

# کتابجو

ویژه‌نامه شماره ۸ - پاییز ۱۴۰۰  
انجمن کتابخوانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نگاهی ویژه بر پزشکی روایی  
و روایت پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران



ریتا شارون، بنیان‌گذار علم پزشکی روایی



## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۳

بیا پایین!

۶

بی واسطگی

۸

پزشکی روایی؛ تهدید یا فرصت؟!

۱۳

هنر شنیدن بیمار

۱۶

جنگ در اتاق عمل

۱۸

اکنون که مانند تو هستم، چه کسی من را می نویسد؟

۲۰

روایت گر متحرک

۲۱

آنتونیو

۲۷

کتابهای پیشنهادی کتابجو

۲۸

فیلمهای پیشنهادی کتابجو



بیا پایین!

امیرمحمد دهقان

سر در بیاورم و چیزی یاد بگیرم؛ همه را دارم به همسرم خیانت می‌کنم. اما از آن روز به بعد من خوشبخت‌ترین مرد دنیا بودم. یک مرد دوزنه که هیچ کدام از همسرهایش مشکلی با حضور دیگران ندارند و حتی با هم زندگی می‌کنند. اما مشکل دیگری دقیقا از همین جا شروع به شکل گرفتن کرد. شما جرات می‌کنید اگر یک روز دو زن داشته باشید و هر سه نفرتان با هم زندگی کنید بروید به دیگران بگویید؟ وقتی به دیگران بگویید سرزنش‌تان نمی‌کنند؟ خصوصا اگر یکی از زن‌ها، خانم جافتاده و مقبولی مثل داروسازی باشد و دیگری، خانم پرشیپنت و رهایی مثل داستان. معلوم است که نمی‌پذیرندتان. اصلا گوش نمی‌دهند که ببینند چه می‌گویید. فکر می‌کنند هوس‌بازید. یا مثلا زندگی کردن را بلد نبوده‌اید. این درد من است.

من از آن روز به بعد به جرات یک نفر را هم توی خانواده‌ی علمی پیدا نکردم که از نظرش پزشکی روایی واقعا فایده داشته باشد. نگاه‌های لوکس «حالا اینم بازی» گونه را زیاد دیدم. جشنواره‌ای برگزار شد و یکی دست زد و دیگری دوستم داشت و دیگری بهم افتخار کرد و از این خزعبلات، ولی یک نفر هم پیدا نشد که برای کاری که می‌کنم ارزش قایل باشد.

بهترین داستان جهان را هم اگر بنویسم و بزرگترین آلام بشری را بکاهد، ارزش یک مقاله‌ی علمی فکستنی که هیچ فهمی از هیچ جایش ندارم و هیچ کمکی به هیچ دردی از بشریت نکرده را ندارد. در حالی که اگر سیاهه‌ای از همان مقالات علمی به درد نخور که اگر یک بار از رویشان بخوانی صد و بیست غلط انگلیسی دارند داشته باشم کلی ارج و قرب دارم در جامعه‌ی علمی کشور.

علم واقعی با من مشکلی ندارد. علم ایرانیزه با من مشکل دارد. من، اینجا، من نیست. من نوعی است. شما است. هر دانشجوی علوم پزشکی است که رمان‌هایی که خوانده به مراتب بیشتر از کتب رفرنس پزشکی است که خوانده. هر دانشجویی است که هم علم را دوست دارد و هم ادبیات را. و هر کس که انسانیت بیمار برایش از کیس بودن بیشتر ارزش دارد.

شما می‌توانید این متن را نخوانید. هیچ اشکالی هم ندارد. من می‌توانم شروع کنم به گفتن از منابع متعددی که درباره پزشکی روایی وجود دارد، برایتان پشت سر هم منبع بزنم، ارجاعتان بدهم به مقاله‌های موجود، بهتان کتاب معرفی کنم و بعد هم ازتان خداحافظی کنم. این کار را در آغاز شکل‌گیری این شماره از کتابجو انجام دادم. یک صوت طولانی برای تیم تحریریه گرفتم و چند جلد کتاب معرفی کردم و بعد هم تقسیم کار برای نوشتن‌ها انجام شد. ما یک عادت در کتابجو داریم و آن این که از همان ابتدای هر شماره بعد از گفتگوهای اولیه و کمی سوال و جواب کردن، هر کس موضوعی که قرار است از آن بنویسد را در قالب یک کلیت اعلام می‌کند که کسی توی کار دیگری ناخودآگاه دخالت نکرده باشد. کسی این را نفهمید ولی من در این شماره هیچ موضوعی برای خودم تعریف نکردم. حالا هم که می‌آیم و می‌نشینم پشت لپ‌تاپ که این خطوط را برای شما بنویسم یک حرف خیلی مهم دارم که ترجیح می‌دهم از توی دلم برایتان بنویسم‌اش. نه از لای منابع و خطوط دیگران. هر چند، این کار ارزشمند را حتما دوستان دیگرم در این شماره برایتان انجام داده‌اند و اصلا خود من ازشان خواستم که این کار را انجام دهند.

از روز اولی که وارد رشته داروسازی شدم، هیچ‌وقت تصور این را نداشتم که یک روزی در سال سومی که داشتم داروسازی می‌خواندم بفهمم که در محافل آکادمیک پزشکی ما چیزی به اسم پزشکی روایی داریم. آن روز انگار بعد از ازدواج با همسر خوبم، داروسازی، معشوقه‌ی محبوبم یعنی داستان را توی خانه‌ی همسرم پیدا کرده باشم. تا قبل از آن فکر می‌کردم ساعت‌هایی که به خواندن رمان و داستان می‌گذرانم یا ساعت‌هایی که راه‌های طولانی را طی می‌کنم تا از نوشتن داستان

## کتابجو

پزشک همه‌ی این‌ها را می‌داند که بتواند به بیمارش بگوید «نگران نباش جوون. درستش میکنیم به لطف خدا.»

حالا تصورش را بکنید. دانشگاه‌های ما و بیمارستان‌ها پر از آدم‌هایی است که علم را دارند اما بلند نیستند با بیمار حرف بزنند و به او گوش کنند. و باور کنید هیچ چیز شما را به این وا نمی‌دارد که به کسی خوب گوش کنید و تمام وجودتان را به او و شنیدن او بدهید مگر آن که بخواهید بنویسیدش!

متوجه حرفم هستید؟ ما قرار است دیگران را بنویسیمشان! ما قرار است آن‌ها و دردشان را بیاوریم روی کاغذ. ما قرار است خودمان را هم بنویسیم. درمان را، خستگی‌مان را، استادهای خوب و بدمان را، سیستم فشل و بی‌خود یا خوب و سرزنده را. آن وقت چرا تصورمان این است که هر کس می‌تواند شروع به نوشتن کند و خوب هم بنویسد و مخاطب داشته باشد؟

نوشتن، آموختنی است. گاهی به مراتب آموختنی‌تر از علوم پزشکی. هزاران وبسایت و اپلیکیشن و کتاب داریم که سر تا پای بیماری یک بیمار را با یک آزمایش تحلیل می‌کنند و پیشنهاد درمانی می‌دهند و صادق اگر باشیم به مراتب هم از خیلی از پزشکان بهتر پیشنهاد می‌دهند. اما یک نرم افزار می‌شود نام ببرید که قصه می‌سازد یا قصه می‌فهمد و بلد است این فهم را منجر به اتفاق‌های مهم‌تری مثل همدلی کند. نمی‌توانید! معلوم است که نمی‌توانید.

من، همان من نوعی، در این دو سه سال بارها آمدم در اتاق استادهایم که از پزشکی روایی بگویم و بارها از سویشان ناامید شدم. نصف بیشترشان که اصلا نفهمیدند دارم چه می‌گویم. بقیه‌شان هم که فهمیدند متأسفانه کاری از دستشان ساخته نبود و به طور کلی نظرشان این بود که زیاد دارم چرت می‌گویم و بهتر است بروم درس را بخوانم. که من اسم این رفتارشان را رفتار «بچه بیا پایین...» می‌گذارم.

همین من، یک بار به لطف یکی از دوستان در یک سمپوزیومی یک سخنرانی کوتاه داشتم. باورم نمی‌شد که متخصصان پزشکی دارند واقعا به من گوش می‌دهند و بعد از سمپوزیوم حتی پیگیر حالم می‌شوند یا از همکاری کردن حرف می‌زنند. چرا آن‌ها برای ادبیات در پزشکی ارزش قایل‌اند و ما نه؟ چرا ما با ادبیات مثل سگ برخورد می‌کنیم؟ انگار یک چیز هاپ‌هاپوی زائد است که زودتر باید بهش قلاده ببندیم و طردش کنیم؟

من واقعا خسته هستم دوستان. این که بهم شبیه دیوانه‌ها نگاه کنند خسته‌ام می‌کند. این که بنویسی و نگاهت نکنند خسته‌کننده است. این که بخواهی کاری کنی که آدم‌بودن بیمار را ارج بنهی و همه بگویند، ضربان قلبش چند است آزارت می‌دهد.

توی داروخانه این را تجربه کرده‌ام. همین دیروز همسر یکی از بیمارها داشت می‌گفت آن قدر از دست شوهرش خسته شده که کاش بمیرد. دو دقیقه خرج کردم که بگویم حق دارد خسته باشد ولی از این حرف‌ها نزنند. صد و پنجاه بار دعایم کرد موقع رفتن. برای همین خانم، چه اهمیتی داشت که من درباره اسپری برونکودیلاتوری که دستش داده‌ام بهش چیزی بگویم. آن اطلاعات برای خود آدم است. با آن‌ها من صلاحیت این را پیدا کرده‌ام که بنشینم و با او حرف بزنم. باقی‌ش هیچ ربطی به علم ندارد. علم به من صلاحیت می‌دهد. خودش موضوع بحث نیست. پزشک که به بیمار از این که الان سلول‌های نئوپلاستیک پانکراسش قرار است با ترشح انسولین چه کار کنند چیزی نمی‌گوید.



Everyday Heroes by Natasha Kramskaya



The Hospital at 4 am by Douglas Manry

اما غم من در این کلی‌گویی‌ها نیست. من دارم داروسازی را تمام می‌کنم. اما نمی‌توانم در پزشکی روایی ادامه تحصیل دهم. من دلم می‌خواست سرِ کلاسِ خودِ ریتا شارون بنشینم و از او یاد بگیرم اما نمی‌شود. دلم می‌خواست ادبیاتِ ایران را و اتمسفرِ ایران را ببرم توی جهان و در گوش همه فریاد بزنم اما احتمالاً نمی‌توانم. من بدم می‌آید که عالی نباشم. من مجبور به ادامه تحصیل‌ام. اما احتمالاً ادامه تحصیل در چیزی که عاشقش نیستم و در بهترین حالت فقط یک جاهاییش را دوست دارم. من همچنان خواهم نوشت، اما نمی‌توانم ده سال بعد یا هر چند سال بعد که یک چیزی شده‌ام و نوپا نیستم توی دانشگاه - های همین کشور به دانشجویها واقعا درس نوشتن خلاق بدهم. نمی‌توانم، چون.... چونش را اگر بگویم افسردگی همه‌ی جانم را می‌گیرد. خداحافظ.

