

وضعیت و نقش طرح‌های طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در بازنمایی دانش روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی

The Status and Role of Mental Disorder Classification Schemes in the Representation of Psychiatric and Clinical Psychology Knowledge

Mohammad Ali Goodarzi PhD[✉]

محمد علی گودرزی^۱

Abstract

Classification schemes provide a framework for representing the phenomena and relationships discovered in the field of psychiatry and clinical psychology in a practical manner. This article examines the status of the classification of mental disorders in contemporary psychiatry and clinical psychology, and its role in addressing contemporary human psychological problems, using a descriptive-analytical research method. The tools used included reasoning, comparison, analogy, and interpretation. The data included articles published in the subject area between 1919 and 2025. While the psychiatric classification of mental disorders has significantly contributed to the advancement of scientific research in psychiatry and clinical psychology, and is widely accepted globally, it is not necessarily superior to other classification schemes. Its role in understanding the underlying causes of mental disorders and describing the pathological structures of human nature, as well as guiding the treatment of patients with mental health conditions, has been somewhat limited and reliant on the medical model. Therefore, to address the true nature of the subjects studied in psychiatry and clinical psychology, in line with the developments of the past few centuries, and to meet the needs of therapists and individuals with mental health problems, a paradigm shift in the thinking underlying the classification of mental disorders is necessary. One alternative approach to developing a classification system is to base it on theories of psychotherapy within the field of clinical psychology.

Keywords: Classification, Psychiatry, Clinical Psychology, Mental Disorders

چکیده

طرح‌های طبقه‌بندی این امکان را فراهم می‌کنند تا پدیده‌ها و روابط کشف شده در دانش روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی را در قالبی کاربردی بازنمایی کنیم. در این پژوهش، وضعیت طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی معاصر و نقش آن در حل مشکلات روان‌شناختی انسان معاصر با استفاده از روش پژوهش توصیفی-تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده شامل استدلال، مقایسه، قیاس و تفسیر بود. داده‌ها شامل مقالات منتشرشده در حیطه موضوع بین سال‌های ۱۹۱۹ تا ۲۰۲۵ بود. طبقه‌بندی روان‌پزشکی اختلال‌های روانی هرچند به گسترش تحقیقات علمی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی کمک شایانی کرده است و از سوی جامعه جهانی از ابعاد مختلف مورد پذیرش قرار گرفته است، لزوماً در مقایسه با سایر طرح‌های طبقه‌بندی از پتانسیل بالاتری برخوردار نیست و نقش آن در شناخت علل زیربنایی اختلال‌های روانی و توصیف ساختارهای مرضی طبیعت انسان و جهت‌دهی به امر درمان بیماران دچار عارضه‌های روانی کم‌رنگ و وابسته به مدل پزشکی بوده است. بنابراین، به‌منظور پرداختن به ماهیت واقعی موضوعات مورد بررسی رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، متناسب با تحولاتی که در چند قرن اخیر رخ داده است و برآوردن نیازهای درمانگران و افراد دارای مشکلات روانی نیاز به تغییر پارادایم فکری است که بر مبنای آن طبقه‌بندی اختلال‌های روانی صورت می‌گیرد. یکی از طرح‌های جایگزین تدوین طبقه‌بندی بر مبنای نظریه‌های روان‌درمانی در حوزه روان‌شناسی بالینی است.

واژه‌های کلیدی: طبقه‌بندی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی، اختلال‌های روانی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۴/۱/۲۴

۱. بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی و پژوهشکده تحول در علوم انسانی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

✉ Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, and Institute for Transformation in Huminities, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
Email: mgoodarzi@rose.shirazu

● مقدمه

انسان برای فهم دنیای اطراف خود از نیروی تفکر بهره می‌جوید. یکی از وجوه تفکر، دسته‌بندی اشیاء و موجودات براساس ویژگی‌های مشترک و نام‌گذاری آنهاست. فرایندی که روان‌شناسان آن را تشکیل مفهوم (concept formation) می‌نامند. مفاهیم به انسان کمک می‌کند که بدون دستکاری اشیاء و موجودات در مورد آنها به تفکر پردازد و برای مواجهه‌های بعدی با آنها آمادگی‌های لازم را در خود ایجاد نماید. وقتی فرایند تشکیل مفهوم براساس اصول علمی صورت می‌پذیرد، آن را طبقه‌بندی می‌نامند. طبقه‌بندی یکی از اساسی‌ترین عملکردهای ذهن انسان است که توسط دانشمندان، فلاسفه و متفکران برای تحلیل جهان هستی به‌کار گرفته می‌شود. براساس فلسفه ارسطویی، وقتی یک شیء به‌خوبی طبقه‌بندی و ویژگی‌های اساسی آن شناخته شد، می‌توانیم بگوییم که آن را شناخته‌ایم. از نظر ارسطو هدف علم، طبقه‌بندی غیر مبهم همه پدیده‌ها براساس ویژگی‌های ذاتی آنهاست (بارنز، ۱۹۹۵).

دانشمندان رشته‌های مختلف، از فلسفه گرفته تا سایبرنتیک (cybernetics)، مفهوم دانش و شیوه‌های بیان آن را مورد بحث قرار داده‌اند. تمایزهایی بین مشاهده، ادراک و حتی توصیف اشیاء و شناخت واقعی آنها گذاشته می‌شود. دانستن، به فرایند انسجام‌بخشی به واقعیت‌های اشیاء و زمینه‌ای که در آن اشیاء و فرایندها حضور دارند اطلاق می‌شود. حتی در محاوره عادی هم، دانش در مورد شخص یا شیء، همیشه برحسب روابط و معانی عمیق و جایگاه آن در زمان و فضا بیان می‌شود. شناخت اتومبیل‌ها نه تنها شامل فهم مکانیک اتومبیل می‌شود، بلکه دانش در مورد تعامل فرایندهای مکانیکی و حتی عواملی نظیر زیبایی، اقتصاد و روان‌شناسی اتومبیل را نیز دربر می‌گیرد (زالتا، ۲۰۲۵، کوازنیک، ۱۹۹۹).

فرایند کشف و تولید دانش در علم معمولاً شامل مراحل مثل جستجوی منظم، مشاهده دقیق، توصیف، تحلیل، ترکیب و آزمایش پدیده‌ها و واقعیت‌ها است. همه این مراحل در یک چارچوب مشخص و بر اساس روش‌ها و تکنیک‌هایی انجام می‌شود که توسط اعضای یک جامعه پژوهشی پذیرفته شده‌اند. این فرایند کاملاً عقلانی نیست، ولی اغلب جهش پیدا می‌کند و آنگاه با فراهم آمدن بینش‌ها، گمانه‌ها و بارقه‌هایی از ایمان تقویت می‌شود (برانوسکی، ۱۹۷۸). علاوه بر این، پژوهش همیشه در چهارچوب یک واقعیت سیاسی و فرهنگی خاص انجام می‌گیرد (اولسون، ۱۹۹۸). هر محقق و در مقیاس بزرگ‌تر هر جامعه پژوهشی در مقاطع مختلف باید به‌طریقی قطعات مجزای دانش را جمع‌آوری نماید و دانش را به‌طریقی به دیگران انتقال دهد که آنها را برای فهم و کشف بیشتر برانگیزد. شیوه‌های مختلفی برای بیان دانش وجود دارد: نظریه‌ها، مدل‌ها، فرمول‌ها، انواع مختلف گزارش‌های توصیفی و مقاله‌های جدلی (کوازنیک، ۱۹۹۹).

