

داغ ننگ‌سازی و پزشکی شدن مسائل روانی: مطالعه‌ای بر ساخت‌گرایانه در باره مسئله افسردگی در شهر تبریز

ابوعلی و دادهیر*^۱، حسین ذلولی^۲، حسین بنی فاطمه^۳ و فریده نبیلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

چکیده

استیگما (داغ ننگ) یک برساخته‌ای اجتماعی - فرهنگی سیال و زنده است که افراد و گروه‌های زیادی در جوامع انسانی با آن مواجه‌اند. در ساحت سلامت، داغ ننگ در زمره عوامل تأثیرگذار بر تعمیق شکاف بیمار و درمان است. داغ ننگ به اقتضای شرایط جامعه، افکار عمومی و موضوع تحت استیگما به صورت متفاوتی تفسیر می‌شود. این تفاسیر در کنش متقابل افراد جامعه با فرد افسرده، بر نگرش بیمار به بیماری خود و واکنش وی به این شرایط مؤثر است. داغ ننگ بر تمام جوانب زندگی افراد نظیر یافتن منزل، شغل و بیمه سلامت تأثیر می‌گذارد. هدف اصلی این مطالعه، بررسی فرایند داغ ننگ‌سازی از نگاه خود بیمار و کشف انگاره‌های ذهنی آنان است. در این تحقیق همچنین زوایای جامعه‌شناسانه و مردم‌شناسانه فرایند داغ ننگ‌سازی در افراد افسرده بررسی شده است. این پژوهش با اتخاذ رویکرد برساخت‌گرایی در علوم اجتماعی و با طرح سؤالاتی از جنس چگونگی ماهیت میان‌ذهنی، تعریفی و هم‌ساختی مسائل مرتبط با افسردگی از طریق داغ ننگ‌سازی در محیط پژوهشی تبریز سخن می‌گوید. در این مطالعه، از روش کیفی و نمونه‌گیری هدفمند برای جذب مشارکت‌کنندگان (به حجم ۱۸ نفر) استفاده شده است. همچنین، برای گردآوری و آنالیز همزمان داده‌ها و شواهد، روش نظریه‌مبنایی (گرندد تئوری) بکارگرفته شده است. این پژوهش نشان می‌دهد که داغ ننگ‌سازی افراد درگیر با افسردگی، برساخته‌ای اجتماعی - فرهنگی بوده و در پزشکی شدن افسردگی سهم چشم‌گیری داشته است.

کلیدواژه‌ها: استیگما، افسردگی، برساخت‌گرایی، پزشکی شدن، مسائل اجتماعی و روانی، نظریه‌مبنایی.

۱. نویسنده مسئول، دانشیار گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران. vedadha@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. hzenouzy@gmail.com

۳. استاد گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز. Banifatemeh1382@yahoo.com

۴. کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی - درمانی سیناتبریز. faridehnabili@gmail.com

مقدمه

امروزه افسردگی در زمره مهم‌ترین دلایل ناتوانی افراد در زندگی است که با سرعتی غیرقابل قبول در حال گسترش است. برخلاف سایر بیماری‌ها که فقط در حوزه بیولوژیکی زندگی افراد را دچار اختلال می‌سازند، افسردگی، کلیت اجتماع، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی را به چالش می‌کشد. برای مثال، یک فرد افسرده بیشتر از یک فرد مبتلا به بیماری کلیوی وجدان جمعی جامعه را مخدوش می‌سازد و جامعه موجود را نامشروع جلوه می‌دهد؛ بنابراین شناخت جامع افسردگی، فارغ از تمام پیش‌فرض‌ها ضرورتی انکارناپذیر دارد؛ حصول شناخت باعث می‌شود علاوه بر دلایل و عوامل افسردگی، شرایط سخت و بغرنجی که موتور محرکه افسردگی محسوب می‌شوند شناسایی شده و واکنش‌های مناسب در آن موقعیت‌ها تشخیص داده شود. استیگمای بیماری روانی در هیئتی موهوم ظاهر و موجب وحشتی جسمی و اخلاقی می‌شود. بر اساس پیمایش انجام‌شده بوسیله اداره سلامت اجتماعی-روانی وزارت بهداشت ایران در سال ۱۳۸۹، شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور، ۲۳/۶ درصد اعلام شده است که بر این اساس ۲۶/۵ درصد از زنان و ۲۰/۸ درصد از مردان با ناخوشی‌های روانی دست به گریبان هستند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ در دو دهه آینده شاهد تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها خواهیم بود؛ به طوری که بیماری‌های غیر واگیر مانند ناخوشی‌های روانی، به عنوان عامل عمده در ناتوانی و مرگ زودرس، جایگزین بیماری‌های واگیر خواهند شد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ دومین عامل ناتوانی افراد افسردگی خواهد بود (توکلی و همکاران، ۱۳۸۹).

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که امروزه دست‌کم ۴۵۰ میلیون نفر از جمعیت کره زمین به امراض روانی-رفتاری و یا مسائل روانی-اجتماعی دچارند و تعداد زیادی از آنها در عالم تنهایی و سکوت سیر می‌کنند و هیچ‌گونه درمان و خدماتی دریافت نمی‌کنند (آربولدا^۲، ۲۰۰۸). این آمار بیانگر این نکته است که افسردگی برخلاف بیماری‌هایی همچون وبا، سل یا مالاریا که در طول زمان ریشه‌کن شده‌اند، همواره سیر صعودی داشته است و به‌ظاهر، فناوری‌های نوین پزشکی در خصوص آن نتوانسته‌اند کاری از پیش برند، به نظر می‌رسد دلیل این امر را می‌توان در منشأ ایجاد و گسترش افسردگی جستجو کرد. بدین معنی

1. World Health Organization (WTO)
2. Arboleda

که اگر بیماری وبا با یک عامل پاتوزنیک آغاز می‌شود و پزشکی با مدیریت یا از بین بردن آن عامل، بیماری را ریشه‌کن می‌کند، بیماری افسردگی نه از یک ویروس بلکه از عوامل اجتماعی و فرهنگی نشأت می‌گیرد که به‌آسانی از بین نمی‌روند؛ بنابراین پیشگیری و درمان افسردگی مستلزم آن است که تمام ابعاد جوامع انسانی مذاقه و بازنگری شوند. داغ اجتماعی بیماری‌های ننگ افسردگی واقعیتی اجتماعی و فرهنگی است که افراد زیادی در جهان با آن مواجه‌اند به طوری که این عامل یکی از شکاف‌های عمیق بین بیمار و ایستگاه درمان بوده است و در شکل درمان و روند بهبودی بیماران سهم بسزایی دارد. استیگما یا همان داغ ننگ واژه‌ای باستانی است. این واژه در یونان باستان متمایزکننده بردگان، اسیران و جنایتکاران از مردم عادی بود و انواع مختلفی از قبیل نقص جسمی، بیکاری، روانی و غیره داشت. متأسفانه در خصوص مبتلایان به مسائل روانی این موضوع بسیار شدید است. معمولاً افراد در مورد افسردگی نظر خوبی ندارند، واقعیتی که در ارتباط با سایر بیماری‌ها نظیر بیماری قلبی و سرطان صدق نمی‌کند. بر مبنای ادراک نادرست، افراد تصور می‌کنند که شخص مبتلا به اختلال روانی منش ضعیفی دارد و یا بالقوه خطرناک است. استیگما فرایندی است که در آن، موقعیت یا خصوصیت شخص به طور نافذی به هویت او اسناد می‌شود (منصوری و دوول، ۱۹۸۹) و استیگما اثر منفی یک نشان (هایوارد و بریقت، ۱۹۹۷) یا روند تشکیل هویت‌های آشفته (اسچلویبری، ۲، ۱۹۹۳) است (بایرن، ۳، ۲۰۰۱).

وجه مشترک تعاریف گوناگون استیگما را می‌توان تأکید بر پیوندهای ذهنی و عینی کنشگران اجتماعی دانست. به‌زعم لینک و فلان (۲۰۰۶) پنج مؤلفه همگرا برای تولید داغ ننگ عبارتند از: ۱. شناسایی و انگ‌زدن تفاوت‌های انسانی؛ ۲. باورهای غالب فرهنگی که شخص انگ‌خورده را به کلیشه‌های منفی پیوند می‌دهد؛ ۳. طبقه‌بندی افراد انگ‌خورده بر جدا کردن "ما" در مقابل "آنها"؛ ۴. افراد انگ‌خورده، ازدست‌رفتن موقعیت و تبعیض را که به نتایج نابرابر منجر می‌شود تجربه می‌کنند؛ ۵. دسترسی اجتماعی، اقتصادی و قدرت سیاسی توسط گروه مسلط که به نفی، طرد و تبعیض علیه افراد و گروهی که انگ‌خورده منجر می‌شود (لینک و فلان، ۲۰۰۶). اروین گافمن، استیگما را این‌گونه تعریف کرد: ویژگی‌ای که به‌شدت ننگ‌آور^۴

1. Hayward & Bright
 2. Schlosbery
 3. Byrne
 4. discrediting

است و باعث بی‌اهمیتی و داغدار شدن فرد حامل آن ویژگی در جامعه می‌شود. قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات خودش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. وی بیان کرد که استیگما نوع خاصی از ارتباط یک ویژگی با یک تصور قالبی است و تصدیق کرد که آن نوعی زبان ارتباطی است و شکاف بین هویت اجتماعی بالقوه^۱ و هویت اجتماعی بالفعل^۲ به استیگما منجر می‌شود (بحران هویت اجتماعی)، یعنی جدایی بین آنچه هست و آنچه باید باشد (گافمن، ۱۳۸۶).

