

رویکرد روان شناختی به

مسئله پریشانی و سلامت روانی*

رودی دالوس

ترجمه محمد رضا سالاری فر

این مقاله در صدد است طرحی کلی از نظام‌های روان‌شناختی رایج و مؤثر در سلامت روانی را چه در حوزه نظریه و چه در حوزه عمل ترسیم کند. این بحث بر پنج نظام متمرکز است: زیست‌شناختی و پزشکی، رفتاری، روان‌پویایی، انسان‌گرایانه و سیستمی. این نظام‌ها تا حدی همپوشی دارند، لیکن تبیین‌های کاملاً متمایزی در مورد علل مشکلات مربوط به سلامت روان ارائه می‌دهند و هر یک به نوبه خود مستلزم روش‌های متفاوتی برای درمان هستند.

سطوح تحلیل

این نظام‌ها را می‌توان در یکی از سه سطح تحلیل در نظر گرفت: اجتماعی، میان‌فردی و فردی. به طور سنتی، سطح فردی از دو سطح دیگر بارزتر بوده است و بر این نظر است که علل مشکلات روانی را می‌توان تا عوامل فردی ردیابی کرد. برای مثال، در باب نابهنجاری‌ها یا نقص‌های زیست‌شناختی (زیستی-پزشکی)، تجارب یادگیری نادرست (شناختی-رفتاری) یا ضربه‌های عاطفی (روان‌پویایی)، تبیین‌های سیستمیک-تعاملی (مانند خانواده‌درمانی)، برآند که مشکلات روانی از معضلات مربوط به روابط و مناسباتی نظیر تعارض‌ها و فشارهای روحی در خانواده ناشی می‌شود.

نظام‌های زیستی و پزشکی

نظام‌هایی که از تبیین‌های زیست‌شناختی بهره می‌گیرند، مشکلات روانی را عمدتاً ناشی از علل جسمی نظیر عیب‌هایی در کارکرد مغز و سایر اعضا، عوامل وراثتی زیست‌شناختی و آثار ضربات یا تصادفات می‌دانند. برخی نظر می‌دهند که «اختلالاتی» مانند اسکیزوفرنی و افسردگی ممکن است با نقص‌های خاصی در مغز، مثلاً به نقص‌هایی در انتقال‌دهنده‌های عصبی مرتبط باشند که علائم را میان سلول‌های مغز انتقال می‌دهند. (McKenna, 1987). بعلاوه، نظام‌های پزشکی تجسم‌بخش این نظرانند که مشکلات مربوط به سلامت روانی، همانند نوعی بیماری جسمانی هستند (Kendell, 1993).

این دیدگاه، این نظر را دربردارد که بیماری‌های روانی را می‌توان از هم باز شناخت و دسته‌بندی کرد (براساس نشانگان [عوارض] قابل تعریف یا مجموعه‌ای از نشانگان‌ها، می‌توان بیماری‌ها را تشخیص داد). به نظر می‌رسد این امور تصویر روشنی از بروز بیماری و پیش‌آگاهی از آن

فراهم می‌کنند. این طبقه‌بندی، چارچوب سودمندی برای هدایت تحقیقات و درمان از طریق توصیف نشانگان‌هایی که بیماری‌ها در بردارند تلقی می‌شود.

دارودرمانی

مفهوم ضمنی درمان در اینجا آن است که به مشکلات عمدتاً در سطح فردی پرداخته می‌شود و اساساً این مشکلات از طریق بعد زیست‌شناختی فرد مشخص می‌شوند. درمان عمدتاً بوسیله داروهای مؤثر بر (تغییردهنده وضع) روان‌اصورت می‌گیرد، که می‌تواند در تسکین عوارضی مانند پریشانی، آشفتگی و اضطراب شدید مدد برساند. بحث و مجادله‌های شدیدی در باب ارزش درمان‌های دارو مدار^۲ و به‌ویژه، در مورد تجویز کورکوران داروهای آرام‌بخش و ضدافسردگی، در گرفته است. جنبه‌های مثبت این داروها آن است که دیگر نیازی به کنترل و نظارت جسمانی از بیماران به شدت پریشان نیست و آنان می‌توانند زندگی بهنجارتری را سپری کنند. اما، استفاده از این داروها در درازمدت ممکن است به اعتیاد، آسیب‌های جسمانی ناشی از اثرات جانبی، وابستگی روانی و چه بسا احساس کاهش استقلال و ضبط و مهار بر زندگی فردی خود، منجر شود.