یکی از شیوه‌هایی که از طریق آن دانش جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و بیان می‌شود، طبقه‌بندی است. فرایند طبقه‌بندی را به‌عنوان یک ابزار مبتکرانه می‌توان در مراحل اولیه کشف، تحلیل و نظریه‌پردازی علمی به‌کار برد (دیویس، ۱۹۸۹). وقتی مفاهیم و روابط بین آنها شناخته شدند، طبقه‌بندی را می‌توان به‌عنوان بازنمایی غنی (full representation) از آنچه دانسته شده است به‌کار برد و بنابراین ابزاری مفید در برقراری ارتباط بین دانشمندان و در ایجاد یک حلقه جدید از کاوش، مقایسه و نظریه‌پردازی است. یک طبقه‌بندی خوب مانند یک نظریه خوب عمل می‌کند و مفاهیم را در ساختاری مفید به هم متصل می‌کند. اگر طبقه‌بندی موفقیت‌آمیز باشد مانند نظریه به توصیف، تبیین و کشف می‌پردازد و ویژگی‌های برانندگی، اختصار و قدرتمندی را دربردارد (دیویسون و نیل، ۲۰۲۱، فرث و تاسمان، ۲۰۰۸؛ کوازنیک، ۱۹۹۹).

طبقه‌بندی در ارتباط بین متخصصان و سازمان‌دهی دانش بشری و به‌کارگیری صحیح آن کمک شایانی می‌کند. فرایند منظم کردن افراد یا اشیاء در گروه‌هایی برحسب خصوصیات مشترک آنها طبقه‌بندی نام دارد. طبقه‌بندی بر مبنای شناخت تفاوت‌ها و مشابهت‌های بین اشیاء و وقایع صورت می‌پذیرد. در طبقه‌بندی علمی با دسته‌بندی پدیده‌ها در طبقات خاص تلاش می‌شود، قوانین و نظریه‌هایی برای هر طبقه تدوین شود تا دانشمند بتواند از آنها جهت تبیین و پیش‌بینی وقایع استفاده کند (دیویسون و نیل، ۲۰۲۱، فرث و تاسمان، ۲۰۰۸؛ ترنر و هرسن، ۱۹۸۴).

بررسی طبقه‌بندی‌های موجود اختلال‌های روانی نشان می‌دهد که روش ثابت و معتبری برای طبقه‌بندی علمی اختلال‌های روانی وجود ندارد. بسته به این که هدف از طبقه‌بندی چه چیزی باشد و از کدام مبانی نظری پیروی شود، نوع طبقه‌بندی متفاوت خواهد بود.

از یک سو، در نظریه‌های مختلف، مفروضات متفاوتی در این مورد وجود دارد که چه چیزی باید واقعی، معتبر، مربوط و مفید در نظر گرفته شود و از سوی دیگر مفروضات متفاوتی در مورد ماهیت فرایندهای علّی در اختلالات روانی وجود دارد. این عوامل موجب می‌شود طبقه‌بندی اختلالات روانی با پیچیدگی‌هایی مواجهه شود.

مبنا و پایه طبقه‌بندی اختلالات روانی می‌تواند علت‌شناسی (etiological classification)، ویژگی‌های بالینی (ریخت) (طبقه‌بندی توصیفی) (descriptive classification)، مقوله‌ها یا سلسله مراتب (طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی) (categorical or hierarchical classification)، ابعاد (طبقه‌بندی ابعادی) (dimensional classification)، عملکرد طبیعی (طبقه‌بندی جوهری) (intrinsic classification)، قضاوت‌های ارزشی (طبقه‌بندی اخلاقی) (moral classification) و درونی یا برونی بودن (طبقه‌بندی درونی‌گرایی - برونی‌گرایی) (externalism-internalism classification) باشد.

اگر شروع طبقه‌بندی اختلالات روانی در علم روان‌پزشکی معاصر بر مبنای مدل پزشکی را انتشار کتاب کرپلین (Kraepelin) تحت عنوان «مجموعه روان‌پزشکی» (psychiatry compendium) در سال ۱۸۸۳ بدانیم، از آن زمان تاکنون حدود یک قرن و نیم می‌گذرد و در طول این مدت توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا با پنج بار تجدید نظر کامل در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (diagnostic and statistical manual of mental disorders) (DSM) دگرگونی‌های زیادی در نظام طبقه‌بندی کرپلین به وجود آمده است و اندیشمندان مختلفی درباره ماهیت و کارآمدی طبقه‌بندی اختلالات روانی بر مبنای مدل پزشکی قلم‌فرسایی کرده‌اند. این پژوهش در صدد توصیف انواع طبقه‌بندی در علم به‌طور کلی و مشخص ساختن نوع طبقه‌بندی که در رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی معاصر برای طبقه‌بندی مشکلات رفتاری، شخصیتی، عاطفی و شناختی انسان مورد استفاده قرار می‌گیرد و تعیین جایگاه این نوع طبقه‌بندی در میان سایر طرح‌های طبقه‌بندی و بررسی نقش طبقه‌بندی روان‌پزشکی در حل مشکلات جامعه انسانی از نگاه تفسیری و تحلیلی است.

• روش

برای بررسی وضعیت و نقش طبقه‌بندی اختلالات روانی در رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی از روش توصیفی - تحلیلی (descriptive-analytical method) (پاور، ۲۰۲۱، کرسول و کرسول، ۲۰۱۷؛ رضویه، ۱۳۹۳) استفاده شد. در این روش، ابتدا با استفاده از مقالاتی که محقق در طول سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۴ مورد مطالعه قرار داده است به توصیف انواع طبقه‌بندی در علوم مختلف پرداخته است. این مقالات در فاصله سال‌های ۱۹۱۹ تا ۲۰۲۵ در مجلات معتبر به چاپ رسیده‌اند و در بخش منابع به برخی از آنها اشاره شده است. آنگاه با توسل به ابزارهای توصیفی و تحلیلی جایگاه طبقه‌بندی اختلالات روانی در رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی معاصر در رابطه با موضوعاتی که این دو رشته دارند و در نهایت نقش این نوع طبقه‌بندی در حل مشکلات جامعه بشری مورد کاوش قرار گرفته است.

