تمایز بین رفتارهای طبیعی و غیرطبیعی در آزمایش روزنهان

شما دیوانه نیستید

مهسا حکمت
mahsaa.hekmat@gmail.com

آدم‌هایی هستند که در میان دوستان‌شان به انسان‌های راستگو معروفند. این افراد همیشه دم از صداقت می‌زنند و دروغ گفتن اطرافیان‌شان را محکوم می‌کنند. بیشتر این افراد خود دروغگوهای بزرگی هستند که هر روز صبح نقابی به صورت می‌گذارند و وارد اجتماع می‌شوند. آنها آنقدر در نقش این نقاب فرو می‌روند که جدا از اطرافیان، خود نیز باورشان می‌شود که انسان‌های راستگویی هستند.

دیوید روزنهان روانشناس معروف امریکایی در آزمایشی نشان داد که برچسب‌گذاری روی بیمار چه پیامدهایی دارد. برچسب‌گذاری بیشتر در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) پدید می‌آید که اختلال‌ها را طبقه‌بندی می‌کند. این کار توصیف‌های دقیق و مفصل مفیدی را برای ارتباط در میان متخصصان ارائه می‌دهد. طبقه‌بندی DSM مزایا و معایبی دارد. مزایای این طبقه‌بندی عبارتند از: توصیف نشانه‌ها، معیاریابی تشخیص و درمان و سهولت ارتباط بین متخصصان. با وجود این، امکان تشخیص نادرست نیز وجود دارد و هنگامی که روی فردی، برچسب «بیمار روانی» گذاشته می‌شود، این برچسب اغلب استمرار می‌یابد. همچنین افرادی با تشخیص اختلال‌های روانی اغلب از تبعیض اجتماعی و اقتصادی رنج می‌برند.

دیوید روزنهان در سال ۱۹۷۳، هفت نفر از همکاران خود را استخدام کرد تا به بیمارستان‌های روانی مراجعه و درخواست پذیرش کنند. همه آنها افراد طبیعی و سالم بودند. او می‌خواست دریابد که چقدر طول می‌کشد تا کارکنان تیمارستان به طبیعی بودن بیماران کاذب پی ببرند. همکاران او در پنج ایالت مختلف در بیمارستان‌های روانی پذیرش شدند.

این شبه‌بیماران از یکسری نشانه‌های بیماری کاذب مثل شنیدن صدای تکلم به بیمارستان مراجعه کردند. آنها به جز شنیدن این صدا رفتارهایی کاملاً طبیعی داشتند و برای ورود به تیمارستان مورد مصاحبه روانی هم قرار گرفتند. این افراد در مصاحبه اطلاعات درستی در اختیار مصاحبه‌کننده می‌گذاشتند.

به این افراد گفته شده بود در صورتی که پذیرش شوند حتی آن صدای کاذب را هم نشنوند. روزنهان می‌خواست دریابد که چند درصد از بیماران کاذب در بیمارستان‌های روانی پذیرش و تا چه مدتی بستری می‌شوند. هر هفت نفر بین ۷ تا ۵۲ روز در تیمارستان بستری شدند. میانگین بستری شدن این افراد ۱۹روز بود. روزنهان پس از پایان مطالعه پرونده‌های این افراد را از تیمارستان‌ها گرفت. به جز یک مورد تمامی تشخیص‌ها اسکیزوفرنی بود که یک نوع اختلال شدید است. جالب اینجا بود که بعد از مرخص کردن این افراد کارکنان تیمارستان تشخیص نداده بودند این افراد واقعاً بیمار نبودند.

نکته عجیب آن است که بیماران بستری‌شده در تیمارستان بیشتر از روانپزشکان و پرستاران و بهیاران به طبیعی بودن این افراد پی بردند و بیماران حقیقی در تیمارستان به این شبه‌بیماران مراجعه می‌کردند و به آنها می‌گفتند شما دیوانه نیستید. همکاران روزنهان یادداشت‌های روزانه‌ای درباره وضعیت خود می‌نوشتند. این کار از دید کارکنان تیمارستان پنهان نبود. کارکنان این یادداشت‌برداری‌ها را نیز نوعی اختلال روانی تلقی می‌کردند اما بیماران واقعی تیمارستان گمان می‌کردند این افراد روزنامه‌نگار یا پروفسور هستند که می‌خواهند درباره بیماران تحقیق کنند