روان-تربیت

هرچند، رویکردهای روانی-تربیتی، دیدگاهی زیست‌شناختی در علت‌یابی دارند، می‌پذیرند که در ایجاد بیماری‌های روانی همانند بیماری‌های جسمانی، عوامل محیطی و اجتماعی متعددی تعامل دارند. آموزش و توصیه در مورد راه‌های شناخت و مقابله با فشار روانی می‌تواند در تسکین آن سودمند باشد و این قبیل امور در مجموع، صورتی از روان-تربیت‌اند. با این وجود، اصطلاح روان-تربیت به طور اخص در اشاره به رویکردی به کار گرفته می‌شود که معتقد است که بیماری‌های روانی پذیرای اشکال متنوعی از فشارهای روانی هستند و شدت بیماری، تحت تأثیر میزان فشار روانی در محیط اجتماعی شخص به‌ویژه فشارهای خانوادگی و دیگر روابط نزدیک فرد، قرار می‌گیرد. برای نمونه، معلوم شده است که کمک به خانواده‌ها از طریق برنامه‌ای آموزشی، به منظور حفظ و تداوم فضای عاطفی در درون حدود مرزهای قابل قبول، احتمال بازگشت بیماری و نیاز به بستری شدن مجدد را کاهش می‌دهد (Brown et al., 1962; Leff and Vaughn, 1981).

نظام های رفتاری

رویکردهای رفتاری مسلم می گیرند که برخی مشکلات روان شناختی از طریق تجارب یادگیری پدید می آیند و به سبب شکل گیری تصادفی رویدادها^۳ (پاداش ها و تنبیه ها) در محیط استمرار می یابند. آزمایش های کلاسیک در مورد شرطی سازی نشان داده اند که ممکن است حالت های منفی ای مانند ترس ها یا وحشت ها به سبب همراهی مکرر پدیده یا امر عادی فاقد تحرک با یک محرک نفرت انگیز یا ترس آور مانند شوک الکتریکی یا صدایی بلند، پدید آیند. کانون توجه درمان عمدتاً به تغییر تجارب یادگیری منفی یا نامناسبی معطوف است که مشکلات را سبب شده اند و ممکن است همچنان آن ها را تداوم بخشند یا ایجاد کنند.

شیوه های درمانی متفاوت مانند حساسیت زدایی منظم، تعدیل رفتار و رویکردهای شناختی رفتاری از اصول رفتارنگری به دست آمده اند.

حساسیت زدایی منظم

این شیوه (Wolpe, 1958) معمولاً برای کمک به افراد دچار هراس مانند ترس شدید از عنکبوت، از سخنرانی در ملا عام، از بیرون رفتن، از ارتفاع و از غیره، به کار می رود. این شیوه معمولاً مشتمل بر مراحل زیر است:

۱. به شخص دچار هراس، روش های آرمیدگی (تمدّد اعصاب) آموزش داده می شود. این امر به او کمک می کند تا آرام بگیرد و به میل و اراده خود به نحو خوشایندی آرامش اعصاب پیدا کند.
۲. به دنبال این روش، آرام آرام و به نحوی قابل تحمل شخص دچار ترس و هراس را در معرض یا موقعیت هراس انگیز قرار می دهند به گونه ای که در حالت آرامش باقی بماند.
۳. در طی مراحل متعدد و پی در پی، شدت (هراسناکی) محرک به تدریج افزایش داده می شود. مثلاً کسی که از ارتفاع و بلندی هراس دارد، ممکن است بالا رفتن از طبقه اول ساختمانی را تمرین کند و سپس به تدریج به طبقه دوم و دست آخر به بالای ساختمان برود.

تعدیل رفتار

اسلوب های تعدیل رفتار بر شکل گیری یا جایگزینی رفتارهای «مطلوب تر» به جای

رفتارهای «نامطلوب» انگشت می‌گذارند (Shaldon, 1972; Cullen et al., 1981). به نظر می‌رسد مشکلات، همانند همه رفتارها، در اثر موقعیتی که شخص در آن قرار دارد، تداوم می‌یابند. به منظور بازشناسی عوامل موجود در محیط کنونی فرد که رفتارهای مشکل‌زا را استمرار می‌بخشند، ارزیابی نظام‌مندی انجام می‌شود. مثلاً، همدلی، توجه، و مرخصی از مدرسه و مانند آن‌ها ممکن است به منزله پاداشی برای اضطراب کودک عمل کند و او به این طریق مشکل اضطراب خود را ناخواسته استمرار ببخشد. رویکردهای رفتاری غالباً بیمار را پیش از درمان و در اثنای آن، درگیر برنامه مثبت و ضبط تفصیلی رفتار می‌کنند تا چنین پاداش‌های ناخواسته و غیر عمدی را شناسایی کنند. مکرراً ثابت شده است که این خودکنترلی^۴، تغییرات رفتاری قابل ملاحظه‌ای را موجب می‌شود. احتمالاً درگیری فعال در برنامه ثبت و ضبط رفتاری، به طور غیر مستقیم، تا حدی احساس خویشتن‌داری و خودمختاری در فرد ایجاد می‌کند و چه بسا بینش‌هایی ایجاد می‌کند که به تغییرات بیشتر نیز مدد می‌رساند.