هدف روش توصیفی - تحلیلی، طبقه‌بندی مجموعه‌ای از اطلاعات گوناگون با توسل به ابزارهای عقلی مانند استدلال (reasoning)، مقایسه (analogy)، قیاس (induction) و تفسیر (interpretation) برای دستیابی به الگویی معین از پدیده مورد مطالعه است (کرسول و کرسول، ۲۰۱۷؛ پاور، ۲۰۲۱، رضویه، ۱۳۹۳). الگوی معینی که در پژوهش حاضر مورد نظر است، مشخص کردن جایگاه و وضعیت فعلی و آتی طبقه‌بندی اختلالات روانی معاصر در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی است.

روایی (validity) نتایج روش توصیفی - تحلیلی که محقق در این پژوهش به‌کار برده است به چند گزاره زیر برمی‌گردد: ۱- محقق از سال ۱۳۸۵ تاکنون در مورد موضوع مورد بحث در این مقاله مطالعات لازم را انجام داده است و با آثار شماری از دانشمندان روان‌پزشکی و روان‌شناسی آشنایی لازم را پیدا کرده است. ۲- مقدمات استنتاج‌های محقق در این مقاله براساس آثار شماری از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بنا شده است که در زمینه طبقه‌بندی اختلالات روانی سال‌ها قلم‌فرسایی کرده‌اند و در این زمینه‌ها صاحب نظر بوده‌اند. تحلیل‌های محقق با نظرات این اندیشمندان هماهنگی دارد. ۳- بخش توصیفی این مقاله وضعیت فعلی طبقه‌بندی اختلالات روانی روان‌پزشکی را در مقایسه با طرح‌های طبقه‌بندی‌های مرسوم در سایر علوم مقایسه کرده است و از روش‌های استدلالی، مقایسه‌ای و قیاسی برای تبیین وضعیت موجود طبقه‌بندی معاصر اختلالات روانی استفاده کرده است. بنابراین، همه خوانندگان می‌توانند با توسل

به روشی مشابه در مورد روایی نتیجه‌گیری‌های محقق قضاوت کنند. طرح‌های طبقه‌بندی مختلفی برای سازماندهی دانش بشری در علوم مختلف توسعه و تکامل یافته‌اند. در این مقاله، ابتدا به بررسی مهم‌ترین طرح‌های طبقه‌بندی دانش بشری که با موضوع رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی مرتبط باشند می‌پردازیم. آنگاه با استفاده از ابزارهای تفسیری مانند استدلال، مقایسه و استنتاج وضعیت فعلی و نقش طبقه‌بندی معاصر اختلال‌های روانی را در رشته‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی مورد بحث قرار خواهیم داد و در بخش نتیجه‌گیری با توجه به تحلیل‌های مطرح شده در شرح انواع طبقه‌بندی و جایگاه و نقش طبقه‌بندی در علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، مسیر پیش روی این دو رشته را در طبقه‌بندی دانشی که حاصل می‌شود ترسیم خواهیم کرد.

• یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در علوم مختلف از الگوهای متنوعی برای طبقه‌بندی استفاده می‌شود. مهم‌ترین این الگوها شامل طبقه‌بندی علت‌شناختی، طبقه‌بندی توصیفی، طبقه‌بندی ابعادی، طبقه‌بندی جوهری، طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی، طبقه‌بندی مبتنی بر درونی‌گرایی و برونی‌گرایی و طبقه‌بندی مبتنی بر ارزش‌گرایی است. در ادامه، هر یک از این انواع طبقه‌بندی به تفصیل شرح داده می‌شود و کاربردها و محدودیت‌های آنها در طبقه‌بندی اختلالات روانی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

طبقه‌بندی علت‌شناختی

در این نوع طبقه‌بندی که برگرفته از مدل پزشکی است، مفروضه اصلی این است که برای هر اختلال روانی تنها یک علت وجود دارد. هرچند طبقه‌بندی بیماری‌ها بر مبنای علت‌شناسی در علم پزشکی (medical model) موفقیت‌های شایان توجهی را به دنبال داشته است، به‌کارگیری این روش در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی به دلیل ابهامات مختلفی که در علت‌شناسی این اختلال‌های وجود دارد با دشواری‌های زیادی روبه‌رو بوده است. پژوهش‌های زیادی که در چند قرن گذشته تلاش کرده‌اند برای اختلال‌های روانی مختلف (مانند اسکیزوفرنیا، اختلال وسواسی اجباری و غیره)، یک علت را پیدا کنند به نتیجه ملموسی دست نیافته‌اند (باکر، ۲۰۲۱؛ تیمی، ۲۰۱۴؛ انکاستر، ۲۰۱۰؛ میدلتون، ۲۰۰۸؛ کندلر، ۲۰۰۵). علاوه بر این، اغلب یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که اختلال‌های روانی در اثر چندین عامل خطر ژنتیک در تعامل با چندین عامل خطر محیطی به‌وجود می‌آیند که هیچ‌یک از عوامل خطر نسبت به عوامل دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار نیست (باکر، ۲۰۱۹؛ بزاجار و کندلر، ۲۰۱۰). هرچند به‌طور قطع نمی‌توان به طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر مبنای علل منفرد پرداخت، در برخی تصمیم‌گیری‌های تشخیصی، اولویت‌بخشی به دسته خاصی از عوامل خطر در ایجاد اختلال‌های روانی به دلایل عملی مفید به‌نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، اگرچه در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی توفیق چندانی برای کشف علل زیست‌شناختی اختلال‌های روانی وجود نداشته است، نظریه‌های روان‌درمانی علل گوناگونی را برای اختلال‌های روانی مورد توجه قرار داده‌اند. به‌عنوان مثال، در نظریه‌های رفتاری علت اختلال‌های روانی مانند ترس و اضطراب به یادگیری و شرطی‌سازی؛ در نظریه‌های شناختی علت اختلال‌های روانی به افکار، نگرش‌ها و طرحواره‌ها و در نظریه‌های مبتنی بر خانواده به سیستم و نحوه تعامل اعضای خانواده با یکدیگر نسبت داده می‌شود. با وجود این که به‌طور قطع نمی‌توان گفت که این نظریه‌ها واقعیت‌های قطعی را در مورد نحوه ایجاد اختلال‌های روانی عنوان می‌کنند، مشاهدات، تجربیات، نتایج درمانی و گزارش‌های مختلف حاکی از این است که مفروضات نظریه‌های مختلف روان‌درمانی با واقعیت‌ها سازگاری دارند و این احتمال وجود دارد که بر مبنای این تجربیات و واقعیات بتوان به‌نوعی طبقه‌بندی علمی مبتنی بر نظریه‌های روان‌درمانی پرداخت (راسکین، ۲۰۱۹).