نتایج به دست آمده از آزمایش روزنهان این ادعا را ثابت می‌کند که تفاوت بین رفتار طبیعی از رفتار غیرطبیعی دشوار است. یادداشت‌های روزانه بیماران کاذب درباره زندگی در تیمارستان نشان داد روانپزشکان تحت تاثیر کیفیت طبیعی رفتار بیماران واقعی قرار گرفته بودند. آنان نتیجه‌گیری کرده بودند که افراد دچار بیماری‌های روانی واقعی در اکثر اوقات طبیعی عمل کرده و فقط در دوره‌های بسیار کوتاهی به شیوه غیرطبیعی و منحرف رفتار می‌کنند. یادداشت‌های بیماران کاذب نشان می‌دهد در کمال تعجب کارکنان بیمارستان وقت خیلی کمی را برای بیماران روانی صرف می‌کنند و اکثر اوقات در قفس‌های شیشه‌ای محصور و جداگانه به سر می‌بردند. و این عدم ارتباط باعث عدم تشخیص صحیح کارکنان از بیماران سالم و غیرسالم می‌شده، به علاوه صرف نامگذاری هم بر درک ما تاثیرگذار است. وقتی به کسی اسکیزوفرنی گفته شود حتی رفتارهای بی‌خطر او مثل یادداشت‌برداری نشانه‌ای از بیماری است.

دیدگاه

کاوه علوی* - kavehalavi@yahoo.com

نقدی بر پژوهش روزنهان در تفکیک عقل و جنون

پژوهش مشهور دیوید روزنهان جذاب، خلاقانه و بسیار آموزنده است. این پژوهش برخی محدودیت‌های روانپزشکی را نشان داد. روزنهان نشان داد که چگونه «محیط» و «انتظارات» ما بر تشخیص‌های روانپزشکی اثر می‌گذارد. بعید نیست اگر روانپزشکان در محیط‌های دیگری، جز یک بیمارستان، با «بیمارنماهای» روزنهان مصاحبه می‌کردند، تشخیص‌های روانپزشکی دیگری مطرح می‌شد. (اصلاً آیا تشخیصی مطرح می‌شد؟) برخی از دلایل این تعارض‌ها دانش اندک ما از بهنجاری، پیش‌فرض‌های ما (افرادی که به بیمارستان مراجعه می‌کنند، بیمار هستند)، و حتی محدودیت‌های موجود (مانند مدت‌زمان اختصاص‌یافته به بیماران و اطمینان به اولین تشخیص عنوان‌شده) هستند. روزنهان به ما یادآوری می‌کند که نباید یک علامت (در اینجا توهم شنوایی)، به‌معنای یک اختلال (مثلاً اسکیزوفرنیا) دانسته شود. اما نباید فراموش کرد که این بیمارنماها با «شکایت» از توهم شنوایی به روانپزشک مراجعه کرده بودند. «شکایت داشتن» فرد از علامت‌هایی است که برای پزشک اهمیت دارد. همچنین قرار نیست پزشک در نقش بازپرس، پلیس یا یک دستگاه دروغ‌سنج ظاهر شود. پزشکان به گفته‌های بیماران‌شان اطمینان می‌کنند. تصور کنید اگر شما در نخستین برخوردتان با پزشک متوجه شوید که او گفته‌های شما را باور ندارد، چه احساسی خواهید داشت؟ به‌ویژه در مورد شکایات ذهنی، آیا همیشه راهکار مناسبی مانند آزمایش خون، درستی گفته‌های فرد را نشان می‌دهد؟ گاه تنها راه، بررسی بیشتر، آن هم با مشارکت خود فرد است. روزنهان انتقاد کرده است که در بیشتر موارد، بیمارنماها دچار یک اختلال عمده روانپزشکی (عمدتاً اسکیزوفرنیا) تشخیص داده شده‌اند که «سختگیرانه» است. اما ابتدا باید به فواید و لزوم نظام طبقه‌بندی در علم توجه کرد. اساساً طبقه‌بندی مطابق با «برخی» شباهت‌ها و تفاوت‌ها، آن هم در مرزهای دانش روز صورت می‌گیرد، نه «تمام» آنها. توهم شنوایی به مفهوم یک اختلال روانپزشکی نیست، اما در کنار علائم دیگری مانند هذیان‌ها (باورهای نادرست، اما راسخی که با فرهنگ و مذهب فرد سازگار نیست)، در دسته علائم روان‌پریشی قرار می‌گیرد، تا شناسایی بیماران و درمان آنها را آسان‌تر کند. به‌علاوه گاه، و البته نه همیشه، پزشک ابتدا تشخیص‌های جدی‌تری را مطرح می‌کند تا بیمار با تهدیدی مواجه نشود. اگر نتیجه بررسی‌ها نشان دهد بیماری خوش‌خیم‌تری وجود دارد، تشخیص تغییر می‌کند. مثلاً ممکن است پزشک در مواجهه با دردهای عصبی- عضلانی قفسه سینه، ابتدا اقداماتی را برای تشخیص یا رد سکته قلبی انجام دهد. در روانپزشکی تغییر تشخیص بسیار شایع، اجتناب‌ناپذیر و غیرقابل انکار است. تغییر تشخیص در ذات خود اشتباه پزشک را نشان نمی‌دهد، بلکه بیشتر تابع معلوماتی است که پزشک درباره بیمار و بیماری به دست می‌آورد.

