دانشکده آگو ۴

جامعه و سلامت روان

بحث‌هایی پیرامون رویکردهای تشخیص و درمان در جامعه دچار گسست و بحران

ارکیده بهروزان

چکیده‌ی مقالاتی از:
لورن برلانت، ایان هَکینگ، دیدیه فَسَن و ریشار رِشمَن، بایرن گود و همکاران، ویوین ماتیاس‌بون و نائومی هید، مارگارت لاک و وین-کیم نوئِن، جانکو کیتاناکا، عمر دواچی، لارا و استفان شیهی، وینا داس، ابراهیم الکِبلی، خلود صابر برکات، مارکو راموس، بریجید فیلیپ

جامعه و سلامت روان

بحث‌هایی پیرامون رویکردهای تشخیص و درمان
در جامعه دچار گسست و بحران

دانشکده

ابتکاری برای گردآوری چکیده بحث‌های دانشگاهی و تجربه‌های جهانی درباره‌ی مسائل محلی

به کوشش **علیرضا اشراقی**

دبیر اجرایی: **کیانا کریمی**

مشاوران: **شهرزاد نوع‌دوست، رضا اکبری**

مجموعه‌ی چهارم:

جامعه و سلامت روان

بحث‌هایی پیرامون رویکردهای تشخیص و درمان در جامعه دچار گسست و بحران

دبیر مجموعه: **ارکیده بهروزان**

گزارشگران: **شیرین خوزستانی، مستوره قادری**

ویراستار فنی: **فرمهر امیردوست**

نشر آسو

ویرایش اول، پاییز ۱۴۰۱

صورت ارجاع به این مجموعه به انگلیسی:

Orkideh Behrouzan (ed). *The Social Life of Mental Health.* Daneshkadeh, Vol 4, Nashr-e Aasoo, 2022

تمامی حقوق این مجموعه متعلق به دانشکده است.

بازنشر و تکثیر این مجموعه یا بخشی از آن تنها با ذکر منبع و به صورت رایگان مجاز است.

استفاده از این مجموعه به قصد منفعت مالی و تجاری نه اخلاقی است و نه قانونی.

Licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial- NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND 3.0)

Layout Design: SFD Design Communication

فهرست

روان جامعه‌ی بحران‌زده با دارو درمان می‌شود؟ | ۲
پزشکیِ مدرن و تعریف بدن«استاندارد»: به چه قیمتی؟ | ۱۱
جنون، جادو و شبحِ سرگردان استعمار در اندونزی | ۱۸
مشروعیت‌یافتن مفاهیم تروما و پساتروما | ۲۶
«دِپ‌زدن»: مدیکالیزه‌کردن مشکلات نسل دهه‌شصت | ۳۳
خودکشی در ژاپن: انتخاب فرهنگی یا عارضه‌ای روانی؟ | ۴۲
زخم جنگ: سیال میان مرزها و معانی | ۴۸
روانکاوی در «سرزمین‌های اشغالی» | ۵۴
آیا فرودست می‌تواند سخن بگوید؟ بله، از فرط استیصال! | ۵۷
فرزندان زندانیان سیاسی و ترومای بین‌نسلی در مراکش | ۶۵
زنان سوری چگونه مصائب جنگ را تاب آوردند؟ | ۷۳
روان‌پزشکی در آرژانتین: دوست یا دشمن دیکتاتوری؟ | ۸۱
شاقول مردم‌سازی: سالم‌ها دست‌راست، بیمارها دست‌چپ | ۹۴
سیاست کتاب‌های خودیاری: حالِ بد تقصیر حکومت نیست! | ۹۷
مرگ تدریجی زیر سایه‌ی مستدام نظام | ۱۱۱
تروما به مثابه ابزار سیاسی دیکتاتوری | ۱۲۲

مقدمه

روان جامعه بحران‌زده با دارو درمان می‌شود؟

ارکیده بهروزان

دکتر ارکیده بهروزان پزشک و دانش‌آموخته‌ی مردم‌شناسی و تاریخ علم از دانشگاه ام.آی.تی و هم‌اکنون استاد دانشگاه سوآس لندن است. کتاب او با عنوان «زندگی به روایت پروزاک: روان‌پزشکی و خاطره‌ی نسلی در ایران» توسط انتشارات دانشگاه استنفورد در سال ۲۰۱۶ منتشر شده است.

آیا برای ارزیابی سلامت روانی فرمولی استاندارد وجود دارد؟ از نیمه‌ی قرن بیستم تا کنون، این سوال موضوع مطالعات مردم‌شناسی و روان‌شناسی متعددی بوده است. بازاندیشی مفهوم «نرمال» یکی از دغدغه‌های عمده‌ی این مطالعات بوده؛ کلمه‌ای که تا پایان قرن نوزدهم به جهان ریاضیات و فیزیک تعلق داشت و تنها با ورود گسترده‌ی علوم آماری در مطالعات جمعیت‌شناسی و بهداشتی و نهادینه‌شدن طبقه‌بندی‌های علمی در ارزیابی سلامت، این واژه در دنیای طب نیز جای خود را پیدا کرد. اما پارامترهای نرمال‌بودن در حیطه‌ی

سلامت، جنسیت، نژاد، یا مشخصات ظاهری افراد، در طول تاریخ بارها دستخوش تغییر شده. تبعات اجتماعی، سیاسی، اخلاقی، و حتی بالینی «نرمال»محوری در طب مدرن موضوعی‌ست که لاک و نوئن در گفتار خود در این مجموعه به آن پرداخته‌اند. این تبعات از آن رو مهم هستند که در حوزه‌ی سلامت روان نیز مرزهای بین بیماری و سلامت را تعریف می‌کنند. اما چگونه؟

در مردم‌شناسی مفهومی وجود دارد به نام مدیکالیزه‌کردن که شاید بشود آن را تلویحا به بیماری‌انگاری ترجمه کرد: پروسه‌ای که پدیده‌های اجتماعی، فرهنگی، و یا رفتاری را وارد حوزه‌ی مسئولیت‌های طب می‌کند و بعضا به بیماری‌انگاری پدیده‌هایی می‌انجامد که در زمان و مکانی دیگر ممکن بود بیماری انگاشته نشوند. این پدیده شمشیری دولبه است: از سویی از موقعیت‌هایی خاص، مانند اعتیاد، انگ‌زدایی می‌کند و با درکی همدلانه، به جای جرم آن را بیماری تلقی می‌کند و به جای مجازات برای آن تمهیدات درمانی فراهم می‌آورد؛ از سویی دیگر همین پروسه می‌تواند موقعیت خاصی را که ماهیتا ریشه‌ی اجتماعی یا سیاسی دارد (مانند آسیب‌های جنگ یا چاقی مفرط) به امری بیولوژیک و فردی تقلیل دهد و به جای تمرکز بر سیاستگذاری‌های غلط یا بی‌عدالتی‌های اجتماعی، بار مسئولیت بیماری را صرفا بر دوش بیمار بگذارد، در مورد بیماری که رنج می‌کشد قضاوت اخلاقی ایجاد کند، و حتی به سود کمپانی‌های دارویی و یا دولتها عمل کند.

مردم‌شناسان بسیاری در دهه‌های گذشته به نقد این پروسه در رابطه با آسیب‌های روانی پرداخته‌اند و بیماری‌انگاری بی‌رویه‌ی مواردی چون افسردگی، اضطراب، و یا بیش‌فعالی را به‌درستی زیر سوال برده‌اند. سوال این‌جاست که آیا ممکن است این نقدها اصطلاحا از آن سوی بام افتاده باشند، و در راه تبیین ریشه‌های اجتماعی یا تاریخی این اختلالات، واقعیت زیسته‌ی

رنج بیمار و علل بیولوژیک بیماری را نادیده بگیرند؟ نقطه‌ی تعادل کجاست؟ همان‌طور که هکینگ در جستاری در این مجموعه نشان می‌دهد، بیماری‌انگاری به تولید «هویت»های جدیدی می‌انجامد که تا پیش از آن وجود نداشته‌اند. به عبارتی، مداخلات طبی در طول زمان جوامع را تغییر می‌دهند. این تغییر گاهی با سیاستگذاری‌های حکومت‌ها هم‌راستا می‌شود و به تحکیم ساختارهای قدرت می‌انجامد.

به عنوان مثال، لورن برلانت در فصلی از این مجموعه با استناد به نظریه‌های فوکو پدیده‌ای به نام مرگ تدریجی در میان طبقات فرودست را بسط می‌دهد. گاهی هم برعکس، بیماری‌انگاری راهی برای ایستادن در مقابل ساختارهای قدرت فراهم می‌کند. این بحث برای جوامع بسته و سرکوب‌شده و یا جنگ‌زده حائز اهمیتی ویژه است. برای مثال، در ایران دهه‌ی هفتاد شمسی، همزمان با تلاش متخصصین و کارزارهای آموزش و آگاهی‌رسانی عمومی در مورد سلامت روان، زبان بالینی، و طبی روان‌پزشکی که زبانی به اصطلاح «علمی» و غیرسیاسی و مورد تایید همه گروه‌ها (روانپزشکان ،حاکمیت، جوانان، روحانیون) بود، در رسانه‌ها، عرصه‌ی عمومی، و زندگی روزمره گسترش پیدا کرد و به تدریج به زبانی برای روایت زندگی تبدیل شد.

مقبولیت روان‌پزشکی و عادی‌سازی گفتمان آسیب‌های روانی به جایی رسید که جامعه‌ی جوان ایرانی در دهه‌ی هفتاد کم‌کم با واژگانی چون دپ‌زدن و استرس و تُروما سخن می‌گفت، وبلاگ می‌نوشت، و محصولات فرهنگی تولید می‌کرد. اما آیا «دپ‌زدن» یا «دپرشن» که در زبان فارسی جا افتاده همان بیماری افسردگی بالینی‌ست؟ برای پاسخ به این سوال هم باید به درک وقایعی پرداخت که بر نسل‌های برآمده از انقلاب و جنگ رفته (و تنوع و تکثری را که در تجربه‌ی زیسته‌ی نسل برآمده از انقلاب و جنگ موجود بود و هست را نیز

نباید فراموش کرد) و هم باید ظرفیت‌های زبان تخصصی، همچون روان‌پزشکی، را در نظر داشت که پس از سال‌ها سکوت طولانی زیرکانه بیان نگفته‌ها و ناگفتنی‌های دهه‌ی شصت را ممکن کرد. برای مثال، مطالعه‌ی دقیق زبان، خرده‌فرهنگ‌ها، و خاطرات جوانانی که خود را دهه‌شصتی یا نسل سوخته می‌نامیدند، نشان می‌دهد که واژه‌ای همچون دپرشن طیف وسیعی از حالات روحی و روانی و بعضا اجتماعی، از جمله افسردگی بالینی، خُلق افسرده، ناامیدی و اضطراب در مورد آینده، استیصال اکتسابی (learned helplessness) و حتی ناامیدی اجتماعی را در بر می‌گیرد.

همین وضعیت در مورد استفاده از مفاهیمی مانند تروما در خاورمیانه هم صادق است. برای درک تجربه و نیازهای این جوامع باید از استفاده‌ی واژه‌ها، با فرض اینکه ترجمه‌ی تحت‌اللفظی معادل لاتین خود هستند، فراتر رفت و به چرایی و چگونگی شکل‌گیری مفهومی مانند تروما در زبان و ذهن مردمان آن جامعه در بازه‌ی زمانی مورد نظر پرداخت.

همانطور که دیدیه فَسَن و ریشار رِشمَن در این مجموعه نشان می‌دهند، چنین رویکردی ایجاب می‌کند که ریشه‌یابی خود مفهوم تروما در غرب و، در کنار آن، سیر تحول این واژه از زمان هولوکاست و تبدیلش به یک پارادایم فکری مورد قبول نیز مورد نقدوبررسی قرار گیرد. تشریح بدنه‌ی زبان در رابطه با تجربه‌ی زیسته‌ی افراد و جوامع موضوعی‌ست که مقالات متعددی در این مجموعه به آن می‌پردازند. بایرن گود برایمان از مفهوم جنون در بستر تاریخ استعمارزده‌ی اندونزی می‌گوید و جونکو کیتاناکا پدیده‌ی خودکشی فرهنگی در ژاپن را مورد بررسی قرار می‌دهد. هکینگ نیز در مقاله‌اش از طب مدرن به عنوان دستگاه بیمارسازی یاد می‌کند و تبعات هویتی و اجتماعی بیماری‌انگاری را به نقد می‌کشد. وینا داس با تمرکز بر روایت رنج‌های زنان از زمان جداسازی هند و

پاکستان به ما اهمیت فوق‌العاده‌ی شاهدبودن، شهادت‌دادن، (witnessing) و ثبت روایات تاریخی حک‌شده در روان جمعی جامعه را یادآوری می‌کند. مقاله‌ی برکات، با رویکردی که از بیماری‌محوری فراتر می‌رود، بر سازوکارهای دوام‌آوردن در میان زنان بی‌جاشده و آواره‌ی سوری تمرکز می‌کند.

ابراهیم الکبلی ما را به جهان پیچیده‌ی زندانیان سیاسی سابق در مراکش می‌برد و توجه ما را به پروسه‌ی دردناک به‌یادآوردن خاطرات رنج‌آور پس از سال‌ها سکوت تحمیلی جلب می‌کند. به عبارتی، برای درک وضعیت روانی جامعه‌ای متکثر، تحلیلی لازم است که هم درونیات روان فرد و سازوکار روان در تاب‌آوردن فاجعه را، و هم سازوکار و عواقب آنومی اجتماعی و فروپاشی‌های سیاسی و اخلاقی و اجتماعی را درک کند. برای اولی رویکردی روانکاوانه و تحلیلی لازم است، و برای دومی دانش در حوزه‌ی علوم اجتماعی.

نکته‌ی قابل توجه این است که نقش عمده‌ی روان‌پزشکی در این مطالعات تاریخی اغلب مدیکالیزه‌کننده و گاها مسکوت‌کننده‌ی علل سیاسی و اجتماعی رنج بیماران بوده است. اما همیشه اینطور نیست و از این بابت مثال ایران مثال جالبی‌ست، چرا که در ایران سکوت طولانی سال‌های جنگ هم محصول تحمیل سانسور بیرونی بود و هم حاصل کارکرد درونی روان جمعی و فردی.

جامعه‌ی خسته از جنگ و رنجور از طوفان فجایع، که پزشکان هم جزیی از آن بودند، با دردهایی دست به گریبان بود که یا ناگفتنی بودند و یا برای گفتنشان زبانی امن و مورد تایید حاکمیت در دسترس نبود. شیوع و عادی‌شدن زبان و طرز فکر بیماری‌محور در جامعه‌ی بسته‌ی دهه‌ی هفتاد از طریق رسانه‌ها و جامعه‌ی روان‌پزشکی، به طور ناخواسته زبانی هم برای نقد دهه‌ی شصت و چرایی جنگ ایران و عراق فراهم کرد. سوالی که باقی می‌ماند این است که چرا

زبان روان‌پزشکی این ناممکن را ممکن کرد و نه زبانی دیگر؟ پاسخ به این سوال هم مستلزم دانستن تاریخ و سرگذشت رشد و گسترش رشته‌ی روان‌پزشکی است، و هم نیازمند تمایز ویژگی‌های رویکردهای مختلفی که در روان‌پزشکی استفاده می‌شوند.[۱]

رویکردهای متعدد

یکی از اشتباهات رایج در تحلیل‌های اجتماعی سلامت روانی، عدم تمایز بین حوزه‌های روان‌شناسی، روانکاوی، و روان‌پزشکی‌ست که هرکدام بینش و رویکرد متفاوتی دارند و حتی در هر کدام از این حوزه ها هم مکاتب مختلف در زمان‌های مختلف به عنوان مکتب غالب شناخته شده‌اند.

به طور خلاصه، در تاریخ روانپزشکی دو رویکرد عمده وجود دارد: رویکرد بیومدیکال (biomedical) و رویکرد دینامیک و پویا (psychodynamic). تمرکز اولی بر نگاهی بیولوژیک و توجه به علائم و نشانه‌ها، و تشخیص بیماری و درمان آن از طریق تعامل با سیستم عصبی و بدن فرد است، مانند دارودرمانی و درمان‌های کم‌تر رایج چون شوک الکتریکی. در مقابل، رویکرد پویا بر اساس آموزه‌های علم روانکاوی و توجه به نقش مکانیزم‌های روانی ناخودآگاه و روابط انسانی و اجتماعی، سعی بر تحلیل تجربه‌ی زیسته‌ی بیمار و استفاده از روش‌های درمانی مانند سایکوتراپی یا روان‌درمانی دارد. رابطه‌ی روان‌پزشکی با حاکمیت‌ها و ساختار قدرت -که موضوع مطالعات تاریخی بسیاری به‌خصوص در رابطه با تبعیض نژادی بوده- بسته به اینکه کدام طرز فکر در آن غالب باشد در جوامع مختلف شکل‌های مختلفی به خود می‌گیرد.

ما در این مجموعه نگاهی هم داریم به مفروضات و تبعات درازمدت این دو رویکرد در جوامع مختلف. به عنوان مثال، نوشته‌ی راموس به چالش‌های روان‌پزشکی پویا در تقابل با دیکتاتوری در آرژانتین می‌پردازد؛ کشوری که به عنوان قطب روانکاوی لاکانی شناخته می‌شود و روانکاوی در آن پدیده‌ای سابقه‌دار و مقبول جامعه است. برعکس، در ایران رویکرد بیومدیکال همواره رویکرد غالب در آموزش روان‌پزشکی بوده است و بعد از انقلاب نیز از سوی حاکمیت حمایت شده است، چرا که تمرکز اصلی‌اش بر بیولوژی فردی بیمار است و نه تعامل با ریشه‌های اجتماعی یا سیاسی مشکلات روانی (مانند فقر، سرکوب ، و یا نژادپرستی).

در ایرانِ دهه‌ی شصت، آموزه های روانکاوی و نام فروید از کتاب‌ها حذف شده بود. روانکاوی، با استناد به نوشته‌های علی شریعتی و تعابیر بی‌معنایی که از جنس بی‌بندوباری جنسی و فساد اخلاقی به فروید نسبت داده شده بود، نه فقط هدف تیغ تند سانسور حکومتی قرار گرفت، که مورد سوءظن طبقه متوسط نیز بود. روانکاوی حتی گاه مطرود طبقه‌ی روشنفکر و جامعه‌ی پزشکی وقت بود که در آن دهه تحت تاثیر رویکرد بیولوژیک غالب در روانپزشکی آمریکا بیش‌ازپیش به رویکرد بیومدیکال و دارودرمانی روی آورده بود.

اگرچه در فضای پس از انقلاب فرهنگی به‌سختی می‌شد محیطی امن در خارج از محافل خصوصی برای گفتن از روانکاوی پیدا کرد، گروهی از روان‌پزشکان در سال‌های پس از جنگ نقش مهمی در ترویج روان‌درمانی پویا و تربیت نسلی از روان‌پزشکان آشنا با رویکرد روانکاوانه ایفا کردند.[۲] با توجه به اینکه روان‌پزشکی مدرن در ایران از همان ابتدای تاسیس در دانشگاه تهران به عصب‌شناسی و رویکرد بیومدیکال بیش‌تر روی خوش نشان داده بود تا به رویکردهای روانکاوانه و پویا، ورود این محتوای روانکاوانه به درسنامه‌ی دوره‌ی تخصص روان‌پزشکی

در دهه‌های اخیر نه تنها نقطه عطفی در تاریخ این رشته است، بلکه در درک روند تغییرات اجتماعی و فرهنگی جامعه به ما کمک می‌کند.

راه پیش رو

شکی نیست که اولویت اصلی حوزه‌ی سلامت کاستن از رنج بیمار است. برای این مقصود، توجه به بسترهای فرهنگی و سیاسی و تاریخی، و چگونگی بروز مشکلات روان در ارتباط با مسائل اجتماعی همانقدر اهمیت دارد که کاویدن ریشه‌های بیولوژیک و ژنتیکی مشکلات روانی. تمرکز این مجموعه بر هر دو سوی این سکه است که در عین حال دائما در حال تاثیرگذاری بر یکدیگر نیز هستند.

اطبا و سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت روان در اکثر جوامع غالبا بر رویکردهای بالینی (بیمار و درمانگر) و یا آماری و اپیدمیولوژیک تمرکز کرده‌اند. اما آیا می‌شود در مقابله با خودکشی یا علائم افسردگی و یا اضطراب، بدون درک مسائلی چون فقر، نژادپرستی، زن‌ستیزی، یا دیکتاتوری قدمی جدی برداشت؟ به‌این‌ترتیب، با درک نیازهای گوناگون جوامع در رابطه با عدالت، رفاه، سیاست، و روابط قدرت است که می‌توانیم به پارادایمی همه‌جانبه و جامع در رابطه با سلامت روان برسیم؛ پارادایمی که بر اساس درکی کامل از جنبه‌های فردی/بیولوژیک و اجتماعی/فرهنگیِ سلامت روان بنا شده باشد و ابزاری مناسب برای کاستن از رنج به ما ارائه کند.

این یعنی لزوم برخوردی بینارشته‌ای (interdisciplinary) با مقوله‌ی سلامت روان. این روزها نه تنها در فضای آکادمیک، بلکه در حوزه‌ی درمان نیز مطالعه و تحقیق «بینارشته‌ای» اهمیت ویژه‌ای یافته است: روش فکری‌ای که مستلزم

درکی عمیق از پارامترها و امکانات و محدودیت‌های دو یا چند رشته و مکتب فکری‌ست، و تعاملی متقابل بین این دو یا چند طرز تفکر را ممکن می‌کند. روشن است که منطق و روش‌های علمی، رویکرد بالینی یا بیولوژیک، تحلیل ادبی یا سیاسی یا تاریخی، و رویکردهای هنری، هریک برای خود فرهنگ و زبان، نگاه و مفروضات، و طرز فکری دارند متمایز از دیگری.

بنابراین، درک بینارشته‌ای از پدیده‌ای مانند سلامت روان، مستلزم تولید فکری نشأت‌گرفته از تعامل و گفتگوی معنادار بین این حوزه‌های دانش است و درکی عمیق از ظرفیت‌های نظری و عملی هرکدام برای اعتلای سلامت روان جامعه. سعی این مجموعه برداشتن قدمی کوچک برای معرفی این مسیر است .

پی‌نویس

(۱) کتاب «زندگی به روایت پروزاک» به رصد کردن جهان‌بینی‌ها و مکتب‌های فکری متفاوتی می‌پردازد که در شکل‌گیری و تحول رشته‌ی روانپزشکی در ایران نقش عمده داشتند و سرگذشت روانپزشکی پس از انقلاب را ردیابی و روایت می‌کند. نگاه کنید به:

Behrouzan, Orkideh .*Prozak Diaries: Psychiatry and Generational Memory in Iran* .Stanford UniversityPress, 2016

(۲) نگاه کنید به مقاله‌ی ارکیده بهروزان، «مردی که روی مرزها شهری ساخت»، فصلنامه‌ی چکامه، شماره‌ی یکم، بهار ۱۴۰۱، پرونده‌ی ویژه درباره‌ی دکتر محمد صنعتی

مارگارت لاک و وین-کیم نوئِن:

پزشکیِ مدرن و تعریف بدن «استاندارد»: به چه قیمتی؟

مارگارت لاک استاد دانشکده‌ی جامعه‌شناسی پزشکی و نیز دانشکده‌ی مردم‌شناسی دانشگاه مک‌گیل است. وین-کیم نوئِن پزشک و مردم‌شناس طب، استاد جامعه‌شناسی پزشکی در دانشگاه مونترال است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Lock, Margaret, and Nguyen, Vinh-Kim. “Introduction.” and “The Normal Body.” in *An Anthropology of Biomedicine*, John Wiley & Sons, Incorporated, 2018.

پزشکی مدرن غربی، که بر اساس رویکرد بیولوژیک کار می‌کند، امروزه دیدگاه غالب طبابت در جهان را شکل می‌دهد. زیست‌پزشکی (Biomedicine) شاخه‌ای از علم پزشکی مدرن است که در آن شیوه‌های تشخیص بیماری، علاج و مراقبت‌های پزشکی به شکل استاندارد تعریف می‌شود و در اختیار نظام بهداشت و درمان و آموزش پزشکان قرار می‌گیرد. زیست‌پزشکی است که تعیین می‌کند چه وضعیتی «بیماری» محسوب می‌شود، هر بیماری خاص چه علائمی دارد و روش درمان آن چیست. کار پزشکان آموختن و اجرای دستور کار زیست‌پزشکی در جهت تشخیص بیماری و مداوای آن است.

حوزه‌ی زیست‌پزشکی، همانطور که قابل حدس است، هم با علوم مختلف از جمله ویروس‌شناسی و ژنتیک و علوم اعصاب سروکار دارد، و هم با گستره‌ی بزرگی از فن‌آوری‌های مختلف، از جمله علوم آزمایشگاهی، ساخت اندام مصنوعی، شیمی‌درمانی، لقاح آزمایشگاهی، و یا عکس‌برداری داخلی از بدن. مثلا یک تشخیص ساده‌ی آزمایشگاهی برای تعیین گروه خونی، حاصل گردهم‌آمدن چند رشته از جمله زیست‌شناسی، شیمی، روش‌های اندازه‌گیری و ضبط، و فن‌آوری تجهیزات آزمایشگاهی است. انجام این آزمایش توسط زیست‌پزشکی به شکل استاندارد در می‌آید و در اختیار آزمایشگاه‌ها قرار می‌گیرد. به‌این‌ترتیب، شکل انجام آزمایش در همه جا یکی است و متخصص می‌تواند در هر آزمایشگاهی آن را انجام دهد. نتایج آزمایش هم کاملا قابل پیش‌بینی هستند و معنی هر نتیجه مشخص است.

مفهوم استاندارد در ظاهر ممکن است مفهومی کاملا علمی و عینی به نظر بیاید، چون بر پایه‌ی شاخص‌های کمّی و قابل‌اندازه‌گیری است. اما مارگارت لاک و وین‌کیم نوئِن، دو مردم‌شناس و مورخ حوزه‌ی پزشکی، نشان می‌دهند که «استاندارد» مفهومی است اجتماعی، کیفی و نسبی؛ نتیجتاً در فرهنگ‌ها و جغرافیاهای مختلف ممکن است معانی متفاوتی را در بر بگیرد. مفهوم استاندارد از آنجا که معیاری ساخته‌ی انسان است، عقاید، فرهنگ، گرایش‌ها و تعصبات معمول جامعه را در بطن خود به همراه دارد. مثلا هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان هنگام تعریف بیماری، فرض بر این است که بدن استاندارد و «نرمال» بدنی است با گرایش دگرجنس‌گرا و بر این اساس، همجنس‌گرایی بیماری محسوب می‌شود. یا مثلا تعریف خاص و فرهنگی از بدن استاندارد باعث می‌شود تا به تفاوت‌های فیزیکی که بین بدن‌ها وجود دارد به چشم بدنی «ناقص» دیده شود.

نه تنها مفهوم بدن، بلکه مفهوم بیماری هم ابعاد فرهنگی دارد. به عنوان نمونه، هنوز در بیش‌تر دنیا فرض بر این است که افسردگی صرفا یک تصور ذهنی و خیالی است و به همین خاطر فرد افسرده با وجود رنج بسیار، بیمار فرض نمی‌شود و نتیجتاً از توجه و مراقبت پزشکی نیز برخوردار نمی‌شود. حتی مفهوم مرگ، که به ظاهر جهانی است و باید بشود به راحتی استانداردی برای آن تعریف کرد، در میان مردم مختلف معانی متفاوت دارد.

مثلا در اروپا مرگ مغزی، مرگ شخص فرض می‌شود و برداشت اعضای بدن – در صورت اجازه‌ی قبلی فرد – پس از مرگ مغزی مجاز است. اما در ژاپن مادامی که قلب بتپد، شخص زنده فرض می‌شود، حتی اگر مغز هیچ علائم حیاتی نداشته باشد. بنابراین با بیماری که دچار مرگ مغزی شده مانند یک بیمار زنده رفتار می‌شود. ذهنیت و ادراک یک جامعه از مفاهیمی همچون بیماری و مراقبت «طبیعی» و «نرمال» ممکن است در جامعه‌ای دیگر کاملا «غیر طبیعی» دیده شوند. بیماری، حیات، بدن و مرگ همگی مفاهیمی نه تنها بیولوژیک، بلکه مفاهیمی اجتماعی هستند که در یک مسیر تاریخی شکل گرفته‌اند. بنابراین برای هر علمی که با این مفاهیم سروکار دارد باید سویه‌ای تاریخی و فرهنگی نیز در نظر گرفت.

لاک و نوئِن تاکید می کنند که علاوه بر باورهای اجتماعی، پزشکی مدرن همواره بر فرض‌های ناگفته از اخلاقیات جامعه هم استوار است و به همین دلیل آنچه در عرف جمعی «غیر اخلاقی» تلقی می‌شود، ممکن است از خدمات پزشکی هم محروم بماند. جدال‌های قانونی بر سر اجازه‌ی سقط جنین یک نمونه‌ی داغ از واکنش اخلاق‌مدار و فرهنگی علم پزشکی به نیاز انسان‌هاست. نمونه‌ی دیگر پاسخ کند و بی‌اعتنای دولت آمریکا به بیماری ایدز در اوایل شیوع آن است. مبتلایان به ایدز اغلب مردان همجنس‌گرا بودند و از آنجا که همجنس‌گرایی در

آن زمان به‌شدت منحط و ضددین محسوب می‌شد، دولت با همجنس‌گرایان بیمار و در حال مرگ همدلی نداشت.

تاریخ پزشکی مدرن تاریخ تحول باورها و اعتقادها نسبت به بدن و بیماری است. یک نمونه‌ی مثال‌زدنی از این تحول، داستان حیرت‌آور و پرماجرای تشخیص علت بیماری وبا در انگلستان است. وبا در قرن نوزدهم چند بار در انگلستان شایع شد. در آن زمان مقامات دولتی و پزشکی معتقد بودند که علت و عامل شیوع وبا بوی تعفن و پوسیدگی (Miasma) در محله‌های پرازدحام و معمولا فقیر شهر است. پزشکی جوان به این فرضیه مشکوک بود و بعد از تحقیقات گسترده‌ای اعلام کرد که تنها حالتی که یک بیماری بتواند با چنین سرعتی پخش شود این است که عاملش آب باشد. تشخیص این پزشک صحیح بود، اما سال‌ها طول کشید تا مقامات از عقیده‌ی قدیمی خود دست بکشند و از این پزشک حمایت کنند که فرضیه‌اش را در سطح شهر آزمایش کند. پزشک جوان بالاخره توانست نشان بدهد که مسیر حرکت بیماری مناطقی است که منبع آب آشامیدنی مشترک دارند و با اصرار و تلاش زیاد مقامات را راضی کرد که که آب بخشی از شهر که در آن وبا حاد است را قطع کنند. با اینکه دلیل بیماری کشف شده بود، اما اعتقاد ریشه‌دار باعث شد هزاران نفر دیگر بمیرند تا بالاخره آب آلوده تصفیه شود.

فرض وجود یک استاندارد جهانی برای بدن یعنی اعمال پارامترهای یکسان بر همه‌ی انسان‌ها. وقتی تدابیر پزشکی بر اساس چنین استانداردی شکل بگیرند، ممکن است مشکلات جسمی و بیماری‌های برخی از گروه‌ها نادیده گرفته شود و یا خدمات پزشکی که این گروه‌ها دریافت می‌کنند به خاطر ذهنیت پزشک کیفیت پایین‌تری داشته باشد. ریشه‌ی این دست از تبعیض‌ها فهمی از بدن است که در آن بدن گروه اکثریت، غالب و در قدرت، بدن «نرمال» فرض

می‌شود و هر بدنی که مطابق این نرم نباشد اساسا مشکل‌دار و با زاویه از استاندارد و حتی منحرف تلقی می‌شود.

وقتی مفاهیم بدن و بیماری، بر باورها و فرهنگ جامعه استوار باشند دور از ذهن نیست که تعاریفی چون تشخیص پزشکی، معالجه، درمان و مراقبت هم سویه‌ی فرهنگی داشته و در بستر تاریخ یک جامعه شکل گرفته باشند. این مفاهیم همگی ابعاد جغرافیایی دارند.

یک مثال جالب در این باره، تفاوت نگاه طب سنتی چینی و یونانی قدیم است. در یونان قدیم شناخت بدن، بر فهم از بدن پس از مرگ استوار است. اطبای یونانی می‌خواستند بدانند داخل بدن چه خبر است، بنابراین برای مطالعه جسد را باز می‌کردند تا امعاء و احشاء داخل آن را از نزدیک مشاهده و بررسی کنند. همین گرایش طبابت به شناخت «درون» بدن باعث شد تا بعدها در اروپا تشریح و کالبدشکافی یک شاخه‌ی کلیدی پزشکی مدرن بشود. برعکس، در چین طبابت به شیوه سنتی آن با بدن زنده سروکار دارد. این طب تاکید بیش‌تری روی نشانه‌های حیاتی و تجربه‌ی شخص دارد. اگر طبیب یونانی و اروپایی صرفا از طریق بینایی (دیدن) و لامسه به شناخت می‌رسد، طبیب چینی همه‌ی حواس خود را به کار می‌گیرد، بدن را بیش‌تر لمس می‌کند و به بو و دیگر خصوصیات ظاهری بدن بیش‌تر توجه می‌کند تا تشخیص بدهد مشکل چیست و کجاست. از این بابت، طب چینی سنتی از ابتدا به بحث آناتومی و شناخت اجزای داخلی بدن بی‌تفاوت بوده است. این دو شیوه‌ی بسیار متفاوت از طبابت، از دو فهم بسیار متفاوت از بدن می‌آیند.

