

## روان پزشکی فرهنگی

دکتر سهیلا شهشهانی

عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

چکیده:

انسان‌شناسی و روان‌کاوی - هر دو - رفتار انسان‌ها را مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهند و در این راستا، سعی می‌کنند به قوانین عمومی این حوزه دست پابند و بر پایه تحقیقاتی که اغلب در اروپا و آمریکای مرکزی انجام شده، تاکنون به نکات جالبی دست یافته‌اند. انسان‌شناسی این کار را مستقیماً انجام نمی‌دهد بلکه دست‌یابی به اطلاعات بینا فرهنگی و شناسایی عوامل فرهنگی را پیش شرط تحقیقات روان‌کاوانه می‌داند. این نگرش انسان‌شناسان از آن جا ناشی می‌شود که بر خلاف تصور رایج، انسان‌شناسی صرفاً در محدوده آداب و رسوم فعالیت نمی‌کند بلکه بنابر ویژگی کل نگرانه‌اش، تمام مسائل یک واحد انسانی را بررسی می‌کند و تک تک اجزاء را نیز با کل تطبیق می‌دهد؛ که اصطلاحاً به آن "تک نگاری یک واحد" گفته می‌شود. از همین نقطه است که ارتباط میان انسان‌شناسی و روان‌کاوی آشکار می‌شود اما متأسفانه در ایران به این ارتباط چندان توجهی نشده است. این مقاله سعی دارد ضمن بررسی تاریخچه این ارتباط اجتناب‌ناپذیری استفاده از اطلاعات انسان‌شناسی در حوزه روان‌کاوی را توجیه کند.

واژگان کلیدی: روان‌کاوی، انسان‌شناسی، فرهنگ، رفتار، انسان، قوانین عمومی، ارتباط بینا فرهنگی.

\*\*\*

انسان‌شناسی و روان‌کاوی - هر دو - به رفتار انسان توجه دارند و آن را مورد مطالعه قرار

می دهند. (Kaplan, Sadock, p.168) روان‌کاوان سعی می‌کنند به قوانین عمومی رفتار انسان دست یابند و بر مبنای تحقیقات وسیعی که اکثراً در اروپا و آمریکای مرکزی انجام شده، به نتایج قابل توجهی هم رسیده‌اند. انسان‌شناسان برای رسیدن به این قوانین عمومی ابتدا سعی می‌کنند به تفاوت‌های میان فرهنگ‌ها و شناسایی عوامل فرهنگی دست یابند؛ از نظر آنان، این عوامل فرهنگی به قدری در یافتن قوانین عمومی (universals) تاثیر گذارند که آنان برای موفقیت روان‌کاوی کسب اطلاع از فرهنگ غالب را امری اجتناب‌ناپذیر می‌دانند.

عده‌ای تصور می‌کنند انسان‌شناسی فقط به منشا انسان و منشا خصلت‌های وی می‌پردازد و یا صرفاً در حیطه آداب و رسوم فعالیت می‌کند. اما خصوصیت ویژه انسان‌شناسی درج کل مسائل روزمره یک واحد انسانی است که از مشاهده دقیق رفتارهای روزمره انسان‌ها حاصل می‌شود و اساس کار آن مقایسه فرهنگ‌ها با یکدیگر است که در اصطلاح، به آن "تک‌نگاری فرهنگ یک واحد" می‌گویند. گذشته از این، انسان‌شناسی کل‌نگر است؛ یعنی کوشش می‌کند یک کل را درک کند و رابطه اجزاء با کل را نشان دهد. این دو موضوع در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است و به نظر راقم، این دو خصیصه و هدف انسان‌شناسی می‌تواند تعیین‌کننده مرز مشخصی میان انسان‌شناسی و روان‌کاوی باشد و به توسعه و پیشرفت هر دو رشته کمک شایانی کند. روان‌کاوان برجسته به اطلاعاتی که انسان‌شناسان گردآوری می‌کنند بی‌توجه نیستند و به طرق مختلف از این داده‌ها استفاده می‌کنند. برخی حتی به تحقیقات میدانی می‌پردازند و در دوره کنونی، چندین نفر با داشتن تخصص در هر دو رشته نگرشی بسیار نو و انسانی به روان‌پزشکی غربی بخشیده‌اند و عنوان روان‌کاوی فرهنگی را معمول کرده‌اند. این رهیافت آنان را به هدف دست‌یابی به قوانین عمومی نیز نزدیک‌تر کرده است.

با این مقدمه، سعی می‌کنیم نگاهی به تاریخچه همکاری فکری دو رشته بیندازیم و

پس از آن، با تأکید بر برخی مفاهیم فرهنگی مهم در ایران، چرایی اجتناب ناپذیر بودن استفاده از اطلاعات و روش انسان‌شناسی فرهنگی را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

در دهه ۱۸۹۰ روان‌کاوان متوجه اهمیت بالقوه منابع فرهنگی شدند. کرپلین (kraepelin)، محقق آلمانی، در همین دهه به جنوب شرقی آسیا و برخی مناطق دیگر سفر کرد و طی تحقیقاتش در سال ۱۹۰۴ اعلام کرد که علائم بیماری (symptoms) در فرهنگ‌های مختلف، با یکدیگر فرق دارند و برای اولین بار از اصطلاح "روان‌کاوی فرهنگی" استفاده کرد. (Kennedy, Cultural Psychiatry, P.119)

فروید به منابع انسان‌شناسی - به ویژه خویشاوندی - روی آورد و در کتاب معروف خود، *توتیم و تابو* (۱۹۱۳)، از این منابع استفاده کرد. این کتاب به کرات مورد تحلیل، نقد و بررسی قرار گرفته است. یونگ بیشتر به باستان‌نمون‌ها (archaetypes) توجه داشت و، با تحقیق در اساطیر و منابع باستان‌شناسی و به‌خصوص ابزار ابتدائی در صدد درک نمادهایی بود که بیماران مکرراً مورد استفاده قرار می‌دادند. اریک اریکسون اولین روان‌کاوی بود که خود دست به تحقیق فرهنگی زد و در کتاب *دوران کودکی و جامعه* (Childhood Society) تحقیق درباره رشد روانی - جنسی فرد را با تأثیرات فرهنگی تلفیق کرد. (Kaplan, sadock, p.169) وی اطلاعات خود را از بومیان امریکا (Pine Ridge) در ایالت داکوتا و از یوروکها در ایالت اورگن گردآوری کرده بود. چرخ دورو (George Devereaux) نیز بر روی بومیان امریکا تحقیق کرد و متوجه شد که برای روان‌کاوی اقوام مختلف عوامل گوناگونی باید در نظر گرفته شوند.

