



University of Tabriz-Iran
Quarterly Journal of
Philosophical Investigations
ISSN (print): 2251-7960 (online): 2423-4419
Vol. 13/ Issue.27/ summer 2019

Phenomenology of Depression of Cancer-Improved Patients and Reaching to Philosophy - therapy as a caring approach

Behnaz Sadeghzadeh Oskouei¹, Mahmoud Sufiani², Esmat Mehrabi³

1. *Assistant Professor, Tabriz University of Medical Sciences. E-mail: repbio.sbmu@gmail.com*
2. *Assistant Professor of Philosophy, Tabriz University. (correspondent author) E-mail: m.sufiani@yahoo.com*
3. *Assistant Professor, Tabriz University of Medical Sciences. E-mail: b.mehrabi62@gmail.com*

Abstract

Cancer is one of the leading causes of death in the world. The characteristics of resistance to treatment and its rapid progress are the high mortality rate reasons. Patients who have been diagnosed with the disease are losing their self-awareness, which itself has a negative effect on the treatment process. However, it seems that such patients need to be considered on depressive disorders even after complete treatment of cancer. After receiving the bad news of cancer; patient, his/her family, be anxious. They initiate the patient's support until the end of the treatment period, without attention to such sudden support's adverse effects. The aim of the present study is to survey of cancer treatment and care's phenomenological and descriptive situations of the philosophy of medicine and psychology point of view. Post- disease disorder has a fundamental relationship with this fundamental situation.

Keywords: Cancer, Depression, Phenomenology, Philosophy Therapy, Fundamental existential situation.

Psychiatry and psychotherapy have always played a major role in the process of treatment and subsequent improvement. But in recent years, special attention has been paid to philosophy and its care aspect. Today, a field called the philosophy of medicine studies topics related to the relationship between philosophy and medicine. For example, one of the issues discussed in this area is the correct definition of the disease and its distinction from illness. The disease is a body-specific mechanism that can be treated with medical interventions, but an illness that often occurs after treating the disease, especially in dangerous diseases such as cancer, has no specific relationship with the patient's body and its disorders. Therefore, other interventions or other measures are needed to eliminate illness. Based on this, along with the biomedical approach, there is another approach called the humanistic medicine that has a philosophical dimension. The biomedical approach is a scientific and precise approach that is more based on Cartesian and physical view. But humanistic medicine deals with more fundamental and undetermined situations. In a humanist approach, philosophy can play a significant role. For example, one of the fundamental issues is the issue of death. This fundamental issue can be somewhat solved with a proper understanding of the meaning of life. Even some such as Erwin Yalom have considered the organization of life subject to a proper understanding of death. It seems that philosophical awareness can be one of the most necessary and most effective methods for treating and relieving illness since philosophers have had specific insights about life and its meanings.

Philosophers have long regarded philosophy as treating the soul and preparing for death. Human health depends on the relationship between the body and the soul, as well as the relationship between life and death. In fact, human life is an integral whole whose components are correlated. For this reason, we have regarded a holistic approach in this article. Probably an illness arises from the awareness that this integral whole can be shaken at any moment. Since phenomenology takes into account the mind and body in special relation, it can be very effective in describing the patient's condition properly. However, the phenomenological description of this situation depends on the mutual relationship between the doctor and the patient. This mutual relationship is based on a kind of empathy. From a biomedical perspective that considers the body to be a mere physical machine, the holistic attitudes are meaningless and ineffective. However, humans often have a holistic attitude about life and their health depends on this attitude. Fear of disease and death may be the result of a kind of fundamental and existential anxiety. Philosophically, the human is essentially a creature of death-conscious and is afraid of death. Such fear and fundamental anxiety can create many misleading concepts in the mind and consciousness. Philosophical analysis can examine such concepts. If these concepts and meanings are not reviewed, they may be captured as ordinary stereotypes of human beings. Our suggestion is that philosophy-therapy along

with psychotherapy is also necessary to support improved men. Because psychotherapy is not enough. Cancer is one of the causes of death, as well as in terms of its specific characteristics, including the high likelihood of death, along with the likelihood of long-term and severity of treatment and the difficulty of post-treatment care, one of the areas and situations It involves human beings with their own being and meaning of life. In such areas and situations, it is difficult for a person to become more sensitive about his own fear. Depression after a disease can have deeper roots. One of these deep roots in the confrontation of a person with a condition that he has not experienced before and it is natural that such a marvelous state of confusion confuses him. Certainly, the combination of meaningful experts, especially those with a high degree of philosophy, is necessary firstly to reveal one of the causes of such distress and depression to improved patients, and secondly to guide him out of distress.

Although the patient may be described in terms of his findings as having a basic and initial nature, the physician, however, must analyze these situations in the pathway of the patient's life and in his life-world, and the patient with its phenomenological analysis. Therefore, success in such a care approach requires a primary patient awareness of the therapist's approach to life and the world. Of course, patient presuppositions are very important in their own circumstances and form part of the world. One of the tasks of the philosophy-therapy should be an insight into the various situations and interpretations that can be presented from them.

References

- Abdollahzadeh, F., Moradi, N., Pakpour, V., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Mohammadpourasl, A. & Howard, F. (2014) Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15, 3933-8.
- Anderson, D.J., et al. (2015) *Facilitating lifestyle changes to manage menopausal symptoms in women with breast cancer: a randomized controlled pilot trial of The Pink Women's Wellness Program*. *Menopause*, 22(9): p. 937-945.
- Anusasananun, B.A., et al. (2013) *Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer survivorship*. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2): p. 148-166.
- Bekelman, D.B., et al. (2009) *Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients*. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5): p. 592-598.



پدیدارشناسی افسردگی بیماران نجات یافته از سرطان و راهیابی به فلسفه-
درمانی به عنوان رویکردی مراقبتی*

بهناز صادق‌زاده اسکوئی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

محمود صوفیانی**

استادیار گروه فلسفه، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

عصمت مهربابی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

سرطان یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در دنیاست. ویژگی مقاومت به درمان و پیشرفت سریع آن یکی از دلایل بالا بودن میزان مرگ و میر ناشی از آن است. مبتلایان پس از شنیدن خبر ابتلا به این بیماری به شدت روحیه خود را از دست می‌دهند که خود این مسئله در روند درمان تاثیر منفی دارد، اما آنچه که در زندگی چنین بیمارانی قابل تامل به نظر می‌رسد عارضه افسردگی حتی پس از درمان کامل بیماری است. پس از شنیدن خبر ابتلا به این بیماری صعب‌العلاج، علاوه بر خود فرد، خانواده و اطرافیان وی نیز دچار تشویش و نگرانی می‌شوند و تا پایان دوره درمان از بیمار حمایت همه‌جانبه می‌کنند غافل از اینکه چنین حمایت ناگهانی و در اکثر موارد نابجا می‌تواند اثرات زیانباری را در پی داشته باشد. ما در این مقاله خواهیم کوشید از منظر فلسفه پزشکی، روان‌شناسی، و فلسفه به مثابه درمان و مراقبت، وضعیت بحرانی این بیماران بهبود یافته را مورد واکاوی پدیدارشناسانه و توصیفی قرار دهیم تا راه برای آگاهی از وضعیت بنیادین و وجودی چنین بیمارانی گشوده شود زیرا ناسازگاری و یأس بعد از بیماری رابطه اساسی با این وضعیت وجودی بنیادین دارد.

