



## اسطوره‌ی بیماری روانی<sup>(۱)</sup>

تامس ساس<sup>(۲)</sup>

مترجم: سعیده سلیمانی<sup>۱</sup>، علیرضا منصوری<sup>۲</sup>

هدف من در این مقاله طرح این پرسش است که «آیا چیزی به عنوان بیماری روانی وجود دارد؟» و نشان خواهم داد که چنین چیزی وجود ندارد. از آنجا که امروزه مفهوم بیماری روانی، کاربرد فراگیری دارد، به نظر می‌رسد که تحقیق در خصوص موارد کاربرد این واژه مسئله‌ای مهم و در خور توجه باشد. البته بیماری روانی به معنای واقعی کلمه یک «چیز» یا شیء فیزیکی نیست و از این رو فقط به همان صورت که مفاهیم نظری دیگر وجود دارند، می‌تواند «وجود داشته باشد». در حال حاضر تئوری‌های رایج، دست‌کم برای آنها که به آن باور دارند، دیر یا زود، همچون «حقیقت‌های عینی» (یا «واقعیت‌ها») قلمداد می‌شوند. در دوره‌های تاریخی معین مفاهیم تبیین‌کننده‌ای مثل خدایان، ساحران و میکروارگانیسم‌ها نه تنها به عنوان نظریه‌ها بلکه به عنوان علل آشکار کثیری از وقایع به کار رفته‌اند. به نظر من، امروزه بیماری روانی به طور وسیع و با شیوه‌ی نسبتاً مشابه علت بروز اتفاقات گوناگون تلقی می‌شود. برای یافتن راه چاره‌ای در خصوص به‌کارگیری فضل‌فروشانه‌ی مفهوم بیماری روانی، خواه به عنوان یک پدیده، نظریه یا یک علت واضح و آشکار، این سؤال را مطرح می‌کنیم که معنای این که گفته شود «شخصی از لحاظ روانی بیمار است»، چیست؟

۱. کارشناسی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء(س)

۲. محقق پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

در ادامه به طور مختصر به شرح مواردی می‌پردازیم که مفهوم بیماری روانی اغلب به آنها اطلاق شده است و استدلال خواهیم کرد که این مفهوم، هر قدر هم که مفید بوده باشد، بیش از اندازه عمر کرده و در حال حاضر صرفاً اسطوره‌ای است که کارکرد مفیدی دارد.

### بیماری روانی به عنوان نشانه‌ای از بیماری

مقوم اصلی مفهوم بیماری روانی، پدیده‌هایی مثل سیفلیس مغز<sup>۱</sup> یا حالات ناشی از زوال عقل<sup>۲</sup> است؛ برای مثال، مشهور است که افراد در این حالات، رفتارهای مختلف از خود بروز می‌دهند و دچار اختلالاتی در تفکر می‌شوند. با وجود این، صحیح‌تر آن است که این موارد را بیماری‌های مغز بنامیم، نه [بیماری‌های مربوط به] ذهن. بر اساس یکی از مکاتب فکری، همه‌ی بیماری‌های معروف به بیماری روانی، از این سنخ‌اند. به عقیده‌ی بسیاری از روان‌پزشکان، پزشکان و دانشمندان معاصر، همه‌ی اختلالات فکری و رفتاری را می‌توان در نهایت ناشی از برخی نقص‌های عصبی دانست. نتیجه‌ی چنین تلقی‌ای از «بیماری روانی» این است که نمی‌توان افراد را به خاطر تفاوت‌هایی که در نیازهای شخصی، عقاید، آرمان‌های اجتماعی، ارزش‌ها و مواردی از این دست، با دیگران دارند، بیمار نامید. همه‌ی مشکلات زندگی ناشی از فرآیندهای فیزیکی - شیمیایی است که به مرور زمان توسط تحقیقات پزشکی کشف خواهد شد. بدین ترتیب، بیماری روانی اصولاً متمایز از دیگر بیماری‌ها (یعنی بیماری‌های جسمی) در نظر گرفته نمی‌شود. از این دیدگاه تنها تفاوت بین بیماری‌های روانی و جسمانی در این است که مورد نخست (که بر مغز اثر می‌گذارد) خود را از طریق علایم روانی بروز می‌دهد؛ حال آن‌که مورد دوم که بر دیگر ارگان‌های سیستم زنده (برای مثال: پوست، کبد،...) اثر می‌کند، خودش را توسط علایم قابل ارجاع به آن قسمت از بدن نشان می‌دهد. به نظر من این دیدگاه مبتنی بر دو خطای اساسی است. در وهله‌ی اول، این پرسش را می‌توان مطرح کرد که، چه نوع علایمی از سیستم اعصاب مرکزی، ناشی از پارگی پوست<sup>۳</sup> یا شکستگی<sup>۴</sup> است؟ [چون] ممکن بود این نقص عصبی، به جای این که سبب بروز برخی

1 . syphilis of the brain

2 . delirious intoxication

3 . skin eruption

4 . fracture

علائم احساسی یا رفتاری شود، موجب نابینایی یا فلج<sup>۱</sup> قسمت‌هایی از بدن گردد. گره اصلی مسئله این جاست که بیماری مغزی را ناشی از مشکلی در زندگی نمی‌دانیم، بلکه آن را شبیه یک بیماری پوستی یا استخوانی، نتیجه‌ی یک نقص عصبی در نظر می‌گیریم؛ مثلاً نقصی در حوزه‌ی بینایی، در سطح قابل قبولی، به یک ضایعه‌ی کاملاً مشخص در سیستم عصبی مربوط می‌شود.

از طرف دیگر، یک باور شخصی مثل باور به مسیحیت یا کمونیسم و یا باور به این که ارگان‌های درونی فرد در حال «فاسد شدن» است و یا این که در واقع همین حالا هم جسمش «مرده» است را نمی‌توان با توسل به وجود نقص یا بیماری در سیستم عصبی توضیح داد. توضیح چنین رویدادهایی که در آن، شخص مجذوب خود باور است و آن باور را اساساً «نشانه» یا تظاهر چیزهای جالب دیگری در نظر نمی‌گیرد، باید به طرق دیگری جست‌وجو شود.

