



انتشارات نیلوفر

فِی اَیِّد

(ذهن خوانی ها)

ادبیات و روانپزشکی

ترجمه ی ناصر همتی - ناصر معین



فِمْی اُیْبُد

ادبیات و روانپزشکی

(ذهن خوانی ها)

ترجمه‌ی

ناصر همته - ناصر معین



انتشارات بهار

سرشناسه	آیبد، فمی، ۱۹۵۴ - م. Oyebode, Femi
عنوان و نام پدیدآور	ادبیات و روانپزشکی: ذهن خوانی / فمی آیبد؛ ترجمه‌ی ناصر همتی - ناصر معین.
مشخصات نشر	تهران، نیلوفر، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	۲۳۲ ص.
شابک	978-964-448-754-5
یادداشت	فیبا
یادداشت	عنوان اصلی: Mind readings: Literature and psychiatry
موضوع	روان‌پزشکی در ادبیات
موضوع	Psychiatry in literature
موضوع	روان‌شناسی و ادبیات
موضوع	Psychology and literature
موضوع	روانکاوی و ادبیات
موضوع	Psychoanalysis and literature
شناسه افزوده	معین، ناصر، ۱۳۵۴ - ، مترجم
شناسه افزوده	همتی، ناصر، ۱۳۵۱ - ، مترجم
رده‌بندی کنگره	۱۳۹۷: ۴ الف ۹ الف / BF ۱۰۹
رده‌بندی دیویی	۱۵۵/۲۶۴۴
شماره کتابشناسی ملی	۵۲۱۹۷۲۴



انتشارات بهارم خایان انقلاب، خایان دانشگاه، تلفن: ۶۶۴۶۱۱۱۷

فمی آیبد

ادبیات و روانپزشکی (ذهن‌خوانی‌ها)

مترجمین: ناصر همتی - ناصر معین

حروفچینی: شبستری

چاپ اول: تابستان ۱۳۹۷

چاپ گلبان

شمارگان: ۸۸۰ نسخه

همه حقوق محفوظ است.

فروش اینترنتی: www.behanbook.ir

فهرست

۷	پیشگفتار.....
۱۱	فصل اول: فواید مطالعه‌ی ادبیات.....
۳۳	فصل دوم: نقش ادبیات در آموزش پزشکی.....
۴۹	فصل سوم: خود- زیست‌نامه‌های داستانی و روانپزشکی.....
۷۷	فصل چهارم: ادبیاتِ داستانی و روانپزشکی.....
۹۹	فصل پنجم: شعر و روانپزشکی.....
۱۲۳	فصل ششم: نامه‌ها و روانپزشکی (موردِ فرانتس کافکا).....
۱۳۹	فصل هفتم: مرگ و مُردن در ادبیات.....
۱۵۹	فصل هشتم: چشم‌اندازهای ادبی و زیست‌نامه‌ای درباره‌ی مصرفِ مواد.....
۱۷۹	فصل نهم: زوالِ عقل و ادبیات.....
۱۹۹	فصل دهم: توصیفِ کم‌توانیِ ذهنی در داستان.....
۲۱۷	فصل یازدهم: اوتیسم در داستان و خود- زیست‌نامه.....

پیشگفتار

پیدایش حوزه‌ای تحت عنوان علوم انسانی پزشکی در یک دهه‌ی گذشته احتمالاً نشانه‌ی تغییر ماهیت دانش پزشکی است. امروزه نشریات مربوط به علوم انسانی پزشکی در بریتانیا، اروپا و -آن سوتر از اقیانوس اطلس- در ایالات متحده منتشر می‌شوند. دیدن ستون‌های ادبی در مجلات پیشرو پزشکی، دیگر پدیده‌ی نادری نیست؛ نشریه‌ی انجمن روانپزشکان بریتانیا (BJP) ستونی با عنوان «شعرِ پزشکان» دارد و مجله‌ی پیشرفت‌های درمانی در روانپزشکی نیز بخشی ویژه‌ی کسانی دارد که قبلاً به یک اختلال روانپزشکی مبتلا بوده‌اند.

افزون بر این، گذشته از وجود مراکز علوم انسانی پزشکی و تارنماهای مربوط به آن‌ها، امروزه دانشجویانی در مقاطع کارشناسی دانشکده‌های پزشکی به تحصیل در این حوزه مشغول هستند. اما منظور از «علوم انسانی پزشکی» چیست؟ سود احتمالی این علوم برای دانش پزشکی و پزشکان چیست؟ آیا می‌توان برای علوم انسانی پزشکی، نقشی ویژه در دانش روانپزشکی قائل شد؟ علوم انسانی پزشکی شامل مواردی از این‌گونه است: اخلاق پزشکی، جامعه‌شناسی پزشکی، تاریخ اجتماعی طب و کاربرد ادبیات و هنر، به معنای عام، در پزشکی. چنین استدلال می‌شود که علوم انسانی پزشکی می‌تواند به واسطه‌ی تبیین چشم‌اندازهای هنر و علوم انسانی، دانش و فناوری پزشکی را به دو صورت تکمیل کند: نخست با تلطیف پزشکی و بلندپروازانه‌تر از آن با صورت‌بندی ذات، اهداف و دانش پایه‌ی پزشکی (گریوز و ایوانز، ۲۰۰۰).

