



University of Tabriz-Iran
Quarterly Journal of
Philosophical Investigations
ISSN (print): 2251-7960 (online): 2423-4419
Vol. 12/ Issue.25/ winter2019

پژوهش‌های فلسفی

فصلنامه علمی-پژوهشی

سال ۱۲ / شماره ۲۵ / زمستان ۱۳۹۷

هیدگر و پرسش از بیماری انسانی: چشم‌اندازی دازین‌کاوانه*

خشایار برومند جزی**

دانشجوی دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول)

علی اصغر مصلح

استاد دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

این مقاله، پرسش از طبیعت بیماری انسانی نزد هیدگر با تکیه بر رویکرد دازین‌کاوانه در پژوهش‌های روانی مورد بررسی قرار می‌دهد؛ موضوعی که با وجود اهمیت تاریخی و جایگاه برجسته آن در طرح نقش تحلیل وجود انسانی در فهم تجارب آسیب‌شناختی، در مقایسه با سایر ابعاد اندیشه هیدگر چنان‌که باید مورد توجه قرار نگرفته است. در این زمینه، ابتدا توضیح داده می‌شود که چگونه پرسش از طبیعت بیماری به‌عنوان امری نقصانی، به‌مثابه نوعی از محرومیت، ضرورتاً با پرسش از سلامتی، به‌عنوان وضعیت کمال، و به‌تبع آن با نحوه خاص وجود انسان به‌عنوان عرصه گشوده به‌رویی جهان مرتبط می‌گردد. پس از آن مسأله تحلیل تجارب فردی در صور مختلف بیماری برپایه ساختارهای عمومی وجود انسانی همچون زمان‌مندی، فضا‌مندی و مانند آن، به‌عنوان اساس پژوهش دازین‌کاوانه در حوزه آسیب‌شناسی مدنظر قرار می‌گیرد و در پایان، نشان داده می‌شود که چگونه ارائه سنگ‌محک وضعیت سلامتی در این زمینه و جمع میان مینا قرارگرفتن کمال گشودگی و آزادی انسانی از سوئی و صورت تجربه نرمال با نظر به چگونگی تحقق متعارف خصیصه‌های بنیادین وجودی از سوی دیگر، مسأله‌ساز خواهد بود.

واژگان کلیدی: هیدگر، باس، بیماری، سلامتی، آسیب‌شناسی دازین‌کاوانه

* تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۳/۲۹

تأیید نهایی: ۱۳۹۶/۶/۲۹

مقاله برگرفته از پایان‌نامه با عنوان: «دازین‌کاوی به‌مثابه رویکرد هایدگری در حوزه روان‌پژوهی»، تاریخ تکمیل پایان‌نامه: مهر ۱۳۹۶، نام استاد راهنما: دکتر علی اصغر مصلح، نام دانشگاه: علامه طباطبایی

** E-mail: khashayar_boroomand@yahoo.com

مقدمه

روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر متخصصین حوزه سلامت، از بیماری، طبقه‌بندی‌های کهنه و نو در رابطه با اختلال‌های روانی، تشخیص و درمان سخن می‌گویند؛ لیکن نسبت به پرسش درباره حقیقت بیماری در انسان و طبیعت درمان، به‌عنوان مسأله‌ای فلسفی مرتبط با این حوزه پژوهشی، غالباً با نوعی بی‌اعتنایی روبه‌رو می‌شوند. طبیعتاً انتظار نیز بر آن نیست که عالمان همواره از چارچوب پژوهش از پیش تعیین‌شده خود فراتر روند و در مقام فیلسوف از چپستی مفاهیم، مفروضات و معنای داشته‌های خود پرسش کنند. لیکن موضوع حائز اهمیت در این خصوص آن است که توجه به اهمیت چنین پرسش‌هایی می‌تواند با روشن ساختن امکان بازنگری در مفاهیم، راه‌های جدیدی به روی روان‌پژوهان بگشاید و همچنین به گسترش دامنه آثار و دستاوردهای اندیشه فیلسوفان در حوزه‌های دیگر منجر شود. تعامل فکری میان مارتین هیدگر، فیلسوف آلمانی و مدارد باس^۱، روان‌پزشک سوئیسی، نمونه‌ای برجسته در این زمینه است که از سوئی، با حمایت فکری فیلسوف، شکل‌گیری جنبش دازین‌کاوی (Daseinsanalysis) به‌عنوان جنبشی اساساً وجودی-پدیدارشناختی (existential-phenomenological) در حوزه روان‌پژوهی را با خود به همراه داشته است و از سوی دیگر آرمان هیدگر مبتنی بر بسط حدود ثمربخشی تفکر خود-با تأکید بر آن که بتواند به‌خصوص «برای تعداد زیادی از انسان‌های رنجور» سودمند باشد - را عملاً محقق ساخته است (Boss, 1988: 7). پرسش از طبیعت بیماری، سلامتی و معنای درمان از موضوعات حائز اهمیتی است که در چنین زمینه‌ای مورد توجه قرار گرفته است. در این مقاله، بر آن هستیم که از مبنای بحث مذکور، یعنی تلقی دازین‌کاوانه از انسان، به سوی حاصل بحث یعنی روشن ساختن مفاهیم مورد اشاره در این حوزه، و اهمیت رویکردی پدیدارشناختی مبتنی بر تحلیل دازین در حوزه آسیب‌شناسی روانی با نظر به خصیصه‌های بنیادین وجود انسانی حرکت کنیم و در نهایت به چالشی پایه‌ای در برابر پژوهش دازین‌کاوانه، در ارتباط با مفهوم سلامتی در این چارچوب نظری، بپردازیم.

اهمیت مبنایی توجه به وجود انسانی

نخستین موضوعی که در رابطه با بحث از بیماری باید مورد توجه قرار گیرد، اهمیت التفات به وجود انسانی به‌عنوان مبنایی برای طرح مسأله است. نظر به آن که مقصود ما از بیماری (human illness)، بیمار بودن انسان است، فهم بیماری، خواه‌وناخواه در پیوند با توصیف پیشاپیش مورد پذیرش‌مان از انسان خواهد بود؛ در غیر این صورت چگونه می‌توانیم به‌نحوی قابل‌دفاع از بیماری انسان سخن بگوییم در حالی که فهم انسان را رها کرده‌ایم؟ بر این اساس، مطابق نظرگاه دازین‌کاوانه، روی آوردن به رویکردی مناسب با مبنایی قابل‌اعتماد به بیماری و درمان، تنها در پرتو توجه «پرسش از نحوه وجود انسانی» قابل‌تحقق است (Kouba, 2015: 2). از این جهت است که تحلیل دازین در تفکر هیدگر، می‌تواند به میزان قابل‌توجهی در روشن ساختن ابعاد مختلف موضوعات مرتبط با حوزه روان‌پژوهی، همچون مسأله بیماری انسانی، راه‌گشا باشد.

