

فلسفه، سال ۴۸، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۹



10.22059/jop.2020.303624.1006522

Print ISSN: 2008-1553 –Online ISSN: 2716-9748

<https://jop.ut.ac.ir>

Health and Illness from a Phenomenological Perspective

Somayeh Rafiqi

PhD graduate in philosophy, Tabriz University

Mohammad Asghari

Associate Professor in Philosophy, University of Tabriz

Received: 30 May 2020

Accepted: 21 September 2020

Abstract

Over the past decades, the development of medical technology and economic concerns, as well as the expansion of health specialization, causes the dehumanizing of this field. This has led to the neglect of the effect of psychological and environmental aspects on the patient during treatment, and the health staff only pays attention to the patient's biological body, which led to their misbehavior with the patient. To solve their problems, health care professionals have resorted to various philosophical schools, such as phenomenology. Phenomenology, with its various doctrines, such as in bracketing of presuppositions and prejudices, allows us to describe reality as it appears to us. Undoubtedly, one of the realities we face in our daily lives is health and illness. While in the field of modern medicine, illness is defined as the dysfunctioning of organs and systems of the body and health as the lack of these disorders, Emphasizing the lived experience of individuals, phenomenology makes it possible to reveal psychological and environmental aspects of illness and health. Paying attention to these aspects of illness and health changes the meaning of illness and health. According to these phenomenological meanings, the illness is no longer limited to the patient's biological body, but his body is considered as a lived body, a body with different dimensions of existence, each of which can have a significant impact in his illness. Paying attention to this level of the body and the phenomenological meanings of health and illness will bring the horizons of the patient's vision and the field of treatment closer together and they will communicate better with each other.

Keywords: Health, Illness, Phenomenology, Medicine, Lived Body.

سلامتی و بیماری از منظر پدیدارشناسی

سمیه رفیقی*

دانش آموخته دکتری فلسفه دانشگاه تبریز

محمد اصغری

دانشیار گروه فلسفه دانشگاه تبریز

(از ص ۶۳ تا ۸۳)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۳/۱۰، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۶/۳۱

علمی-پژوهشی

چکیده

طی دهه‌های گذشته، توسعه تکنولوژی پزشکی و دغدغه‌های اقتصادی، همچنین گسترش تخصص‌گرایی در حوزه سلامت باعث زدودن چهره انسانی این حوزه شده است. این مسئله باعث شده به هنگام معالجه بیمار، تأثیر جنبه‌های روانی و محیطی بر وی نادیده گرفته شود و کادر سلامت توجه خود را فقط به بدن بیولوژیکی بیمار معطوف دارند که این امر نیز به دلیل رفتار نادرست آنها با بیمار، شکایات بیماران را در پی داشته است. دست‌اندرکاران حوزه سلامت برای برطرف کردن مشکلات خود به مکاتب مختلف فلسفی، چون پدیدارشناسی متوسل شده‌اند. پدیدارشناسی با آموزه‌های مختلف خود، چون در پراتز نهادن پیش‌فرض‌ها و تعصبات، این امکان را در اختیار ما قرار می‌دهد که بتوانیم واقعیت را آن‌گونه که بر ما پدیدار می‌شود، توصیف کنیم. بی‌تردید یکی از واقعیاتی که در زندگی روزمره خود با آن مواجه هستیم، مسئله سلامتی و بیماری است. در حالی که در حوزه پزشکی مدرن، بیماری به منزله عدم کارکرد درست اندام‌ها و سیستم‌های بدن و سلامتی به منزله نبود این اختلالات تعریف می‌شود، پدیدارشناسی با تأکید بر تجربه زیسته افراد بر توجه به جنبه‌های روانی و محیطی بیماری و سلامتی تأکید دارد. توجه به این جنبه‌های بیماری و سلامتی باعث تغییر در معنای بیماری و سلامتی می‌شود. بر اساس این معانی پدیدارشناسانه، بیماری دیگر فقط به بدن بیولوژیکی بیمار محدود نمی‌شود، بلکه بدن زیسته او را دچار اختلال می‌کند، بدنی با ابعاد مختلف وجودی که هر کدام از این ابعاد می‌توانند تأثیر بسزایی در بیماری وی داشته باشند. توجه به این سطح از بدن و معانی پدیدارشناسانه سلامتی و بیماری سبب می‌شود که افق‌های دید بیمار و کادر حوزه درمان به هم نزدیک شده و آنها ارتباط بهتری با یکدیگر برقرار کنند.

واژه‌های کلیدی: سلامتی، بیماری، پدیدارشناسی، پزشکی، بدن زیسته.

۱. مقدمه

در طی چند دهه گذشته شاهد گسترش فلسفه پزشکی و سلامت هستیم. این دیدگاه بنا به دلایل مختلفی در جهان گسترش یافته است؛ چون علم پزشکی نمی‌تواند به تنهایی به تمام مسائل حوزه خود پاسخ دهد؛ زیرا زبانی را در اختیار ما قرار نمی‌دهد تا از طریق آن به سؤالاتی چون «پزشکی چیست؟» یا «سلامتی چیست؟» پاسخ دهیم. به نظر می‌رسد این نتیجه کلی به تدریج در حال گسترش است که پزشکی نمی‌تواند با استفاده از علوم تجربی به تمام پرسش‌های خود پاسخ دهد؛ از این‌رو، به یک رویکرد نظری و جامع نیاز دارد که فلسفه می‌تواند این امکان را در اختیار آن قرار دهد.

از میان مکاتب مختلف فلسفی، از دهه ۱۹۷۰ به بعد، پدیدارشناسی مورد توجه محققان و کارشناسان حوزه پزشکی قرار گرفته است. منطق نهفته در پشت این توجه ساده بود. این محققان علاقه‌مند بودند دریابند بیماران چه تجربه‌ای از بیماری دارند و چه معنایی بدان نسبت می‌دهند. پدیدارشناسی به منزله روشی برای بیان و توصیف تجربه و فرآیندهای معنادهی، می‌تواند توصیف جامعی از تجربه انسان از بیماری ارائه دهد. این علاقه همچنین ناشی از واکنش به درخواست کسانی بود که به ویژگی‌ها و خصایص بیماری‌ها علاقه داشتند؛ کسانی که احساس می‌کردند جریان اصلی پزشکی چنان محدود است که فقط بر بیماری فیزیولوژیکی و عدم کارکرد صحیح بدن متمرکز شده است (Carel, 2012: 624) و در نتیجه این نگرش محدود، جنبه‌های مهمی از بیماری ناشناخته می‌ماند. نیز علاقه به پدیدارشناسی ارتباط نزدیکی با جهان‌بینی انسان‌گرایانه دارد.

پدیدارشناسی روش فلسفی توصیفی است که می‌توان از آن برای توصیف تجربه هر چیزی، مانند تجربه نگاه کردن به نقاشی ون‌گوگ (Heidegger, 1993: 158) یا برای توصیف چیزی که از چشم‌انداز و محیط خاصی پدیدار می‌شود، مانند تحلیل مرلوپونتی از نقاشی‌های سزان (Merleau-ponty, 1964: 24)، بهره گرفت. در واقع، پدیدارشناسی ساختار و معنای فعالیت‌هایی را که در زندگی روزمره انجام می‌گیرد، توصیف می‌کند (Sveaneus, 2000: 6). از آنجایی که سلامتی و بیماری نیز از رویدادهای روزمره زندگی هستند، می‌توان با استفاده از پدیدارشناسی به بررسی و تحلیل آنها پرداخت و جنبه‌هایی از آنها را آشکار کرد که در غیر این صورت ممکن است در بررسی علمی پنهان بمانند.

از سوی دیگر، در پدیدارشناسی، مفاهیمی یافت می‌شود که برای حل مسائل و مشکلات حوزه پزشکی کمک شایان توجهی می‌کنند. با استفاده از پدیدارشناسی تلاش می‌شود با افزودن سطحی از تحلیل به تحلیل ما از بیماری و سلامتی و اینکه چگونه حالات فیزیولوژیکی در محیط پیرامونمان به منزله معنادار زیسته می‌شوند، فهم ما از سلامتی و بیماری غنا یابد؛ البته، این بدان معنا نیست که کسانی که در حوزه سلامتی کار می‌کنند، با این موضوعات آشنایی ندارند، بلکه پدیدارشناسی زبان مناسبی را در اختیار آنها قرار می‌دهد تا آنها بتوانند دانسته‌های خود را به زبان منسجمی بیان کنند. پدیدارشناسی دیدگاه‌های ارزشمندی درباره بسیاری از موضوعاتی فراهم می‌آورد که در حوزه پزشکی به طور مستقیم بدانها پرداخته می‌شود؛ این موضوعات عبارت‌اند از: ماهیت خود پزشکی، تفاوت میان تجربه مستقیم و بی‌واسطه و مفهوم‌سازی علمی، ماهیت بدن، رابطه میان بدن، آگاهی، جهان و خود، ساختار احساسات، معنای سلامتی و بیماری، مسئله بین‌الذهانیت، به ویژه به منظور دستیابی به ارتباط موفق با دیگری، امکان درک همدلانه، ویژگی‌های ذاتی روابط درمانی، یعنی رابطه میان شخص بیمار و تمام کسانی که به درمان او کمک می‌کنند.