طبقه‌بندی توصیفی

این نوع طبقه‌بندی با استفاده از روش مشاهده و مصاحبه بالینی به توصیف علائم، نشانه‌ها، سیر و نتیجه یک نشانگان یا سندرم بالینی (clinical syndrome) می‌پردازد. متخصصان بالینی معتقدند توصیف دقیق علائم، نشانه‌ها، سیر و نتیجه معمول یک حالت بالینی (طبقه‌بندی توصیفی) شرایط کافی را برای به‌رسمیت شناختن آن به‌عنوان یک اختلال فراهم می‌کند (رایبیر و گیوز، ۱۹۷۰). یکی از انواع طبقه‌بندی توصیفی، طبقه‌بندی ریخت‌شناسی است. این نوع طبقه‌بندی براساس «ریخت‌ها» یا شکل‌بندی «ویژگی‌ها» انجام می‌گیرد. در اینجا، تعلق به یک ریخت، مستلزم وجود همه ویژگی‌های مشخص‌کننده آن نیست، بلکه کافی است که فرد واجد

چند ویژگی اصلی باشد. مبنای استخراج ریخت‌ها استفاده از روش‌های شهودی مبتنی بر مشاهده و تجربه بالینی یا روش‌های آماری است (دادستان، ۱۴۰۳، ص ۴۴).

طبقه‌بندی توصیفی برای شروع حرکت در یک زمینه علمی اطلاعات مفیدی را فراهم می‌کند. این نوع طبقه‌بندی در شروع حرکت روان‌پزشکی مدرن اطلاعات نسبتاً خوبی را برای طبقه‌بندی اختلال‌های مختلف روانی در قالب راهنماهای DSM-V و ICD-10 فراهم کرده است و کمک شایانی به سازمان‌دهی، ارتباط متخصصان، تحقیق و توسعه و گسترش دانش روان‌پزشکی کرده است. با وجود این، طبقه‌بندی‌های توصیفی اختلال‌های روانی ارتباط مستحکمی با روش‌های درمانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی و سایر رشته‌های مرتبط ندارد و کارآمدی آن توسط محققان مختلف، به‌ویژه برای به‌کارگیری در حوزه روان‌شناسی بالینی به‌شدت مورد چالش قرار گرفته است (برای مثال، باکر، ۲۰۱۹؛ بوتلر، ۲۰۱۴ و ۲۰۰۲) و در برخی موارد نیز موجبات تشخیص‌های نادرست و سردرگمی متخصصان و درمانجویان را فراهم کرده است (باکر، ۲۰۲۱، تیمی، ۲۰۱۴).

طبقه‌بندی ابعادی

این نوع طبقه‌بندی، بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی‌ها در ابعاد یا محورهای مختلف یک حالت بالینی صورت می‌گیرد و برای توصیف پدیده‌هایی مناسب است که به‌صورت پیوستار توزیع شده‌اند و مرزهای مشخصی ندارند. کمی‌سازی ویژگی‌ها در این نظام طبقه‌بندی موجب افزایش پایایی (reliability) این نوع طبقه‌بندی می‌شود و اطلاعات بالینی بیشتری در اختیار متخصص بالینی قرار می‌گیرد زیرا در این نوع طبقه‌بندی علاوه بر ارائه کمیت برای ویژگی‌های مرضی، کمیت ویژگی‌های زیر آستانه مرضی (subclinical) نیز گزارش می‌شود. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که طبقه‌بندی ابعادی برای توصیف آن دسته از اختلال‌های روانی که در آنها کمیت یا فراوانی ویژگی‌ها بیش از حضور یا نبود حضور آنها اهمیت داشته باشد، مناسب‌تر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲، نرو و کوهل، ۲۰۱۱). با وجود این، در عمل نظام طبقه‌بندی ابعادی برای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. متخصصانی که به تدوین DSM-V پرداخته‌اند به‌دلایلی مانند فقدان اجماع متخصصان، مناقشات مربوط به کاربردهای بالینی و فقدان حمایت‌های تجربی، استفاده از این نظام طبقه‌بندی را در شرایط فعلی به‌جز در زمینه مشخص ساختن طبقه‌های فرعی اختلال‌های روانی عملی ندانسته‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲، ص ۱۵).

طبقه‌بندی جوهری

منشاء این نوع طبقه‌بندی، نظریه فلسفی هستی‌گرایی است. بر پایه این دیدگاه فلسفی، همه پدیده‌های هستی دارای ویژگی‌های ذاتی خود هستند. ویژگی یا بنیاد هر چیز سبب می‌شود که آن چیز همان که هست باشد. در این دیدگاه، هیچ چیز بدون ویژگی ذاتی خود نمی‌تواند وجود داشته باشد. هرگاه تعریف از چیزی بیانگر ویژگی‌های بنیادین آن باشد، تعریف دقیق، درست و تغییرناپذیر آن چیز خواهد بود. مقوله‌های جوهری منعکس‌کننده تمایزهای واقعی، عینی و اصلی که در طبیعت یافت می‌شود، هستند و نه قراردادهایی که بسته به افراد یا زمینه‌ها تفاوت پیدا می‌کنند. جوهر مقوله‌ها، مسؤول تعلق شیء به آن مقوله است و از لحاظ علّی ویژگی‌های نوعی عناصر مقوله را ایجاد می‌کند. مقوله‌های جوهری، مرزهای متمایز و نه مبهم یا فازی دارند. یک موجود یا درون یک مقوله می‌گنجد یا نمی‌گنجد. مقوله‌های جوهری متجانس هستند و عناصر مقوله، ویژگی‌های مشترکی دارند، هر چند تفاوت‌هایی با یکدیگر نیز دارند. جوهرها و مقوله‌های منطبق با آنها تغییرناپذیر و در نتیجه پایدارند. جوهرها جنبه ذاتی و نه عرضی و اعتباری عناصر مقوله‌ها هستند. جوهرها فطری هستند و در بدو پیدایش یک پدیده ظهور و بروز دارند. جوهرها، مکنون و غیرقابل مشاهده هستند. بنابراین، جوهر ویژگی عمیق پدیده است و باید از ویژگی‌های ظاهری عناصر تمایز داده شود (نیوفلد، ۲۰۲۲).