در اینجا هدف جا انداختن دوباره‌ی مهارت‌های علوم انسانی در ثبت و تفسیر تجاربِ روایی انسان در بطنِ دانش پزشکی است (ایوانز، ۲۰۰۱). اسکات (۲۰۰۰) در تبیینی صریح‌تر استدلال می‌کند که هنر می‌تواند بصیرتِ درمانگر را درباره‌ی الگوهای رایج و مشترک یا پاسخ‌های کاملاً فردی به موقعیت‌های بحرانی بالا ببرد و زبان و تفکر او را غنی‌تر کند. مفهوم ضمنی این استدلال‌ها آن است که موضعی علمی که میان پزشک و تجربه‌ی ذهنی بیماران گسست ایجاد کند، دارای اشکال است و به کمک هنر و علوم انسانی می‌توان پیوند دوباره‌ی درمانگر با دنیای ذهنی بیمار را تسهیل کرد. فکر نمی‌کنم که دلایل زیادی برای مخالفت در این زمینه وجود داشته باشد. گفتن ندارد که پزشکی مدرن و فناوری‌های همراه آن می‌تواند بیماران را به صورتِ اندامواره‌هایی مجزا از هم، یا همچون جوهری مادی و فاقد هرگونه خویشتنِ زندگی‌بخش، هدفمند و دارای برنامه درمان کند. این وجه از طب به بیماران و پزشکان به یک اندازه آسیب خواهد زد.

پروژه‌ی علوم انسانی پزشکی از شیوه‌های گوناگونی برای رسیدن به اهداف‌اش استفاده می‌کند. یکی از این روش‌ها استفاده از «متن» برای مطرح کردن مسائل علوم انسانی است. خانم جین مک ناوتون (۲۰۰۰) این شیوه را به کمک یک متن فلسفی - جمهور افلاطون - شرح داده است؛ دیگران دوره‌هایی را تعریف کرده‌اند که بر متن‌های ادبی تمرکز دارد (از جمله خودزیست‌نامه‌ها و قصه‌ها) و این متن‌ها را برای برانگیختن بحث در میان درمانگرها و دانشجویان و بالا بردن ظرفیت‌های خیال‌پردازی در آنان به کار برده‌اند. مهم‌ترین هدف این شیوه‌ها اثبات اهمیت شرح حال بیمار و خود-بودگی در گفت‌وگو و فضای پزشکی است. آن‌گونه که ایوانز (۲۰۰۱) گفته است: «ادبیات و هنرهای بیانی (اکسپرسیو) این پرسش را پیرامون و در درون تجربه‌ی پزشکی پیش کشیده‌اند که چگونه ایده‌ی بیانی از توصیف صرف برمی‌گذرد یا آن را دگرگون می‌کند».

بنابر آن چه گفته شد، صرف نظر از هرگونه فایده‌ی علوم انسانی پزشکی برای دیگر حوزه‌های طب، ارتباط این علوم با روانپزشکی بی‌نیاز از توضیح است. همه‌ی اختلالات روانپزشکی، ناگزیر اختلالات «فرد» محسوب می‌شوند. علایم و نشانه‌های وضعیت‌های روانی، در زندگی واقعی افراد خود را بروز می‌دهند و تفکیک کامل محل بروز وضعیت روانی از شخص، ناممکن است. کار هنر و علوم انسانی برای روانپزشکی، برجسته کردن اهمیت ذهنیت است. رهیافت‌های تشخیصی کنونی در روانپزشکی بر عینیت علایم تأکید دارند و اهمیت چگونگی تجربه‌ی علایم توسط شخص را نادیده می‌گیرند؛ این در حالی است که ریشه‌ی روان-آسیب‌شناسی بالینی در «نشانه‌شناسی» است. کاری که ادبیات (و به ویژه در این مورد، خود-زیست‌نامه‌های داستانی) انجام می‌دهد؛ آشکار کردن رنج بیمار و فهم ذهنی او از این رنج به زبان زندگی روزمره است، فهمی که اتفاقاً بسیار واقعی است. به عبارت دیگر، روانپزشک می‌تواند بدون به کار بردن زبان فنی، به وجه کاملاً انسانی تجربه دسترسی پیدا کند. به این گونه، ما به عنوان روانپزشک، قادر خواهیم بود به فهم خود از ماهیت اختلالات روانی عمق بیشتری ببخشیم و برای وارد شدن به دنیای بیماران و فهم موقعیت ذهنی و وضعیت آنان، به زبانی مناسب‌تر برسیم. مانند هر مهارت دیگری تخیل اخلاقی ما، یعنی همدلی ما، نیازمند تمرین و آزمون است؛ ادبیات یک راه امن برای این امر فراهم می‌کند.

این کتاب حاصل مجموعه‌ای از مقالات در حوزه‌ی ادبیات و روانپزشکی است که پیش از این در مجله پیشرفت‌های درمانی در روانپزشکی چاپ شده‌اند. در این گردآوری، روی هر موضوعی مجدداً کار شده علاوه بر آن بعضی از مقالات صرفاً برای این کتاب نگاشته شده است. فصل‌هایی از کتاب به این موضوعات می‌پردازد: چرا پزشکان باید داستان بخوانند؛ جایگاه ادبیات در آموزش پزشکی؛ نقش روایت‌های خود-زیست‌نامه‌ای و داستانی؛ شعر؛ نامه‌ها؛ مرگ و مردن؛ اعتیاد؛ سالخورده‌گی و زوال عقل؛ کم‌توانی‌های ذهنی و در خودماندگی (اوتیسم). این فصول به توصیف و بازنمایی وضعیت افراد می‌پردازد؛ تجربه‌ی زیسته‌ی رنج، خصلت روانپزشکی به مثابه‌ی یک نظام و کار

روانپزشکی همچون یک نهاد. چیزی که به این فصل‌های جداگانه وحدت می‌بخشد تکیه‌ی آنها بر زبان با همه وجوه ارتباطی اش خصوصاً به صورت متن ادبی است که همچون منبع و ابزاری برای افزودن فهم ما از بیماران مان و وضعیت آنان عمل می‌کند.