واژگان کلیدی: سرطان، افسردگی، پدیدارشناسی، فلسفه‌درمانی، وضعیت وجودی بنیادین

تایید نهایی: ۹۷/۹/۲۹

* تاریخ وصول: ۹۷/۷/۷

** E-mail: m.sufiani@yahoo.com

مقدمه

به گزارش سازمان بهداشت جهانی سرطان از جمله بیماری‌های مزمن و غیرواگیر و همچنین دومین عامل شایع مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی و عروقی در سراسر جهان و کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی و حوادث در کشورهای کمتر توسعه یافته به شمار می‌رود با وجود این امر، میزان بقاء متعاقب سرطان طی سال‌های اخیر، افزایش قابل توجهی یافته و نتایج مطالعات موید این است که تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد نجات یافته از سرطان دو برابر خواهد شد (کامپبل، ۲۰۱۱: ۲۲۱-۲۳۰). این بهبودی در میزان بقاء، مرهون ارتقاء روش‌های تشخیصی زودرس و پیشرفت‌های اخیر در درمان سرطان می‌باشد (کنوبف، ۲۰۱۲: ۱-۱۰). بایستی در نظر داشت که سرطان و روش‌های درمانی آن ابعاد جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی مبتلایان و خانواده آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (آنوسانا، ۲۰۱۳: ۱۴۸-۱۶۶). خاتمه درمان از منظر پزشکی زمانی است که درمان، سبب ریشه‌کنی کامل بیماری یا حداقل توقف پیشرفت آن شده، حال آنکه برای بیماران، خاتمه درمان به معنای ورود به مرحله جدیدی از زندگی است که مشکلات و نگرانی‌های فراوانی را برای آنها به همراه دارد. این افراد علاوه بر خطر عود بیماری، در معرض ابتلا به عوارض شایع دیگری همچون اختلالات خواب، اختلال عملکرد جنسی، پوکی استخوان، درد و خستگی مزمن می‌باشند (اندرسون، ۲۰۱۵: ۹۳۷-۹۴۵). این عوارض موجب می‌شوند که بیمار زندگی عادی و شغلی خود را از دست بدهد و به عبارت دقیق‌تر از جهان پیرامون خود و درگیری با آن جدا شود. این مساله از آن رو مهم است که انسان بخش اعظمی از معنای زندگی و ارزش وجودی خود را از رابطه تنگاتنگ با محیط و دیگران اخذ می‌کند. در حقیقت لازم است میان بیماری (disease) و ناخوشی (illness) تمایز قائل شویم. این بحث به عنوان یکی از بحث‌های مهم روز در فلسفه پزشکی براساس تمایز میان پزشکی بیومدیکال و پزشکی انسان‌گرا مطرح می‌شود (مارکوم، ۲۰۰۸: ۱۹۸-۲۰۲). آگاهی درست از بیماری و پذیرش آن یکی از مسائل اساسی در روند درمان است. یالوم بر این باور است که انسان با انکار کردن، بهای گزافی را می‌پردازد که از آن جمله می‌توان به تنگ کردن عرصه حیات درونی و تیره و تار کردن بصیرت و کند کردن عقلانیت اشاره نمود که سرانجام آن خودفریبی و از دست دادن زمان طلایی برای درمان به موقع است. بنابراین سرطان به عنوان یکی از عوامل مرگ و نیز به لحاظ ویژگی‌های خاصی که دارد از جمله احتمال بالای مرگ و در کنار این احتمال طولانی بودن و سخت بودن دوره درمان و دشواری‌های مراقبتی پس از درمان یکی از ساحت‌ها و موقعیت‌هایی است که آدمی را با چرایی وجود خویش و معنای زندگی درگیر می‌کند. در چنین ساحت‌ها و وضعیت‌های دشواری است که انسان از ترس خویش به‌طور ملموس‌تری آگاه می‌گردد. تا زمانی که مرگ به نحوی برای انسان حل نشده باشد زندگی برای او بسامان نخواهد بود. اروین یالوم روان‌شناس اگزیستانسیالیست براساس مصاحبه با مراجعان خود دیدگاه‌های جالب توجهی را در این خصوص مطرح کرده است (یالوم، ۱۳۹۰: ۵۰). دلایلی که می‌توان برای ترس از سرطان بیان کرد احتمالاً در سه مورد خلاصه شوند: نخست این که سرطان عامل مرگ است. دوم این که سرطان بیماری مزمن است و عود می‌کند. سوم این که سرطان بیماری غیرواگیر است و فرد بیمار از این رو احساس تنهایی

عمیقی می‌کند، زیرا در این وضعیت نمی‌تواند با دیگری شریک شود یا به عبارتی دیگری را شریک کند. از این رو سرطان بیماری است که در آن طنز و شوخی راه ندارد و فرد را یک تنه با امر واقع و رویداد مواجه می‌کند. با این حال این موقعیت دشوار می‌تواند از حیث ایجاد بصیرت نسبت به زندگی و جهان زندگی بیمار را بامعنا تر کند. در این راستا و برای تحقق چنین بصیرتی می‌توان از روش‌های گوناگونی بهره گرفت. قطعاً با توجه به اهمیت زندگی بیمار به خصوص پس از درمان استفاده از روش‌های تلفیقی بسیار راهگشا خواهد بود. بخشی از این روش‌های تلفیقی را می‌توان به فلسفه اختصاص داد و از قضا به نظر می‌رسد با بصیرت‌های خاصی که فیلسوفان نسبت به زندگی و معنای آن داشته‌اند آگاهی‌بخشی فلسفی یکی از ضروری‌ترین و کارآمدترین روش‌ها در این خصوص باشد. فیلسوفان از قدیم فلسفه را به مثابه درمان روح و آماده شدن برای مرگ تلقی می‌کرده‌اند. سلامت انسان به رابطه جسم و روح و نیز به رابطه زندگی و مرگ بستگی دارد. امروزه از این رویکرد فلسفی به فلسفه درمانی تعبیر می‌شود. این روش در ۳۰ سال اخیر همراه مشاوره روان‌شناختی به‌طور مجزا در برخی از بیمارستان‌های غربی مورد استفاده قرار می‌گیرد. (پترمن، ۱۹۹۲: ۳).

کم‌نوده‌اند بیماران سرطانی که مدتی پس از شنیدن خبر ناگوار بیماری خود، با آن کنار آمده و به طرز شگفت‌آوری به بصیرت و آگاهی رسیده‌اند (شیپ، ۲۰۱۱: ۹۱۲-۹۲۱). بر اساس مطالعات انجام شده، حصول این بصیرت با تمسک به معنویات تسهیل می‌گردد. معنا بخشی دوباره به زندگی، اعتلای نگرش و آرایش کردار و نیز جبران گذشته یکی دیگر از ابعاد سازگاری در مبتلایان به سرطان است، طوری که بیماران سعی در اصلاح بینش و رفتارهای نامطلوب خود و ارتقای دید مثبت به زندگی، قدر دانستن داشته‌ها و شکرگزاری نعمت‌ها را از پیامدهای مثبت این بیماری عنوان کرده‌اند. بسیاری از بیماران بعد از تجربه بیماری، به نوعی دچار خودشکوفایی و رشد معنوی می‌شوند و اظهار می‌دارند که دید و نگرش آنها به ارزش‌های زندگی بعد از بیماری تغییر کرده و بهبود یافته است. همین امر منجر به پی بردن به اشتباهات گذشته و تلاش برای جبران آنها و لزوم شکرگزاری بیش از گذشته می‌گردد (ساموئل سون، ۲۰۱۶: ۶۱-۶۸). به نظر می‌رسد تجربه بیماری‌ها به ویژه سرطان، می‌تواند به ایجاد نوعی رشد و تکامل در بیماران و نیز حس جستجوی جنبه‌های جدیدی از زندگی و کشف معنای جدیدی از آن برای این دسته از افراد منجر شود. علاوه بر تمسک به معنویات، اتصال به طبیعت و استفاده بهینه از آن می‌تواند در این رشد و تکامل و بلوغ فکری آنها موثر واقع شود (ویزر، ۲۰۱۰: ۵۶۵-۵۷۲).

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، به خصوص انواع بدخیم آن، خود را در انتهای مسیر زندگی می‌یابند و حتی نمی‌توانند گزینه شیمی‌درمانی و رادیوتراپی را به دلیل عوارض مرتبط با زیبایی‌شان انتخاب کنند. بنابراین اکثر بیماران ترجیح می‌دهند بدون دریافت دارو، خود را تسلیم سرنوشت سازند (ویزر، ۲۰۱۵: ۹-۹). قطعاً نمی‌توان از این موضوع به راحتی گذشت. چرا زیبایی تا این حد برای انسان‌ها اهمیت دارد؟ این مسأله باید در راستای نگاه کل‌گرایانه مبتنی بر امرنامتناهی که زیبایی نیز یکی از امور نامتناهی است مدنظر قرار گیرد. زیبایی به مثابه امری نامتناهی فرد را به ساحتی وصل می‌کند که آن ساحت همچون یک کل به زندگی او معنا می‌دهد. بدن انسان صرفاً یک بدن ماشینی و مکانیکی نیست،

بلکه دارای روح و آگاهی است. از آنجا که زیبایی امری مربوط به روح انسان است و در واقع یکی از جایگاه‌های تجلی آن بدن است و زمانی که فرد زیبایی‌اش را از دست می‌دهد، احساس می‌کند یکپارچگی خود را از دست داده است. سلامت انسان رابطه مستقیمی با احساس یکپارچگی و تمام‌بودن دارد. با این حال بیمار می‌تواند از طریق یافتن بصیرت‌هایی خاص به ویژه بصیرت‌های فلسفی در مورد هستی و امرنامتناهی جایگزین‌های دیگری برای زیبایی جسمانی پیدا کند.