در این مقاله می‌خواهیم نشان دهیم پدیدارشناسی با تمرکز بر مفهوم تجربه زیسته، یعنی احساسات، اندیشه‌ها و اعمال شخصی که در جهان زندگی می‌کند، این امکان را فراهم می‌آورد که بتوانیم معنای جدیدی برای بیماری و سلامتی ارائه دهیم و از این طریق به بهبود روابط کادر درمانی با بیمار کمک کنیم. رویکرد پدیدارشناسی با آموزه‌های خاص خود، چون در پرانتز نهادن (bracketing) ما را متعهد می‌سازد پیش‌فرض‌های مسلم خود درباره ماهیت اعیان یا واقعیت را کنار بگذاریم و بکوشیم آنچه در تجربه بی‌واسطه به ما داده می‌شود، شروع کنیم؛ با پدیدار زیست-جهان (life-world) یا پدیدارها آن گونه که به ما داده می‌شوند. این رویکرد، ابزار قدرتمندی برای تصریح چشم‌اندازهای مختلف پزشک و بیمار فراهم می‌آورد، به ویژه اینکه، چنین رویکردی به صراحت بر پدیدار بیماری و شیوه‌ای که در آن معنا برای پزشک و بیمار تقویم می‌شود، متمرکز می‌شود. در واقع، می‌خواهیم قابلیت و توانایی پدیدارشناسی را به عنوان ابزاری برای درک بیماری و سلامتی نشان دهیم.

۲. پدیدارشناسی

پیش از آنکه به بررسی معنای سلامتی و بیماری از منظر پدیدارشناسی بپردازیم، ضرورت دارد در ابتدا بدانیم پدیدارشناسی چیست و چه کمکی می‌تواند در حوزه

سلامت به ما بکند؛ از این رو، در ابتدا به معرفی این مکتب فلسفی و پاره‌ای از آموزه‌های آن می‌پردازیم که در حوزه سلامت راهگشا هستند.

امروزه پدیدارشناسی از نظریه‌های مهم در حوزه‌های فلسفه، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی است. پدیدارشناسی عمدتاً حاصل اندیشه‌های هوسرل در آلمان طی دهه ۱۸۹۰ است. در واقع، ریشه اصلی پدیدارشناسی به شعار «بازگشت به خود اشیا» هوسرل برمی‌گردد؛ اینکه اشیا چگونه بر ما پدیدار می‌شوند. پدیدارشناسی در توصیف خود متعهد است کار خود را با آن چیزی آغاز کند که بی‌واسطه در تجربه به او داده می‌شود تا از این طریق، ویژگی‌های ذاتی آن را، آن‌گونه که بر آگاهی عرضه می‌شود، ارائه دهد و از این طریق فعالیت تقویمی آگاهی و ساختار تجربه را تشریح کند. به قول ادوارد کسی (۱۹۷۶)، «نگرش اصلی پدیدارشناس این است: اهمیتی ندارد که چیزی در وهله نخست چگونه به نظر می‌آید، بلکه دغدغه اصلی او توصیف دقیق پدیدارهاست؛ آن‌گونه که بر او ظاهر می‌شوند» (Casey, 1976: 9).

اما برای اینکه بتوان به خود اشیا بازگشت و آنها را آن‌گونه که با آنها مواجه می‌شویم، بتوان توصیف کرد، لازم است پدیدارشناس پیش‌فرض‌های مسلم خود درباره ماهیت اعیان یا واقعیت کنار بگذارد: «فیلسوف باید توجه داشته باشد که تمام چیزهایی که آنها را مسلم می‌دارد، تعصبات هستند. تمام تعصبات، موانعی هستند که حاصل رسوب سنت محسوب می‌شوند» (Husserl, 1970: 72). بر این اساس، پدیدارشناس باید هر گونه غرض‌ورزی را کنار بگذارد، یعنی، در رویکرد پدیدارشناختی، «باید پیش‌فرض‌های مسلم درباره ماهیت واقعیت و تعهد به روش‌های خاص تفسیر جهان را کنار گذاشت» (Toombs, 2001: 2)؛ پس پدیدارشناس می‌کوشد خود را از پیش‌فرض‌های تجربه‌نشده آزاد و از توضیح علی و تبیین‌های دیگر دور کند و روشی به کار گیرد که توصیف آنچه پدیدار می‌شود، ممکن سازد؛ اما این به معنای انکار وجود جهان طبیعی، اجتماعی و فرهنگی نیست، بلکه تعصبات و پیش‌فرض‌های مسلمی را آشکار می‌سازد که نقشی در تجربه ندارند. این امر مستلزم اپوخه (epoche) و تقلیل (reduction) است. در پرانتز نهادن یا اپوخه، به معنای تعلیق پیش‌فرض‌هاست. اپوخه به معنای امتناع از داوری و در واقع تعلیق داوری است. هدف از اپوخه، انکار، تردید یا کنار گذاشتن واقعیت از تحقیق نیست، بلکه برای تعلیق رویکرد جزم‌گرایانه به واقعیت انجام می‌گیرد؛ به عبارت دیگر، «اپوخه مستلزم تغییر رویکرد ما به واقعیت است، نه حذف واقعیت» (Zahavi, 2003: 51). به اعتقاد هوسرل، اپوخه یگانه نقطه شروع حقیقی و بدون پیش‌داوری را در اختیار فلسفه

قرار می‌دهد؛ اما اپوخه نخستین گام تقلیل محسوب می‌شود. در تقلیل، فعلیت اشیاء و تاریخ را کنار می‌گذاریم. از این طریق، ابزار مناسبی برای کشف و روشن‌سازی ماهیت اشیاء فراهم می‌آید. تقلیل این امکان را به هوسرل داد که تمامی انواع مفهوم سنتی، شامل روان‌شناسی متعارف، وفاق علمی دربارهٔ مسائل و نظریه‌پردازی‌های فلسفی و مابعدالطبیعی را به سویی بنهد. از نظر او، هدف از تقلیل، بیش از هر چیزی جلوگیری از آن چیزی است که از طریق نگرش تحریف‌یافته بدان دست یافته‌ایم (Husserl, 1983: 61). با کنار نهادن فرضیات روان‌شناختی، فرهنگی، دینی و علمی و با پشت سر نهادن معنای از پیش مفروض، خصایص جدید ماهیات بروز می‌یابند. با کنار گذاشتن پیش‌فرض‌ها و تعصبات، زیست-جهان و معنای آن آشکار می‌شود.

پدیدارشناسی درصدد است ساختارهای زیست-جهان را توصیف کند؛ جهانی که سوژه‌های آگاه در آن زندگی و آن را تجربه می‌کنند: «زیست-جهان، همیشه، هم‌اکنون حاضر است، از قبل برای ما وجود دارد و زمینهٔ همهٔ اعمال نظری و فرانظری را تشکیل می‌دهد» (Husserl, 1970: 142). زیست-جهان، جهانی است که هر شخصی آن را در زندگی روزمرهٔ خود تجربه می‌کند. در واقع، «زیست-جهان خود را در هر تجربهٔ ادراکی و تمام انواع آن بر ما آشکار می‌سازد» (Kockelmanns, 1994: 374). این جهان، جهانی است که در تجربه حاصل می‌شود و تجربهٔ جهان طبیعی، اجتماعی و فرهنگی را شامل می‌شود. در واقع، آنچه زیست-جهان آشکار می‌سازد، بعد وجودی انسان است که مقدم بر بعد معرفت‌شناختی آن است. این بعد وجودی «در جهان بودن انسان» است (Heelan, 2001: 50).