لارنس در فاسق بانو چاترلی (۱۹۲۸) «شنیدن تصادفی سر و سر زندگی خصوصی دیگران» یا دزدکی گوش کردن به همان ماجراها را با رمان مقایسه می‌کند. او می‌نویسد «اهمیت رمان، اگر درست به کار گرفته شود، دقیقاً در همین جا است. رمان می‌تواند آگاهی همدلانه ما را به جاهایی تازه رهنمون کند یا دلسوزیمان را از آن چه مُرده است، دور سازد. بنابراین رمانی که به خوبی پرداخته شده باشد، می‌تواند نقاط رازآلود زندگی را برملا کند؛ زیرا در این رازهای شهبانی زندگی است که بیش از هر جای دیگری، مدّ آگاهی حساس ما محتاج فرونشستن یا جاری شدن است، منزّه شدن و به تازگی رسیدن (فاسق بانو چاترلی، ۱۹۹۴، صفحه ۱۰۱). روشن است که لارنس، پیوند بین اشتیاق طبیعی فالگوش ایستادن و استفاده‌ی ما از ادبیات را به مثابه‌ی وسیله‌ای برای فهم زندگی درونی دیگران — چنان که خود ما — می‌فهمید. حقیقت این است که لارنس نسبت به بسیاری از نویسندگان، نقش ویژه‌ی رُمان در چگونگی احساس و رفتار مردم و جستجوی انگیزه‌ی صمیمانه‌ترین کنش‌های آدمی و توصیف مبهم‌ترین هیجانات او را به کمک کلمات بهتر فهمیده است؛ هیجاناتی که اهداف ما را می‌سازند یا قضاوت ما را در ابری از ابهام فرو می‌برند. نقش ادبیات هم همین است؛ به آزمون گذاشتن، ابهام زدایی و تبیین هیجانات، افکار و رفتارهای آدمی؛ موضوعاتی که در فصل فصل این کتاب خواهید خواند.

فصل اول

فواید مطالعه‌ی ادبیات

آلن بوربج

آیا ادبیات چیزی برای ارائه به بالینگران دارد؟ تا همین چند دهه پیش، پاسخ این پرسش بدیهی به نظر می‌رسید: منظور از مطالعه‌ی علوم انسانی عمق بخشیدن به فهم آدمی از «رنج» و خردمندانه کردن کار بالینی بود. در حقیقت تعاملِ پُرثمر میان ادبیات و طب، دارای سابقه‌ای دیرپا است. بالینگران بسیاری جُستار، رمان و شعر نوشته‌اند و نویسندگان بسیاری نیز درونمایه‌های طبی را برای آثار خود برگزیده‌اند. در قرن هژدهم «تویاس اسمالیت» که یک پزشک اسکاتلندی بود، با نوشتن کتاب‌هایی چون ماجراهای رادریک رندوم (۱۷۴۸) و سفرهای همفری کلینکر (۱۷۷۱) به عنوان یک رمان‌نویس به شهرت رسید. «جان کیتس» شاعر رمانتیکِ بزرگِ انگلیسی، پزشکی توانمند بود و «لارنس استرن» در کتاب مشهورش — زندگی و عقاید آقای تریسترام شندی — ارجاعات متعددی به پزشکی، سلامت و بیماری دارد (۶۹-۱۷۵۹).

در قرن نوزده و اوایل قرن بیستم، شاهد ظهورِ طبیبان نویسنده‌ای چون گئورگ بوخنر، آنتوان چخوف، سر آرتور کنان دوئل، میخائیل بولگاکوف، آرتور شنیتسلر و ویلیام کارلوس ویلیامز بوده‌ایم. حتا «امیل کرپلین» که برخی از مورخانِ روانپزشکی او را به عنوانِ یک بدن‌شناسِ انکارناپذیر می‌دانند، شاعری بود که شعرهایش منتشر می‌شد. ژان ماری شارکو، عصب‌شناسی که او را «ناپلئونِ دنیای روان» لقب داده بودند، شب‌نشینی‌هایی برپا می‌کرد که در آن‌ها نویسندگان، هنرمندان و پزشکانِ نامدار پاریس گرد هم می‌آمدند. مارسل پروست، نویسنده‌ی

بزرگِ مدرنیست، تحت تأثیر پزشکان و روانشناسان بسیاری از جمله بینه، شارکو و ژانه بود. پدر پروست، استاد بهداشت عمومی بود و در نگارش کتابی در زمینه‌ی روان‌نژندی همکاری کرده بود. در شاهکارِ بزرگِ پروست، در جستجوی زمان از دست‌رفته (۲۷-۱۹۱۳) شاهد موضوعاتِ پزشکی و روانپزشکی متعددی از جمله خود-بیمارانگاری، هیستری [اختلال تبدیلی]، سوگ و فروپاشی روانی هستیم (میکال، ۲۰۰۷).

زیگموند فروید فرهنگ اروپایی و نیز فرهنگِ کلاسیک را به‌خوبی می‌شناخت و گزارش‌های موردی‌اش از شرح حال بیماران، به همان اندازه که از حیث علمی، از نظر ارزش ادبی نیز تحسین می‌شد. در نیمه‌ی دوم قرن بیستم روانپزشک اسکاتلندی آر. دی. لانگ برای صورت‌بندیِ مدلِ وجودی‌اش از جنون، مطالبی در مورد نویسندگانی چون ویلیام بلیک، داستایفسکی، کافکا، بکت و ژان پل سارتر نوشت و در اواخر دوران حرفه‌ای‌اش شروع به نوشتن شعر کرد.