مجموعه‌ی رفتار روانی - اجتماعی شامل ارتباطاتی است که ما با خود و جهان اطرافمان داریم. مجموعه‌ی رفتار روانی - اجتماعی را صرفاً علائم عملکرد عصبی تلقی کردن، دلیل دومی نیز دارد که ناشی از خطایی معرفت‌شناختی است؛ به عبارت دیگر، این خطا مربوط به خطای در مشاهده یا استدلال نیست، بلکه به معنای دقیق کلمه، مربوط به شیوه‌ای است که با آن به بیان و سازماندهی شناخت خود می‌پردازیم. در مورد فعلی، منشأ این اشتباه دوگانگی متفاوتی است که بین علائم روانی و جسمی (بدنی) در نظر گرفته می‌شود، در حالی که این دوگانگی صرفاً یک عادت گفتاری است و نمی‌توان مشاهده‌ای متناظر با آن یافت. ببینیم که آیا این مطلب صحیح است یا نه.

در حرفه‌ی پزشکی، هنگامی که از ناراحتی جسمی صحبت می‌کنیم، منظور نشانه‌هایی<sup>۲</sup> مثل تب یا علائمی<sup>۳</sup> چون درد است؛ اما از طرفی، زمانی که به ارتباط بیمار با خودش، دیگران و جهان پیرامونش اشاره داریم، درباره‌ی علائم روانی صحبت می‌کنیم. او ممکن است اظهار کند که ناپلئون است یا توسط کمونیست‌ها مورد اذیت و آزار قرار می‌گیرد، این مطالب تنها زمانی علائم بیماری روانی شمرده خواهد شد که مشاهده کننده یقین داشته باشد بیمار ناپلئون نیست یا توسط کمونیست‌ها مورد اذیت و آزار قرار نگرفته است.

این امر روشن می‌کند که گزاره‌ی «X علامت یک بیماری روانی است»، متضمن یک قضاوت است. به علاوه، این قضاوت مستلزم یک مقایسه‌ی ضمنی یا تطبیق عقاید، مفاهیم یا باورهای بیمار با مشاهدات مشاهده‌کننده و جامعه‌ای است که آنها در آن زندگی می‌کنند؛ بنابراین، همان‌طور که علامت بیماری جسمی به زمینه‌ای کالبدشناختی و ژنتیکی وابسته است، مفهوم علامت [بیماری] روانی به طور گریزناپذیری به زمینه‌ی اجتماعی‌ای که در آن ایجاد شده است و شامل اخلاقیات نیز می‌شود، بستگی دارد (ساس، 1957، a, b).

به عنوان جمع‌بندی آنچه تاکنون گفته شده است، کوشیده‌ام نشان دهم که برای کسانی که علایم روانی را نشانه‌هایی از بیماری مغزی تلقی می‌کنند، مفهوم بیماری روانی غیرضروری و گمراه‌کننده است؛ زیرا منظور آنها این است که بیمارانی که به این نام خوانده می‌شوند از بیماری مغزی رنج می‌برند و در این صورت، برای روشنی و وضوح، بهتر است آن را همان بیماری مغزی بنامیم، نه چیزی دیگر.

### بیماری روانی، نامی برای مشکلات در زندگی

واژه‌ی «بیماری روانی» عموماً برای توصیف اختلالاتی به کار می‌رود که تفاوت بسیاری با بیماری‌های مغز دارد. بسیاری از مردم، زندگی را دشوار می‌دانند، اما دشواری‌های این زندگی برای انسان مدرن، بیش از آن که نتیجه‌ی تنازع بقای بیولوژیکی باشد، ناشی از فشارهای روانی موجود در تعاملات اجتماعی یا حاصل پیچیدگی انواع شخصیت‌های انسانی است. به این ترتیب، مفهوم بیماری روانی برای شناسایی یا توصیف بعضی از این ویژگی‌های به اصطلاح شخصیتی فرد به کار می‌رود. بیماری روانی یک نقص شخصیتی شمرده می‌شود که علت ناهماهنگی انسان است. در این دیدگاه به طور ضمنی تعامل اجتماعی بین افراد، ذاتاً هماهنگ در نظر گرفته می‌شود و آشفتگی آن منحصرأ به وجود «بیماری روانی» در افراد نسبت داده می‌شود. روشن است که این استدلال غلطی است؛ زیرا از مفهوم انتزاعی «بیماری روانی» یک علت می‌سازد در صورتی که در ابتدا قرار بود این مفهوم انتزاعی تنها یک اصطلاح اختصاری برای برخی الگوهای رفتار انسان باشد. اکنون طرح این پرسش ضروری به نظر می‌رسد که «چه نوع رفتارهایی و توسط چه کسی، علامت بیماری روانی در نظر گرفته می‌شود؟»

مفهوم بیماری، خواه جسمانی یا روانی، تلویحاً بر انحراف از بعضی هنجارهای کاملاً مشخص اشاره دارد. این هنجارها در مورد بیماری جسمانی، انسجام کارکردی و ساختاری جسم انسان است؛ بنابراین، با آن که سلامت جسمی یک ارزش اخلاقی است، چستی سلامتی را می‌توان بر اساس عبارات فیزیولوژیک و آناتومی بیان کرد. حال انحراف از چه هنجاری بیماری روانی شمرده می‌شود؟ پاسخ به این پرسش ساده نیست؛ اما این هنجار هر چه باشد، مطمئناً باید بر حسب مفاهیم روانی - اجتماعی، اخلاقی و حقوقی بیان شود؛ برای مثال، مفاهیمی مثل «سرکوب بیش از حد»<sup>۱</sup> یا «واکنش ناشی از یک تکانه‌ی ناخودآگاه»<sup>۲</sup> بیانگر کاربرد مفاهیم روان‌شناختی است که در قضاوت درباره‌ی آنچه به اصطلاح سلامت و بیماری روانی خوانده می‌شود به کار می‌رود. این عقیده که «کینه‌توزی مزمن»<sup>۳</sup>، «انتقام‌جویی»<sup>۴</sup>، یا «طلاق» نشانه‌ی بیماری روانی است، بیانگر کاربرد هنجارهای اخلاقی (یعنی مطلوبیت عشق، مهربانی، و یک رابطه‌ی زناشویی پایدار) است و سرانجام، این دیدگاه روان‌پزشکی رایج، مبنی بر این که فقط کسی که از نظر روانی بیمار است مرتکب قتل می‌شود، کاربرد یک مفهوم حقوقی را به عنوان معیاری از سلامت روان نشان می‌دهد. هنگام سخن گفتن از بیماری روانی، آن دسته از هنجارها در نظر گرفته می‌شود که روانی - اجتماعی و اخلاقی باشد. این در حالی است که درمان این بیماری بر اساس سنجش‌هایی پزشکی صورت می‌گیرد که فرض می‌شود و امید می‌رود که فارغ از تفاوت‌های گسترده‌ی ارزش‌های اخلاقی باشد؛ بنابراین، تعریف اختلال و شرایطی که بر اساس آنها، درمان آن جست‌وجو می‌شود با یکدیگر سخت در تضاد هستند و اهمیت عملی تعارض ضمنی موجود که بین ماهیت اختلال و درمان آن وجود دارد، انکارناپذیر است.