اهمیت زیست‌پزشکی هم اینجاست که برجسته می‌شود: پزشکی همیشه بر اساس فهم فرهنگی از بدن، امکانات در دسترس، ویژگی‌های محیطی، و فهم

فرهنگی از مراقبت و سلامت شکل می‌گیرد. پزشکی علم است، اما علم هرگز کاملا عینی و جهانی نیست و ریشه در جهان‌بینی افراد دارد.

مفهوم بدن استاندارد در پزشکی مدرن نتایج دیگری هم به همراه دارد. اگر قبلا تعریف سلامت صرفا این بود که شخص احساس راحتی حداقلی داشته باشد و از درد دست‌وپاگیری رنج نبرد، این روزها تعریف سلامت این است که بدن شخص تا حد ممکن به استاندارد تعریف شده نزدیک باشد. به عنوان مثال، زمانی جراحی لوزه بین کودکان دبستانی شایع بود، با این فرض که این عمل به سلامت بچه‌ها کمک می‌کند. به بیان دیگر، بدنی که هیچ مشکل و دردی نداشت، زیر تیغ جراحی می‌رفت با این فرض که گلوی بدون لوزه سالم‌تر است.

شاخه‌ای از پزشکی مدرن اساسا با بیماری و مداوا سروکار ندارد، بلکه هدفش بهینه‌کردن و «سالم‌تر» کردن شخصی است که هیچ بیماری‌ای ندارد. پا به پای این پیشرفت‌ها، فرهنگی وسواس‌گونه هم در مورد سلامت شکل گرفته که بسیاری از افراد را به مصرف انواع و اقسام داروهای تقویتی و گرایش به خدمات مربوط تشویق می‌کند. معنی سلامت با پیشرفت فن‌آوری و پزشکی مدرن همواره در حال تغییر است.

در کنار نیاز به محلی کردن فهم از بدن، زیست‌پزشکی مدرن دو چالش اساسی و مهم دیگر نیز پیش رو دارد. اولین چالش این است که جوامع مختلف به فن‌آوری‌های زیست‌پزشکی به شکل برابر دسترسی ندارند. به طور مثال، دسترسی به ساده‌ترین خدمات پزشکی مانند واکسیناسیون به دلایل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و بحران‌های متعدد، در جوامع مختلف یکسان نیست. زیست‌پزشکی در سیر تاریخی خود هرگز حوزه‌ای عادلانه و برابر نبوده. چالش دوم بحث انسان‌شناسی پزشکی و تنوع بیولوژیکی در جوامع مختلف است.

بیش از ۹۹درصد از دی‌ان‌ای همه انسانها شبیه به هم است، اما آن تفاوت اندک که خود حاصل تاریخ زندگی در جغرافیای مختلف است، می‌تواند باعث شود جمعیتی به یک بیماری خاص مبتلا شود و جمعیتی دیگر تا حدی از آن مصون باشد.

زیست‌پزشکی باید حساسیت و آگاهی نسبت به باورهای نژاد-محور و دیگرهراس را در نظر بگیرد و درک و توجه خود را به تفاوت و تنوع انسان‌ها گسترش دهد. به بیان دیگر زیست‌پزشکی باید بحث تفاوت را بدون زایش یک سلسله‌مراتب قدرت و ارزش‌گذاری در سازوکار خود لحاظ کند. انجام چنین کاری نیازمند شناختی دقیق از تاثیر تاریخ روابط نژادپرستانه در تاریخ علم و پزشکی است.

پیشنهاد لاک و نوئِن برای حوزه‌ی زیست‌پزشکی را می‌توان در این نکته جمع‌بندی کرد: مردم‌شناسی و فرهنگ‌شناسی باید در پزشکی مدرن جای بیش‌تری باز کنند تا متخصصان پزشکی توان این را بیابند که اولا پیش‌فرض‌های نهان و شکل‌دهنده به این علم را درک کنند، و ثانیا پزشکی را مناسب با فرهنگ و جغرافیایی که در آن اجرا می‌شود تغییر بدهند. چنین درکی ازطب و سلامت راه را برای ترکیب علم غربی و استانداردشده با آداب و روش‌های سنتی درمان و مراقبت از بیمار باز می‌کند تا فهم‌های گوناگون از سلامتی و بدن سالم در جهت ارائه خدمات پزشکی بهینه‌تر و موفق‌تر به کار گرفته شوند.

.

بایرن گود، سوباندی، و مری-جو دلوچیو گود:

جنون، جادو و شبحِ سرگردان استعمار در اندونزی

بایرن گود استاد مردم‌شناسی پزشکی در هاروارد است. سوباندی استاد روانشناسی بالینی در دانشگاه یو.جی.ام اندونزی است. مری-جو دلوچیو گود استاد جامعه‌شناسی پزشکی در هاروارد است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Good, Byron J; Delvecchio Good, Subandi; Delvecchio Good, Mary-Jo. “The Subject of Mental Illness: Psychosis, Mad Violence, and Subjectivity in Indonesia,” *La Pathologie Mentale en Mutation: Psychiatrie et .Societe, ed.* Alain Ehrenberg and Anne M. Lovell, Paris: Edition Odile Jacob, 2001, 163-95

آیا روانپزشکی مدرن که چارچوب مشخصی برای ریشه‌یابی رنج افراد دارد، همه‌جا قابل اجرا است؟ آیا روان برساخته‌ای فرهنگی و اجتماعی‌ست یا ماهیتی جهانی دارد؟ آیا عارضه‌های مشابه در افراد به معنی ریشه‌های مشابه است و آنچه یک نفر را مداوا می‌کند برای بیماری در فرهنگ و جغرافیای دیگر هم مفید است؟ این پرسش‌ها مردم‌شناسان حوزه پزشکی را برآن‌داشته که نقش فراموش‌شده‌ی فرهنگ و تاریخ جمعی در آنچه رنج روانی محسوب می‌شود را برجسته کنند.

نگارندگان این مقاله نیز مردم‌شناسانی هستند که در همین جریان فکری از سال ۱۹۹۶ میلادی روی مقوله بیماری روانی در اندونزی مطالعه کرده‌اند. بحث سلامت روان در اندونزی سویه‌های مهمی از رابطه سلامت روان و سیاست را عیان می کند؛ اندونزی از قرن ۱۶ میلادی مستعمره هلند بود. در سال ۱۹۴۵ میلادی، احمد سوکارنو رهبر آزادی‌بخش اندونزی، طی اعلامیه ای در روز جمعه ۱۷ اوت راس ساعت ۱۰ صبح خواستار استقلال کامل اندونزی شد. پس از چهار سال مبارزه خونین بالاخره در سال ۱۹۴۹ دولت هلند مجبور شد استقلال اندونزی را به‌رسمیت‌بشناسد و این کشور از سلطه استعمار رهایی یافت. اما تاثیر استعمار سیصدساله و مبارزه خشونت‌بار مردم برای رهایی تا دهه‌ها بعد در جامعه مشهود بود.

وقتی در دهه نود بایرون گود و سوباندی گود پژوهش خود را در یکی از شهرهای جزیره‌ی جاوا در اندونزی آغاز کردند، خیلی زود با یک رنج روانی ناشناخته اما شایع مواجه شدند. تعداد قابل توجهی از بیماران روانی جاوا مشکلی مشابه داشتند: چیزی شبیه به سرگیجه‌ی مداوم، شک به محیط، توهم و ترس از یک نیروی خارجی. بیماران به طور مشابه از شبحی نادیدنی و ناشنیدنی می‌ترسیدند و هر بار این شبح در محل زندگی آنها حاضر می‌شد دچار حمله‌های عصبی می شدند.

این شبح یا نیرو در فرهنگ جاوا حضوری پررنگ دارد و ریشه‌ی آن را باید در باورهای کهن مردم مالایی، جاوایی و سنگاپوری جستجو کرد. اما این همه ماجرا نبود، بایرون گود و سوبانی گود پس از سال‌ها مطالعه میدانی به این نتیجه رسیدند که رنج روانی بیماران رابطه‌ی تنگاتنگی با تاریخ استعمار و فرهنگ اسلامی-جاوایی در این شهر دارد .

یانی و نجواهایی که او را عاصی کرده‌اند

از جمله بیمارانی که مردم‌شناسان با او مصاحبه کردند دختر جوانی بود به نام یانی بود که سال‌ها با این بیماری دست‌وپنجه نرم کرده بود. یانی او از دوران دانشگاه علائمی از حالات روانی عجیب از خود نشان می‌داد و این علائم از جایی به بعد آنقدر شدید و قابل رویت شد که باعث شد او ترک تحصیل کند. یانی بعدها توانست دوباره به دانشگاه برگردد و برای مدت کوتاهی در شهر مرکزی جاکارتا مشغول به کار شد. اما مشکلات روانی دوباره به سراغ او آمدند و این‌بار برای همیشه امکان اشتغال را از دست داد.

به عقیده خود یانی دلیل شروع بیماری‌اش رابطه عاطفی با مردی بود که رنج بسیاری به‌همراه آورده بود. از توضیحات مشخص بود که رابطه آزارگرایانه بوده و بی‌محلی‌های بی‌دلیل، رهاکردن ناگهانی و آزارهای دیگر سلامت روانی یانی را برهم‌زده‌است. همان رابطه باعث می‌شود یانی با مردان آزارگر دیگری هم وارد رابطه بشود. تنها چیزی که یانی را کمی آسوده‌خاطر می‌کرد، نماز و دعای بعد از نماز بود. به‌جاآوردن فرامین اسلامی هم باعث آرام شدن او می‌شد و به او کمک می‌کرد که تمرکزش را دوباره باز یابد.

تا اینجای کار، داستان یانی آشناست و ممکن است از زبان شخصی از گوشه دیگر دنیا شنیده شود، اما یانی در صحبتهایش از اتفاقاتی یادمی‌کرد که برای مصاحبه‌کنندگان غریب و ناشناخته بودند. مثلا یانی فکر می‌کرد که پاهایش او را به جایی برده و رها کرده‌اند؛ صداهایی می‌شنید که واقعیت نداشتند گویی کسی در گوشش وردی می‌خواند. به یاد می‌آورد که در اتاق خوابش در جاکارتا خوابیده بوده و ناگهان دوست پسرش را بالای سر خود دیده‌است، اتفاقی که به‌نظرش نمی‌توانست واقعیت باشد؛ از نظر یانی همین وحشت حضور

غیرمتعارف یک دیگری غریبه و مهاجم نقطه شروع تمام مشکلات روانی او بود. از جمله صداهایی که می‌شنید صدای دوست پسرهایش بودند که او را تشویق می‌کردند که خودکشی کند. گاهی هم صداهای خوبی می‌شنیده که شبیه به صدای رهبران مذهبی محله‌شان است؛ صداهایی که در گوشش دعا میخوانده‌اند و تکرار می‌کرده‌اند که او نباید خودکشی کند، بلکه باید به آیین مسلمانی از دنیا برود. اما در مورد صدای رهبران مذهبی هم یانی دچار اضطراب است، چون این صداها از او می‌خواهند از باورهای فرهنگی قبل از اسلام در منطقه دست بکشد.

اما یانی معتقد است آنچه که به سراغش آمده «آموک» است، نیرویی که هویت‌اش به فرهنگ کهن منطقه برمی‌گردد. «آموک» در لغت به معنی مردانی است که ایجاد رعب و وحشت می‌کنند و اغلب از نژاد مالایی هستند. اما اصطلاح «آموک‌زده» از دیرباز در مورد کسانی به‌کاربرده‌می‌شود که ناگهان افسرده می‌شدند، از خود رفتارهای عجیب نشان می‌دادند، مثلا ناگهان شروع به خودزنی می‌کردند و حتی گاهی دست به خودکشی می‌زنند. آموک را باید در فرهنگ معنایی جاوا درک کرد.

مردم جاوا دنیایی پر از ارواح گوناگون دارند که حضورشان در زندگی روزمره‌ی مردم پررنگ است. این حضور تنها در دایره‌ی باورهای مردم عادی جای ندارد؛ بلکه در بین تمام طبقات اجتماعی و اقتصادی دیده می‌شود. خانواده‌ها، استادهای دانشگاه، شفادهنده‌های مسلمان و جاوایی، همگی روایت‌هایی از برخورد با انسان‌های قدرتمند و ارواح و نیروی ماورای طبیعی دارند؛ داستانهایی که در بین تمام اقشار جامعه مشترک است و ریشه در ادبیات هندو-جاوایی منطقه دارد.

در گزارش‌های تاریخی از نمایندگان دولت استعماری هلند، سفرنامه‌ها و محققان روان‌شناسان هلندی، بارها از آموک‌زدگی یادشده است، هرچند که این اشاره معمولا با فهمی استعماری همراه است. به‌نظر مادر یانی، پدر او هم نشانه‌هایی از پارانویا داشته است و مخصوصا در سال‌هایی که کمونیست‌ها قدرت داشته‌اند می‌ترسیده که کمونیستها به او صدمه بزنند و یا گروه دیگری او را متهم به باور به عقاید کمونیستی کند.

پارانویای پدر یانی در سال ۱۹۶۷ شدت می‌گیرد، زمانی که بسیاری از اعضای حزب کمونیست اندونزی به قتل می‌رسند و وحشتی عمیق فضای اجتماعی و سیاسی کشور را فرامی‌گیرد. پدر یانی با تشخیص پارانویای شدید در بیمارستان بستری می‌شود و همان‌جا هم به دلیل سکته‌ی قلبی از دنیا می‌رود. اما چقدر از مشکل یانی دوست‌پسر آزارگرش است و چقدر از رنج پدرش از کمونیست‌ها؟

این سوال وقتی برجسته‌تر می‌شود که ترس و وهمی که گریبان یانی و پدرش را گرفته، مکافات زندگی بسیاری دیگر از مردم جاوا نیز هست، دیگرانی که الزاما در رابطه آزارگرانه نبوده‌اند یا تاریخچه خاصی با جریان کمونیسم در این کشور نداشته‌اند. این نیروی خارجی که باعث وحشت مردمان جزیره می‌شود چیست؟

بررسی مشکل یانی می‌تواند دری به سوی نقد ساختارگرایی و مشکلات روان‌پریشی در فرهنگ جاوا باز کند. این فرهنگ پر از جادو، ارواح، نیروها و قدرتهایی هستند که به اعتقاد مردم بومی قدرت کنترل رفتار و آداب انسانها را دارند اما محل مطالعه نگارندگان نیز حائز اهمیت است: بایرون گود و سوبانی‌گود تحقیق خود را در شهر یوگی‌کارتا، مرکز فرهنگی ایالت جاوا انجام دادند، شهری که دادگاه اصلی جزیره‌ی جاوا در آن است و از نظر سیاسی تاریخ

مهمی دارد. مردم و حاکمان یوگی‌کارتا سابقه‌ی سالها مبارزه بر ضد استعمار هلندی‌ها را دارند و این شهر تا به امروز هم مرکز تظاهرات گسترده‌ی ضداستعماری است. اینجا مبارزه با خارجی‌ها، ترس از نیروی نظامی و خشونت آنها، مشروعیت خشونت در جهت استقلال جزو عادات مبارزه سیاسی مردم و فرهنگ عمومی محسوب می‌شود.

به‌نظر محققان اندونزی، وجه‌مشترک پارانویا از نیروی خارجی، شبحی که قابل مشاهده نیست اما حضور دارد و دنبال ترساندن است، همین تاریخ استعمار و مبارزه با آن است. این تاریخ باعث ایجاد نوعی رنج روانی شده است که ویژگی‌هایش ترس، اضطراب، کابوس و بروز رفتارهایی‌ست که در میان مردم جاوا اغراق‌شده و غیرمعمول قلمداد می‌شوند.

این دست رفتارها، بسته به توانایی خانواده با کمک دارو و بستری در بیمارستان و یا پناه‌بردن به نماز و دعا تا حدی کنترل شده‌اند. اما این ابزارها نتوانسته‌اند معضل را به‌طور کامل شناسایی یا مداوا کنند. حاصل این‌است که بیماری یانی و دیگرانی چون او نوعی روان‌پریشی و شیزوفرنیا صرفا نام‌گذاری شده است و آنقدر رایج بوده که در کتاب مرجع DSM یا «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی» هم به ثبت رسیده است. اما این عناوین کمک زیادی به فهم ماجرا نکرده‌اند.

آنچه به ریشه‌یابی معضل یانی و امثال او کمک کرد، مطالعه تاریخی مفهوم آموک بود. مطالعات جامعه‌شناسی و تاریخ استعماری نشان می‌دهد که «آموک» دلایل جامعه‌شناختی پیچیده‌تری دارد. از نظر روان‌شناسی استعماری، «آموک» رفتاری کاملا بیمارگونه و غیرقابل کنترل است. در آسیب‌شناسی سیاسی دوران انتخابات در منطقه هم دیده شده است که انگار تمام جامعه به

سمت «آموک شدن» پیش می‌رود؛ اصطلاحی که در اینجا به معنای »دیوانه شدن» است. حتی ترس از حضور نینجاهای قاتل در مکانهای خلوت مشاهده شده.

در واقع، آموک‌ها به احتمال زیاد مردانی هستند که مخفیانه به مبارزه علیه استعمار اندونزی می‌پردازند. آنها مروج فرهنگ اسلامی-جاوایی هستند و کسانی را که به نوعی از این فرهنگ سرپیچی کنند مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند. به‌خصوص، زنانی که آزادانه درس می‌خوانند و شاغل هستند هدف اصلی این نینجاهای ضداستعمار و ضدغرب قرار می گیرند.

تحقیق میدانی نگارندگان مقاله به جای مدل روانپزشکی استعماری تلاش می‌کند انسان‌شناسی را هم در فهم بحران به‌کاربگیرد و چارچوبی فراهم می کند که در آن صحبت از باورهای محلی، تاریخ سیاسی و حتی جادو، آموک و شبح‌هایی که کابوس می‌آورند همگی به‌عنوان تجربه‌های موجه و مشروع مورد مطالعه قرار بگیرند. بایرون گود و سوبانی گود با کنار هم قرار دادن بیماران متعددی که مشکل مشابه و علائم مشابه داشته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آنچه در رنج روانی بیماران جاوا شایع است حاصل فروپاشی اجتماعی است. این فروپاشی رابطه‌ی نمادها، معانی و سوژه‌های اجتماعی را برهم زده‌است، تا جاییکه معنی یک رفتار از شخص تا دیگری متفاوت است.

آنچه به نظر یک شخص عادی می‌آید، از نظر دیگری نوعی خشونت جنون‌آمیز است. گسست میان نمادهایی که افراد جامعه را گردهم‌می‌آورد باعث نوعی اختلال رفتاری و هویتی شده است. در این میان تاریخ موخر استعمار وحشتی نهادین بوجود آورده که جامعه پرآشوب نتوانسته آن را از میان ببرد. بعد از گذشت دهه‌ها از حضور استعمار در منطقه، هنوز هم شاهد نوعی خشونت به

جای مانده از دوران مقاومت در برابر استعمار هستیم. هنوز در میان کسانی که مطالبه‌گر منش سیاسی دلخواه خود هستند گرایشی به بروز رفتارهای خشونت‌آمیز دیده می‌شود. به کلام دیگر، مبارزات چریکی، مسلحانه و وحشت‌انگیز هنوز سرلوحه‌ی فعالیتهای مبارزان ضداستعمار در اندونزی است. یانی، دختر جوانی است که از سوی مردان، چه آنهایی که با او در رابطه بوده‌اند و یا مردان روستایی که در آن زندگی می‌کرده، مورد خشونت قرار گرفته؛ ترس وجودی یانی، ترسی فلج کننده است.

نینجاهای ضداستعمار از اعتقادات مردم بومی در مورد جادوی سیاه، نیروهای ماورای طبیعی، و ارواح قدرتمند سود می‌برند و همین زمینه‌ی قدرت نفوذ آن‌ها در بین مردم را تشکیل می‌دهد. آنچه در مورد تحقیق بایرون گود و سوبانی گود پررنگ است، تلاش آنها برای دخیل کردن انسان‌شناسی و تاریخ سیاسی منطقه بدون قضاوت بر سر صحت باورهای مردم است.

سوالی که روانپزشکی کلاسیک نتوانست به آن پاسخ قانع‌کننده‌ای بدهد، به کمک مردم‌شناسان پزشکی قابل مطالعه شد. نگارندگان با بکارگیری تحلیل بدون تعصب و پذیرای فرهنگ دیگری توانستند ریشه یک مشکل شایع روانی را در خاطره سیاسی و جمعی مردم جاوا بیابند .

دیدیه فَسَن و ریشار رِشمَن:

مشروعیت‌یافتن مفاهیم تروما و پساتروما

دیدیه فسن مردم‌شناس و جامعه‌شناس فرانسوی است و اکنون در موسسه مطالعات عالی دانشگاه پرینستون تدریس می‌کند. ریشار رِشمَن روانپزشک و استاد انسان‌شناسی در مدرسه عالی مطالعات علوم اجتماعی پاریس است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Fassin, Didier, and Richard Rechtman. “Introduction: A New Language of The Event” in *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood.* Princeton University Press, 2009.

عارضه‌ی ترومای روانی در حوزه‌ی روانپزشکی مفهومی جدید نیست. این عارضه از قرن نوزدهم مورد بحث و بررسی روانپزشکان بوده است. با این وجود، بیش از یک قرن طول کشید تا تروما نزد جامعه و قانون به‌عنوان یک عارضه‌ی واقعی مشروعیت پیدا کند. چه‌چیزی باعث شد رنجی که برای سالیانِ سال «خیالی» و «جنون‌آمیز» تصور می‌شد سرانجام به عنوان یک وضعیت بحرانی مورد توجه قرار بگیرد؟

در پی حملات ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ بر برج‌های دوقلوی نیویورک صدها تن از مشاوران و روان‌پزشکان آمریکایی برای کمک به بازماندگان و افرادی که به‌خاطر دنبال‌کردن اخبار حملات دچار اضطراب روانی شده بودند، اعلام آمادگی کردند.

در نخستین آمارگیری‌ها، هفت‌ونیم درصد از مصاحبه‌شوندگان می‌گفتند از نظر روانی آسیب جدی دیده‌اند، آسیبی که خود را به شکل اختلال اضطرابی مزمن و حاد نشان می‌داد. نزدیک به ده درصد نیز می‌گفتند که دچار افسردگی شده‌اند، یا ناچار شده‌اند داروهای روان‌درمانی قوی‌تری مصرف کنند، و یا نیازشان به مراجعه به مراکز روان‌درمانی و دریافت مشاوره روانی بسیار بیشتر شده است. بعضی از این مصاحبه‌شوندگان برای تسکین خود حتی به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورده‌بودند. این آمارگیری البته فقط روی جامعه‌ی سفیدپوستانِ تحصیل‌کرده انجام شده بود؛ اما با قدری اغماض، نمونه‌ی آماری شباهت‌های زیادی به کل جامعه‌ی آمریکایی داشت و حاکی از آن بود که حادثه‌ی ۱۱ سپتامبر آسیب روانی فراگیری به‌همراه داشته است.

دسامبر سال بعد، یعنی سال ۲۰۰۲، در کنگره‌ی سالیانه‌ی روانپزشکان آمریکا، اجماعِ نظر بر این بود که نه فقط بازماندگان حادثه، بلکه تمامی آمریکایی‌هایی که در معرض پوشش رسانه‌ای این حملات قرار گرفته بودند به درجات مختلفی آسیب دیده‌اند. مصایب این حملات، نه فقط سوگ کشته‌شدگان و زخمی‌شدگان بلکه وضعیت بازماندگانی بود که دچار یک آسیب روانی عمیق و بی‌سابقه شده بودند، آسیبی که پس از سوگواری نیز از میان نمی‌رود و مجموعه‌ای از اختلال‌های اضطرابی را به‌همراه دارد که نیازمند درمان است. این وضعیت پساتروما (Post-traumatic Stress Disorder) نام دارد.

برای فهم پساتروما ابتدا باید به‌سراغ مفهوم تروما رفت. ریشه‌ی کلمه «تروما» به معنی زخم است. در پزشکی تروما به جراحتی گفته می‌شود که بر اثر ضربه‌ی خارجی روی داده است. البته هر جراحتی تروماتیک محسوب نمی‌شود؛ تروما یعنی جراحتی که انقدر شدید است که کل نظام داخلی بدن موجود زنده را تحت تاثیر قرار داده و حتی می‌تواند به مرگ موجود منتهی شود. مفهوم ترومای روانی با الهام از ترومای فیزیکی تعریف شده است. منظور از ترومای روانی عوارض اضطرابی و اختلال روان پس از گذر از یک سانحه یا واقعه‌ی هولناک است، گویی روان نیز با ضربه‌ای شدید از بیرون دچار جراحت شده، زخمی عمیق برداشته و قدرت ترمیم خود را ندارد. روان نتوانسته از آن واقعه‌ی مهیب بگذرد و همچنان مشغول حلاجی اتفاقی است که غیرقابل‌درک می‌نمایاند. به‌این‌ترتیب پساتروما به بحران روانی *پس از سانحه* اطلاق می‌شود، وقتی که خود واقعه گذشته اما عوارضش در روان انسان به حیات خود ادامه می‌دهد.

با اینکه پساتروما واژه‌ای تخصصی در حوزه‌ی روانکاوی است، همگانی بودن تاثیر حملات در آمریکا باعث شد تا دیگر کسی در محافل عمومی مجبور نباشد وجود شرایطی به‌نام پساتروما را ثابت کند. بالاخره پساتروما به‌عنوان یک تجربه‌ی محتمل پس از وقایع مهیب پذیرفته شد. این پذیرش عمومی یک دستاورد مهم است: تا دهه‌ی ۱۹۸۰ این مفهوم برای جامعه شناخته‌شده نبود و تنها حلقه‌ی محدودی از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بودند که با تاریخ این مفهوم آشنایی داشتند.

این درمان‌گران نیز اغلب جز به درخواست دادگاه برای دادن نظر کارشناسانه، به‌ندرت بر صحنه‌ی عمومی ظاهر می‌شدند و راجع به آسیب‌های روانی حرف می‌زدند. خود ترومای روانی نیز از آنجا که زخم قابل مشاهده‌ای به‌همراه

نداشت وضعیتی مشکوک به‌شمار می‌رفت و قربانیانش به رسمیت شناخته نمی‌شدند. واکنش گسترده و مسوولانه‌ی جامعه‌ی روان‌درمان‌گران به واقعه‌ی ۱۱ سپتامبر در نوع خودش بی‌نظیر بود. کم‌کم توجه و حساسیت بخش روان‌درمانی به مصایب جمعی بیشتر و بیشتر شده است. پساتروما اکنون آنقدر مشروعیت عمومی یافته که این روزها در کشورهای پیشرفته فردی که دچار پساتروما و رنج روانی است می‌تواند همچون مجروحان جسمی ادعای خسارت کند، و قربانی از حمایت قانونی برخوردار است.

به‌این‌ترتیب، خصوصاً در کشورهای پیشرفته شاهد بودیم که در واکنش به حملات تروریستی یا مصیبت‌های طبیعی یا جمعی دیگر، رفته‌رفته گروه نخبه‌ای از رون‌درمانگران شکل گرفته‌اند که در رسیدگی به آسیب‌های روانی ناشی از ضربات از این دست تبحر یافته‌اند و در قالب نهادهای درمانی ملی و بین‌المللی فعالیت می‌کنند. به نظر می‌رسد که جوامع امروزی مداخله‌ی روانپزشکان و روان‌شناسان در موقعیت‌هایی نظیر جنگ و مصایب طبیعی، صحنه‌های خشونت فوق‌العاده یا حتی خشونت معمول را بی‌چون و چرا پذیرفته‌اند.

«تولید» حقیقتی به نام پساتروما

میشل فوکو در اواخر عمرش گفته بود: «مسئله‌ی من این است که می‌خواهم بدانم مردم چگونه از طریق تولید حقیقت بر خودشان و بر دیگران حکومت می‌کنند. منظورم از «تولید حقیقت» تولید گزاره‌های صادق نیست، بلکه ترتیب‌دادن حوزه‌هایی است که در آنها امر حقیقی و غیرحقیقی، قابل تعریف و تنظیم می‌شود، تعریفی که فرای حوزه معنی‌دار است.» می‌توان گفت تغییری که از دهه‌ی ۱۹۸۰ تاکنون رخ داده تغییری از جنس تحول در همین «تولید

حقیقت» است. ما از وضعیتی که در آن عموم مردم به آسیب‌های روانی سربازان و ناظران و حاضران در صحنه‌های مصیبت‌ها همچون امری مشکوک می‌نگریستند، به وضعیتی رسیده‌ایم که این رنج‌ها دیگر مشروع شمرده می‌شوند و کسی معترض واقعیت‌داشتن آن‌ها نیست و با قربانیان این آسیب‌ها همدلی می‌شود.

به لحاظ تاریخی، این تغییر در دو صحنه اتفاق افتاد. در صحنه‌ی اول، حلقه‌های تخصصی روانپزشکان و روان‌شناسانی بودند که شاهد گستره‌ی آسیب‌های وارد آمده بر زنان قربانی خشونت و سربازان بودند و خلاء اجتماعی و قانونی برای رسیدگی به آنها را هم می‌دیدند؛ به موازات آنها جنبش‌های اجتماعی‌ای جریان داشتند که به‌طور مستمر پیگیر به‌رسمیت‌شناخته‌شدن حق زنان قربانی خشونت و سربازان به عنوان قربانیان تروما بودند. نقطه‌ی عطف زمانی پیش آمد که این جنبش‌ها توانستند بر آن حلقه‌های تخصصی اثر بگذارند و بین آن‌ها ائتلافی شکل گرفت.

همگرایی بین جنبش‌های اجتماعی و متخصصان بود که به رواج تشخیص و به‌رسمیت‌شناخته‌شدن مقوله‌ی پساتروما انجامید. در صحنه‌ی دوم، در ابعاد جهانی و تقریباً مستقل از تحولی که ذکر شد، مفهوم تروما به عنوان پدیده‌ای غمبار که در نتیجه‌ی سوانح مختلف زخمی بر روان افراد و گروه‌ها می‌نهاد، در گفتارهای اخلاقی جوامع وارد شد و همدلی برانگیخت. به‌این‌ترتیب، دو دسته از وقایع این تحول را رقم زدند: یکی وقایع مربوط به تاریخ علم و پزشکی، و دیگری رشد انسان‌شناسیِ احساسات و ارزش‌های جوامع. اینجا با «زبان رخدادها» طرف هستیم و نه فقط با زبانی تخصصی. در بعد تخصصی نیز بسیج متخصصان روان‌درمانی و مدافعان حقوق قربانیان به نحوی وسیع مبانی شناختی و اخلاقی جوامع ما را در ارتباط با مصائب و خاطراتمان از رخدادها

متحول کرده‌اند و موجب شده‌اند ذهنیت جدیدی درباره تروما شکل بگیرد. به‌این‌ترتیب، شناخت ما از مفهوم تروما و پساتروما از چند منبع و سیر تاریخی مختلف می‌آید.

دیدگاه اخیر جهانی راجع به پساتروما بر اساس چرخشی در نظام اخلاقی جامعه شکل گرفته است؛ یعنی بر اساس تلفیق دیدگاهی که حاصل تعامل متخصصان و جنبش‌های اجتماعی و همدلی گسترده‌ی جوامع با کسانی است که در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند.

این چرخش، درعین‌حال، هم تحولی شناختی است و هم تحولی در نقش‌ها و برچسب‌های اجتماعی: به‌صحنه‌آمدن وسیع روان‌درمان‌گران که صحبتش را کردیم یکی از این تحول نقش‌هاست. بنابراین، چنین تحولاتی مانند هر تحول اجتماعی دیگر طلب می‌کند که علوم اجتماعی با نگاهی نقادانه به آن بپردازد.

برای مثال باید از خود بپرسیم که وقتی سربازی را قربانی آسیب روانی جنگ می‌دانیم، و نه یک متجاوز یا یک قهرمان، چنین تلقی‌ای خواسته و ناخواسته چه پیامدی برای فهم و داوری ما در خصوص خود جنگ دارد؟ جنگی که در آن دو طرف مستقل از اینکه برای چه می‌جنگند ممکن است به عنوان آسیب‌دیده‌ی روانی در نظر گرفته شوند. یا بپرسیم وقتی در داوری در خصوص ادعاهای پناهجویان، نظر متخصصان روانکاو نسبت به حرف‌های خود پناهجو اولویت دارد، با چه نظام ارزش‌گذاری روبه‌رو هستیم و معنای این اولویت‌بندی چیست؟

با وجود قدمت طولانی مفهوم تروما، آنچه در آخر قرن بیستم رخ داد همان تحولِ اجتماعی و قانونی بود که به واردشدن مفهوم تروما در زبان عام و به‌رسمیت‌شناختن قربانیانش انجامید. عارضه‌ی پساتروما ابتدا در جنگ جهانی

اول و دوم در میان روانپزشکان مورد بحث و تفحص گسترده قرار گرفت. آنها با سربازانی مواجه بودند که دچار حملات عصبی، کابوس، و اضطراب مداوم بودند، نشانه‌هایی که با وضعیت جسمی آنها قابل توضیح نبود.

پس از مشروعیت یافتن شرایط پساتروما پس از جنگ، جنبش فمینیستی و روانکاوان فمینیست این مفهوم را به تجربه‌ی زنان خشونت‌دیده بسط دادند، زنانی که نه جنگ رفته‌اند و نه الزاما تک‌حادثه‌ای مهیب تجربه کرده‌اند، اما با انواع خشونت به شکل روزمره و متداوم دست‌وپنجه نرم می‌کنند و تجربه و رنج روانی آنها شبیه وضعیت سربازان گرفتار تروما است.

از آن به بعد تروما معنای عمومی‌تری یافت، اما پژوهش درباره تروما متوقف نشد و تا انتهای قرن بیستم ادامه داشت. دست‌آخر وقایعی همچون ۱۱ سپتامبر، جنگ‌های آمریکا با افغانستان و عراق، حوادث غیرمترقبه همچون سیل و سونامی و زلزله باعث شد پساتروما در سپهر عمومی به رسمیت شناخته شود.

