

رواندرمانگر و دستیار او از یک سو بی تفاوت و خوش برخورد^۱ و از سوی دیگر دارای دقت^۲ مواج باشد.
قانون خوش برخورد و بی تفاوت بودن در تمام برخوردها و مصاحبه‌ها و درمانهای انفرادی یا گروهی مورد توجه است.

بخش پنجم

گروه‌درمانی با دیدگاه ساخت‌گرایی^۳

مفهوم ساخت‌نخست در معماری، در قرن نوزدهم و با توجه به شباهتی که میان جامعه و گروه اجتماعی با فرد بود وارد علوم انسانی گردید و به مفهوم سیستم نزدیک شد. در قرن بیستم در روان‌شناسی به عنوان مشکل‌گیری میدانهای ادراکی و در زبان‌شناسی به عنوان سیستمهای ارتباطی به کار رفت و ساخت‌گرایی در نیمه دوم قرن بیستم کاربرد بیشتری در پژوهشها تشخیصها و روان‌درمانی به ویژه گروه‌درمانی داشته است. آدلر^۴ شناخت روانی فردی یا گروهی را بر خلاف نظریه (کل‌گرایی^۵) شکل‌گیری اجزا نمی‌داند بلکه هر ساخت روانی گرایش به هدف و مقصدی دارد و به تبع آن جهت و مسیری پیدا می‌کند:

تحلیل و تفسیر رویاها، خاطره‌ها، اوهام افراد به ما امکان می‌دهد که علاوه بر احساسهای عینی و عوامل عاطفی در ساخت شخصیت هر فرد جهت و مسیر ویژه‌ای را بیابیم همچنان که در خوابها، خاطره‌ها، آینده‌نگریهای هر فرد شاخص‌های مشترکی می‌یابیم که معرف شخصیت اوست. در آسیب‌شناسی شاخصهای ساخت شخصیتی افراد را در موقعیت بیمارگونه آنها می‌یابیم، در روان‌نژندها این وضعیت متمایزتر است و به ما امکان می‌دهد نشانه‌های بیماری را به طبع ساخت روانی بشناسیم به عبارتی هر ساخت روانی آسیب دیده ویژگی‌های خود را دارد مانند: وسواس، اعتیاد، هم‌جنس‌گرایی.....

¹ Neu tralite bienveillante

² Attention flottante

³ Structuralisme

⁴ Adler

⁵ Gestalt

سلامت و بیماری:

ساختهای روانی، اجتماعی، گفتاری، رفتاری، ادراکی، عاطفی، اخلاقی، اعتقادی... هر یک مجموعه عواملی است که با یکدیگر در ارتباطند بطوری که تغییر هر عامل یا هر ارتباط، عوامل و روابط دیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهد: سلامت و بیماری، و رشد یا ضعف، پایداری یا ناپایداری آنهاست.

ساختهای گروهی و فردی، واقعیت‌های قابل انتقال از یک گروه و یا یک فرد به گروه و فرد دیگر است. در دیدگاه پیازه^۱ و واقعیت‌های انفرادی و گروهی ساختها تحت تاثیر یکدیگرند: سازش می‌دهند و سازش می‌پذیرند تا به حد تعادل و سازگاری برسند و سلامت و بیماری در چونی و چندی تعادل یا عدم تعادل، سازگاری یا ناسازگاری آنهاست.

رواندرمانی گروهی ساخت‌گرا برای معتادین

ساخت‌گرایی گروهی را در سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۶ پیش در رواندرمانی بکار برده ایم، در اینجا برخی از پرسشنامه‌ها و تلاشهای خود را بعنوان نمونه در مورد (معتادین می‌آوریم)

پرسشهای بنیادی:

آیا رواندرمانی گروهی برای معتادین فایده بخش است؟

— آیا سازمان کلی شخصیت معتادین دارای ساخت‌های ویژه‌ایست؟

— کدام یک از ساختهای احتمالی برای رواندرمانی گروهی مناسبتر است؟

بیشتر نویسندگان ما به وجود و یا احتمال وجود ساختهای روانی در شخصیت معتادین اشاره می‌کنند. و آنها را از عوامل اساسی رفتار معتادین می‌دانند. اما از آنجا که مشکل امتیاز در جامعه ما، بطور جدی مطرح نشده است، وجود یا عدم وجود چنین عواملی مورد تائید یا تکذیب علمی قرار نگرفته است و موضوع در ابهام و تردید باقی مانده است: نمی‌دانیم چه انگیزه‌های روانی و یا سرشتی ممکن است فرد را به اعتیاد سوق دهد. دانش مادر این باره از حد فرضیه‌ها و تجزیه و تحلیل‌های نظری تجاوز نمی‌کند. نادانی ما وقتی روشن تر می‌شود که قبول کنیم ساختهای روانی اعتیاد و رفتارهای مشابه آن، در صورت وجود، در مراحل و

دروه‌های مختلف زندگانی فرد ساخته می‌شوند، بنابراین به عواملی وابسته است که یا از دسترس ما بسیار دورند و یا دسترسی به آنها آسان نیست. فرض کنیم ساخت و خودآزایی رفتار^۱، بویژه خودآزایی اخلاقی^۲ که در آن احساس شرمندگی^۳ ناخودآگاه‌نیرومند است و بیمار خود را در وضعیت رنج‌آور و دردناک قرار می‌دهد، در شروع و ادامه اعتیاد موثر باشد، چنین فرضی در حد نظریه باقی می‌ماند و پرسشهای متعدد دیگری را پیش می‌آورد.

— آیا اثر ساخت خودآزایی در گرایش به اعتیاد زنان و مردان یکسان است؟

— آیا عوامل دیگر روانی در تقویت و تضعیف آن موثر است؟

فرض دیگر آنست که اعتیاد را مکانیسمی دفاعی بدانیم مثلاً "فراموش کردن" و یا «فرار» از واقعیت‌های رنج‌آور در این حال پرسشهای دیگری مطرح می‌شود:

— آیا هر مکانیسم دفاعی خود ساخت ویژه‌ای دارد؟ و می‌توان از ساخت‌های دفاعی سخن گفت؟

— جریانهای رنج‌آوری که منجر به پیدایش مکانیسمهای دفاعی یا ساخت‌های دفاعی و پناه بردن به اعتیاد می‌شود چه هست؟

— آیا عوامل سازنده آنها ریشه‌هایی سرشتی و خانوادگی دارد؟

— آیا مکانیسمهای دفاعی یا ساخت‌های دفاعی معتاد متمایز از دیگر فرآیندهای روانی است؟

ملاحظه می‌شود که ابعاد علمی مسئله گسترده است و بیش از آنچه که تصور می‌رود احتیاج به تأمل و تعمق دارد.

کاربرد شیوه روان‌درمانی گروه درباره معتادین کم خرج و سریع است اما میزان فایده بخشی و اثر آنرا باید مورد سؤال و بررسی قرار داد. گروه‌درمانی مانند هر شیوه دیگر روان‌درمانی یک جریان پژوهشی است. که با تکیه به مشاغل و امکانات روانشناسی (آزمونها، روابط روان‌درمان و درمان شونده) صورت می‌گیرد و دارای مراحل است. در اینجا فهرست‌وار به آنها اشاره و فرآیندهای پیچیده آنرا در جریان روان‌درمانی برای گروهی معتاد نشان می‌دهیم.

گروههای درمانی از ۶ تا ۲۱ نفر تشکیل می‌شود تلاشهایی را که برای انتخاب و درمان آنها است در سه می‌آوریم:

^۱ Masochiste

^۲ Masdchime -morale

^۳ Culpabilite

۱- مرحله پیش از تشکیل گروه:

در این مرحله هدف آنست که از میان مراجعین آنهایی را که دارای ساختمانهای رفتاری - روانی نزدیکتر هستند انتخاب نماییم . این کار را به سه وسیله انجام می‌دهیم:

الف - بررسی کیفیت روابط خانوادگی: خانواده زمینه بنیادی است که در آن غالب ساختهای نوروتیک^۱ ریشه می‌گیرند. کیفیت روابط عاطفی در خانواده بویژه روابط با پدر و مادر و روابط دوگانه^۲ را می‌توان با آزمونهای بزوفکنی (داستانها و جملات تکمل کردنی و ترسیم نقاشی آزاد و مقید) بازشناخت.

نمونه پرسشها:

_ آیا ساخت و ترکیب^۳ خانواده های معتادین جنبه های متمایزی دارد و از سایر خانواده ها متفاوت است؟

_ آیا افراد معتاد ارتباطهای ویژه‌ای با هریک از افراد خانواده دارند؟

_ آیا روابط زن و شوهر و مسائل عاطفی - جنسی آن دو عامل تعیین کننده‌ای در رفتار فرزندان معتاد است؟

_ آیا مشکلات اقتصادی - اجتماعی خانواده عاملی موثر در روابط اجتماعی معتاد است؟

ب- ابعاد و جنبه‌های خویش پنداری^۴: شناخت خویش پنداری محور خودآگاهی و روشن نگری فرد در روابط است. آزمونهای خویش پنداری بصورت مختلف تنظیم می‌شوند و غالباً دو بعد اصلی «خود آگاهی» را در برمی‌گیرند: یکی «تصور شخصی^۵ از خود و دیگری» تصور اجتماعی^۶ از خود و در هر یک از آنها جنبه‌های گوناگونی بررسی می‌شود. مثلاً ارزشهای زیبایی و تن ارزشهای اخلاقی، کار و تحصیل، ارزشهای اجتماعی ...

_ آیا شناختی که معتاد از ابعاد ساخت شخصیت خود دارد هماهنگ و متعادل است؟

_ شناخت معتاد، از هر یک از جنبه‌های خود آگاهی، غیرواقعی یا واقعی است؟

_ ناهماهنگی و یا هماهنگی ارزشهای معتاد نسبت به خود به چه صورتی است؟

¹ Nevrotique

² Ambivalente

³ Composition

⁴ Image de soi

⁵ Image proper

⁶ Image sociale de soi

ساختهای خویش‌پنداری معتادین در ارتباط با افراد خانواده و یا دوستان اجتماعی

چگونه تغییر و یا تحویل می‌یابد؟

ج- در جات ناکامی^۱ و پرخاشگری^۲: بسیاری از نظریه‌های روانی رفتار معتادین را نوعی عکس‌العمل در برابر ناکامیها می‌دانند غالب پرخاشگریها (درونی یا بیرونی) نیز بازتاب طبیعی فرد در برابر ناکامیهاست. مطالعه جهت، نوع، ضعف یا شدت هیجانهای پرخاشگرانه در معتادین امری ضروریست. آزمونها از نوع آزمون سنجش ناکامی متعلق به روزنروایک^۳ برای گروهبندی و تعیین درجات درونی و بیرونی بودن رفتار با میزان سهل‌گیری و گذشت و درجه تغییرات گرایشهای روان‌پروری هستند.

۱- ساخت پرخاشگرانه رفتار معتادین بیرونی است یا درونی؟

۲- آیا معتادین گرایشهایی متلون و متغییر دارند و یا از ساختهای رفتاری ثابت برخوردارند؟

۳- احساسهای شرمندگی بیزاری و کینه‌توزی با چه ساختهایی در رفتار معتادین مؤثر واقع می‌شوند؟

با اجرای آزمونها یاد شده و پرسشنامه‌هایی که برای شرح حال‌نویسی و واقع‌نگاری بکار می‌بریم می‌توان مراجعین معتاد را گروه‌بندی کرد و افرادی را که مسائل و مشکلات مشابه دارند و از لحاظ ساختهای روانی به یکدیگر نزدیکترند را در یک گروه قرار داد و در مراحل بعد با آگاهی و دارا بودن فرضیه‌های مشخص درمان گروهی را ادامه داد.

روش و تلاشهای پژوهشی، تشخیصی و درمانی ما درباره اعتیاد و آنچه در اینجا آورده‌ایم آخرین بار در تابستان ۱۳۷۵ در سمپوزیوم پیشگیری اعتیاد که بوسیله بهزیستی اصفهان برگزار گردید با عنوان "خانواده‌های معتاد، معتاددار، معتادزا و معتادساز" ارائه شد. از ۱۳۷۵ پژوهشهایی که در مورد اعتیاد کرده‌ایم، دیدگاه، شیوه‌های تشخیص و درمانهای تازه‌ای ره‌آورد داشته است که در بخش نهایی همین گزارش با عنوان "هنگامه‌های سقوط" آورده‌ایم.

۲- تشکیل گروه و فضای درمانی:

^۱ Rosenzweig

^۲ Frustration

^۳ Agrecivite

^۴ Group social

گروها بر حسب هدفهایی که دارند اشکال مختلفی پیدا می‌کنند: گروههای اجتماعی^۱ گروههای بازی و پیکودرام^۲، گروههای آرامش‌بخش و گروههای مشاوره‌ای وقتی یک گروه وسیله درمانی است که فضای روان‌درمانی^۳ پدید آید. چنین فضایی با برقراری ارتباط‌های ویژه میان روان‌درمان و اعضای گروه از یک سو و میان اعضای گروه با هم از سوی دیگر، برقرار می‌شود آنچه که روان‌کاوان انتقال و انتقال متقابل می‌گویند توضیح ویژه‌ای از این ارتباط‌هاست. معمولا در یک گروه روان‌درمانی علاوه بر روان‌درمانی یک نفر دیگر بعنوان کمک‌یار وجود دارد.

فضای روان‌درمانی، فضایی پویاست که در آن ساختهای دفاعی و داد و ستدی‌های متقابل جریان دارد. فرآیندهای تکوینی این فضا بصورت‌های زیر مشاهده شدنی است:

تغییر و تحول ساخت‌های رابطه‌ای:

از بدون رابط بودن تا برقراری روابط فردی و اجتماعی.

- **تغییر و تکوین مکانیزم‌های دفاعی (ساختهای دفاعی):** از واپس‌گرایی دلپره‌زا تا برون‌فکنی. همانندسازی و کنترل آگاهانه و منطقی رفتار.

- **تغییر و تحول ساختهای رویه‌ای^۴:** از ناپیروی^۵ به دگرپیروی^۶ و خودپیروی^۷.

- جهت این تغییرات طوری است که اولاً تصویب و تخلیه لازم نیروهای هیجانی مزاحم در ساختهای شخصیتی هر یک از افراد صورت می‌گیرد. ثانیاً آگاهی و حساسیت فردی و اجتماعی افزایش در ساختهای روابط جمعی گسترش می‌یابد

- فرایند ساخت گروهی، در یک گروه مشخص که از معتادین تشکیل شده باشند می‌تواند نمونه‌ای برای مطالعه و ارزشیابی گروههای مشابه باشد.

۳- روان‌درمانی انفرادی:

معمولا همزمان و یا پس از روان‌درمانی گروهی برای برخی از اعضای پیشنهاد روان‌درمانی فردی می‌شود. این امر بسته به تشخیص روان‌درمان و تابع وضع عمومی مراجع است. مدت و

^۱ Psychodrame

^۲ Space de la psychotherapie

^۳ Transfert et contretransfert

^۴ Attitud

^۵ Anomie

^۶ Autonomie

^۷ Heteronomie

شیوه روان‌درمانی فردی را با توجه به ساختهای روانی و تغییرات حاصل در مراجع می‌توان انتخاب و تغییر داد.

چنانچه اشاره کردیم روان‌درمانی گروهی برای معتادین، با توجه به وضع موجود، فعالیتی آزمایشی و پژوهشی است. پس از تجربه روی سه تا چهار گروه از مراجعین می‌توان از ملاکهای تشکیل گروههای در روان‌درمانی و میزان اثربخشی و یا بی‌اثری آنها سخن گفت.

بخش ششم

آسیب‌شناسی در روانکاوی گروهی

روانکاوی گروهی در نیمه دوم قرن بیستم در انگلستان بوسیله فولکس^۱ و در دو دهه اخیر قرن در لیون فرانسه به وسیله آنزیو^۲ و کامیس^۳ گسرش یافت با آنزیو در سال ۱۹۷۵ در دانشگاه پاریس و با کائیس در ۱۹۸۵ در دانشگاه لیون آشنا شدم. رنه کائیس استاد این دانشگاه در عین حال مسئول بخش فوق لیسانس و دکترای روانشناسی بالینی و آسیب‌شناسی روانی است. او به روانکاوی معاصر اهمیت بسزایی داد. در بیست سال اخیر بیشتر کار او در روان‌درمانی گروهی بوده است از این لحاظ در میان پژوهشگران معاصر انگشت شما راست کائیس^۴ سرپرستی انجمن روان‌درمانی گروهی را در بخش مشرق و جنوب شرقی (از لیون تا ماری) بعهده دارد. هرماه نشستی از همکاران خود که از شهرهای مختلف این نواحی می‌آیند، در یکی از این نشستها که در آپارتمان خود او بود دعوت داشتم آن شب پژوهشگران نتایج پژوهشها و تفکرات خود را در محل کارشان می‌دارند و تبادل نظر می‌کردند. علاوه بر گزارشها درباره برنامه کنگره بین‌المللی روان‌درمانی گروهی قرار بود در سال ۷۸۹۱- در لیون با سرپرستی کائیس تشکیل شود، گفتگو می‌شد.^۵

^۱ H Foukes

^۲ D. Anzieu

^۳ R. kaes

^۵ اجتماعی و علمی کشور ما نیز سابقه طولانی دارد، در هر حال، این آروزی نسل جوان است که استادان ابتکار عمل بدست گیرند و در ارتباط با دانشجویان قدیمی و پژوهشگران هم‌رشته خود گردهمایی علمی و پژوهشی تشکیل دهند؛ شاهد بودم که مجله معروف روانکاوی در دانشگاه پاریس