



سلامت روانی مسئله‌ای سیاسی است و نه فردی

# حذف نابرابری‌ها



متیو اسمیت  
روان‌شناس

سارا تئقی  
روان‌شناس

متیو اسمیت، استاد تاریخ سلامت در مرکز تاریخ اجتماعی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی دانشگاه استرآنکلاید در اسکاتلند است. او نویسنده‌ی کتاب اولین مقصد: تاریخ روان‌پزشکی اجتماعی در ایالات متحده (۲۰۲۲) است.

انزوای اجتماعی و پراکندگی اجتماعی (که شامل عواملی مانند زیرساخت‌های شهری فرسوده و عدم وجود گروه‌هایی است که یک جامعه را پیوند می‌دهد) مرتبط است. در مصاحبه‌ها، افرادی که در جاده و جوامع مشابه زندگی می‌کردند، نشان دادند که کمبود منابع مالی و وضعیت پایین اقتصادی آن‌ها را مضطرب، افسرده و ناامید می‌کرد. نسبت به افراد مقداری خوش‌بخت‌تر، احتمال تشخیص اختلالات روانی مانند روان‌پریشی در افراد فقیر بیشتر است و آن‌ها به جای روان‌درمانی حرفه‌ای، درمان‌های تهاجمی مانند درمان الکتروشوک، درمان با شوک انسولین و حتی لوبوتومی دریافت می‌کنند.

کار روان‌پزشکان اجتماعی در خصوص تمرکز خود بر محیط اجتماعی، با دو رویکرد دیگر در زمینه سلامت روان که در آن زمان برجسته بودند، یعنی روان‌کاوی - با تمرکز بر روان‌درمانی - و پزشکی زیستی - با تمرکز بر داروها و سایر درمان‌های جسمی - متفاوت بود. روان‌پزشکی اجتماعی در نیمه‌ی قرن بیستم در آمریکای شمالی شکل گرفت و روی جنبش‌های قبلی بهداشت روان و پرورش کودکان که آن‌ها هم بر نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی تأکید داشتند، ساخته شد. اما این جنبش‌ها اساساً بر اساس شواهد علمی نبودند.

قصه‌ی فراموش‌شده‌ی روان‌پزشکی اجتماعی، قصه‌ای است از موفقیت‌های مختلف. هدف نهایی آن نه تنها شناسایی عوامل اجتماعی-اقتصادی در سلامت روان بود، بلکه تولید راهبردهای سیاسی بود که منجر به پیشگیری از بیماری‌های روانی شود. این‌جا جایی بود که تحقیقات سلامت روان با سیاست برخورد می‌کند. روان‌پزشکان اجتماعی در برقراری ارتباط بین مشکلات اجتماعی-اقتصادی و مشکلات سلامت روان عالی عمل کردند. اما در مشاوره و آن‌چه باید

در سال ۱۹۶۵، مقاله‌ای با عنوان "فقر و تغییرات اجتماعی" در مجله‌ی علمی آمریکا<sup>۱</sup> منتشر شد. این مقاله، خوانندگان را با یک جامعه‌ی روستایی کوچک در نواسکوشیا<sup>۲</sup>، کانادا، با نام "جاده"<sup>۳</sup> آشنا کرد. این جامعه یکی از فقیرترین جوامع در کشور خود بود و بخشی از مقاله‌ی کانتی استیرلینگ<sup>۴</sup> (یکی از بزرگ‌ترین و طولانی‌ترین مطالعات همه‌گیرشناسانه‌ی روان‌پزشکی) محسوب می‌شد. نویسنده‌ی این مطالعه، الکساندر لیتون<sup>۵</sup>، در سال ۱۹۴۸ با همسر آن‌زمانش، دوروتیا کراس لیتون<sup>۶</sup>، مطالعه‌ی کانتی استیرلینگ را تأسیس کردند. با بررسی ساکنان جامعه‌ی جاده و دیگر جوامع، محققان امیدوار بودند که ارتباطاتی بین عوامل اجتماعی-اقتصادی و سلامت روان پیدا کنند.

