



مفهوم رنج و درد

ما زنده‌ایم به رنج

محمد فراهانی
مترجم

نولیا بوئنو گومز
پژوهشگر فلسفه

نولیا گومز، استاد فلسفه‌ی دانشگاه اویدو اسپانیا است
و در زمینه‌ی هویت و درد و رنج تحقیق می‌کند.

در درک درد تأثیرگذار هستند؛ از جمله در تحمل درد یا آستانه‌ی درد.

رنج به‌عنوان یک تجربه‌ی ناخوشایند یا حتی آزاردهنده که به‌شدت فرد را در سطح روانی و وجودی تحت تأثیر قرار می‌دهد، تعریف می‌شود. حتی زمانی که رنج ناشی از شرایط جسمی نبوده یا قابل مشاهده نباشد (مانند دردی که همراه با آسیب بافت‌های بدن است)، تجربه‌ای در پیش رویمان قرار دارد که نمی‌توانیم آن را در ریتم قلبمان، فشردگی شکممان یا عرق روی دستانمان، ناتوانی ما در خوابیدن، یا وضعیت شانه‌هایمان احساس

حتی زمانی که رنج ناشی از شرایط جسمی نبوده یا قابل مشاهده نباشد، تجربه‌ای در پیش رویمان قرار دارد که نمی‌توانیم آن را در ریتم قلبمان، فشردگی شکممان یا عرق روی دستانمان، ناتوانی ما در خوابیدن، یا وضعیت شانه‌هایمان احساس نکنیم.

نکنیم. حتی اگر رنج از بیماری یا درد سرچشمه نگیرد، می‌تواند باعث ایجاد احساس بیماری در ما شود و حتی باعث بروز بیماری‌های مختلف شود. درد می‌تواند منبع رنج باشد، اما تنها درد نیست، مشکلات اجتماعی مانند فقر، طرد اجتماعی، اجبارهای اجتماعی (مانند فشار همسالان)، جایجایی‌های اجباری و ریشه‌کن شدن نیز می‌تواند رنج‌آفرین باشد. مشکلات وجودی و شخصی مانند غم و اندوه و استرس؛ شرایطی مانند حالت تهوع، ناهنجاری بساوشی، یک بیماری غیردردناک، اضطراب یا ترس نیز می‌تواند عامل رنج باشد. اگرچه درد و رنج ناخوشایند هستند، اما به‌خودی‌خود نیروهای مُعزّب یا سازنده‌ای نیستند که فرد را از بین ببرند یا بسازند، بلکه بخشی از زندگی انسان هستند و خوب شدن انسان نتیجه‌ی تجربه‌های مختلف از جمله درد و رنج است که از آن جایی که به نگرش فرد، منابع مدیریت و همچنین انتخاب‌ها و تعهداتی که به وابستگی شخص به زندگی

هدف این مقاله کمک به مفهوم‌سازی بهتر درد و رنج با ارائه‌ی تعاریف از هر دو پدیده است. چنین تعاریفی برای شناسایی درد و رنج، بحث در مورد چگونگی تسکین آن‌ها و درک بهتر نحوه‌ی بیان و تجربه‌ی آن‌ها مفید خواهد بود. تعاریف ارائه‌شده، با هدف پرهیز از اشتباهات معرفتی و بی‌عدالتی‌های اخلاقی مانند کنارگذاشتن برخی تجربه‌ها از تعریف رنج، زمینه را برای تحقیقات بیشتر در همه‌ی این زمینه‌ها فراهم می‌کند. این تعاریف بی‌اهمیت نیستند، زیرا نحوه‌ی تعریف مفاهیم دارای ابعاد معرفتی، هستی‌شناختی و عملی است.

پزشکی کلاسیک مبتنی بر شواهد درد را از دیدگاه طبیعت‌گرایانه درک کرده و انسان را به دو دسته تقسیم می‌کند: بدن و ذهن. حتی اگر این دیدگاه به موفقیت بزرگی در تسکین درد منجر شده باشد، مشکلات خاصی هستند که تا حدی یا به‌طور کامل حل نشده یا ناشناخته باقی مانده‌اند، از جمله اثر دارونماها، دردهای مزمن و دردهای غیر جسمی.

علاوه بر این، پزشکی کلاسیک مبتنی بر شواهد از نیمه‌ی دوم قرن بیستم به‌طور فزاینده‌ای مورد انتقاد قرار گرفته است.

این مقاله با تبیین مفهوم درد و رنج که در پزشکی کلاسیک مبتنی بر شواهد و ریشه‌های دکارتی آن آغاز خواهد شد و به دنبال آن، بحثی انتقادی درباره‌ی مشارکت‌های صورت‌گرفته توسط چرخش انسان‌گرایانه (با نمایندگی کسل^۱) و در نهایت، پدیدارشناسی و مفاهیم روایی از خویش‌شن و شخص ارائه می‌شود.

جایگزین رویکرد دوگانه‌انگاری ذهن/بدن، افراد را به‌عنوان موجوداتی روان‌فیزیکی و اجتماعی-فرهنگی در نظر می‌گیرد. در این نگاه، هم درد و هم رنج ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی-فرهنگی دارند. درد (مانند لذت) یک فرآیند ناشی از ادراک حسی-جسمی تعریف شده که متعاقباً به‌عنوان یک تصویر ذهنی در مغز شکل می‌گیرد و به دنبال آن احساس ناخوشایند و نیز تغییرات در بدن ایجاد می‌شود. اما چنین فرآیندی نمی‌تواند صرفاً با اصطلاحات عصبی توصیف شود. آگاهی شناختی، تفسیر، گرایش‌های رفتاری، عوامل فرهنگی و آموزشی

و دنیا ارتباط دارد، دارای بُعد وجودی هستند. چنین انتخاب‌های فردی‌ای تحت تأثیر الگوهای اجتماعی و فرهنگی قرار دارند.

زمینه

دوگانگی ذهن/بدن

حتی اگر «مسئله‌ی آگاهی» - «چگونه آگاهی از ماده ناشی می‌شود یا با احتیاط بیشتر، چگونه با ماده مرتبط است» - دارای یک راه حل قطعی نباشد، در ادبیات تحقیقی (به‌ویژه در جامعه‌شناسی و فلسفه‌ی پزشکی) در مورد لزوم زیرسؤال بردن تمایز سنتی دکارتی بین بدن و ذهن یک توافق کلی وجود دارد. کوگلر^۲ برای عدم امکان حل قطعی مسئله‌ی آگاهی استدلال‌هایی را مطرح کرده است و به این نتیجه رسیده که فلسفه باید به کار روی این موضوع ادامه دهد. با این حال، چنین

به نظر دکارت، واضح بود که حالات ذهنی ما به «وضعیت اعضای بدن ما» بستگی دارد. از این رو، پزشکی نه تنها باید به سلامت جسمی، بلکه همچنین به سلامت روحی و روانی کمک کند، و در نهایت منجر به پرورش انسان‌های «عاقل‌تر» شود.

چالش‌هایی (یا حتی امور غیرممکن) ممکن است به این دلیل باشد که ما همچنان به استفاده از مفاهیم کلاسیک ادامه می‌دهیم: اگر هنوز در قالب دوگانگی فکر کنیم، نمی‌توانیم این دوگانگی را حل کنیم. به منظور طرح مجدد مسئله‌ی ذهن/بدن، باید بر اساس «تجسم ذهن» و «تفکر بدن» فکر کنیم.

پس از زیر سؤال بردن دوگانگی ذهن/بدن، مفاهیم رنج و درد نیاز به بازنگری دارند، حتی اگر مفهوم‌سازی جدید واقعاً دشوار باشد. به بیانی ساده، دیگر قابل قبول نیست که درد را فقط جسمی و رنج را فقط از نظر روانی در نظر بگیریم. تمایز دکارتی بین جوهر اندیشنده^۳ و جوهر ممتد^۴ نیروی محرکه‌ای است که در پشت کُل ساختار

تفکر و ساختار علوم پزشکی و روان‌شناسی قرار دارد. زمانی که این تمایز را زیر سؤال بردیم، باید این ساختار تفکر و ساختار را نیز مورد بازنگری قرار دهیم.

زیر سؤال بردن تمایز بدن و ذهن به رنج مداوم آن در تفکر غربی، ایده‌ی جدیدی نیست. درک ماتریالیستی از ذهن (یکی از جایگزین‌های دوگانگی ذهن/بدن) را می‌توان در فلسفه‌ی اپیکور ردیابی کرد. در واقع، همان طور که جانسون اشاره کرده، موازی با تصور دکارتی از بدن و ذهن، یک دیدگاه جایگزین کامل وجود دارد که توسط اسپینوزا توسعه یافته و توسط نیچه و پراگماتیست‌های آمریکایی (به‌ویژه ویلیام جیمز) ادامه یافت.