در سال‌های بین دو جنگ جهانی اول و دوم (۱۹۳۰ و ۱۹۴۰) انسان‌شناس‌ها لزوم شناخت فرهنگ‌های دیگر و لزوم شناخت شخصیت انسانی در فرهنگ‌های دیگر را تحت عنوان "شخصیت ملی" مورد تأمل و بررسی قرار دادند. در این دوره، روت بندیکت (Ruth Benedict) و آبراهام کاردینر (Abraham Kardiner) به تنها کوشش کردند به صورت تجربیدی در قالب شخصیت کل یک فرهنگ را توصیف کنند - مثلاً

چطور می‌توان شخصیت ملی روس، ژاپن یا زولو را از طریق تحقیق بر روی چند شخصیت اصلی و توصیف همه جانبه فعالیت‌ها، خصصت‌های فرهنگی، نقشهای اجتماعی و سیاسی، و حتی نحوه پرورش شخصیت شان پیدا کرد. بلکه به نحوه پرورش شخصیت‌ها نیز توجه کردند. مارگریت مید نشان داد که چگونه شخصیت یک انسان بر مبنای پرورش دوران کودکی او شکل می‌گیرد و حتی اتفاقات مهم زیستی، مانند بلوغ، بر مبنای فرهنگ تجربه می‌شوند و بر مبنای فرهنگ اهمیت مثبت، منفی، حاد یا خنثی می‌یابند. مفهوم "تفاوت رفتاری میان دو جنس" یا "رفتارهای جنسیتی متفاوت" در واحدهای مختلف انسانی "زا، قبل از همه، در کارهای مید مشاهده می‌کنیم. نسبت گرای ای که مید آن را از استادش قوانس بوازا (Boas) گرفته بود و باب کرد، همگام با رهیافت‌های روان پزشکی نوین راه را برای زنان پزشکی فرهنگی بازتر کرد. بدین ترتیب، انتقاد انسان‌شناسی به "خود-محوری فرهنگی" که در علوم اجتماعی اوایل قرن معمول بود، از طریق کتب پرفروش مارگریت مید مستحکم‌تر شد.

دوران پس از جنگ جهانی دوم، دوران نظریه پردازی بز روی اطلاعاتی بود که از مستعمره‌ها به اروپا و آمریکا رسیده بود. روان‌کاوانی که در مناطق استعماری اقامت داشتند متوجه عوارض ویژه و اختلال‌های رفتاری خاصی شدند. در ضمن، آنان متوجه شدند که تیمازی‌های روانی در جوامع مختلف کاملاً یکسان نیستند و با گذر زمان در برخی جوامع کاهش یا افزایش پیدا می‌کنند. این دو موضوع، به تنهایی کافی بود که نشان دهد اختلال‌های روانی صرفاً با دلایل زیستی یا زیستی-شیمیایی ارتباط ندارد بلکه بسیاری از آن‌ها اختلال‌های شخصیتی هستند و به دلایل جامعه‌پذیری غیر معمول (Kennedy, Cultural Psychiatry, p.1121) یا اتفاقات خاص، در آن جامعه بروز کرده‌اند. عواملی که به تدریج در این راستا وارد حوزه تحقیق شدند، طبقه اجتماعی، قومیت و منطقه جغرافیایی بودند. (Kennedy, Cultural Psychiatry, p.1122) تحقیقات بین فرهنگی آن چنان در این دهه رشد نمود که در سال ۱۹۵۹ مجله تحقیقات

روان‌کاوی و روان‌پزشکی (Transcultural) Psychiatric Research-Review به چاپ رسید و اصطلاحاتی مانند "روان‌کاوی و روان‌پزشکی" و "روان‌کاوی بین‌فرهنگی" و "روان‌کاوی اقوام" و "روان‌کاوی فرهنگی" تا سال ۱۹۶۱ معمول و مانوس شدند. (Kennedy, Cultural Psychiatry, p.1120)

قبل از این، میسوتوپورها و علوم اجتماعیون، بر اساس مطالبی که خودگردآوری کرده بودند، ادعا می‌کردند که اقوام بدوی مسائل و مشکلات روانی نداشته‌اند. و این مشکل جامعه نوین است. اما تحقیقات دقیق‌تر نشان داد که این مسائل در تمام نقاط جهان، و همیشه، بوده و هست اما فراوانی آن متفاوت و رده‌بندی و تعریف و صداوای آن در جوامع مختلف متفاوت است. یکی از دلایلی که روان‌کاوان بیمارستان‌های مستعمره‌ها، بیماری‌های روانی را ثبت نمی‌کردند و یا انواع خاصی از بیماری‌ها را ثبت می‌کردند این بود که بومیان افسردگی و روان‌پریشی را اصلاً "بیماری" تلقی نمی‌کردند و در نتیجه، به پزشک هم مراجعه نمی‌کردند. این تحقیقات که پس از جنگ جهانی دوم و بر اساس داده‌هایی که از آفریقا می‌رسید توسط اروپاییان انجام می‌شد، بیشتر درباره کشورهای کنیا، غنا و آفریقای جنوبی بود. نظریه پردازان آن دوره، بر اساس اطلاعاتشان مبنی بر نبود افسردگی در آفریقا و جنوب شرقی آسیا، حکم کردند که چون مردم این مناطق پیرو مذاهب کلیمی و مسیحی هستند و در این مذاهب احساس گناه وجود ندارد، دچار افسردگی و روان‌پریشی نمی‌شوند. در سال ۱۹۶۰، ام. جی. فیلد (M.J:Field) در معابد غنا تحقیقی را انجام داد و متوجه شد که در میان اغلب ساکنان آن‌ها نشانه‌های افسردگی مانند احساس بی‌اهمیتی، خودتهمتی به گناه و پشیمانی شدید رایج است. این افراد خود را بیمار نمی‌دانستند لذا به بیمارستان هم مراجعه نمی‌کردند و از همین رو، تحقیقات قبلی آنان را در آمار خود ثبت نکرده بودند. (Kennedy, Cultural Psychiatry, p.1140)