با این همه به نظر می‌رسد رابطه‌ی بین علوم انسانی و طب از جایی گسسته می‌شود. سی. پی. اسنو که یک فیزیکدان و نویسنده است، در یک سخنرانی اثرگذار اعلام کرد که جامعه به دو فرهنگ تقسیم شده است: دانش و هنر. او اشاره کرد که این شکاف مخرب است و هشدار داد که «پل زدن و از میان بردن این شکاف چه به شکل انتزاعی‌ترین مفاهیم روشنفکرانه یا عملی‌ترین جنبه‌های آن یک ضرورت است» (اسنو، ۱۹۵۹). منشاء گسست میان هنر و دانش را اغلب به عصر روشنگری برمی‌گردانند؛ زمانی که بنا بر عقیده‌ی غالب، عقل، حلال تمام مشکلات بشری پنداشته می‌شد. جنبش رمانتیک را نیز با تکیه بر خودانگیختگی و بداهه، معنویت و حس حیرت، به عنوان شتاب‌دهنده‌ی گسست میان هنر و علم می‌بینند.

در هر حال، چنین تاریخ‌نگاری‌ای به تازگی توسط مورخی به نام مارک میکال (۲۰۰۷) به چالش کشیده شده است؛ وی استدلال می‌کند که ارتباط میان علوم انسانی و طب برای برخوردار شدن از یک رابطه‌ی متقابل و ارزشمند، دست‌کم تا اوایل قرن بیستم ادامه داشته است. او می‌گوید که این ارتباط تنها پس از جنگ

جهانی اول و از زمانی رو به زوال نهاد که پزشکان، دیگر در معرض آموزش‌های لیبرال علوم انسانی قرار نگرفتند. روسو (۱۹۸۶) نیز چنین گفته است که در دوران مدرن، ارزش علوم انسانی در نظر پزشکان زمانی رو به افول نهاد که آنان به شکلی فزاینده خود را دانشمند و بیوتکنیسین فرض کردند. با این همه نیوه (۱۹۹۳) ادعا می‌کند که به رغم فرهنگ فناوری‌های رایج، بسیاری از پزشکان همچنان علاقه‌ی خود را به هنر حفظ کرده‌اند.

در سال‌های اخیر شاهد بازگشت دوباره‌ی علاقه به ارتباط بین پزشکی و هنر بوده‌ایم. انتشار مجله‌ی علوم انسانی پزشکی، رشد پزشکی مبتنی بر روایت‌گری و تأکید آن بر این که مطالعه‌ی ادبیات می‌تواند به پزشکان در فهم بهتر روایت‌های بیماران‌شان کمک کند و تأسیس مرکز هنر و علوم انسانی در پزشکی و سلامت در دانشگاه دورهام جملگی بر این بازگشت صحنه می‌گذارند. امروزه دانشکده‌های پزشکی مانند گلاسکو و بیرمنگام، واحدهای درسی در حوزه‌ی علوم انسانی ارائه می‌دهند. این دستاوردها برخاسته از باور به این اصل است که هنر برای پزشکان مفید بوده، تا حدی از آنان پزشکان بهتری می‌سازد. این فصل فواید مطالعه‌ی ادبیات را برای پزشکان بررسی می‌کند.

فواید مطالعه‌ی ادبیات

جنبه‌های وجودی و همدلی

مدل علمی منحصراً زیستی، دیدگاهی محدود از نوع بشر به دست می‌دهد. پزشکان باید درک عمیق‌تری از بیماران خود داشته باشند که سویه‌های وجودی و هیجانی آنان را نیز دربر بگیرد. چنین چشم‌اندازی را ادبیات ارائه می‌دهد (دواین ۱۹۹۴). تغییرات اعمال‌شده در آموزش پزشکی که در کتاب پزشکان فردا خلاصه شده است، توصیه می‌کند که پزشکان باید همان قدر که به مطالعه‌ی علوم زیستی می‌پردازند، در معرض آموزش علوم انسانی نیز قرار گیرند (مجمع عمومی پزشکی ۱۹۹۵). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد دانشجویان پزشکی که دارای پیشینه‌ی مطالعات در علوم انسانی و علوم تجربی‌اند، نسبت

به دانشجویانی که تنها در زمینه‌ی علوم تجربی مطالعه کرده‌اند، کارایی بهتری در حوزه‌های مهم کار بالینی دارند (رالف و همکاران، ۱۹۹۵). در پیوند با روانپزشکی، کالی (۱۹۹۳) ادعا می‌کند که دانش پزشکی به تنهایی تصویر کاملی از انسان ارائه نمی‌کند و خواستار مطالعه‌ی تکمیلی علوم انسانی است.

تی. اس. الیوت می‌گفت: «ما کتاب‌های زیادی می‌خوانیم زیرا نمی‌توانیم انسان‌های زیادی را بشناسیم» (۱۹۴۸، ص ۸۶). ما می‌توانیم زندگی و دنیای درونی طیف گسترده‌ای از افراد را به مدد تخیل و درگیر شدن با دنیای آنان در رمان، مورد کندوکاو قرار دهیم. با مطالعه‌ی رمان، یک شخص می‌تواند دنیا را از دید شخصی دیگر ببیند. این موضوع به‌ویژه در گزارش‌های ادبی پیرامون رنج و بیماری کاربرد دارد. برای مثال رمان «میان بیشه‌زار» اثر ایان کرایتون اسمیت (۱۹۸۷) فروپاشی روانی خود او را به تصویر می‌کشد؛ «شاهکار گیلبرت پنیفولد» نوشته‌ی اولین وُو (۱۹۵۷) توهم زندگی در اثر سوء مصرف مواد را شرح می‌دهد؛ «نُت تریین» اثر برنارد مک لاورتی (۱۹۹۷) درباره‌ی افسردگی پس از زایمان است؛ رمان «عشق دیرپا» نوشته‌ی یان مک ایوان (۱۹۹۷) در مورد سندرم کلرامبو (هذیان حسادت یا بیماری اتللو) است و تقریباً تمام نوشته‌های داستانی‌فلسفی، شخصیت‌هایی با اختلالات روانی را توصیف می‌کنند. چنین کتاب‌هایی همدلی ما را با مبتلایان به اختلالات روانی بیشتر می‌کنند.

