گروهی و کاهش موانع درخصوص مطرح کردن چنین مشکلاتی است.

هر دو مورد MPD و گزارش‌های مربوط به سوءاستفاده را می‌توان به متخصصان بالینی فوق‌العاده مشتاق و هواخواه نسبت داد. هکینگ (۱۹۹۵) اظهار می‌دارد که «روان‌پزشکی به این مسئله پی نبرد که سوءاستفاده از کودکان موجب بروز اختلال چندگانگی شخصیت می‌شود، بلکه این ارتباط را ایجاد کرد» (آکوسلا ۱۹۹۹، ص. ۷۲).

تغییرات اجتماعی

در یکی از بخش‌های پیشین از پیشرفت‌هایی در روان‌شناسی سخن به میان آمد که ممکن است راه را برای گسترش شیوع MPD در دهه‌های اخیر هموار کرده باشد. سایر این پیشرفت‌ها عبارتند از: جنبش مراقبت و حفاظت از کودکان و جنبش فمینیستی در سال ۱۹۶۲. کمپ^۲ و همکاران آنچه را با عنوان «نشانگان کودک کتک‌خورده»^۳ از آن یاد می‌کردند، تبلیغ کردند که در نهایت به وضع قوانینی برای حفاظت از کودکان و افزایش آگاهی عمومی در مورد سوءاستفاده انجامید. دعاوی سوءاستفاده از کودکان در بین سال‌های ۱۹۷۶ و ۱۹۸۶ در برخی از نواحی آمریکا ۹۰۰ درصد افزایش یافت. پاره‌ای از این افزایش ممکن است به سبب تغییرات ایجاد شده در تعاریف سوءاستفاده باشد. ویات^۴ (۱۹۸۵) زمانی که تعریف

1 - Apter

2 - Kempe

3 - battered child syndrome

4 - Wyatt

سوءاستفاده، گفته‌های نامطلوب جنسی را نیز شامل شد، از ۶۲ درصد افزایش در شیوع آن در لس‌آنجلس خبر داد. در مقابل، پیترز (۱۹۸۶) زمانی که تعریف سوءاستفاده محدود به تماس جنسی اجباری پیش از ۱۸ سالگی شد، فقط از رقم ۶ درصدی گزارش داد. افزایش نرخ طلاق که در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ تقریباً سه برابر شد نیز ممکن است موجب شده باشد که پدران غایب را بتوان با سهولت بیشتری متهم کرد. همچنین ناپدری‌ها بیشتر احتمال دارد کودکان را مورد سوءاستفاده قرار دهند (دالی و ویلسون^۱، ۱۹۹۵).

فمینیست‌ها بیشتر هواخواه این یافته بودند که بیشتر سوءاستفاده‌ها، کودکان مؤنث را هدف قرار می‌دهند و طالب کمک گرفتن از «راهنماهای بازیافت خاطرات» می‌شدند تا خاطرات مربوط به سوءاستفاده را زنده کنند. برای مثال، بس و دیویس^۲ (۱۹۹۸) کتاب پر فروش «شجاعت برای شفا یافتن» را منتشر کردند که در آن تقریباً صدها مورد از خانواده‌های متهم بازنگری شده توسط ویکفیلد و آندرویجر^۳ (۱۹۹۲) ارائه شده بود. این کتاب حاوی ۹۰۰ نشانه (مانند آیا تا کنون در برابر دیگران احساس متفاوتی داشته‌اید؟) است که همگی حاکی از سوءاستفاده‌اند. کشف سوءاستفاده مستلزم اقدام‌هایی چون شرکت در گروه‌های «نجات‌یافته» است، با این نگاه که شنیدن خاطرات سایرین می‌تواند منجر به ظهور خاطرات (فرایندی موسوم به زنجیره‌سازی) خود فرد شود. تقویت شامل حال کسانی می‌شد که «برانکارشان چیره می‌شدند».

رسانه‌های گروهی

رسانه‌های گروهی با استفاده از چهره‌های محبوب مانند اپرا وینفری با مصاحبه‌هایش در مورد این مشکل به اغراق پرداختند، تا به آنجا که آن‌را با سوءاستفاده آیینی شیطان‌ی (SRA)^۴ (به معنی پوست‌کندن و خوردن نوزادان زنده) مرتبط ساختند. یک ایستگاه تلویزیونی در

1 - Daly & Wilson

2 - Bass & Davis

3 - Wakefield & Underwager

4 - Satanic Ritual Abuse

۱۴۰- ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

آمریکا بین سال‌های ۱۹۸۸ و ۱۹۹۰ اقدام به پخش برنامه‌هایی در مورد شناسایی کیش‌های شیطانی کرد (آکوسلا، ۱۹۹۹). در اثر این برنامه، بیماران مبتلا به MPD ادعاهایی مبنی بر اینکه شخصیت‌هایشان به‌ویژه توسط شیطان‌پرستان برای انجام امور خبیث و شیطانی ایجاد شده‌اند، مطرح کردند. در سال ۱۹۹۵، FBI اظهار داشت که نتوانسته هیچ یک از گزارش‌های شیطان‌پرستی را اثبات کند. اگر بیماران مبتلا به MPD در واقع بسیار تلقین‌پذیرند، این اقدام‌های رسانه‌های گروهی می‌تواند خود نوعی آموزش برای آنها باشد. گاناوی^۱ (۱۹۸۹) گزارش داد که در پی رعب و وحشت ناشی از SRA، شخصیت‌های این بیماران بتدریج عجیب‌تر شد. برای مثال مواردی شامل یک خرچنگ و یک اسب تک شاخ پیدا شد. بر این اساس، گفته‌های مایر (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به MPD به مثابه آفتاب‌پرستانی هستند که تمایلات و مشغله‌های قلبی و فکری زمان خود را منعکس می‌سازند، شگفت‌انگیز نیست (ص. ۷۹).

بنابر نظر آکوسلا (۱۹۹۹)، همچنین ممکن است تشخیص MPD خواست درمان‌جویان باشد، این مسئله برای ناخشنودی کنونی به ظاهر بی‌اساس‌شان تبیینی ارائه می‌دهد که مسئولیت را بر آنچه در گذشته انجام شده، وامی‌نهد. به‌ویژه اینکه تبلیغات فراوانی در مورد درمان‌پذیری این اختلال می‌شود. همچنین مبتلایان به MPD از طریق جنبش فمینیستی با سایر بیماران پیوندی محکم و منسجم برقرار می‌کنند. بدین ترتیب مشکلات سیاسی مانند سوءاستفاده از کودکان و ظلم به زنان به مشکلاتی طبی مبدل شده و خنثی می‌شوند.

یکی از پیامدهای منفی دیگر چنین تبلیغاتی این است که مانند هرزه‌نگاری، جنبش‌هایی که در پی نجات و ریشه‌کن کردن این اختلال هستند، ممکن است همان رفتارهایی را که تقبیح می‌کنند، تبلیغ کنند. آکوسلا نتیجه می‌گیرد که تغییرات فرهنگی را می‌توان مسئول هر دو مورد تأیید و تشویق MPD تلقی کرد. از این رو، باید ساختار اجتماعی بیماری روانی، این حقیقت را که اشکالی که بیماری روانی اتخاذ می‌کند، محصول تغییر و انتقال مفروضات فرهنگی است، مدنظر قرار داد تا بتوان افزایش اختلال شخصیت چندگانه را تبیین کرد (ص. ۲۸).

نتیجه گیری

سؤال با اهمیت این است که آیا مشاهده MPD به صورت پزشک‌زاد یا ارتجالی مفید است. به قول مرسکی (۱۹۹۲؛ به نقل از هکینگ، ۱۹۹۵، ص. ۱۶) تشخیص MPD نشان‌دهنده جهت‌گیری نادرست تلاش‌های درمانگر و بیمار است که این مانع حل مشکلات واقعی بیماران خواهد شد. اشپیگل (۱۹۹۳؛ به نقل از هکینگ، ۱۹۹۵، ص. ۱۸) از زاویه دیگری استدلال می‌کند که مشکل، داشتن بیش از یک شخصیت نیست، بلکه مشکل، داشتن کمتر از یک شخصیت است. هکینگ (۱۹۹۵) پیامدهای نحوه پاسخگویی کنونی اجتماع به چنین افرادی را به منظور تصمیم‌گیری در مورد مسئله از نظر می‌گذراند. نتیجه‌گیری وی بدین گونه است که آنچه در حال انجام است، از لحاظ اخلاقی نادرست است. بدین معنی که به افراد چیزی را می‌دهد که او به‌عنوان هشپاری کاذب از آن یاد می‌کند؛ هشپاری زائیده درمانی کاذب، زیرا در ارائه توضیح کافی و مناسب برای مشکلات قاصر است و درمان‌جویان را در جهت باور به اینکه آن مشکلات برطرف شده‌اند، سوق می‌دهد. اما این «هشپاری کاذب مغایر با رشد و بلوغ شخص است. این هشپاری با آنچه فیلسوفان آزادی می‌نامند، مغایر است» (ص. ۲۶۷).

با داشتن چنین مفهومی در ذهن، دست‌اندرکاران و تشدیدکنندگان جنبش MPD، ناچار شدند دیدگاهشان را در مورد این مشکل تغییر دهند. در سال ۱۹۸۹ راس استدلال کرد که این مشکل، پزشک‌زاد نیست. وی در سال ۱۹۹۷ پذیرفت که این اختلال فقط پزشک‌زاد نیست. در حال حاضر شمار تشخیص‌های جدید رو به کاهش است. درمانی که امروزه ارائه می‌شود، بر هیپنوتیزم و آسیب‌های گذشته کمتر تأکید می‌کند و بیشتر در راستای ایجاد قدرتمندی من^۱ در تلاش است. نیمی از مراکز درمانی مخصوص MPD در آمریکا در پنج سال گذشته تعطیل شده‌اند (آکوسلا، ۱۹۹۹).

خلاصه فصل

در این فصل به طبیعت MPD، ملاک‌های تشخیص و چگونگی اندازه‌گیری آن نظری افکنندیم. از شیوع اختلال در دوره‌های مختلف تاریخی و کشورهای متفاوت برای بررسی اینکه آیا این اختلال ارتجالی است، پزشک‌زاد است یا ساختاری اجتماعی دارد، بهره گرفته شد. پژوهش‌های موردی «ایو»، «سیبل» و «بیلی میلیگان» از لحاظ دقت در گزارش، تأثیر درمانگر، جنس و دلالت‌های قانونی تشریح و ارزیابی شدند. نظریه‌های مربوط به ریشه‌های اختلال نیز شرح داده شده و مورد ارزیابی قرار گرفتند. الگوی ضربه‌آزم‌پاشیدگی به‌طور خلاصه مورد بررسی و موشکافی قرار گرفت و این نتیجه به دست آمد که با وجود سستی و ضعف پیوند این اختلال با ضربه، شمار قابل توجهی از بیماران از سوءاستفاده جنسی خبر داده‌اند. این موضوع در پرتو شرایط جاری اجتماعی تحلیل و نتیجه‌گیری شده که ساختار اجتماعی MPD برای بیماران سودمند نبوده است.

تمرین مروری

خلاصه استدلال‌های ارائه‌شده برای MPD به‌عنوان اختلال ارتجالی، پزشک‌زاد یا ساخته‌شده توسط اجتماع را به صورت جدولی درآورید. به منظورگردآوری اطلاعات مناسب برای فراهم کردن جدول، باید کلیه بخش‌های این فصل را بررسی کنید.

منابعی برای مطالعه بیشتر

Acocella, J. (1999). *Creating Hysteria: Women and Multiple Personality Disorder*. San Francisco: Jossey Bass. (Very involving read - she is a journalist as well as a psychologist - with a wealth of detail and interesting reports of research.)

Lynn, S. & McConkcy, K. (1998). *Truth in Memory*. New York: Guilford. (Several interesting articles on the accuracy of memory in abuse cases.)

Hacking, I. (1995) *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. New Jersey: Princeton University Press. (Historical analysis of the disorder, extremely well written but quite demanding.)

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
خدا ایاری فرد

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در نابهنجاری

ارتباط فرهنگ و خرده‌فرهنگ با نابهنجاری
چگونه فرهنگ به تعریف بهنجار و نابهنجار می‌پردازد؟
تفاوت‌هایی در شیوع اختلالات روانی
نشانگان وابسته به فرهنگ
درمان مطابق با فرهنگ

ارتباط فرهنگ و خرده‌فرهنگ با نابهنجاری

برخی از تعریف‌ها

واژه فرهنگ به سامانهٔ آموخته‌شده‌ای از ارزش‌ها، باورها، معانی، قواعد و آدابی که به روش‌های الگوبندی‌شده از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند، اشاره دارد. فرهنگ، عینکی را برای نگریستن به جهان و تجربهٔ آن فراهم می‌آورد (فلسکرود^۱، ۲۰۰۰) و این‌چنین باورها، ارزش‌ها، رویکردها، مسلک‌ها، قواعد و آداب و رسوم، زبان، سامانه‌های خانوادگی، ساختارهای اجتماعی، هنر، فناوری و مصنوعات، و به‌طور کلی روش‌های فکری و شیوه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اغلب، دو واژه دیگر را با فرهنگ اشتباه می‌گیرند (با وجود اینکه معادل هم نیستند): «نژاد» بر عضویت در گروهی دلالت دارد که از نظر زیست‌شناختی و ژنتیکی از سایر گروه‌ها متمایز است. از آنجا که بسیاری از گروه‌ها در جامعه از لحاظ زیست‌شناختی تفاوت دارند و تفاوت‌های ژنتیکی درون گروه‌های نژادی اغلب بیشتر از آنهایی است که بینشان وجود دارد، این واژه امروزه مناسب تلقی نمی‌شود. واژهٔ ارجح «قومیت^۲» است، واژه‌ای غیرعینی که به احساس تعلق به گروه خاصی اشاره دارد که می‌تواند مبتنی بر نژاد، مذهب یا فرهنگ باشد. خرده‌فرهنگ^۳ بخشی از یک گروه فرهنگی است که در رفتارها، باورها و رویکردهای خاصی اشتراک دارند. در این فصل با بررسی اختلالات روانی در گروه‌های مختلف قومی و ملی و تفاوت‌های مرتبط با جنسیت، سن و طبقهٔ اجتماعی به بررسی دلالت‌ها و معانی ضمنی تفاوت‌های فرهنگی و خرده‌فرهنگی پرداخته می‌شود.

ارتباط اختلال و فرهنگ

انسان‌شناسان از واحدهای سازمان‌یافتهٔ دانش که از راه فرهنگ به افراد منتقل می‌شود، با

1 - Flakerud
2 - ethnicity
3 - subculture

عنوان سامانه‌های معنایی فرهنگی^۱ یاد می‌کنند. بنابر گفته کاستلو (۱۹۹۷، ص. ۲۰)، یک سامانه معنایی فرهنگی، واقعیت‌شناختی^۲ را برای جامعه پی‌ریزی می‌کند. این سامانه‌های معنایی چهار کارکرد دارند:

کارکرد بازنمایی^۳: برای بازنمایی نمادین جهان و ارتباط بین افراد نظام‌هایی فراهم می‌آورند. زبان (نوشتاری و گفتاری) و هنر نمونه‌هایی از این دست هستند.

کارکرد ساختاری^۴: مسائل فرهنگی از راه ارتباط ایجاد می‌شوند. این مسائل عبارتند از: تشریفات، توضیحات و راه‌هایی برای انجام امور که از نظر اجتماعی مورد توافق‌اند. ازدواج، دارایی و خانواده نمونه‌هایی از این قبیل‌اند. مقوله‌های تشخیصی DSM را می‌توان به عنوان مسائل فرهنگی نگریست، بدین معنی که این مقوله‌ها با توافق گروهی از زبندگان و خبرگان موجودیت می‌یابند و سپس با توافق اجتماعی کلی‌تر در سطح جهانی به‌کار بسته شده و برای همه کسانی که درگیر آنها هستند، به واقعیتی تبدیل می‌شوند.

کارکرد هدایت‌کنندگی^۵: پدیده‌های فرهنگی که از طریق وفاق گروهی ایجاد می‌شوند، بر شیوه زندگی مردم در آن فرهنگ (و گاهی خارج از آن، چنانکه خواهیم دید) تأثیر می‌گذارند. تشخیص معین، فرد مربوط را تحت تأثیر قرار می‌دهد (برای مثال، پیرمردی که نشانه‌های ابتدایی بیماری آلزایمر در وی تشخیص داده شده است، بدون تردید دچار پریشان‌حواسی می‌شود)، پاسخی را در دیگران ایجاد می‌کند (که می‌تواند مثبت و مفید یا منفی و بدنام‌کننده باشد) و می‌تواند به شکل خاصی از درمان توسط متخصص بالینی بینجامد.

کارکرد فراخوانی^۶: سامانه معنایی فرهنگی همچنین قواعدی برای چگونگی ابراز احساسات وضع می‌کند. از این‌رو، به‌طور کلی در فرهنگ غربی از دست دادن شغل یا عدم

1 - cultural meaning system

2 - cognitive reality

3 - representational

4 - constructive

5 - directive

6 - evocative

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در نابهنجاری --- ۱۴۷

قبولی در امتحان، علتی برای ناراحتی تلقی می‌شود، اما فقط برای مدت زمان معینی که فرهنگ تعیین می‌کند.

اختلاف‌های فرهنگی در رفتار

در زمینه‌های فرهنگی و خرده‌فرهنگی، تفاوت‌هایی را می‌توان مشاهده کرد که روی مجموع جوانب زندگی از جمله نگاهمان در مورد آنچه هنجار است، آنچه از ما انتظار می‌رود و آنچه از ما انتظار نمی‌رود، تأثیری ژرف دارند. برای نمونه، در بعضی فرهنگ‌ها (مانند فرهنگ مدیترانه‌ای) به بیان عواطف و احساسات ارزش نهاده می‌شود و مورد تشویق قرار می‌گیرد، در حالی‌که در بعضی دیگر (مانند فرهنگ انگلیسی و چینی) آن را رفتاری نامناسب می‌دانند. همچنین اختلاف چشمگیری در تأکید روی دیدگاه فردگرا و جمع‌گرا وجود دارد. در فرهنگ‌های فردگرای غربی تأکید روی «خود»، دستیابی به رضایت شخصی و مقام و رتبه است. برعکس، در فرهنگ‌های جمع‌گرا، خانواده و جامعه در جایگاه نخست قرار می‌گیرند نه خود، همچنین فرد هرچه انجام می‌دهد، منفعت جمع را در نظر دارد تا منفعت شخصی‌اش را. فرهنگ‌ها دارای رشته و زنجیره‌ای از هنجارهای اجتماعی‌اند که رفتارهای مناسب را برای گروه‌های مختلف افراد در آن فرهنگ معین می‌کنند. رفتار خارج از این هنجارها در صورتی می‌تواند پذیرفتنی باشد که بخشی از «آداب وارونه»^۱ یعنی موقعیتی را که در آن رفتار خارج از هنجارهای اجتماعی مورد قبول جامعه است، تشکیل دهد (برای مثال در مراسم شادی)؛ بدین معنی که در مکان و زمان معینی بروز می‌یابد. راز و نیاز کردن با نیاکان و گوش‌دادن به صدایشان در فرهنگ سرخ‌پوستان آمریکای شمالی پذیرفتنی است. در بسیاری از فرهنگ‌ها در موقعیت صحیح و به جا فرورفتن در حالت خلسه یا سایر حالت‌های تغییر یافته هشیاری پذیرفتنی و حتی مطلوب است. اما فرهنگ سفیدپوستان غربی بر وجود واقعیت عینی تأکیدی فراوان دارد و شنیدن صدای نیاکان را رفتاری نابهنجار تلقی می‌کند. در برخی فرهنگ‌ها درمان مستلزم اجرای آداب مذهبی و روحانی است و در بعضی دیگر شامل ملاقات

1 - rite of reversal

یک متخصص بالینی (باوجود اینکه هنوز بسیاری این مسئله را موجب بدنامی و بی‌آبرویی می‌دانند) است.

فرهنگ و اختلال روانی

با در نظر گرفتن این اختلافات، هدف روان‌پزشکی بین‌فرهنگی^۱ (رشته‌ای که به منظور پیوند دادن رشته‌های روان‌پزشکی و مردم‌شناسی به‌وجود آمده است)، بررسی و نظاره‌ماهیت اختلال روانی در سایر فرهنگ‌هاست. اگر رفتار نابهنجار وابسته به فرهنگ نیست و از طریق زیستی تعیین می‌شود، پس باید در همه فرهنگ‌ها به‌طور دقیق یک شکل به‌خود بگیرد؛ این دیدگاه معروف به مطلق‌نگری^۲ است (بری^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). این دید افراطی به علت دلایلی که پیشتر عنوان شد، احتمالاً قابل دفاع نیست. از این‌رو، بحث بیشتر حول دو احتمال دیگر می‌گردد: جهانی بودن^۴، دیدگاهی که معتقد است اختلالات روانی، چنانکه در DSM مطرح شده، در همه فرهنگ‌ها اساساً به شکل یکسانی یافت می‌شوند، اگرچه ممکن است در فرهنگ‌های گوناگون تغییراتی چند در بروز و پیدایش آنها وجود داشته باشد. نسبی‌نگری فرهنگی^۵ در مقایسه با جهانی بودن، نقش بسیار مهم‌تری برای فرهنگ قائل است، تا حدی که معتقد است نشانگان یافت‌شده در پاره‌ای از فرهنگ‌ها در فرهنگ‌های دیگر ظاهر نمی‌شوند. این نشانگان معروف به نشانگان وابسته به فرهنگ^۶ است. هلمن^۷ (۱۹۸۴) خاطرنشان می‌کند که فرهنگ می‌تواند اختلال روانی را به چهار روش تحت تأثیر قرار دهد: آنچه در یک جامعه معین به‌نحوی و نابهنجار است، تعریف می‌کند؛ می‌تواند شیوع و پیدایش اختلالات را متاثر سازد؛ می‌تواند سبب رشد اختلالات خاصی شود؛

1 - transcultural psychiatry

2 - absolutism

3 - Berry

4 - universality

5 - cultural relativism

6 - culture-bound syndrome

7 - Helman

می تواند نحوه تبیین و درمان اختلالی را در فرهنگ معینی مشخص سازد.

این موارد مبنای مبحث زیر را تشکیل می دهند.

هر فرهنگ چگونه رفتارهای بهنجار و نابهنجار را تعریف می کند

در این بخش به بررسی روش های تأثیر فرهنگ بر تصمیماتمان در مورد رفتار بهنجار و نابهنجار می پردازیم. برای مثال، در مقطعی از تاریخ گروه های معینی از مردم در جوامعی معین مرتب خود را شلاق می زدند و این کار را مطلوب می دانستند. امروزه این کار را رفتاری نامطلوب قلمداد می کنند. بنابراین، آیا در عقاید پیرامون سلامت روانی بین فرهنگ ها اختلافاتی وجود دارد؟ بنابر نظر فرناندو^۱ (۱۹۹۵)، در بسیاری از فرهنگ های شرقی سلامت روانی با یکپارچگی و هماهنگی با خانواده، محیط، جامعه و ارزش های دینی مرتبط است. اما در غرب، هدف خودکفایی، استقلال، کارایی و ارتقای اعتماد به نفس است. در مورد اختلال روانی نیز، دیدگاه ها در مورد آنچه غیرمعمول و غیرقابل قبول است، تفاوت دارد.

پاسخ به رفتارهای غیرمعمول

در بسیاری از جوامع، در تسخیر ارواح بودن، گرفتار اوهام و خیالات بودن و صحبت کردن به زبان های ناشناخته، اموری پذیرفته شده اند. این در صورتی است که این رفتارها به شیوه های تجویز شده توسط هنجارهای فرهنگی بروز یابند. زمانی که از این شیوه ها پیروی نمی شود، ممکن است مشکل آفرین تلقی شوند. پژوهش هایی که در ادامه شرح داده می شود، تلاش می کند زمانی را که احتمال وقوع چنین موضوعی می رود، نشان دهد.

چندین پژوهش به جست و جوی پاسخ مردم سایر فرهنگ ها به اصطلاحات روان پزشکی مانند «مجنون» یا به توصیفات مردمی که از نشانه هایی مانند توهمات رنج می برند، پرداخته اند. به نظر می رسد، قاره آفریقا محل انجام بیشتر این پژوهش ها بوده است. در زیمبابوه گلفند^۲

1 - Fernando

2 - Gelfand

۱۵۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

(۱۹۶۴) گزارش داد توهمات، رخدادهای «واقعی» و فرستاده شده توسط ارواح تلقی می‌شدند و افرادی که آنها را تجربه می‌کردند، توسط جامعه طرد نمی‌شدند و بهبودی خوبی نشان می‌دادند. برای مثال کلمب^۱ (۱۹۶۶) در سنگال دریافت که بهبودی این بیماران ۹۰ درصد بود. سایر کشورهای کمتر توسعه‌یافته مانند کلمبیا، به‌طور مشابهی سطوح پایینی از برچسب‌زنی در سطح اجتماع را نشان داده‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۷). در نیجریه به گروه یوروبا^۲ تصاویری عرضه کردند که به توصیف و تشریح پژوهش‌های موردی اشخاص مبتلا به اختلال روانی از جمله اسکیزوفرنی پارانویایی می‌پرداختند. به‌طور تقریبی همه آمریکایی‌ها این فرد را مبتلا به اختلال روانی تشخیص می‌دادند، اما فقط ۴۰ درصد افراد گروه یوروبا وی را بیمار دانستند؛ حتی ۳۰ درصد آنها گفتند که مایل‌اند با چنین شخصی ازدواج کنند (ارینوشو و آیونریند^۳، ۱۹۸۱). اما نیجریایی‌های تحصیل‌کرده برداشت متفاوتی ارائه کردند (بینیتی^۴، ۱۹۷۰) و در مقابل چنین موردی ۳۱ درصد آنها گفتند که چنین شخصی باید اخراج شود و ۱۶ درصد گفتند باید او را با تیر زد. بنابراین تحصیلات (و غربی شدن) به کاهش تحمل در چنین موضوعی منجر شده بود.

نتایج تحقیقات در لائوس (وسترمایر و ویتروپ^۵، ۱۹۷۸) نشان داد که واژه «مجنون» (baa) فقط پس از چندین سال در مورد افراد آزاردهنده و خشنی به‌کار گرفته می‌شد که رفتارهای عجیب و غریبی از خود نشان می‌دادند. توهمات، مشکل به حساب نمی‌آمدند. حتی به کسانی که مجنون یا دیوانه محسوب می‌شدند، غذا، لباس، سرپناه و مراقبت ارائه می‌شد. اجرتون^۶ (۱۹۷۱) در شرق آفریقا نیز دریافت که توهمات، مشکل تلقی نمی‌شدند و واژه روان‌پریش (Kichaa) در مورد کسانی به‌کار گرفته می‌شد که مرتکب قتل، آتش‌افروزی عمدی و دزدی شده یا برهنه در ملاً عام ظاهر می‌شدند. بسته به منطقه، با آنها برخوردهای متفاوتی

1 - Collomb

2 - Yoruba

3 - Erinoshu & Ayonrinde

4 - Binitie

5 - Westermayer & Wintrob

6 - Edgerton

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناهنجاری----- ۱۵۱

می‌شد؛ ممکن بود از طریق مراسم مذهبی و گیاهان آرامبخش مداوا شوند، تا زمان مرگ گرسنگی داده شوند، رانده شوند یا تا حد مرگ کتک زده شوند. در ماله فقط به افراد خشن «دیوانه» (gila) می‌گفتند و آنها را از دهکده تبعید می‌کردند (کولسون^۱، ۱۹۷۱).

تفاوت‌هایی در تفسیر و تعبیر نشانه‌ها

جوامعی نیز وجود دارند که در آنها نشانه‌های خاص معانی متفاوتی دارند. برای مثال، در جوامع هندو و بودایی، به افسردگی به عنوان بیماری نگاه نمی‌شود، بلکه به آن به‌عنوان بینشی روحانی در مورد جهان نگریسته می‌شود. از این رو، موفقیت به‌شمار می‌آید (کاستلو، ۱۹۹۱). در میکرونزی^۲ احساسات افسرده‌وار همیشه با برخی از فقدان‌های شخصی مرتبط با روابط پیوند داده می‌شوند و حتی اگر افسردگی برای مدت زمانی طولانی تداوم یابد، باز به‌عنوان رفتاری بهنجار نگریسته می‌شود (لوتز^۳، ۱۹۸۵). در بریتانیا، فرنهام و مالیک^۴ (۱۹۹۴) پی بردند که مهاجران آسیایی میانسال به نشانه‌های افسرده‌وار به عنوان بیماری نگاه نمی‌کردند، در حالی که یک نمونه بریتانیایی و نمونه‌ای از مهاجران جوان آسیایی آن را بیماری تلقی می‌کردند. در جوامعی که برای پاکی آیینی ارزش زیادی قائل‌اند، برای مثال در هندوستان، ترس از آلودگی و نشستن دست‌ها ممکن است بیشتر از جوامع غربی پذیرفتنی باشد. در یکی از قبایل پاکستان که فرهنگی خشن و پر از رقابت دارد، نباید کسی را مبتلا به پارانو یا تشخیص داد، زیرا مردم واقعاً علیه هم توطئه می‌چینند (کاستلو، ۱۹۹۷). همچنین، اختلال شخصیت جامعه‌ستیز نیز غیرمعمول تلقی نمی‌شود، زیرا خودمحوری افراطی نوعی هنجار است. رفتار دگرآزاری مرتبط با اختلالات شخصیت هیستریک در DSM (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، ص. ۶۵۶) در فرهنگ‌های لاتین مناسب تلقی می‌شود.

نتیجه‌گیری

1 - Colson

2 - Micronesia

3 - Luts

4 - Fernham & Malik

۱۵۲ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

چنین پژوهش‌هایی به‌طور آشکار نشان می‌دهد که توافق بسیار محدودی در مورد چگونگی رفتار نابهنجار وجود دارد. بسیاری از رفتارهای افراطی که در فرهنگ غربی توسط سامانه قانونی با آنها برخورد می‌شود، در بیشتر فرهنگ‌های دیگر نیز بنا بر وفاق عمومی غیرقابل قبول هستند. اما بسیاری از رفتارهایی که نماینده اختلال روانی شدید قلمداد می‌شوند، در این فرهنگ‌ها پذیرفته شده‌اند. و حتی در برخی از جوامع این‌گونه رفتارها را ارج می‌نهند و گاهی مبتلایان به این نشانه‌ها مقامشان بالاتر می‌رود. راگلر و هالینگ‌شید^۱ (۱۹۶۵) گزارش می‌دهند که پورتوریکویی‌های اسکیزوفرنیک اگر یک روحانی را ملاقات کنند، مقامشان بالا می‌رود، گویی که خود دارای قوای روانی‌اند. آنها ممکن است به عنوان همسر، بیشتر پذیرفته شوند. تفاوت‌ها در چشم‌اندازهای فرهنگ‌های دیگر همچنین دلالت بر این دارد که برای چنین افرادی در جامعه غربی، خود اختلال بخشی از مشکلات آنان است.

تمرین مروری

دوباره به مطالعات موردی در فصل دوم نظری بیندازید. اگر این افراد در فرهنگ‌های دیگر زندگی می‌کردند، آیا فکر می‌کنید رفتارشان مورد پذیرش واقع می‌شد؟ اگر دیگران آنها را نابهنجار قلمداد نمی‌کردند آیا قادر بودند با کفایت زندگی کنند؟

تفاوت‌هایی در شیوع و ابراز اختلالات روانی

فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌ها را می‌توان از لحاظ تفاوت در شیوع اختلالات روانی در جمعیت و نحوه بروز این اختلالات مقایسه کرد.

تفاوت‌هایی در شیوع اختلالات در فرهنگ‌های متفاوت

مطالعه تاریخ اختلالات روانی مشخص می‌سازد که اختلالات در دوره‌های تاریخی

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناپهنجاری --- ۱۵۳

متفاوتی می آیند و می روند. در قرون وسطی خود دَد انگاری^۱ (این تصور که شخص به گرگ تبدیل شده و پشم درمی آورد)، به طور گسترده ای شیوع داشت، اما امروزه حتی نام این بیماری شنیده نمی شود. همچنین در اواخر قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم در اروپا، خواب گردی بسیار شایع بود. آیا ممکن است در مقطع زمانی یکسان تغییر مشابهی بین فرهنگ های مختلف وجود داشته باشد؟ به یاد داشته باشید که اگر پراکندگی قابل توجهی در فراوانی شیوع یک اختلال وجود داشته باشد، این مسئله مغایر با تصور جهانی بودن در مورد اختلال روانی خواهد بود.

کلاین من^۲ انسان شناس (۱۹۹۱)، متوجه شد که بسیاری از اختلالات مربوط به بزرگسالی مانند افسردگی، افسردگی دوقطبی، اسکیزوفرنی، زوال عقل و اضطراب به نظر می رسد که در سطح جهانی بروز می یابند. بررسی هایی انجام شد تا معلوم شود آیا شیوع اختلالات در فرهنگ های گوناگون متفاوت است. مشکلی که پژوهشگران در این زمینه با آن دست به گریبانند، این است که آیا تشخیص های پزشکان سایر فرهنگ های غیر غربی را به عنوان تشخیص درست بپذیرند (چرا که ممکن است این فرهنگ ها از نظام های تشخیصی متفاوتی استفاده کنند، برای مثال چین) یا اینکه اصرار کنند که کلیه تشخیص ها باید توسط متخصصان بالینی آموزش یافته در غرب، مطابق با استانداردهای غربی انجام شوند. احتمال اینکه در هر دو مورد نتایج مشابهی به دست آید، بسیار کم است.

اسکیزوفرنی

پژوهشی که برای سازمان جهانی بهداشت توسط سارتوریوس^۳ و همکاران (۱۹۸۶) انجام گرفت، نشان داد که احتمال خطر بروز اسکیزوفرنی در ۱۵ تا ۴۵ سالگی در کل ۱ درصد است. هر چند این درصد در فرهنگ های مختلف متفاوت بود؛ از کمترین سطح یعنی ۰/۵۳ درصد در هنولولو شروع می شد و به بیش از بالای ۱/۷۴ درصد در مناطق روستایی هندوستان

1 - Lycanthropy

2 - Kleinman

3 - Sartorius

می‌رسید. این پژوهش بدین دلیل مورد انتقاد قرار گرفت که دامنه پوشش فرهنگ‌ها در آن محدود بود. بنابراین، ممکن است گستره کامل تغییرات احتمالی را دست‌کم برآورد کرده باشد. همچنین مشکل کاربرد ملاک‌های غربی وجود داشت که در فرهنگ‌های دیگر معانی ضمنی یکسانی دربر ندارند. برای مثال هذیان‌ها و توهمات گاهی بیانگر اعتقاد به عوامل فوق طبیعی‌اند که در سایر فرهنگ‌ها کاملاً پذیرفته شده است. بررسی دیگری (جبلنسکی^۱ و همکاران، ۱۹۹۲) در ۱۰ کشور از جمله هند، بریتانیا، دانمارک، روسیه، نیجریه، ژاپن، آمریکا و جمهوری چک درصدهای بروز مشابهی به دست داد.

افتراق

این مورد به تقریب در همه جای جهان به چشم می‌خورد (بورگوییگنون^۲، ۱۹۷۳)، باوجود اینکه در بیشتر فرهنگ‌ها به عنوان بخشی از آیین‌های مذهبی به آن نگاه می‌شود تا اختلال مشکل‌آفرین.