از نظر دکارت، بدن و ذهن دو جوهر متفاوت با وضعیت هستی‌شناختی متفاوت هستند: بدن مکانیزمی است که در زمان و مکان وجود دارد که هم آن را و هم واکنش‌ها و فرایندهای آن را می‌توان اندازه‌گیری کرد. با این حال ذهن فاقد این ابعاد مکانی و زمانی است و می‌تواند بدون بدن مربوطه وجود داشته باشد. بر این اساس، درد چیزی است که در بدن اتفاق می‌افتد و می‌توان آن را با آسیب‌های قابل مشاهده، فیزیکی و قابل اندازه‌گیری (مثلاً آسیب بافتی) توصیف کرد. در دوره‌ای که اهمیت علوم طبیعی بیشتر می‌شود، مفهوم‌سازی دکارتی از جوهر ممتد، جهانی قابل شناخت را پیش فرض می‌گیرد که بر اساس قوانین طبیعی خاص سازمان یافته است. فرض بر این است که مداخله‌ی علمی در جهان برای پیشرفت بشریت، به‌ویژه در علوم پزشکی، ممکن و مطلوب است. با استفاده از روش‌شناسی علمی، تعمیر یک بدن ممکن است به همان روشی باشد که ما یک ماشین را تعمیر می‌کنیم (یا یک حیوان، زیرا دکارت حیوانات را بخشی از جوهر ممتد می‌دانست). دکارت، خود به کار شناخت جهان مشغول بود تا انسان‌ها را به "اربابان و صاحبان طبیعت" تبدیل کند و روشی علمی را پیشنهاد کرد که با استفاده از آن می‌توان اوضاع زندگی را بهبود بخشید. او به عقل انسان تا آن جایی اعتماد می‌کند که معتقد است پیشرفت در پزشکی می‌تواند ما را از بیماری و حتی ضعف ناشی از پیری



دکارت، که خردگرا بود اما ایده آلیست نبود، اهمیتی نداشت، چون حاضر نبود وجود «جسمی» خود را برای دفاع از عقاید خود به خطر بیندازد (او ترجیح داد قواعد و قوانین زمان خود که با عقایدش ناسازگار بود بپذیرد تا با خطر زندان و سایر عواقب قانونی مواجه نشود).

بنابراین دوگانه‌انگاری دکارتی به معنای کنار گذاشتن بدن نیست. با این حال، دکارت به وجود یک روح جاودانه که می‌تواند به تنهایی و بدون بدن بایستد، معتقد بود. داماسیو در این جا «اشتباه» دکارت را در این ایده می‌بیند که ذهن می‌تواند مستقل از بدن وجود داشته باشد یا حتی عمل کند.

مفهوم‌سازی درد و رنج در پزشکی کلاسیک مبتنی بر شواهد

درد و رنج را نمی‌توان منحصرراً با عبارات طبیعی و علمی، حداقل تحت دیدگاه خاصی از چیستی علم، درمان کرد. پزشکی در پایان قرن هجدهم با ظهور پزشکی بالینی و مبتنی بر شواهد به یک علم تبدیل شد. بنابراین رنج و درد از متن الهیات جدا شد و

رهایی بخشید، بنابراین اولین نشانه‌های نگرشی را نشان می‌دهد که در دوران روشنگری به اوج خود می‌رسد و سپس افول می‌کند. در قرن بیستم، هنگام آشکارشدن خطرات مداخله‌ی علمی و فناوری، دیدگاه دکارتی باعث توسعه‌ی پزشکی بالینی به عنوان یک علم تجربی مبتنی بر شواهد شد.

با این حال، برای دکارت، واضح بود که حالات ذهنی ما به «وضعیت اعضای بدن ما» بستگی دارد. از این رو، پزشکی باید نه تنها به سلامت جسمی، بلکه همچنین به سلامت روحی و روانی کمک کند، و در نهایت منجر به پرورش انسان‌های «عاقل‌تر» شود. چراکه پزشکی قادر به ارائه‌ی دانش علمی در مورد بدن انسان است (که به خرد کمک می‌کند) و هم از آن جا که پزشکی دانش مفیدی در مورد بدن ارائه می‌دهد که ممکن است انسان‌ها را از بیماری و ضعف‌رهایی بخشید. بنابراین آن‌ها را قادر می‌سازد تا هوش خود را برای افزایش دانش بشریت توسعه دهند و به کار گیرند.

به طور خلاصه، درست نیست که بگوییم بدن برای



به صورت علمی مورد درمان قرار گرفت. پزشکی شروع به سازمان دهی نظام مند رنج و درد در محیط های بالینی کرد؛ جایی که می توان بیماران را مشاهده و علائم و بیماری ها را با هم مقایسه و تا حد امکان به صورت خنثی توصیف کرد: همان طور که فوکو توضیح داده است، پزشک باید از بیمار فاصله بگیرد تا حقیقت آسیب شناسی را دریابد.

از آن جایی که بدن ها و فرآیندهایش به شکلی استاندارد شده و جهانی در نظر گرفته شدند، بنابراین به بیماری و درد نیز به عنوان چیزی که در بدن قرار دارد،

چالش پزشکی مبتنی بر شواهد، توصیف عینی علائم و بیماری ها و درمان های اثبات شده ی تجربی، برخورد با پدیده ای مانند درد است که ممکن است با علائم فیزیکی مرتبط باشد یا نباشد یا تسکین آن تحت تأثیر تجویز داروهای خاص باشد یا نباشد.

برخورد با پدیده ای مانند درد است که ممکن است با علائم فیزیکی مرتبط باشد یا نباشد، تسکین آن تحت تأثیر تجویز داروهای خاص باشد یا نباشد. تسکین با داروهای خاص نیز همیشگی و یکسان نیست و قطعاً به دلیل شرایطی که اندازه گیری علمی آن ها دشوار یا غیرممکن است، از جمله عوامل آموزشی، اعتقادات اخلاقی یا مذهبی یا نگرش های شخصی تعدیل می شود. همان طور که پدیدارشناسان در قرن بیستم تلاش کرده اند نشان دهند بدن ها چیزی فراتر از مکانیسم های صرف هستند. انتزاع "واقعیت پاتولوژیک" از بدن و بدن از شخص، اگر چه نتایج چشمگیری در درمان ها و پیشرفت های پزشکی داشته، اما با این حال، ثابت شده است که محدودیت هایی نیز دارد.

در گُل تاریخ پزشکی درد مورد علاقه ی این علم نبوده است. البته درد نیز مانند رنج همیشه به پزشکی مربوط بوده، اما درمان بیماری ها و جست و جوی شفا و جمع آوری دانش و تخصص لازم برای انجام این کار به صورتی موثرتر در آینده تعریف بهتری از هدف پزشکی

نگاه شد. در چنین نگاهی، آگاهی از حقیقت پزشکی و علمی درد، هم مستلزم انتزاع بدن از شخص و هم به منظر آسیب شناختی از تمام عملکردهای طبیعی بدن است. این تحولات باعث پیدایش رویکردی مدرن و مشکل آفرین برای مقابله با درد و رنج شد.

به گفته ی ری، در سپیده دم قرن نوزدهم، پزشکان به دنبال تک نشانه ای بودند که ابهامات ذاتی علائم بیماری ها را برطرف کند. آن ها می خواستند نشانه ای بیابند که معنای آن به اندازه ی ضایعه ای که در تشریح پیدا می شود مشخص باشد. با این حال، آنها نه تنها باید با علائم متعدد درد، بلکه با تعامل خاص بین پزشک و بیمار که در آن، آگاهانه یا ناآگاهانه، پزشک نگرش متمایزی در ارتباط با جزئیات علائم دردناک خویشتن بیمار اتخاذ می کند، مواجه شوند.

چالش پزشکی مبتنی بر شواهد، توصیف عینی علائم و بیماری ها و درمان های اثبات شده ی تجربی،

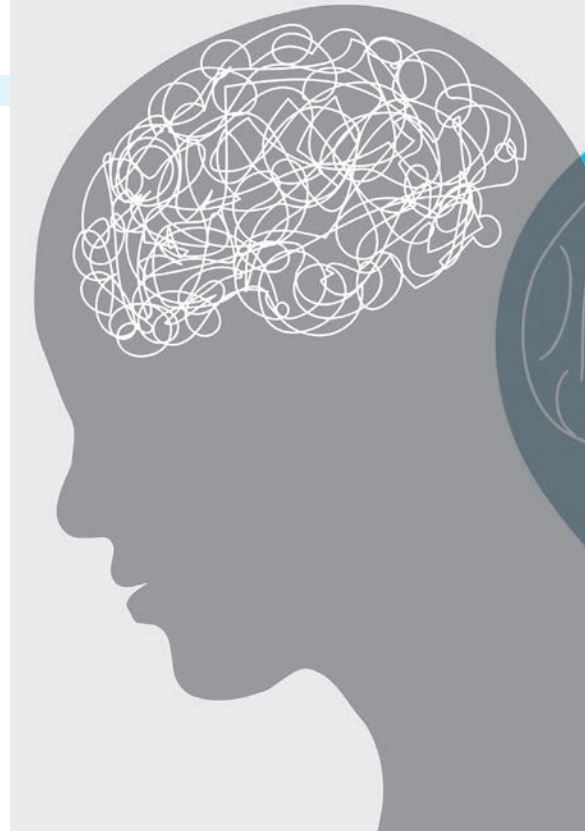
دانش در رشته‌ی پزشکی و جلوگیری از یک بیماری کم‌و بیش محتمل در آینده است. در هر صورت، واقعیت این است که درمان‌های پزشکی و شفا می‌تواند - و معمولاً - عواقب دردناکی داشته باشد و باعث رنج شود.