بر این اساس، پدیدارشناسی رویکرد فلسفی است که بر توصیف تجربیات در زیست-جهان متمرکز می‌شود؛ اما با وجود این، طرفداران این رویکرد واقعیت عینی را انکار نمی‌کنند، بلکه بر اهمیت تجربهٔ ذهنی هر شخصی از حوادث بر مبنای واکنش آنها به رویدادها تأکید دارند. بر این اساس، یکی از موضوعاتی که این جریان بر آن تأکید دارد، تجربهٔ بی‌واسطه و مستقیم یا تجربهٔ زیسته (lived experience) است. پدیدارشناسی با تأکید بر توصیف مستقیم، ابزاری برای توضیح حوزهٔ تجربهٔ زیسته فراهم می‌آورد تا بتوانیم توصیف دقیقی از شیوهٔ تفسیر خود از جهان زندگی روزمره ارائه دهیم. «تجربهٔ زیسته... به منزلهٔ اندیشه و خواهش، کلمه و تصویر، واقعیت مهمی است» (Bruner, 1985: 5). بیماری را نیز می‌توان به منزلهٔ یکی از این تجربیات در نظر گرفت. پدیدارشناسی تجربیات شناختی و حوادث را آن‌گونه که روی می‌دهند، بررسی می‌کند،

بدون اینکه بکوشد این تجربیات را به اجزای تشکیل‌دهنده آنها یا اشخاصی که آنها را تجربه می‌کنند، فروکاهد؛ بنابراین، توجه ما به مسئله معنا معطوف می‌شود (Zaner, 1970: 51). در این رویکرد به جای اینکه به متعلقات تجربه پردازیم، باید بر خود تجربه تمرکز کنیم. با تصریح به ساختارهای آگاهی، تأمل پدیدارشناختی به معنای تجربه، مضمون و محتوا می‌بخشد؛ بنابراین، «یکی از عناصر کلیدی رویکرد پدیدارشناسی، نه فقط توجه به تجربه، بلکه معنایی است که به آن تجربه نسبت داده می‌شود» (Becker, 2004: 126).

بنابراین، پدیدارشناسی چندان به منزله نظام فلسفی در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه بیش از هر چیزی، روشی بنیادین برای فلسفه‌ورزی است (Moran, 2000: 4). در حقیقت، پدیدارشناسی نوعی روش فلسفه‌ورزی ضد سنتی قلمداد می‌شود که می‌کوشد به حقیقت امور یا ذات اشیا راه یابد و پدیدارها را آن‌گونه که بر آگاهی یا تجربه‌گر پدیدار می‌شوند، توصیف کند. در واقع، می‌کوشد توصیف مستقیمی از تجربه ما به دست دهد، بدون اینکه به منشأ روان‌شناختی و تبیین‌های علی دانشمندان، مورخان یا جامعه‌شناسان توجهی داشته باشد. در واقع، هدف پدیدارشناسی این است که افق‌های کلی تجربه زیسته ما یا «یگانه جهان پیش‌روی ما را به طور جامع توصیف کند» (Merleau- ponty, 2005: xix)؛ بنابراین، پدیدارشناسی با تأکید بر توصیف مستقیم، ابزار لازم را برای تشریح حوزه تجربه زیسته فراهم می‌آورد، تبیین مفصلی از روشی به دست می‌دهد که از طریق آن جهان زندگی روزمره را تفسیر می‌کنیم. به ویژه، آشکار می‌سازد که معنا در پرتو ساختارهای قصدی ثابتی شکل می‌گیرد که آگاهی را توصیف می‌کنند؛ پس اگر درصدد ارائه تبیینی از معنا هستیم، باید این ساختارها را بشناسیم. بر این اساس، می‌توان گفت پدیدارشناسی روش فلسفی متمایزی است که درباره شرایط امکان تجربه‌ای خاص تحقیق می‌کند و از این‌رو، روشی استعلایی محسوب می‌شود تا تجربی (Gallagher & Zahavi, 2006: 132)؛ در نتیجه، تحت تأثیر پدیدارشناسی هوسرل، مطالعات پدیدارشناختی بر تبیین تجربه زیسته انسان متمرکز شدند و آن را در بعد وجودی توسعه دادند تا بتوانند به شناختی از موقعیت‌مندی جسمانی و تاریخی انسان دست یابند.

رویکرد پدیدارشناسی در حوزه پزشکی به دلایل مختلفی می‌تواند راهگشا باشد: نخست، پدیدارشناسی، توضیح صریحی در مورد تفاوت بنیادین و مهم تجربه بی‌واسطه و پیش‌انظری جهان زندگی روزمره و تبیین علمی و نظری چنین تجربه‌ای فراهم می‌آورد. این تفاوت اهمیت بسزایی در درک رابطه میان علم پزشکی و همچنین شناخت تفاوت

میان تجربه بی‌واسطه بیماری در مقابل مفهوم‌سازی علمی بیماری، همچنین بدن آن‌گونه که تجربه می‌شود و بدن به عنوان متعلق شناخت علمی فراهم می‌آورد. دوم، پدیدارشناسی از طریق تقلیل یا اپوخه، روشی برای بررسی عمیق تجربه فراهم می‌آورد. در تقلیل پدیدارشناختی نه‌تنها تلاش می‌شود پیش‌فرض‌های مسلم در پرانتز قرار گیرد، بلکه به طور هم‌زمان پیش‌فرض‌های مسلمی نیز آشکار می‌شوند که تجربه ما را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. بر این اساس، در فرآیند پدیدارشناسی آشکار می‌شود که عادت‌های نظری، اجتماعی و فرهنگی ذهن تا چه اندازه درک و تفسیر ما را از پدیدارهایی که تجربه می‌کنیم، تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. همچنین، پدیدارشناسی می‌تواند با تأکید بر توصیف مستقیم، تبیین مفصلی درباره نحوه تجربه و تفسیر ما از جهان زندگی روزمره در حوزه پزشکی فراهم آورد؛ برای مثال، بر مبنای شعار بازگشت به خود اشیا، می‌توان به پدیدار بیماری، آن‌گونه که بی‌واسطه تجربه می‌شود، توجه کرد. این امر می‌تواند ویژگی‌های خاصی از تجربه را آشکار سازد. درک پدیدار بیماری با این شیوه می‌تواند ارزش‌های عملی متعددی برای حوزه پزشکی داشته باشد.

۳. معنای سلامتی و بیماری در پزشکی مدرن

بر اساس اصطلاح‌شناسی فیلسوفان یونانی و دوره رنسانس، تکنه (techne) یا ارس (ars)، که معمولاً به هنر ترجمه می‌شود، فعالیت ثمربخشی است که مبنای نظری دارد و می‌تواند بر اساس هدفی، دلایلی برای ثمربخشی خود ارائه دهد. در حوزه پزشکی چنین هدفی، سلامتی (health) است؛ اما از نظر بسیاری از پزشکان و اندیشمندان حوزه پزشکی، سلامتی دغدغه اصلی پزشکی مدرن محسوب نمی‌شود، بلکه دغدغه اصلی آن، بیشتر بیماری‌ها، صدمات، اختلالات، زخم‌ها و نقص‌های بدنی است (Boors, 2011: 13). پزشک مهم‌ترین وظیفه خود را تشخیص و طبقه‌بندی بیماری‌ها و آسیب‌ها و کشف راه‌های درمان و پیشگیری از آنها می‌داند؛ به عبارت بهتر، می‌توان گفت پزشکی مدرن بر مفهوم بیماری استوار است. در این حوزه مفهوم بیماری چنان گسترده بیان می‌شود تا امراض دیگری چون نقص‌های مادرزادی، زخم‌ها و صدمات را دربرگیرد. برای اینکه بتوان چیزی را بیماری نامید، باید مانع عملکرد عادی بخشی از بدن شود. اگر موجودی مبتلا به بیماری خاصی نباشد، او سالم است. بر این اساس، سلامتی به منزله فقدان بیماری تعریف می‌شود. این نظریه بر کارکردهای بیولوژیکی بدن مبتنی است. کارکردهای بیولوژیکی هدفمند هستند؛ برای مثال، هدف از قلب، تصفیه خون از طریق سیستم عروقی است. بسیاری از اندام‌ها و سیستم‌های بدن کارکردهای مختلف با اهداف

متمایزی دارند. این اهداف برای حفظ حیات و تولیدمثل ضرورت دارند؛ اما جزء اهداف آگاهانه هیچ شخصی محسوب نمی‌شوند.