الکلیسم

هلترز^۳ و همکاران (۱۹۹۰) مقدار الکلیسم را در پنج شهر در فرهنگ‌های متفاوت با هم مقایسه کردند. شیوع آن در طول عمر در مردها در دامنه‌ای بین ۲۳ درصد برای کره‌ای‌ها و ۷ درصد برای تایوانی‌ها به دست آمد. این مقدار در ادمونتون آلبرتا ۱۹ درصد است. با در نظر گرفتن استفاده‌های متفاوت از الکل در فرهنگ‌های متفاوت، شگفت نیست اگر عوامل خطر متفاوتی در جاهای متفاوت وجود داشته باشد (کاتالانو^۴ و همکاران، ۱۹۹۳). اگرچه بعضی کشورها از سایرین مصرف بیشتری دارند (برای مثال فرانسه)، اما به‌طور معمول مقادیر کمی از آن به هنگام صرف غذا در طول روز به مصرف می‌رسد. در کشورهای دیگر (مثل آمریکا)

1 - Jablensky

2 - Bourguignon

3 - Helzer

4 - Catalano

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در نابهنجاری --- ۱۵۵

الکل در پایان روز به منظور مست‌کردن مصرف می‌شود. در کشورهای مثل کشورهای مسلمان، مصرف الکل به دلایل مذهبی به صراحت ممنوع شده است. در فرهنگ‌های هندی، سرخ‌پوستی و سعودی، عدم مصرف الکل، رفتاری مطلوب معرفی و مشروب‌خواری در زندگی اجتماعی نابهنجار محسوب می‌شود. در ایرلند، ژاپن و پورتوریکو، مصرف زیاد الکل از مردان انتظار می‌رود و اگر در دورهم‌نشینی‌ها و مشروب‌خواری شرکت نجویند، از نظر اجتماعی نقص تلقی می‌شود.

بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی

این موارد در جوامع مدرن صنعتی مانند آمریکا، کانادا، اروپا، استرالیا، ژاپن و نیوزیلند، شایع‌ترند (ریتنباو^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). این تفاوت در کشورهای غربی به تصاویر ذهنی سختگیر فرهنگی غرب از زن ایده‌آل و زیبا نسبت داده شده است. نتایج بررسی ناصر^۲ (۱۹۸۶) نشان داد که دانشجویان مصری که در لندن تحصیل می‌کردند، بیشتر از گروه گواه که در مصر مشغول به تحصیل بودند، مبتلا به اختلال خوردن بودند که این مسئله حامی تبیین مذکور است.

اختلال افسردگی عمده

به نظر می‌رسد افسردگی در فرهنگ‌های آسیایی چندان در معرض دید نیست. این حالت می‌تواند چنانکه رک^۳ (۱۹۸۲) می‌گوید، به این دلیل باشد که آسیایی‌ها فقط برای نشانه‌های جسمانی مرتبط با افسردگی درصدد مشاوره برمی‌آیند و به تجارب هیجانی، چنانکه در بخش پیش متذکر شدیم، به عنوان مشکل نگاه نمی‌کنند. شیوع افسردگی در تایوان و هنگ‌کنگ کمتر از کشورهای غربی است (کامپتون^۴ و همکاران، ۱۹۹۱) که به حمایت اجتماعی

1 - Ritenbaugh

2 - Nasser

3 - Rack

4 - Compton

بیشتر موجود در این کشورها نسبت داده شده است (تسنگ^۱ و همکاران، ۱۹۹۵). گروه همکاری میان ملتی^۲ (۱۹۹۲) گزارش داد، با وجود تفاوت‌های فرهنگی، شیوع افسردگی به‌طور کلی در حال افزایش است و کاهش در سن بروز به چشم می‌خورد. برای مثال، نرخ تراکمی بروز در آمریکا، بیشتر از لبنان و تایوان است. از کارافتادگی و دورافتادگی از سامانه‌های حمایت اجتماعی و نبود امکانات برای افراد جوان و ساختارهای منفی فرهنگی-اجتماعی برای سالمندان، از دسته تبیین‌هایی هستند که می‌توان برای این افزایش در جوامع مدرن ارائه داد.

اضطراب

این مورد به‌ویژه به‌هنگام ارزیابی اضطراب فراگیر، مدارک بیشتری از تفاوت‌های فرهنگی ارائه می‌دهد (تسنگ و همکاران، ۱۹۹۰)، با وجود این، توافق بیشتری در مورد شیء‌هراسی^۳ وجود دارد. دیوی^۴ و همکاران (۱۹۹۸) از توافق روی محرک‌هایی خبر دادند که در ژاپن، بریتانیا، آمریکا، ایتالیا، اسکانداویناوی، هندوستان، کره و هنگ‌کنگ مرتبط با هراس‌اند.

اختلال وسواس بی‌اختیاری

شایع‌ترین انواع این اختلال در انگلستان، مصر، هند، اسرائیل، تایوان و پورتوریکو یافت شده‌اند که حاکی از مشابهت فرهنگی‌اند (استیلی و وند^۵، ۱۹۹۵). متخصصان بالینی باید به هنگام تشخیص، هنجارهای فرهنگی غالب را به خاطر داشته باشند، چرا که در بسیاری از فرهنگ‌ها مانند مصر و هندوستان، پاکسازی و شست‌وشوی آیینی بخش‌های مهمی از وظایف مذهبی‌اند بنابراین نابهنجار تلقی نمی‌شوند.

1 - Tseng

2 - The Cross-national Collaborative Group

3 - object phobia

4 - Davey

5 - Staley & Wand

نتیجه‌گیری

پژوهش در مورد تفاوت‌های فرهنگی در شیوع بیماری‌های روانی توسط امیل کرپلین^۱، پدر روان‌پزشکی نوین که در سال ۱۹۰۴ در جست‌وجوی زوال عقل پیش‌رس^۲ (که اکنون به عنوان اسکیزوفرنی شناخته شده است) و افسردگی شیدایی به جاوه سفر کرد، آغاز شد. او به مانند بسیاری از پژوهشگران جدید، به این نتیجه رسید که کمی عمومیت وجود دارد؛ با این حال، برخی از جوانب اختلافات از نظر فرهنگی متمایز بودند. با در نظر گرفتن تنوع داخلی در بیشتر کشورها و در صورتی که پذیرفته شود فرهنگ تأثیرگذار است، چندان شگفت نخواهد بود اگر مسئله از این قرار باشد.

وایز^۳ و همکاران (۱۹۸۷) کوشیدند تا با الگوی سرکوبی-تسهیل^۴ به توضیح تفاوت‌های فرهنگی مانند مواردی که پیشتر ذکر شد، بپردازند. آنها براساس اصول نظریه یادگیری استدلال می‌کنند رفتارهایی که درون یک فرهنگ پاداش داده می‌شوند، به‌طور مرتب مشاهده می‌شوند (تسهیل می‌شوند)، درحالی‌که رفتارهایی که بد دانسته می‌شوند، بازداری می‌شوند. بررسی کودکانی که در آمریکا و تایلند برای درمان مشکلات رفتاری ارجاع داده شده بودند، نشان داد که رفتار این کودکان حالت افراطی رفتارهایی بود که والدینشان ترجیح می‌دادند. در آمریکا، این حالت عبارت بود از رفتاری جسورانه که خود را به صورت رفتارهای مشکل‌آفرین مانند پرخاشگری و حواس‌پرتی نمایان می‌ساخت. در تایلند، این حالت عبارت بود از رفتاری آرام و کنترل‌شده که به صورت رفتار کنترل‌شده افراطی مانند اضطراب و وحشت نمود می‌یافت. بدین ترتیب ارزش‌های فرهنگی و انتظارات والدین منتهی به الگوهای متفاوتی از رفتار مشکل‌آفرین در کشورهای متفاوت شده بود یا به صورتی دقیق‌تر سبب شده بود که الگوهای متفاوتی را در کشورهای متفاوت، اختلال تلقی کنند.

1 - Emil Kraepelin

2 - dementia praecox

3 - Weisz

4 - suppression-facilitation model

تفاوت‌هایی در نحوه بروز رفتار در فرهنگ‌های متفاوت

مشاهده می‌شود که در نمود اختلالات، تفاوت‌های تاریخی وجود دارد. اختلال شخصیت چندگانه نمونه خوبی از این مورد است که در آغاز با عنوان «هشیاری دوگانه»^۱ شناخته می‌شد. شاید بر مبنای برداشت دوگانه مسیحیت از خوبی در مقابل پلیدی، موارد اولیه این اختلال در اواسط سده نوزدهم به صورت حضور دو «خود» تظاهر می‌یافت. در جهان مدرن، که زندگی به‌طور کلی پراکندگی بیشتری دارد و گویی پاره‌پاره است، مواردی مشاهده شده که دارای صدها خود می‌باشند (کنی، ۱۹۸۶). آیا چنین تغییری را می‌توان در یک زمان در میان فرهنگ‌ها مشاهده کرد؟

اسکیزوفرنی

این بار نیز اسکیزوفرنی بیشترین توجه را به خود معطوف داشته است. در کشورهای پیشرفته به‌نظر می‌رسد این اختلال به شکل شدیدتری بروز می‌یابد. ۴۰ درصد از موارد این اختلال در این کشورها در مقایسه با ۲۴ درصد در کشورهای در حال توسعه از شدت زیادی برخوردارند (سارتوریس و همکاران، ۱۹۸۶). هر چند این مسئله ممکن است به دلیل تفاوت‌ها در تشخیص باشد، چرا که برخی از موارد مشاهده‌شده در کشورهای در حال توسعه با چنان سرعتی بهبود یافتند که در حضور اسکیزوفرنی واقعی تردید پیش می‌آید. در سال ۱۹۷۹، سازمان جهانی بهداشت علائم اسکیزوفرنی را در ۹ کشور مختلف مقایسه کرد. بعضی از علائم مشترک بودند؛ ۹۷ درصد از موارد مشاهده‌شده فاقد بیش بود، و در ۷۰ درصد از موارد توهمات یافت شدند. با وجود این، زمانی که زیرگونه‌ها-پارانویایی، هبفرنیایی و کاتاتونیایی- بررسی شدند، تفاوت‌هایی ظاهر شد. گونه‌های کاتاتونیایی و هبفرنیایی در کشورهای در حال توسعه‌ای مانند هندوستان و گونه‌های پارانویایی در کشورهای شهری‌تر، غربی و توسعه‌یافته‌ای مانند ژاپن شایع‌تر بودند (کلاین من و کوهن^۲، ۱۹۹۷؛ لین^۳، ۱۹۹۶).

1 - duoble consciousness

2 - Klienman & Cohen

3 - Lin

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناهنجاری----- ۱۵۹

سایر فرهنگ‌ها ممکن است نشانه‌های کاملاً متفاوت با آنچه در موارد غربی یافت می‌شود، بروز دهند. برای مثال اسکیموها نشانگانی دارند که شبیه به اسکیزوفرنی به نظر می‌رسد (حرف زدن با مردمی که وجود خارجی ندارند). اگرچه این نشانگان اسکیمویی شامل نشانه‌های دیگری مانند کشتن سگ‌ها نیز است. محتوای هذیان‌های اسکیزوفرنیایی نیز براساس تعریف تغییر خواهد کرد (کیم^۱ و همکاران، ۱۹۹۳). DSM IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) هذیان‌های عجیب و غریب را بدین‌سان تعریف می‌کند که قابل درک نیستند و از تجارب زندگی عادی مشتق نمی‌شوند (ص. ۲۷۵). نیروهای فوق طبیعی که در بسیاری از فرهنگ‌ها پذیرفتنی‌اند، ممکن است در چشم غربی‌ها عجیب و غریب جلوه کنند.

تجارب نیز ممکن است به روش‌های متفاوتی توصیف شوند. لیتلوود و لپسج (۱۹۸۹) متوجه شدند که ۴۰ درصد بیماران روان‌پریش آفریقایی تجاربشان را در قالب واژه‌ها و مفاهیم مذهبی توصیف می‌کردند که در مقایسه با آن این رقم در بیماران سفیدپوست بریتانیایی ۲۰ درصد است. شپر-هیوز^۲ (۱۹۷۹) دریافت که در روستاییان منطقه کِری در ایرلند، توصیف‌های مذهبی رایج‌تر از اسکیزوفرنیک‌های سفیدپوست آمریکایی است. احتمال مبادرت به توصیف تجارب در قالب مفاهیم فوق‌زمینی در روان‌پریشان غربی بیشتر از روان‌پریشان سایر فرهنگ‌ها بود.

بی‌اشتهایی

بی‌اشتهایی زمانی که در کشورهای غیرغربی یافت می‌شود، اغلب همراه با نشانه‌هایی مانند تصویر ذهنی مختل از بدن یا ترس از چاقی مفرط نیست (لی و سو^۳، ۱۹۹۵). از آنجا که این مسائل بخشی از ملاک‌های تشخیص این اختلال را در DSM IV تشکیل می‌دهند، اینکه آیا می‌توان این اشکال را بی‌اشتهایی واقعی تلقی کرد، قابل بحث است (وایس^۴، ۱۹۹۵). لی و

1 - Kim

2 - Scheper-Hughes

3 - Lee & Hsu

4 - Weiss

۱۶۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

همکاران (۱۹۹۳) دریافتند در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی در چین، ترس اصلی بیشتر از برآمدگی شکم است تا چاقی. در هندوستان خاندلوال^۱ و همکاران (۱۹۹۵) نشانی از مختل بودن تصویر ذهنی از بدن یا ورزش شدید و افراطی نیافتند و در مورد چاقی نیز ترسی وجود نداشت. مقدار غذای مصرفی بر مبنای باورهای قدرتمند مذهبی تعیین می‌شد.

افسردگی

افسردگی نیز در فرهنگ‌های متفاوت به نحو متفاوتی بروز می‌کند. در سال ۱۹۸۳ سازمان جهانی بهداشت دریافت بیماران افسرده کانادا، ایران، هندوستان، ژاپن و سوئیس نشانه‌های متفاوتی بروز می‌دادند. برای مثال ۶۸ درصد از نمونه سوئسی احساس گناه می‌کردند و این رقم در مورد ایرانیان فقط ۲۲ درصد بود. ۵۷ درصد از ایرانی‌ها نشانه‌های جسمانی کردن^۲ (علائم جسمانی مانند سردرد، کاهش وزن، درد و...) را بروز می‌دادند، در حالی که فقط ۲۷ درصد از کانادایی‌ها این‌گونه بودند. در کل جسمانی کردن در شرق دور و بیماران دارای منزلت پائین اجتماعی-اقتصادی شایع‌تر است (کلاین، ۱۹۸۰). برای مثال، تایوانی‌ها در مورد بیان احساسات و افکار شخصی بسیار خوددارند. لائو^۳ و همکاران (۱۹۸۳) در هنگ‌کنگ گزارش دادند که شکایت‌های اصلی بیماران عبارت بود از ناراحتی‌های معده (۱۸/۷ درصد)، سرگیجه (۱۲/۲ درصد)، سردرد (۹/۸ درصد) و بی‌خوابی (۸/۴ درصد). از میان این نمونه، ۹۶ درصد در آغاز از نشانه‌های جسمانی شکایت می‌کردند و بندرت کسی حرفی از مشکلاتی هیجانی می‌زد. در بریتانیا احتمال اینکه مهاجران آسیایی دچار افسردگی، از ضعف فراگیر، مشکلات روده‌ای، ترس از حمله قلبی و نگرانی در مورد اندام‌های تناسلی‌شان شکایت کنند، بسیار زیاد است (حسین و گومرسال^۴، ۱۹۷۸). در ترکیه نیز دریافته‌اند که شکایت‌های جسمانی مانند بی‌خوابی و خودبیمارانگاری^۵ شایع‌ترند (اولوساهین^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). در

1 - Khandelwal

2 - somatisation

3 - Lau

4 - Hussain & Gomersall

5 - Hypochondria

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۶۱

بریتانیا احساس گناه و بدبینی شایع است. افکار پیرامون خودکشی و درصد خودکشی نیز متغیر است. باراکلوف^۲ (۱۹۸۸) نشان داد کشورهای اسکاندیناوی، اروپای شرقی و برخی از کشورهای آسیایی از این حیث بالاترین و کشورهای غربی پایین‌ترین هستند.

نتیجه‌گیری

زمانی که مقوله‌های غربی اختلال روانی در سایر فرهنگ‌های غیرغربی شناسایی می‌شوند، به‌طور مکرر تفاوت‌های کاملاً مشخصی در نشانه‌شناسی^۳ نشان می‌دهند. این مسئله کاربرد جهانی مقوله‌های تشخیصی DSM را دشوار می‌سازد.

تفاوت‌های خرده‌فرهنگی^۴

در این بخش تفاوت‌های موجود در چهار مقوله خرده‌فرهنگی را از نظر می‌گذرانیم گروه‌های قومی، جنسیت، طبقه و سن. نکته حائز اهمیت اینکه برای هر تفاوت مشاهده‌شده ممکن است توضیحات احتمالی فراوانی وجود داشته باشد. این تفاوت‌ها ممکن است توسط تفاوت‌ها در رفتار مددجویانه، یا توسط سوگیری در فرایند ارزیابی و نظام طبقه‌بندی و همچنین با تفاوت‌های واقعی در شیوع توضیح داده شوند. حتی تفاوت‌های واقعی در شیوع ممکن است به‌جای داشتن مبنایی زیستی، پیامد شرایط اجتماعی ضعیف یا فشار روانی مرتبط با پیش‌داوری^۵ باشند. تفکیک تأثیرات قومیت، طبقه، سن و جنسیت آزمودنی‌های یک تحقیق نیز بسیار دشوار است.

1 - Ulusahin

2 - Barraclough

3 - symptomatology

4 - subcultural

5 - prejudice

گروه‌های قومی

تفاوت‌ها در مددجویی^۱

قبل از نگاه به آمار می‌توان گفت که در بهره‌گیری گروه‌های قومی از خدمات بهداشتی، تفاوت‌هایی وجود دارد. بعضی افراد را تشویق می‌کنند تا پی‌جویی امداد حرفه‌ای شوند و برخی دیگر، بر انکار مشکلات اصرار می‌ورزند. بعضی رفتارهای مشکل‌آفرین را تحمل می‌کنند، شماری دیگر نشانه‌های جسمانی را می‌پروراند و پی‌جویی کمک پزشکی برای رفع این نوع مشکلات می‌شوند (و بدین‌گونه مشکلات عاطفی و هیجانی‌شان را انکار می‌کنند). در آمریکا پی‌برده‌اند که گروه‌های قومی آفریقایی از خدمات بهره‌ بیشتری می‌برند و گروه‌های اسپانیایی و آسیایی در مقایسه با قفقازی‌ها از این خدمات کمتر سود می‌جویند. شرقی‌ها احتمال دارد بیشتر پی‌جویی کمک پزشکی شوند تا روان‌شناختی (سو^۲ و همکاران، ۱۹۹۱).

کندال و هامن^۳ (۱۹۹۵) این تفاوت‌ها را به تفاوت در رویکردهای فرهنگی درخصوص چنین مشکلاتی و محل پی‌جویی کمک نسبت می‌دهند. کرمایر^۴ و همکاران (۱۹۹۶) در مونترئال توضیح احتمالی دیگری پیشنهاد کرده‌اند. آنان دریافتند زمانی که سطوح فشار روانی کنترل می‌شد، مهاجران $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{3}$ کمتر احتمال داشت پی‌جویی مراقبت‌های بهداشت روانی شوند. هنگام پرسش در مورد علت این مسئله آنها پی‌بردند که مهم‌ترین عامل، «عدم تناسب قومی» بود؛ بدین معنی که مهاجران قادر نبودند به ملاقات متخصصان گروه قومی خود بروند و از جانب متخصصانی که ملاقات می‌کردند، درک نمی‌شدند و همواره با پیش‌داوری مواجه می‌شدند. در بریتانیا فردریک^۵ (۱۹۹۱) گزارش داد که افراد سیاه‌پوست شرکت‌کننده در بررسی بررسی مزبور کمتر احتمال داشت به میل و خواسته خود پی‌جویی کمک شوند. زنان آفریقایی- کارائیبی نیز از پزشکان عمومی ناراضی بودند و احتمال اینکه این زنان توسط پزشکان عمومی

1 - help-seeking

2 - Sue

3 - Kendall & Hammen

4 - Kirmayer

5 - Frederick

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری --- ۱۶۳

برای کمک ارجاع داده شوند، کمتر از سایر گروه‌هاست (پیلگریم و راجرز، ۱۹۹۹).

درصدها در بین گروه‌های مهاجر

گوارناکسیا^۲ و همکاران (۱۹۹۰) با بررسی سطوح کلی بهداشت روانی، پورتوریکایی‌هایی را که در خود پورتوریکو زندگی می‌کردند، با پورتوریکایی‌های مقیم شهرهای آمریکا مقایسه کردند. به نظر می‌رسد درصدهای تشخیص اختلال و نشانه‌های گزارش شده در گروه‌های مهاجر بیشتر باشد. پژوهشگران استدلال کردند که این مسئله به سبب وجود شیوه پذیرفته‌شده فرهنگی پاسخگویی به فشار روانی در پورتوریکو است. این شیوه که موسوم به آتاک دِ نروپوس است، با غش کردن، حمله و تپش‌های شدید قلب همراه است. در صورتی که متخصصان بالینی از نظام طبقه‌بندی جاری بدون عنایت به تأثیرات فرهنگی استفاده کنند، چه‌بسا به راحتی از این نشانه‌ها به عنوان نشانه‌های مبین مشکلات مربوط به سلامت روانی تعبیر کنند.

در بریتانیا کوکران (۱۹۷۷) دریافت که درصد پذیرش روان‌پزشکی برای مهاجران لهستانی، ایرلندی و اسکاتلندی به انگلستان و ولز بیشتر از کسانی است که در این کشورها متولد شده‌اند. پژوهش‌های اولیه درخصوص سایر گروه‌های قومی مانند آسیایی‌ها و آفریقایی-کارابین‌ها، نتایج ضد و نقیضی نشان داد، اما بررسی‌های کنترل‌شده‌تر بعدی همسو هستند؛ با وجود اینکه گروه‌های آسیایی در این مسئله با هم فرقی‌هایی دارند. برای مثال، کارپنتر و بروکینگتون^۳ (۱۹۸۰) برای گروه‌های آسیایی درصدهای پذیرش بیشتری یافتند، در حالی که هیچ^۴ (۱۹۸۱) پی برد که گروه‌های متولد پاکستان درصدهای بالاتر و گروه‌های متولد هند درصدهای پایین‌تری داشتند. این حالت ممکن است به دلیل انتخاب گروه‌های گواه متفاوت باشد، چرا که اولی از بریتانیایی‌های سفیدپوست بهره گرفته و دومی از آسیایی‌های متولد بریتانیا استفاده کرده است.

1 - Pilgrim & Rogers

2 - Guarnaccia

3 - Carpenter & Brockington

4 - Hitch

استرس یا انتخاب؟

مهاجران نیز ممکن است حالت خاصی را بروز دهند، زیرا خود مهاجرت ممکن است فرایندی پردغدغه باشد (فرضیه استرس) و کسانی که آن را برمی‌گزینند، ممکن است بیشتر از افراد دیگر گرفتار مشکلات شوند (فرضیه انتخاب).

برای هر دو این توضیحات پشتوانه علمی وجود دارد. پیرامون مورد دوم، شاختر^۱ (۱۹۶۵) در استرالیا دریافت که ۴۵/۵ درصد نمونه‌ای از مهاجران پذیرفته‌شده در بیمارستان‌های روانی قبل از مهاجرت سابقه بیماری روانی داشتند. زمانی که موارد احتمالی نیز شامل شدند، این رقم به ۶۸/۲ درصد افزایش یافت. در خصوص مورد اول مشکلات پیش روی مهاجران را شاید بتوان به وضوح در آمارهای به‌دست آمده از ایرلندی‌ها مشاهده کرد. کوکران و بال^۲ (۱۹۸۹) نشان دادند که مهاجران ایرلندی ساکن در سرزمین اصلی بریتانیا بیشترین میزان تشخیص را برای مقوله‌های بالینی روان‌پریشی، روان‌رنجوری، افسردگی، اختلال شخصیت و سوء‌مصرف الکل به خود اختصاص داده‌اند. برای مثال، پذیرش‌های روان‌پزشکی از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۸۰ نفر است. در مقایسه، پذیرش انگلیسی‌ها از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۵۰۴ نفر است. پیلگریم و راجرز (۱۹۹۹) این مسئله را ناشی از دو گروه از عوامل می‌دانند؛ نخست، عوامل مادی مانند فقر، مهاجرت اجباری و شرایط اجتماعی و سیاسی ناپایدار و دوم، عوامل فرهنگی مانند جور و ستم کلیسا و تاریخ استعمارگری انگلستان که هر دو این موارد موجب بحران هویت برای مردم ایرلند شد. لیتلوود و لیسیج (۱۹۸۹) استدلال می‌کنند که گروه‌های مهاجر مختلف به دلیل شرایط خاصشان عوامل خطر^۳ متفاوتی دارند. بعضی‌ها مانند آفریقایی-کارائیبی‌ها بیشتر از سایرین در معرض خطرهای احتمالی قرار دارند. به‌ویژه پناهندگانی که اغلب مجبور به جلائی وطن می‌شوند، پیش از ترک وطن دچار آسیب می‌شوند و نمی‌توانند مراجعت کنند، ممکن است در معرض خطر باشند.

نرخ ابتلاء در گروه‌های قومی مختلف

رویکرد دیگر، بررسی بروز اختلال در گروه‌های قومی در مقایسه با افراد جامعه به

1 - Schaechter

2 - Bal

3 - risk factor

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری --- ۱۶۵

عنوان یک کل است. با نگاهی به آفریقایی-کارائیبی‌ها و با در نظر گرفتن شمارشان در جمعیت کل، به نظر می‌رسد آنها همواره در پذیرش در بیمارستان‌های روانی درصد بالایی را به خود اختصاص می‌دهند (مک‌گاورن و کوپ، ۱۹۸۷). بنابر گفتهٔ بنیارد^۱ (۱۹۹۶)، افراد سیاه‌پوست فقط ۵ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهند، اما ۲۵ درصد بیماران موجود در بیمارستان‌های روانی سیاه‌پوست می‌باشند. با وجود اینکه پذیرفته شدن در بیمارستان‌ها در کل شاخص خوبی برای نمایاندن میزان بروز اختلالات نیستند، هریسون^۲ و همکاران (۱۹۸۹) این یافته‌ها و نتایج را در پژوهشی بررسی کردند که کلیهٔ بیماران در تماس با خدمات روان‌پزشکی را دربر می‌گرفت.

توضیحات ارائه‌شده برای این یافته‌ها به‌طور معمول مشکلات گریبانگیر آفریقایی-کارائیبی‌ها را به فقر و نژادپرستی نسبت می‌دهند (برای مثال لیتلوود و لیسج، ۱۹۸۹). درصدهای کم‌وبیش کمتر پذیرش در جوامع آسیایی (در مقایسه با درصدهای آفریقایی-کارائیبی)، ممکن است به ثروت بیشتر، رویکرد مقدرنگر^۳ بیشتر به زندگی یا بدنامی مرتبط با مددجویی در جوامع آسیایی قابل اسناد باشد. هر چند چنین توضیحاتی نه تفاوت‌های مشاهده‌شده در ایرلندی‌ها و سایر گروه‌ها را می‌تواند توجیه کند و نه علت بروز تفاوت‌های موجود در نوع اختلال مذکور را (که موضوع بعدی است).

تفاوت‌هایی در نوع اختلال

اکنون بسیاری از نتایج بررسی‌ها تصدیق کرده‌اند که بروز اسکیزوفرنی در آفریقایی-کارائیبی‌های ساکن بریتانیا به‌طور چشمگیری بیشتر از این میزان در جمعیت کل است. همچنین تأیید شده است که چنین اختلافاتی در مهاجران نسل دوم نیز یافت می‌شوند و اینکه در آفریقایی-کارائیبی‌هایی که به سایر کشورها مهاجرت کرده‌اند، بروز نمی‌یابند. برای مثال کوکران و ساشیدهاران (۱۹۹۵) از هفت برابر شدن بروز این اختلال در این گروه گزارش دادند. هریسون و همکاران (۱۹۸۸) آن را ۱۲ الی ۱۳ برابر کل جمعیت برآورد کردند. در

1 - Banyard

2 - Harrison

3 - fatalistic

آمریکا گزارش شده که تشخیص مردان سیاه‌پوست برای اسکیزوفرنی در مقایسه با کل جمعیت دو برابر است. این در مورد آمریکایی‌های اسپانیایی‌الصل (موخرجی^۱ و همکاران، ۱۹۸۳)، اسکیموها (سمپا^۲، ۱۹۷۴) و سرخ‌پوستان (روی^۳ و همکاران، ۱۹۷۰) نیز به چشم می‌خورد. اینها فقط تفاوت‌های مشاهده‌شده نیستند. برای مثال، سوء‌مصرف مواد، در آمریکایی‌های آفریقایی‌الصل بیشتر از سفیدپوستان (فلسکرود، ۲۰۰۰) و الکلیسم در میان سرخ‌پوستان شایع‌تر است (کندال و هامن، ۱۹۹۵). اقدام به خودکشی، مشکل خاصی است که در میان زنان آسیایی ساکن بریتانیا شایع است (گراس و مک ایلوین^۴، ۱۹۹۸). این مسائل بیشتر از اسکیزوفرنی به‌طور عینی قابل رسیدگی‌اند و برای اسناد دادن به شرایط اجتماعی و شیوه زندگی مناسب‌ترند.

چرا برای اسکیزوفرنی نرخ‌های ابتلای متفاوتی وجود دارد؟

پس چگونه می‌توان نرخ‌های متفاوت ابتلا به اسکیزوفرنی را تبیین کرد؟ پیلگریم و راجرز (۱۹۹۹) دو فرایند را پیشنهاد می‌دهند؛ تشخیص غلط^۵ و سازه‌های روان‌پزشکی قومیت محور^۶.

تشخیص غلط عبارت است از کاربرد نادرست برچسب‌ها و القاب روان‌پزشکی که می‌تواند ناشی از دیدگاه‌های قوم محور روان‌پزشکانی (به‌طور معمول سفیدپوست) باشد که با چنین مواردی سروکار دارند. بلیک^۷ (۱۹۷۳) دریافت که یک بیمار، چنانچه به عنوان فردی آفریقایی آمریکایی معرفی می‌شد، نسبت به زمانی که به‌صورت فردی سفیدپوست معرفی می‌شد، محتمل‌تر بود که توسط متخصص بالینی اسکیزوفرنی تشخیص داده شود. بدین ترتیب سیاهان و سفیدان حتی در صورت بروز رفتار یکسان نیز به‌طور متفاوت تفسیر می‌شوند.

1 - Mukherjee

2 - Sampath

3 - Roy

4 - Gross & McIlveen

5 - misdiagnosis

6 - ethnocentric psychiatric constructs

7 - Blake

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در نابهنجاری --- ۱۶۷

لورینگ و پاول (۱۹۸۸) پی بردند این مسئله حتی در صورتی که متخصصان بالینی خودشان سیاه پوست بودند نیز پیش می آمد. فرناندو (۱۹۹۱) خاطرنشان می کند که روان پزشکان طبقه متوسط سفید (یا حتی سیاه) به احتمال از فرهنگ یا شرایط اجتماعی عمومی که درمان جویانشان در آن به سر می بردند، اطلاع چندانی ندارند. برای مثال، بل^۱ (۲۰۰۰) که به بازبینی بررسی های انجام شده در مورد مواجهه با خشونت در کودکان سیاه پوست شهرهای داخلی آمریکا پرداخته است، جملائی از پژوهش فیتزپاتریک و بولدیزار^۲ (۱۹۹۳) را نقل می کند که نشان می دهد ۷۰ درصد از نمونه شان شاهد تیراندازی بوده و ۴۴ درصد قتلی را با چشم خود دیده اند.

سازه های روان پزشکی قومیت محور از اتخاذ دیدگاه غربی به هنگام طراحی خود نظام های طبقه بندی مشتق می شوند. این نظام ها را می توان سازه های اجتماعی یا به قول فرناندو (۱۹۹۸) امپریالیسم روان پزشکی دانست. از این رو، هنجارهای رفتار بر انتظارات غربی استوارند، بنابراین، انحراف از آنها مانند شنیدن اصوات نیاکان یا در حالت خلسه فرو رفتن باید بدون توجه به فرهنگ شخص مربوط نابهنجار قلمداد شوند.

نتیجه گیری

آشکار است که حتی درون این حوزه محدود تحقیقی، نیروهای بسیار پیچیده ای وجود دارند و تفاوت های مشاهده شده را نمی توان به آسانی فقط به یک عامل نسبت داد. هنجارهای فرهنگی مربوط به پذیرش رفتارها و مددجویی، استرس و سوگیری بالینی می توانند همگی مسئول باشند؛ هر چند می توان نتیجه گرفت که بسیاری از عوامل درگیر به نحوی با فرهنگ ارتباط پیدا می کنند.

1 - Bell

2 - Fitzpatric & Boldizar

جنسیت

تفاوت‌ها

آمار مربوط به پذیرش در بیمارستان‌های روانی برای مردان و زنان در انگلستان و آمریکا، الگوهای مشابهی نشان می‌دهند. آمار مربوط به انگلستان در جدول ۴-۱ نشان داده شده است. روی هم‌رفته زنان بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلاء به اختلال روانی قرار دارند. هرچند تفاوت‌های معنی‌داری بین اختلالات وجود دارد. زنان بویژه در معرض خطر ابتلاء به روان‌پریشی‌های عاطفی^۱ (برای مثال افسردگی)، اختلالات روان‌رنجوری (به‌ویژه اختلالات هراس و وحشت‌زدگی)، اختلال شخصیت مرزی و زوال عقل قرار دارند و ۹۰-۹۵ درصد از افراد دچار بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی را زنان تشکیل می‌دهند.

مردان بیشتر در معرض خطرهای مربوط به سوء‌مصرف مواد، اختلال شخصیت جامعه‌ستیز، آتش‌افروزی^۲، مشکلات ناشی از قمار، اختلال وسواس بی‌اختیاری و (به طور نامحسوسی) اسکیزوفرنی قرار دارند. این تفاوت‌ها در مقایسه با سطحشان در سال ۱۹۷۶ رو به کاهش‌اند و تا همگانی بودن فاصله‌ای بسیار دارند. برای مثال در چین زنان بیشتر از مردان به اسکیزوفرنی مبتلا و در مقایسه با زنان غربی کمتر دچار افسردگی و روان‌رنجوری می‌باشند (پیرسون^۳، ۱۹۹۵). در کل در بین فرهنگ‌ها بروز افسردگی در مردان اندکی بیشتر از زنان است (کارستز و کاپور^۴، ۱۹۷۶). با این حال، چنین تفاوت‌هایی به عنوان محرکی برای به راه‌اندازی پژوهش به اندازه کافی حائز اهمیت‌اند.

جدول ۴-۱. میزان پذیرفته شدن در بیمارستان‌های انگلستان در سال ۱۹۸۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بر حسب

جنسیت و مقوله تشخیصی

تشخیص	مردها	زنان	فزونی درصد زنان نسبت به مردان
کلیه تشخیص‌ها	۳۶۴	۴۶۸	+۲۹

1 - affective psychoses

2 - pyromania

3 - Pearson

4 - Carstairs & Kapur

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناهنجاری --- ۱۶۹

اسکیزوفرنی	۶۶	۵۸	-۱۲
روان پریشی عاطفی	۳۵	۶۸	+۹۸
سایر روان پریشی ها	۳۲	۴۴	+۳۷
زوال عقل مربوط به پیری و پیش از پیری	۳۳	۵۵	+۶۷
روان پریشی ناشی از الکل و الکلیسم	۴۵	۲۰	-۵۵
اعتیاد به مواد مخدر	۸	۹	-۱۱
اختلالات روان رنجوری	۴۲	۲۲	+۹۱
اختلالات شخصیتی و رفتاری	۳۲	۲۸	+۱۴
سایر بیماری ها	۱۴۲	۸۹	+۶۰
میزان کلی همه تشخیص ها (۱۹۸۶)	۴۶۸	۳۶۴	+۲۹
میزان کلی همه تشخیص ها (۱۹۷۶)	۴۴۷	۳۲۰	+۴۰

توضیحات

چندین توجیه را می توان در نظر گرفت، اول آنکه محتمل است تفاوت های مشاهده شده مبنایی زیستی داشته باشند. برای مثال، استدلال شده که زنان کمتر از مردان مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی اند، زیرا هورمون استروژن از آنها محافظت می کند. درصد مساوی برای اسکیزوفرنی در اشخاصی که در دوران پس از یائسگی به سر می برند، این مسئله را تأیید می کند. با این حال، غیر از این مورد، شواهد کمی در حمایت از این نظر وجود دارد (پرنیتس^۱، ۱۹۹۶). نوسان های هورمونی در زنان طی دوره قاعدگی، دوران بارداری و استعمال داروهای ضدآبستنی نیز در ایجاد افسردگی نقش دارند. اما باز این مدارک با قطعی بودن، فاصله بسیاری دارد (وایسمن و کلرمن^۲، ۱۹۸۱). برای مثال، کوپر و همکاران دریافتند افسردگی در زنانی که به تازگی بچه به دنیا آورده اند، اندکی افزایش می یابد، اما این میزان هنوز کمتر از درصد افسردگی در زنان غیرحامله است. با در نظر گرفتن دامنه تفاوت های مشاهده شده، مفروض دانستن چندین مکانیسم زیستی لازم می شود. بنابراین، پذیرش کامل این توجیه ناممکن به نظر

1 - Prentice

2 - Weissman & Klerman

می‌رسد.