می‌توان گفت تعریف ما درباره‌ی پساتروما را تاریخ‌ها و جنبش‌های متنوعی ساخته‌اند که در طول یک قرن جریان داشته‌اند و در نقطه عطفی ویژه به هم پیوسته‌اند. در تروما و پساتروما با تاریخی چندوجهی طرف هستیم که حقیقت‌ساز بود و آنچه که بی‌اساس تصور می‌شد را به یک حقیقت مشروع بدل کرد، حقیقتی که سزاوار حمایت پزشکی، اجتماعی و قانونی است.

این نه ذات تجربه‌ها، بلکه ما آدمها هستیم که معناسازی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم چه تجربه و تاریخی به دایره‌ی حقیقت راه پیدا کند.

ارکیده بهروزان:

«دِپ‌زدن»: مدیکالیزه‌کردن مشکلات نسل دهه‌شصت

دکتر ارکیده بهروزان پزشک و دانش‌آموخته‌ی مردم‌شناسی و تاریخ علم از دانشگاه ام.آی.تی و هم‌اکنون استاد دانشگاه سوآس لندن است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Behrouzan, Orkideh. (2015). “Medicalization as a Way of Life: The Iran-Iraq War and Considerations for Psychiatry and Anthropology,” *Medicine Anthropology Theory* 2: 3, Special Section: Beyond ‘Trauma’: 40-60

«مدیکالیزه‌کردن» (Medicalization) اصطلاحی است که پژوهشگران علوم اجتماعی برای توضیح موقعیت‌هایی استفاده می‌کنند که در آنها مشکلات اجتماعی، احساسی، و فرهنگی به سوژه‌ای در حوزه‌ی پزشکی تبدیل می‌شود. معضلات اجتماعی طی این فرایند در قالب مفاهیم پزشکی توضیح داده می‌شود، با نام و علائم مشخص به عنوان یک بیماری یا اختلال تعریف و برای حل آن صرفا از روش‌های پزشکی استفاده می‌شود.

موضوعاتی همچون «بیش‌فعالی»، اختلال در خوردن مانند پرخوری عصبی، و یا بیماری‌های ذهنی و روانی چون افسردگی، همگی می‌توانند پزشکی شوند؛ یعنی به چشم اختلالی دیده شوند که کمک پزشکی را می‌طلبد. طیف وسیعی از جوانان متولد دهه‌ی ۶۰ در ایران خود را افسرده و غمگین و «تُروما دیده» می‌دانند. نسلی که در کودکی شاهد جنگ در سرزمین خود بوده و به «بچه‌های جنگ» معروفند. آنها معتقدند که هنوز جنگ را در زندگی روزمره‌ی خود به یاد می‌آورند، دوباره تجربه می کنند، و با آن به زندگی ادامه می‌دهند.

این چکیده برداشتی از پژوهش ارکیده بهروزان در مورد مصائب روان‌پزشکی و روان‌شناسی نسلی است که مشکلات روحی‌اش را به طور مشترک با هم‌نسل‌های خود تجربه می کند و این مشکلات تبدیل به بخشی از فرهنگ، هویت و حافظه‌ی مشترک نسل او شده‌اند. حافظه‌ی جمعی «دهه‌شصتی‌ها» بر اساس تجربه‌های کودکی‌شان شکل گرفته است.

این تجربه‌ها در بستری از اضطراب‌های درونی‌شده‌ی ناشی از شرایط خاص این دوران شکل گرفتند، اضطراب‌هایی که یکدیگر را نیز تشدید می‌کردند: از یک سو جنگ بود، از سوی دیگر بچه‌های دهه‌ی ۱۳۶۰ با ملغمه‌ای از نقش‌ها و وظایف متناقض و متضاد روبه‌رو بودند که از آن‌ها در موقعیت‌های مختلف انتظار می‌رفت. آنان مدام در معرض اجبارهای ایدئولوژیک و پاک‌سازی‌های انقلابی، مراقبت‌ها و تعقیب‌های پلیس حجاب و گشت کمیته‌ها، تبلیغات رسانه‌ای و برنامه‌های آموزشی بودند.

بچه‌های دهه‌ی ۱۳۶۰ همچنین شاهد بودند که جهان بزرگ‌ترها به سرعت در حال تغیر و تحول است. استان‌های مرزی مستقیما جنگ را تجربه می کردند، اما این تجربه از طریق رسانه‌ها، درس‌های مدرسه، و نقاشی‌ها و شعارها بر دیوار

همه‌ی مناطق مسکونی و ساختمان‌های عمومی به زندگی همه‌ی مردم سرایت می‌کرد. به این باید مهاجرات‌های اجباری در داخل کشور به دلیل شرایط جنگی را نیز افزود. همچنین در پنج دور «جنگ شهرها»، از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۷ ساکنان غیر نظامی ۲۷ شهر ایران هدف بمباران و موشک‌باران قرار گرفتند. به‌این‌ترتیب، جنگ به بخش مهمی از حافظه‌ی جمعی بزرگسالی تبدیل شد، حتی برای کودکانی هم که خودشان از جبهه‌ها و مناطق بمباران و موشک‌باران‌شده به دور بودند، یا شهرشان مثل سردشت هدف حمله‌ی وحشیانه با گاز خردل قرار نگرفت.

بهروزان در مصاحبه با کسانی که کودکی آن‌ها با جنگ در دهه‌ی شصت در ایران مصادف بوده، نشان می‌دهد که این افراد بعد از گذشت دهه‌ها از جنگ ایران و عراق، هنوز از مشکلات «پساتروما» رنج می‌برند و مشکلات روحی آنها تعریفی فراتر از قالب‌های ازپیش‌تعیین‌شده‌ی پزشکی و روان‌پزشکی دارد. شیوه‌ی بهروزان ترکیب روایت و نظریه است؛ او می‌گوید نمی‌خواهد که تمرکز بیش از حد بر روایت، او را از خط اصلی بحث در مورد عواقب مدیکالیزه شدن درد در جامعه دور کند، اما در عین حال معتقد است که به دلیل اینکه پزشکی بالینی با روایت‌های بیمار درگیر است، روایت بیمار باید مورد توجه قرار بگیرد و در کنار آموزه‌های انسان‌شناسی فهم دقیق‌تری از تاثیر جنگ بدهد.

او برای یکی از مصاحبه‌هایش به سراغ سارا می‌رود که زنی جوان با ماتیک قرمز و آرایش سنگین است و شروع به صحبت از گذران کودکی‌اش در بطن جنگ می‌کند. ممکن است ظاهر سارا با تصویر معمول از افسردگی و تروما متفاوت باشد، اما روایت او چیز دیگری است. خانواده‌ی سارا در حین جنگ از یکی از شهرهای جنوبی به تهران فرار کردند و همانجا ماندگار شدند. پدرش دو سال پس از شروع جنگ عازم خط مقدم می‌شود و یک پایش را از دست می‌دهد.

پدر سارا زنده است، اما سارا می‌گوید او «دیگر هیچ وقت آن آدم سابق» نشد. از جمله خاطرات پررنگ کودکی سارا مشاهده‌ی دست‌وپنجه‌نرم‌کردن پدر با بدن جدید، بستری‌شدن‌های مکرر، و سرگردانی او میان کلینیک‌های مختلف است. سارا مدرک دانشگاهی دارد، اما نتوانسته کار پیدا کند. دو سال است که سراغ داروهای افسردگی رفته و در این مدت بارها بدون مشورت با پزشکش دارویش را قطع و دوباره شروع کرده. می‌گوید: «این داروها به من کمک می‌کنند که بتوانم مشکلات زندگی‌ام را تحمل کنم.»

سارا نمی‌خواهد قربانی گذشته‌اش باشد، اما معتقد است اوضاع حالش هم توفیری ندارد: «برای هر جوان فارغ‌التحصیل بیکاری و *دپرشن* خیلی عادی‌ست.» بهروزان نه در روایت سارا میانجی‌گری کرده و نه کلمات تخصصی به روایت سارا افزوده است؛ این خود ساراست که برای توضیح وضعیتش از اصطلاح «تروما» و «دپرشن» استفاده می‌کند. سارا می‌گوید: «*تُروما* خیلی شدید بود» و اضافه می‌کند که :

> «همه چیز خیلی سریع اتفاق می‌افتاد، و من خیلی بچه‌تر از این بودم که بتوانم آن اتفاقات را درک کنم. و یادت باشد، تجربه و درد من در مقابل آنهایی که خانه‌هایشان بمباران شد یا پدرانشان شهید شدند هیچ است».

سارا می‌گوید باوجود اینکه نمی‌تواند آدم‌ها و محیط دوروبرش را تغییر دهد، همیشه دنبال تغییر و رشد خودش بوده. او می‌خواهد ریشه‌ی مشکلات و وضعیتش را از نزدیک موشکافی کند و مصرف گه‌گداری دارو هم دقیقا در جهت همین مراقبت و رشد شخصی است. اما سارا در شیوه‌ی تشخیص و تجویز، و همین‌طور ادبیاتی که برای توضیح شرایطش به کار می‌برد تنها نیست.

بسیاری از هم‌نسلان او بدون مشورت با پزشک به مصرف دارویی جدید روی می‌آورند، به یکدیگر بر اساس مشکلاتشان و تشخیص‌های شخصی دارو پیشنهاد می‌دهند، و به صلاح‌دید خود دارو را قطع می‌کنند. گرچه عبارت فارسی شده‌ی «تُروما» (toromā) آگاهی‌هایی از گفتار روان‌درمانی جهان در دهه‌ی ۱۹۹۰ را در خود دارد، اما نمی‌توان آن را به عنوان معادل مستقیم اصطلاح پزشکی (trauma) کافی دانست.

اصطلاح «تُروما» که دهه‌شصتی‌ها به آن ارجاع می‌دهند در فضایی میان «من» و «ما» جا می‌گیرد، و به ندرت می‌توان دید که به حادثه‌ی تروماتیک واحدی نسبت داده شود. توجه به این موضوع برای فهم اینکه نسل‌ها چگونه خود را می‌سازند، و همچنین برای فهم اینکه تاریخ چگونه به لحاظ روانی در خاطره‌ی جمعی نقش می‌بندد، کارساز است.

همچنین به این درد می‌خورد که ببینیم چگونه اصطلاحات مربوط به آسیب‌شناسی پزشکی تبدیل به منابع فرهنگی و سیاسی زبانی می‌شوند. این اصطلاح همچنین به مجرایی برای تفسیر احساسات و خاطرات آشفته‌ی کودکی تبدیل شده که جزم‌های نهادی سرکوبشان کرده‌اند. با وجود اینکه به نظر می‌آید به کار بردن مفهوم پزشکی‌ای مانند تروما آسیب را در مغز فرد جای می‌دهد و از این طریق از تجربه‌ی تاریخی سیاست‌زدایی می‌کند، این زبان نوعی سیاست نسلی را شکل داده است که به عدالت متعهد است و در عین حال می‌کوشد گذشته را بفهمد.

«تُروما»، «دِپ زدن»، «دپرشن»، و به کار بردن نام انواع داروهای افسردگی، بخشی از ادبیات مشترک نسلی است که جنگ را چشیده است. بهروزان می‌پرسد چرا و چگونه یک حوزه‌ی پیچیده و جدی روان‌پزشکی، همچون تروما و

وضعیت پساتروما (بیماری اضطراب بعد از حادثه)، در جایی وارد گفتمان عمومی و معمولی می‌شود و باقی می‌ماند؟ تحت چه شرایطی در جامعه‌ای برای بیان مشکلات اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی از ادبیات روان‌پزشکی استفاده می‌شود؟ در اینجا قصد ارزیابی صحت گفته‌های سارا و دیگران از دید روان‌پزشکی نیست؛ برعکس، بهروزان در مقام مردم‌شناس در پی پاسخ به این پرسش است که چگونه روند تشخیص، درمان و مراقبت از کسانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند از دایره‌ی کوچک پزشکی خارج شده و در تجربه‌ی یک گسست (تجربه‌ی دوران دهه‌ی شصت) به کل جامعه سرازیر می‌شود. معمولا فرض می‌شود که تروما را فرد تجربه می‌کند، اما «تُروما»ی دهه‌شصتی‌ها ناظر به یک فرایند فروپاشی (Rupture) و دگرگونی جمعی است.

درباره‌ی این فروپاشی و گسست‌ها به صورت جمعی و بین‌الاذهانی حرف زده می‌شود. شیوه‌ی بحث، تفسیر، و به‌یادآوردن این گسست‌هاست که نسلی را از نسل دیگر متمایز می‌کند. در حالی که فرض می‌شود تروما آسیبی صرفا روان‌شناختی است، فروپاشی یا گسست‌ها می‌توانند از لحاظ فرهنگی هم مولد باشند و موجب مردم‌آمیزی‌ها، اجتماعی‌شدن‌ها، شکل‌های زبانی و زیبایی‌شناسی‌های فرهنگی جدیدی شوند.

همچنین چیزی که گسست‌ها را از فهم آسیب‌شناسانه‌ی تروما متمایز می‌کند این واقعیت است که گرچه گسست‌ها نیز زندگی را مختل می‌کنند و درد روان‌شناختی پدید می‌آورند، اما همزمان به نحوی تناقض‌آمیز این ظرفیت را به وجود می‌آورند که افراد بتوانند از خلال فرایند فروپاشی –و به کمک شکل‌های فرهنگی و سیاسی جدیدی که پدید می‌آورند— راه و چاره‌ای بجویند.

ایرانیان جوان با اتکا به همین فهم است که با قوت به ما یادآوری می‌کنند که «ما قربانی نیستیم.» بهروزان معتقد است که در گفته‌های افرادی که برای توصیف وضعیتشان از واژه‌های تخصصی همچون تروما و دپرشن استفاده می‌کنند، همیشه نوعی جمع‌بندی اجتماعی و تاریخی وجود دارد؛ نوعی «ما» و تجربه‌ی نسلی که در میان سطور حاضر است. سارا خود را متعلق به «نسل سوخته» می‌داند؛ نسل «دهه‌شصتی»ها که خاطرات مشابه داشته‌اند و خود را بخشی از یک «ما»ی جمعی می‌داند.

این مای جمعی از تجربه‌ی مشترک تروما و افسردگی جمعی و فردی رنج می‌برد. نسل دهه‌شصتی بعد از دو دهه سکوت، در سالهای ۸۰ و به واسطه‌ی فضای بازتر اجتماعی و امکانات مکالمه در فضای آنلاین، شروع به سخن گفتن، وبلاگ‌نویسی، و داستان‌نویسی کرد. یادآوری لحظات مشترک تلخ و شیرین همان نقطه‌ی اشتراک بین این نسل است؛ خاطراتی که گاه عواطف متضادی را بر می‌انگیزانند.

گاهی واقعه یا تجربه‌ای از زبان راوی هم با حس نوستالژی بیان می‌شود و هم با تاکید بر اضطراب مزمنی که در او ایجاد شده. مثلا کوپن‌های دولتی، مارک‌های تنقلات بچه‌ها، تصاویر کارتون‌های تلویزیونی هم شیرین‌اند و هم ممکن است به خاطر آمیختگی‌شان با تصاویر جنگ بر صفحه‌ی تلویزیون، صدای بمباران و آژیر، ناامنی و اضطراب کمبود مواد غذایی اولیه، تلخ باشند. جنگ ایران و عراق به جز خسارات مالی و جانی هولناکی که بار آورد، بر روان نسل کودکانی که آن را تجربه کردند عمیقا تاثیر گذاشت.

بسیاری از کودکان جنگ هنوز از آسیب‌های روانی، عاطفی و درازمدت جنگ خلاص نشده‌اند. اتفاق دیروز به شکل «دپرشن» امروز خود را نشان می‌دهد،

که لزوما ترجمه‌ی مستقیم افسردگی بالینی نیست، بلکه طیفی از حالات افسردگی، اضطراب، ناامیدی اکتسابی، (Learned Helplessness) اضطراب پساحادثه، (PTSD) و یا کلافگی و استیصال را در بر می‌گیرد. این تجربه آنقدر فراگیر است که موضوع بحث و گپ‌وگفت در محفل‌های دوستی شود. اکثر روایت‌های مربوط به مسائل پزشکی بعد از پایان یک جنگ، بر روی سلامتی بدن سربازان و جانبازان جنگ تمرکز می‌کنند، اما تجربه‌ی سارا و دیگران هم‌نسل او تاکید بر این نکته است که خسارت جنگ بر بدن صرفا فیزیکی و قابل مشاهده نیست و فقط از جنس مشکلات پزشکی هم نیست.

ترومای جنگ بُعد جمعی و روانی دارد؛ بُعد زمانی و فرهنگی‌ای دارد که بسیار فراتر از خود واقعه است و برای فهم آن باید بستر اجتماعی و فرهنگی آن را به دقت ارزیابی کرد. بهروزان نام این وضعیت را مدیکالیزه‌شدن آسیب روحی و زخم جنگ در قالب تروما می‌نامد و می‌گوید تروما پس از انقلاب و جنگ به ابزار توضیح وضعیت خویشتن و بیان احساسات در بطن زندگی روزمره تبدیل شده است. در واقع از آنجا که هم گوینده و هم شنونده با این مفهوم ارتباط دارند، به کار بردنش هنگام گفت‌وگو با همکار و رفیق و دوروبری‌ها عادی است و رواج دارد. این البته به معنی یکدستی و ایستایی این مفاهیم نیست.

وضعیت مدیکالیزه‌شده برآمده از شرایط تاریخی و فرهنگی است، به همین سبب نیز مرتب در حال تغییر است؛ در موقعیت‌های مختلف ممکن است احساسات و خاطرات و تصاویر متفاوتی برانگیزد. بنابراین در تحلیل تروما باید به ماهیت پویا و سیال این مفاهیم توجه کنیم. می‌توان گفت مفاهیم تروما و افسردگی به عنوان اصطلاحات تخصصی حوزه‌ی پزشکی تعاریف جهانی ندارند و باید در بستر فرهنگی و پویای خود بازتعریف شوند. اما بهروزان می‌گوید نگاهی به رویکرد نهادهای خدمات دولتی یا خصوصی روان‌درمانی دهه‌های

پس از جنگ حاکی از دوری این فضاها از دید بومی، اجتماعی، همدلانه و مردم‌شناسانه است. رویکرد تخصصی دولت برای حل مصائب روانی پساجنگ در عمل به شکلی نظام‌مند زخم روانی ترومای وابسته به بستر ایران دهه‌ی ۷۰ و ۸۰ را پنهان می‌کند و فرض وجود خدمات اولیه پزشکی را با ارائه‌ی درمان و بهبودی برابر می‌گیرد.

در آخر، بهروزان معتقد است که مدیکالیزه یا «پزشکی‌کردن» تجربه‌های اجتماعی، شمشیری دولبه است؛ از یک طرف می‌تواند در مواردی چون اعتیاد و یا ابتلا به ایدز، جنبه‌ی انسانی را در روند پزشکی دخیل کند و به بیماران کمک کند. از طرف دیگر مدیکالیزه‌کردن ممکن است مشکلات چندبعدی و بغرنج اجتماعی و تاریخی را صرفا به یک مسئله‌ی پزشکی فرو بکاهد و مانع تفحص در ریشه‌های اجتماعی و فرهنگی مشکل شود.

پاسخ مناسب در چنین شرایطی باید با شناختی از مسائل همراه باشد که تنها به یک حوزه و تخصص اکتفا نمی‌کند و تشخیص برآمده از علوم پزشکی را در پیوندی نزدیک با جامعه و سیاست و تاریخ بومی می‌داند. تنها با نگرشی بینارشته‌ای و تلفیقی از علوم پزشکی و انسانی است که پزشک می‌تواند مشکل بیمار را در بستر وقوع آن بررسی کند، نسبت به وقایع مشترک تاریخی حساس باشد، و از ترکیب علوم برای فهم دقیق‌ترِ وضعیت بیمار بهره بجوید.

جونکو کیتاناکا:

خودکشی در ژاپن:
انتخاب فرهنگی یا عارضه‌ای روانی؟

جونکو کیتاناکا استاد مردم‌شناسی پزشکی در دانشگاه کیه‌او در توکیو است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Kitanaka, Junko. “Diagnosing Suicides of Resolve: Psychiatric Practice in Contemporary Japan”, *Cult Med Psychiatry* (2008) 32:152-176.

خودکشی در ژاپن تعبیر و جایگاهی متفاوت از سایر ملت‌های جهان دارد، عملی که پیشینه‌ای تاریخی و ریشه در باورهای فرهنگی مردم دارد و حتی با درکی زیبایی‌شناسانه تعبیر می‌شود. فرهنگ ژاپن خودکشی را خودآگاهانه و ناشی از اراده‌ای راسخ (kakugo no jisatsu) می‌شناسد، و نه عارضه‌ای پزشکی و ناشی از افسردگی که باید درمان شود. چنین تعبیری از خودکشی در تولیدات فرهنگ عامه همچنان بازتولید می‌شود.

شبکه‌های تلویزیونی فیلم‌ها و سریال‌های تاریخی را نمایش می‌دهند که ساموراﺋی‌ها عهد خودکشی می‌بندند و یکی از کتاب‌های ادبیات مدرن که در مدرسه به دانش‌آموزان معرفی می‌شود، رمان کوکورو است که در آن خودکشی ستایش می‌شود.

روانپزشکان ژاپنی سال‌هاست که در مبارزه با تلقی ستایشگرانه‌ی فرهنگی تلاش کرده‌اند تا خودکشی را به عنوان آسیبی پزشکی مدیکالیزه (medicalize) کنند. محقق مردم‌شناس جونکو کیتاناکا، در طول دوسال تحقیق میدانی در مراکز روان‌درمانی در توکیو، نشان می‌دهد که چطور روانپزشکان سعی می‌کنند «بیماران» را ترغیب کنند که میل به خودکشی‌شان آسیب و عارضه‌ای پاتولوژیک (pathological) است که به مداخله‌ی درمانی نیاز دارد. کیتاناکا همچنین بررسی می‌کند که بیماران چه واکنشی به این تلقی مدیکالیزه شده از تمایلشان به خودکشی نشان می‌دهند.

کیتاناکا همچنین نگرش متناقض روانپزشکان ژاپنی نسبت به آسیب‌شناسی خودکشی را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ اینکه آنها برای تمایز بین خودکشی به عنوان یک عارضه‌ی پزشکی و خودکشی به عنوان یک تصمیم آگاهانه با معنای فرهنگی دچار مشکل بودند.

کیتاناکا به این نتیجه می‌رسد که برخورد روانپزشکان با پدیده‌ی خودکشی در ژاپن کاملا بدون پیش فرض نیست. آنها خودکشی را به دو دسته‌ی عادی و بیمارگونه و یا «اصیل» (pure) و «حقیر» (trivial) تقسیم می‌کنند، در حالی که اطلاق خودکشی به هر یک از این طبقه‌بندی‌ها خود دارای چالش‌های فراوانی است.

مکتب ضد روانشناختی

آیا خودکشی فرهنگی یک خودکشی «منطقی» و قابل توجیه است که از یک شخص سالم و بااراده برآمده که قصد تعیین سرنوشت خود را دارد؟ در ابتدای قرن بیستم روانپزشکان ژاپنی تلاش کردند تا خودکشی به عنوان یک معضل پزشکی و بیولوژیک شناخته شود. اما به مرور گروه دیگری از متخصصان، نظیر موریاما کیمیو، این گرایش را نقد و استدلال کردند که نادیده گرفتن سویه‌های فرهنگی خودکشی در ژاپن و محدود کردن آن به قلمرو بیولوژیکی، به فرهنگ و ارزش‌های جمعی جامعه ژاپن ضربه می‌زند.

گرایشی ضد روانشناختی استدلال می‌کرد که به خودکشی باید به عنوان مساله‌ای «وجودی» (existential) نگاه کرد و نه یک بیماری بیولوژیک. از نظر آن‌ها قرار دادن افرادی که تمایلات خودکشی دارند در قالب «بیمار روانی» آسیب بیشتری به کرامت انسانی آنها وارد می‌کند. مکتب «ضد روانشناختی» معتقد بود که جنبه‌های وجودی و فرهنگی خودکشی انسان‌هایی که با خواست خود نمی‌خواهند به زندگی ادامه دهند نباید نادیده گرفته شود. از نظر این مکتب، تصمیم به خودکشی، برای کسانی که مشکل روانی ندارند، یک تصمیم آزادانه برای تمام کردن زندگی است و روانپزشکان نباید در این زمینه دخالت کنند.

در دهه‌ی ۱۹۷۰ و در جریان یک پرونده‌ی قضایی پر سر و صدا، خانواده‌ی شخصی که خودکشی کرده بود، از روانپزشک شکایت کردند. ادعای آنها این بود که این روانپزشک در انجام وظیفه خود و جلوگیری از خودکشی قصور کرده و مسئول جان‌دادن بیمار است. اما قاضی روانپزشک را بی‌گناه شناخت و

استدلال کرد که روانپزشک تنها مسئول مداوای بیمارانی است که خودکشی‌شان عارضه‌ای پزشکی و ناشی از بی‌منطقی تصمیم‌شان است و در مقابل جلوگیری از خودکشی کسانی که با اراده و عاملیت خود تصمیم به خودکشی می‌گیرند با اخلاق مراقبت انسانی سازگار نیست.

اما در دهه‌ی بعد و با افزایش آمار خودکشی در اثر بحران‌های اقتصادی و فشارهای اجتماعی در ژاپن، شمار دیگری از شکایت‌های قضایی توسط بازماندگان مطرح شد و نظام سلامت ژاپن را مجبور کرد تا در ملاک‌های ریشه‌یابی خودکشی تجدیدنظر کند. استدلال شد که کسانی که در اثر فشارهای شدید اجتماعی دست به خودکشی می‌زنند قربانی افسردگی هستند و نه سکاندار مسلط زندگی خویش. روانپزشکانی که به «خودکشی فرهنگی» اشاره می‌کردند به این متهم شدند که از این بهانه برای توجیه ناکارآمدی خود در مواقعی که درمان آنها با موفقیت نبوده استفاده می‌کنند. بنابراین دوباره تلقی مدیکالیزه و درمانگرانه نسبت به خودکشی قوت گرفت که معتقد بود روانپزشک باید تمام تلاشش را برای جلوگیری از خودکشی بکند. چنان‌که یکی از رونپزشکان به کیتاناکا گفت: «کار ما این است که جان آدم‌ها را نجات دهیم، نه این که غرق در بحث‌های فلسفی نشویم.»

اما برخورد پزشکی و صرفا بیولوژیک با بحث خودکشی هم چالش‌های خاص خود را داشت. بزرگترین چالش زمانی بود که بیماری که حداقل به ظاهر بالغ و دارای عقل سلیم بود از مصرف دارو خودداری می‌کرد. فرد ممکن بود که دیدگاهی بسیار آگاهانه، منطقی و مستدل نسبت به خودکشی داشته باشد و تحمیل دارو به او با اخلاق پزشکی جور درنمی آمد. دوران درمان این بیماران معمولا بسیار طولانی می‌شد چون روش‌های درمان متفاوت برای این افراد با بن‌بست مواجه

می‌شد. در یکی از مواقع، بعد از یک روند درمان طولانی، بیماری که اصرار به خودکشی داشت معمولا راهی پیدا می‌کرد تا تصمیم خود را عملی کند و پزشکان با سرخوردگی به ناچار پرونده بیمار را می‌بستند. اما با وجود این مسائل، تلاش برای یافتن مسیری برای سوق دادن افراد به زندگی در بین روانپزشکان از بین نرفت.

ترغیب بیمار به قبول درمان

روانپزشکان ژاپنی همچنان با رویکردی دوگانه، مبهم و معماوار به مقوله‌ی خودکشی می‌نگرند. تشخیص میان خودکشی خودخواسته و خودکشی بیمارگونه چالش بزرگی بوده است. از یک طرف روانپزشکان، که خود نیز زاده و پرورده‌ی فرهنگ ژاپنی هستند، نمی‌توانند کاملا سویه‌های فرهنگی خودکشی در ژاپن را نادیده بگیرند. چالش بزرگ‌تر بر سر «انتخاب آزاد» افرادی بود که خود را بیمار نمی‌دانستند و به راهکارهای درمانی روانپزشکان تن نمی‌دادند. چگونه می‌شود این افراد را قانع کرد تا در مسیر درمان مشارکت کنند؟

نتایج این بحث‌ها این شد که تا جایی که می‌شود، امکانات درمانی برای پیشگیری از خودکشی به عنوان عارضه‌ای بیولوژیک در اختیار افراد قرار بگیرد. روانپزشکان تصمیم گرفتند که بهترین روش این است که آگاهانه وظایف پزشکی خود را به حوزه‌ی آشنای بیولوژیک محدود کنند، حوزه‌ای که در آن تخصص دارند و ممکن است به سطح خاصی از اثربخشی درمانی دست یابند. آنها آگاهانه تصمیم گرفتند تا از پرداختن به خودکشی به مثابه‌ی یک امر فرهنگی خودداری کردند چرا که متوجه شدند که مرز تفکیک میان عارضه‌ی بیولوژیک و معضل وجودی به شدت سیال و ابهام‌برانگیز است.

روانپزشکان برای این که مراجعان خود را به قبول درمان ترغیب کنند از سه گام استفاده می‌کنند: نخست، تلاش می‌کنند تا جایی که می‌شود آگاهی فرد درباره‌ی بدن خود را افزایش دهند و به او کمک کنند تا متوجه شود که چقدر بدنش از خستگی مفرط رنج می‌برد و حتی بدن با فرد بیگانه شده است. دوم، آنها سعی می‌کنند تفسیر فرد از تمایلش به خودکشی را از یک مساله‌ی وجودی به یک عارضه‌ی سلامتی سوق دهند و به فرد نشان دهند که نه تنها بدن، بلکه ذهن او نیز از طریق فعل و انفعالات و مداخلات بیولوژیکی تغییر می‌کند. در این صورت فرد دیگر نمی‌تواند با قاطعیت از عاملیت و تصمیم ذهنی آگاهانه برای خودکشی دفاع کند. سوم، وقتی که تمایل فرد به خودکشی کنترل شده، او را متوجه‌ی مسائل اجتماعی کنند که فرد را مستاصل کرده و به سمت فکر کردن به خودکشی سوق داده است.

در این‌جا روانپزشکان عملا دو ساحت بیولوژیک و اجتماعی را در هم ادغام می‌کنند و به فرد نشان می‌دهند که احساس فلاکت شخصی‌اش ناشی از رنج‌های اجتماعی است که به او تحمیل می‌شود.

عمر دواچی:

زخم جنگ: سیال میان مرزها و معانی

عمر دواچی استاد مردم‌شناسی پزشکی در دانشگاه راتگرز ایالت نیوجرسی است.
این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Dewachi, Omar. “When Wounds Travel.” *Medicine Anthropology Theory* 2.3 (2015).

در سلسله‌ی بی‌پایان جنگ و کشتار در خاورمیانه، شمار افزاینده آوارگان و جنگ‌زدگان، وضعیت آنها در منطقه را همواره وخیم‌تر و نابسامان‌تر کرده است. اولین موج پناهجویان خاورمیانه فلسطینی‌ها بودند که در سال ۱۹۴۸ خانه و کاشانه خود را از دست دادند و به کشورهای همسایه از جمله سوریه، لبنان و اردن پناه بردند. از آن زمان، جنگ‌های پی‌درپی در عراق و سپس سوریه شمار جنگ‌زدگان و آوارگان در منطقه را چندین برابر کرد.

با وجود اینکه آوارگان از ملیت‌ها و کشورهای مختلفی هستند، شاید بتوان گفت وضعیت جنگ‌زدگان عراقی از همه بدتر بوده است. هنوز پرونده‌ی بسیاری از

پناهجویان جنگ خلیج فارس به سروسامان نرسیده بود که حملهی آمریکا به عراق در سال ۱۳۸۱سیل جدیدی از جنگ‌زدگان را راهی کشورهای همسایه و دفترهای کمیساریای عالی سازمان ملل متحد برای پناهندگان کرد. مضاف بر آن، جنگ داخلی سوریه در سال ۱۳۹۱ هم چهار میلیون آوارهی سوری را به کشورهای همسایه راهی کرد و باعث شد پروندهی بسیاری از پناهجویان عراقی از اولویت درآید. از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ از حدود دو میلیون عراقی پناهجو تنها ۱۷۵ هزار توانستند پناهندگی دریافت و به کشورهای غربی مهاجرت کنند. کمیساریا معضل اسکان در خاورمیانه را یک «فاجعهی انسانی» نامیده است. حاصل این فاجعه چیست؟ وقتی تقاضا برای پناهندگی صدها برابر ظرفیت پناهندگی است، چه مناسباتی میان پناهجویان و مسئولین رسیدگی به پروندهی آن‌ها پدید می‌آید؟

عُمر دِواچی مردم‌شناس و پژوهشگر اهل عراق سال‌هاست که وضعیت عراقیان آواره را دنبال می‌کند و موضوع پژوهش او مناسبات حول روند تقاضا و دریافت پناهندگی است. دواچی معتقد است در بحران اسکان هر آوارهای که به نظر شرایط حادتری دارد، شانس بالاتری برای پناهندگی دارد. اما معیار شرایط «حادتر» در میان مردمی که همگی جنگ‌زدهاند چیست؟

به عقیدهی دواچی، مسئولین رسیدگی به پروندههای پناهجویان خواه‌ناخواه اولویت را به کسی می‌دهند که به نظر می‌آید رنج بیش‌تری کشیده است و داستانش سوزناک‌تر است. این اولویت‌بندی وضعیتی به وجود آورده که در آن برخی از زخم‌ها و داستان‌ها «محکمه‌پسندترند» و سریع‌تر کار پناهجو را راه می‌اندازند. بعضی دیگر از زخم‌ها هرچقدر هم در واقعیت دردناک باشند «سرمایه»ی خوبی برای دریافت پناهندگی محسوب نمی‌شوند.