با توجه به توضیحات فوق، پیش از ورود مستقیم به بحث از مفهوم بیماری، لازم است چگونگی فهم انسان در چارچوب پژوهش دازین کاوانه را مورد اشاره قرار دهیم. فکرت هدایت‌کننده پژوهش در این زمینه، گشودگی بنیادین ما در تقابل با ناگشودگی شیء صرف بی‌جهان، و ملاحظه وجود انسانی در «ظرفیت دریافت-ادراک» (receive-perceive) آن است: ما با آن-جا-بودن مان، به زبان هیدگر، نگاه‌دارنده عرصه‌ای آزاد هستیم که در آن موجودات، همواره خود را به صورتی مشخص - به‌عنوان اموری معنادار - نمایان می‌سازند و ما را همچون مخاطب به پاسخ فرامی‌خوانند (Heidegger, 2001: 4). وجود ما همواره باید با نظر به این موضوع و بر مبنای تفکر هیدگر «به‌عنوان بودن-در-جهان با دل‌مشغولی نسبت به چیزها و پروا نسبت به دیگران و بودن-با انسان‌ها» فهم شود (Ibid: 159). بنابراین، مطابق این نظرگاه، در روان‌شناسی و حوزه‌های پژوهشی مرتبط، مفاهیم نظری مسأله‌ساز مبتنی بر ایده سوژه منزوی در خودمحصور دکارتی (self-enclosed subject)، همچون روان یا ایگوی ماهیتاً به‌خودقائم (self-contained ego)، رها می‌شود؛ بر برون‌ایستایی یا بودن-در-جهان انسانی تأکید می‌شود (Ibid: 3-4) و آن‌گونه که باس بیان می‌کند، مفهوم سنتی ذهن به‌مثابه هویت محفظه‌گون اساساً ناگشوده، در قلمروهای مختلف روان‌پژوهی که بنیان تلقی متداول از تجارب انسانی است، در اصل با بدیل دازین کاوانه آن، یعنی عرصه گشوده برای ادراک مستقیم معناداری، مورد خطاب واقع شدن و پاسخ مبتنی بر فهم در جهان، جایگزین می‌گردد (Boss, 2000: 217-219).

بر این اساس، ما با برون‌ایستایی خود به‌عنوان موجودات مدرک ذاتاً گشوده به روی جهان و درحقیقت همچون مجموعه‌ای از امکانات برای برقرار ساختن رابطه با آن‌چه به‌صورت پیوسته ما را مخاطب قرار می‌دهد، در جهان هستیم، و همواره می‌توانیم به انحای گوناگون به مطالبات جهانی پاسخ دهیم مانند آن‌که «به آن توجه کنیم یا آن را نادیده بگیریم، بپذیریم یا رد کنیم، به آن نزدیک شویم یا از آن بگریزیم، به آن عشق بورزیم یا از آن هراسان باشیم» (Ibid: 222). تأکید بر فهم فرد انسان به‌مثابه مجموعه‌ای از امکانات - که اساساً در تقابل با تلقی‌های شیء‌انگارانه در این زمینه و فروکاستن انسان به چیزی در میان چیزها قرار می‌گیرد - را می‌توان هسته اصلی رویکرد دازین کاوانه در روان‌پژوهی محسوب کرد که مسأله بیماری، طبیعت سلامتی و درمان نیز بر مبنای آن معنا می‌گردد. به عبارت دیگر، اگر امکانات بودن و گشودگی بنیادین ما مبنای فهم‌مان از انسان است، در این صورت، طبیعت بیماری انسانی باید، در عوض تحمیل ایده‌ای دلخواه در این زمینه، در پیوند با چنین مفاهیمی فهم شود.

بیماری به‌عنوان محرومیت از سلامتی

یکی از برجسته‌ترین وجوه رویکرد دازین کاوانه در روان‌پژوهی، صورت‌بندی مفاهیم سلامتی و بیماری در این چارچوب، با نظر به معنای وجودی این موضوعات است. اما بیمار بودن یعنی چه؟ در این خصوص، هیدگر این موضوع را به ما یادآوری می‌کند که معمولاً هنگام مراجعه به پزشک، زمانی که خود را ناخوش می‌یابیم، از ما پرسیده می‌شود که چه مشکلی برایمان پدیدآمده است. این پرسش دلالت بر آن دارد که ما در چنین شرایطی چیزی را از دست داده‌ایم و به عبارتی از وضعیت سلامتی دور شده‌ایم. بنابراین پاسخ

نخستین ما به پرسش از معنای بیماری آن خواهد بود که «شخص بیمار، سالم نیست» و به عبارت دیگر با فقدان سلامتی کامل خود مواجه شده است (Heidegger, 2001: 46). هیدگر با نظر به این موضوع از ما می‌خواهد که بیماری را اساساً همچون امری عدمی، نه در معنای عدم مطلق که به مثابه صورتی از محرومیت، در نقص سلامتی به عنوان وضعیت کمال - که «مفقود است و باید اعاده شود» - لحاظ کنیم (Ibid). بنابراین، با توجه به آن که در هر محرومیت، توجه ما معطوف به فقدان امری مطلوب است، با طرح بیماری به عنوان یک «پدیدار محرومیت» می‌توان گفت که روان‌پزشکان و روان‌شناسانی که بیماری - های روانی را مورد مطالعه قرار می‌دهند نیز، همگی در حقیقت با سلامتی سروکار دارند و همواره، فعالیت‌های خود را آگاهانه یا ناآگاهانه، بر مبنای ایده مشخصی از سلامتی سامان می‌دهند (Ibid: 46-47). باید توجه داشته باشیم که مقصود از بیماری در این جا، نه چیزی جدای از ما که به ما اضافه گردد و آن را هنگام بیماری دارا شویم، که نحوه‌ای است از بودن یعنی بیمار بودن و مقصود از سلامتی، سالم بودن است. با این ملاحظات، هیدگر فهم وجود بیمار را منوط به فهم سالم بودن انسان می‌شمارد: «طبیعت بیمار بودن نمی‌تواند بدون تعیین بسنده سالم بودن، به طور شایسته فهم شود» (Ibid: 47). اصل، سلامتی است و بیمار بودن، عدم آن است، در معنای محروم بودن از سلامتی، که می‌تواند بازایی شود.

«اگر بپذیریم که تمامی بیماری‌ها در حقیقت فقدان وضعیت سلامتی است، در این صورت می‌توان گفت که بیماری ضرورتاً در پیوند با سلامتی، و تنها بر حسب آن فهم پذیر، خواهد بود. اما عکس این موضوع، هیچ‌گاه صحیح نیست؛ چرا که سلامتی نمی‌تواند از وضعیت نقصانی‌اش ساخته شود» (Boss, 1983: 198).

