

## نگاهی به نظریه‌های اجتماعی - فرهنگی در شکل‌گیری اختلالات روانی

دکتر علیرضا جزایری\*  
فهیمة فتحعلی لواسانی\*\*

با شکل‌گیری تخصص جدیدی در روانپزشکی به نام روانپزشکی اجتماعی و بخش کاربردی آن، یعنی روانپزشکی اجتماع‌نگر، به نقش عوامل اجتماعی - فرهنگی در سبب شناسی آسیب‌های مختلف روانی بیشتر توجه شده و نظریه‌های متعددی در آن زمینه ارائه شده است. در این نظریه‌ها، علائم روانپزشکی انحراف را بر اساس هنجارهای اجتماعی و بیماری روانی را بر اساس نقشی اجتماعی تحلیل و بررسی می‌کنند. سبب شناسی اختلالات شدید روانی نیز در قالب نشانگانی به نام نشانگان فروپاشی اجتماعی توضیح داده می‌شود، که در واقع فروپاشی تدریجی ارتباط بین فرد و محیط اجتماعی وی را نشان می‌دهد. علاوه بر این، نظریه‌های اجتماعی تلویحاتی را نیز برای مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی به همراه دارد، و بر ارائه خدمات بهداشت روانی به جمعیت عمومی جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانی و گسترش روشهای مؤثر درمان در سطح «توده ای و جمعی» و به حداکثر رساندن توان درمانی تمامی بیماران مبتلا به اختلالات روانی تاکید دارد.

### مقدمه

معمولاً ادبیات روانپزشکی برای نقش فرایندهای اجتماعی - فرهنگی در سبب شناسی بیماریهای روانی اهمیت چندانی قائل نبوده، یا در بهترین شکل، آن را پس زمینه ای در برابر فرآیندهای برجسته تر عوامل مؤثر در روانشناختی دانسته است؛ ولی شکل‌گیری تخصص جدیدی در روانپزشکی به نام روانپزشکی اجتماعی (Social Psychiatry) و بخش کاربردی

\*دکترای تخصصی روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی  
\*\*دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران

آن، یعنی روانپزشکی اجتماع نگر (Community Psychiatry)، این دیدگاه را تا اندازه‌ای تغییر داده و در آن به نقش عوامل اجتماعی فرهنگی در ایجاد و نیز بهبود آسیب‌های مختلف روانی بیشتر توجه شده است. روانپزشکی اجتماعی که رد پای آن به جنبش‌های اصلاح‌گرا بر می‌گردد، تلاشی برای تلفیق دانش روانپزشکی بالینی و جامعه‌شناسی بوده، و فرضیه‌های حاصل از این تلفیق، مبنایی را برای شکل‌گیری و رشد روانپزشکی اجتماع نگر فراهم آورده است. روانپزشکی اجتماع نگر که از آن به عنوان انقلاب سوم روانپزشکی یاد می‌کنند حاصل نیازهای فراوان بهداشت روانی برآورده نشده و تلاش‌های ملی دهه شصت در دست یافتن به راه‌حلهای جمعی و توده‌ای برای مشکلات روانی اجتماعی است، روانپزشکی اجتماعی نیز با مطرح کردن نقش فرایندهای اجتماعی در شکل‌گیری بیماریهای روانی، مبنای نظری آن را فراهم کرد. این تخصص جدید در روانپزشکی که به دلیل انگیزه‌ها و علایق انسانی در زیر بنای مفاهیم آن محبوبیت زیادی پیدا کرده است، ساختارها و فرآیندهای اجتماعی را در پیدایش اختلالات روانی مؤثر دانسته و بر برنامه‌ریزی جهت تغییر فرآیندهای اقتصادی، اجتماعی و ساختاری جامعه در کاهش نرخ بیماری روانی و ارتقای بهداشت روانی جامعه تاکید دارد. در مقاله حاضر، ابتدا سبب‌شناسی بیماریهای روانی از این دیدگاه به تفصیل بحث، سپس حوزه‌های پیشگیری و درمان به اختصار توصیف می‌شود.

