



آسیب‌شناسی روانی با ملاحظات فرهنگی

«براساس ICD-11 و DSM-5-TR»

دکتر مسعود جان‌بزرگی
دکتر حسن انصاری



پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

پاییز ۱۴۰۳

جان بزرگی، مسعود، ۱۳۴۳ -
آسیب‌شناسی روانی با ملاحظات فرهنگی «براساس DSM-5-TR و ICD-11» / مسعود جان بزرگی، حسن انصاری. - قم:
پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۴۰۳.
هجده، ۵۱۸ ص. - (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه: ۷۳۱؛ روانشناسی: ۶۶)
ISBN: 978-600-298-510-1
بها: ۴۲۹۰۰۰۰ ریال
فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.
کتابنامه. ص. [۴۹۱] ۵۱۸؛ همچنین به صورت زیرنویس.
۱. بیماری‌های روانی--تشخیص--دستنامه‌ها. ۲. Mental illness -- Diagnosis -- Handbooks, manuals, etc.
الف. انصاری، حسن، ۱۳۵۱- ب. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
RC۴۷۳/ت۵ ۶۱۶/۸۹۰۷۵
شماره کتابشناسی ملی
۹۶۳۰۷۹۶



آسیب‌شناسی روانی با ملاحظات فرهنگی «براساس DSM-5-TR و ICD-11»
مؤلفان: مسعود جان بزرگی (استاد پژوهشگاه حوزه و دانشگاه)، حسن انصاری (استادیار دانشگاه قم)
ناشر: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
صفحه‌آرایی: تحریر اندیشه
چاپ اول: پاییز ۱۴۰۳
تعداد: ۳۰۰ نسخه
لیتوگرافی: سعیدی
چاپ: قم-سبحان
قیمت: ۴۲۹۰۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۹۸-۵۱۰-۱

کلیه حقوق برای پژوهشگاه حوزه و دانشگاه محفوظ و نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است.
قم: ابتدای شهرک پردیسان، بلوار دانشگاه، نبش میدان علوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تلفن: ۰۲۵-۳۲۱۱۱۱۰۰
(انتشارات ۳۲۱۱۱۳۰۰) نمابر: ۳۲۸۰۳۰۹۰، ص. پ. ۳۱۵۱-۳۷۱۸۵
تهران: خ انقلاب، بین وصال و قدس، کوی اُسکو، پلاک ۴، تلفن: ۶۶۴۰۲۶۰۰
www.rihu.ac.ir info@rihu.ac.ir
فروشگاه اینترنتی: https://shop.rihu.ac.ir
مرکز پخش: قم، خیابان معلم، مجتمع ناشران، طبقه همکف، پلاک ۲۷، تلفن: ۰۲۵-۳۷۸۴۲۶۳۵-۶

سخن پژوهشگاه

پژوهش در علوم انسانی به منظور شناخت، برنامه‌ریزی و ضبط و هدایت پدیده‌های انسانی در راستای سعادت واقعی بشر ضرورتی انکارناپذیر است و استفاده از عقل و آموزه‌های وحیانی در کنار داده‌های تجربی و در نظر گرفتن واقعیت‌های عینی، فرهنگ و ارزش‌های اصیل جوامع شرط اساسی پویایی، واقع‌نمایی و کارایی این‌گونه پژوهش‌ها در هر جامعه است.

پژوهش کارآمد در جامعه ایران اسلامی در گرو شناخت واقعیت‌های جامعه از یک‌سو و اسلام به‌عنوان متقن‌ترین آموزه‌های وحیانی و اساسی‌ترین مؤلفه فرهنگ ایرانی از سوی دیگر است؛ از این‌رو، آگاهی دقیق و عمیق از معارف اسلامی و بهره‌گیری از آن در پژوهش، بازنگری و بومی‌سازی مبانی و مسائل علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

توجه به این حقیقت راهبردی از سوی امام خمینی رحمته‌الله، بنیان‌گذار جمهوری اسلامی، زمینه شکل‌گیری «دفتر همکاری حوزه و دانشگاه» را در سال ۱۳۶۱ فراهم کرد و با راهنمایی و عنایت ایشان و همت استادان حوزه و دانشگاه، این نهاد علمی شکل گرفت. تجربه موفق این نهاد، زمینه را برای گسترش فعالیت‌های آن فراهم آورد و با تصویب شورای گسترش آموزش عالی در سال ۱۳۷۷ «پژوهشکده حوزه و دانشگاه» تأسیس شد و در سال ۱۳۸۲ به «مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه» و در سال ۱۳۸۳ به «پژوهشگاه حوزه و دانشگاه» ارتقا یافت.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تاکنون در ایفای رسالت سنگین خود خدمات فراوانی به جامعه علمی ارائه نموده است که از آن جمله می‌توان به تهیه، تألیف، ترجمه و انتشار بیش از ۷۳۰ عنوان کتاب و شش نشریه علمی اشاره کرد.

این اثر به عنوان متن درسی «آسیب‌شناسی روانی» برای دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد و عموم علاقه‌مندان به مباحث روان‌شناسی قابل استفاده است.

از استادان و صاحب‌نظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این پژوهشگاه را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعه دانشگاهی یاری دهند.

در پایان پژوهشگاه لازم می‌داند از تلاش‌های مؤلفان محترم اثر، دکتر مسعود جان‌بزرگی و حجت‌الاسلام دکتر حسن انصاری و همکاران و نیز از ارزیابان محترم، آیت‌الله سیدمحمد غروی‌راد و آقای دکتر فرامرز سهرابی سپاسگزاری کند.

فهرست مطالب

۱	مقدمه.....
۲	ساختار فصول.....

فصل اول: مفاهیم کلی

۳	اهداف فصل.....
۳	نکات کلی.....
۴	تعریف آسیب‌شناسی روانی.....
۵	اختلال روانی چیست؟.....
۱۰	ناتوانی.....
۱۰	سلامت روانی.....
۱۱	تاریخچه.....
۱۲	عصر تبیین آسیب‌ها به عوامل مرموز بیرونی.....
۱۲	عصر تبیین اختلالات با علل جسمی (بی‌تعادلی).....
۱۴	بازگشت به تبیین‌های زیستی، روانی و معنوی.....
۱۵	شکل‌گیری نگاه علمی و انسانی به اختلالات روانی.....
۱۷	سطح درک آسیب‌شناسی روانی.....
۱۸	طبقه‌بندی اختلالات روانی.....
۱۹	ارزیابی و تشخیص اختلال روانی.....
۲۰	فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی.....
۲۵	مذهب و آسیب‌شناسی روانی.....
۲۵	پیوست فرهنگی.....
۲۷	خلاصه فصل.....

فصل دوم: نظریه‌های آسیب‌شناسی

اهداف فصل	۲۹
نکات کلی	۲۹
دیدگاه زیست‌شناختی	۳۲
مغز و رفتار نابهنجار	۳۲
ترکیبات شیمیایی مغز و نابهنجاری رفتاری	۳۴
منابع نابهنجاری‌های زیست‌شناختی	۳۶
ژنتیک و رفتار نابهنجار	۳۶
تکامل و رفتار نابهنجار	۳۷
عقودت‌های وپروسی و رفتار نابهنجار	۳۸
درمان اختلالات روان‌شناختی براساس مداخلات زیست‌شناختی	۳۹
دیدگاه روان‌پویشی	۴۱
درمان‌های روان‌پویشی	۴۳
ارزیابی نظریه روان‌پویشی	۴۶
دیدگاه رفتاری در تبیین اختلالات روانی	۴۶
رفتار درمانگری	۴۷
ارزیابی الگوی رفتاری	۴۷
دیدگاه شناختی	۴۹
درمان‌های شناختی	۵۰
ارزیابی الگوی شناختی	۵۰
دیدگاه انسانی - هستی‌نگرانه	۵۲
درمان‌های انسانی‌نگر	۵۳
هستی‌نگری	۵۵
درمانگری گشتالتی	۵۵
تبیین‌های فرهنگی معنوی	۵۸
تبیین‌های اجتماعی - فرهنگی	۵۹
ساختار خانواده و ارتباطات	۶۱
درمان‌های خانوادگی - اجتماعی	۶۲
درمان مبتنی بر جامعه	۶۲
تبیین‌های معنوی	۶۳
خلاصه فصل	۶۷