رویکردهای شناختی-رفتاری در ماندگی آموخته شده

تحقیق سلینگمن (1975) نشان می‌دهد که اگر به حیوانات امکان دهیم تا راه‌های اجتناب از تجارب منفی مانند شوک الکتریکی را بیاموزند و سپس آن‌ها را از به کارگیری شیوه‌های اجتنابی آموخته شده، باز داریم، آن‌ها بی‌احساس یا «درمانده» می‌شوند. در یک آزمایش، افرادی را به حل مسائل ساده‌ای که (بدون اطلاع آنان) با مسائل مشکلی جایگزین شده بودند، مشغول کردند. به دنبال تلاش‌های ناکام در حل این مسائل مشکل، حتی هنگامی که به آنان مسائل ساده (و قابل حلی) عرضه می‌شد، همچنان ناکام می‌ماندند و نیل به هرگونه موفقیت از سر شانس را هم از

سر بیرون می کردند. بر وفق این الگو، محیط‌های محروم، آسیب‌پذیر و ضعیف منشأ افسردگی و سایر اختلالات روانی تلقی می‌شوند.

الگوی افسردگی بک

یکی از رویکردهای شناختی-رفتاری، الگوی شناختی افسردگی بک (1967) است. این الگو حکایت از آن دارد که افسردگی در اثر طرز تفکر خصصلاً یأس آور و بدبینانه فرد پدید آمده و استمرار بخشیده می‌شود. چنین می‌پندارند که این افکار (شناخت‌ها) در اثر گرایش‌های ادراکی منسجم و متلائم نسبت به جنبه‌های منفی تجارب و در اثر خطاهای نظام‌مند و منطقی در تفسیرها، تداوم می‌یابند. شخص ممکن است بر اساس اطلاعات بسیار محدود، حکم کلی صادر کند. همچنین به کارگیری بیش از حد گزینشی اطلاعات، ممکن است نشانه‌ای این باشد که، فقط تجارب منفی مورد توجه قرار می‌گیرند و همه واکنش‌های مثبت مورد غفلت واقع می‌شوند. مثلاً ممکن است شخص بر اساس موارد محدود و پراکنده‌ای از طردشدگی اجتماعی، نتیجه‌گیری کند که فردی کاملاً بی‌ارزش است و کسی او را دوست ندارد. بک اضافه می‌کند که تفکر افسردگی آور ریشه در مجموعه سه جزئی مفروضات بد-کارکردی^۵ مختل‌کننده زیر دارد که منجر به شناخت‌های خودبه‌خود و خوداستمراردهنده می‌شوند:

(الف) دیدگاه منفی نسبت به خود: من بی‌ارزش هستم.

(ب) دیدگاه منفی نسبت به اوضاع و احوال: همه چیز دل‌سردکننده است و من نمی‌توانم مطالباتی را که سایرین از من دارند، برآورده سازم.

(ج) دیدگاه منفی نسبت به آینده: اوضاع روزبه‌روز بدتر می‌شود و برای تغییر دادن آن هیچ کاری از دست من بر نمی‌آید.

بک اظهار می‌دارد که این افکار یأس آور ممکن است در اثر تجارب واقعی زندگی مانند از دست دادن چیزی، ناکامی یا طردشدگی پدید آیند. هرچند در مرتبه بعد، شناخت‌های افسردگی آور افکار شخص را پالایش و محدود می‌کند، به گونه‌ای که وی عملاً در شناخت هرگونه تجربه مثبتی ناتوان می‌شود.

هدف روان‌درمانی بک آموزش افراد برای تعدیل واکنش‌های شناختی فوری آنان نسبت به شرایط و موقعیت‌های بالقوه ناراحت‌کننده، و سپس بازسازی آن باورهای بنیادینی است که

واکنش‌های افسردگی آور بر آن‌ها مبتنی هستند. رویکردهای شناختی برای غلبه بر اختلال‌های مرتبط با اضطراب نیز به کار برده می‌شوند، خصوصاً اختلال‌هایی که به اضطراب‌های مربوط به مهار کنش‌های خودانگیخته‌ای مانند مشکلات جنسی مربوط اند (Kaplan, 1974).