بنابراین مقدم بر پرداختن به موضوع بیماری، باید مفهوم سلامتی را مورد تأمل قرار دهیم. اما سلامتی چیست؟ بسته به نگرش روان‌پژوهان نسبت به سلامتی - و این که چه چیز معیار سلامتی قرار می‌گیرد - چگونگی فهم و صورت‌بندی ما از اختلال‌های روانی، مشخص می‌شود. به عنوان مثال، ممکن است ساختار شیمیایی مغز، عملکرد و کارایی فرد در جامعه یا تعادل میان نیروهای درون‌روانی مبنای سلامتی قلمداد شود. در این صورت، متناظراً تغییر در ساختار شیمیایی مغز نسبت به یک وضعیت معیار، تغییر در الگوی عملکرد فرد در جامعه یا از میان رفتن تعادل میان عوامل درون‌روانی، می‌تواند به عنوان مفهوم بیماری مطرح گردد. آن چه در رویکرد دازین‌کاوانه در این زمینه، مورد توجه است، روشن ساختن مفاهیم سلامتی و بیماری با نظر به نحوه وجود خاص انسانی است که پیش‌تر بدان اشاره شد. در این جا، سلامتی و بیماری اساساً نه بر مبنای مجموعه‌ای از مشخصات پدیدآمده در جسم یا روان فرضی فرد یا صرف چگونگی کارکرد وی مطابق هنجارهای پیشاپیش پذیرفته شده که بر پایه توجه به چگونگی وجودمان مورد بحث قرار می‌گیرد. تأکید بر نحوه بودن انسان به عنوان قلمروی ذاتاً گشوده دریافت و پاسخ در این چارچوب با این بینش همراه است که سلامتی، به تعبیر باس، با نظر به تفکر هیدگر، متناظر با این نحوه از بودن به عنوان گشوده بودن آزادانه تا آن جا که ممکن است - برای پیش‌برد امکانات بودن در جهان و محقق ساختن ظرفیت‌های وجودی داده شده به فرد انسان - و بیماری به مثابه محرومیت از سلامتی با محدود گشتن یا ایجاد اختلال در آن، مشخص می‌شود (Ibid, 2000: 227).

«بیماربودن، چیزی جز یک پدیدار متغیر محرومیت از سلامتی نیست. وضعیت انسان سالم را می‌توان به‌بهبودترین صورت به‌عنوان دسترسی آزاد به تمامی امکانات برقراری رابطه که به یک شخص داده‌شده است مشخص کرد. این امکانات خود را برای فرد در گشودگی یا عرصه آزاد جهان وی آشکار می‌سازند» (Condrau, 1998: 63).

در این چارچوب- با نظر به آن که بیماری به‌عنوان امری عدمی و به‌عبارتی صورت مشخصی از عدم ملکه، در نسبت با سلامتی به‌عنوان وضعیت کمال مورد اشاره، مورد ملاحظه است- هیدگر بیماری را، به‌عنوان نقص قابل‌رفع و چاره‌پذیر در سلامتی، اساساً «فقدانی از آزادی و محدود گشتن امکان زندگی» فرد انسان می‌شمارد (Heidegger, 2001: 157)- با تأکید بر آن که چنان که اشاره شد مقصود از بیماری نیز نه چیزی قائم‌به‌خود، که همان «بیماربودن» است که با نحوه وجود شخص بیمار مرتبط است (Wucherer-Huldenfel and Foerster, 2008: 74).

شاید بتوان گفت که دریافت این معنا از بیماری، اساساً بر صورت‌بندی موضوع سلامتی و بیماری در رویکردهای دیگر مقدم است؛ چرا که هر تلقی دیگر نسبت به بیماری، خود تنها زمانی می‌تواند به‌عنوان بیماری معنا یابد که در نسبت با محدود گشتن ظرفیت‌های وجودی انسان فهم شود. فرض کنید یک اختلال روانی را حاصل وضعیتی معین در ذهن فرد یا پدیدآمدن تغییری در بدن بیمار یا مانند آن بدانیم. در این رابطه پرسش آن است که آیا به‌کارگیری چنین تعبیراتی درخصوص تغییرات ظاهر شده در فرد انسان، به‌خودی‌خود فهمی از اختلال ارائه می‌دهد یا آن که تغییرات مذکور تنها زمانی به‌عنوان اختلال معنا می‌یابد که به دگرگونی‌های وجودی و محدود گشتن امکانات فرد برای بودن در جهان مرتبط گردد؟ به نظر می‌رسد که ما تنها زمانی می‌توانیم به‌نحو توجیه‌پذیری تغییرات پدیدآمده در هویتی نظری همچون جسم یا روان یا تغییرات رفتاری را به‌عنوان یک اختلال در انسان فهم کنیم که در نظر داشته‌باشیم که چگونه چنین تغییراتی با تغییر در جهان-گشودگی فرد و محدود گشتن پیش‌برد آزادانه امکانات بودن در جهان همراه می‌گردد؛ در غیر این صورت اساساً معیار معادل‌قرارگرفتن تغییر ظاهرگشته و بیماری، پرسش‌برانگیز می‌گردد. با توجه به همین موضوع است که می‌توان گفت «بیماری انسانی برای واقع‌بودن خود وابسته به نحوه خاص وجود انسانی است» و فهم بیماری همواره مبتنی است بر فهمی از انسان بودن (Bracken, 2002: 115). بیمار بودن، مطابق آن‌چه که گفته شد درحقیقت نحوه‌ای است از بودن در «وضعیتی که در آن ظرفیت آزاد و انسان‌بودن در کمال آن تحلیل می‌رود» (Ibid) و بنابراین سخن گفتن ما از بیماری در این زمینه تلویحاً فهمی از انسان را مبنا قرار می‌دهد. با نظر به این مطلب، چنان که اشاره شد، توجه به وجود انسانی و چگونگی پیش‌بردن امکانات زندگی، اساس نگرش دازین‌کاوانه نسبت به سلامتی و بیماری قرار می‌گیرد. مطابق این نظرگاه، پرسش کلیدی برای فهم وضعیت بیمار، پرسش از ظرفیت‌های انسانی شکوفاناشده و صورت معیوب تحقق خصیصه‌های بنیادین وجودی در زندگی وی خواهد بود (Boss, 1983: 200; Condrau, 1998: 69). همچنین باید توجه نمود که در این چارچوب، چگونگی بودن در جهان فرد به‌عنوان یک کل، موضوعی است که در مواجهه با بیمار، باید مورد بررسی قرار گیرد. چنین پژوهشی نهایتاً نه توصیفی دلخواه از قابلیت‌ها و صرف مجموعه‌ای از خصوصیات فردی

مربوط به زندگی بیمار، که فهمی عمیق‌تری و بنیانی از تجارب بیمار بر پایه ساختارهای عمومی اگزستانسیال مربوط به وجود انسان را ارائه خواهد داد.