فصل سوم: سنجش بالینی و تشخیص

اهداف	۶۹
مقدمه	۶۹
ابزارهای سنجش بالینی	۷۲

۷۲	..... مصاحبه‌های بالینی
۷۲	..... هدایت مصاحبه
۷۳	..... مصاحبه‌های ساختار نیافته و ساختار یافته
۷۳	..... محدودیت‌های مصاحبه بالینی
۷۴	..... ۲. آزمون‌های بالینی
۷۶	..... سیاهه‌ها یا آزمون‌های عینی شخصیت
۷۷	..... سیاهه‌های واکنشی
۷۷	..... آزمون‌های هوش
۷۸	..... آزمون‌های عصبی
۷۹	..... آزمون‌های روانی زیستی
۸۰	..... آزمون‌های عصب-روان‌شناختی
۸۱	..... ارزیابی معنوی / مذهبی
۸۴	..... ضرورت ارزیابی بعد معنوی / مذهبی
۸۷	..... مراحل ارزیابی معنوی / مذهبی
۸۷	..... ارزیابی اولیه بعد معنوی
۸۸	..... ارزیابی غیرصریح بعد معنوی
۸۹	..... ارزیابی صریح بعد معنوی

فصل چهارم: اختلالات اضطرابی

۹۳	..... اهداف فصل
۹۳	..... مقدمه
۹۴	..... تفاوت ترس و اضطراب
۹۵	..... اختلال اضطراب فراگیر
۹۵	..... ویژگی‌های بالینی
۹۶	..... ملاک‌های تشخیصی
۹۷	..... ویژگی‌های ضروری (الزامی) اضطراب فراگیر براساس ICD-11
۹۸	..... شیوع
۹۹	..... همبودی
۹۹	..... تشخیص افتراقی
۱۰۰	..... تبیین نظری
۱۰۱	..... اختلال وحشت‌زدگی
۱۰۲	..... ویژگی‌های ضروری (الزامی) اختلال پانیک (وحشت‌زدگی) بر اساس ICD-11
۱۰۴	..... شیوع
۱۰۴	..... تبیین نظری
۱۰۵	..... هراس خاص
۱۰۷	..... ویژگی‌های ضروری (الزامی) فوبیای خاص براساس ICD-11

۱۰۷	شیوع.....
۱۰۸	تشخیص افتراقی.....
۱۰۸	همبودی.....
۱۰۹	تبیین نظری.....
۱۰۹	وسعت هراسی.....
۱۱۱	ویژگی‌های ضروری (الزامی) آگورافوبیا (وسعت هراسی) براساس ICD-11.....
۱۱۱	شیوع.....
۱۱۲	همبودی.....
۱۱۲	تشخیص افتراقی.....
۱۱۲	تبیین نظری.....
۱۱۳	اختلال اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی.....
۱۱۴	ویژگی‌های ضروری (الزامی) اختلال اضطراب اجتماعی براساس ICD-11.....
۱۱۴	شیوع.....
۱۱۵	تشخیص افتراقی.....
۱۱۵	همبودی.....
۱۱۶	تبیین نظری.....
۱۱۶	تبیین فرهنگی - مذهبی اختلالات اضطرابی.....
۱۱۸	آسیب‌شناسی اضطراب از منابع اسلامی.....
۱۱۸	نادیده‌انگاری خداوند (کفر به خدا).....
۱۲۰	ترس از فقر.....
۱۲۰	ترس از مرگ.....
۱۲۱	عدم پذیرش ابتلا به مصیبت‌ها و صبر بر آنها.....

فصل پنجم: اختلال وسواس - بی‌اختیاری و اختلالات مرتبط

۱۲۳	اهداف فصل.....
۱۲۳	مقدمه.....
۱۲۴	تعریف.....
۱۲۵	ملاک‌های تشخیصی.....
۱۲۶	ویژگی‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری براساس ICD-11.....
۱۲۷	شیوع.....
۱۲۷	پدیدایی.....
۱۲۸	تحول و سیر بالینی.....
۱۲۸	پیش‌آگهی.....
۱۲۹	نشانه‌شناسی.....
۱۳۰	همبودی.....
۱۳۰	تشخیص افتراقی.....

۱۳۱	تبیین نظری.....
۱۳۶	تبیین مذهبی / معنوی.....
۱۳۹	الف) مستندات قرآنی.....
۱۳۹	ب) مستندات روایی و سیره معصومین <small>علیهم السلام</small>
۱۴۰	ج) مستندات براساس اصول فقه.....
۱۴۱	د) مستندات فقهی از توضیح المسائل مراجع.....
۱۴۲	اختلالات مرتبط با وسواس - بی اختیاری.....
۱۴۸	خلاصه فصل.....

فصل ششم: اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس زا

۱۴۷	اهداف فصل.....
۱۴۷	مقدمه.....
۱۴۸	اختلال استرس حاد و استرس پس از آسیب.....
۱۴۸	خصوصیات بالینی.....
۱۴۹	شیوع.....
۱۵۰	پدیدایی و سیر بالینی.....
۱۵۰	همبودی.....
۱۵۰	تشخیص افتراقی.....
۱۵۵	ویژگی های ضروری (الزامی) اختلال استرس پس از سانحه براساس ICD-11.....
۱۵۷	تبیین نظری.....
۱۵۹	تبیین مذهبی / معنوی.....
۱۶۰	اختلال سازگاری.....
۱۶۰	خصوصیات بالینی.....
۱۶۱	شیوع.....
۱۶۱	پدیدایی و سیر بالینی.....
۱۶۲	همبودی.....
۱۶۲	تشخیص افتراقی.....
۱۶۳	ویژگی های ضروری (الزامی) اختلال سازگاری بر اساس ICD-11.....
۱۶۴	اختلال دل بستگی واکنشی.....
۱۶۵	اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده.....
۱۶۶	اختلال سوگ طولانی مدت.....
۱۶۹	خلاصه فصل.....

فصل هفتم: اختلالات افسردگی و دوقطبی

۱۷۱	اهداف فصل.....
۱۷۱	مقدمه.....

۱۷۲	اختلالات افسردگی.....
۱۷۲	اختلال افسردگی اساسی.....
۱۷۵	شیوع.....
۱۷۵	پدیدایی و سیر بالینی.....
۱۷۶	تشخیص افتراقی.....
۱۷۶	همبودی.....
۱۷۷	اختلال افسردگی پایدار (کج خلقی).....
۱۷۷	همبودی.....
۱۷۷	تشخیص افتراقی.....
۱۷۸	اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی.....
۱۷۹	همبودی.....
۱۸۰	تشخیص افتراقی.....
۱۸۱	اختلال ملال پیش از قاعدگی.....
۱۸۲	تبیین نظری افسردگی از نظر مکاتب روان‌شناسی.....
۱۸۲	تبیین زیستی.....
۱۸۳	تبیین روان‌پوشی.....
۱۸۵	تبیین رفتاری.....
۱۸۵	تبیین شناختی.....
۱۸۶	تبیین معنوی-مذهبی.....
۱۸۷	تبیین افسردگی از منابع اسلامی.....
۱۹۰	آثار روان‌شناختی تصور درست از خداوند در زمینه توکل و اعتماد بر او.....
۱۹۱	آثار روان‌شناختی تصور درست از خداوند در زمینه عدل الهی.....
۱۹۲	آثار روان‌شناختی تصور درست از خداوند در مورد قضا و قدر.....
۱۹۳	آثار روان‌شناختی تصور درست از خداوند در حیطه رزاقیت الهی.....
۱۹۴	اختلال دو قطبی و اختلالات مرتبط.....
۱۹۵	اختلال دو قطبی I.....
۱۹۵	شیوع.....
۱۹۶	ویژگی‌های ضروری دوره شیدایی براساس ICD-11.....
۱۹۸	پدیدایی و سیر بالینی.....
۱۹۹	عوامل زمینه‌ساز.....
۱۹۹	تشخیص افتراقی.....
۲۰۰	همبودی.....
۲۰۰	اختلال دو قطبی II.....
۲۰۱	ویژگی‌های ضروری تشخیص دوره هیپومانیا (تحت شیدایی) براساس ICD-11.....
۲۰۳	پدیدایی و سیر بالینی.....
۲۰۳	تشخیص افتراقی.....