تحقیقی دیگر در میان مردم یوروبا در نیجریه بر روی بیمارانی که به دلایل متفاوت به بیمارستان‌های شهر و روستا رجوع کرده بودند انجام شد که ۴۶٪ آنان علائم افسردگی

مانند گریه کردن، نگرانی شدید، بی‌اشتهایی، و ناامیدی داشتند. از این جمعیت، ۱۰۹٪ شهری و ۲۳٪ روستایی بودند. (Leighton, p.1141)

موضوع مهم دیگری که بعداً نیز به آن خواهیم پرداخت این است که زمان انجام تحقیق - قبل یا بعد از استقلال مستعمرات - در تعداد بیماران اثرگذار بود. تحقیقات قبل از استقلال اکثراً اعلام می‌کردند که هیچ بیماری روانی در مستعمرات وجود ندارد اما تحقیقات پس از استقلال برعکس از فراوانی این بیماری‌ها سخن می‌گفتند. (Kennedy, Cultural Psychiatry, P.1141)؛ که البته این موضوع صرفاً به خاطر محل تحقیق (بیمارستان یا معبد) و یا به خاطر افسردگی نهانی پیشین نبود، بلکه شرایط سیاسی - اجتماعی پس از استقلال نیز در این فراوانی نقش داشت. . . .

تا سال ۱۹۶۸، هفده تحقیق در آفریقا به وسیله محققان متخصص صورت گرفت و از دو لحاظ، تفاوت شرایط قبل و بعد از استقلال مستعمرات را توجیه کرد:

۱. استقلال باعث شد که افراد خود را مسئول اعمال خود ببینند و آن را به استعمارگر نسبت ندهند و این آگاهی به وضعیت خویش موجب افسردگی را فراهم می‌کرد؛
۲. آموزش رسمی باعث افزایش سطح آگاهی و موجباتی گردید که تعداد افسردگان را افزایش داد.

کاردینز، که قبلاً از او یاد شد، در امریکای جنوبی در میان آلورس‌ها (Alores) تحقیق می‌کرد. وی متوجه شد که نحوه پرورش کودک در میان آنان به گونه‌ای است که رابطه مادر با کودک ضعیف است و مادر در تربیت کودک چندان جایگاهی ندارد و همین باعث می‌شد که *superego*ی او قوی باشد و آلورس‌ها، چون *superego*ی شان ضعیف بود، دچار افسردگی هم نمی‌شدند.

در خصوص افسردگی، از اواخر دهه ۱۹۵۰ تا اواسط ۱۹۶۰، عده‌ای "به هم پیوستگی اجتماعی" (social cohesion) را مطرح کردند. به این صورت که در جامعه به هم پیوسته فرد کوشش می‌کند بیشترین مطابقت را با گروه خود داشته باشد؛ لذا خودداری

اسبت و احساسات خود را در جامعه ابراز نمی‌کند و نسبت به مسئولیت خود در قبال جامعه حساس است. در چنین جوامعی، شماتت خویشتن بسیار شدید است و در نتیجه، عصبانیت در چنین فضایی درونی می‌شود و آثار افسردگی به وفور دیده می‌شود.

در سال ۱۹۶۴، نرمن چنین نتیجه تحقیقات خود در خصوص رابطه به هم پیوستگی اجتماعی با افسردگی را به این صورت خلاصه کرد: افسردگی بیش از حد در جوامعی یافت می‌شود که به هم پیوستگی شدید اجتماعی دارند و این به هم پیوستگی به وسیله سنت در جامعه تعریف شده است. افسردگی در میان زده اجتماعی - اقتصادی بالای جامعه، به خصوص در میان کادر حرفه‌ای که احساسات وابستگی متقابل و مسئولیت شان زیاد است، به وفور دیده می‌شود. (Chance, p.11)

البته باید خاطر نشان ساخت که جوامع به هم پیوسته ساختارهایی را تدارک می‌بینند که به اعضا و افراد اجازه می‌دهد که در زمان‌ها و مکان‌های خاصی خویشتن داری خود را بشکنند و احساسات نهفته خود را بروز دهند. اهمیت این مسأله به حدی است که برخی تحت عنوان مراسم تزکیه در این زمینه به تحقیق پرداختند. البته قبلاً فروید در خصوص ارتباط میان عزاداری و احساسات مالیخولیایی تحقیقاتی انجام داده بود و نشان داده بود که مراسم پیچیده عزاداری به فرد کمک می‌کند تا احساس گناه خود را - که ممکن است به خاطر کین توزی و پرخاشگری نسبت به متوفی در زمان حیات اش به وجود آمده ابراز کند و راه را بر بروز افسردگی در آینده سد کند. (Kennedy, Cultural Psychiatry, p:1144)

در سال ۱۹۶۳، تحقیقی از جانب دانشگاه مک‌گیل کانادا، برای ارزیابی وجود و فراوانی "پریشان شخصیتی" در کشورهای مختلف انجام شد. و از ۲۶ خصیصه این بیماری، ۴ تای آن در همه جوامع یافت شد که عبارتند از: (۱) روی گردانی اجتماعی و عاطفی؛ (۲) توهم شنیداری (auditory hallucination)؛ (۳) خطای قضاوت (diluenion) (۴) بی تفاوتی.

تحقیق در مورد بیماری توجه محققان را به سوی مداواگر نیز جلب کرد. محققان کم کم حساس شدند که مداواگر باید چه خصوصیاتش داشته باشد و چگونه می تواند بیمار را مداوا کند؛ مداواگر چگونه باید آموزش ببیند؛ تا این بحر را پیدا کند که بتواند فرد پریشان حال را به حالت عادی بازگرداند. برخی از مداواگران - و نه همه آنها - خود نیز گاهاً پریشان حالی دارند اما برخی از آنها نیز هستند که از لحاظ هوش و اعتدال و انعطاف پذیری، توانایی هایی فراتر از حد معمول دارند. تحقیق کندی (Kennedy 1967) در مورد "زار" های مصری، نشان می دهد که آنها در کودکی روان پزیشی را تجربه کرده اند. پریشان حالی در میان مداواگران بومی کالیفرنیا امری عادی بود. از هر ۶ شمان اسکیمو دو نفرشان علایم پریشان حالی داشتند. بر مبنای تحقیق ساساکی (Sasaki, 1969) از هر ۵۶ شمان ژاپنی، ۱۰ نفر آنها ناراحتی روانی و ۸ نفرشان علائم پریشان حالی داشته اند؛ البته همه مداواگران چنین وضعیتی ندارند اما برخی از آنان در دوره مداواگری دچار پریشان حالی بوده اند. البته نباید آثار پریشان حالی کنل یک جمعیت موجود باشد تا بینیم مثلاً در میان شمان ها، این میزان به چه نسبتی بیشتر است. اما در هر صورت، ولو در کل جمعیت هم نسبت پریشان حالی همین حد باشد، باز هم نمی توان جمعیت مداواگر را با چنین نسبتی از اتهام مبرا داشت.