رویکردهای روان‌پویایی

رویکردهای روان‌پویایی در اصل استدلال می‌آورند که تاریخچه تجارب عاطفی پیشین فرد به‌ویژه تجارب دوران کودکی، عامل مشکلات روانی است. این امور عمدتاً اموری خارج از قلمرو آگاهی افراد محسوب می‌شوند. بنابراین، با آوردن خاطرات این تجارب به سطح آگاهی، درمان، با عطف توجه بر فرد و کوشش‌های او، به شخص این امکان را می‌دهد که آزادتر و مستقل‌تر باشد:

۱. سهم عمده‌ای که نظریه روان‌پویایی ایفا می‌کند در ارائه این فرضیه است که مشکلات بالینی عمدتاً ریشه در آن تجارب عاطفی منفی دوران کودکی دارند که مسیر طبیعی رشد از طریق مراحل روانی جنسی را مختل می‌کنند. مشکلات حاصله، ممکن است در کودکی، نوجوانی یا در اشکال گوناگون در زندگی بزرگسالی، جلوه‌گر شوند.
۲. نظر بر این است که مشکلات در ضمیر ناخودآگاه جای دارند. بنابراین، خاطرات این رویدادها، از جمله افکار و عواطف حول و حوش آن‌ها، به آسانی در دسترس نیستند، ولی ضرورت دارد با به‌کارگیری روش‌های گوناگون مانند تعبیر رؤیا و تداعی آزاد^۶ و مانند آن‌ها، تجزیه و تحلیل شوند. این روش برخلاف رویکردهای شناختی‌ای است که غالباً فرض می‌گیرند شناخت‌ها، به‌طور هشیارانه‌ای در دسترس روان‌شناسی و مراجع برای گشودن باب مذاکره‌اند.
۳. فروید، و سایر نظریه‌پردازان روان‌پویایی به درجات متفاوت، مطرح کرده‌اند که تمایلات جنسی زیربنای مشکلات عاطفی است. تعارض بین تحریم‌های اجتماعی در خصوص امور جنسی فرد، در نظر بسیاری از افراد، به مشکلات عاطفی عمیقی می‌انجامد که چه‌بسا نیازمند روان‌درمانی باشند.

۴. فروید علی‌الخصوص، اظهار داشت که مشکلات به ناتوانی در حل احساسات جنسی در خانواده مربوط می‌شوند. مثلث عقده ادیپ و الکترا، مفهومی کانونی است که القا می‌کند بیانگر آن است که کودک در نتیجه ستیزه‌ای که نسبت به والد همجنس و احساسات جنسی نسبت به والد جنس مخالفش دارد، بین احساسات ذووجهینی مانند میل، گناه و خشم گرفتار است.

سهم مهم روان‌پویایی در روند درمان، تأکید بر روابط درمانی و انتقال^۷ است. فروید استدلال می‌آورد که بیمارانش به انحاء مختلف احساسات خود را (که از روابط اولیه‌شان، خصوصاً از روابط با والدین خود، کسب کرده‌اند) به طور اجتناب‌ناپذیری به او انتقال داده‌اند. درمانگر چه بسا به صورت پدر تنبیه‌گری تلقی می‌شود که بیمار نسبت به او دودل است: از یک سو، مراجع نسبت به او نفرت می‌ورزد و مایل است به او حمله کند و، از سوی دیگر، احساسات جنسی غیرقابل قبولی را نسبت به درمانگر در سر می‌پروراند. درمان، مراجع را درگیر فعالیت در مورد این احساسات با درمانگر می‌کند و در نتیجه مراجع نسبت به این احساسات آگاه‌تر شده و ضبط و مهار آن‌ها را در دست می‌گیرد. (تقویت من «ego») روان‌شناسان فرویدی متأخر، مانند کلاین و فیبرن، تأکید می‌کردند که درمانگر نیز به طور اجتناب‌ناپذیری، احساساتش را بر مراجع فرافکنی می‌کند (انتقال متقابل). پویایی‌های روابط درمانی، به جای تلاش در جهت حذف این احساسات، مسئله بسیار مهمی تلقی می‌شد که به شخص اجازه می‌دهد که رابطه با درمانگر را برای بیان و کشف شیوه‌های جدید و سازنده‌تر در پرداختن به این احساسات مورد استفاده قرار دهد.

خود فروید روش روان‌کاوی و مواجهه تک‌به‌تک تحلیل‌گر و مراجع را، در طول سالیان متمادی، بیش از یک‌بار در هفته، باب کرد. (مثلاً بنگرید به: Freud, 1962). روشن است که این روش درمانی، زمان‌بر و پرهزینه است. کوشش‌هایی صورت پذیرفته تا شیوه‌های روان‌پویایی کوتاه‌مدتی ابداع شوند که به طور خاص بر رفع مشکلات خاص تأکید دارند. بسیاری از این شیوه‌ها به تمایل جنسی و انتقال توجه نمی‌کنند، بلکه عوامل عاطفی متعدد و گوناگونی را در نظر می‌گیرند.