ساکین جاده به مدت طولانی در پایین‌ترین مرحله از طبقه‌ی اجتماعی قرار داشتند. جامعه‌ی آن‌ها با چهره‌ای از جنگ و جدل، مصرف سنگین الکل، مشکلات خانوادگی، غفلت از کودکان و طبق تصاویر مقاله‌ی لیتون شرایط نامناسب مسکن مشخص می‌شد.

تیم‌هایی از دانشمندان اجتماعی و روان‌پزشکان مانند لیتون‌ها (که به عنوان روان‌پزشکان اجتماعی شناخته می‌شوند) متوجه شدند که نرخ بیماری‌های روانی در جوامع فقیر مانند جاده یکی از بالاترین میزان‌ها را دارند.

مطالعه‌ی کانتی استیرلینگ و مطالعات مشابه آن نشان داد که بیماری‌های روانی با فقر، نابرابری،

1. Poverty and Social Change
2. Scientific American
3. Nova Scotia
4. Road
5. Stirling County Study
6. Alexander Leighton
7. Dorothea Cross Leighton

کانتی استیرلینگ نیز از جامعه‌ی جاده و دیگر جوامع فقیر با اصطلاحات ناخوشایندی سخن گفتند: آن‌ها را به‌عنوان افراد کثیف، بی‌فرهنگ، بی‌ادب، بی‌اخلاق، بی‌پروا، مشکوک و حتی دشمنانه توصیف کردند. پژوهشگران تحصیل کرده و متعلق به طبقه‌ی بالای اجتماعی به‌نحوی در مورد آن‌ها نوشتند که انگار آن‌ها تنها یک طبقه‌ی اجتماعی جدا از دیگران نبودند، بلکه یک نوع متفاوت از انسان‌ها هستند. وقتی در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ ساکنان جامعه‌ی جاده برای اولین بار مورد مطالعه قرار گرفتند، مشخص شد که آن‌ها از نظر سلامت روانی نسبت به سایر ساکنان ایالت‌ها دچار وضعیت بسیار وخیم‌تری هستند. با این حال اوضاع آن‌ها به‌طور قابل‌توجهی تا اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ بهبود یافت. اما دلیل این بهبود چه بود؟ اگرچه فرصت‌های شغلی جدید فقط مزمن رایج در جامعه را کاهش داده بود، اما لایتون این عامل را کمتر مهم دانست. به‌جای آن، او اشاره کرد که خود مردم تغییر کرده‌اند: فراهم‌آوردن برنامه‌ی آموزشی بزرگ‌سالان و تلفیق مدرسه‌ی جامعه‌ی جاده با مدرسه‌ی نماینده از یک جامعه‌ی ثروتمند، لباس‌ها، زبان و حتی رفتارهایی که به آن‌ها اجازه داد تا در جامعه به‌طور موثرتری ظاهر گردند. به‌نظر می‌رسید که این تحولات، ساکنان جامعه‌ی جاده را از افرادی که ارزش کار را نادیده می‌گرفتند و اعتمادبه‌نفس نداشتند، به شهروندانی با اخلاق و ارزش‌های قابل احترام تبدیل کرده است. لایتون اشاره کرد که به‌دلیل این تحولات، سلامت روانی آن‌ها بهبود یافته است. اگرچه احتمالاً بهبودهای آموزشی تأثیری داشته‌اند، اما تأکید لایتون بر آن‌ها و نیز نپرداختن به بهبودهای اقتصادی که رخ داده بود، نشان می‌دهد که او و سایر روان‌پزشکان اجتماعی، نسبت به ارائه‌ی پیشنهاد (و حتی درخواست) تغییرات اقتصادی و

در این زمینه انجام شوند، عملکرد ضعیفی داشتند. گاهی اوقات این اتفاق به این دلیل است که روان‌پزشکان اجتماعی احساس آمادگی برای اعلام سیاست‌های این‌چنینی نمی‌کنند. آن‌ها می‌خواهند کار درست را انجام دهند. این موضوع، مورد مطالعه میدتون منهن<sup>۱</sup> بود که سلامت روان در شهر نیویورک را در دهه‌ی ۱۹۵۰ مورد بررسی قرار داد. در حالی‌که کتاب نهایی، سلامت روان در شهرهای بزرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۶۲، ویرایش شده توسط لئو اسرول<sup>۳</sup> و همکارانش پنجاه صفحه را به بحث درباره روش پژوهش اختصاص داده، اما کمتر از پنجاه کلمه به بررسی پیامدهای مطالعه پرداخته بود.