## بی‌واسطگی

## روایتی از پزشکی روایی

## امیرحسینی بوژانی



گرین-هالف نظرسنجی‌ای با عنوان «آیا دوران پزشکی مبتنی بر شواهد سرآمده؟» در بریتیش مدیکال ژورنال چاپ کرد. نتایج به صورت تقریباً برابر تقسیم شد؛ ۵۱ درصد رای مثبت در برابر ۴۹ درصد رای منفی.

شرکت‌کنندگان با بررسی زوایای مختلف موضوع، نظرات خود را ثبت کردند. از جمله مهم‌ترین نقدها می‌توان به مواد زیر اشاره کرد:

۱. حجم اندک نمونه‌ها نتایجی ارائه می‌کند که تنها از لحاظ آماری ارزشمندند و ممکن است در دنیای کلینیکی و در عمل نتایج مشابهی به بار نیاورند. شاید ناخودآگاه حس کنیم راهی که ساکت در جهت نفی خرافات رفت اینجا به توهم دیگری به نام اعداد رسیده است.

کلمات قدرت حسرت‌برانگیزی دارند. مرزهای نرفته و خیالات ناممکن در حوزه وهم‌آلود ادبیات است که جامه واژه بر تن می‌کنند و انسان را با خودش و با دیگری وصلتی بی‌واسطه می‌دهند.

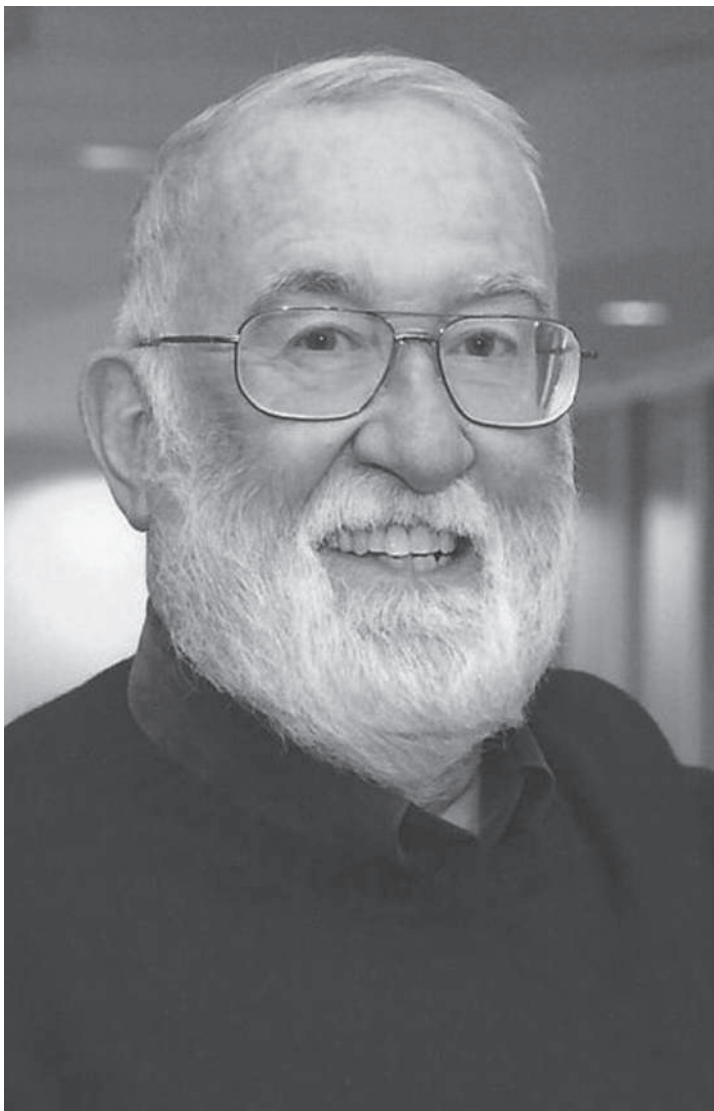
از زمانی که فلسفه نخستین گام‌هایش را به سمت بی-واسطگی طی کرد تا امروز که حتی پزشکی مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup> کافی به نظر نمی‌رسد، دانش پزشکی دستخوش کش و قوس‌های فراوان بوده. اولین گام در جهت بی‌واسطگی را در دهه ۷۰ میلادی یک اپیدمیولوژیست به نام دیوید ساکت<sup>۲</sup> برداشت. همانطور که هر محتوایی بی‌فرم مناسب بی‌نظم، مشوش و بی-قاعده به نظر می‌رسد، ساکت در جهت ایجاد فرمی پایدار و مبتنی بر اصول، گام بزرگی برداشت. نقطه نظری که در زمانی کوتاه راهی طولانی رفت و از آمریکا به سرتاسر جهان گسترش یافت.

استفاده محتاطانه، معقول و صریح دانش روز در جهت تصمیم‌گیری برای بیماران؛

این شاید بهترین تعریفی است که خود ساکت درباره پ.م.ش ارائه می‌کند؛ تغییر موضع تصمیم‌گیری پزشکان از نظر شخصی به سمت یک سیستم پیشرفته تحقیقاتی و همگام شدن با آن، کاهش خطاها و توجه بیشتر به حقوق بیمار و انقلابی که این تغییرات در جهان ایجاد کرد، اولین قدم بی‌واسطگی بود!

مثل هر پیشرفت بشری، پ.م.ش هم از تیغ نقد در امان نماند. تصمیم‌گیری برای انسان بر مبنای پژوهش -هایی که بر گروهی متفاوت انجام می‌شوند و عموماً غیرقابل تکرارند، تجربه شخصی را عملاً بی‌مصرف نشان می‌دهد.

این مسائل و مسائلی از این قبیل، زمینه را برای نقد دقیق‌تر پ.م.ش آماده کرد، در سال ۲۰۱۴



Trish Greenhalgh



پزشکی روایی می‌گوید: روایت‌های بیماران می‌تواند با کمک به تشخیص و تفسیر بیماری، حرکتی رو به جلو برای دانش پزشکی باشد.

گرین هالف معتقد است پزشکی روایی، روایت آنچه که بین پزشک و بیمار اتفاق می‌افتد است: هر آنچه قبل، حین و پس از بیماری توسط بیمار - یا حتی پزشک - درک می‌شود. او همچنین اضافه می‌کند:

«خاله نورا می‌تونه بهت بگه که سلیاکش دقیقا چطوری رفتار می‌کنه. اون حتی می‌تونه بهت بگه از خوردن قرص - های آبی خوشش نیامد. اون می‌تونه بهت بگه وقتی دارو x رو سال‌ها قبل خورده، حس کرده یک انسان متفاوت شده. در حالی که این دارو روی ۱۰۰۰ نفر آزمایش شده و تقریبا هیچ اثری نداشته. با این اوصاف مدل‌های کامپیوتری و آماری احتمالا برای خاله نورا کاربرد نداشته باشند!»

هویت دموکراتیک این روش راه را برای ارتباط حتی با پ.م.ش باز نگه می‌دارد و توأمان ارتباطات پزشک و بیمار را بهبود می‌بخشد و همچنان که به آمار و اعداد وفادار است، انسان و تجربه شخصی و فردی را در اولویت قرار می‌دهد.

به راستی شاید همین حرکت به سمت بی‌واسطگی است که درمان را موثرتر می‌کند و همین برخورد خالصانه انسان با انسان است که معنایی متفاوت به درمان می‌بخشد. اما به یاد معلمی که می‌گفت هر چیزی همیشه می‌تواند بهتر شود می - پرسم: آیا روایات شخصی یک فرد از خود یا دیگری قابل اطمینان خواهند بود؟

یعنی ارزش تشخیصی هر بیماری و هر دارو بر مبنای اعداد است که سنجیده می‌شود و نه بر مبنای تجربه شخصی انسان‌ها.

۲. تمایل ناشران و ژورنال‌های علمی به چاپ مقالاتی که نتیجه مثبت دارند یکی از مهمترین چالش‌ها است، برای مثال مقالاتی که توسط FDA مثبت تلقی شدند، ۱۲ برابر مقالات با نتیجه منفی<sup>۱</sup> در ژورنال‌های معتبر چاپ شدند. بی‌توجهی به مقالات با نتیجه منفی، منجر به ایجاد سرمایه‌داری علمی و در پی آن تبلیغاتی شدن علم می‌شود. بدین صورت پژوهش - ها و مطالب علمی بر مبنای مثبت یا منفی بودن نتایج آن است که با ارزش یا بی‌ارزش تلقی می‌شود.

چرا علم در مسیر نادرست پیش می‌رود؟ این سوال را مجله اکونومیست در سال ۲۰۱۴ پرسید:

حرفه‌گرایی، پژوهشگران را به سمت نتایج اغراق آمیز و نوبرانه سوق می‌دهد. ژورنال‌ها برای حفظ انحصار در مارکت علمی، قریب به ۹۰ درصد مقالات را مرجوع کرده و تنها عنوان‌های تازه و عجیب راهشان را به صفحات این مجلات باز می‌کنند. این رویکرد تبلیغاتی باعث تغییر مسیر علم به سمت حس ششم پژوهشگران! و عنوان‌های پر آب و تاب و نامعتبر شده.

مسائل بالا و مسائل مشابهی از این قبیل، باعث شد تا طرح روش نوینی جهت رفع ایرادات، گریز ناپذیر شود. یعنی آخرین گام به سمت بی‌واسطگی؛ پزشکی روایی. این گام توسط ریتا شارون در دانشگاه کلمبیا برداشته شد. شارون در توضیح

منظور از نتیجه منفی ناموفق بودن مقاله نیست. ۱-



## پزشکی روایی؛ تهدید یا فرصت؟

«چالش‌های پیش روی پزشکی روایی و

نقش آن در مشاوره و روایت درمانی»

محمد رضا رضایی

زمانی که از پزشکی روایی صحبت می‌کنیم، دقیقاً از چه چیزی سخن می‌گوییم؟ ارتباط پزشکی روایی در بالین و نقش آن در رابطه پزشک - بیمار چگونه است؟ آیا پزشکی روایی یک فرصت و امکان جدید در اختیار پزشکان و متخصصان بالینی ارائه می‌دهد یا با به چالش کشیدن پیش‌فرض‌های تثبیت شده و چارچوب‌های تعریف شده، باعث انحراف پزشکان از مسیر تشخیص و درمان بیماران می‌شود؟ این سؤالات و مفروضات دیگر همانی است که تلاش می‌کنم در این شماره از کتابجو به بحث و بررسی در رابطه با آن بپردازم و امید است دریچه جدیدی از فهم و توجه بالینی به روی خوانندگان گرامی گشوده شود.

و اما بعد. برای اینکه بتوانیم در رابطه با پزشکی روایی صحبت کنیم، باید مسیری که پزشکی تا اینجا طی کرده به شکل مختصر بیان گردد. بدون شک بر کسی پوشیده نیست که در حال حاضر پارادایم و الگوی اصلی تشخیص و درمان بیماری‌های طبی، دیدگاهی است که دیوید سکت آن را پایه‌گذاری کرد، یعنی پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM). از مزایای پزشکی مبتنی بر شواهد که باعث اقبال جامعه علمی و گسترش روزافزون آن شده می‌توان موارد زیر را نام برد: طرفداران پزشکی مبتنی بر شواهد معتقد هستند که با وجود به کار بردن این رویکرد، سوگیری‌های احتمالی در تحقیقات بالینی کاهش پیدا کرده و در نتیجه نتایج تحقیقات علمی‌تر و صحیح‌تر خواهد بود، کاربرد پزشکی مبتنی بر شواهد در بالین باعث تغییر رویکرد بالینی پزشکان از مدل‌های پدرمآبانه و subjective به سمت رویکردهای کل‌نگرانه - تر و objective خواهد شد، همگام شدن بیشتر پزشکان

به پیشرفت‌های دانش پزشکی، مزایای اخلاقی و علمی EBM از جمله کاهش خطاهای پزشکی و حمایت از حقوق بیماران در مراجع قضایی، پوشش دادن حجم بزرگی از جمعیت انسانی و...