موضوع حائز اهمیت دیگر در این زمینه آن است که با توجه به فهم مورد اشاره از بیماری - که آن را با نحوه وجود ما و محدود گشتن امکانات پیوند می‌زند - درمان، طبیعتاً معنای خود را در رفع محدودیت‌های پدیدآمده، برای دستیابی به گستره وسیع‌تری از امکانات زندگی و بازیابی بیش‌ترین میزان ممکن گشوده - بودن و آزادی خواهد یافت (Boss, 1963: 61-62). این امر تنها از طریق رابطه میان درمان‌گر و درمان‌جو، به‌عنوان دو انسان، تحقق می‌یابد؛ رابطه‌ای که در صورت اصیل آن در قالب نوعی «دگرپروایی پیش‌جهنده» (leaping ahead of the other) به زبان هیدگر، در تقابل با «دگرپروایی جانشین - شونده» (leaping in for the other) و «به انقیاد درآورنده»، حقیقتاً «آزادکننده» دیگری، و همواره یاری‌کننده وی برای شفاف‌گشتن برای خود است (هیدگر، ۱۳۸۹: ۱۶۴-۱۶۳). چنین رابطه‌ای درمان‌جو را در جهت آگاه‌گشتن عمیق‌تر او نسبت به وضعیت محدودکننده‌ای که در آن قرار دارد و ظرفیت‌های انسانی‌اش برای پاسخ‌گویی آزادانه به آن‌چه در عرصه گشوده وجود انسانی خود را نمایان می‌سازد یاری می‌دهد (Cohn, 2002: 38). همچنین باید توجه داشته باشیم که در این چارچوب، با نظر به آن‌که بر مبنای تفکر هیدگر، «هرگونه تفکیک سخت میان درون و برون فرومی‌ریزد»، موضوع تغییر درمانی، اساساً نه امری بیرونی و نه مجموعه‌ای از باورها و احساسات درونی، که بودن - در - جهان به‌عنوان یک کل خواهد بود (Letteri, 2009: 83-84).

پژوهش در آسیب‌شناسی روانی

در حوزه آسیب‌شناسی، برای فهم صور مختلف اختلال‌های انسانی، مطابق نگرش دازین‌کاوانه متأثر از اندیشه هیدگر، با کنار گذاشته شدن فرضیه‌های روان‌شناختی، ساختارهای جعلی و دوباره‌سازی‌های انتزاعی - که شکاف‌های پرناسدنی میان انسان و جهان، و روان و تن را به همراه دارد - و به‌طور کلی مفاهیم ناآزموده، کوشش می‌شود تا آن‌جا که ممکن است به‌عنوان پژوهشی پدیدارشناسانه پدیدارهای مورد بررسی بدون تحمیل الگوهای متعارف، نظریه‌های علمی و مفاهیم انتزاعی از پیش پذیرفته شده دیده شود و توصیفی شایسته برای فهم تجارب آسیب‌شناختی بیماران ارائه گردد. توصیف چنین تجاربی، چنان‌که اشاره شد، توصیفی با نظر به خصیصه‌های بنیادین وجود انسانی و به‌عبارتی مؤلفه‌های اگزستانسیال دازین، به منظور التفات به صورت بودن - در - جهان در شکل محدودشده آن در یک وضعیت بیماری است. بدین ترتیب یک جهت‌گیری پدیدارشناسانه، با تأکید بر امر اوتولوژیک در فهم یک اختلال و با ملاحظه سازوکارهای وجودی در انسان - به‌عنوان امری جدایی‌ناپذیر از توصیف وضعیت مورد مطالعه در این یا آن فرد خاص (Heidegger, 2001: 205) - دنبال می‌شود و درک چگونگی اختلال در تحقق این مؤلفه‌های بنیادین در روابط فرد در جهان را میسر می‌سازد. این جهت‌گیری را می‌توان هدایت‌کننده طرح یک آسیب - شناسی عمومی دازین‌کاوانه، مبتنی بر تحلیل دازین قلمداد کرد.

از منظر باس و هیدگر، در تحلیل صور مختلف اختلال، حال‌مندی (Attunement) دازین، همبودی (Coexistence) با دیگر انسان‌ها در جهانی مشترک، بدن‌مندی (Bodyhood)، میرندگی (Mortality)، خصیصه فضایی-زمانی وجود انسان (Spatio-Temporal Character)، گشودگی (Openness) و آزادی (Freedom)، درحقیقت مهم‌ترین ویژگی‌های بنیادین وجود انسانی برای روان‌شناسان و پزشکان هستند که در ترسیم چگونگی تغییر در بودن در جهان بیماران نقش کلیدی ایفا می‌کنند (Boss, 1983: 199). بر این اساس، محدودیت‌های ایجادشده در یک اختلال - که به‌عنوان مشخصه ذاتی بیماری بدان اشاره‌شد- در پژوهش دازین کاوانه همواره با ملاحظه چگونگی تحقق معیوب این خصیصه‌های وجود انسانی - و نه با جداساختن پدیدارهای اونتیک از ساختارهای اونتولوژیک- مدنظر قرار می‌گیرد. در این زمینه همچنین باید توجه داشته باشیم که خصیصه‌های یادشده اساساً نه عناصری منفصل و قرارگرفته در کنار یکدیگر، که از یکدیگر جدایی‌ناپذیر، همگی بنیادین و وجوه مختلف کل یک‌پارچه بودن-در-جهان انسانی هستند (Boss, 1983: 199; Condrau, 1998: 70).

بنابراین، توصیف بودن در جهان فرد بیمار در حالت کلی مؤلفه‌های مختلفی را می‌تواند در بر گیرد. با این حال، در اشکال گوناگون اختلال‌های روانی، غالباً نقص مرتبط با یک مؤلفه نسبت به مؤلفه‌های دیگر برجسته می‌گردد و همین موضوع، طبقه‌بندی دازین کاوانه در قلمرو آسیب‌شناسی، بر مبنای مؤلفه آشکارا مرتبط با آسیب پدیدآمده را ممکن ساخته‌است. به‌عنوان مثال، در بیماری‌های اصطلاحاً روان‌تنی (psychosomatic)، بدن‌مندی انسانی، در اختلال‌های مرزی (borderline) و اسکیزوئید (schizoid)، بودن-با-دیگران، در اختلال‌های اضطراب (anxiety disorders)، حال‌مندی، در اختلال‌های آگورافوبیا (agoraphobia) و کلاستروفوبیا (claustrophobia)، فضا‌مندی، و در اختلال شخصیت خودشیفته (narcissistic personality)، میرندگی و محدودیت، را می‌توان غالباً عنصر بنیادین آسیب‌پذیر مرتبط با چگونگی پاسخ فرد به امکانات انسانی خود در جهان شمرد (Condrau, 1998: 34). به عبارت دیگر، فرد مبتلا به اختلال مرزی، به بودن-با-دیگران آشکارا به طریقی مختل پاسخ می‌دهد، فرد مبتلا به اختلال آگورافوبیا، مؤلفه فضا‌مندی را آشکارا به نحوی معیوب پیش می‌برد و به همین ترتیب.