دواچی نام این وضعیت را «اقتصاد زخم (Wound Economy)» می‌نامد، شبیه بازاری که در آن زخم یک سرمایه است. یک زخم «مفید» برای پرونده‌ی پناهجو زخمی است که هم مدرک قابل رویت دارد و هم بار سیاسی و اجتماعی. دواچی برای توضیح این بازار به سراغ نمونه‌ی مردی به نام حسین می‌رود. حسین یک پناهنده‌ی عراقی ساکن بیروت است. او در کافه‌ای کار گرفته که متعلق به یک ارمنی است و پاتوق چپ‌های لبنانی محسوب می‌شود.

همه‌ی اعضای خانواده حسین به دست شیعیان عراقی قتل عام شده‌اند. حسین معتقد است دلیل کشتار خانواده‌اش همکاری پدرش با حزب بعث بوده است. او مضاف بر آشنایانی که در کافه پیدا کرده، با بسیار از عراقی‌های دیگر ساکن بیروت هم در تماس است. بسیاری از این عراقی‌ها ساکن محله شتیلا هستند که زمانی فقط پناهگاه فلسطینی‌ها بود و بعدها آوارگان سوریه، عراق و اردن هم به آن‌ها اضافه شدند. خلاصه که می‌شود گفت حسین چه از نظر کار و چه از نظر وضعیت اجتماعی در مقایسه با پناهندگان دیگر وضعیت خوبی دارد.

چند مدرک مهم در پرونده‌ی پناهندگی حسین باعث شده‌اند که کار او جلو بیافتد و سریع‌تر از سایرین پناهندگی دریافت کند. اول اینکه حسین به دست شیعیان شکنجه شده است و آثار این شکنجه هنوز روی بدن او دیده می‌شود؛ او به خاطر شکنجه یک عمل جراحی داشته. او از تروما هم رنج می‌برد، شب‌ها کابوس می‌بیند و نیاز دارد هر شب قرص خواب بخورد. دوم اینکه همسایه‌ی حسین در لحظه‌ی حمله‌ی شیعیان به خانه‌ی او در محل حاضر بوده و حمله را با گوشی همراهش ضبط کرده است. بنابراین حسین هنگام تقاضای پناهندگی یک مدرک ویدیویی ارائه داده است.

در یک کلام، حسین زخم‌های «محکمه‌پسندی» دارد، همگی قابل رویت هستند، احساسات بیننده را برمی‌انگیزند، با ایدئولوژی امدادگر و مسئول پرونده‌ی پناهجویی همخوان‌اند و به قول دواچی «ارزش اجتماعی و سیاسی» بالایی دارند. به همین خاطر هم پرونده‌ی حسین جلو افتاده و اکنون ساکن بیروت است. اما این همه‌ی ماجرا نیست.

دواچی هنگام صحبت با حسین متوجه می‌شود که او برای صحبت راجع به گذشته و نشان‌دادن زخم‌ها و تصاویر خود خیلی سریع و راحت پیش‌قدم می‌شود. ظاهرا با مشتری‌ها هم خیلی زود سر حرف را باز می‌کند، داستانش را داوطلبانه و برای هر کسی که ممکن است گوش بدهد بازگو می‌کند و لباسش را بالا می‌زند که زخم‌هایش را ببینند. فیلم حمله را هم هنوز روی گوشی موبایلش دارد و آن را مشتاقانه به مشتری‌ها نشان می‌دهد. اما در بیروت معنی و ارزش زخم جنگ تغییر کرده است. بعضی از کافه‌نشینان حسین را به چشم مجلس‌گرم‌کنی می‌بینند که با جراحت‌هایش کاسبی می‌کند و دنبال جلب ترحم است. برخی دیگر صرفا از این نمایش بی‌مقدمه‌ی زخم و خشونت در فضای کافه معذب می‌شوند و از او فاصله می‌گیرند. زخمی که زمانی سرمایه‌ی حسین شده، الان دردسری است که وجهه‌ی اجتماعی و شغل او را به خطر انداخته است.

در عین حال به نظر می‌آید از آنجا که سرنوشت و مسیر زندگی حسین با این زخم و ویدئو رقم خورده‌است، آن‌ها بخشی از هویت حسین شده‌اند و کنار گذاشتنشان برای او دشوار و حتی محال است. سال‌ها بعد که دواچی دوباره به کافه سری می‌زند، می‌فهمد که از حسین خبری نیست و کسی نمی‌داند کجاست. صاحب کافه می‌گوید که خلق‌وخوی حسین در طول زمان تغییر کرده و گاهی حتی رفتاری پرتنش و خشونت‌آمیز نسبت به همکاران و مشتریان از

خودش نشان می‌داده. این وضعیت تا جایی پیش می‌رود که او کار در کافه و اعتبار میان پاتوق مشتریان کافه از دست می‌دهد. به نظر می‌آید زخمی که زمانی سرمایه بود، نه تنها ارزشش را از دست داده، بلکه به ضرر او تمام شده است. حسین زخم‌هایش را زیادی و زود نشان می‌داده و به معنی خاصی از زخم اخت داشته که متناسب بستر جدید زندگی او نبوده است.

خشونت و آثار جنگ در خاورمیانه معمولا در قالب اختلاف مذهبی، اقتصاد، نظامی‌گری و روابط بین‌الملل تحلیل می‌شود. اما دواچی با تمرکز بر روی معنی سیال زخم به عنوان دریچه‌ای که روابط انسان‌ها در بطن جنگ را به نمایش می‌گذارد، بعد اجتماعی و چند لایه‌ی خشونت جنگ را طوری به نمایش می‌گذارد که تحلیل کلان از درک آن عاجز است. از نظر دواچی برای فهم تاثیر پیچیده‌ی جنگ باید به سراغ روابط عمیق و پیچیده‌ی روزمره و نشانه‌شناسی اجتماعی جنگ رفت. پژوهش دواچی معنای متغیر بدن در بسترهای مختلف اجتماعی را نشان می‌دهد.

زخم جنگ تنها یکی از این نشانه‌های معنی‌ساز در جامعه‌ی جنگ‌زده است. زخم می‌تواند زمانی انسان‌ها را به هم نزدیک کند و زمانی دیگر آن‌ها را از هم دور و بیگانه کند. دواچی می‌گوید نمی‌داند بر سر حسین در نهایت چه می‌آید و او هرگز موفق نمی‌شود دوباره حسین را پیدا کند. نمی‌داند آیا او به عراق بازگشته و یا به کشور دیگری رفته است.

هر چند که زخم تنها سرمایه‌ی پناهجو است، اما این سرمایه گذراست، و معنی آن در بطن رابطه‌ی اجتماعی میان نشان‌دهنده‌ی زخم و بیننده‌ی آن تعیین می‌شود. این جامعه است که تصمیم می‌گیرد رفتار شخصی مانند حسین اصیل است یا تقلبی، نشان دادن زخمش از یک نیاز صادقانه می‌آید یا بازارگرمی

است. این زخمی است که از عراق تا لبنان سفر کرده و در طول مسیر چندین بار تغییر معنا داده است، در جایی غنیمت بوده و بعد مانند تابویی هزینه‌بر صاحبش را به انزوا کشانده است. زخم‌ها و جراحت‌های حاصل جنگ نه فقط نشانه‌های تنانه‌شده‌ی جنگ‌اند، بلکه تاثیر خشونت جنگ در لایه‌ها و موقعیت‌های مختلف اجتماعی را نشان می‌دهند.

لارا و استفان شیهی:

روانکاوی در «سرزمین‌های اشغالی»

لارا شیهی استاد روان‌شناسی در دانشگاه جورج واشنگتن است. استفان شیهی استاد مطالعات عربی در کرسی مطالعات خاورمیانه‌ی دانشگاه ویلیام و مری ایالت ویرجینیاست. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Sheehi, Lara. Sheehi, Stephen. Psychoanalysis Under Occupation: Practicing Resistance in Palestine. Routledge. 2021. 1-36.

آریل شارون، نخست وزیر سابق اسرائیل، در زمان ساخت شهرک‌های یهودی‌نشین در غزه، آرزویی کرد که برای مخاطبان تکان‌دهنده بود. شارون گفت: «می‌خواهم چراغ خانه‌ی هر یهودی حتی در فاصله‌ی ۵۰۰ متری از خانه‌های فلسطینی‌ها روشن و واضح دیده شود.» از نظر لارا شیهی و استفان شیهی سیاست شارون همان‌طور که از این نقل قول هم بر می‌آید، نه تنها نفوذ به خاک و محل زندگی اعراب، بلکه برهم‌زدن سلامت روان و آسایش روانی روزمره‌ی آنها بود. این دو روانکاو، نظریه‌پرداز، و فعال سیاسی اهل لبنان، در کتاب روانکاوی در سرزمین اشغالی در پی این هستند که در جدیدی به روی روانکاوی باز کنند؛ رویکردی که مناسب با واقعیت زندگی در سایه‌ی سیاست‌های اسرائیلی باشد که نه‌تنها به شکل روزمره حیات و معاش

فلسطینی‌ها را مورد هدف قرار می‌دهد، بلکه عامدانه در جهت تزلزل سلامت روانی فلسطینی‌ها نیز قدم بر می‌دارد.

لارا و استفان شیهی در این اثر به لزوم کار دانشگاهی و حرفه‌ای برای ایجاد رویکردی تازه به روانکاوی سرزمین‌های اشغالی اشاره می‌کنند: رویکردی که بر نظریات ضداستعماری فرانس فانون، منتقد سیاهپوست فرانسوی و فعال سیاسی جنگ تکیه دارد. همچنین نظریات ضداستعماری و آزادی‌بخش در این رویکرد تازه با دیدگاه‌ها و تجربیات روانکاوان، روانشناسان و دیگر متخصصان سلامت روان فلسطینی پیوند خورده است؛ یعنی متخصصانی که تجربه‌ای دست اول و نزدیک از شرایط زندگی تحت اشغال و نیز فرهنگ محلی دارند.

این دو پژوهشگر معتقدند که سیاست اسرائیل بر علیه مردم فلسطین، سیاستی کنترلگر است. به این معنا که نه تنها کشور فلسطین را اشغال کرده است، بلکه نوع اشغال به نحوی است که فلسطینیان، حتی در محدوده‌ی خاک فلسطین احساس خفگی و زندانی بودن دارند. چراغ‌های روشن شهرک‌های اسرائیلی، که آریل شارون به آن اشاره کرده است، تنها بخشی از سیاست‌های کنترل روانی بر علیه فلسطینیان است.

این کار در راستای هدف حذف مردم فلسطین از سرزمین آباء و اجدادی‌شان است. در واقع مجموعه‌ی شهرک‌ها، پست‌های بازرسی، دیوارها، مرزها، بزرگراه‌ها، جاده‌ها، حصارها و مناطق ممنوعه، ابزارهایی برای کنترل همه‌جانبه‌ی افراد هستند؛ کنترلی که از هر جهت زندگی فلسطینیان را احاطه کرده است. از دید این پژوهشگران، منازعات گفتمانی، نهادی، ایدئولوژیک، سیاسی، حقوقی، فنی و نظامی، همه به گونه‌ای در هم تنیده شده‌اند که تاثیراتی آشکار و هدفمند بر روی فلسطینیان دارند. به همین سبب، لازم است

تا از زاویه‌ای دیگر به روانکاوی در سرزمین‌های اشغالی نگاه کرد؛ روانکاوی در وهله‌ی نخست منجر به رهایی بیمار از رنج می‌شود و در وهله‌ی دوم به تحلیل رابطه‌ی بیمار و فضای استعمار در جامعه، محله و خانه می‌پردازد.

اهمیت مشکلات یک جامعه‌ی مستعمره و تحت حکومت آپارتاید، باید در کنار و همزمان با اهمیت مشکلات درون خانه بررسی شوند. در نتیجه، روانکاوی در سرزمین‌های اشغالی نگاه و زاویه‌ای را وارد جلسات درمانی می‌کند که از شرایط خاص زندگی در فلسطین باخبر است، نسبت به مسائل خانوادگی و فرهنگ بومی و مردمی ملاحظه دارد و از نزدیک و عمیقا با آن‌ها آشناست؛ روابط خانوادگی و روابط اجتماعی را درک می‌کند و به نکات ریز روابط بین زن و مرد در فرهنگ فلسطین آگاه است. هدف این است که مسیری برای بومی‌کردن تئوری‌ها، تمرین‌ها و متدهای روانکاوی ایجاد کرد.

روانکاوی سرزمین‌های اشغالی پیرو مکتب خاصی نیست؛ اما به مکتب‌های فکری ضداستعماری و فمینیستی نزدیکتر است. این رویکرد همچنین و از سویی به دنبال شکستن رابطه‌ی قدرت بین فلسطینیان و اسرائیل است و سعی دارد اعتماد به نفس را به فلسطینی‌ها بازگرداند. برای رسیدن به این هدف نیز از تجربیات و روش‌های روانکاوی بومی‌های دیگر مناطق دنیا استفاده می‌کند؛ به طور مثال از آفریقایی-آمریکایی‌ها، فمینست‌های سیاه‌پوست، بومی‌های کانادا و دیگر مناطق درس می‌گیرد.

نقطه‌ی اشتراک این مکاتب فکری، مقابله با استعمار و نگاه شرق‌شناسانه است؛ نگاهی که به مردم استعمارزده به دید «دیگری» نگاه می‌کند و او را پایین‌تر از خود می‌داند و تحقیر می‌کند. بحث استعمار در روانکاوی رایج امروزه «عادی‌سازی» شده است و جوانب مختلف استعمار با اصطلاحاتی چون

«تروما» و «خشونت» و «انعطاف» وارد این حوزه شده‌اند. در صورتی که، مشکلات استعمار و اشغال در روانکاوی سرزمین‌های اشغالی به عنوان فرایندی ادامه‌دار دنبال می‌شود. از دیگر خصوصیات مهم چنین رویکردی، استفاده از زبان عربی به عنوان زبان اول جلسات روانکاوی و همچنین جلسات روانکاوان با همدیگر است.

با از بین رفتن مرز ترجمه بین روانکاو و بیمار، و صحبت کردن به زبان عربی به جای انگلیسی و عبری، بسیاری از مشکلات به راحتی به روانکاو منتقل می‌شود. صحبت کردن به زبان عربی در این میان نوعی فعالیت ضد استعماری هم تلقی می‌شود. فعالیتی که بر روی اتحاد میان اعراب تاکید دارد و به آنها اعتماد به نفس می‌دهد.

استفاده از زبان عربی به عنوان زبان مشترک فلسطینیان را از منزوی شدن رها می‌کند. استفاده از زبان عربی باعث می‌شود تا جایگاه روانکاوان اسرائیلی به عنوان واسطه از معادله میان بیمار و روانکاو حذف شود و به این ترتیب فلسطینیان در این زمینه مستقل باشند و دست به توسعه نوعی از رویکرد بزنند که با شرایط محلی و فرهنگی خودشان تناسب و نزدیکی بیشتری دارد.

روانکاوان فلسطینی با نوع دغدغه‌های بیماران فلسطینی آشنا هستند. نوعی ترس، احساس خفگی، و میل به مرگ در بین مراجعین مشترک است. مراجعین نه تنها با حکومت اشغالگر اسرائیل مشکل دارند، بلکه دارای درگیری‌های خانوادگی و شخصی هستند که با زندگی زیر سایه‌ی اشغال تشدید می‌شود. یکی از مراجعینی که تحت درمان یک روانکاو فلسطینی است این حس مداوم را داشته که دوست دارد بمیرد. انگیزه‌ای برای ادامه‌ی زندگی نداشت.

این بیمار بعد از چند جلسه با روانکاو فلسطینی احساس بهتری نسبت به زندگی خود دارد. روانکاو اعتراف می‌کند که تنها با او صحبت کرده است. او روش درمان خاصی به کار نبرده و دارویی تجویز نکرده است. اما صرف صحبت کردن با روانکاو فلسطینی حال بیمار را بهتر کرده. بیمار در طی جلساتی که با روانکاو داشته از مشکلات خانوادگی‌اش در غزه گفته و بعد از چند جلسه احساس کرده که «خود را بهتر می‌شناسد.»

در این تحقیقات معلوم شد که این روانکاوان، بدون نیاز به پیشبرد روش درمان خاصی حال بیمار را بسیار تغییر می‌دهند. در حقیقت معلوم شد که به دلیل آگاهی روانکاوان فلسطینی از فرهنگ داخلی درون خانه‌ها و روابط خانوادگی، درک عمیق‌تری نسبت به موضوع مطرح شده توسط بیمار دارند. به عنوان مثال، زن فلسطینی که با پدر، برادر و همسر خود مشکل دارد و آزادی عمل در زندگی از او گرفته شده است، بهتر می‌تواند مشکلاتش را با روانکاو فلسطینی‌اش در میان بگذارد و درک روان‌درمانگر فلسطینی در مورد مشکلات او متفاوت است.

پایه‌ریزی تئوری روانکاوی فلسطینی، در کتابی که لارا و استفان نوشته‌اند، مبحثی را باز کرده است که برای کسانی که خدمات روانکاوی ارائه می‌کنند بسیار سودمند است. لارا و استفان شیهی معتقدند که روانکاوی سرزمین‌های اشغالی این پتانسیل را دارد که ذهنیت فلسطینیان را تغییر دهد و تصور فضایی خارج از اشغال برایشان ممکن شود.

این روانکاوی نه تنها امکان دوام آوردن در زیر سایه‌ی صهیونیسم را به بیماران یاد می‌دهد، بلکه آنها را برای اتحاد، فعالیت سیاسی و آزادی از این شرایط آماده می‌کند. این روش روانکاوی به دنبال راه‌اندازی یک قدرت برتر، برای ایجاد

سلامتی همگانی در فلسطین است. تاکید روانکاوی فلسطینی بر روی «نفس» فلسطینی بودن است. «نفس» در زبان عربی به معنی روحیه، جان، فکر و هستی او است. چیزی که زبان، روایات و فکر فلسطینی در آن جای گرفته است.

از نظر نویسندگان، یک روانکاو اسرائیلی قادر نیست موضعی خارج از منفعت سرزمین اشغالی اتخاذ کند. دیدگاه او نمی‌تواند جدای از دیدگاه سیاست‌مداران اسرائیلی باشد که همیشه به دنبال راهی برای دور کردن و خفه کردن فلسطینی‌ها هستند؛ روانکاو اسرائیلی به چشم یک مزاحم یا موجودی دست‌وپاگیر به فلسطینی‌ها نگاه می‌کند. در حالی که روانکاو فلسطینی قصد دارد که دنیای درونی مردم فلسطین را تقویت کند تا به آنها اعتماد به نفس بدهد.

هدف نهایی روانکاوی فلسطینی آزادی مردم فلسطین است. روانکاو اسرائیلی، هیچگاه نمی‌تواند تماما خیرخواه بیمار فلسطینی‌اش باشد، زیرا حضور او خود یکی از دلایل بیماری مردم فلسطین است. اما روانکاو فلسطینی امیددهنده است. او افقی ورای دیوارهای سرزمین اشغالی را به مردم فلسطین نشان می‌دهد و و امکان آزادی را به آنها یادآوری می‌کند.

وینا داس:

آیا فرودست می‌تواند سخن بگوید؟ بله، از فرط استیصال!

وینا داس استاد بازنشسته‌ی دانشکده اقتصاد دانشگاه دهلی و عضو آکادمی هنر و علوم آمریکاست. او هم‌اکنون در دانشگاه جانز هاپکینز مشغول تدریس است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Das Veena, "The Act of Witnessing: Violence, Poisonous Knowledge, and Subjectivity," in *Violence and Subjectivity*, edited by Veena Das, Arthur Kleinman, Mamphela Ramphele, and Pamela Reynolds. University of California Press. 2000.

چه اتفاقی در روان زنی می‌افتد که پس از سالها سکوت و پذیرش رفتار آزارگر، بالاخره لب به اعتراض می‌گشاید؟ چه آگاهی و نیرویی باعث می‌شود که زنی بدون دسترسی به هیچ نوع آموزه‌ی فمینیستی، در تنهایی خودش به جایی برسد که بگوید اطاعت از پدر و شوهر بس است و باید افسار زندگی خویش را از دیگران پس بگیرد؟

این داستان آشا است، زنی پنجاه‌وسه‌ساله که در جریان واقعه‌ی تاریخی جدایی هند و پاکستان آواره شد، از سر فقر و بی‌کسی بیش از پیش به اطرافیان خود

وابسته شد، و پس از سالها تحمل رفتار تحقیرآمیز و پیروی از دستورات بقیه، بالاخره برای اولین بار با صدای مصمم اعلام کرد که حق من بیش از این است. داستان آشا راوینا داس، مردم‌شناس هندی‌تبار و استاد دانشگاه جان هاپکینز، در تحقیق خود درباره‌ی واقعه‌ی تاریخی جدایی هند و پاکستان بازگو می‌کند.

در سال ۱۹۴۷، در پی اعتراض به حضور استعماری کمپانی هند شرقی بریتانیا و درگیری‌های داخلی در هندوستان، هندوستان به دو کشور هند و پاکستان (و بعدها بنگلادش) تقسیم شد. در این جدایی که به تقسیم هند معروف است، راج بریتانیا پس از قریب به نود سال پادشاهی در این کشور از قدرت ساقط شد و کشور هند به استقلال دست یافت.

این استقلال موج گسترده‌ای از تنش‌های داخلی را رقم زد و دست آخر باعث شد هندوستان به دو کشور هند و پاکستان تقسیم شود؛ تقسیمی که آوارگی میلیون‌ها هندی را به بار آورد. میلیون‌ها سیک و هندو در محل زندگی جدوآبادی خود در پاکستان فعلی که حالا مسلمان‌نشین شده بود در جایگاه اقلیت قرار گرفتند. میلیون‌ها مسلمان هندی هم یکباره همه‌ی همسایه‌های مسلمان خود و جامعه و بنیاد محلی‌شان را از دست دادند.

تاثیر این تقسیم در منطقه‌ی پنجاب بسیار مشهود است. پنجاب ناحیه‌ای سیک‌نشین است که در هنگام مرزبندی به پنجاب هند و پنجاب پاکستان تقسیم شد. بسیاری از خانواده‌های پنجابی سیک شهر و خانه‌های خود را در پاکستان فعلی ترک کردند و به خانه‌ی اقوام و دوستان خود در طرف هندی پناه بردند. خیلی از پنجابی هایی که در طرف هندی زندگی می‌کردند هم ناگهان میزبان تعداد زیادی از اقوامی شدند که خانه و کاشانه و کار و زندگی خود را از دست داده بودند.

آوارگی و جرقه‌ی فردیت جدید

در پس‌زمینه‌ی این تنش‌ها، آشا را تصور کنید که زنی است اهل پنجاب، در بیست‌سالگی شوهرش را از دست داده و فرزندی ندارد. آشا قبل از تقسیم، همراه خانواده‌ی شوهرش در لاهور پنجاب زندگی می‌کرده، اما هنگام تقسیم هند به همراه خانواده‌ی شوهرش به‌ناچار به بخش هندی پنجاب مهاجرت می‌کند.

کار آشا کمک در وظایف خانگی و نظافت خانه است و از آنجا که شوهر و فرزند نداشت، در خانواده از کمترین حقوق برخوردار است. آشا پس از مهاجرت اجباری و سالها زندگی دشوار با خانواده‌ی شوهر تصمیم می‌گیرد به خانه‌ی پدری‌اش پناه ببرد؛ پسر بزرگ خانواده هم به همراه همسر و فرزندانش در این خانه ساکن هستند. اما آشا در خانه‌ی پدر هم خیلی زود متوجه می‌شود که جایگاهی ندارد و با او مثل یک زیردست برخورد می‌کنند. خانواده‌ی برادرش بدترین کارها را به دوش او می اندازند، با او بدرفتاری می‌کنند و سربار خانواده محسوب می‌شود.

آشا بعد از مدتی زندگی در خانواده‌ی پدر، به خانه‌ی اقوام دیگرش پناه می‌برد، و سپس از خانه‌ی یک قوم به قوم دیگر. اما حس سرباربودن همه‌جا همراه اوست. دست آخر تصمیم می‌گیرد دوباره به خانواده‌ی شوهرش برگردد، هرچند که خوب می‌داند آنجا هم جایی ندارد. در زمان تقسیم‌بندی، آشا به عنوان کسی که از قبل هم در موقعیتی زیردستی و آسیب‌پذیر بوده، اهمیت و جایگاه اجتماعی‌اش را کاملا از دست داده است. هنگام مصاحبه با داس، آشا قاطعانه تاکید می‌کند که به عنوان یک زن بیوه و بی‌فرزند، جایگاهش نسبت به دیگر

پناهندگان پنجابی متفاوت است و تجربه‌ی این پناهندگان با چیزی که آشا تجربه کرده فرق دارد.

آسیبی که آشا دیده به خودی خود بیانگر تاثیر جدایی هند بر محروم‌ترین افراد جامعه است؛ اما نکته‌ای که مورد توجه داس قرار می‌گیرد این است که جایگاه متزلزل آشا باعث شده است که او برای اولین بار در زندگی‌اش به حقوق خود آگاه شود و حق‌خواهی کند. آشای نظاره‌گر و منفعل در جریان آوارگی و بی‌پناهی، حالا اساسا به موقعیت زن بیوه در جامعه‌ی هند معترض است و نقش خود در سلسله‌مراتب خانوادگی و اجتماعی‌اش را با دید انتقادی حلاجی می‌کند. داس توضیح می‌دهد که درون آشا یک فردیت (subjectivity) جدید شکل گرفته است؛ فردیتی که تعریفی متفاوت و مستقل از خویشتن به دست می‌دهد.

آشا در این فردیت جدید به جای آنکه مثل گذشته توسط دیگران تعریف شود، به یک سخنور موفق تبدیل شده است. اینجا می‌توان گریزی زد به مقاله‌ی کلاسیک گایاتری اسپیواک ،متفکر پرآوازه‌ی هندی‌تبار. اسپیواک در جستار معروفی می‌پرسد آیا فرودست می‌تواند سخن بگوید؟ در این جستار اسپیواک توضیح می‌دهد که فرهنگ هندو و فرهنگ انگلوساکسون هر دو ریشه‌های عمیق مردسالاری دارند و در جریان استعمار هند دست در دست هم و توأمان باعث شدند تا صدای زنان هندی بی‌اهمیت باشد و در واقع شنیده نشوند؛ گویی این زنان از توان صحبت و بحث و بیان وضعیتشان عاجزند.

از دید اسپیواک، با وجود اینکه روشنفکران استعماری انگلیسی ادعا می‌کنند که منجی زن هندی هستند و موظف‌اند او را از ظلم فرهنگ هندو نجات دهند، زن هندی عملا بی‌صداترین قربانی استعمار انگلیس در هندوستان بوده است.

تمرکز وینا داس بر داستانی مانند داستان آشا برای درک تاثیر خشونت استعمار را می‌توان در بستر گفتمان درباره‌ی صدا و حضور زنان هند دید. مورخان استعمار بریتانیا در هند (که غالبا مرد هم هستند) برای درک واقعه‌ی عظیم جدایی هند و پاکستان بیشتر به سراغ تحلیل اقتصادی کلان، روابط بین‌الملل و تحلیل روابط سیاسی رده‌بالا می روند؛ اما همانطور که داس نشان می‌دهد، تحقیق روی زنان پایین‌دست و جایگاهشان در روابط روزمره‌ی مردم، بُعدی از خشونت تاریخی استعمار و تزلزل بعد از آن را نشان می‌دهند که نگاه کلان از درک آن عاجز است.

ناامنی و نابسامانی تحولات عظیم در یک جامعه می‌تواند تاروپود روابط خانوادگی را تغییر دهد، محروم را محروم‌تر کند و وضعش را به جایی برساند که از سر استیصال اعتراض کند و به یک مهره‌ی فعال تبدیل شود. آشا دیگر چیزی برای از دست دادن ندارد و آنجاست که انگار با جراتی جدید لب به سخن می گشاید.

ژاک لاکان، روانشناس و فیلسوف فرانسوی، معتقد است شرایط استیصال می‌تواند جرقه‌ی سخن گفتن را بزند و باعث تولد یک فردیت سخنگو و داستانگو شود. از نظر داس، آشا و زنان مانند او مصداق نظریه‌ی لاکان هستند. شاید بتوان پژوهش داس را پاسخی به پرسش اسپیواک دید: آیا فرودستان هرگز می‌توانند لب به سخن بگشایند؟ داستان آشا نشان می‌دهد که بله: نظاره‌گر خاموش تاریخ نه تنها می تواند از سر استیصال مطلق به یک سخنگو بدل شود بلکه در نقش شاهد و شهادت‌دهنده می‌تواند به تاریخ بگوید که چه رنج‌هایی تجربه شده است. روایت‌ها و شهادت‌های ناظران خاموش می‌تواند به درک عمیقی از ابعاد پنهان وقایع و تغییرات اجتماعی بینجامد.

ابراهیم الکِبلی:

فرزندان زندانیان سیاسی و ترومای بین‌نسلی در مراکش

ابراهیم الکبلی استاد رشته‌ی مطالعات عربی و ادبیات تطبیقی در کالج ویلیامز است.
این گزارش مختصری است از منبع زیر:

El Guabli, B. “Theorizing Intergenerational Trauma in Tazmamart Testimonial Literature and Docu-Testimonies“. *Middle East – Topics & Arguments*, Bd. 11, November 2018, S. 120-3.

در سال ۱۹۷۲، وقتی هواپیمای شاه حسن دوم سلطان مراکش از فرانسه به کشور باز می‌گشت، چند جت جنگنده در محاصره‌اش گرفتند و به آن شلیک کردند. در اثر این شلیک‌ها چند نفر در هواپیما کشته شدند و چندین نفر هم زخمی. مشهور است که جنگنده‌ها وقتی از شلیک دست کشیدند که کسی از پشت رادیوی هواپیمای حامل شاه به آنها گفت: «شلیک را متوقف کنید؛ دیکتاتور مرده است.» و او خود حسن دوم بود.

به‌این‌ترتیب، شاه زنده فرود آمد و به تعقیب کودتاچیان پرداخت. برخی از سران کودتا دستگیر و اعدام شدند. برخی که گریختند، ترور شدند و ۵۸ نفر از افسران و سربازانی که آگاهانه یا ناآگاهانه در جریان کودتا دخیل بودند، دستگیر شدند.

این آغاز ماجرایی غریب در تاریخ مراکش بود. دستگیرشدگان را ابتدا به قنیطره در شمال مراکش فرستادند، همزمان زندانی مخفی به نام تازمامرت در کوه‌های اطلس ساخته شد و آنها را به این زندان منتقل کردند. در سالهای بعد، گروهی از جدایی‌طلبان صحرا و دیگر زندانیان سیاسی «مفقود» را هم به این زندان فرستادند. حکومت تا سالها وجود زندان تازمامرت را انکار می‌کرد، و محبوسان آن هم ناموجود به حساب می‌آمدند.

در دهه‌ی ۱۹۸۰، حرف و حدیث‌هایی در خصوص وجود این زندان در گرفت، اما حکومت قویاً همه را رد کرد. ماجرا بر همین قرار بود تا بالاخره همسر آمریکایی یکی از زندانیان تازمامرت پیش از سفر جورج دبلیو بوش به مراکش با مقامات وزارت خارجه‌ی آمریکا صحبت کرد و گفت که شوهرش دو دهه است در این زندان محبوس است. بوش در ملاقات خود در سال ۱۹۹۱ موضوع را به‌رغم ناخرسندی شاه حسن دوم با او در میان گذاشت.

به‌این‌ترتیب، زندانیان کودتای ۱۹۷۲ که هنوز زنده مانده بودند در همان سال از تازمامرت آزاد شدند. برخی از کشور گریختند، ولی کسانی که ماندند حق صحبت از شرایط وحشتناک خود در آن زندان را نداشتند. بحث علنی راجع به تازمامرت در مراکش فقط بعد از مرگ حسن دوم در سال ۱۹۹۹ آغاز شد.

از آن زمان بود که خاطراتی از زندانیان و خانواده‌هایشان منتشر شد و فیلم‌های مستندی نیز راجع به آنها ساخته شد. این خاطرات و فیلم‌ها راوی رنج و آسیبی

هستند که بر خانواده‌های این نظامیان رفته است. ابراهیم الکِبلی، استاد مطالعات عربی کالج ویلیامز، به بررسی این خاطرات پرداخته و از خلال آنها نشان داده است که تروما چگونه میان نسل‌های بازماندگان، همسران و فرزندان زندانیان، تسری یافته است.

جلوه‌ی تروما در خاطرات بازماندگان

ابراهیم الکبلی، که مجموعه‌ی خاطرات مکتوب و مستندهای تصویری ساخته‌شده راجع به این خانواده‌ها را بررسی کرده است، می‌گوید که کلیت این خاطرات و مستندها در سه ویژگی مهم مشترک هستند: نخست اینکه، این آثار تجربیات آسیب‌زای روانی‌ای را ثبت کرده‌اند که در داخل خانواده‌ها راجع به آنها صحبت نمی‌شده است، و همین سکوت ما را بر آن می‌دارد که بخواهیم بدانیم تروما در خانواده چگونه به شیوه‌های غیرروایی منتقل شده است. دوم اینکه، آسیبی که این زنان و فرزندان دیده‌اند به یکدیگر و نیز به زمینه‌ی سیاسی گسترده‌تر کشور مرتبط است، و همین امر بر خاطره‌ی جمعی مراکشی‌ها نیز اثر می‌گذارد. سوم اینکه، تجربیاتی که در این آثار ثبت شده‌اند نشان‌دهنده‌ی لزوم بازاندیشی در خصوص مقولاتی چون قربانی‌بودن و مفقودشدن در جامعه‌ی سیاسی مراکش است، و به نظر می‌رسد باید این مقولات را گسترده‌تر به کار برد تا بازماندگان مفقودان بالفعل را هم در بر بگیرند.