اما منتقدان پزشکی مبتنی بر شواهد هم دلایل خود را دارند. از جمله اینکه: پزشکی مبتنی بر شواهد توانایی پوشش دادن بیماران دچار comorbidity های همراه یا تعدادی از بیماران پا به سن گذاشته را ندارد، در بسیاری از موارد نتایج تحقیقات بر اساس EBM فقط می‌تواند معانی آماری را القا کند و نه یک نگاه بالینی معنادار، وجود publication bias در نتایج منتشر شده که بر این اساس معمولاً نتایجی منتشر می‌شوند که همسو با میل سیاست‌گذاران و منافع افراد صاحب نفوذ و شرکت‌های داروسازی باشد، EBM این حقیقت را نادیده می‌گیرد که هیچ پدیده‌ای در طبیعت دقیقاً دو بار رخ نمی‌دهد، رویکرد EBM در رابطه با تحقیقات بالینی بسیار تعریف شده و چارچوب‌مند و در عین حال کمی (quantitative) است و با نادیده گرفتن تعاریف کیفی و پاسخ دادن به سؤالات بصورت «بله یا خیر» از تولید علم جدید به معنای واقعی کلمه جلوگیری می‌کند.

همچنین خوانندگان گرامی را جهت کسب دانش بیشتر درباره پزشکی مبتنی بر شواهد و مزایا و معایب آن به نوشتار آقای بوژانی ارجاع می‌دهم.

## پزشکی روایی چیست؟

پزشکی روایی بر داستان‌ها و روایت‌هایی تأکید می‌کند که افرادی که در نزدیک‌ترین ارتباط با بیمار بوده‌اند، از جمله خود بیمار، همسر یا مراقبین بالینی، بیان می‌کنند و معمولاً به جای علائم بالینی، در رابطه با احساسات، حساسیت‌ها و افکار آن‌ها در ارتباط با بیماری بیان می‌شود.

پزشکی روایی یعنی اینکه داستان بیماری به زبانی جز زبان علم (science) بیان شود. در پزشکی روایی علائم و نشانه‌های بیماری نه فقط به صورت علائم objective بلکه به شکل امیدها، ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار بیان می‌شود. این اتفاق می‌تواند در قالب ادبیات رخ دهد همانگونه که



با این وجود تاریخچه رسمی این رویکرد به دهه ۱۹۸۰ باز می‌گردد. همچنین نظریه روایت را می‌توان بخشی از تحول گسترده‌ای دانست که در علوم انسانی و علوم اجتماعی روی داد؛ تحولی که توماس کوهن، فیلسوف آمریکایی، آن را تغییر پارادایم می‌نامد. رفتارگرایی که تا همین اواخر حکم-فرما بود، اکنون جای خود را به کاوش در فرایندهای شناختی و عمل هدفمند داده است. حدود دو قرن پیش، کانت بیان می‌کرد ذهن انسان قابلیت تغییر واقعیت را دارد. او معتقد بود در هر تجربه انسانی ذهن متأثر از وضعیت مکان، زمان و علیت قرار دارد و این ذهن است که مهم‌ترین نقش را در ساختن واقعیت ایفا می‌کند.

به عبارت دیگر وی برای نخستین بار، در هم تنیدگی سوژه (ذهنیت) و ابژه (عینیت) را مطرح کرد و بر خلاف متفکران پیش از خود که ذهن را همچون آینه‌ای می‌دانستند که واقعیت را بازتاب می‌دهد، اهمیت ذهن را در بازسازی وقایع و برساخت واقعیت گوشزد کرد. البته چنین رویکردی در بین متفکران ایرانی هم بی‌سابقه نیست، چنانکه می‌دانیم مولوی می‌گوید: «پیش چشم داشتی شیشه کبود / لاجرم عالم کبودت می‌نمود» یکی از عواملی که رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی را از یکدیگر متمایز می‌کند، نگاه خاص آن‌ها به «واقعیت» است.

برخی تولستوی را با خلق شاهکار خود، مرگ ایوان ایلیچ، از پیشگامان پزشکی روایی می‌دانند. همچنین پزشکی روایی و تعریف توصیفی از بیماری و ماهیت آن می‌تواند ما را به سمت این واقعیت سوق دهد که نمی‌توان الزاما تعریف کاملا مشخص و بی‌نقصی از بیماری ارائه داد و آن را در قالب چارچوب‌های تعریف شده EBM درآورد بلکه ممکن است گاهی از مرزهای تعریف شده فراتر رفته و پزشکان دقیق و حساس را با چالش بیشتری مواجه کند. توجه و اهتمام پزشکان به داستان بیماران و درک اینکه الزاما پاسخ روشن و واضحی برای سؤالات آن‌ها وجود ندارد، می‌تواند تحمل پزشکان برای شکست‌های درمانی را افزایش دهد و ظرفیت آن‌ها برای اتخاذ روش‌های درمانی مختلف را رشد دهد. همچنین با افزایش همکاری و تقویت رابطه پزشک - بیمار می‌تواند در مجموع نقش بیمار را در اتخاذ تصمیمات بالینی پررنگ‌تر کرده و استقلال فکری و عملی او را تقویت کند.

### نقش روایت درمانی در مشاوره و روان‌درمانی

غالباً روایت درمانی را نظریه‌ای جدید در روانشناسی و روان‌درمانی می‌دانند اما باید دانست اصول و پایه‌های بنیادین آن به زمان‌های قبل بازمی‌گردد و در گذشته در قالب رویکردهایی مانند روانکاوی، ظهور و نمود یافته است.



روایتی در پیش گیرد تا عناصر با ارزش هر یک از این دو رویکرد را حفظ کند. (با تأکید بر ویژگی دوگانه روایت یعنی هم ویژگی زیسته شده و هم جنبه بازگو شده آن)

### فلسفه روایت درمانی

اعتقاد رویکرد روایت‌درمانی بر این است که انسان زندگی خود را به صورت داستان و روایت درک می‌کند. انسان به واسطه نیازش به خلق و درک معنا از ابزار روایت برای سازماندهی وجودش استفاده می‌کند. افراد بالینی (مضطرب یا افسرده) و افراد غیربالینی (عادی) - تجربیات مختلف و معناهای متفاوت و در نتیجه روایت‌های گوناگونی از زندگی دارند. اساس رویکرد روایت‌درمانی این است که داستان‌ها بیش از واقعیت‌های سخت به زندگی شکل می‌دهند و در واقع آنچه بیش از خود وقایع و رویدادها در زندگی انسان مهم است، چگونگی مواجهه معنایی افراد با این وقایع است. نظریه‌های شناختی در مورد اختلالات هیجانی مانند نظریه طرحواره «بک»، بر این اساس استوار است که اختلالات روانی با آشفتگی در تفکر همراه است، به ویژه در اضطراب و افسردگی که با افکار منفی و تحریف در تفسیر واقعیت و رویدادها مشخص می‌شوند. این افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، ناشی از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلند مدت است. طرحواره‌ها همان ساختارهای حافظه هستند که شامل دو نوع اطلاعات می‌باشد. یکی باورها و دیگری مفروضات. باورها هسته مرکزی ساختارهایی هستند که ماهیت غیرشرطی دارند. برای نمونه، «من آسیب پذیرم» یا «دنیا جای خطرناکی است» که آن‌ها مربوط به خود و دنیا هستند و وابستگی بین رویدادها و خودارزیابی را نشان می‌دهند. طرحواره‌های بدکنش که مشخص کننده اختلال هیجانی هستند، نسبت به طرحواره‌های افراد عادی انعطاف ناپذیرتر، خشک‌تر و عینی‌ترند و همچنین محتوای طرحواره نوع اختلال را مشخص می‌کند.

مدرنیست‌ها اعتقاد دارند واقعیت عینی و ثابت است. همچنین آن‌ها واقعیت را مستقل از روش مشاهده و مشاهده‌گر می‌دانند. واقعیت از نظر آن‌ها تنها به روش علمی قابل مشاهده است و تنها از طریق عقل و علم می‌توانیم حقیقت جهان را بشناسیم. در مقابل مدرنیست‌ها، متفکران پست‌مدرن قرار دارند که به واقعیت نگاه کاملاً متفاوتی دارند. آن‌ها معتقدند علم قادر به کشف حقیقت مطلق و عینی نیست؛ زیرا انسان - ها علم را در یک شرایط خاص خلق می‌کنند. از نظر این رویکرد، تجربیات افراد، واقعیت‌های شخصی متفاوتی می‌سازد، بنابراین نمی‌توان به حقیقت عینی درباره طبیعت انسان دست پیدا کرد زیرا هر فرد یا فرهنگی واقعیت را به شیوه خودش درک و تجربه می‌کند.

### رنالیسم روایتی و برساخت‌گرایی

دیدگاه رنالیسم روایتی (که بر مبنای دیدگاه مدرن بنا شده و رویکرد سنتی روان‌درمانی را شکل می‌دهد) نقش علی را در داستان زندگی حذف می‌کند و علاوه بر آن برای معنا اهمیتی قائل نمی‌شود. این، نقص‌هایی است که رنالیسم روایتی را ناکارآمد می‌کند و موجب می‌شود شرح و گزارش رابطه میان زندگی و داستان‌ها یعنی برساخت‌گرایی مطرح شود. برساخت‌گرایی روایتی از پیش‌فرض‌های رویکرد پست‌مدرن حمایت می‌کند و معتقد است که مورخان ساختارهای روایتی را بر جریان خنثی و بدون شکل رویدادها تحمیل می‌کنند. برساخت‌گرایان روایت‌ها را محصول هنر و تلاش مورخان و زندگی‌نامه نویسانی می‌دانند که می‌خواهند به زندگی معنا ببخشند و معتقدند روایت‌ها برساخته می‌شوند نه اینکه کشف شوند.

### روایت‌گری

بر اساس نظریه روایت‌گری، نظری درباره زندگی درست است که بتواند جنبه درست رنالیسم و بینش‌های درست برساخت‌گرایی روایتی را ادا کند. روایت‌گری در تلاش است تا راهی از میان رنالیسم روایتی و برساخت‌گرایی



اگرچه توصیف یک از پدیده اختلال هیجانی با توجه به ساختار طرحواره‌ها همچنان توجه بالینی قوی و مفیدی از این اختلال است اما برخی نظریه‌پردازان جدید به آن انتقاد کرده‌اند. از جمله اینکه تفکر منفی ممکن است پیامد افسردگی باشد و نه علت آن و یا اینکه نگرش‌های بدکنش فقط در طی دوره افسردگی بروز می‌کند و با بهبود فرد به حالت عادی بازمی‌گردند. بنابراین تغییر در حالت‌های احساسی و خلقی ممکن است باعث ایجاد تغییر در ارزیابی‌ها و شناخت افراد شود.