اختلال روانی در انزوای اتفاق نمی‌افتد بلکه بستگان فرد مبتلا و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ژاکلین ویلسون نویسنده‌ی کتاب‌های کودک که جوایزی را هم از آن خود کرده، آثار عظیم این مسأله را در کتاب‌اش مامانِ مصور (۱۹۹۹) نشان داده است. این کتاب درباره‌ی زنی به نام ماری گلد است، مادر دو دختر که مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی است. داستان از زبان دلفین، دختر ۱۰ ساله‌ی خانم ماری گلد روایت می‌شود و تأثیرات بیماری را بر یک خانواده نشان می‌دهد. در طول داستان ما نگرانی دلفین را وقتی که مادرش روبه‌راه نیست، می‌بینیم و شاهد تلاش‌های او برای ادامه دادن و مقابله با رفتارهای غیر قابل کنترل و روبه‌خامت ماری گلد هستیم. همچنین ما شاهد تنش‌های دلفین و خواهر بزرگترش هستیم

هنگامی که در این باره بحث می‌کنند که چگونه می‌توانند رفتارهای مادر را بهتر مدیریت کنند. در یک صحنه، دلفین رفتار مادرش را در شرایطی شرح می‌دهد که با وضعیت نامتعادل روانی برای بردن او از مدرسه آمده است در حالی که خُلق او آشکارا بالا است و تا حدی مهارگسیخته می‌نماید:

روز بعد از مدرسه بیرون آمدم و ماری گلد را دیدم که منتظر من است. کنار مادرهای دیگر ایستاده بود اما بدجور به چشم می‌آمد. چندتایی از بچه‌ها از داخل زمین بازی او را بانگشت نشان می‌دادند. حتا موریس جُغده، بُهت‌زده از پُشتِ عینک ته‌استکانی‌اش به او خیره شده بود.

انگار یک لحظه عینک ضخیم او را قرض گرفته بودم و اولین بار بود که می‌دیدم‌اش. یک زنِ موقرمز را دیدم که تاپِ بندی و شلوارک پوشیده بود. خالکوبی روی پوست سفیدش کاملاً پیدا بود؛ طرح‌هایی بر روی بازوها، شانه‌ها، ران‌ها، میجِ یکی از پاها و حتا روی پای‌اش دیده می‌شد. می‌دانستم که چندتایی از پدرها خالکوبی داشتند و یکی از مادرها هم پروانه‌ی کوچکی روی کتف‌اش داشت اما خالکوبی هیچ‌کدام مثل ماری گلد نبود.

او زیبا بود!

او غیرعادی بود!

به‌نظر نمی‌رسید متوجه باشد که هیچ‌کدام از مادرها با او حرف نمی‌زنند. بالا و پایین می‌پرید و همین‌که مرا دید، هر دو دست‌اش را تکان داد:

دُل! دُل! سلام! یوو هوو!

حالا آن‌ها فقط به ماری گلد زُل نزده بودند؛ به من هم خیره شده بودند.

انگار آتش گرفته بودم! وقتی داشتم به طرف ماری گلد می‌رفتم، سعی کردم به او لبخند بزنم. لب‌هایم به دندان‌هایم چسبیده بود. حس می‌کردم دارم توی شیرهی قند راه می‌روم. با فریاد صدایم کرد:

دُل! زود باش!

سریع‌تر حرکت کردم چون داشت خیلی سروصدا می‌کرد [ویلسون، ۲۰۰۰، صص ۴۶-۴۷].

در این فراز از متن، خواننده با دلفین همذات‌پنداری می‌کند و با او در احساس شرمساری و آشفتگی فزاینده از رفتار مادرش، شریک می‌شود.

در این جا برخلافِ موقعیتِ گسسته‌ی روانپزشکانی که در حال بررسی وضعیت یک بیمار هستند، ما شیرجه‌وار به واقعیتِ هر روزه‌ی زندگی خانواده‌ای پرتاب می‌شویم که بیمار، عضوی از آن است. آلن بنت سوگمندانه درباره‌ی بیماری افسردگی مادر و تأثیر آن بر خود و خانواده‌اش نوشته است. او بدون پرده‌پوشی اعتراف می‌کند که شرایط مادرش آزاردهنده بوده و در عین حال از این که بیشتر بار نگرانی از مادر بردوش پدرش بوده تا او، چندان ناخرسند نبوده است. در فراز زیر، بنت شرایط مادر و عکس‌العمل خودش را شرح می‌دهد:

شروع افسردگی‌اش او را روی صندلی‌هایی غیر معمول می‌نشاند؛ روی سه پایه‌ی چوب‌پنبه‌ای حمام، یا صندلی سفت داخل راهرو که فقط برای دکور بود و هیچ وقت کسی روی آن نمی‌نشست و تنها مشتری‌اش، چتری بود که گه‌گاه از آن استفاده می‌شد. می‌رفت بالای سرسرامی‌نشست، در حالی که از درماندگی و هراس لال شده بود؛ به من علامت می‌داد و بر حذر می‌داشت که مبادا وارد اتاق پذیرایی خالی شوم چرا که کسی آن جا بود!

آرام زمزمه کرد: به کسی که چیزی نمیگی؟

چی رو نباید بگم؟

این که من چکار کردم!

تو کاری نکردی!

ولی تو که بهشون نمیگی!

با عصبانیت گفتم: ماما! اما او دست‌اش را جلو دهانم گرفت و به درِ اتاق پذیرایی اشاره کرد و بعد با دست خطی کج و کوله روی یک تکه کاغذ یادداشت نوشت «گفت‌وگو» و بدون این که حرفی بزند سرش را تکان داد [بنت، ۲۰۰۵، ص ۶].