تلاش برای نگاه انتزاعی به بیماری‌ها به‌منظور شناخت «حقیقت» علمی واقعیت آسیب‌شناختی، و روش‌شناسی تجربی، همراه با این ایده که شفا هدف نهایی پزشکی است، طی چند دهه‌ی اخیر در کانون انتقادات علیه پزشکی قرار گرفته است. خواسته‌های جدید سازمان‌های حرفه‌ای و بیماران، و همچنین

بیمار مدرن انتظار دارد در مورد تصمیمات پزشکی مربوط به خودش با او مذاکره شود، زیرا تصمیمات پزشکی هرگز کاملاً "علمی" نیستند، بلکه وجه اخلاقی و/یا سیاسی هم دارند.

جنبش اخلاق زیستی که از دهه‌ی ۱۹۶۰ شروع شد، با هشدار درباره‌ی خطرات پیشرفت‌های فنی-علمی و زیر سؤال بردن عمومی اقتدار در بسیاری از جبهه‌ها به جنبشی تبدیل شد که خواهان شکلی «انسانی‌تر» از پزشکی مرتبط با زمینه‌های اجتماعی بود. این انتقادات به‌عنوان «چرخش انسان‌گرایانه» شناخته شد و از جبهه‌های مختلفی ظهور کرد: جنبش آسایشگاه، جنبش‌های حقوق زنان، انتقادهای انسان‌گرایانه‌ی مسیحیت علیه غلبه‌ی نگاه پزشکی، اخلاق زیستی و انتقادهای آن از پدرخواندگی علم پزشکی، نقدهای پُست مدرن از علم پزشکی، و رویکردهای پدیدارشناختی و روایی به اقدامات پزشکی و تجربه‌های بیماران.

تاریخ، فلسفه و جامعه‌شناسی پزشکی نیز بر خط‌پذیری و محدودیت‌های این علم با توجه به ابعاد تاریخی و جامعه‌شناختی و مفروضات هستی‌شناختی آن تأکید داشتند. با توجه به این بحث‌ها و انتقادهای



در همه‌ی زمان‌ها است.

اصل اخلاقی بقراطی «اولین اصل این است که صدمه نزنیم»^۵ اغلب به این معنا تفسیر شده است: ایجاد درد (درد ناخوشایند) اگر برای هدف نهایی درمان انجام شود مُضر نیست. در واقع، این ایده که درد بیشتر می‌تواند درد کمتر را از بین ببرد نیز منشأ بقراطی دارد. این اصل به‌ویژه در قرن نوزدهم توسط پزشکانی مورد توجه قرار گرفت که معتقد بودند درد می‌تواند برای درمان مفید باشد: روش «موکساً» شامل قراردادن مخروط سوزان روی پوست بیمار مبتلا به یک بیماری به‌منظور تزریق انرژی خارجی به بدن و تحریک روند بهبودی است. در این روش، درد ناشی از زخم سوختگی در تکان دادن بدن برای مبارزه با بیماری یا دردی که بیمار در وهله اول از آن رنج می‌برد، ضروری در نظر گرفته می‌شود. اگر چنین روش‌هایی منجر به بهبودی یا ارتقاء کیفیت زندگی مان می‌شود، معمولاً مایل به پذیرش برخی مزاحمت‌ها یا حتی اثرات ثانویه‌ی شدید و دردناک آن‌ها هستیم. چالش برانگیزتر وارد کردن آسیب به‌منظور ارتقاء



مدرن انتظار دارد در مورد تصمیمات پزشکی مربوط به خودش با او مذاکره شود، زیرا تصمیمات پزشکی هرگز کاملاً "علمی" نیستند، بلکه وجه اخلاقی و/یا سیاسی هم دارند. به عنوان مثال، تصمیم به پذیرش یا ردّ یک درمان پزشکی به منظور جلوگیری از یک بیماری احتمالی نمی تواند به صورتی "عینی" اتخاذ شود، زیرا این یک تصمیم صرفاً عینی نیست و شامل مسائلی مانند ارزیابی اثرات ثانویه‌ی درمان، ارزش‌ها و اولویت‌های شخصی فرد آسیب‌دیده، یا توانایی او برای پذیرش خطر است. بُعد علمی تصمیم فقط یک بُعد در میان ابعاد بسیار دیگر است. بنابراین چالشی که قبلاً ذکر شد همچنان پابرجاست، زیرا اکنون پزشک موظف است به بدن بیمار به گونه‌ای نگاه نکند که گویی صرفاً ماشینی است که برای تعمیر آمده و فقط درد جسمی را در نظر نگیرد و به دردهای غیر جسمی، اثرات ثانویه‌ی درمان‌ها، شرایط شخصی بیمار و موارد دیگر هم توجه کند. این وضعیت مستلزم مفهوم‌سازی مجدد درد و رنج و بحث جدی در مورد اهداف پزشکی و نقش آن در جامعه است.

شدید و در عین حال ناتمام، پزشکی بالینی شروع به تغییر کرده و هم‌زمان با گسترش ابعاد فنی، به طور کم‌وبیش محدودی اصلاحات مورد نیاز را انجام داده است.

رویکردهای انتقادی و کنشگری‌های اجتماعی موازی با آن‌ها، روش‌ها، اهداف و پیامدهای پزشکی را به شیوه‌های مختلف به چالش کشیده‌اند. برای مثال، جنبش آسایشگاه به‌ویژه به غلبه‌ی «هدف شفابخشی» به جای «هدف تسکینی» در علم پزشکی مربوط می‌شود.

سیسلی ساندرز و الیزابت کوبلر راس با تأکید بر لزوم مراقبت از بیماران حتی لاعلاج، پیشگام این جنبش بودند. جابجایی هدف شفا و قرار دادن "مراقبت" در کانون مراقبت‌های بهداشتی، مستلزم افزایش علاقه به پدیده‌های درد و رنج در تمام ابعاد آن‌ها و همچنین تحقیقاتی است که درباره‌ی بهبود و فقدان درد در بیماران انجام شده است.

همه‌ی این رویکردهای انتقادی باور دارند که دیگر نباید بیمار را "بیمار" در نظر گرفت؛ یک فرد منفعل که صبورانه منتظر درمان و معاینات پزشکی است. بیمار

نتایج

انسان‌گرایی پزشکی کسل

اثر کسل با عنوان ماهیت رنج و اهداف پزشکی اولین بار در سال ۱۹۸۲ منتشر شد و تأثیر قابل توجهی بر بحث‌های بعدی در مورد مفهوم‌سازی پزشکی و مدیریت رنج و درد داشته است. در واقع، این بحث هنوز هم به پایان نرسیده است. این اثر را می‌توان در زمره‌ی آثار نظری «چرخش انسان‌گرایانه» در پزشکی طبقه‌بندی کرد. کسل از پزشکی بالینی مبتنی بر شواهد، وابستگی آن به دوگانه‌انگاری دکارتی، مفهوم‌سازی آن از درد و رنج و مدیریت آن‌ها و همچنین اهداف پزشکی انتقاد می‌کند. او دقیقاً آن ویژگی‌های پزشکی را مورد انتقاد قرار می‌دهد که آن‌را به علم تبدیل کرده است، یعنی فرآیندهای انتزاعی که در بالا ذکر شد؛ این واقعیت که «پزشکان آموزش دیده‌اند تا بر بیماری‌ها تمرکز کنند و شباهت‌های آن‌ها را در نظر گیرند، نه تفاوت‌هایشان را». و این که «روش‌های تشخیصی برای مشاهده‌ی یک چیز خاص از یک بیماری طراحی شده‌اند». از نظر او، تقسیم‌ناپهنگام بدن و غیر بدن، و تمرکز بر درمان بیماری‌های جسمانی، پزشکی را به انجام کارهایی سوق می‌دهد که «بیمار به عنوان یک شخص» از آن‌ها رنج می‌برد. به عبارت دیگر، پزشکی نه تنها درد را به طور ناکافی درمان می‌کند (چراکه درک و درمان درد فقط در رابطه با علائم قابل اندازه‌گیری و مشاهده و تعمیم آن در زمینه‌ی یک بیماری انجام می‌شود)، بلکه باعث ایجاد رنج که بدون تشخیص و تسکین باقی می‌ماند، نیز خواهد شد.