افسردگی پس از بهبود به مثابه وضعیتی بنیادین

موضوعی که به دلیل فراگیر بودن آن بسیار قابل تامل به نظر می‌رسد، مسئله افسردگی پس از درمان است. از آنجا که به فراخور زمان و توسعه روش‌های درمان که منجر به افزایش تعداد نجات یافتگان می‌گردد بیشتر با مسئله افسردگی مواجه می‌شویم آسیب‌شناسی این نوع از افسردگی بسیار اهمیت دارد. یکی از این آسیب‌ها حساسیت بیش از حد اطرافیان نسبت به بیمار است (فان، ۲۰۰۸: ۱۱۲-۱۲۶). غافل از اینکه اینگونه توجه کاملاً غیرعلمی و بسیار مخرب می‌باشد، زیرا این توجه و مراقبت بیش از اندازه به مرور زمان تبدیل به عادت می‌شود که به سختی می‌توان از آن خلاص شد (هیم، ۱۹۹۷: ۴۰۸-۴۱۸). با این حال به نظر نمی‌رسد این امر تنها عامل افسردگی باشد.

بیماران با اینکه واقعاً از پایان دوره زجرآور درمان خود خوشحال هستند، ولی بسیاری از آنان یک دوره انتقالی و جابه‌جایی ناهموار و دور از انتظار را تجربه می‌کنند. مرحله بازگشت به حالت عادی می‌تواند به واسطه اثرات باقیمانده از عوارض سوء درمان، به طور مداوم تحت نظر پزشک بودن و انجام آزمایشات مختلف و ترس از بازگشت بیماری، بسیار دشوار باشد. ممکن است به دست آوردن مجدد زندگی معمولی قبل از بیماری امکان‌پذیر نباشد. زندگی بعد از شیمی‌درمانی به دلایل متعددی با زندگی قبلی تفاوت دارد، ولی از بعضی لحاظ می‌تواند از زندگی قبلی بهتر باشد. برخی از صاحب‌نظران، زندگی پس از درمان سرطان را به تطبیق بیمار نسبت می‌دهند. تطابق، فرایندی است که انسان در یک تغییر دائمی آن را انجام می‌دهد. در مورد این بیماری، فرد باید خود را با اتفاقی وفق دهد که برایش رخ داده است، زیرا خواه ناخواه این مسئله جزئی از زندگی وی شده است. گویی بیماری و حالت پس از آن همانند زیبایی به بخشی از بدن تبدیل می‌شود. بعد از این رویداد بسیار مهم که در واقع فرد مرگ و مواجهه با آن را آزموده است زندگی برای او معنای بیشتری می‌یابد، زیرا درمی‌یابد که زندگی با مرگ که پایان تمام امکانات است معنای غنی‌تری پیدا می‌کند. به تعبیر دیگر مرگ به عنوان مرز میان متناهی و نامتناهی بیمار را به گستره وسیعی از هستی وصل می‌کند که در زندگی عادی و روزمره خود از آن غافل بوده است. البته افسردگی پس از بیماری می‌تواند ریشه‌های عمیق‌تری داشته باشد. یکی از این ریشه‌های عمیق رویارویی فرد با حالتی است که قبلاً آن را تجربه نکرده بود و طبیعی است چنین حالت شگفت‌انگیزی او را سردرگم و آشفته می‌کند. قطعاً همراه شدن متخصصین معنا به خصوص کسانی که از فلسفه سررشته دارند ضروری است تا اولاً یکی از علل چنین پدیده‌ای و افسردگی را برای بیماران بهبودیافته آشکار کنند و ثانیاً برای رهایی از پدیده‌ای او را راهنمایی کنند. به عبارتی همان‌طور که دونالد رابرتسون

در کتاب خود با استفاده از فلسفه رواقی توضیح داده است فلسفه می‌تواند هم در جهت شناخت و هم در جهت آموزش رفتار درست و مناسب به افراد کمک کند. (رابرتسون، ۲۰۱۰: xv-xvii). البته بسیاری از بیماران چنین حالتی را تجربه نمی‌کنند و به این بینش نمی‌رسند که بهتر است با این اتفاق ناگواری سازگاران زندگی کنند و عمری را که برایشان باقی مانده تباہ نسازند. بنابراین در این زمینه آموزش‌های خاصی لازم است که می‌تواند برای گذراندن این مرحله دشوار و مهم‌تر از آن استفاده بهینه از بیماری و افسردگی پس از آن در جهت بامعناتر کردن زندگی بسیار مفید باشد.

بیمودن دوره انتقال و حالت انفعال پس از آن

بعضی بیماران از پایان شیمی‌درمانی در هراسند، زیرا پایان درمان به معنای اتمام مراقبت مداومی است که بیمار در دوران درمان دریافت داشته است. حتی بعضی از بیماران از پزشکشان درخواست می‌کنند که درمانشان را بدون اینکه لازم باشد ادامه دهد، زیرا فکر می‌کنند که مادامی که شیمی‌درمانی می‌کنند، در حال مبارزه با سرطان هستند که در صورت توقف آن ممکن است بیماری برگشت داشته باشد (هوروات، ۲۰۱۶: ۳۱۹۳-۳۱۹۸). در واقع این بیماران در حال مبارزه با مرگ هستند. مبارزه نوعی فعالیت است. خوشبختی و سعادت با فعالیت مدام رابطه دارد. در مقابل انفعال نوعی بدبختی و بی‌سعادت است. بیمار در دوره درمان به شدت با جهان پیرامون خود درگیر است و مدام وضعیت خود را در جهت سازگاری یا عدم سازگاری با محیط ارزیابی می‌کند. قطعاً این درگیری به صورت فعالانه صورت می‌گیرد و به زندگی بیمار معنا می‌دهد اگرچه احتمالاً رو به پایان باشد. با این حال اتمام دوره درمان فرد را از حالت درگیری فعالانه بیرون می‌آورد و این برون‌رفت موجب افسردگی و یأس پس از بیماری می‌شود. بنابراین می‌توان درخواست مراقبت از پزشک و اطرافیان را نوعی حالت انفعالی در نظر گرفت. گویی فرد به تنهایی نمی‌تواند درگیری و تعامل فعالانه‌ای با جهان پیرامون خود داشته باشد. انفعال پس از بیماری افسردگی و یأس جدید و مضاعفی را ایجاد می‌کند. افرادی که در مبارزه با سرطان پیروز شده و آن را از بین برده‌اند، بایستی بیاموزند کماکان باید مراحل را سپری کنند که مملو از تغییرات و دست‌اندازهای فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی است و البته ممکن است این مراحل تا آخر عمر با آنها همراه باشد (لئونگو، ۲۰۱۳: ۱۱۶۵-۱۱۷۴، ۲۰۱۳). آنچه که مهم است نحوه سازگاری فرد با این مراحل است.

عوارض طولانی مدت جسمی و روانی - بدن به مثابه سوژه متجسد

بیشتر عوارض سوء ناشی از درمان، پس از اتمام آن فروکش می‌کند. با وجود این امکان از بین رفتن تعدادی از آنها طولانی‌تر بوده و ماه‌ها یا سال‌ها طول می‌کشد و بعضی از این عوارض ممکن است هیچ وقت به طور کامل از بین نرود. برخی از عوارض هم ممکن است بعدها دوباره عود کنند. با آنکه بیشتر عوارض طولانی مدت معمولاً فقط ناراحت کننده و آزاردهنده هستند، تعداد نادری هم وجود دارد که ممکن است ناتوان کننده و خطرناک باشند. امکان از کار افتادن سیستم‌های مختلف در بدن می‌تواند باعث مشکلاتی مانند، ناباروری (لارسن، ۲۰۰۳: ۵۳۱۷-۵۳۰۷)، نشانه‌های زودرس یائسگی، ناتوانی جنسی و کاهش ظرفیت ریه شود (رون ویز، ۲۰۱۶: ۴۳-۷۳). به عبارت دیگر انرژی حیاتی و شور زندگی

بیماران افت می‌کند. از دیدگاه روانکاوی اگرچه چنین شور و شوقی رابطه مستقیم با سازوکار درست بدن دارد، اما از طرفی به نحوه نگرش بیمار به زندگی و جهان که بیشتر در دوران کودکی و خانواده شکل گرفته بستگی دارد. چنین بیماری‌هایی نسبت به اعضای بدن خود حساس می‌شوند و مجموع این عوامل می‌تواند در بروز افسردگی حتی پس از درمان نیز موثر باشد. چنین حساسیتی می‌تواند حاکی از این باشد که این افراد گویی اعضای بدن را به صورت جداگانه در نظر می‌گیرند. در واقع می‌توان گفت: نوعی اختلال هویتی در آنان دیده می‌شود. می‌دانیم هویت با یکپارچگی بدن و در سطحی عالی‌تر با هماهنگی ذهن و بدن رابطه دارد. همانطور که در روانکاوی بحث شده است کودک از ۱۸ ماهگی که به مرحله آینه‌ای معروف است به هویت یکپارچه خود دست می‌یابد. قبل از این مرحله کودک اعضای بدن خود را به صورت جداگانه تجربه می‌کند و از این رو با حیرت و تعجب به آن‌ها نگاه می‌کند، گویی این اعضا مال خود او نیستند. بر این اساس کودک در این دوره مفهومی از بدن خود نیز ندارد. نکته‌ای که در دستیابی کودک به هویت بسیار مهم است این است که این هویت‌یابی از طریق تصویر آینه‌ای کودک یا از طریق دیدن کودکی دیگر شکل می‌گیرد. بنابراین «دیگری» و رابطه با آن نقشی بنیادین در هویت فرد دارد. به تعبیر دیگر فردی که در خلأ رشد کند فاقد هویت خواهد بود. به نظر می‌رسد واکنش بیماران مبتلا به سرطان به بیماری و افسردگی پس از آن را باید از منظر شکل‌گیری هویت آنان در دوران کودکی و اختلال آن در دوره بیماری مورد ملاحظه قرار داد.

