

فصل دوم

علاقه قابل توجهی به چیزی به نام سلامت روان، نه فقط بیماری روانی، می تواند در بریتانیا به سال های بین دو جنگ بازگردد. به عبارت دیگر، محصول خدمات بهداشت ملی جدید نبود. در واقع، امید به اینکه خدمات جدید ممکن است فرصتی را برای یک برنامه دولتی قوی با هدف سلامت روان فراهم کند، ناامید شد. درک اهمیت سلامت روان با درس هایی در مورد بهداشت نظامی و غیرنظامی در جنگ جهانی دوم تقویت شده بود، اما NHS جدید راه کمی برای ابتکارات جدید فراهم کرد. مطمئناً سلامت روانی را با سلامت جسمی برابری نمی کند. علاوه بر این، بیماران روانی همچنان در همان موسسات تقریباً منزوی و ویکتوریایی که در قرن گذشته در بریتانیا ساخته شده بودند، اسکان داده شدند: دور از چشم، دور از ذهن.

علاوه بر زیر سوال بردن ایده سال ۱۹۴۸ به عنوان نقطه عطفی در مورد سلامت روان، باید درک کنیم که یک گزارش کاملاً منفی از سیستم مراقبت قبل از NHS نیاز به اصلاح دارد. از نظر تلاش و سرمایه گذاری عمومی، ساخت این سیستم گسترده از نهادهای عمومی اکنون چشمگیر به نظر می رسد. به یک معنا، این یک «سیستم پناهندگی ملی» بود، خیلی قبل از اینکه دولت مسئولیت ارائه خدمات رایگان بیمارستانی برای بیماران جسمی تحت NHS را بپذیرد. مشکل این بود که برای معالجه کسانی که در چنین مکان هایی نیاز به مراقبت داشتند، می توان کاری انجام داد. در مواجهه با جمعیت رو به رشد بیماران به ظاهر لاعلاج، بدبینی فراگیر شد. از آنجایی که ترس های اصلاح نژادی گسترده تر منجر به سیستم موازی مراقبت

نهادی برای افراد دارای ناتوانی‌های ذهنی شد، تشدید شد. از این. با این حال، تا حدی به این دلیل بود که به نظر می‌رسید این مؤسسات به عنوان مکان‌های درمانی شکست خورده بودند که علاقه به درمان مراحل خفیف‌تر و اولیه بیماری‌های روانی از محل پناهندگی در سال‌های بین دو جنگ دور شد. این اغلب توسط خیریه‌ها حمایت می‌شد. اما علاوه بر این، مقامات محلی شروع به ارائه نظارت در جامعه - مراقبت اجتماعی در جنین کردند. بیمارستان‌های عمومی شروع به ارائه مراقبت‌های سرپایی کردند. پزشکان عمومی پیشرو به طور فزاینده‌ای دریافتند که بخش بزرگی از بیماری‌های جسمانی که با آنها مواجه می‌شوند دارای یک جزء روانی است. و کلینیک‌های راهنمایی و روانشناسی کودکان در سراسر کشور به وجود آمدند. علاوه بر این، با رونق ادبیات خودیاری، عموم مردم شروع به درک این موضوع کردند که سلامت روان یک نگرانی برای کل جمعیت است. به عبارت دیگر، بسیاری از قطعات برای چیزی بسیار جاه طلبانه‌تر از آنچه در سال ۱۹۴۸ ارائه شده بود، در رابطه با سلامت روان ساخته شده بودند.

در عوض، سال ۱۹۴۸ شاهد موارد مشابه بود. قانون دیوانگی ویکتوریا تا حد زیادی به قوت خود باقی ماند. در سال ۱۹۳۰ اصلاح شد تا امکان درمان داوطلبانه در جایی را فراهم کند که اکنون به جای پناهندگی، بیمارستان‌های روانی نامیده می‌شود. اما این امر همچنان بیماران روانی را به عنوان یک طبقه از هم جدا می‌کرد و در راه‌اندازی سرویس بهداشت ملی جدید اینگونه رفتار شد. بنابراین، دهه پس از ۱۹۴۸، به جای تغییر، شاهد رشد مستمری در تعدادی بود که به این مؤسسات ختم می‌شدند و تا اواسط دهه ۱۹۵۰ به بیش از ۱۵۰۰۰۰ نفر رسید (۴۰٪ از کل تخت‌ها در NHS).