روزنهان گفته بیمارنماهای او افرادی بودند که تنها از توهم شنوایی شکایت داشتند و از سایر جهات طبیعی رفتار می‌کرده‌اند. اما فراموش نکنیم بسیاری از بیماران واقعی دچار تمام علائم یک اختلال نیستند. در ضمن در متون روانپزشکی اشاره شده است که «تمارض» (شبیه همان کاری که بیمارنماهای روزنهان انجام دادند) اگرچه یک اختلال روانپزشکی نیست، باید به‌عنوان یک حالت خاص در نظر گرفته شود. تمارض فرجام نامطلوبی دارد و در میان انواع تمارض، تمارض به جنون ممکن است حتی فرجامی ناگوارتر داشته باشد. فرد متمارض خود را در معرض مخاطراتی قرار می‌دهد که تشخیص‌ها و درمان‌های نامناسب تنها بخشی از این مخاطرات هستند. مگر بیمارنماهای یادشده در همین مسیر قدم نگذاشته‌اند؟ علاوه‌بر این مشخص نیست حقیقتاً تمام رفتارهای بیمارنماها طبیعی بوده باشد. چه کسی این رفتارها را طبیعی گزارش کرده است؟ مثلاً اصرار دروغین بر داشتن توهم خود رفتاری غیرطبیعی است. همچنین آیا اقامت بیمارنماها در جمع بیماران بستری روانپزشکی اثری بر رفتارهای آنها نگذاشته است؟

در نهایت فراموش نکنیم «فراوانی‌های خام» گمراه‌کننده‌اند و باید «فراوانی‌های نسبی» را هم در نظر داشت. روزنهان تنها فراوانی‌های خام را گزارش کرده است. او گفته در مورد هشت بیمارنما تشخیص روانپزشکی نادرستی مطرح شده است، اما این تعداد در برابر شمار بالای بیماران واقعی روانپزشکی چندان زیاد نیست.

پژوهش زیرکانه روزنهان در زمان خود در یکی از نشریات پرخواننده علمی منتشر شد و اگر خوانندگان آن نقدهای نوشته‌شده را مطالعه نکنند، ممکن است نوعی «تحریف علم» پیش آید و بدتر از آن، سلب اعتماد از روانپزشکان ممکن است عواقب بدشگونی برای بسیاری از بیماران (و خانواده‌های آنها) داشته باشد.