احتمال دوم اینکه شیوه‌های بیان پریشانی در زنان با مردان متفاوت است. نقش‌های جنسیتی غربی به زنان اجازه می‌دهد احساساتی باشند، در حالی که از مردان انتظار می‌رود مسلط، مستقل و منطقی باشند. از زنان انتظار می‌رود دغدغه‌وزن و ظاهرشان را داشته باشند، در حالی که از مردان انتظار می‌رود جسورانه به تعقیب اهدافشان بپردازند. این تفاوت‌ها به نظر می‌رسد که با الگوهای مشاهده شده پیرامون اختلالات گوناگون همخوانی داشته باشند.

دیدگاه دیگر از این قرار است که این تفاوت‌ها، بازتاب تفاوت‌های موجود در رفتار مددجویان‌اند. زنان بیشتر از مردان در مورد اختلالات یکسانی (اعم از پزشکی و روان‌شناختی) جویای کمک می‌شوند (شاپیرو^۱ و همکاران، ۱۹۸۴). اغلب در مورد مردان گفته می‌شود که دچار «نشانگان جان وین^۲» می‌باشند، بدین معنی که تصور قالبی جنسیتی که از آنها انتظار می‌رود با آن هم‌نوا شوند، آنان را از کمک‌طلبی بویژه برای مشکلات روانی، باز می‌دارد. از آنجا که این توجیه به‌طور کل بر پذیرش‌های بیمارستانی یا بررسی‌های اجتماعی استفاده بهینه از خدمات بهداشت روانی متکی است، تا حدی از قدرت آن کاسته می‌شود. در عین حال، این توجیه نمی‌تواند انواع مختلف اختلالات مذکور را توجیه کند. پژوهش‌های اخیر نیز حاکی از آن است که زنان همیشه اهمیت مشکلات مرتبط با بهداشت روانی مانند افسردگی پس از زایمان را درک نمی‌کنند، از این رو در پی دریافت کمک نیستند (ویتون^۳ و همکاران، ۱۹۹۶).

توجیه چهارم، مربوط به ایجاب اجتماعی تفاوت‌هاست. در این مورد تنوع سازوکارها بدیهی فرض شده است. کوکران (۱۹۹۵) متوجه شد که درصد سوءاستفاده از دختران بسیار بیش از پسران است و تا ۷۰ درصد از بیماران افسرده پذیرفته‌شده در بیمارستان‌ها در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند. کوکران این توجیه را به همراه میزان عمومی بروز سوءاستفاده (براساس برخی از برآوردها در مورد ۴۶ درصد از کودکان)، برای توجیه تفاوت‌های جنسیتی در سطوح افسردگی کافی می‌داند. براون^۴ و همکاران (۱۹۹۵) دریافتند ۱/۳ نمونه زنان افسرده

1 - Shapiro

2 - John Wayne syndrome

3 - Whitton

4 - Brown

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناهنجاری--- ۱۷۱

مورد بررسی آنها، در دوران کودکی مورد بی توجهی یا سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار گرفته بودند. براون (۱۹۹۶) معتقد است چنین تجاربی ممکن است احتمال ابتلاء به اختلال اضطرابی را در بزرگسالی افزایش دهند و می توانند توجیهی باشند برای این مسأله که چرا افسردگی و اضطراب اغلب با هم یافت می شوند. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۳) دریافتند که دست کم ۵۰ درصد از زنانی که از خدمات بهداشت روانی مورد بررسی آنها استفاده می کردند، در کودکی یا بزرگسالی مورد سوءاستفاده جنسی یا جسمی قرار گرفته بودند.

با در نظر گرفتن سایر تجارب زندگی که مربوط به نقش های جنسیتی اند، مشخص می شود که نقش های زنان پیوسته با ضعف، سلطه پذیری و نبود امکانات برای دستیابی به اهداف گره می خورد. تمام این حالت ها مرتبط با مفهوم درماندگی آموخته شده (سلیگمن، ۱۹۷۳) هستند که رفتاری مشابه با افسردگی در حیوانات را ایجاد می کند. شرایطی که در آن درماندگی آموخته شده ممکن است بیشترین بروز را داشته باشد، همان شرایطی است که براون و هریس^۱ (۱۹۷۸) در یافته ها و نتایجشان در مورد عوامل خطر برای افسردگی در زنان ذکر می کنند؛ عدم اشتغال در خارج از منزل، حضور سه یا بیشتر از سه بچه زیر ۱۵ سال، نبود روابط عاطفی با شریک زندگی و فقدان مادر قبل از ۱۱ سالگی (که این نیز یکی از عوامل مرتبط با افزایش احتمال سوءاستفاده از کودکان است). عزت نفس پایین، مشکلات اجتماعی مزمن مانند فقر و احساس حقارت نیز به مشکل مزبور کمک می کنند (آنگر، ۱۹۸۴). کوکران می افزاید در حالی که مردان با دستیابی فعال (برای مثال از طریق کار)، دستیابی به حمایت اجتماعی (به طور معمول از جانب زنان) یا از طریق سوء مصرف مواد با چنین مشکلاتی کنار می آیند، در زنان افسردگی ممکن است شکل محتمل تر کنار آمدن با مشکلات باشد. حداقل افسردگی و حالت های مشابه از نظر نقش های جنسیتی شان نسبت به روش های مردان پذیرفتنی تر است.

در این زمینه نباید فراموش کرد که ارقام مربوط به نرخ ابتلای مردان نیز نیاز به تبیین دارند. اسکیزوفرنی روی هم رفته در مردان اندکی بیشتر از زنان است، اما در بین ۱۵ تا ۲۴

سالگی این احتمال دو برابر می‌شود (وارنر^۱، ۱۹۸۵). پیلگریم و راجرز (۱۹۹۹) اشاره کرده‌اند این مسئله ممکن است به این علت باشد که در این زمان استرس ناشی از کار و شغل به اوج خود می‌رسد و مردان بخصوص در نتیجه بیکاری نسبت به ابتلاء به بیماری‌های روانی آسیب‌پذیرند (جانستون^۲، ۱۹۸۹).

توجیه پنجم درخصوص تفاوت‌های جنسیتی از این قرار است که متخصصان بالینی در نحوه تشخیص اختلالات روانی دچار سوگیری هستند. براورمن^۳ و همکاران (۱۹۸۱) دریافتند اگر از یک متخصص بالینی درخواست شود که به شناسایی خصوصیات یک مرد سالم، زن سالم و بزرگسال سالم بپردازد، او زنان را در گروه جداگانه‌ای قرار می‌دهد و آنها را به صورت وابسته، سلطه‌پذیر و احساساتی توصیف می‌کند. مردان و بزرگسالان مستقل، قاطع و محکم خواهند بود. فورد و ویدیگر^۴ (۱۹۸۹) به متخصصان بالینی مطالعات موردی ارائه دادند که به شرح اختلال شخصیتی نمایشی و اختلال شخصیتی جامعه‌ستیز می‌پرداختند. به هر کدام از این موارد به هنگام ارائه به متخصصان بالینی یک بار برچسب مرد و یک بار زن زده شد و از آنان خواستند که اختلالات مزبور را تشخیص دهند. زمانی که به اختلال شخصیت جامعه‌ستیز برچسب مرد زده می‌شد، تشخیص آن در ۴۰ درصد موارد به درستی انجام می‌گرفت. در مقابل، زمانی که به آن برچسب زن زده می‌شد، صحت تشخیص‌ها زیر ۲۰ درصد بود. زمانی که به اختلال شخصیت نمایشی برچسب زن زده می‌شد، در ۸۰ درصد موارد تشخیص به‌طور صحیح انجام می‌گرفت و این درصد در صورتی که برچسب مرد به آن زده می‌شد، به حدود ۳۰ درصد کاهش می‌یافت. از این‌رو، رفتارها مطابق با انتظاراتی که از جنسیت می‌رود، تعبیر می‌شدند. زنان باید احساساتی (نمایشی) و مردان باید جسور و پرخاشگر (جامعه‌ستیز) باشند. این احتمال نیز وجود دارد که سوگیری در خود نظام طبقه‌بندی وجود داشته باشد. برای بعضی از نشانگان به نظر می‌رسد که توصیف‌های تشخیصی با رفتارهای یکی از دو جنس ارتباطی

1 - Warner

2 - Johnstone

3 - Broverman

4 - Ford & Widiger

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۷۳

نزدیک پیدا می‌کند. پس شگفت نیست اگر آن دسته از نشانگان اغلب در آن جنسیت‌ها بیشتر تشخیص داده می‌شوند. کسلر^۱ (۱۹۷۲) گامی فراتر می‌نهد و استدلال می‌کند نقشی که برای زن در جامعه تعریف می‌شود، کمی به حالات روان‌رنجوری شبیه است. از طرف دیگر، به عدم پذیرش این نقش توسط یک زن به عنوان انحراف نگریسته می‌شود. چنانکه باسفیلد^۲ (۱۹۹۶)، ص. ۱۰۱) اظهار می‌دارد زنان خواه نقش‌های زنانه و خواه نقش‌های مردانه را بازی کنند، در هر دو صورت دچار اختلال به حساب می‌آیند. اما این مسئله در مورد مردان فقط در این صورت که مرد نقش‌های زنانه را بازی کند، صادق است. معیارهای ما در مورد سلامت روان متناقض است، به این صورت که زنان همواره به‌طور اجتناب‌ناپذیری سطح بالاتری از اختلال را نشان می‌دهند؛ همان‌طور که آمارها نشان می‌دهند.

طبقه اجتماعی

تفاوت‌ها

براساس طبقه اجتماعی، در بروز بیشتر اختلالات تفاوت‌هایی وجود دارد. پژوهش اسرول^۳ و همکاران (۱۹۹۲) نشان داد که پایین‌ترین سطوح اختلال روانی در طبقات بالا و بالاترین سطوح در طبقات پایین یافت می‌شود. در بریتانیا کوکران و استوپس-رو^۴ (۱۹۸۱) به یافته‌های مشابهی دست یافتند. بروس^۵ و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که طی یک دوره شش ماهه نمونه‌ای از مردمی که زیر خط فقر زندگی می‌کردند، بیش از دو برابر بیشتر از دیگران احتمال داشت به اختلال سوء‌مصرف مواد یا اختلالات هیجانی مبتلا شوند و ۸۰ برابر بیشتر احتمال داشت دچار اسکیزوفرنی شوند. تحقیقات بسیار دیگری تأیید کرده‌اند که احتمال بروز اختلالات عمده‌ای مانند اسکیزوفرنی در طبقات پایین‌تر اجتماعی بیشتر است. برای مثال، فاریس و دونهام^۶ (۱۹۳۹) پی بردند احتمال بروز اسکیزوفرنی در میان ساکنان فقیر و محروم

1 - Chesler

2 - Busfield

3 - Srole

4 - Stopes-Roe

5 - Bruce

6 - Faris & Dunham

هفت برابر بیشتر از ساکنان طبقه متوسط حومه‌نشین است. در دانمارک، نروژ و نیویورک نیز نتایج یکسانی به دست آمده است.

خودکشی (تیلور و همکاران، ۱۹۹۶) و سوء‌مصرف مواد (ملترز^۱ و همکاران، ۱۹۹۱) در میان افراد بدون تخصص و بیکار، افسردگی (براون، ۱۹۹۶) و بیماری آلزایمر (اوت^۲ و همکاران، ۱۹۹۵) نیز در طبقات پایین، افسردگی شدیدتری در میان طبقات متوسط و اختلالات روان‌رنجوری و بی‌اشتهایی عصبی نیز در میان طبقات متوسط شایع‌ترند.

توضیحات

چندین توضیح در مورد تفاوت‌های مذکور مطرح شده است؛ نخست فرضیه سیر نزولی اجتماعی^۳ است که نشان می‌دهد اشخاص مبتلا به اختلال روانی شدید به علت تأثیرات تضعیف‌کننده‌ای که اختلال بر روی کنش‌وری آنها دارد، در مقیاس اجتماعی، سیر نزولی را طی خواهند کرد. از این رو، تعلق به طبقه پایین از پیامدهای اختلال است نه از علل آن. برای مثال، اسکیزوفرنی در زندگی دیرتر از بعضی دیگر از اختلالات آغاز می‌شود و فرد ممکن است قبل از آغاز آن شغلی موفقیت‌آمیز داشته باشد. با وجود این، شواهد کمی در این مورد وجود دارد. هالینگشید و ردلیش^۴ (۱۹۵۸) در مورد سیر نزولی اجتماعی هیچ مدرکی پیدا نکردند. گلدبرگ و موریسون^۵ (۱۹۶۳) دریافتند پدران اسکیزوفرن‌ها متعلق به طبقات بالای اجتماعی بودند که حاکی از سیر نزولی است. از طرف دیگر، ترنر و واگن‌فلد^۶ (۱۹۶۷) دریافتند پدران افراد مزبور نیز از طبقات پایین بودند که این مسئله مقیاس سیر نزولی را رد می‌کند.

توضیح دوم عبارت است از فرضیه جامعه‌زاد^۷ که استدلال می‌کند شرایط اجتماعی مسئول تفاوت‌های مشاهده شده است. مطابق با این فرضیه، فقر، بیکاری، شرایط ضعیف‌تر محیطی و سلامت جسمانی، همگی به افزایش فشار روانی در طبقات پایین‌تر می‌انجامند. این گونه افراد ممکن است علاوه بر این، منابع محدودتری برای کنار آمدن با مشکلات در اختیار

1 - Meltzer

2 - Ott

3 - social drift

4 - Hollingshead & Redlich

5 - Goldberg & Morrison

6 - Turner & Wagonfeld

7 - sociogenic

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۷۵

داشته و احساس کنترل کمتری بر زندگی‌شان داشته باشند. طبقات متوسط از تجربیات لذت‌بخش مانند تعطیلات برای سبک‌کردن فشار روانی‌شان برخوردارند و با سهولت بیشتری قادرند حمایت اجتماعی کسب کنند یا پی‌جوی کمک تخصصی شوند. هالپرن^۱ (۱۹۹۵) متوجه افزایش در سطح ابتلاء به اختلالات روانی در افرادی شد که در ساختمان‌های چندین طبقه زندگی می‌کنند، این مسئله ممکن است به دلیل طبقه اجتماعی یا فقط به این علت باشد که در چنین ساختمان‌هایی تماس اجتماعی کمتر است. ویلکینسون^۲ (۱۹۹۶) به ادراک نابرابری‌ها به‌عنوان منشاء تنیدگی‌های شدید اشاره می‌کند، به‌ویژه زمانی که با فقدان کنترل یا توانایی برای انجام اقدام‌هایی مؤثر در جهت تغییر شرایط خود همراه می‌شود. براون و هاریس (۱۹۷۸) دریافتند سطح بالای فشار روانی با سطح بالای تنیدگی ارتباط دارد. فرایر^۳ (۱۹۹۵) دریافت، بیکاری احتمال بروز اختلال را نه فقط در خود فرد، بلکه در سایر اعضای خانواده وی نیز افزایش می‌دهد.

به منظور آزمودن دو توضیح اخیر، دورنوند^۴ و همکاران (۱۹۹۲) گروه‌هایی از مهاجران اروپایی و استقرار یافته در اسرائیل را با گروه‌هایی از مهاجران آفریقایی و خاورمیانه و تازه‌وارد به اسرائیل که از پیش‌داوری بیشتری رنج می‌بردند، با هم مقایسه کردند. آنها دریافتند در مورد اسکیزوفرنی فرضیه سیر نزولی اجتماعی در گروه‌های مهاجران قدیمی‌تر مورد حمایت قرار می‌گیرد. در گروه مهاجران قدیمی‌تر، نرخ شیوع اسکیزوفرنی بیشتر بود، به‌ویژه در کسانی که طبقه اجتماعی پایین‌تری داشتند. ایجاب اجتماعی^۵ با نرخ بیشتر افسردگی در زنان و سوء‌مصرف مواد و اختلال شخصیت جامعه‌ستیز در مردان گروه مهاجران تازه‌وارد پیوند داشت. بنابراین، ممکن است توضیحات مختلف را در مورد اختلالات متعدد به‌کار گرفت. توضیح نهایی پیرامون سوگیری بالینی است. احتمال اینکه متخصصان بالینی به افراد طبقات پایین‌تر اجتماعی روش‌های درمانی قوی‌تر و پرهزینه‌تر را پیشنهاد کنند، کمتر است.

1 - Halpern

2 - Wilkinson

3 - Fryer

4 - Dohrenwend

5 - social causation

اومبنهاور و دویت^۱ (۱۹۷۸) این مسئله را تصدیق کردند و همچنین نشان دادند که احتمال پیشنهاد روان‌درمانی به جای دارودرمانی به بیماران طبقه بالا بیشتر است. در بازنگری پژوهش مزبور، جانستون^۲ (۱۹۸۹) دریافت تصور بر این بود که مردم طبقات پایین‌تر اجتماعی کمتر توانایی بهره‌گیری از درمان‌های کلامی را دارند، زیرا آنها از قدرت بیان کمتری برخوردارند و اغلب پیش‌آگهی ضعیف‌تری در مورد آنها فرض می‌شود.

سن

تفاوت‌ها

اختلالات معینی موجودند که با گروه‌های سنی معین پیوستگی محکمی دارند و در نظام‌های طبقه‌بندی مرتبط با سن خاصی توصیف می‌شوند؛ اختلالات مربوط به کودکی (مانند درخودماندگی «اوتیسم») و مربوط به پیری (مانند زوال عقل). اما همچنان‌که وایتینگ و ادواردز^۳ (۱۹۸۸) در پژوهشی در مورد شش فرهنگ مختلف نشان دادند، انتظاراتی که مردم از بچه‌ها دارند، بسته به فرهنگ تغییر می‌کند. بسیاری دیگر از اختلالات دلالت بر این مسئله دارند که رفتار نشان داده شده متناسب با سن شخص نیست. برای مثال، بچه‌ها ممکن است با دوستان خیالی حرف بزنند، اما بزرگ‌ترها ممکن است این عمل را انجام ندهند. بیشتر اختلالات مانند افسردگی و اضطراب ممکن است در هر مرحله از زندگی بروز یابند. با این حال، افسردگی در کودکان زیر ۹ سال شایع نیست. کارلسون و کانتول^۴ (۱۹۸۰) استدلال می‌کنند این حالت از آن روست که کودکان نمی‌توانند احساسات خود را به نحوی بیان کنند که برای متخصصان بالینی قابل درک باشد و این با ملاک‌های تشخیصی ارتباط پیدا می‌کند. مشخص شده که بروز افسردگی عمده بین ۱۵ تا ۱۹ سال (بویژه در زنان) و در افراد بالای ۹۰ سال افزایش می‌یابد (بورک^۵ و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین مشخص شده که سن متوسط برای

1 - Umbenhauer & DeWitte

2 - Johnstone

3 - Whiting & Edwards

4 - Carlson & Cantwell

5 - Burke

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناهنجاری----- ۱۷۷

شروع اختلال دوقطبی، اختلال وحشت زدگی، اختلال وسواس بی‌اختیاری، هراس‌ها، سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت جامعه‌ستیز در اواخر نوجوانی یا آغاز بزرگسالی است. در بریتانیا پی‌برده‌اند که شیوع افسردگی در افراد بالای ۶۵ سال در حدود ۱۱ تا ۱۵ درصد است (کوپلند^۱ و همکاران، ۱۹۸۱). در خانه سالمندان این مقدار ممکن است به ۳۸ درصد افزایش پیدا کند (من^۲ و همکاران، ۱۹۸۴).

توضیحات

در مورد سایر تفاوت‌هایی که مورد بحث قرار گرفت، انواع گوناگونی از توضیحاتی احتمالی موجود است. گروه نخست مربوط به شرایط اجتماعی و جسمانی است. برای مثال، استدلال شده که در جوانی فشارهای بیشتری (تحصیلی، حرفه‌ای و اجتماعی) وجود دارند و جوانان همیشه نمی‌توانند با همه آنها کنار بیایند. سالمندان از طرف دیگر، اغلب از بیماری‌های جسمانی نیز رنج می‌برند که به‌طور اجتناب‌ناپذیری از رضایتشان از زندگی می‌کاهد.

داور و مک ویلیام^۳ (۱۹۹۲) پی بردند که در نمونه‌ای از بیماران افسرده سالمند فقط ۳ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان از نظر جسمانی سالم بودند و بسیاری از آنها از سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی شکایت می‌کردند. داروهایی که برای رفع این عوارض به آنان داده می‌شد، ممکن بود خود به افسردگی منجر شود.

افراد سالمند نیز از سایر عوارض اجتماعی که ممکن است با افسردگی مرتبط باشند، رنج می‌برند. آنانی که در خانه سالمندان به سر می‌برند، ممکن است از کمبود تحرک، همچنین فقدان استقلال شخصی و کنترل بر محیطی که در آن زندگی می‌کنند، رنج ببرند. احتمال گرفتار شدن در وضعیت بد مادی و تحلیل رفتن روابط اجتماعی نیز وجود دارد. بلکستر^۴ (۱۹۹۰) دریافت که برای مثال آرامش روانی افراد مسن با طبقه اجتماعی آنها ارتباط دارد. لونتال^۵ و همکاران (۱۹۶۵) پی بردند که داشتن رابطه‌ای عاطفی و پایدار از افراد سالمند در

1 - Copeland

2 - Mann

3 - Dover & McWilliam

4 - Blaxter

5 - Lowenthal

برابر افسردگی حفاظت می‌کند. ۳۰ درصد افرادی که از فقدان چنین رابطه‌ای گزارش دادند، دچار افسردگی بودند.

نظریهٔ دیگر این است که خود نظام تشخیصی چنانکه کارلسون و کانتول (۱۹۸۰) پیرامون کودکان خردسال استدلال می‌کنند، دچار سوگیری است. از آنجا که سالمندان در پژوهش‌های انجام شده تاکنون جایی نداشته‌اند (که خود این را می‌توان به‌عنوان سوگیری به حساب آورد)، پژوهش‌های چندانی در مورد تجارب بالینی این افراد وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

این بخش نشان داد که در میان فرهنگ‌ها تفاوت‌های بارزی در شیوع ثبت‌شدهٔ اختلالات روانی مختلف و نحوهٔ بروز اختلالات وجود دارد. این تفاوت‌ها را می‌توان در سطح خرده‌فرهنگی در گروه‌های قومی، جنسیتی، طبقهٔ اجتماعی و سنی درون یک فرهنگ مشاهده کرد. توضیحاتی چند برای این تفاوت‌های مشاهده‌شده، ارائه شد. اما این تفاوت‌ها احتمال دارد پیچیده و چندعلتی باشند. در بخش بعد به بررسی مدارک و شواهد موجود برای نشانگان وابسته به فرهنگ خواهیم پرداخت.

نشانگان وابسته به فرهنگ

یکی از ویژگی‌های ابتکاری نسخه‌های جدید DSM در مقایسه با DSM III-R، این است که در مورد مسائل فرهنگی در آن تلاش‌های آشکاری انجام شده است. یک گروه تحقیق از جانب مؤسسه ملی سلامت روانی آمریکا برای بررسی مسائل فرهنگی و تشخیص به‌هنگام طراحی DSM IV شکل گرفت. در نتیجه، نسخه‌های جدید DSM شامل طرحی کلی برای لحاظ کردن فرهنگ و واژه‌نامهٔ نشانگان وابسته به فرهنگ است. نخستین تلاش‌ها برای یاری متخصصان در جهت به‌کارگیری ملاک‌های DSM در یک محیط چندفرهنگی است. این حاکی از آن است که متخصصان بالینی باید پیش‌زمینهٔ فرهنگی فرد را با بررسی هویت فرهنگی وی، تبیین‌های فرهنگی بیماری موردنظر (مانند تسخیرشدن توسط ارواح یا شیطان)، عوامل اجتماعی مربوط (مانند محرک‌های فشار روانی، حمایت اجتماعی)، عناصر فرهنگی موجود در رابطهٔ بین فرد و متخصص بالینی و ملاحظات فرهنگی مرتبط با تشخیص و مراقبت، در نظر بگیرند. واژه‌نامهٔ DSM می‌کوشد تا گزارشی از آن دسته از نشانگانی تهیه کند که در کلیهٔ فرهنگ‌ها یافتنی نیستند و این مبحثی است که در مورد آن سخن خواهیم گفت. همچنین به بررسی نشانگان غربی (DSM) که در جاهای دیگر بروز نمی‌یابند و انتقادهای وارد بر تدوین فرهنگ DSM می‌پردازیم.

تعریف

DSM IV (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، ص. ۸۴۴) نشانگان وابسته به فرهنگ را به صورت «الگوهای تکرارشونده و خاص منطقه ویژه از رفتار منحرف و تجربه مشکل آفرین که ممکن است به مقوله تشخیصی DSM IV ارتباط پیدا کند یا نکند»، تعریف می کند. این تعریف به دلیل مبهم بودنش که در واژه‌هایی مانند «منحرف» و «مشکل آفرین» و به ویژه در عبارت «خاص منطقه ویژه» مشاهده می شود، مورد انتقاد قرار گرفته است. برای مثال، خاص منطقه ویژه، روشن نمی سازد که چگونه باید با نشانگانی که همگانی نیستند، ولی در هر صورت در مناطق مختلف یافت می شوند، برخورد کرد. نشانگان وابسته به فرهنگی که توسط DSM شناسایی شده اند، به شرح زیرند:

«آموک»^۱ عبارت است از حالت خلسه یا نشانگانی افتراقی که در آسیای شرقی دیده می شود و فقط در مردان بروز می یابد. آموک دارای مشخصاتی شامل یک دوره تفکر افسرده وار است که اغلب با عمل توهین آمیز شدت می گیرد و با اندیشه ها و تصورات آزارنده همراه می شود. در پی آن، طغیانی خشونت بار یا اقدام هایی در جهت قتل دیگران به وقوع می پیوندد که ممکن است چند ساعت به طول انجامد و به حالتی از فرسودگی و خستگی مفرط منتهی شود. در پی این رخداد، یادزدودگی عارض می شود. در لائوس، برخی از جزایر پولینزی و فیلیپین این نشانگان با عنوان «کافارد» (Cafard) شناخته شده است. در این مناطق، آن را ناشی از تعارض میان فردی و از دست رفتن آبرو و حیثیت می دانند (کار، ۱۹۸۵).

«آتاک د نروویوس»^۲ با فرهنگ های لاتینی در آمریکا و نواحی مدیترانه ای مرتبط است و بیشتر در زنان بروز می یابد، اما آن را می توان در مردان نیز یافت. این عارضه با اضطراب افراطی، تنگی نفس، گریه، لرزش، کرختی در دست ها، پرخاشگری و بی هوشی احتمالی، تشنجات یا اقدام هایی در جهت خودکشی توأم است. ممکن است در نتیجه تجربه ای مالا مال از پریشانی و اندوه مانند داغدیدگی بروز یابد و در پی آن احتمال بروز یادزدودگی وجود دارد. بومیان حمله مزبور را ناشی از اختلال ارواح و شیاطین و همچنین اندوه یا تعرض می دانند.

1 - amok

2 - ataque de nervios

۱۸۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

مثالی از این مورد در جدول ۴-۲ ذکر شده است.

«بیلیس/کلرا»^۱ با تنش عصبی، سردرد، لرزش، دادوفریاد، از دست دادن هشیاری و اختلالات معده‌ای همراه است و به‌دنبال آن خستگی مزمن عارض می‌شود. این عارضه در کشورهای لاتین بروز می‌یابد و با احساسات نیرومند خشم و غضب همراه است.

جدول ۴-۲. مطالعه موردی درباره آتاک دِ نروپوس (اشپیتزر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴)

بیمار، زنی از اهالی دومینیک بود که در آمریکا تحت درمان قرار گرفته بود. او خیلی وحشت‌زده به نظر می‌رسید، بی‌درپی جیغ می‌کشید، گاهی سکوت می‌کرد، یا با خودش زیر لب زمزمه می‌کرد. او همچنین صداهایی می‌شنید که او را به خودکشی ترغیب می‌کردند. گاهی اشیای قیمتی را از سایر بیماران می‌دزدید. این حقیقت نیز آشکار شد که به تازگی به او گفته بودند که شوهر سابقش دوباره ازدواج کرده است و او هراس داشت که بی‌سرپرست و تکیه‌گاه رها شود. زمانی که بی‌برد شوهرش هنوز کودکش را تحت حمایت خود دارد، نشانه‌هایش ناپدید شدند.

«بوفی دلیرانته»^۳ در غرب آفریقا و هائیتی یافت می‌شود. شاخصه این بیماری طغیان ناگهانی، بی‌قراری و پرخاشگری است که با گم‌گشتگی روانی، توهمات و پارانویا مرتبط است. «کوفتگی مغزی»^۴ در دانش‌آموزان غرب آفریقا یافت می‌شود که از مشکل در تمرکز، تفکر و یادآوری (که با نشانه‌های جسمانی مانند تارشدن چشم و احساس فشار و حرارت در سر مرتبط است) شکایت می‌کنند.

«دات»^۵، نشانگان هندی است که با اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرد، از دست دادن اشتها و احساسات مربوط به خودکشی مرتبط است. مردم بومی و محلی آن را ناشی از فقدان منی می‌دانند که در ادبیات سانسکریتی یکی از اجزای اساسی مؤثر در شکل‌گیری

1 - Bilis/Colera

2 - Spitzer

3 - boufee delirante

4 - brain fag

5 - dhat

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در نابهنجاری --- ۱۸۱

ساختمان بدن توصیف می شود (سینگ^۱، ۱۹۸۵). از این رو، آنها معتقدند استمنا یا آمیزش افراطی می تواند منجر به بروز این نشانه ها شود. روان پزشکان آموزش دیده در غرب اغلب این مورد را به عنوان افسردگی عمده تشخیص می دهند (سینگ، ۱۹۸۵). در جدول ۳-۴، مطالعه موردی در این زمینه ذکر شده است.

«فرو افتادن»^۲ در سیاه پوستان آمریکای جنوبی و نواحی کارائیب عارض می شود که در صورت وقوع آن شخص به طور ناگهانی از حال می رود. فرد متأثر با چشمانی باز درازکش بر زمین می ماند، اما نمی تواند حرکتی بکند. بیماران می گویند که قادر به شنیدن اصوات اطرافشان هستند، اما نمی توانند ببینند (وایدمن^۳، ۱۹۷۹). در هائیتی از آن با عنوان به هم خوردگی مزاج^۴ یاد می کنند.

«مرض شبیح»^۵ در سرخ پوستان مشاهده می شود و شاخصه آن تمایل به مرگ و مردگان است. نشانه های آن عبارتند از: خواب های پریشان، احساس خطر کردن، اضطراب، غش، توهمات، بی اشتها و احساس خفگی.

جدول ۳-۴. مطالعه موردی برای نشانگان دات (کاستیلو، ۱۹۹۷)

درمان جو، تاجر پوشاک ۴۵ ساله و متأهل بود که چهار فرزند داشت. زمانی که دانش آموز بود، استمنا کردن را آغاز کرد و کم کم این نگرانی برای او پیش آمد که منی زیادی را از دست می دهد. در زندگی بعدی اش هرگاه با همسرش زیاد آمیزش می کرد، نشانه های افسردگی و نشانه های جسمانی مرتبط با نشانگان دات در وی ظاهر می شد. او خودش احساس می کرد که افراط اولیه و خیال پردازی های همیشگی اش در مورد فعالیت های جنسی موجب ایجاد عادت های بد شامل عطش جنسی زیادی شده بود. این مسئله قوای جسمانی او را تضعیف و موجب ضعف روانی در او شده بود.

1 - Singh

2 - falling out

3 - Weidman

4 - indisposition

5 - ghost sickness

«هوا-بیونگ»^۱، نشانگانی کره‌ای است که به صورت خستگی، بی‌خوابی، وحشت‌زدگی، بی‌اشتهایی، سوء‌هاضمه و درد و رنج بروز می‌کند (پنگ^۲، ۱۹۹۰). بومیان آن را به تعارض در روابط و سایر مشتقات خشم فروخورده نسبت می‌دهند. از این رو، گاهی آن را «نشانگان خشم» می‌نامند. بیشتر در زنان میان‌سالی که تحصیلات اندک و شوهر یا مادرشوهری سلطه‌جو دارند، عارض می‌شود. از چنین زنانی انتظار می‌رود بدون ناله و شکایت وظایفشان را انجام دهند و اجازه ندارند نسبت به شوهر و مادر شوهر یا پدر شوهرشان ابراز خشم و ناراضی‌تی کنند.

«کورو»^۳ در آسیای جنوب شرقی و چین جنوبی مشاهده می‌شود و در طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی به عنوان نشانگان شناخته‌شده به ثبت رسیده است. در این نشانگان، بیمار از اینکه آلت تناسلی یا پستان‌هایش کم‌کم کوچک شده و جذب بدن شوند و این مسئله به مرگش منجر شود، احساس ترس می‌کند (لنگ^۴، ۱۹۸۵). مردان در تلاش برای متوقف کردن این رخداد ممکن است متوسل به بستن آلت تناسلی‌شان با یک تکه نخ شوند. کورو موجب بروز اضطراب افراطی، بی‌هوشی، تپش شدید قلب، عرق و کرختی عضلات می‌شود. اهالی بومی آن را ناشی از آمیزش جنسی افراطی یا نامناسب یا در معرض سرما قرار دادن آلت تناسلی می‌دانند. با وجود اینکه به نظر می‌رسد با وحشت‌زدگی یا اختلال اضطرابی دیگری شباهت داشته باشد، اما تنگ و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند نیمرخ شخصیتی بیماران مبتلا به کورو متمایز از بیمارانی بود که دچار اختلالات جدی اضطرابی بودند.

«لاتاه»^۵ در آسیای جنوب شرقی شامل مالایا، فیلیپین، ژاپن و سبیری به چشم می‌خورد. می‌خورد. این عارضه عبارت است از نشانگان خلسه که به عنوان پاسخی به ترس ابراز می‌شود و شامل فرمانبرداری خودکار، پژواک‌گویی^۶ (تکرار سخنان دیگران)، تقلید حرکات دیگران، حرکات تند و ناگهانی بدن و تپش قلب است (سیمونز^۷، ۱۹۸۵).

1 - hwa-byung
 2 - Pang
 3 - koro
 4 - Leng
 5 - latah
 6 - echolalia
 7 - Simons

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناهنجاری----- ۱۸۳

«لاکورا»^۱ عبارت است از اختلال روان‌پریشی مزمن و شدید که شامل نشانه‌هایی مانند بی‌اختیاری^۲، بی‌قراری و طغیان‌های خشونت‌بار غیرقابل‌پیش‌بینی است. این واژه در آمریکای لاتین کاربرد دارد و عارضه مزبور به رخدادهای زندگی و آسیب‌پذیری ارثی نسبت داده می‌شود.

«مال دِ اوژو»^۳ بیماری‌ای است که در فرهنگ‌های مدیترانه‌ای، اسلامی و لاتین شایع است و آن را ناشی از «چشم بد» می‌دانند که عبارت است از نظری از جانب شخص حسود. این بیماری که بیشتر در زنان و کودکان عارض می‌شود، با اسهال، استفراغ، گریه بی‌دلیل، تب و الگوهای خواب از هم گسیخته توأم می‌شود.