### سبب‌شناسی بیماری‌های روانی

اگرچه در دهه‌های اخیر، در مورد اختلالات روانی بسیار مطالعه کرده‌اند، ولی هنوز اطلاعات دقیقی در این زمینه وجود ندارد و به نظر می‌رسد بررسی‌های منظم، نه تنها در دادن پاسخ روشنی به مشکل پیدایش اختلالات روانی ناموفق بوده است، بلکه خود مشکل نیز صورت بندی صحیحی نشده است. یکی از مشکلات موجود در این زمینه، عدم توجه به نقش فرآیندهای اجتماعی در عوامل مؤثر در اختلالات روانی است. در اینجا، الگوهای آسیب‌شناسی اختلالات روانی از دیدگاه اجتماعی - فرهنگی در قالب دو نظریه اصلی بحث می‌شود. نظریه اول، نقش فرآیندهای اجتماعی در شکل‌گیری اختلالات روانی را بر اساس نه فرضیه

توضیح داده، مسیرهای جدیدی را برای پژوهش در مورد اختلالات روانی باز می‌کند. نظریه دوم، از عمل به نظریه رسیده و در واقع حاصل تجربه نظامهای روانپزشکی اجتماع نگر در مورد بیماران روانی است.

در نظریه اول که دیدگاهی جامعه شناختی را در مورد علت اختلالات روانی مطالعه می‌کند، بیماری روانی در نتیجه انحراف از هنجارهای اجتماعی است و برای بیماری روانی نقشی اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. البته، بیشتر انحرافهای از هنجار، برجسب بیماری روانی نمی‌خورد، بلکه با توجه به نوع هنجار درگیر، ممکن است صفاتی مثل مجرم، گناهکار و... به فرد مورد نظر اطلاق شود. بنابراین، فرهنگ وازگان هر جامعه ای از اصطلاحات مختلفی برای طبقه بندی کسانی که این هنجارها را نقض می‌کنند، استفاده می‌کند، که معمولاً بستگی به ماهیت هنجار و نوع رفتار فرد دارد. ولی وقتی از همه این اصطلاحات استفاده می‌شود، بخشی از انحرافهای از هنجار باقی می‌ماند که فرهنگ، هیچ برجسب روشنی برای آن ندارد و برای سهولت، این انحرافهای از هنجار را در یک مقوله یکپارچه می‌کند: «جادوگری، تسخیر روح و در جامعه امروزی، بیماری روانی». در این نظریه، انواع گوناگون انحراف، که جامعه هیچ برجسب و نام روشنی برای آن ندارد و در نهایت به آن برجسب بیماری روانی می‌زند، انحراف باقی مانده (Residual Deviance) نامیده می‌شود؛ ریشه‌ها، شیوع و سیر آن در نه فرضیه توضیح داده می‌شود:

در فرضیه اول، که مربوط به ریشه‌های انحراف باقی مانده است، مطرح می‌شود که انحراف باقی مانده از منابع گوناگون مانند عوامل سازمند، ویژگیهای خاص روانشناختی، شیوه‌های فرزند پروری و فشارهای روانی مختلف، سرچشمه گرفته یا حاصل یک عمل ارادی نامتعارف یا نافرمانی است. بنابراین انواع مختلف رفتارهای بیماریهای روانی، از منابع گوناگون ناشی می‌شود.

در فرضیه دوم، که مربوط به شیوع انحراف باقی مانده است، مطرح می‌شود میزان شیوع واقعی انحراف باقی مانده بسیار بالاتر از بیماری روانی درمان شده است و تقریباً معادل شیوع واقعی اختلالات روانی (در مقایسه با شیوع درمان شده) است. شواهد نشان می‌دهد که

از یک طرف، بسیاری از رفتارهای انحرافی یا نادیده گرفته می‌شود یا اگر هم به آن توجه می‌شود به نوعی توجیه می‌شود که این الگوی بی‌توجهی و توجیه، انکار نام گرفته است. از طرف دیگر، تنها بخش کوچکی از بیماران روانی تحت درمان قرار می‌گیرند که معمولاً بیمارانی با اختلالات شدید هستند. بنابراین بر مبنای شواهد یاد شده و سایر شواهد می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای انحرافی معمولاً گذرا و موقتی است، که این جوهره فرضیه سوم است.

در اکثر موارد انحراف باقی مانده، انکار و گذرا و موقتی تلقی می‌شود؛ نرخهای شیوع واقعی، نشان می‌دهد که بیشتر انحرافهای باقی مانده، تشخیص داده نشده یا توجیه می‌شود. نمونه‌های این موارد، نوروژ جنک و برخی مشکلات رفتاری در بچه‌هاست که این الگوهای رفتاری غالباً نابت نبوده و گذرا است. اگر انحراف باقی مانده شیوع بالایی میان افراد ظاهراً بهنجار داشته و معمولاً گذرا بوده، پس چه چیز باعث می‌شود که این انحراف باقی مانده در بخشی از آنها تثبیت شود؟