***روانپزشک**

روان و فرهنگ

دکتر سامان توکلی*

باورهای فرهنگی ما درباره بیماری‌ها و مشکلات روانپزشکی

می‌پرسد: «من و پدرش همه سعی‌مان را کردیم که درست تربیتش کنیم، نمی‌دانم چرا دچار این حالت‌ها [مثلاً اختلال خلقی] شده است؟» یا «او که همیشه آدم سر به راه و متینی بود، نمی‌دانم چطور شد که یکدفعه این حالت‌ها [علائم بیماری روانپزشکی] را از خود نشان داد.» می‌گوید: «در این چهار سال برای حل این مشکلم همه کار کردم. به من گفتند حتماً کسی طلسمت کرده است و رمالی را به من معرفی کردند، پیش فالگیر رفتم تا ببینم آیا کسی با من بدی کرده و چیزخورم کرده یا نه، از او طلسم و نوشته گرفتم، انرژی‌درمانی رفتم، در جلسات و کلاس‌های فرادرمانی شرکت کردم و... اما هیچ‌کدام مشکلم [مثلاً علائم اختلال روان‌پریشی] را حل نکرد، تا اینکه بالاخره مجبور شدم بیایم پیش دکتر.» می‌گوید: «هزار بار به او گفته‌ایم که این داروها و جلسات روان‌درمانی به دردت نمی‌خورد. خودت باید به خودت کمک کنی. ببین آدم‌ها چه مشکلاتی دارند. آن وقت تو که تن سالم داری و تحصیل کرده‌ای و کار مناسبی هم داری مدام غصه می‌خوری و از خانه بیرون نمی‌روی و... [علائم بیماری افسردگی].» می‌گوید: «با داروهایی که دکترم به من داده بود، علائم وسواسم تحت کنترل بود. تا اینکه یک بار برای تپش قلبم رفتم پیش دکتر. وقتی فهمید داروی اعصاب مصرف می‌کنم به من گفت اینها را بریز دور، معتادت می‌کنند... داروها را قطع کردم. حالا دوباره وسواسم شدید شده، سر کار مشکل پیدا کرده‌ام و همسرم هم گفته که اگر وضعت همین طور باشد از تو جدا می‌شوم.»

اینها و جملاتی مانند این را هر روز از طرف مراجعان و خانواده‌هایشان می‌شنویم. هر جمله از اینها نشان‌دهنده برداشت و تصوری است که گوینده از اختلالات و بیماری‌های روانپزشکی، علت ایجاد آنها و روش حل‌شان دارد. شاید زمانی بود که درباره بیماری‌های غیرروانپزشکی هم تبیین‌هایی غیرعلمی وجود داشت که الان در حد خرافه یا شوخی به نظرمان بیاید. پیشرفت علم و دست پیدا کردن به روش‌های تشخیصی و درمانی برای بیماری‌های مختلف باعث شده دیگر کمتر کسی چنین باورهایی را درباره علت پیدایش بیماری‌ها داشته باشد، یا چنان روش‌هایی را برای مقابله با آنها در پیش بگیرد یا به کسی پیشنهاد کند. مثلاً بسیار بعید است کسی بگوید فلانی چون تربیت درستی نداشت دچار دیابت شد، یا برای حل مشکل تیروئید باید پیش رمال برود و طلسمی را بشکند... حالا دیگر افراد طبقات مختلف جامعه این بیماری‌ها را تا حد زیادی می‌شناسند و می‌دانند که چاره آنها هم در مراجعه به متخصصان این حیطه‌هاست. اما درباره اختلالات و بیماری‌های روانپزشکی مثل وسواس و افسردگی و اضطراب و اختلالات خلقی و روان‌پریشی‌ها چطور؟ آیا این اختلالات ماهیتی متفاوت از بیماری‌های دیگر دارند؟ آیا آنها ناشی از اختلالی در عملکرد طبیعی مغز و بدن و فرآیندهای زیستی انسان نیستند؟ آیا شناخت و مداوای آنها در چارچوبی غیر از چارچوب علم پزشکی قرار دارد؟ یافته‌های علمی در این مورد چه می‌گویند و مردم (از افراد عادی جامعه گرفته تا گروه‌های تحصیلکرده و حتی متخصصان سایر رشته‌های پزشکی) چه می‌اندیشند؟

