

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مدل‌های آسیب‌شناسی روانی

تألیف

دیپیس دیویس

دینش بوگرا

ترجمه

دکتر محمدعلی بشارت

دکتر بهزاد شالچی

توجه!

این کتاب مشمول قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان است. تکثیر کتاب به هر روش اعم از فتوکپی، ریسوگرافی، تهیه فایل‌های pdf، لوح فشرده، بازنویسی در وبلاگ‌ها، سایت‌ها، مجله‌ها و کتاب، بدون اجازه کتبی ناشر مجاز نیست و موجب پیگرد قانونی می‌شود.



انتشارات دانشگاه تهران

شماره ۳۳۱۷

شماره مسلسل ۷۲۷۱

Davies, Dilys

دیویس، دیلیس / تألیف دیلیس دیویس، دینش بوگرا؛ ترجمه محمدعلی بشارت، بهزاد شالچی - تهران: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات، ۱۳۹۱.
د، ۱۵۳ ص:؛ نمودار (انتشارات دانشگاه تهران؛ شماره ۳۳۱۷).

ISBN 978-964-03-6384-3

Models of Psychopathology, 2004.

فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیا.

عنوان اصلی:

واژه نامه.

کتابنامه.

روان شناختی آسیب شناختی. روان در سانی بوگرا، دینش، Bhugra, Dinesh. بشارت، محمدعلی، ۱۳۳۸ - مترجم. شالچی، بهزاد، ترجمه دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات.

۱۳۹۱

۶۱۶/۷۹

RC ۴۵۴ / د ۹۳ م ۴

۲۸۳۷۷۷۰

شماره کتابشناسی ملی

عنوان: مدل های آسیب شناسی روانی

تألیف: دیلیس دیویس - دینش بوگرا

ترجمه: دکتر محمدعلی بشارت - دکتر بهزاد شالچی

ویراستار: فاطمه جهانگیری

نوبت چاپ: اول

تاریخ انتشار: ۱۳۹۱

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

چاپ و صحافی: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

ISBN:978-964-03-6384-3



9 789640 363843

«مسئولیت صحت مطالب کتاب با مترجمان است»

«کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است»

بها: ۵۰۰۰۰ ریال

خیابان کارگر شمالی - خیابان شهید فرشی مقدم - مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

پست الکترونیک: press @ ut. ac. ir - سایت: http://press.ut.ac.ir

پخش و فروش: تلفکس ۸۸۰۱۲۰۷

فهرست مطالب

پیشگفتار.....ح

فصل اول.....۱

مقدمه.....۱

بهنجاری و نابهنجاری.....۲

مدل عامیانه.....۳

مدل حقوقی.....۴

مدل های روانشناختی.....۶

مفهوم آماری بهنجاری و نابهنجاری.....۶

مفهوم آرمانی بهنجاری و نابهنجاری.....۷

مفهوم رفتاری بهنجاری و نابهنجاری.....۸

دیدگاه های علمی.....۹

جنبه های تحولی.....۱۱

فصل دوم.....۱۵

مدل های روانپزشکی و زیستی-طبی.....۱۵

دورنمای تاریخی مدل زیستی-طبی.....۱۶

طبقه بندی روانپزشکی.....۱۷

عوامل زیست شناختی.....۲۳

نقد مدل های روانپزشکی و زیستی-طبی.....۲۵

رویکرد جایگزین.....۲۷

فصل سوم.....۲۹

مدل های روانکاوی.....۲۹

زیگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹).....۳۱

کارل گوستاو یونگ (۱۸۷۵-۱۹۶۱).....۳۸

روانشناسی تحلیلی.....۴۰

آسیب شناسی روانی.....۴۱

آلفرد آدلر (۱۸۷۰-۱۹۳۷).....۴۳

۴۴.....	روانکاوی بین‌شخصی - نافروریدی‌ها
۴۷.....	اریک اریکسون (۱۹۰۲-۱۹۹۴).....
۴۸.....	نظریه روابط موضوعی.....
۵۱.....	روانکاوی در ابعادی گسترده.....
۵۳.....	نقد مدل‌های روانکاوی.....
۵۵.....	نتیجه‌گیری.....
۵۷.....	فصل چهارم.....
۵۷.....	نظریه دلبستگی.....
۵۹.....	تحول دلبستگی‌ها.....
۶۰.....	سبک‌های دلبستگی در کودکی.....
۶۰.....	تفاوت‌های فردی.....
۶۲.....	ازهم‌گسیختگی‌های روابط دلبستگی.....
۶۴.....	نقش دلبستگی در پیدایش آسیب روانی.....
۶۹.....	فصل پنجم.....
۶۹.....	مدل‌های رفتاری، شناختی و شناختی- رفتاری.....
۷۲.....	یادگیری و شرطی‌سازی.....
۷۳.....	شرطی‌سازی کلاسیک و عاملی.....
۷۶.....	نظریه یادگیری اجتماعی.....
۷۷.....	نقد مدل رفتارگرایی.....
۷۹.....	شناخت‌درمانگری.....
۸۱.....	الیس و بک.....
۸۵.....	مدل شناختی- رفتاری.....
۸۷.....	نقد رویکردهای شناختی- رفتاری.....
۸۹.....	فصل ششم.....
۸۹.....	مدل‌های انسان‌گرایی.....
۸۹.....	کارل راجرز و درمانگری شخص‌محور.....
۹۰.....	میل به شکوفایی.....
۹۲.....	روانشناسی سازه شخصی.....
۹۳.....	تحلیل تبدیلی.....
۹۵.....	رویکردهای وجودگرایی.....

رواندرمانگری فراشخصی	۹۶
مدل انسان‌گرایی و مدل پزشکی	۹۷
فصل هفتم	۱۰۱
مدل جامعه‌شناختی	۱۰۱
نظریه انتقادی	۱۰۱
طبقه اجتماعی و سلامت روانی	۱۰۳
علیت اجتماعی در برابر رانده‌شدگی اجتماعی	۱۰۵
جنسیت	۱۰۷
نژاد و قومیت	۱۱۲
ساخت‌گرایی اجتماعی و نظریه برجستگی	۱۱۴
اسکیزوفرنی	۱۱۷
فصل هشتم	۱۱۹
مدل اجتماعی - فرهنگی	۱۱۹
ماهیت اجتماعی خود	۱۱۹
سیستم‌های معنایی	۱۲۱
نسبیت فرهنگی و درخود ماندگی فرهنگی	۱۲۳
فردی‌سازی درماندگی	۱۲۵
تعدی در قالب درمانگری	۱۲۸
نتیجه‌گیری	۱۲۹
فصل نهم	۱۳۳
نتیجه‌گیری	۱۳۳
فهرست منابع	۱۳۷
منابعی برای مطالعه بیشتر	۱۵۱