افراد مبتلا به اختلالات روانی و بستگان آنها گزارش کرده‌اند که با دریافت تشخیص بیماری دچار افزایش انزوا، تنهایی، ترس و احساس طردشدگی می‌شوند. داغ ننگ بر تمام جوانب زندگی نظیر یافتن منزل، شغل و بیمه سلامت تأثیر می‌گذارد و باعث از دست دادن بخشی از اعتماد به نفس و اکراه بیماران از پذیرش خدمات درمانی می‌شود و شخص نمی‌تواند با کسی رابطه دوستی برقرار کند. در سیر تحول درمان بیماران روانی، زنجیره‌های آهنی باز شده اما زنجیره‌های نامرئی بر دست، پای و ذهن بیمار بسته می‌شود که با خود بیماری همراه است. امر بیماری دیگر آن چیزی نیست که به حیطة مطب، درمانگاه و بیمارستان منحصر باشد. بیماری از منظر جامعه‌شناختی و مردم‌شناختی، به مثابه فضایی اجتماعی-فرهنگی و آمیختگی میان پدیده‌های زیستی و اجتماعی پا به عرصه گذاشت. روایت صرف پزشکی از بیماری نمی‌تواند پاسخ کافی و درست باشد. بیماری‌ها حاوی معناهای اجتماعی و فرهنگی‌اند که در زمینه اجتماعی شکل می‌گیرند. جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان به دنبال اثر معناهای فرهنگی در ظاهر شدن ناخوشی و پیامد آن‌اند و بر این باورند که در مورد بیماری‌ها دلالت‌های مختلف با الگوهای فرهنگی مختلف وجود دارند و این دلالت‌ها توأم با دلالت پزشکی بهتر می‌توانند مسائل بیماران را حل کنند. هر پدیده‌ای که در جامعه انسانی اتفاق می‌افتد، از مجاری ارزش‌ها و هنجارها و به طور خلاصه از تجربه زیسته افراد جامعه عبور می‌کند. داغ ننگ بیمار روانی از عوامل اجتماعی-فرهنگی و سیاسی متأثر است. مطالعه شاه‌ویسی در ایران نشان داده است که داغ‌خوردن بیماری‌های روانی موجب تبعیض و تمسخر بیماران می‌شود (شاه‌ویسی، ۱۳۸۵).

زبان و گفتمان حاکم بر هر مسئله در جامعه نقش اساسی دارد، در همین زمینه میشل والکر^۳ نتیجه‌گیری کرده که پارادایم زبانی در بیماران نقش اساسی داشته است و در شکل‌گیری

1. virtual social identity
2. actual social identity
3. Walker

استیگما، زبان، روابط موجود در آن و قدرت اهمیت زیادی دارند. در ارتباط بین بیمار و درمان‌گر، بیماران بیان تشخیص را به‌جای بودن آن در نظر می‌گیرند. واژه‌های روانپزشکی و روانشناسی به‌طور سلسله‌مراتبی پزشکان را در مقام مفسر تجربه زیسته بیماران قرار می‌دهد و این واژه‌ها چشم‌اندازی را خلق می‌کند که در آن بیماران و استعدادشان به انقیاد دانش پزشکی درمی‌آیند و با سیطره واژه‌ها به عنوان حقیقت نمی‌توانیم به نتایج ساختاری عمیقی در زمینه بهبود بیماران برسیم. در اصل واژه‌ها سیستم مفهومی بسته‌ای را شکل می‌دهند و به طرق زیر عمل می‌کنند: ۱. نقش سلسله‌مراتبی روابط بین پزشک (فعال) و بیمار (منفعل)؛ ۲. نقش پنهان‌سازی واژه‌ها؛ ۳. تأکید واژه‌ها بر رویکردهای هنجاری؛ ۴. تأکید دانش متخصصان بر شکست‌ها و تراژدی‌های تاریخی (والکر، ۲۰۰۶).

مطالعه دانکر^۱ و سندل^۲ نشان داده است که عواملی مانند تحصیلات، مذهب، جنسیت، زندگی در شهر یا روستا و سطح پیشرفت و توسعه کشور بر استیگمای بیماری روانی تأثیر دارد (دانکر و سندل، ۲۰۰۷). نتایج مطالعه تال^۳، روی^۴ و کوریگان^۵ که به روش کیفی صورت پذیرفته نشان داده است که خدمات توان‌بخشی انفرادی در صورتی رضایت‌بخش خواهد بود که موانع اجتماعی برساخته از استیگما و عامل شکل‌گیری آن برداشته شود. در این زمینه گروه‌هایی از قبیل هم‌محل‌ها، همکاران، کارکنان قوه قضاییه، سیاستمداران، کارکنان خدمات درمانی، رسانه، خود بیماران و خانواده بیشتر از سایرین نقش دارند و از میان این عوامل دو عنصر ارتباط و آموزش در کاهش استیگما، نقش بسیار مهمی دارند (تال و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد که سطوح ساختاری استیگمای بیماری روانی در ساخت آن نقش اساسی دارد. برای مثال، مطالعه کاریگان^۶، مارکویز^۷ و واتسون^۸ که به بررسی سطوح ساختاری استیگمای بیمار روانی و تبعیض در سطح کلان اجتماعی پرداخته‌اند نشان می‌دهد که در این سطح دو نوع تبعیض بر این بیماران اعمال می‌شود که در ساخت استیگما نقش اساسی دارند که عبارتند از: ۱. تبعیض‌های ساختاری قصدمند که به این طرق اعمال می‌شود: الف) معرفی

-
1. Donker
 2. Sandell
 3. Tal
 4. Roe
 5. Corrigan
 6. Corrigan
 7. Markowitz
 8. Watsom

شخصیت منفی و مشکل‌دار در رسانه. ب) تبعیض‌های قانونی از قبیل رأی دادن، قانون طلاق، ازدواج و ...؛ ۲. تبعیض‌های ساختاری غیر قصدمند که با این روش‌ها اعمال می‌شود: الف) سیاست عمومی که از اصول اقتصادی سودآور و همسو با جریان سرمایه حمایت می‌کند و امتیازاتی برای طرفداری از گروه‌های خاص وجود ندارد. ب) شرکت‌های بیمه که معمولاً بین بیماری‌های روانی و سایر بیماری‌ها تبعیض قائل می‌شوند. ج) عدم پرداخت تسهیلاتی از قبیل وام بانکی و غیره به بیماران روانی (کاریگان و همکاران، ۲۰۰۴).

رونزونی^۱ و همکاران‌اش در پژوهشی با عنوان «داغ‌سازی بیماری روانی در بین کودکان مدارس نیجریه» نتیجه گرفتند که داغ‌سازی بیماران روانی بیشتر به خاطر فقدان آموزش و آگاهی و تقویت آن توسط رسانه‌هاست. آنها بیان کردند که مداخلات آموزشی و تشویق ارتباط با بیمار روانی می‌تواند در کاهش استیگما نقش اساسی داشته باشد (رونزونی، ۲۰۰۹).

کثرت دلایل غیر پزشکی، استیگما در افراد افسرده نشان می‌دهد که این موضوع بیش از آنکه مسئله پزشکی باشد، مسئله یا دغدغه‌ای انسان‌شناختی و جامعه‌شناختی است و داغ‌انگ‌زدن به شخصی که متفاوت به نظر می‌رسد همواره از روی کینه‌توزی نیست بلکه نشان‌دهنده تفاوت درک افراد است. از سوی دیگر باید توجه داشت که درک تفاوت‌ها امری فرهنگی است و در بافت اجتماعی شکل می‌گیرد. افسردگی معانی فرهنگی دارد که به زیست‌شناسی و برداشت زیست‌پزشکی قابل تقلیل نیست و این معناها بیشتر از خود بیماری، مبتلایان را نگران می‌کند. بر این اساس، بهترین شیوه فهم این مسئله و درک چگونگی تعریف و شکل‌گیری آن، توجه به الگوهای اندیشیدن و عمل کردن در مورد داغ و جنبه‌های میان‌ذهنی، تعریف‌محور و برساخت‌گرایانه‌ای است که این تجربه می‌تواند برای بیماران داشته باشد، یعنی همان چیزی که به‌مثابه چارچوبی محوری در این مطالعه لحاظ شده است. در داغ، شأن اجتماعی بیمار به خطر می‌افتد و تحریم‌های مختلفی از قبیل تحریم‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و ارتباطی بر فرد تحمیل می‌شود که از خود بیماری به مراتب خطرناک‌تر است. وضعیت مزبور به پنهان‌کاری، عدم مراجعه به مراکز درمانی، تلاش طاقت‌فرسا برای عادی جلوه‌دادن خود و کنترل شرایط و اطلاعات منجر می‌شود. با توجه به نقش و اهمیت موضوع فوق در تصمیم‌سازی و برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای جامعه و بیماران ضرورت بررسی ابعاد مختلف پدیده داغ در ایران احساس می‌شود. با اتکا بر بدنه دانش و پیشینه پژوهشی موجود در

علوم اجتماعی، در این مقاله تلاش شده است پدیده داغ ننگ، در بیماران افسرده شهر تبریز، با رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی و با روش کیفی تأمل و بازنگری شود. این مطالعه در پی شناخت فهم بیماران افسرده از پدیده استیگما است، شناختی که به بررسی فهم، سنخ‌بندی و روایت بیماران در مورد داغ ننگ و چگونگی حصول این آگاهی، نقش انسان و جامعه را برجسته می‌کند و به سهم خود، بر ساخت اجتماعی-فرهنگی واقعیت‌ها و یا تصاویر افسردگی در تبریز و ایران را پدیدار می‌سازد.