۲۰۴	..... همبودی
۲۰۴	..... اختلال خلق ادواری
۲۰۵	..... همبودی
۲۰۵	..... ویژگی‌های ضروری تشخیص سیکلوتایمی بر اساس ICD-11
۲۰۶	..... تشخیص افتراقی
۲۰۷	..... تبیین فرهنگی - مذهبی اختلالات دوقطبی
۲۰۸	..... خلاصه فصل

فصل هشتم: اختلال‌های نشانه جسمی و اختلال‌های تجزیه‌ای

۲۱۱	..... اهداف فصل
۲۱۱	..... اختلال‌های نشانه جسمی و اختلال‌های مرتبط
۲۱۲	..... اختلال نشانه جسمی
۲۱۳	..... پدیدایی و سیر بالینی
۲۱۴	..... تشخیص افتراقی
۲۱۴	..... همبودی
۲۱۴	..... اختلال اضطراب بیماری
۲۱۵	..... پدیدایی و سیر بالینی
۲۱۵	..... تشخیص افتراقی
۲۱۶	..... همبودی
۲۱۶	..... اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصب‌شناختی کارکردی)
۲۱۷	..... پدیدایی و سیر بالینی
۲۱۸	..... تشخیص افتراقی
۲۱۸	..... همبودی
۲۱۹	..... اختلال ساختگی
۲۱۹	..... پدیدایی و سیر بالینی
۲۲۰	..... تشخیص افتراقی
۲۲۰	..... همبودی
۲۲۰	..... تبیین نظری اختلال‌های نشانه جسمی
۲۲۱	..... دیدگاه مذهبی - معنوی
۲۲۲	..... اختلال‌های تجزیه‌ای
۲۲۳	..... اختلال هویت تجزیه‌ای
۲۲۳	..... پدیدایی و سیر بالینی
۲۲۴	..... تشخیص افتراقی
۲۲۵	..... همبودی
۲۲۵	..... اختلال فراموشی تجزیه‌ای
۲۲۷	..... پدیدایی و سیر بالینی

۲۲۷	تشخیص افتراقی.....
۲۲۸	همبودی.....
۲۲۸	اختلال مسخ شخصیت / مسخ هویت.....
۲۲۹	پدیدایی و سیربالینی.....
۲۳۰	تشخیص افتراقی.....
۲۳۰	همبودی.....
۲۳۱	تبیین نظری اختلال‌های تجزیه‌ای.....
۲۳۲	دیدگاه مذهبی - معنوی.....
۲۳۳	خلاصه فصل.....

فصل نهم: نارساکنش‌وری‌های جنسی، ناپهنجاری‌های جنسی و ملال جنسیتی

۲۳۵	اهداف فصل.....
۲۳۵	مقدمه.....
۲۳۸	نارساکنشی‌های جنسی.....
۲۳۹	اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زنان.....
۲۴۱	اختلال کم‌میلی جنسی در مردان.....
۲۴۲	اختلال نعوظ مردان.....
۲۴۳	اختلال ارگاسم در زنان.....
۲۴۴	اختلال انزال زودرس (سریع) مردان.....
۲۴۵	اختلال انزال دیررس مردان.....
۲۴۶	اختلال درد / دخول تناسلی - لگنی.....
۲۴۷	سبب‌شناسی نارساکنشی‌های جنسی.....
۲۴۷	عوامل زیست‌شناختی.....
۲۴۸	عوامل روان‌شناختی.....
۲۴۹	ناپهنجاری‌های جنسی.....
۲۵۰	اختلال یادگارخواهی.....
۲۵۱	اختلال مبدل‌پوشی.....
۲۵۳	اختلال عورت‌نمایی.....
۲۵۳	اختلال تماشاگری جنسی.....
۲۵۴	اختلال مالش دوستی.....
۲۵۵	اختلال آزار جنسی کودکان (بچه‌بازی).....
۲۵۶	اختلال آزارخواهی جنسی.....
۲۵۷	اختلال آزارگری جنسی.....
۲۵۷	علت‌شناسی ناپهنجاری‌های جنسی.....
۲۵۸	اختلال ملال جنسیتی.....
۲۶۰	علت‌شناسی ملال جنسیتی.....

۲۶۱	..... تبیین مذهبی - معنوی اختلالات جنسی
۲۶۳	..... خلاصه فصل

فصل دهم: اختلالات شخصیت

۲۶۵	..... اهداف فصل
۲۶۵	..... مقدمه
۲۶۶	..... تعریف اختلال شخصیت
۲۶۸	..... اختلال شخصیت و رگه‌های بهنجار
۲۷۰	..... علت‌شناسی اختلالات شخصیت
۲۷۳	..... الگوهای تشخیصی برای اختلالات شخصیت
۲۷۳	..... الگوی اول: الگوی جاری یا طبقه‌بندی نسبتاً مقوله‌ای
۲۷۴	..... ویژگی‌های تشخیصی
۲۷۴	..... شیوع، تحول، سن و جنس
۲۷۶	..... همبودی
۲۷۷	..... تشخیص‌های افتراقی
۲۷۸	..... ملاک‌های تشخیصی انواع اختلالات شخصیت
۲۸۰	..... دسته اول اختلالات شخصیت (شاخه A)
۲۸۰	..... اختلال شخصیت پارانوئید
۲۸۲	..... شخصیت اسکیزوئید
۲۸۴	..... شخصیت اسکیزوتایپال
۲۸۶	..... گروه دوم اختلالات شخصیت (شاخه B)
۲۸۶	..... شخصیت ضداجتماعی
۲۸۹	..... شخصیت مرزی
۲۹۱	..... شخصیت نمایشی
۲۹۴	..... شخصیت خودشیفته
۲۹۷	..... گروه سوم اختلالات شخصیت (شاخه C)
۲۹۷	..... شخصیت اجتنابی
۳۰۰	..... شخصیت وابسته
۳۰۲	..... شخصیت وسواس - بی‌اختیاری
۳۰۵	..... دیگر اختلالات شخصیت
۳۰۸	..... الگوی جایگزین اختلال شخصیت
۳۱۰	..... معیار A: سطح کنش‌وری شخصیتی
۳۱۱	..... معیار B: رگه‌های مرضی شخصیتی
۳۱۱	..... معیارهای C و D: نافذ بودن و ثبات
۳۱۲	..... معیارهای E، F و G: تبیین‌های جایگزین برای آسیب‌شناسی شخصیت (تشخیص افتراقی)
۳۱۲	..... اختلال‌های شخصیت اختصاصی

۳۲۱	پیشنهادهای ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11).....
۳۲۳	فرهنگ و اختلالات شخصیت.....
۳۲۳	اختلالات شخصیت و مذهب.....
۳۲۴	تبیین مذهبی اختلالات شخصیت.....
۳۲۶	خلاصه فصل.....

فصل یازدهم: اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور

۳۲۷	اهداف فصل.....
۳۲۷	مقدمه.....
۳۲۹	اختلالات مصرف مواد.....
۳۳۰	اختلالات ناشی از مواد.....
۳۳۰	مسمومیت.....
۳۳۱	محرومیت.....
۳۳۱	اختلال روانی ناشی از مواد / داروها.....
۳۳۱	اختلالات مرتبط با الکل.....
۳۳۳	شیوع.....
۳۳۴	سبب‌شناسی.....
۳۳۵	مواد افیونی.....
۳۳۸	اختلالات مرتبط با داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور یا ضد اضطراب‌ها.....
۳۳۹	اختلالات مرتبط با مواد محرک.....
۳۴۱	اختلالات مرتبط با کافئین.....
۳۴۳	اختلالات مرتبط با توتون.....
۳۴۴	اختلالات مرتبط با کانابیس (شاهدانه).....
۳۴۶	اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا.....
۳۴۷	تبیین نظری اختلالات مرتبط با مواد.....
۳۴۹	تبیین مذهبی - معنوی اختلالات مرتبط با مواد.....
۳۵۰	تحریم الکل در مذهب.....
۳۵۲	خلاصه فصل.....