پیشگفتار

آسیب‌شناسی روانی، بنیان‌های علمی تشخیص، درمان و مداخله‌های روانشناختی را بر اساس نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و مطالعه فرایند پیدایش و تداوم اختلال‌های روانی، پی‌می‌ریزد. براین اساس، آسیب‌شناسی روانی به منزله علم پایه برای نظام‌های تشخیصی و مدل‌های درمانی محسوب می‌شود. و رای این اهمیت ماهوی، آسیب‌شناسی روانی با ترسیم خطوط اصلی علومی چون روانشناسی و روانپزشکی، نظریه‌های اصیل این علوم را وامدار خود ساختار است. اگر علوم را به مثابه "آزمایشگاه انسان‌شناسی" بدانیم، آسیب‌شناسی روانی بی شک یکی از ارکان این آزمایشگاه محسوب می‌شود؛ رکنی که بدون آن، تایید اعتبار علمی یافته‌های آزمایشگاه امکانپذیر نخواهد بود. این جایگاه خطیر، دانشمندان را بر آن داشته است تا از زوایای مختلف به تفسیر اختلال‌های روانی بپردازند و خالق مدل‌های متفاوت آسیب‌شناسی روانی باشند. "مدل‌های آسیب‌شناسی روانی" در ۹ فصل تنظیم شده است؛ فصل اول با عنوان "مقدمه"، مفاهیم بهنجاری و نابهنجاری را بر حسب مدل‌های مختلف از عامیانه تا حقوقی و روانشناختی به اختصار شرح داده است و در عین حال، نظر خواننده را به جنبه‌های تحولی اختلال‌ها و آسیب‌شناسی روانی جلب می‌کند. این فصل با تقسیم‌بندی علوم به علوم فیزیکی، طبیعی و نشانه‌ای، جایگاه روانشناسی و آسیب‌شناسی روانی را در رابطه با علوم مشخص کرده است؛ فصل‌های دوم تا هشتم به ترتیب به معرفی مدل‌های پزشکی و جسمی-طبی، روانکاوی، دلبستگی، رفتاری و شناختی، انسان‌گرایی، جامعه‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی می‌پردازند. در هر فصل ریشه‌های تاریخی، مبانی فلسفی و نظری و سازه‌های محوری مرتبط با اختلال‌های روانی در قالب مدل‌های آسیب‌شناسی روانی معرفی شده‌اند. مفروضه‌های بنیادین علوم و کاربرد آنها در مدل‌های آسیب‌شناسی روانی و مقایسه مدل‌ها بر حسب ضوابط روش‌شناختی و مفاهیمی مثل تکرارپذیری، ابطال‌پذیری، پیش‌بینی‌پذیری و تعمیم‌پذیری مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند. مقایسه تحلیلی سطوح همگرایی و واگرایی مدل‌های آسیب‌شناسی روانی و شرح انتقادهای مدل‌ها نیز از موضوع‌های اصلی مباحث هر یک از این فصل‌هاست. فصل پایانی کتاب با جمع‌بندی مفروضه‌ها و مفاهیم اصلی مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی و با بیان دستاوردهای این مدل‌ها برای تشخیص و درمان اختلال‌های روانی، ماهیت و جایگاه پژوهش علمی در مدل‌های متفاوت آسیب‌شناسی روانی، نقاط قوت و ضعف روش‌های علمی سنتی و مدرن به این نتیجه رسیده است که هیچ یک از مدل‌های آسیب‌شناسی روانی نتوانسته‌اند تبیینی تمام عیار درباره کلیه اختلال‌های روانی در همه افراد و در تمام زمان‌ها ارائه کنند. بر این اساس، مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی به منزله هشدار علیه نتیجه‌گیری‌های قطعی محسوب می‌شوند و یادآور این نکته مهم هستند که برداشت‌ها و مفروضه‌های این مدل‌ها پیوسته باید مورد بررسی و بازبینی قرار گیرند. کتاب "مدل‌های آسیب‌شناسی روانی" اثر ارزشمند دیویس و بوگرا، توسط یکی از ناشران دانشگاهی در انگلستان چاپ شده است و از منابع معتبر در سطح جهان و منحصر به فرد در زمینه آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود. مخاطب اصلی این کتاب، دانشجویان سطوح تحصیلات تکمیلی و استادان و محققان علاقمند به آموزش و پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی روانی، به ویژه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان هستند. این اثر به

پیشگفتار □ خ

دلیل عمق و گستره مطالب آن و ویژگی‌های تخصصی و تحلیلی پردازش مدل‌های آسیب‌شناسی روانی، می‌تواند به عنوان یک منبع اصیل و واقعی در سطح کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی برای دانشجویان رشته‌های روانشناسی و روانپزشکی تدریس شود. مدل‌های آسیب‌شناسی روانی ارائه شده در این کتاب، راهنمای علمی بی‌بدیلی برای استادان و محققان این حوزه، به ویژه کسانی که التقاط و تلفیق مدل‌ها را در فعالیت‌های حرفه‌ای و تخصصی (نظری و عملی) خود برگزیده‌اند، به شمار می‌آیند. ترجمه این کتاب را به همه دانشجویان عزیز و همکاران محترم تقدیم می‌کنیم.

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

بهار ۱۳۹۱

فصل اول

مقدمه

مطالعات جامعه‌شناختی مختلف (برای مثال، پیلگرم، ۱۹۹۷؛ پیلگرم و راجرز، ۱۹۹۹)، نشان می‌دهند که در جوامع امروزی برداشت‌های بسیار متفاوت از مفهوم بیماری روانی وجود دارد. این تعدد برداشت‌ها در دامنه گسترده اصطلاحات مورد استفاده در آسیب‌شناسی روانی^۱ در رشته‌های علمی و فعالیت‌های بالینی منعکس می‌شود. برداشت‌ها و چارچوب‌های متفاوت برای شناخت ماهیت، علت و درمان تجربه‌های آشفته‌ساز در قالب مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی مطرح می‌شوند. در این کتاب مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی به شرح زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

۱- مدل عامیانه^۲

۲- مدل حقوقی^۳

۳- مدل روانپزشکی

۴- مدل‌های روانشناختی: روانکاوی، رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری، انسان‌گرایی و اجتماعی-فرهنگی^۴
۵- مدل‌های جامعه‌شناختی: علیت اجتماعی^۵، ساخت‌گرایی اجتماعی^۶ (نظریه برجسبزی^۷) و نظریه انتقادی^۸.

این دیدگاه‌های بسیار متنوع، اختلاف نظرهای مربوط به بیماری‌های روانی را برجسته می‌سازند. فن برتالانفی^۹ معتقد است که: «همه سازه‌های علمی مدل‌هایی هستند که هر یک جنبه‌ها یا جلوه‌های ویژه‌ای از واقعیت را متجلی می‌سازند. این مسئله در مورد علم فیزیک نظری نیز صادق است. فیزیک نظری برخلاف آنچه برداشت می‌شود تنها نمادی متافیزیکی از حقیقت غایی (چنانکه در گذشته ماه‌گرایی تاریخی مدعی آن بود و اثبات‌گرایی نوین امروزی به طور تلویحی بدان پایبند است) نیست، بلکه تنها یکی از این مدل‌ها محسوب می‌شود و چنانکه پیشرفت‌های اخیر نیز بر این واقعیت صحه گذاشته‌اند، این مدل به هیچ وجه منحصر به فرد و جامع نیز محسوب نمی‌شود» (۱۹۸۷: ۶۲).

1. Psychopathology
2. Lay model
3. Legal model
4. Socio-cultural
5. Social causation
6. Social constructivism
7. Labelling theory
8. Critical theory
9. Von Bertalanffy

بهنجاری و نابهنجاری

روانشناسی، نظامی گسترده و التقاطی است که در اصل با تجربه‌ها و رفتارهای بهنجار سر و کار دارد، گرچه به بررسی مفاهیم نابهنجاری نیز می‌پردازد. باس (۱۹۶۶) اشاره می‌کند که روانشناسان برای بهنجاری و نابهنجاری^۱ چهار مفهوم مختلف پیشنهاد کرده‌اند:

- مفهوم آماری
- مفهوم آرمانی
- مفهوم رفتارهای خاص
- مفهوم شناخت‌های تحریف شده^۲

هیچ‌یک از مدل‌های گوناگون آسیب‌شناسی روانی و درمانگری‌های منبث از آنها قابل تقسیم به طبقات کاملاً مجزا و واضح که بر اساس آنها بتوان هر یک از مدل‌ها را به سهولت با دیگری مقایسه کرد، نیستند. به عبارت دیگر، این مدل‌ها از موضوع‌های هم‌گرا، واگرا و درهم تنیده تشکیل شده‌اند که طبقه‌بندی و ارایه توصیفی روشن از مفاهیم مرتبط با آسیب‌شناسی روانی را با ابهام مواجه می‌سازند. درهم تنیدگی بین مدل‌ها را در مثال‌های زیر می‌توان به وضوح مشاهده کرد.