حال که مشخص کردیم در مورد بیماری روانی انحراف از چه هنجارهایی مورد سنجش قرار می‌گیرد، به این پرسش باز می‌گردیم که «چه کسی این هنجارها و به دنبال آن انحراف از آنها را تعریف می‌کند؟».

۱. repression: سرکوبی فرآیندی است که به وسیله‌ی آن یک کشش نامطلوب را به طور فعال و کامل از صحنه‌ی هنجاری خود بیرون می‌کند. م.

۲. acting out an unconscious impulse: بیماران مبتلا به اختلال کنترل تکانه، در مقابل تکانه‌ها، انگیزه‌های آنی، یا وسوسه‌ی انجام کارهایی که برای خودشان و دیگران ضرر دارد، مقاومت نمی‌کنند. م.

3 . chronic hostility

4 . vengefulness

[برای این پرسش] دو پاسخ اساسی می‌توان ارائه داد:

الف) ممکن است خود شخص بیمار به این نتیجه رسیده باشد که از هنجار انحراف پیدا کرده است؛ برای مثال، یک هنرمند ممکن است به این باور رسیده باشد که از یک قیدکاری رنج می‌برد و ممکن است با اقدام به جست‌وجوی کمک از یک روان‌درمانگر برای خود، این استنباط را تحقق بخشد.

ب) ممکن است فردی غیر از خود بیمار به این نتیجه رسیده باشد که مورد مذکور منحرف است؛ مثلاً، خویشاوندان، پزشکان، مقامات حقوقی، عموم جامعه و... در چنین وضعیتی، ممکن است یک روان‌پزشک استخدام شود تا انحراف بیمار را بهبود بخشد.

این ملاحظات از یک سو نشان‌دهنده‌ی اهمیت طرح این پرسش است که «روان‌پزشک مأمور چه کسی است؟» و از طرف دیگر، بر ضرورت ارائه‌ی یک پاسخ روشن و ساده تأکید دارد (همان، ۱۹۵۶ و ۱۹۵۸).

روان‌پزشک (روان‌شناس، یا روان‌درمانگر غیرپزشک) ممکن است از طرف خویشاوندان، مدرسه، خدمت سربازی، یک سازمان شغلی یک دادگاه قانونی و غیره، مأمور به درمان بیمار شده باشد. وقتی از روان‌پزشک به عنوان نماینده‌ی این اشخاص یا تشکیلات صحبت می‌شود، نیازی نیست که ارزش‌گذاری‌های او در خصوص هنجارها یا عقاید یا اهدافش درباره‌ی طبیعت خاص فعالیت درمانی، با عقاید، اهداف و هنجارهای کارفرمای او انطباق کامل داشته باشد؛ برای نمونه، در یک روان‌درمانی خصوصی، بیمار ممکن است معتقد باشد که صلاح او در ازدواج مجدد است. [ولی] نیازی نیست که روان‌درمانگر در این امر با او اشتراک نظر داشته باشد. با این حال، مأمور درمان بیمار باید از وارد آمدن فشار اجتماعی بر بیمار جلوگیری کند تا اعتماد او به طرح درمانی از بین نرود. اگر قرار داد روان‌پزشک (روان‌درمانگر) با بیمار است، می‌تواند با بیمار مخالفت کند یا درمانش را متوقف کند، اما نمی‌تواند دیگران را برای ممانعت از تحقق خواسته‌های بیمار در این امر درگیر کند؛ هم‌چنین اگر روان‌پزشک توسط دادگاه، مأمور تعیین سلامت عقل یک مجرم شود، نیازی نیست که کاملاً با ارزش‌ها و مقاصد قدرت قانونی درباره‌ی مجرم و نیات و انگیزه‌های موجود برای پرداختن به او اشتراک نظر داشته باشد. اما روان‌پزشک صریحاً از بیان برخی اظهارات منع شده است؛ مثلاً

نمی‌تواند بگوید انسان «مجنون» مجرم نیست، و افرادی «مجرم» هستند که قانونی را نگاهشته‌اند که بر اساس آن اعمال مذکور مورد قضاوت قرار می‌گیرند. البته چنین عقیده‌ای می‌تواند بیان شود، اما نه در صحن دادگاه و نه توسط روان‌پزشکی که برای دادگاه کار می‌کند.

در مجموع، در کاربرد اجتماعی واقعی معاصر، بیماری روانی، انحراف در رفتار هنجارهای روانی - اجتماعی، اخلاقی یا قانونی شمرده می‌شود. قضاوت درباره‌ی بیماری همان طور که در پزشکی هست، می‌تواند توسط بیمار، پزشک (روان‌پزشک) یا دیگران انجام شود. در نهایت تمایل بر این است که یک فعالیت درمانی در چارچوبی روان‌درمانی یا تلویحاً پزشکی دنبال شود؛ لذا وضعیتی به وجود می‌آید که در آن ادعا می‌شود انحراف از هنجارهای روانی - اجتماعی، اخلاقی و یا قانونی از طریق به اصطلاح فعالیت پزشکی قابل اصلاح است، اما چون فعالیت‌های پزشکی تاکنون برای اصلاح انحراف‌های مربوط به پزشکی مطرح شده است، منطقاً نامعقول است که انتظار داشته باشیم به حل مسائلی کمک کند که در زمینه‌های غیرپزشکی تعریف و مشخص شده‌اند. به نظر من شاید این ملاحظات بتواند به نحو مؤثری در خصوص کاربرد فعلی داروهای آرام‌بخش<sup>۱</sup> و کلاً هر نوع دارویی که انتظار می‌رود در بهبود یا حل مشکلات زندگی انسان مؤثر باشد، در نظر گرفته شود.