فصل دوازدهم: اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات روان‌گسستگی دیگر

۳۵۵	اهداف فصل.....
۳۵۵	مقدمه.....
۳۵۸	اختلال اسکیزوفرنیا.....
۳۶۲	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی.....
۳۶۲	سبب‌شناسی.....
۳۶۳	تشخیص افتراقی.....

۳۶۴	همبودی
۳۶۴	اختلال اسکیزوفرنی فرم
۳۶۶	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۳۶۶	تشخیص افتراقی
۳۶۶	اختلال هذیانی
۳۶۸	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۳۶۹	تشخیص افتراقی
۳۶۹	اختلال روان‌گسستگی کوتاه‌مدت
۳۷۰	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۳۷۱	تشخیص افتراقی
۳۷۱	اختلال اسکیزوافکتیو
۳۷۲	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۳۷۳	سبب‌شناسی
۳۷۳	تشخیص افتراقی
۳۷۴	همبودی
۳۷۴	اختلال (شخصیت) اسکیزوتایپال
۳۷۴	تیبین مذهبی - معنوی اختلالات طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌گسستگی دیگر
۳۷۵	جنون در منابع مذهبی
۳۷۸	خلاصه فصل

فصل سیزدهم: اختلالات عصبی - شناختی

۳۸۱	اهداف فصل
۳۸۱	مقدمه
۳۸۲	تعریف
۳۸۳	انواع اختلالات عصبی - شناختی
۳۸۴	الف) روان‌آشفتگی یا دلیریوم
۳۸۵	سبب‌شناسی
۳۸۶	شیوع
۳۸۶	پیش‌آگهی
۳۸۶	تشخیص افتراقی
۳۸۷	ب) اختلالات عصبی - شناختی عمده و خفیف
۳۸۷	۱. اختلال عصبی - شناختی عمده
۳۸۷	۲. اختلال عصبی - شناختی خفیف
۳۸۸	زوال عقل
۳۸۹	انواع زوال عقل
۳۹۱	اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری آلزایمر

۳۹۱	.....سبب‌شناسی
۳۹۳	.....سبب‌شناسی
۳۹۴	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف مرتبط با اجسام لوی
۳۹۵	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری عروق مغزی
۳۹۶	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از صدمه مغزی آسیب‌زا
۳۹۷	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از مواد / دارو
۳۹۷	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از عفونت HIV
۳۹۸	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری پریون
۳۹۹	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری پارکینسون
۴۰۰	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری هانتینگتون
۴۰۱	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از بیماری جسمانی دیگر
۴۰۲	.....اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف ناشی از سبب‌شناسی‌های متعدد
۴۰۲	.....اختلال عصبی - شناختی با دلایل نامشخص
۴۰۲	.....شیوع‌شناسی کلی اختلالات عصبی - شناختی در جهان و ایران
۴۰۳	.....درمان
۴۰۵	.....درمان زیستی و دارویی
۴۰۵	.....روان‌درمانگری
۴۰۶	.....درمان شناختی
۴۰۸	.....تبیین فرهنگی - مذهبی اختلالات عصبی - شناختی
۴۱۱	.....خلاصه

فصل چهاردهم: اختلالات عصبی - تحولی

۴۱۳	.....اهداف فصل
۴۱۳	.....مقدمه
۴۱۴	.....اختلال ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی تحولی)
۴۱۵	.....شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۴۱۶	.....سبب‌شناسی
۴۱۸	.....تشخیص افتراقی
۴۱۸	.....همبودی
۴۱۸	.....ملاحظات فرهنگی
۴۱۹	.....سفاهت و چند مسئله فقهی درباره آن
۴۱۹	.....اختلال طیف اوتیسم
۴۲۲	.....شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۴۲۳	.....سبب‌شناسی
۴۲۳	.....تشخیص افتراقی
۴۲۴	.....همبودی

۴۲۴	اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی
۴۲۷	شیوع، پدیدایی و سیر بالینی
۴۲۷	سبب‌شناسی
۴۲۸	تشخیص افتراقی
۴۲۹	همبودی
۴۲۹	اختلال یادگیری خاص
۴۳۱	اختلالات ارتباط
۴۳۳	اختلالات حرکتی
۴۳۷	خلاصه فصل

فصل پانزدهم: مذهب (معنویت) و آسیب‌شناسی روانی

۴۳۹	اهداف فصل
۴۳۹	مقدمه
۴۴۰	تعریف مذهب و معنویت
۴۴۲	مذهب درونی، بیرونی و سؤالی
۴۴۴	مذهب (معنویت) و سلامت روانی (مقابله‌های مذهبی مثبت)
۴۴۶	باورها و رفتارهای مثبت مذهبی / معنوی
۴۴۷	چارچوب تفسیری مثبت مذهبی (معنادهی مثبت مذهبی)
۴۴۸	حمایت اجتماعی مذهب
۴۴۸	بخشش
۴۴۹	شکرگزاری
۴۵۰	مقابله‌های مذهبی منفی و آسیب روانی
۴۵۰	فهم نادرست از مذهب
۴۵۱	تعارضات معنوی / مذهبی
۴۵۳	تصور منفی از خدا (خداپنداره)
۴۵۵	تیین آسیب‌شناسی روانی براساس الگوی معنویت خداسو
۴۵۷	سطح اول: خطاهای ادراکی
۴۵۹	سطح دوم: پردازش اطلاعات
۴۶۰	سطح سوم: پردازش تصمیم / اراده
۴۶۱	سطح چهارم: پردازش و مدیریت عمل
۴۶۳	سطح پنجم: خودنظم‌جویی
۴۶۵	تداوم آسیب
۴۶۶	نقاط آسیب‌پذیر روانی معنوی
۴۶۷	آسیب‌پذیری از سوی گذشته یا پشتوانه‌ها (تکیه‌گاه یا مبدأ ادراک شده)
۴۶۸	آسیب‌پذیری مربوط به آینده و پیش‌رو (غایت و هدف)
۴۶۹	آسیب‌پذیری سمت معنوی راست یا حوزه ادراکی خود

۴۶۹	..... آسیب‌پذیری سمت معنوی چپ یا حوزه ادراکی هستی عینی (دنیا و دیگران).
۴۷۱	..... خلاصه فصل

فصل شانزدهم: روان‌شناسی اخلاقی و قانونی

۴۷۳	..... اهداف فصل
۴۷۳	..... مقدمه
۴۷۴	..... شایستگی درمانگر
۴۷۶	..... شایستگی فرهنگی
۴۷۷	..... رضایت آگاهانه
۴۷۸	..... محرمانه بودن (رازداری)
۴۷۹	..... رابطه با مراجع
۴۸۰	..... ۱. صمیمیت جنسی با مراجع
۴۸۰	..... ۲. گرفتار شدن در نقش‌ها و وضعیت‌های مبهم
۴۸۱	..... ۳. برقراری روابط تجاری با مراجع
۴۸۱	..... شغل روان‌درمانگری
۴۸۱	..... روان‌شناسی قانونی
۴۸۲	..... بستری کردن مدنی
۴۸۳	..... الف) ابتلای فرد به بیماری روانی با شدت تعریف‌شده
۴۸۳	..... ب) خطر آسیب به خود و یا دیگران
۴۸۳	..... ج) مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت
۴۸۴	..... بستری کردن کیفری
۴۸۵	..... دفاعیه جنون و صلاحیت حضور در دادگاه
۴۸۵	..... حقوق بیماران
۴۸۶	..... ۱. حق درمان
۴۸۶	..... ۲. حق ردّ درمان
۴۸۶	..... ۳. حقوق مربوط به شرکت در پژوهش
۴۸۷	..... خلاصه فصل
۴۸۹	..... منابع

