

بیماری روانی: نگرش‌ها

دابلویو، کارل و جی. بیندر
ترجمه سید مهدی موسوی

کورچین^۱ در روان‌شناسی بالینی مدرن^۲ اظهار داشته است که نگرش‌های مربوط به بیماری روانی، ارتباط مستقیم‌تری با مشاهده نابهنجاری‌های شدید داشته‌اند. در قرون اولیه، تصور می‌شد که مبتلایان به بیماری روانی مسخر شیاطین هستند و در نتیجه، آنان را زندانی و شکنجه می‌کردند. در دوران امپراتوری روم، پزشکان، طرفدار دیدگاه علمی‌تری همراه با درمان انسانی شدند، اما پس از سقوط این امپراتوری، اعتقاد به تسخیر، دوباره جان گرفت و تا عصر روشنگری ادامه یافت. در این دوره، ویر^۳ یگانه شخصیت قابل‌اعتنایی بود که با برخورد وحشیانه با دیوانگان مقابله کرد و آنان را بیمار قلمداد نمود. تغییری در این وضع تا انقلاب فرانسه و انقلاب امریکا به وجود نیامد.

در ۱۸۰۱، پینل^۴ قید و بندها را از دست و پای بیماران روانی خود برداشت و آنان را بیمار تلقی کرد. او در رساله‌ای در باب دیوانگی^۵ (۱۸۰۱/۱۹۶۲) با تنبیه مخالفت نمود و از درمان آنان به وسیله مواجهه مستقیم، مطالعه علمی، و استفاده از ثبت احوال و تاریخ زندگی بیماران طرفداری کرد. او حتی معتقد بود که ممکن است برخی از بیماری‌ها منشأ روانزاد داشته باشند. متأسفانه، آرای عموم مردم و متخصصان بسیار عقب‌افتاده‌تر از این بود. در واقع، گرچه

بیمارستان‌های آمریکا و انگلیس در قرن نوزدهم بر درمان اخلاقی تأکید می‌ورزیدند، بر خوردهای نامناسبی که به دست افرادی نظیر دیکس^۶ و بیرز^۷ اعمال و بر ملا شد نشان داد که جامعه هم‌چنان آمادگی سوء رفتار با بیماران روانی را دارد. پیش از آغاز نیمه اول قرن بیستم، غالباً بیماران روانی هنوز افرادی صرفاً دیوانه تلقی می‌شدند. دیوانگان هم‌چنان ذهن و قوه تخیل مردم را به خود جذب می‌کردند و مشاهده افراد به اصطلاح دیوانه در حال نمایش در سیرک‌ها و نمایش‌های عجیب و غریب، امری متعارف بود.

یکی از عوامل مؤثر و مهم در نگرش نسبت به بیماری روانی، پیدایش الگوی پزشکی بود، که بیماری روانی را از حیطه جادوگری بیرون کشید و در حوزه مطالعه و درمان پزشکی قرار داد. کورچین، این ویژگی‌ها را برای الگوی پزشکی متذکر شده است: بیماری‌های روانی، ناراحتی‌هایی هستند دارای سبب‌شناسی، دوره و سیر، و پیامد؛ علت این بیماری‌ها اموری عضوی است؛ همانند امراض جسمی دارای یک حالت نهفته و زیرین‌اند که علائم سطحی‌ای دارند؛ درمان آن‌ها پیش از هر چیز بستگی به مداخله پزشکی دارد؛ و فرایند بیماری در درون فرد است.

ساس^۸ در تولید دیوانگی^۹ نشان داده است که الگوی پزشکی در اوایل دهه ۱۹۵۰ با عرضه داروهای عمده آرام‌بخش تقویت شد، اما او یکی از منتقدان اصلی این الگو نیز بوده است. وی در اسطوره بیماری روانی^{۱۰} می‌گوید که علائم بیماری روانی را نمی‌توان به ضایعات سیستم عصبی مربوط دانست، بلکه باید آن‌ها را پیام‌هایی از سوی بیماران درباره باورهایشان نسبت به خود و جهان پیرامون دانست. این دیدگاه روانی-اجتماعی نمایانگر عامل مهم دیگری است که به شکل‌گیری نگرش‌های رایج درباره بیماری روانی کمک کرده است.