در مقابل، مفهوم‌سازی کسل از درد و رنج بر ابعاد معنادار آن‌ها و پیامدهای منفی انتزاع درد از فرد دردمند تأکید می‌کند. در این مفهوم‌سازی این‌گونه در نظر گرفته می‌شود که همیشه یک فرد است که درد یا رنج را احساس می‌کند، و تجربه‌ی او توسط مفروضات شخصی، الگوهای فرهنگی، مسائل شناختی و حتی باورهای مذهبی تعیین می‌شوند.

کسل درد را نه تنها به عنوان یک احساس، بلکه «به عنوان تجربه‌ای نهفته در باورها درباره‌ی علل

بیماری‌ها و پیامدهای آن‌ها» و رنج را به عنوان «پیشانی شدید مرتبط با رویدادهایی که سلامت فرد را تهدید می‌کند» تعریف کرده است. از نظر او درد و رنج هر دو دارای ابعاد فیزیکی و روانی هستند و از این نظر، درست است که کسل از برقراری ارتباط کلاسیک بین درد و بدن رنج و ذهن اجتناب می‌کند.

کسل درد را معنایی در نظر می‌گیرد که سوژه‌ها به آن نسبت می‌دهند و این معنا از فرهنگی به فرهنگ دیگر و از فردی به فرد دیگر تغییر می‌کند. به گفته‌ی کسل، رنج نیز زمانی شروع می‌شود که

پزشکی نه تنها درد را به طور ناکافی درمان می‌کند، بلکه باعث ایجاد رنج که بدون تشخیص و تسکین باقی می‌ماند، نیز خواهد شد.

«فرد بیمار باور کند که سلامتی‌اش در خطر است». بنابراین درد لزوماً مستلزم رنج نیست و رنج (تهدیدی علیه «یکپارچگی فرد») می‌تواند ناشی از تجربه‌های دیگری باشد. کسل پیشنهاد می‌کند که پزشکی باید نسبت به فرد و معانی‌ای که او به درد/بیماری‌اش نسبت می‌دهد حساس‌تر باشد، و باید به طور خاص درد را درمان کند. بنابراین باید به «منابع ذهنی» خاصی مانند «احساسات، شهود، و حتی ورودی حواس» به منظور مقابله با رنج بیماران توجه شود. محققان دیگر نیز بر اهمیت ظرفیت‌های خاصی مانند حساسیت و همدلی در یک پزشک، ایجاد «شیوه‌ی عاطفی درک بیمار» در زمینه‌ی تلاش برای انسانی‌سازی پزشکی تأکید کرده‌اند.

اما کسل همچنین معتقد است که می‌توان روشی را طراحی کرد که ابعاد ذهنی درد و رنج را به اطلاعات قابل انتقالی تبدیل کند تا پزشکان بتوانند از آن برای توسعه‌ی درمان‌های جامع‌تر (نه تنها برای درمان یک بیماری،



کسل درد را نه تنها به عنوان یک احساس، بلکه به عنوان تجربه‌ای نهفته در باورها دربارهی علل بیماری‌ها و پیامدهای آن‌ها و رنج را به عنوان "پیشانی شدید مرتبط با رویدادهایی که سلامت فرد را تهدید می‌کند" تعریف کرده است.

بدانیم فرد «یکپارچه» کیست. تعریف هنجاری کسل از «یکپارچگی» شامل ابعادی مانند آینده‌ی درک‌شده، شخصیت، بدن، تجربه‌ها و خاطرات گذشته، پیشینه‌ی فرهنگی، رفتار، روابط با دیگران و نگرش سیاسی فرد است. شخص «یکپارچه» در میان همه‌ی این ابعاد، باید نوعی تعادل یا انسجام داشته باشد. اسوینیوس^۷ دشواری ذاتی پیشنهاد کسل را تشخیص

بلکه برای تسکین رنج شخص بیمار) استفاده کنند. به این ترتیب، اهداف پزشکی باید دوباره فرمول‌بندی شوند. با این حال، حداقل دو مشکل در مفهوم‌سازی کسل از رنج وجود دارد. اولین مورد این است که تعریف او از رنج به درک مبهمی از آن توسط شخص بستگی دارد و بیش از حد محدودکننده است. تعریف رنج به عنوان تهدیدی علیه «یکپارچگی» فرد مستلزم این است که

قابل نقد است. اگر چه انسان‌ها دارای تجربه‌ها و ابعاد روایی هستند، اما نه خویشتن و نه زندگی به‌طور کامل و قطعی‌ای با یک روایت متحد نمی‌شوند. داستان‌هایی که درباره‌ی تجربه‌های خویشتن به خودمان می‌گوییم، مطمئناً منابع مهمی هستند که از آن‌ها برای ارتباط و رشد خودمان استفاده می‌کنیم. اما چنین داستان‌هایی تنها منبعی نیستند که برای چنین اهدافی مورد استفاده قرار می‌گیرند. به‌عنوان مثال، ما با خودمان نیز وارد گفتگو می‌شویم - فرایند تفکر به‌عنوان نوعی گفت‌وگوی درونی تعریف شده است. علاوه بر این،

درد لزوماً مستلزم رنج نیست و رنج (تهدیدی علیه «یکپارچگی فرد») می‌تواند ناشی از تجربه‌های دیگری باشد.

چنین داستان‌های درونی‌ای همیشه کثرت‌گرایانه هستند: آن‌ها تجربه‌های گذشته‌ی ما را در پرتو علائق یا تجربه‌های فعلی‌مان تفسیر می‌کنند. از این‌رو ما در طول زندگی‌مان داستان یکسانی در مورد گذشته خود نمی‌گوییم، صرفاً به این دلیل که گذشته‌ی ما هر روز تغییر می‌کند و تجربه‌های جدیدی به‌دست می‌آوریم که به‌راحتی می‌توانند تفسیرهایمان از تجربه‌های قبلی را تغییر دهند و ما نیاز داریم یا می‌خواهیم که گذشته‌ی خود را به‌گونه‌ای متفاوت در حال و آینده درک کنیم. داستان‌های ما در مورد آینده بسیار انعطاف‌پذیرتر و نامطمئن‌تر هستند: آینده قلمروی ناشناخته‌ای است که به‌آرامی تبدیل به حال و سپس گذشته می‌شود و هر بار ما را غافلگیر می‌کند.

بنابراین زندگی یک «روایت» نیست، یک روایت واحد از تولد تا مرگ. روایت‌ها و تفاسیر مختلفی در مورد زندگی یک فرد به‌طور مداوم از دیدگاه‌های مختلف نوشته



می‌دهد؛ مشکل اندیشیدن به «فرد به‌عنوان یک کل» (یا این که چگونه می‌توان نوعی یکپارچگی را در بین همه‌ی این ابعاد صورت‌بندی کرد)، و بنابراین جایگزینی ارائه می‌دهد: درک زندگی به‌عنوان یک روایت و «تأکید بر بُعد تجربی و کنارهم‌نگه‌داشتن حالت‌های آگاهی که خویشتن را می‌سازد».

با این حال، تبیین روایی از خویشتن و زندگی نیز



آلبرشت ولمر دو ایده‌ی مهم را ذکر می‌کند که با تعریف کسل در تضادند. روان‌کاوی فرویدی ایده‌ی یک سوژه‌ی مستقل را به چالش می‌کشد: انسان‌ها همیشه دقیقاً و به‌طور کامل نمی‌دانند چه می‌خواهند، چه می‌کنند یا چرا کاری را انجام می‌دهند، زیرا تحت‌تأثیر نیروهای روانی، اجتماعی و روابط قدرت هستند.

ویتگنشتاین و فلسفه‌ی زبان نیز این ایده را به چالش می‌کشند که سوژه‌ها آخرین نویسندگان و داوران آنچه می‌گویند هستند. عبارات معنی‌دار ما برای خودمان کاملاً شفاف نیستند.

علاوه بر این، نظریه‌های پُست مدرن بر تناقض‌های میان نقش‌های اجتماعی مختلف یک شخص، بُعد

می‌شود. هرگز تاریخ قطعی‌ای وجود ندارد. داستان‌های مربوط به زندگی همیشه پراکنده و جزئی هستند و نمی‌توان آن‌ها را جز از منظری خاص، بسته به تأکید موردنظر فرد، بیان کرد. آن‌ها سبب نمی‌شوند که در بین چندین بُعد یکپارچگی داشته باشیم.

بنابراین، تعریف کسل از «شخص یکپارچه» یک ایده‌آل دست‌نیافتنی است که این ایده را در برمی‌گیرد که افراد برای خودشان شفاف‌اند (خود را کاملاً می‌شناسند)، منسجمند، قادر به طراحی نوعی داستان منحصر‌به‌فرد از گذشته و آینده‌شان هستند. این تعریف با توجه به نظریه‌های معاصر درباره‌ی خویش‌شنی به‌روز نیست.