مقدمه

امروزه آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان یک دانش بنیادین در روان‌شناسی به یکی از پایه‌های اصلی علوم روان‌شناختی و حوزه‌های وابسته به آن تبدیل شده است. در آسیب‌شناسی روانی افزون بر شناخت سازمان‌یافتگی روانی، شواهد و تبیین‌های روان‌شناختی در چارچوب فنی و نظری مورد توجه قرار می‌گیرد. تعیین آنکه چه رفتاری بهنجار یا نابهنجار است، کار آسانی نیست؛ اما برای هرگونه مداخله یا هدایت نیروی انسانی ضروری است. سختی قضاوت درباره اختلالات بیش از هرچیز بدان برمی‌گردد که ما درباره انسان قضاوت می‌کنیم و کرامت این موجود همواره هشدار احتیاط درباره قضاوت را برجسته می‌کند. تحول نظام‌های طبقه‌بندی هم تابع همین احتیاط است. تغییر اصطلاح‌شناسی و نرمش زبان درباره افراد بیمار به مشکل رفتاری و تمرکز بر مشکل فرد به جای وجود آن موجب شده است رویکرد متخصصان درباره افراد دارای مشکل روان‌شناختی همدلانه‌تر شود. مجموعه حاضر به شکل تألیفی و شاید برای نخستین بار متمرکز بر یافته‌های ایرانی و نیز با توجه به مسائل فرهنگی به رشته تحریر درآمده و تلاش شده است که ساختار فصل‌ها یکسان و مفاهیم به شکلی ساده انتقال یابد.

تدوین کتابی درباره آسیب‌شناسی روانی با پیوست فرهنگی (به‌ویژه اسلامی) یکی از ضرورت‌های امروز جامعه علمی روان‌شناسی است. امروزه توجه به فرهنگ و آثار آن در سلامت و بیماری و نیز در اثربخشی مداخلات در حیطه سلامت بر کسی پوشیده نیست؛ با وجود این، بیشتر متونی که در زمینه آسیب‌شناسی روانی در ایران به چاپ می‌رسد، ترجمه و کتاب‌های تألیفی و به نوعی برگرفته از آثار خارجی است که در آن مؤلفه‌های فرهنگ بومی هرگز در نظر گرفته نشده‌اند. فرهنگ ایرانی به‌ویژه فرهنگ مذهبی مملو از داده‌هایی برای تبیین مشکلات روان‌شناختی و نیز درمان آنها است که در حال حاضر جایگاهی در آموزه‌های متخصصان ما ندارد؛ درحالی‌که امروزه در دنیا

توجه به فرهنگ مراجعه‌کننده‌ها برای دریافت خدمات روان‌پزشکی بیش از هر زمان دیگری در تاریخ این علم مورد توجه قرار گرفته است. فصل فرهنگ و تشخیص روان‌پزشکی DSM-5-TR (۲۰۲۲)، به فرمول‌بندی فرهنگی در آسیب‌شناسی اشاره کرده و در تمامی اختلالات معنای فرهنگی آن را مورد توجه قرار داده است. متخصصان روان‌شناسی لازم است در یک مجموعه علمی با این معنا تا حدودی آشنا شوند و بتوانند برای تشخیص خود پیوست فرهنگی ایجاد کنند.

همه این موارد بدون آگاهی یک فرد متخصص نسبت به تبیین‌های فرهنگی و مذهبی، وی را به تقلید و اشاعه فرهنگ غیربومی سوق می‌دهد. مسئله این است که یک متخصص بالینی آنگاه می‌تواند به فرمول‌بندی فرهنگی چیره شود که بر مسائل فرهنگی مراجع خود آگاه باشد و بدانند به لحاظ فرهنگی چه تبیین‌هایی برای اختلالات وجود دارد. فراتر از آنچه در مجموعه‌های بالینی آمده است؛ چنانچه درمانگران با تبیین‌های مذهبی به درستی آشنا شوند، می‌توانند آثار تبیین‌های نادرست مراجع را درباره موضوعات مذهبی شناسایی و به او کمک کنند تا تعارض‌های مذهبی و فرهنگی خود را حل کند.

گذشته از این، آشنایی با پژوهش‌های بومی و شیوع اختلالات در فرهنگ‌های بومی ایران می‌تواند این کتاب را واجد ویژگی‌های منحصر به فردی کرده، خود زمینه را برای پژوهش‌های بومی برای شناخت آسیب‌های روانی به دست دانشجویان و اساتید این رشته فراهم کند؛ همچنین مطالعه متون آسیب‌شناسی به‌خوبی بیان می‌کند که مکانیزم‌های روان‌شناختی اختلالات روانی در بیشتر زمینه‌ها در متون دینی مورد اشاره قرار گرفته است.

ساختار فصول

فصول کتاب به جز فصل‌های آغاز و پایان از ساختاری یکسان به شرح زیر برخوردار خواهد بود:
۱. هدف فصل؛ ۲. مقدمه کلی؛ ۳. تعریف؛ ۴. شیوع؛ ۵. پدیدایی؛ ۶. تحول؛ ۷. ساخت (نشانه‌شناسی)؛ ۸. انواع؛ ۹. همبودی؛ ۱۰. تشخیص افتراقی؛ ۱۱. تبیین نظری؛ ۱۲. تبیین فرهنگی-مذهبی اختلال؛ ۱۳. خلاصه فصل.

در پایان از همه اساتید و دانشجویانی قدردانی می‌کنیم که در فراهم‌سازی و بازخوانی این کتاب به ما کمک کرده‌اند؛ به‌ویژه از آیت‌الله سیدمحمد غروی‌راد به سبب حمایت و بازخوانی متن و توصیه‌های کاربردی و تعدیل‌گرانه ایشان و از دکتر فرامرز سهرابی ارزیاب محترم صمیمانه سپاسگزاریم.

فصل اول

مفاهیم کلی

اهداف فصل

انتظار می‌رود دانشجو پس از مطالعه این فصل به مطالب زیر آگاهی و تسلط یابد:

- تعریف آسیب‌شناسی روانی را بداند؛
- بتواند با ملاک‌های مختلف، اختلال را از سلامت تشخیص دهد؛
- مفاهیم اساسی مربوط به آسیب‌شناسی را به خوبی درک کند؛
- جنبه‌های فرهنگی آسیب‌شناسی روانی را بداند؛
- عوامل مختلف آسیب‌شناسی روانی را فرا گیرد؛
- با طبقه‌بندی‌های مختلف آسیب‌شناسی آشنا شود.

نکات کلی

آسیب‌شناسی روانی به شناخت پدیده‌های روانی آسیب‌زا و فرایند آن اشاره دارد؛ در واقع باید آسیب‌شناسی را شناخت پدیدایی، تحول و ساخت اختلالات روان‌شناختی تعبیر کنیم. همه اختلالات روان‌شناختی دارای ساختی هستند که به نوعی سازمان‌یافتگی مرضی آن را نشان می‌دهند. فهم اختلالات روان‌شناختی برای کسی که می‌خواهد در این زمینه کار کند، به منزله تسلط بر همه حوزه‌های روان‌شناسی بالینی است، زیرا او هم باید مسیر و فرایند تحول انسان، تحول بهنجار، تحول نابهنجار عوامل تأثیرگذار جدی بر فرایند تحول، سازه‌های تحول شخصیت، روان‌سنجی، و... را بداند و هم باید با طبقه‌بندی‌ها و نشانه‌شناسی اختلالات آشنا باشد و در نهایت باید بتواند در چارچوب نظری این اختلال‌ها را تبیین کند. اختلال‌ها در گستره

تحول پدید می‌آیند و دارای زمینه‌های مشخصی هستند. طبقه‌بندی این اختلال‌ها کار آسانی نیست و یکی از چالش‌های اساسی روان‌شناسان بالینی است. اثر متغیرهای فرهنگی بر اختلالات روانی این چالش‌ها را گسترده‌تر کرده است. آشنایی با مفاهیم و کلیات در این زمینه، از آن جهت که درک بهتری را برای متخصص بالینی فراهم می‌کند، بسیار ضروری است که در این فصل بدان‌ها پرداخته خواهد شد.