بر این اساس، در حوزه پزشکی مدرن، بیماری را حالتی می‌دانند که در آن، بدن یا یکی از اندام‌های آن به طور عادی کار نمی‌کند. از نظر پزشکان، هر کدام از اندام‌های بدن کارکرد بیولوژیکی هدف‌داری دارند که این اهداف در صورتی برآورده می‌شوند که کارکردهای بیولوژیکی اندام‌ها عادی باشد؛ پس اگر اندام‌های موجودی به طور عادی کار کنند و هدف مدنظر خود را برآورده سازند، آن موجود سالم است و در غیر این صورت، بیمار محسوب می‌شود. بر این اساس، سلامتی به عدم وجود بیماری تعریف می‌شود و بیماری به حالتی که در آن عملکرد عادی اندام‌ها کاهش یابد.

بر این اساس، بیماری به عنوان امر سلبی و محرومیت از سلامتی تعریف می‌شود و همانند تمام مفاهیمی که به صورت سلبی تعریف می‌شوند، مرزهای نامشخصی دارد و بسته به نوع محرومیت، می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود بگیرد؛ اما اگر موضوع خاص حوزه پزشکی مدرن، بیماری است، باید آن را به شیوه محصلی تعریف کرد. بی‌توجهی پزشکان به سلامتی و ضعف آنها را در این زمینه، می‌توان ناشی از نگرش آنها به انسان دانست که او را به منزله ماشینی پیچیده و نه به عنوان شخص می‌دانند؛ چنین دیدگاهی ریشه در فلسفه دکارت دارد.

دکارت که با پیگیری روش شک، در تمامی دانش سنتی، تأثیر حواس و حتی داشتن بدن خود تردید داشت، در نهایت به چیزی دست یافت که دیگر نمی‌توانست در آن شک کند؛ وجود خودش به منزله جوهر متفکر. این امر باعث شد او کل طبیعت را به دو جوهر متمایز تقسیم‌بندی کند: شیء متفکر و شیء ممتد. به باور دکارت، جهان مادی با خصلت امتداد خود، چیزی جز یک ماشین نیست که بر اساس قوانین مکانیکی کار می‌کند. بدن انسان نیز که جزئی از این جهان مادی محسوب می‌شود، چیزی جز ماشین پیچیده نیست که تحت تأثیر قوانین طبیعت قرار دارد. او در رساله در باب انسان در این باره می‌گوید:

به نظر من، بدن چیزی جز مجسمه یا ماشین ساخته شده از خاک نیست، که خداوند آن را با این نیت ضمنی می‌سازد که تا حد ممکن شبیه ما باشد. بنابراین، خدا نه تنها به آن رنگ‌ها و شکل‌های اندام‌های بیرونی ما را می‌بخشد، بلکه در درون آن نیز اندام‌هایی را قرار می‌دهد تا بتواند راه برود، تغذیه کند، نفس بکشد و از تمام عملکردهایی تقلید کند که می‌توان تصور کرد از ماده نشأت گرفته‌اند و تنها به وضعیت اندام‌های ما وابسته هستند (1972: 99).

خداوند انسان را همانند ماشین کاملاً پیچیده‌ای خلق کرده و این پیچیدگی انسان به قابلیت برتر خداوند اشاره دارد. از نظر دکارت، انسان با نفس یا ذهن یکی است. او توانایی‌های انسان را به ذهن غیرمادی نسبت می‌دهد و در مقابل، بدن را جوهر مادی محسوب می‌کند. از نظر وی، قوه عقلانی در ذهن جای دارد و بدن عاری از شناخت است و می‌توان آن را با ماشین‌های منفعل و عاری از ذهن مقایسه کرد؛ بنابراین، دکارت با ایجاد شکاف هستی‌شناختی بین بدن و نفس، عملاً نه‌تنها این دو را کاملاً از هم جدا می‌کند، بلکه بدن را در ردیف اشیاء طبیعی قرار داده و آن را به ماشین مکانیکی تبدیل می‌نماید؛ پس، اگر بدن معادل با ماشین در نظر گرفته شود، بیماری نیز معادل با صدمه به ماشین خواهد بود و از این‌رو، با تلاش برای تعمیر آن یا در صورت لزوم، جایگزین ساختن قطعات درست می‌شود. در این صورت، نه‌تنها وحدت انسان در هم شکسته می‌شود، بلکه وحدت بدن نیز از بین می‌رود؛ زیرا هم این امر نادیده گرفته می‌شود که بیماری امری در کلیت وجود انسان است؛ یعنی در وهله نخست تجربه زیسته، شخصی است، و هم بیماری به منزله چیزی در نظر گرفته می‌شود که فقط بخش مشخصی از بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس، پس از دوره رنسانس، پزشکی انگیزه خاصی می‌یابد؛ یعنی توجه خود را به آسیب‌های اندام‌های خاصی معطوف می‌کند که این دیدگاه با پیشرفت‌های حاصل در آناتومی تقویت می‌شود. بعد از آن، پزشکی با شناخت حاصل از علوم طبیعی نه‌تنها چارچوب جدیدی برای تفسیر بدن به منزله ماشین به دست می‌آورد، بلکه این اختیار را به خود می‌دهد که فقط با بدن سروکار داشته باشد، بدون اینکه به جوهر دیگر توجهی بکند.

۴. پدیدارشناسی و سلامتی و بیماری

بیماری و سلامتی از واقعیات وجودی هستند که هر انسانی در زندگی روزمره خود با آنها مواجه است. تمایز میان بیماری به عنوان حالت یا فرآیندی که باعث عدم کارکرد زیستی می‌شود و بیماری به منزله تجربه زیسته بسیار اهمیت دارد، اما مسئله این است که بیماری واقعی از نوع تجربه زیسته برای بیمار دارد؛ یعنی تجربه‌ای وجودی که کاملاً سوژه‌ای که با آن می‌زید، دربرمی‌گیرد. در بیماری، حتی اگر چندان جدی نباشد، به‌وضوح تغییری در شیوه بودن و زیستن خود تجربه می‌کنیم. ما از انجام بسیاری از کارهای ساده ناتوان می‌شویم. به یک‌باره به دیگران متکی می‌شویم. محدوده زمانی و مکانی ما به شدت کاهش می‌یابد. آشکارا در وضعیت ضعف، سست و شکننده زندگی

می‌کنیم. بدن ما که تا آن زمان شیئی یگانه و یکسان بود، اینک به عنوان مانعی پیش‌روی ما قرار می‌گیرد. خلاصه، احساس می‌کنیم که گویی دیگر خودمان نیستیم. اما برای اینکه دریابیم به هنگام بیماری چه چیزهایی تغییر می‌کنند، لزومی ندارد به کارها و فعالیت‌هایی که هنگام بیماری انجام می‌دهیم، توجه داشته باشیم؛ هر چند اینها نیز حائز اهمیت هستند. برای اینکه بتوانیم به معنایی از بیماری که مدنظر ماست، دست یابیم، لازم است به هماهنگی و تنانه‌بودن خود در جهان توجه کنیم. به این منظور لازم است درباره‌ی معنای تجربه‌ی انسان به عنوان موجودی بدن‌مند، فعال و مأنوس با جهان توجه کنیم.

بی‌تردید، بیماری در وهله‌ی نخست، بیش از هر چیزی بدن‌های ما را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از منظر پدیدارشناسی، بدن زمانی متعلق شناخت ما قرار می‌گیرد که در هماهنگی آن نقصی پیدا شود؛ تنها زمانی که معاهده‌ی بدن-جهان برهم بخورد. زمانی که سالم هستیم، بدن ما غایب است و حضور آن را تجربه نمی‌کنیم. بدن حضور ماندگار و جاویدانی در زندگی ما دارد. با این حال، «این حضور تنانه‌ی ما اغلب ماهیت متضادی دارد» (Leder, 1990: 70). این تضاد، ناشی از این است که در جریان زندگی روزمره حضور بدن را احساس نمی‌کنیم و تنها در موارد بحرانی است که در تجربه‌ی ما حضور می‌یابد. درد و بیماری را می‌توان از آن موقعیت‌هایی دانست که بدن حضور جسمانی خود را بروز می‌دهد. ما معمولاً معنای ضمنی از قطعیت و یقین بدن خود داریم و به بدن و عملکردهای آن اعتماد داریم؛ اما محدودیت حاصل از بیماری باعث می‌شود این یقین ضمنی برای ما آشکار شود. محدودیت و ازدست‌دادن یقین که ویژگی بیماری محسوب می‌شود، نه‌تنها با درک آگاهانه همراه است، بلکه مبنای اعمالی محسوب می‌شود که بدن به صورت خودکار و خودانگیخته انجام می‌دهد. زمانی که این اعمال محدود می‌شوند (مانند وقتی که شخص توانایی راه‌رفتن را از دست می‌دهد)، افق گزینه‌های عادی در هم می‌شکند و این امر کل وجود فرد را تغییر می‌دهد (Hass, 2008: 83). تغییر در بدن باعث تغییر در جهان بیمار می‌شود. در زمان بیماری، بدن که «نقطه‌ی صفر جهت‌گیری من به جهان بود» (Smith, 2003: 221)، به منشأ تجربیات منفی من تبدیل می‌شود؛ البته، این محدودیت‌ها فقط به محدودیت‌های جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه جهان اجتماعی، فرهنگی و حتی اخلاقیات فرد را نیز تغییر می‌دهد^۱ (Merleau-ponty, 2005: 100). محدود شدن امکانات جسمانی، کل وجود فرد را محدود می‌کند.