الف) بعضی از مدل‌های آسیب‌شناسی روانی از بیماری‌های تشخیصی و توصیف‌های مبتنی بر مدل روانپزشکی استفاده می‌کنند؛ به عنوان مثال، روانکاو آشکار از طبقه‌بندی روانپزشکی استفاده می‌کند، زیرا مدل روانکاو به زبانی مشابه با زبان مدل پزشکی سخن می‌گوید. مراجع «بیمار» و مشکلات وی «نشانه» نامیده می‌شود، در حالی که مشکلات «زندگی درونی»^۳، «آسیب روانی» نام دارد.

ب) درمانگری‌های اکتشافی^۴ مثل درمانگری‌های روان‌پویایی^۵ و انسان‌گرایی به سبک تخصصی به کار رفته در روانپزشکی و مدل‌های روانشناختی کمتر اکتشافی مثل شناخت درمانگری، شباهت دارند. گرچه مدل‌های اکتشافی به آنچه بیمار می‌گوید اهمیت می‌دهند، از این اطلاعات برای تدوین برنامه درمان استفاده می‌شود. روان‌پزشک برای تشخیص و درمان اختلال به طور کامل به نشانه‌ها، یعنی آنچه بیمار می‌گوید، استناد می‌کند. شناخت درمانگر، تصویری از شناخت‌های بیمار و استنباطی از نقش عملی آنها در زندگی وی ارایه می‌دهد. با این حال، زمانی که این شیوه‌ها به بازسازی جنبه‌هایی از زندگی فردی می‌انجامد، شباهتی آشکار با عملکرد روان درمانگری اکتشافی مشاهده می‌شود. برخی محققان (مثل، بنیستر، ۱۹۸۳) مدعی شده‌اند که حتی یک فن رفتاری تجویزی مانند حساسیت‌زدایی منظم نیز تنها یکی از شیوه‌های بازسازی ذهنی است.

ج) روش‌های اکتشافی در مدل روانشناختی هم از گفت‌وگوهای معمول و هم از مصاحبه‌های تجویزی یا ساخت‌دار روان‌پزشکان و متخصصان شناختی- رفتاری متفاوت است. فوکو (۱۹۸۱) شباهت‌های بین روانکاو و اعتراف کاتولیکی را مورد بررسی قرار می‌دهد. در روانکاو همانند اعتراف مذهبی، یک قدرت انضباطی یا استیلای تخصصی وجود دارد. درمانگر کنترل شرایط درمان را در دست دارد، در حالی که بیمار چنین اختیاری

1. Normality and abnormality

2. Distorted cognitions

3. Symptom

4. Inner life

5. Exploratory therapies

6. Psychodynamic

ندارد. متخصص در جریان گفت و گو با بیمار کنترل چارچوب تفسیری را حفظ می‌کند. به عنوان مثال، بازگشت دیر هنگام یا بازنگشتن بیمار به عنوان شکلی از مقاومت در برابر تغییر شخصی تفسیر می‌شود. با توجه به این که روایت مراجع همواره در چارچوب تعیین شده از سوی درمانگر مطرح می‌شود، به هم خوردن توازن قدرت اجتناب‌ناپذیر است (اسپنس، ۱۹۸۲). هیلی (۱۹۶۳) فرایند شکل‌گیری قدرت در روانکاوی را مورد بحث قرار داده است. با این حال، همان طور که بعدها در بحث قدرت خواهیم دید، این مسئله فقط برای استفاده از جهت‌گیری راجرزی یا دیگر روش‌های درمانی انسان محور از بین نمی‌رود.

مدل عامیانه

در طول تاریخ و در فرهنگ‌های مختلف عقایدی درباره تفاوت‌های روانشناختی وجود داشته، گرچه برداشت از نوع این تفاوت‌ها پیوسته متغیر بوده است. حتی اصطلاحات به کار رفته برای توصیف این تفاوت‌ها نیز همسان نیستند. البته، هیچ فرهنگی درباره افراد عموماً، وحشت‌زده یا نامتعارف بی تفاوت نیست (هورویتز، ۱۹۸۳)؛ به عنوان مثال، در اروپا از قرن هفدهم تا بیستم، چنین تفاوت‌هایی بیش از پیش به مفاهیم پزشکی ربط داده شده و استناد آنها به موضوع‌هایی نظیر جن‌زدگی رو به کاهش نهاده است. به باور برخی نویسندگان در این دوره جنون^۱ معنای پزشکی به خود گرفت (اسکال، ۱۹۷۹).

امروزه همه، اعم از متخصص و غیرمتخصص در زمینه نابهنجاری روانی، در صورت مواجهه با جنون می‌توانند آن را شناسایی کنند. اگر افرادی را ببینیم که رفتارشان نشان‌دهنده اختلال، درماندگی یا وحشت‌زدگی باشد، می‌دانیم که به کمک تخصصی نیاز دارند. کسانی که رفتارشان برای دیگران قابل درک نباشد، اغلب با کلمات تمسخرآمیز مثل «دیوانه» طرد می‌شوند. زمانی که افسرده و مضطرب می‌شویم، به متخصص مراجعه می‌کنیم. گرچه گاهی به این وضع ناراحتی عصبی گفته می‌شود، اینها زمینه نوز^۲ و پس‌کوز^۳ را فراهم می‌کنند که مستلزم مداخلات تخصصی هستند. البته، به تازگی اصطلاح «آشفته‌گی روانی»^۴ ترجیح داده می‌شود، گرچه تأثیرات ناراحت‌کننده این وضع بر دیگران را منعکس نمی‌کند.

میان برداشت‌های عامیانه و روانپزشکی در مورد بیماری‌های روانی تا حدودی هم‌موسمی وجود دارد؛ به عنوان مثال در اختلال‌هایی همچون بی‌اشتهایی^۵ که در باره سبب‌شناسی و نقش عوامل فرهنگی در بروز آن قطعیتی وجود ندارد، برداشت‌های عامیانه و روانپزشکی مشابه هستند (لیس، ۱۹۹۷). با این حال، تفاوت‌هایی نیز میان دیدگاه‌های عامیانه و تخصصی وجود دارد. یک نمونه خاص در این باره، رفتار ضد اجتماعی است. نظایر این تفاوت‌ها زمانی مشاهده می‌شود که افراد عادی در رویارویی با رفتاری ناپسند و منزجرکننده به ارزیابی میزان جنون یا بدی موجود در این رفتار می‌پردازند. این مسئله در دادگاه‌های جنایی نمودی برجسته می‌یابد؛ به عنوان مثال می‌توان به محاکمه پیتز ساتکلیف^۶ (ملقب به درنده یورکشیر^۷) اشاره کرد. ساتکلیف در دفاعش خود را

1. Madness

2. Neurosis

3. Psychosis

4. Mental distress

5. Anorexia

6. Peter Sutcliffe

7. Yorkshire Ripper

فرستاده‌ای از جانب خدا می‌دانست. گرچه متخصصانی که هم از سوی دادستان و هم از سوی وکیل مدافع احضار شده بودند به ابتلای ساتکلیف به بیماری اسکیزوفرنی شهادت دادند، هیئت منصفه دادگاه معذور بودن وی را بر اثر بیماری روانی رد کرد.

در زمینه نابهنجاری روانی و رفتار ضد اجتماعی دیدگاه عامیانه مبهمی وجود دارد. روزن (۱۹۶۸) نقل می‌کند که در میان مردم روم باستان و آتن در دوران پیش از روانپزشکی، جنون با دو ویژگی اصلی سرگردانی یا پرسه زدن بی‌هدف و خشونت تعریف شده بود. وسترمر و کرول (۱۹۷۸) ادراک روستاییان در لائوس را که تا آن زمان برخوردی با متخصصان بهداشت روانی نداشتند، درباره افراد موسوم به "با" بررسی کردند. این افراد مردمانی بودند که به طور کلی از دید غربی‌ها بیمار روانی تلقی می‌شدند. محققان به این نتیجه رسیدند که فقط ۱۱ درصد مردم "با" قبل از این که شناخته شوند، افرادی خشن ارزیابی شدند، اما این تعداد بعد از معرفی آنها به عنوان "با" به ۵۴ درصد افزایش یافت.