تعریف آسیب‌شناسی روانی

چنانچه اختلالی را سازمان‌یافتگی بیمارگونه رفتار، افکار و عواطف منفی بدانیم، آسیب‌شناسی روانی را باید به‌عنوان دانش فرایند شناخت سازمان‌یافتگی اختلال در نظر گیریم که نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و فرایند شکل‌گیری آن را دربرمی‌گیرد. اگر بپذیریم که یک ساخت روان‌شناختی در گذر زمان تحول می‌یابد، پس آسیب‌شناسی روانی با تحول ساخت‌های مختل نیز سروکار دارد و اگر اختلالات روانی را از ناتوانی‌هایی ذهنی متمایز کنیم و آن را نوعی عارضه بدانیم، پس به پدیدایی یا نقطه آغازین (شامل عوامل آغازگر و زمینه‌ساز) می‌پردازد؛ اگر چنین باشد شاید بتوان آسیب‌شناسی را مطالعه پدیدایی، تحول و ساخت یا سازمان‌یافتگی اختلالات روانی تعریف کنیم. چنین تعریف کلی به متخصصان این حوزه می‌آموزد که برای درک یک اختلال روانی باید زمینه‌های پدیدایی را بشناسند که شامل عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز اختلال است؛ همچنین باید از تبیین پدیدایی آن بتوانند نحوه تحول آن، عوامل نگهدارنده و عوامل تسریع‌کننده و نیز عوامل دگرگون‌ساز اختلالات را بشناسند و بنابراین با اطمینان بیشتری پیش آگهی اختلال و درنهایت نحوه استقرار یک اختلال را بیان کنند که مستلزم تشخیص افتراقی و همبودی آن با سایر اختلالات است. پس تعریف حاضر تا حد زیادی فرایند آسیب‌شناسی روانی را دربرمی‌گیرد.

جدا از تفاوت اختلالات از نظر علت‌شناسی و ویژگی‌های بالینی، همه آنها به نوعی کنش‌وری روان‌شناختی فرد را در حیطه‌هایی از زندگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛ بدین ترتیب تمایز دقیق بین آسیب‌شناسی و کنش‌وری بهنجار روان‌شناختی آسان نخواهد بود (کازدین، ۲۰۰۰).

مفاهیم کلی ۵

تعریف آسیب روان‌شناختی مانند بسیاری از مفاهیم روان‌شناختی دیگر، یکی از مباحث پرشور در تاریخ روان‌شناسی بوده است (گرنسیتین،^۱ ۱۹۸۴؛ هارویتز،^۲ ۲۰۰۲ و وایدیگر،^۳ ۱۹۹۷)؛ اینکه بخواهیم آسیب روانی^۴ را معادل بیماری روانی یا عصبی بدانیم، کافی است تا سختی تعریف آسیب‌شناسی روانی را متوجه شویم، زیرا اختلاف بر سر معیارهای تعیین‌کننده اختلال یا بیماری اختلاف دیدگاه‌های گوناگونی را به میان می‌کشد. اینکه معیار اجتماعی (مانند ناسازگاری با هنجارهای اجتماعی و یا ملاک اکثریت) یا سازش‌یافتگی درونی (احساس ناخوشی فاعلی)، معیارهای فرهنگی و مذهبی (مانند نفاق و دورویی معنوی) و یا معیارهای پزشکی و زیست‌شناختی را مهم بدانیم؛ درحالی‌که هریک در جای خود درست هستند و به تنهایی تعیین‌کننده برای همه اختلالات نیستند.

این پیچیدگی بیش از هرچیزی به انسان‌شناسی و تفاوت دیدگاه نظری در این زمینه برمی‌گردد؛ اصطلاحاتی مانند آسیب‌شناسی روانی،^۵ روان‌شناسی نابهنجاری،^۶ بیماری روانی،^۷ اختلال روان‌شناختی،^۸ ناسازگاری،^۹ اختلال هیجانی،^{۱۰} همگی با وجود خاستگاه‌های نظری مختلف به جای هم به کار می‌روند.

اختلال روانی چیست؟

شاید در حال حاضر پذیرفته‌ترین تعریف در سطح جهان به تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا در «پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^{۱۱} برگردد؛ در آنجا چنین آمده

-
1. Gorenstein
 2. Horwitz
 3. Widiger
 4. Mental disorder and mental illness
 5. psychopathology
 6. Abnormal psychology
 7. Mental illness
 8. psychological disorder
 9. maladjustment
 10. emotional disturbance
 11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: fifth Edition (DSM-5-TR)

است: «اختلال روانی نشانگانی است که با بهم‌ریختگی بالینی معنادار در شناخت، تنظیم هیجان و رفتار فرد مشخص شده و نارساکنش‌وری در فرایندهای روان‌شناختی، زیست‌شناختی و تحولی زیربنای کنش‌وری روانی را نشان می‌دهد. معمولاً اختلالات روانی با آشفتگی یا ناتوانی معنادار در اجتماع، شغل و دیگر فعالیت‌های مهم همراه است. پاسخ به عوامل تئیدی‌زای شایع یا فقدان مانند مرگ عزیزان (شخص دوست‌داشتنی) که در حد انتظار بوده و یا از نظر فرهنگی قابل قبول است، اختلال روانی نیست. رفتار منحرف اجتماعی (همچون سیاسی، مذهبی و جنسی) و تعارض‌هایی اولیه که بین فرد و جامعه رخ می‌دهد، اختلال روانی نیست؛ مگر اینکه این انحراف یا تعارض ناشی از نارساکنش‌وری باشد که پیش‌تر توصیف شد» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

در این تعریف با آوردن مفاهیم فراوانی تمایز بین اختلال و سلامت را روشن می‌کند و به عوامل زمینه‌ساز اشاره دارد؛ نشانگان^۱ (وجود نشانه‌های مختلف)، بهم‌ریختگی بالینی معنادار^۲ (کلمه معنادار بیانگر فاصله توجیه‌ناپذیر این اختلال است)، شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتار^۳ (سه محوری که آسیب در آنها نشانه‌های اختلال را معنادار می‌کند)، نارساکنش‌وری^۴ فرایندهای بنیادین (تأکید بر سه پایه اساسی؛ روان‌شناختی، زیست‌شناختی و تحولی که کنش‌وری روانی را تعیین می‌کنند)، جامعیت این نگاه را می‌رساند که آسیب روانی را باید از این سه جهت در نظر گرفت؛ به‌ویژه تحولی‌نگری (نگاهی نو به آسیب‌شناسی) و نکته مهم دیگر اهمیت فرهنگ و خروج رفتارهایی است که به نوعی با قضاوت سیاسی-اجتماعی نابهنجاری دانسته می‌شود و ربطی به اختلال روانی ندارد.

به‌طور کلی، افزون بر چنین تعریفی اصطلاحاتی مانند انحراف^۵، پریشانی شخصی^۶

-
1. syndrome
 2. clinically significant disturbance
 3. cognition, emotion regulation, behavior
 4. dysfunction
 5. deviance
 6. distress

مفاهیم کلی ۷

نارساکنش‌وری یا خسران در زندگی روزمره،^۱ خطر^۲ (ریسک آسیب)،^۳ ناتوانی^۴ برای پاسخ به سؤال بالا استفاده شده است (کامر، ۲۰۱۵^۵؛ کرینگ و جانسون، ۲۰۱۲^۶؛ روزنبرگ و کسلین، ۲۰۱۱^۷ و بارلو و دیورند، ۲۰۱۵^۸).