همان‌طور که گفتیم هویت فرد در رابطه با دیگری شکل می‌گیرد. از منظر پدیدارشناسی مکان این هویت بدن انسان است؛ انسان آگاهی که بدن خود را نه همچون یک ماشین بلکه به مثابه یک کل یکپارچه و زنده تجربه می‌کند. در این تعبیر سوژه انسانی را به عنوان سوژه متجسد یاد می‌کنند. سوژه متجسد که اصطلاحی برآمده از پدیدارشناسی هوسرلی است به این معناست که انسان نه ذهن محض است و نه بدن محض، بلکه آمیزه‌ای از هر دو است. هر گاه به طریقی این تضایف و همبستگی یکپارچه از میان برود فرد دچار سردرگمی و پریشانی می‌شود. مارکوم این بحث را در خصوص تکنولوژی‌های پیشرفته و دقیق علم پزشکی به این صورت مطرح می‌کند: هر چقدر بدن بیمار بیشتر بررسی می‌شود جنبه‌های عجیب و غریبی از آن برای بیمار آشکار می‌شود که بیمار تصور دقیق و درستی از آن‌ها ندارد. در این صورت بیمار آرام آرام از بدنی که قبلاً آن را یکپارچه و از آن خود می‌دانست بیگانه می‌شود. مارکوم در این باره از تعابیر «بدن شفاف» (transparent body) و بدن عجیب (estranged body) استفاده می‌کند. (مارکوم، ۲۰۰۸: ۵۱) گویی بیمار از بافت عادی و زنده خود جدا می‌شود و در یک فضای عاری از زندگی قرار می‌گیرد. در حالی که «بیمار سوژه‌ای است که در یک بافت زنده و به تعبیر هوسرلی در زیست‌جهان قرار دارد» (مارکوم، ۲۰۰۸: ۵۳).

تحلیل پدیدارشناختی حالات بنیادین بیماران

بنا به گزارش مطالعات انجام یافته در این زمینه، بیماران، در مواجهه با سرطان، درجاتی از بهت و ناباوری، افسردگی و غم، تقدیرگرایی، کم‌رنج شدن نقش‌ها در زندگی، حس گناه و تقصیر در ابتلا به بیماری،

تمایل به فرافکنی و بیم‌ها و نگرانی‌ها را تجربه و گزارش می‌کنند. (لیل، ۲۰۱۴: ۱۳۸-۱۴۶). در این جا با چند مفهوم اساسی و بنیادین مواجهیم: حیرت، تقدیر، احساس گناه و فرافکنی. این مفاهیم مفاهیمی فلسفی- روان‌شناختی‌اند. قبل از پرداختن به این مفاهیم باید اشاره کنیم که منظور از تحلیل پدیدارشناختی نوعی توصیف براساس وضعیت گزارش شده خود بیماران است. تحلیل پدیدارشناختی از هر نوع تبیین ذات‌انگارانه به معنای سنتی آن دوری می‌کند. اگرچه بیمار ممکن است بنا به تربیتی که یافته حالات خود را مربوط به یک ذات بنیادین و اولیه توصیف کند با این حال متخصص فلسفه‌درمانی باید این حالات را در مسیر زندگی بیمار و در زیست‌جهان او مورد تحلیل و بررسی قرار دهد و بیمار را با تحلیل پدیدارشناسانه خود همراه سازد. بنابراین کامیابی در چنین رویکرد مراقبتی مستلزم نوعی آگاهی اولیه بیمار از رویکرد درمانگر به زندگی و جهان خواهد بود. البته پیشداوری‌های بیمار در مورد حالات خود بسیار مهم‌اند و بخشی از جهان او را تشکیل می‌دهند. یکی از وظایف فلسفه‌درمانی باید روشنگری درباره حالات و تفسیرهای متعددی که از آن‌ها می‌توان ارائه نمود باشد.

در خصوص حالات بیمار که بعداً در او تبدیل به مفهوم شده‌اند باید توضیحات مختصری بدهیم. حالت حیرت معمولاً برآمده از وضعیتی است که بیمار قبلاً آن را تجربه نکرده است. حال اگر این وضعیت یک وضعیت بحرانی و حیاتی باشد بیمار در وهله اول سردرگم و آشفته خواهد شد. آسان‌ترین حالت در این گونه موارد تسلیم به یک نیروی ناشناس است. این نوع تسلیم نوعی تسلیم بیمارگونه است و ممکن است آسیب‌زننده باشد. به این ترتیب می‌توان تقدیرگرایی بیماران را حاصل وضعیت حیرت و پریشانی دانست. یادآوری این نکته لازم است که تقدیرگرایی مفهومی کلیدی است که هم جنبه مثبت دارد و هم جنبه منفی. جنبه مثبت آن را بیشتر می‌توان از رویکردهای فلسفی و دینی در نظر گرفت. از این زاویه تقدیر به این معناست که هر کسی به سبب گذشته و اندیشه و عمل خود اندازه و ظرفیتی دارد. در این معنا تقدیر امر محتوم و تمام‌شده‌ای نیست. جنبه منفی تقدیر معمولاً در افکار عامیانه و ناپخته و نیز خوانشی از آن در روانکاوی فرویدی دیده می‌شود. در این معنا تقدیر امرنامعین (از حیث خودآگاهی) و در عین حال امری متعین (از حیث ناخودآگاهی) و اجتناب‌ناپذیر است. اگر خوب دقت کنیم دو وضعیت حیرت و تقدیرگرایی نسبت به دو وضعیت بعدی یعنی احساس گناه و فرافکنی بنیادین‌ترند. به عبارتی بیمار پس از قبول امرمقدر وارد دو وضعیت بعدی می‌شود. بنابراین کسی که می‌خواهد از طریق تحلیل فلسفی وارد گفتگو با بیمار شود بهتر است روی مفهوم تقدیر متمرکز شود.

اعتقاد به جبر یا تقدیر الهی در بیماران صعب‌العلاج و رابطه آن با کل‌گرایی

برخی مواقع و به تبع فرهنگ و اعتقادات، مبتلایان در مواجهه با بیماری سرطان، معتقدند که به دلیل خواست و اراده خداوند به سرطان مبتلا شده‌اند و این یک تقدیر الهی بوده است و بنابراین خود را در برابر این تقدیر تسلیم می‌کنند و با پذیرش بیماری از این طریق امید دارند که خداوند نیز به آنان در مقابله با مشکلات مرتبط با بیماری و ترس از آینده نامطمئن و مرگ کمک کند. این گونه نگرش به بیماری به عنوان یک روش مقابله‌ای مبتنی بر هیجان‌ات مثبت، زمینه‌ساز کنار آمدن با بیماری در عده‌ای

از مبتلایان می‌گردد (هریس، ۲۰۱۴: ۷۷۳-۷۸۱). هرچند گاهی هم در ابتدای سیر بیماری، این گونه پاسخ روانی-عاطفی در بیماران، پیامدهای متغیری را ممکن است به همراه داشته باشد، به نحوی که برخی از افراد با نگاه تقدیر گرایانه به موضوع، تسلیم شدن در برابر سونوشتی محتوم را علت عدم تمایل به شروع یا ادامه درمان بیماری ذکر کرده و گاهی نیز با اعتقاد به عدم توانایی در برابر مقابله با بیماری و خواست پروردگار، تلاش جهت کاهش احتمال عود بیماری را بی فایده توصیف می‌کنند. در این زمینه، تونه-بویله و همکاران در سال ۲۰۱۳ در مطالعه خود گزارش کرده‌اند که این نوع دیدگاه ممکن است همواره تاثیر مثبت بر سازگاری نداشته و گاهی منجر به القاء این دیدگاه در بیماران گردد که بیماری فقط به دلیل خواست و اراده خداوند بوده و انسان‌ها هیچ قدرتی برای کنترل آن ندارند و لذا همین نگرش در آنان منجر به عدم تمایل به استفاده از راهبردهای مقابله با بیماری برای رسیدن به سازگاری می‌گردد (تونه-بویله، ۲۰۱۳: ۶۴۶-۶۵۸). چنین وضعیتی را می‌توان از طریق قرارگرفتن فرد در کل فراگیر و سپردن خود به آن در نظر گرفت. این کل فراگیر می‌تواند ذات اقدس خداوند یا گستره فراگیر وجود و طبیعت باشد. گویی انسان با نوعی تسلیم به امر فراتر از خود بهتر می‌تواند در مقابل بحران صبر و شکیبایی در پیش بگیرد. فلسفه‌درمانی با کمک گرفتن از تحلیل فلسفی-مفهومی می‌تواند با توصیف دقیق و درست مفهوم تقدیر الهی به بیماران یاری رساند. حتی با توضیحات کافی می‌توان برای بیماران نشان داد که خود روند درمان نوعی قرارگرفتن در کل و تقدیر الهی است: آن که درد را داده دوا و درمان را نیز می‌دهد. بر این اساس مفهوم امتحان الهی را می‌توان به معنای سازگاری با محیط به مثابه کل و تسلیم شدن در برابر آن در نظر گرفت. می‌دانیم که مفاهیم «سلامت» و «تسلیم» رابطه عمیقی باهم دارند و هر دوی این مفاهیم با مفهوم «کل» در ارتباطند.