الکبلی می‌گوید که در نظریه‌پردازی خود در خصوص القای بین نسلی آسیب میان مادران و فرزندان مدیون تمایزی است که مصرشناس آلمانی یان آسمان ، میان «خاطره‌ی ارتباطی و خاطره‌ی فرهنگی»گذاشته است، و نیز مفهوم «پساخاطره» که ماریانه هیرش معرفی کرده است.

الکبلی بر مفهوم خاطره‌ی ارتباطی متمرکز است که هم مبتنی بر خودزندگی‌نامه‌نویسی است و هم بین نسلی است. او انتقال غیرگفتاری ترومای القایی تازمامرت در خانواده‌ها را بر اساس همین مفهوم تبیین می‌کند. خاطره‌ی فرهنگی، که فرانسلی و نهادینه‌تر است، خاطره‌ای ارتباطی است و بیش‌تر با امر تصدیق و گرامی‌داشت رنج‌ها نمود پیدا می‌کند. در نتیجه، عوارض بارز بیش‌تری هم دارد.

پساخاطره مفهومی است که رابطه‌ی میان اعضای نسلی را که بعد از واقعه آمده‌اند با آسیبی بیان می‌کند که خودشان آن را تجربه نکرده‌اند، بلکه این آسیب مربوط است به «آسیب شخصی، جمعی و فرهنگی نسل قبلی آنها». گرچه مفهوم پساخاطره حاکی از خاطرات نسلی است که بعد از واقعه به دنیا آمده‌اند، اما الکبلی از این مفهوم برای بیان خاطرات همپوشان نسل والدین و فرزندان استفاده می‌کند و اینگونه به توضیح آسیب‌های القاشده به نسل جوان‌تر می‌پردازد که مستقیما تجربه نشده‌اند، اما تأثیرشان بر این نسل واضح است.

خانواده‌های زندانیان و تجربه‌ی آسیب

با دستگیری نظامیانی که متهم به توطئه علیه پادشاه بودند، خانواده‌هایشان از جایگاه اجتماعی که داشتند فرو کشیده شدند، از امتیازاتشان خلع، و از جامعه‌ی اطرافشان طرد شدند. این نخستین ضربه‌ای بود که به آنها وارد آمد. حس تنهایی و طردشدگی و سلب امتیازاتشان، غم جدایی آنها از شوهرانشان را تشدید کرد. طرد اجتماعی همچنین تأثیری مستقیم روی کیفیت زندگی روزمره‌ی خانواده‌های بازماندگان گذاشت؛ تا جایی که نه فقط به لحاظ اقتصادی به نحو بارزی سقوط کردند، بلکه حتی آشنایان سابق نیز رفت‌وآمدشان را به

گونه‌ای تنظیم می‌کردند که برخوردی با اعضای خانواده‌ی نظامیان کودتاچی نداشته باشند. واکنش همسران بازماندگان به این طرد مختلف بود. گروهی کوشیدند طرد اجتماعی را با اتکا به روابطشان با حلقه‌های خانوادگی خود تخفیف دهند و گروهی محل زندگی‌شان را تغییر دادند: یا به مناطق دیگری در مراکش رفتند که آنها را نمی‌شناختند یا به کشورهای دیگر مهاجرت کردند.

خانواده‌های مفقودان نه فقط زیر فشار تبعات دستگیری و مفقودشدن آنها بودند، بلکه خود نیز مدام تحت نظر دستگاه‌های امنیتی مراکش قرار داشتند و فشار مستقیمی را از این جهت متحمل می‌شدند. تداوم این وضعیت تحمل آسیب وارده را دشوارتر می‌کرد و گویی زخمی را که بر روانشان وارد آمده بود باز نگه می‌داشت. برخی از این زنان از افسردگی عمیق و بی‌خوابی‌های مزمنی می‌گویند که سالها با آن دست به گریبان بودند.

آسیب تازمامرت نسل مادران را به لحاظ روانی و جسمی و حتی محیطی درگیر کرد و زمینه‌ای جدی برای انتقال آن به فرزندان فراهم آورد. وقایعی دیگر، که به زنان بازمانده یادآوری می‌کرد از چشم حکومت مراکش صرفاً رعایایی بی‌حق‌وحقوقند، بر تشدید حس تحقیر القاشده افزود: مثلاً در میان نظامیان بازداشت‌شده کسی بود که همسر آمریکایی داشت. به همین دلیل، او در همان زندان حقوق اندکی داشت که باقی زندانیان مطلقاً از آنها محروم بودند.

همسران دیگر زندانیان پس از برملاشدن این واقعیت کوشیدند با توسل به مقامات سلطنتی و دولتی مراکش حقوقی برابر برای همسران زندانی خود طلب کنند، اما این مقامات حتی از دیدار با آنها نیز سر باز زدند، و این امر برای این زنان به این معنی بود که «مراکشی‌ها صرفاً رعایایی بی‌حقوق هستند و حکومت

هیچ وقت ما را آدم حساب نکرده است.» این احساس هیچ‌بودن و آدم‌به‌حساب‌نیامدن تحمل بار اندوه را برای این زنان بسیار تلخ‌تر می‌کرد.

فرزندان و اجرای نمایش آسیب مادران

گرچه اکثر مادران برای حفظ سلامت روان و آرامش خاطر فرزندانشان از بازگویی روایت آنچه بر همسرانشان و بر خودشان می‌رفت اجتناب کردند، اما آسیب و ضربه‌ی این ماجرا به‌تمامی به فرزندان هم رسید. در واقع به یک معنی، خود این فرزندان بودند که فعالانه کوشیدند درد مادرانشان را از آن خود کنند. سوای عاملیتی که فرزندان به خرج دادند، غیبت پدرانشان، آن هم در چنان شرایط پر اضطرابی، باعث شد ضربات روانی سختی بر آنها وارد شود؛ ضرباتی که برخی از این فرزندان را به سکوت فرو بردو یا دچار عوارض روانی و جسمانی متعدد کرد.

برخی از مادران برای توجیه غیبت همسرانشان داستان‌هایی ساختگی به فرزندانشان می‌گفتند، به این امید که این روایت ساختگی برایشان قابل تحمل‌تراز روایت واقعی باشد؛ اما حتی طرح داستان‌های ساختگی نیز واقعیت وضعیت وخیم مالی و طرد اجتماعی را که خانواده دچارش شده بود کمرنگ نمی‌کرد. مشکل عمده برای مادران این بود که چطور به فرزندانشان توضیح دهند که زندگی مرفه گذشته دیگر پایان یافته است و باید با سختی‌های جدید کنار بیایند و آن را بپذیرند.

ضربه‌ی ناپدیدشدن یکباره‌ی پدر برای برخی از این فرزندان چنان بود که آن‌ها را دچار وحشتی شدید می‌کرد و هر وقت که مادر از آنها دور می‌شد، ترس مفقودشدن او را در دلشان می‌انداخت. فرزندان با دریافت حال‌وهوایی که در

فضای اطرافشان موج می‌زد، با وضعیتی که برای مادرانشان و به‌تبع برای خودشان پیش آمده بود، ارتباط یافته و با آن پیوند می‌گرفتند. با وجود این، مؤلفه‌ای خاص از این آسیب متعلق به فرزندان بود، و آن هم همان حس تردید و عدم اطمینانی بود که به سبب فروپاشیدن یکباره و بی‌توضیح جهانشان گریبانشان را گرفته بود.

بعدها که برخی از این فرزندان در مقام روایت احوال خود و نگاهشان به احوال مادرانشان برآمدند، معلوم شد که کاوش در حال خانواده، و وضع افسرده و تنها و آسیب‌دیده‌ی مادر، آنها را به فهم رازی که از ایشان پنهان می‌کردند راهنمایی کرده. فرزندان در پی فهم علت بدبختی خانواده نه فقط در سخنان و احوال مادرانشان دقیق شده بودند، بلکه به جستجوی اشیاء و مدارک آنها پرداخته و نشانه‌هایی در آنها یافته بودند که برایشان گویای وضعیت بود. علاوه بر همه‌ی اینها، گرچه مادران می‌کوشیدند راز مفقودشدن پدران را از فرزندان مخفی دارند تا آنها را در معرض آسیب بیش‌تر قرار ندهند، اما این راز بر محیط اطراف پوشیده نبود و بسیاری از این فرزندان داستان را از هم‌مدرسه‌ای‌های خود شنیدند.

برای برخی از این فرزندان زمان زیادی طول کشید تا توانستند این موضوعات را با مادرانشان در میان بگذارند. برخی از این فرزندان در زمان مفقودشدن پدر یا در بطن مادر بودند، یا هنوز خردسالانی بودند که هیچ خاطره‌ای از پدر نداشتند. برخی از مادران چنین کودکانی حتی نام خود را تغییر داد تا پیوندشان را با همسرشان که به تازمامرت منتقل شده و در همان سالهای اول مرده بود، مخفی کنند.

یکی از این فرزندان می‌گوید که تا سی‌سالگی، زمانی که روایت او ثبت شده، همواره با حس فقدان پدر، و با حس اینکه فرزند یک خیانتکار است کلنجار می‌رفته و می‌خواسته این واقعیات را تغییر دهد. او به روان‌درمان‌گر خود می‌گوید که حاضر نیست به بهای درمان به راهی برود که پدری را که هرگز ندیده است به فراموشی بسپارد. این شاید گویاترین بیان برای بازیابی خاطراتی باشد که شخص هرگز نداشته است، و فرد را با آسیب‌هایی که خود مشخصاً تجربه نکرده به‌وضوح به نمایش بگذارد .

خلود صابر برکات و پی‌یر فیلیپو:

زنان سوری چگونه مصائب جنگ را تاب آوردند؟

خلود صابر برکات پژوهشگر موسسه‌ی مطالعات روان‌شناسی در دانشگاه لووَن فرانسه است. پی‌یر فیلیپو استاد روانشناسی و علوم شناختی در همین دانشگاه است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Barakat, K. S., und P. Philippot. "Beyond Trauma, What Kept Them Going? An Analysis of the Lives and Narratives of Five Syrian Women in Lebanon". *Middle East – Topics & Arguments*, Bd. 11, November 2018, S. 44-57.

زنان سوری چگونه در برابر ضربات و آسیب‌های روانی و تروماتیک جنگ دوام آورده‌اند و به زندگی ادامه داده‌اند؟ اکثر تحقیقاتی که بر زمینه‌ی جنگ سوریه انجام شده‌اند از رویکرد سنتی پزشکی استفاده کرده‌اند که سوری‌ها و خصوصاً مهاجران سوری را قربانیانی منفعل می‌بینند که به دنبال تصدیق رنجشان از سوی دنیا هستند. این رویکرد در مورد زنان سوری به‌طور خاص مشکل‌ساز

می‌شود؛ زنان هم از خشونت ساختاری جنسیتی و اقتصادی و اجتماعی در عذاب هستند و هم در کنار مردان تجربیات تروماتیک جنگ را متحمل شده‌اند.

به‌این‌ترتیب، صدای آنها در مقام بازماندگان این خشونت‌ها و آسیب‌ها، از آنجایی که در حالت معمول صاحب رای و سخن نیستند، تا حد زیادی ناشنیده مانده است. خلود صابر برکات محقق مصری و فعال حقوق زنان به همراه استادش پی‌یر فیلیپو تحقیقی در خصوص زنان آواره‌ی سوری در لبنان انجام داده، با این هدف که تجربه‌ی آن‌ها برای تاب‌آوری و بروز عاملیت را مستند کند.

برکات در ابتدا قصد داشت تحقیقات پایان‌نامه‌ی دکترای خود را راجع به افسردگی و اختلال اضطراب پس از سانحه در زنان سوری پناهنده به لبنان (پس از آشوب‌های ۲۰۱۱ در سوریه) انجام دهد و به همین منظور به کار میدانی در میان آنان و ترتیب‌دادن مصاحبه با گروهی از این زنان پرداخت. چنان که خود می‌گوید، چیزی که بی‌درنگ توجه او و استاد راهنمای‌اش را جلب کرد این بود که این زنان تا چه حد مصیبت‌هایشان را تاب آورده‌اند و عاملیت دارند. به‌این‌ترتیب، تحقیقاتش به این سو رفت که ببیند «چه چیزی آنها را سر پا نگه داشته است؟»

برکات برای رسیدن به پاسخ این پرسش، با پنج زن مصاحبه کرده که از لحاظ سیاسی، طبقاتی و سنی و سطح تحصیلات اختلاف‌های قابل ملاحظه‌ای دارند؛ با این حال همگی زیر بیست‌سالگی ازدواج کرده‌اند و یک یا چند فرزند دارند و همگی آنها در طول قیام و جنگ در سوریه برخی از نزدیک‌ترین خویشاوندانشان را از دست داده‌اند و خود نیز به همراه بازمانده‌ی خانواده‌شان مجبور به فرار شده‌اند. برکات روایت این زنان از تجربیاتشان را شنیده است و کوشیده است

رویکرد و روش تاب‌آوری و مقاومت آن‌ها را در برابر تجربه‌ی تروما دسته‌بندی کند. اولین دسته‌بندی را ذیل چند مضمون اساسی انجام داده که اغلب آنها شامل زیرمضمون‌های دیگری هم می‌شوند .

مضمون اول: معنابخشی از طریق ساختن روایت

برکات نشان می‌دهد که این زنان از طریق روایت رنج‌هایشان به آن معنی می‌بخشند و معنادارشدن رنجی که برده‌اند، به نوبه‌ی خود، تاب‌آوری ایشان در برابر آن را ممکن‌تر می‌کند.

زیرمضمون اول معنابخشی؛ بازتعریف تروما: شیما یکی از زنانی است که قیام و جنگ را در مراحل مختلفش دیده است و بعد مجبور به فرار به لبنان شده است. رنج و صحنه‌های دردآوری که بر شیما گذشته از حد باور خارج است، ولی او در روایتش نقطه‌ی عطف زندگی‌اش را این بر می‌شمرد که شوهرش او و فرزندانش را در لبنان رها کرده و گفته که توان تأمین آنها را ندارد و نمی‌تواند مسئولیتشان را بپذیرد. شیما پس از آن مجبور شده که بدون هیچ سابقه‌ای در کارکردن و درآمدداشتن، مسئولیت فرزندان خود را به عهده بگیرد. همه‌ی آن مصائب در روایت شیما تبدیل به ماجرای شخصی تنهایی و به‌دوش‌کشیدن موفقیت‌آمیز، و البته دردناک، بار فرزندان می‌شود.

زیر مضمون دوم معنابخشی؛ نسبت‌دادن ارزش به زیان: ام بلال پسری نوزده‌ساله داشته که در همراهی با ارتش آزاد سوریه و در جنگ علیه نیروهای اسد کشته شده است. ام بلال فرزندی را از دست داده که از ابتدا با راهی که او برگزیده بود به لحاظ ایدئولوژیک مخالف بوده است. اما بعد روایت ماجرا را

چنان بازگو می کند که پسرش را در آن قهرمان می‌داند. ام بلال می گوید پسرش تا لحظه‌ی آخر به مردم پشت نکرد و با شرف کشته شد و حسن شهرت داشت.

مضمون دوم: دلیلی برای ادامه دادن

هر پنج زن مصاحبه‌شونده دلیلی برای ادامه‌ی زندگی، رویارویی با مشکلات، مقاومت، و بازیابی عاملیت خود پیدا کرده‌اند: از اینکه خود را مسئول رفع نیازهای فرزندانشان دیده‌اند، تا اینکه به این تصمیم رسیده‌اند که مبارزه‌ی سیاسی را ادامه دهند.

زیر مضمون اول برای ادامه دادن؛ انتخاب آرمان: علا که شوهرش مفقود شده، به همراه فرزندان و مادر و پدر پیرش مهاجرت کرده است. علا می گوید: «من بچه دارم. باید جلویشان قوی باشم؛ نباید ضعیف نشان دهم.» علا برای خودش وظیفه‌ی مراقبت از فرزندان و پدر و مادرش را انتخاب کرده است و در انجام این وظیفه قوت نشان می‌دهد. در مقابل او، امان که فعال سیاسی و روان‌شناس بوده است و دختری هشت‌ساله هم دارد، می‌گوید چیزی که می‌تواند مرا سر پا نگه دارد کارکردن و فعالیت سیاسی است.

با کارکردن است که می‌توانم از فکر مصیبت‌هایی که بر من و دوستانم رفته است فاصله بگیرم. امان که در زمان مصاحبه به عنوان روان‌شناس به زنان سوری کمک می‌کند، می‌گوید که پیش از آن به طور شبانه‌روزی مشغول کار در روزنامه‌ای بود که علیه دولت اسد فعالیت می‌کرد. ام بلال هر دوی این آرمان‌ها را با هم ترکیب کرده است: از یک سو به فعالیت‌هایی می‌پردازد که متضمن زنده نگه‌داشتن یاد فرزند کشته‌شده‌اش است و از سوی دیگر به

کودکان آواره‌ی سوری درس می‌دهد؛ به کودکانی که به زعم او آینده‌ی سوریه هستند.

زیر مضمون دوم برای ادامه دادن؛ تحول عاملیت: تقریباً همه‌ی زنان طرف مصاحبه می‌گویند که وقتی بعد از مصیبت‌هایی که از سر گذرانده‌اند به عقب می‌نگرند، می‌فهمند که به‌رغم همه‌ی تحقیرهایی که در روابط شخصی و خانوادگی بر آنها رفته است، چقدر قوی هستند که توانسته‌اند سرکوب‌های جامعه‌ی سنتی، ستم‌های شخصی، و فجایع جنگ را تاب بیاورند و همچنان فعال بمانند. این پس‌نگری و فهم میزان مقاومت و توانایی‌هایشان به آنها اعتماد به نفسی تازه داده است که با آن عاملیت خود را هم از نو تعریف کرده‌اند و آن را جدی‌تر و مؤثرتر گرفته‌اند. *مضمون فرعی سوم:* سختی مقاومت را زیاد می‌کند. برخی از زنان مصاحبه‌شونده توضیح داده‌اند که تاب‌آوری آنها بر اثر مواجهه با سختی‌هایی که تا پیش از آن تصورش را هم نمی‌کردند افزوده شده و سختی‌ها به جای درهم‌شکستن، آنها را مقاوم‌تر کرده است. برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفته‌اند که در مواجهه با سختی‌ها به این تصمیم رسیدند که باید بیش‌تر تاب بیاورند .

مضمون سوم: یافتن راه‌هایی برای ادامه‌دادن

زیر مضمون اول برای یافتن راه؛ کنارآمدن با خاطرات تروماتیک: تصمیم برای فراموشی یا به‌یادسپردن. ام بلال می‌گوید به‌رغم آنکه در دوسال اول، یادآوری خاطرات کشته‌شدن پسرش او را بسیار آزار می‌داد، اما اکنون با وجود دردی که در یادآوری خاطرات او دارد تصمیم گرفته که آنها را مرور و بازگو کند و این راهی است ام بلال که برای کنارآمدن با ماجرا و تداوم زندگی جسته است. برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان مانند ماجده می‌گویند که راهبردشان

در برابر هجوم خاطرات جنگ تلاش برای فراموشی آنهاست؛ «سعی می‌کنم خودم را به چیزی مشغول کنم تا این خاطرات از یادم بروند.» ماجده می‌گوید از راه فراموشی می‌تواند ثبات روانی را حفظ کند و به زندگی ادامه دهد.

زیر مضمون دوم برای یافتن راه؛ مقایسه‌ی خود با دیگران: برخی از مصاحبه‌شوندگان اشاره می‌کنند که برای تخفیف آلام خود و تلاش برای تداوم زندگی، وضع سوگبارشان را با وضعیت دیگرانی مقایسه می‌کنند که حتی از آنها هم بدتر هستند و از این راه، با دیدن درد بزرگ‌تر دیگران، خود را تسلی می‌دهند .

مضمون چهارم: تغییر نقش‌های جنسیتی

چهار نفر از پنج مصاحبه‌شونده گفته‌اند که از نظر آنها پس از قیام سال ۲۰۱۱ وضع زنان در جامعه‌ی سوری تغییر قابل توجهی کرده است. برخی از زنان این را به شرایط کشورهایی که به آن مهاجرت کرده‌اند نسبت می‌دهند و نیز به غیبت مردان به دلیل کشتار جمعی آنها. برخی دیگر معتقدند که مجموع شرایط جنگی تحمیل‌شده به مردم سوریه در ضمن باعث شد تا نابرابری‌های جنسیتی بیش‌تر به چشم بیایند و به عنوان بی‌عدالتی تلقی شوند.

زیر مضمون اول؛ بازیابی فضا برای زنان: همه‌ی مصاحبه‌شوندگان گفته‌اند که وضع اشتغال زنان، دسترسی‌شان به فضای عمومی و شرکت آنها در تصمیم‌گیری‌ها پس از ۲۰۱۱ بهتر شده است. این زنان توضیح می‌دهند که جنگ شرایطی پیش آورد که زنان مجبور شدند یا توانستند به بازار کار راه یابند و سوای نقش‌های سنتی که معمولاً جامعه به آن محدودشان می‌کرد، نقش‌های

اجتماعی بیش‌تری پذیرفتند. افزایش امکان نقش‌پذیری برای زنان یکی از عوامل توانمندترشدن آنان بوده است.

زیر مضمون دوم؛ زنان بعد از جنگ «کم‌تر» زن هستند: با وجود این، برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقدند که گرچه پیش از جنگ زنان فرصت ابراز نظر و نقش اجتماعی نداشتند، اما آسایش و امنیت بیش‌تری داشتند و بیش‌تر می‌توانستند «زن» باشند. به‌این‌ترتیب، افزایش عاملیت پس از ۲۰۱۱ برای همه‌ی زنان به یکسان خوشایند نبوده است، اما همه‌ی آنها اذعان دارند که این اتفاق افتاده .

نتیجه‌گیری

رخدادهای تروماتیک عموماً تأثیر عمیقی بر باورهای فرد راجع به خود و دنیای اطرافش می‌گذارند، تا حدی که ممکن است این باورها و پیش‌فرض‌ها از هم پاشیده شوند. روند تاب‌آوری در برابر تروما از جمله شامل بازاندیشی همین پیش‌فرض‌ها و بازسازی‌شان هم می‌شود.

یکی از روندهای بازاندیشی تمرکز بر ارزیابی مجدد تجربه‌ی تروماتیک و درنظرگرفتن منافع و اهداف ممکنی که از راه معنی‌بخشیدن به این تجربه خالص می‌شود. راه دیگر مقایسه‌ی میان زندگی پیش و پس از واردشدن وقایع هولناک است. در تجربه‌ی زنان سوری یکی از فرض‌هایی که در هم شکسته است به نقش‌های جنسیتی مربوط می‌شود. تجربه‌ی جنگ نشان داد که چه عدم تعادلی میان زنان و مردان وجود دارد و جبر شرایط باعث شد تا شرایط فرهنگی پیشین مورد تردید قرار بگیرد یا اصلاً قابل تداوم نباشد و زنان نقش‌های

اجتماعی و شغلی بیش‌تری به عهده بگیرند و از این رو حس عاملیت بیش‌تری پیدا کنند.

موقعیت مصیبت‌بار زنان سوری از جمله باعث شد آنان فرصتی برای شکستن سدهای پدرسالاری بیایند. در عین حال، هر زنی راهی منحصر به خود برای سروکله‌زدن با خاطراتش و تجربه‌های تروماتیک یافته است. کسانی که توانسته‌اند روایت پیوسته‌ای میان ترومای خود و معنای نسبی آن برقرار کنند، بهتر توانسته‌اند با دردهایشان کنار بیایند و بهتر عاملیت افزایش‌یافته‌ی خود را به کار گرفته‌اند .

مارکو راموس:

روان‌پزشکی در آرژانتین: دوست یا دشمن دیکتاتوری؟

مارکو راموس تاریخ‌نگار روان‌پزشکی در منطقه‌ی آمریکای لاتین و هم‌اکنون رزیدنت دانشکده‌ی روان‌پزشکی دانشگاه ییل است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Ramos, Marco A. “Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966–1983.” *Bulletin of the History of Medicine* 87.2 (2013): 250-278.

حکومت‌های دیکتاتوری چه نسبتی با درمان آسیب‌های روانی برقرار می‌کنند؟ این پرسش وقتی جدی می‌شود که به یاد بیاوریم در قرن بیستم شماری از وحشت‌انگیزترین دیکتاتوری‌های تاریخ بر سر کار بودند که عملکردشان و خشونت بی‌حدومرزشان اصلی‌ترین عوامل روان‌نژندی و روان‌پریشی بخش بزرگی از جمعیت را فراهم آورد. اکثریت مورخان حوزه‌ی روان‌پزشکی بر همین اساس دیدگاه نسبتاً سرراستی راجع به نسبت دیکتاتوری‌ها و آموزه‌های روان‌درمانی شکل داده‌اند.

از نظر این مورخان، دیکتاتوری‌ها طرفدار آموزه‌هایی می‌شوند که غیرسیاسی‌تر است و با آموزه‌هایی که ظرفیت‌های سیاسی‌شدن دارند به‌شدت برخورد می‌کنند. مارکو راموس که تاریخ‌نگار روان‌پزشکی در آمریکای لاتین است با تمرکز بر دوران دیکتاتوری نظامیان در آرژانتین می‌خواهد نشان دهد که وضع می‌تواند پیچیده‌تر از این باشد. آرژانتین از ۱۹۶۶ تا ۱۹۸۳ دورانی بسیار پرخشونت را از سر گذراند. جز وقفه‌ای کوتاه در میانه‌ی این دوران که دولتی منتخب بر سر کار بود، در قالب این مدت دیکتاتوری نظامی حکومت می‌کرد. حتی در همان دوران کوتاه دولت منتخب نیز خشونت گروه‌های فاشیستی طرفدار نظامیان به‌شدت جریان یافت.

به‌این‌ترتیب، آرژانتین نزدیک به دو دهه حاکمیت وحشت را از سر گذراند که آثاری پرآسیب بر روان شهروندان این کشور گذاشت و از وحشت‌انگیزترین تجربه‌های دیکتاتوری در قرن بیستم بود. روان‌درمانگران آرژانتین اما در این دوران بی‌طرف نماندند. اکثریت آنها بالاخره یا سمت دولت را گرفتند یا در قالب «فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین» به مخالفت با نظامیان پرداختند. این فدراسیون طی چند دهه بزرگترین انجمن صنفی روان‌پزشکان این کشور بود؛ نهادی که عاقبت هدف هجوم نظامیان قرار گرفت و از هم پاشید. برخی از روان‌پزشکان که طرف دولت‌های نظامی را گرفته بودند نیز تا جایی پیش رفتند که در مؤسسات خود به پیگرد مخالفان توسط دیکتاتوری نظامی کمک کردند یا حتی به مشارکت در شکنجه‌ی آنان پرداختند.

مطالعات انجام‌شده در خصوص وضعیت درمانگران، خصوصاً در دوران آخرین دیکتاتوری نظامی (۱۹۷۶ تا ۱۹۸۳)، نشان می‌دهد که تلقی درمانگران از کارشان و تلقی عمومی از آنان سخت با سیاست آمیخته است. برای مثال اندرو لیکوف در کتاب منطق دارویی، که راجع به روان‌درمانگران در دهه‌ی ۱۹۷۰ است، این

تصویر را به دست می‌دهد که در این دوره روانکاوی و درمانگران روانکاو، زیر ضرب نظامیان حاکم بودند و بسیاری از آنان مجبور به مهاجرت شدند؛ چون مراجعان خود را به فکر کردن راجع به وضعیتشان وا می‌داشتند. در مقابل، حکومت نظامی حامی روان‌پزشکی کلاسیک با رویکرد بیولوژیک و زیست‌شناختی بود و به توسعه‌ی درمانگاه‌های مبتنی بر این آموزه کمک می‌کرد از آن رو که این رویکرد تمرکز خود را بر بدن فرد و سیستم عصبی می‌گذارد و به مسائل اجتماعی و سیاسی کاری ندارد.

تحقیقات دیگری هم بوده‌اند که بر همین باور عمومی انگشت گذاشته‌اند و آن را برجسته کرده‌اند و حاصل این بوده است که به قول راموس: «هم در بخش درمانی و هم در بخش دانشگاهی آرژانتین، داستان مقاومت روانکاوی در برابر اقتدارگرایی در دهه‌ی ۱۹۷۰ به تقویت این باور انجامیده است که گرایش روانکاوانه و جامعه‌گرای آنها در درمان، دموکراتیک‌تر از آموزه‌ی روان‌پزشکی بیولوژیک است؛ و این باور اکنون دیگر نزد روان‌شناسان مترقی باوری متداول به حساب می‌آید.»

این باور که روانکاوی بیشتر با گرایش سیاسی دموکراتیک متناظر است و روان‌پزشکی زیستی بیشتر با اقتدارگرایی، منحصر به روان‌شناسان مقیم بوئنوس آیرس نیست. برای مثال الیزابت رودینسکو، مورخ فرانسوی روان‌پزشکی نیز با اشاره به وقایع آلمان نازی و اتحاد شوروی استدلال می‌کند که روانکاوی نمی‌تواند در کشوری ریشه بگیرد و رشد کند که فاقد پشتوانه‌ی قانونی برای انتقال آزادانه‌ی دانش است.

راموس اما می‌خواهد نشان دهد که به‌رغم مواضع خاصی که می‌گویند نظریه‌های روان‌پزشکی محتاج حمایت سیاست‌های خاصی هستند: «شکل‌های

«مترقی» روان‌پزشکی، از جمله روانکاوی و دیدگاه جامعه‌گرا، در دوران دیکتاتوری سرکوبگر آرژانتین در دهه‌ی ۱۹۷۰ دوام آوردند و گسترش یافتند.» به‌این‌ترتیب، راموس در کنار اقلیتی از مورخان می‌ایستد که با سند و مدرک نشان می‌دهند که روان‌پزشکی در آرژانتین حتی در شرایط سرکوب اقتدارگرایانه رواج یافته است. اما روایت او چیست؟ در سیری تاریخی به بازگویی این روایت می‌پردازیم .

تحول روان‌پزشکی در دوران اقتدارگرایی (۱۹۶۶ تا ۱۹۶۹)

در سال ۱۹۶۶ ژنرال خوان کارلوس اونگانیا علیه دولت منتخب وقت کودتا کرد و دیکتاتوی‌ای نظامی برپا داشت. این دیکتاتوری برای خود اهدافی اخلاقی مشخص کرده بود و می‌خواست «مفهوم خانواده‌ی مسیحی» را احیا کند: مردان جوانی که موی بلند داشتند دستگیر می‌شدند؛ دامن کوتاه برای زنان ممنوع بود؛ روابط جنسی آزاد محکوم می‌شد و مطبوعاتی که محتوای عاشقانه داشتند سانسور می‌شدند، و همه‌ی اینها مصداق «نفوذ کمونیست‌ها در بین جوانان» شمرده می‌شد.

علاوه بر این، دانشگاه‌ها نیز زیر ضرب سرکوب رفتند و ده‌ها تن از استادان مجبور به ترک وطن شدند. از قضا جامعه‌ی علمی روان‌پزشکی در این مقطع از این هجوم مصون ماند و حتی توانست پیشرفت‌های دموکراتیکی داشته باشد. از جمله، در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ روان‌پزشکان آرژانتینی بر پایه‌ی آثار مکسول جونز و تامس مِین بریتانیایی اقدام به تشکیل «گروه‌درمانی» کردند که نهاد درمانی مشارکتی و دموکراتیک به شمار می‌رود و گردش کارش بر اساس تعامل میان بیماران با یکدیگر و با درمان‌گران است.

حامیان «گروه‌درمانی» به‌شدت منتقد فضای اقتدارگرایانه‌ی تیمارستان‌ها بودند. با این حال، نهادهای رسمی سلامت روان با مسئولانی که دیکتاتوری نظامی منصوبشان کرده بود، اجازه‌ی پا گرفتن و رشد گروه‌درمانی را به عنوان جایگزینی برای بیمارستان‌های روانی دادند. از دلایل این امر هم این بود که برای بیمارستان‌های روانی مملو از جمعیت شده بودند.

ازدیاد جمعیت بیماران روانی در برای بیمارستانهای روانی مجالی برای روان‌پزشکانی فراهم کرد که به شیوه‌ی اجتماع‌درمانی باور داشتند و فرصت یافتند بیمارستان‌های خود را تبدیل به مجمعی متشکل از این گروه‌های درمانی کنند و روند معمول از بالا به پایین برای بیمارستان‌های روانی را بشکنند، و با این روش حتی بیماران را در گردش کار بیمارستانشان دخالت دهند. برخی از این بیمارستان‌ها موفقیت‌های چشمگیری را در درمان و مرخص کردن سریع بیماران گزارش کرده‌اند.

کار که به اینجا رسید، بیمارستان‌های جاافتاده‌ی پایتخت گسترش این نهادها را تهدیدی علیه خود دانستند و اهرم‌هایی را که داشتند به کار بستند تا مطمئن شوند که گروه‌درمانی آن‌قدر گسترش نخواهند یافت که تهدیدی برای کار شوند. با وجود این، توسعه‌ی الگوی دموکراتیک و افقی گروه‌درمانی متوقف نشد. ویژگی درمان در این نهادها از جمله این بود که بر وجوه اجتماعی بیماری و بر زندگی اجتماعی بیمار تمرکز می‌کرد، و برخلاف رویه‌ی معمول بیمارستانهای روانی، می‌توانست بیمار را به نحوی بهبود بخشد که زودتر به جامعه‌ی خود برگردد.

پیشروان تأسیس مراکز درمانی مبتنی بر گروه‌درمانی از تضادی که بین شیوه‌ی کارشان با رویه‌ی عمومی دیکتاتوری حاکم برقرار بود آگاه بودند و به همین

دلیل سعی می‌کردند «برای دولت مزاحمت ایجاد نکنند» تا دولت هم بگذارد به کارشان ادامه دهند. در مقابل، دیکتاتوری نظامی هم می‌خواست توسعه‌ی این نهادها را همچون بخشی از سیاست خود در جهت «مدرن‌سازی جامعه‌ی آرژانتین» نمایش دهد. در سال ۱۹۵۹ «فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین» تأسیس شد.

