



فلسفه ویتگنشتاین و رویکرد بُعدی به طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی: یک طرح مقدماتی

دکتر کیومرث مکی‌نژاد^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

در این مقاله اهمیت اندیشه فلسفی ویتگنشتاین در جهت حمایت از رویکرد بُعدی (dimensional) به طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد و به بعضی از ایده‌های اساسی وی مثل «شباهت خانوادگی»، «دستور زبان»، «بازی زبانی» و ارتباط آنها با مفهوم «بیماری روانی» در شاهکارش، «پژوهش‌های فلسفی»، اشاره می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مقدمه

معضلات فلسفی را در انحلال (dissolution) مسأله می‌دید و نه در پیدا کردن راه حل (solution) مشخصی برای آنها.

«پژوهش‌های فلسفی» (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳) کتابی است که وی بیشتر اندیشه‌های فوق را در آن آورده است. البته وی قبل از تألیف پژوهش‌های فلسفی رساله‌ای در منطق و فلسفه تحت عنوان «رساله منطقی-فلسفی» (ویتگنشتاین، ۱۹۶۱) نوشته بود که با دیدگاه‌های متأخر وی در پژوهش‌ها متفاوت و تا حدودی متضاد بود. ولی آنچه در اندیشه فلسفی نیمه دوم قرن بیستم بیشترین تأثیر را به ویژه در حوزه‌های فلسفه زبان و فلسفه ذهن و فلسفه روان‌شناسی داشته است، پژوهش‌های فلسفی و دیگر آثار مربوط به آن در ۲۰ سال آخر عمر ویتگنشتاین بوده است.

در پزشکی، در حوزه‌هایی که به مفاهیم فلسفی و تئوریک ربط پیدا می‌کنند، ارجاع‌هایی به آثار ویتگنشتاین شده است. مثلاً وینیس (۱۹۹۳) در طبقه‌بندی سرطان‌ها به مفهوم «شباهت‌های خانوادگی» ویتگنشتاین که در پژوهش‌های فلسفی ذکر شده، اشاره کرده است.

لودویک ویتگنشتاین (۱۹۵۱-۱۸۸۹) یکی از بانفوذترین فلاسفه در اندیشه فلسفی قرن بیستم محسوب می‌شود. وی با طرح ایده «بازی‌های زبانی» (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳) و «دستور زبان» (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳) در نگاه به معضلات فلسفی به خصوص معضلاتی که به نوعی به «پدیده‌های ذهنی» مربوط می‌شوند، افق جدیدی گشود و نشان داد که «عمق» پدیده‌های ذهنی را باید در «سطح» جست و ماهیت آنها را باید در منطق «بازی‌های زبانی» و یا «دستور زبان» چنین پدیده‌هایی دید. او اعتقاد داشت که با چنین رویکردی معماهای فلسفی که به پدیدارهای ذهنی مربوط می‌شود؛ «منحل» خواهد شد. در واقع وی راه حل بسیاری از

^۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهار راه لشگر، بیمارستان روزبه.



دانشجویان و همکارانم را قانع کنم که پذیرش چنین مطلبی ناموجه است و ما باید احتمالات دیگر را در نظر بگیریم و تصور بیماری‌ها به شکل بُعدی را هم مدنظر قرار دهیم. بنابراین بعضی پژوهشگران بیان کرده‌اند که تغییرات در علایم روان‌پزشکی ممکن است با در نظر گرفتن «یک ماتریکس منظم از خوشه‌هایی از علایم و نشانه‌های دارای ابعاد» بهتر از مجموعه‌ای از طبقات مجزا نمایش داده شود (ویدیگر و کلارک، ۲۰۰۰). تعدادی دیگر حتی نظری افراطی‌تر بیان کرده و گفته‌اند که هیچ «شاهد تجربی» دال بر وجود «مرزهای طبیعی بین سندرم‌های عمده» وجود ندارد و «هیچ کس تا به حال مجموعه‌ای از علایم و نشانه‌ها یا آزمایش‌هایی را نیافته است که بتواند اختلالات روانی را بدون همپوشانی به طور کامل در طبقات قرار دهد» و نهایتاً اینکه «رویکرد طبقه‌بندی» (categorical) از اساس خطاست (کلونینگر، ۱۹۹۳). همچنان که میل (۱۹۹۲) می‌گوید:

«اکثر فلاسفه علم این نظر را قبول کرده‌اند که یکی از جنبه‌های برتری علم بعد از دوران گالیله نسبت به قرون وسطی این است که مدل‌های نظری بُعدی و کمی جایگزین رویکرد فهم جهان به شکل طبقه‌بندی و ذات‌گرایانه، شده است.» با وجود این به علت سنت طولانی مدتی که در پزشکی وجود داشته و در آن بیماری‌ها را به شکل طبقات مجزا تعریف می‌کرده است، رویکرد بُعدی با مقبولیت کمتری در روان‌پزشکی مواجه شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد که یکی از موانع عمده در پذیرش سیستم بُعدی، بعضی پیش‌فرض‌های فلسفی مانند اعتقاد به ذات‌گرایی (essentialism) یا واقع‌گرایی (realism) در مورد مفهوم «حقیقت بیماری» (disease-entity) در روان‌پزشکی است (آلبرت و همکاران، ۱۹۸۸؛ ولف و همکاران، ۱۹۹۰) که اگرچه می‌تواند در مورد سایر شاخه‌های پزشکی قابل قبول باشد، اما بعید است که در روان‌پزشکی با توجه به «تنوع» علایم و نشانه‌های (signs and symptoms) بیماری‌های روانی، کاربرد قابل قبولی داشته باشد. در بند بُعدی به این موضوع با تفصیل بیشتری پرداخته خواهد شد.

فلسفه ویتگنشتاین و رویکرد بُعدی

نظام‌های کنونی طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی که انواعی از نظام‌های طبقه‌بندی می‌باشند، بر مدل ذات‌گرایی بیماری بنا شده‌اند.

یا هینما (۲۰۰۰) در مقاله خود راجع به معنی پسیکوز، روش ویتگنشتاین را پی می‌گیرد و راجع به «دستور زبان» و «بازی زبانی» پسیکوز به بحث می‌پردازد. برولده (۲۰۰۳) در جزوه‌ای راجع به «مفهوم بیماری روانی» به اختصار به «مفهوم خانوادگی» بیماری روانی به معنایی که ویتگنشتاین در نظر داشت اشاره می‌کند. در مقاله حاضر اهمیت رویکرد فلسفی ویتگنشتاین در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، به خصوص طبقه‌بندی بُعدی، مورد بحث قرار می‌گیرد.

رویکرد بُعدی در

طبقه‌بندی بیماری‌های روان‌پزشکی

در سیستم طبقه‌بندی بُعدی (dimensional)، طبقات مجزایی وجود ندارد. افراد به وسیله عبارات کمی در طول ابعادی ممتد که (معمولاً) توزیع نرمالی در گستره جمعیت دارند، تعریف می‌شوند. از آنجا که ابعاد به شکل یک گستره (continuum) در نظر گرفته می‌شوند، بین دو قطب انتهایی ابعاد مقادیر بینابینی متعدد می‌تواند به شکل کمی بیان شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

بسیاری از محققان معتقدند که وقت آن است که اختلالات شخصیت را به شکل بُعدی در نظر بگیریم (ویدیگرو همکاران، ۱۹۹۴؛ پینکوس و ویگنیز، ۱۹۹۰). همان نظر می‌تواند در مورد اختلالات محور I متن‌بازنگری شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلالات پسیکوتیک مانند اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو) مطرح شود که در آنها نیز یک نوع «مخلوط شدن ممتد» اختلالات روانی دیده می‌شود؛ به طوری که یک اختلال روانی در درون اختلال روانی دیگر ادغام می‌شود. بیماری اسکیزوافکتیو یک نمونه تپیک است. به نظر می‌رسد که این اختلال روانی در حد فواصل اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی قرار می‌گیرد (یاسمی، ۱۹۸۷). کندل (۱۹۹۱) می‌گوید: «در ۲۰ سال گذشته من با پذیرش گسترده این مطلب که اسکیزوفرنی و اختلال مانیک-دهرسیو بیماری‌های جدا هستند، فقط به این دلیل که ما به آنها نام‌های متفاوتی داده‌ایم، دچار نگرانی و سرخوردگی بوده‌ام. من بارها و بارها تلاش کرده‌ام که