### مفاهیم بنیادی روایت درمانی: توصیفات ضعیف، توصیفات قوی، ساخت‌شکنی توصیفات ضعیف

انسان‌ها در دوره‌های پرتنش زندگی به رویدادها معنا می‌بخشند و از توصیفات ضعیفی که جای‌چندانی برای تبیین یا حرکت باقی نمی‌گذارند استفاده می‌کنند. توصیف ضعیف، توصیفی سطحی است که در آن باورهای اجتماعی و فرهنگی بررسی نشده وجود دارد. به عنوان نمونه درمانگر در مورد مراجع تشخیص افسردگی اساسی می‌دهد. توصیف افسرده خواندن او روشی سطحی برای تلخیص تجربه مراجع و بی‌اهمیت جلوه دادن کل فرایندی است که این انسان طی کرده تا اینگونه شود. اغلب این توصیفات ضعیف را برخی افرادی که مراجع قدرت بوده‌اند مانند والدین، معلمان، پزشکان، روحانیون یا سیاستمداران به عنوان حقایق قطعی، ثابت‌شده و ظالمانه ساخته‌اند. مشاهده‌گران بیرونی که گاهی افرادی که از نظر سیاسی قدرتمند هستند، توصیفات نازک مردم را می‌سازند و به ندرت تحت تأثیر تفسیرها و توصیفات افراد درگیر در کنش‌ها قرار می‌گیرند. این توصیفات نازک معمولاً به نتیجه‌گیری‌های نازک همچون خجالتی، حریص، تنبل و... می‌انجامد که همگی سطحی هستند و شخص مورد مشاهده را تضعیف می‌کنند و توجهی به پیچیدگی‌های زندگی و معنای شخصی که باعث شده قهرمان داستان این واکنش‌ها را اتخاذ کند ندارد.

## توصیفات قوی

برخلاف توصیفات ضعیف که ساده و پوشالی بودند، توصیفات قوی توصیفات مفصل و چند داستانی هستند و تنها از طریق دیگران برچسب نمی‌گیرند. بنا بر نظر درمانگران روایی برای اینکه بتوان فردی را به طور جامع و کامل درک کرد، توصیف غنی و قطور از آن شخص ضرورت دارد. نقش درمانگران روایی این است که با پیش کشیدن امیدها، آرزوها، امیال و انگیزه‌ها، داستان‌هایی را مطرح و قطور کنند که در جهت حمایت از مسائل و مشکلات نباشد. به عبارت دیگر هنگامی که درمانگران روایی می‌یابند که مراجعانشان تنها از یک زاویه به زندگی خود نگاه می‌کنند و نگاه تک‌بعدی و محدود شده به مسائل دارند، در یک مقطع زمانی متوقف شده و ناامیدانه به زندگی و آینده خود نگاه می‌کنند. درمانگران روایی به این گونه افراد کمک می‌کنند تا دیدگاه خود را در ارتباط با مسائل تغییر و توسعه دهند.

## ساخت شکنی

ساخت‌شکنی چیزی نیست که فرد انجام دهد؛ بلکه یک کیفیت زبانی است. ساخت‌شکنی زمانی مطرح می‌شود که درمانگران در تلاش هستند به مراجع یادآوری کنند که تسلط و غلبه یک معنا یا مجموعه‌ای از مفروضه‌ها یک خیال و تصور باطل است و در درک و فهم یک تجربه یا رویداد امکان استفاده از چند معنا یا مفروضه وجود دارد. ساخت‌شکنی همان زیر سؤال بردن پیش‌فرض‌ها است.

## زبان؛ ابزار قدرت

فوکو زبان را ابزار قدرت می‌داند. وی معتقد بود افرادی که دانش تخصصی و غالب دارند (مانند سیاستمداران، دانشمندان، روحانیون، پزشکان و درمانگران) بالاترین میزان قدرت را دارند و در واقع

این‌ها همان کسانی هستند که مشخص می‌کنند چه دانشی در جامعه درست و مناسب است. فوکو طرفدار کمک به مردم برای مقاومت در مقابل گفتمان‌های غالب فرهنگ بود. وی طرفدار به چالش کشیدن برخی روایت‌های فرهنگی و روایی غالب بود زیرا معتقد بود پیروی کورکورانه از آن‌ها مانع در نظر گرفتن دانش یا دیدگاه‌های بدیل می‌شود و مانع انتخاب آزاد یا انتخاب مصالح خود یا خانواده شخص می‌گردد.

## هدف درمان

مهم‌ترین هدف روایت‌درمانی، ساخت‌شکنی روایت‌های غالب و استقرار و تثبیت مجدد رهایی فرد از گفتمان‌های غالب فرهنگ است تا بر اساس معنای بازآفریده شده، مراجعین جان تازه‌ای بگیرند و گزینه‌های مثبت‌تری که زندگی کامل‌تری برای آن‌ها فراهم می‌کند در اختیار داشته باشند. داستان جایگزین می‌تواند نفوذ مشکلات را کم کند و امکانات جدیدی برای زندگی خلق کند. درمانگران روایی، نگاه مثبتی به انسان‌ها و نقاط قوت آن‌ها دارند و بر این اساس به افراد کمک می‌کنند که خود را از داستان‌های سرشار از مشکل جدا کنند و از طریق بیرونی‌سازی مشکل و توجه به موارد استثنا، فضایی جدید برای نگاه سازنده و نگرش جدید به خود باز کنند.



Athena Appearing to Odysseus to Reveal the Island of Ithaca by Giuseppe Bottani

«پزشکی زیستی» یا همان «پزشکی غربی» به اساس کاربرد علوم زیستی در عمل بالینی اطلاق می‌شود. نویسندگان معتقد است که این علم پزشکی امروزی، به تنهایی می‌تواند پزشک را در معرض خطر اتخاذ رویکردی تقلیل‌گرایانه قرار دهد؛ که تمامی توجه را فقط به علائم و نشانه‌ها و نه به زندگی بیماران متمرکز کند. پزشکی امروزی دیدگاهی ثابت و ماشینی به بیماری‌ها دارد، اما طب روایی و همچنین علوم پزشکی انسانی عمدتاً در قرن بیستم و بیست و یکم به عنوان ابزاری برای بازگرداندن و شنیدن صدای بیماران، افراد شکننده و افرادی که فرصت نداشتند صحبت کنند و بیان کنند که بیماری خود را چگونه زندگی می‌کردند، توسعه یافته است. حال هنگامی که صدایی از دهانی خارج شود تا شنیده نشود مانند آن است که هرگز به زبان نیامده است. در واقع گوش دادنی کامل و بدون قید و شرط، مشابه یک تحلیلگر است که موجب می‌شود بیمار روایت خود را ادامه دهد و به درست‌ترین شکل آن را ارائه دهد. همانطور که اودیسه در حین روایت مشکلات خود به واقعیت نزدیک‌تر می‌شود، بیمار نیز در صورت شنیده شدن روایتش به سمت شرایطی از بهبودی حرکت خواهد کرد.

## هنر شنیدن بیمار

طناز دانش ستا



در کتاب «پزشکی روایی» که توسط ماریا جولیا مارینی نوشته و گردآوری شده است، به خوبی و با جزئیات به مباحث مختلفی درباره پزشکی روایی و کاربرد آن پرداخته شده است. فصل دوم این کتاب درباره هنر شنیدن و ارزش آن و ارتباط آن با پزشکی روایی است. در این فصل نویسندگان با پل زدن از اساطیر قدیم به مراقبت معاصر و روایت بیماری می‌پردازد.

این فصل کتاب با قسمتی از حماسه «اودیسه»، اثر شاعر و داستان‌سرای یونانی «هومر» آغاز می‌شود. خوانندگان اودیسه، خود به عنوان شاهکاری در ادبیات بحشی جداگانه است اما خوانندانش با دیدگاه به پرداختی چنین ظریف از داستان و ارتباطش به هنر شنیدن و باز کردن دریچه‌ای از دنیای شگفتی، کاری دشوار و بسیار ظریف است. اودیسه در داستان برای متوسل شدن به درونی‌ترین نقاط قوت و انسانیت خود، بارها به چالش کشیده می‌شود. همانطور که بیمار در برخورد با بیماری‌اش می‌تواند به چالش کشیده شود.

آنچه که در این فصل نویسندگان از حماسه اودیسه ارائه می‌دهد، اشاره به میزان برداشت از سخنان فرد مقابل در یک گفت و گو دارد. این برداشت برای کادر درمان، در رابطه با سخن بیمار اهمیت پیدا می‌کند. اگر در متن عمیق شویم می‌توان نتیجه گرفت بعضی بیماران مانند آنچه اینجا از اودیسه نقل می‌شود، در لحظه آمادگی آن را ندارند که در پاسخ سوال پزشک جواب صریح یا آنچه نویسندگان، نسخه معتبر واقعیات می‌خواند را ارائه دهند. این نوع شنیدن ما و نحوه صحیح راهنمایی است که می‌تواند به درک و پردازش صحیح واقعیت مطرحی از سوی بیمار منجر شود.

آن اشاره شده این است که با وجود اینکه شنیدن با گوش‌هایمان امکان‌پذیر است اما هیچگاه نباید اثر دریاچه چشمانمان را در برقراری ارتباط و شنیدن واقعی نادیده بگیریم.

آنچه زندگی یک انسان را می‌سازد، روایتی است که هر شخصی آن را تجربه می‌کند، همانطور که نویسنده اشاره می‌کند، اودیسه‌ی هومر نیز در انتها روایتی از خود باقی می‌گذارد که خواننده بتواند آن را دقیق و همانطور که هست درک کند. بیماری و هرگونه اختلالی در سیستم سلامت انسان نیز از این روایت جدا نیست و در کنار آن باید پرداخته شود. در متن فصل دوم بسیار اشاره می‌شود که بررسی بیماری تنها به عنوان یک نقص در یک سیستم، دیدگاهی مانند یک ماشین دچار نقص است اما چرا پا فراتر از این نگذاریم و با شنیدن بیمار و روایت او درک بهتری از این نقص‌ها پیدا نکنیم؟ چرا که گاهی این درک بهتر، پاسخ و راه حلی بهتر پیش روی بیمار و پزشک قرار می‌دهد؛ همانطور که اودیسه نیز در پایان سفرش پاسخی بهتر می‌یابد.

سؤالی که باید مطرح شود این است که «آیا بیماری ما را در بعد دوگانگی سوق می‌دهد و ما را وادار می‌کند که برای سلامتی گذشته‌ای که قابل ترمیم نیست یا آینده‌ای که پرمشغله‌تر و محدودتر به نظر می‌رسد سوگواری کنیم؟». لحظه اعلام تشخیص یک بیماری شدید، یک رویداد مبتنی بر واقعیت است. ممکن است باعث اختلال در زندگی قبلی شود و می‌تواند افراد را از سبک زندگی عادی به مسیری ببرد که به دنبال دوران طلایی سلامتی خود هستند که دیگر وجود ندارد و شاید هرگز هم برنگردد؛ که همین مسئله تاثیر منفی عمیقی بر روانشان می‌گذارد.