از رویکرد پزشکی بیومدیکال که بدن را یک ماشین فیزیکی محض تلقی می‌کند چنین نگرش‌های کل‌نگرانه‌ای بی‌معنا و ناکارآمد تلقی می‌شوند. با این حال انسان‌ها در چنین نگرش کل‌نگرانه‌ای زندگی می‌کنند و سلامت آن‌ها به این نگرش بستگی دارد. ذهن انسان آکنده از پیش‌داوری‌های گوناگون و تفسیرهای رنگارنگی است که در مورد زندگی دارد. قطعاً بخشی از این پیش‌داوری‌ها و تفسیرها به بدن ماشینی‌اش معطوف است و کسی نمی‌تواند منکر این امر باشد، اما مساله‌ای که وجود دارد این است که پزشک باید بیمار را به مثابه یک کل یکپارچه در نظر بگیرد که خود پزشک نیز جزئی از این کل را تشکیل می‌دهد، به این دلیل که بیمار به عنوان سوژه در مورد او پیش‌داوری‌ها و تفسیرهایی در ذهن خویش دارد. در حقیقت پزشک و بیمار درون سنت بزرگتر و فراگیری هستند که علم پزشکی نیز بخشی از آن است. درمان در این بافت و زمینه فراگیر اتفاق می‌افتد. از این زمینه ناملموس که غایب به نظر می‌رسد ولی همواره حاضر و ناظر است می‌توان به «او» تعبیر نمود: هوالشافی! همان‌طور که کریس لان از نگاه گادامر فیلسوف تفسیرگرایی آلمانی توضیح می‌دهد: «سنت دوشادوش پیش‌داوری قدم برمی‌دارد و پیش‌داوری همچون سنت، از دل واژگان فلسفی و در نتیجه سلطه علم جدید و روشنگری رو به رشد بیرون کشیده می‌شود. از نگاه گادامر تمام فهم ما ضرورتاً از رهگذر پیش‌داوری به وقوع می‌پیوندد.

پیشداوری اندیشه‌ای غیرعقلانی نیست. پیشداوری آن چیزی است که اساساً خود داوری را ممکن می‌سازد. بنابراین هر اندیشه‌ای مبتنی بر پیشداوری است. همه چیزها درون بافت مشترک سنت رخ می‌دهد. تفسیرگر جزء مکمل سنت است که پیشداوری‌هایش آن را کامل می‌کنند» (کریس لان، ۱۳۹۱: ۱۰۲ و ۱۰۳).

با این حال سوبیه منفی تقدیرگرایی و غفلت از عملکرد سنت به عنوان کل می‌تواند تبعات زیانباری برای بیماران داشته باشد. احساس گناه و احساس تقصیر در ایجاد بیماری از یک سو، و بروز خشم و عدالتخواهی از سوی دیگر، در این گونه بیماران مشاهده می‌گردد. برخی بیماران که هیچ دلیل شناخته شده‌ای را در خود برای بروز این سرطان پیدا نمی‌کنند، واکنش هیجانی خود را با بروز خشم و عصبانیت نشان داده و دائماً در کنکاش برای علت ابتلا به این بیماری بوده و حتی نیز ابتلا به این بیماری و عوارض آن را نوعی بی‌عدالتی در حق خود توصیف می‌کنند. چنین یافته‌هایی در برخی مطالعات کمابیش نشانه‌ای از فرافکنی وضعیت موجود، به ویژه در بیماران جوان تر، جهت کاهش تنش درک شده و تلاش برای نیل به قبول واقعیت و سازگاری با بیماری قلمداد شده است (جاسیم و ویدفورد، ۲۰۱۴: ۱۸۹-۱۹۵). البته احساس گناه می‌تواند مبنای عینی و ایژکتیو داشته باشد، زیرا شخص واقعاً در بیماری خود نقش داشته است. فهم این مطلب بسیار ضروری است و در واقع بیمار را از خودفربیی و فرافکنی مشکل به عوامل دیگر دور می‌سازد. واقع‌بینی یکی از شروط سلامتی و زندگی خوب است. از طرفی این مبنای عینی می‌تواند در بیرون از شخص و سبک زندگی اجتماعی، فرهنگ، آداب و رسوم و نیز سیاست‌ها و تدابیر حکومتی قرار داشته باشد، اما نکته دیگری که بسیار مهم است و به عنوان مبنای ذهنی یا سوژکتیو ایفای نقش می‌کند نحوه نگرش فرد به هستی، زندگی، انسان، بدن، سلامتی و بیماری است. این مبنا درونی و اصلاح و بسامان کردن آن بسیار دشوارتر از شرایط بیرونی است.

اتخاذ دیدگاه معنوی نسبت به مشکلات زندگی همراه با رویکرد مثبت و توسل به قدسیین از شایع‌ترین مسائلی است که در مطالعات متعددی که راهبردهای سازگاری با تنش‌های روانی در بیماران صعب‌العلاج را مورد بررسی قرار داده‌اند، دیده می‌شود و مختص به طبقه یا اعتقاد دینی و مذهبی خاصی نبوده است. هرچند معنویت، در واژه به معنای راه و روشهایی است که افراد برای یافتن هدف و معنا در زندگی دنبال کرده و آن را از طریق اتصال به نیروهای طبیعت، شناخت خود و دیگران و عمدتاً توسل به نیروهای روحانی جستجو می‌کنند؛ اما در بسیاری از متون غالباً این واژه به دینداری و روحانیت تعبیر می‌شود که تعبیر یکسانی نیست. معنویت بعدی از فردیت انسان است، در حالی که روحانیت، مهم‌ترین سازه آفرینش انسان است که مفهوم و سیمای معنویت را معنا می‌بخشد (دلگادو-گای، ۲۰۱۱: ۹۸۶-۹۹۴). گرچه نگرش معنوی، اعتقاد به نیروی ماورایی و ادراک درونی یا بیرونی این نیرو در حل بحران در بین مطالعات و جمعیت‌های گوناگون با یکدیگر تفاوت‌هایی نشان می‌دهند، اما وجه مشترک آنها در این است که تقویت این نگرش در بهبود وضعیت جسمی و روانی بیماران با تجربه نزدیکی به مرگ تأثیرات شگرفی داشته است (تونه-بویله، ۲۰۱۰: ۶۴۸-۶۵۸)، به طوری که بهره‌گیری از منبع معنویت به عنوان یک منبع اولیه در حمایت روانی یاد شده است. نتایج مطالعه گارسن در سال ۲۰۱۴ با هدف بررسی

نقش اتصال به معنویت بر سازگاری با بیماری نشان داد که توسل به معنویت با رویکرد مبتنی بر هیجان مثبت، به سازگاری با بیماری و دشواری‌های ناشی از آن منجر می‌گردد؛ به نحوی که بیماران از تاثیر آن به عنوان درک حمایت از طرف یک نیروی متعالی یاد می‌کردند، بعلاوه، به جای آوردن آداب دینی مانند نماز خواندن به آنان در جهت تغییر احساسات منفی کمک کرده و به سازگاری بیشتر با بیماری منجر می‌گردد (گارسن، ۲۰۱۴: ۱-۷). غالباً هر دینی رویکرد «کل‌گرایانه» دارد و توسل به آیین‌های دینی در حقیقت توسل به «کل» و تسلیم شدن در برابر آن است. حال این کل می‌تواند یک امر متعین و انسان‌وار یا یک امر نامتعین و فرانسان و یا «نیستی» و «هیچ» چنان که در ادیان شرقی با آن مواجهیم باشد. از دیدگاه برخی از فیلسوفان این توسل به کل و رابطه با آن به عنوان بعدی بنیادین از وجود انسانی لحاظ می‌شود. معمولاً این رابطه بنیادین را با اصطلاح ذهنیت یا سوپزکتیویته بیان می‌کنند که البته در فلسفه‌های مختلف معنای متفاوتی دارد. مثلاً کرکگور در کتاب مفهوم آبیرونی سوپزکتیویته و فاعلیت انسانی آن را در رابطه انسان با خدا در نظر می‌گیرد (کرکگور، ۱۳۹۵: ۱-۱۱). در این جا منظور ما از سوپزکتیویته رابطه انسان با کل یا خداوند است. به عبارتی انسان به عنوان سوژه‌ای اندیشنده زمانی حقیقتاً انسان است که در رابطه و تعامل بنیادین با این کل قرار می‌گیرد.

