

سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر

دکتر محمدباقر حبیبی^۱

چکیده

پارادایم، هسته‌ی اصلی و زیرساخت نظریه‌های علمی است. هر اندازه که یک نظریه از پارادایم متقن و جامع‌تری برخوردار باشد، می‌تواند در عمل به موفقیت‌های بیشتری دست یابد. این مطلب در تمامی علوم قابل بررسی و تأیید است و در علوم انسانی و به خصوص در علوم رفتاری و روان‌شناسی، از وضوح بیشتری برخوردار است. برای تبیین چگونگی ارتباط مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی با تغییر و تحولات انجام شده در نظریه‌های روان‌شناختی و مدل‌های سلامت روانی، مناسب است مدل‌های سلامت روانی را از منظر مبانی نظری‌شان بازبینی کنیم. در این مقاله از مجموع مدل‌هایی که در سلامت روانی ارائه شده است، سه مدل عمده‌ی زیستی (طبی)، زیستی - روانی - اجتماعی (مدل سیستمی) و مدل ارتقا را انتخاب و مبانی هستی‌شناسانه، انسان‌شناسانه، معرفت‌شناسانه و روش‌شناسانه‌ی آنها را به اجمال بررسی کرده‌ایم. با تحلیل تاریخیچه و هم‌چنین مبانی نظری نظریه‌های علمی موجود، می‌توان به سیر تحولات این نظریه‌ها پی برد و به چشم‌انداز گسترده‌تری از سلامت روانی دست یافت.

واژه‌های کلیدی: پارادایم، مدل، سلامت روانی، مفاهیم پایه، مفروضات متافیزیکی، نظریه‌پردازی.

مقدمه

به دشواری می‌توان از پارادایم^۱ یک تعریف دقیق و خلاصه به دست داد؛ اما به اختصار می‌توان گفت که «یک نظریه‌ی رسمی دارای ویژگی‌های متعددی است؛ نخست: بر مفروضات یا موضوعاتی استوار است که غالباً بدون استدلال پذیرفته شده‌اند. دوم: واژه‌ها یا مفاهیمی که نظریه براساس آن‌ها تدوین شده و ارتباط میان بخش‌های مختلف نظریه را برقرار می‌کند. سوم: واژه‌ها یا مفاهیمی که روابط علی و معلولی با یکدیگر داشته باشند. فرضیه‌ها یا نظریه‌های علمی بر اساس این مفروضات، واژه‌ها و روابط علی و معلولی ساخته می‌شوند.» (پاترسون،^۲ ۱۹۸۰؛ شلینگ،^۳ ۱۹۸۴؛ به نقل از آرین، ۱۳۷۲). با توجه به خصوصیت عنوان شده از نظریه‌های علمی می‌توان گفت که پارادایم «مجموعه‌ی فراگیری است که حاوی تمامیت نگرش‌ها و بینش‌های دانشمندان است و مشتمل بر مجموعه‌ای از مفاهیم، نظریه‌ها و قوانین، مجموعه‌ای از ابزارهای اندازه‌گیری، شیوه‌های به‌کارگیری آنها جهت تولید ساخته‌های تجربی و نحوه‌ی تعدیل و تصحیح آنها، مجموعه‌ای از اصول و قواعد روش‌شناختی و معرفت‌شناختی و بالاخره مجموعه‌ای از تعهدات و اصول مابعدالطبیعی و توصیه‌های نیمه یا شبه اخلاقی.» (زیباکلام، ۱۳۸۲).

به تعبیر فیلسوف و مورخ علم، تامس کوهن،^۴ تلاش‌های علمی دانشمندان در دو قالب علم عادی^۵ و علم انقلابی^۶ انجام می‌گیرد. در بخش اول، دانشمندان در قالب یک پارادایم حاکم، به فعالیت‌های علمی و حل مسائلی می‌پردازند که آن پارادایم حل آنها را مهم معرفی کرده است؛ به بیان دیگر، در این مرحله از تلاش علمی، دانشمندان به تکمیل پازل یا پرکردن جدول کلمات متقاطع مشغول‌اند. اما گاه دانشمندان در حین کار کردن در قالب پارادایم حاکم، مشکلاتی را تجربه می‌کنند و با اعوجاج‌هایی مواجه می‌شوند. اگر مشکلاتی از این نوع را نتوان فهم و رفع کرد، وضعیتی بحرانی به وجود می‌آید. این بحران هنگامی مرتفع خواهد شد که پارادایم جدیدی ظهور کند و مورد حمایت قرار گیرد. پارادایم جدید، حاوی نویدهایی است و قادر است فعالیت علم عادی جدیدی را هدایت نماید (همان). بر این اساس باید گفت که برای نظریه‌پردازی علمی،

1 . paradigm

2 . Patterson

3 . Shilling

4 . T.S. Kuhn

5 . normal science

6 . revolutionary science

در اولین گام باید به نقد پارادایم‌ها، مدل‌ها و نظریه‌های علمی موجود پرداخت و پس از آن با کاوش در مبانی نظری آنها و سنجش این مبانی با مبانی فلسفی، فرهنگی و دینی خود، به ارائه‌ی پارادایم و مدل‌ها و نظریه‌های علمی جدید همت گمارد.

در همین راستا در این مقاله کوشش می‌شود تا مفهوم سلامت روانی^۱ را مورد بازبینی دقیق قرار داده و به آن نگاهی نو داشته باشیم و با بررسی مبانی نظری مدل‌های موجود در این موضوع، تمهیدات لازم را برای نظریه‌پردازی در این حوزه فراهم آوریم.