در دهه‌ی ۱۹۶۰ اعضای این فدراسیون عمدتاً حول دو موضع تقسیم شده بودند: هواداران شیوه‌ی درمان سنتی و هواداران شیوه‌های درمانی جدید. اما ترکیب این گروه‌ها به لحاظ سیاسی مختلط بود: در داخل فدراسیون، هم دست‌راستی‌های طرفدار درمان سنتی بودند و هم پیوستگان به حزب کمونیست و این دو گروه در دفاع از درمان سنتی با هم ائتلاف داشتند، زیرا حزب کمونیست آرژانتین در این دوران پیوند محکمی با اتحاد شوروی داشت و در شوروی نیز روانکاوی آموزه‌ای مذموم شمرده می‌شد. به این ترتیب در دهه‌ی ۱۹۶۰ روان‌پزشکان آرژانتینی عموماً بحث در خصوص سیاست روز کشور را وارد مباحث تخصصی‌شان نمی‌کردند. اما این وضع در پایان این دهه و خصوصاً در دهه‌ی ۱۹۷۰ عوض شد و پیوستگی به دولت دیکتاتوری یا گرفتن کمک مالی از آمریکا که حامی دیکتاتوری بود در جامعه‌ی روان‌پزشکان آرژانتین تنش‌های شدیدی را سبب گشت .

رادیکال‌شدن روان‌پزشکی در آرژانتین (۱۹۷۰ تا ۱۹۷۳)

در ماه مه ۱۹۶۹، در نتیجه‌ی سرکوب مستمر و فشار ناشی از سیاست‌های اقتصادی دولت نظامی، از شهر کوردوبا که تا پیش از آن پایگاهی برای محافظه‌کاران حاکم قلمداد می‌شد، قیامی مردمی آغاز شد که سرآغاز دور جدیدی از تقابل اجتماعی با حکومت نظامیان بود. دولت نظامی تا پیش از آن

عمدتاً با مخالفان کمونیست طرف بود. قیام مردمی جدید که از کوردوبا شروع شد، با تظاهرات دانشجویان و اتحادیه‌های کارگری سر گرفت و بعداً به حمایت از گروه‌های مسلح چریکی انجامید. این قیام همچنان که باعث شد نظامیان حاکم در ۱۹۷۰ اونگانیا را از کار بردارند و به جای او ژنرال روبرتو مارسیلیو لوینگستون را بگذارند تا برخورد شدیدتری با چریک‌های چپ‌گرا بکند، همه‌ی ارکان جامعه را نیز تکان داد.

از جمله، در چهارمین کنگره‌ی فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین که در ۱۹۷۰ در شهر روزاریو تشکیل شد، گروهی از روان‌پزشکان مترقی به عضویت هیات اجرایی انتخاب شدند که در همان بیانیه‌ی نخست خود بر «نقش سیاسی» روان‌پزشکی تأکید کردند. به لحاظ نظری، سوگیری سیاسی جدید اکثریت اعضای فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین تحت تأثیر تلاش‌هایی صورت گرفت که در اروپا و توسط جنبش چپ‌نو و نظریه‌ی انتقادی مارکسیستی، به رغم گرایش طرفدار شوروی، برای تلفیق مارکسیسم و فرویدیسم انجام شده بود. اعضای «مترقی» فدراسیون به روانکاوی آمیخته به مارکسیسم روی آوردند و در حال‌وهوای مبارزاتی دهه‌ی ۱۹۷۰، فدراسیون نیز «بیماران روانی را همچون جمعیتی آسیب‌پذیر» دید که «باید از سرکوب دولت حاکم رها شوند».

به‌این‌ترتیب، روان‌پزشکان مترقی آرژانتین دیگر «بیماری روانی» را واقعیتی در درون بیمار نمی‌دیدند، بلکه آن را نتیجه‌ی ظهور و بروز هنجارها و ارزش‌های صاحبان قدرت می‌دانستند. قضاوت اعضای رادیکال فدراسیون نیز راجع به همکاران سنتی دیروز و امروز خود عوض شد و آنها را همچون «پلیس» و «زندانبان»هایی توصیف کردند که سعی داشتند بیمار را با جامعه‌ی سرکوبگری که رنجورش کرده بود وفق دهند. در حالی که آنها می‌گفتند بیماری

چیزی نیست که در بیمار وجود داشته باشد، بلکه بیماری در ذات جامعه‌ی دیکتاتوری‌ای وجود دارد که بیماران در آن زندگی می‌کنند.

به‌این‌ترتیب، کنگره‌ی چهارم آغازی شد برای اتخاذ رویکرد سیاسی از سوی این فدراسیون و اعضایش در جهت کنش‌های خُرد سیاسی در روند درمان، و کنش‌های کلان‌تر به منظور تغییر سیاست‌های ملی.

در همین راستا بود که فدراسیون به اعتراض در برابر دولت‌های ژنرال لوینگستون و پس از او ژنرال آلخاندرو آگوستین لانوس پرداخت. از جمله، اعتراض به قانونی که دولت نظامی در اواخر سال ۱۹۷۱ به تصویب رساند و امکان دریافت خدمات پزشکی بهتر را برای کسانی فراهم می‌کرد که پول پرداخت می‌کردند. فدراسیون این قانون را «خصوصی‌سازی درمان» خواند و آن را مغایر با وظیفه‌ی دولت در جهت تأمین خدمات برابر درمانی برای همگان دانست.

مواضع فدراسیون در این سال‌ها باعث شد گروه‌هایی از روان‌پزشکان رادیکال‌تر که تا پیش از این از فدراسیون فاصله می‌گرفتند به آن نزدیک‌تر شوند. در همین حال‌وهوا، فدراسیون از تأسیس مراکز آموزشی‌ای پشتیبانی می‌کرد که به تدریس روانکاوی آمیخته به مارکسیسم می‌پرداختند و فعالیت خود را در جهت «رهایی طبقه‌ی کارگر» می‌دانستند.

با این حال، رویه‌ی جدید فدراسیون بلکه باعث بروز مخالفت و تنش با روان‌پزشکانی شد که موضع‌گیری‌های هیأت اجرائیه‌ی منتخب در کنگره‌ی چهارم را «خارج از چارچوب روان‌پزشکی» و غیرحرفه‌ای می‌دانستند. این تنش‌ها در کنگره‌ی پنجم که در سال ۱۹۷۲ در کوردوبا تشکیل شد به اوج رسید. هیأت اجرائیه در این کنگره کوشید مصوبه‌ای را بگذراند که به روانکاوان

جوان‌تری که گرایش چپ داشتند حق رأی می‌داد، به این منظور که با آرای ایشان موضعش تحکیم شود. این ماده به تصویب نرسید اما در انتخابات هیأت اجرائیه، گروه دیگری از روان‌پزشکان چپ‌گرا پیروز شدند و محافظه‌کاران هیچ موفقیتی نیافتند.

دبیر وقت فدراسیون گفته است که به‌رغم این تنش‌ها و جداشدن برخی از اعضاء، تا سال ۱۹۷۵ این فدراسیون اکثریت جامعه‌ی روان‌پزشکان آرژانتین را نمایندگی می‌کرد. اما با وجود پیروزی قاطع چپ در انتخابات کنگره‌ی پنجم، این انتخابات در واقع شقاق میان روان‌پزشکان را بر اساس سوگیری‌های سیاسی رقم زده بود .

دولت ژنرال لوینگستون در مقابل به تعطیل‌کردن اجتماع‌های درمانی پرداخت و برای این کار هم آشکارا دلایلی سیاسی آورد و در هنگام تعطیل‌کردن برخی از مشهورترین این اجتماع‌ها اعلام کرد که گردانندگانشان روانکاو هستند و «روانکاوان کمونیست‌اند». حکومت لوینگستون همچنین وزارت بهداشت آرژانتین را نیز از اعضای میانه‌روتر تصفیه کرد تا از این طریق نیز سخت‌گیری‌هایش را تشدید کند.

فدراسیون به انتقاد از رفتار دولت در تعطیل‌کردن اجتماع‌های درمانی و اخراج روان‌پزشکان از کارشان پرداخت و گفت که دلایل دولت برای این کارها سیاسی است و علاوه بر این دولت با روش‌های انقلابی در درمان نیز مخالف است. با این حال، برخی از قدیمی‌ترین اجتماع‌های درمانی توانستند به نحوی دوام بیاورند: مشخصاً رائول کامینو با تغییر نام جلساتش از «گروه درمانی» به «جلسات ملاقات» توانست حساسیت را از روی کارش بردارد و تا آخر حکومت لوینگستون در ۱۹۷۶ به کار ادامه دهد. هرچند وقتی حکومت بسیار خشن‌تر

ژنرال‌خورخه رافائل ویده‌لا بر سر کار آمد، «جلسات ملاقات» کامینو را هم تعطیل کرد. راموس در تحلیل علت برخورد نظامیان با اجتماع‌های درمانی به این نتیجه می‌رسد که مسئله بیش از اینکه محتوای این شیوه‌ی درمانی باشد، گره‌خوردن آن با چپ‌گرایان بوده است .

روان‌پزشکی و سرکوب نظامی (۱۹۷۳ تا ۱۹۸۶)

در سال ۱۹۷۳ خوان پرون ،رئیس‌جمهور عوام‌گرا و محبوب آرژانتین، از تبعید در اسپانیا به وطن بازگشت و با حمایت مردمی بالا در انتخابات جانشین آلخاندرو لانوس شد. اما پرون کمتر از یکسال بعد در ۱۹۷۴ مرد و معاون اولش، که همسرش یعنی ایزابل پرون بود، به جای او نشست. ایزابل پرون با رهبران دست راستی ارتش ائتلاف کرد و موجی از جنایت را علیه چپگرایان به راه انداخت که تا یک دهه ادامه یافت و در این سلسله جنایت‌ها بسیاری از متخصصان سلامت روان، خصوصاً کسانی که گرایش چپ داشتند، نیز مجبور به فرار شدند، ربوده شدند، یا به دست جوخه‌های مرگ «ائتلاف ضدکمونیستی آرژانتین» که فاشیست‌های طرفدار خوان پرون و متصل به پلیس بودند، به قتل رسیدند.

موج تروری که دولت ایزابل پرون به راه انداخته بود به‌شدت وحشتناک بود، اما ژنرال ویده‌لا در ۱۹۷۶ با کودتایی ایزایل پرون را هم از کار برداشت و حکومت نظامیان را تحت عنوان «روند بازسازمان‌دهی ملی» آغاز کرد؛ خشونت در این زمان شدتی بیش از پیش گرفت. این حکومت اقسام خشونت‌ها را علیه همه‌ی مخالفانش به کار می‌گرفت و شعارش این بود که می‌خواهد «ارزش‌های مسیحی» را حاکم کند. بنا به تخمین‌های مختلف بین ۹ هزار تا ۳۰ هزار نفر در این دوره (تا ۱۹۸۳) ناپدید شده‌اند. حکومت نظامی، برخی از مشهورترین بیمارستان‌های روانی را تبدیل به مکان بازداشت و شکنجه‌ی مخالفان کرد و

برخی از روان‌پزشکان باسابقه را که از مقامات سابق وزارت بهداشت بودند به نظارت بر این کار گماشت.

از دهه‌ی ۱۹۴۰، در نشریات رسمی دولتی روان‌شناسی، مقالاتی در حمایت از شیوه‌های درمان با شوک الکتریکی و درمان‌های دارویی منتشر می‌شد. جریان روان‌پزشکی محافظه‌کار که بعدتر با دولت نظامی همدست شد به درمان متمرکز بر رویکرد بیولوژیک و زیست‌شناختی گرایش داشت. این وضع برقرار بود تا اینکه در سال ۱۹۷۴ «نخستین کنگره‌ی جهانی روان‌پزشکی زیستی» در بوئنوس آیرس برپا شد و برگزاری این کنگره به مثابه‌ی اوج‌گیری روان‌پزشکی بیولوژیک و عصب‌محور و تفوق رسمی‌اش در آن فضای اختناق بر رویکردهای روانکاوانه و گروه‌درمانی بود.

چپ‌گرایان به انتقاد از این رویه پرداختند و پشتیبانی رسمی از روان‌پزشکی زیست‌شناختی را به منزله‌ی تلاش دولت برای سیاست‌زدایی از حوزه‌ی درمان روانی و در جهت منافع طبقه‌ی حاکم دانستند. منتقدان این گرایش همچنین به نقد جزئیات شیوه‌های درمانی آن هم پرداختند. با این حال، راموس بر این نظر است که در مجموع گرایش دولت نظامی بر محو کامل درمان‌های جامعه‌نگر و روانکاوی نبوده است و نشریات دولتی تخصصی هم در این مرحله‌ی پایانی دیکتاتوری به این سمت نرفتند، بلکه رویکردشان در سرکوب گرایش‌های جامعه‌گرا اصولاً فنّی بود و نه راهبردی.

برای مثال مقامات رسمی در سال ۱۹۷۳ با رهبران چپ‌گرای فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین همکاری کردند تا «نظام جامع سلامت ملی» را تدوین کنند؛ برنامه‌ای متمرکز بر «پیشگیری و بازپروری» که از معدود تلاش‌ها در تاریخ آرژانتین برای پدیدآوردن نظام سلامتی است که منابع مالی را برای فراهم

آوردن خدمات سلامتِ روان به کل جمعیت فراهم می‌کند. فدراسیون بعداً از دولت انتقاد کرد که نظام جامع سلامت را دستکاری کرده است تا منافع بخش خصوصی درمان را تأمین کند، اما از نظر راموس همین همکاری نشان می‌دهد که مقاماتی در دولت نسبت به رویکردهای مترقی روان‌درمانی نظر مساعد داشتند.

وقتی ویده‌لا کودتا کرد، نظام جامع سلامت به تعلیق درآمد زیرا در پی وضع قانونی که امر به اخراج مخالفان سیاسی می‌داد، مؤسسات درمانی که خدمات این نظام را ارائه می‌دادند اکثریت کارکنانشان را از دست دادند و از کار افتادند. با این حال راموس اشاره می‌کند که بیمارستان‌های دولتی و تحت نظارت روان‌پزشکان رسمی نزدیک به حکومت نظامی، بخش‌هایی را حفظ کردند که همچنان مبتنی بر گروه‌درمانی بودند.

اما شاید جالب‌توجه‌ترین واقعیت تاریخی که راموس برای تأیید نظرش به آن استناد می‌کند این باشد که حکومت نظامی «روند بازسازماندهی ملی» پس از استقرار صرفاً به کشتار و ناپدید کردن مخالفان و فراری‌دادنشان اکتفا نکرد، بلکه در عرصه‌های مختلف به مبارزه‌ی ایدئولوژیک با آنها روی آورد. یکی از این عرصه‌ها چهارچوب علوم روان بود. در اینجا مسئله این بود که روان‌پزشکی زیستی به لحاظ نظری چارچوب کل‌نگری به دست نمی‌داد که بتوان از آن گفتاری ایدئولوژیک استخراج کرد. به همین دلیل، پردازندگان گفتارهای ایدئولوژیک که در خدمت نظامیان حاکم بودند

در این عرصه به استفاده از مفاد نظریه‌های روانکاوانه پرداختند که چهارچوب‌های وسیع‌تری را برای تفسیر رفتار بشری در اختیارشان می‌گذاشت. یعنی دقیقاً همان گفتاری که قبلاً نمایندگانش را تحت آزار و پیگرد قرار داده

بودند. راموس نشان می‌دهد که این مجرای غریب، به نحوی امکان تداوم گفتار روانکاوانه را حفظ کرد. به‌این‌ترتیب، نویسندگان نشریات رسمی روان‌پزشکی، در همان مقالاتی که به همکاران سابقشان می‌تاختند و روان‌پزشکان چپ‌گرا را مصداق بیمار روانی می‌خواندند، به استفاده از رویکرد گروه‌گرا روی آوردند تا بتوانند گفتاری معنی‌دار برای حمله به مخالفانشان ترتیب دهند.

دستگاه حاکم که در مقاطعی به همکاری با فدراسیون روان‌پزشکان آرژانتین پرداخت. وقتی اکثریت اعضای فدراسیون را تحت تعقیب و آزار قرار داد و عملاً آن را از بین برد، به تصرف مبانی نظری گفتارهای فدراسیون روی آورد و سعی کرد آن را به نفع خود به کار گیرد. این همان چیزی است که از نظر راموس نیازمند توجه بیشتری است و روایت سرراست متداول که صرفاً بر سرکوب روان‌کاوی و درمان جامعه‌گرا انگشت می‌گذارد، ندیده‌اش می‌گیرد .

ایان هَکینگ:

شاقول مردم‌سازی: سالم‌ها دست‌راست، بیمارها دست‌چپ

ایان هَکینگ فیلسوف کانادایی و استاد بازنشسته‌ی دانشگاه تورنتو در فلسفه‌ی علم است. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Hacking, Ian. “Making Up People” *London Review of Books*. No. 16, Vol. 28. 2006

کارکرد طبقه‌بندی جوامع در حوزه‌های علوم پزشکی و انسانی چیست؟ وقتی آدم‌ها را مطابق معیارهایی دسته‌بندی می‌کنیم چه تأثیری بر آنها می‌گذاریم؟ این دسته‌بندی‌ها چه ادعایی دارند و در عمل چه نقشی در ساختار قدرت و فهم و رابطه‌ی انسان‌ها با یکدیگر بازی می‌کنند؟ یکی از پاسخ‌های ممکن این است که این دسته‌بندی‌ها بعضی وقت‌ها می‌توانند نوعی از زیستن را خلق کنند که تابه‌حال وجود نداشته است.

ایان هَکینگ فیلسوف علم مشهور کانادایی مثالی می‌زند: «سال ۱۹۸۶ بود که نوشتم ممکن نیست هیچ‌وقت مشابه میخانه‌ای که برای هم‌جنس‌خواهان

داریم، میخانه‌ای هم برای «چندشخصیتی‌ها» داشته باشیم. سال ۱۹۹۱ اما برای اولین بار به میخانه‌ی چندشخصیتی‌ها رفتم.»

هکینگ می‌گوید وقتی در علوم اجتماعی و رفتاری مردم را دسته‌بندی می‌کنیم، هدف‌های گوناگونی داریم. گاهی می‌خواهیم کنترلشان کنیم، مثل موقعی که بزهکاران را دسته‌بندی می‌کنیم؛ گاهی می‌خواهیم کمکشان کنیم، مثل وقتی که طبقه‌بندی خانه‌به‌دوشان را طرح می‌کنیم؛ گاهی می‌خواهیم کمکشان کنیم، ولی در عین حال خودمان را هم از آنها مصون نگه داریم، مثل وقتی که در طبقه‌ی بیماری واگیرداری می‌گذاریمشان؛ گاهی آنها را دسته‌بندی می‌کنیم تا سرمشق قرارشان دهیم، مثل وقتی خلاق می‌خوانیمشان. اما در این کمک‌کردن، مصون‌ماندن یا سرمشق قراردادن، آدم‌ها داخل دسته‌بندی‌ها ثابت باقی نمی‌مانند، بلکه آدم‌ها و دسته‌بندی‌ها متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند و همدیگر را تغییر می‌دهند و در نتیجه‌ی این اثرگذاری متقابل، آدم‌ها دیگر آن آدم‌های سابق نخواهند بود. هکینگ به این امر می‌گوید «اثر حلقه‌ای یا سلسله‌وار» (Looping Effect).

برخی اوقات هم علم با دسته‌بندی‌کردن آدم‌ها، انواعی از مردم را درست می‌کند که پیش از آن وجود نداشته‌اند؛ این همان چیزی است که هکینگ به آن می‌گوید «مردم‌سازی»: مردمی خاص با هویتی جدید از پس دسته‌بندی ساخته و شناخته می‌شوند. هکینگ می‌گوید که ما در شاخه‌های مختلف علوم انسانی، علوم اجتماعی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، و تا حد زیادی پزشکی بالینی این دسته‌بندی‌ها را صورت می‌دهیم و با این دسته‌بندی‌ها خیلی از اوقات واقعاً مردمانی را که تا پیش از آن تعریف نشده بودند می‌سازیم.

اما این یعنی چه؟ یک مثالش همین دسته‌بندی چندشخصیتی‌هاست: حوالی دهه‌ی ۱۹۷۰ بود که الگوهای رفتاری غریبی ظهور کرد؛ شبیه پدیده‌ای که یک قرن قبل‌تر مورد بحث قرار گرفته بود و عمدتاً فراموش شده بود. تعدادی از روان‌پزشکان تشخیص شخصیت چندگانه را روی کسانی گذاشتند که این رفتار را بروز می‌دادند. رفته‌رفته، آدم‌های ناشادتر بیشتری این عارضه را از خود بروز دادند. اوایل آدم‌ها یک یا دو یا سه شخصیت داشتند. ظرف یک دهه، متوسط تعداد شخصیت‌های چندشخصیتی‌ها به ۱۷ تا رسید.

روان‌پزشکانی که این تشخیص را به رسمیت می‌شناختند، علت‌های این عارضه را هم معین کردند. البته همه‌ی نحله‌های روان‌شناسی یا روان‌پزشکی هم چنین تشخیصی را قبول نداشتند. به قول هکینگ، اگر در اُنتاریوی کانادا نزد روان‌پزشک بروید و از ابتلا به اختلال چندشخصیتی شکایت کنید، از شما می‌خواهد که کارت بیمه‌ی درمانی‌تان را نشانش دهید. بعد به عکس روی کارت اشاره می‌کند و می‌گوید، تنها آدمی که من درمانش می‌کنم همین است.

حرف مهم هکینگ این است که «آدم چندشخصیتیِ دهه‌ی ۱۹۸۰، تا پیش از آن در تاریخ نوع بشر ناشناخته و بی‌سابقه بود.» هکینگ برای اینکه منظورش را دقیقاً روشن کند، برای توضیح این اتفاق دو احتمال را پیش می‌کشد :

الف. تا پیش از سال ۱۹۵۵ هیچ آدم چندشخصیتی‌ای وجود نداشت؛ پس از ۱۹۸۵ تعداد بالایی از این افراد وجود داشتند.

ب. در سال ۱۹۵۵ چندشخصیتی‌بودن راهی برای اینکه کسی باشیم نبود، مردم خودشان را به این شکل تجربه نمی‌کردند، با دوستانشان، خانواده‌شان، کارفرمایشان، و مشاورشان بر این اساس تعامل

نداشتند؛ ولی در ۱۹۸۵ چندشخصیتی‌بودن هم تبدیل به راهی شد تا برای خودت در جامعه کسی باشی و خودت را به این عنوان تجربه کنی.

از نظر هکینگ هر دو این گزاره‌ها درست است. هواداران واقعی و سلبی بودن «اختلال هویت گسسته» است، احتمالاً با گزاره‌ی الف موافق نیست و فکر می‌کند پیش از ۱۹۵۵ هم آدم‌هایی بودند که شخصیت‌های بدیل متنوعی داشتند، اما بیماری‌شان تشخیص داده نمی‌شد.

خود هکینگ نظر مشابهی راجع به اوتیسم و به‌طور مشخص راجع به اختلال آسپرگر، به‌عنوان «اوتیسم با کارکرد بالا» دارد. این گزاره که «هیچ اوتیست با کارکرد بالایی در ۱۹۵۰ وجود نداشت؛ اما پس از ۲۰۰۰ تعداد آنها بالا رفت» از نظر هکینگ نادرست است؛ قبل از این تاریخ هم قاعدتاً کسانی به این اختلال دچار بودند، ولی تا پیش از آنکه این اختلال آسپرگر نام بگیرد، مردم ذیل دسته‌بندی‌ای با چنین خصوصیاتی با آنها برخورد نمی‌کردند و خودشان هم خودشان را به عنوان بیمار تجربه نمی‌کردند. اما این دسته‌بندی‌کردن چطور صورت می‌پذیرد؟

هکینگ می‌گوید این علوم موتورهای محرکه ای دارند که دسته‌بندی‌ها را راه می‌اندازند و صورت می‌دهند. مثلا استفاده از آمار و مطالعات آماری مردم موتوری اساسی است. یکی دیگر از این موتورها این است که ما پیوسته می‌کوشیم مردم را بررسی پزشکی کنیم و آنها را از دریچه‌ی نگاه بالینی و تشخیصی بسنجیم: از دهه‌ی ۱۸۳۰ پزشکان مغز کسانی را که خودکشی کرده بودند تشریح می‌کردند تا ببینند علت امر را می‌یابند یا نه.

اگر بخواهیم پا را از علت‌یابی بیماری‌ها فراتر بگذاریم، معمولاً سعی می‌کنیم آدم‌ها را به لحاظ زیست‌شناختی بررسی کنیم تا مبانی زیست‌شناختی مسائلی را بشناسیم که گروههای مختلف مردم را شکل می‌دهند. در دهه‌های اخیر برای این بررسی زیست‌شناختی تا حد زیادی به علم ژنتیک امید بسته‌ایم. به این ترتیب به قول هکینگ: «چاقی که زمانی مشکل ضعف اراده به حساب می‌آمد، به قلمروی پزشکی درآمد؛ بعد در قلمروی زیست‌شناسی قرار گرفت و در حال حاضر به دنبال گرایش‌های ارثی و ژنتیکی برایش هستیم. راجع به شخصیت مجرم و بزهکار هم همین را می‌شود گفت.»

از نظر هکینگ، وقتی آدم‌ها را در قالب این دسته‌بندی‌ها جا می‌دهیم، در واقع به نوعی برچسب‌زدن و «نام‌گرایی» فلسفی اتکا می‌کنیم. نام‌گرایی یعنی دسته‌بندی‌ها وجود دارند، تنها به این دلیل که ما ایجادشان کرده‌ایم. نام‌گرایی‌ها یا ایستا هستند یا پویا.

دسته‌بندی‌های ذیل نام‌گرایی‌های ایستا ثابت می‌مانند و در گفتمان طبی و عمومی حک می شوند. هکینگ اما بیشتر متوجه‌ی دسته‌بندی‌های پویاست؛ همان‌طور که در ابتدا اشاره شد، وقتی آدم‌ها را در طبقاتی جا می‌دهیم، صرف همین نامیده‌شدن می‌تواند باعث شود آنها با این نام و عوارضش تعامل کنند و در گذر زمان معنا و مصداق نام و دسته‌بندی مورد نظر دستخوش تحول شود. هکینگ برای رساندن معنای این دسته‌بندی پویا به سخنی از نیچه در کتاب «دانش شادان» استناد می‌کند :

> چیزی هست که برایم بیش‌ترین دشواری را به بار می‌آورد و دشواری‌اش بی‌اینکه مجال یابم از آن رها شوم تداوم می‌یابد: بیان‌ناپذیری امور بیشتر وابسته به این است که آنها را چه می‌نامیم

نه اینکه واقعاً چه هستند... ساختن نام‌های جدید و به‌دست‌دادن ارزیابی‌های تازه و حقایق نمایان برای ساختن «چیزهای» جدید کافی است. ساختن مردم از موارد خاص این پدیده است.

هکینگ سعی می‌کند نشان دهد که علم چگونه این دسته‌بندی‌ها را برای ساختن مردم در قالب همان «موتور»هایی که گفتیم صورت می‌دهد و این کار را با دسته‌بندی‌کردن موتورهای علم انجام می‌دهد. او ده پیشرانه یا موتور برای پیشبرد این دسته‌بندی‌ها را بر می‌شمرد. هفت تای اول برای کشف و منظم‌کردن دسته‌بندی‌ها به کار می‌روند. پیشرانه‌ی هشتم برای تمرین و آزمودن دسته‌بندی است و نهمی برای تدبیر کردنش در قالب امور اداری اجتماع، و دهمی به مقاومت دسته‌بندی‌شوندگان در برابر دسته‌بندی‌کنندگان مربوط می‌شود. اما پیشرانه‌ها:

۱- شمردن: نخستین کاری که معمولاً موجب آغاز شکل‌دادن به دسته‌بندی می‌شود، شمردن یا به قول قدما «احصاء» آدم‌هایی است که نهایتاً در آن دسته‌بندی قرار می‌گیرند. مثال هکینگ به اوتیسم مربوط است: اولین تلاش طراحی‌شده برای شمردن کودکان اوتیستی در دانشگاه لندن صورت گرفت و ۴ و نیم نفر در هر ۱۰ هزار کودک را دارای اوتیسم برآورد کرد. به تدریج اوتیسم ملاک منعطف‌تر و گسترده‌تری یافت و شمار افراد دارای اوتیسم در برآوردهای بعدی به بیش از ده برابر این میزان (۵۷ نفر در ۱۰ هزار) رسید. این شمردن عاری از تبعات نیست: برای مثال، تعداد افراد درون دسته‌بندی‌ها در نهایت روی تصمیمی که در سیاست‌گذاری‌ها راجع به آنها می‌گیرند، موثر است.

۲. کمیّت فاکتورها: وقتی با دسته‌بندی‌ای مانند چاقی طرف هستیم، به‌لحاظ علمی «شاخص توده‌ی بدنی» افراد را اندازه می‌گیریم. افراد با میزانی از

شاخص توده‌ی بدنی، بنا به ملاک‌های مختلف ممکن است چاق شمرده شوند یا نشوند؛ این از جمله جاهایی است که می‌توان پویابودن دسته‌بندی را در خلال زمان و تحت تأثیر ملاک‌های دیگر نشان داد. برخی دسته‌بندی‌ها مانند اوتیسم هم کمیّت‌بردار نبوده‌اند؛ ملاکی برای اندازه‌گیری نداریم و نمی‌توانیم بگوییم از حدی بالاتر یا پایین‌تر در آن فرد دارای اوتیسم است.

۳. وضع‌کردن هنجار: جُرج کانگیلِهِم پزشک و فیلسوف فرانسوی در کتاب کلاسیک خود با نام وضعیت نرمال و پاتولوژیک (بیمارگونه) شان داد که مفهوم «نرمال»بودن یا هنجاری‌بودن تا پیش از سال ۱۸۰۰ به پزشکی راه نیافته بود و معنای آن محدود به هنجارهای کمّی در زبان علوم ریاضی و فیزیک بود. امروزه اما در طب دسته‌بندی‌های مختلف داریم که بدنها یا ارگانهایی با ویژگیهای مشخص را را در طیف نرمال یا هنجاری قرار می‌دهد (مثل طیفی از توده‌های بدنی را) و هرچه خارج از آن را ناهنجار به معنای بیمارگونه می‌شمارند؛ البته برخی از غیرهنجارها نیز، مثل مفهوم قدیمی «نبوغ»، بیماری شمرده نمی‌شوند.

۴. یافتن همبستگی: می‌توان گفت که بنیادی‌ترین تلاش علوم اجتماعی برای یافتن همبستگی (correlation) بین پدیده هاست. مثلا همبستگی بین بیماری با فقر. کشف همبستگی به حوالی سال ۱۸۷۰ و کارهای پیشگام علوم آماری فرانسیس گالتون برمی‌گردد. تلاش برای پیداکردن همبستگی آماری اوتیسم با چیزهای دیگر، یا همبستگی چاقی با چیزهای دیگر، در واقع فرایند علمی است برای فهم تأثیرهایی که موجب ساخته‌شدن این دسته‌بندی‌ها می‌شوند، یا تأثیرهایی که بر آنها می‌شود گذاشت

۵. بررسی از دید پزشکی بالینی: ما انواع و اقسام مردم را بی‌رحمانه و بی‌ملاحظه مورد بررسی پزشکی و ارزیابی تشخیصی (diagnostic) قرار می‌دهیم و خیلی وقت‌ها هم پیشرفتی از این بررسی‌ها حاصل نمی‌شود. خود اوتیسم ابتدا توسط روان‌پزشکی که به درمان کودکان می‌پرداخت به‌عنوان بیماری تشخیص داده شد و در گروه اختلالات ذهنی دسته‌بندی شد و به این ترتیب در آغاز تبدیل به یک بیماری و بنابراین مشکلی پزشکی شد (مصداقی از پدیده‌ی مدیکالیزه‌کردن). اما در نهایت دیدگاهی که غالب شد این بود که اوتیسم نوعی ناتوانی یا اختلال رشد است و به‌این‌ترتیب، کم‌تر از پیش بیمارگونه به شمار آمد. بااین‌حال، رویکرد بررسی پزشکی همچنان رویکردی پرنفوذ و البته کارآمد است.

۶. بررسی زیست‌شناختی: اگرچه دسته‌بندی‌هایی مانند اوتیسم نوعی ناتوانی است، اما علت‌های زیست‌شناختی و بیولوژیک دارد و مشخصاً علت‌های عصب‌شناختی (neurological). هکینگ به نکته‌ی بسیار مهمی در خصوص پدیده‌ی مدیکالیزه‌کردن و زیست‌شناختی‌کردن دسته‌بندی‌ها اشاره می‌کند: «یکی از بزرگ‌ترین منافع اخلاقی زیست‌شناختی‌کردن این است که شخص را از بار مسئولیت، شرم، یا حس گناه رها می‌کند. مثلا اگر پرخوری را به عدم تعادل شیمیایی بدن نسبت دهیم، دیگر نقصی اخلاقی به حساب نمی‌آید.» (البته گاهی هم مدیکالیزه‌کردن عملکرد معکوس دارد)

۷. بررسی ژنتیکی: امروز دیگر بررسی‌های ژنتیکی و ویژگی‌های افراد امری آشنا و بسیار فراگیر است، اما موضوع جدیدی نیست. بیش از یک قرن پیش هم پزشکان به دنبال خاستگاه‌های ژنتیک رفتار مجرمانه و شخصیت مجرمانه و از این قبیل می‌گشتند.