چارچوب نظری و پیشینه موضوع

سیمای تاریخی افسردگی: نگاهی به پیشینه این مفهوم بیانگر این است که از عهد باستان تا به امروز مواردی از افسردگی در بین مردم ثبت شده است. در بسیاری از متون کهن، توصیف‌هایی در مورد آنچه امروز اختلالات خلقی نامیده می‌شود و افسردگی یکی از آنهاست یافت می‌شود. داستان «پادشاه شائول» در «عهد عتیق» و خودکشی «آژاکس» در ایلیاد «هومر» توصیف‌هایی از نشانگان افسردگی است. بقراط در حدود چهارصد سال پیش از میلاد مسیح (ع) اصطلاحات مانیا (شیدایی) و مالیخولیا^۱ را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده بود. حدود سال سی‌ام میلادی پزشکی رومی به نام سلسوس در کتابش به نام درباره طب، مالیخولیا را به‌عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفرا ذکر کرده است. در ۱۸۵۴ «ژول فالره» بیماری‌ای به نام جنون دوره‌ای (فولی سیر کولار) را توصیف کرده بود که در آن حالات خلقی افسردگی به طور متناوب پیدا می‌شد. در ۱۸۸۲ روانپزشک آلمانی «کارل کالبام» اصطلاح «سیکلو تایمی» را به کار برد و مانیا و افسردگی را مراحل از یک بیماری واحد قلمداد کرد. در ۱۸۹۹ «امیل کرپلین» بر اساس اطلاعاتی که از روانپزشکان آلمانی و فرانسوی پیش از خود به دست آورده بود، نوعی سایکوز به نام سایکوز مانیا-افسردگی را توصیف کرده و بیشتر معیارهایی را که امروز روانپزشکان برای تشخیص اختلال دوقطبی I به کار می‌برند در آن گنجانده بود. کرپلین از نوعی افسردگی هم نام برده بود که در اواخر بزرگسالی شروع می‌شد که نهایتاً نام مالیخولیای کهلوتی بر آن نهاده شد. این نوع افسردگی از همان زمان، شکلی از اختلالات خلقی دیرآغاز دانسته شد. اختلالات خلقی گروه وسیعی از

اختلالاتی را شامل می‌شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی‌های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می‌دهد. خلق ممکن است طبیعی، بالا یا افسرده باشد. در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند علائمی از قبیل ازدست‌دادن کارمایه (انرژی) و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، ازدست‌دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. اگر بیمار فقط به حمله‌های افسردگی عمده دچار شود، اصطلاحاً گفته می‌شود به اختلال افسردگی عمده یا افسردگی یک‌قطبی مبتلا است. برای بیمارانی که به هر دو نوع حمله افسردگی و مانیا دچار می‌شوند، اختلال دوقطبی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی عمده و اختلال دوقطبی از دیدگاه روانپزشکی، به ویژه در ۲۰ سال اخیر، دو اختلال متمایزند. طبق متن بازبینی شده چاپ چهارم DSM (DSM-IV-TR) اختلال افسردگی عمده باید حداقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار حمله افسردگی عمده تشخیص داده می‌شود، باید حداقل چهار علامت از علائم تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان کارمایه (انرژی)، احساس گناه، مشکل تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را داشته باشد. در DSM-IV-TR به طبقه اختلالات خلقی، سه طبقه پژوهشی جدید (اختلال افسردگی فرعی، اختلال افسردگی عودکننده گذرا و اختلال ملال پیش‌قاعدگی) اضافه شده است (سادوک و همکاران، ۱۳۸۷).

رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی-فرهنگی

در این مطالعه، پدیده داغ‌ننگ‌سازی به‌مثابه مسئله‌ای اجتماعی-فرهنگی تلقی شده و با رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی-فرهنگی بررسی شده است. این رویکرد، مسائل اجتماعی-فرهنگی را برساخته‌های دسته‌جمعی، ادراکات و معانی ذهنی و میان‌ذهنی تلقی می‌کند. برای مثال داغ‌سازی بیماران روانی که پیامدهای منفی برای بیمار و جامعه به دنبال دارد، مسئله‌ای عینی است که با عبارت "عدم مراجعه بیماران به مراکز درمانی" شناخته می‌شود؛ اما برای اینکه بتوان از مسئله‌ای اجتماعی سخن به میان آورد، بایستی در کنار این شناخت، درک و تصور گروه‌ها و انسان‌های درگیر در آن پدیده نسبت به موقعیت و شرایط خود تحلیل شود. برای نمونه، تصور جامعه از بیمار روانی چگونه است؟ چرا بیماران روانی از آشکار شدن بیماری خود در هراسند؟ چرا بیمار روانی دیوانه قلمداد می‌شود؟ سؤالاتی از این قبیل به ذهنیت بیماران و جامعه در مورد اختلالات روانی می‌پردازند.

رویکرد "برساخت‌گرایی اجتماعی-فرهنگی" به دو دلیل به عنوان چارچوب نظری این پژوهش انتخاب شده است: ۱. این رویکرد، شناخت واقعی را، شناخت از طریق کنش متقابل و تفسیر انسانی می‌داند؛ ۲. بر بعد ذهنی مسائل بیشتر از بعد عینی آنها اهمیت می‌دهد. برساخت‌گرایی اجتماعی را می‌توان نسخه تلفیقی جامعه‌شناختی‌تر و دقیق‌تر نظریه انگ‌زنی (بکر^۱، ۱۹۶۳) در بحث کجروی و بزهکاری از یک‌سو و ساخت‌گرایی اجتماعی در جامعه‌شناسی معرفت یا نظریه ساخت اجتماعی واقعیت در نظر گرفت. در جامعه‌شناسی، برساخت‌گرایی در تحلیل مسائل اجتماعی، اولین بار توسط مالکوم اسپکتور^۲ و جان کیتسوز^۳ در اواخر دهه ۸۰ قرن بیستم مطرح شده است (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶). رویکرد برساخت‌گرایانه انسان را فعال، هوشیار و عمدتاً مسلط بر ساخت‌های اجتماعی و حالات درونی خود می‌بیند و این رویکرد متضمن نگرستن به جهان اجتماعی، کنش و رویدادهای اجتماعی از دیدگاه مردم مورد مطالعه است (بلیکی، ۱۳۸۷).

این رویکرد بر معانی فرهنگی و اجتماعی بین‌ذهنی مرتبط با مسئله و افراد اجتماعی ادغام‌شده در بستر شرایط فرهنگی خاص متمرکز است و با رویکردی کیفی بر فرهنگ، معانی و نمادهای فرهنگی، قواعد ساختاردهی فرهنگی و نظام معنادهی و خرده‌فرهنگ‌هایی تأکید دارد که در جوامع مختلف شکل گرفته و بسترهای لازم برای کنش‌های افراد را فراهم می‌کنند. در این رویکرد هویت‌های فردی و گروهی (اجتماعی) به‌مثابه برساخت‌های اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند که طبق آن رفتارهای افراد در جریان زندگی جمعی و از طریق فرایند تعاریف اجتماعی تکوین می‌یابند (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۵). بر اساس این رویکرد بیماری‌ها معنایی فرهنگی با خود دارند که نه از ماهیت، بلکه از چگونگی پاسخ جامعه به مبتلایان شکل می‌گیرند. بیماری‌ها در سطح تجربی، از لحاظ اجتماعی برساخته می‌شوند و دانش پزشکی توسط مدعیان و شرکت‌های ذینفع برساخته می‌شود (کانراد و بارکر^۴، ۲۰۱۰). از نظر هربرت بلومر (۱۹۷۱) مسائل اجتماعی، بخشی از فرایند معنابخشی جمعی‌اند که به طور مشخص از پنج مرحله عبور می‌کنند: ظهور مسئله^۵؛ مشروعیت‌یافتن مسئله^۶؛ بسیج نیروها برای کنش در

1. Becker
 2. M. Spector
 3. J. Kitsuse
 4. Conrad & Barker
 5. emergence of a Social problem
 6. legitimation of the problem

برابر مسئله؛ تنظیم طرح رسمی کنش در مباحثه‌ها^۱ و تبدیل طرح به مداخله عملی^۲. این مراحل به همدیگر وابسته‌اند و حالت چرخه‌ای دارند، زیرا مسائل اجتماعی از طریق مراحل خاصی به صورت خطی و منظم به وجود نمی‌آیند. حالت چرخه‌ای مسائل نیاز به چارچوبی تحلیلی و اکتشافی دارد تا ارزش‌های متفاوتی را که در فرایند تعریف وجود دارند کشف کند. خلاصه نظریه بلومر این است که مسائل اجتماعی، اساساً محصول فرایند اکتشاف، تعریف یا معنابخشی جمعی‌اند، نه مجموعه‌ای از ترتیبات اجتماعی عینی مستقل همراه با برساختی طبیعی یا حقیقی (بلومر، ۱۹۷۱).