تاکنون طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر مبنای جوهر یا ماهیت اختلال‌های روانی صورت نگرفته است و در زمینه این که کدام اختلال‌های روانی ذاتی هستند بین متخصصین توافق نظر وجود ندارد. با وجود این، کوشش دانشمندان اسلامی در سده‌های هشتم تا دوازدهم هجری برای طبقه‌بندی فضائل و رذائل اخلاقی را می‌توان در زمره طبقه‌بندی‌های جوهری قرار داد زیرا در این نوع طبقه‌بندی فرض زیربنایی این بوده است که براساس مفاهیم قرآنی، انسان از دو بعد الهی و شیطانی ساخته شده است و بنابراین در پیش گرفتن هریک از این دو مسیر ذاتی منجر به نتایج متفاوتی خواهد شد. در پیش گرفتن بعد الهی منجر به تکوین ویژگی‌های الهی یا به قول دانشمندان اسلامی فضائل اخلاقی و در پیش گرفتن بعد شیطانی منجر به تکوین ویژگی‌های شیطانی یا رذائل اخلاقی خواهد شد. فضائل

اخلاقی مواردی مانند علم، شجاعت، عدالت، فروتنی، رشادت و رذائل اخلاقی مواردی مانند ترس، وسوسه، کینه، کبر، خودستایی و غیره است (گودرزی، ۱۴۰۲). با وجود این، ممکن است تحلیل فوق‌الذکر مورد توافق آن دسته از روان‌شناسان یا روان‌پزشکان معاصر که در شناخت انسان کاربرد دیدگاه دینی را جایز نمی‌دانند، نباشد و برای رواسازی چنین دیدگاهی لازم باشد مطالعات تجربی قابل قبولی روی طبقه‌بندی دانشمندان اسلامی قرون سوم تا هشتم شمسی (هشتم تا چهاردهم میلادی) صورت گیرد.

یکی از انواع طبقه‌بندی جوهری، طبقه‌بندی مبتنی بر عینی‌گرایی (objectivism) است. عینی‌گرایی به معنای قبول این نکته است که تبیین یا بازنمایی عینی از جهان خارجی امکان‌پذیر است و دریافت‌های انسانی از امور هرچه باشد، تفاوتی در آن امور ایجاد نمی‌کند. جهان عینی مستقل از ذهن، دانایی و خودآگاهی انسان، قانون‌های خودش را دارد و انسان باید آن قانون‌ها را بشناسد. عینی‌گرایان معتقدند که ارزشیابی امور برحسب معیارهای ذهنی خوب یا بد نباید تأثیری بر طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بگذارد. عینی‌گرایان معتقدند بد دانستن یک حالت روانی موجب می‌شود که در مورد آن حالت مطالعه کنیم، ولی وقتی ارزشیابی اولیه به عمل آمد ما باید به مطالعه عینی و واقع‌گرایانه آن حالت عاری از قضاوت ارزشی پردازیم. یکی از فرضیات اصلی رویکرد عینی‌گرا، فرض عملکرد طبیعی است (الیس، ۲۰۱۰). برای مثال، در مراتب تکامل چشم‌ها به منظور دیدن و گوش‌ها به منظور شنیدن رشد یافته‌اند و اگر این عملکردهای طبیعی قابل انجام نباشند، آنگاه با یک بیماری یا اختلال روبه‌رو هستیم. به‌طور مشابه، می‌توان معیارهایی را برای عملکرد شناختی - عاطفی طبیعی در نظر گرفت، ولی اثبات درستی و طبیعی بودن این معیارها کار دشواری است. برای مثال، آیا اختلال شخصیت اسکیزوئید بیانگر اختلال در عملکرد طبیعی روان‌شناختی است یا یک گونه طبیعی شخصیت است که در بعضی از زمینه‌های خاص غیرانطباقی است؟ بدون داشتن شواهد محکم در مورد گونه‌های طبیعی شناخت، عاطفه و شخصیت، مشکل است که بتوان فارغ از قضاوت‌های ارزشی به تعیین گونه‌های انطباقی و طبیعی شخصیت پرداخت.

طبقه‌بندی جوهری از ویژگی‌های ممتاز عینی‌بودن، ذاتی‌بودن، دقیق و تغییرناپذیربودن، سلسله‌مراتبی بودن و جامع و مانع بودن برخوردار است که همه علوم به دنبال دستیابی به آن هستند. با وجود این، به‌کارگیری این نوع طبقه‌بندی در طبقه‌بندی اختلال‌های روانی از لحاظ فیزیکی قابل رؤیت نیستند، دشوار و نیاز به شناخت ماهیت و ذات انسان دارد که روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی هنوز به چنین درکی از انسان دست نیافته‌اند.

طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی

نوع دیگر طبقه‌بندی جوهری، طبقه‌بندی است که در علوم زیستی به نام طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی رواج یافته است. این نوع طبقه‌بندی مانند طبقه‌بندی جوهری ویژگی‌های زیر را دارد.

الف- ترتیب طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی است (هر عضو طبقات زیرین باید همه ویژگی‌های طبقه بالاتر را داشته باشد)

ب- هر طبقه براساس ویژگی‌های لازم و کافی تعریف می‌شود (هر ویژگی برای تعلق به طبقه‌ای خاص لازم و مجموع آنها کافی است)

ج- هر طبقه متمایز از طبقات دیگر است و تعریف روشنی دارد یا برحسب اصول منطقی، جامع و مانع است. بنابراین، در این نوع طبقه‌بندی، طبقه‌های مرزی پذیرفته نمی‌شود.

د- اعضای هر طبقه نسبتاً متجانس هستند.

طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی بیشتر در علوم زیستی (جانورشناسی، گیاه‌شناسی) مورد استفاده قرار گرفته است. در روان‌پزشکی، کرپلین (۱۹۸۵) به نقل از دادستان، ۱۴۰۳، ص ۴۲) تلاش کرد با استفاده از منطق این نوع طبقه‌بندی و تعریف طبقات اختلال‌های روانی بر مبنای نشانه‌شناسی، علت‌شناسی، پدیدآیی مرضی و روش‌های درمانی به طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بپردازد. آخرین شکل تجدیدنظرشده رویکرد کرپلین را در طبقه‌بندی اختلال‌های روانی، می‌توان در قالب راهنماهای DSM-V و ICD-10 مشاهده کرد. نتایج پژوهش‌های متعدد روی طبقه‌بندی‌های مذکور نشان داده است که این طبقه‌بندی‌ها از تجانس، تمایز، پایایی و روایی کافی برخوردار نیستند و آنها را نمی‌توان مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی دانست (باکر، ۲۰۲۱؛ باکر، ۲۰۱۹؛ تیمی، ۲۰۱۴؛ بوتلر، ۲۰۱۴ و ۲۰۰۲).

طبقه‌بندی مبتنی بر درونی‌گرایی - برونی‌گرایی

براساس دیدگاه درونی‌گرایی، وقایع داخل بدن برای فهم و تعریف اختلال‌ها اولویت دارند و وقایع بیرونی حداکثر از اهمیت ثانویه برخوردارند. متغیرهای درونی شامل نقایص لوب پیشانی، فزونی سطوح دوپامین، ناتوانی در تحمل محرومیت و یا کمبود اعتمادبه‌نفس است. طرفداران نظریه روان‌تحلیل‌گری که اختلال‌های روانی را ناشی از نارسایی‌هایی در رشد روانی - جنسی قلمداد می‌کنند در شمار درونی‌گرایان هستند.