درمان‌های گروهی، راه دیگری هستند که از طریق آن‌ها می‌توان درمان‌های روان‌پویایی را برای پوشش افراد بیشتری به کار برد. این درمان‌ها، شیوه‌های مختلفی را به کار می‌گیرند تا

مشکلات عاطفی حل نشده را به کمک سایر اعضای گروه کشف و حل و فصل کنند. یک درمانگر می‌تواند همزمان با چند بیمار کار کند و از فرآیندهای مختلف روان‌پویایی مانند انتقال، انکار و فرافکنی میان اعضای گروه در درمان بهره‌برداری کند (Blon, 1961).

پیشرفت‌های جدیدتر، اثرات روابط و دل‌بستگی‌های اولیه را بر روابط کنونی فرد، مورد کاوش قرار داده است (Scharff, 1982). مثلاً در درمانگری خانواده‌محور،^۸ هدف آن است که تنش‌ها و عواطف ناخودآگاه موجود در کل خانواده و نیز در هر فرد به هنگام بروز دادن مشکلات حل و فصل شود. هدف فوق‌تضمین می‌کند که محیط خانواده در مرحله بعد سودمندتر باشد و بازگشت بیماری با احتمال کمتری روی دهد (Boszromenyi-Nagy and Sparks, 1973). نظریه‌های انتقال روانی-اجتماعی بر شیوه‌هایی انگشت تأکید می‌گذارند که در آن‌ها افراد در مقابل از دست دادن خیری و اکتش نشان می‌دهند. این نظریه‌ها همچنین بر نحوه کمک به افراد برای بازسازی زندگی‌شان در مواجهه با تغییرات فاجعه‌آمیز تأکید دارند.

نظام‌های انسان‌گرایانه

روان‌شناسی انسان‌گرایانه نیز با فرآیندهای ناخودآگاه سر و کار دارد، ولی انسان‌ها را از حیث نیاز به رشد و تحول، بالقوه خلاق و برانگیخته تلقی می‌کند (Vondarcek and Corneal, 1994). در مقابل رویکردهای روان‌پویایی، ضمیر ناخودآگاه هویت مثبتی تلقی می‌شود که می‌توان در آن به طرز موفقیت‌آمیزی کندوکاو کرد و به شیوه‌های گوناگون از طریق هنر، موسیقی، نویسندگی، نمایش گفتگو و خوداندیشی آن را به شیوه‌های گوناگون شرح و بسط داد. به طور کلی نظر بر این است که می‌توان حالت‌های خودآگاه و ناخودآگاه فرد را درهم تلفیق/ادغام کرد و هدف، تشویق احساس خودمختاری، کنترل و آزادی است. یک رویکرد کل‌نگر می‌کوشد ابعاد وجودی فرد، یعنی رفتار، عواطف، شناخت‌ها، احساسات، رؤیاها و خیال‌پردازی‌ها را انسجام ببخشد. استدلال می‌شود که افراد ممکن است به سبب جنبه‌های منفی روابط با دیگران، به جایی برسند که احساس ناراحتی، نفرت و شرمندگی نسبت به برخی جنبه‌های شخصیت خود پیدا کنند. درمانگری‌های انسان‌گرایانه مانند مشاوره مراجع محور کارل راجرز (1965)، علاقه‌مندند که بفهمند چگونه افراد، خویش را تجربه می‌کنند و این امر به چه نحو با مشکلات آنان مرتبط است. هدف درمان، ایجاد انسجام از طریق فراهم آوردن زمینه صمیمیت یا تأیید غیر ارزشگذارانه است.

- محیط حمایت کننده‌ای که در آن افراد می‌توانند، نقش‌های جدید خود را آزمایش کنند و به آنان کمک می‌شود تا احساس خوداعانه‌ای و هدفداری را از نو به دست آورند. تأکید می‌شود، به افراد کمک کنیم تا احساسات و آگاهی هشیارانه خود را درهم تلفیق کنند. این امر متضمن تشویق افراد به «اطلاع یافتن» از احساسات منفی و مثبت خود و پذیرش آن‌ها و بیان کردن واضح‌تر و آزادانه‌تر آن‌هاست.

در رویکرد مشاوره غیر جهت‌دهنده راجرز، درمانگر می‌کوشد از ارائه تفسیرها و نصیحت کردن، خودداری کند، زیرا این امر موجب خلط نیازهای خود درمانگر و نیازهای درمانجو می‌شود. ابتکار عمل و نصیحت کردن، موجب می‌شود درمانگر احساس خوشایندی داشته باشد، ولی ممکن است عملاً سبب شود درمانجو احساس حماقت کند (Kelly, 1955). در عالم واقع، رسیدن به موضع و موقعیتی کاملاً غیر جهت‌دهنده، تقریباً غیرممکن است؛ فیلمی از راجرز که به درمانجویان می‌پردازد، نشان می‌دهد که او عملاً تفسیرهایی ارائه می‌دهد و حتی نصیحت‌هایی به درمانجو می‌کند. در واقع راجرز بیان می‌کند که درمانگر نباید نوعی روبات غیرپاسخگو به نظر برسد، باید انسان گرم و دلسوزی باشد که لااقل تا حدی، افکار و احساسات خود را بروز می‌دهد.