به‌عنوان نمونه، در تحلیل اختلال‌های مرتبط با میرندگی، بر پایه‌ی آن‌چه هیدگر به ما می‌آموزد، مرگ به‌مثابه محدودیتی پیوسته نافذ، و پدیداری از زندگی (هیدگر، ۱۳۸۹: ۳۱۸) و به عبارتی، به‌عنوان ساختاری ضروری برای پیگیری طرح‌های انسانی در هر وضعیت یا «شرط تمامی رخدادهای زندگی‌مان» مطرح می‌شود (Carel, 2006: 71). حال این‌که شخصی چگونه این مؤلفه بنیادین از وجود انسانی را در زیست خود از آن خود می‌سازد و در نسبت با مرگ به‌عنوان امکان همواره حاضر امتناع مطلق دازین، به بیان هیدگر، قرار می‌گیرد امری است که می‌تواند در فهم رفتار و جهت‌گیری‌های وی در زندگی برای یک روان‌پژوه حائز اهمیت باشد. در این خصوص، به‌عنوان مثال، واکنش‌های حاد و غیرطبیعی همچون انکار یا ناتوانی جدی از دریافت مرگ چنان‌که هست- که در مواردی آسیب‌شناختی همچون «هذیان‌های

فناناپذیری» (فیفل، ۱۳۹۲: ۵۹) و روی‌گردانی از مواجهه با امکان مرگ، یا «احساس برخورداری از قدرت- مطلق سحرآمیز و جاودانگی» (Becker, 1973: 218) و جهت‌گیری‌های مرتبط با آن قابل‌رؤیت است و حتی ممکن است چنان‌که هیدگر اشاره می‌کند در شکل خودکشی به‌منزله صورتی از ناگشودگی در برابر امکان مرگ و واکنشی برای غلبه بر عدم‌تعیین آن ظاهر شود (Heidegger, 1985: 317)- را می‌توان به‌عنوان اشکالی معیوب از پاسخ به مرگ مورد توجه قرار داد.

بنابراین، توجه به تحلیل وجود انسانی در اندیشه هیدگر در این حوزه از این جهت سودمند است که امکان فهم شالوده‌ی تجارب آسیب‌شناختی را بر مبنای تصویری آزموده از ساختارهای بنیادین و عمومی شکل‌دهنده به تجربه انسانی پیش‌روی روان‌پژوهان قرار می‌دهد و یافته‌های آنان را انسجام می‌بخشد. طبیعتاً درک عمیق چگونگی تجربه بیماران و نشانه‌های آسیب‌شناختی ظاهرگشته، بر پایه مؤلفه‌های مذکور، مبتنی بر دریافت ساختارهای عمومی تجربه انسانی به‌عنوان دستاورد پژوهش پدیدارشناسانه است (Parnas and Zahavi, 2002). بر این اساس، چگونگی تغییرات پدیدآمده در تحقق ساختارهای مورد اشاره در صور مختلف بیماری، در این زمینه در کانون پژوهش‌های آسیب‌شناختی قرار می‌گیرد.

بازاندیشی وضعیت سلامتی

رویکرد دازین‌کاوانه در روان‌پژوهی، در رابطه با موضوع سلامتی و بیماری با یک دوگانگی مفهومی و ابهامی مرتبط با محک وضعیت سلامتی مواجه است. مسأله قابل‌تأملی که در این‌جا بدان می‌پردازیم مربوط است به تقابل میان طرح مفهوم سلامتی به‌عنوان وضعیتی مطلوب مطابق این نظرگاه که باید در جهت آن حرکت کرد و مفهوم سلامتی به‌عنوان اشاره‌کننده به وضعیت زیست انسان‌هایی که در زندگی روزمره و مطابق طبقه‌بندی‌های متداول آن‌ها را سالم می‌شماریم. چنان‌که اشاره شد، نقطه کانونی بحث در آسیب‌شناسی دازین‌کاوانه، فهم چگونگی در جهان بودن انسان بیمار با نظر به وضعیت سلامتی است. مسأله‌ای که در این خصوص مدنظر ماست آن است که آیا وضعیت سلامتی در این رویکرد، اساساً همان وضعیتی را توصیف می‌کند که تجربه اصطلاحاً نرمال و فاقد نشانه‌هایی از بیماری مطابق طبقه‌بندی‌های موجود در حوزه آسیب‌شناسی، نشان می‌دهد یا آن‌که سلامتی را می‌توان امری فراتر از وضعیت مذکور شمرد؟

در نگاه نخست به نظر می‌رسد که با نظر به وجه پدیدارشناختی رویکرد باس، هدف دازین‌کاوی در این حوزه، روشن ساختن جهان بیمار- که بیماربودن او طبیعتاً باید پذیرفته شده‌باشد- با ملاحظه ساختار-های بنیادین وجود انسانی و تغییرات ظاهرشده در آن، نسبت به «صورت نرمال بودن-در-جهان»- (Stern, 1983: xx)، در اشکال مختلف بیماربودن است. از سوی دیگر، دازین‌کاوی با ارائه معیار دست‌یابی به پیش‌برد کمال گشودگی ممکن انسانی، پدیدارهای آسیب‌شناختی را با نظر به وضعیت مبنایی در تنگنا قرار نگرفتن امکانات زندگی، مورد ملاحظه قرار می‌دهد. بیماربودن، مطابق این نظرگاه، فقدان چنین وضعیتی است. حال این پرسش را می‌توان مطرح ساخت که آیا همواره این دو وجه از رویکرد دازین‌کاوانه در کنار یکدیگر در عرصه آسیب‌شناسی، وضعیت واحدی را به‌عنوان سلامتی مشخص می‌سازد؟