رویکرد پدیدارشناختی

مفهوم‌سازی پدیدارشناختی رنج و درد، جایگزین جذابی برای نظریه‌های دوگانه و درک مکانیکی بدن ارائه می‌کند. برخلاف رویکرد علمی، که در آن بدن از منظر سوم شخص دیده می‌شود، ایده‌های پدیدارشناختی دیدگاه تجربه‌محور را فرض قرار می‌دهند که یک نوع دیدگاه اول شخص است. یک رویکرد پدیدارشناختی خوب صرفاً یک روایت ذهنی از یک تجربه‌ی شخصی نیست، بلکه می‌تواند عناصر حیاتی چنین تجربه‌ای را که به‌عنوان منابع معنی‌دار برای سایر افرادی که سعی در درک تجربه‌های مشابه دارند، به کار گیرد.

زندگی یک «روایت» نیست، یک روایت واحد از تولد تا مرگ، روایت‌ها و تفاسیر مختلفی در مورد زندگی یک فرد به‌طور مداوم از دیدگاه‌های مختلف نوشته می‌شود.

نمونه‌ی بسیار خوبی از چنین دیدگاهی را می‌توان در اثر مزاحم^۱ ژان لوک نانسی یافت، که در آن هدف او، از نظر فلسفی و پدیدارشناسی، درک "تجربه‌ی زیسته" اش از پیوند قلب، درمان‌های تهاجمی پزشکی مرتبط و اثرات ثانویه‌ی حاد آن‌ها مانند لنفوم است. نانسی تجربه‌ی خود را نه تنها با گفتن داستان خود، بلکه با درک نظری آن از طریق استفاده از مفهوم "مزاحم" و ایده‌ی "دخال" برای درک تجربه‌ی دریافت یک اندام جدید و رد آن توسط سیستم ایمنی و در نهایت سرطان و درمان‌های بعدی مفهوم‌سازی می‌کند. عجیب‌بودن توصیف‌ها و تجربه‌های او منحصر به فرد نیست. تأمل نانسی در مورد عواقب اخلاقی پیوند اعضا و دیگر گزینه‌های درمانی پزشکی، همگی نکات مهمی را برای بحث بیشتر مطرح می‌کنند.

به‌طور خلاصه، پدیدارشناسی امری صرفاً ذهنی

غیرمنطقی او و این واقعیت که رفتارهایش (حتی توسط خودش) قابل پیش‌بینی نیستند، تأکید می‌کنند. از این منظر یک شخص هرگز کاملاً منسجم نیست و نمی‌تواند "یکپارچه" باشد. با این حال ممکن است بتوان رنج را به‌عنوان تهدیدی برای آنچه که شخص در هر لحظه به‌عنوان یکپارچگی خود می‌داند، تعریف کرد.

اما چنین تعریفی از رنج بسیار گسترده است و در تعیین مرزهای رنج و درد، مشکلاتی ایجاد می‌کند. همان‌طور که بعداً نشان خواهیم داد رنج را می‌توان به روش‌های مختلفی تجربه کرد، نه لزوماً به‌عنوان تهدیدی علیه یکپارچگی او. بنابراین این تعریف نمی‌تواند به‌درستی آنچه که در همه‌ی تجربه‌های رنج مشترک است شناسایی کند. علاوه بر این، رنج‌هایی وجود دارد که برای تقویت هویت کاربرد دارد (مانند جستجوی آگاهانه‌ی رنج، از جمله خودآزاری‌ها و سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز). این نوع رنج‌ها در تضاد مستقیم با تعریف کسل است، زیرا جست‌وجوی رنج برای ساختن یا تقویت هویت، تأیید خویشتن یا شناسایی آن توسط ارزش‌های خاصی مانند قدرت یا شجاعت صورت می‌گیرد.

مشکل دوم تعریف کسل از رنج توسط برود مورد بحث قرار گرفته است: تجربه‌ی رنج ممکن است یک عنصر واقعاً ذهنی داشته باشد که نمی‌تواند به‌صراحت از طریق زبان نشان داده شود و «هرگز نمی‌تواند و نباید به یک شیء در پزشکی یا غیر آن تبدیل شود». پزشکی می‌تواند به ابعاد ذهنی و نمادین رنج و درد توجه کند، پزشکان را می‌توان طوری تربیت کرد که با افراد بیمار همدلی بیشتری داشته باشند و نسبت به نیازهای واقعی آن‌ها حساس‌تر باشند. این "داروی انسانی" مدیریت بهتری برای درد و رنج است. با این حال، این سوال باقی است که آیا واقعاً می‌توان رنج را صرفاً با دارو و با روش‌های کاملاً علمی درمان کرد، با توجه به این واقعیت که تمامی رنج‌ها به درد یا بیماری مربوط نمی‌شوند و بُعد وجودی رنج که شامل انتخاب‌های شخصی مربوط به دلبستگی فرد به زندگی و دنیا است نیز وجود دارد که غیر قابل انتقال به دیگری است. و در برابر چنین رنج‌هایی پزشکی محدودیت‌های جدی‌ای دارد.



نیست (اگر چه تجربه‌ی شخصی را در برمی‌گیرد) و رویکردهای پدیدارشناختی خوب ابزارهای فلسفی قدرتمندی هستند. از آن جایی که آن‌ها می‌توانند دیدگاه اول شخص، «تجربه‌ی زیسته»، را در خود بگنجانند، پتانسیل بالایی برای مطالعه‌ی رنج و درد از منظری دارند که ماهیت صرفاً علمی یا پزشکی ندارد.

پدیدارشناسان با استفاده از مفاهیمی مانند "تجسم" و "جسم زنده" - در تقابل با "بدن فیزیکی" - بر "تجسم ذهن" تأکید کرده‌اند و به نقش حیاتی بدن در تجربه‌ی انسان و این فرض که ما جهان را از طریق بدن زنده

پدیدارشناسان با استفاده از مفاهیمی مانند "تجسم" و "جسم زنده" - در تقابل با "بدن فیزیکی" - بر "تجسم ذهن" تأکید کرده‌اند و به نقش حیاتی بدن در تجربه‌ی انسان و این فرض که ما جهان را از طریق بدن زنده خود تجربه می‌کنیم، پرداخته‌اند.

ذهن/بدن و در نظر گرفتن بدن به‌عنوان یک "شیء قابل اندازه‌گیری" صرفاً را به چالش می‌کشد. تبیین ارائه‌شده توسط فرانکل قانع‌کننده است: بدن خود قادر است به یک موقعیت سخت پاسخ دهد، زیرا "ما بدنی داریم که قادر به پاسخ‌گویی به جهان بدون نیاز به هیچ‌گونه فعالیت بازتابی است."

حتی می‌توان یک قدم فراتر رفت: اگر یک فرد را به‌عنوان یک کلیت روان‌فیزیکی تصور کنیم، تصور این که بدن او به روش‌های معنی‌داری واکنش نشان می‌دهد غیرقابل قبول نیست. چرا که «بیمار توانایی شفا را در یک موقعیت خاص درک خواهد کرد و بنابراین بدنش را می‌فهمد». بنابراین به‌همان شکلی که فعالیت حرکتی غیرانعکاسی ما در جهان شکل می‌گیرد به در خواست شفای صورت‌گرفته نیز پاسخ می‌دهد. اعتقاد بر این است که عوامل فرهنگی، اجتماعی و

خود تجربه می‌کنیم، پرداخته‌اند. این فرض پیامدهای متفاوتی را برای درک درد و رنج به‌دنبال دارد، مانند این ایده که اگر درد داشته باشیم یا رنج بکشیم آن را در بدن خود نیز احساس می‌کنیم، که بر نحوه‌ی تجربه‌ی ما از جهان تأثیر می‌گذارد. وقتی یک بدن شفاف، ساکت یا حتی "غایب" دردناک باشد، ما نیز جهان را از طریق این بدن دردناک تجربه خواهیم کرد.

چشم‌انداز

رویکردهای پدیدارشناختی به «تفکر بدن» نیز کمک کرده‌اند. همان‌طور که در مورد تبیین پدیدارشناختی «اثر دارونما»، یکی از پدیده‌هایی که تبیین‌های کلاسیک علم پزشکی را به چالش می‌کشد، کمک کرده‌اند. فرانکل این چالش را به‌صورت زیر فرمول‌بندی کرده است: "چگونه یک انتظار ذهنی شخصی مرتبط با مصرف یک قرص دارونما می‌تواند به‌عنوان یک تغییر قابل مشاهده و عمومی در بدن ظاهر شود؟" اثر دارونما به‌ویژه تمایز

رنج هستند مفید یا معنادار نیست. به بیان دیگر، از خودبیگانگی توصیف شده توسط نانس می تواند یک بُعد اساسی از یک نوع رنج را دربرگیرد، اما همه‌ی انواع رنج را تعریف نمی کند. تعاریف رنج به عنوان تهدیدی علیه «شخص سالم»، بیگانگی از خود، «خلق بیگانه شده» یا «وجودی ناخوشایند در جهان» بیانگر تجربه‌های متفاوتی از رنج است، اما همه‌ی این‌ها توصیف‌های کاملی نیستند و بدین ترتیب تعاریف خوبی نیستند. همان‌طور که کلینمن^۹ بیان می کند، «پرهیز از اختصاصی سازی، طبیعی سازی یا احساساتی سازی رنج

پرهیز از اختصاصی سازی، طبیعی سازی یا احساساتی سازی رنج مهم است. رنج کشیدن یک نوع خاص ندارد و هر رنجی مرتبط با زمان و مکانی است که در آن تجربه می شود.