اما اتفاقی که عمدتاً در گوش دادن روایت‌های آزاد به جا مانده از بیماران رخ می‌دهد این است که بیمار وقتی شروع به کنار آمدن با وضعیت نامتعادل سلامتی خود می‌کند، سعی به بازگشت به سبک عادی کرده و در نهایت، این افراد که از توالی زمانی جدا شده بودند، یاد

به گفته کتاب، حماسه اهمیت دارد و در واقع راهی را مشخص می‌کند که در آن روایت‌های بیمار را می‌توان به عنوان درخواستش طبقه‌بندی کرد، این روایت‌های ساختاری زمانی رخ می‌دهند که فرد بیمار با رنج‌هایش روبرو می‌شود، بیماری را می‌پذیرد و به دنبال استفاده از آن و بهبود شرایط می‌رود. بیماری فرصت سفری است که به جستجو تبدیل می‌شود. دوباره به اودیسه، قهرمان خود باز می‌گردیم، او را می‌بینیم که در میان اشک‌ها و خاطراتش رنج می‌کشد و فراز و نشیب‌های خود را بازبایی کرده و طرحی را می‌سازد که او را دوباره به خود واقعی‌اش می‌رساند. این جست و جو، یک حرکت دائمی روح و ذهن است؛ برای درک معنای زندگی با بیماری و آنچه می‌توان با بیماری آموخت.

در این میان باز اثر پرننگ «هنر شنیدن» را خواهیم دید، به عنوان مثال یکی از موارد قابل توجه، اسامی-ای است که بیماران، به بیماری خود نسبت می‌دهند. این اسامی اگر درست شنیده شوند می‌توانند نشان‌دهنده احساسات بیمار باشند، پس بخشی از هنر شنیداری درمانگر است که بتواند به این نکات توجه داشته باشد و چه هنری فراتر و بهتر از ادبیات می‌تواند به ما در این مسیر کمک کند.

در همین راستا به بررسی کتاب «مسأله مرگ و زندگی» به قلم اروین دی. یالوم و همسرش مریلین یالوم می‌پردازم. این کتاب بیانگر داستانی بسیار قابل تأمل درباره این دو نفر در مسیر رو به رو شدن با بیماری‌هایشان است. اروین و همسرش هر دو در مواجهه با بیماری و شرایط سختی در کنار هم قرار گرفته‌اند که هر چه با روایتشان در طول داستان پیش می‌رویم، در واقع نه فقط با بیماری که با بخشی از زندگی این دو نفر پیش می‌رویم. تأمل در این موضوع خود باعث باز شدن دیدگاه‌های جدیدی به سمت درک شرایط بیمار و البته یادگیری هنر شنیدن این روایات است؛ که این دقیقاً هدف اصلی نویسنده می‌باشد. یکی از نکاتی که چندین بار در بطن داستان به

می‌گیرند که نگرانی بیش از حد برای آینده خود را متوقف کنند و در واقع با دیدگاهی به صورت روایت غیر خطی ابزاری برای ضدشکننده شدن بسازند. یک بیماری رخ داده است، و این بخشی از زندگی است، که به رویدادهای از دست دادن، مانند بزرگ شدن، پیر شدن و مردن مرتبط است. نقل دلایل و تمام حقایق مرتبط در ساختاری عقلانی است که به افراد برای عبور از شرایط کمک می‌کند. این روشی طبیعی برای واکنش به سوالات استرس‌زایی است که زندگی پاسخی برای آنها ندارد.

در واقع، روایت‌ها در حالت شکنندگی به بیمار کمک می‌کنند و ما می‌توانیم با گوش دادن او را یاری کنیم تا از منابع درونی خود استفاده کند و به سمت پذیرش و حتی زیبا دیدن مسیر پیش رود. درست مانند اودیسه، هنگامی که برای مبارزه ایستاده و به الهه مدافع خود آتنا گوش می‌دهد و حتی، در حال مبارزه می‌تواند باز احساس خوشبختی کند. یا مانند اروین و مریلین که با شنیدن یکدیگر و اشتراک دردشان با جهان، مسیر مبارزه‌ای که انتهایش شکست مطلق است را به روایتی زیبا در کنار هزاران روایت دیگر زندگی تبدیل می‌کنند.



Marilyn and Irvin D. Yalom

## جنگ در اتاقِ عمل

ملیکا خانزاده



هر درد علاوه بر جسم، روح را نیز می‌آزارد و طبعاً در جنگ نیاز به این التیام بیشتر هم خواهد بود، هم برای مجروحین و هم برای پزشکان. در شرایط عادی که احتمالاً شما هم به عنوان مخاطب این نشریه تجربه‌اش کرده‌اید، پزشک یا درمانگر در بیمارستان طبابت نسبتاً آرامی را تجربه می‌کند، اما در جنگ اوضاع متفاوت است. درک شرایط بیمار و احساس نزدیکی با او بسیار راحت تر است چراکه پزشک زیر رگبار همان گلوله‌ای است که مراجعانش! در نتیجه برقراری پیوند میان درمان‌گر و بیمار برخلاف چیزی که در نگاه اول به نظر می‌رسد، ممکن است حتی عمیق‌تر از شرایط عادی هم اتفاق افتد. علاوه بر این، روایت جنگ تاثیر دیگری هم می‌تواند داشته باشد. بازماندگان جنگ همواره دینی در برابر کشتگان بر گردن خود احساس می‌کنند. دینی که شاید بتوان با رساندن پیام آن کشتگان تا حدی ادا کرد.

در مدت اخیر و با جست‌وجوی دست و پا شکسته‌ای که در منابع مختلف در مورد پزشکی روایی و طبابت در جنگ داشتم، سوالات مختلفی ذهنم را درگیر کرد. و پررنگ‌ترین سوال این بود: «خب که چی؟».

طب روایی در حالت عادی درمان و بالین و بیمارستان، قطعاً خوبی‌های خودش را دارد و احتمالاً همکارانم در این شماره درباره‌اش زیاد نوشته‌اند، اما در شرایط جنگی و وسط توپ و تانک و خون چه؟ روایت می‌تواند کمک‌کننده باشد؟ بدون روایت نمی‌توان درمان کرد؟ و اگر فایده‌ای هم داشته باشد، ضروری است؟! نمی‌دانم جوابتان به این سوال‌ها چیست. اما اگر فکر می‌کنید ادبیات باید جایش در همان کتابخانه باشد و بهتر است در علم دقیقی مثل پزشکی دخالت نکند؛ بگذارید یک چیز دیگر بپرسم، تکلیف التیام روح آدمی چه می‌شود؟



World War I: the Royal Army Medical Corps on active service  
by Haydn Reynolds Mackey



تا قبل از اینکه تحقیقی در این زمینه داشته باشیم، گمانم این بود که احتمالاً آثار چندانی در زمینه طب روایی و علی‌الخصوص با محوریت جنگ در ایران وجود نداشته باشد. اما با جست‌وجوی کوچکی مشخص شد که هم روایت‌ها زیادند و هم روایتگران و مشکل احتمالاً در جای دیگر است: جذابیت! به جز تعداد انگشت شماری می‌توان گفت هیچ نویسنده، کارگردان، فیلم‌نامه‌نویس و آدم جدی‌ای سراغ تولید محتوا در این زمینه نرفته است. دلیل را دقیق نمی‌دانم. شاید، شاید این شکاف بین مخاطب و آثارِ روایی جنگ در ایران، نتیجه عدم باورپذیری و قداست به زور چپانده شده در این آثار باشد. حقیقت این است که در هر جنگی مانند جنگ هشت ساله ایران، علاوه بر عشق، ایمان و از خودگذشتگی که از ارکان اصلی و جدایی‌ناپذیرش هستند؛ اشتباه، جا زدن، نفرت و نابودی هم وجود دارد. و فکر می‌کنم بر خلاف تصور رایج، حقیقت با تمام تلخی‌اش باعث عدم محبوبیت نخواهد شد. بلکه این ترس از عدم محبوبیت است که نتیجه‌اش می‌شود آثارِ نچسبِ حال حاضر!

با وجود تمام این حرف‌ها، باید اعتراف کنم که دیدن و شنیدن و مطالعه روایت آدم‌ها، در همین فرم پراکنده و نچسب هم می‌تواند تاثیرگذار باشد، دیدگاه آدمی را نسبت به مسائل تغییر دهد و او را در برابر دیگران و شرایطشان روادارتر کند، حداقل در مورد شخصی مثل من. که دعوتتان می‌کند به خواندن بیشتر و نوشتن مکرر.

فارغ از این‌ها برای «خب که چی؟» پاسخ محکم‌تری هم می‌توان داشت. مانند هر هنر دیگر روایت هم دو اثر دارد، اثری بر خالقش و اثری که بر مخاطب خواهد گذاشت. و فکر می‌کنم برای یک درمانگر، کسب مهارتِ «شنیدن» مهم‌ترین قسمت این تاثیر باشد. شنیدن نه به معنی لغوی‌اش، بلکه به معنی صبوری برای درک آنچه یک روایت، تصویر، اتفاق یا یک بیمار به ما منتقل می‌کند.

اما آیا این معانی در پزشکی، جنگ و ادبیات یکی است؟ برخی مقالات علمی خرده می‌گیرند که اگر پزشک در این درک دچار توهم و کژتابی شود چه؟ حقیقت این است که نمی‌دانیم!

شاید به طور کلی قاطی کردن علوم انسانی و ساینس همیشه هم جواب مثبتی ندهد یا حتی تاثیر منفی داشته باشد. تجربه متفاوت هر انسان از شرایطی که در آن قرار دارد و نوع روایات مختلف در مورد یک بیماری و درد، گاهی می‌تواند برای درمانگر سردرگم کننده باشد. اما روشن است که در برخورد با بیماران جنگ‌زده یا حتی نسل‌های بعد که به نوعی با عواقب جنگ دست و پنجه نرم می‌کنند، مانند هر زمینه دیگری، توان تصمیم‌گیری درست با تمرین افزایش خواهد یافت. درست است که هیچ چیز جای تجربه بالین را علی‌الخصوص در شرایط جنگی نمی‌گیرد، اما مطالعه روایت‌ها، تصاویر، فیلم‌ها، موزه‌ها و تفکر در آنها می‌تواند باعث افزایش تجربه گردد. تجربه‌هایی هرچند کوچک اما تاثیرگذار.

در عین حال نباید از این نکته چشم‌پوشید که در کسب این تجربه عوامل محیطی همچون فرهنگ و عقاید، نقش بسیار پررنگی دارند و مطالعه آثار بومی همان قدر مهم است که آثار جهان. سوالی که در اینجا پیش می‌آید این است که چنین آثاری به اندازه کافی قوی داریم؟

اگر رو راست باشیم، نه!



اکنون که مانند تو هستم،

چه کسی من را می‌نویسد؟

محمد مهدی پورحاجی

اعصابم کمی از دست پیرمرد خرد شده بود و خودم را سرزنش کردم که چرا زودتر از داروخانه بیرون نیامدم تا بتوانم بیشتر استراحت کنم ولی الان حداکثر بتوانم ۳ ساعت بخوابم. صبح به سختی بیدار شدم و سر کلاس‌ها به زور چشمانم را باز نگه داشتم.

یک ماه از این ماجرا گذشت و بعد از ۲ روز، تنها با علامت آبریزش بینی، عطسه و کمی بدن درد، که تصورم این بود که سرما خورده‌ام، تست PCR دادم که نتیجه‌اش مثبت شد.