واقعیت آن است که پیشرفت‌های علمی در حیطه شناخت و درمان اختلالات روانپزشکی، به ویژه در چندین دهه اخیر، بسیار چشمگیر بوده است. با کمک روش‌های پژوهشی علمی، مطالعات کنترل‌شده با روش‌شناسی‌های دقیق، و نیز روش‌های تصویربرداری و ژنتیکی مدرن نشان می‌دهند که بیماری‌های روانی هم مانند سایر بیماری‌ها ناشی از اختلال در ساختار یا عملکرد طبیعی بخش‌هایی از بدن و مغز هستند و روش‌های درمانی دارویی و غیردارویی موثر و کم‌عارضه‌ای برای این اختلالات شناخته شده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند روش‌های درمانی مناسب قادرند تغییراتی را که در فرآیندهای مختلف موثر در ایجاد این اختلالات در کارند اصلاح یا کنترل کنند. اما پیچیدگی فراوان ساختار و عملکرد مغز از سویی، و به دلیل طبیعت و شکل علائم‌شان (که علائم آنها نه فقط در جسم انسان، بلکه در تفکر، احساس و رفتار نیز خود را نشان می‌دهد) از سوی دیگر، باعث شده بسیاری افراد اختلالات روانی را از نظر ماهوی متفاوت از بیماری‌های دیگر (مثلاً بیماری‌های قلب و عروق) بپندارند. به همین دلیل و نیز به دلیل کمبود آگاهی بسیاری از افراد نسبت به این اختلالات، برداشت‌هایی نادرست یا غیردقیق درباره این اختلالات وجود دارد که باعث می‌شود گاهی مرز اختلال‌های روانپزشکی با مشکلات اخلاقی و... گم شود و گاهی نیز افراد برای درک این علائم به دنبال عواملی غیرواقعی و حتی خرافی بگردند و برای حل آن هم روش‌هایی غیرعلمی و غیرموثر را درپیش بگیرند که اغلب با به تاخیر انداختن درمان مناسب مشکلات بیمار و خانواده‌اش را از آنچه هست بیشتر هم می‌کند. آنچه در اینجا جلب توجه می‌کند دوگانه‌انگاری مغز / ذهن و جسم / روان است که ریشه در اندیشه فلسفی دکارتی دارد. به قول یکی از صاحب‌نظران سلامت روان، بعضی از افراد که گاهی خود تحصیلات پزشکی هم دارند، چنان مغز و بدن و بیماری‌های روانی و سایر بیماری‌ها را جدا از هم تصور می‌کنند که آدم احساس می‌کند گردن را به رسمیت نمی‌شناسند. گویا تنها آنچه پایین گردن است جزء حیطه پزشکی قرار دارد و آنچه بالای گردن است غیرپزشکی است (مگر آنکه علائم بدنی واضحی را باعث شود). چنان که گفته شد، این دوگانه‌انگاری ذهن/ مغز ریشه در برخی اندیشه‌های فلسفی غرب دارد و اتفاقاً از قدیم در جوامع شرقی که دیدگاهی کلی‌نگر به انسان دارند، نگرشی متفاوت با آن وجود داشته است. جالب است بدانیم در تاریخ پزشکی، در زمانی که در اروپا بیماری‌های روانی به عنوان تسخیر جسم و روح توسط ارواح شریر شناخته می‌شدند و با روش‌هایی مانند جن‌گیری سعی در برطرف کردن آنها داشتند، در پزشکی ایرانی و اسلامی اینها به عنوان بیماری شناخته می‌شدند و پزشکان مداوایشان می‌کردند. در اروپای قرون وسطی افراد دچار علائم اختلال روانی یا کسانی که تصور می‌شد این علائم را در دیگران ایجاد کرده‌اند، با عنوان جادو و جادوگری، تعقیب، محاکمه و مجازات می‌شدند، در حالی که در تاریخ پزشکی ایران و اسلام سراغ نداریم که طرد و تنبیه یا شیوه‌های تهاجمی و آزارنده در برخورد با این بیماران در پیش گرفته‌شده باشد. در متون کلاسیک و کهن پزشکی ایران، در نوشته‌های علی ابن طبری و رازی و ابوعلی سینا شرح‌هایی دقیق از علائم اختلالات روانی، و طبقه‌بندی و شیوه‌های تدبیر و مداوای آنها وجود دارد. در بسیاری از منابع تاریخ پزشکی و نوشته‌های غربیان نخستین بخش‌های بیمارستانی روانپزشکی را مربوط به این حیطه از جغرافیا و فرهنگ دانسته‌اند. بر اساس مدارک تاریخی در اواخر دوره ساسانیان در جندی‌شاپور علاوه بر درمان سایر بیماری‌ها، بیماری‌های روانی هم درمان می‌شدند و دانشجویان طب در این زمینه آموزش می‌دیدند. بر اساس برخی مدارک پیش از ابن‌سینا در یزد بیمارستان روانپزشکی وجود داشته است. همه اینها نشان می‌دهد نگرش علمی و فرهنگی ایران و اسلام چنان بوده که اختلالات روانی را مانند سایر بیماری‌ها در حیطه پزشکی می‌دیده‌اند و پزشکان آنها را مداوا می‌کرده‌اند و گاهی در بیمارستان‌ها درمان‌شان می‌کرده‌اند. ابن‌سینا در کتاب قانون می‌گوید: «برخی از اطبا عقیده دارند مالیخولیا [افسردگی امروزی] کار جنیان است و ما که طب را یاد می‌گیریم، اهمیت نمی‌دهیم که از جن است یا از جن نیست. ما می‌گوییم اگر مالیخولیا کار جن باشد یا نباشد، مزاج بیمار به سودایی می‌انجامد. پس سبب نزدیکش وجود ماده سودا است. بگذارید وجودآورنده سودا جن باشد یا غیرجن، به ما چه مربوط.» (نقل از تاریخچه تکوین روانپزشکی نوین در ایران، نوشته استاد دکتر هاراطون داویدیان، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۷) می‌بینیم که چطور ابن‌سینا مرز بین رویکرد پزشکی با اختلال روانی را از رویکردهای دیگر جدا می‌کند و در تبیین سبب‌شناسی این اختلالات از اطلاعات پزشکی زمان خود استفاده می‌کند. به این ترتیب، باور به تسخیر و جن‌زدگی در بیماری‌های روانی، حتی اگر در بخش‌هایی از باورهای عامه جا داشته است، هیچ‌گاه در متون اساسی علمی و پزشکی ما وارد نشده است. یعنی در تاریخ پزشکی ما اندیشمندان این سرزمین بر مبنای اصول علمی زمان خود، بیماری‌های روانی را ناشی از اختلال مزاج‌ها و تاثیر بیماری‌زایی آنها در مغز فرد می‌دانستند و با تبیینی پزشکی برای حل آن هم روش‌های درمانی پزشکی استفاده می‌کردند.