«پیلوکتوک»^۴ (هیستری قطبی) در جوامع اسکیمویی بروز می‌یابد و در زنان شایع‌تر است. آغاز آن با دوره‌ای از انزوا و تحریک‌پذیری همراه است که می‌تواند برای ساعت‌ها یا روزها به طول انجامد. آنگاه حادثه‌ای افتراقی پیش می‌آید که از ۵ دقیقه تا ۱ ساعت به طول می‌انجامد و با برانگیختگی افراطی توأم است که در جریان آن فرد ممکن است لباس‌هایش را از تن بدرد، بی‌دلیل جیغ بکشد، اسباب و اثاثیه را خراب کند، مدفوع بخورد یا برهنه و عریان روی یخ‌ها راه برود. در پی آن، شخص ممکن است ۱۲ ساعت دچار تشنج شود و در حالت اغماء فرو رود که پس از آن یادزدودگی عارض می‌شود و شخص حادثه مزبور را به‌طور کامل فراموش می‌کند. اهالی بومی، آن را ناشی از ترس شدید یا سوءاستفاده شخصی اعم از واقعی یا خیالی می‌دانند. مطابق نظر دیک^۵ (۱۹۹۵)، فقط حدود ۲۵ گزارش منتشر شده از این نوع نشانگان وجود دارد و توجیه قضیه می‌تواند از این قرار باشد که این موارد پیامد سوءاستفاده جنسی جست‌وجوگران از زنان اسکیمو بوده است.

«واکنش روان‌پریشی کی-گونگ»^۶ نیز در نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی چین برای

1 - locura

2 - incontinence

3 - mal de Ojo

4 - pibloktoq

5 - Dick

6 - qi-gong psychotic reaction

برای خود جایی دارد. این بیماری بخشی مختصر از نشانه‌های روان‌پریشی، افتراق و غیرروان‌پریشی است که در پی شرکت افراطی در ورزش چینی «کی-گونگ» (تمرین‌های حرکتی و تنفسی، متدهای آگاهی حسی و آرمیدگی که به قصد تقویت ماهیچه‌ها، دستگاه گردش خون، فعالیت مغزی و شکل‌دهی روح و روان انجام می‌گیرد) عارض می‌شود.

«روت‌ورک/مرگ وودو/مال پستو»^۱ عبارتند از نشانه‌هایی مانند اضطراب، دردهای سینه یا اختلالات معدی-روده‌ای که ناشی از ترس از جادوگری یا افسونگری است که در آن جادوگری بیمار را طلسم می‌کند. این بیماری در ایالت‌های جنوبی آمریکا و در فرهنگ‌های لاتین و کارائیبی بروز می‌یابد.

«سانگو دورمیدو»^۲ در جزیره‌نشینان پرتغالی دماغهٔ ورده یافت می‌شود و با کرختی، فلج، تشنج، حمله‌های قلبی، عفونت و سقط جنین همراه است.

«شنجینگ شوایرو»^۳ (خستگی روانی)^۴ اختلال دیگری است که در چین شناسایی شده و عبارت است از خستگی، سرگیجه، سردرد، از دست دادن حافظه و تمرکز و اختلالات جنسی، مغزی، روده‌ای و خواب که نیمی از کل بیماران روانی سرپایی چین گرفتار این عارضه‌اند.

«شنکوی»^۵ نیز چینی است و به نشانگانی اشاره دارد که در آن نشانه‌های اضطراب و وحشت‌زدگی با نشانه‌های جسمانی مانند سرگیجه، کم‌درد، خستگی، بی‌خوابی و کژکنشی جنسی توأم است. شنکوی را ناشی از اتلاف بیش از حد منی از طریق آمیزش، استمنای یا از دست‌دادن ادرار سفید می‌دانند. بیماران احساس می‌کنند که مایع حیات را از دست می‌دهند، بنابراین این مسئله بسیار خطرناک است.

«شین بیونگ»^۶ کره‌ای است و با اضطراب و شکایت‌های جسمانی مانند اختلالات

1 - Rootwork/voodoo death/mal puesto

2 - sangue dormido

3 - shenjing shuairuo

4 - neurasthenia

5 - shenkui

6 - shin-byung

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در نابهنجاری---- ۱۸۵

معددهای یا رودهای آغاز شده و سپس منجر به افتراق می شود. آن را ناشی از تسخیر توسط ارواح نیاکان می دانند.

«**طلسم**»^۱ عبارت است از حالت خلسه که در آمریکای جنوبی یافت می شود و در جریان آن فرد با ارواح مردگان ارتباط برقرار می کند. ممکن است تغییر مختصری در شخصیت بیمار نیز رخ دهد.

«**سوستو**»^۲ (یا ترس جادویی) نشانگان اسپانیولی و آمریکای لاتین است که با اضطراب، افسردگی، افتراق و جسمانی کردن که شامل استفراغ، بی اشتها، عرق ریزی، هراس و تحریک پذیری است، همراه است. این بیماری را ناشی از تجربه ترسناک می دانند (اگرچه ممکن است حتی تا چند سال پس از حادثه بروز نیابد) که موجب آوارگی روح می شود و آن را از بدن جدا می کند. تصور می شود که در صورت عدم درمان شخص برای برگرداندن روحش، به زودی مرگ او را درمی یابد.

«**تایجین کیوفوشو**»^۳ عارضه ژاپنی و عبارت است از هراسی که در آن فرد احساس می کند بدنش یا اعضای آن در دید دیگران (از لحاظ ظاهر، بو و یا حرکات) معیوب یا نامطلوب اند (سیمونز و هیوز، ۱۹۸۵). این مسئله موجب گوشه گیری اجتماعی می شود و در طبقه بندی ژاپنی رسمی اختلالات جای دارد. به نظر می رسد، انسان هراسی^۴ معادل چینی این عارضه باشد که عبارت است از ترس از نگرسته شدن توسط دیگران.

«**زار**»^۵ در اتیوپی، سودان، ایران، مصر و سایر کشورهای ناحیه آفریقای شمالی یافت می شود. این عارضه به تسخیر شدن توسط ارواح اشاره دارد که می تواند منجر به بی احساسی، گوشه گیری، اجتناب از خوردن و کارکردن، داد زدن، گریه کردن و آواز خواندن یا تجارب افتراقی شود. با وجود این، در مناطق محلی به «زار» به چشم یک مشکل نگاه نمی کنند.

1 - spell

2 - susto

3 - taijin Kyofusho

4 - Hughes

5 - anthropophobia

6 - Zar

افزون بر اختلالات مذکور، اختلالات وابسته به فرهنگ دیگری نیز وجود دارد. برای مثال «گریسی سیکنیس»^۱ در فرهنگ هندی نیکاراگوئه یافت می‌شود و عبارت است از نشانگان خلسه‌ای که با ضرب و شتم و حمله به دیگران و آسیب زدن به خود همراه است. این بیماری را ناشی از تسخیر توسط ارواح می‌دانند (دنيس^۲، ۱۹۸۵). «نانجیار پوک»^۳ نشانگان اسکیمویی و شامل ترس شدید از واژگون شدن قایق و غرق شدن در دریاست که منجر به گوشه‌گیری اجتماعی و خودکشی می‌شود.

ارزشیابی

بحث حول این مسئله است که آیا کلیه فرهنگ‌ها اساساً اختلالات مشابهی ابراز می‌دارند (عام‌گرایی) یا در اختلالاتی که در فرهنگ‌های مختلف یافت می‌شوند، تفاوت‌هایی واقعی وجود دارد (نسبی‌نگری^۴).

عام‌گرایی

پاره‌ای از نویسندگان وجود نشانگان مذکور را به‌عنوان اختلالاتی مجزا انکار می‌کنند و به جانبداری از این دیدگاه برمی‌خیزند که اختلالات روانی همگانی‌اند و تفاوت فرهنگی در کار نیست. برای مثال، کیو^۵ (۱۹۷۲) معتقد است که می‌توان این اختلالات را به‌طور مناسبی در درون سایر محورهای DSM طبقه‌بندی کرد. «کورو» و «سوستو» را می‌توان به‌عنوان سنخ‌های اختلالات اضطرابی، «مرگ وودو» را به‌عنوان هراس و «آموک» را به‌عنوان حالت افتراقی در نظر گرفت. «آتاک دِ نروپوس» را شاید بتوان به‌منزله حادثه روان‌پریشی مختصر تلقی کرد. اگر این مسئله پذیرفته شود، پس این مقوله‌های کم‌وبیش عجیب همگانی‌اند. دیدگاه دیگر (فاستر و

1 - grisi siknis

2 - Dennis

3 - Nangiarpok

4 - relativism

5 - Kiev

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در نابهنجاری---- ۱۸۷

اندرسون^۱، (۱۹۷۸) این است که این عوارض را باید به جای مقوله‌های تشخیصی به عنوان الگوهای نشانه‌های مجزا در نظر آورد. در این دیدگاه حتی خود مقوله‌های تشخیصی همگانی محسوب می‌شوند.

مسئله تفاوت‌های فرهنگی ممکن است تضعیف شود، زیرا شناسایی نشانگان وابسته به فرهنگ در درون گروه فرهنگی مربوط هنوز نیازمند این است که در بسیاری از موارد محرز و مسلم شود. برای مثال، «روان‌پریشی ویندیگو»^۲ (اختلال خلقی که تحت تأثیر آن بیماران فکر می‌کنند به هیولای آدم‌خوار تبدیل شده‌اند) در میان سرخ‌پوستان آمریکای شمالی شناسایی شده بود، اما متعاقب آن «مارانو»^۳ (۱۹۸۲) نبود چنین اختلالی را به اثبات رساند.

موضوع دیگری که با این مسئله ارتباط دارد، اثبات این قضیه است که نشانگان موردنظر مستلزم چیست و چه نشانه‌هایی در آن معمول است. برای مثال، گوارناکسیا^۴ و همکاران (۱۹۹۶) توانستند نشان دهند هرچند حمله‌ها و حرکات بیانگر خودکشی با «آتاک دِ نروئوس» مرتبط‌اند، اما فقط در حدود ۱/۳ موارد بروز می‌یابند. ممکن است زیرگروه‌های قابل شناسایی نیز وجود داشته باشند و عوارض اجتماعی مرتبط با شروع بیماری تعیین شوند. برای مثال «آتاک دِ نروئوس» در زنان بیکار و طلاق گرفته بیش از ۴۵ سال با تحصیلات اندک که به تازگی یکی از اعضای خانواده را از دست داده‌اند، بیشتر دیده می‌شود (گوارناکسیا، ۱۹۹۳). دیدگاه دیگر در این مورد این است که بسیاری از نشانگان وابسته به فرهنگ در واقع بسیار مشابه‌اند. مک کاجورمال^۵ (۱۹۹۸) آنها را مطابق نشانه‌هایی مانند نشانگان تسخیر، هجوم جمعی و فرسودگی در ۱۰ گروه طبقه‌بندی کرده است.

مشخص شده که برخی از نشانگان وابسته به فرهنگ خاص، ممکن است در جاهای دیگر نیز بروز یابند، یعنی آنها اصلاً وابسته به فرهنگ نیستند. برای مثال، توبین^۶ (۱۹۹۶)

1 - Foster & Anderson

2 - Windigo

3 - Marano

4 - Guarnaccia

5 - McCajor Hall

6 - Tobin

موردی از «کورو» را در یک مرد ایرلندی گزارش داد (فصل ششم).

نسبی‌نگری

سایر منتقدانی که پشتیبان نسبی‌نگری فرهنگی‌اند، تصور می‌کنند واردکردن این نشانگان در DSM به تغییر بیش از حد مقوله‌های موجود احتیاج دارد. آنها همچنین خاطر نشان کرده‌اند که DSM بنا نیست نظام چندفرهنگی باشد. برای جرایب این مسئله چند دلیل می‌توان ذکر کرد: بسیاری از پیشنهاد‌های گروه کاری به‌ویژه مواردی که بر اهمیت بافت اجتماعی در تشخیص و درمان تأکید داشتند، در نسخه جدید DSM IV وارد نشد (مزیک و همکاران، ۱۹۹۹).

به نظر می‌رسد برخی از نشانگان در فرهنگ‌های دیگر به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده‌اند. برای مثال، کانینو^۱ و همکاران (۱۹۸۷) در بررسی گسترده در پورتوریکو اثبات کردند که ۱۶ درصد افراد جامعه دچار «آتاک دِ نروویوس» بودند.

فرضیه‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه نشانگان غربی استانداردند (فرناندو، ۱۹۹۱) و نشانگان سایر فرهنگ‌ها نامتعارف و غیرعادی تلقی می‌شوند؛ همان‌طور که نشانگان غیرغربی فقط به صورت واژه‌نامه‌ای مختصر، متشکل از ۲۵ نشانگان در DSM، عرضه می‌شوند که از فهرست بسیار بزرگ‌تری استخراج شده‌اند (سیمونز و هیوز، ۱۹۸۵). مک‌کاجورهای (۱۹۹۸) ۳۶ مورد را فهرست می‌کند، هر چند همان‌طور که پیشتر شرح داده شد، ممکن است بسیاری از آنها را بتوان با هم در یک گروه جای داد.

از این احتمال که هر یک از نشانگان غربی نیز می‌تواند وابسته به فرهنگ باشد، به‌طور کلی چشم‌پوشی شده است. برای مثال، بی‌اشتهایی عصبی (پرینس، ۱۹۸۳) و نشانگان قبل از قاعدگی (جانستون، ۱۹۸۷) در سایر نقاط جهان کمیاب‌ترند.

هنوز کمتر کسی پذیرای این مسئله است که تنوع فرهنگی در درون جوامع نیز وجود

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۸۹

دارد و فقط بین جوامع یافت نمی‌شود (آچاریا، ۱۹۹۶). برای مثال، هنوز به طبقه و سن کمتر توجه می‌شود. این حاکی از نقش حتی پراهمیت‌تری برای نسبی‌نگری است. در عین حال این مسئله را مطرح می‌سازد که تا چه حد قبول چنین تمایزی ممکن و مقتضی است.

فرناندو (۱۹۹۱) استدلال می‌کند که به‌جای مشاهده نشانگان وابسته به فرهنگ به عنوان مقوله‌ای که در آن فرهنگ نحوه بروز اختلال را تحریف کرده است، باید از این واژه به‌عنوان راه سریع برای شناسایی عارضه در جایی که تفاهم فرهنگی شرطی لازم برای رساندن هرگونه امداد به فرد مبتلا به نشانگان است، استفاده شود.

ممکن است اختلالات روانی، شامل نشانگان غربی و وابسته به فرهنگ، در یک طیف قرار گیرند. این طیف می‌تواند از آن مقوله‌هایی که در منطقه‌ای خاص شناسایی می‌شوند و به نظر نمی‌رسد با نشانگانی که عمومیت بیشتری دارند مطابقت کنند (برای مثال آموک) تا آن مقوله‌ای که می‌توانند مطابقت کنند (برای مثال آتاک دِ نروپوس)، امتداد یابد. خارج از این گروه سایر اختلالاتی که قرار می‌گیرند، ممکن است در آینده ثابت شود که اصلاً وجود نداشته‌اند، برای مثال ویندیگو.

نتیجه‌گیری

تغییرپذیری فرهنگی را می‌توان در گونه‌های اختلال روانی مشاهده کرد. هرچند در مورد اینکه آیا این نشانگان اختلالات متمایزی را عرضه می‌کنند یا اینکه آنها را باید در درون نظام موجود جای داد، مناقشه وجود دارد.

تمرین مروری

برای هریک از کشورها / نواحی / گروه‌های قومی زیر، اسامی نشانگان وابسته به فرهنگ مربوط را ذکر کنید:

ژاپن، چین، کره، آسیای جنوب شرقی، آفریقا، هندوستان، کارائیب، کشورهای لاتین، سرخ‌پوستان و

درمان با لحاظ کردن تفاوت‌های فرهنگی

با وجود اینکه پوشش دقیق و جزئی مسائل درمانی فراتر از حوزه این کتاب است، به‌جا خواهد بود اگر این فصل را با بررسی کوتاهی از چگونگی برخورد با تفاوت‌های فرهنگی مورد بحثمان به پایان ببریم. نخست برای خرده‌فرهنگ‌های متفاوتی که بیشتر ملاحظه شدند، تمایزها و تفاوت‌های درمانی مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت و در نهایت با نگاهی به درمان‌های اساساً غیرغربی برای اختلالات روانی بحث را به پایان خواهیم برد.

تفاوت‌ها در درمان

اشخاص متعلق به اقلیت‌های قومی و طبقات پایین‌تر اجتماعی، کمتر احتمال دارد از خدمات بهداشت روانی سود جویند (برای مثال سو و همکاران، ۱۹۹۱). اگر هم پی‌جوی درمان شوند، بیشتر احتمال دارد به سراغ پزشکان کم‌تجربه و غیرمتخصص بروند، و به‌جای روان‌درمانی، درمان پزشکی و جسمانی دریافت دارند (برای مثال، لیتلوود و کراس، ۱۹۸۰) و در بخش‌های عمومی بیمارستان بستری شوند (بولتن^۱، ۱۹۸۴). پاسخ‌دهی به درمان‌های متفاوت نیز در جوامع مختلف، متفاوت است، برای مثال بدن آسیایی‌ها در سوخت‌وساز بعضی از داروهای ضدافسردگی کندتر و در بعضی دیگر سریع‌تر عمل می‌کند (فلسکرود، ۲۰۰۰). زمینه کلی تحقیق با عنوان ژنتیک دارویی^۲، به مطالعه و بررسی تفاوت‌های قومی در پاسخ‌دهی به درمان‌های دارویی اختصاص یافته است. از این‌رو، برای هر گروه نه تنها بررسی آنچه اغلب توسط یک روش درمانی ارائه می‌شود، بلکه آنچه متناسب با هر گروه است نیز اهمیت دارد. فرناندو (۱۹۹۵) خلاصه‌ای از یافته‌های تحقیقاتی تهیه کرده که در جدول ۴-۴ ارائه شده است.

1 - Bolton

2 - pharmacogenetics

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده فرهنگی در ناپهنجاری --- ۱۹۱

ترک درمان نیز متأثر از عوامل پاسخ‌دهی فرهنگی است؛ اینکه آیا درمانگر و درمان‌جو فرهنگ و زبان مشترکی دارند. سو و همکاران (۱۹۹۱) در بررسی گسترده‌ای دریافتند که انطباق در قومیت با ترک درمان کمتر و جلسات درمانی بیشتر برای آسیایی‌ها و مکزیکی‌ها (و نه برای آمریکای آفریقایی‌تبار) مرتبط بود. تطبیق زبانی نیز در این زمینه سودمند است. این نکات نشان می‌دهد که توسعه خدمات برای درمان اختلال روانی که بیشتر از خدمات موجود تفاوت‌های فرهنگی را لحاظ می‌کنند، ضروری است.

درمان مراجع‌محور در پرداختن به بعضی از مسائل مطرح‌شده در این فصل مورد حمایت و جانبداری قرار گرفته است. هدف، فراهم کردن درمانی است که با هویت فرهنگی درمان‌جو متناسب باشد. سو (۲۰۰۰)، اظهار داشت که در کار با درمان‌جویان باید نکاتی را که در جدول ۴-۴ ذکر شده‌اند، لحاظ کرد. چنین درمانی مستلزم آموزش بیشتر درمانگران گروه اقلیت یا درمانگرانی خواهد بود که در کار با گروه‌های اقلیت تخصص دارند (لوپز و همکاران، ۱۹۸۹). این موضوع را می‌توان به عنوان بخشی از نیاز کلی برای توسعه خدماتی تلقی کرد که حساسیت فرهنگی را نمایان می‌سازند (سو، ۱۹۸۸). به نظر سو، شرط‌های کلیدی برای چنین سامانه‌ای عبارتند از:

- خدمات هم‌تا برای گروه‌های اقلیتی متفاوت؛
- متناسب کردن ویژگی‌ها (آموزش درمانگران قومی بیشتر)؛
- تناسب شناختی (انطباق دقیق درمان‌جویان با درمانگران)؛
- تهیه و تدارک رهنمودهایی برای ارائه مراقبت‌های درخور فرهنگی در سطح ارائه‌دهنده (درمانگر)، مرکز ارائه خدمت (سازمان) و حکومت‌ها (سطح سیاسی).

جدول ۴-۴. فرهنگ و ارزیابی مراجعان

ارزیابی خویشتن از طریق متخصص بالینی دارای سوگیری‌های قوم‌پرستانه ارزیابی فرهنگ و تجربه درمان‌جو ارزیابی آگاهی و دانش خود از سابقه درمان‌جو (به‌ویژه کاستی‌های این آگاهی) مداخله قبل از درمان (توضیح فرایند درمانی برای درمان‌جو) ارائه فرضیات و آزمودن آنها درک طبیعت ناراحتی و مقاومت‌ها از منظر درمان‌جو طرح راهبردی برای مداخله توجه به تمایل یا عدم تمایل درمان‌جو در هنگام مشاوره آموزش دادن به افراد جامعه درخصوص مسائل مهم

درمان‌های غیرغربی

در سایر فرهنگ‌ها، انواع گوناگونی از درمان‌ها برای اختلالات روانی به‌کار گرفته می‌شود که متفاوت با درمان‌های موجود در فرهنگ‌های غربی است. در برخی کشورها مانند چین، این درمان‌ها در کنار درمان‌های استوار بر الگوی غربی روان‌پزشکی به‌کار برده می‌شوند.

شیوه‌های درمان

در فرهنگ‌های غیرغربی، شفادهندگان قومی (مانند شمن‌ها و کوراندروها)^۱ اغلب با مسخر ارواح شدن در جریان خلسه با اختلال روانی برخورد می‌کنند. در این حالت، آنها می‌توانند بر ارواح تسلط یابند و ارواحی را که سایرین را تسخیر کرده‌اند، دفع یا خنثی کنند. مسئله بااهمیت دیگر، شفای نمادین^۲ است که عبارت است از استفاده از نمادهای پذیرفته‌شده‌ای مانند گیاهان، آیین‌ها و سرودهای مذهبی برای انتقال تجربه و درک مشکل.

جادوگری (شمینیسیم) آسیای جنوبی اختلال روانی را پیامد تسخیر شدن توسط ارواح و شیاطین می‌داند. جادوگر با اجرای شعائر مذهبی قصد دارد مسخر خدایان قدرتمندی شود که توانایی کافی برای اخراج و تبعید آنها را نیز دارد. در بیمار حالتی از خلسه پدید می‌آورد تا جادوگر بتواند به‌طور مستقیم با شیطان وارد مذاکره شود و او را تشویق یا وادار به عزیمت کند. نمادهای مورد استفاده، شامل قرائت مانتر^۳ (آیه‌های مقدس)، جامه‌های خاص برای جادوگر برای کمک به اتخاذ شکل یک خدای خاص، ارائه پیشکش به ارواح و آتش‌زدن‌های آیینی، برای نمادپردازی دفع شیاطین به‌کار می‌رود. بیمار زمانی که در حالت خلسه به‌سر

1 - Curanderos

2 - symbolic healing

3 - Mantra

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۹۳

می‌برد، بسیار تلقین‌پذیر است و این مسئله تغییر وجودی^۱ (تغییر در نحوه درک و تجربه اختلال روانی) را ترغیب می‌کند (اوبیسکر^۲، ۱۹۷۷).

یک «کوراندرو» ممکن است با برگزاری یک جلسه تشخیص آغازین با درمان‌جو برای شناسایی علت اولیه رخداد، مبادرت به معالجه^۳ «سوستو» در آمریکای جنوبی کند. آنگاه یک جلسه شفادهی تشکیل خواهد شد که در آن روح از راه ماساژ و درمان‌های عرق‌زا به مراجعت به درون بدن تشویق می‌شود (روبل^۳، ۱۹۷۷).

سایر فرهنگ‌ها نیز ممکن است انواع گوناگونی از داروها را که متفاوت با داروهای مورد استفاده در غرب است، به کار برند، مانند داروی آیورودیک^۴ (آسیا)، داروی چینی، یوروبان^۵ (آفریقا) و داروی تبتان^۶. در کل، آنها بدن و ذهن را از هم جدا نمی‌دانند و درمان را برای هر دو به کار می‌گیرند. درمان به کار گرفته شده در فرهنگ‌های متفاوت، ممکن است شامل گیاهان، شعائر مذهبی یا طب سوزنی شود.

آیا این درمان‌ها موثرند؟

پرینس^۷ (۱۹۶۴)، که مؤثر بودن این درمان‌ها را تأیید می‌کند، موردی از روان‌رنجوری شدید را گزارش می‌دهد که به مدت چهار سال به درمان‌های غربی و غیرغربی پاسخ نداده بود. این بیمار در نهایت توسط یک شفادهنده یوروبایی با استفاده از قربانی کردن و آیین‌های مذهبی شفا داده شد. پرینس نتیجه گرفت که شیوه‌های روان‌پزشکی غربی هیچ برتری نسبت به بسیاری از فنون بومی یوروبایی ندارند (فرناندو، ۱۹۸۸، ص. ۱۶۱). به همین نحو فینکلر^۸ (۱۹۸۱) دریافت که روح‌گرایی در نواحی روستایی مکزیکو در درمان روان‌رنجوری سودمند است.

این یافته (سارتوریس و همکاران، ۱۹۸۶) که مبتلایان به اسکیزوفرنی در کشورهای

1 - existential shift

2 - Obeyesekere

3 - Rubel

4 - Ayurvedic

5 - Yoruban

6 - Tibetan

7 - Prince

8 - Finkler

کمت‌ر توسعه‌یافته وضعیت بهتری از بریتانیا، آمریکا و دانمارک دارند، از این مسئله حمایت می‌کند. سارتوریوس و همکاران دریافتند ۲۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیک در کشورهای توسعه‌یافته، در مقایسه با ۳۹ درصد بیماران در کشورهای کمت‌ر توسعه‌یافته، از درمان سود می‌برند. در کشورهای توسعه‌یافته ۶۵ درصد، در مقایسه با ۳۸ درصد بیماران در کشورهای کمت‌ر توسعه‌یافته، در یکی از بدترین مقوله‌های تشخیصی قرار می‌گیرند.

درمان‌ها چگونه اثر می‌کنند؟

درمان اختلال روانی در غرب مبنی بر دیدگاهی از اختلال روانی است که روی فرد تمرکز می‌کند. در سایر فرهنگ‌ها به اختلال به عنوان معضل اجتماعی نگاه می‌کنند که به جامعه مربوط می‌شود؛ آنچه کلایمن^۱ (۱۹۸۰) از آن به عنوان شفادهی فرهنگی یاد می‌کند. این روش در نظر دارد تعارض‌ها را برطرف سازد، فرد را انسجام دهد و به هم‌پیوستگی گروه را احیاء کند. برای مثال، افسونگری، مانند طلسم یا نفرین کردن، چه‌بسا در بروز اختلالات مقصر شناخته شود. اما این مسئله خود ممکن است پیامد تعارض اجتماعی باشد. از این رو، روابط گروهی از طریق درمان استحکام می‌یابد، مسئله‌ای که در مورد غرب صادق نیست.

مورفی^۲ (۱۹۶۴) متوجه شد که شمن می‌تواند نقش درمانگر را بازی کند، چرا که او باورهای مشترک گروه را تقویت می‌کند، جامعه و فرد را در درمان وارد می‌سازد، در سلطه یافتن بر ارواح توانایی شخصی‌اش را نمایان و منشاء بیماری را شناسایی می‌کند (برای مثال نقض یک تابو) و اعمالی را تجویز می‌کند که منتهی به حل مشکلات می‌شود.

نتایج مثبت درمان، در عین حال به سطح هیجان ابراز شده^۳ توسط خانواده‌های بیماران در کشورهای مختلف نسبت داده شده است. منظور، انتقاد و مغایرت نشان داده شده توسط خانواده نسبت به بیمار است (براون و همکاران، ۱۹۶۲) که به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز بازگشت بیماران غربی مرخص شده از بیمارستان، شناخته می‌شود. در سایر فرهنگ‌ها مانند هند

1 - Kleinman

2 - Murphy

3 - expressed emotion

فصل چهارم: مسائل فرهنگی و خرده‌فرهنگی در ناپهنجاری---- ۱۹۵

(۲۳ درصد)، پی برده‌اند که این مقدار کمتر از بریتانیاست (۴۸ درصد) (کارنو^۱ و همکاران، ۱۹۸۷).

تبیین بعدی مقایسه‌ی سامانه‌های معنایی جدید در برابر پیش‌مدرن است (کاستیلو، ۱۹۹۵). در سامانه‌های معنایی پیش‌مدرن، علل اختلال به خارج از شخص نسبت داده می‌شود (مثل تسخیر توسط نیروی خارجی). برعکس سامانه‌های معنایی جدید علل اختلال را مشکلی درون فرد می‌دانند (واکسلر^۲، ۱۹۷۹).

آنتونوفسکی^۳ (۱۹۷۹) به مفهوم پیوستگی^۴ در شفادهی اشاره می‌کند. این همان دیدگاهی است که می‌گوید محیط (درونی و بیرونی) قابل پیش‌بینی است و می‌توان آن را کنترل کرد و به این ترتیب در مورد آینده امیدواری می‌دهد. اجزای پیوستگی به قرار زیرند:

• قابلیت درک^۵ (درک منشاء و سازوکار مشکل، این مورد بسته به فرهنگ تغییر می‌کند و ممکن است به فرایند یک بیماری اشاره کند، مانند الگوی پزشکی یا حمله ارواح).

• قابلیت اداره^۶ (احساس اینکه موقعیت و وضعیت خارج از کنترل نیست و می‌توان آن را خواه از طریق آیین‌های مذهبی یا داروها کنترل کرد).

• معنی‌داری^۷ (دادن احساس هدفمندی به تجربه مزبور، مثل یک معنی مذهبی، الگوی طبی از این حیث ضعیف است).

دو^۸ (۱۹۸۶) معتقد است این مسئله موجب القای تغییر وجودی می‌شود؛ این به معنی تغییر نحوه تفهیم و تجربه مشکل است که در نهایت فرصت تغییر را فراهم می‌آورد. در صورتی که درمانگر و درمان‌جو طرحواره‌های فرهنگی مشترکی پیرامون مشکل داشته باشند، تفاهم بهتر و تغییر بیشتری حاصل می‌شود.

1 - Karno

2 - Waxler

3 - Antonovsky

4 - coherence

5 - comprehensibility

6 - manageability

7 - meaningfulness

8 - Dow

نتیجه‌گیری

با توجه به پژوهش‌های مطرح‌شده در این فصل، روشن است که فرهنگ غربی نتوانسته به روشنی سایر فرهنگ‌های دیگر را مشاهده کند. در عوض، به عوامل فرهنگی متفاوت به مثابه آینه‌ای نگریسته شده است که تصاویر کج و معوجی از تمایلات فرهنگی غرب را بازتاب می‌دهد (کرمایر و میناس^۱، ۲۰۰۰، ص. ۴۳۹).

چنانکه فرناندو (۱۹۸۸) تبیین می‌کند، روان‌پزشکی هدف مشترکی را در فرهنگ‌های گوناگون دنبال می‌کند؛ حفظ سلامت روانی افراد. این باید هدف اصلی ما برای آینده باشد و نه حفظ نظام خاص روان‌پزشکی.

خلاصه فصل

در این فصل چشم‌انداز گسترده‌ای را درخصوص تأثیر فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌ها بر بیماری روانی اتخاذ کردیم. در بخش اول دیدیم که چگونه سامانه‌های معنایی فرهنگی، نحوه دید فرهنگ‌های متفاوت به رفتار را متأثر می‌سازند. نقش روان‌پزشکی بین‌فرهنگی را در جست‌وجوی تأثیراتی که این موضوع بر اختلال روانی دارد، در قالب اصطلاحاتی چون مطلق‌نگری، جهانی‌بودن و نسبی‌نگری فرهنگی توضیح دادیم. تفاوت‌های فرهنگی در پاسخ به رفتارهای غیرعادی نشان می‌دهد که در فرهنگ‌های غیرغربی رفتارهایی مانند توهمات، مشکل به حساب نمی‌آیند. همچنین فرهنگ‌های مختلف در شیوع و شیوه بروز اختلالات تفاوت‌هایی نشان می‌دهند. درون یک فرهنگ نیز تفاوت‌های بارزی بین گروه‌های خرده‌فرهنگی وجود دارد. پیدایش نهایی این تفاوت‌ها در نشانگان وابسته به فرهنگ است که در برخی فرهنگ‌ها (نه در سایر نقاط جهان) یافت می‌شوند. گروه‌های فرهنگی مختلف شیوه‌های متفاوتی برای درمان اختلالات دارند و در درون یک فرهنگ درمان‌های متفاوتی ارائه می‌شود. نتیجه نهایی اینکه نیاز مبرمی به فراهم کردن درمان‌های متناسب با فرهنگ‌های متفاوت وجود دارد.

تمرین مروری

جدولی رسم کنید و در آن نشان دهید که چگونه فرهنگ‌های مختلف در پاسخ به رفتارهای اسکیزوفرنیک، میزان بروز اسکیزوفرنی و درمان اسکیزوفرنی اختلاف دارند. تمرین مزبور را در مورد سایر مقوله‌های اختلال روانی مانند افسردگی نیز انجام دهید.

منابعی برای مطالعه بیشتر

Fernando, S. (1988). *Race and Culture in Psychiatry*. London: Croom Helm. (Still the most thorough and easily read text on racial issues.)

Pilgrim, D. & Rogers, A. (1999). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Buckingham, UK: Open University Press. (Although a sociological text primarily, this gives clear and thorough coverage of the subcultural issues.)

Russell, D. (1995). *Women, Madness and Medicine*. London: Polity. (Easy to read, good detail of women's issues.)

فصل پنجم: نتیجه گیری؛

بررسی مسائل و معضلات به صورت اجمالی

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
دکتر محمد خدایاری فرد

در این کتاب به بررسی گستره وسیعی از مسائل مربوط به طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روانی پرداخته شد. در این بخش خلاصه‌ای از آنچه گفته شد، ارائه می‌شود. در فصل اول دیدیم که تعریف رفتار نابهنجار مشکل‌آفرین است. به کمک گستره وسیعی از ملاک‌ها، از قانونی گرفته تا روان‌شناختی، نشان دادیم که در یافتن تعریفی که برای پوشش دادن به همه موارد در کلیه فرهنگ‌ها به اندازه کافی پذیرا باشد و نیز به منظور تدارک رهنمودهای روشن برای پزشکان، دشواری‌هایی وجود دارد. این مورد نمونه‌ای است برای نشان دادن مبحث قانون‌نگری-فردنگری در حال نفوذ به دنیای روان‌شناسی. رویکرد قانون‌نگر به مطالعه رفتار، معتقد است باید به بررسی شمار عظیمی از مردم بپردازیم و قوانینی همگانی وضع کنیم که بتوان آنها را تعمیم داد. رویکرد فردنگر عبارت است از مطالعه و بررسی موشکافانه هر مورد خاص به منظور ایجاد تحلیلی ژرف از آن شخص، که الزاماً در مورد افراد دیگر کاربرد ندارد.

الگوهای مختلف اختلالات روانی را از نظر گذرانندیم. دامنه این الگوها از رویکردی پزشکی که شامل نظام طبقه‌بندی همگانی مبنی بر نشانگان و علائم است، به رویکردی انسان‌گرایانه که تأکید را بر فرد قرار می‌دهد و مفهوم بیماری روانی را انکار می‌کند، امتداد می‌یابند. هنگام بررسی اثرهای بالقوه یک انتخاب بر بیماران، از بستری کردن اجباری گرفته تا زدن انگ اجتماعی، می‌توان به وضوح نتایج اخلاقی و کاربردی انتخاب‌های مربوط به تعاریف و الگوها را مشاهده کرد. آنگاه این مسئله ما را بر سر دوراهی اخلاقی قرار می‌دهد که چگونه می‌توان به بهترین وجه با اختلال روانی برخورد کرد. این موضوع را در ادامه بحث بسط و توسعه خواهیم داد. مشکل و پیامدهای آن، وسیع و دامنه‌دار است. به قول توماس ساس (۱۹۶۰، ص. ۱۹۰)، «حرفه پزشکی با اخلاقیات ارتباط نزدیکی دارد و به نظر من نخستین کاری که باید بکنیم، این است که بکشیم و این مسئله را روشن و آشکار سازیم».