نقطه مقابل طبقه‌بندی درونی‌گرایی، طبقه‌بندی برونی‌گرایی است. براساس این دیدگاه فلسفی، وقایع بیرون بدن برای فهم و تعریف اختلال‌ها اولویت دارند و وقایع درونی حداکثر از اهمیت ثانویه برخوردارند. متغیرهای بیرونی شامل عواملی مانند تحصیلات والدین، شیوه‌های انضباطی والدین، حوادث ضربه‌آمیز، ازدست‌دادن عزیزان و محرومیت‌های اجتماعی است. در تاریخچه روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی، این اختلال‌ها را تحت عناوینی مانند واکنشی (reactive) (مثلاً افسردگی واکنشی)، موقعیتی (situational) (مانند، اضطراب موقعیتی) و برون‌زاد (exogenous) نام‌گذاری کرده‌اند. در تشخیص‌هایی مانند اختلال استرس پس از سانحه، اختلال‌های خوردن و اختلال‌های انطباقی نیز تمرکز بر برونی‌گرایی، آشکار است. برونی‌گرایان افراطی تمایل دارند که ماهیت درونی افراد را ثابت فرض کنند و تفاوت‌های بین افراد را به عوامل محیطی نسبت دهند. به‌طور کلی، رفتارگرایان را می‌توان در شمار برونی‌گرایان قلمداد نمود. برونی‌گرایان معتدل به یک رویکرد تعاملی اعتقاد دارند که در آن حوادث درون ذهن را نمی‌توان از تعامل ارگانیزم با دنیای برونی جدا کرد. یک روان‌شناس بالینی برونی‌گرا، سعی می‌کند که برای اختلال‌های روانی عوامل زمینه‌سازی را جستجو کند و معتقد است که این عوامل زمینه‌ساز در درمان طولانی‌مدت اختلال‌ها تأثیرگذار است. هرچند برونی‌گرایان معتدل، اولویت را به متغیرهای محیطی می‌دهند، آنها اعتقاد دارند که عوامل درونی نیز در ایجاد تفاوت‌های فردی نقش دارند. برای مثال، اثر ضربه ممکن است به‌واسطه عوامل آسیب‌پذیر درونی یا عوامل محافظتی درونی تعدیل شود. به‌عبارت دیگر، وقایع خارجی به‌تنهایی نمی‌توانند، نتایج را تبیین کنند (دانشنامه فلسفی استنفورد، ۲۰۰۵).

از ترکیب دو رویکرد درونی‌گرایی - برونی‌گرایی می‌توان به یک طرح طبقه‌بندی درونی‌گرایی - برونی‌گرایی دست‌یافت که در آن نقش عوامل درونی و برونی برحسب داده‌های پژوهشی تعریف می‌شود. برای طراحی این طرح طبقه‌بندی نیاز به پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه اولویت ابعاد درونی یا برونی اختلال‌های روانی است. در حال حاضر طرح طبقه‌بندی درونی‌گرایی - برونی‌گرایی ساختار علمی مستحکمی به‌خود نگرفته است و کمتر مورد توجه و نقد متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی قرار گرفته است. این طرح طبقه‌بندی از لحاظ اینکه توجه متخصصان را به ابعاد برونی یا درونی مؤثر در اختلال‌های روانی معطوف می‌کند، در میدان عمل مفید و کاربردی است زیرا به‌محض دانستن اینکه در پدیدآیی اختلالی عوامل درونی یا برونی ذی‌نقش هستند، متخصص بالینی می‌تواند توجهش را از بعد مقابل برگیرد و انرژی لازم را برای تغییر بعد مورد نظر صرفه‌جویی کند. با وجود این، این طرح طبقه‌بندی بسیار کلی است و در هرکدام از ابعاد درونی و برونی نیاز به طبقه‌بندی‌های تفصیلی وجود دارد. خوشبختانه، داده‌های تجربی این نوع طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در چند دهه گذشته به‌صورت پراکنده وجود دارد و ضرورت دارد متخصصان بالینی این اطلاعات را در جهت توسعه این نوع طبقه‌بندی مرور و سازمان‌دهی کنند.

طبقه‌بندی مبتنی بر ارزش‌گرایی

در این نوع طبقه‌بندی سلامتی و بیماری به‌عنوان مفاهیم ارزشی قلمداد می‌شوند. در این دیدگاه، بیماری، ناتوانی و رنج حالاتی بد ارزشیابی می‌شوند و بد بودن آنها در ارتباط با الگویی از سلامتی ارزیابی می‌شود. مثلاً، وقتی فردی در نتیجه شیفت کاری در شب دچار بی‌خوابی می‌شود، ممکن است برای غلبه بر بی‌خوابی به مصرف داروهای ضد اضطراب بپردازد تا حالت طبیعی خواب خود را به‌دست آورد. در این دیدگاه، فرض بر این است که دیدگاه ارزشی ما در مورد سلامت موجب می‌شود که ارزش‌های مطلوب مورد توجه قرار گیرند و به‌عنوان ملاک عمل در درمان اختلال‌های روانی قلمداد شوند.

در صورتی که طبقه‌بندی‌های دانشمندان اسلامی از انواع فضائل و راذائل اخلاقی را مبتنی بر ارزش‌های اسلامی و نه ویژگی‌های جوهری انسان بدانیم، این نوع طبقه‌بندی را نیز می‌توان در شمار طبقه‌بندی ارزشی تقسیم‌بندی کرد. طبقه‌بندی ارزش‌گرایی کاربردهای محدودی دارد و در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی از این نوع طبقه‌بندی به‌ندرت استفاده شده است. در صورتی که در نظر داشته باشیم

که اختلال‌های روانی را بر مبنای ارزش‌های هر جامعه تعریف و تبیین کنیم، نمی‌توان انتظار داشت که از چنین طبقه‌بندی یک طرح طبقه‌بندی جهان شمول برای اختلال‌های روانی تدوین شود. ساختن چنین طبقه‌بندی برای محیط‌هایی مناسب است که افراد انسانی را براساس استانداردهای رفتاری خاصی تربیت می‌کنند و متولیان آن محیط‌ها به دنبال ایجاد یک محیط شغلی، خانوادگی و یا جامعه آرمانی هستند. علاوه بر این، در جهان فعلی و به ویژه با توجه به رویکردهای مختلف در علوم جدید، به نظر نمی‌رسد که بتوان از یک جامعه آرمانی در سطح جهانی سخن گفت تا در آن جامعه بتوان طرح طبقه‌بندی ارزش‌گرایی را توسعه داد.