موضوع مهم دیگر، آموزش مداواگری است. آموزش موزدنیاز مداواگری فرد را تقویت می کند که به طرق مختلف مانند تحمل درد، گرسنگی (روزه گرفتن)، عزلت گزینی و سایر آموزش های ویژه فرهنگ خود از حالت یک فرد عادی خارج شود. کسی که این دوران را بگذراند می تواند با بیمارانی که به طور ناگهانی دچار پریشان حالی می شوند ارتباط برقرار کند و از دانش بومی، نمادها و اعتقادات محلی استفاده کند و بیمار را به حالت عادی بازگرداند. بنابراین مداواگر کسی است که خود آگاهانه از حالت عادی خارج می شود و از این توان خود برای التیام بیماران استفاده می کند.

محیط مداوا یک محیط عادی نیست بلکه مملو است از اشیای ویژه هر واحد انسانی

از انواع رسوم، اوراد، تغییر در خوراک، و مواد بوزا استفاده می‌کند تا بیمار را از محیط عادی خارج و پاکمک مداواگر دوباره به حالت عادی بازگرداند. حضور دیگران در محیط مداوا، به فرایند مداوا جنبه نمایشی می‌بخشد و از این حضور برای استحکام اعتقادات و ارتباطات و کمک به مداواشونده استفاده می‌شود. در اثر کلاسیک لوی استرووس، میداوا، جریان مداوا، نحوه ارتباط با بیمار و هدایت او در مداواگری‌های سنتی و بومی به خوبی نشان داده شده است. در برخی جاها، شمان‌ها شعبده‌بازی نیز می‌کرده‌اند که این عمل، به عللی گاهاً باعث می‌شود عده‌ای کل مداوای بومی را نفی کنند؛ در حالی که آنچه مهم است التیام بیماری است و اگر ولو با استفاده از شعبده‌بازی، التیام و مداوایی حاصل می‌شود و یا این کار باعث اعتماد بیمار به التیام‌دهنده یا مداواگر می‌شود و به طور کلی، جامعه‌ای سالیهای متمادی به همین طریق توانسته است واحدی را حفظ کند و به حیاتش ادامه دهد، دیگر دلیلی وجود ندارد که کل جریان مداوا را نفی کنیم. این‌ها روش‌هایی است که هزاران سال به حفظ بشر کمک کرده‌اند. حال فقط در صورتی که بتوانیم روش‌های بهتری را جایگزین آن‌ها کنیم، حق داریم این روش‌های بومی را به اتهام عدم کارآیی منسوخ کنیم.

در ادبیات روان‌کاوی فرهنگی به توصیف بیماری‌های ویژه روانی نیز پرداخته‌اند. خیال، به یکی از آن‌ها می‌پردازیم که رابطه جامعه و روان‌پریشی را به صورتی بسیار روشن نشان می‌دهد. این بیماری آموک (Amok) نام دارد و از جنوب شرق آسیا به ثبت رسیده است. آموک را "عکس‌العمل غضبناک" نیز خوانده‌اند و اغلب در مردانی دیده می‌شود که اکثراً آرام و گوشه‌گیر و روی‌گردان‌تر از دیگران هستند. این افراد پس از تحمل ناکامی‌های زیاد، ناگهان خشمگین شده فریاد سهمگین برمی‌آورند و یا خنجر و یا هر شیئی، به هر کس که سزراهشان باشد حمله می‌کنند. دیگران سعی می‌کنند آنان را آرام کنند، اما آنان سعی می‌کنند ادامه دهند و تا خونی به پا نکنند آرام نمی‌شوند. در جریان حمله، به احتمال قوی خودشان هم زخمی می‌شوند و یا به هلاکت می‌رسند. اگر

پس از حمله زنده بمانند حالت افسردگی و پشیمانی آنان را فرا می‌گیرد. رالف لیستون (Ralph Linton) بر روی افرادی که آموک داشتند، آزمایشی انجام داد و آنان را به کارهای سخت وادار کرد و پس از آن، دیگر این حالت غضبناک ناگهانی - که او آن را خودکشی دراماتیک می‌خواند - به وقوع نپیوست.

محققان دیگر وان والفتن پلتر و زاگوریر (Van Walfen Pelth, 1951 & Zagurire, 1957) ریشه‌یابی و جایگاه آموک را در جامعه این چنین یافتند: این بیماری نیست بلکه انباشت فشارهای مختلف است که افرادی حساس و روی‌گردان که مدت‌ها متحمل فشار شده‌اند، از خود نشان می‌دهند و جامعه نیز آن را به عنوان یک عکس‌العمل می‌پذیرد. این مطالب از جنوب شرقی آسیای قبل از دوره نوسازی، ملانترهای گینه‌نو، چینئی‌های سنگاپور، و اروپایی‌های ساکن استرالیا گردآوری شده است. تحقیق مورفی (Murphy, 1972) درباره اروپای اواسط قرن ۱۶ نشان می‌دهد که آموک در اروپا نیز رایج بوده است و مردانی که به آن مبتلا بودند این چنین توصیف شده‌اند: "مردانی متهور و شجاع که قسم یاد کرده بودند خود را در جنگ با دشمن فدا کنند... اما به بردگی و ننگ گردن ننهند."