مهم است. رنج کشیدن یک نوع خاص ندارد و هر رنجی مرتبط با زمان و مکانی است که در آن تجربه می شود.»

گم کردن خود یا یافتن خود؟

همان‌طور که قبلاً گفته شد، مقابله با ابعاد ذهنی و غیرقابل اندازه گیری رنج و درد و علاوه بر آن، «اشتراک ناپذیری» آن‌ها هنوز برای پزشکی یک چالش است، اگرچه کمک‌های مهمی مانند نظریه‌ی کنترل دروازه صورت گرفته که در گنجاندن هر دو بُعد فیزیولوژیکی و روانی درد به عنوان اجزای ذاتی این پدیده تعیین کننده بوده است.

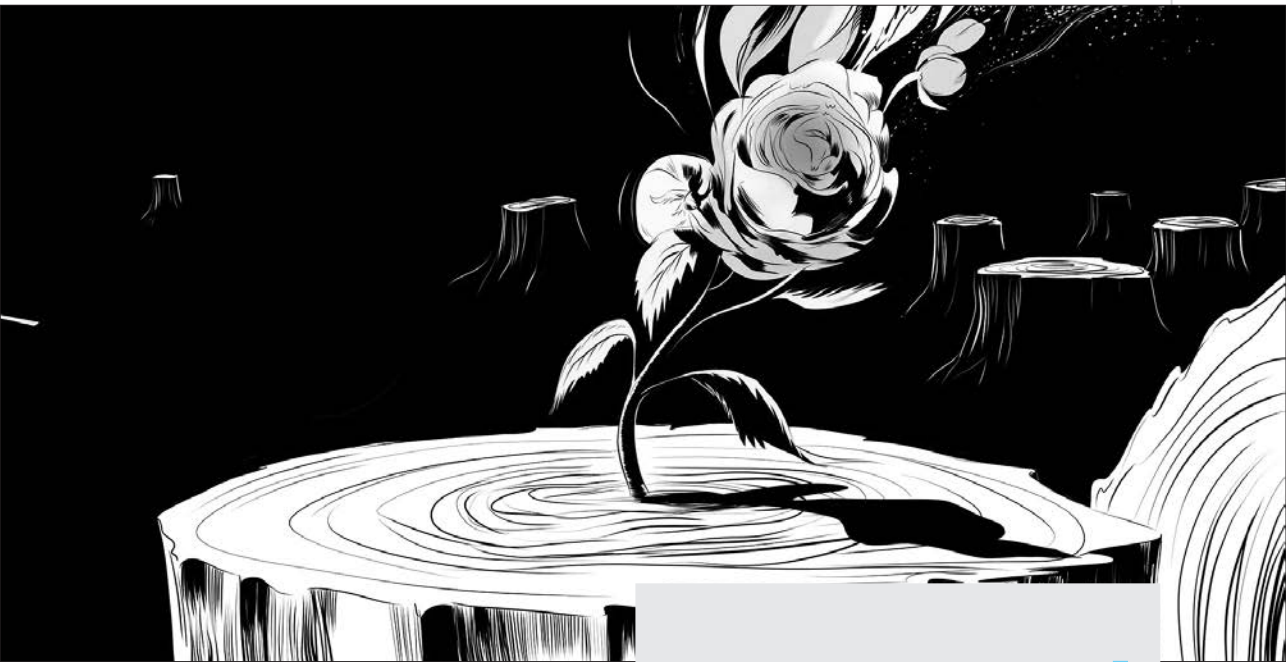
با این حال، درد و رنج تنها به پزشکی مربوط نمی شود، بلکه به علوم اجتماعی و انسانی که به روشن شدن ابعاد فرهنگی، اجتماعی و شناختی آن‌ها کمک شایانی می کنند نیز مربوط می شود. اگر به این ابعاد در تجارب درد و رنج اهمیت دهیم، باید نقش مرتبطی که رشته‌های مذکور می توانند در معنا بخشیدن به آن‌ها و نیز در تهیه‌ی

روان شناختی بر توانایی‌ها (درخواست پاسخ برای یک موضوع در یک موقعیت خاص) تأثیر می گذارند.

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اسوینیوس تمایلات پدیدار شناختی را با مفاهیم روانی هویت شخصی ترکیب کرد تا درد و رنج را مفهوم سازی کند. او تعاریف متفاوتی از رنج ارائه شده توسط محققان دیگر را در تلاش برای جمع بندی «گل رنج» کنار هم قرار می دهد.

با این حال، متحد کردن این رویکردهای مختلف به رنج، تضمین کننده‌ی یک تعریف خوب از رنج نیست. در عوض، یک دیدگاه کلی خوب از مطالعات یا مفهوم سازی رنج را ارائه می دهد.

یک تعریف خوب باید به قدری کلی باشد که تمام مصادیق رنج را دربرگیرد. این بدان معنا نیست که توصیفات خاصی از رنج برای همه‌ی رنج دیدگان، دانشمندان و افرادی که علاقه مند به درک پدیده‌ی



اگرچه انسان‌ها دارای تجربه‌ها و ابعاد روایی هستند، اما نه خویشتن و نه زندگی به‌طور کامل و قطعی ای با یک روایت متحد نمی‌شوند.

این زمینه مستلزم غلبه بر دوگانگی کلاسیک ذهن/بدن است. چراکه یک فرض واقعی و منسجم از فرد به‌عنوان یک موجود روان‌فیزیکی به‌جای موجودی دوگانه نه‌تنها نیازمند اصلاحات جزئی در مواجهه با رنج و درد است، بلکه نیاز به یک تغییر پارادایم کامل در مفهوم کوهن دارد. در این میان، رویکردهای میان‌رشته‌ای در حال فعالیت هستند؛ برای مثال، درمان درد مزمن اکنون شامل درمان‌های هدایت‌گر برای مدیریت پیامدهای عاطفی و شناختی آن می‌شود، یا درمان درد غیر جسمی (به‌عنوان مثال، فیبرومیالژیا) اکنون توسط روان‌درمانی پشتیبانی می‌شود.

بیگانگی (یا حتی «از دست دادن») خود یا «وجود بی‌خانمان در جهان» بدون شک می‌تواند پیامدهای بیان رنج باشد. کتی چارماز^{۱۱} «از دست دادن خود» را در افراد مبتلا به بیماری مزمن توصیف کرده و به درک رنجی که به یک «ناراحتی جسمی» صرف محدود نمی‌شود، کمک می‌کند. رافائل چیریس^{۱۲}، نویسنده در یکی از رمان‌های خود با عنوان پاریس-آسترلینتز^{۱۳} آخرین مرحله‌ی بیماری

منابع تسکین رنج ایفا کنند، مشخص کنیم.

پیش از این گفتیم که پزشکی محدودیت‌هایی برای مواجهه با رنج دارد: انواع و ابعادی از رنج وجود دارد که مدیریت آن‌ها به پزشکی مربوط نمی‌شود (با حداقل به‌طور انحصاری مربوط به آن نیست). به‌عنوان مثال، ما نمی‌توانیم مشکلات اجتماعی مانند فقر را که باعث رنج اجتماعی می‌شود، با منابع پزشکی مدیریت کنیم. اما همان‌طور که در بالا گفته شد، این بدان معنا نیست که پزشکی نمی‌تواند دخالتی در مدیریت درد و رنج داشته باشد: برعکس، تاکنون تلاش‌هایی برای انجام این کار انجام شده است، اگرچه یک انقلاب کامل در

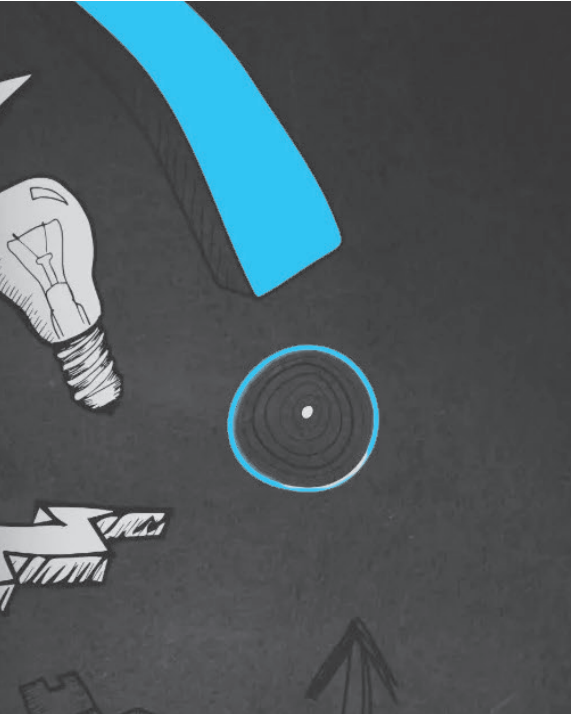


**تعریف رنج به عنوان تهدیدی علیه
«یکپارچگی» فرد مستلزم این است که بدانیم
فرد «یکپارچه» کیست.**

که نه می‌توانیم استراحت کنیم و نه خودمان را بیاییم، زندگی می‌کنیم. این مشارکت‌های مختلف برای درک تجربه‌های مختلف رنج لزوماً به‌عنوان تعاریف اساسی از رنج ارائه نشده است. به‌عنوان مثال، کار چارماز چشم‌انداز مشخصی را در نظر می‌گیرد، او «شکل اساسی رنج» بیماران مزمن در آمریکا را در دهه‌ی ۱۹۸۰ تحلیل می‌کند. با این حال، در نظر گرفتن چنین توصیف‌هایی از رنج به‌عنوان تعاریف اساسی و جهانی، خطرناک است، زیرا انجام این کار ممکن است پیامدهای معرفتی و اخلاقی نامطلوبی داشته باشد. ایده‌ی «خود بیگانه» نوعی «خود اصیل» همراه