ولی ایده ذات‌گرایی بیماری چنین مفروض می‌دارد که برای «تعریف» بیماری روانی حتماً می‌بایست واقعیتی پنهان (مثلاً واقعیتی نوروساینسی یا ژنتیک مولکولی) در پشت آنچه آشکار است (یعنی گروه‌های علائم و نشانه‌ها) در نظر گرفت؛ به طوری که پس از دسته‌بندی علائم و نشانه‌ها، هر بیماری روان‌پزشکی با یک مجموعه مجزا از آن واقعیت نوروساینسی یا ژنتیک مولکولی «هم‌ارزی» داشته باشد. گویی که تنها راه فهم «علمی» یا تعریف «معتبر» از یک بیماری روان‌پزشکی چنین رویکردی است. اما فلسفه ویتگنشتاین دقیقاً نقطه مقابل این پیش فرض است. بنابر فلسفه او، در فهم «درست» و تعریف «معقول» از یک بیماری روان‌پزشکی، صرف دانستن منطق «بازی زبانی» بیماری‌های روان‌پزشکی، مجموعه علائم و نشانه‌های بیماری‌هایی که به فرآیندهای ذهنی مربوط می‌شود، کفایت می‌کند و فرض چیزی عمیقتر (اعم از مادی یا غیر مادی) در پشت پدیده‌های فوق، فرضی غیرضروری و اجتناب پذیر است. به بیان دیگر با توجه به «غنا»ی دسته‌های علائم و نشانه‌ها در روان‌پزشکی که امکان چنین «دستور زبانی» را فراهم می‌کند، برای تعریف چنین بیماری‌هایی «دستور زبان» علائم و نشانه‌ها کفایت می‌کند چرا که:

«ذات» را دستور زبان بیان می‌کند. (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳)

و

«دستور زبان» می‌گوید که هر چیزی چگونه ایزه‌ای است: (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳)

و

به «بازی زبانی» به عنوان آنچه اولیه است نگاه کنید... (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳)

و

اغلب به دیدن چنین تصویری می‌رسیم؛ یک بازی زبانی تصویری تمام عیار از دستور زبان ما، نه [ذات] واقعیت‌ها... (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳)

با اتخاذ چنین رویکردی، مقاومتی که در برابر تعریف بیماری‌های روان‌پزشکی بر اساس علائم و نشانه‌ها و اتخاذ رویکرد بُعدی بر پایه منطق فازی (Fuzzy) (آکتون، ۱۹۹۸، آکتون و زودا، ۲۰۰۴) وجود دارد، از بین می‌رود. بر پایه رویکرد بُعدی لژیومی

در چنین رویکردی فرض می‌شود که می‌توان بیماری‌های روان‌پزشکی را همانند دیگر بیماری‌ها مستقیماً به نوعی «ذات زیست‌شناختی» (biologic essence) در پشت علائم و نشانه‌ها ربط داد و تحقیقات در حوزه‌های ژنتیک مولکولی، نوروشیمی، نورواناتومی، نوروفیزیولوژی و نوروساینس شناختی (cognitive neuroscience)، سرانجام ذات نوروساینسی (neuroscientific essence) تک تک بیماری‌های عمده روان‌پزشکی را آشکار خواهد کرد. به این ترتیب، ذات نوروساینسی بیماری‌های روان‌پزشکی مجزا خواهند بود. کما اینکه پایه اغلب بیماری‌های طبی - که دارای ذات زیست‌شناختی مجزا از یکدیگر هستند - تحقیقات تجربی می‌باشند. اما علی‌رغم تحقیقات وسیع تاکنون برای عمده بیماری‌های روان‌پزشکی چنین «ذاتی» به صورتی که بتوان هر کدام از آنها را به صورت یک بیماری مجزا با مرزهای طبیعی تعریف کرد پیدا نشده است (کندل و جبلنسکی، ۲۰۰۳) و بعضی اوقات - مثلاً در حوزه ژنتیک - تحقیقات جدید با «نتایج غیرمنتظره» روبه‌رو شده است. چنان که کلسو (۲۰۰۳) می‌گوید: «از همه شگفت‌انگیزتر... این است که مناطقی از ژنوم که در رابطه با اختلال دو قطبی می‌باشند، با مناطق مرتبط با اختلال اسکیزوفرنی همپوشانی آشکار دارند...»