تحلیل وضعیت و نقش طرح طبقه‌بندی توصیفی روان‌پزشکی

در تعیین وضعیت طرح طبقه‌بندی توصیفی روان‌پزشکی معاصر در مقایسه با طرح‌های طبقه‌بندی علوم به طور کلی، همان‌گونه که اشاره شد طرح طبقه‌بندی روان‌پزشکی معاصر برای اختلال‌های روانی یک طرح توصیفی است که فی‌نفسه با طرح علت‌شناسی سلف خود که در مدل پزشکی مطرح است در تضاد است و شرایط و ضوابط آن را رعایت نکرده است. ازسوی دیگر، طرح طبقه‌بندی ابعادی برای اختلال‌های روانی نیز به دلیل عواملی مانند فقدان اجماع متخصصان، مناقشات مربوط به کاربردهای بالینی و فقدان حمایت‌های تجربی توسعه قابل توجهی پیدا نکرده است. طرح طبقه‌بندی جوهری نیز که می‌تواند تعریف جامع و مانعی از اختلال‌های روانی ارائه دهد به دلیل نبود توافق متخصصان در مورد جوهر اختلال‌های روانی و فقدان حمایت‌های تجربی کافی از طرح‌های موجود نتوانسته است توجه متخصصان را به سوی خود معطوف کند. ازسوی دیگر، طرح طبقه‌بندی مبتنی بر درونی‌گرایی-برونی‌گرایی تا زمان تدوین این مقاله فقط در حدود کلی تحقق یافته است و علی‌رغم مفید بودن آن، در سطوح جزئی‌تر، نیاز به سازمان‌دهی مبتنی بر داده‌های موجود دارد. درنهایت، طرح مبتنی بر ارزش‌گرایی در وضعیت فعلی جامعه جهانی، استانداردهای لازم را برای ایجاد یک دانش جهان شمول ندارد.

نقش طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی دست‌کم به دلایل زیر برجسته و قابل توجه است. اولاً، طبقه‌بندی روان‌پزشکی از اختلال‌های روانی زبان مشترکی را بین متخصصان روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی و سایر حرفه‌های یاری‌دهنده ایجاد کرده است. ثانیاً، طبقه‌بندی روان‌پزشکی در جوامع کنونی مبنای عمل بسیاری از نهادهای مدنی مانند درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، بیمه‌های درمانی، دادگاه‌ها، سازمان بهزیستی، دانشگاه‌ها و پژوهشکده‌ها قرار گرفته است و از این طریق خود را توسعه داده است. ثالثاً، طبقه‌بندی روان‌پزشکی زمینه توسعه دانش روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی را از طریق سامان‌دهی شمار زیادی از پژوهش‌ها و مطالعات تجربی فراهم آورده است.

با وجود این، همان‌گونه که از بحث‌های مطرح‌شده در این مقاله استنباط می‌شود در مبنای علمی و فلسفی طبقه‌بندی روان‌پزشکی اختلال‌های روانی (طبقه‌بندی توصیفی) چالش‌های جدی وجود دارد و توسعه طرح‌های طبقه‌بندی جایگزین لازم است توسط متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی و سایر حوزه‌های مرتبط در دستور کار قرار گیرد.

• بحث

طبقه‌بندی، روشی علمی برای شناخت و توصیف اختلال‌های روانی است. در طبقه‌بندی اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال‌ها در چهارچوبی از روابط بازنمایی می‌شوند تا شرایط لازم برای توصیف، تبیین، پیش‌بینی، نوآوری و تولید پرسش‌های جدید فراهم شود. طبقه‌بندی اختلال‌های روانی با فراهم ساختن چهارچوبی مشترک از اختلال‌های روانی، ارتباط بین متخصصان را تسهیل و امکان جمع‌آوری و پژوهش و تحلیل داده‌ها را در زمینه طبقه‌های مورد توصیف فراهم کرده است.

در این مقاله نشان داده شد که در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی به منظور طبقه‌بندی اختلال‌های روانی به صورت پراکنده از همه طرح‌های طبقه‌بندی که در این مقاله توصیف شد، بهره‌گیری شده است. طبقه‌بندی علت‌شناختی از طبقه‌بندی‌های آرمانی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی بوده است که پژوهش‌ها برای دستیابی به آن با توفیق چندانی روبرو نشده‌اند. طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سلسله‌مراتبی توسط کرپلین (۱۹۱۹) با محوریت نظریه روان‌کاوی در اولین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی به کار گرفته شد که به علت فقدان پایایی و روایی تشخیصی در طول زمان به طبقه‌بندی‌های توصیفی تبدیل شد (ترنر و هرسن، ۱۹۸۴). طبقه‌بندی ابعادی به طور محدود در نسخه‌های قبلی و اخیر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به کار گرفته شده است، ولی به دلیل نبود اجماع

متخصصان در مورد کارآمدی آن با محدودیت مواجهه شده است. طبقه‌بندی جوهری به صورت محدود و با توجه به مفاهیم اصیل قرآنی در مورد خلقت انسان برای طبقه‌بندی فضائل و رذائل اخلاقی به کار گرفته شده است، ولی جایگاه این نوع طبقه‌بندی در علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی نامشخص است و علی‌رغم کاربردی بودن این طبقه‌بندی در تعلیم و تربیت، در آثار اندیشمندان روان‌پزشکی و روان‌شناسی از آن خبری نیست. از سوی دیگر، اگر تلاش دانشمندان اسلامی در طبقه‌بندی فضائل و رذائل اخلاقی را وابسته به جهان‌بینی اسلامی بدانیم و به بعد ارزشی آن توجه کنیم، می‌توانیم این نوع طبقه‌بندی را ارزش‌گرایانه نیز قلمداد کنیم. در این صورت، نمی‌توان کاربردهای طبقه‌بندی ارزش‌گرایانه را در حوزه تعلیم و تربیت و توسعه اخلاق فردی و اجتماعی منکر شد. طبقه‌بندی درونی‌گرایی - برونی‌گرایی نیز در رویکردهای روان‌تحلیل‌گری و رفتارگرایی به کار بسته شده‌اند و دلالت‌های کاربردی قابل توجهی برای درمان‌گرانی دارند که با بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی روبه‌رو هستند. با وجود این، این نوع طبقه‌بندی هنوز به طور کامل تکامل نیافته است و لازم است با جمع‌آوری داده‌های موجود در جهت بسط و تعیین زیرطبقه‌های آن مساعی لازم انجام شود.