مفهوم سلامت روانی و گستره‌ی آن

معنای سلامت و بیماری روانی چیست و به تعبیر دیگر، هنجار^۲ و ناهنجار کدام است؟ با اندکی تأمل در این باره و ملاحظه‌ی پاسخ‌ها و رویکردهای مختلف موجود در این مورد، درمی‌یابیم که پاسخ به این سؤال و سؤالاتی از این دست، چندان ساده نیست؛ برای مثال، برخی بر این اعتقادند که اصولاً تعریف سلامت روانی ممکن نیست و مشکل بحث بهداشت روانی هم از آن‌جا سرچشمه می‌گیرد که هنوز تعریف صحیح و قابل‌قبولی برای هنجار، بیماری و سلامتی در دست نداریم (میلانی فر، ۱۳۷۶).

رویکرد دیگری نیز معتقد است که «هنجار و ناهنجار، برای رفتار بشر، اصطلاح‌های نسبی هستند. بسیاری از مردم این طبقه‌بندی‌ها را به‌طور ذهنی و بدون دقت و غالباً به صورت ارزش‌گذارانه و در اشاره به رفتار خوب یا بد، به کار می‌برند. به نظر می‌رسد که برای به‌کارگیری صحیح این اصطلاحات باید این موارد را روشن ساخت: هنجار چه کسی؟ برای چه سنی؟ در چه دوره‌ای از تاریخ؟ در کدام یک از فرهنگ‌های متعدد دنیا؟ و...» (کاستلو،^۳ به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۳).

مازلو^۴ نیز در این باره می‌گوید: «به‌طور کلی کوشش‌های صورت گرفته برای تعریف بهنجاری، یا جنبه‌ی آماری داشته، یا به فرهنگی خاص مربوط می‌شده و یا جنبه‌ی پزشکی - بیولوژیک داشته است. اما این‌ها فقط تعاریف رسمی‌اند، نه تعاریف معمولی و روزمره. معنای غیررسمی این واژه، صریح و روشن است. اکثر مردم هنگامی که می‌پرسند بهنجار چیست، همین معنای غیررسمی را در ذهن دارند. این در مورد اکثر

1 . mental health

2 . norm

3 . W.A. Castellow

4 . A. H. Maslow

افراد و حتی در مورد افراد حرفه‌ای، هنگامی که اوقات غیررسمی شان را می‌گذرانند، یک سؤال ارزشی به شمار می‌رود و منظور از این سؤال عملاً این است که چه چیز را باید ارج نهمیم، چه چیز برای ما خوب است و چه چیز بد، از چه چیز باید نگران باشیم و از چه چیز باید احساس گناه یا احساس تقوی کنیم.» (مازلو، به نقل از رضوانی، ۱۳۷۲). سازمان جهانی بهداشت^۱ (۱۹۴۶) نیز در تعریف سلامت روانی آورده است: سلامتی حالتی کامل از رفاه جسمانی، ذهنی و اجتماعی و نبود بیماری و ناراحتی است. در بخش اول این تعریف، با رویکرد مثبت به سلامتی نگریسته می‌شود (وجود یک کیفیت مثبت مثل رفاه) و در بخش دوم آن، وجه سلبی مورد نظر است (فقدان بیماری یا ناراحتی) (کرتیس، ۲۰۰۰).

بنارد^۲ (۱۹۹۶) در مقام ارزیابی این تعریف برآمده و معتقد است که حصول راحتی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی در عمل بسیار مشکل است و این تعریف دایره‌ی وسیعی از عوامل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را که ممکن است با حالت‌های روانی ارتباط داشته باشند نادیده گرفته است.

با توجه به اختلاف‌های فراوانی که در تعاریف موجود از مفهوم سلامتی روانی به چشم می‌خورد (که در بالا به تعدادی از آنها اشاره شد)، باید اذعان کرد که مفهوم سلامت روانی مفهومی بسیار گسترده و فراگیر و پیچیده است و گستره‌ی آن در هر یک از رویکردهای موجود، به پارادایمی (مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی) که آن مدل یا نظریه به آن وابسته است بستگی دارد. هم‌چنان‌که گفته شد، یکی از راه‌های تولید علم و نظریه‌پردازی، نوآندیشی و بازنگری در همین مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی است و با تغییر پارادایم‌هاست که می‌توان به چشم‌انداز گسترده‌تری از مفهوم سلامت روانی و نتایج ارزشمندی در بعد نظری و عملی دست یافت.

مبانی نظری مدل‌های سلامت روانی

چنان‌که اشاره شد، یکی از ویژگی‌های اصلی نظریه‌ها، مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی‌ای است که آن نظریه بر آن استوار می‌گردد. این مبانی در نظریه‌های علمی غالباً بدون استدلال پذیرفته می‌شوند و یا این‌که در علمی شامل‌تر مورد بحث و بررسی

و اثبات قرار می‌گیرند و نظریه پرداز در نظریه‌ی خود از آن استفاده می‌کند (پیروزمند، ۱۳۷۳).

مرگان^۱ (۱۹۷۹) مبانی نظری مدل‌های مختلف سلامت روانی را با عنوان چارچوب‌های پنداشتی^۲ مورد بحث قرار داده است. وی بر این عقیده است که اصول و چهارچوب نظری مدل‌های سلامت روانی بر اساس مبانی هستی‌شناسانه^۳، معرفت‌شناسانه^۴، روش‌شناسانه^۵ و انسان‌شناسانه^۶ استوار گردیده است؛ یعنی بر اساس نوع برداشت ما از هستی، چگونگی شناخت ما از دنیای اطراف، پنداشت ما از ماهیت انسان و چگونگی ارتباط او با دنیای اطراف و هم‌چنین روش ما در کشف دانش.