در اروپای اواسط قرن نوزدهم اگر علائم آموک در کسی یافت می‌شد، او را بیمار می‌خواندند و بروز این علائم در فرد را به بی‌حیایی اجتماعی - سیاسی او ربط نمی‌دادند. در اواخر قرن نوزدهم، از تعداد بیماران آموک تا حد زیادی کاسته شده بود. مورفی از این بیماری تأویلی اجتماعی نیز ارائه می‌دهد و می‌گوید که این بیماری در حقیقت به مکان خاصی تعلق ندارد بلکه آموکها در نظام‌های ریاستی، برای مقابله با قدرت‌طلبی فزاینده رؤسا به وجود می‌آیند. افرادی که در اثر فشارهای ممتد، به‌طور ناگهانی غضبناک و حمله‌ور می‌شوند، حتی مانند قهرمان مورد ستایش قرار می‌گرفتند و رؤسا نیز از آنها واهمه داشتند؛ البته بسا که خشم این افراد گریبان‌گیر خودشان نیز می‌شد. در اغلب نقاط جهان رواج روش‌های عقلانی کنترل قدرت نه تنها از تعداد آموکها تا حد زیادی کم

کرده، بلکه آن‌ها دیگر مورد انزجار قرار گرفته و به حاشیه رانده شده‌اند. سالیسبری (Salisbury, 1968) در مورد آموک درگینه‌نو، می‌گوید: "این رفتارها قابل پیش‌بینی است و از راه‌های حساب شده اجتماعی به شمار می‌رود. این رفتارها، در جوامعی که بسیار به هم پیوسته هستند و راه‌های ابراز وجود در آن‌ها محدود و تعریف شده است، به وقوع می‌پیوندند."

در بالا کوشش کردیم تا حیطه روان‌کاوی فرهنگی را با انتخاب مثال‌هایی از زمینه‌های مختلفی که برای یک خواننده ایرانی می‌توانست قابل تأمل باشد معرفی کنیم. حال به نویسنده مهمی می‌پردازیم که در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به صورتی متمرکز در زمینه روان‌کاوی فرهنگی کار کرده است. آرتور کلاینمن هم پزشک روان‌کاو است و هم انسان‌شناس. وی در زمینه مداوای بیماران مزمن و اغلب بیماری‌هایی که در وضعیت حاد قرار داشتند تخصص داشت. او در کتاب مهم خود، گفتار بیماری: درد، مداوا و وضعیت انسان (چاپ ۱۹۸۸)، از روش تحقیق انسان‌شناسی دو فرهنگ مختلف آمریکا و چین، استفاده کرد. وی، نه تنها وضعیت بیماران بسیاری را در این کتاب شرح می‌دهد بلکه تجربه پزشکی خود را نیز بازگو می‌کند. کلاینمن بر مداوای بیماری اصرار می‌ورزد و تأکید می‌کند که مداوا اگر ابتدا باید تجربه خود بیمار از وضعیتش را درک کند تا بتواند مداوای مخصوص او را پیدا کند. کلاینمن بیماری را یک تجربه انسانی، تجربه‌ای که فرد از علائم و درد دارد، می‌داند. بیماری نشان می‌دهد چگونه فرد بیمار، اعضای خانواده او و شبکه اجتماعی دربرگیرنده‌اش آن را تعریف می‌کنند، درک می‌کنند، به آن عکس‌العمل نشان می‌دهند و با آن زندگی می‌کنند. هر فرهنگی بیماری، زندگی با بیماری و بیمار را به صورت خاصی تعریف می‌کند. بنابراین، تجربه بیماری به وسیله فرهنگ شکل می‌گیرد و فرهنگ است که به فرد و اطرافیان وی می‌آموزد چگونه آن را ابراز کنند و با آن زندگی کنند. بیماری چه مقدار باعث انزوای افراد بیمار می‌شود، چه مقدار با احساس گناه همراه است؛ و چه آینده‌نگری را برای فرد و کل خانواده در پیش دارد.

تمام این‌ها تعاریف فرهنگی دارد. شکایت‌های بیمار و اطرافیان مجموعه گفتاری است که به پزشک داده می‌شود و استفاده از واژه‌های یکسان و اصطلاحات فرهنگی موجب درک پزشک از بیماری می‌گردد. از این‌جا به بعد، پزشک است که بیماری را در قالب مرض تعریف می‌کند و همه این‌ها مدیون آموزشی است که او را آماده کرده تا از روی اطلاعات بالینی مرض را نام‌گذاری کند و توضیح دهد و مداوا کند.

به نظر کلاینمن، درک بیماری به اطلاعات بسیار زیادی نیاز دارد. ابتدا باید معنی فرد و سپس بدن انسان در یک فرهنگ مشخص باشد. در جوامع غربی، به بدن، همچون یک ماشین یا یک جسم بسته (it) جدا از تفکر و احساس می‌نگرند. اما چینی‌ها بدن را دنیای کوچک (microcosm) ای به حساب می‌آورند که فعل و انفعالات اجتماعی جهان را منعکس می‌کند و انرژی حیاتی بدن (gi) را در هماهنگی با محیط انسانی و جهانی درمی‌یابند. بنابراین، اولین داده‌های یک پزشک شناخت کلی از فرهنگی است که در آن تعریف فرد و بدن انسان داده شده است. (Kleinman, p.11) در مرحله بعد، پزشک برخی اطلاعات را از روی توجه به و تحلیل و بررسی صدا و اصطلاحات خود بیمار به دست می‌آورد. حرکت‌های دست، نحوه راه رفتن، علائمی که صورت و به خصوص چشم‌ها ابراز می‌کنند، ابزار بسیار گویایی برای درک بیماری هستند. یک شعار دانشجویی می‌گوید: (Listen to the patient he is telling you the diagnosis)؛ یعنی به بیمار گوش دهید که تشخیص در آن نهفته است. بیمار از تمامی توانایی‌های خود برای تشریح نشانه‌های بیماری‌اش استفاده می‌کند. این پزشک است که باید - چنانچه فروید گفت - متوجه شود که چگونه حیطه فردی احساس و اغتشاش درونی موجب بدتر شدن تجربه بیمار می‌گردد. احساس شرم، عصبانیت از بیماری، یأس، و کلاً آزار دیدن، در زمینه تجربه بیمار حاضر است. مهم، در این‌جا، تأویل (interpretation) است که به روان‌کاو اختیار می‌دهد شنیده‌ها و دیده‌هایش را به زبان پزشکی معنا کند (Kleinman, p.42). به نظر کلاینمن، برای مداوای بیماری‌های مزمن باید دایره معیوب بیماری را