لیکن، تأکید بر تشویق درمانجو است تا خود حل مشکلات خویش را با مساعدت‌های درمانگر، «به عهده گیرد» تا به رشد اعتماد به نفس و «عزت نفس» او کمک شود. برخی از روش‌های درمانی انسان‌گرایانه پا را از این فراتر گذاشته و به‌طور کلی از نقش درمانگر صرف‌نظر می‌کنند. در گروه‌های مشاوره مشارکتی [co-counseling] یا بدون رهبر، افراد مهارت‌های اساسی را به یکدیگر می‌آموزند و سپس همدیگر را در به‌کارگیری این مهارت‌ها برای حل مشکلات خویش، یاری می‌رسانند. آرا و نظرات انسان‌گرایانه، تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای در ایجاد اشکال مختلف گروه‌های خودیاری در جوامع مانند گروه‌های الکلی، گروه‌های حمایت خانواده و گروه‌های زنان داشته‌اند.

نظام‌های سیستمی

نظام‌های سیستمی مشکلات را نه صرفاً یا عمدتاً در شخص بلکه در الگوهای جاری فعالیت‌ها و در ارتباطات موجود در چارچوب روابط می‌بینند.

خانواده درمانی سیستمی

اظهار می‌شود که هر چند نشانگان ممکن است علی‌الظاهر عمدتاً در یک عضو خانواده بروز کند، ولی این امر اساساً، جنبه‌ای از روابط آشفته اعضای خانواده است (Bateson, 1956; Jack-son, 1968). این رویکرد اساساً متأثر از این کشف است که نشانگان کودکان غالباً پاسخی بیمارگون به کشیده شدن والدین شان به تعارض با یکدیگر بوده است (Rutter, 1975; Haley, 1976; Minuchin et al., 1978). این مشاهدات به این نظر منجر شد که بسیاری از نشانگان‌ها برای اجتناب یا انحراف توجه از زمینه‌های دیگر تعارض در روابط خانوادگی، به کار گرفته شده‌اند. نظر بر این است که برچسب بیمار زدن بر هر یک از اعضای خانواده ممکن است تغییرات ضروری در روابط آشفته در خانواده را به طور کلی به تأخیر بیندازد، یا سد راه آن‌ها شود. رویکردهای خانواده درمانی سیستمی بر الگوهای رفتار و چگونگی روابط تأکید دارند. آنان از بازخوردها استفاده می‌کنند تا تأکید کنند بر اینکه چگونه اعمال افراد به طور مستمر متأثر از اطلاعات مربوط به اثرات اعمال پیشین است. یکی از مسائل مورد توجه خاص، چرخه‌های باطل یا زیانبار است. نمونه‌ای از این چرخه‌ها، پاسخ مرد جوانی به مداخلات مادر اوست که باعث می‌شده او در لاک خود فرو برود، زیاد بخوابد و دست از مراقبت از خود بردارد. این امر موجب می‌شود مادرش با حالتی عصبانی و عیب‌جویانه حتی، بیش از پیش در زندگی او دخالت کند، او را متهم به تنبلی کند و از او بخواهد که برای خودش شغلی دست و پا کند. مرد جوان در نهایت، با عمل کردن به نحوی عجیب و آشفته به این تعارض و تنش شدت یافته در خانه، واکنش نشان می‌دهد که در نتیجه کار او به دوره دیگری از بستری شدن در بیمارستان می‌انجامد. رویکردهای سیستمی به طور فزاینده‌ای به شناسایی الگوهای تکرار روابط در خانواده‌ها می‌پردازند. این الگوها که تا حدودی می‌توان در خانواده‌ها مشاهده کرد از باورها و برداشت‌ها ناشی می‌شود. به علاوه، به نظر می‌رسد که این باورهای خانوادگی نیز با فرض‌های گسترده‌تر و مشترک اجتماعی مثلاً راجع به روابط، جنسیت، سلامت روانی و زندگی خانوادگی، مرتبط است (Dallos, 1991).

رشته‌های مشترک و جنبه‌های متقابل

هر چند تفاوت‌های روشنی میان این نظام‌های گوناگون وجود دارد، ولی در وجوه مهمی نیز اشتراک دارند، به ویژه در حوزه «درهم‌ریخته» کار بالینی که در آن بسیاری از پزشکان رویکردی

التقاطی و عمل‌گرا دارند، این نظام‌ها برحسب سطح تحلیلی که عمدتاً بر آن تمرکز دارند و نیز در دو بعد مهم «تأثیرگذاری» و «جبرگرایی»، متفاوتند.