اما اکنون وضعیت به چه شکلی است؟ یافته‌های علمی و آگاهی‌های ما نسبت به آن زمان بسیار بیشتر شده است، ولی مردم ما درباره بیماری‌های روانی چه می‌دانند؟ پزشکان و متخصصان دیگر ما چه میزان از آگاهی و چه نوع نگرشی نسبت به این بیماری‌ها و درمان‌شان دارند؟ سیاستگذاران سلامت در این مورد چه می‌اندیشند و چگونه عمل می‌کنند؟ آیا مردم، متخصصان و سیاستگذاران آگاهی و نگرشی مناسب درباره بیماری‌های روانی، علت آنها و روش‌های موثر برای بهبودشان دارند؟ آیا این عوامل و عوامل موثر دیگر به گونه‌ای عمل می‌کند که افراد دچار بیماری‌ها و مشکلات روانی در جامعه ما، که بخش عمده از جمعیت را تشکیل می‌دهند (یک نفر از هر چهار یا پنج نفر)، بتوانند از مسیری درست برای درمان بیماری‌شان اقدام کنند؟ یا برعکس، آنان را به سوی شیوه‌های ناموثر و گاهی مضر سوق می‌دهند؟ اینها سوالاتی اساسی است که پیش روی سلامت روان جامعه ماست و ریشه در باورهای فرهنگی ما دارد. در نوشته‌های بعدی سعی می‌کنم به برخی از جنبه‌های آن بیشتر بپردازم.

*** روانپزشک و روان‌درمانگر**

نگاه به درون

دکتر محمدرضا سرگلزایی

نگاهی روانشناختی به بحران اقتصادی جهان

دایناسورها و بحران اقتصادی

گرچه در باب دلایل ایجاد بحران اقتصادی جهانی تحلیل‌های مختلفی ارائه شده است، هنوز بسیاری از اندیشه‌ورزان به پاسخ این پرسش نرسیده‌اند که چه شد سامانه اقتصادی غرب دچار بحران شد. لذا در این مقاله برآنم نکاتی را در این باره بیان کنم.

۱- بحران اقتصادی اتفاقی غیرمنتظره و رخدادی پیش‌بینی‌نشده نبود. نظریه‌پردازان بزرگی همچون الوین تافلر و جیمز ردفیلد سال‌ها قبل وقوع آن را پیش‌بینی کرده بودند. شاید بپرسید پس چرا از این بحران پیشگیری نشد و مانع وقوع آن نشدند؟ پاسخ این است که گرچه این رخداد قابل پیش‌بینی بود ولی قابل پیشگیری نبود. به زبان دیگر نظام اقتصادی «کاپیتالیسم» اشتباهی را مرتکب شده بود که ناچار روزی باید «تاوان» آن را می‌پرداخت! همان‌طور که در فیلم سینمایی ۲۰۱۲ تصویر شده است «توفان نوح» غیرقابل اجتناب بود، تنها کار ممکن ساختن «سفینه‌ای» بود که «نسل نخبگان» را نجات دهد!