فرضیه مرسوم این است که اکثر عوامل مهم در تثبیت انحرافهای رفتاری، مربوط به واکنش اجتماعی بوده و انحراف باقی مانده، وقتی تثبیت می‌شود که این انحراف بر اساس شواهدی از بیماری روانی تعریف شود یا فرد منحرف در جایگاه انحراف قرار گیرد و نقش بیمار روانی را بازی کند. در این نظریه، نقش بازی کردن به عنوان بخشی از نظام اجتماعی در نظر گرفته شده و به جای اینکه یک عمل ارادی و به عنوان نظام رفتاری فرد تلقی شود، بر جنبه‌های غیر ارادی آن تأکید بیشتری می‌شود. فرد نقش خود را با توجه به سر نخها و اعمال افرادی که با وی در تبادیل هستند، بازی می‌کند. اجرای مناسب یک نقش به یک شنونده و همکاری کننده احتیاج دارد. برعکس این قضیه نیز ممکن است صادق باشد: شنونده‌ای که به شخص واکنش یکنواختی نشان می‌دهد، ممکن است وی را به بازی نقش مورد انتظار خود هدایت کند. در واقع الگوی یک شکل بودن سر نخها، اعمال و فرهنگ، مانع دادن پاسخهای دیگر می‌شود و بازی نکردن نقش مورد انتظار، نامناسب یا مشکل می‌شود. بنابراین، وقتی امکان نقشهای جایگزین کمتر و کمتر می‌شود، نقش پیشنهادی ممکن است تنها راه مقابله با آن موقعیت محسوب شود. از طرف دیگر، نقش بیمار روانی ممکن است مثل الگو سازی یک هنر

پیشه باشد و نقش الگو سازی شده، حتی در صورت عدم تمایل خود فرد، در خود پنداره و در نهایت در رفتار وی ادغام شود. ورود به یک نقش ممکن است کامل باشد اگر این نقش بخشی از انتظاراتی باشد که از وی می رود و این انتظارات در تعاملهای اجتماعی دوباره و دوباره تأیید شود، چه باورها و اعمالی تعیین کننده این واکنشها و انتظارات اجتماعی است که بیماری روانی را بنیان می نهد؟ پاسخ به این سؤال در دو فرضیه مربوط به باورهای عموم مردم در مورد دیوانگی نهفته است.

فرضیه چهارم، مطرح می کند که تصورات قالبی در مورد اختلال روانی در اوایل کودکی آموخته می شود. اگرچه بررسی خاصی در این زمینه انجام نشده است، ولی به نظر می رسد بخش قابل ملاحظه ای از تصورات افراد به انحراف در اوایل کودکی و به خصوص در گروه همسالان شکل می گیرد. اگر این فرضیه درست باشد، یادگیری چه تأثیری بر مفهوم مشترک جامعه از دیوانگی دارد؟ اعتقادات نادرست زیادی در اوایل کودکی آموخته می شود، ولی اطلاعات درست و مناسبی که جایگزین آن می گردد، کنار گذاشته می شود. این سؤال فرضیه پنجم را مطرح می کند: که تصورات قالبی در مورد دیوانگی، به نحو مداوم و ناخواسته در تعامل اجتماعی روزمره تأیید می شود. اگرچه بسیاری از افراد در بزرگسالی با مفاهیم بهداشتی بیماری روانی آشنا می شوند، ولی تصورات قالبی سنتی کنار گذاشته نشده و در کنار مفاهیم بهداشتی باقی می ماند؛ چون این تصورات قالبی، از رسانه های گروهی (برای مثال بیمار روانی قلمداد کردن یک جنایتکار یا قاتل دانستن در رسانه های گروهی) و گفتمان اجتماعی روزمره (لطیفه ها، ضرب-المثلها و عبارات متداول) تقریباً مداوم حمایت می شود؛ بدین ترتیب، استفاده از تصورات قالبی مربوط به دیوانگی در گفتار، بخش نسبتاً پایداری از فرهنگ جامعه می شود.

فرایندهای یاد شده چگونه باعث اختلال روانی می شود؟ برای پاسخ دادن به این سؤال باید به بحث قبلی در مورد واکنش اجتماعی به انحراف باقی مانده برگردیم. همان طور که بیان شد، واکنش معمول به انحرافهای باقی مانده، انکار است که این موارد شامل انحرافهای زودگذر و موقتی است؛ ولی واکنش اجتماعی به تعداد اندکی از این انحرافها، اغراق آمیز جلوه

دادن میزان انحراف یا تحریف آن است ، که این الگوی اغراق آمیز کردن « برجسب » خوانده می‌شود.