پاسخ ما به پرسش‌هایی مانند این‌که «اعتقاد به وجود هویتی نظیر بیماری روانی تا چه حد معقول است؟»، «ماهیت واقعی بیماری چیست؟»، «آیا انسان فقط یک ارگانیسم بیولوژیک است، یا چیزی بیش از این؟»، «آیا ارزش‌های اخلاقی، به صورتی که بخشی از ساختار جهان باشند، وجود دارند، یا چیزی بیش از باورهای شخصی ما نیستند؟»، «آیا حالت‌های ذهنی اساساً متفاوت از اعیان و فرآیندهای مادی هستند، یا می‌توان آنها را به حالت‌های فیزیولوژی تحویل کرد؟»، «ما در پژوهش چه روشی را برمی‌گزینیم؟»، «چه دیدگاهی به مسائل بالینی داریم؟» و ... تا حد قابل ملاحظه‌ای به مبانی چهارگانه‌ی یاد شده بستگی دارد و همین مبانی است که پارادایم علمی را شکل می‌دهد و مدل‌ها و نظریه‌های علمی را جهت‌دهی می‌کند.

به اعتقاد مرگان، موضع‌گیری‌های مختلف نسبت به این مبانی در هر یک از مدل‌های ارائه شده در بحث سلامت روانی، به تعاریفی خاص از مفهوم سلامت و بیماری روانی و راه‌کارهای وصول و پرهیز از آن منتهی می‌شود؛ به طور مثال، اگر در مدلی، انسان یک موجود مختار به شمار آید، تعریفی که از سلامتی و راه‌کار دستیابی به آن ارائه می‌شود به طور اساسی متفاوت با مدلی است که انسان را موجودی مجبور قلمداد می‌کند. به تعبیر دیگر، در نگرش جبری، سلامت افراد بر اساس شرایط و محیط ارزیابی می‌شود. این جبر می‌تواند جبر درونی (مانند عوامل ژنتیکی) یا جبر محیطی (مانند یادگیری) باشد؛ در حالی که در نگرش اختیاری، سلامتی، به خصوص سلامت روانی، مظهري از

1. Morgan

2. conceptual Framework

3. ontological

4. epistemological

5. methodological

6. human nature

ماهیت انسان محسوب می‌شود که به صورت اختیاری و انتخابی توسط انسان حاصل می‌آید.

بر همین اساس این نکته عنوان گردید که با بررسی مبانی نظری مدل‌ها و نظریه‌های علمی در موضوع سلامت روانی و سنجش و نقد این مبانی با مبانی فلسفی و دینی خود، می‌توان در مسیر ارائه‌ی نظریه یا مدلی جدید گام برداشت. به همین منظور، ابتدا بحث مختصری از رویکردهای اصلی موجود در مسئله‌ی سلامت روان ارائه کرده و سپس به نقد و ارزیابی مبانی آنها می‌پردازیم.

در جدول زیر به اختصار تحلیل دو رویکرد عینی‌گرایی و ذهنی‌گرایی در مورد مفهوم سلامت روانی از حیث مبانی هستی‌شناسانه، معرفت‌شناسانه، روش‌شناسانه و انسان‌شناسانه‌ی آنها نشان داده شده است.

رویکرد ذهنی در سلامت روانی واقع‌گرایی (Realism) مفهوم و ساختار سلامت روانی در عالم به صورت عینی و مستقل وجود دارد.	مبانی رویکرد مورد بحث هستی‌شناسی	رویکرد ذهنی در سلامت روانی اسمی‌گرایی (Nominalism) سلامت روانی یا بیماری روانی مفاهیم و عناوینی هستند که ممکن است واقعیت داشته باشند.
اثبات‌گرایی (Positivism) سلامت روانی را می‌توان از طریق تجربه‌ی عناصر سازنده‌ی آن مورد مطالعه قرار داد.	شناخت‌شناسی	غیراثبات‌گرایی انسان به عنوان یک مشاهده‌گر ناظر سلامت روانی خود است و می‌تواند از این طریق به مطالعه‌ی آن بپردازد.
جبرگرایی (Determinism) انسان تحت تأثیر موقعیت‌ها و محیط است و آنها سلامت روانی او را تعیین می‌کنند.	ماهیت انسان	اختیارگرایی (Voluntarism) سلامت روانی مسطهری از ماهیت انسان است که انسان آزادانه آن را به دست می‌آورد.
تجربی (Empirical) سلامتی وابسته به علوم تجربی است و فقط به صورت آزمون فرضیه‌ها و تجزیه‌ی اطلاعات به دست می‌آید.	روش‌شناسی	غیرتجربی ما می‌توانیم دریاری سلامت روان فقط به‌طور ذهنی و مشخص و از طریق پیوگرایی و تاربخجه‌نگاری کسب اطلاع نموده و آن را به دست آوریم.

اگر به مبانی و اصول نظریه‌ها و مدل‌های رایج در روان‌شناسی و علوم رفتاری و به‌خصوص در موضوع سلامت روانی توجه شود، این نکته آشکار می‌گردد که مبانی چهارگانه‌ی مطرح شده توسط مرگان، مبانی و اصول جامعی هستند که در تدوین یک مدل نظری و عملی نقش محوری دارند.

تحلیل مدل‌های سلامت روانی

در این نوشتار مدل‌های سلامت روانی بدین‌منظور انتخاب گردیدند که هر مدل مشتمل بر چند نظریه است و عملاً این امکان فراهم می‌شود که با بررسی چند مدل، دیدگاه و مبانی اکثر نظریه‌های مطرح در روان‌شناسی و علوم رفتاری در موضوع سلامت روانی مطرح گردند و ارزیابی و سنجش آنها به شکل ساده‌تری انجام گیرد.