مفهوم / نظریه پزشکی شدن

پس از گذشت دست کم چهار دهه نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پدیده پزشکی شدن، هنوز تعریف مشترکی در مورد این مفهوم وجود ندارد. از نظر ادبی، پزشکی شدن به عنوان یک "اسم"^۴ به معنای "پزشکی ساختن"^۵ است (کانراد، ۱۹۹۲)، اما برای معانی وسیع‌تری در بدنه دانش و منابع مرتبط با آن استفاده شده است. به همین دلیل، مسائل، کج‌فهمی‌ها و تشتت آرای زیادی وجود دارد، به طوری که حتی این ادعا که صاحب‌نظران و جامعه‌شناسان به اجماعی در زمینه تعریف پدیده پزشکی شدن نائل شده‌اند، دور از واقعیت است. از نظر زولا (۱۹۸۳) پزشکی شدن جامعه "فرایندی است که به موجب آن بخش‌های بیشتر و بیشتری از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند". او با الهام از آرای فرد سون (۱۹۷۰) و به منظور بیان مشخصه‌های فرایندی که جامعه ممکن است از طریق آن پزشکی شود، چهار مسیر زیر را نام برده است:

- از طریق بسط هرآنچه که در زندگی درباره طبابت مفید پنداشته می‌شود.
- از طریق حفظ کنترل کامل بر رویه‌های تکنولوژیکی مشخص.
- از طریق حفظ دسترسی کامل به حوزه‌ها یا حیطه‌هایی که تابو تلقی می‌شوند.
- از طریق بسط هرآنچه در پزشکی درباره شیوه زندگی، مفید پنداشته می‌شود (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶).

1. mobilization of action with regard to the problem
 2. formation of an official plan to the problem
 3. transformation of the official plan in its empirical implementation
 4. noun
 5. to make medical
 6. Conrad

برخی تحلیل‌گران اظهار کردند افزایش اقتدار و قلمرو پزشکی در زمره یکی از قوی‌ترین تحولات و دگرگونی‌های نیم‌قرن اخیر دنیای غرب بوده است (کانراد، ۲۰۰۷؛ کانراد و همکاران، ۲۰۱۰). این تحلیل‌گران با مرور ریشه‌ها، دامنه و آزمون آثار پزشکی‌شدن بر جامعه، پزشکی، بیماران و فرهنگ، کانون توجه خود را بر شواهد ویژه‌ای، دال بر وجود پزشکی‌شدن قرار داده‌اند (همان). ایوان ایلچ (۱۹۷۵) با اثر خود، قلع و قمع یا فلاکت باری پزشکی: سلب مالکیت سلامتی، یکی از اولین مطالعات را درباره مفهوم پزشکی‌شدن به ثبت رساند. او چنین استدلال می‌کرد که حرفه پزشکی، با شکل‌دادن به فرایندی که به عنوان آسیب غیر عمدی شناخته می‌شود، در عمل به زیان مردم حرکت می‌کند و شاهد آن، افزایش بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی در نتیجه مداخلات پزشکی است. از نظر ایلچ این آسیب غیر عمدی در سه سطح اتفاق می‌افتد: سطح پزشکی؛ شامل آثار جانبی جدی و بدتر از مشکل اصلی؛ سطح اجتماعی که در آن همه افراد نسبت به حرفه پزشکی مطیع و وابسته می‌شوند تا بتوانند زندگی روزمره خود را در جامعه به پیش ببرند و سطح ساختاری-فرهنگی، که در آن مفاهیم پزشکی غربی با تلقی موضوعات مربوط به شفا یا بهبودی، سالمندی و مرگ، به عنوان بیماری‌های حوزه پزشکی، زندگی بشر را به شکل مؤثری دچار پزشکی‌شدن می‌کنند و از این طریق توانایی افراد و جوامع را برای مواجهه با این گذارهای "طبیعی" کاهش می‌دهند (ایلچ، ۱۹۷۵). پرسنل پزشکی با استفاده از مدل پزشکی بیماری‌ها را شناخته و با پیش‌بینی جریان بیماری برای آن درمان تجویز می‌کنند. بر این اساس پیتر کانراد (۲۰۰۷) در کنار تعریف پیشین، تعریف دیگری از پزشکی‌شدن بیان می‌کند: "تعریف رفتار به عنوان مسأله پزشکی و گواهی حرفه پزشکی برای درمان آن". بنابراین پزشکی‌شدن توسط دو جبهه اعمال می‌شود: حرفه پزشکی و کاربرد غیر حرفه‌ای چارچوب پزشکی (کانراد، ۲۰۰۷).

افزون بر این، نگاهی به پیشینه بررسی و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی نشان می‌دهد که پزشکی‌شدن دارای ابعاد و ویژگی‌های مهم دیگری است که بدون توجه به آنها درک سیمای جامع و واقعی این فرایند مشکل است. این ابعاد و ویژگی‌ها به قرار زیرند: گذر دوطرفه مسائل، تجربیات و حالات؛ سیاست‌زدایی^۱ رفتارها، تجربیات و مسائل؛ مسئله‌دار کردن^۲ تجربیات/ وقایع طبیعی؛ فردی کردن^۳ و بسترزدایی^۱ از رفتارهای اجتماعی و روانی؛

1. de-politicizing
2. problematizing
3. individualizing

هزینه‌های فرصت معنادار برای جامعه (کانراد و همکاران، ۲۰۱۰)؛ و تعدد ابعاد، سطوح و مراحل (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶، قاضی طباطبایی و ودادهیر، ۱۳۸۷).

در مجموع به‌رغم فقدان اتفاق نظر انسان‌شناسان، جامعه‌شناسان و منتقدان پدیده پزشکی‌شدن در تعریف و مفهوم‌پردازی آن، تصور بر این است که کانراد تعریف یا سیمایی جامع‌تر و واقعی‌تر از این مفهوم نشان می‌دهد: قضیه محوری در فرایند پزشکی‌شدن تعریف حالتی یا تجربه‌ای با استفاده از واژگان پزشکی است. در فرایند پزشکی‌شدن آنچه در عمل اتفاق می‌افتد این است که همه مسائل، وقایع و حالاتی که زمانی در قلمرو غیر پزشکی قرار می‌گرفتند، با استفاده از تعاریف و اصطلاحات خاص پزشکی، وارد قلمرو آن می‌شوند (کانراد و اشنایدر، ۱۹۹۲). این خصیصه هنوز هم برای فرایند پزشکی‌شدن جنبه حیاتی دارد به طوری که کانراد در مقاله اخیر خود با عنوان "موتورهای متحول پزشکی‌شدن" (۲۰۰۵) بر ماهیت تعریفی این فرایند تأکید مجدد کرده است. کانراد تأمل خود را در این باره چنین بیان می‌کند: "قضایای تعریفی به جوهره یا ماهیتی برای فرایند پزشکی‌شدن بدل شده است؛ تعریف مسئله‌ای در قالب اصطلاحات پزشکی، اغلب با عناوینی مانند ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، یا استفاده از مداخله‌ای پزشکی برای درمان آن" (کانراد، ۲۰۰۵: ۳۲).

پزشکی‌شدن زندگی افراد افسرده

در جوامع مدرن، پزشکی به عنوان نهادی برای کنترل اجتماعی ایفای نقش می‌کند و زندگی روزمره بیماران به اسم کنترل بیماری و سلامت تحت سلطه پزشکی قرار می‌گیرد و پزشکان با تبیین تک‌خطی و تراشیدن تشخیص از مسائل، اقتدار را در دست می‌گیرند. این عوامل باعث می‌شود که بیماران پزشکی‌شدن را تجربه کنند. تصور ساختار بیولوژیکی صرف برای افسردگی، محققان را از جنبه‌های پیچیده افسردگی از جمله داغ ننگ غافل می‌کند. بسیاری از دردها از قبیل دردهای اخلاقی-مذهبی، فیزیکی و روانشناختی مختص جوامع خاص‌اند و در جوامع دیگر نرمال تلقی می‌شوند. برای مثال، در کتاب DSM-IV-TR (دست‌نامه آماری و تشخیصی روانپزشکی آمریکا) مدت زمان طبیعی برای عزاداری حداکثر ۲ ماه است در حالی که در برخی از فرهنگ‌ها تجربه چندین سال غم برای عزاداری طبیعی است. مسلمانان شیعه

عزاداری را به عنوان تجربه مذهبی درک می‌کنند. در برخی مناطق غمگین بودن ارزش است و آن را عامل شناخت برتر می‌دانند، از طرف دیگر افسردگی ممکن است در رفتارهای مختلف بیان شود. برای بیماران و پزشکان نشانه‌های جسمانی بیماری روانی مشخص است اما بیان احساس از لحاظ فرهنگی و اخلاقی شرایط خاص خود را دارد. طبق تشخیص DSM-IV-TR برای اینکه کسی افسرده به حساب آید باید پنج یا بیشتر از نه علائم لیست‌شده را به مدت دو هفته تجربه کند و کسی که شش علائم دارد نسبت به آنکه پنج علائم دارد افسرده‌تر است. اساساً خط افسردگی نتیجه مطالعه‌ای علمی نیست و این خط، مبهم و شاید ساختگی باشد.