یافت و بدین خاطر است که مداوا اگر به اطلاعات وسیعی در مورد بیمار نیاز دارد. در مثال هایی که او از امریکا و چین می آورد، نشان می دهد که چگونه برخی بیماران در چنین دایره هایی می چرخند و راه خروج نمی یابند. آنان آنچنان با بیماری شان زندگی می کنند که بیماری جزئی از این دایره معیوب می شود. پیدا کردن ارتباط میان جامعه، کار، خانواده، بیماری، مرض و جلب توجه بیمار به این وضعیت، کار روان کاو است. این عمل روان کاو به بیمار قدرت می دهد تا بیماری را کنترل کند و از این حالت برهد (Kleinman, p.118-127)؛ یا اگر نزدیک به موت است، مرگ خود را با آرامش بپذیرد. روشی که کلایمن برای گردآوری اطلاعات انتخاب کرده است، روش گردآوری اطلاعات در انسان شناسی است. او آن را تک نگاری کوچک می نامد (Kleinman, p.23)؛ کوچک، زیرا بر زندگی یک فرد متمرکز است و تک نگاری، چون سعی می کند به جمیع ابعاد زندگی وی پردازد، آن ها را بفهمد و ارتباطشان را با یکدیگر بیاید. او مشاهده کردن، گوش دادن، توصیف و سپس تأویل را طی می کند و همیشه آماده تصحیح درک خود می باشد؛ یعنی خود انتقادی را، که جزو روشن تک نگاری است، به مصاحبه با لاین پزشکی آورده است. کلایمن به اصل اصالت تجربه (the primacy of experience) معتقد است و نقش خود را در تجربه کردن نمان بیمار و یافتن معنا می داند. او به تجربه دست اول و بدون واسطه در ورای عرف اجتماعی و مکانیزم های دفاعی فرهنگی و فردی معتقد است و این چنین به دنیای معنایی بیمار وارد می شود و از زاویه دید خود بیمار بیماری و درد را درک می کند. (Kleinman, p.233)

این اولین مرحله است و از اینجا بازسازی گنتار بیماری آغاز می شود. کلایمن این قسمت را به چهار مرحله تقسیم می کند: ابتدا یافتن علائم نمادین (Symptom symbols)؛ سپس معنای فرهنگی بیماری؛ سوم الگوهای بیمار؛ و چهارم معنای آن از نظر فردی، جمعی، خانوادگی. مرور مجدد متن تک نگاری کوچک پزشک را قادر می سازد تا گفته ها را بازنگری کند و گوشه های مبهم و ابراز نشده را بیابد. هر بیمار یا خانواده بیمار

الگوهایی برای درک بیماری دارند و این الگوها را پزشک باید بیابد و سپس مهم‌ترین مرحله کار او این است که مدل و توصیف و توضیح آن‌ها را با بیمار در میان بگذارد و او را قادر کند که در درک خود تغییراتی به وجود آورد. انگار باید آن‌ها را وادار به مذاکره و معامله کند تا تضاد به وجود آمده را ببیند و قادر باشند با مقداری تغییر در جاهایی مختلف، آن را حل کنند. (Kleinman, p.242) البته کلایمن کاملاً واقف است که ساختار فکری برخی فرهنگ‌ها چنان است که از پزشک انتظار برخوردار از بالا را دارند و در یک حالت برابر با وی نمی‌توانند به او و توانایی و دانش او اطمینان کنند. در هر صورت، بیمار است که باید به نحوی پزشک مداواگر را در فرهنگش بپذیرد؛ این تغییر را - که همان تغییر در دایره معیوب است - پزشک به بیمار پیشنهاد می‌کند. موضوع دیگر - که کلایمن نیز به آن واقف است - "وقت" است؛ یعنی زمانی که پزشک برای گرفتن اطلاعات از بیمار و تشخیص بیماری، به آن نیاز دارد. اگر قراز باشد که پزشک برای هر بیمار آنچنان که در بالا آمد وقت صرف کند طبیعتاً نخواهد توانست به بیشتر از چند بیمار رسیدگی کند؛ کلایمن نهایت وقت لازم برای بررسی بالینی و شنیدن حرف‌های بیمار را ۱۱ دقیقه می‌داند. در این زمان، پزشک باید با حساسیت و با استفاده از روش درج تک‌نگاری به حرف‌های بیمار گوش کند و از وقتش نهایت استفاده را بکند. کلایمن معتقد است که دانشجویان پزشکی در دوره تحصیلات باید در پی بیمار به جامعه فرستاده شوند تا بهتر بتوانند ارتباط بیمار با محیط کار و محیط خانگی و اجتماعی اش را درک کنند و از این راه در تأویل گفتار بیمار تجربه بسیار بیشتری بیابند. او به دانشجویان پزشکی انتقاد می‌کند که در بدو ورود به دانشگاه نگرشی انسانی به حرفه خود ندارند ولی زمانی که شاغل می‌شوند نگرشی تکنیکی و مالی می‌یابند و مرض را مهم‌تر از بیمار قلمداد می‌کنند. طبیعتاً او به تجاری شدن پزشکی غربی انتقاد می‌کند و با دمیدن روش تحقیق انسان‌شناسی در آن، کوشش می‌کند میان روان‌کاو و بیمار رابطه‌ای نوین به وجود آورد. کلایمن، در تأیید و تأکید گفته‌هایش از یک پزشک چینی نقل قول می‌کند:

هیچ متخصصی نمی‌تواند بیمار خود را شفا دهد مگر اینکه زمینه بیماری و اتفاقاتی که موجبات آن را فراهم کرده‌اند بشناسد... شفای بیماری مزمز زمان بسیار می‌طلبد و باید با آرامی و احتیاط کار را آغاز کرد. باید بدن بیمار با محیط اطراف خود مثل غذا، ورزش، کار، استراحت، خانواده و سایر روابط وی در تعادل و هماهنگی باشد و آنگاه بدن رنجور او ممکن است رنجورتر شود یا به بیماری‌های دیگر مبتلا گردد. حتی احساسات ممکن است بر سلامتی وی اثر بگذارند؛ ما باید وضعیت بیمار را عمیقاً بشناسیم و هر بیماری را بر اساس وضعیت خاص خود، او مداوا کنیم؛ چون هر چند مرض یکی است، بدن‌ها و انسان‌ها متفاوت‌اند؛ در پزشکی چیزی به ما یاد داده‌اند که بیمار را طوری آموزش دهیم که خود پزشک خودش باشد و برای یافتن تعادلش مبارزه کند. ما باید بیاموزیم چگونه با بیمار صحبت کنیم و به او گوش دهیم اما نه آن‌که هیچ نگوییم چون او بهره‌ای از نظر ما نخواهد برد... ما باید جستجو کنیم بینیم تضادهای درون بدن و زندگی او چیست؟... برای ما پزشکی بیش از یک حرفه است؛ یک روش زندگی است، دانش است و عمل، مفاهیم است و تجربه... کار پزشک به کازبردن افکار در مسیر تجاربی است که همیشه متفاوت هستند... " (Kleinman, p.21-22)