در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان بیان داشت که سه مدل مختلف در باره‌ی سلامت و بیماری روانی ارائه شده است: مدل زیستی^۱ (طبی)، مدل زیستی - روانی - اجتماعی^۲ (مدل سیستمی) و مدل ارتقا در سلامت روانی (کرتیس، ۲۰۰۰).

در ادامه به اختصار توضیحی درباره‌ی هر یک از این مدل‌ها بیان می‌داریم و مبانی نظری آنها را مورد کاوش قرار داده، نواقص آنها را که طرح مدل جدیدی را در مورد تبیین مفهومی سلامت و بیماری روانی ضروری ساخته است، روشن می‌کنیم.

۱. مدل زیستی - پزشکی^۳

«مدل زیستی - پزشکی (آنچه به عنوان مدل پزشکی شناخته می‌شود) معتقد به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی است. در این مدل چنین اعتقادی وجود دارد که عوامل میکروبی و شیمیایی و ژن‌ها، به انحای مختلف عامل اختلالات روانی هستند و به همین ترتیب درمان نیز معمولاً مبتنی بر مداخلات فیزیکی (دارودرمانی، جراحی و غیره) صورت می‌پذیرد.» (کرتیس، ۲۰۰۰).

آنچه در مدل پزشکی بارز است، نگرش «بیمارنگر» به سلامتی است که در آن سلامتی بر اساس نبود علائم بیماری تعریف می‌شود. علاوه بر این، درمان بیماری

1 . biological model

2 . biopsychosocial model

3 . mental health promotion (Promotion Model)

روانی نیز متأثر از عوامل ارگانیک و جسمانی قلمداد می‌گردد.

مبنای نظری این مدل، به قرن هفدهم و دوران «دوگانه‌گرایی»^۱ دکارتی^۲ بازمی‌گردد. فیلسوف شهیر فرانسه، رنه دکارت، معتقد بود که ذهن و جسم ذاتاً از یکدیگر مجزا هستند (کرتیس، ۲۰۰۰). مطابق دیدگاه دکارت، جسم دارای بعد و قابل اندازه‌گیری است و در مقابل، ذهن و فکر فاقد بعد است و نمی‌توان آن را اندازه‌گیری کمی کرد. ایمانوئل کانت^۳ نیز در مقام بیان محدوده‌ی شناخت بشری و با ارائه‌ی بحث مقولات فاهمه، تنها محدوده‌ای از عالم هستی را قابل شناسایی معرفی کرد که در قالب فضا و زمان قرار گیرد و بتوان آن را با مقولات مطرح شده‌ی او توصیف کرد. این نوع نگاه به جهان هستی بعدها در قالب اندیشه‌های فلسفی ویتگنشتاین^۴ و پوزیتیویست‌ها دنبال شد و مبنای معرفت‌شناختی و روش‌شناختی مدل زیستی در بحث سلامت روان قرار گرفت.

کرتیس (۲۰۰۰) در نقد این مدل اشاره می‌کند «این رویکرد، بیماری را به عوامل شیمیایی، میکروبی و ژنتیکی محدود می‌کند؛ در حالی که عوامل اقتصادی و اجتماعی فراوانی وجود دارند که ممکن است در ایجاد بیماری روانی نقش داشته باشند. وی بر اساس این انتقاد پیشنهاد می‌کند که روان‌شناسان و روان‌پزشکان به هنگام تحلیل وضعیت بیمار و تلاش برای درمان او، به تمامی ابعاد وجودی و شخصیتی‌اش توجه کنند، نه این‌که تنها و به نحو ساده‌ای بخشی از وجود او (بعد جسمانی بیمار) را در تبیین بیماری مورد توجه قرار دهند؛ به بیان دیگر، نقد وارد شده بر مدل زیستی - پزشکی این است که غالب فرضیات این مدل در خصوص بیماری، به عوامل فیزیکی بازمی‌گردد، در حالی که بسیاری از اختلالات جدید، مانند بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و ...، اختلالات چند عاملی^۵ شمرده می‌شوند.

علاوه بر این، مدل زیستی - پزشکی در تحلیل مفهوم سلامت روانی، تأکید بیش از حد بر روی «جسم» دارد و به «ذهن» بهای اندکی می‌دهد، در حالی که شواهد تجربی به طور آشکاری بیانگر تأثیر متقابل آن دو بر یکدیگر است.

هم‌چنین شریدن^۶ (۱۹۹۲) در نقد مدل زیستی اشاره می‌کند: این فرض که فقط عوامل زیست‌شناسی در تعیین سلامتی و بیماری روانی ارزش مطالعه و بررسی دارند،

1 . Dualism

2 . Descartes

3 . Immanuel Kant

4 . L. Wittgenstein

5 . Multiple Factors

6 . Sheridan

امروزه به شدت زیر سؤال رفته است و با افزایش اطلاعات بالینی در مورد بیماران روانی، مشخص شده است که سلامتی و بیماری ابعاد متعددی دارد.

البته کرتیس این نکته را هم بیان می‌دارد که در حال حاضر، مدل زیستی در بحث سلامت روانی به طور کامل از دوگانه‌گرایی دکارتی پیروی نمی‌کند؛ اما به هر حال این مدل ریشه در فلسفه‌ی «ماده‌گرایی»^۱ دارد (کرتیس، ۲۰۰۰).