### نقش اخلاق در روان‌پزشکی

هرآنچه افراد انجام می‌دهند، نه چیزهایی که برای آن‌ها اتفاق می‌افتد (پیترز، ۱۹۵۸)، یک زمینه‌ی ارزشی دارد. در این مفهوم گسترده، هیچ عمل انسانی‌ای تهی از ارزش نیست. هنگامی که ارزش‌های مضمحل در فعالیت‌ها به طور گسترده‌ای جا می‌افتند و بین افراد مشترک می‌شوند، کسانی که در این فعالیت‌ها شرکت دارند، دخالت این ارزش‌ها در فعالیت‌های خود را فراموش می‌کنند. حوزه‌ی پزشکی نیز، هم به عنوان یک علم محض (تحقیقاتی) و هم به عنوان تکنولوژی (درمانی) شامل ملاحظات و قضاوت‌های اخلاقی بسیاری است. متأسفانه این مسائل اغلب انکار می‌گردد، یا دست‌کم گرفته می‌شود و یا اصلاً توجهی به آن نمی‌شود. دلیل این امر هم این است که به نظر می‌رسد

ایده آل حرفه‌ی پزشکی و نیز افرادی که در آن شاغل‌اند، ایجاد سیستمی است که ادعا می‌شود فارغ از ارزش‌های اخلاقی باشد. این تصور توأم با احساسات، با عباراتی از این قبیل بیان می‌شود که، دکتر بدون توجه به عقاید سیاسی و مذهبی یا فقیر و غنی بودن بیماران به درمان و کمک آنها می‌پردازد. ممکن است قرآینی برای باور به این عقیده وجود داشته باشد، با این حال، این دیدگاه حتی به این شکل، چندان صحیح نیست. واقعیت این است که ملاحظات اخلاقی، محدوده‌ی وسیعی از امور انسانی را در بر می‌گیرد. نیازی نیست و نمی‌توان توصیه به فعالیت بی‌طرفانه‌ی پزشکی در خصوص بعضی موضوعات خاص ارزشی را این‌طور تعبیر کرد که آنها را می‌توان فارغ از همه‌ی چنین ارزش‌هایی انجام داد. به نظر من اولین کار ما باید واضح و آشکار ساختن این مطلب باشد که عمل (درمان) پزشکی عمیقاً به اخلاقیات وابسته است. اما چون این مطلب به بحث ما در این مقاله مربوط نمی‌شود، می‌خواهم آن را در همین جا رها کنم، ولی برای این که هیچ ابهامی وجود نداشته باشد، اجازه دهید در این خصوص که چگونه و در کجا اخلاقیات و طب با یکدیگر تلاقی پیدا می‌کنند، مواردی چون کنترل موالید، سقط جنین، خودکشی و اتانازی<sup>۱</sup> را به عنوان تنها بخش کوچکی از حوزه‌ی وسیع و رایج مورد بحث و جدل در اخلاق پزشکی یاد آور شوم.

به اعتقاد من روان‌پزشکی بسیار بیشتر از پزشکی به مسائل اخلاقی وابسته است. واژه‌ی «روان‌پزشکی» را برای اشاره به حوزه‌ای از دانش معاصر به کار می‌برم که به مشکلات زندگی افراد می‌پردازد، نه بیماری مغزی ناشی از مشکلات عصب‌شناختی. مقصود من از مشکلات زندگی، مشکلاتی در روابط فرد است که تنها با مفاهیم اجتماعی و اخلاقی، معنا دار و قابل تحلیل و تفسیر است؛ بنابراین، علی‌رغم مخالف‌های موجود، نمی‌توان انکار کرد که جهت‌گیری‌های اتفاقی اخلاقی - اجتماعی روان‌پزشک در کار وی تأثیرگذار است؛ زیرا این جهت‌گیری‌ها روی عقاید وی نسبت به آنچه بیمار را ناراحت می‌کند و آنچه شایسته‌ی تبیین یا تفسیر است، و این که در چه جهتی تغییرات می‌تواند مطلوب باشد و...، تأثیر خواهد گذاشت. حتی در پزشکی این فاکتورها ایفای نقش می‌کند. برای نمونه، پزشکان بسته به تعلقات دینی خود، موضع‌گیری‌های مختلف و متفاوتی نسبت به اموری مثل کنترل موالید و کورتاژ درمانی دارند. آیا واقعاً کسی

۱. euthanasia: یعنی خاتمه دادن به زندگی بیماران لاعلاج، به درخواست خود بیماران، به منظور پایان دادن به رنج آنها. م.



می‌تواند یقین داشته باشد که عقاید یک روان‌درمانگر درباره‌ی یک باور مذهبی، بردگی یا دیگر موضوعات مشابه، هیچ نقشی در کار درمانی وی ندارد؟ اگر این عقاید در کار درمانی وی تفاوت ایجاد کند، چه نتیجه‌ای می‌توان گرفت؟ آیا معقول به نظر نمی‌رسد که درمان‌های روان‌پزشکی مختلفی داشته باشیم که هر کدام بر اساس مواضع اخلاقی گروهی که فرد به آن تعلق دارد، تنظیم شده باشد؛ گروه‌هایی مثل کاتولیک‌ها، یهودی‌ها، افراد مذهبی، لادری‌گرایان<sup>۱</sup>، دمکرات‌ها، کمونیست‌ها، سفیدپوست‌های نژادپرست، سیاه‌پوست‌ها و غیره؟ در واقع، توجهی به عملکرد روان‌پزشکی نشان می‌دهد که، بسیاری از افراد به اقتضای موقعیت اجتماعی و عقاید اخلاقی‌شان در جست‌وجوی کمک‌های روان‌پزشکی برمی‌آیند (هالنیشد و ردلیج، ۱۹۵۸). با توجه به این مطلب دیگر جای تعجب نیست که کاتولیک‌ها به ندرت در کلینیک‌های کنترل موالیید تردد می‌کنند.

موضع فوق که مطابق آن سروکار روان‌درمانگران معاصر بیشتر با مشکلات زندگی است تا بیماری‌های روانی و درمان آنها، بر خلاف این عقیده‌ی رایج است که بیماری روانی به همان اندازه‌ی بیماری جسمی «واقعی» و «عینی» است. از آن جا که معنای واژه‌هایی چون «واقعی» و «عینی» دقیقاً معلوم نیست، دیدگاه رایج مبهم است. با وجود این، تردید دارم منظور حامیان این دیدگاه ایجاد این باور در ذهن عموم باشد که بیماری روانی، از نوع بیماری‌هایی مثل بیماری عفونی یا بیماری ناشی از غده‌ای بدخیم است. اگر این‌طور بود، فرد به آن مبتلا می‌شد، ناقل آن بود، آن را به دیگران انتقال می‌داد، یا در نهایت می‌توانست خود را از آن خلاص کند. به نظر من کوچک‌ترین دلیل و مدرکی برای حمایت از این عقیده وجود ندارد. همه‌ی شواهد طور دیگری است و از این دیدگاه حمایت می‌کند که در حال حاضر مردم بیشتر، ارتباطاتی را که بیانگر عقایدی نامتعارف است و در ضمن، در قالب اصطلاحاتی نامعمول بیان می‌شود، بیماری روانی می‌نامند. برای پرهیز از اطاله‌ی کلام در این مقاله، تنها به ذکر مختصر رویکرد نظری بدیل برای این مسئله بسنده می‌کنم [رک: ساس، ۱۹۵۷].