با اینکه هر دو دوز واکسن را زده بودم و بیماری زمینه‌ای نداشتم و شاید می‌توانم گفت احتمال مرگم به علت کرونا تقریباً صفر و نگرانی‌ام از این نظر مسخره بود، اما باز هم فکرم به ذهنم رسید که شاید این انتهای مسیر زندگی‌ام باشد. اما، شاید مانند همه افراد، تصور متفاوتی از این پایان داشتم. منظورم مرگ نیست. منظورم چند روز مانده به مرگ است. من ایده‌آل را در آن می‌بینم که بتوانم لحظات آخر عمرم را با کسانی که دوستشان دارم و تصور می‌کنم آن‌ها هم دوستم دارند بگذرانم. بتوانم آخرین حرف‌هایم را با تک تکشان در میان بگذارم و برای آخرین بار صدایشان را بشنوم.

چند وقت پیش فیلم کوتاهی را با مضمون روانشناختی که در مورد تمایل افراد به گذاشتن اثری از خود بعد از مرگ بود دیده بودم. فیلم هدفش این بود که رفتار افراد را در فضای مجازی تفسیر کند و به این نتیجه برسد که اغلب آثار تولید شده در این بستر، در جهت ارضای این حس و تمایل به جاودانگی در قالب اثری که از خود می‌گذاریم است. در مورد اینکه آیا همه افراد این نیاز را حس می‌کنند یا نه نمی‌دانم اما به شخصه همواره این احساس را در خودم داشته‌ام. همواره فکر می‌کردم اثری که از من به جا خواهد ماند، کتاب خواهد بود و چون تصورم از لحظات پایانی زندگی‌ام همان قدر ایده‌آل بود که در بالا برایتان گفتم، با خودم فکر می‌کردم حتی اگر نتوانم قبل از مرگ کتابی را بنویسم، می‌توانم در آن لحظات پایانی چیزهایی که در دل داشته‌ام برای کسی تعریف کنم.

تقریباً دو ماه پیش بود که یک شب را تا صبح در داروخانه اورژانس شیفت بودم. قرار بود تا ساعت ۲ شب در اورژانس بمانم و بعد برای استراحت به پایون بروم. روز بعد، صبح زود تا عصر باید در کلاس‌های دانشگاه شرکت می‌کردم و به این استراحت کوتاه خیلی نیاز داشتم. نزدیک ساعت ۲ شب بود و داشتم کم‌کم وسایلم را جمع می‌کردم که مرد مسنی وارد داروخانه شد و نسخه‌اش را به همکارم داد. سمت من آمد و گفت نسخه‌اش را ببینم و به او بگویم چه بیماری‌ای دارد. به او گفتم دارویش را که بیاورند و نسخه‌اش را ببینم صدایش می‌کنم. نسخه‌اش را که دیدم متوجه شدم که کرونا دارد ولی چون دکتر اورژانس ظاهراً به خودش چیزی نگفته بود، من هم چیزی نگفتم. گفتم که احتمالاً سرما خورده‌است ولی شرط عقل حکم می‌کند تا یک مدت فاصله‌اش را با دیگر اعضای خانواده حفظ کند و اگر می‌تواند در یک اتاق جداگانه بماند. دارویش را که گرفت از من خواست نزدیکتر بروم که برایم چیزی تعریف کند. به ساعت نگاه کردم. از ۲ گذشته بود. از طرفی با این که هر دو دوز واکسن را زده بودم اما نمی‌خواستم خیلی نزدیکش بشوم. برایم از جوانی-هایم در ارتش گفت و از فرزندانش و اینکه خدا را شکر کرد که کرونا ندارد چون نگران همسرش است و او را خیلی دوست دارد. سعی می‌کردم چیزی نپرسم و خیلی حرفی نزنم تا هرچه زودتر تمام شود و بتوانم بروم بخوابم.

تا حرفش تمام شد و خداحافظی کرد، کیفم را برداشتم و به طبقه ۱۲ بیمارستان رفتم. تا یک اتاق و تخت خالی پیدا کنم کمی زمان برد و وقتی می‌خواستم ساعت‌ها را برای صبح تنظیم کنم، متوجه شدم که ساعت از ۳ گذشته است.

جوابمان هرچه که باشد، تکلیف یک چیز را برایمان روشن می‌کند و آن هم این است که پاسخ دادن به سوالاتی مانند سوالات بالا برای بهبود و تکمیل رابطه پزشک و کادر درمان با بیمار لازم است.

سوالاتی که در بستر Medical Humanities و با ابزارهای آن قابل پاسخگویی و یا حداقل بررسی و مذاقه هستند و لزوم وجود چنین بستری را نیز به ما یادآور می‌شوند.

Medical Humanities با استفاده از علوم انسانی (مانند فلسفه، اخلاق، تاریخ و...) تلاش می‌کند نیروی درمان را متوجه بعد غیر Objective بیمار کند و به درک مناسبی از subjective بیمار برساند. به وسیله این شناخت حاصل شده، با گذر از علوم انسانی می‌توانیم درک بهتری از بیماری (با تعریف متفاوتی که از بیماری در ذهنمان داریم) به دست آوریم و به طبع درمانی که شایسته است را برای بیمار تدارک ببیند.



اما فکر کرونا را نکرده بودم. با ابتلا به این بیماری، شاید هیچکس از نزدیکانم حاضر نبودند، آخرین لحظات زندگی‌ام را با من بگذرانند و حتی اگر هم حاضر بودند، من دلم نمی‌خواست که سلامتی‌شان را به خطر بیندازند. حتی اگر من هم راضی بودم فکر نمی‌کنم بیمارستان اجازه می‌داد که آن‌ها به ملاقاتم بیایند.

با اینکه زمانی را صرف مطالعه منابع المپیاد دانشجویی با مبحث Medical Humanities کرده‌ام و برای مطالعه کتب و مقالات مرتبط با این موضوع وقت گذاشته‌ام، اما همیشه این دید را داشتم که درمان بیمار مستقل از ذهنیات بیمار است. علتش هم تجربه خودم از روند درمان بیماری‌هایم تا به این روز بود. تصورم این بود که تا وقتی که بیمار درمان مناسب را دریافت کند و نتیجه مطلوبش را بگیرد برای او کافی خواهد بود و Medical Humanities صرفاً به دنبال اغنای یک نیاز غیر واقعی و شاید تجملی است. اما این سوال هیچوقت به ذهنم نیامده بود که وقتی راه حلی برای درمان بیمار وجود ندارد چه؟ و یا تعریف درمان چیست؟ چرا که با توجه به مواردی که بالاتر از داستان خودم خدمتتان گفتم مشکل اصلی من شاید بیماری و مرگ من ناشی از کرونا نباشد و درد اصلی من تنهایی در لحظات آخر زندگی و یا مردن بدون اثرگذاری باشد. مسئولیت حل این مشکل به گردن چه کسی است؟ اگر این مسئولیت را وظیفه پزشک و کادر درمان بدانیم آیا برای مثال در شرایط کرونا و در شرایط مشابه و تعدد مشغله کادر درمان داشتن چنین انتظاری مناسب است؟

## روایتگر متحرک



## نوا ایزدخواستی

«هرجا که هنر طبابت مورد علاقه باشد، در آنجا علاقه به انسانیت نیز وجود دارد.» این سخن جناب بقراط است و مراد از علاقه به انسانیت همان تعامل میان پزشک و بیمار است که در این روزها با شکاف عمیقی روبرو شده است.

اینجاست که باید پیوندی میان ادبیات و پزشکی رخ دهد تا دریچه متفاوتی را به روی طبیبان و بیماران بگشاید، پس پزشکی روایی ابداع شد. در این حیطة بستری برای بیان شدن روایت‌های پزشکان و بیماران فراهم شده که موجب بهبود رابطه‌ی میان آن‌ها می‌شود.

روایتگران متحرک (فیلم‌ها) هم جزئی از پزشکی روایی هستند. همان فیلم‌هایی که بر پایه زندگی بیماران ساخته می‌شوند و پرتراهی از واقعیت هستند که بخش‌هایی از آن تحریف شده‌اند اما بر روند جامعه تأثیرگذارند. به عنوان مثال: فیلم Patch Adams در سال ۱۹۹۸ میلادی به کارگردانی Tom Shadyac ساخته شد، داستانی واقعی از زندگی هانتز آدامز است که با تحریفاتی هم روبرو شد اما باز هم توانست نسل‌های مراقبین را به این سمت سوق دهد که رویکرد جدیدی را برای مدیریت بیماری در مؤسسات و بیمارستان‌ها به کار گیرند.

در این فیلم آدامز به دلیل افسردگی و خودکشی در بخش روانی بستری شده بود. او در فرایند درمان خود به دیگر افراد آن بخش هم کمک می‌کرد. این کمک‌ها رفته رفته چراغی شد تا پیچ را در بهترین مسیر زندگی قرار دهد و خود را از گرداب یأس و ناامیدی که در آن غوطه‌ور شده بود برهاند. وی متوجه شد که روابط اجتماعی قوی و همدلی با هم‌نوعانش بی‌تردید می‌تواند احساس سرخوردگی و پوچی را در وجودش از بین ببرد. بنابراین پزشکی را انتخاب کرد.

او به محض ورود به دانشگاه در کلاس استادی قرار گرفت که معتقد بود «دانشجویان پزشکی افرادی بی‌مصرف هستند که باید از آن‌ها دکتر ساخت». این عقیده توهین‌آمیز و بی‌منطق استاد، او را مصمم ساخت تا بعضی از قوانین را تغییر دهد و به ارتباط پویا پایبند باشد.

درس خواندن و شرکت در کلاس‌ها هانتر را راضی نمی‌کرد و همین امر باعث شد مانند دانشجویان سال سوم به بیمارستان برود و کار عملی خود را آغاز کند. البته می‌دانیم که این کار او بر خلاف قوانین است.

موضوعی که برای او در اولین برخورد با بیمار اهمیت داشت، پرسیدن نام بیمار بود. او معتقد بود بیماری‌ها جزئی از هویت انسان‌ها نیستند. بنابراین شخص دیابتی یا شخص سرطانی در نظر او مفهومی نداشت.

او با کمترین تجهیزات موجود در بیمارستان چهره‌ای خنده‌دار برای خود می‌ساخت و اینگونه ظاهر می‌شد تا شاید با این کار لبخندی هر چند جزئی بر لبان بیماران بنشاند و لحظاتی آن‌ها را از فکر بیماری و درد و رنجشان برهاند.

این رفتارها و برخوردهای آدامز با بیماران سبب شد تا آن‌ها به ایجاد رابطه‌ای صمیمی بپردازند و آرزوها و احساسات‌شان را بیان کنند و از همه مهم‌تر در روند درمان با او همکاری بیشتری داشته باشند.

هر چند که هانتر با نقض قوانین پزشکی و بیمارستانی مورد مؤاخذه‌های بسیار قرار گرفت ولی هرگز ناامید نشد و به روش خود ادامه داد تا اینکه کم‌کم پزشکان اطرافش با مشاهده نتایج مثبت رفتارهای او، تحت تأثیر قرار گرفتند و تلاش کردند تا آن‌ها نیز روش او را دنبال کنند.

به این سخن پیچ توجه کنید:

«اگر سر و کارت‌تان با خود بیمار باشد، فارغ از هر نتیجه‌ای شما برنده می‌شوید.»