آیا فردی با رضایت از زندگی و بدون مشکلات جدی در زیست روزمره، معیار گشودگی انسانی و در تنگنا قرار نگرفتن امکانات زندگی، همراه با الگوی مبتنی بر مفاهیمی همچون خودبودگی، آزادی و آگاهی از محدودیت‌های وجودی را همواره در کامل‌ترین صورت ممکن آن برآورده می‌سازد و اساساً باید برآورده - سازد؟ آیا چنین نیست که گاه فردی با زیستی غیرمتداول لیکن خلاقانه، در مقایسه با فردی شهوداً سالم نسبت به برخی از وجوه بنیادین وجود خود و امکانات بدیل زندگی به‌نحوی برجسته‌تر گشوده باشد؟ مسأله حائز اهمیت در این زمینه توجه به این موضوع است که یک فرد معمولی در زندگی روزمره، غالباً با فقدان فردیت حقیقی، نسبت به بسیاری از صور ممکن زندگی برای خود با نوعی از ناگشودگی، با زیستی غیرمنسجم و فارغ از مسئولیت، محدود به حال همراه با مرتبه‌ای از پوشیدگی و جوهری از وجود زمانی و با موضعی غالباً دفاعی نسبت به میرندگی و محدودیت‌های وجودی خود، روبه‌رو می‌شود، و با این وجود، مطابق فهم مشترک، بیمار شمرده نمی‌شود. از سوی دیگر، از میان هنرمندان، فیلسوفان، شاعران و برخی از شخصیت‌های پیش‌رو در حوزه‌های دیگر، افرادی با وجود نقص نسبت به کمال گشودگی انسانی - که به‌عنوان مثال در محدودیت مرتبط با احوال (Moods) قابل تجربه ممکن است نمایان شود - با پیش‌برد زیستی گشاینده و با انسجام بیش‌تر، از برخی جهات نسبت به وضعیت انسانی خود و مؤلفه‌های بنیادین آن درعمل بیناتر، و با توان بیش‌تر برای پذیرش صور بدیل زندگی، در مقایسه با سایر افراد جامعه انسانی، بوده‌اند و در عین حال به میزان قابل توجهی از اختلال‌های روانی مطابق طبقه‌بندی‌های موجود رنج برده‌اند. در این خصوص، همبستگی قابل‌ملاحظه میان مرتبه بالاتری از آگاهی نسبت به خود همراه با گشودگی نسبت به طرق بدیل بودن در سویی و تجربه برخی از اختلال‌های جدی اصطلاحاً روانی در سوی دیگر (Askay and Farquhar, 2011: 134-140)، به‌عنوان موضوعی تأمل‌برانگیز خود می‌تواند حکایت‌گر آن باشد که الگو قرار گرفتن کوشش برای دستیابی به فردیت غیرمضمحل، کمال گشودگی و آزادی در انسان، به‌عنوان اموری در جهت سلامتی مطابق نگرش دازین کاوانه، با مبنا قرار گرفتن امر نرمال در این زمینه به‌عنوان نقطه عزیمت تحلیل، در هماهنگی نخواهد بود. مسأله آن است که اگر کمال گشودگی، آگاهی وجودی و مانند آن را، به‌عنوان الگویی آرمانی از سلامتی مبنا قرار دهیم، ناگزیر باید زیست افراد شهوداً سالم را نیز، در مرتبه‌ای از بیماری قرار دهیم؛ به‌خصوص اگر توجه داشته باشیم که مطابق تفکر هیدگر، به‌عنوان مبنای چنین رویکردی، دازین، اساساً گرایشی دائمی به نوعی بدفهمی طبیعی نسبت به وجود خود، گریز پیوسته از امکان خودبودگی و لوازم آن و نادیده گرفتن و روی گرداندن از مواجهه با وضعیت اجتناب‌ناپذیر انسانی خود دارد (هیدگر، ۱۳۸۹: ۲۳، ۲۳۵، ۴۰۶؛ Letteri, personal communication 2017: 229; Dreyfus, 1991). روشن است که این موضوع، بیمار بودن فرد نابهنجار را نیز، در مرتبه‌ای دیگر از فقدان سلامتی کامل، نفی نمی‌کند. بنابراین، مبنا قرار گرفتن صورت تجربه نرمال برای توصیف وضعیت سلامتی و بیماری در این چارچوب، می‌تواند مورد تردید قرار گیرد. از سوی دیگر، اگر صرف چگونگی پیش‌برد ساختارهای عمومی تجربه در حالت متعارف را مبنای بررسی تغییرات پدیدآمده در تجربه بیماری قرار دهیم، ارجاع هنجارمدارانه به حداکثر میزان گشودگی ممکن، خودینه‌بودن و آگاهی وجودی به‌عنوان مفاهیم مشخص‌کننده وضعیت سلامتی پرسش‌برانگیز می‌گردد؛

افزون بر آن که با چنین ادعایی گرفتار این مسأله خواهیم شد که اساساً با چه توجیهی تجربه نرمال را در زمینه‌ای معنایی که در آن بیماری اساساً نقصی در برابر کمال انسان بودن شمرده می‌شود مبنای توصیف سلامتی و بیماری در انسان دانسته‌ایم و چگونه با چنین ملاحظاتی، سالم بودن انسان و بودن به نحو نرمال را همبسته قلمداد کرده‌ایم (Boss, 1983: 22, 164, 231, 236) در حالی که در رابطه با موضوع دیگری همچون بررسی تجربه امر واقعی، به نوعی بر ضعف نظری برتری بخشی به امر نرمال تکیه نموده‌ایم (Boss, 1963: 13).

بنابر این باید توجه داشته باشیم که توصیف پدیدارشناسانه چگونگی تغییرات ظاهر شده در صورت بودن در جهان فرد پذیرفته شده به عنوان بیمار بر مبنای مؤلفه‌های بنیادین تجربه انسانی و نمایش چگونگی محدودیت‌های پدید آمده در زیست وی، موضوعی است متفاوت از ارائه الگوی واحد از پیش مشخص و مطلوب برای تعیین وضعیت سلامتی. رویکرد دازین کاوانه، از سویی با پای بندی به خصلت پژوهش پدیدارشناسانه در این حوزه، با توجه به صورت تجربه آسیب‌شناختی و دگرگونی‌های قابل ملاحظه در نسبت با «پس‌زمینه تجربه نرمال» (Parnas and Zahavi, 2002: 144)، ساختار زیست متعارف و بهنجار را به عنوان مبنایی برای توصیف تجارب بیماران قرار می‌دهد و از سوی دیگر با ارائه مفاهیمی همچون کمال گشودگی و آزادی و توان پیش برد ظرفیت‌های انسانی به نحو کامل، امکان سخن گفتن از مفهومی آرمانی از سلامتی، فاصله گرفتن از فهم عمومی از بیمار بودن و پذیرش وجود وضعیت بیماری در مراتب مختلف در میان انسان‌های شهوفاً سالم را در برابر ما قرار می‌دهد. در این باره باید توجه داشته باشیم که مسأله، قرار دادن دو وجه مورد اشاره در کنار یکدیگر است. طبیعتاً اگر پژوهشی توصیف‌مدارانه به مورد نخست محدود گردد هیچ گاه با چالش مطرح شده مواجه نخواهیم شد. رهیافت ممکن دیگر نیز در این زمینه پذیرش مفهومی آرمانی از سلامتی و عدم پای بندی به فهم مشترک از مفاهیم بیماری و سلامتی در جامعه پزشکی خواهد بود- که البته با توجه به متن آثار باس، اشارات هیدگر و اهداف شکل‌گیری جنبش دازین کاوی، چندان محتمل به نظر نمی‌رسد که در این خصوص چنین موضعی مبنای قرار گرفته شده باشد- و رهیافت سوم را می‌توان توسل به موضعی دانست که اساساً بیماری را تنها مربوط به مرتبه مشخصی از اختلال در گشودگی و آزادی انسانی و مسدود گشتن امکانات زندگی می‌شمارد؛ لیکن در صورت پذیرش چنین نگرشی نسبت به مسأله بیماری نیز، چگونگی تعیین مرتبه مورد اشاره، خود به عنوان مرز معین وضعیت بیماری در برابر سلامتی، با صرف به کارگیری مفاهیم دازین کاوانه مسأله‌ساز خواهد بود (M. Letteri, personal communication 2017).