رویکرد عامیانه، رابطه خشونت و اسکیزوفرنی^۱ را بزرگ‌نمایی می‌کند. پژوهش‌های انجام شده در ایالات متحده نشان می‌دهد که مردم عقاید ناهمسانی درباره رابطه بین اختلال روانی و خشونت دارند. مطالعه انستیتو فلد^۲ در سال ۱۹۸۴ نشان داد که ۶۱ درصد افراد مورد مطالعه با این گزاره که «فرد مبتلا به اسکیزوفرنی بیش از یک فرد عادی، مرتکب جرایم خشونت‌بار می‌شود» موافق بودند. برخلاف این نتایج، زمینه‌یابی دیگر (مؤسسه DYG^۳، ۱۹۸۰) نشان داد که تنها ۲۴ درصد از افراد مورد پژوهش تصور می‌کنند بیماران روانی، افراد خشن‌تری هستند، در حالی که ۴۵ درصد از آنان معتقد بودند که بیماران روانی کمتر از افراد معمولی، خشن هستند. در نمونه بریتانیایی^۴ این مطالعات نیز دیدگاه عامیانه مبهمی در خصوص رابطه خشونت و اختلال روانی به چشم می‌خورد. این مسئله به رابطه پیچیده بین تجربه‌های شخصی، باورها و پیام‌های رسانه‌ای مربوط می‌شود (فیلو و همکاران، ۱۹۹۶).

مدل حقوقی

مدل حقوقی به ملاحظات آسیب‌شناسی روانی در مورد معانی اصطلاحات و شرایطی که با توجه به آن متخصصان بهداشت روانی مجاز به بستری کردن بیماران و درمان اجباری آنان می‌شود، یا به عکس چنین اختیاری ندارند، مربوط می‌شود.

در قرن نوزدهم، روانپزشکی به شدت تحت تاثیر علم اصلاح نژاد^۵ قرار داشت. فرض بنیادین علم اصلاح نژاد این بود که انواع گوناگون انحراف‌های رفتاری را می‌توان با مجموعه‌ای از ژن‌های معیوب در طبقات پایین اجتماع تبیین کرد. این نظریه تباه‌شدگی^۶ که مشخصه اصلی روانپزشکی زیستی نخستین بود، تعداد زیادی دیوانه، پلید و احمق را گردهم جمع کرد. این رویکرد در جریان جنگ جهانی اول و بعد از آن به چالش کشیده شد؛ به عنوان

1. Baa
2. Schizophrenia
3. Feld Institute
4. DYG Corporation
5. Britain
6. Eugenics
7. Degeneracy theory

مثال در حوزه پزشکی قانونی، توجه فزاینده به علل محیطی و روانشناختی رفتار خلاف قانون جایگزین نظریه اصلاح نژاد درباره تباه‌شدگی که رفتار مجرمانه را محصول آمادگی‌های ارثی می‌دانست (فوردساید، ۱۹۹۰)، شد. از این زمان بود که متخصصان روانپزشکی نقشی عمده در شناسایی و تبیین رفتار انسان ایفا کردند.

در بریتانیا قانون تعریفی از اختلال روانی را برحسب چهار وضع جداگانه تعریف می‌کند: بیماری روانی، آسیب روانی، آسیب روانی شدید و اختلال جامعه‌ستیزی^۱. تعریفی درباره وضعیت اول ارایه نشده است و وضعیت دوم و سوم به افرادی مربوط می‌شود که از نظر یادگیری با دشواری‌هایی مواجهند و علاوه بر این خطرناک نیز محسوب می‌شوند. در نهایت وضع چهارم به افراد جامعه‌ستیزی که «به گونه‌ای نابهنجار پرخاشگر»ند یا «رفتارهای به شدت غم‌مسولانه» از خود بروز می‌دهند، اشاره دارد.

مدل حقوقی از دو جهت به عقاید روانپزشکی متکی است: نخست این که تعاریف حقوقی دقیقی درباره بیماری روانی وجود ندارد. بنابراین، آنچه به عنوان معنای حقوقی بیماری روانی پذیرفته شده، همان تعریفی است که در روانپزشکی ارایه شده‌اند. البته وقتی ابهام و تردید وجود داشته باشد، رویکرد عامیانه در مورد جنون نیز در مدل حقوقی مورد توجه قرار می‌گیرد. جهت دوم زمانی است که به محاکمه موارد بخصوص پرداخته می‌شود. در این موارد، دیدگاه‌های روانپزشکی در قالب نظرات تخصصی مبنی بر وجود داشتن یا نداشتن هر یک از این چهار مقوله حقوقی ارایه می‌شود. در چارچوب مدل حقوقی پذیرفته شده است که انواع خاصی از جرایم ممکن است محصول عارضه‌ای طبی باشند. این وضعیت، افرادی را که به دلیل اختلال روانی، مرتکب جرمی شده‌اند، سزاوار مجازات نمی‌داند. گرچه این بدان معنا نیست که فرد مانند یک بیمار طبی بی‌خطر معالجه می‌شود. البته خلاف این حالت نیز ممکن است مشاهده شود. ممکن است متهمی از نظر متخصصان مبتلا به آسیب روانی باشد و بر این اساس نیز دلایل حقوقی ارایه شود، اما از دید عموم به عنوان فردی غیربیمار و مسؤول اعمال خود قلمداد شود و به لحاظ قانونی تبرئه نشود (به عنوان مثال، مورد ارنست ساندرز^۲ در سال ۱۹۹۰).

چون بیماری روانی از نظر حقوقی تعریف نشده است، قضات در بعضی موارد به دیدگاه‌های عامیانه متوسل می‌شوند؛ به عنوان مثال در سال ۱۹۷۴ قاضی لاوتن^۳ اعلام کرد که اصطلاح «بیماری روانی» از واژگان معمول در زبان انگلیسی است و هیچ معنای علمی خاصی ندارد. لاوتن این را در پاسخ به سخنان لرد رید^۴ درباره حالت روانی یک متهم مطرح کرد. لرد رید گفته بود: «من از خود می‌پرسم یک انسان معمولی که از عقل سلیم برخوردار است اگر از رفتار این متهم آگاه می‌شد در باره بیماری وی چه می‌گفت؟ به نظر من او می‌گفت که این «بیچاره کاملاً بیمار روانی است» (به نقل از جونز، ۱۹۹۱: ۱۵). این تصور عامیانه درباره جنون، آزمون حقوقی «این مرد باید دیوانه باشد» نامیده شده است (هاگت، ۱۹۹۰).

به این ترتیب ملاحظه می‌شود که مدل حقوقی با اینکه از سویی مدل روانپزشکی را پذیرفته است، در مواردی از تعاریف معمول در زبان عامیانه نیز استفاده می‌کند. این مسئله بحث‌هایی را برانگیخته است از جمله اینکه آیا جنون از دید عامیانه و حقوقی، رفتاری غیر قابل فهم محسوب می‌شود؟ شرارت و اعمال جنایی یا

1. Psychopathic disorder

2. Ernest Saunders

3. Lawton

4. Lord Reid

جامعه‌ستیز، رفتارهایی هدفمند هستند، در حالی که اعمال جنایی ناشی از اختلال‌های روانی چنین نیستند. در عمل، دو ابهام اصلی در خصوص این تمایز ساده حقوقی وجود دارد: نخست با توجه به اینکه مجرمان جنسی به حبس محکوم می‌شوند یا به مراکز روانپزشکی فرستاده می‌شوند، دستگاه قضایی چگونه درباره انگیزه ارضای جنسی مجرمان قضاوت می‌کند؟ از طرفی چنانکه پیش از این گفته شد، برخی قاتلان (مثل ساتکلیف و نلسون^۱) با وجود مخالفت متخصصان، بر اساس عرف به عنوان افرادی که از سلامت روانی لازم برخوردارند، مجازات شدند. اگر مدل حقوقی بر اساس دیدگاه عامیانه درباره وجود یا نبود ناپهنجاری روانی قضاوت کند، دوگانگی در تصمیم‌ها را در پی خواهد داشت. مردم عادی از یک سو ممکن است تصور کنند که عاملان اعمال وحشتناک باید «بیمار» یا «دیوانه» باشند و از سوی دیگر شدیدترین مجازات‌ها را برای آنها لازم بدانند. گرچه مدل حقوقی تعریف مشخصی از بیماری روانی ندارد، مفهوم «اختلال روانی» را پذیرفته است. البته، این مقوله‌ها از دیدگاه مبانی تشخیصی در موارد خاص همچنان بحث برانگیزند. مدل حقوقی، توانمندی مدل روانپزشکی در تشخیص ناپهنجاری روانی و پذیرش این مدل را نمایان ساخته است. نکته آخر اینکه ملاحظات پزشکی رایج در فرایندهای حقوقی رفته‌رفته کم‌رنگ می‌شوند؛ به عنوان مثال زمانی که مؤسسه‌ای مجرم ناپهنجاری را سزاوار آزادی یا معافیت از مجازات می‌داند، افراد غیر پزشک در صدور رای دخالت دارند؛ افراد عادی و حقوقدان به عنوان اعضای دادگاه بررسی سلامت روان، در جریان قضاوت‌ها مشارکت می‌کنند.