بیماری تجربه حسی، همچنین معنا و سطوح شناختی و عاطفی تجربیات ما را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تغییر بسیار عمیق است و بیمار را از قلمرو آشنا و قابل پیش‌بینی تجربه دور می‌کند. بیماری، فرد را وادار می‌کند تغییرات عملی بسیاری در زندگی خود انجام دهد و باعث می‌شود بیمار، خانواده و اطرافیان او با مرگ، ناتوانی و نقص‌های جسمی مواجه شوند؛ بنابراین بیماری، محدودیت، ناتوانی و بیگانگی فرد را از بدن خود آشکار می‌سازد.

بیماری نه تنها انواع فعالیت‌های فرد را محدود می‌کند، بلکه بر درک او از انواع فعالیت‌ها نیز تأثیر می‌گذارد. این درک نه تنها شناختی است، بلکه در سطح تنانه تجربه می‌شود؛ پس بیماری می‌تواند باعث ایجاد بحران معنا شود. این بحران نه تنها از فروپاشی روایت شخص از زندگی خودش نشأت می‌گیرد، بلکه اعمال روزمره، عادات و طرح‌های او را در هم می‌پاشد. از دست رفتن معنا و آشنایی او با محیط پیرامون، بیمار را از زندگی عادی دور می‌کند و وی را به بازنگری در آن وامی‌دارد. به هنگام بیماری، لازم است فرد همچنان برخی از کارهای قبلی خود را انجام دهد؛ اما به این منظور باید راه‌های جدیدی بیابد و خود را با آنها وفق دهد. با این حال، محدودیت‌های عملی، محدودیت‌های وجودی هستند که امکان عمل و پیگیری اهداف را محدود می‌سازند. بر این اساس، ممکن است ارتباط ما با خودمان و نیز اهداف و آرمان‌هایمان تحت تأثیر بیماری قرار گیرد. وقتی با آینده ضعیفی مواجه می‌شویم که محدودیت‌هایی در شغل و فعالیت ما ایجاد می‌کند و لازم است عادت‌ها و طرح‌های آتی خود را تغییر دهیم، بیماری به دغدغه وجودی فراگیری تبدیل می‌شود که بر هر بعد وجود آدمی تأثیر می‌گذارد.

بیماری اگر تشخیص آن اتفاقی باشد یا نوعی اختلال روانی باشد، می‌تواند باعث ایجاد بحران در وجود معنادار شود. مورد محدودی از آن را می‌توان در فروریزی معنا یا آنچه هایدگر «تشویش» (anxiety) می‌نامد، دید. به هنگام تشویش، معنای کامل فعالیت هدفمند از بین می‌رود و باعث می‌شود شخص مشوش قادر به انجام آن نباشد. عمل مبتنی بر معناست؛ اما به هنگام تشویش، فعالیت‌های مبتنی بر هدف از بین می‌روند. در نهایت وجود انسان نیز مبنای خود را از دست می‌دهد.^۲ این امر باعث می‌شود تعامل شخص با اشیا و محیط پیرامونش مختل شود. برای نمونه، وقتی کسی از ویلچر برای حرکت خود استفاده می‌کند، این امر نه تنها باعث می‌شود که امکان ورود به برخی از محل‌ها برای او ناممکن شود، بلکه محیط نیز به نوعی دشمن او می‌شود و از این‌رو، ارتباط او با جهان تغییر می‌کند؛ پس بیماری نه تنها محدودیت‌هایی بر شخص بیمار

تحمیل می‌کند، بلکه محیط او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این‌رو، محیط چهره‌آشنای خود را از دست می‌دهد و به دشمن و مانعی تبدیل می‌شود.

بنابراین، بیماری رابطه‌ما را با جهان یا ارتباط ما را با محیط پیرامون، با انسان‌های دیگر یا امکانات وجودی متحول می‌کند. همچنین ممکن است که جهان اجتماعی ما نیز به واسطه بیماری دگرگون شود. ممکن است ارتباط شخص با دیگران دچار مشکلاتی شود. پاره‌ای از روابط ممکن است غیرطبیعی جلوه کند و با احساس گناه یا خجالت همراه شود. در واقع، «بیماری دغدغه وجودی فراگیری است که باعث می‌شود تمام فعالیت‌های روزمره، عادت‌ها، طرح‌ها و نیز اهدافی که بیمار برای آینده خود دارد، به هم بخورد» (رفیقی و اصغری، ۱۳۹۶: ۱۱۹).

حال اگر بیماری را به معنای اختلال در تمام سطوح زندگی شخص بیمار در نظر بگیریم، چه تعریفی می‌توان از سلامتی ارائه داد؟ به این منظور به یکی از نوشته‌های گادامر استناد می‌کنیم؛ او می‌نویسد:

وقتی مسئله سلامتی مطرح می‌شود، ما چه امکاناتی در دسترس داریم. بی‌تردید سلامتی بخشی از سرشت ما به عنوان موجودات زنده محسوب می‌شود که از سلامتی که خود را پنهان می‌سازد، آگاه است. با وجود خصیصه پنهان‌بودگی، سلامتی خود را با نوعی احساس آرامش آشکار می‌سازد. سلامتی، بیش از هر چیزی، خود را در جایی نشان می‌دهد که در آن این احساس آرامش بدان معناست که ما گشوده به چیزهای جدید هستیم و آماده هستیم از فعالیت‌های جدید استقبال کنیم، خود را فراموش می‌کنیم و به‌ندرت به خواسته‌ها و محدودیت‌هایی که ما را احاطه کرده‌اند، توجه داریم؛ معنای سلامتی این است (1993: 143).

با وجود گریزپابودن سلامتی، گادامر به این نکته توجه دارد که می‌توان سلامتی را تعریف کرد؛ اما بیش از این چیزی نمی‌گوید، بلکه فقط می‌گوید که چه نگاهی می‌توانیم به سلامتی داشته باشیم:

سلامتی وضعیتی نیست که بتوان آن را از درون احساس کرد، بلکه شرط آنجا بودگی، در جهان بودن، بودن در کنار دیگران، درگیری فعالانه با چیزهایی است که در زندگی اهمیت دارند ... سلامتی ریتم زندگی است؛ فرآیند مستمری که در آن موازنه خود را دوباره تثبیت می‌کند. چیزی است که برای ما شناخته شده است؛ برای مثال در اموری چون نفس کشیدن، خوابیدن و هضم کردن (Ibid:144).

از نظر گادامر، سلامتی حالت درونی نیست، بلکه الگوی عمل در جهان است. این توضیح او تبیین پدیدارشناسانه از سلامتی محسوب می‌شود. اصطلاحاتی چون در آنجا بودگی، در جهان بودن، همگی حاکی از این است که سلامتی چیزی است که از طریق

آن زندگی می‌کنیم، نه چیزی که به سوی آن پیش رویم. هنگامی که سالم هستیم، هر چیزی بدون اینکه به آن توجه داشته باشیم، به روال عادی خود ادامه می‌دهد. از منظر پدیدارشناسی، سلامتی به شیوه‌ای اشاره دارد که انسان از طریق آن جایگاه خود را در جهان می‌یابد؛ پس باید آن را به عنوان فرآیندی پویا در نظر گرفت (Svenaeus, 2001: 95)؛ حالت یا فرآیندی که وقتی همه چیز به آرامی در جریان است و بدون هیچ مانعی به پیش می‌رود، خود را در آن می‌یابیم. انسان در هنگام سلامتی همواره رو به جلو می‌رود؛ زیرا آرامش دارد.^۳

بر این اساس، بیماری مانعی در مقابل سلامتی و روند آرام آن محسوب می‌شود. در هنگام بیماری با مشکلاتی مواجه می‌شویم که در زمان سلامتی به آنها توجهی نداریم. هنگام بیماری بدن، اندیشه، جهان و خلاصه، هر چیزی نظم عادی خود را از دست می‌دهد و با احساساتی چون درد، ضعف و درماندگی مستور می‌شود. می‌توان بیماری را حادثه‌تکان‌دهنده‌ای در زندگی دانست که باعث بازاندیشی در ارزش‌ها و اهداف می‌شود و شرایط زندگی را تغییر می‌دهد. بیماری ارتباط ما را با بدن‌ها، محیط پیرامون، طرح‌ها، اهداف و قضاوت‌هایمان تحت تأثیر قرار می‌دهد (Carel, 2008: 54). ارتباط ما با زمان و مکان و انتظاراتمان از خودمان تغییر می‌کند و زندگی ما دگرگون می‌شود.