به‌گمان بعضی دیگر از افراد این‌که پژوهشگران در بحث‌های سیاسی و فراتر از آن شرکت کنند، ایده‌ی خوبی نیست. بیشتر تحقیقات روان‌پزشکی اجتماعی آن دوران هم‌زمان با میزان بالای مکارتیسم<sup>۴</sup> آمریکا بود و هر چیزی که به سوسیالیسم نزدیک بود احتمالاً مورد بازرسی و محکومیت قضایی قرار می‌گرفت. این شامل سیاست‌های اجتماعی-اقتصادی برای کاهش فقر و نابرابری بود که اهمیت آن‌ها به‌وسیله‌ی یافته‌های روان‌پزشکان اجتماعی تأیید می‌شد.

اما در برخی موارد، روان‌پزشکان اجتماعی به‌راحتی هدف خود را از دست داده و علت بیماری‌های روانی را به خود فقیران نسبت دادند. این مورد در مقاله‌ی لیتون درباره‌ی جامعه‌ی جاده رخ داد که مشکل را نه در فقر، بلکه در خودفقرا می‌دانست. افرادی که در گروه جاده زندگی می‌کردند توسط گروه‌های نزدیک آن‌ها که فرض می‌کردند آن‌ها «معلول ذهنی» هستند تحقیق می‌شدند. اما پژوهشگران پشت پرده‌ی مطالعه‌ی

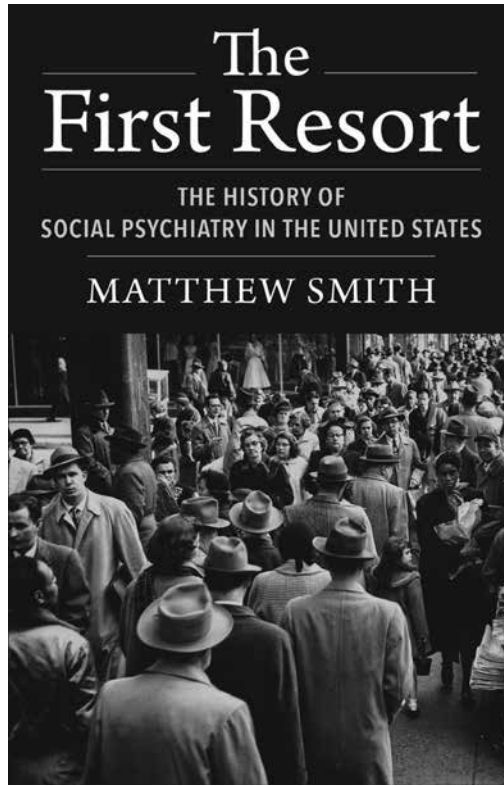
1. Midtown Manhattan Study,
2. Mental Health in the Metropolis (1962)
3. Leo Srole
4. McCarthyism

روانی، حفاظت افراد در معرض خطر و پیشگیری از بازگشت بیماری‌ها کمک می‌کردند. بعضی از مراکز بهداشت روانی جامعه، رویکردهای نوآورانه‌ای را برای پیشگیری از بیماری‌های روانی توسعه دادند.

یکی از مثال‌های قابل توجه، استخدام افراد «کارکشته بومی» در جنوب برونکس<sup>۳</sup> واقع در شهر نیویورک در دهه‌ی ۱۹۶۰ بود. در این رویکرد، افراد کارکشته بومی به‌عنوان پلی بین کارکنان سفیدپوست و طبقه‌ی متوسط مراقبت‌های بهداشت روانی و

جامعه‌ی فقیر و بی‌بضاعتی که خدمات روان‌شناسی را دریافت کردند، عمل می‌کردند. آن‌ها سعی می‌کردند با خانواده‌های مراجعه‌کنندگان و مقامات همکاری کنند تا به مشکلات اصلی بیماران پرداخته شود.