مدل‌های روانشناختی

باس (۱۹۶۶) در یک بررسی فشرده سه مفهوم روانشناختی اصلی از بهنجاری و ناپهنجاری را به شرح زیر مطرح کرده است:

- ۱- مفهوم آماری بهنجاری و ناپهنجاری؛ به عنوان مثال در مدل‌های عینی و تجربی، مدل‌شناختی- رفتاری؛
- ۲- مفهوم آرمانی بهنجاری و ناپهنجاری؛ به عنوان مثال در مدل‌های انسان‌گرایی؛
- ۳- مفهوم رفتار خاص بهنجاری و ناپهنجاری؛ به عنوان مثال در مدل رفتاری.

مفهوم آماری بهنجاری و ناپهنجاری

بر اساس دیدگاه آماری رفتارهایی که به وفور در یک جمعیت روی می‌دهند بهنجار و رفتارهایی که به ندرت مشاهده می‌شوند، ناپهنجار تلقی می‌شوند. این موضوع مشابه بحث «هنجارها» در جامعه‌شناسی است. به عنوان مثال، اگر شخصی را در حال راه رفتن مشاهده کنیم، حد مشخصی از سرعت گام‌برداری وی بهنجار خوانده می‌شود. اگر سرعت حرکت او بیش از این حد باشد، ممکن است مضطرب قلمداد شود و اگر کمتر باشد، احتمال دارد افسرده به نظر برسد. بیشتر مردم با سرعتی بین این دو حد راه می‌روند.

با این حال سوالاتی مطرح می‌شود. اینکه چه کسانی نقاط برش را در دو انتهای توزیع مشخص می‌کنند؟ و این تصمیمات چطور اتخاذ می‌شوند؟ بنابراین، فراوانی یک رفتار به خودی خود ما را از اینکه چه موقع رفتار خاصی ناپهنجار تلقی می‌شود، آگاه نمی‌سازد؛ زیرا این قضاوت‌های ارزشی هستند که مرز بین بهنجار و ناپهنجار

را تعیین می‌کنند. به علاوه، یک مدل آماری ممکن است نه تنها از نظر بین فرهنگی اعتبار نداشته باشد که حتی در میان مردم یک کشور نیز فاقد اعتبار به شمار رود. به عنوان مثال، احتمال دارد آهسته راه رفتن در یک جامعه روستایی هنجار باشد در حالی که در یک شهر شلوغ، سریع راه رفتن هنجار به حساب آید. مفاهیم آماری به تنهایی مشخص نمی‌کنند که چرا برخی انحراف از هنجارها فقط وقتی مطرح می‌شوند که در یک جهت توزیع، برای مثال، جهت پایین، ظاهر گردند، نه در هر دو جهت. به عنوان مثال در باره سرعت راه رفتن یک داوری دو دامنه؛ راه رفتن سریع و آهسته وجود دارد. اما در باره مفاهیمی مثل هوش، داوری‌های منفی تنها در صورتی که آنها در یک جهت توزیع خارج از هنجار باشند، شکل می‌گیرد. با وجود اینکه با هوش بودن ارزشمند است، اگر ملاحظات مثبت آن در نظر گرفته نشود، ممکن است همچون کم‌هوشی، نقشی مرضی به خود بگیرد.

رویکرد آماری در حوزه روانشناسی نابهنجاری از نفوذ زیادی برخوردار است. روانشناسان به سبب این رویکرد شاخص‌های بهنجاری و نابهنجاری را تشخیص داده‌اند، به این معنا که آنان پی برده‌اند استرس‌های موجود در هر جمعیتی از یک توزیع نرمال^۱ تبعیت می‌کند. پذیرش یک توزیع نرمال نشان می‌دهد که در مدل‌های روانشناختی مفروضه‌های بنیادینی در خصوص رابطه پیوسته بین بهنجاری و نابهنجاری وجود دارد. با این حال، فرض پیوستگی در یک متغیر بدین معنا نیست که به صرف همین واقعیت متغیرهای دیگر نیز از پیوستگی برخوردارند؛ به عنوان مثال در نظریه شخصیت آیسنک (آیسنک، ۱۹۵۵) گرچه هر دو بُعد شخصیتی نورزگرایی^۲ و پسیکوزگرایی^۳ از یک منحنی توزیع نرمال پیروی می‌کنند اما مستقل از هم فرض می‌شوند.

مفهوم آرمانی بهنجاری و نابهنجاری

مفاهیم آرمانی در خصوص تحول انسان در مدل‌های انسان‌گرایی و روانکاوی تبلور یافته‌اند. در روانکاوی بهنجاری به معنای غلبه خصیصه‌های هشیار فرد بر صفات ناهشیار وی به کار رفته است (کوبی، ۱۹۵۴). مدل انسان‌گرایی فردی را که استعدادهای بالقوه خود را به ثمر رسانده یا «خود شکوفا»^۴ شده باشد به عنوان فرد آرمانی^۵ قلمداد می‌کند. جودا شش معیار برای سلامت روانی مثبت قائل شده است:

۱- تعادل نیروهای روانی^۶

۲- خود شکوفایی

۳- مقاومت در برابر استرس^۷

۴- خود پیروی^۸

۵- شایستگی^۹

1. Normal distribution

2. Neuroticism

3. Psychoticism

4. Self actualizes

5. Ideal person

6. Balance of psychic forces

7. Resistance to stress

8. Autonomy

9. Competence

۶- درک واقعیت^۱.

هر یک از معیارهای مذکور با اشکالاتی مواجه هستند. دو معیار نخست تنها در چارچوب مدل‌های مرجع، یعنی انسان‌گرایی و روانکاوی معنا می‌یابند. معیار سوم، یعنی مقاومت در برابر استرس، به مباحثی همچون متناسب بودن آن اشاره‌ای نکرده است. موقعیت‌هایی وجود دارند که اضطراب در آنها بهنجار و انطباقی است. از این گذشته، نبود اضطراب در شرایط پراسترس از مشخصه‌های تعریف مدل روانپزشکی از «پسیکوپاتی نخستین^۲» است. در مورد خود پیروی نیز آنهایی که از روابط انسانی اجتناب می‌کنند یا به صورت افراطی خودپیرو هستند ممکن است به عنوان افراد اسکیزوئید^۳ یا مبتلا به اسکیزوفرنی ساده طبقه‌بندی شوند. احساس شایستگی مشخصه‌ای بسیار تغییرپذیر است که هنجارهای آن بر اساس زمان و مکان تغییر می‌یابد. درک واقعیت نیز از همان مشکل تناقض در تعریف برخوردار است؛ به عنوان مثال، در برخی از فرهنگ‌ها توان غیب‌گویی واقعیتی ارزشمند تلقی می‌شود در حالی که در برخی دیگر به عنوان امری منفی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. شواهد حاکی از آنند که اشخاص در پذیرش واقعیت به گونه‌ای مشابه عمل نمی‌کنند.