۵. بدن زیسته

اما برای اینکه بتوانیم سلامتی و بیماری را از منظر پدیدارشناسی بهتر درک کنیم، به بررسی مفهومی از بدن می‌پردازیم که در پدیدارشناسی مطرح می‌شود؛ و آن بدن زیسته (lived body) است. در قرن بیستم، هوسرل جایگاه خاصی برای بدن قائل شد و اهمیت بدن را با تحلیل پدیدارشناختی به مخاطبان فلسفه نشان داد. از نظر وی، بدن جوهر مادی ممتدی نیست که در مقابل ذهن قرار داشته باشد، بلکه جایگاه انواع متمایزی از احساسات است که آنها را می‌توان از طریق تجربه تنانه احساس کرد و نیز مجموعه‌ای منسجمی از توانایی‌های حسی-حرکتی است که این امکان را به ما می‌دهد هر لحظه از زندگی موقعیت‌مند، عملی و ادراکی خود را تجربه کنیم: «از طریق توانایی‌های حسی-حرکتی است که اشیاء را به هم پیوند می‌زنیم» (Husserl, 1970: 28). از نظر او این بدن، بدنی نیست که بتوانیم به عنوان شیئی در میان اشیائی دیگر درباره آن سخن بگوییم، بلکه این بدن خود من هستیم. بر این اساس، هوسرل مفهوم جدیدی از بدن را مطرح می‌کند که آن را «بدن زیسته» می‌نامد (Husserl, 1993: 90-96). بدن زیسته، بدنی است

که در محور هر تجربه‌ای قرار دارد و از طریق توانایی‌ها و حرکات خود نقش کلیدی در مواجهه سوژه‌های تنانه با جهان پیرامون خود ایفا می‌کند.

چنین برداشتی از بدن، موضوع اصلی فلسفه مرلوپونتی محسوب می‌شود. هدف مرلوپونتی از اتخاذ چنین رویکردی به بدن، کنارگذاشتن دوگانه‌انگاری ذهن و بدن و تأکید بر وحدت انسان و همراهی او با جهانی است که در آن جای گرفته و در آن زندگی می‌کند؛ زیرا «بدن‌بودن با جهان خاصی گره خورده است» (Merleau-ponty, 2005: 171). تفاوت میان بدن زیسته و بدن فیزیولوژیکی را چنین بهتر می‌توان درک کرد که بدن زیسته، بدنی از چشم‌انداز اول‌شخص است؛ بدنی که از درون تجربه می‌شود و در مقابل بدن فیزیولوژیکی قرار دارد که از بیرون بررسی می‌شود. مرلوپونتی در مباحث خود مکرراً از بدن خود شخص سخن می‌گوید که می‌تواند نشان‌دهنده اولویت دیدگاه خود شخص باشد. این بدن هم می‌تواند به عنوان سوژه و هم ابژه در دسترس نگاه خارجی قرار گیرد. در واقع، «ماهیت بدن زیسته این است که هم به عنوان مدرک و مدرک، هم سوژه و ابژه در نظر گرفته شود» (Leder, 1998: 128)؛ بنابراین، با اتخاذ چشم‌انداز اول‌شخص، این امکان را خواهیم داشت که به بدن، آن‌گونه که عموم از آن برداشت دارند، اشاره کنیم؛ اما باید توجه داشت که بدن زیسته، بدن فیزیولوژیکی با استخوان‌ها و زردپی‌ها، اعصاب و اندام‌ها را نیز در خود دارد که می‌توان آنها را از منظر علمی تشریح کرد. ما دو بدن متمایز نداریم، بلکه بدن فیزیولوژیکی نیز جنبه‌ای از بدن زیسته محسوب می‌شود؛ بنابراین، از منظر مرلوپونتی ذهن و بدن به دو قلمرو جداگانه تعلق ندارند، بلکه این دو، یکی هستند. آدمی «سوژه متجسد» (embodiment subject) است:

بدنی که به منزله زیسته درک می‌شود، هم تنانه است و هم خودآگاه. ذهن در بدن است و بدن در ذهن. رویداد ذهنی-بدنی را نمی‌توان بر مبنای مدل دکارتی تصور کرد که دو فرآیند وجودی و شناختی را با هم مقایسه کند، وحدت ذهن و بدن ادغام دو اصطلاح خارجی متقابل نیست؛ سوژه و ابژه، بلکه این وحدت در هر لحظه از جریان وجود فعال می‌شود (Merleau-ponty, 2005: 89).

در این سطح بدن، هیچ تمایزی میان بدن و آگاهی وجود ندارد. بدن زیسته، بدنی است که در تجربه صریح و بی‌واسطه به ما داده می‌شود. این بدن بی‌واسطه احساس و لمس می‌شود. در واقع، بیانگر وجود آدمی نیز زندگی عینی اوست. بر این مبنای، نمی‌توانیم بدنمان را به منزله امری عینی یا به شیوه سوم‌شخص در نظر بگیریم. ارتباط

با بدن زیسته، ارتباطی وجودی است تا نسبتی عینی. در سطح بدن زیسته من بدنی ندارم، بلکه «بدنم هستم» (Ibid:133).

از سوی دیگر، این بدنی که آن را از درون تجربه می‌کنیم، مستقل از جهان نیست. آنجا که بدنی وجود دارد، جهان شخصی نیز وجود دارد و بدن گشوده به جهانی یگانه است. بر این اساس، مرلوپونتی می‌گوید: «جهان از سوژه جدایی‌ناپذیر است، اما از سوژه‌ای که چیزی جز طرح جهان نیست و سوژه از جهان جدایی‌ناپذیر است، اما از جهانی که سوژه خود را به آن می‌افکند» (Ibid: 363)؛ بنابراین، توصیف بدن زیسته، از یک سو روشی برای بیان نحوه ظهور بدن در تجربه است. از سوی دیگر، شیوه‌ای است که بدن به تجربه ما شکل می‌دهد (Gallagher & Zahavi, 2006: 137). بدن دیواری بین من و جهان نیست، بلکه ابزار اولیۀ در جهان‌بودن ماست. به این دلیل نمی‌توانیم اول بدن و سپس ارتباط آن با جهان را بررسی کنیم، بلکه بدن از قبل در جهان است و جهان از طریق آن برای ما آشکار می‌شود؛ بنابراین، بدن زیسته حاکی از وحدتی است که نمی‌توان آن را به اجزایی منفک ساخت. در واقع، بدن، آگاهی و جهان با هم متحد می‌شوند تا کل پیچیده و منحصربه‌فردی را تشکیل دهند که بخش‌های آن خود به‌صراحت از هم جدایی‌ناپذیر و درهم تنیده‌اند (Zaner, 1981: 107). نمی‌توان بدن زیسته را جدای از نظام ذهن، بدن و جهان فهمید.

بدن زیسته آگاهی تنانه‌ای است که در جهان است و با آن درگیر. من نه‌تنها در جهان حضور دارم، بلکه پیوسته به سوی آن حرکت می‌کنم و آن را بر اساس طرح‌هایم سازمان‌دهی می‌کنم؛ پس بدن زیسته کمک می‌کند این جهان به منزله جهان تجربه‌شده قوام یابد. ما نمی‌توانیم معنا و ساختار اشیا را بدون استفاده از توانایی‌های بدنی چون حواس، حرکت، زبان و خواسته‌های خود درک کنیم؛ از این‌رو، بدن زیسته کارکرد استعلایی دارد: «بدن مبنای تقویم جهان بشری است» (Becker, 2004: 127)؛ البته درست همان‌طور که بدن در جهانی که در آن زندگی می‌کنیم، مشارکت دارد، عکس آن نیز صادق است؛ یعنی جهان نیز در تقویم بدن ما سهیم است. بدن انسان در مقام مرکز جهت‌گیری او در جهان، هم انسان را از طریق حواس خود به جهان پیرامونش هدایت می‌کند و هم جهان را مطابق با جایگاه و اعمال بدنی او موقعیت می‌بخشد و این‌گونه، سوژه و جهان در طی فرآیندی با همدیگر متولد می‌شوند.