البته مهمترین دلیلی که برای این مسأله ذکر شده، نقص تحقیقات تجربی بوده است و هنوز نیز بیشتر محققان اعتقاد دارند که سرانجام بر اساس یافته‌های تجربی و نه بر پایه نشانه‌ها و علائم، بیماری‌های روان‌پزشکی نیز همچون سایر بیماری‌ها تعاریفی با مرزهای مشخص طبیعی خواهد داشت.

اما اصولاً ایده ذات‌گرایی بیماری را می‌توان در مورد بیماری‌های روان‌پزشکی با توجه به «تنوع» علائم و نشانه‌ها مورد سؤال قرار داد. چنانکه نیا گفته است: «روان‌پزشکی علم پیچیدگی پایان‌ناپذیر است و به اندازه طیف رفتار و هیجانات انسان نامحدود و بیکران است و یک نفر قادر به یادگیری تمامی این علم نیست» (به نقل از سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) و این وسعت، باعث افتراق روان‌پزشکی از دیگر شاخه‌های پزشکی می‌گردد و تنوعی به مجموعه علائم و نشانه‌های بیماری‌های روان‌پزشکی می‌دهد که قابل قیاس با دیگر بیماری‌ها نمی‌باشد.



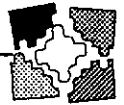
ندارد که بین بیماری‌های روان‌پزشکی و نیز بین بیماری‌های روان‌پزشکی و وضعیت نرمال (normality) مرزهای آشکاری وجود داشته باشد و یک فرد می‌تواند تا حدودی به بیش از یک طبقه تشخیصی متعلق باشد. حتی افرادی مدل‌های مبتنی بر درجه عضویت (grade of membership) بنا کرده‌اند؛ مدل‌هایی که آشکارا مرزهای مبهم (fuzzy) طبقات طبیعی را به رسمیت می‌شناسد. (مانتون و همکاران، ۱۹۹۴). در اینجا اشاره به مفهوم «شبهات‌های خانوادگی» (family resemblances) ویتگنشتاین می‌تواند در فهم ماهیت بیماری‌های روان‌پزشکی کمک‌کننده باشد. وی در پژوهش‌های فلسفی در رابطه با مفهوم فوق‌چنین می‌گوید:

«... جریاناتی را در نظر بگیرید که آنها را «بازی» می‌نامیم. منظورم بازی‌های صفحه‌ای، بازی‌های ورق، بازی‌های توپ، بازی‌های المپیک و غیره است. چه چیزی در همه‌شان مشترک است؟ نگوید: «باید چیز مشترکی باشد و گرنه بازی نامیده نمی‌شوند.» درست نشان بدهید که چیزی مشترک در همه‌شان هست، چون اگر به آنها نگاه کنید چیز مشترکی نخواهید یافت، بلکه همانندی روابط را خواهید یافت، آن هم به مقدار فراوان. تکرار می‌کنم: «فکر نکنید، نگاه کنید!» مثلاً به بازی‌های صفحه‌ای با رابطه‌های جوراجورشان نگاه کنید. حالا بروید سراغ بازی‌های کاردستی، اینجا مطابقت‌های بسیاری با گروه نخست هست، اما بسیاری از وجوه مشترک حذف می‌شود و وجوهی دیگر پیدا می‌شوند. هنگامی که به بازی‌های تویی می‌رسیم بسیاری از چیزهای مشترک حفظ می‌شود، اما خیلی چیزها هم از دست می‌رود. آیا همه‌شان «سرگرم‌کننده» هستند؟ شطرنج را با دوز بازی مقایسه کنید. آیا همیشه برد و باختی در کار هست یا رقابتی میان بازیکنان؟ صبورانه بیندیشید. در بازی‌های تویی برد و باخت هست، اما وقتی بچه توپش را به دیوار می‌زند تا به دستش برگردد این وجه ناپدید می‌شود. به نقشی که مهارت و اتفاق دارند توجه کنید و به تفاوت بین مهارت در شطرنج و مهارت در تیس دقت کنید. اکنون به بازی‌هایی مانند توقف رقص (توقف رقص با شنیدن کلمه‌ای خاص) فکر کنید، اینجا عنصر سرگرمی هست، اما چند وجه خصلت‌نمای دیگر از میان رفته‌اند. ما می‌توانیم گروه‌های بسیار بازی را به