انحراف: اگرچه انحراف، معیارهای اجتماعی را به ذهن متبادر می‌کند؛ اما به نظر می‌رسد تمایز آن با نارساکنش‌وری آسان نیست. کامر (۲۰۱۵) در این باره بیان می‌کند: رفتارها، افکار و هیجاناتی که به طور مشخص با ایده‌های اجتماعی متفاوت‌اند، انحراف دانسته می‌شوند، اما در چه زمینه‌ای؟ وی به کنش‌وری متناسب^۹ اشاره می‌کند. آنچه که هنجار کنش‌وری روان‌شناختی را بشکند، نابهنجار به شمار می‌آید. گذشته از این درهم‌آمیختگی مفهومی با این معیار تشخیص اختلال به شرایط خاص، هنجارهای فرهنگی و زمان برمی‌گردد و عملاً نمی‌توان به آن تکیه کرد. امروزه برخی انسان‌ها واکنش‌های شدیدی به اتفاقات آسیب‌زا مثل سونامی و زلزله و... نشان می‌دهند (والش، ۲۰۱۴؛ به نقل از کامر، ۲۰۱۵)، آیا می‌توان در اینجا معیاری برای کنش‌وری متناسب تعیین کرد. گذشته از این انحراف ممکن است دامنه افراد بسیار بهنجار را نیز در برگیرد؛ مثلاً شاید انسان‌های بسیار باهوش از دایره افراد بهنجار که معمولاً با شاخص‌های گرایش به میانگین سنجیده می‌شوند، نابهنجار برداشت شوند (مادکس و وینستند، ۲۰۰۸^{۱۰}) یا مصلحان اجتماعی نیز از این دسته هستند که گاهی سبب نجات و تغییرات اساسی مثبت در یک جامعه می‌شوند.

آشفتگی یا پریشانی شخصی: نگرانی یا رنجی که هر یک از ما در موقعیت‌هایی از زندگی تجربه می‌کنیم؛ به نوعی آشفتگی یا پریشانی دانسته می‌شود (روزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). در اینجا پریشانی ذهنی را معادل اختلال روانی می‌دانند، اما بیشتر افرادی که اختلال روانی دارند

-
1. Impairment in Daily Life
 2. danger
 3. Risk of harm
 4. disability
 5. Comer, R. J.
 6. Kring, A. M. & Johnson. S. L.
 7. Rosenberg, R. S. & Kosslyn, S. M.
 8. Barlow, D. H. & Durand, V. M.
 9. proper functioning
 10. Maddux, J. E. & Winstead, B. A.

(مانند ضد اجتماع‌ها) احساس پریشانی ذهنی نمی‌کنند؛ همچنین برخی افراد احساس پریشانی ذهنی یا رنج می‌کنند، اما لزوماً اختلال روانی ندارند. رنج ناشی از گرسنگی روزه گرفتن مذهبی^۱ و یا درد و آشفتگی ذهنی ناشی از زایمان را نمی‌توان اختلال روانی دانست (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۲). در کل آشفتگی شخصی را به دلیل موقعیتی بودن و تعمیم به موقعیت‌های غیرروان‌شناختی نمی‌توان ملاک کاملی به شمار آورد.

ناتوانی و نقص یا تخریب در زندگی: ناتوانی نیز که نقص در برخی جنبه‌های مهم زندگی به شمار می‌رود، مانند کار و روابط اجتماعی به‌عنوان یک شاخص اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ روزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). کسی که از مواد سوءاستفاده می‌کند؛ شاید در روابط شخصی و شغلی اش مشکلاتی پدید آید یا کسی که نشانه‌های روان‌گسستگی دارد، در انجام مسئولیت‌های زندگی ناتوان خواهد بود؛ اما برخی اختلالات روانی مثل پرخوری عصبی^۲ ممکن است در جنبه‌های مهم زندگی خود دچار نقص نباشد (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۲). این معیار هم بسیار مبهم است؛ در هر حال آشکار نبودن ناتوانی دلیلی بر فقدان نقص در انجام برخی مسئولیت‌های زندگی نیست.

خطر یا در معرض ریسک بودن: شاید بتوان نهایت نارساکنش‌وری روان‌شناختی یک فرد را خطرناک شدن او برای خود و دیگری دانست (کامر، ۲۰۱۵). افرادی که به‌طور ثابت رفتار بی‌دقتی، خصمانه و آشفته‌ای را از خود نشان می‌دهند ممکن است خود یا دیگری را در معرض خطر قرار دهند؛ هرچند خطر همواره با اختلال روانی شناخته می‌شود، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این خطرات بیشتر یک استثنا هستند تا یک قاعده (ستابور و همکاران، ۲۰۱۴^۳؛ جرم^۴ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ از این‌رو چنین معیاری هم نمی‌تواند شاخصی برای اختلال روانی باشد.

ضعف کنش‌وری: ضعف در کنش‌وری روزمره را نیز معادل اختلال می‌دانند. رفتار نابهنجار تمایل به نارساکنش‌وری دارد؛ زیرا موجب آشفتگی و بهم‌ریختگی افراد می‌شوند و اجازه مراقبت از خودشان را از آنها سلب می‌کند و حتی روابط مفید آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فعالیت

1. religious fasting

2. Bergner & Bunford

3. Stuber, J. P.

4. Jorm, A. F.

شغلی را مختل می‌کند (کامر، ۲۰۱۵). خلاصه اینکه تراز کارآمدی فرد در محوری‌ترین وظایف زندگی به‌طور معناداری افت می‌کند. هرچند به نوعی همه معیارهای دیگر به این معیار مربوط است و باید آن را دقیق‌ترین معیار دانست، اما نمی‌دانیم آیا اختلال سبب افت عملکرد و کنش‌وری کلی می‌شود یا برعکس. آنچه اعتبار این معیار را نیز زیرسؤال می‌برد، آن است که گاه برخی افراد با کنش‌وری بالا از اختلال روانی رنج می‌برند. برخی افراد کنش‌وری پایینی دارند چون کار یا رابطه معناداری لازم را ندارد که این امر ممکن است به‌خاطر ارزش‌ها، فرهنگ و یا تمایل به ارتقا باشد. اما رابطه تنگاتنگ و جهان‌شمول بودن این معیار سبب می‌شود در سطح بالینی از اهمیت بیشتری برخوردار باشد؛ زیرا تا زمانی که فرد کنش مناسبی داشته باشد، کمک به وی معنادار نخواهد بود.

در کل همه معیارهای بالا به‌گونه‌ای بیانگر خروج انسان از تعادل روانی است و بنابراین شاید بتوان گفت اختلال تجربه نوعی بی‌تعادلی است که شاید فردی، اجتماعی و... باشد. در ادبیات آسیب‌شناسی روانی، سؤال در تعریف اختلال روانی با همه اوصافی که بیان شد؛ بعد معنوی را نیز شامل نمی‌شود. آیا بعد معنوی بخشی از وجود انسان به‌شمار می‌آید؟ اگر نه، پس چرا انسان‌ها دست‌کم بخشی از زندگی و هزینه خود را صرف آن می‌کنند و جستجوهای معنوی را چگونه می‌توان توجیه کرد؛ به‌ویژه که در برخی یا بیشتر اختلالات روانی جستجوهای معنوی یا بی‌معنایی بخشی از مشکل را تعریف می‌کند. اگر معنویت بخشی از وجود انسان هست، کارکرد آن در اختلال روانی چیست؟ آیا نادیده گرفتن آن تضییع حق انسان‌های آسیب‌دیده نیست؟ اگرچه امروزه در تعریف سلامت به بعد معنوی نیز نیم‌نگاهی دارند، اما در تعریف نابهنجاری از آن سخنی به میان نمی‌آید. اکنون اگر بعد معنوی را اصیل بدانیم، آنگاه چه کسی بیمار روانی به‌شمار می‌رود و فرایند این بیماری‌ها چگونه اتفاق می‌افتد؟ به‌ویژه آنکه همه مفاهیمی که تاکنون برای تمایز سلامت از بیماری مطرح شد؛ در تعریف اختلال سهمی به خود اختصاص دادند (از پریشانی روانی گرفته تا تعادل)، اما نتوانستند شاخص نسبتاً کاملی برای تبیین اختلال باشند. کسانی مانند تئودور میلون (۲۰۰۰) که عمر خود را صرف مطالعه اختلالات روانی کرده است و نیز افراد دیگری مانند آلپورت (۱۹۶۸) یونگ (۱۹۳۸) و... از مکانیزم و نشانه‌ای سخن گفته‌اند که می‌تواند اهمیت این پرسش اساسی را برجسته سازد. بر هر روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشکی پوشیده نیست که هرگونه اختلال روانی و در هر سطحی به

انسجام روان‌شناختی فرد آسیب می‌زند و براساس میزان وحدت‌یافتگی شخصیتی میزان سلامت روانی انسان سنجیده می‌شود. در همه اختلالات روانی هرگاه درجه وحدت روانی کم شود، شدت اختلال بیشتر خواهد شد. تولپین (۱۹۸۷) از وحدت‌نیافتگی و اضطراب تهی شدن در اختلالات روانی سخن گفته است. از این دست یافته‌ها بسیارند. منظور از وحدت روانی تا حدودی بیانگر همسازی ابعاد مختلف وجودی است؛ یعنی زمانی که شناخت، عواطف و اعمال انسان همسو و تأییدکننده هم باشند. در این صورت وجود یک هدف وحدت‌بخش و توجه به مکانیزم‌های وحدت‌بخشی نیز ضرورت می‌یابد. با این اوصاف چنانچه بیماری روانی به هر دلیلی ایجاد شود، وحدت روان‌شناختی را تهدید کند، بیماری روانی با در نظر گرفتن بعد معنوی انسان به معنای وحدت‌نیافتگی روانی است.