در فصل دوم به بررسی نظام‌های طبقه‌بندی DSM و ICD پرداختیم و طرح مختصری از مقوله‌های عمده اختلالات روانی و شیوه‌های رسیدن به تشخیص ارائه شد. برای اینکه این نظام‌ها علمی تلقی شوند، باید پایایی و روایی‌شان را نمایان ساخت. نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که می‌توان پایایی و روایی نظام‌ها و شیوه‌های مزبور را مورد تردید قرار داد. آشکار است

که اگر این نظام‌های متفاوت، نتایج سودمندی برای درمان نداشته باشند (روایی) و اگر متخصصان بالینی نتوانند از آنها برای رسیدن به قضاوت در مورد یک مراجع استفاده کنند (پایایی)، آنها به نحو مناسبی عمل نمی‌کنند. در نهایت این پرسش پیش می‌آید که آیا این نظام‌ها احتیاج به تعدیل بیشتری دارند یا اینکه در مجموع مبتنی بر اطلاعات اشتباه می‌باشند. گذشته از این، بسیاری از روان‌شناسان احساس می‌کنند که الگوی پزشکی (که نظام‌های طبقه‌بندی بر پایه آن بنا نهاده شده‌اند) کافی نیست. آنان براساس کارکرد روان‌شناختی و آزمایش روی حیوانات عقیده کاهش‌گرایی را رد کرده و استدلال می‌کنند که این موضوع نظام‌های طبقه‌بندی روان‌پزشکی کنونی را حشو و زاید می‌سازد. این مسئله سبب شده که بعضی از نویسندگان (مانند پیلگریم، ۲۰۰۰) روان‌شناسان را تشویق کنند تا به نفع تحلیل فردی مشکلات رفتاری هر مراجع، نظام‌های تشخیصی را کنار بگذارند. این باید براساس تجربه و بافت اجتماعی آن مراجع صورت گیرد و به زبان روزمره بیان شود. بدین ترتیب درمان مفیدتر خواهد بود و می‌توان از بسیاری از مشکلات جلوگیری کرد. پیلگریم (۲۰۰۰، ص. ۳۰۴) معتقد است که «ما باید در درک تفاوت‌های روان‌شناختی کوشا باشیم، نه در کاهش دادن تفاوت‌های تجربی و رفتاری به سازه‌های انحصاری ثابتی که توسط افراد حرفه‌ای فراهم می‌شوند.»

فصل سوم بر نشانگان خاصی که در نظام‌های طبقه‌بندی کنونی شناسایی شده است، تمرکز می‌یابد. اختلال شخصیت چندگانه از لحاظ تغییرات تاریخی و جغرافیایی بررسی شد. تبیین‌هایی برای مسئله مزبور، مانند سابقه شخصی سوءاستفاده در دوران کودکی بررسی شد. بحث اصلی این بود که آیا MPD را باید به صورت ارتجالی مشاهده کرد یا پزشک‌زاد، به عبارت دیگر، آیا این اختلال واقعی یا پیامد سوگیری بالینی درمانگر است. نتیجه‌گیری در این خصوص به این صورت بود که هیچ‌کدام از این دیدگاه‌ها توضیح کافی ارائه نمی‌دهد. «همه‌گیری» اخیر MPD در بعضی از کشورها با نظریه‌های بالینی در آن کشورها و با شرایط اجتماعی که ممکن است آن نظریه‌ها را برانگیخته باشند، ارتباط داده شده است. گسترش علاقه به موضوع سوءاستفاده از کودکان و حضور پررنگ رسانه‌های گروهی در زندگی روزمره، چه بسا سبب شده باشد که متخصصان بالینی و عامه مردم به‌طور همزمان به توسعه یک سازه اجتماعی از MPD مبادرت ورزند. از این رو، متخصصان بالینی و درمان‌جویان در مورد MPD

فصل پنجم: نتیجه‌گیری ----- ۲۰۱

حساسیت افراطی به خرج می‌دهند و حتی ممکن است درمان‌جویان آن را روش پذیرفته‌شده‌ای برای ابراز درماندگی‌شان ببینند. بنابراین، نظام‌های تشخیصی به تنهایی مسئول توصیف مشاهدات نیستند، بلکه خودشان محصول ساخت اجتماع می‌باشند.

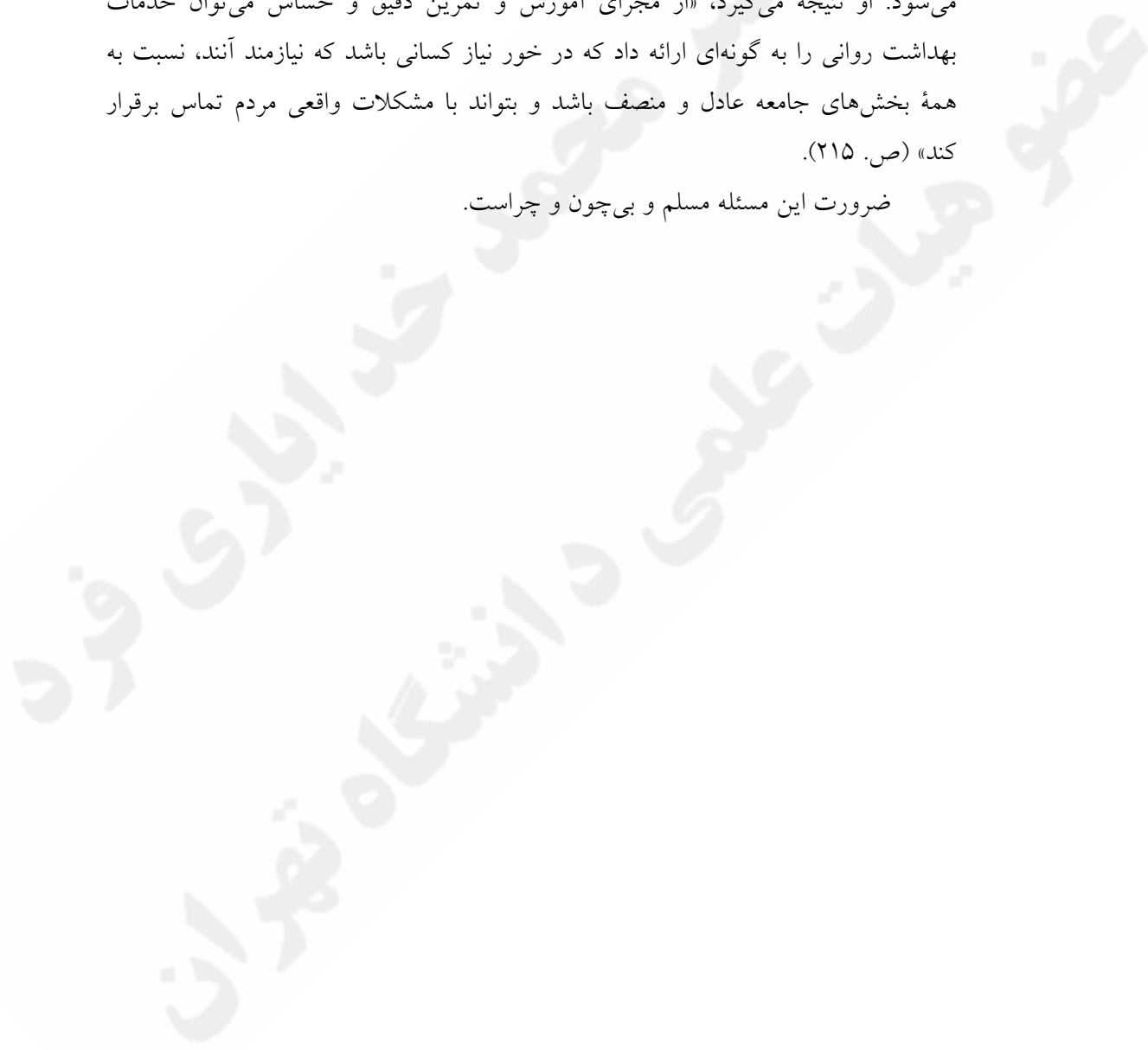
مورد MPD را می‌توان از دید جبر یا اختیار نیز نگاه کرد، برای مثال، چنانکه در بحث از جوانب قانونی اختلال شخصیت چندگانه مشاهده شد، تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا چنین افرادی در حالت‌های تغییر یافته‌ای که تجربه می‌کنند مسئول رفتارشان می‌باشند یا خیر. بنابراین، پیامدهای اخلاقی این سازه‌های اجتماعی برای فرد مهم و تعیین‌کننده است. آکوسلا (۱۹۹۹، ص. ۱۳۸) اظهار می‌دارد، «پرسش در مورد MPD نباید به این صورت باشد که آیا تشخیص این اختلال واقعی است یا نه، بلکه باید پرسید آیا تشخیص سودمند است یا خیر».

فصل چهارم به تفاوت‌های فرهنگی و خرده‌فرهنگی در اختلالات روانی می‌پردازد. با بهره‌گیری از نظریه ساختارگرایی اجتماعی و همچنین مسائل مربوط به تعریف اختلالات، که در فصل اول به آن پرداخته شد، مشخص شد که ممکن است در فرهنگ‌های مختلف رفتارهای متفاوتی را رفتار نابهنجار تشخیص دهند؛ همچنین اختلالات ممکن است در فرهنگ‌های مختلف به شیوه‌های متفاوتی ابراز شوند. در صورتی که شرایط فرهنگی خاصی در شمار علل بروز اختلال در نظر گرفته شوند، اختلافات چه‌بسا عمیق‌تر شوند. ممکن است پاره‌ای از اختلالات در بعضی از فرهنگ‌ها یافت شوند و در برخی دیگر یافت نشوند. این مسئله مناقشه در مورد طبیعت در مقابل تربیت را برمی‌انگیزد. اگر طبیعت غالب باشد، می‌توان استدلال کرد که چنین تفاوت‌هایی علت ژنتیکی دارند. اگر تربیت لحاظ شود، تجارب متفاوت می‌توانند علت تفاوت‌ها پنداشته شوند. تعیین اینکه آیا اینها در حقیقت نشانگان متمایزی هستند یا گونه‌های متفاوتی از اختلالاتی که در سایر نقاط جهان وجود دارند، دشوار است. تبیین آن هرچه باشد، وجود چنین فرهنگ‌های متفاوت فضا را برای یک نظام عمومی و جهانی طبقه‌بندی اختلالات روانی تنگ می‌کند و بر تأکید بر رویکرد فردنگر می‌افزاید، بدین معنی که افراد با پیش‌زمینه‌های فرهنگی متفاوت، به درمان‌های متفاوت احتیاج دارند. ممکن است این نیاز به وجود آید که رویکردی میان‌فرهنگی جایگزین فرهنگ غربی شود. همچنین برای لزوم ایجاد روان‌شناسی میان‌فرهنگی که تغییرات فرهنگی را مدنظر قرار می‌دهد و کمتر بر اسلوب

زندگی غربی تمرکز می‌کند، دلایل محکمی وجود دارد.

فرناندو (۱۹۹۵) از ارزیابی چندسامانه‌ای سخن می‌گوید که مبتنی بر تحلیل مشکلات فرد در سطوح مختلف است (برای مثال، بررسی خانواده، جامعه و جوانب روحانی/مذهبی) و این منجر به مداخلات چندگانه متناسب با طبیعت مشکل و پیش‌زمینه فرهنگی خاص فرد می‌شود. او نتیجه می‌گیرد، «از مجرای آموزش و تمرین دقیق و حساس می‌توان خدمات بهداشت روانی را به گونه‌ای ارائه داد که در خور نیاز کسانی باشد که نیازمند آنند، نسبت به همه بخش‌های جامعه عادل و منصف باشد و بتواند با مشکلات واقعی مردم تماس برقرار کند» (ص. ۲۱۵).

ضرورت این مسئله مسلم و بی‌چون و چراست.



دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

فصل ششم: راهنمای مطالعه

بهبود مهارت‌های مقاله‌نگاری شما
مقاله‌های نمونه و نظرهای آزماینده‌گان
خلاصه‌هایی از پژوهش‌های کلیدی

بهبود مهارت‌های مقاله‌نگاری شما

تا به اینجا، شما دانش لازم برای موفقیت در امتحان را کسب کرده‌اید. در این فصل در پی آنیم تا مهارت‌های پاسخگویی به پرسش‌های امتحانی را به شما نشان دهیم. چنانکه پیداست، برگزارکنندگان آزمون، در مورد اشتباهاتی که توسط دانشجویان در امتحان رخ می‌دهند، اطلاعات دست اولی در اختیار دارند. برای مثال، داوطلبان اغلب اوقات پرسش طرح‌شده را جواب نمی‌دهند، بلکه بیشتر پرسشی را پاسخ می‌دهند که انتظار آن را می‌کشیدند. به‌طور معمول یک پاسخ با نمره ج حاوی اطلاعات مربوط است، اما در زمینه جزئیات و دیدگاه‌ها ناکافی است. برای ارتقای سطح چنین پاسخی، اندکی جزئیات، بهره‌گیری بهتر از اطلاعات و سازمان‌دهی منسجم مطالب لازم است. درک این مسئله که یک پاسخ با نمره الف یا ب حتماً نباید طولانی باشد، بسیار مهم است. به‌جای طولانی کردن بی‌مورد یک پاسخ، حذف عبارت‌هایی که به کیفیت پاسخ نمی‌افزایند و بسط عبارت‌هایی که به کیفیت آن می‌افزایند، می‌تواند مفید باشد.

با مطالعه پرسش‌های انشایی ارائه‌شده در این فصل و دیدگاه‌های آزمایش‌کنندگان، شما می‌توانید نحوه تبدیل جواب با نمره ج را به نمره الف بیاموزید. لطفاً توجه داشته باشید که نمره‌های داده شده توسط آزمایش‌کنندگان در پرسش‌های انشایی تمرینی باید فقط به عنوان راهنما استفاده شوند و بس. آنها بیانگر نمره‌های خامی‌اند که احتمال دارد در پاسخ به پرسش‌های AQA(A)* داده شوند. در امتحان AQA(A)، آزمایش‌کننده به دانش و درک مفاهیم (موسوم به هدف ارزیابی ۱ [AO1]) حداکثر ۱۲ نمره و به ارزیابی، تحلیل و تفسیر (هدف ارزیابی ۲ AO2) نیز ۱۲ نمره اختصاص می‌دهد. در این بخش توانایی شما در خلاصه‌نویسی نیز ارزیابی می‌شود. خلاصه‌نویسی مستلزم نشان دادن وسعت دانش و ارزیابی گستره وسیعی از دیدگاه‌ها و روش‌هاست. به‌منظور به حداکثر رساندن نمره‌هایتان باید از رسیدگی به چنین مسائلی

* اتحادیه سنچس و تعیین صلاحیت (Assessment and Qualifications Alliance) یکی از سه مرجع بزرگ اخذ آزمون در مقاطع و رشته‌های مختلف تحصیلی در کشور انگلستان است. (م).

اطمینان حاصل کنید.

جزئیات این طرحواره نمره‌دهی که در پیوست C ارائه شده است، کاری از پال همفریز^۱ با عنوان موفقیت در آزمون AQA (A) روان‌شناسی است. به یاد بسپارید که آنها نمره‌های خام‌اند و همان نمره‌هایی نیستند که در نهایت در گواهی‌نامه امتحان به داوطلبان داده خواهد شد، زیرا برای همه اعضای هیأت امتحانات الزامی است که از یک سامانه معیار و مشترک و مقیاس نمره‌دهی (UMS)^۲ که نمره‌های خام را به نمره معیار تبدیل می‌کند، استفاده کنند.

به خاطر بسپارید پاسخ‌هایی که در اینجا آورده شده‌اند، توسط فرد ۱۸ ساله‌ای در مدت ۴۵ دقیقه نگاشته شده‌اند. در چنین تنگی وقتی، صریح و پرمغز بودن تک‌تک جملات اهمیت دارد. در این فصل در پی پرسش‌های انشایی، نکات و تفسیرهای دقیقی درخصوص قوت و ضعف‌های آنها آمده است. شایع‌ترین مشکلاتی که باید مراقبتشان بود عبارتند از:

• ناتوانی در پاسخگویی به یک سؤال و تولید مجدد یک پاسخ الگو به سؤال مشابهی که در گذشته آن را آموخته بودید؛

• عدم برقراری توازن مطلوب بین توصیف و ارزیابی/تحلیل. به یاد داشته باشید که هر دو از ارزش یکسانی برخوردارند؛

• نوشتن هر آنچه در مورد یک موضوع می‌دانید، به این امید که اندکی از آن به درد بخورد. به خاطر داشته باشید که لازمه کسب نمره بهتر، انتخاب بهتر مطالب است. بنابراین، اغلب با حذف آنچه به سؤال ربطی ندارد و بسط آنچه به سؤال مربوط می‌شود، می‌توان نمره بهتری کسب کرد.

• عدم استفاده مؤثر از اطلاعاتتان. فقط پیاده‌کردن اطلاعات روی کاغذ کافی نیست، در عین حال باید به آزماینده نشان دهید که از هر جزء پاسخ‌تان به منظور ذکر نکته خاصی بهره برده‌اید.

برای کسب ایده‌های بیشتر در مورد نوشتن سؤال‌های انشایی باید به مرکز موفقیت آزمون در AEB Psychology و کتاب موفقیت در آزمون در AQA (A) Psychology (نوشته

1 - Paul Humphreys

2 - Uniform Mark Scale

پال همفریز) مراجعه کنید.

سؤال‌های انشایی و دیدگاه آزماینده

سؤال انشایی تمرینی ۱

ICD و DSM را به عنوان روش‌های طبقه‌بندی رفتار نابهنجار توصیف و ارزیابی کنید (۳۰ نمره) [AQA ۲۰۰۰].

نقطه شروع: «توصیف کنید»، داوطلبان را ملزم می‌سازد تا مدارک و شواهدی دال بر شناخت‌شان از دو نظام طبقه‌بندی نامبرده در سؤال ارائه دهند. این می‌تواند شامل شناسایی ساختار نظام طبقه‌بندی (مانند محورهای DSM) و مقوله‌های عمده اختلال باشد. در این صورت می‌توان تعدادی از ملاک‌های تشخیصی را با مثال‌هایی ذکر کرد. «ارزیابی کنید»، داوطلبان را ملزم به ارزیابی نظام‌ها می‌سازد. این را می‌توان از با مقایسه دو رویکرد با یکدیگر و با نظام‌های قبلی، و از طریق بحث از پایایی و روایی‌شان انجام داد. نتایج کاربردی و اخلاقی را نیز می‌توان مدنظر قرار داد. خلاصه‌نویسی (توانایی ارائه گستره وسیعی از دیدگاه‌ها در مورد مسئله مربوط به صورت خلاصه) در هر دو مورد هدف ارزیابی ۱ (AO۱) درباره دانش و درک مفاهیم و هدف ارزیابی ۲ (AO۲) پیرامون ارزیابی، تحلیل و تفسیر ارزیابی می‌شود. این را می‌توان با ملاحظه مسائل (در این مورد، جنسیت و سوگیری فرهنگی و اخلاقیات) و مباحث (که می‌تواند شامل جبر و اختیار، کاهش‌نگری و روان‌شناسی به عنوان یک علم شود) جست‌وجو کرد.

پاسخ داوطلب

دهمین چاپ ICD در سال ۳-۱۹۹۲ (به عنوان نسخه به روز شده ICD نهم)، توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) انتشار یافت. این نظام تشخیصی ۱۱ مقوله از اختلال روانی را شناسایی می‌کند. این اختلالات شامل اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت بزرگسالی و رفتاری، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات هیجانی نوجوانی و کودکی، اختلالات

۲۰۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

عضوی و اختلالات روان‌رنجوری می‌شوند. برای مثال، در مقوله اسکیزوفرنی، گونه‌های متفاوتی از اسکیزوفرنی فهرست شده‌اند که عبارتند از: ساده، هبفرنیک، کاتاتونیایی و پارانویایی، نامتمایز و سایر سنخ‌های اختلال اسکیزوفرنی گونه.

هراس‌ها، اختلالات اضطرابی، اختلال وسواس بی‌اختیاری و اختلال شخصیت چندگانه در مقوله اختلالات روان‌رنجوری، اختلالات مرتبط با استرس و اختلالات جسمانی شکل جای می‌گیرند. مقوله اختلالات خلقی (همچنین شناخته شده با عنوان اختلالات هیجانی) شامل اختلال دوقطبی عاطفی و اختلال افسردگی عودکننده است. اختلالات خوردن مانند بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی به عنوان نشانگان رفتاری مرتبط با عوامل فیزیکی و اختلالات فیزیولوژیک طبقه‌بندی می‌شوند.

DSM IV توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شد که نسخه به‌روزشده DSM III-R است. این نظام تشخیصی متشکل از ۱۷ مقوله عمده است (چنانکه دیدیم ICD10 فقط ۱۱ مقوله دارد). این مقوله‌ها شامل اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و اختلالات خلقی‌اند. مقوله‌های دیگر شامل اختلالات افتراقی، جسمانی شکل، اختلالات سازگاری، اختلالات شخصیتی و اختلالات هویت جنسی و جنسیتی هستند. اختلالاتی که به‌عنوان اختلالات هویت جنسی و جنسیتی شناخته می‌شوند عبارتند از: اختلالات میل جنسی و نابهنجاری جنسی (مانند یادگارپرستی) و همچنین اختلالات هویت جنسیتی.

ICD و DSM تا حدودی مشابه‌اند، ولی تفاوت‌هایی نیز با هم دارند. برای مثال، اختلالات روان‌رنجوری، جسمانی شکل و اختلالات مربوط به تنیدگی در ICD در مقوله واحدی جای می‌گیرند، درحالی‌که در DSM این اختلالات از هم جدا هستند. هرچند، گاهی عکس این قضیه درست است و یک مقوله در DSM شامل دو یا چند مقوله در ICD است. علت متفاوت بودن شمار مقوله‌ها در دو نظام همین مسئله است (۱۱ مورد در ICD و ۱۷ مورد در DSM).

نظام‌های مزبور از لحاظ بهره‌گیری از کلمات روان‌پریش و روان‌رنجور تفاوت دارند. بنابر سنت این اختلالات به عنوان اختلالات بسیار متفاوتی شناخته می‌شوند، اما این تمایز در

ICD و DSM لحاظ نشده است. با این حال، DSM هنوز از کلمه روان‌پریشی استفاده می‌کند، در حالی که ICD کلمه روان‌رنجور را به کار می‌برد و DSM از آن استفاده نمی‌کند. هیچ‌کدام از نظام‌های مزبور کلمه بیماری روانی را به کار نمی‌برند.

معضلات بسیاری در مورد ICD و DSM وجود دارد. این معضلات شامل مشکلات اخلاقی و کاربردی هستند. مشکلات کاربردی از مهم‌ترین مشکلاتی هستند که شامل پایایی و روایی می‌شوند. پایایی عبارت از حضور همسانی در اندازه‌گیری‌هاست. در روان‌شناسی، این به معنی تشخیص یکسان در مورد شخص واحد توسط روان‌پزشک واحد در دو موقعیت متفاوت است.

چند پژوهش نشان داده‌اند که روان‌پزشکان آمریکایی و بریتانیایی به طور متفاوتی تشخیص می‌دهند. تشخیص اسکیزوفرنی در بریتانیا، محتمل‌تر از آمریکا است، اما در مورد افسردگی شیدایی عکس این حالت درست است. بنابراین، این مسئله حاکی از آن است که تشخیص قابل اعتماد نیست. اگر قابل اعتماد نیست، پس معتبر نیز نیست (کاردول). روزنهان بررسی مشهوری را انجام داد که در آن افرادی کاملاً بهنجار وارد بیمارستان روانی شدند. این افراد از شنیدن کلماتی مانند «خالی»، «تهی» و «صدای تالاب» شکایت می‌کردند. زمانی که همه آنها به عنوان بیمار در بیمارستان پذیرفته شدند، شروع به بروز رفتارهای بهنجار کردند. حتی رفتار بهنجار این افراد نشانه‌ای در تأیید تشخیص (اسکیزوفرنی) قلمداد می‌شد. نکته اینجاست که آنها در مرحله اول روان‌پزشکان را فریب دادند. رفتار نوشتن فرد به عنوان «بیمار درگیر در نوشتن» ثبت شد.

نظرات آزماینده

این پاسخی است با ساختار و چارچوب مناسب که روی مجموعه سؤالات تمرکز خوبی دارد. بخش اول پاسخ تا حد زیادی توصیفی است و طرحی با جزئیات مناسب از مقوله‌های اصلی اختلال روانی را در دو سامانه ارائه می‌دهد. تمرکز اصلی بر فهرست اختلالات است که اندکی کوتاه است و می‌توان بیشتر به آن افزود. کمبودهای پاسخ عبارت است از اینکه هیچ اشاره‌ای به محورهای مختلف ارزیابی در نظام DSM و مثال‌هایی در مورد ملاک‌های تشخیصی آن ارائه نشده است. نظام را می‌توان با الگوی پزشکی نیز ارتباط داد و

۲۱۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

تفاوت فرهنگی را نیز می‌توان ذکر کرد. بنابراین نمره AO۱ برای این پاسخ به احتمال زیاد حدود ۱۰ خواهد بود، چرا که در توصیف و تلخیص تا حدودی نقص دارد.

بخش دوم مقاله به ارزشیابی AO۲ می‌پردازد. چند نکته خوب از مقایسه بین دو نظام ذکر شده است. بقیه ارزشیابی را می‌توان به‌طور مفیدی به مسائل مرتبط با اصول علم ارتباط داد. اما داوطلب به این مورد اشاره‌ای نمی‌کند و فقط در تلاش است تا به مسئله پایایی که به نحو احسن توضیح داده شده است، بپردازد. هر چند مدارک تحقیقاتی اندکی ارائه شده، اما روایی به‌طور جزئی و دقیق مورد توجه قرار نگرفته است. در واقع، تحقیق «روزنهان» به خوبی توضیح داده نشده و نیز به گونه‌ای منسجم با مجموعه سؤال پیوند داده نشده است. در اینجا داوطلب می‌تواند در راستای افزایش و بسط دامنه ارزشیابی و تلخیص بیشتر از طریقضمیمه کردن اطلاعات مربوط به مسائل فرهنگی (فصل چهارم) و ساختارگرایی اجتماعی (فصل سوم)، گام‌های مؤثری بردارد. هر دو مورد نشان می‌دهند که ممکن است دست یافتن به طبقه‌بندی جهانی برای همه زمان‌ها و مکان‌ها میسر نباشد. با بررسی خارج از الگوی پزشکی رویکردهایی مانند رویکردهای اجتماعی-فرهنگی و انسان‌گرایانه که کمتر بر تشخیص و طبقه‌بندی تمرکز می‌کنند و در رویکردشان به رفتار، کمتر کاهش‌گرا هستند، می‌توان چشم‌انداز وسیع‌تری را نمایان ساخت. در نهایت، داوطلب به مسائل اخلاقی اشاره می‌کند، اما در بسط بیشتر آنها درمانده است. جبر و اختیار در اینجا مسئله‌ای کلیدی است. از این رو AO۲ این پاسخ احتمال دارد حدود نمره ۷ باشد.

روی هم‌رفته پاسخ بالا، نمره‌ای در حدود ۱۷/۵ را دریافت می‌دارد که آن را روی مرز بین نمره ۱۰ و ۱۱ قرار می‌دهد. برای آنکه داوطلب به سمت نمره ۱۰ پیش برود، باید روی مهارت‌های ارزشیابی و محتوای موجز پاسخ‌ها بیشتر کار کند، هرچند این داوطلب توانایی خوبی از یادگیری حقایق را در پاسخگویی نشان داده است.

سؤال انشایی تمرینی ۲

(الف) طرح کلی دو یا چند نشانه وابسته به فرهنگ را ارائه دهید (۱۰ نمره AO۱).

(ب) مشکلاتی را که نشانه‌های وابسته به فرهنگ برای طبقه‌بندی و تشخیص نابهنجاری‌های روانی به‌وجود می‌آورند، مورد بحث قرار دهید (۵ نمره AO۱ + ۱۵ نمره AO۲).

نقطه شروع: «توصیف کنید»، داوطلبان را ملزم به ارائه مدارکی دال بر آگاهی و

اطلاعاتشان در مورد نشانگان وابسته به فرهنگ می‌کند که ممکن است شامل پاسخ به این دو سؤال باشد: چه کسی متأثر می‌شود و اختلالات مزبور کجا یافت می‌شوند. در اینجا می‌توان به ارائه مطالعات موردی نیز مبادرت ورزید.

«بحث کنید»، داوطلب را ملزم به توصیف و ارزیابی اهمیت نشانگان وابسته به فرهنگ می‌کند. برای AO1، داوطلب باید آگاهی‌اش را در مورد مشکلات مطرح شده توسط نشانگان وابسته به فرهنگ و همچنین در مورد نظام‌های طبقه‌بندی و تشخیصی نشان دهد. مسئله اصلی، تقابل عمومیت و نسبی‌نگری نظام‌هاست. تلخیص را می‌توان با گسترش دادن چشم‌انداز پاسخ کسب کرد. برای مثال، اذعان به اینکه بیشتر از یک نظام طبقه‌بندی وجود دارد. برای AO2، داوطلب باید استدلال‌های دو طرف را بسنجد. این کار ممکن است شامل اظهارنظر در مورد روایی خود نشانگان وابسته به فرهنگ و ارائه پیشنهادهایی در مورد شرایط مراجعان و همچنین نحوه رفع مشکلات باشد.

پاسخ داوطلب

(الف) بسیاری از مردم در مقطعی از زندگی‌شان گرفتار نوعی از اختلالات روانی می‌شوند. برای مثال، افسردگی یا هراس، دو اختلال بسیار شایع‌اند. نابهنجاری روانی عنوان دیگری است برای اختلال روانی که با عنوان بیماری روانی نیز شناخته شده است. نظام مورد استفاده برای طبقه‌بندی اختلالات روانی DSM نامیده می‌شود. نظام دیگری نیز با عنوان ICD وجود دارد. هر دو نظام بر پایه الگوی پزشکی مورد استفاده روان‌پزشکان بنا نهاده شده‌اند. در هر دو نظام، اختلالات روانی را بنابر علائم ابراز شده توسط بیمار در مقوله‌هایی جای می‌دهند. برای مثال، اسکیزوفرنیک‌ها نشانه‌هایی مانند توهمات، اختلالات فکری، هذیان‌ها و اختلالات هیجانی از خود بروز می‌دهند. با وجود این، اسکیزوفرنی در همه فرهنگ‌ها، بیماری تلقی نمی‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که در بعضی مناطق آفریقا به توهمات به چشم رفتار بهنجار نگریسته می‌شود. کشورهای غیرغربی معدودی در جهان بی‌اشتهایی عصبی را بیماری می‌دانند، اختلالی که در آن بیمار از خوردن خودداری می‌کند و این حالت در نهایت ممکن است به دلیل کاهش شدید وزن به مرگ منجر شود. کشورهای دیگری نیز وجود دارند که در آنها اختلالاتی

۲۱۲- ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

یافت می‌شود که در DSM ذکر نشده است. این اختلالات موسوم به نشانگان وابسته به فرهنگ هستند، زیرا فقط در مناطق خاصی در جهان، مانند آسیا و آمریکای جنوبی یافت می‌شوند. DSM آنها را به‌عنوان مشکلاتی در رفتار یا تجربه که وابسته به ناحیه خاص هستند، تعریف می‌کند.

«آموک» یکی از این اختلالات است. در این اختلال، شخص احساس می‌کند به او ظلم و بی‌عدالتی شده است، در نتیجه افسرده شده، سپس دستخوش احساسات تند و خشن می‌شود و چه‌بسا قبل از رسیدن به حالت فرسودگی و خستگی مفرط به دیگران حمله کند و حتی افرادی را بکشد و پس از این واقعه در مورد اعمالی که از وی سرزده، چیزی به خاطر نمی‌آورد. این بیماری در نقاطی از آسیا یافت می‌شود و به‌نظر می‌رسد فقط در مردان بروز می‌یابد.

نمونه‌ای دیگر از این دست عبارت است از «آتاک دِ نروپوس» که در زنان آمریکای لاتین یافت می‌شود. مبتلایان، دچار ترس و وحشت فراوان، اضطراب و تنگی نفس می‌شوند و حالت گریه، لرزش و بی‌هوشی به آنها دست می‌دهد. این اختلال اغلب پس از مرگ عضوی از خانواده بروز می‌یابد و مبتلایان ممکن است اقدام به خودکشی کنند. نشانگان «دات» نیز در مردان در هندوستان یافت می‌شود. مبتلایان دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند، زیرا آمیزش جنسی بسیاری دارند و معتقدند این مسئله سبب ضعف و خستگی‌شان می‌شود. در «کورو» که یک اختلال روانی چینی است، شخص احساس می‌کند آلت تناسلی‌اش تحلیل رفته و بتدریج داخل بدن ناپدید می‌شود و در نتیجه این مسئله او خواهد مرد. این احساس مبتلایان را دچار اضطراب شدیدی می‌کند و احتمال دارد غش کنند. زنان نیز ممکن است دچار این بیماری شوند و نشانه اصلی آن چنین است که فکر می‌کنند پستان‌هایشان در حال ناپدید شدن است. «تایجین»، اختلال دیگری است که بیشتر در ژاپن یافت می‌شود. فرد بیمار فکر می‌کند بوی بسیار زننده‌ای می‌دهد و به‌همین دلیل با دیگران معاشرت نمی‌کند و ممکن است مانند مبتلایان به هراس‌ها از ترک خانه خودداری کند.

(ب) این اختلالات بسیارند و در پایان DSM فهرست شده‌اند. مسئله اصلی مربوط به این اختلالات این است که روان‌شناسانی که در سایر کشورها کار می‌کنند، چگونگی تشخیص

و درمان این بیماری‌ها را نمی‌دانند، زیرا در DSM که مبتنی بر اختلالات روانی آمریکایی است، اطلاعات زیادی در مورد آنها وجود ندارد. بیماری‌های بسیار دیگری وجود دارند که DSM به آنها اشاره نمی‌کند. مک کاجورخال، ۳۶ مورد از این اختلالات را ذکر می‌کند، در حالی که DSM فقط ۲۵ مورد را یادآور می‌شود. البته می‌توان تصور کرد که این اختلالات همان بیماری‌هایی هستند که از قبل می‌شناسیم، که فقط عناوین متفاوتی دارند یا به شیوه‌های کم‌وبیش متفاوتی ظاهر می‌شوند. برای مثال، اختلال ژاپنی (تایجین) که در آن افراد از معاشرت با مردم خودداری می‌کنند، به نظر می‌رسد اندکی شبیه هراس اجتماعی باشد.

روانشناسان در مورد اینکه آیا این اختلالات با اختلالات طبقه‌بندی‌شده در DSM تفاوت دارند یا نه، بحث و استدلال می‌کنند. برخی روان‌شناسان مانند «کیو» فکر می‌کنند که اختلالات روانی غربی در مورد همه فرهنگ‌ها کاربرد دارند و اینکه نشانگان وابسته به فرهنگ در واقع وجود ندارد. این دیدگاه را عمومیت‌گرایی می‌نامند. دیگران فکر می‌کنند تفاوت‌هایی در بین فرهنگ‌ها وجود دارد که این نظر با عنوان نسبی‌نگری شناخته می‌شود. اینها ممکن است پیامد پذیرفته‌شده یا نشده بودن رفتارهای متفاوتی در یک جامعه خاص، تفاوت‌ها در تشخیص یا مددجویی یا شاید تفاوت‌های ژنتیکی باشند. دلیل آن هرچه باشد، این فرض صحیح نیست که مردم کل جهان شبیه افراد غربی‌اند، و از آنجا که افراد با یکدیگر متفاوت‌اند، باید درمان متفاوتی نیز دریافت دارند. بنابر نظر فرناندو، شیوه‌های درمانی موجود در یک فرهنگ (برای مثال استفاده از آیین‌های مذهبی) گاهی موفق‌تر از شیوه‌های غربی عمل می‌کنند.