در هر صورت، دازین کاوی باید به این پرسش پاسخ دهد که با فرض پذیرش سلامتی به عنوان کمال پیش برد «گشودگی اصیل و آزادی» انسانی فرد (Boss, 2000: 227)، رابطه این کمال با چگونگی زیست افراد سالم از حیث مطابقت با هنجارهای اجتماعی یا رضایت از زندگی چیست. در این خصوص چنان که اشاره شد شواهد موجود در رابطه با پیوند میان زیست خلاقانه در برخی از نقش‌های اجتماعی- که طبیعتاً می‌تواند با عدم سلبیت در استفاده بهینه از ظرفیت‌های انسانی، فردیت غیرمضمحل در حیات جمعی و تحقق گشودگی نسبت به دامنه گسترده‌تری از امکانات زندگی نیز همراه باشد- و مبتلا گشتن به

اختلال‌های روانی (Kaufman, 2014)، و از طرفی، امکان آشکار تحقق گشودگی بیش‌تر در زیست متداول انسان‌های اصطلاحاً بهنجار، بیان‌گر آن است که رویکرد دازین‌کاوانه در روان‌پژوهی در رابطه با مسأله مذکور و به طور خاص در جهت افزایش توان نظری مورد نیاز برای پوشش و توضیح موضوعات مورد اشاره، نیاز به بازنگری جدی دارد. در تقابل با چنین نظرگاه مسأله‌سازی در این حوزه، کوشش‌های بدیل قابل توجهی همچون نقد چگونگی داوری‌های ارزشی حاکم بر تحلیل طرق مختلف بودن درمان-جویان در رویکرد دازین‌کاوانه (Cohn, 2002: 90-93; Cooper, 2003: 49; DuBose, 2013)، تأکید بر آن که «هدف قرارگرفتن سطح بالاتری از کیفیت زندگی غالباً حامل وجهی ناخواسته از نفی زندگی است» (Dubose, 2013: 45)، و توجه به امکان حذف رهیافت هنجاری در طرح مسأله بیماری در برابر سلامتی و در عوض معطوف ساختن پژوهش در جهت توصیف صرف وضعیتی که فرد آن را تجربه می‌کند همراه با طرح گفتمان تفاوت در برابر نقص، برای فهم نسبت میان بیماری و سلامتی، صورت گرفته است (Kouba, 2008, 2015). برخی از اشارات هییدگر در کتاب وجود و زمان، همچون تأکید وی بر این موضوع که ناخودبینگی یا عدم اصالت دازین، «بر هستی کم‌تر یا مرتبه‌ای نازل‌تر از هستی دلالت ندارد» (هییدگر، ۱۳۸۹: ۵۹) را می‌توان در هماهنگی با این جهت‌گیری شمرد. با این حال، به نظر می‌رسد باس و هییدگر دست‌کم خود در طرح رویکرد دازین‌کاوانه، مسأله مذکور را بی‌پاسخ رها ساخته‌اند. با نظر به امکان رفع معضل نظری مذکور به طرق مختلف، باید متذکر شویم که موضع ما در این خصوص، اساساً نه ضرورت گذار از فهم مشترک از بیمار بودن و سلامتی و رها ساختن یافته‌های آسیب‌شناسانه، و نه ضرورت نقد رهیافت هنجاری در این چارچوب نظری- که در تأیید آن نیز به‌عنوان مثال می‌توان بر بار معنایی غیر خنثی در تعبیر هییدگر در این زمینه تکیه نمود و همچنین از روی گردانی از امکان تحقق کامل‌تر ظرفیت‌های انسانی به‌عنوان امری در تضاد با کوشش برای «بهتر بودن» سخن گفت (M. Letteri, 2017) - personal communication - که صرفاً تأکید بر ابهام و دوگانگی مورد اشاره و ناسازگاری مرتبط با مبنا قرار گرفتن صورت تجربه نرمال و کمال گشودگی ممکن انسانی در کنار یکدیگر و به‌معنایی نقد تحلیل یک بام و دو هوا در رویکرد دازین‌کاوانه در روان‌پژوهی است. به هر روی، شاید بتوان گفت که هر یک از رهیافت‌های مورد اشاره، بسته به زمینه بحث، نه در کنار یکدیگر، که با کارکردی متفاوت، می‌تواند به نحو سازنده‌ای به کار گرفته شود. آن‌جا که هدف صرفاً عمق‌بخشی به داده‌های بالینی و حفظ ارتباط با مفاهیم و طبقه‌بندی‌های موجود است، طبیعتاً رهیافت توصیف‌مدارانه می‌تواند راهگشا باشد؛ در حالی که آرمانی‌سازی مفهوم سلامتی نیز خود در زمینه‌ای متفاوت می‌تواند در فراروی از مرزهای درک متداول از سالم‌بودن و محدودیت‌های آن و روشن‌ساختن امکان و اهمیت غنابخشی به زندگی‌مان، حائز اهمیت باشد و با مدنظر قراردادن انسان‌بودن در کمال آن، امکان سخن‌گفتن از محدوده گسترده‌تری از بیماری‌های انسانی را به پیش چشم آورد.