واکنشهای اجتماعی متفاوت انکار و برجسب ، به دو سؤال اساسی پاسخ می‌دهد . اگر انحراف از منابع گوناگون فیزیکی ، روانشناختی و موقعیتی ناشی می‌شود ، پس چطور شاهد رفتار مشابه و یکسانی از سوی بیماران روانی هستیم ، و اگر انحراف معمولاً موقتی است ، پس چرا در بیماران مزمن ، تثبیت شده است ؛ به عبارت دیگر منابع یک نواختی و ثبات رفتار انحرافی چیست ؟ پاسخ این سؤال در فرضیه چهارم و پنجم نهفته است ، که بیان می‌کند تصویر ذهنی از نقش دیوانگی در اوایل کودکی آموخته و در تعامل اجتماعی تأیید می‌شود . وقتی در یک بحران ، انحراف فرد در معرض دید عموم قرار می‌گیرد ، تصورات قالبی سنتی در مورد دیوانگی ، یکنواختی و یک شکلی را به فرد نشان می‌دهد ، رفتار منحرف گذرا و ساختار نایافته در هم‌نمایی با این انتظارات متبلور شده و به سایر افرادی که در گروه بیماران قرار دارند ، شبیه می‌شود و طی زمان تثبیت می‌گردد. فرآیند یک شکل شدن و تثبیت وقتی کامل می‌شود که این تصویر ذهنی سنتی ، مبنایی برای هدایت رفتار خود فرد نیز باشد. با آنکه در مطالعات بین فرهنگی تشابهات زیر بنایی وجود دارد ، تفاوت‌های فاحشی را در تظاهرات علائم اختلال روانی ثابت نشان می‌دهد که این نظر را تأیید می‌کند .

پس از این دیدگاه می‌توان برای اکثر اختلالات روانی یک نقش اجتماعی در نظر گرفت ، زیرا از طریق فرایندهای اجتماعی است که انحرافهای موقتی و گذرا ، تثبیت می‌شود و این فرآیند تثبیت و یک شکل شدن انحراف ، وقتی کامل می‌شود که خود فرد ، نقش دیوانه را به عنوان چاره جویی برای سازمان دادن رفتارش می‌پذیرد . سه فرضیه زیر ، برخی فرایندهایی را توضیح می‌دهد که سبب پذیرش نقشی می‌شود که همراه با داغ ننگ است .

فرضیه ششم ، مطرح می‌کند که « منحرفان برجسب خورده » ممکن است برای بازی کردن نقش « منحرف قالب » پاداش دریافت کنند . برای مثال ، بیمارانی که نسبت به بیماری خود بصیرت دارند ، یعنی از عهده ارائه شواهدی از بیماری در رفتارهای گذشته و فعلی خود

بر می آیند، تشخیص‌های طبی و اجتماعی را تأیید می کنند و روانپزشکان و سایر کارکنان به آنان پاداش می دهند.

این مورد خاصی از الگوی عمومی تر بوده که « فانکشن حواریون » (Apostolic Function) نامیده می شود، که در آن پزشک و سایر کارکنان، نه از روی قصد، موجب می شوند بیمار علائمی را که پزشک فکر می کند دارد، نشان دهد. نه تنها پزشکان بلکه سایر کارکنان و حتی بیماران دیگر نیز برای همنوایی با تصورات قالبی، به فرد منحرف، پاداش می دهند.

فرضیه هفتم، مطرح می کند وقتی « منحرفان برجسب خورده » تلاش می کنند به نقشهای قبلی خود بازگردند، تنبیه می شوند. فرایند دیگری که سبب پذیرش نقش بیمار می شود آن است که وقتی برجسب زده می شود، ورود به نقشهای غیر منحرف به شکل منظمی امکان ناپذیر می شود. بنابراین، اگرچه بیماران روانی تمایل به باز نوایی خود در جامعه دارند، ولی تلاشهای آنان برای بازگشت به وضعیت سابق و پیدا کردن دریچه های جدیدی در زمینه های مختلف شغلی، زناشویی، اجتماعی و ... امکان ناپذیر می شود. بدین ترتیب « منحرف برجسب خورده » برای انحراف خود پاداش دریافت کرده و در صورت تلاش برای همنوایی، تنبیه می شود.