افراد زیادی درباره‌ی تجربه‌شان از مشاوره با روانپزشکان نوشته‌اند (پورتر، ۱۹۹۱). این گزارش‌ها به ما فرصت می‌دهند که ملاقات با یک روانپزشک را از جنبه‌ای دیگر ببینیم و در عین حال انتظار می‌رود که ما را نسبت به آثار و تبعات حرف‌ها و رفتارهایمان بر بیماران آگاه‌تر کنند. ویرجینیا وولف، که خود از یک اختلال روانی رنج می‌برد، در رمان خانم دالووی (۱۹۲۵) روانپزشک را چون

شخصی با رفتار رییس مآبانه توصیف می‌کند؛ نگاهی که جانیس گالووی نیز در باید به نفس کشیدن ادامه بدهی (۱۹۸۹) دارد. در عوض تصویری که ایان کرایتون اسمیت از روانپزشک در کتاب «در میان بیشه‌زار» (۱۹۸۷) به نمایش می‌گذارد، طبیعی یاری‌گر است. سیلویا پالات، شاعر آمریکایی که خود با افسردگی دست به‌گریبان بود و به چندین روانپزشک نیز مراجعه کرده بود، در *رمان حجاب* شیشه‌ای برداشت‌های خود را از آنان - خوب یا بد - می‌نویسد. در فراز زیر می‌بینیم که خیالپردازی‌های او از چگونگی رفتار روانپزشکان چه‌طور در مواجهه با واقعیت فرو می‌ریزد:

دکتر گوردون مدادی نقره‌ای را در دست‌اش می‌چرخاند:

- مادرت می‌گه آشفته‌ای

توی صندلی بزرگ چرمی فرو رفتم؛ روبه‌روی دکتر گوردون درحالی‌که بین ما یک هکتار میز بسیار براق، فاصله انداخته بود.

صبر کرد. با قلم‌اش روی دسته‌ی مرتب کاغذ خشک‌کن‌های سبزرنگ چند بار ضربه زد؛ تق تق تق!

مژه‌هایش چنان بلند و ضخیم بود که مصنوعی به نظر می‌آمد؛ یک دسته نی پلاستیکی سیاه، دو برکه‌ی یخی سبزرنگ را احاطه کرده بود.

اجزاء صورت‌اش به قدری بی‌نقص بود که شاید می‌شد گفت دکتر گوردون به شکل زنانه‌ای زیبا است.

به محض این‌که از در آمدم تو، از او بدم آمد. تصور مردی را داشتم مهربان، زشت و شهودگرا که رو به بالا نگاه می‌کند و با لحنی برانگیزاننده می‌گوید آها! انگار که می‌تواند چیزی را ببیند که من نمی‌توانم؛ بعد من می‌توانستم کلماتی را پیدا کنم که به او بگویم چطور تا این حد ترسیده‌ام؛ انگار که ذره-ذره مرادری یک گونی سیاه و بدون هوا فرو می‌بردند بی‌آن‌که راهی به بیرون داشته باشم.

بعد روی صندلی‌اش لم می‌دهد و در حالی که از نوک انگشتان‌اش مناره‌ی کوچکی می‌سازد برایم می‌گوید که چرا نمی‌توانم بخوابم، چیزی بخوانم یا بخورم و چرا همه‌ی کارهای مردم به نظرم احمقانه است وقتی که می‌دانم دست آخر همه می‌میرند!

بعد من فکر می‌کردم قدم به قدم کمک‌ام می‌کند که دوباره خودم باشم. اما دکتر گوردن اصلاً اینطور نبود. جوان و خوش‌سیما بود و همان‌طور که درجا فهمیدم، از خودراضی [پلات؛ ۱۹۶۶، صص ۱۳۶-۱۳۵].

زیبایی‌شناسی

رویکردی که در مطالعه‌ی طبی ادبیات آن را اصطلاحاً زیبایی‌شناسیک می‌نامند، مدعی ایجاد مهارت‌های تفسیری پیچیده است (مک‌للان و جونز، ۱۹۹۶). پزشکی روایت-محور مشخصاً با این مقوله در ارتباط است (گرینهل و هورویتز، ۱۹۹۸). فونونی که برای بررسی و درکِ رمان به کار می‌روند، می‌توانند در فهمِ گفتمانِ بیمار به کار گرفته شوند. بدین‌گونه شخص می‌تواند نسبت به جزئیات و معانی ضمنی گفته‌های بیمار حساس‌تر شود.

تعدادی از آرایه‌های ادبی، کارکردهای طبی دارند. مثلاً مفهومی چون «راوی غیر قابل اعتماد» به‌طور خاص برای درک سابقه‌ی یک بیمار قابل استفاده است. راوی غیر قابل اعتماد بیانگر موقعیتی است که در آن راوی به عمد یا ناخودآگاه روایتی همراه‌کننده یا تحریف‌شده را ارائه می‌دهد. به‌طور مثال در کتابِ خاطرات هیچکس اثر جرج و ویدون گراسمیت، راوی - چارلز پوتر - سعی می‌کند که خود را فردی موقّر جلوه دهد در حالی که توصیفات وی از خودش و برخوردهای‌اش با دیگران، آشکارا بر مضحک بودن‌اش دلالت دارد. پاسخ خواننده به روایتی که در حال بازگو شدن است این احساس است که تفسیری دیگر، غیر از آن‌چه روایت می‌شود، وجود دارد. مثلاً پوتر به دفترچه‌ی خاطرات‌اش خیلی می‌بالد و حسبِ عادت آن را برای همسر و پسرش می‌خواند. با این حال می‌نویسد: «برای من ناامیدکننده است... که گری و لوپن، به نوشته‌هایم در آن دفترچه، هیچ‌گونه علاقه‌ای نشان نمی‌دهند». او ادامه می‌دهد:

امروز این بحث را سرِ میز صبحانه پیش کشیدم. گفتم: همیشه امیدوار بودم که اگر روزی بلایی سر من بیاید، خاطرات من یک منبع بی‌پایان لذت برای شما دوتا باشد؛ صرف‌نظر از حق‌التألیفی که از چاپ‌اش عاید می‌شود.