اشتباه بزرگ نظام اقتصادی کاپیتالیسم چه بود؟

- دایناسورپروری.

۲- نسل دایناسورها به این دلیل منقرض شد که قد و قواره بزرگ آنها امکان تحرک و انعطاف‌شان را کم می‌کرد. گرچه به ظاهر جانداران هرچه بزرگ‌تر باشند قوی‌تر به نظر می‌رسند اما در واقع و «در سطح گونه» به جای «سطح فردی» جانداران هرچه کوچک‌تر باشند قدرتمندترند!

نابود کردن نسل ببر بنگال کاری بسیار آسان‌تر از ریشه‌کنی مالاریا از طریق نابودسازی پشه آنوفل است!

نظام کاپیتالیسم در دوران جنگ سرد برای وارد کردن فشار روانی بر اردوگاه سوسیالیسم از تکنیک «خودبزرگ‌نمایی» استفاده می‌کرد. پروژه‌های پرخرج و کم‌فایده از «سفر به ماه» جان اف‌کندی تا «جنگ ستارگان» رونالد ریگان تنها برای رجزخوانی طراحی شده بودند. این همان گردابی است که این روزها «کره شمالی» در آن فرو می‌رود: هزینه کردن ارزشمندترین منابع در راه ساختن مترسکی برای ترساندن «عقاب‌ها»! غافل از اینکه «عقاب‌ها» این بازی را به خوبی می‌شناسند چراکه خود قبلاً برای ترساندن «خرس» و «اژدها» از همین تکنیک بهره گرفتند!

سرمایه‌داری غرب تلاش کرد در راستای سیاست جنگ روانی «خودبزرگ‌نمایی»، نهادهای صنعتی را به پیوند یافتن با یکدیگر و ایجاد نهادهای هرچه بزرگ‌تر ترغیب کند. نتیجه این فعالیت ایجاد غول‌های صنعتی یا همان «دایناسورها» بود. سازمان‌هایی که گرچه بسیار عظیم و غول‌آسا بودند اما به دلیل ناچیز بودن قدرت تحرک و انعطاف، بسیار آسیب‌پذیر بودند. شاید «برج‌های دوقلوی تجارت جهانی» را بتوان به طور نمادین سمبل اقتصاد دایناسوری کاپیتالیسم دانست که در مقابل برخورد هواپیماهایی که از نظر جرم بسیار کوچک ولی از نظر سرعت بسیار توانمند بودند، به سرعت فرو ریختند.

گرچه به ظاهر با فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، این نظام سوسیالیستی بود که فروریخت اما در واقع همزمان هر دو «ابرقدرت سیاسی- نظامی» جهان از بعد اقتصادی فرو ریختند چرا که اولاً به دلیل رقابت سیاسی حاضر نشدند به طور جدی به ساخت مکتب نوین اقتصادی که هم مزایای سوسیالیسم و هم مزایای کاپیتالیسم را در خود داشته باشد، بیندیشند(در واقع فرآیند تز، آنتی‌تز، سنتز دیالکتیک را برنتافتند) و ثانیاً هزینه‌های هنگفتی را صرف رقابت‌های رسانه‌ای، نظامی و فضایی کردند که هیچ بازدهی جز ترساندن حریف نداشتند!

۳- گرچه پیوستگی بین‌المللی اقتصاد هیچ کشوری را از تبعات بحران اقتصادی غرب مصون نگذاشت، برندگان واقعی این بازی کشورهایی همچون هند بودند که طبق دستورالعمل «الوین تافلر» هر دو بال توسعه فرامدرن را به کار گرفته بودند و علاوه بر «جهانی شدن»، «کوچک‌سازی نهادهای اقتصادی» را جدی گرفته بودند. اکنون «موش‌ها» از بقایای «دایناسورهای فروافتاده» خود را سیر می‌کنند و بازی «تام و جری» باز هم به نفع «جری» تمام می‌شود!