بالغ بر ۳۰ دارو برای درمان افسردگی موجود است و این داروها اغلب بدون حمایت اجتماعی و روان‌درمانی بر شرایط بیولوژیکی بیمار تمرکز دارند و به انکار عمیق بیمار منجر می‌شوند تا بیماران به جای معالجه آرام به طرد سریع علائم بیولوژیکی فکر کنند (کراوایک^۱، ۲۰۰۹). شرکت‌های دارویی با تبلیغات رسانه‌ای بر آگاهی بیماران و فرایند مفهوم‌سازی نفوذ می‌کنند و به دنبال ساخت این فرضیه‌اند که این اختلالات با داروها قابل درمان است (پایتون^۲ و تویترز^۳، ۲۰۰۹). وقتی بیماری‌های روانی را همچون بیماری‌های جسمی در محدوده متخصصان بهداشت روان محصور کنیم و با واژه‌های روانپزشکی و روانشناسی ایجادشده در سلسله روابط قدرت به دنبال درمان باشیم، نتیجه مناسبی به دست نخواهد آمد. چون زبان است که مسئله را خلق می‌کند و مواد خام زبان، واژه‌ها هستند و هر کس واژه می‌سازد در اصل در ساخت واقعیت، قدرت را در دست دارد؛ بنابراین در این مورد روانپزشکان‌اند که راه‌هایی را برای کنترل زبانی و ابهام تجربه زیسته با آموزه‌های خاص خودشان ساخته‌اند. واژه‌های روانپزشکی به طور سلسله‌مراتبی، قدرت تفسیر تجربه بیمار را مصادره می‌کند و قدرت تعریف را در دست دارد. وقتی درباره بیمار افسرده صحبت می‌کنیم، تفکرات و احساسات از قبیل ارزش‌ها، باورها، خاطرات، ترس‌ها و علائق و به دنبال آن هویت مطرح می‌شود. اختلال تفکر یا احساس برچسبی به هویت فرد است و به دست‌کاری تجربه ذهنی بیمار از خودش منجر می‌شود (والکر، ۲۰۰۶). بدین ترتیب فرایند پزشکی‌شدن در مورد بیماری افسردگی نیز صادق است که راهکارهایی را در سطح فردی و اجتماعی بیان می‌کند. در پزشکی‌شدن افسردگی علت‌شناسی و معالجه فقط در سطح فردی بیان شده و سطوح اجتماعی، گروهی و نهادی

1. Krawczyk
2. Payton
3. Thoits

نادیده گرفته می‌شوند. این موضوع به فردی شدن مسئله و سرزنش قربانی منجر می‌شود. دوم اینکه با پزشکی شدن تبیین‌ها و راه‌حل‌های جایگزین از بین می‌روند و مشکل فقط در صورت وجود پزشکان حل می‌شود. بنابراین پزشکان اظهار نظر کرده و بیان راه‌حل را تنها در حوزه خود مجاز می‌شمارند. تأمل در فرایندهای مربوط به تسلط و بسط دانش آمرانه پزشکی در این حوزه را نمی‌توان امری مسلم، کمی و عینی در نظر گرفت، بلکه این دانش خود برساخت و فرآورده اجتماعی-فرهنگی است و موضوعی برای خلق و برساخت دوباره و حتی بازنگری و تصویرسازی اساسی بر اساس الگوها و تعاریف غیر پزشکی است.

روش‌ها و مواد پژوهش

رویکرد روش‌شناختی: در این مقاله با توجه به ماهیت و تفهیمی بودن موضوع، که به زندگی روزانه مردم در صحنه‌های خصوصی و حساس مربوط است، اهداف، ضرورت و مطالعه عمیق و همه‌جانبه آن از روش کیفی استفاده شده است. این رویکرد مصاحبه‌شوندگان را کنشگرانی فعال، هوشیار و عمدتاً مسلط برساخت‌های اجتماعی عینی و حالات درونی خود می‌بیند. انجام این پژوهش نیازمند تسلط بر زبان افراد کنشگر در ارتباط با پدیده داغ‌سازی و کشف معانی و مفاهیم مرتبط با آنهاست. زمانی که موضوع به خوبی تعریف نشده و دامنه و توالی فعالیت‌های مربوط به موضوع مورد مطالعه ناشناخته است و همچنین تجارب زیسته و فهم افراد درگیر با مسئله خاص اجتماعی در کانون توجه محقق است، از حیث روش‌شناختی، اتخاذ رویکرد کیفی ضروری است. تحقیق کیفی درباره موضوعی مانند بیماری روانی تنوع دیدگاه‌ها (دیدگاه بیمار، بستگانش و متخصصان) را به موضوع نشان می‌دهد و کار خود را از معانی ذهنی و اجتماعی پدیده مورد بررسی آغاز می‌کند. این شیوه مطالعه برای پرده برداشتن از پدیده‌های پیچیده‌ای مانند استیگما که کمتر شناخته شده است و فهم اینکه در پشت آنها چه چیزهایی نهفته است، بسیار مفید بوده و نگاهی نو را به دنبال خواهد داشت. در این مطالعه فرض بر این است که برای شنیدن صدای بیماران روانی و فهم و تجربه زیسته آنها و درک و شرح دیدگاه سوژه و تفسیر جهان اجتماعی همان‌گونه که او می‌بیند و با توجه به حیطه رم‌آلود فضای ذهنی بیماران این روش مناسب‌تر از سایر روش‌ها است.

مدیریت و آنالیز داده‌ها (داده‌کاوی) با نظریهٔ مبنایی: استراوس و کوربین^۱ (۲۰۰۸) نظریهٔ مبنایی یا بنیانی را این چنین تعریف می‌کنند: نظریهٔ بنیانی منشأ استقرایی دارد و ناشی از مطالعهٔ پدیده‌هاست. یافته‌های تحقیق نیز فرمولی نظری را از واقعیت می‌سازند (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸). هر نظریهٔ مبنایی سه بعد دارد: شرایط، تعامل و پیامدها که حول یک مقولهٔ هسته ترسیم می‌شود. محصول نهایی نظریهٔ مبنایی صرفاً مجموعه‌ای از یافته‌ها یا چند مقولهٔ مرتبط به هم نیست، بلکه صورت‌بندی نظری منسجم دربارهٔ بسترها، فرایندها و پیامدهای وجود یک پدیده یا رویداد است (محمدپور، ۱۳۸۹). سه عنصر اصلی نظریهٔ بنیادی عبارتند از مفاهیم، مقولات و گزاره‌ها. با توجه به ماهیت این رویکرد روش‌شناختی و مدیریت داده، در این پژوهش از مصاحبهٔ عمیق یا کیفی استفاده شده است. همچنین در مرحلهٔ مدیریت و تحلیل داده‌ها از سه نوع کدگذاری استفاده شده است: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی (ادغام و ترکیب) (مایر، ۲۰۰۱). کدگذاری به فرایند تحلیل اشاره دارد که از خلال آن مفاهیم تشخیص داده می‌شوند و ابعاد و خصوصیات آن در داده‌ها کشف می‌شوند. کدگذاری باز به آن بخش از کار اطلاق می‌شود که به طبقه‌بندی کردن پدیده‌ها از یادداشت‌های کوتاه پرداخته می‌شود که نتیجهٔ نهایی آن، نام‌نهادن و طبقه‌بندی مفاهیم و در نهایت نظریه‌پردازی است (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸).

مشارکت‌کنندگان و نحوهٔ جذب آنها: جامعهٔ مورد مطالعهٔ این تحقیق بیماران افسرده‌اند. هدف تحقیق کسب ذهنیت بیماران در مورد بیماری و چگونگی حصول این ذهنیت و شناساندن تصورات موجود در جامعه، پیرامون بیماران افسرده است. افسردگی گسترهٔ زیادی دارد بنابراین با همکاری افراد ذیصلاح از قبیل روانپزشکان و روانشناسان بیمارانی را انتخاب کردیم که با طرح تحقیق هماهنگی داشته باشند. در جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌گیری نظری^۲ استفاده شد. نمونه‌گیری نظری روشی از جمع‌آوری داده‌هاست که بر پایهٔ مفهوم و موضوع‌هایی که از داده‌ها استخراج می‌شوند قرار دارد. هدف نمونه‌گیری نظری جمع‌آوری داده‌ها از افراد، مکان‌ها و وقایعی است که فرصت توسعهٔ مفاهیم با ویژگی و ابعاد خاص را افزایش می‌دهد و روابط بین مفاهیم را مشخص می‌کند. در نمونه‌گیری نظری محقق نمونه‌هایی را انتخاب می‌کند که به لحاظ تئوری بیشترین سود را داشته و سنگ بنای ساخت تئوری باشند. به نظر استراوس

1. Strauss & Corbin
2. theoretical sampling

و کوربین نمونه‌گیری نظری به نمونه‌گیری اطلاق می‌شود که در طول فرایند تحقیق رشد می‌کند. اشباع داده‌ها معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که دیگر داده‌های جدید تولید نشود زیرا گاهی اوقات مشکل کمبود یا نقص داده‌ها نیست بلکه زیاد بودن داده‌هاست. اشباع همچنین با توسعه طبقاتی با ویژگی‌ها و ابعاد خاص همراه است که تغییرپذیر بوده و در موقع ساخت تئوری روابط بین مفاهیم را مشخص می‌کند (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸).