آیا در گفته‌های کلایمن مطلبی یافت می‌شود که بتوان آن را بر وضعیت موجود در ایران نیز اطلاق کرد؟ کلایمن بیماری‌ای را مطرح می‌کند که یک بیماری اجتماعی - روانی است و در آمریکا در اوایل قرن و در چین پس از انقلاب این بیماری را خود مشاهده کرده است. این بیماری نئوراستمی (Neurasthenia) نام دارد. از اواسط قرن نوزدهم - که در غرب آمریکا دیده شد - این خصوصیات را برای آن ذکر کرده‌اند: خستگی مفرط، ضعف و برخی ناراحتی‌های مختلف گاهاً فیزیکی و مبهمی که احتمالاً منشأ عصبی دارند.

دکتر جرج بیرد (George Beard)، متخصص اعصاب در نیویورک و دارای ۵۰ سال تجربه، این بیماری را نئوراستمی نامید؛ البته قبلاً آن را "بیماری امریکایی" نامیده بود و محصول فشارهای روزافزون تمدن جدید می‌دانست. بروز علائم این بیماری در میان

زنانی از طبقه بالا، که مشکلات عاطفی داشتند و جایگاه اجتماعی و منابع مالی خود را از دست داده بودند و آینده روشنی نداشتند، به "خستگی مفرط" تعبیر می‌شد. سیشرمن (Sicherman) آنان را "حساب بانکی خالی شده‌ها" یا "خازن‌های تحت فشار قوی" می‌نامید. او از مردان و نویسندگان مهمی یاد کرد که دارای عوارض این بیماری بودند. "این بیماری به افراد مهمی که در جامعه شاخص بودند این امکان را می‌داد که توجه اطرافیان نسبت به آنان جلب شود و روابطشان حفظ گردد و از آنان نگهداری شود." (Sicherman, p.33-54) پزشک دیگری می‌گوید که پزشکان کمابیش پی برده بودند که این بیماری یک مهر فرهنگی و یک کارایی اجتماعی داشته است. به این صورت که افراد مبتلا، بی‌آن‌که برجسب "مشکوک" بخورند، می‌توانستند از دیگران رویگردان شوند تا بهتر با مسائل اطراف خود کنار بیایند. امروز نئوراستمی دیگر یک بیماری قلمداد نمی‌شود بلکه از آن بیشتر با عنوان افسردگی، نگرانی شدید یا استرس یاد می‌شود. (Sisherman, P.102)

دکتر کلایمن، طی تحقیقی به وجود این بیماری در چین پی برد. او به خانم معلم ۴۰ ساله‌ای در یک منطقه روستایی برخورد که زنی باهوش، رنسا در کلام و شدیداً خسته و بی‌زرق بود و به سرگیجه، سردرد، نگرانی و برخی ناراحتی‌های مبهم جسمانی مبتلا بود. خانم می‌گوید: "قبل از انقلاب، من بسیار خوش‌مشرب و فعال بودم و شدیداً به انقلاب دل‌بسته بودم اما در دوران انقلاب فرهنگی از من زیاد انتقاد شد و با عنوان ننگین "روشنفکر پوسیده" مرا به منطقه روستایی اعزام کردند. کار کردن در آنجا سخت بود هیچ امید بهبود نبود..." او سپس ازدواج می‌کند و صاحب سه فرزند می‌شود. بعدها در زندگی شخصی‌اش نیز مشکلات مهمی رخ می‌دهد و در زمان برخورد دکتر کلایمن با او، فردی بسیار ناامید، گوشه‌گیر، ساکت و مبتلا به سردردهای مزمن بود.

بدین ترتیب، می‌بینیم که خصوصیات بالینی بیماران، در دو کشوری که شرایط اجتماعی متفاوت دارند، از برخی جهات مشابه و از برخی جهات مختلف هستند. در هر

دو جامعه، بیماران، به دلایل جسمانی و روانی به پزشک و روان‌پزشک مراجعه می‌کنند در حالی که آنان در حقیقت گرفتار یک مسئله اجتماعی - فرهنگی هستند. آنان از آینده انتظاراتی داشته‌اند که نتوانسته‌اند به آن برسند اما همچنان ایده آل را در ذهن خود حفظ می‌کنند و با کار مفراطی همچنان به جستجوی خود ادامه می‌دهند. نرسیدن به هدف آنان را با احساس خستگی مفراطی و دردهای متعدد مواجه می‌کند. این دردها، خستگی مفراطی، عصبانیت، استرس - که امروزه در ایران زیاد شنیده می‌شود - و افسردگی به لحاظ ماهیتی در حدی نیستند که بتوان فرد مبتلا را بیمار یا خارج از گردونه زندگی معمولی دانست بلکه این مبتلایان در حدی هستند که باید از آنان مراقبت شود تا بتوانند با پشتیبانی پزشک، خانواده و شبکه انسانی اطراف خود با واقعیت کنار آیند. این بدان معنی نیست که بیمار آگاهانه چنین سیری را طی خواهد کرد، بلکه او با کمک دیگران در چنین مسیری قرار می‌گیرد و اگر بتواند پزشک را نیز به دایره معیوب خود ببرد و او را با یک بیماری مزمن مواجه کند سال‌ها وضعیتش ادامه پیدا خواهد کرد، مگر آن‌که در مسیر زندگی یا درمانش اتفاقی رخ دهد و او را از دایره معیوب برهاند.