ناتوانی

ناتوانی نوعی محدودیت در حوزه‌های مختلف یا کل عملکرد انسان است که شاید به دلیل بیماری روانی یا عوامل دیگری ایجاد شده باشد؛ برای مثال عقب‌ماندگی ذهنی را می‌توان یک ناتوانی در نظر گرفت تا یک اختلال، زیرا قابلیت درمان آن بسیار سخت و تنها از راه بازتوانی می‌توان تا حدی توانایی‌های فرد را ارتقا داد. پس هرچند اختلال روانی هم سبب ناتوانی فرد می‌شود، اما نمی‌توان آن را ناتوانی اولیه تعریف کرد. ناتوانی مشکلاتی را دربرمی‌گیرد که سازه‌های اساسی انسانی را دربرگرفته و امکان بازسازی کامل آنها وجود ندارد، مانند بیماری‌های ژنتیک، ارگانیک و... از این میان، برخی ناتوانی‌های یادگیری را اختلال نمی‌دانند و آنها را در حوزه ناتوانی‌ها طبقه‌بندی می‌کنند.

سلامت روانی

با توجه به تعریف آسیب‌شناسی روانی، آیا می‌توان فقدان نشانه را علامت سلامت روانی دانست؟ وقتی اختلال نداریم، کیفیت زندگی ما چگونه است؟ سلامت روانی چیست؟ آیا ماهیتی مستقل از بیماری روانی دارد؟ آیا می‌توان گفت هر آنچه اختلال پدید آورد، فقدانش به سلامت می‌انجامد؟ آیا سلامت روانی و اختلال دوسوی یک طیف هستند؟ و آیا عوامل ایجاد سلامت روانی از عوامل ایجاد اختلال روانی مستقل است؟ اگر سلامت جسمانی را فقدان

نشانه بیماری بدانییم، سلامت روانی بیش از هر چیزی به معیار کنش‌وری فرد مربوط است. آن کس که در بالاترین سطح کنش‌وری خود باشد، فرد رشدیافته یا شکفته^۱ می‌گوییم (فردریکسون و لوسادا، ۲۰۰۵؛ کی‌یس، ۲۰۰۹؛ به نقل از اولتیمانز و امری، ۲۰۱۵).^۲ آنها کسانی هستند که خیلی از هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، به زندگی علاقه‌مندند و به آرامش و راحتی تمایل دارند و نسبت به خود و دیگران بازخوری مثبت دارند. آنها معنا و جهت زندگی خود را یافته و رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد با دیگران ایجاد کرده‌اند. سلامت روانی کامل مستلزم ظهور چنین ویژگی‌های سازگاران‌ه‌ای است؛ بنابراین رویکردهای جامع نسبت به سلامت روانی در جامعه با دو موضوع مهم سروکار دارند: تلاش برای کاهش فراوانی و آثار اختلال روانی و طراحی فعالیت‌هایی برای بهبودی و تسهیل دستیابی به شکوفایی (التیمانز و امری، ۲۰۱۵). دیدگاه روان‌پویشی، سلامت روانی را در شاخص‌های مختلفی مانند هویت، روابط موضوعی، تحمل عاطفی، تنظیم عاطفی، وحدت‌یافتگی، واقعیت‌آزمایی، و تاب‌آوری جستجو می‌کند. از این نظر اگر عوامل تنیدگی‌زا بر کنش‌وری شخصیت غلبه کند، فرد سلامت روانی خود را از دست می‌دهد (نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۴).

اگر بعد معنوی انسان را اصیل بدانییم، آنگاه سلامت معنوی جایگاه مهمی در سلامت روان‌شناختی خواهد داشت. فعال بودن بعد معنوی سبب جریان یافتن مکانیزم‌های سلامت از جمله معنا، ارزش و هدفمندی می‌شود که نقش مهمی در سلامت روانی ایفا می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۷).

در این صورت سلامت روانی دو سطح اساسی دارد؛ یکی، ایجاد تعادل در ابعاد مختلف وجودی و دیگری، تعالی انسان برای دستیابی به بالاترین ظرفیت‌های انسانی.

تاریخچه

دانستن تاریخچه یک علم، درک بهتری از آن را به ما ارائه می‌دهد؛ زیرا با شناخت آن، متوجه اشتباهات اساسی در تشخیص و درمان اختلالات خواهیم شد و ما را نسبت به احتمال خطای خود در شناخت ماهیت آن علم حساس می‌سازد. در هر عصری بشر به شکل خاصی به تبیین

1. flourishing

2. Oltmanns, T. F. & Emery, R.E.

اختلالات روانی پرداخته است؛ بنابراین اختلال روانی از آغاز با انسان همراه بوده است. شاید بتوان تاریخ آسیب‌شناسی روانی را با تبیین غالب آن در دوران‌های مختلف تبیین کرد.

عصر تبیین آسیب‌ها به عوامل مرموز بیرونی

در ابتدائی‌ترین سطوح تاریخی به دلیل ناشناخته بودن ماهیت اختلالات روانی، آن را به نیروهای مرموز و گاهی غیرانسانی نسبت می‌دادند. پیش از عصر علمی هر پدیده مهارناشدنی را به نیروهای ماوراءالطبیعی نسبت می‌دادند. رفتارهای به ظاهر غیرقابل کنترل فرد نیز به همین ترتیب توجیه می‌شد و آن را به نارضایتی خدایان یا غلبه نیروهای شیطانی نسبت می‌دادند. آموزه‌ای که روح یا وجود شرور می‌تواند در درون انسان نفوذ کرده، به جولان پردازد و کنترل ذهن یا بدن انسان را به عهده بگیرد که آن را «شیطان‌شناسی»^۱ می‌نامیدند. شواهدی مبنی بر این تفکر در فرهنگ‌های یونانی، مصر، چینی و... دیده شده است؛ همچنین شواهدی در کتب مقدس یهودی و مسیحی مبنی بر این باور وجود دارد (کرین و همکاران، ۲۰۱۲). جن‌گیری^۲ یکی از روش‌های درمان بود که در آن به بیرون راندن ارواح خبیثه با دعا، نماز، موسیقی، ضرب و شتم، نوشیدن مواد بسیار بدمزه و... مبادرت می‌ورزیدند. فرض بر این بود که باید محیط بدن بیمار برای این نیروها ناامن شود. برخی نیز به شواهدی در عصر حجر اشاره می‌کنند که مجموعه را برای خروج این نیروهای مرموز از ذهن جراحی می‌کرده‌اند (هیرامون آبلوک و لو، ۲۰۱۳^۳).

عصر تبیین اختلالات با علل جسمی (بی‌تعادلی)

در سطحی دیگر اختلالات روانی را مانند دیگر بیماری‌های جسمی به زمینه‌های بدنی نسبت دادند. در این تفکر که از زمان بقراط^۴ (۳۳۷-۴۶۰ ق. میلاد) و تقریباً به حدود نیم قرن پیش از میلاد تا نیم قرن پس از میلاد مربوط است، علل مشکلات روان‌شناختی را به نامتعادل شدن بدن و مواد مؤثر در آن مانند اخلاط اربعه یا مواد شیمیایی بدن نسبت می‌دادند. این نوع تفکر را

1. Demonology

2. exorcism

3. Heeramun-Aubeeluck & Lu.

4. Hippocrates