اصلاح قوانین مربوط به بیماری روانی باید تا قانون بهداشت روانی سال ۱۹۵۹ منتظر می ماند. عنوان این قانون نماد آرزوی ادغام در NHS بود. در قلب آن تصمیمی بود که ورود به بیمارستان روانی به جای قضاوت قانونی، یک موضوع پزشکی باشد. با این حال، این هرگز به تنهایی برای از بین بردن انگ که این مؤسسات پیر را احاطه کرده بود کافی نبود. این قانون همچنین نشان دهنده قصد حرکت به سمت مراقبت اجتماعی است. این حرکت با سخنرانی وزیر بهداشت انوک پاول در سال ۱۹۶۱، که در مورد خلاص شدن از شر آسایشگاه های ویکتوریایی صحبت می کرد که «در ترکیب برج غول پیکر آب و دودکش به وجود آمده بودند، که به طور غیرقابل انکار و دلهره آور از حومه شهر بیرون آمده بودند»، شتاب بیشتری گرفت. راه حل دو چیز بود: از یک سو انتقال درمان بیماری های روانی به بخش ها و جناح های بیمارستان های عمومی. از سوی دیگر، توسعه خدمات جدید در جامعه با پشتیبانی حرفه مددکاری اجتماعی در حال گسترش. این دگرگونی اساسی به دلیل نسل جدیدی از داروها بسیار امکان پذیرتر شد. با این حال، از نظر وارد کردن مراقبت های بهداشت روانی به NHS، احتمالاً تنشی در این دیدگاه وجود داشت: بالاخره داروی امیدوارکننده تری برای بیماری های روانی وجود داشت. با این حال صحبت مبهم در مورد مراقبت از جامعه در واقع نشان دهنده آینده ای است که در آن مسئولیت مراقبت از بیماران روانی ممکن است تا حد زیادی در جای دیگری باشد، در زمینه مراقبت اجتماعی.

در دراز مدت، چشم انداز تحول قرار بود محقق شود. در واقع، شاید هیچ تغییر اساسی در کل تاریخ مراقبت NHS به اندازه این انتقال از بیمارستان به مراقبت اجتماعی برای بیماران روانی وجود نداشته باشد. از این نظر، مطالعه موردی قابل توجهی را برای کسانی که به دنبال تغییری مشابه از مرکزیت بیمارستان در رابطه با سلامت فیزیکی بوده اند، ارائه می دهد. اما تغییر در ابتدا آهسته بود و در طول این دوره تردیدهای جدی در مورد کیفیت خدماتی که حاصل شده بود وجود داشت. در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰، فقدان وقار برای بیماران در برخی از بیمارستان‌های روانی بزرگ و پرجمعیت باقیمانده در چندین گزارش عمومی کوبنده منتشر شد. نوشته‌های مد روز ضد روانپزشکی که از ضد فرهنگ بیرون می‌آیند، بر حس ناراحتی افزوده است. مهمتر از آن جنبش نوظهور کاربران خدمات بود که برای اولین بار تجربیات کسانی را که از نارسایی مراقبت‌های بهداشت روانی در NHS رنج می‌بردند به منصفه ظهور رساند.

پاول درباره خلاص شدن از شر مؤسسات ویکتوریایی صحبت کرده بود، اما اگرچه تعداد تخت‌ها شروع به کاهش کرد، چند بیمارستان تا دهه ۱۹۷۰ بسته شدند. از دهه ۱۹۸۰ سرعت تغییرات با کاهش چشمگیر ۶۰ درصدی تخت‌های بیمارستان روانی از سال ۱۹۸۷ تا ۲۰۱۰ تسریع شد. با این حال، بسیاری در آن زمان احساس قوی داشتند که چنین مراقبت‌های اجتماعی اغلب بسیار ناامید کننده و بهانه‌ای برای کاهش هزینه‌ها بود. از سال ۱۹۹۷، تحت نیروی کار جدید، افزایش قابل توجهی در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشت روانی وجود داشت، اگرچه این نشان دهنده افزایش کلی تر هزینه‌ها در NHS بود و در واقع همچنان از روند کلی

عقب بود. یکی از نتایج تعطیلی بیمارستان‌های روانی، نگرانی فزاینده‌ای بود که توسط تعداد کمی از موارد منتشر شده در مورد خطر رهاسازی بیماران روانی جدی در جامعه ایجاد شد. در چنین زمینه‌ای، مکان‌های مسکونی باقی‌مانده به‌طور فزاینده‌ای بر بیماران که برای جامعه گسترده‌تر «خطر» تلقی می‌شوند، هدف قرار می‌گیرند. همچنین مشخص شد که بسیاری از این افراد به سیستم زندان در حال گسترش کشور ختم می‌شوند. آنچه از سیستم بیمارستان روانی باقی مانده بود، اکنون هیچ راه حل واقعی برای تقاضای «پناهندگی» برای کسانی که خطری تلقی نمی‌شوند، و همچنین برای مشکل فزاینده زوال عقل که در عوض به دست خانواده‌ها و سیستم بیمار مراقبت اجتماعی افتاده است، ارائه نمی‌دهد.