هراس از مرگ و اضطراب بنیادین

همانطور که اروین یالوم روان‌درمان‌گر متأثر از فلسفه اگزیستانسیال بیان می‌کند «وحشت مرگ همه‌جایی است و چنان عظمتی دارد که بخش قابل ملاحظه‌ای از انرژی زندگی صرف انکار مرگ می‌شود. برگزشتن از مرگ درونمایه اصلی تجربه‌های انسانی را تشکیل می‌دهد» (یالوم، ۱۳۹۰: ۷۱). هراس از مرگ، بیم از عود بیماری در آینده، ترس از عوارض درمان و نگرانی‌های مرتبط با چگونگی وضعیت زندگی فردی و خانواده خود در آینده، از مهمترین نگرانی‌ها در میان این گونه بیماران است. در این میان، ترس از مرگ و یا ترس از عود بیماری از رایج‌ترین احساسات ناخوشایند در میان بیماران و مخصوصاً در افراد جوان‌تر گزارش شده است. این احساس، به ویژه در بین بیمارانی که شاهد بروز موارد عود بیماری یا مرگ ناشی از سرطان در هم‌تایان و نزدیکان خود بوده‌اند بیشتر به چشم می‌خورد. ترس از بازگشت یا تشدید بیماری و نگرانی و عدم اطمینان از آینده تا سالیان متمادی پس از خاتمه درمان سبب تنش و اضطراب و بروز افسردگی مزمن می‌شود که تاثیر آن از خود بیماری سرطان مخرب‌تر است و منجر به بروز حس فقدان کنترل و در نتیجه وابستگی به سایرین در طی زمان می‌گردد. ادامه این وضعیت سبب اختلال در انسجام فکری و آشفتگی ذهنی و هیجانی می‌شود که به نوبه خود، آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع تنش را دچار ابهام می‌کند و سلامت جسمی و روانی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کوچ، ۲۰۱۳: ۱-۱۲). چنین ابهامی اساساً رفع ناشدنی است، زیرا در اینجا با مسأله بزرگ مرگ روبرو هستیم. از حیث فلسفی انسان اساساً موجودی مرگ‌آگاه است و از آن می‌ترسد. مسأله آگاهی یکی از مسائلی است که انسان با آن روبروست و احتمالاً وجه تمایز او از سایر موجودات باشد. منظور ما از آگاهی آگاهی تأملی یا خوداندیش است یعنی آگاهی‌ای که روی خود بازمی‌تابد و در مورد خود به تأمل می‌نشیند.

به تعبیری آگاهی انسانی آگاهی از آگاهی است. این آگاهی تأملی و بازتابی است که مفاهیم و معانی را برای انسان به وجود می‌آورد. اگر این مفاهیم و معانی مورد بازبینی قرار نگیرند ممکن است همچون کلیشه‌های عادی و مرسوم انسان را اسیر خود سازند. فلسفه در صدد است که این بازبینی را انجام دهد تا زندگی را در مسیر حقیقی خود قرار دهد. به قول ویتگنشتاین «پرداختن فیلسوف به یک مسأله همانند مداوای یک بیماری است» (ویتگنشتاین، ۱۳۸۰: ۱۷۳). از نظر ویتگنشتاین بخش اعظمی از حل مسأله به کاربرد درست مفاهیم و زبان بستگی دارد. به همین ترتیب می‌توان گفت: مداوای بیماری و ناخوشی-های بعد از آن با تحلیل و به کارگیری درست مفاهیم و ارتباط کلامی متناسب با وضعیت بیمار مرتبط است. بسیاری از ترس‌های آدمی از وضعیت عادی و معتاد او برمی‌خیزند.

در تحقیقات انجام شده روی زنان معالجه شده، گزارش شده است که این بهبودی سبب آرامش بیمار نشده است. یکی از دلایل این امر می‌تواند عدم اطمینان از آینده باشد و در واقع تصور اینکه ممکن است هر لحظه بیماری عود کرده و یا سر از جای دیگر درآورده باشد؛ اما علت مقبولی که برای این پدیده متصور است، ترس بیمار از خالی شدن اطرافش از محبتی است که در زمان بیماری از بستگان خویش دریافت می‌نمود طوری که بیمار آرزوی برگشت بیماری و ماندن در آن دوران را می‌کند (بکلمن، ۲۰۰۹: ۵۹۲-۵۹۸). در خصوص عدم اطمینان به آینده می‌توان گفت که این حالت یک حالت ذاتی است که می‌توان از آن به دغدغه و پروای اگزیستانسیالیستی یا وجودی تعبیر نمود. در اینجا بیمار با دو نوع فقدان مواجه است: ۱. فقدانی که در آینده اتفاق می‌افتد. به عبارتی بیمار با از دست دادن زندگی رو در روست. این مرگ یک مرگ بالقوه است و ممکن است روی ندهد، اما در هر حال مرگ طبیعی روزی روی خواهد داد. فرد در دوره بیماری با مرگ مجانب شده و ترس از آن را به شخصه تجربه می‌کند. در حقیقت او به یک ترس بنیادینی واقف گشته که بدون بیماری نیز دچار آن بوده است ولی به دلایلی آن را زیر دغدغه‌های دیگری پنهان می‌کرده است. با وجود این امر مرگ طبیعی می‌تواند عملکرد تسکینی نیز داشته باشد با این عنوان که نهایتاً خواهیم مرد. ۲. فقدان محبت و نبود توجه اطرافیان که فقدان واقعی و بالفعل است. بودن با دیگران و قرار گرفتن تحت مراقبت آنان از ترس بیمار و تنهایی او می‌کاهد و موجب می‌شود که چند صباحی فکر مرگ را از خود براند. اکنون و پس از دوره درمان باز بیمار خود را تنها و رها شده می‌یابد، اما با پرسش‌هایی عمیق و جانکاه که باید یک تنه با آن‌ها سر کند. همراهی فلسفه و روشنگری‌های آن در هر دو نوع فقدان مذکور بسیار راهگشا خواهد بود. به هر حال از دید پژوهش‌گران «شایع‌ترین ترس‌ها از مرگ به ترتیب نزولی عبارتند از: ۱. مرگ من بستگان و دوستانم را دچار اندوه می‌کند. ۲. همه نقشه‌ها و برنامه‌هایم به پایان می‌رسند. ۳. شاید روند مرگ دردناک باشد. ۴. دیگر نمی‌توانم چیزی را تجربه کنم. ۵. دیگر نمی‌توانم از افراد تحت تکفلم مراقبت کنم. ۶. از این می‌ترسم که اگر دنیای بعد از مرگ واقعیت داشته باشد چه بلایی بر سرم می‌آید. ۷. از این می‌ترسم که بعد از مردن، چه بر سر جسمم می‌آید» (یالوم، ۱۳۹۰: ۷۳).