اما چنین مداخلاتی تنها می‌توانند به‌مقدار محدودی در حل چالش‌های اجتماعی و اقتصادی اعضای جامعه نقش داشته باشند. مراکز بهداشت روانی-اجتماعی نمی‌توانند یک کارخانه را باز نگه دارند و یا از کاهش سیستم رفاهی آن جلوگیری کنند. در حقیقت تلاش برای اتخاذ تدابیر پیشگیرانه جهت بهبود سلامت روان، به‌دلیل عدم تمایل یا



روی جلد کتاب اولین مقصد: تاریخ روان‌پزشکی اجتماعی در ایالات متحده

اجتماعی رادیکال، مردد بودند. توضیحات او نشان می‌داد که چیزی بنیادی در مورد خود فقیران اشتباه است، چیزی فراتر از شرایط اقتصادی و اجتماعی. در این‌جا، دیدگاه‌های او با رویکرد «جنگ با فقرا» اعلام‌شده توسط رئیس جمهوری آمریکا، لیندون جانسون<sup>۲</sup>، در سال ۱۹۶۴، هم‌خوانی داشت. این جنگ مبارزه با نوعی فرهنگ فقر نامیده شده بود. این نوع از تفکر نشان می‌داد که نمی‌توان با ارائه‌ی منابع مادی بیشتر به فقرا کمک کرد و آن‌ها را از فقر بیرون آورد. آن‌ها هر چیزی که به آن‌ها داده می‌شود را به‌راحتی بر باد می‌دهند.

یکی از دستاوردهای تحقیقات روان‌پزشکی، تغییر به‌سمت سلامت روانی جامعه بود. در دهه‌ی ۱۹۵۰ فشار برای انتقال مراقبت‌های سلامت روانی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی یا تیمارستان‌ها به مراکز سلامت روانی جامعه در حال افزایش بود. این مراکز تنها برای درمان بالینی نبودند؛ آن‌ها همچنین به‌عنوان مراکزی برای روان‌پزشکی پیشگیرانه در نظر گرفته می‌شدند که به حذف علل اصلی بیماری‌های

1. war on poverty  
2. Lyndon Johnson

3. South Bronx

عدم توانایی سیاستمداران در برخورد با عواملی که روان‌پزشکان اجتماعی آن‌ها را به عنوان عوامل موثر در بروز بیماری‌های روانی شناسایی کرده بودند، محدود شده است. آن چه واقعاً ضروری به نظر می‌رسید، حذف فقر، کاهش نابرابری و نژادپرستی و بهبود یکپارچگی جامعه بود.

در دهه‌ی ۱۹۸۰ روان‌پزشکی اجتماعی تحت‌الشعاع روان‌پزشکی بیولوژیک قرار گرفت که بر توضیحات ژنتیکی و عصبی تأکید داشت. این رویکرد، درمان با داروها را در اولویت کار خود قرار می‌داد و تصور می‌کرد که در این صورت نیاز کمتری به پیشگیری در جوامع وجود دارد.

روان‌پزشکان اجتماعی فرصت این‌که پیامدهای سیاسی واقعی تحقیق خود (یعنی تغییرات اجتماعی پیشرو برای جلوگیری از بیماری‌های روانی لازم است) را بیان کنند از دست دادند.

در سال‌های اخیر، کارشناسان بار دیگر به عوامل اجتماعی در سلامت روان روی آورده‌اند. بحران مالی اواخر دهه‌ی ۲۰۰۰ و همه‌گیری کووید ۱۹ همراه با نارضایتی‌ها از روان‌پزشکی، یک بار دیگر روان‌پزشکی اجتماعی را روی میز آورده است. اگرچه به جای بحث در مورد «روان‌پزشکی اجتماعی» به عنوان یک رشته، لازم می‌دانیم به تحقیقات در حیطه‌ی روان‌پزشکی اجتماعی در مورد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی سلامت روان بپردازیم.

امروزه، محققان سلامت روان کمتر به موضوعات تحقیقاتی خود با چشم قضاوت‌گرانه می‌نگرند، با این حال، آن‌ها هنوز اغلب تمایلی به تأکید بر پیامدهای سیاسی یافته‌های خود ندارند. احتمالاً نیاز به تحقیقات بیشتر بر روی این موضوع است اما در حال حاضر شواهد کافی و زیادی وجود دارد که به ما می‌گویند: محرومیت اجتماعی-اقتصادی برای

سلامت روان مُضر هستند.