مرگبار یک مرد را به‌صورت زیر توصیف می‌کند: «در عوض، من این تصور را داشتم که مردی که در آن جا دراز کشیده بود، هم از نظر من و هم از نظر خودش غریبه شده است - و خود میشل این را به من بیان کرد. شفافیت میشل در حال خاموش شدن بود، درست مثل نور ضعیف بعد از ظهر زمستانی که در قباب پنجره‌ی بیمارستان محو می‌شد.»

مانند ناسی، میشل دیگر نه خودش را می‌شناسد و نه دوستش را. از نظر اسوینیوس، رنج ما را از بدن خود، تعامل مان در جهان با دیگران و ارزش‌های زندگی مان بیگانه می‌کند. «بیگانگی» به‌معنای «بیگانه‌ساختن» است، بنابراین رنج برابر با احساس غریبه‌بودن با خود و دیگران است. در چنین شرایطی جهان به شیوه‌ای عجیب و غریب می‌تواند ما را از زندگی که می‌خواستیم باز دارد. بیگانگی از جهان را می‌توان به‌گونه‌ای شبیه به مفهوم آرت به‌عنوان «بی‌خانمان‌گی» طبقه‌بندی کرد: «وجود بی‌خانمان در جهان» به این معناست که ما به‌شکلی ناخوشایند، در محیطی عجیب و غریب و ناآرام



«داستان زندگی اصیل» را پیش فرض می‌گیرد. رنج می‌تواند ما را از نگرانی‌های قبلی‌مان دور کند و حتی می‌تواند ما را به حالتی بیاندازد که مثل سابق در دنیا یا بدنمان احساس نمی‌کنیم که در خانه قرار داریم. با این حال، همان‌طور که قبلاً گفته شد، این‌ها پیامدهای قطعی رنج نبوده و انسان‌ها موجودات ثابت و تغییرناپذیری نیستند. در کنار "از دست دادن خود"، امکان "بازسازی خود" هم وجود دارد (ما قبل از "از دست دادن خود" به دلیل رنج، فاقد "خود قطعی" بودیم و نمی‌توانیم چیزی مانند "خود قطعی" مان را بازیابی

روان‌کاوی فرویدی ایده‌ی یک سوژه‌ی مستقل را به چالش می‌کشد: انسان‌ها همیشه دقیقاً و به‌طور کامل نمی‌دانند چه می‌خواهند، چه می‌کنند یا چرا کاری را انجام می‌دهند، زیرا تحت تأثیر نیروهای روانی، اجتماعی و روابط قدرت هستند.

کنترل می‌کنند، نه این‌که توسط این تکنولوژی کنترل شوند. چنین نگرش‌هایی مانند انتخاب درد یا پذیرش رنج می‌تواند راهی برای تأیید خود باشد. برای ویکتور فرانکل، پذیرش رنج اجتناب‌ناپذیر حتی می‌تواند راهی برای یافتن حسی در زندگی باشد. رنج کشیدن و رویارویی شجاعانه با رنج به‌جای تحقیر خود می‌تواند راهی برای تأیید هویت خود، یک دستاورد یا یک هدف بزرگ باشد. رنج را می‌توان در نهایت عنصری از هویت دانست. روسالیا د کاسترو^{۱۴}، شاعر، پس از رنج بسیار، فضایی خالی را در خود می‌یابد که با چیزی جز رنج پُر نمی‌شود: که در ته، همان‌ته / باطن من / بیابانی است / پُر از خنده / یا رضایت / اما تلخ / میوه‌های درد است!

شاید بتوان «با رنج احساس هم‌خانه‌بودن داشت» - نه به‌معنای مازوخیستی، بلکه به‌عنوان راهی برای مقابله با آن. پیشنهاد می‌کنم به‌عنوان جایگزینی برای تعریف رنج، آن‌را به‌عنوان تجربه‌ای ناخوشایند یا حتی آزاردهنده درک

کنیم). در عوض، ما نتیجه‌ی تجربه‌های خود از جمله رنج و درد هستیم.

دلیل این‌که تعاریف ذات‌گرایانه از رنج درست نیستند این است که دو پاسخ متضاد به مشکلات درد و رنج می‌توانند به یک اندازه معتبر و برای مدیریت‌شان مفید باشند:

مبارزه برای متمایز کردن خود از درد، رنج یا بیماری، و هم‌ذات‌پنداری با درد، رنج یا بیماری خود شخص. یکی از بیماران استونینگتون^{۱۳} او را شگفت‌زده کرد و گفت: «من می‌خواهم برای این کار این‌جا باشم، حتی اگر دردناک باشد. واقعاً نبودن در این‌جا باعث رنج و عذاب من می‌شد».

درد زایمان توسط زنان به‌عنوان عنصری از خودسازی و شکل‌گیری هویت خود به‌عنوان مادر و زن در نظر گرفته شده است، به این معنا که آن‌ها می‌خواهند کسانی باشند که تکنولوژی مورد استفاده برای تسکین درد را



و درد به‌عنوان تجربه‌ای صرفاً ناخوشایند عبور کنیم، زیرا «آن‌ها را هم می‌توان به‌صورتی خوشایند تجربه کرد، هم ایجادکننده‌ی تجارب خوشایند هستند یا ما را به‌سمت تجربه‌های خوشایند می‌کشانند». این دو محقق برخی از مزایا و فواید درد را چنین برمی‌شمارند: امکان رستگاری پس از تخلف، برجسته‌سازی شجاعت، انگیزه‌بخشی، تقویت احساسات، تسکین موقتی از سایر دردها. با این حال، چنین مزایایی تنها به این دلیل وجود دارد که درد ناخوشایند است (که اگر نبود، نمی‌توانست رستگاری و دیگر چیزها را به ارمغان بیاورد).

تنها استدلال قانع‌کننده در برابر «ناخوشایندبودن» درد، وضعیت «آسمبولی»^{۱۷} درد است که در آن، بیماران درد را احساس می‌کنند اما ناخوشایندی‌اش را درک نمی‌کنند. لکنس و باستین معتقدند وضعیتی مانند "آسمبولی درد" ثابت می‌کند که درد لزوماً ناخوشایند نیست. با این حال، من معتقدم افرادی که از چنین

کنیم که می‌تواند به شدت بر شخص در سطح روانی و حتی وجودی تأثیر بگذارد.

مفهوم رنج و درد

مفهوم‌سازی رنج به‌عنوان یک تجربه بر این واقعیت تأکید می‌کند که این چیزی است که شخص تجربه می‌کند (هم آنچه دیلتای آن را «تجربه‌ی زیسته» می‌نامد، هم تجربه‌ای بی‌واسطه و بازتاب‌نیافته و هم یک «تجربه‌ی معمولی و بیان‌شده». ما نباید به رنج به‌عنوان یک پدیده انتزاعی نگاه کنیم، بلکه باید به‌عنوان چیزی که توسط فردی تجربه شده بنگریم.

رنج، مانند درد، ناخوشایند یا حتی آزاردهنده است: حتی اگر یک تعریف ذات‌گرایانه را نپذیریم و درک رنج را به‌عنوان «از دست‌دادن خود» یا به‌عنوان «تأیید مجدد خود» رد کنیم، باز هم داشتن تعریف ضروری است. "ناخوشایندبودن" تعریف‌کننده‌ی رنج و درد است. اما لکنس^{۱۵} و باستین^{۱۶} پیشنهاد می‌کنند که از دیدگاه رنج

شواهد، دیدگاه خاصی از انسان را بر اساس دوگانگی ذهن/بدن دکارتی ترکیب می‌کند، که در آن بدن به‌عنوان مکانیزی می‌درک می‌شود که بر اساس فرآیندهای جهانی قابل دستکاری است. حتی اگر «چرخش انسان‌گرایانه» در پزشکی شروع به تأیید دیدگاه‌های کل‌نگرتر از انسان کرده باشد، اما پزشکی ورشته‌های آن همچنان به این ایده وابسته‌اند که بخش‌های مختلف بدن را می‌توان به‌طور مستقل درمان کرد.