در این مطالعه مصاحبه با افراد افسرده در بافت واقعی بیمار و بیماری یعنی بیمارستان انجام شد. بدین ترتیب با انتخاب مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی رازی تبریز و مرکز آموزشی-درمانی سینای تبریز به‌مثابه محیط پژوهش، از ۱۸ نفر مصاحبه به عمل آمد. از این تعداد، ۱۰ نفر خانم و ۸ نفر آقا بودند، ۲ نفر از خانم‌ها مجرد و ۸ نفر متأهل بودند که ۴ نفر از آنها متارکه کرده بودند. از آقایان ۲ نفر مجرد و ۶ نفر متأهل بودند که ۳ نفر از آنها متارکه کرده بودند. افراد نمونه از مناطق مختلف استان و در محدوده سنی ۴۱-۱۷ سال قرار داشتند. در نهایت با آشکارشدن ارتباط میان مقوله‌های استخراج‌شده و گزاره‌ها، خط داستانی مطالعه پدیدار شد که خلاصه آن در بخش پایانی مقاله آمده است.

داستان افسردگی: از انگ‌خوردن تا پزشکی شدن

بیمار روانی با تجربه احساسات جدید، ناشناخته و شرایطی که تا پیش از این برایش مبهم بود وارد دنیای جدید می‌شود. همه چیز از ناکامی شروع می‌شود. ناکامی در زندگی خانوادگی، ناکامی در عشق، ازدواج، تحصیل و یا ازدست‌دادن عزیزی. افسردگی را می‌گویم. می‌دانم که سخت است کنار آمدن با از دست رفته‌ها! یا باید فراموش کنی یا باید به یادش بمانی و بسوزی و ذره ذره آب شوی. گاهی می‌اندیشی که مقصر پدرم بود که افسردگی داشت، نه مقصر شوهرخواهرم بود که مدام مرا تحقیر می‌کرد، یا مقصر مادرم بود که هیچ‌گاه باور نکرد مریضم؛ افسرده‌ام، شاید مقصر همسری بود که ترکم کرد. کسی چه می‌داند شاید اصلاً کسی مقصر نبود تقصیر خودم بود که بیشتر از دیگران می‌فهمیدم و کسی مرا درک نکرد. آیا تاوان گناهانم را پس می‌دهم؟ نکند خواست خدا بود یا دست تقدیر و سرنوشت. دیگر چه فرقی می‌کند هر که بود هر چه بود زندگی من در حال تباه شدن است. زندگی من دیگر هیچ

رنگ و بویی ندارد، زندگی من مزه تلخ شکست و جدایی می‌دهد. شاید بهتر است در یکی از این روزهای خاکستری نقطه پایانی بر سرنوشت نانوشته‌ام بگذارم. خودم را با طناب داری، قرصی یا آتشی از این زندگی نجات دهم و آزادانه پر بکشم. آخر چه ارزشی دارد این زندگی! وقتی کسی نیست که درد را باور کند، حرفت را گوش کند و درک کند که تو مریضی و نیاز به کمک داری. تا کسی می‌فهمد روحیه‌ات خوب نیست، یا کمی افسرده‌ای تو را در زمره دیوانه‌ها و روانی‌ها قرار می‌دهد. وقتی فکر می‌کنند دیگر انسان نیستی، ارزشی نداری، هویتی نداری چگونه می‌توانی همچون یک انسان زندگی کنی! کسی تو را نمی‌پذیرد، کسی دوست خطابت نمی‌کند. احساس می‌کنم از جامعه، از بین دوستان و خانواده‌ام رانده شده‌ام. هرازگاهی پدر و مادرم به دیدنم می‌آیند. خواهرانم، برادرانم مرا فراموش کرده‌اند. شاید دوست دارند اصلاً یادی از من نکنند. دوستانم کجا رفتند؟ مادرم به کسی نگفته من بستری هستم؛ گفته‌اند رفته‌ام یک شهر دیگر برای کار. می‌ترسند بگویند آبرویشان برود، خجالت می‌کشند؛ از ترس بی‌آبرو شدن مرا انکار می‌کنند. دیگر هیچ جایی در این دنیای بی‌کران ندارم. آدم‌های اطرافم یکی یکی دور می‌شوند و من می‌مانم و حسرت! حسرت اینکه خدایا چرا من؟ چرا باید اینطوری بشوم و کسی نتواند دردم را درمان کند. خدایا تو چرا کمک نمی‌کنی. چندین بار به دکتر مراجعه کردم؛ بستری شده‌ام؛ قرص و دارو خورده‌ام اما افاقه نکرده است. می‌ترسم تا آخر عمرم با این بیماری دست‌به‌گریبان باشم و هیچوقت روی شادی را نبینم. کاش کسی پیدا می‌شد و به حرف‌هایم گوش می‌کرد. از دارو متنفرم سستم می‌کند، از زندگی ساقط می‌شوم. دوست دارم از بیمارستان بروم. هرازگاهی فکر می‌کنم اینجا تیمارستان است نه بیمارستان. وقتی شب‌ها در بخش را می‌بندند احساس خفگی بهم دست می‌دهد. احساس می‌کنم تمام کسانی که به من دیوانه یا روانی می‌گفتند حق داشتند.

تمام کسانی که تا مرا می‌دیدند راهشان را کج می‌کردند، تمام کسانی که مرا غیر قابل کنترل و خشن می‌دانستند و از من می‌ترسیدند حق داشتند؛ اما چگونه حق داشتند وقتی من می‌دانم که همانند دیگران یک انسانم فقط کمی حالم خوب نیست؛ زندگی‌ام ملال‌آور شده؛ کمی ناخوشم. مگر دیگران ناخوش نمی‌شوند؟ مگر دیگران عصبی نمی‌شوند؟ چرا تنها به من می‌گویند دیوانه؟ اگر اطرافیانم می‌دانستند که من نیز مثل آنها هستم شاید رفتارشان متفاوت می‌شد. کاش کسی بود تا به آنها می‌گفت که من فقط بیمارم نه روانی. کاش فیلم تلویزیونی یا

روزنامه‌ای تنها یک روز در مورد ما حرف می‌زد و می‌نوشت تا دیگران بدانند درد ما چیست و چگونه باید با ما رفتار کنند.

دوست دارم خودم بگویم اما می‌دانم که هیچکس به حرف من گوش نمی‌کند؛ کسی حرف مرا باور نمی‌کند. دیگر در جامعه اعتباری ندارم. هیچ کس حاضر نمی‌شود به من شغلی بدهد، حتی نمی‌توانم از بانک وام بگیرم یا کاری را خودم شروع کنم. شاید اگر بدانند بیمارم حتی خانه یا مغازه‌ای نیز اجاره ندهند. مهر روانپزشک و روانشناس در دفترچه بیمه‌ام نظر هر کسی را نسبت به من تغییر می‌دهد. حداقل اگر کاری داشتم و پولی درمی‌آوردم وضعم از این بهتر می‌شد. پدر و مادرم که آه در بساط ندارند. من هم شده‌ام سربارشان. یادم می‌آید پسر همسایه‌مان هم مثل من بود اما آنقدر وضع مالی‌شان خوب بود که همه بهش می‌گفتند آقا. اصلاً کسی به رویش نمی‌آورد که طرف مریض است. در عوض هر دق و دلی داشتند سر من خالی می‌کردند. کاش می‌شد از اینجا بروم؛ اسمم را عوض کنم؛ کسی مرا نشناسد. از نگاه‌های سنگین خسته شده‌ام. کاش می‌شد از این شهر رفت. غربت همیشه بد نیست. وقتی کسی نیست که دیوانه خطابت کند؛ وقتی کسی گریه و خنده‌ات را به حساب دیوانگی‌ات نمی‌گذارد غربت هزاران بار بهتر است. آنجا کسی نمی‌شناسدت و با تو مثل هر کس دیگری رفتار می‌کند تو هم خودت را پیدا می‌کنی. اعتماد به نفس‌ات زیاد می‌شود. احساس می‌کنی ارزش داری، هویت داری، شخصیت داری. بغض گلویم را می‌فشارد. خیلی غمگینم. گاهی اشک مجال صحبت‌ام نمی‌دهد. روحیه‌ام حساس‌تر از قبل شده. هر نگاه یا واژه‌های همچون خنجر روحم را زخمی می‌کند. به راستی من کیستم؟ یک انسان ضعیف که از هر چیزی می‌رنجد. انسانی که خودش را باور ندارد و همیشه اسباب تمسخر و توهین دیگران بوده است. چگونه می‌توانم این وضعیت را تغییر دهم. تنهایی که نمی‌شود من به کمک نیاز دارم. به کمک تمام کسانی که بدون داشتن آگاهی از بیماری من، مرا طرد و تحقیر می‌کنند. تمام کسانی که هیچ وقت به خود زحمت نمی‌دهند مرا بشناسند. تمام کسانی که مرا به کار نمی‌گیرند و تمام کسانی که اگر می‌دانستند به خاطر بیماری افسردگی بستری شده‌ام روزگام را سیاه‌تر می‌کردند. خیلی وقت است که لذت عظیم اعتماد را نچشیده‌ام. دیگر نه کسی به من اعتماد می‌کند و نه من به کسی اعتماد دارم. این روزها فهمیده‌ام که جای خالی اعتماد را با هیچ چیز نمی‌شود پر کرد. نه با پنهان‌کاری و نه با روراستی. گاهی پیش می‌آید حتی اگر کسی نداند که بیمارم، خودم را می‌بازم. حرف‌هایم، نگاهم و حرکاتم را کنترل می‌کنم تا کسی بهم شک نکند. تا اگر حرفی