مفهوم رفتاری بهنجاری و نابهنجاری

گسترش روانشناسی به عنوان رشته‌ای علمی، بر اثر توجه آن به جنبه‌های عینی و خاص رفتار و مشخصه‌هایی که به سهولت از طریق روش‌های تجربی آزمون‌پذیر بودند، صورت گرفت. روانشناسی علمی با تکیه بر این ملاحظات عینی از فلسفه، که در اصل بخشی از آن به شمار می‌رفت، جدا شد. نظریه رفتارگرایی حوزه مطالعات روانشناسی را به رفتار محدود کرد و تجربه‌های ذهنی را به عنوان موضوع‌هایی که برای پژوهش علمی مناسب نیستند، مردود شمرد. گرچه این دیدگاه دیگر رویکرد غالب در روانشناسی نیست، اما هنوز بر این رشته تاثیرگذار است. از این‌رو، روان‌شناسان سعی کرده‌اند که نابهنجاری را بر حسب اصطلاحات رفتاری تعریف کنند. اصطلاحاتی همانند رفتار «ناسازگار^۴»، «ناخواسته^۵» و «نامقبول^۶» به طور گسترده در بسیاری از مدل‌های روانشناختی به کار رفته‌اند. مزیت این دیدگاه صراحت و وضوح آن در تعریف نابهنجاری است. با این حال، ضعف رویکرد رفتارگرایی این است که ارزش‌ها و هنجارها را نادیده انگاشته و به ندرت آنها را مورد بحث قرار داده است. بهنجاری و نابهنجاری به مفهوم رفتاری (رفتارهای خاص) همچنین برای سوال‌های موجود در این خصوص که به عنوان مثال چه کسانی تعیین‌کننده رفتارهای خواسته یا خوشایند هستند و چه پیش می‌آید وقتی که برخی افراد رفتاری را مطلوب و خوشایند ارزیابی کنند و گروهی دیگر همان رفتار را نامطلوب می‌دانند، پاسخی ارائه نکرده است. همان‌طور که در ادامه در قالب مدل اجتماعی- فرهنگی عنوان خواهد شد، بسیاری از نظریه‌پردازان معتقدند که صاحبان نفوذ و قدرت در جامعه مشخص می‌کنند که چه چیزی خوشایند است. به این ترتیب، آنچه رفتار ناخواسته یا ناسازگار شمرده می‌شود، نه یک حقیقت عینی که یک توافق اجتماعی به حساب می‌آید.

1. Perception of reality
2. Primary psychopathy
3. Schizoid
4. Maladaptive
5. Unwanted
6. Unacceptable

مفهوم‌پردازی‌های مرتبط با آسیب‌شناسی روانی، نسبی و نشانگر نظام ارزشی و قدرت حاکم بر فرهنگی خاص در زمانی خاص هستند.

دیدگاه‌های علمی

مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی مفروضه‌های مرتبط با ماهیت پژوهش علمی را نیز منعکس می‌سازند. داندريد (۱۹۸۶) برای ماهیت علم سه شکل اصلی قایل شده است که عبارتند از: فیزیکی^۱، طبیعی^۲ و نشانه‌ای^۳ (سیستم‌های معنایی^۴). این طبقه‌بندی‌ها در قالب رشته‌های مختلف علمی تبلور یافته‌اند:

- ۱- علوم فیزیکی، فیزیک، شیمی، علم نجوم و علوم مهندسی مرتبط با آن؛
- ۲- علوم طبیعی، زیست‌شناسی، زمین‌شناسی، اقیانوس‌شناسی، هواشناسی، اقتصاد، روانشناسی، مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی؛
- ۳- علوم نشانه‌ای؛ مردم‌شناسی، زبان‌شناسی، روانشناسی و جامعه‌شناسی.

برخی از رشته‌ها مانند روانشناسی و جامعه‌شناسی هم در مقوله دوم و هم در مقوله سوم جای می‌گیرند، زیرا نظرات متفاوتی در خصوص مؤلفه‌های دانش درست و روش‌های معتبر تولید چنین دانشی وجود دارد. مفروضه بنیادین علوم فیزیکی این است که دانش درست محصول مطالعه روابط قانونمند موجود در جهان است. توصیف، تبیین و پیش‌بینی از ویژگی‌های این نوع نگرش علمی است. توافق در توصیف تجربی پدیده‌ها از دیگر مفروضه‌های علوم فیزیکی است و به واسطه مشاهده‌گری مستقل صورت می‌گیرد. این مشاهدات تکرارپذیر^۵ و ابطال‌پذیرند^۶ و در تولید دانش عینی نقش ایفا می‌کنند. واقعیت مورد مطالعه، مستقل از مشاهده‌گر وجود دارد. مفروضه دیگر علوم فیزیکی این است که یافته‌های دانش علمی را می‌توان از موقعیتی به موقعیت دیگر تعمیم داد.

بسیاری از این مفروضه‌ها در علوم طبیعی نیز وجود دارند. البته دو تفاوت اساسی بین آنها وجود دارد: تفاوت نخست این که گرچه در علوم طبیعی نیز پیش‌بینی صورت می‌گیرد، اما پیش‌بینی در این علوم نسبت به علوم فیزیکی دشوارتر است؛ زیرا پدیده‌هایی که به طور طبیعی روی می‌دهند مانند حیات موجودات زنده، سیستم‌های باز هستند نه بسته. دومین تفاوت اصلی درباره تعمیم‌پذیری^۷ یافته‌های علمی است. گرچه پدیده‌های طبیعی محدود به زمان و مکان فرض شده‌اند و به عبارت دیگر بافت‌محور محسوب می‌شوند با این حال هنوز علوم طبیعی در کندوکاوهای علمی خود موجودات را همانند ماشینی که باید شناخته شوند، مورد توجه قرار می‌دهند. این نگاه مکانیکی به جهان مستلزم مفروضه جبرگرایی است و تلاش این رویکرد برای شناخت روابط علی، آزمودن فرضیه‌ها و اندازه‌گیری تفاوت‌های موجود بین گروه‌های آزمایشی یا پدیده‌هایی که به طور طبیعی روی می‌دهند، مؤید آن است.

1. Physical
2. Natural
3. Semiotic
4. Systems of meaning
5. Repeatable
6. Falsifiable
7. Generalizability

مفروضه‌های بنیادین در دو دسته نخست با مفروضه‌های بنیادین علوم نشانه‌ای یک تفاوت مهم دارند. در این رشته‌ها، دانش بر محور توصیف‌های علمی می‌چرخد، در حالی که تبیین‌ها آزمایشی و غیرقطعی هستند و پیش‌بینی اغلب نادیده انگاشته می‌شود. در حالی که در رشته‌های علوم فیزیکی و طبیعی، عینیت به مثابه هدف تلقی می‌شود، در علوم نشانه‌ای باور بر این است که شناخت زندگی انسان مستلزم درک معناهایی است که به صورت ذهنی مبادله می‌شود. در نتیجه علم و میدان پژوهش آن، یعنی زندگی انسان مستلزم کشف معانی است. فرایند معناجویی، تولید و توجیه تفسیرها را پوشش می‌دهد، اما اگر تعمیمی صورت پذیرد، تنها آزمایشی خواهد بود. در حالی که رشته‌های مربوط به دو گروه نخست از علوم در پی علت‌ها هستند و ماهیت پژوهش در علوم نشانه‌ای جست و جو برای دستیابی به شناخت است، پژوهش در علوم نشانه‌ای نه بر مبنای اصول فرض آزمایی، بلکه بر اساس تفسیر استوار شده است. به عبارت دیگر، پژوهش در این حوزه بیش از اینکه رویکردی قیاسی^۱ داشته باشد، از یک رویکرد استقرایی^۲ پیروی می‌کند.

تفکیک مفهومی علوم طبیعی از علوم نشانه‌ای در اواخر قرن نوزدهم توسط دیلتی (۱۹۷۶) که متفاوت بودن مفروضه‌های بنیادین در علوم طبیعی و علوم اجتماعی یا فرهنگی را مطرح ساخت، عنوان شد. پدیده‌ای^۳ که در علوم فرهنگی مورد مطالعه قرار می‌گیرد، به روش‌های پژوهشی متفاوت با آنچه که در علوم طبیعی به کار گرفته می‌شود، نیاز دارد. موضوع شناخت در علوم اجتماعی تفسیری^۴ توسط ماکس وبر در جامعه‌شناسی و کارل یاسپرز در روانپزشکی مطرح گردید.