یکی دیگر از نقدهای وارد شده بر مدل زیستی در بحث سلامت روان، ناظر به تعریفی است که این مدل از مفهوم سلامتی ارائه نموده است. همان‌طور که بیان شد، در این مدل سلامت روانی بر اساس نبود علائم بیماری تعریف می‌شود و چنین تعریفی امروزه به شدت مورد مناقشه قرار گرفته است؛ چراکه هر چند این تعریف ممکن است در بعضی از بیماری‌ها، از جمله بیماری‌های عفونی، صادق باشد، اما در بسیاری از بیماری‌های روانی صادق نیست. به بیان دیگر، امروزه در روان‌شناسی و روان‌پزشکی روشن شده است که نبودن یا از بین رفتن علائم بیماری در اثر درمان، به این معنا نیست که فرد از سلامت روانی کامل برخوردار و به اصطلاح سالم است (میلانی فر، ۱۳۷۶).

بدین ترتیب، مدل زیستی - پزشکی به دلیل تحویل انسان به بعد جسمانی و هم‌چنین تأکید اصلی‌اش بر قوانین زیست‌شناسی، شیمیایی و ژنتیکی، رویکردی جبری نسبت به انسان دارد و تعریفی از سلامت روانی ارائه می‌دهد که در آن، رفتار انسان اراده و اختیار را از او سلب و همین موضوع، گستره‌ی این رویکرد را به تبیین رفتارهای ساده‌ی انسان محدود می‌کند و قادر نیست گستره‌ی سلامت روانی را متناسب با رفتار پیچیده و متعالی آن گسترش دهد و رفتار انسان را با مفاهیم دینامیکی و استاتیکی خود تبیین کند و مدلی ساده و حیوانی از انسان ارائه می‌کند.

۲- مدل زیستی - روانی - اجتماعی (مدل سیستمی)

در ربع آخر قرن نوزدهم، روان‌پزشکان و روان‌شناسان به طور جدی اثربخشی مدل طبی (زیستی - پزشکی) در تبیین سلامتی و بیماری روانی را مورد سؤال قرار دادند و مدل زیستی - روانی - اجتماعی را که بر اساس رویکرد سیستمی به انسان شکل گرفته بود پیشنهاد کردند. این مدل در تبیین پدیده‌های روانی، تنها عوامل مکانیکی، شیمیایی و

فیزیولوژیکی را مورد توجه قرار نمی‌دهد، بلکه بر این اعتقاد است که عوامل بسیاری، در سطوح مختلف، پدیده‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و تحلیل وضعیت بیماری روانی مستلزم بررسی این عوامل است.

انگل^۱ (۱۹۷۷) مدل زیستی-روانی-اجتماعی را در بحث سلامت روانی مطرح کرد که در آن سلامت روانی به عنوان برآیندی از تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد؛ به عبارت دیگر، عوامل زیست‌شناختی (ویروس، باکتری و آسیب‌های بافتی و...) در تعامل با عوامل روان‌شناختی (نگرش، باور، رفتار و...) و عوامل اجتماعی (موقعیت اجتماعی، شغل، اخلاق و...) سلامت شخص را تعیین می‌کند. (کرتیس، ۲۰۰۰).

از این دیدگاه، «انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که در آن عوامل مختلف تأثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستمیک ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان بر هم دیگر اثر می‌گذارند (میلانی فر، ۱۳۷۶).

«بر این اساس، در این مدل، سلامت روانی عبارت است از تعادل در فعالیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی افراد که انسان از این تعادل سیستمیک و ساختارهای سالم خود برای سرکوب کردن و تحت کنترل درآوردن بیماری استفاده می‌کند.» (میلانی فر، ۱۳۷۶).

مدل سیستمی سعی کرد در تبیین سلامت روانی به تمامی مکاتب و نگرش‌ها توجه داشته باشد؛ لذا پس از آن‌که مدل زیستی در تبیین مفهوم سلامت روانی و ارائه‌ی راهکار دست‌یابی به آن، نابسندگی خود را نشان داد، مدل سیستمی جای‌گزین آن شد و مورد توجه صاحب‌نظران و حوزه‌های تخصصی مختلف قرار گرفت.

اما پس از گذشت چند سال، بر این مدل سیستمی نیز اشکالاتی وارد شد. به طور مثال، گفته شد که مدل زیستی-روانی-اجتماعی رویکردی التقاطی است که اجزای آن از سه نظام فکری متفاوت اخذ شده‌اند که دارای مبانی نظری گوناگون و بعضاً متعارض هستند و به همین سبب فاقد کفایت نظری کافی معرفی شد؛ به بیان دیگر، همان‌طور که تامس کوهن اشاره کرده بود، یک مفهوم علمی معنای خود را فقط در سیاق پارادایمی که

به آن تعلق دارد پیدا می‌کند و مدلی که مفاهیم خود را از پارادایم‌های متفاوتی به امانت گرفته باشد، نمی‌تواند نقطه‌ی آغاز خوبی در صورت‌بندی و ارائه‌ی نظریه‌های علمی باشد و مدل زیستی-روانی-اجتماعی چنین وضعیتی داشت.

به هر روی عدم دست‌یابی به یک رویکرد منسجم و وحدت‌بخش که بتواند مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی این مدل را تأمین کند، اثربخشی این مدل را در عرصه‌ی نظری و عملیاتی با مشکل مواجه ساخت و به تدریج نظریه‌پردازان را بر آن داشت که به ارائه‌ی مدل‌های پیشرفته‌تری برای تبیین دقیق مفهوم سلامت روانی و راه‌کارهایی برای دست‌یابی به آن بیندیشند.