می‌توان افراد را تأثیرگذار، فعال، خودمختار (مستقل) و توانا بر تأمل در باب تجارب خویش و انتخاب‌گر در زندگی خود دانست. دیگر این‌که تبیین‌های جبرگرایانه، فرض می‌گیرند که افراد کم و بیش در اوضاع و احوال اجتماعی، تاریخی و زیست‌شناختی شکل می‌گیرند و بر اثراتی که این عوامل بر آنان دارند، کنترل چندانی ندارند. در هر صورت این نظام‌ها در بسیاری از جنبه‌های مهم زیر اشتراک دارند:

همدلی

بیشتر این نظام‌ها اذعان دارند که درمان موفقیت‌آمیز، نیاز به تثبیت یک رابطه مثبت و اعتماد بر انگیز با درمانجو، خانواده او و دیگران را ایجاب می‌کند (Rogers, 1965; Yates, 1983). اگر دلیل دیگری در کار نباشد، به منظور جلب همکاری مراجع به‌ویژه در ثبت گزارش‌های گاه و بیگاه خسته‌کننده‌ای که در برنامه‌های رفتاری لازم است، برقراری این ارتباط ضروری است.

رابطه درمانی

نیاز به ملاحظه روابط میان درمانگر و درمانجو مورد قبول همگان است. هم درمانجو و هم درمانگر تاریخچه‌ای از تجارب گذشته در باب مواجهه درمانی دارند. درمانگر باید بتواند رابطه خود را با درمانجو، همسر و خانواده‌اش تعدیل کند، تا بر اضطراب‌های همراه با تغییرات که ویژگی غالب مشکلات روانی است، فائق آید.

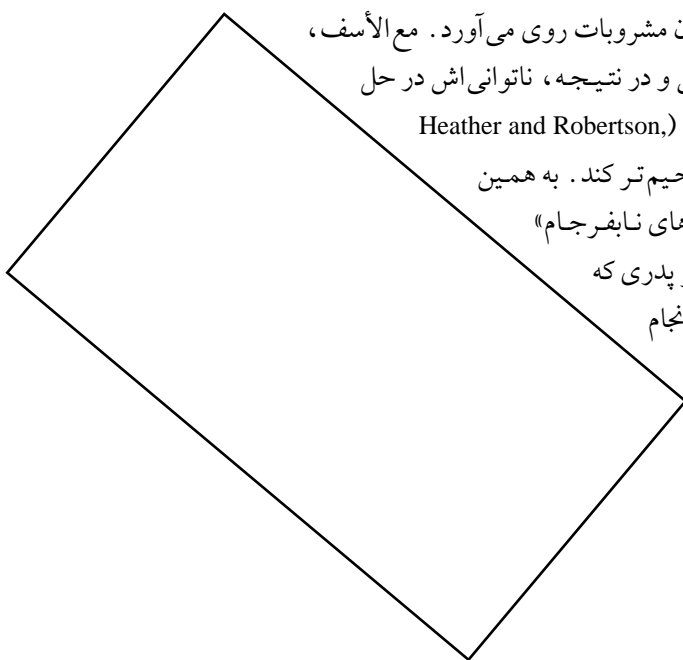
ارتباط

همه اشکال درمان، مستلزم رابطه روشنی در سطوح مختلف میان درمانجو و درمانگراند.

برای بسیاری از بیماران، ناتوانی در برقراری ارتباط در مورد مشکلات، جنبه‌ای حیاتی است و می‌توان با استدلال ثابت کرد که، نشانگان اغلب به صورت ارتباطات غیر مستقیم بروز می‌کند و اموری را نشان می‌دهد که افراد مایلند اظهار کنند، ولی احساس می‌کنند مجاز به ابراز آن‌ها نیستند. خانواده درمانگران اغلب اعضای خانواده را ترغیب می‌کنند تا نحوه ارتباط برقرار کردن در خانه را نشان دهند. حتی درمانگرانی که به طور فردی کار می‌کنند، ممکن است بکوشند ارتباط درمانجو را با دیگران حتی الامکان به صورت مستقیم کشف کنند. مثلاً، گشتالت درمانی پرلز (1969)، افراد را ترغیب می‌کند که برخی جنبه‌های واقعی زندگی خود را به تصور درآورند، مثلاً والدی را نشسته بر روی صندلی خالی در نظر بگیرند و سپس احساس خود را برای شخص خیالی نشسته بر روی صندلی بیان کنند، نه این‌که صرفاً بکوشند درباره احساسات و شناخت‌های خود گفتگو کنند. این امر ممکن است به طور مستقیم‌تری به درمانگر نشان دهد که چگونه افراد با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند و با انجام دادن این کار احساسات درونی و زیربنایی آن‌ها چیست.