در این قسمت به جزئیات شباهت و تفاوت بیماری روانی با بیماری جسمی نمی‌پردازیم و تنها به تأکید بر یک تفاوت مهم بین آنها خواهیم پرداخت و آن این که

۱. agnostics: اتخاذ موضعی خنثی در قبال خداوند یا جهان دیگر؛ یعنی نمی‌دانم. م.

بیماری جسمانی به رویدادهای فیزیوشیمیایی عمومی اشاره دارد، در حالی که مفهوم بیماری روانی برای بیان رمزگونه‌ی رویدادهای نسبتاً خصوصی‌تر اجتماعی - روان‌شناختی به کار می‌رود که مشاهده‌گر (تشخیص دهنده) خود جزئی از اجزای آن است؛ به عبارت دیگر، روان‌پزشک جدای از آنچه مشاهده می‌کند نیست، بلکه، چنان که هری استنک سولیوان<sup>۱</sup> به درستی می‌گوید، او «مشاهده‌گری مداخله‌گر» است. این سخن بدین معناست که وی ملتزم و متعهد به تصویری از واقعیت است که خود و به عقیده‌اش، جامعه در نظر دارد؛ در پرتو این ملاحظات است که وی رفتار بیمار را مشاهده و در خصوص آن داوری می‌کند. این امر مؤید چیزی است که پیش‌تر گفتیم؛ یعنی خود مفهوم علامت بیماری روانی به طور تلویحی حاکی از مقایسه‌ای میان مشاهده‌گر و مشاهده‌شونده، یا پزشک و بیمار است. این مطلب آن‌قدر واضح است که ممکن است من به تکرار مکررات پیش پا افتاده متهم شوم. پس اجازه دهید بار دیگر یادآور شوم که هدف من در بحث حاضر، صریحاً انتقاد و مخالفت با این‌گرایش غالب معاصر است که جنبه‌های اخلاقی روان‌پزشکی (و روان‌درمانی) را انکار می‌کند و بر آن است که به جای آنها ملاحظات پزشکی به قول معروف فارغ از ارزش را جای‌گزین آن کند؛ برای مثال اشتغال به روان‌درمانی چنان صورت می‌گیرد که گویی این حرفه غیر از بهبود بیمار از وضعیت بیماری روانی، به وضعیت سلامت روانی نتیجه‌ای ندارد. عموماً پذیرفته می‌شود که بیماری روانی به روابط فردی یا اجتماعی افراد مربوط است؛ با این حال، به طور تناقص‌آمیزی ادعا می‌شود که مسائل ارزشی (یعنی ارزش‌های اخلاقی) در این فرآیند دخیل نیستند.<sup>۲</sup> با وجود این، به یک معنا می‌توان گفت، قسمت اعظم فعالیت روان‌درمانی درباره‌ی ایضاح و تعیین میزان اهمیت اهداف و ارزش‌هایی که بسیاری از آنها ممکن است در تضاد با هم باشند و هم‌چنین بهره‌گیری از روش‌ها و ابزارهایی برای هماهنگی و تحقق بخشیدن یا صرف‌نظر کردن از این اهداف و ارزش‌هاست.

#### 1. Stack Sullivan

۲. فروید تا آن جا پیش رفت که گفت: «من اخلاقیات را مسلم می‌گیرم؛ در واقع من کاری مربوط به حوزه‌ی اخلاق انجام نداده‌ام»<sup>(۳)</sup> (جونز، ۱۹۵۷، ص ۲۴۷). شنیدن این مطلب از زبان فروید که آدمی را موجودی اجتماعی برشمرد، چیز عجیبی است. من این جا آن را ذکر کرده‌ام تا نشان دهم که چگونه فروید و بیشتر پیروانش مفهوم «بیماری» (در مورد روان‌کاروی، «آسیب‌شناسی روانی» یا «بیماری روانی») را به صورت ابزاری برای طبقه‌بندی برخی مشکلات رفتار انسان به کار گرفته‌اند، تا در حوزه‌ی پزشکی قرار گیرد، و خارج از اخلاقیات بیفتند!

چون ارزش‌های انسانی و روش‌هایی که با توسل به آن‌ها می‌توان آنها را تحقق بخشید بسیار گوناگون‌اند و از طرفی، بسیاری از آنها تصدیق نشده [و مخفی] اند، همواره منجر به تعارض در روابط انسانی می‌شوند. در واقع گفتن این‌که روابط آدمیان در همه‌ی سطوح، از روابط مادر با کودک، و شوهر با همسر گرفته تا روابط بین ملت‌های مختلف، مملو از فشار روانی و تنش و ناهماهنگی است، توضیح واضح است. با وجود این، ممکن است حتی آنچه واضح است را نتوان به خوبی فهمید. من فکر می‌کنم که در این‌جا چنین حالتی وجود دارد برای این‌که، به نظر من، ما حداقل در نظریه‌های علمی خود درباره‌ی رفتار، در پذیرش این واقعیت ساده شکست خورده‌ایم که روابط انسانی به طور ذاتی مملو از مشکلات است و حتی هماهنگ ساختن نسبی آنها نیازمند تمرین بسیار و کار سخت است. من معتقدم که اکنون ایده‌ی بیماری روانی طوری به کار گرفته می‌شود که موجب ایجاد ابهام در مشکلات معینی می‌شود که جزء ویژگی‌های ذاتی تعاملات اجتماعی اشخاص است؛ البته نه به این معنا که آن مشکلات ضرورتاً اصلاح‌ناپذیر باشند. اگر این طور باشد، این مفهوم، کارکردی فریبنده دارد؛ زیرا مفهوم بیماری روانی، به جای این‌که توجه ما را به نیازها، خواست‌ها و ارزش‌های متعارض آدمی جلب کند، یک «چیز» غیراخلاقی و غیرشخصی (یعنی «بیماری») را توضیحی برای مشکلات در زندگی معرفی می‌کند (ساس، ۱۹۵۹). این امر یادآور این است که در زمانی نه چندان دور، شیاطین و جادوگران، مسئول مشکلات افراد در زندگی اجتماعی قلمداد می‌شدند. عقیده به بیماری روانی به عنوان چیزی غیر از مشکلات فرد در کنار آمدن با هم‌نوع خود، مرده‌ریگ به جا مانده از عقیده به شیطان‌شناسی و سحر و افسون است. بیماری روانی دقیقاً به همان معنایی که جادوگران وجود داشتند یا «واقعی» بودند، وجود دارد یا «واقعی» است.