۳. مدل ارتقا

«مدل ارتقا در سال ۱۹۹۰ به عنوان یک مدل وحدت‌بخش ارائه شد تا مفاهیم گوناگون و مبانی متعدد و بعضاً متعارض مدل زیستی-روانی-اجتماعی را تحت یک ساختار نظری واحد منسجم سازد.» (تودور،^۱ ۱۹۹۶). «مدل ارتقا، در حال حاضر یک مدل مطرح و جدال‌انگیز در بحث سلامت روانی است و در مقابل مدل پزشکی به شمار می‌آید و به‌طور گسترده‌ای به جنبه‌های زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی را در تحلیل سلامت روانی توجه دارد و به سلامت روانی به عنوان یک بحث اساسی و محوری در زندگی بشر می‌اندیشد.» (داوین،^۲ ۱۹۹۰).

«ارتقای سلامتی، فرآیندی است که فرد را قادر می‌کند تا توان کنترل خویش را افزایش دهد و سلامتی خود را برای رسیدن به حالت کاملی از رفاه اجتماعی، روانی و جسمی بهبود بخشد. در این مدل تلاش می‌شود تا فرد به خودشناسی برسد تا در پرتو این خودشناسی بتواند انتظارات خود را بیان کند و نیازهای خود را تحقق بخشد و قادر به تغییر محیط یا سازگاری با آن باشد. ارتقای سلامتی فقط مسئول حفظ سلامتی در یک حد خاص نیست بلکه بر این عقیده است که باید فراتر از سلامتی در زندگی و احساس شادی گام بردارد.» (تودور، ۱۹۶۶).

در همین راستا و در دومین کنفرانس بین‌المللی در آدلید^۳ استرالیا در سال ۱۹۸۸ و

ساند سوئیل^۱ سوئد در سال ۱۹۹۱ بر مفهوم سلامتی تأکید شد و نیاز به جلب حمایت‌های محیطی در خانه، مدرسه و محیط‌های کاری که آموزش ارتقای سلامت روانی در آنها مؤثر شناخته شده بودند، ضروری شد. هم‌چنین در کنفرانس آتاوا^۲ در ۱۹۸۷ و گروه‌های کار وابسته به سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۸۹ فعالیت‌هایی را بر روی مشارکت‌های اجتماعی و حمایت‌های محیطی مؤثر بر سلامت روانی در نظر گرفتند که در مجموع منجر به ایجاد یک چهارچوب برای توسعه‌ی فعالیت ارتقای سلامت روانی گردید. در این باره عناصر زیر معرفی شده‌اند.

عناصر توسعه‌ی فعالیت ارتقای سلامت روانی

۱. ناکافی بودن هر دو رویکرد بیماری‌نگر و سلامت‌نگر؛
۲. تمرکز پیدا کردن بر روی شیوه‌های زندگی و عوامل رفتاری که فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛
۳. توجه به آلودگی‌های محیطی که سلامت روانی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛
۴. توجه به ویژگی‌های زیست‌فیزیکی که به ساختمان ارگانیزم در ایجاد بیماری مربوط می‌شود؛
۵. توجه به جنبه‌های زیست‌محیطی مرتبط با سلامت روانی؛
۶. توجه به افزایش کنترل شخصی؛
۷. توجه به سیاست‌های بهداشت عمومی به خصوص در مناطق شهری و مرتبط با سلامت روانی؛
۸. جلب حمایت‌های محیطی از سلامتی؛
۹. توجه به ناکامی‌های محیطی مؤثر در رشد و حفظ سلامتی؛
۱۰. توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی؛
۱۱. توسعه‌ی خدمات بهداشتی و سایر خدمات شهری که ممکن است در سلامت روانی مؤثر باشند (تودور، ۱۹۶۶).

مفهوم سلامتی در مدل ارتقا

همان‌گونه که اشاره شد، یکی از ضروری‌ترین بحث‌ها، در مدل ارتقا، فهم و توضیح مفهوم سلامتی است. در این باره، چهار رویکرد به سلامتی - که در ادامه به آنها خواهیم پرداخت - می‌تواند مفهوم سلامتی را در مدل ارتقا روشن کند و در تبیین اهداف مدل ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرد (کالدوین، ۱۹۹۵).

۱. رویکرد خوش‌بختی و شادی^۱: در مدل ارتقا، سلامتی، کشف استعداد‌های بالقوه‌ی فرد برای رسیدن به رشد و کمال تعریف شده و بیماری به معنای دست‌نیافتن به خوش‌بختی و شادی است.

۲. رویکرد سازگاری^۲: در این مدل، سلامتی، توانایی تعامل موفق اجتماعی، فیزیکی و محیطی است و در مقابل، بیماری حالتی است که سازگاری و مقابله با تغییرات محیطی با شکست مواجه می‌شود.

۳. رویکرد نقش عملکردی^۳: باز در این مدل، سلامتی، توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی؛ و بیماری، محدود کردن ظرفیت عملکرد و عملکرد روزانه‌ی شخص تعریف می‌شود.

۴. رویکرد بالینی^۴: این مدل معتقد است که سلامتی مستلزم نبود علائم درد و رنج است و شخص با نشانه‌های بالینی از بیماری، نمی‌تواند یک انسان سالم به شمار آید.

بدین ترتیب، در مدل ارتقا، مفهوم سلامتی از مفهوم بالینی تا مفاهیم وسیع‌تر را شامل می‌شود. ادبیات مدل ارتقای سلامتی بیانگر آن است که در این مدل با رویکرد کل‌گرایانه به مفهوم سلامتی نگریده شده است و به نقش تمام ابعاد وجودی انسان (ابعاد زیستی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی) به نحوی کل‌نگر توجه دارد. در این دیدگاه انسان آمیخته‌ای هماهنگ از جسم، ذهن و روح است. نکته‌ی دیگر آن‌که، مدل ارتقای سلامتی، فرآیندی پیش‌رونده از دست‌یابی شخص به احساس آرامش و شکوفاسازی استعداد‌های بالقوه‌ی خویش را پیشنهاد می‌کند؛ بنابراین، تمرکز ارتقای سلامتی بر الگوهای تغییر رفتار به سمت ارتقای سلامتی، مرجح‌تر از اجتناب از بیماری است (همان).