کری و لوپن زندند زیر خنده. کری از این حرکت شرمنده بود؛ می‌شد بفهمم چون گفت: چارلی عزیزم! قصد بی ادبی نداشتم اما صادقانه بگویم فکر نمی‌کنم که خاطرات‌ات به اندازه‌ی کافی برای عامه‌ی مردم جذابیت داشته باشد که ناشری آن را بپذیرد [گراسمیت و گراسمیت؛ چاپ مجدد ۱۹۹۵، ص ۱۲۸].

در این جا می‌توانیم ببینیم که آقای پوتر سعی می‌کند به خود بقبولاند که خاطرات‌اش خواندنی و قابل چاپ است. شرح او از عکس‌العمل خانواده‌اش نسبت به خاطرات، نشان می‌دهد که این دفترچه برای هیچ‌کس جز خود او دوست‌داشتنی نیست. خواننده همچنین از نشر فاخر پوتر می‌تواند بفهمد که او آن کسی نیست که خودش فکر می‌کند. یک پدیده‌ی مشابه زمانی رخ می‌دهد که روایت یک بیمار برای روانپزشک‌اش کاملاً متفاوت با تصویری است که قصید بیمار است. زبانی که بیمار به کار می‌برد یا شیوه‌ی تصویر کردن شخصیت خودش برای درمان‌گر است که به شنونده‌ی دقیق، سرنخ‌هایی می‌دهد.

یکی دیگر از آرایه‌های ادبی مرتبط با طب، زمانی است که دو یا چند راوی، یک حادثه‌ی واحد را روایت می‌کنند. در این جا خواننده است که باید انتخاب کند کدام روایت متقاعدکننده‌ترین تفسیر از وقایع را ارائه می‌دهد؛ آیا یک راوی خاص، شرح دقیق‌تری بیان می‌کند؟ آیا حقیقت لابه‌لای این روایت‌ها است؟ هیچ نسخه‌ای قابل اعتماد نیست؟ یا چنان‌که پسامدرن‌ها می‌گویند، تصور یک حقیقت محض و یگانه، اساساً غیر قابل دفاع است؟ (بوریچ، ۱۹۹۸).

یکی از اولین رمان‌ها که خواننده را با نسخه‌های متفاوتی از یک رویداد واحد مواجه می‌کند، اعترافات و یادداشت‌های شخصی یک گنهگارِ موجه (۱۸۲۴) اثر جیمز هاگ است. رمان شامل روایتی با شخصیت اصلی رابرت رینگیم است که شرح می‌دهد چگونه توسط روحی شرور و شیطانی تسخیر شده که او را به ارتکاب جنایاتی خطرناک وادار کرده است؛ روایت دیگری نیز وجود دارد که یک «ویراستار» آن را به صورت اول شخص نوشته است و با تأکید بر بیماری روانی رابرت رینگیم تلاش می‌کند که توضیحی «عقلانی» برای وقایعی عجیب بیابد. خواننده باید خود تصمیم بگیرد که داستان را به عنوان نمونه‌ای از یک

جن زدگی شیطانی بخواند و یا آن را ناشی از دیوانگی بداند. هاگ عمداً هیچ کدام از تفاسیر را بر دیگری ترجیح نداده است.

این موقعیت برای یک روانپزشک که غالباً شنونده‌ی شرح‌های متفاوتی از یک موقعیت واحد توسط بیمار، بستگان، پرستاران و پزشکان دیگر است، کاملاً آشنا است. پزشک باید تصمیم بگیرد که برای هر یک از این شرح‌ها، چقدر ارزش قائل شود. درست مثل رمان، این نیز یک فرآیند است: زمانی که اطلاعات جدید ارائه می‌شود، ممکن است نظر پزشک تغییر کند. روانپزشکان باید از تعصبات خود، آگاه باشند که به‌طور ناخودآگاه یا غیر ارادی برای یک شاهد خاص، اعتبار بیشتری قائل نشوند. مثلاً در رمانِ هاگ، خواننده‌ای با ذهنیت پزشکی ممکن است به روایتِ ویراستار که ظاهراً منطقی و عقلانی‌تر به نظر می‌رسد، تمایل بیشتری نشان دهد و شرح خودِ رینگیم را به دید یاوه‌گویی‌های یک دیوانه ببیند. هاگ برای کاستن از احتمالِ این پاسخ با دقت عمل کرده است؛ برای همین در روایتِ ویراستار نیز تناقض‌ها و مواردی غیر محتمل ارائه می‌دهد. قطعاً هر روایتی بیانگر یک ساختار خاص و فردی از رخدادها است؛ خواننده یا روانپزشک باید این را به خاطر داشته باشند.

اخلاق

گفته می‌شود رویکرد اخلاقی به ادبیات، پزشکان را وادار می‌کند که به پیامدهای اخلاقی حرفه‌ی خود ببینند. مثلاً داستانِ ماهِ کامل اثر بریایان مک کیب (چاپ ۲۰۰۳، مجموعه قصه‌ها) به احساسات یک درمانگر می‌پردازد هنگامی که او را بیمار می‌پندارند. درمانگر احتمالاً فکر می‌کند که در مورد مبتلایان به اختلالات روانی، دارای یک دیدگاه آزاداندیشانه و دموکراتیک است تا این‌که در جلسه‌ی هنردرمانی، از سوی یک روانشناس مدعو، با بیمار اشتباه گرفته می‌شود. عکس‌العمل اولیه‌ی او حاکی از نوعی وحشت زدگی است؛ او می‌خواهد بگوید که یکی از اعضای تیم درمان و دارای مدارج فلسفی است و برای خواننده روشن می‌شود که عواطف آزاداندیشانه تا چه حد می‌تواند سطحی باشد. ما می‌توانیم با

هیاهویی همدلانه مدعی شکستن مرزهای بین «ما» و «آن‌ها» شویم تا وقتی که خودمان، با امنیت کامل، در سمت «ما» ایستاده‌ایم.