فرضیه هشتم، بیان می کند وقتی بحران پیش می آید و فرد منحرف برجسب می خورد، بسیار تلقین پذیر شده و ممکن است نقش پیشنهاد دیوانگی را به عنوان تنها چاره و راه جایگزین بپذیرد. وقتی انحراف توسط عموم، تشخیص داده می شود منحرف ممکن است عمیقاً گیج، مضطرب و شرمگین شود و در چنین شرایطی، طبیعی است که به سرنخهایی که از واکنش دیگران به خود دریافت می کند تلقین پذیر شود. ولی اطرافیان وی نیز در بحران هستند. ماهیت غیر قابل درک رفتار وی و ضرورت یک اقدام فوری، آنان را به انجام یک عمل مشترک علیه او براساس نگرش مشترک خود - تصورات قالبی سنتی - سوق می دهد. فرد منحرف، به سرنخهایی که دیگران برای او فراهم می کنند، حساس می شود، بنابراین، خود وی نیز در مورد خویش بر اساس نقش قالبی دیوانگی که بخشی از فرهنگ وازگان خود او نیز هست (چون او

نیز مثل دیگران آن را در اوایل کودکی فرا گرفته (می‌اندیشد. در چنین موقعیتی، رفتار وی ممکن است تابع الگوی پیشنهادی که همان تصورات قالبی خود و واکنشهای دیگران باشد، یعنی خود را در چارچوب اختلال روانی سازمان دهد و این سازمان را دیگران، به ویژه افراد موجهی مثل پزشکان تأیید می‌کنند و در این صورت، به تله افتاده و در مسیر انحراف مزمن قرار می‌گیرد.

بطور کلی این سه فرضیه آخر مطرح می‌کند که وقتی فرد در جایگاه «منحرف» قرار داده می‌شود، پادشاهی را برای همنوایی با نقش منحرف و تنبیه‌هایی را برای عدم همنوایی با این نقش دریافت می‌کند. البته، این بدان معنا نیست که رفتار علامتی این افراد، همیشه تظاهری از رفتار همنواست، چون مختل شدن فرآیند خودکنترلی و نیز بخشی از فقدان خودکنترلی نقش مهمی را ایفا می‌کند. لازم به ذکر است که بخشی از فقدان خودکنترلی با فشار روانی قابل تبیین بوده و بخشی نیز مربوط به نقشهایی است که فرهنگ جامعه، تصویر فقدان کنترل را در مورد آنها ابلاغ می‌کند؛ مثل سالمندان، معتادان و البته بیماران روانی. بنابراین نقش اجتماعی بیمار روانی در مراحل مختلف انحراف باقی مانده، معنای متفاوتی دارد. وقتی در ابتدا، برجسب زدن اتفاق می‌افتد و انحراف اولیه نادیده گرفته یا توجیه نمی‌شود، این برجسب ممکن است یک الگوی اجتماعی یا یک الگوی علامتی را در همنوایی با انتظارهای قالبی دیگران خلق کند. در نهایت، به میزانی که نقش منحرف بخشی از خود پنداره فرد می‌شود، ممکن است توانایی وی برای کنترل خود، تحت شرایط فشار روانی، آسیب ببیند و منجر به رفتار اجباری شود.

هشت فرضیه قبلی، مبنایی را برای فرضیه علی آخر شکل می‌دهد. در انحرافهای باقی مانده، برجسب زدن مهمترین علت تثبیت انحراف باقی مانده است. از این دیدگاه، بیشترین بخش الگوهای رفتاری انحراف باقی مانده و تثبیت شده، ناشی از این برجسب بوده و با ریشه‌های انحراف اولیه ارتباط ندارد. عواملی که موجب می‌شود یک رفتار انحرافی به جای انکار، برجسب دریافت کند، بسیار متفاوت بوده، ولی بر حسب ماهیت رفتار فرد مورد نظر و جامعه‌ای که انحراف در آن اتفاق می‌افتد، قابل طبقه‌بندی است. شدت واکنش

اجتماعی به انحراف، در وهله اول تابع درجه، فراوانی و قابل مشاهده بودن رفتار منحرف؛ و در وهله دوم تابع قدرت فرد منحرف و فاصله اجتماعی بین وی و عاملان کنترل اجتماعی؛ و در وهله آخر تابع سطح تحمل جامعه و وجود نقشهای جایگزین غیر انحرافی در فرهنگ جامعه است. دو عامل اول (فراوانی و درجه انحراف) ویژگیهای خود فرد منحرف هستند و از پنج عامل باقی مانده، که ویژگیهای نظام اجتماعی است، اهمیت بیشتری دارد. بنابراین اگر ثابت شود این پنج عامل، تعیین کننده های مستقل بر چسب زدن و انکار هستند، بیماری روانی تا حدی اسنادی است تا کاملاً اکتسابی. بنابراین، این نظریه را در مورد رفتار منحرف بنیان می‌نهد.