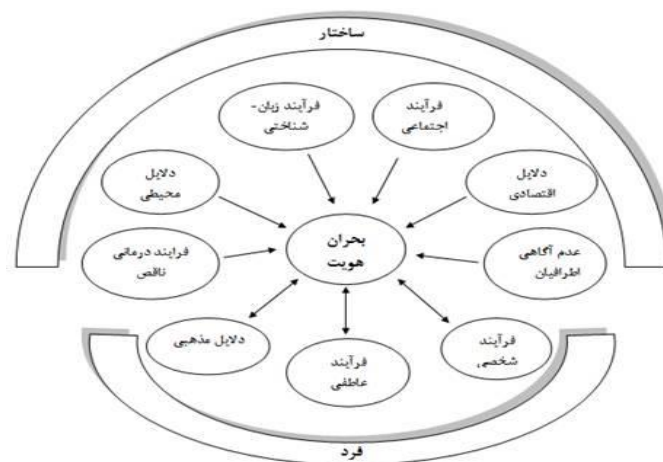
می‌زنم نگویند «یک حرف درست آن هم از دیوانه!» مانده‌ام که چگونه باید تکه‌های مچاله و له‌شده شخصیت‌م را گرد هم آورم و از نو شروع کنم. شاید اگر درمان‌ام کامل شد بتوانم. شاید اگر حال خوب شد بتوانم دوباره زندگی از سر بگیرم. آه خوابم می‌آید چشمانم سنگین شده‌اند. کاش فردا که چشمانم را باز می‌کنم در خانه خودم باشم. در کنار پدر، مادر و خانواده‌ام و با صدای بلند آن سان که تمام مردمان شهر بشنوند فریاد کنم "من یک انسانم مرا باور کنید". درون‌مایه‌های درحال‌شدن و ساخته‌شدن در داستان، پنجره‌ای بر کاستی‌های اجتماعی و کاهش فرصت‌های زندگی است.

مقولات و گزاره‌های پژوهش

همان‌طور که در بخش‌های قبلی مقاله گفتیم از طریق کدگذاری باز و شناخت مفاهیم، می‌توان به مرحله مقوله‌بندی و استخراج مقولاتی وارد شد که نسبت به مفاهیم از سطح انتزاع بالاتری برخوردارند. این مقولات زیربنای ساخت نظریه‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که طرح مفاهیمی، در سطح کلی توسط بیماران مشارکت‌کننده می‌تواند شامل مقولات زیر باشد:

۱. بحران هویت؛ ۲. فرآیند اجتماعی: پیچیدگی بیماری افسردگی در آینه جمع (بیماری دستاویزی برای توهین و تمسخر توسط دیگران، تلقی پرخاشگرانه و منحرفانه از بیمار توسط دیگران)؛ ۳. عدم آگاهی اطرافیان (نقش تحصیلات، سواد و شناخت بیماری در نوع نگرش دیگران به بیمار و بیماری)؛ ۴. فرآیند زبان‌شناختی: واژه‌ها و ساختار زبان (دیوانه، تلقی دیوانه یا روانی از فرد افسرده)؛ ۵. دلایل مذهبی: نگرش مذهبی (بیماری به مثابه تاوان گناهان، بیماری نتیجه کاهش لطف خداوندی، کاهش معنویت)؛ ۶. فرآیند درمانی ناقص: درمان ناقص (ناتوانی متخصصان در درمان کامل، عدم معالجه بیماری در کوتاه‌مدت، تلقی عمرانه از بیماری)؛ ۷. دلایل اقتصادی: سرمایه اقتصادی (اهمیت پول درآوردن، اهمیت فرزند خانواده پولدار بودن)؛ ۸. فرآیند عاطفی: احساسات و عواطف (درخواست توجه و محبت، گریه کردن، احساس طردشدگی)؛ ۹. دلایل محیطی: محیط بیمارستان (رنج بردن از محیطی که در آن است، قفل‌کردن در بخش)؛ ۱۰. فرآیند شخصی: شخصیت داغ‌خورده (هویت‌زدایی فرد از خود، درونی‌شدن داغ، عدم اعتماد به نفس).

مقولات مذکور به دو دسته گزاره‌های ذهنی و گزاره‌های ساختاری قابل دسته‌بندی‌اند. گزاره‌های ذهنی شامل مقوله‌های ۱، ۵، ۸ و ۱۰ و گزاره‌های ساختاری شامل مقوله‌های ۲، ۳، ۴، ۶، ۷ و ۹ هستند. شکل ۱ نشان می‌دهد در میان مقوله‌های مختلف استخراج‌شده از داده‌ها و شواهد کیفی این مطالعه "بحران هویت" مقوله و مفهوم جوهری است و در کانون مفاهیم و روایت‌های به دست‌آمده از مصاحبه‌شوندگان است.



تصویر ۱. مفاهیم و مقوله‌های مربوط به خط داستانی داغ‌نگ‌سازی به روایت افراد مشارکت‌کننده

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله تلاش شد با اتخاذ رویکردی خاص از برساخت‌گرایی در انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی (لاسکی، ۲۰۰۳؛ فایون و مارکوس، ۲۰۰۸)، ماهیت برساخت‌گرایانه مفاهیم استیگما و بیماری افسردگی تصریح شود. این مقاله با توسل به نتایج پژوهشی کیفی به سهم خود نشان داد که مسلم پنداشتن^۱ ماهیت زیست‌پزشکی مفاهیم یا رخداد‌های استیگما در بیماران افسرده نگاه ما را به طرح بسیاری از پرسش‌های اساسی درباره ماهیت و ویژگی‌های واقعی و دلالت‌های خاص این موضوع‌ها می‌بندد. این مقاله نشان داد که بیماری افسردگی برخلاف سایر بیماری‌ها که تنها در حوزه بیولوژیکی، زندگی افراد را دچار اختلال می‌سازد، کلیت اجتماع، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی را به چالش می‌کشد. به عنوان مثال یک فرد افسرده بیشتر از یک فرد مبتلا به بیماری کلیوی وجدان جمعی جامعه را مخدوش ساخته و

1. taking for granted

جامعه موجود را نامشروع جلوه می‌دهد؛ بنابراین شناخت این بیماری فارغ از تمام پیش‌فرض‌ها ضرورتی انکارناپذیر دارد. حصول شناخت باعث می‌شود علاوه بر دلایل و عوامل افسردگی، شرایط سخت و بغرنج که به نوعی موتور محرکه افسردگی محسوب می‌شوند شناسایی شده و واکنش‌های مناسب در آن موقعیت‌ها تشخیص داده شود.

از سوی دیگر زندگی در عصر مدرن همراه با تکنولوژی‌ها و فناوری‌های نوین صورت‌بندی جدیدی از زندگی ایجاد کرده است که با صورت‌بندی موجود در ذهن بسیاری از افراد در تضاد قرار می‌گیرد. مدرنیته با بیان تعریفی جدید از خوشبختی و بدبختی تمام تعریف‌های پیشین را نابود کرده و شادمانی در زندگی را در مصرف فزاینده، عشق افلاطونی، زندگی لوکس و آزادی بی‌حد و حصر معرفی کرده است. طوری که اگر فردی این‌ها را نداشته باشد خود را فردی بدبخت و محروم تصور کرده و نواقص و کمبودهای موجود در زندگی را به شخصیت خود منتقل می‌کند. از این رو احساس استرس، اضطراب و ناکامی زودتر به سراغ فرد می‌آید و او را افسرده می‌سازد؛ بنابراین افسردگی بیماری‌ای نیست که در طی چند روز یا چند ماه حادث شود. بلکه در طول زمان و با انباشت مشکلات در روح و روان فرد، بذر خود را کاشته و به مرور زمان با نگرش و رفتار نادرست اطرافیان و جامعه به درختی تنومند بدل می‌شود و دیواری را از جنس تضاد بین فرد افسرده و دیگران می‌کشد.