به زعم کورچین (1976) الگوی روان‌شناختی هم‌زمان با این کشف به وجود آمده است که فرایندهای ناخودآگاه و وادارهای روانی می‌توانند بر انگیزنده رفتارها باشند. مباحث مسمر^{۱۱} درباره مغناطیس حیوانی^{۱۲} شواهد اولیه را برای این پدیده فراهم کرد و آثار روان‌پزشکان متقدم فرانسه و نهایتاً زیگموند فروید این رویکرد روان‌شناختی را کاملاً تثبیت نمود. از همان زمان پیدایش چنین رویکردهایی، روان‌شناسان و دیگر محققان نشان دادند که بیماری‌های روانی می‌توانند واکنش‌های اجتماعی آموخته شده باشند و با روش‌های مختلف روان‌درمانی، درمان شوند. الگوی روان‌شناختی، همانند الگوی پزشکی، تأثیر مهمی بر نگرش‌های عمومی نسبت به بیماری‌های روانی داشته است.

نگرش عمومی رایج دربارهٔ بیماران روانی در نیمهٔ دوم قرن بیستم آن است که آنان افراد ناخوش احوالی هستند که مستحق درمان و مراقبت انسانی اند. رابکین^{۱۳} (۱۹۷۴) با پیگیری نگرش‌ها تا سال ۱۹۶۰، نتیجه گرفت که نسبت به بیماران روانی نظرات مبهم و نامشخصی وجود داشته است و پذیرش عمومی الگوی پزشکی ضعیف بوده است. در ثلث آخر این قرن، مردم آگاهی بیشتری کسب کرده‌اند، اگرچه هنوز مفهوم بیماری روانی آنان را دلزده می‌کند. از نظر کروستی^{۱۴} و همکاران (۱۹۷۲)، عامه مردم پذیرش بیشتری نسبت به الگوی پزشکی پیدا کرده‌اند، بیشتر مایلند قبول کنند که بیماران روانی نیاز به مراقبت دارند، و دربارهٔ پیش آگاهی نسبت به بیماری خوشبین‌تر هستند.

از وقتی که بیماری‌های بیشتری در حوزهٔ عمل متخصصان سلامت روانی قرار گرفت، این گرایش به وجود آمد که شکایات را در جهت بیماری ارزیابی کنند. ساتین^{۱۵} (۱۹۸۰) می‌نویسد که درک وجود بیماری روانی از سوی یک متخصص هنگامی زیاد است که تقاضای (درمانی) بالا باشد. این نکته باعث شد که محققان دیگر توصیه روش‌های ارزیابی ظریف‌تری را نمایند که عملاً این شانس را به فرد بدهد که عاری از بیماری تشخیص داده شود. باودن^{۱۶} و همکاران (۱۹۸۰) نشان داده‌اند که گاهی بیماران نیز دارای نگرش‌های مضر هستند. بیمارانی با نگرش‌های سختگیرانه و بدبینانه نسبت به بیماری روانی، بیشتر مبتلا به آسیب‌های روانی شدید می‌شدند و کمتر در درمان توفیق می‌یافتند. توقع دارو درمانگری، همبستگی نیرومندی با این موارد داشت: آموزش کمتر، شدت بیشتر بیماری، رضایت کمتر از درمان، ترک بیشتر درمان، و پیشرفت کمتر. افرادی با دیدگاه‌های مطلوب‌تر، خلاف این مسیر حرکت می‌کردند.

به طور کلی، کورچین (۱۹۷۶) فزونی آگاهی از روان‌شناسی در میان عامهٔ مردم و کاهش ننگ به حساب آمدن کمک‌خواهی را متذکر شده است. تأکید بر بیماری روانی شناختی جای خود را به تأکید بر سلامت روان شناختی داده است. بیماران روانی که قبلاً در تیمارستان مداوا می‌شدند، اکنون در بیمارستان‌های روان پزشکی و مراکز بهداشت روانی و حتی به صورت سرپایی مورد مراقبت قرار می‌گیرند.

تغییر نگرش‌ها اثرات گوناگونی به وجود آورده است. بروکمن^{۱۷} و دارسی^{۱۸} (۱۹۷۸) کاهش فاصلهٔ اجتماعی میان عامه مردم و بیماران روانی را متذکر شده‌اند. کورچین (۱۹۷۶) افزایش چشمگیری را در تعداد بیماری‌هایی که در حوزهٔ روان‌شناسی نابهنجاری و در نتیجه، در

حوزه کار متخصصان بالینی قرار می‌گیرند، یافته است. اما ساس (1970) می‌گوید که ننگ اجتماعی، زائیده ناگوار برجسب «بیماری روانی» است و به تدریج، ویژگی‌های خوب فرد مورد غفلت قرار می‌گیرد. مطالعات مختلفی، مؤید این اظهارات هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به مطالعه نورینگ^{۱۹} (1979) اشاره کرد. این مطالعه نشان می‌دهد که بیماران حتی پس از گذشت شش ماه از مرخص شدنشان، هنوز بدنام و سربار تلقی می‌شوند.