چالش‌های قابل توجه تغییر از بیمارستان به سمت مراقبت‌های اجتماعی به این معنی بود که این موضوع بیماری روانی بود تا سلامت روان که در بیشتر این دوره به عنوان یک دغدغه اصلی سیاست‌گذاری باقی مانده بود. با این حال، وسوسه انگیز است که بگوییم قرن بیست و یکم شاهد چیزی است که نوع جدیدی از تحول است. از آغاز قرن اخیر، موضوع سلامت روان سرانجام در بحث در مورد جهت‌گیری آینده NHS مطرح شد. تحقیقات تأثیرگذار شروع به ادعا کردند که یک مورد اقتصادی قوی برای بهبود سلامت روان وجود دارد، که مشکلات سلامت روان عامل اصلی هزینه‌های دولت رفاه و کاهش بهره‌وری است. سیاستمداران شروع به صحبت در مورد بهبود شادی و در مورد بی‌توجهی به مراقبت از سلامت روان در NHS کردند. و قانون مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی در سال ۲۰۱۲ این الزام را برای NHS تعیین کرد که سلامت روان را هم‌تراز با سلامت جسمانی قرار دهد. سیاست - IAPT | بهبود دسترسی به

درمان روان‌شناختی - امید نوع جدیدی از تسلیحات درمانی را برای NHS فراهم کرد که می‌توانست بسیار فراتر از جمعیتی که از سال ۱۹۴۸ تا کنون تمرکز مراقبت‌های روانپزشکی را داشته است، گسترش یابد. با به کارگیری ابزارهای خودیاری، به کمک انقلاب در ارتباطات که توسط اینترنت به وجود آمد و با گشودگی بیشتر در صحبت در مورد سلامت روان، رویکرد جدید به عنوان راهی برای غلبه بر مشکل دوگانه‌ای جذاب بود که همیشه مانع گسترش بود. خدمات بهداشت روان: ناکافی بودن بودجه و تخصص با این حال، این محدودیت‌ها همچنان در مبارزه برای دسترسی به خدمات حرفه‌ای آشکار می‌شد. در زمانی که NHS تحت فشار زیادی قرار داشت، قرار دادن سلامت روان واقعاً با سلامت جسمی یک چالش بزرگ بود.

علیرغم تمام مشکلات و محدودیت‌های جاری، وسوسه‌انگیز است که نتیجه بگیریم که حوزه مراقبت از سلامت روان یکی از حوزه‌های عمده‌ترین تحول در تاریخ NHS بوده است. این مورد اولاً مبتنی بر حرکت چشمگیر از بیمارستان به مراقبت اجتماعی است و ثانیاً بر تلاشی دیرپهنگام اما رو به رشد برای رسیدگی به سلامت روانی جمعیت به عنوان یک کل است. در سال ۱۹۴۸ NHS واقعاً یک خدمات ملی سلامت جسمی (و تا حد زیادی بیماری) بود. این یک سرویس ملی بیماری روانی (آن جمعیت عظیم در بیمارستان‌های روانی) را به ارث برد، اما این به خوبی ادغام نشده بود و تا حد زیادی از دید پنهان بود. در تلاش‌های بعدی برای یکپارچه‌سازی، سیاست‌گذاران این سیستم نهادی رو به زوال را جایی در یک سرویس بهداشتی مدرن در نظر گرفتند. پس از آن موانع تا حدودی شکسته شدند، اگرچه انتقال از بیمارستان به مراقبت اجتماعی نیز باعث شد که مسئولیت تا حدودی به خانواده، خدمات اجتماعی و حتی در نهایت سیستم کیفری منتقل شود. اخیراً، نشانه‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد NHS

رسیدگی به سلامت روان را به همان اندازه بخشی از مسئولیت خود می‌بیند که تمرکز طولانی مدت آن بر سلامت جسمانی است. اینکه آیا واقعاً چنین است یا خیر، و اینکه آیا تحولات در رابطه NHS با بیماری روانی و سلامت روان واقعاً سازگار است یا خیر، باید دید.

۲-۲- طرحواره ناسازگار اولیه

۱. الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند. از ۲. از خاطرات ، هیجان ها، شناخت واژه ها و احساسات بدنی تشکیل شده است.. ۳. درباره ی خود و در رابطه با دیگران می باشند.