نظریه دوم، که حاصل تجربه عملی خدمات روانپزشکی اجتماع نگر به بیماران روانی مزمن است، دیدگاه خود را در مورد سبب شناسی اختلالات روانی در قالب نشانگان به نام نشانگان فروپاشی اجتماعی توضیح می‌دهد. «نشانگان فروپاشی اجتماعی» (Social Breakdown Syndrome)، پسرفت کارکرد اجتماعی توأم با اختلالات روانی بوده، و شامل طیف وسیعی از رفتارهای آشفته شامل انزوا و گوشه گیری، غفلت از خود، صدمه زدن به خود، پرخاشگری و رفتارهای خطرناک و افت عملکرد است. این نشانگان در بیماران بستری یا کسانی که نیاز به بستری شدن دارند، اتفاق می‌افتد و در واقع، خارج از بیمارستان شروع و علائم آن دلیل شایع برای بستری شدن محسوب می‌شود. الگوهای جدید مراقبت در خدمات روانپزشکی جامعه نگر، کاهش قابل ملاحظه ای را در شیوع این نشانگان به وجود آورده و الگوهای عملکرد اجتماعی مختل و بروز موارد مزمن را کاهش داده است. بنابراین، به نظر می‌رسد تظاهرات این نشانگان ناشی از نظام مراقبتی بوده، با تغییر نگرش جامعه به بیماری روانی و بهبود نظامهای مراقبتی قابل پیشگیری باشد. این تجربه عملی منجر به ارائه نظریه ای در مورد سبب شناسی این نشانگان شده که مراحل شکل گیری آن در قالب هفت مرحله توضیح داده می‌شود.

مرحله اول، که مرحله فشار نامیده می‌شود در زندگی روزمره شایع بوده، مربوط به تفاوت بین کاری است که شخص می‌تواند انجام دهد و انتظاری که از او می‌رود. این موارد

تفاوت ، غالباً گذرا بوده ، با تغییر عملکرد ، فرار از محیط یا تغییر انتظارات محیطی از بین می‌رود .

مرحله دوم ، افزایش تلقین پذیری است . وقتی این تفاوت استمرار پیدا کند ، فرد هیچ توضیح دیگری برای آن نمی‌یابد ، یک عدم اطمینان نسبت به خود ، ارزشهای خود و شیوه‌های مرسوم خویش در مقابله با زندگی را تجربه می‌کند ، آماده می‌شود تا دیدگاه جدیدی را به خود یا شیوه درست انجام دادن کارها آغاز کند . وقتی محیط مناسب است ، این وضعیت منجر به تغییرات سازنده در نگرش ، رفتار و عملکرد می‌شود ؛ ولی خطر وقتی پیش می‌آید که فرد می‌پذیرد انتظارات محیطی مناسب است ، اما وی قادر نیست رفتارش را به شیوه مورد انتظار تغییر دهد . بنابراین ، وقتی تفاوت بین انتظارات محیطی و عملکرد فرد به انتها نمی‌رسد ، ولی پاسخ وی به این موقعیت تنش‌زا ، تأثیر عکس دارد و به سوء تفاهم و خصومت بیشتر می‌انجامد. این فرآیند کنش-واکنش ، واکنش به واکنش ، یا به سمت انفجار ، یا طرد اجتماعی پیش می‌رود ؛ یا به کناره‌گیری پیش رونده از تعاملها ، نقشها و عملکردهای معمول منتهی می‌شود . در مرحله سوم ، که مرحله برچسب زدن نامیده می‌شود ، برچسب « بهنجار نبودن » زده می‌شود ، که به یک تشخیص مبهم یا طرد کننده اسکیزوفرنیا - روانی یا فقط بیماری روانی منتهی ، و بستری شدن در بیمارستان توصیه می‌شود .

مرحله چهارم ، بیرون راندن مزاحم از جامعه است . در این مرحله اطرافیان بیمار نیز در فرآیند برچسب زدن ، به جامعه ملحق شده ، در نهایت بیمار در بیمارستان بستری می‌شود و خود بستری شدن می‌تواند در رشد بیشتر نشانگان فروپاشی اجتماعی نقش داشته باشد.