نگرش‌های جدید درباره بیماری روانی، باعث تغییرات قانونی و حقوقی بسیاری نیز شده است. تلاش‌هایی برای تهیه لایحه حقوق بیماران برای برخورداری از درمان مناسب انجام گرفته است. قوانینی نیز برای محافظت افراد خطرناک از آسیب رساندن به خود و اطرافیانشان تصویب شده است. بیماران روانی، دیگر مسئول خود به خود اعمالی که در خلال بیماری مرتکب شده‌اند، نیستند. سلامت روانی، هرچند هنوز موضوعی شدیداً بحث‌برانگیز است، اما باید به عنوان جزئی از شرایط دعاوی حقوقی تصویب شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که چگونه روش‌های مختلف درمانی، باعث تغییر نگرش نسبت به بیماری روانی شده‌اند. فیوه^{۲۰} (1977) معتقد بود که درمان سرپایی دارویی به دلیل کاستن از نیاز به مراقبت بستری، نگرش‌های مثبت در باب بیماری روانی را افزایش داده است. طبق گزارش موریسون^{۲۱} و تتا^{۲۲} (1980) و جانوس^{۲۳} و همکاران (1980)، سمینارهای آموزشی برای اسطوره‌زدایی از بیماری روانی، موفق به کاستن از ترس نسبت به آن شده است.

کورچین (1976) دو هدف عمده را برای برنامه آموزش عمومی شناسایی کرده است: پیشرفت در مراقبت از بیماران روانی، و ترویج پیش‌گیری. او متذکر می‌شود که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی با هدف تغییر نگرش، برنامه‌هایی هستند که یادگیرنده، مشارکت فعال در آن‌ها داشته باشد. کورچین برای روش‌های آموزش، چه در رسانه‌های عمومی و چه به صورت سمینار، سه گروه هدف را نام برده است: افراد آسیب‌پذیر در مقابل اختلال عاطفی، صاحبان قدرت در جامعه، و افراد مراقبت‌کننده. کورچین تأکید می‌کند که اطلاعات صحیح از ترس افراد می‌کاهد، به آنان اطمینان می‌دهد، شاخص‌هایی برای خودارزیابی فراهم می‌کند، و آنان را در برابر فشارهای روانی پیش‌رو واکسینه می‌نماید.

پی نوشت ها:

* مشخصات کتاب شناختی این مقاله به شرح زیر است:

Karle, W. & J. Binder, "Mental Illness: Attitude Toward" in Craighead, W. E. & C. B. Nemeoff, *The Corsini Encyclopedia of psychology and behavioral science*, 3rd. ed., 2001, pp. 947 - 942.

1. Korchin
2. Modern Clinical Psychology
3. Weyer
4. Pinel
5. Treatise on Insanity
6. Dix
7. Beers
8. Szasz
9. The Manufacture of Madness
10. The Myth of Mental Illness
11. Mesmer
13. Rabkin
14. Crocetti
15. Sottin
16. Bowden
17. Brockman
18. Darcy
19. Nuehring
20. Fieve
21. Morrison
22. Teta
23. Janus

۱۲. منظور، هیپنوتیزم است. م.

کتابنامه:

- Bowden, C. L., Schoenfeld, L.S., & Adams, L. (1980). Mental health attitudes and treatment expectations as treatment variables. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 653-657.
- Brockman, J., & Darcy, C. (1978). Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill: A review and re-survey. *Social Psychiatry*, 13, 69-77.
- Crocetti, G. M., Spiro, H. R., Lemkau, P.V., & Siassi, I. (1972). Multiple models and mental illnesses: A rejoinder to failure of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness, by T. R. Sarbin & J. C. Mancuso. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (1), 1-5.
- Fieve, R. R. (1977). The revolution defined: It is pharmacologic. *Psychiatric Annals*, 7 (10), 10-18.
- Janus, S.S., Bess, B. E., Cadden, J. J., & Greenwald, H. (1980). Training police officers to distinguish mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 137(2), 228-229.
- Korchin, S. J. (1976). *Modern Clinical Psychology*. New York: Basic Books.
- Morrison, J.K., & Teta, D.C. (1980). Reducing students' fear of mental illness by means of seminar-induced belief change. *Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 275-276.
- Nuehring, E.M. (1979). Stigma and state hospital patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 626-633.
- Pinel, P. (1962). *Treatise on insanity*. New York: Hafner. (Original work published 1801).
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-33.
- Sattin, D. (1980). Possible sources of error in the evaluation of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 99-105.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness*, New York: Harper & Row.
- Szasz, T. S. (1970). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row. (Original work published 1961).