### انتخاب، مسئولیت و روان‌پزشکی

هر چند استدلال کرده‌ام بیماری روانی وجود ندارد، روشن است که نتیجه‌گیری نکرده‌ام که رویدادهایی که در حال حاضر اجتماعی و روان‌شناختی خوانده می‌شوند نیز وجود ندارند. این رویدادها، مثل معضلات اجتماعی و شخصی گریبان‌گیر افراد در قرون وسطی، به اندازه‌ی کافی واقعی هستند. [اما] چون دل‌مشغول برجسب‌هایی هستیم که به

آن معضلات می‌زنیم، همه‌ی تلاش‌های ما نیز معطوف و متوجه آن برچسب‌هاست. در این جا نمی‌توانم به پیامدهای ناشی از این مشکل پردازم؛ با وجود این، توجه به این نکته شایسته است که همان طور که مفهوم شیطان‌شناختی از مشکلات در زندگی، منجر به درمان‌های دینی شد، امروزه هم باور به بیماری روانی منجر به درمان‌هایی از نوع درمان پزشکی یا روان‌درمانی می‌شود و لذا این امر به معنای ضرورت و نیاز به این نوع درمان‌ها نیست.

قصدم ندارم مفهوم جدیدی از بیماری روان‌پزشکی و یا شکل جدیدی از روان‌درمانی ارائه دهم. نتیجه‌ی اندیشه‌هایی که تا کنون ارائه شد، کاملاً متفاوت است. هدف من متواضعانه‌تر و در عین حال مهم‌تر است. پیشنهاد من این است که درباره‌ی پدیده‌هایی که اکنون بیماری روانی نامیده می‌شوند تجدید نظر شود و این بار این پدیده‌ها ساده‌تر مورد توجه قرار گیرند تا بیماری شمرده نشوند، بلکه اظهاراتی تلقی گردند که بیانگر درگیری فرد با مسئله‌ی چگونه زیستن است. روشن است که این مسئله‌ی اخیر، قلمرو وسیعی دارد و نه تنها بیانگر ناتوانی فرد در فایق آمدن بر مشکلات اطرافش است، بلکه حتی شامل افزایش درون‌نگری وی می‌شود؛ بنابراین، مقصود من از مشکلات زندگی، واکنش زنجیره‌ای انفجاری است که با هبوط انسان از بهشت ربوی به سبب خوردن میوه‌ی درخت معرفت شروع شد. به نظر می‌رسد آگاهی انسان از خود و جهان پیرامونش [آگاهی] به طور دایم، رو به تزاید و گسترش باشد، که نتیجه‌ی آن از ابتدای بیداری بشر تا به حال، این بار فهم و دانش<sup>۱</sup> باشد (یک اصطلاح وام گرفته شده از: سوزان لنجر، ۱۹۵۳).

بنابراین، این بار مورد انتظار است و نباید بد تعبیر گردد، و تنها ابزار عقلانی ما برای روشن‌تر کردن آن، فهم بیشتر و واکنش مناسب بر پایه‌ی چنین فهمی است. بدیل اصلی، عمل کردن به گونه‌ای است که در باییم در واقع این بار آن چنان که ما فکر می‌کردیم و هم چنین، پناه بردن به نوعی الهیات از مد افتاده نیست. در دیدگاه اخیر، فرد، زندگی‌اش و بیشتر جهان پیرامونش را شکل نمی‌دهد، بلکه صرفاً بر اساس سرنوشتی که توسط موجودات اعلی در جهان برایش مقدر شده است زندگی می‌کند. این امر ممکن است منطقیاً موجب حمایت از بی‌مسئولیتی در قبال مسائل و مشکلات به ظاهر غیرقابل فهم

شود. این در حالی است که اگر انسان نتواند مسئولیت‌پذیری در قبال اعمالش را به طور فردی و هم‌چنین جمعی افزایش دهد، به نظر غیر ممکن است که موجودی یا قدرتی برتر این کار را انجام دهد و بار آن را برای او به دوش کشد؛<sup>(۴)</sup> افزون بر این، به نظر می‌رسد که در این برهه از تاریخ زندگی انسان، درست نیست موضوع مسئولیت انسان در قبال اعمالش را پشت پرده‌ی مفهوم همیشه تبیین‌گر بیماری روانی پنهان کنیم.

### نتیجه

من کوشیده‌ام نشان دهم که مفهوم بیماری روانی هر قدر هم که مفید بوده باشد، بیش از اندازه عمر کرده است و در حال حاضر، صرفاً اسطوره‌ای است که کارکرد مفیدی دارد. چنان که گفتیم، این مفهوم به طور کلی، وارث حقیقی اساطیر، به خصوص باور به سحر و جادو است. نقش این سیستم از باورها این بود که به عنوان آرام‌بخش‌های اجتماعی عمل کنند و بنابراین، این امید را تقویت کنند که شاید بتوان با جای‌گزین کردن شیوه‌های سمبولیک و جادویی، برخی مسائل خاص و معین را تحت کنترل خود درآورد.

بنابراین مفهوم بیماری روانی عمدتاً موجب ایجاد ابهام در این واقعیت روزمره می‌شود که برای بیشتر مردم زندگی یک کشمکش مداوم است. اما نه کشمکشی برای بقای بیولوژیک، بلکه برای تحقق «یک زندگی شاد»، «آرامش ذهن» یا دیگر ارزش‌های انسانی. برای انسان آگاه از خود و دنیای پیرامونش، پس از این که نیازهای اولیه‌ی جسمی (و شاید نژادی) کم و بیش رفع شد، این مسئله بروز پیدا می‌کند که با خودش چه باید بکند. استفاده‌ی مداوم از اسطوره‌ی بیماری روانی به افراد اجازه می‌دهد که از رویارویی با این مشکل اجتناب کنند و باور داشته باشند که سلامت روان، به معنای عدم وجود بیماری روانی، به طور خودبه‌خود تضمین‌کننده‌ی انتخاب‌های به حق و ایمن فرد در هدایت زندگی است. اما واقعیت به طور کلی متفاوت است. با توجه به مطالب گذشته، دیگران، انتخاب درست در زندگی را سلامت روان تلقی می‌کنند.