از نظر مرلوپونتی، بدن جایگاه وجودی انسان است؛ بنابراین، زمانی که بیمار می‌شویم، بیماری فقط اختلالی در کارکرد بیولوژیکی بدن محسوب نمی‌شود، بلکه

اختلال کل وجود ماست. از منظر پدیدارشناسی تنانه، بیماری اختلال موضعی جزئی از بدن نیست، بلکه دغدغه وجودی محسوب می‌شود؛ بنابراین، می‌بینیم که عادت‌ها و اعمال روزمره ما مختل شده است. این اختلال در عادت‌ها اختلالی سطحی یا موضعی نیست. آرامش و مهارتی که با آن کارهای روزمره خود را انجام می‌دهیم، باعث می‌شود فکر کنیم آنها کارهای کم‌اهمیتی هستند، اما در هنگام بیماری این کارهای حیاتی که روزمره ما را شکل می‌دهند و باعث درگیری ما با جهان می‌شوند، پرزحمت می‌نمایند و مورد توجه ما قرار می‌گیرند. این نوعی اختلال در طرح‌ها و توانایی ما برای عمل در جهان است که سبب می‌شود بیماری به تغییری در وجود ما تبدیل شود.

۶. رابطه پزشک و بیمار

اغلب از پزشکان و کارکنان حوزه سلامت به دلیل رفتار سرد و خشک انتقاد می‌شود. این در حالی است که واکنش بیمار به درمان به عوامل ذهنی چون وضعیت عاطفی، میل او به زنده ماندن یا کیفیت روابط او با درمانگر بستگی دارد؛ اما اغلب بیماران گلایه دارند که کادر درمانی رفتار غیرانسانی با آنها دارند. حال می‌خواهیم با استفاده از مطالبی که تاکنون بیان شد، نشان دهیم که علت چنین رفتاری چیست.

هنگامی که بیمار با پزشک خود درباره بیماری‌اش سخن می‌گوید، چنین به نظر می‌رسد که آنها درباره موضوعات متفاوتی صحبت می‌کنند و هرگز نمی‌توانند به توافقی دست یابند. این ناتوانی در برقراری ارتباط از عدم توافق درباره ماهیت بیماری نشئت می‌گیرد. بیماری به جای اینکه خود را به منزله واقعیت مشترکی میان این دو ارائه دهد، خود را به عنوان دو واقعیت متمایز عرضه می‌دارد که یکی از معانی آن کاملاً متفاوت از دیگری است. این عدم توافق ناشی از این است که پزشک و بیمار به جنبه‌های مختلف بیماری توجه دارند. در نظر پزشک، بیماری حالتی است که با مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها تعریف می‌شود که بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. او با توجه به این نشانه‌ها و علائم، بیماری را به عنوان مورد خاصی چون دیابت یا غیره تعریف می‌کند؛ اما بیمار بر وجه دیگری متمرکز است. او آن را به منزله ناتوانی در انجام فعالیت‌های عادی و تأثیراتی که در زندگی روزمره او دارد، تجربه می‌کند. او تجربه‌ای بی‌واسطه و مستقیم از بیماری دارد.

تجربه بی‌واسطه بیمار از بیماری و تبیین علمی بیماری در رابطه پزشک و بیمار اهمیت بسزایی دارد؛ زیرا «شکاف عمیقی بین تجربه بی‌واسطه جهان و تبیین نظری و علمی از ساختار چنین تجربه‌ای وجود دارد» (Ntanson, 1968: 95). در تجربه بیماری،

این شکاف عمیق میان جهان تجربه بی‌واسطه و جهان علم، خود را آشکارا نشان می‌دهد. شاید بتوان تفاوت جهان بیمار با جهان پزشک را با اشاره به مفهوم جهان‌های شوتز توضیح داد. فرد در ساختار تجربه خود، جهان خود را بر اساس زیرمجموعه‌ای از واقعیت یا قلمرو محدودی از معانی درک می‌کند. طبق نظر شوتز، مجموعه‌ای از تجربیات که حاصل تأمل یا شناخت هستند، قلمرو محدود معانی را تشکیل می‌دهند. او بر اساس این قلمروها به وجود جهان‌های مختلفی قائل است؛ از جمله می‌توان به جهان آرزوها، جهان تجربه دینی یا جهان تحقیقات علمی اشاره کرد. بر اساس دسته‌بندی شوتز می‌توان گفت، معنای تجربیات ماست که واقعیت را شکل می‌دهد و نه ساختار وجودی اعیان (Schutz, 1962: 230).

جهان علم به عنوان قلمروی مجزای معانی، کاملاً متمایز از واقعیت بی‌واسطه و تجربی زندگی است. پزشک، بیماری را بر اساس مفاهیم علمی می‌فهمد و برای توصیف بیماری از یافته‌های علمی بهره می‌گیرد. او بیماری را بر اساس داده‌های کمی درک می‌کند و این داده‌ها تنها منبع وی برای درک واقعیت هستند و واقعیت بیماری را برای وی آشکار می‌کنند. در حالی که بیمار از مفاهیمی استفاده می‌کند که به زندگی روزمره او مربوط می‌شوند. تجربه‌ای که بیمار از بیماری دارد، کاملاً متفاوت از توضیحات علمی است. این شکاف میان تجربه زیسته و تبیین علمی، مبنای تحریف معنا در ارتباط پزشک و بیمار محسوب می‌شود؛ پس وقتی پزشک و بیمار درباره بیماری صحبت می‌کنند، درباره واقعیت مشترکی حرف نمی‌زنند؛ بنابراین، برای اینکه بتوانند به معنای مشترکی از بیماری دست یابند، لازم است به این تمایز توجه داشته باشند و از این‌رو، بهتر است پزشک در هنگام معالجه به تجربه زیسته بیمار نیز توجه کند.

چشم‌اندازهای متفاوت پزشک و بیمار حاکی از تعریف نظام‌مند معنایی است که در مواجهه پزشک با بیمار آشکار می‌شود. این تحریف معنا نه تنها به ماهیت بیماری، بلکه به ماهیت تجربه بدن نیز مربوط می‌شود. در واقع، «بیمار بدن زیسته را برای درمان عرضه می‌دارد، در حالی که دکتر بدن دکارتی یا شیء را معالجه می‌کند» (Leder, 1984: 32). همچنین به نظر می‌رسد مواجهه پزشک با بیمار همانند مواجهه او با جسد است؛ چراکه پزشک فقط به دنبال علل بیماری است. او به جای توجه به کل بدن زیسته در بافت زیست-جهان فقط به اندام خاصی توجه دارد. پزشک در مواجهه با بیمار تلاش نمی‌کند دریابد که موضوع چیست، بلکه می‌کوشد تشخیص دهد. مسلماً معیارهایی برای تشخیص وجود دارد. بیمار در صورتی به عنوان مریض شناخته می‌شود که بتوان بر

اساس سابقه بیماری یا یافته‌های آزمایشگاهی معیارهای خاصی در او یافت. در صورتی که پزشک نتواند به این نشانه‌های عینی دست یابد، فرد بیمار محسوب نمی‌شود. با وجود این، بیمار، بیماری را احساس می‌کند (Cassell, 1979: 203). در این رابطه، تحلیل پدیدارشناختی بدن به پزشک کمک می‌کند توجه داشته باشد که بیماری به منزله اختلال در بدن زیسته محسوب می‌شود تا اینکه عملکرد نادرست بدن بیولوژیکی باشد؛ پس، در درمان نیز باید متوجه تجربه زیسته بیمار باشد.