مرحله پنجم ، مرحله پناهگاهی شدن است . یک محیط بیمارستانی پناهگاهی ، فرآیند ایجاد نشانگان فروپاشی اجتماعی را تقویت می‌کند ؛ زیرا در جامعه از وی انتظاراتی می‌رود که قادر به انجام آن نیست ، ولی در بیمارستانهای سنتی فقط از او انتظار می‌رود هیچ کاری جز آنچه که به وی گفته می‌شود انجام ندهد . وی « مریض » نامیده می‌شود و باید تحت مراقبت قرار گیرد ، و بنابراین دیگر مسئولیتی برای شکستهایش ندارد .

مرحله ششم، مرحله پذیرش و انزواست. در این مرحله بیمار جدید با سایر بیماران آشنا می شود، انتظارات کارکنان بیمارستان را پیش بینی و برآورده می کند، یک بیمار « خوب» می شود و به دلیل به کار نرفتن تواناییهایش، دچار افت عملکرد اجتماعی و شغلی می شود. انتهای این فرآیند را می توان در بخشهای مزمن بیمارستانهای روانی به وضوح مشاهده کرد.

بررسی مسیر شکل گیری نشانگان فروپاشی اجتماعی که در واقع فروپاشی تدریجی ارتباط بین فرد و محیط اجتماعی وی را نشان می دهد، می تواند تلویحاتی برای مداخله های پیشگیرانه به همراه داشته باشد. هدف چنین مداخله هایی می تواند کاهش موارد تفاوت تنش را از طریق بهبود عملکرد بیمار یا تغییر انتظارات محیطی یا هر دو باشد. در بیمارستان نیز، بیمار باید تاجای ممکن مسئولیتهای خود را حفظ کند و به وی کمک شود تا احترام به خود و عزت نفس خویش را از دست ندهد.

چنین مداخله های پیشگیرانه با یک گروه واحد تخصصی که مسئولیت جامع بیمار را در کل مسیر درمان به عهده دارد، امکان پذیر است. این گروه باید پیوندهای قوی با تمام خدمات جامعه داشته، به خدمات کامل روانپزشکی دسترسی داشته باشند.

## بحث و نتیجه گیری

نظریه های اجتماعی - فرهنگی، که با ظهور روانپزشکی اجتماعی نگر مطرح و به آن توجه شده است، عوامل و فرآیندهای اجتماعی را علت شکل گیری و پیشرفت اختلالات روانی می دانند. در این نظریه ها، اگرچه نقش عوامل زیستی - روانشناختی در پدیدآیی انحراف از هنجارهای اجتماعی انکار نمی شود؛ عوامل اجتماعی را موجب برخی از این انحرافهای تثبیت شده می داند که برجسب بیماری روانی را دریافت می کند. از این دیدگاه، انحرافهای رفتاری، وقتی تثبیت می شود که شواهدی از بیماری روانی تلقی شود و الگوهای واکنش اجتماعی، فرد را در جایگاهی قرار دهد که ناگزیر شود نقش مورد انتظار جامعه، یعنی تصورات قالبی در مورد بیماری روانی را ایفا کند. وقتی جامعه فرد را برای ایفای نقش مورد انتظار خود هدایت

می‌کند، ورود به نقشهای دیگر نیز به شکل منظم ناممکن می‌شود و در این صورت، فرد نقش پیشنهادی را به عنوان تنها جایگزین می‌پذیرد و رفتار وی تابع الگوی پیشنهادی جامعه می‌شود. از طرف دیگر، تجربه عملی نظامهای خدمات روانپزشکی اجتماع نگر که کاهش قابل ملاحظه بسیاری از رفتارهای آشفته، و اختلال عملکرد اجتماعی و نیز نرخ عود را با تغییر نگرش جامعه به بیماری روانی و بهبود نظامهای مراقبتی نشان داده است، مهر تأییدی برای اهمیت نقش عوامل اجتماعی در تشدید اختلالات روانی بوده، حاکی از آن است که جامعه با زدن برحسب بهنجار نبودن، بیرون راندن فرد از جامعه و پناهگاهی کردن وی، که قادر به برآوردن انتظارات محیطی نیست، موجب پذیرش و همانند سازی با نقش «بیمار روانی» شده، فرآیند فروپاشی ارتباط بین فرد و جامعه را تقویت می‌کند.