دکتر آنتونش: راوی پزشکی و نوروساینس در جهان ادبیات

مهدی عبدالله زاده استخری

مشاور و راهنما: آرش نقیبیان، مترجم ادبیات فرانسه و جهان



«نویسنده‌ای را در تاریخ ادبیات جهان سراغ دارید که موضوع اصلی آثارش، رابطه میان پزشک و بیمار باشد؟ آنتونیو لوبو آنتونش: António Lobo Antunes، نویسنده معاصر پرتغالی: زاده ۱۹۴۲ و در قید حیات، یکی از بزرگترین نویسندگان روزگار ماست؛ با رمان‌هایی فاخر و بسیار اصیل و عمیق که متأسفانه در ایران شناخته نشده، سالی که به خوزه ساراماگو، هم‌وطنش، نوبل دادند (۱۹۹۸ میلادی)، اکثر منتقدان ادبیات انتظار داشتند، آنتونیو لوبو آنتونش برنده شود؛ چون او به مراتب مشهورتر و بهتر از ساراماگوی آن زمان بود. آنتونش متخصص مغز و اعصاب است و در دو رمان بسیار مهمش: «حافظه فیل» و «رقص محکومان» به جهان همچنان ناشناخته مغز آدمی پرداخته است.» آرش نقیبیان، مترجم زبان فرانسه و صاحب‌نظر جهان ادبیات معاصر

**پزشکی روایی (narrative medicine) به زبان ساده:**

شاخه‌ای فکری و بالینی از پزشکی که برپایه مهارت‌های تحلیلی زبان و ادبیات برای مصاحبه و درک و فهم سیر و خط داستانی بیماری مراجع به کیفیت مصاحبه و ارتباط با بیمار می‌پردازد. هدف نهایی و محوری پزشکی روایی، افزایش اثربخشی پزشکی روایی است. نمی‌شود دیگران را، به جز از طریق زبان خودشان، فهمید و با آن‌ها حرف زد. پزشکی روایی در بی‌واسطگی خلاصه می‌شود.

## ظهور آنتونش در ادبیات پرتغال:

انقلاب آوریل ۱۹۷۴، و برکناری مارسلو کایتانو، نخست وزیر پرتغال، غول استعمار جهان قدیم، جهشی نوین در ادبیات پرتغال پایه ریزی کرد. ادبیات پرتغال، به نگرش انتقادی نسبت به تاریخ پرشکوه اما سراسر خونریزی و استثمار پرتغال روی آورد و دغدغه‌هایی انسانی نسبت به مستعمره‌های آفریقایی، تبدیل به کانون توجه ادبیات پرتغال شد.



ادبیات پرتغال، مجمع الجزایر سودازده ادبیات لاتین: ادبیات پرتغال، بعنوان مرکبی از جادو و هستی (اگزیستانس)، خود را در سودازدگی<sup>۱</sup> مسبب گسترش سواحل لوزیتانی از اقیانوس اطلس مه آلود به داخل کشور، غوطه ور و خیس می کند.

«مالیخولیا، جادو، هستی» عناصر اصلی ادبیاتی هستند که در ایران، بشدت کمتر شناخته و ترجمه شده است. ژیل بیستته، غول بزرگ ادبیات کلاسیک، فرناندو پسوا، خالق شاهکارهای ادبی تنهایی انسان بخصوص «کتاب دلواپسی»، ژوزه ساراماگو، نوبلیست پرکار و خالق «کوری» و «بینایی» همگی تنها بخش بسیار کوچکی از ادبیاتی هستند که به خوبی آینه نجوهای عمیق انسان در حال فرار از بی معنایی، پوچی و روزمرگی هستند. زندگی نویسندگان ادبیات پرتغال، خود قابلیت ماجرای بسیار عجیبی دارد که شخصیت و زندگی آنتونیو لوبو آنتونش، یکی از آن سناریوهای جذاب است. جالب اینکه در جریان علمی نیمه دوم قرن بیستم، نوروساینس، پرتغال از پیشگامان نوروساینس، نظیر فرانسه و آمریکا، چندان عقب نمی ماند و آنتونیو داماسیو، چهره معتبر نوشتار علمی-ادبی این حوزه، خانواده لوبو آنتونش و سایرین، در حوزه نوروساینس دست به پژوهش‌های اساسی و جریان سازی می زنند. بنابراین، پرداختن به خود مغز انسان و تفکر درباره فکر، از ویژگی‌های متمایز جریان مدرن ادبی پرتغال است در حالی که ادبیات‌های دیگر حوزه لاتین نظیر اسپانیا و برزیل، همچنان در همان سیر مبارزه با دیکتاتوری تمامیت خواه یا عناصر جادویی باقی می ماند؛ گویی لکه ننگ دیکتاتوری به همین سادگی‌ها پاک نمی شد. اگر یک فیلم سینمایی قادر به جمع بندی ادبیات لاتین قرن بیستم باشد، آن فیلم قطعا فقط و فقط *El laberinto del fauno* یا هزارتوی پن، شاهکار فانتزی سیاه گیلرمو دل تورو گومش، کارگردان مکزیکی است؛ فیلم بر محور جادو، مالیخولیا، هستی در آینه افسانه هزارتو، رایج‌ترین کهن الگوی سورئال جهان غرب، و مبارزه با تمامیت خواهی در بطن زندگیست؛ استبدادی که بر تک تک ابعاد روابط انسانی، سایه می افکند.

## تالار اندیشه آنتونش: انسان در آینه پزشکی روایی

«من می خواهم کتاب‌هایم زندگی را همانطور که هست، بازسازی کنند، هنر رمان را تجدید کنند و آینه‌هایی باشند که نگویند ختی‌های بزرگ ما و بزرگی‌های ناچیز ما در آنها منعکس می‌شود.»

«آنتونش، کشورش پرتغال را تشریح و کالبدشکافی می‌کند. آنتونش ندای ادبی خود را حین زایمان فرزندان، قطع پای مجروحان جنگی و کالبدشکافی جسد‌ها، می‌یابد.» پیترو کانز، نیویورکر

اما خود آنتونش، معتقد است: «جغرافیا اصلاً وجود ندارد؛ زبان و ملیت، مولفه‌های تعیین کننده و تمایزبخش به انسان نیستند. من حتی خودم را نویسنده ای پرتغالی نمی‌دانم، چرا که والدینم اصلتی غیر پرتغالی دارند و حتی لوبو در اسمم، نشان از تبار یهودی من دارد؛ من فقط نویسنده هستم.»

دانش و شناخت مستند درباره روان انسان، به آنتونش توان منحصربفردی در تشریح روان آدمی و چالش‌های آن، بخشیده است؛ او پیشگام‌تر از فرناندو پسوا و ساراماگو در زمینه بحران‌های وجودی (اگزستانسیال) آدمی است. در نخستین اثرش، «حافظه فیل»، آنتونش، حافظه را مقصر مالیخولیا (سودازدگی) و حسرت و اندوه آدمی می‌داند. هرچه سال‌های بیشتری از عمر می‌گذرد، حافظه فیل بیشتر انباشته می‌شود از مواردی که اغلب متعهد به بدهی‌ها و دین‌های گذشته هستند تا اینکه معطوف به کوله بار تجربه باشند. نوشتار آنتونش، بجای قهرمان، از پیشگامی (Protagonist) گویای خود آنتونش، قهرمان، یک روانپزشک اهل لیسبون که حرفه اصلی او نوشتن است، بهره می‌گیرد که با ندایی پرشور و اراده، مناظر و فصل‌های زندگی او، بر صمیمی و متعهدترین جنبه‌ها تأکید دارد. در ادامه به سه اثر بیشتر برجسته آنتونیو لوبو آنتونش برای درک اندیشه او می‌پردازیم:

در حافظه فیل، جنبه غفلت شده‌ای از ارتباط انسان، به زیبایی پرداخته می‌شود که در پزشکی روایی بسیار جای پرداختن دارد:  
راوی این داستان، روانپزشک لیسبونی، اشتیاق عجیبی در گوش دادن به خود نشان می‌دهد و از طریق شنیدن و درک خود، در نهایت هویتی که مدت‌ها از دست رفته بود را به خوبی باز می‌یابد.

آنتونیو لوبو آنتونش علاوه بر توجه به جنگ‌های مستعمراتی، به جنبه‌ای بسیار متمایزتر پرداخت: اختلالات روانی. زمینه علاقه آنتونش به مسائل مغزی و روانی در ادبیات، را باید در خانواده او جست؛ پدر آنتونش، ژائو آلفرد لوبو آنتونش، متولد ۱۹۱۵ میلادی، از نورولوژیست‌های (متخصص اعصاب) برجسته کشور پرتغال بود که در کارنامه درخشان طبابت و پژوهش او، همکاری با آگاس مونیز، نوبلیست فیزیولوژی به چشم می‌خورد. از همان دوران نونهالی، به ویژه در ۷ سالگی، علاقه زیادی به نوشتن نشان داد اما به اصرار و هدایت پدر، ۱۶ ساله بود که وارد دانشکده پزشکی دانشگاه لیسبون شد. بعدها پس از طی دوره عمومی، در تخصص روانپزشکی ادامه تحصیل داد. پس از فارغ التحصیلی، به خدمت سربازی ارتش پرتغال در جنگ‌های مستعمراتی پرتغال، آغاز از ۱۹۶۱ تا اتمام ۱۹۷۴ درآمد. در بیمارستانی نظامی در کشور آفریقای آنگولا بود که او به کاوش در مفهوم «مرگ» و همچنین «دیگری» علاقمند شد. به همین سبب جنگ استقلال آنگولا، دستمایه اصلی بسیاری از آثار او شد. در بازگشت به اروپا، ۱۹۷۳، به آلمان و بلژیک مهاجرت کرد و چند ماه به طبابت مشغول شد. سپس به پرتغال بازگشت و در ۱۹۷۹، «حافظه فیل» نخستین رمانش را منتشر کرد. به سبب موفقیت ادبی این اثر، عصرهایش را به نوشتن اختصاص می‌داد و الباقی روز، به طبابت روانپزشکی بخصوص در بخش سرپایی بیمارستان میگل بومباردا پرداخت. سبک نوشته‌های او بشدت تحت تاثیر تراکم و صراحت زبانی دو نویسنده بزرگ قرن بیستم، دکتر لویی فردینان سلین و ویلیام فاکنر، بوده است اگرچه سه نویسنده معاصر موردعلاقه آنتونش، ماریو بارگاس یوسا، ویلیام گدیس و گونترگراس می‌باشد. آنتونیو لوبو آنتونش در داستان‌هایش به شکل ماهرانه‌ای به روابط بین پزشک و بیمار پرداخته است. آنتونیو با توجه به رشد بیماری‌های روحی و روانی در جامعه، این موضوع مهم را دستمایه‌ی بسیاری از آثار خود کرده است. «دوزخ» و «قدرت جنون» در زمره‌ی چنین رمان‌هایی هستند. دانش تخصصی او در زمینه‌های مغز و اعصاب و روانپزشکی، آنتونش را قادر ساخت تا در عرصه‌ی رمان‌نویسی، چنین آثار ماندگاری را خلق کند.

یکی از مواردی که در حوادث پزشکی شامل فقدان عضو یا ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا حتی اختلالات روانی به چشم می‌خورد بیگانگی و بی‌تمایلی فرد بیمار به ارتباط با خود است که در حافظه فیل، پزشک نخست در جهت آرامش روانی خود گام برمی‌دارد.