علاوه بر مطالعات گذشته، تحقیقات بعدی-مانند آن چه توسط ریچارد ویلکنسون<sup>۱</sup> و کیت پیکت<sup>۲</sup> انجام دادند- این ارتباط را پُررنگ‌تر جلوه می‌دهد. آن چه اکنون محققان، پزشکان و فعالان سلامت روان باید انجام دهند، کاری است که روان‌پزشکان اجتماعی نتوانسته‌اند به سرانجام برسانند: مقابله با فقر، نابرابری، نژادپرستی، پراکندگی جامعه و انزوای اجتماعی. یکی از رویکردهای ممکن برای این مشکل، معرفی یک درآمد پایه‌ی جهانی است. چنین درآمد تضمین‌شده‌ی مردم را از فقر خارج کرده و فرصت‌هایی را برای تحرک اجتماعی فراهم می‌کند و به مردم اجازه می‌دهد تا دوباره با جوامع خود درگیر شوند. در واقع، نسخه‌ای از درآمد پایه‌ی جهانی در یکی از معدود نشریاتی که در دهه‌ی ۱۹۶۰ راهبردهای پیشگیرانه بهداشت روانی را توصیه می‌کرد، شرح داده شده است؛ مقاله‌ی بحران در سلامت روان<sup>۳</sup>، چالش‌های دهه‌ی ۱۹۷۰ کمیسیون مشترک سلامت روان کودکان ایالات متحده.

اقتصاددان کانادایی حوزه‌ی سلامت، اولین فورگت<sup>۴</sup> متعاقباً متوجه شد که سلامت روان در شهر مانیتوبا<sup>۵</sup> در خلال یک آزمایش که به آن‌ها درآمد پایه داده می‌شد در طول دهه‌ی ۱۹۷۰ بهبود یافته بود. درآمد پایه‌ی جهانی فقط یک ابتکار بالقوه است. بسیاری از سیاست‌های پیشگیرانه‌ی سلامت روان را می‌توان معرفی کرد که برخی از آن‌ها برای سلامت جسمی نیز مفید هستند. به عنوان مثال:

← امروزه محققان حوزه پزشکی در حال کشف

1. Richard Wilkinson

2. Kate Pickett

3. *Crisis in Child Mental Health*

4. Evelyn Forget

5. Manitoba



مهم می‌تواند از طریق کیفیت بخشی حمل و نقل عمومی، دسترسی به دوچرخه برای کسانی که توانایی خرید آن را ندارند (و ایجاد مسیرهای دوچرخه سواری بیشتر) و همچنین اقداماتی برای گسترش پارک‌ها و سایر مناطق طبیعی در داخل و اطراف شهرها اتفاق بیفتد.

← اولویت واقعی، تغییر در طرز تفکر است، چیزی که ما را مجبور می‌کند با سیاست سلامت روان بسیار مستقیم‌تر از روان‌پزشکان اجتماعی در گذشته مقابله کنیم. اگر وجه سیاسی سلامت روان را در نظر بگیریم، در واقع انگار اصلاً به آن فکر نکرده‌ایم. در پایان، اگر به‌طور جدی در فکر پیشگیری از بیماری‌های روانی هستیم، باید راه‌حل‌های سیاسی را در نظر بگیریم.

مجدد رابطه‌ی بین غذا و سلامت روان هستند. سیاست‌های یارانه‌ای برای تهیه‌ی غذای سالم و محلی تولیدشده نه تنها می‌تواند فقر غذایی را کاهش دهد، بلکه می‌تواند به‌طور بالقوه رفاه فردی را بهبود ببخشد. ← کاهش شدید هزینه‌های تحصیل پس از دوران متوسطه (و یا حذف کلی هزینه‌های تحصیل، همان‌طور که در زادگاه من، اسکاتلند، انجام شده است)، همراه با سرمایه‌گذاری در آموزش جوامع محروم، می‌تواند تحرک اجتماعی را در بسیاری از جوانان افزایش داده و احساس ناامیدی را کاهش دهد. ← در نهایت، شواهد نشان می‌دهد که سپری کردن زمان در دامان طبیعت برای افراد-فارغ از پیشینه‌ی آن‌ها- می‌تواند سلامت روان را بهبود ببخشد. این