تا زمانی که پژوهش‌های بیشتری در خصوص نشانگان وابسته به فرهنگ انجام نگرفته، در تصمیم‌گیری در مورد اینکه با آنها چکار کنیم، ناتوانیم. تصمیم‌گیری در وهله اول در مورد اینکه آیا اینها اختلالاتی واقعی‌اند یا نه، حائز اهمیت است. کاینو دریافته که «آتاک دِ نروپوس» در مناطقی که بروز می‌یابد، کاملاً شایع و پذیرفتنی است. اما بنابر نظر مارانو، ویندیگو (اختلالی که ادعا می‌شود در میان سرخ‌پوستان شمالی وجود دارد)، اصلاً وجود خارجی ندارد. مشکل اینجاست که در صورت ناآشنایی با زبان و عدم درک پیش‌زمینه مردم یک ناحیه، انجام تحقیق آسان نیست. فرهنگ‌های مختلف در نگاه به مسائل با فرهنگ غربی تفاوت دارند. بسیاری از مردم در سایر کشورها ممکن است در صورت برخورد با مشکل به ملاقات

۲۱۴----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

روان‌شناس نروند. بنابراین، آنها در هیچ تحقیقی گنجانده نخواهند شد. مبتلایان به اختلال روانی ممکن است ترجیح بدهند به دیدن فرد دیگری مانند یک دکتر یا جادوگر (شمن) بروند. برای مثال، راک دریافت که در آسیا افراد گرفتار افسردگی به پزشک عمومی مراجعه و از نشانه‌های جسمانی شکایت می‌کنند تا نشانه‌های روانی.

این ادعا که نظام‌های کنونی کامل‌اند، اشتباه است و هنوز نیاز مبرمی به کشف و تشخیص بیماری‌های وابسته به فرهنگ احساس می‌شود. باید به افراد مبتلا به بیماری روانی در کلیه فرهنگ‌ها فرصت تشخیص و درمان شایسته را داد. آنها نیز به اندازه مردم جوامع غربی اهمیت دارند، به همین دلیل DSM در حال حاضر حاوی دستورالعمل‌هایی برای روان‌شناسان غربی است که ناگزیرند با افراد فرهنگ‌های دیگر سر و کار داشته باشند.

نظریه‌های آزماینده

مانند نمونه پیشین، این پاسخ نیز به‌طور کاملاً خوبی پایه‌ریزی و ساختاربندی شده و در سراسر پاسخ از پیوستگی با موضوع اصلی سرپیچی نشده است. توازن خوبی از توصیف و ارزیابی مشکلات وجود دارد، اگرچه پاسخ در کل به دلیل کمبود جزئیات و مدارک تحقیقاتی ناقص است. نکات بسیاری مطرح می‌شوند، اما به اندازه کافی بسط داده نمی‌شوند. بدین‌سان پاسخ بیشتر از ژرفا، گستره دارد.

در بخش (الف) داوطلب مثال‌های دقیق و موجزی از نشانگان وابسته به فرهنگ ارائه کرده است. از آنجاکه این بخش از سؤال محدود، اما به‌طور مناسبی دقیق و جزئی است، نمره ۵ از ۱۰ مناسب خواهد بود. این نمره را می‌توان از راه ارائه توصیفات جزئی بیشتر و ذکر تعدادی مطالعه موردی بهبود بخشید. تمرکز بر شمار کمتری از نشانگان و فراهم آوردن جزئیات بیشتر استفاده بهینه‌تری از وقت است.

بخش (ب) در مقایسه کم‌ویش کوتاه‌تر است، البته نمره بیشتری از بخش (الف) به آن تعلق می‌گیرد. در مورد AO۱ (توصیف)، داوطلب گزارش مختصری در مورد چگونگی عملکرد DSM ارائه داده است. مسائل اساسی نسبی‌نگری و عمومیت‌گرایی خلاصه شده‌اند. داوطلب از راه ارائه گزارشی از محورهای DSM و جایگاه نشانگان وابسته به فرهنگ در

DSM می‌تواند در این خصوص پاسخ خود را بهبود بخشد و تقویت کند. به اجمال می‌توان اذعان داشت که نظام طبقه‌بندی دیگری (ICD) نیز وجود دارد و اینکه هر دو از الگوی پزشکی مشتق می‌شوند. همچنین بین نتایج اخلاقی و کاربردی و تفاوت‌های فرهنگی می‌توان با اذعان به اینکه مشکلات پیش روی مهاجران و گروه‌های اقلیت در جوامع غربی ممکن است به همان اندازه یا جدی‌تر از مشکلات گریبانگیر مردم در سایر بخش‌های جهان باشند، تمایزی برقرار کرد. برای این قسمت از سؤال نمره AO۱، ۳ از ۵ خواهد بود.

برای AO۲ نکات مطرح‌شده نکات خوبی‌اند، ولی می‌توان آنها را بیشتر بسط داد و بیشتر از آنچه در این سؤال انجام شده، تبیین کرد. برای مثال، نیاز به تحقیق را می‌توان به‌طور کامل‌تری با ملاحظه اصول علمی مورد بحث و مسائلی مانند پایایی و روایی توضیح داد. توضیحات موجود برای نشانگان را نیز می‌توان با ژرفای بیشتری بررسی کرد و از این راه به هنگام متصل کردن رویکردهای مختلفی مانند زیست‌شناختی و ساختارگرایی اجتماعی، فرصتی برای تلخیص ارائه داد. تفسیر انتقادی در مورد DSM را می‌توان بسط داد (شاید با رجوع به مطالبی از فصل دوم). نمره ۸ از ۱۵ در اینجا برای AO۲ مناسب خواهد بود. روی هم‌رفته، پاسخ مزبور نمره‌ای حدود ۱۶ دریافت خواهد داشت که نمره ج است. این داوطلب باید در جهت کسب دانش جزئی‌تری از موضوع و بسط هرچه بیشتر دانسته‌ها کار کند. توضیح بیشتر بسیاری از نکات مطرح‌شده، ارجاع به تحقیق‌ها و ارزیابی موجزتر می‌توانست این پاسخ را به سطح نمره ب برساند.

خلاصه تحقیقات کلیدی

در این بخش خلاصه‌های سه تحقیق از نظر گذرانده می‌شود که در خلال کتاب به آنها اشاره شد. این بخش شامل پژوهش مرتبط با هر یک از سه فصل اصلی کتاب یعنی فصل دوم الی چهارم است. چه‌بسا سودمند باشد که شما هم خودتان خلاصه بسیار کوتاهی برای هر پژوهش شامل یک یا دو نکته کلیدی و یادداشتی درخصوص اینکه مطالعه موردنظر با کدام یک از نواحی پوشش داده شده در کتاب بیشترین ارتباط را دارد، بنویسید. به‌خاطر داشته باشید که نظرها درباره چشم‌اندازهای نظری اخلاقیات و روش‌شناسی می‌تواند قسمت سودمندی از

ارزیابی اجمالی‌تان را تشکیل دهد.

مقاله ۱

در خصوص سالم بودن در اماکن ناسالم

دکتر روزنهان (۱۹۷۳). ساینس^۱، ۱۷۹، ۲۵۰-۲۵۸.

یادداشت‌ها

این مطالعه هرگز در تأثیرگذاری قوی بر کسانی که آن را می‌خوانند، شکست نمی‌خورد، با وجود این، اغلب آن را سوءتعبیر می‌کنند. این مقاله در خصوص پایایی و روایی نظام طبقه‌بندی کنونی برای اختلالات روانی، اطلاعات بسیار اندکی ارائه می‌کند. از منظر اخلاقیات، به دلیل به‌کارگیری نیرنگ و فریب مورد انتقاد است، چرا که بیماران کاذب، به داشتن علائم وانمود می‌کردند و بدین‌صورت خواستار پذیرش در بیمارستان می‌شدند. آنچه این مقاله به‌طور حتم نمایان می‌سازد، این است که متخصصان بالینی فریب می‌خورند و اینکه بهنجاری را نمی‌توان به راحتی کشف کرد. در عین حال نشان می‌دهد زمانی که برجستگی زده می‌شود، مشکل است بتوان آن را از فرد زدود. به موازات خواندن این مقاله، به‌دقت در مورد مسائل اخلاقی‌ای که مطرح می‌سازد، بیندیشید.

خلاصه

هشت بیمار کاذب (شامل شخص روزنهان) در دوازده بیمارستان روانی مختلف بر اساس اینکه کلماتی مانند «خالی» و «تهی» و «صدای تالاپ» می‌شنیدند، پذیرش شدند. آنها اطلاعات صحیحی در مورد خودشان به کارکنان پذیرش بیمارستان‌ها می‌دادند و خواستار پذیرش در بیمارستان می‌شدند. پس از پذیرش رفتاری بهنجار پیش می‌گرفتند تا هرچه زودتر

مرخص شوند.

آنان همگی (در کلیه موارد بجز یکی) با تشخیص اسکیزوفرنی پذیرفته شدند و ۷ الی ۵۲ روز را در بیمارستان سپری کردند (میانگین اقامت ۱۹ روز). پرستارها گزارش دادند که آنها هیچ علامتی از نابهنجاری نشان نمی‌دادند و ۳۵ بیمار از ۱۱۸ بیمار دیگر در مورد وضعیتشان به‌عنوان بیماران واقعی مشکوک بودند. یادداشت‌های موردی تهیه‌شده برای برخی از بیماران مزبور و همچنین تعبیرات از رفتارهای جاری نشان می‌داد رفتارهایی که ممکن بود در شرایطی بجز بیمارستان بهنجار تلقی شوند، آسیب‌شناسانه تعبیر می‌شدند. برای مثال، قدم‌زدن در راهروها به‌جای خستگی با ناآرامی ارتباط داده می‌شد و انتظار برای باز شدن ناهارخوری را به‌عنوان رفتار دهانی-زیاده‌طلب^۱ تعبیر می‌کردند. پاسخ به تلاش‌های بیماران کاذب برای شروع تماس با کارکنان (نزدیک شدن و پرسیدن یک سؤال) با پاسخ‌هایی مقایسه شد که در پردیس دانشگاهی به‌دست آمده بودند.

جدول ۶-۱. پاسخ کارکنان روان‌پزشکی و کارکنان پردیس در تماس‌های اولیه با بیماران

پزشکان	کارکنان پردیس	روان‌پزشکان	درصد پاسخ
۰	۰	۷۱	پیش می‌رود، درحالی‌که سرش را کج نگاه داشته است
۹۰	۱۰۰	۴	می‌ایستد و صحبت می‌کند

نتایج نشان دادند که عدم پاسخ به پرسش‌های آنها و راه‌رفتن به سمت جلو با سری کج نگاه‌داشته‌شده در بخش بیمارستان بسیار شایع بود (جدول ۶-۱).

توجه داشته باشید زمانی که سؤال پرسیده‌شده در مورد نحوه یافتن یک روان‌پزشک بود، پزشکان دانشگاه پاسخ‌دهی کمتری داشتند. این مسئله برحسب ضعف و دگرسان‌بینی خود^۲ که حاصل کاربرد انگ روان‌پزشکی بود، تعبیر شد. مرخص کردن بیماران کاذب با تشخیص اسکیزوفرنی رو به بهبود، مبین آن است که انگ را پس از به‌کار بردن، نمی‌توان

1 - oral-acquisitive

2 - depersonalization

به‌راحتی زدود.

روزنهان به این مورد نیز علاقه‌مند بود که آیا بیماران روانی را نیز ممکن است سالم تشخیص دهند (حالت وارونه آزمایش نخست). به کارکنان یک بیمارستان آموزشی که با مطالعات مقدماتی آشنایی داشتند، گفته شد که طی یک دوره سه‌ماهه احتمال ورود بیمار کاذب را به بیمارستان بدهند. هر بیماری باید روی مقیاس ۱۰ درجه‌ای ارزیابی می‌شد تا این احتمال را نمایان سازد که او بیمار کاذب است یا خیر. باوجود اینکه کلیه ۱۹۳ بیمار مشاهده‌شده در واقع بیمار حقیقی بودند، ۲۳ مورد دست‌کم توسط یک روان‌پزشک و ۴۱ مورد دست‌کم توسط یکی از کارکنان، در واقعیت بیماری‌شان تردید شد و بیماران کاذب به حساب آمدند. روزنهان خاطرنشان کرد این وارونگی می‌توانسته به این دلیل اتفاق افتاده باشد که کارکنان معیارهایشان را عوض کرده بودند، زیرا احساس می‌کردند مهارتشان در تشخیص به بوتۀ آزمایش گذاشته شده است. این مسئله آشکارا، این نظر را که متخصصان بالینی از ملاک‌های صریح و عینی به‌عنوان مبنای تشخیص استفاده می‌کنند، به چالش می‌کشد. چنانکه گراس (۱۹۹۴) در چکیده تحقیقش می‌گوید: «فرایند تشخیصی را که خودش را به این راحتی به دست خط‌هایی از این دست می‌سپارد، نمی‌توان به عنوان فرایندی پایا و قابل اعتماد پذیرفت؛ این بدین معناست که آن نظام تشخیصی نمی‌تواند معتبر باشد».

مقاله ۲

تصویربرداری تشدید مغناطیسی کارکردی شخصیت در یک زن با اختلال هویت
افتراقی، تغییر می‌یابد.

جی. تسای، دی. کوندی، ام-تی. وو و آی-دابلو. چانگ (۱۹۹۹). بازیابی روان‌پزشکی

هاروارد، ۷، ۱۱۹.

یادداشت‌ها

این مقاله دربارهٔ مطالعهٔ موردی یک بیمار مبتلا به MPD است. ممکن است تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت چندگانه امکان نداشته باشد. با وجود این، پیوندهای مهمی را بین فعالیت‌های مغزی، به ویژه نواحی مسئول ضبط خاطرات و تعویض شخصیت که ممکن است در این نشانگان رخ دهد، برقرار می‌کند. بررسی‌های فیزیولوژیک بسیار اندکی از چنین بیمارانی در دست است و هرگونه مدرکی دال بر وجود پایهٔ زیستی برای این اختلال، کمک شایانی به حساب می‌آید. این پرسش نیز که آیا تفاوت‌های فیزیولوژیک پیش‌گفته در حقیقت علت یا معلول اختلال هستند، هنوز پاسخ داده نشده است.

خلاصه

«مارنی» ۳۳ ساله به دلیل افسردگی تحت درمان قرار گرفت. پس از مرگ مادرش، او شخصیت دیگری را ظاهر ساخت که آن را «میمی» صدا می‌کرد. «میمی» که نقطهٔ مقابل مارنی بود، سرزنده و خوش‌بین بود. آشکار شد که مادر الکلی‌اش او را کتک می‌زده و مورد سوءاستفادهٔ جنسی و روانی قرار می‌داده است. یک شخصیت مذکر نیز پدید آمده بود که کار سیاه و کبودکردن بدن «مارنی» را برعهده داشت تا مادرش فریب بخورد و خیال کند او را در گذشته زده است. شخصیتی به نام «گاردین» نیز در این میان وجود داشت، او دختری ۸ ساله بود که کار مراقبت از «مارنی» را هنگامی که مورد آزار و اذیت و بدرفتاری مادرش قرار می‌گرفت، برعهده داشت.

مطالعات و بررسی‌های مارنی از fMRI بهره می‌گرفتند. این وسیله، در حال حاضر یکی از پیشرفته‌ترین ابزارهای موجود برای عکس‌برداری از مغز است که می‌تواند اندازهٔ تغییرات در جریان خون را در نواحی مختلف مغز، تحلیل کند و بدین ترتیب هر نوع افزایش در فعالیت را برجسته و نمایان سازد. نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که هیپوکامپ بیمار به کمتر از نصف اندازهٔ معمولی تقلیل یافته بود. طی سال‌های درمانش، مارنی این توانایی را یافته بود که به درخواست درمان‌گرش شخصیت‌هایش را تعویض کند. بنابراین، پژوهشگران تصمیم گرفتند تا در حین این رخداد کارکرد مغز او را واریسی کنند. از او خواستند برای علامت دادن زمان غلبه

۲۲۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

«گاردین» یا زمان برگشت «مارنی» دکمه‌ای را فشار دهد. به عنوان یک کنترل از او خواستند تا تصور کند یک شخصیت کاذب ۸ ساله به نام پلیر نیز غلبه یافته است. زمانی که گاردین غلبه می‌یافت، تغییر عمده مشاهده شده این بود که فعالیت در هیپوکامپ و ناحیه اطراف و قشر مخ گیجگاهی وی کاهش می‌یافت. زمانی که «مارنی» برمی‌گشت، فعالیت در بخش راست هیپوکامپ دوباره افزایش می‌یافت. زمانی که تصور می‌شد «پلیر» غلبه دارد، هیچ‌کدام از این تغییرات مشاهده نمی‌شد. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که MPD پیامد شکلی از آسیب مغزی است که از استرس مکرر و افراطی در دوران کودکی ناشی می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای نیز دارای هیپوکامپ‌های کوچک شده هستند که از این عقیده حمایت می‌کند. سازوکار مزبور ممکن است تولید گلوکورتیکوئید^۱ به عنوان بخشی از پاسخ به تنیدگی باشد. گلوکورتیکوئیدها چنانکه نشان داده شده، برای هیپوکامپ سمی‌اند و این توانایی را دارند که سبب مرگ سلول‌ها در آن ناحیه شوند. گفته می‌شود چنین پدیده‌ای در اشخاص آسیب‌پذیر منجر به ضعف حافظه و همچنین بروز مشکلات در خاطراتی می‌شود که در خلال حالت هیجانی خاصی شکل می‌گیرند. احساسات مربوط به هویت فرد، وابسته به خاطرات وی می‌باشند و صدمه به هیپوکامپ و حافظه، مشکلاتی را در مورد هویت فرد ایجاد می‌کند.

مقاله ۳

موردی از «کورو» یک مرد ۲۰ ساله ایرلندی

جی. توبین (۱۹۹۶). نشریه ایرلندی پزشکی روان‌شناختی^۲، ۱۳ (۲)، ۷۲-۷۳.

یادداشت‌ها

«کورو» در پیوست DSM به عنوان نشانگان وابسته به فرهنگ فهرست شده و این نشان

1 - glucocorticoid

2 - Irish Journal of Psychological Medicine

فصل ششم: راهنمای مطالعه ----- ۲۲۱

می‌دهد که «کورو» اختلالی است که فقط در نواحی جغرافیایی خاصی یافت می‌شود. یافتن مورد مستندی که در این مقاله آورده شده در ناحیه‌ای که این اختلال اغلب شناخته شده نیست، این فرض را که این اختلال یک نشانگان وابسته به فرهنگ حقیقی باشد، به چالش می‌کشد. هرچند هنوز دشوار است بتوان توضیح داد که چرا تفاوت‌هایی در درصد بروز در نواحی مختلف یا فرهنگ‌های گوناگون وجود دارد.

موارد دیگری نیز در اینجا ذکر شده که با بعضی از -نه همه- ملاک‌های «کورو» مطابقت می‌کنند. این مسئله در تصمیم‌گیری درخصوص اینکه آیا نشانگان وابسته به فرهنگ فهرست شده در DSM در حقیقت نشانگان متمایزی هستند یا نه، اهمیت دارد. در حقیقت، نشانگان عمده‌ محورهای اول و دوم DSM را نیز می‌توان بر این اساس که همیشه تعیین ملاک‌های ضروری آنها آسان نیست، مورد انتقاد قرار داد. آیا افرادی که فقط بعضی از نشانه‌ها را بروز می‌دهند، اختلال روانی ندارند؟

خلاصه

«کورو» به معنی سر لاک‌پشت است و به نشانگان وابسته به فرهنگی اشاره دارد که تصور می‌شود فقط در چین و اندونزی بروز می‌یابند. مورد گزارش شده مربوط به مرد مجرد ۲۰ ساله ایرلندی است. او سه مورد از نشانه‌های اساسی «کورو» را که در زیر آمده‌اند، بروز می‌داد:

- باور به اینکه اندام‌های تناسلی در حال تحلیل رفتن و کوچک شدن هستند؛

- باور به اینکه این اندام‌ها به سمت داخل شکم تحلیل می‌روند؛

- باور به اینکه این مسئله به مرگ منجر می‌شود.

در نتیجه این باورها، او در جهت جلوگیری از ناپدید شدن اندام‌های تناسلی‌اش با زه قلاب ماهیگیری آنها را بسته بود. بیماران چینی از بست‌های آلتی که به‌ویژه برای این منظور ساخته شده‌اند، استفاده می‌کنند و این بیانگر عمومی بودن این اختلال در آن کشور است.

قبل از این مورد، بیماران غیرچینی بسیاری شناسایی شده بودند. در سال ۱۹۸۴ بریوس

۲۲۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

و مورلی^۱، ۱۵ مورد گزارش شده در ادبیات روان‌شناختی را مرور کردند، اما فقط دو مورد همه ملاک‌ها را دارا بودند. در سال ۱۹۹۲، هیمن و فاهی^۲ نشانه‌های «کورو» را در مردی گزارش دادند که دچار HIV و افسردگی نیز بود.

اختلال مزبور اغلب در مورد اضطراب شدید یا بیماری روان‌پریشی/عاطفی گزارش داده می‌شود. مورد ایرلندی، سابقه قبلی اختلال روانی نداشت، ولی دچار ناتوانی جنسی بود. او بی‌قراری شدیدی از خود نشان می‌داد و قادر نبود آرام گیرد. پیش‌زمینه‌اش فقر و بی‌بضاعتی بود، بیکار بود و فرزندی داشت که ناگزیر از مراقبتش بود. در نتیجه انتظارات دوست دخترش که او را وادار می‌کرد خرج فرزندش را خودش به تنهایی به دوش بکشد، بر او فشار روانی وارد می‌شد.

در پیش‌زمینه خانوادگی بیمار نشان از آسیب‌روانی وجود داشت؛ پدرش از اختلال اسکیزوفرنی عاطفی رنج می‌برد و مادرش دچار افسردگی واکنشی بود. چهار برادر وی نیز مشکلات متعددی داشتند؛ یکی گرفتار مشکلات یادگیری و افسردگی شیدایی بود و بارها اقدام به خودکشی کرده بود. دوتای دیگر دوقلو بودند؛ یکی دچار اسکیزوفرنی و دیگری مبتلا به افسردگی درون‌زاد و اختلال هویت جنسی بود. برادر چهارم نیز دچار اختلال روان‌پریشی بود. محیط منزل مملو از سطوح بالای هیجان‌های منفی تخلیه‌شده، بیشتر ناشی از مشکلات برادر خودکشی‌گرا بود.

جزئیات مورد مزبور نشان می‌دهد که یک زمینه ژنتیکی روان‌پریشی، فشار روانی و محیط خانوادگی فقیر به لحاظ هیجانی، همگی می‌توانند در بروز اختلال مشاهده‌شده مؤثر بوده باشند. درمان ارائه‌شده به شکل داروی ضدروان‌پریشی Flupenthixol بود. این دارو شبیه به داروهای فینتازین است که برای درمان اسکیزوفرنی به‌کار می‌روند و در مورد این بیمار قادر به کنترل هذیان‌ها شد.

1 - Berrios & Morley

2 - Heyman & Fahy

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

واژه‌نامه توضیحی

- absolutism** (مطلق‌نگری): دیدگاهی بر این مبنا که رفتار نابهنجار به‌طور زیستی مشخص می‌شود و در کلیه فرهنگ‌ها به‌طور دقیق یک شکل به‌خود می‌گیرد.
- aetiological validity** (روایی سبب‌شناختی): عقیده به اینکه یک مقوله تشخیصی معتبر است، زیرا کلیه مواردی که بروز می‌یابند، معلول عوامل یکسانی‌اند.
- alter** (دیگری): یکی از شخصیت‌های فرعی به وجود آمده در فرد مبتلا به اختلال شخصیت چندگانه.
- asymmetrical amnesia** (یادزدودگی نامتقارن): یافته‌ای در مبتلایان به اختلال شخصیت چندگانه که در آن زمانی که دیگر شخصیت‌های فرعی تحت کنترل هستند، فقط برخی از شخصیت‌های فرعی از آنچه برای دیگر شخصیت‌های فرعی رخ می‌دهد، اطلاع دارند.
- bimodal distribution** (توزیع دونمایی): توزیعی که دو نما دارد، بدین معنی که در آن نمره‌ها در دو نقطه متمایز و مشخص گرد هم می‌آیند.
- chaining** (زنجیره‌سازی): آزادسازی خاطرات مربوط به سوءاستفاده قرارگرفتن در دوران کودکی از راه شنیدن خاطرات دیگران.
- client-centred treatment** (درمان مراجع‌محور): درمانی که با هویت فرهنگی مراجع تناسب دارد.
- clinical assessment** (ارزیابی بالینی): فرایند گردآوری اطلاعات در مورد یک مراجع به‌منظور دست یافتن به درک بهتری از مشکلات وی.
- clinical utility** (سودمندی بالینی): اینکه یک آزمون تا چه حد در تشخیص کارآمد است.

cognitive triad (سه‌گانه شناختی): دیدی منفی از خود، جهان و آینده که توسط «بک» با افکار افسرده‌ساز ارتباط داده شده است.

coherence (پیوستگی): در کتاب حاضر، داشتن اعتماد به نفس نسبت به اینکه می‌توان محیط (درونی و بیرونی) را تحت کنترل درآورد و بر مشکلات فایق آمد.

collectivist culture (فرهنگ جمع‌گرا): فرهنگی که در آن گروه مقدم بر فرد است.

comorbidity (همایندی): داشتن بیش از یک اختلال در زمان واحد.

concurrent validity (روایی همزمان): بررسی نتایج یک آزمون جدید از راه مقایسه آن با نتایج به‌دست آمده از یک آزمون متداول که معتبر بودن آن در گذشته تأیید شده است.

construct validity (روایی سازه): ارائه مدارکی دال بر اینکه یک سازه فرضی می‌تواند به‌طور مفیدی دسته‌ای از یافته‌ها را تبیین کند، بنابراین ممکن است «واقعی» باشد.

criterion validity (روایی ملاک): بررسی یک آزمون با مقایسه عملکرد گروه‌هایی که انتظار می‌رود متفاوت باشند.

cultural healing (شفادهی فرهنگی): در نظر گرفتن جامعه و فرهنگ در درمان اختلال روانی.

cultural meaning systems (نظام‌های معنایی فرهنگی): مجموعه دانشی که فرد از فرهنگ خود کسب می‌کند.

cultural relativism (نسبی‌نگری فرهنگی): اعتقاد به اینکه اختلال روانی در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است.

cultural responsiveness factors (عوامل پاسخ‌دهی فرهنگی): عوامل مبتنی بر تفاوت‌های فرهنگی که درصد ترک درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

cultural sensitivity (حساسیت فرهنگی): آگاهی از نیازهای مردمی که در فرهنگ‌های مختلف زندگی می‌کنند.

culture (فرهنگ): نظام آموخته‌شده نیازها، باورها، قواعد و آدابی که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود و دسته بزرگی از مردم در داشتن آنها مشترک‌اند.

۲۲۶----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

culture-bound syndromes (نشانگان وابسته به فرهنگ): اختلالات خاصی که فقط در فرهنگ‌های معینی یافت می‌شوند.

descriptive validity (روایی توصیفی): اینکه یک نظام طبقه‌بندی معتبر باید مقوله‌های اختلال روانی را که با هم تفاوت دارند (البته در هر مقوله همگنی وجود دارد)، شناسایی کند.

determinism (جبرگرایی): اعتقاد به اینکه رفتار ما نتیجه عواملی فراتر از کنترلمان بوده و شامل تأثیرات محیطی، زیستی و ناهشیار است.

diagnosis (تشخیص): فرایند ارائه طرحی کلی از نشانه‌های مراجع و مطابقت دادن آنها با نشانگانی که در نظام طبقه‌بندی به‌طور دقیقی شرح داده شده‌اند.

ethnicity (قومیت): احساس تعلق به گروه خاصی که مبتنی بر نژاد، دین و فرهنگ است.

ethnocentric psychiatric constructs (سازه‌های روان‌پزشکی قوم‌پرستانه): سازه‌هایی که پیامد اتخاذ نظری سوگیرانه (اغلب غربی) در مورد اختلال روانی‌اند.

existential shift (تغییر وجودی): تغییر در نحوه ادراک و تجربه اختلال روانی (یا هر جنبه دیگری از زندگی).

expressed emotion (هیجان ابرازشده): در این متن، انتقاد و خصومتی که خانواده‌های افراد دچار اختلال روانی از خود بروز می‌دهند.

face validity (روایی صورتی): روشی برای ارزیابی روایی یک اندازه‌گیری با بررسی محتویات آزمون مربوط.

factor analysis (تحلیل عاملی): تحلیل آماری نمره‌های آزمون که نشان می‌دهد چه عواملی می‌توانند پراکندگی در نمره‌های تعداد زیادی از افراد را توجیه کنند.

false memory syndrome (نشانگان خاطره کاذب): اشاره‌ای است به مواردی که در آن بیماران ادعا می‌کنند در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند؛ اما مدرک خاصی برای حمایت از این ادعا وجود ندارد.

family therapies (درمان‌های خانوادگی): درمان‌هایی که به‌جای بررسی فردی که دچار مشکل است، روی الگوهای رفتار مختل در خانواده‌ها تمرکز می‌کنند.

fMRI (تصویربرداری تشدید مغناطیسی کارکردی): فنی بسیار حساس برای مشاهده کنش‌وری مناطق مختلف مغز.

free will (اراده آزاد): اعتقاد به اینکه ما می‌توانیم تصمیماتی آگاهانه در مورد رفتارمان اتخاذ کنیم و این‌گونه نیست که رفتارهایمان فقط توسط عوامل خارج از کنترلمان معین شود.
functional analysis (تحلیل کارکردی): روش مورد استفاده در مانگران رفتاری به منظور حصول اطمینان از آنکه شرایط مسئول حفظ رفتار شامل شرایط و موقعیت، راه‌اندازها و پیامدهاست.

genome lag (پس‌افتادگی ژنوم): نظریه‌ای که توسط نظریه‌پردازان تکاملی پیشنهاد شده مبنی بر اینکه پاره‌ای از ژن‌ها در یک گونه ممکن است مدت زمانی پس از اتمام دوره مفیدبودنشان همچنان باقی بمانند.

hippocampus (هیپوکامپ): ساختار زیر قشری که در قطعه گیجگاهی مغز جای دارد و در ثبت خاطرات جدید حائز اهمیت است.

hypnosis (هیپنوتیزم): روشی برای القای حالتی خلسه‌مانند که در آن فرد به تلقینات هیپنوتیست پاسخ می‌دهد.

iatrogenic (پزشک‌زاد): بدین معنا که خود نظام درمانی ممکن است در بعضی از موارد موجب ایجاد اختلال شود.

idiographic (فردنگر): رویکردی در روان‌شناسی که روی درک دقیق فرد تمرکز می‌کند تا بررسی گروه‌ها برای وضع قوانین کلی.

individualist culture (فرهنگ فردگرا): فرهنگی که در آن فرد بر گروه تقدم دارد.

interrater reliability (پایایی ارزیاب‌ها): سطح همسانی یافت‌شده در درجه‌بندی‌های ارزیاب‌های مختلف در مورد جنبه‌ای از رفتار.

learned helplessness (درماندگی آموخته‌شده): حالتی که در آن ناتوانی در گریز از یک موقعیت ناخوشایند حالت بی‌تفاوتی را به همراه می‌آورد (سلیگمن آن را با افسردگی مرتبط می‌داند).

matching by ethnicity (همتا کردن بر اساس قومیت): جفت‌کردن درمانگران و

۲۲۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

مراجعه مطابقت با ریشه‌های قومی.

meaning systems (نظام‌های معنایی): در این متن، تفاوت‌های فرهنگی در اینکه آیا اختلالات روانی به علل درون فردی یا خارج از فردی نسبت داده می‌شوند.

mental state interview (مصاحبه حالت روانی): مصاحبه منظم و سازمان‌یافته‌ای که هدفش ارزیابی نحوه کارکرد کنونی شخص ارجاع داده شده برای درمان است.

model (الگو): نظامی از باورها در خصوص علل و درمان اختلالات.

nature-nurture debate (بحث طبیعت-تربیت): بحث در مورد اهمیت نسبی محیط و ژنتیک در تعیین رفتار.

nomothetic approach (رویکرد قانون‌نگر): مطالعه و بررسی گروه‌های بزرگی از مردم به منظور کشف قوانین کلی رفتار.

normal distribution curve (منحنی توزیع نرمال): منحنی توزیع زنگوله‌مانند متقارن که در آن میانگین، میانه و نما همگی روی یک نقطه قرار می‌گیرند.

PET scanner (اسکن PET): روشی برای ارزیابی کارکرد مغز با استفاده از مغزنگاری صدور پوزیترون.

pharmacogenetics (ژنتیک دارویی): بررسی تفاوت‌های قومی در پاسخ به درمان دارویی.

predictive validity (روایی پیش‌بین): واری‌روایی یک آزمون با به محک گذاشتن پیش‌بینی آن در مورد عملکرد کسانی که نمره‌های خوب یا بدی در آزمونی دیگر کسب کرده‌اند (برای مثال، یک آزمون هوشی در صورتی دارای روایی پیش‌بین است که پیشرفت تحصیلی گروه‌هایی با بهره هوشی کم یا زیاد در آن آزمون با هم تفاوت داشته باشد).

prevalence (میزان شیوع): تعداد افرادی که در مقطع زمانی خاصی دچار اختلال معینی‌اند.

projective techniques (فنون فرافکن): آزمون‌های شخصیتی که از افراد می‌خواهند در مورد اشیاء مبهمی مانند لکه جوهر پخش شده اظهار نظر کرده یا داستان‌هایی را بر اساس دیدن تصاویری بیان کنند.

psychiatric imperialism (امپریالیسم روان‌پزشکی): سلطه‌ورزی سایر گروه‌های فرهنگی با اتخاذ نظری قوم‌پرستانه در مورد اختلالات روانی.

psychometric tests (آزمون‌های روان‌سنجی): ابزارهای طراحی‌شده توسط روان‌شناسان برای سنجش کارکرد روانی.

race (نژاد): عضویت در گروه خاصی که به لحاظ زیستی ویژگی‌های خاصی دارند.

reactivity (واکنش‌گرایی): تغییری در رفتار که در نتیجه مشاهده شدن حاصل می‌شود.
reductionism (کاهش‌نگری): اعتقاد مبنی بر اینکه تبیین رفتار در اساسی‌ترین سطح آن (سطح زیست‌شناختی) از توضیحات ارائه‌شده در سایر سطوح (برای مثال در سطح اجتماعی) بهتر و برتر است.

reliability (پایایی): همسانی نتایج کسب‌شده در یک آزمایش یا توافق بین متخصصان بالینی در مورد یک تشخیص.

rite of reversal (آداب وارونه): موقعیتی که در آن رفتار خارج از هنجارهای اجتماعی مورد قبول جامعه است.

satanic ritual abuse (سوءاستفاده آیینی شیطانی): ادعاهایی مبنی بر سوءاستفاده از کودکان که با آیین‌های شیطان‌پرستان مرتبط‌اند.

scientist-practitioner model (الگوی عالم-عامل): رویکردی علمی در درمان که شامل آزمون فرضیه‌ها و نظارت بر پاسخ‌ها به درمان و برقراری پیوندی روشن بین پژوهش و روش درمانی است.

seduction theory (نظریه اغوا): نظریه اولیه فروید مبنی بر اینکه مشکلات بیماران پیامد اغوای دوران کودکی هستند.

self-actualisation (خودشکوفایی): نیاز کلیه افراد به بالفعل کردن کامل توانایی‌های بالقوه‌شان.

self-monitoring (خودبازبینی): درخواست از درمان‌جویان برای مشاهده و ثبت و ضبط افکار و رفتارشان.