دکتر آنتونش اما از کشور خود، پرتغال غافل نمی‌ماند و این بار در جستجوی حافظه تاریخی کشورش، دست به خلق شاهکار «راهنمای تفتیش عقاید» می‌زند. ویژگی ممتاز جغرافیای پرتغال، جهت‌گیری کامل آن رو به اقیانوس اطلس است و ضرب‌المثل است که اقیانوس‌های بزرگ، حافظه ندارند. در عصر معاصر پس از رفع معضل اجتماعی دیکتاتوری، آنتونش به مردم بیدارباش می‌دهد که هیولای تمامیت‌خواهی و دیکتاتوری هرگز دست از سر جامعه بر نمی‌دارند و درست وقتی که حافظه تاریخی معاصر و کهن جامعه فراموش شود، دیکتاتوری در لباسی نو ظهور می‌کند. در راهنمای تفتیش عقاید، دیکتاتوری پروفیسور سالازار، موضوع اصلیست.

«کاش کسی می‌توانست برای من توضیح دهد که چرا هیچ چیز در این کشور تغییر نمی‌کند؟» جمله کلیدی «راهنمای تفتیش عقاید» به شمار می‌آید؛ گویی تغییر ساختار سیاسی پرتغال، دواي درد چالش‌ها نیست.



در «نظم طبیعی اشیا» قدرت پارادوکس یا نقیضه‌پردازی آنتونش به اوج می‌رسد؛ انتهای کتاب می‌فهمیم هرگز نظم طبیعی اشیا وجود خارجی نداشته است و ما فقط برای توجیه تکامل خود بعنوان یک گونه، به نظم طبیعی دیگر گونه‌ها توجه می‌کردیم. روایت ذهنی‌ترین علایم بشری توسط قلم آنتونش به شکل یک رمان خواندنی درمی‌آید که مرگ، موضوع اصلی آن است. آنتونش معتقد است هر تکاملی از زمانی به زمانی یا از مکانی به مکانی دیگر، بحران خاص خود را دارد بخصوص وقتی دلیلی برای موافقت وجود ندارد؛ حتی در جوهره‌های اساسی نظیر عشق یا مرگ. ما نمی‌توانیم مطلقاً به کسی بسیار نزدیک یا از او بسیار دور باشیم؛ ارتباط انسان‌ها همیشه اینقدر نسبی باقی می‌ماند.



«حافظه (memory) و تخیل خلاق (creative imagination) مفاهیم کلیدی آثارم هستند. تخیل، حافظه تخمیر شده و برآمده است؛ این امر، طریقه سازمان‌یابی حافظه ماست. پدرم متخصص اعصاب (نوروپاتولوژیست) بود و یکی از برادرانم جراح مغز و اعصاب است. آن‌ها سال‌ها را با افرادی گذرانده‌اند (از کلمه بیماران متنفرم!) که به دلیل آسیب مغزی حافظه خود را از دست داده‌اند. این افراد دیگر هیچ تخیلی ندارند. منظورم این است که بگوییم ما به عنوان نویسنده چیزی اختراع نمی‌کنیم، فقط به خاطر می‌آوریم.»

### چالش‌های آنتونش: داستان ارتباط پزشک و بیمار

سناریوی نخست: پس از سال‌های جنگ‌های پرتغال در مستعمرات، در بازگشت به لیسبون، لوبو آنتونش در بیمارستانی اشتغال یافت که کودکان مبتلا به سرطان را معالجه می‌کرد. این تجربه خشم متافیزیکی آنتونش را برانگیخت. او خود را در برابر خدایی دید که اجازه چنین عذابی را به کودکان داده است. او شاهد بود که یک پسر پنج ساله مبتلا به سرطان خون فریاد می‌زد و مورفین می‌خواست.

### آنتونش از زبان آنتونش؛ تأمل برانگیزترین گفته‌ها

«ملیت‌گرایی همان نقطه‌ای است که دیکتاتوری آغاز می‌شود. زبان و ملیت، وجه تمایز نیست؛ آنچه امروزه دموکراسی نامیده می‌شود، سبب شده که به اندازه انگلستان کف دست در کشورهای به اصطلاح متمدن، نویسنده خوب نداشته باشیم. در حالی که در جهان سوم، بحران‌های انسانی، دغدغه نویسندگی را فراهم ساخته است.»

«اکنون دیگر به مرگ فکر نمی‌کنم. برعکس، سعی می‌کنم از هر دقیقه، چیزهای کوچک، یک روز آفتابی، از این گفتگو لذت ببرم. تجربه سرطان، مرا تغییر داد. برای اولین بار است که احساس می‌کنم زنده بودن، واقعا افتخار است.»

«فکر نمی‌کنم مسن شدن روی روند فکری و نویسندگی من تاثیر نگذاشته است. فکر می‌کنم همه ما سنی را داریم که با آن متولد شده‌ایم. برخی از ما جوان به دنیا می‌آییم، برخی دیگر میانسال به دنیا می‌آیند، برخی دیگر از ابتدا پیر هستند.»



## سناریوی چهارم: کشور مضطرب به مثابه یک بیمار

کشور پرتغال نیز از نظر آنتونش، بیمار روانپزشک به حساب می‌آید؛ زیرا قرن‌ها از تاریخ خونخوار و استعمارگر و استثمارگر خود با افتخار یاد می‌کند. دریانوردان پرتغالی، داعیه کشف جهان‌های جدید داشتند اما تحت این داعیه، به غارت جان و اموال جهان‌های بومی و موجود می‌پرداختند. لوبو آنتونش که مجسمه این افراد فاتح را در میدان‌های مرکزی لیسبون می‌دید، همواره تاسف و افسوس می‌خورد و این مناظر را زشت و غیرانسانی توصیف می‌کرد. او درباره تاریخ پرتغال اظهار می‌داشت: «نفرت برای سلامتی حیاتی است.» به عنوان یک تشخیص پزشکی، این موضوع مشکوک به نظر می‌رسد، اما درباره تاریخ این چنینی پرتغال، در نگرش آنتونش، نفرت ممکن است مترادف یک عشق بی‌درجه و درمان ناپذیر باشد. کشور متزلزل، مسئله اصلی لوبو آنتونش است و او به عنوان یک پزشک آن را مسئولیت شخصی خود می‌داند. چگونه یک پزشک می‌تواند از بیماری که در چهارصد سال گذشته بیمار بوده است - که بطرز عجیبی نزدیک به مرگ، هر چند هرگز کاملاً آماده مرگ نبوده است - دست بکشد؟

وقتی کودک فوت کرد، دو مأمور با برانکارد آمدند، اما جسد تلف شده آنقدر کوچک بود که ترجیح دادند آن را در یک ملحفه ببندند. سناریوی دوم: آنتونش، در یکی از رمان‌هایش، دانشجویی پزشکی را با کابوسی عجیب مواجهه می‌کند. دانشجو این بار خود، تبدیل به یکی از جسد‌های دانشکده پزشکی خود می‌شود. «هرگز خود را برهنه تصور نمی‌کنی، وقتی بوی فرمالدهید می‌دهی، پشتت صاف در وان مرمری صاف قرار داده شده است و منتظری تا دنده‌هایت را با یک جفت قیچی بزرگ باز کنند؟»

سناریوی سوم: روایت انسان‌هایی که در کنار بیماری جسمی خود، از اختلالات روانی-شخصیتی رنج می‌برند، در دوره بلوغ کارهای آنتونش به چشم می‌خورد. در واقع آنتونش به تمایز میان healing (شفا) و treatment (درمان) می‌پردازد. شفا، فرایندی شخصی و در عمل بسته به تمایل و فرایندهای فردی مراجع است هرچند که عوامل بیرونی نیز تاثیرگذارند اما درمان، نتیجه خدمت درمانی پزشک است. پزشکی روایی، از آنجا اهمیت می‌یابد که ارتباط متمر ثمر میان پزشک و بیمار، فرایند شفا را بهبود می‌بخشد؛ فرایندی که در روال پزشکی، گاهی نادیده گرفته می‌شود. مثلاً در «نظم طبیعی اشیا»، زنی وقتی پزشکش اعلام می‌کند که سنگ - های کلیه‌اش حل شده است، ناامید می‌شود؛ چرا که دوست داشت سنگ‌های بارزش بیشتری تولید کند از جنس سنگ‌های قیمتی موجود در مناظر پرتغال یا همان‌ها که به درد گلدان‌های زینتی می‌خورد. در این دوره، سرخوشی و شادی بیمارگونه از شیوع بیماری و فلاکت، زمینه آثار آنتونش به حساب می‌آید. مثال توهم ارزش سنگ‌های کلیوی، نشان از اختلال جدی روانپزشانه (Psychotic) داشت.

## کتاب‌های پیشنهادی کتابجو

لنگر گاهی در شن روان

انتشارات اطراف



روایت درمانی

انتشارات ارجمند



نیمه پنهان پزشک

انتشارات قطره



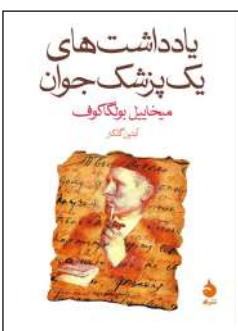
مسئله مرگ و زندگی

انتشارات پارسه



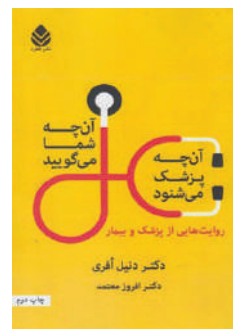
یادداشت‌های یک پزشک جوان

انتشارات ماهی



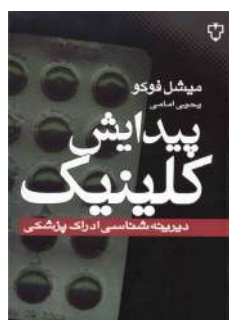
آنچه شما می‌گویید  
آنچه پزشک می‌شنود

انتشارات قطره



پیدایش کلینیک

انتشارات نقش و نگار



روایت و ذهن نویسا

انتشارات پارسه

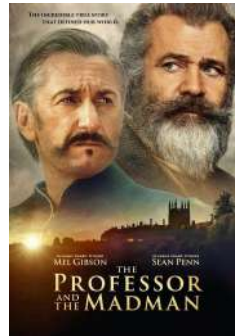


## فیلم‌های پیشنهادی کتابجو



The elephant man

David Lynch



The Professor and the Madman

Farhad Safinia



A Beautiful Mind

Ron Howard



Hacksaw Ridge

Mel Gibson



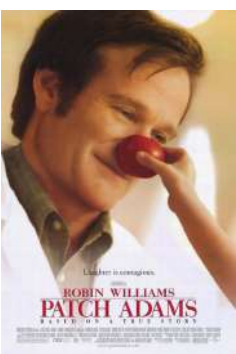
The Theory of Everything

James Marsh



Children of a Lesser God

Randa Haines



Patch Adams

Tom Shadyac



One Flew Over the Cuckoo's Nest

Miloš Forman

## ویژه‌نامه فرهنگی ادبی کتابجو

صاحب امتیاز: انجمن کتابخوانی دانشگاه علوم پزشکی تهران



سر دبیر

محمد رضا

رضایی



مدیر مسئول

سید حمید حسینی

نیشابوری



### هیئت تحریریه

امیر محمد دهقان



امیر حسین بوژانی



محمد رضا رضایی



طناز دانش‌ستا

ملیکا خانزاده

محمد مهدی پور حاجی



نوا ایزدخواستی

مهدی عبدالله زاده استخری

طراح و صفحه‌آرا: ملیکا خانزاده

ویراستار: سید حمید حسینی نیشابوری