در عمل، رشته‌هایی که به مطالعه اجتماع و رفتار انسان می‌پردازند، به طور مطلق در قالب علوم نشانه‌ای قرار نمی‌گیرند؛ به عنوان مثال، شیوه‌های پژوهشی که در روانشناسی به کار می‌روند، در دامنه‌ای از شیوه‌های فیزیولوژیکی تا جامعه‌شناختی گسترده شده‌اند. به همین دلیل اسمارت معتقد است که علوم انسانی نمی‌توانند تنها در یک طبقه یا یک نظام معرفت‌شناختی خاص قرار گیرند.

خصیصه نامعین نظام معرفت‌شناختی در علوم انسانی به ابهاماتی از لحاظ روش‌شناختی و تحلیلی منجر شده و بحث‌های زیادی را در پی داشته است. این خصیصه گرچه به طور مؤثر علوم انسانی را در جریان مطالعه و به کاربندی امکانات و روش‌های پژوهشی و تحلیلی در دامنه‌ای وسیع، آزاد یا نسبتاً آزاد گذاشته است، اما پیوسته این علوم را در معرض تزلزل و نبود قطعیت قرار داده است (۱۹۹۰: ۴۰۱).

اسمارت به کارگیری «دامنه‌ای از امکانات روش‌شناختی و تحلیلی» در علوم انسانی را مورد تاکید قرار می‌دهد. در عمل، چنین دامنه‌گسترده‌ای، جست و جوی پاسخ‌های ساده و در عین حال مطمئن را به جای پاسخ‌های پیچیده ترغیب می‌کند. جستجوی پاسخ‌های ساده، علوم انسانی را به کاهش‌گرایی^۵ نزدیک می‌سازد، چنانکه به عنوان مثال می‌توان نمونه‌هایی از آن را در نظریه‌ها و روش‌های رفتارگرایی و رفتاردرمانی مشاهده کرد.

قلمروی رشته‌های علوم اجتماعی مانند مردم‌شناسی، روانشناسی و جامعه‌شناسی در امتداد مرزهای علوم

1. Inductive

2. Deductive

3. Phenomena

4. Interpretive social science

5. Reductionism

طبیعی و نشانه‌ای گسترده شده است. در هر رشته خاص، مفروضه‌های متفاوت، ماهیت آن علم را تعیین می‌کند. به این ترتیب در روانشناسی اجتماعی، هم روانشناسی اجتماعی آزمایشی که در زمره علوم طبیعی است و هم تحلیل گفتار که در قلمرو علوم نشانه‌ای است، وجود دارند. دستیابی به شناخت و بینش^۱ بر اساس هر یک از این دیدگاه‌های روانشناختی می‌تواند به کار متخصص بالینی کمک کند.

تفاوت بین یک رویکرد مبتنی بر تبیین و شناخت با رویکرد مبتنی بر تفسیر، به دیدگاه‌های متفاوتی که در مورد آسیب‌شناسی روانی وجود دارد، مربوط می‌شود. در این کتاب، مفروضه‌های بنیادین این دیدگاه‌ها و کاربرد آنها در مدل‌های آسیب‌شناسی روانی بررسی می‌شوند. هدف، دستیابی به نتیجه قطعی در مورد این موضوع‌ها نیست، بلکه بیشتر دیدگاه‌ها و مفاهیم مدل‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی معرفی می‌شوند. مجادلات زیادی در حوزه آسیب‌شناسی روانی وجود دارد و معیاری قطعی در دست نیست تا متخصصان بر مبنای آن در باره اینکه آسیب روانی را چگونه باید بگیریم، تعریف کرد و با آن روبه‌رو شد. توافق کنند. اصطلاحاتی همچون اختلال روانی، بیماری روانی، رفتار ناسازگار یا ناخوشایند و حتی اصطلاح دیوانه، یک ماهیت بسیط مجزا که به آن ارجاع داده شود، ندارند.

در هر حال، هنگام بررسی مدل‌های مختلف در این حوزه مشاهده می‌شود که بین آنها نه تنها در اصطلاح‌شناسی، بلکه در مفاهیم بنیادین نیز تفاوت‌های بسیار وجود دارد. هر یک ادراکی از واقعیت را منعکس ساخته و جنبه‌هایی از آن را نادیده انگاشته‌اند. از این منظر ممکن است چنین تصور شود که با وجود تلاش‌هایی که برای یکپارچه‌سازی این مدل‌ها و آرایه مدلی دیگر صورت گرفته است و گهگاه همپوشی‌هایی بین آنها دیده می‌شود، این مدل‌ها مجموعه دیدگاه‌های از هم گسیخته‌ای هستند که چه در درون خود و چه در رابطه با یکدیگر سرشار از پراکندگی افکار و اختلاف نظر هستند. با این حال، تمام رویکردها و مدل‌های آسیب‌شناسی روانی که در این کتاب مورد بررسی قرار گرفته‌اند، از یک خصیصه مشترک برخوردارند؛ هیچ‌یک از این مدل‌ها نتوانسته است آسیب‌شناسی روانی را در مقیاسی جهانی به صورت دلیلی و پایدار عرضه کند.

جنبه‌های تحولی

کودک در فرایند اجتماعی شدن^۲ می‌آموزد که چگونه به عضوی قابل قبول برای اجتماع تبدیل شود. بخشی از این فرایند شامل یادگیری هنجارهای اجتماعی و فراگیری شیوه‌های مطلوب کنترل و ابراز هیجان است. این عوامل با یکدیگر رابطه دارند زیرا حوزه سلامت روان از یک سو به تجربه‌های درماندگی و رفتارهای استیصال‌آور مرتبط می‌شود و از سوی دیگر، با انحراف از هنجارها سروکار دارد.

فرویدیسیم^۳ نظریات اجتماعی مختلف را تحت تاثیر قرار داده است. روانکاوی در قالب ارائه نظریه‌ای توانست بین زندگی درونی فرد و بافت اجتماعی^۴ موجود در دنیای خارج از وی پیوند برقرار سازد. این رویکرد ضمن تشریح زندگی هیجانی^۵ فرد، نقش تعیین‌کننده جامعه در بیماری و سلامت روانی را تبیین کرد (جاکوبی، ۱۹۷۵؛

1. Insight

2. Socialization

3. Freudianism

4. Social context

5. Emotional life

کرایب، ۱۹۸۹؛ هلند، ۱۹۷۸).

از دید فروید، تمدن^۱ محدودیت‌هایی را در برابر آزادی تجربه و ابراز هیجاناتها، بخصوص در برابر میل جنسی و پرخاشگری ویرانگر، ایجاد می‌کند. این محدودیت‌ها کودک را به سرکوبی^۲ احساسات و رفتارهای ضد اجتماعی خود ملزم می‌کند تا در ازای آن پذیرش خانواده و اجتماع را به دست آورد. کشمکش بین هیجاناتها و هم‌رنگی اجتماعی^۳ سبب شکل‌گیری نوز می‌شود. البته دیدگاه فروید بیش از آنکه نظریه‌ای اجتماعی باشد، بر نقش تمدن در پیدایش سرکوبی و نوز تاکید کرده است (فروید، ۱۹۳۰). بر اساس این نظریه، همه ما به دلایل کم و بیش مشابه، یعنی برقراری تعادل بین نیازهای غریزی و اجبارهای واقعیت، تا حدودی نورتیک هستیم. به این ترتیب، با وجود توجه نویسندگان روانکاو بعدی به موضوع زنان، نظریه فروید به تفاوت‌های موجود بین گروه‌های اجتماعی نپرداخته است (ایشیام و اورباخ، ۱۹۸۲؛ میشل، ۱۹۷۴).