همبستگی روان‌درمانی و فلسفه درمانی در حمایت از بهبودیافتگان

امروزه مطالعات صورت گرفته در فلسفه پزشکی نشان می‌دهد که روان‌درمانی برای بهتر شدن حال بیماران پس از بهبودی کافی نیست. برخی از مسائل و مشکلاتی که بیماران پیدا می‌کنند به پرسش‌های بنیادین آن‌ها مربوط‌اند و باید از طریق نوعی گفتگوی فلسفی منسجم و حساب شده بررسی و رفع شوند. قطعاً فلسفه‌درمانی باید آگاهی لازم و کافی به روند علم پزشکی و چگونگی عملکرد نهادهای وابسته داشته باشد. بنابراین این رویکرد مستلزم مطالعات وسیع در حوزه فلسفه پزشکی و مسائل آن است. به طور مثال یکی از مباحثی که امروزه مطرح است این است که پیشرفت علم پزشکی که مدیون پیشرفت‌های تکنولوژیکی است می‌تواند در ایجاد بحران‌های زندگی سهیم باشد. از جمله مباحث مهم دیگر که در این رابطه وجود دارد مسأله ظهور بیماری‌های جدید در اثر دقیق شدن ابزار آزمایشگاهی و نیز گسترش شرکت‌های داروسازی است. بحث دیگر مسأله «بدن شفاف و عجیب» و از خودبیگانگی بیماران است که قبلاً بدان اشاره شد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که نیاز به مشاوره و حمایت، بعد از پایان درمان منتفی نمی‌شود. علاوه بر این، بهبود یافتگان از گفتگو و مباحثه با دیگر افراد نجات یافته و مطلع شدن از تجربیات آنان و شرکت در برنامه‌هایی که مخصوص این افراد بوده سود بسیار می‌برند. اثرات مثبت نوشتن روزانه تجربیات و حالات و احساسات به روی کاغذ، ثابت شده و می‌تواند در بازگشت آرامش فرد بسیار موثر باشد. نقاشی، طراحی، مجسمه‌سازی، ورزش و موزیک نیز روش‌های خوبی برای تخلیه احساسی و حالات منفی بیمار است و بیشتر از کلمات، می‌تواند احساسات واقعی فرد را بیان کند (عبداله زاده، ۲۰۱۴: ۳۸۵-۳۹۸). نکته اساسی که در اینجا وجود دارد مسأله گفتگو و به عبارت دقیق‌تر گفت و شنود میان انسان‌هاست. اولاً در گفت و شنود است که افراد در تعامل و درگیری با یکدیگر قرار می‌گیرند و از سوی دیگر در تجربه‌های زیسته یکدیگر سهیم می‌شوند. انسان صرفاً شیء‌ای در میان سایر اشیاء نیست یعنی تنها اوبژه نیست بلکه سوژه‌ای است که با محیط پیرامون خود در تعامل و درگیری (involvement) است. بنابراین گفت و شنود آدمی را در وضعیت بهتری نسبت به هستی و زندگی قرار می‌دهد. از طرف دیگر از منظر پدیدارشناسی هر نوع فهم و شناختی بین‌الذهانی است و در رابطه با انسان‌های دیگر به وقوع می‌پیوندد. همین امر را می‌توان در دوره درمان و رابطه میان پزشک و بیمار نیز در نظر گرفت. یکی از بحث‌های مهمی که در فلسفه پزشکی مطرح می‌شود این است که درمان مؤثر بیماری منوط به تعامل دوطرفه بیمار و پزشک است.

انواع حمایت‌ها جهت مقابله با بیماری و چالش‌های مرتبط با آن و رسیدن به سازگاری برای این گونه بیماران لازم و ضروری است. اغلب بیماران حمایت‌های عاطفی و ابزاری و اطلاعاتی خانواده، دوستان، آشنایان و همچنین پزشکان و کادر درمانی را از مهم‌ترین و موثرترین عوامل تسهیل‌کننده برای مقابله با تنش‌ها و پشت سر گذاشتن عوارض درمان ذکر می‌کنند و اغلب به منظور بدست آوردن این گونه حمایت‌ها تلاش می‌کنند. حتی برخی بیماران درصدد هستند تا اطلاعات در رابطه با بیماری خود و درمان و عوارض درمانی را از بیماران همگون که این مراحل را سپری کرده‌اند بدست آورند. در

مطالعات متعددی به اهمیت و تاثیر مثبت هر گونه حمایت از این گونه بیماران در دستیابی به توانایی سازگاری با بیماری تاکید شده است (عبداله‌زاده ۲۰۱۴: ۳۸۳-۳۹۵). آگاهی‌بخشی به بیمار یکی از اصول اخلاقی و اولیه پزشکی است. با توجه به عمق مسأله و نیز بحران پس از درمان به نظر می‌رسد آگاهی-بخشی نسبت به سازوکار بدن و عملکرد بیماری اگرچه لازم است، اما کافی نیست. بنابراین ضروری است از سایر حیطه‌های مرتبط نیز در این راستا استفاده شود. دو حیطه بسیار مهم و مرتبط در این زمینه یکی حیطه روان‌شناسی و دیگری حیطه فلسفه است. نکته‌ای که می‌توان بدان اشاره کرد این است که این دو حیطه هم به طور مجزا و هم به طور تلفیقی می‌توانند به کار گرفته شوند.

واکنش به تشخیص اولیه سرطان پستان در بین زنان، تفاوت‌هایی را به لحاظ درک فرد از ماهیت بیماری، سن بیمار، مرحله بیماری و نوع درمان و مهم‌تر از آن فرهنگ حاکم بر آن جامعه‌ای را نشان می‌دهد که فرد در آن زندگی می‌کند. مجموع این عوامل سازگاری با وضعیت موجود را در فرد مبتلا تحت تاثیر قرار می‌دهد (سبسی، ۲۰۱۲: ۴۰۶-۴۱۲). آنچه مسلم است اینکه رویکردهای مقابله با تنش، اولاً، همواره بلافاصله منجر به یک پیامد موفقیت آمیز نمی‌شود اما تلاش‌هایی در جهت رسیدن به آن انجام می‌شود، ثانیاً، این تلاشها لزوماً در رفتار فردی بارز نمی‌گردد بلکه در ابتدا مستقیماً ادراک و شناخت فرد را نسبت به بحران یا مشکل موجود تغییر می‌دهد، در نهایت اینکه این تغییر شناخت نسبت به مشکل، لازمه انجام تلاش‌هایی برای رسیدن به سازگاری با وضعیت بوجود آمده می‌باشد (شوارزر و شوارزر، ۱۹۹۶: ۱۰۷-۱۳۲). رویکردهای مقابله با تنش به مکمل‌های شناختی دیگر از جمله روان‌کاوی و فلسفه نیاز دارند تا ایجاد سازگاری از روی بینش و بصیرت باشد. در حقیقت چنین سازگاری آگاهانه‌ای می‌تواند دوام بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر بیماری می‌تواند به عنوان یک سکوی جهش زمینه را برای تغییر اساسی زندگی فرد فراهم آورد. تغییر در رفتار و نوع نگرش سوای آگاهی‌های شناختی با درگیری عملی فرد با جهان پیرامون بستگی دارد. در واقع بینش و درگیری با جهان رابطه متقابل پیدا می‌کند. اگر فرد از چنین رابطه‌ای به دلایل متعدد از جمله غرق شدن در زندگی عادی و روزمره غافل بوده باشد رویکردها و روش‌های مکمل می‌توانند با تمرین نظری و عملی او را در راهیابی به چنین تعامل بنیادینی کمک کنند. انسان اساساً ویژگی در-جهان-بودن دارد. با این که در بیماری رابطه بیمار با محیط مختل می‌شود، اما او همچنان موجودی در جهان است و با پیرامون خود تعامل دارد اگرچه چنین تعاملی با نگرانی و پروا همراه بوده باشد. از رویکرد فلسفی باید به بیمار یادآوری کنیم که بدن او صرفاً شیء و اوبژه محض نیست و او به دلیل داشتن ذهن با محیط خود رابطه‌ای زنده و اثرگذار دارد. به عبارتی او با آگاهی از این تعامل می‌تواند سوبه‌ای از درمان و بهبود را خود بر عهده بگیرد. همین روند بعد از بیماری نیز بایستی ادامه پیدا کند. زیرا آدمیان معمولاً فراموشکارند. انسان‌ها باید طرز نگرش درست به جهان و زندگی را مدام تمرین کنند. چنین ممارستی باید از دوران کودکی آغاز گردد.