بنابراین، دو نوع نگاه به بدن وجود دارد: پزشک بدن را به منزله امر عینی در نظر می‌گیرد و بیمار آن را بدن زیسته می‌داند و از منظر اول شخص تجربه می‌کند. بر اساس مفهوم بدن زیسته، بیماری را نباید صرفاً به منزله ناکارآمدی ماشین در نظر گرفت، بلکه چیزی است که در سوژه تنانه روی می‌دهد و بر جهان الزامات شخصی تأثیر می‌گذارد. بدنی که بیمار بیان می‌کند، فقط بدن ماشینی نیست؛ بلکه طریقه‌ای است که به واسطه آن جهان تجربه را قوام می‌بخشد و در آن سکنا می‌گزیند؛ بنابراین، لازم است پزشک و بیمار در رابطه خود به نوع نگاه متفاوتی که به بیماری و بدن دارند، توجه کنند.

بنابراین، باید در پدیدارشناسی بیماری به شعار معروف هوسرل توجه داشت: «بازگشت به خود اشیا». در مورد بیماری این شعار را می‌توان چنین تفسیر کرد: بازگشت به خود اشخاص بیمار، و لذا به جای توجه صرف به دیدگاه‌های پزشکی، باید به تجربیات اشخاصی توجه کرد که از بیماری رنج می‌برند.

۷. نتیجه

امروزه در پزشکی مدرن جنبه انسانی پزشکی نادیده گرفته شده و بیشتر به تحقیقات علمی و متعلقات بیولوژیکی آن توجه می‌شود و به رویارویی پزشک با بیمار بر اساس ویژگی‌های زیسته پرداخته نمی‌شود؛ البته، منظور ما این نیست که دیدگاه پزشکی مدرن اشتباه است، بلکه این دیدگاه رویکردی یک‌جانبه و غرض‌ورزانه است که فقط به جنبه‌های خاصی از بیماری توجه دارد و این حقیقت را نادیده می‌گیرد که بیماری از نظر بیمار، تجربه زیسته دردناکی است. امروزه، بیش‌ازپیش متقاعد شده‌ایم که تا حد ممکن برای تشخیص درست، باید به این جنبه نیز توجه داشته باشیم؛ یعنی پزشک باید تلاش کند وارد دنیای بیمار شود. او باید خود را موظف بداند که بیمار را درمان کند، نه بیماری را و از این‌رو، باید به وحدت شخص توجه داشته باشد. این بازنگری نشان می‌دهد که تبیین پدیدارشناختی بیماری متفاوت از تبیین پزشکی و علمی آن است. پدیدارشناسی کمک می‌کند تبیین دقیقی از تأثیر وجودی بیماری ارائه شود.

پدیدارشناسان درصددند تأثیر کلی بیماری را تبیین کنند و از این طریق درک محدود تبیین علمی را نشان دهند؛ اما این بدان معنا نیست که پدیدارشناسی توصیف علمی بیماری را کنار می‌گذارد، بلکه می‌توان توصیف علمی و پدیدارشناختی بیماری را مکمل یکدیگر دانست. تحلیل پدیدارشناختی به ما کمک می‌کند دریابیم الگوی بیومدیکال بیماری، یعنی توجه به اختلال در ارگان‌سیستم بیولوژیکی و آسیب‌شناسی وضعیت بیماری، الگوی کاملی برای حوزه پزشکی نیست؛ پس لازم است برای تبیین کامل بیماری، علاوه بر علائم بالینی، به بیماری، آن‌گونه که تجربه می‌شود، توجه کنیم. در این رابطه، می‌توان گفت که باید بیماری را به منزله نوعی از در جهان‌بودن در نظر گرفت که ویژگی‌های خاصی از خود بروز می‌دهد؛ پس برای درک برداشت بیمار از بیماری، باید به این ویژگی‌ها توجه کرد. چشم‌انداز اول شخص بیمار، دقیقاً همان چیزی است که پزشک به هنگام شروع گفت‌وگوی همدلانه با بیمار، باید به آن توجه داشته باشد.

پی‌نوشت

۱. باید توجه داشت که میزان این نوع محدودیت‌ها بسته به نوع بیماری تفاوت دارد. برای مطالعه درباره یکی از این موارد ببینید:
Bauby, J.D (2007), *The Diving bell and the Butterfly*, London: Harper
۲. نمونه‌ای از این امر را می‌توان در بیماری شیذوفرنی یافت.
۳. با توجه به این تعریف از سلامتی، می‌توان دیدگاه سازمان بهداشت جهانی را درباره سلامتی درک کرد. این سازمان دیدگاه محصلی درباره سلامتی ارائه می‌دهد و معتقد است که «سلامتی وضعیت سلامت کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه غیاب بیماری و ناتوانی است» (Boorse, 2011: 15).

منابع

- رفیقی، سمیه و محمد اصغری (۱۳۹۶)، «نقش پدیدارشناسی مرلپونتی در پزشکی»، پژوهش‌های فلسفی، ش ۲۰، ۱۴۰-۱۱۷.
- Bauby, J.D (2007), *The Diving bell and the Butterfly*, London: Harper Perennial.
- Becker, G. (2004), "Phenomenology of Health and Illness", *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Eds by Carol R. Ember, Melvin Ember, Springer.
- Boorse, Ch. (2011), "Concepts of Health and Disease", *Handbook of the Philosophy of Science. Volume 16: Philosophy of Medicine*, Ed by: Fred Gifford, Elsevier BV.
- Bruner, J. (1985), *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carel, H. (2012), "Nursing and medicine", *Routledge Companion to phenomenology*, eds. Luft, S. and Overgaard, S. London & New York: Routledge
- (2008), *Illness: The art of living*, Abingdon: Routledge.
- Cassell, E, J, (1979), *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*, Dordrecht: D. Riedell Publishing.

- Casey, E. (1976), *Imagining: A Phenomenological Study*, Indiana.
- Descartes, R. (1972), *Treaties on Man*, Trans. T. Hall, Cambridge: Harvard University Press.
- Gadamer, H. (1993), *The Enigma of Health*, J. Gaiger and N. Walker (trans.), Stanford University Press, California.
- Gallagher, Sh. & Zahavi, D. (2006), *The Phenomenological Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*, London & New York: Routledge
- Hass, L. (2008), *Merleau-ponty's Philosophy*, Bloomington: Indiana University Press.
- Heelan, P. (2001), "The Lifeworld and Scientific Interpretation", *Handbook of Phenomenology and Medicine*, ed by Kay Toombs, Springer.
- Heidegger, M. (1993), *Being and Time*, Trans by Macquarie and Robinson.
- Husserl, E. (1993), *Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology*, D. Cairns (trans.), Martinus Nijhoff, The Hague, The Netherlands.
- (1970), *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*, Trans. D. Carr, Northwestern University Press, Evanston, Illinois.
- (1983), *Ideas pertaining to a Pure Phenomenology and to Phenomenological Philosophy I*, Trans. By R. Rojcewicz & A. Schuwer. Dordrecht: Kluwer.
- Kockelmans, J. (1994), *Edmond Husserl's Phenomenology*, Purdue University Press, Indianan.
- Leder, D. (1998), "A Tale of Two Bodies, Cartesian Corpse and the Lived Body", *Body and Flesh*, ed. D. Welton, Blackwell, Massachusetts.
- (1990), *the Absent Body*, University of Chicago Press.
- (1984), "Medicine and Paradigms of Embodiment", *Medicine and Philosophy*, voi.9, no.1, Oxford University Press
- Merleau-ponty, M. (1964), *Signs*, Mc Cleary R., Evanston: Northwestern University Press.
- (2005), *Phenomenology of Perception*, Trans by C. Smith, Routledge: Taylor and Francis Company.
- Moran, D. (2000), *Introduction to Phenomenology*, London & New York: Routledge.
- Natanson, M. (1968), *Literature, Philosophy and the Social Sciences: Essays in Existentialism and Phenomenology*, Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Schutz, Al. (1962), *The Problem of Social Reality*, Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Smith, A.D. (2003), *Husserl and Cartesian Meditations*, London and New York: Routledge.
- Svenaesus, F. (2001), "The Phenomenology of Health and Illness", *Handbook of Phenomenology and Medicine*, ed by Kay Toombs, Springer.
- (2000), *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*, London, Kluwer Academic Publishers.
- Toombs, K. (2001), "Phenomenology and Medicine", *Handbook of Phenomenology and Medicine*, ed by Kay Toombs, Springer,
- Zahavi, D. (2003), *Husserl's Phenomenology*, Stanford University press, Stanford,
- Zaner, R. (1981), *The Context of Self: A Phenomenological Inquiry Using Medicine as a Clue*, Ohio University Press, Athens,
- (1970), *The Way of Phenomenology: Criticism as a Philosophical Discipline*, Western Publishing, New York.