۱. eudaemonistic perspective: واژه‌ی ادوئن یک اصطلاح یونانی به معنای خوش‌بختی و شادی است.

۲. adaptive

۳. role performance

۴. clinical

هنوز نقایص مفهومی و عملیاتی این مدل، آشکار نشده است؛ چراکه زمان زیادی از ارائه‌ی آن نمی‌گذرد و حتی در برخی از کشورها هنوز این مدل به مرحله‌ی اجرا گذارده نشده است. اما به لحاظ نظری می‌توان این نکته را بیان کرد که این مدل هم، به دلیل عدم تعریف و تبیین دقیق و منسجم مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیک خود، همچون مدل زیستی-روانی-اجتماعی، رویکردی التقاطی محسوب می‌شود.

چشم‌اندازی نو در سلامت روانی

با تحلیل مختصری که از مدل‌های مختلف سلامت روانی و مبانی آن ارائه شد، این نکته مورد تأیید قرار می‌گیرد که مفهوم سلامت روانی روندی رو به رشد داشته است و این بحث از زمانی که سلامتی به نبود بیماری و آسیب‌های بیولوژیک تعریف می‌شد تا به امروز که به تعالی نفس، خودشکوفایی و بالا بردن ظرفیت‌ها و توانمندی‌های آدمی تعریف می‌شود، شاهد تحولات زیادی بوده است. اما این نکته را هم باید در نظر داشت که هنوز به لحاظ نظری نمی‌توان چهارچوب جامعی را برای آن تعریف کرد و به لحاظ عملی نیز مسائل و مشکلات بسیاری وجود دارد که علم روز از درمان آنها عاجز است و پیش‌گیری از آن نیز ناممکن می‌نماید.

به نظر می‌رسد یکی از عوامل این امر نوع نگاهی باشد که جامعه‌ی علمی در شرایط کنونی به انسان دارد؛ به طور مثال، می‌توان گفت که اگر در روان‌شناسی ابعاد وجودی انسان را با توجیه «علمی بودن»، به بعد مادی او تحویل نماییم و تعریف و تبیین ابعاد مختلف سلامت روانی و جسمانی انسان را تنها از علم تجربی طلب کنیم، بخش قابل توجهی از منشأ حیات جهان و بشر را که همان حیات روحانی و معنوی است، نادیده انگاشته‌ایم و دریچه‌ی فکر خود را بر بخشی از معارف که از طریق وحی به دست انسان رسیده است بسته‌ایم و باید در انتظار شدت یافتن بحران‌های بزرگ اخلاقی، اجتماعی و زیست محیطی‌ای باشیم که از ابتدای قرن گذشته تاکنون جوامع انسانی شاهد آن بوده‌اند.

اگر در علم جدید برای جهان هستی غایت و هدفی منظور نشود و سازمان وجودی کلیه‌ی موجودات هستی فقط به صورت مکانیکی و تنها بر اساس عناصر و فعل و انفعالات بیوشیمیایی و فیزیکی تعبیر و تفسیر شود و حضور اراده‌های ذی‌شعور، به هر

نحوی، نفی و یا نادیده انگاشته شود، آثار روان‌شناختی خاصی بر روی انسان‌ها به جای خواهد گذاشت. بحران بی‌معنایی که انسان معاصر با آن دست به‌گریبان است از همین زاویه به‌وجود آمده است. بر همین اساس، علم جدید باید در مبانی هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه‌ی خود تجدیدنظر کند.

هم‌چنین از حیث معرفت‌شناختی و روش‌شناختی این نکته قابل تأمل است که بسیاری از مکاتب روان‌شناسی در عصر حاضر که هسته‌ی اصلی آنها بر مبانی فکری مکاتب تجربه‌گرایی و پوزیتویستی (که بیکن^۱، لاک^۲ و هیوم^۳ آن را بنیان نهادند و افرادی هم چون جیمز میل^۴ و جان استوارت میل^۵ و ویلیام جیمز^۶ آن را تداوم دادند) نهاده شده است، در مجموع پی‌اثرات این قضیه‌اند که پذیرش وجود هیچ نیرو و عامل دیگری غیر از نیروها و عوامل شناخته شده به روش تجربی برای ایجاد پدیده‌های مختلف روانی موردنیاز نیست؛ چراکه قاعده‌ی کلی در بررسی‌های علمی بر این است که اگر حدسیات و داده‌های کنونی برای تبیین و تشریح پدیده‌ای کافی باشد، هیچ فرضیه‌ی جدیدی را نباید عنوان کرد (برینگ^۷، به نقل از شاملو، ۱۳۷۴).

در مقابل این دیدگاه، می‌توان گفت که بر اساس مبانی هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه‌ای که در جای خود اثبات‌شدنی است، انسان‌ها می‌توانند با کل هستی، ابدیت و ماورای مادیات پیوند منطقی پیدا کنند و برای زندگی خود مفهوم و غایت و به‌طور خلاصه، معنایی بیابند و از این طریق از آسیب‌های سخت و شدید روانی مصون گردند. تنها با اتخاذ یک موضع هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه‌ی خاص است که می‌توان ادعا کرد که «نه طبیعت، نه اجتماع و نه فرهنگ، هیچ‌کدام نمی‌توانند انسان را به‌گونه‌ای حمایت کنند که بتواند بر زندگی معنوی خود مسلط شود. او تنها زمانی که با ابدیت و ماورای مادیات پیوند یافت و تجربیاتی از درک خالق مستور خود به دست آورد، از شکست ظاهری و باطنی در امان خواهد بود.» (برزینکا^۸؛ بایوردی، ۱۳۷۱).

اما از منظر معرفت‌شناختی و روش‌شناختی هم، مکاتب و مدل‌های مختلف روان‌شناسی قابل بررسی‌اند. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که به‌رغم تلاش گسترده‌ی بشر در تکمیل مباحث معرفت‌شناسی و روش‌شناسی و موفقیت‌هایی که در این عرصه

1 . Baken

2 . Lake

3 . Hume

4 . James

5 . J. A mill

6 . William James

7 . Boring

8 . Bersinika

به دست آورده، شناخت و آگاهی‌اش در بسیاری از حوزه‌ها محدود است و انسان کنونی نمی‌تواند با علمی که بر مبانی معرفت‌شناختی و روش‌شناختی کنونی به‌وجود آمده است، تحلیل جامعی از پدیده‌های متنوعی که در اطرافش رخ می‌دهند، ارائه نماید؛ به طور مثال، در مورد پدیده‌ای هم‌چون «روان» انسان، ده‌ها حوزه‌ی تخصصی، از روان‌شناسی گرفته تا جامعه‌شناسی، فلسفه، عصب‌شناسی، زیست‌شناسی، بیولوژی و... اظهارنظر نموده‌اند، ولی هنوز در شناخت ماهیت و چگونگی عملکرد آن اتفاق نظری میان دانشمندان به وجود نیامده است.

بر این اساس می‌توان گفت که اگر نگاه به انسان و مطالعه در ابعاد مختلف وجودی او و به طور مثال، مطالعه درباره‌ی روان آدمی و امور مربوط به آن، از جمله مسئله‌ی سلامت روانی، صرفاً براساس مبانی تجربه‌گرایی انجام گیرد و به گونه‌ای باشد که منجر به پالایش علم از اعتقادات ماورای طبیعی و معارف وحیانی گردد، عملاً انسان خود را از معارف بسیاری درباره‌ی خود و جهان هستی محروم ساخته و هم‌چنان در یک شناخت‌شناسی محدود باقی خواهد ماند.

بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود با وارد کردن معارف الهی در شناخت ماهیت وجودی انسان و بعد روحی و روانی او و هم‌چنین در نظر گرفتن عواملی که دین برای ایجاد آرامش و اطمینان قلبی مطرح می‌سازد، تلاشی برای دست‌یابی به چشم‌اندازی گسترده‌تر از مفهوم روان و سلامت روانی صورت گیرد.

برای این کار، باید مبانی نظری خود را در چهار حوزه‌ی هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی، روش‌شناسی و انسان‌شناسی تنظیم و بر اساس این مبانی مدل جدیدی را در حوزه‌ی روان‌شناسی ارائه کرد که در آن مفهوم سلامت روانی و راه‌کارهای دست‌یابی به آن مبتنی بر اصول و مبانی فکری و دینی باشد و پس از آن سعی شود تا کارآمدی این مدل در عمل اثبات گردد که این امر مستلزم تعامل فکری منسجم و روشمند اساتید و پژوهشگران حوزه و دانشگاه است.

فهرست منابع و مآخذ

- برزینکا، ولفگانگ، (۱۳۷۱). نقش تعلیم و تربیت در جهان امروز. ترجمه‌ی مهرآفاق با بیوردی. تهران، نشر دانشگاهی.
- برینگ، ادوین، جی، (۱۳۷۴). تاریخ علم روانشناسی. ترجمه‌ی سعید شاملو، ج ۱، انتشارات رشد.
- پیروزمند، علیرضا، (۱۳۷۶). رابطه‌ی منطقی دین و علوم کاربردی. انتشارات امیرکبیر.
- پترسون، مایکل؛ هاسکر، ویلیام؛ بازیجر، رایشینباخ، بروس، (۱۳۷۶). عقل و اعتقاد دینی. ترجمه‌ی احمد نراقی و ابراهیم سلطانی. انتشارات طرح نو.
- زیباکلام، سعید، (۱۳۸۲). «علم‌شناسی کوهن و نگرش گشتالتی»، فصلنامه حوزه و دانشگاه، ش ۳۴.
- شفیع آبادی، عبدالله و غلامرضا ناصری، (۱۳۷۱). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- گاچل، رابرت جی، (۱۳۷۷). زمینه‌ی روانشناسی تندرستی. ترجمه‌ی غلامرضا خوی نژاد. انتشارات آستان قدس رضوی.
- میلانی فر، بهروز، (۱۳۷۶). بهداشت روانی. ج ۵، نشر قومس.
- مزلو، ابراهام هارولد، (۱۳۷۱). به سوی روانشناسی بودن. ترجمه‌ی احمد رضوانی. انتشارات آستان قدس.
- محیط، احمد، (۱۳۶۵). مغز به مثابه یک سیستم. سمپوزیوم نوروسپیکولوژی ایران. انتشارات انزلی.
- هنریک، رولف، استیگ آندر پدرسون، رینروزنبرگ (۱۳۸۰). درآمدی بر فلسفه‌ی طب. ترجمه‌ی همایون مصلحی. طرح نو.

Curtis, Anthony. (2000). *Health Psychology*, Routledge.

Claudian, M. Maurer. (1995). *Community Health Nursing, Theory and Practice*.

Dowine, R, Tannahilla, A. (1990). "Health Promotion", Modes and Values, Oxford.

"Iranian national commission for unesco 30 th session". (1999). Paris, 26 october to 17 november.

Todor, Keith. (1996). *Mental Health Promotion paradigms and practice*. London and Newyork. Routled.