همین طریق بررسی کنیم و ببینیم که همانندی‌ها چگونه پیدا و ناپدید می‌شوند. نتیجه این بررسی چنین است: شبکه پیچیده‌ای از همانندی‌ها می‌بینیم که همپوشانی و تقاطع دارند؛ گاه همانندی‌های کلی، گاه همانندی در جزئیات. برای بیان خصلت این همانندی‌ها عبارتی بهتر از «شبهات خانوادگی» نمی‌توانم بیابم، چون ویژگی‌های گوناگون اعضای یک خانواده (مثلاً، قد و قامت، چهره، رنگ چشم، طرز راه رفتن، خلق و خو و غیره) به همین طریق همپوشانی و تقاطع دارند و خواهیم گفت «بازی‌ها» یک خانواده را تشکیل می‌دهند.

... و ما مفهوم ... [بازی] ... را همان‌گونه بسط می‌دهیم که در بافتن ریسمان، رشته‌ای را به رشته‌ای دیگر می‌پیچیم و قدرت ریسمان در این واقعیت نیست که فلان رشته در تمام طول آن امتداد دارد، بلکه در این است که رشته‌های متعدد همپوشانی دارند... (ویتگنشتاین، ۱۹۵۳)

می‌توانیم در مثال فوق به جای کلمه «بازی» عبارت «اختلالات روانی» و به جای انواع بازی مثل بازی‌های صفحه‌ای، بازی‌های کاردستی، بازی‌های تویی و ... انواع اختلالات روانی مثل اختلالات سایکوتیک، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و ... را قرار دهیم و به شبهات خانوادگی این بیماری‌ها توجه نماییم. به این ترتیب که هر دسته از اختلالات روانی می‌تواند مشترکاتی با دسته دیگر داشته باشد، ولی با این حال هیچ پدیده مشترکی که همه آنها را در برگیرد و یا تنها یک دسته خاصی از اختلالات روانی را در برگیرد، به طوری که آن دسته را از دسته دیگر اختلالات روانی کاملاً جدا کند وجود ندارد. البته در تشبیه فوق می‌توان به جای کلمه «بازی»، گروه‌های عمده بیماری‌های روان‌پزشکی مثل اختلالات سایکوتیک یا اختلالات اضطرابی یا اختلالات خلقی و یا هر گروه از بیماری‌های روان‌پزشکی را که دارای «تنوع و مصادیق قابل توجه» باشند قرارداد، به طوری که مفهوم بازی زبانی بتواند در مورد آن به کار رود. مصادیق مختلف هر گروه از اختلالات مذکور را می‌توان به عنوان انواع بازی‌های ذکر شده در نظر گرفت و به شبهات خانوادگی آنها توجه نمود، اگرچه شبهات در این مرحله آنقدر قابل توجه بوده است که قبلاً در زیر یک نام مشترک قرار گرفته‌اند. اما آنچه در این تشبیه باید مورد توجه قرار گیرد آن است



روان‌پزشکی پیشرفتی حاصل نشده است و لذا نباید طبقه بندی‌های مبتنی بر طبقات کنونی را به عنوان یک طبقه بندی معتبر (valid) در نظر گرفت (کندل و جبلنسکی، ۲۰۰۳). بنابراین استفاده از مدل بندی برای ایجاد هر نوع نظام جدید طبقه بندی در صورتی که بتواند با طبیعت طیفی (spectral nature) بیماری‌های روان‌پزشکی و شباهت خانوادگی آنها مطابقت بیشتری داشته باشد، مجاز خواهد بود. به خصوص آنکه بنیادهای فلسفی قابل قبولی در حمایت از چنین طبقه بندی‌هایی نیز وجود دارد.

سپاسگزاری

از جناب آقای دکتر شریفی که دست نوشته‌های اولیه این مقاله را چند بار مطالعه کردند و توضیحات بسیار سودمندی در جهت بهبود آن دادند بسیار متشکرم. همچنین از جناب آقای دکتر اسمعیل که راهنمایی‌های سودمندی به ویژه در رابطه با مقدمه مقاله ارائه کردند، بسیار متشکرم.