مطمئناً در ایران از مضامین مهمی مانند امید و ترکیه از طریق مراسم سوگواری و مراسم نوشدن (نوروز) استفاده بسیاری می‌شود. واحدی که از فرد بیمار حمایت می‌کند خانواده، شبکه خویشاوندی و دوستان نزدیک او هستند. آنان به فرد بیمار کمک می‌کنند تا دوران سختی را طی کند. اما اگر چنین پشتوانه‌ای در کار نباشد، چه؟ روان‌پزشکی فرهنگی این شبکه وسیع ارتباطات معنادار را مطالعه و بررسی می‌کند؛ شبکه‌ای که نه فقط افراد بلکه حوزه وسیعی از فعالیت‌ها را دربرمی‌گیرد. مراسم منظم، زندگی روزمره، غیبت، تعارف، دردهای ترکیه کننده، زبان فارسی و دنیای عظیم فرهنگ ایران - با تمامی شعر، خوشنویسی، موسیقی، رقص، سیاه‌بازی، و طنزش - در این شبکه جای می‌گیرند و باعث می‌شوند که فرد بتواند در گذر زمان دنیای خود را تعریف کند و بدان معنی بخشد.

سخن آخر آنکه، ابتدای کار روان‌کاوی فرهنگی از یک نقطه خیلی ابتدایی، یعنی از تعریف من یا فرد آغاز می‌شود. آیا من ایرانی با من روان‌کاوی غربی برابر است یا آیا من (Self) غربی را می‌توان به من‌های فرهنگ‌های دیگر تعمیم داد؟ گِرتز (Geertz) مفهوم فرد، از نظرگاه غرب را این‌چنین تعریف می‌کند: "پک واحد تک، محدود، کمابیش همگن دنیای شناخت، یک رمز حرکت و بیداری، احساس، قضاوت و عمل - که در کل مشخص و متفاوت از دیگران است." (Geertz, P.59)

در لغت‌نامه دهخدا درباره من آمده است: "به معنی خود... اول شخص مفرد، این کس که می‌گویم بی دیگری... من بنده... من من زدن، خودنمایی کردن، ما و من. کنایه از کبر و نخوت... دل، نفس. من یعنی من حقیر، من کبیر، جسم، تفکر، دل، من یعنی من در دو قطب قدرت: شاه شاهان یا فقیر درگاه، من آرباب یا من رعیت، من اندیشه و تفکر یا من خاکی، من نفس اماره، من در ظاهر، من در باطن و..."

اما جای دل کدام است؟ در رساله "انسان کامل" از عزیزالدین نسفی، می‌خوانیم: "دل آینه گیتی‌نمای است؛" هر علمی که در عالم غیب و شهادت است عکس آن در دل ما پیدا آید؛ و "جای عاقل در دنیا و جای عاشق [کسی که دلش به آتش عشق باز شده] در آخرت است." (نسفی، ص ۹۳)

بنابراین، دل با جهان در ارتباط است و والاترین مکان آخرت است. در جایی که بیمار با دل دردمند می‌آید و از دل زدگی، دل به هم خورده، دل سوخته، دل شوریده و دل تنگی درد دل می‌کند و روان‌پزشک با همدلی دنیای دل او را در پیش خود می‌گشاید، طبیعتاً جغرافیای این معنای فرد با معنای فرد در فرهنگ‌های دیگر فرق دارد. گذشته از این "من‌های بومی"، ما امروز "من آموزش دیده غربی" را نیز داریم؛ یعنی تمام نظام آموزش و پرورش همان من (Self) غربی را - که در انفراد و رقابت با دیگری معنا می‌یابد - تقویت می‌کند و هماهنگی این دو من - من بومی و غربی - خود موضوعی قابل بررسی است.

در دنیای فرهنگی ایرانی، که تعریف من به این پیچیدگی، آغاز می‌شود، چگونه می‌توان با یک الگوی پیش‌ساخته در این حوزه کار کرد؛ مسلماً نمی‌توان. بلکه ابتدا باید دنیای عظیم فرهنگ "من" و سپس فرهنگ ایرانی کاویده شود و از آنجا راه به روان‌پزشکی فرهنگی ایران گشوده شود تا عاقبت قوانین عمومی و علمی این حوزه شناسایی گردد.

امیدوارم توانسته باشم، به صورتی کوتاه و بین فرهنگی، این حیطة بسیار عظیم و قابل بررسی را، در محدوده زمان و توان، باز کرده و امیدها را به سوی همکاری‌های بین رشته‌ای برانگیخته باشم. روان‌پزشکی فرهنگی می‌تواند خدمت عظیمی به شناخت کل فرهنگ ایرانی کند و جای آن بسیار باز و مورد نیاز است.

#### منابع و مآخذ:

دهخدا، علی‌اکبر. لغت‌نامه. تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۷۹.  
سفی، عزالدین. انسان کامل.

Chance, Norman, "A Cross-cultural study of social cohesion and depression". *Transcultural Psychiatric Research Review*, (1964).

Geertz, Clifford. *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books, 1983.

Kaplan, Harold I. & Benjamin J. Sadock. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (Eighth Edition) Lillincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 1998.

Kennedy John G. "Cultural Psychiatry". in: Honigmann John J. *Handbook of*

## Archive of SID

- Social and Cultural Anthropology*. Chicago: Rand, McNally College Publishing Company 1973.
- Zar Ceremonies as Psychotherapy". *Human Organization* (26,1967).
- Kleinman, Arthur. *The Illness Narratives; Suffering, Healing & the Human Condition*, New York: Basic Books, 1988.
- Leighton, D.C. et al. *The character of Danger: Psychiatric symptoms in Selected Communities*. New York: Basic Book, 1963.
- Levi-Strauss, Claude. *Structural Anthropology (A Doubleday Anchor Book)*. New York, 1967.
- Murphy, H.B.M. "History and the Evolution of Syndromes: The Striking Case of Latah and Amok". *Psychopathology: Contributions from the Biological, Behavioral, and Social Sciences*. (Ed) M. Hammer, K. Salzinger, and S. Sutton. N.Y. Wiley, 1972.
- Salisbury, Richard F. "Possession in the New Guinea Highlands: A Review of Literature". *International Journal of Social Psychiatry*. (14,1968).
- Sasaki, Yuji. "Psychiatric Study of the Shaman in Japan". *Mental Health Research in Asia and Pacific*. (a) W. Caudill and T. Lin. Honolulu: East-West Center Press, 1969.
- Sicherman, B. "The Uses of Diagnosis: Doctors, Patients and Neurasthenics". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* (32:1;1977):
- Zaguirre, J.C. "Amuck". *Journal of the Philippine Federation of Private Medical Practitioners* (6,195)