علاوه بر این، ابعاد نمادین، ذهنی و معنادار درد و رنج هنوز به اندازه‌ی کافی مورد توجه قرار نگرفته است. پیامدهای معرفتی و عملی منفی چنین رویکردی عبارت است از غیرممکن بودن یا دشواری شناسایی و مدیریت این ابعاد درد و رنج، تحمیل درد و رنج برای اهداف خاص بعدی (درمان، کسب اطلاعات، پیش‌گیری) و بی‌توجهی به پدیده‌هایی مانند درد مزمن، درد غیرجسمی یا اثر دارونما.

انسان‌گرایی پزشکی کسل سعی می‌کند به این مشکلات پزشکی کلاسیک مبتنی بر شواهد پاسخ دهد و هم‌زمان با ارائه‌ی نتایج مطالعات عصب‌شناختی، جامعه‌شناختی و انسان‌شناسی، مفهوم‌سازی خوبی از درد ارائه دهد. با این حال، این مقاله تعریف کسل از رنج را مورد انتقاد قرار داده است، زیرا به‌رغم این واقعیت که می‌تواند بر دوگانگی ذهن/بدن غلبه کند، تصور او از شخصیت هنوز کامل نیست. این ایده که رنج یکپارچگی یک فرد را تهدید می‌کند، مستلزم این است که فرد به‌عنوان یک انسان مستقل، منطقی، منسجم و متعادل در نظر گرفته شود؛ دیدگاهی که توسط نظریه‌های روان‌شناختی، فلسفی و جامعه‌شناختی در قرن بیستم رد شده است.

مفهوم‌سازی کسل از شخص را همچنین نمی‌توان با کمک نظریه‌های روایی از خویش‌تن حمایت کرد، زیرا شیوه‌ای که در آن داستان‌ها به ساخت هویت شخصی و نحوه‌ی ادغام آن‌ها در کمان از زندگی خود و دیگران مربوط می‌شوند، از ایده‌ی کامل بودن حمایت نمی‌کنند. بلکه داستان‌هایی که برای خودمان تعریف می‌کنیم همیشه جزئی و تکه‌تکه هستند و هرگز قطعی نیستند.

وضعیتی رنج می‌برند، تجربه‌ی کاملی از درد ندارند، بلکه فقط یکی از قسمت‌های آن را تجربه می‌کنند. در هر صورت، مشخص نبودن درد در این وضعیت یک مسئله‌ی خاص پزشکی است نه یک تجربه‌ی معمول درد.

رنج همیشه حاد نیست. گاهی اوقات این یک تجربه‌ی قابل تحمل، کوتاه و بی‌اهمیت است. با این حال، مهم است که در تعریف خود این احتمال را بگنجانیم که رنج می‌تواند از بُعد وجودی ما را تحت تأثیر قرار دهد، به این معنی که می‌تواند تأثیری بر مسائل

تجربه‌ی رنج ممکن است یک عنصر واقعاً ذهنی داشته باشد که نمی‌تواند به‌صراحت از طریق زبان نشان داده شود و هرگز نمی‌تواند و نباید به یک شیء در پزشکی یا غیر آن تبدیل شود.

مهم در زندگی شخصی فرد داشته باشد، مواردی که بر وجود ما در جهان تأثیر می‌گذارد، مانند میل به ادامه‌ی زندگی، تصمیم در مورد بچه‌دار شدن یا نشدن، یا حتی نحوه‌ی زندگی کردن؛ انتخاب‌هایی که باید در چارچوب دل‌بستگی ما به دنیا دیده شوند. این احتمال در واقع رنج را نیز مشخص کرده و به ما کمک می‌کند تا ارتباط (احتمالی) آن‌را در زندگی درک کنیم. علاوه بر این، در نظر گرفتن بُعد وجودی رنج بر ظرفیت فرد برای رویارویی با شرایط/تجارب ناخوشایند و همچنین تأثیر حیاتی نگرش و انتخاب‌های او بر کل تجربه‌ی رنج تأکید می‌کند.

بحث

مفهوم‌سازی‌های طبیعی و ضروری از درد و رنج کافی نیستند، زیرا می‌توانند پیامدهای معرفتی، هستی‌شناختی و اخلاقی نامطلوبی داشته باشند. رویکرد طبیعت‌گرایانه‌ی پزشکی کلاسیک مبتنی بر

شناختی، تفسیر، گرایش‌های رفتاری و همچنین عوامل فرهنگی و آموزشی فراتر از حوزه‌ی پزشکی را دربرگیرد. از این‌رو، در این مقاله، یک مفهوم‌سازی از هر دو اصطلاح پیشنهاد شده است.

رنج تجربه‌ای ناخوشایند یا حتی آزاردهنده است که می‌تواند در سطح روانی و حتی وجودی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

درد نیز مانند رنج، ناخوشایند است. هر دو تجربه‌هایی هستند که بر کلیت فرد (نه صرفاً «بدن» یا «ذهن») او تأثیر می‌گذارند، و یکی از جنبه‌های مهم آن‌ها نگرش و انتخاب‌های شخصی است که به نوبه‌ی خود تحت تأثیر الگوهای فرهنگی و اجتماعی قرار دارد.

نه تنها علوم طبیعی، بلکه علوم اجتماعی و انسانی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در شناخت همه‌ی ابعاد این پدیده‌ها دارند. علاوه بر این، دیدگاه یک فرد به عنوان یک موجود روان‌فیزیکی به جای یک موجود دوگانه، نیازمند یک تغییر پارادایم کامل در پزشکی و رویکردهای تحقیقاتی جدید است که می‌تواند مرزهای رشته‌های مختلف را به چالش بکشد.

پی‌نوشت:

1. Cassell
2. Kügler
3. res cogitans
4. res extensa
5. primum non nocere
6. در طب سنتی چینی از گیاه خاصی به نام موکسا با هدف حرارت‌درمانی در نقاط طب سوزنی استفاده می‌کنند. این روش که قدمت بیش از سه هزار ساله دارد، با هدف بهبود گردش خون، انجام می‌شود.
7. Svenaeus
8. Intrus
9. Kleinman
10. Kathy Charmaz
11. Rafael Chirbes
12. Paris-Austerlitz
13. Stonington
14. Rosalía de Castro
15. Leknes
16. Bastian
17. asymbolia

علاوه بر این، این واقعیت که رنج می‌تواند به جای تخریب هویت به خلق آن کمک کند، با تعریف کسل در تناقض است.

پدیدارشناسی با تأکید بر نقش حیاتی بدن در تجربه‌ی ما به «تجسم ذهن» و «تفکر بدن» کمک کرده است. همان‌طور که در تبیین اثر دارونما دیده می‌شود، که طبق آن بدن قادر است به‌طور معناداری به یک موقعیت سخت (حتی اگر از آن آگاه نباشیم) پاسخ دهد.

با این حال، برخی از تعاریف پدیدارشناختی رنج (مثلاً "رنج به‌عنوان بیگانگی از خود" یا "رنج به‌عنوان وجودی بی‌خانمان در جهان") ممکن است ویژگی‌های اساسی و جهانی رنج را مطرح کنند و بنابراین سایر تجربه‌های ناخوشایند یا آزاردهنده را در نظر نگیرند. یک تعریف گسترده‌تر باید بتواند بُعد ذهنی رنج، و حتی دشواری‌ها یا غیرممکن‌بودن بیان تجربه‌های بسیار حاد و این واقعیت که ممکن است شخص نداند چرا رنج می‌برد را دربرگیرد.

چنین ابعادی از رنج ناشی از این واقعیت است که انسان دارای ابعاد غیرمنطقی و نامنسجمی است که برای خودش هم آشکار نیست. یک فرد نتیجه‌ی دائمی و در حال تغییر از مبارزات روزمره‌ی خود از جمله مدیریت رنج و درد است. ما نه تنها به تجربه‌مان هنگام رنج تمرکز کنیم، بلکه باید روی سازگاری‌ها و منابع مختلف فرهنگی، شخصی و اجتماعی برای مدیریت رنج تمرکز کنیم.

نتیجه‌گیری

تعریف رنج به‌طور ماهوی آن را به یک مفهوم هنجاری تبدیل می‌کند که منجر به اشتباهات معرفتی و بی‌عدالتی‌های اخلاقی می‌شود. همه‌ی رنج‌ها بیگانه‌کننده نیستند و انکار رنج دیگران ناعادلانه است. به‌عنوان مثال، همان‌طور که اسوینوس بیان کرد، تأکید قاطعانه که درد زایمان مستلزم رنج نیست، می‌تواند ناعادلانه باشد. در عین حال، همه‌ی جنبه‌های رنج را نمی‌توان عینیت بخشید.

تعریف درد نیز نمی‌تواند تنها بر اساس درک عصبی از آن باشد، بلکه باید عوامل مرتبط دیگری مانند آگاهی‌های