۲۳۰ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

social constructionism (ساختارگرایی اجتماعی): اعتقاد به اینکه دید افراد به جهان از راه توافق اجتماعی ایجاد می‌شود، بنابراین ممکن است در خلال زمان یا در فرهنگ‌های متفاوت قابل تغییر باشد.

social drift hypothesis (فرضیه سیر نزولی اجتماعی): اعتقاد به اینکه افراد دچار اختلال روانی می‌توانند در جامعه سیری نزولی بپیمایند.

social learning (یادگیری اجتماعی): نظریه بندورا^۱ مبنی بر اینکه رفتار را می‌توان از سایر مردم از راه فرایندهای مشاهده و تقلید فرا گرفت.

social norms (هنجارهای اجتماعی): انتظارات از رفتار که توسط هر جامعه تقویت می‌شوند.

sociogenic hypothesis (فرضیه جامعه‌زاد): این دیدگاه که شرایط اجتماعی ممکن است مسئول تفاوت طبقاتی مشاهده‌شده در میزان بروز اختلال روانی باشد.

split-half reliability (پایایی دو نیمه کردن): روش برآورد پایایی یک آزمون با مقایسه نمره‌های نیمی از شرکت‌کنندگان با نمره‌های نیم دیگر (می‌توان نمره‌ها را به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم کرد).

state-dependent learning (یادگیری وابسته به حالت): نظریه‌ای مبنی بر اینکه اطلاعات آموخته‌شده در حالتی خاص، در همان حالت بهتر یادآوری خواهند شد.

subculture (خرده‌فرهنگ): بخشی در درون یک گروه فرهنگی که در رفتارها، باورها و رویکردهای متمایزی اشتراک دارد.

suppression-facilitation model (الگوی سرکوبی-تسهیل): اعتقاد به اینکه هر فرهنگ ممکن است رفتارهای خاصی را سرکوب کند یا تسهیل بخشد و به بروز تفاوت‌هایی در آنچه نابهنجار تلقی می‌شود، بینجامد.

symbolic healing (شفادهی نمادین): بهره‌گیری از نمادها و مناسک پذیرفته‌شده در فرهنگ برای ارتقاء و تسریع بهبودی.

test-retest reliability (پایایی آزمون-بازآزمون): میزان همسانی در نتایج آزمون در طول زمان.

transcultural psychiatry/psychology (روان‌پزشکی / روان‌شناسی میان-فرهنگی): تلاشی یکپارچه برای توجیه تفاوت‌های فرهنگی موجود رفتار.

trauma-dissociation model (الگوی ضربه‌ ازهم‌پاشیدگی): تبیینی برای اختلال شخصیت چندگانه که نشان می‌دهد با آسیب زود هنگام از طریق افتراق و ازهم‌پاشیدگی شخصیت برخورد می‌شود تا خرده‌شخصیت‌هایی به وجود آیند که بعضی از آنها هیچ خاطره‌ای از ضربه ندارند.

universality (عمومی بودن، جهانی بودن): اعتقاد به اینکه اختلالات روانی یکسانی در کلیه فرهنگ‌ها بروز می‌یابند.

validity (روایی): میزانی که یک آزمون، آزمایش یا تشخیص، در واقع بیانگر همان چیزی باشد که مدعی سنجش آن است.

نمایه اسامی

اسپاکارلی، ۱۳۵	
اسپانوس، ۳، ۱۰۳، ۱۲۲	آچاریا، ۱۸۸
اسپیتزر، ۸۲	آدلر، ۸۱
اسپیلبرگر، ۷۳	آدیتیانجی، ۱۰۱
استراکوسکی، ۸۶	آریگو، ۱۱۰
استیلی، ۱۵۵	آشر، ۱۳۵
اسرول، ۱۷۲	آکوسلا، ۱۰۰، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۰۷
اسکینر، ۲۶	۱۰۸، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۲۷، ۱۲۹، ۱۳۷
اسگود، ۱۰۹	۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۲۰۰
اسلوونکو، ۱۱۶، ۱۱۷	آلدریج-موریس، ۱۰۳
اسمیت، ۷۶	آلیسون، ۱۱۶، ۴۵
اشپیگل، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۲۳، ۱۳۵، ۱۴۰	آنگر، ۱۷۰
اشترنبرگ، ۷۲	آیش، ۱۲۲
افلاطون، ۲	اپتر، ۱۳۷
آنتونوفسکی، ۱۹۴	اجرتون، ۱۴۹
اندریسن، ۶۸	اریکسون، ۱۰۵
اویسکر، ۱۹۲	ارینوشو، ۱۴۹

۲۳۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

بقراط، ۲	اوت، ۱۷۳
بک، ۲۷، ۷۴، ۷۹	اورباخ، ۳۲
بکر، ۸۱، ۹۱	اورن، ۱۱۰
بل، ۱۶۶	اوکاشا، ۸۱
بلشفیلد، ۷۷	اولوساهین، ۱۶۰
بلکستر، ۱۷۷	اومبناور، ۱۷۵
بلیس، ۱۲۰، ۱۲۱	ایو، ۱۰۴، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱
بلیک، ۱۶۶	۱۱۲، ۱۱۸، ۱۴۱
بتتویم، ۱۲۶	بادی، ۱۰۱
بنجامین راش، ۷	باراکلوف، ۱۶۰
بندر، ۷۰	بارکلی، ۶۶
بندورا، ۲۷	بارلو، ۶۸
بنیارد، ۱۶۴	باسفیلد، ۱۷۲
بنیستر، ۶۸	باکستر، ۶۸
بورک، ۱۷۶	بینگتون، ۱۲
بورگوییگنون، ۱۵۳	بثلم، ۴، ۵
بوسکیند- لودال، ۳۲	براون، ۱۲۴، ۱۷۰، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۹۴
بولتن، ۱۸۹	برنشتاین، ۹۷
بولدیزار، ۱۶۶	بری، ۱۴۷
بون، ۱۰۲	بریوس، ۲۲۱
بیتسن، ۳۱	بس، ۱۳۸

توبین، ۱۸۷، ۲۱۹	بیکتر، ۶
تیلور، ۱۰۰، ۱۲۶، ۱۷۳	بیلی میلیگان، ۱۰۷، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۴۱
ٹیگپن، ۱۰۳، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۱۰	بین، ۹۱
جبلنسکی، ۱۵۳	بینیتی، ۱۴۹
جالینوس، ۳	پارسونز، ۹۰
جامپالا، ۸۷	پاور، ۷۰
جانستون، ۱۷۱، ۱۷۵، ۱۸۸	پترسون، ۶۶
جاهودا، ۱۳	پر، ۱۱۷
جنت، ۱۱۹، ۱۲۰	پرنتیس، ۱۶۸
جو اسکالسکی، ۸۹	پنگ، ۱۸۱
جیمز، ۱۱۶	پوپ، ۱۰۲
جیمز نوریس، ۵	پوتم، ۹۷، ۹۸، ۱۰۴، ۱۱۵، ۱۲۲، ۱۲۴
چیاروگی، ۶	۱۲۶، ۱۳۵
حسین، ۱۶۰	پیترز، ۱۳۸
خاندلوال، ۱۰۱، ۱۵۹	پیرسون، ۱۶۷
دالی، ۱۳۸	پیلگریم، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۵، ۱۷۱، ۱۹۹
داو، ۱۹۵	پینل، ۶
داور، ۱۷۶	تایرر، ۳۳
داوسن، ۱۱۸	ترنر، ۱۷۴
دروگاتیس، ۷۱	تسای، ۱۱۹، ۲۱۷
دنيس، ۱۸۵	تسنگ، ۱۵۵

۲۳۴ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

دورنوند، ۱۷۴	سارتوریوس، ۸۵، ۱۵۲، ۱۵۷، ۱۹۳
دوروتی دیکس، ۷	ساس، ۱۳، ۱۷، ۸۷، ۸۹، ۹۰، ۱۹۸
دوشیزه بیوکامپ، ۱۲۷	ساکس، ۱۱۷
دیک، ۱۸۳	سلیگمن، ۱۴، ۲۶، ۱۷۰
دی‌ناردو، ۷۹	سمپا، ۱۶۵
دیوی، ۱۵۵	سندرز، ۱۲۷
دیویس، ۱۲۰، ۱۳۸	سو، ۱۵۹، ۱۶۱، ۱۸۹، ۱۹۰
رایبیز، ۱۲، ۶۳	سیبل، ۱۰۳، ۱۰۷، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۲۰، ۱۴۱، ۱۲۷، ۱۲۱
راجرز، ۲۹، ۱۶۲، ۱۶۵، ۱۷۱	سیمپسون، ۶۹، ۱۲۷
راس، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۱۵، ۱۲۵، ۱۴۰، ۱۲۷، ۱۲۶	سیمونز، ۱۸۲، ۱۸۴، ۱۸۷
راگلر، ۷۴، ۱۵۱	سینگ، ۱۸۰
رک، ۱۵۴	شاپیرو، ۱۶۹
روبل، ۱۹۲	شاختر، ۱۶۳
روزنهان، ۱۴، ۸۴، ۹۱، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۵، ۲۱۷	شارکو، ۷
ریبر، ۱۱۳	شاکتر، ۱۳۴
ریتان، ۷۰	شاه جورج سوم، ۵
ریتنباو، ۱۵۴	شپر-هیوز، ۱۵۸
ریلی، ۹۷	شرایبر، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳
زایگوب، ۶۹	شرلی میسن، ۱۱۲
	شف، ۹۰، ۹۱

کارسترز، ۱۶۷	فاریس، ۱۷۳
کارلسون، ۹۸، ۱۷۶، ۱۷۷	فاستر، ۱۸۶
کارنو، ۱۹۴	فالک، ۸۰
کاستلو، ۶۳، ۸۵، ۱۴۵، ۱۵۰	فرایر، ۱۷۴
کاستیلو، ۱۸۱، ۱۹۴	فردریک، ۱۶۲
کامپتون، ۱۵۵	فرناندو، ۱۴۸، ۱۶۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۰
کانینو، ۱۸۷، ۲۱۲	۱۹۳، ۱۹۵، ۲۰۱، ۲۱۲
کتی، ۸۵	فرنج، ۱۱۷
کرپلین، ۷، ۳۸، ۱۵۶	فرنسیس ویلیس، ۵
کربی، ۱۳۵	فرنهام، ۱۵۰
کریس سایزموور، ۱۱۰	فریک، ۱۳۶
کسلر، ۸۲، ۱۷۲	فلسکروود، ۱۴۴، ۱۶۵، ۱۸۹
کلافت، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۲۱، ۱۲۸	فلیدا، ۹۹
کلاین، ۷۲، ۷۵، ۸۰، ۱۲۸، ۱۵۹	فورد، ۱۷۱
کلاینمن، ۱۵۲، ۱۵۸، ۱۹۳	فیتزپارتریک، ۱۶۶
کلمب، ۱۴۹	فینکلر، ۱۹۳
کلی، ۱۲۴	فیوترل، ۷۸
کلیپسون، ۴۸، ۵۰، ۵۲، ۵۴	کامر، ۱۵
کمپ، ۱۳۷	کار، ۸۷، ۱۷۹
کندال، ۵۸، ۷۹، ۱۳۵، ۱۶۱، ۱۶۵	کارپنتر، ۱۶۲
کندل، ۷۹	کاردنا، ۱۳۵

۲۳۶----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

گودوین، ۶۸	کنی، ۱۰۶، ۱۵۷
گلدبرگ، ۷۰، ۱۷۳	کویر، ۱۶۹
گیلبرتسون، ۹۸	کوپلند، ۸۰، ۱۷۶
لائو، ۱۵۹	کورنلیا ویلبر، ۱۱۱
لافتوس، ۱۲۷	کوکران، ۹۰، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۵، ۱۷۰، ۱۷۲
لنجر، ۹۱	کولسون، ۱۵۰
لندریین، ۱۳	کونز، ۱۰۰، ۱۱۶، ۱۲۸
لنگ، ۱۸۱	کرمایر، ۱۶۱، ۱۹۵
لنگواینر، ۶۵	کیز، ۱۱۳
لوئیس، ۱۱۷، ۱۲۸	کیلستروم، ۱۲۹
لوئیس - فرناندز، ۸۴، ۱۰۲	کیم، ۱۵۸
لوئیس ویوت، ۹۹، ۱۲۳	کیو، ۱۸۶، ۲۱۲
لوپز، ۹۰، ۱۹۰	گارب، ۸۱
لوتز، ۱۵۰	گاردنر، ۷۲
لوچینز، ۶۵	گاف، ۱۲۰
لورنس، ۱۲۸، ۱۳۶	گافمن، ۹۱
لورینگ، ۱۶۶	گاناوی، ۱۳۹
لونثال، ۱۷۷	گراس، ۱۳، ۱۶۵، ۲۱۷
لوندر، ۴۶	گریوز، ۱۰۰
لی، ۱۵۹	گلفند، ۱۴۹
لیپتون، ۷۹	گوارناکسیا، ۱۶۲، ۱۸۶

میسن، ۶، ۲۵، ۱۲۶	لیتلوود، ۸۴، ۸۶، ۱۵۸، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۸۹
میل، ۶۱، ۸۶	لین، ۱۵۸
میلر، ۱۱۳	لیندسی، ۶۴، ۸۷
مینوچین، ۳۱	مادستین، ۱۰۰، ۱۰۳
ناتان، ۷۹	مارانو، ۱۸۶، ۲۱۲
ناصر، ۱۵۴	مارتینز-تابوز، ۱۰۵
نلسون، ۶۹	مارنی، ۱۱۹، ۲۱۸، ۲۱۹
نوتسون، ۱۳۵	ماهر، ۲
نورث، ۱۰۲	مایر، ۱۲۱، ۱۲۵، ۱۳۹
نیسر، ۷۲	مایرز، ۹۹
وارما، ۱۰۶، ۱۲۲	مرسکی، ۱۰۰، ۱۴۰
وارنر، ۱۷۱	مری رینولدز، ۹۹
واکر، ۱۳۵	مزیک، ۷۸، ۱۸۷
واکسلر، ۱۹۴	مسمر، ۷
واندرلیندن، ۹۷	مک دوگال، ۱۲۷
وایتینگ، ۱۷۵	مک کاجورهایل، ۱۸۷، ۲۱۲
وایدمن، ۱۸۰	مک گاورن، ۱۶۴
وایس، ۱۵۹	ملترز، ۱۷۳
وایسمن، ۱۶۹	موخرجی، ۱۶۵
وسترمایر، ۱۴۹	مورفی، ۱۹۳
ویات، ۱۳۸	میچیل، ۹۹

۲۳۸----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

ویتون، ۱۶۹

ویکفیلد، ۱۳۸

ویلکینسون، ۱۷۴

ویلیام تیوک، ۶

ویلیامز، ۷۰، ۱۳۵، ۱۷۰

هارتوکولیس، ۱۰۵، ۱۱۲

هالپرن، ۱۷۴

هالجین، ۳، ۸

هشاوی، ۷۳

هریسون، ۱۲، ۱۶۴، ۱۶۵

هکینگ، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۷، ۱۱۵، ۱۳۷، ۱۴۰

هلتزر، ۱۵۳

هلمن، ۱۴۷

هورنشتاین، ۱۲۸

هولمز، ۸۰

هالینگ‌شید، ۱۵۱، ۱۷۳

هیتر، ۸۳

هیچ، ۱۶۲

هیلگارد، ۱۲۰

هیمن، ۲۲۱

نمایه موضوعی

آتاک دِ نروییوس، ۱۶۲، ۱۷۹، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۲۱۱، ۲۱۲	DSM IV ، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۷۸، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۶، ۹۷، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۷، ۲۰۷
آتش‌افروزی، ۱۴۹، ۱۶۷	EEG ، ۱۰۹
آداب وارونه، ۱۴۶	ICD ، ۱۶، ۳۷، ۳۸، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۹، ۸۵، ۹۱، ۹۲، ۹۶، ۱۹۸، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۱۰، ۲۱۴
آزمون استنفورد-بینه، ۷۱	IQ ، ۷۱
آزمون افتراق معنایی، ۱۰۹	MMPI ، ۷۳، ۷۴
آزمون اندریافت موضوع، ۷۴	MPD ، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۱۸، ۲۱۹
آزمون بندر گشتالت، ۷۰	
آزمون رورشاخ، ۷۴، ۷۵	
آزمون هالستد-ریتان، ۷۰	
آزمون‌های روان‌سنجی، ۷۰، ۹۲، ۱۰۹	
آزمون‌های هوشی، ۶۰، ۷۱، ۷۲	
آموک، ۱۷۸، ۱۸۶، ۱۸۸، ۲۱۱	
آمییتال سدیم، ۱۱۱	
اختلال اضطراب فراگیر، ۴۱، ۴۴	PTSD ، ۱۱۹
اختلال دوقطبی، ۸۲، ۱۸۶، ۲۰۷	SQL-۹۰-R ، ۷۱
اختلال سلوک، ۵۵، ۸۰	WAIS ، ۷۱، ۹۱

۲۴۰----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

اختلالات خلقی، ۴۱، ۲۰۶، ۲۰۷	اختلال شخصیت جامعه‌ستیز، ۴۲، ۵۴، ۵۵
اختلالات خواب، ۴۱، ۸۰	۸۱، ۹۲، ۱۰۲، ۱۱۶، ۱۱۸، ۱۵۰، ۱۶۷
اختلالات روان‌رنجوری، ۹۶، ۱۶۷، ۱۶۸	۱۷۱، ۱۷۵، ۱۷۶
۱۷۳، ۲۰۷	اختلال شخصیت چندگانه، ۲۲، ۴۱، ۹۵
اختلالات ساختگی، ۴۱، ۵۷	۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲
اختلالات سازگاری، ۴۱، ۲۰۷	۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۱۱
اختلالات شخصیت، ۱۵، ۵۶، ۸۰، ۸۱، ۸۳	۱۱۵، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۳۵، ۱۴۰
۱۵۰، ۲۰۶	۱۵۷، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۷، ۲۱۸
اختلالات شخصیت هیستریک، ۱۵۰	اختلال شخصیت مرزی، ۱۱۶، ۱۶۷
اختلالات شناختی، ۴۱	اختلال فزون‌کاری- کاستی توجه، ۴۱
اختلالات کنترل تکانه، ۴۱، ۵۷	اختلال وحشت‌زدگی، ۲۸، ۶۳، ۱۷۶
اختلالات مربوط به استرس، ۵۷	اختلال وسواس بی‌اختیاری، ۲۱، ۴۱، ۴۵
اخلاقیات، ۱۹، ۱۹۸، ۲۰۶، ۲۱۵	۵۰، ۵۱، ۵۶، ۶۸، ۸۱، ۹۱، ۱۱۶، ۱۵۵
اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۱۳۵	۱۶۷، ۱۷۶، ۲۰۷
اراده آزاد، ۲۱	اختلال هویت افتراقی، ۸۳، ۹۶، ۲۱۷
ارزیابی بالینی، ۳۷، ۳۹، ۵۷، ۵۸، ۵۹	اختلال هویت جنسی، ۲۲۱
اسکن PET، ۶۰، ۶۷	اختلالات اضطرابی، ۴۱، ۵۰، ۵۷، ۸۲، ۱۸۶
اسکن‌های fMRI، ۱۱۹	۲۰۷
اسکیزوفرنی، ۲۳، ۲۶، ۳۵، ۳۸، ۴۱، ۴۵	اختلالات افتراقی، ۴۱، ۵۶، ۷۸، ۸۴، ۹۶
۴۶، ۴۷، ۵۰، ۵۶، ۶۸، ۷۳، ۸۰، ۸۱	۲۰۷
	اختلالات جسمانی‌شکل، ۵۷، ۷۹، ۹۶
	۲۰۷
	اختلالات جنسی، ۵۷، ۱۸۳

الگوی رفتاری، ۲۶	۸۴، ۸۵، ۸۶، ۹۱، ۱۱۸، ۱۴۹، ۱۵۲
الگوی روان‌پوشی، ۲۴، ۷۶	۱۵۳، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۶۴، ۱۶۵
الگوی سرکوبی - تسهیل، ۱۵۶، ۲۲۹	۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۷۱، ۱۷۳، ۱۷۴
الگوی شناختی، ۲۷، ۲۸	۱۷۶، ۱۹۳، ۱۹۶، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸
الگوی ضربه از هم پاشیدگی، ۱۲۰، ۱۲۲	۲۱۰، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۲۱
اصلاح رفتار، ۲۷	
الگوی عالم-عامل، ۳۳	افسردگی، ۳، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۴
الگوی نظام‌های خانوادگی، ۳۱	۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۴۱، ۴۵
امپریالیسم روان‌پزشکی، ۱۶۶	۴۹، ۵۲، ۵۳، ۵۶، ۶۵، ۶۹، ۷۱، ۷۳، ۷۴
انجمن روان‌شناسی بریتانیا، ۱۲۹، ۱۳۰	۷۸، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۱، ۱۰۲، ۱۱۸، ۱۳۵
انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۳۸، ۷۹، ۹۶	۱۵۰، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۹، ۱۶۳
اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک، ۶۷	۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۳
انسان‌هراسی، ۱۸۵	۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۴
انسجام، ۱۴، ۴۷، ۱۹۳	۱۹۶، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۳، ۲۱۸، ۲۲۱
انطباق در قومیت، ۱۹۰	افسردگی شدید، ۲۴، ۵۶، ۱۵۶، ۱۷۳
بحث طبیعت-تربیت، ۲۰، ۲۲	۲۰۸، ۲۲۱
برق نگاره مغز. مراجعه کنید به EEG	افسردگی عمده، ۴۱، ۴۵، ۴۸، ۴۹، ۱۷۶
بنزودیازپین، ۱۲۷	الکلیسم، ۱۵۳، ۱۶۵، ۱۶۸
بوفی دلیرانته، ۱۷۹	الگوها، ۱، ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۱۹۸
بهبودی خود به خودی، ۱۲۳	الگوی اجتماعی - فرهنگی، ۳۱
	الگوی انسان‌گرا/ وجودگرا، ۲۹
	الگوی پزشکی، ۲۳، ۳۵، ۴۵، ۱۹۴، ۱۹۹
	۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۴

۲۴۲----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

پناهگاه یورک، ۶	بی‌اشتهایی عصبی، ۱۹، ۳۱، ۳۲، ۴۱، ۱۷۳
پورفیری، ۵	۱۸۸، ۲۰۷، ۲۱۰
پیبلوکتوک، ۱۸۲	بیلیس، ۱۷۹
تایجین کیوفوشو، ۱۸۴، ۲۱۱	بیمارستان بلثم، ۴، ۵
تجاوزکار جنسی پردیس دانشگاه، ۱۱۳	بیماری آلزایمر، ۴۱، ۶۱، ۱۴۵، ۱۷۳
تحلیل کارکردی، ۶۴، ۶۶	پایایی، ۱۷، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۸، ۷۲، ۷۴، ۷۵
تخلیه هیجانی، ۱۲۴	۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۵، ۸۶، ۹۲
ترفین کردن، ۲	۱۲۳، ۱۳۲، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۶، ۲۰۸
تصویرسازی ذهنی هدایت شده، ۱۲۴	۲۰۹، ۲۱۴، ۲۱۵
تغییر وجودی، ۱۹۲، ۱۹۵	پایایی آزمون- بازآزمون، ۵۹
تماشاگری جنسی، ۴۱	پایایی ارزیابان، ۶۰
توان‌های برانگیخته بصری، ۱۱۹	پایایی دو نیمه آزمون، ۶۰
جبرگرایبی، ۲۱	پرخوری عصبی، ۲۱، ۴۱، ۴۵، ۵۲، ۵۳
جرأت‌آموزی، ۱۲۴	۶۷، ۹۱، ۱۵۴، ۱۶۷، ۲۰۷
جنسیت، ۳۲، ۴۱، ۵۶، ۸۶، ۱۱۲، ۱۶۰	پرسش‌نامه اضطراب حالت- صفت، ۷۳
۱۶۱، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۷۲، ۲۰۶	پرسش‌نامه افسردگی بک، ۷۳، ۷۴
جهانی‌بودن، ۱۵۲، ۱۹۵	پرسشنامه سلامت عمومی، ۷۰
حساسیت‌زدایی نظام‌مند، ۲۷	پرسشنامه‌های شخصیتی، ۷۲
خرده‌فرهنگ، ۱۰۴، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۹۵	پزشک‌زاد، ۹۵، ۱۰۵، ۱۲۴، ۱۳۶، ۱۴۰
خواب‌گردی، ۴۱، ۱۵۲	۱۴۱، ۱۹۵
خود‌دَد انگاری، ۱۵۲	پژواک‌گویی، ۱۸۲
	پس‌افتادگی ژنوم، ۳۰

- خودبازبینی، ۶۸
 روایی سبب‌شناختی، ۷۷، ۸۳
- خودشکوفایی، ۲۹
 روایی صوری، ۶۰، ۶۱
- داروهای آرام‌بخش، ۸۳
 روایی ملاک، ۶۰
- داروهای ضدافسردگی، ۲۴، ۱۸۹
 رویکرد التقاطی، ۳۳
- داروی تیتان، ۱۹۲
 رویکرد تکاملی، ۳۰
- درپتومانیا، ۱۳
 رویکرد قانون‌نگر، ۱۹۸
- درخودماندگی، ۴۱، ۵۶، ۱۷۵
 زار، ۱۰۱، ۱۸۵
- درمان اجتنابی، ۲۷
 زنجیره‌سازی، ۱۳۸
- درمان روان‌پوشی، ۱۲۴
 ژنتیک دارویی، ۱۹۰
- درمان مراجع‌محور، ۱۹۰
 ساختارگرایی اجتماعی، ۲۳، ۳۴، ۱۰۱، ۱۰۵،
 ۱۳۶، ۲۰۰، ۲۰۹، ۲۱۴
- درماندگی آموخته‌شده، ۲۶، ۱۷۰
 سازمان جهانی بهداشت، ۸، ۱۶، ۳۸، ۸۰
- دونمایی، ۸۷
 ۱۴۹، ۱۵۲، ۱۵۷، ۱۵۹، ۲۰۶
- روان‌پریشی ویندیگو، ۱۸۶
 سامانه‌های معنایی فرهنگی، ۱۴۵، ۱۹۵
- روان‌پزشکی بین‌فرهنگی، ۱۴۷، ۱۹۵
 سانگو دورمیدو، ۱۸۳
- روایی، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۸، ۶۹،
 ۷۴، ۷۶، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۲
- ۱۲۳، ۱۳۲، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۶، ۲۰۸،
 ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۴، ۲۱۵
- روایی پیش‌بین، ۶۱، ۷۲، ۷۷، ۸۳
 سدیم پنتوتال، ۱۱۳
- روایی توصیفی، ۷۷، ۸۲، ۸۳
 سرکوبی، ۱۲۰، ۱۳۴، ۱۳۶
- روایی سازه، ۶۰، ۷۲
 سوءاستفاده آئینی شیطانی، ۱۳۹
- سوءاستفاده از کودکان، ۶۱، ۱۰۷، ۱۱۲،
 ۱۱۹، ۱۲۲، ۱۲۹، ۱۳۵، ۱۳۷، ۱۳۹،
 ۱۷۰، ۱۹۹

۲۴۴----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

۱۳۸، ۱۴۱، ۱۴۳، ۱۴۷، ۱۵۱، ۱۵۲،	سوء‌مصرف مواد، ۱۵، ۴۱، ۴۸، ۷۳، ۸۰
۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۶۰، ۱۷۶، ۱۷۷،	۸۲، ۸۶، ۹۷، ۱۰۲، ۱۳۵، ۱۶۵، ۱۶۷،
۱۹۵،	۱۷۱، ۱۷۳، ۱۷۵، ۱۷۶
طبقه اجتماعی، ۳۲، ۱۴۴، ۱۷۲، ۱۷۴،	سودمندی بالینی، ۶۱
۱۷۷، ۱۷۵	سوستو، ۱۸۴، ۱۸۶، ۱۹۲
طرح مصاحبه تشخیصی، ۶۳	سه‌گانه شناختی، ۲۷
طلسم، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۹۳	شب ادراری، ۵۶
عدم تناسب قومی، ۱۶۱	شخصیت اسکیزوئید، ۴۱
عقب‌ماندگی ذهنی، ۳۹، ۴۰، ۵۶، ۵۷، ۷۲،	شخصیت پارانوئید، ۴۱
۸۷، ۹۱، ۲۰۷	شخصیت خودشیفته، ۴۱
غرقه‌سازی، ۲۷	شخصیت وابسته، ۴۱، ۴۴، ۸۱
فتیشیسم، ۴۱	شخصیت وسواسی، ۴۱، ۱۱۶
فرار مرضی، ۱۱۱	شرطی‌سازی، ۲۶
فردنگری، ۱۹۸	شفای نمادین، ۱۹۱
فرضیه انتخاب، ۱۶۳	شمن، ۱۹۱، ۱۹۳، ۲۱۳
فرضیه استرس، ۱۶۳	شنجینگ شوایرو، ۱۸۳
فرضیه جامعه‌زاد، ۱۷۴	شنکوی، ۱۸۴
فرضیه سیر نزولی اجتماعی، ۱۷۳، ۱۷۴	شوک‌درمانی، ۲۴
فروافتادن، ۱۸۰	شین بیونگ، ۱۸۴
فرهنگ، ۱۳، ۱۹، ۲۹، ۶۱، ۸۴، ۱۰۲، ۱۰۴،	شیوع، ۱۲، ۴۰، ۸۱، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲،
۱۲۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷،	۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۳۷،
۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۶، ۱۵۷،	

- ۱۶۶، ۱۷۷، ۱۷۹، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۱، لکنت، ۵۶، ۶۷
- ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۲۰۰، مال پستو، ۱۸۳
- ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۲۰، مال دِ اوژو، ۱۸۲
- فرهنگ‌های جمع‌گرا، ۱۴۶
- فلج عمومی دیوانه، ۲۴
- فنون صفحه نمایش، ۱۲۴
- فنون فرافکن، ۷۴
- قانون سلامت روانی، ۸
- قانون مراقبت از بیماران روانی و سالمندان، ۸
- قمار، ۴۱، ۱۶۷
- کاتاتونیا، ۴۷
- کاهش‌گرایی، ۲۰، ۲۱، ۱۹۹
- کرتینیس، ۴۰
- کوراندروها، ۱۹۱
- کورو، ۱۸۱، ۱۸۶، ۱۸۷، ۲۱۱، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱
- کوفتگی مغزی، ۱۸۰
- گروه همکاری میان‌ملتی، ۱۵۵
- گریسی سیکنسی، ۱۸۵
- لاتاه، ۱۸۲
- مشاهدات، ۶۵، ۶۸، ۷۰، ۹۲، ۲۰۰
- مصاحبه حالت روانی، ۶۳
- مصاحبه‌های بالینی، ۶۲، ۹۲
- مطلق‌نگری، ۱۴۷، ۱۹۵
- مقیاس GAF، ۴۳
- مقیاس افراد مهم زندگی، ۷۰
- مقیاس تجارب افتراقی، ۹۷
- مقیاس رمزگردانی تعامل خانوادگی، ۶۶
- مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر، ۷۱
- مکانیسم دفاعی، ۱۲۰
- منحنی توزیع نرمال، ۱۱
- مهاجران، ۸۱، ۱۵۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۵، ۱۷۵، ۲۱۴
- ناتوانی جنسی، ۲۲۱
- نارساخوانی، ۸۷

۲۴۶ ----- طبقه‌بندی و تشخیص اختلالات روان‌شناختی

هسته ارزیابی، ۶۲	نانجیاریوک، ۱۸۵
همجنس‌گرایی، ۱۳	نژاد، ۶۵، ۸۱، ۸۶، ۱۴۴
هنجارهای اجتماعی، ۱۴۶	نشانگان اسپرگر، ۵۶
هوا-بیونگ، ۱۸۱	نشانگان الکل جنینی، ۴۰
هیپنوتیزم، ۷، ۱۰۳، ۱۰۶، ۱۰۸، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۶، ۱۴۱	نشانگان تسخیر، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۸۷
هیپوکامپ، ۱۱۹، ۲۱۸، ۲۱۹	نشانگان جان وین، ۱۶۹
هیجان ابراز شده، ۱۹۴	نشانگان حافظه کاذب، ۱۲۹
هیستری، ۲، ۷، ۷۳، ۹۹، ۱۰۰، ۱۸۲	نشانگان دات، ۱۸۱، ۲۱۱
یادداشت‌برداری، ۸۵، ۱۲۴	نشانگان داون، ۴۰
یادزدودگی نامتقارن، ۱۰۸	نشانگان قبل از قاعدگی، ۱۸۸
یادگیری وابسته به حالت، ۱۲۲	نشانگان کودک کتک‌خورده، ۱۳۷
	نشانگان مونچاوزن، ۴۱
	نشانگان وابسته به فرهنگ، ۱۹، ۱۴۳، ۱۴۷، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۶، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۹، ۲۲۰
	نظریه اغوا، ۹۹، ۲۲۸
	نظریه برچسب‌گذاری، ۹۱
	واکنش روان‌پریشی کی-گونگ، ۱۸۳
	واکنش‌پذیری، ۶۸
	هراس، ۱۵، ۷۱، ۱۵۵، ۱۶۷، ۱۷۶، ۱۸۴، ۱۸۶، ۲۰۷، ۲۱۰، ۲۱۱

کتاب شناسی

- Acharyya, S. (1996). Practising cultural psychiatry: The doctor's dilemma. In T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, P. Muston & S. Pattison (eds) *Mental Health Matters*. Basingstoke, UK: Macmillan.
- Acocella, J. (1999). *Creating Hysteria: Women and Multiple Personality Disorder*. San Francisco: Jossey Bass.
- Adityanjee, R. & Khandelwal, S. (1989). Current status of multiple personality disorder in India. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1607-1610.
- Adler, D., Drake, R., & Teague, G. (1990). Clinicians' practices in personality assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 125-133.
- Aldridge-Morris, R. (1989). *Multiple Personality: An Exercise in Deception*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Allen, J. (1993) Dissociative processes: Theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57(3), 287-308.
- Allison, R. (1978). On discovering multiplicity. *Sven Tidskr Hypnos*, 2, 4-8.
- American Psychological Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington: APA.
- Andreasen, N., Swayze, V., Tyrrell, G., Arndt, S. & McChesney, C. (1990). Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1008-1015.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Apter, A. (1991). The problem of Who: Multiple personality, personal identity, and the double brain. *Philosophical Psychology*, 4(2), 219-248.
- Arrigo, J. & Pezdek, K. (1998). Textbook models of multiple personality. In S. Lynn & K. McConkey (eds) *Truth in Memory*. NY: Guilford Press.
- Bandura, A (1969). *Principles of Behaviour Modification*. NY: Rinehart & Winston.
- Banister, P. et al. (1994). *Qualitative Methods in Psychology: A Research Guide*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Banyard, P. (1996). *Applying Psychology to Health*. London: Hodder & Stoughton.
- Barkley, R. (1981). *Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. NY: Guilford Press.

- Barlow, D. (1977). Behavioural assessment in clinical settings. In J. Cone & R. Hawkins (eds) *Behavioural Assessment: New Directions in Clinical Psychology*. NY: Brunner Mazel.
- Barraclough, B. (1988). International variation in the suicide rate of 15-24 year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(2), 75-84.
- Bass, E. & Davis, L. (1988). *The Courage to Heal*. NY: Harper & Row.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1, 251-264.
- Baxter, L. et al. (1987). Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 44, 211-218.
- Bean, P. & Mounser, P. (1993). *Discharge from Mental Hospitals*. London: Macmillan.
- Bebbington, P. et al. (1989). The risk of minor depression before the age of 65: Results from a community survey. *Psychological Medicine*, 19(2), 393-400.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. et al. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-357.
- Beck, A., Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becker, D. & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder. *Professional Psychology, Research and Practice*, 25, 55-61.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. NY: Free Press.
- Bell, C. (2000). *Counteracting Traumatic Stress in Black Children*. Paper given to 'Visibility and invisibility' conference, Leeds Community and Mental Health Services Trust, 13-14 April.
- Bender, L. (1938). *A Visual Motor Gestalt test and its Clinical Use*. NY: American Orthopsychiatric Association.
- Bentovim, A. & Tranter, M. (1994). Psychotherapeutic work with adult survivors of child sexual abuse. In P. Clarkson & M. Pokorny (eds) *The Handbook of Psychotherapy*. London: Routledge.
- Bernstein, E. & Putnam, W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174(12), 727-735.
- Berrios, G. and Morley, S. (1984). Koro-like symptoms in a non-Chinese subject. *British Journal of Psychiatry*, 145, 331-4.
- Berry, J. et al. (1992). *Cross-cultural Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Binitie, A. (1970). Attitude of educated Nigerians to psychiatric illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 29-34.
- Blake, W. (1973). The influence of race on diagnosis. *Smith College Studies in Social Work*, 43(3), 184-192.