که هیچ کدام از این بازی‌ها (اختلالات روانی) دارای ذاتی (مفهومی یا زیست شناختی) نیست که کاملاً آن را از بازی دیگر (اختلال روانی دیگر) جدا کند. در نتیجه کاربرد کلمه بازی و انواع آن (اختلالات روانی و انواع آن) مفهوم آنها را نشان می‌دهد. در اختلالات روانی آنچه که مفهوم هویت آنهاست و «ذات» آنها را مشخص می‌کند، دستور زبانی است که مجموعه‌های مختلف علایم و نشانه‌ها را کنار هم گرد می‌آورد و از آنها یک بازی زبانی مشخص فراهم می‌آورد. به عبارت دیگر، دستور زبان طبقه بندی بیماری‌های روان‌پزشکی جوری است که مدل بُعدی طبیعت آنها را بهتر نشان می‌دهد. این مدل مرزهای دقیق و ذات آشکاری برای تک تک بیماری‌های روان‌پزشکی در نظر نمی‌گیرد و نمونه‌های بینابین و «شباهت خانوادگی» انواع بیماری‌های روان‌پزشکی را به رسمیت می‌شناسد.

نتیجه گیری

اهمیت رویکرد فوق به خصوص از آن جهت است که تا به حال در اثبات اعتبار تشخیصی (diagnostic validity) بیماری‌های

منابع

- Acton, G.S., & Zodda, J.J.(2004).*Classification of psychopathology:Goals and methods in an empirical approach*. Accepted pending revision.Theory & Psychology.
- Acton, G.S.(1998). Classification of psychopathology: The nature of language.*The Journal of Mind and Behavior*,19, 243-256.
- Albert, D.A., & Munson, R.(1988).*Reasoning in medicine: An introduction to clinical inference*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Brulde, B.(2003).*The concept of mental disorder*.Philosophical communications. Goteborg University, Sweden.
- Cloninger, C.R.(1993).A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health.*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 174-186.
- Heinimaa, M.L.A.(2000).On the grammar of "psychosis".*Medicine, Health Care and Philosophy*,3, 39-46.
- Kelsoe, J.R.(2003).Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*,73, 183-197.
- Kendell, R., & Jablensky, A.(2003).Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of psychiatry*,160, 4-12.
- Kendell, R.E.(1991).The major functional psychosis: Are they independent entities or part of a continuum? Philosophical and conceptual issues underlying the debate. In A. Kerr & H. Mc Clelland (Eds.), *Concepts of mental disorder: A continuing debate* (pp.1-16). London: Gaskell.
- Manton, K.G., Korten, A., Woodbury, M.A., Anker, M., & Jablensky, A.(1994). Symptom profiles of psychiatric disorders based on graded disease classes: An illustration using data from the who international pilot study of schizophrenia.*Psychological Medicine*, 24(1), 133-144.



Meehl, P.E.(1992).Factors and taxa,traits and types,differences of degree and differences in kind. *Journal of Personality*,60, 117-174.

Pincus, A.L., & Wiggins, J.S.(1990).Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 4, 342-352.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A.(2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (ch. 8., p. 275). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.

Sadok, B.J., & Sadock, V.A.(Eds.),(2000).*Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincoh Williams & Wilkins.

Vineis, P.(1993). Definition and classification of cancer: Monothetic or polythetic.*Theoretical Medicine*,14(3), 249-256.

Widiger, T.A., Trull, T.S., Clarkin, J.F., Sanderson, C., & Costa, P.T.(1994). A description of the DSM-III R and DSM-IV personality disorders with the five factor model of personality. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of*

personality (pp. 41-56). American Psychological Association: Washinton, DC.

Widiger, T.A., & Clark, L.A.(2000).Towards DSM-V and the classification of psychopathology.*Psychological Bulletin*,126, 946-963.

Wittgenstein, L.(1953).*Philosophical investigations*. Edited by G. H. von Wright R. Rhees & G. E. M. Anscombe, Translated by G. E. M. Anscombe. Oxford: Basil Blackwell.

Wittgenstein, L.(1961).Tractatus logico-philosophicus. (Translated by D.F. Pears & B.F. McGuinness). London: Routledge.

Wulff, H.R., Pederson, S.A., & Rosenberg, R.(1986). *Philosophy of medicine*. Oxford: Blackwell.

Yasamy, M.T. (1987). Schizoaffective disorder: A dimensional approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 609-618.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی