

**The Sociological Study of Social Factors of Mental illnesses (Bipolar)**

Abstract

This research aimed to study the effect of social indicators on psychiatric disorders through inductive approach. Data was collected by open interviews. Nineteen sample were selected among bipolar disorder patients who were under treatment of psychiatrists. The patients who have not been given accurate information in the interview procedure for that was solved from receiving help by referring to patients' families and after reaching to the theoretical saturation data collection was stopped. In the data analysis part the open and axial and selective (theoretical) encoding was done and concepts, primary and secondary categories was extracted. Paradigm model also was drawn thus included of extracted categories. The category of cognition social factors was chosen as axial category in catching bipolar disease trend. The results showed that social cohesion in family and affective relations was from the most important effective factors in shaping cognition factors that showed tensions and interfamily conflicts and instability of affective relations have been affected dialectical relation of reality and subjectivity. Social cognition among patients in the conflictive relation led to domination of emotions and social affections on family's relations and finally pushed the activists to outbreak of disease signs. The effect of popular orientations and trust to consultations of inexperienced individuals in social cognition caused to disorganization of socioeconomic status, fear of future and frequent outbreak of disease signs.

**Keywords:** Bipolar disorder, social cognition context, reality and subjectivity dialectics, situation analysis, popular orientations, domination of social affection, reflexive self

## مطالعه جامعه شناختی ریشه های اجتماعی بیماری های روانی (دوقطبی)

سولماز شیخ شعاعی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱

حسین ابوالحسن تنهایی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۵

عبدالرضا ادهمی<sup>۳</sup>

## چکیده

این پژوهش با هدف مطالعه جامعه شناختی ریشه های اجتماعی بیماری های اعصاب و روان (دوقطبی) می باشد که رویکرد حاکم بر آن استقرایی است. گردآوری داده ها از طریق مصاحبه ی باز انجام شد. تعداد نمونه ی این پژوهش برابر با ۱۹ نفر از بیماران مبتلا به بیماری دوقطبی بود که تحت درمان روان پزشکی بودند. بیمارانی که در فرایند مصاحبه، جهت ارائه اطلاعات به پژوهشگر به سختی همکاری میکردند، با مراجعه به خانواده ی بیماران تکمیل داده ها انجام گردید و پس از رسیدن به اشباع نظری گردآوری داده ها متوقف شد. در بخش تحلیل داده ها کدگذاری باز و محوری و انتخابی (نظریه ای) انجام شد و مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی استخراج شدند. مدل پارادایمی نیز بر اساس مدل استراوس و کرین ترسیم شد که در بر گیرنده ی مقوله های مستخرج بود. مقوله ی شکل گیری بسترهای اجتماعی شناخت به عنوان مقوله ی محوری در فرایند ابتلا به بیماری دوقطبی انتخاب شد. نتایج نشان داد که انسجام اجتماعی در خانواده و روابط عاطفی از مهم ترین عوامل تاثیرگذار در شکل گیری بسترهای شناخت بود و نشان داد تنش ها و درگیری های درون خانواده و ناپایداری روابط عاطفی، رابطه ی دیالکتیکی واقعیت و ذهنیت را تحت تاثیر قرار داده بود. شناخت اجتماعی در میان بیماران در رابطه ای تضادی به سلطه ی احساسات و عواطف اجتماعی بر روابط خانوادگی منجر شد و در نهایت کنشگران را به سوی بروز علائم بیماری سوق داد. تاثیر گرایش های عامیانه و اعتماد به مشاوره های افراد غیرمتخصص در شناخت اجتماعی، نابسامانی وضعیت اقتصادی- اجتماعی، هراس از آینده و بروز مکرر علائم بیماری را موجب شده بود. پس از درمان نیز تحلیل پراگماتیستی و فرایند بازنگری خود در روند تصمیم گیری بیماران و تحلیل موقعیت نقش مهمی داشت. از آنجا که بسترهای شناخت اجتماعی بر سه نهاد عنصر خانواده، بسترهای اقتصادی و اجتماعی کلان و گرایش های عامیانه استوار بود، کدگذاری گزینشی، پژوهشگر به دیالکتیک عینیت و واقعیت رهنمون ساخت که در زمان ابتلا به بیماری از اسلوب تکمیلی، فاصله گرفته و پس از درمان با شکل گیری دیالکتیک تکمیلی به شناخت اجتماعی بیماران در فرایند زندگی روزمره یاری می رساند. مفاهیم کلیدی: بیماری دوقطبی، بسترهای اجتماعی شناخت، دیالکتیک واقعیت و ذهنیت، تحلیل موقعیت، گرایش های عامیانه، سلطه عواطف اجتماعی، خود بازنگر

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری جامعه شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران<sup>۲</sup> نویسنده مسئول، دانشیار جامعه شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران<sup>۳</sup> دانشیار جامعه شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

بیماری را نمی‌توانیم تنها امری جسمی یا روانی بدانیم. به این علت که به جهت اهمیت ریشه‌های اجتماعی آن باید در محیط فرهنگی پدید آورنده آن مورد بررسی و تعبیر و تفسیر قرارگیرد. در غیر اینصورت تجزیه و تحلیل درست آن میسر نمی‌باشد. هورتن<sup>۱</sup> که به تحلیل انواع زیاده روی در چند جامعه مختلف پرداخته بوجود رابطه‌ای میان می‌خوارگی و بعضی از عوامل محیطی برخورد کرده است؛ مثلاً وقتی شرایط زندگانی سخت باشد مردم بیشتر می‌خورند؛ اعتقاد به جادوگر نیز معمولاً با ستیزه‌گری فراوان هنگام مستی همراه است. این مشاهدات نشان می‌دهد که چه اندازه دشوار و ساختگی است وقتی بخواهیم در مطالعه علل این جنبه خاص از بیماری، عوامل زیستی را از عوامل اجتماعی جدا کنیم. این ملاحظات و ملاحظات دیگری نظیر آنها عده‌ای از دانشمندان را به این نتیجه رسانیده است که بیماری روانی را باید بیماری جامعه دانست نه بیماری افرادی که جامعه از ایشان تشکیل می‌شود. این مفهوم یعنی «جامعه بعنوان بیمار» یا «جامعه بیمار» را فرانک<sup>۲</sup> نیز تجزیه و تحلیل کرده است. این شیوه تحقیق مزایایی دارد که در روش عادی که بیشتر متوجه اختلالات هستی فرد است دیده نمی‌شود. محسوس‌ترین مزیت آن اینست که مسئله را آسانتر می‌سازد (اتوکلاینبرگ، ۱۳۸۶: ۴۵۶).

ارنست کرچمر میان انواع (تیپ) جسم و حساسیت نسبت به بیماریهای روانی رابطه وجود دارد. کرچمر دو بیماری روانی و فونکسیوننی را که از بیماری‌های دیگر رایج تر است یعنی جنون جوانی<sup>۳</sup> یا اسکیزوفرنی و دیگر بیماری‌های روحی مانیاک-دپرسیو<sup>۴</sup> یا جنون دوری را مبنا قرار داده و در تأیید این نظریه دلالتی آورده که میان ساختمان بدنی اشخاصی که از یکی از این دو بیماری رنج می‌برند اختلافات فاحشی موجود است. بعقیده وی از نظر ساختمان بدنی چهار دسته مهم وجود دارد: ۱- دسته «پیک نیک»<sup>۵</sup> یا (چاق و کوتاه) که نسبتاً کوتاه بالا و گرد و گنده اند و وزنشان نسبت به قدشان و بلندی نیم تنه آنان نسبت به قدشان نسبتاً بیشتر است؛ ۲- دسته «لپتوزوم»<sup>۶</sup> که نسبت به وزنشان بلند بالا نیستند و روی هم رفته بالا تنه ای کوتاه و لنگ ها و بازوهای دراز دارند؛ ۳- دسته ورزشکار یا عضلانی که بلند قد و نیرومند هستند و ماهیچه‌هایی بزرگ دارند؛ ۴- دسته بدریخت که در بدنشان نوعی عدم تناسب و تقارن و بدقوارگی دیده می‌شود (هالچین و ویتبورن، ۱۳۸۷: ۷۹). مارگرت مید این مطلب را در مورد فراوانی بیماری خاصی<sup>۷</sup> که به ترشح زیاده از حد غده تیروئید مربوط است روشن ساخته است. وی مشهوداتی را نقل می‌کند که نشان می‌دهد این بیماری در دوره جنگ جهانی اول شیوع فراوان یافت سپس چندی رو به کاهش رفت و دوباره در سالهای بحرانی ۱۹۳۹-۱۹۴۰ رو به افزایش گذاشت. او بیان این واقعیات را چنین آغاز می‌کند:

«افزایش نگرانی را می‌توان تابع وضع اجتماعی عمومی دانست. در این وضع علائم مثبت بیماری مذکور در بسیاری از اشخاص ظاهر شد و حال آنکه وقتی تنها بودند این بیماری در ایشان تأثیری نداشت. حال اگر بجای اینکه پیش آمدی اتفاقی مانند بحران

<sup>۱</sup>Horton

<sup>۲</sup>Frank

<sup>۳</sup>Dementia Praecox

<sup>۴</sup>Maniac-depressive

<sup>۵</sup>Pyknic

<sup>۶</sup>Leptosome

<sup>۷</sup> بیماری معروف به graves است.

اقتصادی یا خطر جنگ را در نظر بگیریم، نوعی از فرهنگ را تصور کنیم که در مراحل بحرانی رشد منظم بر بدن فشاری مولد نگرانی وارد می کند ممکن است با تغییر متابولیسم تیروئیدی روبرو شویم که رفته رفته مزمن می گردد». هالیدی دلائلی را نقل می کند که حاکی از تأثیر وضع اجتماعی در فراوانی بی نظمی های روانی و بدنی است (کلابنبرگ ۱۳۸۶: ۳۸۸).

در توقعات و ارزشهای فرهنگ ما نیز تناقض هایی هست که ممکن است منشا و منبع اختلالات واقع گردد. به عقیده هورنی سه نوع تناقض عمده به قرار زیر وجود دارد: ۱- تناقض میان رقابت و توفیق فردی در کار از یک طرف و نوع دوستی از طرف دیگر؛ ۲- تناقض میان فشار احتیاجات و آنچه مانع ارضای آنها می شود؛ ۳- تناقض میان آزادی فرضی و محدودیت های واقعی که در سر راه این آزادی وجود دارد. این تناقض ها که در فرهنگ جامع ایرانی ریشه دوانیده است کشمکش هایی است که بیمار عصبی باید در حل آنها بکوشد. از آن جمله است تمایل او بجنگ و ستیز و میل او به اطاعت؛ توقعات زیاده از حد و ترس از اینکه مبادا هیچکدام از آنها عملی نشود؛ مساعی او در راه ارتقا و پیشرفت و احساس ناتوانی شخصی... ظاهر امر اینست که شخص مستعد به ابتلای بیماری عصبی کسی است که مشکلاتی را که فرهنگ سبب شده است بشدت احساس می کند. در فرهنگی که در حال تحول است، امکان پیدایش دشواریها و کشمکش ها روزافزون است.

تیین های زیست شناختی و روان شناختی برای علل بیماری های ذهنی یا روانی نمایانگر الگوی پزشکی برای تبیین بیماری است. این الگو بر اساس تبیین هایی است که در آنها فرض شده علتی مشخص از قبیل یک ماده، ویروس، یا نقیصه ژنتیکی، مستقیماً به بیماری منجر می شود. موفقیت و پیشرفت فنون امروزی پزشکی در از بین بردن یا درمان بیماری با استفاده از الگوی پزشکی، متخصصان مسائل سلامت روان را به پذیرش این الگوی کلی تشویق کرده است. هم برای روانشناسان و هم برای روان پزشکان، اختلال و بیماری روانی، یک مسئله بالینی است. در مقابل، جامعه شناسان رویکرد کاملاً متفاوتی دارند. جامعه شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روانشناختی نیستند، بلکه به طور همزمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می باشند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ، و ارتقاء سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی اند (ویلیام، ۲۰۱۷). جنبه های جامعه شناختی رویکرد سبب شناختی آن است که نشانه ها و حالات روانی، از موقعیتهای افراد در ساختار اجتماعی ناشی می شوند. این رویکرد بر نقش سبب شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر یا زندگی در خانواده های تک والد)؛ حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری یا فسخ زناشویی)؛ جنبه هایی از نقش های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش، یا فشار نقش)؛ و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش زا، تأکید دارد. مطالعات جامعه شناختی، همچنین بیش تر به دنبال بررسی میزان های متفاوت اختلال روانی در میان مکان ها (ملت ها، شهرها، مناطق) (سیک، ۲۰۱۹)؛ یا گروه های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، جنسیت، و سن) هستند؛ تا این که چرا افراد خاص، نشانه های بیماری های روانی را تجربه می کنند (ون دولد و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین براساس دیدگاه جامعه شناختی گاهی اوقات به دلیل فشارهای اجتماعی زندگی روزمره و عوامل تنش زا، فرد دچار اختلالات روانی می گردد.

اختلالات روانی در دسته بندی های متعددی قرار گرفته اند که دارای زیرمجموعه ای از اختلالات هستند از جمله این زیرمجموعه ها اختلالات خلقی است.

معمولاً افراد در مواقعی احساس می کنند خوشحال و پرانرژی و در مواقع دیگر، غمگین و دل مرده اند؛ تقریباً هر کسی دستخوش نوسانات خلقی ادواری می شود. اگر قدری به تغییرات در نحوه ای که احساس می کنید فکر کنید، می توانید از ماهیت اختلالات خلقی آگاه شوید (هالچین و کراس ویتبورن، ۱۳۸۷: ۸۱).

باتوجه به بررسی مطالعات پیشین اختلالهای خلقی برحسب رویکردهای زیستی، روان شناختی و اجتماعی-فرهنگی توجیه شده اند. قاطع ترین شواهدی که از مدل زیستی اختلالهای خلقی حمایت می کنند به نقش وراثت مربوط می شود، و به این واقعیت اشاره دارد که این اختلالها در خانواده ها جریان دارند (کاندرس و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه های زیستی روی عملکرد انتقال دهنده عصبی و هورمونها تاکید می کنند. نظریه های روان شناختی از رویکردهای روان کاوی قدیمی فراتر رفته و روی جنبه های رفتاری، شناختی و میان فردی اختلال خلقی تاکید دارند (اسلاویچ، ۲۰۲۰). در دیدگاه رفتاری، فرض بر این است افسردگی از کاهش تقویت های مثبت، نارسایی مهارت های اجتماعی، یا اختلال ناشی از تجربیات استرس زای زندگی ایجاد می شود. طبق دیدگاه شناختی، افراد افسرده با فعال کردن یک رشته افکار به نام مثلث شناختی به تجربه های استرس زا پاسخ می دهند: نظر منفی نسبت به خود، دنیا و آینده. نظریه میان فردی، اختلالهای خلقی را به صورت عملکرد اجتماعی آشفته توجیه می کنند.

افزون بر این ها، فرض بنیادین رویکردهای جامعه شناختی این است که افراد متفاوتی که در موقعیت های مشابه زندگی می کنند، دارای میزان های مشابهی از سلامت و بیماری روانی خواهند بود. بدین ترتیب، آنچه مشخص می کند افراد چقدر احساس سلامتی یا بیماری دارند، صرفاً به شخصیت آنها یا عملکرد مغز و نشان بستگی ندارد، بلکه همچنین وابسته به اوضاع و احوال اجتماعی ای است که در آن زندگی می کنند و از آنجا که این اوضاع و احوال اجتماعی، در گروه ها و جوامع مختلف و دوره های تاریخی گوناگون متفاوت است، مهم ترین وظیفه جامعه شناسان، شناسایی مهم ترین حوادث و موقعیت های اجتماعی است که موجب فراهم آوری شرایط و زمینه های اجتماعی و اقتصادی بروز اختلالات روانی برای افراد، گروه های اجتماعی و یک جامعه معین می گردند.

گرچه مطالعات بسیاری در خصوص بیماری های روانی اکثراً در رشته های روان شناسی، رفتاردرمانی، زیست شناسی و جرم شناسی انجام شده است، اما اخیراً جهت گیری این مطالعات به سمت توجه به عدالت اجتماعی و تعیین کننده های اجتماعی اختلالات و بیماری های روانی اهمیت پیدا کرده است. به عبارت دیگر پژوهشگران پی به سهم عمده مولفه های اجتماعی در شکل گیری، شیوع و حتی درمان این اختلالات برده و رویکرد میان رشته ای در این مطالعات، از رشته های نامبرده، چرخشی

معنی دار به سمت جامعه‌شناسی داشته است. بنابراین توجه به سمت بررسی شاخص‌های اجتماعی در بروز یا پیشرفت علائم در بیماری‌های روان مهم می‌نماید (shibutani, 2017).

هدف از این تحقیق بررسی ریشه‌های اجتماعی در بیماران اعصاب و روان (دوقطبی) می‌باشد. با توجه به اهمیت مبحث مسائل اجتماعی در بیماران اعصاب و روان امید است تا با کسب نتایج حاصل از این تحقیق کمک شایانی از سوی حوزه جامعه‌شناسی به حوزه روانپزشکی جهت در نظر گرفتن پیشینه اجتماعی دخیل در پیدایش علائم بیماری و درمان و جلوگیری از عود علائم و بازگشت بیماری صورت پذیرد. این پژوهش می‌خواهد به این چند پرسش پاسخ دهد که فرایند تشخیص بیماران دوقطبی چه روندی را طی کرده است؟ زمینه‌های اجتماعی بروز اختلال دوقطبی در بیماران چیست؟ قرار گرفتن در فرایند درمان اختلال دوقطبی چه تاثیری در زندگی اجتماعی روزمره‌ی بیماران دارد؟ بسترهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در بروز کدام سویه اختلال دوقطبی تاثیر داشته است؟

پیشینه پژوهش

پژوهشهای داخلی

دولت فرد (۱۳۹۷)، مطالعه‌ای تحت عنوان «تجارب و چالش‌های خانواده‌های دارای فرد اختلال روان» انجام داده است. اختلال روان به عنوان یکی از مهمترین علل از کار افتادگی، عملکرد اجتماعی شخص مبتلا را در ابعاد خانوادگی، شغلی و تحصیلی تحت الشعاع قرار می‌دهد این پژوهش با استفاده از روش کیفی با تحلیل تماتیک انجام شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که خانواده‌های دارای بیمار روانی تجربه‌های تلخ و ناگوار و مسائل و مشکلات بسیاری دارند و به دلیل قرارگیری در چنین شرایطی انزوا، طرد اجتماعی و انگ را تجربه می‌کنند که این طرد اجتماعی و انگ منجر به اختلال در عملکرد خانواده و مراقب می‌گردد.

خادمی (۱۳۹۶)، مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر ارسنجان» را انجام داده است. تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به سوالات پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه SCL-9۰ پاسخ دادند که با استفاده از نرم افزار SPSS18 مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج نشان داد میزان شیوع اختلالات روانی در شهر ارسنجان بالاتر از میانگین پرسشنامه می‌باشد. لذا می‌توان گفت شهر ارسنجان در معرض ابتلا به اختلالات روانی می‌باشد. در هیچ کدام از ابعاد سلامت روان میان زنان و مردان شهر ارسنجان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

پژوهشهای خارجی

رابرتز (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای تحت عنوان «اختلال دوقطبی کودکان در ایالات متحده و انگلیس به بررسی پیدایش، دانش و عملکرد این اختلال می‌پردازد. این مطالعه چارچوبی از بازنمایی‌های اجتماعی، روانشناسی اجتماعی و فرهنگی پزشکی را توضیح می‌دهد تا چگونگی حرکت شرایط ظهور در فرهنگ‌ها را از طریق تعامل، انتقال و استفاده از اشکال مختلف دانش، مشخص کند. طرح تحقیق از نوع مقایسه‌ای و چند روشی بود که شامل سه مطالعه تجربی بود که هر یک از افراد اصلی را در فرایند تشخیصی مورد مطالعه قرار دادند. مطالعه ۱ "صدای" صنعت داروسازی، مطالعه ۲ مصاحبه عمیق با پزشکان و مطالعه

۳ مصاحبه عمیق با والدین ، هم در ایالات متحده و هم در انگلیس انجام شد. نتایج نشان می دهد که صنعت داروسازی از بازنمودهای ناپایدار اختلال دو قطبی کودکان و خود کودک ، برای گسترش امکانات بازار استفاده می کند. برای پزشکان آمریکایی، والدین اتفاق نظر دارند اختلال دو قطبی کودکان از دو قطبی در بزرگسالان متمایز هستند. پزشکان انگلیسی اختلال دو قطبی کودکان را به دو قطبی بالغ نزدیک می بینند. والدین در هر دو ایالات متحده و انگلیس احساس ناامیدی را کنار می گذارند.

سعیدی (۲۰۱۳)، مطالعه ای تحت عنوان « هیچ مکانی مانند خانه نیست: خدمات تخصصی خانه برای افرادی با مشکلات، پیامد، حرکات و تجارب روانی » انجام داده است. برای توصیف گروه مصرف کنندگان خدمات با بیماری روانی در سنین ۱۸ تا ۶۵ سال در انواع مختلف) SHS خانه های مراقبت، مسکن پشتیبانی شده و طرح های زندگی مشترک) و همچنین رضایت از مسکن آنها ، با در نظر گرفتن شمول اجتماعی آنها ، و شبکه های اجتماعی. مسیری که به SHS وارد می شود برای این موارد در نظر گرفته شده است. روش تحقیق، مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شده است. یافته ها نشان داد اختلاف سطح حمایت بر تجربه و خدمات کاربران خدمات در SHS ها و دیدگاه های مدیران تاثیر گذار است. تجزیه و تحلیلها جنبه های مختلفی را در رضایت مسکن نشان داد. برخی از کاربران خدمات بسیار متکی به کارمندان بودند و از شبکه های اجتماعی کمی برخوردار بودند. تبعیض همچنان پایدار بود و ابتکارهای اخیر سیاست، از نظر بودجه ، مسکن ، مزایا و اشتغال تأثیر منفی گذاشت.

هانگ (۲۰۱۲)، مطالعه ای تحت عنوان « نابرابری اجتماعی و اقتصادی در سلامت روان و تعیین کننده های آن ها در کره جنوبی» به ویژه برای افسردگی و رفتار خودکشی انجام داده است. نتایج یک مدل مکانی نشان می دهد که محرومیت منطقه نقش مهمی در شکل گیری توزیع جغرافیایی خودکشی ، به ویژه برای مردان دارد. یافته های کلی نشان می دهد که سطح پایین تجمعات اجتماعی و آسیب های اقتصادی (علی الخصوص) تا حدودی روند خودکشی غیرعادی در کره را تبیین می کند.

#### ادبیات نظری

از ابتدای دهه ۱۹۷۰ میلادی رویکرد برنامه های جامعه نگر<sup>۱۴</sup> برای مبارزه با بیماریها و تاکید بر مراقبتهای درمانی مد نظر قرار گرفت. اهمیت فن آوری پیشرفته پزشکی و تکیه بر متخصصان پزشکی آموزش دیده به تدریج کاهش یافت و ریشه های سیاسی و اجتماعی مشکلات و مسایل سلامت مورد ردیابی قرار گرفت. در این دوره شواهد نشان دادند که راهکارهای مبتنی بر فن آوری در زمینه مراقبت های بهداشتی در جهت ارتقای چشمگیر سلامت عمومی در بسیاری از کشورهای درحال توسعه با شکست مواجه شده است، در حالی که اجرای برنامه های جامعه نگر در برخی از مناطق بسیار فقیر به نتایج بهتری منتج شد. در همان دهه سازمان جهانی بهداشت و یونسف مشترکا گزارشی منتشر کردند که حاکی از آن بود که عوامل اجتماعی مثل فقر، کمبود مسکن و فقدان آموزش مناسب ریشه علل اصلی مرگ و میر در کشور های درحال توسعه هستند (استنلی و لوگرن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴: ۲۷۷).

از نیمه دهه ۱۹۸۰ عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیز در تحقق پیدا کردن جنبش ارتقای سلامت اهمیت پیدا کردند و نخستین کنفرانس بین المللی ارتقای سلامت در اوتواوا در ماه نوامبر سال ۱۹۶۸ برگزار شد. عبارت "عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت" در میانه دهه ۱۹۹۰ به طور فزاینده ای مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس برآوردهای موجود حدود ۵۰ درصد سلامت مردم به عوامل اجتماعی مانند فقر، سواد، وضعیت مسکن، شغل و میزان رعایت حقوق زنان وابسته است، در حالی که تنها ۲۵ درصد به نظام سلامت، ۱۵ درصد به مسائل ژنتیکی انسان ها و ۱۰ درصد به محیط زیست بستگی دارد؛ که نشان دهنده ی جایگاه مهم و تاثیرگذار عوامل اجتماعی موثر بر سلامت هستند. در یک ارزیابی ساده می توان دریافت طبقات پایین اجتماعی، دچار بیماری ها و ناتوانی بیشتر و در نتیجه مرگ زودرس و امید به زندگی پایین تر می باشند. از این رو به نظر می رسد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تاثیر بسزایی بر امید زندگی افراد دارند (کینگ، ۲۰۱۰: ۱۹). از سوی دیگر مطالعات نشان می دهند که سلامت روان بطور نامساوی در جوامع توزیع شده است، به این معنی که افرادی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در محرومیت زندگی میکنند بیشتر در معرض اختلالات روانی و عواقب نامطلوب بعدی ناشی از آن هستند. سبب شناسی بیماری های روان حاکی از وجود علل چندگانه است. شانس مواجهه فرد با بیماری روانی به واسطه تعامل ترکیبی از مولفه های بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی تعیین میشوند (هانگ، ۲۰۱۲: ۲۸).

سلامت روان، مفهوم وسیعی است که براساس سیستم ارزشی مکاتب مختلف، مولفه های گوناگونی را دربر می گیرد. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی،<sup>۴</sup> سلامتی عبارت است از حالت کامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی که تنها به نبود بیماری یا هرگونه معلولیت، خلاصه نمی شود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴) رابرت کمپل<sup>۷</sup> لدر فرهنگ لغات روانپزشکی، در تعریف سلامت روان می گوید: "افراد بهنجار<sup>۸</sup> از نظر روانی کسانی هستند که با خود و محیط اطراف شان هماهنگ و سازگار هستند. آنها با مقتضیات فرهنگی و قوانین اجتماع خود همخوانی دارند. این افراد حتی ممکن است واجد یک بیماری باشند؛ ولی تا هنگامیکه بیماری مزبور، استدلال، قضاوت، توانایی هوشی و توانایی سازگاری درون فردی و اجتماعی آنها را مختل نکرده، از نظر روانی سالم یا بهنجار محسوب می شوند (کمپل، ۲۰۰۵).

#### اختلالات روانی

اختلالات روانی، رفتارها یا فرایندهای ذهنی هستند که با انواع مختلف ناراحتی یا عملکرد معیوب ارتباط دارد. اساسی ترین موضوع افراد درگیر با حوزه روانشناسی رفتار نا به هنجار است زیرا مفهوم رفتار نابهنجار، اساس تفکر رایج درباره اختلالات روانشناختی است (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۳: ۴۲). بهترین تعریف موجود از رفتار نابهنجار و در معنای وسیع تر، اختلال روانی تعریفی است که شامل چندین مشخصه است. تعریف اختلال روانی در آخرین راهنمای تشخیصی آمریکا، یعنی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چنین است:



نشانگان یا الگوی رفتاری یا روانشناختی معنادار از لحاظ بالینی که در شخص دیده می‌شود و با رنجوری یا ناراحتی یا ناتوانی کنونی (یعنی صدمه یا آسیب در یک یا چند حوزه عملکردی مهم) یا افزایش قابل ملاحظه خطر بیماری، مرگ، درد، ناتوانی، یا ازدست دادن اساسی استقلال، ارتباط دارد. به علاوه این سندرم یا الگو نباید فقط واکنشی قابل پیش بینی و مورد تایید از لحاظ فرهنگی در برابر حادثه ای خاص مثل مرگ عزیز باشد. علت اولیه هر چه باشد، باید در حال حاضر نمود کژکاری رفتاری، روانشناختی یا زیستی در شخص مورد توجه قرار گیرد. بنابراین نا به هنجاری براساس وجود همزمان چند مشخصه تعیین می‌شود. بعضی از این نشانه‌های مورد تایید DSM-IV-TR عبارت انداز: رنجوری شخصی، ناتوانی، غیرعادی بودن، نقص هنجارهای اجتماعی و کژکاری (ویلیام، ۲۰۱۷: ۱۰).

#### اختلالات خلقی

در قالب تعریف خلق عبارت است از احساس هیجانی نافذی که درک و نگرش فرد نسبت به خود، دیگران و در کل نسبت به محیط را عمیقاً تحت تاثیر قرار می‌دهد، خلق حال و هوای احساسی نافذ و پایداری است. که به صورت درونی تجربه می‌شود و بر رفتار و درک فرد از جهان تاثیر می‌گذارد (سادوک، ۲۰۱۰: ۸۶).

#### اختلال خلقی دوقطبی چیست؟

اختلالات خلقی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: اختلالات خلقی یک قطبی و اختلالات خلقی دو قطبی. اختلالات خلقی یک قطبی مواردی هستند که خلق بیمار، هنگامیکه بروز می‌کند، پایین تر از حد طبیعی قرار می‌گیرد و به اصطلاح می‌گویند فرد بیمار دوره‌های افسردگی را طی می‌کند. اختلالات خلقی یک قطبی چندین نوع است که اصلی ترین آن‌ها اختلال افسردگی اساسی و اختلال دل‌افگاری یا افسرده‌خویی نام دارد. در اختلالات خلقی دو قطبی، خلق بیمار، هنگام بروز بیماری، گاهی پایین تر و گاهی بالاتر از حد طبیعی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر اختلال خلقی دوقطبی که به آن بیماری افسردگی-شوریدگی یا افسردگی-شیدایی هم گفته می‌شود، یک نوع اختلال در خلق است که با دوره‌های نسبتاً طولانی شوریدگی و افسردگی مشخص می‌شود. اختلال دو قطبی هم انواعی دارد. در اختلال دو قطبی نوع I (اول) بیمار گاهی دچار افسردگی شدید می‌شود و گاهی دوره‌های شوریدگی شدید را تجربه می‌کند. در اختلال خلقی دو قطبی نوع II (دوم)، بیمار گاهی دچار افسردگی شدید می‌شود و گاهی هم دوره‌های شوریدگی خفیف را تجربه می‌کند. در هر دو نوع اختلالات دوقطبی فوق‌الذکر بیمار در فواصل دوره‌های بیماری به حال طبیعی بر می‌گردد (ضرغامی، باقری ۱۳۸۹: ۱۵). اختلال دو قطبی نوع II که مستلزم تجربه حداقل یک دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانیک در طول عمر است، دیگر تصور نمی‌شود که بیماری «خفیف‌تر» از اختلال دوقطبی نوع I باشد، که علت آن عمدتاً مدت زمانی است که افراد مبتلا به این بیماری در افسردگی سپری می‌کنند و به دلیل اینکه بی‌ثباتی خلق که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II دچار آن می‌شوند معمولاً با اختلال جدی در عملکرد شغلی و اجتماعی همراه است. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۷۷: ۱۳۹۳)

دیدگاه‌های جامعه‌شناختی درباره بیماری روانی

✓ نظریه بیگانگی مارکس:

با توجه به تاثیر پذیری سلامت روان از سبک زندگی می توان گفت شرایط اقتصادی، فرد را در موقعیتی قرار می دهد که افزون بر بیگانگی با کار و محیط آن، سبب سرخوردگی هایی خواهد شد که در نهایت به طغیان و شورش اجتماعی منتهی می شود. سرخوردگی و نارضایتی از محیط زمانی نمود بیشتری دارد که سختی زندگی فرد را وادار به کارهایی می کند که در آن فرمانروایی و فرمانبردای اولویت نخست است. در این شرایط فرد بدون توجه به توانایی و ظرفیت هایی خود، باید فرمانبر کارفرما باشد؛ چنین فردی در بلند مدت دچار سرخوردگی و مشکلات ناشی از آن خواهد شد. (مزاروش، ۱۳۸۰: ۱۱۵)

مارکس مفهوم بیگانگی را با معنایی کاملا تازه به کار برده. انسان در حال کار و تولید به معنای وجودی آگاه و طراح است. تولید و کار به عنوان کردار و کنش آگاهانه، مفهوم اجتماعی شدن انسان در فرایند کار تعریف می شود. کار می تواند انسان را به طرف سلامت یا نژندی سوق دهد. بنابراین، چون ادم شدن انسان در گرو چگونگی کار اوست، و از سویی دیگر چون انسان ناگزیر و مجبور به کار است تا نیازمندی های مادی و غیر مادی خود را برآورده کند، فرایند کار از مهم ترین زمینه هایی می شود که در تعریف انسان و تحلیل بیگانگی او به کر گرفته می شود. هرگاه قدرت در دست سرمایه دار باشد مدیریت و برنامه ریزی فرایندی خواهد بود که بر علیه انسان کار می کند. در این حالت کار بیگانه در جامعه نمود پیدا می کند. (تنهایی، ۱۳۹۵، ۲۱۸)

#### ✓ نظریه فشار ساختاری دورکهم:

به نظر دورکهم، انسان ها موجوداتی با آرزوهای نامحدودند. از این سیری ناپذیری نوع بشر چنین بر می آید که آرزوهای انسن را تنها می توان با نظارت های خارجی، یعنی با نظارت اجتماعی مهار کرد. در جوامع خوب تنظیم شده، نظارت های اجتماعی بر گرایش های فردی یک رشته محدودیت هایی می نهند، چندان که هر فردی در محدوده خودش کم و بیش تشخیص دهد که تا چه حدی می تواند به بلندپروازی هایش میدان دهد. هرگاه شیرازه تنظیم های اجتماعی از هم گسیخته گردند، نفوذ نظارت کننده جامعه بر گرایش های فردی، دیگر کارایی اش را از دست خواهد داد و افراد جامعه به حال خودشان واگذار خواهند شد. دورکهم چنین وضعیت را بی هنجاری می خواند. (کوزر، ۱۳۸۹: ۱۹۲) یکی از مضامین رایج در جامعه شناسی دورکیم نگرانی او از ضعف عمومی است. از نظر دورکیم، به ویژه صنعتی شدن موجب شده است که احساسات و هیجانات انسانی از قیدوبند خارج شوند. در حالی که جوامع ابتدایی عمدتا از طریق دین با موفقیت به مردم یاد دادند تا امیال و آرزوهایشان را کنترل کنند، جوامع مدرن صنعتی در نتیجه افزایش پیچیدگی و تقسیم کار مردم را یکدیگر جدا و پیوندهای اجتماعی شان را سست کرد. از نظر دورکیم افراد جوامع غربی، در معرض خطر بی هنجاری اند. قانون علمی ای که دورکهم کشف نمود ارتباط میان دین، روابط خانوادگی و یا حقوق سیاسی و شهروندی، و سرانجام موقعیت سیاسی با میزان خودکشی را بررسی کرده. دورکهم مسئله خودکشی های خودگرایانه و یا فردگرایانه را به مسائل روانی بر نمی گرداند. او مسئله روانی پدید آمده را به دلیل جداماندگی فرد از چسب و انسجام نظام تقسیم کار می داند، و نه برخاسته از انگیزه های روانی محض. درکهم خودکشی ها و جرم های مربوط به این گونه را بی سامانی نام می نهد. خودکشی دیگرخواهانه، زمانی رخ می دهد که نه تنها رابطه فرد با جمع از بین نرفته و فرد از نظام اجتماعی جدا نشده است بلکه با نظام اجتماعی، یعنی عناصر تقسیم کار و وجدان جمعی، رابطه بسیار قوی دارد و هنجارهای جامعه نیز از فشار لازم برخوردار هستند. دورکهم چهارمین نوع خودکشی، که در شرایط شدت قوانین

هنجاری بسیار نامطلوب رخ می‌دهد را خودکشی سرنوشت‌گرایانه می‌خواند. در این نوع خودکشی فضای تقسیم‌کار آنچنان فرد را احاطه کرده است که فرد احساس می‌کند هیچ‌گاه، هیچ‌راه‌رهایی برای او متصور نیست. (تنهایی، ۱۳۹۵: ۲۹۳، ۲۹۱)

✓ نظریه هم‌کنش‌گرایی بلومر:

بلومر برآیند ویژگی انسان در فراگرد تکاملی زیست‌شناختی را همان ویژگی تن‌کردشناختی گونه‌آدمی یا به عبارت خود وی، سازه انسانی می‌داند. کنش‌نمادی، کنشی است که ویژگی رفتاری گونه یا نوع آدمی را از دیگر گونه‌های حیوانی جدا و متمایز می‌کند. فرایند تفسیر در نظر بلومر به این معناست که افراد با اشاره به معانی مشترک و جمعی در موقعیت، و پیش‌بینی نگرش دیگران به بررسی عمل‌گرایانه موقعیت پرداخته و بر اساس تفسیری که از موقعیت به دست می‌دهند، موفق به انجام کنش‌نمادی می‌شود. به دیگر سخن، هر آدمی در هنگام فرایند بازنگری، و با توجه به بخش‌خاطرات موجود در ساختار خود، نتایج هر کنشی را جدا جدا بررسی کرده، پاسخ‌ها و نگرش‌های دیگران را به حساب آورده و بنابر احتساب عمل‌گرایانه دست به انتخاب و انجام یک تصمیم، تعلیق آن تصمیم، یا تصحیح آن می‌زنند. در هر کدام از این حالات، به هر روی، آدمی در حال انجام کنش‌نمادی، یا کنشگری نمادی، است. زندگی اجتماعی لزوماً هم‌کنشی میان اعضای گروه را بدیهی فرض می‌نماید، جامعه متشکل از افرادی است که با یکدیگر هم‌کنشی می‌کنند. فعالیت‌های اعضا عمدتاً در پاسخ نسبت به یکدیگر و یا در ارتباط با همدیگر رخ می‌دهد. هر فردی در هم‌کنشی با دیگران ناگزیر است آنچه دیگری در حال انجام یا قرار است انجام دهد را به شمار آورد. آن‌ها مجبور هستند رفتار خود را هدایت کرده و با توجه به آنچه آن‌ها به شمار می‌آورند موقعیت خود را مدیریت کنند. فرد می‌بایست خطوط کردار خود را به هر گونه‌ممکنی با کنش‌های دیگران متناسب و همساز نماید. کنش‌های دیگران باید به شمار آیند و نباید صرفاً به عنوان عرصه‌ای برای بیان آنچه که فرد تمایل به انجام آن دارد و یا درصد انجام آن می‌باشد تلقی شود. هم‌کنشی نمادی درگیر تفسیر کنش فرد مقابل است. جایگاه مرکزی و اهمیت هم‌کنش‌گرایی نمادی باید در زندگی گروهی انسان آشکار باشد. یک جامعه یا گروه آدمی متشکل از مردمی است که در معاشرت با یکدیگر می‌باشند. چنین معاشرتی لزوماً به شکل کنش مردم نسبت به یکدیگر به وجود می‌آید و بنابراین درگیر هم‌کنشی اجتماعی می‌شود. (تنهایی، ۱۳۹۸: ۴۴)

روش پژوهش

روش پژوهش مورد استفاده در این مطالعه، پژوهش کیفی و طرح مورد استفاده نظریه زمینه‌ای (گراندد تئوری) می‌باشد. همانگونه که متداولترین رویکرد در راهبرد قیاسی، پیمایش است در راهبرد استقرایی و کنش‌پژوهی مطالعه میدانی، در شکل فرود به زمین و یا نظریه زمینه‌ای از روش‌های ویژه و پرکاربرد است (تنهایی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۱)

منظور از نظریه زمینه‌ای (گراندد تئوری) نظریه‌ای است که مستقیماً از داده‌هایی استخراج شده است که در جریان پژوهش به صورت منظم گرد آمده و تحلیل شده‌اند. در این روش گردآوری داده‌ها، تحلیل، و نظریه‌نهایی با یکدیگر در ارتباط تنگاتنگ‌اند. در این روش پژوهشگر کار را با نظریه‌ای که از قبل در ذهن دارد شروع نمی‌کند؛ بلکه کار را در عرصه واقعیت آغاز می‌کند و می‌گذارد تا نظریه از درون داده‌هایی که گرد می‌آورد، پدیدار شود. نظریه‌ای که بدین طریق از داده‌ها استخراج شده باشد، بیش‌تر ممکن است به واقعیت نزدیک باشد تا نظریه‌ای که با کنار هم گذاشتن تعدادی مفهوم بر مبنای تجربه یا صرفاً

حدس و گمان. نظریه های زمینه ای به سبب آنکه از داده ها بیرون کشیده می شوند، بیشتر می توانند بصیرت افزا باشند و فهم را تقویت کنند و راهنمای عمل شوند. گرچه مفهوم ها را از دل داده ها بیرون کشیدن مشخصه اصلی این روش است اما خلاقیت پژوهشگر نیز از مصالح آن است (اشتراوس و کرین، ۱۳۹۷: ۳۴)

#### تکنیک پژوهش

با توجه به اینکه روش مصاحبه عمیق ترین فن گردآوری داده های زمینه ای محسوب می شود در پژوهش حاضر از این فن استفاده می گردد. مصاحبه در فرایند کار به دو صورت انجام می پذیرد:

۱- مصاحبه با افراد مبتلا به بیماری دوقطبی

۲- مصاحبه با یکی از اعضای خانواده نزدیک ایشان

#### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری در این پژوهش، بیماران سرپایی و بستری مبتلا به بیماری دوقطبی (افسردگی-شیدایی) در بیمارستان های تک تخصصی روانپزشکی در سطح شهر تهران می باشد. لازم به ذکر است در خصوص بیمارانی که از آگاهی کافی و لازم برخوردار نبودند با یکی از اعضای خانواده ایشان نیز مصاحبه صورت پذیرفته و مصاحبه زمانی به پایان می رسد که ما به اشباع نظری برسیم. در این پژوهش از نمونه گیری متوالی نظری که زیر مجموعه نمونه گیری غیر احتمالی - هدفمند می باشد استفاده می شود.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها در روش نظریه زمینه ای از شیوه کدبندی (کدگذاری باز، کدگذاری محوری، کدگذاری نظریه ای) استفاده گردیده.

#### تحلیل یافته ها

بیماران مبتلا به بیماری دوقطبی که تحت درمان های دارویی زیر نظر روان پزشکان بوده اند، در فرایندهای نسبتاً مشابهی مبتلا به بیماری شده اند و علی رغم اینکه این بیماران را در گروه های متفاوتی می توان سنخ شناسی نمود، اما شرایط اجتماعی در ابتلای این افراد به بیماری تاثیر فراوانی داشته است. گروه های شناسایی شده عبارتند از:

گروه نخست: گروهی از بیماران که زمینه های وراثتی داشتند و در میان اعضای خانواده یا نزدیکان خود افرادی را می شناختند که مبتلا به بیماری دوقطبی یا سایر بیماری های روانی باشند. در میان این گروه از افراد، برخی خانواده ها اعضای مبتلا به بیماری را تحت نظارت پزشک و روان پزشک قرار داده و سعی در درمان بیماری داشتند. اما برخی از خانواده ها به دلیل نداشتن آگاهی کافی از بیماری های روانی، از بیماری اعضای بیمار خانواده چشم پوشی کرده، آنان را طرد می کردند، سازگار می شدند یا تنش های دائم در روابط خانوادگی شان وجود داشت.

گروه دوم: افرادی بودند که از دوران کودکی با داشتن زمینه‌های ابتلا به بیماری مانند بیش‌فعالی یا انزوآگرایی رشد کرده بودند و در دوران بزرگسالی با وارد شدن یک شوک عاطفی در روابط خانوادگی یا زناشویی اغلب به سوی افسردگی پیش رفته بودند. این گروه که در سنین نوجوانی و جوانی با تشدید علائم بیماری به روان‌پزشک مراجعه کرده بودند، در فرایند درمان دارویی قرار داشتند.

گروه سوم: گروهی از بیماران بودند که نه زمینه‌های وراثتی داشتند و نه زمینه‌های ابتلا به بیماری‌های روانی. این گروه از بیماران صرفاً بر اساس یک رخداد عاطفی در خانواده مبتلا به افسردگی شده بودند و پس از آن مسیر درمان دارویی را زیر نظر روان‌پزشکان پیموده‌اند.

بیماران دوقطبی که زمینه‌های وراثتی در اقوام و خویشاوندان خود داشته‌اند با بروز علائم بیماری اقدام به درمان خود با مراجعه به روان‌پزشک داشته‌اند. این گروه در میان بیماران دوقطبی تعداد کمی از بیماران را به خود اختصاص می‌دهند و گروه بزرگی از بیماران یا زمینه‌های وراثتی را نمی‌شناسند و یا نسبت به علائمی که بروز کرده است، هیچ گونه آگاهی ندارند. بنابراین این افراد در مواجهه با شوک‌های عاطفی و خانوادگی در روابط متقابل اجتماعی با خلاءهایی مواجه شده‌اند که منجر به بروز علائم بیماری بخصوص افسردگی شده است. مهم‌ترین شوک‌های ارتباطی در میان بیماران جدایی والدین و مرگ عزیزان بوده است. در میان همه‌ی افراد مبتلا به بیماری دوقطبی که مورد مصاحبه قرار گرفتند، تنش‌های مداوم در خانواده، گسست روابط خانوادگی و تزلزل در روابط میان اعضای خانواده دیده شد که نبود انسجام درون خانواده را نشان می‌دهد و بیماران از این عامل به عنوان نقطه‌ی عطف بروز علائم بیماری خود یاد کرده‌اند.

اولین و مهم‌ترین عامل اجتماعی تاثیرگذار در بروز علائم بیماری دوقطبی عبارت بود از مسائل درون‌گروهی در خانواده. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از نبود روابط متعادل خانوادگی و ایجاد فاصله میان اعضای خانواده، از دست رفتن کارکردهای تامین نیازهای عاطفی اعضای خانواده توسط این نهاد اجتماعی به عنوان اولین عامل تاثیرگذار در بیماری خود یاد کردند. عامل دیگری که موجب اضطراب در میان بیماران و افزایش علائم بیماری آنان می‌شد، نابسامانی بسترهای اقتصادی در جامعه بود که امنیت شغلی، امنیت درآمدی و به طور کلی، زندگی روزمره‌ی این کنشگران اجتماعی را تحت تاثیر قرار داده بود و هراس از آینده را به عنوان یکی از مولفه‌های زندگی آنان تاثیرگذار ساخته بود. بسترهای فرهنگی مانند موانع فرهنگی که برسازای تابوهای اجتماعی را در موقعیت‌های مختلف انجام می‌دهند و موجب افزایش سرخوردگی در میان کنشگران اجتماعی در برخورد با موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند، یکی دیگر از عواملی بود که در بروز اختلال دوقطبی خودنمایی می‌کرد. پرهیز از بیان این امر که فرد راضی از ازدواج تحمیلی نیست یا فردی که مورد تجاوز قرار گرفته، در بلندمدت حس ناکامی و شکست را در این افراد به وجود آورده است. خشمی نهفته که این بیماران نسبت به کسانی دارند که موقعیت‌های اجتماعی را به شیوه‌ی مطلوب خود برای این افراد هدایت کرده‌اند، در مصاحبه‌ها وجود داشت که بیماران با صراحت از این خشم و آنچه به آنان تحمیل شده است، صحبت می‌کردند. اما در میان گروهی از بیماران سبکی از زندگی وجود داشت که وجود انحرافات جنسی، ارتباط همسران با فرد دیگر یا خیانت همسران به یکدیگر به عنوان امری پذیرفته شده وجود داشت و نیازهای عاطفی این افراد در روابط موازی تامین میشد. گرچه این افراد نیز در نهایت با فروپاشی زندگی خانوادگی خود مواجه شده بودند و خود را فریب‌خورده می‌دانستند، اما معتقد بودند که روابط درون خانواده پاسخگوی نیازهای آنان نبوده است.

بیمارانی که در فرایند درمان بیماری قرار گرفته‌اند، پس از کنترل احساسات و عواطف افراطی خودشان به مهارت‌هایی دست یافته بودند که از آن جمله می‌توان به کنترل موقعیت‌هایی که نقش بیماران در آن موقعیت‌ها مهم است، اشاره نمود. در ضمن موقعیت‌هایی را که خارج از کنترل بیماران بوده را با فاصله گرفتن یا سازگاری با شرایط تحت اختیار خود درآورده و از بروز کنش‌های نامادی در این موقعیت‌ها جلوگیری نموده‌اند. دست یافتن به آگاهی و پرورش بسترهای شناخت اجتماعی در روابط اجتماعی آنان که به دور از زمینه‌های آسیب‌زای خانوادگی آنان قرار داشته نیز دستاورد دیگری است که بیماران کسب نموده‌اند و در نهایت، مدیریت تاثیرگذاری در موقعیت‌های اجتماعی را به واسطه‌ی بهره‌گیری از آگاهی در فرایند بازنگری خود، گسترش داده و نتایج مهمی در زندگی روزمره‌ی آنان داشته است.

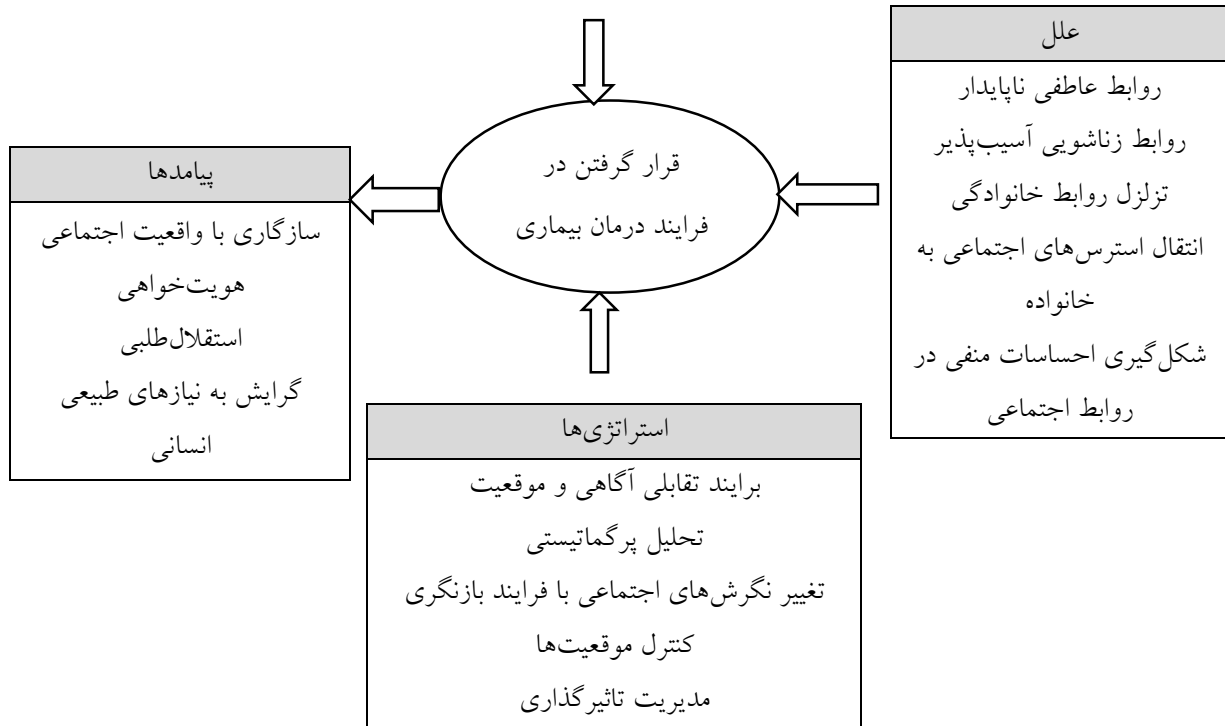
بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در همه‌ی وارد مورد مصاحبه به علائم افسردگی که ناشی از روابط خانوادگی آنان بوده است به روان‌پزشکان مراجعه نموده‌اند و اغلب بیماران با آوردن مثال‌هایی مانند خیانت، تجاوز، مشکلات اقتصادی، نبود امنیت شغلی، هراس از آینده، نبود اعتماد به دیگران و هراس از حضور در جمع به اضطراب‌ها و استرس‌هایی اشاره می‌کردند که محیط اجتماعی به وجود می‌آورد. بنابراین گسترش سویه‌ی افسردگی در اختلال دوقطبی روشن است و حتی در مواردی که بیمار بیشتر به سمت شیدایی در حرکت است، پزشک با کنترل شیدایی سعی دارد تا آسیب‌هایی که فرد به جامعه محیط اجتماعی خود می‌زند، کنترل نماید.

مدل پارادایمی پژوهش

بسترها و شرایط دخیل

تنش‌های خانوادگی

آسیب‌پذیری اعضای خانواده از تنش‌ها  
تجربه‌های ناخوشایند در خانواده  
نابسامانی وضعیت اقتصادی  
ناتوانی برای برنامه‌ریزی بلندمدت



نتیجه‌گیری نظری

هر گروه اجتماعی بر مبنای نیازهای مشترک، اهداف و راه‌های مشترک شکل می‌گیرد که اصل اول در جامعه‌شناسی نظری می‌باشد. نیازهای هر گروه اجتماعی بر اساس بنیان‌های معرفت‌شناختی آن گروه که ریشه در بسترهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه‌ای دارد، مشخص می‌گردد. شکل‌گیری بسترهای شناخت در گام نخست به فرایند اجتماعی شدن کنشگران اجتماعی و پس از آن تجربه‌های هر فرد در موقعیت‌های منحصر به فردی که در آن به نقش‌گیری و ایفای نقش می‌پردازد، مربوط است. نقش خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی که هر فردی در آن مرحله‌ی اول اجتماعی شدن، یعنی یادگیری را پشت

سر می‌گذارد بسیار برجسته می‌باشد. خانواده یک سیستم اجتماعی است که در آن گونه‌های مختلف کنش‌های اجتماعی در موقعیت‌های خانوادگی، درون‌گروهی و میان‌گروهی وجود دارد که نقش ارزش‌ها عواطف را نشان می‌دهد و کنش‌های عاطفی و ارزشی را بیش از پیش نمایان می‌سازد. هم‌کنشی‌هایی که در این سیستم اجتماعی وجود دارد از گونه‌های مختلف روابط دیالکتیکی پیروی می‌کنند. اصل تقابل دیالکتیکی در خانواده به تقابل نقش‌های اجتماعی می‌پردازد و این سیستم اجتماعی در صورتی می‌تواند نقص‌های موجود در خود را حل کند که روابط متقابل به شکل تناقض دیالکتیکی در نیابند. نهاد خانواده علاوه بر اینکه در شکل‌گیری بسترهای اجتماعی شناخت نقش موثری ایفا می‌کند، دارای کارکردهایی نیز می‌باشد. این کارکردها در واقع رفع نیازهای اعضای خانواده است که برآورده ساختن نیازهای عاطفی و حمایت‌های اقتصادی در زمره‌ی این کارکردها می‌باشند. در کشورهای توسعه یافته، برنامه‌های توسعه‌ی انسانی و حمایت از سرمایه‌های انسانی به یاری خانواده‌ها آمده و هراس از آینده را کاهش و امنیت شغلی و درآمدی را تضمین نموده است. بسترهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، نهادهای اجتماعی را در رابطه‌ای متقابل با یکدیگر قرار داده‌اند و کارکرد هر یک از این نهادهای اجتماعی به پرورش اجتماعی و هویت‌یابی کنشگران اجتماعی در سایر حوزه‌ها نیز مدد می‌رساند. بنابراین انسجام خانوادگی گامی است در راستای انسجام اجتماعی و بسترهای شناخت اجتماعی در خانواده با بسترهای شناخت اجتماعی در سیستم اجتماعی بزرگتر همسو می‌باشد.

یکی دیگر از بسترهای شکل‌گیری شناخت اجتماعی، نهادها و سازمان‌های اقتصادی هستند. چنان‌که مارکس و انگلس نیز با تاکید بر این بستر مهم شناخت، روابط میان طبقات اجتماعی در بسترهای اقتصادی را تحلیل و تبیین می‌نمایند. مید و بلومر از این موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی به عنوان چارچوب کنش یاد کرده و بر این باورند که یکی از چارچوب‌های تعیین‌کننده در شناخت اجتماعی، نهادها و سازمان‌های اقتصادی و هم‌کنشی کنشگران در این بسترهاست. تجربه‌ی شکست‌های اقتصادی و وجود استرس‌های شغلی، آینده‌ی نامعلوم در بستر اقتصادی و کلان اجتماعی از آن جمله آسیب‌هایی است که می‌تواند شناخت اجتماعی را در تقابل میان واقعیت و ذهنیت به جهت‌گیری‌هایی ایدئولوژیک یا بر پایه‌ی توهم، اسطوره و نوستالژی پیش ببرد. در این پژوهش نیز نقش نهادهای و سازمان‌های اقتصادی و اجتماعی که خرده‌نظام‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پارسنز را در خود جای می‌دهند، از مهم‌ترین بسترهای شکل‌دهنده‌ی شناخت بوده‌اند. گافمن نیز به پایگاه اجتماعی - اقتصادی کنشگران در این خصوص می‌پردازد و اهمیت آن را در شناخت اجتماعی و زندگی روزمره‌ی کنشگران اجتماعی تحلیل و تبیین می‌نماید. این امر نشان می‌دهد که علاوه بر خانواده، نهادهای اقتصادی و فرهنگی که عضویت کنشگران در گروه‌های اجتماعی را موجب می‌گردند نیز در شناخت آنان تاثیرگذار است و می‌تواند فرصت‌های اجتماعی متنوعی را در اختیار آنان قرار دهد.

مرتن حتی به الگوهای اخلاقی و هنجاری نیز در این رابطه اشاره دارد، شناخت اجتماعی در سوگیری خود به سمت ایدئولوژی یا توهم گرایش پیدا می‌کند. گرایش‌های عامیانه، افراط‌گرایی و ظهور افراد غیرمتخصص برای هدایت یک حوزه‌ی تخصصی به عنوان یک آسیب شناسایی می‌گردد که تقابل عینیت و ذهنیت را تبدیل به تناقضی دیالکتیکی کرده و شناخت اجتماعی را از اهداف اجتماعی دور می‌سازد. در این میان، کیفیت روابط اجتماعی نیز موثر است و عواطف و احساساتی که در روابط اجتماعی بین کنشگران اجتماعی منتقل می‌گردد سبب گسترش همیاری، انسجام و تعلق گروهی می‌گردد و در سوی دیگر، اگر این عواطف و احساسات اجتماعی از موضع قدرت در کنش‌های متقابل اجتماعی هویدا شود، بیانگر فاصله‌ی اجتماعی میان گروه‌های



اجتماعی یا حتی میان اعضای یک گروه اجتماعی می‌باشد. بر این اساس است که نیازهای طبیعی انسان از جمله هویت یابی و استقلال‌طلبی بر محور شناخت اجتماعی در بسترهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تبلور می‌یابد و تحلیل پرگمیتیستی هر کنشگر اجتماعی از موقعیت در فرایند بازنگری خود می‌تواند قابلیت فرد در تاثیرگذاری وی را مدیریت نماید. تصمیمی آگاهانه که به تغییر نگرش، سازگاری با شرایط اجتماعی یا کنترل موقعیت‌های اجتماعی منجر می‌گردد.

در این پژوهش، کارکردهای خانواده که برآورده ساختن نیازهای عاطفی اعضای خود است با کژکارکردی مواجه شده انسجام اجتماعی در خانواده به دلیل تزلزل روابط اجتماعی اعضای خانواده با چالش جدی مواجه شده است. از این رو بسترهای اجتماعی شناخت بیماران دوقطبی در خانواده‌هایی پرتنش راهی به سوی اهداف اجتماعی و پرورش سرمایه‌های انسانی نییموده است. از سوی دیگر گرایش‌های عامیانه مانند خرافه‌گرایی، تابوها فرهنگی و متهم ساختن کنشگران آسیب‌دیده بر اساس ارزش‌ها و عرف‌های فرهنگی موجب اعتماد به افراد غیرمتخصص شده است که رویکرد برچسب‌زنی را در میان مشاوران گسترش داده است و از آنجا که فرد در بسترهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با احساسات و عواطف منفی روبروست، سلطه‌ی این عواطف وی را به پذیرش برچسب بیماری سوق داده است. در میان گروه دیگر که برچسب بیماری نخورده‌اند و مبتلا به این بیماری هستند نیز تقابل‌های عینیت و ذهنیت و همچنین تقابل تجربه و آگاهی به دیالکتیک تکمیلی منجر نشده است. اما با توجه به این زمینه‌های اجتماعی مبتلا به بیماری‌های روانی از جمله دوقطبی، فرایند درمان کارکرد مثبت داشته است و توانسته فرد را به سمتی هدایت کند که کنشگر اجتماعی در فرایند بازنگری با تحلیل عملگرایانه اقدام به تغییر نگرش‌های خود نماید و تقابل آگاهی و واقعیت اجتماعی را به سوی برآورده ساختن نیازهای طبیعی و انسانی خویش از جمله هویت یابی و استقلال‌طلبی هویت نماید.

#### پیشنهادات پژوهش

۱. منشا بروز علائم بیماری دوقطبی در این پژوهش، تنش‌های درون خانواده، روابط والدین با یکدیگر و روابط والدین با فرزندان شناسایی شد. بنابراین مهارت‌های اجتماعی زندگی زناشویی و تربیت فرزندان یکی از راهکارهایی است که می‌تواند از گسترش این اختلال در جامعه پیشگیری کند.
۲. ناآشنایی با نیازهای عاطفی و جستجوی روابط عاطفی در میان افرادی که در موقعیت‌های مختلف اجتماعی ممکن است حضور پررنگی برای بیماران داشته باشند، شوک‌های عاطفی را به وجود آورده است که به بروز علائم بیماری منجر شده است. آموزش‌های برآورده کردن نیازهای عاطفی و چگونگی حمایت خانوادگی یکی از مولفه‌های آموزش‌هایی است که در فرایند اجتماعی شدن در نهاد خانواده باید صورت گیرد که خلاءهای اساسی در این زمینه وجود دارد.
۳. بسترهای اقتصادی نامساعد که امنیت شغلی و درآمدی را با مخاطره مواجه کرده و موجب هراس از آینده و نگاه‌های مقطعی و کوتاه‌مدت شده است، از مهم‌ترین آسیب‌های جامعه‌ی ایران است که نیاز به توجه سازمان‌ها و نهادهای دولتی به این مقوله‌ی مهم امری اساسی و ضروری به شمار می‌رود.
۴. خودسرکوب‌گری ناشی از تابوهای فرهنگی می‌تواند با مد‌مدون کردن برخی از آموزش‌ها بخصوص در زمینه‌ی روابط جنسی به بهبود روابط اجتماعی افراد منجر شود. آنچه در این پژوهش بسیار مورد تاکید قرار گرفت این نکته بود که حتی والدین

بیماران فاقد مهارت‌های کافی در این زمینه بوده و مشکلات روابط زناشویی آنان به فرزندانشان منتقل شده و بسترهای اختلال روانی را مهیا ساخته است.

#### منابع فارسی:

- ابوالحسن تنهایی، حسین (۱۳۹۵)، بازشناسی تحلیلی نظری‌های مدرن جامعه‌شناسی دوران مدرنیته اخیر، تهران، نشر بهمن برنا، چاپ دوم
- ابوالحسن تنهایی، حسین (۱۳۹۱)، بازشناسی تحلیلی نظریه‌های مدرن جامعه‌شناسی؛ مدرنیته در گذار، چاپ اول، تهران، نشر علم
- ابوالحسن تنهایی، حسین (۱۳۹۵)، بازشناسی تحلیلی نظریه‌های مدرن جامعه‌شناسی در مدرنیته میانی، تهران، نشر علم، چاپ دوم
- ابوالحسن تنهایی، حسین (۱۳۹۸)، بلومر جامعه‌شناسی نامتعارف، چاپ اول، تهران، نشر دریای تنهای-بهمن برنا
- ابوالحسن تنهایی، حسین، نکهت، جواد، حسینی فر، مریم السادات (۱۳۹۵) شیوه پایان نامه نویسی، چاپ دوم، تهران، نشر بهمن برنا
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم DSM-5، ترجمه: دیحیی سید محمدی، تهران، نشر روان
- انسلم، استراوس، جولیت، کرین، ۱۳۹۷، مبانی پژوهش کیفی؛ فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای، مترجم: ابراهیم افشار، چاپ هفتم، تهران، نشر نی
- خادمی، آیت‌الله (۱۳۹۶)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر ارسنجان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان
- دولت فرد، آرزو (۱۳۹۷)، تجارب و چالش‌های خانواده‌های دارای فرد اختلال روان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
- ریچاردپی. هالجین، سوزان کراس ویتبورن (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی. مترجم: یحیی سیدمحمدی. جلد دوم. انتشارات روان.
- سادوک، بنجامین (۱۳۹۳)، خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5، مترجم: مهدی گنجی، نشر ساوالان، تهران
- شکرى بدیع نیا، محسن (۱۳۹۶)، بررسی جامعه‌شناختی افسردگی در شهر همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بوعلی سینا

- ضرغامی، مهران. باقری، کیوان (۱۳۸۹)، شوریدگی و افسردگی. راهنمای بیماران و خانواده ها، درباره بیماران دوقطبی. نشر قطره، تهران
- کلاینبیرگ، اتو (۱۳۸۶)، روانشناسی اجتماعی، مترجم: علی محمد کاردان، نشر علمی و فرهنگی، چاپ چهاردهم، تهران
- کوزر، لوئیس (۱۳۸۹)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه شناسی، مترجم: محسن ثلاثی، نشر علمی، چاپ شانزدهم، تهران
- مزاروش، استفان (۱۳۸۰)، نظریه بیگانگی مارکس، ترجمه حسن شمس آوری، تهران: مرکز.

منابع انگلیسی:

- Campbell A V. (2005), Mental Health practice: Can philosophy help Australian and newzealand of psychiatry.
- Hong, J. (2012). *Socio-economic inequalities in mental health and their determinants in South Korea* (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).
- King, D. (2010). *Non-adherence to medication in schizophrenia: The impact on service use and costs* (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).
- Koenders, M. A., Mesman, E., Giltay, E. J., Elzinga, B. M., & Hillegers, M. H. (2020). Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring. *British journal of clinical psychology*.
- Roberts, Jane (2016) Paediatric bipolar disorder in the United States and England: psychosocial processes shaping the emergence of a contested diagnosis. PhD thesis, The London School of Economics and Political Science (LSE).
- Saidi, M. (2013). No place like HOME: specialist housing services for people with mental health problems, outcomes, movements and experiences (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).
- Shibutani, tamotsu, (2017), society and personality, an interactionist approach to social psychology,
- Sik, D. (2019). From mental disorders to social suffering: Making sense of depression for critical theories. *European Journal of Social Theory*, 22(4), 477-496.
- Slavich, G. M. (2020). Social safety theory: a biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual review of clinical psychology*.

- Stanley, S., & Laugharne, J. (2014). The impact of lifestyle factors on the physical health of people with a mental illness: a brief review. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 275-281.
- Van de Velde, S., Boyd, A., Villagut, G., Alonso, J., Bruffaerts, R., De Graaf, R., & Kovess-Masfety, V. (2019). Gender differences in common mental disorders: a comparison of social risk factors across four European welfare regimes. *European journal of public health*, 29(3), 481-487
- WHO. (2014). Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization
- William CC. (2017). *Sociology of Mental Disorders*. 10th Ed. London and New York: Routledge Publication.