نتیجه گیری

ما در این مقاله سعی کردیم با استفاده از رویکرد پدیدارشناختی و با کمک برخی از مفاهیم محوری آن وضعیتی واقعی و رویداد در زندگی انسان‌ها را مورد مطالعه و بررسی قرار دهیم. هدف از مطالعه چنین وضعیتی آشکار کردن رابطه آن با وضعیت وجودی بنیادینی بوده که آدمی از زمانی که بر آگاهی خویش واقف گشته و حتی به نوعی قبل از این آگاهی در یک زیست‌جهان با آن وضعیت درگیر بوده است. بنابراین آبخور فلسفه‌درمانی نیز برای این که از ساحت اصیل خود بتواند مفید واقع شود تمرکز خود را بر این وضعیت‌های وجودی بنیادین قرار داده است. اگرچه فلسفه از قدیم‌الایام به مثابه درمان روح و نفس مطرح بوده با این حال امروزه اهمیت آن در حیطه پزشکی مدرن بیشتر آشکار گشته است. از آن جا که در میان بیماری‌های گوناگون سرطان ویژگی‌های خاصی دارد ما این بیماری را به عنوان موردی خاص برگزیدیم که می‌تواند رابطه تنگاتنگی با حالات وجودی انسان داشته باشد. مسأله‌ای که در اینجا بدان توجه کرده‌ایم افسردگی پس از بهبودی بوده است. به نظر می‌رسد افسردگی در حین بیماری امری طبیعی و فراخور موقعیت بیمار باشد. اگر لازمه رفع افسردگی در هنگام بیماری برطرف شدن بیماری است رفع افسردگی پس از بهبودی به سادگی میسر نیست. در واقع لازم است میان بیماری و ناخوشی تمایز قائل شویم. بیماری ممکن است از میان رفته باشد، اما فرد هنوز احساس ناخوشی کند. از این جهت رویکرد پزشکی انسان‌گرا در کنار رویکرد پزشکی بیومدیکال ظهور کرده است که توجه خاصی به رابطه جسم و روان دارد. بنابراین سوای مراقبت‌های پزشکی به مراقبت‌های دیگری نیز نیاز داریم. از جمله این مراقبت‌ها مراقبت‌های روان‌شناختی است. اما حیطه روان‌شناسی نیز محدودیت‌های مفهومی و روشی دارد و نمی‌تواند به‌خودی خود مؤثر واقع شود. از این رو نظر ما این بود که همراه این مراقبت‌ها نوعی مراقبت مبتنی بر مفهوم و بیش می‌تواند بسیار کارساز باشد. امروزه از این نوع مراقبت به فلسفه‌درمانی یاد می‌شود. چنین مراقبتی براساس نگاه انسان‌گرایانه که خود مبتنی بر نگاهی کل‌گرایانه است استوار می‌گردد. نگاه کل‌گرایانه هویت، سلامتی و تمامیت انسان را در بافت کلی‌تری در نظر می‌گیرد که نمی‌توان اجزای آن را به طور جداگانه در نظر گرفت. از این رو اگرچه می‌توان بدن بیمار را که دچار اختلال فیزیولوژیکی شده از حیث علم پزشکی درمان کرد اما ناخوشی فرد را نمی‌توان به این روش از میان برداشت. در حقیقت حال خوش بیمار در ارتباط با همان بافت کلی معنا پیدا می‌کند و ناخوشی او برآمده از ایجاد نوعی رخنه و شکاف در این کل یکپارچه است.

به کارگیری فلسفه در دشواری‌های اساسی زندگی انسان نه تنها در فهم و رفع این دشواری‌ها کارایی دارد بلکه در اشاعه تفکر و اندیشیدن عمیق و ژرف نیز بسیار مفید خواهد بود. به طور کلی می‌توان از موقعیت‌های دشوار به سوی موقعیت‌های روزمره حرکت کرد و براساس الگوهای مختلفی که آدمی در حالات دشوار با آن‌ها درگیر است و به نوعی آن‌ها را شکل می‌دهد در خصوص معنای زندگی انسان‌ها به تامل نشست. از سوی دیگر وضعیت‌های برآمده از موقعیت‌های دشوار را می‌توان در زندگی عادی نیز پیگیری کرد و نظام سلامت را به شکل گسترده‌تری در نظر گرفت. این تعمیم می‌تواند در پیشگیری از

بیماری‌ها و بهتر شدن زندگی انسان‌ها مفید واقع شود. به عبارتی هر موقعیتی را می‌توان درسی برای زندگی در نظر گرفت.

References:

- Abdollahzadeh, F., Moradi, N., Pakpour, V., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Mohammadpourasl, A. & Howard, F. (2014) "Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients", *Asian Pac J Cancer Prev*, 15, 3933-8.
- Anderson, D.J., et al. (2015) "Facilitating lifestyle changes to manage menopausal symptoms in women with breast cancer: a randomized controlled pilot trial of The Pink Women's Wellness Program", *Menopause*, 22(9): p. 937-945.
- Anusasananun, B.A., et al. (2013) "Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer survivorship", *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2): p. 148-166.
- Bekelman, D.B., et al. (2009) Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5): p. 592-598.
- Campbell, H.S., et al. (2011) Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. *Supportive Care in Cancer*, 19(2): p. 221-230..
- Cebeci, F., Yangin, H. B. & Tekeli, A. (2012) Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 406-412.
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011) Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 41(6), 986-994.
- Elsheshtawy, E. A., Abp-elez, W. F., Ashour, H. S., Farouk, O. & EL Zaaferany, M. I. (2014) Coping strategies in Egyptian ladies with breast cancer. *Breast Cancer*, 8, 97-102.
- Fann, J.R., et al. (2008) Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General hospital psychiatry*, 30(2): p. 112-126.
- Gadamer, Hans George (2015) *Razparegi-e Salamat* (The enigma of Health), trans. Narges Tajik, Nashr-e Rouzgar-e no [In Persian].
- Garssen, B., Umland-Sikkema, N. F. & Visser, A. (2014) How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *Journal of religion and health*, 1-17.
- Harris, G. M., Allen, R. S., Dunn, L. & Parmelee, P. (2013) "Trouble Won't Last Always" Religious Coping and Meaning in the Stress Process. *Qualitative health research*, 1049732313482590.
- Heim, E., L. Valach, and L. Schaffner, (1997) Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effectsover time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4): p. 408-418.
- Horvat, T.Z., et al. (2015) Immune-related adverse events, need for systemic immunosuppression, and effects on survival and time to treatment failure in

patients with melanoma treated with ipilimumab at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *Journal of Clinical Oncology*, 33(28): p. 3193-3198.

- Jassim, G. A. & Whitford, D. L. (2014) Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social science & medicine*, 107, 189-195.
- Johansson, M., Ryden, A. & Finizia, C. (2011) Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer-A longitudinal study. *BMC cancer*, 11, 283.
- Kierkegaard, Søren (2016) *Mafhum-e Ayroni* (The Concept of Irony), trans. Saleh Najafi, Nashr-e Markaz [In Persian].
- Knobf, M.T., et al. (2012) Needs assessment of cancer survivors in Connecticut. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1): p. 1-10.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. & Arndt, V. (2013) Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 22, 1-11.
- Larsen, E.C., et al. (2003) Reduced ovarian function in long-term survivors of radiation-and chemotherapy-treated childhood cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(11): p. 5307-5314.
- Lawn, Chris (2012) *Witgenstain va Gadamer* (Wittgenstein and Gadamer), trans. Abedinifard, Mortaza, Nashr-e Ketab-e Parse [In Persian].
- Leal, I., Engebretson, J., Cohen, L., Rodriguez, A., Wangyal, T., Lopez, G. & Chaoul, A. (2014) Experiences of paradox: a qualitative analysis of living with cancer using a framework approach. *Psycho-Oncology*.
- Luengo-Fernandez, R., et al. (2013) Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The lancet oncology*, 14(12): p. 1165-1174.
- Marcum, James A. (2008) *Humanizing Modern Medicine: an introductory philosophy of medicine*, Springer.
- Martin, Mike W. (2001) "Ethics as Therapy: Philosophical Counseling and Psychological Health", *International Journal of Philosophical Practice*. 1.1, 1-31.
- Matsuda, A., et al. (2014) *Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Quality of Life Research*, 23(1): p. 21-30.
- Neuendorf, K.A. (2016) *The content analysis guidebook*. Sage.
- Peterman, James F. (1992) *Philosophy as Therapy*, State University of New York.
- Robertson, Donald (2010) *The Philosophy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)*, Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy, Karnac Books Ltd.
- Runowicz, C.D., et al. (2016) *American cancer society/American society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline*. CA: a cancer journal for clinician 66(1): p. 43-73.
- Samuelson, P.A. (2016) *My life philosophy*. *The American Economist*, 61(1): p. 61-68.
- Schaepe, K.S. (2011) *Bad news and first impressions: patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis*. *Social science & medicine*. 73(6): p. 912-921.

- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996) *A critical survey of coping instruments*. Handbook of coping: Theory, research, applications, 107-132.
- Tay, R., T. Gibney, and Y.C. Antill. (2017) *Sexual dysfunction after breast cancer: A review of treatments and strategies*. in *Cancer Forum*, The Cancer Council Australia.
- Thune Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I. & Newman, S. P. (2013) Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22, 646-658.
- Visser, A., B. Garssen, and A. Vingerhoets, (2010) *Spirituality and well-being in cancer patients: a review*. *Psycho-Oncology*, 19(6): p. 565-572.
- Wiener, L., et al. (2015) *Threading the cloak: palliative care education for care providers of adolescents and young adults with cancer*. *Clinical oncology in adolescents and young adults*, 5: p. 1.
- Wittgenstein, Ludwig (2001) *Pajubeshbay-e Falsafi* (Philosophical Investigations), trans. Fereydoun Fatemi, Nashr-e Markaz [In Persian].
- Yalom, I.D. (2011), *Ravandarmani-e Existansial* (Existential Psychology), trans. Sepideh Habib, Nashr-e Ney [In Persian].
- Yalom, et al. (1967) *Preparation of patients for group therapy: A controlled study*. *Archives of General Psychiatry*, 17(4): p. 416-42