این مقاله به سهم خود نشان داد پزشکی‌شدن بیماری افسردگی به تصور ساختار بیولوژیکی صرف برای افسردگی منجر می‌شود و راهکارهایی در سطح فردی و اجتماعی بیان می‌کند. بدین معنی که پزشکی‌شدن به‌مثابه شمشیر دولبه نه‌تنها زخم بیمار افسرده را می‌شکافد بلکه با بیماری‌نامیدن آن به نوعی از افراد افسرده اعاده حیثیت می‌کند که فرد مبتلا به افسردگی بیش از آنکه مقصر، نامشروع، دیوانه یا روانی باشد یک بیمار است که نیاز به درمان دارد. با پزشکی‌شدن افسردگی علت‌شناسی و معالجه فقط در سطح فردی نشان داده شده و سطوح اجتماعی، گروهی و نهادی نادیده گرفته می‌شود. این موضوع به فردی‌شدن مشکل و سرزنش قربانی منجر می‌شود. همچنین با پزشکی‌شدن، تبیین‌ها و راه‌حل‌های جایگزین از بین می‌روند و مشکل فقط در صورت وجود پزشکان حل می‌شود. بنابراین پزشکان اظهار نظر می‌کنند و تنها راه‌حل‌های خود را مجاز می‌دانند. بررسی فرایند داغ ننگ‌سازی از منظر افراد مبتلا به افسردگی می‌تواند بابتی به شناخت و حل مسائل افراد مبتلا به افسردگی باز کرده و با گشودن ابعاد موضوع و روشن‌ساختن جنبه‌های مختلف مسئله، آگاهی و تلاش برای حل مسائل را

افزایش دهد. همچنین با انجام چنین تحقیقاتی ابعادی جدید به بدنه دانش موجود افزوده و مسیر حل مسائل جدید هموار می‌شود. در این راه نباید کوشش پیگیرانه دو روان‌پزشک برجسته به نام‌های "پینل" و "اسکیرول" را که زنجیر از پای دیوانگان و بند از دست‌های آنها برداشتند، از یاد برد. مطالعات و پژوهش‌های میشل والکر (۲۰۰۶)، دانکر و سندل (۲۰۰۷)، تال، روی و کوریگان (۲۰۰۷)، مارکوویز و واتسون (۲۰۰۴) و رونزونی (۲۰۰۹) را می‌توان به‌مثابه بخش کوچکی از بدنه دانش و پیشینه پهن‌دامنه (پارادایم فکری) تلقی کرد. در مجموع، مطالعات و پژوهش‌های متعلق به پارادایم فکری یا مدل اجتماعی و فرهنگی استیگمای بیماران افسرده چندین ویژگی مشترک دارند: ۱. عمدتاً ماهیت انتقادی دارند؛ ۲. عمدتاً ماهیت تلفیقی دارند و از رویکردها و الگوهای میان‌رشته‌ای و چندرشته‌ای بهره می‌برند و پژوهش‌های آنها توسط تیم‌های ترارشته‌ای هدایت می‌شوند؛ ۳. مفاهیم، موضوع‌ها و تجربیات مورد مطالعه را مسلم تلقی نکرده و بر ماهیت پیچیده و نامعین آنها تصریح دارند؛ ۴. عمدتاً بر این اصل موضوعه تصریح می‌کنند که سلامت و ناخوشی به‌وسیله عوامل اجتماعی-فرهنگی شکل می‌گیرند؛ ۵. ابعاد ذهنی و میان‌ذهنی^۱ سلامت و ناخوشی دست‌کم به اندازه ابعاد عینی آن اهمیت دارد.

تقریباً بخش عمده‌ای از ویژگی‌های فوق در واکاوی کیفی این مطالعه تصریح شده‌اند. این مطالعه با محوریت فرایند داغ‌نگ‌سازی، نقاط کور مسئله افسردگی را بازشناخته و با فراروی از سوگیری‌های اجتماعی، آن را به عنوان سازه‌ای اجتماعی مطرح کرده است؛ بنابراین، یکی از خدمات کاربردی این مقاله به‌چالش‌کشاندن افکار قالبی در مورد افسردگی و افراد مبتلا به آن است تا بدین وسیله ساختار جامعه دیدگاهی نوین و منصفانه به آن داشته باشد. مهمترین کاربرد این تحقیق می‌تواند کمک به بیماران افسرده در بازشناخت هویت خود، تشویق بیماران به تفکر در مورد خود و عدم قبول تفکرات قالبی در مورد افسردگی است. آگاهی از کاستی‌های درمان‌های حاضر و بهبود آن با توجه به نوع بیماری، از انزوا درآوردن بیمارستان‌های مختص به بیماران افسرده و تبدیل آنها به مکان‌هایی باطراوت و شاد، به‌کارگرفتن بیماران با درآمدهایی هر چند محدود، قفل‌نکردن درب بخش در شب، تقویت ارتباط بیمارستان با بیرون و جامعه، تشویق بیماران به سخنرانی در مورد عواطف، احساسات و

آرزوهای خویش برای جمعی از دوستان، مسئولیت‌دهی به بیماران و ازین‌بردن احساس بی‌قدرتی آنها از دیگر نتایج کاربردی تحقیق محسوب می‌شوند.

به طور کلی همان‌طور که در شکل نشان داده شده است، در میان مقوله‌های مختلف استخراج‌شده از داده‌ها و شواهد کیفی این مطالعه "بحران هویت" مقوله و مفهوم جوهری است و در کانون مفاهیم و روایت‌های به‌دست‌آمده از بیماران در خصوص استیگما قرار دارد و سایر مفاهیم و مقوله‌ها در فواصلی از مقوله مرکزی یا جوهری قرار دارند.

این مقاله صرفاً نتایج واکاوی کیفی درباره استیگمای افراد افسرده را نشان نمی‌دهد بلکه برای تصریح بر ماهیت برساخت‌گرایانه و تعریف محور مفاهیم، وقایع و ناملایمات مهم زندگی مانند افسردگی و داغ ننگ مربوط به آن تلاش دارد. این مقاله نشان داد که واقعیت‌ها و تصاویر مربوط به این مفاهیم و وقایع در هر جامعه‌ای، از جمله جامعه ایران، از حیث اجتماعی-فرهنگی برساخته و خلق می‌شوند و نمی‌توان سازه یا تصویر خاصی از آنها را مسلم، عینی، جهان‌شمول و ثابت فرض کرد. همچنین مقاله حاضر دنبال معرفی و بیان ویژگی‌های مدل‌های تلفیقی و کارآمد اجتماعی-فرهنگی در این حیطه مطالعاتی است.

منابع

- بلیکی، نورمن (۱۳۸۷). *طراحی پژوهش‌های اجتماعی*. ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- توکلی، سامان، شریفی، ونداد، تاج، مهشید، محمدی، محمدرضا (۱۳۸۹). بررسی رابطه انگ بیماری افسردگی با نگرش نسبت به یاری‌جویی از متخصصان سلامت روان در دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*. سال ۱۲، شماره ۳، صص ۱۹-۳۳.
- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۱۳۸۷). *خلاصه روانپزشکی - کاپلان*. ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم. انتشارات ارجمند، صص ۷۹-۷۷.
- شاه ویسی، بهمن (۱۳۸۵). *بررسی مقایسه‌ای انگ در استیگمای بیماران روانی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال افسردگی*. پایان‌نامه دکتری روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- قاضی طباطبایی محمود؛ ودادهیر، ابوعلی، محسنی تبریزی علیرضا (۱۳۸۶). پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسائل انسانی. *پژوهش‌نامه علوم انسانی: ویژه‌نامه علوم اجتماعی*. شماره ۵۳، صص ۲۸۹-۳۲۴.

قاضی طباطبایی محمود؛ ودادهیر ابوعلی (۱۳۸۷). رحم جایگزین: تأملی برساخت‌گرایانه بر پزشکی‌شدن مادری. فصل‌نامه باروری و ناباروری. دوره نهم، شماره دوم (تابستان ۱۳۸۷)، صص. ۱۴۴-۱۶۴.

گافمن، اروینگ (۱۳۸۶). داغ‌ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده. ترجمه مسعود کیانپور. نشر مرکز.

محمدپور، احمد (۱۳۸۹). ضد روش: منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی. انتشارات جامعه‌شناسان.

- Amir, Tal, David, Roe, Patrick & W. Corrigan (2007). Mental Illness Stigma: Deliberations and Suggestions. *Journal Social Psychiatry* 53: 547.
- Arboleda-Florez, Julio & Sartorius, Norman (2008). Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions. *John Wiley & Sons*. Pp 1-4.
- Blumer, H (1971). Social Problem as Collective Behavior. *Social Problem* 18(3):298-306.
- Byrne Peter (2001). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Br. J. P.6*: 65-72.
- Conrad, P (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *J. of Health and Social Behaviors*. 46:3-14.
- Conrad, P (2007). *The Medicalization of Society: On The Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders, Baltimore*. Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. & J. Schneider (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Conrad, P & Kristin K, Barker (2010). The Social Construction of Illness Key Insights and Policy Implications. *Sage, Journal of Health and Social Behavior*. 51 (S): 67-79.
- Conrad, P, Mackie, T. & A. Mehrotra (2010). Estimating the Costs of Medicalization. *Social Science & Medicine*. 70: 1943-1947.
- Corrigan, Patric W, Markowitz, Fred E & Watson, Amy C (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin* 30 (3): 480-491.
- DonKor, S. E. & Sandell, J (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on in fertility-related stress among women seeking infertility treatment in southern Ghana. *Social Science and Medicine*. 65: 1683-1694.
- Faubion, J.D.& G. E. Marcus (2008). *Constructionism in Anthropology*, In: Holstein, J. A. & Oubrium, J. F (Eds). *Handbook of Constructionist Research*, New York: Guilford Press: 67-84.
- Illich, I (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Krawczyk, Liat (2009). The Danger of Medicalizing Depression.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2006). Stigma and its Public Health Implications. *Lancet* 367, 528-259.
- Mayer, T (2001). *Social Research: Issues, Methods and Process*. Philadelphia: Open University Press.
- Payton, AR & Thoits, PA (2009). *Medicalization, Direct – to – Consumer Advertising, and Mental Illness Stigma*. American Sociological Association.
- Ronzoni, Pablo, et al (2009). Stigmatization of mental illness Among Nigerian school children. *Int. J Soc Psychiatry* 56: 507-515.
- Spector M. & Kitsuse J (1977). *Constructing Social Problem*. New York: Aldine de Gruyter.
- Strauss. A & J. Corbin (2008). *Basics of Qualitative Research*, 3rd Edition, Newbury Park: Sage.
- Walker, Michael (2006). The social construction of mental illness and its implication for the recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Pp 71-87.