۸. عادی‌سازی یا نرمالیزه‌کردن: در بسیاری از موارد می‌کوشیم انحراف‌های نادلخواه را به وضع هنجاری قابل قبول از نظر طبی نزدیک کنیم. در واقع از منظر غالب در پزشکی مدرن، کار اصلی طب همین عادی‌سازی و نورمالیزه کردن (normalization) است.

۹. نهادینه‌کردن: نهادینه‌کردنِ (institutionalization) به معنای قانون‌مند کردن رویه‌ها و رویکردهای پزشکی در جامعه و تعبیه‌ی یک سری اقدامات متناسب در ساختارهای اداری جامعه است. نهادینه‌کردن سویه‌ی دیگری از پدیده‌ی مدیکالیزه‌کردن است. اینکه در ملل پیشرفته، کودکان دارای انواع ناتوانی‌های رشدی و ذهنی را جدا می‌کنند و برایشان آموزش‌های مناسب در نظر می‌گیرند، یا اینکه شهرداری‌ها موظف می‌شوند برای تسهیل تردد کسانی که ناتوانی‌های حرکتی دارند در سطح شهر تسهیلاتی در نظر بگیرند، مصداق اداری‌کردن است.

۱۰. بازپس‌گیری هویت خود: گروه چشمگیری از آدم‌هایی که هدف بررسی و تشخیص پزشکی قرار می‌گیرند و طبقه‌بندی می‌شوند و برایشان ترتیبات اداری در نظر گرفته می‌شود، امروزه بیش از پیش می‌کوشند که خودشان سرنوشتشان را به دست بگیرند، و تعیین و تدبیر هویتشان را یکسره به دیگران نسپارند و به عنوان کسانی که این هویت را پیش و بیش از همه تجربه می‌کنند، حرف اول را بزنند. مورد همجنس‌گرایان که زمانی به‌شدت تحت نظارت و رسیدگی پزشکی بودند شاید بهترین نمونه از این دست باشد.

به‌این‌ترتیب، دسته‌بندی آدم‌ها – بسته به اینکه در چه بستر و شرایط و با چه رویکرد اخلاقی انجام شود – می‌تواند پیامدهای مهم مثبت یا منفی داشته باشد. دسته‌بندی آدم‌ها می‌تواند موجب کمک به کسانی شود که تا پیش از

دسته‌بندی‌شدن، بر اساس خصوصیتی شناخته نمی‌شوند، خودشان خود را در میان جمع بدانسان تجربه نمی کنند، و جامعه آنها را مورد توجه قرار نمی‌دهد. از سویی همین طبقه‌بندی‌ها می‌تواند روی آدمها برچسب بزند و آنها را منزوی کند. قطعاً مثال‌های جدی و مصیبت‌باری از دسته‌بندی می‌توان ارائه کرد: مثل دسته‌بندی نژادی توسط پزشکان نازی.

اما اگر وجه پویا و دموکراتیک و انتقادی را برای دسته‌بندی‌ها در نظر بگیریم، یا بگوییم دسته‌بندی‌هایی را در نظر داشته باشیم که با این شرایط انجام می‌شوند و امکان تغییر مداوم در آنها لحاظ شده، می‌بینیم که همان‌طور که هکینگ نشان می‌دهد این امر ابزاری توانا برای جلوگیری از مصائب بشری است: کافی است به موج‌های خودکشی بیندیشیم و تلاش برای فهم و شناخت اینکه چه کسانی انتحار را انتخاب می‌کنند؛ به اینکه چگونه دانشمندان همبستگی میان خودکشی و افسردگی را برآورد می‌کنند و سعی می‌کنند ملاک‌هایی برای پیش‌بینی آن بیابند.

با چنین دسته‌بندی‌هایی ما گروهی از مردمان را می‌سازیم؛ یعنی به آنها حیاتی اجتماعی می‌دهیم که در آن خصوصیاتشان بازشناسی می‌شود و این بازشناسی به بهترشدن زندگی خودشان و اطرافیانشان کمک می‌کند.

بریجید فیلیپ:

سیاست کتاب‌های خودیاری:
حالِ بد تقصیر حکومت نیست!

بریجید فیلیپ پژوهشگر سلامت روان و علوم اجتماعی در دانشگاه موناش استرالیاست. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Philip, Brigid. “Analyzing the Politics of Self-Help Books on Depression,” *Journal of Sociology: The Australian Sociological Association,* Volume 45(2): 151-168.

این روزها در بیش‌تر جاهای دنیا، هر کتابفروشی معتبر و بزرگی یک قفسه‌ی عریض و طویل به نام خودیاری دارد؛ قفسه‌ای که کتاب‌هایش مدعی هستند طیف وسیعی از مشکلات عاطفی، ارتباطی و روانی را درمان می‌کنند، از رهایی از یک جدایی غم‌انگیز و ترمیم قلب شکسته گرفته تا اضطراب، اعتیاد، پیشرفت در زندگی حرفه‌ای، و تقویت حس مثبت به خویشتن.

فلسفه‌ی ژانر خودیاری این است که هر خواننده‌ی مشتاقی می‌تواند تنها با کمک ابزارها و یافته‌های ارائه‌شده در یک کتاب، مشکلات روانی‌اش را بدون وابستگی به نظام درمانی و درخواست کمک از اطرافیان حل و در سیر مطلوب

خود رشد کند. افسردگی یکی از پرطرفدارترین موضوعات کتاب‌های خودیاری است. این کتاب‌ها معمولا بدون اینکه سراغ تحلیل ساختاری افسردگی بروند، صرفا یک سری راهکار و تدابیر عملی برای رهایی از افسردگی پیشنهاد می‌دهند. اما بیش‌تر این تدابیر سطحی و پیش پا افتاده‌اند؛ ممکن است بتوانند به بعضی از خوانندگان یاد بدهند از زندگی لذت بیش‌تری ببرند یا احساس بهتری به خودشان داشته باشند، اما نمی‌توانند افسردگی بالینی و مزمن را درمان کنند. حتی آن دسته از کتاب‌هایی که به یافته‌هایی از علوم مختلف، از جمله روانشناسی، ژنتیک، و روانپزشکی اشاره می‌کنند هم نمی‌توانند جایگزین تشخیص و درمان افسردگی شوند. اما اگر این کتاب‌ها نمی‌توانند افسردگی را درمان کنند، پس چرا اینقدر پرفروش و پرطرفدار هستند؟

کارکرد اجتماعی مکتب خودیاری و تکیه‌اش بر استقلال فرد برای درمان خودش چیست؟ بریجید فیلیپ ،پژوهشگر سلامت روان و علوم اجتماعی در دانشگاه موناش استرالیا ،برای تحلیل حوزه‌ی خودیاری، به سراغ یکی از پرفروش‌ترین کتابهای خودیاری می‌رود. فیلیپ در پژوهش خود ساختار کلی کتاب‌های خوددرمانی را توضیح می‌دهد و سیاست پنهان در پشت تولید و چاپ این کتاب‌ها را آشکار می‌کند.

رسیدن به احساس خوب

دیوید بِرنْز ،استاد سابق روانپزشکی در دانشگاه استنفورد و نویسنده‌ی کتاب پرطرفدار «احساس خوب: روش جدید درمان خلق‌وخو»[(۱)] است. برنز در روان‌درمانی یکی از پیشروان رویکرد رفتاری-شناختی است؛ رویکری که معتقد است می‌توان از طریق تغییر هدفمند رفتارهای روزمره، احساسات نامطلوب و آزاردهنده را در جهت مطلوب تغییر داد. برخلاف رویکرد روان‌تحلیل‌گری که

ضمیر ناخودآگاه را ریشه‌ی اصلی احساسات می‌داند، شیوه‌ی درمانی رفتاری-شناختی به دنبال شناسایی و تصحیح هوشمند رفتارهای خودآگاه در جهت تغییر احساسات است. در کتاب احساس خوب، برنز به خواننده کمک می‌کند که افکار افسرده‌کننده‌ی خود را بشناسد و آنها را به چالش بکشد.

کتاب برنز بیش از سه میلیون نسخه در دنیا فروش داشته و جزو پرفروش‌ترین کتاب‌های خودیاری است. در یک نظرسنجی از متخصصان سلامت روان در آمریکا هم این کتاب به عنوان بهترین کتاب در زمینه‌ی خوددرمانی افسردگی معرفی شده است. اما چه چیزی این کتاب را در میان انبوه کتاب‌های خودیاری برجسته می‌کند؟

اولین مشخصه‌ی این کتاب این است که حاوی انواع مختلفی از آزمون‌های روانپزشکی است و به خواننده کمک می‌کند تا میزان افسردگی خود را اندازه‌گیری کند. دومین مشخصه‌ی کتاب این است که تاثیر اجتماعی افسردگی شخص را برجسته می‌کند و به خواننده پیشنهاد می‌دهد که اهمیت حال خود را بر مبنای تاثیرش روی همسر، اطرافیان و همکارانش بسنجد.

برنز همینجا خواننده را در یک معذوریت اخلاقی قرار می‌دهد و می‌گوید: «تلاش نکردن تو برای درمان افسردگی‌ات بر روی خانواده‌ات مستقیما تاثیر می‌گذارد». سومین و آخرین وجه تمایز کتاب برنز ارائه‌ی مفصل راهکارهای مشخص و متنوع برای غلبه بر افسردگی است؛ راهکارهایی از قبیل روزمره‌نویسی، مراقبه و مدیتیشن ، (Meditation) تحرک بدنی یوگا و ورزش، و یا وقت‌گذرانی با خانواده و دوستان نزدیک.

خوددرمانی افسردگی

اگر بخواهیم کتاب برنز را با نگاه فوکویی بررسی کنیم، می‌شود گفت این کتاب یک معضل روانی حاد مانند افسردگی را عادی‌سازی (Normalize) می‌کند؛ گویی ادعا می‌کند اگر مشکلی در این زمینه دارید فکر نکنید اتفاق خطیری برای شما افتاده است، کافیست سری به کتابفروشی محل بزنید و از دستورات کتاب من پیروی کنید تا دوباره حس‌وحال خوبتان را بازیابید.

توصیه‌هایی که برنز در کتاب خود ارائه می‌کند مطابق روش‌های روانشناختی است و پایه‌ی علمی دارند، اما مشکل جای دیگری است. پیش‌فرض ارائه‌ی این توصیه‌ها این است که بیمار افسرده می‌تواند صرفا از راه تمرین‌های ساده‌ی خوددرمانی بهبود یابد. این پیش‌فرض ساده‌انگارانه است و در آن یک بیماری پیچیده که در اثر ترکیبی از عوامل مختلف اجتماعی، سیاسی، تجربه‌ی زیسته، شیوه‌ی زندگی روزانه و ژنتیک به وجود می‌آید، در حد یک مشکل روزانه فروکاسته می‌شود. برنز و دیگر نویسندگان ژانر خودیاری تاثیر عوامل بیرونی بر شخص را نادیده می‌گیرند و آشوب خودساخته و بی‌دلیل درون شخص را باعث‌وبانی همه‌ی مشکلات او می‌دانند.

به زبان دیگر، کتاب‌های خودیاری برای یک شخص کاملا سالم نوشته شده‌اند که در یک محیط ایده‌آل سیاسی و اجتماعی و خانوادگی زندگی می‌کند، بر شرایط زندگی‌اش و ذهنش و احساسش تسلط کامل دارد و کافیست قدری انرژی و انگیزه بگیرد که خود را تغییر دهد. بااین‌حال، همه‌ی این توصیه‌ها عمومی هستند و فرض می‌کنند وضعیت شخص ربطی به طبقه و جنسیت و قومیت و جایگاه اجتماعی‌اش ندارد. برهمین‌اساس، بسیاری از تمرین‌هایی که در این کتاب‌ها ارائه شده‌اند هم بر اساس یک ذهنیت لیبرال نوشته شده که در آن فرد

جدا از جامعه، کاملا منطقی و مسلط بر زندگی خویش است و خودش باید به داد خودش برسد. برنز مدام تاکید می‌کند که باید میان افکار منطقی، واقع‌بینانه و عینی، و افکاری که غیرمنطقی، مخرب و بدون ریشه در واقعیت هستند تمیز داد. برنز می‌گوید: «ایرادهای فکری که تو را افسرده می‌کنند را شناسایی کن و تغییر بده.» فرد در این رویکرد مقصر افسردگی‌اش است و کافیست خود را از احساسات بی‌منطق و آشفته و انتزاعی پاک کند که صبح‌ها شاداب از رختخواب بیرون بیاید.

در نگاه لیبرال، نه تنها فرد افسرده مسئول وضعیت خود است، بلکه به خاطر تاثیر منفی‌اش بر بقیه، یک معضل اجتماعی هم محسوب می‌شود .

زمامداری لیبرال و کتاب‌های خوددرمانی

برنز در کتاب خود، افسردگی را یک عارضه‌ی شناخته‌شده با یک سری نشانه‌های مشخص و قابل‌اندازه‌گیری در نظر می‌گیرد. در کنار محدودکردن حوزه‌ی وسیع افسردگی، دومین مشکل این برخورد نشانه-محور این است که دلایل بروز افسردگی همواره مسکوت می‌مانند. با حذف بحث در مورد ریشه‌ی افسردگی، برنز در واقع راه‌های دیگر برای درمان این بیماری را هم حذف می‌کند و قید هر نوع تحلیل اجتماعی و سیاسی و تاریخی را می‌زند.

آمار بالای فروش کتاب‌های خودیاری و هجوم مردم برای استفاده از آنها نشانگر نوعی سیاست زمامداری لیبرال است که، به تعبیر فوکویی، مسأله‌ی مراقبت از سلامت روان را امری خصوصی تلقی می‌کند، آن‌را به گردن شخص می‌اندازد و از حیطه‌ی وظایف و مسئولیت‌های اجتماعی دولت خارج می‌کند. کتاب‌های خودیاری دقیقا بر سه ویژگی فردی در زمامداری لیبرالیستی استوارند:

عقلانیت، حریم خصوصی و استقلال. در رویکرد آنها، خواننده‌ی کتاب لزوما دوگانه‌ی رویکرد منطقی در برابر رویکرد غیرمنطقی را مصادف با سلامتی در برابر بیماری فرض می‌کند. ایده‌آل در این نگاه یک فرد عاقل است که بر اساس تصمیم‌گیری‌های درست که به او پیشنهاد شده می‌تواند از مشکلش رها شود و به یک «شهروند فعال» تبدیل شود؛ شهروندی که با خرسندی هر روز سر کار می‌رود، تولید دارد و برای جامعه‌اش سودمند است. چنین شهروندی در کنار کار، وقتش را در کنار خانواده‌ی خود و یا در جهت رشد فردی می‌گذارد و زمانش را با فکرکردن درباره‌ی مسائل پیچیده و بی‌جواب سیاسی و اجتماعی تلف نمی‌کند.

با این تفاسیر، افسردگی امری خصوصی محسوب می‌شود و فرض بر آن است که مشکلی در ذهن و روان شخص، و نه در جامعه، عامل آن است. تقسیم فضای جامعه به عمومی و خصوصی یکی از ارکان زمامداری لیبرالیسم برای کنترل رفتار، خواسته‌ها و اهداف شخص است. فرد در این تقسیم‌بندی فرض می‌کند که با وجود اینکه دولت «ناچار است» فضای عمومی را کنترل کند، فضای خصوصی شخص از آن خود اوست. به‌این‌ترتیب، اگر مشکلی در حریم خصوصی پیش آمده، مسئولش خود شخص است، حال آنکه کیفیت فضا و زندگی خصوصی هر فردی کاملا نشات گرفته از زندگی اجتماعی او و تجربه‌اش در فضای عمومی است؛ واقعیتی که نگاه لیبرال از تحلیل و توجه به آن سرباز می‌زند.

دولت در ذهنیت زمامداری لیبرال وظیفه‌ای در قبال سلامت روان و امنیت عاطفی مردم احساس نمی‌کند. این‌که چه سیاست‌ها و رویه‌ها و ساختارهای سیاسی به بروز معضلات روانی منجر می‌شوند دیگر محل سوال نیست. دولت ترجیح می‌دهد در قبال این که اتباعش چه حالی دارند نه مسئولیتی به گردن

بگیرد و نه هزینه‌ای کند. به همین دلیل هم نیازی به تغییر اوضاع و بهبود محیط اجتماعی و سیاسی نیست. محل درمان به حریم شخص فردی و اوقات فراغت او برای پرسه‌زنی در کتابفروشی منتقل می‌شود. پشتوانه‌ی دیگر این انتقال درمان از محیط عمومی به شخص، فهم لیبرال از استقلال فردی است. نگاه لیبرال ادعا می کند که افراد افسرده تحت کنترل دولت نیستند و در مسیر درمان خود آزادند. اما در قلب این استقلال، اتفاق مهمی که می‌افتد این است که مسئولیت درمان از دولت سلب می‌شود و رفتار و انتظارات افراد از دولت تعیین می‌شود.

سیستم زمامداری لیبرال و تولیدات فرهنگی این سیستم، از جمله کتاب‌های خودیاری، ادعای استقلال فرد تحت حکومت لیبرال را به ابزاری برای حکومت و نوعی تکنولوژی برای مدیریت و کنترل اتباع تبدیل می کنند. کتاب احساس خوب برنز مانند بیش‌تر کتاب‌های دیگر خودیاری در واقع فرد را در جهت حضور و تولید بهینه در نظام لیبرال سوق می‌دهند. آنها به دنبال تولید شهروند فعال هستند؛ شهروندی کاملا «منطقی» که اگر افسرده شده، مشکل از خود اوست و نه از بیرون. حتما یک ضعف درونی دارد و حالا باید خودش وقت بگذارد و هزینه کند و با کمک ابزار خودیاری در قالب یک کتاب ساده و ارزان و در دسترس موظف است از مکافات بی‌منطقی خودش رها شود .

پی‌نویس

(۱) بنگرید به:
Burns, David D. *The Feeling Good Handbook: Using the New Mood Therapy in Everyday Life*. William Morrow & Co, 1989
کتاب دیوید برنز چندین بار با عنوان‌ها و ترجمه‌های مختلف از جمله «از حال بد به حال خوب» به فارسی منتشر شده است

لورن برلانت:

مرگ تدریجی زیر سایه‌ی مستدام نظام

لورن برلانت از مشهورترین نظریه‌پردازان فرهنگی آمریکا و استاد نقد ادبی در دانشگاه شیکاگو بود. این گزارش مختصری است از منبع زیر:

Berlant, Lauren. “Slow death (sovereignty, obesity, lateral agency).” *Critical inquiry* 33.4 (2007): 754-780

زندگی در گذر زمان به نحوی طی می‌شود تا به آخر، به مرگ، برسد. اما در این فاصله، کسانی ممکن است از مجال زیستن مرفه و برخوردار داشته باشند و بتوانند به‌شیوه‌ای حیات‌بخش (life-making) یا زندگی‌ساز (life-building) عمر بگذرانند، و گروهی ممکن است به رنج مستمر گرفتار و دچار فرسودگی و زوال (attrition) مدام باشند. لورن برلانت، نظریه‌پرداز فرهنگی مشهور آمریکایی، برای این نوع زندگی اصطلاح «مرگ تدریجی» (slow death) را وضع می‌کند.

برلانت در توضیح این اصطلاح می‌گوید: «مرگ تدریجی به فرسودگی جسمانی جمعیتی و زوال مردمان عضو آن جمعیت دلالت دارد و وضعیتی است که می‌توان گفت شرایط و تجربه‌ی موجودیت تاریخی‌شان را رقم می‌زند. تأکید کلی این اصطلاح بر پدیده‌ی فرسایش جسمانی توده‌هایی است که تحت

حاکمیت‌های ملی/جهانی ساختارهای قدرت و حکومت‌گری سرمایه‌دارانه قرار دارند.» برلانت اشاره می‌کند که این دیدگاه را وام‌دار دیوید هاروی و کتاب فضاهای امید اوست.

هاروی در این اثر اشاره می‌کند که در جهان سرمایه‌داری «بیماری» را برابر با «ناتوانی از کارکردن» و ازدست‌دادن عملکرد فرد تعریف می‌کنند. اما برلانت مشاهده می‌کند که یکی از اصلی‌ترین موجبات مرگ تدریجی در جامعه‌ی آمریکا، یعنی چاقی مفرط، (obesity) به عنوان بیماری دسته‌بندی نمی‌شود؛ یا بهتر بگوییم، با آن همچون بیماری رفتار نمی‌شود، چون فردی که گرفتار چاقی مفرط است توانایی کارکردن خود را از دست نمی‌دهد.

از دید برلانت، پرداختن به چاقی مفرط و برخوردی که در جامعه‌ی سرمایه‌مدار آمریکا با آن می‌شود، راهی است برای شناخت نظام سرمایه‌داری. به‌طور معمول و با ملاک‌های رایج در همان جهان سرمایه‌داری، تأثیر نظام اقتصادی بر کیفیت زندگی مردم و میزان رضایت آنها، ارزیابی درآمد سرانه، قدرت خرید یا شاخص‌های اقتصادی دیگر است که برای سنجش رفاه به کار می‌رود. اما برلانت در مقام منتقد فرهنگی، برای تحلیل تأثیر نظام سرمایه‌داری در آمریکا بر زندگی مردم این کشور، این ملاک‌ها را کنار می‌گذارد و به سراغ ملاکی کاملاً متفاوتی می‌رود: افزایش بی‌رویه‌ی وزن آدم‌ها و آمار بالای چاقی مفرط که به‌شدت کیفیت زندگی را در مبتلایان کاهش می‌دهد.

از نظر برلانت، معضل فراگیر چاقی مفرط و بیماری‌های ناشی از آن نتیجه‌ی مستقیم سیاست‌های سرمایه‌داری دولت آمریکاست، و پاندمی وزن بالا را شیوه‌ی آگاهانه کنترل حکومتی از طریق کنترل بدن می‌داند.

اما چاقی مردم واقعا چه ارتباطی به کنترل دولتی دارد؟ همان‌طور که برلانت از هاروی نقل می‌کند، سلامت افراد در آمریکای شمالی در وهله‌ی نخست بر حسب توانایی‌شان برای کارکردن سنجیده می‌شود. بنابراین، هر مشکل پزشکی، از جمله چاقی مفرط، فقط زمانی معضل به حساب می‌آید که شخص قدرت کار و تولید خود را از دست بدهد. حتی اگر فرد مدت‌ها با انواع مشکلات جسمی و روحی ناشی از چاقی دست‌وپنجه نرم کند، نظام سلامت دولتی فقط زمانی به چاقی مفرط او به‌عنوان معضل توجه می‌کتد که در نتیجه‌ی آن از انجام کار و فعالیت‌های روزانه عاجز شود. البته در آن شرایط هم دولت خود را مسئول کمک به فرد نمی‌داند و این وظیفه عملاً به شرکت‌های بیمه و درمانگاه‌های پزشکی واگذار می‌شود.

اساس توجیه این شیوه‌ی برخورد با بیمار، نگاه لیبرال است: از آنجا که در جامعه‌ی لیبرال هر فردی آزاد، مستقل و مسئول وضعیت خودش است، مشکلات پزشکی هم نه مشکل دولت، بلکه گرفتاری خصوصی فرد محسوب می‌شوند. این نگاه به‌ویژه در برخورد با چاقی مفرط مشهود است: فرض عمومی در تلقی چاقی مفرط این است که خود فرد به دلیل بی‌ارادگی، پرخوری و تحرک پایین مسبب وضعیت بحرانی‌اش شده. تردید در این فرض و نشان‌دادن نادرستی آن از اهداف برلانت است.

برلانت معتقد است که اتفاقاً عامل اصلی چاقی مفرط، خود فرد و بی‌اراده بودنش نیست و کارکرد اصلی پررنگ‌کردن ادعای آزادی و مسئولیت فردی این است که نقش کلیدی شیوه‌ی حکمرانی در بوجود آوردن این مشکل مسکوت بماند. درعوض، تبلیغات نظام‌مند به سرزنش مداوم افراد مبتلا به چاقی مفرط می‌پردازند و نظام حاکم هم به‌اتکای این تبلیغات و باورهای جاافتاده، مسئولیتی در این خصوص نمی‌پذیرد و فرد مبتلای ملامت‌شده را به

پاس‌کاری‌های بی‌پایان شرکت‌های بیمه و درمانگاه‌ها می‌سپارد؛ روندی که اغلب نه‌تنها از میزان رنج فرد کم نمی‌کند، بلکه در شرایط بحرانی حتی بر رنج افراد می‌افزاید. با این توصیف است که برلانت چاقی مفرط را در قالب مفهوم مرگ تدریجی تعریف می‌کند و جا می‌دهد.

از نظر او، مرگ تدریجی وضعیت جامعه‌ای است که در آن سلامت مردم همواره رو به زوال است و جریان زندگی، به خاطر فرسایش پیوسته‌ی وضعیت جسمی، به مرگی آرام و تدریجی می‌ماند. به بیان دیگر، به دلیل تقلیل افراد به نیروی کار در نظام سرمایه‌داری، زندگی شاد و رضایت‌بخش به مرگی آهسته و خاموش تبدیل می‌شود. به نظر این نویسنده، این شیوه‌ی زندگی (و مرگ توام با آن) در جامعه‌ی آمریکا مشهود است، اما آنقدر عادی و همه‌گیر شده است که دیگر به چشم نمی‌آید .

وقتی از «حاکمیت» می‌گوییم، از چه حرف می‌زنیم؟

اما چه معنایی دارد که بگوییم مردم در حاکمیت سرمایه‌داری به مرگ تدریجی مبتلا می‌شوند؟ آیا یعنی اینکه سرمایه‌داری نظام حاکمی است که برای کشتن تدریجی مردم حکم صادر کرده و اجرا می‌کند؟ برلانت می‌گوید اگر بخواهیم در این زمینه به تلقی رایج از حاکمیت (sovereignty) استناد کنیم که صورت‌بندی آن در علوم انسانی که به کارل اشمیت، جورجو آگامبن، ژرژ باتای و آشیل امبمبه برمی‌گردد، به خطا می‌افتیم. برای مثال برلانت تعریف امبمبه را از حاکمیت نقل می‌کند: «اعمال حاکمیت به منزله‌ی اعمال کنترل بر میرایی آدمیان است و تعریف زندگی به‌عنوان ابراز و گسترش قدرت است.»

از نظر برلانت این تلقی به دیدگاه الهیات سیاسی به‌جامانده از قرون وسطی بر می‌گردد: دیدگاهی که از تجربه‌ی همان دوران گرفته شده که در آن حاکمان فرمان مرگ اتباع را می‌دهند یا با عفوشان به آنها زندگی می‌بخشند. برلانت در مقابل به تصویری از حاکمیت استناد می‌کند که میشل فوکو آن را صورت‌بندی کرده است و می‌خواهد مرگ تدریجی تحت حاکمیت سرمایه‌داری را بر همین اساس توضیح دهد. فوکو می‌گوید که حاکمیت «به معنای حق کشتن مردم یا بخشیدن زندگی آنها نیست. به این معنا هم نیست که حاکم اجازه دهد آنها زندگی کنند یا رهایشان کند که بمیرند.

حاکمیت به معنای حق گرفتن زندگی یا اجازه داده به ادامه‌ی حیات از طریق کنترل دائم و غیرمستقیم زیست بیولوژیک آنهاست.» به‌این‌ترتیب، اینکه اتباع زنده هستند مفروض است؛ عاملیت حاکم قدرتی دارد که اجازه می‌دهد زندگی‌ای که وجود دارد دوام بیاورد یا نه. خود فوکو برای اینکه این نوع از اِعمال حاکمیت را از اعمال حاکمیت در «حاکمیت»های سنتی متمایز کند، از اصطلاح «زیست‌قدرت» (biopower)استفاده می‌کند.

زندگی جمعی در زیست‌قدرت مدام در معرض اداره‌کردن و تنظیم از سوی قدرت قرار دارد. به‌این‌ترتیب و از نظر برلانت، این ترتیبات و تنظیمات اتخاذشده در نظام سرمایه‌داری است که امکان ادامه‌ی حیات و کیفیت آن را برای گروه‌های مختلف رقم می‌زند. این یعنی چه؟ یعنی سیاست‌هایی کلان تعریف و اعمال می‌شوند که کیفیت زندگی و طول عمر آدم‌ها را اساساً تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ اما درعین‌حال با همان دیدگاه لیبرال که اشاره شد، باز این باور را القا می کنند که این خود فرد است که واجد قدرت انتخاب شمرده می‌شود و بنابراین مسئول اتفاقاتی است که در نتیجه‌ی این «انتخاب»ها برایش رخ می‌دهد .

چاقی مفرط در آمریکا

چه کسانی بیش‌تر به چاقی مفرط مبتلا هستند؟ امروزه طبقه‌ی کارگر ایالات متحده‌ی آمریکا، بریتانیای کبیر، و به‌طور کلی، کارگران تمام کشورهایی که استفاده‌ی مستمر و فزاینده از غذاهای فرآوری‌شده در آنها رواج دارد، جمعیتی هستند که بیشترین آمار چاقی مفرط را دارند. همان‌طور که اشاره شد، با این دیدگاه رایج که چاقی مفرط را به‌نوعی مشکل ضعف اراده می‌داند، همین گروه‌ها هم هستند که به این علت بیش از همه هدف ملامت قرار می‌گیرند. اگر به رسانه‌ها رجوع کنیم، می‌بینیم که دانشمندان و خبرنگاران مدام مشغول پژوهش و تهیه‌ی گزارش راجع به چاقی مفرط و افراد مبتلا به آن هستند.

داده‌های مربوط به این افراد مرتب به شکل نمودار در می‌آید و موضوع تحلیل و بررسی قرار می‌گیرد؛ نمودار جمعیتی شاخص‌هایی مانند «شاخص توده‌ی بدنی» در گروه‌های سنی و شغلی و جنسیتی گوناگون مدام به نمایش در می‌آید؛ نمایشی که هدف از آن یادآوری «هنجار» وزن «نرمال» به ماست و ابعاد بدنی خارج از آن را «ناهنجار» می‌داند؛ به‌این‌ترتیب، ملامت معیاری عددی و عینی پیدا می‌کند.

رسانه‌ها مرتب مختصصانی را دعوت می‌کنند که راجع به همین هنجارها حرف بزنند و از عوارض چاقی مفرط روی ابعاد مختلف زندگی فرد بگویند. همزمان، کسب‌وکار لاغری که روی همین هنجارها و تبلیغات بنا شده از پول‌سازترین کسب‌وکارهای ایالات متحده شده است. اما این آمار در مورد مشکل چاقی در آمریکا چه می‌گویند؟ بنا به آمار مربوط به اواسط دهه‌ی اول قرن حاضر، ۶۰ درصد از آمریکایی‌های بزرگسال و ۲۰ درصد از کودکان آمریکایی دچار اضافه‌وزن هستند. از هر ۲۰۰۰ نوزاد، یکی از آنها با مشکلات مرتبط با چاقی به

دنیا می‌آید. از جمله‌ی آنها می‌توان به مشکلات مرتبط با بیماری دیابت اشاره کرد. باید توجه داشت که اگر چاقی هم توضیح وراثتی (ژنتیکی) داشت، مانند هر چیز دیگری که توضیح وراثتی دارد، بار مسئولیت آن تا حدی از دوش فرد برداشته می‌شد؛ اما با آماری که نقل کردیم، چطور ممکن است چاقی خاستگاه وراثتی داشته باشد؟

نکته اما نه در «انتخاب آزاد» افراد مبتلا به چاقی مفرد، و نه در وراثت است؛ همان‌طور که به اعلام مرکز آمار پزشکی آمریکا، به استناد تحقیقات مستمری که تا سال ۱۹۹۵ ادامه داشته، «عامل افزایش چاقی مفرط، محیط است و نه وراثت». مشکلات محیطی فراوانی عامل چاقی مفرط برشمرده شده‌اند و از آن میان می‌توان به اینها به‌عنوان نمونه اشاره کرد: ساعات کاری طولانی، افزایش مشاغل موقت و نیمه‌وقت، رواج روزافزون اضافه‌کاری... پیداست که همه‌ی این عوامل بیشتر روی طبقات مزدبگیر، اعم از کارگر و کارمند تأثیر و به آنها تخصیص دارند. یعنی درست همان کسانی که هدف تبلیغ و بازاریابی صنعت غذای بگیروببر (فست‌فود) هستند.

برلانت اشاره می‌کند که تحقیقات نشان داده‌اند دقیقاً تولیدات غذایی پرچربی و پرقند همین صنایع هستند که باید آنها را عامل اصلی چاقی مفرط در ایالات متحده دانست. کارمندان و کارگران از مصرف‌کنندگان اصلی فست‌فود در زمان ناهار روزهای کاری هستند. بسیاری از کارگران و کارمندان آمریکایی اصلاً برنامه‌ی غذایی خود را بر اساس خرید از دستگاه‌های فروش نوشیدنی‌های غیرالکلی (غالباً حاوی قند) و دستگاه‌های فروش غذای حاضری تنظیم می‌کنند. دلیلش این است که آنها اغلب در محل کار زمانی برای این ندارند که فارغ از کار به صرف غذا بپردازند، پس به این دستگاه‌ها که در محل کارشان یا نزدیکی آن نصب شده وابسته می‌شوند؛ از این دستگاه‌ها غذا و نوشیدنی می‌خرند و

به‌سرعت به سر کار بر می‌گردند و همزمان با ادامه‌ی کار، غذا می‌خورند یا قهوه می‌نوشند.

به‌این‌ترتیب، سیاست‌های عمومی محیط‌های کار، از عوامل اصلی بدغذایی‌های منجر به چاقی مفرط هستند. این مصداق همان حاکمیت در زیست‌قدرت است که برلانت از فوکو نقل کرد. این شیوه‌ی اعمال حاکمیت که به کوتاه‌کردن و رنج‌آورکردن زندگی طبقه‌ی مزدبگیر آمریکا می‌انجامد، مصداق برجسته‌ی دیگری هم دارد.