*** روانپزشک**

خرافه یا درمان

بهروز مرزبان/ b.marzban@gmail.com

خرافه در پرانتز سینما و روانشناسی

تصویر آلوده خرافه‌گویی

روان آدمی با تصویر و تصور و خیال‌ورزی تنگاتنگ گره خورده است. این ایده دست‌کم به صورت رسمی به دوره افلاطون بازمی‌گردد که معتقد بود روان آدمی در اوج خودش تصویر مثالی از تصویر بزرگ‌تر بود. بنابراین می‌توان این ایده را پیش برد که روان آدمی در واکنش به تصویر از حساسیت بیشتری برخوردار است چرا که در زندگی روزمره کمتر اتفاق می‌افتد که انسان‌ها خاطرات و رفتارها و حرف‌ها را بدون تصویرهایشان تداعی کنند. مثلاً شما وقتی خاطره‌ای قدیمی را برای کسی بازگویی می‌کنید ابتدا در ذهن خود با تصویر آن روبه‌رو می‌شوید، آن تصویر را بازسازی می‌کنید و تصویر بازسازی‌شده را در قالب کلمات و روایت تولید می‌کنید و حتی از طرف مقابل هم تلویحاً درخواست می‌کنید که الگوهای تصویری ذهن خود را با شما هماهنگ سازد.

سینما به عنوان شکل پیشرفته تصویر متحرک و به عنوان یک صنعت توده‌ای همواره نقش مهمی در بازتاب و بازسازی ایده‌های جمعی و فردی داشته است. می‌توان ادعا کرد سینما همواره برای روانشناسان و روانکاوان حاوی لذتی تجربی و درونی بوده است چرا که آنها همواره از طریق سینما می‌توانند به روانشناسی اجتماعی توده‌ها دسترسی پیدا کنند.

روانشناسان و روانکاوانی که به حوزه سینما علاقه‌مندند و حتی در این باره مطلب می‌نویسند خرافه را تصویر کج‌ریخت و قناس آمال، خواسته‌ها و نیات توده‌های مردم می‌دانند. به عبارتی توده‌ها با تکثیر و شیوع عناصر تصویری خرافه در قالب شمایل‌های خیر و شر که غالباً به شکل فانتزی نمایانگر می‌شوند نوعی همبستگی را سبب می‌شوند. این برای روانشناسان و روانکاوان به گونه‌ای روانشناسی اجتماعی خیال‌ورزی توده‌ای بازمی‌گردد. مساله اصلی در اینجاست که می‌توان مدعی شد برای عبور و پالایش این تصویر کج و معوج از ذهن توده‌ها و برخورد آگاهانه با آن سینما به عنوان یک رسانه توده‌ای مدرن می‌تواند نقش موثری را بازی کند. چه‌بسا که بسیاری از فیلمسازان با توجه به عناصر روانشناختی درصدد غلبه بر خرافه‌گرایی برآمدند.

نمونه بارز روانکاوانی که دلمشغول ایده‌های سینمایی در روانکاوی هستند، اسلاوی ژیژک متفکر اسلوونیایی است که می‌کوشد با قرائت روانکاوانه سینما ذهن جمعی را نسبت به محدودیت خودش هشدار دهد.

در ایران سینما و روانشناسی در قبال خرافه وضعیتی دوگانه دارد، به این نحو که برخی از فیلمسازان با دامن زدن به تصویر خرافی در سینما عملاً یک شور منفی سرکوب‌شده را در توده‌ها ایجاد می‌کنند که بیشتر به عواطف منفی دامن می‌زند. از سوی دیگر برخی از فیلمسازان تلاش می‌کنند با رفتن در درون تصویر کژتاب خرافه سویه‌های سرکوبگرانه و عواطف منفی آن را گوشزد کنند. روانشناسان ایرانی همواره باید متوجه این موضوع باشند که سینمای معناگرا همواره می‌تواند این خطر را ایجاد کند که در دام خرافه‌گرایی بیفتد و نتیجتاً روان جمعی آدم‌ها را آسیب‌مند کند. به عبارت دیگر سینما می‌تواند توده‌ها را به تصویر آلوده خرافه‌گرایی، شرطی و معتاد کند و این در نهایت وظیفه یک روانشناس و روانکاو ایرانی است که بتواند درک و دریافت انتقادی و صحیحی از عملکرد تصویر سینمایی در برابر موج خرافه‌گرایی داشته باشد.