در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می گیرند. د. در جریان چرخه زندگی تداوم دارند. ۶. به شدت ناکارآمدند. به طور کلی طرحواره های ناسازگار اولیه ، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب زایی می باشند

که در ابتدایی رشد و تحول در ذهن شکل می گیرند و در مسیر زندگی تکرار می شوند (بانگ ۲۰۰۵). یک طرحواره ، بازنمایی انتزاعی مشخصات متمایز یک حادثه ، یا نوعی از رد پا یا اثرات مهمترین عناصر گوناگون آن است . در روان شناسی ، طرحواره یک نقشه ی شناختی انتزاعی است که به عنوان یک راهنما برای تفسیر اطلاعات و حل مسایل ، عمل می کند. در شناخت درمانی (بک ۱۹۶۷) تعریف خاصی از طرحواره دارد. هر اصل سازمان دهنده گسترده ای که برای احساس کردن تجربیات زندگی فردی به کار می رود و بسیاری از آنها در اوایل زندگی شکل می گیرد (کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ به نقل از یانگ، ۲۰۰۶) و آسیب زایی می باشد.

طرحواره مثبت و منفی " همانگونه که طرحواره های مثبت و منفی وجود دارد طرحواره های اولیه و بعدی نیز وجود دارد با قبول مراحل روان شناختی اریکسون (۱۹۵۰). ممکن است ادعا شود حل موفقیت آمیز هر مرحله منجر به طرحواره های ناسازگارانه می شود در حالی که شکست در حل مرحله منجر به طرحواره های ناسازگارانه می شود. تجارب آزارنده ی کودکی اساس طرحواره های ناسازگار اولیه است. طرحواره هایی که زودتر و قوی تر ایجاد می شوند به طور معمول ریشه در خانواده ی هسته ای دارند. وقتی بیماران خود را در موقعیت های بزرگسالان می بینند که طرحواره های ناسازگار اولیه را فعال می سازد معمولاً رویدادهای هیجان آمیزی از دوران کودکی شان با یکی از والدینشان را تجربه می کنند. سایر تأثیر گذاران مانند همسالان، مدرسه، گروه های موجود در جامعه و فرهنگ با بزرگتر شدن کودک تأثیر بیشتری می گذارند و منجر به ایجاد طرحواره ها می شوند. اگر چه طرحواره هایی که بعداً ایجاد می شوند قوی نیستند (بک و همکاران، ۲۰۰۰).

تجارب اولیه زندگی و ایجاد طرحواره

نوع اول ناکامی در ارضای نیازها، این امر زمانی اتفاق می افتد که کودک تجارت خوشایندی را تجربه نکند و طرحواره هایی مانند محرومیت عاطفی یا رها شدگی به دلیل ضعف در محیط اولیه اش را رشد می دهد. نوع دوم تجارت اولیه ی زندگی تأثیر گذار در طرحواره ها آسیب زدگی یا قربانی شدن است در این صورت کودک آسیب می بیند یا قربانی می شود و طرحواره ای مثل بی اعتمادی سوء استفاده، شرم یا آسیب پذیری در برابر آسیب در ذهن او شکل می گیرد (یانگ، ۲۰۰۶). نوع سوم تجارب کودک چیزهای خوب را تجربه می کند والدین در جهت آسایش کودک

همه کار می کنند در حالی که تأمین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است. طرحواره هایی از قبیل بی لیاقتی رشد می کند و کودک به ندرت بی اعتماد است. در اثر اینگونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره هایی نظیر وابستگی بی کفایتی با استحقاق بزرگ منشی به وجود می آید. در این حالت والدین به ندرت با کودک به طور جدی برخورد می کنند و کودک لوس بار می آید. در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به خود گردانته یا محدودیت های واقع بینانه ارضاء نمی شود. والدین ممکن است بیش از حد درگیر زندگی کودک بشوند و یا ممکن است بدون هیچ گونه محدودیتی، آزادی عمل بسیاری به او بدهند.

نوع چهارم تجارب زندگی که باعث شکل گیری طرحواره می شود درونی سازی انتخابی یا همانند سازی با افراد مهم زندگی است. کودکی به طور انتخابی با افکار، احساسات، تجارب و رفتارهای والدین خود همانند سازی کرده و آنها را درونی سازی می کنند. علاوه بر محیط اولیه ی زندگی، و عامل دیگری در شکل گیری طرحواره ها نقش بازی می کنند که در این میان خلق و خوی هیجانی کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است. اکثر والدین خیلی زود به این نکته پی می برند که هر کودکی از زمان تولد، شخصیت یا خلق و خوی منحصر به فرد و متمایزی دارد (رینگ و کلسکو، ۲۰۰۶).