از این گذشته، اسطوره‌ی بیماری روانی، ما را به پذیرش پیامد منطقی آن تشویق می‌کند؛ یعنی اگر تأثیر مخرب بیماری روانی یا «آسیب‌های روانی» نبود، تعامل اجتماعی می‌توانست هماهنگ و دلپذیر باشد و بنیان مطمئنی برای زندگی خوب فراهم کند. به نظر من، این آرزو برای سعادت جهانی بشر، حداقل به این شکل، چیزی جز نمونه‌ای

دیگر از خیالات «ای کاش می شد!»، نیست به عقیده‌ی من سعادت یا سلامت انسان در یک مقیاس بسیار بزرگ که فقط محدود به جمعی منتخب و محدود نشود، تاکنون غیرقابل تصور به نظر می‌رسید. با این حال، تلاش افراد زیادی لازم است تا به این هدف بتوان دست یافت، نه تعداد اندکی که خواهان و قادر به حل تعارضات شخصی، اجتماعی و اخلاقی‌شان هستند. این به معنای داشتن شجاعت و صداقت برای خودداری از نبرد در جبهه‌های غلط، در یافتن راه حل برای مشکلات است؛ به طور مثال، به جای پرداختن به اسید معده و خستگی مزمن، رویارویی صحیح با مسئله این است که درصدد رفع تعارض زناشویی باشیم.

دشمنان ما، شیاطین، جادوگران، تقدیر یا بیماری روانی نیستند. ما دشمنی نداریم که با او بجنگیم و ارواح خبیث را بیرون برانیم یا آن را معالجه کنیم. ما با مشکلاتی در زندگی مواجهیم، خواه این مشکلات بیولوژیک، اقتصادی و سیاسی باشند، خواه روان‌شناختی و اجتماعی. در این مقاله من فقط مشکلاتی را که متعلق به آخرین طبقه‌بندی مذکور است مدنظر قرار داده و در این میان بیشتر به آنچه با ارزش‌های اخلاقی درگیر است پرداخته‌ام. حوزه‌ی روان‌پزشکی مدرن بسیار وسیع است و من تلاش نکرده‌ام که همه‌ی آن را برشمارم. برهان من تنها به این مطلب محدود می‌شد که بیمار روانی اسطوره‌ای است که کارکردی فریبنده دارد و از این جهت تنها موجب مطلوب‌تر شدن قرص تلخ تعارض‌های اخلاقی در روابط انسانی می‌شود.

### فهرست منابع و مآخذ

- Hollingshead A. B., & Redlich F. C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Jones E., (1957), *The Life and work of Sigmund Freud*. Vol. III. New York: Basic Books.
- Lancer S. R. (1953). *Philosophy in a New Hey*. New York: Mentor Books.
- Peters, R. S., (1958). *The concept of Motivation*. London: Routledge & Keganpaul.
- Szaszt. S. (1956). «Malingering: "Diagnosis" or social condemnation?» *AMA Arch Neurol Psychiat.*, 76, 432-443.
- Szasz T. S., (1957, a) *Pain and pleasure: A study of bodily - feelings*. New York: Basic Books.
- Szasz T. S., (1957, 6) "The problem of Psychiatric Nosology: A contribution to a situational analysis of psychiatric operations", *Amer. J. Psychiat*, 114, pp.405-413.
- Szasz T. S. (1957, c) "on the Theory of Psychoanalytic Treatment", *Int. J. Psycho-Anol.*, 38, pp.166-182.
- Szasz T. S., (1958). "Psychiatry, ethics and the criminal law" *Columbia law Rev.*, 58, pp.183-198.
- Szasz T. S., (1959). "Moral conflict and psychiatry", *Yale Rev.*, in press.

### پی‌نوشت‌ها (کلیه پی‌نوشت‌ها از مترجم است)

1. The Myth of Mental Illness, American Psychologist, 15, p.113-118.

غیر از ساس، افراد دیگری مثل لاینگ (Laing) و فادرین (Faadraine) نیز در جبهه‌ی مشهور به ضد روان‌شناسی فعال‌اند. حاصل نیکوی مجادلات بین این جنبش علمی و مخالفانشان این بوده است که روان‌پزشکان را متوجه مبانی فلسفی روان‌پزشکی سازد و پرسش‌های معرفت‌شناسانه‌ای مثل این‌که «چگونه می‌توان بیماری روانی را تشخیص داد؟» و یا پرسش‌های هستی‌شناسانه‌ای مثل «ماهیت واقعی بیماری روانی چیست؟» اهمیت یابد.

۲. توماس استفان ساس، در ۱۵ آوریل ۱۹۲۰ در بوداپست مجارستان متولد شده است. وی در ۱۹۳۸ به آمریکا مهاجرت کرد و در ۱۹۴۴ تبعیت آن‌جا را پذیرفت. در سال ۱۹۴۱ موفق به کسب مدرک لیسانس با درجه‌ی ممتاز در فیزیک شد و در ۱۹۴۴ مدرک دکترای پزشکی خود را از دانشگاه سین سیناتی و در ۱۹۵۰ گواهی‌نامه‌ی روان‌کاوی‌اش را از انستیتوی شیکاگو اخذ کرد و در ۱۹۶۲ صاحب کرسی استادی دانشگاه ویسکانسین شد. ساس در کمیته‌ها و انجمن‌های علمی بسیاری عضویت داشته است.

وی نویسنده‌ی پرآثاری است و قریب به ۶۰۰ مقاله، بخش‌های مختلف کتب، مرور بر کتب مختلف و ستون‌های روزنامه از او به چاپ رسیده است.