چرخه‌های زیانبار

شماری از جهت‌گیری‌ها شامل این نظر است که ممکن است مشکلات از طریق چرخه تعامل میان رفتار و پیامدهایش (بازخورد)، تشدید شود. نمونه متعارف این امر، شخصی است که برای رهایی از نگرانی‌ها و مشکلات به نوشیدن مشروبات روی می‌آورد. مع‌الأسف، مشکلات او در اثر نوشیدن مشروبات الکلی و در نتیجه، ناتوانی‌اش در حل مشکلات به نحوی کارآمد، حادث می‌شود. (Heather and Robertson, 1986) این امر خود ممکن است مشکل را وخیم‌تر کند. به همین ترتیب، خانواده درمانگران در باب «راه‌حل‌های نابفرجام» برای مشکلات سخن به میان می‌آورند، نظیر پدری که با «غرزدن» می‌خواهد نوجوان سرکش را به انجام رفتار مسئولانه وادارد که این کار نوجوان را خشمگین‌تر کرده و این او را به انجام بیشتر همان رفتارها می‌کشاند.



پی نوشت ها:

* مشخصات کتاب شناختی اصل مقاله چنین است:

Dallos, Rudi, "Psychological Approaches to Mental Health and Distress", in Heller Tom, Jill Regnolds, Roger Gomm, Rosemary Muston and stephen pattison(eds.) *Mental Health Matters* (London, MacMilan press LTD, 1966), pp. 11-76.

1. psychotropic (mood-altering) drugs
2. drug-based
3. pattern of events
4. self-monitoring
5. dysfunctional assumptions
6. free association
7. transference
8. family-focused therapy

کتاب نامه:

Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Basic Books.

Bateson, G., Jackson, S., Haley, J. and Weaklands, J. (1956) 'Towards a theory of schizophrenia', *Behavioural Science*, vol.1, 251-264.

Beck, A. T. (1967) *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, New York, Harper & Row.

Bion, W. R. (1961) *Experiences in Groups*, London, Tavistock.

Boszromenyi-Nagy, I. and Sparks, G. (1973) *Invisible Loyalties*, New York, Harper & Row.

Boyle, M. (1990) *Schizophrenia: A Scientific Delusion?*, London, Routledge.

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. and Wing, J. K. (1962) 'The influence of family life on the course of schizophrenic illness', *British Journal of Preventative Social Medicine*, vol.16, 55-68.

Cullen, C., Hattersley, J. and Tennant, L. (1981) 'Establishing behaviour: the constructional approach', in Davey, G. (ed.), *Applications of Conditioning Theory*, London, Methuen.

Dallos, R. (1991) *Family Belief Systems, Therapy and Change*, Milton Keynes, Open University Press.

Freud, S. (1962) *Two Short Accounts of Psychoanalysis*, Harmondsworth, Pelican.

- Haley, J. (1976) *Problem Solving Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Heather, N. and Robertson, I. (1985) *Problem Drinking: The New Approach*, Harmondsworth, Pelican Books.
- Jackson, D. (1957) 'The question of family homeostasis', *Psychology Quarterly Supplement*, vol.31, 79-90.
- Jackson, D. (ed.) (1968) *Therapy, Communication and Change*, Palo Alto, CA, Science and Behavior Books Inc.
- Kaplan, H.A. (1974) *The New Sex Therapy*, New York, Brunner Mazel.
- Kelly, G. (1955) *The Psychology of Personal Constructs*, New York and London, Norton.
- Kendell, R. E. (1993) 'The Nature of Psychiatric Disorders', in Kendell, R. E. and Zealley, A. (eds), *Companion to Psychiatric Studies*, 5th edn, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Leff, J. and Vaughn, C. (1981) 'The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up', *British Journal of Psychiatry*, vol.139, 102-10.
- McKenna, P.J. (1987) 'Pathology, phenomenology and the dopamine hypothesis of schizophrenia', *British Journal of Psychiatry*, vol.151, 288-301.
- Minuchin, S., Rosman, B. and Baxter, L. (1978) *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Perls, F. S. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim*, Moab, Real People Press.
- Rogers, C. (1965) *Client Centred Therapy*, New York, Houghton Mifflin.
- Rutter, M. (1975) *Helping Troubled Children*, Harmondsworth, Penguin.
- Scharff, D. E. (1982) *The Sexual Relationship: an object relations view of sex and the family*, Boston, Routledge & Kegan Paul.
- Seligman, M. (1975) *Helplessness*, San Francisco, Freeman.
- Sheldon, B. (1982) *Behaviour Modification*, London, Tavistock.
- Vondarcek, F. W. and Corneal, S. (1994) *Strategies for Resolving Individual and Family Problems*, Pacific Grove, Brook Cole.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy and Reciprocal Inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- Yates, A. J. (1983) 'Behaviour therapy and psychodynamic theory: basic conflict or reconciliation or integration?', *British Journal of Clinical Psychology*, vol.22 (2), 107-127.