- Blashfield, R. & Draguns, J. (1976). Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 140-150.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Bliss, E. (1980). Multiple personalities: A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1388-1397.
- Bliss, E. (1986). *Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis*. NY: Oxford University Press.
- Boddy, J. (1989). *Wombs and Alien Spirits: Women, Men and the Zar Cult in Northern Sudan*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Bolton, P. (1984). Management of compulsorily admitted patients to a high security unit. *International Journal of Social Psychiatry*, 30, 77-84.
- Bolton, R. (1981). Susto, hostility and hypoglycaemia. *Ethnology*, 20, 261-276.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boskind-Lodahl, M. & White W. (1978). The definition and treatment of bulimarexia in college women - a pilot study. *Journal of American College Health Association*, 27, 84-97.
- Bourguignon, E. (1973). Introduction: A framework for the comparative study of altered states of consciousness. In E. Bourguignon (ed) *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*. Columbus: Ohio State University Press.
- Braun, B. (1990). Multiple personality disorder: An overview. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(11), 971-976.
- British Psychological Society (2000). Guidelines for psychologists working with clients in contexts in which issues related to recovered memories may arise. *The Psychologist*, 13(5), 266.
- Broverman, I. et al. (1981). Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health. In E. Howell & M. Bayes (eds) *Women and Mental Health*. NY: Basic Books.
- Brown, G. (1996). Onset and course of depressive disorders: A summary of a research programme. In C. Mundt et al. (eds) *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders*. London: Gaskell.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. NY: Free Press.
- Brown, G., Harris, T. & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression. *Psychological Medicine*, 25(1), 7-21.
- Brown, G., Monck, E., Carstairs, G. & Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventative and Social Medicine*, 3, 74-87.
- Bruce, M., Takeuchi, D. & Leaf, P. (1991). Poverty and psychiatric status: Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiological Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 470-474.

- Burke, K., Burke, J., Regier, D. & Rae, D. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Busfield, J. (1996). *Men, Women and Madness*. Basingstoke, UK: Macmillan.
- Canino, G. et al. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Cardena, E. & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Carlson, E. & Putnam, F. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Carlson, E., Putnam, F. et al. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Carlson, G. & Cantwell, D. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Carpenter, I. & Brockington, I. (1980). A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 137, 201-205.
- Carr, A. (1999). *Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. London: Routledge.
- Carr, J. (1985). Ethno-behaviourism and the culture-bound syndromes: The case of amok. In R. Simons & C. Hughes (eds) *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidl.
- Carstairs, G. & Kapur, R. (1976). *The Great Universe of Kota: Stress, Change and Mental Disorder in an Indian Village*. Berkeley: University of California Press.
- Castillo, R. (1991). *Culture, Trance and Mental Illness: Divided Consciousness in South Asia*. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University, Cambridge, MA.
- Castillo, R. (1995). Culture, trance and the mind-brain. *Anthropology of Consciousness*, 6, 17-34.
- Castillo, R. (1997). *Culture and Mental Illness*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Catalano, R., Hawkins, J., Krenz, C., Gillmore, M., Morrison, D., Wells, E. & Abbott, R. (1993). Using research to guide culturally appropriate drug abuse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 804-811.
- Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. NY: Doubleday.
- Clipson, C. & Steer, J. (1998). *Case Studies in Abnormal Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cochrane, R. (1977). Mental illness in immigrants to England and Wales. *Social Psychiatry*, 12, 25-35.
- Cochrane, R. (1995). Women and depression. *Psychology Review*, 2, 20-24.
- Cochrane, R. & Bal, S. (1989). Mental hospital admission rates of immigrants to England: A comparison of 1971 and 1981. *Social Psychiatry*, 24, 2-11.

- Cochrane, R. & Sashidharan, S. (1995). *Mental Health and Ethnic Minorities: A Review of the Literature and Implications for Services*. Paper presented to the Birmingham and North Birmingham Health Trust.
- Cochrane, R. & Stopes-Roe, M. (1981). Women, marriage, employment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 139, 373-381.
- Collomb, H. (1966). Bouffees delirantes en psychiatrie Africaine. *Transcultural Psychiatric Research*, 3, 29-34.
- Colson, A. (1971). The perception of abnormality in a Malay village. In N. Wagner & E. Tan (eds) *Psychological Problems and Treatment in Malaysia*. Kuala Lumpur: University of Malaya Press.
- Comer, R. (1998). *Abnormal Psychology*. NY: W.H. Freeman.
- Compton, W. et al. (1991). New methods in cross-cultural psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1697-1704.
- Connors, C.A. (1969). Teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Coons, P. (1986). The prevalence of multiple personality disorder. *Newsletter, International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation*, 4(3), 6-8.
- Coons, P. (1991). Iatrogenesis and malingering of multiple personality disorder in the forensic evaluation of homicide defendants. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 757-768.
- Coons, P. (1994). Confirmation of child abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Coons, P. & Milstein, V. (1994). Factitious or malingered multiple personality disorder: Eleven cases. *Dissociations*, 7(2), 81-85.
- Cooper, M., Russell, M. & George, W. (1988). Coping, expectations and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 218-230.
- Copeland, J. et al. (1971). Differences in the usage of psychiatric labels amongst psychiatrists in the British Isles. *British Journal of Psychiatry*, 118(547), 629-640.
- Copeland, J. et al. (1987). Range of mental illness among the elderly in the community. *British Journal of Psychiatry*, 150, 815-823.
- Corby, B. (2000). *Child Abuse: Towards a Knowledge Base*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Costello, E., Edelbrock, C. & Costello, A. (1985). The validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(4), 579-595.
- Costello, T., Costello, J. & Holmes, D. (1995). *Abnormal Psychology*. London: HarperCollins.
- Cross-national Collaborative Group (1992). The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098-3105.

- Daly, M. & Wilson, M. (1994). Some differential attributes of lethal assaults on small children by stepfathers versus genetic fathers. *Ethology and Sociobiology*, 15, 207-217.
- Davey, G. et al. (1998). A cross-cultural study of animal fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7-8), 735-750.
- Davies, J. & Frawley, M. (1991). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of child sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 5-36.
- Davison, G. & Neale, J. (1994). *Abnormal Psychology*. NY: Wiley.
- Dawson, J. (1999). The alter as agent: Multiple personality and the insanity defence. *Psychiatry, Psychology and Law*, 6(2) 203-206.
- Dennis, P. (1985). Grisi siknis in Miskito culture. In R. Simons & C. Hughes (eds) *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-R-90: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Dick, L. (1995). 'Pibloktoq' (Arctic hysteria): A construction of European-Inuit relation? *Arctic Anthropology*, 32(2), 1-42.
- Di Nardo, P. et al. (1993). Reliability of DSM III-R anxiety disorder categories. *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dohrenwend, B., Levav, I., Shrou, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodol, A. & Stueve, A. (1992). Socio-economic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255, 946-952.
- Dover, S. & McWilliam, C. (1992). Physical illness associated with depression in the elderly in community based and hospital patients. *Psychiatric Bulletin*, 16, 612-3.
- Dow, J. (1986). Universal aspects of symbolic healing: A theoretical synthesis. *American Anthropologist*, 88, 56-69.
- Dunham, H. (1965). *Community and Schizophrenia: An Epidemiological Analysis*. Detroit: Wayne State University Press.
- Edgerton, R. (1971). *The Individual in Cultural Adaptation*. Berkeley: University of California Press.
- Eich, E. (1995). Searching for mood-dependent memory. *Psychological Science*, 6(2), 67-75.
- Erdberg, P. & Exner, J. (1984). Personality assessment: Rorschach assessment. In G. Goldstein & M. Hersen (eds) *Handbook of Psychological Assessment*. NY: Pergamon Press.
- Erikson, K. (1976). *Everything in its Path: Destruction of a Community in the Buffalo Creek Flood*. NY: Simon & Schuster.
- Erinosho, O. & Ayonrinde, A. (1981). Educational background and attitudes to mental illness among the yoruba in Nigeria. *Human Relations*, 34, 1-12.
- Falek, A. & Moser, H. (1975). Classification in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 59-67.

- Faris, R. & Dunham, H. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fernando, S. (1988). *Race and Culture in Psychiatry*. London: Croom Helm.
- Fernando, S. (1991). *Mental Health, Race and Culture*. London: Macmillan/MIND.
- Fernando, S. (ed.) (1995) *Mental Health in a Multi-ethnic Society*. London: Routledge.
- Fewtrell, W. (1981). *Variations in Clinical Opinion Between Psychologists Treating a Single Case of Sleep Dysfunction*. Annual conference, British Psychological Society.
- Finkler, K. (1981). Non-medical treatments and their outcomes. Part two: Focus on the adherents of spiritualism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 65-103.
- Fitzpatrick, K. and Boldizar, J. (1993) The prevalence and consequences of exposure to violence among African's American youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 424-430.
- Flaskerud, J. (2000). Ethnicity, culture and neuropsychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 5-29.
- Ford, M. & Widiger, T. (1989). Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 301-305.
- Foster, G. & Anderson, B. (1978). *Medical Anthropology*. NY: Wiley.
- Frederick, J. (1991). *Positive Thinking for Mental Health*. London: The Black Mental Health Group.
- French, A. & Schechmeister, J. (1983). The multiple personality syndrome and criminal defence. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 11(1), 17-25.
- Frick, W. (1995). The subpersonalities controversy. *Journal of Human Psychology*, 35(1), 97-101.
- Fryer, D. (1995). Labour market disadvantage, deprivation and mental health. *The Psychologist*, 8(6), 265-272.
- Furnham, A. & Malik, R. (1994). Cross-cultural beliefs about depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 40, 106-123.
- Ganaway, G. (1989). Historical versus narrative truth: Clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of MPD and its variants. *Dissociation*, 2(4) 205-220.
- Garb, H. (1997). Race bias, social class bias and gender bias in clinical judgement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 99-120.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. NY: Basic Books.
- Gelfand, M. (1964). Psychiatric disorders as recognised by the Shona. In A. Kiev (ed), *Magic, Faith and Healing*. NY: Free Press.
- Gilbertson, A. et al. (1992). Susceptibility of common self-report measures of dissociation to malingering. *Dissociation*, 5, 216-220.

- Goff, D. & Sims, C. (1993). Has multiple personality disorder remained constant over time? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 595-600.
- Goffman, E. (1968). *Asylums*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Gold, E. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 471-475.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER Nelson.
- Goldberg, E. & Morrison, S. (1963). Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802.
- Goodwin, C. (1995). *Research in Psychology*. NY: Wiley.
- Greaves, G. (1980). Multiple Personality: 165 years after Mary Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 577-596.
- Gross, R. (1992). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour*. London: Hodder & Stoughton.
- Gross, R. (1994) *Key Studies in Psychology*. London: Hodder & Stoughton.
- Gross, R. & McIlveen, R. (1998). *Psychology: A New Introduction*. London: Hodder & Stoughton.
- Guarnaccia, P. (1993). Ataques de nervios in Puerto Rico: Culturebound syndrome or popular illness? *Medical Anthropology*, 15, 157-170.
- Guarnaccia, P., De La Cancela, V. & Carrillo, E. (1989). The multiple meanings of ataques de nervios in the Latino community. *Medical Anthropology*, 11, 47-62.
- Guarnaccia, P., Good, B. & Kleinman, A. (1990). A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1449-1455.
- Guarnaccia, P., Rivera, M. et al. (1996). The experiences of ataques de nervios: Towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 343-367.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. NJ: Princeton.
- Halgin, R.P. & Whitbourne, S.K. (1993). *Abnormal Psychology: The Human Experience of Psychological Disorders*. NY: Harcourt Brace.
- Halpern, D. (1995). *Mental Health and the Built Environment*. London: Taylor & Francis.
- Harrison, G. et al. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine*, 18, 643-657.
- Harrison, P. et al. (1998). *Lecture Notes on Psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Hartocollis, L. (1998). The making of multiple personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 26(2) 159-176.
- Hathaway, S. & McKinley, J. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. NY: Psychological Corporation.
- Heather, N. (1976). *Radical Perspectives in Psychology*. London: Methuen.
- Helman, C. (1984). *Culture, Health and Illness*. London: Wright PSG. Helzer, J., Canino, G., Yeh, E., Bland, R., Lee, C., Hwu, H., & Newman, S. (1990). Alcoholism: North America and Asia - a comparison of population surveys with

- the Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 47, 313-319.
- Heyman, I and Fahy, T. (1992). Koro-like symptoms in a man infected with the human immunodeficiency virus. *British Journal of Psychiatry*, 160, 119-121.
- Hilgard, E. (1977). *Divided Consciousness: Multiple Controls on Human Thought and Action*. NY: Wiley.
- Hitch, P. (1981). Immigration and mental health: Local research and social explanations. *New Community*, 9, 256-262.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958). *Social Class and Mental Illness*. NY: Wiley.
- Holmes, D. (1994). *Abnormal Psychology*. NY: HarperCollins.
- Hornstein, N. & Putnam, F. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Hornstein, N. & Tyson, S. (1991). Inpatient treatment of children with multiple personality/dissociative disorders and their families. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-638.
- Hussain, M. & Gomersall, J. (1978). Affective disorder in Asian immigrants. *Psychiatrica Clinica*, 11, 87-89.
- Jablensky, A. et al. (1992). Schizophrenia: Manifestations, course and incidence in different cultures. *Psychological Medicine Monograph Supplement* 20.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. NY: Basic Books.
- James, D. & Schramm, M. (1998). Multiple personality disorder presenting to the English courts: A case study. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9(3) 618-628.
- Jampala, V., Sierles, F. & Taylor, M. (1986). Consumers' views of DSM III: Attitudes and practices of U.S. psychiatrists and 1984 graduate residents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 148-153.
- Johnstone, L. (1989). *Users and Abusers of Psychiatry*. London: Routledge.
- Johnstone, T. (1987). Premenstrual syndrome as a Western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 337-356.
- Karno, M., Hough, R., Burnam, M., Escobar, J., Yimbers, D., Santana, F. & Boyd, J. (1987). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 44, 695-701.
- Kelly, K. (1993). Multiple personality disorders: Treatment coordination in a partial hospital setting. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57(3), 390-398.
- Kempe, C. et al. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24.
- Kendall, P. & Hammen, C. (1995). *Abnormal Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kendall, P. & Norton-Ford, J. (1982). *Clinical Psychology*. London: Wiley.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kendell, R. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell.

- Kenny, M. (1986). *The passion of Ansel Bourne*. Washington, DC: Smithsonian.
- Kessler, R. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kety, S. (1974). From rationalisation to reason. *American Journal of Psychiatry*, 131, 957-962.
- Keyes, D. (1981). *The Minds of Billy Milligan*. NY: Random House.
- Khandelwal, S., Sharan, P. & Saxena, S. (1995). Eating disorders: An Indian perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 132-146.
- Kiev, A. (1972). *Transcultural Psychiatry*. NY: Free Press.
- Kihlstrom, J. (1995). Dissociative disorders. In H. Adams & P. Suther (eds) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. NY: Plenum Press.
- Kim, K. et al. (1993). Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 190-199.
- Kirmayer, L. et al. (1996). *Pathways and Barriers to Mental Health Care: A Community Survey and Ethnographic Study*. Montreal: Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L. & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438-446.
- Klein, P. et al. (1993). *DSM IV: 1993 Update*. NY: W.H. Freeman.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1991). *Culture and DSM IV: Recommendations for the Introduction and for the Overall Structure*. Paper presented to the NIH conference on Culture and Diagnosis, Pittsburgh, April.
- Kleinman, A. & Cohen, A. (1997). Psychiatry's global challenge. *Scientific American, March*, 86-89.
- Kline, M. (1952). A note on 'primate-like' behaviour induced through hypnosis: A case report. *Journal of General Psychology*, 81, 125-131.
- Kline, P. (1993). *The Handbook of Psychological Testing*. NY: Routledge.
- Kluft, R. (1987). The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(2) 104-118.
- Kluft, R. (1995). The confirmation or disconfirmation of memories of abuse in DID patients: A naturalistic clinical study. *Dissociation*, 8(4) 253-258.
- Kluft, R. (1998). Reflections on the traumatic memories of dissociative identity disorder patients. In S. Lynn & K. McConkey (eds) *Truth in Memory*. NY: Guilford Press.
- Knutson, J. (1995). Psychological characteristics of maltreated children. In J. Spence et al. (eds) *Annual Review of Psychology*, 46, 401-431.
- Kraepelin, E. (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie* [translated by A. Diefendorf]. Delmar, NY: Scholars' Facsimiles and Reprints.

- Landrine, H. (1991). Revising the framework of abnormal psychology. In P. Bronstein & K. Quina (eds) *Teaching a Psychology of People*. Washington, DC: APA.
- Langer, E. & Abelson, R. (1974). A patient by any other name: Clinician group difference in labelling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 4-9.
- Langwieler, G. & Linden, M. (1993). Therapist individuality in the diagnosis and treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 27, 1-12.
- Lau, B., Kung, N. & Chung, J. (1983). How depressive illness presents in Hong Kong. *Practitioner*, 227, 112-114.
- Laurence, J., Day, D. & Gaston, L. (1998). From memories of abuse to the abuse of memories. In S. Lynn & K. McConkey (eds) *Truth in Memory*. NY: Guilford Press.
- Lavender, T. (2000). Schizophrenia. In L. Champion & M. Power (eds), *Adult Psychological Problems*. Hove, UK: Psychology Press.
- Lee, S. (1993). Side effects of lithium therapy in Hong Kong Chinese. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17(3), 301-320.
- Lee, S., Ho, T. & Hsu, L. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 999-1017.
- Lee, S. & Hsu, G. (1995). Eating disorders in Hong Kong. In T. Lin, W. Tseng & E. Yeh (eds) *Chinese societies and Mental Health*. NY: Oxford University Press.
- Leng, G. (1985). Koro: A cultural disease. In R. Simons & C. Hughes (eds) *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Boston: D. Reidel.
- Lewis, D. & Bard, J. (1991). Multiple personality and forensic issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 741-756.
- Lewis, D. et al. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1703-1710.
- Lewis-Fernandez, R. (1997). A cultural critique of the DSM IV Dissociative Disorders section. *Transcultural Psychiatry*, 35(3), 387-400.
- Lin, K. (1996). Psychopharmacology in cross-cultural psychiatry. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 63, 283-284.
- Lindsay, S. & Powell, G. (eds) (1994). *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. London: Routledge.
- Lipton, A. & Simon, F. (1985). Psychiatric diagnosis in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(4), 368-373.
- Littlewood, R. (1992). Psychiatric diagnosis and racial bias. *Social Science and Medicine*, 34, 141-149.
- Littlewood, R. & Cross, S. (1980). Ethnic minorities and psychiatric services. *Sociology of Health and Illness*, 2, 194-201.

- Littlewood, R. & Lipsedge, M. (1989) *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*. London: Unwin Hyman.
- Loftus, E. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- London et al. (1969). [Cited in Gross. R. (1994). *Key Studies in Psychology*, p. 347. London: Hodder & Stoughton.]
- Lopez, S., Grover, K., Holland, D., Johnson, M., Kain, C., Kanel, K., Mellins, C. & Rhyne, M. (1989). Development of culturally sensitive psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 369-376.
- Lopez, S. & Hernandez, P. (1986). How culture is considered in evaluations of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 598-606.
- Loring, M. & Powell, B. (1988). Gender, race and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behaviour. *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, 1-22.
- Lowenthal, M. et al. (1965). *Ageing and Mental Disorder in San Francisco*. San Francisco: Jossey Bass.
- Luchins, A. (1957). Primacy-recency in impression formation. In C. Hovland (ed) *The Order of Presentation in Persuasion*. Connecticut: Yale University Press.
- Lutz, C. (1985). Depression and translation of emotional worlds. In A. Kleinman & B. Good (eds) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Maher, W. & Maher, B. (1985). Psychopathology: I From ancient times to the eighteenth century. In G. Kimble & K. Schlesinger (eds) *Topics in the History of Psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Mair, K. (1997). *Psychological Treatment for Dissociative Identity Disorder: Risks and Benefits*. Paper given at BPS conference, London, 17 December.
- Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. *The Psychologist*, 12(2), 76-80.
- Mann, A., Graham, N. & Ashby, D. (1984). Psychiatric illness in residential homes for the elderly: A survey in one London borough. *Age and Ageing*, 113, 257-65.
- Marano, L. (1982). Windigo psychosis: The anatomy of an emic/etic confusion. *Current Anthropology*, 23, 385-412.
- Martinez-Taboas, M. (1991). Multiple personality disorder as seen from a social constructionist standpoint. *Dissociation*, 4, 189-192.
- Masson, J. (1988). *Against Therapy*. London: Collins.
- McCajor-Hall, T. (1998). *Glossary of Culture-bound Syndromes*. http://weber.ucsd.edu/~thall/cbs_glos.html.
- McCoy, S. (1976). Clinical judgements of normal childhood behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(5), 710-714.
- McDougall, W. (1938) *Body and Mind*. NY: Macmillan.
- McGovern, D. & Cope, R. (1987). The compulsory detention of males of different ethnic groups with special reference to offender patients. *British Journal of Psychiatry*, 150, 505-512.

- Meehl, P. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychology*, 15, 19-27.
- Meehl, P. & Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52, 194-216.
- Meltzer, H. et al. (1995). *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain: Report No.1: The Prevalence of Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households*. London: HMSO.
- Mersky, H. (1992). The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Mersky, H. (1995). Multiple personality disorder and false memory syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 166(3), 281-283.
- Mezzich, J. et al. (1989) DSM disorders in a large sample of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 146(2), 212-219.
- Mezzich, J., Kirmayer, L., Kleinman, A. et al. (1999). The place of culture in DSM IV. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187(8), 457-464.
- Miller, K. (1987). *Doubles: Studies in Literary History*. Oxford: Oxford University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. NY: Wiley.
- Mitchill, S. (1817). Double consciousness, or duality of person in the same individual. *The Medical Repository of Original Essays and Intelligence Relative to Physic, Surgery, Chemistry and Natural History, etc*, 18.
- Modestin, J. (1992). Multiple personality disorder in Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 149, 88-92.
- Mukherjee, S. et al. (1983). Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: A multi-ethnic comparison. *American Journal of Psychology*, 140, 1571-1574.
- Murphy, J. (1964). Psychotherapeutic aspects of Shamanism on St Lawrence Island, Alaska. In A. Kiev (ed) *Magic, Faith and Healing*. NY: Free Press.
- Murray, H. (1971). *Thematic Apperception Test*. Cambridge: Harvard University Press.
- Myers, A. (1896). The life history of a case of double or multiple personality. *Journal of Mental Science*, 31, 596-605.
- Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*, 16, 621-625.
- Nathan, P. & Langenbucher, J. (1999). Psychopathology: Description and classification. *Annual Review Psychology*, 50, 79-107.
- Neisser, U. et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychology*, 51(2), 77-101.
- Nelson, R., Lipinski, D. & Black, J. (1975). The effects of expectancy on the reactivity of self-recording. *Behaviour Therapy*, 6, 337-349.

- North, C., Ryall, J., Ricci, D. & Wetzel, R. (1993). *Multiple Personalities, Multiple Disorders: Psychiatric Classification and Media Influence*. Oxford: Oxford University Press.
- Obeyesekere, G. (1977). The theory and practice of psychological medicine in the Ayurvedic tradition. *Culture, Medicine and Psychiatry, 1*, 155-181.
- Okasha, A. et al. (1993). Diagnostic agreement in psychiatry: A comparative study between ICD-9, ICD-10 and DSM-III-R. *British Journal of Psychiatry, 162*, 621-626.
- Orbach, S. (1978). *Fat is a Feminist Issue*. NY: Paddington.
- Orne, M., Dinges, D. & Orne, E. (1984). On the differential diagnosis of multiple personality in the forensic context. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 32*, 118-169.
- Osgood, C., Suci, G. & Tannenbaum, P. (1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Ott, A., et al. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia-association with education - the Rotterdam study. *British Journal of Medical Psychology, 310*(6985), 970-973.
- Pang, K. (1990). Hwa-byung: The construction of a Korean popular illness among Korean elderly immigrant women in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry, 14*, 495-512.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- Patterson, G., Chamberlain, P. & Reid, J. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behaviour Therapy, 13*, 638-650.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. Desensitisation in Psychotherapy: An Experiment in Anxiety Reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Paurohit, N. et al. (1982). The role of verbal and nonverbal cues in the formation of first impressions of black and white counsellors. *Journal of Counselling Psychology, 29*(4), 371-378.
- Pearson, V. (1995). Goods on which one loses: Women and mental health in China. *Social Science and Medicine, 41*(8), 1159-1173.
- Perr, I. (1991). Crime and multiple personality. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law, 19*, 203-214.
- Peters, S. (1986). Child sexual abuse and later psychological problems. In M. Horowitz (ed) *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Phares, E. (1979). *Clinical Psychology: Concepts, Methods and Profession*. Homewood, IL: Dorsey.
- Pilgrim, D. (2000). Psychiatric diagnosis: More questions than answers. *The Psychologist, 13*(6), 302-305.
- Pilgrim, D. & Rogers, A. (1999). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Bucks, UK: Open University Press.
- Pope, H., Oliva, P., Hudson, J., Bodkin, A. & Gruber, A. (1999). Attitudes toward DSM IV diagnoses among board-certified American psychiatrists. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 321-323.

- Power, M., Champion, L. & Aris, S. (1988). The development of a measure of social support: The Significant Others Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358.
- Prentice, P. (1996) Psychopathology. In M. Cardwell et al. (eds). *Psychology for A-level*. London: Collins Educational.
- Prince, R. (1964). Indigenous Yoruba psychiatry. In A. Kiev (ed) *Magic, Faith and Healing*. NY: Free Press.
- Prince, R. (1983). Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 20, 299-300.
- Putnam, F. (1984). The psychophysiologic investigation of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 31-40.
- Putnam, F. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. NY: Guilford Press.
- Putnam, F. (1992). Dr Putnam's response. In J. Chu, The critical issues task force report. *ISSMP&D News*, June, 7-8.
- Putnam, F. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents*. NY: Guilford Press.
- Putnam, F., Guroff, J., Silberman, E., Barban, L. & Post, R. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6) 285-293.
- Rack, P. (1982). *Culture and Mental Disorder*. London: Tavistock.
- Reitan, R. & Davison, L. (1974). *Clinical neuropsychology: Current status and applications*. Washington, DC: V.H. Winston & Sons.
- Rieber, R. (1999). Hypnosis, false memory and multiple personality: A trinity of affinity. *History of Psychiatry*, 10, 3-11.
- Riley, K. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 149-150.
- Ritenbaugh, C., Shisslak, C. & Prince, R. (1992). Eating disorders: A cross-cultural review in regard to DSM-IV. In J. Mezzich et al. (eds) *Cultural Proposals for DSM-IV. Submitted to the DSM-IV Task Force by The NIMH Group on Culture and Diagnosis*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Robins, L., Helzer, J., Croughan, J. & Ratcliff, K. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Grueberg, E., Burke, J. & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three cities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Rogers, C. (1951). *Client-centred Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogler, L. & Hollingshead, A. (1965). *Trapped: Families and Schizophrenia*. NY: Wiley.
- Rogler, L., Malgady, R. & Rodriguea, O. (1989). *Hispanics and Mental Health: A Framework for Research*. Malabar, FL: Krieger.
- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- Rosenhan, D. & Seligman, M. (1984). *Abnormal Psychology*. NY: W.W. Norton.

- Ross, C (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment*. NY: Wiley.
- Ross, C. (1995). *Satanic Ritual Abuse: Principles of Treatment*. Toronto: University of Toronto Press.
- Ross, C (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*. NY: Wiley.
- Ross, C, Anderson, G., Fleisher, W. & Norton, G. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1717-1720.
- Ross, C., Norton, G. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Ross, C., Ryan, L., Vaught, L. & Eide, L. (1992). High and low dissociators in a college population. *Dissociation*, 4, 147-151.
- Ross, D.R. (1992). Discussion: An agnostic viewpoint on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Enquiry*, 12(1), 124-138.
- Roy, C., Choudhuri, A. & Irvine, D. (1970). The prevalence of mental disorders among Saskatchewan Indians. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1(4), 383-392.
- Rubel, A.J. (1977). The epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. In D. Landy (ed) *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. NY: MacMillan.
- Rubel, A., O'Neil, C. & Collado, R. (1985). The folk illness called susto. In R. Simons & C Hughes (eds) *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel.
- Saks, E. (1994). Integrating multiple personalities, murder and the status of alters as persons. *Public Affairs Quarterly*, 8, 169-182.
- Sampath, H. (1974). Prevalence of psychiatric disorders in a Southern Baffin Island Eskimo settlement. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 363-367.
- Sanders, B. & Giolas, M. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 148, 50-54.
- Sanders, E., Pickrell, J. & Loftus, E. (1999). *Childhood Memories are Easily Altered*. <http://mentalhelp.net/articles/memory2.htm>.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- Sartorius, N. et al. (1995). Progress toward achieving a common language in psychiatry II. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1427-1437.
- Schacter, D., Kihlstrom, J., Kihlstrom, L. & Berren, M. (1989). Autobiographical memory in a case of multiple personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 508-514.

- Schaechter, F. (1965). Previous history of mental illness in female migrant patients admitted to the psychiatric hospital. *Royal Park Medical Journal of Australia*, 2, 277-279.
- Scheff, T. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.
- Scheper-Hughes, N. (1979). *Saints, Scholars and Schizophrenics*. Berkeley: University of California Press.
- Schreiber, F. (1973). *Sybil*. NY: Warner.
- Seligman, M. (1973). Fall into hopelessness. *Psychology Today*, 7, 43-47.
- Shapiro, S., Skinner, E., Kessler, L., Von Korff, M., German, P., Tischler, G., Leaf, P., Benham, L., Cottler, L. & Regier, D. (1984). Utilization of health and mental health services: Three epidemiological catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Simons, R. (1985). The resolution of the latah paradox. In R. Simons & C. Hughes (eds) *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel.
- Simons, R. & Hughes, C (eds) (1985). *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Anthropological and Psychiatric Interest*. Dordrecht: D. Reidel.
- Simpson, M. (1995). Gullible's travels, or the importance of being multiple. In L. Cohen et al. (eds) *Dissociative Identity Disorder*. Northvale, NJ: Aronson.
- Simpson, R. & Halpin, G. (1986). Agreement between parents and teachers in using the revised behaviour problem checklist. *Behaviour Disorders*, 12(1), 54-58.
- Singh, G. (1985). Dhat syndrome revisited. *Indian Journal of Psychiatry*, 27, 119-121.
- Skinner, B.F. (1938). *Science and Behaviour*. NY: Macmillan.
- Slovenko, R. (1989). The multiple personality: A challenge to legal concepts. *Journal of Psychiatry and Law*, 17, 681-715.
- Slovenko, R. (1993). The multiple personality and the criminal law. *Medicine and Law*, 12, 329-340.
- Smith, D. & Dumont, F. (1995). A cautionary study: Unwarranted interpretations of the Draw- a person test. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 298-303.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.
- Spanos, N. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical appraisal and an alternative conceptualisation. *Psychological Bulletin*, 35, 417-439.
- Spanos, N. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143-165.
- Spanos, N., Weekes, J. & Bertrand, L. (1985). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.
- Spiegel, D. (1994). Dissociative disorders. In R. Hales et al. (eds) *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: APA.
- Spielberger, C. (1983). *State-trait Anxiety Inventory (Form Y) Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists' Press.

- Spitzer, R., Williams, J., Kass, F. & Davies, M. (1989). National field trial of the DSM III diagnostic criteria for self-defeating personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1561-1567.
- Spitzer, R. et al. (eds) (1994). *DSM IV Casebook*. Washington, DC: APA.
- Srole, L. et al. (1962). *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. NY: McGraw-Hill.
- Staley, D. & Wand, R. (1995). Obsessive-compulsive disorder: A review of the cross-cultural epidemiological literature. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 103-136.
- Sternberg, R. (1985). *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Human Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strakowski, S. et al. (1995). The effects of race on diagnosis and disposition from a psychiatric emergency service. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(3), 101-107.
- Sue, S. (1988) Psychotherapeutic services for ethnic minorities. *American Psychologist*, 43(4), 301-308.
- Sue, S. (2000). *Ethnic/language Minorities in the Mental Health System*. Paper given at 'Visibility and invisibility' conference, Leeds, 13-14 April.
- Sue, S., Fujino, D., Hu, L., Takeuchi, D. & Zane, N. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 533-540.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. (1962). *The Myth of Mental Illness*. NY: Harper & Row.
- Szasz, T. (1971). *The Manufacture of Madness*. London: Routledge.
- Taylor, C. et al. (1996). A comparison of the background of first time and repeated overdose patients. *Journal of Accidents and Emergency Medicine*, 11(4), 238-242.
- Taylor, W. & Martin, M. (1944). Multiple personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 39, 281-300.
- Thigpen, C. & Cleckley, H. (1954). *The Three Faces of Eve*. Kingsport, TN: Kingsport Press.
- Thigpen, C. & Cleckley, H. (1984). On the incidence of multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 63-66.
- Tobin, J. (1996) A case of Koro in a 20-year-old Irish male. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 13, (2) 72-73.
- Tsai, G., Condie, D., Wu, M. & Chang, I. (1999). Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 119.
- Tseng, W. et al. (1990). Multi-cultural study of minor psychiatric disorders in Asia. *International Journal of Social Psychiatry*, 36, 252-264.
- Tseng, W. et al. (1992). Diagnostic patterns of social phobia: Comparison in Tokyo and Hawaii. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 380-385.

- Tseng, W. et al. (1995). Psychotherapy for the Chinese: Cultural considerations. In T. Lin et al. (eds) *Chinese Societies and Mental Health*. NY: Oxford University Press.
- Turner, R. & Wagonfeld, M. (1967). Occupational mobility and schizophrenia. *American Sociological Review*, 32, 104-113.
- Tyrer, P. & Steinberg, D. (1987). *Models for Mental Disorder*. London: Wiley.
- Ulusahin, A. et al. (1994). A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 31-39.
- Umberhauer, S. & DeWitte, L. (1978). Patient race and social class: Attitudes and decisions among three groups of mental health professionals. *Comprehensive Psychiatry*, 19(6), 509-515.
- Unger, R. (1984). *Passion: An Essay on Personality*. NY: Free Press.
- US Department of Health and Human Services (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3)*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Ussher, J. & Dewberry, C. (1995). The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of adult women survivors in Britain. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 177-192.
- Vanderlinden, J. et al. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands: A study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation*, 4, 180-184.
- Varma, V., Bouri, M. & Wig, N. (1981). Multiple personality in India: Comparison with hysterical possession state. *American Journal of Psychotherapy*, 35(1), 113-120.
- Wakefield, H. & Underwager, R. (1992). Recovered memories of alleged sexual abuse: Lawsuits against parents. *Behavioural Sciences and the Law*, 10, 483-507.
- Walker, C., Bonner, B. & Kaufman, K. (1988). *The Physically and Sexually Abused Child*. NY: Pergamon Press.
- Warner, R. (1985). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. NY: Routledge.
- Waxler, N. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrialised societies? The case of Sri Lanka. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 144-158.
- Weidman, H. (1979). Falling out: A diagnostic and treatment problem viewed from a transcultural perspective. *Social Science and Medicine*, 13, 95-112.
- Weiss, M. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 537-553.
- Weissman, M. & Klerman, G. (1981). Sex differences and the epidemiology of depression. In E. Howell & M. Bayes (eds) *Women and Mental Health*. NY: Basic Books.
- Weisz, J., Suwanlert, S., Chaiyasit, W. & Walter, B. (1987). Over- and undercontrolled referral problems among children and adolescents from

- Thailand and the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 719-726.
- Westermayer, J. & Wintrob, D. (1978). Folk diagnosis in rural Laos. *British Journal of Psychiatry*, 133, 529-541.
- Whiting, B. & Edwards, C. (1988). *Children of Different Worlds: The Formation of Social Behaviour*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Whitton, A., Warner, R. & Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression. *British Journal of General Practice*, 46(408), 427-428.
- WHO (1973). *International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: WHO.
- WHO (1977). *Apartheid and Mental Health Care*. Geneva: WHO.
- WHO (1979). *Schizophrenia: An international Follow-up Study*. Geneva: WHO.
- WHO (1983). *Depressive Disorders in Different Cultures*. Geneva: WHO.
- WHO (1992, 1996). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Williams, J. et al. (1993). *Purchasing Effective Mental Health Services for Women: A Framework for Action*. Centre for the Applied Psychology of Social Care, University of Kent at Canterbury, UK.
- Williams, L. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1167-1176.
- Wyatt, G. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.
- Zeigob, L., Arnold, S. & Forehand, R. (1975). An examination of observer effects in parent-child interactions. *Child Development*, 46, 509-512.