مقاله‌ی حاضر جزو آثار کلاسیک در حوزه‌ی جنبش ضد روان‌شناسی به شمار می‌رود. ساس کمی بعد از انتشار این مقاله، آن را بسط داد و در کتابی با همین عنوان به چاپ رساند. در نخستین سال انتشار کتاب اسطوره‌ی بیماری روانی (The Myth of Mental Illness)، کمیسیون گروه سلامت روانی ایالات نیویورک تقاضای اخراج دکتر ساس را از دانشگاه نمودند. منتقدین بسیاری معتقدند که ساس در عمل، با نوشتن این کتاب، جنگی را علیه روان‌پزشکی آغاز کرده است. او در این کتاب به بیان جزئیاتی در مورد تاریخچه‌ی پزشکی، کاربرد واژه‌هایی مثل «بیماری» (illness) و «اختلال» (disorder) مربوط به «ذهن» می‌پردازد و توضیح می‌دهد که چگونه یک ایدئولوژی غلط درباره‌ی روان‌پزشکی منجر به تشویش اذهان عامه‌ی مردم می‌شود. وی بر تفاوت میان بیماری جسمی و روانی تأکید می‌کند و معتقد است که بیماری روانی ناشی از مشکلات زندگی است و روان‌پزشکان این تفاوت‌ها را بزرگ جلوه داده‌اند و درمان اختلالات روانی را به عنوان درمان مشکلات پزشکی انجام می‌دهند.



به طور خلاصه می‌توان گفت ساس معتقد است بیماری روانی اسطوره است و از آن‌جا که این مفهوم توصیف‌کننده‌ی رفتارها، افکار یا احساسات ناخوشایند است، پاتولوژی واقعی‌ای نمی‌توان برای آن در نظر گرفت. از طرفی، به بیان وی، طبقه‌بندی برخی رفتارها تحت عنوان بیماری، راهی برای کنترل افراد نامطلوب در جامعه است و ما در واقع با مواجهه پزشکی نسبت به این رفتارها، دارو تجویز می‌کنیم و به این وسیله موجب بازدارداری غیرارادی افراد از انجام برخی رفتارها می‌شویم و از بروز رفتاری که جامعه آن را غیرقابل تحمل می‌داند جلوگیری می‌کنیم و به این شکل، افراد را به اصطلاح مداوا می‌کنیم.

به اعتبار آنچه گفته شد، ساس معتقد است بیماری روانی مفهوم شیکی است که برای اطلاق به رفتارهایی که ناپسند شمرده می‌شوند وضع شده است. پس دولت مجاز نیست افراد را وادار به درمان‌های روان‌پزشکی کند، هم‌چنین دولت مجاز به دخالت در اعمال معیارهای سلامت روان در بین افرادی که به شکلی از زندگی با هم به توافق رسیده‌اند، نیست (مثلاً، کنترل‌های قانونی در استفاده از داروهای روان‌گردان، یا درمان‌های پزشکی). به اعتقاد ساس، دیدگاه رایج راجع به بیماری روانی موجب می‌شود که اگر آرا و اعمال مخالفان فکری، تهدیدی علیه نظم جامعه تلقی شود، دولت بتواند با برچسب بیماری روانی، این عده را از جامعه طرد کند و یا آنها را تحت فشار قرار دهد. با توجه به آنچه گفته شد، ساس حکم به استقلال و جدایی دولت از روان‌پزشکی می‌دهد.

ساس هم‌چنین معتقد است به صرف تشخیص یک دکتر یا روان‌پزشک نمی‌توان فردی را از نظر روانی فاقد سلامت و صلاحیت دانست؛ لذا افراد متهم به جرم نباید به سادگی ناشایسته و ناصالح فرض شوند، بلکه عدم صلاحیت و سلامت روانی باید مثل هر شکل دیگری از عدم صلاحیت به دقت ارزیابی شود. علاوه بر این، دیدگاه‌های متخصصین در خصوص صلاحیت و سلامت روانی فرد، نباید در تصمیم‌گیری دادگاه در مورد مجرم بودن فرد دخیل باشد.

وی هم‌چنین به این اعتبار که هیچ‌کس نباید کسی را از آزادی محروم کند، مخالف بستری اجباری بیماران روانی است. از نظر وی، همان‌طور که شخص مبتلا به سرطان پیشرفته ممکن است درمان را نپذیرد، همین حقوق باید برای آنهایی که از بیماری روانی رنج می‌برند محفوظ باشد. ساس در مقدمه‌ی کتاب اسطوره‌ی بیماری روانی می‌گوید: امروزه به کارگیری مفهوم بیماری روانی مضراتی دارد. به اعتقاد وی این پرسش که «بیماری روانی چیست؟»، در درجه‌ی اول به این برمی‌گردد که بدانیم «روان‌پزشک چه کاری انجام می‌دهد؟». با این حال، ساس معتقد است

روان‌شناسی می‌تواند علم باشد، به این معنا که روش‌های مؤثری را برای کمک به افراد جامعه ارائه کند، نه این‌که آنها را از «بیماری» نجات دهد. به عبارتی، افراد را در این جهت یاری کند تا خود و بقیه و زندگی را بهتر بشناسند. به این معنا روان‌شناسی، علمی نظری است که شامل مطالعه‌ی شیوه‌های شخصی هدایت زندگی است. ساس متأثر از پیازه، از مدل بازی‌ها برای تحلیل رفتار آدمی در زندگی استفاده می‌کند و معتقد است که روان‌شناسی باید توضیح دهد که چرا مردم دوست دارند این بازی‌های زندگی را انجام دهند، و چطور این بازی‌ها را انجام می‌دهند. ۳. این نقل قول از فروید احتمالاً به کنایه از تئوری اخلاقی است که به تئوری حدّ وسط شهرت دارد و فعل اخلاقی را فعلی می‌داند که میانه باشد و افراط و تفریط در آن نباشد. اصل این تئوری از آن ارسطوست. مرجع نقل قول، در دست‌رس مترجمین نبود تا از این بابت یقین حاصل شود. ۴. تأثیر ساس از پاپر (Popper) به خصوص در نقدهایی که از تاریخ‌گرایی، در کتاب اسطوره‌ی بیماری روانی ارائه می‌کند، مشهود است. در این جا نیز می‌توان این تأثیر را مشاهده کرد. پاپر در جامعه‌ی باز و دشمنانش، مرجعیت الهی را برای مسئولیت، تکیه‌گاه ضعیفی می‌داند؛ اما به نظر نمی‌رسد چنین باوری چندان مستحکم باشد. مسئولیت‌پذیری پیامبران و ارشاد بدون طلب هیچ اجر و مزدی، خود مثال نقضی برای این اعتقاد است. تنها می‌توان گفت یک قرائت نادرست از دین (مثل قرائت جبرگرایانه) می‌تواند آفت مسئولیت‌پذیری باشد.