شایع‌ترین، به‌روزترین و گسترده‌ترین طبقه‌بندی‌های اختلال‌های روانی در عصر حاضر توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا تحت عنوان DSM-V و سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان ICD-10 انجام گرفته است. طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در هر دو این راهنماها بر مبنای نشانه‌شناسی و علائم صورت‌بندی شده است و آنها را می‌توان در شمار طبقه‌بندی توصیفی قرار داد. این نوع طبقه‌بندی مانند طبقه‌بندی‌های علوم زیستی که از نوع مقوله‌ای، سلسله‌مراتبی، علت‌شناختی و جوهری هستند از اعتبار کافی برخوردار نیستند زیرا سندرم‌هایی را توصیف می‌کنند که در مورد وجود یا نبود آنها توافق نظر وجود ندارد و تعاریف آنها جامع و مانع نیستند. به همین دلیل، مقوله‌های این نوع طبقه‌بندی با هم همپوشی دارند و یک بیمار ممکن است به طور هم‌زمان چندین تشخیص را دریافت کند (همابندی مرضی) (comorbidity). علاوه بر این، در پدیدآیی این نوع طبقه‌بندی عوامل علت‌شناختی و درمانی ذی‌نقش نبوده‌اند و ممکن است موجبات سردرگمی درمان‌گران و درمانجویان را فراهم نمایند.

• نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت و نقش طبقه‌بندی روان‌پزشکی اختلال‌های روانی نشان داد که نمی‌توان انتظار داشت که سازه‌ها، مفاهیم و عناوین تشخیصی کنونی که در این طبقه‌بندی (منظور طبقه‌بندی DSM-V است) مطرح شده است به نحو ایده‌آل و دقیقی توان توصیف، تبیین، پیش‌بینی، علت‌شناسی و پاسخ به درمان را در رشته روان‌پزشکی و به‌ویژه روان‌شناسی بالینی داشته باشد. از سوی دیگر، سایر انواع طرح‌های طبقه‌بندی نیز پتانسیل‌های قابل توجهی در ارائه راه حل برای مشکلات روان‌شناختی انسان در مفهوم جهانی آن دارند که با انجام تحقیقات کمی و کیفی باید به بسط و گسترش آنها پرداخت. این وضعیت ضرورت تغییر در پارادیم‌هایی را که براساس آن طبقه‌بندی در علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی صورت می‌گیرد را اجتناب‌ناپذیر ساخته است. شعبه روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی انگلیس (۲۰۱۳)، بیانیه‌ای صادر کرد و در آن اشاره کرد که طبقه‌بندی DSM، محدودیت‌های مفهومی و تجربی قابل ملاحظه‌ای دارد و به همین دلیل در رابطه با تجاری‌سازی که این تشخیص‌ها به آنها اشاره دارد نیاز به یک تغییر پارادیم در جهت یک نظام مفهومی وجود دارد که مبتنی بر مدل بیماری یا مدل پزشکی نباشد (باکر، ۲۰۲۱؛ راسکین، ۲۰۱۹). پیشنهاد این مطالعه برای تغییر پارادیم فکری در زمینه طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در حوزه روان‌شناسی بالینی این است که از نظریه‌های روان‌درمانی به عنوان مبنایی برای تدوین یک طبقه‌بندی جدید و کاربردی استفاده شود. بحث بیشتر در مورد ضرورت‌ها، الزامات و نحوه انجام این تغییر پارادیم و جایگزین‌های احتمالی برای طبقه‌بندی DSM از حیثه این مقاله خارج است و نویسنده به صورت مبسوط در مقالات آتی به آن خواهد پرداخت.

• تشکر و سپاسگزاری

بدین وسیله از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه شیراز در قالب گرنت پژوهشی که نقش مهمی در انجام این تحقیق داشته است، صمیمانه قدردانی می‌شود.

• منابع

- رضویه، اصغر. (۱۳۹۳). روش‌های پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی. شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز.
- گودرزی، محمدعلی. (۱۴۰۲). دین اسلام و طبقه‌بندی اختلال‌های روان‌شناختی. فصل پنجم کتاب مقدمه‌ای بر روان‌شناسی دین تألیف ترخان و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.
- دادستان، پریخ. (۱۴۰۳). روان‌شناسی مرضی تحولی. تهران: انتشارات سمت.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Barnes, J. (1995). *The Cambridge Companion to Aristotle*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anckarsäter, H. (2010). Beyond categorical diagnostics in psychiatry: scientific and medicolegal implications. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 59-65.
- Bakker, G. M. (2021). Psychotherapy Outcome Research: Implications of a New Clinical Taxonomy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29, 1-22.
- Bakker, G. M. (2019). A new conception and subsequent taxonomy of clinical psychological problems. *BMC Psychology*, 7, 1-33.
- Beutler, L. (2014). *Systematic Treatment Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions*. England: Routledge.
- Beutler, L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. United States: American Psychological Association.
- British Psychological Society. (2013). *Position statement on the classification of behavior and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. Leicester:
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Ellis, B. (2010). *Essentialism and natural kinds*. In: Psillos S, Curd M, editors. *The Routledge companion to philosophy of science*. London: Routledge, 139-148.
- First, M. B., & Tasman, A. (2008). *Psychological Classification: A Theoretical Analysis*. American Psychiatric Publishing.
- Davies, R. (1989). The creation of new knowledge by information retrieval and classification. *Journal of Documentation*, 45, 273-301.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2021). *The Classification of Psychological Disorders: A Study of the DSM and ICD*. John Wiley & Sons, Inc.
- Kendler, K. S. (2005). *Toward a philosophical structure for psychiatry*. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433-440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Livingstone. Edinburgh.
- Kwasnik, B. (1999). The role of classification in knowledge representation and discovery. *Library Trends*, 48, 22-47.
- Middleton, H. (2008). Whither DSM and ICD, chapter V? *Mental Health Review Journal*, 13, 4-15.
- Narrow, W., Khul, E. (2011). Dimensional Approaches to Psychiatric Diagnosis in DSM-5. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14, 197-200.
- Neufeld, E. (2022). Psychological essentialism and the structure of concepts. *Philosophy Compass*, 17: e12823. <https://doi.org/10.1111/phc3.12823>.
- Olson, H. A. (1998). Mapping beyond Dewey's boundaries: constructing classification space for marginalized knowledge domains. *Library Trends*, 47, 233-254.
- Pawar, N. (2021). Type of research and type research design. <https://www.researchgate.net/publication/352055750>.
- Raskin, J. (2019). What Might an Alternative to the DSM Suitable for Psychotherapists Look Like? *Journal of Humanistic Psychology*, 59, 368-375.
- Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 126(7), 983-986. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.7.983>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2005). Internalism vs. Externalism in Epistemology. <https://plato.stanford.edu/entries/epistemology/#IntExt>.
- Timi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- Turner, S. M., Hersen, M. (1984). *Adult Psychopathology and Diagnosis*. New York, John Wiley & Sons.
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2010). Philosophical issues in the classification of psychopathology. In P. Zachar & K. S. Kendler (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-IV and ICD-II* (pp. 127-148). New York, NY: The Guilford Press.
- Zalta, E. N. (Ed.). (2025). *Epistemology*. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/epistemology>