نتیجه‌گیری

مطابق اندیشه هیدگر با تأکید بر نحوه وجود خاص انسانی، سلامتی، به‌عنوان وضعیت کامل و طبیعی پیش‌برد امکانات زندگی، و بیماری به‌عنوان امری عدمی، به‌عنوان فقدان سلامتی، در تنگنا قرار گرفتن امکانات زندگی و محدود گشتن گشودگی انسانی مطرح می‌گردد. تحلیل دازین، با ارائه ساختارهای وجود انسانی، طرح آسیب‌شناسی دازین‌محور مبتنی بر تغییر در این ساختارهای بنیادین را ممکن ساخته‌است. در این چارچوب پژوهشی، تجارب بیماران، نه بر پایه توجه به صرف مجموعه‌ای از عوارض پدیدآمده، توسط به طبقه‌بندی‌های بی‌پایه و من‌عندی، طرح سلسله‌ای از فرآیندهای درون‌روانی و غیرقابل دیدار، و تحمیل مجموعه‌ای از روابط علی-معلولی، که با نظر به چگونگی تغییر بودن در جهان فرد به‌مثابه یک کل، و تحولات پدیدآمده در نحوه تحقق خصایص وجودی فهم می‌شود. جنبش دازین‌کاوی، که از طریق مشارکت مستقیم هیدگر در ارتباط با روان‌پژوهان حاصل شده‌است، با ارائه چنین طرحی، بر اهمیت اندیشه فیلسوف برای مطالعه وجود بیمار تکیه می‌کند و از این طریق فهم سطحی ژرف‌تر از تجارب بالینی را میسر می‌سازد. با این حال، ابهام برآمده از ناسازگاری میان مفهوم سلامتی مبتنی بر مفاهیمی همچون کمال گشودگی انسانی و آگاهی نسبت به خود و امکانات زندگی و مفهوم سلامتی با نظر به نحوه پیش‌برد نرمال ساختارهای وجودی، به‌لحاظ مفهومی دازین‌کاوی را در برابر چالشی نظری قرار می‌دهد. آرمانی‌سازی مفهوم سلامتی و فاصله‌گرفتن از فهم متداول از سالم‌بودن و بیماری، همراه با پذیرش نتایج آن - همچون این‌که قلمرو بیماری می‌تواند صور نرمال و غیرنرمال تجربه را دربرگیرد - یا رها ساختن نگرش هنجاری نسبت به موضوع سلامتی و در عوض تکیه بر توصیف پدیدارشناسانه صرف وضعیت متفاوت بودن در جهان در فرد بیمار و چگونگی دگرگونی‌های ساختاری تجربه وی، در تقابل با کوشش برای مرتبط‌ساختن مسأله‌ساز دو وجه مورد اشاره، می‌تواند دو پاسخ ممکن به دوگانگی چالش‌برانگیز مطرح‌شده باشد.

پی‌نوشت‌ها

۱- باس (1903-1990) با همکاری و نظارت شخص هیدگر توانست اهمیت تفکر فیلسوف را برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان روشن سازد و صورتی از رویکرد دازین‌کاوانه در روان‌پژوهی را با حمایت وی بنیان نهد که پیش‌تر زمینه آن به‌واسطه لودویس بینسونگر (1881-1966)، اگرچه به گونه‌ای مسأله‌ساز، مهیا شده بود.

References:

- Feifel, Herman. (1392) *Marg, Motaghaye e Matrah dar Ravanshenasi*, Persian translation by Seyed Hosseini, M, and Beckstas, F, Tehran: Arjmand Publication.
- Heidegger, Martin. (2011) *Hasti o Zaman*, Persian translation by Abdolkarim Rashidian, Tehran: Nashr e Ney pub.

- Askay, Richard and Farquhar, Jensen. (2011) *Of Philosophers and Madmen: A Disclosure of Martin Heidegger, Medard Boss, and Sigmund Freud*, Amsterdam: Rodopi.
- Becker, Ernest. (1973) *the Denial of Death*, New York: The Free Press.
- Boss, Medard. (1963) *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*, L. B. Refebre (trans.), New York: Basic Books.
- Boss, Medard. (1983) *Existential Foundations of Medicine and Psychology*, S Conway and A. Cleaves (trans.), New York: Jason Aronson.
- Boss, Medard. (1988) Martin Heidegger's Zollikon Seminars, B. Kenny (trans.), in: K. Hoeller (ed.), *Heidegger and Psychology*, Seattle: Promethean Press.
- Boss, Medard. (2000) Recent Considerations in Daseinsanalysis, *the Humanistic Psychologist* 28 (1-3): 210-230.
- Bracken, Patrick. (2002) *Trauma, Culture, Meaning and Philosophy*, London: Whurr Publishers.
- Carel, Havi. (2006) *Life and Death in Freud and Heidegger*, Amsterdam: Rodopi.
- Cohn, Hans W. (2002) *Heidegger and the Roots of Existential Therapy*, New York: Continuum.
- Condrau, Gion. (1998) *Martin Heidegger's Impact on Psychotherapy*, Vienna: Mosaic.
- Cooper, Mick. (2003) *Existential Therapies*, London: Sage Publications.
- Dreyfus, Hubert L. (1991) *Being-in-the-world: A Commentary on Heidegger's Being and Time*, Cambridge, MA: MIT Press.
- DuBose, Todd. (2013) Where the Crooked Are Made Straight: Being-With the Fated Hope of Escaping Facticity, *Yearbook for Phenomenological Anthropology and Psychotherapy*.
- Heidegger, Martin. (1985) *History of the Concept of Time: Prolegomena*, T. Kisiel (trans.), Bloomington: Indiana University Press.
- Heidegger, Martin. (2001) *Zollikon Seminars: Protocols, Conversations, Letters*, F. Mayr and R. Askay (trans.), M. Boss (ed.), Evanston, Ill: Northwestern University Press.
- Kaufman, James C. (2014) *Creativity and Mental Illness*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Kouba, Petr. (2008) Conceptualizing Health and Illness, *Journal of Phenomenological Psychology* 39: 59-80.
- Kouba, Petr. (2015) *The Phenomenon of Mental Disorder: Perspectives of Heidegger's Thought in Psychopathology*, D. Vichnar and P. Kouba (trans.), New York: Springer.
- Letteri, Mark. (2009) *Heidegger and the Question of Psychology: Zollikon and Beyond*, Amsterdam: Rodopi.
- Parnas, Josef; Zahavi, Dan. (2002) the Role of Phenomenology in Psychiatric Diagnosis and Classification, in: M. Maj., W. Gaebel. J.J. Lopez-Ibor and N. Sartorius (eds.), *Psychiatric Diagnosis and Classification*, Chichester: John Willey and Sons.

- Stern, Paul J. (1983) Introduction, in: Boss, M, *Existential Foundations of Medicine and Psychology*, S. Conway and A. Cleaves (trans.), New York: Jason Aronson.
- Wucherer-Huldenfel, Augustinus Karl and Foerster, Hans-Dieter. (2008) Daseinsanalysis, in: H. Bartuska., M. Buchsbaumer, G. Mehta., G. Pawlowsky and S. Wiesnagrotzki (eds.), *Psychotherapeutic Diagnostics: Guidelines for the New Standard*, Wien: Springer.