فروید در تبیین رفتار نورتیک، آن را محصول اضطراب می‌داند. روان‌کاوان بعدی نیز تلاش کردند تا اختلال‌های دیگر مثل افسردگی (بالبی، ۱۹۸۲-۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰) و پس‌کوز (لینگ، ۱۹۶۰، ۱۹۶۶، ۱۹۶۷؛ وینی کات، ۱۹۵۸، ۱۹۶۵) را به سبب بررسی اثری که مراقبت ضعیف و جدایی (از تولد تا دو سالگی) بر کودک دارد، تبیین کنند. با این حال، اگر بخواهیم به نمونه‌ای از دیدگاه‌های واگرا در چارچوب روانکاوی اشاره کنیم، کارهای اثر بخش کلاین (۱۹۳۲) به دلیل توجه خاصی که وی به اثر بیماری‌زایی پرخاشگری ذاتی کودک در مقایسه با کیفیت پرورش او داشته است، شاخص به نظر می‌رسد. در حالی که کلاین سلامت و بیماری روانی را محصول گرایش‌های غریزی می‌داند، بالبی، وینی کات و لینگ بر حسب جهت‌گیری محیطی خود، تاثیرات والدین به ویژه مادر یا مراقب نخستین را در این راستا مورد تاکید قرار می‌دهند.

بنابراین، روان‌کاوان مختلف تحول هیجانی را بر اساس بافت اجتماعی کلی (تمدن) تبیین می‌کنند و در این چارچوب، خانواده مهمترین مرجع جامعه‌شناختی محسوب می‌شود. دیدگاه غالب روانکاوی غیر از خانواده، نقش متغیرهای دیگر مثل استرس‌های خاص مرتبط با طبقه اجتماعی، نژاد و جنسیت را کم‌رنگ می‌داند یا نادیده می‌انگارد. این رویکرد همچنین نقش بالقوه نیرومندی را که نهادهای اجتماعی فرا خانوادگی مانند مدرسه، در شکل‌گیری هویت و زندگی هیجانی کودک بر عهده دارند، از نظر دور داشته است. روان‌کاوانی که بر حسب این حوزه‌های گسترده‌تر نظریه‌پردازی کرده‌اند، از سوی فرهنگ حرفه‌ای خود طرد شده‌اند (ریچ، ۱۹۴۲؛ لینگ، ۱۹۶۷؛ ماسن، ۱۹۹۰). روان‌کاوان، همچنین روابط خانوادگی را مثلی یا اودیپی^۴ مبتنی بر مجموعه‌ای از تنش‌ها می‌دانند که اضطراب از آن نشأت می‌گیرد. این مثلی بر اساس رابطه کودک با پدر و مادر شکل می‌گیرد، در حالی که در بسیاری از جوامع پیچیده امروزی، کودکان در منظومه‌های خانوادگی^۵ متفاوتی بزرگ می‌شوند. به عنوان مثال، کودک ممکن است در خانواده‌ای تک والدی یا با والدین هم جنس خواه^۶ زندگی کند (میلر و راس، ۱۹۸۸).

بین مواضع نظری موجود در روانشناسی و جامعه‌شناسی از این نظر که دوران کودکی بخش ویژه‌ای از

1. Civilization

2. Repression

3. Social conformity

4. Oedipal

5. Family constellations

6. Homosexual

گستره زندگی به شمار می‌رود، توافق وجود دارد. کودکان در فرایند اجتماعی شدن، رفتارهای مطلوب اجتماعی را می‌آموزند و به احساس هویتی مطمئن دست می‌یابند. در این زمان، کودکان بسیاری از قواعد و آداب و رسوم مرتبط با بافت اجتماعی - فرهنگی خاص خود و رفتارهای وابسته به جنسیت را فرا می‌گیرند. کودکان به سبب قرار گرفتن در معرض الگوهای رفتاری بزرگسال یاد می‌گیرند که در این سن و در آینده چه انتظاراتی از آنان وجود دارد. آنها به تدریج کنترل بدن و هیجانهای خود را به منظور برخورداری از عملکرد مطلوب و اثربخش در حضور دیگران می‌آموزند. ابراز شدید هیجانهایی که در دوران کودکی جایز شمرده می‌شدند با رسیدن فرد به بلوغ، در دوران بزرگسالی از پذیرش کمتری برخوردار می‌شوند. در نتیجه، اگر بزرگسالی فراتر از حدی که دیگران آن را در خور شرایط تلقی می‌کنند، سر زنده یا غمگین به نظر برسد، این احتمال وجود دارد که بر چسب آشفتگی - افسردگی^۱ دریافت کند (دریتزل، ۱۹۷۳). کودکان اهمیت برخورداری از نظرات مشترک با هم‌تایان نسبت به واقعیت را در دبستان به امنیت و شایستگی فرا می‌گیرند. تمام این توانایی‌های آموخته شده و پیروی از هنجارها و قواعد اجتماعی به شدت با یک احساس قطعیت و بیش از پیش کامل از هویت مرتبط هستند. اگر جوان در آغاز بزرگسالی این نقش‌ها را به گونه‌ای ناپسند، غیراخلاقی یا غیر منطقی ایفا کند، دیگران وی را نامطلوب، بیمار و حتی دیوانه ارزیابی می‌کنند.

به طور کلی، بیماری روانی شکل خاصی از تفاوت یا انحراف فرض می‌شود که بر اثر سوء نیت عمدی، منافع شخصی یا کام‌جویی برانگیخته نشده باشد؛ عواملی که بیماری روانی را از رفتار جنایی متمایز می‌سازند. اینکه افراد در جهت ایفای نقش اجتماعی خود با شایستگی عمل کنند و اعمال آنها مورد پذیرش دیگران قرار گیرد، بخشی از انتظاراتی است که در خصوص بهنجاری وجود دارد. به این ترتیب، اگر فردی چنان نگران یا غمگین باشد که شایستگی وی خدشه‌دار شود یا به شیوه‌ای عمل کند که درک آن برای دیگران میسر نباشد، برای مثال به گونه‌ای صحبت کند که هیچ کسی نشنود، احتمال دارد بیمار روانی به حساب آید. بنابراین ممکن است از منظر اجتماعی، بیماری روانی به عنوان اجتماعی شدن ناقص یا ناکافی قلمداد شود. این دیدگاه با اهمیتی که مدل‌های مختلف روانشناختی برای تاثیر تجربه‌های دوران کودکی بر زندگی آینده افراد در نظر گرفته‌اند، تقویت می‌شود. بسیاری از روانشناسان و روان‌پزشکان معتقدند که وجود مشکلات در دوران کودکی، شخص را در مقابل بیماری‌های روانی در آینده آسیب‌پذیر می‌کند. مدل‌های جامعه‌شناختی مرتبط با افسردگی دوران بزرگسالی نیز علاوه بر عوامل استرس‌زای این دوران، عوامل آسیب‌پذیری تحولی را نیز مورد تاکید قرار داده‌اند (براون و هریس، ۱۹۷۸).

این مباحث موضوع‌های با اهمیتی هستند که باید در همه مدل‌های روانشناختی مرتبط با آسیب‌شناسی روانی مورد توجه قرار گیرند. در این کتاب، بحث با مدل‌های روانپزشکی و زیست‌شناختی^۲ آغاز می‌شود. سپس مدل‌های مختلف روانکاو پیش از ارائه مدل‌های رفتاری و شناختی - رفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ مدل‌هایی که با وجود تبیین‌های متفاوت در خصوص سلامت و بیماری روانی، اهمیتی برابر دارند. آنگاه مجموعه‌ای از مدل‌ها که به مدل‌های انسان‌گرا معروفند معرفی می‌شوند؛ مدل‌هایی که به نظر می‌رسد از آسیب‌شناسی روانی به عنوان دیدگاهی نامناسب در خصوص انسان خود شکوفا اجتناب کرده‌اند. در پایان،

1. Manic-depressive

2. Biological model

نظریه‌های جامعه‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی توصیف شده‌اند، زیرا همان‌گونه که آسیب‌شناسی روانی با مشاهده‌های دقیق علمی رابطه دارد با دیدگاه‌های اجتماعی نیز مرتبط است.