ادبیات می‌تواند سردرگمی‌های اخلاقی و چگونگی رسیدن به تصمیم‌های بالینی را مورد تعمق قرار دهد. قصه‌ی کوتاه «توسل به زور» از ویلیام کارلوس ویلیامز، این پرسش را مطرح می‌کند که آیا دخالت‌های پزشکی علیرغم خواست بیمار، قابل توجیه است؟ ویلیامز جز یک پزشک عمومی و بعدتر یک متخصص طب کودکان، نویسنده هم بود. در این قصه‌ی کوتاه او با به تصویر کشیدن ملاقات یک پزشک خانواده با کودکی خردسال، تجربیات پزشکی‌اش را به کار می‌گیرد. وقتی که پزشک به منزل خانواده می‌رسد، والدین نگران را می‌بیند که در کنار دختر کوچک‌شان، منتظر او هستند. او متوجه می‌شود که کودک بسیار ناخوش است و ممکن است به بیماری‌ی دیفتری مبتلا شده باشد چرا که او اخیراً چند مورد دیفتری را در مدرسه‌ی کودک دیده است. مشکل از آن‌جا شروع می‌شود که برای تأیید تشخیص باید گلوی دخترک را معاینه کند چون وضعیت ظاهری کودک هیچ‌کدام از علایم را نشان نمی‌دهد.

در ابتدا دکتر تلاش می‌کند که با صدا کردن دخترک با نام کوچک و لبخند زدن، به کمک بهترین ژست حرفه‌ایش، اعتماد کودک را جلب کند. اما این تمهید نتیجه نمی‌دهد و ما شاهد این هستیم که وضعیت چطور پیش می‌رود. والدین تلاش می‌کنند که به او کمک کنند اما بی‌فایده است. در یک مرحله آن‌ها به دخترشان می‌گویند که «آقای دکتر اذیت‌ات نمی‌کند». پزشک از به کار بردن کلمه‌ی اذیت ناراحت می‌شود چرا که حس می‌کند این کلمه فقط بچه را بیشتر می‌ترساند. خشم دکتر به‌طور فزاینده‌ای بیشتر می‌شود و موقعیت کم‌کم تبدیل به نبردی می‌شود که او باید آن را ببرد.

ما شاهدیم که اگرچه شرایط طبی یک دوراهی اخلاقی آشکار را پیش می‌کشد — آیا برای معاینه‌ی حلق کودک باید به زور متوسل شد؟ — پزشک در یک فضای کاملاً احساسی تصمیم می‌گیرد. پزشک عصبی است و والدین، شرمسار از یک‌دندگی دخترشان، او را به ادامه‌ی کار ترغیب می‌کنند.

پس از این که کودک آبسلانگ را با دندان هایش خورد می کند، دکتر آخرین تلاش ها را برای معاینه ی تِه حلق او با یک قاشق انجام می دهد؛ او در این مرحله دیگر منطق اش را از دست داده است:

به مادر گفتم: یک قاشق دسته صاف به من بدهید، هر طور هست باید این کار را بکنیم. دهان کودک خونریزی می کرد. زبان اش بریده شده بود و با حالتی هیستریک جیغ می کشید. شاید باید دست از کار می کشیدم و یک ساعت بعد برمی گشتم. بدون شک این بهتر بود. اما من حداقل دو کودک را دیده بودم که به دلیل چنین غفلت هایی در تخت خود مرده بودند؛ و با این احساس که یا باید الآن به تشخیص برسم یا هرگز، دوباره دست به کار شدم. از همه چیز بدتر این بود که من هم دیگر منطقی رفتار نمی کردم. می توانستم در همان حالِ خشم، کودک را تکه تکه کنم و کیف کنم. حمله کردن به او لذت داشت. صورتم از این احساس می سوخت [ویلیامز، چاپ مجدد ۱۹۸۴ ص ۵۹].

ویلیامز احساساتِ دکتر را در حین معاینه ی کودک شرح می دهد:

در این جور مواقع آدم به خودش می گوید باید از این تخم جن کوچولو، در برابر حماقت اش محافظت کنم. باید از دیگران محافظت کنم. این یک ضرورت اجتماعی است. و همه ی این چیزها درست است اما یک خشم کور، احساس شرمی باغانه ناشی از اشتیاق برای رها شدن از یک تنش عضلانی در کار است. دست بر نمی داری [صص ۶۰-۵۹].

در این جا دست کم یک بهانه ی اخلاقی موجه برای معاینه ی دخترک هست: اگر کسی کاری نمی کرد، ممکن بود بمیرد. روانپزشکان اغلب از این استدلال استفاده می کنند که وقتی در حال درمان بیماری علی رغم میل او هستند، در حقیقت از او در برابر خودش محافظت می کنند؛ این توجیه اغلب قانع کننده است. در حالی که ویلیامز بر آن است که نشان دهد احساسات شخصی این پزشک می توانند در تصمیمات او دخیل باشند. تصمیمات اخلاقی در شرایط آشفته و گاه در فضای ملتهب میان بیماران، تیم درمان و همراهان گرفته می شوند. این داستان کوتاه، موضوع را خیلی بهتر از یک کتاب درسی درباره ی اخلاق تشریح می کند: دوراهه های دشواری که همه روزه در فرآیند تشخیص و درمان