یکی از دلایل مهم پیدایش نسلی از آمریکایی‌ها که درصد چشمگیری از آنها چاقی مفرط دارند، سیاست‌های غذایی اتخاذ شده در آمریکا است. او در اینجا از گرگ کریستر نویسنده‌ی کتاب سرزمین چاق‌ها: چگونه آمریکاییان چاق‌ترین آدم‌های روی زمین شدند؟ ،نقل می‌کند که چگونه دلایل سیاسی باعث شد که در آمریکای دهه‌ی ۱۹۷۰، در دوران ریاست‌جمهوری نیکسون، روی مصرف قند فروکتوز بیشتر از ساکاروز تبلیغ شود و روی تولید روغن پالم بیشتر از روغن سویا سرمایه‌گذاری شود.

کسانی که این تصمیمات را گرفتند، به‌هیچ‌روی قصد آسیب زدن به مردم و یا طبقه‌ی کارگر را نداشتند. هدف آنها اساساً معطوف به دردست‌گرفتن مهار بازارهای بین‌المللی بود و پیشگیری از ورشکستگی غذایی در ایالات متحده، و نیز پایین نگاه‌داشتن قیمت مواد غذایی به منظور جلوگیری از آشوب‌های داخلی. هیچ‌کس قصد چاق کردن مردم آمریکا را نداشت: اما مجموع این سیاست‌ها منجر به افزایش وخیم چاقی مفرط در جمعیت آمریکا شد، بی‌اینکه دولت‌های پیاپی، با علم به عواقب این سیاست‌ها، مسئولیتی در این زمینه بپذیرند.

برلانت همچنین به پیچیدگی‌های صنایع غذایی در آمریکا و تأثیر خود این صنعت در افزایش مشکل چاقی مفرط اشاره می کند. او معتقد است که مقررات و برنامه‌های محلی، ایالتی و فدرال متعدد باعث می‌شوند که سهم چربی در برنامه‌ی غذایی آمریکایی ها بیش از حد مورد نیاز و سالم باشد. نکته‌ی مهم دیگر، وابستگی سلامتی غذا به سیستم قوانین مالی و مالیاتی آمریکاست. برلانت معتقد است که مطالعه‌ی تاریخچه‌ی سیاست کشاورزی و توسعه‌ی مالیاتی در آمریکا نشان می‌دهد که دستمزد کارگران به‌مرور و با اتکا به شیوه‌های غیرمستقیم کاهش داده شده است.

کاهش دستمزد بر اثر شیوه‌های مالیاتی و غیر از آن باعث شده است که قدرت خرید طبقه‌ی کارگر کاهش یابد و این هم عاملی شده است که اتکای مزدبگیران به غذاهای ارزان‌تر قندی بیشتر شود و دستشان از غذاهای با کیفیت پروتئینی کوتاه‌تر. در این ارتباط برلانت توجه‌ها را به این نکته سوق می‌دهد که جمعیت غالب چاق‌های مفرط را در دهه‌های گذشته آمریکایی‌های سفیدپوست تشکیل می‌دادند؛ همین حالا هم اگر در اینترنت تصویر چاق‌های مفرط را جستجو کنید، بیشترین تصاویر متعلق به سفیدپوستان است.

بااین‌حال، امروزه این ناهنجاری در همه‌ی نژادها و همه‌ی مناطق آمریکا دیده می‌شود. درعین‌حال، تعداد آمریکایی‌هایی که فقیر هستند و به کمک-وعده‌های غذایی نیاز دارند و یا گرسنگی دائمی را تجربه می کنند، رو به افزایش است و روند به سمتی رفته است که چاقی مفرط در جمعیت آمریکایی‌های بومی، آفریقایی-آمریکایی‌ها، و به‌خصوص مکزیکی‌ها بیشتر از آمریکایی‌های نژاد آنگلوساکسون و یا آسیایی است .

چاقی مفرط و ساختار سرمایه‌داری

به‌این‌ترتیب، برلانت نشان می‌دهد که چاقی مفرط در آمریکا عمدتاً تحت تأثیر سیاست‌گذاری‌های تعیین دستمزد، ساعات کاری و سیاست‌های کلان اقتصادی تعیین شده در دوران جنگ سرد گسترش یافته است. اما علاوه بر این، برلانت نشان می‌دهد که چاقی مفرط عامل وابسته به فرهنگ زندگی حاکم در آمریکا نیز هست. برلانت از دعاوی حقوقی‌ای مثال می‌آورد که فعالان حوزه‌ی سلامت غذایی علیه شرکت‌های غذاهای فرآوری‌شده و ناسالم طرح کرده‌اند، و نیز شکایات طرح شده علیه رسانه‌هایی که به تبلیغ غذاهای ناسالم و اعتیادآور می‌پردازند.

دستاورد مهم این پیگیری‌ها ملزم‌کردن شرکت‌ها به درج ارزش غذایی محصولات روی بسته‌بندی آنها بوده است. با وجود همه‌ی اینها اما روند مخرب ایجاد چاقی مفرط همچنان به‌قوت ادامه دارد. بدن انسان‌ها تحت تأثیر سیاست‌های سرمایه‌دارانه فرسوده می‌شود، از شکل می‌افتد، بیمار می‌شود و از بین می‌رود. چاقی از پیامدهای سرمایه‌داری است که همزمان بدن انسان‌ها و محیط‌زیستشان را با برداشت بی‌رویه‌ی منابع نابود می‌کند. اینجا وقتی از سرمایه‌داری می‌گوییم، به آن وجهی از این نظام اقتصادی نظر داریم که به روابط میان سرمایه‌داران و مزدبگیران و مصرف‌کنندگان بر می‌گردد.

این رابطه بیش از همه به جمعیت رنگین‌پوستان و سالمندان آسیب می‌زند. سرمایه‌داری همچنین با ایجاد و تشدید شکاف‌های طبقاتی، کیفیت زندگی طبقه‌ی متوسط و روبه‌پایین را دشوار و طاقت‌فرسا می‌کند. کاهش حمایت دولتی از طبقات پایین‌تر جامعه در نتیجه‌ی سیاست‌های نولیبرال، موجب کاهش کیفیت زندگی در آمریکا شده است. آمارها نشان می‌دهد که افراد فقیر

و جوان، که توانایی دست‌وپنجه نرم‌کردن با وضعیت حاکم بر زندگی خود را نداشته‌اند، بیشتر دچار چاقی مفرط شده‌اند. کیفیت عمومی زندگی در آمریکا به‌شدت کاهش یافته است. بسیاری از فقرا و جوانان ساکن در شهرهای حاشیه‌ای از پس دشواری‌های نظام‌مند زندگی تحت حاکمیت سرمایه‌داری بر نمی‌آیند و به همین ترتیب کیفیت زندگی‌شان شدیداً افت می‌کند. پس اینجا تمرکز مطلق بر انتخاب فردی و فردیت معنایی ندارد.

اگر نقش نظام اقتصادی و ساختار سیاسی پیوسته به آن را در نظر بگیریم، دیگر نمی‌توانیم چشم بر تأثیری ببندیم که ساعت کاری و بدهی‌های ناشی از استفاده از کارت‌های بانکی و بیمه‌های ناکارآمد بر چاق‌شدن مفرط آدم‌ها دارند، و در عوض راجع به ضعف اراده، اشتها، غذا، سیگار، خرید و الکل حرف بزنیم .

ویوینِ ماتیاس‌بون و نائومی هید:

تروما به مثابه ابزار سیاسی دیکتاتوری

ویوینِ ماتیاس‌بون استاد اخلاق و فلسفه‌سیاسی در دانشگاه رادبود هلند است.
نائومی هید استاد سیاست و روابط بین‌الملل در دانشگاه گلاسکو بریتانیا است. این گزارش مختصری است ار منبع ریر:

Matthies-Boon, Vivienne, and Naomi Head. "Trauma as Counter-Revolutionary Colonisation: Narratives from (Post)Revolutionary Egypt." *Journal of International Political Theory* 14.3 (2018): 258-279.

در سال ۲۰۱۱ فعالان سیاسی دموکراسی‌خواه مصری توانستند پس از دهه‌ها سرکوب در «روز پلیس» (۲۵ ژانویه) تظاهراتی را علیه خشونت پلیس مصر سازمان دهند که به تغییر حکومت این کشور انجامید. انقلاب ۲۵ ژانویه مصر موجی از شور و امید را در دل این فعالان برانگیخت. چنان که یکی از انقلابیون به یاد می‌آورد:

> «بسیار هیجان‌زده و در عین حال ترسیده بودم. هیچ‌وقت احساساتم را زمانی که نخستین‌بار شنیدم مردم در میدان التحریر فریاد می‌زدند «الشعب یرید اسقاط النظام» فراموش نمی‌کنم. انگار همه

چیز در درونم می‌لرزید. احساس می‌کردم آدم دیگری هستم. فریادشان بسیار قوی، بسیار واضح و بسیار بلند بود. واقعاً احساس میکردم که اتفاق تازه‌ای افتاده. یعنی انگار داشتم ناگهان مردم دیگری را می‌دیدم. داشتم مصر جدیدی را می‌دیدم. ناگهان احساس کردم که امید تازه‌ای رسیده. ناگهان احساس کردم درونم توانایی عظیمی دارم، قدرتی فوق العاده، و اراده برای تغییر. روز ۲۸ ژانویه که رسید من هم درگیر شدم گرچه... اصلاً از چیزهایی که می‌دیدم از اینکه می‌دیدم مردم گلوله می‌خورند و می‌افتند و شلیک‌های گاز اشک‌آور را به اطراف خودم می‌دیدم نمی‌ترسیدم. می‌دیدم که مردم مصمم هستند ادامه دهند. می‌خواستند پیش بروند و می‌رفتند و چنان قوی بودند که گلوله‌های کاز اشک‌آور را می‌گرفتند و به طرف پلیس پرتاب می‌کردند. من هم یکی از آنها بودم. من تماماً با مردم بودم.»

سه سال بعد در آستانه‌ی انتخابات اولین انتخابات ریاست جمهوری بعد از انقلاب یعنی زمانی که صحنه‌ی سیاسی با همدستی ارتش و اخوان المسلمین کاملاً عوض شده بود و تنها نامزدهای در صحنه احمد شفیق از بازماندگان دولت قبلی و محمد مُرسی از اخوان المسلمین بودند، این امید و همبستگی برای اغلب فعالان انقلاب ژانویه جای خود را به سرخوردگی عمیق داده بود:

«فشار خونم بالا و بالا و بالاتر می‌رفت. بعد از شدت فشار خون بالا خوددماغ شدم، و زدم زیر گریه و دچار تشنج شدم، و مادرم به اتاقم آمد و پرسید حالت خوب است؟ گفتم «لعنت، من از این کشور متنفرم، نمی‌توانم باور کنم که این مردم به مرسی و شفیق رأی

دادند. از این کشور متنفرم. لعنتی‌ها. واقعاً عصبانی بودم. و آمیخته‌ای از خون و اشک بر چهره‌ام روان بود و دیوانه‌وار زار می‌زدم. فکر کنم در سه سالی که گذشت این بدترین روز بود. بدترین روز بود.... چطور می‌توانستند چنین انتخاب وحشتناکی بکنند؟»

نقل قول‌های بالا از زبان دو تن از چهل فعال مصری است که ویوِین ماتیاس‌بون و نائومی هید در پژوهش خود با آنها مصاحبه کرده‌اند. نویسندگان مقاله بر اساس روایت‌های این افراد می‌خواهند نشان دهند که تروما در مصر پس از (شکست) انقلاب شامل تجربه‌ی به‌هم‌پیوسته‌ی خیانت‌دیدن در ساحت‌های شخصی و اجتماعی و سیاسی است.

نویسندگان با اتکا به محتوای این روایت‌ها می‌خواهند نشان دهند که ترومایی که فعالان انقلابی در سه ساحت شخصی، اجتماعی و سیاسی از آن رنج برده‌اند حاصل این است که توقعات معمول و موجهشان توسط نیروهای ضد انقلابی که با توسل به خشونت در پی منافع راهبردی اقتصادی و سیاسی خود بوده‌اند در هم شکسته و به آنها خیانت شده است .

باورهای این فعالان راجع به عزت‌نفس خود اهمیت دیگران و ملایمت جهان، بر اثر خشونت‌های شدید جسمانی و تهدیدهای مداومی که از پیش تا پس از انقلاب در معرضش قرار گرفتند فروریخت. با شکسته شدن تصویر این جهان فرضی و اتمی‌شدن روابط اجتماعی این فعالان به احساس تنهایی وجودی عمیقی دچار شدند که با حس تحقیرشدگی و بیگانگی با اطراف همراه بود. به این ترتیب ترومای فردی این افراد ارتباط محکمی با ترومای اجتماعی داشت که متوجه‌شان شده بود. حرف اساسی ماتیاس‌بون و هید این است که این تروماها نه تصادفی بودند و نه می‌شود گفت پیامد بی‌چون و چرای وضعیت

انقلابی هستند، بلکه ناشی از اعمالی هدفمند از سوی ضد انقلاب مصر بودند که دقیقاً می‌خواستند همین آسیب‌های روانی را وارد کنند.

زمینه‌ی نظری

ماتیاس‌بون و هید استدلال می‌کنند که وقتی با تروما سر و کار داریم فقط با یک مسئله‌ی فردی روبه‌رو نیستیم که تنها به ذهن و مغز فرد مربوط باشد: در مواقعی مانند انقلاب مصر تروما یک نوع پدیداری اجتماعی و سیاسی هم هست. به تعبیر آنها «ترومای اجتماعی، بیش از هر چیز، یک فروپاشی اجتماعی و وجودی، و متلاشی شدن روابط اجتماعی و ساختارهایی که جامعه را کنار هم نگه می‌دارند. [ترومای اجتماعی] یک روند بیگانگی، انزوا و قطبی‌شدن اجتماعی است که وقتی رخ می‌دهد که راه‌های ارتباطی و تعامل بر اثر تغییرات ویرانگر اجتماعی مسدود شوند.»

ترومای اجتماعی در جوامع اقتدارگرایی همچون مصر به دلیل همین بستن راه‌های ارتباطی و نابود کردن ظرفیت‌های اجتماعی و شکوفایی جمعی رخ می‌دهد. ساختارهای اقتدارگرا با برهم‌زدن روابط افراد و گروه‌ها با جامعه‌ی بزرگ‌تر پیرامونشان آنها را دچار ترومای اجتماعی می‌کنند.

به این ترتیب مردمی که زیر ضربه‌های اقتدارگرایی از ساختن رابطه با دیگران باز می‌مانند و به کنج انزوای خود رانده می‌شوند احساس می‌کنند که به اعتمادی که به جامعه داشته‌اند خیانت شده است و دچار تروما می‌شوند .

«استعمار نظام‌مند» و خیانت‌دیدگی سیاسی

ماتیاس‌بون و هید برای بسط منظور خود به دایره‌ی گسترده‌تری از تلقی‌ها و مفاهیم روان‌شناختی متوسل می‌شوند. یکی از مفاهیم «اضطراب تروماتیک مدام» (continuous traumatic stress) است که اول‌بار فعالان ضد آپارتاید در افریقای جنوبی آن را طرح کردند و به احساس خیانت‌دیدگی از سوی نهادهای سیاسی مربوط می‌شود.

به این ترتیب این مفهوم از تمرکز جریان اصلی نظریه‌پردازی تروما بر «واقعه» (واقعه‌ای که چون ضربه‌ای آنی و دفعتا اتفاق می‌افتد و می‌رود) گذر می‌کند: تروما لزوماً حاصل واقعه‌ای منفرد یا مجموعه‌ای از وقایع نیست بلکه می‌تواند ناشی از خشونت و آزار مداوم «نظام» سیاسی باشد. این مفهوم می‌خواهد بگوید که فقط خشونت مستقیمی که متوجه افراد می‌شود تروما به بار نمی‌آورد بلکه زندگی در نظامی که مدام باید منتظر بود که حقی را نقض کند یا خشونتی وارد کند زاینده‌ی تروما است. فرهنگ ترس مدام که حکومت‌های اقتدارگرا حاکم می‌کنند و مردم را در وضع بی‌دفاع می‌گذارند و خود از هرگونه حساب پس دادنی مصون هستند این اضطراب تروماتیک مدام را به وجود می‌آورد.

نویسندگان مقاله به سراغ بخشی از نظریات فیلسوف آلمانی یورگن هابرماس می‌روند که در کتاب نظریه‌ی کنش ارتباطی مطرح کرده است. هابرماس در این کتاب مفهوم «استعمار نظام‌مند» (systemic colonisation) فضای عمومی توسط دولت را پیش می‌کشد. این استعمار که محصول منطق «عقل ابزاری» است به قرارداد اجتماعی میان مردم و حکومت خیانت می‌کند و عامدانه به روابطی که فردی و اجتماعی زیست‌جهان آسیب می‌زند.

ترومایی که به این طریق پدید می‌آید به قول نویسندگان مقاله «نتیجه‌ی تصادفی تحولات سیاسی نیست بلکه حاصل خشونتی است که نهادهای دولتی به دلایل راهبردی و عامدانه به کار گرفته‌اند تا قدرت اقتصادی و سیاسی خود را حفظ کنند و فضای ارتباطی زیست‌جهان را نابود کنند». همین خشونت عامدانه بود که جهانی را که فعالان تصور می‌کردند پس از انقلاب مصر در حال شکوفایی است در هم کوبید.

نظام سیاسی، از نظر هابرماس، مدام می‌خواهد حیطه‌ی قدرت اداری و اقتصادی خود را گسترش دهد و به این ترتیب با اشغال و استعمار زیست‌جهان ما به نفع خود، زندگی فردی و اجتماعی‌مان را متأثر می‌کند. هابرماس می‌گوید که نظام بر اساس عقلانیت ابزاری معطوف به نتیجه عمل می‌کند، در حالی که ساحت زیست‌جهان، جایی است که ما در آن می‌خواهیم دنیا و یکدیگر را بفهمیم و «عقلانیت ارتباطی» می‌تواند حافظ آن باشد .

نظریه‌ی استعمارِ زیست‌جهان هابرماس توضیح می‌دهد که گرچه خود نظام یا دولت قدرت سیاسی و اقتصادیش را از همین زیست‌جهان می‌گیرد، اما با ضربه زدن به ابزارهای ارتباطی آن در سطوح مختلف فردی و اجتماعی و سیاسی موجب بروز تروما می‌شود: در ساحت فرهنگ معانی را از بین می‌برد؛ در ابعاد اجتماعی موجب بروز ناهنجاری می‌شود؛ و افراد را به انزوا می‌راند و هویتشان را مخدوش و آنها را به بیماری‌های روانی مبتلا می‌کند .

ردپای تروما در مصر

ماتیاس‌بون و هید در پی یافتن ابعاد تروما در مصر پساانقلابی اندکی در فاصله‌ی اکتبر ۲۰۱۳ تا فوریه‌ی ۲۰۱۴ با چهل تن از فعالان (۱۵ زن و ۲۵ مرد) در

سنین بین ۱۸ تا ۳۵ سال با رویکرد شنیدن حکایت زندگی (life-story approach) مصاحبه کرده‌اند. این افراد از گروه‌های سیاسی و دینی متنوعی بوده‌اند و مصاحبه‌ها هم به تفصیل انجام شده تا مصاحبه‌کنندگان بتوانند رد تروما را پیدا کنند.

مصاحبه‌شوندگان در ابتدا از آزارها و شکنجه‌های پلیس در دوران مبارک به تفصیل سخن گفته‌اند. از اینکه چطور نیروهای امنیتی بدون ترس از پاسخگویی به انها تجاوز جنسی کرده‌اند و چگونه به‌طور تصادفی مردم عادی و حتی کودکان را بازداشت می‌کردند و چگونه بیشترین آزارشان متوجه مردم فقیر حاشیه‌نشین بود که حامیان سیاسی هم نداشتند.

نیروهای امنیتی توانسته بودند فضای ناامنی را حاکم کنند به‌نحوی که هیچ‌کس نمی‌توانست حرف دلش را در جمعی بزند از ترس اینکه مبادا یکی گزارشش را بدهد. این جو شدید امنیتی برای این مسلط شده بود که آسیب‌دیدگان از غارت اقتصادی و سرمایه‌داری رفاقتی و خصوصی‌سازی که از زمان انور سادات حاکم شد و در زمان حسنی مبارک تشدید شد، توان اعتراض نداشته باشند.

مصاحبه‌شوندگان توضیح داده‌اند که چگونه در دوران مبارک تقلای روزمره برای بقا توانی برای فعالیت سیاسی برایشان نمی‌گذاشت و اگر توانی هم می‌ماند با توحش نیروهای امنیتی سرکوب می‌شد و به این ترتیب آنها نه فقط به‌لحاظ شخصی ترومازده بودند بلکه با انزوایی که دچارش می‌شدند از نظر اجتماعی و سیاسی نیز به شدت آسیب می‌دیدند. آنها حس می‌کردند که در این بی‌صدایی سیاسی زندگی طبیعی ندارند، به کشورشان متعلق نیستند و عقایدشان بی‌اهمیت است .

زبان مصاحبه‌شوندگان در خصوص این دوره پر بود از واژگانی که تحقیر، نومیدی و آسیب‌پذیری و خشم را منعکس می‌کرد. پیدا بود که تروماهای فردی و اجتماعی حاصل سیاست‌های عامدانه‌ی حکومت مبارک برای در هم شکستن توان فردی و روحیه‌ی جمعی شهروندان است.

حکومت که انتظار می‌رفت، یا بگوییم به دروغ مدعی بود، که حامی شهروندان باشد، در عمل با برقرار کردن بی‌عدالتی ساختاری برای مردم «اضطراب تروماتیک مدام» پدید می‌آورد و مدام آنها را در معرض تهدید قرار می‌داد تا از ترس توان هیچ حرکتی نداشته باشند. حس خیانت‌دیدگی در محیط مملو از فساد نظام‌مند بی‌حساب و کتاب افراد را دچار تروما می‌کرد.

دوران فترت: زیست‌جهان انقلابی

در ابتدای متن حال و هوای یکی از مصاحبه‌شوندگان را راجع به روزهای انقلاب نقل کردیم. همبستگی‌ای که در هجده روز انقلاب پدید آمد حس امیدی را به وجود آورد که همه‌ی مصاحبه‌شوندگان از آن حکایت کرده‌اند: امید و احترام برای هم‌وطنان مصری که قدر هم را می‌دانستند و از همدیگر حمایت می‌کردند؛ حس ایمان به مردم و آینده‌ی مصر و برابری میان اقلیت‌های مختلف. مصاحبه‌شوندگان می‌گفتند این نخستین‌بار بوده است که به مملکتشان حس تعلق داشته‌اند و خود را «مصری» دانسته‌اند. همه‌ی مصاحبه‌شوندگان این هجده روز را روزهای شادکامی و رهایی و امید به آینده‌ی بهتر شمرده‌اند. روزهای بی‌ترسی و همبستگی.

اما به فاصله‌ی کوتاهی پس از سقوط مبارک ارتش قدرت را در دست گرفت و شروع به سرکوب فعالان انقلابی کرد. حدود ۱۲هزار نفر دستگیر و روانه‌ی

دادگاه‌های نظامی شدند. تحصن‌ها با خشونت تمام سرکوب شدند و تظاهرکنندگان را اوباش، روسپی و جاسوس خواندند تا فضای خیابان‌ها را از آنها بگیرند. ارتش می‌گفت حال که مبارک کنار رفته انقلاب تمام شده و نوبت استقرار «امنیت» است.

گروه کثیری کشته و مجروح شدند. سربازان و نیروهای امنیتی مکرراً به تظاهرکنندگان (اعم از زن و مرد) تجاوز کردند. تجاوز در مقام ابزار شکنجه بسیار تروماتیک است. خصوصاً در جامعه‌ی مصر تعرض و تجاوز به مردان به‌مثابه‌ی از دست رفتن مردانگی‌شان هم تلقی می‌شود. علاوه بر این در قانون مصر تجاوز تنها به‌عنوان دخول مهبلی به زنان توسط کسی که شوهرشان نیست تعریف شده و باقی موارد اصلاً ذیل تعریف حقوقی تجاوز قرار نمی‌گیرند. تجاوز باعث در هم شکستن فرد و از دست دادن حس هویتش و در عین حال بسته دیدن راه فعالیت سیاسی می‌شد .

مصاحبه‌شوندگان می‌گفتند که نمی‌توانستند پس از تجاوز با اطرافیانشان راجع به آن حرف بزنند چون از قضاوت آنها بیم داشتند. تجاوز نه فقط فرد را همزمان دچار ترومای جسمانی و روانی می‌کرد بلکه حس اعتماد اجتماعی او را نیز که حداقل لازمه‌ی فعالیت سیاسی هم هست نابود می‌کرد. هدف راهبردی این شکنجه نیز همین بود.

علاوه بر سرکوب و شکنجه، دو واقعه‌ی مهم در این دوران حس خیانت‌دیدگی شدید از طرف ارتش را برای عموم فعالان دموکراسی‌خواه به وجود آورد. یکی واقعه‌ی کشتار مسیحیان قبطی توسط ارتش در تظاهرات ماسبیرو بود و دیگری سرکوب تظاهرات خیابان محمد محمود در قاهره که طی آن رهبران اخوان

المسلین طی توافقی که با ارتش کردند نیروهای خود را عقب کشیدند و اجازه دادند ارتش بقیه فعالان را به شدت سرکوب کند.

به گفته‌ی مصاحبه‌شوندگان توافق ارتش و اخوان المسلمین برای «انتقال صوری دموکراتیک» اعتماد آنها به ارتش را به کلی سلب کرد. تأثیر این توافق بر فضای سیاسی و آینده‌ی انقلاب بسیار جدی بود: توافق بر سر نحوه‌ی برگزاری انتخابات اولین پارلمان پس از انقلاب و بعد اولین انتخابات ریاست جمهوری در همین راستا صورت گرفت. در نتیجه‌ی همین توافق بود که اخوان المسلمین توانست در مجلس تبدیل به عمده‌ترین حزب شود و بعد انتخابات ریاست جمهوری را هم با محمد مرسی ببرد.

ارتش در برابر تضمین حفظ قدرت اقتصادی خود، همان چیزی که عامل اصلی به ستوه آمدن مردم و قیامشان بود، موقتاً قدرت سیاسی را به اخوان المسلمین سپرد؛ حزبی که به گفته‌ی مصاحبه‌شوندگان هیچ اعتقادی به گفتگو نداشت و فقط در پی تأمین منافع خود، اسلامی‌کردن مصر و از میدان به در کردن مخالفانش بود. ایالات متحده‌ی امریکا و صندوق بین المللی پول و بانک جهانی هم از این توافق که قدرت اقتصادی را در دست طرف‌های اصلی معامله‌ی آنها نگه‌می‌داشت حمایت کردند و به این ترتیب انقلابیون در عرصه‌ی بین المللی هم پشتشان خالی شد. این اتفاقات از دید نویسندگان مقاله مصداق روشنی برای استعمار فضای عمومی است: اینجا توسط ارتش و اخوان با هم .

نبرد شش روزه‌ی خیابان محمد محمود، و توافق رهبری اخوان با ارتش و رها کردن انقلابیون که سرکوب شدند و چند ده کشته دادند حس خیانت از سوی رهبری اخوان المسلمین را حتی برای سازمان جوانان خود این حزب هم پیش

آورد. برخی از مصاحبه‌شوندگان نیز از این گفته‌اند که اخوان المسلمین فرصت تاریخی رسیدن به دموکراسی را با این خیانت در مصر نابود کرد.

به این ترتیب سیاستی که در روزهای انقلاب عرصه‌ی ظهور و حضور مردم می‌نمود تبدیل به مجموعه‌ای از دسایس و توطئه‌ها از سوی قدرتمندان پیشین و فرصت‌طلبان فعلی شد که هیچ‌کدام دموکراسی را نمی‌خواستند. فعالان سیاسی که هدف حمله و زیر فشار قرار گرفته بودند و از سوی اخوان المسلمین هم به آنها خیانت شده بود، نه توانستند برای اولین انتخابات پارلمان بسیج درخوری داشته باشند و نه برای اولین انتخابات ریاست جمهوری. انتخابات در عمل بین محمد مرسی و احمد شفیق برگزار شد که هر دو نمایندگان صاحبان قدرت اقتصادی در پیش از انقلاب بودند.

اما ضربه‌ی دیگری که اخوان المسلمین در دوران حکومتشان به فعالان سیاسی و مردم وارد کردند سطحی از «عادی‌سازی شکنجه» بود که حتی در دوران حکومت قبلی هم سابقه نداشت: فعالان اخوانی خیابان‌ها و مکان‌های عمومی شهر را هم تبدیل به شکنجه‌گاه مخالفان خود کردند و در هر گوشه‌ای در دید عموم به ضرب و جرح آنها به طور جمعی و فردی می‌پرداختند. برخی از مصاحبه‌شوندگان اشاره می‌کنند که در دولت قبل از انقلاب دستکم شکنجه به بازداشتگاه‌ها محدود می‌شد، اما اخوان آن را در هر جایی مرتکب می‌شدند؛ تحقیر ناشی از این نوع شکنجه بسیار شدید بود و حس بیگانگی با فضای عمومی و اجتماع که از آن برمی‌آمد به مراتب از وضع قبل بدتر و تروماتیک‌تر بود.

تلاش اخوان المسلمین و محمد مرسی برای بستن بیشتر فضا بر روی دیگر فعالان و اسلامی کردن کشوری که تنوع قابل توجهی داشت (حدود ده میلیون

قبطی مسیحی در مصر زندگی می‌کنند) با خشونت مفرطی صورت گرفت. در عین حال فعالان دموکراسی‌خواه که حال باید در برابر گروه دیگری از مردم می‌ایستادند با تجربه‌ی بهت‌آور مواجهه با دوستان و آشنایان و همسایگانی که از اخوان المسلمین و رفراندوم مرسی حمایت می‌کردند و به خشونت علیه تظاهرکنندگان مخالف و سنگ‌پراندن به آنها روی آورده بودند سروکار داشتند. هر نوع حضور در چنین مواجهه‌هایی برای حاضران تروماتیک بود؛ چه می‌زدند و چه می‌خوردند، حس بیگانگی و بی‌معنایی شدیدی گریبانشان را می‌گرفت.

ترومای ناشی از این درگیری‌ها فقط به واسطه‌ی شدت خشونتی که اعمال می‌شد نبود بلکه به این دلیل هم بود که جامعه‌ی مصر را پاره پاره می‌کرد . بسیاری از مصاحبه‌شوندگان عضو نزدیکی از خانواده یا دوستانشان را در طرف دیگر داشتند که حین درگیری‌های خیابانی طی حکومت مرسی با آنها وارد نزاعی خشونت‌بار شده بودند.

نقطه‌ی اوج این خشونت‌ها «کارزار تمرد» بود که فعالان حامی ارتش و حکومت پیشین در تابستان ۲۰۱۳ سازماندهیش کردند و گروه‌های زیادی هم به آن پیوستند؛ کارزاری که نهایتاً به سرنگونی حکومت اخوان المسلمین انجامید. اعلام «تمرد» علیه مرسی از سوی فعالان ناصری و حامیان ارتش چنان که مصاحبه‌شونده‌ای گفته است فاقد هر گونه آرمانی بود: آنها «علیه» مرسی فراخوان دادند و نه برای هیچ چیزی.

وقتی ارتش و نیروهای امنیتی به سرکوب خونین تحصن اخوان المسلمین دست زدند فضای سیاسی مصر و شکاف‌های موجود به شدت وضع وخیم‌تری پیدا کرد: در ۱۴ اوت ۲۰۱۳ نیروهای امنیتی به حامیان اخوان المسلمین که در حمایت از مرسی در میدان رابعه‌ی عدویه تحصن کرده بودند حمله‌ور شدند و

در این حمله بیش از ۸۰۰ نفر را کشتند. ترومای این کشتار گریبانگیر همه‌ی کسانی شد که یا در آنجا حاضر بودند یا کسی از نزدیکانشان در آن واقعه حضور داشت. یکی از زنان طرفدار اخوان المسلمین که نویسندگان با او مصاحبه کرده‌اند از صحنه‌ای می‌گوید که هیچ‌گاه از جلو چشمش نمی‌رود: «انبوهی از جنازه‌ها را در مسجد جمع کرده بودند و برای اینکه در هوای ۴۰ درجه سانتیگراد بوی تعفن‌شان بلند نشود رویشان یخ گذاشته بودند؛ آب یخ‌ها و خونابه در کف مسجد از زیر جنازه‌ها روان بود...»

فرجام

ارتش اخوان را کنار زد و خود دوباره قدرت را به طور کامل در دست گرفت. دولت پنهان فضای سیاسی را بست و همه مخالفان را سرکوب کرد و منافع اقتصادی خود را تضمین کرد. حال ارتش هم فضای اقتصاد عمومی را در دست داشت و هم فضای اقتصاد خصوصی و هم لشکر سربازان وظیفه که باز به عنوان کارگر بی‌مزد به بیگاری وامی‌داشت. گواهی فعالان مصری نشان می‌دهد که تروما را می‌توان به واسطه‌ی سطوح مختلف و به هم پیوسته‌ی سیاسی و اجتماعی فهمید. مفاهیم هابرماسی در تفکیک عقل ارتباطی و ابزاری و مفهوم استعمار فضای عمومی توسط قدرت سیاسی به فهم ابعاد سه‌گانه‌ی ترومایی که متوجه فعالان مصری شد کمک می‌کند. عاملان ضد انقلاب برای مصون نگه‌داشتن منافع خود از پیامدهای انقلاب به در هم کوبیدن روان فردی و جمعی مردم روی آوردند. این همان چیزی است که از دید ماتیاس‌بون و هید زمینه را برای استفاده از مفاهیم هابرماسی در تبیین ترومایی که به روان فردی و زیست‌جهان جمعی فعالان انقلابی مصر وارد شد مهیا می‌کند.

دانشکده
DANESHKADEH.ORG