روانپزشکی اجتماع نگر با مطرح کردن نقش ساختارها و فرایندهای اجتماعی در شکل‌گیری اختلالات روانی، تلویحات مهمی را برای حوزه‌های پیشگیری و درمان به همراه دارد که در زیر به اختصار به آنها اشاره می‌شود:

در حوزه پیشگیری، بررسی موضوعهای بهداشت روانی از یک دیدگاه اجتماع نگر منجر به رشد دو نظام خدماتی شده است:

۱- ارائه خدمات بهداشت روانی به جمعیت عمومی که بر پیشگیری از اختلالات روانی و نیز ارتقای بهداشت روانی تأکید دارد، و هدف آن حفظ و ارتقای بهداشت روان جامعه از طریق آموزش بهداشت روانی به جمعیت عمومی و تشویق جامعه برای مراجعه به کارکنان بهداشت روانی جهت بررسی کلی وضعیت سلامتی، پیش بینی خطرها و کمک به حل بحرانهایی هیجانی شایع است.

۲- برنامه ریزی برای ارائه خدمات بهداشت روانی برای گروههایی که در خطر ابتلاء به اختلالات روانی قرار دارند. در چنین مراکزی سعی می‌شود ماهیت موقعیتهای پرخطر هیجانی، زمینه سازمانی یا اجتماعی وقوع و تأثیر آن را به فرد بشناسانند و بر اساس آن مداخله‌هایی را مطرح کنند. بنابراین، رویکرد کل نگر در روانپزشکی اجتماع نگر و تأکید آن بر ارائه خدمات جامع، موجب شده است که پیشگیری در این دیدگاه از اهمیت خاصی

برخوردار باشد و خدمات مختلفی را از آموزش بهداشت روانی تا شناسایی اولیه اختلالهای روانی و مداخله‌ای زودرس در بر گیرد.

در حوزه درمان نیز سیاست اصلی روانپزشکی اجتماع نگر، تغییر جهت منابع درمانی از درمان بیمارستانی به درمان اجتماع نگر و حرکت از مراقبت بیمارستانی بلند مدت به مراقبت در اجتماع است. این سیاست منجر به تأسیس مراکز بهداشت روانی اجتماع نگر شده است که طیفی از خدمات اختصاصی شامل خدمات بستری، سرپایی، فوریت‌های پزشکی، مشاوره و آموزش اجتماع نگر را در جامعه فراهم می‌کند. در این رویکرد، تأکید می‌شود که بیماران تا جای ممکن در محیط‌هایی درمان شوند که بتوانند مناسب‌ترین نوع مراقبت را برای آنان فراهم آورند. این محیطها ممکن است منازل خود بیماران، مطب پزشکان عمومی، درمانگاههای تخصصی سرپایی، بیمارستانها، بیمارستانهای روزانه و اشکال گوناگون مراقبت بستری باشد که در موارد آخر بر تغییر فرهنگ کلی حاکم بر واحدهای درمانی به منظور شبیه سازی محیط درمان به محیط اجتماعی از طریق تغییر نقشها و ارتباط نقشها تأکید می‌شود.

- 1- Cancela , V.D , Chin , J ; Jenkins, M. (1999). *Community Health Psychology*; Routledge. Dunham, H. ( 1973) : Community Psychiatry : The Newest Therapeutic Bandwagon ; In Millon, T ( Ed.) ; *Theories of Psychopathology and Personality* ; W.B. Saunders Company; PP : 446-454.
- 2- Gruenberg, E; (1973); *From Practice to Theory , Community Mental , Health Services and the Nature of Psychoses* ; In Millon , T ( Ed.) ; *Theories of Psychopathology and Personality* ; W.B. Saunders Company ; PP : 399-403.
- 3- Henderson, A.S. (1990) ; *An Introduction to Social Psychiatry* ; Oxford University Press. Klein , D ; Lindmann , E. ( 1973) ; *Preventive Intervention in individual and family Crisis situation*; Millon ,T. (Ed.);*Theories of Psychopathology and Personality* W.B. Saunders Company ; PP : 437-444.
- 4- Johnson, S. Thornicroft, G ; Becker , T. , ( 1999) . *Community Mental Health Teams . British Journal of Psychiatry* . 175, 508-513.
- 5- Jones, M. (1973) ; *Therapeutic Community : Milieu Therapy* ; In millon , T ( Ed.) ; *Theories of Psychopathology and Personality* ; W.B. Saunders Company P. PP: 427-436.
- 6- Sabshin , M ; ( 1973) ; *Theoretical Models in Community and Social Psychiatry* ; In Millon , T. (Ed.); *Theories of Psychopathology and personality* W.B. Saunders Company ; PP : 386-393.
- 7- Sadock, B.J; Sadock , V.A. (1999) ; *Comprehensive Textbook of Psychiatry* ; Williams & Wilkins.
- 8- Tyrer, P; Cread, F. (1995) ; *Community Psychiatry in Action* ; Cambridge University Press .